

市場指向の医療福祉改革再論

筋の通った医療福祉制度実現のために

副所長 丸尾 直美

目次

1. なぜ市場指向の医療福祉改革が必要なのか	5
2. 医療福祉財政は破綻するか	10
3. 日本の医療制度の特徴	13
4. 医療福祉政策の目的と市場化	15
5. 医療福祉分野での市場の失敗にどう対処するか	18
6. 医療制度の福祉ミックス型改革	24

要旨

医療福祉サービスの効率化のためには市場指向の改革を行うことが不可欠であり、同時に、市場の失敗に対処するためにスポンサー機能、医療情報の開示などに備える必要がある。一方、生存・健康の維持という人間の基本的なニーズを公平に充足するためには、その大前提として計画原理による公的保障の存在が必須である。効率と公正の両立を可能にするためには、効率のための市場原理と、公正のための計画原理双方による福祉ミックス型改革を行う必要があり、そのことによって医療福祉の改革が期待される。

医療保険給付費の年平均増加率は1980年代の5.53%から90年代（99年まで）には平均4.10%に低下した。しかし、80年代には名目国民所得成長率が高かったため、国民所得に占める医療保険給付費の割合は1980年の5.38%から90年には5.24%へ低下することとなったが、その後の90年代は名目国民所得成長率の年平均値が0.97%と極端に低かったため、99年には対国民所得割合が6.89%へと上昇して医療保険財政の危機をもたらした。医療保険財政の健全化のためには景気回復と経済の安定が最も効果的である。医療費の患者負担引き上げに主として依拠する政策によって景気を一層悪化させるよりも、景気の回復に寄与する医療福祉制度の改革を行うべきである。

経済が安定成長する仮定において、三つの方法によって2030年の医療保険給付費の対国民所得比を推計すると9～10%となる。一方、2030年の社会保障給付費の対国民所得費を32%程度に抑えることは可能であり、実質国民一人当たり所得の伸びを年平均0.8%以上に維持できれば、社会保障水準の維持のために税金・社会保険料が増えても、実質手取り所得の増加が可能である。

医療供給体制は、計画原理と市場原理のそれぞれの長短を認識した上で、その長所を両立させる福祉ミックス方式を、一貫した原理に基づいて選ぶべきである。そのためには、ゲートキーパー方式の計画的医療施設配分の長所と、フリーアクセス医療の個人選択の自由を兼ね備えるツーチャンネル方式を普及させる必要がある。同様に混合診療は、基本の標準医療にはあくまで普遍的に大部分の費用を社会保険と公費の負担で供給し、いわゆるアメニティ部分と高度先進医療には自己負担で選択できる範囲を少し拡大する必要がある。診療報酬制度も出来高制度という市場的原理と、包括性という計画原理の最適な組み合わせを追求すべきである。

キーワード：計画原理と市場原理の福祉ミックス、スポンサー機能、ゲートキーパーとフリー・アクセス

1. なぜ市場指向の医療福祉改革が必要なのか

(1) 市場指向の福祉改革再論

1980～90年代にかけて、欧米の経済先進諸国は市場化・民営化、グローバル化の時代を経験した。もちろん、製造業はもっと早く行っていたが、1980～90年代には金融・資産市場と従来は市場化・民営化にはなじまないと考えられてきた公益事業や福祉のいわゆる「聖域」分野にも市場化と民営化の波が押し寄せた。本稿では福祉分野、特に医療の分野になぜ市場原理を導入するかの理由を述べるとともに、福祉分野に市場原理を導入する場合に生ずる問題点を欧米の経験をも参考に検討して、日本の医療福祉改革の在り方を示唆しようとするものである。

筆者は1996年に『市場指向の福祉改革』を日本経済新聞社から出版した。当時は金融部門の市場化・グローバル化は注目されていたが、福祉の市場化を論ずるには時期尚早であった。初版は売り切れ後、絶版にされてしまった。この本で私が強調したかったことは二つあった。一つは、人口高齢化などの影響で福祉費用が膨張することが予想される中、福祉改善という目的を充実しつつ福祉費用の膨張を抑制するためには、効率化が必要なことである。さらに、効率を改善するためには、従前型の福祉政策でなく、市場指向の福祉政策が必要なことを明らかにしようとしたことである。もう一つは、従来型の所得再分配政策が見直され、市場化、特に金融資産市場の市場

化がすすむと、効率化には望ましくても分配面で不公正が拡大するので、何らかの形で分配公正化政策を市場化と並行的に進めることが必要であるということであった。しかし、福祉国家型所得再分配政策は人々の働くインセンティブに好ましくないところがあり、市場化政策と相いれない面もあるので、資産分配の公正化という目的を市場化とあわせて進めることが、効率と公正を両立させつつ実現する道であると主張した。そして当時の資産型不況に対する政策としても金融機関への公的資金投入を中心とする資産政策が必要だと主張した。

この二つの主張は、提言のタイミングが早すぎたという点では反省すべき点もあるが、あれから5年たった今日でこそ妥当する主張であると思っている。本論文を市場指向の福祉改革「再論」と呼ぶのは、筆者のこうした思いが込められているからである。

小泉内閣の経済福祉政策の姿勢には基本的に新古典派経済学の影響が強く感じられ、市場指向の福祉改革を意図している。2001年6月にまとめられた「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」(いわゆる骨太の方針)でも民営化・規制緩和、医療サービスの効率化、患者本位の医療サービスの実現、消費者機能の強化、公民ミックスによる医療サービスの提供など市場指向の福祉改革の姿勢がうかがえた。さらに厚生労働省が9月25日に発表した「医療制度改革試案」において、被用者保険と国民健康保険の患者自己負担率を3割へと統一、医療のIT化、根拠に基づく医療、社会保険料の総報酬からの徴収、老人医療費の伸び率管理制度などを公表した。10月には財務省がこれをやや具体化

した「医療制度改革の論点」を公表したが、日本医師会などは医療の市場化と患者の自己負担3割への引き上げに反対している。

本稿では医療福祉制度の福祉ミックスという観点から、特に公的計画原理の広くあまねく公平な医療の保障という長所を生かしつつ、医療福祉の効率化、患者本位の医療という市場原理の長所を最適にミックスできる制度改革の道を探ろうとするものである。

(2)医療福祉増大のメカニズム

医療福祉制度の改革と再編成を要請する要因は、主として財政上の理由である。特に医療福祉給付費の負担増大を招く図表1のような要因が進行するからである。すなわち1)主として人口の少子・高齢化に関する人口的要因、2)経済成長の鈍化、失業率の増加などの経済的要因と、3)核家族化などの社会的要因と、4)福祉給付の増

図表1 医療福祉財政の負担を重くする日本の社会経済的要因

要 因	重視した学者	対 策
人口的要因:少子・高齢化 ・高齢者の増加 ・生産年齢人口の減少 ・福祉給付受給者/費用負担者率 (Dependency ratio)の上昇	H.ウイレンスキー	Dependency ratioの上昇の緩和 少子化対策、子育て期の働く女性の支援、高齢者や障害者の働きやすい労働環境支援、パート労働者の社会保険加入助成
経済的要因 ・経済成長率の鈍化 ・失業率の上昇 ・福祉部門の相対的生産性上昇率が低いこと 福祉支出のデフレータの相対的上昇 ・医療福祉独自の要因	アラン・ピーコック W.J.ボームル 本稿において説明	経済の安定成長の維持 積極的雇用政策による雇用増加 市場化による公的部門の生産性向上 本稿において示唆
社会的要因 ・核家族化 ・都市化		インフォーマル部門の再評価
政治的要因 ・社会民主的政党の影響 ・公共選択的要因(政府の失敗)	F.キャッスル J.M.ブキャナン等	公的部門の市場化と政府部門の縮小

加を求める政治的圧力などの政治的要因であり、それらの多くは社会保障財政を悪化させる要因である(丸尾、1996年、他)。

人口の高齢化の影響

図表1に示す要因は医療福祉に限らず、社会保障給付費の対国民所得比の上昇に共通する要因である。

社会保障制度全般がそうであるように、医療制度と社会保険の医療保険制度における最大の問題点の一つは、人口高齢化に伴う給付費の増加である。高齢者の一人当たり医療費は若い人の約5倍なので、高齢者数/総人口の比率が高くなるにつれて国民所得に対する医療費の比率は半自動的に高くなる。一人当たり医療費の増加は主として実質所得の増加と医療技術の進歩のためであるという説もあるが、人口高齢化の影響は少なくとも日本の場合、時系列的にも県別のクロスセクション分析でも否定できない。

筆者は1970年代初めから人口高齢化を示す代理変数と医療福祉費及び医療福祉関連社会保険給付費の国民所得に対する比率との関係に注目して時系列分析を、そして1980年代からは県別クロスセクションの回帰分析をも行ってきている。その結果、高齢化指標と医療福祉費及び医療福祉関連社会保険給付費の対国民所得比の関係は一層強固な(robust)ものとなっている。また国民総医療費は年齢階層別の人口に各年齢層の一人当たり医療費を乗じた値の集計(社会保険医療給付費は年齢層別一人当たり医療保険給付費に各年齢層の人口を乗じた値の集計)であり、その値を国民所得で除すれば対国民所得比が得られる

