

医療サービス研究における経済学の役割と限界

— 「平等原理」をめぐる一考察 —¹⁾

西村 周三*

日本の医療サービス研究において医療経済学が果たすべき役割を、政策研究という視点から、一つの具体例を示すことで議論した。その具体例は、医療の政策理念としての「平等」概念と医療費の規模に関連している。医療経済研究は、日本の医療政策が現在抱えている 이슈ーに積極的に答えるものでなければならないが、経済学のモデル主義は限界があり、それより経済学の知的財産としてある論理構成に依拠した展開が望ましいことを、この具体的な 이슈ーに対するアプローチを論じることで明らかにしようとした。

キーワード：医療政策、モデル主義、平等、応能原理、応益原理、国民医療費の規模、擬似市場、分権化

1. はじめに

Laitmer and Hsiao [1994] は、本誌創刊号において、アメリカからの見方として、医療経済学の発展の現状とその将来的な課題を、きわめて手際よくまとめあげている。これに相当する日本版が将来のいつの時点かに必要となろうが、現時点ではそれはやや時期尚早の感がある。ところが皮肉なことに、日本の医療経済研究がようやく盛んになりつつある現在、世界的には、医療経済研究に大きな曲がり角が来ている。このことは96年5月にカナダのバンクーバーで行われた国際医療経済学会での数多くの招待講演での経済学者の発言でみてとれる。経済学のモデル分析をはじめとするさまざまな手法が、これまでの医療経済学の発展にとって果たして有

効であったのかということが問われはじめたのである。

そこで以下では、医療サービス研究における経済学の役割と限界を、日本の状況に即して検討することを試みたい。ただしその方法は、網羅的に行うのではなく、論点を一点に絞って日本の医療経済研究が取り組むべき課題を述べることを目的とする。またここではとくに、本誌の趣旨に合わせて「政策研究」という視点に重点をおく。本誌の日本名は「医療経済研究」であるが、英文名は Japanese Journal of Health Economics and Policy であるからである。

最近の著書で、池上・キャンベル [1996] は、日本の医療政策に関して興味深い問題提起を行っている。日本では、昭和50年代以降、新しい医療政策の政策理念が生まれたが結果的にはこれが国の基本政策理念とならなかったこと、そしてその政策理念というのは、「医療経済」「科

* 京都大学経済学部教授

学主義」「消費者主義」という3つであるという。(同書第1章)そしてこのような3つの理念、すなわち「効率を基本とする「医療経済」、医療の科学的基盤と重視した「科学主義」、患者の選択を基本にした「消費者主権」という理念は、いずれもアメリカでは主流となっている考え方であるが、平等が基本原則であり、医療体制としては自由開業医制である日本にとっては本質的に相入れない考えが基底にあるため受け入れられにくい大きな障壁がある」としている。(「」内が同書の引用)

この主張の当否そのものを論ずることが本稿の課題ではないが、同書が今後の日本の医療政策のあり方にとって重要な問題提起をしており、また日本における医療経済研究のあり方にも重要な示唆を与えていると思われるので、この議論の展開に、経済学の立場から論評を加え、以下の本論につなげたい。

まず「医療経済」というのが一つの政策理念となるというのは、少なくとも経済学者にとっては唐突であるという印象をぬぐえない。しかし職業として経済学に専念する人々ではなく、医療経済に関心を持つさまざまな学際的な分野の人々にとっては、これはまさに当を得た表現に見えるであろう。医療に対して経済学からアプローチすることは、直ちに「効率性」の追求を求めることである、という先入観があるからである。しかしながらこの考え方は適切ではない。Laitmer and Hsiao [1994] のサーベイは経済学のそれであるので、政策論一般にはふれていないが、同論文でもわずかながら「平等(equity)」という規範的な課題がとりあげられている。

たしかにアメリカでは、平等主義が普遍的な政策理念でないことは、福祉政策一般に関して明らかであるので、あまり議論されることが少ないが、ヨーロッパの医療経済学の動向に目を転じると、この概念を医療に関して明確化することは、かなり以前から関心となっている。むしろアメリカを例外とすれば、平等と効率の両

立をいかに図るかというのが、経済学や医療経済学の重要な研究目標である。

したがって医療経済学が「効率」のみをその目的として追求するというのは適切な理解ではない。ただ同書は「医療経済」というイデオロギーが、「個人の選択、競争原理をその思想の根幹に持つ」と指摘しているが、これは確かに当を得た理解であろう。しかしこれもかりに「政策学」「政治学」の概念としても雑な表現であるという印象は否めない。もちろん同書が専門書ではなく、啓蒙書であるという点を考慮すれば、興味深い指摘であることは変わらない。この点は後にもう少し詳細に問題を考えたい。

