

日本の医療産業をめぐる考察

榎 満 信

일본의 의료 산업에 관한 고찰

마키 미쓰노부

일본의 의료 산업은 고령화 등 때문에 어려운 상황에 놓여 있다. 이 논문에서는 의료를 둘러싼 문제 가운데에서 의사 부족과 의료비 증대를 다룬다.

제 1 절은 도입이다. 제 2 절에서는 미시적 경제학에 의거한 의료 시장 분석을 비판적으로 검토한다. 어떤 의료 경제 학자가 일본의 의사 부족 문제에 관하여, (의사의 수가 적은 일이 아니어서) 진료 보수 점수가 작은 일이야말로 참된 원인이라고 하였다. 우리는, 이 결론이 잘못된 수요/공급 곡선에 기인하는 것을 밝히고, 대신에 적절한 수요/공급 분석을 나타낸다. 그것에 의하여, 진료 보수 점수 인상이 아니어서 의사의 수를 늘릴 일이야말로 의사 부족 문제의 해결책인 것이 분명히 된다. 제 3 절에서 의료 산업 확대가 국민 경제에 대하여 가지는 뜻을 생각한다. 일반적으로 의료비가 올라 나가는 것은 중대한 문제이라고 인식되고 있다. 그렇지만 의료 산업 확대도 국내 총생산이랑 국민 총소득을 늘릴 점에서는 다른 산업의 경우와 같아서, 오로지 비용면만을 시끄럽게 내세울 것에는 의문이 있다. 그러한 관점에서, '균형 예산 승수'라고 하는 생각과 의료비 증대를 적극적으로 인식하는 생각에 관하여 검토한다. 의사가 이미 모자라고 공무원 비판이 센 일본에서는 의료가 사람들에게서 지지를 얻으면서 확대할 것은 어렵다고 하는 것이 그 결론이다. 제 4 절에서는 의료 산업의 특성에 언급하면서 전체를 아퀴 짓는다.

キー・ワード：医療費、医師不足、三面等価、診療報酬

第1節 はじめに

今日、医療産業はいろいろな理由から注目を集めている。そのうちの一つは、高齢化が進むのに伴って医療費が膨み続けていることへの不安である。国民医療費は平成25年度ですでに39.3兆円に上っており、団塊の世代が75歳以上になるころには五十兆円を超えるのではないかともいわれている¹⁾。しかし他方で、医療を含めた社会保障をより充実してほしいと望む声が大いのもまた事実である。医師が足りていないので増やすべしというのもよく聞く話である。

この状況において、日本の医療はいかなる道を進むべきであろうか。考えるべきことは山ほどある。しかしこの取り組みでは問題を絞り、二つのことについて考える。まず、医療産業について森宏一郎が行ったマイクロ経済的な説明とそれに基づく提言とを批判的に検討する。次いで、医療産業の規模がより大きくなってゆくことが国民経済に対して持つ意味について考える。

第2節 森の所説について

森は『人にやさしい医療の経済学』において、医療サービスについて二つの解釈の仕方を示している。すなわち、医療を私的財と見做す第1解釈、公共財と見做す第2解釈である。その上で、森自身は医療を「必要なときにいつでも医師から医療サービスを十分受けることができる状態を提供するインフラ」²⁾であると捕え、第2解釈の立場を取る³⁾。そうした観点から日本の医療制度について考察を進めており、その中身は我々から見てもおおむね得心できるものであるように思われる。ただ、医師不足に関してマイクロ経済的な分析を試みている件については——ここが同書でもっとも力が入っている部分である——前提にしても結論にしても常識的でないことが書かれており、これでよいのであろうかという疑問を抱かざるをえない。そこでこの節では、まず医師不足について森がいかなるマイクロ経済的分析を繰り広げているかを手短かに纏め、それを受ける形で、我々が妥当であると考えられる分析を示すこととしたい。

(1) 森による医療産業の分析

医師不足問題を扱うに際して、森はまず世上行われている議論の遣方に二点の疑問を呈する。一つ目は、人口あたりの医師数についてである。日本は、経済協力開発機構に入っている国の中で人口あたりの医師数が相対的に少ないということがよく指摘される。しかしそうした比較にあまり意味はないと森は言う。もう一つは、医師の数が足りないといわれているにもかかわらず、絶対数で見れば年々増えているという点を指摘する。

たしかに森の示した厚生労働省のデータによれば、平成14年の二十四万人から平成22年の二十八万人まで、一貫して医師数は増している。けれども重要なのは医師の絶対数ではなく、年々の患者数に対して医師数が足りているかどうかではないだろうか。それはそれで気になる点である⁴⁾。ただ、ここで問題にしたいのは森による医療サービス市場および医師労働市場のミクロ経済的分析であるので、そちらの検討に入ることにする。

