
医療資源移転と県民所得から見た公平性の分析

1. 目的

1985年から施行されている地域医療計画では、病床規制という医療資源の意図的な分配が行われてきた。地域医療計画がいったい何を指すものであるのか自体、不明瞭なところがあり、この病床規制が何に対して有効であるのか明らかではないのであるが、少なくとも地域間の医療の格差に関して、多少の改善の効果があつたのではないかと期待される。なぜならば、医療資源集中地域への更なる過剰投資を他地域へ振り向ける効果があると考えられるためである。病床への投資の移転は、病床に付随する医療資源の移転もある程度まで引き起こし、医療サービスに対する支出の増加を招く。しかし、本当に地域医療計画実施の実施後に地域間の医療格差が改善に向かったかどうかを実証した研究はほとんど存在していない。本稿は、医療計画が実施される前後の地域間の公平性を、一人当たりの医療への支出と医療への負担とのバランスから計ろうと試みるものである。

医療サービスが仮に純粋な私的財であり、効率性の面からだけ評価をするのであれば、地域間において、利用できる資源に格差があるのは何も問題がなく、市場における自由な取引を通じて、所得が高いところに多くの医療資源が集まるはずである。市場が完全であるならば、市場において達成される資源配分においてパレート最適が成立し、効率においては最適な配分が成立する。しかし、それは二つの点で大きな問題を起こす。一つ目には、医療が最も市場の失敗のおきやすい分野で、市場に任せておいたのではパレート最適が成立しないということであり¹、二つ目には医療という分野が、公平性という異なった尺度が要求される分野であるということである²。本稿の分析は、特に後者の公平性の問題に着目し、資源豊富地域から資源希少地域への移転が行われているか、さらにその移転が地域の平均所得によって適切に行われているか、を観察することで、医療の公平性の問題を考える。

¹ Arrow, K. J. (1963), 'Uncertainty and the welfare economics of Medical Care,' *American Economic Review* 53, pp. 941-973

² Sen, A. K. (1985a): *Commodities and Capabilities*, Amsterdam: North-Holland. (鈴木興太郎訳、「福祉の経済学—財と潜在能力」、岩波書店、1988)、Sen, A. K. (1992): *Inequality Reexamined*, Oxford: Clarendon Press. などで展開されるケイパビリティ・アプローチによれば、医療は重要な「ケイパビリティ」を構成する「機能」の一つであり、その平等性が重要な問題になる分野である。

2. 方法

地域は各県を単位とした。各県の一人当たり医療費（以下、「一人当たり医療費」）を医療への公的な支出と考え、一人当たりの医療サービスへの総支出（以下、「一人当たり負担」）を医療への国民の負担と捉えて、そのギャップ（すなわち一人当たり県民医療費－一人当たり負担）を医療資源の移転とした。ただし、全国での医療費と全家計の医療への総支出が必ずしも一致しないので、全国における一人当たり医療費と一人当たり負担を100%とし、各県が全国に占める一人当たり医療費と一人当たり負担の割合のギャップで代用した。

各県別の一人当たり医療費は、公表されているデータをそのまま使ったが、一人当たり負担に関しては、「全国消費実態調査」の個票を用いて集計した。一人当たり負担は、①医療機関への自己負担額および健康関連財・サービスへの支出、②医療保険を通じた支出（医療保険料）、③租税を通じた支出（世帯の総租税負担×中央・地方政府をあわせた歳出に占める医療サービスへの支出の割合）を世帯単位で合計し、世帯人数で除したものである。

公平性の評価は、上記方法で計算した医療資源の移転と各県の一人当たり支払能力の全国比とが負の相関を示しているか、あるいは直線で回帰した場合、どれくらい当てはまっているかを見て判断した。一人当たり支払能力は WHO が医療システム評価の一つとして「公正財源」を測定している時に用いている概念であり、各世帯単位の総消費額に税金を通じた医療サービスへの支出を足し、生存維持支出額を引いたものである。³

分析した年次は、1984年と実施後の1989年、1994年、1999年であり、それぞれを比較することでどのような変化があったかを観察した。

3. 結果

まず、一人当たりの医療費に関して、その県別の変動係数を四時点で比較すると、1984年が0.171、1989年が0.147、1994年が0.142、1999年が0.141と徐々に低下していることがわかった。特に1984年と1989年との間で急激に平準化が進んでいる。

一方の、一人当たり負担に関しては、1984年が0.104、1989年が0.090、1994年が0.090、1999年が0.088とこちらも徐々に低下していることがわかった。そしてやはり、1984年と1989年との間で急激に平準化が進んでいる。

次に、各県の一人当たりの医療費と一人当たり負担との相関を各年でとった。結果は、図1a～dに示されるとおりである。ここではいずれの年においても、医療費と負担の間にはほとんど相関が見られなかった。

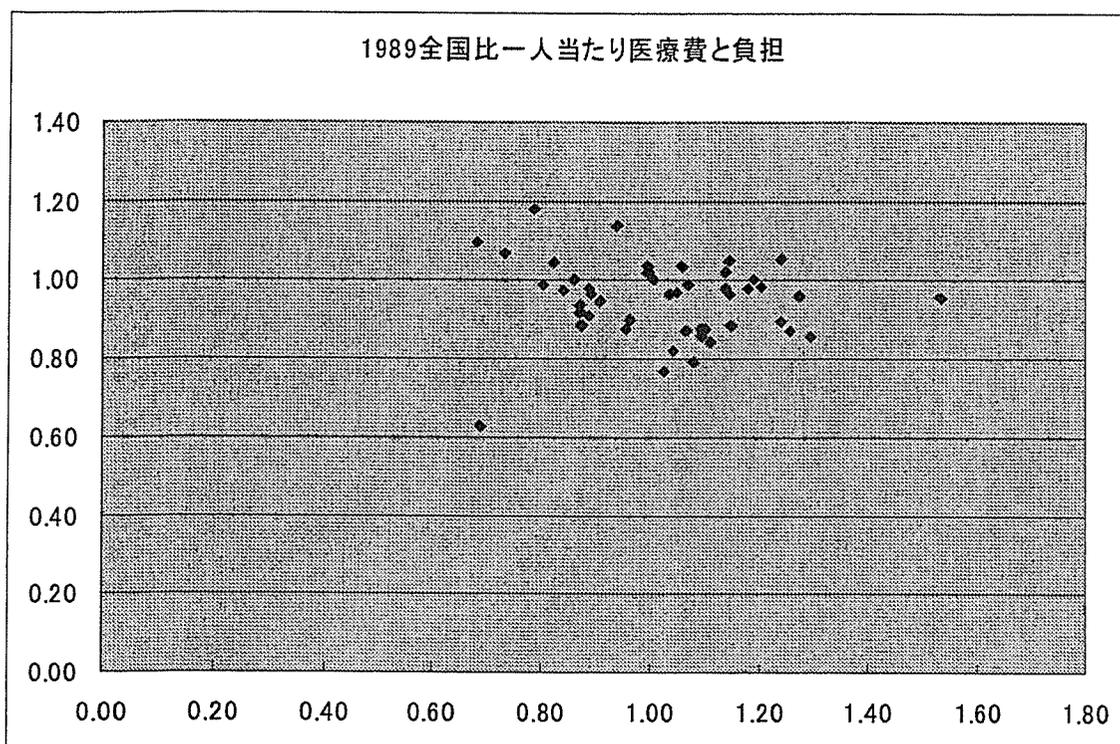
さらに、医療資源の移転と支払能力との相関を調べた。結果は、図2a～dに示されているとおりである。どれも負の相関が確認されたが、決定係数を見ると1984年が0.387、1989