同書に関して次に指摘したい点は、政策理念の一つとして「消費者主義」をあげることの問題点である。同書はこの理念には「本質的な問題点がある」としている。「消費者主義」というのは患者の人権の尊重、なかでもインフォームド・コンセントによる情報公開と自己決定を追求すれば、究極的には支払い能力によって医療サービスに格差が生じることを容認する必要がある」としているが、これはやはり独断的な見解であろう。

たしかに「究極的」に消費者主権と平等の追求とが困難であることはありうるが、これらの間のバランスをいかにとるかというのは、先進諸国共通の課題であり、はじめから両立できないと独断することは、学問的敗退である。この点に関しても、経済学の現状がどのような状態にあるかを後に論じたい。

2. 医療経済研究と医療経済学

さて最初に、現在生じつつある不幸な研究動向の兆しについて述べる。この説明は、「医療経済研究」と「医療経済学」とを分ける理由の説明からはじめるのが適切であろう。医療経済学は医療経済の研究を行う学問であるはずなのであるから、この2つを分けるのは明らかに奇妙なことである。ところが残念なことに日本の

現状は、この2つのカギ括弧でくくったものに、ある種の分業関係が成立しているか、あるいは少なくとも成立しそうになっている。この点は少なくとも次の2つの点で顕著である。

まず第1に資料収集主義対モデル主義の分化の傾向である。経済学の他の分野では、さまざまな統計資料がすでに整備しているために、多くのエコノミストが資料の収集に多くの労力を割く必要が少ないのに対し、医療分野の他の領域では、自らデータを生むことそのものが業績となる。また他の領域と比べて官庁統計の公開も必ずしも進んでいないのが現状である。そこで資料にアクセスできない医療経済学者は、必要以上に難解で複雑なモデルを組立てることに専念する。このような説明はやや経済学者を弁護しすぎの感がないではないが、しかしこのような指摘はある程度あたっている。

もちろん他方で、このようなモデル組立作業に慣れ親しんだ経済学者が、目の前にデータを提供されても、奇妙なモデルでこれを処理し、何が明らかになったのか釈然としないという例も少なくない。たとえば病院の費用関数の推定が、欧米をまねてときに行われるが、要するに何を推定したのかわからないという例がそれである。²⁾

ここでモデル主義の弊害は改めて繰り返さない。³⁾ モデル主義の限界を十分認識しはするものの、他方でただデータを集めて図表を作成しただけのものを掲載するというのは、評論ならばよいとしても、経済学の立場からすれば大きな抵抗がある。このために残念なことに次第に経済学者の参加が増大しつつある「医療経済研究」において、一種の分業関係ができつつあるように思われるのである。

しかしこの点は嘆いてばかりいるわけにはいかない。経済学の他の分野以上に、余分の力を割いてデータ収集に力を注ぐしかない。確かに医療現場にいる人たちより、データ収集において圧倒的に不利な立場に置かれているとはいえ、データ収集に最大限の努力をし、そしてそ

れ以上を求めなければならないのである。その「それ以上」とは何か？ これは後のいくつかの具体例で示すが、ただデータを集めただけの論文に対して、経済学者はどのような抵抗感を持つのか、を簡単に説明しておこう。

一つの抵抗感は、新たに生まれようとしている第2の分業化を述べることによって明らかにできる。第2の対立は、情緒的な政策論と政策禁欲論との二局分化である。経済学は、本来的には「政策科学」であったという歴史を持っている。このことの説明も省略する。近年の近代経済学は、ある種の公理体系に基づくミクロ経済学に基礎をおくようになってから、このような政策科学の側面から遊離してしまったが、マクロ経済学にはまだまだこのような要素が残っている。また公共選択論などがその基礎をおく公共経済学も、政策科学としての色彩を強くもっている。

しかし経済学がそのカバーしうる範囲の狭さを認識するにつれ、現代の経済学は、政策に対する発言を禁欲する方向へあまりにも傾きつつある。特に医療に関しては、企業行動などと違って、池上・キャンベル [1996] が批判するように「最大化行動」では説明できない諸現象が多いので、ますます政策論から遠ざかる傾向がある。ところが他方で、日本の医療経済研究の現状を見れば、データを基礎にしつつも、論理構成の明確でない「情緒的な」政策論が横行していると思われるので、ある程度の厳密さに耐える論理構成をも政策論を展開することが求められる。

