

## 医療の費用抑制と効率性の向上

—OECD 諸国による取り組みとその課題—

小塩 隆士

### ■ 要約

本稿では、2004年にOECDが発表した報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』（“Towards High-Performing Health Systems”）の内容を踏まえ、医療の費用抑制と効率性の向上に必要な政策やその問題点を検討する。そのためにまず、医療をめぐるOECD諸国の現状を概観し、医療費増大の簡単な要因分析を行う。次に、OECD諸国が取り組んできた、需要サイドおよび供給サイドでの費用抑制策や効率性向上策を幾つか取り上げ、その効果や問題点を整理する。OECD諸国の経験を振り返ると、医療の費用抑制や効率性向上という政策目標に対して、単独の政策手段に立ち向かうのはかなり困難であることが分かる。それぞれに限界があり、過度に依存すると意図せざるマイナス効果が発生する危険性も高い。需要サイド、供給サイドの両面において、できるだけ多くの政策手段を動員していくことが現実的で効果的な戦略と言える。

### ■ キーワード

医療費、OECD、医療保険、医療供給体制

## I はじめに

医療費の拡大は各国に共通して見られる傾向であり、その抑制が重要な政策課題になっている。2004年にパリで開催されたOECD保健担当大臣会合でも、この問題が活発に議論されたところである。また、同会合で報告された報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』（“Towards High-Performing Health Systems”）においても、第4章「医療費支出：支弁可能なコスト水準と安定的な資金供給を求めて」（“Health-care spending: the quest for affordable costs and sustainable financing”）と第5章「医療制度における「バリュー・フォー・マネー」の向上：効率性を求めて」（“Increasing value for money in health systems: the request for efficiency”）という2つの章で、医療費支出の抑制と効率性の向上に対する各国の取り組みが紹介されている。

本稿では上記報告書の内容を踏まえ、医療の費用抑制と効率性の向上に必要な政策やその問題点を検討する。そのために、まず、次のIIで医療をめぐるOECD諸国の現状を概観し、医療費増大の簡単な要因分析を行う。そして、IIIでは、OECD諸国が取り組んできた、需要サイドにおける費用抑制策や効率性向上策を幾つか取り上げ、その実際の効果や問題点を整理する。一方、IVでは供給サイドにおいて医療の効率性を向上させる取り組みを取り上げ、IIIと同様にこれまでの実例や今後の課題を指摘する。最後のVでは、以上の検討結果から得られる、日本の医療制度改革への政策的含意をまとめる。

## II 医療費の拡大と国際比較

### 1. 医療費拡大とその要因

医療費拡大は国によって程度の差こそあれ、

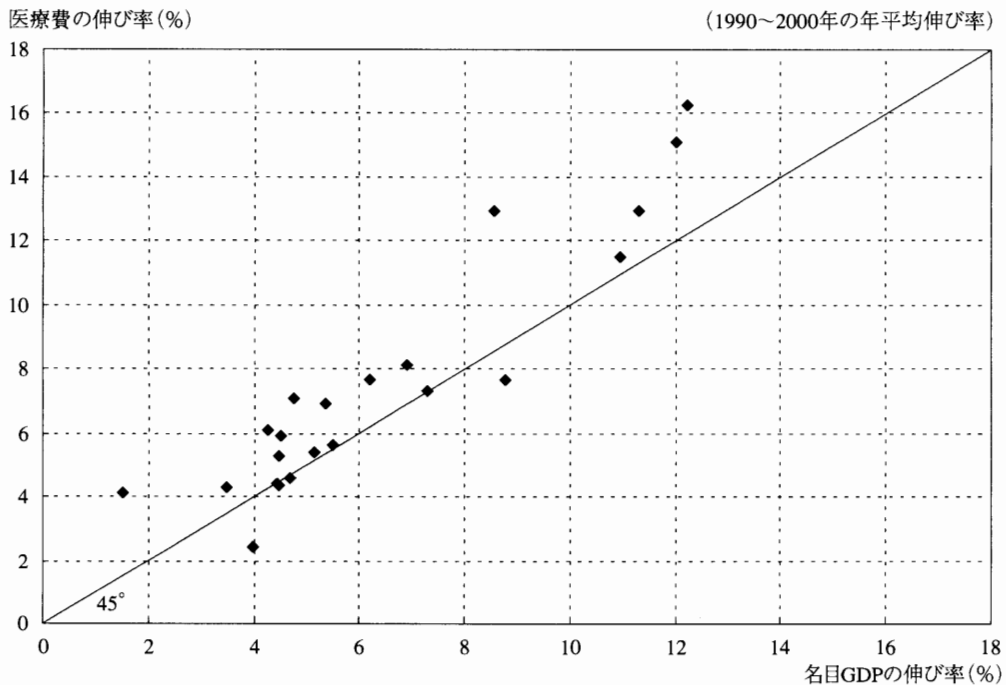
OECD諸国に共通して見られる傾向である。医療費（介護費用を含める）のGDPに占める比率（2001年）を見ると、OECD平均では8.3%となっており、10%を超える国も3つある（米国、スイス、ドイツ）。この医療費は過去10年間、経済全体の成長率を上回るペースで増加してきた。図1は、1990～2000年の10年間における医療費の伸び率と、名目GDP成長率をそれぞれ年率換算して比較したものである。かなりの国において、両者の組み合わせを示した点が45度線の左上に位置していることが分かる。

