

## 医療制度改革とパターンリズム

福 田 敬

### 1. はじめに

近年、欧米諸国において医療制度改革の動きが活発になっている。各国とも目標としているのは医療の効率性の追求である。医療における効率性は、単に少ない費用で医療を提供することではなく、同じ効果をより少ない資源の投入で実現すること、言い換えれば、同じ資源でより高い効果を得ることであり、これは医療に限らず製造業でもサービス業でも常に追求されていることである。医療制度改革の動きはこの追求を具現化するものであり、各国ともさまざまな工夫をこらしている。そこで、本文ではイギリス、アメリカそして日本の医療制度および医療制度改革案をもとに、医療制度改革の動きについて述べてみたい。

### 2. 医療制度改革の必要性

先進国・途上国を問わず、医療に関する行政の目標は全ての国民に医療へのアクセスを保証することであった。我が国では昭和30年代に国民皆保険を達成し、全ての人々が低料金で医療を受けることができるようになった。先進諸国のうちで、現在でも全ての国民への医療提供が保証されていないのはアメリカくらいである。本来、医療はサービス産業の一部であると考えら

れ、サービス産業においては受益者が費用を負担するのが一般的である。しかしながら、医療のニードはいつ誰に発生するか予測が困難であり、どれだけのサービスが必要かの判断がつかない。そこで保険という形態により、集団が共同でそのリスクを背負うことになる。日本のように国の政策として全国民に保険加入を義務付けることは、医療が公的な性格を有するためとも考えられる。しかしながら、医療提供システムは国により違いがあり、全国民に医療へのアクセスを保証しているといっても、保険制度を中心とするものや、税収入を中心として国の事業として行っているものなどさまざまである。Blendonら(1990)は10カ国で現行の医療制度に対して変更が必要かどうかを調査している

表1 10カ国におけるヘルスケアシステムの評価(1990年)

	ほぼ変更は 必要ない	根本的な変更 が必要である	完全に作り直 す必要がある	国民1人あ たり医療費
カナダ	56%	38%	5%	1,483ドル
オランダ	47	46	5	1,041
ドイツ	41	35	13	1,093
フランス	41	42	10	1,105
オーストラリア	34	43	17	939
スウェーデン	32	58	6	1,233
日 本	29	47	6	915
イギリス	27	52	17	758
イタリア	12	46	40	841
アメリカ	10	60	29	2,051

出所: Blendon (1990) より作成

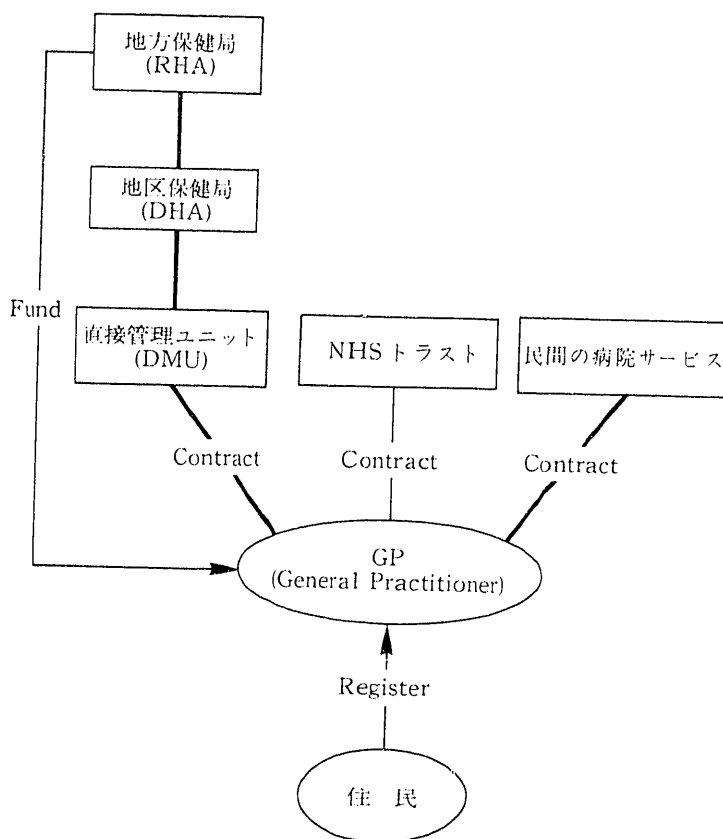
が、アメリカのみならず、日本を含む各国で医療システムの何らかの改革が必要であると答えている(表1)。近年では特に、日本を含む先進諸国において人口の高齢化が進み、それに伴い医療需要が高まることが予想され、現時点から医療費が高騰することが懸念されている。近年の各国でさまざまな医療制度改革は主として医療の効率的な提供を意図するものであると思われる。