いまひとつの「データ主義」に対する抵抗感は、そこから一定の法則性を見出すという努力があまりなされないことに対する不満である。たとえばある病院のデータを用いた「ある調査報告」が示されても、それが日本全体の病院にどの程度普遍的なのか、といったことについての考察が十分でない文献が多すぎる。

統計学の役割は、しばしば「データの縮約 (reduction of data)」であるといわれる。膨大

なデータを簡潔な指標に縮約し、そこに一定の法則性を見出し、理解を容易にすることである。これについても経済学分野で、計量経済学の統計的手法そのものが発展しすぎて、過度に技術的に難解な手法の利用が横行している。こと医療経済学に関しては、まだまだ「縮約する必要があるほどのデータ」の集積がないことを十分認識しなければならない。

以下では、これら二つの抵抗感を念頭におきつつ、ひとつの例で日本が取り組むべき医療経済研究の課題を述べる。

3. 医療保障費調達をめぐる平等

最初に、冒頭に引用した池上・キャンベルの問題提起に即して、日本の医療保障における「平等」という政策理念とは何かを考えたい。経済学の判断基準とする政策理念は、彼らが指摘するような単に効率性基準だけにとどまらない。平等と効率をいかに両立させるか、という課題は少なくとも1960年代から、経済学の大きなテーマであり続けている。

この問題を、目下の政策課題の一つである国民医療費の規模のあり方と関連させて考えてみよう。現在医療費の規模をめぐる議論は大別すると、一方で「財政事情が厳しいから国民医療費の上昇は好ましくない」ことが当然の前提として議論が展開されるものと、他方で「諸外国と比べて国民医療費の対GDP比はまだ高くないから、もっと引き上げるべきである」ことが当然の前提として展開されるものと大別される。しかしこの括弧でくくった議論のどちらが果たして適切なのだろうか。これについてはほとんど議論されない。

この前者については論外として、後者について考察しておきたい。これは確かにイデオロギーとしての「少なくとも医療には平等を」という前提にもとづいている。しかし所得や富といった貨幣の分配と異なり、医療の場合は、何をもって平等かの基準がさまざまありうる。たと

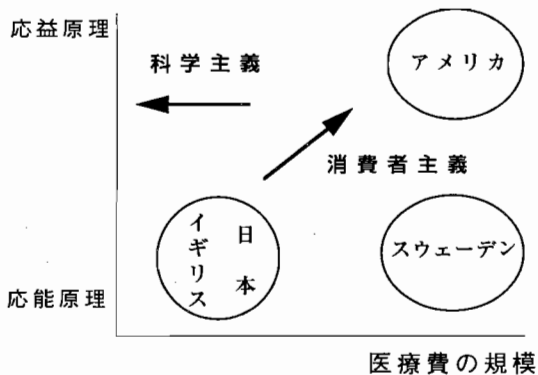
えば医療への「投入の平等」か、それとも「成果で見た平等」か、それともこれらを比較勘案した平等がありうるのか、という困難な問題がある。⁴⁾

池上・キャンベル [1996] の論点はこれに関して奇妙である。同書は「医療経済」という政策理念の問題点を指摘したあと、それに基礎をおく政策である、市場メカニズムや管理競争による解決では(医療資源の望ましい配分が)困難だということを指摘するのであるが、その批判は、単に市場メカニズムや管理競争による解決の難しさを指摘するにとどまらず、いかなる方法でも「平等」を達成することが難しいという結論になっている。(括弧内は筆者が補った。なお引用箇所は p. 226-231で、特に p. 228で、どのようなメカニズムでも平等の実現が困難であることが述べられている。)

このため、要するにかれらの結論は「医療においては日本がこれまで堅持してきた基本理念を改めて評価する必要がある。」というものになっている。ことさら啓蒙書である同書の批判を行うことが本稿の目的ではないが、やはりこれは荒っぽい論理のように思われる。⁵⁾

そこで筆者の批判点を以下に述べたい。まず第1は、所得分配との関連での問題点である。著者らの論点を、所得分配という観点から整理してみると以下のようなになる。周知のように大多数の国々の医療保障のあり方は、応益原理—医療サービスの利益を多く享受するものが多くを払う—と応能原理—受益と関係なく、負担能力のあるものが多くを払う—の組み合わせであり、日本のそれも同じである。彼らは主としてアメリカとの対比を行いつつ、次のように主張しているように見える。アメリカはどちらかということと応益原理で、日本はどちらかということと応能原理で医療費の財源が調達されているが、アメリカのような制度を採用すれば平等の達成は難しい、だから日本の方がよいのだ、と。しかし筆者の見るところ彼らの主張は、こと財源論という観点からいうとこれは当たり前のこと

