

医療における公的負担と私的負担

池 上 直 己

はじめに

公的負担と私的負担の関係を再検討することが各分野で進行していくなかで、医療分野についてはその特殊性が障壁となって十分な分析が行えない状態にあるといえよう。筆者はまずこうした医療の特殊要因について分析し、次いで医療の有効性という基準で公私の負担を再構成する可能性を検討する。なお、本稿で論ずるのは政策的判断により支出される公的負担と、個人の自由裁量で支出される私的負担の関係であり、医療機関や保険の公営・民営の問題についてではない。

I 医療の特殊性

1. 外部性

医療活動に外部性が存在すると一般に理解されているが、純粋な公共財としての性格を備えた医療サービスは少なく、厳密に解釈すれば集団を対象とする公衆衛生活動としての上・下水道、食品等の安全性の確保に限定される。たしかに個人を対象とする医療活動に外部性を見いだすことも可能である。しかし、その場合は集団に明確な便益をもたらす社会防衛的な医療に限られる。その代表が伝染病患者と精神病患者の医療であり、これらの領域については各国とも比較的早期より公的負担の対象としてきた。ただし、その際は治療よりも社会防衛に重点がおかれていたため、隔離収容の色彩が強かったことは否めない¹⁾。

ところが、先進諸国では医療活動における伝染

病の比重は AIDS や肝炎の例外を残してきわめて低く、また精神病患者においても治療およびリハビリテーションに重点が移行している。したがって、外部性を理由として公的負担が正当化できる医療サービスはますます限られてきたといえよう。また予防接種を行う際の危険性から明らかなように、個人の便益と集団の便益とは必ずしも一致していない。そして、仮にこれらのサービスを実施することに consensus が得られたとしても、公的負担で実施するためにはなお社会的機会費用の検討を待たねばならない²⁾。

2. 情報の不平等

情報の不平等は医療のもつ特殊性のなかで最も本質的な要素であるといえよう。医療サービスは複雑で再現性に乏しいため、消費者である患者はどのような処置が適切であるのか、あるいはとられた処置が正しかったかどうかの評価ができない立場にある。このような情報の不平等に起因する価格メカニズムの失敗に対して、Arrow は患者の agent となる医師の職業倫理に最終的に期待している^{2~4)}。

ところが、最大の問題は医師の職業倫理のなかに資源制約の概念が欠落しているために最適配分は依然として達成されない点である⁵⁾。こうした状況で職業倫理に期待することは、結果的には Arrow も述べているように医師に「現時点で“社会的”に規定された“最高”の医療を施す」義務を負わせることになる。すなわち、最高という目標が、「最適化にとって合理的な必要性がないにもかかわらず」設定されるわけである²⁾。

そして現在医療における最高基準は加速度的に向上していることに注目する必要がある。その1つの方向が医療サービスの対象拡大である。従来、医療は診断・治療に局限していたが、包括医療の概念が定着するに従って健康の保持・増進にもその対象が広がっている。この変化は疾病構造の中心が成人病に移行するに呼応して、個人の life style に医療的に関与する必要が生じた結果にもよるが、医療保障制度の整備により受療閾値が低下したことも関係していよう。いずれにせよ、対象の拡大により膨大な潜在需要が顕在化したことだけは確かといえよう。なお、漢方は昔から治療に限らず、より健康な状態を目指してきたが、その場合は私費負担において行われていた。

もう1つの方向が医療技術の進歩である。特に診断面における適用は広範であり、検査が迅速にかつ苦痛も危険性もなく行うことが可能ならば、基本的には無駄な検査はありえない。なぜなら、ある病態を発見する可能性はきわめて少ない場合でも皆無とはいえないからである。また診断精度をあげるためには検査手段の範囲を広げてだめ押しをすることが必要である。たとえば、頭痛で受療した患者にCT スキャンの検査を行うことがしだいに常識化しているが、仮に検査せずに後に脳腫瘍が発見された場合には医療訴訟の対象とすらなりえる。なお、アメリカでは無罪弁明のために高額医療機器の整備が行われていることが指摘されている⁶⁾。

こうした医療サービスの対象拡大によって agent が最高基準を満たすことが一層困難になってきたといえよう。したがって、医療サービスの負担をどのように公と私に配分するにしても、資源制約からして何らかの妥協を行う必要がある。この中心的な課題の検討に移る前に、事態を一層複雑にしている社会的公平の要素について述べることにする。

3. 社会的公平

医療保障が所得保障と大きく異なる点は、前者では給付における普遍平等主義の原則がとられているのに対して、後者では国民的最低限 (national

minimum) の確保が目標となっていることである。すなわち、所得保障では最低の基準が適用されるのに対して、医療保障では同一基準がとられている。

社会保障本来の姿からすれば、国民的最低限の確保を目標におくべきである。それではなぜこうした特殊な基準が社会保障の一翼である医療保障に採用されたのであろうか。Titmus によれば、それは理念上と方法論上の2つの理由による^{7,8)}。理念上の理由として、医療サービスを公的な負担で個人の負担能力と無関係に公平に供給することは社会全体としての利他主義の高揚と集団としての責任を全うすることをあげている。一方、方法論上の理由として情報の不平等が供給サイドと需要サイドに存在するので市場システムでは最適化できないことをあげている。

Titmus に対する批判は後述することにして、彼の見解に従うと以下のような状況がもたらされることに注目する必要がある。まず、社会保障の原則である最低基準が理念上の理由により普遍平等の基準となる。次に、方法論上の理由によって普遍平等の基準は最高の基準に変容してゆくのである。すなわち、国は医療保障において、理念上の理由と方法論上の理由により最高の医療をすべての国民に供給する責務を負っていることを意味する。

