

20020020

厚生労働科学研究費補助金
厚生労働政策科学推進研究事業

市場化・IT化・
ソーシャル・ネットワーク化による
福祉施設・在宅サービスの
システム化

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 丸尾直美

平成15(2003)年 3月

目次

I 総括研究報告 福祉ミックスの医療福祉改革 ---医療福祉サービスの市場化・IT化・総合化---	丸尾 直美	3
II 分担研究報告		
1. 高齢者福祉サービスの市場化と総合化	川野辺 裕幸	30
2. イギリスの Social Alarm Services にみる日本の課題	下開 千春	37
3. 介護サービス評価と地域福祉情報化	和泉 徹彦	45
4. ヘルスケア情報サービスに関する政治的課題について	真下 英二	56
III. 研究成果の刊行に関する一覧表		61
IV. 研究成果の刊行物・別刷		

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働政策科学推進研究事業）
市場化・IT化・ソーシャル・ネットワーク化による福祉施設・在宅サービスのシステム化
（総括研究報告書）

主任研究者

丸尾 直美

（政策研究フォーラム理事・尚美学園大学総合政策学部教授、第一生命経済研究所顧問）

研究要旨

ITは介護保険制度では要介護度の認定などで導入されており、医療では電子カルテの普及が課題になっているが、とくに重視すべきはコミュニティ・レベルでの在宅介護（看護・医療をも含む）サービスの情報ネットワーク化である。同時に北欧の場合の事例や、日本の先駆的事例の研究を通じて明らかになったことは、介護看護に当たるヘルパー、訪問看護婦、家族、近隣の住民などのネットワークを作り、その人間のソーシャル・ネットワークと情報システムのネットワークの組み合わせで在宅介護と施設介護を連携させることが日本の介護サービスを効率化し、人間化する上で極めて有益である。

分担研究者

川野辺 裕幸（政策研究フォーラム常務理事・東海大学政治経済学部教授）

梅澤 昇平（政策研究フォーラム常務理事・尚美学園大学総合政策学部教授）

尾形 裕也（九州大学大学院医学研究科教授）

真下 英二（尚美学園大学総合政策学部専任講師）

的場 康子（第一生命経済研究所副主任研究員）

下開 千春（第一生命経済研究所研究員）

和泉 徹彦（千葉商科大学商経学部非常勤講師）

I 総括研究報告 福祉ミックスの医療福祉改革

――医療福祉サービスの市場化・IT化・総合化――

丸尾 直美

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年代から90年代にかけての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。勿論、製造業はもっと早く市場化・民営化、グローバル化していたが、1980～90年代には金融・資産市場と従来は市場化・民営化には馴染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して検討して、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』日本経済新聞社で出版した。当時は金融部門の市場化・グローバル化は大いに注目されていたが、福祉の市場化を論ずるには時機尚早であった。初版は初版売り切れで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、効率化が必要であり、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、市場化がすすむと、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等かの形での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。とくに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、市場化政策と相容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 年経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は基本的には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。2000 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伺えた。さらに厚生労働省が 9 月 25 日に「医療制度改革試案」を発表し、被用者保険と国民健康保険の患者自己負担率を 3 割への統一、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、老人医療制度の伸び率管理制度などの改革試案を発表した。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。ただ日本医師会などは医療の市場化と患者の自己負担三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、さらには患者との接触の多い家庭医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要因、2) 経済成長の鈍化、失業率の増加などの経済要因と、3) 核家族化などの社会的要因と、4) 福祉給付の増加を求める政治的圧力などの社会的要因であり、多くは社会保障財政を悪化させる要因である（丸尾、1998 年）。

図表 1 医療福祉財政の改革を必要とする日本の社会経済的要因

要因	提唱者	対策
人口的要因：少子・高齢化 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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	Dependancy 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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. ボーモル等 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 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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

