

(社) 農協共済総合研究所  
調査研究第一部わた なべ やす ひと  
渡 辺 靖 仁

## 目次

- 
- 1 はじめに
  - 2 医療サービスをめぐる経済学の標準的な教科書的解説-価格理論
  - 3 調整過程の欠如
  - 4 情報の欠如—情報の経済学からのアプローチ
  - 5 そのほかの理論—部分最適が全体最適を満たさないケース
  - 6 共済の基礎と保険制度
  - 7 おわりに
- 

## 1 はじめに

医療供給体制の崩壊の兆しが誰の目にも明らかになってきた。その理由は、①制度的には、高齢化と医療技術の高度化によって、医療者という経済学的にいえば医療「資源」の希少性が増大したにもかかわらず、それにみあう予算措置と医療者の供給措置が取られなかったこと、②社会心理的には、医療を必要とする者の権利意識の異常といってもよい高まりにより、本来不確実な医療に無謬性を要求するようになったことにあると考えられる。

いわゆる医療崩壊の可能性は、医療費の伸びを抑制する政策の継続に対して一部から警告されていたところであり、マスコミの医療現場報道の偏向性からも指摘されていた<sup>(注1)</sup>。その後、この報道の傾向はむしろ強まり、一部のマスコミ・新聞記事では、医療に関する現行の制度は硬直的であるからこれに市場原

理を導入することによって改善が見込まれるとの主張もみられた。例えば、人員不足の状態にある勤務医の給料を上げれば、医学生勤務医希望者が増えたり開業医からシフトしたりするので、その不足は解消されるというように、経済学の完全競争を前提にした価格理論を素朴に適用して世論を導こうとするものもあった。このような主張は、その前提を明確にしない場合には、そもそも経済理論の適用の是非にも問題があるうえ、さらなる医療崩壊を招く懸念がある。そこで本稿では、完全競争を前提にした価格理論の素朴な適用を行う現状に警鐘を鳴らす意味を込めて、医療者の心が壊れて医療供給体制が崩壊する過程を、経済学の基礎的な理論を用いて解説する。さらに、これからの医療制度において私的部門の取り得る選択肢を提案し、今後の医療制度を補完するありかたの検討に資することとしたい。

## 2 医療サービスをめぐる経済学の標準的な教科書的解説—価格理論

### 1) 3時間待ち3分診療

#### (1) 価格理論による説明-部分均衡分析

日本の医療サービスの特徴を象徴的に表すものに、「3時間待ち3分診療」という批判がある。日本の大学病院では3時間も待たされるのに3分しか診療時間がないという指摘である。実際には、たった3時間待って、なんと3分も診療してもらえ日本の医療供給体制は、世界的にみたら奇跡を実現しているという評価が正しい<sup>(注2)</sup>。いわゆるフリーアクセスの実現である。しかし医療サービスはあたかもコンビニのように当然即座に受けられるものといういまの我が国の国民感情の前では、その希有な現実がなかなか理解されない。世界的には賞賛されるこの現象は国内では厳しく批判されるので、ミクロ経済学の基礎理論の応用例として良く取り上げられ、ひとつの財・サービス市場を議論の対象とする部分均衡分析の枠組みを用いて次のように解説される。

図1にある財・サービスの需要曲線 ( $y_D$ ) と供給曲線 ( $y_S$ ) が描かれているとする。グラフの縦軸はある財・サービスの価格、横軸は供給量である。ここで市場メカニズムが機能する場合には、超過需要のときは品不足で価格が上がり、供給量の増加を刺激し、超過供給のときは逆に売れ残って価格が下がり供給量の減少をもたらすことから、市場は需要曲線と供給曲線の交点で価格と数量が落ち着き、需給均衡に至るとというのが、競争市場を前提とした均衡の実現を導く考え方である。

教科書的な解説となるが、競争市場の理想

型としてモデル化される完全競争市場を実現するには、次の4つの条件を満たす必要がある(岩田(1993))。

- ① 多数の売り手と買い手が存在する(ブライステイカーである)。
- ② 各売り手および買い手は、財の品質や価格などについて完全な情報を持っている。
- ③ 取引される財は同質的である。
- ④ 市場への参入・退出は自由に(少なくとも長期的には)行われる。

この4条件を満たす場合に限り、超過需要や超過供給があるとき、価格は伸縮的に動いてその資源の過不足をあらわすシグナルとなり、このシグナルに応じて需給量は変化し、市場均衡が実現され、資源は効率的に配分される。しかし、あらゆる経済学の教科書が示すとおり、完全競争市場は現実には極めて希であり、この概念は現実の市場で実現された資源配分の効率性如何を判断するメルクマルとして、いわば数字の0のごとく指標の基準点として用いられるところに意義がある。

そこでまず、この前提が仮に満たされてい

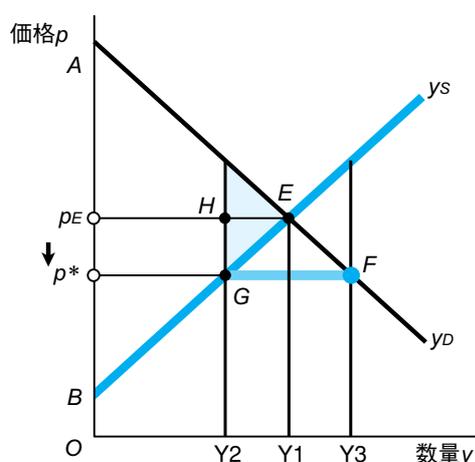


図1 低価格政策による資源配分のゆがみ

るものとして、図1に医療サービスの需要曲線 ( $y_D$ ) と供給曲線 ( $y_S$ ) が描かれていると想定する。グラフの縦軸は医療サービスの価格、横軸は供給量である。

もし、医療サービスの市場において先の4つの条件が満たされていれば、この市場は競争的であり、図1では、需給量が一致する均衡価格は  $p_E$  に、医療サービスの均衡取引量は  $Y_1$  になる。

しかし、日本には医療保険制度があり、この制度を患者が利用する場合は、第1に患者は医療費の一部（窓口負担3割、高額療養費制度を上限）を負担すればよく、第2に、病院も診療点数で決められた価格でしか医療サービスを供給できない。国民皆保険思想のもとで、この価格は均衡価格  $p_E$  より低いと考えられる。これは、価格が均衡価格よりも低い  $p^*$  に規制されていることに他ならない。価格  $p^*$  の下では、医療サービスに対する需要量は  $Y_3$  であるが、医療サービス供給量は  $Y_2$  に過ぎない。このため、 $(Y_3 - Y_2)$  の医療サービス供給量に相当する患者は、そのサービスを受けられなくなる（超過需要）。

しかし、通常、病院は受付時間内にきた患者の診療を正当な理由がない限り拒否できない（診療応召義務 医師法19条）。このため、 $(Y_3 - Y_2)$  の患者は診療を受けることはできるが、そのために長い時間待たされることになる。さらには、医師は限られた時間で多くの患者を見る必要があるため、診療時間を短くせざるを得ない。

以上は、ある財について、低価格政策を採用することによって発生した超過需要があると、その財を販売する店頭に行列が生ずると同

様の分析である。

## (2) 調整過程の存在

マスコミによる主張のなかには、この現在の硬直的な価格政策をあらためることによって、超過需要のある分野が明らかとなる、すなわちニーズの優先順位が明らかとなり、その順位の高い医療分野を医師が希望するように報酬を高く変化させれば、市場の超過需要状況は解消されるとするものが見られた。医療制度に市場原理を導入すれば、現状の需給不均衡は解消されるというのである。

ニーズの優先順位を市場が決めるというのは一面では正しい。しかしそれに応じて供給体制が変化するには一定の時間とコストがかかる。医師のスキルは熟練が必要であり、自ら納得できる医業を提供できるようになるには何年かかるであろうか。医師が仮に報酬で勤務先を替えるとしても、それが高くなったからといって他分野の医師が不足分野の勤務医に即座になることができるであろうか。そのためにはある程度の教育時間と多額の経費が必要である。これを需給均衡のための調整過程という。したがってこの調整過程を無視した価格理論の適用による議論はあまりに素朴といわざるを得ない。加えて、そのニーズの高さは需要曲線を形成する患者側のものであって医学的な必要性を表すものとは限らない。

このことは、短期的には、医療サービスの供給量に制約があることを示す。この制約と診療報酬の規制状態を部分均衡分析の枠組みに加味すると、図2のように供給曲線が逆L字型として描かれる。これは、価格規制の結

