

医療分野への公的介入に関する 経済理論からの接近

2026年10月17日

柳原光芳(名古屋大学)・加藤秀弥(龍谷大学)・篠崎剛(東北学院大学)

本報告は、地方公共団体金融機構の研究プロジェクト「地方財政からみた社会保障」の成果の一部である。その内容は全て執筆者の個人的見解であり、地方公共団体金融機構の公式見解を示すものではない。

本日の報告

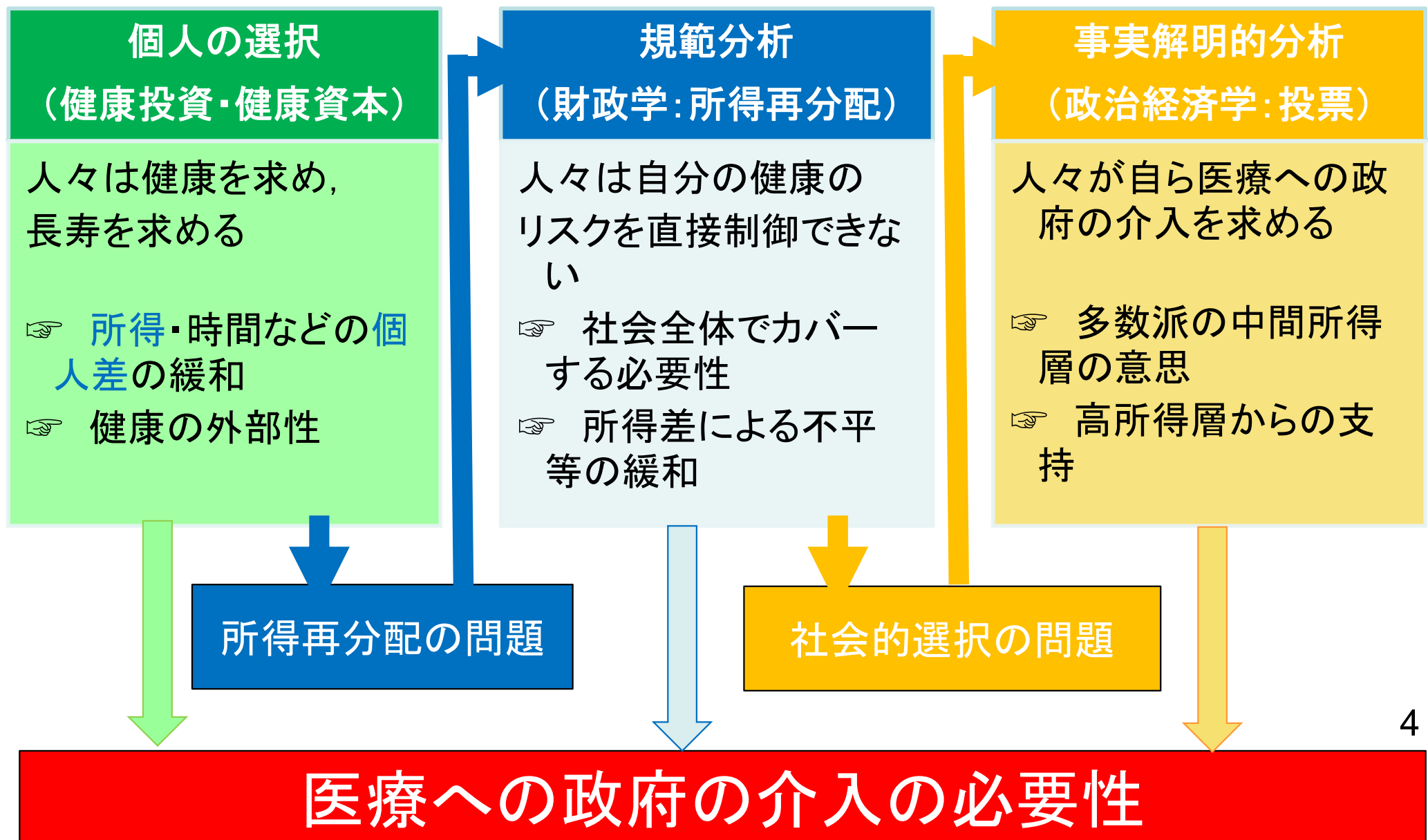
1. はじめに
2. 健康投資と健康資本
3. 医療の規範分析
4. 医療の事実解明的分析
5. まとめ