人口の高齢化の影響

図表 1 に示すような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も最大の問題点の一つは、人口高齢化に伴う給付費用の増加である。高齢者の一人当たり医療費は若い人の一人当たり医療費の約 5 倍で高齢者数/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なってきたが、高齢化指標と医療福祉費及び医療福祉関連社会保険給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費の対国民所得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、65歳以上及び75歳以上の高齢人口の総人口に対する比率は急増を続けると予想されている。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比率の上昇は一層、顕著である。

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

年代	平均医療保険給付費 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	17.856	12.614	1970年%: 3.40% 1980年: 5.38%
1980年代	5.526	6.136	1980年: 5.38% 1990年%: 5.24
1990年代(1998年ま での8年間平均)	4.130	1.162	1990年: 5.24% 1998年: 6.65%
1980年～1998年平均 の増加率で32年経つ と2030年には	4.90388	3.63046	2030年 9.62745%

(資料出所) 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

経済的要因の影響

医療福祉費用増大のその他の要因は図表1に示すとおりであり、特に＜社会保障費／国民所得費＞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／国民所得費＞比をもたらす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、1980年代には社会保障としての医療給付費の年平均増加率は5.526%であったが、経済成長率（国民所得の名目成長率）が年平均6.162%であったので医療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1990年代（1990年から1998年まで）には医療保険給費の年平均増加率は4.13%と1980年代以下の年平均増加率であるにもかかわらず、名目経済成長率

の年平均が1.135%と極端に低かったので、結果的に医療保険給付費の対国民所得比は5.24% 漢6.65%へと上昇して医療保険財政危機をもたらしているのである。同様のことは社会保障財政について言えることは既に述べたことがある（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1990年代の年平均名目成長率が4.13%あったならば、医療保険給付費対国民所得比は上昇しなかったのである。医療保険給付費の対国民所得比の上昇に寄与率としては高齢化による影響以上である。

経済要因としてはその外、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り、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が大きくなる幾分技術的要因である（丸尾、1996年年）。

社会的要因としては高齢者不要・介護機能、保育機能が家庭内機能から市場や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、女性の就業が常態かしてくるとその影響が大きいが、医療の場合も家庭内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つたが（F. Castles, ）、それほど有力ではない。

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連れて所得の増加率以上の率で需要する財のことであり、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の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が、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国であるアメリカの国民医療費の対国民所得比が世界で最も高いということは、社会保障が医療の消費需要を高めなくて医療需要は実質所得の増加につれて増加す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のデフレーターより大きいことも医療費の所得弾力性値の名目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）をもたらすが、医療において利己的行動が「悪魔の見えざる手」（丸尾、1980年）に導かれて浪費をもたらす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。出来高払い制度のもとでは、医療供給者の収入はく（医療の単価－医療の単位コスト）＜医療行為の量＞であるから医療供給曲線は当然、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が、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さない。かといって市場に委ねても最適配分をもたらさ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合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) 過去の趨勢かの機械的予測

一つは過去の国民所得の伸び率と医療費の伸び率から将来の国民所得の増加率から、次式のように将来の医療費あるいは社会保険医療給付費の対国民所得比を算出する単純な方式である。

$$10 \text{ 年後の医療保険給付費の対国民所得比} = \frac{1998 \text{ 年の医療保険給付費} \times (1+x)^n}{1998 \text{ 年の国民所得} \times (1+y)^n}$$

n は機関の年数であり、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である。

たとえば x に 1990 年代の国民医療費の年平均伸び率 4.130% を、1990 年代の国民所得の年平均増加率 1.162% を入れて計算すると、10 年後で医療保険給費の対国民所得比は 8.9% になってしまう。ところが 1980 年代の増加率を分子、分母に使うと 10 年後の医療保険給費の対国民所得比は 1998 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出すことができる。特に 1980 年代と 1990 年代は対照的に特異であったから 1980～1998 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、9.627% となる。

$$10 \text{ 年後の医療保険給付費の対国民所得比} = \frac{(1+0.0490388)^{10}}{(1+0.03063046)^{10}} = 0.09627$$

