

医療保険制度改革の課題

佐藤 主 光^{もと ひろ*}

(会計検査院特別研究官)

(一橋大学大学院経済学研究科・国際・公共政策大学院助教授)

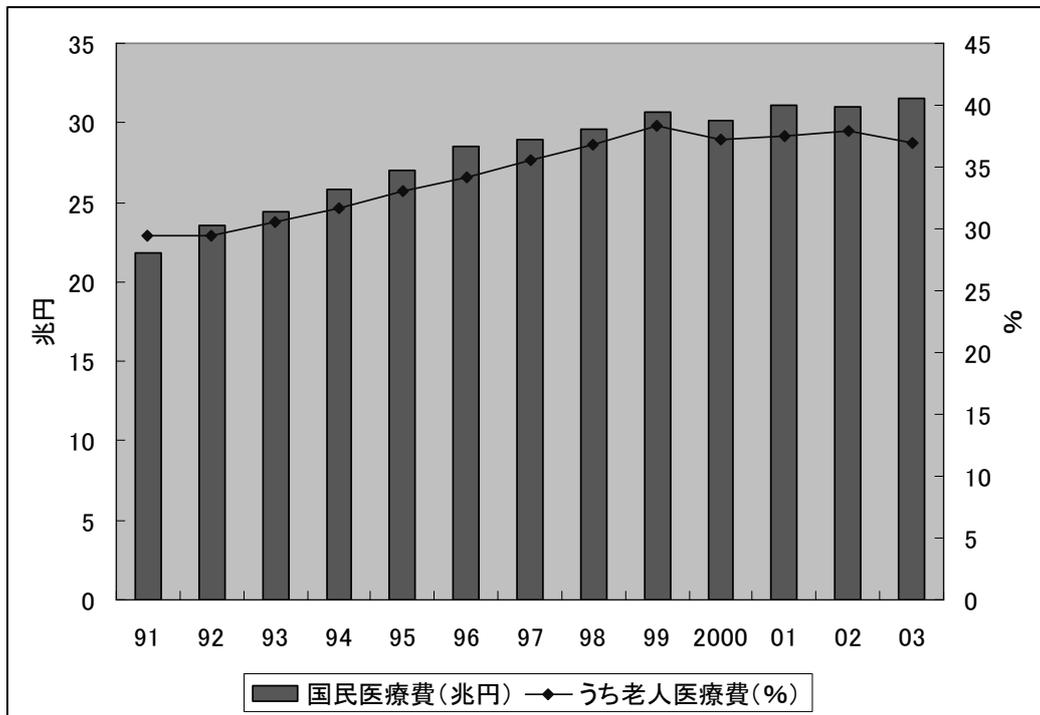
1. はじめに

わが国の社会保障制度の持続可能性が問われている。「社会保障の給付と負担の見通し（2004年推計）」によれば、86兆円（2004年度予算ベース）の社会保障給付費が2025年度には152兆円（対国民所得比29%）になるものと見込まれる。その一方で国と地方の長期債務は775兆円あまり（対GDP比150%）に上るなど財政再建が急務となっている。わが国の社会保障制度は社会保険方式を原則としつつも、公費を投入した「保険料」と「税」の組み合わせによる財政運営（2002年度の社会保障の財源の約63%が保険料、約30%が公費（国・地方を含む）、約7%が資産収入）となっており、その膨張は財政悪化にも直結する。そのため「歳出・歳入一体改革」では制度全般の見直しや給付の伸びの抑制を含め社会保障も聖域ではない。財政の健全化を図り、「将来世代に負担を先送りしない社会保障制度を確立する」ためにも限られた資源の有効利用が求められているのである。

社会保障の中でも本稿は医療保険制度に焦点を当てていく。日本の医療費は国際的にみて低い水準にあるといわれてきた。実際、2001年の医療費（OECDベース）は対GDP比7.8%でOECD加盟国30か国中17位（第1位のアメリカの医療費は同年GDP比13.9%）に留まる。これをもって「日本は良質な医療を低コストで提供することに成功してきた」との主張がなされている。しかし、近年、医療費は経済の成長に比べて高い伸びを示している。特に老人医療費の増加は著しい（図表1）。医療費は今後とも増加し続け、2025年度には総医療費（OECDベース）の対GDP比は12.5%（国民医療費ベースでは9.5%）に達すると推計される（図表2）。これにあわせて医療に関わる社会保障給付費も2006年医療制度改革以前の見通しでは2004年度の26兆円から2025年度には約59兆円に上るものと予想される。「将来世代に負担を先送りしない社会保障制度を確立する」ためにも、「社会保障給付の更なる重点化・効率化を推進する」とともに、「社会保障の給付の水準・範囲とそれに見合った負担のあり方について国民的議論を経て決定するべく分かりやすい選択肢（給付と負担の範囲）を提示する」（「歳出・歳入一体改革」中間とりまとめ）ことが求められているのである。

*1969年生まれ。92年一橋大学経済学部卒業、98年クィーンズ大学経済学部Ph.D取得。99年一橋大学大学院経済学研究科専任講師を経て、02年より現職。専攻：地方財政、公共経済学、社会保障。所属学会：日本経済学会、日本財政学会。

図表1：医療費の推移



(出所) 厚生労働白書 (各年度版)

図表2：医療費の将来推計

		2004年度	10年度	15年度	25年度
総医療費 (OECD ベース)	兆円	41	53	64	90
	対 GDP (%)	8.0	9.5	10.5	12.5
国民医療費	兆円	32	41	49	69
	対 GDP (%)	6.5	7.0	8.0	9.5

(注) 総医療費には国民医療費に加え、介護費用 (一部)、予防・公衆衛生、運営コスト、正常分娩費、一般薬の費用等を含む。

(出所) 厚生労働省「医療制度改革について」(2005年3月18日)

図表3に概要をまとめた2006年医療制度改革（第5次医療法改正）は、「国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたって持続可能なものにし」、「効率的で安心かつ質の高い医療サービスの提供を促進」すべく次の3つの柱から構成されている。第1に「中長期的な医療費適正化」へ向け生活習慣病予防の徹底をはかることで糖尿病等の生活習慣病の患者、及びその予備軍を減じるものとしている。また、医療機関の分化・連携の促進を通じて国際的にみて長いといわれる平均在院日数の短縮も目指す。第2に「高齢者世代と現役世代の負担を明確化し、公平で分かりやすい制度」とすべく75歳以上の後期高齢者を対象に高齢者医療制度（「後期高齢者医療制度」）を創設する。老人保健制度との顕著な違いは、現在、扶養家族になっている高齢者からも「広く薄く」保険料を徴収することにある。財源は患者負担を除き公費（5割）、74歳以下が加入する各医療保険（健保、国保等）からの拠出金（「後期高齢者支援金」）（約4割）、および、後期高齢者からの保険料（1割）から構成される。被保険者（後期高齢者）からの保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が担う。第3に都道府県単位で「保険者の再編・統合」を進めていく。市町村国保については、「各市町村における高額医療費の発生リスクを都道府県単位で分散」させること、政管健保は「保険者機能が発揮されるよう・・・国とは切り離された全国単位の公法人において運営・・・その際、財政運営は都道府県単位を基本」とするとされ、健保組合の場合は「同一都道府県内における健保組合の再編・統合の受け皿として・・・地域型健保組合の設立」が謳われている。

図表3：2006年医療制度改革の骨子

- | |
|--|
| <p>1. 医療費適正化の総合的な推進</p> <p>(1) 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のための医療費適正化計画の策定（2008年4月）</p> <p>(2) 保険給付の内容・範囲の見直し等</p> <p>－現役並み所得のある高齢者の自己負担の引き上げ（2割=>3割）、療養病床の高齢者の食費・居住費の見直し（2006年10月）</p> <p>－70 - 74歳の高齢者の患者負担の見直し（1割=>2割）、乳幼児の患者負担軽減（2割）措置の拡大（3歳=>義務教育就学前）（2008年4月）</p> <p>(3) 介護療養型医療施設の廃止（2012年4月）</p> <p>2. 新たな高齢者医療制度の創設（2008年4月）</p> <p>(1) 後期高齢者（75歳以上）を対象とした後期高齢者医療制度の創設</p> <p>(2) 前期高齢者（65歳以上74歳以下）の医療費に係る財政調整制度の創設</p> <p>3. 都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合</p> <p>(1) 国保財政基盤強化策の継続（2006年4月）、保険財政共同安定化事業（2006年10月）</p> <p>(2) 政府管掌健康保険の公法人化（2008年10月）</p> <p>(3) 地域型健保組合の創設（2006年10月）</p> |
|--|

