

平成12年4月

経済学による医療政策の分析

規制改革論を受けて

日医総研

日本医師会総合政策研究機構

経済学による医療政策の分析

—規制改革論を受けて—

ヘルスエコノミクス研究会

(代表)	慶應義塾大学	教授	田中 滋
------	--------	----	------

(委員)	東海大学短期大学	助教授	佐川和彦
------	----------	-----	------

(委員)	明治大学短期大学	助教授	塚原康博
------	----------	-----	------

(委員)	慶應義塾大学	助教授	中村 洋
------	--------	-----	------

(研究補助者)	慶應義塾大学大学院	博士課程	石川 勝
---------	-----------	------	------

(研究補助者)	安田総合研究所	客員 研究員	鈴木一行
---------	---------	--------	------

(研究補助者)	慶應義塾大学田中研究室		武久麻理
---------	-------------	--	------

(研究補助者)	医療経済研究機構	研究副部長・主任研究員	野口一重
---------	----------	-------------	------

(研究補助者)	医療経済研究機構	調査部長	前浜隆弘
---------	----------	------	------

(研究補助者)	明治生命フィナンシャルズ研究所	研究員	松原由美
---------	-----------------	-----	------

(研究補助者)	慶應義塾大学田中研究室		真野俊樹
---------	-------------	--	------

(研究補助者)	日本能率協会研究所	主任研究員	深代達也
---------	-----------	-------	------

(研究補助者)	名古屋市立大学	専任講師	余田拓郎
---------	---------	------	------

五十音順

目次

第1章	「患者一部負担増大策と混合診療論」批判	2
第2章	保険者の選択に関する考察	8
第3章	医療制度と支払方式について	18
第4章	大病院における外来患者の集中解消のための 別料金方式と紹介状方式の経済分析	32
第5章	補助金の支給と大規模公立病院のコスト — パネル分析による考察 —	46
第6章	病院経営への営利法人の参入について	56
第7章	病院の資金調達手段に係る考察	64
第8章	医療における情報の非対称性に対する考察 — 医師患者関係再考 —	72
第9章	広告規制の緩和と消費者利益	78
第10章	消費者契約法の医療への適用の是非	86
第11章	ISO9000シリーズ品質保証モデルの 医療サービス分野への活用について	92
第12章	医療の質の評価に関する一考察	102
第13章	薬価制度改革の提言 — ハイブリッド型薬価制度への計画的移行と段階的施行 —	110



第1章

「患者一部負担増大策と混合診療論」批判

慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科

教授 田中滋

— 抄録 —

「患者一部負担増によるコスト意識」を通じて受診をコントロールすべきだとの主張が存在する。本稿では、「医療費抑制のために患者が払う保険の一部負担割合を増加させる方策」、および「混合診療論」を取り上げ、必要な批判を加える。受療のしやすさは健康水準と将来の医療費に影響する。受診時の患者一部負担割合増加策は、私保険によって拡大される価格弾力性の所得階層別の違いを通じ、貧しい人ほど大きな影響をこうむる逆進性を伴う以上、医療費抑制手段として用いる選択は誤りである。

第2に、「混合診療」という言葉の指す対象が拡大し、これまでの「保険診療と保険適用外横出しサービスとのセット」だけではなく、「公的保険の定める報酬に対する上乗せ価格」の意味を含める用法が一般的となった。しかし、診断・治療・手術・処方・看護などは、科学的に判断されるニーズに応じて提供されるべきであって、支払能力による差の許容は理念に反する逆行策以外の何物でもない。加えて、「上乗せ価格」型の混合診療導入は、医療の階層化を許すか否かを越え、資源配分効率の低下をもたらす危険性も高い。

キーワード：患者負担とコスト意識、私保険、混合診療、混合看護、階層医療

1.はじめに

医療ニーズ発生の不確実性からもたらされるリスクへの対処方法は…公費で広くカバーするの
なければ…保険しかない。日本では、社会連帯を具現化する応能負担保険料を課すため、また逆選
択とクリーム・スキミングおよび無保険者の発生を防止するため、強制加入の公的保険体制が先人
によって築かれ、発展の努力が重ねられてきた。皆保険の理念は「公平な負担と平等な給付」に他
ならない。しかし、このところ、「患者一部負担増によるコスト意識」を通じて受診をコントロール
すべきだと主張する向きがみられる。そこで、本稿では、「医療費抑制のために用いられる、患者が
払う保険の一部負担割合増加策」およびいわゆる「混合診療論」を取り上げ、必要な批判を加える。

2.患者一部負担

2.1問題提起

「一部負担の多寡が受診コントロールに効果をもつ医療の分野と患者」「効かない医療の分野と患
者」の双方が存在することは、価格弾力性が家計や各種医療サービスの費目ごとに異なる以上、経
済学から見ればあたりまえである。たとえば、米国における高齢者医療保障制度発足（1965年）や
日本における老人医療費無料化（73年）では高齢者受診率の急増、逆にわが国被用者保険への保険
本人1割負担導入（84年）、同2割負担への増加（97年）では受診抑制効果がみられた。

しかし、ここで訴えるべきは、「負担割合変化に強く反応した患者、医療の分野」と「反応が弱か
った患者、医療の分野」の区分は、「受療を経済的インセンティブでコントロールしてよい患者、医
療」と「経済的判断に左右されず診療を受けるべき患者、医療」の違いとは必ずしも一致しないの
で、抑制策として一部負担率を使う選択が好ましからざる帰結を生むとの理解である。

一般論で表せば、医師は、症状から考えられる診断候補のうちもっとも確率の大きい病名をあて
はめ、(治療を加えるとともに)経過観察から当初の診断を確認するはずである。もし第一候補ではな
いと判断した場合は、第二に確率の高い診断を適用して治療を開始する。「風邪と診断された」初回の医
療費が少ないからといって、必ず軽症のままで終わるかどうかは事後でなければ分からない。後日の
重症化につながる可能性は確率分布に従うためである。すなわち、軽医療費と軽医療は同一ではない。

ゆえに、受療のしやすさは健康水準と将来の医療費に影響する。外来受診率が高い日本では入院
受診率がきわめて低く、反対に外来受診率が低いアメリカでは入院率が世界でもっとも高い事実か
ら分かるように、医療システムへのアクセスを阻害する要因はできるかぎり小さい方がよい。米国
で医療費上昇を抑制する切り札と言われているHMOでは、加入者の総医療費を減らすために、外来
受診の自己負担をほとんどゼロに近い値にとどめている。

関連して言えば、「軽医療については患者負担」主張者は、どういった医療なら将来のリスクに関
係する確率が低いかを科学的に証明した上で例示しなければならない。別な言い方をすれば、「自己
負担させてよい軽医療（上述のように軽費医療とは異なる）」とは何かを定義する義務がある。も
し不可能なら、安全サイドを取った方が社会全体のQOLは高い。

2.2. 私保険の機能

実際には、日本人のリスク回避選好から予測すると、一部負担割合増の帰結は受療抑制ではない。公的保険からの給付率削減が著しいほど、患者負担分をカバーする私保険が普及するだろう。私的医療保険が本当に購入者の期待に沿って機能すれば、公的保障制度が医療費の大部分を給付する場合と同じく、「消費者の費用負担を通ずるコスト意識」は生じようがない。つまり、「公的保険給付切り下げによる医療費上昇抑制策」は、規制緩和の時代に私保険購入を禁止するわけにはいかない以上、ひどく甘い論理展開にすぎない。公的保険の給付率が低く、多くの人が非営利私保険を追加購入しているフランスの医療費対GDP比が10%近い事実が示す通りである。

ただし、「一部負担金額に反応せずに済む消費者は、患者負担分をカバーする私保険購入者だけ」となる点が、公的保険給付との大きな違いとなって現れる。私保険の保険者には加入希望者の所得を調査する権限はなく、保険料を（社会連帯のための）所得比例にするわけにはいかない。疾病の発生確率には先天的要因や仕事上あるいは家庭内のストレスなども大きく影響する。よって「不健康なら保険料が上がる＝保険料が下がるよう“努力”させる」期待が、実際には「さまざまな理由で体の弱い人や困難な環境に直面している人を差別する結果につながってしまう」帰結が明白な設計はとりえない。結局のところ…既往症条項は禁止できても…リスクを年齢で代替させた保険料が適用されるだろう。だから自動車保険と違い、加齢は保険料を増やす。

また大企業や官庁などでは、公的保険給付割合が切り下げられた場合、労働組合との交渉等を通じ、私保険に関しても保険料の…たとえば…半分を負担する可能性がある。すなわち、若く、相対的に収入の多い組合健保と共済組合加入者が守られ、国保加入者、とりわけ貧しい層が取り残される結果も想定される。したがって、自己負担を受診のコントロール策として使うと、所得分配の格差が疾病の重症化率に反映する恐れを否定できない。こうした階層医療の出現は、「尊厳ある自立」の支援を目指す時代の理念に反している。

2.3. 一部負担増に関する結論

受診時の患者一部負担割合増加策は、（私保険で拡大される）価格弾力性の所得階層別の違いを通じ、貧しい人ほど大きな影響をこうむる逆進性を伴う以上、医療費抑制手段として用いる選択は誤りである。他方、「軽費医療ゆえに他分野の医療費を削っている」との誤解が見られるが、日本の医療費の分布は1件あたり月100万円を超えるような高額医療で費消されており、軽費医療の金額ベースでのシェアは微々たる割合にすぎない。医療費の適切なコントロールのためには、供給側に対する政策をとるべきだとの知識は、医療経済学者の多くによって共有されている。

とはいえ現実の制度論議においては、「医療費用を利用者にも応分に負担してもらう」との観点から、高額療養費以下の一定割合の負担は…高齢者を含め…止むをえないし、高額療養費の金額は所得別に何段階かに分けられるべきである。また、他の損害保険分野では一般的ながら、日本の医療保険制度に導入されていない年間一定額の免責額も、費用分担のためにはあってもおかしくない。しかし、子供は一部負担の適用からできるかぎり外すべきであるが。

3.混合診療について

3.1混合診療の意味拡大

「混合診療」は、もともとは保険診療と自由診療の組み合わせを指して使われてきた。現在の制度では、特定診療費として掲げられた例外的な事項のみ、保険診療との「混合」が許される。代表例は、高度先進医療、差額室料、特別の食材などである。歯科の特定材料も混合診療の対象となるⁱ⁾。リスト外の項目を自由診療で受ける場合は、保険診療との混合は認められず、(自由診療と組み合わせなければ保険給付対象となる医療サービスも) 全額を自費で支払わなければならない。

ところで最近では、「混合診療」という言葉の指す対象が拡大し、これまでの「保険診療と保険適用外“横出しサービス”とのセット」だけではなく、「公的保険の定める報酬(保険給付+患者一部負担)に対する上乗せ価格」の意味を含める用法が一般的となった。新しい意味の「混合診療」については、尊厳ある自立の支援を目指す理念から見て「受診機会の平等性を阻害する最悪の選択だ」という反対と、「価格メカニズムによって医療資源の配分を適切な方向に導ける」と見る賛成の立場の対立が極めて鮮明である。