1. はじめに



1.1 本報告の構成



1.2 医療への政府介入を考える際の6つの問い

- 個人の選択(健康投資・健康資本)
 - ① 人々はなぜ健康を求めるのか?
 - ② 個人は独力で自分の健康に対して、「最適」にコントロールできるか?
- 規範分析(財政学:所得再分配)
 - ③ なぜ民間保険に加え, 公的医療保険が必要なのか?
 - ④ なぜ政府による医療提供がなされるべきであるのか?
- 事実解明的分析(政治経済学:投票)
 - ⑤ なぜ医療への政府の介入が人々に支持されるか?
 - ⑥ なぜ医療への政府の介入が高所得層にも支持されるか?

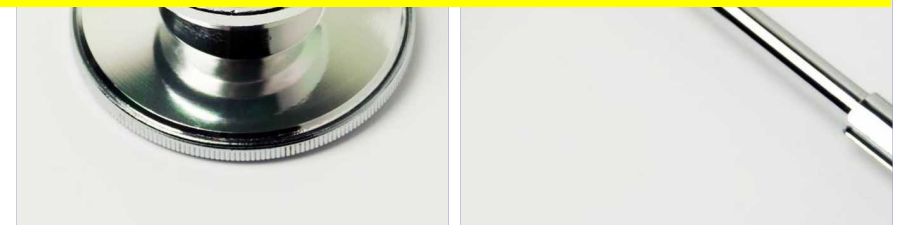
2.健康投資と健康資本

RQ1. なぜ人々は健康を求めるのか？

⇒A. 健康そのもの, 長寿による効用が存在する

RQ2. 個人は独力で自分の健康に対して,「最適」に
コントロールできるか？

⇒A. 個人の選択だけでは社会的に望ましい健康投資を
実現できない



2.1 なぜ人々は健康を求めるのか？

Grossman (1972)

“On the Concept of Health Capital and the Demand for Health”

◎「良好な健康(good health)」財への需要モデルを作る

☆ 健康 ≡ 健康な時間という産出を生み出す資本(ストック)

加齢



健康(への)投資(フロー)



- ・ 健康投資の「影の価格」は医療費以外の変数にも依存
⇒ 医療費(支出)・健康維持のための時間・教育水準
＋「健康の衰え」の進行度

2.2 人々が健康を求める理由

◎ 基本的な(市場経済下の)個人の(生涯)効用最大化問題

Philipson and Becker (1998)

生涯における(消費)財からの効用  (健康で)命を延ばす効用

※ 「消費」と「健康投資(医療支出)」とのトレード・オフ

⇒ 最大化条件: 命の延長の限界費用 = 命の延長の限界効用
(消費の限界効用) (健康投資の限界効用)

☆ 個人は「長く生きる」と「消費できない」中で, 自らの命を決定。

⇒ (問題) 個人はこのように「合理的」に必ずしも意思決定できない。
意思決定を所得が規定する。

2.3 個人による健康のコントロール

☆ 外部性(市場の失敗)

Kuhn, Wrzaczek, Prskawetz and Feichtinger (2011), Yew and Zhang (2025)

正 ・個人の疾病・傷病 → 社会全体の生産性の低下

・(一個人の)感染症 → 他者への感染拡大

☞ ワクチン接種, 感染症治療による, 他者への感染拡大の防止。

社会の構成員が健康であることによる, 総生産性の上昇。

負 ・病院の混雑

・抗生物質の過剰使用による耐性菌の発生

◎ (a) 個人の健康が社会に正の外部性がある場合の個人の効用最大化問題
生涯における(消費)財からの効用  (健康で)命を延ばす効用
+ 社会的便益

⇒ 最大化条件: 命の延長の限界費用 = 命の延長の社会的限界便益

(消費の限界効用)