医療制度改革に対しては官（公的給付）の守備範囲の見直しが不徹底、ナーシングホームや老人保健施設等慢性疾患・療養施設が不足している現状では療養病床の削減は「介護難民」を生み出すといった批判が出ている。¹⁾また、2015年度には1.6兆円と試算される生活習慣病対策の適正化効果も「健康フロンティア戦略」の目標値（糖尿病は同年度10%減と「仮定」）に基づくものであって、実効性が保証されているわけではない。加入者から徴収する保険料が1割に過ぎない後期高齢者医療制度は実質的に保険というよりも世代間扶助（若年世代からの所得移転）の性格が強い上、老人医療に対する責任の所在（市町村の「広域連合」のガバナンス）も明確ではない。「保険者の再編・統合」によってその財政基盤を強化・安定化させるとしても、「保険機能が発揮」できるような制度の整備（保険者による診療のアウトカム評価、医療機関の推薦など）は不十分なままである。

本稿ではわが国の公的医療制度の課題について経済学・政策評価の視点から検討を加えていく。必要かつ適切な医療の提供と制度の持続可能性を両立させるにはマクロ、ミクロの両面から効率化を促していく必要がある。次節では医療費の適正化に向けたマクロ効率性の確保（医療費総額の抑制）とミクロ効率性の改善（資源配分の効率化）について議論していく。前者は公的医療制度全体に「予算制約」を課すものであり、後者はその制約の下での医療資源配分の最適化を要請する。両者が補完的關係にある（資源配分の効率化が医療費への総額管理を容易にする）ことは強調に値するだろう。効率に加えて公平への配慮も必要なことはいままでもない。後者は医療への公平なアクセスのほか公平な費用負担を含む。第3節では医療費の負担のあり方を巡る議論を概観する。医療を含め社会保険制度には保険（リスク分散）と相互扶助（福祉・再分配）の機能（政策目的）が混在するため、保険料の性格、受益と負担の関係をめぐる「公平感」が混乱気味に論じられてきた。保険と福祉では財政制度設計に対する見解（保険料は応益原則と応能原則のいずれに従うのが望ましいかなど）も異なることを指摘する。

制度が持続可能であるには財政的健全性（マクロ効率性）に加え、制度への信認（政治的支持）の確保が求められる。政策評価は「説明責任」を徹底することで政策・制度への国民からの信頼の向上を図るものである。ここで重要なのは理論的に一貫性のある政策体系の構築である。例えば、政策目的の達成のためには実効性ある（理論的、数量的に結果との因果関係が明瞭な）政策手段が用いられる必要がある（東（2005））。また、政策目標も明瞭でなくてはならない。さもなければ、事後的に弁明する（結果にあわせて目的を後付けする）余地が生じかねない。結果として説明責任が向上しないばかりか、政策の見直しも進まないだろう。第4節では、政策評価の観点から「中長期的な医療費適正化」対策の有効性を検証、説明責任を充足するための制度設計について考える。

健康増進を含め医療資源の配分の適正化には試行錯誤を伴う。また、政策の結果に対しては説明責任に加え、結果責任の所在も問われなくてはならない。第5節では、この試行錯誤や政策評価の結果を政策・事業にフィードバックさせる（効率化を促進する）担い手として保険者、及び都道府県（自治体）に着目していく。ここで問われるのは両者の間での権限・責任の配分のあり方を含む医療制度の「ガバナンス」である。本稿は保険者機能の強化（医療機関への審査等）とともに、保険者をモニタリングする「スポンサー」として都道府県を位置づける。

1) 日本医師会は療養病床に入院する「医療区分1」の患者の4割、約4万人が受け入れ先のない「介護（医療）難民」になるとしている（朝日新聞2006年10月26日）。

2. 医療費の適正化の経済学

マクロ効率性とマイクロ効率性

給付と負担の水準を国民経済の「身の丈」にあったものにすべく「高齢化修正 GDP」（名目 GDP 成長率+65 歳以上人口増加率 / 総人口）など医療給付費の伸び率について経済規模に対応した「何らかの管理指標」（マクロ指標）が必要という主張がなされている（「医療制度改革について」）。こうしたマクロ指標に対しては「医療費は高齢化や技術進歩等による増大が見込まれるところであり、これと直接関係のないマクロ指標のみを基にその規模を管理することは適当では」なく、「必要なサービスが提供されなくなったり、過度の患者負担を求めることとなる見直しは困難」（厚生労働省）といった反論もある。確かに一方的な医療給付費の抑制は必要な診療行為が提供されなくなる事態を引き起こしうる。小児科や産婦人科、在宅医療機関の不足が問題視されていることは周知の通りである。

ここで医療制度の「効率性」をマイクロ効率性とマクロ効率性に区別したい。前者は所定の資源制約（利用可能な医療費の総額）の枠内で「生産効率性」（所定の投入で最大の生産）、あるいは「配分効率性」（ニーズに応じた資源配分・費用の最小化）の実現を指す。上記の小児科、がん治療等、社会的に重要な医療サービスの不足はマイクロ効率性の改善、つまり医療資源の配分の適正化によって是正されるべき課題である。そもそも現行の医療資源の配分が「必要かつ適切」であるわけではない。国際比較すると平均在院日数の長いことがしばしば指摘されてきている通りである。²⁾環境や疾病構造の違いのみによっては説明できない医療費の地域間格差が存在しているとの実証研究もある（地域差研究会(2001)）。³⁾ また、老人一人あたり医療費の若年者一人あたり医療費に対する比は、ドイツの 2.68 倍（1994 年）に対して日本では 4.9 倍（1997 年）に達している。医療資源の配分・用途に無駄がある、具体的には必要のない検査や効果のない治療が行われているならば、医療サービスの水準（質）を低めることなく費用を軽減すること、あるいは同じ経費でより高い成果を達成することは不可能ではない

一方、マクロ効率性は経済規模（GDP）に対する医療費の水準の適切性と持続可能性（長期的財政収支の均衡）を問うものである。⁴⁾市場メカニズムが理想的に機能する限りにおいてマイクロ（家計・企業等個々の経済主体）レベルでの選択と価格メカニズムを介して実現する資源配分、生産量・消費量はマクロ的にも適正規模であり、持続可能（実行可能）なことはいままでもない。しかし、医療機関と保険者・被保険者（患者）の間での情報の非対称性があり、受益と負担が乖離した状況においては実現した医療費総額が国民のニーズに即している保証はない。非対称情報は「医師誘発需要」を喚起しかねないし、受益と負担の乖離は患者に過剰受診の誘因（「事後的モラルハザード」）をもたらしかねないからだ。

政府が長期的視野を有して「合理的」に振舞うならば、医療制度を持続可能にするよう（社会保障基金をあわせた政府の予算制約を充足するよう）「自律的」に医療給付費総額の抑制を図るものであり、ルールとして総額管理は必要ないという見解もあるかもしれない。しかし、現実の政府がそのような合理性を持っているとはいえない上、医療費適正化のための手段を予め知っているわけでもない。（次節で言及する生

2) 日本の平均在院日数は一般病床で 20.7 日（2003 年）であるのに対して、ドイツは 11.6 日、フランスは 13.5 日、英国は 8.3 日、米国は 6.7 日（いずれも 2001 年の数値）となっている（「わが国の医療について」）。

3) 市町村国保でみると一人あたり医療費の最高と最低の地域間格差は市町村レベルで 4 倍、都道府県レベルで 1.7 倍（2002 年度）にのぼる。一人あたり老人医療費の地域差も都道府県レベルで 1.5 倍程度（2002 年度）である。地域差研究会(2001)は実証分析を通じて、こうした医療費の違いは疾病構造の違いではなく、薬剤投与の程度や医療機関の属性、患者の行動、「医師誘発需要」に起因することを示している。

4) ここでいう「医療費」としては公的医療保険給付費、自己負担を含む国民医療費などがありうるが、本稿では前者を念頭に説明していく。

活習慣病対策も適正化に向けた「試行」に過ぎない。) 無論, 経済全体で公的医療に投下すべき資源の規模 (適正な医療費の対 GDP 比) については価値判断を伴うものであり, 社会的コンセンサスを要する。ここで重要なのは, 合意された (適正とされる) 規模を如何に維持するかである。