が、この方法によっても人口の少子・高齢化が医療保険給付費の対国民所得比を高めることは疑いない事実である*

* この周知の事実をわざわざ確認するのは、OECDのパネルデータを基にした回帰結果では、医療費は人口高齢化とあまり関係ないというのがアカデミックな経済学者の通説となっているからである。

医療費の市場化・効率化を必要とするのは、周知のように日本の場合、特に人口の高齢化率が著しく進行して、例えば、65歳以上及び75歳以上の高齢人口比率が急増を続けると予想されているからである。これは合計特殊出生率が現在の1.34～1.35が将来1.61に回復すると想定した比較的楽観的な中位推計(国立社会保障・人口問題研究所)によるものであり、合計特殊出生率が回復しない場合にはより深刻な事態になる。生産年齢人口に対する高齢者人口比率の上昇は一層、顕著である。

経済的要因の影響

医療福祉費用増大のその他の要因は先の図表1に示すとおりであり、特に<社会保障費/国民所得>比の上昇に関しては、近年の日本では経済的要因の影響が大きい。例えば経済成長率が鈍化したことが、<社会保障費/国民所得>比の上昇要因として大きいことは、1980年代と90年代を比較するとよく分かる。図表2が示すように、80年代には社会保障としての医療保険給付費の年平均増加率は5.53%であったが、経済成長率(国民所得の名目経済成長率)が年平均6.14%であったので医療保険給付費の対国民所得比は1980年の5.38%から1990年

の5.24%へと低下している。これと対照的に90年代(1990年から1999年まで)には医療保険給付費の年平均増加率は4.10%と80年代以下であるにもかかわらず、年平均名目国民所得の成長率が0.97%と極端に低かったため、結果的に医療保険給付費の対国民所得比は5.24%から6.89%へと上昇し、医療保険財政危機をもたらしているのである。同様のことが社会保障財政についても言えることは既に述べた(丸尾、2001年3月)。医療保険給付費の年平均増加率が実際のとおりであったとしても、もし仮に90年代の国民所得の名目経済成長率が年平均4.10%であったならば、医療保険給付費の対国民所得比は上昇しなかったのである。経済成長の医療保険給付費の対国民所得比の上昇への寄与率は高齢化による影響以上である。

経済的要因としてはその他、失業率、雇

用の増加率で代表される雇用情勢が医療福祉の社会保障財政を悪化させる上で寄与している。経済成長と完全雇用の維持が医療福祉財政の健全化のための何よりの条件である。したがって、社会保障への将来不安から消費を抑制し、経済の安定成長に悪影響を与えるような形での医療福祉財政の「健全化」はかえって医療福祉財政の悪化を招くという悪循環をもたらすおそれがある。

医療福祉のデフレーター(implicit deflator, 価格上昇率と考えてよい)がGDPと国民所得のデフレーターよりも大きいことも長期的には医療福祉給付費の対国民所得比を大きくするといういくぶん技術的要因である(丸尾、1996年)。

社会的要因としては高齢者扶養・介護機能、保育機能が家庭内機能から社会保障へと移転されることによって社会費用が増えることであり、特に北欧のように、女性の

図表2 医療保険給付費の対国民所得比と国民所得の経済成長率

(単位:%)

年 代	医療保険給付費の 平均増加年率	国民所得の 平均名目成長年率	医療保険給付費の 対国民所得比
1970年代	17.86	12.61	1970年：3.40
1980年代	5.53	6.14	1980年：5.38
1990年代 (1990年から99年までの平均)	4.10	0.97	1990年：5.24 1999年：6.89
1980年～1999年の平均	4.85	3.49	2030年の推計値：10.33

資料：経済成長率は『経済白書』、医療保険給付費は国立社会保障・人口問題研究所『社会保障給付費』2000年12月

就業が常態化してくるとその影響が大きい
が、医療の場合も家族看護と家庭医の医療
サービスを受けることが少なくなり、入院
して治療を受けることが多くなると、医療費
は増えることになる。

政治的要因としては社会民主党とそれを
バックアップする勢力が強くなったことが、
社会保障関連費用を高くするとの論もあっ
たが、それほど有力な論ではない。

むしろ政治的要因としては公共選択論者
が政府肥大の原因として主張するように、
社会保障関連支出の増加が政治家、官僚、
利益集団(医療の場合には医師会、医薬品
業界)の代表の自愛的行動が公共支出を拡
大する要因として働くとの説がかなりの説
得力を持つ場合がある。

医療費増大の特殊要因

医療関係支出の場合には、こうした医療
福祉支出増大の一般的要因に加えて、いく
つかのメカニズムが医療関係支出およびそ
の対国民所得比の増加を導く。

その一つは、医療という財(経済学では
価値のある財貨とサービスをともに財と呼
ぶ)が上級財だということである。上級財
とは実質所得が大きくなるにつれて所得の
増加率以上の増加率で需要される財のこ
とであり、消費需要の弾力性が1以上(消費
需要の伸び率 / 所得の増加率 > 0)である
ような財である。そのように需要が伸びる
と予想されるからこそ、より高度な技術を
開発して供給し、医療コストを高める一因
になる。もっとも医療費が社会保障でカバ
ーされるからこそ需要が増えると予想でき
るのだとの反論もあろう。しかし、先進諸
国の中で社会保障によってカバーされる医

療費の割合が低いアメリカでは、国民医療
費の対国民所得比は世界で最も高い。こ
れは社会保障が医療の消費需要を高める
要因であるとしても、医療需要は実質所
得の増加につれて増える傾向があることを
示す。医療費の過半が人件費であり、医療
費のデフレーターが国民所得やGDPのデフレ
ータより大きいことも医療費の所得弾力性
値を大きくする一因である。

普通の商品の場合、市場においては「神
の見えざる手」が働いて、人々の利己的行
動が社会的には節約(資源の最適配分)を
もたすが、医療においては利己的行動が
「悪魔の見えざる手」(丸尾、1980年)に導
かれて浪費をもたらし場合があることが知
られている。よく知られた例が出来高払い
制の診療報酬制度である。出来高払い制
のもとでは、医療供給者の収入は $(\text{医療の単価} - \text{医療の単位コスト}) \times \text{医療行為の量}$
であるから医療供給曲線は右上がり
である。普通の市場では需要曲線が右
下がりであるため、医療サービスの限界効
用と限界コストが等しくなるところで、単価
と供給量が決まるのである。しかし、医療
行為の単価は公的に決められており、しか
も医療の場合、供給側が需要を生み出す
ので、最適な均衡をもたらない。かとい
って市場にゆだねても最適配分をもたらし
ないことは後に述べるとおりである。最適
需給量にするためには計画原理と市場原
理のそれぞれの長所を發揮できるように組
み合わせる福祉ミックス型のシステムの構
築が必要である。

2. 医療福祉財政は破綻するか

医療費や医療保険給付費およびその国民所得比を左右する要因が分かると、その将来予測もある程度可能である。

予測の方法としては少なくとも三つある。

(1) 過去の趨勢からの機械的予測

一つは過去の国民所得の伸び率と医療保険給付費の伸び率を基に将来の国民所得と医療保険給付費の増加率を想定し、次式のように将来の医療費あるいは医療保険給付費の対国民所得比を算出する単純な方式である。

n年後の医療保険給付費の対国民所得比

$$= \frac{1999\text{年の医療保険給付費}(1+x)^n}{1999\text{年の国民所得}(1+y)^n}$$

nは期間の年数

xは医療保険給付費の年平均増加率

yは国民所得の年平均増加率

この方法は国民医療費の対国民所得比の将来推計にも医療保険給付費の対国民所得比の予測のどちらにも適用できる。たとえば、先の図表2の数値を用いてxに90年代の医療保険給付費の年平均増加率4.10%を、90年代の国民所得の年平均名目成長率0.97%を入れて計算すると、10年後で医療保険給付費の対国民所得比は9.3%になる。ところが80年代の増加率を分子、分母に使うと10年後の医療保険給付費の対国民所得比は1999年以下になってしま

う。このように趨勢値といってもいつからいつまでの数字を使うかで予測は全く異なるものとなる。かつて厚生省(現在の厚生労働省)は、この予測法を用いたが、この方法では過去の何年間の数字を趨勢値として使うかによって自分が考える将来予測を導き出すことができる。特に80年代と90年代は対照的に特異であったから1980年～1999年の平均数字を用いて2030年の趨勢値を試算すると、次式のとおり、約10.33%となる。

$$\begin{aligned} & \text{31年後の医療保険給付費の対国民所得比} \\ & = 0.0689 \left(\frac{\text{1999年の医療保険給付費の}}{\text{国民所得に対する比率}} \right) \times (1 + 0.0485)^{31} \\ & \quad / (1 + 0.0349)^{31} = 0.1033 \dots \dots \end{aligned}$$