³ Murray et al. (2003), 'Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application,' in Murray and Evans (2003) *Health System Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, World Health Organization, Geneva

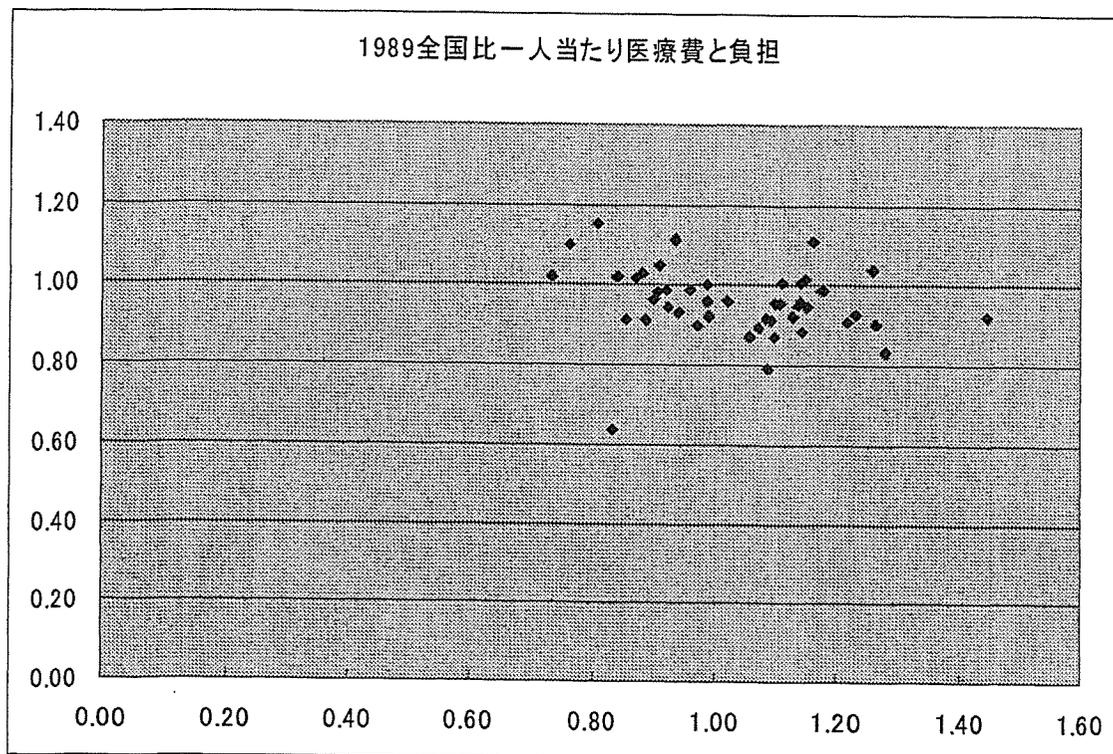
年が 0.570、1994 年が 0.596、1999 年が 0.522 と、明らかに 1984 年と 1989 年の間でモデルの当てはまり度合いが変化したことがわかった。すなわち、この間に、医療資源の移転と支払能力の間にはよりはっきりした負の相関関係が出来上がったのである。

