

## 日本の医療と公的規制\*

鴫田忠彦（一橋大学） 中山徳良（流通科学大）

### 序

日本の医療サービス市場を見ると、あたかも社会主義的あるいは計画経済的に運営されているように思える。なぜなら、医療サービス市場における市場の失敗を改善し、われわれの経済厚生を高めるためとして、こと細かに規制がなされているからである。そのような規制を小論では、医療サービスの需要と供給、および価格と品質や安全について概観しよう。

なお一般に規制は、経済的規制と社会的規制に大別される。植草（1991）によれば、前者は「自然独占や情報偏在が存在する分野において、資源配分の非効率の発生防止と利用者の公平利用の確保を主な目的として、企業の参入・退出、価格、サービスの量と質、投資、財務・会計等の行動を許認可等の手段によって規制することをいう」（同書 24 ページ）としており、また後者は「労働者や消費者の安全・健康・衛生の確保、環境の保全、災害の防止等を目的として、財・サービスの質やその提供にともなう各種の活動に一定の基準を設定したり、特定行為の禁止・制限を加えたりする規制である」（25 ページ）としている。

医療サービスの需要については、すでに昭和 30 年代に社会保険制度を基本とする国民皆保険が導入されているので、日本国民は原則的に公的保険制度を通じて医療サービスを必要している。（注 1）国民皆保険は、何人に対しても同じ水準の医療を保障し、戦前はごく一般的であったような経済的な理由から医療へのアクセスを絶たれたために発生した数多くの悲劇を解消した。しかし後述のように、日本の公的医療保険は規制や行政指導によって保険者の自由な裁量をほとんど認めない社会保険制度なのである。ただし 70 歳以上の高齢者は、形式的には公的保険に加入しているが、同時に独立した老人保健制度でカバーされている。この老人保健制度は各保険からの老人保健拠出金と公費によって財政的に支えられている。図 1 は日本の医療費の平成 13 年における予算で、公的医療保険の実態を示すものである。また、医療サービスへのアクセスの公平性という観点から、混合診療が禁止されている。混合診療とは保険診療と自由診療を同時に行った場合に、どちらの診療も保険により支払いが行われないのである。

医療サービスの供給では、医師や看護職員などの医療スタッフに対しての国家試験や、医療機関における医師や看護職員の要員規制、さらに医薬品の審査などの社会的規制だけでなく、多数の経済的規制が存在している。医学部の入学定員、医療圏と病院の病床規制、医療機関の宣伝・広告規制および医療機関に対する利潤規制、そして医療法人の理事長を医師に限定する要件規制など、ここでも枚挙に暇がない。

医療サービスの価格である診療報酬、薬価および医療材料などにも、それぞれ規制がなされている。診療報酬については、老人保健病院や精神病院の月あたり入院医療費の定額制もあるが、原則的に出来高払いによって、それぞれの治療行為ごとに価格が設定されている。薬価についても国内で使用される 1 万点以上の医薬品について、いわゆる類似薬効方式によって薬価基準が定められている。また注射器などの医療材料についても、薬価と同様に基準価格が定められている。これらの価格は、中央社会保険医療協議会（中医協）で審議されるが、政府の規制価格なのである。

図1 医療費の財源構成（平成13年予算）

医師・歯科医師・看護婦・薬剤師・検査技師などのいわゆるライセンス規制は、上記の分類によれば、それは医療サービスの品質を維持するための社会的規制である。さらに医薬品の治験制度や医療機関における医師や看護婦などの要員配置の規制も社会的規制であろう。しかし、ライセンス規制がサービスの品質の維持に必要であることは否定できないとしても、その有効性には疑問がないわけではない。

さらにこのような社会的規制は、単に品質の維持だけでなく、医療行為をライセンス所有者に限定するために、彼らに独占的なレントを与えるという、経済的な帰結をもたらすことになる。まさしく救急隊員の医療行為の制限がその例である。

このように日本の医療制度には、全ての領域について規制が存在している。医療サービスには、確かに他の財やサービスと比較して異なる点は多く、海外でも最小限の規制が必要とされている。しかし日本のあまりにも過剰な医療サービス市場における規制は、現実にはどんな効果をもたらし、経済厚生観点から、いかに評価されるだろうか。そして上記のような規制はいずれも本当に必要なのだろうか。もし必要のない規制が政治的な理由から存続しているなら、それはなぜだろうか。それに答えるには、経済的規制の代表的プレーヤーである政治家、官僚および利益団体などの行動と、その厚生経済学的な帰結を検討する公共選取的な考察が必要とされよう。

小論では、まず医療サービスの特徴と規制の関係を一般的に説明する。次いで日本の医療サービス市場に関わる公的規制を総論的かつ包括的に展望し、規制の経済的な帰結を厚生経済学的に検討する。さらに規制が、どのように政治的な過程で形成され、また維持されてきたのか、すなわち規制の公共選取的な論理を解説する。最後に現在の日本経済におけるキーワードである規制緩和が、医療の世界ではどのような状況にあるかを、やはり総括的に展望して、本来目指すべき方向を明らかにする。

## 1. 医療サービスの特徴と規制

医療サービスの特徴として、よく指摘されるのは以下のものである。すなわち専門財 (professional goods) としての医療サービスでは、それに従事する医師などの医療関係者と患者の間に、一般には専門的な知識や情報の決定的な差異が存在するという情報の非対称性を指摘することができる。また生身の身体をもつわれわれは、いつどんな疾病に罹るのか、あるいはいつ事故に遭ってけがをするのかをあらかじめ知ることはできない。したがって、いつそのために巨額の出費がかさむことになるのかを予測できないという医療需要の不確実性が存在する。なお個体差の存在のために、同じ医療行為を行っても結果は異なる。そのため、医療行為に伴う不確実性も存在する。

さらに医療サービスには、インフルエンザなどの予防接種などで観察される、ある個人が接種を受ければ、他の個人の感染率を低下させるという外部性が存在する。より一般的には教育サービスと同様に、多数の人々が健康であるのは彼ら自身幸福だけでなく、他の人々にも恩恵を与える。

また地域的な医療機関の偏在による供給独占も無視できない。現在の日本でも、多数の過疎地域では、そこにある医療機関がそのような供給独占的な地位を占めていると考えられる。

このような特徴のある医療サービスを、市場で取引すると市場の失敗が起こり、そのた

めに何らかの経済的な規制が、経済厚生を高める上で必要であるとされる。このことは、先進諸国のなかで唯一医療サービスにおける資源配分をほとんど市場的に行うアメリカですら、管理された競争（managed competition）と標榜される緩い規制を市場に対して行っていることからもうかがわれる。そのような規制の必要性は強弱の差はあっても、ほとんどの経済学者の認めるところである。

さらにアメリカ以外の先進国では、大別するならば、医療制度をイギリス流の国民保健制度(National Health Service) によるか、あるいはドイツ流の社会保険制度によっている。前者の制度を採用する国は、イタリアやスペインであり、後者の制度を採用する国はフランスやベルギーなど大陸諸国と北欧の国々である。国民保健制度でも社会保険制度でも、アメリカと比較すれば、医療市場に対する政府介入の程度ははるかに大きい。

イギリスの国民保健制度は、国営保健制度と翻訳しても大きな過誤はないと考えられる。そこでは一部民営の医療機関が存在するものの、ほぼ完全な社会主義的もしくは計画経済的な医療の資源配分を行っている。ドイツの社会保険は医療資源の配分という観点では、イギリスとアメリカの中間的な位置を占めると言えるだろう。ドイツ流の社会保険制度は、日本のそれとは大きく異なり、保険者に十分な裁量権を与えるとともに、被保険者は保険者すら選択可能で、保険者間の競争が特徴的である。（注2）