(2) 回帰分析による予測

回帰式に基づいて将来の医療給付費の対国民所得比を推計するという方法にもやはり多くの問題点があるが、参考までに、1960年～1998年の時系列データに基づいて次式のような重回帰式を作成して、重回帰を試みると、図表3のような結果が出る。この数値が与えられた重回帰式に将来の説明変数の予測値を入れて、将来推計を算出すると次のように、2030年の推計値は9.397%になる。なお、図表4は2000年以降の推計値である。

$$\begin{aligned} < \text{医療保険給付費} / \text{国民所得} > \text{比} = & + \\ & \text{高齢者} / \text{就業者比率} + \quad : \text{雇ユーザー所得} \\ & \text{増加率} + \quad \text{患者の医療費自己負担率} + \\ & \text{完全失業率} \end{aligned}$$

ギリシャ文字は係数、高齢者/就業者比率は高齢化率あるいは医療保険給付者依

存率(dependency ratio)の代理変数、完全失業率は依存率にも影響し経済情勢を表す代理変数、雇用者所得増加率は所得成長率の代理変数。医療費の患者自己負担率は診療のときの自己負担比率でなく、国民医療費のうち医療保険給付費でカバーされない部分の国民医療費に対する比率である。すなわち、患者の医療費自己負担比率 = (国民医療費 - 医療保険給付費) / 国民医療費を%で表した数字である。

回帰の推定値は説明変数の想定予測値にも大きく依存する。図表3の回帰式に用いた各説明変数の2030年の想定値は、(1)高齢者 / 就業者比率の想定 : 61%、(2)完全失業率の想定 : 4%、(3)雇用者所得増加率 : 1.2%、(4)医療費の患者自己負担比率 : 15%である。(1)(2)をもっと高く想定すれば2030年の医療保険給付費の対国民所得比はもっと大きくなる。他方、(3)(4)をもっと大きく想定すれば2030年の医療保険

図表3 医療保険給付費の対国民所得比の回帰結果

回帰分析概要

医療保険給付費 / 国民所得% 対4独立変数

例数	39
欠測値数	42
相関係数(R)	.9937
R ² 乗	.9875
自由度調整R ² 乗	.9860
RMS残差	.1535

残差分析

医療保険給付費 / 国民所得% 対4独立変数

例数 >= 0	16
例数 < 0	23
SS[e(i)-e(i-1)]	1.1354
Durbin-Watsonの検定	1.4174
系列相関	.2626

回帰係数

医療保険給付費 / 国民所得% 対4独立変数

	回帰係数	標準誤差	標準回帰係数	t値	p値
切片	4.6450	.3005	4.6450	15.4578	<.0001
高齢者 / 就業者比率%	.0643	.0127	.2782	5.0617	<.0001
患者自己負担率%	-.0966	.0076	-.3390	-12.7101	<.0001
雇用所得増加率%	-.0247	.0077	-.1402	-3.2050	.0029
完全失業率	.5762	.1002	.3393	5.7528	<.0001

(注) t値とは各係数の値をその標準誤差の値で除した値であり、その値が大きいほどその係数が統計的に有意であることを示す指標である。各変数の値は単位が異なるので、係数の大小ではどの変数が説明変数として相対的に重要なウエイトを持つか判定できない。そこで変数をすべて標準得点(偏差値のもとになる数値)であらわして計算して各説明変数のウエイトがわかるようにしたのが標準回帰係数である。P値は各変数の有意水準であり、0.01は1%水準で有意であることを示す。

給付費の対国民所得比はもっと小さくなる。

筆者の推計では2030年に高齢者 / 総人口比率が30%になっても、公的年金給付費の対国民所得比は16~18%であるから、医療保険給付費の対国民所得比を10%以内にとどめることができれば、2030年の社会保障給付費の対国民所得比を32%以内にとどめることができる。その場合は1人当たり実質所得の年平均増加率を0.8%以上に維持できれば、手取りの実質所得は増加する(丸尾、1996年、他)。

3)年齢別医療費による将来予測

次に年齢階層別の医療保険給付費の加重平均によって、2030年の医療保険給付費の対国民所得比を推計すると、2030年の<医療保険給付費 / 国民所得>比はやは

り9~10%くらいになるだろうと推定される。

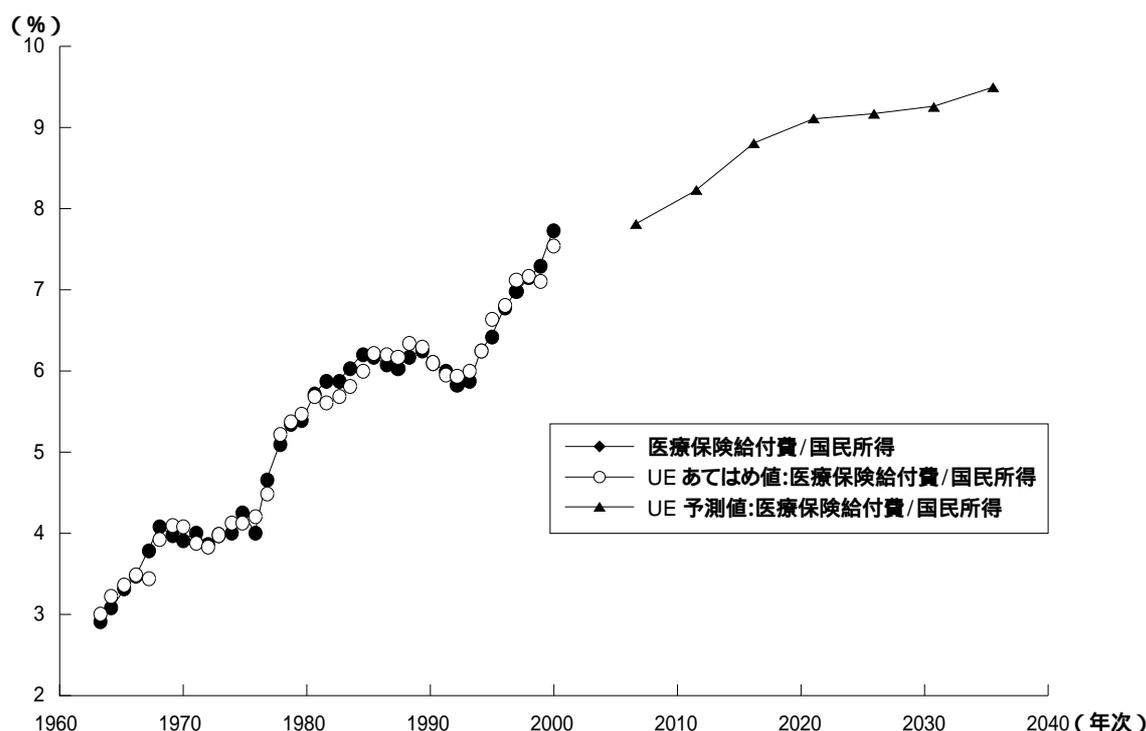
この方法では国民医療費の対国民所得比は次式のようにして求められる。

$$\text{国民医療費の対国民所得比} = \frac{m_i N_j}{yN}$$

ただし、 m_i は各年齢層の平均医療費
 N_j は各年齢層の人口
 y は一人当たり平均国民所得
 N は総人口

計算の仕方を示すために単純化して65歳以下の層と65~74歳層と75歳以上層の3年齢階層に分け、図表5の数値を用いて2030年の推計値を計算すると、国民医療費の対国民所得比は11.07%になる。医療保険給付費は国民医療費の(1 - 0.15)であるから医療保険給付費の対国民所得比は

図表4 医療保険給付費の対国民所得比の動向と予測



9.41%になる。この推計値は医療保険給付費の対国民所得比がもっぱら高齢化によって増えるものであり、各年齢層の一人当たり医療費の国民一人当たり所得に対する比率は変わらないと想定した結果の推計値である。現在、政府が意図しているように、高齢者医療費の増加率を人口の伸び率(\dot{N}/N) プラス人口高齢化率(高齢人口 / 総人口) の増加率以内に抑えることができれば、医療保険給付費の対国民所得比をこの程度にとどめることができる*。しかし、医療費は上級財であること、医療のデフレータは国民所得のデフレータより大きいとすれば、この推計はいくぶん、過小推計であろう。

* 高齢者医療費を M_0 、人口を N 、高齢人口を N_0 、高齢比率(N_0/N)を n_0 、高齢者1人当たり医療費を m_0 とあらわすと、

$M_0 = N n_0 m_0$ である、これを増加率の形であらわすと、 $\dot{M}_0 = \dot{N} + \dot{n}_0 + \dot{m}_0$ となる。したがって高齢者医療費の増加率を人口増加率プラス高齢化比率の増加率程度にとどめるということは高齢者一人当たりの実質医療費を引き上げないということの意味する。

