

CIRJE-J197

Health Economics への招待： 二木立・田中滋・池上直己
・西村周三・遠藤久夫編『講座医療経済・政策学』
の書評を中心に

東京大学大学院経済学研究科
三輪芳朗

2008 年 7 月

CIRJE ディスカッションペーパーの多くは
以下のサイトから無料で入手可能です。
http://www.e.u-tokyo.ac.jp/cirje/research/03research02dp_j.html

このディスカッション・ペーパーは、内部での討論に資するための未定稿の段階にある論文草稿である。著者の承諾なしに引用・複写することは差し控えられるたい。

Health Economics への招待： 二木立・田中滋・池上直己・
西村周三・遠藤久夫編『講座 医療経済・政策学』の書評を中心に¹

July 2008

三輪芳朗（東京大学大学院経済学研究科教授）

Email: miwa@e.u-tokyo.ac.jp

An Invitation to Health Economics: A Review Essay

Ryu Niki, Shigeru Tanaka, Naoki Ikegami, Shuzo Nishimura, and Hisao Endo eds. *Koza Iryokeizai-Seisakugaku (Lecture Series on Health Economy and Health Policy Research)* Tokyo: Keiso-shobo, 2005-2007

abstract

This is an invitation to the field of health economics, for those who have followed the literature in Japan, for those interested in health-care policy issues, and especially for professionals in the medical field. I particularly welcome readers who wonder why the Japanese government has been so reluctant to adopt incentive reforms which apparently would cut costs without dramatically cutting service quality.

The Japanese expression “*iryō-keizai-gaku*” literally means “health economics” or “the economics of medical care”. As practiced, however, *iryō-keizai-gaku* has almost no relationship to the rapidly growing applied microeconomic field of health economics. Instead, the Japanese fields of *iryō-keizai-gaku* and *iryōseisaku kenkyū* (literally, health policy research) have a long and independent history. In the current debate over health spending and the putative health-care “crisis,” scholars in this tradition have obtained a wide public support. Yet they -- as well as the bureaucrats and public commentators working in the tradition -- are strongly hostile to standard microeconomics. Naturally, they are hostile to the field of health economics as well. Unfortunately, this hostility toward basic economic principles among the writers in the field will impoverish public debate and lead to bad policy.

The leaders in this field have now published a six-volume series on *Iryō-keizai-gaku*, which captures the substance of their achievement. In this review essay, I first (Sections II~V) critically review this lecture series, and explain its independence from standard health economics. Partly because of its independence, the lecture series pays little attention to several of the most basic aspects of health care. Section VI discusses four such issues. I conclude (Sections VII and VIII) with an invitation to health economics, and add several basic instructions to potential readers and potential entrants to this field. I suggest that they proceed directly to health economics proper, and not waste time and energy in studying *iryō-keizai-gaku*.

[目次]	
[I]. はじめに	・・・4
[II]. 「医療経済学」の基礎理論	・・・10
[II-1]. 『講座 医療経済・政策学』を検討・評価対象の中心に置く理由	・・・10
[II-2]. 『講座』の「刊行の言葉」	・・・12
[II-3]. 第1巻『医療経済学の基礎理論と論点』の構成と「はしがき」	・・・14
[II-4]. 「医療経済学を成り立たせる基礎理論」？：新古典派経済学と（新）制度派経済学	・・・16
[II-5]. 「医療経済学の潮流」（権丈善一、2006）	・・・18
[II-6]. 医療経済学（広義のヘルスエコノミクス）の3つのカテゴリ？	・・・20
[II-7]. 遠藤久夫[2006a]と「市場の失敗」	・・・21
[II-8]. 西村周三[2006a]の位置づけ	・・・25
[III]. Intermission：「医療経済学」と「医療政策研究」	・・・28
[III-1]. 『講座』全体を基礎づける基礎理論・分析手法に関する合意が成立していない	・・・28
[III-2]. 理論・分析手法の決定的重要性	・・・30
[III-3]. 「医療経済学会」学会誌創刊号の「ご挨拶」と「巻頭言」	・・・32
[IV]. 「医師と患者の間に成立する特殊な関係」と日本の「医療提供体制」	・・・37
[IV-1]. 池上直己[2005]による「医師と患者の間に成立する特殊な関係」	・・・37
[IV-2]. 「医療計画」を中心とする日本の医療提供体制に関する池上直己[2006a]と田中滋[2006]の見解	・・・41
[V]. 「医療と非営利性」をめぐる実証研究（empirical studies）	・・・47
[V-1]. 遠藤久夫[2006b]に関する一般的評価	・・・47
[V-2]. 読者による遠藤久夫[2006b]評価の参考となる7つの関連論点	・・・50
[VI]. 『講座』に不足・欠如する情報・分析・解説の4側面	・・・55
[VI-1]. 今回の医療制度改革に関する情報と検討の欠如	・・・57
[VI-2]. 「医療供給体制」に関わる詳細な情報の欠如	・・・59
[VI-3]. 信頼できる数量データに基づく政策論議およびその基礎となる数量データの欠如	・・・64
[VI-4]. 政策の意思決定過程に関わる情報の不足	・・・67
[VII]. Health Economics への招待	・・・73
[VII-1]. Health economics への招待のための4つの参考情報	・・・74
[VII-2]. 2つの追加的注目点	・・・75
[VII-3]. Law & Economics（「法と経済学」）分野の経験から	・・・76
[VIII]. 結語	・・・78
Reference	・・・81

[I]. はじめに

「あなたが還暦ですか。私が後期高齢者とか言われても仕方ありませんね」と大先輩の経済学者が苦笑した。後期高齢者医療制度の導入を含む高齢者医療制度改革がスタートする直前の2008年3月中旬のことである。この時点では、「そんな呼び方があるのか」程度の認識であった。年来の「年金騒動」に加えてこの制度を巡る大騒動が間もなく現実化すると予想もしなかった。

経済政策・産業組織に関わるテーマの一環として年来抱き続けてきた研究上の関心、および自らの年齢等の要因からくる実利的・実質的関心の増大の双方に基づき、数ヶ月前から医療制度・医療「問題」・医療サービス（産業）など医療に関わる諸現象およびその経済分析に関する情報収集・検討を本格化させていた。

この論文では、現時点（2008年3月）までに第5巻を除く5冊が刊行された『講座 医療経済・政策学』（勁草書房。編集は二木立・田中滋・池上直己・西村周三・遠藤久夫の5名で構成する編集委員会²による。以下、『講座』）およびこれに関連する「医療経済学」分野のいくつかの文献（以下、『講座』等）を書評・展望する。同時に、health economicsと日本の「医療経済学」研究の係に焦点を合わせつつ、この論文の読者がhealth economicsを学んで現代（とりわけ現在）日本の医療「問題」に接近するための手引きを目指す。目的と位置づけに関していささか分かりにくい表現を用いる理由については後述する。

この論文の書評・展望の中心に位置する『講座』は次の6巻構成である。以下では、たとえば第1巻は『講座1』と表記する。

第1巻、西村・田中・遠藤編『医療経済学の基礎理論と論点』（『講座1』、2006年6月）

第2巻、遠藤・池上編『医療保険・診療報酬制度』（『講座2』、2005年3月）

第3巻、田中・二木編『保健・医療提供制度』（『講座3』、2006年9月）

第4巻、池上・西村編『医療技術・医薬品』（『講座4』、2005年11月）

第5巻、二木・池上編『看護とリハビリテーション』（未刊）

第6巻、田中・二木編『医療制度改革の国際比較』（『講座6』、2007年1月）

「医療経済学」、health economicsと日本の「医療問題」

とりわけこの2、3年、多くの雑誌が「医療問題」「医療制度（改革）」「医療危機」「医療崩壊」などをタイトルとする特集を組んだ。関連して「医師不足」「タライ回し」「老人イジメ」などの活字も頻繁に目についた³。たとえば、2008年2月号の『世界』は「医療崩

² 5名の編集委員はそれぞれ、日本福祉大学教授、慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授、慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授、京都大学大学院経済学研究科教授、学習院大学経済学部教授である。

³ たとえば、以下の特集である。「病院が崩壊する」（2007年6月号）、「老後破綻社会」（2007年8月号）、「医療崩壊の行方」（2008年1月号）、「厚生労働省という犯罪」（2008年3月

壊をくい止める」と題する特集を組んだ。

「年金崩壊」などに続く「医療崩壊」などの表現は、私を含む多くの読者（とりわけ現在さらに近い将来の高齢者）にさまざまな疑問・不安・不信を抱かせ、疑心暗鬼・不安定な状態に陥れてきた（これこそがこの表現を愛用する著者・発言者および編集者の狙いかもかもしれない⁴）。雑誌の論文や記事、TVや新聞のレポート（報告・報道）などに刺激され、『講座』を代表とする「医療経済学」研究者によるものを中心に、「医療問題」に関する文献を幅広く参照した。「騒動」に先行する時期においても、TV・新聞・雑誌の報告・報道・記事の多くは「問題」の「現場」からのレポートであり、「問題」の状況・被害者の苦情や関係者の解説など「問題」・「現場」に直接関わる内容のものが圧倒的である。このため、「問題」の発生原因やその背景を含む原因・発生メカニズムにまで及ぶ幅広い視点からの検討、他の事象・側面との関連に関わる情報を求めて、研究者・専門家による研究・分析に関心が向いた。『講座』を代表とする「医療経済学」研究者による文献が中心である。しかし、疑問・不安は解消せず、むしろ増幅・深刻化した。

この論文は、多くの読者が同様の疑問・不安を共有し、私がたどった過程と作業の結果に関心があり、しかもそれらが読者に有用・有益であるとの判断に基づく。譬えて言えば、『講座』を代表とする「医療経済学」研究者による関連文献は、health economics 研究者・専門家による「医療問題」研究・分析への手懸りを求めた探索の結果たどり着いた壮麗な館であり、整備された入り口・誘導路を備えよく管理された森に囲まれていた。しかし、接近してみると、森は迷路の如き存在であり、壮麗な館の内実は予想とはなはだしく乖離していた。各方面・各分野で「問題」・論点・論争に接し関わった経験と還暦に達した年齢などもあり、「どこかにもこんなことがあった・・・」と冷静に観察しながら散策し、目的を達成して生還した。しかし、『講座』が「新古典派経済学」と呼ぶ標準的な経済学の基礎的理解に乏しい新人・若者や「医療従事者」には、この森と館が居心地のよい迷路・遊園地の如き存在であることも理解できないかもしれない。「迷路なら仕掛けを楽しんだうえで安全に脱出してみせる」と豪語する自信家にも、生還の確率が100%ではないことと楽しめる工夫・仕掛けに乏しい迷路であることを理由に、森の回避を勧める。

号)、「後期高齢者医療制度の虚と真実」(2008年7月号)、以上、『中央公論』。「医療崩壊をくい止める」(『世界』2008年2月号)。「後期高齢者を捨てる国」(『文芸春秋』2008年7月号)。「ニッポンの医者と病院」(2006.10.28号)、「老後不安大国」(2007.9.8号)、「ニッポンの医者・病院・診療所」(2007.11.3号)、「医療制度改革——間違った政策はこうして生まれた」(2008.4.12号)、以上、『週刊東洋経済』。「衝撃の医療格差」(2007.4.7号)、「病院格付け」(2008.6.14号)、以上、『週刊ダイヤモンド』。

⁴ 「危機」「混乱」などととともに「崩壊」(さらに、「断末魔」「末期症状」「暴落」「消滅」)などの表現が雑誌等の特集の見出しに好まれる傾向が継続的に観察される。「医療崩壊」「医療体制の危機」などの表現の受け止め方はさまざまである。一定年齢以上の読者は、戦後数十年間にわたって「資本主義体制の崩壊」などの表現が雑誌等の特集の見出しや書物のタイトルとして人気を博し続けたことを想起して苦笑するだろう。とはいえ、「医療」が自らを含む人間の健康・生命に関わることもあり、「医療崩壊」などの表現は特別の訴求力を持つかもしれない。

「鬼が島」探訪記？

経済学者である友人の表現を借りれば、「宝島か竜宮城・遊園地の見物・見学に出かけたはずの人物による、鬼が島（あるいは巨大迷路やお化け屋敷）探訪記みたいなもの」かもしれない。私はhealth economics分野の研究に浅からぬ関心を抱き続けてきた。この分野には*Journal of Health Economics*などの著名な専門化したacademic journalsが存在する。しかし、経済学の多くの分野と同様、この分野の主要な研究成果の多くは、このような専門化したjournalsではなく、多くの分野の論文を幅広く掲載する一般的なacademic journals（たとえば、*American Economic Review*、*Quarterly Journal of Economics*、*Journal of Political Economy*など）、あるいは幅広い分野の研究者が注目する研究機関(NBER、Brookingsなど)のconference報告論文集等に発表され、幅広い分野の研究者に読まれる⁵。基礎理論・分析手法が幅広い分野に共通することの自然な帰結でもある。結果として、分析の斬新さ・面白さ・妥当性などの点で他の分野の研究者のチェック・評価・批判にさらされる。関心を刺激された近接分野の研究者の新規参入が研究のさらなる発展に繋がることも少なくない。各国の医療需要の増大および並行する「医療問題」の深刻化もあり、health economics分野は、とりわけ最近数十年間にわたって発展が目覚ましい経済学研究分野の1つである。

Health economics 分野で展開される研究上の発展に加えて、経済・産業分野の1つである医療サービス分野の急拡大が私の関心を刺激してきた。近年、いつ何時医療サービスの a heavy user になるかもしれないという実益を兼ねた関心が加わり、health economics のうち日本の医療制度・医療問題に関わる研究に関心の重心が移動した。Health economics の日本語訳のように見える「医療経済学」に関心が向かい、「医療制度（改革）」「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」などの華々しい表現に彩られた雑誌の特集や新聞・TV のレポート・「報道」、さらに、「医療経済学」研究者達の研究成果に目を向けることになった。

Health economics 研究の一環として標準的な分析手法を日本の医療分野に適用した成果を予想し、大いなる期待を抱いて「医療経済学」分野の研究成果の見学に出かけた。しかし、現実・実態は予想・期待とはなはだしく乖離した。Health economics と「医療経済学」の関係は少なくとも迂遠であり、前者へ至る入り口・誘導路として日本の「医療経済学」、それを象徴する『講座』を薦めるのは不適切だと結論に到達した。

Health economics に現時点で関心を抱きあるいは今後関心を抱く、医学・医療関係分野あるいは経済学分野の研究者・学生、さらに広範な分野の読者には、「医療経済（学）」分野で著名な人物達が結集したものととして『講座』を位置づけ、『講座』及びこれに関連の深い執筆者達の著作等を積極的に迂回して health economics に直接向かうことを勧める。す

⁵ たとえば、Arrow[1963]、Manning et al. [1987]、Triplet ed. [1999]、Kessler and McClellan [2000]、Cutler ed. [2000]、Cutler et al. eds. [2001]、Chandra and Staiger [2007]である。

で「医療経済学」分野に入ってしまった読者にも、自らの置かれた状況を冷静に観察・評価し、適切な対応を早急に取り組むことを勧める。

Health economics の少なくとも中核部分は economics (『講座』で愛用される表現では「新古典派経済学」) の手法を適用した医療 (サービス) 関連現象の研究・分析である。Health economics の基礎理論は標準的な economics であり、実証研究(empirical study)も標準的な economics の手法を適用して実行される。「新古典派経済学」に非友好的あるいは敵対的なメンバーで構成される編集委員会が編集した『講座』の内容とこのような health economics の関係が、以下に見る如く、迂遠であるとしても驚くにあたらない。

[II]以下、とりわけ[II]～[V]で、『講座』を検討の俎上に乗せる際にも、「新古典派経済学」(に基づく health economics)とは異なる点の指摘よりも、「解説は明瞭・明快、論理的か?」「説得力のある証拠は提示されているか?」などのより基本的な観点からの設問に基づく検討を重視する。「新古典派経済学」の基礎的理解が十分でない読者や、これにむしろ否定的な読者にも、受け入れが容易なはずである。

日本の「医療経済学」と「医療問題」の関係?

日本の「医療経済学」分野で支配的な見方・考え方と「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」などの表現で満ち溢れる日本の「医療」に関わる雑誌等の特集や新聞・TV等のレポート・「報道」の関係も必ずしも明瞭・明確ではない。とはいえ、前者が基盤・基礎理論として後者を条件づけている、あるいは両者が共通の基盤の上に広範な支持を獲得・確保し続けてきたように見える。両者の関係が、いずれかの意味で密接・緊密であれば、日本の「医療経済学」の特別・特殊・特異な実態・実質の的確な理解は、日本の「医療問題」の現状と今後の課題の的確・適切な理解にも決定的に重要である。この意味でこの論文は日本の「医療問題」の的確な理解にも貢献するはずである。

「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」などの表現で満ち溢れる日本の「医療」に関わる雑誌等の特集や新聞・TV等のレポート・「報道」に対する冷静な好奇心・食欲を刺激し、『講座』を象徴とする「医療経済学」さらに health economics に対する関心を高めるために、特集のタイトルの1つである「医療崩壊をくい止める」(『世界』2008年2月号)が多くの読者に抱かせる疑問・不安・不満を列挙する。

(A) この特集は、誰に何を伝え訴えているか? メッセージは明瞭か? 説得的か?

(B) 「崩壊」? ——「医療崩壊」という表現の具体的内容はほとんどつねに不明確である。

「崩壊」という印象的な(人目を引く)表現に注目することから始める。

(b-1) 「崩壊」はすでに現実化しているか? 現時点で観察されるのは「崩壊」の兆候であり、しかるべき手を打たないと近い時点で現実化するというのか? 「崩壊」の定義と判定基準は何か? 「崩壊」と判定した基本的証拠は何か?

(b-2) 「崩壊」の意味は何か? 何かの実現に不可欠な要因が失われるというのか? その要因の回復は不可能か? 回復に膨大なコストと時間を要するのか?

- (b-3) 喪失により何が実現不可能になるのか？「誰もがいつでも最良の医療サービスを（迅速に）受けられる」状況か？かかる状況は「崩壊」以前には実現していたか？
- (b-4) 「崩壊」により「どのような状況で誰がいかなる医療サービスを楽しむことができなくなった（なる）か？」 享受可能か否かは何によって決まるか？医療サービスの内容、地域、時期や時間帯、加入している保険、自己負担金や追加料金などのいずれか？
- (C) 現時点でしかるべき手を打てば「医療崩壊」を「くい止める」ことができるか？
- (c-1) 「医療崩壊」は現時点では現実化していないが、将来現実化のおそれがある（高い）というのか？それとも、「医療崩壊」は既に現実化しており、実現可能なのはさらなる悪化を「くい止める」こと、あるいは「崩壊」状態からの脱出か？
- (c-2) 「くい止め」続けることは可能か？たとえば、そのコスト（困難性）が今後急速に増大することはないか？
- (c-3) ごく近い時点での「崩壊」を「くい止める」ことが可能だとしても、団塊世代が「後期高齢者」の仲間入りする15年後の現実化を「くい止める」のは困難ではないか？
- (c-4) 「くい止める」ための犠牲、代償は何か？「くい止める」ために現時点および将来の医療費支出の急拡大が必要であり、とりわけ将来世代の大幅な負担増、それに伴うさまざまな犠牲を伴うのではないか？「くい止め」は維持可能か？
- (D) 「崩壊」するのは、「医療保険」制度を中心とする医療サービス支払資金の調達・配分体制、医療サービス供給体制のいずれか？双方か？
- (d-1) 「医療保険」制度中心の医療サービス支払資金の調達・配分体制が、保険加入率（あるいは、保険金納付率）の低下や、関連税率引上げ実現の政治的困難性などのために、実質「崩壊」して（あるいは崩壊の危機にさらされて）いるのではないか？医療保険制度が「崩壊」し、患者の自己負担率の急上昇、さらに高額医療患者負担上限の大幅上昇というプロセスがすでにスタートしているのではないか？
- (d-2) 「医療崩壊」の内容が(d-1)の如きものであれば、「くい止める」手段は何か？実現（さらに実現した状態の継続）は可能か？
- (d-3) 救急医療の「タライ回し」、産科・小児科医の不足、麻酔医の不足、さらに内科医や外科医の不足などが頻繁に話題になる。「医療崩壊」等の表現に彩られる多くの雑誌特集の中心的話題は医療サービス供給面の諸問題である。これらの諸問題を生み出す供給面の体制・システムが「崩壊」する（した）というのか？「崩壊」の原因は何か？
- (d-4) 支払資金の調達・配分体制が「崩壊」しあるいは「崩壊」のおそれが濃厚となり、対応して「医療保険」支払額の「圧縮」が政策的に推進されたこととの関係はいかなるものか？医療保険制度の「崩壊」あるいはそのおそれが「医療保険」支払額「圧縮」政策を採用させ、これが医療サービス供給面の諸問題を発生させている（「医療崩壊」）のではないか？そうであれば、「くい止める」ことは可能か？誰がどのようにして「くい止める」か？医療保険制度の「崩壊」を軽視・無視していないか？

- (E) 「くい止める」という表現の実質的意味・内容は何か？
- (e-1) 何が実現できれば「くい止め」たことになるか？
- (e-2) 「くい止める」政策に伴うコスト（犠牲）として何をどこまで受け入れようというのか？
- (e-3) 「くい止める」政策の目標と望ましさの判定基準は何か？最適な「くい止め」政策はどのようなものか？
- (e-4) 「くい止める」ための有効な対策がこれまで採用されなかった理由は何か？

roadmap

以下の構成は次の通りである。とりわけ 1980 年代以降、世界中で多くの人達が **health economics**、**the economics of medical care** などと呼んで重視する研究分野が急速に展開・発展した。各国で急展開した医療制度の見直し・改革が並行し、多くの側面で **health economics** の急展開と連動した。「医療経済学」は **health economics** の日本語訳のように見える。しかし、**health economics** 研究の成果・方法と、日本で「医療経済（学）」「医療（政策）研究」などと呼ばれる研究分野の成果・方法の関係は必ずしも明確ではない。以下に見る如く、両者の関係は、広く理解されているように密接ではなく、むしろ迂遠である。両者の関係が密接であるとする誤解が、**health economics** への実質的接近を妨げ、「医療危機」などと表現される各種「医療問題」の的確な理解と適切な対応策の検討をはなはだしく遅延させている。

この論文では、**health economics** との関係に注目しつつ日本における「医療経済学」研究の現状を展望し、この作業を入り口・誘導路として **health economics** へ読者を招待することを企図する。日本における「医療経済学」研究の集大成・象徴である『講座 医療経済・政策学』を「医療経済学」研究の現状の展望の中心に置く。[II]では第 1 巻『医療経済学の基礎理論と論点』、とりわけその中心となる最初の 3 つの章に焦点を合わせて、『講座』全体を基礎づける理論・分析手法に詳細な検討を加える。共通の理論・分析手法が見あたらないことおよび理論・分析手法に対する関心の低さの双方に、驚く読者が多いはずである。「理論・分析手法の決定的重要性」には理解できる人にしか理解できないという面がある。[III]では、「医療経済学」と「医療政策研究」の両サイドを代表する研究者の見解を取り上げ、この点について具体的に例示する。とりわけ、**health economics** に強い潜在的関心を有する医学・医療関係者にとって、「文科系」という「経済学」の伝統的イメージが接近の妨げになっていることを念頭に置く。[IV][V]では第 3 巻と第 2 巻に焦点を合わせて日本の「医療経済学」研究を特徴づける 2 つの主張について検討する。『医師と患者の間に成立する特殊な関係』と日本の『医療提供体制』と題する[IV]は、医師・患者関係として広く受容されている通説・通念の解剖学的検討である。『医療と非営利性』をめぐる実証研究(empirical studies)と題する[V]は、「医療経済学」研究者の empirical studies 理解の現状の解剖でもある。

「医療経済学」分野の代表的研究者が結集して企画・編集し、代表的研究者に呼びかけて作成した『講座』は、「医療経済学」研究の研究成果とともに関心の方向を示す。現代日本の「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」などと表現される混乱・不安感に結びつく関心からこの『講座』を手にした読者は、いくつかの側面に関する情報・分析・解説の決定的不足あるいは欠如に驚き、不満に思うだろう。『講座』に不足・欠如する情報・分析・解説の4側面」と題する[VI]は、このような不満のうち主要な4つの側面について立ち入る。

以上の検討を踏まえて、「Health Economics への招待」と題する[VII]で、health economicsに関心をもつ読者に、「医療経済学」を積極的に迂回して health economicsに直接進むことを勧め、そのための手引きと参考情報を提示する。「結語」と題する[VIII]は、「とはいえ economics、health economics だろ・・・。患者のことは医者がいちばんよく知っているし・・・」と漠然とした違和感とともに、health economics への接近を依然として躊躇する「医療関係者」等に対する簡単な招待状である。

[III]. 「医療経済学」の基礎理論

[III-1]. 『講座 医療経済・政策学』を検討・評価対象の中心に置く理由

この論文では、health economics との関係に注目しつつ日本における「医療経済学」研究の現状を展望する。同時に health economics およびその成果・方法を参照しつつ日本の医療「問題」に接近する作業を開始するための手引きとなることを目指す。

この論文で、『講座 医療経済・政策学』（『講座』）を検討・評価対象の中心に置く主たる理由は次の5点である。

第1に、最初に刊行された（2005年3月）『講座2』から最新刊（2007年1月）の『講座6』までいずれも最近時点のものである。しかも、『看護とリハビリテーション』（第5巻）が未刊であるとはいえ、『講座』としてほぼ完成している⁶。

⁶ とりわけ今日的な視点から「医療問題」等を眺めるといふ趣旨から最新の文献に焦点を合わせる。もっとも、ほとんどの「問題」・論点が新たに浮上したのではない。たとえば、「問題だらけの医療費——危機に立つ医療保険」と題する1965年8月のパンフレット（健康保険組合連合会、1965）は「私たちは『医療の混乱』について、相当に腹をすえかねているわけですが、その上、いま、医療保険に重大な『危機』が訪れています」（本文、3頁）とし、「医療費をめぐる問題点の多くは、すでに相当以前から関係者によって指摘され、また、今日まで多くの審議機関や委員会等などからも改善の意見が出されている・・・。が、今日まで政府にしても殆んど手を打つことなく、いうなればバケツの底に穴のあいたまま、その場その場を場当たりのしのできたうらみが多い」（はしがき、3頁）とした。その後、今日に至るまで、頻度・激しさに多少の凹凸はあったとしても、類似の表現が観察されない時期はほとんどなかった。私も三輪[1977、1979]など「医療問題」に関わる文章を公表した。たとえば、「医療問題」と題した三輪[1979]では、「現行医療制度の検討と改革の基本的な方向は、第1に、政策目的が何であるかを明確にし、対応して被保険者が共同で供給するサービスの範囲を限定すること、第2に、さまざまな角度から生産の効率性を高

第2に、『講座』は、各巻冒頭掲載の「刊行の言葉」の末尾に次のように宣言する如く、「包括的」で幅広く「使える」教科書、つまり、「包括的」な論点を幅広い読者にわかり易く提示する内容となっている（はずである）。「本講座は、わが国初の、医療経済・政策学の包括的で『より進んだ教科書』である。医療経済学と医療政策学研究の基礎理論を示すと同時に、日本の医療経済・政策にかかわるアクチュアルな諸問題を学問的に、しかも分かりやすく論じることにより、大学・大学院だけでなく医療現場でも幅広く『使える』教科書ともなっている」（『講座1』ではi頁）。

第3に、「医療経済」「医療政策」「医療問題」などに関わる分野（以下、「医療経済学」）で永年にわたり活躍してきた5名の大学教授で構成する編集委員会が『講座』の編集を担当した（「刊行の言葉」の末尾に編集委員会のものであることを明記し、5名の名前を列挙する）。各巻には、担当編集委員2名あるいは3名の名前を明記し、うち1名による「はしがき」（『講座1』では田中滋）を収録する。つまり、特定研究者の見解・研究成果を示す書物ではなく、実績のある研究者の合議制によるバランスの取れた責任ある編集に基づく内容を期待できる⁷。

第4に、編集委員全員が、「医療経済学」分野の研究者・コメンテーター等のグループの2大勢力である「経済学者」と「医療従事者」のいずれかに属する。構成比はそのいずれにも偏っていない⁸。

第5に、ほぼ同時期に設立された「医療経済学会」の学会誌創刊号（『医療経済研究』Vol.18、No.1、2006）の冒頭に「ご挨拶 医療経済学会設立あたって」（西村周三）「巻頭言 学会誌の役割」（池上直己）を寄せた両教授が『講座』編集委員会メンバーである⁹。

める対策を講ずることである」とし、「対策のために残された時間はあまり長いものではない」（222頁）と結んだ。

⁷ 「編集委員・執筆者の構成が偏っているような気がしないでもないのですが・・・」との私の質問に対するこの分野の事情に詳しい同僚の回答は「そんなことはありません。バランスがとれていると思います」であった。もちろん、だからといって、多くの人々が信頼し権威あるものとして受け入れているものを受け入れる「権威主義(authoritarianism)」に対する警戒が不要だということはない。Carnegie Mellon大学の著名な心理学者が次に述べるように、珍しい現象ではない。「まったく正常な人たちが権威(authority)を受け入れる傾向を持つ・・・。現実には、この傾向があまりに強いために、われわれは本当の権威

(authorities)であることの証明(prove)を権威者に対して強く要求しなくなっている。ほとんどいつも、ほとんどあらゆる文脈(contexts)で、われわれのほとんどが『はっきり見せてくれ"show me"』という科学的態度(scientific attitude)を採用していない」(Dawes, 1994, 202-3頁)。ちなみに、同書のタイトル*House of Cards*の標準的日本語訳は「砂上の楼閣」である。関連して、三輪・ラムザイヤー[2002、517-19頁]を参照。

⁸ 「経済学者」と「医療従事者」の意味等については後に検討する。

⁹ 池上の「巻頭言」(池上、2006a)によれば、Vol.18より医療経済研究機構の機関誌『医療経済研究』が医療経済学会の「医療経済学会雑誌」を兼ねることになった。『講座』が新古典派経済学者と呼ぶ研究者を中心とする標準的な経済学者の日本の学会である「日本経済学会」が存在し、「医療」に関わる諸論点を扱う多くの研究がその年次大会等で報告される。世界中で、health economics、特にその empirical studies の多くが、health economics、

