

2013.10.27

2013年度日本保険学会大会

共通論題報告資料

医療保障における官民の役割分担 — 保険者機能の視点から —

山口大学 石田成則

< 目次 >

- 1 . 問題意識
- 2 . これまでの保険者の役割整理と欧米の動向
- 3 . 保険者のマネジメント力の抽出
 - 1) 地域医療計画に則った必要病床数の確保、無医地区の解消
 - 2) 保険料（税）収納率の向上
 - 3) 予防医療・保健活動を通じた健康管理
- 4 . マネジメント力向上のための短期と長期の課題
 - 1) わが国における保険者機能の強化策
 - 2) 欧米における官民保険者の競争と共存
- 5 . 考察の纏めと今後の課題；官民役割分担への示唆

わが国の医療保障における保険者の役割 — 国民健康保険を中心とした問題意識 —

- ・ 海外事例を参照し、医療保障制度において中心的な役割を果たす保険者機能が強化されてきた経緯を整理し、それがわが国に与える示唆を考える。
- ・ 保険者については、実質的な権限や責任の範囲が変化するとともに、その運営形態も変革を遂げてきている。同時に、多くに先進国では保険者の選択制が導入され、競争を通じた運営の効率化とともに、医療とその関連領域の幅広いサービス提供に結実している。
- ・ 具体的には、保険者による診療行為やレセプト・データ解析に基づく診療報酬（公定価格）の改定権限や医療機関との交渉権限などの強化が、医療費水準の適正化、医療サービスの品質保証そして患者権利の強化に寄与することが期待されている。

医療保障における制度運営方法の対比

	特徴	メリット	デメリット
規制に基づく計画的な制度運営	加入の強制化、義務化 診療報酬（公定価格）の維持と参入規制 混合診療の禁止 保険者機能の限定	加入強制による市場の失敗の克服 受診の公平性 フリーアクセス堅持 安全性の重視	患者主権の不在 イノベーションの停滞 情報格差の残存 患者ニーズの高度化や多様性への対応不全
規制緩和にともなう市場原理による制度運営	参入障壁の撤廃、診療報酬支払方式の変更 混合診療の容認（特定療養費の拡充） 第三者評価の導入 保険者機能の強化	情報開示規定による市場の失敗の克服 競争促進とイノベーションの成果摂取	受診機会の不平等 自己負担の増加 事業者・供給者の過度の利益追求 再規制の必要性

出所) 遠藤 (2005)、227頁の図表を一部修正

わが国における保険者の役割（１）

－（地域）医療計画制度との関わり－

- 国は昭和23年に医療法を制定し、60年にそれを改正する中で、医療計画制度を導入した。その後も、幾度かの改正が行われ、制度の充実や見直しが図られてきた。
- こうした計画の趣旨は、各都道府県が厚生労働大臣の基本方針、ならびに地域の実情に沿って、医療供給体制を整備することにある。
- 平成24年3月「医療計画の見直しについて」においては、「病院・病床の地域偏在の是正」「都道府県による医療供給体制の現状把握と数値目標の設定」「在宅医療の体制構築・整備」などの重点項目が提示された。