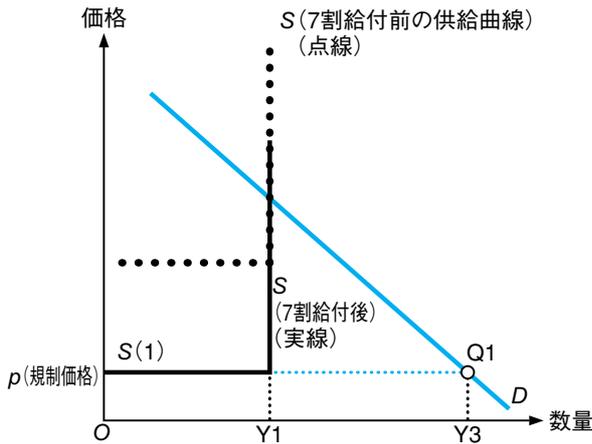


図2 供給に制約がある場合の部分均衡分析

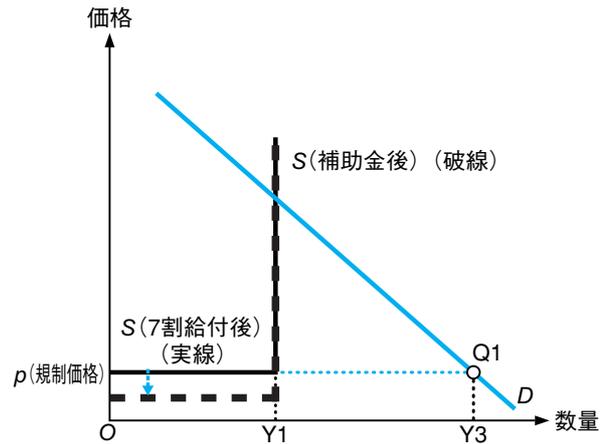


図3 供給に制約がある場合の部分均衡分析  
供給側への補助金が機能しないケース

果、医療サービスはある一定の供給量までは同一価格で提供されること、しかし供給体制に制約があるため、いかなる価格を付しても供給量が増えないという上限があることを表している。患者は、窓口の3割負担の下で、超過需要 ( $Y3 - Y1$ ) があるにもかかわらず、それに応えられる体制がないことから、待つための行列をつくらざるを得ない。

また、供給側に対する補助金の交付は、同一価格での供給量を増加させることから、供給曲線を下方にシフトさせる。患者負担外の7割の医療機関にはいる収入は、その水準が適正か否かはともかくとして、図1であれば、右上がりの供給曲線を、補助金の交付と同様に下方にシフトさせ、超過需要を解消する効果を持つはずである。長期的に見て超過需要の解消がみられない場合には、この右下がりの供給曲線に上乘せされた補助金の額が少なすぎることを表す。

また、短期的には、医療サービスの供給体制に制約があることから、図3のように、均衡点がQ1の状態でなんらかの収入が医療機関にあったとしても、超過需要の解消には

役立たない。供給体制の充実を目的に補助金を供給側に交付しても、逆L字型の供給曲線が、そのまま下方にシフトするのみであり、一層の超過需要をもたらす可能性がある。この場合には、供給曲線の形状を変える措置を取らない限り、超過需要の解消は無理であることが示されている。

### (3) 需要者・供給者の質的要素の視点

さらには、上記の分析枠組みにおいても、需要曲線・供給曲線を構成するある時点における需要者・供給者の質的要素にも言及しなければならない。

まず、医師は多くの患者を見る必要があるため、診療時間の短縮に加えて、診療数の多さに疲労し、医療サービスの質が低下する可能性があるというのもこの価格規制に内在する問題である。そうすると、完全競争市場を成立させる条件のひとつである「財・サービスの同質性」が満たされる保証がない。この結果、医療保険制度による同一の価格でもより質の良い医療サービスを求めて、口コミ情報や病院ランキング誌があふれ、「カリスマ

医師」がもてはやされたりする。そのうえこの種の評価情報が必ずしも適正とは限らない。したがって、完全競争のための完全情報という条件も満たされない。

その一方、診療にかかる窓口負担が一定割合に限られるという意味において低いことから、さしせまった状況でもない人によって病院の外来診療があふれる可能性もある。これは患者側のモラル・ハザードである。夜間の救急と昼間の外来で、病院勤務医師の多くは睡眠も殆どとれない状況で過酷な労働を強いられる。しかも勤務医師の報酬は低く、労働に見合った評価は必ずしも十分になされていない<sup>(注3)</sup>。評価が市場原理によりもたらされる需要とはかけ離れているという意味において、医師の報酬は硬直的であり、疲弊して過労死に至る例もあり、医療の供給体制の崩壊・医療制度の危機を招くことになる。

以上のように、「3時間待ち3分診療」の問題は、たしかに市場メカニズムが十分働いていないために発生する面がある。これは医療の供給体制にも響く問題となる。

### 3 調整過程の欠如

しかし、前節のような分析枠組みの適用のみではまだ誤解をまねく。ひとつはすでに指摘した調整過程の問題である。もうひとつは次節で扱う情報の欠如であり、これがもたらす市場均衡は、より鮮明に医療崩壊の現状を説明する。

#### 1) 時間の捨象と調整過程

まず、ミクロ経済学の価格理論はこの調整過程をなぜ考慮しない議論となったのかを解

説する。この理論は時間の概念を捨象した体系である。調整過程が失われたように見えるのは、この特徴からきている。

#### (1) 学説史による補足解説<sup>(注4)</sup>

ここで、価格理論からなぜ調整過程の時間が捨象されたのかを、短い学説史により紹介したい。

ミクロ経済学の限界革命（19世紀後半）を切り開いた研究者として3人の名前があげられる。ワルラス（スイス ローザンヌ）・ジョボンズ（イギリス）・メンガー（オーストリア ウィーン）である。

当時隆盛を極めた、原子のブラウン運動などを解析する古典物理学の理論を、ワルラスは経済社会の分析に導入した。ラグランジェ・ハミルトンの古典物理学では時間の観念が失われている。それをそのまま経済分析に適用したことによって、経済主体の均衡への調整過程は瞬間で行われるようなモデルとなった。したがって、教育・医療のような公共的サービスで、育成や供給に時間のかかるものは、このモデルから漏れてしまう。では、ワルラス・メンガー等は、なぜこのような主張をしたのであろうか。ここには、ドイツ歴史学派との論争がある。ドイツ歴史学派は、啓蒙期合理主義の持つ抽象性・普遍性に反対して、歴史事象の具体性を重視すべき事を主張し、経済現象は歴史的背景や慣習・文化・倫理観に影響されるという歴史的・帰納法的方法を採用していた。これに対してメンガーは、理論的・演繹的方法の優位性を主張するため、限界理論が普遍的なことを展開せざるを得なかったのかもしれない。

ジョボonzは、人の心・感情は直接計測できないから、計測できる数量情報によって理論を構築することとした。これは、人の主観的評価ではなく、「合理的に行動すること」を仮定する（合理的経済人）。20世紀の経済学はこれを引き継ぎ、利己的な個人を前提とした精緻な理論構成を行った。

もちろん、経済学者も現実の経済社会を無視した議論を行っていたわけではない。完全競争の条件が満たされない場合には、独占・寡占などの市場の失敗が発生するし、経済主体が利己的だと供給されないという特徴を持った公共財の研究はその例である。

しかし、市場の失敗はもちろん、政府の失敗の存在も明らかになると、公共部門の市場介入は要らざる利益誘導活動（レントシーキング）を招いたりするからなにもしない方がよいとする自由至上主義的主張をする研究者も現れた（シカゴ学派の一部）。こうした主張は、調整過程の捨象された市場メカニズムの信奉者をさらに勢いづかせることとなった<sup>(注5)</sup>。

## （2）調整過程を無視した施策例

### —英国のNPM理論の実行

市場メカニズムは、現存する資源を無駄なく効率的に利用するための議論としては最適なものである。しかし、時間の観念が必要であり、中長期的な観点から育成・成長を促進しなければならない分野に、古典的な価格理論をストレートに適用してあたかも即座にその成果が現れるように説くのは誤りである。もちろんこうしたことは、経済学者もよく知っている。例えば、宇沢弘文氏は、教育と医