漆編(1998)『医療経済学』では、以下で説明される医療市場のいくつかの特徴を検討した上で、医療サービスを市場的に資源配分する場合に発生する、市場の失敗を検討している。そのような意味で同書は、最もオーソドックスにその点を詳細かつ正確に追求したものである。しかし、そこでは新古典派経済学に忠実な教科書を目指して記述がなされるあまり、規制の弊害である政府の失敗については、ほとんど触れられていない。（注3）

本章では、市場の失敗を補正すべき規制が、日本の場合には余りに過剰な規制に陥っており、それが政府の失敗をもたらしているという点から、医療の規制について分析することにする。

## 2. わが国の医療サービス市場における規制

日本の医療サービス市場の資源配分について考えれば容易にわかるように、現状では市場の失敗を回避するためと正当化される各種の経済的な規制が、むしろ逆に医療サービス市場の資源配分を歪めている。いうまでもなく現在日本の医療サービス市場で存在する規制は、上記の市場の失敗を補正するものとしてだけの意味で、存在しているのでないことは明らかで、そのような規制の実施された歴史を辿るのは意義深いことだろう。（注4）

### 2 - 1 需要における規制

#### 保険者への規制

まず需要面では、交通事故、労働災害、正常分娩、美容整形および家庭薬などを除けば、日本の医療需要の大半は国民皆保険の枠組みの中でなされる。原則的には日本の被保険者は特定の保険に強制加入させられている。被保険者は疾病に罹り医療機関に行けば、医療機関の窓口で治療費の一部を自己負担（copayment）として直接支払い、保険者は医療機関に「支払い基金」などを經由して残りの治療費を支払う。原則的に保険者は被保険者から保険料を徴収して「支払い基金」などに納入し、そこから一括して医療機関などに支払

う。ここでの日本固有の規制は、保険者が医療機関と自由に交渉することが認められないことである。

日本の保険者に関わる一つの問題は、保険者が医療機関に対して直接医療費を支払うのではなく、大企業の組合健康保険などでは「支払い基金」が、また中小企業などの政府管掌保険では政府が、さらに国民健康保険では都道府県の「国保中央会」が、それぞれ一括して保険者に代わって医療機関に支払うことである。すなわち各保険者は、各医療機関に直接医療費を支払うことはなく、これらのいわば代行機関に納入しているのである。

本来、保険者は個別の医療機関の情報を収集して、それを被保険者に伝えると同時に、医療機関と交渉して医療費を決定する保険者機能を果たすべき存在である。しかし、そのような機能を、ほとんど日本の保険者は果たしておらず、社会保険制度を始めて導入したドイツにおける「疾病金庫」と比較すれば、相違は明らかである。しばしば日本では保険者の組織を“支払い側”と呼んでいるが、これは保険者が単なる医療費の支払い業務に限定されていることを、雄弁に物語っている。

さらに被保険者が治療を受ければ、医療機関はレセプトによって保険者に診療報酬を請求することになる。このレセプトが当該の疾病の治療に医学的に適切かつ妥当であるか否かの審査も、第1義的には支払い基金が行っており、保険者はこの点でも2義的な役割に甘んじている。

わが国においても、保険者が本来果たすべきこのような役割を、保険者機能と呼ぶならば、それが存在しなかったわけではない。戦前の医療保険は、現在のアメリカに見られるように、大企業によってその従業員に対する賃金の一部としての付加給付(fringe benefit)という形で提供された。当時その恩恵に浴する人は少なかったが、企業は特定の医療機関の情報を収集して、医療の質や価格について直接交渉していた。したがって、まさしく保険者機能は本来の意味で当時存在していたのである。

戦後国民皆保険が導入されても、一部大企業の戦前からの保険者の裁量権は、そのまま認められていた。筆者の1人が厚生省の医療保険・福祉審議会に直接厚生省当局に照会したところであるが、現行の関係する法体系の下でも、例えば現行診療報酬を上限価格として、各組合健康保険が特定の医療機関と直接交渉して、それ以下の価格で被保険者を受診させることは可能であるという。これは戦前の保険者の裁量権が戦後も既得権として継続したからである。

ところが、戦後の一時期にいわゆる“企業城下町”に所在する、ある大企業がそのような試みをしたところ、厚生省は保険局長の通達という行政指導によってそれを停止させた。しかしこれは規制という法律に裏づけられた合法的なものではなく、行政指導という名の厚生省の法的裏づけを欠く措置であった。行政手続法の改善された現在では、おそらく行政の透明性を訴えることで、このような企業の主張は通るだろう。

このエピソードには、以下のような3つの含意があると思われる。第1に、厚生省がそのような行政指導をする理由は、まずそれが「支払い基金」という厚生省所管の組織の存立に関わること、また言うまでもなく価格交渉による日本医師会の反発を恐れるからである。第2に、この大企業がさしたる抵抗もしないで、その試みを撤回したことである。これは許認可権を握る厚生省に、楯突くことの利害を考えたからに他ならない。さらに第3に、保険者機能が未成熟である理由としては、それを望まなかった厚生省や医師会の意向

もさることながら、組合健保など保険者側の主体的取り組みが絶対的に不足していたからである。

この最後の点は、さらに付言しなければならない。日本の企業にとって、従業員と折半する医療保険料は、とくに高齢比率も低く賃金上昇率が高かった高度成長期には、たいした負担ではなかった。したがって保険料を節減する誘因は余りなく、むしろ組合健保の財政はつねに黒字で、豪華な保養所などにも資金が投下されていた。しかし高齢化の進行とともに老人医療費が増嵩して、老人保健法による各健康保険制度が老人医療費を拠出するという、いわゆる“老健拠出”の制度が制定され、保険料の半分近くを拠出して、最近では8割が赤字になる事態になった。そこで、はじめて保険組合は事態の深刻さに驚き、真剣に対応しなければならなくなったのである。

#### 高齢者医療制度の自己負担

全ての日本国民は国民皆保険の下で職域もしくは地域保険に加入しているが、実質的には70歳以上および65歳以上の寝たきり高齢者は老人保健制度という独立した制度でカバーされている。需要面でとくに強調されるべきは、現在国民医療費の4割に近い高齢者医療費であり、それは高齢化とともに一層増加する。図1で明らかに老人保健制度について、“老健拠出”に象徴される賦課方式的な制度そのもの、そこにおける自己負担の極端な低さなどが、経済的規制の例として指摘されよう。

各健康保険制度からの高齢者医療費を分担するための“老健拠出”については、1983年の老人保健法によって制定された。これは高齢者医療費を現役世代が担うという趣旨で、当時としては画期的であった。問題はこの制度がもっている、余りに行き過ぎた賦課方式的な側面である。

2000年8月現在で高齢者の窓口での自己負担は約8%である。“福祉元年”と言われた1973年に老人医療費無料化政策が全国的に実施され、高齢者の自己負担は、事実上無料になった。当時は高度成長の曲がり角とはいえ、経済成長率は高く、また団塊の世代を中心に大量の若い労働力が雇用され、他方で高齢比率は低く、そのような非現実的な政策も一時的には可能であった。

しかし、高齢比率の急速な上昇と経済成長の鈍化、とくに90年代の低成長は、制度存続を明らかに困難にし、少子化による現役世代の減少は制度の破綻を予想させるものであった。この間、政策的には上記のように老人保健法が制定され、自己負担も4%程度となり、さらに現在では約8%の水準に達している。しかし2000年の通常国会で予定されていた定率10%の自己負担の増加案は、総選挙を控えた与党が自ら撤回し、総選挙後に再度提案されるというように、その改定は捗々しくない。