このような医療費の拡大傾向には、基本的に次の3つの要因が働いていると考えられる。

第1は、費用を引き上げる（cost-increasing）タイプの技術進歩が進んだことである。技術革新は通常の場合、生産性を高め費用を節約する（cost-

reducing）方向に働くが、医療の場合は保険を通じてその対価が支払われることが多く、コスト意識が働きにくいいため、費用を引き上げる技術進歩が進む可能性も高い。医療機器の高性能化、バイオテクノロジーや製薬技術の高度化などがその背景にある。実際、Newhouse（1992）やJones（2002）は、近年における医療費拡大の半分以上は医療技術の進歩に起因するものと推計している。

第2の要因は、医療というサービスの供給の特殊性である。医療業界はもともと労働集約的であるため、医師や看護師など医療従事者の賃金がほかの業界と同様に变化したとしても、需給調整があまり進まず、経済全体の平均に比べてコスト高になる傾向がある。第1の要素とともに、これが医療サービスの相対価格を高め、医療費のGDPに対する比率の上昇に貢献している。



注：1990年と2000年のデータが揃い、医療費と名目GDPの年平均伸び率がいずれも20%以下にとどまった22カ国のみ。

出所：OECD “Health Data 2004”より作成。

図1 OECD主要加盟国の医療費とGDP

第3は、高齢化の進展である。医療費はどの国の場合でも、人生における最後の約2年間に集中する傾向がある(Moise and Jacobzone(2003)参照)。高齢化は、その時点において、人生の最後の時期を迎えつつある人たちの比率が高まることを意味するから、それ自体が医療費の増加要因となる。

今後についてはどうだろうか。医療費の将来予測を行う場合、ベンチマークとなるのは、各年齢階層の平均的な医療費支出と構成人口を掛け合わせるという作業である。EUについては、Bains(2003)による予測がそうした作業の代表的な例となっている。それによると、医療費のGDP比は2000年から2050年の間に2.2%ポイント上昇することになる(狭義の医療費は1.3%ポイント、介護費は0.9%ポイントの上昇)。OECD全体でも、2%ポイント前後の上昇が予想されるところである。

## 2. クロスセクション・データによる分析

次に、医療費拡大の要因を国別のクロスセクション・データで簡単に調べておこう。このタイプの実証分析については、1998年までの分についてGerdtham and Jönsson(2000)が詳細なサーベイを行っている(パネル・データによる分析を含む)。彼らによると、次のような点が既存の実証分析の一般的な傾向となっている。

- ・ 1人当たりのGDP(所得)による影響が最も大きくかつ有意であり、医療支出の所得弾力性は1を若干上回る、
- ・ 人口の年齢構成や失業率は有意でない、
- ・ プライマリー・ケアにおける「ゲートキーパー」制度があるほど、支出は低くなる、
- ・ 個人が最初に医療費を支払い、後で払い戻すという制度があると、支出は低くなる、
- ・ 出来高払いより定額払い制度のほうが、支出は低くなる、
- ・ 入院患者数の比率が高いほど、支出は高くなる、
- ・ 医療費に占める公的支出の比率が高いほど、

支出は低くなる、

- ・ 医師総数が多いほど、支出は高くなる。

本稿でも、OECD加盟国の1人当たり医療費(米ドル・ベースの購買力平価に換算したもの)が、どのような要因によって決定されるかを2001年のデータに基づいて調べよう。説明変数としては、所得要因として1人当たりGDP(同上)、人口動態要因として65歳以上人口比率を採用するほか、医療費の支出形態要因として、医療費における公的支出の割合(医療費のうち税や社会保険料など公的財源に依拠する部分の比率)および自己負担比率(医療費のうち自己負担が占める比率)、そして、プライマリー・ケアの方法としてのゲートキーパー方式の有無、以上5つを想定する。このうち、1人当たり医療費と1人当たりGDPは対数値を用いる。さらに、データの制限上、説明変数が揃わない7カ国(ベルギー、ギリシャ、オランダ、ポルトガル、スウェーデン、トルコ、英国)はサンプルから外し、23カ国に限定する。

回帰分析の結果をまとめたのが、表1の左側である。ここから、次のような点が確認できる。まず、1人当たりGDPが上昇すれば1人当たり医療費支出も増加する。所得弾力性は1.1となっており、所得の伸び以上に医療費支出が増加することが分かる<sup>1)</sup>。次に、65歳以上人口比率の上昇も医療費の引き上げに寄与している。高齢化の進展が医療財政に圧力となることがここでも確認される<sup>2)</sup>。以上の2点は、予想通りの結果である。

