

保険財政の将来推計の主な結果は、改正案が実行されれば 2005 年には保険財政全体で 3.22 兆円の収支改善効果が見込まれ、0.69 兆円の黒字となるというものである。ただし、この財政収支の黒字化は一時的なものにとどまり、その後赤字幅は再び拡大して、2025 年の赤字幅は 6.54 兆円に達すると見込まれる。構造改革をともなわない保険制度改革は、患者と保険者、および被用者保険と国民健康保険間の負担の付回しに過ぎない。

D. 考察

患者負担の増額など医療需要面の対策と比べて、検討課題にとどまっているものが、現行の医療制度効率化のための政策である。2001 年の試案では、医療提供体制の改革の柱として、1)患者の選択尊重と情報提供と、2)質の高い効率的な医療提供体制、等をあげており、そのための手段として、「根拠に基づく医療」の推進や医療の IT 化、医療経営の近代化を示されていた。これらはいずれも望ましい方向でありながら、それらがすべて以下のようなゆっくりとしたペース

や検討課題にとどまっているというスピード面に大きな問題がある。

E. 結論

抜本的な医療改革のためには、医療サービスの需要と供給の両面における政府の過剰な介入を防止することが重要である。そのためには、公民ミックス（混合診療禁止の撤廃）、診療報酬の見直し（医師の能力に応じた報酬格差、資本コストの明示化、包括払いの拡大）、保険者機能の強化、レセプトの電子化、医療市場への株式会社の参入などが進められるべきである。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

八代尚宏・鈴木玲子・鈴木亘「日本の医療改革の展望」『日本経済研究』No.49、2004 年 3 月

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究」
（分担）研究報告書
日本の医療改革の展望

八代尚宏（社）日本経済研究センター
鈴木玲子（社）日本経済研究センター
鈴木亘 大阪大学大学院国際公共政策研究科

1. 日本の医療費の現状

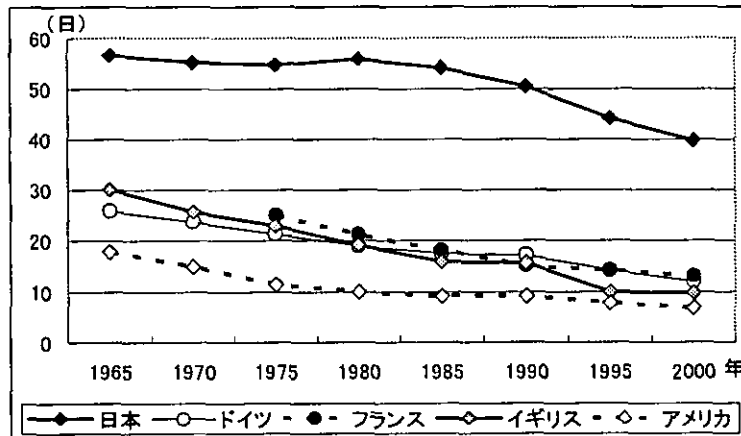
日本人の平均寿命は2002年に女性が85.23歳、男性が78.32歳で、男女ともに世界一の高さとなっている（厚生労働省「簡易生命表」2002年）。また、2002年の世界保健機関の報告（WHO(2002)）では、平均寿命から日常生活を大きく損ねる病気等の期間を差し引いた「健康寿命」でも、女性75.8歳、男性71.4歳と世界最高で、食生活の水準や、予防医療を含めた医療の質の高さなどが、その主たる要因としてあげられている。

日本の65歳以上人口比率は、2002年の18.5%からピーク時の2050年の35.7%にまで高まっていくと見込まれているが、最近の人口推計の改定でピーク時の水準は5年前の予測値よりも3%ポイント引き上げられた。この背景には合計特殊出生率が1970年の2.13の静止人口水準から2002年の1.32の低水準まで持続的に低下したことや、同期間に65歳時の平均余命が女性で15.3年から22.96年へと伸長しているなどがある。仮にこうした傾向が変わらなければ、今後、いっそうの高齢化が進むことになる。

人口の高齢化は、年金と同様に医療費を拡大させることの大きな要因となる。第1に、年齢別に見た一人当たり医療費は、70歳以上平均では、それ以下の年齢層の5倍以上となっており、他の条件が一定であれば、人口に占める高齢者比率が高まるほど医療費が増えるという関係にある。もっとも、患者一人当たりの医療費に関する年齢差は小さく、むしろ個人の年齢に比例して疾病確率が高まることによる面が大きいと考えられる。

第2に、高齢者に顕著な長期入院がある。日本の平均的な入院期間は米国の5倍であり、80年代まで格差はむしろ拡大してきた（図表1）。この背景には、フリーアクセスの病院が不足する介護施設の代用として用いられる「社会的入院」が生じていたためといえる。こうした状況は、公的介護保険の創設により、病院から在宅介護や施設介護へのシフトを促す政策により改善に向っているものの、欧米と比べた格差はいぜん大きい。

図表1 入院患者の平均在院日数



(注) 2000年は、日本は1999年値、イギリスは1996年値。
 (資料) OECD Health Data 2003

第3に、コストの著しく高い終末医療費の影響である。70歳以上の患者について、死亡前一年間の医療費は、高齢者の全入院費用の19.2%を占めるとされている(小椋ほか1994)。このため、終末医療費を除けば、高齢者の医療費は他の年齢層と大きな違いはないという研究もある(鈴木・鈴木(2002))。仮にホスピス等の充実により、高齢者の終末医療費の抑制が可能となれば、高齢化により医療費の膨張を防ぐことは可能であるが、そうした社会的コンセンサスが得られなければ、高齢化による医療費の拡大は避けられない。

過去10年間の医療改革は、もっぱら医療費の抑制を目的としたものであった。国民所得比で見た国民医療費の比率は、長期の経済停滞にもかかわらず、1990年の5.9%から2001年の8.5%にまで傾向的に高まっている。このため政府は、人口の高齢化にともなう医療費の増加を抑制するための様々な手段を講じてきた。しかし、単なる医療費の抑制だけでは、医療資源の最適な配分を損なうことになる。医療の質向上を前提として、医療費の効率化を図るための制度改革が求められている。こうした観点から、特に米国との対比で、医療保険制度改革の主要な論点について展望する。

以下では、まず日本の医療保険制度について、医療サービスの需要面と供給面に影響を及ぼす主要なポイントを米国と対比する。次に、高齢者医療制度改革の論点と、これをも含めた2003年度の医療保険制度改革の財政効果についての試算を示す。最後に、医療サービスの需給に関する政府と民間との役割分担について検討する。

2. 日本の医療保険制度の特徴

2.1 フリーアクセスの原則

日本では国民の全てが公的保険の傘で覆われている国民皆保険制度が確立しており、歴史的な経緯から、被用者を主体とした企業別に組織された健康保険組合(以下組合健保)、それ以外の被用者を対象に国が保険者となる政府管掌健康保険(以下、政管健保)、および自営業・無職者等を対象とした市町村が保険者となる国民健康保険(以下、国保)、等の制度から成っている。これは高齢者や低所得層以外は、民間の医療保険を利用し、多くの無保険者が存在する米国のしくみと対比される。もともと、米国の民間保険

