

人口高齢化と医療保障

—新しい政策選択—

地主重美

I はじめに

「大きな政府」に対する関心が急速に高まり、先進諸国の支配的な政治体制として定着している福祉国家は今日大きな危機に直面している。その最大の理由は1970年代にはじまる先進諸国の財政悪化にある。高度成長とともに拡大し深化した公共政策が1970年代の経済的停滞とともに財政収支アンバランスをもたらし、これがまた経済的停滞の一因にもなっている、という悪循環のメカニズムを指摘されている。拡大する政府支出のなかで最も規模が大きく、かつ増加率の高いのは社会保障費であり、とくに医療費がその大宗をなしている。周知のように医療費の規模は人口高齢化率と高い相関をもっているが、将来、人口構造の急速な高齢化が予想されるとき、この動向は今後、公共福祉政策の円滑な運営にとってきわめて重大である。今日、医療保障をめぐる意見のなかには、生活権の立場からその拡大・充実を求めるものと、医療経済の立場から社会的抑制を求めるものがある。しかし、前者は資源の制約に適切な配慮を欠いている点において、また後者はアクセスの制限による消極的な福祉効果を十分に考慮していない、という点において、いずれも医療保障政策として有効性をもった政策とはいえない。

本稿では、人口高齢化の進行に伴う医療経済の変容と、医療保障の新しい展開の可能性を模索してみることしよう。

II 今日の医療問題——2つの側面——

今日、先進諸国のかかえる医療問題は多岐にわたっており深刻化しているが、あえて単純化していえば、第1は医療費の急増であり、第2は医療支出の収支逆転傾向であろう。以下、これらの点を吟味してみよう。

1. 医療費の急増

医療保障の充実した先進国において、今日共通にみられる現象は医療費の急増であり、その増嵩ペースがきわめてはやいことである。OECD加盟の先進諸国では、1960～80年の20年間に、総医療費の対GDP比は総平均で4.3%から7.2%の規模に達し、その増加率はGDPのそれを大幅に上回っている¹⁾。もちろん、そのなかには、日本、スウェーデン、西ドイツ、フランスのように、対GDP比が2倍ないしそれ以上になった医療費の高成長国もあれば、増加のやや緩慢な国もあるが、総医療費がGDP上昇率を大幅に超え、いまなおその増勢に沈静のきざしのみえない点では共通している。さらに重要なことは、総医療費に含める公的医療費の割合が着実に増大し、このため公的医療費の対GDP比は、OECD総平均でこの期間

1) OECD諸国について、1975年の資料にもとづいた実証分析によると、次のとおりである。

(1人当り医療費) = $26 + 0.082$ (1人当りGNP)

$R = 0.919$

$\frac{\text{国民医療費}}{\text{GNP}} = 5.9 + 0.00027$ (1人当たりGNP)

$R = 0.446$

Maxwell, R. J., *Health and Wealth*, 1980.

表 1 OECD 諸国における医療費の推移

国 名	1人当り 医療費 ¹⁾ (USドル)	総医療費対 GDP 比				公的医療費対 GDP比				公的医療費 ²⁾ 対社会 保障費比率	65歳以上 ³⁾ 人口比率
		1960年	1970年	1975年	1980年	1960年	1970年	1975年	1980年		
スウェーデン	928	4.6	6.9	7.6	9.2	2.5	6.3	7.3	8.8	30.0	15.3
西 ド イ ツ	774	4.1	5.7	8.4	8.0	2.4	4.2	6.6	6.2	28.8	15.3
ア メ リ カ	769	5.3	7.6	8.7	9.6	1.3	2.8	3.7	4.1	24.5	11.0
オ ラ ン ダ	632	4.5	6.3	8.1	8.7	2.8	5.3	6.1	6.6	20.9	—
カ ナ ダ	609	5.5	7.2	7.4	7.4	3.1	5.1	5.7	5.6	37.6	8.9
フ ラ ン ス	589	4.3	6.1	7.1	8.1	2.5	4.3	5.3	6.2	25.1	13.8
日 本	313	2.5	4.5	5.6	6.1	1.6	2.9	4.0	4.4	46.9	9.0
イ ギ リ ス	231	3.5	4.0	5.5	5.7	3.5	3.9	5.1	5.3	28.6	14.0
イ タ リ ア	221	3.8	3.2	6.7	6.4	2.9	4.0	5.9	5.7	23.8	12.5
OECD 平 均	—	4.3	5.5	7.0	7.2	2.3	4.0	5.2	5.6	—	—

(注) 1. 1977年。 2. 1977年。 3. 日本 1980年, スウェーデン 1976年, 他は 1977年。

資料: OECD, *Public Expenditure on Health*, 1976.

OECD, *Trends in Public Expenditure on Health*, 1982.

ILO, *The Cost of Social Security*, 1982.

Maxwell, R. J., *Health and Wealth*, 1980.