それでは、医療制度の運営方法に関する、その他の要因についてはどうだろうか。第1に、医療費支出のうち公的支出がカバーする割合が高いほど、医療費支出は抑制されることがわかる。後述するように、医療費支出の抑制策として民間保険のカバーする範囲の拡大が提唱されることもあるが、クロスセクション・データで見ると、公的支出のウェイトが高いほど医療費は抑制される傾向があることが確認される。第2に、自己負担比率が高

表1 医療費の決定要因(2001年): OECD諸国クロスセクション・データによる回帰分析

被説明変数	1人当たり医療費支出(対数値)		医療費/GDP	
	係数	t値	係数	t値
定数項	-1.082	(-2.00)	0.202	(6.55)
1人当たりGDP(対数値)	1.100	(10.54)	—	—
65歳以上人口比率	1.170	(2.06)	0.219	(2.19)
公的支出割合	-0.680	(-3.72)	-0.162	(-5.22)
自己負担比率	-0.591	(-2.30)	-0.160	(-4.09)
ゲートキーパー有り(=1)	-0.012	(-0.41)	-0.003	(-0.63)
自由度修正済 R <sup>2</sup>		0.931		0.597
標準偏差		0.067		0.012
観測値数		23		23

注1: 医療費, GDPは米ドル・ベースの購買力平価に換算したもの。

2: ゲートキーパーの有無については, Jönsson and Eckerlund (2003) の値(1998年)を採用。

出所: OECD “Health Data 2004”より筆者推計。

くなるほど、医療費は全体として低くなる。自己負担の引き上げも、医療費の削減の方策としてしばしば指摘されている。

最後に、ゲートキーパーの存在は医療費支出を引き下げる方向に働くものの、その効果は有意ではない。ゲートキーパーも医療費削減のために提唱されることがあるが、その制度の有無が医療費の水準を大きく左右するとは言えないようだ。

表1の右側は、被説明変数として、1人当たり医療費ではなく、医療費のGDP比率を採用して、1人当たりGDP以外の変数を説明変数として回帰式を計算した結果をまとめたものである。ここでも、上述と整合的な結果が得られている。

なお、以上の分析から医療費拡大の要因について明確な結論を導き出すことは必ずしも容易でない。なぜなら、1人当たり医療費の高さには、医療サービスの量だけでなく、質も反映していると考えられるからである。さらに、医療費のGDP比の違いを見る場合も、GDP成長率の高さや、医療サービスとその他財・サービスの相対価格の違いにも留意する必要がある。例えば、所得水準の高い国ほど、単価の高い医療サービスが購入されるという傾向があるものと考えられる。

### III 需要サイドの医療費抑制策

本節と次節では、2節で概観したようなOECD諸国の医療費をめぐる状況を念頭に置いて、医療費の抑制策や効率性向上策を幾つか取り上げ、その意義と解決すべき課題を考える。OECDの報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』が整理しているように、そうした対策は、需要サイドと供給サイドのものと大別される。

まず、需要サイドにおける医療費抑制策としては、①賃金・価格・数量規制、②予算規制、③自己負担の引き上げ、④民間財源へのシフトの4つが代表的な対応といえる。以下、それぞれについて順に見ていくことにしよう。

#### 1. 価格・賃金・数量規制

医療分野は情報の非対称性の度合いが高いため、自由な市場競争に委ねると効率的な資源配分を達成しにくいと一般的に考えられている。そのため、医療サービスの価格や医療報酬については一定の規制がかかっている場合がほとんどである。ただし、その方法は国によって異なる。医療従事者の大部分が公的部門の職員である国では、

彼らは報酬をあらかじめ決められた給与として受け取っている。また、医療従事者が公務員でない場合も、報酬は政府が決定するか、政府と関係者間の交渉で合意されるという国が多い。さらに、薬価についても何らかの規制をかけている国がほとんどである。

こうした賃金・価格規制の効果については、医療サービスの供給者の行動が変化するため、当初の目的が必ずしもうまく達成されないという傾向が見られる(Docteur and Oxley (2003))。例えば、①規制や価格の抑制策の効果を打ち消すために、医療サービスの量を引き上げる、②高コストのサービスを提供したり、患者をよりコストの高いランクに引き上げたりする、③価格規制のかかっていない分野にサービス内容をシフトさせる、といった行動の変化が各国で観察されている。さらに、賃金抑制によって短期的に医療費が削減できたとしても、それが医療従事者の供給不足につながり、長期的にはサービスの維持に支障をきたすという状況に直面している国もある。

一方、病院数やベッド数に対する抑制も各国で行われている。1970年代から1980年代にかけて、医療施設の拡充が加速度的に進んだ。しかし、90年代以降、ベッド数はむしろ減少傾向にあるとともに、大病院での治療重点化による「規模の経済」「範囲の経済」の追求が一般的な趨勢となっている。ただし、Jönsson and Eckerlund (2003) が国別のクロスセクション・データで行った実証分析によると、ベッド数(人口1,000人当たり)と1人当たり医療費との間に有意な関係はない。