4. 不確実性

医療の特殊性のもう1つの要素として需要の不確実性があげられている。しかしながら、不確実性自体は公的負担で行う十分条件ではなく、現に市場システムに委ねられた民間保険が存在する。医療分野においては moral hazard が生じる可能性は高く、危険率の算定も確かに煩雑である⁹⁾。しかし、これらの特性は他の保険事業に比しての相対的な相違であり、質的な相違ではない。むしろ必需的需要に対しては強制加入保険、自由裁量的需要に対しては民間保険という補完関係が医療分野で成立しにくい最大の要因は情報の不平等がもたらした特殊な agent 関係の存在であるように思われる。この特殊な agent 関係を修正することが

可能ならば、公的負担を公的扶助と所得保障に限定できる可能性がある。

II 普遍平等主義の問題

1. 妥協の必然性

医療に無限の財源を配分することは事実上不可能なので、最高基準の医療を供与するという建前に対して何らかの妥協を行う必要がある。ところが、この妥協は医師、患者、第三者のいずれにとってもきわめて不満足な状態をもたらすことになる¹⁾。そして国の財政当局が第三者として関与する場合には特に不満が大きくなるように思われる。

医師は患者に対して agent として最高水準の医療を供給する責務を負うが、同時に第三者に対しては一定の財源内に医療活動を留めておく責務を負うことになる。この2つの責務は本来二律背反する性質のものであり、両者を同時に満足させることはできない。医師は患者に対する agent としての責任は自覚しているが、第三者に対する責任は忌避する。ここに医師と第三者の基本的な対立がある。

患者は建前として最高の医療を受けることが約束されているが、妥協の結果、実際にはこの約束は実現されないので不満があるといえよう。Titmus は医療の公平な無償提供により博愛思想が高まると主張したが⁸⁾、自由主義者からは目的を問わず上からの強制については反対が強い^{9~11)}。もともと、博愛主義は近隣の Gemeinschaft 関係の普遍化であり¹²⁾、普遍平等の原則を最大限拡大しても国家単位が適用の限界といえよう。(ちなみに、国境を越えた普遍平等主義は存在しない。)衣食住のあらゆる面に格差と多様性を肯定している社会では、医療サービスに対してのみ普遍平等の画一的基準を設けることは整合性に欠け、国民として不満をもつ可能性が高い。

第三者にとっての問題は、最高の医療の保障をするよう、医療の需要側、供給側双方から大きな圧力を受けることである。ところが、需要側が支出する用意のある財源には限界があり、個人 level における最高水準の要求とは裏腹に集団としては

一定の支出水準に留まることを要求する。そこで、第三者は何らかの調整を行う必要に迫られるが、その調整は公的負担の割合が大きく、国の財政当局が関与する程度が大きいほど困難といえよう。なぜなら、公的財源の配分は各分野に対する社会的機会費用の分析に基づいて行われているので、医療分野に配分される財源は限られているからである。

以上のように、医師、患者、第三者とも現状ではきわめて不満足な状態にあることが推測されるが、各国とも種々な模索を行って何らかの妥協を試みている。以下、イギリス、アメリカ、日本におけるその一端について述べることにする。

2. イギリス

イギリスでは医療が国営独占の消費予算体系下に基本的にあるため、医師は医療資源の配給決定者としての明確な役割がある。医師は医学的ニードに従って医療を無償で提供することが原則としてある。そのプロセスが公平かつ公正に行われていると国民は信じており、ここに同国の医療体制に対する国民の高い人気の秘密があるように思われる。そのため、個別ケースにおいて医療資源が不足しても全体として国民の医療に対する不満はあまり高まっていない。医学的ニードによる公平な配給とは、外傷やがんでは即入院できる体制にあるが、生命に直接の危険はないが苦痛の多い痔、ヘルニアなどの手術は半年以上入院待機することを意味する。また腎透析を50歳以上の患者に新規に開始することは事実上きわめて難しい¹³⁾。

一方、社会的公平を堅持する公費医療を補完する形で私費医療も存在する。私費医療の規模は小さく、民間保険の加入者は国民の16% (1983)、公費医療の7%程度 (1984) であると推測される¹⁴⁾。私費医療を選ぶことは患者にとって医療費を二重に払うことになるが(公費医療は税金によって無償供給されているため、差額徴収はありえない)、メリットとしては医学的ニードや財源枠にしばられない最高の医療が受けられる点である。いわば医療の普遍平等原則に不満をもつ人々に対して私的医療は安全弁の役割を果たしている。市場シス

テムによる私費医療を公式に認めることによって、blackmarket や政治的特権階級の暗躍による不明瞭さを回避している。

以上のような公費医療と私費医療に共生関係が基本的には存在するが、イギリスの経済的な停滞と Thatcher 首相の政策姿勢によってこの均衡がくずれる危険性をはらんでいる。すなわち、公費医療における財源難から医師の配給者としての役割がますます明確になり、最高の医療を供給する agent としての役割を建前上も保つことが難しくなっている。そこで、一方では私的医療の比重を高めることが奨励されており、他方では clinical budgetting により医師に資源配分の決定者としての自覚を促すような incentive system の導入が検討されている^{15-17) 注2)}。

3. アメリカ

アメリカでは最高水準の医療供給を責務とする agent 関係を忠実に守ろうとする努力が1970年代までは行われてきた。公費医療である Medicare, Medicaid においても従来は私費医療と全く同一の高い質の医療を確保することが求められてきた。その結果、医療費は高騰し、GNP の10%を占めるようになった。反面、最高水準に達しない医療は公費医療であっても次々と医療訴訟の対象とされてきた。なお、アメリカで最高水準を求めるのは制度的な要因もあるが、一方ではイギリスの控えめな国民性と対照的であることも関係しているといえよう。

しかしながら、アメリカといえども普遍平等性と最高の医療の提供という2つの目標を同時に満足することはできなかった。Reagan 政権となつてからは医療における普遍平等の原則はしだいに影をひそめている。また一部の人々を除いて最高の医療は必ずしも求めておらず、各種の保険の給付と負担の関係が厳密に検討されている。そのなかで特に注目されているのが、DRG (Diagnostic Related Group) による件数払い方式の導入と、最近急速に伸びている HMO (Health Maintenance Organization) である¹⁸⁾。特に、HMOでは前払い人頭払い方式が基本的に採用されており、予算統

