身近な疑問を読み解く

やさしい経済学

第6章 医療の公平性とは

1 曲がり角の日本の医療

一橋大学教授　井伊　雅子

この1カ月、あなたや家族に起きた医療問題は何ですか。季節柄、子どもが熱を出したあなた自身も風邪気味、そろそろ花粉症が気になる、健診で指摘された血圧、尿酸値、肝機能が気になる、または近くに住む高齢が高齢となり、ちょっと心配な症状ができてきたのご相談したい、などでしょうか。病気を予防することに関心のある人も多いかもしれません。

身近で、重要な問題である割に、「医療」について、きちんと学ぶ機会はほとんどありません。

日本では、患者がより高価な検査や治療を好む傾向があり、これが医療費膨張の一因になっています。普通、同じ価値であれば安い方を選ぶ人が多いはずです。なぜこんな現象が起きるのでしょうか。

通常、患者と医師の間には知識面で大きな情報格差があります。これを経済学では情報の非対称性と呼び、患者側に正確な情報が伝わる仕組みがなければ市場原理はうまく働きません。

日本の増加自治体が支出する医療費を分析すると、少なくとも3～4割が高血圧や糖尿病などの生活習慣病と呼ばれる疾患に使われています。英国、スウェーデンといった欧州諸国では、医療機関への受診は、原則として平日、慢性疾患で年1回、糖尿病まで3カ月に1回で、その間は専門の看護師たちが悪化しないように管理します。それでも平均寿命は日本とあまり変わりません。

日本では、患者は病気でも頻繁に幾つもの医療機関を受診するため、患者数が増える一方です。診療報酬の単価が安いので医師は多くの患者を短時間で診ないと採算が合いません。

短時間で診察をこなさなければならないので、医師は患者に対して必ずしも説明する姿勢がありません。患者は自己流の療養法を実行しがちです。療養方法がわからない患者は自己流の療養法を実施します。その結果、慢性疾患が悪化し、入院することになります。長引く入院は、高齢者の認知症の悪化や筋力低下などの危険を招きます。医療介護費は増えるのに、患者の満足や健康には寄与しない医療制度になっています。

この章では、こうした価値に対する疑問を解決するために、医療の公平性とは何かを考えます。

医療の公平性とは、「公平」であることです。医療における公平とは、一般に「アクセス（利用）の公平」「負担の公平」「給付の公平」の3つを指します。

アクセスについては、日本では大学病院にも近くの薬局医でもどこでも気軽に行くことができます。海外では、持っている保険証によって行ける病院が決まる国もあります。

「患者負担」は公平でしょうか。

日本の医療分野は、複雑な規制と制度が現場を縛っているとのイメージがあり、「もっと市場原理を導入すれば効率化できる」という主張をよく聞きます。しかし実は、日本は医療現場で何が提供されるかに関して行政の政策的介入が少ない、世界でも類を見ない自由放任主義的な体制です。

例えば、都市では民間開業医をはじめ、国公立病院、大学病院など設立母体の異なる病院が乱立し、各病院が自由競争を繰り広げています。最新の医療機器を病院だけでなく診療所も競って導入し、非営利と称しながら自由競争に突き進んできました。

市場原理を導入するだけでうまくいくのなら、競争的な日本の医療はとっくに効率化しているはずです。ところが現実には、1人の患者がいくつもの病院や診療所を回り、それぞれの医療機関で検査や投薬を受けるといった非効率事が生じています。

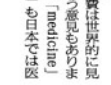
一方で、日本の医療は過度に商業化されつつあります。医学知識のない一般の人が、各種情報に振り回され、新薬や診断テスト、画像検査、手術などの高価な診療や健康食品などをエビデンス（科学的証拠）もないのに過剰に利用する傾向にあります。

医療や介護分野に市場原理が導入されるのを危惧する声もあります。しかし、問題なのは競争より、過度な商業主義ではないでしょうか。競争という言葉には一般に「勝負優劣を互いに競い争う事」の意味で使われます。しかし経済学では「公正または平等なルールのもとで、限られた資源を選択して分配するためのメカニズム」を指します。

お金を持っている人のみが、よい医療を受ける仕組みをつくることではありません。オランダやデンマークなどに比べ、疾患関連などのデータがしっかり捕捉されていないため、「医療費」に反映されず、過小評価されているという指摘もあるからです。

社会自体が、かなり複雑になって個人が孤独しいと感じ治療の仕方が多様化しており、医療もそれに合わせて変わっていかねばなりません。ただ、医療は命に関わるだけに、制度を改革しようとすると必ず感情的な反発が起きます。みんな利用している経験があるだけに、「直感的な印象論で議論が進んでしまうこともしばしばです。

