

混合診療の論点と考察[†]

齋 藤 裕 美[†]

1 はじめに

混合診療とは、一連の診療行為の中で保険診療に上乘せする形で自由診療を行うことである。これまで我が国ではそうした行為は禁じられてきた（混合診療禁止ルール）。ただしこれは「保険機関および保健医療養担当規則」などを根拠に、“実質的”に禁止するというものであり、直接法令で定められているわけではない¹。実際、混合診療自体は行うことが出来る。しかし混合診療禁止ルールにより、医療機関は療養環境や高額医療など一部を除いて、保険診療と自由診療との差額を患者から徴収することは禁じられるため²、混合診療を行う場合、保険診療も含めたすべてが自由診療とみなされ、患者の全額自己負担へと転嫁される。保険診療のみを受診する場合、公定価格の一部自己負担のみで受診できるのに対して、混合診療禁止ルールのもとで混合診療を行う場合は、自由価格で全額自己負担することになるという点で、患者にとって著しい経済的負担となり、自由診療に対するブレーキとなってきた。

この規制の存在理由は主に二つある。一つは情報の非対称性からの患者保護、もう一つは受療機会の平等の維持である。保険診療は診療報酬制度によって、その価格も範囲も公定である。これより医療機関が情報の非対称性を利用して治療範囲や価格を不当に操作する可能性を排除し、また公定価格（の一部自己負担）のもと定型的な医療を提供することを通じて、負担能力によって受療機会に格差が生じるのを防止してきた。しかし診療報酬制度の及ばない自由診療は、価格も範囲も自由であるため、それらが保証されない。そのため、自由診療を抑制する

ことが患者保護および公平性の確保につながるという観点から、自由診療へのアクセスを実質的に拒む混合診療禁止ルールが支持されてきた。

しかし近年の、社会経済環境の変化に伴う医療ニーズの多様化や技術進歩から、選択の自由の点で混合診療禁止ルールの弊害が指摘されている。また保険診療の中には有効な治療がなく、保険外診療の新薬・新技術など自由診療に活路を求めようという患者にとって、混合診療禁止ルールによる経済的制約が、健康水準の回復に重大な影響を及ぼしている³。

これまで混合診療の是非をめぐる様々な立場から制度論が展開されてきたが、その論点に関しては整理されてこなかった。また経済学的な問題として、どのような含意があるのかについても明示的には検討されてこなかった。本稿では混合診療問題に対する代表的制度論のサーベイを通じて、様々な角度から混合診療禁止ルールを切り取るとともに(第二節)、それらを経済学的に解釈する試みをする(第三節)。そのうえでこれらの作業の中から、混合診療問題の論点を浮き上がらせ、その課題と今後の方向性について展望する(第四節)。

2 混合診療をめぐる様々な観点

2.1 自由と平等および方法論の観点

まずは池上直己⁴が展開した制度論を素材に「平等」と「自由」(池上・キャンベル, 1996)、および「方法論」の観点(池上・キャンベル, 1996, 池上・滝口, 2000)から混合診療禁止ルールに接近する。

現行の医療制度に対する批判が多い昨今にあって、池上・キャンベル(1996)ではむしろその再評価が試みられている。池上は「自由」と「平等」という対立軸に照らし、日本の医療保険制度は保険料、自己負担、フリーアクセス(患者は医療機関を自由に選択できる)といった点で諸外国と比べて「平等」であるとして評価する⁵。

しかし「平等」を重視する姿勢は、時として「自由」を制限する。池上は医療保険の選択や、加入する保険者の選択に関する自由の制限のほかに、差額徴収の禁止(混合診療禁止ルールに相当)によって引き起こされる患者の経済的負担か

ら、「……社会保険の枠外で特別の医療を受けたい人々に対応するような医療機関や医師は、ほとんど存在しない。」(前掲書, p100)とし、患者のニーズに対応できないという点で、自由の観点からは批判を受けるだろうと指摘する。

ただし池上は、特別な医療に対する需要の存在を認めた上で、それらは「差額ベッド」や「医師への謝礼」の形で対応されているとする。またたとえ、医療の周辺部分に関しては差額徴収のかたちで自由診療が認められ、その部分に関して患者間に医療アクセスの格差が生じて、基本的部分にまで拡大せず、引き続き平等が維持されるだろうとの見方をする⁶。

さらに医療費抑制の観点から、混合診療禁止ルールはそのための必要条件であるとして池上は位置づける⁷。彼が指摘するのは情報の非対称性の問題とともに⁸、差額徴収を認めると次第に高い方の水準に合わせて医療サービスが提供されるようになり、自己負担分のみならず公費の医療費も全体の医療費と共に増加するという点である。彼のいうように「低医療費」が「平等な医療サービス」を成立させる必要条件であるとすれば⁹、医療費抑制策の必要条件である混合診療禁止ルールは、平等性に貢献してきたことになる。

また自由と平等といった価値判断の問題を抜きにして、方法論の観点からも、混合診療の難しさが指摘される(池上・滝口, 2000)。混合診療を何に関して認めるかという問題に対して、一つは「特定の医師に認める場合」が考えられるが、日本では専門医の資格が未整備である点で難しい。二つ目として「特定の医療機関に認める」ことが考えられるが、これは公的機能を求められる公的病院には(自由診療のような基本的な診療以外の治療を行うという点で)なじまないということと、民間病院に認めた場合でも大都市の病院への患者の集中が考えられることから難しい。三つ目に「特定の医薬品・診療サービスに認める場合」が考えられるが、この場合でも成果の点で自由診療の代替となる保険診療の技術・薬剤などを用意し、患者がいずれかを選択できる場合に限られることが求められる。しかしすでに保険診療の対象となっている薬剤などを保険外にするのは、社会的に容認されにくいと考えられるため難しい。