制がより徹底している。この形態はイギリスの公営医療と本質的には同じである。医師は医療資源配給者の役割を担うことになり、その責任もしいに認識されてきている¹⁹⁾。

4. 日本

日本では医療サービスのほとんどが社会保険の制度下で供給されており、医師の agent としての役割はその制約下において行われている。制約の第1段階は、特定の医療行為あるいは材料を保険の給付対象とするか否かの判断である。その決定は医療供給側がある期間無償供給した後に通常は行われており、また有効性の要素のほか財源に及ぼす影響も判断の根拠となる。たとえば新薬の製造は有効性と副作用の程度により薬事法により認められているが、保険への採用の有無は別途に検討されている²⁰⁾。

第2段階が診療報酬点数の価格の決定である。日本の医療機関は公私を問わず独立採算を建前として運営されているので原価を下回るような価格が設定されていれば当然その医療行為を行うことに抑制がかかる。そして、厚生行政の当局者は必ずしも政策的な主体性をもって価格決定を行ってきたわけではなく、各診療科間の均衡が優先する傾向が見受けられる。

第3段階は、行った医療行為の適切性を調べ、不適切であれば請求通りの支払いを行わないいわゆるレセプトの審査である。審査の基準は必ずしも明確で一貫性のあるものでなく、請求を行う医療機関の特性、地域性、時局性、審査委員の性質等（基金審査委員会と国民健康保険審査委員会によっても相違する）により変動する^{21, 22)}。

以上のように社会保険の制約は必ずしも整合性のある明確な基準に基づいていない。そしてこの制約は日本の医療体制全体に及んでおり、例外として医料では室料差額と特定療養費制度のみが公式に認められている。こうした硬直した構造が日本の医療体制の第1の問題である。第2の問題は、給付面においては原則的に普遍平等主義がとられているにもかかわらず、負担面では国民全体としての risk pooling が行われていない点である。そ

の結果, poor risk の人々を被保険者とする国民健康保険等に対して政府は国庫より財源を補填する必要に迫られている。すなわち, 一律の給付方式が採用されているので, 政府財政の圧迫が医療全体の財源を圧縮させる構造となっている。第3に整合性のある支払い体系が取られていないため医師は経済的な incentive と患者の agent の役割との間に矛盾がみられることである。

III agent 関係の再考

1. agent 役割に対する疑問

Arrow が描いたような専門職の倫理に従って忠実に行動する agent のモデルの問題点はすでにいくつか指摘されている。そのうち代表的なのが Pauly, Redisch らの主張であり, それによると病院サービスの供給は医師の所得動機によって規定されている²³⁾。また, Feldstein は医師が自己の効用を最大化するように行動する²⁴⁾, さらに Mechanic は所得以外の仕事内容に対する知的興味, 同僚からの尊敬も医師の行動を規定するうえで重要であると各々指摘している²⁵⁾。すなわち, 純粋に利他的に行動するという agent model は非現実的な理想という立場である。

しかしながら, 仮に医師の行動が効用最大化によって動機づけられているとしても, agent 関係の本質は変わらないように思われる。その理由は, 需要者である患者と供給者である医師との情報の不平等が存在するなかで, 医師が自己の効用最大化に動機づけられているという確証を患者や第三者が得ることはきわめて難しいからである。そうであるならば, 方法論上の制約から医師の倫理性を基底におく agent 関係はある程度肯定せざるをえないといえよう。さらに専門職の倫理に忠実な agent である医師も, 自己の所得や効用の最大化をはかる医師も, 財源的な制約を無視する行動様式からすれば共通の問題点を内包しており, いずれも何らかの修正を行う必要がある。

2. agent 関係の変容

agent 関係に対するもう1つの批判は二木が述

べているような医師・患者関係の変容である²⁶⁾。それによると, Arrow の agent model では医師が全知, 患者は無知で受動的な役割を担っており, 伝染病等の急性疾患に適した関係となっていた。しかし, 現在のように慢性の成人病に疾病構造が変化した状況下では, 患者のより積極的な役割が求められている。たとえば, リハビリテーション治療等は医師と患者の共同作業の色彩が強い。

以上のような二木の指摘の問題点としては, 第1に受療後とられる医師・患者関係の役割の変化が生じていることは確かであるが, 受療前における情報の不平等については言及していない点である。すなわち, 医療サービスを購入する時点においては消費者主権はいまだ確立されておらず, 今後ともきわめて制限されるといえよう。第2に, 医師と患者に成熟した成人の関係が形成されているなら, 両者の間には費用と効用による経済関係が成立して当然であり, その場合は市場システムにその調整を委ねるのが最良といえよう。しかし, このような結論を二木は出しておらず, 基本的には最高水準の医療を普遍平等に配分する従来の agent の役割を想定しているように思われる。

3. 新しい agent 関係の確立

agent 関係が登場した理由は需要者である患者と供給者である医師との情報の不平等である。患者が完全に無知であるために医師は最良の医療を agent として提供する無限責任を負うことになる。しかし, 前述したようにこの責任を全うするためには無限の財源枠が必要であり, どのように公的負担と私的負担とを組み合わせても不可能である。非現実的な従来の agent 関係の建前を守るためには姑息的で不明瞭な妥協を実際にはせざるをえない。こうした状況を改善するために新しい agent 関係を確立する必要があるように思われる。

新しい agent 関係は医療の需要側と供給側が医療サービスの有効性についての基本的な情報を共有することが前提となる。有効性が明らかになれば需要側は限界費用と限界効用の関係で受容する医療サービスを選択することが可能となる。具体的には, 給付される医療サービスの内容に対応し

て保険負担が段階的に高い民間保険制度を確立することである。給付を拡大する際の基準は有効性であり、最も負担の低い保険は公的な強制加入保険として有効性が明確な医療サービスのみが給付対象である。一方、有効性が必ずしも明らかでない医療サービスまでを含めた保険を選択した場合の負担は順次高くなる。