森は、世で医師不足といわれている問題について、「問題の核心は医療サービス市場での需給ギャップ（需要超過・供給不足）にあり、医師労働市場での需給ギャップ（需要超過・供給不足）にあるのではない」⁵⁾と言切る。これだけでは何を言っているのか分かりづらいのもう少し補うと、森は、医師不足といわれているものの原因は医師の労働市場でなく医療サービスの市場に見出されねばならないと考えているのである。

まず森は図1のようなグラフにより、医療サービスの市場について次のごとく説明する。縦軸は医療サービスの価格、横軸は医療サービスの量である（患者は掛った費用のうち一部を払うにすぎないために両市場参加者が同一の価格を見て行動しているとするのは本来おかしいものの、議論がめんどいものになるのを避けるべく、単純化が施されている）。この図でもし医療サービスの価格が市場で決るのであれば、価格は P_E に、取引量は Q_E に落ち着くはずで、そこにおいてはもちろん医療サービスの需要と供給とは釣合っている。もし現実の医療サービスの市場において超過需要が生れているとすれば、それは価格が P_E よりも低い水準（たとえば P_0 ）に強制的に押え

られているからである——このように森は言う。

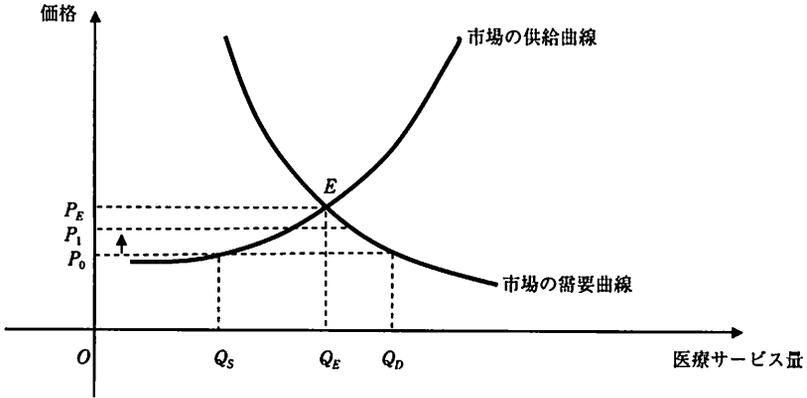


図1 森による医療サービス市場の説明

次いで森はもう一つの市場、すなわち医師の労働市場についても図2のようなグラフによって説明を繰り返す（縦軸は医師の実質賃銀、横軸は労働量⁶⁾）。こちらの市場では医師の受け取る賃銀はあくまで市場によって W_0 に決り、そこにおいて労働の需要と供給とは釣り合っている。森が強調するように、この均衡 E_0 は労働供給曲線上の点であるので医師は自分たちにとってもっとも望ましい時間だけ働いていることになり、ここに（意に沿わない）働きすぎは存在しない。

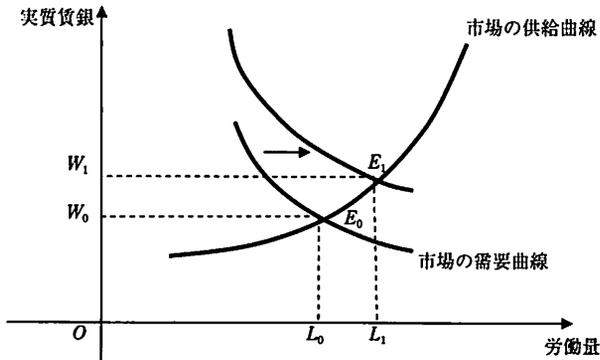


図2 森による医師労働市場の説明

これら図1と図2とは、医療機関を通してつながっている。たとえば図1で診療報酬が P_0 から P_1 に上がれば、図2にあるように労働需要曲線は右に移り、新たな均衡 E_1 では実質賃金は W_0 から W_1 に上がり、労働量は L_0 から L_1 に（医師も同意の上で）増している。つまりこれ（診療報酬の引き上げ）こそが、見かけ上医師不足として現れている問題への真の解決策であるというわけである。たしかに二つの図を見るかぎり、診療報酬を引き上げることで医師の（あくまで自発的な）労働量は増し、医療サービス市場での超過需要も和らぐように思われる。

