

中泉真樹・鵜田忠彦 「ミクロ経済学-理論と応用」  
東洋経済新報社

## 第15章 医療の経済分析

本章では医療サービスを取り上げ、教育サービスで試みたのと同様に、次の順序で考察することにする。最初に医療サービスにはどんな経済学的な特徴が存在しているのか、次いで各国はどのような医療制度を採用しているかを検討する。さらに現在の日本の医療制度にはどのような問題が存在しているのかを考え、最後に経済分析の観点からいかなる制度的な改革が望ましいかを模索する。

ところで世界の先進国ではどこでも高齢化が進行している。人口に占める65歳以上の高齢者の比率が7%を超えた社会は「高齢化社会」、14%を超えた社会は「高齢社会」とよんでいる。日本は2000年現在で16%を超え、すでに高齢社会に達したが、7%を超えたのはわずか30年前で、高齢化が他の国に例をみない速度で進展していることを物語っている。

現在65歳以上の高齢者の医療費は、64歳以下の人々の入院で約5倍、外来で約4倍かかっている。これだけかかるのが妥当か否かは重要な問題だが、加齢とともにどこか身体の不都合を訴えるのは自然の摂理であり、ある程度はやむを得ないことである。つまり日本は高齢化の進展とともに、医療サービスの急速な上昇を余儀なくされる。さらに問題なのは、日本では急速な高齢化に加えて、少子化が進行していることである。

日本をはじめ先進国の多くの国の社会保障制度は、年金、医療および介護について世代間の相互扶助の仕組みとなっており、年金ではそれは「賦課方式」とよばれている。日本の医療制度でも、やはり結果としてこのような賦課方式となっており、少子化による現役世代の減少は、そのような制度の存続を困難にしている。こうした現状のもとで日本の医療制度をどのように設計するべき

かが本章の最後の目的である。

## 第1節 医療サービスの経済学的な特徴

このテーマを考えるのに、読者は自身かもしくは家族が病気や怪我をしたりして、患者になったと想定すれば、理解しやすいだろう。そうやって欲しくないが、たとえば読者の父親が内臓のガンになったとしよう。会社の集団検診で内臓の異常を伝えられ、専門病院で精密検査をしてガンであることが判明し、そこで手術したとしよう。幸いお父さんのガンは、比較的初期で手術も成功し、それほど長期間入院せずに退院して、社会復帰も可能になったとする。このような状況で医療サービスの経済学的な特徴を考えよう。

### 1.1 情報の非対称性

おそらく医療サービスの最大の経済学的な特徴は、情報の非対称性だろう。読者のお父さんは、集団検診で異常を伝えられて専門病院で精密検査を受け、さらにガンと診断されそこで外科手術をすることになった。このすべてのプロセスで、専門家である医師や看護婦とパラメディカル・スタッフとよばれる薬剤師や検査技師などと、患者や家族とのあいだに専門的な知識について決定的なギャップが存在する。たとえばCTスキャナーやMRI（磁気共鳴画像処理装置）によって、読者のお父さんは内臓の異常を告げられ、それがガンであると告知されるが、そのような病院の側の判断に対して、素人のお父さんはそのまま信用するしかない。またこの場合、ガンの治療は、入院して外科的な手術を受けて切除することが最善の方法であると外科医に指摘されるならば、やはりそれに従うよりほかに方法はない。ごく稀に医師の診断や治療の指示を拒否する患者もいるが、それは相当の勇気と覚悟を必要とし、通常は医師や周辺の専門家の指示に従わざるを得ない。

専門家の指示に従う理由は、患者にとって、それが多分最善の選択だからである。“生兵法は怪我のもと”という諺は、素人の判断が事態を一層悪化させ、“餅は餅屋”にまかせるべきで、素人療法を諫めたものだろう。現在の世の中はすべて分業で成り立ち、アダム・スミスがかつて説いたように、そうしな

れば豊かな経済生活を営むことはできなかったろう。

このお父さんは仮に自動車メーカーの技術者として、彼はその道ではベテランで、車のことなら何でも知っている、自他ともに許しているとして、自動車メーカーは自動車の生産に特化し、自動車用の鋼板や自動車用のタイヤを自ら生産しないで、それぞれの生産に特化した鉄鋼業やタイヤ・メーカーに外注している。最近のコストダウンの方向は、一層のアウトソーシング（外注）に拍車をかけている。医療の場合には、このような一般的な分業の一形態であることは確かだが、そこにさらに一層特別の要素が加わりそうである。自動車メーカーがタイヤまで生産しないのは、おそらく技術的な制約というより、もっぱらコストの制約だろう。コストを意識しないならば、自動車メーカーがタイヤを生産するのは、その気になれば可能だろう。時間をかければタイヤメーカーを傘下に入れるだけでなく、自社で独自のタイヤの技術を開発することも可能である。そうしないのは専らコストの問題で、それは高くつくからである。

しかし医療サービスは、どうだろうか。たしかに自動車メーカーの一部は、その社員の福利厚生施設として病院を所有するが、それはあくまで社員の福利厚生のためである。病院は一般の人々にも開放しているが、それによって自動車の販売に比肩できる収益をあげることまでは、おそらく考えていない。それどころか効率的な経営で知られる、ある自動車メーカー所有の病院は、実際には赤字経営であるという。このお父さんは、一定の経験をすればタイヤ生産の専門家になるのは可能でも、外科の専門家になるには医学部に入学して最初からやり直すよりほかはなく、それまでのキャリアを生かすことはできない。

やや極端な例として、現在の日本の代表的な自動車産業を取り上げたが、そこですら医療サービスの供給に本格的に参入しないのは、後述のように医療にはさまざまな参入障壁があるが、それだけではなく他の産業と比較してかなり特殊な専門性が存在し、他の産業の専門性による比較優位と重ならないからだろう。つまり自動車の生産や販売に必要な専門性と、医療サービスの供給に必要な専門性は、ほとんど共通しない。前者の専門性は、かなり一般的かつ汎用的な機械工学や電子工学のそれで、後者は必ずしもそうではない。このお父さんが外科医に簡単に転換できないのは、そのような理由からであろう。

このような医療の専門性は法律や会計の専門性とよく似ている。そこでこれ

らのサービスにかかわる職業は、「専門職」つまり「プロ」(professional)とよばれている。これらの専門職に共通するのは、まさにその専門性のために、顧客とのあいだに埋めがたい情報の非対称性が存在することである。その結果このお父さんは、医師をはじめとする専門家集団の言葉を信用するよりほかには判断できない。お父さんのガンの知識と専門家集団のそれとのあいだには大きな差異が存在し、しかも問題は自分の生命にかかわるから、十分に慎重にならざるを得ず、彼らに従うことになる。ただし同じ医療でも、たとえば慢性の腰痛や水虫の治療ならば、医師の治療法を無視して、さまざまな民間療法などをも試みるかもしれない。

しかしガンや心臓病などの生命にかかわる病気の場合には、まずは西洋医学に頼るのが、ほとんどの場合である。そこで末期的で治療の効果がないと絶望的な宣告をされた後に、漢方や民間療法を試みるのである。このように病気が重篤であるほど、医師の言葉に従うことになる。このときには医師を代表とする専門家集団と患者との関係は、通常の財やサービスの売り手と買い手の関係とはかなり違ったものとなる。

