

混合診療の経済分析¹⁾

鴫田忠彦*

1. 問題の所在

日本の公的医療制度は、ドイツやフランスなど大陸諸国の社会保険制度を戦後導入したもので、昭和36年に国民皆保険が成立した。それからすでに約40年が経過し、急速な少子化・高齢化と90年代以降の経済の停滞によって、現在の日本の公的医療保険制度は、他の公的年金制度などとともにその持続可能性が問われている。日本の公的医療保険は現在さまざまな問題をかかえているが、最大の問題はいうまでもなく財政問題である。公的医療保険制度における診療報酬などの合計は、国民医療費と呼ばれるが、現在のそれは約30兆円であり、そのうち約10兆円あまりが、70歳以上を対象とする老人保健制度で使われる。

高齢者の自己負担は、老人医療費無料化政策以来きわめて低い水準に据え置かれてきて、それが高齢者の受診率を高め、ひいては彼らの医療費を高めた。10兆円あまりの医療費のうち、制度的に現在は高齢者の自己負担は1割（2002年10月から高所得者は2割）であるが、実際には高額療養費制度によって、それ以下である。すると残り9兆円あまりの財源は、現役

* 本稿を執筆された鴫田忠彦先生は11月21日逝去されました。鴫田先生が故吉岡先生ならびに本学経済学部にお寄せいただいたご厚情に感謝申し上げますと共に、心よりご冥福をお祈りいたします。

1) 拙論を故吉岡守行先生および故荒憲治郎先生に捧げる。またこのような執筆の機会を与えられた関係者に深く謝意を表したい。小論は斉藤・鴫田(2003)を全面的に改定したもので、斉藤裕美さんとの討論に啓発されている。しかしあり得る誤りは鴫田が負うべきものである。

世代の各種保険制度からの老健拠出と、中央・地方政府からの一般税による補助金で賄われている。一般税は消費税のように高齢者が負担するものもあるが、概して現役世代が負担している。すなわち年金と同様に医療でも、賦課方式的な色彩の強い制度となっている。

その結果、現役世代の各種の公的保険はいずれも赤字となり、また現在の厳しい財政状況では一般税からの支出も容易ではないから、老人保健制度の維持は容易ではなく、2003年3月政府は高齢者医療制度について、改革案を閣議決定した。ここでは改革案について立ち入る余裕はないが、現在の公的医療保険制度の困難な問題は、老人保健制度に象徴的に現れ、それはまさしく各種の公的保険制度と、中央・地方政府の財政問題であるとの理解が得られれば、十分である。

ここでやや見方を転換してみよう。すなわち医療サービスの提供をすべて公的社会保険制度の枠内ですることから、上記のような厳しい財政問題に逢着するのであり、そのような制約を外すことである。厳しい財政制約があるのは、医療サービスをすべて公的社会保険の枠内で対応しようとするからである。現在国民の健康志向は高く、さらに一層高まることが予想される。そのような人々の嗜好を充たすには、公的医療保険制度のタイトな財政制約の下では、きわめて困難である。そこで公的医療保険制度と別に、制度外の医療サービスを組み合わせて、より多くの医療サービスの消費実現を患者の負担で達成することが考えられる。これが混合診療であり、小論は混合診療について、その経済学的な考察を試みるものである。

混合診療については、開原他(2003)がそのタイプについて具体的にかつ明快に説明している。以下では5つに大別されたそれを紹介しよう。①予防医学的な措置や保険で認められている回数(容量)を超えて治療を行う、制限外混合診療、②通常とは異なった海外の医療材料や、内視鏡下の手術を胃切除に使用し、外国では標準的だが日本では保険適用ではない医薬品や治療法などの、新技術的混合診療、③がんの治療中に患者が遺伝子

検査を受けるなどの患者の、価値観的混合診療、④長期入院の場合における入院基本料のような、政策的混合診療、⑤室料差額や医師指名料などの、アメニティ混合診療、以上5つのタイプである。

2. 国民医療費上昇の原因

公的医療保険の制度内で発生した医療サービスの総額は、国民医療費と定義されるが、これは厚生省（当時）が作成したもので、対国民所得に占めるシェアをできれば一定に保とうとして考案されたものであった。他方で OECD は各国で共通の医療支出 (health expenditure) を作成しているが、それと比較すると後者に含まれる正常分娩や医師・看護師などの養成費などが、国民医療費には含まれていない。ちなみに現時点では国民医療費は約 30 兆円、医療支出は 35 兆円程度である。