わが国における保険者の役割（２）

一 国民健康保険などでは市町村や広域連合一

１）医療供給体制の整備；地域の医療機関と協働しながら、必要な施設、設備（高額機器など含む）そして人的資源を確保する。

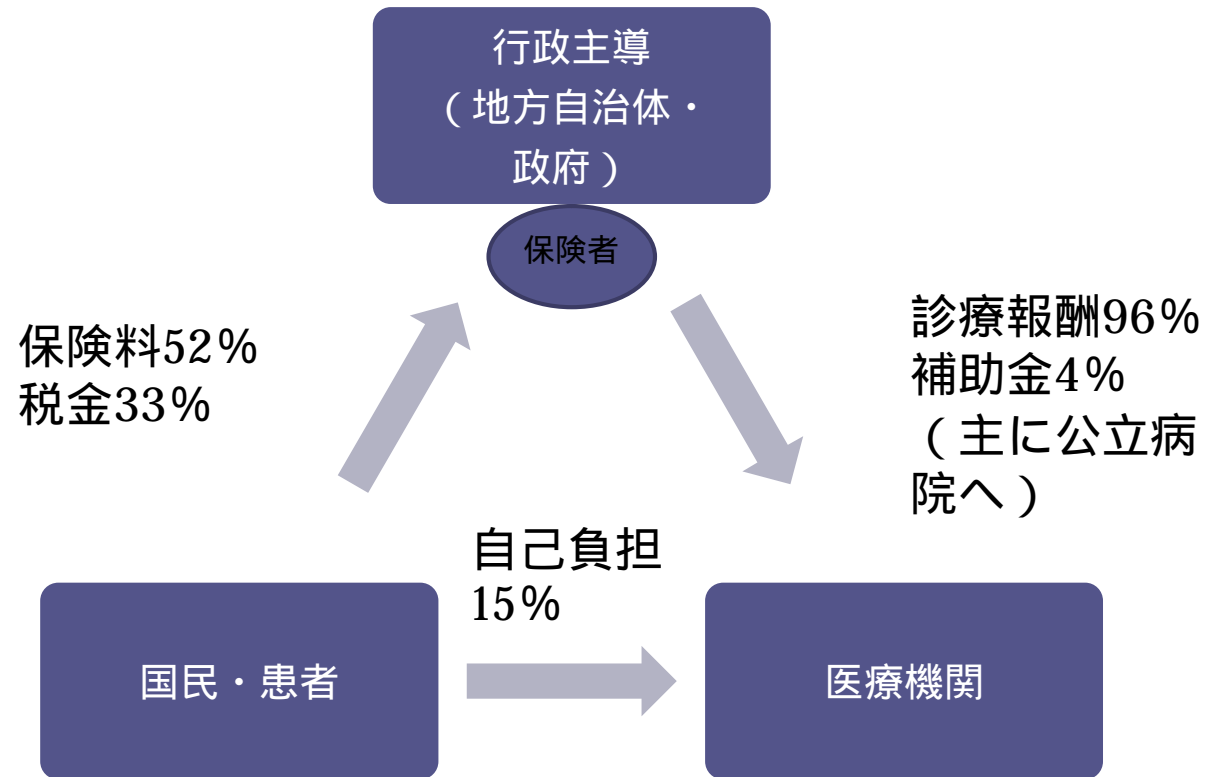
２）医療費の適正化；保険料率を適正に定め、収納率を不断に改善するとともに、制度運営を効率化することで経費を抑制する。一方で、医療レセプト（診療報酬明細書）を点検して、診療行為を監視する。

３）生活習慣病の対策；特定健康診査の具体的な方法や目標を定めて、それを実施することで、生活習慣病への対策を講じる。とくに、レセプト・データや検査・指導のデータをもとにして、個々の患者・被保険者に即した生活習慣病対策を実行する。検査の結果、高リスクであることが判明した者には保健指導を行う。こうした対応策について、行政が保険者の実施状況を評価して、補助金などに反映する。

