

200901010A
200901010B

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

(H19-政策-一般-023)

研究報告書

平成22年3月

主任研究者 印南 一路
慶應義塾大学総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

(H19-政策-一般-023)

研究報告書

平成22年3月

主任研究者 印南 一路
慶應義塾大学総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

目次

I 研究組織	1
II 総合研究報告	3
III 統合研究報告	11
IV 分担研究報告	19
医療費適正化の在り方について—医療政策の目的と理念	21
医療費適正化政策の歴史の変遷と課題	41
研究協力 6 府県の医療費適正化計画に関する評価レポート	83
受診指数の推定におけるベイズ統計の活用	97
保健事業における地区組織活動と医療費適正化の取り組みの実態—全国調査の結果について—	161
保健予防対策の重点支援地域の発見—ベイズ推計による補正を施した受診指数と死亡率デー タの活用—	219
血管性認知症、虚血性心疾患、脳卒中患者の発症前受診行動の分析	235
フランスの医療費適正化政策と日本への示唆	247
先進諸国における医療費の増嵩要因に関する文献レビュー	261

I 研究組織

主任研究者

印南 一路 (慶應義塾大学総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員)

分担研究者

堀 真奈美 (東海大学教養学部准教授)

古城 隆雄 (慶應義塾大学 SFC 研究所 上席所員(訪問) 現:自治医科大学 地域医療学センター
地域医療学部門 助教)

研究協力者

今村 晴彦 (慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科 研究員)

黒島 テレサ (慶應義塾大学院政策・メディア研究科 修士課程 現:日本銀行調査統計局)

渡辺 大輔 (明治学院大学 国際学部 非常勤講師 現:成蹊大学 アジア太平洋研究センター
特別研究員)

Ⅲ 総括研究報告

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

主任研究者 印南 一路
慶應義塾大学総合政策学部 教授

研究要旨

本研究の目的は、医療費の適正化重点対象グループの発見のための分析方法を開発すること、およびそれを基にした医療費適正化計画に対する具体的な提案を行うこと通じて、国および都道府県の医療費適正化計画の策定を支援することにある。

初年度にあたる平成 19 年度研究では、国、都道府県、市町村が一体的に医療費適正化を推進するための役割分担と連携方法について整理を行い、医療費データを使用した適正化重点対象グループの分析方法を開発し、適正化重点対象疾病医療費、特に生活習慣病と精神疾患について、医療費決定要因構造モデル(概念モデル)を構築した。続く平成 20 年度研究では、「医療費適正化計画の作成状況に関する実態調査と課題の考察」研究、医療費分析における医療機関充実度指数の改良に関する「受診行動圏を踏まえた医療機関充実度指標の開発に向けて」研究、「介護費の地域差要因と重点対象グループの発見」に関する研究、「歯科医療費の決定要因構造モデルの構築」に関する研究、「保健事業における地区組織活動および医療費適正化の取り組みについての評価—山形県におけるパイロット調査の結果について」に関する研究、「ドイツの医療費適正化政策と日本への示唆」に関する研究の 6 つの研究を行った。

完成年度にあたる平成 21 年度研究では、「医療費適正化の在り方—医療政策の目的と理念」「医療費適正化政策の歴史的変遷と課題」「研究協力 6 府県の医療費適正化計画に関する評価レポート」「受診指数の推定におけるベイズ統計の活用」「保健事業における地区組織活動と医療費適正化の取り組みの実態—全国調査の結果について—」「保健予防対策の重点支援地域の発見—ベイズ推計による補正を施した受診指数と死亡率データの活用—」「血管性認知症、虚血性心疾患、脳卒中患者の発症前受診行動の分析」「フランスの医療費適正化政策と日本への示唆」「先進諸国における医療費の増高要因に関する文献レビュー」の 9 つの研究を行った。

本総括研究報告書は、これら9つの分担研究報告書の位置づけ、および研究結果の要旨を記述したものである。

分担研究者

堀 真奈美 (東海大学教養学部准教授)
古城 隆雄 (慶應義塾大学 SFC 研究所 上席
所員(訪問) 現:自治医科大学 地域医療学
センター 地域医療学部門 助教)

研究協力者

今村 晴彦 (慶應義塾大学大学院 政策・メディア
研究科 研究員)
黒島 テレサ(慶應義塾大学大学院 政策・メディア
研究科修士課程 現:日本銀行調査統計局)

A. 研究目的

2006年度の医療制度改革関連法案により、国および都道府県は医療費適正化計画を作成することを義務付けられた。この医療費適正化計画は、保健医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画との整合性を確保した包括的な計画として位置づけられている。この医療費適正化計画の大きな目的を達成するためには、医療費にとどまらず、介護費や保健活動そのもの、またこれらと医療費との関係を分析し、限りある政策資源を重点的に投入する必要がある。

本研究全体は、①医療費とその決定要因を保健活動費や介護費との関係も含めて分析し、②重点的に対策をとるべき対象（以下、「適正化重点対象グループ」という）を発見する実際的な方法を開発し、③第2期医療費適正化計画に盛り込むべき内容を具体的に提示することを目的とする。

B. これまでの研究経緯

平成19年度研究、平成20年度研究の成果は多岐にわたる。平成19年度研究の主要成果は、国、都道府県、市町村が一体的に医療費適正化を推進するための役割分担と連携方法について整理し、疾病、性、年齢別区分医療費データを使用した適正化重点対象グループの発見方法を開発したこと、また適正化重点対象疾病（生活習慣病および精神保健疾患）の医療費の決定要因構造モデル（概念モデル）の構築を行ったことである。

