

資源配分機能としての制度・規制：わが国医療制度の経済分析*

知 野 哲 朗**

(岡山大学大学院社会文化科学研究科教授)

本稿の目的は、医療制度を資源配分機能の仕組みの1つと考えたとき、わが国の現行制度がどのような資源配分上の役割を果たしているのかを考察することである。また、医療制度を市場に代わる非市場的資源配分の仕組みという視点から考察したとき、わが国の医療制度改革における制度設計に際してその政策論的課題を明らかにすることも目的の1つである。

医療サービス分野では医療制度を通じて資源配分が行われることから、医療制度を構成する様々な制度や規制が非市場的資源配分の方法として機能している¹⁾。したがって、それらの制度や規制に伴う経済的含意を分析することは医療制度内における資源配分を明らかにするのみならず、当該医療制度に依存した患者と医師の信頼関係の形成・維持にも貢献する。しかし、医療制度を構成する制度や規制には様々なものが存在していることから、医療制度を通じた資源配分機能は実際には複合的な影響をもたらしている。本稿ではわが国医療制度のなかでも基軸となる公的保険制度と診療報酬制度を取り上げ、その資源配分上における経済的含意を実証理論的側面から検討する。

医療分野では日本のみならず各国ともに、医療サービス市場の需給両サイドにおいては様々な政府規制が存在している。この医療サービス分野における政府介入の経済的根拠にはいくつかの理由が指摘されていれる²⁾。たとえば医療サービスの分野では公衆衛生や感染症などに示されるような外部性や、患者と医師間における情報の非対称性が存在している。また医療保険の分野では疾病が個人レベルでは予測できず、その医療支出も高額となる可能性がある。そのリスクに対処する方法として民間保険を通じた市場を利用する方法があるものの、現実には情報の非対称性からモラルハザードや逆選択といった問題が生じるため、疾病に伴うリスクが民間保険市場を通じては適切に対処されない。そして、市場に任せるときには医療サービスのアクセスの公平性が損なわれるという問題がある。このような理由から医療分野では需給両サイドに対して様々な公的規制が実施されている。

医療分野における公的規制の存在は各国に共通したものである。しかしその規制の在り方や方法は各国で相違し、したがって医療制度を通じた資源配分も異なってくる。たとえば各国の医療保険制度についてその財源から国営システム、社会保険システム、民間保険システムという分類が行われているが³⁾、それ

* 本研究の成果の一部は文部科学省科学研究費補助金からの財政的援助を受けている。

** 1984年東京都立大学大学院社会科学部博士課程単位取得中退、同年東京都立大学経済学部助手、その後、東京学芸大学講師・助教授、立命館大学経済学部教授、岡山大学経済学部教授を経て2006年より現職。所属学会は日本経済学会、日本NPO学会。主要論文は『The Present and Future National Medical Expenditure in Japan』(共著)『経済分析』152, 1997年。

¹⁾ 制度や規制、そして法は「市場」とは異なる方法で資源配分機能の役割を果たしている。このような非市場的資源配分方式として本稿では医療分野の制度・規制を取り上げている。制度の経済学(新制度経済学 New Institutional Economics)についてはNorth(1990)、Alston, Eggertsson, and North(1996)を参照。新制度経済学のなかでもproperty rights(所有権)内容の影響に着目して経済主体の行動分析を理論的に考察するproperty rights理論については注18)を参照。

²⁾ たとえば医療経済学の先駆的論文となるArrow(1963)、さらにその根拠に係わる今日の意味を考察したHammer(2003)をも参照。

³⁾ OECD(1987)(1994)を参照。

は同時に、消費者（患者）の観点から医療サービス利用に伴う割当（rationing）メカニズムの基本的な相違を示唆している。また、同一分類の医療保険制度に該当していても医療提供システムが相違すれば、医療サービス利用に伴って機能する割当方式も相違する。たとえば医療提供システムが公的あるいは私的医療機関から構成されるのか、あるいは両者の併存であるのか等によって、患者が直面する地域の医療供給条件は相違してくる⁴。この相違は、たとえ社会保険システムで患者の負担価格が低くても、地域における医療サービス利用の在り方に大きな差異を生じさせる源泉の1つとなる。

本稿の分析対象である日本の医療制度は保険制度で言えば社会保険システムに属し、全ての人が何らかの保険によってカバーされ、医療サービスの患者負担は原則としてその費用の3割の金額（消費者価格）となる。したがって、消費者と生産者の価格は乖離し、通常の「市場」において機能する需給調整は価格によっては行われず、医療制度内に存在する規制や制度を通じて作用する。この調整がどのようなメカニズムを通じて行われるのかを、わが国医療制度のもとで主要な役割を果たしてきた制度・規制を取り上げて検討する。第1節では需要サイドの規制である医療保険制度を中心として患者の受診に伴う実質コストと医療サービス利用に関する調整手段について考察する。第2節では患者の受診に伴う実質コストを規定する供給条件について検討するもので、その中心は医療機関の行動に直接的な影響を与える診療報酬制度を取り扱う。第3節では、現行の診療報酬制度が今日の著しい環境条件の変化のもとで中・長期的にどのような問題を抱えているのかを検討する。これは医療政策的観点から医療制度の設計でとくに留意しなければならない事項である。

