

## 日本の医療政策

——公共経済学的側面——\*

鴫田忠彦

現在の医療制度が確定した1983年の老人保健法成立以後、今日までの日本の医療政策を公共経済学的視点から考察する。この期間を含めて戦後日本の医療政策は、社会保険制度下の3主体の行動で特徴づけられる。過剰な規制によって医療を計画経済的に資源配分してきた厚生省(当時)、保険者機能が規制され無力化された保険者、市場でなく規制による資源配分の下で強力な政治的影響力を行使して rent-seeking を実現してきた供給者である。低い医療費と長い平均余命など日本の医療は表面的には高く評価されるが、競争誘因の欠如や資源配分の歪みなどによって、効率性や品質など改善すべき点が指摘される。急速な少子高齢化の進行により高齢者医療費の一層の上昇が予測され、マクロ経済との不均衡と現役世代の負担増による制度の破綻は必至で、規制緩和で競争誘因を高め、情報技術の導入や保険者機能の促進による、日本の医療改革が主張されている。

### 序

小論では日本の医療政策を、昭和36年の国民皆保険成立後、とくに昭和58年の老人保健法成立後から今日に至る期間の、医療の状況と関連させながら検討する。小論における日本の医療に対する基本的な認識としては、社会保険制度の枠組みの中で過剰な規制を行う厚生労働省と、そこにおける無力な保険者、対照的に強い影響力をもつ供給者によって、日本の医療は営まれている、というものである。日本の医療におけるさまざまな問題は、このような状況下ではつねに政治問題化し、本来市場的に処理されるべきものが、政治的に処理されてきたといえよう。

以下ではこのような基本的な認識の下に、1節では現状と課題として、少子高齢化における医療問題を考察する。2節では日本の社会保険制度の特徴を指摘し、3節ではとくに医療における公的規制を展望する。4節では現在必要とされる医療改革について考察する。

#### 1. 現状と課題——少子高齢化と日本の医療——

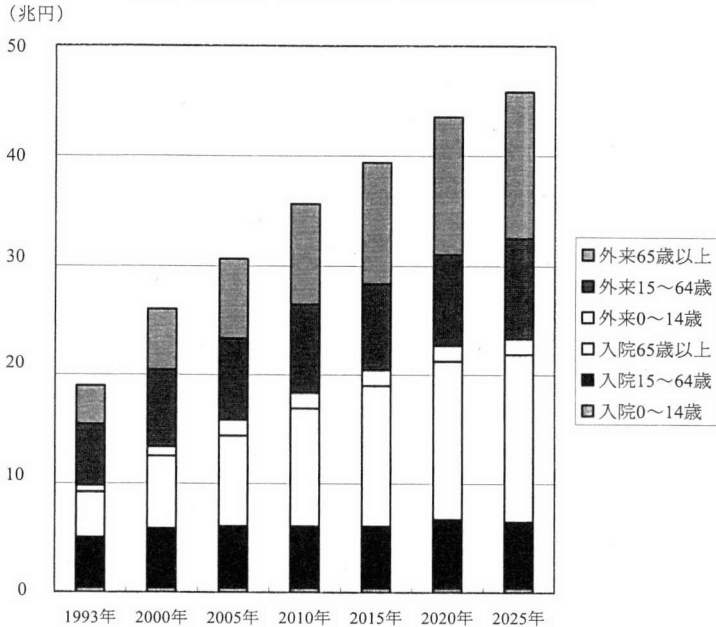
高齢化の進行する日本では、高齢者の医療費

は加齢による自然な増加に加えて、医療機関の窓口での一部負担が極端に低いこともあって、その医療費は若年者のおよそ5倍にも達しており、医療費の増加は不可避的である。しかも後述のように、若年者が高齢者の医療費を負担する賦課方式的な医療制度を採用しているため、少子化の進行する日本では、若年者の負担は益々重くなっていく。ここでは筆者らがかつて試みた日本の国民医療費の将来予測と、それによる若年者の負担の予測に基づいて、日本の医療が直面する現状と課題を考察する。

#### 1.1 日本の医療の国際的評価

国民医療費は、社会保険が適用される医療費の合計に、家庭薬や分娩費さらには検診・ドックや歯科自由診療などを加えたものである。厚生省(当時)がこの指標を作成した理由は、医療費を国民所得の一定比率に抑えて、経済とのバランスを取ろうと意図したからに他ならない。したがって毎年この数値の発表される際には、対国民所得との比率が関心事となる。海外ではOECDが health expenditure(医療支出額)を定義しているが、それは日本の国民医療費に、医師や看護婦の養成費および医薬品などの研究開発費まで含むので、より広範囲である。その

図1. 年齢階層・入院/外来別 国民医療費の将来推計



国の医療費の経済に占める大きさを比較する際には、この医療支出額とGDPとの比率が使用され、現在の日本は1990年代の低成長のために上昇して7%程度となったが、米国の14%やドイツやフランスあるいは北欧の国々の10%弱と比較すればかなり低く、英国よりはやや高い水準である。

日本の医療は海外では比較的高く評価されている。医療支出額が対GDPで低いにも関わらず、健康指標と呼ばれる平均余命や乳児死亡率では、ともに世界で最も良好な水準にある。1950年頃はいずれもOECD加盟国中で下位だったから、確かに過去50年間、日本の医療の費用対効果は、一見するとその効率性が急速に改善されたように見える。さらに皆保険によって国民全てがほぼ同質の社会保険によってカバーされ、等しく同一の医療を享受しており、米国のように15%近い人々が無保険の状態におかれる状態と比較すれば、衡平性の点でもまた医療機関へのフリー・アクセスの点でも優れている。

しかしこのような効率性と衡平性についての高い評価は、やや表面的に過ぎるようである。

まず平均余命の長さや乳児死亡率の低さについては、抗生物質による結核など感染症の克服が大きい。医療もさることながら、上下水道の完備による公衆衛生の改善、食生活や住環境の向上をもたらした経済成長の成果も重要である。したがってマクロ的な費用対効果から判断する効率性には疑問が残る。衡平性については相対的に高い評価を与えるべきだが、それでも加入する保険によって保険料や自己負担に無視できない差異のあることは事実である。このように国民皆保険によって急速に増加した医療需要は衡平に満たされたが、問題はそこで提供される医療の質であり、それは後述のように競争の欠如のために、それほど高くはないことが指摘される。

## 1.2 国民医療費の将来推計

次に日本の医療は将来的にはどのような状況になり、どんな課題をもたらすのか考えよう。図1は国民医療費の将来推計を表し、鶴田など(1997)からの引用である<sup>1)</sup>。国民医療費を以下のように分解し、右辺の各項をそれぞれ予測して積算している。