表 2 政府支出の推移

(単位: %)

	1960年	1965年	1970年	1971年	1972年	1973年	1974年	1975年	1976年	1977年	1978年	1979年	1980年
政府支出 GNP	16.61	19.20	23.07	24.72	26.20	25.83	28.93	30.52	30.56	31.66	33.08	33.12	33.61
社会保障給付費 政府支出	25.46	24.42	20.96	20.21	20.83	21.50	23.43	26.20	28.89	28.94	29.98	30.57	31.53
医療給付費 社会保障給付費	44.9	57.0	58.9	56.7	57.1	55.2	52.8	48.7	46.9	45.0	45.0	44.3	44.9
社会保障給付 GNP	4.06	4.89	4.84	5.00	5.46	5.55	6.78	7.99	8.83	9.16	9.92	10.13	10.61
防衛費 GNP	0.96	0.89	0.77	0.81	0.81	0.79	0.85	0.87	0.85	0.85	0.85	0.86	0.88

(注) 一般政府支出=政府最終消費+一般政府固定資本形成+補助金+社会保障・社会扶助給付金+その他経常移転+支払利子

政府支出=一般政府支出+公的企業設備投資+公的在庫投資

資料: 経企庁『国民経済計算』昭和57年, 経企庁『国民所得統計年報』昭和52年。

に2.3%から5.6%に達している。スウェーデン、アメリカ、日本のように、この比率が約3倍にも引き上げられるという国も少なくない。公的医療費比率の増加は、あとでくわしく述べるように医療費増嵩と密接な関係をもっているが、ここでは、公的医療費の対総医療費比率の高い国ほど総医療費の対GDP比が高く、かつその上昇率が高いことを指摘しておこう。

ではわが国の場合はどうであろうか。表2によると、政府支出対GNP比は過去20年間に倍増し、1980年現在33.61%に達している。このような政府支出の拡大こそ、「大きな政府」への展開過程にほかならない。しかもこの過程で最も大きな役

割を果たしてきたのは社会保障費であり、現在、政府支出の約3分の1を占めている。1965~80年の期間についていえば、政府支出の年平均増加率18.4%はGNPの年平均成長率14.0%を上回り、社会保障給付費の年平均成長率20.0%は政府支出のそれを上回っている。ちなみに、1965~80年の期間に政府支出は約64兆円増加したが、そのうち約36%は社会保障給付費の増大によるものであり、これをみても政府支出拡大の大宗をなしているのは社会保障によるものであることが明らかになる。社会保障こそは福祉国家の推進力になり、国民福祉の向上に大きな役割を果たしてきたのであるが、その費用が政府支出の最重要費目として「大きな

表3 年平均伸び率 (単位: %)

	1965 ~70年	1970 ~75年	1975 ~80年	1965 ~80年
GNP (名目)	17.5	15.1	9.5	14.0
GNP (実質)	11.1	4.7	4.9	6.9
政府支出	16.9	22.3	12.6	17.2
政府消費	13.2	22.0	9.5	14.8
防衛費	14.0	18.1	10.0	14.0
社会保障費	17.0	27.1	16.1	20.0

資料: 表2に同じ。

政府」の象徴的な存在になっていることもまた争うことのできない事実である。社会保障給付費のなかで大宗をなしているのが医療給付費であることは表2をみれば明らかである。1974年ごろまでは、この医療給付費が全体の50%を超え、しばしば指摘されるように医療保障中心の社会保障政策をとってきたことを示しているが、この後はこの割合がやや低下して現在では50%のレベルを下回っている。しかしながら単一の費目としては依然として最も高いウェイトを占め、社会保障費増大のエンジンになっていることは否めない。

社会保障の前提条件の1つとして包括的医療サービスの確立を提唱したW. ベヴァリッジは、かつて「国民保健サービスは、国民の健康水準を確実に向上させるに違いないから、1965年の国民医療費は1945年の水準に落ち着くだろう」と予言した²⁾。ところが国民医療費は、ベヴァリッジの予言に反して発足当初から急増をつづけて現在にいたっている。

先進諸国に共通に現われている医療費の増嵩には、各国の医療制度、医療提供方式等が反映し、

必ずしも一様な動きをしたわけではないが、主たる増嵩要因に関するかぎりきわめて強い類似性をみせている。これを次の4つに大別することができる。

(1) 需要要因

これには、①人口高齢化、②都市化、③慢性病型疾病構造、④所得水準の上昇による疾病の機会費用の上昇。

(2) 供給要因

①医学医術の進歩、②医療部門の労働集約性、③医療資源の高度熟練性と稀少性。

(3) 制度要因

①医療保障制度の拡大、②給付水準の改善(二重価格の拡大)、③診療報酬支払方式。

(4) その他の要因

①社会的疾病(Social Morbidity)の増加、②一般的インフレーション。

総医療費の増加は、受診件数の増加と1件当たり単価の上昇によるものであり、上記の諸要因はそれぞれこの一方ないしは両方を増大する働きをしているものと考えられる。たとえば需要要因として挙げた人口高齢化は、一方で受診率を高め受診件数を増加させるだけではなく、在院・通院日数の長期化により1件当たり医療費の上昇要因にもなっている。以上4つに大別した要因のうち、とくに医療費増嵩に強い影響をもつと考えられるのは、需要側では人口高齢化であり、供給側では医学医術の進歩である。とりわけ医学医術の進歩による医療の高度化は、大量生産部門における技術進歩が生産コストの低下をもたらすのとは逆に、

表4 一般政府支出増分への寄与

(単位: 10億円, %)

	1965~70年		1970~75年		1975~80年		1965~80年	
一般政府支出	7,731.1	100.0	24,773.3	100.0	31,693.5	100.0	64,090.7	100.0
政府最終消費	2,609.2	33.7	9,614.5	38.9	8,815.8	27.8	21,039.5	32.8
補助金	671.5	8.7	1,229.2	5.0	1,401.1	4.4	3,301.8	5.2
社会保障	1,933.7	25.0	8,288.5	33.5	13,066.7	41.2	23,288.9	36.3
その他の移転	165.2	2.1	363.9	1.5	483.8	1.5	1,012.9	1.6
資本形成	1,782.6	23.1	4,641.0	18.7	6,882.5	21.7	13,306.1	20.8
資本移転	521.6	6.7	632.6	2.6	1,043.6	3.3	2,281.4	2.4

資料: 表2に同じ。

2) Marshall, T. H., *Social policy*, (New edition) p. 125.