読者がコンビニなどで買う品物は、それについて比較的十分な知識をもっていることが多い。また品揃えをするコンビニの側では、消費者一般はどのような品を必要としているのか十分に知っていて、狭い売り場を最も効率的に使うべく躍起となっている。それはあたかも買い手の読者に対して、コンビニは人気投票を行って、最も人気の高い品物から、品揃えをしていくようである。読者はどのカップ麺がおいしいのか、どのスナックが値段のわりに好ましいかを、自身の経験あるいは友人のアドバイスによって知っている。そして、どんなにテレビのCMで繰り返し宣伝されても、1度試して気に入らなければ、それを再び購入することはしない。すなわちコンビニは、まさしく消費者が選んだ品物が最も効率的に生産されて消費者の手に入るという点で、消費者主権が実現する純粋培養された競争均衡の展示場のようなものである。

これに対して読者のお父さんの病気の場合はどうだろうか。コンビニでの買物とは多くの点で異なっている。まずそこには医療サービスの消費者である患者の選択の自由はほとんど存在しない。そもそも医療サービスの供給者である医師のなかには、医療が「サービス」とよばれることに抵抗感をもつ人が少な

くない。以前筆者が医師の集まりで講演をしたときに、講演の後で質疑応答になると、ある医師は医療をサービスとよばれることには抵抗があると明言された。筆者はキリスト教の牧師さんの日曜ごとの説教もサービスとよばれ、決して医師の尊厳を低めるものではないといて、その場を切り抜けた。

この医師の脳裏には、「医は仁術」で施すものであり、売り買いする商品と同じではないとの確信があるのだろう。確かに山本周五郎の名作『赤ひげ診療譚』に登場する、江戸・小石川養生所の「赤ひげ」こと「新出去定」のように、医は仁術を地で行く医師ならば、それは施すもので売り買いするものではない。しかし、不思議だったのは、この質問は地方の医師会主催の講演の席でなされたものであり、筆者の知る限りこの団体の重要な目的は、医療サービスを可能な限り高く売ること、政治的圧力をかけることである。仁術と算術を使い分ける矛盾を感じないのに、筆者は違和感を感じたのである。しかし人はつねに矛盾多き存在である。なお今日すべての医師に「赤ひげ」のように振る舞えと要求する読者もいないだろう。さらに医師会や歯科医師会は利益団体だが、同時に地域医療や福祉の担い手として、これまでも貢献してきたし、今後も期待されている側面を無視してはならないだろう。

コンビニでの買物と比較して決定的に異なるのは、患者は医療サービスの知識をもたず、また医師も患者に十分な説明は与えないから、患者は医師や専門家スタッフの説明を、そのまま受け入れるよりほかにはない。最近でこそ「インフォームド・コンセント」、つまり医療にかんする十分な情報を与えた上で患者の同意が必要であると強調されている。しかし、それ自体まだ十分でないことを物語っている。患者は知識をもち得ないだけでなく、それに加えて患者には、上の例のようにたびたび病気にかかるのではないから、コンビニでの読者のくり返しの多い買物のように、経験によって学習することもあまりないのである。

患者が十分な知識をもたないときに、コンビニでの読者の買物と同じように、消費者主権に基づく競争均衡を実現するにはどうすればよいだろう。それには専門家たる医師や専門家集団が、患者の立場に立って、つまり患者の忠実な代理人として行動することである。このことを経済学者として最初に指摘したのは、ノーベル経済学賞を受賞したケネス・アローで、医師は患者の忠実な代理

人として行動すべきことを説いている。すでにギリシャ時代に、ヒポクラテスは同じことを主張し、それは現在でも各大学の医学部に“ヒポクラテスの誓い”として掲げられ、医師の患者に対する心構えとして生きている。

もしヒポクラテスやアローが説くように、医師やその専門家集団が患者の忠実な代理人として行動し、患者にとってどのような治療が最善であるかを決定すれば、たとえ患者が医療についてまったく無知であっても、依然として消費者主権に基づいた競争均衡は実現するだろう。しかしそれはすべての医師に“赤ひげ”になれということと同じで、医師に過度の利己心をもつなということに等しい。人は誰でも利己心をもっており、医師にだけそれをもつな、聖人君子になれと要求するのは酷である。

しかし、もし医師が患者の忠実な代理人として行動しないとき、明らかに競争均衡は成立せず、そこでは後述のような市場の失敗が発生してしまう。これは次節の課題であるが、ここでは情報の非対称性は医療サービスに特徴的で、それは専門財 (professional goods) とアローに命名され、弁護士や会計士あるいは大学教師などに共通することを指摘しておこう。アローはこれらの職に就くものには、患者などの依頼人の忠実な代理人として行動する、一定のモラルないし倫理が必要なことを強調した。大学教師も、学生とのあいだにその専門領域について甚だしい知識の差異、つまり情報の非対称性が存在するから、学生がどのような教育を受けるべきか、つねに学生の立場に立って考えるべきだろう。それはこのテキストを書く場合にも、忘れるべきではないと自戒する次第である。

## 1.2 供給独占 (独占供給 ⇔ 独占供給)

日本にはおよそ1万近い病院が存在し、そこでは100万を超える病床 (ベッド) が存在する。「病院」とは病床数が20を超える医療機関であり、それ以下の医療機関は「診療所」とよばれる。病床数で70%近くは民間の病院であり、残りは国立や公立の病院である。民間病院は税制面での優遇措置はあるものの、公立病院とは異なり、それ以上の財政的な支援ではなく、十分な患者の見込める人口周密な地域にしか立地できない。したがって過疎地帯には公立病院の立地を期待するしかない。さらに病院は各種の診療科目からなるが、伝染病を

はじめ特殊な診療科目は民間病院では採算が取れそうもなく、やはり公的病院がカバーする。ただし夜間の救急医療は、公的病院の守備範囲と思われるが、そうではなく、東京都ではむしろ民間病院主体でカバーしている。有力な民間病院の院長によれば、ラフな表現だが、日本の医療の95%の領域は民間病院でカバーできるということである。

しかし過疎地帯や特殊な診療科目では、公立病院に依存せざるを得ないが、供給独占になるのは必至だろう。供給独占の場合にどのような事態になるかは、すでに第4章で説明したが、そこでの結論は次のように要約されよう。すなわち供給独占では、独占企業はその限界収入と限界費用とが一致する点で生産量と価格を決定する。したがって競争均衡と比較すると、価格は高く生産量は低下し、それだけ総余剰は少なくなり、市場の失敗が発生する。

独占企業とのアナロジーでは、医療サービスの場合に過疎地域や特殊な診療科目では、たとえ競争的な市場であっても市場の失敗の発生は十分に想定されるのである。さらにそれに輪をかけていえることは、すでに説明したように、元来医療サービスの市場では、供給者である医師やその専門的なスタッフと、需要者である患者とのあいだに、不可避的に情報の非対称性が存在し、このような状況では一層供給側の独占の可能性は高くなる。