平成20年度研究では、平成19年度研究で課題となったテーマを追究するとともに、完成年度に向けての予備的な研究を行った。その主要な成果は、①医療費適正化計画の策定状況に関する実態調査を行い、推進体制の不十分さ、医療費分析の不足、住民への説明不足等の問題点を明らかにしたこと、②医療費分析において、医療機関充実度指標を開発したこと、③介護費分析を行

ったこと、④適正化重点対象疾病として歯科医療費の決定要因構造モデル（概念モデル）の構築を行ったこと、⑤保健事業における地区組織活動および医療費適正化の取り組みについて、山形県においてパイロット調査を行ったこと、⑥ドイツの医療費適正化計画に関する動向を振り返り、近時、これまで以上にプライマリケアや予防に重点が置かれている様子を明らかにしたことである。

C. 本年度の研究内容と結果

本年度は、平成19年度研究、平成20年度研究の延長上で、重要と思われるテーマの研究を行った。分担研究報告書は合計9つある。3年間全体を通しての、分担研究報告書の位置づけに関しては、総合報告書を参照されたい。

まず、「医療費適正化の在り方について—医療政策の目的と理念」では、問題解決一般論と実際の医療問題の批判的検討を通じて、医療政策の目的論と理念論を展開した。医療政策の目的は、「アクセスの保障（良質な医療へのアクセスの公平な機会の保障）」「経済的負担における公平性の確保」「医療システム全体の効率性の推進」の3つに集約でき、さらにその上位には、生命保持の機会保障があるべきだと論じた。この目的論を裏付ける理念論として、個人の自由を最も尊重するリバタリアンの立場に基本的に立ちながらも、生命保障については国の積極的関与を求める「生命保障・自由尊重の2段階規範論」を理念として提示した。これら理念と目的を前提に考えると、救急救命医療、急性期医療へのアクセスの保障、とりわけその平等保障が重要であること、したがって、第二次医療費適正化計画においては、医療費分析その他を通じて、このアクセスが十分保障されていない地域を重点支援地域として発見し、対策をとる必要があることを論じた。

第二の「医療費適正化政策の歴史的変遷と課題」では、国民医療費の推移と医療費適正化政策を含む全般的な医療政策の展開を確認し、医

療費適正化政策に的を絞り、医療費適正化によって、医療費負担率(GDPに占める医療費の割合)がどのように変化してきたのかを振り返った。その際、これまで医療費適正化の必要性として語られてきた経済成長弊害論や財源制約論などについても批判的に考察した。これらの歴史の変遷を振り返った上で、医療費適正化論議における課題を整理し、これからの医療費適正化政策は、本来医療が果たすべき役割(国民の健康水準の回復・維持・向上と医療へのアクセスの格差縮小)に力点を移すべきではないかと論じた。

第三の「研究協力6府県の医療費適正化計画に関する評価レポート」では、研究協力6府県の医療費適正化計画の内容を精査し、各府県の計画に対する評価レポートをまとめた上で、医療費適正化計画に関する課題について考察を行った。評価にあたって採用した基準は、①地域の実情を理解する現状分析がなされているか、②現状分析を踏まえた政策目標が設定されているか、③政策目標を達成するための実行性のある対策と計画が掲げられているか、④住民に対する説明や参加を促す仕組みがあるか、の4つである。この4基準全てにおいて、充実した計画を策定している例はなく、いずれかの基準で優れていても、他の基準では凡庸であることが多かった。評価の結果浮かび上がった改善点について整理した。

第四の「受診指数の推定におけるベイズ統計の活用」は、受診指数の推定において生じるSmall Area Estimation (SAE)の問題、つまり地域別あるいは性、年齢、疾患別等の細かな区分に分けて受診指数を計算する際に、分析単位が小さいがゆえに誤差変動が大きくなるという問題に対し、ベイズ統計に基づく補正の有用性と効率に関する知見を獲得する目的で行った研究である。

受診指数を改良するのに有用と考えられる4つの方法(Locally Weighted Average(LWA)、経験ベイズ法(EB)、階層ベイズ法(HB)のポアソン

ガンマモデルとポアソン対数正規モデル)を実際の高血圧疾患の受診率データに適用し、補正の精度を実証的に分析した。その結果、①高血圧疾患の受診率データでは、データ区分によっては、簡便な補正手法(LWAやEB)を用いたとしても、一定の推定精度を保つことが可能であること、②人口規模の小さな地域のデータ(期待件数がおおむね500件以下)等では、より精度の高い方法であるHB、EBを選択する必要があること、③補正の必要度を決定する要因は、期待件数の小ささ、単純指数(未補正指数)の標準偏差、単純指数(未補正指数)のはずれ値の有無の3つであることが判明した。

第五の「保健事業における地区組織活動と医療費適正化の取り組みの実態—全国調査の結果について—」では、平成20年度研究で行った山形県対象のパイロット・アンケート調査を全国に拡大し、全国の全市区町村における地区組織活動と医療費適正化の取り組みについて実態把握を行った。

その結果、地区組織活動は、パイロット調査での対象である山形県と同様、全国的に現在でもなお活発に実施されており、保健活動の基盤として重要な役割を果たしていること、また、担当者から概して高く評価されていること、さらに地区組織活動は、住民の「生活習慣の改善」や「健康意識の向上」といった、健康に直接関連する成果だけでなく、「地域のつながりを作る」「行政の施策に対する理解が得られる」といった、地域の「ソーシャル・キャピタル」を高め、間接的に地域の健康に寄与する成果もあることが確認された。そしてそれらの傾向は、人口規模別にみた場合に、人口規模が大きく、いわば「都市部」とみられる自治体において、よりはっきりとしていることが明らかとなった。