第1節 医療保険制度と受診コスト

わが国の医療分野でも需給両サイドにおける規制が存在し、それらの規制を通じて医療サービスの需給が調整される仕組みとなる。このような非市場的資源配分の方法は価格メカニズムによる資源配分とは異なり、需給両サイドの規制の在り方によって資源配分が大きく影響される。かつ、規制の結果として暗黙的なコスト（hidden costs）が生じ、これによって意図せざる負担が意図せざる主体に課される場合もある。本節では需要サイドにおける規制に焦点を絞り、その規制によってどのようなコストが生じるのか、そしてそれが受診にどのような影響を与えるのかを検討する。

1.1. 公的医療保険と受診

消費者（患者）の医療サービス需要に影響を与える規制のなかでも重要なものとして公的医療保険制度が指摘できるだろう。この制度はわが国の保険診療の内容と範囲、そして自己負担額を定めるものとなっている。保険診療の範囲を超える医療については保険給付が行われず、また保険診療と保険外診療の併用については原則として、その保険給付分も含めて全額が患者自己負担となる仕組みとなっている。後者が混合診療の禁止と言われているが、その議論は最近の改革を踏まえて次節以降で行う。以下では公的医療保険制度を中心として受診に伴う制度的な制約条件について説明しよう。

わが国では皆保険制度が1961年に実現され、全ての国民は一部の自己負担で全国どこにおいても医療サービスを受けられることになった⁵。患者の自己負担額は2005年、被保険者本人やその家族に拘わらず原則として3割負担となっている。ただし、高額療養費制度が採用され、その自己負担限度額が設定さ

⁴ このような医療機関の所有形態の他に、出来高払い、総予算額方式、人頭払い方式、定額払い方式などの支払い方式によって医療機関の価格誘因機能が異なることから、それに応じて医療の供給条件も相違してくる。

⁵ わが国の医療保険制度に関する詳細は吉原・和田（1999）を参照。

れている。また高齢者医療については老人保健制度が 1983 年に創設され、自己負担額はより低いものとなっている。老人医療受給資格者は当初、70 歳以上の者及び 65 歳以上 70 歳未満の寝たきり等の状態にある者であったが、2002 年よりその対象年齢が 75 歳以上に引き上げられ、また老人医療受給者の自己負担額も 2005 年で 1 割負担、一定以上の所得者は 2 割負担となっている⁹⁾。このような公的医療保険制度の存在によって、患者は生産者価格（診療報酬額）に比べて低い消費者価格（自己負担額）を支払うことによって医療サービスを受けることができる⁷⁾。通常の市場で取引される財やサービスにおいては市場価格によって当該財の割当（rationing）が行われるが、医療サービスの場合は一部の価格負担が患者に課せられるのみとなる。その意味では医療サービスの需要がその供給能力を超える状況では自己負担額という価格以外の割当手段が求められることになる。

さらに、わが国では医療機関選択について直接的な規制が存在せず、患者は自分で自由に医療機関を選ぶことが可能である。医療機関選択の自由については、英国、スカンディナヴィア諸国、米国の HMO などで見られるようなゲートキーピング制度（gatekeeping system）はわが国には存在しない。たとえば英国においてはプライマリーケアを担う一般医（general practitioners）がゲートキーパー（gatekeeper）として機能しており、患者が専門医（specialists）の医療サービスを受けるには一般医の紹介が必要とされる仕組みとなっている。この制度の利点としては、患者による不必要な医療選択が事前に確認できることから医療費抑制になること、さらに高次医療の資源配分については情報を有する一般医によって行われることからその効率的な提供が可能となるなどが指摘されている⁸⁾。他方、わが国では患者が直接に高次医療を提供する医療機関をも受診可能となる仕組みであることから、混雑現象を通じて高次医療の資源配分における効率性を損なう問題が存在している⁹⁾。

1.2. 受診コストと割当

わが国の受診に伴う制度的枠組みのもとで、どのようなコストが患者に課せられているのだろうか。この受診に伴う実質コストは医療サービス需要を規定する主要な要因の 1 つであると考えられる。したがって、たとえ自己負担額という料金価格（money price）が低くても、それを含めた実質コスト（つまり full price）が高くなるのであれば、医療サービスの利用に関して価格による割当（rationing）メカニズムが実質的に機能していると言える¹⁰⁾。以下では現行制度のもとで消費者（患者）がどのようなコストに直面するのか、そして、それがどのような条件に規定されるのかを制度的側面から検討する。

まず公的医療保険制度で設定される患者の自己負担額（消費者価格）がある。この負担は患者にとって明示的な money price で、近年では高齢化の進展による財政状況の悪化に伴って増加傾向にある。現在では既述したように 3 割の自己負担が設定されているが、実際には患者にとって受診に伴うコストはこれに限定されない。医療の場合には以下に説明するような暗黙的なコスト（hidden costs）が生じている。その理由は前小節で説明した仕組みにある。医療分野では需給両サイドに規制が実施され、通常の価格メカニズムによって需給が調整されるような市場型の資源配分方法が機能していない。つまり、需要者、生産

⁹⁾ 高齢者の患者負担に関しては 2005 年、原則 1 割負担となっているが、現役並み所得者（課税所得 145 万円、標準報酬月額 28 万円相当以上）の高齢者は 2 割負担で、その自己負担限度額も高くなる。また、住民税非課税世帯となる低所得者についてはその負担額は異なる。厚生労働省（2005c）では、前期（65 歳以上 74 歳）および後期（75 歳以上）という年齢区分のもとで高齢者の患者負担に関する案が示されている。