上述の如く、『問題』の発生原因やその背景を含む発生メカニズムにまで及ぶ幅広い視点からの検討、他の事象・側面との関連に関わる情報を求めて、研究者・専門家による研究・分析に関心が向き、『講座』を代表とする「医療経済学」研究者による関連文献を参照した。永年にわたり活躍し関連分野を代表する 5 名の専門家が合議制により編集した最新刊『講座』であり、包括的な論点を幅広い読者にわかり易く提示する内容となっている（はずである）。しかし、疑問・不安は解消せず、むしろ増幅・深刻化した。

[I]に述べた如く、この論文は『講座』およびこれに関連する「医療経済学」分野のいくつかの文献を書評・展望する。同時に、health economics と日本の「医療経済学」研究の関係に焦点を合わせつつ、この論文の読者が health economics を学んで現代（とりわけ現在）日本の医療「問題」に接近するための手引きとなることを目指す。

[II-2]. 『講座』の「刊行の言葉」

以下に見る如く、『講座』等は基本部分においてさえ、表現・論旨・主張のいずれかで意味不明・曖昧・理解不能な部分が少なくない。以下では、そのうちのいくつかについて理由を明記して言及する。理解不能とする判断の妥当性等を評価し、各種「医療問題」検討の参考情報として採用するか否かは、読者の自由である¹⁰。

次は、各巻冒頭収載の編集委員会と 5 名の編集委員の連名による「刊行の言葉」である。この部分に、前項の理由 2 に紹介した部分が続く。

21 世紀初頭にわが国は世界一の超高齢化社会となった。それに伴い、国民医療費が増加し続ける反面、医療機関の経営困難は増し、医療事故（報道）の多発により国民の医療不信が強まっている。これらの諸問題を国民皆保険制度を維持しつつ解決するためには、医療の質の引き上げと医療の効率化の両方を達成することが求められている。

この困難な課題を達成するためには、医療経済学と医療政策研究の知識と方法が不可欠である。本講座の目的は、従来別個に行われてきた両分野の研究を統合し、新たな「医療経済・政策学」を確立・普及することである。具体的には、政策的意味合いが明確な医療経済学研究と、経済分析に裏打ちされた医療政策研究との統合・融合をめざす。

わが国でも、1990 年代以降、医療経済学と医療政策研究は急速に発展してきているが、特に実証研究の面では欧米諸国に遅れている点は否めず、各国の研究成果を学ぶ必要がある。

health care、medical careなどをタイトルに含まない経済学の「一般的な」academic journals に発表されている。

¹⁰ かなり前のことである。London でイギリス人日本研究者から、「日本に留学して日本の中小企業の研究をしている際に、専門家の誰もが基本文献だとして推薦する本の内容がどうしても理解できず、深く落ち込みました。そんな状況で、あなたの論文で、この文献に関する意味不明であり理解不能だとする断定とその理由に出会い、納得し救われました」と感謝された。類似の経験は少なくない。

しかし、医療制度は各国の歴史と文化に根ざしているため、それらを直輸入することはできない。本講座では、わが国の研究成果と欧米諸国の研究成果の統合もめざす。

「刊行の言葉」は編集委員 5 名の合意に基づき作成・収載されている（はずである）。以下の如き 6 つの設問・疑問に対する明快な回答を読者は期待するだろう。私はほとんど例外なく期待を裏切られた。

(1) 「これらの諸問題を国民皆保険制度を維持しつつ解決するために」求められる、「医療の質の引き上げと医療の効率化の両方を達成すること」はいかにして可能か？ 具体的達成手段とその有効性の見通し・評価はいかなるものか？ 「これらの諸問題を国民皆保険制度を維持しつつ解決する」ことは可能か？ 「国民皆保険制度」は「維持」可能か？ 「医療（保険制度）崩壊」は現実化していないし、今後も現実化しないのか？ これらの点に関する編集委員（および執筆者）全員の合意に基づく回答の内容はいかなるものか？ 合意は成立しているか？

(2) 「この困難な課題を達成するためには、医療経済学と医療政策研究の知識と方法が不可欠である」という判断に基づき、「従来別個に行われてきた両分野の研究を統合し、新たな『医療経済・政策学』を確立・普及すること」が「本講座の目的」だという。医療経済学とは何か？ 経済学との関係はいかなるものか？ 医療（サービス）分野に関わる諸現象の経済分析であって、分析方法である経済学は共通か？ どこか基本的な点で異なるのか？ どのように異なるのか？ 医療政策研究とは何か？ 医療分野に関わる現象の一環を構成する医療政策の経済分析とはどのように異なるのか？ 基本的分析方法はいかなるものか？

(3) 「具体的には、政策的意味合いが明確な医療経済学研究と、経済分析に裏打ちされた医療政策研究との統合・融合をめざす」とする。『講座』の刊行によって「統合・融合をめざす」のか、「めざす」作業の成果を刊行したのか？ 「確立・普及すること」は目標か成果か？ 「確立・融合」「統合・融合」という表現の定義とそれぞれの成否の判定基準は何か？ 実現のための具体的手段はいかなるものか？ 医療経済学と医療政策研究は「従来別個に行われてきた」という。「知識と方法が」それぞれ大きく異なる（と推測される）「両分野の研究を統合」することは可能か？ 実り多いか？

(4) 「わが国でも、1990 年代以降、医療経済学と医療政策研究は急速に発展してきている」という。「発展」の具体的内容・成果はいかなるものか？ 「急速に発展した」と判定する基準は何か？ 「特に実証研究の面では欧米諸国に遅れている点は否めず、各国の研究成果を学ぶ必要がある」という。「医療政策研究」とは何か？ 「わが国でも・・・急速に発展した」具体的な成果を象徴する文献は何か？ いかなる基準に基づき「特に実証研究の面では欧米諸国に遅れている」と判断するか？ 医療経済学と医療政策研究のいずれについても、欧米諸国の研究と基本的問題設定・分析手法（方法）は共通か？ 注目する「実証研究」とは、たとえば、Culyer and Newhouse eds. [2000] *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A, 1B や Jones ed. [2006] 収録の諸論文に review され、あるいは Cutler ed. [2000]、Cutler and

Berndt eds. [2001]に収録された論文およびそこで紹介されている health economics 分野の empirical studies のことか？「特に実証研究の面で」日本より進んだ欧米諸国の医療政策研究を象徴する文献は何か？評価基準は共通か？基本的問題設定・分析手法（方法）が共通でないとする。いかにして評価するか？評価は可能か？紹介・評価は適切か？

(5) 「しかし、医療制度は各国の歴史と文化に根ざしているため、それらを直輸入することはできない」と強調する。「直輸入」を不可とする「歴史と文化」と「医療制度」の関係の具体的内容は何か？「直輸入」とは何か？「直輸入」ではない「学ぶ方法」とはいかなるものか？いかにして「わが国の研究成果と欧米諸国の研究成果の統合もめざす」か？

(6) 「刊行の言葉」は、前項理由 2 に紹介した部分で、「わが国初の、医療経済・政策学の包括的で『より進んだ教科書』である」とする。何と比較して、いかなる意味で「より進んだ」教科書か？「医療経済学と医療政策学研究の基礎理論」とは何か？いかなる意味で「基礎」「理論」か？編集委員間で合意は成立しているか？合意が成立するのは「医療経済学と医療政策学研究」研究者のどの部分においてか？研究者全員か？「大学・大学院だけでなく医療現場でも幅広く『使える』教科書ともなっている」という。「使える」とはいかなる意味か？いかなる目的・用途に照らして「使える」のか？有用か？「医療現場」のどの部分で有用か？

[II-3]. 第 1 巻『医療経済学の基礎理論と論点』の構成と「はしがき」

「医療崩壊」などの表現に象徴される多岐にわたる「医療問題」や「医療制度」「医療保険」などに関わる「政策」が当面の関心の焦点だから、『講座』のうち田中・二木編『保健・医療提供制度』（『講座 2』）と遠藤・池上編『医療保険・診療報酬制度』（『講座 3』）が以下の検討・評価の中心になる。

的確・適切な対応策・政策（「処方」）には的確・適切な分析・検討（「診断」）が不可欠であり、的確な分析は適切な分析方法を必要とする。このため、これら 2 巻の編集者・執筆者の分析・検討およびそれに基づく見解・主張の前提・基礎となる分析・研究の手法（「刊行の言葉」では「医療経済学と医療政策研究の知識と方法」）に注目する必要がある。この観点から、まず『医療経済学の基礎理論と論点』と題する『講座 1』に注目する。西村・田中・遠藤の編集である¹¹。

以下に見る如く、何が「基礎」「理論」であるか、いかなる意味で分析・研究の基本的手法であり、『講座 2』や『講座 3』の諸論文の見解・主張をその前提・基礎としていかに条件づけているかという観点からの検討作業は成功しなかった。各読者による同様の作業への挑戦を期待する。

『講座』各巻の冒頭に、各巻編者の 1 人が「はしがき」を執筆し各巻のねらい・位置づ

¹¹ 遠藤が中医協公益委員であることが奥付に紹介されている（現時点では中医協会長）。中医協（中央社会保険医療協議会）については[VI-3]を参照。

けとともに各論文の位置づけと内容を紹介している。『講座 1』の内部に立ち入手懸りとして「はしがき」(田中)に注目する。『講座』全体と同じく、『講座 1』も迷路のような存在である¹²。

「はしがき」は次の文章で始まる(ii頁)。

医療経済学は、分析概念、分析方法(規範分析と実証分析の双方を含む)、およびそれを用いた分析結果の集積からなら学問の一部門である。分析方法論——分析概念と分析技法——の大部分は当然ながら経済学一般で使われるものに立脚している。ただし、医療サービスの財としての特性、およびその特性のためにつくられてきた制度と政策の体系を対象とした分析が目立つことがこの分野の特徴と言える。

執筆者の田中(共編者の西村と遠藤は「はしがき」の内容に少なくとも同意しているはずである)の立場・学問的背景などは明確でない。以下に見る如く「新古典派」経済学に批判的だから¹³、「新古典派」経済学者と見なされる(はずの)私の読み方は不適切だとされるかもしれない。次の2点に読者の注意を促す必要がある。

(1)「分析方法(規範分析と実証分析の双方を含む)」と表現する。このように対比する際の「実証分析」は”positive analysis (or study)”の訳語であり、“empirical analysis (or study)”の訳語ではない。“positive study”は、分析対象である現象・観察事実の原因・発生メカニズムの検討であり、データ等に照らして理論的検討から導かれた推論の妥当性をテストする“empirical study”まで含まない理論的分析も含まれる¹⁴。重要なのは、「刊行の言葉」にいう「実証研究の面では欧米諸国に遅れている」という表現は、“empirical study”を念頭に置くものではない可能性がある点である¹⁵。『講座』における「実証分析」「実証研究」という表現の意味と想定する「分析」「研究」の実質的内容に注意を払う必要がある。

(2)「ただし」以下の意味と趣旨が不明である。自動車製造業や繊維産業はもちろん、小売業、銀行業、各種ソフトウェア産業、ホテル・旅館業、新聞業、放送業、弁護士業などのいずれをとっても、その経済分析は当該分野が提供する財・サービスの特性や関連する制度・政策の細部にまで立ち入ったものが少なくない。医療サービスについて「特性」「制

¹² 刊行済みの5巻のうち『講座 1』を除く4冊では編者は2名である。『講座 1』と『講座 3』を除き、いずれも第1編者が「はしがき」を執筆している。『講座 1』では、編者が3名であり、第1編者(西村)ではなく第2編者が「はしがき」を執筆している。

¹³ たとえば、この論文の[IV-2]を参照。

¹⁴ ここでは規範分析は”normative analysis (study)”の訳語と理解している。「経済学一般」という表現の意味は不明である。「双方を含む」という微妙な表現の意味には立ち入らない。田中が「新古典派」経済学と呼ぶ標準的な経済学の分野の positive economics と normative economics の関係と同質あるいは類似の関係を想定すべきか否かは私には不明である。

¹⁵ Culyer and Newhouse eds. [2000]、Cutler ed. [2000]、Cutler and Berndt eds. [2001]、Jones ed. [2006]などの所収論文およびそこで言及・紹介される研究の圧倒的部分が empirical studies である。

度」「政策」の「体系を対象とした分析が目立つ」ことが「この分野の特徴」であると強調する文章を「ただし」で始める意図と趣旨は何か？もちろん、この文章からはいかなる情報も得られない。

ちなみに、自動車産業やソフトウェア産業に関わる諸現象の経済分析に採用する分析手法は標準的な経済学であり、これを自動車（産業）経済学やソフトウェア（産業）経済学とは呼ばない（呼ぶとしてもきわめて稀だろう）。弁護士業や法制度などに関わる法的諸現象の経済分析についても同様である。Economic analysis of legal service industry や Law & Economics と呼ぶことがあるとしても、分析手法として採用される経済学は共通である。自動車産業や弁護士業などに関わる政策研究についても同様である。これらのケースと同様に考えれば、医療経済学とは医療（サービス）分野に関わる諸現象の経済分析であり、その分析手法として採用される経済学は特別・特殊なものではない。医療（サービス）産業に関わる政策もこの諸現象の一部であり、その研究手法も共通である。

[II-4]. 「医療経済学を成り立たせる基礎理論」？：新古典派経済学と（新）制度派経済学

続いて、『講座1』の目的を次の如く宣言する（ii 頁）。

本書は、医療経済学を成り立たせる基礎理論と、それを使用した医療をめぐる論点の提示を目的としている。

「医療経済学を成り立たせる基礎理論」と、それを「使用した医療をめぐる論点の提示」を目的とする。目的は実現されているはずであるから、「医療をめぐる論点の提示」は「基礎理論」を「使用」して行われている。「基礎理論」は「使用」できるものであり、「提示」される「医療をめぐる論点」の理解には「基礎理論」の理解が不可欠である。

『講座1』は次の8章で構成される（カッコ内は執筆者）。

第1章「医療経済学の潮流」（権丈善一）

第2章「医療サービスの経済的特性」（遠藤久夫）

第3章「医療保険の経済理論」（西村周三）

第4章「マクロ経済と医療保障」（田中滋）

第5章「医療需要曲線と医療誘発需要をめぐる」(西村周三、柿原浩明)

第6章「医療における競争と規制」（遠藤久夫）

第7章「総医療費水準の決定因子をめぐる論点と実証研究」（権丈善一）

第8章「少子高齢化と医療費をめぐる論点と実証研究」（府川哲夫）

各章の位置づけに関する記述の冒頭で「はしがき」は第1章に2章、3章、5章、6章とは異なる特別の位置づけを与える。しかし、『講座1』の「医療をめぐる論点」で使用され、さらに『講座』全体の「基礎」として使用される「理論」の提示を期待する（私を含む）

読者の期待は満たされない。

経済学を思想上の観点から区分すると、資源配分の効率性を重視する新古典派と、各々の文化・社会がもつ固有の価値規範を上位概念に置き、規範を反映した制度、ならびに公正な所得分配をも資源配分と並んで重視する（新）制度派に分けられる。経済学一般については新古典派に属する研究者数が新制度派をはるかに上回るが、こと医療経済学に関しては、わが国では後者が対等以上の勢力を有している。この点についてのさらに掘り下げた紹介は第1章の秀逸な記述にゆずる。

『講座1』の共編者である田中・西村・遠藤（さらにこの3名を含む5名の『講座』編集委員）のそれぞれとこの2「勢力」との関係に関わる情報は得られない。「新古典派」が含まれるか否かは明らかでない。「はしがき」のこの部分について3名の共編者間には合意が成立しているはずである。

- (1) なぜ「経済学を思想上の観点から区分すると」で始まる記述が冒頭に置かれるのか？「思想」とは何か？「思想上の観点」がなぜ最優先される（上位に置かれる）のか？
- (2) 「新古典派」が「各々の文化・社会がもつ固有の価値規範」や「公正な所得分配」重視しないわけではない。その軽視が「新古典派」の共通の特徴だということもない。このような特徴づけの根拠と意味・意図は何か？この特徴づけに基づく対比は説得的・妥当か？¹⁶
- (3) 「はしがき」は冒頭で、「医療経済学」の一環を構成する「分析方法」に「規範分析と実証分析の双方を含む」と宣言する。「価値規範を上位概念に置く」という特徴づけの意味は何か？「公正な所得分配」の「公正」に「上位概念」からくる特別の意味があるのか？意味は明確か？ちなみに、「はしがき」が「新古典派」と呼ぶ標準的な経済学でも「公正な所得分配」という表現は標準的に用いられる。
- (4) 「規範分析」を優先して重視し「実証分析」はこれに従属するという位置づけが「上位概念」という表現に込められているかもしれない。「各々の文化・社会がもつ固有の価値規範」から直接導かれる「公正」な所得分配の実現こそが最優先課題だと考える「経済学」があり、日本の「医療経済学」分野ではその支持者が「新古典派」を支持する研究者と対等以上の勢力を有しているという。前項に見た如く、「規範分析」と対比される「実証分析」は、分析対象である現象の原因・発生メカニズムについて検討する”positive study”の訳語である。この「新制度派経済

¹⁶ 「新古典派」経済学は、資源配分の効率性のみを重視し、「各々の文化・社会がもつ固有の価値規範」や「公正な所得分配」を軽視あるいは無視する「市場原理主義」であるとするおなじみの批評・批判・非難・罵倒の表明かもしれない。この批判については、「市場原理主義（者）、重力原理主義（者）、政府原理主義（者）」と題した三輪・ラムザイヤー[2007、223-25頁]のColumn 4を参照。

学」では、「各々の文化・社会がもつ固有の価値規範」から直接導かれる「公正」な所得分配の実現こそが最優先課題であり、「所得分配」の決定メカニズムよりも、「公正」な所得分配の実現を妨げる障害とその克服手段の検討が「実証分析」の優先的役割であることになる。「固有の価値規範」から導かれる目的実現のための「処方」が「実証分析」の役割だとして、これを可能にする「診断」は軽視あるいは無視するのが「新制度派」の特徴か？「最善の医療を全国民が即時に享受できる」状態の実現が「目的」だとしても、これを可能にする手段の提示（処方）は容易でない。この処方が実現可能・適切であるために必要・適切な「診断」に関心を払う必要はないのか？

- (5) 「新制度派」の「診断」手法はいかなるものか？『講座1』、さらに『講座』のどこに提示されているか？¹⁷
- (6) 「新古典派」「新制度派」、「新古典派」を支持する研究者、「新制度派」を支持する研究者、「医療経済学」研究者、経済学者などの概念は明確に定義されているか？「支持する研究者」、「研究者」のうち経済学者はどれほどか？「勢力」の判定基準は何か？「新古典派」「新制度派」とは誰のことか？定義は明確か？それぞれの特徴は何か？

「はしがき」に従って、これらの設問に関する「さらに掘り下げた紹介」を「第1章の秀逸な記述」に求めよう（もともと、「はしがき」の「この点」の意味は必ずしも明確ではない。ここで注目する設問に対応する保証はない）。

[II-5]. 「医療経済学の潮流」（権丈善一、2006）

第1章「医療経済学の潮流」（権丈、2006）について「はしがき」は次の如く要約・紹介する(iv頁)。

まず新古典派経済学と制度派経済学の対比が分かりやすく説明される。市場の分配原則である貢献原則に基づいた所得分配を、社会保障給付（再分配）の基本である必要原則によって修正することの意味を、社会の価値体系とからめて説く論調は鋭い。そこでは死荷重を効率のロスと捉えるのではなく、公平という価値を購入する費用と見る視点が提示される。また、

¹⁷「新古典派」経済学のミクロ経済学のうち「規範分析」を除く **positive economics (positive study)**の部分が（一部の）「新制度派」経済学者によっても「診断」手法として採用されているのではないかと思うことがある。それなら、使う道具は同じであっても、使用する者（分析者）が従うべき上位概念である規範分析が異なるから、道具の機能も導かれる結論も異なるのだと主張していることになる。経済学の基本・中核として分析者が共通して重視するのは **positive economics** の部分である。とりわけ、規範分析の部分およびそれに関わる結論について（「新制度派」ではない）経済学者間で大きく分かれること、激しく対立することは珍しいことではない。

制度派経済学、特に医師誘発需要に関する解説と共に、価格に換わる経済制度の管理メカニズムとして専門職規範の重要性が説かれている。

意味明瞭・明快とは言いがたいこの要約・紹介に関しても、次の如き疑問が即座に浮上するだろう。

- (1) 「対比が分かりやすく説明される」という紹介の実質的意味と評価の妥当性はいかなるものか？
- (2) 「必要原則」とはいかなるものか？「必要」性の程度は誰が判断するか？対応する「修正」の内容は誰がどのように決定し実行するか？
- (3) 「社会の価値体系」とは何か？「からめて説く」という表現の意味は何か？「論調は鋭い」という表現の意味は何か？
- (4) 「公平という価値を購入する費用と見る」「視点」の「提示」にいかなる意味があるか？「新古典派」経済学が「死荷重を効率のロスと捉える」（死荷重のサイズを効率性のロスの指標と見る）としても、「死荷重」の最小化（さらに、ゼロとすること）を最優先の基準とするわけではない。「新制度派」といえども「公平という価値を購入する費用」を無制限に支出することまでは主張しないだろう。「視点」を「提示」したうえで、何を主張しているのか？
- (5) 「専門職規範」が重要だという。「価格に換わる経済制度の管理メカニズムとして」いかなる役割を果たすというのか？「価格に換わる経済制度の管理メカニズム」の具体的内容は何か？各「医療従事者」（とりわけ、医師）あるいはその団体に「経済制度の管理メカニズム」を全面的に委嘱するのが適当だというのか？¹⁸たとえば、「強者による弱者の搾取」や「独占の弊害」のおそれは重視しないのか？

「はしがき」に執筆者（権丈）の紹介は見あたらない。とはいえ、新古典派経済学と（新）制度派経済学の対比を紹介し、とりわけ医療経済学の分野では後者の立場に立つ研究者の勢力が優勢である状況とその理由の説明に適切な人物として3名の共編者の評価が一致する制度派経済学者とみるのが妥当だろう。

私には、権丈[2006]の内容がほとんど理解不能であり、その紹介・評価は不可能である。上掲5つの疑問に関するものも含めて、権丈[2006]の検討・評価は読者に任せる。

権丈[2006]は5つの節の前後に「はじめに」と「おわりに」を置く。各節の目次は次の通りである。

- 第1節 市場を是とみなす論理構造
- 第2節 社会経済政策と価値判断、そして政治的態度
- 第3節 制度派経済学と医師誘発需要理論
- 第4節 価格にかわる経済制度の管理と運営
- 第5節 新古典派医療経済学と制度経済学の性質

¹⁸ [IV-1]に見る池上[2005]に象徴的に展開される、医師に任せる、という主張のようである。

「新古典派経済学における市場理論」が「第 1 節 市場を是とみなす論理構造」の副題である。これに先行する「はじめに」で「経済学に興味のない人も、ここで本章を閉じるのではなく、是非とも先に読み進めてもらいたい」と記す部分に先行し、「結論から先に述べれば」と前置きして、次の如く記す（2 頁）。

医療経済学の基礎をなす経済学には、大きく分けて 2 つの流れがある。ひとつは、市場の働きに強い信頼を寄せる新古典派経済学であり、今ひとつは、新古典派が想定するような市場の存在に懐疑的、かつ仮にそれが存在したとしても、医療への市場の適用は慎重であろうとする制度派経済学である。医療にかぎらず経済学全般に目を向ければ、今のところは・・・新古典派経済学者が数のうえでは優勢であり、これに批判の矛先を向ける存在として制度派経済学が位置している。ところが、医療経済の世界では、新古典派よりも制度派の方が一般的であると考えてもよい。その理由は、新古典派経済学を新古典派経済学たらしめる決定的に重要な役割をはたす消費者需要という考え方が、医療の世界では成立しないおそれがあるということ、普通に考えれば理解できるからである。

「数のうえでは優勢」という表現の意味や「普通に考えれば理解できる」とする判断の妥当性の吟味、「先に読み進」むか否かの決断などは読者に任せる。とはいえ、「批判の矛先を向ける存在」の先に、この『講座』さらに医療経済学の「基礎理論」として（新）制度派経済学が何を「提示」しているかという設問にも思いを巡らすことを読者に勧める¹⁹。

[II-6]. 医療経済学（広義のヘルスエコノミクス）の 3 つのカテゴリ？

『講座 1』「はしがき」は、「経済学を思想上の観点から区分すると」で始まる第 1 章（権丈、2006）の位置づけに関わる部分に続いて、「本書第 2 章、3 章、5 章、6 章はこれらの考え方が体系立てて示されている」で終わる次の部分を置く（ii 頁）。

¹⁹ 私が学部学生・大学院生であった 1960 年代後半から 1970 年代前半の時期に最盛期を迎えた「近代経済学批判」を想起する読者が少なくないだろう。この時期に至るまで戦後一貫して「論壇」はもちろん経済学部等の大学の社会科学系学部でも圧倒的な「勢力」・影響力を維持したマルクス（主義）経済学者を中心とする研究者達が、新たな勢力として広範な支持と影響力を獲得しつつあった標準的な経済学（者）を「近代経済学（者）」と呼んで「批判の矛先を向け」たのである。当時「数のうえでは優勢」であった勢力の内情は、「批判の矛先を向け」る点では一致しても一枚岩といえる状況から程遠かった。その後、批判勢力の一部（あるいは中心勢力）は「社会政策学派」、さらに「（新）制度派」と自称するようになった（これにより内容・実質にいかなる変化が生じたか筆者には不明）が、一枚岩ではないという状況に変化はない。標準的な経済学が「数のうえでは優勢」になるにつれ、経済学の中核に位置する部分を「新古典派」経済学と呼んで、これに「批判の矛先を向け」る勢力が形成された。「（新）制度派」（経済学）と称する勢力はその一部だというのが私の観察である。「近代経済学」という表現はかなり前に死語となった。

医療経済学（広義のヘルスエコノミクス）を大別すると、3つのカテゴリに分けられる。第1のカテゴリはマイクロ経済学の応用である。マイクロ経済学が用いる中核的な方法論は、①各種の財の特性を明らかにする分析（たとえば市場の失敗・不確実性と情報の非対称性・価値財等々の概念が使用される）、②固有の目標を追求する各主体がどのようなインセンティブをもち、いかなる行動をとるか进行分析する行動理論、③各主体が取引を展開する市場の性質と機能に関する理論、および④市場機能を補完する政府介入・規制等にかかわる理論などで構成される²⁰。

世界中で標準となっている見方に従えば、「マイクロ経済学」が標準的な経済学（『講座』では「新古典派経済学」と呼ばれている）の基礎理論の中心に位置する。この点を理解する読者は、以下の6つの設問に直面するはずである。

- (1) 「新制度派」経済学に「マイクロ経済学」（に対応する基礎理論）が存在するか？
- (2) 存在するとして、「新制度派」の「マイクロ経済学」と新古典派のマイクロ経済学の関係はいかなるものか？
- (3) 医療経済学で「応用」されるものとして紹介される「マイクロ経済学」は、どちらのものか？
- (4) 「分析（たとえば市場の失敗・不確実性と情報の非対称性・価値財等々の概念が使用される）」という表現は、紹介される「マイクロ経済学」の内容が新古典派のマイクロ経済学あるいはそれに近いものであることを示唆する。日本の医療経済学の分野で優勢な新制度派の「基礎理論」はどこで提示されるのか？新古典派のマイクロ経済学を紹介する途上で、対比しながら紹介されるのか？
- (5) 「新制度派」は、新古典派経済学に批判の矛先を向ける存在に止まり、分析に使用する方法（基礎理論）を持たないのではないか？『講座2』『講座3』は、適用する分析方法を欠落した研究者によって執筆されたのではないか？
- (6) 「これらの考え方が体系立てて示されている」第2章、3章、5章、6章の執筆者は、『講座1』の共同編集者である遠藤と西村である。この両名あるいはそのいずれかは「新古典派」の研究者か？両名の「新古典派」経済学理解は正確かつ適切か？²¹

「はしがき」にいう「医療経済学」の3つのカテゴリの第2は、「医療経済学独特のフィールドで、医療費の経済分析」であり、「多様な意味で使われる医療費の分析は、医療経済学分析の重要な部分をなす」とする。第3のカテゴリについて、「ヘルス・サービス・リサーチ（狭義のヘルスエコノミクス）と呼ばれる」としたうえで、「医学・公衆衛生学・薬剤経済学の技法によるアプローチが多い第3のカテゴリは本書の範疇を超えるので、ここで

²⁰ Health economics と「医療経済学」の迂遠な関係を前提とすれば、health economics とここにいう「ヘルスエコノミクス」の関係も迂遠かつ不明瞭だろう。

²¹ 「マイクロ経済学が用いる中核的な方法論は・・・」で始まる「はしがき」の記述の内容の正確さ・適切さの評価はここでの課題ではない。標準的なテキストに関心の読者は Mankiw [2004]を参照。基本的な考え方については三輪[2002]をご覧いただきたい。

は取り扱わない」とする²²。第2、第3のカテゴリの分析に使用する方法（基礎理論、とりわけ「新制度派」経済学）に関する重要な情報が提示されることはなさそうである。

[II-7]. 遠藤久夫[2006a]と「市場の失敗」

「これらの考え方が体系立てて示されている」（「はしがき」第2章、3章、5章、6章のうち、分析に使用する方法（基礎理論）の紹介により大きな重点を置いているように見える第2章と第3章に目を向けよう。「医療経済学」分野での応用を念頭に置くものと見ても、これら2つの章のミクロ経済学の紹介が適切とは思われない。経済学に関する基礎的な知識に欠ける読者（とりわけ、「医療従事者」）には Mankiw[2004]の如き標準的な入門書の参照を勧める。

第2章「医療サービスの経済的特性」（遠藤、2006a）について「はしがき」は次の如く要約・紹介する（iv頁）。

医療サービスのもつ市場の失敗という経済的特性と、医療アクセスの公平性にかかわる社会規範を重視する。需要の不確実性をめぐっては家計の保健医療サービス支出のばらつきが大きいこと、需要の不確実性をめぐっては受療前も受療開始後も患者側は情報を十分に持ち得ないことが指摘されている。合わせて、需給両サイドにおけるモラルハザード、価格弾力性、規模の経済性等の概念を用いて医療の特性が語られる。またアクセスの公平性に関しては、不健康と所得が労働や生活を通じて相互に影響を与えている可能性が示されている。

第2章執筆者（遠藤）は『講座1』の共同編集者である。第2章の内容・役割分担の決定および「はしがき」の内容・表現に関与したはずである。しかし、「はしがき」の要約・紹介は明確でも明快でもない。遠藤[2006a]の内容・役割分担についても多方面にわたって疑問・不満がある。最大の疑問・不満は、この章の位置づけ・役割と執筆者の立場・意図が明示されず、紹介されているはずの「ミクロ経済学」の位置づけと、基礎理論の紹介とい