次にこれらの図において、医師不足対策として世上唱えられているように医師数を増した場合に起きることも確かめておこう。図3を見てほしい。

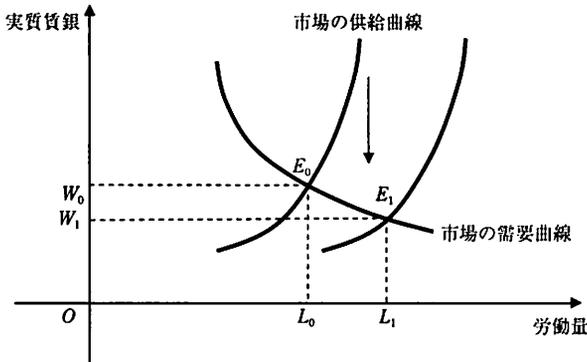


図3 医師数増による医師労働市場の変化（その1）

この図で示されているのは、医師数を何らかの手立てで増した際に医師の実質賃金、労働量がそれぞれどのように変わるかである。市場の供給曲線が下に移るのに伴って、実質賃金は下がり、労働量は増すのが見て取れる。このとき医療サービス市場に起きていることを示したのが図4である。

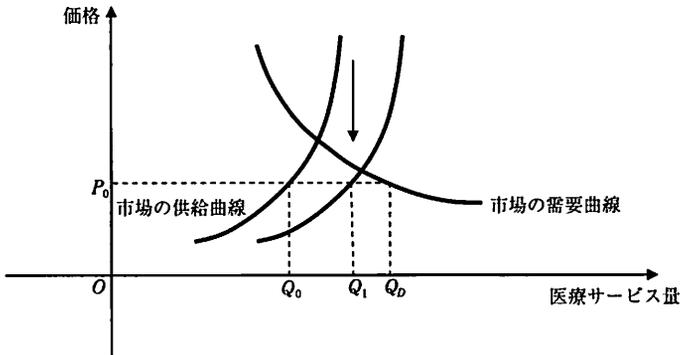


図4 医師数増による医療サービス市場の変化 (その1)

医師が増したことを反映し、医療サービス市場でも市場の供給曲線が下に移る。これに伴って、医療サービスの超過需要量は $Q_D - Q_0$ から $Q_D - Q_1$ に減ることが分かる。

以上を纏めると、診療報酬を上げることで医師の数を増すことでも医師不足問題は和らげられるものの、前者は医師の実質賃金を上げ、後者はそれを下げるとい違いを持っているということである。このことを根拠として、森は「医師数を増やすという数量調整ではなく、医療サービスの価格を引き上げるとい価格調整こそが第一に必要なだ」⁷⁾と強調する。だが我々はこの分析に得心できない。その理由について次項で述べてゆこう。

(2) 需要・供給曲線を修正した場合の両政策の効果

我々にとって、森の描いている医療サービスの供給曲線は必ずしも現実的でない。医療機関側が供給できる医療サービス量には上限があるからである。一方で医療サービスの需要曲線については、人は何かの病を患った場合に医者に掛かることを辛抱する余地はほとんどないことから、価格弾性値は非常に小さなものであると考えられる(あまりに低い価格の場合を除く)。これらのことを押さえると、医療サービス市場での供給曲線、需要曲線は図5に示したような形になるはずである。この図で P^* は政府の決めた診療報

酬、 Q^* は取引される医療サービスの量である⁸⁾。 Q^* ですでに医療機関の提供できる最大限のサービス量に達しており、需要の満たされない患者が出ている。

医師の労働市場においても供給曲線は同じような変化を被る。すなわち図6のようにになっているものと考えられる。需要、供給両曲線の交わる均衡点(L^*, W^*)においてすでに供給曲線は垂直になっていることに注目されたい。

さて、こうしたグラフから出発した場合、診療報酬を引き上げること、医師数を増すことはそれぞれどういう意味を持つであろうか。前者の帰結については図5、図6にすでに表してある。すなわち、診療報酬を P^* から P' まで上げたとしても、需要の価格弾性値が大へん小さいため、図5にあるように医療サービスの超過需要はほとんど減らないことが考えられる。また、診療報酬を引き上げたのに伴って医師労働に対する需要曲線が図6にあるように右に移ったとしても、それはもっぱら医師の受け取る実質賃金を(W^* から W まで)上げるだけで終わってしまう。つまり、診療報酬を上げたところで医師不足にはなんの役にも立たず、ただ医師の賃金上がるだけで終わってしまうのである。