⁷⁾ その差額は保険料と公的負担で、国民医療費全体で見ると、それぞれの割合は 23%、52%となる。

⁸⁾ 一般医によるゲートキーピング制度については Scott（2000）、そして Brekke, Nuscheler and Straume（2005）を参照。

⁹⁾ ただし、わが国では 1996 年の診療報酬改定において 200 病床以上の病院は紹介状を持たない患者に対して高い初診料が設定できるようになっている。

¹⁰⁾ 本文の以下で説明する待ち時間コストを含めた full price や money price が医療サービス需要に与える影響については知野（1994）を参照。

者それぞれが直面する公的価格は乖離しており、需給の調整機能を果たす価格とは異なる。したがって、両サイドの主体はそれぞれの「公的価格」に反応するものの、その需給調整は異なる方法で行われる。需要サイドについてたとえばゲートキーパーなどによる割当方式が実施されていないわが国では、超過需要の状況のもとでは以下で説明する暗黙的なコストが患者（消費者）に課せられ、需要が一定の供給能力に調整される仕組みとなっている。

ではどのような暗黙的なコストが患者に課せられるのか。自己負担以外の患者に課せられるコストのうち重要なものとして医療機関における待ち時間（waiting time）に伴うコストがある。それは受診に際して待ち時間が必要となるが、このようなサービス利用を待つための行列（queues）コストがある。このコストが高いのであれば、医療サービスの利用に際して待ち時間による割当メカニズムが機能していると言える。また、医療サービス利用に際しては医療機関での行列による待ち時間が費やされるのみならず、当該医療機関までのコストが存在する。具体的には自宅から医療機関までの時間とその交通費用である。この医療機関までのアクセスコストは、患者の住む地域がどのような医療サービスの供給能力にあるのかという供給側の条件に依存している。これらのコストが実際に課せられることによって需要が調整される。たとえば自己負担額の money price がゼロ円（つまり無料）になって超過需要が生じたとすると¹¹⁾、患者の増加は待ち時間を増大させ、それが一定の患者に受診の抑制をもたらすことになる¹²⁾。このような暗黙的なコストを通じた需要調整が機能するのは、たとえばゲートキーパーなどによる割当方式が制度として行われておらず、フリーアクセスが採用されていることに起因している。

また、医療サービスのうち検査、入院や手術などのサービスを受ける場合、救急医療を除けば、一定の待機期間があるのが普通である。たとえば選択的手術（selective surgery）において待機リスト（waiting list）が作成される場合、これは当該医療機関の手術サービス利用について待機期間という待ち時間によって需給の調整が行われていることを意味している。日本の場合には他の先進諸国に比べて、選択的手術の待機期間による待ち時間は少ないが、たとえば英国等ではその待機期間が非常に長くなるなど、その調整機能の役割は当該国の医療制度によって異なってくる¹³⁾。日本の場合には検査、入院や手術などのサービスを受ける待機期間が少ないことは、病床数が多く存在し、かつ、検査機器等が多く保有されているというわが国の医療供給条件の特徴に依存している¹⁴⁾。しかし、たとえ入院や手術の待機期間が短いとしても、医療スタッフという人的資源については他国に比べて少なくなるという特徴があることから、患者は人的資源の投入が少なくなる医療サービスを受けていることを意味しよう。つまり、待機期間による調整ではなく、人的資源投入を通じた調整が行われていることになる。

患者の医療サービス受診に伴う実質コスト（full price）は自己負担料金（money price）のみならず、受診のためにかかる待ち時間コストや、当該医療機関までの時間や交通費用等を含めたアクセスコスト、さらには検査、入院や手術等のための待機期間に伴うコストなどを含めたものとなる。この実質コストは医療の供給条件に依存することから、患者の負担するコストがその居住する地域の条件によって左右され

¹¹⁾ わが国では1972年に老人医療無料化政策が導入され、老人医療に関する自己負担がゼロとなった。この結果、高齢者の医療需要が大きく増加した。それは供給条件を一定とすれば、暗黙的コスト（待ち時間コスト）が増大し、それが医療サービス利用の割当手段としての役割を大きくしている。

¹²⁾ 必ずしもこのような患者数の減少を通じなくても、たとえば診察時間の減少（つまり医療サービスの質的低下）を通じて調整が行われることも現実にはあるだろう。

¹³⁾ Siciliani and Hurst(2003), OECD(2004)を参照。英国ではしばしば waiting list の問題が大きな政治的問題として指摘されている。

¹⁴⁾ OECD(2005)によれば、千人当たり病床数（2003年データ）では日本が14.3で一番多く、次にチェコ共和国8.8、ドイツ8.7と続き、英国が4.2、米国が3.3である。また、百万人当たりCTスキャナー数（2002年データ）では日本が92.6で一番多く、次に韓国の30.9で、米国が13.1、ちなみに英国が5.8（2001年データ）となる。入院期間（2003年データ）については日本が36.4で一番長く、次に韓国13.5、フランス13.4と続く、英国は7.6、米国が6.5である。

ることになる。わが国の供給システムでは自由開業医制を基本とし、それを補完するように公的機関が存在するものの、地域における医療の供給条件は医療機関数、病床数、そして提供される医療の領域等の点において地域格差が生じている¹⁵⁾。その意味では実質コストによる割当機能が作用する程度が地域によって異なってくることになる。