図 1：各県の一人当たりの医療費と一人当たり負担

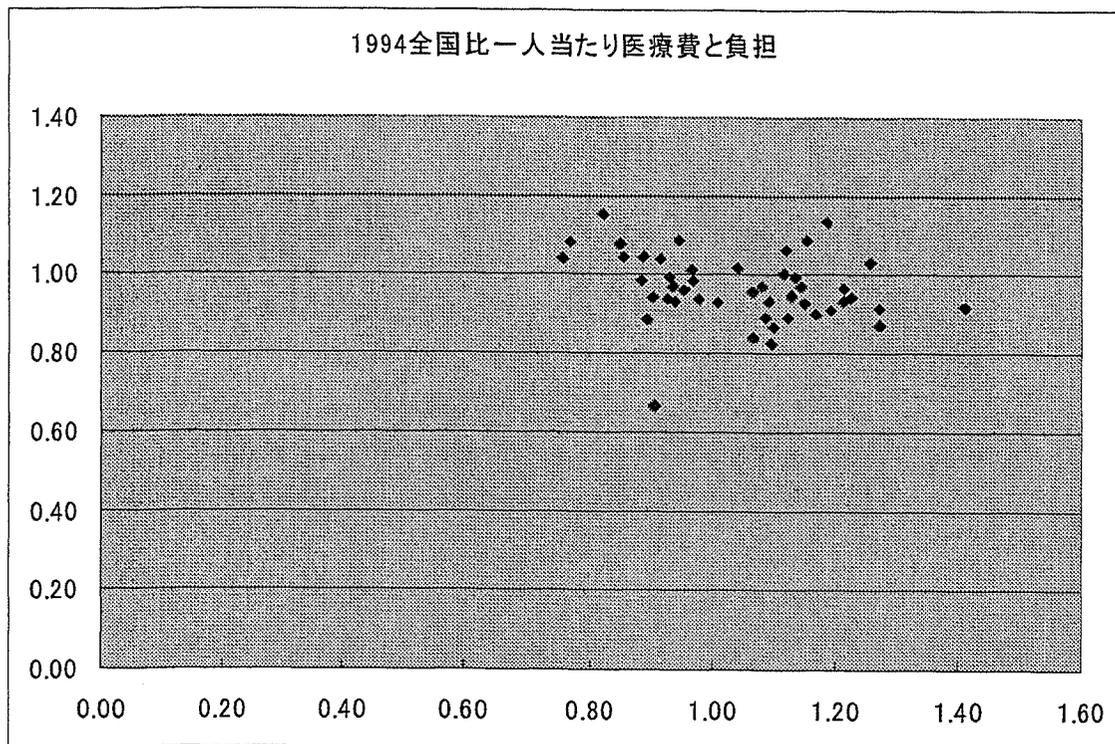
a. 1984 年



b. 1989 年



c. 1994年



d. 1999年

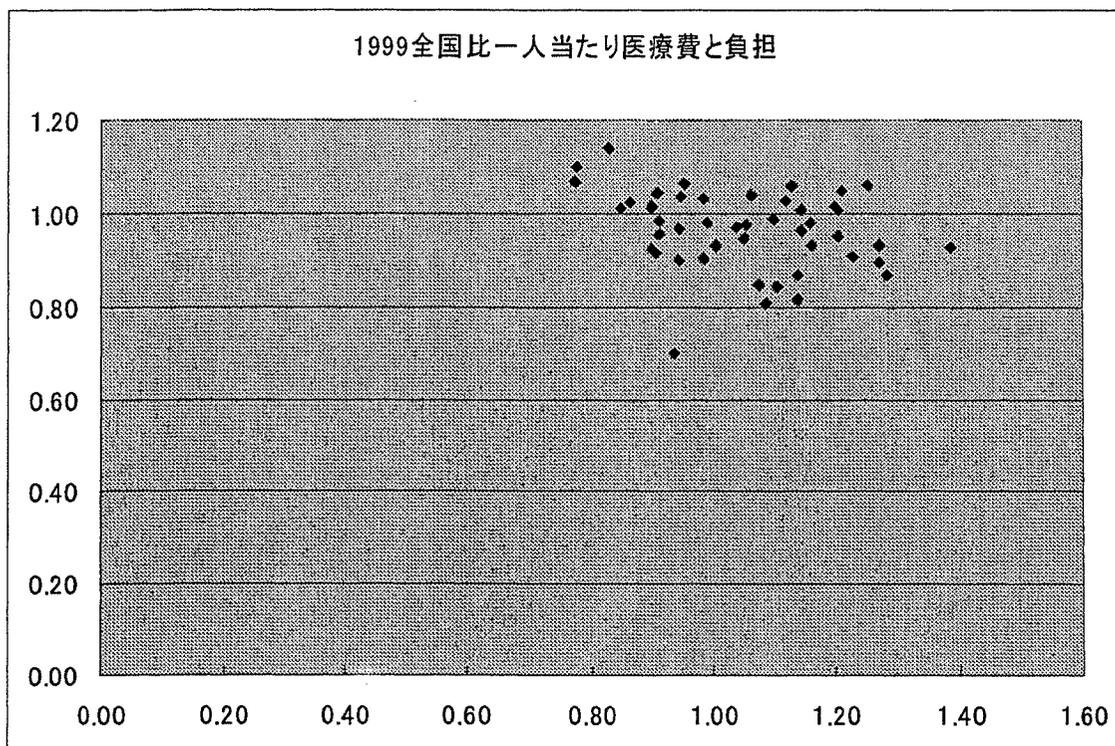
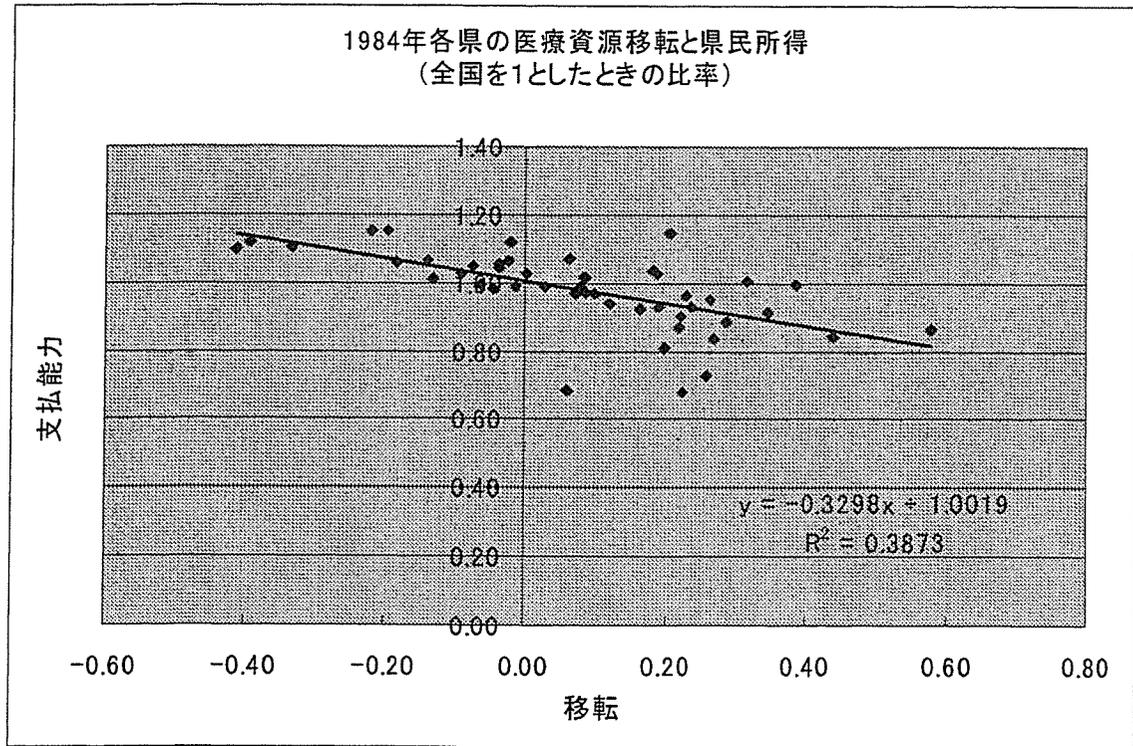
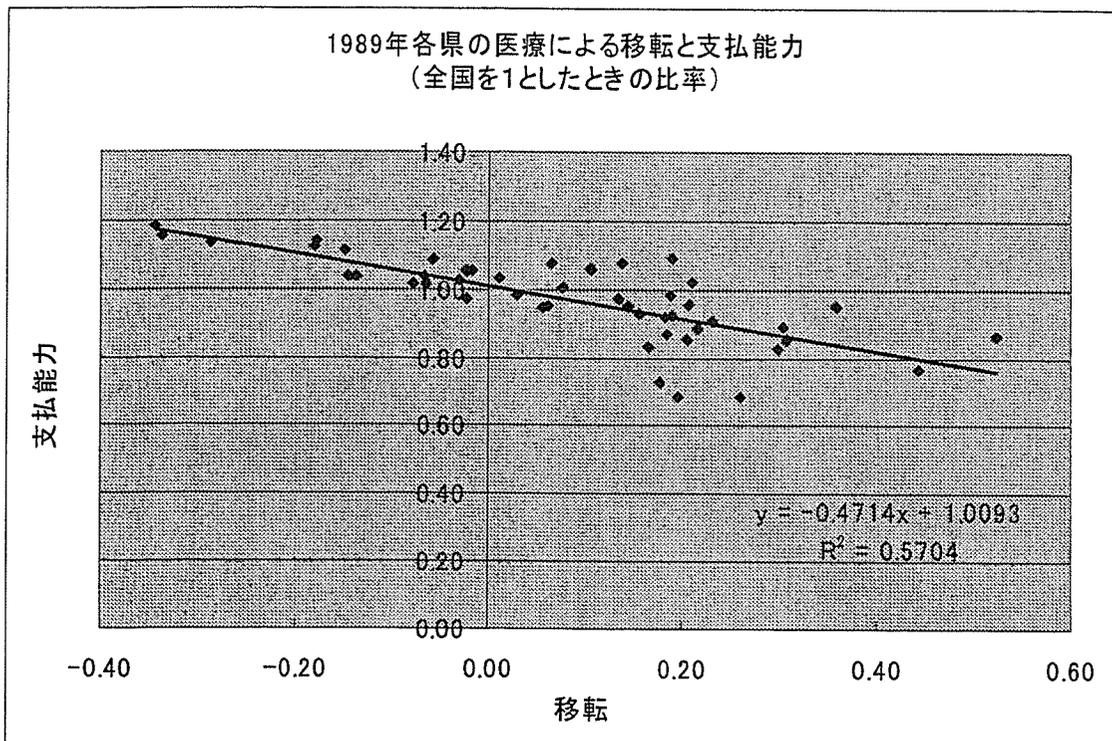


