

勿凝学問 78

医療費はなぜ増える？ ——増加要因と価値判断——

2007 年 5 月 19 日
慶應義塾大学 商学部
教授 権丈善一

「記憶に頼った話で申し訳ない。間違えていたら後日訂正しますね。医療費の増加要因を調べたニューハウスという医療経済学者は、日本で言われる自然増というような言葉は使っていません。彼は、ダイレクトに技術変化(technical change)という言葉を使っています。技術進歩でも技術革新でもない——そのあたりに、彼の価値判断が入っていると思うんですよ」と、去る 5 月 16 日の第 4 回「[医療費の将来見通しに関する検討会](#)」で話をした。そして、帰宅後調べてみた。記憶は、正しかったです（笑）。当方、『再分配政策の政治経済学Ⅰ』に、次のような文章を書いていました。

・・・「医療費の高密度化・範囲拡大による医療費増加」とは、高齢者と非高齢者の 1 人当たり医療費がともに (比例的に) 上昇することを原因とする医療費増加である。結論から先に言えば、医療費はこのルートからの増加が、決定的な重要性をもつことになる。この「医療費の高密度化・範囲拡大」は、いくつかの理由により生じる。

第 1 に、技術変化(technological change)である。医療のばあいには、技術変化——新薬や検査・治療に関する新技術の開発——は、生産性の向上につながらず、資源投入密度を往々にして高度化させることになる。これは、他の部門、特に製造業部門での技術変化が、大幅な生産性の向上をもたらすことが多いのと比べて、医療のひとつの特徴であるということもできる。そのために、たとえば、Newhouse(1992) は、およそ 1940-90 年という過去 50 年間のアメリカの医療費増加の原因と信じられている要因——需要要因として高齢化、保険の普及、所得の増加、供給要因として医師誘発需要、サービス部門の生産性格差——の影響を足し合わせても 4 分の 1 程度にすぎないという見解に立ち(my own view)、残余の 4 分の 3 程度は技術変化によるものと考えている(believe)^{脚注}。

脚注

Newhouse(1992), p.11.

Newhouse が、実質医療費増加の 4 分の 3 程度を技術変化によるものと判断する際には、彼は意識的に主観的な表現、つまり、my own view や believe を用いていることに注意してもらいたい。その理由は、技術変化について触れる際の経済学者の分析手法——実質値の変化から測定可能な影響を差し引いた誤差を技術変化の影響とみなす——という、あまり厳密でない分析手法を彼もとっているからであると思われる。なお、Newhouse(1992)のなかで、技術革新(innovation)や技術進歩(technology progress)という言葉が一度も使われずに、技術変化(technology change)が用いられていることも、＜医療費おける技術変化＞が、通常イメージされる＜技術革新＞＜技術進歩＞とは異なることを意識してのことであろうと思われる。

権丈(2005〔初版(2001)〕, pp.202-3.

ところで、先日の「医療費の将来見通しに関する検討会」では、「医療において技術進歩が進めば医療費は下がると考えているような人がいるようだが、医療での技術進歩は医療費をむしろ引上げる」ということを、出席者みんなの共通認識のもとに議論をした。それもあたりまえである。検討会に呼ばれている人たちは、医療、医療経済の専門家ばかりだからであり、彼らの間では、医療経済の常識が共通の知識として共有されているからである。ところが、医療政策にもいろいろとアドバイスをくださる素人集団は、医療経済の常識を持ち合わせていない——だから、彼らの発言が、通常イメージされる技術進歩の話を医療にもそのまま適用した野蛮かつ暴力的な展開をみせることになるのであるが、その話は別途機会を設けまして……。今日は、医療費の増加要因と価値判断の話をしようと思う。

