

## Opinion

# 経済概念から 日本の医療改革を考える



## 伊藤 元重

東京大学経済学部教授・  
総合研究開発機構理事長

### ➤ Profile

いとう・もとしげ

1974年東京大学経済学部卒業。米国ロチェスター大学大学院修了(Ph. D.)。専攻は国際経済学。東京都立大学経済学部助教授、東京大学経済学部教授を経て、1996年より東京大学経済学部・大学院経済学研究科教授。小淵内閣「経済戦略会議」、森内閣「IT戦略会議」で委員を務める。

医療は複雑なシステムである。GDPの約8%である40兆円という巨大な規模であるので、そこには実にさまざまな活動が含まれており、多くの雇用を支え、そして公的制度も非常に複雑である。一般の人が医療システムの全容を理解することはほとんど不可能に思われる。それどころか、現場で医療行為に従事している方々にも、日本の医療の全容は見えていないのではないかと思われる。

経済学者の重要な役割の1つは、そうした複雑な仕組みである医療の本質的な部分をできるだけわかりやすい形で記述し、骨太の改革を提案することである。日々の医療活動にどっぷりつかった当事者ではなく、外から観察する立場にあるからこそ、大きな枠組みで捉えることができる面もあるのだ。

この小論では、日本の医療のいろいろな局面を見ながら頭に

浮かんできたいくつかの経済概念を説明しながら、日本の医療のあるべき姿について考えてみたい。ここでは、「規模の経済性(スケールメリット)」、「私的資金の導入」、「インセンティブ、あるいはモラルハザード」、「情報の非対称性」、「分業」という5つの概念を取り上げて、それぞれの概念で日本の医療の側面について考察する。経済問題を考えるときにごく普通に使われるこれらの経済概念を利用することで、部外者にも日本の医療が抱えているいくつかの問題が見えやすくなるだろうと考えている。

### ✦ 規模の経済性(スケールメリット)

著名な心臓外科医である南和友氏のブログ(<http://minami-kazutomo.net/>)を読んでいたら、次のような指摘がされていた。ドイツでは心臓外科手術を行っている施設で平均年間に

1400件ぐらいの手術を行っている。日本では500以上の施設があり、1つの施設あたりの心臓外科手術件数は80件以下であるという。素人でも、そんなに少ない手術件数で医師やスタッフの技能習得は大丈夫だろうか心配になってくる。

もし心臓手術を行う病院の数を5分の1に減らすことができれば、1施設あたりの手術件数もスタッフも5倍に増えることになる。それなら十分な医師数と手術経験を確保できるだろう。普通の産業であれば、こうした集約化は当たり前のようになっている。経済学者が規模の経済性（スケールメリット）と呼ぶ現象である。自動車でも鉄鋼でも企業規模が大きく、時に合併などが行われるのは、その方が高度な技術を活用し、費用も下げることができるからだ。現代では、規模の経済性の利用は多くの産業で当たり前のことになっている。もちろん、規模の経済性とは単純な意味での規模のことだけを指しているわけではない。非常に特殊な分野に特化することで、絶対的な意味での規模という意味では小さくてもスケールメリットを生かす道はあるのだ。

医療でも専門性が高い分野では規模の経済性を生かすべきだが、残念ながらそうっていない。すべての大学病院が、市立や県立の病院が、そしてその他の地域の病院が、心臓外科を持つとすると500の施設が乱立しているのだ。心臓外科は1つの例にすぎない。日本には他国と比較にならないほどCTスキャンなどの医療機器があることが知られている。高度な機械をすべての医療機関が持っている必要はないのに、どこもそうした機器をほしがらる。明らかな無駄がそこに生じているのだ。

通常の産業であれば、競争の中で規模の経済性を発揮できないところは淘汰されていく。残念ながら、医療の世界ではそうした調整プロセスが働かないようだ。規模の経済性の活用は日本の医療の質を高める重要な鍵となっている。

## ✦ 私的資金の導入

多くの産業は需要と供給で成り立っている。人々のニーズが需要という形で供給者に伝わり、需要側が支払った金額が供給側の費用をカバーするのだ。より多くの需要がある分野では、より多くのお金が回り、より大きな産業に成長することになる。残念ながら、医療の世界では、こうした単純な需要と供給の関

係が成り立っていない。医療費が公的に規制された保険制度を通じて支払われるので、国民が自らおカネを出してサービスを購入するというメカニズムが働きにくいのだ。

しかし、税金や公的保険を通じた支払いだけで巨大な医療健康産業を支えることは難しい。1人ひとりの国民が自主的に自分のおカネを使って自らの健康に投資するような仕掛けを構築しなくてはいけない。より多くの人々が検診や運動などを積極的に行うほど、深刻な病気になって国民医療費が膨れあがることを防ぐことができる。国民の多くは自分の健康に関心を持っているはずだから、制度をうまく設計すれば国民の「私的資金」を医療分野に誘導することはできるはずだ。

たとえば、医療貯蓄制度を創設したらどうだろうか。シンガポールのメディカルセービング・アカウントの制度からヒントを得たものだ。国民がこの口座に貯蓄する分は所得から控除して税がかからないようにする。貯蓄に入れたおカネは誰に使ってもよいし、子供に無税で相続できる。ただし、その用途は医療や健康に関わるものだけであるという制約をつける。こうした制度で医療健康分野に国民のおカネが回ってくれば、それは結果的には医療費の抑制にもつながるのだ。