(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4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%、2035年の推計値は3.61%になる。

図表3 医療社会保険給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

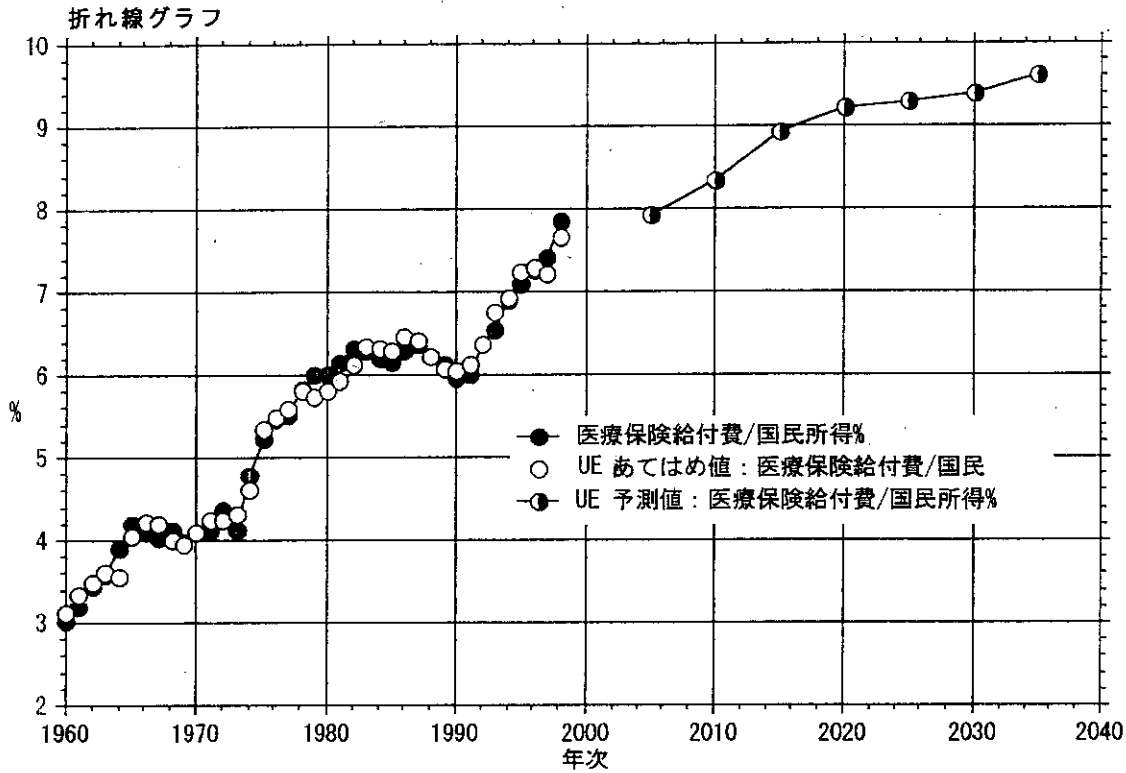
	回帰係数	標準誤差	標準回帰係数	t値	p値
切片	4.6450	.3005	4.6450	15.4578	<.0001
高齢者/就業者比率%	.0643	.0127	.2782	5.0617	<.0001
患者自己負担率%	-.0966	.0076	-.3390	-12.7101	<.0001
雇用所得増加率%	-.0247	.0077	-.1402	-3.2050	.0029
完全失業率	.5762	.1002	.3393	5.7528	<.0001

<社会保険医療給付費/国民所得>比 = $\alpha + \beta$ 高齢者/就業者比率 + γ : 雇用者所得増加率 + ϕ 患者の医療費自己負担率 + ψ 完全失業率

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社会保険医療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 - 社会保険医療給付費) / 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年の医療保険給費の対国民所得比はもっと小さくなる。