このように、価格・賃金・数量規制については、その有効性について必ずしも明確な決意論は得られていないと言える。

## 2. 予算の上限設定

マクロ面からの医療費抑制策としては、第2に、医療関連予算に上限を設定したり、制約をかけた

りする処置が考えられる。こうした政策が効果をもたらすのは、容易に予想されるように、公的部門が公費(税)中心で医療サービスを提供している国(デンマーク、アイルランド、英国など)である。社会保険で医療サービスを提供している国でも、医療総額の目標や指針を設定している場合が少なくないが、総じて見るとそれらは有効に機能していないようである。

予算面からトップ・ダウン的に総額を制御するというアプローチには、望ましくない副作用も発生することも次第に明らかになってきた。具体的には、次のような問題点が指摘されている。第1に、医療サービスとは無関係に予算が設定され、しかも、サービス供給が増加した際の穴埋め策が講じられていない場合、サービス供給者にはサービス拡充や効率性向上の誘因が働きにくい。第2に、予算が従来の価格に基づいて設定されている場合、非効率性が改善されない。第3に、予算のうち残余の部分が財源の負担者に還元される場合、サービス供給者は予算消化を目指すことになる。第4に、予算削減はしばしば定員削減などと連動するので、医療従事者の労働意欲を阻害する危険性もある。

したがって、政府が予算の上限を設定する場合、その弊害を軽減するために、サービス供給の増加や効率性の向上につながるような措置を併せて実施するという傾向が見られるようになっていく。

## 3. 自己負担の引き上げ

医療費の負担のあり方は各国によって異なるが、医療サービス利用者の自己負担を引き上げる傾向が一般的に見られるようになっていく(医療費全体に占める自己負担の比率の変化については表2参照)。薬剤費についても、保険の対象外扱いにする薬品の範囲を広げたり、利用者に定額負担を求めたりする例も見られる。

医療サービスは保険という仕組みを通じて供給されるので、利用者から見ると、病気になったとき、

表2 医療費に占める自己負担と民間医療保険の比率

	自己負担／医療費		民間医療保険／医療費	
	1990	2001	1990	2001
Australia	16.6	19.3	11.4	7.6
Austria	—	18.3	9.0	7.4
Belgium	—	—	—	—
Canada	14.4	15.3	8.1	12.4
Czech Republic	2.5	8.7	—	—
Denmark	16.0	15.8	1.3	1.6
Finland	15.6	20.2	2.1	2.5
France	11.4	10.2	11.0	12.9
Germany	11.1	10.6	7.2	8.4
Greece	—	—	—	—
Hungary	—	27.7	—	0.3
Iceland	13.4	16.8	—	—
Ireland	16.6	11.9	9.1	6.3
Italy	15.3	20.2	0.6	0.9
Japan	—	16.5	—	0.3
Korea	54.0	37.3	2.6	2.2
Luxembourg	5.5	7.6	—	1.4
Mexico	58.3	52.5	1.2	2.8
Netherlands	—	10.3	—	16.5
New Zealand	14.5	17.0	2.8	6.3
Norway	14.6	14.3	—	—
Poland	8.4	28.1	—	—
Portugal	—	—	0.8	—
Slovak Republic	—	10.7	—	—
Spain	—	23.7	3.7	4.0
Sweden	—	—	—	—
Switzerland	35.7	31.7	11.0	10.2
Turkey	—	—	—	—
United Kingdom	10.6	—	3.3	—
United States	20.1	14.4	34.2	35.7

出所：OECD “Health Data 2004”。

自分で負担する経費 (out-of-pocket) を大幅に上回る金銭的価値のある医療サービスを受け取ることができる。そのため、必要以上に医療サービスを需要するというモラル・ハザードの問題が起り、それが医療費の増加につながることになる。その問題を解決するために、自己負担の引き上げがしばしば主張される。

自己負担の引き上げが医療費に及ぼす影響は、医療サービス需要の価格弾力性に依存する。通常の財・サービスの場合は、価格弾力性が1を上回るかどうかで、価格調整の支出額に及ぼす影響が左右される。これに対して医療サービスの場合は、自己負担を引き上げても医療の単価そのものは変化しないので、価格弾力性が1を下回ってい

でも医療費支出は削減する。さらに、自己負担を除いた医療費（保険料や公費で賄われる部分）の削減率は、全体の医療費の削減率を上回ることになる<sup>3)</sup>。

医療サービス需要の価格弾力性に関する実証分析は、これまでも盛んに行われてきた。前出・Docteur and Oxleyのサーベイによると、価格弾力性の値は総じて低く、クロスセクション・データによる分析では大体0.2から0.3の範囲に収まっている。したがって、自己負担比率の引き上げは、実際にはそれほど大きな結果をもたらさないかもしれない。