前者の立場をやや誇張して表現すれば、「急性期医療・慢性期医療とも、また入院・外来とも、診断・治療・手術・処方・看護などは、科学的に判断されるニーズに応じて提供されるべきであって、支払能力による差の許容は理念に反する時代逆行策以外の何物でもない」となろう。

もちろんこの立場にとっても、療養環境のうち食事や病室などは別である。これらは生活の延長であって情報の非対称性もなく、しかももともと各人の衣食住の水準は異なっている。だから公的給付は、病室が清潔で人権が保て、かつ栄養学的にチェックされた食事が食堂で摂れる療養環境を提供できればよい。医療保険給付にとって個室は人権を充たす条件を超える。さらに、医療と異なり回数ベースでのサービス量の上乗せに危険を伴わない介護に関しては、第三の意味、つまり訪問回数等の上乗せの意味なら「保険給付+自費」の混合形態は問題なからう。

3.2. ありえぬ“混合看護”

一方、入院中の看護サービス量を上乗せ料金で買う「混合」は、よほど後進状態の経済でないかぎり、まったく想定しにくい選択である。看護は医療の根幹サービスの一つであり、医学、看護学から見て必要な看護量が提供されなければ治療成果に影響してしまう。そればかりか、看護婦(看護師を含む、以下同)の過労や過重責任を通じて医療事故の原因になりかねない。こうした事態は、「上乗せ金額を支払える人だけが避けられる」という種類の問題とは違う。したがって入院看護にかかわる混合形態は、自由経済の国アメリカでも考えられない。

ただし、日本の入院診療にかかわる看護婦不足は深刻な事実である。濃沼によれば、OECD26ヶ国

i) 歯科の特定材料は“美容上”の理由によって希望する患者が選ぶ。これに対し、医科材料のほとんどは治療上の必要性に基づいて用いられるため、高度先進医療段階の実験的なものを除けば、公的保険給付の対象となる。なお、美容整形はもともとすべてが自由診療なので、そこで使われる材料も患者負担で賄われる。

の1患者当たり職員数は平均2.47人、同看護婦数は0.95人であったii)。一方、日本の値はそれぞれ1.15人と0.53人にすぎない。ちなみに米国は5.50人と2.39人とわが国の4倍半以上の水準に達している。

特に、「急性期入院医療に対する看護人員配置は日本の医療の大きな短所の一つ」といっても過言ではない。新看護体系でも未だに最大で患者2対1にとどまっている。1日三交代制の場合、看護婦が各シフト均等に配置されれば、患者6人に1人の割合になる。現実には昼間の配置が厚いので、夜は本当に少ない看護婦しかおかれていない。ではどうしてそのような数で病棟運営が成り立っているのか。それは、急性期ではない患者も同じ病棟に入院しているからである。

ここまで低い看護水準での上乗せ料金化導入は、医療の改革を阻害し、今後のチーム医療の進展を妨げる、とんでもない政策選択に他ならない。こうした状態の解決は、病床の機能区分、亜急性期病床と医療療養型病床の活用による急性期病床の在院日数短縮など、供給側に対する誘導策によって図るべきである。さらにその根本に、看護体制の不備を医療費不足の象徴と捉える視点も忘れてはならないと思われる。

居宅でも同様に、在宅医療推進のためには、必要量の訪問看護が保険から給付される体制の整備が求められる（前述のように介護ニーズに対する公的保険給付水準とは異なる）。

3.3. 混合診療と効率的資源配分

「上乗せ価格」型の混合診療導入は、医療の階層化を許すか否かを超え、資源配分効率の低下をもたらす危険性も高い。

医療サービスに対しては、財の性質上、消費者は（第三者払いを含めて）費用を負担しうるかぎり、安さよりも技術進歩と高い質を望むだろう。医師・看護婦をはじめとする医療従事者もまた、「少しでも安い医療」よりは「新しい技術、高い質の医療」へのインセンティブをもつように訓練を受けた専門職が中心となっている。この前提の下で、広義の「混合診療」を許す規制緩和が導入されると何が起きるか。

前項で指摘した理由によって、広範な混合診療導入に対し、消費者は私保険購入によって安心感を求めようとするだろう。その際、私保険を上乗せで購入する所得層の人々への訴求ポイントは、「安さ」ではなく「質」となると思われる。医療機関がそうしたニーズに応えると、質の向上と共に医療に要する費用と自由な部分の価格が上がっていく。米国の医療が典型例で、先進国でもっとも自由な競争と私的医療保険体制の下、医療技術とサービスの質が他国の追随を許さぬほど高まり、同時にマクロでもミクロでも医療費が著しく高騰していった。他方、医療従事者の職業倫理および訓練、ならびに切り替えコストから、患者ごとに経済力や支払方法に応じた治療に切り替えることをせず、自分のもつ技術を隔てなく患者に適用する方が普通である。

したがってアメリカ合衆国の医療機関経営者は、低い料金しか徴収できない患者（高齢者医療制度〈メディケア〉と医療扶助制度〈メディケイド〉の適用者、および無保険者など）に対する診療で発生する赤字を補填するよう、私費患者と私保険患者の中で交渉力の弱い層へのコストシフトを

ii) 濃沼『医療のグローバル・スタンダード』社会保険旬報No.2015-2032、1999

行ってきた。その結果、コストの「最適な付け回し戦略」を練る医療供給者側と、それを（少なくとも自分だけは）防ごうとする各支払者側の双方において、この問題に特化したコンサルティング企業への支払いを含め、実に莫大かつ無駄な管理費用を生じさせている。その結果、むしろ一律給付よりもずっと非効率で非合理的な、膨大な経営管理コストがかかるシステムができ上がってしまった。

ゆえに規制緩和の論旨を一貫させるためには、質の上昇に加え、①個々の医療行為の費用上昇、②総医療費の増加、③階層医療、④非効率化（少なくとも管理費用の増大）を受け入れる必要がある。日本の公的病院の場合は、効率性からもっとも遠い費用補填手段たる公的補助金への依存度を増してしまう可能性も想定される。

ではそうした展開を避けるべく、上乘せ医療機関を許可制にする案はどうか。これは明らかにより非効率な規制に他ならず、当局の裁量権と既得権を発生させるだけだろう。以上のように医療保険給付をめぐる規制緩和＝混合診療は、公正で効率的な医療の実現に役立つ政策の方向とは言い難い。

3.4. その他の論点

「高所得層は自由診療を自由に選べるのに、中所得層にふさわしい上乘せをなぜ許されないのか」という…誤解に基づく…質問に答えよう。日本の医療費統計に現れる「自由診療」は、大部分が正常出産と労災保険ならびに自賠責保険関連で占められ、それ以外は美容整形、ごく一部の性病治療などからなると言われている。つまり「大金持のフリー・アクセス」はほとんどなく、自由診療の存在は、中流層と貧しい層を分離させる混合診療導入の論拠とはなりえない。

そもそも、「価格による財の配分が常に最善」との理解は誤謬である。世の中にはさまざまなトリアージュ（何らかの基準による優先割り当て）が行われる。供給者の客観的判断、抽選、先着順、あるいは試験などの方が公正な配分手段となる状況も多数存在する。大学教員の時間配分は、研究の知的価値や学生のニーズに応じて行われ、金銭的な理由で研究時間を割り振ったり、大学院生への指導時間を決めたりはしない。医療も同様に、患者のニーズに応じた「名医の手腕」や「先端的治疗」の配分が期待される分野である。その任務を受け持つ委員会（院外のメンバーや非医師を含む）を各病院がもち、主要な議論を患者プライバシーに触れないように開示すればよい。

「医師への謝礼など階層医療が不明瞭に存在するのではないか」については、「だから拡大する」ではなく、「解消すべき」が正しい選択肢である。民間企業でも、会社の売上以外にある部課ないし社員がリベートを受け取って特定顧客の便宜を図れば、厳しく追及されるのみならず、当事者は解雇されてもおかしくない。教員が学生から謝礼を受け取って特別の扱いをする大学はまさか存在しないだろう。医療も同じでなければならないiii)。

iii) 事後的に、たとえば治療終了後しばらくしてから、その医療機関に感謝をこめて寄付するなら、卒業生による学校への寄付と同様まったく構わないが。もっとも、医療法人や個人立医療機関への寄付は贈与税がかかってしまう。



第2章

保険者の選択に関する考察

明治生命フィナンシュアランス研究所

研究員 松原由美

— 抄録 —

本研究は、保険者の選択に関する議論の一助とすることを目的に、文献調査を基に、保険者の選択を導入しているドイツとオランダにおける医療制度の概要について紹介を行った。そして、保険者間競争がもたらした功罪をまとめ、そのメリットとして、保険者の統合の促進、デメリットとしてクリームスキミングの可能性を挙げた。また、わが国の保険者と比べ、競争条件が整った場合に保険者が競争し、規模の拡大を目指す理由として、保険者自身が国や市町村直営ではない法人であり、倒産リスクを負っている点を示した。

一方、上記で保険者競争のメリットとして挙げた保険者の統合については、管理された競争を導入した結果、民間の自発的な行動のみによってもたらされたのではなく、依然、公的セクターの果たした役割も大きい点を明らかにした。最後に、ドイツ・オランダの経験より、医療への競争導入が医療費削減には直接結びついていないこと、ただし住民にとっては選択肢が増えたというメリットがある点を示した。

キーワード：保険者の選択、競争の導入、リスク構造調整、クリームスキミング、保険者の統合

1.はじめに

医療改革が議論される中、保険者機能の強化の必要性が説かれ、健保連などからは今後の検討事項として保険者による保険医療機関の選択が挙げられている。例えば南部は、常に独占的である保険者が、顧客である被保険者のニーズに忠実なサービスを、医師の監視という形で実現するインセンティブが働くか疑問であるとし、日本で保険者がエイジェントとして機能していない点を問題視している¹⁾。

ただし、保険の加入先が強制的に決められている以上ⁱ⁾、医療機関へのアクセスが保険により異なるようになるのであれば、保険者の選択についても、今後検討されるべき項目であると言えよう。そこで本研究では、保険者の選択を許した場合の功罪について、つまり保険者間の競争が促進された場合の功罪について、公的保険において保険者の選択を認めているドイツ、オランダの事例の紹介を試みる。また保険者が競争する目的—規模の拡大を目指すインセンティブ—について考察し、日本における保険者の統合の前提条件を探る。

2.調査方法

文献調査を中心に、ドイツ、オランダの実態を調査し、理論研究を行った。

3.ドイツの医療保険制度

3.1. 医療保険の概要

1883年、ドイツにおいて世界最初の社会保険が宰相ビスマルクによって創設された。当時のドイツでは労働運動が激しく展開され、社会主義思想が勢力を持ち始めていた。そこで社会主義者鎮圧法を制定し、社会的暴挙を押さえる反面、労働者の福祉を増すために社会保険を立法化するという、「飴と鞭」の政策が採られ、世界初の社会保険としての医療保険が施行された。