国民医療費＝受療率×1人あたり医療費×人口  
人口は人口問題研究所(当時)の平成9年『人口推計』の中位推計を使用した。受療率は厚生省(当時)の『患者調査』から、1人あたり医療費は同じく『国民医療費』から、過去のデータが入手できる。これらからいくつかのケースを考慮したが、受療率では国民皆保険が成熟して人々の受療行動が定着したとされる1980年以降の平均値を、1人あたり医療費では同じ期間の平均的なトレンドを予測値とした。さらに医療を医科の入院と外来に分け、かつ人口を14歳以下、15歳以上64歳以下、65歳以上の3つの年齢階層に分けて、それぞれ6つの予測を行って合計した結果がこの図である。

これによれば日本の国民医療費は、1993年から2025年までに年率2.8%で上昇する。高齢化の進展によって、そのうち65歳以上の高齢者の医療費は年率4%で上昇する。現在65歳以上の高齢者の医療費は全体の40%であるが、2025年には70%に達する。年率2.8%の上昇率のうち、人口高齢化による寄与はおよそ0.8%であり、他の国と比較するときわめて高い。残りは費用増大的な医療技術の進展や<sup>2)</sup>、医師会などのアグレッシブな診療報酬の引き上げによるものである。

なお上記の予測では、入院と外来を区別するために医科だけで歯科は含まれない、また80年以降の受療率や1人あたり医療費のトレンドを採用したために、途中から導入された医薬分業制度による薬局薬剤調剤費なども含まれない。これらは合わせると全体の10%強になるから、この予測値にそれを上乗せすれば、現実の国民医療費に対応する。

問題は今後の日本の経済と国民医療費の関係であり、年率2.8%の医療費の伸びと経済成長をどのように調和させるかである。もし今後の経済成長率が、政府見通しのように1.8%程度であるならば、2025年の日本の国民所得に占める医療費は、現在の8%から大幅に高まり、先進国の中でも米国に続く水準に達するだろう。さらに医療関係者のなかには、無駄な公共投資を削減して、医療支出額を先進国並に増加させ

るべきであるとの意見が多い。しかし医療の質をはじめとして様々な課題を改善することなしに、日本の医療サービス産業を、現状のまま肥大化させれば、それは結局第二の公共事業をもたらすことになる。

さらにそのような議論は、原則的に個人個人の受益と負担が対応する消費者主権の下で市場的に医療資源の配分を行っている米国と、一般には両者がほとんど対応しない強制的な社会保険によって医療資源の配分を行っている日本では、区別してなされるべきである。前者の米国の場合、いかに医療に対する支出が多くても、人々がそれを自主的に選択する限り、それは尊重されるべきである。しかし後者の日本の場合、受益する高齢者と負担する若年者の利害は、以下に説明するように大きく乖離し、問題はそれほど単純ではない。

### 1.3 世代間の受益と負担

次に国民医療費の将来推計から予想される、2025年までの世代間の受益と負担に注目しよう。表1は上記の我々の国民医療費の将来予測から計算したもので、第1列は15歳から64歳までの、いわゆる現役世代自らの1人あたり医療費、第2列は14歳以下と65歳以上のいわゆる従属世代の医療費の現役世代1人あたり医療費、第3列は全世代の医療費の現役世代1人あたり医療費を、それぞれ示している。第4列、第5列、第6列はそれぞれ1993年を100としたときの第1列、第2列、第3列の指数を表している。この表から明らかに現役世代1人あたり総医療費は、2025年までにおよそ3倍になり、それは自らの医療費が2倍で従属世代の医療費が4倍になるからである<sup>3)</sup>。

すなわち65歳以上の高齢者が、仮に全く医療費を負担しなければ、現役世代の1人あたり医療費の負担は3倍に達することを意味している。それでは高齢者の医療費負担の実態は、どのようになっているだろうか。図2は平成13年度における日本の医療保険とその財源構成の概略を示すものである。前者については後に説明するとして、後者について高齢者医療費は予

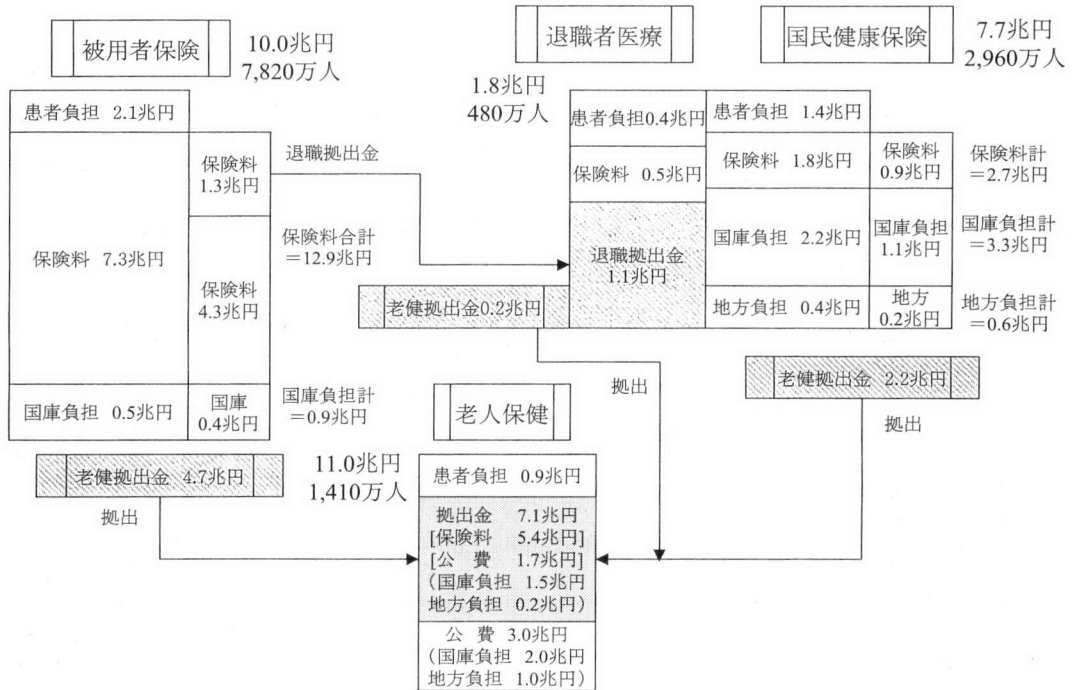
表 1. 1人あたり医療費の推移

(円, %)

年次	現役世代1人あたり国民医療費 (A)	現役世代の自分自身のための1人あたり国民医療費 (B)	現役世代の従属世代のための1人あたり国民医療費 (C)	Aの指数 93年:100	Bの指数 93年:100	Cの指数 93年:100
1993	231,766	118,230	113,535	100.0	100.0	100.0
2000	322,814	147,688	175,126	139.3	124.9	154.2
2005	386,029	163,130	222,899	166.6	138.0	196.3
2010	460,944	178,572	282,371	198.9	151.0	248.7
2015	558,025	194,014	364,011	240.8	164.1	320.6
2020	632,591	209,457	423,134	272.9	177.2	372.7
2025	685,194	224,899	460,295	295.6	190.2	405.4

注) 国民医療費は、年齢階層別では15~64歳の категорияしかないため、正確には労働人口の負担とは一致しない。1993年は実績値、出典) 厚生省(1997)「日本の将来の人口推計(平成9年1月推計)」, 厚生省「患者調査」, 厚生省「国民医療費」。