ただし、この点については2つほど注意すべきことがある。第1に、テクニカルな点であるが、自己負担率がもともと低い国では、その引き上げによって医療費の削減効果がかなり大きくなる。例えば、自己負担率が20%というA国と5%というB国があった場合、価格弾力性が同じ0.3であったとしても、自己負担率を1%ポイント引き上げることにより、医療費（自己負担を含む）は、A国では1.5%しか削減されないのに対して、B国では6%も削減される。

第2に、それ以上に重要な点だが、低所得層に対する優遇措置を用意しないかぎり、自己負担の引き上げは逆進的な効果をもたらす。また、自己負担の引き上げによって、とりわけ低所得層が医師の診察を受けることを躊躇したり、処方された薬品の購入を抑制したりすることにより、長期的にはより高コストの治療を受けざるを得なくなることもあろう。そのため、実際には、自己負担に上限を設定したり、低所得者や高齢者向けの軽減・免除措置を設定したりするケースが見られる。ただし、そうした措置を講じないと、行政コストがかかるほか、医療費削減の効果も弱まることになろう。こうした要因が、自己負担引き上げの医療費抑制効果を減殺することになると推察される。

#### 4. 民間医療保険の活用

公的な医療保険の財政悪化を軽減する措置として、民間医療保険の導入が検討される場合もある（民間医療保険のウェイトの推移については前出・表2参照）。しかし、表1でも示したように、国別のクロスセクション・データで調べると、医療費支出にしめる公的財源のウェイトが低いほど、1人あたり医療費が低くなる傾向があり、民間保険のウェイトの引き上げが医療費を全体として節減するわけでは必ずしもない。

医療サービスの提供を民間保険に移行させる場合、幾つかの解決すべき課題がある。まず、税や保険料は所得など負担能力に応じて負担が抛出されるが、民間保険の場合は、むしろ各自の疾病リスクの高低が保険料水準を左右する。これは、民間保険への移行が公平性の観点から見て問題があることを意味する。さらに、民間保険の場合は、慢性症状を持つ者や保険料抛出が滞る可能性の高い低所得者を保険会社が排除する、いわゆる「リスク選択」が起こりやすい。政府がこうした問題に対処するため、低所得者向けの支援策やリスク選択回避の政策を講じようとする、行政コストも含めて財政的な改善効果は限定的なものになってしまう。

#### IV 供給サイドの医療費抑制策

医療サービスは、年金とは異なり、供給サイドの効率性の程度が全体の支出を大きく左右する。本節では、OECD諸国がこれまで取り組んできた供給サイドでの効率性改善策とその効果を概観することにする。OECDの報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』では、そうした取り組みを医療制度における「バリュー・フォー・マネー」(value for money: 費用に見合った価値)の向上策と解釈している。つまり、効率性の向上は、医療制度のパフォーマンスを改善しながら費用を節約

するための重要な政策として位置づけられている。以下では、供給サイドにおける効率性の向上策として、① 医療報酬の支払い方法の見直し、② 医療サービス供給体制の見直し、③ 医療における市場競争の可能性、④ 医療技術の評価の在り方、の4つに注目し、その意義や問題点を整理する。

### 1. 医療報酬の見直し

医師に対する報酬の仕方は、各国でかなり異なる。医療を公費(税)中心で賄う場合は給与や人头払いを、社会保険で賄う場合は出来高払いを採用する国が多い。出来高払いは一般的に、医療サービスの供給量に対するコントロールが困難なので、過剰診療、不必要な医療サービスの提供といった問題点が発生すると言われる。一方、給与や人头払いの場合は、出来高払いとは逆に過少診療の問題が起ったり、高リスクの患者の受診を忌避したりする誘因が働きやすいと指摘される。

このように、いずれの方法にも問題があるので、給与や人头払いによる固定部分と、出来高払いの部分とをミックスした方法に移行するという動き(イギリスの一般開業医など)も見られる。さらに、支出の上限設定や報酬水準の抑制、医療サービスの利用状況の検証といった仕組みによって医療費の節減が試みられる場合もある。

一方、これらに対して、とりわけ病院医療の場合は定額払い(包括払い)という方法が採用される場合がある。これは、人件費、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度に注目して、疾病を500程度のDRG(diagnosis-related group: 診断群)に整理してその治療コストを客観的なデータの分析に基づいて設定し、診療報酬をあらかじめ決定してしまう方法である。この方法は米国を中心に採用されており、オーストラリアやベルギー、カナダなど多くの国で導入され、あるいは導入が検討されている。

この定額払いは、医療サービスの効率化を供給者側に与えるという点がメリットである。実際、そ

れを示す幾つかの実証分析の結果が報告されている。例えば、Chalkley and Malcomson(2000)は、アメリカの場合、定額払いを採用している病院のほうが、それ以外の報酬制度を採用している病院よりも平均的な入院日数が有意に短くなることを示している。また、Gerdtham *et al.*(1999)は、スウェーデンにおいて、定額払いを実施している郡とそうでない郡との間では、医療費が10%程度異なることを明らかにしている。