また保険診療と自由診療の区分に関連して、池上はそもそも混合診療を導入す

る際、保険の対象とする基準を明確にしなければならないが、実際には保険診療と自由診療の区分を明確に出来る範囲が少ないのではないかと指摘する。ただし、保険収載に際して客観的評価やそのプロセスの透明化が進み、治療法自体が保険に収載されない理由が明確になれば、混合診療を認めてよい枠が確定してくるとして混合診療の可能性を示唆している。

ここで、以上で概観された混合診療をめぐる平等と自由、および方法論の観点について検討しておこう。混合診療禁止ルールが医療費抑制を通じて平等性の維持に寄与してきたとしても、その前提には選択の自由の犠牲があった。池上のいう低医療費と両立する平等な医療体制とは、医療レベルを一定に押さえ込むことで実現する、いわば「広く浅く」の考えに立つ平等である。医療技術の進歩による選択肢の増加や医療ニーズの多様化などの現状に照らせば、自由診療へのニーズは差額ベッドや謝礼だけでは吸収できないレベルにあることは明らかであり、選択の自由は無視できない。混合診療問題を捉えるとき、自由か平等かという対立軸ではなく、両者をいかに整合させるかという視点が求められよう。

混合診療の方法論の点では、保険診療と自由診療をどう区分するかという公私区分の問題と、混合診療を何に対して認めるかという問題が提起された。前者の公私区分の問題に関しては、なんらかの価値判断を要する抽象レベルの問題であると同時に、ある価値判断に従ったとして現実的にどうやって区分するかという技術的な問題も内包することに留意しなければならない。ただし後者の、何に対して混合診療を認めるかという池上の議論は、あくまで現行制度を前提としてなされている。現行制度を是とせず、抜本的改革が進めばこの限りではない。

2.2 選択の自由と規制緩和の観点

現行制度の抜本改革を前提として、八代尚宏らは規制緩和と市場原理導入の観点から混合診療禁止ルールについて論じた(八代他, 1999, 八代, 2000, 2002)。彼らは国民皆保険およびフリーアクセスを維持しつつ、医療分野に適宜市場原理を導入するという視座に立つ。八代他(1999)は、従来経済学の立場からは医療費の増加などコスト面ばかりが強調されてきた医療分野に「サービス」という視

点を持ち込み、むしろ一産業として発展の可能性を秘める分野としてポジティブにとらえ直す。特にその中で、一種の規制である公定価格の再検討を通じて混合診療の問題にアプローチする。

八代らによれば、「公定価格」は情報の非対称性、受療機会の不平等、医療費の増大、などを防止するための十分条件ではあっても必要条件ではなく、むしろその弊害のほうが顕著であると指摘される¹⁰。そのなかで公定価格は“すべての診療行為”に対してではなく、基本的な診療行為にのみ設定されるべきであり、基本的診療に上乘せする部分は、サービス提供者が自由に価格設定し、また患者もそれを選択できるような自由診療が導入されるべきという。つまり混合診療の容認である。

混合診療禁止ルールの根拠に対する反論として、八代らは以下のような点を挙げる。まず医師と患者の間の「情報の非対称性」に関しては、情報公開や第三者評価、セカンドオピニオンなどが発展すれば、ある程度まで補える。「受療機会の不平等」に対しては、(重病を除いて)混合診療が容認された場合、保険診療でカバーされる医療サービス水準が低下するかどうかは、具体的な分野についての実証分析を通じて明らかにされる必要があるとだけして回答を避ける¹¹。八代らはそもそも公的医療保険が拡大する医療サービスの殆どすべてをカバーしていることに問題があるとし、疾病構造の変化など社会経済環境が変化する中においては、公平性の内容そのものを弾力的に考える必要性があるとする。

一方、混合診療のメリットとしては以下のような点を挙げている。まず第一に多様な医療サービスの利用可能性を挙げ、これによって患者の選択肢が拡大することが指摘される。例えば新技術が使えるようになるまでには審査によるタイムラグがあるが、保険診療に自己負担を加えることで利用しやすくし、それを埋められれば、医師と患者の双方にとって望ましい。第二に硬直的な保険診療と多様な自由診療との組み合わせによって、サービス提供者にコストインセンティブを与え、医療サービスの質的向上が図れる点が挙げられる。第三に混合診療が普遍化すれば自由診療部分に価格競争が働くことにより、追加的負担を払ってもらえる利用者を引きつけるための情報提供へのインセンティブが高まることが期待さ

れるとする。

八代らは具体的な混合診療の方法論に関しても言及する。混合診療を解禁する場合、その適用対象を明確にする必要が生じるが、これは基本的医療とは何か、国民にとって必要な医療とは何かを明確化することに相当する。そこで八代らが提唱するのが診断群別包括支払い方式 DRGs/PPS (Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System) を用いる方法である¹²⁾。この導入で、ある疾病に必要な最低限かかるコストを明らかにし、コストの点から基本的医療を定め、それを超える上乗せ分や医師の技術料に対する評価は、自由診療部分の対価として処理できるとする。

以上で概観された混合診療をめぐる、選択の自由と規制緩和、および方法論の観点について検討しておこう。患者のニーズなど、選択の自由の観点からは規制緩和および市場原理導入は有効であり、それに則るとすれば混合診療の容認も支持されよう。しかしそれと同時にどのように (How)、あるいはどのような (What) 公平性を担保するかが課題として残る。

混合診療の方法論に関して、保険診療と自由診療の区別に DRGs/PPS を用いるという考えは、より具体的で明確である。しかし技術として DRGs/PPS を用いるとしても、どのような価値判断に基づいて区分するかという問題とは別の議論が必要であろう。八代らは保険診療を必要最低限のコストで定めるとするが、これはあくまでコストの観点で適切であるという根拠をもつだけであって、公平性など他の価値判断と照らして支持されるかは別途検討されなければならない。そもそもコストの観点から適切であるかという点についても、DRGs/PPS は米国の“標準的な”診療報酬であり、必要最小限のコストに相当するかといえば必ずしもそうではないだろう。また日本版 DRGs/PPS は検討が始まったばかりであり、まだ実現にはいたっていない。