図表4 医療保険給付費の対国民所得比の動向と予測



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を推計すると、図表5に示すように、2030年の〈社会保険医療給付費/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。

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	年齢層別 構成比 %	年齢層別構 成比 %	一人当たり 医療費万円 1999年	対平均所 得比 %
		1999年	2030年		
総数	309,337	100.0		24.42	
65歳未満	154,539	83.2	72.2	14.65	4.8671
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	16.42	98.78	32.817
65～75歳	75,85	10.2	11.38	54.56	18.127

(資料出所) 厚生労働省『国民医療費の概要』2001年6月。

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。

$$\sum m_i N_j$$

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

ただし、 m_i は各年齢層の平均医療費、 N_j は各年齢層の人口を表す。

65歳以下の層と65～75歳層と75歳以上層の三年齢階層に分けて、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10.965%になる。医療保険給付費は国民医療費の(1-0.15)であるから医療の社会保険給付費の対国民所得比は9.321%になる。この推計値は医療の社会保険給付費の対国民所得費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対一人当たり国民所得比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、国民医療費の増加率($\Delta M/M$)を人口の伸び率($\Delta N/N$)プラス人口高齢化による増加率以内に抑えることができれば、医療の社会保険給付費の対国民所得比をこの程度に留めることができる。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、この推計は幾分、過少推計であろう。

3 日本の医療制度の特徴

医療制度はいろいろの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直営か、社会保険方式中心か、民営か、あるいはこれらのミックス型かに分けることができる(図表6参照)。

図表6 医療保障制度の類型

医療サービスの型	医療サービスの供給システム	費用負担の財源	この型に近い国の代表
国営医療型(NHS)	公的サービス中心 公的医療機関 公務員の医療従事者	公費中心+社会保険料	スウェーデン イギリス
社会保険型		社会保険料中心	ドイツ
民間医療型	民間医療機関中心	民間保険と私費	アメリカ
ミックス型	民間と公的サービス		日本

日本の医療保険はこのように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わかれており、更に高齢者医療制度があり、それぞれの政府補助率、患者の費用の自己負担率（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制度医療制度をとっており、各制度の加入者を参考までに示すと図表7のとおりである。また各保険制度の特徴適概要は図表8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みることにして、日本の医療制度のその他の特徴をあげると、供給システムとしてはフリー・アクセス制を基本としていること、診療報酬の支払い制度として出来高払い制度を基礎としていること、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しており、自己負担率や国庫補助率に差があること、高齢者医療を分離させていること等をあげることができる。

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）も世界最高であり、乳幼児死亡率は世界最低であることが知られており、医療の成果が好成績で、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ので、この長所を維持すべきであろう。

(3) 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7、8のようになる。

図表7 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

図表8 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：給付費の30%		
その他は他の保険者の保険料からの拠出金		
		退職者医療制度
国民健康保険（国保）	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：30% 保険料：15.4万円 （一世帯当たり） 国庫負担率：給付費の50%	患者自己負担率：20% 保険料：15.9万円、使用者分を含み30.3万円国庫負担：定額予算補助	患者自己負担率：20% 保険料：15.2万円、使用者分を含むと36.4万円 国庫負担：給付費の13%

（資料出所）図表7および8は厚生労働省、2001年の①

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ことは、経済学の分析手法と経済政策の政策手法を福祉の分野に準用することでもある。とくに市場化によって得られると想定されるメリットは効率化であるが、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、資源配分の効率を売上、付加価値、利潤を生むかによってどのように生産要素を配分すればより効率的であるかを見る。効率を生産面の効率と消費面の効率に分けることもできる。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。経済学者以外の人々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/インプット> を大きくすることである。インプットがお金の場合には、お金の限界単位あたりの効用が等しくなるようにお金を使うとき最大の効用がえられる。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。