の大部分は、被保険者の過去の病歴を考慮しない保険料を設定し、州の監督を受けて、税制上の優遇措置を受ける非営利団体が経営している。従って、保険制度を通じて健康な者から病弱者への所得再分配がなされており、加入への強制性を欠くということ以外では公的保険と多くの共通性を有している¹。

むしろ日本の国民皆保険制度の主要な特徴としては、すべての国民が健康保険証だけで医療機関を自由に選択できるという徹底したフリーアクセスの原則が貫かれていることがある。これは患者にとっての利便性が大きいことの半面、多様な機能をもつ医療機関の役割分担が明確にならず、例えば、信頼性の高い大規模な病院に外来患者が集中する傾向が見られるなどの問題が生じている。他方で、同じ国民皆保険制度であっても英国や欧州では、救急医療を除いて、家庭医がまず患者を診察し、適切な病院等に紹介するとともに、退院後は再び担当するという役割分担が確立しており、家庭医等の紹介なしに患者が病院を利用することを制限している場合が多い。

こうした病院と開業医との連携は、多様な疾病に対応可能な家庭医が極端に不足していることや、診療所が小規模な入院施設をもつ半面、大病院が外来患者に大きく依存することなど、開業医と病院等との機能分化が確立していない日本では困難である。この点は、医療施設や補助スタッフを提供する病院と、診療行為に専念する医師の機能が明確に分離されており、医療保険自体も、病院の費用を保障する保険と、医師の費用を保障する保険とに明確に分かれている米国と対照的である。貴重な医療資源を有効に活用するためには、救急医療以外では、家庭医による患者の識別（ゲートキーパー）機能を発揮させることが必要であり、その意味で現行の被保険者による無制限のフリーアクセスの状況は、病院の混雑等を引き起こすひとつの要因となる。日本でも 200 床以上の大病院に、患者が家庭医等の紹介状なしに直接診療を受ける場合には追加的な費用が課されることや、紹介状付きの患者比率を 30%以上に引き上げることで診療報酬を割増しする仕組みが設けられているが、その割増し金額は僅かであり、抑制効果は小さい。

2.2 患者の自己負担

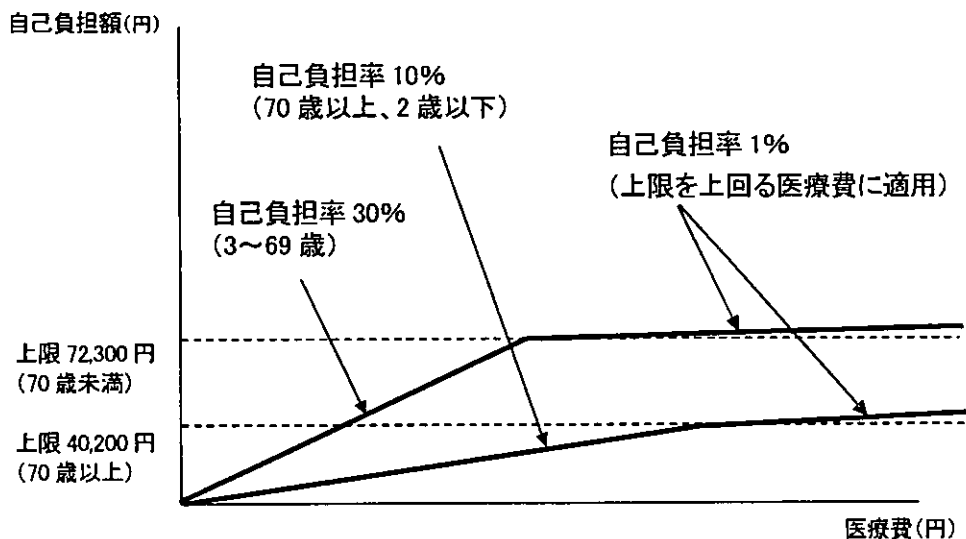
被保険者の医療機関へのフリーアクセスを価格面から抑制するひとつの手段として、患者の自己負担がある。これは感染症や急性症等の公共サービスに近い医療分野については、元々、不必要なものであるが、慢性症のような日常生活の延長に近い医療分野では、患者のモラル・ハザードを防ぐために必要である²。医療費の自己負担率について、その上限と下限の設定が重要である。例えば、米国の高齢者医療保険（メディケア）では保険が適用される医療費の下限が 500 ドルである半面、自己負担率は 2 割である。これに対して、日本では、下限が設けられていないため 1 円から保険が適用される半面、自己負担率は高齢者等を除いて 3 割負担となっている。これは負担の形式的な平等性を重視するものであるが、医療保険を「万一の重大な疾病に対する備え」と捉えれば、一定額以下の医療費については保険支払義務を免責する代わりに自己負担率を引き下げる米国方式が、実質的な平等性の観点からは、より合理的なものとなる。

他方、著しく高額な医療費について機械的に 3 割の自己負担率では、被保険者の負担が大きくなるため、その上限が定められている。米国のメディケアでは自己負担額は 1,500 ドルが限度となっているが、日本では高齢者の 1 割自己負担の上限は月額 40,200 円、その他の 3 割自己負担は 72,300 円までで、それを上回る医療費については 1%を負担するだけで良いという「高額療養費制度」が設けられている。

¹ 日本でも主として自営業を対象とする国民健康保険では、保険料が給与から天引きされる被用者と異なり、加入の強制性は名目的なもので、入院を必要とする状況になってから遡って保険に加入するという場合も、事実上、生じているといわれる。

² 高齢者の医療需要について 10%の価格引き上げで 3%の需要抑制が生じるという分析結果がある（井伊・大日(2002)）。

図表 2 患者自己負担スケジュール（1カ月当たり）



注) 2004年1月現在

また、これ以外に健康保険料の所得税課税所得からの控除も、実質的な公的補助となっている。まず、医療費の税額控除額が年10万円を超える額について認められているが、これは納税者にとっては税制を通じた事実上の補助金である。また、被用者にとっては社会保険料の事業主負担は事実上の非課税所得に相当しており、この面からも税制上の優遇を受けている。

慢性的な疾患を抱え、通院の機会費用の低い高齢者にとって、保険でカバーされる医療サービスの実質的な価格となる自己負担比率の受診行動への影響は大きい。自己負担率は、被保険者本人とその家族とで差が設けられていた時期もあったが、現在では70歳以上の高齢者と2歳以下の乳幼児以外は一律3割負担となっている。高度成長期の末期の1973年には、豊かな財源を背景として、高齢者の自己負担率を、それまでの30%（国民健康保険）や50%（被用者保険の被扶養者）から一挙にゼロに引き下げた。この結果、高齢者の非高齢者に対する医療費比率は、自己負担率引き下げ以前の2倍から4倍と大きく上昇した。その後、高齢者医療は1983年から定額制の自己負担の時期を経て、2001年に外来へ、2002年に入院医療へも10%の自己負担率が復帰したものの、定額制との選択が認められたために、顕著な抑制効果は見られなかった。また、2003年の制度改正で10%の低率自己負担が厳格に適用されることになったものの、それに伴った高額療養費制度や医療費控除の見直しが行なわれなかった結果、医療費の抑制効果は限定的なものにとどまる。