⇒ 個人は命の延長の社会的便益まで考えないため, 健康に過小投資

2.4 政府が人々の健康を介入する1つの理由

- (b) 個人が「長く生き」ても「消費が保証されている」場合の効用最大化問題
(消費を抑える必要がない)

Philipson and Becker (1998), Gestsson and Zoega (2019)

生涯における(消費)財からの効用  (健康で)命を延ばす効用
(財を割く必要が小さい) (より命を延ばす)

- ⇒ 最大化条件: **安価な**命の延長の限界費用 = 命の延長の限界便益
⇒ 中央計画者による**公的医療保険(国民皆保険)**の提供
(外部性の内部化)

2.5 健康資本の理論研究の限界

- 健康投資の経済理論化は、「健康資本」のみに焦点をあてた、Grossman (1972)から始まった。
 - その後、消費と健康とのトレードオフを導入し、また、さまざまな形で健康投資・健康資本の導入が考えられてきており、Philipson and Becker (1998)が簡潔に寿命の選択を定式化している。
 - 個人の健康投資には所得・時間等の制約があり、さらに健康の外部性が存在するため、個人の選択だけでは社会的に望ましい健康投資が実現しない。
- ※ ただし、多くの「健康資本」の理論研究は、そのメカニズムに関心の中心があり、**個人の不均一性**(所得、教育水準、職業など)を扱うものはわずか。
cf. Dardanoni and Wagstaff (1987)
- ・・・不確実性下においては、資産格差が健康格差を決定する。
- ☞ あとの2つのテーマでは、**個人の不均一性**がある下では、公的医療が望ましいこと、またそれが国民によって支持されることが扱われる。

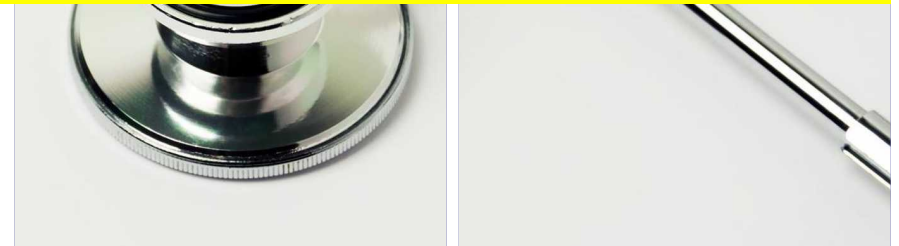
3.医療の規範分析

RQ3. なぜ民間保険に加え，公的医療保険が必要なのか？

⇒ A. 疾病リスクを社会全体でシェアし，所得再分配を可能にするため。

RQ4. なぜ政府による医療給付がなされるべきであるのか？

⇒ A. 現物給付が情報の非対称性の下で，所得再分配を改善できる。



3.1 公的資金調達：公的医療保険の役割

- ・ 所得は労働時間(労働行動)によって操作可能である一方、疾病リスクは本人が直接操作できないため、医療に関する情報を利用することで所得(所得税)だけでは実現できない再分配が可能になる。
 - ⇒ 医療サービスへの支払いに基づくことで所得税だけでは達成できない配分を実現できる。(Rochet, 1991; Cremer–Pestieau, 1996)

医療サービスの保険導入

- ① **逆選択の是正**：民間市場ではリスクを見分けられないため、低リスク者は脱退のインセンティブがある。全員を保険に強制加入させ、**リスクに依存しない保険料を課せば、低リスク者の脱退も給付の切り詰めも起きない**(Boadway et al., 2006)。
- ② **モラルハザードの是正**：モラルハザード解消のために、最適な公的給付率は100%未満に設定することが望ましい(Boadway et al., 2006)。残りは民間保険か自己負担で賄われる (Petretto 1999)。
- ③ **公的医療保険の保険料軽減**：所得に応じて補助を減らすことで、線形の所得税に非線形の要素を加えることとなる(Kifmann–Roeder, 2011)。