これまで, わが国の医療制度は医療費が国際的にみて低い水準に留まっているという意味でマクロ的な効率性には優れていた一方, 医療の質のばらつき, 医療事故, カルテ開示等情報公開といったミクロ的効率性で劣ってきたといえる。ミクロ効率性を改善する手段としては医療機関に過剰診療の誘因を与える現行の出来高払い方式の診療報酬を疾病分類 (DRG) に基づいた包括払いに改めることや後発医薬品の使用の促進, 病院の既得権となりがちな病床規制の見直しなどが挙げられよう。この際, 診療報酬制度の基準は国レベルで決定するとしても, 都道府県が「地域の実情を踏まえつつ, ……都道府県の診療報酬の特例を設定すること」(「医療制度改革大綱」) がありうる。「科学的根拠に基づいた医療 (EBM)」の推進と医療サービスの標準化, 「病歴等診療情報の病院・診療所間での共有, 地域連帯診療体制の充実に向け, 電子カルテシステムや患者情報にアクセスする電子認証システム, レセプト電算処理等, 医療の IT 化」(「医療制度改革試案」) も医療資源の配分の適正化を促すだろう。医療に無駄が生じるのは医療従事者と患者・保険者との間で診療行為の適正に関する情報に非対称性があるからだ。標準的な医療内容と実際の診療内容とを比較・評価できるように情報の開示を促進すれば, そうした「非対称情報」を是正できる。無論, 高度な専門知識を要する医療行為に関する情報を患者個人が収集・分析することは容易ではない。従って, 加入者の「代理人」として保険者の審査 (モニタリング) 能力の強化が必要になるのである。(第5節参照)。

情報開示に加え医療機関や保険者, 地方自治体に対し, 地域・患者のニーズに即するよう医療資源の配分を決定する権限を付与する「分権化」もミクロ効率性の増進に寄与するだろう。「分権化」により様々な保険者・地方自治体が異なった政策 (医療機関の機能分化・連携, 健康増進, 診療報酬体系, 医療機関の評価方法等) を試行, 比較評価を通じて「最善策」を見出すことができるからだ。ミクロ効率的な医療資源の配分は, 国・官僚によって「計画」されるのではなく, 試行錯誤 (政策実験) を通じて「創出」されるものなのである。⁵⁾

ミクロ効率性の改善には試行錯誤が求められるが, その過程でマクロ効率性は必ずしも保証されない。例えば, 医療機関の間で競争を促進するような政策を取ったとしても, 情報の非対称性が残ったままで「医師誘発需要」が誘発されたり, 高額な医療機器 (MRI など) の購入といった (価格ではない) 質の競争が喚起されたりするならば, 医療費は却って増加しかねない。医療需要が正しいニーズを顕示しているとは限らず, かつ公費を投入する国・自治体の財政が悪化している状況では, マクロ総額管理 (公的医療費の対 GDP 比, 伸び率の管理など) は制度の持続可能性と世代間公平を確保する「次善策」なのである (OECD(1995), Schut and Van de Ven (2005))。

マクロ管理に実効性を持たせ, 長期的に収支の均衡を図るには, 目標値から乖離したときの措置 (「PDCA サイクル」のうち評価⇒反映の過程) についても「ルール化」しておく必要がある。⁶⁾ 数値目標からの逸脱が生じてから, 診療報酬の引き下げ, (免責制の導入を含めて) 自己負担の引き上げ, 一部診療・薬剤の公的医療保険の給付対象からの除外, 社会保険料の引き上げ, 公費の追加等, いずれでも対処するかを議論する (「政治ゲーム」を始める) ならば, ステイクホルダー (保険者, 被保険者, 医療機関等) にとって

5) 政策実験を集権的に行うことは困難である。第1に全国一律に新たな制度・政策を試行すると「失敗」のコストが高すぎる。第2に, 試行が失敗だったとしても, 他に比較対象が乏しいため政策の失敗を立証することは難しい。従って誤った政策が是正されにくい。

6) ここでマクロ管理は每期予算の均衡 (医療費を目標値に一致させる) ことを求めているわけではない。

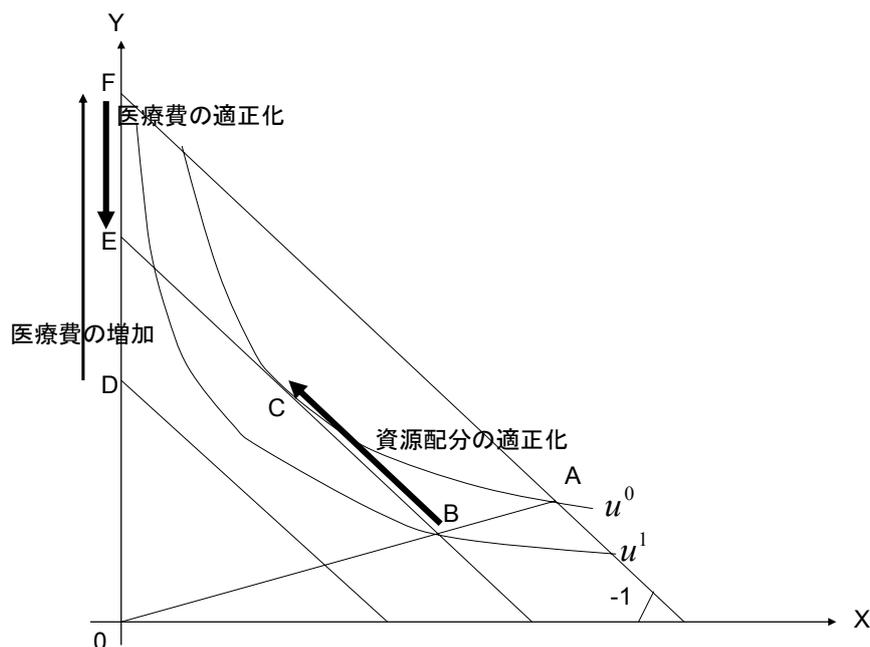
は却って制度的不確定性（リスク）を増すことになりかねない。妥協に至らず問題解決を先送りするならば後世代に負担を転嫁することになる。実効性あるマクロ管理として、例えば、少なくとも一定水準までの乖離については診療報酬の改定でもって是正することがありうる。わが国の診療報酬制度は診療行為の経費の積み上げというわけではない。はじめに診療報酬全体の伸び率（2006年度であれば3.2%のマイナス改定）が決まり、それに合わせて個別の診療報酬点数（診療報酬の配分）が決定されている。よって、この措置は実行可能といえる。あるいは医療費の増加要因を高齢化と技術要因等に分け、要因別に（世代間公平を勘案し）対処する方法もある。医療費の増加が医療に対するニーズが高まった（国民がより質の高い医療を求めている）結果と判断されるならば、社会保険料の引き上げも選択肢の一つである。少なくとも、財政赤字をファイナンスすることで将来世代に負担を転嫁するべきではない。

マイクロ効率性とマクロ効率性の「補完性」

マクロ管理には地域差への配慮がない、小児科等、重要な診療行為が妨げられるといった懸念がある。「必要かつ適切な」医療の提供を阻害することのないようにするにはマイクロ効率性の改善（「実効あるマイクロ施策」）が不可欠である。診療報酬の総額についてはマイナス改定（2006年度の診療報酬改定率はマイナス3.2%）するとしても、小児科、産科、麻酔科、救急医療等の医療の質の確保など「今後重点的に対応していくべきと思われる領域」（「平成18年度診療報酬改定の基本方針」）についてはマイクロレベルで診療報酬点数を手厚く配分すればよい。また、診療報酬の包括化は医療機関に収入を確保しつつコストを削減する余地を与えるだろう。（出来高払いの場合、検査回数・投薬の制限等、効率化努力が収入の減少に直結してしまう。）無論、医療の質を低下させて収益を確保することのないよう情報の開示や保険者・自治体による審査（モニタリング）も強化されなくてはならない。事後的モニタリングを伴わない効率化（へ向けた数値目標の達成）の弊害は次節でも強調する通りである。