経済学以外に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経済学で言う健康の増進、人命の維持、医療の質の改善が固有の目的を効率的に達成することを目的とする。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あり、分母一定のもとで分子を小さくすることも分母一定のもとで分子を大きくすることも、その両方を同時に行なうことも効率化である。分母/分子ともに金銭的なものに限らない。また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を計画原理でこれを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関わる緊要なニーズを充足させることをとくに目的とする。したがって所得の大小に関わらず「広くあまねく公平に」医療サービスを行なうことが、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、政府が計画的に行な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易い分野なので、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る政策をとることも必要になる。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）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帯的負担などである。

（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勿論、市場化の長所を發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。

福祉政策は政府のパターナリスティックな恩恵的な政府の政策から出発したので、福祉給付を支給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でなく、医療サービスを供給する医師は、患者にその患者に対して行な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、快適に過ごせるようにする努力をあまりしなかった。福祉給付を受けるものも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の「聖職」であり、市場的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や好くより良い品をより良いサービスで消費者に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、医療供給者がと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（インセンティブや志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まることと。

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、文化施設等何れの場合も、それぞれの分野の専門家（医療施設の場合には医師）か自治体の場合には自治体政府の退職者が経営にあたることがあるが、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。必要である。

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にIT化することが効率を高めると同時に医療の治療と効果、予防の効果、医療情報の開示・普及にとって不可欠である。

5 医療福祉の分野での市場の失敗にどう対処するか

医療サービスは、人間の生存と安全に関わる基本的ニードであるから、貧富の差に関わらず充足できるようにするのが社会的責任（基本的人権の保障）である。先にも述べたように、生存に関わる基本財 (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. ロー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

市場原理のこのような特性と長所を十分認識して医療福祉制度の改革を行なうことが必要である。市場原理とそれを導入する市場システムにはこのような長所があることは十分に知られていながら、医療福祉にこのような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) を全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。市場が機能するためには個人がニーズと価格と購買力を考慮して自由に選択することが必要になるが、たとえば医療のニーズは医師が判断すべきことであり、購買力の如何にかかわらず充足されるべきニーズであると考えられた。少なくとも生存にかかわる基本的最低限のニーズは年金の場合も医療・介護の場合も公的にパターンナ

リスクに保障すべき問題であるとみなされた。もう一つ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多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ではあるが、市場の資源の最適配分機能が機能しないことから生ずる狭義の市場の失敗が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主たる念頭において列記すると、図表9のようになる。このうちの①が狭義の市場の失敗である。

図表9 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
①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 c 平均費用逡減型の公益事業型産業の場合 d 情報の非対称の場合 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 クリーム・スキミング
②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 世代間の医療比負担の不公正、
③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

こうした欠陥のうち、医療に関する資源配分に関する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。それに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なっており、医療行為（ H_c ）は $U'(H_c) > 0$ であっても（つまり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にはマイナス）のこともある。したがって市場に委ねれば最適点（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。

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

U: 個人の効用、X: 効用に影響する財、 H_c : ヘルス・ケア、H: 健康状態、Z: 健康に影響するその他の変数
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）の無料医療にする場合がある。しかし、この場合には逆に医療消費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委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、人格や倫理感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

特に政府が安易に出来高払い制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。倫理的時勢がない場合には、医療供給者にとっては過剰な医療供給を抑制する要因は、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、等も考えられるが、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、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も有力になっている（図表10参照）。