ドイツでは、所得の高い層や自営業者などは公的医療保険加入の義務が免除されており、国民の公的医療保険加入率は約90%に留まる。

医療保険法の実施の際、1883年の社会保険成立前から存在していた労働者の相互扶助としての共済組合がそのまま再編されたため、ドイツの医療保険制度は、地域、産業、職業、企業等を基盤とする多数の疾病金庫から成る。そしてこの共済組合の既得権を認めたという歴史的背景から、自主管理の原則が確立されている。そのため疾病金庫の裁量範囲は広い一方、収支相当の原則が厳しく維持されており、ドイツの医療保険では国庫からの補助はほとんどないと言える²⁾。

ドイツの公的医療保険の被保険者は、強制被保険者、任意被保険者に分けられる。

i) 唯一、国保において国保組合と市町村組合との間でのみ選択の余地が認められる。

強制被保険者には、年収が保険加入限度額（1999年旧西ドイツ地域で月額6,675マルク：約44.1万円 ii）、旧東ドイツ地域で月額5,400マルク：約35.7万円）以下の被用者や公的年金受給者iii）の一部、失業者などが含まれる3）。

任意被保険者は、収入が上記の保険加入限度額を超えている被用者や公務員、自営業者などであり、公的医療保険への加入は任意である。

強制被保険者、任意被保険者の配偶者および子は、被扶養者に該当する家族被保険者と位置づけられる。

公的医療保険制度としては、地域、企業等のカテゴリーにより8種類の公法上の法人である疾病金庫が重層的に存在する。

上昇し続ける医療費の費用抑制を狙った抜本的な医療改革が相次いで実施され、効率化を余儀なくされた各疾病金庫が統合・合併に走った結果、疾病金庫数は急速に減少している4）（表2-1参照）。

表2-1 疾病金庫数の推移

分類	金庫数 (1980)	金庫数 (1990)	金庫数 (1997)	金庫数 (1998)
地区疾病金庫 (AOK)	272	267	12	12
企業疾病金庫 (BKK)	855	692	406	367
同業組合疾病金庫 (IKK)	156	152	29	29
農業疾病金庫 (LKK)	19	19	18	18
連邦鉱夫金庫 (BKN)	1	1	1	1
海員疾病金庫 (SEKK)	1	1	1	1
労働省代替金庫 (EAR)	8	8	7	6
職員代替金庫 (EAN)	7	7	7	7

出所：医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ」、原出典：Bundesarbeitsblatt

3.2 保険者の選択

従来、被保険者が加入できる疾病金庫は、勤務先などによって制約があった。その上、疾病金庫の選択の制約には、職員 (Angestellte ホワイトカラー) と労働者 (Arbeiter ブルーカラー) の間で格差が見られたiv)。例えば職員には自分が属する企業の企業疾病金庫、各代替疾病金庫、地区疾病金庫という選択肢がある他、所得が一定以上であれば公的医療保険の加入義務を免除された。しかし労働者は自分が勤める会社に企業疾病金庫がある場合、必ずそこに加入しなければならなかったv)。

ii) 1DM=66.11円 (1999年3月31日時点)

iii) 年金受給者のうち、強制被保険者となるのは、現役期間の90%以上が強制被保険者であった者のみである。その他の年金受給者が任意で加入する場合、任意被保険者の要件が適用される。

iv) わが国には職員、労働者という区分けはなじみがないが、ドイツでは職員とは主に知的な労務を提供する者、労働者とは主に肉体的な労務を提供する者と捉えられている。

v) 労働者は従来所得に関わらず公的医療保険への強制加入が義務づけられてきたが、1989年の医療保険改革法により、所得が加入限度額を超える場合は職員と同じ条件で加入義務が免除されることとなった。

かつ、各疾病金庫のリスク構造の違いにより、保険料率に大きな格差が見られた。このような職員と労働者の疾病金庫に対する選択の幅や保険料率の格差が、「法の下での平等」に反するとして、被保険者による疾病金庫の選択を自由にする必要性が指摘されてきた。

また、1980年代後半からの一連の医療改革において、保険者機能を強化し、医療供給側に対する疾病金庫側からの費用抑制圧力を持たせるためには、疾病金庫間の競争が必要であると考えられた。疾病金庫の選択が自由になれば、被保険者はより安い保険料率で給付内容の良い保険者に移ることが予想される。疾病金庫は加入者数が多いほど規模のメリットを享受できるので、被保険者獲得を狙って保険料率を下げ、加入者を獲得するための経営努力がなされることが期待される。そしてそのような競争を生じさせるには、被保険者が疾病金庫を自由に選択できる必要があるとの理由から、1996年より全被保険者が、勤務地または居住地にある疾病金庫を自由に選択できるようになった(1993年の医療保障構造法により、1996年から実施)。

ただし、企業疾病金庫と同業組合疾病金庫については、その金庫の被保険者が勤務する母体企業が、金庫の人件費や地代などを負担するなど(他の金庫では金庫自体が保険料より負担)、母体企業と金庫との関係が特別であることから、加入者の自由な受入れを行うかどうかは、当該金庫の意思に任されている。このため、現在のドイツにおける医療保険の特徴として挙げられる「保険者の選択の自由」は、あくまで制限付きの自由であると言える。一方、母体企業に勤務する被保険者が、他の疾病金庫を選択することは許されている。

3.3. リスク構造調整

被保険者に疾病金庫の選択の自由を与えるためには、保険者間のリスク構造を調整する必要がある。そのため、年金受給者以外の被保険者についても、所得、被扶養者数、年齢、男女構成などを考慮した「リスク構造調整」が実施されることとなった⁵⁾ vi) (調整金の算出方法は図2-1参照)。この「リスク構造調整」の目的は、疾病金庫の運営努力ではカバーしきれない加入者の属性に由来するリスク負担の差に対する是正にある。これにより、調整後の財政責任が全て疾病金庫にあり、疾病金庫間の保険料格差は、金庫の運営方針や経営努力に依るものとされている。

図2-1 リスク構造調整の仕組み(算式)

調整金 = 所要保険料 - 財政力

所要保険料 (標準化された給付費総額)

= 全金庫の性別・年齢別加入者(家族被保険者含む)1人当りの平均給付費
に当該金庫の性別・年齢別加入者数をそれぞれ乗じて得た額の合計額

出所: 松本 勝明「社会保障構造改革」

vi) 年金受給者は高い医療費がかかることより、従来から財政調整が行われていた。

被保険者のリスクが的確に反映されたリスク構造調整が実現すれば、より有利なリスク構造となるよう若い被保険者や所得が高い被保険者を集めるよりも、1人当たり給付費の水準を抑えることに主眼がおかれるようになる。そして疾病金庫の選択が可能になれば、被保険者はより安い保険料率で給付内容の良い保険者に移ることが予想される。疾病金庫は加入者数が多いほど規模のメリットを享受できるため、被保険者獲得を狙った保険者間の競争が生じることによって、疾病金庫が事務効率化を図る他に、より安い費用で質の高い医療を提供するよう医療供給機関へ働きかける。

このように、リスク構造調整によって、保険者間の移動の自由や保険料率の公平化だけでなく、保険者の競争を可能にすることで経営効率や費用対効果の高い医療の供給を目指した医療機関への働きかけを促す仕組みを作ることが期待されている。

4. オランダの医療保険制度

4.1 医療保険の概要

オランダでは、原則として1年未満の医療については短期保険で、1年以上に亘る医療や介護については長期保険（特別医療費保険）で賄っている6）。

オランダの医療費全体の財源内訳を見ると、短期保険と特別医療費保険は、それぞれ全体の1/3ずつを賄っている7）（表2-2）。

表2-2 オランダの医療費の財源内訳

	1990	1995	1996
特別医療費保険	32%	42%	33%
疾病基金保険	33%	28%	35%
私的保険	16%	12%	15%
国からの助成金	10%	10%	10%
その他（主に患者負担）	9%	8%	7%

出所:HealthCare and Cost Containment in the European Union 原出典:Ministry of Health,1996

4.1.1. 短期医療保険

短期医療保険は、一般医（GP）や専門医による診療サービス、病院における最初の365日間までの医療・看護サービスなどに対し給付を行う。

短期医療保険の場合、年収が60,750ギルダー^{vii}（約356.4万円^{viii}）以下の被用者は疾病基金保険へ強制加入させられる。疾病基金保険の加入者の合計は1994年で958万人であり、全人口の約60%にあたる。疾病基金保険の加入者は、所得比例の保険料の他に、定額の保険料負担がある。また、自分が加入している保険者が赤字になった場合、追加の均一保険料を支払わねばならない。

公務員は公務員保険へ強制的に加入させられる。全人口の約6%（86万人）が公務員保険によりカ

vii) 1997年時点の年収制限（年により変化）

viii) ギルダー＝58.67円（1999年3月31日時点）

バーされている。保険料は所得比例である。

上記疾病基金保険と公務員保険いずれにもカバーされない者の場合、私的保険へ任意に加入する。全人口の約32%（約474万人）がこの私的保険でカバーされている。保険料は定額である。

■4.1.2. 長期医療保険（特別医療費保険）

長期に亘る医療・介護をカバーするのが、特別医療費保険である。これは全国民強制加入の皆保険であり、病院での365日を超える入院、ナーシングホーム、精神病院でのケアや入院、在宅サービスなどをカバーする。

上述のように、オランダにおける医療保障の特徴の一つは、特別医療費保険が日本やドイツの介護保険に該当し、その中で長期に亘る医療も給付している点、つまり、医療と介護を同一の保険から給付している点にある。

特別医療費保険の運営責任者は国であるが、実際に運営しているのは各地域における疾病基金保険、私的保険、公務員保険である。疾病基金保険とは、短期医療保険を給付する保険者であり、各地域毎に設置されている。特別医療費保険制度は、加入者の所得比例の保険料と政府の補助金で賄われ、これら財源を一括して中央基金にプールし、各疾病金庫へ支出した費用に応じて償還するシステムとなっている。

■4.1.3. 医療供給体制

ドイツでは開業医については一般医・専門医を問わず自由にアクセスできるのに対し、オランダでは、患者は医療サービスを受ける際、まず自分が登録しているGPを受診する。また、患者が利用できるのは、自分が登録している保険者が契約しているGPと病院のみである。救急の場合を除き、患者がGPの紹介状なしに病院にアクセスすることはできない。

保険者にはGPや病院が契約を申し出ても断る権利があり、それが保険者側の医療供給機関との交渉力を高めていることが予想される。

■ 4.2. 保険者の競争

1987年にデッカーが医療制度改革に関する報告書「Willingness to Change」をまとめ、それに基づき様々な医療改革が漸次的に実施されていった。それらはデッカープラン、シモンズプランと呼ばれている。その骨子は、保険者機能を強化し、医療に競争原理を導入することで医療費の抑制を図るというものである。

しかし、それらのプランはあまりにも医療に競争を導入しすぎていることや、競争導入の結果が医療費抑制に結びついていないことなどから1995年、時の厚生大臣ボースの提案により、中断されているが、それでも強制保険に民間の参入を許し、保険者間の競争を促進するなど大胆な試みが実施されている。