簡単な図表でもってマイクロ効率性とマクロ効率性の補完関係を説明したい（図表4）。所定の医療予算（診療報酬総額）をX（例：小児科）とY（例：小児科以外）の二つの用途に配分するケースを考える。簡単化のためXとYの価格は1で基準化しておく。当初の医療費はODに等しい。いま、高齢化や技術進歩で医療費がOFに増加、増加後の医療費の配分はA点で与えられているとしよう。このとき実現する社会厚生（医療制度全体から生じる社会的便益）は u^0 に等しい。A点は明らかにマイクロ効率的ではない。所定の予算制約の下で社会厚生を最大化するような資源配分が達成されていないからだ。いま、医療費を適正化すべく予算総額がOEに削減されたとする。仮にXとYとの間で配分比率が変更されない（予算配分が硬直化している）とすれば、削減後の資源配分はB点となり厚生水準は u^1 に低下する。しかし、ニーズに即した医療を提供するよう（社会厚生を最大化するよう）マイクロ効率性が改善されるならば、予算総額OEの枠内で資源配分は適正化、C点が達成される。当初の厚生水準 u^0 を確保することも不可能ではない。

図表4：マクロ効率性とマイクロ効率性



しばしば医療費の抑制（適正化）と医療の質との間にはトレード・オフがあるといわれるが、これは自律的にマイクロ効率性（費用最小化）が実現していることを仮定した主張である。保険者や地方自治体の主体的保険運営や競争が欠如した現行の医療制度において、この仮定は自明ではない。資源配分を効率化させることで医療費総額の適正化（マクロ効率性の確保）も容易になる。マイクロ効率性の促進は医療需要の増加と医療へのマクロの予算制約との整合性の確保に寄与するものと考えられるのだ（OECD(1995)）。ただし、過剰診療・モラルハザードを是正し、費用最小化や患者のニーズに即した資源配分を確保する仕組みが構築されたならば、総額抑制策は順次緩和していくことが望ましい。

3. 福祉か保険か？

効率性がマクロ効率性とマイクロ効率性に分けられたように、公平の概念も「多面的」である。現行の医療費のファイナンスには扶助（福祉）とリスク分散（保険）の二つの原理が混在している。前者の視点に立てば、「国民の相互扶助と社会連帯の思想」をベースに「能力に応じて負担をし、必要に応じて給付をするという仕組み」、具体的には（累進的）所得税・所得依存の社会保険料など所得再分配を実現する（「応能原則」による）財源調達手段が公平である。一方、後者によれば受益（保険給付）に対応した負担（保険料が「保険数理的に公平」であること）が公平に適っているといえよう。現在の公的医療保険は、給付と負担の関係を強調するものの、高齢者数が増加する中、若人の支払う社会保険料が老人医療費に費やされることから、実質的に年金同様、世代間所得移転を伴うようになってきている。鈴木(2000)は1965年を境に、それ以降のコホート（世代）の医療サービスからの純受給率（生涯受益率マイナス生涯保険料率）

が組合健保と政管健保（いずれも男子）においてマイナスになる世代間不公平を実証している。もっとも扶助の原理に従えば、「損得という視点から社会保障制度を論じることは、本質的になじまない」（「厚生労働白書（平成14年版）」）ことになろう。広井(1997)は「賦課方式」の医療保険制度を通じた世代間再分配や介護等福祉サービスの「普遍化」が「社会保険と福祉の連続化」（区別の不明瞭化）をもたらしたとしている。

問題は一つの制度（ここでは医療保険制度）が異なる原理（扶助と保険）に従うとき、制度に対する説明責任が損なわれかねないことにある。若人の保険料を引き上げるときには保険の原理、即ち、負担に対応した（現在・将来の）保険給付からの受益を強調する一方、負担と受益の乖離があるときは扶助の原理でもって弁明できてしまうだろう。結果的に制度自体への信認が失われる懼れがある。また、応益原則からの乖離は社会保険料に実態として税としての性格を与える。所得税（賃金課税）が企業の労働コストを高めることで雇用を損ねたり、勤労意欲を阻害、あるいは節税・脱税行為を誘発したりするように社会保険料も経済主体（雇用主・労働者）の意思決定を歪めるだろう。そもそも社会保障が福祉か保険かで個人の行動が利他的になったり、利己的になったりするわけではない。保険料が再分配的（相互扶助的）になるほど、「損得勘定」に基づく個人の誘因（インセンティブ）への考慮が不可欠なのである。

広井(1997)は制度上の原則と実際の機能とを一致させるためにも、もともと再分配としての性格が強く、（健康リスクが高いため）純粋な保険には馴染まない高齢者医療に関しては福祉（所得保障）の観点から対応すべきと主張している。具体的には老人医療と介護、及び基礎年金を高齢者福祉として制度的に統合した上でその財源確保を税方式へ移行することが望ましい。一方、若年層については第4節で述べるように保険者機能を強化した上で、「選択と競争」の原理（「管理競争」）に基づいた医療の効率化の促進を提言している。

一方、岩本(1998)は医療費の変動を人口構造の変化（高齢化）等予期可能なリスクと技術進歩など予期されないリスクに分け、後者のみを世代間でのリスクシェア（世代間再分配）で対応することを主張している。前者については保険制度を一元化して保険原理を活用する。より現実的には国保、政管健保、組合健保等、保険者の分立を前提に、加入者の年齢構成と所得水準など各制度の自助努力によっては解消できない医療コストについてリスク調整を実施する。また、個人の自助努力を促す「最善策」としては、予想される生涯医療費の現在価値を予め保険料でもって積み立てる「長期積立型医療保険」がある（岩本(2006)）。これは将来発生する医療費に備えた強制貯蓄であり、原則、個人間で所得移転・リスク分散は伴わない。個人の自助努力を促す観点から、こうした積立型医療保険（医療貯蓄勘定）は西村(1997)や川淵(2002)によっても提唱されている。⁷⁾

高齢者医療であれ「予期されない医療費の増加」であれ扶助の原理（世代間再分配）の範囲については社会的合意を要するものの、制度の透明性を高め、保険料を負担する被保険者（特に若年世代）への説明責任を果たすには、保険と福祉の機能を分離した（各々の守備範囲を明確にした）制度の構築が求められるといえよう。⁸⁾「機能（政策目的）分離」のメリットについては次節で詳述したい。⁹⁾

7) ただし予想されない医療費の増加まで予め積み立ておくことは困難であろう（岩本(2002)）。また「確定拠出型」年金の個人勘定（401Kなど）でも指摘されているように、その運用にフィナンシャル・リスクを伴うという問題もある。

8) 保険も事後的（医療リスクが顕在化した後）には所得移転を伴う。「無知のベール」に従えば、福祉にも保険（世代間リスクシェア等）としての役割が見出せるだろう。ここで分離しているのは政策目的であって政策の効果ではない。後述する政策評価は「効果」ではなく、当初の政策「目的」に基づくことが求められる。

9) 保険原理を徹底し健康リスクに応じた保険料を課すならば、低所得者にとって「不公平」（応益原則に反する）という批判もあるだろう。であれば福祉の観点から国・自治体が低所得者を対象とした保険料補助を給付すれば良い。本稿は一つの政策・制度に複数の目的を詰め込むよりも、異なる目的（ここでは低所得者扶助）を追求する政策手段を新たに追加することが望ましいと考える。

4. 政策評価の視点

政策手段の「有効性」

今回の医療制度改革の柱の一つとして生活習慣病予防のための取り組みがある。具体的には、2008年度を初年度とする医療費適正化計画（5年計画）を作成、2015年度には生活習慣病有病者・予備群を初年度比25%削減する等、政策（数値）目標を掲げる。更に2008年度より（40歳以上の加入者に対して）健診・保健指導の実施を保険者に義務化・一本化される。