第2節 診療報酬制度と供給システム

前節では供給側の生産能力等を所与として、現行の医療保険制度のもとで患者がどのような資源配分の調整を受けるのかを吟味した。その結果として、患者の受け取る医療サービスは患者の居住地域における医療機関の生産能力やタイプなど、その供給条件に左右される特徴を有していた。本節ではその供給システムを規定する諸規制のうち、医療機関の行動に大きな影響を及ぼす診療報酬制度を取り上げる¹⁶⁾。診療報酬は医療サービスの生産者価格として医療機関の価格誘因機能を有し、供給側の資源配分決定に影響を及ぼす。したがって、診療報酬の在り方が供給条件の影響を通じて前節で明らかにした医療サービスの実質コストの大きさを規定している。以下では、診療報酬が医療機関の選択行動を通じてその供給条件の形成にどのような関係を持つのか、また、現行の診療報酬制度がどのような特徴および問題点を有しているのかを明らかにする。

2.1. 診療報酬と医療機関の行動

診療報酬制度は医療サービスに関する生産者価格規制の一種となるが、通常の価格規制とは次の点で異なる。規制対象が医療サービスの場合、産出物（アウトプット）そのものと言うよりむしろ、医療サービスを生産するための投入要素に近いものとなっている。たとえば診察、検査、投薬、手術などの診療行為が価格付けの対象となっている。価格対象の数は診療行為の場合には数千種類で、薬剤では1万品目以上に至る¹⁷⁾。この価格表が診療報酬点数表で、薬剤については別途、薬価基準点数表と呼ばれる。実際の設定では点数方式がとられ、1点が10円となる。医療サービスに対する医療機関への支払い額はその提供された各種の診療行為に付された点数を積算した金額であり、通常、その3割の金額が患者負担分で、残りは保険者から給付される。

一般に、価格は経済主体に対して行動の誘因機能を有している。医療分野においても価格誘因機能は作用するであろう。医療機関は原則として、医療サービス提供に伴う収入によってその費用が賄われる採算性が要請されるからである。ただし、医療機関にもその開設者には様々なものが存在し、その採算性の要請も当該機関に課せられた制度的制約によって異なる。たとえば厚生労働省の大分類によれば、国、公的医療機関（都道府県と市町村、および日赤、済生会、厚生連などを含む）、社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会など）、医療法人、個人、その他（公益法人、学校法人、その他の法人など）など、開設者の異なる機関が存在する。公的医療機関に比べてとくに医療法人と個人の私的医療機関では、その主な収入は公的補助金や寄付金などではなく、医療サービス提供に伴う医業収入となる。その意味では、医療機関の開設者の相違によって、医療機関の選択行動も

¹⁵⁾ 朝日新聞（2006年1月18日）によると、医療供給の地域間格差に大きな偏りがあるため、政府は医療法を改正して開業の資格要件に、過疎地や医師不足となる診療科への従事を実施する方針を固めている。

¹⁶⁾ 本稿ではわが国で基本的に利用されている出来高払い方式を取り上げ、その枠組みを単純化して考察する。なお、米国のDRG/PPSのような支払い方式は本稿とは異なる枠組みとなる。

¹⁷⁾ 社会保険研究所（2004）、じほう（2005）を参照。

異なってくると考えられる¹⁸⁾。実際、わが国の現行の自由開業医制と非営利性制約のもとで、私的医療機関が金銭的な便益追求という点において強く影響される特徴をもつ¹⁹⁾。

様々な開設者の医療機関が併存するシステムのもとでは、診療報酬のもつ価格誘因機能は開設者間で相違してくる。とくに私的医療機関は公的機関に比べて採算性を考慮した医療サービスの提供を選択することになる²⁰⁾。それは自由開業医制のもとで、医療サービス市場における私的機関の存続に関わることからである。したがって、立地する場所やその提供する医療サービスの種類や内容が現行の診療報酬体系に照らして選択されることになる。このような私的医療機関の選択行動の結果としてクリームスキミング現象が生じ、公私医療機関間における市場構造的特徴の相違が形成される²¹⁾。それはまた、各地域における医療供給条件の相違をも生むものとなる。とくに高齢者入院医療については私的医療機関が担っている役割が大きく、その病床数の地域的格差が介護保険制度成立前において高齢者入院医療費の格差を生む重要な要因となっている²²⁾。これは医療と介護の境界の領域における長期入院患者（いわゆる「社会的入院」）に関連した問題であるが、介護保険制度成立後においても療養病床が医療型病床と介護型病床に分かれつつも、入院者が両者間で混在している²³⁾。

要約すると、診療報酬はその開設者別医療機関への影響を通じて地域間の供給条件を規定することになり、それが前節で説明した医療サービス受診に伴う実質コストの大きさに影響を及ぼすことになる。つまり供給条件の相違は、患者の医療機関選択の自由裁量が大きい制度のもとで、地域における受診の暗黙的なコストの大きさを規定している。このコストが前節で説明した医療サービス利用の割当手段として重要な役割を担っている²⁴⁾。

2.2. 診療報酬制度の特徴と問題点

では出来高払い方式に基づいた現行の診療報酬制度がどのような特徴と問題を有しているのかを資源配分上の観点から検討しよう。当該制度の基本的特徴は近年の医療を取り巻く急激な環境条件の変化のもとで、医療資源の資源配分における効率性を一層低下させるものとなると考えられる。以下では診療報酬規制について3つの主要な論点を取り上げて検討する。

第一に、診療報酬は医療サービスの公的価格であることから生産者にとって所得分配に係わる重要な規制の1つであるという特徴がある。その診療報酬の決定は利害関係者を含めた委員から構成される中央社会医療協議会（中医協）によって行われている。このような規制については一般に、規制に伴う準レントが発生することからそれを求める利益団体のレントシーキング活動が政治過程で展開される傾向がある。鶴田（1995）はわが国の医療分野における利益団体として日本医師会に着目し、日医ニュースという資料を通じてその諸活動を数量実証的に解明している。その研究結果から、日本医師会の活動が利益団体とし