図) 医療費の規模とその負担の関係



を言っているにすぎない。しかしこの点を今後の日本でどうするかという問題は、現在医療経済研究が答えることを求められている重要な政策課題であり、現状で「結構うまくいっているではないか」では済まされない重要課題である。

そこでこの点について、筆者の見解を述べておきたい。一般的にいて、応能原理を採用する国は平等主義を実現することが可能であるが、応益原理は当然のこととして格差を生む。⁶⁾ やや荒っぽい図式化であるが、医療費の規模とその負担のあり方との関連は図のようになる。そして池上・キャンベルの用語である「科学主義」「消費者主義」という政策理念の方向性を示せば、図のようになる。

「科学主義」の推進は、科学的に有効と認められた「証拠にもとづく医療 (evidence-based medicine)」のみを医療保障の対象とするので、医療費を抑制する方向へ作用する。また「消費者主義」は、消費者の自由な選択の余地を広げるので、医療費の規模を拡大するとともに、応益原理を強める方向へ進めざるを得ないであろう。

しかしいずれにせよ、主要先進諸国の高齢化が進む中で、この原理のどちらを選ぶべきかは、以前に比べて単純でなくなりつつある。なぜならば負担能力が相対的に低い「高齢者」の増加が財源確保を難しくしつつあるからである。世

代間の分配の平等という課題が事態をより複雑にしているのである。(この点については広井[1996]参照。)だからこそこれまで応能原理で財源調達をしてきた(アメリカを除く)各国が、次第に応益割合を増しつつあるといえる。もちろん応能原理を強化しかつ医療費の規模を拡大することは原理的には可能である。

そこで現在日本が直面している政策選択肢を図式化すると、次の4つ程度があげられるものと思われる。①現在程度の平等主義を維持し、医療費の漸増を認める(日本の現状維持)、②医療費の規模の拡大をいま以上に認め、平等主義も維持ないし拡大する(スウェーデンの方向)、③応益原理の要素を拡大し、消費者主義を進める(アメリカの方向)④科学主義を推進し、医療のスリム化を図りつつ、平等主義を確保する(イギリスの方向)。このうち②の方向は政治力学的に難しいかもしれないが、他の3つは、急激な変化をもたらさない限りにおいて、おそらく可能な選択であろう。しかし①の方式を維持しても、老人医療費の増大はある程度避けることができず、それが財政的に耐えうるかは、かなり大きな疑問となるところである。

これが可能かどうかは、経済成長率の大きさに大きく依存する。したがって少なくとも最悪の場合を考慮して、果たして③、④を採用する場合に、いかにして平等の達成が可能かを検討しておく必要がある。

以上は池上・キャンベルに即した図式化であるが、この4つの政策選択には、無視されている重要ないくつかの論点がある。それは「平等」の持つ意味であり、池上・キャンベルは機会の均等しか実現可能ではなく、結果の平等の実現は難しいとしているようであるが、これは次の第2の批判点を十分に考慮に入れたものではない。

池上・キャンベルは医療の質に関して「個人の選択の自由」を認めることが平等と両立しないことを説得的に述べているが、ここでは地域間の不平等の現実には目をそらしている。いま

一つ日本の医療制度が抱えている「平等性の欠如」は地域間のそれにある。もちろん医療ニーズの地域性がどの程度あるかは、量的な問題でありここで詳述することはできないが、少なくともこの問題が、現代日本と将来の日本にとって重要な選択肢を提示しているといえる。なぜならば広く医療にとどまらず、この問題は「分権化」の是非と密接に絡んでいるからである。

経済学者には「効率性重視」という発想があるが、これはいいかえれば「多様な選択の可能性」を求めることである。個人間でこのことが追求されると、医療の場合、平等性と両立しがたいことはあり得るとしても、たとえば日本全国のいくつかの地域で、後に述べるような意味で医療保障のあり方が多様である場合に、果たして地域間の平等性の確保が難しいかどうかは、一概には判断できない。そしてこの発想は、現在イギリスのNHS改革で試みられている「擬似市場 (Quasi-market)」の構想の目指すところでもある。この発想は、アメリカで提唱されている管理競争の発想とは次の点で大きな違いがある。それは地方自治体のような権力機関がかかわるために、risk-adjustment が比較的容易であるという点である。