図2：各県の一人当たり医療資源の移転と一人当たり支払能力

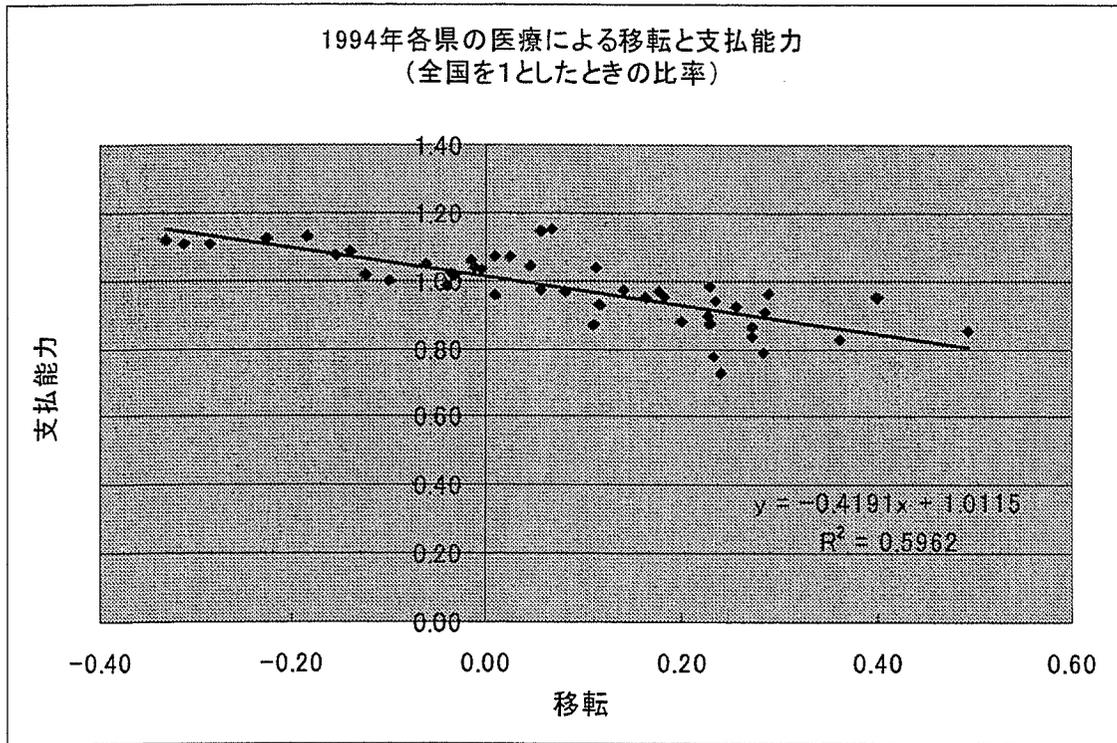
a. 1984年



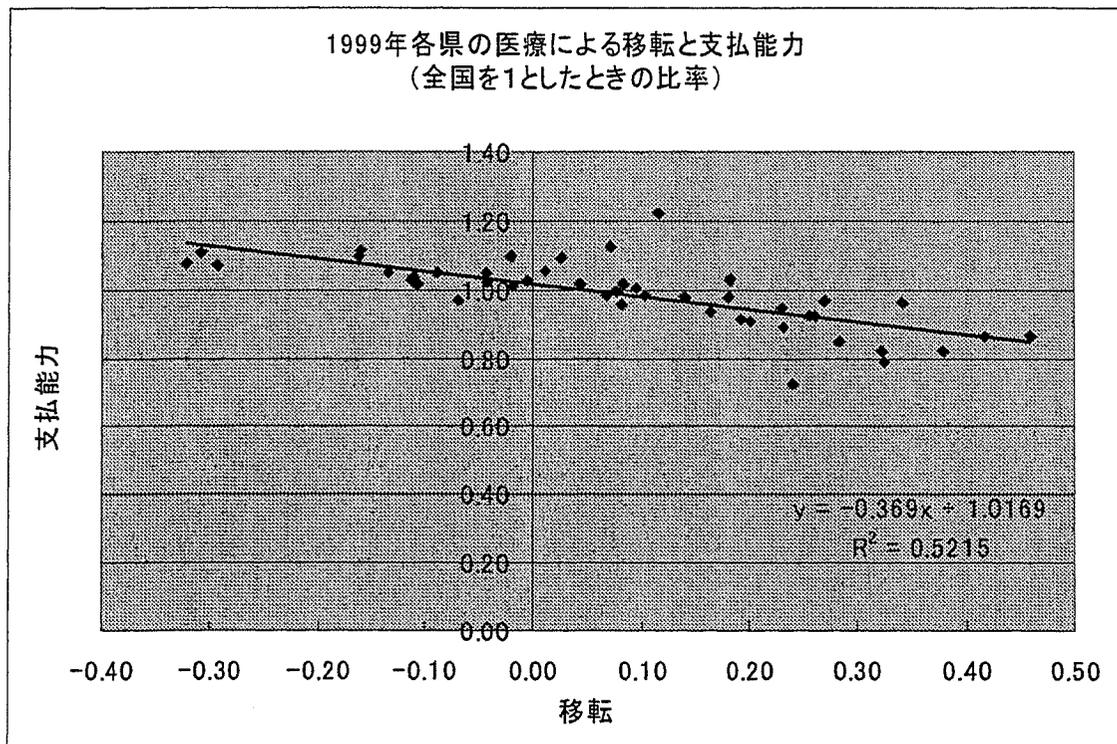
b. 1989年



c. 1994年



d. 1999年



4. 考察

分析によって、一人当たり医療費と一人当たり負担のばらつき、医療資源移転と支払能力との間の相関は全て1984年と1999年の間において、その傾向が変化したことが明らかになった。これは、この期間の間に医療資源が富裕県から貧困県へ移転が進んだことを意味し、公平性が高まったと推測できる根拠を提示している。しかし、本研究においては、それが地域医療計画によるものかどうかを直接的に計測することは出来なかった。せいぜい言うことができるのは、地域医療計画が実施されたところに医療の地域間での公平性が高まったという程度のものであろう。

もちろん、この研究で触れたのは貨幣換算した医療資源の移転でしかなく、一人当たり医療費というかたちで医療資源を見るということを行っている。医療資源は本来、他のものに代替が効かないものも多く全てをあわせて大雑把に貨幣タームで表すことには多くの問題も存在しよう。特に、地方における医師不足の問題は禁煙にいたっても解消されたわけではなく、地域間の公平性が高まったという結果が実情とそぐわない感もある。しかし、それでも本分析の結果は1984年と1989年の間に医療を通じた地域間の実質所得の移転が起こったことを示している。地域医療計画の影響をも含めて、公平性の問題をよりはっきり計測するためにはさらに詳細な分析が必要となるだろう。

VI政策論

1 保健医療分野における市場と政府の役割～経済学的視点から～

松本 邦愛(国立保健医療科学院)

2 英国における「エビデンスに基づく政策」と日本での応用可能性について

石垣 千秋(UFJ総合研究所)

保健医療分野における市場と政府の役割

～経済学の視点から～

1. 序

「民間でできるものは民間に任せる」との掛け声の下に、小泉構造改革が始まってからすでに二年近くが経過しようとしている。社会のシステムの大部分を、市場メカニズムを通じた民間の活動にゆだねようとする動きは、日本においても1980年代から進められてきた。古くは中曽根内閣の公社民営化から始まり、結果として失敗することになったが橋本内閣の行財政改革、そして現在の小泉内閣に至るまで改革の旗印は常に掲げられ、非常にゆっくりとではあるが民営化の動きは常に前進してきたように見える。特に小泉内閣に至ってはこの動きが一気に加速し、「改革なくして経済成長なし」とのスローガンの下にかつてないほど民営化に関する議論がなされてきている。この民営化の動きと相俟って分権化の動きが活発となってきている。たとえ公的な部門が担当する分野に関しても、国という大きなレベルで行政が動くのではなく、地方自治体、むしろ市町村レベルにおいて住民に直接サービスを提供したほうがよいという論調である。近年では市町村合併をもあわせて、地方分権化に関して大きな注目が集まってきている。保健医療セクターでもこの動きは例外ではなく、国立病院の民営化問題、保健医療行政の分権化が大きな課題となってきている。