3.日本の医療制度の特徴

医療制度はいろいろな観点から分類される。

(1)医療制度の型

第一に、その運営形態が公営か、社会保

図表5 1999年度の国民医療費とその年齢階層別内訳

	推計総額 (億円)	1999年 年齢層別構成比 (%)	2030年 年齢層別構成比 (%)	一人当たり 医療費 (万円)	対平均 所得比 (%)
総数	309,337	100.0		24.42	
65歳未満	154,539	83.2	72.2	14.65	4.87
0~14歳	20,413	14.9	12.7	10.89	
15~44歳	47,281	68.4	59.3	9.28	
45~64歳	86,845			24.24	
65歳以上	154,797	16.7	27.8	73.07	
70歳以上	120,997			85.00	
75歳以上	83,947	7.0	16.4	98.78	32.82
65~74歳	70,850	9.7	11.4	57.66	19.07

資料:厚生労働省『国民医療費の概要』2001年6月より作成

険方式中心か、民営か、あるいはこれらのミックス(混合)型かに分けることができる。

日本の医療保険はこの意味でも混合型であるという特徴をもつ上に、社会保険自体が職種別の被用者の社会保険制度と、自営業者中心の国民保険制度に分かれており、更に高齢者医療制度があり、それぞれの政府補助率、患者の費用に対する自己負担率(1 - 保険給付率)が異なっている。

すべての国民が社会保険に参加する国民皆保険医療制度をとっている。各制度の加入者数を参考までに示すと図表6のとおりである。また各保険制度の特徴的概要は図表7のとおりである。

供給システム、診療報酬支払い制度等いろいろな観点から分類できるが、そうした観点からの分類は後に見ることにして、日本の医療制度のその他の特徴をあげると、

医療供給システムはフリー・アクセス制を基本としている、診療報酬は出来高払い制度を基礎としている、被用者の医療保険制度と自営業者などの社会保険制度が分離、かつ、自己負担率や国庫補助率に差がある、高齢者医療を分離している、医薬分業が十分に行われていない、等があげられる。

日本の医療のパフォーマンス(成績)に関しては平均寿命も、健康寿命(positive health)も世界最高である。また、乳幼児死亡率も世界最低であることが知られており、医療成果は好成績で、人口高齢化の程度が世界最高齢国の一つになった割には国民医療費の対国民所得比が低い。この長所を維持すべきであろう。

(2)日本の医療保険制度の概要

参考までに日本の医療保険制度の要点を数字で示すと図表6、7のようになる。

図表6 日本の医療保険制度

1 被用者保険	7982万人
組合管掌健康保険	3212万人(25.2%)
政府管掌健康保険	3732万人(29.3%)
共済組合	1009万人(7.9%)
2 国民健康保険制度	4658万人
・国民健康保険	4224万人(33.1%)
・国保組合	434万人(3.4%)
3 老人保健制度	———

資料:図表6および7は厚生労働省、2001年

4. 医療福祉政策の目的と市場化

(1) 医療福祉政策の目的とは

市場の原理は優れて経済学的な概念であり、市場の原理を経済以外の福祉の領域に適用するという事は、経済学の分析手法と経済政策の手法を福祉の分野に準用することでもある。市場化によってとくに得られると想定されるメリットは効率化である。だが、効率という目的を医療や福祉や環境の政策で強調すると、誤解されやすいので、福祉の効率化の意味をまず説明しておこう。

効率的な医療を

社会科学の場合、共通の理念ないし一般的目的は、福祉(well-being)の改善であるが、各学問分野にはそれぞれの学問と政策に固有(inherent)の目的がある。経済

学の場合、資源配分の効率を生産面と消費面に分けて考える。生産面では、物的生産量、売り上げ、付加価値、利潤をどれだけ生むかによって、生産要素をどう配分すればより効率的であるかを判断する。生産面の効率は常識的にも理解しやすい。たとえば病院経営でもこのような意味での生産効率を重視することは必要である。病院経営における経費節減は、主に生産面の効率の話であり、企業のオフィスや事業所における経費節減と同じ目的である。経済学者以外の方が効率という言葉から連想することはこのような生産面での効率である。

消費面の効率とは < 効用 / インput > を大きくすることである。インputがお金の場合には、お金の一単位あたりの限界効用が等しくなるようにお金を使うと最大の効用が得られる。生産面の効率は少ない費用でより多くの生産をすることが目的であり、消費面の効率は少ない費用でより多くの効用(満足)を得られるようにすることを目的とする。

図表7 日本の医療保険制度の図解

老人保健制度		
患者自己負担率:10% 国庫負担率:給付費の30%		
その他は他の保険者の保険料からの拠出金		
国民健康保険(国保)	退職者医療制度	
	政府管掌被用者健康保険	組合管掌被用者健康保険
	患者自己負担率:20%	患者自己負担率:20%
保険料:15.4万円 (1世帯当たり)	保険料15.9万円、使用者分を含むと30.3万円	保険料:15.2万円、使用者分を含むと36.4万円
国庫負担率:給付費の50%	国庫負担率:定額予算補助	国庫負担率:給付費の13%

資料:図表6に同じ

経済学以外にこの効率概念を準用しても基本的には同じであるが、医療政策の場合には健康の増進、人命の維持、医療の質の改善が固有の目的であり、この目的を効率的に達成することが求められる。環境政策の場合には、環境保全と環境の質の改善である。経済政策の方法論をこれらの分野に適用するということは、こうした各分野の固有の目的をできる限り効率的、公正かつ安定的に実現する政策手段を論理的、実証的に明らかにすることである。効率的とは金銭的費用節減だけでなく目的あるいは<Output / コスト>をできるだけ大きくすることでもある。こうした各分野固有の目的を効果的に実現する政策手段として、経済学が特に重視することは、市場という手段を用いることである。

公正な医療を

しかし、経済政策がそうであるように、医療福祉政策も効率化という目的と同時に公正という目的をも満足させねばならない。市場が実現できない公正目的は主として計画原理で実現することが必要になる。医療は人命と健康維持という生存にかかわる緊要なニーズを充足させることが、第一の目的である。したがって所得の大小にかかわらず「広くあまねく公平に」という意味で公正な医療サービスを行うことが、福祉国家的国々では政府の責任とされてきた。「人命は地球より重い」という言葉があるが、生存にかかわるニーズを充足する財は経済学的に言うと、限界効用が極めて高いので、効率原理からも最優先に充足されるべきニーズである。しかし、市場はそのニーズを十分実現できないので、計画原理

による優先的配分が要請される。

政府が計画的に行わなければならないことはそれだけではない。医療・福祉、環境は市場の失敗あるいは欠陥が特に生じやすい分野なので、これを防ぐための政策関与を市場化政策と適切に組み合わせて行うことも必要になる。医療における市場の失敗の主なものは、リスクの不確実性と情報の非対称性から生ずる資源配分の最適化からの乖離(歪み)である。この市場の欠陥に対処するためには、病気と医療費に対するスポンサー(保険者および政府)によるリスク調整と情報弱者の支援、情報の開示、第三者機関による医療供給者と医療の質の客観的評価、医療研究と医療のインフラストラクチャー整備の公的支援、普遍的で公正な医療供給の保障とその財源を賄う政府及び加入者による連带的負担などである。

(2)市場化のメリットを生かす市場指向の改革とは

医療福祉の分野に市場原理を導入するのはもちろん、市場化の長所を発揮させることである。市場の長所を医療福祉に関連させて少し具体的に述べると、次のようになる。

消費者本位であること

まず医療の場合は患者が顧客・消費者でもあることを認識して、消費者にとって安心で便利で満足できるような(経済学の用語で言えば、効用を満足させるような)医療サービスができるような市場的システムに改革することが必要である。また消費者の

選択の自由を尊重することも市場指向の考えであり、消費面での効率を高めるために必要である。

福祉政策はパターンリスティックな、恩恵的な政府の政策から出発したので、福祉給付をする政府の当事者は顧客にサービスを提供するという意識はなかった。又、医療サービスを供給する医師は、患者に対して行う医療の目的や特徴や効果などについて十分な説明をせず、患者の待ち時間を少なくしたり、病院で快適に過ごせるようにする努力をあまりしなかった。一方、患者も福祉給付を受けるものの消費者としての意識は薄かった。医師は教師や弁護士などと並ぶ特別な「聖職」であり、市場取引関係ではないというのがその一つの理由であった。しかし、市場的発想では福祉給付の受給者は消費者であり、顧客であるということになる。次に見るように市場メカニズムが十分に機能すれば、供給者は消費者の欲求を充足させるように、より良い品をより良いサービスで提供しようとするようになる。

とはいえ医療は普通の商品やサービスと違い、医療供給者が医療の需要者に比べて圧倒的に知識情報をもっている(情報量が非対称的)ので、普通の商品やサービスを消費者に売る場合とは違いがあり、消費者本位といっても制約があるが、この点は後に述べる。

効率の改善

効率には配分効率(パレート最適への接近、すなわち限界コストと限界収入の均等化)とH.ライベンシュタインのいうX効率(インセンティブや士気の向上による効率化)があるが、市場化によってその両方が向上する。