## ✦ 「インセンティブ」あるいは「モラルハザード」

人間はインセンティブの奴隷である、といわれることがある。人々の日々の行動をみていると、驚くほど損得の計算に基づいている。医療の世界でもインセンティブによって人々の行動に歪みが見られる。医療費が保険ですべてカバーされれば、過剰診療が起きたり、あるいは必要以上に頻りに病院を訪れることになりかねない。モラルハザードと呼ばれる現象だ。医療制度を構築する際には、患者や医師に誤ったインセンティブを持たせないような設計をすることが重要となる。医療経済学で行われているさまざまな実証研究でも、このインセンティブの資源配分の歪みを計測する事例が多い。

インセンティブの視点から医療制度改革を考える論点は多岐に渡る。ここではその1つの例として、医療保険制度の地域分割という視点を提示してみたい。すでに述べたように、医療費を下げるためには、多くの国民に予防・検査・食生活の管理

などに積極的に取り組んでもらう必要がある。そうした取り組みが進めば、結果的に医療費も抑制される。

医療保険改革の案にはいろいろなものがある。その1つとしてよくいわれるのが、国民健康保険や公務員共済組合などを1つにまとめて、地域ごとに分割するというものである。この地域分割案にはいろいろな意見があるが、興味深い点は保険医療制度と健康増進活動を地域内で連携させることができるということだ。保険者としても住民の健康増進活動や検査・予防がしっかり行われるほど医療費を抑制できる。より積極的にそうした活動に関与するインセンティブを持つことになる。国民の予防・検査や健康増進活動をどのように盛り上げていくのが日本の医療の大きな課題であるが、これを医療保険制度の仕組みの中に組み込む上で地域割りの保険制度は有効であるかもしれない。

## ▶ 情報の非対称性

医療行為には、患者と医療機関や医者の間で、大きな情報の非対称性が存在する。患者の側からは医師の行った医療行為を評価することは難しいし、医師の技量を知ることも難しい。情報の非対称性は経済学の世界で広く論議されている現象であり、多くの経済現象を理解する上で重要な概念である。

情報の非対称性から生じる問題を解決する1つの手法として、情報技術を活用することがある。医療の場合には、電子カルテや電子レセプトのデータをフル活用することができるはずだ。たとえば、それぞれの医療機関や医師が行った治療やその結果のデータが集まれば、統計的な処理をすることでいろいろなことが分かるはずだ。そうした情報をフルに活用することができれば、医療の質の向上につながるだけでなく、患者に医療機関・医師・治療法などについてのより詳しい情報を提供することにつながるはずである。情報システムをフル活用して医療の質を向上させていくことを、evidence-based medicine(証拠に基づいた医療行為)というようだ。

残念ながら日本では電子カルテや電子レセプトの活用が遅れているようだ。医師の側に電子レセプトを利用することに抵抗感を持っている人が多いようだ。手作業でやっていたことを電子機器に置き換えるという程度のことと考えている人も多いの

かもしれない。しかし、社会全体の医療・健康に関わる諸々の情報がネットワークシステムによってつながれることで得られる社会的利益には、計り知れないものがあるのだ。

## ▶ 分業

医学部のある著名な医師の方から次のようなことを聞いたことがある。東大の著名な外科医と、米国の著名大学の外科医が行う手術の件数を比べると、米国の方が5倍前後も多くなっているという。両者の間に技量の大きな違いはないし、米国の医者が特に過重労働になっているわけでもない。システムの違いで米国の著名な専門医は日本の専門医の5倍の件数の手術をこなすそうだ。

この違いの理由は、コメディカルという医療補助者の存在にあるようだ。米国の専門医の手術には何人かの補助者がつき、胸や頭の切開などの周辺作業はこの補助者が行い、専門医は本当に重要な部分の手術作業だけ行うということのようだ。手術の詳しいプロセスのことは分からないが、米国の専門医は多くのコメディカルのサポートの下で手術をしているが、日本の専門医は自分で多くのことをこなさなくてはいけないという。

他の多くの分野と同じように医療の分野でも専門化が進んでいる。専門化が進むほど、専門家の能力をフルに生かすために補助者の存在が重要になる。残念ながら日本の医療現場での医師と看護師の分業体制は、何十年も前の医療の状況を想定して作られたものだ。医療の専門性が高まってくれば、専門医には限定された専門性の高い行為だけに集中してもらって、その代わりにその周道的に「医療行為」を行うコメディカルの存在が重要になる。

たとえば、大学の理科系の学位を持った人を想定とした、3年の大学院コメディカル専門コースを創設したらどうだろうか。このコースの修得者は専門医にはなれないかもしれないが、専門医の手術や治療をサポートする医療行為従事者にはなれるはずだ。そうした医療分業体制の中間的人材を手厚くすることで、医師不足にもある程度対応できるだろうし、高度化した医療の質を高めることもできるだろう。そして、就職難で苦しむ多くの若者に新たな雇用の場を提供できる。