2.3 市場原理と公平性の観点

ここまでは自由と平等、あるいは市場と規制という対立軸の中で、混合診療問題を捉えてきた。次に医療規制体系の再構築における市場原理導入に関する遠藤

久夫の制度論を素材に、公平性を担保しつつ、選択の自由を確保するという両価値判断の整合性の観点から、混合診療問題を概観する（遠藤，1999）。

遠藤によれば、医療規制のなかでも特に混合診療をめぐる慎重派と市場原理推進論者の意見の対立は「公平性に対する価値観の違い」にあるという。「混合診療禁止ルール」は医療アクセスの公平性を担保する中心的手段として位置づけられてきた¹³。これに対して、市場原理推進論者は現行の医療規制が、医療への嗜好の多様化や医療財政の逼迫といった社会的要請に応えられないとの認識のもと¹⁴、消費者主権の確立の観点から「選択の自由」を高めるという意味で、（社会）保険に縛られない「混合診療の解禁」をすすめているという¹⁵。

混合診療をめぐる慎重派と市場原理推進論者の見解の相違を検証するために、ここで混合診療を、自由診療の範囲および価格に関して①一定の規制を加えるという意味で、医師の裁量権が小さい混合診療、②公的医療保険に自由に上乗せすることを認めるという意味で、医師の裁量権が大きい混合診療、の二つに分ける。①では混合診療慎重派が危惧する「長期的な意図せざる自己負担の拡大」は回避できるが、市場原理推進論者にとっては市場原理が有効に機能しないという批判が考えられるとする。②では慎重派の危惧する長期的な意図せざる自己負担の拡大が考えられるが、市場原理推進論者からは都市部における医療機関の競争が高い価格を設定することを防ぐという点と、医療過疎地域では総じて地域住民の所得水準が低いため、高い価格を設定できないという点から、著しい自己負担の高騰はないことが主張されるとする。

この二種類の混合診療のうち、②の意味での混合診療の問題点として、こうした混合診療の形態では公的医療保険が形骸化し、患者の自己負担が増えていくことが避けられないという点が挙げられる。遠藤は混合診療が行われるとき、二つの意味での医療アクセスの不平等が拡大すると指摘する。第一点目が「所得格差によるアクセスの不平等の拡大」であり、遠藤・駒村（1999）の結果から(1)所得格差が今後拡大する可能性が高いこと、(2)その際、公的医療保険の格差改善機能の重要性が高まること、を指摘したうえで、このような所得環境のもとで、範囲および価格に関して医師の自由裁量に任せて、社会的コントロールが不可能な

形で混合診療を容認することは、「所得格差による医療アクセスの不平等」の観点から問題だと考える。第二点目は「地域格差の拡大」である。遠藤によれば医療過疎地域は住民の所得水準が低い傾向にあるため、範囲および価格に関して医療の裁量をより認めるような混合診療により、医療機関の収入に占める自己負担額が過度に増加すれば、医療供給の量と質の点で地域格差が拡大することが指摘される¹⁶。

ただし患者の医療に対する選好の多様化や医療財政の逼迫といった現実に鑑みるとき、遠藤は①の意味での混合診療であれば、容認の余地があるとする。その条件として第一に「自由診療の範囲については社会的合意を必要とし、価格は原則自由にするか、場合によっては価格の上限を設定することも可能とすること」、第二に「自由診療の一部で必需性が比較的高いと判断されるものについては、所得格差を考慮して所得水準の低い人に対して費用補助の道を開くこと」を挙げる。遠藤は持論として、保険給付率を所得に応じて変えたり、高額療養費制度の所得制限を多段階にするなどの方法で、公的医療保険の財源を中産階級以下に傾斜配分すべきとする。この場合、自己負担が引きあげられる高所得者層を対象に、リスクヘッジの手段として私的保険の市場が拡大することが考えられる。

以上で概観した混合診療をめぐる市場原理と公平性の観点について検討を加えよう。混合診療の容認にあたっては、全面的な市場導入には公平性の観点から批判されるべき点はある。しかし医療選択の自由など無視できない社会的要請の高まりに応えるためには、一部規制を残しつつ混合診療を容認するという、自由と平等をいかに整合させるかという視点は一考に値するだろう。遠藤が展開した制度論では混合診療の方法論として、自由診療は社会的合意がなされる範囲でとするが、池上が論じるように保険診療と自由診療との区分は明確にすることが難しい。この点に関してはより具体的な方法論の検討が必要である。

2.4 具体的方法論の観点

次に歴史的側面、法的側面、現場の実態から、保険給付と保険外負担の現状を展望した川淵孝一の議論を素材に、具体的方法論の観点から混合診療を概観する

(川淵, 2000).

川淵によれば混合診療の容認は、治療方法に複数の選択肢を作り、患者自らの選択の自由の拡大と、その選択に基づく医療に対して比較的少ない負担でのアクセスを可能にするという点で支持される。医療の多様化・高度化および保険財政の逼迫などを背景に、保険給付範囲に制限を設けることが現実的な考えであるとすれば、自由診療へのアクセスを阻害する混合診療禁止ルールは批判に値することになる。そこで川淵は基本的な療養の給付と、患者の選択による上乘せ診療の整合性の観点から、具体的な混合診療の方法論を提案する。

自由診療の範囲に関しては、臨床医や学識経験者からなる第三者組織により診療の「準公的水準」を作成し、その枠内に自由診療を随時取り込んでいく形で対処することが提案される。自由診療の価格に関しては、保険給付における公定価格と同様に「標準価格」を定めることが提案される。また診療報酬点数表で認められていない適応外使用には、すでにある公定価格を用い、第三者組織が点数表に定められていない使用方法が医学的にみて妥当か否かを評価するという方法を提案する。こうした別基準を定めることの利点として、現行では唯一の標準だった療養担当規則および診療報酬点数表に加えて、準公的診療標準が並行して運用されることで、両者の間に有効性に関する社会的評価を競う競争原理が働き、現実的な診療報酬体系を築く土壌が形成されると考える。