表 5 総医療費、医療資源および健康水準

国名	総医療費対GDP比		人口10万人当り 医師数		幼児死亡率		標準死亡率	
	1960年	1976年	1960年	1976年	1960年	1976年	1960年	1976年
フランス	4.0	6.8	108	163	23.5	12.7	99	95
オランダ	4.5	8.1	112	166	16.7	10.6	84	89
イギリス	3.8	5.7	108	118	23.8	14.4	104	107

資料：注 4)。

むしろ生産コストの上昇を引き起こしている。これは医療サービスの質的向上によるものである。また医学医術の進歩によって診断技術が向上し、原因不明の病気が発見され、また治療技術の発展の結果、救命医学は飛躍的に進んでいる。医学医術の進歩は死亡率を低下させたが有病率を上昇させた³⁾、といわれるが、これこそ今日の医療の状況を的確にあらわしている。人口高齢化と医療技術の進歩は、たしかに医療費増大のきわめて重要な潜在的要因ではあるが、それだけで今日の爆発的な医療費上昇を引き起こしたと考えるのは早計である。需要側にいかに強い医療費増嵩の潜在的な圧力があっても、また供給側にどれほど強力なコスト・プッシュの圧力と供給量増大のプレッシャーがあっても、これらを顕在化させるようなメカニズムがない限り医療費の増嵩にはつながらないであろう。これを可能にしたのは医療保障制度である。この制度があるゆえに患者は経済的障壁なしに医療サービスを需要でき、またこの制度があるゆえに医療サービスの提供者は、患者の支払能力を顧慮する必要がなくなり治療上最高の医療を供給することができる。人口高齢化によって増大する医療サービスへの需要と、医学医術の進歩によって高度化した医療サービスの供給は、医療保障制度を媒介にしてはじめて顕在化し、そしてそれが医療費の急増にもつながっているのである。さらにその他の、しかし無視できない要因として、社会的疾病の増加と、一般的インフレーションがあげられる。前者は現代人のライフ・スタイルや環境悪化等に起因して最近増加の傾向をみせている需要側の要因であり、これには今日の食・住を含む広範な保健対策が必要とされている。また後

者は供給側のコスト・プッシュ圧力に拍車をかけているものであるが、このほかに、一般的インフレーションは患者負担を実質的に軽減させることによって価格弾力性の高い医療サービスへの需要を増大させ、医療費増嵩の一因になっていく。

2. 医療支出の収獲遞減傾向

医療費の急増は、なるほど大きな問題ではあるが、これによって国民の健康水準に顕著な改善がみられ、他の代替的政策に投入した場合の限界便益に比べて相対的に高い限界便益が得られるならば、それほど大きな問題にはならなかったであろう。ところが先進諸国では、1960年代に入ると、医療費の効果はしだいに遞減する傾向をみせるようになってきた。表5は、フランス、オランダ、イギリス3国について、総医療費の対GDP比と死亡率の関係を二時点比較したものである。幼児死亡率はいずれの国においても医療費規模の拡大に比例して低下しているが、標準死亡率に関する限り顕著な改善がないばかりか、逆に悪化しているものもある。また表6で明らかなように、国際

表 6 医療と健康水準の国際比較 (1975年)

	総医療費対GDP比	同順位	死亡率 A ¹⁾		死亡率 B ²⁾	
			標準化指数A	同順位	標準化指数B	同順位
アメリカ	8.7	1	1.18	7	1.17	7
西ドイツ	8.4	2	1.23	8	1.23	8
オランダ	8.1	3	0.83	2	0.79	2
スウェーデン	7.6	4	0.76	1	0.73	1
カナダ	7.4	5	1.08	5	1.06	4
フランス	7.1	6	1.11	6	1.10	5
イタリア	6.7	7	1.04	4	1.11	6
イギリス	5.5	8	0.91	3	0.93	3

(注) 1. 各国の死亡率を OECD 平均死亡率で除した指数。

2. 乳児死亡率と周産期死亡率に3倍のウェイトをつけ、OECD 平均で除した指数。

資料：WHO, *World Health Statistics* より算出。

3) Somers, H.M. & Somers, A.R., *Doctors, Patients and Health Insurance*, 1961, pp. 1-9.