一方、医療費適正化に関する取り組みについては、自治体における保健事業をはじめとした各種取り組みの中で、「特定健康診査・特定保健指導」「健康相談、健康教室」は多くの自治体で取り込まれ、医療費適正化、および疾患一次予防や

二次予防における評価が高いこと、また「地区組織活動」も同様の評価を得ていること、「医療費分析事業」は有効性があると認識されているが、あまり実施されていないことが示唆された。

第六の「保健予防対策の重点支援地域の発見—ベイズ推計による補正を施した受診指数と死亡率データの活用—」の目的は、脳血管疾患患者と脳血管疾患の危険因子である高血圧患者を対象に、複数の指標を用いて国や都道府県が重点的に支援すべき市町村(重点支援地域)を対策度別に明らかにすることである。

まず、脳血管疾患SMR、脳血管疾患受診指数、高血圧受診指数の3指標を用いて、医療費が低い3県(山形県、長野県、静岡県)と医療費が高い3府県(大阪府、広島県、高知県)の市町村を、脳血管疾患の重度化と発症予防の観点から要対策度別に5段階に分類した。脳血管疾患受診指数、高血圧受診指数を作成する際には、SAEの問題を回避するため、階層ベイズ法(ポアソン対数正規モデル)による指数の推定補正を行い、指数の推定精度を高めた。

分析の結果、保健予防上の要対策度別に6府県の市町村を分類し、6府県の特徴を明らかにした。山形県と高知県は要対策度5の市町村が6割を占め、長野県は要対策度4の市町村が75%に達する。広島県は、67%の市町村が要対策度3に当てはまり、大阪府は要対策度1と2に83%の市町村が該当する。静岡県は、要対策度2～5に分類される市町村が一定程度存在する混在型であった。保健予防対策を考える際には、医療費の高低だけでなく、死亡率や医療機関への受診状況なども複数の指標を考慮しながら、支援すべき市町村の包括的な優先順位を付し、さらに優先順位にそった対策を講じることが重要であることを、本研究は示した。

第七の「血管性認知症、虚血性心疾患、脳卒中患者の発症前受診行動の分析」では、分析対象疾病(血管性認知症、虚血性心疾患、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)を患った患者を対象に、

発症前の医療機関と健康診査の受診状況を分析した。分析対象者の内訳は、男性42名(平均年齢64.2歳±6.5歳)、女性29名(平均年齢63.0歳±7.0歳)であった。

分析の結果、①分析対象疾病を発症した患者のうち、発症前に医療機関へ受診していた者の割合は42.3%(30.8%～53.7%、信頼区間95%)であり、また基本健康診査を受診していた者の割合は28.2%(17.7%～38.6%、信頼区間95%)であった、②実質的な健診受診者は、発症前に基本健康診査を受診していた者と基本健康診査を受診してはいなかったが医療機関に受診していた者の合計値であると言えるので、それらの該当者の割合を推計してみたところ、47.9%(34.1%～61.6%、信頼区間95%)であった、③性別や年齢によって受診行動に違いが生じているか否かを確認したところ、発症前に受診していなかった者の割合は、男性が40.5%に対し、女性が20.7%であり、男性の方が高かった($P<0.05$)、ことが判明した。先行研究の結果から、患者は自覚症状が伴わないと予防的受診行動を起ささないことが分かっている。患者自身が自発的に予防的な受診行動を起せるよう、自覚症状がなくても受診することの大切さを伝える教育をすることが重要である。

第八の「フランスの医療費適正化政策と日本への示唆」は、平成19年度研究以来の海外諸国の医療費適正化政策に関する知見獲得のために行った研究の一つである。本報告では、フランスの医療制度の基本的な特徴を述べた後に、なぜ1990年代以降の医療制度改革において、医療費適正化が量的コントロールだけでなく、質的なコントロールに重点が集まるようになったのかを検討した。

その結果、フランスにおける医療費の適正化とは、医学的な抑制と民主的な統制のもと、医療の効率的な提供と受診行動の合理化により結果として無駄な医療費を減らすことを目的とした試みであることが明らかになった。その試みの全てが成

功しているとはいえないが、フランスは、昨年度報告でとりあげたドイツと同じく、社会保険の枠組みの代表的な国であるだけでなく、医療供給体制も日本と類似点が少なくないことから、日本の医療費の適正化のあり方を考える上でも、少なからず参考になると思われた。

第九の「先進諸国における医療費の増嵩要因に関する文献レビュー」は、①先進諸国との比較において医療費の適正化の方法が模索できないか、②医療費の中長期的な適正化のためには、時系列な医療費の増嵩要因の把握も重要であるという二つの視点から、医療費の増嵩に関する諸外国の先行研究を整理したものである。

医療費との関連で取り上げられた主要な要因としては、(1)所得(GDP)、(2)高齢化(余命)、(3)その他に区分されるが、レビューの結果、分析対象の単位が国、地域、個人なのか、データのタイ

プがクロスセクションかクロスセクションを時系列にプールしたデータ(便宜上、パネルデータ)であるか、国際比較か同一制度内の比較で、必ずしも統一的な結果は得られていないことが明らかになった。特に、マクロレベルの国際比較研究において、諸外国との同質性を仮定することは難しいなど、統計手法上の課題もあり、結論の一般化には限界があることがわかった。さらに、海外の先行研究で多くとりあげられている所得にしても高齢化にしても政策で操作可能な変数ではなく、医療費の適正化という意味では有用な変数であるとは必ずしもいえない。

