

混合診療の一考察

齋藤裕美*・鶴田忠彦**

1. 問題の所在

わが国の医療保障制度は、他の多くの社会保障制度と同様に現在重要な過渡期にある。国民全体に供給できる医療の量の確保、および医療へのフリーアクセスなどを目指して、国民皆保険体制が1963年に成立した。わが国の公的医療保険は、地域差はあるが負担能力に関わらず人々が等しく医療にアクセスできる、「受療機会の平等」という公平性を達成してきた。そのため保険診療に関しては、平均的標準的給付をその内容として、患者が一部負担金のみで医療にアクセスできる状態が、現在まで維持されている。その一方、公的保険“外”の診療を実質的に妨げる仕組みとして、「混合診療禁止ルール」が並存している。

混合診療禁止ルールとは、一連の診療行為のなかで保険診療と保険外診療の同時受診を禁じるものである。ただし、これは直接的に法令で定められたのではなく、「保険機関および保険医療費担当規則」などを根拠に、実質的に禁止されている。¹ 実際には混合診療自体を行うことは出来る。しかしこのとき、混合診療禁止ルールにより、医療機関は療養環境や高額医療など一部を除いて、保険診療との差額を患者から徴収することを禁じられるため、保険外診療を受診した場合はその部分のみならず保険診療も含め、すべての診療が全額自己負担になる。そのため、この著しい経済的負担を前に、患者は保険外診療へのアクセスを一般的には抑制せざるを得ない。

皆保険成立当時の主たる疾病は感染症であり、求められたのは画一的な治療だった。そのため保険給付範囲が平均的標準的でも事足りた。また医療技術水準も低く、高額医療も今よりずっと少なかった。こうした状況では、国民に広く低廉な価格での医療の提供は可能で、受療機会の平等に根ざした医療保障体制は、当時の社会的要請に十分応えていた。

しかし社会経済環境は大きく変化し、少子高齢化の進展や、技術進歩による高額医療の出現で医療費は上昇している。こうした医療費の増加は、従来は医療財源の拡大で吸収できたが、経済は高度成長から低成長へ移行し、財源の拡大による対処は期待できない。また経済が低成長とはいえ、社会は相対的には豊かで、それを背景に個人の価値観は多様化している。そればかりではなく、疾病構造は画一的治療が要求された感染症から、個々人の特性を考慮してよりオーダーメイドな治療が求められる慢性疾患に変化している。しか

* 一橋大学大学院経済学研究科博士後期課程

** 一橋大学大学院経済学研究科

¹ 「療養担当規則」とは、保険医療機関および保険医が診療にあたる行動規範を示したものである。この第18条に「保険医は、特殊な療法または新しい療法などについては、厚生大臣の定めるもののほか行ってはならない。ただし、特定承認保険医療機関において行う第5条第2項に規定する厚生大臣の承認を受けた療養については、この限りではない。」とある。

し現行の保険給付は財源の制約上、定型的であることが求められ、なにより混合診療禁止ルールによって保険外診療は受療しにくい。

混合診療禁止ルールをめぐってはいくつかの論議がなされてきた。患者のニーズへの硬直的対応という現行制度の問題点より、平等な医療体制の維持を重視する立場からは、そうした体制の維持のため、医療費抑制の必要条件として混合診療禁止ルールを正当化する主張がある（池上,1992）。一方、公平性をどのように維持するかには言及しないが、資源配分の効率性や医療産業の発展を重視する立場からは、規制緩和の一環として混合診療は容認されるべきとの声が聞かれる（八代,1999,2000,2002²）。また公平性を重視しながらも、無視できない社会変化に照らして、一定の規制のもとで混合診療を容認すべきという意見もある（遠藤,1999、川淵,2000）。

こうした論議や上述した社会経済環境の変化を踏まえると、混合診療はじめ現在わが国の医療保障に求められるのは、患者のニーズにいかに対応するかという視点と、公的医療保険財政の逼迫に応じた効率的な医療資源の配分の視点だろう。そして公平性はこれらと整合的に担保されなければならない。これに伴って、従来わが国の医療体制が依拠してきた公平性概念も再検討が要求されよう。さらにはこうした考察を踏まえて、混合診療の問題をはじめ医療保険制度に対する具体的な方策が求められる。

小論では混合診療禁止ルールに関して、これまで展開されてきた代表的論議を踏まえつつ、効率性および公平性を余剰分析の観点から考察する（第2節）。その結果、この制度は効率性に問題があるだけでなく、一般には公平性を担保するためと言われながら、実際には公平性にも問題のあることが、明らかとなる。さらに公平性についての一層の考察を Ronald Dworkin の正義論に沿って進めると、その過程で、日本の医療制度における多くの重要な問題に逢着する（第3節）。すなわち公的保険がカバーすべき守備範囲とは何か、さらに公的保険と私的保険の分担はいかにあるべきかなど、従来日本の医療保障ではほとんど取り上げられなかった基本的な問題である。最後に日本における混合診療導入の具体的方法とについてやや詳細に論ずることとする（第4節）。すなわち小論は、混合診療禁止ルールの問題を通じて、日本の医療保険制度を包括的に考察するものである。

2．混合診療と余剰分析

本節では、混合診療を禁止する場合と容認する場合に関して、部分均衡分析の枠組みを用いて効率性の観点から、図によって視覚的な説明を与える。混合診療に該当するケースとして、新薬・新技術の使用など診療報酬点数表に含まれない診療を受診する場合、診療報酬点数表に含まれる診療でも喘息ステロイド剤の使用量や、手術時の心臓カテーテルの使用本数、抗がん剤メトトレキサートの使用量などに制限があるように、規定の数量を超

² 八代尚宏は、公定価格は必要最低限の医療にのみ設定し、それ以上の上乘せ分の医療に関しては自由価格で対応すべきと主張する（八代 2000,2002）。しかしこのとき医療アクセスの格差が発生し、階層分化につながる可能性については具体的な実証研究の結果を待つしかないとし（八代,2000）。また公平性の内容は経済社会環境の変化に応じて弾力的に考える必要があると述べるが（八代,2002）。その公平性の具体的内容にまでは言及しない。

