

医療

http://www.econ.hit-u.ac.jp/~bessho/lecture/07/pubeco_s.html

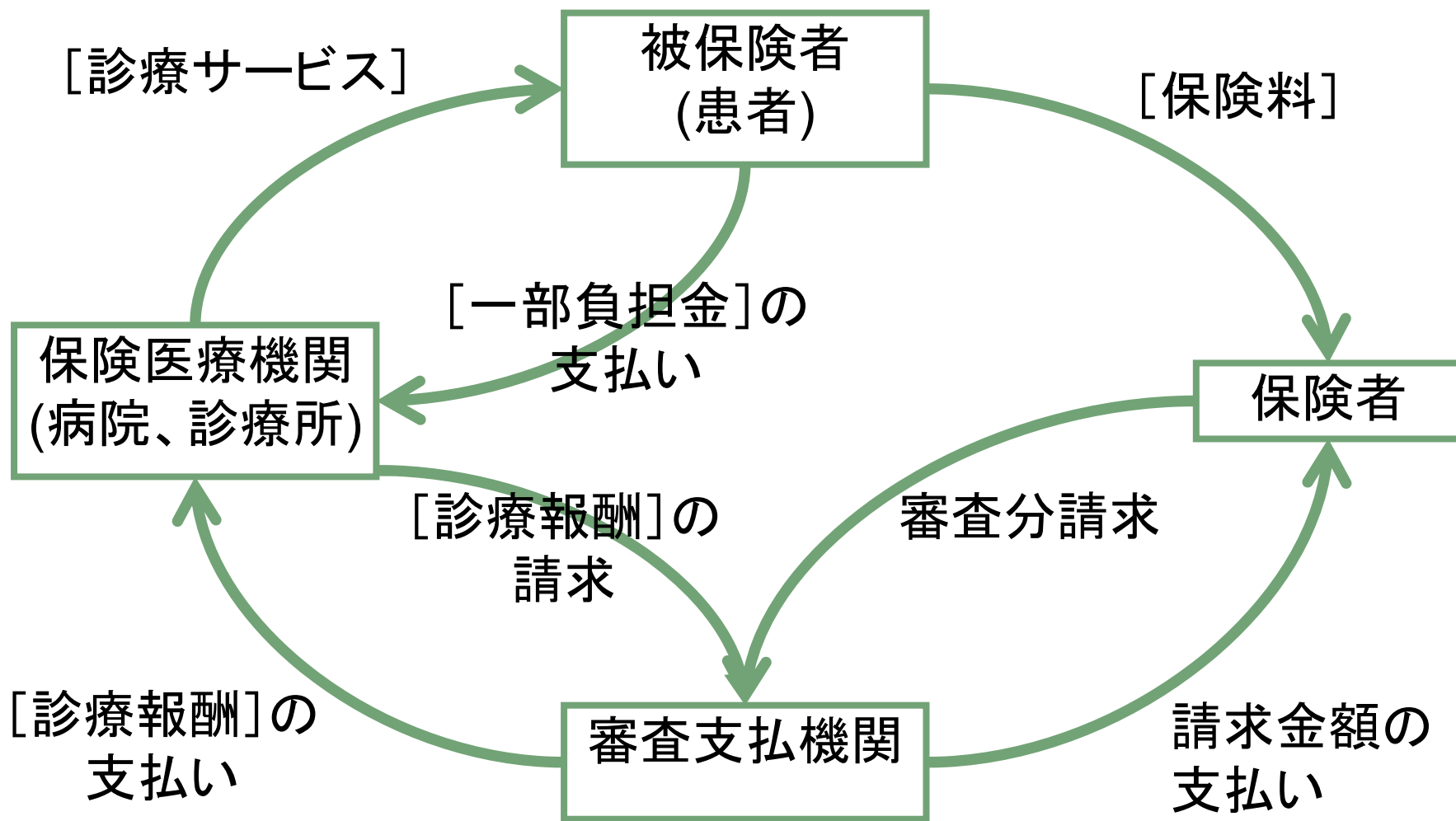
「公共経済学」第9回
別所俊一郎

少子高齢化の進展

2

- 少子高齢化とは?
 - [出生率]が低下し、平均寿命が伸び、人口のうち高齢者が占める割合が増加すること
 - 年間出生数は1973年以降減少、現在は当時の約半数
 - [合計特殊出生率]は2.16(1971年)→1.29(2003年)
 - [人口置換水準]2.07よりかなり低い
- 少子高齢化のなにが問題か
 - 労働人口の減少・消費市場の縮小
 - ただし、経済の状況は人口のみでは決定されない
 - 高齢者比率が高まることで、年金・医療・介護等の社会保障費が増大し、国民の負担が増加
 - 「働けない人」の増加が問題。

公的医療保険制度の仕組み



公的医療保険制度の概要

- 世界から高く評価される[国民皆保険]制度
 - WHO(世界保健機関)の世界保健報告(2000年版)において, 日本は世界第1位の評価
 - 国民はすべて, 何らかの[公的健康保険]に加入しており, わずかな自己負担で医療機関を受診できる
 - 他の先進国と比較してもすべての国民に保険が与えられる制度を持った国は非常に少ない
 - [フリーアクセス]の体制: 保険証1枚あれば日本中どの医療機関でも同じレベルの医療が自由に選択受診できる