問題の本質を見極め、より良い制度を作るためにも、このシリーズでは、医療問題を経済学の視点から考えてまいりましょう。



いい・まさこ　国際基督教大卒・ウィスコンシン大博士。専門は医療経済学

2 医療の質 評価難しく

一橋大学教授　井伊　雅子

うか。日本では全ての国民が何らかの健康保険に強制的に加入させられています。職業や住む地域で加入する健康保険は異なり、自治体の財政状況により保険料には個人差が生じています。医療費のかかる高齢者が多い自治体では財政が悪化し、負担が重くなるなど不公平感が蔓延っています。

医療サービスの「給付」に関してはどうでしょう。この点に関しては、実はよく分かりません。同じ病気であっても同じような治療（給付）を受けられることを「医療の標準化」といいますが、日本では、比較が難しいからです。

日本では医学部を卒業し医師国家試験に合格後、2年間の研修医制度の導入で、医師の質の評価が難しくなったことも、標準化を難しくしています。

医療の質を評価するためには、医師の技術や知識、患者の病状などの情報を集めて分析する必要があります。しかし、医師の技術や知識、患者の病状などの情報を集めて分析する必要があります。しかし、医師の技術や知識、患者の病状などの情報を集めて分析する必要があります。

3 自由放任で逆に非効率

一橋大学教授　井伊　雅子

が乱立し、各病院が自由競争を繰り広げています。最新の医療機器を病院だけでなく診療所も競って導入し、非営利と称しながら自由競争に突き進んできました。

市場原理を導入するだけでうまくいくのなら、競争的な日本の医療はとっくに効率化しているはずです。ところが現実には、1人の患者がいくつもの病院や診療所を回り、それぞれの医療機関で検査や投薬を受けるといった非効率事が生じています。

一方で、日本の医療は過度に商業化されつつあります。医学知識のない一般の人が、各種情報に振り回され、新薬や診断テスト、画像検査、手術などの高価な診療や健康食品などをエビデンス（科学的証拠）もないのに過剰に利用する傾向にあります。

医療や介護分野に市場原理が導入されるのを危惧する声もあります。しかし、問題なのは競争より、過度な商業主義ではないでしょうか。競争という言葉には一般に「勝負優劣を互いに競い争う事」の意味で使われます。しかし経済学では「公正または平等なルールのもとで、限られた資源を選択して分配するためのメカニズム」を指します。

お金を持っている人のみが、よい医療を受ける仕組みをつくることではありません。オランダやデンマークなどに比べ、疾患関連などのデータがしっかり捕捉されていないため、「医療費」に反映されず、過小評価されているという指摘もあるからです。

社会自体が、かなり複雑になって個人が孤独しいと感じ治療の仕方が多様化しており、医療もそれに合わせて変わっていかねばなりません。ただ、医療は命に関わるだけに、制度を改革しようとすると必ず感情的な反発が起きます。みんな利用している経験があるだけに、「直感的な印象論で議論が進んでしまうこともしばしばです。

問題の本質を見極め、より良い制度を作るためにも、このシリーズでは、医療問題を経済学の視点から考えてまいりましょう。

いい・まさこ　国際基督教大卒・ウィスコンシン大博士。専門は医療経済学

4 医師と患者に情報格差

一橋大学教授　井伊　雅子

患者は適切な判断に必要な情報を十分に持っていないので、より多くの情報をもつ医師と相談をして意思決定をすることが理想的です。経済学ではこうしたケースを「依頼人」と「代理人」の関係に置き換えて分析します。医師が「代理人」として「依頼人」である患者を支える責任者として医療情報を提供できれば市場原理がうまく働き、双方の利益となります。

しかし実際は、必ずしもそのような関係になっていません。プライマリーケア（1次医療）で、特にその領域が顕著です。日本で整備が遅れているプライマリーケアの分野は、風邪や腹痛などのよくある急性疾患から、高血圧、糖尿病などの慢性疾患、予防、在宅医療まで多岐にわたり、患者の医療ニーズの8～9割に当たります。

問題は、医療についての情報を患者に分かりやすく伝える専門的な訓練を受けている医師が少ないことです。自分や家族の健康問題を、どこでどのように相談すべきかといった情報を得るのが難しいのです。

適切な情報を提供する代理人がいないと、人々はサービスの種類だけでなく、その必要性や有効性、起こりうる合併症などのサービスの質に関する判断材料も入手できません。本来、プライマリーケアは、検査や治療にあまりお金をかけずに質の高いケアの提供が可能です。しかし、通常の財やサービスの場合、質が高ければ価格も高くなるので、多くの人々は安いものは質が悪いと敬遠し、高い治療選択に傾向にあるのです。