²² 第3のカテゴリに関わる「本書の範疇を超える」という記述の意味に注意する必要がある。医療経済学（広義のヘルスエコノミクス）の3つのカテゴリの第1の「ミクロ経済学の応用」とは別のものだとするから、「医学・公衆衛生学・薬剤経済学の技法によるアプローチが多い」「ヘルス・サービス・リサーチ（狭義のヘルスエコノミクス）と呼ばれる」第3のカテゴリは、ミクロ経済学の応用ではない。このカテゴリの基礎理論（分析手法）について『講座1』では「取り扱わない」のだから、『講座』の他の箇所でも明示的に提示・検討されると期待するのが自然だろう。しかし、期待は満たされない。（同様に考えれば、第2のカテゴリである「医療費の経済分析」もミクロ経済学の応用ではないことになり、読者は、そのため基礎理論（分析手法）は何かという難問に直面するだろう。）また、「狭義」「広義」という表現にも注意を要する。ここでは第3のカテゴリを第1、第2のカテゴリと区別して「狭義」と呼ぶにすぎず、たとえば、中核（中心）部分などという特別の意味はない。

う読者が期待する役割を果たす意図の有無のいずれもが不明確なことである。新古典派の「ミクロ経済学」の基本的な考え方と分析手法に関する基礎知識を期待する読者は、それを提示する意図さえ見られない点に驚くだろう（もっとも、驚くためには、「基礎知識」の存在およびその重要性を理解する必要があるから、「市場の失敗」という言葉だけ記憶して、驚くことなく通過するかもしれない）。

「市場の失敗」

遠藤[2006a]冒頭の「はしがき」は次の文章で始まる（37頁）。

すべての財・サービスはそれぞれ特有の経済的特性をもつが医療サービスも例外ではない。結論から言えば、医療サービスには「市場の失敗」という経済特性と「医療アクセスの公平性」という社会規範が存在するため、市場に委ねておけば効率的な資源配分が行われるという財・サービスとは一線を画している。

第1節「医療サービスの需要特性」は次の文章で始まる（37-38頁）。

医療サービスを需要する上で大きな特徴は「需要の不確実性」「情報の非対称性」「外部性」である。さらに「需要の不確実性」から生じる非効率性を改善する手段として医療費の支払方法に医療保険が導入されるが、医療保険の導入が新たな非効率である「モラルハザード」を生じさせることにも注目したい。

「ミクロ経済学が用いる中核的方法論」について「体系立てて示す」4つの章の最初の章の冒頭で「市場の失敗」に言及し、「医療サービスには『市場の失敗』という経済特性と『医療アクセスの公平性』という社会規範が存在するため、市場に委ねておけば効率的な資源配分が行われるという財・サービスとは一線を画している」と「結論」する。執筆者は『医療経済学の基礎理論と論点』と題する『講座1』の共編者であり、『講座』編集委員でもある。多くの読者が、市場を通じる医療サービスの供給、需給調整、需要者間の配分は好ましい結果に帰結しないとする結論を導く理由の（ミクロ経済学を応用した）、次の各点に注目した明快な解説を期待するだろう。しかし、期待は満たされない。

- (1) 「市場の失敗」とはいかなる概念か？
- (2) 医療サービスに「市場の失敗」という経済特性が存在するとはいかなる意味か？
- (3) 医療サービスに「市場の失敗」という経済特性が存在することと、医療サービス市場で政府が果たすべき役割との関係はいかなるものか？自由な市場から医療サービスを隔離して、全面的に政府の管理下（統制下）に置くこと（さらに政府部門の活動とすること）との関連はいかなるものか？

「市場の失敗」という表現の解説、概念の説明はどこにも見られない。「市場の失敗」と

いう表現は冒頭の「はしがき」の他には 2 度と登場しない。標準的なミクロ経済学に不慣れな読者が少なくないと想定される『医療経済学の基礎理論と論点』と題する『講座 1』の第 2 章で、解説・説明抜きで「市場の失敗」を冒頭に登場させる著者の意図は不明である。しかし、医療サービスの供給・需給調整・配分を自由な市場に委ねるわけにはいかないと確信する読者、そのように考えがちな読者、「医療問題」に関心を抱き始めた読者に対する効果は絶大だろう。賢明あるいは慎重な読者は、「待てよ」と立ち止まって、上の 3 つの設問について思いを巡らし、回答が用意されていないことに驚き、警戒心を抱くはずである。

標準的なミクロ経済学では、一連の条件を満たす市場で実現する状態が資源配分の効率性という社会的観点に照らして最適であるという結論を導く。市場が競争的であることが一連の条件の 1 つであり、競争均衡がパレートの意味で最適な均衡であると表現する（この点の紹介・解説がこの部分の記述の目的ではない。関心のある読者は Mankiw[2004]等の標準的なテキストを参照されたい）。

一連の条件のいずれかを満たさない市場では、関係経済主体の合理的な選択の結果（つまり自由な市場で）実現する状態は上の意味で最適ではない。この意味で最適な状態を実現しない市場の状況を「市場の失敗」と呼ぶ。「失敗」は、自由な市場で上の意味で最適な状態が自動的に実現しないことであって、ここから直ちに、「このような市場・産業分野は政府の全面管理下に置くべきだ」などという結論が導かれるわけではない。

市場は万能ではないし、完全でもない。市場はしばしば失敗する。しかし、政府（および同業者間の協調行動）も完全ではない。市場が失敗するからといってすぐに政府の規制・介入を求めるのは適切でない。ノーベル経済学賞を受賞した George J. Stigler 教授は「われわれは、市場の失敗の一覧表、それも長い一覧表をもっている。それはできることなら是正されなければならない。市場に代わるべきものとしては、国家によるか祈りによるかの、2 つの道しかない」とした後で、次の如く記す。

われわれは、市場の熱いフライパンから飛び出せと社会に命じることができようが、その結果、火の中に飛びこむのか豪華なベッドの上に降り立つかを予測する根拠を持っていない (Stigler, 1975, 112-13 頁) ²³。

²³ 政府が完全でないこと、過度の政府依存が悲惨な結末で終わることは歴史の教えるところだ。この点にほとんどの読者が同意するだろう。それほど政府が有能で政府の管理が国民経済を望ましい状態に導けるのなら、社会主義経済は崩壊しなかったはずだ。「あんな先生に習ったばかりに…」 「あんな医者に診てもらったばかりに…」 などという後悔を頻繁に経験する。政府についても同様だ。「政府なんぞに期待したばかりに…」 「国民の付託を受けた政府が、あれほど馬鹿なことを継続し、繰り返すとは…」 と後悔することはあり得ないとも考えるのか？ そうでなければ、「行政改革」や「規制緩和」が国民的課題になることはない。具体例に沿ったより具体的な記述に関心の読者は三輪[1997]を参照。副題の「『規制緩和すればいいってもんじゃない』と言いたいあなたに」がこの書物の内容を象徴する。

「外部性」と「情報の非対称性」

「市場の失敗」の代表例とされる「外部性」「情報の非対称性」を例にして、「市場の失敗」と「政府の介入」の関連性について考える素材と提供し、「市場の失敗」という表現を声高に叫ぶ遠藤[2006a]の如き文章の危険性に読者の注意を促そう。

外部性とは、あなた（消費者 i ）の選択結果が隣人（消費者 j ）の厚生水準（望ましきの程度）に直接（市場取引を経由せず）影響を与えることである。外部性が存在すると、消費者 i は自らの消費選択に際して消費者 j に与える影響を考慮しないから、消費者 i の選択は後者をも考慮に入れた「社会的」に最適な選択から乖離する。このとき、「市場の失敗」が生じる。 i, j を企業としても同様の議論が成立する。このケースに該当する次の如き具体例について、「市場の失敗」への対応として「政府の介入」を望むかという問いに YES と回答する読者は稀だろう。

満員電車の中で i がしたオナラで j が不愉快になり、会社で j は部下の k に理由もなく怒鳴ってしまった。外部性の連鎖である。エレベーターに乗り合わせた女性の香水で早朝の爽やかな気分を害されること、居酒屋で隣の中年男性の加齢臭で不愉快な気分になること、気張って行ったレストランで隣のテーブルの客の服装・態度や注文したワイン・料理で不幸な気分になること、電車でひどい風邪をひいた客と隣り合わせになることなど。

取引（商取引にかぎらない）当事者間で保有する情報が対称でないと、保有する情報が対称的である際に実現する最適な状態とは異なる状態に帰結する（可能性がある）。典型は、情報の操作やウソをついて相手を騙すこと、騙されることを警戒して取引に慎重になることである。医療サービスに関して、患者と医者との間に存在するはなはだしい「情報の非対称性」がしばしば強調される。しかし、このケースに該当する次の如き具体例について、「市場の失敗」への対応として「政府の介入」を望むかという問いに YES と回答する読者は稀だろう。

結婚では、結婚前・結婚後のいずれにおいても当事者間にはなはだしい「情報の非対称性」が存在する。大学卒業後の就職先の選択においても、雇用者側と被雇用者側の双方にはなはだしい「情報の非対称性」が存在する。レストランで提供するサービスの内容に関しても、当日使用する素材、料理人の健康や気分、他の客の質など「情報の非対称性」が存在する。オペラ歌手や野球の先発投手の体調などについても「情報の非対称性」がしばしば重大である。ヘアデザイナーや占い師、塾や学校、中古車販売、弁護士など、さらに、医者の能力・腕前・実績や気分などについても「情報の非対称性」が深刻だろう。

医療サービス分野で「市場の失敗」が頻繁に発生するとしても、この分野における政府介入の適切な程度・形態、政府が果たすべき役割に関して慎重かつ周到な検討が必要である点に同意する読者が多だろう。「市場の失敗」という表現を説明抜きに登場させて「市場に委ねておけば効率的な資源配分が行われるという財・サービスとは一線を画している²⁴」とする結論を冒頭に掲げることの当否、遠藤[2006a]をこの位置に収載する『講座 1』

²⁴ ここで「市場に委ねておけば効率的な資源配分が行われるという財・サービスとは一線

編集者および『講座』編集委員会の意図と判断の妥当性の検討は読者に任せる²⁵。

[II-8]. 西村周三[2006a]の位置づけ

もう1人の共編者による第3章「医療保険の経済理論」(西村、2006a)について「はしがき」は次の如く要約・紹介する(iv頁)。

まず医療経済学の古典であるアロー論文を引用しつつ、医療の不確実性に対処する民間保険の理論を提示する。そこで導かれた問題点から、なぜ世界のほとんどの国で医療保障が社会保障という形で提供されるのかを説明している。さらに、そうした国々の中でも日本の社会保障費の決定のあり方をめぐる政治的意思決定過程が複雑になる理由が、社会保険と公費の折衷型によることを指摘する。この他、社会保障の事業主負担の転嫁についての記述は興味深い。最後に触れられている世代間の適切な所得再配分と経済成長との関係も重要な論点である。

第2章と同様、第3章執筆者(西村)は『講座1』の共同編集者である。西村[2006a]の内容・役割分担の決定および「はしがき」の内容・表現に関与したはずである。しかし、「はしがき」の要約・紹介は明確でも明快でもない。

西村[2006a]の内容・役割分担についても多方面にわたって疑問・不満がある。遠藤[2006a]と同じく、最大の疑問・不満は、この章の位置づけ・役割と執筆者の立場・意図が明示されず、紹介されているはずの「ミクロ経済学」の位置づけと、基礎理論の紹介という読者が期待する役割を果たす意図の有無のいずれもが不明確なことである。新古典派の「ミクロ経済学」の基本的な考え方と分析手法に関する基礎知識を期待する読者は、それを提示

を画)すと、「効率的な資源配分」に限定した表現を採用する意図は不明である。「政府の関与によってより効率的な資源配分が実現する」とまでは主張していない、と留保しているとは考えにくい。「医療アクセスの公平性」という社会規範が存在することを強調することに照らして「効率的な資源配分」に限定することに特段の意味はないように見える。特段の意味があるとすれば、その点に対する解説と、政府の役割に関する追加的な説明が必要だろう。

²⁵ 前掲注19に紹介した如く、「近代経済学批判」が1960年代後半から1970年代前半の時期に全盛期を迎えた。「近代経済学」の受入れ・定着の進行とともに、全否定あるいは全面批判から「近代経済学」の有効性が限られたものであることを強調する主張・批判へ流行の重点が移行した。その際のキーワードの代表が「市場の失敗」であった。当時、「市場の失敗」という表現をふんだんにちりばめた論説、錦の御旗の如く振りかざす主張が巷にあふれた。時間の経過と共に多くの分野でこの流行は沈静化したから、従来別個に行われてきた医療経済学・医療政策学の両分野の研究を統合し、あらたな「医療経済・政策学」の確立・普及を目指す(「刊行の言葉」)『講座』、つまり今日の日本の「医療経済学」分野を象徴する基本文献(しかもその第1巻の基幹部分)に「市場の失敗」という表現が昔懐かしい姿で活躍することに驚くと同時に奇妙な感慨を覚えた。

する意図さえ見られない点に首をかしげるだろう。

「ミクロ経済学が用いる中核的方法論」について「体系立てて示」す 4 つの章の最初の章（遠藤、2006a）が冒頭で「市場の失敗」に言及したことに続き、第 3 章（西村、2006a）の検討の焦点が「医療保険の経済理論」であることに驚くだろう。（もっとも、驚くためには、「基礎知識」の存在およびその重要性を理解する必要があるから、「国民皆保険制度」の基礎理論に焦点を合わせるのだと了解して、驚くことなく通過するかもしれない。）さらに、「はしがき」の紹介と西村[2006a]の内容の対応関係にも驚く読者が少なくないだろう。

西村[2006a]は冒頭の「はじめに」を「医療保険に関する経済理論の発展には、大別して 2 つの流れがある」という文章で始める。「ミクロ経済学が用いる中核的方法論」について「体系立てて示」す 4 つの章の一環を構成し、その 2 番目に位置することに配慮して、「はしがき」の構想に沿った役割を分担する意図と意欲は見あたらない。（「医療経済学への応用」を念頭に置いた）ミクロ経済学の基礎理論の提示・解説を期待する読者は失望するはずである。とりわけミクロ経済学の基礎の理解に乏しい読者には、西村[2006a]の内容とこれを第 3 章に置く意図・意味のいずれもが理解困難だろう。

2 つの流れについて、「1 つの流れは、社会保険制度としての医療保険制度をめぐる議論の展開であり、いま 1 つの流れは、私的・民間保険としての医療保険制度の機能をめぐる議論である」とし、「これら 2 つの流れを、完全に切り離されたものとするのは適切ではない」として、次の如く記す（63 頁）。

社会保険制度や公的医療保障を中心とする国々でも、近年は一部で、民間保険の導入が進んでおり、他方で、アメリカでも、部分的にはあるが、メディケアやメディケイドなどの公的医療保障制度がある。さらに理論的観点から見ても、これら 2 つの考え方が独立して発展してきたわけではない。むしろ民間保険に関する議論の発展は、民間保険制度がもつ機能の「限界」を明らかにするために発展してきたと理解することもできるし、これらの議論の与える示唆が、公的保障のあり方を、その枠内で再考し、公的な制度の改革にも寄与することにもなっている。

「はしがき」の要約・紹介との関連は不明だが、西村[2006a]の最後の部分には次の如き記述が見られる（85-86 頁）。とはいえ、この文章が『講座 1』の第 3 章に登場することに戸惑うのは私だけではなからう²⁶。

次のような推論がなされても不思議なことではない。医療は、そのすべてではないが、かなりの部分が命を大きく左右するサービスを提供しているのであるから、どんどんその規模を拡大することが国民の幸せに繋がるという主張である。／ しかしながら話はそれ

²⁶ [IV]、[V]で紹介・展望する『講座 2』、『講座 3』の他の編集委員の論文との対比は、困惑をさらに深刻化させるはずである。

ほど単純ではない。・・・規模の大きいアメリカはいうまでもなく、ヨーロッパ諸国、日本を初めとするアジア諸国、いずれをとってみても、政府や保険者は医療費を抑制しようと懸命の努力をしている。

・・・

政府部門は、必然的に独占的にならざるを得ず、それゆえにさまざまな非効率性が生じることが、社会主義国の経験が教えるところである。しかしこれは政府部門のみに限らない。この点は最近までの日本の郵政事業、道路供給事業などを見れば容易に想像がつくが、あらゆる部門で、競争がないために生じる弊害は数知れず、それによって技術進歩が遅れることになることや、そこに不当な利益が発生したりする。／ したがって、たとえ医療部門が生命に密接に関連する産業だといっても、やはり不断に「より効率的な」運営がなされているかを監視する必要がある²⁷。

[III]. Intermission : 「医療経済学」と「医療政策研究」

[III-1]. 『講座』全体を基礎づける基礎理論・分析手法に関する合意が成立していない

『医療経済学の基礎理論と論点』と題した『講座 1』の内容に関する[II]の紹介・展望を（途中で放り出すことなく）読み終えた読者の多くが、以下の 6 つの設問と共に困惑しているはずである。

- (1) 「経済学一般」で支配的勢力である新古典派経済学の研究者が医療経済学分野では少数派だという。理由は何か？多数派を占める（新）制度派経済学とはいかなるものか？医療経済学の基礎理論・分析手法としての制度派経済学の基本的特徴は何か？
- (2) 医療経済学分野で少数派とされる新古典派経済学研究者の基礎理論・分析手法はいかなるものか？新古典派経済学の研究者にとって、医療経済学と経済学の間にはいかなるものか？異なるのか？どの点でどのように異なるか？
- (3) 医療経済学分野で、多数派の新制度派研究者と少数派の新古典派研究者の間にはいかなるものか？基礎理論・分析手法の違い（対抗・対立？）はいかなる帰結を現出させているか？
- (4) 標準となる医療経済学の基礎理論・分析手法は確立しておらず、現時点では存在しないということか？確立しているが、『講座 1』には明確には提示されていないということか？
- (5) 『講座 1』後半、さらに『講座 2』以下の各巻の記述・検討の基礎理論・分析手法は

²⁷ 戦後半世紀以上の期間にわたる主要国における the dynamics of medical-care reform の国際比較に関心の読者には、”In no country are people particularly happy with their health-care system”という文章で始まる Cutler [2002]の一読を勧める。

『講座 1』には明示されていないということか？新制度派経済学あるいは新古典派経済学のいずれかを実質的に選択し採用しているのか？選択は編集委員が管理・監督しているのか？各執筆者の自由な選択に任されているのか（結果として、実質的にバラバラか）？

(6) 『講座 2』以下の記述・検討の基礎理論・分析手法は、『講座 1』に言及されたものと異なるのか？異なるとすれば、『講座』のどこに提示・紹介されているか？

確立した共通の基礎理論・分析手法の提示を期待した『講座 1』の内容は[II]に見た通りである。以下の 3 点に注目すれば、『講座 1』で言及される医療経済学は『講座 2』以下の記述・検討において基礎理論・分析手法の役割を与えられていない（可能性がある）。少なくとも、かかる役割を『講座 1』が果たすことについて確固たる合意は編集委員間にも成立していないように見える。

第 1 点は、従来別個に行われてきた医療経済学・医療政策研究両分野の研究を統合し、あらたな「医療経済・政策学」を確立・普及することがこの『講座』の目的だとする「刊行の言葉」の記述である。「政策的意味合いが明確な医療経済学研究と、経済分析に裏打ちされた医療政策研究との統合・融合をめざす」とするに止まり、めざした「統合・融合」の成果が『講座』の内容だとする位置づけは見あたらない。『医療経済学の基礎理論と論点』が『講座 1』のタイトルである。

第 2 点は、上述の如く、医療経済学（広義のヘルスエコノミクス）の 3 つのカテゴリのうち、医学・公衆衛生学・薬剤経済学の技法によるアプローチが多い第 3 のカテゴリであるヘルス・サービス・リサーチ（狭義のヘルスエコノミクス）は「本書の範囲を超える」として『講座 1』で取り扱わない（『講座 1』「はしがき」）ことである。第 1 のカテゴリはミクロ経済学の応用である。第 3 のカテゴリについては、話題・論点を『講座 1』で取り扱わないうに、ミクロ経済学以外の基礎理論・分析手法が用いられているはずである。

第 3 点は、5 名の編集委員のうち、『講座 1』の 3 名の編集者はいずれも経済学関係の大学院（あるいはビジネススクール）に在籍した経験を有し、現在は経済学部（あるいはビジネススクール）の教授である。残る 2 名はいずれも医学部卒業者である。[III-3]に見る如く、日本の「医療経済・政策学」研究者の世界では、経済学研究者と「医療従事者」との間に越え難い溝が存在する（してきた）とされる²⁸。

『講座』全体を基礎づける理論・分析手法に関する合意が執筆者間はもちろん編集委員間にも成立していないようである。『医療経済学の基礎理論と論点』と題した『講座 1』には、『講座 2』以下を基礎づける（共通の）基礎理論・分析手法は明示されない。この点に関する有力な参考情報も得られない。静かで豊穡な海に乗り出す安定した航海、荒れ狂う海・複雑な迷路の如き大森林に向かう波乱万丈の冒険のいずれを予想・期待するかは読者に任せよう。いずれを予想しても、徒手空拳でのスタートに身震いするはずである。

²⁸ 「医療経済学」と「医療政策研究」が「従来別個に行われてきた」という「刊行の言葉」の表現がこの状況を象徴するよう見える。

[III-2]. 理論・分析手法の決定的重要性

『講座』全体を基礎づける理論・分析手法に関する合意が編集委員間にも成立していないこと、『講座 2』以下を基礎づける（共通の）理論・分析手法が『講座 1』に明示されず他の場所にも有力な参考情報すら見あたらないことを強調し、以下でも、個別論文について基盤となっている（はずの）理論・分析手法が不明・不明確であることを重視する。とりわけ「実証研究」(positive analysis)との関連で理論・分析手法の決定的重要性を自明の前提とするこの論文の主張に対して、「容易には理解しがたい」と面くらい、「なぜか？理論とは何のことか？」と戸惑いさらに反撥する読者が少なくないだろう²⁹。ビジネスマン・官僚・医療従事者などの実務家はもちろん、「研究者」を自認する読者についても同様である³⁰。

²⁹ 多くの読者が「社会科」は要領よく記憶する科目・分野だと信じ込んでいるために、たとえば、以下の 5 点に要約される思考パターンを無意識に身につけ、疑問を抱かない状態で大人になった。放置すれば、今後もこの点に関して疑問を抱かないだろう。その自然な帰結として、批判・疑問や問題提起を目的として提示された理論・見解やデータ・観察事実を、従来のものに代替する「常識」・図式的説明として記憶しようとする読者が少なくない。

- (1) 教科書や新聞などに書いてあることは疑う余地のない「真実」だと考えてしまう。このため、「思考停止」状態に陥り、「結論」を鵜呑みにするのが常態となる。
- (2) 内容が曖昧でほとんど意味のない記述を前にしても、「正確な意味を確かめ、明確化する」という当然の作業をしなくなる。このため、「理解」せずに、書かれていることを鵜呑みにする。
- (3) 「なぜそうなのか？なぜそうなるのか？なぜそう理解するのか？」などという事象の生成メカニズム、因果関係に対する関心を持たなくなる。さらに、他のメカニズム、代替的な説明の可能性についても考えなくなる。「なぜ」という問いを忘れ、「メカニズム」に対する関心を失う。
- (4) 観察事実や、他の書物などの記述と照らして教科書などの記述・説明との食い違いに気づいても、それを契機に、教科書の内容に関して疑問を抱いたり、代替的な説明の可能性に関心を抱くことがなくなる。
- (5) 執筆者・読者が以上の思考パターンを受け入れると、主張の妥当性を示し、読者を説得する必要性がなくなる。このため、説得のための証拠が教科書などから消え、読者・執筆者双方が、証拠を示して説得することが必要だと考えなくなる。

周囲の大人達は「『社会科』の基本は記憶だ」という認識の中で生きている。そういう大人達の間で育ったこともあり、小学校入学以前からこの認識を空気のように吸って成長し、そのまま大人の仲間入りをする。だから、たとえば、(4)に関連して、ビジネスの現場での経験が認識の修正につながらない。頻繁に経験するセリフは、「われわれの会社、業界では…だから、少し違うようだ。しかし、日本経済全体では…」というものだ。結局、ほとんどすべてのビジネスマンが、日々の経験では違うと感じつつ、「日本経済」「日本企業」などに関する基本認識は教科書や新聞に書かれているとおりに考えているという状況が長期的に継続してきた。「常識」「通念」はそのようにして形成され、維持されてきた（以上、三輪・ラムザイヤー、2007、20-21 頁）。

³⁰ 詳細は不明だが、「医療経済」や「医療政策研究」の従事する研究者も例外ではないとい

先へ進む前に、この点を指摘し、明確な理論に基づき「きちんと考える」作業を欠落させることの危険性を指摘した文章を参考として転載する。「系列」「企業集団」「メインバンク」をキーワードとする「日本経済論」の「通念」に関わる『お経』あるいは『説教』『講話』『占い』と題した三輪・ラムザイヤー[2007、283頁]の Column 5 である。

われわれは、「系列」「企業集団」「メインバンク」に関連する主張のほとんどとこれらのキーワードに関連する「通念」も、次の8つの意味で「お経」あるいは「説教」「講話」「占い」のようなものだと考えている。

- (1) 明確に定義されていない曖昧なキーワードを用いて表現される。
- (2) 結果として語られる話（主張）の内容・基本構図は、スケールが大きく、気宇壮大である。
- (3) 他の「通念」と整合的に見えるため、受け手が分ったような気分になる内容である。
- (4) 受け手はありがたいものとして受容し、歓迎する。
- (5) 多くの「通念」と同様、受容し続けるかぎり、受け手は満足し幸せを感じる。
- (6) 「…すべきだ」とする説教色が強く、「なぜ」と問うたり、証拠を求めることはほとんどない。
- (7) 受け手は、周囲の人たちに伝えることにより、自らの「理解」と満足が高まると同時に、相手の満足を高めると確信している。
- (8) 関心のある人、共鳴し支持する人しか耳を傾けないし、他人に伝えない。このため、支持者、支持する意見しか観察されない。

「経済や政治に関わる基本的考え方の点で、25歳か30歳になった後にも新しい見方の影響を受ける人は多くない。このため、官僚や政治家さらに煽動家でさえも現在の課題に適用する考え方はおそらく最新のものではない」という Keynes の有名な評言はここでも注目に値する。三輪が大学生であった時期（1966-70年）は主要な大学の経済学部でマルクス経済学の退潮がようやく顕在化し始めた時期であった。今日の「通念」「常識」のほとんどは、この時期に支配的だった日本経済観・市場観そのものだ。今日、「オピニオン・リーダー」として発言する人たちのほとんどは、この時期に支配的な考え方を子守り歌として聴き、その後、これから逃れる機会を持たなかった。マスコミ、とりわけ経済ジャーナリズムの企画・編集の担当者のほとんどはこの「通念」にどっぷり浸かったままだ。法学部出身者が多い政治家や官僚はもちろん、「経済人」、経済評論家として発言する人たちも同様だ。いわゆる「近代経済学者」の中にも「通念」に安住する人たちが少なくない。

子守り歌として聴き、血肉化した「通念」は危険だ。われわれの主張を聞き、読んだビジネスマンの中には、「現実はあるあなたの主張の通りだと思う。どうしてそれが通念・常

うのが私の推測である。

識とならないのですか」と首をかしげる人も少なくない。しかし、この人たちも、「通念」に浸りきった人たちの中で、「それは誤解だ」とは主張しない（できない）だろう。それほど「通念」は強力なのだ。10年ほど前のことである。三輪の友人で経済誌の編集者の「あなたの言う通りだと思います。しかし、それではわれわれの商売にならないのですよ…」という発言に大笑いとなった。

【III-3】. 「医療経済学会」学会誌創刊号の「ご挨拶」と「巻頭言」

『講座』全体を基礎づける理論・分析手法に関する合意は執筆者間はもちろん編集委員間にも成立していないようである。（『講座』に関わった）医療経済学研究者間に存在する（とされる）新制度派と新古典派の2大勢力間の相互関係および医療経済学と「経済学一般」の関係のいずれについても理解の鍵となる有力な情報は見あたらない。そのうえ、「従来別個に行われてきた」「医療経済学」・「医療政策研究」両分野の研究の統合が必要な状況にあるという。このような環境・背景の下で刊行された『講座』の内容の理解が、いずれの分野の研究者でもない私の如き部外者・新参者にとって容易には理解しがたい（さらに、理解の入り口に至る有力な手がかりすら得られない）としても不思議ではない。

【II-1】で、この論文で『講座』を検討・評価対象の中心に置く5つの主たる理由について解説した。理由の5番目にほぼ同時期に「医療経済学会」が設立され、その創刊号（『医療経済研究』Vol.18、No.1、2006^{31）の冒頭に「ご挨拶」と「巻頭言」を寄せた西村・池上両教授がともに『講座』編集委員会のメンバーである点をあげた。}

以下に見る如く、この2つの文章が、とりわけ「医療経済学」・「医療政策研究」両分野の研究の統合が必要だとされる状況に関する有力な手がかりを提供する。両教授が「医療経済学会」メンバー全体の考え方をどこまでどのように代表しているかという設問は棚上げし、両教授が学会誌の「創刊号」に寄せた「ご挨拶」「巻頭言」である点を重視する³²。

「ご挨拶」(西村、2006b)と「巻頭言」(池上、2006b)

先に掲載される「ご挨拶 医療経済学会設立あたって」(西村、2006b)は、冒頭で、これまでも何度もあった医療経済学会を設立しようという動きが頓挫した重要な原因の1つが、「学会において発表する論文の質について、経済学者と医療従事者との間でかなり見方

³¹ 池上の「巻頭言」は、本号より医療経済研究機構の機関紙「医療経済研究」が、医療経済学会の「医療経済学会雑誌」を兼ねることになったとする。「兼ねる」という表現の意味は定かではない。

³² 【II】に見た如く、『講座1』の3名の編集者のうち西村はやや特異・奇妙な位置を占め、西村[2006a]の内容も読者を戸惑わせるものであった点に留意されたい。5名の『講座』編集委員のうち二木・池上の2名が医学部出身者である。このうち現在までに刊行された5冊の中で二木の執筆分は『講座3』の「はしがき」のみであって、担当執筆論文は見あたらない。同様に、西村も、『講座1』の2本の論文（うち1本は共著）の執筆者として登場するのみである。