表 7 成人病の推移

	有 病 率 ¹⁾			受 療 率 ²⁾			死 亡 率 ³⁾		
	総 数	成人病	成人病 総数	総 数	成人病	成人病 総数	総 数	成人病	成人病 総数
	千人対	千人対	%	千人対	千人対	%	千人対	千人対	%
1955年	37.9	3.8	10.03	33.01	1.66	5.03	7.77	3.67	47.2
1960年	46.9	—	—	48.05	2.96	6.16	7.56	4.14	54.7
1965年	63.6	12.8	20.13	59.10	5.32	9.00	7.13	4.36	61.2
1970年	93.6	22.4	23.93	70.28	7.68	10.93	6.94	4.42	63.2
1975年	109.9	24.2	22.02	70.93	9.91	13.97	6.31	4.19	66.4
1980年	110.4	37.5	33.97	68.55	10.97	16.00	7.23	4.15	69.5

資料：1. 「国民健康調査」、2. 「患者調査」、3. 「人口動態統計」。

比較的にみると、総医療費対 GDP 比と死亡率との間に優位な相関関係がみられない。高水準の医療支出が高水準の健康度を必ずしも保証しないことはすでに多くの学者によって指摘されている⁵⁾。ここでは死亡率を健康水準の指標に選んでいるが、これが国民の健康度を代表している、と考えることには問題があろう。健康概念そのものが必ずしも客観的かつ自明なものではなく、これを検索していけば、やがては收拾のつかない迷路にふみこんでしまうであろう。ここではその問題への深入りをさけ、健康水準を示すもう1つの指標と考えられる有病率に注意を向けてみよう。「国民健康調査」によると人口千人対有病率は、昭和30年から55年の四半期の間に37.9から110.4へと約3倍増をしている。これは国民医療費対 GNP 比ときわめて強い正相関をしている。これはさきに述べたように、医学医療の進歩が死亡率を低下させ有病率を増加させることを実証したものであり、むしろ近代科学の発展・進歩を示すプラスのイメージとして受けとらなければなるまいが、医療費増加の効果がしだいに逓減し、まさに収獲逓減傾向を現わしていることは否定できない。大胆ないい方をすれば、これは医療そのものの性格がしだいにかつ着実に変容しているからではないか、と思

われる。かつて医療は acute need にこたえるものとして有効性を発揮したが、現在では usual need の充足のために医療資源のきわめて大きな部分が配分されている。医師にとっては、「費用・有効性比率の最適化ではなく、延命の最適化だけが倫理的至上命令である」⁶⁾という考え方が、医療専門集団の代表的な意見の1つになっているのも今日の特徴的な現象である。さらには、今日の医療保障制度そのものの変容を指摘し、「国民保健サービスは、基本的にいって病気を治すためのサービスである、という考え方からはなれて、もはや治療すべくもない病人をただひたすら延命させるためのサービスになっている」⁷⁾という意見さえ現われている。これもまた、医療費の収獲逓減を別の言葉で表現したものにはほかならない。このような傾向は、acute な医療への需要が容易に充足できる医療保障制度の発展、生活水準の上昇による国民の体位・体力の向上等により医療充足度が高くなっていることによるところも少なくないが、さらに重要な要因は人口高齢化であり、これに伴う成人病の急増によるのではないかと考えられる。心疾患、高血圧性疾患、脳血管疾患、悪性新生物等の成人病は、その多くが人口高齢化の所産である。しかもこれらの疾患は一般に長期慢性型であり、また身体障害の後遺症をのこす場合が少なくない。わが国の人口高齢化率は、他の先進諸国に比べて低いが、高齢化のペースがはやいため、こ

4) Maynard, A. & Ludbrook, A., Thirty Years of Fruitless Endeavour, in *Health, Economics and Health Economics*, by Perlman & Jaog (eds.), 1981.

5) Abel-Smith, B., Value of money in Health Services, *Social Security Bulletin*, July 1974.

ただし、ユーブル・スミスは医療支出がなくても健康水準が向上する、という逆説は必ずしも成立しない、という。

6) Leewy, R., Letter to, *New England Journal of Medicine*, Vol. 302, p. 687.

7) Klein, R., An Anatomy of the NHS, *New Society*, 28 June, 1973.

れと並行して成人病も急速に増加している。表7によると、成人病の有病率は、過去25年間に約10倍に増加し、現在では有病率全体の3分の1を占めている。受療率もこの期間に約7倍になり、死亡者数では全死亡者数の約7割がここである成人病によるものである。このように有病率、受療率、死亡率のいずれをとってみても、現代はまさに成人病時代であることが明瞭である。成人病がもともと長期慢性型であるために医療費をつぎこむわりにはいわゆる健康水準への貢献度が低く、医療システムに大きな変革がないかぎり、人口高齢化とともにこの傾向にさらに拍車かけられることになるであろう。

医療費が急増をつづけ、しかも成人病の増加によって健康水準への効果が逡巡しているというのはわが国を含めて先進諸国の共通現象である。そしてこれが医療保障制度の拡大と充実に起因していることもまた否定できない。そこで医療保障政策の推移を概観してみよう。

III 医療保障政策の推移

社会保障の展開過程は、それぞれの国の社会的経済的条件を反映して一様ではないが、まず労災保険、ついで年金、医療の順に整備され展開している国がきわめて多い。1979年現在、医療保障制度を採用している国は75ヵ国をかぞえ、労災134ヵ国、年金123ヵ国について国際的に普及度の高いものとなっている。医療保障政策の目標としてこれら諸国がかかげているのは、およそ次の2つであろうと思われる。その第1は医療へのアクセスビリティの平等化であり、第2は健康水準の向上である。

1. アクセスビリティの平等化

医療保障の政策目標が、第1にアクセスビリティ平等化にあることは、きわめて明白であり論議をさしはさむ余地がない。ここであるアクセスビリティの平等化として、まず第1にあげなければならないのは受療への経済的障壁の除去であろう。経済的負担のゆえに受療機会のとざされているよ