- ・競争の刺激を生かすため供給者間に競争原理を導入すること。
- ・努力や能力が報いられることによるX効率の改善によって効率が高めること。

例えば、経営努力した保険者や医療機関が報いられるシステムにすること。貢献に見合う報酬、報酬に見合う負担、費用負担に見合う給付(benefit)という対応関係がみえることがインセンティブを促す上では大切である。

市場競争による効率と消費者サービスの改善

市場競争はこの二つの意味での効率を改善し、あわせて消費者へのサービスをも改善すると期待される。

コスト意識と経営マネジメントの改善

非市場的事業では経営者も従業員もコスト意識に乏しく、事業をより効率的に運用しようとする気持ちも、そうさせるインセンティブも欠けている。経営者も従業員もつねにコスト意識とより効率的なやり方を求めるようなインセンティブ制度を医療機関にも導入することが必要である。医療施設の経営に限らず、福祉施設、環境施設、文化施設等いずれの場合も、それぞれの分野の専門家(医療施設の場合には医師)が、自治体の場合には自治体の退職者が経営にあたることもあるが、彼らの多くはコスト意識とか効率経営意識に乏しいので、経営能力の優れた者を経営に関与させることが病院経営の効率化にとって有益であろう。

IT化による医療の効率化

なお言うまでもないが医療分野でIT化が

効率を高めると同時に医療の治療と効果の関係や、予防の効果の計量的裏付けと、医療情報の開示・普及にとって不可欠である。

5. 医療福祉分野での市場の失敗にどう対処するか

先にも述べたように、生存にかかわる基本財(primary goods)である医療サービスの限界効用は非常に高いと想定できるので効用(消費効率)の観点からもJ.ロルズの公正分配の観点からも優先的に資源を配分することが要請される。

(1) 医療福祉分野での市場の失敗とは何か

市場原理の特性と長所を十分認識して医療福祉制度の改革を行うことが必要である。市場システムに長所があることが十分に知られていながら、医療福祉に市場原理が導入されてこなかった理由は既得権者からの強い抵抗という理由以外にも二つある。一つは今述べたように、医療福祉の分野の基本的政策目的は生命・生存・健康という人間の基本的権利あるいは基本財(primary goods)をすべての国民に広くあまねく公平に保障することであり、計画原理で公的に保障するに適した問題と考えられたからである。もう一つの理由は、医療福祉をはじめ環境、教育文化、公益事業の分野では、市場の失敗あるいは市場の欠陥が大きいと考えられたからである。今述べたことも広義の市場の失敗への計画原理による対応であるが、市場の資源の最適配分機能が働

かないことから生ずる狭義の市場の失敗もいくつか指摘されてきた。非経済系の読者のために念のため、主な市場の失敗を特に医療福祉の場合を念頭において列記すると、図表8のようになる。このうちの が狭義の市場の失敗である。

こうした欠陥のうち、医療に関する資源配分に市場の失敗としてあげられることには次のようなものがある(Culyer and Newhouse eds. ,2000 ; 漆博雄編、1998年)。

派生需要とその対応

医療サービスは健康という結果(output)を生み出すためのinputの一つである。ところが医療自体は効用を生まないで、苦痛をもたらす場合もある。それゆえ個人の選択に任せ、コストをカバーする価格で売れば、医療は望ましいだけ需要されない。つまり過少消費される。人々の効用関数は次式のようにになっている。医療行為(H_c)は $H'(H_c) > 0$ であっても(つまり、その投入によって健康を改善できても) $U'(H_c) < 0$ である(個人が感知する効用はマイナス)こともある。したがって市場にゆだねれば最適点(限界効用 = 限界コスト)にならない場合があることがM.グロスマン(Grosman ,1972 ; Hurley ,2000)によって指摘されて、定式化された。

$$U=U\{X,H_c,H(H_c,Z)\} \quad (1)$$

U: 個人の効用、X: 効用に影響するヘルス・ケア以外の財、 H_c : ヘルス・ケア、H: 健康状態、Z: 健康に影響する H_c 以外の変数
このような医療の過少需要を最適需要に近づけるためにも、医療には公的補助をし

て患者の自己負担を医療費の一部にしたり、イギリスのように国営医療サービス (NHS) の無料医療を原則にする場合がある。しかし、この場合には逆に医療の過剰消費を招くことになる。

医師による医療需要の誘発への対応

派生需要仮説は医療が市場にゆだねられれば過少消費されるであろうことを示唆するが、医療が過剰に消費されることを示唆する仮説もある。その仮説が医療需要誘発モデルである。医師と患者との間には専門知識・情報に関して大きな格差がある (これを情報の非対称性と呼ぶ) ので、医師は患者に必要以上の医療を購入させて

収入を増やすことができる。医師が収入最大化の動機で行動すると想定すれば、医療行為の限界コストが限界収入と等しくなる水準まで医療供給を増やす。医師は医療サービスの供給者であり、患者はその需要者であるから、そのサービスに関して情報が充分あり、かつ需要者と供給者間に医療サービスに関して情報に甚だしい格差がない (情報が対称的) 場合には、市場のもとで最適価格で最適な需給均衡点が決まる。しかし、医師と患者、弁護士と依頼人、教師と学生の関係のように情報の非対称性が顕著な場合には、サービスの供給者が、需要者の無知に乗じて需要を作り出すことがあるし、需要者が搾取されることもある。した

図表8 市場の欠陥と市場の失敗

市場の欠陥の種類	欠陥の種類の詳細	医療の場合の例
資源配分最適化(効率化)の失敗	a:外部経済・不経済が顕著な場合 b:公共財性の場合 c:平均費用逓減型の公益事業型産業の場合 d:情報の非対称性が大きい場合 e:リスクが大きい場合	公衆衛生 医療技術の進歩 医師と患者の間 保険会社と保険加入者の間 病気になるリスク差が大きい場合 クリーム・スキミングが行われる場合
分配上の公正化の失敗	a:所得分配の不平等 b:資産分配の不平等	貧者への医療分配の失敗 世代間の医療費負担の不正
安定化・持続可能の失敗	a:景気変動の不安定と不完全雇用 b:生活の安定 c:持続可能性	傷病のときの所得保障

がってこのようなサービスの場合には、供給者対需要者というよりも需要者はサービスの依頼者(principal)であり、需要者は受託代行者(agent)の関係にある。古くからこの種のサービスを提供する者は、専門知識の所有者であると同時に倫理的にも人格者であることが要請され、その種のサービスの提供者には免許による資格が必要とされてきた。しかし、免許のための試験においては専門知識の試験はするが、人格や倫理はテストしないので、専門知識はあっても倫理に欠ける人物もあるので、供給者による誘発需要のような問題が起こる。

情報の非対称性に基づくモラル・ハザードへの対応

特に医療の支払いが公費や社会保障で行われる場合、政府が安易に出来高払いの診療報酬制度を採用すると、医療供給者は必要以上の医療消費を促すことになる。倫理的自制がない場合、医療供給者にとって、過剰な医療供給を抑制する要因は、医師の労働の限界コストの上昇、患者・消費者間の評判、患者の経験(繰り返しゲーム)の結果としての需要の減退等も考えられる。しかし近年では、それ以外に情報の開示と消費者教育、第三者評価機関によ

る医療供給機関の評価を行い、医療供給機関と患者との間に立って、情報弱者であり交渉力上も不利な立場に立つ患者を支援するスポンサー機能を持つ保険者を育成すべきだとの論(Enthoven, 1988)も有力になっている(図表9参照)。

かつての資本家対労働者のように取引関係に力の非対称性がある場合、力の上での弱者を支援するために労働組合がつけられたように、情報の非対称性と交渉力差に基づく不公正な取引を是正するためには弱者の立場に立つスポンサーが必要であるとみなされるようになった。かつては政府がその役割を果たすべきだと考えられていたが、市場原理を導入する場合には、医療福祉の分野でも政府の経済的役割は後退して、基本システムの枠(フレームワーク)の設計と構築・維持、基本的ルールの設定と審判(アンパイヤー)機能、医療福祉の分野では生存・安全にかかわるニーズの普遍的で公平な充足の保障、リスク調整機能に限られ、スポンサー機能の多くは保険者に委譲される。医療制度の下では、このように医療供給者と需要者との間に保険機関があって情報弱者の患者側のスポンサーとして独自の役割を果たすようになっている。日本でも医療サービスの分

図表9 医療における情報と交渉力の不利を是正するための政策手段

- (1) 医療情報の発達と公開ならびに消費者教育・消費者学習
- (2) 第三者医療評価機構の発達
- (3) 医療従事者が高い医療技術とともに道徳的にも信頼できる人間であることを重視する医療供給者教育
- (4) 情報弱者の患者に対するスポンサー機能を果たす組織の育成(保険者機能)

野に市場原理が導入されるということで、にわかに保険者機能の育成が要請されている。これは普通の市場とは異なり、図表10のような三角形の関係になり、政府は一步下がって先に見たような機能を果たすことになる。