3.2 公的供給(1): 現物給付の有効性

☆ 公共経済学では「現物給付より現金給付のほうが望ましい（厚生経済学の第2定理）」  情報の非対称性がない場合

⇔ 『政府による現物給付が所得再分配機能を高める。』

(Boadway and Bruce, 1994)

☆ 患者が有する情報の非対称性に関する研究:

(医療は現物給付が望ましいということを示したもの)

(1) 病気か健康か:

Blackorby and Donaldson (1988)

(2) 高生産性の労働者(Hタイプ)か, 低生産性の労働者(Lタイプ)か:

Besley and Coate (1991), Gahvari and Mattos (2007)

【ターゲットの絞り込みはどうしてうまくいく？】

⇒ 政府が品質を制御しつつ現物給付を適切に行うことで, 健康・高生産性の労働者が病人・低生産性であるフリをすることが抑制できる。

3.3 公的供給(2): 労働供給との関係

① Blomquist and Christiansen (1995):

☆ 医療(の質)が労働補完財

(長く働く人ほど医療サービスを高く評価する, または多く需要する)

○ Lタイプ:Hタイプの模倣者より長く働くため, 労働補完的な医療をより高く評価。

⇒ Lタイプの労働者向けパッケージに公的医療を加えることで,
Hタイプの模倣者よりLタイプの労働者を優遇でき, 模倣が抑制。

② Blomquist and Christiansen (1998) :

☆ 医療(の質)が労働代替(余暇補完)財

(労働時間が短く, 余暇が多い人ほど医療サービスを高く評価する)

○ Hタイプの模倣者: 余暇が多いため, Lタイプの労働者より医療の質を高く評価。

⇒ 公的医療の水準を限定して上乗せを禁止すると,
Hタイプの模倣者は大きな効用損失を受けるため, 模倣を抑制
(= Besley and Coate (1991) と同じ)。

4.医療の事実解明的分析

RQ5. なぜ医療への政府の介入が人々に支持されるか？

⇒ A. 中所得層が所得再分配の観点から公的医療給付を求めるため。

RQ6. なぜ医療への政府の介入が高所得層にも支持されるか？

⇒ A. 将来の疾病リスク(保険料リスク)を回避する可能性があるため。



4.1 医療制度の選択に関する理論研究

「医療制度は政治的にどのように決定されるのか」に関する理論的研究
⇒ 人々は投票によってどのような医療制度を支持するのか？

想定：徴収された税金は、全て医療給付に充てられるものとする（目的税）

- ・ なぜ公的医療＋民間医療がなぜ存在するのか？
Epple and Romano (1996), Gouveia (1997)
⇒ 中間層 vs. 両端層 (ends against the middle)
ディレクターズの法則 (Director's Law)
⇒ 政治的均衡について **どのような医療体制** が選択されるか？
- ・ 政治的均衡の結果、どのような医療保険が選択されるのか？
Kifmann (2005) ⇒ **公的保険の制度設計** を分析

4.2 なぜ公的介入が支持されるのか？（リスクがない場合）

Epplé and Romano (1996) : 所得の異質性

結果：

- ・ 中間層 vs. 両端層 (ends against the middle)
 - 中間層は公的医療の拡大を望む。
 - 貧困層は公的医療を望むが、その規模の縮小を望む。
 - 富裕層は公的医療に反対（民間医療を望む）。
- ・ 政治的均衡（多数決均衡）において公的型，民間型だけよりも
公民併存型が選ばれる。

4.3 なぜ公的介入が支持されるのか？（リスクがある場合）

Gouveia(1997) : 所得の異質性 + **健康リスク(罹病率)の異質性**

⇒ Epple and Romano (1996) よりも医療部門に適したモデル
(民間医療保険も考慮)

結果:

- ・ ディレクターズの法則(Director's Law)
 - 中間層が貧困層と富裕層の負担によって、公的医療プログラムの拡大から利益を享受。
- ・ 民間医療を禁止する提案は、有権者の多数によって反対される。
 - **選挙の結果、公的医療+(追加的な)民間医療が望まれる。**