保険者機能見直しの背景；海外でのキーワード

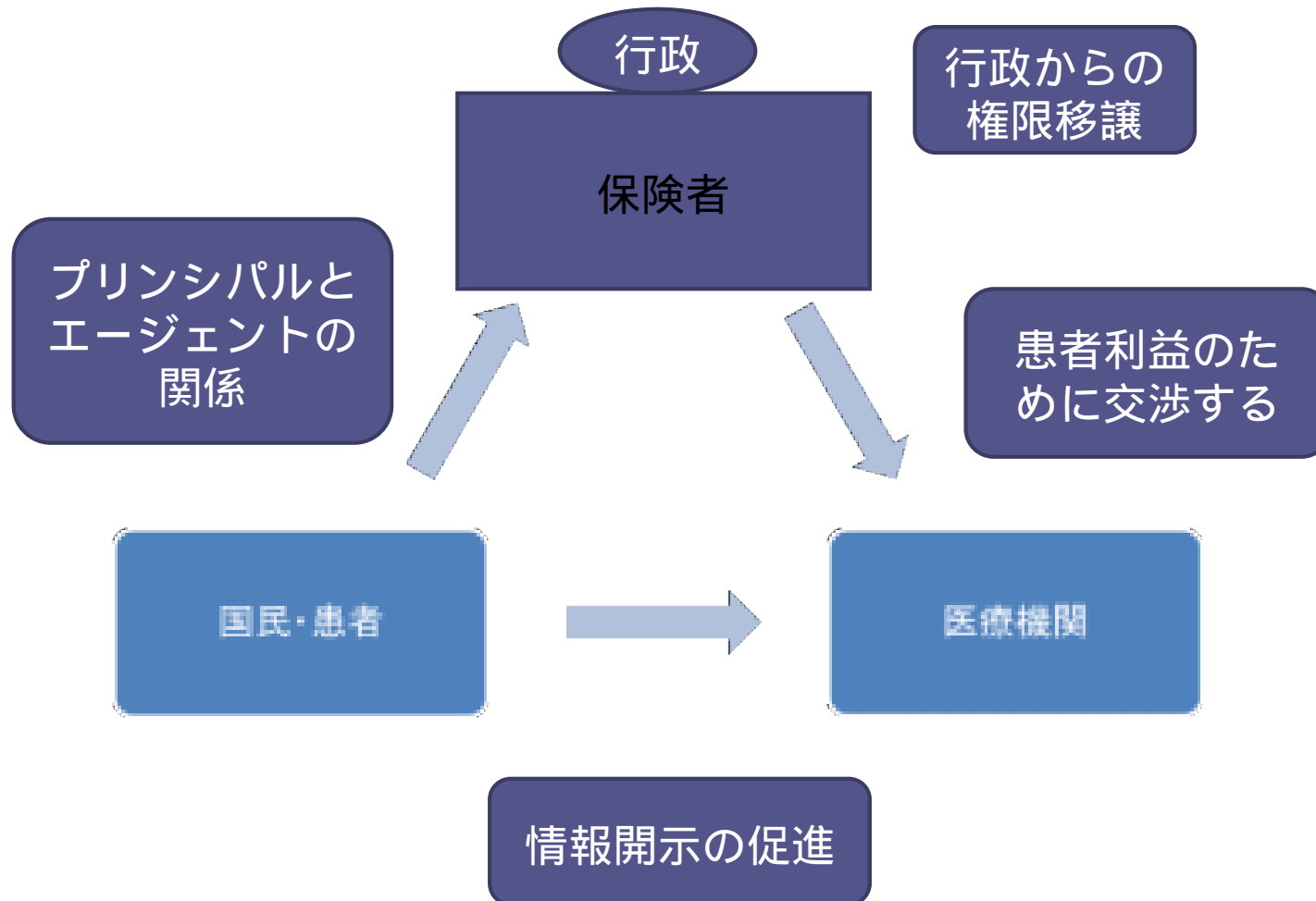
- 政府主体の「中央集権的な制度運営」「一括管理モデル」（医療サービス提供から資金の管理まで）から民間との協力と競合に基づく「利害関係者間の対等な契約に基づく制度運営」「契約モデル」への転換
- 「医療サービス提供の公平性重視」から「利害関係者の主体性・自立性の重視」「保険者による創意工夫の発揮」「患者と保険加入者・被保険者のエンパワーメントの重視」

< 従来型の保険者の位置付け >



「公定価格」としての診療報酬により医療費の規模と配分が決定される。政府が総枠予算管理のなかで、診療報酬の改定を通じて、自然増などに対処して、医療費の伸びをコントロールしている。

< 新たな保険者の位置付け >



欧米における保険者機能；その権限と役割

- 基本的な役割；保険料の収受、レセプトの審査・分析および支払い処理業務
- 医療機関・病院との選択的な契約と交渉
- 適切な診療行為への誘導；同僚審査機構等を通じた医療機関における診療行為のモニタリング
- 苦情処理・相談対応の役割、健康保持・増進への助言；
患者・被保険者のリスク分類に応じた効率的な健診
- 慢性期における医療ニーズから生活支援・介助ニーズまでをシームレスに提供する生活保障の役割；
個別疾患に特化した疾病管理プログラムの策定や実行
- 予防医療の投資額と医療費支出の減少額を対比した費用対効果分析