¹⁸⁾ このような property rights の相違によって当該機関の経済的行動が影響される。この経済理論については Alchian (1965), Demsetz (1966), (1967), Alchian and Demsetz (1972), Furubotn and Pejovich (1972), Cheung (1974), Barzel (1997) などを参照。

¹⁹⁾ わが国の医療機関は医療サービス提供に際して医療法第7条の非営利性規定の適用を受ける。また私的医療機関は同法第54条により医療で得た剰余金の分配が禁止されている。しかし、この非営利性制約は現行の社団医療法人制度のもとで出資者に剰余金の残余請求権を必ずしも排除するものではない。その詳細については知野（2004）を、また非営利組織である医療機関の目的と行動については知野（1988）を参照。

²⁰⁾ 私的医療機関のシェアについては、医療法人と個人の病院が施設数で71%、病床数で55%を占める。診療所については大半が私的医療機関である。

²¹⁾ 知野（1995）（2003）を参照。

²²⁾ 知野（2003a）（2005）、知野・杉野（2004）を参照。

²³⁾ たとえば医療経済研究機構（2001）を参照。政府は2005年12月、介護型療養病床を2012年度に全廃する方針と同時に、医療型療養病床についても診療報酬上で入院患者の医療必要度に応じた報酬設定を決めている。

²⁴⁾ 医療を含めて「サービス」では生産と消費の同時性が存在し、その消費は消費者と生産者が時間と場所という次元で一致してはじめて行われる。このようなサービスの制約は情報通信技術(IT)の発展によって軽減されるが、次節ではこのIT化の便益を実現させるためにはどのような制度的仕組みが医療分野で行われることが欠かせないかを吟味している。

ての役割を果たしていることが示唆される。本稿の診療報酬規制との関係について言えば、現行の診療報酬体系が開業医を含めた民間病院に有利に、他方、規模の比較的に大きな公的病院に不利になるという特徴が支持されるだろう²⁵⁾。それは日本医師会の中核となる会員が開業医や民間病院という中小規模の医療機関に属する医師であること、そして診療報酬がそれらの医業収入（および所得）に密接に関係していることが背景にある²⁶⁾。したがって、現行の診療報酬体系がその規制過程を通じて政治的なバイアスを反映する特徴を有している。

第二に、現行の診療報酬点数設定については次のような取引費用の介在が問題を提起する。実際の診療報酬設定の診療行為は全ての保険医療機関に適用可能という点から、取引上において取り扱い容易な指標となる傾向をもつ²⁷⁾。つまり、医療サービス生産に寄与する様々な医療行為にはその性質上、測定および監視費用に大きな相違が存在することから、そのなかでも実際上において容易に測定可能で、かつ監視可能な対象が採用される。このような取引費用を考慮したとき、薬剤や診断装置に関わるモノに比べて医師や看護師などのサービスではより単純な指標が採用される傾向を示す。その結果、提供されたサービスの品質等の内容が制度として適正に経済的評価され難いことになる²⁸⁾。さらにその診療報酬対象の数は現在、診療行為で何千種類、薬剤については1万種類以上の品目になる。このような診療報酬対象の設定とその数を考えると、結果として、現行の診療報酬体系が一定の疾患に対してその最適な診断・治療サービスの経済的評価付けに対応するとは限らないだろう。

最後に、現行の診療報酬制度は診療報酬点数表を通じて保険適用となる医療の範囲を規定することから、医療機関の選択行動が大きな制約を受ける。これは次節で検討するように医療分野の技術的進展が著しい今日的环境条件のもとで、次のような中・長期的な効率性を損なうという問題を提起する。現行の診療報酬表は保険適用される個々の診療行為についてその価格（点数）を示したもので、この表が基準となって保険診療の支払いが医療機関に行われる。したがって、医療機関は保険診療の支払いを受けるには診療報酬表の範囲で医療提供を行うことが条件となる。このように保険適用の診療行為が厳密に制限を受ける。そして保険診療と保険外診療の併用が行われたときは原則として、保険給付分も含めて全額が患者の自己負担となる仕組みである。つまり、混合診療の禁止が採用される²⁹⁾。この規制方法は医療機関に対して投入物選択と生産方法を厳密に限定する結果となり³⁰⁾、今日の医療を取り巻く環境条件の変化への対応を促す誘因が制度的に希薄となる。これは医療分野において情報通信技術（IT）の恩恵を内部化する点において障害となり、中・長期的な観点から当該分野の効率性が損なわれることになる。この新たな技術導入に関する問題は次節で、現行の特定療養費制度やその最近の改革を踏まえて詳細に検討する。

第3節 環境条件の変化と制度・規制

前節で診療報酬制度の資源配分上の役割について触れたが、それを補完する制度的仕組みが存在する。

²⁵⁾ 鶴田（1995）の他に、たとえば日本の診療報酬政策について考察した高木（2005）を参照。

²⁶⁾ 医師会の影響は中医協の構成にも反映され、中医協の診療側委員5名が日本医師会の推薦という方法がとられている。ただ平成11年より、その1名に全日本病院協会の関係者が推薦されることになった（厚生労働省（2005a））。このような影響の結果として、大きな病院の経営状況を反映するような診療報酬の決定が難しく、規模の大きな病院の経営が厳しくなるだろう。医師会の影響力を含めて日本の医療政策を鶴田（2001）は公共経済学的側面から考察している。