日本の医療費の適正化に貢献することを目的とするならば、政策実施主体に応じた分析単位、データにあわせる必要があるという視点から、日本国内のパネルデータを用いてさらなる実証研究を行う必要があることが判明した。

IV 分担研究報告

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究
分担研究報告書

医療費適正化の在り方について—医療政策の目的と理念

印南 一路

慶應義塾大学 総合政策学部 教授

研究要旨

2006年の医療制度改革で導入された医療費適正化計画は、単に医療費を適正化するための計画ではなく、医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画と一体的に作成すべき包括的な計画、換言すれば、医療政策の根幹を担う計画として位置づけられている。現在の第一次医療費適正化計画では、健診に関する目標と在院日数の短縮化に関する目標しか掲げられていないが、次期計画については、新しい考えを取り入れることも可能である。そこで、本稿は、医療費適正化はどうあるべきか、さらにより広い視野から、医療政策はどうあるべきかという、医療政策の目的と理念に関する根本的な考察を行った。

まず、問題解決の一般論をもとに、医療政策の目的と理念を議論する必要性を説いた。次に、最近の医療問題のうち、健康格差問題、医療崩壊問題、医療費問題を取り上げ、それぞれの問題設定の歪みに関する議論を通じて、この目的と理念の議論の必要性を裏付けた。

一般的に受け入れられている医療政策の3目的、すなわち「医療へのアクセスの確保」「医療の質の維持・向上」「効率性の推進」は、目的の記述としては不十分なこと、特に、負担における公平性を目的に加える必要があること、さらに、これらの3目的の上位に「生命保持の機会の平等保障」という目的があることを議論した。

この目的体系は、理念からみた裏付けが必要である。そこで、哲学における現代正義論を、功利主義、福祉リベラリズム、リバタリアンの順に記述し、医療保障の性質を考えることで、個人の自由を最も尊重するリバタリアンの立場に基本的に立ちながらも、生命保持の機会については、その平等保障のために国の積極的関与を求める「生命保障・自由尊重の2段階規範論」を理念として提示した。

最後に、この目的論と理念論が、医療政策一般と医療費適正化計画にもたらす示唆を記述した。これは救急救命医療、急性期医療へのアクセスの保障、とりわけその機会の平等保障の重要性を浮かび上がらせることになる。したがって、第二次医療費適正化計画においては、医療費分析その他を通じて、このアクセスが十分保障されていない地域を重点支援地域として発見し、対策をとる必要があることを論じた。

目次

1. 問題解決の一般論からみた目的論・理念論の必要性	23
2. 実際の政策問題からみた目的論・理念論の必要性	25
健康格差問題	26
医療崩壊問題	28
医療費問題	30
負担における公平性の確保の問題	31
3. 医療政策の目的論	32
3つの目的間の相互関係	32
負担における公平性の確保と3目的の再検討	32
より上位の目的である生命保障	33
4. 生命保障と自由尊重の二段階規範論	34
公正の理念論	34
リバタリアン	35
生命保障と自由尊重の2段階規範論	36
5. 医療政策への示唆	37
医療政策一般への示唆	37
医療費適正化計画への示唆	38
参考文献	40

医療費適正化の在り方について—医療政策の目的と理念

2006年の医療制度改革で導入された医療費適正化計画(第一次)は、病院の平均在院日数の短縮や生活習慣病の予防などによる医療費の伸び率を抑制する目的を盛り込んでいるので、医療費を適正化する計画であることは間違いない。しかし、2007年に公表された「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」によれば、医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画との調和・整合性を図ることとされている。また、医療費適正化政策の歴史を振り返ると¹、必要な部分に積極的に医療費を重点投資する意味としても、「医療費の適正化」という言葉は使われていた。このように考えると、医療費適正化計画は単に医療費を適正化(抑制)する計画というよりは、医療システム全体を適正化するという、包括的な計画、より一般的な言葉に言い換えれば、医療政策として理解することも可能である。

一方、医療は国民生活に身近なところにあるにもかかわらず、医療政策は政府・与党と利害団体の間の専門的な議論に基づく利害調整によって専ら決定されてきたとみることが可能である。特に、近時の政策過程は、医療費の水準、およびこれと極めて密接な関係を持つ医療保険制度改革をめぐる政治過程だったと言えるのではないか。

経済が成長し続けている場合には、高齢化や医療技術の高度化が進んでも、費用負担の問題は経済成長に吸収され、その理念的な議論、特に分配の正義をめぐる議論は不要だったかもしれない。しかし、今や経済の低成長化は否定しようがなく、その中で急速な少子高齢化と医療技術の進歩・高度化に対応しなければならなくなっている。

残念ながら、これまで「適正化」という概念が何を意味するのか、あるいは何を意味するべきなのかが国民的に論じられたことはない。医療費適正化はどうあるべきか、また、医療費適正化計画の包括性を考慮すれば、より広範な視野から、医療政策²はどうあるべきか、さらに現在の医療制度の良し悪しを評価する際の基準は何か、ということを示的に議論する時期に来ていると思われる。

これらの議論を行うには、医療政策の目的と、さらにこれらを背後で規定する正義(公正の理念)³に関する議論を行う必要がある。逆に、このような議論ができれば、医療政策一般についても、また医療費適正化の第二次計画に対する提案についても、これまでとは異なる新しい視点を提供できる可能性がある。本稿では、このような考え方にに基づき、医療政策の目的、医療政策の理念を明示的に議論することにする。