以上で述べた混合診療の具体的方法論とは区別しなければならないが、川淵は公私区分の見直しに関連して、贅沢な医療にだけ適用されるべき特定療養費制度が高度医療にまで適用されることを問題視する立場から、現行では自由診療とされてきた高度な診療に関しては、実質的に公的保険の要素が強い「第二医療保険」で対応し、個人の自己責任の問われる疾病や療養環境に関しては、保険給付を縮小して「私保険」で対応することを提案している。

「第二医療保険制度」は特定療養費制度において、高度先進医療として認められた新技術など“保険外診療の実費負担”に対応するものである。具体的な方法論として、特殊かつ新しい治療法の希望者は、疾患の発見から治療までの期間中に、第二医療保険加入への意思決定と保険料支払いをし、医療費の不足分は国が

補填するという方式を提案する。保険料の支払いは、治療後一定収入がある限り継続し、被保険者本人の死亡時は現行医療保険の埋葬料などをその支払いにあてるなどして、現行制度との連動を図るとする。被保険者として高度医療を必要とする者の集中が考えられるため、保険料は掛け捨ての形にする。公的 second 医療保険の給付対象とする新技术の要件は、準公的水準と同様、第三者組織が定めるものとし、患者選択の余地を広くするなど自由度を加味した制度を目指すべきとする。

「私保険の導入」は慢性疾患を対象に、それが長期療養を要することから従来通りの給付率の維持が難しいということと、その原因が生活習慣にあるということから、個人自ら予防するという自助努力の必要性に立ち、その手段として提案されるものである。この私的 third 医療保険は、個人が自分の健康のために投資するのであるから、貯蓄性の保険がよいとする。また療養環境などに支給される特定療養費もその給付率を見直し、不足する部分を私的 third 医療保険でカバーすべきとする¹⁷。

以上で概観した混合診療に関する具体的方法論の観点を再検討する。ここで挙げられた混合診療の具体的方法論は、保険診療を診療報酬制度で運用するのと同様、自由診療も一定の規制のもとで運用するというものである。こうした規制のうえに規制を積み重ねる混合診療の方法論は、市場原理主義的方法論からははずれるものといえよう。また自由診療をめぐる扱いとして挙げられた second 医療保険は、発病後の加入を許容する点で、リスク回避を目的とする保険の性質は有しておらず実質上「医療ローン」である。保険料の掛け捨てを考慮しても、財源として公費負担部分が大きくなることが考えられ、逼迫する保険財政に照らせば難しい。自由診療部分を診療報酬制度に準ずる新たな規制のもとで行うというのも、また高度医療は公的 second 医療保険で、療養環境や自己責任の間われる疾病には私的保険で対応するという公私区分がなされているのも、一種の公平性の価値判断に基づいた結果である¹⁸。選択の自由への要請に応えるために、混合診療を容認するにしても、公平性を担保するように具体的方法論が議論されなければならない。川淵はその試みをしたといえるが、実行可能性の点で課題が残ることは上述

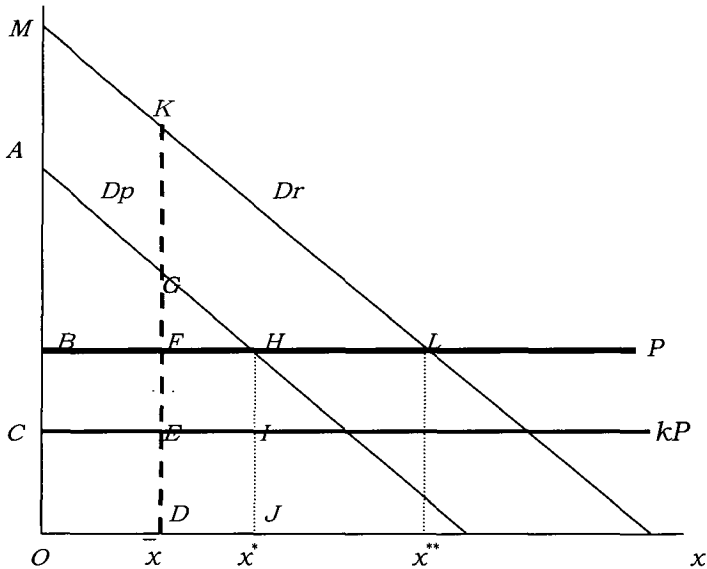
した通りである。

3 混合診療の経済学的考察

ここで上記で概観した混合診療をめぐる各制度論のポイントを、経済学のフレームワークで表現しなおすことを通じて、それらの経済学的含意を考察する。その作業にあたっては、齋藤・鴎田（2003a, b）のモデルを用いよう。