にギャップがあったこと」によるとし、次の如く記す（2頁）。

学会がその存在意義を持つかどうかは、そこで論文が発表されて、学术交流が進むかどうかは生命線なわけですから、このギャップが埋まらないことには、学会を設立する意味がないこととなります。／ 従来「医療経済研究機構」では、その機関誌として、レフェリー制（査読制）を採用する『医療経済研究』を発行してきましたが、この審査過程で、経済学者と医療従事者との間で、その質についての判断が大きく分かれるという経験をしました。経済学においては、実証研究において、その統計的分析に、ある種の確立した手法がありますが、これは医療従事者の使い慣れたそれとはかなり異なるようです³³。

続いて掲載される「巻頭言 学会誌の役割」（池上、2006b）は次の如く記す（3頁）。

「医療経済学」については、パラダイムも方法論も共有されているとは言い難い。筆者の見解に対して、「医療経済学」を、経済学的手法を医療において適用する経済学の一分野として捉える者からは異論が出よう。確かに経済学を主として、医療を従とする分野で捉えるならばそうであるかもしれないが、医療従事者にとっては主客が逆転しており、医療が主で、経済を従とする分野として捉えており、「経済」も一般に費用に関連したデータの収集としてしか認識されていない。／ 前者の立場を貫徹すれば、会員は経済学者にほぼ限られるので価値観は共有され、論文採否の基準についてもコンセンサスが得られやすい。しかし、医療の分野は制度によって大きく規定され、また医師を始め医療従事者の行動を理解するためには社会学的な素養も必要であるので、経済学の仮説に従って分析しても現実と遊離してしまう危険性がある。一方、後者の立場は、既存の **health services research**（医療研究）との相違が不明確になり、学会誌としての独自性を確立することが難しくなる危険性がある。／ ……今後の発展のためには、足して二で割るという官僚的調整ではなく、会員相互の異質性が対話を介してシナジー効果を発揮する体制が必要であり、こうした体制が早急に構築することを期待して稿を終える。

とりわけ「医療従事者」の中に、「その通りだ」と同意し強く共感する読者が多いかもしれない。しかし、言語明瞭・意味不明瞭を象徴するような主張であり、数多くの誤解・無理解やそれに基づく重大な混乱・偏見が含まれるように見える。

「巻頭言」（池上、2006b）に関わる6つの疑問・問題点

以下に、池上の「巻頭言」に関わる6つの疑問・問題点を列挙する。『講座2』以下の内容の検討・理解に有用であると同時に、同質の誤解・無理解・混乱・偏見が各種「医療問

³³ 西村の「経済学においては・・・」の部分は新古典派経済学を念頭に置くように見える。新制度派にもこの点があてはまるか否かは不明である。

題」に関する冷静・周到・健全な議論・検討・研究の展開・進展の妨げになっている現状の打開策ともなり得るとの判断に基づく。一部については[VI]でさらに立ち入る。

(1) 『医療経済学』を経済学の分析手法を医療に関わる現象に対して適用することであると。これが、なぜ「経済学を主として、医療を従とする」という位置づけになるのか？経済学では頻繁に数学の（数理的）手法を「適用する」。この状況を「数学を主として、経済学を従とする」と位置づけるか？経済学の少なからぬ分野でロケット工学の分野で発達した手法を適用する。「ロケット工学を主とし、経済学を従とする」と位置づけるか？世界中で「法と経済学(Law & Economics)」と呼ばれる分野が大きく発展し「法律」「法学」分野の研究に決定的影響を与えている。ここでは経済学の分析手法が「法律」（あるいは「法律」・法制度に関わる諸現象の分析）に適用される。「経済学を主とし、法律を従とする」と位置づけるか？「法と経済学」分野の研究者の主力は経済学を積極的に活用する lawyers である。

(2) 「主」「従」とはいかなる意味か？「主」「従」という位置づけに特段の意味がなければ、「医療従事者にとっては主客が逆転しており、医療が主で、経済を従とする分野として捉え」という文章にも特段の意味はない。ほとんどの経済学者は、数学（ロケット工学）が主で、経済学が従だとも、逆だとも考えていない。「経済学こそが主で、数学は従だ・・・」という声高な主張に同意（あるいは逆の主張に対する反論）を求められた経済学者のほとんどは、苦笑してその人物から遠ざかるだろう。「医療」や人間の病気・健康に関わるあらゆる現象の分析に経済学が適用可能（適用すべき）だと主張する経済学者はいないはずである。特定分野（あるいは、タイプ、グループ）の現象の分析への経済学の適用が、たとえば、医学（「医療政策研究」？）や社会学、工学などの適用を排除するという事もない。以上の点は、「医療」、教育、農業、法律・法制度、さまざまな分野の研究開発、企業の組織・行動などのすべてにあてはまる³⁴。

(3) 『経済』も一般に費用に関連したデータの収集としてしか認識されていない」という表現は、少なからぬ読者を困惑させるはずである。経済学は主として経済現象（人間社会の経済的側面に関わる諸現象）に適用される分析手法である。「費用に関連したデータの収集」が行われるとしても、それは手法を適用する分析の準備あるいはその一環であって、経済分析の全体ではない（医師の診断が、多くのケースで診断対象に関わるデータの収集を必要とするのと同じことである）。「医療従事者」が池上の主張の如き「認識」しか持たないとすれば、経済学に関する誤解・無理解・混乱・偏見が支配していることになる³⁵。「経済学」あるいは「経済学の手法」ではなく、「経済」という表現が用いられることにも戸惑

³⁴ とりわけ伝統的なタイプの法学者・法律家の中に、（多くの lawyers が）経済学の手法を活用する Law & Economics に対して反撥し、無視しさらに激しい敵意を示す者がある。「経済学を主とし、法学を従とする」という表現に直面することもある。

³⁵ 池上[2006b]の見解に同調しあるいは池上の認識対象となっている「医療従事者」が多数（派）でないことを望む。

う³⁶。引用冒頭の『医療経済学』については、パラダイムも方法論も共有されているとは言い難い」という見解の「パラダイム」「方法論」（とりわけ、後者）という表現の意味は何かという疑問も浮上する。池上のいう「方法論」とは何か？³⁷

(4)「前者の立場を貫徹すれば、会員は経済学者にほぼ限られるので」という。法制度に関わる諸現象（法解釈や立法を含む）の分析に経済学的手法を適用するLaw & Economicsの分野の主力は（経済学者ではなく）lawyersであり、アメリカの大学ではlaw schoolや弁護士事務所、裁判所に所属する者が多い³⁸。このようなlawyersを「経済学者」とは呼ばない。企業や官庁（さらに医療機関？）内部で多様な課題・さまざまな局面で多くの人達が経済学的手法を活用している。このような人達を「経済学者」と呼ぶこともないだろう。「医療従事者」が適切と考える課題に対して経済学的手法を活用する際に、活用の仕方の適切さを確保・担保（自らのためであると同時に、他の読者が安心して読む気になるための品質保証手段という側面を持つ）するために経済学研究の（確立した）基本ルールに従うのは自然・当然だろう。しかし、このルールに従うことによって「医療従事者」から「経済学者」に変身するわけではない³⁹。

³⁶ 『講座』のタイトルが『講座 医療経済・政策学』であり、「医療（の）経済学」あるいは「医療経済と医療政策の経済分析」ではない点にも戸惑う。経済学は分析手法（および経済学を用いた分析結果）であるのに対し、医療や医療経済・医療政策は分析手法の適用対象である。同様のことは、農業（経済）、工業（経済）、商業（経済）、教育、研究開発などについても成立する。

³⁷ [IV]で池上[2005、2006a]について検討する過程でこの疑問の内容がより具体化する。

³⁸ 各関係経済主体の合理的選択およびその相互作用の結果として人間社会の諸（経済）現象を分析・理解・説明するという経済学の分野で発展した人間行動に関する基礎理論は、今日では、法学、政治学、社会学などの各分野で広く採用され、それぞれの分野で有力な学派(school)と形成している。今日では、基礎理論を共有することに注目して、これらの分野の研究者を rational choice school(s)と呼ぶことも多い。もちろん、この school に属する政治学者 (political scientist) を「経済学者」と呼ぶことはない。

³⁹ 「『医療従事者』とは何か？誰のことか？」という設問に関する読者の自問自答が必要だろう。「医療従事者」とは何か？直接患者を診る者という意味か？基礎医学の研究者は含まれるか？医師免許を持つ「医療経済学」研究者は？医師免許を取得してから経済学を本格的に勉強した者は？ビジネススクールで病院管理学を学んでMBAを取得した研究者は？この研究者が医科大学（医学部）の教授に就任したら？薬学部出身者は？薬学部教授は？医学部のある大学の他学部教授は？医学部を卒業した病院管理学教室の教授は？医療政策担当教授は？経済学部で health economics、医療政策の研究・教育に従事する研究者は？Law & Economics では、経済学の学位取得後に law school で学んだ者も少なくない。少なくともアメリカではこのような背景の違いに関わりなく、「経済学」が標準的な手法として共有され、活発な研究活動が展開されている。ここでは、「法律従事者」などという概念・観念は特別の役割を果たさない。「農業政策」「農業問題」の研究者であるために「農業従事者」であることが重要か？

たとえば、「方法上の手順を全体的に知るといった段階を越え、経済学者・疫学者・臨床医を含んだ学際的チームの一員として評価を実施する上での実際的な経験を積むことができるように読者を導くこと」を目的として執筆された *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 2nd (Drummond et al., 1997)の第2版の日本語

(5) 「しかし、医療の分野は制度によって大きく規定され、また医師を始め医療従事者の行動を理解するためには社会学的な素養も必要であるので・・・」という表現も、少なからぬ読者を困惑させるはずである。法制度の経済分析(Law & Economics)では、分析対象が「制度によって大きく規定」されることは当然である。法制度そのものの機能の分析・望ましい制度の選択もしばしば検討課題となるから、制度に関する正確な知識はもちろん、法の適用を受ける者を含む法（制度）関係者の行動を理解する「素養」が必要だろう（それが「社会学的な」素養であるかどうかは知らない）⁴⁰。困惑するのは、「だからどうだというのか？」という疑問・設問に直面するためである。

(6) 「経済学の仮説に従って分析しても現実と遊離してしまう危険性がある」という。経済学に限らず、医学を含むあらゆる分野で同様の「危険性」がある。「医療従事者」といども、「医療問題」の検討に経済学的手法を適用する際に限らず、(いかなる方法によるにせよ)「医療政策研究」の検討においても、「現実と遊離してしまう危険性がある」はずだ⁴¹。この点で「医療問題」に関して「危険性」がとりわけ高くなる理由があり、「医療従事者」であればその「危険性」に適切に対応できるというのか？なぜか？日本の「医療」に特異・特別な事情によるのか？

「巻頭言」(池上、2006b)に関わる以上 6 つの疑問・問題点を念頭に置いて、[III]の冒頭に掲げた一連の設問を読み返し、「困惑」の理由について検討して欲しい。困惑するのが自然・当然・健全であり、一連の設問に沿った重大な関心を持って[IV]に進み進むことになる読者が多いはずである⁴²。

訳（肩書から判断すると 5 名の翻訳者のほとんどは「医療従事者」である）の監訳者（久繁哲徳）は「訳者前書き」で次の如く記す。「現在、国際的にすすめられている保健医療改革では、根拠に基づく保健医療がグローバル・スタンダードとなっているが、経済的評価もその重要な構成要素として、さまざまな政策決定や経営管理に利用されるようになってきている。しかしながら、わが国では、残念ながらこうした国際的動向に十年以上遅れているのが実情である」（以上、1 頁、iv 頁）。翻訳刊行は 2002 年である。原書の第 3 版が 2005 年に刊行されている。

⁴⁰ たとえば、電力産業の「自由化」に関連して適切な規制について検討する研究者は、経済学者か否かを問わず、発電・送電・配電の供給サイドに関わる技術的知識、需要量の変動・態様・予測可能性およびそれらを規定する各種要因、需給を調整するための各種装置などに加えて、周波数・電圧・停電（信頼度）などの「電力品質」に関わる基礎知識および基本情報を理解する「素養」を必要とするだろう。もちろん、関連分野のエンジニアが経済学的手法を習得し、あるいは経済学者と協働するという選択肢も有力である。

⁴¹ 私は多くの産業分野の多様な現象の経済分析に携わった経験がある。それぞれの分野の経営者・従業員・研究者からのヒアリングが「この業界（うちの会社）は特殊・特別ですから・・・」という前置きとともに展開される当該産業の特徴に関する説明を、多くの産業分野に共通の（類似の）ものであることを確認しながら拝聴することによりスタートすることは珍しいことではない。

⁴² [III-3]に見た如く、『講座 1』「はしがき」は冒頭部分に「経済学を思想上の観点から区分すると、資源配分の効率性を重視する新古典派と、各々の文化・社会がもつ固有の価値規範を上位概念に置き、規範を反映した制度、ならびに公正な所得分配をも資源配分と並んで重視する（新）制度派に分けられる」とする印象的な文章を置く。「固有の価値規範を上

[IV]. 「医師と患者の間に成立する特殊な関係」と日本の「医療提供体制」

『講座 2』以下の既刊 4 冊のうち、以下の検討の焦点は『講座 3』と『講座 2』である。現代日本の多様な「医療問題」のうち特に医療サービスの供給側・「提供体制」に焦点を合わせ、[IV]と[V]では 4 本の論文に注目する。「医療制度」「医療政策」の基盤・基礎となっている考え方・見解・研究あるいはそこで採用されている「基礎理論」・分析手法に主たる関心をもつ（私の如き）読者を想定する。

『保健・医療提供制度』と題する『講座 3』（田中・二木編）の検討が中心である。いずれも『講座』編集委員による冒頭の 3 つの章、第 1 章「わが国の医療提供体制の展開」（田中、2006）、第 2 章「地域医療計画の課題と新たな展開」（池上、2006a）、第 3 章「医療の非営利性」（遠藤、2006b）の 3 つの章を取り上げる。さらに、『医療保険・診療報酬制度』と題する『講座 2』（遠藤・池上編）から第 9 章「医療保険の給付範囲をめぐる論点——混合診療と特定療養費制度」（池上、2005）を取り上げる。

[IV-1]. 池上直己[2005]による「医師と患者の間に成立する特殊な関係」

「公的医療保険の保険給付の範囲について論じ、混合診療解禁論を考察」（遠藤の『講座 2』「はしがき」）する池上[2005]を最初に取り上げる。「医師と患者の間に成立する特殊な関係」およびそれを反映した医療サービス市場の特異性および医師に期待される（医師が果たすべき）役割に関わる部分に焦点を合わせる。『講座 3』各論文の基礎として共通する考え方・見解が明示されていることが池上[2005]を最初に取り上げる理由である。[III-3]に見た如く、池上は、5 名の編集委員の中でも「医療従事者」の見解・立場をとりわけ強局的確に反映すると考えられる。池上[2005]は『講座 2』以下の各巻の基盤となる「基礎理論」・分析方法の探索・確認のための材料としても適切である。

「第 1 節 だれが給付範囲を決めるか」の「1 患者の判断」冒頭の次の文章に注目する（242 頁）。引用文中の池上[1992]は『医療の政策選択』勁草書房である。

医療の特徴は、当事者である患者の決めることができるのは、基本的には受診するかどうかだけであり、受診以後の医療サービスの内容、すなわち給付されるサービスの内容は、医師に包括的に委ねられている点である。その理由は、消費者である患者は、提供者である医師との間には情報の不平等が存在するため、何を必要としているかを基本的に医師に一任する必要がある（池上、1992）。／ このような特殊な状況に対応するために、専門

位概念に置き」という見慣れない表現に戸惑った読者の中には、[IV]を読んで、「なるほど、『上位概念』に置くということはこういうことか・・・」と納得し、苦笑することになる者も少なくないだろう。

職の制度が設けられており、医師は個人として、また専門職集団として、一定の技術と行動規範を有し、患者の代理人として、最善の医療を提供することを保証している。医師はこうした信託に応えることと引き換えに、業務の独占と裁量権を認められている。患者にとって医師は代理人であるので、医師からあるサービスを勧められた場合には、たとえ費用負担を伴う場合であっても一般に従い、料金を交渉するようなことはしない。／ 確かに患者の自己決定権が重視されるようになり、インフォームドコンセントやセカンドオピニオンが推進されているが、これは医師が患者に対して選択肢を示しているに過ぎず、医師の設定した土俵のなかでの限られた選択である。また、選択肢が提示される場合も、通常は経済的な負担の程度は選択する際の基準ではなく、各々の治療方法の危険性と成果に基づいて決められる。

『講座 3』の各論文と同様、患者と医師の間に存在する「情報の不平等」（次節に見る遠藤、2006b、52 頁の如く「情報の非対称性」と呼ぶことが多い）が決定的役割を果たす。「情報の非対称性」は、[II-7]に見た遠藤[2006a]が強調する「市場の失敗」の代表的ケースとされる。重要な情報に関して「情報の非対称性」が決定的に重要な役割を果たす医療（サービス）に関して、市場は「主流派（新古典派）経済学」が想定するようには有効に機能しないと見る見解がここから導かれる。

「市場の失敗」と政府が果たすべき役割の関係については遠藤[2006a]に関連して[II-7]に詳しく見た。「市場の失敗」の発生が政府の関与を適切とするわけではない。[II-7]では、結婚、大学卒業後の就職先の選択、レストランのサービス、オペラや野球、ヘアデザイナーや占い師、塾や学校、中古車販売、弁護士などのケースを例示しながら「情報の非対称性」による「市場の失敗」と政府の望ましい役割の関係についても見た。

6つの疑問・批判

上の池上[2005]の文章は標準的な経済学概念・分析手法を用いたものではないかもしれない。[III-3]に見た池上の「巻頭言」（池上、2006b）に照らせばその可能性が高い。標準的な経済学概念・分析手法を用いたもののようにも見えるが、見解の内容が異なるとしよう。どこにも基礎理論・分析手法は明示されず、異なる内容を解説する手がかりは見あたらない。ここでは、これ以上の解説作業を放棄して、標準的な経済学に沿った 6 つの疑問・批判を提示する。さらなる解説作業と、以下に提示する疑問・批判の妥当性の評価は読者に任せる。

「情報の非対称性」に基づく「市場の失敗」により市場に対する政府の介入が是認されるとしよう（医療サービス市場全体に関してこの条件が満たされるとは思われない。これは、議論を簡明にするために採用する仮定である）。池上[2005]の見解の特徴・特異性は、政府ではなく、（取引）関係の一方の当事者である医師に「市場の失敗」に対応する役割を割り振っている点にある。引用 2 番目のパラグラフがその中核である。

(1) 「専門職の制度が設けられており、医師は個人として、また専門職集団として、一定の技術と行動規範を有し、患者の代理人として、最善の医療を提供することを保証している」という。「保証している」というのは「保証している」という事実判断か、「保証しなければならない」「保証することになっている」という倫理規範・タテマエか？『『最善の医療』か否か？『保証』は現実に履行されたか？』の判定は誰がするのか？「保証」しなかった医師が存在した場合（保証の失敗？）の責任は誰がどのように取るか？

(2) 「医師はこうした信託に応えることと引き換えに、業務の独占と裁量権を認められている」という。業務の独占は、あらゆる資格制度にほとんど例外なく付随する。美容師・調理師・不動産鑑定士なども関連業務を独占する。「裁量権」の意味は不明だが、これらの業務に限らず、庭師・家庭教師・調理師、さらに普通の会社員でも「裁量権」を全く持たないケースは稀だろう。医師に関して、「業務の独占と裁量権を」「信託に応えることと引き換えに・・・認められている」と強調する意味は何か？「信託に応えることと引き換えに」の意味は何か？誰が決めたか？「信託に応えた」か否かを誰が判定するのか？「信託に応え」なかった医師の責任は誰がどのように取るか？

(3) 「患者にとって医師は代理人であるので、医師からあるサービスを勧められた場合には、たとえ費用負担を伴う場合であっても一般に従い、料金を交渉するようなことはしない」という。(著名な)美容師、(著名な)レストランと客の関係と比較して、どこがどのように異なるか？「代理人」という表現に特別の意味があるか？あるとして、「代理人」という特別の存在であることを誰が決めたか？なぜ「料金を交渉するようなことはしない」ことに特別の位置づけをするのか？デパートの買い物に際して料金の交渉をすることは、あるとしても稀だろう。新聞や書籍の購入価格についても通常は交渉しない。医療サービスについても、現行医療保険制度を前提とするというにすぎないかもしれない⁴³。

(4) 池上[2005]の見解に登場する「医師」は単数か複数か？個別の患者が対面する「医

⁴³ 2008年4月以降に後期高齢者医療制度をめぐる騒動が激化した。この制度を含む高齢者医療制度につながる『医療制度改革大綱』が医療制度改革関連法案として閣議決定されたのは2006年2月10日である。2005年秋の経済財政諮問会議における議論を踏まえて、11月22日の諮問会議で厚生労働大臣を含めた合意の確認が行われ、12月1日に政府・与党協議会がこの『大綱』を決定した。経済財政諮問会議の運営、とくに有識者議員をサポートして提案をつくりあげる仕事に従事した大田弘子は後に次の如く記す(大田、2006、163-64頁)。「医療の議論には、他の分野と異なる点がいくつかある。そのひとつは、医師の立場と患者の立場があたかも同一であるかのような主張を医師会が行い、それがまかり通っていることである。病気を治すという面において、医師は患者と一体になって奮闘するが、治療の値段を決め、その代金を払うという面では、医師と患者の立場は厳然と異なる。医師が供給者であり、患者は消費者である。医師の収入が患者の利益になるわけではない。／・・・／他の商品やサービスでは、供給者と消費者の立場が明確に分けられるのに、医療の場合はなぜ分けてとらえられないのか。保険で支払われるがゆえに、自己負担分だけが値段として意識され、全体の費用負担がわかりにくくなっていることの原因のひとつだろう。医療価格の決定だけではなく、医療過誤を調査する際の透明性が確保されていない点をも、費用内訳を記した領収書が渡されていない点にしても、医師の立場が患者と同一だとは決して言えない。」大田[2006]については[VI]で立ち戻る。

師」は単数（あるいは少数）である。「専門職の制度が設けられ・・・、専門職集団・・・業務の独占」という文章の医師は、すべての医師によって構成される集団である。個別の医師が個別の患者の「代理人」として「信託に応える」ことと、医師の集団が専門職集団として「信託に応える」こととは同じではない。他の分野と同様、専門家集団としての判断・行動が前面に出れば、個別の医師の判断・行動と医師相互間の競争・切磋琢磨が大きく影響されるだろう。集団と個別構成員の関係について、池上[2005]は明確でない⁴⁴。

(5) 専門職か否かを問わず、同業者の集団が前面に出ることに対してはいずれにおいても重大な懸念が表明される。「独占の弊害」への懸念である。「情報の非対称性」が存在すれば、「情報面で優位に立つ医師が、劣位にある患者のthe best interestの実現に忠実に奉仕するか？」という疑問が自然に生じる。『忠実な奉仕』を怠る医師は『忠実な奉仕』に邁進する医師との競争に敗れて市場から淘汰される・・・というメカニズムに（全幅ではないとしても）期待する消費者・患者が少なくないだろう⁴⁵。同業者の集団が前面に出ることにより、同業者間の競争が弱まり、このメカニズムはさらなる機能不全に陥る。このような分野では、「独占の弊害」への消費者の懸念はいっそう深刻なはずである。池上[2005]の見解には、「独占の弊害」に対する懸念が全く見られない⁴⁶。

44 人間全般について「人間いろいろ」であるのと同様、経験・実績、能力、腕前、活動環境、性格、金銭への執着などさまざまな面で「医師もいろいろ」であることは誰も否定しないだろう。医師全員が共同で患者全員に対して連帯責任を負っているとされれば、「あんな医者（の）の行為の帰結にまで責任を負うなんて冗談ではない。誰がそんなことを主張するのか？あの連中か？断固拒否する」と考える医師も少なくないだろう。

45 たとえば、医療サービス分野に詳しい経済学者を代表する6名による医療サービス分野の物価指数に焦点を合わせた展望論文(Berndt et al., 2001)は、前段の医療サービス分野の特徴に関する部分で次の如く記す(p.145)。“... consumers do not always know what services they want. Patients tend to rely on physicians both to provide them services and to recommend the services they need. As a result, there is a principal-agent problem: Patients would like physicians to act in the patients’ best interest, but physicians might not always have an interest in doing so.”しばらく前に日本中を震撼させたマンションの手抜き工事やこれに帰結した設計士による建築物の手抜き構造設計も「情報の非対称性」を一因とする。だからといって、専門家の集団に「信託に応える」ことを求めることが最善の対策だとかこの対策だけで十分とは誰も考えないだろう。（日本の）医師は特異・特別・特殊なのか？

46 必ずしも「新古典派経済学」に基づくものではないが、「独占」などの原因によって市場が適切に機能しないケースでは産業全体を政府の厳格な（価格および参入・退出）規制下に置くという政策が各国で採用されてきた。それでも被規制産業（企業）が情報操作等の手段を通じて規制者を自らの利益に沿って行動させる（captiveにする）傾向の回避が困難である点が強く認識されるに至った。さらに、「独占の弊害」への対応策に限定されないが、社会にとって重要な意思決定とその実施を政府を典型・象徴とする特定グループ（たとえば、同業者団体）に委ねるに際しては、“Who monitors the monitors? Who regulates the regulators?”という課題への対応がどの時代のどの社会にとっても重要である。この点に異議を唱える読者は稀だろう。池上[2005]は、適切に機能しない市場の運営・管理・監視のすべてを供給者（の団体）に任せることを主張し、政府の規制も不要だとしているように見える。珍しい主張である。

(6) 「確かに患者の自己決定権が重視されるようになり、インフォームドコンセントやセカンドオピニオンが推進されているが、これは医師が患者に対して選択肢を示しているに過ぎず、医師の設定した土俵のなかでの限られた選択である」という。いかなる意味か？「推進」しているのは誰か？「限られた選択である」という評価は、「インフォームドコンセント」などを「推進」したとしても本来その効果は「限られる」から、そんなものあまり期待しない方がよいという判断を示すのか？「将来の機能はともかく・・・」という限定つきの現状に関する判断か？（『講座 3』第 2 章の池上[2006a]に関連して次項でも見る如く「情報の非対称性」を重視する池上の評価はきわめて否定的である。）

池上[2005]の見解および、これに関する以上の一連の疑問・批判の評価は読者の役割である。池上の見解の正確な理解は私には不可能である。標準的な経済学に基づいて解説する限り、とうてい受け入れ難い。池上[2005]の見解が以下に見る『講座 3』の 3 つの論文の基盤を形成し、その基礎理論・分析手法がこの見解に反映されているとすれば、それらの論文で導かれる結論、表明される見解もとうてい受け入れ難い。

[IV-2]. 「医療計画」を中心とする日本の医療提供体制に関する池上直己[2006a]と田中滋[2006]の見解

『講座 3』の 3 本の論文の検討に移ろう。次の 2 点が検討の焦点である。第 1 は（地域）「医療計画」を中心とする日本の医療提供体制に関する池上と田中の見解である。第 2 は「医療と非営利性」をめぐる実証研究(empirical studies)に関わる遠藤と田中の見解である。本項で第 1 点について検討し、[V]で第 2 点について検討する。

「医療計画」を中心とする日本の医療提供体制に関する検討の焦点は第 2 章「地域医療計画の課題と新たな展開」（池上、2006a）である。池上[2006a]について『講座 3』「はしがき」（二木）は次の如く要約・紹介する（iii 頁）。

まず市場経済にそのまま委ねることができない医療サービスの 2 つの特殊性に基づいて、医療計画そのものの必要性を認めた上で、医療計画が進まない 3 つの理由を示している。次いで、日本における医療計画の変遷と問題点を、1985 年～2000 年に実施された第 1 次～第 4 次医療法改正に伴う地域医療計画を中心に、検討している。最後に、日本における地域医療計画の問題点を整理した上で、著者自身による「新たな医療計画の試案」を提示している（これらの一部は第 5 次医療法改正で実現した）。第 1 章と第 2 章は相補的であり、読者は、これらにより日本の医療提供「制度についてたくさん学」ぶことができよう。

「はしがき」は池上[2006a]と「相補的」であるとする第 1 章「わが国の医療提供体制の展開」（田中、2006）について次の如く要約・紹介する（ii-iii 頁）。

わが国の医療提供体制の2つの特徴である自由開業医制とフリーアクセスの意味を多面的に検討し、特に「フリーアクセス」を「好きな医療機関に行ける」という通俗の意味ではなく、「医療システムへのアクセスがバリアフリーである」と理解すべきであることを強調している。次に、2006年の第5次医療法改正により2008年から開始予定の医療計画の課題を、主として「地域連携」という視点から整理している。さらに、著者自身の医療法人制度改革についての各種検討会での豊富な経験も踏まえて、第5次医療法改正のもう1つの柱である医療法人制度改革の概要と課題を示している⁴⁷。

「はしがき」によれば、2つの章の内容の中心は次の通りである。池上・田中はともに「医療計画」の必要性を重視してきた。しかし、池上[2006a]・田中[2006]が望ましいとする「医療計画」の実現は進行せず、ようやく2006年の第5次医療法改正によりその一部が実現することになった

次の部分が田中[2006]の見解を象徴する（4頁）。

現代の疾病構造と診療の高度化の下では、フリーアクセスとは「医療システムへのアクセスがバリアフリーである」と理解する方が正しい。だれもが自分の居住する地域の医療システムに金銭的なバリアなしにアクセスできることをもってフリーアクセスと理解しなす。分配の公正のため、社会連帯によって集めた資金を最大の財源とする公益セクターにおける資源の効率的配分のためにも、この点は大切な確認である⁴⁸。

これまでの「理解」を批判し、「理解しなす」ことを提唱する。もちろん、実現可能性、実現に必要なコスト、田中の提唱が獲得するはずの賛同の広がりなどに関する情報は得られない。

47 「はしがき」は「最後に今後の研究課題として例示されている4点は、医療提供制度に関する医療経済学研究のフロンティアと言える」と続く。「今後の研究展開のためには、以下の4つの点に関する検討とそのための理論構築が求められているのではなかろうか」（19頁）で始まる部分について共編者でもある田中も「医療提供制度に関する医療経済学研究のフロンティアと言える」とする紹介に同意しているはずである。しかし、「さしあたり」という表現を含む次の文章で始まる第4に困惑する読者が多いただろう。「最後の第4は公益性にかかわる分析概念の研究である。公益性は非営利性とは異なる。さしあたり以下のような性質を指摘しておこう。」この部分は「3 まとめ」の最後尾であり、先行部分冒頭の「(1) 医療法人と公益性」は「医療法人に公益性を要求する理由は・・・」と始まる。後に「さしあたり以下のような・・・」とすることになる（定義されていない）「公益性を要求する理由」を論じていることになる。