図 2. 平成13年度医療費の財源構成



算額 11 兆円のうち患者負担は 0.9 兆円であり、残りは各保険からの老人保健拠出金が 7.1 兆円 (ただしうち公費 1.7 兆円)、公費負担が 3 兆円である。

公費は国と地方の一般税によって支出され、高齢者も一部は保険料を支払い、さらに消費税などを負担しているが、その大半は現役世代が負担している。すなわち高齢者の医療費負担は、

窓口での 9% 弱の自己負担と現役で働く場合の保険料や各種の税などであるが、それらは年金の非課税などでごく低い。また現役時代に支払った保険料と受給した医療費では、60 歳まででは平均して 400 万円の支払い超過とされているが、生涯の医療費は現在 3000 万円を超え 60 歳以上でも 1500 万円に近い現状からすると、高齢者医療費の過半は現役世代が負担し、実質的



に年金と類似の賦課方式的な制度となっている。

すなわち表1の現役世代1人あたり国民医療費は、現役世代の実際の負担と一致はしないが、それにかなり近いと考えられる。すると医療制度、とくに高齢者医療制度について“抜本的な”改革をしなければ、2025年に現役世代は現在の3倍程度の負担を余儀なくされ、それは現実的に負担の限界を大きく超え、事実上医療制度の破綻を物語るものである。

かくて国民医療費の将来推計は、2つの課題を提起している。第1に国民医療費は年率2.8%で上昇すると予測され、マクロ経済との均衡を維持できるかが問題である。すでに述べた日本の医療の効率性や品質の向上なしに、そのような速度で上昇するならば、それは現在多くの問題を抱える公共事業と同様の事態になってしまうだろう。第2は現在の高齢者医療制度は、現役世代が高齢者の医療費を負担する賦課方式的な仕組みになっており、高齢者医療費が4%の速度で上昇すれば、現役世代の負担は耐えがたく、現行制度は早晚行き詰まるということである。

## 2. 日本の医療制度の特徴

国民全てがいずれかの公的な社会保険に所属する国民皆保険が昭和36年に成立し、包括的な社会保険による日本の医療制度の体裁は整った。その後昭和58年に老人保健制度が成立し、老人医療を各保険制度が支えることになり、さらに昭和59年に退職者医療制度が新設されたが、社会保険制度の骨格に変更はない。ただし日本の社会保険制度の特徴は、保険者が各種の規制によって縛られており、本来の裁量権を生かせない、極めて無力な存在であることだろう。

日本の医療制度についての包括的かつ網羅的な解説の代表は、多数の類書のなかで、吉原・和田(1999)の大著であろうが、著者達自身が戦後ほとんどの期間の厚生行政に携わっていたためか、厚生省(当時)の立場から肯定的にその政策を評価している。ここでは老人保健法成立以後に焦点を当て、制度の特徴を経済的な視点から展望する。

### 2.1 日本の医療制度

図2は日本の医療保険制度の概要をも示している。日本の医療制度は昭和36年の国民皆保険によって全国民が公的な社会保険でカバーされることになった。社会保険は被雇用者やその家族の被用者保険と、自営業者および無職の人々やその家族の国民健康保険から構成される。70歳以上の高齢者および65歳以上の寝たきり老人は、どちらかの保険に形式的に加入するが、その給付は老人保健制度でカバーされている。なお被用者保険の本人とその家族は、退職後老人保健制度に加入するまでの期間、退職者医療制度に加入する。

すなわち全国民はこれら3種類のどれかに加入し、高齢者は被用者保険か国民健康保険のどちらかに形式的には加入しているが、独立した老人保健制度によって給付を受けている。老人保健制度の加入者は、かつては国民健康保険に加入し、それ自体にその半ばの公的補助を行ってきたのだが、高齢化の進行とともにもはや高齢者を支えることが財政的に不可能になった。そこで1983年に老人保健制度を制定して、独立した高齢者医療制度として、その財政は分立する各保険制度からの老人保健拠出金(老健拠出)と、国と地方の公費によって支えるものとなった。

すでに1節で概観したように、当面の経済的な見地による日本の医療問題の中心は、高齢者医療にあるとって過言でない。高齢者医療問題が深刻であるのは、少子高齢化で賦課方式的な現行制度の維持が困難になるだけでなく、自己負担率が低いために、その受療率が若年世代に比較して極端に高いからである。現在窓口の自己負担は2000年1月から引き上げられて、後述のように定率もしくは定額で1割になったが、被用者保険本人の2割や家族3割、国民健康保険の本人3割や家族5割と比較すれば、はるかに低い。

高齢者の罹患する疾病の一つの特徴は、生活習慣病といわれる慢性疾患が多く、急性疾患と比較して価格弾力性の大きなことを意味する。筆者らの慢性高血圧症患者の研究でも、平成9

年9月の老人保健制度のごく軽微な医療費の改定は、外来の受診行動に大きく影響したことが確認されている<sup>5)</sup>。高齢者の外来受療率の高さや入院期間の長さは、このような自己負担率の低さによって、そのかなりが説明される。高齢者の受療率は若年者と比較して外来で2.6倍、入院で6倍に達し、その結果高齢者の医療費は若年者の約5倍に達し、他の先進国の3倍前後と比較してはるかに高い<sup>6)</sup>。

このように高齢者の自己負担率が低いのは、昭和48年に老人医療費無料化政策(老人医療費支給制度)が導入され、原則的に高齢者の医療費が無料になったために、受療率が極端に高くなったからである。実際それまで国民健康保険でカバーされ、自己負担率がほとんど3割もしくは5割であったものが無料になったので、英国のNHSのようなゲート・キーパーを欠く日本では、医療機関へのフリー・アクセスの下で、受療率は一挙に2倍以上に達した。第1次オイル・ショックに見舞われたものの、当時経済成長率はまだ高く、高齢比率は6%前後であり、団塊の世代が大量に雇用される時代で、このような経済原則を無視した政策も実行可能であった<sup>7)</sup>。

しかし高齢者の受療率が爆発的に増加して、重複受診(かけもち受診)などによって医療機関が老人達のサロン化し、老人医療費の増加による負担が大きくなると、無料化政策を改める必要が認識された。現在からすればごく当然の措置だったが、当時は福祉の後退であるとの批判的な主張の多いなかで、種々の曲折の後昭和53年に現行の市町村を主体とする老人保健制度が導入され、前述のように分立する各種の保険制度によって、年齢調整を伴いながら、高齢者医療費を老健抛出と公費によって支えることになった。

なおこの制度には40歳以上の人々を対象とする老人保健事業として、毎年健康診断などを市町村が行うことになっている。またこのようにしても被用者が退職後この制度でカバーされるまでは、国民健康保険に加入するために、国民健康保険の財政負担は依然として重く、その