### 3. 医療制度改革の方法

#### (1) イギリスの医療制度改革

イギリスでは国民医療制度(National Health Service)により医療提供がなされている。

これは、基本的にGP(General Practitioner)への登録とそこから2次医療機関へのReferにより成り立っている。1990年の改革での大きな変更点は、GPがそれぞれに予算の管理をし、病院サービスの購入を行うことである。これにより病院間で競争が起こり(Inner Market)、効率性が発揮されることを意図している。これまで、病院サービスを受けるには長い待ちが必要であったりして、効率的な運営に問題があるとされていたが、競争の原理を取り入れることにより質の高いサービスを安価に購入できるとしている。Inner Marketは、ファンドを持つGPがNHSの直接管理ユニットやNHSトラストあるいは民間病院から契約に基づいて患者に必要なサービスを選択し購入する



ファンドを持つGPは住民の必要に応じて地区保健局の直接管理ユニットやNHSトラスト、民間病院から契約により必要なサービスを購入する。

図1 ファンドを持つGPの病院サービス購入形態

ものである(図1)。医療サービスにおいては、主に情報の非対称性により競争原理は働かないと考えられているが、イギリスでは医療に関する専門的な情報を持たない患者が医療サービスを選ぶのではなく、患者のAgentとしてのGPが病院サービスを選択することにより、この問題が解決されることを期待している。しかしながら、この場合にはGPが患者のAgentとして、患者にとって最適なサービスを選択することが条件であり、そのためにはそもそも競争および選択が可能なだけの病院サービスが全ての地域において提供されている必要がある。イギリスのように国の制度として全国民に医療が提供されている国でこのような競争がうまく働かどうかを疑問視する見方もある。この1つとして病院間で競争を行うために、病院とGPとの間で契約を結ばなければならないが、GPも病院もこれまでなかった契約という作業に慣れておらず、どのようにサービスに値段を付けていくかが問題である。また、通常の企業間で競争が起こった場合にはその結果として、'倒産'する企業が発生する。病院間でも競争が起こった場合には当然、経営的に苦しくなる病院が発生すると考えられる。これらの病院の'倒産'を認めていくかが問題である。その理由の

第1は、競争により倒産が起こる結果、そもそも供給量の少ない地域では容易に独占あるいは寡占状態になりうることであり、第2は競争により生き残る病院が必ずしも質の高い医療を提供しているかどうかの保証がされないことである。病院サービスを患者自身ではなくAgentとしてのGPが選択することによりある程度は質の高いものが残っていくと思われるが、病院の経営と質の保証の両立が困難であることは我が国でもしばしば耳にすることである。医療の質を保証しながら競争をうまく働かせるための医療供給機関を確保していくことを市場にまかせるのが困難であるとすれば、ある程度国が介入することになり、結局、完全な国の管理を離れて市場原理を導入する場合に、どの程度のものが適切であるかを検討する必要がある。このことは我が国でも考えられることであり興味深い。

(2) アメリカの医療改革

アメリカではクリントン政権の大きな柱として医療制度改革が取り上げられ、議会で審議されている。1993年秋には大統領案が提示されているが、ここで基本となっているのは、'Managed Competition'の考え方である。アメ