欧米を参考にした新しい保険者像と民間開放

- 新しい保険者の役割は、従来と同様に制度運営の効率化などに努める他に、患者の良き代理人として、医師や医療機関と交渉して、患者主権を確立する役割をも担う。これには、施設設備や人員配置の評価、医療サービスや技術水準の評価、そして患者満足度などの評価が含まれる。
- このようにして、保険者が医療機関の評価や審査を担当するようになると、専門人材の育成や資金確保も不可避であり、民間機関・事業者への開放も考えられてくる。
- 現行でも保険会社への業務委託は行われているものの、個別の小規模な業務の委託だけでは、メリットは少ない。そこで、民間保険会社が業務を一括して引き受ける、もしくは自身が保険者になり、これまでのノウハウを生かす余地も生じる。
- 公私の医療保険の一体的運営により、より患者や被保険者ニーズに沿った、木目細かい現物給付・サービスを展開できる可能性もある。

保険者のマネジメントとその能力 －官民の事業運営能力の比較分析－

- 保険者のマネジメント力を図る指標として、クロス・セクション・データ（都道府県別データ）を活用して、医療費や医療成果・アウトカムの地域格差を解明する方法がある。
- 医療費の地域差は何処から生じるのか？地域差の原因には、いくつかの要因が挙げられているものの、こうした要因のなかに、保険者のマネジメント力が含まれる可能性が高い。
- 近年は、地域別・職域別保険者の都道府県単位の統合化が図られている。2008年の広域連合創設の後、従来の市町村を単位とした約1700の国民健康保険者も都道府県単位の統合されようとしている。政府管掌健康保険や全国健康保険協会でも都道府県別料率が採用され、健康保険組合もその財政の悪化に伴い、個社と業種の枠を超えて都道府県単位の統合化される方向にある。

地域差の説明要因

クロス・セクション・データの活用

- (環境要因 1) 人口構成・人口動態；性別・年齢階級別の構成など
- (環境要因 2) 疾病構造の相違
- (需要要因 1) 地域の平均所得とその分散、世帯構成と職域構成
- (需要要因 2) 患者による受診行動の地域差
- (供給要因 1) 医療供給体制の相違；病院数、病床数、高額機器導入件数など
- (供給要因 2) 医師と医療機関の地域分布（無医地区の存在）
- (供給要因 3) 保険者のマネジメント力格差

(疑問 1) なぜ、都道府県毎に病院・病床 (超過) 率が大きく異なるのか？

- 一般病床は病院・診療所における主に入院サービスに活用される。その活用のために、医療法による医療施設としての認可と、健康保険法に定められる保険医療機関としての認可を要している。
- 現在、この病床の偏在と無医地区の存在が社会的問題となっている。その意味で、都道府県内の無医地区の存在と、都道府県別の病床超過率の多寡は、保険者によるマネジメント力を問う指標となる。
- このことは不適切な地域医療計画の策定か、もしくはその実効性や有効性の欠如が顕在化したものである。

従来の研究とその検証結果

- 長井・藤咲（1990）では、高度成長に伴う人口移動、都市化・集積化が病床過密を生じさせたとする。
- 大道（1993）では、病床数の過剰は、医療法人の勧告無視によるとし、福田・長谷川（1999）では、こうした事態は、1998年病床規制前の駆け込み増床によって著しく悪化したことを主張している。
- 高木（1996）と長谷川（1998）は、事例研究を通じて、地域医療計画の失敗、保険者機能の欠如を指摘している。
- 福田・長谷川（1999）では、1970年代に過疎化と高齢化が同時に進行した結果、必要病床数が高く算出された北海道と九州・四国では増床が著しく、それと反対の状況にあった関東地方では増床が比較的低位であったことを指摘している。