いずれにしても、患者の自己負担率を画一的に定めれば低所得層での実質的な負担が大きくなることや、患者が選択できるのは受診をするかしないかに過ぎず、診療内容に関しては実質的な選択肢は乏しい場合が多い。このため、以下のように医療サービスの需要側ではなく、供給側の行動に働きかける必要がある。

2.3 保険給付の償還方式

医療保険では、医療機関で診療が行なわれた際に、その費用を保険者から被保険者ではなく医療機関に

償還することで、医療機関と被保険者との間での費用徴収はない（現物給付）という仕組みとなっている。もっとも、患者の自己負担分は医療機関に直接支払われるが、これは保険者に代わって医療機関が代行徴収するものとされている。

ここで保険者が医療機関に対して診療費用を償還する場合に、それをどのような基準で行なうかが、医療機関のインセンティブに大きな影響を与える。第1に、医師の個々の診療費用に等しい医療費の償還払いである「出来高払い」方式がある。この場合、医療費には病院の建設費や医療スタッフの教育費等の固定費用（患者数にかかわらず病院開設時に必要な費用）と患者数に比例した変動費用とがあり、患者数が増えれば一定限度までは平均費用は低下する（大規模生産の利益）。このため、医療機関の平均費用を目処に保険者からの医療費の償還が行なわれる場合、患者一人が増えることによる限界的な費用よりも限界的な収入の方が大きいため、医療機関にとって患者数を増したり、入院期間を長期化させることで医療費を増やすインセンティブが生じ易い。これは国際的にも普遍的な現象であるが、医師の病院からの独立性が高く、医師費用と病院費用とが別個の保険で保障されている場合の多い米国と比べて、医師の大部分が病院・診療の経営者かあるいは雇用されている日本では、供給側のインセンティブがとくに重要な要素となっている。

第2に、保険者が予め患者一人当たり一定額の医療費を支払う方式として、疾病毎に標準的な医療費を定め、それを保険で償還する「包括払い」方式がある。この包括払い方式では、予め診療報酬が定められていることから、その範囲で医師が最善と考える治療方法が選択可能となる。他方で、最小費用の治療方法を選択することが医療機関にとっての利益となるという点で、医療費用が増えるほど医療機関の収入が増える出来高払い方式と比べて、インセンティブの逆転が生じ、十分な治療が行なわれなくなるというリスクも指摘される。いずれの場合にも、医療内容に関わる情報公開がカギとなる。出来高払い方式でも、自己負担を求められる患者や保険支払請求をうける保険者がその内容を十分にチェックできれば過剰請求は困難となる。他方、包括払い方式でも、医療の質についての評価が十分になされれば、最小の費用で良質の医療を提供する医療機関が市場で選択されることになる。

日本では1980年代まで、出来高払い方式を前提に、診療報酬単価の抑制政策がとられて来たが、これに対して医療機関では投薬や検査の数量増加で医療費を維持することが行なわれ、結果的に医療資源の浪費に結びついた。このため、80年代に政府は一連の検査をひとつの診療報酬の単位とすることで、限定的ではあるが、過剰検査へのインセンティブを抑制する仕組みを導入した。この包括払いの対象範囲は、一連の血液検査から、入院高齢者の慢性疾患に、さらに老人慢性疾患外来と小児外来、及び2000年からは年齢を問わず外来患者の相談に導入された。しかし、初期の血液検査の場合を除き、包括払いの導入にもかかわらず、医療費の抑制効果は見られなかった（河井・丸山(2000)、池上(2001)）。これは包括払い方式が、従来の出来高払い方式と選択制であったため、医療機関としては軽症の患者にだけ包括払い方式を適用するという選別が可能であったためとされている。また、特定機能病院等、82の医療機関で試験的に導入された入院1日当たりの定額払いという特異な形態も、入院日数に大きな差があるなかでは、本来の疾病あたりの包括払い方式とのギャップは大きい。

2.4 医療保険の対象範囲

日本の医療保険の対象は、医師の診療行為から、病院の外来・入院費用、検査、薬剤費に至るまで幅広い内容となっている。これは「病院」についての概念の違いにも由来しており、欧米では、医療保険の対

象を、病院内でしか得られない狭義の医療行為に限定し、病室の使用料や薬剤費を含まない場合もあることと対比される。このように入院費用が原則としてすべて医療保険の対象となっていることの結果、患者にとっての入院負担が小さく、手術前の検査のための入院等、外来診療と代替的な入院も珍しくないことのひとつの要因ともなっている。こうした医療保険の対象範囲の広さが、国際的に見た日本の平均在院日数の長さにも大きく影響している。日本の平均在院日数は39.8日と、米国の6.8日、欧州主要国の10日強などと比べて大きな格差がある³。

本来、診療費を保障するという医療保険の考え方からすれば、日常生活の費用である病室や食事の費用等のホテルコスト（差額ベッドや給食代金を除く）は自己負担とするべきという考え方がある。これは高齢者介護施設については、すでに一部導入されており、病院についても医療資源の適切な配分という観点からの検討が必要とされる。

医師の診療行為であっても公的保険の対象範囲から除外されるものとしては、①国内で承認されていない診療や薬剤の使用に関わるもの、②美容整形や審美的な強い歯科治療のようなもの、③お産のような疾病と見なされない医療行為や、④労働災害・自動車事故等、他の損害保険の対象となるもの、等がある。

ここで、公的保険の対象となる診療行為とそれ以外の診療行為とが一体性を持つ場合の取り扱いが問題となる。例えば、特定の病院でしか利用できない高度な医療は、全国での普遍的な医療サービスを保障する公的保険の対象外（自由診療）とされているが、それと一体的な診断・検査等の診療行為は「特定療養費」として公的保険からの補助対象となる。また、見栄えの良い人工の歯を用いる歯科治療についても同様である。このように、公的保険の対象が厳格に定められるだけでなく、それと事実上、組み合わせられる自由診療の内容が特定されていることが、診療内容に関して、医師や患者の多様な選択肢を制約していることが、医療の規制改革を巡るひとつの焦点となっている（いわゆる混合診療の禁止）。

2.5 医療供給面の規制

日本の医療費抑制政策の特徴は、需要面の寛容性と比べて、供給面に様々な規制がなされていることである。供給面から抑制するための様々な政策は、病院の新規参入を抑制し、医療サービス市場における競争を阻害する上で効率的な医療資源の配分を損ねるといった弊害がある⁴。

第1に、1985年から実施された地域医療計画である。これは病床過剰と認定された地域においては、新規の医療機関の新設や既存の医療機関の増設を制限する、いわゆる病床規制であり、既存の病床にレントが発生する等、医療機関の既得権を保護する効果を有している。本来の地域医療計画では、医療機関の機能分化を進め、十分な情報提供の下で、患者の適切な選択を誘導する仕組みが望ましい。

第2に、医師の需給調整政策である。これは医師誘発需要を前提として、医師の供給を抑制するために、全国の大学の医学部定員数を1980年代初めの水準に凍結するとともに、1994年にはその10%削減が要請されている⁵。しかし、その前提となる「最適な医師数」を行政が定めることについては、多くの問題点がある。例えば、医師と患者との比率は、インフォームド・コンセントの充実を考慮すれば固定的に考えるべきではなく、また医師数と他の医療専門職や機械設備との代替性も考慮されていない（八代・伊藤(2003)）。