生活習慣病対策による医療費の適正化は厚生労働省の「粗い試算」によれば、2025年度時点で2.8兆円あまりとなる（図表5）。しかし、その実効性は明らかではない。「科学的根拠に基づき健診項目の重点化」、および「健診の精度管理のための取り組みを強化」することで健診受診率を向上させ、保健事業（事後指導等）についても「科学的根拠に基づいた効果的な手法の管理・普及を図る」としても、「科学的根拠」についてコンセンサスがあるわけではない。「糖尿病等の患者・予備群を25%減少させる」べく、「一定の成果を挙げている保健事業（事後指導等）の取り組みについて検証」を行うとして、個別の事例の成功例が示されても失敗例も合わせて検証しない限り効果の一般性・普遍性は保証されない。そもそも、保健指導を受け生活改善を行う被保険者の誘因も明らかではない。¹⁰上記の2.8兆円は生活習慣病対策の効果の「客観的予測」ではなく、あくまで「政策的数値目標」に過ぎない。都道府県で「糖尿病等の患者・予備群の減少率の目標やその実現につながる内容の健診及び保健指導の実施率の目標を設定」、その達成に向け医療保険者、都道府県、市町村間での連携の促進を図るとしても、目標実現のための具体的な手法（効果的な健診・生活指導）の確立は未だ試行錯誤の状態にある。

図表5：医療費適正化の効果に関する（粗い）試算

		2015年度	2025年度
「給付と負担の見通し」 の推計額（H16）	国民医療費（対国民所得比）	49兆円（11%）	69兆円（13%）
	給付費（対国民所得比）	41兆円（9%）	59兆円（11%）
（1）生活習慣病対策		約1.6兆円	約2.8兆円
（2）平均在院日数の短縮		約1.7兆円	約4.9兆円
医療費適正化効果総額（1）＋（2）		約3.3兆円	約7.7兆円
うち医療給付減少額		約2.8兆円	約6.5兆円

（出所）厚生労働省「医療制度構造改革試案」に関する資料（2005年10月26日）

¹⁰ 保険の存在により、リスク回避行動（ここでは疾病予防）への誘因が損なわれることは「事前的モラル・ハザード」として周知の通りである。このモラル・ハザードを是正するには、（1）疾病時の自己負担を引き上げる、（2）生活習慣病を引き起こす財貨・サービス（例：タバコや酒）への課税を強化する、（3）医療機関を一定期間受診しなかったとき保険料の一部を還付することなどで被保険者の誘因を矯正しなくてはならない。

「平均在院日数の短縮」も同様の問題を抱えている。在院日数の短縮の一環として掲げられているのが、「医療の機能分化・連携」である。具体的には「入院から在宅医療まで切れ目のない形での地域の医療機能の適切な分化・連携を進める」ことで患者本位の医療提供体制を実現するべく都道府県の作成する医療計画で医療機能の分化、連携を促進する内容を見直すとともに、医療機関の専門性に応じた機能の明確化をはかっていく（「医療制度構造改革試案」）。しかし、機能分化と連携を促進するため医療機関の選別、機能に応じた許認可等の権限が都道府県に新たに付与されているわけではない。「地域連携クリティカルパス」を考案したとしても、その義務付け、ないし、採用する医療機関への診療報酬上の優遇（特別加算）措置がなければ普及しないかもしれない。そもそも平均在院日数が減少しても、診療行為の集中化を伴うならば、一入院あたりの医療費が減じられるわけではない。

2006年医療制度改革における「中長期的医療費の適正化」は健康増進（例えば糖尿病の発症率を20%改善（健康フロンティア戦略（2005年-2014年））や平均在院日数への数値目標を課す一方、それを実現するための「理論モデル」（政策手段と結果の因果関係の確立）が欠如している。¹¹⁾「健康増進計画」や「医療計画」の作成・執行等、具体策は都道府県に委ねられているが、数値目標の実現可能性が保証されているわけではない。自治体・保険者の操作変数（直接コントロールできる政策手段）である情報提供や啓蒙活動によって健診カバー率や生活指導実施率の拡大できるか否かも明らかではない。¹²⁾

確かに健康増進や地域医療ネットワークの確立自体は医療資源の適正配分を促すことでマイクロ効率性を改善するだろう。しかし、その実現に向けた政策手段は試行プロセスにとどまっている。技術進歩等、予測困難な費用の増加も考えれば、マクロレベルで試算通りに医療費の適正化効果（マクロ効率性）が実現するかどうかは明らかではない。「費用対効果」も問われなくてはならない。保健事業費を一人当たり1万円増加させることで節約可能な医療給付費は1090円（自己負担分は270円）に留まるという試算もある（河野(2004)）。「医療給付費」を減じられても、医療全体に投じられる経費が増えるのではコスト適正化の観点からは意味がない。

「医療制度を将来にわたって持続可能なもの」にしていくには、当該制度の枠内で、それを自己完結的に確保することが望ましい。前節で言及したマクロ効率性を維持するには、生活習慣病対策などが医療費を当初の意図した通り適正化できなかったときの対処を予めルール化しておくべきであろう。少なくとも経済活性化や税収の自然増など「他力本願的」な見込みに制度の安定性を委ねるべきではない。さもなければ、利害当事者（国、地方自治体、保険者、医療機関）は医療費への責任の擦り合いに終始、適正化のための改革が先送りとなって制度自体の安定性を損ないかねない。

政策目標と責任の明確化

前節で概観したように社会保障にはリスク分散（保険）と扶助（福祉）といった異なる政策目的（機能）が混在している。社会保障に限らず、公共事業（インフラ整備のほか景気対策や過疎地域における雇用創出効果）や教育（人格形成、人的資本蓄積（労働生産性の向上）、および機会の均等化・格差是正）等の公共政策の政策目的も多様である。公共経済学では「政策目的」（資源配分の効率化、公平の確保、経済の安

11) 政策手段の有効性を評価するには、事前に政策目標と数値目標をアウトカムベース（健康増進）で設定するとともに、政策手段の量的規模・質的内容を明らかにすること、当該政策目標に影響を与える当該政策手段以外の外的要因を特定化すること、政策目標、政策手段および外部要因の定量的・定性的な相関関係が明らかでなくてはならない（林(2004)）。

12) 2006年4月から始まった介護予防事業における「介護予備軍」の把握は4月・8月分で65歳以上高齢者の1%（各自治体は2-3%を目標）にも満たず、介護予防教室への参加率も3割に留まっている（朝日新聞2006年10月29日）。

定化等)と同数の政策手段(公共財供給・規制,福祉,景気対策等)があれば,後者に対して唯一の政策目的を割り当てることが可能になることが知られている(「ティンバーゲンの定理」)。しかし,政策手段が限られる「次善」(セカンドベスト)においては,一政策でもって複数の目的を追求せざるを得ない。この結果,資源配分の効率と所得分配の公平など異なる目的間で「トレード・オフ」が生じるのである。「規範的公共経済学」に従えば,公平・効率等,複数の政策目的は唯一の社会厚生関数に「集計化」され,それを最大化するように政策体系を設計することが望ましい。社会厚生関数に織り込まれる政策目的へのウェイトは価値判断・社会的コンセンサスに依拠して決まってくる。

しかし,現実の政策決定過程において,社会厚生関数が追求されているわけではない。そもそも公共政策全体に対する唯一の価値基準に対して社会的にコンセンサスがあるわけでもない。一つの政策手段でもって複数の目標を追求する限り,その成果に対しては「総合的」な判断が問われるが,裁量的・現状追認的な評価に陥る危険がある。例えば,結果的に無駄な(生産性の低い)公共事業であっても地方の雇用創出(セイフティーネット)を理由に容認されるかもしれない。道路特定財源はその目的(使途)を拡大することで抜本的見直しを免れているし,地方への差額補填(歳出と歳入の穴埋め)との批判が高まった交付税も「地方のやる気」の促進(行革インセンティブ算定)を新たな目的に掲げて制度としての生き残りを図っている。保育所の拡充や児童手当の引き上げ等「少子化対策」にしても,それが社会全体の出生率の引き上げを目的にしているのか,(既に子供のいる家庭,特に共働き家庭を含めて)子育て環境を改善するためかは必ずしも明らかではない。将来的に出生率が上がらなくても子育て支援自体からの社会的便益が強調されるかもしれない。政策(施策・事業)の結果から,それを正当化する目的を見出すことができる限り,政策に対する「説明責任」は確立されず,制度・政策の見直しも進まない。

生活習慣病対策も(平均在院日数の短縮と合わせて2025年度時点で7.7兆円(医療給付費ベースで6.5兆円)と見込まれている)「中長期的な医療費の適正化」が達成困難となれば,健診や生活指導の普及自体が(それらが実現していれば)「成果」として強調されるようになるかもしれない。無論,生活習慣病患者が減少するならば,生活の質(QOL)を改善しているという意味でマイクロ効率性には適っているだろう。しかし,政策評価で問われるのは,当初の目的(医療費の適正化)に基づいた費用対効果である。¹³⁾仮に健康増進自体が政策目的ならば,生活習慣病向け健康診断費用へ助成金等,公費を投入する(市町村国保に対しては国と都道府県が3分の1ずつ支援)といった政策判断はなかったかもしれないからだ。