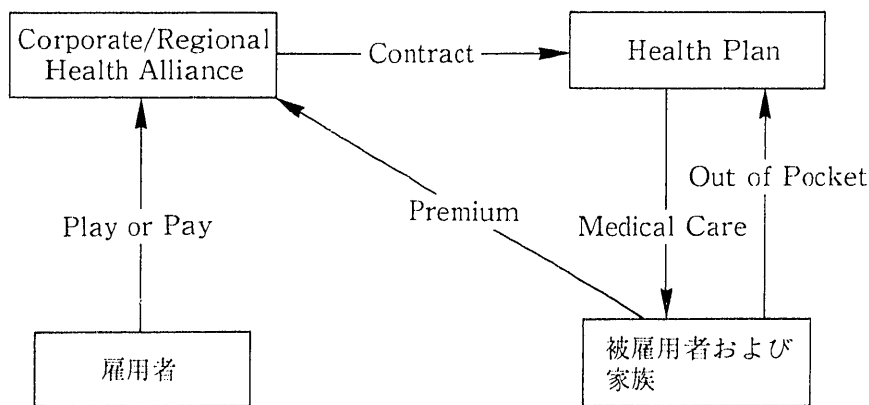


図2 クリントン案におけるヘルスプランとの契約

リカでは国が費用負担する医療制度としては高齢者のためのメディケアと低所得者のためのメディケイドがあるが、それ以外は個人が民間の保険に加入し医療サービスを受けている。医療サービスの価格は個々の医師や病院が決めるが、加入している保険によりサービスを受けられる医師や価格が異なるのが一般的である。近年ではHMOなどの集団による医療保障が進んでおり、クリントン案でもこのような形態が基本となっている(図2)。この案においては、企業あるいは地域で‘Health Alliance’が組織され、これを通じて個人が加入するヘルスプランを決め、購入するという形になっている。‘Health Alliance’の機能としては、各ヘルスプランで提供されるサービスについての情報の提供と購入の助言である。ここにおいてもAllianceが患者のAgentとして働くことによりヘルスプランとの契約に関して正常な競争状態が生じるように意図されている。各地域に選択可能なヘルスプランがあることや、それらヘルスプランの質の保証もHealth Allianceの機能である。また、ヘルスプランが経営上の理由などによりサービスを提供できなくなった場合にも他のヘルスプランと契約するまで継続的な医療提供を保証する制度も提案されている。これまで、個人が医師や病院を選択していた場合にも競争は可能な状態であったはずであるが、情報の非対称性などにより、結果として医師誘発需要などが問題として生じてきた。医療サービスの価格は上昇し、無保険者を中心として医療へのアクセスが低下する状態となった。クリントン案のような医療制度改革が実現し、うまく機能すれば、競争により効率的な医療が提供できる可能性もあるが、そもそもHealth Allianceを中心とした新たな機能が実現できるかどうか

は疑問である。

#### 4. 医療制度改革の方向

このようにイギリスでもアメリカでも、医療サービスを効率的に提供するために、患者のAgentを介して適度な競争を実現しようとしている。しかしながら、それは完全に市場にまかされた競争ではなく、競争をするための提供者の量や質、あるいはこれらの情報の提供に関して国が介入する形となっている。始めにも述べたように、医療の公共的な性質を考えると医療供給が不足し、患者が必要な医療を受けられなくなることは重要な問題であり、そのために必要な介入を国がすることはやむを得ない感もある。しかし、そこで重要なのは政府がどの程度の介入を行うべきであるかである。アメリカではあくまでも競争の原理を基本とし、それを有効に働かせるための制度改革であり、イギリスでは国が行っていた医療サービスをより効率的にするために市場原理を導入しようとするものである。日本では国の政策としての国民皆保険制度のもと、民間医療機関を中心に医療提供がなされ、医療サービスの価格は国により決められているため、価格による競争は起こり得ない状況となっている。これまで日本ではどの病院でも診療所でも同じ価格で医療の提供が受けられ、かつどこの病院、診療所で受診するかは個人の自由選択に任されてきた。そして、その結果、患者は設備の整った大病院へ集中するようになった。これに対して、現在、病院と診療所、あるいは病院間の機能分化がすすめられており、具体的には高機能病院における紹介外来制度の奨励や病院・診療所間での診察料の差別化などによりすすめられている。これにより、

地域全体における医療の提供が効率的になる可能性もあるが、同時に患者の自由選択が阻害されることにもなる。結局、医療サービスが公的な性格を有する以上、ある程度政府が介入することは必要であるが、その際に考えなければならないことは、国の役割である。国が国民のために十分な医療提供を保証しかつ効率的に医療を提供するために基本となるのは、'Rationing'の考え方である。以下、'Rationing'について述べてみたい。