さらにこの種の構想は、政治学、政策科学的に見て、重要な判断基準とされる「参加基準」という政策理念とも密接につながっている。世界的にみて医療の提供に「消費者主義」が求められるようになってきている背景には、アメリカにおける管理競争の目指すところでも明らかのように、医療提供者の権威的支配に対する抵抗もある。特に高齢者にとっては、医療ニーズと介護ニーズの境界を画しがたいことがあることもあって、高齢者医療に関しては自治体の権限を増し、多様な選択肢を提示するという政策課題がある。

自治体の医療や介護に関する権限が増し、それを通して自治体間が競争し、多様な選択の中で医療や介護の質の向上を目指すという発想は、国民健康保険の現状を見るとまだまだ理想

の実現にはほど遠いという感があるが、緊急に検討しなければならない政策課題である。この点に関する具体的な論点は、筆者が別の論文で検討を加えているので、ここでは詳述しない。⁷⁾

最後の第3の批判点は、「配給 (rationing)」をめぐる議論である。池上・キャンベル [1996] は、「だれしも最高の医療を受けたいと思って」「最高と分かった医師や医療機関に患者が集中する」という現象に対処するためには、3つしかないとする。すなわち行列、抽選、お金である。厳密な分析ではないが説得的である。ところがその解決の困難性を強調しながら、日本の現状には肯定的であるのは、論理の飛躍があるとしか思えない。この問題に関する日本の現状に関する実証研究の必要性もさることながら、少なくとも次の2点に関するより精密な論理的検討が必要であろう。これも日本の医療経済研究に課せられている重要な政策課題である。

まず第1は、情報を公開した明示的な契約と、詳細な情報は提供せず「和」による解決を図ることのそれぞれの功罪を論理的にも検討する必要がある。この問題は、たとえば原発の設置問題や地震対策など他の研究対象分野では、リスク・マネジメントの研究として蓄積が多くあり、理論経済学の成果が応用されているが、医療分野では研究例がほとんどない。たとえば薬害防止の社会的メカニズムとして、どのような情報を、どこに公開すべきかといった問題は、受益者の満足感の研究とともに、緊急に検討される必要がある。⁸⁾

第2は、医師・患者間にホーム・ドクター制のような一種の長期契約を促すか、それとも市場取引における一種のスポット取引に似た自由選択制を認めることのどちらが望ましいのか、という問題に対する検討である。おそらく後者の方が医療費が少なくなる可能性があるが、患者の満足度とのバランスでどうかは明かでない。すなわち彼らのこの点に関する説明はあま

り説得的でない。いずれにせよ rationing に関する経済研究は、情報財の配給も含めて、その蓄積が浅いので、経済学の成果の応用の余地例はいまのところ少ないが、池上・キャンベルの論理は荒っぽいと思われる。

以上、池上・キャンベルを手がかりとして、医療における平等と効率をめぐる政策課題を概観したが、残念なことにこの種の議論は、欧米と比べて日本ははるかに遅れている。その意味で池上・キャンベルの著書は、日本の制度を熟知し、その実情に即して問題提起をおこなった貴重な著書である。本稿では問題提起の重要さゆえに、あえて手厳しい批判を試みたが、最後に、この労作に絶大な賛辞を呈しておきたい。

4. むすび

言うまでもなく日本の医療経済研究の課題は、平等と効率の両立をいかに図るかを明らかにすることだけでない。本稿ではあくまで一つの例示で、あるべき方向性を模索したにすぎない。しかしながらここで述べた発想は、広く医療経済全般の研究全体に当てはまるものと考えている。たとえばここではふれなかったが、周知のように近年欧米では、費用・効果分析、費用・便益分析が各種の医療行為について頻繁になされている。実は一部の経済学者にとっては、この種の分析を行うのに魅力を感じない人が少なくない。それはモデルとしてはあまりに単純であり、データ収集とその処理に多くの時日を要するだけで、知的興味をそそられないことが多いからである。

しかしながら、欧米ではこの種の分析が、「パーソン・トレード・オフ法」といった社会的意志決定まで視野を広げた研究へと広がりを見せており、経済学者が関心を持つテーマと密接につながりつつある。一例を挙げると、異なる年齢間で提供される医療の価値がどのように異なるべきか、異なるべきでないかなどを研究しているJohannesson and Johansson [1996] が

ある。

また病院の行動様式についても、おそらく日本のそれは欧米のそれとかなり異なること予想され、国際的に見ても興味深い研究課題である。確かに「最大化仮説」に基づく分析には限界があり、たとえばイギリスでも、Williamson の提起した「取引費用理論」を援用して、効率性の検討を行おうとする動きがある。このさい企業経済学で近年注目を浴びている「比較制度分析」の手法が分析の手がかりとなる可能性がある。とはいえこれもあくまで実態の把握に基礎をおいたものでないと、机上の空論となる可能性がある。たとえば二木 [1990] [1995] によって精力的になされた「病院のチェーン化」の分析を経済学、経営学の立場から検討することなどはきわめて重要なテーマであろう。二木は、なぜこのようなことが生じるのかについて説明を加えていないが、その要因についての説明仮説の提示が待たれるところである。なぜならそれがないと、政策処方箋が出せないからである。