説明責任を改善するには政策手段が唯一の政策目的に対応するような政策体系の構築が望ましい。基礎年金を税方式に移行する一方,報酬比例年金は積立方式を徹底(ないし民営化)するのは,公的年金制度の福祉(扶助)の機能を前者に,保険機能を後者に割り当てる「機能(政策目的)分離」の一環とみなせよう。この場合,基礎年金は扶助・助け合いの観点から,報酬比例年金は保険(リスク分散)の視点のみから,おのおの政策評価すればよい。オランダの公的医療保険制度では被保険者は社会保障基金(中央基金)へ社会(所得依存)保険料を,加入する保険会社に対して(保険プランに依存した)「一律保険料」を支払っている。前者は後述する「リスク調整プレミアム」の原資であり,社会連帯(所得再分配)の機能を担う。一方,後者は原則,保険会社の経営効率(医療費適正化努力)を反映するように決まってくる。

(公的保険を提供する)保険会社を自由に選択できるオランダでは,この一律保険料が価格競争を促す機能を担っている。生活習慣病対策も「国民の健康の増進を図るための措置を講じ,もって国民保健の向上を図ることを目的とする」(健康増進法第1条)であるならば,政策目標を健康増進に純化(よって健康

13) なお,健康増進自体が医療費の抑制に貢献しても,他の増加要因で相殺されていたら医療費全体を適正化したことにはならない。

増進の達成度で政策の有効性を評価)して、マクロレベルでの医療給付費の抑制には別の政策手段(マクロ指標等)を当てるべきだろう。

説明責任のみならず、「結果責任」の所在の明確性も問われなくてはならない。「良質かつ効率的な医療の確保」すべく、「保険者、医療機関、地方公共団体等の関係者が連携して、地域の住民に対して質の高い効率的な医療を提供できるような取組を推進する」としても、医療計画や健康増進計画の作成を担う都道府県と新たに健診・保健事業を義務付けられた保険者の間での権限と責任の分担が明らかでなければ、責任の擦り合いになるだろう。公費が5割を占める「後期高齢者医療制度」の場合、(75歳以上高齢者への)保険料が高騰したとしても、同制度を運営する市町村広域連合の効率努力が不足していたとも、国の財政支援が不十分なためとも弁明できてしまうかもしれない。結局、当事者等(都道府県と保険者、あるいは国と自治体)が責任を共有するというよりも、共に責任を免れる(曖昧にする)事態になりかねない。これでは、評価に基づく政策(後期高齢者医療制度であれば、高齢者医療費の適正化努力や国の財政支援制度)の見直しも進まない。

加えて、当事者には政策の見直しに必要な権限も付与されてなくてはならない。例えば、政策目標として「質の高い医療サービスの確保」が十分に達成されていないと政策評価されたならば、その改善のため質が低く都道府県の改善命令に従わない医療機関に対する開設許可の取消しなど実効力をもって医療機関を地域から退出させる必要があるだろう。

数値目標とモニタリング

数値目標やそれに基づく「成果主義」への批判が高まっている。国民年金徴収率の向上に係わる全国の社会保険事務所による保険料の不正免除、学校のいじめ件数に関する教育委員会への虚偽報告などは数値目標の弊害の典型例とされている。数値目標が有益であるためには、それを設定し達成度を報告させるだけでなく、その真偽を審査する仕組みがなくてはならない。上記の例はいずれも業績報告への審査(事後的モニタリング)の欠如、ないし上位機関(国民年金であれば厚生労働省、いじめ件数については教育委員会)の審査能力の不足による。政策評価は自ずと正しい報告がなされることを前提にした「性善説」に依拠するべきではない。PDCAサイクルにおける「評価→反映」の過程で評価自体への審査が不可欠なのである。さもなければ、数値目標の達成度を粉飾する誘因が生じることは経済学的には驚くほどのことではない。¹⁴⁾ 事後的モニタリングの欠如を「与件」として、数値目標の是非を論じるのではなく、数値目標を有効にすべくモニタリングの強化を要請するのが政策提言として適切であろう。

無論、審査を担う主体(機関)自体の誘因も考慮しなくてはならない。執行機関(エージェント)を常時監督している主体であれば、監督責任を免れるべく虚偽報告に加担しかねないからだ。身内意識からモニタリング自体が「お手盛り」になる懸念もある。国の会計検査院に対応する第三者(外部)機関の活用が望ましいだろう。

14) 政策の執行を担う代理人(例:社会保険事務所)と執行を委任するプリンシパル(例:厚生労働省)との間の利害相反関係は「代理人問題」として知られている通りである。

5. 効率化の担い手

ガバナンスと保険者機能

今回の医療制度改革は保険者の再編成と合わせて「保険者機能が発揮される主体による保険運営」を狙いとしている。具体的には「再編された保険者は、レセプト点検等の取組を更に強化するとともに、被保険者相談、地域の医療サービス等に関する情報提供、きめ細かな保健事業について都道府県単位で共同実施を推進する」ものとされる（「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」）。

改革は被保険者の健康管理との一体性、医療費適正化努力に応じた保険料水準の設定など保険者機能の強化を謳っているものの、現行制度の下では保険者自身が医療機関を選別したり、診療報酬や医療の質について個別に交渉を行ったりできるわけではない。¹⁵⁾ 保険者は直接医療機関と契約を結ぶのではなく、医療機関の申請に基づいて地方社会保険事務局長がこれを指定するのであり、保険医療機関、保険医は健康保険法等の規定に基づき、厚生労働大臣（地方社会保険事務局長）、または都道府県知事の指導監督を受けるものとされる。指定、指導・監査等公権力の行使を伴う事務については「医療保険制度全体の安定的かつ健全な事務運営を確保する」観点から「引き続き国の責任において実施することが必要」（「保険医療機関の指定等の行政事務について」）とされている。義務・責任を負っても、医療機関への規律付け等、必要な権限が付与されないならば、保険者が医療費適正化に向けた努力を払う余地はない。本来、責任とそれを充足する手段としての権限は一体として配分されるべきなのである。また、「統合・再編成」された保険者（広域化された市町村国保、地域型健康保険組合、公法人化された政管健保）の「ガバナンス」（運営主体と経営責任の所在）も問われなくてはならない。上記のように保険運営に対する結果責任の所在が不明瞭ならば、保険者自身の財政規律が維持できなくなるだろう。¹⁶⁾

近年、我が国でも保険者機能の強化が、医療制度の効率化（低コストと高い質の保証）をもたらすものと期待されている（広井(1999)、山崎・尾形(2002)）。無論、医療機関との直接契約を含む「マネジドケア」の採用には賛否両論あり、抜本的な制度改革が必要になる。保険者の当事者（マネジメント）能力も問われなくてはならない。とはいえ、保険者による医療機関情報収集・解析、医療機関の推薦、医療機関との直接交渉など医療費の抑制・効率化に不可欠な権限の付与は一部制度の手直しや通達の変更等で実現可能と考えられている（滝口(1999)）。当面は、加入者への医療情報の提供の促進やレセプト審査など保険者の審査能力を向上させた上で「保険者と医療機関との直接契約や保険者と医療機関の連携強化（健診・予防）」（経済財政諮問会議「骨太の方針2001」）へ発展させていくことが望ましい。

Enthoven(1988)によって提唱され、オランダなど欧州の医療制度改革の指針となって「管理競争」において重要な役割を担うのが保険者である。管理競争は政府が「リスク調整プレミアム」等、市場機能と補完的な規制の枠組みを構築することで、社会連帯（相互扶助・公平な医療へのアクセス）と効率性（医療資源の適正な配分）を両立させることを狙いとしている。そこでは保険者は医療機関を選別したり、個別に診療報酬契約を結んだりする権限（マネジドケア）が与えられる。¹⁷⁾ 機能強化された保険者は保険者

15) ただし、2002年度より健康保険組合等による審査及び支払は健康保険組合が特定の保険医療機関との合意により、自ら審査及び支払事務を行う、あるいは支払基金以外の事業者へ委託することが可能となっている。