療は社会的共通資本であってその制度の育成と維持は社会の基礎の根幹をなすと主張する（宇沢（2000））。

こうした認識が乏しい場合には、どのようなことが起こるであろうか。英国の事例を紹介する。英国のサッチャー政権（在任期間：1979年5月4日－1990年11月22日）は公共部門の規制改革を推進する際、NPM（New public management）理論を採用した。この理論は、公共サービスの提供に関する企画と実行を分離し、前者のみ公共部門が行い、後者は市場メカニズムの導入による効率的な供給が望ましいことを主張する。後者については、公共部門の役割はその管理監督を行うにとどまる。この理論は、英国病から脱するためにこの政権が行った社会制度改革の理論的基礎であった。この制度改革の結果、シティーの隆盛にみられるように外国資本の流入により経済は活性化し英国病は打破されたが、公的医療費に大なたを振るわれた医療制度も打破された。診療報酬の大幅圧縮などによりモラルの著しい低下をきたした医師は外国へ居を移すなどしたため、英国の医療供給体制は崩壊した。この当時英国の病院では、「24時間待ち1分診療」と言われることもあったのである。この穴を埋めるように英国の過疎地では社会的企業の勃興が見られるが、専門的サービスの提供水準はまだ十分ではない。ブレア政権は医療供給体制の再生に注力し医療関連予算を1.5倍にしたうえ、医師輸入策に躍起になっている。

このNPM理論にもとづく政策は、公共部門で供給していたサービスを市場にゆだねる、すなわち公共サービスの提供機能と等しいも

のが市場で供給される場合には、効率性の向上に効果があった。暢気に仕事をしていた（とサッチャー政権には見えた）役人の替わりに、そのサービス提供者を市場調達したのであるから、機能の提供主体を取り替えるものであった。しかしながら手っ取り早く取り替えるために、社会の構成単位・経済主体の機能の育成に要する時間と経費を考慮しない政策であった。時間をかけると既得権者の巻き返しにあうという事情があったのかもしれない。だが、公共部門が提供しているサービスの中には、市場で代替するには時間がかかるものがある。にもかかわらず、経済主体を、価格理論で想定した、あたかも物理学における原子のような質点のごとくに扱ったことによって、医療供給体制の崩壊という悲劇が生まれた。医療（と教育）は社会インフラであり、壊れたら再生に莫大なコストと時間がかかる。当たり前のことであるが、経済主体には心がある。モラルもモラールもある。経済分析に必要なのは、冷静な頭脳と温かい心（cool head and warm heart）と言ったのは、ほかならぬ英国の生んだ偉大な経済学者A. マーシャルである。

なお、我が国の経済財政諮問会議・規制改革会議は、周知の通りこのNPM理論を政策形成に導入した組織である<sup>(注6)</sup>。

### (3) 価格理論は鋭い刃物

完全競争市場を前提とした価格理論は、経済主体が合理的な行動をとる場合には、ある需給均衡状態から、所得変化による需要の変化など条件が変化した場合に（瞬時に）次の均衡に移る。次の均衡を将来経済社会の目標

とするならば、その目標を定めるのに最適な分析枠組みである。しかし社会の到達点としてある目標を定めたら、社会にどのような条件が具備されればその目標に近づくか、どのような調整過程が必要かは、さらに別のフェーズで考察されなければならない。

つまり完全競争市場を前提として構築された経済理論（価格理論）は良く切れる刃物なのである<sup>(注7)</sup>。現実の経済現象に対してこの刃物を振り回す際には、その前提、実情、当事者の主張、歴史と経過、調整に必要な時間などなどさまざまな観点からの検証が必要である。現行の制度が理想から離れているからといって、このことに対する罵倒の道具として経済理論を用いるのはそもそも社会科学の目的に反する<sup>(注8)</sup>。現実の経済社会において調整過程に時間がかかる場合には、ミクロ経済学の理論は中長期的な観点からの制度設計に有用という理解が妥当である。経済学者は、その主張をする際にかような前提をこまめに断ってすべきであろう。

### (4) カリキュラム

さらに合理的な経済人の仮定の反動として、この前提が成り立たない分野を補足する理論が生まれた。後に掲げる、情報が不完全の場合に起こる市場の失敗もその例であり、近年では、実験経済学、経済心理学など、人間の心理にも注目した経済分析も行われている。より現実を鋭く分析する研究はもちろんのこと、経済学の適応領域を一新した業績も多い。にもかかわらず日本の大学教育における経済学は、教養レベルでみると価格理論を中心とした新古典派経済学の学習に多くを割

かれ、最近の研究による社会分析の有用性に言及できないままに終わっていることが多いのではないか。このことが、完全競争を前提とした価格理論のみで経済分析と受けとめる傾向を多くの人々にもたらした背景のひとつかもしれない。

#### 4 情報の欠如 —情報の経済学からのアプローチ

経済学の発展は著しく、情報とインセンティブによる経済主体の行動変化を分析する枠組みも構築された。これによって価格の変動のみでは経済主体の行動を扱えないケースも議論できる。この枠組みのなかに、現実にはよく見られる情報の偏り、例えばある財の品質を供給者はよく知っているが需要者にはわからないという、いわゆる情報の非対称性がある場合の経済主体の行動を説明する理論がある。医療は患者と医師とで情報の非対称性の著しい関係にあるといわれる。そこで、まず、情報の非対称性とリスク分担・報酬の関係を示す。次に、情報の非対称性があるときの市場均衡がどのようになるかを紹介する。これらをもとにして、医療現場における展開をこの理論から評価する。

##### 1) エイジェンシーの理論

エイジェンシーの理論とは、行動に関する情報の非対称性（不完全性）があるとき、依頼人と代理人の最適な行動をどのようにして導くかを検討する理論モデルである。依頼人と代理人のあいだでリスクをどのように分担するかという問題ともなる。

依頼人は、代理人（エージェント）にある行動を依頼して、自らの目的の最大化を図

る。代理人は、依頼人からある行動をまかされて、そのもとで自らの目的の最大化を図る主体である。依頼人（患者）は、代理人（医師）にある行為を依頼する。依頼者にリスクを負わせて、その報酬を払うのである。このとき、依頼人は、代理人が正しく働いているかどうかについて、情報を持っていない（非対称情報）。したがって医療行為が正しく行われているかどうかを明らかにするための費用（モニタリング・コスト）がかかる。

この設定で医療保険の場合、医師が不必要に多くの薬を患者に与えて診療報酬を増やそうとする問題や過剰検査の（医師の誘発需要）可能性への懸念がよく主張される<sup>（注9）</sup>。これらは、医療保険における医療サービスの需要側と供給側の情報の非対称性によって生ずるモラル・ハザードと評価されている。

なお、個人が医療サービスを受ける際の自己負担が軽いために、極めて軽い症状の病気でも診療を受けるのもモラル・ハザードという点では同様である。結果として適正な需給関係が導かれない。

##### 2) 情報の非対称性（不完全情報）

###### —レモンの原理

次に、財・サービスの情報を提供者しか知らない場合、すなわち情報の非対称性が見られる場合の市場均衡を紹介し、これを用いて医療崩壊の過程を議論する。

結論から言えば、情報の非対称性は市場の失敗を招来する。市場に良品と不良品があった場合、それを需要者は知らず供給者のみが知るときは、市場から良品が駆逐され不良品のみが流通するのである。この研究は、ジョ

ージ・アーサー・アカロフ (George Arthur Akerlof) によって行われ、彼はこの業績で2001年にノーベル経済学賞を受賞した。

### (1) レモンの原理<sup>(注10)</sup>

レモンは、つるつるした外見からは中身が十分わからず、その善し悪しは、通常一見しても評価できない<sup>(注11)</sup>。一方、中古車も、事故車などの格落ち車であっても外見からはわからないように整備できるから、同様の問題があり得る。しかも中古車市場への参入は古物商許可証のみでよいというように、容易である。