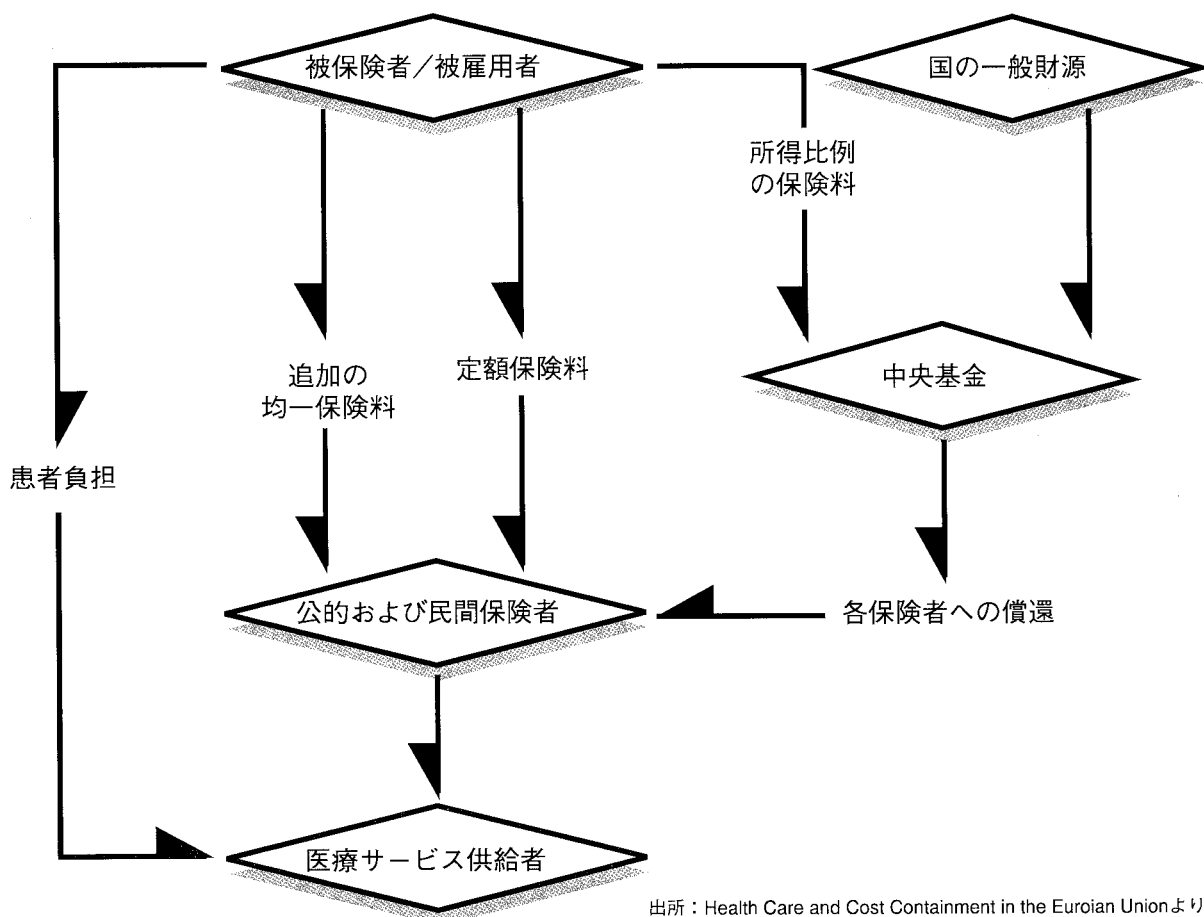
従来、強制被保険者の加入する保険は、地域独占的であり、かつ費用のかかった分だけ償還されるため、効率化のインセンティブに欠けていた。また、保険料や医療サービスの価格が国によって

決められていることから、保険者は消費者にアピールするような低価格で高品質なサービスを提供することは無理であったし、地域独占であるため、そのような努力をする必要もなかった。

そこで1989年より、短期医療保険である疾病基金保険、公務員保険について、与えられた予算を超過した場合、加入者からの追加の均一保険料ix) か、自ら積み立てた準備金によって補填しなければならなくなった(図2-2参照)。また、特別医療費保険においても、1992年より、実費と予算の差の85%は中央基金によって補填されるが、残りの15%については、短期医療保険と同じく加入者からの追加の均一保険料か、自ら積み立てた準備金によって補填しなければならなくなった。

そして、1992年には、短期医療保険の疾病基金保険の地域独占が解除され、この疾病基金保険サービスへの私的保険会社の参入が認められた。そして従来、私的保険のみに限られていた消費者による保険者選択の自由が、公的保険においても認められることとなった。国民皆保険がいきなり保険者選択制度に移行したのではなく、ドイツ同様、従来から一部の者に保険者選択の自由という素

図2-2 オランダの短期医療システムにおける金銭の流れ



出所：Health Care and Cost Containment in the Euroian Unionより作成

ix) 追加の均一保険料は、保険毎に違うが、同じ保険内においては加入者毎に異なることを禁じられており、保険料が均一でなければならない。1995年の疾病基金保険の均一追加保険料は、会社によって差があるが、平均1人当たり約200ギルダー(約12,000円)/年であった。

地があった点は、特筆すべきことであると言えよう。これ以降、各保険会社は国が定める医療サービス価格よりも低い価格で医療供給者と契約を結んで良いこととなり、国の定める医療サービスの価格は固定価格ではなく、上限価格となった。

これにより、より安く良質なサービスを求めて、消費者が保険を選択することが可能となり、公民の保険者が競争する土台が作られた。そして、この保険者の競争によって、さらにより安くより良質なサービスを提供する医療機関が選別されるという医療機関の競争を促すことが期待されている。

4.3. リスク構造調整

オランダでは、1993年より短期医療について、中央基金から疾病保険会社への資金配分方法として、部分的に患者のリスクに合わせた人頭払い（Prospective risk-adjusted capitation payment）が採られるようになった。ドイツではリスク構造調整に所得、被扶養者数、性、年齢が考慮されているのに対し、オランダでは、性、年齢のみがリスク指標として用いられている。

5. 保険者間競争の功

5.1 保険者間競争のメリット

ドイツ、オランダとも、保険者の選択を実施したことにより、リスク構造調整を通じ、保険料率の格差が是正された。例えばドイツでは、全疾病金庫の最高保険料率と最低保険料率の格差が93年7月の9.0%から、96年秋には3.4%へと縮小した。

ただし、この保険料率格差の是正は、競争導入によって直接的にもたらされたものではなく、競争を導入するための前提条件として公的介入でリスク構造調整が行われた結果である。

一方、競争導入は常に医療費の削減が期待されるが、ドイツ・オランダにおいて保険者の競争が医療費の上昇率を下げたという実証的報告はまだないようである。今後の経緯を見なければまだわからないが、少なくともドイツ・オランダともに医療費は伸びており、競争導入が直接、医療費の削減にはつながっていない。

保険者間競争のメリットとしては、保険者の大再編が挙げられよう。ドイツ、オランダともに、保険者数は激減している。例えばオランダでは1985年には53あった疾病保険が、1993年には26に減少し、公務員保険では14から4へと減った8)。ドイツにおいては、94年当時223あった地区疾病金庫が96年には12へと激減したx)。

この合併によって、規模拡大による経営の改善や効率化が期待されている。ただし、劇的な合併を行なった地区疾病金庫において、今のところ人員削減は行なわれていない。まずは乱立していた地区疾病金庫を再編することが先で、合併による効率化は、長期的に考えるべきという意見が連邦保健省内にあるということである9)。

x) 表2-1参照

5.2 保険者間競争のデメリット

保険者間競争は、リスク構造調整という基盤の上で初めて成り立つ。だが、性、年齢や収入にリスク指標を頼る点に対し、患者のリスクを十分に反映していないという批判がある一方で、これ以上のリスクを考慮することの技術と費用面での問題もある。そして、これらの問題が解決しないことから、保険者がより費用のかからない（リスクの低い）被保険者を選択し、費用のかかる（リスクの高い）被保険者の加入を拒否するというクリームスキミングが発生するのではないかと懸念が生じている。

だが、そもそもドイツの企業疾病金庫において、異なった業種や企業の者を受入れるかどうかは、各企業疾病金庫に委ねられており、多くの企業疾病金庫では外部からの加入者を受入れていない（オープンにしていない）。日本に例えていえば、保険者選択の自由が国保間に認められただけで、国保加入者だった者が健保組合に加入することは、外部受入れを公表した一部組合を除き、不可能ということになる。選択の自由という問題があるが、この点については立法で合法としたということより議論から外すと、上記の企業疾病金庫以外は、保険への加入拒否が厳しく法で禁止されている。そのため、クリームスキミングが行われるとしても、加入受入れがオープンかどうかをあえて宣伝しないとか、保険の窓口を1階から外部から分かりずらい10階に移すような程度であるとのことである（10）。

このように、加入拒否権が保険者にないため、保険者によるクリームスキミングは、社会的に問題となるほどのメジャーな事象にはならない可能性がある。

5.3. 保険者の競争インセンティブ

ドイツやオランダにおいて、保険者の合併が繰り返され、規模の拡大が図られている様子を上述したが、そのように保険者の競争インセンティブが働く原因として、保険者自身が国や市町村直営ではない法人であり、倒産リスクを負っていることが挙げられよう。これはわが国で保険者間競争を導入すると仮定した際の、国保などとの決定的な条件の違いと思われる。また、ドイツでは非営利法人の保険者のボーナスが高いことが問題視され、役員給与にも何らかの州法の規制が必要ではないかとの意見が出ている（11）。

一方、ドイツでは93年の医療構造改革法により、州政府や地区疾病保険の上位団体である連邦連合会や州連合会に、地区疾病金庫の保険者合併の権限が与えられた。これにより、合併による規模拡大などに興味のない経営意識が乏しい保険者でさえも、大合併の波に飲み込まれざるを得ず、保険者大再編が進んだと言えよう。

これより、上記で保険者競争のメリットとして挙げた保険者の統合においては、公が管理された競争を導入した結果、民間の自発的な行動のみによってもたらされたのではなく、そこでは依然公的セクターの果たした役割も大きいと考えられる。

5.4. まとめ

上述のように、ドイツ、オランダともに、保険者の競争は医療費削減に直接結びついていない。ただし、保険者選択の導入は、住民に選択の自由を与え、住民の選択肢が増えたというメリットがある。また保険者の統合が進んだことで、今すぐには効率化の効果が出ていないが、長期的に見れば保険者の効率が進むと予想される。このように、保険者間競争は、長期的にはメリットが多いと思われる。ただし、保険者間競争以外にも、供給者間に価格競争を導入したオランダでは、過度な競争導入が医療費削減に結びつかずに弊害が多いという判断を下し、競争導入を途中で中止している。今後わが国でどのような競争導入が最も医療の質を高め、効率をもたらすか考察する際に、ドイツ・オランダにおける実験を検証することは、多大な示唆をわが国に与えると思われる。