えて受診する場合、さらに病室や病院食などアメニティーに関わる場合などが考えられる。

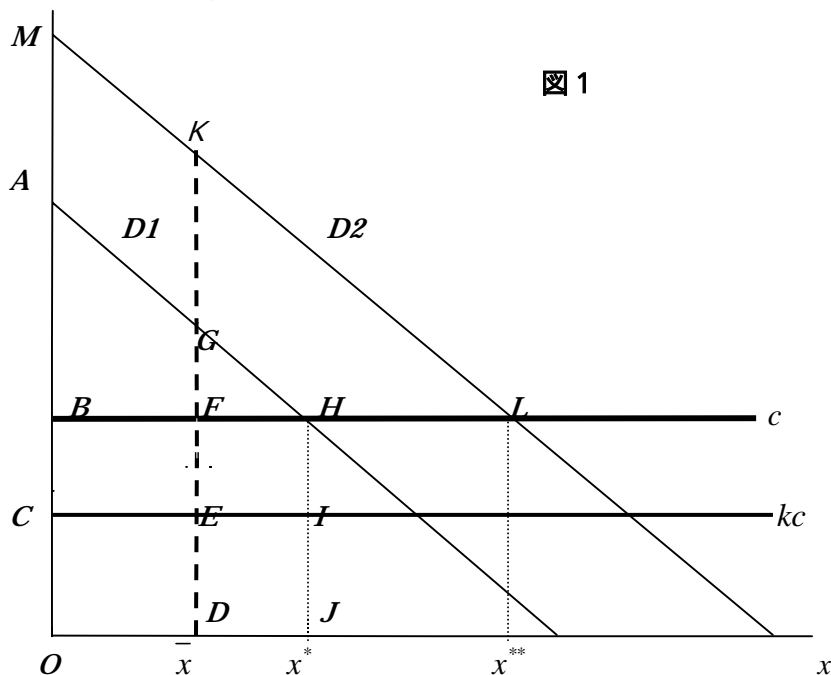


図 1

このように混合診療に該当するケースは様々であるが、本稿では説明の便宜のために、医療需要を価格と量の関係で捉えられるという点で、2番目のケースを念頭において考察を進める。それによって他のケースについても類推は可能である。³ これらのケースに関して、病院の持ち出し、患者からの“不法な”割り増し徴収、薬の適応外使用、など実態として“不法な”混合診療が行われている指摘もある。しかし本稿ではあくまで混合診療禁止ルールに従った場合を前提として考察を進める。

本稿ではホモジーニアスな患者グループ、および代表的医療供給者、公的保険の保険者からなる社会を考える。図 1 の横軸では医療サービスの数量が、縦軸には限界費用および貨幣表示の限界効用がとられている。このときの需要曲線は患者の貨幣表示の限界効用であり、供給曲線は医療サービスの限界費用である。患者グループの医療サービスに対する需要曲線は簡単化のため、線形の右下がりとする。ここではある特定の疾病に対して、診療報酬点数表で定められた特定の医療サービスを考える。この特定の医療サービスの消費量を x 、保険給付範囲を \bar{x} とし所与とする。医療サービスに関する供給曲線は簡単化のため限界費用を一定とする。固定費用はないと仮定すれば、生産者余剰は 0 となる。

ここで考察の対象は、診療報酬点数表で規定される数量を超えて受診する意味での混合診療だから、その医療サービスの価格は、簡単化のため限界費用に等しく公定されるとする。以下では限界費用および医療サービスの価格を、 c で表す。保険診療を受診する際の患

³ 例えばより一般的なケースである、特定の診療行為をする・しない、医薬品投与をする・しないなどのケースも、するを 1、しないを 0 することで同様に説明可能である。また個室なども同様に処理できよう。

者の共同保険率(自己負担率)を k とすれば、医療サービス 1 単位あたりの保険適用価格(自己負担価格)は kc で表される(ただし $0 < k < 1$)。さらに医療サービス価格 c に対応する医療サービスの消費量を x^* とする。図 1 では需要曲線と供給曲線の交点で表される。

消費者が消費者余剰を最大化するよう行動するならば、混合診療を行うかどうか、つまり保険給付範囲を超えて保険外診療を受診するか否かの選択に迫られるのは、医療サービス価格 c の下で消費者余剰を最大化する消費量が、保険給付範囲より高いときに起こる。

ここで図示して説明しよう。まず混合診療が禁止される場合から考える。図 1 で患者の需要曲線は D1 で与えられ、このとき保険外診療を受診して得られる消費者余剰は、三角形 GFH の面積で表される(以下、GFH で記す。他も同様)。混合診療禁止の下では保険外診療を受診することで、保険診療も含め一連の診療すべてに関して、医療サービス価格 c で全額自己負担を余儀なくされる。図ではこれまで保険支払いされた四角形 BCEF の部分(以下、BCEF で記す。他も同様)が、患者に自己負担として転嫁されることになる。患者は、保険外診療を受診して得られる余剰(ここでは GFH)が、新たに転嫁される自己負担(ここでは BCEF)より小さいなら、消費者余剰を最大化するように、医療サービスの消費量を保険給付範囲にとどめる。つまり混合診療禁止のもとでは、患者が受診を抑制する可能性がある。このときの消費者余剰は ACEG で示される。社会全体の総余剰は、仮定より生産者余剰は 0 だから、消費者余剰 ACEG と保険支払い額に相当する部分 BCEF の差で表される。図 1 では ABFG がそれに相当する。

以上から混合診療禁止ルールの下では、それが現実に十分機能しているから、一般的には患者は医療サービスの消費を抑制すると考えられ、この点で医療費抑制効果が見られる。しかし、資源配分の効率性の観点からはいかがだろうか。そこで次に混合診療を容認した場合との比較を通じて、効率性の観点から混合診療禁止ルールを検証してみる。

本稿で混合診療を容認するとは、患者にとって保険診療部分に関しては一部自己負担で受診し、保険外診療に関しては医療サービス価格で全額自己負担することである。このとき患者は混合診療が禁止される場合と異なり、新たに転嫁される自己負担 BCEF を被ることなく、GFH の消費者余剰を得られるため、 x^* まで受診する。このときの消費者余剰は、保険給付範囲 \bar{x} までの受診で得られた消費者余剰と、保険外診療部分 $x^* - \bar{x}$ を受診して得られる消費者余剰の和(ACEG+ GFH)として表される。混合診療が容認される場合の総余剰は、生産者余剰が 0 であるため、消費者余剰 ACEG+ GFH と、保険支払い額に相当する部分の BCEF の差で示される。図 1 では ABH がそれに相当する。

以上から保険外診療の受診による消費者余剰より、混合診療の禁止により患者に転嫁される自己負担が大きい場合は受診抑制が起こり、このとき混合診療が容認されていれば総余剰の点で GFH 分だけ大きいことになる。この意味で混合診療が容認される場合のほうが資源配分は効率的といえる。よって混合診療禁止ルールは受診を抑制する意味で医療費抑制の効果をもつが、同時に非効率な資源配分を招いているといえる。