最後に医療サービス研究および医療経済研究における経済学の役割と限界について、これまでの具体例で示した議論を要約しておきたい。(1) データの圧倒的な不足と研究者の層の幅広い日本の現状では、経済学者は「モデル主義」の限界を強く認識すべきである、(2) そして他の応用経済学分野以上に、データ収集に努力を傾けるべきである、(3) しかしながら他方で経済学は、政策科学としての知的財産を多く持っているので、これを活用して、現在および将来日本が直面する政策課題の論点を明確に整理する努力を傾けるべきである。

注

1) 筆者はここで、本稿のタイトルにあえて、「医療サービス研究」という言葉を入れることにした。その理由は脚注2) で詳しく述べるが、ここでは「サービス」という用語に若干の注釈を加えておきたい。「サービス」という用語は

日本では本来の英語とはやや異なる意味でとらえられることが多く、おそらく本来の英語より「軽い」「柔らかい」意味でとらえられる。たとえば「ソフト化」「軽薄短小の商品が売れる」などと言うときのそれは「経済のサービス化」ということとの一つの象徴として用いられることが多いが、これはそのニュアンスを代表している。

このために、たとえば医療の提供のあり方を検討するさいに、この用語を用いることに抵抗を感じる人が少なくない。しかし「サービス」は本来はより広い意味を持っている。適切な訳語を見つけることは難しいが、実際アメリカのこの学会は、医療経済学、医療社会学をはじめ、医療情報学、公衆衛生学など広範な専門分野の人々の学際的な会員からなっている。本稿は「医療サービス」研究における経済学的作用と限界と題したが、もし「医療サービス」の意味が広く欧米と同じようにとらえられていたならば、本来本誌は、この種のタイトルをつけるべきではなかったか、と筆者は考えている。

2) ここでの本論との関連で、一つの指摘を行っておきたい。学問の専門分化は、いまやすべての学問研究における共通の難題である。医学研究、医療研究においては、このことが適切な発展の妨げや、適切な診療の妨げになっていることは、ここでは繰り返さない。しかしこのことは社会科学諸分野においても同じである。特に自然科学分野と異なり、社会科学分野においては、いわゆるテクニカル・ジャーゴンすなわち専門用語が闊歩するあまり、隣接分野の研究者にとっても一体何をいっているのかわからないという問題が生じている。このことは特に経済学において甚だしい。

もちろん経済学の弁護のために言っておけば、それだけ経済学の用語は、より正確な定義があり、場合によって、たとえ現実の諸現象から遊離するという弊害はあっても、言葉の意味に紛れがない。また隣接諸科学は、想像以上に経済学の研究成果を取り入れているので、これ

らの点は隣接社会科学と比べてある程度大切にすべきである。

しかしながら日本の現状では、医療経済研究が進展するためには、経済学者だけでなく幅広い研究分野の研究者の参加がなければ不可能である。そのためには、可能な限り平易な言葉で研究成果を語るとというのが今後の日本での研究の発展のために不可欠であることを強調しておきたい。

もちろんこの点は、日本においてのみ強調されるべき点ではない。たとえばアメリカでは Health Services Research という学問研究分野があり、アメリカではこの研究をめざす学会がある。これの対象は、医学研究そのものとは異なり、文字どおりサービスとしての保健・医療のあり方を広くその対象とする。まさに学際的研究分野であるが、そうであるがゆえに研究交流のあり方にさまざまな難しさをかかえている。その難しさは、たとえばその学術機関誌 Health Services Research の内容からも十分推測できる。同誌は他の類似のテーマを扱う非学術誌と比べて、technical jargon が多く、またやたらと高度な統計手法が用いられるが、質的には必ずしも高くないものが少なくない。特に病院経営や医療費を扱ったものにその傾向が著しい。なおここで私が非学術誌というのは、たとえば Health Affairs やアメリカ政府の発行する Health Care Financing Reviewなどを指している。むしろこれらの方が、貴重な情報を提供しているとさえ思われる。

しかし同時に指摘しておきたいのは、学術誌でも比較的平易なスタイルのものが掲載されているものもあるという点である。Health Services Research がアメリカの医療に重点をおいているの対して、世界的な範囲で投稿者の多い雑誌である Social Science and Medicine は、それほど technical jargon は多くなく、たとえば医療制度に関する特集においても、各国の最近の制度変化の事情が、たんなる制度の記述にととまらず各種の学問分野のディシプリン