参考文献

- 1) 南部 鶴彦、「保険者の役割の再検討」、『社会保険旬報』、No1934、21-24、1997年
- 2) 厚生省保険局企画課、「欧米諸国の医療保障」、法研、1994年、345
- 3) 古瀬 徹・塩野谷 裕一編、「ドイツ」、東京大学出版会、1999年、396
- 4) 医療経済研究機構編、「ドイツ医療関連データ集 1998年版」、1999年、91、82-84、
- 5) 松本 勝明、「社会保障構造改革」、信山社、1998年
- 6) 大森 正博、「オランダの医療制度改革と規制された競争」、『医療と社会』、Vol.7、99-129、1998
- 7) Mossialos E. and Grand J.L.、「Health Care and Cost Containment in European Union」,Ashgate Publishing Ltd.,1999,795,573-603
- 8) 大森 正博、「オランダの医療制度改革と規制された競争」、『医療と社会』、Vol.7、99-129、124、1998
- 9) 国民健康保険中央会 編、「ドイツ医療保険制度調査報告書」、国民健康保険中央会、1988年、247、61、148
- 10) 国民健康保険中央会 編、「ドイツ医療保険制度調査報告書」、国民健康保険中央会、1988年、247、150
- 11) 国民健康保険中央会 編、「ドイツ医療保険制度調査報告書」、国民健康保険中央会、1988年、247、619

第3章

医療制度と支払方式について

財団法人 医療経済・社会保険福祉協会 医療経研究機構 済
研究部副部長・主任研究員 野口一重

— 抄録 —

我が国では近年、厚生省の主導によるPPSの試行調査など、医療制度改革の一環として医療費の支払い方式に関する検討が行われている。そこで本研究においては、PPSなどの新たな支払システムが我が国にどのような影響を及ぼすかについて、他の先進国の医療システムを例示的に分析することにより考察したものである。本論においては、各国共通の医療システムにおける構成要素を「患者」「医療供給者」「支払制度（保険者）」として抽出する一方、各構成要素に働く医療費適正化への「インセンティブ」の発生が医療費のコントロールパワーとなっているとした。さらに、「インセンティブ」を「経済的インセンティブ」と「非経済的インセンティブ」に分類し、それらインセンティブの保持者と混合割合が各国の特徴を説明するとした。これらの前提における分析によると、我が国の医療制度（支払方式）には各構成要素は存在するものの、それぞれが医療費適正化へのインセンティブを持たない（に等しい）という点で、他の先進諸国の類型には当てはまらない特徴があった。今後、PPSの導入などによって「医療供給者」に医療費適正化のインセンティブを持たせることは可能であるが、部分的なPPSはコストシフティングなどの不具合を生じさせる可能性が考えられた。また、他国に見られるような医療制度の正常的な進化を考えるのであれば、まず第一に保険者に医療費適正化のインセンティブを持たせることが望ましく、そのためには、インセンティブ発生のために保険者に「権利と責任」を同時に与えることが必要であると考えられた。さらに、いずれの方策を採るにせよ、情報を管理・分析するシステムとそのためのDRG（あるいは同様のもの）を喫緊に整備する必要があると考えられた。

キーワード：医療制度、DRG、PPS、医療費適正化、インセンティブ

1.はじめに

ある新しい医療関連システムがその国に根づくかどうかを予測することは重要なことである。なぜなら、強引な制度変更は頻回の制度変更をもたらし、そういう状況は国民の混乱を招く。その結果、住民の健康に悪影響を与えかねないからである。つまり、ミスマッチなシステムを選択しないことは重要なことである。では、理想的な医療関連システムは1つであろうか。ところが、現在の数々の国々を見る限り、医療システムには個性があるのは周知のとおりである。もちろん、それらのシステムは発展途上のものと考えることが可能であるから、本当の理想のシステムは1つしか存在しないのかもしれない。

しかし、いずれの先進国においても、医療関連システムについては相応の変革の歴史を持ち、現在のシステムは何らかの理由により国民が選択したものである。国により医療システムが異なるのは、そのシステムを支持する理由が異なるからであり、その理由の一部はその国の国民性や文化・経済状況、あるいは医療に対する考え方が反映されているはずである。そういった理由を一口に「新システム導入の環境」ということができるなら、そういう環境が他と異なる国においては、他と異なる医療システムが最適であって当然である。では、システムそのもの、あるいはシステムを成り立たせる条件に各国の共通性はないのであろうか。近年、我が国においてはPPSの試行的調査が行われているが、政府がどのような目的から行なっているかはともかく、PPSがどのような条件下でいかなる効果を及ぼすものであるかを考察することは重要である。そのためには、各国によって異なる医療制度を整理するための概念を抽出し、普遍的な構成要素の関係について論ずることが必要である。本稿においては、我が国と諸外国の医療システムに含まれる各種構成要素の関係とその成立要件を比較することにより、医療システムに含まれる共通点を抽出し、各国の医療システムの特徴と、我が国が今後新たな支払いシステムの改変を行う際の留意点についてまとめることとした。特に英国については、米国と対照的な医療システムを運営する国の例として医療制度を含めて詳説した。

2.英国の状況

2.1 医療制度概要

英国は基本的にNHS (National Health Service)システムを取り入れている。NHSシステムというのは一言で言うと「国が提供する医療制度」であり、「税金によって医療費がまかなわれる制度」に等しい。したがって、「NHS」という場合には英国の制度を指すものではなく、同様に「税金によって医療費がまかなわれる制度」を採用している国は「NHSである」といえる。英国におけるNHSは1964年に制定された国民保健サービス法を根拠としているがこの法律の基本理念は1942年のベバレッジ報告にまで遡る。この報告書の中では医療に関して様々な提言がなされているが、NHSに最も大きく影響を与えている医療の目的に関する内容は「労働不能状態の回復」である。つまり、労働力の確保というきわめて実際的な問題から医療の必要性について論じられ、根拠が与えられている。このことは英国政府の医療に対する考え方を理解するうえで非常に重要なことである。本来、医療は

特定の個人に対するメリット性があり、また、競合性・排除性を備えているので警察や消防などとは異なり、公共財ではないとされている。しかし、英国においては「労働不能状態の回復」という社会全体に対するメリット性、すなわち価値財としての性質が認められているので、我が国における考え方よりは医療を公共財として捉える傾向が強い。このことは我が国や米国などと英国との根本的な差である。

では、きわめて現実的な根拠に基づいて作られたNHSの理念はいかなるものであろうか。大きく分けてその特徴は4点に絞られる。第1点目は「医療サービスの給付は国の責任」ということである。ここで、米国のように民間保険や市場システムを基本としないことを宣言している。そして、第2点目に「医療サービスの提供は原則無料」としており、第1点目と合わせて「税金」による医療の運営を明確にしている。しかし、ここではあくまで原則を言っているのもであって、現実には医療費の一部自己負担などは導入されている。さらに、第3点目として「1次予防～3次予防まで」を包括的に医療システムがカバーすることを目標として掲げており、NHSの理念として定義されていることは画期的なことである。また、第4点目として「医療サービス提供の計画性」についても言及されており、これらのサービスが計画的に一貫して行われることを保障している。

英国のNHSを具体的に理解するためには、システムを構成する組織関係について理解するのが手っ取り早い。そういった組織のうちでもっとも英国のNHSに特徴的なのがGPs（General Practitioners）である。これは一般家庭医と訳されることが多く、イメージ的には我が国の診療所と似たものである。ただし、我が国の診療所とはその機能が異なっており、患者が高度医療（専門医）に進むべきか否かを判断する「ゲートキーパー」としての役割が強いことが特徴である。また、GPsは登録住民に対して健康全般に対して責任を持つことになっており、このあたりにNHSの理念が大きく反映されている。ただし、GPsについては基本的に1999年の4月をもって廃止になる予定である。この代替となるのがPCGという組織である。

GPs以外の全体的な組織についてはきわめて縦割りの系列が出来ている。その頂点がDoH（保健省）であり、最高責任者は保健大臣である。NHS政策の大枠を策定し、そのための予算確保を行うために財務省と折衝するのが大きな役割である。また、NHS関連の下部組織の活動状況について査定し監督する役割と責任を持っている。

NHSに関する次の下部組織がNHS Executiveであり、NHS管理運営部と訳される。NHSに関するほぼすべての詳細はここで決められており、後述するHRGなどの疾病分類の運用方法についても決定する。本部は組織上DoHの内部に位置するが、地理的なロケーションは、予算経済的な理由からイングランド中部の都市Leedsに置かれている。その他に8個所の地方事務局から構成されており、NHS政策のプラクティカルな調整や予算配分の決定、またNHSやHRGなどについての教育や研修を行っている。さらに、HRGシステムなどを使って収集した情報を分析して監督する業務をになっており、大変重要な組織である。全国に8個所ある地方事務局はROsと称され、従来のRHAs（地方保健当局）が1996年4月に改組されたものである。主な機能としてはNHSトラストの業務内容の監視や設備投資などについての認可を行っている。NHSトラストというのは元々はROsに属していた国営病院で、現在では独立採算の公立病院として業務を行っている。独立採算ではあるが様々なROsの監督・監視を

受けており、HRGシステムの導入についても半ば強制的な参加が行われている。ROsはこのほかにGPFH（GP fund holder：GPよりも広範な予算と予算執行の自由な裁量が与えられている。後述）の審査・認可を行っている。認可を行う行政組織としては最も末端に位置している。

ROsのさらに下にはHAsという組織が存在しており、保健当局と訳される。この組織は1996年4月にDHAs（地区保健当局）とFHSAs（家庭保健サービス当局）が統合されたもので全国に100局ある。HAsはNHSシステムを含む医療・保健行政の末端に位置する最前線の組織として、ニーズの把握とそれを満たすためのサービスの購入（実際には専門医やGPsとの個別の契約）を行う。購入する医療サービスの種類は家庭保健サービスと専門医療サービスである。この中には一般医療、歯科医療、薬剤、眼鏡が含まれ、それぞれGPs、歯科医、薬剤師（薬局）、眼鏡士と契約を結ぶ。一般医療、歯科医療は人頭報酬、薬剤は処方箋による出来高払いを基本とした報酬、眼鏡は検査に対する報酬である。専門医療サービスはGPsから紹介された患者が受ける医療サービスで、GPFHと専門医との間は契約関係で結ばれている。このため、GPFHによって紹介される専門医に差が生じることがあり、GPsの選択に自由度が生じてからはGPFH間の提供するサービスの格差がますます拡大したと考えられる。このこともNHS改革の一因となったと考えられるが、NHS改革については後述する。地域保健サービスは入院から在宅への促進を図られるように作られているシステムであり、中核となるのは地区看護婦・訪問保健婦・助産婦などである。これらの職種はHAsに属しているが、GPsと連携をとることによって健康管理・健康増進などの関連業務を遂行している。

ここまでの行政組織的な系統をまとめると図3-1のようになり、きわめてシンプルなたて系列になっている。しかし、医療サービス費用を賄うための系統は図3-2のように契約形態・支払方法が様々で複雑である。

- A：住民→政府：税金
- B：政府→保健省：予算交付
- C：保健当局→GPs：契約に基づく人頭報酬
- D：保健当局→GPFH：契約に基づく人頭報酬+請負予算
- E：保健当局→NHSトラスト：契約に基づく支払
- F：保健当局→薬局：処方箋による出来高報酬+利潤
- G：住民→薬局：一部自己負担
- H：GPFH→NHSトラスト・民間専門医：契約に基づく支払
- I：住民→民間保険：契約に基づく保険料
- J：住民→民間専門医：合意に基づく私費診療費あるいは差額費用
- K：民間保険→民間専門医：患者（住民）との契約に基づく支払

