

ています。先ほどドクター・シェーラーの中でプライベート・ファイナンスのデータがありましたが、それがどこに相当するのかと考えますと、やはりこの民間保険の保険料と、自己負担分なのかなと思います。国際比較をするときに、OECDのデータとの整合性をどう合わせていくかというのは、研究者だけでなく、政策担当者なども常に頭を悩ますところではないかと思いません。

次に、地方公共団体の単独事業です。健康診断や最近ですと子供の医療費の自己負担を無料化する、といったことが増えています。これらは総務省がある程度把握をしているのかもしれませんが、計測方法は詳しくはわかりません。また、確定申告における医療費控除なども、金額的には無視できないのではないかと思います、把握されておらず、この中には含まれておりません。

したがって、医療介護の統計を現状で考えていく場合、国民医療費の他にも、日本では正式な公的統計となっていないOECDのSHAも、基幹となる医療費統計として位置付けて、関連する統計を整備し直すことが重要なのではないかと考えております（資料4-4）。

2点目の地方分権の話ですが、日本は非常に中央集権的な国だといわれています。よく私が好きで使う例なのですが、例えば保育所などでも、ほふく室という赤ちゃんがはいはいする部屋が必ずないといけないのですが、この面積は全国一律で一人当たり3.3m²という最低基準が決まっています。これは1947年の児童福祉法で決められて以来60年間全く変わっていません。保育所だけではなく、老人施設や医療施設、医療機関などでも同様で、非常にきめ細かい最低基準が国で決められています。そういった中央集権の制度から地方分権を進めるということは非常に重要でありますし、地方にある程度権限や財源を移していくということは不可欠であると思っております。一方、日本の地方自治体ほど多くの仕事をしている地方自治体はないのではないかとこともいえると思います。例えば国民健康保険の保険者でもありますし、介護保険の保険者でもあります

し、生活保護の給付などもしています。この辺りはイギリスなどはかなり中央集権的にやっていると聞いていますので、単に地方分権を進めればよいというわけでもないであろうということになります。

最後に指摘したい点として、日本の医療制度の特徴として、フリーアクセスの下で公平性が達成されているといわれます。確かに給付の公平性というのは達成されたと思いますが、では負担の公平性はどうかと考えてみますと、医療保険に関しても、国民健康保険、組合健康保険、管掌健康保険とかなり負担が違ってきていますし、特に国保の間の保険料の格差はかなりあると思います。2005年のデータですと、保険料が一番高い所は北海道の町で12万円近く、一番保険料が安い村は沖縄の村で2万2,000円というように、国民健康保険料の負担が5倍以上あります。そうすると、今まで盛んに言われてきた給付の公平性は、ある程度達成されてきましたが、負担の公平性というのは実はあまり議論されていないだけでなく、既に保険料の負担にはかなり格差があるといえると思います。こうしたことをデータに基づいて一つ一つ丁寧に議論していくということが、医療政策を考える上で重要な点ではないかと思えます。以上で私の報告を終わらせていただきます。

—医療・福祉の準市場改革—

郡司 篤晃



今日はこの会にお招きいただきまして、ありがとうございます。午前中の基調講演を踏まえまして、私のコメントをさせていただきます。

京極先生のお話は、準市場をどのように位置付けるかというお話、また、介護保険に関するお話だったと思います。ル

グラン先生のお話は、準市場をどのように管理したらよいかということだったと思います。私は主としてルグラン先生へのレスポンスを中心にお話をさせていただきたいと思います。後でも申し上げたいと思いますが、先生の2003年の著書『Motivation agency and Public policy』を社人研の方々と一緒に翻訳いたしましたので、今日は先生のお話がよく分かりました。

先生のお話の中で興味深い結果をここに拾い出してみました。「Choiceを国民は望んでいるわけではない」「提供者の公・私には国民はこだわっていない」「人々は地域で良いケアを望んでいる」という結論に大変興味を持ちました。これについては後でまたお話をさせていただきます。

まず日本の医療制度の問題点、それをどのように私が考えるかということからお話をさせていただきます。2000年、ルグラン先生が日本に最初に来られた私たちの大学のシンポジウムがありました。その中で日本の医療制度の話が聞かれたルグラン先生は「日本には準市場は昔からあったのですね」とおっしゃいました。確かに日本は終戦後はアメリカおよびWHOの指導で公立病院のネットワークを建設して医療制度の基本としようとしたのですが、経済が復興し、国民皆保険が実現して、1974年に医療法7条2項の改正というものがあまして、むしろ公立病院を抑制して民間の病院を抑制しませんでした。つまり民間へのかじ切りをしたということです。そして、国民には医療施設を選択をする自由を保障しました。これは患者と医療施設の間にある市場（マーケット）が機能することによって、医療の質と効率が確保されるという前提でした。日本では当時「準市場」という理解はありませんでした。したがって、それを管理する手段を理解することもなかったわけです。そして今でも、仕組みの改革ということになると直ちに規制緩和という言葉が出てまいります。しかし、今日の「準市場」というお話は、いかに管理するか、規制するかという話だと思います。また、日本の政府は項目別出来高払い、の価格を操作することによって医療政策を実