以上の2つの研究結果と日本における医療制度への対応:

「公的医療保険を基盤(ユニバーサルサービス)として、自己負担や民間保険によって追加的支出(高度医療)を行う混合的医療制度」が求められる。→ **公民併存する制度を説明する理論的根拠となる**

4.4 どのような保険形態が選択される？ (1)

Kifmann (2005) :

- ・ Gouveia (1993) モデル + **保険市場が不完備**であると仮定
 - 保険料リスク(健康状態の悪化による医療保険料の上昇リスク)に対する保険を購入できない.
 - * 若くて健康な時点で、将来病気になって健康保険料が高くなるリスクそのものに対して、あらかじめ保険をかけることができない.
- ・ **ゲームの第1段階において、保険形態を選択する.**

保険形態として以下の三つを比較

- ・ NG (No Government provision): 医療保険は民間保険会社のみが提供.
- ・ FF (Flat Fee): 医療保険は公的制度によって提供され、その財源はすべての個人に共通の一律負担によって賄われる.
- ・ IP (Income-Proportional): 医療保険は公的制度によって提供され、その財源は所得比例の拠出によって賄われる.

4.4 どのような保険形態が選択される？（2）

結果：

- ・ NG (No Government provision): 医療保険は民間保険会社のみが提供.
- ・ FF (Flat Fee): 医療保険は公的制度によって提供され, その財源はすべての個人に共通の一律負担によって賄われる.
- ・ IP (Income-Proportional): 医療保険は**公的制度**によって提供され, その財源は**所得比例の拠出**によって賄われる.

理由:

NG: 民間保険により健康リスクは保障されるが, 所得再分配は不可能.

FF: 健康リスク間の再分配は可能だが, 所得再分配は不可能.

IP: 高所得者から低所得者への所得再分配が可能(富裕層もリスク回避可能).

→ **医療保険と所得再分配を切り離そうとする制度改革は, 政治的に実現可能ではない可能性がある.**

👉 「公的医療保険は単なる貧困者への再分配制度ではなく, 富裕者にとっても将来の疾病リスク(保険料リスク)を回避する保険として政治的支持を得る」 21

→ **日本における公的保険制度(国民皆保険)の意義**

5. まとめ



5.1 まとめ (1) Research Questions

RQ1. なぜ人々は健康を求めるのか？

⇒ A. 健康そのもの, 長寿による効用が存在する

RQ2. 個人は独力で自分の健康に対して,「最適」にコントロールできるか？

⇒ A. できない(社会全体として考える必要性がある。)

RQ3.なぜ民間保険に加え, 公的医療保険が必要なのか？

⇒ A. 疾病リスクを社会全体でシェアするため。

RQ4.なぜ政府による医療提供がなされるべきであるのか？

⇒ A. 現物給付が情報の非対称性の下で, 所得再分配を改善できる。

RQ5.なぜ医療への政府の介入が人々に支持されるか？

⇒ A. 中所得層が所得再分配の観点から公的医療給付を求めるため。

RQ6.なぜ医療への政府の介入が高所得層にも支持されるか？

⇒ A. 将来の疾病リスク(保険料リスク)を回避する可能性があるため。

5.1 まとめ(2) Main Research Question

MRQ. なぜ医療に政府が介入する必要があるのか？

⇒ A. 医療には、個人の選択や民間市場だけでは十分に
対応できない問題が存在するため、公的介入が規
範的に正当化され、また、政治的にも支持され得る
。

※ ただし、規範的に選択される医療のあり方と、
国民の総意により選択される医療のあり方とは
異なる。

5.2 今後の課題

(1) 国・都道府県・市町村での役割分担について(分権vs集権)

本報告では、「政府の役割」のみに焦点を当てている。

→ 統一性と広域性に関わるものは国, それ以外のものは地方?