うな事態の存在が医療保障制度の確立を推し進める最大のモメントになったことは歴史の示すところである。第2は医療資源配分の地域差を是正することである。アクセスへの経済的障壁が除去されても医療資源の存在しない地域や極度にその不足する地域があってはアクセスビリティの平等化も実現できない。第3に医療サービスが地域間、社会階層間で質的格差をもたないように、良質医療サービスの適正な配分を図ることである。今日では医療保障が普及し、自由診療の領域がきわめて限定されているため、医療サービスの質的格差は、地域間での医療密度の格差を別にすれば、もはやそれほど大きな問題とはいえない。

2. 健康水準の向上

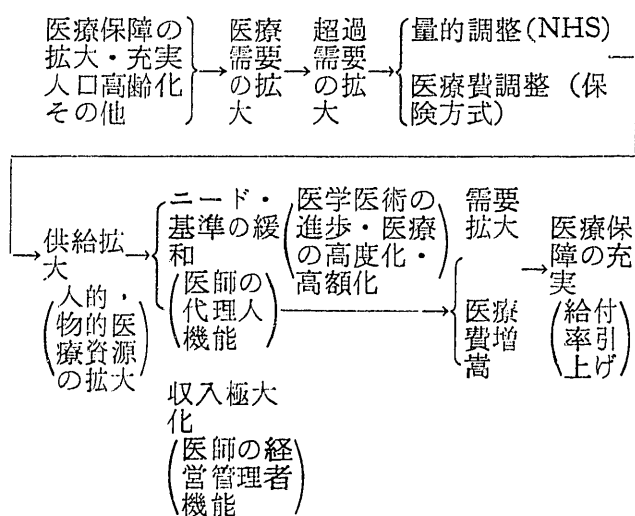
医療保障の究極の目標は国民の健康水準の向上である。死亡率の低下や有病率の低下などは健康水準の1つの指標であろう。医療はたしかに健康水準を高めるための最も重要な手段であるが、これだけが唯一の方法ではないであろう。この点については、また後でふれることにしよう。

いずれの国においても、医療保障はこれら2つの目標をかかげて展開されてきたが、まず強調され重点のおかれたのは第1であり、およそ次のような推移をたどってきた。すなわち、医療保障は、アクセスへの経済的障壁を縮小するために、給付対象になるリスクと対象者の範囲を拡大する。わが国の国民皆保険がその好例であろう。次は給付率の引上げ、すなわち医療サービス1件単価にかかる自己負担率の引下げである。これによって医療へのアクセスが容易になり、医療サービスへの需要を飛躍的に拡大させることになる。かくして医療サービスへの超過需要が拡大する。これに対してイギリス型の保険サービス方式をとる国では待ち行列が長くなるという量的調整によって対応し、わが国のように出来高払いをとる保険方式の国では、ある種の医療費調整によって対応する。しかし超過需要はそのまま放置できず、やがて政府や民間による医療資源の量的拡大、すなわち供給の増大がつづく。1960年代前半にヨーロッパ諸国に起こった病院ブーム⁸⁾がそれである。さ

らに医師数も急速に増加する。では供給の増加によって需給のアンバランスが解消または縮小したかということそうではない。「供給は需要を創り出している」のである。これには次の3つの理由があげられる。第1は、利用機会効果 (availability effect) とでもいわれるものであり、医療資源が増大し利便性が高くなれば潜在的需要は顕在化し、それだけ需要が喚起されることになる。なるほど利用機会効果は、現に存在する超過需要を充足し、あるいは潜在的需要の充足を説明する仮説としては有力である。医療需要 (実現された需要) の地域格差や医療費の地域格差が、医療資源密度の地域差と強い相関関係をみせている、という多くの実証結果は、この仮説の妥当性をサポートするものとして注目されるところである。しかしながら、これは供給が新しい需要を喚起し、再び超過需要を生み出していく、というプロセスを説明するものとしては、きわめて不十分な仮説である。そこで次の第2の理由が考えられる。それは医師の行動ないしは役割に関するものである。周知のように、医師と患者の間では、医学医術の情報について決定的なギャップがあり、それゆえに患者は、診療する医師にすべてを任せざるをえない。この点から医師には2つの機能が付与される。その1つは患者のもっていない医療情報の占有者として、患者の健康回復のためにその代理人としての機能を果たしている。これは自由専門職としての医師の主体性と矛盾するものではない。患者の疾病の治癒と健康の回復こそが医療職の役割であるとすれば、ある限られた場合を除いて両者の間に矛盾や対立は生まれない。限られた場合というのは、患者の負担が重く、このため医師としては最も望ましいと考えられるような最高の医療を必ずしも提供できない、と考えられる場合である。このような医師の機能を代理人機能とよぶことにする⁹⁾。医療資源の供給が増加すると、医師は、より密度の高いサービスを提供できるようになり、その結果健康水準についての判断もしだいに緩和され、

以前には治療の必要なしとされてきたような患者についても改めてこれを診療者と判定し、彼らの健康水準の回復をはやめるように努めることになるであろう。医師はまたしばしば医療施設の管理者としての役割をもつことがある。情報の占有者とサービスの提供者が同一であるとき、管理者としての所得極大化行動のゆえに供給が需要を創り出すという可能性のあることは否定しえないであろう。医療施設の管理者と医師が別人格である場合に、管理者がこのような行動をとることは、たとえば入院患者の在院日数を延長させ病床利用率を高める行動に走りがちだという¹⁰⁾、きわめて一般的な傾向として、今日では日本のみならず、アメリカなどでも注目されている。これが「供給は需要を創る」という第3の原因であろう。

このような医療保障の展開過程は、そのまま医療費増大の累積過程にもつながっている。すなわち、



ここで注意しなければならないのは、上の図からも明らかなように、医療供給の増加は、たんに供給量の増加にとどまらず、医学医術の進歩を反映した医療の質的向上を伴っている、ということである。質の高い医療、高度化された医療は、医療供給の増加と同時並行して進行していること、

8) Blanpain, J., *National Health Insurance and Health Resources*, 1978, pp. 219-231.