²⁷⁾ 詳細は知野（2003b）を参照。

²⁸⁾ これは情報費用に関連しており、最近における医療情報の制度的制約の緩和や情報費用の低下を促すIT化などによって影響される。

²⁹⁾ ただし、後述するような特定療養費制度が存在し、一定の保険外診療については併用が可能となる。さらに2005年ではその特定療養費制度の改革が実施され、併用の可能性が拡大している。

³⁰⁾ 一般に、製品の安全性のために規格を規制する手段としては「性能基準」と「仕様基準」による規制方法があるが、診療報酬規制はあたかも「仕様基準」規制に該当するものとなるだろう。

それが特定療養費制度で、新たな技術や患者ニーズに対応する機能を有しているが、近年の著しい環境条件の変化のもとでその機能が十分には働かないという問題が指摘される。それは規制改革・民間開放推進会議と厚生労働省の間における「混合診療」問題の議論にも反映されているが、現行の特定療養費制度のもとで新たな医療技術や医薬品が適正に利用でき、また患者の新たなニーズが適切に満たされるかという点である。本節では特定療養費制度を含めた現行の診療報酬制度のもとで、新たな技術等が医療分野に導入されるメカニズムの問題点を考察する。それはとくに医療分野の技術（たとえば新たな治療方法、医療機器あるいは医薬品など）よりむしろ、医療サービスの生産や提供方法などの広い範囲に影響を及ぼす情報通信技術（IT）化の導入に係わることである。

3.1. 特定療養費制度と混合診療問題

一般に、通常の財やサービス分野の場合、資源配分機能は市場を通じた価格メカニズムによってなされる。新たな技術の導入についても、当該技術が費用および品質を考慮した市場のチェックを通じて導入の可否が判定される。その意味で「市場」は新たな技術導入をも含めた資源配分の機能を自動的に行う仕組みである。しかし、医療分野の場合には既に説明したように、資源配分機能は「市場」ではなく、制度・規制を通じて行われる。したがって、それら制度・規制さらには政府介入の在り方が新たな環境条件の変化に対する資源配分機能の成果を左右する。以下では診療報酬制度の機能を確認して、それを補完する現行の特定療養費制度の特徴と問題を検討しよう。

診療報酬は前節で明らかにしたように、資源配分機能の役割として重要なものであった。現行の診療報酬制度のもとで保険適用となる診療の範囲が指定され、医療機関はこの範囲において保険給付対象となる医療サービスの提供を行う³⁾。もし保険診療と保険外診療の併用が行われたときは原則として、保険給付分も含めて全額が患者の自己負担となる仕組みであった。つまり、混合診療の禁止が行われている。保険診療の範囲を確定するのが厚生労働省の中央社会医療協議会（中医協）である。中医協は隔年毎に診療報酬改定を行うが、それは同時に保険診療の範囲と見直しをも含む決定をする。新たな医療技術や医薬品はこの中医協の審議・決定を経た後、保険診療の対象として診療報酬点数表や薬価基準表に記載されることになる。

保険診療の仕組みには、今日の環境条件の著しい変化のもとでその変化に対応した医療サービスの提供が難しくなる状況がある。新たな医療技術や医薬品開発の進展や患者の新たなニーズの変化など、今日の環境条件の急激な変化のもとでは、それらへの対応が制度的に遅れを伴うことになる。この対応方策としては現在、保険診療と保険外診療の併用が一定の基準で認められる特定療養費制度がある。その併用が可能となる保険外診療の内容については、高度先進医療と選定医療を対象として中医協が認めたものとなる仕組みである。特定療養費制度は新たな医療技術や患者の嗜好（利便性やアメニティなど）の変化など、医療分野を取り巻く環境変化に対して調整を行う機能をもっている。前者の高度先進医療では、たとえば1992年に指定され98年に保険適用となった生体肝移植、あるいは免疫療法の一つで97年に指定されたが保険適用となっていない活性化自己リンパ球移入療法などがあり、また後者の選定医療のなかには、たとえば差額ベッド、治験薬、長期入院医療などがその対象として含まれる。

特定療養費制度については、規制改革・民間開放推進会議と厚生労働省の間における「混合診療」問題の議論でも指摘されたが、当該制度のもとで新たな医療技術の導入や新たな患者ニーズの充足が適切に行

³⁾ 本稿では保険医療機関を対象としている。

われるのかという問題がある。それは現行の特定療養費制度のもとではきわめて限定された医療サービスがその対象となっているに過ぎないからである。また、運営上の問題に係わるものとして中医協の構成や機能・役割を含めた在り方について不透明さや不確かさが存在しているからである³²⁾。その意味では混合診療禁止のもとで、現行の特定療養費制度が十分に資源配分機能を果たしているのかという問題が残る³³⁾。結局、厚生労働省は患者ニーズの多様化や医療技術の高度化を踏まえて、患者の選択によるサービスの拡充が求められていることを重視し、現行の特定療養費制度を廃止して新たな枠組みを提示している³⁴⁾。

3.2. 医療分野の IT 化と医療政策

特定療養費制度に係わる混合診療問題は資源配分上の観点のみならず、公的保険医療制度の基本に関わる所得分配上の観点からも検討することが欠かせないだろう。しかし本稿ではおもに前者の資源配分上の観点から、特定療養費制度に代わる新たな制度について触れ、これを含めて現行の診療報酬制度における調整機能の問題を考察する。