（疑問2）地域別の収納率の相違はどこから生じるのか？

- 地域別の収納率の相違について、高齢化率や所得を調整してもなお残存する格差は、保険者のマネジメント力の相違に起因するところが多い。
- ただし、低所得層に対しては、保険料の減免や免除措置があり、また一部は補助金で補う実状もある。
- しかしそれ以外の世帯についても、被保険者像が多様化しており、高齢無職世帯や低年金世帯も増加している。こうした世帯で比較的傷病リスクが高いことを考えれば、低収納率は医療支出の増嵩に直結する。そこでこうした世帯に対して、創意工夫により、収納率を高めることが望まれる。

(疑問3) 地域間の健診率・保健指導率の差はどこから生じ、それをどう是正すべきか？

- 都道府県単位で、地域医療計画の立案やその評価・検証に対する温度差があり、こうしたサイクルが上手く機能していない地域がある。それは、トップの熱意の問題なのか、それとも予算や人材の欠如によるのか、解明する必要がある。
- とくに、費用対効果の問題があるとしても、予防医療や保健活動は健康増進と医療費の軽減に一定程度寄与するのであり、明確な目的意識のもとで、計画を推進していくことが望まれる。

保険者のマネジメント力の構成要素

- 1) 地域医療計画に則った必要病床数の確保、無医地区の解消
- 2) 保険料（税）収納率の向上
- 3) 予防医療・保健活動を通じた健康管理

（課題の設定1）こうしたマネジメント力向上と保険収支の安定化と（入院）医療費の関連性？

（課題の設定2）こうしたマネジメント力は運営形態（の変革）によって、どのように影響を受けるのか？

仮説の検証方法とデータ

- 都道府県別のクロス・セクション・データの活用
- 国保の入院医療費に与える影響に絞った分析
- 推定モデルは、OECDの医療支出決定モデルを援用する。
- $Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1,i} + \beta_2 X_{2,i} + u_i$
- 被説明変数Yは入院医療費、X1は保険者機能に関する説明変数、X2はその他の説明変数、 u_i は誤差項、iは都道府県を示す添え字である。
- 人口構成、世帯構成、県民所得水準などの地域特性、施設・設備・人員配置などの地域医療資源特性などをコントロールして、各保険者のマネジメント力が（入院）医療費と保険収支に及ぼす影響を検証する。

変数	出所・出典	発行体
医療費	「医療費データ」 「地域保健医療基礎統計」 「老人医療事業年報」	厚生労働省保険局調査課 厚生統計協会 厚生労働省老人保健福祉局
医療従事者数	「医師・歯科医師・薬剤師調査」 「国民健康保険事業年報」	厚生労働省大臣官房 統計情報部
医療施設数など	「医療施設調査」	厚生労働省
年齢階級別人口、 世帯類型など	「人口動態統計」 「国勢調査報告」	厚生労働省 総務省
介護施設数など	「介護サービス施設・事業所調査」	厚生労働省
社会福祉施設数	「社会福祉施設等調査」	厚生労働省
入院日数など	「患者調査」	厚生労働省
施設の定員数	「老人保健施設調査」	厚生労働省
県民所得	「県民経済計算年報」	内閣府

分析結果の予測

説明変数（略字）	予期される符号
県民所得	+、-
医師数、看護婦数など	+
医療機関数とその変化	+
（入院）受診率	+
老年人口割合	+
人口増減率	+
介護福祉施設割合（訪問介護利用率）	+
無医地区数	+、-
一般・退職収納率	+、-
特定健診率・指導率	-

説明変数	都道府県別10万人当たり 入院医療費 1	都道府県別10万人当たり 入院医療費 2	都道府県別10万人当たり 入院医療費 3
(定数)	-10369.9 (-0.559)	-39679.0 (-0.941)	-66958.8 (-1.794)
10万人当たり医師数	45.9 (3.244)	47.0 (3.376)	40.5 (3.084)
病院増減率	470.6 (3.047)	473.8 (3.069)	502.3 (3.272)
10万人当たり入院受診率	3558.1 (23.736)	3548.9 (23.798)	3637.2 (26.956)
無医地区数	37.3 (2.435)	39.3 (2.535)	42.393 (2.758)
訪問介護利用率	4249.3 (4.445)	4227.4 (4.424)	4240.5 (4.423)
老年人口割合	114968.8 (3.675)	115732.1 (3.820)	98567.1 (3.561)
人口増減率	328.0 (2.661)	491.9 (2.322)	212.4 (1.885)
平均収納率（一般）	209.4 (0.973)		
平均収納率（退職）		491.9 (1.115)	744.5 (1.885)
平均指導率	-463.3 (-3.002)	-444.6 (-2.956)	-457.2 (-3.035)
一人当たり県民所得（千円）	-1.9 (-1.521)	-1.8 (-1.371)	
Adj R2	0.966	0.966	0.966
D.W.	1.724	1.718	1.751
F Value	371.379	372.246	410.643