政府サービスの民営化・分権化が叫ばれるのは、市場メカニズムを活用すれば、効率よくサービスを提供でき、かつ資源を節約することが出来るとの信仰が広く普及しているためであることは容易に推測できよう。しかし、これは全ての分野で当てはまることなのであろうか。保健医療分野の中で市場はこのような働きが出来るのであろうか。あるいは出来るとしてもそのためにはどのような条件が必要なのであろうか。このような問を抱えつつ、改めて経済学的に市場の役割を整理することは決して無駄なことではないように思われる。本稿では、従来の医療経済学の立場を明らかにした上で、感染症対策という一つのトピックを取り上げ、政府の役割はどのようなものかについて考察し、経済学が扱う効率性の問題を超えて他の評価軸にも目を向けつつ、保健医療分野における市場の機能と政府の役割についてまとめてみたい。

2. 医療サービスと経済学

市場メカニズムは効率よい資源配分を達成する、とはよく知られた経済学の原理である。経済学では、厚生経済学の第一定理、第二定理を用いてこれを説明する。厚生経済学の第一定理とは、任意の競争市場均衡配分はパレート効率の条件を満たしているといものであり、完全競争市場において均衡が達成されていれば、経済学に最も効率がよい状況であるパレート効率が達成されているというものである。また、厚生経済学の第二定理とは、任意のパレート効率の条件を満たす配分は、適当な初期保有量の再配分によって、競争市場均衡として実現できるとするもので、市場さえ正常に機能していれば、パレート効率は自ら達成されるとするものである。これ故に、社会システムを市場メカニズムに委ねることは、希少な資源を節約し、効率の上昇につながると考えられるのである。

しかし、厚生経済学の二つの定理には、大きな条件がついていることを見落としてはいけない。完全競争市場均衡がパレート効率を達成するのであり、市場メカニズムが十分に働くためには完全競争市場が成立するという条件が常に必要となるのである。これは裏を返せば、完全競争が達成されていなければパレート効率は達成されないことを意味し、その場合に政府の役割が生じるのである。

さらに、完全競争市場均衡が達成するものはパレート効率であり、それ以上のものでないことも同時に指摘されなければならない。すなわち、市場メカニズムが達成できるのは効率の問題だけであり社会的な厚生全てではない。むしろ効率のために他の社会的価値が失われる可能性を排除できないのである。例えば公平性の問題は市場メカニズムの中ではまったく解決できない問題である。社会のシステムがうまく機能するか否かに関して、その評価軸が効率だけではないことは、決して忘れてはならないであろう。この意味からも政府の役割が存在すると考えられる。

完全競争市場に関して、より詳細に検討しよう。完全競争市場が成立するためには、以下のような条件が必要であると考えられている。：①財の同質性、②完全情報、③多数の売り手と買い手の存在、④取引費用がかからないこと、⑤市場への参入退出が自由であること。これらの条件を満たすとき、市場メカニズムはよく機能し、効率性を達成する。

それぞれの仮定に関して検討してみたい。まず、財の同質性であるが、これは、もっぱら価格競争が行われており、製品の質に差はないという仮定である。財が同質なので、どこで買っても、価格以外に選好の基準はないということになる。しかし、現実には財は差別化されており、むしろ純粋な価格競争よりも価格外における質・サービスの競争が激しい。その場合には完全競争市場が想定する一物一価は成立しない可能性が生じる。

二番目に完全情報の仮定であるが、これは、売り手と買い手の情報が完全に同一だということである。売り手が高く売りつけたいために、欠陥情報を買手に教えないといういわゆる「情報の非対称性」があるような場合は、完全情報が成立しているとはいえない。また、いつ需要が発生するかわからないようなものも、この仮定を満たしていない。

三番目に多数の売り手と買い手の存在であるが、これは完全競争の成立にきわめて重要

な役割をもつ。もしも売り手が買い手が一人ならば独占、少数ならば寡占という不完全競争市場となってしまう、この場合、恣意的な価格操作が可能で、独占価格やカルテルのようなやや高い価格設定が可能になる。しかし、多数の競争者が存在している場合には、少しでも割高な売り手には買い手が見つからないので、どの売り手も限界ぎりぎりまで価格競争していこう。最終的には、どの売り手も同じ価格を提示することになる。つまり、売り手は一定の価格で売って、買い手はどこに行っても同じ価格で買うことができる一物一価の法則が成立することになる。売り手は価格を自分の都合で変えることができないので、全ての売り手が価格受容者（プライス・テイカー）になる。

四番目に、取引費用がかからないとの仮定であるが、これは財を購入するのに消費者が支払うのは財の価格のみであるという仮定である。しかし、これは二番目の仮定と絡んで、現実には承諾しがたい。情報が不完全である場合には、測定の費用、監視の費用、執行の費用から成り立つ取引費用が常に付加されると考えられるからである。

最後は、もしもその産業が利益をあげているならば、長期的には新たに産出してくるものがたくさんいるし、損失を計上しているならば廃業することも自由であるとの仮定である。しかし、現実には、参入障壁があったり、市場から撤退するにも多くのコストがかかったりする。

問題を保健医療サービスの分野で考えてみると、これらの条件のほとんどが当てはまらないことがわかるであろう。保健医療サービスは、生産部門などと異なり、特殊な財・サービスを扱っている部門である。市場のメカニズムを通じた効率の達成が期待できないことは1960年代のアローの議論¹以来広く知られてきている。アローによれば、保健医療セクターは市場の失敗の代表例であり、市場メカニズムを通じたパレート最適の状況が成立し得ないことになる。保健医療セクターがなぜこのような市場の失敗をもたらしてしまうかについて、アローはいくつかの特殊性をあげて検討している。これを順次見ていこう。

保健医療セクターは特に完全情報の仮定に対して著しく反する性質をもっている。まず、保健医療サービスの需要は、いつそれが需要されるか予測しづらいという特殊性を持っている。自分がいつ病気になるか、あるいはけがをして医療サービスを受けるかは、ほとんど予測不可能である。高齢になれば病気になりやすくなるといった程度の予測はできるかもしれないが、正確な需要の発生を予測することはできない。しかも、需要が発生する時には、相当の費用が発生することも特徴である。仮に、何らかの病気で入院することになれば、医療費の負担だけではなく、仕事をすることができなくなることから大きな機会費用がかかってしまうことになるのである。通常、このように需要の予測ができず、かつ発生した時には高額な負担を強いられるものには保険の市場が成立する。しかし、保健医療サービスの場合には、もう一つの特長によって、民間の保険の成立が極めて難しくなっている。

¹ Arrow, K. J. (1963), 'Uncertainty and the welfare economics of Medical Care,' *American Economic Review* 53, pp. 941-973

保健医療セクターの二つ目の特殊性は、情報の非対称性がはなはだしいことである。保健医療サービスは、売り手側はその内容について多くの情報を持っているが、買い手側はより少ない情報しか持ち合わせていない。売り手側が過剰なサービスを提供しても、買い手側のほうにはそれが不必要であるかどうかを判断できるだけの情報がないので、いわゆる供給者誘導需要が起きてしまいがちである。国民医療費増大の問題の多くが、この供給者誘導需要によっているとも考えられ、保健医療サービスを取引する上での最も大きな問題となっている。