## 1.3 外部性

1999年の冬はかなり悪性のインフルエンザの流行した年として記録されるだろう。集団生活をしている特別養護老人ホームでは、そのために1つの施設で10人単位で高齢者が亡くなった痛ましい事件もあった。同じ部屋での集団生活を余儀なくされて、インフルエンザが容易に入所者相互に感染してしまったのである。海外の先進国のナースィングホームでは、長期に入所する場合は個室が当然であるのに、なぜ日本では個室でないのだろうか。そこが“終の棲家”となるのに、プライバシーが保障されないのは寂しいものである。介護上必要な場合など以外には、個室を原則にすべきではないだろうか。

インフルエンザはこのようなように感染するが、感染を防ぐには予防接種をすれば、一定の効果はあるという。そこで養護老人ホームなどでも、もし予防接種をしておけば、そのような流行は防げたかもしれない。ただし、その年どのような

タイプのウイルスによるインフルエンザが流行するのかは、事前には予測できず、さらに予防接種を生産する薬剤メーカーでは、最近学童に対する予防接種が強制ではなく、需要が急減して各種のタイプの予防接種を取りそろえて供給するのは、困難になったということである。

インフルエンザが流行する場合には、いわゆる**外部性**が発生することになる。つまり、より大勢の人々がその年流行するインフルエンザの予防接種を受けていれば、それだけ流行の可能性は低下し、受けていない人々は恩恵を受けることになる。これは受けていない人の効用が受けた人々の接種によって向上という、まさしく外部性にほかならない。接種した人は、それによって自らインフルエンザに感染するリスクが低下し、私的便益を受けるだけでなく、流行の可能性をいくぶんでも低下させて、受けていない人の感染のリスクを軽減させ、外部経済を生み出している。すなわち**予防接種を受けることで、私的便益に外部性を加えた社会的便益を生み出し、2つの便益は外部性の部分だけ異なるのである。**

外部性の存在は医療サービスの1つの特徴である。外部性の他の例として、われわれは誰しも他者の健康や病気を自分のこととして心配したり、ともに悲しむ心情をもっていることが指摘できる。たとえば日本で初めて肺移植がなされたとき、ほとんどの日本人にとって移植を受けた女性には縁もゆかりもないが、手術が成功して早く退院できるように願う自然な心情をもっている。すなわち他者の健康状態が自分の効用に影響するという意味で、やはり外部性を有するのである。また最初の脳死による臓器移植のケースでも、例によってマスコミの不法な傍若無人の取材に腹をたてつつも、移植の成功をほとんどの国民は願ったのである。まして赤の他人でない知人や友人さらには親族や家族については、もっと自然な感情として、これらの人々の健康状態は重要な関心事で効用に影響する。筆者の友人は、お子さんに小児喘息の発作が起これば、いっそのこと一家心中をと考えたという。多くの場合に家族の健康は人々の最も重要な関心事である。それはミクロ理論の言葉では医療サービスの外部性の存在ということである。

さらに教育サービスの場合にも、人々の教育水準が高まれば、それはそれだけ新しい技術の発明や革新さらには模倣などが容易になり、経済発展にも貢献

することになる。これは前章の教育サービスの外部性にほかならず、同じことは医療サービスでも成立する。人々の大半が健康で労働に従事し長寿を保てば、それは本人だけでなく、社会にとっても好ましいことである。読者は“姥捨て”や“間引き”の伝説を聞いたことがあろう。これは一定の年齢に達した老人を捨てたり、生まれてきたばかりの子供を川に流す、悲しい風習と伝えられている。狭小でやせた耕地では、大所帯を養うことはできなかったのである。

現在は家族を超えて社会の枠のなかで、介護や医療を社会保障として行っている。老人や子供さらに病弱の人々を社会全体で支える社会保障の思想が定着している。社会保障の仕組みが定着するほど、社会の構成員全体の平均的な健康水準の増進は、全体の利益になる。構成員のうち健康で働く人の割合が高いほど、個々人の負担は低くても、病弱で働けない人に手厚く保護することが可能になる。すなわちある個人が健康であるほど、他の個人にもその健康の恩恵は波及する。その意味で健康を増進させる医療サービスには、本来的に外部性が存在しているのである。

#### 1.4 需要の不確実性 & 供給の不確実性

現在の日本の0歳の平均余命は、女性で約82歳、男性で約78歳であるが、今からおよそ80年前、現在この年齢に達する人々が誕生した頃、平均余命は50歳前後で、人生50年が当たり前であった。現在この年齢の読者の祖父や祖母の世代の人々は、自分たちがこれほど長命とは思ひもしなかったろう。なぜ日本人がこのような長寿になったのかは興味深い問題である。しかしここでは、それを考えるのではなく、将来はそうように不確定で予測のむずかしい、1つの例として取り上げたのである。

〔不確実性の問題は経済学では本質的で、第5章では、この問題を考えた。ここでは医療サービスの需要に限定して不確実性を考えよう。人はいつ病気になるか予測できない。健康だけが取り柄だった筆者は、数年前思いもよらない大病を患った。いくつかの病気のなかには、あらかじめ予測できるものもある。テニス肘は病気でないが、悪いフォームで長時間腕を酷使すれば、たいていの人がかかるものである。筆者の尊敬する肝臓病の権威の医師は、毎晩5合のお酒を20年続ければ、ほとんど確定的に肝硬変から肝臓ガンになると警告してい

る（誤解を避けるために付言すれば、これは筆者に向けられたものではない）。

しかしほとんどの病気は、医学的には遺伝など因果関係は明確かもしれないが、少なくとも当人には、ある日突然やってくる。もっと明快な事例は交通事故だろう。交差点で青信号で横断歩道を歩行者が横切るときに、対向する赤信号を無視して車が突っ込んできて交通事故に遭遇するのは、脇見運転などその原因は多様だが、ほとんど確率的な現象である。ある日突然病気になったり交通事故に遭遇するのは、このように不確実であり、そのために疾病や怪我で医療サービスを需要することも、また不確実である。

第5章で説明したが、このような不確実性に対し、人々は昔から保険制度を考案して、それに対応してきた。自動車事故の不確実性に対する自動車保険、火災や海難あるいは盗難などに対する損害保険は、誰でも知っているだろう。同様に**医療需要の不確実性**に対しては、**医療保険**が考えられた。ある日突然病気になるれば、現代の医療はハイテク技術を駆使したり、高価な医薬品を使用するので、その治療費用の負担は相当な金額に達する。病気になるとこの費用だけではなく、その心労は本人と家族にも及ぶのである。さらに入院すれば、その期間働けないから収入も得られなくなる、この機会費用は治療の費用を上回るかもしれない。このように物的および精神的な費用は莫大なものとなる。

それに対して人々は、個人的に貯蓄をして資産を蓄え、出費に備えようとする。しかし誰でも十分に対応できるほど資産を所有しているのではない。かつて保険制度のなかった時代には、多くの人々は医療費が払えなく、重病になっても医療サービスを受けられず、放置される場合すら多かった。そのような悲劇の例は戦前にはたくさんあったし、戦後ですら国民皆保険が成立するまでは、よくある悲劇だった。国民皆保険はこの種の悲劇をほとんど消滅させたが、次節で説明する新たな問題をもたらすのである。