かつて我々は国民医療費の将来推計を試みたが（梶田他(1997)）、それによれば 2025 年まで年平均 2.8% で増加する。これを要因分析すると、国民医療費の上昇のうち高齢化によるのは 0.8% であり、この値は高齢化の速度の著しい日本では、他の先進国と比較すれば際立って高いのだが、その他の要因すなわち、医療の技術進歩や経済成長などによる部分は 2% である。一般の産業における技術進歩は、当然のことながら費用節約的であるが、医療の場合はむしろ逆で費用増大的なことが多い。高額な医療機器や高度な医療技術は、人命のためにこれまでためらうことなく導入されてきた。胃潰瘍の特効薬ガスターやピロリ菌除菌術の開発によって、外科手術は不要になり、大幅な費用節約が実現されたケースもあるが、概して医療技術は費用増大的である。すなわち国民医療費は、高齢化を除いても年率 2% で上昇するのであり、これを全て公的医療保険の枠内で処理すれば、現時点での公費負担は約 3 割であるが、将来的にもそれだけの財政負担を覚悟しなければならない。まして高齢化は必至であり、合わせれば年率 3% 近い財政負担となる。1990 年代以降の経済不況を勘案すると、

混合診療の経済分析

今後よほどの景気回復が望めなければ、この財政負担は持続不可能となるだろう。しかし他方では、もし財政負担の問題が解消されるならば、国内産業として年3%の成長の見込めるものは数少なく、その順調な育成は、雇用の創出をはじめとして多大の意義をもつものである。すなわち医療費の増大は、費用負担の困難性と成長産業の有望さの2面性を有するのである。

したがって今後の公的医療保険を持続可能にするには、現在程度の給付水準を維持することはほとんど不可能であり、何らかの抜本的な対策が必要である。すでに2003年4月から被用者本人の自己負担が3割となり、また2002年から比較的高所得の高齢者には2割の自己負担が導入され、自己負担はほとんど上限に達している。すなわち自己負担の引き上げによる財政の改善は、すでに限界に達しており、これ以上の引き上げは、公的医療保険の存立意義を疑わせる水準になってしまう。そこで自己負担の引き上げ以外の抜本的な対策が望まれる。

3. 混合診療の導入

公的医療保険制度の財政負担を軽減して、日本の医療サービスの品質を向上させ、さらに患者の選択範囲を拡げて、医療サービス市場の拡大を実現する一つの方策は、混合診療を積極的に受け入れることである。ここで混合診療とは、公的医療保険で適用される医療行為と適用されない自由診療の医療行為を組み合わせることである。一般に混合診療禁止のルールはいくつかの理由から、公的医療保険を維持するために必要であるとして、これまでは特定療養費制度として、例外的にしか認められてこなかった。そのリストは開原他(2003)に従えば上述のようなものであった。しかしこれら以外については、厳しく制約されている。もし保険適用されない医療行為や医薬品および医療用具を使用すれば、併用している本来保険適用される医療行為まで公的保険が適用されないという、ペナルティが与えら

混合診療の経済分析

れることになる。このような厳しい罰則によって、混合診療は例外措置を除いて徹底して否定されてきた。

公的医療保険制度は、そこで保険適用される医療行為については十分な安全性などを確認した上で、中医協（中央社会保険医療協議会）の席上で医療供給者・公的保険者・および厚生労働省の合議によって定まるが、医療供給者の代表が日本医師会系に偏るあたりは、医療供給者一般を代表しているか疑問は残る。またこの会議の主要なテーマは、全体として診療報酬や薬価基準の引き上げ（あるいは引き下げ）などの改定などであり、個別の医療技術および医薬品や医療器具の新たな保険適用には、概して遅れがちな傾向がある。

公的医療保険が、その給付範囲や安全性について厳しく自己限定することは、当然であり、さらにこれまで説明してきた現在の高齢者医療費を中心とする厳しい財政制約の下では、新しい技術や医薬品の保険適用には慎重にならざるを得ないのも無理からない。しかしこれまでの中医協の姿勢は、基本的に現行公的保険を堅持して、その枠内で日本の医療サービス提供が全般的に対応可能であるとし、それが当然視されてきた。このような姿勢は、中医協に限らず、それを構成する厚生労働省、日本医師会および各種の保険者もそれを当然視している。しかし公的保険適用内ならば、どのような医療行為も許されているというものではない。原則的には出来高払いの下で、医療資源の濫用は厳しく規定され、例えば各種医薬品や心臓カテーテルなど医療用具の使用頻度には制限があり、また CT など各種の検査などでは一定間隔を置くことが必要である。また細かいところでは病院食と栄養剤の併用にも制限のあるという具合である。これらは医療機関の外でレセプト・チェックされるか、あるいはそれ以前に医療機関内で内部処理される。この場合は後者の可能性が高い。