以上の考察は、保険外診療を受診して得られる消費者余剰より、混合診療が禁止されていることで患者に転嫁される自己負担のほうが大きい場合で起こりえた。次にその逆の場合、つまり保険外診療の受診で得られる消費者余剰が、混合診療の禁止で患者に転嫁される自己負担よりも大きい場合を考える（図1で患者の需要曲線をD2で与え、このときの医療サービス価格 c に対応する医療サービス消費量を x^{**} とする）。図1ではKFLがBCEFより大きい場合に相当する。このとき患者は、医療サービス価格 c の下で x^{**} まで受診して消費者余剰を増やせるため、 \bar{x} を超えて保険外診療を受診する。つまり混合診療禁止ルールのもと、こうした状況では患者は受診抑制をせずに、公的医療保険の枠組みを外れて全額自己負担のもとでも保険外診療を受診する。このとき患者は保険の適用をまったく受けないため保険支払いは0となり、生産者余剰は0だから、総余剰は消費者余剰と等しく、図1のMBLがそれに相当する。

混合診療が容認されている場合は、先ほどと同様の結果だから、このときの総余剰はMBLである。かくて保険外診療の受診による消費者余剰が、混合診療禁止で患者に転嫁される自己負担より大きい場合では、総余剰の点では混合診療が禁止されていても容認されていても変わらない。

以上の結果を総括すると、混合診療禁止の下で、保険外診療の受診で得られる消費者余剰が、患者に転嫁される自己負担よりも小さい場合は、「患者が保険診療だけに受診を抑制する可能性が一般的にある」こと、およびこのとき「総余剰は混合診療が容認された場合のほうが禁止される場合より大きい」ことが言える。

また混合診療が禁止されるとき、保険外診療の受診で得られる消費者余剰が、混合診療禁止ルールで患者に転嫁される自己負担より大きい場合は、「患者は公的医療保険の枠組みを外れて、全額自己負担でも保険外診療を受診する可能性がある」こと、またこのとき「総余剰に関しては混合診療が禁止されても、容認されても変わらない」ことが言える。

これらから、混合診療が禁止されている場合に比べて容認されている場合のほうが、少なくとも総余剰の点で低くないことから、効率的といえる。

以上では混合診療が禁止されている下で、「保険外診療を受診して得られる消費者余剰」と「混合診療禁止ルールにより患者に転嫁される自己負担」の大小で場合分けをした。これは、図では保険給付範囲に対する需要曲線の位置の違いで表され、前者が小さい場合はそれが大きい場合に比べて、需要曲線が相対的に左下方に位置すると考えられる。これをいかに解釈するかであるが、需要曲線の高低に影響を与えるのは、所得水準の高低と選好の強弱（あるいは必要度の高低）である。⁴

医療サービスは当然正常財だから、所得水準の高低に焦点を合わせれば、先の結果と合わせて、以下のように要約される。混合診療禁止ルールの存在は、相対的に所得の低い患者（図1・D1）が保険外診療の受診を抑制して保険診療にとどまり、相対的に所得の高い

⁴ 例えば重篤の疾病のケースで、特定の医療サービスの消費が必需的に必要な場合などである。

患者（図1・D2）が、保険の適用をまったく受けないという意味で、公的医療保険の枠から逸脱して、全額自己負担で保険外診療を受診することを意味する。

これまで混合診療を容認すれば、受療機会の平等を招くと主張されてきた。しかし以上の議論から、混合診療が禁止されることで、低・中所得者の中で保険外診療部分だけなら自己負担できても、保険診療も含めて全額自己負担するのは経済的に厳しい患者が、保険外診療の受診を妨げられるなら、これこそ混合診療が禁止されている状況でも全額自己負担で保険外診療を受診できる者との間で、更なる「受療機会の不平等」を招くことになる。

⁵ これは混合診療禁止ルールの根拠を真っ向から否定する“皮肉”な結果といえよう。また極論すれば、保険診療だけを受ける者と保険外診療だけを受ける者とで二極分化が進めば、皆保険制度の崩壊につながる可能性もあろう。混合診療禁止ルールは皆保険制度の維持のためにも必要という論理も、この結果の前では脆弱と言えるのではないだろうか。

定型的な保険給付では昨今の患者の多様なニーズには応えられない。保険財政の逼迫もあり、保険給付の拡大は期待できず、保険給付範囲の変更をめぐっては審査に時間がかかりタイムラグが生じる。こうなると保険外診療への需要が高まると考えられるが、現行では混合診療禁止ルールの下、それもままならない。効率性の観点から、混合診療を禁止することは容認することに比べて劣ることは上述のとおりである。また公平性の観点からも、混合診療禁止ルールによって従来強調されてきた、受療機会の平等の達成は疑問である。

保険外診療が必需的に必要であるために、需要曲線が上にシフトしている場合は、事態はさらに深刻である。混合診療を認めれば受療機会の公平性が損なわれるとの論議がよくなされるが、それ以前の問題として緊急を要するものが多々あるのに、無視されているのは人権問題ですらある。例えば日本の抗がん剤で保険適用されているのは、国際標準の半ばに過ぎないといわれている。保険適用の遅れは医薬品に限定されず、胃潰瘍の治療法であるピロリ菌の除菌術は、国内の学会レベルでも十分周知されていたのに、欧米よりも5年程度遅れたといわれる（大原・開原，2002）。さらに最近話題になった骨髄腫に効果のあるサリドマイドの場合、保険適用がなされていないので、患者は毎月7~8万の負担を余儀なくされている。混合診療が認められればこれら重篤のがん患者の負担は、この小額の薬剤だけを全額負担し他は保険適用されるのに、実際は毎月の診察や検査などに関わる医療費全額の自己負担を強いられている。事態は単に保険適用のタイムラグでは片付けられず、また抽象的な議論の段階でもなく、一刻も早く混合診療を容認すべきことを物語る。

以上の点を考慮すると、ニーズの多様化の点、効率性の点、そして公平性の点でも、さらには日常的に生起している緊急の課題としても、混合診療禁止ルールに積極的にとどまる理由はないと考えられる。

3．混合診療と公平性

⁵ 林・山田(2002)でも、混合診療禁止制度の廃止して差額を患者が負担する“差額徴収ルール”の下では、受診の不公平性がむしろ改善されることを、同様に指摘している。

3.1 公平性に関する原理的考察

本節では患者のニーズへの対応、医療資源配分の効率性という社会的要請と整合的な一つの公平性概念として、ロナルド・ドゥウォーキン（Ronald Dworkin）の公平性に関する原理的考察（「資源の平等論」）と医療問題への応用を概説したうえで、混合診療に対する示唆を引き出す。⁶