³ こうした長期入院を防ぐために、2000年に入院基本料が導入され、平均在院日数が短い病院に手厚い方式に設定された。この具体的な影響は明らかではないが、複数の病院間で入院患者を交換するような対応をどこまで防ぐことができるかどうかは疑問である。

⁴ これは高過ぎるコメの生産者価格を引き下げずに、その結果生じる過剰生産に対して、農地の生産性に関わらず一律の減反を強いる農業政策と類似したものである。

⁵ 現実には1996年時点での削減率は7.7%にとどまっている。

第3に、医療機関の資本調達面についての規制である。医療法では、医療法人の配当を禁じているが、これが株式会社による病院経営を禁じるものと解釈されている。これは「医療の「非営利性」を保証するためのものとされているが、他方で医療法人への出資者の持ち分を保証している以上、社会福祉法人の場合と異なり、法人の解散を通じてその内部留保を実質的に配分することは可能であり、一定の期間内の配当を禁じるだけで医療の非営利性が担保されるわけではない⁶。これは多様な経営形態の医療機関の参入を禁止することで、実質的な競争制限のための手段のひとつと考えられる。

3. 日本の医療費の水準

以上のように、日本では、医療機関に対する被保険者のフリーアクセスが保障され、公的医療保険の対象範囲が広く、診療費用に比例した保険者からの償還方式であるにもかかわらず、経済規模に比した医療費の水準は、国際的に見て必ずしも高いわけではない。しかし、日本の経済規模で見た医療費の水準が国際的に見ても高くないことは、必ずしも効率的な医療資源の配分によるものでない。これは一人当たり医療費の地域格差に反映されており、医師数が相対的に多い地域ほど一人当たり医療費が大きい関係が見られるが、これは医療費が医師によって誘発される需要に基づく面が大きいことを示唆している⁷。

日本の医療費の水準が低いことには、以下のような要因が働いている。

第1に、医療スタッフの person 費の相対的な低さである。雇用者平均と対比した医師の平均的な報酬が、米国の5.2倍と比べて日本では2.5倍に過ぎないことがあげられる（OECD Health Data Base 1987）。この背景には、person 費の原資である診療報酬が、政府の定める公定価格となっており、手術等の資本集約的な治療のコストが米国等と比べて低く抑制されていることによる面も大きい。

第2に、本来、高い費用を要する高度な手術の多くが、非営利である国立や大学付属病院等の公的病院で実施されており、事実上の割当制になっていることも、結果的に医療費を抑制する効果をもたらしている（池上(2002)）。もっとも公的病院の多くは慢性的な赤字に陥っており、国や地方自治体からの赤字補填金に支えられているが、これらは国民医療費には含まれない。

第3に、入院患者に対する看護ケアの密度の薄さである。患者一人当たりの医療スタッフ数は米国の5分の1であり、米国型の短期間の集中看護方式と対比される。これも患者が十分なケアを受けない形で相対的に低コストの負担を担っているといえる。

日本の医療費が適正な水準にあるか否かの是非は、その質との関係で考慮される必要がある。例えば乳癌患者に対する乳房温存療法の実施率が国際的に見て低いことや、逆に死亡率に大差ないにもかかわらず、高齢者の急性心筋梗塞入院患者について冠動脈再開通術の実施率が著しく高い（八代・鈴木(2003)）など、個々の治療法の選択肢についての事例研究が必要とされる。

⁶ 医療分野における株式会社参入禁止の論理の問題点に関しては、八代（2003）を参照。

⁷ 医療費の地域格差は、高齢者比率の違い等、医療サービス需要側の要因を考慮しても大差はない（地域格差研究会（2001））。

4. 2003年医療制度改革の効果

4.1 改革の概要

2003年に開始された医療保険制度改革（一部は2002年10月実施）の概要は以下の通りである。

1) 自己負担率の引き上げ

被用者保険の本人自己負担率が2割から3割に引き上げられることとなり、70歳以下の人々を対象とした医療保険の自己負担率が3割に統一された。また、老人保健の自己負担率は1割に徹底化をされ、一部高所得高齢者の自己負担率が2割となった。2割の自己負担率に相当する高齢者は全体の11.3%と見込まれている⁸。

2) 政府管掌保険の保険料引き上げ

政府管掌保険の保険料率は月額報酬の8.5%から、ボーナスを含む年間総報酬の8.2%となった。ボーナスは平均で賃金の約14%を占めているため、月額報酬ベースで計算すると保険料率は9.5%と約1%の引き上げである。また、それに準じた組合健保の保険料率引き上げもなされるものと考えられる。

3) 老人保健制度の対象年齢の引き上げ

改革当初70歳から適用されていた老人保健制度の対象年齢が2002年10月より、5年間をかけて75歳まで引き上げられることとなった。同時に、老人保健へ投入されていた国庫負担も30%から50%に5年間をかけて引き上げられる。このため、組合健保および政管健保からの老健拠出金が減少し、両被用者保険については負担減となったが、国保については、高齢者の加入増がおきるために、拠出金減少が相殺され、ネットの効果は不明である。

4) 診療報酬単価の平均2.7%引き下げ

診療報酬単価については、全体で2.7%の引き下げ、薬や医療材料を除いた診療報酬本体は1.3%の引下げとなった。この財政効果については、医師側が単価引き下げに対して量を拡大させることが考えられるため、どれほどの医療費縮減効果を持つかどうかは不明確である。

4.2 医療制度改革が医療保険財政に与える影響の試算

これらの医療制度改革の効果が医療保険財政に与える影響について試算を行う。われわれは、既に、八代・鈴木・鈴木(2003)において、同様の試算を行っているが、鈴木(2003)によって新しく行われた医療費の価格弾力性の推定に基づいて、今回新たな試算を行った⁹。医療保険財政シミュレーションモデルは、国保一般、国保退職、組合健保、政管健保、老人保健の5ブロックから構成されている。各ブロックは、年齢階層別の加入者数、標準報酬月額、保険給付費などのデータから支出項目（保険給付費、老健拠出金、退職拠出金など）、収入項目（保険料、補助金など）が同時決定される。将来の医療費予測については、現在の年齢階層別医療費基準として、厚生労働省の想定と同じ伸び率で将来予測をしている¹⁰。また、年

⁸ 同時に、高額医療費制度についても、所得により上限が異なることになった。

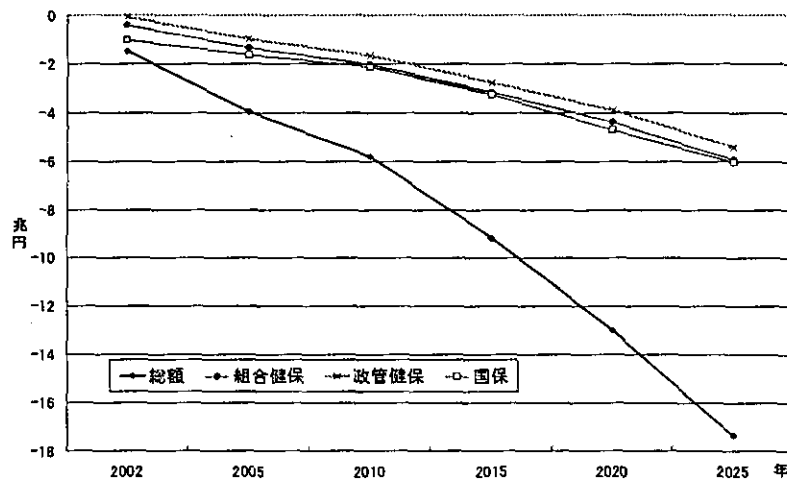
⁹ 鈴木(2003)の詳細については補論を参照。

¹⁰ 医療費は、厚生労働省が示した診療報酬改定後の伸び率と同じ想定を用いている。

年齢別の各保険加入者数については、国立社会保障・人口問題研究所の平成14年将来推計を元に、現在の保険加入割合が将来についても一定となるという仮定をおいて計算している。