に基づいて語られている。ただこの学術誌は、同じタイトルながら、社会学、人類学、経済学などの異なる学問分野の研究成果が、分冊として独立して編集されている。あるいはこのような編集方針がかえって、学際研究にともなう質の維持のむずかしさを回避しているのかも知れない。

さらに経済学の研究文献が必要以上に難解になるのには、職業研究者の job market の公平さの維持という困難な問題があることも考慮に入れる必要がある。一般的に言って、研究者が専門研究者として職を得るためには、少なくとも一定数の論文業績が必要とされる。この職を求める競争が公正に行われるためには、それぞれの学問分野において、論文の質を評価するメカニズムがなければならない。社会科学の分野では、必ずしもこのメカニズムが確立しているとはいいがたいが、それでもおそらくもっとも、これが制度化されているのが経済学であろう。このこと自体は一定程度評価されるべきであろうが、このために必要以上にある種のルールが制度化し、これがテクニカル・ジャーゴンの氾濫に拍車をかけているという弊害は無視できない。制度化された学問分野においては、通常学術論文の掲載にはレフェリー制度が採用される。この本来の意図は、ある未完成な論文がレフェリーのアドバイスによってより洗練されたものとなることであるのに、それが過度な職を求めての競争下にあると、しばしば異質なものを排除する道具になる。特にたとえば経済学の中でさらに専門分化が進むと、同種の部分専門分野の勢力を増すために、仲間内には甘く、専門分野外には厳しくなるという傾向も出てくる。もちろんあまりに未熟なために掲載を却下される論文があるのはやむを得ないとしても、このような状況がさらに過度な専門分化を進め、technical jargon を作り出すという作用さえ生まれる。

いずれにせよ筆者は、このままでは、医療分野においても「経済学」と「経済研究」との乖

離が今後ますます増すという危惧を強く抱いている。これが本稿の執筆の動機でもあり、また注1) で述べたように、本誌が「医療サービス研究」と題すべきでなかったかと考えるゆえんでもある。

3) カナダの国際医療経済学会でのU. Reinhardtの講演などを参照。なおこれは近くJournal of Health Economics 誌に掲載される予定である。若干視点が異なるがモデル主義の問題点を述べた論文としてSheldon [1996] がある。これは費用効果分析などを行うさいのモデリングの問題点を指摘したものであるが、一般に経済分析におけるモデル主義の弊害を十分指摘している興味深い論文である。Sheldon は、観測データが十分でないときにのみ、やむなくモデルを用いるべきことを、統計学的にも考察を加えて指摘している。

4) これについては、筆者 [1977] で検討を加えたことがある。ただし同書は絶版となっているので、興味のあるむきには、著者に問い合わせられたい。

5) 同書が啓蒙書であるので、この種の論理を批判するときには、省略された細部の論理をあげつらうことであってならないと、筆者は心がけている。以下の批判は、日本の医療保険制度と医療制度の全体の枠組みに対する見方の批判であると受けとめられたい。

6) なお、医療の場合、この2つの原理の採用問題に、保険料という間接的な負担と患者負担という直接的な負担をどうするか、という問題がこれに絡んでくる。残念ながらアメリカのRand Study ような患者の受療行動に関する詳細な研究がないので、推測の域をでないが、筆者は、日本のような豊かな社会では、少々の患者負担の増大はほとんど受療行動を変化させないと考えている。すなわち患者負担の増大は、結局コスト・シフティングしか引き起こさないとと思われる。おそらく池上・キャンベルらの見解もこれと同じであろうと思われるので、これに伴って複雑となる問題についての考察は省略

する。

7) アメリカの管理競争については、多数の研究文献があるのでここでは紹介しないが、イギリスのQuasi-marketの構想には、経済学的考察の紹介が少ない。ここでは2つの文献を紹介しておく。Le Grand and Bartlett [1993] および Walsh [1995]。ただしいずれも純粹の経済学研究というより、政策科学の研究である。なお Nishimura [1996] は、これらをふまえ、自治体の経営する日本の国民健康保険制度が、Quasi-marketとしての役割を果たしうるか、どのような限界があるかを検討している。