1. 問題解決の一般論からみた目的論・理念論の必要性

医療政策にとって、なぜ公正の理念を論じる必要があるのだろうか。冒頭で述べた経済成長の鈍化、少子高齢化、医療技術の進歩・高度化という環境要因の変化以外に理由があるのだろうか。本稿では、その理由を、問題解決という一般論から見たものと、実際の政策論議を観察したものの双方に求めること

¹ 本報告書内の分担報告書「医療費適正化の歴史的変遷と課題」を参照。

² ここでいう医療政策とは、①医療提供体制の整備と費用保障という2側面にわたる政策で、一般的に言われている「医療へのアクセス保障」、「医療の質の維持・向上」、「効率性の推進」に奉仕する政策を意味すること、②「医療」は疾病に対する治療行為(回避可能な死からの解放)という最もせまい意味での医療ではなく、検査・診断・看護、保健予防、健康増進活動、さらに介護を含むものとする。ただし、科学技術政策や産業政策としての目的は含まないものとする。

³ 「正義」とは、人間の行為や制度の正・不正の評価基準である(川本、1995)。ただ、日本では正義論という言葉はあまり使われず、公正の理念という言葉が用いられる。本文では、正義と公正の理念を同義で用いることにする。

ことにする。両者は密接に絡んでいるが、一旦分けて考え、前者から議論する。

医療政策は医療の政策問題に対する問題解決と言えるので、問題解決の一般論を医療政策にも当てはめることができるはずである。政策問題に限らず、何かの問題を解決するには、何が本質的な問題かを見極め、その問題を生み出している原因のネットワーク構造を明らかにし、その中でも特に重要な原因群に対する対策を講じる必要がある。

原因のネットワーク構造という耳慣れない言葉を用いたのは、以下の理由による。ある問題に対する原因は、それ自体が問題であることが多く、またその原因は通常一つではなく複数ある。これを第一次的な原因とすると、ある問題を中心に、その周辺に複数の第一次的な原因を並べることができる。その第一次的な原因一つ一つについても、複数の原因があるはずなので、同じプロセスをとることができる。また、ある第二次的な原因は、一つの第一次的な原因の原因であるだけでなく、別の第一次的な原因の原因にもなっている可能性がある。さらに、原因と結果の間には、一方向的なものだけでなく、相互的なものもあるであろう。これを図示すれば、いくつかのハブで連結されたネットワークのようになる。

たとえば、医師不足問題を取り上げよう。この問題は、絶対的な医師数が不足しているという原因（ここでは議論を単純化するために、これを原因と認めることにする）と医師が特定の地域や診療科に偏在しているという原因とに大きく分けることができる。前者の医師数不足は、資格者数の不足の問題と実際の従事者数の不足の問題がある。さらに、前者の資格者数の不足は医師養成の問題その他に原因に分けて分析できし、後者の実際の従事者数の不足問題は、医師の勤務環境その他の原因に分解できよう。

もう一つの第一次的な原因である（あるいは別の本質的な問題と言ってもよい）医師の地域偏在・診療科偏在の原因は、新卒後臨床研修制度、医学教育、専門医制度の問題等多様な第二次的な原因に分けることができる。これらの原因も、また歴史的なものを含めて、さらにいくつかの原因を指摘することができる。

このように考えると、原因、原因の原因、さらにそれらの原因というように無限に広がって行きそうであるが、実は、通常、原因の原因は、より本質的なものとなり、また複数の原因の共通原因になっている可能性が高いから、やがてはいくつかの非常に本質的な原因が明らかになるはずである。

次に、ある特定の原因に対する対策を考えることにすると、すぐさま目的論が必要なことが分かる。上記の医師不足問題では、新卒後臨床研修制度が特定の地域や病院での医師不足問題の原因になっているという指摘は多い⁴。しかし、医師不足問題を解決するために、この制度を廃止すべきであろうか。新卒後臨床研修制度は、プライマリーケア、地域医療の重視、より実践的な診療能力の開発といった、正当な目的に奉仕するために導入されたものであるので、この制度が医師不足を招いている一原因だとしても、簡単に廃止するわけには行かない。この制度を廃止、あるいは改変すべきか否かは、他の原因に対する対策等との比較考量が必要であるが、そのみならず、目的間の調整という問題が生じる。

一般的には、医療政策の目的として、「医療へのアクセスの保障」、「質の維持・向上」、「効率性の推進」という3つがあげられる。今、これらをそのまま受け入れるとすると、新卒後臨床研修制度は、「医療の質の維持・向上」という政策目的に奉仕すると考えることができる。一方、医師不足問題は、煎じ詰めれば、「医療へのアクセスの確保」と言えるであろう。したがって、もし新卒後臨床研修制度を改変するとすると、この両者の目的間の対立を何らかの形で調整する必要が生じる。残念ながら、3つの目的の同時達成の

⁴この制度によって、大学病院に残る医師が激減したため、全国的に大学の医局が各地の病院に派遣した医師を引き揚げる動きが加速し、地方病院等で深刻な医師不足が生じるとされている。

困難性が議論されていることはあるが、目的間の優先順位や調整に関する議論は非常に少ない。

目的間の優先順位や調整に関する議論を行うためには、そもそも医療政策の目的は何か、複数の目的があるとすれば、その優先順位は何かという議論が必要になり、さらに、その優先順位を決めるものは何かということが問題になる。

まず、医療政策の目的は何かを考えると、一般的に受け入れられている上記の3つの目的を同等なレベルの医療政策の目的として、そのまま受容することには問題があるであろう。これらの3つの目的は同じレベルの目的ではない。特に、経済的負担における公平性の確保を目的に加える必要があると思われる。そして、目的としてふさわしいものを特定できたとしても、実際の問題解決を図るには、目的同士が衝突した場合に困らないように、それらの間での優先順位を決めておく必要がある。優先順位を決めるには、これらの目的よりもさらに根源的な、あるいは上位の規範論が必要になるはずである⁵。