日本の医療費がどのような要因にもとづいて増加しているのか？

検討会で配布された次の資料をみてみよう。

医療費の伸びの要因分解

○ 医療費の伸びのうち、経済の影響を受ける要素は、主に診療報酬改定の影響であり、経済の影響を受けないそれ以外の要素により、医療費は変動する要素が大きい。

人口増減・高齢化等 ①	⇒ 主に高齢者の増加による医療費の増。 過去15年程度は1.8～1.9%で推移している。
制度改正 ②	⇒ 患者負担の見直しや介護保険の導入による影響。
診療報酬改定 ③	⇒ 経済成長が高い時期には、賃金や物価の伸びを通じて改定率が大きくなる傾向がある。
自然増 (医療の高度化等) ④	⇒ 医療の高度化などの伸び。 過去15年程度は2～3%で安定して推移している。

<医療費の伸びと経済成長率の実績>

	平成2～6年度	平成7～11年度	平成12～15年度
国民医療費の伸び (①+②+③+④)	5.5%	3.6%	0.7%
人口増減・高齢化等の影響 ①	1.8%	1.9%	1.8%
高齢化等の影響を除いた1人当たり 医療費の伸び(②+③+④)	3.7%	1.6%	-1.1%
制度改正の影響 ②	0.0%	-0.9%	-2.7% ※
診療報酬改定の影響 ③	1.1%	0.1%	-0.6%
自然増(医療の高度化等) ④	2.6%	2.4%	2.2%
医療費の将来見通しで用いる伸び率 (③+④)	3.7%	2.5%	1.6%
(参考) 経済成長率	3.5%	0.4%	-0.1%

(注1) 医療費の将来見通しに用いている平成7～11年度の1人当たり医療費の伸びの70歳未満2.1%、70歳以上3.2%を平均すると2.6%となる。
(注2) 平成12～15年度の制度改正の影響(※)は、精度の低い方法により計算したごく低い数値である。

7

日本では、国民医療費の増加から次の要因の影響を取り除いたものを、自然増（医療の高度化等）と呼んでいる。

- ・ 人口増加・高齢化等の影響
- ・ 制度改正の影響（患者負担の見直しや介護保険の導入による影響）
- ・ 診療報酬改定の影響

すなわち

自然増＝国民医療費の増加

－人口増加・高齢化等による医療費増加分

－制度改正による医療費増加分（往々にして負値）

－診療報酬改訂による医療費増加分

自然増は、1990(H2)年度から 2003(H15)年度までコンスタントに2%強を示している。この自然増の国民医療費への寄与率は次に示され、自然増は常に他を圧倒する医療費増加の主因であった。

1990(H2)－1994(H6)年度 47% (=2.6/5.5)

1995(H7)－1999(H11)年度 67% (=2.4/3.6)

2000(H12)－2003(H15)年度 314%(=2.2/0.7)

医療費の自然増が圧倒的な主因であるということは、ちょうど、経済成長では、労働と資本増加の影響を取り除いた全要素生産性(TFP: Total Factor Productivity)が圧倒的な主

因であることと似ている。そして次に論じるように、全要素生産性の伸びがなぜ生じるのか、どのようにすれば TFP をコントロールすることができるのかという問いは、多くの経済学者が強い関心を寄せる問いではあるが、なかなかよく分からないという TFP の特徴と、医療費の自然増の特徴も、実によく似ている。

さて、自然増——先日の「医療見通しに関する検討会」で、「自然増の要因をもう少し細かに分析してほしい」という話をみなで行った。そして、そうした話の流れの中で、わたしは、「人が医療費の増加要因を知りたい、そして医療費増加の主因である自然増の中身について知りたいのは、医療費の増加について価値判断をしたいからなんだろうね」という発言をした——つまり、多くの人は、医療費の増加要因の分析結果をながめながら、そのコストとベネフィットを比較しては、その医療費の増加は意味がある「当然増」であったり、その医療費増加分の負担は致し方なしと考えるべきかどうか、それとも、無駄な医療費増加であったのかを、意識的にか無意識のうちにやっているようなのである。したがって、医療費増加要因の分析は、公費で医療保障制度をまかなっている国では、特別に重要な意味を持つことになり、それゆえに、「自然増」という、なんとも曖昧なネーミングをされた増加要因が医療費増加の主因であるという状況が続いてきたのは、もどかしく、あまりよろしくないように思えてしまう。したがって、昔から、「自然増とはいったいなんなのか、なんとか分析はできないのか」という声が強くあったのだと思う。