5 受診しやすさの矛盾

一橋大学教授　井伊　雅子

今の医療制度には、こういった高齢者があふれています。高血圧症や糖尿病、脂質異常症は万病のもとです。腎臓の悪化、心筋梗塞、脳梗塞の発症に共通の危険因子です。日本の高齢者への医療支出の割合は、高齢者比率の高さだけが理由ではありません。団塊の世代が高齢化するのに伴い、慢性・不全患者は全国で230万人になるとも推計されています。毎年5000人規模で増え続ける人工透析患者数も、2012年末現在で30万人を超えています。この数は世界的にも日本は群を抜いて多いのです。人工透析になると1人あたり年間500万～550万円の医療費が発生して、これに関連する新たな合併症が加わり、発生後から計約700万円が使用されます。人工透析に至る基礎疾患の多くは、高血圧症で、糖尿病などの

身近な疑問を読み解く
やさしい経済学

第6章 医療の公平性とは ⑥

一橋大学教授　井伊　雅子

一律に診療報酬の単価を増やせば慢性疾患を抱える患者の症状悪化を防ぐことはできるのでしょうか。自己負担を上げるとか、風邪程度の場合、公的保険から外す案なども提案されていますが、こうした政策で問題は解決するのでしょうか。

重要なことは、国民健康保険や健康保険組合など公的保険を運営する「保険者」の役割の強化です。医療の専門家を抱える保険者が医師と患者

プライマリーケア（1次医療）は様に初期医療だけでなく、最近、関心が高まる在宅での医療（みとり）なども含め、私たちの健康のニーズの大部分に対応します。プライマリーケアを担う診療所や中小病院の経営は、患者の頻回受診や検査や投薬に頼ることなく、疾病の発症を予防することで成り立つような仕組みにすべきです。しかし、日本はそうなっていません。原因の一つが診療報酬制度です。

日本の医療制度では、地域住民が健康になることが医療機関にとり経営リスクになっています。この問題の解決には、地域医療を担当する医師の収入を支える仕組みに主治医制度が必要です。医師と患者の利害が一致する報酬体系を考えることが重要になります。

英国では、2004年からQOFと呼ばれる成果払い制度が一部導入されました。臨床研究のエビデンス（科学的根拠）に基づいて診療の質を

医療には2種類の代理人がいます。一つは、プライマリーケア（1次医療）の専門家、もう一つは、2次・3次医療の専門家です。日本の医療制度はこの二つの専門家の間の役割分担が大十分です。

「分業」は生産性を高める代表的な方法です。例えば工業では、生産工程を細かく分けることで効率を高めていきます。作業する人も、同じ作業を繰り返すことで専門知識が増えたり、慣れた分りて技

政治家の多くは、借金をしてでも病院や介護施設を造ることを、医療や介護政策の目標とします。住民も立派な病院や施設、設備が整備されると安心します。

建物ができれば本当に安心なのでしょうか。病気を予防してできるだけ入院や要介護の状態にならないように自分や家族の健康問題を気軽に相談でき、必要なときには医療機関や施設で適切なケアを受けられること。そして、それ

身近な疑問を読み解く
やさしい経済学

第6章 医療の公平性とは ⑦

一橋大学教授　井伊　雅子

日本では法律や年俸といった治療ごとに細かく点数（価格）が決まっています。医師は患者に施した治療内容の点数合計を保険者に提出し、診療報酬を受け取る「出来高払い」の仕組みになっています。治療や検査を増やすほど売り上げが増える構造なのです。

そのうえ、医師が診療所を開業するに、資金の調達と回収は開設者の責任になるため経営リスクを背負わなければなりません。小病院や診療所で働く医師にこのような強い経済的なインセンティブ（誘因）が課せられていることは問題です。

予防もプライマリーケアの重要な役割です。しかし、現

身近な疑問を読み解く
やさしい経済学

第6章 医療の公平性とは ⑧

一橋大学教授　井伊　雅子

高めることを合理的に誘導した制度です。英国では、全国各地の疾患の発生率・有病率やそのトレンドなどを簡単に入手できます。例えば、地域住民の中で高血圧の患者の割合などを把握でき、その割合に応じて医療機関に報酬が支払われます。

日本では、地域の疾病デ

身近な疑問を読み解く
やさしい経済学

第6章 医療の公平性とは ⑨

一橋大学教授　井伊　雅子

ん。例えば大学病院の循環器専門医でも、本来は診療所などで診るべき安定した高血圧の患者さんでも多数診察しなければなりません。本来の専門に集中できなければ必然的に腕は落ちます。