現在平均余命まで生きる人の生涯の医療費は、鴛田他(2000)によれば3000万円近くかかり、そのおよそ1/3は65歳以上で消費されている。70歳以上の高齢者の1人あたり医療費は、それ以下の世代の4倍以上である。この差異は加齢による生理学的なものに由来するが、明らかに自己負担の低さにも由来している。厚生省の患者調査によれば1973年の老人医療費無料化政策の前と後で、高齢者の入院と外来の受療率は2倍から4倍に上昇した。ちなみにそれまで高齢者は主として国民健康保険に加入しており、自己負担は年齢に関係はなかった。おおまかに言うならば、自己負担に差異がなければ、高齢者の受療

率はそれ以下の世代の2倍程度だろうし、それは同様に自己負担に年齢差のないドイツの疾病金庫の、やはり2倍程度の例ともほぼ似ている。

現在の高齢者医療制度の自己負担率についての議論は、政治的には以下のように要約される。厚生省は老人保健制度に替わる新しい制度を模索中だが、それまでの期間、暫定的に定率1割の自己負担を実現したい。“老健拋出”にあえぐ保険者の団体も、最低1割の定率自己負担は必要と考えている。これに対して日本医師会は、高齢者患者の受診が低下するとして当初1割に反対したものの、医師会としても現行制度の破綻を避けるには、その程度の自己負担をやむなしと方針を転換した。ただし医師会は定率ではなく定額で1割負担となるような制度を提唱した。

財政的にはどちらも差異はないが、厚生省や保険者の団体が定率を主張する最大の理由は、患者がコスト意識を持つのに定率性は便利だからである。それに対して医師会が定額に固執するのは、医師会を支える開業医の利益に合う制度を設計するためであろう。さらに与党三党が高齢者の負担増は2000年の総選挙を控えて得策でないと判断して先送りされ、難産の末2001年に成立した改定案では、医師会に譲歩して、中小病院やクリニックでは、定額と定率のどちらかを選択可能とし、さらに外来の自己負担を1月につき200床未満では3000円、200床以上では5000円とするものだった。

経済学的に見れば、このように極端に低すぎる自己負担の帰結は明らかである。それはまず病院のサロン化と言われるように、高齢者の医療サービス需要を拡大する。つまり受診の機会費用の低い高齢者は、需要曲線上で低い自己負担に見合う点まで、医療サービスを受療してしまう。そこでは明らかに医療の限界費用と、自己負担に等しい限界便益との間に極端に大きなギャップが存在して、厚生損失が発生することになる。つまり医療資源が高齢者に過剰に配分されることになる。

さらに分配の問題でいえば、このように低い自己負担によって高齢者の医療費が突出するが、その医療費の大半は現役世代の“老健拋出”と、やはり大半は現役世代の負担による一般税で賄われる。つまり現役世代から医療サービスの現物給付の形態で、高齢者に移転が行われている。よく知られているように最近の総務庁の統計では、現在の高齢者の平均的な資産は現役世代を大幅に上回り、1人あたり可処分所得でも平均すれば若い世代を上回る。もちろんこれは平均値で、高齢者でも金融資産が600万円以下の人々が、2割近く存在することに留意する必要がある。しかし概して言えば、現在の高齢者医療制度は、相対的に貧しい若年世代から相対的には豊かな高齢世代への、不平等な移転を助長する仕組みになっている。

#### 混合診療への規制

公的な医療保険制度の下で、保険給付の認められる保険診療と認められない自由診療を混合して行う診療行為を混合診療と呼んでいる。現在の保険制度では、このような混合診療は歯科でプラチナなどの材料を使用する場合や入院における差額ベッドなどの特定療養費制度で認められているものを除いて、原則的に禁止されている。

例えば腎臓移植は、現在の公的保険制度の枠内でカバーされているが、肝臓移植はカバーされていない。特定療養費制度では、肝臓移植手術そのものは枠外であるが、手術のための検査や診断および術後の治療行為などは高度先進医療として公的保険の枠内で認めら

れている。したがってこの制度では手術料だけが自己負担となる。

しかし一般にこのような保険診療では、保険適用外の自由診療を混合することは認められていない。おそらく認めない理由は、皆保険の下で国民は同一の医療を受けるべきという平等主義的なものだろう。すなわち自由診療を認めるならば、まさしく“地獄の沙汰も金次第”になることを懸念するからである。

このような混合診療の原則的な禁止という規制は、効率性と平等性のトレード・オフの問題といえるだろう。原則的な禁止によって患者は必要とする保険適用外の医薬品の給付を受けられないが、他方でそれを是認すれば、経済力によって公的保険の枠内でも受給する医療の内容に差が生ずることになる。ただし現状でも、病室などのアメニティーについては、経済力によって患者の受け取る医療の内容には差異が生じている。

現在この分野で問題になるのは、少子高齢社会への進行とともに現役世代の医療費負担が重くなって、国民皆保険自体が制度的に存続できない状態にあり、自己負担の上昇は不可避であり、それを私的保険の導入によって解決しようとする事である。実際に混合診療の規制緩和と自由診療を私的保険で賄おうとする提案が最近が目立つようである。しかしアメニティーの部分とはもかくとして、先述のように医療の根幹に関わる部分を混合診療で試みることは課題が多いと考えられる。

## 2 - 2 供給側の規制

供給面では医療圏ごとの病床規制、さらにそれに反して医療機関が参入を行えば保険診療を適用しないこと、医療機関の広告・宣伝および情報開示の規制、さらには医療機関の営利規制や医療法人の理事長が医師に限定される適格要件、最後に営利法人（企業）による病院経営の規制などが挙げられる。なお保険制度の下では、保険者は原理的には被保険者に医療機関が医療サービスを提供することを保障するのだから、供給する側に位置づけることも可能である。本書第 X 章の中泉論文では、そのような観点から医療供給者としての保険者の行動を考察している。しかし需要側の規制で指摘したように、日本では保険者のそのような機能は弱く、ここではあえてそれ以上はふれない。

### 病床規制

病床規制は既存の医療機関の既得権を擁護し、効率的な医療機関の新規参入を阻止する可能性が強い。現行法で厚生省は医療圏を定めているが、例えば 2 次医療圏では、ガン・センターなどの高度な医療を提供できる医療機関を含んでいて、この医療圏はそれ自体自己完結的であり、その医療圏内で患者はすべての治療を受けられるとされている。厚生省が医療圏を定めたのは、病床数が多いと医療機関が病床の稼働率を高めるために、医学的に必要のない患者を入院あるいは入院延長させて、入院医療費が増加する可能性が高いからである。事実この分野の研究によれば、1 人あたり入院医療費はいくつかの要素で説明されるが、病床数は最も説明力の高い要素である。その限りでは医療費を節減するために医療圏ごとの病床規制は正当性ももち得る。（注 5）

これは情報の非対称性による市場の失敗、すなわち医師誘発需要を阻止するための、経済的規制と解釈出来る。普通の患者は治療のために入院が必要か否か、あるいは入院期間を延長すべきか否かなどの判断を、“忠実な代理人”であるべき医師に委ねることになる。

しかし医師は純粋に医学的な必要性だけから判断せず、医療機関の経営をも考慮するかもしれない。上記の実証研究の結果は、その可能性が否定され得ないことを示している。

この病床規制の問題は、もし医療圏の病床数が基準に達している場合には、新規の医療機関の参入を認めないことである。もし参入を強行する場合には、厚生省はきわめて厳しいペナルティーを課す。すなわちその場合、厚生省は社会保険診療の適用除外をすることで、事実上新規参入をシャット・アウトするのである。言うまでもなく医療機関が社会保険適用を受けられなければ、患者は自費で治療することになり、美容整形など特殊な領域を除けば、一般に医療機関の経営は成立しないのである。