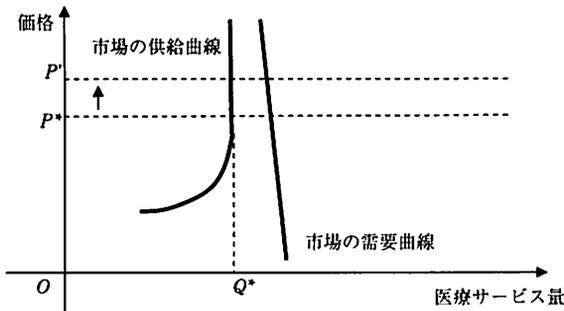


図5 垂直部分を持った医療サービスの供給曲線と価格弾性値の小さい医療サービスの需要曲線と

では、医師数を増す政策のほうはどういう結果に至るであろうか。結論からいうと、この政策によって起きることは森の図式によっていたときと変わ

らない。念のために図で確かめておこう。図7は、医師数が増した際に医師労働市場で起きることを描いたものである。労働供給曲線が右に移ったのに伴い、医師の受け取る実質賃金は W^* から W'' に下がり、労働量は L^* から L' へと増している。一方で医療サービス市場では、医療サービスの供給曲線が右に移ったことで価格 P^* における超過需要量が小さくなることが確められる(図8)。つまり、医師の実質賃金が下がるという副作用はあるものの、医師の労働量が増すことで、お金を払う積りがあるのに医者に見てもらえない患者は減るのである。

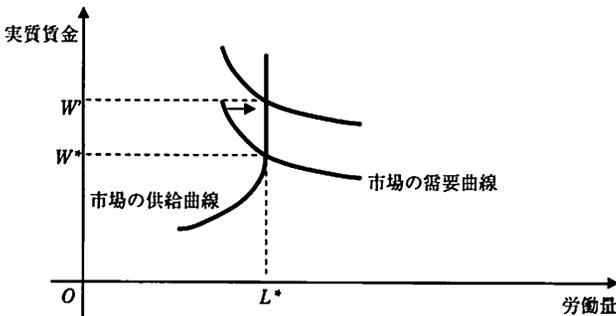


図6 垂直部分を持った医師の労働供給曲線

以上を踏まえて、診療報酬を上げると医師数を増すのとをあらためて比べてみると、前者は医療サービスの超過需要をほとんど改善しないものであり、後者は改善がしっかりと期待できるものであることが分る。

森は医療経済の専門家であってその分析には一定の敬意を払いたいところである。また、『人にやさしい医療の経済学』で森が目指している医療の在方には我々としても与したいと考えている。しかしながら、少なくとも世を賑しているこの医師不足問題に関して森の唱えていること——それがこの書物の中心的な主題である——は肯んじがたい。我々の示した説明のほうが当を得ているのではないだろうか⁹⁾。

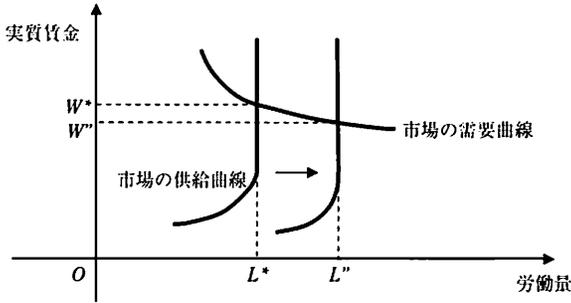


図7 医師数増による医師労働市場の変化（その2）

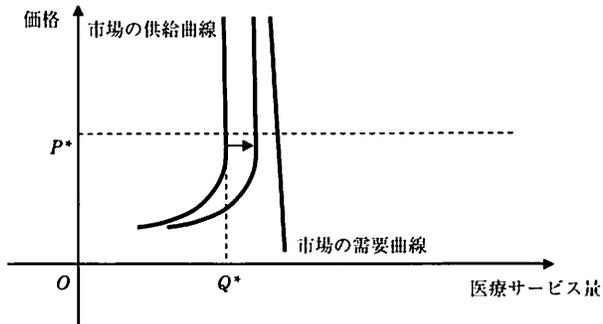


図8 医師数増による医療サービス市場の変化（その2）

第3節 医療産業の拡大をどう捕らえるか

この取組みの劈頭でも述べたように、我国の医療費はもう四十兆円の規模になっており、医療技術の高度化や高齢化などによってこれが今後鰻登に増してゆくことが懸念されている。それを抑えようとするならば、医療保険料を上げるにしても、現物給付率を下げる（窓口負担率を上げる）にしても、税金投入を増すにしても、国民にとって負担が重くなることに変わりはない。すでに政府部門の負債が国内総生産（GDP）の倍を超えていて財政の立直しも同時に進めねばならない中であって、財政制度等審議会においても医療費を含んだ社会保障費ののびをいかに小さくするかが真剣に検討されてい