説明変数	都道府県別10万人 当たり入院医療費	変量効果 (Hausman Test)	PREF	都道府県効果	都道府県効果	
			北海道	5079.007	滋賀	3028.204
			青森	105.675	京都	-1899.37
			岩手	-2039.61	大阪	-1753.56
			宮城	-2427.45	兵庫	-654.586
			秋田	1099.393	奈良	-2964.88
			山形	-1531.62	和歌山	-1883.07
			福島	1941.235	鳥取	723.5214
			茨城	1534.097	島根	1351.445
			栃木	1527.189	岡山	-1908.21
			群馬	-6.59457	広島	-3102.83
			埼玉	2539.897	山口	982.0669
			千葉	982.5894	徳島	-3109.61
			東京	-755.258	香川	5387.588
			神奈川	694.2062	愛媛	-5320.44
			新潟	-1848.98	高知	-1462.11
			富山	220.0089	福岡	612.0904
			石川	7330.523	佐賀	3906.58
			福井	-2272.4	長崎	542.4414
			山梨	-906.642	熊本	-3478.16
			長野	-1808.18	大分	-3067.17
			岐阜	1411.055	宮崎	-1630.16
			静岡	2078.413	鹿児島	412.815
			愛知	-708.364	沖縄	4269.065
			三重	-1219.83		
Adj R2	0.921	0.992				
D.W.	1.294	1.921				
F Value	151.692	215.197				

<表3 都道府県別の余剰・不足保険者割合（2009～2011年度）のプールデータ分析>

説明変数	余剰・不足保険者割合 1	余剰・不足保険者割合 2	余剰・不足保険者割合 3
(定数)	-1.246 (-0.167)	2.938 (-3.238)	-2.920 (-0.389)
10万人当たり医師数	-0.004 (-2.571)	-0.004 (-2.427)	-0.005 (-2.719)
病床数	0.000 (2.687)	0.000 (1.834)	0.000 (2.037)
専門職員割合	1.112 (2.153)	1.049 (2.091)	0.909 (1.779)
無医地区数	-0.008 (-2.636)	-0.008 (-2.794)	-0.007 (-2.232)
平均収納率（退職）	0.031 (0.401)		0.042 (0.543)
平均健診率	0.036 (2.333)	0.025 (1.595)	0.021 (1.572)
平均指導率	-0.036 (-1.913)	-0.095 (-3.837)	-0.026 (-1.427)
一人当たり県民所得 (千円)	0.000 (-1.933)	0.000 (-1.981)	
Adj R2	0.170	0.254	0.184
D.W.	1.639	1.750	1.669
F Value	5.382	7.811	5.503

推計の結果と考察

- 入院医療費の供給側の要因としては、予期した単位人口当たり医師数は大きくプラスに出ている一方、代替施設はプラスで病院と代替施設の両方で入院需要を満たしていることになる。
- 需要側の患者属性としての人口構成と患者の受診行動については予期した結果が得られている。なお、一人当たり県民所得の有意な影響は検証されなかった。
- マネジメント力の代理変数については、「無医地区数」と「保健指導率」の符号は予期した通りで、かつ統計的に有意であるものの、「収納率」符号は予期されたものと異なる。
- なお、保険者毎の単年度収支と余剰保険者割合の都道府県別の割合をとったところ、「特定健診率」が高いほど余剰主体が多く、また「専任職員割合」も高いほど余剰主体が多いことが判明した。

保険者のマネジメント力強化のための諸条件

- (現行での改善策 1) 合併・統合による財政基盤の安定化、専門人材の育成と専門職員の補充
- (現行での改善策 2) 無医地区の解消など、地域医療計画の実行力確保