以上のように、需要側は給付される医療サービスの有効性と保険負担の機会費用を分析した後に最適な保険を選択することになる。需要側の判断がこのようになされている状況下では、医師は各々の保険財源の範囲で最善の医療を供給すればよく、保険者と患者の現在の二律背反の責務から解放される。個々の臨床場面では情報の不平等は依然として存在するが、新しい agent 関係では医師も患者も給付されるべき医療サービスの範囲を承知していることになる。

4. 公的負担の対象

新しい agent 関係のもとでは、公的負担の対象は2つの分野に限定される。第1は本来の対象である必需的需要への対応である。すなわち、民間保険の対象となりえない poor risk の人々と、保険の負担が経済的に困難な人々に対して、理想的には最も有効で費用効率の良い医療サービスに限りて給付することである。第2は保険を選択するうえで消費者の判断の根拠となる情報の提供である。新しい agent が確立されるためには基本的な情報の共有が不可欠である。そのため、公的負担では医療サービスの有効性に関する研究に要する費用と、得られた情報を収集・伝播するのに要する費用を負担する必要がある。なお、運営面における官民の役割分担については全く別次元の問題として改めて捉えるべきであろう。

これらの2つの分野以外は私的負担による市場システムに委ねることになり、その結果、医療サービスに投入される財源を一般会計等の硬直した制約から解放できる。一方、財政当局は医療分野への財源配分について冷静に社会的機会費用を分析することが可能となる。医療における普遍平等主義の原則と明確に決別することに抵抗もあろう

が、従来の形骸化した agent 関係に固執することはむしろ社会的な不公平を助長している可能性もあることにも留意する必要がある。

すなわち、現状では agent 関係が有効性の検討がなく無原則に妥協が行われた結果として、一方では本来的な必需的需要が満たされていない可能性があり、他方では必ずしも有効でない医療サービスが公的負担で供給される事態が生じうる。こうした矛盾は財政状況が圧迫されると発生する可能性がさらに高まろう。そこで、仮に有効性を基準に必需的需要の満足に限りて公的負担の対象を整理することが可能なら、現在の財源枠でもかなりのゆとりが存在することが推測できよう。Brecher らは2つの地域における老人の医療福祉分野における公的負担を調査し、より合理的な再配分モデルを提示している^{27)注3)}。

IV 医療の有効性

1. 評価の困難性

新しい agent 関係の確立における最大の問題は需要者と供給者が医療の有効性についての基本的な情報を共有することが可能かどうかである。もちろん個別の臨床場面における有効性を検証することはきわめて費用効率が悪く、現実的には不可能である²⁸⁾。そこで、統計的な観点からの各々の医療行為の限界有効性を明らかにすることが最終的な課題であるが、当面の目標は公的負担の対象を再検討するために有効性の検証を順次行うことである。

その際に考慮すべき課題が2つある。その第1は有効性についての評価をだれが、何を基準に、いつ評価するかという問題である。QALY(Quality Adjusted Life Year)のようななんらかの操作的な基準に従って評価をしなければならないが、なお検討を要する多くの方法論上の問題がある²⁹⁾。

第2は供給側が常に直面している医療場面における不確実性である。すなわち、医療的関与は再現性のない個別状況で行われるので、統計的な有効性の検証にも限度がある。これまでは需要側の情報の不足を問題視してきたが、供給側も不確実

性のなかで意志決定しなければならない状況にある。それだからこそ、医師は診療の自由を盾に資源制約が設定されることに対して抵抗してきたのである。

しかしながら、医療的関与のすべてが臨床医の勘に頼って行われているわけではなく、医学としての科学的基盤の上に成立している。したがって、医療的関与の有効性について評価を行うことは、医療分野の資源配分の最適化の目的に合致するばかりではなく、統計的な検証は科学性の追求という目的からも求められる^{30~32)}。有効性の研究について国家レベルの包括的な組織体制をとっている国はまだ存在しないが、その必要性についてはしだいに認識されてきている^{33,34)}。

本項ではそのための基礎的な枠組みを提示する目的で、まず評価を行ううえで最も妥当といわれる無作為化比較対照試験について解説を行う。次いで同方法論を用いた予防および治療領域における研究成果の一端を紹介する。

2. 無作為化比較対照試験

無作為化比較対照試験とは評価の対象である医療的関与以外には全く同一の条件を設定して、その条件のもとで特定な関与を行う群と、行わない群に無作為にふりわけ、関与の有効性を検討する方法である。こうした操作を通じて個別例におけるバラツキの問題を統計的に処理して有効性の検証を行うのである。なお、実験を行う側の Hawthorne 効果（治療者が新しい関与を行う群についてのみ熱心であるために治療成績が上がる可能性を）control するため、薬効判定では外見上は全く変わらない偽薬を一方の群に用いることがある。

無作為化比較対照試験には問題がないわけではない。方法論的に厳密であるため、それなりの準備と費用が必要である。たとえば新しい手法を用いることにより20%程度の死亡率の改善があったことを示すためには両群合わせて500例程度の死亡例を集めなくてはならないといわれている³⁵⁾。また対象となる医学的関与を1つだけを取り出して、その効果を判定するので実際の臨床場面のように種々の関与を同時にしなければならない状況

では判定結果は必ずしも妥当性がない。さらに実験状況を設定することは倫理的に問題となる場合がある。こうした制約条件もあって著名な医学雑誌においても臨床試験で無作為化比較対照試験を行ったのは全体の5%にすぎない状態である³⁶⁾。

しかしながら、以上の制約を考慮しても厳密な有効性の検証を行うためには無作為化比較対照試験は必要であるといえよう。なお、無作為化比較対照試験に代わる方法もいくつか検討されている³⁷⁾。特にだれが行っても明確に効果のあるような画期的な手法であるならば無作為化比較対照試験を行うまでもなく、有効と判定できる。しかし、このような明確な効果をあげる医療的関与は成人病のように個人の life style と結びついた疾病においてはそれほど多くないといえよう。