る。難しいのは、国民の間には社会保障を充実してほしいと冀う声が非常に大きく、今より水準が下がることを従容と受け入れる雰囲気にあるとは言いがたい点である¹⁰⁾。

ここで一つ経済学徒の頭に浮ぶのは、「均衡予算乗数」である。これは公共サービス追加のための資金をすべて増税で賄った場合にちょうど同額分のGDPが増すという話である。たとえば、国民が安心する水準の医療を為し遂げるために政府支出があつて十兆円必要であるとしよう。その全額を増税によって集めたとするならば、十兆円だけGDPが膨むことになるという話である。この場合、医療費は十兆円増しているとはいえ、国民の望んだ医療サービスがその分きちんと提供されることになる。しかもこのことによって政府部門の借金は一円も増えない。

考えてみると、医療費、医療費と費用面ばかりが強調されるのはおかしい面がある。国民所得の三面等価の原則に明らかなように、医療費として費された額は見方を変えれば医療産業(中間投入も含む)で生れた付加価値なのであり、それはまた医療機関・関連産業やそこで働く人々の取分にもなっているからである。ある産業の規模がどんどん大きくなってゆくことをふつう「成長」と呼ぶ。医療への需要が伸びるのに合わせて供給も伸び、絶対的にも相対的にも国民経済の中で医療産業が大きくなってゆくことは成長として喜ぶわけにはいかないのであろうか。

このことについて、宇沢弘文は次のような考えを夙に唱えていた。ここには、医療関係者は医療制度が国民にとって望ましいものとなることをまずは追求すべきで、経済的なことはあくまで後から考えるべしという思想がはっきりと窺える。

「医を経済に合わせるのではなく、経済を医に合わせるのが、社会的共通資本としての医療を考えるときの基本的視点である。このような視点に立つとき、供給される医療サービスが、医学的な観点から最適のものであり、かつ社会的な観点から公正で、経済的な観点から効率的であるとすれば、国民医療費の割合が高ければ、高いほど、たんに経済的な観点からだけではな

く、社会的、文化的観点からも望ましいものであるとあってよい。国民医療費が高いということは、医師をはじめとして、医療に関わる職業的専門家の人数が多く、その経済的、社会的地位も高く、またより多くの有形、無形の稀少資源が、医療サービスの供給に使われたり、医学あるいは関連する高貴な学問分野の研究に投下されることを意味する。このときに、社会全体でみたとき、人間的にも、文化的にも、安定した、魅力あるものとなるからである。」¹¹⁾

宇沢の考えに則れば、医療費が年々膨んでゆくのはそれだけの需要があるからに他ならないのであって、むしろ望ましいということになる。ここまで見てきた考えを我々はどうか解するべきであろうか。

まずは均衡予算乗数について考えてみよう。この話のつよみは、財政状況を悪化させることなく医療サービス（に回せる公的なお金）を充実させられるという点にある。しかし大きな問題点がある。それは、この財政政策は、まだ使われていない資源が世の中に余っていることを大きな前提としている点である¹²⁾。現実の医療産業は、前節で見たように、医師の数が足りないという状況に追込まれている。こうした状況でよし医療にもっとお金を回せるようになり、医学部の定員を増したとしても——そうしたことはようやく始まったようである——、大学1年生として医学部に入った人が実際に患者を見られるようになるまでには何年も掛る。現状に対して何も始めないよりははるかにましであるとしても、（使い道について国民も得心した上での）増税さえすればただちに医療サービスにゆとりが出てくるとは残念ながらないのである¹³⁾。

なおこの人材の問題に関しては、働く人の数がにわかには減ってゆくこれからの日本においてよく考えねばならないことがある。医療と拘りのふかい介護の分野を見ても、今後十年の間に団塊の世代が後期高齢者の層に入ってゆくために介護職員が数十万人足りなくなるといわれている。こうなってくると国家の一大事といってもよく、ただでさえ減る一方の人材を、介護などのなくてはならない分野にどうかして引寄せざるを得ない状況が出てくる。