責任という観点に立ちつつ、平等論の枠組みの中で一つの公平な配分の定義をしたのが「資源の平等論」である（Dworkin, 1981a, b, 2000）。ここでは「責任」を個人の選択と結びつけて捉え、帰結上の不遇が「選好」など自ら選択しえる要因に基づく場合は、個人の責任と位置づけて社会的補償の対象とせず、「偶発的環境的要因」など選択しえない要因（本稿では以下「障害（あるいは資質）」で代表させる）に基づく場合は、個人の責任に帰せず社会的補償の対象とする考えに立つ。

ここでの責任に基づく資源配分は、障害などを移転不可能な資源として捉えたうえで、これに起因する厚生損失に対し、財サービスなど移転可能な資源を補償的に配分することで換言される。では何をもって、こうした移転可能・不可能な資源からなる“包括的資源”が、個人間で一生涯において公平に配分されるといえるだろうか。これは「仮説的保険市場メカニズム」を通じてなされる包括的資源の平等の定義によって解答される。

いまずすべての個人は自分の選好は知っているが、どんな障害を賦与されるかは知らない仮想的状況を考える。ただし、このとき各障害レベルがどれだけの確率で賦与されるかという、現実社会での障害の客観的分布に関する情報は得ている。この「障害のリスク」ともいえる不確実性を回避させる手段として、仮説的保険市場が登場する。各個人は選好に応じて、それぞれ異なる補償内容および保険料からなる保険を契約し、自分の障害が判明した現実世界で、先の契約に従って補償的な配分がなされる。こうした保険市場と財サービス市場からなる競争市場経済で、すべての個人に初期の均等な購入機会を保障したうえで至るワルラシアン均衡では、“無羨望（no-envy）”という意味で平等、かつパレート効率的な配分が達成される。⁷ このような配分が包括的資源の平等として定義される。

こうした包括的資源の平等を責任の観点から評価すると、仮想的状況下で均等な購入機会が与えられたとき、障害水準のいかんによる帰結上の不遇をカバーすべく、保険をどう購入するかは個人の選好に委ねられるという意味で、どのような配分を得ても個人が責任を負うべきことが正当化される。注意すべきは資源の平等が“無羨望”という意味での平等であること、およびこれが保証されるのは各個人の障害水準が判明した現実世界においてではなく、その判明前のワルラシアン均衡においてである。よって資源の平等論に従えば、リスク愛好的選好により保険を購入せず、のちに障害を持つことが判明した個人に対

⁶ 資源の平等論は、厚生の平等を批判した Dworkin(1981a)を受けて、Dworkin(1981b)のなかで展開された。ドゥウォーキンは、厚生を平等にするような配分では、帰結を招いた要因（同じ厚生水準を達成してもそれが選好によるのか、あるいは障害・資質によるのか）を捉えられないとして批判した。本稿では紙幅の制約上、そうした全容を網羅することはできないため、資源の平等論の本質をごく簡潔に紹介するだけにとどめる。また資源の平等論に関する邦文文献としては、その厚生経済学におけるインプリケーションを示唆した鈴村・吉原(2000)がある。

⁷ ここでの平等な配分とは、単なる均等配分のことではなく、無羨望という意味での配分（no-envy or equitable allocation）であることに注意されたい。

して、補償的配分がなされぬことも公正とされる。

こうして資源の平等論は、公正な状況のもと仮説的保険市場を通じて、不確実な事象障害の賦与を含む個人のいかなる帰結も、個人の選択に委ねる代わりに、その対価としての「責任」を個人に課すことで、平等論の枠組みの中で達成される配分に、責任論の観点から一種の公平性を与える。資源の平等論の根底には、個人の人生（一生涯にどれだけ資源を配分され、どれだけ厚生を得られるか）は個人自らの選択で決定されるべきという考え方がある。社会はそうした状況を整備する役割を担い、個人はそのような状況下で選択した自分の人生を、己の責任として受け止めねばならない。このように資源の平等論は個人の選択に強い責任を課すが、これは受療機会の平等や後述の「救済原理」に依拠してきた、我が国の医療保障に欠ける視点だろう。

ここで示されたのは一つの公平な配分の“定義”に過ぎない。しかしこの公平性の概念を、現実における制度改革の方向性としてその含意を考察することは可能である。これを一つの方策とすれば、現実の政策に応用するには、さらに様々な事実を考慮したうえで、再構築される必要がある。次節では医療分野におけるこうした試みを概説する。

3.2 医療資源の公平な配分

資源の平等論で得られた公平性概念は、ドゥウォーキン(Dworkin.Ronald,1993,2000)⁸によって医療資源の配分に応用される。そこでは他の先進国に比して突出した米国の医療支出の高さや、多数の無保険者の存在を背景として、医療における正義の問題に対して「他の分野に優先して、医療分野にどれだけ財源を割り当てるべきか」、また「最も貧しい人に対し、国が保障すべき医療のレベルはいかほどのものか」という2つの設問がなされる。

これらの問いは、クリントン政権が1993年に議会に提出した、健康保障法案（1994年に廃案）を題材に検討される。この法案の給付割り当て（rationing）に関する条項では、全員の強制加入を前提に、ほとんどの人々に保証される医療の基本的パッケージを規定していたが、その要件は「必要かつ適切であること」で非常に曖昧だった。またその判断を任されたのは全国保健委員会(National Health Board、以下NHB)で、ドゥウォーキンは「そのような責任を課された代理人は、（必要かつ適切な医療とは何かに関して）いかに決定すべきか」と問う。このとき避けられないのは、高額医療など対費用効果が低くとも、それにより救われる命が存在する中で、何をもちいて適切な医療とするかは、高コストを理由に受療が妨げられるのが不公平とされる範囲に依存する、という正義の問題である。

こうした限られた資源をどのように割り当てるかという、給付割り当ての問題を検討するにあたり、彼は「救済原理(rescue principle)」と「市場原理主義」という2つの対照的な配分方法のあり方を取り上げる。「救済原理」は、生命や健康が何よりも優先されるとの立場から、それらのためには他財は犠牲にされるべきとする。また医療は平等の観点から

⁸ ドゥウォーキンの医療資源における配分的正義論を、法学的視座から概観した邦文文献として菊地(1997)がある。

分配されるべきとの立場から、貧困を理由に必要な受療を妨げられてはならないとする。

彼は救済原理を給付割り当ての観点から否定する。従来、救済原理が成立し得たのは今ほど技術水準が高くなかったことによる。ドゥウォーキンが技術進歩により医学的になし得ることが増え、また高額医療が出現する現在、社会が際限ないコストをかけ、延命を最優先の善とするのは不合理とする。また救済原理は医療の分配に際し、給付割り当ての(情報的)基礎として何を用いるかの問題を投げかける。救済原理の平等主義的側面によれば、医療はそのニーズに基づいて分配されるべきであるが、そもそもこのニーズとは何で、いかに測定すべきかの問題が残される。このように救済原理はどれだけ医療に支出し、国民に最低限どの程度保障すべきかという正義の二つの問題に答えられない、と結論する。