公的医療保険制度の概要

5

- [職域]や[居住地]によって加入する制度が異なる
- [国民皆保険]体制に至るまで国民の各階層を次々に個別の保険制度に包み込んでいくという歴史的経緯
- [勤労者]であれば職場単位，[自営業者]であれば[市町村]単位の保険
 - 被用者保険：被用勤労者とその家族が加入(2/3)
 - [組合管掌]健康保険／共済組合保険／[政府管掌]健康保険
 - 国民健康保険：自営業者，年金生活者，農林水産業者(1/3)
- 70歳以上の国民はすべて[老人保健]制度の対象

被用者保険の概要(2004年度現在)

6

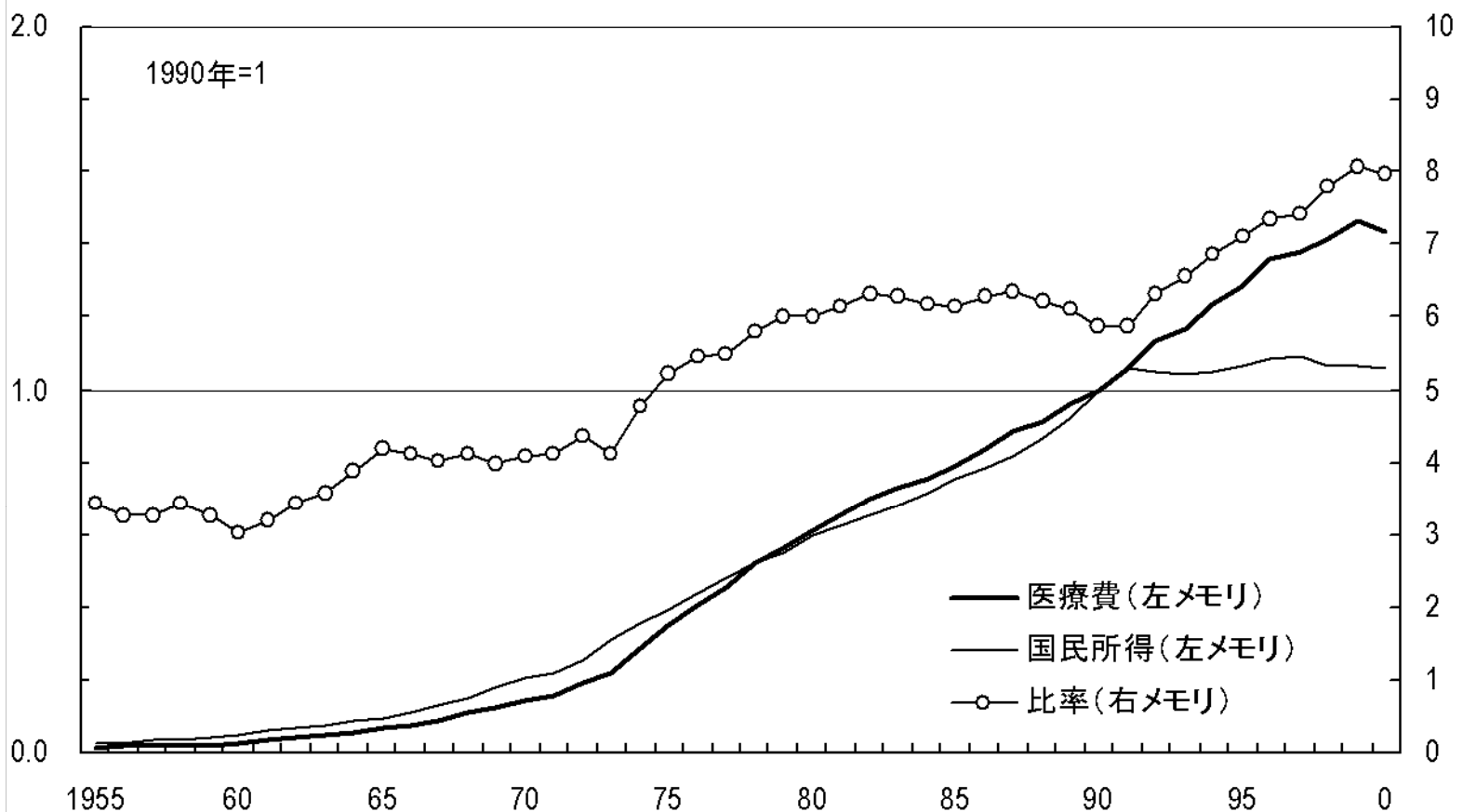
	組合健保	共済組合保険	政管健保
保険者	職場単位や分野ごとの健康 保険組合	職域ごとの共済組合	政府
加入者	大企業のサラリーマン	公務員, 私学教職員	中小企業のサラリーマン
	2998万人	976万人	3551万人
本人	平均3.365%	2.063~4.408%	4.1%
使用者	平均4.197%	2.06~4.4408%	4.1%
国庫	事務費全額+103.3億円	事務費全額または一部	事務費全額+給付費13%
負担	3~69歳は3割	3~69歳は3割	3~69歳は3割