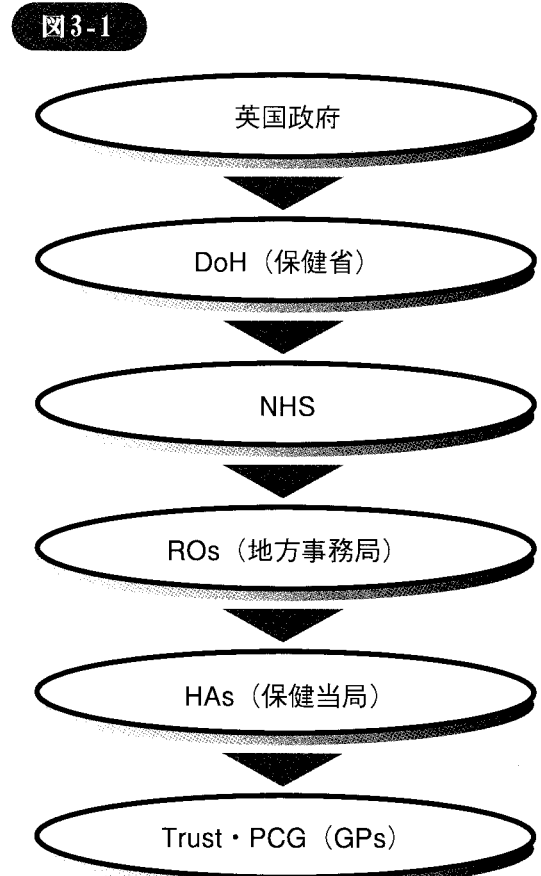
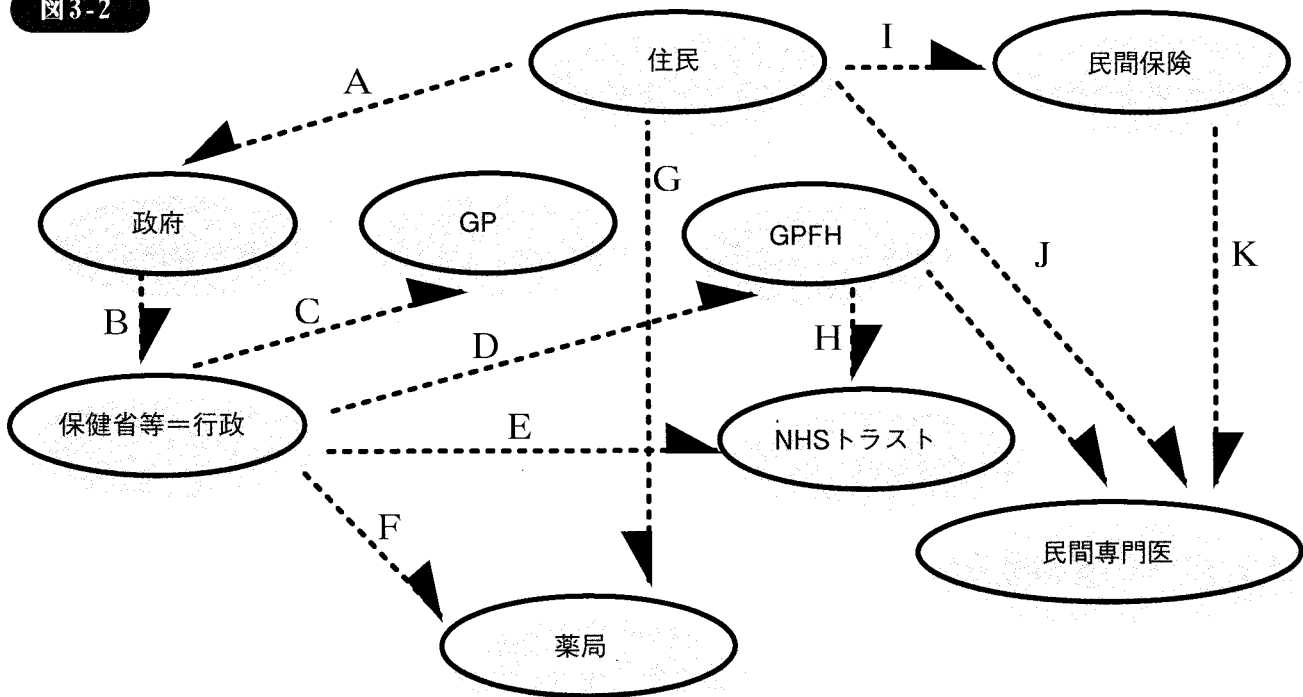


図3-2



2.2 NHS改革

英国においては1980年代にはいり医療費抑制策が取られたが、その主たる策は予算としての支払いを単純に絞るものであった。そのため、医療サービス提供量が減少することによって、入院・手術患者のウェイティングが増加し、社会問題となった。また、年度末の予算不足から病院の一時的な閉鎖も起こるようになった。そこで、当時のサッチャー政権は医療に関する種々の白書を作成し、医療の改革について世に問う形で、ついに1990年6月に「NHSサービス・コミュニケア法」を制定した。この法律に基づく改革によりNHS創設以来の大きな改革が行われることとなった。NHSという非常に普遍性を重んじるシステムの運営に競争の概念を持ち込んだことがその理由である。具体的には、第1にGPsの住民による選択を認めたことであり、第2にGPFHを創設したことである。GPFHはGPsが集合したものであり、その特徴として、通常の人頭報酬額以外に専門医療サービスや薬剤費用などを含めた包括的な報酬を支払い、予算の繰越しや設備投資への流用が認められていることがあげられる。また、GPsよりも登録住民の数が大きいことなどがGPFHの許可条件となるため、予定される患者数の大きさなどを背景に専門病院との契約を有利にすすめたりすることが可能である。したがって、医療サービスの提供にあたって、少ない資源の投入を行おうとするインセンティブが働くこととなる。同様に、それまで国立病院として財政的に行政に従属していた医療機関をNHSトラスト病院として、独立会計にしたことにより、GPsやGPFHとの自由な契約環境を整えた。その他、GPsの処方する標準的な薬剤費用を定めたり、末端の医療行政組織を統合することによりHAsを発足させたことなどがあげられる。

次のNHS改革は現ブレア政権になってから行われた。ブレア政権は1997年12月に新NHS白書、1998年2月にグリーンペーパーを発表した。新NHS白書では行き過ぎた競争状態への反省から、財政的・組織的な協調を図ることによって、資源の無駄を省こうという方針が示された。また、グリー

ンペーパーにおいては具体的な健康目標を掲げることによって、国民の健康増進に弾みを付けようとするものである。具体的な方策として、GPFHが廃止され代わりにPCGが創設された。これは共同予算管理の規模を大きくすることによって、これまで非効率であった部分を是正しようというものである。たとえば、GPFHからPCGになったことによって登録住民数も増加し、それまで雇用できなかった特殊な専門家を内部に雇用することが可能となり、アウトソーシングするよりも全体としてのコストを安くすることが出来るなどである。また、PCGは包括的な巨額の予算を管理する反面、地域住民への包括的なケアを提供する義務と責任を負い、長期的な医療費の削減効果が期待されている。標準的なサイズのPCGは50人のGPに対して10万人の地域住民であるとしている。PCGのシステムはGPFHが廃止される1999年4月より順次実施されている。1999年12月現在では、全国がPCGの形態で運営できているわけではない。

2.3 HRG

英国においては1981年から1991年にかけてNHSにおける病院サービスの購入に際してDRGを用いることに関するfeasibility studyが行われた。この試行の結果、NHSにDRGを用いることの有効性は確認されたものの、DRGにおける分類方法が英国の臨床家の診療活動にあっていないために、それをNHSにおいて継続的に使用していくことは困難であると結論された。英国における医師の診療活動に適合したCasemix分類として開発されたのがHRG (Healthcare Resource Group) である。HRGは1991年にNHSに導入され、1994年以来NHSにおける費用算出に当たって義務化されている。資料としてHRGのリストを添付した。

HRGの分類数は米国のHCFA-DRGとほぼ同じであるが、それ以外は異なる特徴・性質を有している。HRGはどのようなケースにも当てはめることが可能な疾病分類として、全年齢・全疾患を対象として作成されている。この点で高齢者を主な対象としたHCFA-DRGとは異なっている。したがって、分類数が同様であることを考えると、HRGのほうが全体として分類が粗いとも言える。また、DRGとは異なり、資源消費状態の類似したものを区分の基準としたわけではなく、あくまで現場における病理学的・医学的な受け入れやすさを重視している。開発に際しても臨床医の意見が大きく反映されている。そのため、逆に分類毎に資源消費量のばらつきが小さくなっている保証はなく、したがって、PPS (Prospective Payment System) のような包括的なケース毎の個別支払いには向いていないと考えられる。残念ながら、この点についてデータに基づいて検証した報告は得ていない。

英国政府やNHS ExecutiveがHRGに期待している機能は支払いのためのツールではない。また、NHS Executiveによれば今後もその予定はない。HRGが期待されている機能は第1にNHS Executiveが各NHSトラストの業務内容を評価する際の情報収集ツールである。前述したように、NHSトラストは基本的に独立採算制であるが、民間の病院とは異なり、完全に独立しているわけではない。NHSトラストは次年度の予算をもらうためにHRG分類に基づいた在院日数およびコストについてデータを提出しなければならない。NHS Executiveではそれらのデータを集計し、他の病院や標準値などと比較を行うことによって、病院の評価を行う。こういった分析は各病院内部でも積極的に、より詳細に行われ、病院経営のためのマネジメントツールとして活用されている。病院の成績によって

は、資金の貸し付けや補助金の配布などに響くからである。

しかし、こういったHRGの特徴とそれに基づく有用性にもかかわらず、HRGの使用動向は必ずしも英国全土に統一的ではない。周知の通り英国は連合王国であり、イングランド・ウェールズ・スコットランド・北アイルランドの4つの国から成り立っている。これら4つの国においてはウェールズが英語とは異なる言語を用い、スコットランドが別のデザインの通貨を用いていることに代表されるように、独立性が強く、自国の伝統を保存しようとする傾向が大きい。また、様々な面で実際に国毎に独自の政策が取られてきている。HRGにおいてはウェールズがそれに該当し、現在今後の取るべき策について選択を迫られている。ウェールズでは英国政府がHRGを検討するずっと以前から米国のHCFA-DRGおよびAP-DRGについて研究を行ってきており、HRG導入より以前に、HRG導入と同様の目的でAP-DRGによる情報収集システムを構築してしまっていた。したがって、HRGシステムの導入に際しては、既存のAP-DRGシステムの運用を存続してHRGとの併用を行うか、AP-DRGの運用を停止するか、中央政府に反旗を翻すかの選択に迫られている。現在はHRGとの併用が行われているようであるが、2つのシステムを同じ目的で併存させておくのは管理コストがかさみ無駄が多い。ManchesterにあるCasemix OfficeではAP-DRGが運用面で支障が無く使用実績があること、AP-DRGのほうが分析等の面において優位性があることを強調しており、さらにAPR-DRGについても検討を行っていた。しかし、ウェールズでは近い将来HRGのみを採用すると言われている。理由は、英国のRoyal Colleges（医学会）がHRGを支持しているためであり、政府の積極的なバックアップもあって、ウェールズが今後独自路線を続けていくことにメリットが余り無いこともある。また、Casemix Officeによると、すでにAP-DRGの運用実績があり、HRGの移行に際してはそれほどコストがかかるものではないとのことである。必要なのは、HRGのコーディングに関係する事務官の教育と、HRG取り扱い用のソフトのインストールのみである。関係者の教育研修はCasemix Officeにて極めて低価格で行われており、ソフトの配布についても同様である。基本的にソフトそのものは無料で、説明書のみ有料である。いずれにせよ、現場の医療機関に対しては極めて負担の少なくなるような措置が取られており、HRGへの移行を促進している。