改善が必要だった。そこで昭和59年に現行の退職者医療制度を制定して、おもに60代の本人およびその家族を切り離して独立させることで、国民健康保険の財政負担を軽減させた。しかしながら国民健康保険は、現在でも公費によってその半ばが負担されているが、無職の人々が多いなど他の被用者保険と比較して相対的に所得は低く、また平均すれば疾病リスクも高く、老人保健制度とともに問題は山積している<sup>8)</sup>。

## 2.2 日本の医療制度の国際的特徴

先進各国の医療制度は、米国の消費者主権による民間保険中心の市場的な医療制度、英国やイタリーなどのNHS(National Health Service)と呼ばれる国営医療制度、およびドイツやフランスあるいは北欧各国の強制加入による社会保険制度に大別される。日本の医療制度は、いうまでもなく社会保険制度を採用しているが、それはドイツ流の社会保険制度と比較すると、きわめて政府介入の強いものである。

ドイツ流の社会保険制度では、一定の高所得層を除いて強制加入による被保険者となる被雇用者と雇用者が、疾病金庫と呼ばれる保険者と契約して保険料を支払う。保険者が民間の保険会社である米国とは異なり、ドイツでは非営利であるが、被保険者は保険者を自由に選択可能で、保険者間でも競争が存在する。したがって保険者はより多くの被保険者を獲得するために、健康指導をはじめ医療機関についての情報提供、医療機関との交渉など、いわゆる保険者の機能を積極的に発揮することで、その提供するメニューによって被保険者を獲得する競争を行わなければならない。

医療サービスの市場では、医師などの医療関係者と患者の間に情報の非対称性が避けられず、医療機関と患者の関係は通常取引関係と比較すれば、患者は相対的に弱い立場に置かれている。その結果出来高払いの診療報酬制度などの下では、医師誘発需要のような経済厚生を損なう過剰検査や過剰投薬などの事態が、しばしば発生すると指摘される。そこで患者である被保険者に保険者が十分な情報を与えて、情報の非

対称性を補正し、患者を束ねて医療機関と対峙して価格交渉など拮抗力をもつことが重要となる。

ところで日本の社会保険では、被用者保険の場合、大企業単位の組合健保では企業ごとに保険者が存在し、中小企業では一括して単一の政府管掌保険に加入し、さらに国民健康保険では市町村が保険者である。保険者の総数は5000近く存在し、ドイツの疾病金庫の約500に比較すればはるかに多数である。日本の保険者で最も重要な問題は、保険者が上記の役割を演ずるには人的資源などで力量不足も否めないこともあるが、それ以上に演ずることを許さない、後述の多種多様な規制が存在することである。そしてしばしば保険者を“支払い側”と表現されることで象徴されるように、保険者の役割は単に保険料を集めて診療報酬を支払うことに止められ、保険者機能はきわめて不十分である。つまり社会保険制度を採用したのに保険者機能を欠いており、まさしく“仏作って魂入れず”である。

このような医療の需要側である保険者に対する厳しい規制は、それだけ厚生労働省の中央集権的な権限の大きいことを意味する。ただしドイツでは日本の図2に見られる巨額な公費の投入はないことにも留意すべきだろう。加えて医療の供給側である医師や医療機関が、医療市場では強い立場にあることも、日本の医療市場の特徴である。なお本来保険者は、被保険者に対して病気になったときに、医療サービスの提供を約束するのであるから、その意味では医療の供給側と解釈することも可能であるが、保険者機能を欠く日本では、専ら需要側と位置づけても問題はない。

### 3. 医療における公的規制

日本の医療の特徴は、社会保険制度でありながら弱い保険者、過剰な規制を行う政府および強い政治的影響力をもつ供給側の利益団体、これらプレーヤー3者の存在によって特徴づけられよう。本節ではこの点をさらに解説するために、政府の過剰とも思える規制について、需要

側の保険者や医療供給者にもふれながら、やや詳細に説明する。

#### 3.1 需要面における規制

保険者が本来行うべき、医療機関についての情報収集による被保険者への提供と誘導、さらには直接医療機関を選別し交渉して診療報酬を決定すること、加えて医療機関が診療報酬を請求するレセプトの第一次的チェック、そして診療報酬の医療機関への直接的な支払いなど、現行の日本の保険者は、これらの保険者が本来果たすべき役割を、ほとんど規制されそのために無力化されている。

まず医療機関についての情報収集であるが、医療機関の側からの情報開示が規制されているために、保険者が自ら情報収集する以外に被保険者に情報提供は出来ない。さらにここでの基本的な問題は、医療機関の側でも情報化が遅れており、現状では基本的な情報の開示を行うべき、情報の収集、処理さらに蓄積と解析をしていないのである。まず診療の基本的な情報であるカルテの記載の仕方が、極端に言えば医師ごとに異なり、さらに例外はあるものの電子媒体化されていない。例えば当該医療機関におけるステージごとの胃がんの術後生存率が、いかなる数値であるかという、患者にとって最も基本的な情報は、開示しようにもほとんどすべての日本の医療機関では、データを保有していないのである。

現状での保険者は、たかだかレセプトなど自ら保有するデータを解析して、保険者の側からの医療機関ごとの不正請求の件数や、特定疾病ごとの1件あたり医療費などの情報を患者に提供する程度に止まらざるを得ない。しかしこの程度の作業すらもこれまでに保険者が試みたケースはほとんど聞かれない。一つの理由は、規制によってレセプトの第1次審査権が支払い基金にあって、保険者は第2次審査権しか与えられず、主体的な取り組みに欠けている。もう一つの理由は、保険者からの直接のヒアリングでは、医療費の高い医療機関の公表をためらうのは、日本医師会の影響力を懸念するからである

という。

次に医療機関と保険者が直接交渉して診療報酬を決定することであるが、これは規制というよりも保険局長の通達による行政指導で停止された。戦前から日本の大企業では、米国と同様に fringe benefit として企業内の医療保険制度をもち、そこでは保険者が医療機関と直接交渉して診療報酬を決定することが可能だった。国民皆保険成立後もこのような交渉権はそのまま既得権として存続した。そこで戦後間もなくある企業が、特定の医療機関を選別して被保険者を誘導し、同時に診療報酬を割り引く交渉を行った。その際に厚生省(当時)は上記のような行政指導によってそれを阻止したのである<sup>9)</sup>。しかし行政手続法の整備された今日では、このような行政指導はもはや法的に有効性をもちえず、最近の正式な見解では、現行診療報酬を上限価格として、保険者と医療機関が直接交渉することは可能であるとしている。

日本の医療制度では、暗黙の前提として、全ての医療機関および全ての医師の提供する医療の質は同一であるという、フィクションに基づいている。しかし現実にそのようなことはあり得ない。経験豊富なベテラン医師の揃う大病院と研修を終えたばかりの若い医師の多い小病院で、どちらも診療報酬が同一なことは、両者の提供する医療サービスの質は同一なことを想定しているが、フィクションに過ぎないのは自明だろう。保険者の本来果たすべき役割としては、それを打破し医療機関ごとの医療サービスの品質を評価して、被保険者に伝えることである。

