

ラシ・フェイン 著

『医師不足：経済的診断』

Rashi Fein, *The Doctor Shortage: An Economic Diagnosis*.

The Brookings Institution, 1967, 199 p.

都 村 敦 子

1. 1970年代に入り、内外ともに“福祉への道”を目ざす議論が活発化してきている。福祉政策を論ずる場合の重要な柱の1つは、福祉サービスのためのマンパワーの養成・確保・活用の問題である。福祉サービスはいわば labour intensive なサービスであり、たとえば医療、社会福祉、教育などの領域を取上げても、それらの主役はマンパワーである。マンパワー政策の重要性に関しては、わが国でも約10年前（昭和38年1月）に、経済審議会が343頁に及ぶ「経済発展における人的能力開発の課題と対策」と題する答申を提出している。しかしながらこの答申の視点もそうであるが、これまでのそれはあくまでも経済発展との関連において人的能力の開発（すなわち労働力としてのマンパワー）を考えることにあった。経済を健全に発展させるためにとるべきマンパワー政策に主眼がおかれがちであった。しかし、今後は福祉の領域におけるマンパワー問題に関して、もっと多くの意欲的な研究が進められることが望ましい。そしてそのためには、教育・健康・福祉の結合した研究が必要とされよう。

ところで、医療の領域に限っても、医師不足を議論する場合しばしば用いられてきた方法は医師-人口比率を求めることであった。たとえば、わが国の都道府県別に見ると、人口10万対医師数（昭和44年）の最も高いのは京都府の163.9であり、最も低いのは埼玉県の70.2であり、これは京都府の1/2以下である。また1967年の人口10万対医師数は、ソ連220.6、米国153.4、フランス117.7、スウェーデン117.4、イギリス116.8であるのに対して、わが国のそれは111.4である。ある目標年度までに基準年度の医師-人口比率を、人口増加を考慮に入れて、少なくとも一定の標準値にまで高める必要があるというようなことはしばしば指摘されてきた。医師-人口比率という指標が1つの目安を示すことは事実であろうが、それは医師不足の意味のある尺度とはならない。それは、ある一定の比率を維持するために必要とされる医師数を測る尺度を示すにすぎない。医師-人口比率は

人口の規模にのみ焦点を合わせ、医師のサービスに対する需要の増加を無視している。必要とされるのは、医療サービスに対する需要およびそれらの需要を充たすために利用できる医師の供給を測る尺度である。ここに紹介する Rashi Fein の書物が狙いとするのは、まさにこのタイプの尺度を展開することにある。Fein によると、米国では医療サービスの供給問題に対する各種の処方箋が提出されてきたようである。しかし、治療においては、処方箋ではなく診断が第1ステップである。Fein の書物は副題が示すように、医師不足の経済的診断——議論のための経済的フレームワークを提供するものである。

2. 最初に、本書のアウトラインをスケッチすることから始めよう。まず Rashi Fein は医師不足における“不足”について論じている。ここに不足とは、たとえば消費者の所得が現在よりも高いとか、または医療価格が現在よりも低いならば、消費者がより多くの医療サービスを購入しようとするというような状態を述べるものではない。これは“不足”の定義ではなくて、ビヘービアの記述にすぎない（この意味では、たとえばキャデラックは大いに不足している）。Fein は不足を2つに分類する。1つは economic need criterion による不足であり、それについて与えている定義は決して珍らしいものではない。すなわち、現行の医療価格および現行の所得を所与として、消費者が医療サービスに対する需要を充たそうとするとき、欲するだけのサービスが利用可能にならない場合に不足があるという定義である。そして economic need criterion に基づく不足が生じる原因として、価格反応における遅れ、ならびに医療従事者の参入と移動の制限をあげている。

いま1つは、medical need criterion に基づく不足である。ここでは“ニード”の概念を“需要”と対置させている。medical need criterion に基づく不足とは、需要が充たされても不足しているかもしれないし、また需要が充たされなくても medical には充足されている