さて、このモデルを用いて、まず、医療制度改革がなされなかった場合の各医療保険財政の予測（ベンチマーク）を行ったものが図表3である。全ての保険財政は高齢化の進展にしたがって、いずれも傾向的に悪化して行く¹¹。その結果、2002年で1.47兆円の赤字額は、2025年において17.3兆円まで拡大する見込みである。

図表3 医療保険財政予測(ベンチマークケース)

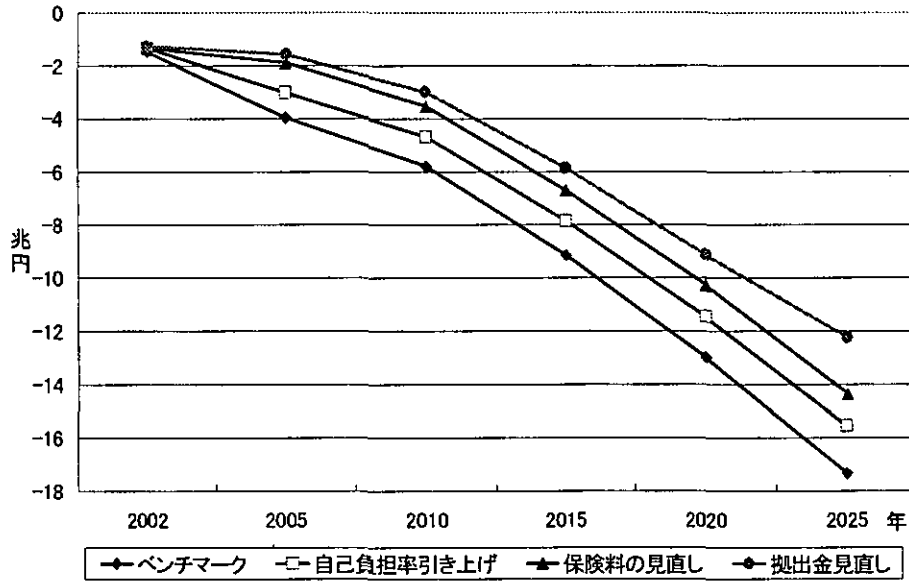


この財政赤字額は、改革により2007年前後までは黒字に転じることになる(図表4、拠出金見直しのケースを参照)。しかしながら、高齢化の進展とともに赤字に転じ、徐々にその赤字額は増加して行く。2025年では財政赤字額の総額は12.5兆円である。この赤字額は、17.3兆円のベンチマークよりは赤字額が減少しているが、数年を経て同じ財政赤字規模になることが予想される。つまり、2003年改革の効果は、財政赤字の発生規模を数年先送りした一過性のものに過ぎないことがわかる。

さて、次に、こうした改革の効果を個別にみてみよう。図表4は、各個別改革の効果を積み上げたグラフである。ベンチマークを出発として、自己負担率引き上げ、保険料引き上げ、拠出金の見直しの効果が順に積み上げられている。一番上に描かれている拠出金見直しのケースは、こうしたすべての改革の効果を含めた財政赤字額の推移である。図表4をみると、当初、改革の効果として大きいものは、自己負担率の引き上げおよび保険料の引き上げであるが、2025年時点では全ての効果がほぼ同程度の規模となっている。拠出金の見直し(老人保健対象年齢引き上げを含む)については、国庫負担が定率で引き上げられるために、年々効果が拡大して行く。もっとも、この国庫負担引き上げの効果は保険財政から国庫負担への単に異なる財政部門間での負担のシフトであり、見せ掛け上、保険財政の赤字額が好転しているに過ぎないことに注意をすべきである。

¹¹ これらの予測値の出発点は、2001年の国民医療費(30.7兆円)を出発点としている。経済成長率の想定は、実質で2004年から2%成長となるとしている。

図表 4 医療制度改革の各効果の影響

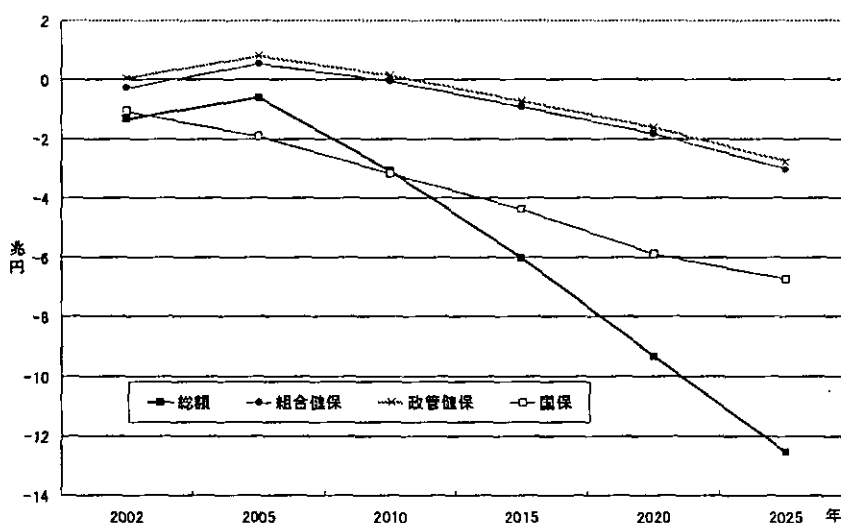


相対的にみて、政治的に大きな決断であった自己負担率引き上げの効果は意外なほどに少ない。グラフ中には表されていないが、特に本人自己負担率 3 割の効果は、2025 年でみて 0.87 兆円の効果であり、高齢者自己負担 1 割徹底化の効果 (0.92 兆円) に比べても小さいほどである。これは、ひとつには自己負担率の変化は一時的な医療費の減少を生んでも、トレンドを変化させる効果を持たないことが理由である¹²。また、高額療養費制度や高額医療費制度といった自己負担額に上限を設けるセーフティーネットが存在するため、実効自己負担率は名目値の 3 割や 1 割を大幅に下回る水準であることも一因である。このような自己負担率増加という手法よりも、米国のように一定額以下の医療費を保険者の免責とする制度 (deductibles) の導入の方が、効果的な可能性がある。

図表 5 は、各保険制度別の改革後の財政赤字の予測値を表したものである。改革の効果については、組合健保、政管健保が財政赤字を好転させているのに対して、国保についてはそれほど大きな効果を持っていない。これは、老人健康保健制度の対象年齢引き上げの効果が大きく、各拠出金改革や国庫負担引き上げの効果を相殺していることを示している。