ただし医療については、単に需要の不確実性だけでなく、供給側すなわち**医療行為の不確実性**も存在する。医学関係者はよく指摘するが、患者の個体差によって、おなじ病気に対する治療でも、その効果は人によって異なる。そこでたとえ医学的に確立した処置といえども、個体差のある患者すべてに同一の効果があるとは限らない。医学の治療効果については、たとえばレベル2の腎臓ガン患者の摘出手術の効果は、5年生存の確率70%という表現を使うのはこの

ためである。さらに、たしかに手術のミスや点滴液の間違い、さらには採血や輸血に際してのミスなど、単純な不注意によるミスもあるが、医療過誤の問題のかなりは、このような医療供給の不確実性に基づくものだろう。

## 第2節 医療サービスの市場的な資源配分：市場の失敗

医療サービスには、他のサービスに比較して、患者と医師のあいだの情報の非対称性、地域的な医療機関の偏在などの独占、さらに流行性の病気などのもつ外部性および、とくにある日突然患者になるような需要の不確実性など、いくつかの特徴が存在する。これらの特徴ある医療サービスが市場的に供給されると、どんな事態になるかをこの節で検討しよう。結論を先に要約すれば、これらの特徴はすべてそれだけで市場の失敗を招くものである。そのことはすでに市場の失敗として、一般的に取り上げたが、この節では医療サービスの場合にどのような事態が発生するかを考察する。どのような論理によって、市場の失敗が医療サービスで発生するのかを、読者は確認してほしい。

### 2.1 情報の非対称性

患者と医師のあいだには、医療サービスの場合には、大きな情報あるいは知識の差異がある。この種の差異は、医療に限らず「専門職」とよばれる職業の弁護士、会計士あるいは大学教員などにも当てはまる。このような「専門財」とよばれるサービスでは、顧客あるいは学生とのあいだに大きな情報の差異が存在する。だからこそ専門財とよばれるのである。市場経済が効率的に機能するのは、市場の参加者のあいだに十分な情報が共有されていることが必要である。そうでなければ一物一価は成立せず、競争は十分には行われない。幹線道路沿いのガソリン・スタンドの価格がほぼ同一なのは競争の結果だが、若干の差異も存在するのは、利用者の一部にはその道路をあまり利用せず、したがって各スタンドの価格という情報が完全には行き渡ってないからである。こうして情報が不完全であると、一物一価は必ずしも成立せず、市場機構は十分には機能しないのである。

それではどうすればよいのだろうか。もし医師が完全に患者の立場に立って

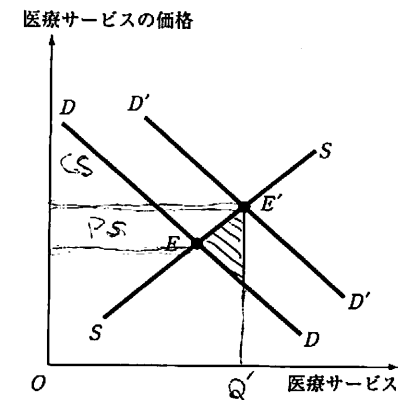
治療行為を行うなら、つまり患者の忠実な代理人として行動するならば、問題は解決するだろう。患者にとって本当に必要な種類の治療行為を行うならば、そのとき患者はあたかも十分な情報をもって、第1章の消費者行動の理論で説明したように、医療サービスを需要することが可能になる。医師が患者の忠実な代理人として、そのように行動するからである。ところが医師はそのように行動するのだろうか。

第1章で説明したように、経済学では人はつねに合理的に行動すると想定している。ことに利己的な動機で自分の効用や利得を最大化すると仮定することが多い。これに対して、人は他人や社会へ配慮した、利他的な動機で行動することもあり、そのことが経済学における合理的行動という仮説に矛盾するわけではない。読者のなかにもボランティア活動を日常的に行っている人もいるだろう。筆者の行きつけの理髪店の奥さんは、もう何年も毎月1回貴重な休日に、特別養護老人ホームで寝たきり老人たちの調髪を行っている。彼女はそれをごく控えめに、きわめて日常的に行っている。厚生省のエリートによる老人ホームをめぐる不祥事に引き替え、庶民の倫理はいまだに健在である。しかし、確かに人間のそのような利他的な側面を考慮するのは重要であるが、一般の経済行動では利己的に行動するとしたほうが、おそらく事態をよく説明できることが多いのである。そこで、医師についてもそのように行動すると仮定してみよう（あくまで仮定である）。

現在の日本では、医師や医療機関の診療報酬は「出来高払い」(fee for service)であり、一部には入院などの「定額制」(per monthあるいはper day)になっているが、多くは医療サービスを提供するごとに、所得が増える報酬制度になっている。この制度のもとで医師や医療機関はどのように行動するだろうか。医療サービスを提供するほど所得が増加するならば、患者の忠実な代理人の責務を十分には全うしないで、純粋に医学的に必要な水準以上の医療サービスを提供するだろう。よく指摘される日本の医療で、諸外国と比較してマクロ的に薬剤や検査の多いことは、「過剰投薬」や「過剰検査」といわれるが、まさにこのような現象を指している。

医療サービスでは、供給者である医師や医療機関が、患者の代理人として行動するならば、患者の代わりに需要するのだから、同時に需要者にもなるので

図 15-1 医師誘発需要



ある。さらに診療報酬が出来高払いならば、医師や医療機関は本来患者が必要とする以上に医療サービスを需要し、それに応じて供給することになる。図15-1はこの状況を示している。本来の需要曲線はDDであり、供給曲線SSとの交点は点Eである。しかし、もし医師や医療機関が患者が必要とする以上に需要するならば、つまり必ずしも忠実な代理人でないならば、需要曲線はD'D'になる。そしてこのときの交点E'はE点の右上に位置する。

医師や医療機関が所得を高めるために、医学的に必要な以上の医療サービスを必要を意図的に行うことを、(医師誘発需要)とよんでいる。医療サービスを市場的に資源配分すれば、この医師誘発需要が存在し、市場の失敗が発生する。市場の失敗の厚生損失は、この図では縦線をつけた三角形の面積がそれに相当する。すなわちこの面積の部分は、医学的に必要な患者の医療サービスに対する限界便益よりも、それを供給するための限界費用のほうが高く、社会的な厚生損失が発生して、その総額はこの面積になる。こうして情報の非対称性が存在し、診療報酬が出来高払いならば、医師や医療機関が患者の悪しき代理人として、過大に医療サービスを需要する市場の失敗が発生し、それは医師誘発需要とよばれる。

## 2.2 供給独占

医療サービスが市場的に資源配分されたときに、市場の失敗をもたらす第2

の要因は独占である。医療機関が民間の企業ベースで行動するならば、採算ベースに乗らない分野には参入しないだろう。たとえば人口密度の低い過疎地帯に医療機関があえて進出することは考えにくいし、同じように数年に1度しか流行しない伝染病や、めったに発病しない特別な難病患者のための病棟を用意するのは、私的な病院には無理なことである。