## 5. 'Rationing' について

医療資源には限りがあるといわれるが、資源自体に限りがあるというよりも、公的な資金あるいは保険で医療提供を行う際の財源に限りがあるということである。そこに'Rationing'の考え方が必要となる。全ての国民に最高の医療を提供できれば理想的であるが、現実には我が国においても臓器移植をはじめとする最先端医療などには保険による支払いが行われていない。また、病室や食事などのいわゆる Amenity の部分ではどこまでを保険により負担すべきかの議論がなされている。財源が限られている以上、すべてではなく、ある程度の医療を提供することが行われることになるが、より重要なことは、その範囲が人によって違わない、すなわち、公平さが保たれていることである。クリントン案においても各ヘルスプランが標準的に提供する医療内容として、'Standard Package' を国を通じて設定するとしている。しかしながら、実際には個々の医療行為、たとえば手術などの需要は全ての人に発生するわけではなく、一部の人に限られる。つまり、日本の診療報酬点数表にあるような医療給付範囲のすべての項目を

すべての人が必要とするわけではない。そこで医療提供を行う施設や人員などの条件により、どの人にどの医療を優先的に行うかの判断が必要となる。これまでこのような判断は個々の医師や医療機関で行われている場合が多かったが、国あるいは州のレベルで優先順位を決めるべきだという主張もあり、アメリカのオレゴン州での試み<sup>2)</sup>などはその一例である。そこでのやり方には賛否があるようだが、少なくとも限られた財源の中での'Rationing'は必要であり、そのことを Health Economics の対象として取り上げているところも多い。

イギリスのヨーク大学にある Centre for Health Economics (CHE) においては<sup>3)</sup>、'Rationing'についての考え方は非常に明確である。すなわち、医療においては主に情報の非対称性などにより市場機能がうまく働かない。そこで、国の介入が必要となり、国が責任をもって国民に医療を提供することが必要となる。ところが、その財源には限りがあるため、どの医療を誰に提供するかを判断する基準を決めなければならない。その基準を決めるための研究をしている、ということである。そこでは、医療における経済性は投入した資源量に対してどれだけの効果が得られたかであると考えられている。従って、各医療行為の経済性を考える際にそこで投入する資源量とその効果を測定することが必要となる。

CHE は経済学者を中心とするグループが活動している場であるが、そこでの専らの関心事はお金ではなく、医療の効果の測定である。確かに、医療資源の投入量よりも産出としての効果の方が測定は難しい。費用と効果の測定の指標、および測定方法に関しては Drummond ら

表2 QALY League Table

	Cost/QALY (£ Aug 1990)
コレステロール検査と栄養指導 (40~69歳)	220
頭部傷害に対する脳神経外科的手術	240
GPによる禁煙教育	270
クモ膜下出血に対する脳神経外科的手術	490
脳卒中予防のための高血圧療法 (45~64歳)	940
ペースメーカー装着	1,100
大腿骨置換手術	1,180
大動脈狭窄による弁交換	1,410
コレステロール検査と治療	1,480
冠状動脈バイパス手術 (左冠状動脈主幹部病変, 重度の狭心症)	2,090
腎臓移植	4,710
肺癌のスクリーニング検査	5,780
心臓移植	7,840
コレステロール検査と段階的治療 (25~39歳)	14,150
家庭での血液透析	17,260
冠状動脈バイパス手術 (1枝病変, 中度の狭心症)	18,830
腹膜透析	19,870
病院での血液透析	21,970
透析患者の貧血のためのエリトロポイエチン療法 (死亡率の10%減少を仮定)	54,380
悪性脳腫瘍に対する脳神経外科的手術	107,780
透析患者の貧血のためのエリトロポイエチン療法 (死亡率の減少なしを仮定)	126,290

出所: Drummond (1993) より作成

(1987)の著書にまとめられているが、この中で主に取り扱っているのが、効用 (Utility) の測定方法としてのQALY (Quality Adjusted Life Years) である。つまり、医療行為の効果はそれを行わなかった場合のQOLの時間的変化と、それを行った場合のQOLの時間的変化の差分で表されるとする考え方である。この差を積分してQALYとして表す。その医療行為のために投入された資源は費用として金銭換算して用いる。このようにして、1 QALYあたりの費用を算出し、これをリストしてLeague Tableを作成する(表2)。ここにはさまざまな医療行為が列挙され、これを基に優先順位を決めようとするものである。根底には同じ資源の投入でより高い効果が得られるものを優先的に