3. 検診事業

有効性の検証をする場合は診断・治療の領域よりも予防医学のほうが容易であるといわれている。その理由としては、第1に検診事業等を開始する場合には治療医学に比して初期にはかなりの大がかりな人的・物的資源を投入しなければならないこと、第2に投入の方法は組織的で医療関係者以外の財務当局者等も計画に参入していることが多いこと、第3に被検者は自覚的には健康であり、当初より治療を望んでいるわけではない。したがってコントロール（対照群）を設けることに倫理的な問題が少ないこと等があげられている^{38,39)}。

イギリスでは集団検診についての大きな無作為化比較対照試験が行われており、その経過が12年にわたり追跡されているので、その一端を紹介する⁴⁰⁾。この調査は London 南東部をフィールドとして行われており、約7,000人余りにのぼる対象者を無作為に半数は検診群、半数は対照群に振り分けている。フィールドとして選ばれた理由は地元的一般医が全員集団検診の導入にきわめて熱心であったためであり、実験当初は彼らのなかで検診の有効性を疑う者はなかった。対象者の年齢は40歳から64歳の男女であり、検診内容は問診表の回答、血圧、心電図、肺活量、聴力の測定、胸部X線撮影、子宮スミアの採取、臨床化学と末

梢血の検査を行うための採血、潜血反応をみるための検便等のほか、一般的な診察も行われた。検診の結果、異常が発見された場合には直ちに治療が開始された。(イギリスでは住民は一般医に登録されているので、一般医の診療所で行う検診における異常者の追跡調査は日本に比べて格段に容易である。)

検診群と対照群を8年間追跡調査した結果によると、両群の間には死亡率、有病率、受療率、生活機能レベルについて何らの統計的な差異は認められなかった。すなわち、検診の有効性は認められなかったのである。その理由として、(i)医療の accessibility が高ければ、検診を受けずとも体の不調が少しでもあれば直ちに受療できること、(ii)成人病のなかには早期に発見され、早期に治療が開始されても長期予後にはあまり影響がない要素もあること、(iii)life style の改善を必要とするような治療(食生活の改善等)に対して患者の compliance は一般に低いと思われること、などが想定できる。いずれにせよ、本研究の成果を踏まえて現在イギリスでは集団検診は子宮頸癌のスメア検査を除いて行っていない^{41,42)}。

アメリカの California 州においても Kaiser-Permanente によって同種の調査が行われている^{40,43)}。7年間の追跡調査がなされたが、本実験においても検診群と対照群との間には死亡率について何らの統計的有意差を示すには至らなかった。特定の疾患の特定の年齢層の対象者に対しては検診の効果があるようにみられたが、全体的には両群の間に統計的有意差は認められなかった。しかしながら、検診は Kaiser-Permanente のような HMO (Health Maintenance Organization) においては加入者を集める有力な武器であり、現在も検診は継続されている。

以上の結果から、医療状況も社会文化も異なる日本において検診を無効とする結論を出すことはもちろんできない。しかしながら、検診の有効性についての検証を行う必要はあり、またどのような検診が社会的機会費用からみて必需的需要であるかどうかを十分検討しなければならない。すなわち、ある疾患を罹患する危険率の高い集団が対

象であって、治療的に有効な手段が用意されていて、かつ被験者の compliance が高い状況が想定できる場合に限って集団検診は必需的な需要といえるのではなかろうか。なお、イギリスでは検診は私費医療の有料の検診センターで比較的盛んに行われている。

4. 治療領域

治療領域においては、検診事業と異なり個別性が高く厳密な無作為化比較対照試験を行うことが困難である。したがって、経験的に有効であると判断された薬剤や手術処置が医学的知識として伝えられ、そのまま用いられているという要素もある³⁰⁾。さらに問題なのは、たとえ厳密な検証が行われていたとしても、実際の臨床場面ではその適用範囲がかなり拡大される傾向が強いことである⁴⁴⁾。たとえば、十二指腸潰瘍の患者に限って言えば Cimetidine の使用は手術より費用効率が良く、同薬の登場により医療費は削減されたと推測できる^{45,46)}。しかしながら、Cimetidine はそれ以外の疾患に対しても現実には使用されているため、使用例を全体としてみた場合の有効性には疑問が残る⁴⁶⁾。同様な問題が心臓バイパス手術の適用について存在するといえよう^{47,52)}。

このような適用の拡大が起こる理由の1つは、切迫した治療場面では医師も患者もひたすら回復を望んでいるからである。医師には厳密な有効性の検討を行うゆとりは必ずしもなく、また患者の立場からすれば Hawthorne 効果で改善されたとしても満足すべき結果と判断する傾向がある。それゆえ医師はあまり躊躇せずに各種の治療手段を用いることになるといえよう。なお、検査手法については治療手段に比べて一段とその適用を広くすることが可能であり、すでに述べたように効率を無視すれば基本的には無駄な検査はなくなる。

以上のような制約にもかかわらず、CCU (Coronary Care Unit, 主に心筋梗塞のための治療ユニット) についての無作為化比較対照試験を用いた厳密な研究が行われているのでその概略を紹介する。

Mather ら⁵³⁾ は心筋梗塞と診断された70歳未満

の男性患者 450 人を無作為に CCU 群と自宅療法群に振り分けている。(振り分けは封書のなかの「病院」あるいは「自宅」という指示を無作為に抽出することによって行われた。) なお、入院または自宅療法を強く希望した患者、自宅療法が困難な患者、合併症により入院が適切と判断された患者等は対象より除かれている。また、自宅療法群においても往診が定期的に行われ、入院が必要となれば入院している。(自宅群で入院後死亡した場合は自宅療法群の死亡として計算された。) そして 1 ヶ月後と 11 ヶ月後の予後を比べたところ、両群には死亡率において差はなく、むしろ自宅療法群のほうが良い成績であった。同様な臨床実験が Hill らによっても行われ、やはり CCU の有効性は明らかにされなかった⁵⁴⁾。