簡単化のため、ある医療サービスに対する選好は等しいが、所得が異なる2タイプの患者がいるとする（低所得者層と高所得者層）。ここではそれぞれのグループの代表的な患者と、代表的な医療供給者を想定する。ある医療サービスの提供に関して限界費用は一定とし、政府はこれと等しくなるように価格 P を公定する。これは水平の供給曲線として表される。保険診療には一部自己負担が伴うため、 $k(0 \leq k < 1)$ を一部自己負担割合とし、保険診療一単位当たりに関する患者の負担価格は kP とする。また簡単化のため患者の需要曲線は右下がりの線形で与えておこう。図1において低所得者層の需要曲線は Dp 、高所得者層の需要曲線は Dr とし、これらによってこの社会において所得格差があることが表されている。混合診療には様々なタイプがある。新薬・新技術など保険収載されていない種類の医療を保険診療とあわせて行う場合や、保険収載されているが保険診療として定められている以上の数量を利用する場合などである¹⁹。本稿ではある医療サービスに関して、保険診療として受診できる数量以上を利用する場合の混合診療を対象とする。医療サービスの受診量は x で表し、保険給付範囲を \bar{x} とする。このときの混合診療とは \bar{x} を超えて受診する場合に相当する。いま図1において、需要曲線 Dp に着目されたい。この患者の混合診療禁止ルールのもと、 \bar{x} までは一単位当たり価格 kP で受診し、それ以上受診する場合は \bar{x} も含めてすべて価格 P で受診しなければならない。もし混合診療が容認されていれば、患者は効用最大化すべく、 \bar{x} までは一単位当たり kP で受診し、それ以上の部分は価格 P で x^* まで受診すると考えられる。このとき患者は \bar{x} から x^* まで受診することで、 \bar{x} までの受診で得られた消費者余剰□ACEGに加え、消費者余剰△GFHをさらに得る。

図1



出典：齋藤・鶴田(2003a,b) 一部修正

さて混合診療禁止による低医療費と平等な医療サービスの関係について、このフレームワークで検証しよう。差額徴収（混合診療）を認めると、自己負担分のみならず全体の医療費が増加し、低医療費であることによって支えられてきた平等な医療サービスが維持できなくなる、というのが池上の論だった。まず混合診療が医療費に及ぼす影響を考察してみよう。混合診療禁止によって医療需要が保険給付範囲 \bar{x} に抑えられている場合、患者の自己負担分は $kP\bar{x}$ であり、公費の医療費は $(1-k)P\bar{x}$ である。このとき全体の医療費は $P\bar{x}$ である。これに対して混合診療が容認されている場合、患者は消費者余剰を最大にすべく、 x^* まで受診すると考えられるので、患者の自己負担分として $P(x^* - \bar{x})$ が加わる。よって全体の医療費もこの分だけ増加し、 Px^* になる。しかしこれはあくまで患者の自己負担の増加を通じた結果であり、公費負担は $(1-k)P\bar{x}$ で変わらないのであ

る。患者の自己負担の増加は、患者の効用最大化行動に基づくものであり、患者の厚生を下げるものではない。混合診療の容認で自己負担の増加を通じて、全体の医療費が上昇したとしても、公費の医療費に影響がないばかりか、患者にとっては厚生を高める結果をもたらす。

また池上は、混合診療禁止による低医療費が医療の平等を支えるというが、齋藤・鶴田（2003a, b）ではこれとは異なる結果が示されている。混合診療が禁止されているとき、低所得者層（ Dp ）が \bar{x} を超えて x^* まで受診すると、これにともなう消費者余剰 ΔGFH を得る一方で、これまで保険支払いされていた $\square BCEF$ を自己負担しなければならない。後者の方が大きい場合、混合診療に踏み切るとは患者の厚生を低めることに他ならないため、この患者は保険給付範囲 \bar{x} の受診にとどめようとするだろう。高所得者層（ Dr ）にとっては、全額自己負担してでも x^{**} まで受診した方が、それによって得られる消費者余剰 ΔKFL が、新たに生じる自己負担分 $\square BCEF$ より大きいため、受診抑制しないだろう。この結果、低所得者層と高所得者層の間で受診できる水準に関して $x^{**} - \bar{x}$ の差が生じる。もし混合診療が容認されていれば低所得者層は x^* まで受診したと考えられるため、このときの患者間の受診格差は $x^{**} - x^*$ である。この格差は混合診療が禁止されているときより小さい。よって混合診療の禁止は必ずしも医療の平等を支えるものではなく、逆に不平等を生じさせることがあるといえる。

混合診療の容認によって患者の選択肢が広がるという主張については、上述の結果をみても明らかに支持できよう。特に低所得者層にとって、混合診療の容認は受診抑制のインセンティブをなくし、保険給付範囲 \bar{x} を超えて受診することを経済的に可能にしうる²⁰。

次に自由診療の範囲および価格に対する医師の裁量という観点から、混合診療が経済学フレームワークでどのように解釈されるか考察しよう。遠藤は混合診療の認め方として、医師の裁量の観点から、自由診療の範囲および価格に関して裁量が大きいか小さいかで分類したうえで、裁量が無制限に大きい形での混合診療には批判的であった。その主たる理由の一つが、今後所得格差が広がる可能性があり、その結果医療アクセスに不平等が生じると考えられるため、というもの

であった。しかしこれに関しては、上述の分析より混合診療禁止ルールのもとでは所得格差があるほど、受診水準に格差が生じることが考えられるため、必ずしも妥当とは言えない。

確かに自由診療に関して無制限に裁量を認める場合、以下のような問題点は残る。一つは患者と医師の間にある情報の非対称性に根ざした、医師誘発需要の問題である。先の図1を利用してこれを説明しよう。 D_p を患者本来の医療サービスに対する需要曲線と捉えなおす。いま \bar{x} 以上に関して、無制限に自由診療を認めた場合、医師が情報の非対称性を利用して、 D_p から D_r へ誘発することが可能になる。このとき患者の需要量は、当初混合診療によって得られたはずの x^* から、 x^{**} まで上昇することになる。これは患者の所得の上昇によるものではなく、また患者本来の嗜好の変化によるものでもなく、あくまで医師の操作によるものである。この点で、患者保護の観点から、無制限に自由診療の範囲を認めるべきかについて問題が残る。もう1点は価格に関する医療機関の操作の問題である。これは独占の理論によって説明されよう。大都市では医療機関の間で競争が働くと考えられても、過疎地域ではこの限りではない。公定価格が適用されない自由診療が、無制限に拡大するとき、過疎地域では供給量を通じて医療機関が価格を操作することが考えられる。こう考えれば川渕が論じたように、自由診療に対しても価格と範囲に関する公的基準を設けることも考えられるが、それは現行の診療報酬制度と同様の問題をはらむことになる。混合診療を容認するにしろ、自由診療をどのような形で扱っていくかは、情報公開やセカンドオピニオンといった情報の非対称性の技術的な解消のみならず、経済学的な論拠に基づいた制度の設計を要請する問題として、依然として残される。