しかし、問題がないわけではない。給与や人头払いの場合と同様に、高リスクの患者を排除するというクリーム・スキミング的な行動を排除できない。こうした問題を解決するために、政府が病院の医療経費の一部を援助したり、高リスク者の診療費に公費を一部導入したりするといった措置がとられている。さらに、病院が施設として提供するサービスは定額払い、医師の報酬は出来高払いとする、ベルギーなどで採用されている方法もある。なお、定額払いの導入は、医療費が当初に計画された予算の範囲内に納まることを保証するものではなく、支出抑制を目指した追加的な方策が同時に講じられることもある。

### 2. 医療供給体制の見直し

第2の対応は、医療サービスの供給体制を見直すことであるが、これにはさまざまなパターンがある。

まず、一般開業医の役割をどのように位置づけるかという問題がある。一般開業医は、一般の国民が医療サービスに接する最初の機会を提供する役割を果たしているため、そのあり方が医療全体の効率性を向上させる可能性がある。実際、限られた医療資源を有効に活用するため、英国やニュージーランドを始めとして一般開業医の役割を強化する国が出てきている。こうした一般開業医の役割がゲートキーパーと呼ばれるものであるが、英国やニュージーランドだけでなく、フランスやノルウェー、米国でもその役割が重視されてい



るところである。ただし、ゲートキーパーの存在が医療サービスの効率化にどこまで貢献するかという点については不透明な部分が多い。前述のように、ゲートキーパーの存在は医療費を引き下げるとというのがこれまでの実証分析の結果であるが、本稿の回帰分析ではその引き下げ効果は有意ではなく、前出・Jönsson and Eckerlundの分析でも同様の結果となっている。

より包括的な改革として、医療サービスの購入者と提供者の役割を峻別し、前者の立場を高めるという方向を目指す国が増えている。医療サービスは、普通の財やサービスとは異なり、需要者と供給者の間で情報の非対称性が高いという性質を持っている。しかも、それぞれの需要者が供給者に医療サービスの報酬を直接支払うのではなく、社会保険または税という形で間接的に支払うウェイトがきわめて高い。そのため、医療サービスの購入者の代表者が、医療サービスの供給者と同等の立場に立って医療サービスや医療費などの交渉に当たる必要が出てくる。こうした動きは、社会保険あるいは税という形で財源が調達され、公的に統合された医療制度を持っている国ほど顕著になっている。その場合、医療サービスの代表購入者は公的機関となるが、予算の制約を念頭においたコスト節減、医療サービスの質やアクセスの向上などが交渉課題となる。

なお、医療供給体制の見直しという面では、OECDの上記報告書の中で、日本の介護保険導入も注目すべき取り組みとして受け止められている。「社会的入院」という非効率な医療費の使い方を是正するために、医療サービスと介護サービスを峻別した上で、介護サービスについては新たな財源を設定し、従来の医療サービスは急性医療に特化するという方針は確かに一定の合理性を持っている。しかし、ドイツの場合と同様に、介護費用が予想以上に増加し、介護サービスの合理性も喫緊の課題となっている。

さらに、病院の経営体質の改善や説明責任体制の強化も最近の傾向として認められる。公立病院の経営の独立性を高め、医療以外のサービスや施設管理などを外部発注(contract-out)することも認められるようになってきている。また、イギリスでは、PFI (Public Finance Initiative)による病院運営も積極的に進められている。ただし、こうした取り組みの効果については、今後の実証分析に委ねられる部分が多い。

### 3. 医療における市場競争の可能性

医療分野に市場競争を導入するという発想は、もともと民間医療保険の役割が大きい米国を除くとこれまでそれほど一般的ではなかった。しかし、1990年代に入ってから、英国やニュージーランド、スウェーデンなどで医療サービスの供給者(病院)への市場競争の導入が幾つか試みられた。一般的な形は、医療サービスを提供する病院が価格を設定して競争を展開するというものである。しかし、これら競争政策については期待されたような効果が上がっていないというのが、実証分析の結果に見られる一般的な傾向のようである。医療サービスの場合、価格で競争するという誘因が供給者になかなか働きにくく、医療サービスの購入者も、供給者の行動を変化させるのに十分な情報を持っていないというのがその最大の原因だと推察される。仮に市場競争にメリットがあるとしても、その一方で行政コストが大幅に上昇し、メリットが相殺されるという傾向も確認されている(Le Grand (2002))。さらに、市場競争は、低所得者のアクセスを制限するという公平性の観点からみた問題を引き起こす。

1990年代初頭に市場競争を導入した英国やニュージーランド、スウェーデンでは、いずれも1996-97年にかけて市場競争を凍結している。つまり、市場競争の導入という実験はかなりの短命に終わっているが、その背景には幾つかの要因

が考えられる。例えば、①市場競争を実施しようとしても、特定の医療機関が地域で独占的地位を占めている場合が多いこと、②もともと医療サービスが供給不足になっており、医療機関の立場が強いこと、③医療サービスの購入者にサービスの価格や質を比較するだけの能力が欠如していること、などが市場競争の効果が期待通りに発揮できなかった要因となっている。