48 「『好きな医療機関に行ける』という通俗の意味ではなく」という「はしがき」の印象的な表現は田中[2006]に見あたらず、「だれもが自分の居住する地域の医療システムに金銭的なバリアなしにアクセスできることをもってフリーアクセスと理解しなす」という田中の解説（とりわけ「金銭的なバリアなしに」という直裁な表現）には「はしがき」は言及しない。

「社会連帯によって集めた資金を最大の財源とする公益セクター」が実現することを前提として、そこにおける「資源の効率的配分」が重要だとする。しかし、「そんな『公益セクター』が、多くの賛同を得て現実化するか?」「多くの消費者がそんなものの実現を望むか?」という基本的な設問については検討されない。

市場経済における「計画」：市場経済に馴染まない医療サービスの2つの側面

第2章（池上、2006a）は次の文章で始まる（23頁）。

市場経済を基本とする社会において、「計画」は自由な競争を阻害する時代錯誤的な手法として受け取られており、規制改革の原理原則的な理由から医療計画に基づく病院の開設、ベッドの増床に対する規制の撤廃を求めてきた（行政改革委員会OB会、1998）⁴⁹。しかしながら、計画という手法を全面的に否定する前に、市場経済に馴染まない医療サービスの次の2つの側面に留意する必要がある。

池上[2006a]が「留意する必要がある」とする2つの側面は次の通りである。第1に、「医師と患者の情報の非対称性にあり、消費者として医療機関や医療サービスの内容を選択するうえで自ずと限界がある」。第2に、「医療サービスはいつ必要で、いくら費用がかかるか分からないので、通常保険で対応がなされる。個人によって支払う用意のある保険料と希望する給付内容はそれぞれ異なるので、多様な保険商品を開発することは確かに可能である。しかし、消費者は基本的には最小の保険料で最大の給付を保証する商品を望んでおり、保険者としてこうした需要に応えるためには医療費のかかる病弱者を排除する必要がある。その結果、保険に加入できない者が出現し、国民が一方において望んでいる平等な医療を提供できない」（23-24頁）。

池上[2006a]は、「留意する必要がある」「2つの側面」の紹介から、「したがって、医療の提供を市場経済にそのまま委ねることはできない」と結論する。

⁴⁹ 行政改革委員会 OB 会[1998]とは、3年間存続した行政改革委員会（規制緩和小委員会）が3年目の報告書（最終報告書）の公表直後に解散したことを受けて、旧メンバーが3年目の報告書を含む全3年間の活動報告書をまとめて行政改革委員会 OB 会の名前で刊行したものである。3年目の1997年度には池上が規制緩和小委員会にメンバーとして参加した。三輪は3年間を通してメンバーであり、3年目には規制緩和小委員会で池上の同僚であった。しかし、毎週の如く開催された会合・会議の場で、池上が池上[2006a]の内容の如き見解を展開する姿を目撃した記憶がない。池上[2006a]からの引用文には行政改革委員会 OB 会[1998]該当箇所の表示がない。改めて各年度の「報告」を参照しても（87-90、164-72、394-409、658-62頁）該当する文章のみならず直接対応すると判定できる箇所も見あたらない。明確な定義も示さず「計画」全般に関して池上が批判する如き検討が行われ、結論を導いたという記憶はない。行政改革委員会のすべての報告は閣議決定されたものである。行政改革委員会（規制緩和小委員会）について簡単には三輪[1997]第1章を参照。

「患者と国民の利害」の「調整」？

「市場経済にそのまま委ねることはできない」とする結論に至る論拠の説得力・妥当性およびこの結論と「計画経済」との関係・距離の検討は先送りする。「患者と国民の利害」の「調整」に関わる記述に進もう。

しかし、こうした医療の特殊性は、計画経済における特殊要因でもある。その理由は、第1に情報の非対称性があるために医師に裁量権が認められているが、医師はそれを診療場面だけでなく、医療機器の選定から施設の整備基準まで発揮しようとするので、医療計画の目指す効率的システムと対立する。第2に、患者の望む最高の医療を平等に提供しようすると医療費は高騰し、国民の負担能力を超えてしまうことにある。そこで、患者と国民の利害を調整する必要があるが、政治によって市場の失敗を解決できる保証はどこにもない。

池上[2006a]の最大の特徴の1つが次の引用文の「これに対し」以下の部分である(24頁)。

このように市場も計画もともに手法として限界があるので、イギリスでは医療政策は実効性よりも、政権政党のイデオロギー的なスタンスから両者の間を激しく動いたが、一方に徹することもできなかつた(池上、1991)。これに対して日本は大きな争点にならず、厚生労働省と日本医師会の話し合いにより従来の体制が維持されてきた。しかしながら、最近になって市場主義者からの批判が高まっているので、改めて医療計画の意義を検証する必要がある。

この不可解な文章に「第1節 医療計画の基本問題」が続く。これによって読者の困惑はさらに深まるはずである。池上[2006a]が「従来の体制」を厳しく批判しないことに驚き、その理由に思いを巡らすだろう。

2つの部分に分けて検討する。第1に、「患者と国民の利害を調整する必要」に応じるための「医療政策」が日本では「大きな争点にならず、厚生労働省と日本医師会の話し合いにより従来の体制が維持されてきた」という。(1)厚生労働省と日本医師会の話し合いにより「調整」が行われてきたこと、(2)このために「調整」が「大きな争点」とならなかったこと、および(3)「従来の体制」の3点のいずれについてもその妥当性等に関する池上の評価は示されていない⁵⁰。引用文に続く「医療計画」に関する記述は、「医療政策」の基本・中心に位置すべき現在に至る「医療計画」のすべてが重大な問題を含むとするから、いずれの点についても、池上の評価は低いはずである。

第2に、「しかしながら、最近になって市場主義者からの批判が高まっているので、改めて医療計画の意義を検証する必要がある」という。「市場主義者からの批判が高ま」らな

⁵⁰ 関連して、この論文の[VI-4]を参照。

れば、「検証する必要が」なかった(ない)とでもいうのか? 続く第1節以下の内容からは、これを契機として「医療計画」に対する関心を高め「従来の体制」の問題点を指摘できたとして「市場主義者」に感謝するのが自然のように見える。従来の「医療計画」はきわめて不満足なものだとするから、「意義を検証」という表現の意味も不可解である。

「医療の提供を市場経済にそのまま委ねることはできない」?

以上の内容は「医療の提供を市場経済にそのまま委ねることはできない」とする結論を前提とし、採用されてきた対応策の現状と問題点に関わる。この結論は「2つの側面」から導かれ、池上[2006a]全体を基盤・基調として一貫する。「情報の非対称性」に関わる第1の側面の説得力・妥当性については[II-7]に見た。ここでは、第2の側面についてみる。ここから「医療の提供を市場経済にそのまま委ねることはできない」とする結論に至る論理的過程は理解不能である。

「保険者としてこうした需要に応えるためには医療費のかかる病弱者を排除する必要がある」とする。しかし、リスクに応じた保険料を徴収できれば保険者が「医療費のかかる病弱者を排除する必要」はない⁵¹。「その結果、保険に加入できない者が出現し、国民が一方において望んでいる平等な医療を提供できない」という断定の実質的意味が重要に見えるが、不明確である。「保険に加入できない者が出現」および「平等な医療」の意味が中心的検討課題であり、「国民が一方において望んでいる」という判定の意味と妥当性が関連する。リスクに応じた保険料を支払うことができず「保険に加入できない者が出現」することへの対応であれば、「医療の提供」に関して全国民を「市場経済」から隔離する必要はない。「平等な医療」が「リスクにかかわりなく均一の保険料で同質の医療を受けられること」まで意味するのでなければ、「平等な医療を提供できない」とする断定の論拠は不明である。

「国民が望んでいる」「平等な医療」の実質的内容は、各国民の負担と独立に無条件で導かれるものではなかろう。「一方において」はこの点を反映した表現のように見える。「国民が望んでいる」ことの内容を誰がどのように判定するかという基本問題も重要である。

「医療の提供を市場経済にそのまま委ねることはできない」という曖昧な表現と、「計画経済における阻害要因」に配慮しながら池上が提唱するような「医療計画」の実施という政府の強力な関与との間には壮大な深淵が位置する。池上[2006a]がこの深淵を飛び越えた手段・方法は不明である⁵²。

「医療計画の基本課題」?

池上[2006a]は第1節「医療計画の基本課題」で「1 医療需要の3層構造」に続いて「2 な

⁵¹ 自動車保険でも、リスクに応じた料率を徴収できれば、リスクの高いドライバーを保険から排除する誘因は保険者にはない。

⁵² [II-7]で遠藤[2006a]に関して見た「市場の失敗」という表現に関する解説・コメントを想起されたい。

「なぜ医療計画は進まないのか？」で4つの理由を示して、「以上の理由により医療計画は机上の空論に終わる性質を内在しているので、理想ではなく、現状から出発してより強力に推進する体制が必要である」(28頁)とする。「強力に推進する体制が必要である」の部分が主張の中核である。

「理想の医療提供体制を計画しても、以下述べる理由により一般に失敗に終わっている」として池上[2006a]が列挙する4つの理由は次の通りである(26-28頁)。しかし、少なからぬ読者が「最大の理由は、そんな計画の実現を国民が望ましいと考えず、支持しないことだ」と了解し、苦笑するだろう。

- (1) 1次、2次、3次の各機能に対して、大中小の規模の医療機関を対応させれば、患者、医療従事者、医療技術、情報が求心性、遠心性に円滑に流れると考えるのは机上の空論である。
- (2) 医師同士の利害の調整が容易でなく、各診療科の担当する領域と境界を規定することすら難しい。
- (3) 白地に絵を描くわけではなく、既存の医療機関が存在する中で医療計画を策定、実施しなければならない。
- (4) 強力な権限が必要である。

1985年の医療法第1次改正により医療計画の策定が義務づけられ、その中で民間病院の開設、増床が規制の対象となった(表示は改正の年である。施行はいずれも翌年)。しかし、医療計画の主目的は医療費の抑制であり、実質的な内容は病床規制に限られ、医療計画への規制が義務づけられた事項は当該圏域におけるベッド数の上限である「必要病床数」と、圏域としての「医療圏」の設定だけであった(同上、30-31頁)。

以後、2000年の第4次医療法改正を経て2006年の第5次医療法改正に基づく医療計画が2008年から開始予定となった。第4次改正までの状況を念頭に置いて、池上[2006a]は第3節「新たな医療計画の私案」冒頭の「1 日本における基本的問題」で次の4点を指摘する(36-38頁)。「基本的問題」の解決可能性や池上「私案」に対する国民の支持の広がりや強さ・実現可能性などに関する情報は見あたらない⁵³。

- (1) 計画には本来「規制」という側面と、「整備」という側面の両面があるが、現状では規制に留まっている。
- (2) 規制の対象が病床、しかも病院の病床に限られている。
- (3) 計画を策定する圏域としての2次医療圏が必ずしも生活圏に対応せず、各県によって設定方法が異なることである。
- (4) 医療計画の「計画」としての本質的な問題：病床の規制によって新規の参入が難しくなり、競争が阻害されている。その結果、既存の病床が既得権化して、病院の持

⁵³ 「はしがき」は「これらの一部は第5次医療法改正で実現した」とする。「一部」の規模・比重に関する情報はない。「はしがき」では「試案」となっている。

っている病床の保有枠が高額で売買される事態も一部に招いた⁵⁴。

たとえば、(4)に関連して、「これに対して、医師数等の人員配置基準を下回っている場合や病床が長期間利用されていない場合等は許可病床からはずし、既存の病床数の枠内で新陳代謝を図る対応が第4次医療法改正において示されたが、既得権により発生する非効率を解決するには至っていない」とする。「この程度のことも実現しないということか？すべてがシリヌケではないか？実質的に何をしたというのか？」という疑問を抱き、「『計画』は『計画』であって、『机上の計画（空論）』とでも呼ぶべき側面が多いのではないかと冷静に対応する読者が少なくないだろう。

[V]. 「医療と非営利性」をめぐる実証研究 (empirical studies)

[V-1]. 遠藤久夫[2006b]に関する一般的評価

「医療と非営利性」をめぐる実証研究 (empirical studies) に関わる遠藤[2006b]と田中[2006]の見解の検討に移ろう。『講座3』第3章「医療と非営利性」(遠藤、2006b)について、「はしがき」(二木)は次の如く要約・紹介する (iii 頁)。

まず非営利組織の定義と構造的特徴を概観した上で、医療・病院が非営利的形態をとる根拠についての理論研究のサーベイを行い、「不完全情報下の機会主義の抑制」が妥当であることを示している。次に、非営利病院と営利病院との行動様式の違いについてもアメリカの豊富な実証研究を多面的・包括的にサーベイし、主流派(新古典派)経済学の仮定とは異なり、営利病院は非営利病院と比較して効率的存在とは言えないことを明らかにしている。本章は本巻の白眉であり、2001年の小泉政権以降激しく行われてきた株式会社による病院経営解禁論争に理論的決着を与えるものと言える。

本章が「本巻の白眉である」という。「判定基準は何か?」「判定に際して重視した注目点は何か?」「比較対象である本巻の他の論文に対する評価はいかなるものか?」などの疑問に対する回答は見あたらない。

「2001年の小泉政権以降激しく行われてきた株式会社による病院経営解禁論争に理論的決着を与えるものと言える」点を重視したのかもしれない。しかし、「理論的決着を与えるものと言える」とする判断は説得的・妥当か?(しかも、「実証的(“empirical”)」決着ではないのか?)

「非営利病院と営利病院との行動様式の違いについて」「アメリカの豊富な実証研究を多面的・包括的にサーベイ」することが遠藤[2006b]の目的の中核である。「はしがき」は、そ

⁵⁴ 1930年代以降の日本には「計画」という表現を珍重・偏愛する風潮が一貫して濃厚であった。この点について詳しくは三輪[2007、2008] (簡単には後者の2・3-4)を参照。

の一環を構成する「主流派（新古典派）経済学の仮定とは異なり、営利病院は非営利病院と比較して効率的存在とは言えない」とする結論が「・・・に理論的決着を与えるもの」であるとする。

いかなる研究分野にもあてはまるが、良い研究成果を生むためには適切な研究者による適切な研究であることを必要とする。研究のサーベイについても同様である。「アメリカの豊富な実証研究」の主要部分は「主流派（新古典派）経済学」研究者により新古典派経済学の分析手法を適用して実行されている。『講座』編集委員会のメンバーはほとんど例外なく「新古典派経済学」の研究者ではない。少なくとも「新古典派経済学」の分析手法に通曉せず、さらに敵視している（ように見える）。このような編集委員会に適切な研究者の選定が可能であり、実際選定したか？編集委員会は、選定した研究者の作業結果の適切さを確認することが可能であり、確認したか？

サーベイの対象は「実証研究」である。ここでは「実証研究」は”positive studies”ではなく”empirical studies”である。先に見た如く、「医療経済学会設立にあたって」と題した「ご挨拶」で、西村が「経済学においては、実証研究において、その統計的分析に、ある種の確立した手法⁵⁵がありますが、これは医療従事者の使い慣れたそれとはかなり異なる」と敢えて明記した。『講座』編集委員は「実証研究」の内容を的確に理解・評価してサーベイする適切な研究者を選任したか？指名された遠藤（編集委員の1人である）のサーベイの適切さを誰が如何にして読者に保証しているか？保証作業を適切に実行する素養・能力および誘因が、編集委員会（とりわけ本巻の編集委員である田中・二木）にあったか？編集委員会が示す「新古典派経済学」に対する嫌悪感・敵意を前提にすれば、少なくとも、読者の不安感を取り除くための努力・誠意を示す必要がある。どこにどのように示されたか？

（新古典派）経済学にかぎらないはずだが、実証研究は次の如き3つのstepsを踏んで実行される（図式的な説明であって、このstepsの順に進行するという意味ではない）⁵⁶。

- (1) 検討対象・検討課題を理論的に分析し、分析結果（理論的推測）を導く。可能な限り当該分野の専門家が共有する標準的な理論（分析道具）を用いるのが望ましい。そうでない場合は、受け入れられている手続きに従って、新たな理論を採用する理由を説明する必要がある。
- (2) 統計データを含む資料に照らしてテスト（検定）するために、理論的推測をより具体化した理論仮説を導きここからテスト可能な仮説（testable hypothesis）を導出する。具体化は想定する分析対象範囲の限定を伴うことが多い。このため、テストに用いるデータの選択やテストから得られる結果の解釈に際して「限定」の内容に細心の注意を払う必要がある。経済学の実証研究では統計的検定（statistical test）を標準

⁵⁵ 西村が「ある種の」という不可解な修飾語を付す理由は不明である。

⁵⁶ 経済学の実証研究(empirical studies)になじみが薄く、具体的例示に関心の読者は三輪・ラムザイヤー[2007]を参照されたい。たとえば、第8章から第11章は著者たちが英文の学術雑誌に発表した2本の論文を素材にした解説例である。

的手法として用いる。

(3) 仮説をテストするための適切なセッティングを選択し、テストに必要なかつ適切な資料 (data) を収集する。資料を用いて仮説をテストし、結果を解釈する。

テストの結果がテストした仮説を強くサポートするとはかぎらない。強くサポートしないとしても、仮説が強く否定されたということにはならない。テスト結果の解釈が、テストに際して選択したセッティングや採用した資料 (data) にも依存する点に留意する必要がある。(2) に見た如く、解釈に際しては「限定」の内容に細心の注意を払う必要がある。

適切なセッティングが選択不能 and/or テストに必要なかつ適切な資料 (data) が入手できなければ、テストしたがって実証研究は実行できない。セッティングの選択や収集したデータの内容・利用方法が適切でなければ、得られた結果も適切でない。

「実証研究」のサーベイに読者が期待するのは、サーベイ対象候補文献を収集し、その中からサーベイ対象として適切な文献を取捨選択し、各文献を正確・的確な理解に基づいて評価し、自ら設定した評価基準に照らして各文献を位置づけて整理・紹介し、さらに全般的な研究の状況の評価することだろう。手あたり次第に選択した（あるいは、目に入った）一連の文献が導いたとする「結論」を併置・併記すれば足りるのではない。

このような期待に応えられる適切なサーベイは、いかなる分野においても、容易な作業ではない。まして、遠藤[2006b]は、サーベイ対象文献が共通の基盤とする「新古典派経済学」の分析手法に通暁せず、さらに敵視する『講座』編集委員会が選定した編集委員会メンバーの 1 人によるサーベイである。サーベイ対象文献の取捨選択、各文献の理解・評価の的確さ、各文献の評価の（中立性を含む）位置づけ、全体に関わる評価などの各側面で、読者が少なからぬ不安・警戒心を抱くのが自然だろう⁵⁷。遠藤[2006b]にはこの点に対する配慮・警戒心・努力が見られない。「はしがき」は、「本章は本巻の白眉」であるとし、「株式会社による病院経営解禁論争に理論的決着を与える」ものだとさえ評価する。

経済学の実証研究は上に見た如き steps を経て行うものだと認識する標準的なタイプの経済学者である（しかも、empirical studies に研究の圧倒的重点を置く）私には、遠藤[2006b] はほとんど理解不能である。的確な要約・紹介とそれに基づく評価・批判は不可能であり、そのための本格的努力に値するとも考えない⁵⁸。

[V-2]. 読者による遠藤久夫[2006b]評価の参考となる 7 つの関連論点

⁵⁷ 意図的か否か、無知・無視・誤解・歪曲などのいずれによるかを問わず、中立性の欠如、さらに「情報操作」は望ましくない。この点に関する警戒心・不安・不信あるいはその可能性は著者と読者の双方に多様かつ複雑な反応を引き起こすはずである。

⁵⁸ 特定の主張（のようなもの）の妥当性を吟味し、主張に反論し、これを否定することは、ほとんどつねに容易ではない。この点に関心の読者は「特定の主張に反論し否定することは容易ではない」と題した三輪・ラムザイヤー[2007、203-5 頁]の Column 2 を参照されたい。

本項では、読者による遠藤[2006b]評価の参考となる7つの関連論点を紹介する。これらを参考にして「はしがき」が「本巻の白眉」だとするサーベイ論文の内容を評価する作業は読者自身の楽しみである。『講座』編集委員会の構成と論調などに照らせば、本巻（第3巻）が『講座』全体の中心に位置する。

第1に、医療機関（とりわけ、病院）に関して、非営利機関と営利機関の対比・比較、あるいは医療機関相互間（医療サービス市場）の競争に焦点を合わせた膨大な数・量の研究のサーベイ論文として定評のある文献が参照されていない。代表がCulyer and Newhouse eds. [2000]所収のDranove and Satterthwaite [2000]とSloan [2000]である。この2冊合計で約2,000頁の*Handbook of Health Economics*は経済学分野で幅広く利用されている*Handbooks in Economics series*の17番目のものであり、Part 5—The Medical Care Marketに含まれるこれら2つの論文はCh. 20. The Industrial Organization of Health Care MarketsとCh. 21. Not-For-Profit Ownership and Hospital Behaviorである。さらに、*The Changing Hospital Industry: Comparing Not-for-Profit and For-Profit Institutions* (Cutler ed., 2000)である⁵⁹。いずれも遠藤のサーベイが刊行された2006年にはるかに先行して刊行され広く知られていた。これらのサーベイあるいはサーベイを含む標準的な文献の内容に批判的な立場に立つとしても、これらの文献を参照・紹介して、批判的な立場に立つことを明言した上でその理由を明記するのが標準的なルール・作法であり、「幅広く『使える』教科書」（「刊行の言葉」）であることを標榜する『講座』には必要だろう。

ちなみにSloan[2000]は”5.8. Bottom line”の冒頭で次の如く記す(p.1165)。

Given the vast amount of evidence on hospital performance, one can find some contradictory results on about any of the dimensions. Overall, one is struck by similarity between private no-for-profit and for-profit performance, except in areas, such as capital structure where there must be differences for institutional reasons.

「医療と非営利性」と題して「理論的検討より導かれた非営利病院と営利病院との行動様式の違いをアメリカの豊富な実証研究をサーベイすることにより明らかにする」（47頁）遠藤[2006b]の中核部分、検討の焦点は明確か？検討の焦点に合わせた理論的検討が適切に行われ、サーベイ対象とする実証研究文献が適切に選択され、各文献の理解・評価も的確に実施されているか？⁶⁰

第2点は、サーベイの焦点として重視する「非営利機関」の定義が曖昧であることと、「厳密な統一見解はない」ことを反映して各文献の定義がバラついていることに関わる。

「非営利病院と営利病院との行動様式の違い」に関する「理論的検討」は適切か？冒頭

⁵⁹ 広く用いられている textbook による簡明な review に関心の読者は Folland et al. [2007] の Ch. 13. Nonprofit Firms (とりわけ pp.290-91) を参照。

⁶⁰ 「多面的・包括的にサーベイ」（「はしがき」）することが期待されるのではない。

の「1 民間非営利組織とは」は「民間非営利組織の定義は論者により異なり厳密な統一見解はない」とする宣言で始まる。非営利組織と営利組織の比較を念頭に置いて実証研究をサーベイするためには、(1) 遠藤自らが「民間非営利組織」(したがって「民間営利組織」)の定義を与え、(2) 遠藤の定義とサーベイ対象である各研究文献が採用する定義との異同とその意味を確認することが必要である。各論文の定義が大きくバラツクのであれば、各文献が導く結論の比較可能性という難問に直面する。「厳密な統一見解はない」とする冒頭の宣言は、この点に関わる障害の除去作業の展開を期待させる。しかし、期待は満たされない。

第3点は結論と設問の不可解な関係に関わる。遠藤[2006b]は第2節「医療機関の非営利性と効率性」の「1 医療の非営利性の根拠」の冒頭で次の如く宣言する(51頁)。

多くの国において、国公立病院と民間非営利病院が医療の中核を占めており、営利病院を認めている国は限定されるし、認められている国においてもそのプレゼンスは必ずしも大きくない。なぜ医療機関として営利組織は適さないのだろうか。

「多くの国」の現状の紹介に続く、「なぜ医療機関として営利組織は適さないのだろうか」という設問に面食らう読者が多いはずである。効率性やサービスの質を含む多様な側面に注目して非営利機関と営利機関を比較・評価する実証研究のサーベイを期待する読者に、「営利組織」が適さない理由に言及する文献が紹介されようとしている。

続くパラグラフの冒頭では、「営利組織(株式会社)、公立組織(政府)以外に民間非営利組織が存在する理由については様々な議論がなされてきた」とし、「大別して2つのアプローチに集約できる」とする。ここで紹介される内容が適切だとしても、ここから「医療機関として営利組織は適さない」ことの理由は導けないはずである。

第4点は、非営利機関の実質的性格づけに関する標準的理解との関係である。『講座3』の編者でもある田中は第1章「わが国の医療提供体制の展開」(田中、2006)の冒頭部分で「自由開業制の第2の意味」と題して次の如く主張する。ここに示される見解が「非営利機関」の性格づけに関する標準的理解として多くの読者にも受け入れるはずである。とりわけ下線部分(引用者による)に注目されたい(2-3頁)。

「開設者が自ら資金を調達して開業し、さらに開業後の運営責任を負う方式」という側面も重要な意味を持つ。わが国の医療機関は、国家予算や公的保険から設備資金を給付されるわけではなく、自治体立や日赤・済生会等の公的病院も含め、開設者が資本資金を自分で工夫して調達しなければならない。加えて、開設後の借入金元本返済や資本コスト、顧客たる患者の獲得と評判の維持、向上、従事者のリクルート、サービス提供費用のコントロールなど、開設者が経営のすべてに責任を負う。／ すなわち、社会に対する公益性を扱う責任を別とすれば、また原則として医療機関に株主が存在しないので、株主への利益

還元義務がないことを除けば、営利企業の経営者と同様の広範な責任を課されていると言
ってよい。私的主体の場合は、一般企業と同じく、資金繰りに失敗した時の倒産リスクを
抱えている。倒産は差し当たり考えられない公的主体でも、市場からの退出に迫られるリ
スクを意識しなくてはならない。反対に、利益をあげれば将来に備えた留保も医業への再
投資も自由である。つまり「自由開業制」には、効率化に対するインセンティブが制度に
組み込まれていると言ってよい。

先行する部分では「『営利を目的とせぬ』＝『利益の配当をしない』ことが医業の条件と
なっている」（2頁）とする。田中の如く、「民間非営利医療機関とは、『利益の配当をしな
い』ことを条件として営業を許可された医療機関のことである」と定義すれば、定義は明
確であり、このような制約条件を課されない医療機関との行動面の比較はさほど困難では
ない。「非営利機関」であることを求めることの妥当性も、「利益の配当をしない」という
条件を課すことの妥当性として検討すればよいことになる。遠藤の「なぜ医療機関として
営利組織は適さないのだろうか」という曖昧模糊とした不思議な設問に悩む必要はない。

第5に、有効で適切な設問に沿ってサーベイ作業が設計され進められたか？設問が有効
かつ適切でなければ、作業結果は適切であり得ない。「利益の配当をしない」という制約条
件を課していること以外に非営利機関と営利機関に実質的な違いはないとすれば、「利益配
当を期待できないにもかかわらずなぜ出資者は出資するのか？」「新しい設備の購入や施
設・建物の改装・近代化の資金調達が困難にならないか？」「弊害ばかり目立つ規制をなぜ
導入し維持するのか？」という疑問を抱く読者が少なくないだろう。この点の検討も読者
の楽しみとしよう。

「利益の配当をしない」という制約条件の有無が非営利機関と営利機関の違いだとする。
両者の行動にいかなる相違が理論的に予想されるか？いずれも膨大な利益が計上可能な状
況にあるとしよう。営利機関は利益を計上して配当や新規設備投資に充当するだろう。配
当できない非営利機関には多様な可能性がある。新規設備投資に充当して、営利機関であ
れば実行しない設備まで購入する（経費になる）。駐車場や各種サービスの料金を引き下げ、
あるいは患者の満足を増大させる施設を充実させるかもしれない。医師を含む従業者の労
働時間を減少させあるいは報酬を増大させるかもしれない。院長室の装飾品をより豪華に
するかもしれない。地区の有力者の要求や設備・機械の購入費用の高騰を容認するかも
しれない。

営利機関（株式会社）であれば出資者である株主が重要事項の決定権を掌握し行使する。
非営利機関では、配当としての配分を要求する株主が存在しないとしても、誰も何も求め
ないということはない。その帰結にほとんどの読者が不快感を覚えるケースを含む様々な
可能性がある。市役所や区役所の窓口はもちろん、かつての電電公社や国鉄、さらに配当
に実質的上限が存在した電力会社・ガス会社や銀行などの機関の効率性やサービス内容を
想起できる読者は、「配当をしない」非営利機関が営利機関よりも原則として望ましいとは

考えないだろう。何らかの経緯により「配当をしない」ことになっているとしても、それが当該分野に「営利組織は適さない」ことの証だとも考えないだろう。

第6点は、サーベイ対象文献の選択に関わる。第3節「アメリカで行われた比較研究のサーベイ」では、冒頭次の如く宣言して、「アメリカで精力的に行われた営利病院と非営利病院のパフォーマンスの比較研究をサーベイすることにより、非営利性が病院行動に与える影響を観察する」とする（55頁）。

民間非営利組織は所有者からの利潤追求を求めるガバナンスがないため、①不完全情報下での機会主義を抑制する可能性（・・・）と、②組織内部の資源の効率的活用には失敗する可能性（・・・）という効率に関する2つの可能性を持つと考えられる。

「利益の配当をしない」という制約を受けても出資者は存在するから、「民間非営利組織は所有者からの利潤追求を求めるガバナンスがない」とする大前提を受け入れない読者も多いだろう。20頁に及ぶ第3節の内容の評価も読者に任せよう。

この部分で最も印象的なのはサーベイ対象文献のほとんどが1980年代から1990年代前半のものである点である。アメリカに限らず、先進各国で「医療問題」がより顕著・鮮明・深刻になり、医療サービス供給の効率性に対する要求が一層高まり、その実現手段として市場・市場競争がより重視されるようになった時期と概ね一致する。しかし、その影響・効果が顕在化し、この時期の経過・経験を反映したデータを用いた実証研究が数多く現れ、論争が展開するのは1990年代後半から21世紀にかけてである。さらに、health economics分野に関わる経済学者の代表的論文が掲載されるjournalsやconference volumesがほとんど参照されておらず、結果としてサーベイ対象文献の選択がはなはだしく偏っているように見える。*Quarterly Journal of Economics*に発表されたKessler and McClellan [2000]⁶¹が前者の代表であり、前掲Cutler ed. [2000]が後者の代表である。

「はしがき」(二木)は「本章は本巻の白眉であり、2001年の小泉政権成立以降激しく行われてきた株式会社による病院経営解禁論争に理論的決着を与えるものと言える」とする。私の見る限り、「株式会社による病院経営解禁論争に理論的決着を与える」とする判定、さらに、これを直接示唆する(と読める)結論のいずれも遠藤[2006b]には見あたらない。第3節「アメリカで行われた比較研究のサーベイ」の中核は「3 営利病院の運営効率は高いか」と「4 営利病院の医療の質は低いか」である。たとえば、前者については次の如く記して「このように、この時期の実証研究では、営利病院の組織運営が効率的であるためにコスト削減に成功したという実証研究はほとんど見つけることができなかった」(62-63頁)と

⁶¹ この論文をめぐるその後の議論についてはKessler and Geppert [2005]を参照。また、American Economic Associationの年次総会のInformation, Pricing, and Productivity of Medical Technology sessionで報告されたCutler et al. [2004]、Baker et al. [2004]、Dor et al. [2004]の3論文とGertler [2004]および各論文のreferenceを参照。

するにすぎない。この結論についても以上に見た「関連論点」があてはまる。

これらのサーベイから営利病院の効率性に関して概ね以下のようなことがいえる。／ ① 営利病院は非営利病院と比較して同程度かそれ以上のコストがかかる。その理由としては、(ア)管理コストが高い、(イ)施設が比較的新しいため資本コストが高い、(ウ)寄付、補助金、非課税措置がないため借入に伴う資金コストが高い、といったことが考えられる。② 営利病院は非営利病院と比較して同程度かそれ以上の利益をあげている。その理由としては、営利病院は高い料金設定や利益率の高い補助的サービスの積極的提供といったマーケティング戦略の展開が考えられる。・・・不採算な患者のスキミングや不採算な医療行為の抑制なども併用されている。

最後に *British Medical Journal* (19 Jan. 2002) に掲載され少なからぬショックを与えた興味深い論文を紹介する。California の 3 名の研究者がイギリスの NHS (National Health Service) と California's Kaiser Permanente の the costs and performance を比較した Feachem et al. [2002] である。California 在住の 610 万人の Kaiser 会員を対象とするシステムと NHS を比較したこの研究が、比較可能にするための調整をしたうえで導いた結論は各方面で大きな話題となった。会員 1 人あたりのコストがほとんど変わらないにもかかわらず、いくつかの側面で performance に大きな差が存在した。とりわけ、Kaiser 会員の方が more comprehensive and convenient primary care services and much more rapid access to specialist services and hospital admission を享受した。Conclusion は次の通りである (p.135)。

The widely held beliefs that the NHS is efficient and that poor performance in certain areas is largely explained by underinvestment are not supported by this analysis. Kaiser achieved better performance at roughly the same costs as the NHS because of integration throughout the system, efficient management of hospital use, the benefits of competition, and greater investment in information technology.