行するということに大変頼ってまいりました。しかし、公定価格で資源の使い方、つまり分配をプロフェッショナルに任せるというシステムは、これはトラストモデルの典型ですが、市場ではありません。

患者と医療施設間の市場は別様に機能したわけです。激しい非価格競争と、少しでも地域のより良い医療を実現しようというインセンティブが重なりまして、医療施設・設備に過剰な投資が行われてまいりました。そして、世界一の病床密度、世界一の医療機器の分布が実現しました。これは確かにメリットもあります。そのメリットとはアクセシビリティ、接近性が極めていいということです。しかし、デメリットも生じました。施設間の非価格競争から医療施設・設備への過剰な投資、これはいわば軍備拡張競争です。これは医療のコストが高くなるコスト・インフレーションの悪循環を起こしてまいりました。

一方、政府は医療費抑制のために項目別出来高払いの項目の単価を切り下げました。そうすると、医療施設は採算を取るためにはサービスのボリュームを増やさなければなりません。いわば薄利多売になったわけです。病院あるいは医療施設の最大のコストは人件費でありますので、人件費削減の要求は人員の削減につながりました。サービスの量を増やすということになりますと、多くの資源を使います。例えば薬剤、検査試薬、機器。その結果、せっかく医療に支払われたお金は医療施設に残らないで、医療の資源産業へ偏って分配されるようになりました。医療施設はあたかも糖尿病の状態です。つまり空腹感からたくさん食べますが、自分では利用できないので排泄せざるを得ない。こういう状態の中から合併症のような問題が生じてくるわけです。介護も行政サービスだったものを2000年から準市場化しました。この際、医療と別制度にしましたので、そこにコーディネーションの問題が生じました。そして、ケアシステム全体の効率が問題になっているわけです。

最近、日本では「医療崩壊」という言葉が流行しております。これはご存じのとおり、小松秀樹

先生が書かれた『医療崩壊』という本のタイトルがもとです。その本質は何か。これは患者と医療提供者の間の信頼の崩壊です。その原因は何か。幾つもあると思いますが、その中の要素で今日のルグラン先生のお話との関連で申しますと、“Voice”です。つまり、ジャーナリズムが何か問題があると集中豪雨的な批判を行います。Queenの“Voice”を持った患者・家族の増加、これは大きな社会的なトレンドです。むしろこれは医療側がこの変化への対応が遅れたのではないかと思います。心の底では相変わらず「知らしむべからず。よらしむべし」と思っている可能性があります。それだけではなくて、利他主義、altruisticな人は、患者はPawn、つまり主体性がないということ望んでいると、先ほど先生がおっしゃったと思いますが、そういうことも関係していると思います。しかし、批判だけでは医療は崩壊します。なぜなら医療の本質は信頼関係だからです。また、財政再建のために医療費用の抑制で、大変自己犠牲的に忙しく働いている医師たち、あるいは医療従事者の間には、全く報われないという閉塞感がまん延していると思います。今後はQueenとKnightの良い協調関係、あるいは協働のインセンティブを構築していく必要があるのではないかと思います。

具体的に課題を申し上げますと、過剰な設備、あるいは施設に対する投資の適正化、あるいは投資してしまったものをどうするかということですが、これは極めて困難が多いわけです。なぜならこれは市場原理によっては適正化が進みにくいからです。医療施設には規模の経済はないといわれており、地域独占性が強いという特徴があります。したがって、全体でも減ることはないし、また、地域差は減少しないと思います。複雑なシステム、医療はまさにその典型だと思いましたが、インクレメンタル改革は駄目です。現在はどこにもビジョンがないままインクレメンタルな制度の改正、改定、手直しに終始しているように思いますので、今後はラディカルな改革が必要であると思います。