世界ではプライマリーケアの専門医は、家庭医と呼ばれます。多くの国では全医師の

身近な疑問を読み解く
やさしい経済学

第6章 医療の公平性とは ⑩

一橋大学教授　井伊　雅子

能が上がります。これを経済学では「人的資本」が蓄積した、と考えます。医療の世界でも、例えば心臓外科医手術の経験数が増えるほど、よりよい成績で成功率が上がることが蓄積しやすくなるのです。

ところが、日本で医療の分業があまり進んでいませ

が財政的にも持続可能であることが住民のための政策ではないでしょう。

政府は医療から健康分野を成長産業にすると言っています。今後成長が期待される分野を選び、それに補助金などを付けて育成すること」が政府が果たすべき役割でしょうか。経済学者の間では、こうした考え

一橋大学教授　井伊　雅子

方に懐疑的な人が少なくありません。どの分野が本当に成長するのは、後にならないとわからないからです。

経済成長は、基本的には民間企業と市場によって実現されます。政府の役割は、そのプロセスが邪魔されないように環境を整えることです。

日本では住民に責任を持つ

適切な判断促す代理人

在の制度には、地域住民が予防によって健康になることが経営リスクになってしまうので、積極的に取り組む動機づけがありません。そのことで医療費が増加し、自治体の財政を圧迫して、それを国の補填をすることにつながります。こうしたインセンティブの問題は、国営企業と政府の関係を特徴づける「ソフトバジェット」という概念で説明できます。財政難の国営企業を政府が救済する状況をソフト

次治療）の初期段階で適切な情報提供がおろそかになり、患者の代理人として機能を果たせていないのです。

医師の代わりに、保険者が代理人の役割を果たせば、患者も適切な治療を受けた上で医療費を節約でき、保険者も医療費を節減するため、うまく機能しやすいのです。

ために、企業経営者と投資家を例に考えてみましょう。通常

動機づけの問題

設計の在り方です。

経済学では、個々人が自分にとって望ましい選択肢をとると考えます。適切な制度設計をするということで、そこに登場するプレーヤー（この文脈では医師、患者、政府など）が利己的な行動をとっても、社会全体にとって望ましい結果（配分）が得られるようになります。社会全体にとって望ましい結果を得るために、個々のプレーヤーのモラルに訴えることはありません。

適切な制度設計で誘導

医療分野でも、現在の出来高払い制度だけでなく、成果払いの制度や、一人の医師が担当する患者の人数に応じて収入が決まるような制度の導入も検討すべきでしょう。医師は患者のために予防行動をすることで十分な収入を得られるはずです。患者は過剰な検査や薬に頼らずに出費を節約することで健康を維持できます。保険者は医療費を節減でき、政府も財政を健全化でき、全員の利害が一致します。

分業で高まる効率

3～5割を家庭医が占めます。医師への支払制度も2次・3次医療と異なります。

日本人の20～30代の死因の1位は自殺です。うつ病の患者は、精神科や内科を受診しがちです。原因は以前から患う疾病や慢場や家族の問題などであることもよくあります。欧州では、心のケアが必要な人の7割が家庭医の診察を受けています。家族の事情や地域の特性まで考慮して治療し、薬に頼らず症状を緩和

真の代理人としての医師が不在です。病名がわかるまで医療機関を渡り歩いたり、高い自己負担のためにがんや難病患者が、優先すべき必要な治療を中断したりするなどといった話も珍しくありません。

私たちが日常利用する医療サービスの多くは、通常の財とは異なり、お金をかければかけるほど質が高くなるわけではありません。医療サービスには情報の非対称性もあり、過度に商業化されがちなサービ

します。メンタルヘルスへの対応でも精神科医と家庭医の役割分担が重要なのです。

分業のメリットもありますが、問題点が多いのも知識や技術は同じ」ですが、各分野で行動様式が考え方が異なります。互いの関連性がわかれるのも欠点です。プライマリーケアが整備されれば、専門医と家庭医がコーディネートの役割も担っています。

政府の果たすべき役割

バジェットと呼びます。

政府から事後的な救済があるとモラルが期待してしまうと、各企業とも将来的自立に向けたインセンティブをもたなくなるため、社会的に見て経済の効率性が損なわれます。かつて社会主義国で、国営企業が赤字に陥って国の補助金などで救済され、存続してきた現実です。日本の医療機関でも同じようなインセンティブの問題が起きています。

は経営者側の方が企業の様々な情報を持っています。経営者は情報をしっかりと収集したり、収益性が劣る事業を認識しながら過大な投資をしたりするかもしれません。

経営者と投資家との間に横たわる情報の非対称性の問題を解決するために、証券アナリストが存在します。企業が開示する情報を実際の立場で分析し、投資家に伝えます。医療における保険者の役割をしているのです。

（次回から「なぜ都市部では高いのか」を連載します）