(2) いわゆる公立病院と民間病院の役割分担について

本報告では, 民間病院が医療を提供している状況を想定している。

→ 現実には, 公立病院も存在する。

→ 混合寡占市場(質・立地も含めた)を含めた議論も必要。

(3) 医師・患者などの医療に関わる主体の行動について

本報告では陽表的に扱ってはいない。

→ 医療経済学的視点を取り入れた公共経済学的な分析へ。

参考文献

- Besley, T. and S. Coate. 1991. Public Provision of Private Goods and the Redistribution of Income. *American Economic Review* 81(4), 979–984.
- Blackorby, C. and D. Donaldson. 1988. Cash versus Kind, Self-Selection, and Efficient Transfers. *American Economic Review* 78(4), 691–700.
- Blomquist, S. and V. Christiansen. 1995. Public Provision of Private Goods as a Redistributive Device in an Optimum Income Tax Model. *Scandinavian Journal of Economics* 97(4), 547–567.
- Blomquist, S. and V. Christiansen. 1998. Topping Up or Opting Out? The Optimal Design of Public Provision Schemes. *International Economic Review* 39(2), 399–411.
- Boadway, R., and N. Bruce. 1994. The Government Provision of Private Goods in a Second-Best Economy in Defining the Role of Government. *Economic Perspectives on the State*, School of Policy Studies, Queen's University.
- Boadway, R., Leite-Monteiro, M., Marchand, M. and Pestieau, P. 2006. Social Insurance and Redistribution with Moral Hazard and Adverse Selection. *Scandinavian Journal of Economics*, 108(2), 279–298.
- Cremer, H. and Pestieau, P. 1996. Distributive Implications of European Integration. *European Economic Review*, 40(3–5), 747–757.
- Dardanoni, V. and A. Wagstaff. 1987. Uncertainty, Inequalities in Health and the Demand for Health. *Journal of Health Economics* 6(4), 283–290.
- Epple, D., and R. Romano. 1996. Public Provision of Private Goods, *Journal of Political Economy*, 104 (1), 57–84.

参考文献

- Gahvari, F. and Mattos, E. 2007. Conditional Cash Transfers, Public Provision of Private Goods, and Income Redistribution. *American Economic Review*, 97(1), 491–502.
- Gestsson, M. H. and G. Zoega. 2019. The Golden Rule of Longevity. *Macroeconomic Dynamics* 23(1), 384–419.
- Gouveia, M. 1997. Majority Rule and the Public Provision of a Private Good, *Public Choice* 93, 221–244.
- Grossman, M. 1972. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy* 80, 223–255.
- Kifmann, M. 2005. Health Insurance in a Democracy: Why is it Public and Why are Premiums Income Related?, *Public Choice* 124, 283–308.
- Kifmann, M. and Roeder, K. 2011. Premium Subsidies and Social Health Insurance: Substitutes or Complements?. *Journal of Health Economics*, 30(6), 1207–1218.
- Kuhn, M. et al. 2011. Externalities in a Life Cycle Model with Endogenous Survival. *Journal of Mathematical Economics* 47(4), 627–641.
- Petretto, A. 1999. Optimal Social Health Insurance with Supplementary Private Insurance. *Journal of Health Economics*, 18(6), 727–745.
- Philipson, T.J. and G. S. Becker. 1998. Old-Age Longevity and Mortality-Contingent Claims. *Journal of Political Economy* 106(3), 551–573.
- Rochet, J. C. 1991. Incentives, Redistribution and Social Insurance. *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, 16(2), 143–165.
- Yew, S. L. and J. Zhang. 2025. Health Externalities to Labor Productivity and Optimal Policies with Endogenous Fertility, Labor, and Longevity.” *Journal of Population Economics* 38(2), 43.

ご静聴ありがとうございました。

医療分野への公的介入に関する
経済理論からの接近

柳原光芳(名古屋大学)・加藤秀弥(龍谷大学)・篠崎剛(東北学院大学)

日本財政学会第83回大会
企画①「地方財政から見た医療制度」

@専修大学 神田キャンパス
2026年10月17日