かもしれないという種類のものである。Fein はこの medical need criterion に基づく不足の重要性を強調する。実際に多くの人々が医療のパフォーマンスと考えているのは、健康の保持であって、市場の保持ではない。そしてそれらの人々の多くは医療サービスの領域では競争市場は働かないし、むしろ市場メカニズムに頼るとかえって scientific medicine 自体を危いものにしかねないとさえ考えているという。それ故、むしろ医療の領域に意識的に責任ある planned intervention が導入されることが望ましいと述べている。medical need criterion に基づく不足は、医療サービスに対するニーズを充たすことができないことを意味するものであり、これに対しては2つの措置が必要とされる。その1つは、適切な医療サービスのための財源調達メカニズムを動かせることにより、または直接サービスを提供することによって“ニーズ”を有効需要に転化することである。そうでなければ、たとえ資源が利用可能であったとしても、多分健康の目標を達成できないであろう。いま1つは、この新たな需要を充たすための資源が利用可能でない場合には、資源をつくり出さなければならないということである。その場合、医療組織の硬直性および訓練に伴う遅れのために、このプロセスは長期間を要すると考えられる。将来の不足を見越して、公的介入が必要とされるであろうと述べている。

3. Fein はこのように不足について論じた後、本論ともいうべき需給の予測に進む。第1段階として、1965年を基準にして、1975年および1980年の医師のサービスに対する需要のプロジェクションを行なっている。需要に影響を及ぼす要因として8つの人口動態および社会・経済的要因を分析している。8つの要因とは、(1)人口増加、(2)性別・年齢別人口分布、(3)都市化、(4)地域間移動、(5)人種、(6)教育、(7)所得、(8)メディケア（高齢者健康保険）である。需要予測においては次の仮定が設けられている。すなわち1975年（および1980年）に所与の特性をもつ人々（たとえばある年齢階級に属するもの）は、現在それと同一の特性をもつ人々が医師の治療を受けるのと同じ度数で受診するであろうという仮定である。各特性をもつ人々の受診率に各要因の変化（たとえば所得増加）を適用して、総需要量が10年間（および15年間）に何パーセント増加するかという推定を行なっている。

Fein の需要予測の結果は次のようになる。1965年から1975年までの10年間に、人口増加によって生じる医

師のサービスに対する需要増加は12.2～14.6%、性別・年齢別人口分布によるもの1.0%、都市化および地域間移動によるもの0.2%、人種によるもの0.5%、教育水準および所得水準の上昇によるもの7.0～7.5%、メディケアによるもの1.0～2.0%であり、合計すると21.9～25.8%になるになる。同様にして1980年までには35～40%の需要増加が生じると推定されている。需要増加をもたらす最も主要な要因は人口規模と所得の増加に関連したものである。ところで、ここで予測された需要増加はミニマムの推定値であることを、Fein は強調している。というのはその他の変化（数量化することが困難なそれ）、たとえば医学上の新しい開発、国民の医学的知識の向上、expectations の上昇、医療サービスの利用可能性を増大させるような制度の導入等の要因によって、さらに需要は増加すると考えられるからである。

次に第2段階は、供給側の予測であるが、あらかじめ著者はこれに関連してマンパワーとサービスとの連結についてふれている。すなわち、われわれの関心は医師の提供するサービスにあり、単純にマンパワーに焦点を当てることはできないというのである。技術は変化し、新たな資本設備が導入され、新しい開発がなされ、サービスの配分のための新しい組織がつくられる。これらは、インプットである医師と医師が提供するプロダクトすなわち医療サービスとの間の関係を変えるであろう。また医師といっても、年齢も能力も、訓練のタイプも、practice のタイプも異なり、同質的ではない。Fein はこうした問題を指摘しているが、実際に供給面の予測にあたっては、結局利用可能な医師のサービス量に対する第1次近似として医師数を用いることにとどまっている。

医師数の予測では次の仮定を設けている。過去数年間の医学校の卒業生の増加率が来る10年間にも続くであろうということ、および外国の医師の移住は現在の水準（1年当り約1,600人）で継続されるであろうという仮定である。1965年には米国の医師は305,100人であったが、彼の予測によれば、1975年には約362,000人に増える。これは19%の増加である。1980年までには医師数は29%増加すると推定されている。したがって、予測された需要と供給との間には、1975年までに3～7%（約9,000～21,000人の医師に等しい）、1980年までに5～10%のギャップが存在することになる。