需要側の規制として最後に付言すべきは、窓口の一部負担だろう。例えば2001年現在では、組合健保の本人の自己負担は2割で、国保の本人は3割であり、老人保健制度の対象者は定率もしくは定額で1割と全国一律に厚生労働省が定めている。とくに老人保健制度では、老人医療費の無料化政策以来、窓口での一部負担はその時々的重要な政治的課題だった。自己負担の割合は、とくに老人の場合には受療の機会費用が低いから、上記のように一部負担によって受療率は大幅に変動する。したがって対象となる

高齢者だけでなく、その医療費を負担する一般国民、さらに医療従事者の大きな関心事である。医療機関にとって、高齢者の受療率に大きく影響する一部負担は、その経営に決定的に影響する。かくて高齢者の一部負担に対する規制は、日本の医療に重要な政策的意義をもつことになる。

例えば2001年1月からの老人保健法の改定は、3年越しの論議の末に、外来医療費の1割負担が実現した。厚生省(当時)をはじめ老人医療費の抑制を必要と考える論者は、患者にコスト意識を植え付けるべく定率1割を主張したが、日本医師会はそれに強く反対した。例によって総選挙の終了後まで実施時期が延期されるなど種々の曲折の末、200床未満の中小病院では、定額と定率のどちらかを選択可能とし、200床以上では定率1割で決着した。このケースでも日本医師会の支持基盤がどのような医療機関であり、組織の利害がいかなるものかを物語っている。

厚生労働省は医療市場をほとんど計画経済的に規制し、かつての日本のコメ市場に対する市場介入と比肩できる。ウルグァイ・ラウンドの際に示された国際的な圧力と、生産者も政府も、日本農業の再生には従来の食糧管理制度から自由化への移行が不可欠と、認識せざるを得なくなり、コメ市場は不完全ながらも自由化に移行した。しかし外圧は医療市場では存在せず、社会保険庁や支払い基金に多数の職員を抱える厚生労働省は、依然として保険者機能の働かない現行の過剰規制による社会保険制度を維持しようとしている。

### 3.2 供給面の規制

医療の供給側では、病床数20以上の病院がおよそ1万存在し、20床未満の診療所と合わせて100万を超える病床数が存在する。そのうち7割は私的医療機関に属し、残りは公的な医療機関に属するから、公私の医療機関の並存が供給側の一つの特徴である。

医療サービス市場における規制は、供給面では社会的規制としてのライセンス規制や各種の

安全規制に加えて、やはり多数の経済的規制が存在している。まず医療法では医療機関の利潤の外部への配当を禁止し、株式会社の参入を禁止している。しかし市場経済のなかで、民間の医療機関だけが非営利で運営されることは不可能で、実質的にその経営は民間企業とほとんど変わらない。

医療機関の宣伝・広告規制は、医師の診療科目、他の医療機関への紹介の有無など、ごく限られた項目だけを宣伝・広告することが許され、それ以外の医師の経歴や医療機関の実質的な診療実績などはすべて禁止されている。患者にとって医療機関の選択の参考になる情報はほとんど禁止されている。これは要するに上記の全ての医療機関が同一の診療報酬で、同一の質の医療サービスを提供するというフィクションを維持するためである。医療機関の内容を評価する中立的な機関の日本医療評価機構ですら、そこで評価された結果を医療機関が宣伝・広告することを、禁止されているのは驚くべきことである。

次に病床規制という独特の規制が存在する。これは全国を200余りの2次医療圏に分割し、それぞれに必要な病床数を決定し、すでに過剰である医療圏では新規の医療機関の参入を認めず、あえて参入した場合には社会保険診療を認めないのである。地域別に人口あたりの病床数が多いと、人口あたりの入院医療費が高くなることは、よく知られている事実である<sup>10)</sup>。そこで厚生省(当時)では医療費を抑制するために、病床数を抑制する病床規制が登場したのである。しかしこの規制によって、すでに規定に達した医療圏の既存の医療機関にとっては、新たな参入の脅威がなくなるから、競争から隔離されることになる。

この病床規制は、あたかもかつての大型店舗規制法(大店法)に類似した機能を果たしている。つまり大店法は新規の参入を長期化させることによって、既存のすでに参入を済ませた大店を利したのである。病床規制によって既存の医療機関は競争から遮蔽され、存在するかもしれない非効率性を温存させてしまう。すなわち病床

規制の経済的な帰結は、確かに医療費の抑制に効果は期待されるものの、長期的には非効率な医療機関を存続させることになる。さらにこの恣意的な規制は、当初診療科目ごとの配慮を欠いたために多くの混乱を招き、さらに副産物として医療機関の新規参入の駆け込みラッシュを招いた。

民間の中小病院の院長や診療所の開業医を中心とする医師達は、主として彼らの医療機関の利益を確保し追求するために、日本医師会を組織している。日本医師会はこのような過剰規制の存在を格好のrent seekingの場として利用し、戦後日本の医療政策のほとんどに強力な政治的影響力を与えてきた。日本医師会はよく整備された利益団体で、傘下に日本医学会を置いて自らを学術団体と称し、実際に会員への医学的な情報提供を行い、また医療過誤に対する保険を提供するなど会員の福利にも努め、かつ勤務医の会費を安くして彼らの加入を促進し、組織を強化している。

### 3.3 価格および品質規制

医療における価格規制としては、診療報酬と薬価基準が指摘される。日本の診療報酬は、老人医療などで一部月ごとの定額制も存在するが、原則的には出来高払い(fee for service)であり、医療行為ごとに診療報酬が定められている。薬価についても1万点を超える薬剤のそれぞれに、類似薬効比較方式と原価計算方式で薬価が決定されている<sup>11)</sup>。このように厚生労働省は、保険者に対する厳しい規制だけでなく、医療の需要面、供給面さらには価格などあらゆる面で厳しい規制を行い、まさしく社会主義的な資源配分を行っている。

診療報酬と薬価基準のいずれも、医療供給を行う医師会、歯科医師会および薬剤師会からなる“診療側”と保険者、被保険者加えて使用者からなる“支払い側”の委員および中立的な公益委員によって構成され、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会、つまり中医協において2年に一度改定される。この数年、全体としての医療費を抑制しながらも、診療報

表 2. 精神分裂病の北海道における医療機関別分析

男性 北海道						
医療機関名	経営主体	年間レセプト 枚数	患者平均 年齢	月平均在院 日数	月平均医療 費 (円)	1日あたり単 価 (円)
SHM1	民間病院	2,239	62.30	25.77	363,813	14,118
SHM2	民間病院	1,976	59.00	29.00	209,391	7,220
SHM3	民間病院	1,658	59.29	29.68	274,514	9,249
SHM4	民間病院	1,602	67.10	28.77	321,175	11,164
SHM5	民間病院	1,282	56.20	28.68	271,133	9,454
SHM6	民間病院	1,214	62.60	30.07	261,761	8,705
SHM7	民間病院	967	56.40	29.44	237,075	8,053
SHM8	民間病院	846	53.80	29.81	310,294	10,409
SHM9	国公立病院	818	56.40	29.01	224,318	7,732
SHM10	民間病院	776	51.30	28.86	270,175	9,362
平均			58.44	28.91	274,365	9,547