4 混合診療の論点

ここで現在の社会経済環境に照らした混合診療問題の位置付けをしつつ、以上の概観を総括して、混合診療の論点に関して整理する。

国民皆保険制度が成立した1961年当時、医療技術の低さから高額医療も少なく、保険給付の対象として財源上そぐわないものも少なかった。そもそも主たる疾病

が画一的な治療を要する感染症であったことから、保険給付の内容としては標準的なものでも対応可能であった。この限りで言えば、医療に対する選択の自由を制限し、医療費を抑制することで平等性を維持するという立場に立った医療保障体制には一定の意義があった。

しかし現在、少子高齢化の進展で、国民医療費は増加の一途にあり、また医療技術の進歩により新薬・新技術が次々と生みだされ、選択肢の幅が広がりつつある。他に今までにない高額な医療の出現もある。これに対して経済が低成長にあることから、財源の拡大による保険給付拡大といった対処は期待できない。一方で相対的に豊かになった社会において、個人の価値観は多様化し、それを背景に医療に対するニーズも多様化している。また慢性疾患が中心の今、多様な治療が求められている。このような現状では定型的な保険給付の枠組みは限界があるが、上述したように保険給付の拡大は財政的な面でも、また保険給付の審査にかかるタイムラグといった技術的な面でも困難である。残る選択肢として位置づけられるのが、自由診療の受診である。

第3節では混合診療をめぐる制度論のすべてを経済学的に表現したわけではないが、齋藤・鴛田（2003a, b）に基づき、混合診療の論点に関する一定の経済学的な意味づけはなされた。そこでは混合診療の容認によって確かに全体の医療費は増加するが、それは公費の医療費増加によるものではなく、患者の自己負担の増加を反映するものであるということ、このとき患者の厚生は改善されているということ、また混合診療が禁止されていることで所得格差による医療受診の不平等が生じるということ、むしろ混合診療が容認されている場合の方が不平等が小さい場合があることが示された。こうした概観を踏まえると、全体の潮流としては混合診療を容認せざるをえない段階にきているのではないだろうか。

混合診療の論点は、選択の自由か公平性かの二項対立ではなく、いかに両者を整合させるかという点にあると考えられる。その手段としては市場原理の導入と規制が考えられるが、両者をどのように組み合わせることが最適に関しては、経済学的アプローチによる分析が求められる。しかし川淵の試みに見られるように、選択の自由と公平性を担保するような実行可能性のある制度設計は困難を極

める。そこで最初に立ち帰り、社会経済環境の変化に鑑みた公平性の再検討と、それに基づく選択の自由との整合性が考察されなければならないだろう。

公平性の再検討は、混合診療における保険診療と自由診療の区分の問題にも関連する。またたとえ何らかの公平性の価値判断に従って、保険診療と自由診療を区分するにしても、明確に区分できるかどうかは技術的な問題もある。これに関しては DRGs/PPS の利用は明確でわかりやすい手法として検討に値するが、これをどのような価値判断のもとで、どう使用するかは議論が必要である。また先述したが、DRGs は米国あるいは欧州では利用されているものの、日本では DRGs 作成の前提となる国際疾病分類のコーディングが未整備であるため²¹、実現にはいたっていない。こうした公私区分に関わる技術面での整備も今後の課題となる。

混合診療は選択の自由と公平性、市場原理と規制といった基本的な経済学の問題と、公私の役割分担という経済学を超えた価値判断を要する問題の両者を内包する複雑なトピックである。これを扱うためには、公平性の議論の深まりと、それに基づく経済学の立場からの具体的提案が求められる。本稿では紙面の都合上扱わなかったが、別稿の齋藤・鵜田(2003a, b)では²²、社会経済状況に照らした効率性・患者のニーズおよびそれらと統合的な公平性という視点から、混合診療の具体的あり方について考察する試みがなされている。

本稿でのサーベイおよび齋藤・鵜田(2003a, b)で提起された公平性の視点を踏まえつつ、今後は混合診療を認める場合の具体的な公私区分の方法、自由診療に伴う情報の非対称性からいかに患者を保護するか、市場原理と規制をどう組み合わせるか、経済分析を通じて明らかにすることが課題になる。

表1 混合診療になるケースの大別

保険診療に加え、以下で示される自由診療およびそれに準じるものが併せて行われるとき混合診療とみなされる。

種類 の点で 自由 診療	高度先進医療 ⇒ 特定療養費制度により、実質的に混合診療が認められている。
	選定療養
	平均的標準的給付という性質上、不適切と考えられている医療ケース
保険外 診療	念のための医療 (例：生理不順で来院した患者の求めに応じて疑いはないのに子宮癌検診を行う。)
	予防医療 (例：狭心症などの既往がある患者に対して再発防止のため小児用バファリンなどを投与する。)
	医療の本質に切実に関わらない医療 (例：糖尿病などのために性機能に障害がある患者に対して糖尿病の治療と同時にバイアグラを処方する。)
種類 の点で 保険 給付	保険給付の対象として妥当でも審査・認定までにタイムラグがある医療のケース
	新薬 新技術 (例：ピロリ菌除菌療法)
	量の点で保険給付以上を需要する場合
種類 の点で 保険 給付	保険で定められている量では治療の効果が不十分であるため需要 (例：喘息ステロイド剤吸入薬の規定以上の使用)
	医師の裁量 (例：心臓手術において保険の制限本数以上のカテーテルを使う。)
	薬の適応外使用
	保険診療ではあるが、診療報酬点数表で認められていない使い方を。例えば診療報酬制度のもと医療サービス A は疾病 X に対しては保険適用されるが、疾病 Y に対してはたとえ有効でも保険適用されない。にもかかわらず医療サービス A を疾病 Y に使用した場合は適応外使用とみなされる ²³ 。 (例：抗ガン剤メトトレキサートのリウマチへの適用外使用)