2.4 国民性との関係

前項目までの内容にあるように、英国の医療制度の改変についてはTry and Errorの繰り返しである。一方でサービスなどの財の安定的供給を他国民と同様に望みながら、もう一方ではそのための度重なる制度的試行を受け入れる国民性が読み取れる。この根底にあるものはまさしく連合王国としての英国の成り立ちであろう。異なる伝統を持った4つの国を束ねるためには強力なPolicyが必要であったろうことは想像に難しくなく、現在においてもPolicy（＝政府）がPractice（＝行政）に対して絶対的に優位である状況は残っているようである。したがって、今回記した内容がいつまたドラスティックに変化するかは予測がつかない。政権の交代によってPolicyが大きく変化する可能性が無いわけではないからである。今回の調査では、こうした伝統に基づく国民性の特徴を疫学的に調査することは不可能であったため、Evidence Basedとは言い難いが、おそらく我が国の国民よりも「飴と鞭」「権利と義務」の関係について、深く考えざるを得ないような環境が英国にはあったし、現在もあると考えられる。

3. 保険者機能と医療システムの関係

3.1 構成要因と成立条件

図3-3

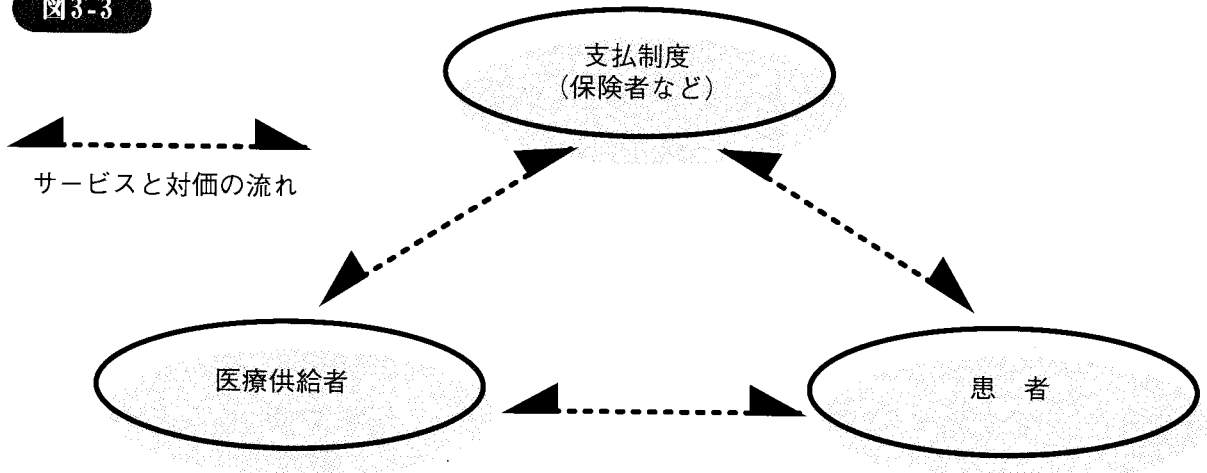
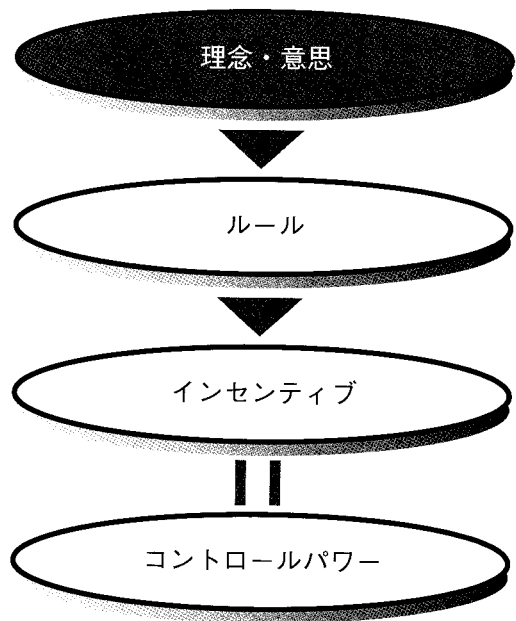


図3-3は医療保険システムに登場するプレイヤー（構成要素：患者、医療供給者、支払制度）とその関係について模式的に示したものである。これらの構成要素間においてはモノや技術などの医療サービスや、それに伴う対価としての金銭などの授受が行われている。この図では当該国の医療サービス供給において医療保険制度が中心的な役割を果たしている国を想定しているが、英国やポルトガルなどNHSを中心としている国についても「保険者→制度（あるいは国家）」と読み替えることが可能である。しかし、この図はある一時的な構成要素間の定性的な状況（構造）を示しているのみであり、当該国の医療保険システムの構造的な特徴や新たなサブシステムへの適応性を十分に検討できない。なぜなら、この図においては各構成要素が時系列的に活動を存続するためのインセンティブとそれを規制するルール、また、ルールを作成する意思などが表現されていないためである。さらに、ルールやそれに基づいて発生するインセンティブが行使されることによって、結果として生じているコントロールパワーについても触れることができない。そこで、図3-4にあるような多段階の階層を仮定することにより、図3-3の構造とあわせて各国の特徴を抽出することとする。この図においては、上位のものが下位の環境や行動の発生を規定する関係になっており、このラインが明確に機能していることがシステム存続の条件である。「理念・意思」極めて国家的なものであり、国家を

図3-4



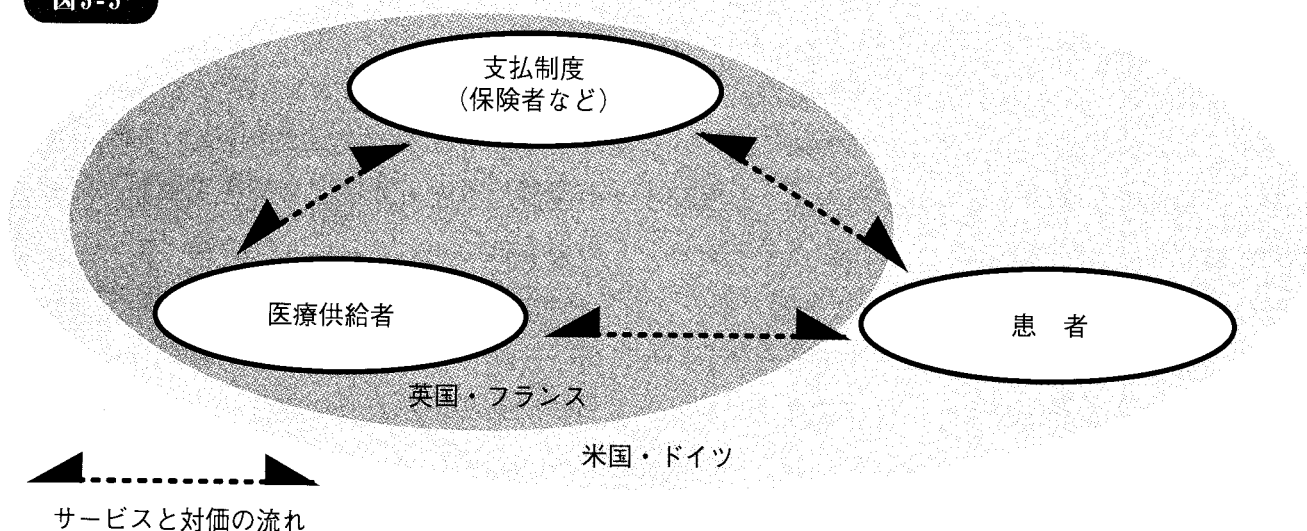
医療システムの単位として考えた場合には最も上位に位置するものである。次に「ルール」は国家的な医療に対する理念に基づいて定められる具体的な制度や方法そのものであり、NHSや競争原理、管理手続主義などがこれに相当する。さらに、そういった各国に定められたルールの基に図3-3の各構成要素が所有するものが「インセンティブ」であり、一定のルール下における「責任」と表裏一体の関係でもある。いずれの解釈においても、ルールに対して感覚的に距離の近い構成要素ほど、そのルール下における利益最大を狙うインセンティブを持つ。そして、そのインセンティブこそが他の構成要素からは「コントロールパワー」となって解釈されることとなる。したがって、結果として生じているこのコントロールパワーが各要素の間で期待通りに発生していない場合は、インセンティブや責任の相対的な量を発生させているルールそのものの設定が不適切である。

3.2 諸外国における状況

各国においては図3-4の各階層と流れが明確である。理念そのものは前項で説明した英国の例や広く知れ渡っているところの米国の例において特に明確である。しかし一方では、コントロールパワーとなりえるインセンティブ発生の適正化のためにルールの小変更を繰り返している状況である。一般に、米国のメディケアの場合のように、DRGのような疾病分類をPPSのような個別性の高い支払に結び付ける度合いが強いほど医療供給者における適正化の経済的インセンティブは大きくなり、逆に、英国のように支払とほぼ無関係にすれば経済的インセンティブは減少する。英国の場合は特に、医療機関はほぼ全てが国立であり、医師などの医療従事者もサラリー制で事実上の国家公務員であるので、現場レベルではなおさらである。その分を他のインセンティブで補っているわけである。1つが医療従事者としての使命感であり、もう1つが職を失うことに対する恐怖感であるとされる。これらのインセンティブを発生させるために用いられているのがHRGであり、パフォーマンスを測定して比較するツールとして用いられているわけである。ただし、職を失うことはそう頻繁に発生しているわけではないので、どちらの場合も緩やかなインセンティブの発生であると考えられる。このことが、これまでの英国の医療システム上のいくつかの不都合（ウェイティングリストや働かない医師の問題）を生じさせてきたのではないかと思われる。ただし、英国の場合も全く経済的インセンティブが発生していないわけではない。近年の医療制度改革はその点を考慮して取り組まれてきた。1つは医療機関への（医療機関予算の）最大年4%の補助金の交付であり、もう1つがトラスト病院とPCGとの契約制度である。前者については、必ずしも大きな額とは言えないが、緊縮予算を強いられている中ではそれなりの効果があるとされている。後者については1つの医療圏内にトラスト病院の数とPCGの数がバランス良く配置されている場合には、PCGとの契約を勝ち取るためにトラスト病院は医療サービスコストの低減に努め、結果として医療費の適正化を実現する。なぜトラスト病院が医療コストの低減努力をするかといえば、PCGとの医療サービスの提供契約の際のサービス価格は自由であり、自分の病院の医療コストが低い方が価格を低く設定でき契約に有利だからである。もちろん、契約は価格だけで決まるものではないので、ここで生じる経済的インセンティブが絶大なコントロールパワーとなっているわけではない。いずれにせよ、英国においては、多くの病院が国立であるという特殊性とこれまでの医療に対する国民意識を生かしたルール作