問題はこのような混合診療禁止ルールの制約が現行制度の下で、どの程度 binding であるかである。まず考えられるのは、このような制約が bind-

ing になるような、医療機関や医師についてである。それはいうまでもなく、比較的水準の高い、医療機関や医師であろう。なぜならあらかじめ定められたマニュアルに従う医療行為の場合には、このような制約には抵触しないと考えられるからである。これに対してつねに現代臨床医学のフロンティアで研究する場合には、例えば海外での同じ疾病の臨床例を検討する場合などでは、国際標準と国内標準の差異に直面するだろう。臨床上このような医療を検討する医療機関や医師は、比較的水準が高いと考えてよいだろう。例えば日本で保険適用される抗がん剤は、国際標準の半ばと指摘されているが、それが実際に制約となるような医療機関や医師である。

すなわち比較的水準の高い医療機関が、公的な医療保険の制約で **binding** となっていることは、日本の医療の質的な向上を実現するうえで、重大な問題だろう。多くの場合新しい医療技術は、そのような先進的な医療機関や医師から次第に周辺に伝播していくと考えられ、中核的な部分で制約を受けてしまうことは、質の向上にとって致命的である。すなわち混合診療を全面的に禁止することは、先端的な医療技術の導入を遅らせてしまうのである。なおこの点について、国民の医療を預かる立場としては、例えば池上 (2003) のように、拙速主義は避けて医学的に確立した医療行為を保険適用とするのは当然であるとの批判もあり、最近の例証として肺がんの新薬イレッサが指摘される。

イレッサは肺がんのがん細胞を直接叩き、副作用の少ない画期的な新薬として、これまでの日本では考えられないほど例外的に、世界に先駆けて保険適用が承認された。2002年夏に保険適用され、その話題性もあって、半年後には全国で末期の肺がん患者を中心に2万件の臨床例が発生した。ところが間質性肺炎を併発して200名あまりの患者の死亡例が報告され、センセーショナルに報道された。この事件はきわめて不幸な事件だった。予想されなかった事態のために、折角の保険適用の即断が、拙速と批判されてしまったからである。この事件の評価は、製薬会社の副作用について

の情報公開の有りよう、不幸にして亡くなった200名の患者の状況、ほとんど報道されなかったイレッサによって救済されたと予想される数千人の患者の存在、報道機関の例によって表面的な報道あり方など、これらについてより詳細な精査が必要であり、それによってはじめて判断がなされるべきだろう。

4. 混合診療と公的医療保険

現在時点で混合診療が、規制改革委員会などでも取り上げられるようになったのは、短期的には医療の質的な向上に有効であるとの認識だろうが、ここではより長期的な視野から考えたい。すでに説明したように公的医療保険の財政は、とくに高齢者医療制度を現役世代が支える、賦課方式的なシステムが持続可能ではなく、また一般税からの補助も今後は期待できない。他方で今後も医療費はその費用増大的な性質のために、増加することが予想される。そこで可能な一つの選択肢としては、公的保険と自由診療の組み合わせ、すなわち混合診療の容認である。そのタイトな財政制約から従来のように公的医療保険で、全ての医療を賄うことはすでに限界に達している。一方で国民一般の健康志向は従来になく高まっており、私的保険の増加に伺われるように、多額の医療費を自ら支払うことを必ずしも躊躇しない。

しかし公的医療保険で提供される医療行為と、自由診療で提供される医療行為を接合することは、それほど簡単ではない。八代(2000)では、医療本体を基幹的な部分とそうでない部分として、例えば前者について日本版 DRGs/PPS を作成して、必要にして基本的な部分をカバーさせ、その部分は公的保険で対応し、残りの追加的選択的部分は自由診療ですと、主張する。しかし池上(2003)は医療本体の、そのように基本的部分と付加的部分は不可分であり、分離することの困難性を指摘している。

このような議論から抜け出るには、先進国の実際の経験からヒントを得

ればよい。例えば多くの国では医薬品や歯科を公的保険でカバーしないか、一般の医療とは区別している。また一部の国では、MRI や CT などの高額機器による検査を、公的保険ではカバーしてない場合もある。自己負担の引き上げがほぼ上限に達したとすれば、政策的に財政難を回避するためには、次の手段はこのような方向にならざるを得ない。しかし自己負担の引き上げに較べれば、政治的にこのような政策を実現することは、それが分かりやすいとしても、多くの困難を伴うかもしれない。

そこで混合診療を解禁することによって、このような政策は比較的スムーズに進行するのに、役立つだろう。すなわち単にこれまでの公的保険で適用されていた医療を、後ろ向きに制限するだけではなく、同時により前向きに従来公的保険で適用されていなかった医療技術や医薬品および医療用具などを、この際選択可能とするのである。それによって医療サービス全体としては公的部分と私的部分を合わせて拡大させ、旺盛な人々の健康志向を充足させ、医療サービス産業を活性化させ拡大させることが可能となる。