もともと資本制社会においては、どんな事業を起すのも実業家の自由である。それによって新しい市場が作られ、社会が活気付くのもまた事実である。しかし、社会全体の観点から見てなくてはならない分野で大規模な人手不足が起きるのが確かであるならば、数が減って非常に尊い資源となってくる労働力をどのように振向けるかというのは大問題となってくるものと思われる。たとえば日本でカジノを営んでもよいようになり、また、実業家の観点からそうした産業が儲かりそうであったとしよう。そうなれば、介護の仕事に就くかもしれない人までそうした産業に吸寄せられてしまうということになりかねない¹⁴⁾。実業家が儲かりそうな産業を自由に捜して自分の責任でお金を投じたり、人が自分の就きたい仕事を自由に選んだりできることは資本制社会の大へん良い面である。カジノを営むことが日本で認められた暁は、そこに集う企業や消費者の観点からは社会的厚生は高まることになる。だがこれからの日本を考えた場合、もちろん国民の理解を得た上ではあるが、あってもなくてもよい産業となくてはならない産業とのうち後者に優先的に人材を振向けてゆかねばならなくなるのではないかと考える。

さて医療に話を戻し、次に宇沢の主張について考えてゆきたい。先の引用文で宇沢の述べていることは、考え方の転換と行ってよいであろう。普通はどうしても経済の視点で医療費を捕えてしまいがちであり、医療費が大きくなるのはもっぱら困ったことだと受止められている。それに対し宇沢は、経済のことはひとまず措いた上で、医療がそれ自体のあるべき姿——医療関係者から見ても患者から見ても——を全うできるような条件をまず考えるべしという。そのようにして導かれる医療費こそが望ましい水準であるというわけである（税金、医療保険、自己負担をどういった割合にするかという問題は別に残るが）。宇沢は、市場規模が医療と近いとしてひところよく引合に出されたぱちんこ産業に触れ、「社会的、文化的観点からもあまり好ましくないパチンコ産業の規模が国民医療費とほぼ同じであることほど、日本社会の異常さをあらわすものはない」¹⁵⁾と喝破していた。

たしかに、何らかの娯楽産業が大きな市場を持っていたり急拡大していっ

たりしたとしても、それを批判する声はけっして大きなものとはならないであろう。何となれば、国全体で自発的にそうした需要が起きてきたからこそそれだけの市場になっているわけで、成長の観点からいっても大いに結構なことであると受止められるのが普通であるからである。それにもかかわらず、(娯楽産業でなく)医療において同じことが起った場合は深刻な問題として認識され、もっぱら年々の拡大をいかに小幅に押えるかという観点からのみ関心がいだかれることになる。これは妙といえば妙である。需要が大きくなるのに応じて供給も大きくなり、大きな付加価値を生むようになり、国民経済の中で占める位置も大きくなってゆく——こうした面に限っていえば、それが何の産業であるかということは無関係であるはずだからである。一方で、医療費がこれからお膨んでゆくという話を聞いて多くの人がえもいわれぬ不安感をいだかずにはいられないのもまた事実である。

医療はばちんこ等の産業と何が違うのであろうか。我々のみるところ、前者はあくまで個々の消費者が自分の好きなように使えるお金の中から自発的に買うサービスであるのに対し、後者は(自己負担分もあるとはいえ)税もしくは医療保険料という形でうむを言わずにお金を集められる形になっているという点大きい。ばちんこなら、行きたくない人は行かなければ一円も払う必要はない。ところが医療の場合、自分がいかに健康に気を使っていて医者知らずな暮らしを営んでいようが、他の人の医療費——その中には、生活習慣病のように自己管理が行き届いていないせいで病を患った人の治療費もちろん含まれている——のために、税もしくは医療保険料という形で一定部分を担うことを強制される。医療産業が「成長」するということは、取も直さず、人々が月々の収入の中からいっそう多くの税や医療保険料を「取られる」ことを意味する。自分の負担と自分の受けるサービスとが完全に対応していれば少なくともこうした不満はなくなるであろう。しかしそれは、医療保険制度をなくすことを意味する。さすがに、万一自分の身に大きな病が降懸ったときのことを考えれば、医療が保険制度下にあることにまで不満を感じている人はほとんどいないであろう。その必要性は認めながらも、税も

しくは医療保険料という形での負担がどこまでも重くなってゆくのが恐ろしいということではないだろうか。

医療費がどんどん増してゆくことが問題視されることには、もう一つ、公務員不信ということも与っているものと我々は考えている。国民負担率を国ごとに比べると、ドイツ、フランス、スウェーデンという国では5割以上になっている。そうした国では、国民はよし自分たちの所得の半分以下しか自由に使えなくとも、公共サービスがその分充実することを望んでいるというふうに解釈できる。翻って日本では、たとえ社会保障を整備するためといっても増税への抵抗にはつよいものがある。これは一つには、日本人が四十年この方、自分たちが（税もしくは社会保障負担金として）払った額を上回る公共サービスを受けつづけてきたことで、「少ない負担で多くの公共サービス」という体質になり果ててしまったせいでもあろう¹⁶⁾。しかしそれ以外に、自分たちの納めた税金が何に使われているか分ったものでないというつよい不信感も与っているように思われる。増税の前にやるべきことがある、まず行政のむだをなくすべし、ということはいつもいわれることである。もしスウェーデン並に行政への信頼が厚いならば、日本でも、医療を充実させるために税もしくは医療保険料をより多く払うことに対してもっと理解が得られるであろう。その場合は、(まさに宇沢のいうように)国民に支持された上で医療が国民経済の大きな部分を占めることが可能となるのかもしれない。