また、情報の非対称性は、先ほど述べた民間の保険を成立をも阻害する。この場合は、消費者と保険者の間で情報の非対称性があり、逆選択やモラル・ハザード²の問題が発生する。保険者は消費者の健康状態について、消費者よりもずっと情報が少ないため、消費者が病弱である場合を考えて、保険料を高め設定しようとする。しかし、それでは健康な消費者にとって保険料は割高になってしまうので、健康な消費者は保険に加入しようとしなくなるであろう。この場合、保険に加入するのは病弱なものだけになってしまう。これが逆選択である。この場合、保険者はより一層保険料を引き上げざるを得ず、最悪の場合は市場の均衡点が消滅してしまう。また、この問題を避けるために、例えば消費者が保険に加入する際に健康診断を厳密に行うなど、保険加入の条件を厳しくすれば、本当に保険が必要な病弱なものは保険に加入することができず、健康なもののみが保険に加入するということになる。さらに、保険への加入が疾病を予防しようとする消費者の努力のインセンティブを引き下げる可能性も指摘される。これがモラル・ハザードである。このような結果、私的保険は保健医療セクターにおいては成立しにくいのである。

このような情報に関する特殊性のほかに、保健医療サービスには外部性の存在によるパレート効率からの逸脱もあげることができよう。これは、特に感染症で見られることであるが、一人の発症は他人へ伝染する可能性を持っている。この場合には、私的費用と社会的費用の乖離が発生する。感染症に対する対策は感染症にかかった本人の益になるばかりではなく、かかっていないものにとっても感染の恐れが減少することで益となるため、外部経済が発生する。感染したものがサービスを受けると周囲のものにも益が及ぶために、周囲のものは無料で益を受けていることになる。感染者は必要以上に（すなわち周囲のものが受ける益についての代価も）支払っていることになるので、このような財は過少供給されることになる。

このように、保健医療セクターは、様々な市場の失敗を併せ持っている分野であり、市場原理、競争原理が極めて働きにくいセクターである。このような場合には、政府がサービスを直接提供することが必要とされるとされているが、どのように提供するかについてはこれといって有効な処方箋はない。また、市場の失敗を克服し、競争原理を導入するた

² 逆選択は契約成立前に財サービスに対する情報の非対称性があることから生じる。これに対して、モラル・ハザードは契約成立後の相手をとる行動について情報の非対称性があることから生じる。

め、専門家からなる第三者購入者を要した「準市場」の試みなどが欧米では実施されているが、この場合においても「準市場」を成立させるためにはインセンティブの問題や測定・監視・執行の問題などあまりにも多くの条件をクリアしなければならず、競争の管理者の役割の増大とその力量が大きな問題となってくる。様々な試みがなされているものの、市場原理に基づいた効率性を確保するための処方箋は未だ得られていないのが現状といえるだろう。政府が担当すべきもの、市場の原理が応用できそうなものは、サービスの種類によっても異なり、しかも実際にそれがうまく操作されうるかは試行錯誤を繰り返していかなくてはならない。少なくとも、市場に任せると効率がよくなるといった類の単純な問題でないことは明らかである。

3. 感染症対策における政府の役割

前節までの議論を踏まえた上で、一つの例として感染症対策という特殊な例を挙げ、そこで政府はどのような役割を果たすべきか考えてみたい。感染症といっても全ての感染症を対象とする議論はしにくい。ここでは、感染症にかかった本人にとって重大な影響をもたらす感染症に限って考えてみたい（表1）。

感染症を前節のように外部性の問題と考えた時、感染症を感染力の大小によって分類すると議論が整理できる。重篤さの大小はあるものの、コレラ、インフルエンザや SARS などの感染症は、感染力が大きな感染症として分類できるであろう。これに対して、AIDS や感染症ではないものの生活習慣病のような疾病は感染力が小さいあるいは全く無いものとして一つのグループに出来るであろう。結核などの感染症はその中間に属すると考えられる。このように分類した時、感染力の大きな疾病は大きな外部性を持ち、それを防ぐための政府の対策は、公共財として定義することが出来よう。公共財とはその財の消費が、非排除性と非競合性³を満たすものとして定義されるが、感染力が大きい感染症対策は、この両方を満たす財として考えられる。

しかし、一方、感染力の小さい感染症に関しては、その対策を公共財として考えることは出来ない。これらの感染症に対する予防・治療等は外部性をほとんど生じさせることなく、かつ非排除性、非競合性を満たさない。よってこれらの疾病に対しての対策（予防・治療）は極めて私的財に近い財・サービスということになろう。新古典派の経済学では、このように私的財に近いものに関しては、政府が市場に介入することは正当化されない。もしも、このような財に対して介入する根拠を探すのだとしたら、新古典派の枠を離れて、例えば財政学者マスグレイヴ⁴が提唱した価値財の考え方によって説明するほかは無くなる。価値財とは「市場を通じて給付可能であるが、消費者がその貨幣を他のものに支出す

³ 非排除性とは、財・サービスを消費するにあたって、対価を払わないものを排除できないという性質であり、非競合性とは、あるものが財・サービスの消費を行っても、他の経済主体の同じ財・サービスへの消費を妨げないという性質である。

⁴ R. A. Musgrave (1973), *Public Finance in Theory and Practice*, McGraw-Hill Co.

ることを選択するために市場を通じてはみたされない欲求」である「価値欲求」を満たすために政府が供給しなければならないと議論される財のことであり、社会保障サービスの多くがこれに含まれている。しかし、そもそも人々が合理的に行動するという新古典派経済学の根本概念からはこのような価値財の供給を政府が行わなければならないとする必然性は生じない。むしろ、政府の介入は市場をゆがめることにつながり、効率を損なうとの議論が生じるだろう。

むしろ、価値財の問題は情報の非対称性、不完全性の問題として考えたほうが、その供給に関しての政府介入を正当化することが出来よう。AIDS などの感染力の弱い感染症や生活習慣病は、情報が不完全であるがために合理的な選択を逸し、感染、発症する 경우가少なくない。この場合においては、十分な情報の供給が行われることによってより効率的な状況が達成される可能性を残している。現在厚生労働省にて進められている健康日本 21 の理念は、これらの感染症、疾病に対する政府の介入の必要性を認めたものと解釈することも可能であろう。個人の健康実現を支援するための政府の役割とは、情報の不完全性を補い、個人が合理的な判断を出来るように支援することと考えることが出来る。

このように感染症対策という限られた分野を鳥瞰してみただけでも、政府の介入が必要なことは確かである。しかし、それでは供給は政府によって行われるべきかと問われると、必ずしもそうでなければならないという根拠はない。政府が供給すべきか民間がすべきか、中央政府がすべきか地方政府がすべきか、あるいは営利団体がすべきか非営利団体がすべきかを論じるのはそれほど簡単なことではない。伝統的な経済学においては、公共財は政府が供給をし、私的財は民間が供給するという役割分担があるが、公共財であるからといってそれだけで政府の直接的な供給が正当化されるわけではないし、私的財であるからといって政府の役割が無いというわけではない⁵。これは、市場を利用するための取引費用を費用の中に入れて考えた時によりはっきりする。公共財であるからといって、それを政府が行うことによって生じる費用が明らかに便益を上回る時は、政府は国民利益の最大化のためには何もしないのがいいということになるだろう。

感染症一つにしてもいろいろなケースで政府の役割が異なってくる。感染力の強い感染症に関しては、感染の予防に関してなお中央政府の役割は大きいと考えられる。特に感染が地域を越えて（あるいは国境を越えて）広がる可能性がある場合には、中央政府の介入が必要になるであろう。これは、感染症は発生の初期のうちに、迅速かつ集権的に予防するのが最もコストがかからないと考えられるためであり、そこから得られる便益もきわめて大きいと考えられるためである。緊急を要する場合には特にこの特徴は強調されるであろう。この場合には供給は中央政府によって行われるか、そうでない場合でも中央政府の指揮下において供給が決定されるのが望ましいということになるだろう。