この論文には英米の 3 名の専門家の commentary が付されており、比較可能にするための調整に問題がない点を指摘した上で、結論に強い賛意を表している⁶²。

この研究が試みた比較研究の視点および導かれた結論のいずれもが日本の医療供給体制に関しても重要である。しかし、遠藤[2006b]ではもちろん、他の論文でも、同様の視点か

⁶² 次の 3 名である。カッコ内は組織の存在地と commentary のタイトルである。Health Care Policy Programme, King's Fund の Jennifer Dixon (London, Funding is not the only factor)、Institute for Healthcare Improvement の Donald M. Berwick (Boston, Same price, better care)、Graduate School of Business, Stanford University の Alain C. Enthoven (California, Competition made them do it) .

らの研究を日本に関して試みないのみならず、Feachem et al. [2002]などの研究を紹介することもない⁶³。

[VI]. 『講座』に不足・欠如する情報・分析・解説の4側面

給付費の伸び率をめぐるのは、議論そのものが深まらないもどかしさを感じてきた。名目GDPを機械的に適用してその範囲内に医療給付費を抑制する、いわゆるキャップ制の提案でないことは、民間議員が繰り返し発言している。しかし・・・機械的な抑制だと決めつけた反論が続いた。／・・・／医療は、年金のマクロ経済スライド方式のように、計算式にもとづいて機械的に給付カットすることはできない。・・・だからこそ、民間議員は、経済規模に連動した指標から大きく乖離することのないよう、5年に1回程度指標と照らし合わせて、制度改正や診療報酬改定を行うことを提案したのである。2001年に、厚生労働省は伸び率管理制度によって診療報酬単価を機械的に調整しようとして失敗したが、民間議員提案はこのときの制度を改善したものにはかならない。／マスコミでも、民間議員提案を機械的抑制、キャップ制だと決めつけ、それに対する反対論が展開された。改革に反対する役所が、改革案に対して意図的に不正確なレッテルを貼り、反対論を盛り上げるためにメディアや政治家に対して不正確な説明をすることはよくある。しかし、たとえそうだとしても、メディアの側では諮問会議の配布資料や議事要旨すら読まずに、批判記事が書かれ、番組が制作されるのは信じがたいことである(大田、2006、162-63頁。アンダーラインは引用者)。

2008年4月以降に後期高齢者医療制度をめぐる騒動が激化した。この制度を含む高齢者医療制度につながる『医療制度改革大綱』は2005年秋の経済財政諮問会議の議論を踏まえて12月1日に政府・与党協議会で決定された。経済財政諮問会議の運営、とくに有識者議員をサポートして提案をつくりあげる仕事に従事した大田弘子の回想である。

[I]に見た如く「医療崩壊」「医師不足」「タライ回し」「老人イジメ」などのキーワードを含む「医療問題」「医療制度改革」論議が最近数年間の雑誌・新聞を賑わし続けた。後期高齢者医療制度をめぐる2008年4月以降激化した「騒動」もその一環である。しかし、これも[I]に見た如く、たとえば、「医療崩壊」という印象的な表現についても、一連の特集・記事・論説・報道などが知らせようとする内容が不明確であり、「有用な情報として役立ったか？」と大きく首を傾げる読者が少なくない⁶⁴。そのような読者の多くが、上掲大

⁶³ 私が Feachem et al. [2002]の存在を知ったのは Huber [2006]による。

⁶⁴ 「信じがたいことである」で終わる引用の最後の文章の表現を素直に受け入れる読者は多くないだろう。そのような傾向はTV・新聞・雑誌などのマスメディアに共通の特徴だと考える読者が少なくない。後期高齢者医療制度をめぐる今回の「騒動」の如く、いったん世論の関心が大きく盛り上がって「騒動」の様相を呈すると、冷静な主張・見解(および「報道」)に耳を傾ける人が少なくなり、役所も政治も(マスメディアも)冷静・真摯・正

田[2006]の主張に同意するだろう。

一連の雑誌特集等に登場する執筆者の主張の多くに共通の特徴が、これまでに見てきた『講座』編集委員・執筆者のものに共通する点にも気づくだろう。たとえば、『講座』編集委員の1人である田中滋は「新自由主義とアメリカ経済」と題した『医療と経済』（2008年3月）の巻頭言（田中、2008）を次の記述で始める。

わが国の医療について、近年次のような論争が戦わされた。それは、一部の新自由主義市場経済原理派が「医療費がいくらになるかは政策課題ではない。保険制度が負担する医療給付費とそれに伴う国庫投入分がコントロールできればよい。患者負担による医療分野の拡大は産業として好ましい」と唱えたのに対し、社会保障制度の働きを重視し、それを守ろうとする側は、「患者負担のこれ以上の増加は今でも起きている受療格差をさらに大きくしてしまう。支払い能力による受療格差拡大は医療保険制度への信頼を損ねる。保険料を納めていても、受療時に保険一部負担に加え、上乗せ払いをしなければならないようでは保険料納付率に著しい悪影響が及ぶ」と反論した論争である⁶⁵。

現代日本の「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」などとも表現される混乱・不安感に結びつく関心からこの『講座』を手にした私の如き読者が、驚き、不満に思うのは、次の4つの側面に関する情報・分析・解説の決定的不足あるいは欠如についてだろう。『講座』で取り上げる話題とその範囲・検討方法の選択は編集委員会・執筆者の自由である。以下の不足・欠如の指摘は『講座』の批判ではない。これらの側面に関わる情報・分析・解説の欠如と『講座』編集委員会の立場・意図との関連性の検討は読者の楽しみである。網羅的に検討したわけではないが、以下に示す4つの各側面のいずれについても、読者を十分に満足させる情報を提供する代替的文献（とりわけ邦文の文献）は見あたらない。

第1は、後期高齢者医療制度を象徴とする今回の医療制度改革あるいはこれに関連する論争・騒動に関する詳細な情報と立ち入った検討の欠如である。一連の医療制度関連法の

確な対応をしなくなる（できなくなる）傾向が強い。このような「世論」とマスメディアの相互作用が壮大なスケールの「暴走」として現実化したのが1930年代後半の日中戦争に至るプロセスである。この点に関しては、三輪[2008]のたとえば6-4-2 (391-401頁)を参照。⁶⁵『世界』2008年2月号「特集 医療崩壊をくい止める」対談における宇沢弘文教授の次の発言が一部で話題となった（宇沢・出月、2008、80-81頁）。「経済学者が非常に悪い役割を果たしている。特に小泉政権では、経済財政諮問会議に経済学者が2人入っていました。私はそれを、市場原理主義の毒を飲んだ経済学者と呼んでいるんですけども、彼らは、マクロ経済学的に見て、適切な医療費というものを勝手につくってきて、それに合わせるために医療費を抑制する。そして次から次に非常に乱暴な抑制政策をやって、今の惨状を招いたわけです。／・・・小泉政権のもとで市場原理主義が積極的に輸入され、次から次へともうけの機会をつくった。その一環として、医療・教育とか、日本のいちばん大事な社会的共通資本のコアが壊されつつある。」

成立から実施まで約2年の年月があった。しかも改正法は突如成立したわけではない⁶⁶。この点を考慮すれば、『講座』刊行中であったとしても最新刊のもの（2007年1月刊の第6巻）にも情報がほとんど含まれない点に不満を感じる読者が少なくないだろう。

第2は、(とりわけ日本の)医療サービス供給システムの概要と状況(たとえば、効率性)、これを構成する医療機関・医師等の組織と行動、現状の問題点と対応策の状況など、「医療供給体制」に関わる詳細な情報の決定的欠如である。以上に見た如く、「保健・医療提供制度」と題した『講座3』にもこの点に関わる情報ははなはだ乏しい。

第3は、供給面のみならず需要面にも(つまり、医療サービス分野全体に)及ぶが、信頼できる数量データに基づく政策論議に乏しく、さらにその基盤となる利用可能な数量データ(統計)が乏しい。結果として、具体的政策をめぐる説明・検討・論争が具体性に乏しい。しかも、これらの点に関わる指摘や不満の表明が『講座』にはほとんど見られない。

第4は、政策決定過程に関わる政治経済学的検討・分析あるいは解説の欠如である。たとえば、読者が抱く次の如き当然の疑問は話題にもならない。「誰がどのようにして政策を決定するのか?現状に結果した政策・対応策あるいはその欠如は、誰が選択したか?それを可能にした政治力学はいかなるものか?今日の如き問題・危機・崩壊の顕在化・深刻化を政治家・官僚を含むすべての関係者が予見できなかったということはなかろう。適切な政策・対応策の採用を誰がどのようにして妨げたか?」

[VI-1]. 今回の医療制度改革に関する情報と検討の欠如

既刊5冊の中では、『講座6』第1章「先進諸国の医療改革・提供制度の類型論と制度改革の動向」(尾形、2007)冒頭の次の部分に日本の医療制度改革(論議)の経過の簡明な紹介が見られる(1-2頁)。タイトルが示す如く、日本の医療制度改革(論議)に焦点を合わせた章ではない。

1990年代に入ってから、わが国の医療制度改革をめぐる議論は(介護保険制度の創設等一部を除いて)さまざまな要因を背景に迷走し、「抜本改革」が声高に叫ばれたわりには、さしたる成果を挙げていない……。90年代に入ってからわが国の医療政策の「迷走」や「混乱」は、80年代と比較すると、特に著しいものがある。80年代には、老人保健制度の創設(1982年)及びその大幅な改正(1987年)、退職者医療制度の創設を含む健康保険制度の改革(1984年)、国民健康保険制度の改革(1988年)といった具合に、ほとんど2年おきに大きな制度改革が提案され、実現してきた。……。80年代を通じてわが国

⁶⁶ 閣議決定(2006年2月10日)、国会提出(2月10日)、衆議院本会議の趣旨説明・質疑(4月6日)、衆議院可決(5月18日)、参議院本会議の趣旨説明・質疑(5月22日)、参議院可決、成立(6月14日)、法律公布(6月21日)の、平成18年法律第83号(健康保険法等の一部を改正する法律)、平成18年法律第84号(良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律)である。以上、栄畑[2007、39頁]。

の医療政策当局がきわめて active であったこと、当時の経済状況ともあいまって、結果的に医療費の伸び率が GDP の伸び率を下回ったこと、さらにこの時期の改革の効果（特に老人保健制度のそれが顕著である）によって、90 年代以降は、いわばその「遺産を食いつぶす」ことによって、大きな改革なしでも全体の制度が何とか生きのびることができた……。／ ……小泉内閣の登場（2001 年）によって、医療制度改革は「聖域なき構造改革」の重要な柱と位置付けられるに至った。そして、さまざまな議論の末に……。2002 年度には、診療報酬の「史上初のマイナス改定」を含む、いわゆる「三方一両損」の改革及び現行老人保健制度の一部手直しが実現した。……。2003 年には政府の「基本方針」が策定され、基本的にそのラインで 2006 年 6 月には医療制度改革法が成立している。

『講座』には日本の医療制度改革の経過およびそれ関連する議論に関わる詳細な情報が見あたらない。現実には、国民皆保険制度であることが強調され、2008 年 4 月以降に盛り上がった後期高齢者医療制度を含む改革も「医療保険の構造改革」と呼ばれるものであったことに象徴される如く、日本の「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」の関心の焦点は、ほとんど一貫して「医療保険制度」呼ばれる医療サービス購入資金（医療サービス提供者である「診療側」に対する支払資金）の調達方法に関わった。上掲尾形[2007]の要約もこの点を象徴的に示す。「『国民皆保険制度』下で必要となる（自己負担分を除く）医療サービス購入資金を誰からどれだけ徴収するか？」が政策論議の中心的争点であった。本節冒頭に見た「名目 GDP を機械的に適用してその範囲内に医療給付費を抑制する、いわゆるキャップ制」だとしてクローズアップされ激しい批判の的となった経済財政諮問会議民間議員の提案も、調達資金総額に関わる。

重要な点は、問題・危機・崩壊をキーワードとする賑やかな話題提供とは裏腹に、今後の見通し・予測に関する情報が『講座』には決定的に欠如していることである⁶⁷。[IV] に紹介した編集委員の 1 人による次の如き見解（田中、2006、4 頁）を前提とすれば、医療サービス購入資金をめぐる政策論議は本来不要であり存在すべきでないのかもしれない。

だれもが自分の居住する地域の医療システムに金銭的なバリアなしにアクセスできることをもってフリーアクセスと理解しなす。分配の公正のため、社会連帯によって集めた資金を最大の財源とする公益セクターにおける資源の効率的配分のためにも、この点は大切な確認である。

『講座』や一連の特集にかぎらないが、日本では基礎となる数量データを明示し、ここから導かれる多様な見通し・予測・試算例を提示し展開する政策論議が依然として低調である。対称的なアメリカの数字を例示して、日本の議論の状況に読者の関心を喚起しよう。アメリカの CBO (The Congressional Budget Office、米連邦議会予算局)の予測である。(1)

⁶⁷ 雑誌等の一連の特集についても事情は異ならない。

アメリカでは医療費支出の対GDP比で日本のほぼ2倍の水準にあること、(2)国民皆保険ではないし、連邦政府が医療保険の全般をカバーするのではないことの2点に留意して欲しい。2006年に、連邦政府が関与する医療保険の主要部分を占めるMedicareとMedicaid支出が、連邦政府支出の21%を占めた。現在の税率を維持した税収を前提とすると、1人あたりの医療費支出の増加傾向と人口構成の高齢化により2050年にはこの両項目の支出が国民総支出の22%を占め、連邦政府の他のすべての支出項目に向けられている分を振り向けても間に合わない⁶⁸。

日本の方が人口高齢化の進行スピードが速い。高齢者構成比の高まりは医療費削減に向けた政策の政治的実現困難性を高める。増加スピードをslow downさせることが可能であるとしてもたとえば対GDP比率を低下させることはほとんど実現不可能と予想する向きが多い。以上の点を考慮すれば、早めにブレーキを踏んで減速し始めることが重要であり、さもなければ本当に「崩壊」してしまうと心配する読者が少なくないはずだ。

当然、次の大田[2006、163頁]の慨嘆に共感する読者が少なくないだろう。

診療報酬はいわば医師の件費でもあるし、また、国民医療費の費用構造を見れば件費が5割、経費等が2割を占める。この費用構造を不変の前提として、医療費が抑制されれば、そのまま医療サービスの供給減少に結びつくことと決めつけて、患者に「死んでください」と言わねばならないかのような議論を展開するのは、あまりに話が飛躍し過ぎている。サービス供給を減らす前に、コストを効率化する余地はあるはずだ。

医療サービス購入資金に制約があるから「効率化」によって同じ資金で購入可能なサービス量を増大させるべきだとする理屈は理解しやすい。購入資金に制約がないとしても、「効率化」は支払者の負担を軽減し、結果として医療サービス購入の犠牲になる支出（たとえば、食費や教育費）を減少させる。しかし、「市場原理主義」「効率性至上主義」「新古典派経済学」などの批判・非難の一環として(?)「効率化」という表現および考え方は『講座』にはほとんど登場しない⁶⁹。この点の検討については項を改める。

[VI-2]. 「医療供給体制」に関わる詳細な情報の欠如

(とりわけ日本の) 医療サービス供給側システムの概要と状況（たとえば、効率性）、これを構成する医療機関・医師等の組織と行動、現状の問題点と対応策の状況など、「医療供給体制」に関わる詳細な情報の決定的欠如にも少なからぬ読者が不満だろう。本項では、

⁶⁸ この数字は Rinvin and Antos ed. [2007、p.14]による。日本に関するものも含め、中長期的な見通しに関心の読者には同書および Kotlikoff and Burns [2004]の参照を勧める。

⁶⁹ 「市場原理主義(者)」などの表現を用いた主張・批判・非難に関心の読者は三輪・ラムザイヤー[2007、223-25頁]の「市場原理主義(者)、重力原理主義(者)、政府原理主義(者)」と題した Column 3を参照。

最近 20 年間の各国の状況およびその変化に照らして『講座』の特徴が一層際立つ、供給面の効率性、供給システムの効率化に関する具体的関心と詳細な情報の乏しさに焦点を合わせる。

政府（機関）・民間機関のいずれであるか、政府が意思決定に（強力に）関与するか否かなどの点にかかわらず、（経済活動を含む）あらゆる活動は、ほとんど例外なく、社会的に稀少かつ有用な資源の投入を必要とする。特定の活動に投入された資源は他の用途に使用できない。この簡明な事実から、より少ない資源の投入で活動目的を実現すること、つまり、「投入資源の節約＝効率化の推進」は、他の用途に利用可能な資源を増大させるから、社会全体の利益と合致することがわかる。このことは、医療や教育を含む、あらゆる分野について成り立つ。

前項末に引用した大田[2006]の慨嘆は、この点に関する「医療は別だ。例外だ」とする声高な主張の絶え間のない表明とこれに対する雑誌等マスメディアの一連の特集・レポートに象徴される強力かつ広範な支持、および「例外だ」とする声高な主張に対する国民の反撥の弱さや反対意見の少なさへの苛立ちを反映する。いずれの産業でも、供給側を構成するメンバー（多くの産業では、供給企業）には効率性・効率化の要求に対する強い反撥が潜在する。しかし、同業者間の協調による競争制限（象徴的には「カルテル」）の禁止（および、違反行為に対する重いペナルティ）は今日の世界各国で共通ルールとして定着している⁷⁰。同様の考え方に沿った、ほとんどすべての分野における効率化の推進も共通の基本政策として受け入れられている。このため、この点に関して「われわれの分野は別だ。例外だ」とする主張の展開は稀であり、主張の表明は強い反撥と批判に直面するのが通例である。日本の医療サービス分野の如く、供給側メンバー（およびその事業者団体）およびその周辺の関係者が「医療は例外だ」とする主張を展開し、これに対する支持が「世論」を圧倒するが如き観察事実は、日本のみならず、今日の先進諸国では珍しい。

『講座』を一貫する日本の医療システムの供給面の効率性やその効率化に対する具体的関心の低さと詳細な情報の乏しさは、次の如き一連の主張に象徴される見方とも密接に関連するよう見える。

- (1)第 1 巻「医療機関の基礎理論と論点」における「規範分析」「価値規範を上位概念に置く」「(新)制度派経済学」が優勢であるとの宣言およびその主張を重視する見方。
- (2)第 2 巻と第 3 巻に展開される「医療の特徴は、当事者である患者の決められるのは、基本的には受診するかどうかだけ・・・」（池上、2005、242 頁）とする主張に象徴される見方。
- (3)「だれもが自分の居住する地域の医療システムに金銭的なバリアなしにアクセスできる・・・分配の公正のため、社会連帯によって集めた資金を最大の財源とする公益セ

⁷⁰ 経済学の代表的古典である 1776 年の Adam Smith の『国富論』の時代から、同業者間の競争を制限すること(これを通じて、「効率化」への圧力を回避すること)が同業者の会合の最大の関心事・話題だと指摘されている。

クターにおける資源の効率的配分」(田中、2006、4頁)や「医療計画」の基本的重要性を強調する見方。

『講座』に展開される主張が医療制度の形成や医療政策の決定の過程で果たしてきた役割あるいはその実質的貢献は不明である。今日までのところ、「医療制度改革」(論議)の焦点は一貫して「医療保険制度」であったし、「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」などの話題の焦点も同様であった。結果として、供給システムの効率性・効率化に対する関心は一貫して低調であった。『講座』には、市場における(供給者間の)競争機能に対する不信、および競争を通じる「効率化」の推進に対する反撥・敵意は感じられても、積極的関心の萌芽も見られない。『講座』の刊行が変化の契機となることはありそうにない。

多くの産業で、長期間にわたる不断の努力・革新の累積した成果として効率化が実現した。「日本の医療問題」の現状と今後の課題に関心を抱く読者の多くが、供給面の効率化を軽視・無視(あるいは実質的タブー視)する状況が長期間にわたって継続したことの帰結に重大な関心を抱くだろう。『講座』にはこの点に関する有用な情報は期待できない。

アメリカをほとんど唯一の例外として、医療サービス供給の効率性やその効率化実現の手段などに対する関心の低さが先進各国共通の特徴であった。現時点における日本の目立った特徴は、1980年代から各国で積極的に採用され始めた、供給面の効率性を重視する政策への転換、供給システムの効率化を推進する具体的政策の積極的採用という共通の動向への無関心、実質的乗り遅れである。

Managed care

各国における最近の動向に共通するのが、市場、市場競争の重視と、その一環としての各種保険者の役割の見直し・重視である。これを象徴するキーワードの1つが**managed care**である⁷¹。前節の最後に紹介したFeachem et al. [2002]がNHSと比較して格段に優れた**performance**を実現しているとしたKaizer Permanenteは**managed care**の象徴的存在である⁷²。

最近の世界的動向を象徴する **managed care** に関心を抱く読者を想定して、入り口・誘導路と参考文献を示しておく。日本の医療システムの現状と今後について考える際の参考として関心を抱く読者が多いただろう。

最初は、医療サービス市場の特徴を示す分かりやすい例示である。これまでに取り上げ

⁷¹ 既刊5冊に目次には **managed care**、マネージドケアという表現は見あたらない。「近年、わが国の医療制度改革をめぐる論議において、『保険者機能』という概念が盛んに取り上げられるようになってきている」という文章で始まる、『講座2』第8章「保険者機能強化論の経済・政策学」(尾形、2005)では密接に関連する論点を話題とするが、何処にも **managed care** という表現への言及はない(『講座2』「はしがき」も同様である)。山崎・尾形編[2003]の第15章のタイトルは「マネジドケアと医療の質」である。

⁷² The Kaizer-Permanente HMO (health maintenance organization) system と呼ばれる。Kaizer system のように自ら病院を所有する HMO を Kaizer-model HMOs と呼ぶ(Folland et al., 2007, p.248)。

た『講座』各論文の医療サービス市場の特徴づけと対比されたい。Berndt et al. [2001, p.146]による。Moral hazard and principal-agent problem の双方が medical-care の分野で顕著であることの帰結を象徴的に示すためのものである。

The extent to which medical care services differ from other services can be illustrated by considering a hypothetical transaction in a restaurant. Suppose an individual places an order for a particular set of items on the menu, and then leaves. Another person enters the restaurant, sits down at a table, eats the meal that was ordered, and then leaves. Finally, a third person comes in and pays for the meal. In medical care, these three persons are the physician, the patient, and the insurer.

Folland et al. [2007]は Chapter 12. Managed Care の冒頭部分で次の如く例示する (pp.241-42)。

Suppose that rather than health care insurance, employers provided food and clothing (F&C) insurance for their workers. A “fee-for-service” F&C plan would allow the consumers to purchase their food and clothing at any merchant they choose, and would reimburse the consumers subject to coinsurance and deductibles. A consumer facing a 20 percent coinsurance rate could purchase filet mignon for \$20 per pound and have the insurer pay \$16 per pound, or 80 percent of the price. Another consumer could purchase designer athletic shoes for \$200 and have the insurer pay \$160, again 80 percent of the price. Consumers would likely buy more (or more expensive) filet mignon or athletic shoes than if they had to pay the full amount themselves. The market effect of such plans would likely cause consumers and their insurers to worry about F&C cost and expenditure inflation.

Suppose that in response to the perceived high costs of food and clothing, a group of consumers and their employers organized and offered a “managed F&C” plan. In this plan, members (consumers and the employers) would pay a fixed amount per person per month into the plan for food and clothing, presumably less than they were paying (together) under the fee-for-service plan. In return for this reduced cost plan, the consumers would be limited to shopping at a single shopping center with which plan managers had negotiated lower prices for food and clothing. Moreover, the plan managers could limit the types of goods purchased (no filet mignon) and might attempt to curb total consumer expenditures. It is likely that at least some consumers would find such a plan attractive due to its lower costs.

アメリカにおけるmanaged careの普及率は1980年代後半に急上昇した。1995年末には、9,100万人の私的保険加入者がHMO、PPO (preferred provider organizations)、あるいは両者の混合型に加入し、従来型保険者のほとんどがmanaged careの手法(practices)を導入した。公的保険加入者に占めるmanaged care加入者の比率も増加しつつある(1996年までにMedicare beneficiariesの12%、Medicaid beneficiariesの39%が加入した)。さらに、1980年以降、イギリス、オランダ、ドイツ、イスラエルを含むいくつかの国が公式にmanaged careの要素を導入し、フランスの如くその導入を検討する国も現れた⁷³。

“Managed care dominates the United States health insurance marketplace.”とはいえ、“the nature of managed care plans varies tremendously across plans and the degree of variation has been increasing over time” (Glied, 2000, pp.709, 711).⁷⁴それぞれのmanaged care planがplan加入者に利用可能なサービスの内容を提示して消費者(被保険者)の支持を競い合う。このため、提供サービスの内容は多様であり(つまり、画一的でない)、医療技術や情報処理・通信技術を含む需要・供給両サイドに関わる環境条件の変化を反映して不断に変貌を遂げる。他方、誰もがどの医療機関へも自由にアクセスできるのではなくなる⁷⁵。

Folland et al. [2007]はManaged Careと題する章の経済的特性に注目した節で、次の如く記し、とりわけその1が重要だとする(p.244)。

Analysts identify three particular mechanisms by which health insurance plans seek to contain costs and/or improve quality of care:

1. Selective contracting, in which payers negotiate prices and contract selectively with local providers such as physicians and hospitals.
2. Steering of enrollees to the selected providers.
3. Utilization review of the appropriateness of provider practices. This utilization review may be prospective (in advance), concurrent (at the same time), or retrospective (looking back).

⁷³ 以上、Glied [2000, pp.709-10]。HMO、PPOなどについてはFolland et al. [2007, pp.246-47]を参照。

⁷⁴ “The term managed care encompasses a diverse array of institutional arrangements. There is no single broadly accepted definition of the term nor do any existing definitions persuasively distinguish managed care from other types of health insurance” (Glied, 2000, p.709).