¹² このトレンドを変化させないという点は、97 年の 1 割から 2 割への本人自己負担率引き上げでも見られた結果である。

図表5 医療保険財政予測(改革後)



4.3 政策的含意

以上の分析から得られる重要な結論は、今回の改革の目玉であった自己負担率引き上げが、実は持続的な効果を持ちえず、一過性の効果に過ぎないということである。また、その効果は期待されたほど大きなものではない。したがって、今回の改革を行った直後にも、すぐに根本的な医療制度改革を模索せざるを得ない状況である。そこで、来るべき根本的な医療制度改革において議論すべき論点を次に整理しよう。

まず、現在、最も重要な論点は、独立した高齢者医療保険制度の創設である。

2003年3月末、政府・与党は「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）」を閣議決定したが、その中で、65歳以上75歳未満の前期高齢者、75歳以上の後期高齢者をそれぞれの特性に応じた新制度の創設が盛り込まれた。これに伴い、老人保険制度及び退職者医療制度は廃止され、医療保険給付全体における公費の割合を維持しつつも世代間・保険者間の保険料負担の公平化を図り、現役世代の負担が過重なものとならないように高齢者医療費の適正化を図るとされている。もともと、現段階では、後期高齢者が加入する独立保険制度における公費、加入者保険料、拠出金の負担割合や、前期高齢者についての制度間の財政調整の姿は一切明確になっていない。しかしながら、この高齢者医療保険制度の基本的なアイデアは、リスクの程度が極端に異なる後期高齢者とそれ以外の保険制度を分離するというものであり、財政負担方式がどのようなものになるにせよ、現実的な選択肢である。

第2の論点は、医療の標準化、根拠に基づく医療（Evidence-based medicine, EBM）である。本特集号の川淵・杉原論文においても示されているように、治療行為の病院間におけるコスト差は著しい。これは、現在行われている医師の医療行為が、病院や学閥の伝統に基づいて閉鎖的であり、ベストプラクティスが一般的に確立されていないことによるものである。こうした状況の改善のためには、まずEBMの前提となる情報のデータベース化が必要であるが、現行の制度では、社会保険診療報酬支払基金が独占的な審査機関となっており、データベース化のインセンティブに乏しい。もし、インターネットにより医療機関から直接保険者にレセプトデータが送られることになれば、はるかに安いコストでデータが蓄積され、EBMが推進されることになるだろう。近年は、このようなITネットワークを通じたレセプトデータの利用に関する規制が徐々に撤廃されつつある。このようなIT化の流れが、DRGなどの見込み払い方式の推進への

大きなステップとなってゆくだろう。

第3に混合診療の解禁についてである。現在、私的保険と公的保険の混合利用は法律上認められていないが、①一般には普及していないと見なされる高度先進医療、②歯科等の医療材料、③差額ベッド等の医療周辺サービス、等の費用については特定療養費として保険診療に上乗せされた患者負担で賄われる。また、疾病とは見なされない出産等の保険外診療や、自動車賠償保険で賄われる医療サービスとの境界線は曖昧であり、そうした場合に事実上の混合診療は容認されている。この混合診療の禁止は、医療供給者の治療の選択肢を制限しているという意味においても、限られた財政負担ですべての医療範囲をまかなうことが限界に来ているという意味においても、もはや限界ではないか。今後は、基礎的な医療サービスを公的保険でカバーした上で、より良い医療サービスとその情報を求める利用者の選択肢を、自由診療のみに限定せず、患者の自己負担か、公的保険と補完的な役割を果たす民間保険の活用という選択肢を広げることが、現在の利用者のニーズに応えた改革であり、公的医療保険財政の建て直しにも役立つ。

5. 結語

わが国の医療保険制度は、戦後きわめて良好なパフォーマンスを続けてきたが、高齢化の進展に伴う様々な構造的問題に直面し、岐路に立たされている。特に、わが国の医療保険制度の誇るべき点であった、出来高払い制度とフリーアクセスという特徴が、高齢化による医療負担増を拡大させ、皮肉にも改革を迫る原因となっている。1990年代に入り、自己負担率引き上げや保険料引き上げなどの改革を次々になされているものの、それらの効果は一時的であり、根本的な解決策とはなっていない。

また、2000年に導入された介護保険制度については、医療負担増の一因であった社会的入院の解消を目的の一つとしていたが、現在までのところその効果は限界的なものにとどまっている。その意味で、今後の医療保険制度の改革は、私的医療保険利用の拡大と公的医療保険利用の制限や、高齢化に即した財政方式の導入といった思い切った抜本的な対策が必要である。そのような改革がなされる中で、消費者の選択の余地が拡大してゆくことは、医療の質が改善するという意味でも望ましい。2003年の医療制度改革は、根本的な医療制度改革に向けてのプロローグに過ぎない。

補論 医療保険財政シミュレーションモデルで用いた 医療費の価格弾力性について

本稿で用いたシミュレーションモデルでは、鈴木亘(2003)で推定された医療需要の価格弾力性を用いている。以下、その推定方法の概要は以下の通りである。

1. 一般医療の価格弾力性の計測

一般医療の価格弾力性は、1997年9月に行われた被用者保険の本人自己負担率改定から推定を行った。このとき、本人の自己負担率は入院・外来とも1割から2割に上げられた一方、家族については自己負担率の変更はなかった。このため、本人をトリートメントグループ、家族をコントロールグループとした Difference in Difference 推定 (DD 推定) を行うことにした。推定に用いたデータは、厚生労働省保険局調査課が収集した111健保組合のレセプトデータであり、96年4月から99年11月までの44ヶ月の情報が個人別に入っている。無受診月の医療費は0であり、すべての期間に無受信者であったサンプルも含んでいる。このデータから、44ヶ月の全ての期間にわたって加入者であり続けたサンプルを取り出した上で、5%のランダム抽出をし、3ヶ月ごとに集計したデータを作成した。被説明変数は、無受診も含む一人当たり医療費である。説明変数は、年齢階層、所得、所得2乗、性別、加齢を考慮するためのトレンド、診療開始日からの経過日数、19個の日本疾病分類ダミーに加え、DD推定に必要な本人ダミー、改正後のダミー変数、両者の交差項とする。最後の交差項が負に有意な結果かどうかを持って、自己負担率引き上げの効果を判断する。推定方法は、個人の longitudinal data であるため、全て Random Effect を持つパネル推定を行った。推定結果は、補論表1、表2の通りであり、ここから計算される弧弾力性 (Arc Elasticity) は、外来が-0.073、入院が有意ではないという結果になった。

2. 老人医療の価格弾力性の計測

一般医療に対して、老人の自己負担引き上げには適当な Natural Experiment が最近時点で存在しないため、国保対象者における一般から老健に移る人々の自己負担と医療費の関係から、価格弾力性を計測することにする。使用するデータは、富山県国保における98年4月から2003年3月のレセプト個票データであり、期間中に一般から老健に移行し、この期間中ずっと国保の加入者であり続けた人を抽出している。説明変数は、性別、年齢、トレンド、月次ダミーのほか、老健以降ダミーを加え、この変数が有意かどうかを持って自己負担率引き下げの効果があるかどうかをみる。補論表3に見るとおり、老健以降ダミーは入院、外来ともに正に有意であり、ここから計算される弧弾力性 (Arc Elasticity) は、外来が-0.1357、入院が-0.2809である。