その他の制度

- 高額療養費制度: 自己負担額が72,300円+(医療費-241,000円)×1%を超える場合その超える額を支給
- 出産育児一時金: 30万円(組合・政管健保)
- 休業給付・災害給付

一人当たり国民医療費と国民所得の推移

7



(出所) 厚生労働省『国民医療費』

(注) 2000年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち、介護保険の費用に移行したものがあるが、これらは2000年度国民医療費に含まれていない。

医療部門における政府の役割の 理論的根拠

8

- 一般に、価格上昇や供給不足そのものは直接には政府介入の根拠とならない
- 医療サービス需要は不完全性に満ちている
 - ▣ 情報の不完全性
 - ▣ 競争の制限，非営利団体の存在
- 不完全情報：[医者]は[患者]より情報上優位
 - ▣ [医師免許]，[薬]に関する規制の必要性
 - ▣ 頻繁には購入されず，種類は膨大：「私にも効くのか？」
 - ▣ 「医師誘発需要」の可能性，Small Area Variation
- 不完全情報：保険会社は，医者・患者より情報上劣位
 - ▣ 支払審査の必要性

医療部門における政府の役割の理論的根拠

9

- 不完全情報の弊害
 - 価格が機能しない?:「なぜあの病院は安いのか?」
- 制限された競争
 - [広告]規制
 - 選択するほど医師・病院の数が多くない
 - 「かかりつけ医」の存在とゲートキーパー
- 非営利組織による病院経営
 - 株式会社は基本的に認められていない
 - 病院の目的は利潤の最大化ではない.....その目的は?
 - [営利病院]のほうが効率的か?.....よこしまな動機も?
 - [情報公開規制]の必要性

医療部門における政府の役割の 理論的根拠

10

- [医療保険]の存在
 - 消費するときに支払うのは自己負担分のみ
 - 価格を意識しない([事後的モラルハザード])
- [出来高払い](fee for service)に起因する供給過剰
 - サービスを供給するほど所得が多くなる
 - [医療過誤訴訟]への恐れ(「防衛診療」)
 - 患者は[リスク回避的]
 - DRG/PPSやDRCの必要性

医療保険をめぐる論点

11

- (事前的)[モラルハザード]
 - [健康の維持], 医療支出の抑制がおろそかになる
 - 公的医療保険は過剰かも:[雇用主負担]の存在
- [逆選択] adverse selection
 - 保険料が「見合わない」と考える[健康]な人たちは保険を
購入しない:[保険会社]が情報劣位
- [クリーム・スキミング]
 - 保険金支払いが少ない人のみ加入を認める
- [取引費用]:[情報を集める]コスト
 - [書類作成]のコスト, [審査]コスト

医療サービスと分配の問題

12

- 医療市場が完全であっても、分配の問題は？
- 「医療サービスを受ける権利は所得に依存すべきでない」という考え方：[特殊平等]主義
 - 生存権の一種とみなされる
 - 必ずしも合意があるわけではない
 - ある最低の医療水準を受ける権利は持つべきという考えも
- 医療に関する[国民皆保険]
 - [逆選択]により高額の保険料に直面したり, [クリームスキミング]により加入を拒否されたりするのを救済
 - アメリカの[メディケイド]

医療分野の費用対効果分析

13

- EBM(Evidence Based Medicine)が求められる
- CBA(費用便益分析Cost-Benefit analysis)
 - 医療行為に関係する費用と便益を金銭換算して評価
 - 金銭換算することの困難さ
 - 生命・恐怖・疼痛の基準。倫理的問題
 - WTPとWTAの差
- CEA(費用効果分析Cost-Effectiveness analysis)
 - 同一の効果を得るために最も効率のよい方法を特定
 - 医薬分野を中心に多数の研究の蓄積
 - 適用範囲が物理的に計測可能なものに制限される
- CUA(費用効用分析Cost-Utility analysis)
 - 「どのように」延命したかを明示的に考える
 - 生活の質と量

生命の質の評価：QOL、QALY

14

- QOL: Quality of Life
 - 身体的・精神的・社会的に良好な状態
 - 救命・延命の量的な医学から、人間の尊厳を保ち、よりよく生きるという質的な医学への転換
 - 社会の長寿化・疾病の長期化。スパゲッティ症候群
 - 患者の自己決定権を尊重する共同意思決定
 - 「特異的尺度」or「包括的尺度」で計測
 - 1次元の選好に基づく包括的尺度：RS, TTO, SG, EuroQol, HUI
- QALY: Quality-Adjusted life year
 - QOLで修正した生存年数
 - 完全に健康な状態を1、死亡状態を0として完全な健康状態での生存年数に換算
 - RS, TTO, SG, EuroQol, HUIを用いて換算