ここで問題となる規範論は、経済的な自由をどこまで制限し平等を達成するか、そのような平等を追求すべき具体的な範囲は何かという、分配的正義に関する理念と深く関連するはずである。この公正の理念と医療政策の目的論、さらに実際の制度設計における議論との間に整合性をとる必要があるということになる。

2. 実際の政策問題からみた目的論・理念論の必要性

目的論と理念論の必要性は、問題解決という一般論からだけでなく、実際の政策議論を観察することから導くこともできる。これは、特定の政策問題がどのように議論されているか、ということを考えるだけでなく、なぜ目的や理念の問題が明示的に議論されないのか、もし議論するとしたら、どのようなものになるか、ということも考え合わせるということを意味している。したがって、ここでは目的論と理念論の必要性のみならず、それらの内容についても一部議論することになる。

具体的な問題を取り上げる前に、結論を述べておくと、現実に議論されている医療の政策問題は、過剰に単純化されたり、結論先行型の問題定義に陥ったりしており、特に目的や理念の問題を議論することを回避しているケースが少なくないという点である。このような歪んだ問題設定がなされる背景には、①医療政策に関係する問題は、国民の命と直結するため国民の関心が高く、それゆえ感情論に陥りやすいということ、②医療問題には、多様な関係者の複雑な利害関係が絡み、かつ問題自体の専門性・複雑性が高いこと、③政党は問題解決をしたという実績を見せたい、あるいは問題解決に真剣に取り組んでいることを国民(選挙民)にアピールしたがる傾向があることがある。この3つの背景的理由を総合すると、国民の感情に訴え、解決が難しい複雑な問題は、単純な解決策の見える単純な問題にすり替え、しかも自分たちが望む解決策が選択されるように、問題を設定する作業が行われがちだ、ということになる。

そして、何よりも重要なのは、もう一つの背景的理由として、④理念に関する議論が、自由主義か平等主義かという単純二元論でしか把握されておらず、理念の問題を持ち出しても、政策問題の実質的な解決になることが期待されていないからでもある。このような思考様式の下では、理念の問題を議論することは、価値観や利害の相違に基づく国民の分断を深めるだけであり、また選挙における国民の広範な支持の必要性を考えれば、政党が特に負担に関係する議論(増税)を国民に提示しにくいという状況を生み出すことになる。

しかし、以下の具体的な議論を見ればわかるが、医療問題を本気で解決しようとするれば、目的論や理

⁵負担における公平性の確保を目的に加えること自体、公平とは何かという理念論が必要になる。

念論を正面から議論することは不可避である。負担の問題やその背後にある理念的な問題を避け、歪んだ問題設定を放置する限り、非本質的な議論が横行することになり、問題解決は遠のくばかりであると思われる。

以下、最近話題になった医療問題のうち、健康格差問題、医療崩壊問題、医療費問題の3つを取り上げ、どういう議論、特に問題設定がされているか、真の問題は何か、医療政策の目的や理念との関係はどうなっているのかを論じることとする。

ここでの議論、およびその後続く議論を通じて、通常医療政策の目的と呼ばれている「医療へのアクセスの確保」、「医療の質の維持・向上」、「効率性の推進」は、それぞれ「アクセスと質の適切なトレードオフ」「負担における公平性の確保」「効率性の推進」の3つに言い換えられるべきであり、またその上位に「国民の生命保障」があるべきだと主張する。また、この上位の目的の存在理由、および3つの目的間の優先順位、および前二者の内容を決定する理念として、生命保障・自由尊重の理念が重視されるべきだということを議論する。これは、自由主義か平等主義かという単純二元論に代わる新しい理念、実際の問題解決に資する理念の一つとして、議論を促進するために提示するものである。

健康格差問題

最近、社会経済階層によって健康水準に差があること、すなわち健康格差が話題になりはじめている。これは近時ブームになった格差社会論、特に所得格差をめぐる議論の延長上に位置づけられる。歴史的にみると、この健康格差に関する研究は欧州諸国ではじまり、米国に引き継がれ、最近では日本でも活発に研究されている。「所得格差は許せない。健康格差は命の格差だから、なおさら許せない」と論じることは容易であるが、議論はそれほど単純ではない。まず事実と呼べるべきものを確認しておこう。

第一に、所得、教育年数等の社会経済的要因と健康水準の間には、高い相関関係がある。所得が高いほど、受けた教育年数が長いほど、死亡率や罹患率(あるいは有病率)は低く、主観的健康度で測定される健康度は高い傾向がある。途上国も含めた国際比較をみると、この傾向は顕著である。

多くの研究が指摘するのは、医療へのアクセス(受診など)が所得に大きく影響されること、教育年数が健康意識や早期受診の必要性に関する理解と深く結びついているという点である。ただ、この相関関係は、原因と結果の因果関係を必ずしも意味しない。最も重要なのは、健康に対する意識であって、これが高い人は、教育も所得も結果としての健康水準も高いだけなのかもしれない。

健康に関するもう一つの事実は、これらの絶対的な所得水準等の影響を除いたとしても、相対的な所得格差が健康水準に影響するという点である。これは完全には証明されていないので、相対所得仮説と呼ばれている。所得格差の大きい米国の健康水準、たとえば平均寿命などの健康指標が必ずしも芳しくないのに比べ、所得格差の小さい日本や北欧の方がよいと論じられている。ただ、今のところどうしてそうなるのか、つまり因果関係の経路は不明である。