9) Pauly, M. V., *Doctors and Their Workshops*, 1980, pp. 1-15.

10) 「空床は入院患者を創り出す」という仮説は、この主唱者の名にちなんで、「レーマーの法則」とよばれている。また、海水を増せば、氷山の浮上部門は大きくなるが、海水を供給、氷山を需要とおきかえると、これは「供給が需要を創り出す」という仮説そのものによる。

Cooper, M., *Rationing Health Care*, 1975.

一般の商品と異なり、技術革新が単位生産費の低下ではなくて単位生産費の上昇を伴っていることをとくに念頭に置いておくことが必要である。そのうえ医療保障の改善によって給付率が高まることになれば、患者は許されるかぎりの最高の医療を受けようとし、他方、医師はまた患者の負担能力を考慮する必要がないため医師として可能な最良の医療を提供しようとするが、出来高払い方式をとる限り、この可能性は容易に現実化することになり、この結果は総医療費増嵩の永久運動になっていく。

以上のように先進諸国の医療保障政策は、その展開過程じたいが医療費急増過程でもあったことは、先進国共通の客観的事実として認めなければならない。インプットとしての医療費がアウトプットとしての健康水準を着実に向上させている間は医療費増嵩そのものへの批判に十分な説得力がなかったように思われる。ところがいわゆる成人病時代に入り、コスト・ベネフィット比率が急速に高まってくるにつれて、しだいに大きな社会問題になってきた。ところがこの場合も増加の原因を保険制度の仕組みや診療報酬支払方式等に求める議論が多く、成人病時代における疾病構造の特質と現行医療保障制度との関連から考察したものはきわめて少ない。

IV 医療保険の理論

医療保険は、今日、医療保障の典型的な方式として、保健サービス方式をとる少数の国を別にすれば、広く一般的に採用されている。医療保険の最大の目標が医療へのアクセスビリティの平等化にあることは周知のとおりである¹¹⁾。保険の機能として最も重要なのは危険分散機能であり、これは民間保険であろうと社会保険であろうと変わりはない。後者が前者と最も相違している点は、この危険分散の範囲にある。すなわち社会保険とし

ての医療保険は、このなかでアクセスの平等化を実現するために、生活保護受給者を除くすべての所得階層、すべての年齢階級に属する人々を、彼らの発病確率とは無関係に強制加入させ、危険分散の範囲を広く拡大していることである。さらに受給者負担を低下させることによって危険分散機能の強化が図られている。しかも保険料は事故発生確率とは独立に加入者に定率で賦課され、給付は保険料とは無関係に発生したリスクの高さに応じて支給される。このような医療保険は、所得水準と事故発生確率の間に、さらに所得水準とリスクの高さの間に優位な正の関係がない限り、所得再分配をもたらすことは否定しえないところであろう。医療保険は、その危険分散機能を強化することによって、実は民間保険では期待できない所得再分配機能を強めているのである。しかしながら、このような危険分散の拡大と強化、したがって所得再分配機能の強化は、保険制度に重大なインパクトを与える。それはモラル・ハザードの存在である。保険給付率が引き上げられ、受給者の医療サービスへの限界支出が医療サービスの限界費用を下回るときには医療サービスの需要は増加する。このような特性をモラル・ハザードとよんでおり、この結果、医療費は増大して保険財政は悪化する。モラル・ハザードによる最も重要な経済的効果は、厚生損失が生まれ、資源の最適配分が阻害されることである。いま、図において D を医療需要曲線、 S を医療供給曲線としよう。医療サービス単価が p_1 のときには需要量 Q_1 になり、総支出は $p_1 Q_1$ である。さて、医療保険が導入され、医療サービスの受給者価格が零になったとしよう。需要量は増加して Q_2 になる。このとき需

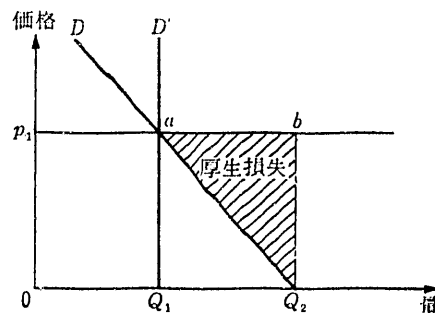


図1 保険とモラル・ハザード

11) 医療保険の現物給付方式と現金給付方式に原理的な差異を認めることは認めるとしても、ここでいう現物給付方式が、社会福祉サービスの現物給付のように、要援護者に対してなされる現物給付方式と同じでないことに注意したい。