混合診療問題については 2004 年、厚生労働省はその基本的考え方として、保険外負担の在り方を根本的に見直し、患者の切実な要望に的確に対応するとして、早急に対処すべき政策を提示している³⁵⁾。その提示された対応策（国内未承認薬、医療技術および制限回数を超える医療行為に係わる政策）のいくつかについてはその後、現行の特定療養費制度における選定医療として認められるに至っている。しかし特定療養費制度についてはそれを廃止し、以下のような案が提示された³⁶⁾。厚生労働省は将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうかという観点から現行の特定療養費制度を廃止し、必ずしも高度ではない先進技術や、国内未承認薬、制限回数を超える医療行為も含めて、新たな仕組みとして「保険導入検討医療（仮称）」（保険導入のための評価を行うもの）と「患者選択同意医療（仮称）」（保険導入を前提としないもの）とに再構成することを提示している。

この改革案を通じて、本稿で問題とする環境変化に対する資源配分の調整は従来よりも明瞭で迅速に行われるだろう。しかし、供給側の資源配分調整は基本的に診療報酬制度を通じて行われる。つまり前節で明らかにしたように、診療報酬制度における規制の在り方やその価格体系の問題が依然として医療分野における資源配分機能に一定の制約を課していた。とくに医療分野における厳しい投入規制は新たな医療技術や医薬品等の導入に対して抑制的に作用する。「中医協の在り方に関する有識者会議」で使用された用語を借りて表現すれば³⁷⁾、保険適用とされる個々の診療行為の公的価格を定める「価格表」と、保険適用とする診療行為の範囲を定める「品目表」に係わる特徴が資源配分を規定している。したがって、新たな技術の導入とその普及は「品目表」と「価格表」に依存する。この決定がわが国では中医協という 1 つの制度・規制（つまり非市場的資源配分方法）を通じて行われる。中医協が担う機能が適正に働かない場合、医療分野における資源配分の効率性が損なわれることになる。

³²⁾ 厚生労働省（2005a）では、診療報酬改定に係わる基本的な医療政策の審議は他の諮問機関で行い、中医協で審議すべき事項については個々の診療行為についての保険適用の可否や、具体的な診療報酬点数の設定などを中心にすべきことが提言されている。このような中医協の改革検討の背景には、診療報酬改定が時として政治的解決に委ねられること、最近では診療報酬改定を巡る贈収賄事件が発生していることなどもあろう。平成 18 年度診療報酬改定では、内閣が改定率を決定し、社会保障審議会の医療保険部会・医療部会が診療報酬改定の基本方針を定め、中医協はこの基本方針に基づいて具体的な点数を設定することになった。

³³⁾ 混合診療問題に関する経済理論的研究では混合診療禁止制度の経済分析を行った林・増田（2003）、また資源の効率性のみならず公平性を明示的に取り扱った齋藤・鶴田（2003）を参照。

³⁴⁾ 厚生労働省（2005b）（2005c）を参照。

³⁵⁾ 厚生労働省（2004）を参照。

³⁶⁾ 厚生労働省（2004）（2005b）（2005c）を参照。

³⁷⁾ 厚生労働省（2005a）を参照。

今日の情報通信技術 (IT) の進展は社会の経済構造の変化を促しているが、資源配分が非市場的方法で行われている分野では政策を通じて実施する必要がある。医療もそのような分野の1つである³⁸⁾。医療分野のIT化はレセプトの電算処理化やカルテの電子化のみならず、次のような医療サービスの提供の在り方をも含めた効率化の可能性を提供する。それは医療サービスの新たな提供方法や提供組織や、それに係わる医療情報の新たな提供や活用などを可能とし、その適応領域は広範囲に及んでいる³⁹⁾。また、これによって医療政策の方法、さらには政府の役割も変化せざるを得ない。このような医療分野のIT化を考慮したとき、それらの技術革新を導入する経済的誘因システムが現行制度のもとでは希薄となっている。非市場的調整を行っている医療分野では政策的に制度・規制を通じてその経済的誘因を内部化することが欠かせないが、IT革命の急速な進展のために、それが現行制度の有する経済的含意を踏まえて十分には検討されていないからである。

医療分野のIT化は患者の受け取る医療サービスの品質を向上させるうえで、また医療サービス提供の効率化にとっても欠かせない方策である。たとえばInstitute of Medicine (2001)では、IT化を基礎とした医療提供システムの構築が中・長期的観点から医療サービスの質的向上および効率性を保証するうえで重要であるという認識のもとで、政府による保健医療情報インフラの整備を提言した。そのような医療提供システムが個々の患者に私的便益をもたらすのみならず、その提供される医療について人々に安全や保証を与えるという公共財的性質をもつ社会的便益をも生じさせるからである。したがって、ITに係わる技術革新を医療分野に導入するメカニズムの構築では、わが国医療分野の制度・規制のもつ資源配分上の役割を踏まえた経済学的議論が欠かせない。

³⁸⁾ 日本でもe-Japan戦略で日本のe-Health政策が展開されている。政府は電子カルテ・レセプト電算化などの医療のIT化を推進し、その目標と達成年を設定しながら支援方策を講じている。厚生労働省(2001)を参照。

³⁹⁾ たとえば情報提供については電子カルテシステム、レセプト電算処理システム、質の向上については「根拠に基づく医療」(EBM)、電子カルテシステム、遠隔診療支援、効率化については電子カルテシステム、オーダーリングシステム、レセプト電算処理システム、物流管理システム、そして安全対策についてはオーダーリングシステムがITを活用した手段として指摘されている(厚生労働省(2001)および保健医療情報システム検討会の議論を参照)。このようなITを活用する状況のもとでは、医療提供の方法や組織も変化せざるを得ず、したがってその医療制度の在り方が問われている。本稿ではおもに診療報酬制度の在り方に焦点を絞って検討している。