補論表1 97年本人自己負担率引上効果の推定結果(入院)

1.入院	係数	標準誤差	p値
本人	-89.4632	79.69431	0.262
女性	263.5525	53.42012	0
月トレンド	21.74605	5.812582	0
改正後	-34.55747	55.10583	0.531
本人改正後	-28.53085	52.33396	0.586
0-4歳	-59.69432	120.0276	0.619
5-9歳	-215.6316	104.4245	0.039
10-14歳	-216.088	99.5387	0.03
15-19歳	-127.4598	93.27963	0.172
25-29歳	-95.27266	85.26438	0.264
30-34歳	-99.20818	90.81438	0.275
35-39歳	-84.10061	94.52021	0.374
40-44歳	-220.4353	95.50539	0.021
45-49歳	-101.4926	93.26694	0.277
50-54歳	6.858951	97.3643	0.944
55-59歳	199.0557	110.2395	0.071
60-64歳	831.9163	167.9525	0
65-69歳	1813.581	245.2657	0
標準報酬月額	1.106995	0.572285	0.053
標準報酬月額 ^{2乗}	-1.20E-03	5.29E-04	0.023
初診からの月数	0.8618628	0.744061	0.247
感染症及び寄生虫	515.974	62.54684	0
新生物	5854.266	96.46109	0
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1522.31	181.5066	0
内分泌、栄養及び代謝疾患	779.4691	100.2733	0
精神及び行動の障害	2354.786	159.5706	0
神経系の疾患	1288.419	157.029	0
眼及び付属器の疾患	29.32972	51.45886	0.569
耳及び乳様突起の疾患	78.32381	94.51723	0.407
循環器系の疾患	1576.349	87.135	0
呼吸器系の疾患	55.58176	36.92225	0.132
消化器系の疾患	225.7332	33.24058	0
皮膚及び皮下組織の欠陥	9.822257	53.28198	0.854
筋骨格系及び結合組織の疾患	564.8457	63.64078	0
尿路性器系の疾患	1097.586	80.93421	0
妊娠、分娩及び産じょく	5273.169	194.873	0
周産期に発生した病態	1167.706	660.2659	0.077
先天奇形、変形及び染色体異常	3783.451	337.8988	0
症状、兆候及び以上臨床所見・以上検査所見で他に分類されないもの	1088.966	104.5387	0
7-9月ダミー	-3.012693	35.78922	0.933
10-12月ダミー	-78.19355	35.67076	0.028
1-3月ダミー	-77.58703	38.33217	0.043
定数項	-250.225	158.4747	0.114
Number of obs = 506534			
Number of groups = 36181			
R-sq: within = 0.0098			

注) 鈴木 (2003) より転載

補論表 2 97年本人自己負担率引上効果の推定結果 (外来)

2.外来	係数	標準誤差	p値
本人	56.53843	62.09245	0.363
女性	75.16746	49.38121	0.128
月トレンド	15.95854	1.676886	0
改正後	-28.2591	15.4606	0.068
本人改正後	-43.9894	14.99928	0.003
0-4歳	207.9876	64.22584	0.001
5-9歳	12.69267	54.19902	0.815
10-14歳	76.41964	45.86533	0.096
15-19歳	5.482116	36.3204	0.88
25-29歳	40.55732	32.62675	0.214
30-34歳	81.00893	40.65721	0.046
35-39歳	194.0901	45.90312	0
40-44歳	272.1271	49.43634	0
45-49歳	393.9928	51.60632	0
50-54歳	651.177	54.97081	0
55-59歳	687.325	61.96078	0
60-64歳	817.2559	87.55639	0
65-69歳	983.698	124.4793	0
標準報酬月額	-0.93176	0.313313	0.003
標準報酬月額2乗	6.81E-04	2.79E-04	0.015
初診からの月数	8.630134	0.276977	0
感染症及び寄生虫	922.2085	18.17374	0
新生物	2738.199	28.81836	0
血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	1318.927	54.25764	0
内分泌、栄養及び代謝疾患	2230.716	33.00175	0
精神及び行動の障害	1910.856	56.69977	0
神経系の疾患	1547.985	50.90915	0
眼及び付属器の疾患	829.5762	15.3266	0
耳及び乳様突起の疾患	1118.07	27.56473	0
循環器系の疾患	1784.408	29.65249	0
呼吸器系の疾患	807.9228	11.04687	0
消化器系の疾患	204.521	9.847633	0
皮膚及び皮下組織の欠陥	745.9716	15.94183	0
筋骨格系及び結合組織の疾患	1318.084	18.97768	0
泌尿生殖器系の疾患	1755.265	23.88473	0
妊娠、分娩及び産じょく	957.5267	56.24993	0
周産期に発生した病態	823.0443	192.4272	0
先天奇形、変形及び染色体異常	537.9251	105.5261	0
症状、兆候及び以上臨床所見・以上検査所見で他に分類されないもの	1330.163	30.56947	0
7-9月ダミー	-107.066	9.972329	0
10-12月ダミー	-142.974	9.934428	0
1-3月ダミー	-185.555	10.67711	0
高額医療費ダミー	341.4836	92.14231	0
付加給付ダミー	2086.98	21.00267	0
公費ダミー	2598.434	43.96637	0
定数項	107.073	90.54876	0.237
Number of obs = 506534			
Number of groups = 36181			
R-sq within = 0.1071			

注) 鈴木 (2003) より転載

補論表3 老健移行者の自己負担引き下げの効果

1.入院			
	係数	標準誤差	p値
性別	4750.038	1463.067	0.001
年齢	-544.484	624.1378	0.383
トレンド	54.87197	16.62052	0.001
老健移行後	3303.538	687.0571	0
季節ダミー2	-1933.76	861.3215	0.025
季節ダミー3	143.2353	859.6339	0.868
季節ダミー4	-1842.38	858.1409	0.032
季節ダミー5	-433.35	856.8074	0.613
季節ダミー6	-795.712	855.6364	0.352
季節ダミー7	-484.622	854.6439	0.571
季節ダミー8	1096.723	853.822	0.199
季節ダミー9	1163.382	853.1625	0.173
季節ダミー10	-524.658	852.6693	0.538
季節ダミー11	-500.818	852.3472	0.557
定数項	48205.49	42206.04	0.253
sigma_u	44237.06		
sigma_e	105258.2		
rho	0.150114		
Number of obs = 274860			
2.外来			
	係数	標準誤差	p値
性別	-1727.72	853.9666	0.043
年齢	15.04784	358.3782	0.967
トレンド	14.75798	2.946762	0
老健移行後	4248.144	122.5466	0
季節ダミー2	475.2387	151.8102	0.002
季節ダミー3	136.7476	151.5125	0.367
季節ダミー4	358.0773	151.2493	0.018
季節ダミー5	1004.492	151.0141	0
季節ダミー6	66.01974	150.8076	0.662
季節ダミー7	145.8214	150.6327	0.333
季節ダミー8	812.591	150.4878	0
季節ダミー9	9.656106	150.3715	0.949
季節ダミー10	629.8048	150.2846	0
季節ダミー11	-1091.23	150.2279	0
定数項	13295.55	24239.12	0.583
sigma_u	26906.75		
sigma_e	18550.68		
rho	0.677813		
Number of obs = 274860			