これとは逆に私的な病院が採算の合う分野にだけ進出することは、しばしばクリーム・スキミング (cream skimming) と命名され、その意味はケーキで一番おいしいクリームの部分だけを食べてしまうことで、いわば“いいとこ取り”である。それは私的企業としてはやむを得ない。たとえば日本における精神科の治療は、私的病院のシェアが圧倒的に高く、そのような“いいとこ取り”の典型的な例として、よく知られているところである。

東京のように人口密度の高い地域には、たくさんの医療機関が集中し、ベッドの数が1,000を超える大病院すら、いくつが存在している。そのような地域では、各医療機関のあいだに競争的な状況が出現しやすい。ところが人口密度が低くなるほど、地域における病院の数は当然ながら減少する。するとそのような地域では、競争的な傾向は次第に低下し、医療機関が地域独占の状態になりやすい。都市圏でない多くの地域では、その地域の中核的な病院がほとんど独占的な存在となっている例が多い。

医療サービスが市場的に供給されれば、医療機関が地域独占の場合には、すでに第4章で説明した独占の企業行動が当てはまる。そして競争的な均衡と比較すれば、独占的な均衡では社会的な余剰は確実に低下する。医療サービスが市場的に資源配分されるとき、独占の均衡では、その価格が競争均衡と比較してより高く、生産量は少なくなることを、読者は図示して確認できるだろう。すなわち医療サービスの市場における厚生損失は、高い価格と低い生産量によって、低下してしまうのである。幸か不幸か日本では、医療サービスの価格である診療報酬は、公定すなわち政府が全国一律に決定するから、地域独占に伴う厚生損失は、少なくとも窓口で支払う診療報酬については生じない。しかしたとえば差額ベッドや待ち時間、さらに医療の質などを考えれば、事態はそれほど楽観的ではないかもしれない。

## 2.3 外部性

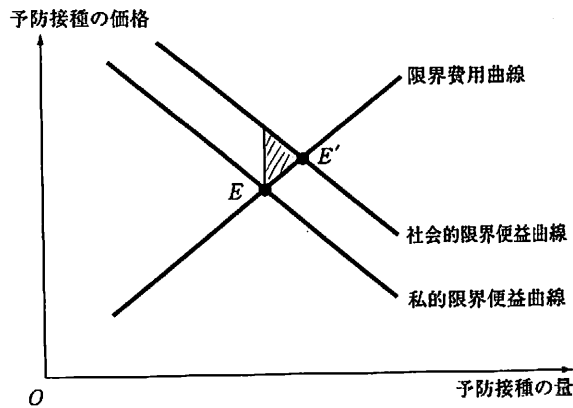
インフルエンザは、より多数の人々が予防接種をしていれば、その流行の程度はそれだけ低下する。したがって予防接種を済ませた人々は、それによって流行の程度を低下させ、済ませていない人々に対して恩恵を与える。すなわち予防接種をすることは、自分自身がインフルエンザにかからない便益を受けるだけでなく、インフルエンザの流行の程度を低下させて、予防接種をしない人にも便益、すなわち外部性を与えることになる。

このような外部性は、インフルエンザの予防接種だけでなく、医療サービスではほかにも伝染性の病気、たとえば結核やペストなどの予防接種はインフルエンザと同じような効果をもっている。ペストはかつては1つの国家を崩壊させるほどの猛威をふるったし、結核は戦後の抗生物質の出現までは、日本でも死亡率のトップを占めていた。ただし先進国ではこれらの病気はすでに過去のもので、予防接種による外部性は現在ではかつてほどには重要ではない。ただし発展途上国では結核対策はいまだに重要な課題である。また最近日本でも結核の復活が懸念されていることを読者は知っているだろう。

もし予防接種が個人の意思によって、すなわち市場的に取引されたならば、1単位の予防接種によってその個人が得るものは、単にその個人が享受できる限界便益にすぎない。しかしそれによって、予防接種を受けていない人々にも恩恵が及ぶから、図15-2のように、社会的な限界便益を示す曲線は、私的限界便益を示す曲線を上回ることになる。そこでやはり1単位の予防接種を生産するのに追加的にかかる費用を、限界費用曲線として右上がりに描こう。市場的には人々は彼らの私的限界便益と限界費用の一致する点  $E$  まで予防接種を受けるだろう。しかし図15-2で明らかなように、 $E$  点では社会的な厚生は最大化されていない。最大化されるのは、社会的な限界便益を示す曲線と限界費用曲線との交点  $E'$  である。すなわち市場的な均衡  $E$  は、社会的な厚生を最大化することに失敗しており、市場の失敗が発生するのである。

医療サービス一般の場合に、その外部性の存在によって市場的な資源配分がどの程度市場の失敗をもたらすのかは、明らかではない。確かに先進国では結核やペストのような伝染性の病気は過去のものになった感はある。しかし新た

図 15-2 予防接種の外部効果

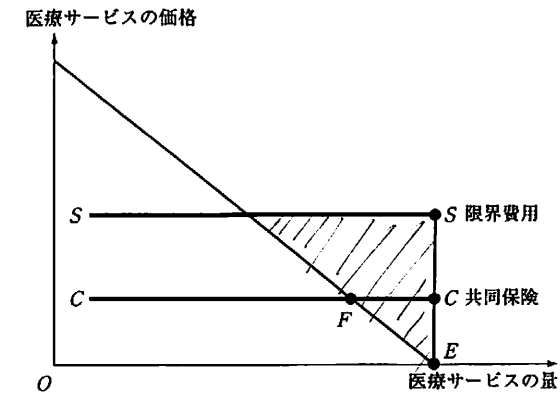


にエイズのように急速に感染する病気が、発展途上国だけでなく先進国でも流行している。エイズの十分な治療法はまだ開発されていないが、もし流行を防ぐ治療法が予防接種のようなタイプならば、かつての結核の予防接種と同様の重要性をもつだろう。さらに病気になれば本人だけでなく、その周囲にも影響を与え、同じように苦しんだり悲しんだりする。そのような意味でやはり医療における外部性は、依然として無視できないものと思われる。

## 2.4 需要の不確実性

われわれはいつ病気になり、いつ怪我をするかわからない。病気や怪我をすれば、治療するために医療サービスを需要することになる。つまりわれわれはいつ医師や医療機関のお世話になるか、すなわちいつ医療サービスを需要するかわからない。ただしその不確実性は、スポーツで怪我をする場合はまったくランダムだが、高齢者が加齢とともに慢性的な病気になるのは確率現象ではない。現在の日本では、65歳以上の高齢者の医療費はそれ以下の人々にくらべて、入院で約5倍、外来で約4倍である。これが加齢による有病率の増加のためか、それとも老人保健制度による高齢者の医療費の極端な低さのためなのか、判断するのは興味深い問題である。なお老人保健制度は、70歳以上の高齢者が医療サービスを受けるとき、かつては無料だったが、現在では窓口で平均して7%前後を支払う制度である。さらに最近の改訂では10%に引き上げられた。