このような病床規制は、潜在的な競争相手の参入を政策的に阻止しているという経済的な含意を持つ。新規の参入が認められなければ、既存の医療機関は競争的な圧力から隔離され、医療サービスの質を向上させ、効率を高める必要がなくなってしまう。もし新規参入を計画する医療機関が、より質が高く効率的な医療を提供するとしても、既存の医療機関はそのような潜在的競争相手から、この病床規制によって隔離され保護されるのである。(注6)

#### 広告・宣伝規制

医療機関の広告・宣伝規制は、客観性を欠いた不正確な情報から患者を守るためというのが、医療法の趣旨である。(注7) 現在許される医療機関の宣伝・広告の内容は、医師もしくは歯科医師であること、診療科目、紹介可能な他の医療機関などだけに限定されている。これは本末転倒な、驚くべき規制である。患者にとって医療機関の選択は、最も重要な関心事であり、合理的な選択をするには十分な情報収集が不可欠である。

客観性を欠いた不正確な情報を医療機関が流す恐れがあるから、広告・宣伝を規制するというのは、極言すれば、包丁は犯罪に使われる可能性があるから使用を禁止する、という類のものである。もし規制が必要ならば、そのような不正確な情報を流したときのペナルティーを与え、第三者機関である日本医療評価機構の評価を加えらるかなど、別の方法が考えられよう。

明らかにこの広告・宣伝規制は、患者の医療機関に対する合理的な選択を阻んでいる。元来情報の非対称性のために、患者は十分な情報を持たないから適切な医療機関の選択が出来ないのであり、医療機関の宣伝・広告は、そのような患者に情報源を与える貴重な方法の一つである。ミクロ経済学の消費者主権は、消費者が十分な情報を持つことを前提にして、はじめて成立する。情報の非対称性による市場の失敗を補正するには、可能な限り患者に情報を与えることが必要であるにも関わらず、この規制はそれに逆行しているのである。

その意味でこの規制は、医療機関相互の競争状態を緩和し、患者は情報のないままランダムに選択せざるを得ず、品質の低く効率の悪い医療機関をそのまま温存させる結果をもたらす。この全く正当化出来ない規制でも、例によって医師会は存続を主張し、厚生省は緩和に及び腰である。この規制によって誰が利益を得ているか明白だろう。なおこの問題も含めて、日本の医療行政に対して、専門病院や大病院の主張が聞かれないのが不可解である。むしろ宣伝・広告の規制緩和は、大病院に有利に働くのは自明であるのに、彼らの声が聞かれないのはなぜだろうか。

#### 医療機関への営利法人の参入規制

日本の医療機関の保有するベッド数のうち、70%は私的な医療機関によって所有されている。その多くは医療法人に属しているが、私的企業のような営利法人の参入は規制されている。したがって医療法人は営利法人のように株式を発行して、外部から資金を調達することを規制されている。営利企業の参入を規制するのは、医療機関が利潤追求に走ることで、提供される医療サービスの質の低下が懸念されるというものである。

しかしながら、公的もしくはそれに準ずる医療機関は別として、市場経済に生きる事業体としての民間の医療機関は、企業的な経営を行わざるを得ない。そうしなければ倒産してしまうのであり、実態は営利企業とそれほど変わらないと思われる。この点は本書第x章の青木論文で明かに強調されている。またそのような状況下で営利企業の参入規制をすれば、資源配分のロスが発生し、厚生損失が発生することになる。とくに株式を発行して外部から資金を集めて、医療機関の設備投資をすることは、この規制下では認められない。このことは異時点間の資源配分の適正を欠くことになるのである。

営利企業の新規参入規制は、このように医療サービスの市場全体を他の市場と隔離することで、資源配分の適正さを欠くことになる。(注8) 加えて医療の場合には、医療法人の理事長は医師に限定され、そのことが病院経営の効率化に大きな障害となっている。日本の医療機関、とくに民間の大病院には、医師であると同時に優れた経営感覚をもつ人もいないわけではないが、概して少なく、公立病院の院長に至っては経営の専門家はほとんどいない。

営利企業の参入規制に医師会が反対するのは、参入によって既得権益を脅かされることを恐れるからである。反対の理由として医療の質の低下を主張するが、アメリカの医療機関のほぼ1/4は株式会社の所有であり、そのような所有形態が医療の質の低下をもたらすとの報告はない。結局、営利規制や営利企業の参入規制は、医療機関の効率的な経営の障害になるだけでなく、医療機関相互の競争を抑制し、経済全体における医療資源の適正な配分をも歪めており、そこに厚生損失を発生させていると考えられる。

#### 2 - 3 価格規制と品質・安全規制

医療サービスにおける規制を、需要、供給の両面から見てきたが、ここでは両者が交叉する市場の価格規制と品質・安全規制を取り上げよう。価格規制は医療機関が医療サービスの提供を行った際、患者や保険者に請求する診療報酬と医薬品や医療材料の価格についてなされる。以下では診療報酬と医薬品についての薬価基準について説明する。

最後に医療サービスの価格規制に続いて品質・安全規制を問題にすべきだろう。品質や医薬品などの安全性を維持するための規制としては、各種のライセンス規制や新しい医薬品の製造や承認、さらにはその際の根拠となる治験などについての規制など、また病床あたりの医師や看護の基準も指摘される。

#### 診療報酬

現在の日本では、診療報酬は原則的には出来高払い(fee for service)制度を採用しており、個別の診断、検査、投薬、措置、手術、看護、リハビリなどのサービスごとに診療報酬を

決定している。診療報酬は2年に一度、医療側と“支払い側”を含めた中医協で実質的に決定される。決定の基準は、一般的な賃金や物価水準であるが、医療機関の経営状態なども考慮され、また政治的な状況にも左右される。したがって90年代後半のように、民間および公的部門の賃金や一般物価水準が下落しているのに、診療報酬だけは上昇するという政治主導の事態もあり得る。

診療報酬の公定は、市場的な価格形成を想定したときと比較すれば明らかに恣意的で、そこでは当然ながら厚生損失を発生させている。それだけでなく出来高払い制の下では、情報の非対称性のためにいわゆる医師誘発需要が生じる可能性があり、医学的に最適な医療と、実現される経営的に最適な医療との間にギャップを生じさせ、“過剰検査”や入院期間の際立った長さに象徴される、さらに深刻な事態を招く。

この事態を防止するには、診療報酬制度を出来高払いから定額制にすることが考えられる。定額制には、すでに日本でも一部実施中の老人保健施設などの月額制などとともに、DRGs/PPS(Diagnosis Related Groups / Prospected Payment System) つまり疾病症候群別/予見定額払いと呼ばれる、疾病ごとの定額制がある。この定額制では、検査や投薬を過剰に使用しても、それは医療機関の収益につながらず、むしろ損失になるから、それらの使用を控えることになる。日本で試行段階にある定額制は、出来高払いと1月あたり定額制の選択制であり、費用節減効果はないが、治療行為については投薬や検査からリハビリや入浴回数の増加などが観察され、医療の質の改善が認められるという高木安雄氏の事例報告もなされている。

#### 薬価基準

薬価基準という人為的な公定価格は、診療報酬と同様に市場的な価格形成と比較すれば恣意的にならざるを得ない。現在社会保険が適用される医薬品は1万点をはるかに超えており、厚生省当局も認めるように類似薬効方式による価格設定が整合性を欠いてしまうのは、神ならぬ人間のすることだから、無理からない。