まず、中古車市場において、良品 (ピーチ) と不良品 (レモン) が混在している状況を想定する。このとき、次の3つのケースで、均衡がどのようになるかを考える。

- ① 完全情報
- ② 無情報
- ③ 非対称情報

### (2) 中古車市場：完全情報の時

ここで、需要曲線と供給曲線を描くと図4のようになる。

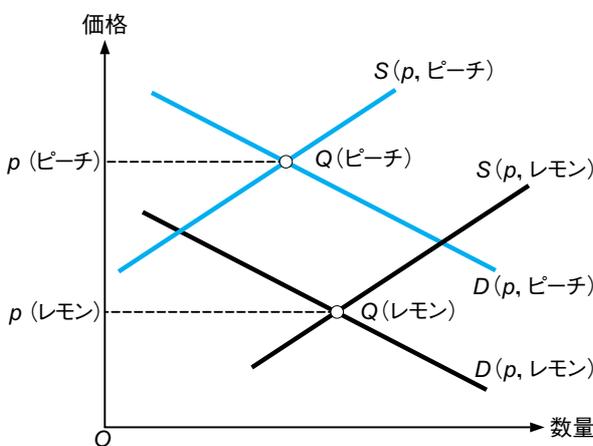


図4 完全情報の場合—分離均衡

中古車の情報が完全で、需要者は、その中古車がピーチかレモンかを峻別できるとしよう。そうすると、需要曲線は、ピーチかレモンかで異なる。品質が良いと需要する人は増え、価格が上がるであろう。価格は、{価格 (ピーチ) > 価格 (レモン)} となり合理的である。一方、供給側はどうか。供給曲線も、ピーチかレモンかで異なる。品質がよいと高く売りたいと思うであろうし、品質が悪いと安くてもやむを得ないと思うであろう。したがって、{価格 (ピーチ) > 価格 (レモン)} となり、理に適う。

このようにして需給均衡は、ピーチの需要曲線と供給曲線の交点で、ピーチ車の価格と取引量が決まり、レモンの需要曲線と供給曲線の交点で、レモン車の価格と取引量が決まる。従って、{均衡価格 (ピーチ) > 均衡価格 (レモン)} が導かれ、品質差にもとづく価格差が市場で実現する。

### (3) 無情報

では、車がピーチかレモンかわからないとする。このようにまったく情報がない場合は、売り手と買い手はどのように行動するか。需

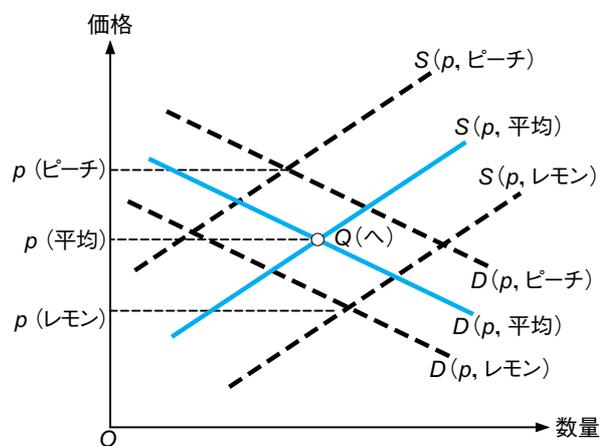


図5 無情報の場合—一括均衡

要者・供給者は、ピーチとレモンの平均を想定して取引をしようとするであろう<sup>(注12)</sup>(図5)。車の品質が平均的と考えられた場合の需要曲線・供給曲線が描かれ、その交点が均衡点となる。したがって、{均衡価格(ピーチ) > 均衡価格(「平均」) > 均衡価格(レモン)} が実現する。

この無情報の状況では、ピーチかレモンか区分できないので、両者を差別することができず一括して取引するほかない。これを一括均衡という。

#### (4) 非対称情報の時

現実には情報の偏在がある。簡単化のために、売り手は完全な情報をもつが、買い手はその財の情報をまったく知らないとする。

売り手は、情報が完全だから、ピーチとレモンの供給曲線を提供する。買い手は、情報がないから、中古車がピーチかレモンかを五分五分と考える(「平均」の需要曲線)(図6)。

この場合、ふたつの交点 $Q(1)$ ・ $Q(2)$ は均衡点であろうか。

$Q(1)$ では、 $\{D(\text{「平均」}) = S(\text{ピーチ})\}$  で取引量は一致しているものの、価格 $P$ は、

$\{P(1) < P(\text{ピーチ})\}$  であり、買い手は安く買って得をするが、売り手は過小評価されて不満である。一方、 $Q(2)$ では、 $\{D(\text{「平均」}) = S(\text{レモン})\}$  で取引量は一致しているものの、 $\{P(2) > P(\text{レモン})\}$  であり、買い手はポンコツ車を高く買ってとても不満があるが、売り手は過大評価されて得をする。したがって、どちらもこの状態に満足していない経済主体があることから、均衡点とはいえない。

では、ふたつの交点が均衡点でなければ、どのような対応を売り手と買い手はとるであろうか。買い手は、情報がないので当面受け身のままである。売り手は、しかし積極策をとれる。ピーチの持ち主は、レモンの持ち主と一括されて需要者に扱われるため、大変不満であり、損もする。そうすると、ピーチ車を売りに出すのはもう止めようと決意するであろう。従ってピーチの供給からの撤退、すなわち、ピーチ供給曲線が消滅する。レモン車を売る人は得をするのでさらに売ようになるであろう。従って市場にはレモン車のみが残る。そうすると、平均的な品質でよいとする需要者も、やがてはレモンのみであることを推察するようになり、市場から去る(図7)。

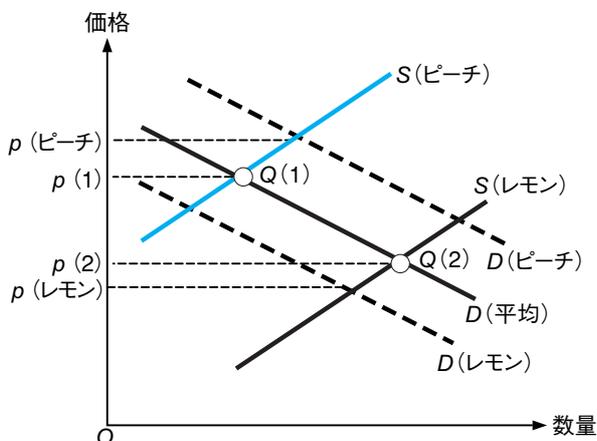


図6 非対称情報の場合—当初のふたつの交点

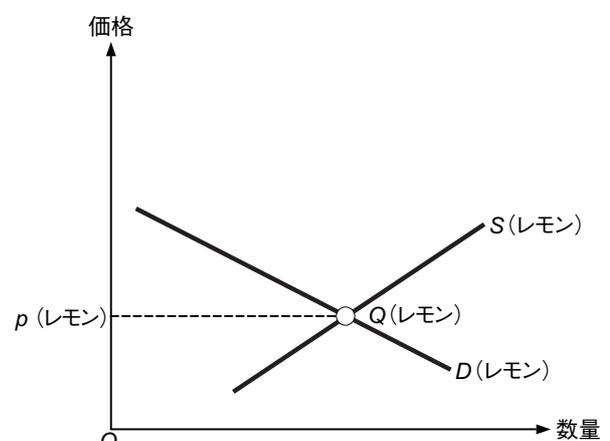


図7 レモン車のみが残る均衡

このように、悪貨は良貨を駆逐するというグレシャムの法則の系として、レモンはピーチを駆逐する（レモンの原理（ジョージ・アカロフ））。市場では、良い物が高い評価を受け、競争に勝って生き残るのが通常であるが、この中古車の例のように情報が不完全である場合には、逆に、低品質なものしか市場に流通しなくなる。これを、情報の非対称性がもたらす市場の失敗という<sup>(注13)</sup>。

### 3) 情報の非対称性の応用-医療における非対称情報<sup>(注14)</sup>

通常、医師が提供する医療に関する情報が、患者には本当に正しいかどうか分からない。この状況で、不可抗力で患者を救命できなかった場合に医療者と患者遺族とでどのような心理状態に至るであろうか。

例えば、医学的には正しい医療行為を行ったにもかかわらず、どうしてもない合併症など、その患者本人の体質にもとづくものが原因で助けることができなかったケースを想定する。このとき、通常の医療者は、誠心誠意尽くして手術したのに及ばず、自分の無力をのろい自分自身を責め続ける（医療者の良心）。この症例を頭の中で何度もシミュレーションし、どのようなときにどうすればこの事態を回避できた可能性があるのかを検証し続ける。人によっては自分が代わりに死ねたら良かったのと思うであろう。しかし医療者は、その内心を口にしない。口にすればいらざる誤解を招くことも多いからであろう。そしてそのシミュレーションは医療者の成長につながる。より多くの命を救おうとする動機にもなる。医療専門職は追いつめられても

感情をあらわにしない。感情に流されたら外科手術などできないから、常に冷静に状況を把握し、必要なことを簡潔に語る訓練を積んでいるからである。というのも、そもそも医療専門職は追いつめられた状況でも普段の力を発揮できるように心身を訓練しているものだからである。これは常人には想像できない特殊な世界のひとつであろう。