しかし、この「計画原理」でもない、つまり命

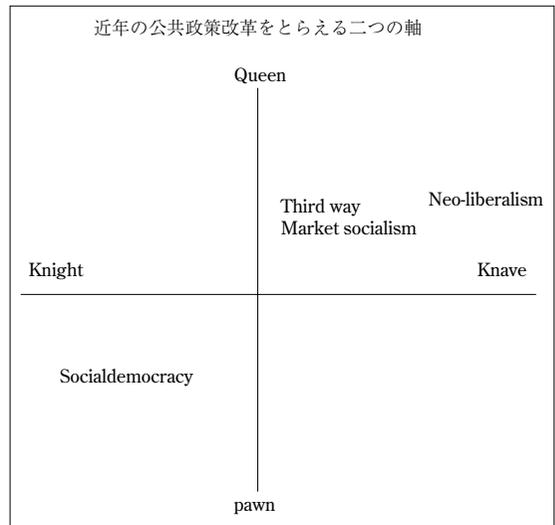
と統制の原理でもなく、純粋に「市場原理」でもない準市場による改革ということをはじめに考えてみる必要があると思います。遠藤久夫先生が『季刊社会保障研究』の最新号の中でゼックハウザーという人たちの文献を引いて、規制による方法とインセンティブによる方法、これはイコール準市場だと思っていただければいいと思います。が、次のような場合には規制よりもインセンティブによる介入、つまり準市場による介入がいいということをおっしゃっています。すなわち供給者が非常に多い、生産物の構造が複雑である、生産物の種類が多い、医療はまさにこの典型だと思えますが、そしてその次、価格弾力性が高い。これは異論があるかもしれませんが、断面調査の国際比較研究では、GDPに対する価格弾力性は1.4です。したがって極めて弾力的です。費用と数量に関する情報の入手が困難で、介入反対の勢力が大きく、介入の目的が複雑であいまいであるような場合には、インセンティブによる介入、つまり準市場による介入がいいのだと言っております。これは大変示唆に富んだ観察だと思います。そして、ラディカルな改革として、まず資源配分を供給体制、つまり消費量による配分からニードによる資源配分へ変えなければならないと思います。そして、思い切った地方分権を行う必要があると思います。シームレスなケア、そして、そのためにはプライマリーケアのビジョンが重要ですよ。

イギリスの改革につきましては、先ほどルグラン先生にお話しいただきましたが、私はサッチャー、ブレア両政権のこの改革が極めてラディカルであるということに、正直大変驚きを持って、興味を持って見ております。ただ、ルグラン先生もおっしゃったように、イギリスにはGPというプライマリーケアの組織があったので、それを使って、GPファンドホルダー、あるいはプライマリーケアトラスト、さらに福祉まで含めてケアトラストというものに期待しているわけです。これは民間組織でありまして、近い将来はイギリスのケアの国家の予算の80%がこの民間組織に任されるだろうといわれています。つまり極めてラディ

カルな地方分権です。ところが、日本はプライマリーケアの組織がありません。医療が予防や介護も行って、わが国のシームレスで良質なケア、かつ効率的なケアを提供するシステムのビジョンが、いまだ不明です。

これは先ほど紹介しましたルグラン先生の本の中で、今、世界中で進められている公共政策の改革を理解するためには、この図が役立つということを言っています。横軸が Knight, あるいは悪党かという人間理解, 縦軸がその対象となる人の主体性, つまり最も力の強い Queen, 持たない Pawn と軸を設定しますと、昔の社会民主主義は第3象限, そして新自由主義の改革は第1象限の右上に, そして、今現在の社会民主主義の改革は第1象限の真ん中寄り, こういう形になると思います。

ところで、人々は何を望んでいるかということを考えてみましょう。ローカルな Good Care を望んでいるということですが、それでは Queen は Good Care を判断できるのでしょうか。あるいは、Queen はケアのショッピングを楽しむことは望んでいないかもしれません。Queen が Good Care を判断できない場合、支援をしてくれる Knight, あるいは執事が必要だということになるでしょう。しかし、イギリスのこの制度改革においても若干の懸念はあると思っております。それはプライマリーケアトラストの問題です。ケアトラストは、もしかしたら政府の医療抑制のエージェントにもなっている、つまりダブルエージェントなのではないかという問題です。二重スパイと言ってはちょっと言葉が悪いですが、両方のエージェントになっているのではないかと、民間の大きな組織は官僚化しないだろうか、Knight が変節しないだろうかという問題があります。あるいは地域が大きすぎる可能性があります。例えば10万人という数字は、日本では大都市です。住民の登録を変更するというようなチョイスを変えるという可能性が非常に少なくなります。これは Exit Power, つまりもしかしたら患者は自分の登録を外してしまうという力が弱くなることを意味しています。準市場における住民のこ