むしろ、市場競争の導入は保険者間において積極的に進められている。この改革は、保険者が被保険者に提示する保険料をめぐって競争するだけでなく、保険者が医療提供者に効率性の向上を求める誘因を生み出すという、2つの経路で医療サービスの需要者にメリットをもたらすものと期待される。

こうした保険者間における市場競争の導入は、医療保険が民間中心でなく、社会保険中心の国でも十分に可能である。実際、ドイツでは、保険者間の競争によって、保険料率が収斂する傾向が観察されている(Greß *et al.* (2002))。米国では、いわゆる managed care 制度の下で、被保険者は保険者が契約した医療機関でしか受診できないが、それによって保険者間の競争の効果が一層高まるという面もある。ただし、こうした保険者間の競争に問題がないわけではない。医療保険市場が分断され、社会全体で医療リスクを分散するという医療保険本来の目的が一部損なわれるだけでなく、保険者側にリスク選択の誘因が働きやすいからである。

医療サービス分野での市場競争の導入は、医薬品分野でも進められている。医薬品は、新薬開発に対する経済的報酬を保証するため、特許による保護の対象とされている。しかし、医薬品支出の総医療費に占める比率は最近上昇傾向にあり(過去10年間で1.6%ポイントの上昇)、その抑制も重要な課題となっている。そのため、特許保護期間が過ぎた製品に対しては、ジェネリック(後発)医薬品市場を整備することにより、市場競争でコストを削減しようとする動きが一般化している。安価

なジェネリック医薬品への代替を促すため、いわゆる「参照価格制度」(reference price system)の導入が進められている。

#### 4. 医療技術評価の推進

より長期的な観点から、医療技術への投資を通じて医療分野における「バリュー・フォー・マネー」を高める取り組みとして、「医療技術評価」(health technology assessment)がある。医療技術評価とは、当該医療技術を適用した場合の効果・影響について、医学的、経済的および社会的な側面から包括的に評価することを意味する。このうち、医学的な側面からの評価とは、その技術の適用が健康改善に有効かどうかについて評価するものである。また、経済的な側面からの評価とは、患者の健康改善のためにその技術を用いることが費用に見合うかどうかを評価するものであり、費用効果分析、費用効用分析、費用便益分析などの方法が用いられる。また社会的な側面からの評価とは、その技術を用いることに伴う社会に及ぼす影響や倫理的側面について評価するものである。

OECD諸国における医療技術評価導入の例をみると、カナダ、オーストラリア等では政府の評価機関が薬剤の評価に関する情報を中央・地方政府機関に提供し、医療保険の償還や政策の判断に反映させるようになっており、限られた資源の中から最大の結果を引き出すという目標の下で一定の成果を得ている。また米国では、医療技術評価の手法は民間においても幅広く活用されており、保険者が行う技術評価によって保険償還を決定し、医療の質を高める手段として重視されている。こうした医療技術評価が、政府の医療政策や人々の健康状態にどのような影響を及ぼしているかという点については、賛否が分かれる面があるが、専門の学術雑誌(*International Journal of Health Technology and Health Care*)も刊行されており、研究成果が蓄積されつつあるところである。

## V 結語—日本の医療制度改革への政策的含意

これまで、OECDの報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』に基づきながら、OECD諸国による医療の費用抑制や効率性向上への取り組みを概観してきた。諸外国の経験は、その失敗例も含めて、日本で現在進行中の医療制度改革にも重要な意味合いを持つものである。OECD諸国の経験を振り返ると、医療の費用抑制や効率性向上という政策目標に対して、単独の政策手段に立ち向かうのはかなり困難であることが分かる。それぞれに限界があり、過度に依存すると意図せざるマイナス効果が発生する危険性も高い。需要サイド、供給サイドの両面において、できるだけ多くの政策手段を動員していくことが現実的で効果的な戦略と言えるだろう。

日本の医療制度については、Jeong and Hurst (2001)が指摘するように、その生活水準の高さなどを考慮すると医療費が比較的低い水準に収まっているほか、平均寿命の長さや医療へのアクセスのよさなど、プラスに評価できる面も少なくない。しかし、高齢化が急速に進行する中で、制度の持続可能性を危惧する見方も強まっている。実際、厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」(2004年5月)によると、2004年度に26兆円であった医療給付費は、2025年度には59兆円に達すると見込まれている。

このように医療費の急速な拡大が予想される中で、日本でも、①保健医療システムの改革、②診療報酬体系の改革、③医療保険制度改革の3つの柱で構成される医療制度改革が進められている(厚生労働省『医療制度改革について』、2002年4月)。この改革のなかには、ほかのOECD諸国で進められてきた一連の医療制度改革とも方向性や狙いを同じくするものが少なくない。例えば、②については、出来高払い方式の短所の是正、医療機