上記の無作為化比較対照試験の結果はいずれも医学界から反論されたが、この実験により少なくとも CCU が無条件にすぐれているという従来の常識をくつがえすことには成功している。なお、心筋梗塞の死亡を減少させるうえでの CCU の貢献は 5% と推計されている。これに反して、入院前蘇生の貢献は 16% とされている⁵⁵⁾。

現在の治療医学は、各々の医療的関与の限界の有効性を設定するという目標からはほど遠い状況にあるといえよう。しかしながら、費用は高いが有効性がほぼ同程度であるサービスを順次公的負担の対象から除外してゆくことは可能である。たとえば、イギリスでは 1985 年 4 月より公費医療で負担する薬を Limited List (限定リスト) に記載されている 100 種に限定することを決めている⁵⁶⁾。リストへの掲載は薬効を第 1 においており、単剤としては掲載されていても高価な複合薬は除かれている。(抗生剤については十分な結論が得られなかったので除かれている。) なお、リスト外の薬は私費負担で処方することは自由である。こうした処置の適切性については十分に検討する必要があるが、有効性に基づいて公費負担医療の対象を限定していることに注目する必要がある。

V 残された問題

1. 効率性と有効性

これまでの議論は有効性 (effectiveness) を中心にしてきており、効率性 (efficiency) の問題については触れていない。経済学では経済的次元で考察されているため、効率性と有効性は区別して考える必要はない。しかし、医学では従来経済学的背景とは無関係に研究されてきたので医療的関与の有効性が主題となっている。有効と判明した時点で次に同じ結果をもたらす最も費用効率のよい方法の分析が行われるべきであるが、まだ有効性についての厳密な検討が十分なされていないので、その次のステップである効率性についてあまり追求されていないといえよう。

それと同時に有効性が十分に明らかにされていない状況下で、効率性の検討を行うことは危険な発想であるように思われる。その理由として、(i) 有効性の低下が表れていないことを盾に費用が次々と削減される可能性があること、(ii) 医療従事者の関心が有効性の計測が可能な部分にのみ集中し、それ以外の分野が犠牲にされる危険性が高いこと、(iii) 社会的費用への転嫁(たとえば福祉体系や家庭)が促進されることなどがあげられる。

しかしながら、消費者主権を確立し、負担とサービス内容との関係を明らかにするためには最終的には費用効率の分析は不可欠である。そこで、医療的関与の有効性が検証された次の段階で費用効率の検討を行うべきである。そして最終的には消費者は機会費用をはかりつつ、必要と考えた医療行為を給付する民間保険を選択できる体制を準備すべきである。なお、それまでの経過措置として公的負担の対照に留めておくことは適当といえよう。

2. amenity と有効性

病院機能は部門別機能と収容機能に類別できる。前者に対してオーダーが、後者に対しては医学的管理が医療機能として行われる⁵⁷⁾。収容機能のうちのハウスキーピングや給食はホテルサービスと

類似しており、他の機能と切り離して患者は amenity (快適性) を追求することが妥当であると考えられている。amenity は医療活動の本質的部分であるとは認められないため、従来より普遍平等主義の原則から除外されていた。しかしながら、以下のような理由により有効性とは必ずしも切り離して考えられない。

第1に、amenity の高い施設環境下では当然ながら病気が早く回復する可能性があり、医療的関与の有効性は高まる。第2に収容機能が高い施設では一般的に部門別機能も医療機能も高い傾向がある。その理由は収容機能の付加価値を高めることによって他の機能を充足することが可能であるからである。

amenity の範疇を患者の主観的な満足度にまで広げると、有効性と amenity との識別はさらに困難となる。いわゆる「名医」の診療を受けたいとする患者の心理には有効性を求めると同時に、「名医」という希少であるがゆえに価値があるサービスを求める要素があると考えられる。Hirsch はそれ自体の効用と同時に希少であるために社会的地位を顕示するうえで価値がある財を positional goods と呼んでいるが⁵⁸⁾、名医による診療もこの性質を認めることができよう。なお、名医の有効性を客観的に立証することは扱う症例の個別性が高いことから難しいといえよう。

しかしながら、一方では医療サービスの価値が amenity のみによって決定されているわけではなく、そのことが他のサービス産業と著しく異なる要素である。有効性についての情報が欠如している状況下で医療供給者の間の競争が高まれば、供給者は消費者が的確に判断できる amenity 部分の充実のみに関心をいだき、肝心の有効性を軽視する危険性がある。それゆえ、amenity に対して給付格差を認める際には医療の有効性についての検討を必ず行うべきである。

3. 医師の職業倫理と有効性

医師の職業倫理にはこれまで資源制約という経済概念が一般に欠如しており、直接治療にあたっている患者の便益を守ることのみが強調されてい

る。資源制約は診療の自由を犯すものとして否定され、有効な治療を行うためには費用が度外視されることが建前である。そして、医師は互いにこうした倫理観を共有することによって専門職集団としての行動規範を形成してきた。

ところが、新しい agent 関係が確立されるためには医師と患者の双方が資源制約の存在を基本的に認識する必要がある。私的負担よりなる市場システムの導入を行っても依然として資源制約は存在しており、現在と異なるのは給付内容に多様性を認める点だけである。患者は有効性についての知識に基づいて民間保険を選択するので、資源の制約を比較的受け入れやすいと考えられる。これに反して医師はこれまでの職業倫理を基本的に再検討する必要に迫られるので抵抗が大きいといえよう。

しかしながら、このような倫理観の変革は必ずしも不可能でないように思われる。むしろ最高水準の医療を普遍平等に供給するべきであるとする理想論のほうで、先進各国が高度成長時代に描いた資源制約を無視した幻想にすぎないといえよう。医療保障の制度が現在の形態で整備される以前においては、医師は患者の経済状態を考慮して診療にあたっていたことを改めて想起する必要がある。