一方、保守的なエコノミストは医療支出増大の最大の原因として、支払いが患者本人ではなく、保険者という第三者が行うので価格抑制のインセンティブが働かないことに加え、健康保険において租税上の優遇や補助金があることで、患者が実際のコストに直面せずに医療の購入に関して意思決定し、結果として過剰消費が生じている点を挙げる。⁹ そのためドゥウォーキンによれば、保守的なエコノミストは、人々が実際のコストに見合った医療を購入すべく、こうした規制を撤廃し、自由市場原理による医療資源の配分を主張する。

ドゥウォーキンは3つの点でこれを批判する。第一点は米国では富が偏在し、購入機会の著しい格差があるため、市場価格で十分な健康保険を購入できない人々がいる点、第二点は患者が疾病に関する客観的リスクや医療技術の情報をもたない点、第三点は遺伝的リスクを持つなど特定の人々に保険会社が高い保険料を課す可能性の点である。

しかし彼は、これらが修正された理想社会では、つまり富の偏在が是正され、効果やコスト、副作用などを含めて治療に関するすべての情報を患者が得られ、かつ任意の個人の疾病リスクに関する情報も保険会社を含めて誰も得られない状況では、規制のない自由市場は、先の医療における正義の二つの問題に対する理論的解答といえる配分を達成できると考える(ブルーデント・インシュランス: the prudent insurance)。このように修正された理想社会における医療資源の配分は、規制のない自由市場において個人の意思決定に委ねられる。医療供給者側は自由に価格設定し、人々は自分で医療を購入する資源を与えられるため、政府は保険料の税控除などをはじめ、どんな医療補助もしない。

ドゥウォーキンはブルーデント・インシュランスの結果が、個々の問題に正確に答えることはできないが、ここから「この理想社会が総じて医療に費やす支出は倫理的に最適である」こと、および「その社会で分配される医療は、社会にとって正しいもの、購入しなかった個人あるいはその家族には社会的に医療の提供は求められない」ことが主張されるとする。これは公正な配分とは、然るべき状況で個人の選択によって決定されるもので、それがなされる社会の経済システムや富の分配は公正であるとの仮定から導かれる。

⁹ ドゥウォーキンの批判は保険メカニズムそのものが内包するモラルハザードに向いているのではなく、保険料の税控除や保険の実勢価格が国により補助されていることから生じる、モラルハザードに向けられていると考えられる。

もちろんこれは理想社会の仮定に依存するが、ドゥウォーキンはこの結論が現実の不完全で不公正な社会において、人々にどのような医療を供給すべきかの手掛かりを与えようとする。社会に対するこうした修正が実際に行われたとき、大多数の国民にとってその購入が「ブルーデント（prudent； 思慮分別がある）」であるのは、どのような種類の医療であるかについて“推測”はできる。¹⁰ さらにそれは正義が何を要求するかを決定するときの（先のNHBの例で言えば、そうした代理人が何をもちて必要かつ適切な治療と判断するか）いわば公正な医療の給付に関するガイドラインとして使える。

ここで生じる問題は何をもちて「ブルーデント」とするかである。個人によってニーズ、嗜好、人格、選好も異なるため一概には言えない。これに対しドゥウォーキンは、大多数の米国民のそれは一般的判断が可能で、大多数の人々にとって購入するものが“ブルーデント”な保険か否かは確定できると考える。例えば、まだ若い世代が植物状態に陥った場合や末期医療など、将来おこりうる極端に最悪の結果に備えて、他のことに費やせはざる資源を著しく犠牲にしてまで保険を購入することはないと、彼は一般的な予測をする。

こうして現状よりも（理想社会に近い）公正な条件下では、大多数の人々にとって何がブルーデントであるかの“仮定”を、正義が人々に保障する医療のガイドラインとして利用できるとする。この理想社会で“大多数の”ブルーデントな人々が、平均的な購入手段を持ち、自由市場を通じて一定の保障を伴う保険を購入するならば、そうした保険をもたない人がいる状態は不公平であり、皆にそうした保障をするシステムが確立されるべきであるとする。一方で、もし大多数のブルーデントな人々が厚い保障を伴う保険は必要ないと判断すれば、そのような保険に全員を強制加入させるのは正義に反すると考えられる。

しかしこうした大多数の人々とは別に、特別な選好を持つ人々は異なる選択をすると考えられる。この問題に関しては、大多数の人々が適切と判断したとの前提に基づき、強制保険を構築するのは公正としたうえで、このように特殊な選好をもつ人々に対して、補足的な任意保険への加入を通じて個人的に対応することを認める。¹¹ こうしてブルーデント・インシュランス基準は、正義の二つの問題に対し、理想社会において各個人が支出すると推測される額を医療に対する財源規模とし、各個人には公正な自由市場で得られるところを保障するように、総費用を使うべきとの解答を導く。

現実的提案としてドゥウォーキンは、ブルーデント・インシュランス基準で意思決定する任意の代理人（例えば先のNHBなど）は、専門家だけではなく、様々な地域出身者ある

¹⁰ ドゥウォーキンは「ブルーデント（思慮分別）な人々」という言葉を使ったが、これは大多数の人々がもつような一般的な選好、常識を備えた人々を指すといつてよいだろう。

¹¹ 資源の平等論では、個人が資源配分を通じて人生（帰結）を自ら選択できるように、その限りでの責任を課したうえで、仮説的保険市場メカニズムが設計された。一方、ブルーデント・インシュランスでも、同様のメカニズムを個人の人生の一側面に寄与する「医療」の配分を対象に設計したといえるが、公的医療保険への強制加入という義務的な枠組みを組み込んでいる点が異なる。これは個人の選択の余地がないという意味で、ドゥウォーキンは自己矛盾に陥るが、加入が義務的でもその基本的パッケージの決定に関して、“大多数のブルーデントな”国民の選択を介在させる点で、この批判は回避される。しかし、これはあくまでも集約的に個人の選択をとらえた結果であり、必ずしも個人々の選択を反映した結果ではない。これに対しては大多数の国民とは異なる、基本的パッケージ以外の医療を選好する少数者も尊重すべく、公的医療保険とは別に任意保険への加入を認めることで批判は回避される。