ところが、遺族は、結果を冷静に説明する（と遺族側からは見える）医療者を見て、医療ミスではないかと疑う（非対称情報による心理）。遺族は、その疑いから、医師を罵倒、時に暴行、民事裁判による慰謝料請求の行動をとることがある。「真実を知りたい」（非対称情報による行動）との発言のもとに。さらには、弁護士費用の負担が懸念される者や、民事裁判における被害者の過失立証の難しさを回避しようとする者は、警察権力に頼ることがある。というのも刑事で有責となる場合には、ほぼ民事責任も認められ、賠償を求めることができるからであろう。

医療者は、内心で自分自身を責め続けているときに、救おうとした患者の遺族からさらに責められ、場合によっては逮捕され、警察官に業務上過失致死罪容疑で何時間も取り調べを受ける。

マスコミは、医療事故があると、医療側からすると必ずしも十分とはいえない情報収集の水準のまま、悲しんでいる人がいるのは医療者の問題であるとさかんに報道する。これは、情報の非対称性をさらに拡大する効果をもつ。加えて風評被害効果も持っている。マスコミの公共性は、情報の偏在を防ぐことであるにもかかわらず、医療者側のやむを得な

い事情は顧みず、多数者向けの報道をする傾向が強いのではないか。マス相手ゆえに。しかも大衆がマスコミの提供する情報の真偽を知らないのは、マスコミ自身の持つ情報の非対称性と考えられる。このとき、過度の商業主義により、顧客のためになる情報を流すという姿勢が、顧客はもとよりスポンサーの喜ぶ情報を流すという方向に変化してしまう可能性がマスコミにはある<sup>(注15)</sup>。

取り調べられていた医療者は、マスコミからも根拠なく遠慮もなく叩かれる。医療者の心はこわれる。患者が治って喜ぶ顔と感謝の気持ちをエネルギーに激務に耐えていた医師は、病院から去る（残るのは、レモン医師かもしれない）。

その段階で、まだ辞めないでいる残った医師は、辞めた医師の分だけ治療行為をカバーするため、さらに負担が増え、疲労状態が増す。また、かの事件のマスコミからの一方的な医師バッシングの報道に傷つく。これは、本当のミスを起こした人と一緒にされてしまうことへの抜きがたいわだかまりである（一種の一括均衡への不満にも相当する）。

また、疲労状態の医師の診療を受けた患者は、医療サービスの質を疑う。患者から、医療者として疑いの目を向けられて医師は傷つく（これも一括均衡への不満）。これによって医療者として築いてきたスピリットがこわれ、病院から去る。多くの場合、誠実な人ほどダメージを受ける。ピーチは去り、レモンのみ残る。

さらにこのような状況は医療の萎縮をもたらす（小松（2006））。高度医療によって救命できるかもしれない患者に対しても、救命率

が低い場合には、転帰が悪いときに結果責任を問われて訴えられる可能性があるなら、施術を行わなくなる（過度のペナルティによるインセンティブの消失。）<sup>(注16)</sup>

そうすると、萎縮医療は、医師の使命感に悖（もと）る、医師として最善を尽くさなかったと患者側・マスコミに責められる。自分は安全圏にいてリスクを負わない人たちが、後出しじゃんけんで、リスクを負う主体を積極的に指弾する<sup>(注17)</sup>。

医師は、リスクを負っても報われない、むしろ、積極的に犯罪者にされてしまう状況から、リスクを負えなくなる<sup>(注18)</sup>。

一般に、リスクをある行為主体に負わせる契約を行う場合には、理論を振りかざすまでもなく、その者に相応の見返りが必要である。契約理論においてリスクの分担と報酬の合理的な設計をするエイジェンシー理論では、リスクを負う主体には貢献度に応じて報酬を適増させるのが理に合うことを導く<sup>(注19)</sup>。誠実なタイプの医師にとっては、見返りは、患者の感謝の心が一番、次にお休み、金銭的な報酬は3番目くらいか。リスクに見合うリターン（見返り）がない契約は破綻する。その結果、リスクを負う人がいなくなる（立ち去り型サボタージュ）。

以上、本来不確実な医療の世界を理解せず、合併症など不可避なリスクも含めて、どうしようもないことも医療者の責任とする人が増えた。すなわち、リスクに見合うリターン（深甚なる謝意）を提供しない人が、訴訟リスク・逮捕という新たなリスクを医師というリスクテイカーに負わせるようになったため、医療サービスの提供契約が破綻した。一

部の医療者をマスコミが一方的に非難することで、一括均衡への不満などから（良質な医師が臨床から去り）日本の医療供給体制は崩壊していく。さらに一部の患者は、日本での医療サービスを望まず、外国に行くことをも選択するであろう<sup>(注20)</sup>。こうして、需要面・供給面ともに、ハイリスクな分野は縮小していく可能性がある。

#### 4) エイジェンシー理論による医療崩壊過程の展開

行政は、社会保障費32兆円の圧力を受け、俗に医療費亡国論と言われる主張に則り、どのようにしてその伸び率を抑えるかに腐心してきた。医療費の削減を決定した際、勤務医一人あたり8千万円、開業医一人あたり6千万円の医療を使っていることをふまえ、医師数が減れば医療費が減ると考えたとのことである<sup>(注21)</sup>。この場合、行政は、医師の育成に一定の税金が投入されていることから、医療費の使用について、行政が依頼人、医師が代理人と位置づけられると想定したのである。しかし、医師は行政のエージェントではない。医療費の削減には、本来は患者数を減らす必要があるにもかかわらず、それに影響力を持たない医師の数を減らして医療費を圧縮しようとしたのではないか。行政は医師数をコントロールできるが、医療高度化や高齢化による医療行為の一人あたりの複雑化・高額化・恒常化をコントロールできない。医療の高度化と患者数の増加のテンポに追いつかない医師数の増加では、医師一人当たり負担が著増する。人間がミスを犯すのは避けられない（米国医療の質委員会（2000））。治療行

為が確率にもとづく技術であり、生身の人間の不確実性ととともに、その転帰も不確実なのは当然である。にもかかわらず、医療に限ってはそれはないとする患者サイドの無謬性の要求は、彼らの一部による警察権力に依存する行為の追加によって、医療者のリスク負担の限度を超えた。

#### 5) 情報の非対称性を用いた場合の崩壊過程のまとめ

このように、情報の非対称性という概念を用いて、医療崩壊の理由と過程を解明することができる。

ここであらためて、完全競争市場の要件を再掲する。完全競争市場は、①多数の売り手と買い手（プライステイカー）。②完全情報③財の同質性④参入・退出の自由、という4つの条件を満たす市場のことであった。

情報の非対称性は、②の要件が満たされない場合に生ずる資源配分の歪みであった。しかし医療サービスを分析する場合、これらのほかの要件が満たされているかどうか、再度指摘しよう。

- ① 医療サービスの価格は医療保険制度で決定され、そもそも硬直的である。
- ② 医療サービスの質の評価は難しい。患者は医療施術の正否も医療者の能力も十分知り得ない（情報の非対称性）。
- ③ 医療サービスの質は、その分野によっては医療者ごとに明らかに異なることがある。そのすぐれた技を育てるのにも一定の時間と経費がかかる。
- ④ 患者は低い自己負担（安価）で病院へ行くことができる。医師・看護師・放射

線技師などの医療者は免許制であり、参入規制がなされている。

すなわち、医療サービスは完全競争市場の要件をすべて満たさない。従って、医療保険制度による価格の規制を取り払えば、市場メカニズムが機能するという事にはならない。勤務医が足りないのなら、ほかで余剰状態にある（と一部の経済学者がみる）開業医の収入を減らし勤務医の給料を上げれば、開業医を勤務医に誘導できるであろうといった一部の医療経済学者の主張は、このような特質のサービスにおいてはあまりに素朴である<sup>(注22)</sup>。

こうした場合に、情報の経済学やエイジェンシー理論などによって現象を解析することが有効である。非対称情報のもとでのリスクとリターンによって特殊性を分析できる。仮に市場メカニズムを入れても患者の深甚なる感謝はそれに反映されるとは限らない。感謝の気持ちを復活させることなくして、医療者という専門職集団のモラルは守れない。

## 6) 非対称情報への対策

なお、非対称情報への対応策としては、情報の非対称度合いを緩和する措置が有効とされる。財・サービスの隠された情報を減らす試みである。これには、食品の安全管理にみられるように公共部門による保証がひとつの手段であった。医療者の資格や自動車運転などの免許制もそもそもその保証のひとつであったが、近年では、性悪説に立ってその内実を継続的に担保する工夫が必要という風潮が強い。例えば、次のような措置が有効と考えられている。