8) ここでは詳細に述べることはできないが、リスク・マネジメントとして分権がよいか集権がよいかという問題は、薬害防止など医療政策のあり方を考えるさいに重要な問題の設定であると思われる。医療の例ではないが、異なる例でその考え方を紹介しておきたい。原子力発電所の立地問題は、周辺住民にとって迷惑な話であるが、他方でもし国民的な利益としてそれが必要であると判断する見解があるとき、意志決定をどのようなメカニズムで行うとよいのだろうか。従来の日本の方式はそのリスク情報を十分に提供せず、中央政府が援護し、直接自治体に働きかけることによって、地域間の所得の再配分という形で問題を解決してきた。ところが近年住民投票による決定のウエイトを高めることの是非が議論されている。率直なところ原発事故の危険性は数量化しがたいので、問題は万一事故が起きた場合に、上記のどちらの方式が「後悔が少ないか」の比較考量によるしかないと思われる。これはまさにリスク・マネジメントの問題である。これまでのやりの方が、おそらく原発立地の費用は安くあがるであろうが、住民投票に委ねた場合の方がたとえ立地可能となるとしても、経済的費用は飛躍的にあがるに違いない。しかしこの場合、後悔が少なく済む可能性がある。(もっとも、国民は愚民であるからどちらにしても文句ばかりいうであろうという先入観に基づく見解もあるが。) こ

の例は、安い電力費用と後悔とのバランスを比較考量し、集権、分権のどちらのメカニズムを採用することがよいかという発想で問題を考えることが望ましい。ただし原発はいまでもきわめて高い費用の電力を生み出すという見解もあることをつけ加えておく。

実は医師・患者関係もこの種の同じ問題がある。インフォームド・コンセントが叫ばれる背景には、患者の後悔を少なくするために、いまより以上に患者が治療のもたらす不幸な結果、というリスクを分担させることもある。治療の自己決定権を患者にある程度委ねることは、患者にある程度責任を持たせることを意味するからである。このように明示的な契約か結果についての責任を誰が負うか分からないようにしておく暗黙の契約のどちらが望ましいかは一概にはいえず、信頼関係がどのように変化するかも一概にはいえない。かえってリスク分散した方が信頼関係が長期的には増すこともあり得る。また情報が公開されれば一時的には混乱が生じるから慎重でなければならないが、医療がこのようにリスクを分散を図る方向へ変化した方が、長期的には一部の有能な医師に患者が殺到することも少なくなる可能性もある。なぜならごく一部の外科手術などを除いては、医師間の明確な能力は識別しにくいからである。したがってあくまで想像にすぎないが、筆者は池上・キャンベルがいうような心配はごく一部の医療を除いては杞憂かもしれないと思っている。しかしいずれにせよこの種の問題は、重要な実証研究の課題であることには間違いはない。

参考文献 (引用順)

1. Eric A. Laitmer and William C. Hsiao, The Development of Health Economics: an American Perspective, Japanese Journal of Health Economics & Policy (1;1,1994) pp.3-27.
2. 池上直己、J. C. キャンベル「日本の医療—統制とバランス感覚」(東京、中公新書、中央公論社、1996)

3. Shuzo Nishimura, Competition among Local Governments: does it work as aquasi-market? -A Case Study on Japanese Community Health Insurance (mimeo.,1996).
4. Magnus Johannesson and Per-Olov Johansson, Is the Valuation of A QALY Gained Independent of Age?, Journal of Health Economics, (forthcoming, 1996).
5. 西村周三「現代医療の経済学的分析」(東京、メヂカルフレンド社、1977).
6. Trevor A. Sheldon, Problems of Using Modeling in the Economic Evaluation of Health Care, Health Economics (5:1, 1996) pp.1-11.
7. Jurian Le Grand and Will Bartlett (eds.) Quasi-market and Social Policy, (London Macmillan, 1993).
8. Kieron Walsh, Public Services and Market Mechanisms: Competition, Contracting and the New Public Management, (London, Macmillan, 1995).
9. 二木立「現代日本医療の実証分析」(東京、医学書院、1990).
10. 二木立「日本の医療費:国際比較の視点から」(東京、医学書院、1995).
11. 広井良典「医療保険と社会保障の将来像」『社会保険旬報』1996年8月1日号.

Role of Health Economics in the Health Services Research in Japan

Shuzo Nishimura, Ph.D.*

In this paper, I discussed the present and future role of health economics in performing health services research in Japan by raising one of the policy issues: that is, how the concept of 'equity' should relate to the size of national health expenditures. Though realizing the limits of the way of economics to construct a model for the analysis, I asserted that only collecting data and showing their results would not attract economics.

[key words]

health policy, role of models, equity, ability principle, benefit principle,
size of health expenditures, quasi-market, decentralization

* Professor, Faculty of Economics, Kyoto University