図 15-3 医療保険と厚生損失



このような不確実性に対処する仕組みが保険制度である。読者は、第5章でいわば理想的な保険市場について考察し、第10章では、情報の非対称性があることで、どのように保険市場が失敗するかを学んでいる。医療保険の場合に、どのような失敗があるかをここでは検討しよう。まずは、事後的なモラルハザードといわれる問題である。医療保険の場合、あらかじめ保険給付額を確定した保険契約を組むことは困難である（そうした可能性の追求については後述する）。それだけ患者の陥る病状や治療結果にかんする多様な可能性があり、「こういう事態になったら、これだけを給付します」という細かな契約は不可能になる。つまり、不完備になる。

そこで、仮に治療費を全額保険で支給するとしてみよう。読者は病気になったときにどのように行動するだろうか。治療費を全額、保険会社が払うならば、可能な限りの治療を求めるだろう。医師もまた患者が保険に加入し自己負担のないことを知って、予算に制約されずに十分な医療サービスを提供するだろう。図15-3において、右下がりの曲線を医療サービスの需要曲線とすると、E点まで需要することになる。すると、限界費用（ここでは簡単に一定と想定され、SSで示されている）が需要曲線で表される限界便益を上回り、社会的な厚生損失が発生する。こうして事後的には医療サービス市場で非効率な生産・消費がもたらされ、リスクを分担し合う保険のメリットは減殺されるのである。第10章で取り上げたモラルハザードを事前のモラルハザードとすれば、ここでの

モラルハザードは事後的なモラルハザードといえることができる。

ところで、第10章でも述べたように、モラルハザードは、保険に限らずよく観察される現象である。日本の文系の学生の多くが不勉強なのは単位の取得が簡単すぎるからで、長年の大蔵省の護送船団方式による保護政策で金融機関の経営が放漫になったのも、その例である（読者は、第10章の章末にある練習問題7と8にチャレンジしただろうか）。読者は、モラルハザードの問題をさまざまな場面で考えるチャンスに恵まれるはずである。

② もう1つの問題は、**逆選択**（アドバース・セレクション）であり、これについても第10章で詳しく学んでいる。保険会社が加入者について十分な情報をもたないとき、保険会社は、加入者全体の平均的なリスクを考慮して保険料率を決定する。するとリスクの低い加入者は、そのような保険に加入するには料率が高すぎるから、保険の加入を断念するだろう。他方でリスクの高い加入者は、平均的な料率は低いから、保険の加入を継続させるだろう。結局、保険契約を継続させる人はリスクの高い人だけになり、保険会社は従来の料率では経営できなくなる。そこで料率を引き上げるが、するとますますリスクの高い人だけが残留し、さらに料率を上げざるを得なくなる（実はこの説明は、第10章の練習問題2の解答になっている）。ダーウィン流の進化論では自然淘汰によって適者が生存する。しかしこのケースはその逆で、リスクの高い人々が低い人々を逆に淘汰して、結果として私的な保険制度は成立しなくなるのである。

しかし、保険会社あるいは保険制度も、ただ黙っているわけではない。モラルハザードを避けるために、保険会社ではさまざまな対策を講じている。第4章でも触れたが、車両保険に例をとれば、無事故を続ければ続けるほど保険料を安くし、保険加入による乱暴運転を抑制させる誘因を与えている。あるいは免責条項を設定して、一定額までを自己負担にして、安易な保険の適用を排除したり、損害額の一定割合を加入者の自己負担にする**共同保険**（coinsurance）といわれる仕組みを工夫している。図15-3で、共同保険による自己負担はCCで示される。それによって保険加入者の医療サービスの消費は、限界便益が0となるEではなく、CCと需要曲線の交点Fまで減少する。しかし、その点でも限界便益は限界費用を下回り、医療サービスへの過剰な資源の投入が行われ、効率的な資源配分は実現していない。しかし、共同保険を高めると、

今度は保険のメリットが失われるのである。この点は第10章第3節で考えたトレード・オフの問題とまったく同じである。

逆選択についても、生命保険の場合には保険加入の条件として、健康診断を義務づけて、リスクの高い人を排除し、その発生を阻止しようとする。車両保険で無事故ならば保険料率を下げることも、リスクに応じた料率体系によって、やはり逆選択を回避していると考えられる。健康診断では、例の和歌山の毒入りカレー事件でも明らかになったように、顧客を増やしたい保険会社の営業活動が優先され、どこまで正確に顧客の健康診断をしているのか疑わしい。他方、無事故ならば保険料率を減減させる方式は、実績による評価でリスクに応じた保険料率を設定するから、効果的である。

### 第3節 世界の医療制度

この節では、これまでの話を踏まえて、世界の先進諸国で実際には医療サービスがどのように資源配分されているかを、消費者主権モデル、国民保健制度（NHS）および社会保険制度の3つの制度に分類して、それぞれの医療制度ごとに考えてみよう。

#### 3.1 消費者主権モデル

医療サービスの資源配分を市場的に行っている国は、先進国では数少ない。その理由は、1930年代の世界恐慌以後において福祉国家の建設は、先進各国で政治的立場を超えた数少ない共通の国是に近いものとなり、医療は年金や介護とともに福祉国家による社会保障の中核となり、政府が積極的に取り組んだからである。現在では先進国に限らず、発展途上国もまたそのような取組みを始めている。

基本的に医療サービスの資源配分を市場に委ねる国としての代表例は、米国である。オーストラリアはかつて保守党が政権を取ると、市場的に医療を資源配分し、労働党に交代すると社会保険制度を導入したが、現在では後者を採用している。以下では米国の制度について説明しよう。米国では65歳以上の高齢者に対する「メディケア」（Medicare）と、生活困窮者を対象とする「メディ

ケイド」(Medicaid)の2種類の公的な医療保障制度および退役軍人対象の医療制度を除けば、原則として私的な保険会社による市場的な医療制度を採用している。

一般の米国のサラリーマンは、一定規模以上の企業に勤務する場合には、企業が契約している私的保険会社に、家族とともに一括加入することになる。これはいわば企業の賃金の一部と考えられ、企業が医療を現物給付するフリンジ・ベネフィットである。これは企業の決定であるとしても、原理的には従業員の選好を反映したもので、賃金総額のどれだけを医療の現物給付で受けるかは、企業と従業員の交渉の産物で、従業員の選好を反映している。他方で零細な事業所や農場の従業員などは、そのような私的保険に加入せず、その数は全国民の15%に達している。彼らは無保険だから、病気や怪我になれば全額自己負担で医療費を支払うことになる。大企業の従業員にしても、零細な事業所の従業員や農民にしても、原理的には彼らの選択によって、医療保険を購入したりしなかったりする。これが消費者主権モデルとよばれる理由である。