### (1) スクリーニング

ピーチはピーチとして、レモンはレモンとして流通させるにはスクリーニングが有効である。これは、情報を持たない側が情報を多く持つ側に選択肢を示し、相手の選択と行動を通じて隠れた情報を明らかにする手法である。たとえば、入札や相見積をすれば適正価格に近づく。また、買い手を競争させるオークションでは、価格を競り合うという競争過程を通じて商品の適正価値がわかる。医療では、セカンドオピニオン制度であり、医師に説明義務を課してその優劣を患者が判断するものがこれに相当する。

### (2) シグナリング

スクリーニングが情報を持たない側の行動であるのに対して、情報を持つ側が取る行動にシグナリングがある。情報をよく持っている方が情報開示につながるようなシグナルを発して、財・サービスが良質であることを証明する。たとえば、病院の難易度別手術数、カルテを開示するといった情報を顧客に与えることで財・サービスの客観性を高める例がある。

### (3) モニタリング

これは、監視によって情報収集を図るものである。医療者に関しては、警察が監視しているという姿勢を強めることによって、患者の権利を守るメッセージを医療者に伝えている。マスコミの医療バッシングもこれに近い。なお、すでに指摘したとおり、この結果、良心ある医療者（良質な医療者）が去り、レモンのみが残る可能性には考慮していないように思われる。

(4) 医療者にも不可知な情報があるという情報の非対称性の存在

しかしながら、どのような措置を取ったとしても、医療において情報の非対称性がその性質上解消されることはない。医師の説明能力・患者の理解力を問う前に、医療にはそもそも不確実性があることを認識する必要がある。すなわち、患者の体質や医療行為に伴う予期せぬ合併症などは、医師にとっても不可知だからである。この場合の情報の非対称性は、医師に多く患者に乏しいという関係に加えて、医師にも患者にもわからない情報があることも指摘できる。この点を考慮すると、医師は情報を良く持っているという前提でインフォームドコンセントを求めるにしても、これには一定の限界があることを双方があらかじめ納得するべきである。

そうであるならば、患者への説明は、まず、そのチーム医療で関連する者が典型的で定型的内容を担当する。次に医師本人は、個別具体的に特殊なものに特化した補足説明を分担する。このようにして医師本人には、定形的説明に要するエネルギーを手術などの医療行為に専念させるという選択肢もあり得る。患者にとって医師には説明に疲労させることなく正確な手術を行ってもらう方が良い可能性もあろう。

結局、医師はもちろんそうであろうが、患者のほうも、命の前に真摯誠実になるほかない。

## 5 そのほかの理論

### —部分最適が全体最適を満たさないケース

また、経済学の理論には、以上で取り上げたほかにも医療崩壊の現象を説明するものが多くある。たとえば、集団の多くは健全であるにもかかわらず、一部の者の利己的な行動の結果、その行動が全体に波及し、集団の基礎となる環境をすべて毀損させてしまうという、管理されざるコモンズの悲劇がある<sup>(注23)</sup>。これは、混雑現象を起こした公共財の例として取り上げられる。ひとりの利己的な行動が全体を損なうのは、部分最適が全体最適を満たさないケースであり、経済学は、囚人のジレンマに代表されるゲーム理論によってこの現象を明らかにしてきた。個々の正義（合理的利益）の追求が全体の正義（合理的利益）に必ずしもつながらないケースが存在するのである。

一部の患者も検察も警察も、自分の直面する案件に関しては正しいことをしていると信じて、それが全体に及ぼす影響をどこまで考慮できるかは、いまの日本の現状では疑問なしとしない。この観点から経済社会を見る習慣を個人に期待するのはまだ時間が必要なのではないか。裁判員制度の成熟と併せて、この国の社会の持つ大きな課題である。その間は、高貴な義務を負う者の尽力により、ミクロの合理性追求がマクロにネガティブな影響を及ぼさない運用が必要なのであろう。

なお、労働基準法に恒常的に違反するような勤務であっても、あるいは理不尽と思われる事例に遭遇しても、医師は寡黙であった。その業務の特殊性、高貴な使命感によるもの、

なのであったのだろう。いまやそのようなタイプの医師は、今後は減少せざるを得ないのではないか<sup>(注24)</sup>。

医療不信には、患者と医療者との信頼関係の醸成が必要とよく言われる。信頼関係の重要性には疑いはない。しかし、その当事者は誰を想定した議論であろうか。患者が医師を信頼できないからという主張なのであろう。不信感をもたれても無理からぬ事例が多発した時期もあったのである。だから患者が信頼できるように医師は努力せよと言うのであろう。片や「警察の監視」があるという状況下ではどのような信頼関係が生まれるであろうか。医師から見れば、これは一種の脅しのように受けとめられる。この状況で患者を信頼することは可能であろうか。これは、双方にとって不幸である。救命したいという医師の意思は、患者の生きようとする力を高めるためにできるだけ手を尽くそうとする。しかし、不審の目で見られるうえに、いざとなったら警察に頼って取り調べさせるぞという環境では、医師はそこまで心を砕けるであろうか。

もちろん、「警察の監視」は、一部の医師の弁護のしようのない医療ミスがもたらした結果かもしれない。しかしその結果、医療のすべての質が劣化する可能性がある。これを予防する仕掛けが同時に措置されるべきであろう。きわめて専門的な分野に関しては専門家の判断によらざるを得ないのである。

## 6 共済の基礎と保険制度

最後に、医療をここまで追いつめた社会における共済事業の意義と取りうる選択肢に若

干触れておく。

### 1) 保険と共済の違い

保険と共済の違いについて、講学上の議論はさておき、実務と運動論の観点からはたった一言で言い表されていた。それは、「保険は自分のため、共済は相手のため」である。保険は、自分のリスクをどうカバーするかという発想である。共済は、相手のリスクを自分のできる範囲で引き受けようとするものである。自分は大丈夫だけれども、困っている人もいるかもしれない、そのような人のために、自分のできる範囲で手を差し伸べるというのが、共済の思想であった。つまり組合員が共済事業の主体であるということは、組合員が自分の意思でリスクをプールする集団を形成するところにその意義があった。ところが、近年では、ミーイズムの蔓延と責任転嫁の風潮がまして、このような考え方は影が薄い。

### 2) 医療者のスピリット

職業としてみた医師は、自分は健康で大丈夫だけれどもそうでない人もいるだろう、そのような人に手を差し伸べるものであったはずである。睡眠を削ってでも働く医療者のスピリットの根源はそこにあった。しかし、研修医制度によるそのスピリットの醸成機会の喪失（先送りという人もいるが、どうか）、医療者をあらかじめ疑いの目で見ると、何より、医療消費者という主張は、自分の提供する力が消費の対象になるというショックを医師に与え、一部の心ある医師のスピリットを著しく傷つけた。

こうして、今後は、自分の力が消費されても良いという意識を持った医師が医療者として残り、あるいは医療サービスの提供者として主流になるであろう。それは、純粹に経済取引である。その取引にふさわしい対価、労働基準などの制度を整えることが必要になるであろう。そしてその制度で十分という医師が過半を占めるようになるであろう。一部の崇高な理想を持った医師の存在は疑わない。しかし、彼らはいっそう少数派となるであろう。多くの医師は、取引されるサービスの供給者として割り切りを入れた者となり、身を削り根性によって日本の医療を支えていたタイプの医師はどんどん減っていくであろう。医師には一種の特権階級という意識があったのかもしれないが、今後は、医師も普通の職業となっていくであろう。いまはその大きな流れの過程にある。

日本の車のきめ細かい仕様は世界的にも無類である。供給される財・サービスの質は需要者である国民が決める。モノヅクリのきめ細かさはそうして培われた。ところが「この程度の国民にこの程度の政治家」という主張をして物議を醸した代議士がいた。偏った報道が目につくこともまた、「この程度の国民にこの程度のマスコミ」という言い方ができるかもしれない。そして「この程度の国民にこの程度の医療」という時代がもうすぐ来るであろう。聖職扱いされた教育が荒廃したのと同様の道を、同じく神聖視されていた医療も辿る可能性がある<sup>(注25)</sup>。