図表10 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

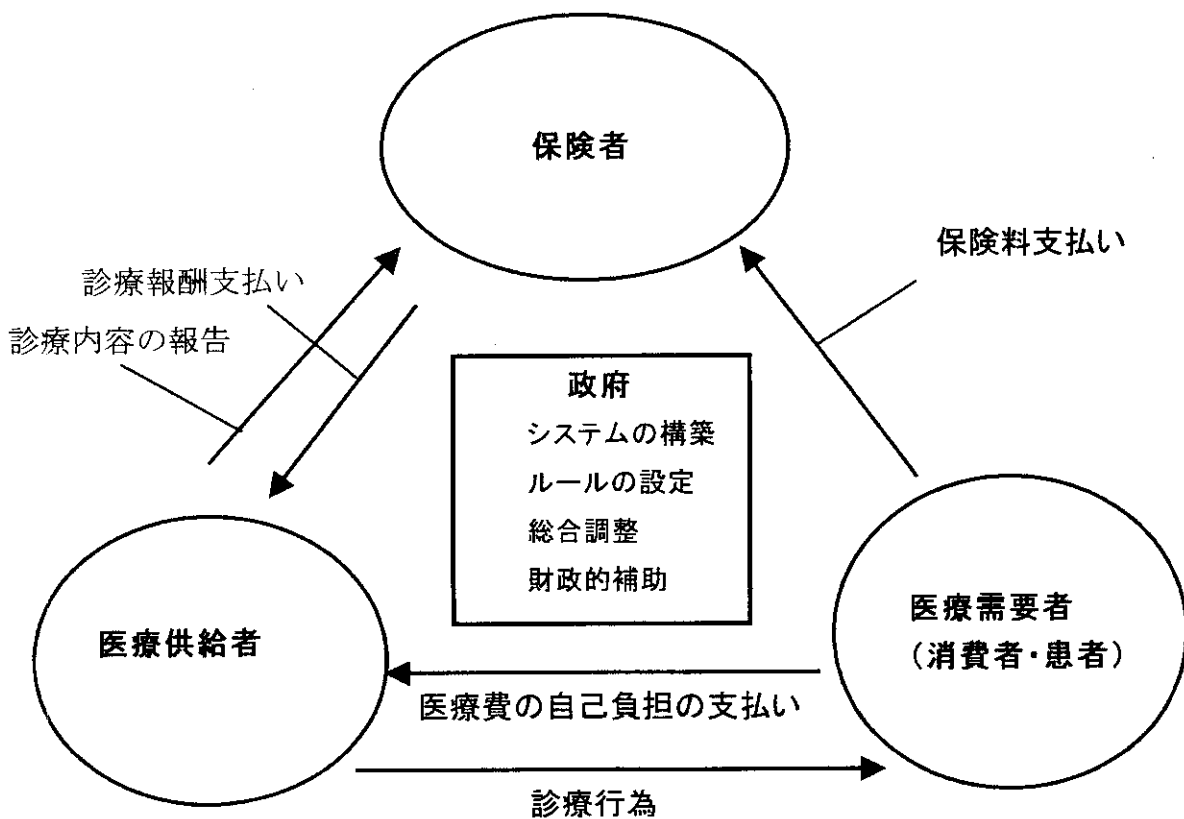
- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">(1) 医療情報の発達と公開ならびに消費者教育・消費者学習(2) 第三者医療評価機構の発達(3) 医療従事者が高い医療技術とともに道徳的にも信頼できる人間であることを重視する医療供給者教育 |
|--|

かつての資本家対労働者のように取り引き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くられたように、情報の非対称性と交渉力差に基づく不公正な取り引きを緩和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、①基本システムの枠（フレームワーク）の設計と構築・維持、②基本的ルールの設定と審判（アンパイヤー）機能、③医療福祉の分野では生存・安全に関わるニーズの普遍的で公平な充足の保障等、④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つ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野にも市場原理が導入されると言うことで、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 11 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。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なうべきである。