⁷⁵ たとえていえば、デパート(さらに、小売店)の如く、各社・各店舗が顧客の支持を競い合う存在である。何でも揃う「よろず屋」とは、品揃え、価格、商品および関連サービスの品質などの各側面で異なる。それぞれが提供するメニューや価格・サービスを競い合う多様なレストランとあらゆるタイプのメニューを提供する昔風のデパートの「食堂」の違いにたとえるのも、一定年齢以上の読者には分かりやすいかもしれない。

発生から展開・普及に至るプロセスを含めて managed care (plans)の詳細に関心の読者には Glied[2000] (より簡単には Folland et al., 2007 の Chapter 13) の参照を乞う。雇用者が選択した一部の医師と契約してスタートした (最初のものには 1849 年にまで遡る) 先駆形態の段階から、”contract medicine”は一貫して供給サイド (典型的には各地区の医師会) の強力な抵抗に遭遇した。Managed care が今日の如くアメリカで支配的地位を獲得するに至る過程、およびその過程で連邦議会・政府の立法・規制が果たした役割についても Glied [2000、pp.717-21]を参照。

[VI-3]. 信頼できる数量データに基づく政策論議およびその基礎となる数量データの欠如

供給面のみならず需要面にも (つまり、医療サービス分野全体に) 及ぶが、信頼できる数量データに基づく政策論議に乏しく、さらにその基盤となる利用可能な数量データ (統計) が乏しい。結果として、具体的政策をめぐる説明・検討・論争が具体性に乏しい。これらの点に関わる指摘や不満の表明が『講座』にはほとんど見られない。その理由等の検討も読者の楽しみとしよう。

後期高齢者医療制度をめぐって 2008 年 4 月以降に盛り上がった「騒動」と政府 (とりわけ厚生労働省) の対応、それ以前からの「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」などに関わる一連の特集・報道などを観察して、「なぜこのような事態に立ち至ったのか?」「こんなことが予測できなかったのか?」「予測が外れた原因は何か?前提のどこに誤りがあったのか?」「対応策の提示にかくも長い時間を要する理由は何か?」「なぜ提示される対応策が具体性に欠けるのか?」「戦前から優秀さ・有能さ・周到さを賞賛され続けた日本の官僚はどこへ行ったのか?医療関係分野は特異・特別か?」などの疑問に悩まされた読者が少なくないはずだ。「産婦人科医の不足」、「救急医療患者のたらい回し」や「長期的な医師不足」などに関する TV ニュースや新聞報道に接するたびに同様の疑問を抱く読者も多いだろう。

このような疑問から、「騒動」や特集・報道を含む「医療問題」に関わる主張や議論・論争のほとんどが信頼できる数量データに基づいていないこと、『講座』の多くの論文についても同様であることに気づき、「なぜか?」「信頼できる数量データに基づく試算・予測が示されない理由は何か?」「具体的政策の検討・決定が信頼できる数字に基づいていないなどということは・・・?」などの疑問を抱く読者も多いだろう。たとえば、政策決定時点の厚生労働省保険局総務課長による『医療保険の構造改革——平成 18 年改革の奇跡とポイント』(栄畑、2007) を眺めて、さらに、「なぜ具体的な数字に基づかずに政策が検討・決定されるのか?」「基礎となる統計データは利用可能か?」などの疑問にまで進む読者も多いはずだ。

そのような読者は、2008 年 6 月 16 日『日本経済新聞』(夕刊) の「国の医療費、実は詳細不明」と題する「社会保障ミステリー」欄の記事を見て驚き、一部は了解しただろう。「レ

セプト活用 ようやく検討」の小見出しの記事は、次の書き出しで始まる。

75歳以上を対象とした後期高齢者医療制度(長寿医療制度)を巡る混乱が続いている。・・・この制度ができた背景には、高齢者が増えて医療費が急増し、従来の制度では対応できなくなるとの判断があった。ところが、この医療費に関するデータが整備不足で実は精密な議論ができていないという実態がある。

医療費を調べる際に有用なデータとして「診療報酬明細書(レセプト)」がある。医療機関が患者を治療した時、健康保険組合などの公的保険運営者に対してその費用を請求するための書類だ。医療機関はレセプトにどのような治療や薬を処方したか、また費用はいくらかなどをすべて記載する。進行中のレセプトの電子化を機に政府もレセプトを基にして医療費の調査・分析を進めようと動き出した。しかし、有識者による検討会(「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」)が2008年に入ってまとめた報告書は、「医療費等に係る調査・分析の現状」で「(2)疾病別、診療内容別等の詳細なデータは、別途社会医療診療行為別調査等で把握しているが、これらは抽出調査である(社会医療診療行為別調査の場合、毎年6月審査分の約50万件を無作為抽出)ため、推計を行っており、また都道府県別等の詳細な分析が困難な状況にある」「(3)また、生活習慣病の有病者数等についても、糖尿病実態調査等の抽出調査(糖尿病実態調査の場合、5年ごとに約1万人を無作為抽出)により把握しており、推計を行っている状況になる」とした(厚生労働省保険局[2008、1頁])。

基礎データが乏しい現状に対する強い疑問・不安・不満

多くの読者が、次の如き一連の設問を想起して、信頼できる数量データに基づく検討・議論とその基礎となるデータが乏しい現状に強い疑問・不安・不満を抱くだろう⁷⁶。

- (1) 医療費の用途別明細が政府にも正確には把握できていないという。国民皆保険制度の下で全国民が医療保険制度への加入を強制されている。現状は、国民から強制的に徴収した税金について、その用途別明細が政府にも把握できていない状況とどこが違うか?現状のままで、国民皆保険制度の維持を前提としつつ、今後の医療費急増の予測を示すことと、用途別明細を明示せずに(さらに、把握せずに)増税計画を示すことのどこが違うか?年齢・性・地域・過去の病歴などに基づくカテゴリーに分けた受益者グループのそれぞれについて、いかなる用途に向けてどのようなサービスを提供したか(数量・価格)という観点から整理した正確な情報を提示して参加者・受益者・

⁷⁶ たとえば、アメリカで、高額かつ成功率が必ずしも高くはない不妊治療について、新法を制定して収集した詳細な情報を消費者に公表していること、そのデータを利用したBundorf et al. [2008]の如き消費者行動の実証分析が行われていることに驚く読者が少なくないだろう。

資金提供者である国民の理解を得ることが当然ではないか？この条件を満たさない状況を政府が放置する理由は何か？⁷⁷

- (2) 高齢者が増えて医療費が急増し、従来の制度では対応できなくなるとの判断に基づき、後期高齢者医療制度が開始され、深刻な「騒動」となった。開始の前提となった医療費の急増見通しはいかなるものか？制度の開始によりいかなる変化が予測されたか？見通し・予測の前提、基礎となるデータはいかなるものか？データは誰にも利用可能か？「騒動」の過程でいかなる対案が示されたか？対案は具体的な見通し・予測を示したか？対案の前提・基礎データはいかなるものか？
- (3) 後期高齢者に限定しない医療費全体について、今後の見通し・予測はいかなるものか？正確な予測に必要なデータは利用可能か？
- (4) 既に膨大な金額に膨張し、今後も膨張することが予想される医療費は、それに見合った便益を国民に与えているか？（アメリカではGDPの16%を占める医療費支出に対する評価が一貫して国民的関心の的となってきた。）今後さらに激増すると予想される医療需要への対応は、これまでの延長線上のままでよいか？システムの見直し・変更が必要か？医療サービス各分野の評価はいかなるものか？分野間の資源・資金の配分の変更を通じるperformance改善の余地はないか？そのような視点からの検討を可能とする基礎データは利用可能か？⁷⁸
- (5) 医療分野の需要と供給を条件づけている（制度・規制などの）多様な政府の関与は有効かつ適切か？改善の余地・可能性はないか？その方向性は？それぞれの側面について提案されている（想定できる、さらに他の先進諸国で採用されあるいは採用が検討されている）多様な選択肢それぞれのperformance/costはどれほどか？
- (6) 医療サービス産業の効率性・生産性の上昇率はどれほどか？さらなる改善の余地はないか？たとえば、過去20年間の質の改善を含めた生産性の上昇率はどれほどか？
- (7) 救急患者の「タライ回し」の現状と原因、今後の見通しはいかなるものか？適切な対応策は？同様に、産婦人科医・産院の現状と今後の課題は？麻酔科医については？他の分野では同様の「問題」は現実化しないか？
- (8) 先の医療保険制度改正論議でクローズアップされた日本における患者の平均入院日数の異常な長さの原因・発生メカニズムはいかなるものか？（注目され目標として想定された長野県でさえ、ドイツ・フランス・イギリスの平均値の2倍を超える⁷⁹。）また、各県ごとの大きな差は何によるか？適切な対応策は？
- (9) 医療過誤訴訟（増加）の実態はいかなるものか？今後の予想は？これに伴っていかな

⁷⁷ 「なぜ、そんな状況の下で国民皆保険制度が維持されてきたか？」という疑問が続くだろう。この疑問は次項に見る第4の側面に関わる。

⁷⁸ たとえば、道路建設について、支出総額の検討と同時に建設する道路価値の地域・経路別評価に基づく配分方法の見直しが常時必要だろう。同様のことが医療サービスについても重大な国民的検討課題となるはずである。

⁷⁹ たとえば、栄畑[2007、50-54頁]を参照。

る影響がどの程度に顕在化すると予想されるか？検討に必要なデータは利用可能か？

[VI-4]. 政策の意思決定過程に関わる情報の不足

情報・分析・解説が不足するとして読者が『講座』に抱く不満の第 4 の側面は、政策の意思決定過程に関わる政治経済学的検討・分析あるいは解説である。「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」などが数十年間にわたって広範な話題となり続け、そのピーク状態で今日を迎えた。「問題・危機・崩壊の実質的内容は何か？なぜ解決策を見出せないまま今日を迎えたのか？今後の見通しは？」などという設問と並行して読者は次の如き疑問を抱くだろう。

誰がどのようにして政策を決定するのか？現状に結果した政策・対応策あるいはその欠如は、誰が選択したか？それを可能にした政治力学はいかなるものか？今日の如き問題・危機・崩壊の顕在化・深刻化を政治家・官僚を含むすべての関係者が予見できなかったということはなかろう。適切な政策・対応策の採用を誰がどのようにして妨げたか？

ほとんど一貫して「医療保険制度の危機」として話題になる傾向が強かった。しかし、「医療供給制度・体制」についても（より）深刻な問題・危機に直面する。この点に多くの読者が同意するだろう。

具体的な政策に関わる意思決定（過去に決定した政策を変更せず維持することを含む）を政治過程の一環ととらえ、政治家や官僚を含む参加者・関係者などの各利害関係者の意思決定（合理的選択）およびその相互作用として理解し説明する最新の **political science**（政治学）の立場⁸⁰に立つと課題の本質が理解しやすい。

上の設問も、たとえば次の 2 つの平明な設問群に分解できる。(2)が中心である。

- (1) 政策に関わる意思決定はどのようにして行われてきたか？意思決定の中心的舞台はどこか？誰が（どのような人達が）舞台の上およびその裏側で中心的役割を演じたか？舞台の設定、出演者の選択、役割の割り振りなどの決定で中心的役割を演じたの

⁸⁰ たとえば、アメリカ反トラスト法の施行過程に焦点を合わせた研究論文を集めた **McChesney et al. eds. [1995]**を参照。日本の独占禁止法施行過程については三輪・**Ramseyer [2004a]**あるいは **Miwa and Ramseyer [2005]**、出資法の運用を通じる日本の金融規制については三輪・**Ramseyer [2003]**あるいは **Miwa and Ramseyer [2007]**を参照。関係経済主体の合理的な選択の結果として対象を理解・分析するから、このような立場に立つ **political scientists** のグループは、『講座』編集者の間では評判が悪い「新古典派経済学者」と呼ばれる標準的なタイプの経済学者や **Law & Economics** の研究者などと一括して **rational choice school** と呼ばれる。

は誰（どのような人達）か？

- (2) 現状に帰結する政策を選択した（したがって、代替的な政策を選択しなかった）理由とメカニズムはいかなるものか？誰（どのような人達）の利害をより強く反映するか？誰が現状を望むのか？

関係者全体についてはもちろん、国民、政治家、官僚などのいずれかのグループを取り出しても、関係者の利害（それを反映した主張・選択）が一致することは稀である。長期間にわたり一貫した政策が選択され続けたケースで、強力な反対グループが反対意見を表明し続けたとしても不思議ではない。しかし、賛成・反対の双方について、意見の表明も選択の一環である。このため、表明された意見や残された記録などから、上の設問群に対する回答を導く作業は容易ではない。余程の慎重さを要する。TV・新聞の「報道」、雑誌の特集や記事、事後に公開される会議の記録、回想録、ヒアリング記録などについても同様である⁸¹。

『講座』の編集委員・執筆者の中には、医療関連政策決定の現場に参加し、あるいはその周辺に位置した人達が少なくない（ように見える）。『講座』が政策の意思決定過程に関わる詳細な情報を提供し、さらに賛成・反対のいずれかの立場に立って現状および過去の政策に関する肯定的解説・批判を提示したとしても、その読み方は容易ではない。編集委員・執筆者間に意見の一致があるとはかぎらない。担当執筆者が保有する情報が正確であるとはかぎらない。自由な執筆が許されても、自由に執筆するとはかぎらない。正確な情報をそのまま提示する誘因を持たないかもしれない。執筆者間で内容を「調整」するかもしれない。幸か不幸か、政策決定過程および政策と関係する環境・事情に関わる情報はほとんど提示されない。不満を覚えるとしても、読者は読み方に悩むことはない。

中央社会保険医療協議会（中医協）の「在り方の見直し」

政策決定過程および政策と関係環境事情に関わる情報がほとんど提示されないのは『講座』にかぎらない。他の多くの文献を見ても事情は大きくは異ならない。私に特別の対応手段があるわけではない。

ここでは、医療関連政策の審議・決定に少なからぬ影響を与えてきたとされる中央社会保険医療協議会（中医協）の最近実現した「在り方の見直し」に注目し、医療関連政策を条件づけてきた政策決定プロセスと政治力学の一端を覗くことにする。「見直し」論議が2004年から2005年の時期にようやくスタートし到達した結論の内容が実現したこと、実現した「見直し」の内容は永年にわたってその必要性が一部では強く主張されてきたにもかかわらず公式の場では話題にもならなかったものであること、および以上の観察事実の

⁸¹ たとえば、1930年代から1940年代の日本の戦争（準備）・政治・経済・社会・生活・歴史などの各側面および全体像に関わる「通説」「常識」「通念」には、この面できわめて重大な欠陥がある。この事例に関しては三輪[2007、2008]を参照。

実現を条件づけた政治力学が注目点である⁸²。もちろん、私が重要だと考える要因の一端・一例にすぎない。

中医協の在り方に関する有識者会議の「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために」と題する報告書が2005年7月20日に厚生労働大臣に提出された⁸³。前年12月17日に、厚生労働大臣と内閣府特命担当大臣（規制改革、産業再生機構）、行政改革担当、構造改革特区・地域再生担当との間で「中医協の在り方の見直しに係る基本的合意」がなされ、厚生労働大臣は中医協の在り方について、内閣官房長官が主催する社会保障の在り方に関する懇談会の審議を踏まえつつ、第三者による検討機関において検討を行うこととされ、これを受けて2月に発足した有識者会議がとりまとめたものである。

「基本的合意」に掲げられた以下の6点が有識者会議の検討事項であった。

- (1) 診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方
- (2) 公益機能の強化
- (3) 病院等多様な医療関係者の意見を反映できる委員構成の在り方
- (4) 委員の任期の在り方
- (5) 診療報酬の決定手続の透明化及び事後評価の在り方
- (6) その他、医療の現場や患者等国民の声を反映する仕組み等の在り方等

少なくとも一部では必要性が強く叫ばれていた「中医協の改革」が現実化した直接的な契機は、2004年4月に発覚した歯科診療報酬改定に関わる日本歯科医師会幹部の中医協支払側委員（元委員）に対する贈収賄事件である⁸⁴。これを契機として中医協の見直しを求める声が強くなり、同年10月には中医協自らが、歯科医師を代表とする委員のうち1名は日本歯科医学会の会員から、被保険者を代表とする委員のうち1名は患者一般の声を反映できる委員とする旨を取り決め、これに沿って新たな委員を任命した。この年の12月に「基本的合意」がなされ「有識者会議」による「在り方」の検討が開始された（栄畑、2007、157頁）。

後期高齢者医療制度をめぐる「騒動」で一躍脚光を浴びることになった「平成18年医療

⁸² 日本の医療費はすべて点数表で決まる。医療費の根幹に関わる点数表を中医協が決定する。中医協が点数表を決定すると、そのまま厚生労働大臣の告示として公表・実施される。医療行政は審議会にかけられるが、中医協のケースを除けば、審議会で決ったことがそのまま実行されるのではない。大抵の場合、与党自民党の政調会にかけられ、議論のうえ決定が下され、さらに衆議院と参議院で可決されてはじめて実施に移される。1957～1982年という1/4世紀の長期間にわたり日本医師会会長であった武見太郎は、「医療で重要な審議会は中医協だけだ。あとはあってもなくてもいい。ほかの審議会で議論している事案は、すべて国会にかかるので、そちらを手配しておけばいい」とよく言っていた。医師の死命を制する点数表がこの審議会で決まることを重視したためである。以上、水野[2005、118-19頁]。

⁸³ 栄畑[2007、177-84頁]を参照。

⁸⁴ 事件について、たとえば水野[2005、115-27頁]を参照。

保険制度改革」の改正法案国会提出は2006年2月であり、その基礎となった「医療制度改革大綱」が前年12月1日に政府・与党医療改革協議会で決定された。さらに、医療費適正化を強く求める経済財政諮問会議等との厳しい議論の中間的整理として位置づけられる「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005」（「骨太の方針2005」）の閣議決定は2005年6月であり、各方面から強く求められてきた医療保険制度の抜本改革（新たな高齢者医療制度の創設等）の方向性を示した「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」の閣議決定は2003年3月である（同上、20頁）。

2005年7月の「中医協の在り方に関する有識者会議」報告書は、中医協の機能・役割、公益機能の強化、委員構成の見直し、診療報酬決定手続きの透明化等各項目にわたる事項について改革の方向を示した。要点は以下の通りである（同上、157-58頁）。報告書を受けた「見直し」を要する状況が長期間にわたって継続していた。

- (1) 診療報酬改定率は予算編成過程を通じて内閣が決定することを明確に確認した上で、改定率を除く診療報酬改定に係る基本方針は厚生労働大臣の下における他の諮問機関（社会保障審議会医療保険部会及び医療部会）で定め、中医協はそれに沿って具体的に点数設定に係る審議を行う。
- (2) 診療報酬改定の結果を検証して国民に分かりやすく説明し、国民の評価に資する機能を新たな公益機能として公益委員に担わせる。
- (3) 公益委員の人数を現行4名から増員する。支払側委員及び診療側委員のそれぞれと同程度とすることを基本とする。
- (4) 支払側委員及び診療側委員の構成は、医療費のシェア、医療施設等の数、医療施設等従事者数、患者数等の指標を総合的に勘案しながら決定する。医師を代表する5名の委員のうち2名を病院の意見を反映できる委員とする。その医師に関しては、病院団体自身が作成した推薦名簿が透明なプロセスで厚生労働大臣に届けられる仕組みとする。
- (5) 中医協が診療報酬点数の改定案を作成する過程において、広く国民の意見を募集する手続きをとる。
- (6) 法律改正を待たずに可能な対応はできる限り早期に実現して平成18年度診療報酬改定に対応する。

中医協の所掌事務については、社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）第2条第1項に規定され、診療報酬等に関する事項について、厚生労働大臣の諮問に応じて審議し、文書をもって答申するほか、自ら厚生労働大臣に文書をもって建議することができる。とされている。(1)が中医協の所掌事務を明確化（従来に比して実質的に限定）し、(2)～(5)がその機能・役割の妥当性を確保するための方策に関わる。(2)と(5)がそのための直接的な方策に関わり、(3)(4)は委員の構成と選出方法の明確化・変更を通じる間接的な方法に関わる。(3)で公益委員の比重と役割を高め、開業医の意向・利害を優先する傾向が著しいとされてきた点にも鑑み(4)では2名を病院の意見を反映させる委員とすべきことに加えて「病

院団体自身が作成した推薦名簿が透明なプロセスで厚生労働大臣に届けられる仕組みとする」とした。さらに、「厚生労働大臣より関係団体に対して、期限を附して推薦依頼をしたにも関わらず、関係団体が正当な理由なく期限内に推薦を行わないような場合には、厚生労働大臣が職権で委員の任命ができるものと解するべきである」とした（同上、182頁）。

広く流布している見方に従えば、日本医師会が、開業医の意向・利益を強く反映する（相対的に病院の意向を軽視する）委員を推薦してきた。この点の変更等を求められた際には委員を推薦せず、さらに、日本医師会の意向が中医協の場で認められない場合には、委員を引上げ（辞任させて代替メンバーを推薦しない）ことを示唆し（あるいは実行して）、最終的には診療報酬等の決定を左右してきた⁸⁵。

今回の改革の中で社会保険医療協議会法を改正し、従来の公益委員4名、支払側委員・診療側委員各々8名の計20名から、公益委員6名、支払側委員・診療側委員各々7名の計20名とし、併せて、中医協の審議における公益委員の主導的役割を明確にし、さらに公益委員による診療報酬改定の結果検証についても法定化した。支払側委員・診療側委員の関係団体による推薦制を廃止し、厚生労働大臣自らが責任をもって任命するという方式に改めた（同上、158-59頁）⁸⁶。

『講座』編集委員・執筆者の中核部分およびこの論文で以上に見てきた『講座』の基本的見方・見解と、ようやく実現した「見直し」を必要とした状況およびその継続・維持を望み実現した利害関係者グループ、さらにかかる状況の継続可能にした政治力学との関係は明らかでない。ここでは、第1巻、第2巻、第3巻に示された『講座』（編集委員会）の基本的考え方として[II]や[IV][V]で取り上げた見解・主張、および[VI-1]～[VI-3]に見た情報・分析・解説の欠如の第1～第3の側面のいずれもが、「見直し」以前の状況を望んだ利害関係者グループの利害との親和性・整合性が高いことを指摘するにとどめる。従来の状況の維持・継続を望む人達が、（とりわけ市場の競争を通じる効率化の要請につながりかねない）医療供給体制の正確な実態の把握、その見直しにつながる供給サイドに関わる各種政策論議やその基礎となり得る信頼できる数量データの整備を歓迎しなかったとしても不思議ではない。^{87 88 89}

⁸⁵ たとえば水野[2003]を参照。このような見方を一環とするより大きな見方のキーワードが、日本医師会の政治力と厚生（厚生労働）族と呼ばれる国会議員である。国会議員の族議員に対応する、審議会等で活躍する族委員の重要な役割を指摘する見方も少なくない。
⁸⁶ 中医協の審議を通じて意向を実現するという直接的手段の有効性が低下したとしても、その実質的影響が現実化するとはかぎらない。厚生労働大臣の任命権の行使が従来方式と比して中医協の行動を実質的に変化させる保証はない。「報告書」は「公益委員が診療報酬改定の結果の検証を適切に担っていくためには、公益委員の中に、医療経済、財政、会計等の専門化が必要とされてくる」と指摘した。現時点の中医協会長は、『講座』編集委員であり[II-7][V]で取り上げた論文を執筆した遠藤久夫教授である。

⁸⁷ 中医協の在り方に関する有識者会議の報告書が提出された7月20日のほぼ10日後に社会保障審議会医療部会が「医療提供体制に関する意見中間まとめ」を提出し、「医療計画制度の見直し等による地域の医療機能の分化・連携の推進」の一環として1985年の医療法改

たとえば、[V]の最後に紹介した *British Medical Journal* (19 Jan. 2002) に掲載され「医療関係者」を含むイギリス国民に少なからぬショックを与えた興味深い論文を想起されたい。イギリスの NHS (National Health Service) と California's Kaiser Permanente の costs and performance を比較した Feachem et al. [2002] である。比較可能にするための調整をしたうえで、この研究は、会員 1 人あたりのコストがほとんど変わらないにもかかわらず、いくつかの側面で performance に大きな差が存在すると結論した。同様にして日本の医療供給体制とこれら 2 つのシステムの costs and performance を比較する研究の必要性を痛感

正により制度化された医療計画制度の見直し等について提言した。[IV]の後半で言及した 2006 年の第 5 次医療法改正である。ほぼ同時点に提出された 2 つの報告書の具体性・緊張感および実質的重要性を読者自ら比較されたい。いずれも栄畑[2007]の 177-84 頁、185-98 頁に収載されている。

⁸⁸ 「技官人事をめぐる問題」も関わるかもしれない。厚生労働省という役所では医系技官の重要性が大きく、薬事行政にかぎらず、公衆衛生、介護等の広い意味での医療の世界で医系技官のウェイトは高い。医学部を卒業して国家試験に合格した医師であることが採用資格である。医系技官といわれる人は約 200 人、課長以上のポストは約 20 (局長級 3) である。この医系技官の人事は医政局長が行い、他のキャリアの人事の如く大臣官房でまとめる行方ではない (水野、2008、66-67 頁)。医政局長、医系技官グループ、医師のグループ、日本医師会 (その中心である開業医のグループ) 相互間の関係が明らかであるわけではない。しかし、従来安定して維持された体制・秩序がこれらのグループの連携・協力関係の上に成立していたとすれば、従来の体制・秩序を変更する動きがこれらのグループの内部から出にくいことは容易に想像できる。大臣の意向を受けた大臣官房が新たな動きを目指しても、連動する動きをこれらのグループの内部に生み出すことは容易ではなかっただろう。

⁸⁹ 2005 年当時、財務省から厚生労働省に出向し、保険局総務課において医療費適正化対策を担当した村上は、「療養病床再編」に関して次の如く批判する。まずは、「縦割り行政の弊害」である。厚生労働省では、療養病床について、医療提供体制の面からは医政局、医療保険の面からは保険局、さらには介護保険の面からは老健局がそれぞれ関係している。同じ保険局の中でも総務課の他に診療報酬を担当している医療課という部署があり、この 2 つの課が療養病床再編に関係している。「このように多くの部署が関わってくると、それらの間の調整が円滑に行われず、意思決定がどうしても縦割りに」なり「無理な制度設計がなされる」。医療保険財政が悪化し医療費を削る必要に迫られて医療費適正化という大きな政策目標が掲げられていた。療養病床再編のクローズアップは、この大きな政策目標が掲げられていたことによる。当初は療養病床の具体的な削減数を決めるところにまで至っていなかった (関係者の猛反発が必至なのでそこまではできないと考えられた)。2005 年 12 月 1 日の「医療制度改革大綱」にも、それまでの厚生労働省の説明資料にもそのような具体的方針は出てこない。診療報酬全体の改定率が過去最大のマイナス幅に決ったことを受けて、それを実現するために行われた改定事項として入院日数短縮の柱として療養病床の再編が位置づけられ、具体的に 15 万床にまで削減する方針が示されることになった。村上は、このような削減策が突如示されたこと、およびその際に、療養病床再編のために作成されたのではない医療必要度を示す「医療区分」が基準として用いられたことを「まさに行き当たりばったり」として批判し、結果として「医療・介護難民が発生する」ことを憂える (以上、村上、2008、52-54 頁)。その通りかもしれない。同時に、意思決定システム・「調整」の実質的内容と透明性の欠如、およびその基礎となるべき数量データの決定的不足に注目し、削減策が突如示された (ように見える) 事情についても目を向ける必要があるだろう。

する読者が多いだろう。同時に、そのような比較研究に必要なデータが整備されておらず、「関係者」の多くがそのような比較研究の実行を望まず、結果として実行される見通しがほとんどないこと、さらに比較研究が NHS に対するものと同様の評価を導く可能性がありそのことを「関係者」の多くが回避したいと考えることを理解する読者も多いだろう。

[VII]. Health Economics への招待

世界中で多くの人達が **health economics**、**the economics of medical care** などと呼んで重視する研究分野の成果・方法と、日本で「医療経済（学）」「医療（政策）研究」などと呼ばれる研究分野の成果・方法の関係は必ずしも明確ではない⁹⁰。前者を象徴する存在を *Journal of Health Economics* や Culyer and Newhouse eds. [2000] とし、後者を象徴するのが二木他編『講座 医療経済・政策学』（『講座』）とすれば、以上に見た如く、両者の関係は少なくとも疎遠であり、前者へ至る入り口・誘導路として『講座』を薦めるのは不適切だろう。これが、この論文と本節のタイトルに「医療経済学」という表現を用いない理由である。「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」などをキーワードとする雑誌・新聞・TV などの特集・記事・報道のほとんどと **health economics** の関係についても、同様のように見える。

「医療経済（学）」分野で著名な人物達が結集したものとして『講座』を位置づけ、『講座』及びこれに関連の深い執筆者達の著作等を積極的に迂回して **health economics** に直接進むことを勧める。**Health economics** の方法・研究成果に接して理解を深める途上で、「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」などの表現を用いて話題になることが多い「医療」関連現象の話題の内容・取り上げ方およびそれらを条件づける基本的見方、さらに **health economics** の標準的方法・研究成果との関連等に関心が向くだろう。その際に、いわば料理の素材・腕試しの材料として改めて『講座』を手にすることを勧める。この論文をここまで読み進んだ読者は、『講座』の森にいきなり飛び込むことの帰結が、複雑怪奇で迷路の如き構造と内容の「囚われの身」になるか「理解不能」として投げ出すかのいずれかであることを了解するだろう。**Health economics** さらに **economics** に関する基本的な理解とそれを踏まえた冷静な読み方・評価が可能になったのちに、必要に応じて接近することを勧める。

多くの読者がすでに了解したはずであるが、次の 3 点で **health economics** が日本の「医療経済学」と異なる（ように見える）ことを確認しておこう。

- (1) 分析対象が医療サービス関連現象であるという点で **health economics** に特色があるとしても、基礎理論・分析手法は標準的な経済学(**economics**)であり、その点で **health economics** は特別ではない。
- (2) 専門的研究者や専門化した **academic journals** が存在するが、**health economics** の

⁹⁰ Douglas North, Oliver Williamsonなどを代表とする **Institutional Economics** と日本の「(新) 制度派経済学」の関係についても同様ではないかと私は考えている。

代表的研究成果の多くが広範な分野の論文を掲載する「一般的な」 *academic journals* に発表される。また、専門的研究者の多くが *health economics* 以外の分野の研究にも従事する。(1)(2)の意味で、*health economics* の分野はそれ以外の経済学分野から独立した（隔離された）存在ではない。

- (3) *Health economics* 分野の研究に関心を持った研究者が新たに参入して興味深い研究成果を挙げることも珍しくない。*Health economics* 分野がつねに重大な参入障壁によって新規参入から守られているのではない。特別な知識の習得に多大な時間とエネルギーを費やすことなく参入可能な分野も多い。(2)(3)の意味で、*health economics* 分野の研究は、開かれた自由な市場で競争的に行われるために必要な条件を備えている。

[VII-1]. *Health economics* への招待のための 4 つの参考情報

ここでは、*health economics* へ招待するに際して、読者に有用であると考えられる 4 つの参考情報を記す。

第 1 点は分野の全体像に関わる。*Health economics* と呼ばれる研究分野の話題・issues の一覧を求める読者には、大部であるが Culyer and Newhouse eds. [2000] の目次および関心のある各章（35 の章で構成される 2 冊で合計 2,000 頁の書物である）の目次と Introduction の参照を勧める。Jones ed. [2006] は *health economics* 研究最前線の topics を手っ取り早く知るためには便利であるが内容の理解により高度な素養と重大な覚悟を必要とする。