こうしてみると、医療産業が拡大してゆくのの良いこととして日本社会が受止めるには、医療保険料や税を納めることを損得を基準にして考えるのではなく支えあいという視点で見ることに加え、公共部門への信頼感をどうかして抱くようにすることが欠かせないことが分ってくる¹⁷⁾。これらはだれかの命令や説得によってなんとかなるものではない上に、よし行政が信頼に足るものに変っていったとしても国民の意識は昔のものを引き摺ってゆく虞もあるため、医療産業が「成長」することを日本国民がよいことと受け止める日はなかなか来ないものと我々は考える¹⁸⁾。日本で医療自体の望ましい在方を追求するには、乗越えねばならない大きな壁があるようである。

第4節 おわりに

我々はこのまでにおいて、まず森による医師不足問題の分析および政策提言を組にのせた。森はミクロ経済の道具を使って、一見医師不足に見えているものは実は医師の受け取る収入が少ないことによるものであり、それは診療報酬を上げることによってこそ和げられると分析していたのであった。これは常識的な感覚とは合わない主張である。しかしもしその分析が適切であるならば、我々はあやふやな常識ではなく、経済理論から導かれた結論のほうを正しいものと捕らえねばならないであろう。それこそが、経済学を学んだ者のつよみであるはずである。

だが我々は、同じ道具を用いた場合でも、現実の反映のさせ方次第で違った結論が出てくることを示した。しかもそれは、常識的な感覚とも合うものであった¹⁹⁾。ここに、理論による分析の難しさが現れている。現実の細かい事柄をあれもこれも組み込むことができないためにどうしても単純化をしなければならないわけであるとはいえ、その単純化の際に何を残して何を無視するかが分析の結果にも大きく影を落とすのである。我々はつねにこのことを心に止めておかねばならないであろう。

次いで取上げたのが、医療費が年々上がってゆくことをどのように捕らえるかという問題であった。これについて考えた結果、医師不足の中にあって短期的には医療サービスの増やせる余地がないので均衡予算乗数という考えがなかなか使えないこと、(医療産業が拡大する際には税や医療保険料の負担も大きくなることから)行政への信頼が厚くなるのでないかぎりには娯楽産業などの拡大と同じように良いこととして国民が受止めるのは難しい、という話に落ち着いた。日本でこのように公務員不信が瀰漫しているのはなんとも不幸なことである。

森、宇沢の両者に共通していたのは、医療産業はその特性から市場取引にはなじまないという認識である。そうだとすれば、それ自体としての存在意義に照らしてあるべき姿を考えてゆかざるをえない。たとえ(財政的な理由などから)現実理想どおりには運ばないにせよ、日本が住みよい国から遠

ざかってゆくことのないよう、これから同産業に訪れるいろいろな「改革」を我々はしっかりと見定めてゆかねばならないと考えている。

注

- 1) 平成25年度の数字については『朝日新聞』平成26年9月11日より。
- 2) 森宏一郎『人にやさしい医療の経済学：医療を市場メカニズムにゆだねてよいか』信山社、2013年、27ページ。
- 3) 森は興味ぶかいことに、日本の医療は第1解釈の考えで営まれているとする。日本は福祉国家の一員として国民皆保険制度を何十年も前から備えているわけであって、普通の感覚では、当然彼のいうところの第2解釈に入りそうなものである。それがなぜ第1解釈なのか。森はアメリカが第1解釈の国であるとした後に以下のように説いている。

「違和感があるかもしれないが、日本も医療サービスの第1解釈の世界観の中にいる。基本的に、患者へ提供される医療サービスとしてとらえられ、医療サービスごとに価格が形成されており、市場での取引を通じて資源配分が実行されている。(略)

原理として市場型を採用しているからこそ、日本は公的医療保険を使い、国民皆保険制度をなんとか維持することによって、市場が生み出す社会的公正(公平性)の問題を克服してきたのである。」(同前、122ページ)