類似薬効方式では、まさしく既存の医薬品と類似の薬効を持つものを、同等に評価して価格設定するから、日本の製薬企業は画期的な新薬より、溶解度や服用回数の改善など、どちらかといえば革新性の低い医薬品の開発に傾斜することになる。周知のように医薬品の開発には、莫大な資金と研究資源が必要であるが、それでも多大のリスクを考慮しなければならない。画期的な新薬（ピカ新）ほどリスクは高く、規模の小さな日本の製薬産業は、それよりも革新性は低いがゾロゾロ出てくる（開発される）と揶揄される、研究開発投資のリスクの低く、しかも類似薬効方式では高く評価される新薬（ゾロ新）の開発に傾斜してしまう。

わが国の製薬産業は、戦後50年余りこのような薬価基準という温室のなかで、長い安眠を貪ってきた。わが国は先進国の中では、1人あたりで一番医薬品の消費量が多く、国内市場は巨大であり、薬価基準でゾロ新にはそれなりの価格がつけられる。高いリスクを冒してまで海外で通用する画期的な新薬を開発するよりも、国内に安住することの方が賢明だった。現在国内トップの武田薬品ですら、世界では売上高上位10位に入っていない。こうして新薬開発メーカーが80社近くも存在しているのに、海外でごく日常的な大型合併などは少なく、また後発薬の市場も全体としてシェアが低く、**市場としては十分には**

成熟していない産業組織が継続した。まさしく薬価基準は、医薬品産業における”護送船団方式”であり、国内市場に特化して収益性は高いが国際競争力のない点で、金融機関ときわめて類似的であった。

しかし、ようやく一部のメーカーは、海外で通用する画期的な新薬の開発に挑戦するようになった。国内の薬価基準に守られる温室は将来的には存続せず、やがて国際的な競争にさらされるのは明白である。このような認識が最近この業界でも顕著になり、それなりの努力がなされてきた。そのような努力によって最近では、すでにアメリカでの販売高上位の医薬品で、日本は全体として欧州勢と比肩される水準にまで達している。それでもまだ日本の製造業としては、国際競争力の最も低い産業で、輸出 2000 億円に対して輸入は 5000 億円となっており、大幅な輸入超過を示している。

もう一つの問題は、薬価基準と実勢値との間に薬価差が発生し、それが過剰投薬を招いてしまうことである。薬価基準は特定の医薬品について基準価格を設定し、医療機関はこの基準価格を患者や保険者に請求する。しかし大病院などでは、基準価格よりはるかに低い価格で購入することが可能である。すると基準価格と医療機関が購入する実勢価格の間に価格差が生じるが、それは薬価差と呼ばれる。この差が大きければ大きいほど医療機関が医薬品を使用する誘因は高まる。

薬価差は過剰投薬の元凶とされた。そのようにして医療機関に発生した利益は薬価差益と呼ばれ、かつては 1 兆円を超え、薬価差も 10% を超えるといわれた。薬価差益がなければ病院経営は成り立たず、“必要悪”であるとの主張もあった。現在は 5% 程度でいわゆる R 幅(reasonable zone)にあるとされ、薬価差益も縮小しているという。現行の薬価基準の下では、取引のロットの大小で実勢価格に差がつき、それを薬価差と呼ぶなら薬価差の存在は当然のことであり、薬価差が完全に解消することはできない。

#### 品質・安全規制

すでに説明したようにライセンス規制をはじめとして、医療サービスの品質を維持すべき規制は枚挙に暇がないが、概していえばそれらは社会的規制に属するものである。ここではやや異なった観点から、品質規制に関わる問題を指摘しよう。

いうまでもなく規制はすべて悪であると考えるべきではない。前述のように医師をはじめとする医療従事者の資格などの社会的規制は、医師免許のように一度資格を得れば一生有効である実態に批判がないわけではないが、その存在を全面的に否定することはできない。医薬品の審査についても、その治験などの臨床検査について内容に批判はあるとしても、それが医薬品の安全性の確保に不可欠であることを否定する人はいないだろう。例えば薬事法では、医薬品の開発・製造・流通・使用の各段階で緻密な規制が存在し、それは医薬品のみならず血液製剤などをも含む医療用具をも対象としており、その必要性を否定することができないのは、薬害エイズなどの経験から自明だろう。経済的な規制ですら、それを全面的に否定することはできず、最初に指摘した市場の失敗を補正するのに必要である。

しかし医療サービスに限らずサービスの品質を高める方法は、単にこのような形式的な規制だけではなく、教育サービスをはじめあらゆる種類のサービスにも当てはまることだが、競争させることである。そのような観点から考えると、現在の医療サービス市場の病

床規制や宣伝・広告規制は競争抑制的であり、品質の向上にむしろ逆行している。

宣伝・広告には、患者に対して医療機関の内容について情報を提供するという側面があり、それを規制するのは患者の選択を制約することになる。患者が十分な情報をもつことになれば、患者は医療機関の選択が可能になり、はじめて医療機関相互の競争が可能になる。さらに付言するならば、一般に患者の医療情報の収集・処理・解析・開示などについて、他の産業と比較して著しく遅れており、情報の非対称性を補正すべきであるのに逆行している。

前者の病床規制については、前述の Tokita, Chino, and Kitaki(2000)のように、医療費の地域間格差を説明するものとして、外来で医師数や CT スキャナーが、入院で一般病棟の病床数や集中治療室の病床数が有意であることはよく知られている。こうして医師数、CT スキャナーや集中治療室に代表される医療のハイテク機器や装置、さらには病床数のコントロールは、市場の失敗を回避し、医療費の抑制には有効であるかもしれない。しかし、問題は市場の失敗を回避するためではなく、医療費抑制のためにそれらをコントロールしようとすることである。

### 3 . 経済的規制の公共選択論的な論理

上記のように経済的規制の正当な存在理由は、市場の失敗を回避するためである。しかし、経済的規制の大半はむしろ逆に経済厚生を損なうのである。すなわち市場の失敗を補正すべき規制が、むしろ政府の失敗をもたらすのである。(注9) しかも規制の存在は、それ自体が厚生損失を損なうだけでなく、規制に関わる資源配分に登場する政治家・官僚・利益団体によって、さらなる資源配分の歪みをもたらして、厚生損失を一層拡大させる。市場的な資源配分では人為的な裁量の余地はなく、価格機構の定めるところに従わざるを得ない。これに対して規制は、その規制の主要なプレーヤーとでも言うべき、政治家・官僚・利益団体に裁量の余地を残すのである。以下では規制の論理を一般的に考察し、なぜ規制が存在して、それがなぜ経済厚生を損なわせるのかをまず明らかにする。次に規制によって利益を受ける人々は少数で、損失を受ける人々は多数であるのに、多数決原理の代議制民主主義の下で、少数者の利益が実現するのはなぜかを明らかにする。

政治家は得票や献金を求めて、利益団体が望むような規制をしようとするだろうし、官僚は権限の存続やその拡大および天下りのポストなどを求めて、やはり利益団体の望ような規制をしようとするだろう。利益団体は規制の直接かつ最大の受益者であって、その“獅子の分け前”の残りを政治家や官僚に与える、政治家と官僚はそれと引き換えに、利益団体の要求に従うのである。

その場合、彼ら3プレーヤーの全体的な利得の源泉は、消費者の負担するものであり、本書の場合には一般国民ないし患者の負担である。そして重要なことは、3プレーヤー達の利得の合計は、一般国民ないし患者の損失に及ばない。患者の損失と3者の利得合計の差は、前者が後者を上回り、それは厚生損失もしくは死加重(dead weight loss)と呼ばれる。すなわちそれは誰の利得にもならず失われるもので、サミュエルソンはそれをいみじくも“悪魔が奪取するもの”と表現した。(注10)