外部性・公共財性

公衆衛生、基礎的医療開発、総合大病院と高度専門病院は外部効果および公共財性を持つことも指摘される。特に外部効果の大きい医療(公衆衛生)は公的サービスとして広くあまねく(普遍的に)公平に全国民を対象として行うべきであるとされる。

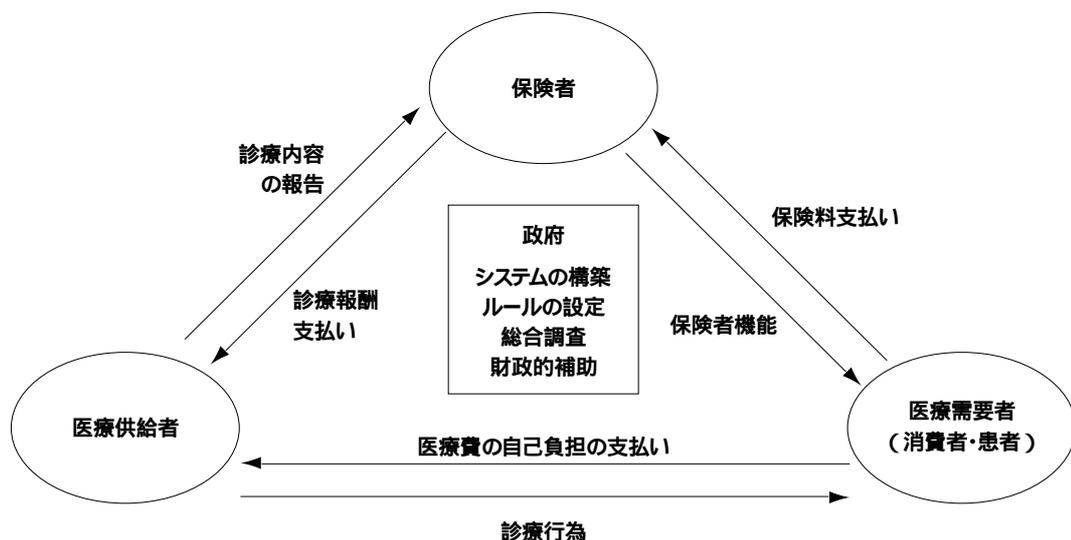
(2)リスクとリスク調整の保険機能

医療の分野では傷病とその治療等にかかる金銭的リスクを保険によって緩和させる機能が発達してきた。社会保障が医療分

野を普遍的にカバーする福祉国家型の国では、社会保険機能が、あるいは政府自身が主としてこれを行う。民営医療が中心のアメリカのような国では、民間医療保険が主たる保険機能を果たす。保険に加入する方が、消費者にとっての効用が高くなることは次のような論理で知られている。すなわち医療の消費者の期待効用が保険に加入することによって改善されることは図表11と(2)式によって示される(Jeremiah Hurley, 2000他)。

医療や介護は本人及び家族にとって生命にかかわる重要なサービスであり、いつ医療や介護が必要とされるかわからないという意味で不確実性が大きい。しかし、加入者が多数である場合には医療サービスの必要度は確率的に推定できるので、医療の場合は比較的保険化しやすい。保険化すれば、しない場合よりも個人の効用は増加する。ある個人の限界効用が経済状態がよくなるにしたがって逡減的に増加す

図表10 マネジされた市場における医療関係者間の相互関係



る(図で描くと右上がりであり、原点に対して凸の曲線になる)と想定する。この図表の縦軸は個人の効用の大きさを、横軸は経済的状态を表し、健康な時の経済状態をWで示す。W-Lの点は病気のときの経済状態であり、LだけWよりも経済状態が悪いことを示す。当人が病気になる確率をpとすると、個人の期待効用は(2)式のとおりである。

$$U(W - L) + (1 - p)U(W) = W - pL \quad (2)$$

健康のときのWを100とし、Lを20とすると、病気のときW-Lは80である。病気になる確率を0.5とすると、この確率に基づく保険料は $20 \times 0.5 = 10$ である。したがって保険に加入したときの個人の期待効用はb点{ $B = U(90)$ }である。しかし、保険に加入しない場合の期待効用はCであり、保険に

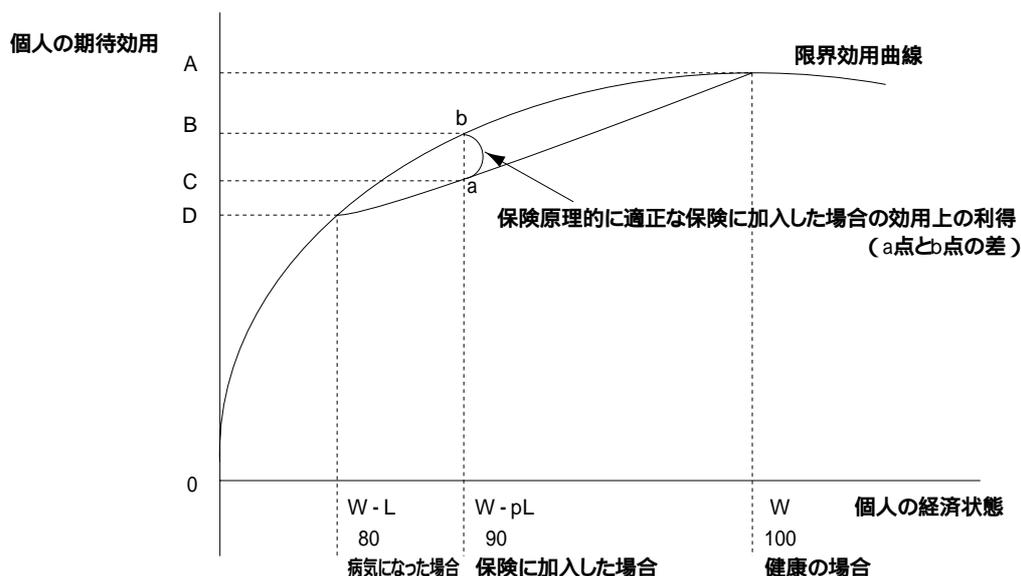
加入することによってaとbの差(図表11のa点とb点の差)の効用上の利得を得る。

しかし、クリーム・スキミング(スープのおいしいところだけをすくってとること、利益の上がる場合のみを対象とすること)のため民間保険に入れない人がある。あるいは人間の近視眼的特性のため民間保険に加入しない人がある。

他方、逆に消費者が自分の健康を偽って保険に加入したり、保険に加入してから喫煙などで健康を害することに無頓着になるようなモラル・ハザード(倫理的危険)がある(これを逆選択と呼ぶ)。その為、保険会社はそのおそれが大きいほど保険料を高め設定する必要がある。そうすると保険料が高くなり、健康に自身のある者が保険に加入しなくなり、保険市場がレモン市場(不良品市場)になる。

このような難点を回避する一つの方法は、義務的(mandatory)加入の公的保険に

図表11 不確実性のある場合の保険の意義



W:健康のときの富、L:病気のときの金銭的損失、p:病気になる確率

することである。医療、介護、年金、失業などが社会保険の対象になるのは、このようにリスクの不確実性と情報の非対称性によるところが大きい。もう一つの方法は、健康上及び経済的弱者とそうでないものとのリスク調整をしてリスクの特に大きい階層のリスクに見合う分を公的な補助金で補うか、あるいは特にリスクの大きい階層を分離して、その費用の多くを税金あるいは連帯保険料で賄う別制度にすることである。アメリカでは民間保険で医療保険の大半を行い、主として健康上のリスクの大きい高齢者を公的なメディケイドで、所得リスクの大きい低所得層をメディケアで、救

済するという形をとっている。その他の人々は公的保険でカバーされないので、民間保険にも加入せず、公的なメディケアでもメディケイドでもカバーされない国民が数千万人いると推定される。

日本の老人保健制度は結果的に社会保険制度から高リスク集団を政府と他の保険者が支える制度になりつつある。そのため制度の目的と性格があいまいになりつつあり、老人保健制度への保険者が根拠のない負担を強いられるような意識になり、保険者の「経営努力」や抛出へのインセンティブにも悪影響を生んでいる。

図表12 医療保険財政を左右する要因と財政改善の政策手段

<p>供給コストの抑制 $S = S(rQ)$</p> <p>$S(r) > 0, S(Q) > 0$ $S(r) > 0$はこの式をrで偏微分すれば供給コストSが増加するという意味</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬(r)の抑制 ・必要以上の診療行為の量(Q)の抑制 ・医薬品の価格・コストの抑制 薬価基準の改善
<p>需要の抑制 $D = D(p, x)$</p> <p>$D(p) < 0, D(x) < 0$</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の自己負担率(p)の引き上げ ・緊要度の低い医療及び一定額までの低額医療の社会保険からの除外 ・患者の待機・行列(x)による需要抑制(供給制限による需要抑制) ・予防健康管理による医療需要抑制
<p>システムの改善(供給曲線の下方シフト)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市場化・競争導入による効率化 ・医療供給システムの改善 フリーアクセス制とゲートキーパー制の最適組み合わせ ・診療報酬システムの改善 出来高制と包括制度の組み合わせ ・薬価基準の改善 ・高齢者医療制度の改革 高齢者医療と介護システムの総合化 社会的入院を介護へ
<p>経済成長率と雇用所得上昇率を高く、完全失業率を低くする。その結果、M/YのYが大きくなる</p>