表1 筆者作成 (参考文献：日経メディカル (1999))

† 本稿は、文部科学省科学研究費補助金特定領域研究「世代間利害調整プロジェクト」における研究成果の一部である。本稿は筆者の個人的見解であり、プロジェクトを代表するものではない。本稿執筆にあたっては鴛田忠彦教授（一橋大学大学院経済学研究科）より多くの示唆をいただいた。また匿名のレフェリー二名から戴いたコメントは、本稿の修正になくってはならないものであった。記して感謝申し上げたい。当然、本稿における一切の誤謬の責任は、筆者に帰する。

‡ 一橋大学大学院経済学研究科博士後期課程：ged1104@srv.cc.hit-u.ac.jp

- 1) 「療養担当規則」とは、保険医療機関および保険医が診療にあたるための行動規範を示したものである。この第18条に「保険医は、特殊な療法または新しい療法などについては、厚生大臣の定めるもののほか行ってはならない。ただし、特定承認保険医療機関において行う第5条第2項に規定する厚生大臣の承認を受けた療養については、この限りではない。」とある。特に後半の記述は、特定療養費制度に相当する。
- 2) 特定療養費制度によって、一部に関してだけ実質的な混合診療が認められている。よって特定療養費の対象を拡大することで混合診療に代えるべきという主張もある。しかし川淵（2000）によれば、特定療養費制度は①差額徴収形式をとっていることから、従来の健康保険における現物給付の原則に反するという点、②特定療養費制度の場合、厚生労働大臣の告示一つで特定療養費の範囲が決まり、当初医療周辺部に限られていた差額徴収の対象が本体部分に拡張する可能性がある点、が指摘されている。こうした特定療養費制度の弾力的活用による経済学的効果および混合診療との比較分析については、別稿にて論じる予定である。
- 3) この顕著な事例は新薬の抗ガン剤を利用する場合にみられる。抗ガン剤単体にかかる費用は、自由価格体系のもとであっても支払い可能な範囲にあるにもかかわらず、混合診療禁止ルールのもと混合診療を行おうものなら、検査・入院など保険給付であった基本的な治療もすべて自由診療扱いになってしまうことで治療費が莫大なものとなる。また新薬・新技術に関連していえば、混合診療禁止ルールはその普及を阻害するといわれている。新薬や新技術が保険収載されるまでのタイムラグを、自由診療として受診することで埋めようとする場合、混合診療禁止ルールによる経済的負担がネックとなり、結果として保険診療として認められるまで普及が遅れるという事例が報告されている。代表的な例としてはピロリ菌除菌法がある。これはすでに欧米で普及しており、対費用効果や安全性が保証され、低廉な技術であったが、国内未認可の新技術であったため、混合診療禁止ルールのもとでは長年利用しづらい状態にされていた。これに関しては大原・開原（2002）が詳しい。また患者が全額自己負担する代わりに、保険診療と保険外診療の差額分に関して、医療機関による持ち出しで対応するケースも見られる。しかし医療機関側にとってこのよう

- な対応は経営上限界があり、こうした状況を反映してか、不法に患者に対する割り増し徴収が行われているという指摘もある。川淵（2000）では保険外負担の実態に関する調査結果が示されている。他に保険外負担の実態を調査した文献として二木（1992）がある。
- 4) 以下、本文を通じて敬称は略する。
 - 5) さらに池上によれば、社会保険料は所得レベルと無関係に同率が課されるが、少なくとも同じ保険者の中では所得の再分配が行われており、リスクに応じて保険料が決まる民間保険と比して平等であるという。また自己負担に関しては、保険者間の格差はあっても被用者保険間においては最大2倍内にとどまっております（ただし健康保険法の改正により、平成15年度4月から7割給付で保険者間の給付率が統一されている）、また高額療養費制度により自己負担が一定割合を超えるとその部分が償還されるという点で平等であるとする。この他にわが国の医療制度の平等に寄与している要因として、財政調整や同一の診療報酬体系の適用が挙げられている。前掲 pp.94-96。
 - 6) その根拠として、差額ベッドに関しては施設基準の厳しさなどから拡大する余地はなく、また謝礼に関してはそもそも非合法であり、医療費全体からみれば1%未満にとどまっていることが挙げられている。
 - 7) 「診療報酬体系に掲載されている以外の医療サービスを別に請求したり、あるいは公定料金以上を請求することは堅く禁止されており、発覚した場合には保険で請求した全額を返還しなければならない。……このように厳しい縛りがあることが、医療費を抑制するための必要条件である。」（前掲、p148）
 - 8) 「医師から保険は認められていないが必要だといわれれば、患者としては断るのが難しく、そうなると医療保険があっても安心して受診できなくなる。」（前掲、p148）
 - 9) 二木（1994）は、より医療制度を拡充するべきとの立場から医療費抑制政策に批判的な論を展開している。
 - 10) 具体的には診療の質が価格に反映されない、供給側に質を向上させるインセンティブが生じない、より高い質を求める患者のニーズに応えられない、医療費のコスト面だけが強調されて医療サービスを健全なサービス産業として発展させていくという認識が生まれず、といった点が挙げられる。八代他（1999）p201。
 - 11) 自由診療の拡大で考えられるネガティブな要因として(1)自由診療で行われる医療の質と保険診療で行われる医療の質の格差、(2)保険診療の医療の質の低下、などが挙げられる。
 - 12) DRGsとは、国際疾病分類表に基づき、病名を医療資源の必要度から、統計上意味のある病名グループに分類する方法であり、PPS（Prospective Payment Sys-