すなわち価格規制の場合には需要曲線(消費者の限界便益を示す)と供給曲線(生産者の限界費用を示す)の交叉する市場均衡に対して、人為的な規制は両者を一致させないこ

とによって、資源配分上の歪み(distortion)を発生させるからである。一般には、生産者の利益を規制によって確保することになるから、市場均衡の場合よりも生産が過剰で限界費用 > 限界便益となり、そこに厚生損失が発生する。

こうして規制の存在は、主要なプレイヤーの政治家・官僚・利益団体の3者の間に、互いに利益を享受しあう格好の場を提供する。それは規制による特権的な利益追求、すなわち rent-seeking の場に他ならない。(注 11) プレイヤーは規制に対する特権的立場を利用し、彼らに帰属する利益 rent を追求するが、そのような活動こそが rent-seeking に他ならない。

規制は彼らにとって rent-seeking 活動の温床を提供する。さらに一層好ましい温床であるには、その規制が裁量可能なことだろう。日本の医療サービスの例では、隔年程度で繰り返し行われる診療報酬の引き上げや薬価基準の改訂のような数値的に裁量可能な規制の存在は、それだけ裁量の自由度が高く、すなわち3者の妥協の余地が大きく、彼らには好都合になる。これに対して、営利企業の参入規制などでは、裁量の余地は限られ、それが既存の医療機関に対して大きな既得権を与えるが、日常的に意識されるのではなく、圧力団体の規制当局への圧力も日常的にはそれほど顕著ではない。

このような政治家・官僚・利益団体の rent-seeking に対して、なぜ消費者はこれに対抗する行動を起こさないのだろうか。これは、規制を撤廃することにより消費者の1人1人が受け取る便益が、それにより圧力団体1つ1つが受ける損失に比べて非常に小さく、消費者はまとまった力を発揮しにくい、圧力団体は結束して既得権益を維持することができるためである。この点について公共選択論の創始者の1人である A・ダウズは次のように指摘している。「人々はその所得を費消する場ではなく、稼得する場で利益団体を形成する。」(注 12) ダウズの指摘のように人々は仕事をして所得を得る場で利益団体を形成している。問題は日本医師会が日本の数多い利益団体の中でも、なぜそのように最強であるかということだろう。この点については、結語に代えて解説することにする。

#### 4. 医療サービスにおける規制緩和

##### 4-1 規制緩和の現状

少子高齢社会に直面する日本で、医療改革は焦眉の課題だが、その進行は必ずしもはかばかしくはない。今後の最大の焦点である高齢者医療の問題でも、上述のように外来医療の自己負担を“定率”1割とする改革案に医師会は反対した。急速に増加する高齢者医療の抑制に、定率1割程度の自己負担の引き上げでは、おそらく焼け石に水であるが、その程度の改革ですら利益団体の反対で実現は容易ではないのである。薬剤の医療費に占める比率は先進国では最も高いが、薬価の抑制についての政府案は、参照価格制という現行薬価基準よりさらに規制を厳しくするものである。こと医療市場に関する限り、一般的な規制緩和の流れに逆行するようである。

日本の医療サービス市場での規制緩和の現状が、いかに後ろ向きであるかを良く示す一例として、参照価格制度を取り上げよう。日本版のこの制度は、まず医薬品を同一薬効ごとに、新薬(パテント)と後発薬(ジェネリック)を区別しないでグルーピングする。このグループの参照価格とは、販売のシェアで加重された価格である。この制度では、参照価格までは100%保険適用されるが、それを上回る分については全額自己負担となり、

参照価格を上回る医薬品の使用を抑制しようとするものである。

この“日本版”参照価格制度には2つの重要な問題がある。第1に、この制度は、ドイツをはじめヨーロッパ大陸のいくつかの国で採用されていて、この制度のもつ医薬品使用の抑制効果は、導入直後の一回限りあるいは一夜限りの効果(once for all effect or overnight effect)とされているからである。(注13) すなわち導入直後の短期においては、グループ内で高額な医薬品から低額のものにシフトするから、一時的な抑制効果が実現する。しかし時間の経過とともに、高額な医薬品は価格を低下させる一方で、低額な医薬品は価格を上昇させ、長期の均衡では2種類の医薬品ともに参照価格に収束する。もともと参照価格は加重価格だから、こうして参照価格導入前と医薬品使用額は同一になる。

第2の問題は、より長期的な医薬品産業の産業組織論的問題である。パテント薬を後発薬と一緒にしてグループに含めることは、特許制度を実質的に否定するものである。すなわち薬理作用が同じであっても、薬剤の投与回数や溶解度などでグループ内の医薬品はそれぞれ品質を異にする。それを一緒にして加重平均によって参照価格を決定すれば、パテント薬はそれが本来持っている品質の高さを価格に反映できない。したがって新薬開発の誘因は低下してしまう。

すなわちこの制度は医薬品産業から新薬開発努力を削ぎ取るものである。実際にドイツでも同様の事態が発生して、新薬開発投資が鈍化し、アメリカ企業との開発競争に遅れを取ったと指摘されている。ドイツ政府は1987年に参照価格制度を導入したが、製薬産業を戦略的に重要視して、6年後にはグルーピングから新薬を除外するようになった。厚生省はそのようなドイツの経験をあえて無視しようとしたのである。先述のように日本の製薬産業は、現在ようやく薬価基準という温床から世界市場へ向けての脱皮を図ろうとしている。日本の産業にとって数少ない将来のリーディング・インダストリーの芽をこのような規制で、摘んでしまうことは、どのような見地からも許されない。

以上は筆者らの1人などがこの問題で厚生省を批判した要点である。(注14) この現状よりさらに後ろ向きな規制は、幸いなことに廃案となった。しかし廃案になったのは、筆者らの立論のためではなく、日本医師会が強く反対して政府与党に圧力をかけたからである。医師会の反対は、医学的にグルーピングは困難であるとか、患者の自己負担が増加することも指摘したが、本音はやはり薬価差益の獲得が困難になるからだろう。ともあれ、この参照価格の導入とそれが廃案になる一連のエピソードは、厚生官僚の政策作成能力、学術団体としての医師会の良識、政治家の定見についての、日頃の疑問を際立たせるものだった。

#### 4 - 2 規制緩和の方向

日本の医療改革の課題は、やはり規制緩和によって、医療資源の効率的な資源配分を志向すべきだろう。(注15) 政府の規制緩和委員会などによって、現在検討中のものが多いが、残念ながらいずれも難渋していて、楽観は許されないようである。

まず医療需要でいえば、保険者機能の拡充は、現行の社会保険の枠組みのなかで被保険者ないし患者の利益を確保するのに必要であり、それは彼らに強力な利益団体に対する拮抗力(countervailing power)を与えるだろう。保険者機能を行政指導によって厚生省は抑制してきたが、それは本来の社会保険の果たすべき役割を大幅に減殺して、医療サービス市

場を先述の有力なプレーヤー達の既得権益の場にしてしまった。

さらに将来的には、医療保険そのものをより自由化することも不可避だろう。すなわち社会保険と私的保険の組み合わせが模索されるべきである。組み合わせは難しく種々の議論もあるが、例えば医療の根幹に関わる重篤な疾病は社会保険とし、軽症の疾病は私的保険で賄うという組み合わせが一案だろう。あるいは現行の自己負担の上昇が将来的に不可避であるならば、その部分を私的保険で賄うことも現実的な選択肢として考えられよう。

医療供給では、まず医療機関の宣伝・広告の規制緩和は、他の領域ならば簡単に規制緩和がなされそうだが、そういかないのが日本の医療の世界における特徴であろうか。しかし、これも審議会での厚生省の見解では、それぞれの医療機関がホームページで“宣伝・広告”することは違法ではないという。ホームページは不特定多数を対象とするのではなく、そこへのアクセスは特定の個人がするのだから、宣伝・広告ではないというのである。こうして新しい IT 技術の利用は、従来の規制を打破する有力な手段となるだろう。