要増加による需要者便益の増加が ΔaQ_1Q_2 であるのに対し、総供給費用の増加分は $\square aQ_1Q_2b$ であるから、その差に当たる斜線分 $\triangle abQ_2$ が厚生損失になる。このように、医療保険の導入によってモラル・ハザードが生まれ、厚生損失が生ずることが、資源配分の効率性を損なう真の損失になる。ここで注意しなければならないのは、モラル・ハザードによって厚生損失が生まれるのは図1のように需要曲線 D が価格に対して弾力的な場合であり、無料化によって老人の医療需要が激増したのは、そのよい例である。ところが需要曲線が D' のように、価格に対して非弾力的な場合には、保険が導入された後でも需要量は Q_1 で変わらず、したがってモラル・ハザードもなければ厚生損失もない。かくて、モラル・ハザードが問題になるのは理論上、軽費医療のように、価格弾力性がきわめて大きい場合に限られ、重症医療のように価格弾力性が零ないし零に近い場合にはそのおそれがない。

モラル・ハザードによる厚生損失は、保険者にとっても被保険者にとっても不利益であるから、それへの有効な対応策を考えなければならない。第1は定額補助の方式である。これは被保険者への給付額ないし補助額が一定額に固定し、需要量の大きさによって変化しないから、医療サービスの過大な消費を引き起こす可能性はない。第2は定額不担保方式である。費用のうち一定額は自ら負担せざるをえないため、しばしば足切り制とよばれている。これによって医療の過大な消費がおさえられるだけでなく、この自己負担限度額が適正なものである限り、この確定額についてはあらかじめ個人貯蓄等によって備えることができる。その代わりにこの限度額を超える不確定な予想費用については保険によってカバーされるために、不確実性に対応する合理的な方法として被保険者にとって有利な方法である。ところがこの方法は医療供給者や患者の行動に影響を与え、その結果費用が限度額を超えるところに厚く分布してしまい、医療費が増大し保険者の支出が過大になってしまうおそれがある。そこで定額負担を超える部分について、被保険者の負担を零とするのではな

く、被保険者と保険者が共同して負担する共同負担方法 (coinsurance) が過大な医療需要を抑制し、したがって保険者にとっても有利な方式になる。

以上のように医療保険は、カバーするリスクの範囲を拡げ、対象者の範囲を拡大することによって、民間保険よりも強い危険分散機能を持ち、再分配機能を果たしている。ところが他方、このような危険分散による強い再分配機能は、モラル・ハザードを引き起こし厚生損失を生み出して効率的な資源配分を損ねることになる。定額給付、足切り、共同負担 (定率自己負担) は、効率化への誘因を与えて厚生損失の発生を防ぎ資源配分の適正化を意図している。

いずれにせよ医療保険は、危険分散の拡大による再分配と、モラル・ハザードを回避する効率化という相互に対立する機能の適正な調和の上に成り立っている¹²⁾。前者が強ければ効率化は損なわれて医療費は急増し、後者が強ければ医療費の急増は抑制される代わりに再分配機能は弱まり、保険による十分な保障効果が損なわれる。

医療費の増加が、成人病の増大と軌を一にしていることはさきに述べたとおりであるが、これは医療保険にも大きなインパクトを与えている。第1に成人病の増大は、現在の医療システムに変化がないとすれば、入院医療費の増大をもたらし、大病院志向型の本格的な医療費急増によって医療保険会計に深刻な影響を与えることである。第2にわが国の場合のように医療保険制度が数制度に分立しているようなところでは、高齢加入者比率の制度間格差がそのまま保険会計の制度間格差につながってくる。第3に成人病対策として保健活動を取り入れようとするとき、医療保険から予防給付を出すべきか、保険と予防活動を分離し後者は公的サービスとして、とくに地方自治体の活動領域にすべきかは、きわめて重要な選択問題になる。また西ドイツその他のように保険が予防給付を行うことになれば、医療保険は保険的リスクとは全く性格の異なる確定的・定期的なサービスを給付の対象にすることになって、その保険性は後

12) Zeckhauser, R., Medical Insurance, *Journal of Economic Theory*, 2, 1970, pp. 10-26.

退するであろう。

このような医療保険の変容に対して、その保険性を可能なかぎり純化すべきだとする考え方もある。医療保険のもたらす最大のメリットは、重症発生の際の現物給付にあるのだから、医療の対象とするリスクを重症に限定する方がよいという主張がそれである¹³⁾。このような重病は、価格弾力性も零に近いためにモラル・ハザードの発生する余地は少なく、かりに給付率100%にしても資源の効率的配分を損なうことはほとんどない。こうして重病保険(major risk insurance)は効率化の要件を満たしているがその反面、保険リスクの範囲を限定し、危険分散機能を制限することによって医療保険の再分配機能を低下させる、という欠陥を内在している。にもかかわらず、重病保険が今日しばしば提唱されかなり注目されているのは、医療費急増が大きな社会問題になっているためである。医療費を社会的ニードに合わせて効率的に配分する、という点では、重病保険というアイデアは、医療保障の在り方を考えるうえでも注目値する。現在の医療保険に投げかけられているもう1つの問題は、成人病型に移っている疾病構造の変化にどう対応していくか、ということである。予防給付を行うことが医療保険の保険者にとってもプラスになるためには、予防保健活動そのものに保険者も関与し、病気発生確率を低下させることによって医療給付費の増嵩を抑制できるような仕組みになることが望ましいのである。