いは年齢層、異なるライフスタイルを实践する人々など、多様なグループの代表から構成されるべきで、また給付割り当てに関しては、技術的な費用便益だけでなくその優先順序をめぐって大衆の感覚を反映すべく、世論も採り入れるべきとする。またブルーデント・インシュランス基準に則って、いったん決定された基本的パッケージでも、それは（ある時点における決定との意味で）暫定的なもので、大多数の人々がある疾病に関する任意保険に加入するならば、それを基本的パッケージとして新たに取り込むべきとする。

3.3 日本の医療への含意

本節では以上で概観した医療における配分的正義論が、我が国の医療保障の現状に、いかなる含意をもつか検討する。またそれを踏まえて、今後の医療保障の方向を模索する。

従来のがわ国の医療保障は、受療機会の平等が堅持されてきた歴史からも、また国民意識として医療およびその平等性に重きを置く傾向があることから、¹² 救済原理と相通じる部分があったといえよう。しかし救済原理に則った医療保障は、前節で指摘されたように、米国のみならず我が国でも現在の社会経済環境からその維持はもはや不可能である。

一方、日本が医療保障体制に対して平等主義的な立場であるとすれば、私的保険中心の米国は自由主義的な立場にあるといえる。米国の体制がもたらした、無保険者の存在など過度な医療アクセスの不平等に照らせば、憲法で生存権を保障する福祉国家であるわが国では、皆保険制度の維持は不可欠である。これは先述した手続きに従う限りにおいて、皆保険制度を支持する、ドゥウォーキンの主張とも相容れるところである。

我が国の医療保障に対する社会的批判として顕著なのが多様なニーズへの対応の遅れである。現行では中央医療協議会（中医協）制度に従って、保険適用範囲、診療報酬や薬価が中医協で決定される。しかしその時々々の国の財政的な制約がそこでの協議に色濃く反映される。日本の公的医療保険制度では、中央・地方政府が国民医療費のおよそ2割の公費負担を行っているため、とくに中央政府の公的保険制度に対する介入がきわめて高い。中医協は医療の供給側と需要側（というより保険者）で協議する場であるが、供給側が強い点を除けば、日本の各種の審議会と同様、政府の意向を反映するもので、民意を忠実に反映するとは言いがたい。これに対して、ブルーデント・インシュランスの考え方は、基本的パッケージの決定を大多数の一般的国民の選択に委ねることでこれに応える。この点に照らせば、我が国においても公的保険給付範囲の決定において、患者を含め様々な立場からの意見を汲み取る試みが必要だろう。

ただし、ブルーデント・インシュランスの考え方によれば、基本的パッケージは“大多数の”一般的国民が選択するところを想定するから、その社会の平均的・標準的なところで選ばれると考えられる。これはあくまでも集約的に個人の選択をとらえた結果であり、必ずしも個々人の選択を反映した結果ではない。この時点では大多数の国民とは異なる、

¹² これに関しては田村他(1995)が詳しい。

基本的パッケージ以外の医療を選好する少数者は取りこぼされる。プロセスは違うが、我が国でも同様に公的保険給付範囲は、平均的・標準的なところに定まる。しかしこうした定型的な保険給付では、すでに患者の多様なニーズに耐えられないのが現状である。加えて我が国では、混合診療禁止ルールにより保険外診療が経済的に受診しにくい状況がある。

この点ブルーデント・インシュランスの考え方では、大多数の人々とは異なる、基本的パッケージ以外を選好する少数者も尊重すべく、公的保険の枠組みに止まらず、任意保険に加入する選択肢が積極的に認められる。¹³ 我が国では混合診療を容認することが、これに対応しよう。ブルーデント・インシュランス基準では、社会は公正な条件のもとで、個人自らが基本的パッケージおよび（それ以外の受療に備えた）任意保険の選択を通じ、その人生に必要と考える医療を選択できるシステムを担い、一方個人はこうして自ら選択した結果を自らの責任として受け入れなければならない。これに照らせば混合診療を容認することは、この意味での公平性を担保しつつ、患者のニーズに対応できると解釈できよう。

またそこで示された、公正な手続きのもとで医療財源を決定し、何が国民の負担になり、いかに給付するかという、明確な給付割り当ての視点は、公的保険と私的保険の役割分担という医療保障のあり方を含意するだけでなく、混合診療の実施を考える際の参考になる。

我が国における公的保険給付範囲は、診療報酬制度のもとで2年に一度改定されるが、このとき新たな診療が導入されることはあっても、すでに保険の対象である診療がそこから外される例は少ない。ブルーデント・インシュランスの考え方でも、ある時点で基本的パッケージの対象外であった医療に関して、大多数の人々がそれに対する任意保険を購入するようになれば、新たに基本的パッケージに組み込むことを認める。逆に大多数の人々が求めない医療を全員に強制するのは不正義とされるため、そうした医療は随時、公的保険の枠組みから外すことも正当化されよう。こうした考え方は、社会経済環境の変化に合わせて公的保険給付範囲を柔軟に見直すことを、正当化すると考えられる。

我が国では混合診療禁止ルールもあり、自由診療はままならず、基本的に診療報酬制度のもとで医療が供給されている。こうした規制が非効率な資源配分を招くことは、これまで指摘されてきたし、混合診療禁止ルールによる非効率性は本稿の第2節で示されたとおりである。これに対してブルーデント・インシュランスの考え方では、一定の条件のもとならば、公平性を損なわずに効率的配分をもたらすとして市場原理の導入を認める。

このようにブルーデント・インシュランスの考え方は、我が国の抱える医療保障の問題に多様なニーズ、医療資源配分の効率性、そして公平性の点で一定の示唆を与えてくれる。もちろんこの考え方が正当化されるのは、理想社会なる一定の公正な条件が満たされてこそである。つまり富の偏在や情報の非対称性など市場の失敗が是正されることや、私的保険市場が利用できる環境が整備されることが前提条件である。しかしこれを制度改革として捉えるならば、自ずとその方向性が見えてくる。つまり混合診療の容認と、そのより具

¹³ただここでは大多数の人々とは異なる、基本的パッケージ“以下”の医療を求める少数者の選好に対しては応えていない。しかし皆保険制度を採用する以上、これはやむを得ない次善の策であるとして受け止められる。

体的な方法論の提案である。特に具体的にどのような形で混合診療を実施していくかに関しては、単に抽象レベルの理念で終わらず、我が国の現状に即したより現実的な案が求められる。