図表 11 マネジされた市場における医療関係者間の相互関係



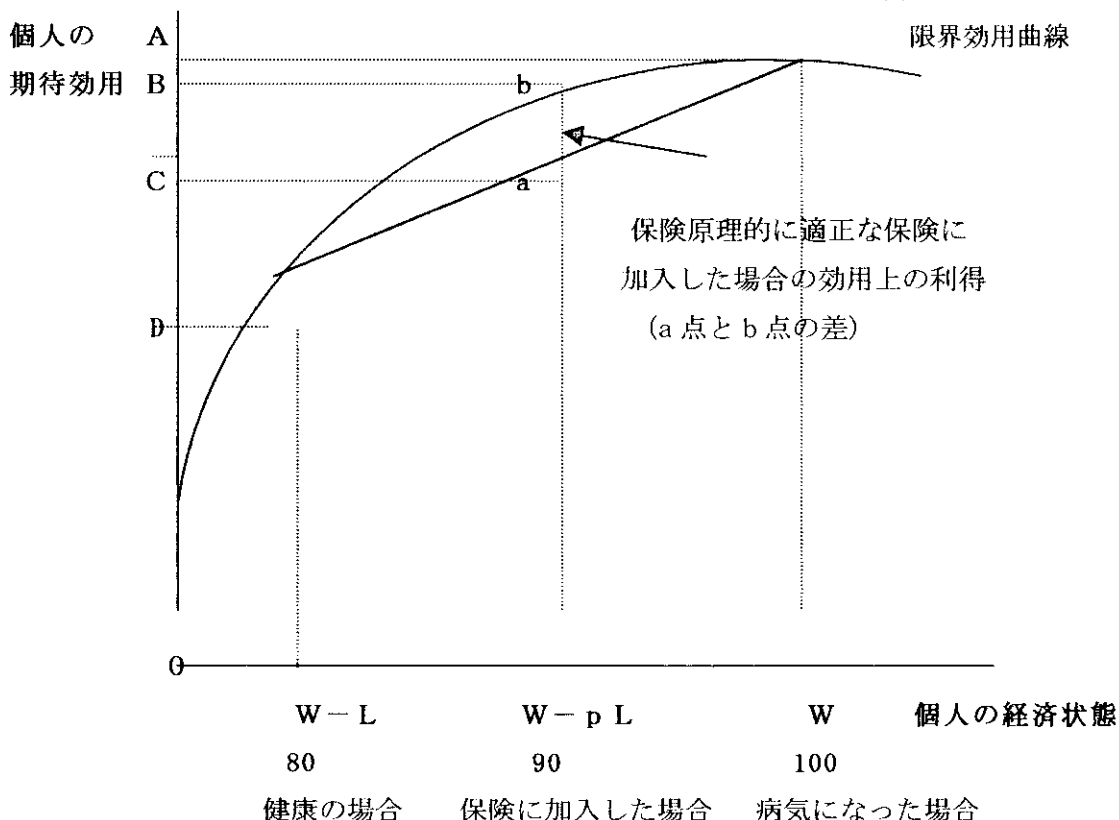
(2) リスクとリスク調整の保険機能

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保険によって緩和させる機能が発達してきた。この機能を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行なう。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 12 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関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。加入者が多数である場合には確率的に医療サービスの必要度は推定できるので、医療の場合は比較的保険化しやすい。保険化すれば、保険化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る (図で描くと右上がりであり、原点に対して凸の胸腺になる) と想定する。この図表の縦軸は個人の効用の大きさを、横軸は経済状態を表し、健康状態の時の経済状態を W で示す。 $W-L$ の点は病気のと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 (1) 式のとおりである。

健康のときの W が 100 とし、 L が 20 とすると、病気のととき $W-L$ 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 $a - b$ の効用上の利得を得る。

図表 12 不確実性のある場合の保険の意義



$$U(W_0 - L) + (1-p)U(W_0) = W_0 - pL \text{-----} (2)$$

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掬ってとること、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）があるため（これを逆選択と呼ぶ）、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塗装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公的支援の大きい社会保険の対象にすることである。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。それでも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。

日本の老人保険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曖昧になりつつあり、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」や拠出へのインセンティブにも悪影響を生んでいる。

（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を供給面と需要面に分けてあげると図表13のようになる。