新しい agent 関係を確立することは、こうした原点にもどることを意味する。有限な財源枠における有効性の検討は、医療関連産業の発達によって肥大化した医療サービスを再考し、医師をはじめ医療従事者の主体性を回復するうえでの契機とするべきであろう。このような方向へ導くための第一歩として、医師の養成課程と生涯教育において資源制約の概念を浸透させる地道な努力が求められる。

ま と め

医療における公私の負担をより合理的な体系に改善するためには、医師の職業倫理に資源制約の経済概念を導入した新しい agent 関係の確立が求められる。新しい agent 関係は医療の需要側と供

給側が医療サービスの有効性についての基本的な情報を共有することが前提となる。有効性が明らかになれば需要側は限界費用と限界効用の関係で需要する医療サービスを選択することが可能となる。その際に、公的負担の対照は2つの分野に限定される。

その第1は本来の対象である必需的需要への対応である。すなわち、民間保険の対象となりえない poor risk の人々と、保険の負担が経済的に困難な人々に対して、有効性が検証された医療サービスに限りて給付することである。第2は、保険を選択するうえで消費者の判断の根拠となる情報の提供である。すなわち、医療サービスの有効性に関する研究に要する費用と、得られた情報を収集・伝播するのに要する費用を公的に負担することである。なお、運営面における官民の役割分担については全く別次元の問題として改めて検討するべきであろう。

注 1) 予防接種は疾病を予防するうえで100パーセント効果があり、副作用の発現の可能性が100パーセントなく、感染する可能性のある人々に100パーセント全員に接種することが理想である。しかしながら、現実にはこれらを実現することは不可能であり、社会的機会費用の計算を一層難しくしている。さらに問題なのは、予防接種の有効性自体が必ずしも十分に立証されていない点である。母里らは学童のインフルエンザワクチン接種群と非接種群を比べたところ、両群の間には流行状況の差異は認められなかったと報告している^{59,60)}。

注 2) clinical budgetting とは、病院の上級医師に対して予算執行者としての権限と責任を明確に与える制度である。費用発生を迅速に医師に伝える情報体系を整備し、予算に余剰が生じた場合にはその使用についての裁量を上級医師に委ねる。このような incentive を与えることにより医師に cost 意識が自然に生まれることが期待されている。

注 3) Brecher らは New York 州と Arizona 州、Maricopa 郡における老人の医療福祉分野における公的負担と私的負担を分析した。その結果、現在の公的負担の規模でも、健康で貧乏でない老人に対する公的負担を縮小することによって、すべての老人の医療費および長期ケアに要する費用、さらに貧困老人の食住に関する必需的需要を充足することができると述べている。

附記 本論文の要旨は、ヘルスエコノミックス研究会と1986年度の理論・計量経済学会で発表した。同研究会会員、特に学会でコメンテーターをしていた

だいた大阪大学の添博雄先生に感謝いたします。

文献

- 1) Ikegami, N., Lee, K.: Allocating Health Resources. Social Policy and Administration, 20(2), 103-116, 1986.
- 2) Arrow, K.J.: The welfare economics of medical care. In Cooper, M.H. and Culyer, A. J. edited: Health Economics, Penguin Books, London, 1973, pp. 13-48.
- 3) ケネス・J・アロー (村上泰亮訳)『組織の限界』岩波書店, 1976年, 35頁。
- 4) Arrow, K. J.: Government decision making and the precariousness of life. In Tanncredi, L. C. edited: Ethics and Medical Care, Institute of Medicine, Washington, 1984.
- 5) MacGuire, A.: Ethics and resource allocation; an economist's view. Soc. Sci. Med. 22(11)1167-1174, 1986.
- 6) MacNeil, K., Miniham, E.: Medical technology regulation and organizational change in hospitals. Administ. Sci. Quat. 22: 475-490, 1975.
- 7) Titmus, R. M.: Ethics and economics of medical care. Med. Care 1(1): 16-22, 1963.
- 8) Titmus, R. M.: The Gift Relationship. Allen and Unwin, London, 1970.
- 9) Harris, R., Seldon, A.: Over-ruled on welfare. Institute of Economic Affairs, London, 1979.
- 10) Joseph, K.: Sumption: Equality. John Murray, London, 1979.
- 11) Sugden, R.: Who Cares? An Economic and Ethical Analysis of Private Charity and The Welfare State. The Institute of Economic Affairs, London, 1983.
- 12) Ikegami, N.: The concept of Gemeinschaft in health planning and management-A Japanese perspective. Int. J. Health Planning and Management 1: 27-43, 1985.
- 13) 池上直己「イギリス国営医療の功罪 I. 政策としての位置づけ」『社会保険旬報』1506号, 16-21頁, 1985年。
- 14) Appendix II: The medium and long term prospects for NHS finance-a discussion document. Br. Med. J. 292 (No. 6524): 30-34, 1986.
- 15) 池上直己「イギリス国営医療の功罪 IV. 病院医師の構造」『社会保険旬報』1509号, 15-20頁, 1985年。
- 16) Wickings, I., et al.: Review of clinical budgetting and costing experiments. Br. Med. J. 286: 575-577, 1983.
- 17) Foster, H. T.: Involving clinicians in operational management. Hospital and Health Services Review 86(3): 109-111, 1986.
- 18) Environmental Assessment Advisory Committee: Environmental Assessment Overview. Hospital Research and Educational Trust, 1985.