### 3) 社会の停滞感

こうした背景には、もちろん多くの要因が

あろうが、ここでは、社会の停滞感を指摘しておきたい。社会の幸福感は、どのような所得水準の人でも、明日はいまよりもよくなると思えるかどうかで決まる（本多（2005））。明日はいまより良くなるなら、そのときに向けていまを生きようとするであろう。しかし近年の日本経済は、特に家計への恩恵が感じられないままに景気の拡大が続いている。個人の実感が上向きではないから、すなわち社会階層が固定化されると思うから、富裕層への嫉妬心が強まる。英国では、長らく続いた英国病と移民によって、このようなことが起きたのではないか。そして日本における医師バッシングもまた、この社会の固定化感覚による可能性がある<sup>(注26)</sup>。

そして良いものを時間をかけて育てる風潮が消え、手っ取り早く消費する時代にもなった。このため、政策論者の中にも、時間のかかるものをじっくり育成する過程を無視する方法を採る者がいるのであろう。ならば、いまこそこの忘れられているものをカバーする行動が必要であり有効でもある。ここにふたつの提案を行う。

### 4) 提案

#### (1) 提案一 医療者に優しいコミュニティ

共済事業を営む組織は、こうした時代の傾向にあらがっても良いのではないか。法制度の運用はともかくとして、その事業のスピリットは守っていくべきではないか。相手のために保障契約に加入することで、生活の矜持を守るという主張を高らかに訴えても良いのではないか。

そのような考え方の組織がある地域であれ

ば、以前は当たり前であった、しかしいまは少なくなりつつある医療者魂を持つ医師が集まってくれるのではないか。この地域では良きサマリア人の世界を実現しようとしていると主張してもよいのではないか。地域の医師不足を、こうした人たちを呼び寄せることによって緩和できるのではないか。このコミュニティでは、病院内における、医療者ではなくてもできる仕事を自発的にこなす活動を、組合員が行っても良い。人手不足であるから、歓迎される分野もあるであろう。また、野菜などの地場農産物のお裾分けが地域医療者の自宅にあるだけでも、医療者は、かつての尊敬された時代を思い起こすことができるのではないか。

繰り返すが、教育と医療は国家の基礎的インフラであり2大社会的共通資本（宇沢弘文）である。壊れてからその貴重さに気づくのは遅すぎる。いまからでも良いから、臨床の現場を立ち去ろうとする医師たちに、その十分な思いを遂げられる地域・集団としてこちらに来てくださいと、農協共済を運営する組織が立候補するべきである。それが、この国の、医療と教育を守る地道な、しかしきわめて重要な活動と考える。

## （2）提案二 良質な医療資源の確保のための仕組み

現状の公共部門による医療費圧縮という改定の方向は、入院医療費定額制の検討や検査記録の共有化による医療誘発需要の抑制の見直し検討といった報道にあらわれるように、強化されることはあっても緩和されることはない。従って、現在残っている良質な医療資

源を保全する措置が早急に必要である。例えば、全国にある保養施設資源を集約し、病院・介護施設と併設させ、そこに、良質な医療者に来てもらう方法もある。農協共済としては、いまの厚生連病院のうちのいくつかを拠点病院に指定して、介護施設を中心に高水準化し、質の高い医療・介護サービスを提供する、この拠点病院における医療資源に対してはその働きにふさわしい報酬を用意すること、これに見合う地域の基金のようなものを創設する契約を組合員と締結することも考えられるのではないか<sup>（注27）</sup>。

この場合、医療共済の保障範囲を自由診療も含めてより広範に改訂することは、共済者としては魅力ある提案かもしれない。しかし、このような行動には慎重であるべきではないかと考える。仮に行うにしても、従来の共済契約の枠組みで、入院の限度額を引き上げたり、地域を限定して上乘せ給付を行ったりという方法などのほうが望ましいのではないか。というのもこの種の医療保険は、すべての組合員ではなく、制度趣旨と資金など一定の要件を備えた組合員のみがその運営に参画し医療を受けるという限定されたものとなる可能性もあるからである<sup>（注28）</sup>。

医療の分野において民間部門にできることは限られている<sup>（注29）</sup>。緊急避難として、良質な医療資源を保全する措置を、少なくともいくつかの拠点病院で行うことはできないか。これによって、いま残っている良質な医療者のモチベーションと体力を保全し、日本において医療崩壊が多くの人に実害を及ぼし、医療再生に向けて世論が変わってくる時に備えて、いわば焼け野原からの再生に備えて、

その芽を何とか残すのである。そうでなければ、介護士・看護師はもとより医師も輸入せざるを得なくなるであろう。そしていまの日本の病院の貧弱な医療施設体制をみた外国人医師は、それこそ富裕層ばかりを相手にする病院のみを希望するかもしれない。医師の輸入に成功するのは、「外国に行かなくても良質な医療を受けることができます」ということを患者集めの最大の訴求点とする豊かな病院ばかりになるのではないか。

## 7 おわりに

前節の提案一の、特定地域の社会心理の保全で良質な医療者がきてくれるのがもっとも望ましい。私的部門としての費用負担もそれほどではない。しかし、提案二のような一種の私保険制度の研究が必要なほどいまの医療供給体制は危機に瀕している。国民皆保険の維持が難しくなったとき、民間でできることは民間でという建前が貫かれ、病院経営の悪化とともに、混合診療が認められる可能性がある。これに保険会社の医療保険が組み込まれ、いまは知事の許可制となっている病院の株式会社による参入規制が緩和されると、医療関連サービスもセットで供給する医療コングロマリットの存在が大きくなってくる可能性が高い<sup>(注30)</sup>。これは、医療が金儲けの事業となる可能性をも意味する（現に米国ではそうである）。そうなれば、医療サービスの提供は高所得者に偏重するなど、医療保険制度ならびに医療サービスの多層化がすすむ。このことと相まって、医療機関を組み込んだ保険経営に豊富なノウハウを持つ外資系保険会社が、医療サービスの多層化をさらに推し進

める時代がくる可能性がある。あるいは、そのためのシナリオが何年も前から描かれていたのかもしれない。

ならば日本人による制度設計によって外国会社のそれとコンペを図るような機会が欲しい。もちろん、それもそのシナリオに予定されているかもしれない。それをわかっているにもかかわらず、提案二を書かざるを得なかったいまの状況を、社会は理解すべきである<sup>(注31)</sup>。

提案の一・二を通じて、患者はもちろん社会のひとりひとりが医療者に、医療者は患者に、感謝の心を持てるようにならなければならないことは必須である。あるいは、人は複数で社会を構成するのであるから、サービス提供者に感謝の心を忘れないのは至当のことである。その昔この国に当たり前にあった他者への感謝の心を取り戻さない限り、医療はもとより、教育・家族・社会の再生はない。

以上

### 注

注1 小松（2004）。昨年3月には、当研究所の研究会において医療者の心が壊れていく状況を紹介した（JA共済総研 渡辺靖仁 「ニュー・パブリック・マネジメント（NPM）について（補足メモ）」2006/03/16）

注2 WHO world Health report 2003 "Overview" また、そもそも大学病院が外来診療を行う必要があるかどうか議論がある。

注3 『週刊東洋経済』10月28日号特集「ニッポンの医者と病院」によれば、医師の生涯年収は一部上場企業サラリーマンのそれよりも低い。

注4 この項は、大阪大学社会経済研究所西條辰義教授等の見解を参考としている。

注5 市場メカニズムが機能するための基礎的な条件はもとより、市場経済そのものを成立させるには、民主主義のプロセスの成熟度・交換経済のルール・順法精神など

の前提が必要であり、これを整えるための公共部門の市場介入は必要条件でもある。どこまでが必要でどこまでが過剰介入かを厳密に議論するのが必要である。しかし、これが曖昧なまま、その公共部門の市場経済成立のための活動の妥当性に十分な吟味がなされたとは言えない主張も一部のマスコミに見られた。

注6 例えば、「経済財政諮問会議による政策形成プロセスの変化」大田弘子：(070214) <http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/events/workshop/summary/ws20051031.htm>

注7 「理論から導き出される原則と、実際にそれがどれくらいきくかという程度問題の関係は、(中略)経済学ではすべてにあてはまる。程度問題はそれぞれの商品によって違うので、ミクロ経済学の本には書いていないが、実際に重要なのは程度問題の方である。現実の経済問題は、実はほとんどが程度問題なのである。程度問題を軽く見る人は、経済学には向かない。しかし程度問題について慎重に考えて正しい判断をするほど難しいことはないのである。ミクロ経済学の理論は、いわば良く切れるナイフである。程度問題のわからない人がこのナイフを振り回すのは危険である。」(荏開津 (2000))

注8 「～経済学に求められているのは、(中略)罵倒のための道具として経済学を用いることではない。複雑きわまる現実世界のより深い理解に貢献する経済学であることが求められている。」生源寺 (1996)