- (業務委託面での課題 1) レセプト・データの電子化などを通じたデータ収集とその解析能力の向上
- (業務委託面での課題 2) 創意工夫を生かした各種の健診率向上と特定保健指導の効率的な実施

- (将来的課題) 運営形態の変更や保険者の選択制による保険者間の競争促進

今後の課題；運営形態の比較分析

- 欧米の先行研究では、保険者が特定医療機関と契約を結ぶ方式を前提として、公私の保険者が競争、共存することの保険料や利用料への影響が考察されている。
- とくに、保険者が民間開放された後も、規制が残存することで、官民の競争条件が歪であったり、不公平であることを問題として指摘する研究が多い。
- また、医療機関との交渉には、規模・範囲の経済性が有利に作用し、またそれが保険料の切り下げにも直結するために、公私保険者の効率性の推計が試行されている。研究結果はマチマチである。
- ただし、公的な保険者にX非効率性、経営上のスラックの存在を指摘する研究成果が多い。

- 運営形態の相違による「マネジメント力」の検証；地域医療計画への関与、提携病院との交渉力、管理および保障内容に関する革新能力など
- こうした研究は過少であるものの、保険者の広域化議論とともに研究が蓄積されつつある。

- 「特集 医療制度における公的保険と民間保険の役割」(2012)『フィナンシャル・レビュー』財務省財務総合政策研究所
- 「特集 社会保障」(2004)『フィナンシャル・レビュー』財務省財務総合政策研究所
- 安藤道人(2008)「介護給付水準と介護保険料の地域差の実証分析」『季刊社会保障研究』Vol.44No.1
- 池上直己(2002)『医療問題』日本経済新聞社
- 石田重森(2006)『改革期の社会保障』法研
- 印南一路(2009)『「社会的入院」の研究』東洋経済新報社
- 印南一路(1997)「医療費の決定構造と地域格差」『医療と社会』Vol.7No.3
- 遠藤久夫(2008)「わが国の医療提供システムと準市場」『季刊社会保障研究』Vol.44No.1
- 遠藤久夫(2005)「医療制度のガバナンス」『季刊社会保障研究』Vol.41No.3
- 尾形裕也・田近栄治編著(2009)『次世代型医療制度改革』ミネルバ書房
- 小椋正立・鈴木玲子(1998)「日本の老人医療費の配分上の諸問題について」『日本経済研究』No.36
- 貝塚啓明編著(2010)『医療制度改革の研究』中央経済社
- 国立社会保障・人口問題研究所編(2005)『社会保障制度改革』東京大学出版会
- 笠木映里(2012)『社会保障と私保険』有斐閣
- 滋野由紀子(2000)「私的医療保険の需要と公的医療保険」『季刊社会保障研究』Vol.36No.3
- 地域差研究会(2001)『医療費の地域差』東洋経済新報社
- 知野哲朗(2003)「高齢者入院医療費の都道府県別格差とその決定要因」『医療と社会』Vol.13No.1
- 中浜隆(2006)『アメリカの民間医療保険』日本経済評論社
- 福田吉治・長谷川敏彦(1999)「病床数増加の都道府県別格差をもたらした要因の分析」『病院管理』No.4
- 宮本守(2010)『日本医療の経済分析』多賀出版
- 八代尚宏(2000)「第4章 医療の規制改革」『社会的規制の経済分析』日本経済新聞社
- OECD(1984), *Tax Expenditures -A Review of the Issues & Country Practices-*, OECD Publication Office.
- Adamache K.W.&F.A.Sloan(1983) “Competition Between Non-Profit and For-Profit Health Insurers” , *J. of Health Economics* , 2
- Uemura, T.(2008) 'An Estimation of Tax Expenditure in Japanese Income Tax' for *special taxation measures of the Ministry of Finance*.
- Tracey A. LaPierre, Christopher J. Conner, James W. Henderson, J. Allen Seward & Beck A. Taylor (2009) “Estimating the Impact of State Health Insurance Mandates on Premium Costs in the Individual Market” , *J. of Insurance Regulation* , 16