ところで、こうした議論の中で、「自然増のさらなる細やかな分析が必要なことはよく分かるけど、みなさんが期待されているような分析は難しいのではないだろうか」という、どうも他の方々とは若干異なるポジションにすることが、会議中に自分ではじめて分かってしまった。このことが、この雑文を書くことになった動機でもある。

先に、医療費の増加要因を知りたいのは、医療費の増加について価値判断をしたいからであろうと書いた。そうした価値判断をするためには、ラフな思考実験的な形ででもコスト・ベネフィット分析を行う必要があることも上に書いた。ところが、ベネフィットを知るためには、医療のアウトカムを数量的に表現しなければならず、それがほとんどできそうにないという特徴を、医療は持っているのである。

たしかに、自然増をさらに分析して、インプット——ある新薬を使ったとかある新しい技術の手術が行われたとかのインプット——がどれだけ増えたかを観察することはできるし、そうした観察は、従来からも行われてきていた。しかしながら、そうした分析がなんだかピンとこないのは、そうしたインプットの増加がはたしてどの程度望ましいことなのか、なんとも分からないところに原因があったように思えるのである。医療インプットの増加が望ましかったのかを判断するためには、いかなるアウトカム（成果）——健康になったとか寿命が延びたとかのアウトカム——の増進をもたらしたのか、そのアウトカムは、

インプットの増加に見合ったものだったのかを考えなければならない気がする。しかし、医療行為のアウトカムは、なかなか把握できないのである。この点、次のような文章を書いたことがある。

年金が医療よりも研究対象として簡単な理由

医療に加えて年金の話もでてきたので、ここで、研究対象としての医療と年金の相違点について触れておこう。これまでいくつか、「年金は医療よりも簡単である」と文章に書いたり、話したりしてきた。その理由は、年金と医療それぞれの特徴が、年金はアウトカムが一義的に定めやすいのに対して、**医療はアウトカムが本質的にポレミック(polemic)——すなわち、多義的、論争的——なものとならざるを得ない**ことにあると考えている。こうした年金と医療の特徴は、年金は負担と給付の間に第3者が存在しないのであるが、**医療は負担と給付の間に医療供給という第3者が介在し、しかもこの医療供給が提供するサービスが、需給者間の情報の非対称性とか、診療効果すなわち生産物の不確実性、個別性＝属人性という実にやっかいな性質をもっていることから生じる。**

年金では、給付を上げるためには負担を増やさなければならない、負担を減らせば給付は下げざるを得ないという「負担と給付の恒等的関係」が、素人目にも簡単に理解できる。のみならず、誰が（どの政党が）、この恒等的関係を逸脱したウソを言っているのか、素人でも（わりと）簡単に見分けがつく。ところが、医療では、負担と給付の間に介在する医療供給に無駄があることを強調することにより、年金で成立する「負担と給付の恒等的関係」を逸脱した論法を作ることが、いとも簡単にできる。そしてここに実は医療問題を考える最大の困難さが横たわっているのである。

医療に限らず効率性・非効率性評価を行うために必須となるはずのアウトカム（成果）の測定が、医療ほど困難なサービスはなさそうなのである。以前、ある計量経済学者に「ケースミックスをコントロールした医療のアウトカムの測定ができるようになったら、君らの言っていることに耳を傾けるよ。医療のアウトカムが計測できる時代が来たら連絡してくれ」とコメントしたことがある。言うまでもなくこの言葉には、計量経済分析に耐えうる「ケースミックスをコントロールした医療アウトカム」の測定は、不可能であろうという意味を込めている。