注9 もちろん、過剰投薬の問題は、いまの日本では度重なる薬価改定のために縮小したと考えられる。一方、過剰検査という主張もある。しかしこれは実態を無視した主張である。医療の高度化と医療訴訟の多発のなかで、きわめてまれな疾患でも「この検査をしていたら見つかったかもしれない」という患者側の主張が多く見られる。医療者はその予見可能性がほんのわずかでもあるなら、患者の快癒のためにはもちろん、法廷において一挙手一投足を欠いたと指弾されないためにも、検査を行わざるを得ない状況がある。ごく一部のタイプの者のために、全体がコストを負担する状況もたらされている。一種の合成の誤謬であろう。

注10 以下(4)までの議論は酒井(1995)を参考にした。

注11 日本のレモンには、すがすがしく麗しいイメージがあるが、英語圏のレモンには、俗語で、不良品、欠陥商品、性格的に問題のある人(固くすべすべしている外見から、中身を窺知できない)という意味がある。

注12 不確実性への対応性向は、ここでは無視する。

注13 財の品質数が2よりも多く、 $n$ 個ある場合、レモンの原理はもっと強力に作用し、 $(n-1)$ 個の品質が市場から駆逐されることが証明されている。

注14 この項は、複数の臨床医に対する1,000時間以上にわたる聞き取り結果をもとにしている。

注15 最近のTVのあるバラエティ番組における科学テスト結果の捏造報道はその例のひとつであろう。

注16 例えば、火災現場で炎上中の家屋に取り残された者の救命のために火に飛び込む消防士に対して、救出できなかった場合に業務上過失致死容疑で逮捕することがあれば、消防士はそのような行動を取れなくなるであろう。

注17 現場から離れるほど批判はきつくなる。サッカーファンもスポーツ新聞記者も、およそ選手になれない人ほどヤジは過激となる。かつてこの国では、自分ができないことに立ち向かっている者に対して尊敬と慎みを持って接する文化と習慣があった。しかしいまは期待どおりにならないと厳しく指弾する。これは、いまの日本のマスコミの傾向を生み出した背景のひとつではないかと考えられる。

注18 このような事態を回避するため、英米などの先進国では、医療事故は警察ではなく、医療に明るい専門家が判断する制度を持っている。不幸にして事故が起こった場合にでも、再発防止を中心に議論する。なお、日本でも医療版の事故調査委員会制度について検討されており、現在、パブリックコメントを求めている段階にある。

注19 この場合は、病院を依頼人、勤務医を代理人とした理論構成による。最適インセンティブ理論から、リスクを負担しようとする代理人には、業績給の通増率は高めなければならないことが導かれる。ミルグロムほか(1997)第7章。

この理論を医療機関(プリンシパル)と医療者(エージェント)と置き換えてみると、例えば外科手術の自由裁量を医師に与えていること、この結果は医学的にも当然視されているが、救命のためにあらゆる選択肢を考慮しようとするならば、そのインセンティブを高めるべきことが示唆される。また、医療者の、リスクを抱える度合いが高くなれば、そのインセンティブを高めなければならない。現状はそのような制度設計となっているであろうか。もちろん、単純に理論を当てはめるのには問題がないわけではない。この点は今後の課題としたい。

注20 例えば、20070110日本経済新聞朝刊。

注21 NHK「日本の、これから『医療に安心できますか』」(20061014放送)

注22 欧米の医療経済学ではこのことは常識である(兪(2006))。

注23 Hardin (1968)において展開された「コモنزの悲劇」は、Hardin (1988)において「管理されざるコモنزの悲劇」とあらためられている。生源寺(2006)から再引用。

注24 例えば、日経070207朝刊記事。あるいは、親が医師だから自分もそうなったという、医業のあり方を幼少から知って継いだ者が自然に身につけた医業の言葉にはで

きない感覚を、いまの医師志望者がすべて身につけているとはおよそ言えない（黒川（2007））。

注25 いじめの問題が深刻である。私立と公立の学校の違いの根本はここにある。多くの私立高校は、集団の一定の質を維持しようとするので、いじめがあったらその人を徹底的に捜し出して追求し、場合によっては退学させる。しかし、義務教育課程では、公立高校ではそれができない。教育における公私の盛衰を決定的にしたもののひとつである。教育再生会議では、いじめた者の出席停止などを最近では検討しているようであるが、抜本解決となるであろうか。ともあれ、おそらく、医療でもこれと同じことがおきるであろう。公立病院は、医療費も払わない、しかし権利意識だけは強い患者であふれかえるであろう。すでに公立病院の一部では、患者の医療費未納が深刻な負担となっている。

注26 そしてこのような固定化がおこると、他人に対して辛辣になるのは歴史が証明している。近年の少年犯罪に対する社会批判の先鋭化はその表れのひとつかもしれない。モラルパニックと批判されるほど扇情的な報道を行うマスコミにもその責任の一端があろう。また、より広くこの傾向を捉えて、全体主義の勃興にも通じるとする意見もある（小松氏の研究会における発言）。

注27 現行の病院債の発行よりも地域が主体であり住民参加がより緩やかなものが望ましいと考えられる。

注28 このような医療のクラブ財化は、運用を誤ると、国民皆保険制度の崩壊に拍車をかけるという批判につながりかねない。富裕層のみを対象とした医療保険創設と医療資源の囲い込みは、一部の外資系保険会社のねらいの可能性もある。だが、いま現在、患者は空を飛んで外国での治療を望む（070110日経新聞朝刊『「医療=産業」論』）。すべての人に平等に医療を提供することを守るという建前が、富裕層は外国で治療を受けられるけれども他の人は平等に医療を提供されない結果に至る可能性がある。このときに医療サービスの上乗せ保障ニーズの受け皿として、自由診療もカバーする仕組みを「長期的な視野で研究」するのは必要であろう。

注29 医療を公共財といい社会的共通資本という所以である。なお、細かいことではあるが、いまの医師には、治療行為に加えて、例えば入院の計画書や民間保険会社の診断書の作成など、事務的業務もかなり多い。この負担もまた問題である。農協共済の共済金請求の必要書類における医師の診断書を、例えば、社名を隠した他社のものの写しでも良い、電子カルテの一部のコピーでよいなどと、より緩やかにするのもその負担を軽減する方法のひとつである。また、保険会社全体に対して、診断書の様式を統一するよう呼びかけるのも医療者に好感を持たれるようになるであろう。

注30 現在、株式会社の医療参入の検討が重要事項とされるという（規制改革会議 070131日経新聞朝刊）。この会議の基本方針は、サッチャー政権が採用したNPM理論によって策定された。また、商社による病院ファンドの創設（2007/02/15 日経朝刊）もその一端であろう。

注31 黒川（2007）は、医療制度は与えられるものではなく、国民が意識してつくっていくものである、そのためには共同体とマスコミの知的水準が問われる、と主張する。

#### 引用文献

- ・宇沢弘文（2000）『社会的共通資本』岩波新書
- ・岩田規久男（1993）『ゼミナール ミクロ経済学入門』日本経済新聞社
- ・荏開津典生（2000）『明快ミクロ経済学』日本評論社
- ・黒川清（2007）「大学病院革命」日経BP社
- ・小松秀樹（2004）『慈恵医大青戸病院事件 医療の構造と実践的倫理』日本経済評論社
- ・小松秀樹（2006）『医療崩壊』朝日新聞社
- ・酒井泰弘（1995）『はじめての経済学』有斐閣ブックス
- ・米国医療の質委員会 医学研究所（著）、L.コーン、J.コリガン、M.ドナルドソン、医学ジャーナリスト協会（2000）『人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して』日本評論社。
- ・本多静六（2005）『私の財産告白』（新装版）実業之日本社
- ・ミルグロム P. ロバーツ J. 著、奥野正寛・伊藤秀史・今井晴雄・八木甫訳、（1997）『組織の経済学』NTT出版。（原著 Milgrom P., and J.Roberts, Economics, Organization & Management, Prentice Hall, 1992.）
- ・生源寺眞一（1996）「農業環境政策と貿易問題：経済学的考察」『農業経済研究』第68巻第2号、1996年9月。
- ・生源寺眞一ほか（2006）『農業生産の構造変化と農村地域資源マネジメント（後編）』農協共済総合研究所。
- ・兪炳匡（2006）『「改革」のための医療経済学』メディカ出版。
- ・G. Hardin, "The Tragedy of the Commons", Science Vol.162, 1968.
- ・G. Hardin, "Commons Failing", New Scientist, 22 October, 1988.