行おうとするものであるが、年齢や疾患が異なる対象に対しての医療行為を同じテーブルの上で比較し、優先順位を決めることの妥当性には疑問がある。また、これを基に政策に反映させるとすると、そこにも問題が生じる。一般にCost-Utility Analysisで用いられるQALYは個々の医療行為の結果生じるADL等を基に、集団の意見をまとめたものであり、必ずしも個人の意見はそれとは一致しない可能性がある。従って、現実にある疾患に罹り、複数の治療方法がある場合にどれを選択するかについては、費用効用分析(CUA)のような手法による社会的な基準と、個人の自己決定(Autonomy)との間で差が生じる可能性がある。つまり、集団の意見として最も費用対効用が高い医療行為であ

っても、個人にとってみればそれが自分の希望するものとは異なる場合もあり得るわけである。この場合に、政策的な見方をすれば、国あるいは保険の費用で負担するのだから、集団として最も費用対効用の高い医療を公平に提供すべきであると考えられることもできる。また、逆に、個々の患者にとってなにが最も Utility を上げるものであるかは異なるのだから、Autonomy を優先させるべきであると考えられることもできる。中間的な案として最も費用対効用の高い医療行為を選択しない場合で、費用の差が生じる場合にはそれを自己負担とするなどの方法もあるが、これは結局、特に自己負担能力の少ない国民に対して最も費用対効用の高い行為を強いることになり、Autonomy は発揮できない。この点に関する CHE のスタッフの考え方は、国が費用負担をするのだから、最も費用対効用の高い行為を選択するのが望ましいことであり、これを選択するように医師などの医療提供者を教育することが必要であるという返事であった。これはあまりにパターナリスティックな考え方ではないかと思われてならない。

## 6. 医療制度改革とパターナリズム

では、このような観点から各国の医療制度改革や日本の状況を見るとどうであろうか。イギリスにおいては GP が患者の Agent となって最適な医療行為の選択の援助をすることになっているが、この際に患者の意見が100%反映されるかどうかは疑問である。特に GP が予算執行権を持ち、多くの人に公平に医療提供をしなければいけない状況を考えると、選択される医療行為や医療機関には、自ずと優先順位が付けられ (priority setting) てくるのではないかと思

われる。アメリカにおいては比較的患者の権利意識が高いと思われるが、クリントン案でも住民は年間契約でヘルスプランと契約を結ぶ必要があるが、結局その契約に則った医療機関で医療提供を受ける必要がある。日本においては、ほぼすべての医師、病院が保険適用であるため、現時点では、どこでも自由に選択して受診することができる。しかし、近年の機能分化の動きは、大学病院などの高機能病院への外来受診を制限し、診療報酬点数上では病院よりも診療所での診察を高く評価するなどして患者の流れを制御しようとしている。これは、地域単位で見れば効率的な医療提供に結びつくかもしれないが、患者側からみれば、自由な医療機関選択を制限することに他ならない。つまり患者の自由裁量の余地が減るわけである。では、医療行為についてはどうだろうか。現在のところ患者の Agent としての役割を果たすのは個々の開業医・病院勤務医であり、Refer されれば専門医でもある。どのような医療行為がなされるかに関しては、学会等で疾患ごとの標準的な処置方法 (Clinical Guidelines) などが示されているものもある。しかし、多くの場面においては、その患者に適した医療行為は Agent としての医師の判断に委ねられている。もちろんそこが、専門職としての医師の技量が発揮される最大の場であり、尊重されるべき領域である。一般的に患者は行われる医療行為の効果や弊害に関する情報が不足しているが、それでも医師への信頼から、医師がすすめる医療行為を受け入れることが多いと思われる。問題は、今後、医療提供の効率化という理由で、患者の医療機関の選択や、患者あるいは Agent としての医師の判断に制約が加わることが適切であるかどうかである。イギリスでもアメリカでも医療制度改革に