ここで問題を整理しておこう。現在の困難な状況とは、日本の公的な医療保険制度における、とくに高齢者医療制度の財政難である。そこでの賦課方式的な制度による、きわめて巨額な医療費の現役世代から高齢世代への移転が、一つの大きな問題である。もう一つは、それほど顕在化していないが、確実に進行している医療技術全体の費用増大的な傾向である。これらを公的な医療保険の厳しい財政制約で賄うことが、次第に困難になりつつある。他方で医療に対する全体的な支出は、先進国のなかでは英国などとともに比較的低位に止まっている。OECD の医療支出で対 GDP について比較すれば7% 台であり、米国の14% は別としても、ドイツやフランスなどの大陸諸国やスウェーデンなど北欧諸国の8~10% 前後と比較すれば、かなり低い水準にある。つまり日本の医療に対する資源配分は、先進国のなかでは相対的に低い水準であり、さらなる資源の投入自体は、

もしそれが人々の主体的な選好によるもので、彼らの経済厚生を改善するならば考えられてよい。²⁾

日本の医療費が比較的安価に済んできたことには、いくつか理由が考えられるが、主要な理由は診療報酬や薬価が低水準に抑制されてきたからだろう。とくに日本の診療報酬が開業医や中小病院に有利に設定されてきたので、これらの病院は黒字だったが、重篤な患者が集中する大病院の多くは赤字であり、全体としても低廉に済んできた。さらに重要なことは、国民皆保険の実現以来、医療保障を広く国民各層に量的に拡大して実現することが優先され、質的な改善は後回しにされたことだろう。WHO などでは日本の医療水準を、低い費用で高い効果を達成してきたとして、世界でもトップクラスと評価しているが、多くの疑問が残る。

例えばここでの高い効果とは、0歳の平均余命、乳児死亡率などの健康指標がほぼ世界のトップクラスであることを、また低い費用とは対GDPでの低い医療支出のシェアであることを意味している。しかしその国の平均余命は、医療水準だけでなく、公衆衛生、気候風土、経済的な豊かさ、住宅環境などにも影響される。日本で沖縄県が長寿県であることは良く知られているが、その理由に他の都道府県と比較して、医療水準の特別な高さを指摘することはないだろう。乳児死亡率のめざましい改善も、医療水準とともに保健師などによるきめ細かい活動を指摘できるだろう。また日本では非嫡出子のケースが極めて少なく、米国10代黒人女性の出産の半ばが未婚の母であることを勘案すれば、やはり乳児死亡率にも影響しているだろう。

各国の医療の質的水準を比較することは容易ではない。一つの指標として平均在院日数を取り上げよう。日本のそれは現在やや短縮化の傾向にあ

2) この点については現在の状態のままで、単にOECDの対GDPあたり医療支出を増加させるのではなく、医療の品質を向上させる患者本位の抜本的な医療改革を前提とすべきである。

るとはいえ、相変わらず30日近くであり、先進国の倍に近い長さである。これに対してはいわゆる高齢者の社会的入院のために長期化せざるを得ないとの説明もあるが、個別の疾病ごとに見ても一様に長く、それだけでは説明しきれない。例えば中高年の女性に多い股関節置換手術の場合、日本では2ヶ月近くの在院であるのに、欧米では10日程度で済んでしまう。医療機関と患者双方について、日本では大事をとるという考えもあるが、これらの差は大きすぎ医療の質的な差異を考えざるを得ない。入院日数の短縮化は、遺失される労働時間などを考慮すれば、患者のQOLの観点からはいうまでもなく好ましい。³⁾

5. 混合診療容認に対する反論

混合診療容認に対する批判は、これまでのところ次のように類型化できよう。まず公的な医療保険を堅守するために、混合診療を禁止するというものである。具体的には公的保険を維持するには、そこで何らかの法的枠組みの下で、公的保険としての安全性が十分保障されることが必要である。また全体としての公的保険は社会保障の一環としてなされるのであるから、公平性を優先しなければならず、被保険者全体に対して社会的な連帯感を共有できるようなものでなければならない。さらにこれまで美容整形や歯科整形などを除いて、ほとんどの医療は公的保険の枠組みで行われてきており、実際問題として混合診療を導入しようとするれば、池上の指摘するように、それはどのような形態で具体化できるのか、どのような医療機関、どのような医師に混合診療を許容するか道筋が必要だが、現状は見通しが立たず混乱している。

まず公的保険としての医療保障は、必要最小限のものであり、その限り

3) 平均在院日数は一国の多面的な医療の品質の一部を示すに過ぎない。理想的には同一重篤度の患者の治療後生存率などで比較するのだが、一国レベルでのデータは存在しない。