酬は引き上げるので、それだけ薬価基準を引き下げる連動的な傾向になっている。個別の診療行為のそれぞれについて、また薬価のそれぞれについては、度重なる一貫性のない改定によって、相互間の整合性はほとんど存在しない。

国民医療費の対国民所得あるいは医療支出額の対 GDP で、先進各国と比較して相対的に低い理由として、厚生省(当時)が診療報酬や薬価基準を公定価格として低い水準に押さえ込んだからという説明が、一部でなされている<sup>12)</sup>。しかし例えば入院医療の場合に、他の先進国と比較して確かに日額では低いが、医師誘発需要のためか、入院日数でははるかに長いから、診療報酬の低さが医療費の抑制に効果的であるか否かは、さらに考慮が必要である。同様のことは薬価についても成立して、仮に薬価基準が低いとしても、薬剤使用量はやはりはるかに多く、医療費総額に占める比率は他の先進国より高くなっている。

なお上記のような中医協での診療報酬と薬価基準の決定の仕組みを、全体としての医療費の伸びを先ず決め、次に診療報酬と薬価基準を決定すると考えれば、いわゆる総枠予算制の一種と解釈することもできるだろう。ただしそのとき製薬メーカーは、薬価基準で低下した分だけ新薬へのシフトによって埋め合わせたので、そのような政策効果は実現しなかったのが実態である。

このような市場の実勢を無視した公定価格に

よる資源配分は、日本の医療に大きな問題を残した。すなわち市場的な配分と比較したときの歪みや、それに伴う品質への悪影響である。診療報酬については、当初からそれは日本医師会の主たる構成基盤である診療所や中小病院を対象とするもので、それが特定機能病院や大病院に必ずしも十分に配分されていない憾みがあり、入院基本料の導入など若干の改善は試みられたものの、その配分に相当の歪みの存在していることを、まず指摘すべきだろう。そのような医療機関で医療ミスが続発していることは、医療資源の配分に関わる根深いものと理解すべきだろう。

診療報酬が出来高払いであることも、提供する医療の質に影響を与えている。周知の事実であるが、日本の医療費には地域間のバラツキが大きく、加えて筆者らの代表的な疾病についての医療費の研究(2001)によれば<sup>13)</sup>、個別の医療機関ごとの医療費にもそれに劣らないバラツキが存在する。表2は北海道の平成9年における、男子精神分裂病患者の医療機関別(匿名で表記)入院医療費を示すものである。よく知られるようにこの病気の治療法は向精神薬の投与で定型化され、かつ日本では社会的入院もあり入院期間が長い。表2から治療法は医学的に定型化されているのに、国保のレセプトで観察される医療費から知りえる限り、医療の定型化・標準化からほど遠い実態である。その一つの理由としては、診療報酬が出来高払いで、過剰な検査を



するほど診療報酬は高くなるのが、指摘されよう。

薬価基準でも同じような問題を抱えている。保険適用を受ける1万点を超える医薬品について、新薬の場合には類似薬効比較方式などで薬価が決定されているが、価格相互の間には著しく整合性を欠いている。人為的な薬価基準の下では、市場的な薬価と比較して、やはり歪みを免れがたい。まず薬価差益の問題である。薬価差益とは、薬価基準と医療機関が医薬品の卸から購入する実勢価格の差であり、現在では数%に縮小したものの、かつては10%を超えて金額で1兆円を上回るとさえいわれた。医療機関によっては、卸に対して薬価差益の大きな医薬品から納入させるという、極端な事態すら指摘されている。薬価差益の存在こそが、先進国のなかで医療費に占める医薬品のシェアで、上述のように日本を一番高くさせた原因である。

さらに薬価基準は、日本の製薬産業に大きな影響を与えてきた。類似薬効比較方式の下では、既存の医薬品に比較して溶解度や服用回数などで、ややマイナーな改善があれば“ゾロ新”として相対的に高い評価が与えられる。他方で、“ピカ新”と呼ばれる画期的新薬に評価されることは稀なために、製薬産業はリスクが低くかつ市場の大きな国内で安定的な売り上げの期待される前者の開発に専念し、後者の開発を見送ってきた。その結果日本の製薬産業の国際競争力は相対的に低く、ようやくいくつかの製薬企業で海外でも通用する新薬の開発に成功するようになったものの、現在時点でもなお輸出2000億円に対して輸入5000億円という、製造業では例外的に大幅の入超となっている。

薬価基準に替わる新しい薬価制度として、厚生省(当時)は平成9年に参照価格制度の導入を提案した。ドイツで導入されたこの制度では、同一の薬理・薬効で特許期間中の新薬も後発薬も同一のグルーピングし、加重平均で参照価格を設定し、この価格を超える部分については保険適用せず、自費負担するものである。新薬の価値を認めないこの制度では、新薬開発意欲を著しく削ぐことになり、製薬産業を戦略的に重

視したドイツは間もなく新薬をグルーピングから除外した<sup>14)</sup>。

さらにこの制度の利点とされる財政削減効果も経済学的には疑問視される。制度導入直後には、参照価格を超える新薬の需要は後発薬にシフトし、短期的には医薬品支出額は抑制されるかもしれない。しかし長期的には、新薬の価格は参照価格まで低下し、それだけ後発薬の需要をシフトさせ導入以前よりも低下させる。こうして新薬も後発薬も参照価格の水準で需要曲線が屈折し、どちらもそこに収束することになり、結局財政削減効果は無くなってしまふ。これが参照価格の一度限りの効果(overnight effect)として知られているものであるが、厚生省(当時)はあえてその導入に強く固執した。結果は薬価差益の解消を恐れる医師会の強い反対によって、その政治的影響力のために制度導入は見送られた。この事例もまた、政策当事者の立案の力量および日本医師会の政治的影響力を知る上で、格好のケースである。

品質や安全についての規制には、種々のライセンス規制をはじめ、各種の医療機関の機能に対する規制、さらに医薬品としての品質および安全規制などが存在し、それらは一般には上記の経済的規制と区別して社会的規制といわれる。しかしこれらの社会的規制も、救急隊員の救命行為や准看護婦制度の廃止問題などは、まさしく経済的な利害の対立を含み、それ故に問題化したのであり、単なる社会的規制と片付けられない。すなわち前者では医師以外の救急隊員が医療行為を行うことに、また後者では安価な看護労働力の消滅に対して、日本医師会が経済的な既得権の侵害として敏感に反応したことは記憶に新しい。

#### 4. 医療政策改革の方向

すでに見てきたように日本の医療サービスの特徴は、社会保険制度を採用しながら相対的に弱い保険者、“医師会本位制”とも表現される供給側の強力な利益団体、そして厚生省による過剰な規制によって象徴される。このようにして先進国の中では、現在のところ医療に投入する