16) 市町村国保に対しては国・都道府県からの「垂直的支援」（国保財政基盤強化策）がある。後期高齢者医療制度についても広域連合の財政リスクの軽減は国・都道府県が共同して責任を果たすことになっている。こうした財政支援は保険者の財政基盤を安定化させることを意図したもののだが、財政責任の所在を曖昧にしかねない。

17) オランダでは2005年から病院経費の1割については保険者と医療機関の個別交渉に委ねられている（Schut and Van de Ven(2005)）。

間競争（被保険者による保険者選択）によって規律づけられる。

保険者の機能強化・管理競争を促すには、中長期的（10年程度）スパンでもって幾つかの条件を充足していかななくてはならない。第1に医療従事者と患者間の情報格差を埋めるとともに、医療機関間でも情報を共有化するための情報開示が求められる。その方策としては電子カルテやレセプトの電算化等、医療のIT化を進めるとともに、ICD（国際疾病分類）コーディングを義務付け、DRG別に数値化し、その情報を公開することなどがあり得るだろう（川淵(2002)）。科学的根拠に基づいた医療（EBM）を通じ医療サービスの標準化する必要もある。標準化された診療行為をすべての医療機関に義務付けることはできないかもしれないが、保険者はそれをベンチマークとして医療機関のパフォーマンス・実際の診療内容を評価することができるだろう。

第2に経営努力に拠らない保険者間の負担の不均衡の是正措置が必要である。今回の医療制度改革では65歳から74歳の前期高齢者について国保・被用者保険の従来制度に加入したまま、前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を各保険者の（75歳未満）加入者数に応じて調整する仕組みを創設することになっている。こうした保険者間の財政調整は保険者の損失（負担の不均衡）補填の性格が強く、保険者に医療費抑制・効率化を誘因づける仕組みになっていない。

保険者間の疾病・年齢構造の差を是正する制度としてドイツやオランダでは「リスク調整プレミアム」が導入されている。¹⁸⁾オランダで1993年にリスク調整プレミアムが導入されたときにリスク要因として考慮されていたのは、(i)性別と(ii)年齢のみであったが、95年以降は性別、年齢のほか、(iii)居住地及び、(iv)身体障害の有無（99年以降は雇用・社会保険給付の有無に変更）が加えられ、2002年には(iv)調剤（慢性疾患・外来治療のリスク調整）が、04年には(v)過去の疾病（DRG）（入院治療のリスク調整）がリスク要因に織り込まれるなど、精度（加入者の「真のリスク」との適合性）の改善が図られてきている（Van de Ven et al (2004)）。これに合わせて、保険者への損失補てん率も93年の97%から06年には50%まで引き下げられ、それに伴って保険者の予算の「ハード化」が促されている。こうした財政調整は原則「包括払い」であり、実際の医療費に拠るわけではない。従って、保険者（ドイツでは疾病金庫、オランダでは2006年以降、私的保険）には医療費適正化への誘因が働くものと期待される。

無論、保険者の権限・機能を強化したとしても、保険者が強化された権限を被保険者の利益に適うよう行使するとは限らない。保険者が加入者の「完全な代理人」として振舞う保証はないのである。保険者間競争も加入者に（保険対象となる医療サービス、付加的給付、保険料等）必要かつ適切な情報を開示していなければ、保険者への規律づけとして不十分であろう。医療機関をモニターする保険者を監視（「モニターをモニターする」）メカニズムが必要になってくるのである。それが以下で述べる「スポンサー」の役割である。

「スポンサー」としての地方自治体

医療制度でも地方分権が進んでいる。既に「地方が自らの支出を自らの権限、責任、財源で賄う割合を増やすとともに、国と地方を通じた簡素で効率的な行財政システムの構築」（「骨太の方針」2004）を目指した「三位一体の改革」の一環として市町村の運営する国民健康保険への国庫負担の削減と都道府県の財

18) リスク調整プレミアムの詳細は Van de Ven and Ellis(2000)参照。オランダのリスク調整プレミアムは中央基金に支払われる社会保険料（所得依存型）を原資とする。被保険者はこのほか加入する保険者に対して一律保険料を支払う。一方、ドイツでは中央基金のような機関を介さず保険者間で財政調整を「水平的」に行っている。

政負担増が図られた。具体的には、国の「財政調整交付金」を引き下げ、代わって「都道府県財政調整交付金」を新たに創設することになった。更に国保の財政基盤の強化のための「財政安定化支援事業」への国の補助を廃止するとともに都道府県の負担割合を引き上げている。国保への財政支援以外にも、生活習慣病予防対策や医療計画（医療機関間の連携、介護との連携、在宅医療の推進など医療供給体制の整備）における都道府県の役割も求められている。上述した医療費適正化計画（5ヵ年計画）においては国が事業実施への支援を施す一方、都道府県は健康増進計画の中で運動、食生活指導、健診・保健指導実施率等の目標設定、保険者事業（健診・保健指導）の指導、医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進などの事業を計画・実施する。「医療費の適正化と保険運営の広域化の第一歩」として都道府県の役割を強化するというわけだ。その根拠としては①保険料の平準化や保険財政の安定化には都道府県レベルの規模が必要なこと、②患者の受診行動は概ね都道府県の圏域（第3次医療圏）で完結しており、③医療の地域特性（疾病構造、患者の受診行動等）も都道府県単位で違いが大きいこと、よって、④これらを踏まえて医療計画・介護保険事業支援計画・健康増進計画と医療保険制度の連携しつつ国民健康保険事業で役割を果たしうることが挙げられる（「国保の再編・統合について」）。ただし、医療費適正化に対しては「当然に国が責任を持つべきで」あって、「都道府県に医療費に関する数値目標を設定させ、その結果について責任を負わず」ことは容認できないとの反論もある（「医療制度改革に関する意見」）。

図表6：役割分担

		機能 (例)
スポンサー	国	「標準的診療報酬」、医療計画、健康増進計画等のガイドラインの作成
	自治体（都道府県）	医療機関・保険者への認可・審査、情報開示 地域別診療報酬のガイドラインの作成 医療計画・健康増進計画の作成
保険者		医療機関への審査・モニタリング、情報提供 「標準化された医療」に基づき、診療行為、診療報酬の詳細について医療機関と直接交渉

現行制度では国・地方自治体は認可・監査等規制の担い手であると同時に、保険者（国は政管健保、市町村は国保を運営）、あるいは医療機関（自治体病院など）の運営主体として医療制度における利害当事者である。医療制度全体の調整役である「レフリー」としてではなく、「堂々たるプレーヤーとして登場」しているのである（尾形(2005)）。しかし、「管理競争」の観点によれば、国・自治体等、公的機関は市場競争（保険者間競争、病院間競争など）を監視、管理する「スポンサー」としての機能を果たすことが望ましい。スポンサーは被保険者・患者の利益を代弁する主体として、公的医療給付の範囲、「標準的」診療報酬体系などを決定、保険者・医療機関に関する情報開示を促進する。現行の制度に即すれば、都道府県の医療計画の作成はこのスポンサーの機能にあたる。ただし、管理競争を徹底するならば、付加的医療給付

(混合診療を含む)や診療報酬の詳細は保険者と医療機関の個別交渉に委ねるべきであろう。(政管健保の公法人化に続き)市町村国保はエージェンシー化(ないし民営化)して、行政機関から切り離して保険運営に特化させる(政治的配慮を極力排除する)必要もある。

管理競争のような競争原理の導入への批判としては、被保険者が医療に関する十分な情報を持たず、保険者や医療機関が虚偽の情報(あるいはイメージ戦略)に左右されかねないことなどがある。医療に限らず関係主体に対して情報が十分に行き届かない市場は必ず失敗する。医療への公平なアクセスが保証されているか、診療ガイドライン、診療内容管理、予防ガイドラインなどは合理的な医学的根拠に基づき、適切に見直されているか、保険者が高コスト・高リスクな患者の診療否認を促進したりするような金銭上のインセンティブを設けていないかなど、保険者・医療機関をモニタリングするのがスポンサーの機能である(図表6)。佐藤(2005)はスポンサーとしての国と地方(都道府県)の役割分担を含め、わが国における管理競争の可能性について考察している。保険者や医療機関を評価する格付け機関の参入を認めることも情報公開をさらに促進するものと考えられる。実際、米国では保険者機能を発揮する民間保険(HMOを含む)に対して、保険者・保険商品の質の評価・認定を行う機関として「全米品質保証協会」(NCQA ; National Committee for Quality Assurance)が保険者機能の行きすぎをチェックしている(松原(2002))。