V 変化する医療保障の戦略

1. 対立する2つの方向

今日の医療には、相対立する2つの傾向が看取される。第1は医療の高度化と患者の病院志向である。医学医術が急速に進み、医療が高度化するとともに、人的にも物的にも最新の技術・能力を備え、巨額の設備を導入した病院が次々に生まれ、これが地域医療の中核になろうとしている。また

患者も、自己負担が低いなどの理由もあって高度医療を提供する病院で最高の医療を受けようとし、病院に殺到する。このような病院志向は1960年代から一貫してつづいている。いうまでもなく病院は労働集約度が高く、いわゆる高度医療を供給するため、患者の病院志向は病院医療費の増加傾向に拍車をかけ、本格的な国民医療費増嵩の推進力になっている。表8は、わが国における一般診療費の推移を示したものであるが、これをみても病院医療費の構成比が年を追って高まり、1980年現在、すでに全体の60%に達している。しかも病院は、全体の入院医療費において構成比を高めているだけでなく、全体の入院外医療費においてもその構成比を高めているのである。

それはまさしく病院志向の好例である。ところが成人病の増加¹⁴⁾とともに、病院志向とは全く逆の動きが現われてきた。かりにプライマリー・ケア志向と脱病院化とよんでおこう。これには成人病が予防やリハビリテーションを含む包括医療による対応がとくに重要なこと、病院志向が医療費の爆発的増嵩をもたらしていること、が背景になっている。さらに1970年代の諸研究によれば、老人患者の長期在院は、患者を実際以上に老人くさくして恢復を遅らせるといわれている。スウェーデンではすでに1970年代に「1980年代の包括・統合医療サービス・プラン」が公表され、それまでの病院中心型医療の長い伝統を破ってプライマリー・ケアに重点をおいた地域中心型医療の計画的充実を提案している¹⁵⁾。イギリスの「1973年 NHS 再編成」もまたこの方向を志向したものである。このようなプライマリー・ケア志向や脱病院化は、いまのところ先進諸国における医療の主流になってはいない。

ところが人口高齢化とともに、これまで脇役にとどまっていた成人病や精神病が増加し、これへの対応について伝統的な医療システムの有効性が

13) Feldstein, M.S., A New Approach to National Health Insurance, *Public Interest*, Spring, 1971, pp. 93-105.

14) エーブル・スミスによると、医療には、(1)救命医療、(2)生活の質改善医療、(3)慢性型医療があり、人口高齢化と生活水準の向上によってしだいに増加しているのが、(2)、(3)であるという。

Abel-Smith, B., *ibid.*

15) Blanpain, J., *ibid.*, pp. 231-236.

表 8 一般診療費の構造変化

(単位: %)

年 次	施設別構成比		入院・外来別構成比		入 院		入 院 外		65歳以上 人口比率
	病 院	診療所	入 院	入院外	病 院	診療所	入 院	診療所	
昭和40年	54.6	45.4	40.8	59.2	88.5	11.5	31.3	68.7	6.3
昭和45年	53.9	46.1	39.1	60.9	88.7	11.3	31.5	68.5	7.1
昭和50年	55.8	44.2	43.1	56.9	89.1	10.9	30.8	69.2	8.0
昭和55年	59.8	40.2	45.8	54.2	89.8	10.2	34.5	65.5	9.0

資料: 厚生省統計情報部『国民医療費』各年版より計算。

問題とされるようになり、伝統的病院中心型医療が、成人病に対して必ずしも有効とはいえないこと、従来方式をつづける限り国民医療費は依然として高い上昇ペースをつづけること、これらの点が広く認識されるようになった。この結果プライマリー・ケアを中心とした地域中心型医療の重要性が再確認され、包括医療を提供できる機能的に統合された広汎な保健医療システムの模索を各国がきわめて積極的に進めるようになってきたのである。

2. 社会的疾病と総合保健対策

成人病には、加齢に伴う不可避のものもあるが、人々の一般的なライフ・スタイルに起因するものも少なくない。所得水準の上昇とともにわれわれの食生活は肉食型に移っている。また生活の密度が高くなり、不断に強いストレスにさらされている。このような現代的なライフ・スタイルが成人病の素因になっていることは、すでに内外の専門家によってはやくから指摘されていたが、最近このことが一般の人々にもしだいに浸透しはじめて

いる。成人病対策は、もはやこれまでのように医療だけで十分な効果をあげることができず、また包括医療によってさえも十分ではない。医療のほかに栄養、環境その他の周辺領域を含む広い総合保健対策の長期的計画的な展開が必要なのである。1983年2月から実施されることになったわが国の老人保健法は、健康教育、健康相談、健康診査等のいわゆる保健事業を新制度の重要な柱の1つにあげているが、もしこれに中央・地方の政府が人的・物的投資を行い地域保健医療システムの確立につとめるならば、その成果には大いに期待されるものがあると思われる。これによって国民の健康水準の向上に役立つのみならず、国民医療費の増嵩を抑制することになるかもしれないからである。

時代はそれぞれの問題をもつといわれるが、成人病対策こそはまさに現在および将来にわたる大問題である。それへの有効な対策を欠いては、健康水準の向上も医療費の効率化もありえない。地域に基礎をおいた総合保健対策こそがそれに対するひとつの有効な解決策になるであろう¹⁶⁾。

(じぬし しげよし・千葉大学教授)

16) 医療問題として無視できないのはファイナンスであるが、これについてはまた別の機会にゆずりたい。