注) 鈴木亘 (2003) より転載

参考文献

- 鈴木亘・鈴木玲子(2002)「寿命の長期化は老人医療費増加の要因か」『国際公共政策研究』8巻2号
- 鈴木亘(2003)「医療制度改革による医療費縮減効果について」第11回日医総研セミナー講演資料
- 池上直己(2002)『新版 医療問題』日本経済新聞社
- 井伊雅子・大日康史(2002)『医療サービス需要の経済分析』日本経済新聞社
- 八代尚宏・伊藤由樹子(2003)「専門職大学院の経済分析」伊藤隆敏・西村和雄編『教育改革の経済学』日本経済新聞社
- 八代尚宏・鈴木玲子(2003)「医療の質向上を目指した制度改革」鶴田忠彦・近藤健文『ヘルスリサーチの新展開』東洋経済新報社
- 八代尚宏・鈴木亘・鈴木玲子(2003)「日本の医療制度をどう改革するか：2002年度健康保険法改正の批判と改革案」
八代尚宏・日本経済研究センター編著『社会保障改革の経済学』東洋経済新報社
- 八代尚宏(2003)『規制改革 法と経済学からの提言』有斐閣
- 小椋正立・府川哲夫・児玉邦子・鈴木玲子ほか(1994)『老人医療と終末医療に関する日米比較研究報告書』長寿社会開発センター
- 河井啓・丸山士行(2000)「包括払制導入が医療費と診療密度に及ぼした影響に関する分析」『医療経済研究』vol.7
- 池上直己(2001)「診療報酬改定と包括化」『月刊保険診療』vol.56, No.3
- 地域格差研究会(2001)『医療費の地域格差』東洋経済新報社
- World Health Organization (2002), "The world health report 2002"

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究」
（分担）研究報告書

医療分野の規制改革：混合診療解禁による市場拡大効果

鈴木玲子 （社）日本経済研究センター

研究要旨 すべての国民に対して平等な医療サービスを提供するという理由から、保険診療と保険外（自由）診療の費用を併用するいわゆる「混合診療」は原則禁止されてきた。しかし医療技術の高度化が進むなかで、公的保険診療の枠内だけに医療サービスを制限している結果、患者のニーズに十分に対応できなくなっている。混合診療が禁止されている現状では、わずかに保険制度のなかでは特別に混合診療を認める特定療養費や、適応外処方と呼ばれる公的保険の枠を超えた投薬治療を合わせても、自由診療の規模はを合わせても国民医療費の3～4%程度に過ぎない。そこで混合診療解禁による医療市場拡大効果の独自推計を試みた。混合診療が認められている米国の患者自己負担の所得弾力性に基づいて計算したところ、混合診療解禁による医療市場拡大効果は年間約3兆8181億円（国民医療費の12.6%）に上ることがわかった。

A.研究目的

これまで医療分野では、全国民へ平等な医療給付を確保するためという理由から、利用者の自由な選択を前提とした「医療産業」という発想は乏しかった。このため、国が全国の医療機関の質の違いにかかわらず、画一的な診療報酬体系を定めるとともに、連続的な診療行為について、保険診療と保険外（自由）診療の費用を併用するいわゆる「混合診療」は原則禁止されている。また供給面では、医療計画に定められた病床過剰地域では医療機関の新設・増設は制約されており、民間医療機関の経営形態は医療法人に限定され、株式会社等の参入は禁止されている。

これに対して種々の規制改革が実行に移されようとしている。例えば、特区における株式会社の参入や、非効率な公立病院に対するPFI（公設民営）や地方独立法人化などである。さらに総合規制改革会議においても、

ニーズの多様化にあわせて高度な治療を選択できるようにすることが大切であるとして特定療養費制度の拡大などにより、保険診療と保険外診療（自由診療）の併用（混合診療解禁）を推進することが強く求められている。これら医療の規制改革の効果は十分に検討されるべきである。とくに混合診療の解禁については効果が大きいと考えられることから効果を推計する意義は大きい。

B.研究方法

まず、現在の自由診療の規模を確定する。ひとつは、現在認められている自由診療として、高度先進医療、正常分娩、歯科自由診療、差額ベッド代、時間外診療、予約診療、紹介料、入院給食サービスなどがある。これらは保険制度のなかでは特別に混合診療を認める特定療養費制度と位置づけられている。

いまひとつ混合診療の範疇に入るものに適応外処方がある。診療報酬を請求できる治療費は疾病ごとに詳細に規定されているが、とくに薬剤処方についてこの枠を超えた治療がしばしば行われており、これが適応外処方と呼ばれる。

次に、医療費支出の所得弾力性を用いて、混合診療解禁の効果を計測する。医療市場に規制が存在しなければ、所得が高い人ほど自分や家族の健康のための支出をいとわないので多くの医療費を費やす。ところが、日本のように平等な保険医療制度のもとでは高額所得者といえども受けられる医療は同一であり選択の自由はない。その結果、わが国の家計の医療支出（患者自己負担）の所得弾力性は非常に低くなっている。これに対してアメリカでは自由診療が一般的であるため、患者はその所得が許す限り好きなだけ医療サービスを購入することができるので、当然ながら所得弾力性は日本より高い。そこで、わが国でも混合診療の解禁によって、高所得者がアメリカ並みに自由に医療サービスを購入するようになると仮定し、すなわち日本の医療支出の所得弾力性がアメリカ並みに上昇するという仮定した場合の医療需要の拡大規模を推計する。

C. 研究結果

現在の自由診療の規模は、ば制度的に認められた自由診療が約1兆円、国民医療費の3%であり、適応外処方は国民医療費の0.4%~0.7%に過ぎない。

日米の家計調査を用いた推計によれば、医療サービスの所得弾力性は、日本が0.03と小さいうえに統計的に有意でないことから、わが国では保険医療の患者負担は非弾力的であ

り、所得とほぼ無関係であることが確かめられた。一方、アメリカの弾力性は0.54と計測された。仮に混合診療解禁によって日本の所得弾力性がアメリカ並みの0.54へ上昇するとすれば、医療費は年間約3兆8181億円（国民医療費の12.6%）増加することになる。

D. 考察

医療サービス市場はしばしば指摘されるように医師と患者のあいだの情報の非対称性が大きい。そのため、混合診療が解禁されると、患者の情報不足につけこんで不要な医療サービスを医師が提供する懸念がある。こうした弊害を防ぐために、解禁する医療分野を限定することや、新しいチェック機能を整備するなど、制度の再設計が必要となるだろう。

E. 結論

混合診療解禁による医療市場拡大効果はかなり大きいと考えられる。今後、実際に混合診療を解禁していくにあたっては、どのような医療分野を解禁の対象とするか、どのような医療機関を対象とするか、自由診療の運用の透明性をどう確保するか、など検討すべき課題は大きい。国民が真に望む医療を実現すべく混合診療を早期に解禁すべきである。

F. 研究発表

日本経済研究センター「新市場創造への総合戦略」2004年3月

G. 知的所有権の取得状況

なし。