参考文献

- 医療経済研究機構 (2001) 「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」(報告書) 平成 13 年 3 月.
- 厚生労働省 (2001) 「保健医療情報分野の情報化にむけてのグランドデザイン」(保健医療情報システム検討会)
- 厚生労働省 (2004) 「いわゆる「混合診療」問題について」平成 16 年 12 月 15 日.
- (2005a) 「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために」(「中医協の在り方に関する有識者会議」報告書) 平成 17 年 7 月 20 日
- (2005b) 「診療報酬体系の見直しについて」
- (2005c) 「医療制度構造改革試案」平成 17 年 10 月 19 日.
- 齋藤裕美・鵜田忠彦 (2003) 「混合診療をめぐる一考察：効率性と公平性について」『医療と社会』 Vol.13, No.2, 2003 年 pp.153-168.
- 社会保険研究所 (2004) 『医科診療報酬点数表』社会保険研究所
- じほう (2005) 『薬価基準点数早見表』じほう
- 高木安雄 (2005) 「わが国の診療報酬政策の展開と今日的課題—技術評価と医療費配分のジレンマ—」(遠藤久夫・池上直巳 編著『医療保険・診療報酬制度』勁草書房), pp.93-122.
- 知野哲朗 (1988) 「わが国における公私両病院の行動：予備的考察」『社会科学』第 40 集, pp.23-36.
- (1994) 「タイムコストと受診行動：わが国における医療機関選択の考察」『医療と社会』 vol.4, no.1, pp.1-25.
- (1995) 「わが国医療機関の構造的特徴と行動」(鵜田忠彦編『日本の医療経済』東洋経済新報社), pp.103-127.
- (2003a) 「高齢者入院医療費の都道府県別格差とその決定要因」『医療と社会』 vol.13, no.1, pp.1-15.
- (2003b) 「高齢者医療費, 診療報酬制度および私的医療機関」『会計検査研究』第 28 号, pp.217-232.
- (2004) 「非営利性制約と診療報酬規制：医療サービスの制度経済分析」『医療と社会』 vol.14, no.3, pp.51-68.
- (2005) 「高齢者医療費の格差, 公私医療機関の併存, および公的規制」(田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差』東洋経済新報社), pp.77-96.
- 知野哲朗・杉野誠 (2004) 「高齢者医療費の格差とその経済的含意」岡山大学経済学会雑誌 36(2), pp.15-34.
- 鵜田忠彦 (1995) 「日本医師会の行動—『日医ニュース』25 年の分析」(鵜田忠彦編『日本の医療経済』東洋経済新報社), pp.151-167.
- (2001), 「日本の医療政策—公共経済学的側面」『経済研究』 vol.52, no.3, pp.205-219.
- 林行成・増田玲良 (2003) 「混合診療禁止制度に関する経済理論的考察」『医療と社会』 vol.13, no.3, pp.73-85.
- 吉原勝・和田健二 (1999) 『日本医療保険制度史』東洋経済新報社
- Alchian, A.A. (1965), "Some Economics of Property Rights," *II Politico* 30, no.4, pp.816-829. (Reprinted in Alchian, A.A., *Economic Forces at Work*, Liberty Press, 1977.)
- Alchian, A.A. and H. Demsetz (1972), "Production, Information Costs, and Economic Organization," *American Economic Review* 62, December, pp.777-795.
- Alston, L.J., T. Eggertsson and D.C. North (1996), *Empirical Studies in Institutional Change*,

- Cambridge University Press.
- Arrow,K.J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *American Economic Review* 53(5), pp.941-973.
- Barzel,Y (1997), *Economic Analysis of Property Right, second edition*, Cambridge University Press.
(丹沢安治 訳『財産権・所有権の経済分析』白桃書房 2003年)
- Brekke,K.R., R.Nuscheler and O.R.Straume (2005), "Gatekeeping in Health Care," *CESinf Working Paper No.1552*, September, 2005.
- Cheung,S.N.S (1974), "A Theory of Price Control", *Journal of law and economics*, vol.17, no.1, pp.53-72.
- Demsetz,H. (1966), "Some Aspects of Property Rights ", *Journal of Law and Economics* 9, October, pp.61-70.
- Demsetz,H. (1967), "Toward a Theory of Property Rights ", *American Economic Review* 57, no.2, pp.347-373.
- Furubotn,G.E.and S.Pejovich (1972), "Property Rights and Economic Theory: A Survey of Recent Literature," *Journal of Economic Literature* 10, pp.1137-1162.
- Hammer,P.J.,ed. (2003), *Uncertain Times: Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care*, Duke University Press.
- Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm:a New Health System for the 21st Century*, National Academy Press.
- North,D.C. (1990), *Institutions, Institutional Changes and Economic Performance*, Cambridge University Press. (竹下公視 訳『制度・制度変化・経済成果』晃洋書房 1994年)
- OECD (1987), *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*, Paris: OECD.
- (1994), *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris: OECD.
- (2004), *The OECD Health Project :Towards High-Performing Health Systems*, Paris:OECD.
- (2005), *OECD Health Data 2005*, Paris:OECD.
- Scott,A. (2000), "Economics of General Practice," in Culyer,A.J. and J.P.Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*,Vol.1B., North-Holland, Amsterdam, pp.1175-1200.
- Siciliani,L. and J.Hurst (2003), *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries*, OECD Health Working Papers