6. 結語

本稿では、患者のニーズに即した医療と費用の適正化を促すことで、限られた資源を有効活用する(ミクロ効率性を改善する)一方、医療給付費への実効性のある(目標からの乖離を是正する措置を予めルーIALIZED)マクロ管理(マクロ効率性の確保)の採用を提言してきた。保険者機能の強化と地方分権を通じて保険者や地方自治体が医療サービス提供の費用最小化・配分の効率化の担い手となり得る。スポンサーとしての都道府県は医療と介護、保健事業(健康増進)との連携(急性期から回復期、慢性期を視野にいたした地域連携クリティカルパスの確立)を図る役割を果たすことも期待される。無論、保険者や自治体の運営(当事者)能力も問われなくてはならない。こうした能力の向上を促すにも、医療情報の開示、共有化、(医療の標準を通じた)比較評価といった「インフラ整備」が不可欠なのである。損失補てんではない保険者間での事前的リスク調整の制度も整備していく必要がある。

一口に医療費の適正化・医療の効率化といっても、そのための手法は試行錯誤(政策・施策実験)を通じてのみ見出されなくてはならない。(であればこそ、マクロレベルで医療費を適正化するのに、その具体策が自治体・保険者に委ねられている生活習慣病対策や医療機能の分化・連携は当てにできないのだ。)試行錯誤の当事者である(健康増進・保健事業を担う)保険者や自治体の権限は、その責任に見合うよう拡充されるべきことは言うまでもない。更に、政策・事業の有効性・効果への政策評価を行い、随時、見直し・改善を促す必要があるだろう。とはいえ目標・目的の明らかでない政策を評価することはできない。社会保障には扶助の原理と保険の原理が混在していることは第3節で強調した通りである。生活習慣病対策も健康増進(糖尿病の発症率の減少)をもって、その成果とみなされ中長期的に医療費を適正化したかどうかは問われなくなるかもしれない。政策・制度の目的を明確に(保険・扶助等、複数の目的は異なる制度・政策に割り当てることで機能分離)し、後で弁明の余地を残さないようにする必要がある。さもな

ければ、政策・制度の説明責任は改善しない。¹⁹⁾

診療報酬のマイナス改定や療養病床の削減は病院経営を悪化させ、引き受け先のない「医療難民」を多く生み出しかねないという懸念が出ている。小児科や救急治療など重要な診療分野での医師不足も社会問題となって久しい。わが国の「安心かつ質の高い医療サービス」への信認が揺らいでいるのだ。その一方、経済規模（成長）に比して「身の丈」に合わない医療費の膨張は公的医療制度自体の持続可能性を危うくしかねない。わが国は医療費を経済的に許容可能な水準に留めて「将来世代に負担を先送りしない社会保障制度を確立」しつつ、必要かつ適切な医療サービスの提供を促進するという難しい政策課題に直面している。ここで求められるのは国、自治体、保険者、医療機関等利害当事者が場当たりの負担（診療報酬改定、自己負担・保険料の引き上げ、公費（税金）投入等）を押し付け合う政治ゲームの「均衡」としてではなく、高齢化の進むわが国の今後の公的医療のあり方を見据えた「制度設計」（グランドデザイン）としての改革であり、その実現に向けた（10・20年のスパンから成る）「工程表」なのである。

参考文献

（日本語文献）

- [1] 東信男(2005)「プログラム評価の手法と総合評価の実施状況」『会計検査研究』第31号 253-275頁
- [2] 岩本康志(1998)「試案・医療保険制度の一元化」八田達夫・八代尚宏編『社会保険改革』日本経済新聞社
- [3] 岩本康志(2002)「高齢者医療保険制度の改革」『日本経済研究』44巻 1-21頁
- [4] 岩本康志(2006)「社会保障財政の制度設計」CIRJE ディスカッションペーパー, 東京大学
- [5] 尾形裕也(2005)「保険者機能と世代間利害調整」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差：現状と改革』11章, 東洋経済新報社
- [6] 川淵孝一(2002)『医療改革：痛みを感じない制度設計を』東洋経済新報社
- [7] 河野敏鑑(2004)「保健事業と医療支出の関係に関する分析」『医療経済研究』vol.16
- [8] 佐藤主光(2005)「保険者機能と管理競争：ガバナンス改革の観点からの分析と提言」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差：現状と改革』13章, 東洋経済新報社
- [9] 佐藤主光(2005)「地方分権と医療保険制度改革」『病院』第64巻第9号 30-35頁
- [10] 鈴木亘(2000)「医療保険における世代間不公平と積立金を持つフェアな財政方式への移行」『日本経済研究』40巻 88-104頁
- [11] 滝口進(1999)「医療制度改革と保険者機能強化」広井良典編『医療改革とマネジドケア：選択と競争原理の導入』東洋経済新報社
- [12] 地域差研究会編(2001)『医療費の地域差』東洋経済新報社
- [13] 林和喜(2004)「実績評価の現状と有効性検査」『会計検査研究』第29号 185-202頁
- [14] 広井良典(1997)『医療保険改革の構想』日本経済新聞社
- [15] 広井良典編(1999)『医療改革とマネジドケア：選択と競争原理の導入』東洋経済新報社

19) 政策が結果的にどのような成果を挙げたか（生活習慣病対策であれば、被保険者の健康増進など）のみでなく、当初の目的および目標に即した成果（2025年で約2.8兆円の医療費の適正化）を挙げたかどうかを検査するのも会計検査院等の有効性検査に求められている。

- [16] 松原由美(2002)「医療提供体制と保険者機能」『医療と社会』 vol. 12(1), 27-35 頁
- [17] 西村周三(1997)「長期積立型医療保険の可能性について」『医療経済研究』 vol.4,13-34 頁
- [18] 山崎泰彦・尾形裕也編(2002)『医療制度改革と保険者機能』 東洋経済新報社

(海外文献)

- [19] Enthoven, A.C.(1988) “Theory and Practice of Managed Competition, ” *De Vries Lecture* No.9 (North Holland).
- [20] OECD(1995) “New Directions in Health Care Policy, ” *Health Policy Studies* No. 7, (OECD).
- [21] Schut, F.T. and W.P.M.M Van de Ven (2005) “Rationing and competition in the Dutch health care system, ” *Health Economics* vol. 14 pp. 59-74.
- [22] Van de Ven, W.P.M.M., and R.P. Ellis (2000) “Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets” in A.J. Culyer and J.P. Newhouse eds, *Handbook of Health Economics* vol. 1(A) (North-Holland)
- [23] Van de Ven W.P.M.M, R.C.J.A.van Vliet and L. M., Lamers (2004) “Health Adjusted Premium Subsidies in the Netherlands, ” *Health Affairs* vol. 23 No.3. pp.45- 55.

資料

- [1] 経済財政諮問会議「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2001」(2001年6月26日)
- [2] 経済財政諮問会議「医療制度構造改革試案について」民間議員提出資料(2005年10月27日)
- [3] 経済財政諮問会議「歳出・歳入一体改革」中間とりまとめ(2006年4月7日)
- [4] 厚生労働省「医療制度改革試案：少子高齢社会に対応した医療制度の構築」(2001年9月25日)
- [5] 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し(2004年推計)」(2004年5月14日)
- [6] 厚生労働省「医療制度改革について」(2005年3月18日)
- [7] 厚生労働省「医療制度構造改革試案」(2005年10月19日)
- [8] 厚生労働省「医療制度構造改革試案」に関する資料(2005年10月26日)
- [9] 厚生労働省「平成18年度診療報酬改定の基本方針」(2005年11月25日)
- [10] 厚生労働省「厚生労働白書(各年版)」
- [11] 厚生労働省社会保障制度審議会医療保険部会「国保の再編・統合について」資料2(2004年2月9日)
- [12] 厚生労働省社会保障制度審議会医療保険部会「保険医療機関の指定等の行政事務について」(2005年5月25日) 資料6
- [13] 厚生労働省社会保障制度審議会医療保険部会「わが国の医療について」(2005年8月24日) 資料2
- [14] 政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」(2005年12月1日)
- [15] 全国知事会「医療制度改革に関する意見」(2006年5月30日)