米国のこのような私的保険をイメージするのに、読者は日本の入院保険などの私的保険を、さらに大規模にして、保険者としての機能を明確にしたものと考えればよい。保険者機能をイメージするのはむずかしいが、医療機関に対して医療サービスの価格や質について交渉する権限や能力と理解すればよいだろう。最近の米国では、健康維持機構(HMO, health maintenance organization)に代表されるような「マネージド・ケア」(managed care)とよばれる新しいタイプの保険プランの市場が急成長している。たとえば業界トップのカイザー・パーマネンテ(Kaiser Permanente)では会員数800万人を超えている。マネージド・ケアにもいろいろあるが、その多くは、保険料を支払う会員が病気になると、その治療費を支払うだけでなく、病気にならないように日常的な食事や運動の指導をしたり、さらに特定の病院と契約して患者を集中的に向かわせて、治療費を割引させるようにしている。このような被保険者に対する指導や、医療機関との直接交渉などが、保険者機能である。

米国の医療サービスの水準は、医学研究に対する政府の手厚い保護もあって、世界で最高水準といわれている。読者は多くの日本人が心臓手術などの難病の治療に渡米していることを知っているだろう。その多くは臓器移植のように

日本では法律的に不可能だったが、むしろ技術的に日本で不可能だったことのほうが真実に近いとされている。同時に国民が医療サービスに費やす金額は、世界の医療費の約半分ほどの巨額である。各国が医療費に費やしている金額を国際的に比較する方法として、一国の医療費(health expenditure)の総額をGDPで除した比率を比較することがある。先進国のなかで米国は15%をはるかに超え、世界でも一番高い。つまり米国は世界最高の医療水準であるが、同時に世界で一番医療に資源を投入しているのである。ちなみに日本は7%程度で、6%程度の英国と並んで先進国では逆に最も低い部類である。フランスやドイツなどの大陸諸国やスウェーデンなど北欧の諸国は、8%から10%程度に位置している。

米国が医療に多大の医療資源を投入することには、多様の意見があるが、質を低下させずにより効率的に医療費を削減すべき点で、課題は共通している。米国では個人の自由な選択は国是であり、医療の領域でも消費者主権によるモデルを維持して、医療の資源配分を市場的に解決しようとする。しかし市場にのみまかせて資源配分すれば失敗を招くので、先に述べたマネージド・ケア型なども含め、いろいろな保険プランが適正に競争する市場環境を政府が整え管理するという、管理された競争(managed competition)の考え方も注目されている。これは市場的な解決を補正しようとする試みである。

米国では1970年代頃から医療費の加速度的な増加が本格化し、それは**病院インフレ**(hospital inflation)とよばれた。そこでは第2節で説明したような市場の失敗が現実には発生したのである。すなわち保険に加入していれば、患者の自己負担は少ないので、患者は自己負担と限界便益が一致するまで、過剰に医療サービスを需要する。医師は患者の負担が低いことを知っているから、出来高払いのもとでは情報の非対称性もあって、医師誘発需要の発生する状況となる。企業の医療保険は税控除されるので、保険会社と容易に医療保険の契約に応じてきた。こうして病院インフレが進行していった。これはまさしく医療サービスを市場的に資源配分することによる市場の失敗である。

しかし米国の国際的な競争力の低下が深刻化するにつれて、医療コストの削減がとくに経済界には大きな課題になった。マネージド・ケアへの関心の高まりや、「管理された競争」という考え方は、このような状況で現れたのである。

DRG  
PPS  
そのいくつかの例をあげよう。まず医療サービスの価格だが、現在米国では DRG/PPS (Diagnostic Related Groups / Prospected Payment System), あるいは疾病症候群別/定額見込み払いが、マネージド・ケア型の保険プランや、メディケアやメディケイドの公的部門で採用されている。DRG とは病気や怪我の疾病を約500種類に分類し、それぞれについて標準的な医療サービスを提供したときの定額払いを PPS とよんでいる。これは保険契約を完備化する努力であり、病気ごとに保険給付を確定することである。それはまさに出来高払いから定額払いへの転換でもある。それにより、市場的に医療サービスを提供すると生ずる、医師誘発需要やモラルハザードが抑止されるのである。

マネージド・ケアを重視し、その市場環境を整える政策もまた重要である。  
HMO のようなマネージド・ケア型の保険は、すでに説明した保険者機能を充実させ、保険に伴うモラルハザードや逆選択を阻止すると同時に、医師や医療機関の圧倒的な医療市場での市場支配力に対抗する、拮抗力 (countervailing power) をもつことで、その交渉力を強化させている。現在の米国でこのようなマネージド・ケア市場の成長がどのような成果をもたらしているか、結論は簡単には出せない。また、民間分野で医療費の抑制がある程度は実現されたとしても、公的部門における問題はそう簡単に解決がつくものではないだろう。

最後に指摘すべきは、無保険の状態におかれる15%もの国民の存在である。  
米国では世紀の変わり目の現在、未曾有の繁栄を謳歌しているが、富や所得の分配は以前にも増して不平等になっている。無保険を選択した人々の多数は、選択せざるを得なかった貧しい階層の人々だろう。世界最高水準の医療を誇り、世界の医療費の半分を使いながら、15%の人々はその恩恵に浴していないことを、読者はどのように考えるだろうか。効率性に加え公平性もまた重要な経済的成果の評価基準とすれば、米国医療の実態は、たとえ効率性の基準は満たしても、公平性の基準については明らかに満足していない。

クリントンが当選した1992年の大統領選挙では、医療問題が内政の最大の争点となり、当選直後にヒラリー夫人をリーダーとして医療改革案が作成された。そこでは、このような米国の医療の不公平性を是正すべく、先に述べた「管理された競争」の考えを下敷きにした国民皆保険案が提案された。ヒラリー夫人は一方で国民皆保険の実現を目指し、他方では医療費の節減という両立しがた

い難問に挑戦した。解決の困難さと議会で多数派の共和党がこの案に反対したので、結局ヒラリー案は日の目を見なかった。米国医療の公平性の実現には、まだ相当の時間を要すると思われる。

### 3.2 英国の医療制度

第2次大戦後まもない1948年に英国は国民保健制度 (NHS, National Health Service) を導入した。それは経済学者ベバリッジの『ベバリッジ・レポート』に基づき、ケインズの『一般理論』と並んで、戦後の英国の“揺りかごから墓場まで”を目指す福祉国家の基本になった。NHS は医療サービスを国営として一般税でまかない、すべての(病院の)医師は公務員とし、病院は公営とするものである。患者は病気になると、その居住地であらかじめ登録しておいた、いわばホームドクターに相当する、一般医 GP (general practitioner) で診察を受け、そこで治療を受けるが、一層の治療が必要ならば一般医から病院に紹介され、病院で治療を受けることになる。

英国の NHS と類似の制度は、現在ではイタリアやスペインなどのいくつかの国でも採用され、その制度は再評価されている。医療費の対 GDP の比率でも、この制度のもとでは比較的低いシェアにとどまっている。医療サービスが無料であれば、モラルハザードが発生して際限のない需要が実現するのに、むしろ医療資源の投入が少なくてすむのは、一般医の存在が、あたかも医療へのアクセスの門番の役割をになっているからである。すなわち人々の受診の自由を制約して、無駄な受診を医学的に抑制するのである。患者がどこの医療機関で受診するか選択の自由を奪う点と、医療の世界であたかも社会主義を実施している点では、この制度は消費者主権モデルと対極に位置するが、基本的に医療が無料であることから、英国国民は過去50年以上この制度を支持してきたといえるだろう。そうはいっても、治療待ちの患者があふれるという問題を抱えることになる。