資源は比較的低い水準で済んでいるが、それも高齢化の進展で急速に上昇するだろうし、さらに少子化によって賦課方式的な高齢者医療費の負担が高まり、制度そのものの存続が危ぶまれている。

他方ではこのような制度の下でのサービスの質が問題である。出来高払い制の下での診療報酬や薬価基準が、医療資源の配分上で過剰な投薬や検査などの歪みをもたらし、さらに医療機関ごとの医療費の大きなバラツキに示されるように、定型化や標準化も著しく遅れており、何よりも競争抑制的な規制の下では、医療の質を改善する誘因は乏しい。以下ではこのような多くの課題を抱える日本の医療政策の方向を考察する。

#### 4.1 保険者機能の活用

社会保険庁や支払い基金を抱える厚生労働省は、今後も社会保険制度を維持する意向であり、高齢者保健制度を別にすれば、その点で関係者間に議論の不一致はほとんどない。しかし社会保険制度の内容については、改善すべき点が多々存在する。それは保険者機能の強化である。保険者の機能を束縛する現行の規制の多くを緩和すべきで、例えば保険者による医療機関との直接的な交渉、レセプトの点検、医療費の支払いなどである。

さらに医療機関についての治療実績や医療費をも含めた情報を収集して、被保険者に提供し、患者の医療機関の選択を誘導する。このような保険者の機能を活用することで、保険者に拮抗力を持たせ、現在の医師会本位制ともいえるべき供給者優位な医療体制を改善することが出来る。そのような競争誘因的な方策は、医療費の効率的な使用と医療の質の向上にともに資するだろう。

#### 4.2 規制緩和

医療サービスの市場では、患者と医師の間に情報の非対称性が存在し、そのために市場の失敗は不可避的といわれる。基本的には市場的に医療の資源配分をしている米国でも、診療報酬

としては疾病症候群別の予見定額払い(DRGs/PPS; diagnosis related groups/prospectived payment system)を原則的に採用している。これは疾病を約500に分類して、標準的な治療を行うときの医療費を予め設定するものである。この制度の日本への導入は、医療資源を節約させる誘因をもつだけでなく、日本の医療問題の一つである医師の裁量権を重視する余り生じた、著しい標準化や定型化の遅れを是正し、質の改善を期待させる。

このような診療報酬など最小限の規制は必要としても、現在の日本の過剰な規制はライセンス規制などの社会的規制を除いて、ほとんど撤廃すべきである。例えば薬価基準なども将来的には市場価格にすべきだろう。現在あらゆる領域で進行している世界市場の形成は、医薬品についても例外ではない。ある国が他の国々から孤立して異なる価格を維持することは益々困難になる。薬価基準という公定価格を、世界市場で成立している価格と分離することは、資源配分上の歪みを招くことになる。現在の薬価基準から即座に市場価格での償還制度に移行できないならば、経過的には例えばプライス・キャップ制を導入してソフト・ランディングを図るべきだろう。

医療機関の宣伝・広告規制をはじめとして、利潤規制や私企業の参入規制、さらに2次医療圏ごとの病床規制など医療機関に対する規制は、いずれも競争抑制的な規制であり、医療の効率化や質の向上にむしろ逆行するものである。とくに質の向上を図るには何よりも医療機関相互の競争の促進が望まれよう。その意味でこのような規制は出来るだけ早く緩和すべきである。

#### 4.3 情報技術の活用

日本の医療市場でとくに顕著な欠陥は、医療情報がほとんど活用されてないことである。本来最も情報化の必要な医療の世界で、最も遅れていることはきわめて逆説的である。まず医療情報の基本であるカルテが標準化されてなく、しかも一部を除いて電子カルテのように電子媒体になっていない。そこで最も重要な治療情報

が適切に処理され、かつ蓄積され解析されることがないので、医療の改善に生かされていないのである。

以前から多数の国民に要望されていた保険証の個人別のカード化が、最近ようやく認められることになり、そこに現在の技術ならば、過去のカルテや検査の記録などを掲載することが可能である。しかし情報技術を生かす絶好の機会であるのに、厚生労働省の見解では従来どおり、被保険者の生年月日や性別などに限定するということである。おそらくカルテの掲載は、格好の医師相互のピア・レビュー(同僚審査)になり、医療水準の向上に資することは必至であることから、それ故に医師会の反発を恐れているのだろう。

さらに上記の保険者がその機能を果たすためにも、情報技術の活用は不可欠である。膨大なレセプトの処理や、医療機関への支払いを個別の保険者が行うことは技術的に不可能であると、現在でも厚生労働省は主張している。現在の情報技術の進展下で、そのような主張の説得力はどれだけあるだろうか。

#### 4.4 高齢者医療制度

21世紀の少なくとも前半における日本が抱える最大の医療問題は、高齢者医療である。それは単に介護との関わりを考慮しながらの、費用負担についての経済的な問題だけではなく、医学的には壮年期の医療と異なる老人医療の確立が求められる側面や、さらに終末期の医療あるいは尊厳死などの倫理的あるいは法的な側面をもつものである。

高齢者医療制度をめぐることは、それを独立した制度とするか、それとも組合健保や国保などのなかに包摂するのかという論議がある。これらは独立型と突き抜け型と呼ばれるが、国際的には米国で65歳以上のメジケアは独立型であり、ドイツでは突き抜け型である。

83年の現行老人保健制度では、既述のように独立型として、現役世代の各保険制度で支えるものだった。健康保険組合連合会(健保連)などが主張している突き抜け型では、被用者保険と

国保でそれぞれのOB&OGである高齢者を、それぞれの保険でカバーするものである。しかし明らかに現在の国保の財政を考えれば、そのような主張は非現実的である。

さらに高齢者を含めて全ての保険を地域保険に一本化する提案も、自治体関係者などから出されているが、所得捕捉に大きな差異のある現状で、雇用者が納得するのかが疑問である<sup>15)</sup>。そこで結局独立した現行の老人保健制度に類似するものが消去法で残る。新たな老人保健制度は、まず介護保険と整合させる必要があり、地域保険で適用開始年齢は65歳が望ましい。財源としては、保険料、一部負担および公費であるが、老健拠出については、現行制度のように受益と負担が著しく不均衡になることは好ましくない。保険料も一部負担も一律にせず、例えば75歳で区切ることも一考に値しよう。いずれにしても老人医療費無料化政策以来の、経済原則を無視する自己負担の低さは是正せざるを得ない。

重要なことは、ここでも地域保険として保険者機能を発揮させることであり、地域としては2次医療圏程度とする。都道府県では広範囲すぎ、市町村とくに町村では、今後予想される医療と介護の急増するサービスに対応することは困難だろう。おそらく市町村の合併がこのような医療と介護の側面からも促進されよう。保険者機能を果たす主体としては、営利もしくは非営利の専門的な組織を育成し、そこに委託することが適切だろう。介護保険と高齢者医療制度を結合させ、保険者を共通させて、その機能を強化させることで、懸念される医療による介護の取り込みを阻止すべきだろう。