- tem：包括支払い方式)と併せてDRGs/PPS(診断群別包括支払い方式)といわれる。これに従えば疾患別に患者を分類したうえで、実際にかかった金額ではなく、各々の疾患に対するひとまとまりの医療行為に一定の診療費が支払われる。医療コストの明確化や、医療費の抑制の観点から支持されている。詳しくは川淵(1998)を参照。
- 13) 遠藤は混合診療禁止ルールの根拠として「自由診療の拡大により国民皆保険制度が形骸化して、所得格差による医療アクセスの不平等が拡大することを防ぐ」(前掲, p9)という点を挙げる。
 - 14) 遠藤はその社会的要請として、疾病構造の変化に伴う患者の医療選択のニーズの高まり、少子高齢化による医療財源の逼迫を背景に求められる医療資源の効率的利用、技術進歩や診療スタイルの変化により求められる医療従事者の業務範囲拡大、などを挙げている。(前掲, p11)
 - 15) 遠藤は市場推進論者の基本的主張を「消費者主権の確立」「競争促進」「競争パフォーマンスの向上」に集約している。この場合の「競争促進」とは参入障壁の撤廃のことを指し、また「競争パフォーマンスの向上」とは出来高払い制に代わり「包括支払い」の通用を拡大することおよび保険者による審査の強化などを指している。
 - 16) 特に過疎地域では医療機関の独占市場が考えられるため、価格が上昇することも懸念される。
 - 17) 川淵はこのほかに新たな医療保険制度を構成する制度として、(1)新興感染症の防止・予防対策のためのリスク管理基金創設、(2)医療費削減効果の大きい医療技術へのインセンティブ導入の検討、(3)アメニティなど生活サービス部分の費用徴収ルールの確立、を挙げている。
 - 18) 「医療保障の原則からすれば、高額医療をただちに受けなければならない重症患者に対してこそ、手厚い給付がなされなければならない」(前掲, p95)
 - 19) 混合診療になるケースの分類に関しては巻末の表1を参照されたい。
 - 20) 本稿のモデルでは、ある財の量をめぐる混合診療を対象にしたが、これを質をめぐる問題に置きかえると、混合診療による選択肢の拡大は以下のように説明される。いまある疾病を治療するための保険診療が「診察+(旧)薬」の複数の医療サービス財で構成されているとする。この一連の診療がもつ質の上限を \bar{q} とする。もしこの一連の診療の「(旧)薬」の部分を「(新)薬」に置き換えると \bar{q} 以上の質を得られる。混合診療の容認で、患者は新たな選択肢として保険給付範囲 \bar{q} 以上の質を有する一連の診療「診察+(新)薬」を得ることができる。Besley and Coate(1991)、林・山田(2003)も参照されたい。
 - 21) 川淵(1998)によればコーディングとは、「一定の分類法や基準に従って、ある

ものをグループに振り分けること」、つまり「同じ者や似ているものを一緒にして一つの枠の中に入れること」と説明されている。

- 22) 医療制度の規範的評価に関するさらなる議論に関しては、稿を改めて執筆する予定である。
- 23) ただし薬の適応外使用に関しては平成16年1月、療担規則の一部改正などにより一定の条件のもと実質的に認められることになった。

参考文献

- Besley, T. and Coate, S. (1991) "Public Provision of Private Goods and The Redistribution of Income", *American Economic Review*, 81 (4), 979-984.
- 池上直己・J.C. キャンベル (1996) 『日本の医療～統制とバランス感覚』中公新書。
- 池上直己・滝口進 (2000) "対談「混合診療禁止」は妥当なのか?." 『ばんぼう』2000年1号, 20-41.
- 遠藤久夫 (1999) "医療における規制体系の再構築～医療はどこまで市場原理にゆだねるべきか". ～医療経済研究機構監修「医療白書1999年度版～規制緩和と21世紀の医療・福祉提供体制一患者参加・民活重視型システムは生まれるか」第一章. 日本医療企画.
- 遠藤久夫・駒村康平 (1999) "公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性", 『季刊社会保障研究』第35巻秋第2号.
- 大原信・開原成充 (2002) "新しい診療技術の普及と保険制度：ピロリ菌除菌法を例として", 『社会保険旬報』No2127. 3月1日号. 6-10.
- 川渕孝一 (1998) 『DRGs/PPS 導入の条件と環境～求められる日本版診断群別包括支払い方式のインフラ整備』じほう.
- 川渕孝一 (2000) "保険給付と保険外負担の現状と展望に関する研究報告書" 『日本医師会総合政策研究機構報告書』第15号, 日医総研.
- 齋藤裕美・鶴田忠彦 (2003a) "混合診療の一考察", Project on Intergenerational Equity Discussion Paper. No. 140.
- 齋藤裕美・鶴田忠彦 (2003b) "混合診療をめぐる一考察: 効率性と公平性について", 『医療と社会』第13巻第2号. 153-168.
- 二本木 (1992) 『九〇年代の医療と診療報酬』勁草書房.
- 二本木 (1994) 『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房.
- 日経メディカル (1999) 「特集: 混合診療の禁止—そのホンネとタテマエ」 通号382号. 70-80.
- 林行成・山田玲良 (2003) "混合診療禁止制度に関する経済理論的考察", 『医療と社会』第13巻第3号. 73-85.

八代尚宏監修・通商産業課編(1999)『改革始動する日本の医療サービス』東洋経済新報社。

八代尚宏編(2000)『社会的規制の経済分析』。日本経済新聞社シリーズ現代経済研究18。

八代尚宏(2002)“構造改革を考える(11)混合診療禁止の規制緩和は医療改革の柱”。『日本経済研究センター会報』. 28-31。

2004年2月9日受稿
2004年8月31日レフェリーの審査をへて掲載決定

(一橋大学大学院博士課程)