どうやら森によれば、日本のように診療報酬点数制度が敷かれている国であっても、患者側が一定割合を払うという側面があるかぎり、それは価格機構の下での私的財の取引と同じ扱いになってしまうということのようである。ちなみに同書で第2解釈の国の例として出てくるのはイギリスである。

- 4) 医師不足についての詳しいデータや分析については、出月康夫「日本の病院医療を崩壊させないために」(宇沢弘文・鴨下重彦編著『社会的

共通資本としての医療』東京大学出版会、2010年）を参照されたい。長年医師として働いてきた立場から、実にありありと医師不足の実情が綴られている。

- 5) 同前、149-150ページ。
- 6) 労働量というのは曖昧な言葉であり、完全雇傭下での医師の働く時間を指しているのか、各医師の働く時間を一定とした上で雇われる人数を指しているのか、截然としない。しかし森の所説を追っていると、前者を指しているものと考えられる。
- 7) 同前、151ページ。
- 8) ここでは自由診療は例外と考えている。患者が混合診療を申し出ることができるようになった暁は、日本における医療のありかたもこれまでと異なったものとなってきかねない。これまでは混合診療を認める場合でも自由診療部分はいずれ保険の対象に入ることが前提されていたにもかかわらず、これからはその見通しがなくなり、いつまでたっても保険の対象にならない部分が残りつづけるおそれが出てきたからである。この点も日本の医療産業の今後を考える際の大きな問題である。国民が医療保険で守られてきたことが壊すべき「岩盤規制」なのかどうか、我々はよく思いをめぐらすべきであろう。
- 9) もちろん、診療報酬制度の問題点——医師の腕前が反映されていない、病院の設備代などが含まれていない等——をそのままにしてよいというわけではない。場合によっては上げる必要もあるかもしれない。しかしそれは医師不足問題への対処としてではない。
- 10) いろいろところで報道されているが、たとえば、『産経新聞』平成26年8月25日を参照。
- 11) 宇沢弘文「社会的共通資本としての医療を考える」（宇沢・鴨下前掲書）、30-31ページ。
- 12) 均衡財政乗数という考えの問題点については、小幡績「景気回復と経済成長は無関係」（『エコノミスト』第92巻第3号、2014年）を参照。

- 13) だからといって森の唱えるように診療報酬を上げてそこに増税分を回しても、前節で見たように医師不足問題に対してほとんど意味を持たないであろう。ただし、保険制度の立て直しのために用いるなど、国民にとっても意味のある使い道はある。
- 14) カジノについては、小峰隆夫が三つの理由から反対している。日本はカジノに比較優位がなく希少な人的資源の配分先として不適切であること、カジノという産業の特性が社会に外部負経済を齎しかねないこと、ポリシー・ミックスの観点からも不適切であること、がその三つである。小峰隆夫「私がカジノに反対する理由」(『週刊東洋経済』第6563号、2014年)を参照。
- 15) 宇沢弘文「日本の医療崩壊と後期高齢者医療制度：イギリスのNHSの歴史を教訓に」(宇沢・鴨下前掲書)、122ページ。
- 16) これが一千兆円の政府負債を生んだ。なぜほかの国ではここまで酷いことにならないのに日本だけこのような恥ずかしいことになるのかは、日本人の国民性によるところが大きいと我々は考える。我々はいかなる経済状況下でも均衡財政を金科玉条にすべしという考えにはくみしないものの、過去四十年間、支払いの一部をもつばら先に延ばす形で公共サービスを受けてきた国民の責任は重いと考える。
- 17) 前者については、いま日本は瀬戸際に来ていると我々は考える。あまりに格差が開き、富んだ者と貧しい者が一体感を抱くのが難しい社会になってしまうと、国民的統合とは逆の方向へ行ってしまうからである。K. G. ミュルダールによれば、福祉国家においては国民的統合(機会の平等)と経済進歩とが相俟ってつよめあうものとされていた。K. G. Myrdal, *An International Economy: Problems and Prospects*, New York: Harper & Brothers, 1956の169ページを見よ。日本は福祉国家から逆行しつつあるのかもしれない。
- 18) 一部で知られているように、他ならぬ宇沢自身が官僚をいたく嫌っていた。医療産業の規模が大きくなることについて宇沢の述べていた考えを

国民が共有するには、それが医療保険料もしくは税という形での負担増をあまねく伴うものである以上、上で見たようにどうしても行政への信頼を高めてゆくことが必要となる。その点について宇沢がどう考えていたかは今となっては分らない。

- 19) そもそも、医師が自分の好きなように働く時間を決めているという森の想定も変であった。医師法第19条で、「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と定められているからである。