関の機能分担と連携の促進、医療技術の適正などが含まれている。また、③については、自己負担比率の引き上げや、老人医療費の伸びの適正評価、保険者機能の強化などが目指されている。

しかし、①について言うと、日本の取り組みはほかのOECD諸国に比べてかなり遅れている。カルテやレセプトの電子化といった、ほかの先進諸国ではすでにかなり進んでいる環境整備が、これから取り組むべき課題として残っているからである。そのため、供給サイドの費用抑制、効率性向上のペースがどうしても遅めになり、自己負担の引き上げなど需要面の対策に負担が掛かることになる。この点は、ぜひ改善すべきであろう。

さらに、OECD各国の医療制度改革を振り返って気づくのは、政策の効果を公開された統計によって綿密に評価するという作業が一般化されている点である。Santos-Eggimann and Geoffard (2003)がヨーロッパの場合について整理しているように、医療サービスの受給者の健康状態や経済状況、医療サービスの供給者の財務状況など、医療政策の客観的評価を進めるに当たっては、綿密な計量分析に耐えられるような詳細なデータの整備も必要である。

### 注

- 1) ただし、この点については、国別のクロスセクション・データで見ると、国内のデータで見るとでは結果がやや異なることに注意しておく必要がある。つまり、クロスセクションで見ると医療費の所得弾力性が1を超え、医療はいわゆる「奢侈財」と見なされるが、国内で所得階層別の医療費支出を見ると、低所得層ほどその所得に占めるウェイトが高まる傾向が見られる。
- 2) ただし、高齢化率が有意とならない実証分析も少なくない。この点については、Moïse and Jacobzone (2003)を参照。
- 3) この点は簡単に確認できる。いま、医療サービスの平均費用が $p$ ドルで固定されており、そのうち $\alpha \times 100\%$ が自己負担であるとしよう( $0 < \alpha < 1$ )。医療サービスの数量を $x$ とすれば、1人当たりの医療費は、自己負担を含む場合は $px$ ドル、含まない場合は

$(1 - \alpha)px$ である。いま、医療サービス需要の価格弾力性を  $\varepsilon$ (絶対値表示)とすると、自己負担率を  $\Delta \alpha$  だけ引き上げた場合、全体の医療費の削減率は  $\varepsilon \times (\Delta \alpha / \alpha)$ 、自己負担を除いた医療費の削減率は  $[(1 - \alpha)\varepsilon + \alpha] / (1 - \alpha) \times (\Delta \alpha / \alpha)$ となる。後者は、前者を  $\alpha / (1 - \alpha) \times (\Delta \alpha / \alpha)$  だけ上回る。

#### 参考文献

- Bains, M. 2003. "Projecting Future Needs: Long-term Projections of Public Expenditure on Health and Long-term Care for EU Member States." In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?* edited by OECD, Ch.9, 145-161.
- Chalkley, M. and J. Malcomson. 2000. "Government Purchasing of Health Services." In *Handbook of Health Economics*, edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse, Vol.1A, Elsevier, 847-890.
- Docteur, E. and H. Oxley. 2003. "Health-care Systems: Lessons from the Reform Experience." *OECD Economics Department Working Papers*, No.374.
- Gerdtham, U. G. and B. Jönsson. 2000. "International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis." In *Handbook of Health Economics*, edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse, Vol.1A, Elsevier, 11-53.
- Gerdtham, U. G., C. Rehnberg, and M. Tanbour. 1999. "The Impact of Internal Markets on Health Care Efficiency: Evidence from Health Care Reforms in Sweden." *Applied Economics*, Vol.31, Issue 8, 935-945.
- Greß, S., P. Groenewegen, J. Kerssens, B. Braun and J. Wasem. 2002. "Free Choice of Sickness Funds in Regulated Competition: Evidence from Germany and the Netherlands." *Health Policy*, Vol. 60, No.3, 235-254.
- Jeong H. and J. Hurst. 2001. "An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System." *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No.56.
- Jones, C. 2002. "Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much?" *NBER Working Papers*, No.9325.
- Jönsson, B. and I. Eckerlund. 2003. "Why do Different Countries Spend Different Amounts on Health Care?: Macroeconomic Analysis of Differences in Health Care Expenditure." In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?* edited by OECD, Ch.6, 107-119.
- Le Grand, J. 2002. "Further tales from the British National Health Service." *Health Affairs*, Vol.21, No. 3, 116-128.
- Moise, P. and S. Jacobzone. 2003. "Population Ageing, Health Expenditure and Treatment; An ARD Perspective." In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?* edited by OECD, Ch.10, 163-179.
- Newhouse, J.P. 1992. "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" *Journal of Economic Perspectives*, Vol.6, No.3, 3-21.
- OECD. 2004. *Towards High-Performing Health Systems*.
- Santos-Eggimann, B. and P.-Y. Geoffard. 2003. "Data Needed for Research and Policy in Ageing Societies: Contribution of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE Project)." In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?* edited by OECD, Ch.11, 182-191.

(おしお・たかし 神戸大学大学院経済学研究科助教授)