- 19) Richards, T.: HMOs; America today, Britain tomorrow? A doctor's perspective. *Br. Med. J.* 292, 1: 460-463, 1986.
- 20) 現代医療研究会「医薬品規制の問題点—丸山ワクチンの背景をめぐって」『社会保険旬報』1368号, 17-22頁, 1981年。
- 21) 石原 昭「医療技術の進歩と保険審査」『病院』第44巻第11号, 909-911頁, 1985年。
- 22) 吉田清彦「保険審査上の問題点」『病院』第44巻第11号, 912-914頁, 1985年。
- 23) Pauly, M. et al.: The not-for-profit hospital as a physicians' co-operative. *The American Economic Review*, pp. 87-99, March, 1973.
- 24) Feldstein, M.S.: The rising price of physician's services. *Review of Economics and Statistics* 52: 121-133, 1981.
- 25) Mechanic, D.: The growth of medical technology and bureaucracy; implications for medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, pp. 61-78, Winter 1977.
- 26) 二木 立『医療経済学——臨床医の視角から』医学書院, 1985年, 1-25頁。
- 27) Brecher, C., et al.: Local simulations of alternative policies for financing services to the elderly. *Medical Care* 24: 363-376, 1986.
- 28) Culyer, A.J.: Is medical care different. In M. H. Cooper and A. J. Culyer edited, "Health Economics", Penguin Books, London, 1973, pp. 49-74.
- 29) Weinstein, MC et al.: Hypertension: A Policy Perspective. Harvard Univ. Press, 1976.
- 30) Cochrane, A.L.: Efficiency and Effectiveness Random Reflections on The Health Services. Nuffield Providential Hospital Trust, Oxford University Press, 1972.
- 31) 砂原茂一『医者と患者と病院と』岩波書店, 1983年。
- 32) Maynard, A.: Public and private sector interactions; an economic perspective. *Soc. Sci. Med.* 22: 1161-1166, 1986.
- 33) Young, D. A.: Strategies in technology assessment and implementation in the United States. *Int. J. of Technology Assessment in Health Care* 2: 13-18, 1986.
- 34) Stocking, B.: Strategies for technology assessment and implementation in some European countries. *Int. J. of Technology Assessment in Health Care* 2: 19-26, 1986.
- 35) Peto, R.: Clinical trial methodology. *Biomedicine*, special issue, 28: 24-36, 1978.
- 36) Fletcher, R. H., Fletcher, S. W.: Clinical research in general medical journals. *New Eng. J. of Medicine* 30: 1900, 1979.
- 37) Brook, R. H., et al.: A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int. J. of Technology Assessment in Health Care* 2: 53-63, 1986.
- 38) Holland, W. W.: Taking stock. *Lancet* ii: 1494, 1974.
- 39) Holland, W. W.: Evaluating Health Care. Oxford University Press, Oxford, 1983.
- 40) The South-East London Screening Study Group: A controlled trials of multiphasic screening in middle-age; results of the South-East London screening study. *Int. J. Epidemiol.* 6: 357-363, 1979.
- 41) 池上直己「イギリス国営医療の功罪 VII. 慢性患者のケア (上)」『社会保険旬報』1513号, 21-25頁, 1985年。
- 42) 池上直己「イギリス国営医療の功罪 VII. 慢性患者のケア (下)」『社会保険旬報』1514号, 17-21頁, 1985年。
- 43) Cutler, J. L., et al.: Multiphasic checkup evaluation study. *Preventive Medicine* 2: 197-206, 1973.
- 44) Banta, H. B., et al.: Towards Rational Technology in Medicine; Considerations for Public Policy. New York, Springer, 1981.
- 45) Culyer, A. J., Maynard, A. K.: Cost effectiveness of duodenal ulcer treatment. *Soc. Sci. Med.* 15c: 3-11, 1981.
- 46) Hall, K. W., et al.: Use of Cimetidine in hospital patients. *Canadian Med. Assoc. J.* 124: 1579-1584, 1981.
- 47) Takaro, T. et al.: The VA cooperative randomized study of surgery for coronary arterial occlusive disease. II. Subgroup with significant left main lesions. *Circulation* 54(suppl III): 107-117, 1976.
- 48) Takaro, T., et al.: The Veterans Administration cooperative study of stable angina; current status. *Circulation* 65 (suppl II): 60-67, 1982.
- 49) European Coronary Surgery Study Group: Prospective randomized study of coronary artery bypass surgery in stable angina pectoris: a progress report on survival. *Circulation* 65 (suppl II): 67-71, 1982.
- 50) CASS Principal Investigators and Their Associates: Coronary Artery Surgery Study (CASS); A randomized trial of coronary artery bypass surgery. Survival data. *Circulation* 68: 939-950, 1983.
- 51) CASS Principal Investigators and Their Associates: Coronary Artery Surgery Study (CASS): A randomized trial of coronary artery bypass surgery. Quality of life in patients randomly assigned to treatment groups. *Circulation* 68: 951-960, 1983.
- 52) Hemenway, D., et al.: Comparative costs versus symptomatic and employment benefits of medical and surgical treatment of stable angina pectoris.

- Medical Care 23: 133-141, 1985.
- 53) Mather, H.G., et al.; Myocardial infarction; a comparison between home and hospital care for patients. Br. Med. J. 1: 925-929, 1976.
- 54) Hill, J.D., Hampton, J.R., Mitchell, J.R.A.: A randomized trial of home-versus-hospital management for patients with suspected myocardial infarction. Lancet i: 837-841, 1978.
- 55) Beaglehole, R.: Medical management and the decline in mortality from coronary heart disease. Br. Med. J. 292: 33-35, 1986.
- 56) Limited list of medicinal products in certain categories available in the NHS after 1 April 1986. Br. Med. J. 290: 725-726, 1985.
- 57) 倉田正一他「地域における医療機能と病院——医療機能分類の可能性——」『病院管理』第14巻第1号, 5-13頁, 1977年。
- 58) Hirsch, F.: Social Limits to Growth. Routledge and Kegan Paul, London, 1977.
- 59) 母里啓子他「横浜市立小中学校におけるインフルエンザ予防接種と集団カゼの届出・およびウィルスの分離状況」『横浜衛研年報』21号, 77-79頁, 1982年。
- 60) 母里啓子他「学童の欠席状況からみたインフルエンザ様疾患の流行」『第45回日本公衆衛生学会抄録』1986年。

(いけがみ・なおき 慶応義塾大学医学部専任講師)