

# 内生的医療制度論という話、再び

(日本病院会 参与・慶應義塾大学 商学部 教授・東京都)



権丈 善一



銷夏隨筆

4年前の2018年の夏、盛夏の暑さをしのぐためのはずの「銷夏隨筆」に「医療制度は内生的であるという話」という、あまり涼しそうでない話を書いていた。そして、今年2022年の4月に、日医の会長に医療政策会議の議長として答申を行った「日本医師会医療政策会議／平成2・3年度報告書」にも、医療制度は内生的であるという話を書いていた。すると、それを読んだある県の医師会会長から、「『医療制度は内生的であろうとする力学』という部分がよくわかりませんでしたので調べてみました。…経済学の理論なのだということまでは理解できました。大事な理論のようなのでもう少し勉強します」との連絡があった。日常用語のように使っていた「内生的 (endogenous)」が理解を阻んでいたことをはじめて知り、私も「内生的」で検索してみたが、なかなか良い説明はなかった。そこで次のような返事を出した。

医療制度、医療政策が内生的というのは、医療制度の外にある変数、ここでは所得の変化が、それに相応しい制度や政策を自動的に形作っていくという話です。制度が医療費の水準を決めるのではなく、所得水準に見合った医療費の水準になるように、制度が選択されるという感じです。

内生的医療制度論に基づくと、所得の伸びが医療費の水準を決めるわけですから、様々な組織を通じて誰が政策に関わってきても同じような制度になるということにもなり

ます。そして60年代の高度成長期には、武見太郎会長でなくても、医療費は伸びていたということにもなります。

政治部の記者たちは、人の名前が大好きで、誰それがどうしたこうした、どんなところでなると言ったというのが仕事なのだろうが、そうした人たちからみれば、内生的医療制度論は、なんとも味気ない話にみえると思う。しかし世の中そういうもの——そうした達観が、この論にはある。そして実際、医療政策の中長期的な動向を予測しようとするとき、内生的医療制度論はよく当てはまるのである。

ここで、内生的医療制度論が生まれてきた経緯を、再度確認してみよう。医療経済学者のNewhouseは、どうしてこうした仮説を考えたのだろうか。それは、1人当たり医療費の分析をしてみると、1人当たり所得が90%程度を説明してしまい、高齢化のような医療ニーズを表す指標は影響がないというエビデンスが観察されていたからであった。そこで、「制度要因は内生的である：医療の制度要因——患者による自己負担の在り方、医療費の支払方式、病院経営の分権・集権——は、内生的に取り扱われるべきであり、各国は自国の所得水準に相応しい医療制度を、みずから発見するであろう」と論じていた。

エビデンスと整合性を持つ仮説を他に立てるのは難しい。となれば…という話を、医療政

策会議の報告書に書いている。その報告書に私が書いた「日本の医療政策，そのベクトルをパンデミックの渦中に考える」は，次の文章で終えている。

所得の伸びが鈍化し，財政制約が強まる中，「高齢化の進展により更に変化する医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを解消することができれば，同じ負担の水準であっても，現在の医療とは異なる質の高いサービスを効率的に提供できる」（社会保障制度改革国民会議（2013））方法があることを，医療提供者グループは費用負担者グループに示し続け，率先して行っていく必要があるのだろう。そうして国民全般との信頼関係を築いていきながら，新たな財源調達の道を論じていく必要がある。…GDP 比で見れば公的年金の給付費は今後低下していくのに対して，公的医療・

介護給付費の対 GDP 比は増える。医療・介護の財源はやはりどうしても追加的に必要となってくる。医療制度は内生的であろうとする力学に抗うかのような追加財源の調達，この国ではどれほど難しいことであっても，実現していかなければならない課題である。

医療・介護の関係者たちと共に今の時代に見合う世の中への財源調達の説得のあり方，できれば支払い側が少しでも納得する方法を考えていく——今はそれが医療・介護をとりまく政策のなかで最もと言って良いくらいに大切なテーマであるように思える。

医療政策会議報告書に寄稿した文およびそうした観点に基づく医療制度・政策の話は、『もっと気になる社会保障』（今夏刊）にも収めている。