現状をさらに俯瞰すると、とりわけ現在の日本では、現行の高齢者医療費を現役世代が負担する賦課方式的な社会保険制度の仕組みが、少子高齢化の急速な進展と90年代以来の永続的な不況のために、持続困難になりつつある。また政府財政もきわめて厳しく、これ以上の公的支援は困難である。他方でかつて試みた我々の国民医療費の将来予測では、2025年まで国民医療費は年率2.8%で上昇し、その内訳は高齢化によるものが0.8%で、2%は医療技術の進歩によると分解される(Tokita, others, 1996)。すなわち日本の医療問題の根幹にあるのは、高齢者医療費の増大だが、それが問題であるのは賦課方式的な医療費の負担であり、高齢者医療費自体の伸びは、若年世代のそれと同様近年の医療技術の進歩に起因する。このような医療技術の向上や新薬の開発さらには医療材料の改善は、今後従来以上の速度で進展するだろう。

そのような状況では、第一に従来同様の公的医療保険制度の維持はきわめて困難となる。すなわち少子高齢化の進展による医療費の増加は、賦課方式的な医療費の負担の下では、現役世代の負担を堪え難くする。第二に医療技術の進展による医療費の上昇は、現行制度を維持すべき中央政府の財政負担を高め、タイトな財政制約下でやはり維持できなくなる。

さらに現在の疾病構造は、かつて皆保険が成立した1960年代とは様変わりし、個人としては如何ともし難い急性の感染症から、個人の選択を色濃く反映したライフスタイルと密接に関係する慢性の生活習慣病へ変化した。

こうして現行の公的な医療保険制度の持続可能性が問題になる一方で、疾病構造は急速に変動している上に、人々の健康志向の亢進は、とくに中高年齢層の間できわめて顕著であり、若年層の間でもスポーツクラブなどが流行している。それと軌を一にして良質の医療を求める人々のニーズが高まっているのに、産業として医療が自発的な発展を遂げるにはあまりに多くの規制が制約し、供給側は従来どおりの家父長的かつ悪平等的に質よりも量を重視する医療を提供している。このような事態の解消こそが日本の医療改革の道でなければならない。ところで最近公表された厚生労働省の医療改革案では、相変わらず高齢者医療制度の費用負担の財政問題に終始し、このような重大な環境の変化をまともに考慮していない。例によってその場しのぎの彌縫策であり、相変わらず全ての医療を厚生労働省の所管する公的医療保険の枠内で処理しようと、従来からの幻想に浸っている。

4 . 結論 - 混合診療の方向性 -

小論では、公的医療保険で全ての医療需要に対応するという、間もなく破綻することが目に見えている従来の路線とは異なる視点、すなわち新しい時代の変化に即した、望ましい医療改革を提示したい。それは簡潔に言えば、公的医療保険と私的医療保険の役割分担を明確にし、公的保険でカバーできない部分は、混合診療を従来よりも柔軟に認め、人々

はその費用を私的保険で賄うといった、混合保険の導入を念頭に置く新しい医療保険体制への改革である。

このとき問題になるのは、公的保険の守備範囲をいかに決定するかである。以上の議論を踏まえれば、国民全てに生存権を保障した福祉国家としての医療保障は維持されたいうえで、財政状態などを勘案して大方の国民が賢明に判断して実現する医療への資源配分と、その範囲での医療サービスの提供が公的医療保険に求められる。当面の具体的方策としては、公的保険給付範囲を決定する場である中医協において、様々な立場の代表者を参加させることが考えられる。しかしそうした協議に際して、各疾病の治療にどれだけのコストがかかるか認識されなければならない。日本では、政府によるこれ以上の補助金の投入は期待できず、若年層への公的な保険料の引き上げもはや限界に達し、とくに国保では保険料未払い者が急増するなど、深刻な財政制約が存在している。こうした現状を踏まえ、これまでの議論の理念を生かした、より“具体的な”方法を求めなければならない。

一つの有力な方法は、合衆国の標準的な診療報酬 DRGs/PPS の活用である。八代氏はそれを用いて、疾病ごとに通常必要とされる金額を「国民にとって必要最低限の医療にかかるコスト」と定義し、それを上回る部分を自由診療にする、具体的な混合診療の方法を提案する（八代,1999）。公的保険給付範囲を、必要最小限の医療とするのは一案であり、DRGs/PPS を用いることで何を公的保険の対象とするか、コストの観点から判断しやすくなる。しかしそのためには、標準的な診療報酬から必要最小限な診療報酬へと DRGs/PPS の内容を変更した上で、現行の出来高払いの診療報酬に変わるものとして導入しなければならない。本年4月からは特定機能病院に限定して入院の定額制が導入されるが、その内容は驚くことに！日あたりのそれであり、「日暮れて道遠し」の感を否めない。実際問題として、医療機関の現場に大きな混乱なしに導入可能だろうか。さらに人々は制度変更の趣旨を理解し、政治過程での導入を可能とするだろうか。

もっとも簡単な暫定的措置は、現在禁止されている混合診療の範囲をできるだけ緩和して、新しい技術や医薬品および医療材料などを、利用可能にすることである。この場合自由診療部分に私的保険を利用することは言うまでもない。自由診療によって市場で医療が選別され、品質の高い医療を求める人々のニーズはそれによって満たされるだろう。また私的保険の導入で自由診療へのアクセスは確保されるわけで、それはこれまでの論議から、公平性を損なうことなく場合によってはむしろ改善し、さらに確実に効率性を高めることを可能にする。こうした策は、産業政策としての意義も大きく、日本の医療産業に与える効果は大きいだろう。

しかし日本の医療制度の本格的な改革の論脈で論じるなら、それは始まりに過ぎない。現在我が国の疾病の主流を占めるのが慢性疾患である。この中にはドウウォーキンも解答を避けた「選好と密接に関連する疾病リスク」、例えば過度の喫煙や飲酒など個人の選択行

動の結果に起因する肺がんや肝臓疾患なども含まれる。¹⁴ 確かに先の公平性の議論では、遺伝子レベルの疾病リスクに関して他人はおろか本人も知り得ないという前提があった。しかし少なくとも個人の嗜好と密接に関連する疾病リスクには、これは当てはまらない。そもそも社会保障の理念としては、誰しも被り得るリスクをシェアするという基本的考えがあったはずである。遺伝的リスクなどとは異なり、本人の選択行動と密接に関連する疾病は、そうした社会としてシェアすべきリスクとは区別される。個人の選択の結果ならば、それを個人の自己責任として公的保障の対象から外すべきとの議論も成立しよう。

しかし先の議論を踏まえれば、公的保険給付範囲が真のコストと照らして大多数の国民の選択を反映して決定されるとき、どのような医療が選ばれるかは、まさに世論次第である。現在の禁煙・嫌煙運動の盛り上がりも考慮しても、大多数の国民の選択としてそうした疾病を公的保険の枠組みから外すことには抵抗があるだろう。ブルーデント・インシュランスの基準のように、個々人が医療の真のコストに照らして公的保険給付範囲を決定するとき、広い給付範囲が選ばれることは、それだけ強制保険料も引き上げられる可能性があるわけで、一部のノンスモーカーなどの抵抗はあろう。しかし彼らですらスモーカーのこうした疾病を公的保険の枠組みから外すことには、公的保険の重要な別の要素としての“社会的連帯”を考えれば、躊躇せざるを得ないだろう。