第 2 点は「*health economics* の便利で手軽な入門書は何か？」という設問に関わる。他の分野と同様、各読者の背景・素養・能力に依存するというのが適切な回答だろう。そのうえで、経済学の基礎的素養に欠ける読者には、*health economics* の前に *economics*（とりわけ *microeconomics*、ミクロ経済学）の基礎を学ぶことを勧める。入門書を一冊選ぶなら Mankiw [2004] (日本語訳はマンキュー [2005]) にする⁹¹。実証研究 (“*empirical study*”) の標準的手法となっている *econometrics* の基礎知識も必要だろう。このためには Stock and Watson [2003] を勧める。ミクロ経済学の基礎を十分に理解した読者には、*health economics* の教科書を読むよりも、関心のある分野の代表的な *survey* 論文あるいは代表的な論文に挑戦することを勧める。このような読者には、*health economics* の教科書は概して冗長で退屈だろう。代表的な教科書の 1 つが Folland et al. [2007] である。どちらかといえば、手元に置いて、必要に応じて必要な箇所を参照するという使い方を勧める。

第 3 点は *health economics* を含む経済学の *empirical study* の研究文献の読み方に関わる。[V] の冒頭に紹介した如く、経済学の *empirical study* の方法の基本部分は、多くの自然科学のものと異ならない。このため、いずれかの分野で多くの標準的な “*empirical study*”

⁹¹ その前に基本的な考え方を覗いてみたいという読者には三輪 [2002] を勧める。

の方法に馴染んだ読者は、上の第 2 点で記した準備に多くの時間とエネルギーを費やすことなく、第 1 点で記した代表的論文や survey 論文等に向かうか、さらに、興味を持った代表的論文を手にし、必要に応じて **economics**、**econometrics**、**health economics** などの標準的テキストの関係箇所を参照することを勧める。今日の代表的なテキストは 700 頁などという厚さのものが多く、体系的に書かれているとはいえ、事前の読破には適さない。

第 4 点は「医療経済学」等の関心の範囲に関わる。日本で「医療経済（学）」「医療（政策）研究」などと呼ばれる研究分野の成果・方法を眺めると、経済学サイドからは経済政策の一環として眺める傾向が強く（「(新)制度派経済学」者たちは「各々の文化・社会がもつ固有の価値規範を上位概念に置き」、規範を重視する）、「医療従事者」サイドでは「医療政策」を重視する傾向が強い。しかし **health economics** の基本部分は、医療に関わる（経済）現象の原因・発生メカニズムを研究する”**positive study**”である。「政策」との関連を特別に重視することによる **health economics** への関心の範囲の限定は、**health economics** への関心を歪め、重要な部分を遠ざけ、さらに無視する危険がある。この点からも、**health economics** への直接の接近が重要であり、第 1 点に従って、あらかじめ研究成果を概観することを勧める。

[VII-2]. 2つの追加的注目点

さらに、前項に見た第 3 点と第 4 点に関連して次の 2 点に注意を促したい。

第 1 は、とりわけ「医療従事者」「医療関係者」にとって、**health economics** への入り口・誘導路として「医療（政策）研究」を手にするに伴うリスクについてである。「医療（政策）研究」ではともかくとして、医学分野の研究ではもちろん、診断とこれに基づく処方を基本作業とする（はずの）医学でも、関心対象である観察事実の原因・発生メカニズムについて検討する **positive study**（とりわけ、**empirical study**）に圧倒的比重があり、**normative study** の部分は存在するとしてもその比重は小さい（はずである）。「医療従事者」「医療関係者」によるものだとする（仲間意識に基づく）親近感・安心感もあって、とりあえず（まずは）「医療（政策）研究」や「医療従事者」による「医療経済学」の文献（たとえば、『講座』）を手にする傾向があるだろう。前項の第 3 点と第 4 点は、とりわけ「医療従事者」「医療関係者」にとって重要である。

第 2 に、参考として第 3 点と第 4 点の重要性を例示するケースを紹介しておく⁹²。経済学

⁹² 10 年以上前（1995 年）の東京大学公開講座「くすり」で「医薬品産業と国民経済」と題して、産業の概要と特徴に続いて、「薬の有効性の判定と関連情報の有効利用」「副作用のコントロール」などを話題とし、とりわけ有効性の判定に比して副作用のコントロールが格段に難しい点について解説した（三輪、1996）。終了後、幹事役の薬学部長から「なぜ医薬品についてそれほど詳しいのですか・・・？」と真顔で尋ねられて困惑した。「文科系」である（はずの）経済学の世界は「仮説の検定」などという発想・思考パターンとは縁遠いと思われていたのかもしれない。

のempirical studyで標準的手法の基礎となるeconometricsの代表的入門書であるStock and Watson [2003]は、Ch. 10. Instrument Variables RegressionとCh. 11. Experiments and Quasi-Experimentsの2箇所で*Journal of the American Medical Association*(JAMA)に掲載されたMcClellan et al. [1994]をExamplesの1つとして紹介している (pp.362-64、401-2)。3名のPhD (うち2名はMDでもある) による、経済学の標準的手法を用いた研究論文がthe American Medical Association(直訳すれば、アメリカ医師会)の機関誌に発表された。心臓発作(acute myocardial infarctions, or AMI、急性心筋梗塞)の被害者に対する新しい積極対処法として注目された心臓カテーテル (cardiac catheterizaion) 手術の有効性について検討した研究である。著者たちは、臨床試験(clinical trial)で有効性を確認して広く採用されたこの方法は、その他の対処法を含めた選択肢の中からの方法選択がランダムではないのではないかとこの点に注目した。方法の選択を内生変数として操作変数(instrument)法を用いて再検討すると、その有効性が消滅した。有効性が確信されていた最新の手法の有効性に根本的な疑問を提起したこの論文がJAMAに掲載されたこと、およびその内容がeconometricsの標準的入門書にExampleとして採用されていることの双方が注目に値する⁹³。経済学に関する特別の知見を有しないJAMAの多くの読者にも論文の少なくとも基本部分は理解可能であったはずである。

[VII-3]. Law & Economics (「法と経済学」) 分野の経験から

「医療経済学」については、パラダイムも方法論も共有されているとは言い難い。筆者の見解に対して、「医療経済学」を、経済学的手法を医療において適用する経済学の一分野として捉える者からは異論が出よう。確かに経済学を主として、医療を従とする分野で捉えるならばそうであるかもしれないが、医療従事者にとっては主客が逆転しており、医療が主で、経済を従とする分野として捉えており、「経済」も一般に費用に関連したデータの収集としてしか認識されていない(池上、2006b、3頁)。

[III-3]で紹介した池上[2006b]の一部である。この文章の引用に続いて指摘したコメントを「概ね」受け入れつつも、「とはいうものの・・・」とこの文章に反映される気分には漠然とした共感を覚える読者(とりわけ「医療従事者」)が少なくないだろう。Law & Economics

⁹³ ちなみに、1987年の64歳以上のAMI患者に関する205,021例のdata (Medicareメンバーに関するdataである)を用いた研究が実行できる環境が整備されていること、dataが「医療従事者」ではない経済学者にも利用可能であることも、日本の現状と比較すると驚嘆にする。この論文が取り上げた論点に関わるその後の研究のreviewを含め、さらに手術後の長期的経過にまで注目した最新の研究に関心の読者はCutler[2007]を参照。医療関連分野の中でも、技術進歩およびその有効性、帰結とその経済価値、価格などの観点からhealth economics研究の最大の関心の対象の1つになってきたのが心臓発作(AMI)である。研究のサーベイに関心の読者はCutler et al. [2001]、Hedenreich et al. [2001]を参照。

（「法と経済学」）の分野でも類似の現象を観察する機会が多かった。この点に鑑み、Law & Economics分野で著名なlawyerであるHarvard Law Schoolのprofessor J. Mark Ramseyerの『法と経済学』（ラムザイヤ、1990）から、彼の『『法と経済学』事始』とでもいうべき部分を参考として紹介する。Health economicsあるいはeconomicsに対する漠然とした嫌悪感・恐怖感（のようなもの）の軽減に役立つケースも少なくないはずである（はしがき、v 頁）⁹⁴。

米国の伝統的な法学研究の根本的誤りは、法を「法学」という学問として取り扱おうとしたところにあった……。学問には研究の方法論(methodology)が必要であるが、法学には（判例や立法の整理以外には）何の方法論もなく、作ろうと思っても作れないからである。それは「法」が研究方法の一つではなく（また、社会科学の分野の一つでもなく）、社会の一つの「現象」にすぎないからである。言い換えれば、「法」、「社会における法の影響」、または「法に対する社会の影響」等は、研究の方法ではなく、研究し得る客体にすぎないのである。……。法という客体を研究するためには何らかの方法論が必要であり、法学にはその方法論が全くないため、社会科学的研究を行うには他の分野から方法論を持ち込まざるを得ない……。／　そこで現れた研究方法論と研究現象の一致が「法と経済学」である。一言でいえば、それは経済学によって発展させられた方法論を通じて、法的現象を研究する学問なのである。もちろん、葬式の慣行を研究するのに経済学だけではなく、人類学、社会学、心理学等を用いることが可能であるのと同じく、法制度の研究にも、様々な方法論を用いることができる。経済学は、多くの法的問題を解決するにあたっての重要な方法ではあるが、最終的には、多くの研究方法の一つにすぎない。したがって、経済学を用いてもよいし、社会学を用いてもよいが、何らかの方法論を社会科学から持ち込まなければ法学が学問となり得ないことだけは、明らかである。

[VIII]. 結語

この国では、ビジネスマンや商売人たちこそが「経済」やビジネスをよく「知っている」

⁹⁴ ここに先行する部分で「ロー・スクール」で習ったことを次の如く紹介して、「法と経済学」に関心が向かった理由につなげる。「ロー・スクールで、私たちは、判例の整理・分析の仕方を習った。すなわち、各分野の判例や立法をどのように筋の通った形で整理するかを習い、無秩序に存在する判例や法律にどのように秩序正しい外観を与えるかを習ったのである。それは、私たちが弁護士として自立するために必要な技術であり、また、現在でも、私は学生に対して、そのような技術を教えている。そして、私が、学生時代に、そのような知的ゲームに一種の面白さを感じたのも事実であった」（はしがき、iii 頁）。引用した部分に関する解説を含め、「法と経済学」分野に関心の読者は三輪[2000]を参照。この論文のReferenceからも明らかな如く、professor Ramseyer と私の過去 10 年間にわたる共同研究から多くの研究成果が生まれた。たとえば、三輪・ラムザイヤ[2007]と Miwa and Ramseyer [2006]はいわばその要約版である。

「理解している」とする見方が圧倒的に有力です。大学などで研究や教育に従事する経済学者たちは、現実の「経済」やビジネスを知らないし、ややこしい理屈ばかりで役に立たないとする見方と一体です。経験と実績、そういうものに裏打ちされた知恵とカンこそが重要だというわけです。

「人間としての経験も長いし、患者としての経験も豊富だ。それに、私は私だ。だから、私の身体のことには私が一番よく知っているし、理解している。他人で、まだ若くて健康そうなあなたに何がわかるっていうんだ…！」と入院患者が担当医にどなりちらす図を想像してください。笑いませんか？なぜ、こういう場面が定番としてTVドラマに登場して笑いを引き出すのでしょうか？問題は、「知っている」「理解している」の意味です。緊急入院した盲腸炎の患者が、たとえば「祖父母の代から世話になっている祈祷師を呼べ」とどなるのです。

「経済学と経済学者を、医学と医者になぞらえるなんて…」と驚いたり、笑い出す人がいるでしょう。しかし、最良の医者といえども呪術師が尊敬されている未開社会では、大変な目にあつたでしょう。「ヨッパライ」ばかりの社会では、酔っていない人が奇妙に見えるはずですよ。

医学も、昔は「近代医学」とか「西洋医学」といい、それまでの伝統的な「医学」の支持者からは、「奇妙なことをする連中だな、『医者』だそうだけど…」などとなかなか受け入れられなかったはずですよ。もちろん、ヤブ医者が少なくないように、ヤブ経済学者、ヤブ・エコノミストも少なくありません。医学・医者になぞらえることの妥当性は、この本をお読みになった後で読者ご自身で判断してください。「まわりは『ヨッパライ』ばかりかもしれない」と疑ってこの本を読んでみるぐらいのささやかな「冒険」に乗り出すのも、損なカケではないでしょう。

『誰にも知られずに大経済オンチが治る』（三輪、2002）の「まえがき」の一部である。この論文を書き終えて、この本で想定した読者とこの論文で想定している読者に共通する部分が少なくないことに気づいた。「医療従事者」「医療関係者」こそが「医療」「医療問題」についてよく「知っている」「理解している」と考えている（きた）読者が圧倒的に多いだろう。「とはいえ **economics**、**health economics** だろ……。患者のことは医者がいちばんよく知っているし……」と漠然とした違和感とともに、**health economics** への接近を依然として躊躇する「医療従事者」「医療関係者」の中にも、「私のカラダのことは私がいちばんよく知っている」と患者にコワイ顔で睨まれた体験を想起して苦笑する読者もいるだろう。「医療のこと、患者のことは、医者が……」と考えて **health economics** への接近を躊躇してきた「経済学関係者」についても同様だろう。

「医療問題」「医療危機」「医療崩壊」などと表現される困難な状況に直面したこと、産業として巨大な存在に成長したこと、多くの分野の研究者の関心を刺激する多様な研究テーマに恵まれたことなどの理由により、とりわけ 1980 年代以降、アメリカ・イギリスを中

心とする先進諸国で **health economics** が急速に展開・発展した。各国で急展開した医療制度の見直し・改革が並行し、多くの側面で **health economics** の急展開と連動した。この過程は現在も急速に進展している。

先進諸国の中で、この点において日本は例外的存在のように見える。他国に類例を見ない急激なスピードで進行する少子高齢化の下で日本が抱え・直面している「医療問題」「医療危機」が他の先進諸国に比べて深刻さの程度が低いということはなかろう。しかし、医療に関わる諸現象の原因と発生メカニズムを解明し、関連して現実化する「医療問題」「医療危機」に対応するための有効な手段となることが期待される **health economics** への実質的関心は、日本ではこれまた他の先進諸国に例を見ないほど低い。

日本の「医療経済学」「医療政策研究」分野を代表する著名な研究者達が企画・編集し、計画された6冊のうち5冊が現時点までに刊行された二木他編『講座 医療経済・政策学』（『講座』）は、日本の「医療経済学」研究の現状と **health economics** への実質的関心の低さの原因について考える絶好の素材である。この観点から、この論文では、『講座』の書評を中心に置きつつ日本の「医療経済学」研究の現状を展望し、日本における **health economics** の受け入れと研究進展のための方策を探った。**Health economics** の研究進展のためには、新しい参加者・参入者の激増が不可欠と考え、「**Health Economics**への招待」をタイトルとした⁹⁵。

結論をここに繰返す必要はないだろう。「市場原理主義批判」「新古典派経済学批判」「効率性・・・」などのおなじみの言葉を子守唄のように聴かされて、無意識のうちに **health economics** に対する「食わず嫌い」の状態に自らを置く読者が少なくない。日本の「医療」に関わる諸「問題」の検討、多様な「医療」関連現象の原因・発生メカニズムの研究・解明は、「医療経済学」「医療政策研究」などの専門家・専門的研究者の占有に任せて全面的に委ねるには、あまりに重大であり、影響が大きすぎる。⁹⁶少なからぬ読者がこの点に気づいて **health economics** に実質的関心を向けることがこの論文を執筆した狙いである。

最後に、「経済学なんて・・・」という気分とともに経済学を軽視することの恐ろしさに対して警鐘を鳴らす文章を引用する⁹⁷。標準的なものとして受け入れられている経済学に対して批判的な立場に立つ著者のものである(McCloskey, 1986, p.xviii)。

⁹⁵ **Health economics** の研究の現状や研究成果ではなく、日本の「医療経済学」「医療政策研究」の現状と成果をたとえば『講座』を通じて眺めて、**health economics** への関心・意欲を失ったり、参入を躊躇している潜在的参加者が経済学と医学の両サイド（さらにその他の多くの関連分野）に多数存在することを期待しての「招待」状でもある。

⁹⁶ 同様に、法律の制定や解釈運用を含む法的現象についても、その検討・研究は、法学者・裁判官・弁護士などの「法律専門家」「法律従事者」の占有に任せて全面的に委ねるには、あまりに重大であり、影響が大きすぎる。たとえば、消費者契約法については三輪[2004]、会社（銀行）取締役の善管注意義務については三輪・Ramseyer [2004b, 2005]（とりわけ2005のPart I）を参照。

⁹⁷ 繰り返しになるが、関連して、『規制緩和すればいいってもんじゃない』といたいあなたに」を副題とする三輪[1997]を参照。

Unfortunately, though, the conclusions are of more than academic interest. The conversations of classicists or of astronomers rarely affect the lives of other people. Those of economists do so on a large scale. A well-known joke describes a May Day parade through Red Square, with the usual mass of soldiers, guided missiles, rocket launchers. At the last come rank upon rank of people in gray business suits. A bystander asks, "Who are those?" "Aha!" comes the reply, "those are economists: you have no idea what damage they can do!" Their conversations do it.

It is not merely the economists in Moscow or Washington who do damage. Even out of range of congressmen and bureaucrats the way economists converse with each other has effects. J. M. Keynes made the point in another remark trite among them: "The ideas of economists and political philosophers, both when they are right and when they are wrong, and more powerful than is commonly understood. Indeed, the world is ruled by little else.... Madmen in authority, who hear voices in the air, are distilling their frenzy from some academic scribbler a few years back."

[Reference]

- Arrow, Kenneth J. [1963] “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *American Economic Review*, December, pp.941-73.
- Baker, Laurence C., Christopher C. Afendulis, and Paul A. Heidenreich [2004] “Managed Care, Information, and Diffusion: The Case of Treatment for Heart-Attack Patients”, *American Economic Review*, May, pp.347-51.
- Berndt, Ernst R., David M Cutler, Richard G Frank, Zvi Griliches, Joseph P. Newhouse, and Jack E. Triplett [2001] “Price Indexes for Medical Care Goods and Services: An Overview of Measurement Issues”, in Cutler and Berndt eds. [2001]
- Bundorf, M. Kate, Natalie Chun, Gopi Shah Goda, and Daniel P. Kessler [2008] “Do Markets Respond to Quality Information? The Case of Fertility Clinics”, *NBER Working Paper* 13888, March.
- Chandra, Amitabh and Douglas O. Staiger [2007] “Productivity Spillovers in Health Care: Evidence from the Treatment of Heart Attacks”, *Journal of Political Economy*, February, pp.103-40.
- Culyer, Anthony J. and Joseph P. Newhouse eds. [2000] *Handbook of Health Economics, Volume 1A, 1B*, Amsterdam: Elsevier.
- Cutler, David M. [2002] “Equity, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform”, *Journal of Economic Literature*, Vol. XL, Sept. pp.881-906.
- Cutler, David M. [2007] “The Lifetime Costs and Benefits of Medical Technology”, *NBER Working Paper* 13478, October.
- Cutler, David M. ed. [2000] *The Changing Hospital Industry: Comparing Not-for-Profit and For-Profit Institutions*, The University of Chicago Press.
- Cutler, David M. and Ernst R. Berndt eds. [2001] *Medical Care Output and Productivity*, The University of Chicago Press.
- Cutler, M. David, Mark McClellan, Joseph P. Newhouse, and Dahlia Remler [2001] “Pricing Heart Attack Treatments”, in Cutler et al. eds. [2001].
- Cutler, David M., Robert S. Huckman, and Mary Beth Landrum [2004] “The Role of Information in Medical Markets: An Analysis of Publicly Reported Outcomes in Cardiac Surgery”, *American Economic Review*, May, pp.342-46.
- Dawes, Robyn M. [1994] *House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built on Myth*. New York: Free Press.
- Dor, Avi, Michael Grossman, and Siran M. Koroukian [2004] “Hospital Transaction Prices and Managed-Care Discounting for Selected Medical Technologies”, *American Economic Review*, May, pp.352-56.

- Dranove, David, and Mark A. Satterthwaite [2000] “The Industrial Organization of Health Care Market,” Chapter 20 of Culyer and Newhouse eds. [2000].
- Drummond, Michael F., Bernie J. O’Brien, Greg L. Stoddart, and George W. Torrance [1997] *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 2nd, Oxford University Press (久繁哲徳・岡敏弘監訳『保健医療の経済的評価——その方法と適用』株式会社じほう、2003年).
- 栄畑潤[2007]『医療保険の構造改革——平成18年改革の軌跡とポイント』法研.
- 遠藤久夫[2006a]「医療サービスの経済的特性」『講座1』第2章.
- 遠藤久夫[2006b]「医療と非営利性」『講座3』第3章.
- 遠藤・池上編[2005]『医療保険・診療報酬制度』——>『講座2』.
- Feachem, Richard G. A., Neelam K. Sekhri, Karen L. White “Getting More for Their Dollar: a Comparison of the NHS with California’s Kaiser Permanente”, *British Medical Journal*, 19 January 2002, pp.135-43, with commentaries by Jennifer Dixon, Donald M. Berwick, and Alain C. Enthoven.
- Folland, Sherman, Allen C. Goodman, and Miron Stano [2007] *The Economics of Health and Health Care*, 5th ed., Pearson Education Inc.
- Gertler, Paul [2004] “Do Conditional Cash Transfers Improve Child Health? Evidence from PROGRESA’s Control Randomized Experiment”, *American Economic Review*, May, pp.336-41.
- Glied, Sherry [2000] “Managed Care”, Chapter 13 of Culyer and Newhouse eds. [2000].
- 行政改革委員会 OB 会 (監修) [1998]『行政改革委員会 総理への全提言』行政管理研究センター.
- Heidenreich, Paul and Mark McClellan [2001] “Trends in Heart Attack Treatment and Outcomes, 1975-1995: Literature Review and Synthesis”, in Cutler et al. eds. [2001].
- Huber, Manfred [2006] “International Comparisons of Prices and Volumes in Health Care among OECD Countries”, Dec. 18, European Center for Social Welfare Policy and Research.
- 池上直己[2005]「医療保険の給付範囲をめぐる論点」『講座2』第9章.
- 池上直己[2006a]「地域医療計画の課題と新たな展開」『講座3』第2章.
- 池上直己[2006b]「巻頭言 学会誌の役割」『医療経済研究』18-1.
- 池上・西村編[2005]『医療技術・医薬品』——>『講座4』.
- 権丈善一[2006]「医療経済学の潮流—新古典派医療経済学と制度派医療経済学」『講座1』第1章.
- 健康保険組合連合会[1965]『問題だらけの医療費——危機に立つ医療保険』健康保険組合連合会.

- Kessler, Daniel P. and Mark B. McClellan [2000] “Is Hospital Competition Wasteful?” *The Quarterly Journal of Economics*, May, pp.577-615.
- Kessler, Daniel P. and Jeffrey J. Geppert [2005] “The Effects of Competition on Variation in the Quality and Cost of Medical Care”, *NBER Working Paper* 11226, March.
- 厚生労働省保険局[2008]「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」報告書(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0130-16a.pdf>).
- Kotlikoff, Laurence J. and Scott Burns [2004] *The Coming Generational Storm: What You Need to Know about America's Economic Future*, the MIT Press.
- 『講座』(二木立・田中滋・池上直己・西村周三・遠藤久夫編『講座 医療政策・政策学』勁草書房.
- 第1巻、西村・田中・遠藤編『医療経済学の基礎理論と論点』(『講座1』、2006年6月) .
- 第2巻、遠藤・池上編『医療保険・診療報酬制度』(『講座2』、2005年3月) .
- 第3巻、田中・二木編『保健・医療提供制度』(『講座3』、2006年9月) .
- 第4巻、池上・西村編『医療技術・医薬品』(『講座4』、2005年11月) .
- 第5巻、二木・池上編『看護とリハビリテーション』(未刊) .
- 第6巻、田中・二木編『医療制度改革の国際比較』(『講座6』、2007年1月) .
- Jones, Andrew M. ed. [2006] *The Elgar Companion to Health Economics*, Edward Elgar.
- Mankiw, N. Gregory [2004] *Principles of Economics*, Third Edition, Thomson (足立英之他訳『マンキュー経済学(第2版)』、I ミクロ編、II マクロ編、2005年、東洋経済新報社) .
- Manning, Willard G., Joseph P. Newhouse, Naihua Duan, Emmett B. Keeler, Arleen Leibowitz, and Susan Marquis [1987] “Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment”, *American Economic Review*, June, pp.251-77.
- McChesney, Fred S. and William F. Shughart II ed. [1995] *The Causes and Consequences of Antitrust: The Public-Choice Perspective*, The University of Chicago Press.
- McClellan, Mark, Barbara J. McNeil, and Joseph Newhouse [1994] “Does More Intensive Treatment of Acute Myocardial Infarction in the Elderly Reduce Mortality?” *Journal of the American Medical Association*, 21 September, 272(11), pp.859-66.
- McCloskey, Donald [1986] *The Rhetoric of Economics*, Harvester-Wheatsheaf.
- 三輪芳朗[1977]「医薬行政の経済学的視点」『季刊 現代経済』Summer.
- 三輪芳朗[1979]「医療問題」坂本靖郎他『経済政策入門(2) 各論』有斐閣新書.
- 三輪芳朗[1996]「医薬品産業と国民経済」『くすり』(東京大学公開講座 62) 東京大学出

版会.

- 三輪芳朗[1997]『規制緩和は悪夢ですか?——「規制緩和すればいいってもんじゃない」と言いたいあなたに』東洋経済新報社
(<http://www.e.u-tokyo.ac.jp/~miwa/Use-front.htm>からダウンロード可能).
- 三輪芳朗[2000]『法と経済学』への誘い『社会科学研究』第51巻3号.
- 三輪芳朗[2002]『誰にも知られずに大経済オンチが治る』ちくま新書
(<http://www.e.u-tokyo.ac.jp/~miwa/Use-front.htm>からダウンロード可能).
- 三輪芳朗[2004]「消費者契約法」『経済学論集』第69巻第4号.
- 三輪芳朗[2007]『物資動員計画』、『生産力拡充計画(政策)』、『経済統制』『経済学論集』第73巻第3号、第4号.
- 三輪芳朗[2008]『計画的戦争準備・軍需動員・経済統制——続「政府の能力」』有斐閣.
- 三輪芳朗+J・マーク・ラムザイヤー[2002]『産業政策論の誤解——高度成長の真実』東洋経済新報社.
- 三輪芳朗+J・マーク・ラムザイヤー[2007]『経済学の使い方——実証的日本経済論入門』日本評論社.
- 三輪芳朗+J. Mark Ramseyer [2003]「金融規制の政治経済学——出資法2条3項によるノンバンク金融会社CPの発行制限」『経済学論集』第68巻第4号.
- 三輪芳朗+J. Mark Ramseyer [2004a]「競争政策の望ましい姿と役割——私的独占、刑事罰、公正取引委員会」『ジュリスト』No.1261, 1262.
- 三輪芳朗+J. Mark Ramseyer [2004b]「銀行取締役の善管注意義務と『メインバンク』神話——長銀イ・アイ・イ第一次訴訟第一審判決批判」『判例時報』1871、1872号
(<http://www.e.u-tokyo.ac.jp/~miwa/Use-front.htm>からダウンロード可能).
- 三輪芳朗+J. Mark Ramseyer [2005]「銀行取締役の善管注意義務と『母体行責任』——長銀ノンバンク支援事件第一審判決批判Part I, PartII」『判例時報』1878、1880、1881、1883号(<http://www.e.u-tokyo.ac.jp/~miwa/Use-front.htm>からダウンロード可能).
- Miwa, Yoshiro and J. Mark Ramseyer [2005] “Toward a Theory of Jurisdictional Competition: The Case of the Japanese FTC”, *Journal of Competition Law and Economics*, 1(2), 247-77.
- Miwa, Yoshiro and J. Mark Ramseyer [2006] *Fable of the Keiretsu: Urban Legends of the Japanese Economy*, The University of Chicago Press.
- Miwa, Yoshiro and J. Mark Ramseyer [2007] “The Legislative Dynamic: Evidence from the Deregulation of Financial Services in Japan”, in Daniel H. Foote ed. *Law in Japan: A Turning Point*, The University of Washington Press.
- 水野肇[2003]『誰も書かなかった日本医師会』草思社.
- 水野肇[2005]『誰も書かなかった厚生省』草思社.
- 水野肇[2008]「なぜ厚生労働省は没落したのか」『世界』3月号.

- 村上正康[2008]「このままでは医療・介護難民が発生する——療養病床 23 万床削減の舞台裏」『世界』3月号.
- 二木立・田中滋・池上直己・西村周三・遠藤久夫編『講座 医療経済・政策学』——>『講座』
- 西村周三[2006a]「医療保険の経済理論」『講座 1』第3章.
- 西村周三[2006b]「ご挨拶 医療経済学会設立にあたって」『医療経済研究』18-1.
- 西村・田中・遠藤編[2006]『医療経済学の基礎理論と論点』——>『講座 1』.
- 尾形裕也[2005]「保険者機能強化論の経済・政策学」『講座 2』第8章.
- 尾形裕也[2007]「先進諸国の医療保障・提供制度の類型論と制度改革の動向」『講座 6』第1章.
- 大田弘子[2006]『経済財政諮問会議の戦い』東洋経済新報社.
- Phelps, Charles E. [2002] *Health Economics* 3rd, Addison-Wesley.
- ラムザイヤ、マーク[1990]『法と経済学：日本法の経済分析』弘文堂.
- Rinvin, Alice M. and Joseph R. Antos eds. [2007] *Restoring Fiscal Sanity 2007: The Health Spending Challenge*, The Brooking Institution.
- Sloan, Frank A. [2000] “Not-For-Profit Ownership and Hospital Behavior”, Chapter 21 of Culyer and Newhouse eds. [2000].
- Stigler, George J. [1975] *The Citizen and the State: Essays on Regulation*, The University of Chicago Press. (余語将尊・宇佐美泰生訳『小さな政府の経済学』東洋経済新報社、1981年.)
- Stock, James H. and Mark W. Watson [2003] *Introduction to Econometrics*, Pearson Education Inc.
- 田中滋[2006]「わが国医療提供体制の展開」『講座 3』第1章.
- 田中滋[2008]「巻頭言 新自由主義とアメリカ経済」『医療と社会』(医療科学研究所) 17-4、2月.
- 田中・二木編[2006]『保健・医療提供制度』——>『講座 3』.
- 田中・二木編[2007]『医療制度改革の国際比較』——>『講座 6』.
- Triplett, Jack E. ed. [1999] *Measuring the Prices of Medical Treatments*, The Brooking Institution.
- 宇沢弘文・出月康夫[2008]「対談 社会的共通資本としての医療をどう守るか」『世界』2月号、72-82頁.
- 山崎泰彦・尾形裕也編[2003]『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社.