これに対して、感染力の小さい感染症や生活習慣病は、予防せよ治療にせよ、サービス

⁵ Coase R. H. (1974) 'The Lighthouse in Economics,' *Journal of Law and Economics*, 17(2), October, pp.357-376

を提供する主体が中央政府である必然性は無い。この場合においては、むしろ、個人に近い場所での支援が効果的になる場合が多く、地方政府・自治体もしくは民間の役割が大きくなると考えられる。中央政府の役割は、それがかかる費用に対して十分国民の利益になると思われる場合に、法整備や制度の改変、あるいは情報の提供などを通じて取引費用を下げ、民間企業などが十分な供給を行えるようにすることであると考えられる。

このように、感染症対策という特定の分野においても、そこにおける政府の役割もしくは適切な介入のあり方には相違があると考えられる。現実には、取引費用も含めた費用と利益とのバランスにおいて、どこがどのような介入をすべきか個々のケースの分類が必要となるだろうが、ケースによっては感染症対策では市場はうまく機能せず、管理者としての政府の役割は大きいことが示唆される。

保健医療分野において政府の役割が必要となるのは、もちろん感染症対策だけでなく、その他疾病対策、公的医療保険、人材の供給等と非常に多岐にわたるが、今までの議論から以下のようにまとめることができよう。まず、保健医療サービスは市場の失敗が極めて大きいため、全てを市場に任せておいたのでは効率性の面から判断しても不適當である。よって政府には大きな役割が存在することになる。しかし、政府（特に中央政府）は保健医療サービスの供給を直接行う必要はない。ケースによって、民間、NPO、地方政府、中央政府等のいずれが供給を行うのが効率的か異なる。よって、政府の役割が大きいと政府が供給することとは別の問題であるといえることができる。中央政府にとって最も大きな役割となるのは供給者が円滑に活動できるような場を提供することであり、制度的な枠組みを設けることであろう。

表1: 感染症の種類と政府の役割

種類	コレラ、SARS、 インフルエンザ等	結核等	AIDS等感染症、 生活習慣病
感染力	大		小
財の性質	公共財的		私的財的
介入理由	公共財		情報の制限 (価値財?)
介入方法	中央集権的 直接介入	中間的	分権的/ 間接的介入

4. 他の評価軸：ケイパビリティと公平性の問題

前節では、感染症対策に関して、効率的な資源配分という点から議論を進めたが、第2節において指摘したように、社会的価値判断は効率においてのみなされるわけではない。ここでは、もうひとつの大きな尺度である公平性の観点から保健医療セクターにおける政府の役割を論じてみたい。

公平性の問題は、保健医療セクターでは特に大きな問題となることが考えられる。保健医療セクターが担当する「健康」の公平性の問題、さらにそれを害した時の医療機関への「アクセス」の公平性の問題は、他のセクターで引き起こされる公平性の問題（例えば所得の不平等）よりも、深刻な問題となる可能性があるだろう。というのも、健康の問題は、個人の厚生を構成する主要な部分であるだけでなく、個人の厚生を構成する他の部分にも大きな影響を与える可能性があるからである。アマルティア・センのケイパビリティ・アプローチ⁶に沿って説明しよう。センによれば、厚生とは「何をするか、何になるか」という選択しうる「機能」の集合の大きさ（ケイパビリティ）として表される。しうるもの、なりうるものの選択の幅が大きいほど、厚生水準は高いと考えられるのである。この場合、「健康である」あるいは「医療サービスを受ける」という選択肢はケイパビリティを構成するきわめて重要な機能である。しかし、そればかりでなくそれらの機能は、他の

⁶ Sen, A. K.(1985a): *Commodities and Capabilities*, Amsterdam: North-Holland.(鈴木興太郎訳、「福祉の経済学—財と潜在能力」、岩波書店、1988)、Sen, A. K.(1992): *Inequality Reexamined*, Oxford: Clarendon Press.など参照。

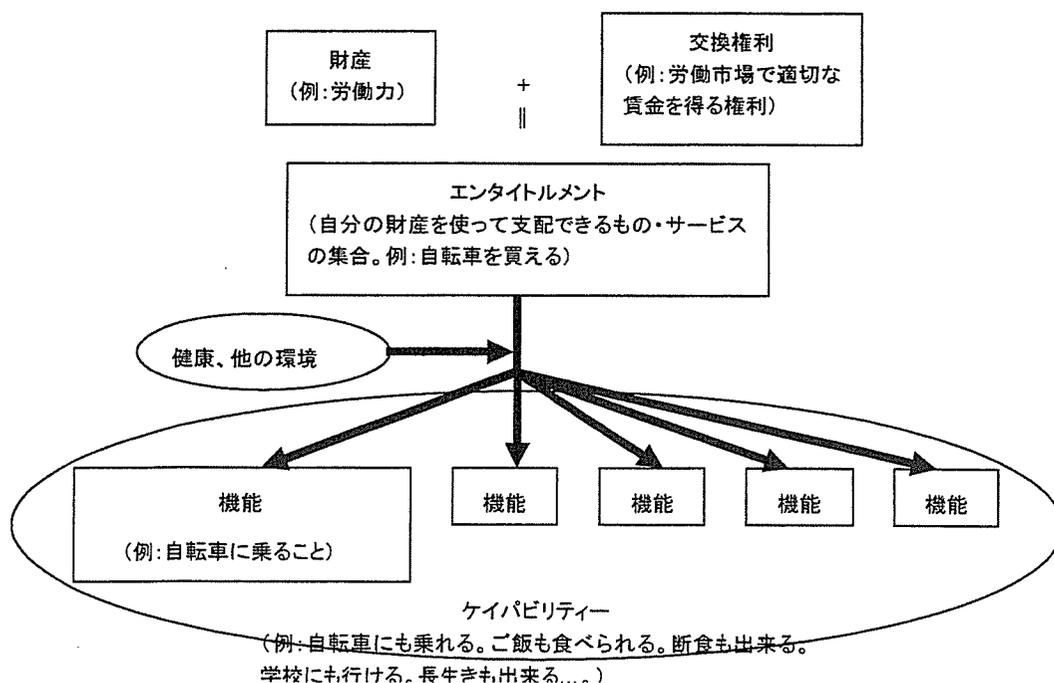
機能の実現にも大きな影響を与えるといえる。例えば、自転車という財を保有していたとしても、足に大きなけがを負っているときには「自転車に乗る」という機能は、実現し得ないからである（図1）。

センは、公平性の問題を考える時、このケイパビリティーの公平性をその基準とすべきであることを論じているが、保健医療セクターが扱う「健康」の公平の問題は、直接、間接にケイパビリティーに大きな影響を与えるといった意味において、きわめて重要な問題と考えることができる。

このような公平性の問題を考える際に、市場のメカニズムは公平性を保障しないことを指摘することは重要であろう。市場原理が目指すものはパレート最適な状況であり、効率性をいかに改善するかという問題なのである。厚生経済学の第二定理に従えば、公平性の問題と効率性の問題はまったく独立した問題になる。たとえ効率が極めて改善されても、公平性の問題が悪化している状況も考えられるのである。