Y: GDP, M: 医療費, S: 医療供給, D: 医療需要, r: 診療報酬の単価, Q: 医療供給量, p: 医療費の自己負担率、価格に相当するもの

(3)医療保険財政の改善

医療制度改革の当面の最大課題は医療保険財政の健全化であるが、医療社会保険の財政を改善する政策手段の主なるものを供給面と需要面に分けてあげると図表12のようになる。

これらの要因にどのようにして対応することが医療政策の目的に沿うかを当面の医療福祉政策の問題点を例に用いて示すことにしよう。

6.医療制度の福祉ミックス型改革

(1)福祉ミックスで公正、効率、人間味の両立

日本の医療福祉制度の当面の課題は、公的計画原理の基本目的とする広くあまねく公平な医療保障を維持しつつも、市場原理を導入することによって医療福祉の効率化を図り、医療福祉財政の健全化に役立てることである。両者の両立は福祉のポリシー・ミックスでもって可能である(加藤寛・丸尾直美編,ライフデザイン研究所監修,2000年)。すなわち公正目的に主として計画原理を割り当てて、効率目的に主として市場原理を割り当てる。そして人間味のある暖か

図表13 医療福祉政策における福祉のポリシー・ミックス社会システム

社会システム 政策目的	政府部門 計画システム	民間事業部門 市場システム	家族、ボランティアNPO部門 インフォーマル・システム
公正 生存・健康ニーズの普遍的公平な分配 機会均等 比例的平等(貢献に応ずる分配)			(政府と市場の供給が及ばない部分を補うという意味において)
効率 配分効率 ×効率	(市場の失敗の是正の場合)		
人間的価値(人間的暖かみ、愛)			

印はとくに当該システムがその目的実現に特に適する場合。印はある程度、当該システムがその目的を実現できる場合。
印は当該システムによって実現するには適さない目的。機会の均等という意味と公平な扱い(equal treatment for equal case)という意味での公平さは公正原理の一部であると同時に、市場原理がうまく機能するための条件でもある。貢献に応ずる分配という意味での公平も市場原理の一部であると同時に公正原理の一部でもある(丸尾 2001年1月)。

いサービスにはインフォーマル・システムを割り当てるとというのが福祉ミックスの考えである(図表13)。介護福祉分野ではインフォーマル部門が特に大きな役割を果たすが、医療の分野でも在宅医療の場合の看護・介護にインフォーマル部門の家族が大きな役割を果たすことは言うまでもない。最近では、病院内にもボランティアがボランティア・マークをつけて巡回しており、医師・看護婦の手が回りきらない家族的機能を果たしている場合もある。病院は完全看護制度になってきているとはいえ、家族やボランティアが病人の心の支えになる場合は多い。利己心に依りて行動する市場原理の働く領域が多くなるからこそ、人間味のあるインフォーマル部門の役割も一面では重要になるのである(丸尾、2001年3月)。

(2)医療供給体制の改革 計画原理と自由選択原理の両立

医療供給体制の一つの問題は、医療施設の地域における配分が医療資源と医療施設配置の最適化のための要請と消費者(患者)の選択の自由のジレンマをどう解決するかということである。イギリス、スウェーデンのような国営医療サービスの場合には、計画原理優先で、医療施設を計画的に配置する。スウェーデンでは全国がほぼ県(län)と同じように20のランスタング(landstings)と呼ばれる医療圏に分けられ、医療圏ごとに、総合大病院、高度専門病院を、基礎自治体のコミュニティの患者に近い末端には診療所と地区の医療に責任をもつ地区ナース(MAS)を置くことを義務づけた。このナースにはかなり医療機能が委譲され

ており、簡単な治療は医師の診断なしで行われ、プライマリ・ケアの一端をになっている。また多数の訪問ナースが在宅医療を支援している。かつては医療はランスタングの管轄で、費用の大部分をランスタングが負担していたが、1990年代のエーデル改革で高齢者医療関係のことはコミュニティに移管されて高齢者医療と高齢者福祉サービスの計画的総合化が進められた(丸尾直美・塩野谷祐一編、2000年、医療経済研究機構、2001年)。

ゲートキーパー方式かフリー・アクセス方式か

概して計画原理で医療供給システムを作っている国では、計画による資源配分の最適化を意図し、第一次医療を通して総合病院や高度専門病院に行くことになっている。イギリスもこの点では同様な方式を原則としていた。このように第一次診療を経て、そこでより専門的な診断と治療が必要と認められた場合は、紹介状を書いてもらい、大病院や専門病院で診療や治療を受ける医療供給体制をゲートキーパー方式と呼ぶ。日本の場合、患者は大病院へ直接行って診療を自由に受けられるが、これを制度をフリー・アクセス方式という。この方式は個人の選択の自由を尊重するという意味では市場原理に沿う方式であるが、高額な施設を備えた病院の専門医(その医療サービスの限界コストは高い)が簡単な風邪やけがの診療や治療を行う(その限界効用は高くないと想定される)という点では資源配分上、無駄がある。しかも患者は「3時間待って3分診療」と皮肉られるように、患者にとって時間の機会費用が大きい。

ツー・チャンネル方式で計画原理と選択の自由の両立を

そこで第三の診療方式として考えられるのは、どちらの方式も選択できるツー・チャンネルともいえる方式である。それは第一次医療を経るか、直接専門病院に行くかを個人の自由選択に任せ、直接専門病院や大病院に行く場合には大病院がその患者から社会保険外の追加別料金を徴収する方式である。この方式はフリー・アクセス方式の個人選択の自由という長所と、計画による配分効率という長所の両方を備えることができる(それぞれの長短は図表14参照)。日本は、フリー・アクセス方式からツー・チャンネル方式へ一部移行しつつある。

この場合、第一次医療の医者と大病院・専門病院にツー・チャンネル方式が有効に機能するよう次の様な対応をとる。

第一次医療の医師には紹介状を書くことにより適切な社会保険診療報酬で報い、大病院・専門病院では紹介状なしで訪問し

た患者には追加の適切な別料金からの収入を得るという形で報いることが、この制度が有効に機能するかどうかを決めることになる。大規模高額施設を有し、概して技術の高い医師を有する病院と一次医療の診療報酬にこのような形で差を付けることは市場原理的料金設定であろう。

(3)最適混合診療・混合医療を：社会保険診療と自己負担医療の最適ミックス

医療供給のもう一つの問題は、社会保険あるいは公的医療によってカバーされる医療と個人の負担で支払う医療をどのように組み合わせるかの問題である。社会民主党系の福祉国家では医療に階級を設けるべきではないという理念から、医療サービスは全国民に普遍的に公平に行われるべきだとして、国営医療制度によって混合診療は基本的には認めないという方針を採っ

図表14 医療供給システムの型

診療システムの方式	長 所	短 所
ゲートキーパー方式	医療施設を計画的に配置できる	個人の自由選択が損なわれる
フリー・アクセス方式	個人の自由で診療所を選べる	資源配分が必ずしも合理的に行われない 病院での患者の待ち時間が長く、診療時間が短い
ツー・チャンネル方式 A:一次診断所と専門病院との料金体系を別にし、専門病院の料金を高くする B:専門病院では一次診断所の紹介がない場合は、社会保険対象外の追加別料金を課する	、 のどちらかを個人が選択できるので、資源の計画的配分の長所と、個人の自由選択の長所とを併せ持つことができる	(Aの場合)専門病院の診療料金が高すぎると、患者に階級が生ずるおそれがある (Bの場合)特になし。ただし、一次診療医師が重大な病気を見逃す危険はある

てきた。北欧諸国では国民生活が豊かになるにつれ、社会保障でカバーされる標準医療福祉だけでなく、入院時のアメニティ部分の水準をも引き上げてきた。しかし近年では、国営医療方式のイギリスでも国営医療負担の対象外の医師や病院が認められ増えている。スウェーデンでも緊急医療に関しては、公費負担外の自己負担の民間医療を認めている。日本では福祉国家の計画原理と、民間市場的原理の妥協の結果として、いわゆるアメニティ部分(差額ベッド、特別の食事等)と高度先進医療に関しては、自己負担となっている。最近、日本で話題となっていることとして、この私的負担の医療の部分をもっと拡大して社会医療保険費を節減したらどうかということがある。この場合、もっと快適で先端の医療を希望すればその部分に関しては、私的自己負担で医療を受けられるようにするのがよいという議論である。この問題は個人の選択の自由と医療の平等化という理念に相容れない領域なので、慎重に配慮しつつ混合医療福祉の領域を幾分拡大する改革を行なうことが必要である。