ちなみに IT 技術の進展は、最も情報化の遅れている医療の分野に、いくつか画期的な進歩をもたらすだろう。とくに医療供給ではカルテのデジタル化によって、膨大な治療情報の蓄積と分析が可能になり、またその結果医療の標準化や定型化も進展し、病院経営の効率化も可能になるだろう。レセプトのデジタル化は、医療機関と保険者の直接的な対峙を可能として、保険者機能の発揮もはじめて可能になる。IT 技術の進展は、こうして従来型の規制の必要性を解消させる点できわめて重要である。

さらに保険証の個人別のカード化がようやく認められたが、そこにカルテの情報を収載することも技術的には可能である。これは画期的なことで、医師の同僚評価 (peer review) が容易に可能となり、医療の質を飛躍的に高めるだろう。しかしそれ故に例によって厚生省は、日本医師会に遠慮してか、従来同様の被保険者の性別や年齢程度のデータに止めようとしている。

医療機関への営利企業の参入規制や保険者機能の規制などは、規制緩和委員会でも議論されているが、現在いずれも難渋しており展望は明るくない。医療法人の理事長要件は、現在では知事の認可によって医師・歯科医師以外でも例外的に認められるようになったが、認可条件は経営の安定であり、それでは意味がなく、実際に実現した例は少ない。

病床規制については、とくにそれに従わない場合のペナルティーとして、その社会保険適用の除外が問題である。これは現実の問題として現在係争中のものもあり、適用除外自体が合法か否かが問われている。先述のように病床数と入院医療費の間には密接な関係があり、現行の制度の下では、病床数の増加は医療費の増加に帰結する。尾形(2000)によれば、日本の医療機関の多くは昭和 30 年代から 40 年代に建築されたので、現在はすでに老朽化している。そこでこの問題に対する尾形案は、補助金による一定の建設費の支給を行って新設を促すとともに、医療機関の scrap and build を行って病床数を全体として削減させる、というものである。

この尾形案をさらに前進させて、一方でこのような手段で既存の医療機関の scrap and build を行いながら全体の病床数を削減させ、同時に懸案の企業法人の参入規制と病床規制を緩和させることが可能だろう。なおその場合医療機関の評価基準制度も導入して、中立的な評価を行うことも制度化すべきだろう。

おそらく診療報酬は、医療サービスを他のサービスと同様に市場化して、すべての規制

を撤廃しても、なお唯一正当化される規制だろう。すでに説明したように医療の大半を市場的に資源配分するアメリカですら、メジケアやメジケイドなどの公的保険や私的保険の多くで、疾病症候群別/予見定額払い方式(DRGs/PPS)が採用されている。1998年以降の国立病院などでの試行段階から、早急に本格導入に向けるべきである。すでにこの方式はアメリカだけでなく、NHSを採用しているイギリスや、社会保険方式を採用しているドイツなどでも、診療報酬として標準的に採用されている。

このDRGs/PPSを日本に導入する一つの利点は、レセプトデータから窺われるところによれば、日本の医療の実態は医師の裁量権を尊重するためか、地域や医療機関ごとにその分散がはなはだしく、標準化・定型化が著しく欠けていることである。特定の疾病について、望ましい医療行為を標準化・定型化することは、医療の効率化とともに質の向上に貢献するだろう。さらにこの制度では、もし標準的な医療行為を積算した定額以下で患者を治癒させたときには、その差額は医療機関の収入になるから、医師の力量の評価も可能になり、医療機関の経営にも有効なデータを提供することになる。

この制度にも欠陥はあり、医療機関は軽症の患者を優先し重症の患者を敬遠する誘因となることが、よく指摘される。また患者の容態が安定しているときはともかく、急性期に果たして定型化が可能かという問題も指摘されている。前者については、容態の軽重によって柔軟に対応できる定額制を考えればよいし、後者はアメリカでは急性期をも含んでいることを考慮すべきだろう。

医薬品についていえば、薬価基準から市場価格への転換を図るべきである。現在薬価を規制する正当な理由はほとんどない。国際間の貿易はますます緊密となり、医薬品もその例外ではなく、すでにEU域内で現実になったように、国際価格に各国の薬価は収束していくだろう。ここでもIT革命の進行は、ある国の市場が世界市場から隔離されて存在することを許さなくなっている。すでにネット取引による医薬品の国際取引は無視できない。

現在世界の医薬品市場の規制で問題になるのは、例えば特許期間中のエイズ特効薬のような高価な医薬品が、必要とするアフリカやアジアの貧困な患者にそれらが支給されないことだろう。これはまさしく分配の公平性の問題で、発展途上国のいくつかの国では、医薬品の特許を認めない国もある。しかし国民皆保険下の豊かな日本では、そのような深刻な問題もなく、むしろ価格規制をすることによる弊害が便益を上回るのである。

もし保険償還をするために標準的な薬価が必要であるならば、現行の類似薬効方式ではなく、何よりも市場価格を基礎とし、それを調査して基準価格として償還価格とすればよい。この場合にも薬価差益は発生するが、それは市場経済では十分に許容されるものである。人為的な薬価基準という規制の下での歪められた市場の実勢価格と、規制の存在しない市場での実勢価格との間の薬価差とは基本的に異なる。さらに付言すればDRGs/PPSのような定額制なら、問題は生じないことになる。現行の薬価基準から一気に市場価格への移行が唐突ならば、経過的な措置として、プライス・キャップ制の導入により、ソフト・ランディングを図ることが現実的と考えられよう。

#### 結語 日本医師会についての簡単な考察

日本の医療サービス市場の規制を総論的に考察した本章では、十分ではなかったが類書にあるように、特定の規制についてその弊害と緩和する利点を列挙するだけでなく、なぜ

そのような規制が現に存在しているのか、規制による政治家・官僚・利益団体の利害についても触れてきた。そこで最後に、利益団体として圧倒的な地位にある日本医師会について、1つのエピソードについて簡単に考察して、紙数の許す範囲で結語に代えよう。(注16)

日本人の薬剤使用額は近年減少傾向にあるとはいえ、厚生省の調査では依然として国民医療費の25%に近く、国際的にも他の先進国と比較して圧倒的に高い。平成9年9月から厚生省は薬剤の過度の多用を抑制するために、薬剤処方が多種類に及ぶほど患者自己負担が増える、薬剤一部負担制度を導入した。出来高払い制の下で医療機関や患者のモラルハザードを抑制するための緊急避難的な措置として、この制度はそれなりに評価されるものだった。

ところが日本医師会は、制度導入1年余り後に政府与党と直接交渉することで、政治的な圧力をかけて制度を撤回させた。すなわち高齢者については、平成11年7月から政府が患者の肩代わりし、それ以外の人々は適切な財政措置を講じた後に撤回するというものである。この一連のプロセスはこの団体の性格をよく物語っている。現在の政策決定過程では、所管官庁が立案したものを、該当する審議会で答申を受け、国会に上程する順序を踏んでいる。このときはそのような手続きは踏まず、つまりそれでは彼らの主張は通りそうになかったため、政府与党と医師会長のトップ交渉で制度の撤回を決めたのである。

日本医師会は、このような制度が患者の負担を高め、医療機関が適切な治療をするのに障害になっていると強調し、患者のために制度の撤回を働きかけたと主張する。しかし当時それによって医学的な障害が生じたことはほとんど聞かれず、それが患者に深刻な事態を招いたとの報告も寡聞にして知らない。むしろ本音は、高齢者の自己負担増が彼らの受診を控えさせることによって、医療機関の収入が若干であるが、減少するためだった。