4. 次に、需給ギャップを埋めるために、著者は2つの方法を提案している。第1に、新しい形態の組織――

特にグループ診療——を拡張することにより、第2に、新しいタイプの医療従事者を利用することにより、医師の生産性を刺激することができるというのである。すなわち、これら2つの方法は、医療従事者の分業を深め、また医療チームを構成する各種の成員の義務と責任の再割当てを可能にし、医師の生産性を高め、したがって医師の有効供給を増大させ、その結果医師の産出するサービスの供給を増大させることができると示唆している。

まずグループ診療に関しては、基本的な4つの利点をあげている。第1は、より大きい組織単位による規模の経済を実現できること。第2は、他の生産要素（医師以外の医療従事者や資本設備）に対する医師の比率を最適に保つことが可能になること。これはたとえば医師と看護婦の最適比率が医師1人当り看護婦1.6人であるとする、グループ診療の場合の医師3人と看護婦5人の方が、単独個人開業の場合よりも最適比率を確保しやすいということである。第3は、医療従事者をより効率的に利用することにより、医師の時間を節約できること。第4は、治療のための中核となる場を提供し、それによって専門化の増大に関連した設備や職員の遊休に伴う費用の損失を最小にすることである。

もう1つの方法、すなわち新しいタイプの医療従事者——長期間の教育や訓練を必要としない医師補助者——を利用することについては次のように考えている。医師補助者に、現在医師が行なっている仕事の一部を分担させ、医師の生産性をもっと高めれば、現在の医師数でより多くの患者を扱うことができるようになる。その上、単独開業診療よりも大きな組織化された単位で医師補助者を利用すれば、さらに生産性をあげることができると考えている。著者はこの提案の実行可能性を歯科診療の経験を検討することによって推論している。1950年から1963年の間に、個人開業の歯科医の絶対数は21.7%増加したにすぎなかったが、歯科のアウトプットは80%も増大した。したがって13年間に歯科医1人当りのアウトプットは44%も増加したことになる。それは生産性の上昇によるものであり、この生産性の上昇をもたらしたのは、歯科医の助手や衛生学者を含む歯科産業の職業構造の変化によるものであるという。

Rashi Fein のマンパワー政策についての処方箋は、医療従事者の生産性の向上の促進にむけられており、それは政府委員会や医学教育者が通常とる立場——医師数の増加を強調するそれ——とは異なっている。さらに、新しいタイプの医療従事者を教育し、雇用するためには、またグループ診療やその他の形態の組織化の発展のため

には、政府や民間の財団や医学教育者の支持が必要であることを Fein は強調している。

5. 本書は刊行以来海外でかなりの反響を呼び、すでにいくつかの書評がなされている。コメンターたちは、細かい点については批判を加えながらも、基本的には Fein の研究を評価している。次にそれら書評の中で指摘された批判の論点を整理してみよう。

それらの論点の1つは、Fein の研究が現時点で医師の不足が存在するか否かを分析するものではないということである。Fein の推定値は単に将来の需要と将来の供給を推定したものである。医師の供給が現在のニードに対して十分であるか否かがわからないならば、将来の不足の大きさに関して決定的なことはいえないであろう¹⁾ [p. 121]。この分析はたかだか現在のビヘービアに遅れないようにするために必要となる医師の供給を示しているにすぎない。しかしながら、John M. Glasgow は、この点をあまり強調すべきではないと言う。というのは“医療ニード”に関して客観的に受入れられている定義は存在しないし、充足されていない医療ニードが一体どれほどかを測定するのは困難な仕事であるからである。

いま1つの論点は、グループ診療に関して Fein が列挙した利点を確実に支持できるような証拠はあまりないということである。J. Glasgow は現在のところ利用できる証拠はあまりにも断片的なものであり、また決定的なものとはいえないので、グループ診療の潜在的な利点を直ちに支持できないと述べている [1. p. 122]。また Michael Grossman は次のように批判している。すなわちグループ診療と単独開業診療との患者の利用率を比較すると、グループ診療による病院や外科処置の利用は単独診療の場合よりも低い。したがって Fein の主張を必ずしも支持できないと言う。そしてもし Fein の言うようにグループ診療が真に効果的だとするならば、米国の医師会が最近グループ診療に公然と反対することを止めたことが刺激となって、積極的な政策手段をとらなくとも、グループ診療組織の発展は促進されるはずではないかと述べている²⁾ [p. 354]。

第3の論点は、新しいタイプの医療従事者の利用は現実問題として非常にむずかしいということである。すな

1) John M. Glasgow, *Industrial and Labor Relations Review*, Vol. 22 No. 1, October, 1968.