同様にして歯科の治療などもそれが個人のライフスタイルに密接に関わるので、公的保険から外して私的保険に委ねることも考えられよう。論理的にもこれは明快である。しかし現実には喫煙や飲酒に関わるこのような方向での改革は、余りに過激すぎて政治的かつ社会的な合意形成は困難と予想されよう。その場合に一般国民に分かりやすいのは、タバコやアルコールに対して重課し、公的保険の財政に注入する一方で、歯科や医薬品を公的保険から外したり自己負担率を高めることだろう。¹⁵ 医薬品については国際的にも日本では過剰な使用がなされており、高齢者の外来医療費の半ばを占める異常な事態である。両者を合わせると国民医療費の3割に達する。両者を公的保険から完全に除外した場合に、歯科は自由診療となるから人々は私的保険で対応し、医薬品はすべて混合診療となる。一般の治療についても混合診療を幅広く導入して、私的保険を活用すべきである。

¹⁴ ドゥウォーキン(2000)は任意の選択行動と関連する疾病リスクについては議論していない。(遺伝子レベルでのリスクも含め)疾病リスクはあくまで本人およびいかなる他者も知り得ないものという前提を置いている。

¹⁵ イギリスやフランスでは、歯科や医薬品の給付を以下のように扱っている(武川・塩野谷編(1999a,b))。イギリスでは公的に供給される医療に関しては原則無料であるが、一般歯科や眼鏡サービスについては一部減免・免除規定はあるものの、基本的に有料もしくは一部自己負担が導入されている。医薬品に関しても免除規定は伴うものの、一処方ごとに定額の負担が導入されており、イギリスにおける原則無料の公的医療の枠組みとは一線を画している。フランスでは医療給付に関して償還払い方式をとっており、その償還率は疾病によって異なる。概して償還率は外来医療では低く、入院治療では高い。また薬剤における償還率では、代替性のない薬剤で100パーセント、軽治療薬では35パーセントである。こうしたことから、相対的に軽症な疾病の治療では自己負担率を高く設定していることが伺える。

以上で患者のニーズへの対応や、より効率的な医療資源配分を達成するためにも混合診療は容認されるべきと、我々は結論した。またこのとき損なわれるのではないかとされる公平性に関して、現状においても決して意図するように確保されるわけではなく、むしろ新しい公平性概念 資源の平等論およびブルーデント・インシュランスの考え方が、混合診療の容認によって担保される可能性が示された。上述したように、ここで示された公平性が満たされるには、富の是正や情報の非対称性などの是正や私的保険市場の整備などが前提条件である。日本の社会がどれだけこのような条件を満たしているのかを問うことは重要な課題であるが、少なくとも富の偏在については、他の国と比較して平均化しているといえよう。したがってこれを一つの方向性として制度改革を進めていくことで、公的保険診療は従来通り自己負担割合だけ支払い、それに加えて実費の上乗せ料金を支払う“差額徴収方式”の混合診療が、多数の患者の緊急な要望を充たすとともに、彼らの選択権を拡充し、公平性を損なうことなく経済厚生を増大させる可能性があることは上述したとおりである。さらにそのような消費者主権の下で、多様なニーズを吸収すべく自由診療をめぐって医療関連の諸産業が拡大し、その結果そこでの雇用や所得の増加をもたらすことに結果するだろう。

参考文献

- Dworkin,R.(1981a) “What is equality? Part1:Equality of Welfare,” *Philosophy and Public Affairs*.10 : 185 246.
- Dworkin,R.(1981b) “What is equality? Part2:Equality of Resources,” *Philosophy and Public Affairs*. 10:283 345.
- Dworkin,R.(1993) “Justice in the Distribution of Health Care ,”*McGill Law Journal Revue De Droit De McGill*. 38(4) : 883 899.
- Dworkin,R.(2000) *Sovereign Virtue* : Harvard University Press.
- Tokita,T. Chino,T. and others(1997) *The Present and Future National Medical Expenditure in Japan* : Economic Planning Agency.
- 池上直己・キャンベル(1996) 『日本の医療～統制とバランス感覚』中公新書。
- 池上直己・滝口進(2000) 「対談『混合診療禁止』は妥当なのか？」『ばんぶう』20 41。
- 遠藤久夫(1999) 「医療における規制体系の再構築～医療はどこまで市場原理にゆだねるべきか～」医療経済研究機構監修 『医療白書 1999 年度版～規制緩和と 21 世紀の医療・福祉提供体制～患者参加・民活重視型システムは生まれるか～』3 29 , 第一章日本医療企画。
- 遠藤久夫・駒村康平(1999) 「公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』35 (2): 141 147。
- 大原信・開原成充(2002) 「新しい診療技術の普及と保険制度：ピロリ菌除菌法を例として」『社会保険旬報』3月1日号 No2127 : 6 10。

- 川淵孝一(2000)「保険給付と保険外負担の現状と展望に関する研究報告書」『日本医師会総合政策研究機構報告書』第一五号、日医総研。
- 菊池馨実(1997)「新たな医療保障(法)原理の構築に向けて—ドゥウォーキンのブルーデント・インシュランス・モデル—」『季刊社会保障研究』33(1): 70-79。
- 鈴村興太郎・吉原直毅(2000)「責任と補償～厚生経済学の新しいパラダイム～」『経済研究』51(2): 162-184。
- 武川正吾・塩野谷裕一編(1999a)『先進諸国の社会保障 イギリス』東大出版会。
- 武川正吾・塩野谷裕一編(1999b)『先進諸国の社会保障 フランス』東大出版会。
- 田村誠・川田智恵子・橋本迪夫(1995)「稀少な保険・医療資源の配分の選好に関する研究」, 『医療経済研究』2: 55-69。
- 林行成・山田玲良(2002)「混合診療禁止制度に関する経済理論分析」一橋大学大学院経済学研究科 RNP ディスカッション・ペーパー #2001-06。
- 八代尚宏監修・通商産業課編(1999)『改革始動する日本の医療サービス』東洋経済新報社。
- 八代尚宏編(2000)『社会的規制の経済分析』日本経済新聞社。
- 八代尚宏(2002)「構造改革を考える(11)混合診療禁止の規制緩和は医療改革の柱」『日本経済研究センター会報』3: 28-31。