日本医師会は日本医学会を傘下に置き、自らは学術団体と称している。医師会の主たる構成員は中小病院の院長や診療所の医師であり、医師会の利害はこのような構成を背景にしている。したがってむしろ大病院や、そこでの勤務医の利害とは必ずしも一致せず、むしろ相反することもある。にもかかわらず大病院の勤務医もまた医師会に所属するのは、会費が割り引かれ、医療過誤に対する団体保険の加入に加えて、医学会の会員として学術情報を入手できるからだろう。そのような意味では、日本医師会はきわめて巧みな圧力団体といえるが、上記の薬剤一部負担でのエピソードからは、とても学術団体の良識ある行動とは思えない。日本医学会の大多数の人々は、医師としてあるいは研究者として、上部団体の“公共的理性”が著しく欠如した行動を、いつまで是認しているのだろうか。

\* 小論の作成の過程で下記の多数の方々から貴重なコメントを与えられた、感謝の意を表する次第である。青木 健(上智大学) 尾形裕也(九州大学) 金子能宏(国立社会保障・人口問題研究所) 知野哲朗(岡山大学) 中泉真樹(國學院大學) 中西悟志(日本福祉大学)。なお本研究の一部は厚生科学研究補助金による財政的支援を得ており、また一橋大学経済研究科の現代リサーチ・ネットワークからも研究施設の便宜などを得ている、記して謝意を表したい。

## 参考文献

- 植草 益(1991)『公的規制の経済学』筑摩書房．
- 漆 博雄編(1998)『医療経済学』東京大学出版会．
- 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 年版』日本医療企画．
- 尾形裕也(2000)『21 世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画．
- 加藤 寛編(1983)『入門公共選択 政治の経済学』三嶺書房．
- 川淵孝一(1998)『わかりやすい医療経済学』日本看護協会出版会．
- 川淵孝一(1999)「広告の規制緩和と診療情報の公開」医療経済研究機構監修『医療白書 1999 年版』日本医療企画．
- サミュエルソン, P. A. (1981)『経済学 下』(都留重人訳)岩波書店．
- 通産省サービス産業課編(1999)『改革始動する日本の医療サービス』東洋経済新報社．
- 鴫田忠彦(1995)「日本医師会の行動 - 『日医ニュース』25 年の分析」鴫田忠彦編『日本の医療経済』東洋経済新報社．
- 鴫田忠彦・南部鶴彦(1999)「薬価上限制の導入断念を」日本経済新聞 『経済教室』1999 年 2 月 3 日
- 鴫田忠彦・山田武・山本克也・泉田信行・今野広紀(2000)「縦覧点検データによる医療需給の決定要因の分析 - 国民健康保険 4 道県について - 」『経済研究』第 51 巻 第 4 号．
- 村上雅子(1999)『社会保障の経済学』[第 2 版]東洋経済新報社．
- 八代尚宏(2000)「医療の規制改革 - 保険者機能強化と医療機関の競争促進 - 」八代尚宏編『社会的規制の経済分析』日本経済新聞社．
- 吉原健二・和田勝(1999)『日本医療保険制度史』東洋経済新報社．
- Cullis, J., and P. Jones (1998), Public Finance and Public Choice, Second Edition, Oxford, Oxford University Press.
- Dickson, M., and H. Redwood (1998), " Pharmaceutical Reference Prices, How Do They Work in Practice ? " Pharmacoeconomics, 14(5).
- Downs, A.(1957), An Economic Theory of Democracy, Prentice Hall.
- Folland, S., A. C. Goodman, and M. Stano (1997) The Economics of Health and Health Care, Second Edition, Upper Saddle River, Prentice Hall.
- Tokita, T., T. Chino, and H. Kitaki (2000), "Healthcare Expenditure and the Major Determinants in Japan," Hitotsubashi Journal of Economics, Vol.41, No.1.

## 脚注

1. 日本の医療制度の概要については、村上(1999)の第 3 章を参照されたい。また、日本の医療制度の歴史については、吉原・和田(1999)が詳しい。
2. 各国の医療システムについては、Folland, Goodman and Stano (1997) Chap.22 に簡潔に説明されている。
3. 政府の失敗については、加藤編(1983)などの公共選択の教科書を参照されたい。
4. 遠藤(1999)、八代(2000)も医療の規制について、簡潔な解説を行っている。
5. Tokita, Chino and Kitaki(2000)などを参照せよ。

6. これは要するに、分野は異なるがスーパーマーケットなどの大型小売店の新規参入を規制する、かつての“大規模小売店舗法(大店法)”と同様な経済的意義を持っている。大店法の経済的な帰結は、すでに参入を済ませた既存の大店の利益を擁護するものだった。つまり、潜在的な新規参入が“大店法”で阻止され、参入に法外に長い期間を必要とするため、既に参入した大型店はその間に独占的な利益を得られるのである。病床規制は、まさしく大店法と同様に、既存の医療機関に競争的な圧力を遮蔽して、独占的な既得権益を与える。その代償は、直接的には新規参入を目指す医療機関の関係者や地域住民である患者が、さらには保険制度を通じて一般の被保険者が、支払うことになるのである。

7. 川淵(1999)は、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツの広告規制を紹介している。

8. これは農業における農地の営利企業の保有を禁ずると、ほとんど類似の規制である。日本の農業の再生に最も必要なことは、農業の企業的な経営で、この規制がそれを阻んできた。同様の問題が医療サービスの市場でも発生している。

9. これは政府が全能の神でないことを意味する。つまり政治家は次の選挙にも当選するように行動し、官僚も自分の権力や権限が大きくなるように行動する、いわばブキャンのハーベイ・ロードの仮説が妥当する。

10. サミュエルソン(1981)の 550 ページを参照せよ。

11. rent-seeking については、Cullis and Jones(1998)を参照されたい。

12. A.ダウズ(1957)の 255 ページを参照せよ。

13. M.Dickson and H.Redwood(1998)を参照せよ。

14. 例えば鶴田・南部(1999)を参照せよ。

15. わが国の医療サービスに対する規制緩和については、以下のような文献にもまとめられている。川淵(1998)は、医療サービス提供者が圧倒的な優位性を持つ診察や看護などの医療中核分野では消費者保護の公的規制は今後も変化せず、食事サービスやルームサービスなどの医療周辺分野では規制緩和がこれから積極的に行われるであろうという見通しを述べている。しかし、医療機関の管理者は必ずしも医師でなくてもよいのではないか、地味な広報活動は国民への情報提供・開示の観点からも望まれるのではないか、あるいは病床規制に対して経営の非効率性を生んでいるのではないかと疑問を提示しており、これらの点における改革の必要性を示唆している。また、通産省サービス産業課編(1999)と八代(2000)は、情報公開と医療機関の競争促進を通じて、医療サービスの生産性の効率化を目指すべきとしている。医療保険については、医療情報の整備や保険機能の強化などを実行することによって過剰な医療需要を抑制するとしている。また、供給面では、医療情報の公開と第三者評価を行うこと、病床規制や企業の参入禁止による供給制限を撤廃することによって競争を促進させることを提言している。前述の文献と異なり、市場原理による規制緩和に対して疑問を提示しているものとして遠藤(1999)がある。完全に市場原理による規制緩和を完全に否定しているわけではないが、彼によれば、病床規制の撤廃や営利病院の参入を促すことが、地域格差を必ずしも縮小しないと主張している。また、病床規制の撤廃による競争の促進も、医療費を上昇させるために、医療の効率化につながるとは考えられないとしている。さらに、営利企業に病院経営を解禁しても、アメリカの研究例を挙げて必然的にコストが安くなるとは考えられないと指摘している。

16. 日本医師会の行動については、鶴田(1995)も参照されたい。