(4) 出来高払い方式と包括払い方式の最適ミックスを

日本では診療報酬制度も貢献に応じて支払うという意味で市場的性格の出来高払い方式を基礎としてきたが、先に述べたような「悪魔の手」(利己心に応じて行動すれば社会的浪費になる)が働くので、高齢者医療を中心に包括払い方式が徐々に導入されてきた。介護保険制度では要介護度に応じて包括払い方式になっているが、高齢

者医療に関しても、社会保険外の医療の比重をいま少し介護保険方式に近づけて包括払い方式の比重を高めることが、患者の効用や治療効果を下げることなく医療費を節約することが可能になるであろう。

一般診療の場合にも、医療のIT化が進み、傷病ごとの標準的診療報酬額が分かるようになれば、傷病ごとの標準報酬額を包括化していくことが可能になるう。

(5) 医師、看護婦、ホームヘルパーの最適な組み合わせ

医療福祉サービスに関しても医師、看護婦、ホームヘルパーの機能の配分の在り方を他の先進諸国の経験をもとに見直す必要がある。スウェーデンではナースのうち、ディストリクト・ナース(distrikts sköterska)にある程度の医療的機能を行う権限をあたえて、地区内での簡単な治療を敏速に行っている。ナース(sjuk sköterska)は医師よりはるかに数が多いし、養成コストも給与も医師より低い。しかし、教育と経験があれば、簡単な治療は医師と同様にできるから、ナースに医療と治療の権限を一部委譲することで医療福祉ニーズのより効率的充足が可能になるであろう。

スウェーデンでは医師とナース(看護婦)の機能が一部重複してきたようにナースの機能と介護ホームヘルパーの機能が一部重複する傾向がある。スウェーデンでは在宅介護重視の傾向が強くなったことは既に紹介したとおりであるが、在宅介護だけでなく在宅看護も重視されるようになった。ホームヘルパー(hemhjälp)はナース・エイド(ナースを助ける役、助看ないし準看)

の資格をあわせて持てるようになり、ヘルパーでありナース・エイドの資格を持つものが増えてきた。図表15で示すような形で、医師、ナース、ホームヘルパーの役割が一部重複している程度が日本より大きい。スウェーデンでは在宅重視といわれながらヘルパーの総数には変化があまりみられない。また、ヘルパーのうちのフルタイム勤務者が増え、ナース・エイドの資格を持つものが増えてきたことはホームヘルパーの質が向上したと言ってよいであろう。給与もナースとホームヘルパーの差は小さい。ストックホルム大学の福祉専門家マルチ・パーカーさんの説明ではナース・エイドの給与が1万2,000~1万3,000クローナで、ホームヘルパーが1万クローナくらいとのことであ

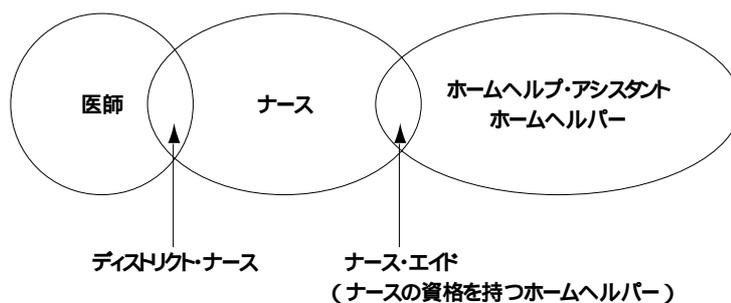
った(丸尾直美・塩野谷祐一編、2000年)。

(6)高年齢医療制度改革

四つの改革案

最後に日本の当面の医療制度改革を論ずる場合には高齢者医療制度改革を避けて通れない。2000年現在で高齢者医療費の約3分の1が他の社会保険会計から拠出されており、このままではその比重は次第に高まっていく。そうなると高齢者医療制度は、次第に高齢世代の医療費を若い世代が負担する賦課方式的になっていき、公的年金制度と同様に世代間の不公正問題も生ずる。それに先に述べた費用と負担の対応原理から見ても納得できる

図表15 医師、ナース、ホームヘルパーの関係



図表16 高齢者医療制度改革諸案

- (a) 突き抜け継続方式(支払い側の労使団体)
- (b) 分離独立方式(日本医師会)
- (c) 年齢などによるリスク構造調整方式(塩野谷祐一氏などの学識経験者)
- (d) 総合方式(国民健康保険中央会)

説明が必要である。費用と負担の対応関係がなければ、経営努力や費用節減努力にも悪影響が生ずる。高齢者医療制度改革案には図表16のような4つの案があると言われる。

当面は(a)(b)案の歩み寄り、将来、年齢や診療群等による医療費差のデータの蓄積が行われるようになった段階では、リスク調整によるコストに応ずる公正負担方式(c)に進み、制度を一本化していくことも可能であろう。

突き抜け継続方式の方が自分たち先輩の費用を負担し、自分もやがて費用を負担してもらうという点では、費用負担 将来の給付という対応関係があるので、現行の拠出方式よりも納得的であるし、いわゆる経営努力を促しやすい。他方、分離独立方式のほうが介護保険制度との総合化をしやすいし、転職者が多い時代には適している。この方式は傷病リスクの大きいリスク集団を分離して、政府がその費用を多く負担するという意味では先に説明した分離型のリスク調整方式と見ることができる。医師会も支払い側の労使団体も保険者団体からの拠出金をなくすという点は共通であるし、医師会の新たな修正案が75歳以上の高齢者医療を独立させながらも75歳以上に関しては突き抜け継続方式をとるなど、(a)案とのミックス化を試みている。経営者団体も高齢者医療を分離独立させる案に近づいてきたので、この方向で意見の相違を調整し、第一段階の改革を行うべきであろう。

高齢者医療と高齢者介護サービスの総合化

高齢者医療では、高齢者介護サービスとの総合化により、「社会的入院」を減少させれば、医療費の節減になるとしてその方向の政策が試みられてきた。スウェーデンではエーデル改革がまさにそれを試み、ある程度の成果を収めた。介護保険制度も病院の「社会的入院者」をよりノーマル・ライフができ、費用が安くつく介護施設に誘導させることを一つの目的としていた。費用が安く、しかも施設への当人の満足度(効用)が高いのであれば、先に述べた基準からして大いに好ましい政策である。

病院入院と介護施設とでどちらが費用が安くつくかについてはいくつかの試算があるが、介護施設の方が安くつくことは多くの場合、疑いない。筆者は高齢者介護施設の入所定員が病院へ的高齢者入院者数に比べて相対的に多い都道府県と逆に少ない都道府県とを比べ、その結果、病院へ的高齢者入院数が相対的に多い都道府県の方が一人当たり<老人医療費+老人福祉費>が、高齢化の程度が同じでも、多くなる傾向があることを計量的に裏付けたことがある(丸尾、1998年11月)。

この種のコスト調査と施設入居と入院の満足度調査に基づいて社会的入院者を介護施設や在宅介護・看護に誘導する政策をもっと積極的に進めることが必要であろう。

【参考文献】

- ・加藤寛・丸尾直美編，ライフデザイン研究所監修，2000，『福祉ミックス社会への挑戦』日本経済新聞社．
- ・権丈善一，2000，『再分配の政治経済政策：日本の社会保障と医療』慶應義塾大学出版会．
- ・厚生労働省，2001，『医療制度の改革の課題と視点』厚生労働省．
- ・厚生労働省，2001，『医療制度の改革試案』厚生労働省．
- ・医療経済研究機構，2001，『アメリカ医療関連データ集』医療経済研究機構．
- ・医療経済研究機構，2001，『イギリス医療関連データ集』医療経済研究機構．
- ・医療経済研究機構，2001，『スウェーデン医療関連データ集』医療経済研究機構．
- ・西村周三，1997，『医療と福祉の経済システム』ちくま新書．
- ・丸尾直美，1980，「医療費はどう決まるか」、江見康一・加藤寛編『医療問題の経済学』日本経済新聞社．
- ・丸尾直美，1996，『市場指向の福祉改革』日本経済新聞社
- ・丸尾直美，1998，「高齢者医療と福祉の総合化」『医療と社会 11月号』医療科学研究所．
- ・丸尾直美，2001，「21世紀はストックと公正の時代」『LDI REPORT 1月号』ライフデザイン研究所．
- ・丸尾直美，2001，「21世紀社会経済システムの展望：第三の道を求めて」『中央大学経済研究所年報』中央大学経済研究所．
- ・丸尾直美・塩野谷祐一編，2000，『先進諸国の社会保障：スウェーデン』東京大学出版会．
- ・塩野谷祐一，2002，『福祉の倫理』(近刊予定)
- ・漆博雄編，1998，『医療経済学』東京大学出版会．
- ・Eenthoven, Allan J., 1988, *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North-Holland.
- ・Jeremiah Hurley, 2000, "An Overview of the Normative Economics of the Health Sector", A.J.Culyer and J.P. Newhouse eds., *Handbook of Health Economics*, North-Holland.
- ・OECD, 2001, *OECD Health Data 2001*, OECD ,CD .