ようするに、わたくしからみる**年金と医療それぞれの特徴は、年金はアウトカムが一義的に定めやすいのに対して、医療はアウトカムが本質的にポレミック(polemic)——すなわち、多義的、論争的——なものとなるということになる。**年金と医療、いずれの方が研究対象として簡単であるのかは、自明であろう。

こうした医療の特徴ゆえに、次にあげるようないくつかの事態が出来る。

直接証拠がなく状況証拠（間接証拠）のみで議論せざるをえない医療問題

アウトカムを測定できない、それゆえに論者の間でアウトカムへの共通認識をもつことが難しい医療の政策論を展開することは、＜自白や物的証拠＞のような直接証拠なくして状況証拠のみでもって裁判を行っているような事態となってしまう。

ある者は、日本の医療費の低さ、マンパワーの不足、マンパワーの過労を言い、日本の医療は限界にあることを主張するであろう。ところが、ある者は、開業医たちの一部目立った豪華な生活を指摘して、日本の医療費には、抑制の余地ありと強く論じるであろう。しかしながら、わたくしを含めて、彼らがあげる証拠は、医療のアウトカムを知りたいと思う者からみれば、双方とも状況証拠に過ぎず、議論の決定打とはなかなかないのである。

わが国の医療経済学のパイオニアであった西村周三氏が、以前、医療問題はアネクドタルな情報にもとづいて議論せざるを得ない側面があり、どうしても隔靴搔痒の感があると論じられていたのを記憶している。その感想は、医療問題についてまじめに考えた者であれば、必然、いただくものであるように思える。

権丈(2006)「勿凝学問 35 [政策論は価値判断と実行可能性という制約条件下で織りなされるアートか](#)」『医療年金問題の考え方——再分配政策の政治経済学Ⅲ巻』 pp.432-3.

自然増の中身をさらに分析したいという気持ちは分かるけど、医療費増に対する価値判断に資する分析にまで到達するかと言えばなんとも心もとない——それが、先日の「医療費の将来見通しに関する検討会」での発言の意味であり、その根拠は、医療のアウトカムの捕捉は難しいという点にあったのである。検討会の中で、「医療とか教育とか、アウトカムの把握は難しいけど、平等に消費したほうが望ましいだろうと考えられたサービスが、多くの国で公共が供給しています。これらのサービスは経済学的な性格付け（競合原理が働くか・排除原理が働くか）では公共財ではなく私的財なんですけど、政府が供給している。政府の活動を分析するのは、はじめから難しいんですよね」と話した意味も、これで分かっていただけだと思う。なんとも、舌つ足らずな発言だったと、帰路、少し反省した。

そういうことです。 > 会議ご出席のみなさま——と、ここに雑文を書くと、なんの連絡をしなくても霞ヶ関界限のひとと読んでくれているようなので、とっても便利です（笑）。先日、「勿凝学問」は社会保障政策に関する、ほとんど瓦版になっていると、評するひともいたけど・・・いつか号外でもだすかい（笑）。

ところで、会議で舌つ足らずな発言をしたことを少し反省した帰路——帰った先は、大学だった。会議がゼミの時間に重なっていたので、「5時に終わることになっているから、

それから大学に戻ってくるよ」と学生に伝えて、霞ヶ関に出かけていた。会議は 4 時過ぎに終わってしまったので、ゼミの教室に戻ったのは、4 時半頃。そこで 6 時までゼミをやって、彼ら学生と一緒に食事に出かけると、「先生、なんかあったんすか？」と心配そうなある学生。そして周りのみんなも、その学生の言葉に耳をそばだてている雰囲気——彼らは、予定よりも 1 時間ほど早く戻ってきたわたくしをみて、「あっ、なんかあって、飛び出してきたか追い出されて来たんだぞ、きっと」と心配していたらしい（笑）。