そのためもあり、過去10年あまり英国では NHS の改革に力を傾注してきた。NHS の基本的なフレームワークを変えないで、社会主義的な NHS を市場化することが改革の核心だった。それは、たとえば、病院の地域独占的な構造を改め、病院を競争させる仕組みをつくったことである。一般医を選別してフ

ンドを与え、一般医が患者をどの病院で治療させるかを自由に選べるようにして、病院間の競争を促進させた。こうして、地域を越えて互いに比較優位をもつ診療科目に患者をバスターさせ、より効率的に医療サービスが供給されるようにしたのである。

市場経済のなかで医療の分野だけを計画経済の論理で行うのは困難であるが、過去50年の英国の実績は、それに対する1つの肯定的な解答を与えていると思われる。しかし、NHS改革が成功したか否かをこの時点で判断するのは早計にすぎるだろう。私事で恐縮だが、テニスを共通の趣味とする筆者の2人の英国の友人は、いずれも股関節を痛めて、歩行すら困難になっている。しかし彼らの手術は1人は3年、もう1人は5年待たされている。もし日本でこれが報ぜられたら、大問題になるだろう。当初に期待されたようには、英国の医師や医療機関により多数の患者を診ようとする誘因は働いていないようである。常時80万人ともいわれるウエイティング・リストの存在は、英国の医療制度の一面を物語っている。

### 3.3 社会保険制度

米国の消費者主権モデルが市場的に医療サービスの資源配分を行うのに対して、英国のNHSあるいはベバリッジ・モデルでは、中央政府が公的に医療サービスを提供するから、両者は両極端に位置している。たとえば米国の医療機関は宗教的な背景を有する慈善病院が多いとはいえ、基本的に私的な存在であるのに対し、英国ではベッド数で9割までが公的な医療機関で占められる。社会保険制度を採用する日本では、公的な病院のベッド数は約3割で、医療機関の公私の別では、米国と英国の中間に位置しているのである。

医療の社会保険制度の歴史は古く、プロシャの宰相ビスマルクが、当時台頭しつつあった急進的な社会主義的労働運動に対抗するために、この制度を導入したといわれている。したがってすでに100年以上の歴史を有しているのである。この制度では、被雇用者である従業員と雇用者である企業が、保険料を折半して医療基金に積み立てる。病気になった従業員は医療機関で受診するが、自己負担を除いて、その支払いはこの基金からなされ、医療基金はこの基金に請求する。社会保険制度を採用する国は、ドイツやフランスなどの欧州大陸の

多数の国々と日本などだが、先進国では一番多く採用されている制度である。

医療サービスの私的保険による消費者の選択による米国の制度に比較すれば、この制度は強制的な公的社会保険による点で異なっている。公的保険を強制的にすることで、国民を包括的にカバーし逆選択を排除することが可能となる。また英国のNHSのような一般税による国民保健制度と比較すれば、保険者機能を生かし保険者が本来保有する多様な裁量権を行使することで、官僚統制の硬直的な医療供給を改善することも可能になる。

しかし保険者機能では、社会保険制度を採用するほとんどの国で、十分にそれを発揮している例は残念ながら見あたらない。むしろ私的保険を中核とする米国のマネージド・ケアあるいは管理医療のほうが、はるかに徹底して保険者機能を生かしている。なお税法式よりも社会保険のほうが、病気になったときに被保険者は当然の権利として受診可能であると指摘されるが、生存権を当然のこととする現在でも両者にそれほど差異があるだろうか。

### まとめ：日本の医療改革

この章を締めくくるにあたって、日本の医療改革について考えよう。現在の日本は急速に少子高齢社会に入りつつある。65歳以上の高齢者人口は、現在でこそ16%程度だが、2025年には30%に達する。そして65歳以上の高齢者の医療費は、それ以下の人々のおよそ4.5倍である。それは単に加齢による生物学的な現象だけではなく、老人医療費無料化政策の所産でもある。現在日本の国民医療費は、およそ30兆円であるが、そのうち約4割は高齢者の医療費であり、上記のように高齢者医療費がそれ以下の人々よりも4倍以上高ければ、高齢者の割合の増加する将来には医療費はますます上昇する。

さらに問題が深刻なのは、現在では医療は実質的には年金と同様に世代間の相互扶助的な賦課方式になっていることである。高齢者医療費のうち自己負担は1割にも及ばず、残りは現役世代の保険からの拠出金と一般税でまかなわれている。賦課方式は“pay as you go”とよばれ、あなたの分を私が払うということである。これはお祭りの御神輿をイメージすればわかりやすい。かつての高度成長期のように、労働人口も増加して経済成長率も高いときには、かつ

ぐ人が多く、しかも力持ちであるのに、かつがれる人は相対的に少なく、御神輿は軽々とそれほどの負担なしにかつがれる。しかし現在はまさしくその逆の現象が起こりつつある。このままでは現役世代の負担は、ほとんど耐え難い水準まで達してしまう。

それではどうすればよいだろうか。まず現役世代の負担の軽減を求めるべきで、高齢者も応分の負担をしなければならず、それは不必要な医療需要を抑制するだろう。また診療報酬も現行の出来高払いから、定額払いに改訂すべきだろう。それによって過剰投薬や過剰検査は抑制されるだろう。さらに米国流の管理医療を積極的に導入すべきで、保険者機能を発揮させて医師や医療機関を選別して被保険者に十分な情報を与え、医療の質の向上と医療費の節約を目指すことができるだろう。

さらに、長期的には、日本の医療サービスを一層市場化することが必要である。現在、診療報酬や薬価などの価格は、すべて政府が決定しており、また供給面でも病床規制などほとんど“社会主義”に近い状態である。このような過度の規制は医師会などの利益団体のレント・シーキングの温床となり、資源配分を歪めている。「市場の失敗」を回避する規制が「政府の失敗」を招いている典型的な例になっているのである。

### キ ー ワ ー ド

消費者主権 利益団体 専門財 供給独占 外部性 医療需要の不確実性 医療保険 医療行為の不確実性 医師誘発需要 クリーム・スキミング モラルハザード 逆選択 共同保険 消費者主権モデル 保険者機能 管理された競争 病院インフレ 拮抗力 レント・シーキング

### 練 習 問 題

1. 医療サービスを市場的に提供するときの、長所と短所をそれぞれ簡潔に要約せよ。
2. 医療保険はなぜ必要なのか、その理由を説明せよ。次に医療保険が設定されると、どのような問題が発生するのか。どちらについても経済厚生観点から、考察せよ。

3. 保険者機能とは何か、簡潔に要約せよ。また、国民皆保険を実施している日本の医療制度では、保険者機能はどのように状況にあると思われるか、簡単に論じなさい。

4. 日本の医療制度は他国（特に米国）からどう見るとすればよいのか、その長所と短所をそれぞれ簡潔に要約せよ。また、国民皆保険を実施している日本の医療制度では、保険者機能はどのように状況にあると思われるか、簡単に論じなさい。