りとそれに基づくインセンティブの発生に成功しつつあるように見える。ところで、ドイツやフランスは、医療提供者に対してPPSを適用しているかどうかということでは、米国や英国の中間に位置すると考えられる。ドイツは一部の限定された疾病についてはPPSを適用しており、今後適用範囲を拡大するためと思われるが、FP/SEからAP-DRGへの転換の準備をしているようである。また、フランスでは現在もPPSはもちろんのこと、GHMを支払には反映させていないが、今後、経済的インセンティブが強まるような方向に改革されるようである。これらの動向は、英国の場合を含め、図3-3の構成要素である「支払制度（保険者）」と「医療提供者」の2つに、それぞれ医療費適正化のためのインセンティブを経済的に生じさせようとするものである。そういう点では、ドイツが最も先行しており、「患者」も巻き込んでインセンティブの輪を完成させようとして、米国のマネージドケアに近づいているといえる。ただし、ドイツの場合は他の部分（DRGなどの情報システム導入のインフラ整備）で大きく遅れているとされる（図3-5は医療費適正化のインセンティブが働く範囲を図示したものである）。

図3-5



3.3 我が国における状況

我が国においては図3-5のように医療費適正化のインセンティブが働く範囲を図示しようとしてもできない状況である。少なくとも「医療提供者」と「患者」についてはそのような経済的インセンティブは皆無に等しいことがこれまで報告されている。また、「支払制度（保険者）」についても、本来の使命感は存在しているかもしれないが、経済的インセンティブは小さい。特に、保険者が市町村である国保については、赤字分を税収入（一般財源）の中から補填できるためその傾向が強いといえる。我が国の特徴の第1はこのように、医療システムに登場する構成要素のどれにも明確な医療費適正化のインセンティブが無いことであり、特に経済的インセンティブについては皆無に等しい。また、非経済的インセンティブについても強力なものは見当たらない。では、我が国の医療システムを支えている要因は何であろうか。1つの仮説として、図3-3や図3-5には登場しない構成要素としての行政の役割が存在するのではないだろうか。経済的インセンティブを大蔵省が、

非経済的インセンティブを厚生省が受け持ち、実際の「支払制度（保険者）」「患者」「医療提供者」はそれぞれが極めて日本的な「良識」をもってそれらインセンティブを満たす手助けをしている。「良識」とは社会全体を崩壊させまいとする緩やかなインセンティブであるとも言えるが、医療システム独自のものとは言い難いので、図3-5のように図示するのが難しい。ある意味、我が国の医療システムは各構成要素の「医療に限定されないインセンティブ」によって成り立っているが、行政のインセンティブに支配されているという、極めて特異なシステムである。この特徴は前項の先進諸国とは類似していないが、旧ソ連や中国などの社会主義国家、あるいは、医療について極めてプリミティブな状況にある発展途上国の医療システムの成り立ちに類似しているといえる。我が国には「全国民に平等な医療を」という理念もあり、管理手続主義的なものを中心としたルールも存在しており、特に前述の社会主義国と類似性がある。ただし、我が国の場合、多くの割合を占める民間病院において、人口密度に対する医療施設の密度が高い時には競争原理が働くという特徴を有している部分は異なっている。その点を除けば、医療資源消費量を適正化しようとするインセンティブは国（行政）>>（病院）>>住民・保険者（病院は医療施設の密度が高い時にのみ）となっていて、本来国が医療をコントロールしようとするインセンティブ・責任ともに最も大きい。これらの特徴は、医療ニーズが供給を大きく上回っているという状況の違いはあるが、アジアの多くの発展途上国にも当てはまる特徴ではないかと考えられる。我が国の医療システムは社会主義的・アジア的ともいえるが、おそらくは医療密度がこれだけ高くなったにもかかわらず、医療の場を市場化できないでいるとも考えられる。そういう状況でPPSを導入することは、大きな変化であるので概念の変容を伴うため極めて注意深く進めるべきである。少なくとも、PPSは米国の例（メディケアにおけるコストシフティングの例や短期的で過剰な利益の追求の例など）からも現場における総合的・長期的資源配分の視点を阻害する可能性があるので注意が必要であろう。むしろ、我が国においてはPPSのように「医療供給者」に対してのみ医療費適正化のインセンティブが働くようなシステムを導入するより、他の先進諸国がこれまで医療システムを発展させてきたときと同様に、まず「支払制度（保険者）」を強化して医療費適正化のインセンティブを持たせるべきではないだろうか。本来、支払者が監査を行うことは順序としては理に適っていることでもある。そのためには、我が国の場合は医療費適正化の経済的インセンティブ・非経済的インセンティブをそれぞれ保持している大蔵省および厚生省が保険者に対して責任と権利を委譲する策を検討すべきであり、両者は「社会保障制度が崩壊しないようなルール作り」という側面からのみ医療制度を支援すべきである。もちろん、現状では保険者には責任と権利を受け取る能力は備わっているとは考えられないが、中長期的な計画の中では不可能なことではないはずである。いずれにせよ、現状において医療システムの中で何が起きているのかを誰かが定期的に分析していく必要があり、そのためのデータベース作りと分析の方法については確立すべきである。現状では他の先進諸国と肩をならべる水準のデータベースシステムが存在しておらず、そのためにレセプト情報をもとにした、医療を正確に把握するためには極めて不正確で手間のかかる分析が主流な状態である。したがって、全国統一的なルールに従って情報を管理・分析するシステムと、そのために使用する我が国に適したDRG（あるいは同様の疾病分類）を喫緊に整備する必要があると考えられた。

3.4 我が国へのDRGやPPSの適用可能性

表3-1はスイスのシンクタンクZIM社のDRGに関する総括的な資料に筆者の修正を一部加えたものである。この表からも分かるように、DRGあるいはDRGに関する研究は欧州の各国を中心に盛んであり、潮流であるとも言える。しかし、現在はDRGをPPSなどの支払いに結び付けて全面的な活用を行っている国はきわめて少数であり、潮流であるとは言えない。我が国においてはDRGという疾病と診療行為を組み合わせた分類をPPSなどの「支払い」と一体にして考えてしまう傾向があり、そういう意味でDRGが語られる場合、DRGは世界的な潮流では全くなく、そのことを理由に我が国

表3-1

国名	DRGを支払いに 使用しているか	疾病分類（数字はバージョン）			参考
		HCFA-DRG	AP-DRG	その他	
Austria	○				BMAGS
Belgium	?		15	APR-DRG	
Bulgaria	×		検討中		
Czechia	?		12		
Danemark	×		検討中	NordDRG	
Finland	?			NordDRG	
France	×	GHM 4.5			PMSI
Germany	F P / S E 一部疾病		検討中		BMG DKG
Greece	×	検討中			
Hungary	○			HBC 3.0	
Iceland	×			NordDRG	
Ireland	○	12			
Italia	?	14		検討中: APR-DRG	
Norway	○	12		NordDRG	
Portugal	○ 予算・現2割	15			
Rumania	×		検討中		
Spain	×	一部	一部	検討中 RDRG	
Sweden	一部地域	一部	一部	NordDRG	
Switzerland	×	検討中	検討中		APDRG -Suisse
U.K.	×			HRG 3	HBG
Wales	×		13	HRG 3	

資料) スイスZIM社の資料を一部改変

○: 医療機関に対する支払いの計算に用いている

? : 医療機関に対する支払いに一部あるいは一時的に用いているが詳細不明

×: 直接的には反映していない

にDRGを導入すべきであるとする意見には根拠が無い。ポルトガルは最も米国のDRG／PPSシステムに忠実にDRGを導入しているが、それまでのポルトガル医療制度の個性があつてこそ実現したことが分かる。まして、そのポルトガルにおいてさえPPSシステムとは切り離してDRGを考えており、導入当初においては支払いとは全く関係が無かつた。英国においても直接的な支払いにはHRGは関係しておらず、コストの管理という名目で分析が行われ、その結果の一部が政策や予算調整に反映されているのみである。これは英国の行政が支払いだけでなく他の面においても医療機関に影響力を持っているために可能なことであり、我が国の医療行政と公立医療機関の関係に似ている。我が国においては医療に対して様々な規制があり、民間医療機関についても十分に行政が影響力を発揮できる立場にあり、米国のようにことさら「ヤードスティック・コンペティション」の効果に頼る必要はないように思える。したがって、医療行政の目的が医療費用の適正化や低減だけであるなら、PPSである必然性の理由は見当たらない。米国にしてもDRG／PPSはメディケアのパートAに用いられているだけであり、全体の医療（費）から見ればきわめて部分的である。また、米国の場合は情報流通とそれをもとにした質の管理という強力な環境のおかげがあつたからこそ効果があるとされたのであろう。しかし、DRG／PPSも万能なシステムではなかつたことは周知のとおりである。

おそらく、我が国にDRGあるいは同様のシステムを導入するにしても、やはり始めはPPSとの関連を強くしないほうが良いのではないだろうか。ポルトガルの例にもあるように、支払いとの結びつけは後からでも可能だからである。むしろ現在のDRG反対論者はDRGそのものによるマネジメントツールとしての機能的側面に反対しているのではなく、支払それも価格付けが極めて低レベルになった場合のみを想定して反対しているのではないだろうか。もしも、DRGが世界的潮流であるとすれば、コストや質の管理のツールとして導入を検討するのが正しい方策である。そういう側面だけでは医療費低減効果や適正化の効果などは望めないのではないかという意見もあるが、英国などの先進国を見る限りコストや質の管理のツールとしてDRGを導入した結果、緩やかかあるいは2次的ではあつても効果が全く無いということはないようである。経済学の分野においては「ヤードスティック・コンペティション」の効果として、DRGがPPSと併用された場合の効果についてのみ言及しているが、DRGによる分析の結果が直接的な支払ではなくとも、政策やシステムのどこかにフィードバックされれば相応の効果が期待できるであろう。その場合の効果はかなり間接的で緩やかなものであろうが、我が国の現在の状況からは、統一的な情報システムの整備の目的も兼ねて当初は疾病分類のみの導入、あるいは一部の公的病院を予算制にする際のツールとして導入するのが現実的であると思われる。

参考文献

- 1) John R. Kimberly 他, The Migration of Managerial Innovation, Jossey-Bass Pub., 1993, 377頁
- 2) 川渕孝一, DRG/PPSの全貌と問題点, 薬業時報社, 1997, 212頁
- 3) 松田晋哉 他, 欧州主要各国のDRG導入実態に関する調査研究, 医療経済研究機構, 1999, 141頁
- 4) 野口一重, 早わかり図解でみるDRG, 日本医療企画, 2000, 170頁
- 5) 川渕孝一 他, 米国における疾病分類の妥当性に関する研究, 医療経済研究機構, 1998, 280