効率性の問題は市場メカニズムがうまく働けば解決するという可能性を残しているのに対して、効率性の問題は政府（地方政府も含めた）が直接介入することなしには解決しない。既に述べた私的保険の例でもわかるように、市場メカニズムに任せておいたのでは、本当に医療サービスが必要な病弱者がまったく保証されない状況が生み出される。このような問題を解決するには、直接政府が与える強制保険（国民皆保険）の達成がきわめて重要になることであろう。強制保険の達成は、誰もが医療サービスを受けることができる一つの条件になる。

図1：ケイパビリティーの概念



しかし、公平性の問題を考える時は、さらに問題にしなければならないことが存在している。それは、地域間の格差である。消費者は決して一塊になって同じところに集住しているわけではなく、医療機関にアクセスするには大きな地理的費用の相違を抱えている。特に僻地に住んでいる場合は、きわめて医療資源へのアクセスが限定されてしまう。この場合には、競争原理は働きようもなく、さらに、医療資源へのアクセス自体保障されない可能性がある。市場原理では、公平性の問題を解決できないだけでなく、空間の問題もまったく取り扱うことすらできない。この地理的な公平性の問題こそ、最も政府の役割が発揮される場所であり、政府の計画された政策なしには問題の解決は図られないであろう。

公平性の問題は、時として効率性を犠牲にする場合も考えられる。しかし、保健医療セクターでの公平性の問題が他のセクターに比してきわめて大きい以上、公平性を優先した政策を採ることは必然であるといえるだろう。効率性一辺倒の政策（もしくは規制緩和）は、きわめて大きなケイパビリティの不平等を生み出しかねず、いかなる意味からも肯定することはできないであろう。

感染症対策の場面においては、この公平性が問題となるのは主として感染力が弱い感染症においてである。そもそも感染力が強い感染症対策は大きな外部性を持つので、政府のサービス供給において公平性に関する問題が発生するとは考えにくい。しかし、感染力が弱い感染症においては、予防においても情報の偏在の問題があり、あるいは治療においても医療資源のアクセスの問題が生じる。議論してきたように、アクセスの平等性や健康達成の平等性を考える上においては、感染症対策においての政府の役割はこの側面からも指示されることになるであろう。

このように検討すると、平等の問題をも考え合わせると政府、特に中央政府の役割はかなり大きなものとして現れてくることになるだろう。効率の面から見ると、民間やNPOが供給したほうがよいものであっても、平等という観点から時には効率を多少犠牲にしてでも政府が直接に供給したり、あるいは強い規制を設けたりすべき場合も大いに考えられる。このような場合、どういった視点において保健医療システムを評価するかといった評価基準が求められることになるだろう。センのケイパビリティ論は一つの評価の指針を提示しているのである。

まとめ

1. 保健医療サービスの特徴と市場

保健医療分野の財サービスは他分野の財・サービスと異なり、以下の特徴を持っている。

- ①その需要が予測できないこと。
- ②情報の非対称性がはなはだしいこと。
- ③参入・退出が他産業に比べて難しいこと。

これらの特徴があるために、保健医療セクターには伝統的経済学の観点からしても政府の介入の余地が生じると考えられる。通常の財やサービスであれば、伝統的経済学では厚生経済学の基本定理を基にした議論を展開する。つまり完全競争状態は最も効率の良い状態（パレート最適）を達成し、富の分配の問題と効率の問題は互いに別のものだとするものである。よって、出来るだけ完全競争の状況に近づくために、民営化や小さな政府などが目指されることになる。しかし、市場の失敗を引き起こす分野においてはこれを防ぐための政府の介入が求められる。

2. 政府の役割と介入方法

政府の介入が求められるといっても、どのような方法をとるかというのは必ずしも明らかではない。Preker らによれば (Preker, A.S. et al. [2000], "Make or buy decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory," *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), pp. 779-790)、保健医療分野の財・サービスといっても、情報の非対称性と参入・退出の可能性（競争圧力）の程度により、市場で供給できるものから、政府が市場からの購入と言う形で介入すべきもの、政府が直接供給すべきもの等に分割することができるという。大部分は政府が介入しても政府による購入というかたちで市場から調達できるのであるが、どうしても市場で供給できず政府の供給が求められる分野は、情報の非対称性が極めて高く、競争圧力がほとんどない政策策定、モニタリング、評価ということになる。

しかし、政府の役割の議論は効率性の議論からのみされるべきものではない。効率性は社会価値の一つでしかなく、市場においては全く供給できない他の側面、例えば公平性などの側面が存在している。厚生経済学の基本定理では、分配と効率の問題は全く別個の問題として考えられるが、実際に政策を行う場合には、公平性の追求は市場をゆがめるかたちでしか行い得ないのが現状である。そこで、政府はこれら諸価値のバランスを取る必要が生じる。

3. 政府の計画の意義

ここで有効となるのが計画という手法である。政府の役割について議論する上において、必ず考慮しなければならないのは、社会価値として目標を設定するということである。政府が社会の一般意思を反映すべきものである以上、社会的価値に関する合意（そしてそのための政策策定）を形成するのはその大きな役割である。また、モニタリング、評価は合意された価値を達成するためには重要な働きとなる。目標に向けての執行は、市場、地方政府、NPOが担うことはできるが、社会的目標の設定と監視、評価はなお政府の果たさなければならない役割として残されるのである。

英国における「エビデンスに基づく政策」と

日本での応用可能性について

1. はじめに

近年、日本では、Evidence-based Medicine（根拠に基づく医療：以下、EBM）に対する関心が高まっている。1999年3月に厚生省より「医療技術評価推進検討会報告書」¹が発表され、また1999年12月には、「EBM ジャーナル」が創刊された。以降「EBM」という言葉が人口に膾炙するようになった。世界的な潮流となりつつあるEBMを導入することにより、医療の質が高まると期待されている。後に述べるように、EBMでは特定の<エビデンス>を科学的であると位置付け、その<エビデンス>を根拠とした臨床行為を行うことを医師に求めている。これは、英国の医学者アーチャーボルト・コクランの考えに影響を受け、英語圏を中心に国際的な運動の中で発展してきた。各国政府が、医療政策の中にEBMを導入しているほか、世界保健機関（WHO）も「施策のためのエビデンスと情報」という活動方針を策定し、EBMに高い関心を示している。

現在の英国労働党政権は、EBMの動きをさらにおし進めると共に、<エビデンス>に基づく政策決定を「What works?」という標語のもとに、他の分野にも拡大する方針を明確にしている。今やEBMは、医学の領域に止まらず、英国政府の「規範的な方針²」となっているが、昨年二期目に入ったブレア政権の下でこの動きは加速すると思われる。また複数の大学においても、「What works?」に答えるべく、政策決定の根拠を作り上げる研究活動も活発になっている。

本稿では、EBMが定義する<エビデンス>とは何かを示し、なぜ、EBMが政策の中に取りこまれたかを示す。さらに労働党政権下での「エビデンスに基づく政策」の拡大と、「エビデンスに基づく政策」の社会科学上の意義を検討し、今後の日本での応用についても議論を進めたい。

なお、以下の部分ですぐに議論を進めるように、エビデンスとは「科学的根拠」と理解することができるが、多種多様な「科学的根拠」に該当するものを示す場合にはエビデンスと記述し、EBMによって定義され、英国の政策全体に影響を及ぼしている無作為化比較試験を経たエビデンスを指す場合には、<エビデンス>と記述する。

¹ 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進室（監修）、2000年

² Stephen Harrison, 1998, "The Politic of Evidence-based Medicine in the United Kingdom, in *Policy & Politics*, Vol.26, No.1Harrison, P72