より、患者の Agent を通じて競争状態を作り出そう、あるいは保とうとしている。患者の Agent としての医師の判断が、完全に患者の意志を尊重するものになるかどうかは国の政策により影響される。現実には日本でも患者への医療行為の提供に当たって、主に診療報酬制度を中心とした諸制度の影響を受けていると思われる。提供された医療が適切であったかどうかを評価する機能もなく、個々の医師の判断に応じて医療の提供がなされている。効率性に関しては一般に、OECD 加盟国の医療費に関する分析等を通じて、日本は平均寿命が長く、GDP に占める医療費の割合は低いため効率的な医療提供がなされているとされているが、医療費の抑制に関しては、国が定める一律の診療報酬点数のもとで、低価格で医療が提供されていることが主たる要因と考えられる。現在のところ日本では GP などを Agent として医療の購買を行う制度はなく、医療機関の選択は自由である。病院と診療所とでは外来患者を多く獲得するために競争状態にあるが、価格による競争はできない。つまりイギリスやアメリカで考えられているような市場機能を取り入れる場は現在のところないといえる。しかし、市場機能の導入を検討する場合には患者あるいはその Agent による自由な医療サービスの選択と国あるいは保険財源の制約とをいかにバランスさせるかが重要な課題となる。

医療の目的は、従来「病気を治すこと」であったかもしれないが、人口構造や疾病構造が転換した現在、病気は必ず治るものではなく、いかに病気とつきあっていくかが重要な場面がしばしばある。そこで私見では、医療の目的を「患者の QOL の向上」と考えたい。時間的な軸につ

いては治療が終わった時点のみでなく、医療が提供されている過程をも含めて、治療後も継続的に考える。「向上」といっているのは必ずしも医療を受ける前に比べて向上することではなく、医療を受けなかった場合に比較して QOL が高いことを意味する。これを時間的な軸に対して累積するので、一時的に、例えば外科的処置などで、QOL がこの処置を行わなかった場合に比較して低下することがあっても、累積により処置を行った方が QOL が高いことが目的である。そして、これは個々の患者の QOL の向上である。つまり、個人としての患者の QOL は原則的にはその個人にしか判断できない。確かに集団としての意見もあり得るが、最終的には個人の QOL は個人が判断する以外になく、そのために必要なできる限りの情報をその個人に提供する必要がある。そのうえで、個人である患者の自己決定により行うべき医療行為が決定されるべきである。つまり、医療サービスの選択に関しては Autonomy が最優先されるべきであり、医学的に専門性の高い情報の理解が困難であるなどの理由で患者個人が医療の選択ができない場合には、患者が最も信頼できる Agent としての医師を選択することも Autonomy の 1 つであろう。問題は、この患者の Autonomy と国あるいは保険者の制約とをどのように、あるいはどのレベルで両立させるかである。

#### 注

- 1) イギリスの NHS 改革および Inner Market については、中泉真樹 (1993) 「英国国民保健サービス改革とその内部市場メカニズムについて」『海外社会保障情報』No. 104 に詳しい。
- 2) オレゴン州ではメディケア対象者への医療提供に関して、優先順位を付け、効率的な提供を試みがなされた。久繁哲徳 (1992) 「医療



の優先順位決定と医療システムの効率化—オレゴンの医療改革』『海外社会保障情報』No. 101を参照のこと。

- 3) 以下のパラグラフは主として筆者が1993年に参加したヨーク大学の Centre for Health Economics でのセミナーにおいて得た知見をもとに記述している。筆者はセミナーでのスタッフの講義をこのように理解したが、若干異なっている可能性もある。その点に関する責任は筆者にある。

#### 参考文献

- 有岡二郎 1994 「西欧の医療制度改革」『厚生指標』第41巻第10号
- 中泉真樹 1993 「英国国民保健サービス改革とその内部市場メカニズム」『海外社会保障情報』No. 104
- 池上直己 1987 『成熟社会の医療政策—イギリスの「選択」と日本』保健同人社
- Blendon, R., *et al.* 1990 "Satisfaction With Health Systems In Ten Nations" Health

Affairs Summer 1990

- Drummond, M., Maynard, A. 1993 "Purchasing and Providing Cost-effective Health Care" Churchill Livingstone
- Drummond, M., *et al.* 1987 "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes" Oxford Medical Publications
- Fenn, P., *et al.* 1994 "Contracts and supply assurance in the UK health care market" Journal of Health Economics Vol. 13
- Klein, R. 1994 "Can we restrict the health care menu?" Health Policy Vol. 27
- Maynard, A. 1993 "Competition in the UK National Health Service: Mission impossible?" Health Policy Vol. 23
- Reisman, D. 1993 "Market and Health" St. Martin's Press
- 1993 "The President's Health Security Plan" Times Books

(ふくだ・たかし)

東京大学大学院医学系研究科博士課程)