出典) Julian Le Grand (2003), *Motivation, Agency and Public Policy*, Oxford (郡司ら訳 (2008), 「公共政策と人間：社会保障政策の準市場改革」 聖学院大学出版会), p. 36

の“Voice”, つまり民主性が弱くなるということ、地域の良いケアのためには本当にいいのでしょうかということ、ということです。

日本の新しい医療・介護制度を求めて私が言いたい点は、まずビジョンが必要だということ、行き先が分からなければ、足元だけ見て太い道を歩んでいても行きたい所には行けません。単にホモエコノミクスというような効率を求めるだけではなく、平等とか、正義とか、生きがいとか、そういう価値を含めてビジョンの中に組み込む必要があるでしょう。したがって、私は「公共哲学」が重要だと思っています。日本ではプライマリーケアの組織をつくる、建設するというのが特に重要です。どうやって到達するかということ、私は「準市場」の認識を明確にすることであり、決して規制緩和だけではないと思います。準市場による政策の基礎は人間理解です。この準市場のいい点は、人間のモデル化をホモエコノミクスのような小さな狭いものではなくて、非常に幅広く人間を理解して、その上にインセンティブを設計していこうという点です。しかし、インセンティブの設計は決して現実にそのとおりに動くという保証はありません。それには多くの積み重ねが

必要です。積み重ねとして重要なのは実証的な研究でしょう。そのような研究が積み重ねられる必要があると思います。私はこれが新しい政策学になると思っております。以上です。

—メディアからの問題提起—

南 砂



ご紹介いただきました読売新聞の南でございます。本日はこのような専門性の非常に高い場に私を招んでいただきまして、誠にありがとうございますでした。

日ごろ社会保障、中でもとりわけ医療のことをテーマにしていまいりましたので、ルグラン先生とシューラー先生のお話は大変興味深く伺わせていただきました。また、介護にかかわることもテーマにしていまいりましたので、京極先生のお話は、医療と介護が不可分であることを再認識する意味で、大変勉強になりました。私からは、時間の制限もございますので、大きく分けて二つのことを申し上げたいと思います。

まず一つは、今日のテーマである社会保障制度改革への新しい考え方ということで、ルグラン先生のお話しされた四つの選択肢、処方せんがあるというお話についてちょっと感じたことも含めてお話ししたいと思います。社会保障を市場論でどういうふうに運営していくのかということは、日本でもここ数年、大変過熱した議論がありました。特に小泉改革と称する小泉政権の下での5年余りにわたる議論の中で、社会保障や教育といえども聖域ではないのだということで、非常に厳しい改革を迫られてきたという経緯は皆さまもご存じのとおりであると思います。今日、ルグラン先生のお話の中で、とりわけ私が興味深く思いましたのは、信頼と不信、それに続けて“Voice”というところです。今、郡司先生もおっしゃいま

すが、ある時期私どももマスメディアも、医療は受ける者が選択すべきであるとか、患者が選択する医療が本来あるべき姿であるとか発言してまいりました。その結果医療を受ける側の意識が非常に高くなっていきました。また医療について当事者意識を持って考えるようになっていったという点も非常に良い点だと思います。しかし1990年代から後、選択、“Voice”というもののデメリット、つまり医療は声を上げられない人、選択できない人には最善のものが用意されないというような状況が出てきました。ルグラン先生がそれをまさに“Voice”の弊害ということでお話になったのを興味深く思いました。

私どもは読者に対して、アメリカの経済市場の原理は日本にはそぐわないとか、イギリスは国営の医療なので質向上が困難だとか、短絡的かつステレオタイプな表現で示してしまいます。しかし今日、ルグラン先生のお話を伺いますと、これだけの処方せんがある中で国民はどういう条件で、とれる政策が望ましいと考えているのかという、非常に丁寧な議論があって、「準市場」という概念がイギリスでうまく機能したということが非常によく分かりました。国民はどういう社会保障制度を望んでいるのか、市場の論理をどのように引用していくのか、導入するのかということについて、イギリスの例、それからシューラー先生のお話にありましたように、OECD加盟各国が多様な医療制度を取っているということも、日本の進路をどうしたらいいのかということを考えていくよすがになると思いました。

私が非常に危惧するのは、社会保障をめぐる議論が交錯している間、日本が経済的に減速しまして、日本社会が格差社会と呼ばれるような厳しい状況になっていることです。特に若者の雇用、就労の状況などが非常に難しくなっています。社会保障というものはどういう形を取るのであれば、セーフティーネットということではなりません。社会保障のそういう役割を考えれば、今という時は、日本の国がいかにかじを切っていくのか、という非常に重大な極面にあるということを感じます。