混合診療の経済分析

で政府が責任を持つのは当然である。ただしそのためにこの枠組みを逸脱すると、つまり保険適用外の医療行為を行ったならば、本来ならば保険適用であった医療行為まで、保険適用から除外するのが混合診療禁止ルールであるが、このような厳しい規制のもつ経済学的な意義を以下では、節を改めて余剰分析を用いて少し詳細に検討することにしよう。

第二の批判は、混合診療を認めると本来平等に給付されるべき医療が、所得や資産の多寡によって、大きな差異が生じてしまうことになり、公平性の原則に抵触して、“地獄の沙汰も金次第”となり、社会保険本来の連帯感が薄らいでしまうというものである。日本社会はしばしば平等社会といわれ、確かに所得や資産格差は他の先進国と比較して比較的低い。しかしそこには無視できない格差のあることも事実であり、またその結果として教育や住宅など、医療とその人生における価値が同等か区別できないようなものでも、かなり顕著な人々の間での格差は存在する。しかしこと医療については一般に平等性が強く主張されるのは、それ自体興味深いのが、ここではそのような一般的な社会通念を前提として、医療の公平性をやや詳細に米国の法哲学者 R. Dworkin (1993) を紹介しながら、やはり節をあらためて説明しよう。

第三の批判は他の二つの批判とやや異にするものであり、実際に現在の混合診療禁止ルールの下で出来あがった制度から、いかにして混合診療を容認する具体的な道筋がきわめて困難とするものである。すなわちどのような医療機関・どのような医師にそれを容認するかである。例えば国公立病院を主体に容認するならば、本来公平性を担保するために設立され、現在でも差額ベッドが10%以下に規制されているこのような病院で、医療の公平性に背く混合診療を解禁するのは、池上(2003)の指摘のように本末転倒という考え方も成立する。またどのような医師に混合診療を容認するかであるが、日本の70にも達する各医学界が認定している医師は、必ずしも医師の能力を保障するものでないことは明らかであり、認定医に容

認することは、少なくとも現状では適切ではない。しかしながらこれら医療機関にせよ、認定医にせよ、問題は現状を変えることであり、現状では不可能であるから、将来的にも難しいというのは、医療関係者の敗北主義に聞こえる。病院についていえば、例えば特定機能病院を手始めに考えればよいし、より重要なことはむしろ医師についてであり、各学会が従来の形式的な認定医の制度を改めて、混合診療を実行し得る信頼できる医師の選定に責任をもって行えば、それで済むことである。

6. 混合診療と経済効率性

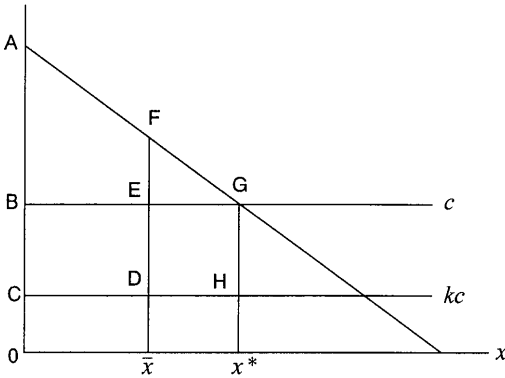
現在の日本で行われている混合診療を、簡単に図式化すると図1のようになるだろう。まず横軸 x は医療サービスの量を適当な単位で測れるとする。公的保険の保険適用には使用量の上限などの制限があり、それは \bar{x} で示される。いまこの医療サービスの限界費用が c で一定とすれば、そのうち保険適用される部分についての患者負担はその一定割合 k であるから kx となる。 \bar{x} を超える部分については、混合診療が容認されない場合、患者の負担は保険適用分についても遡って徴収されるから、自由診療と同じで cx となる。混合診療が認められるならば、 $kx\bar{x} + c(x-\bar{x})$ となる。

図1で混合診療が禁止されている場合、患者の消費者余剰は保険適用の上限まで医療サービスを受療するならば、消費者余剰は台形 ACDF の面積となるが、もしあえて混合診療を選択するならば、もはや保険適用されず自由診療となるから、そのとき消費者余剰は $\triangle ABG$ となる。したがって四角形 BCDE と $\triangle FEG$ の面積の比較によって、混合診療禁止に従うか、あるいは無視してあえて自由診療を選ぶかを決めることになる。

もし混合診療が容認されているならば、すなわち保険適用の上限までは自己負担で、上限を超えたらば、その部分については限界費用分だけ自由診療とするならば、この患者の消費者余剰は台形 ACDF と $\triangle FEG$ を加