所得格差が大きいと、所得の高い階層でも社会的ストレスが大きくなり、これが生物学的に私たちの健康に悪影響を与えるという議論や、所得格差が大きいと、人々の一般的な信頼感やつながりなどの社会関係資本が揺らぎ、その結果、政治的な機会の不均等や再分配政策の後退によって、不健康な人の健康がさらに悪化するという議論など、様々な議論がある。いずれにしろ、健康格差は遺伝的要因(低体重など)、個人的要因(喫煙行動など)のみならず、社会経済的要因(所得、教育、人々の間のつながりを示す社会関係資本など)によっても生じると考えられている。

解明は進みつつあるものの、問題である健康の決定要因が、原因—結果の連鎖として科学的に完全に突き止められているわけではないので、その後の方策をめぐって態度が分かれる。一つは、因果関係の究明を急ぎ、それまでは政策的介入は慎重になるべきだという態度である。この考え方と親和性があるのは、健康水準に問題のある特定の集団を見つけ出し、その原因を個人の行動様式のレベルで解明し、その集団の健康水準を上げるようなミクロの政策を打つという原因特定型のアプローチである。

この原因特定型のアプローチに対しては、科学的な因果関係の究明を待っていて救済が遅れた例は多いので、社会的に重要な問題については、因果関係の完全な究明を待たずに、なんらかの対策をたてる必要があるという批判がある。

この原因特定型のアプローチに対する批判的な考え方を推し進めると、特定の集団ではなく、一般国民を対象にした政策で、かつ特定の原因に対応するのではなく、関係がありそうな原因のうち、特により上流の原因(原因の原因)に対する包括的な政策を提案することになる。包括型アプローチとも呼ぶべきものである。

たとえば、所得再分配による所得格差の縮小、教育改革による教育の機会格差の縮小、労働改革による正規雇用の増加による社会的ストレスの軽減等である。福祉リベラリズムに基づく政策とも言えるが、これを実施するには非常に大きな財源が必要になるので、負担を後世代に先送りすることなく、大幅な増税によって実現することの社会的合意が形成されることが条件となる。しかし、上流の原因は、健康格差問題だけでなく他の社会問題の原因にもなっているだろうから、解決されるのは健康格差問題だけでなく、より広範な問題であるということになる可能性もある。

この包括型アプローチを唱える考え方は、2つの前提に基づいている。第一の前提は、社会経済的な要素と健康水準の間の具体的な因果関係の経路は不明でも、両者の間の因果関係自体は存在するというものである。ここでは、各人の健康意識等のミクロレベルの変数は無視され、何が何にどう影響するのかという部分もブラックボックスにしたまま、たとえば所得再分配によって所得格差を縮小すれば、健康格差も自動的に縮小すると想定している。因果関係が解明されない限り、厳密に有効性を確かめることはできないが、結果としてこの前提が正しい可能性はある。

もう一つの前提は、健康格差が存在する社会は望ましくないし、国には格差を縮小させる責務があるという前提である。

健康格差がある社会は望ましくなく、国は格差を解消する責務を負うのだろうか。憲法を引用するまでもなく、「幸福」は私たちが信じる価値の中で、最も重要な価値である。その「幸福」に占める健康の位置は相当高いので、社会全体の健康水準も高い方が望ましいと言えるだろう。一般的な意味で、国民全体の健康水準の向上は望ましいことなので、健康格差の存在は望ましくない。特に、死亡率で捉えた場合の健康が、社会経済階層によって大きく異なるのは問題である。

しかし、健康は社会経済的にある程度決定されるものであると同時に、すぐれて個人の選択の問題でもある。健康になることを啓蒙するのは良いが、健康であることを各人に強制すべきではない。健康格差があるからといって、国の介入による解消が無批判に正当化されるわけではない。

喫煙行動の例がわかりやすい。喫煙はさまざまな病気の原因になっており、明らかに健康に悪い行動である。しかも、低所得者層の喫煙率が高い。しかし、自由な意志をもつ大人の選択であれば、喫煙自体を禁止すべきではない。健康よりも他の価値を重視する自由があり、このような自由は侵害されるべきではないからである。(もちろん、受動喫煙の防止は当然であり、喫煙の結果生じている追加的な医療費増

に対しては、他人の財産権を侵害して賄う理由はないので、喫煙者に追加的な保険料を徴収すべきである。また、止めたいのに止められない喫煙者に対しては、パターンナリズムによる介入の可能性もあるだろう)。

したがって、結果としての健康格差の存在自体を問題とするのではなく、個人の選択以外の原因で不健康になってしまうことを問題とするべきであろう。問うべきは、健康になりたい(より重要なのは、生命の危機に瀕した場合に、生存したい)という意志と、そのために適切な医療サービスを受けたいという希望を持つのに、自己選択以外の社会的理由によって、それが妨げられていないかどうかである。生きる意志を持った人々に、生命を保障すること、換言すれば、医療へのアクセスの機会が阻害されていないかどうかである。こう考えれば、結果としての健康水準の数字を上げるために、有効性が不明な社会政策を実施するよりも、救急救命医療や急性期医療へのアクセスを全国民にできるだけ保障することの方が、はるかに重要である。許されざるべき格差があるとしたら、それは医療サービスへのアクセスが不十分なことによる格差であろう。

つまり、健康格差問題は、どこまで国が個人の人々の自由に干渉すべきかという自由をめぐる問題、どこまで国民から強制的に徴収する税金で、格差解消に向けた政策をとるべきかという平等主義の範囲に関する問題、そしてより本質的には、医療へのアクセスの格差をどこまで解消すべきかという、医療政策の目的論・理念論と絡む問題であることが分かる。