最後に医療の側も慢性疾患や痴呆の多い老人医療と、若年者の急性期の多い医療とを明確に区別することが必要であり、現在ややもすれば両者の区別は不明確で、やはり資源配分にロスを発生させている。終末期の医療ではさらに倫理的かつ法的な問題が存在する。平成9年度に京都府の人口16000のある町では、70歳以上の高齢者が2200名おり、総額で15億円の医療費を使用していた。そのうち年間200万円以上か

かった高齢者が100名ほどだったという。問題はこの100名のうち、平成10年7月までに死亡した者が半数を超える事態である。それ以降の統計のないのが残念であるが、患者の自己決定権を重視しながら、ホスピスなどを拡充することで、本人の望まない単なる延命医療を拒否できる仕組みを作成するために、国民的な議論による合意形成が急務である。

### 結 語

小論では、個別の問題について詳細に論ずることはせず、専ら経済的な側面を国民皆保険成立後に限定して考察してきた。さらに今後予想される国民医療費の上昇と、それが現在の賦課方式的な医療制度の下で、どのような世代間の受益と負担が存在し、そのような将来の困難を克服すべき政策提言を試みた。

日本の医療政策の特徴は、余りにも過剰な規制による計画の論理によって、資源配分がなされていることだろう。そのような規制の存在は、利益団体に格好の rent seeking の場を提供し、本来市場で処理すべき問題を政治過程で解決してきた。医療の効率化や質の向上に競争原理を導入する市場化は、現在の状況では不可欠であることを強調して、本稿を閉じることとする。

(一橋大学大学院経済学研究科/経済学部)

### 注

\* 小論を作成するに際して、下記の多数の方々から有益なコメントを得ている。記して深甚なる謝意を表したい。岩本伸晃(聖マリアンナ医科大学)、大塚啓二郎(政策大学院)、尾形裕也(九州大学)、金子能宏(社会保障・人口問題研究所)、黒川 清(東海大学)、高山憲之(一橋大学)、西村清彦(東京大学)、廣田 一(政策構想フォーラム)。言うまでもなく残された誤りは、すべて筆者に帰せられる。なお小論の研究は、文部省の科学研究費と、厚生労働省の厚生科学研究費によって、それぞれ部分的に財政的支援を得ている。また一橋大学経済学研究科の現代リサーチ・ネットワークから、研究施設の供与などの便宜を得ている。やはり記して謝意を表する次第である。

1) 鴫田他(1997)からの引用。国民医療費の将来推計については、いくつかの機関が試みているが、筆者らの試みは比較的控えめである。

2) 一般の技術進歩は費用節約的であるが、医療の

場合には胃潰瘍の特効薬 H2 ブロッカーのように手術を不要にしたものもあるが、臓器移植のように人命のためには費用増大的なものが一般的である。

3) 鴫田他(1997)からの引用によるが、人口の予測については平成9年の人口問題研究所の中位推計を使用している。その後の出生率の推移は、中位推計を下回っており、この傾向が続けば、ここでの現役世代の負担はさらに高まることが予想される。

4) 鴫田他(2000)の生涯医療費の推定による。

5) 鴫田他(2000)からの引用による。なお1997年9月における老人保健制度の外来医療費の改定では、従来の月に一度1020円払えば、何度受診してもその後無料だったものを、4回までは1回につき500円自己負担させることになった。

6) 厚生労働省(2001)による。

7) 厚生労働省では3年間隔で『患者調査』を行っており、全ての医療機関について入院および外来の患者数などを調査している。

8) 国民健康保険加入者は、組合健康保険加入者などと比較して、年齢構成が相対的に高いだけでなく、最近では自営業者よりも無職の人が多数を占め、所得捕捉に差はあっても平均所得は低い。さらに組合健保の加入者が、精神病などの病気のために企業を退職すれば国保に加入するから、国保のほうが疾病リスクも高くなると予想される。

9) 昭和32年の厚生省保険局長(当時)の都道府県の知事宛ての通達で、いわゆる行政指導である。筆者が平成12年に医療保険・福祉審議会(当時)で当局に見解を質した際には、厚生省の正式見解として、保険者と医療機関の価格交渉を否定はしていない。

10) Tokita *et al.*(2000)によれば、国保のデータによる都道府県別のクロス・セクション分析では、入院医療費を説明する主要な要因は病床数である。

11) 現在の薬価基準は、新薬の場合類似薬効比較方式と原価計算方式により、その後は2年ごとに改定されている。

12) 池上・キャンベル(1996)では、診療報酬や薬価基準を低水準に規制したことが、日本の医療費の抑制に効果的であったと指摘している。しかし価格規制を行っても、医療の場合に医師誘発需要によって、供給側では対抗して供給量を増やすことが可能であり、そのような断定は疑問である。平均在院日数の長さや薬剤使用の多さなどは、その一例である。

13) 細谷他(2001)による国保のレセプト・データによる分析では、胃がん、慢性腎不全および精神分裂病の3疾病について、医療費の地域差だけでなく、医療機関ごとのバラツキがきわめて大きいことが明らかである。

14) 参照価格制度の詳細および日本への導入の政策的経緯、およびその経済的な意義については、鴫田(1999)を参考せよ。

15) 医療保険の一元化論は、尾形(2000)や岩本(1996)によってやや異なった形態で、展開されている。尾形では高齢者を含んだ地域保険で組合健保も国保も一元化し、岩本ではすべての被保険者を全国で一元化するというものである。

## 参考文献

- 細谷圭, 林行成, 今野広紀, 鵜田忠彦「マイクロデータに基づく特定疾病に関する分析」(2001) Discussion Paper No.14, Project on Intergenerational Equity, Institute of Economic Research, Hitotsubashi University.
- 池上直己・キャンベル(1996)『日本の医療』中公新書.
- 岩本康志(1996)「試論・医療保険制度一元化」『日本経済研究』No. 33, pp. 155-179.
- 厚生労働省(2001)『医療制度改革の課題と視点』高齢者医療制度改革推進本部事務局編.
- 尾形裕也(2000)『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画.
- 鵜田忠彦, 知野哲朗, 木滝秀彰, 山本泉, 宮城充良(1997)『国民医療費の現状と将来』経済企画庁.
- 鵜田忠彦(1999)「薬剤定価・給付基準額制についての考察」『社会保障年鑑1999年版』健康保険組合連合会, pp. 55-63.
- 鵜田忠彦, 山田武, 泉田信行, 山本克也, 今野広紀(2000)「縦覧点検データによる医療需給の決定要因の分析」『経済研究』Vol. 51, No. 4, pp. 289-300.
- 鵜田忠彦(2001)「日本の医療改革の方向」『医療と社会』Vol. 14, No. 4, pp. 1-12.
- 吉原健二・和田勝(1999)『日本医療保険制度史』東洋経済新報社.
- Tokita, T. T. Chino and H. Kitaki (2000) "Health-care Expenditure And The Major Determinants In Japan," *Hitotsubashi Journal of Economics*, Vol. 41, No. 1, pp. 1-16.