混合診療の経済分析

図 1



えたものとなる。つまり混合診療の容認は、確実に患者の経済厚生を高めるのである。

ところで混合診療を容認しない、例えば現状では、あえて自由診療で受療する患者は、どのようなタイプの人々であろうか。それは禁止ルールの下で、混合診療を行うことで失う四角形 $BCDE$ と、得る $\triangle FEG$ の面積を比較して、後者が前者を上回る患者である。そのような患者の医療サービスに対する需要曲線の形状は、大別すれば、上方にシフトしている場合と、価格弾力性が十分に低くやや垂直に近い場合である。このような患者の需要曲線の形状で、患者のタイプを分けるとすれば、前者は所得が高い階層であり、後者はその病気の治療が死活的に重要であり、そのために価格弾力性が高くなっている階層である。

混合診療に対する批判として、所得の高い階層を利することによる医療の平等性が崩れ、不公平な結果が生じるとの批判がある。そのような批判は前者のケースが該当する。しかしより重篤な病気で、たとえ所得水準が高くなくても、その医療行為が決定的に必要なのであれば、患者はそれを必需財として受けざるを得ないことを示している。この場合混合診療は一部の所得の高い階層だけを利するという、混合診療に反対する主張はなり

たない。そのような一つの例を紹介しよう。かつてエンジェル・ベビーの悲劇を招いたサリドマイドは、現在国内で生産・流通が禁止されている。しかしこの医薬品は、骨髄腫の特効薬として海外では良く使われている。信州大学医学部では、学内の倫理委員会に諮ってサリドマイドの使用を決定し、骨髄腫の治療を行っている。問題はこの治療が現行ルールでは、混合診療として行わざるを得ないことである。そのため多くの骨髄腫の患者は、金銭的には少額のサリドマイドを使用するために、診察・検査など他の多くの医療行為が保険適用外となるため、毎月7~8万円の多額の医療費を自費負担せざるを得ないという。このケースでは混合診療を容認しないために、それほど豊かでないと想定される骨髄腫の患者が、生命維持のために、むしろ過重な負担を強いられ、医療の平等性に逆行した結果になっている。⁴⁾

最後にもはや自明であるが、公的保険の財政を考えると、混合診療を容認しても、公的保険で提供する上限 \bar{x} に変更がないならば、保険財政には原則的に変更はない。財政負担は適用内について、 $(1-k)x$ である。しかし現場の医療関係者によれば、現実には顕在化しない混合診療が多く存在し、例えば保険適用させるために疾病名を追加して、すなわちレセプト病名として保険適用するなど、医療機関内での内部処理で済ませる場合が多く、結果として混合診療の容認をすれば、そのような部分は患者の自己負担となるから、保険財政の改善になる可能性も指摘している。

7. 混合診療と公平性

混合診療容認に対する最大の批判は、一部の高所得者を優遇するもので、医療の平等性に抵触するとされてきた。このような混合診療に対する批判

4) 同様の指摘、すなわち混合診療の容認が、一部の患者には、むしろ公平性を改善することは林・山田(2002)によっても、なされている。そして現在問題になっている混合診療を容認すべき医療サービスは、むしろそのようなタイプのものが多くを占めていると考えられる。

混合診療の経済分析

は、すでにサリドマイドの例のように、比較的所得の低い人に対して、もし混合診療が容認されていれば、低い費用で受療できるものをあえて高い費用を払わざるを得ないという、混合診療禁止がむしろ不平等性を高めるという、逆説的な事態には全く当てはまらない。

しかし混合診療の容認が、むしろ相対的に所得の低い人の保険適用外の医療サービスへのアクセスを可能にするとしても、それは同時に所得の高い人々に対しても同様な恩恵を与えることは事実であり、所得の多寡に関係なく同一の医療サービスを同じだけ提供するという、完全平等主義的な建前は崩れることになる。この点が混合診療反対論者の最大の拠り所であるが、以下ではこの問題、すなわち公的保険制度と公平性について、やや哲学的な R. ドウォーキン¹の思考実験を説明しよう。

しかしその前に、反対論者の公平性の議論について1点だけ批判をしておこう。それは現在の日本の公的保険で提供される医療は、そもそも公平であるかという疑問である。つまり現在例えば都内の有名私立病院では差額ベッドが大半であり、入院する際には1日あたり数万の費用を負担しなければ、入院は事実上出来ない。例えば比較的低廉と思えるある病院の場合、相部屋は全体の2割弱であり、大半は2万円以上の個室である。このような差額ベッドは、国公立病院の場合は1割以下に規制されているが、私立病院の場合は病院の建設・整備を自前でなさねばならず、ある程度やむを得ないものとされている。また有名私立病院の場合、それは単なるホテルコストではなく、実質的に技術料を示しているという説明もある。もしそうだとすれば、良質の医療サービスをこのような医療機関で受療しようとするれば、こと入院に関してはかなり高い差額ベッド代を払わなければならないが、日本の医療の公平性はそれによってすでに損なわれているのであるが、公平性維持故に混合診療に反対する人々も、それに触れないのは不可解である。現在問題となっている、混合診療を容認すべきとの議論と比較すれば、その不平等性ははるかに深刻である。