医療崩壊問題

救急患者のたらい回しや自治体病院の休止や閉鎖のニュースが報道されるたびに、「医療崩壊」が起きているとの認識が広まっている。そして、その原因として、医師不足や医療費抑制・削減政策があげられ、医学部の定員増や診療報酬の引き上げといった対応策が実施されつつある。

しかし、このような現状認識、問題設定、原因分析と対応策には、多くの疑問が生じる。まず、医療崩壊が起きているという認識は、事態を過度に悲観的に評価してはいないだろうか。医療提供体制全般が機能不全に陥っていて、必要な医療が受けられない状況が多々生じているのならば、この認識は適切かもしれないが、大半の地域や診療科ではそこまで深刻な問題は生じていないのではないか。医療崩壊という言葉は、国民の耳目を集めるには効果的な表現であるが、センセーショナルな言葉だけに、イメージだけが先走り、不必要な混乱と不安感をあおっているのではないか。つまり、本当に適切に問題を捉えているだろうかという疑問である。

また、医師不足や医療費抑制・削減策が原因で、救急患者のたらい回しや自治体病院の休止・閉鎖が生じているとの見方があるが、このような分析・理解が果たして適切なのだろうか。他に真の原因と呼べるものがあるのではないか。

医療崩壊という言葉が意味する対象が論者によって異なるが、ここでは冒頭の 2 つの問題に絞って、丁寧に考えてみよう。

第一の救急患者のたらい回しの問題については、救急救命サービスに対する需要と供給の両面から考えることができる。高齢出産や医学の進展により、治療が必要な妊産婦や乳幼児が増加していること、また高齢化に伴って高齢患者が増加していること、さらに安易な救急車に代表される不適切な救急医療への受診があることなどによって、救急医療への需要自体が増加している。その背景には、ライフスタイルや人口構造の変化、患者相談の窓口の不備や患者自身のモラルの低下があげられる。

一方の救急医療の供給量が増加しない背景には、過酷な勤務環境のために救急救命医の育成が不十分である点が指摘できる。救急救命医が育たない背景には、1) 女性医師の増加、2) 病院経営の問題点、3) 医師の職場・診療科選択の自由がある。いずれも、総数としての医師が不足気味なことや診療報酬が低いことは、直接の原因であるとは言い難い。

相互に関連の深い1) 女性医師の増加、2) 病院経営の問題点からみてみよう。

近年、女性医師の割合が増加しており、医師国家試験の合格者数に占める割合は約 34%、全医師に占める割合は約 18%に達している。女性医師は結婚・出産・育児のために男性医師よりも労働時間や労働期間が少ないと言われており、勤務環境が厳しい診療科ではますます医師を集めることが難しくなっている。しかし、女性医師の増加は医師不足の原因ではあるが、問題にすべき原因とは言えない。他の産業と同様、女性労働者の増加は歓迎すべきことだからだ。重要なことは、性別に関係なく勤務できる環境を整えることであり、それは病院経営の問題である。

勤務環境が悪化し人が集まらない状態に直面すると、一般的な企業であれば、新規採用、人材再配置、給与水準の引き上げ、業務の効率化などを行う。病院も同じはずである。もちろん、生命を救済するという重要な社会的使命を医療機関は担っている。また、公的に診療報酬が定められており、経営の自由度は相対的に低いかもしれない。しかし、これらは、経営上の制約条件ではあったとしても、経営努力を放棄する理由にはならない。仮に診療報酬を引き上げても、診療科間の人件費や人材の配分が変わらなければ、対策の効果は上がらないだろう。診療報酬を引き上げても、経営問題が自動的に解決されるわけではない。

実は、産科医・小児科医の不足、総合診療医の不足等、他の医師不足問題も含めて考えると、3) の医師の職場・診療科選択の自由が真の原因なのである。医学生には、当然ながら職場や診療科を選ぶ自由があるため、不足している救急救命医や産婦人科医、麻酔科医になるよう強制することは難しい。一部の論者は、医師不足を原因視し、医学部定員を増やせば問題が解決するかのような主張をするが、いくら医師数を増やしたところで、この自由がある限り、勤務環境の悪い不足気味の診療科は敬遠され、必要な医師は確保されない。

この自由はプロフェッショナル・フリーダムと言われ、長い間議論することすら難しい状況にあった。しかし、医師育成のために多額の公費を投入していることも事実であり、この自由を今のままの完全に放置してよいかどうか問題である。米国では、専門医の認定数の枠で、この自由を実質的に制限している。日本では議論すら始まらないことが問題なのである。

もう一つの自治体病院の休止・閉鎖の問題を考えてみよう。今まであった医療機関が失われるのだから、住民にとってはショックなことである。

しかし、ここで考えるべきことは医療機関という施設の有無や規模ではなく、実質的な医療へのアクセスである。そのためには、住民の医療へのアクセスに問題が生じているのかを、人口の動態的变化(過疎化や首都圏への集中)を含めて、今一度確認する必要がある。開設者の種類別に医療機関を見てみると、公的医療機関は全体の約 15%(自治体病院は約 12%)、社会保険関係団体は約 14%、民間の医療機関が約 65%となっており、自治体病院の果たす役割は全体的には小さい。民間の医療病院と異なり、自治体病院には、民間では採算をとりにくい過疎地域やへき地を中心に、医療を提供することが求められている。もし、民間病院による医療へのアクセスが十分な地域であれば、自治体病院の休止や閉鎖はそれ自体が問題であるとは言えないだろう。