2) Michael Grossman, *Medical Care*, Vol. V, No. 5, September—October, 1967.

わち生産性の向上のために医師補助者を導入するという考え方の基礎には、Milton Friedman のターミノロジーを用いると³⁾ (p. 153), (医学的な) 技術的効率と経済的効率とを区別すべきだという考えが含まれているが、人間の尊い生命をあずかる医療の場合には、そのように割り切って考えることは現実的ではない。質を幾分犠牲にしてより多くのサービスを提供するよりも、少数の患者に最適なサービスを与えるほうがよいと考えるのが、通常の医師だという批判である [2, p. 354]。また医師補助者の利用を増加させること自体は望ましいとしても、医師と患者双方からの抵抗は無視できない問題だという指摘もある [1, p. 122]。また Elton Rayack は Fein に対して次のように批判している。新しい医療従事者や新しい形態の組織の発展にとって問題なのは、Fein が示唆するような財団や政府による財政的援助を確保するという問題よりも、むしろ組織化されている医療従事者の強力な抵抗を砕くことである。Fein は主要な政策的手段としてグループ診療の拡張を強調しているが、医師がグループ診療を構成するのを困難にする条件を議論する場合に米国の医師会のグループ診療、特に前払い式グループ診療に対する強い反対について Fein が何も述べていないのは片手落ちであるという批判である⁴⁾ (pp. 1044~1045)。

6. 最後に若干の点について筆者のコメントを付記しておこう。

第1に、ヘルス・マンパワー問題の経済的診断を行う場合、欠くことのできない視点は、相互依存の分析である。医療サービスのアウトプットをうみ出す過程における医師とその他のインプットとの間の相互依存関係を明確にしない限り、経済学的には決定的なことは必ずしもいえない。Fein の分析には、福祉の視点からみた望ま

しい医療資源の配分について一般的フレームワークを提供するという重要なポイントが欠落している。そのため彼の結論は、分析に基礎を置かない、甘いものとなっている。

第2に、Fein は医療の“ニード”と“需要”とを対照させ、medical need criterion に基づく不足を重視しているにもかかわらず、彼の書物の中核をなす実証分析では、現在の受診率のデータを用いており、したがって予測に医療のニードを組入れているとは必ずしもいえない。国民皆保険制度をもたない米国においては、現実には需要に転化されていないニードが大きいものと予想されるので、Fein の医師のサービスに対する需給ギャップは過小推定の可能性が強い。

第3に、わが国の医療サービスに対する需要の決定因に関する筆者の分析によれば、需要に重要なインパクトを及ぼす要因の1つは健康保険の給付率であり、もう1つは供給条件（供給がそれ自らの需要をつくり出すという要因）である。Fein の分析で所得水準の上昇が需要に大きい影響を及ぼすのは、ある意味で（米国では健康保険が整備されていない）、前者の要因と関連するものと考えられる。後者の要因についての分析が含まれていない点は遺憾である。

第4に、Fein は需要予測において、1年間1人当たり受診率を用いている。この受診率には病院の入院患者の受診は含まれていない。したがって Fein の分析では入院患者に対する医師のサービスの需要は取上げられていないことになり、この点は大いに問題であろう。またこの受診率は一定と仮定されているが、現実には10年間または15年間に、1人当たり年間受診回数それ自体も変化するであろうから、それらを考慮にいったダイナミックな分析が必要となる。

ともあれ、本書は以上のように一層の配慮を要する論点を多く含むが、ヘルス・マンパワー問題の研究を刺激するに足る興味深い議論を提示するものである。

(つむら あつこ 社会保障研究所研究員)

3) Milton Friedman, *Capitalism and Freedom*, 1962.

4) Elton Rayack, *The American Economic Review*, Vol. LVIII, No.4, September, 1968.

〔訂正とお詫び〕

Vol. 8, No. 1 の秋山智久「米国の公的扶助における市民権の構造」中、37頁の図1の図表と43頁の図2の図表がそれぞれ入れ替ってしまいましたので訂正いたします。なお、図1および図2のタイトルは訂正の必要はありません。編集部の手違いによりご迷惑をおかけしたことをお詫びいたします。