ドウォーキンはずから次のような思考実験を行う。すなわち人々の間に貧富の格差があるときに、所得を再配分することで所得が完全平等になるようにする。その上で人々にその価値観やリスクおよび健康状態にしたがって、私的保険を購入させる。ただしこの場合人々もまた保険会社も、特定の遺伝子疾患などのついでの情報を持ち合わせないが、通常の疾病リスクや健康に対する嗜好は判明している。このようにして購入した医療保険は、初期に所得を再配分してあるから、ワルラス的な一般均衡を充たし、かつそれは無羨望 (no envy) という意味で公平、かつパレート効率の状態を充たしている。もしこのように所得が平等の下で各人の責任によって、保険が自由に購入される機会が与えられたのに、保険を購入しないで事後的に高い費用を要する疾病に罹患したとしても、責任論の立場からは、そのような個人に対して社会が補償するのは公平ではないとする。

ドウォーキンのこのような実験は、現実には何を意味するのだろうか。彼はクリントンの医療改革に際して、自発的な私的保険から公的保険がいかに導出されるかを、いわゆるプルードント・インシュアランス (prudent insurance) として提唱した。現実の世界では、人々の所得は再配分されて平等化されてはいない。したがって先に見たような医療保険購入の公平で無羨望な状態は望むべくもない。しかし大多数の思慮深い人々の選択結果は、かりに多様であるとしても、それらを集約して公的保険として一本化できるだろう。彼はほとんどの資源を医療に投入して医療保障を徹底すべきという救済原理にも、保守的な市場原理による私的保険で十分とする立場にも組せず、公平な公的保険の確立を説くのである。

翻って日本の現状を考えるならば、我々は極端な救済原理にも私的保険中心の保守主義にも偏らない、公的保険をすでに40年以上にわたって維持してきている。さらに米国と比較すれば所得分布もより平等に近い。そのような状況では、ドウォーキンのプルードント・インシュアランスの成立しうる余地は、わが国においてはるかに高い。ドウォーキンは各人

の理想状態における私的保険の購入から、それを集約して公的保険への一本化を考慮したのであるから、それぞれのリスクや健康状態に応じて、私的保険で公的保険を拡充することは十分に考えられる。とくに政府の財政がこのように制約的であるとき、ブルーデントな人々で考案する公的保険の守備範囲は限定せざるを得ず、それを補完するものとして、混合診療の容認や私的保険の拡充は自然の理にかなうものである。

なおドウォーキンのもう一つの論点は責任論にあり、所得を再配分されて平等になったときに、十分な私的保険を購入しないで事後的な疾病に対応できないとすれば、そのような個人に社会は何らかの保障をする必要はないとして、自己責任を厳しく徹底させている。この方向を徹底させれば、例えば過度の喫煙や飲酒による肺がんや肝臓がんなどの生活習慣病に対しても自己責任を問うことは、やはり自然な論理である。しかしドウォーキンはこの点については、何故か躊躇している。しかし公的な医療保険財政が明らかに不足を来している日本の現況では、タバコやアルコールに対して、より重課して充当することは当然だろう。⁵⁾

経済学における公平性の一般的な定義は、人々の間に羨望を起こさせないことである。日本で混合診療を容認したときに、起こりえる羨望とはどのようなものだろうか。まず先述したように都市部の有名私立病院は、入院に際して相当の差額ベッド代という技術料を徴収している。それは貧しい人にはとても払いきれず、そのような病院で治療を受けたい人々の間に、おそらく羨望をもたらしているといえるだろう。ただし国公立病院では差額ベッドは全体の1割以下に規制されており、これらの病院における医療の質は、そのような有名私立病院に対して遜色ないから、医療サービス本体についての羨望はそれほど強いとは思えず、少なくとも顕在化してはい

5) ドウォーキンの主張の興味ある点は、米国のような個人主義的な私的保険中心の世界で、人々のブルーデントな意思決定から公的保険の導出を考察したところにある。この場合の公的保険の範囲は人々の選好に依存し、おそらく私的保険との組み合わせになるだろう。

ない。

さらに医薬品や医療器具について、現在問題にされているような混合診療では、とくに所得階層の高い人々だけが受益者になり、そうでない人々から羨望されるようなものではない。その限りでは当面は混合診療を推進することで、反対論者の危惧するような公平性を脅かすような問題は発生しそうもない。おそらく今後予想される問題は、現在もすでに保険診療を補完するものとして存在している、高度先進医療に関わるような、あるいはその延長上にあるものだろう。この時点ではまだ不確定であるが例えば臓器移植や、遺伝子によるオーダーメイドの治療、さらには再生医療などのようなタイプである。いずれも相当額の費用を必要とするもので、しかも患者にとっては決定的に重要である。このような高度先進的な医療を公的保険でカバーするのは財政的に困難であり、それ故に現在は臓器移植の多くは混合診療を容認している。問題は加速度的に増大するような高度先進医療を受療できる人々と、出来ない人々の間の相克だろう。例えば遺伝子治療の場合に、それに私的保険で対応するのは難しく、対応は容易ではない。すなわち民間保険会社が遺伝子情報の提供を保険加入の条件にすれば、遺伝子にリスクを保有する人々は、保険加入を拒否されるか、法外な保険料を請求され、リスク・セレクションが発生する。もし政府が情報の提供を条件とすることを禁止すれば、リスクの高い人々が保険加入することになり、アドヴァース・セレクションが発生し、どちらの場合にも私的保険の成立は難しいだろう。被保険者に保険加入を強制する公的保険には、その種の難点は回避できる。繰り返しになるが、現在の公的保険で財政的にこれらの疾病をカバーさせることは無理であるが、将来的には公的保険と私的保険における役割の抜本的な変革によって、保険市場で解決することの英知が求められよう。

8. 結語

混合診療禁止という規制は、おそらく日本固有のものと思われる。資産や所得に関係なく、全ての人々がこと医療本体に関してはまったく差異がなく、同じ質の医療を同じ量だけ享受すべきという感覚は、社会保険による連帯感よりも、むしろ“乏しきを憂えず、等しからざるを憂える”という昔からあるセンチメントに、多くの人々がいまなお共感する、日本的風土に合致していたのではないだろうか。しかし長期にわたる経済成長の結果、人々は豊かになりその嗜好も多様化し、疾病構造もかつての結核などの感染症から、がんや心臓病および高血圧などの生活習慣病に変化した。

このような状況でこれまで公的な医療保険が、全面的に行ってきた医療保障が高齢化や医療技術の進展によって、財政的に破綻しつつある。しかも人々は、増大する一方の健康志向によって多様化した医療需要と、急速に高度化する費用増大的な医療技術を求める。これらすべてを財政制約の厳しい公的保険で対応するのは困難であり、私的保険にその一部を負担させること、そしてこれまで公的保険と自由診療の併用を厳しく規制してきた混合診療を容認することが、喫緊の課題であり、現実的な方向と考えられる。

混合診療を容認することは、人々の多様化する医療需要に応えるとともに、従来のややもすれば量的な医療サービスの拡張に偏っていた、日本の公的医療保険制度を質的にも向上させる一助になるだろう。患者の自主的な選択と負担によって、潜在的な医療需要自体を新たに掘り起こして創造かつ拡張して、医療サービス産業を国内産業として確立し、雇用の創出を図ることも可能になるだろう。

混合診療については、このところその是非をめぐる多くの議論がなされてきたが、小論ではできるだけ包括的に問題を捉える一方で、基本的には効率性や公平性については、経済学の論理で一貫させることを心がけた。

混合診療の経済分析

しかし混合診療の問題のように、経済学者だけでなく多くの医学関係者が論争に参加する場合には、経済の専門的な論理を振り回すのは、あまり説得的ではない。できるだけ平易な言葉で参加することが望ましい。この小論もそのような目的で書かれているので、経済学の論文を読みなれた読者にはやや奇異に感じられるかもしれないが、ご寛恕願いたい。

参 考 文 献

Dwokin, R. (1993) "Justice in the Distribution of Health Care" *McGill Law Journal Revue De Droit De McGill*. 38 (4): 883-899.

Tokita, T., Chino, T and others (1997) *The Present and Future National Medical Expenditure in Japan*: Japan Economic Planning Agency.

池上直己 (2003) 「混合診療はなぜ難しいか」『社会保険旬報』5月21日号。

關原成充・大西正利・高橋泰 (2003) 「混合診療と特定療養費」『病院』6月号。

齊藤裕美・錦田忠彦 (2003) 「混合診療の一考察」PIE Discussion Paper Series No. 140.

八代尚宏編 (2000) 『社会的規制の経済分析』日本経済新聞社。

林行成・山田玲良 (2002) 「混合診療禁止制度に関する経済理論分析」一橋大学大学院経済学研究科 RNP. D. P. #2001-06.