

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——

久 繁 哲 徳

1 医療費抑制と医療の効率

先進諸国における医療費の急速な増加は、保健医療政策上、最も重要な関心事項となっている。というのも、限られた資源を効率的に利用し、しかも効果的な医療を保証するための具体的な政策決定が緊急に求められているからである。

その対応策として、米国をはじめとして先進諸国で行われてきたさまざまな試みは、医療費抑制策を基本的な目標とするものがほとんどであった¹⁻³⁾。ただ、医療費抑制は、医療の効率化とは本質的に異なっているため、効率的な医療のあり方についてはほとんど検討されていないのが現状である。しかも、これらの医療費抑制策に関しては、十分な効果が現在もお認められていない。

また医療抑制策は、効果的な医療の供給という医療の質の保証についても、基本的な検討課題としては設定していない。そのため、医療費抑制策により、医療の質に悪影響がおよぶ可能性が大きいところから、両者の関連についてさまざまな検討が行われている。

とくにわが国では、医療の質を評価する機構が診療報酬システムに組み込まれていない（出来高払い制）現状では、意識的あるいは無意識

的に、質より量の診療が行われている可能性が高い。その意味では、一部個人負担、一部定額制、薬価切り下げなど個別の医療費抑制策の導入では、限られた資源から最大の利益を入手し、しかも質の高い医療を提供するような、効果的・効率的な医療システムの検討は不可能である。少なくとも、効果的な医療の供給に対する動機付けと、その成果に見あうだけの診療報酬を保障するような制度の検討が求められているといえよう。

それでは、診療報酬制度を含め医療制度をどのように改善すれば、効果的ないし効率的な医療の基盤を作ることが出来るのであろうか？ 実は、世界中を見渡しても、こうした試みはほとんど行われてこなかったのである。したがって、医療政策を検討するうえでは、従来の医療費抑制とは異なる視点からの試みが必要とされている。こうした状況の中で、世界中の注目を浴びたのが米国オレゴン州の医療制度の改革の試みである。

2 オレゴンの大胆な試み

最近のオレゴン州のメディケイドの改革案ほど、注目を浴びたものはない⁴⁾。というのも、この計画が、今まで論議の的となっていた、医療政策に関するすべての問題の核心に触れるもの

であったからである。その範囲は、利用度から費用、効果、合理化、基本的医療までにおよんでいる^{4~6)}。

改革の動きの中で最初に注目されたのは、1987年、臓器移植への支払中止が決定されたことであった。この決定は、やむを得ず下された。というのも、メディケイドのプログラムで緊急に必要とされる費用が4千8百万ドルなのに、2千百万ドルの予算しかなかったからである。高額な約30名の臓器移植と5,700人の女性・子供の基本的医療とを比較したとき、後者が望ましいと判断された。

その時点で、リンパ性白血病で治療していたコピー少年（7歳）に対して、メディケイドの医療保障が臓器移植に適用されないことになった。この少年の苦境と、治療費寄付を訴える家族の努力は、マスコミを通じて大きな反響を呼んだ。しかし、臓器移植に要する費用10万ドルのうち8万ドルが家族のもとに寄せられたとき、この少年は亡くなった。

コピー少年の臓器移植問題をめぐる生命倫理上の論議は米国中の関心を引きつけたが、実はその数年前から、オレゴン州では改革が静かに進められていた。1980年代初めより、〈オレゴン保健医療判断〉組織を中心として、草の根のレベルで地域的な会合を持ち、州の保健医療の優先順位の決定について論議が重ねられてきた。その中で、保健医療倫理研究所など数多くの組織も討議に参加してきた。1988年には、〈保健医療市民議会〉が開催され、州全体の保健医療の必要性と価値について明確な定義付けが試みられた。また、時を同じくして、オレゴン州議会議長のキッツハーバー医師が、州の保健医療プログラムの原則について合意を得るために、さまざまな有権者組織（例えば、専門家、消費者、

経営者などの団体）と折衝を始めた。

こうした活動の結果、1989年、オレゴン州議会で〈オレゴン基本保健医療法〉が成立し、オレゴン州の全住民は、いずれかの健康保険が適用されることとなった。たとえば、家族収入の低い市民全員がメディケイドの対象となるよう適用範囲を拡大し、さらに非雇用者とその家族には、職場の保険を適用するよう雇用者に義務付けた。また医療提供者には、行った医療の費用が全額支払われることが明記されている。

しかし、なんとといっても、この医療法の最大の特徴は、「誰を保障すべきか？」という点ではなく、「どんな医療サービスを保障すべきか？」つまり保健医療サービスの優先順位を設定したところにある。もし、医療の優先順位の決定に成功すれば、一地域だけではなく、米国の医療システム改革のモデルとして極めて重要な実験となる。

3 医療の優先順位の決定方法

この医療法に基づき〈オレゴン医療サービス委員会〉が設置され、保健医療サービスの優先順位のリストを作成するよう委託された。委員会の構成は、臨床医5名、保健婦4名、社会福祉士1名、一般人1名の11人であった。この構成は、プライマリー・ケアを重視し、専門家の利益に偏らないようにすることを考慮して行われている。その内容は、メディケイドで保障する基本的な医療のパッケージを定めることにある^{4~6)}。

優先順位の設定は2つの段階に分けられる。第1段階は、順位付けする保健医療サービスの把握である。図1に示すように、保健医療サービスを、特定の診断・病状に適用された、特定

の治療・手技として分類・定義している。病状の指定には国際疾病分類(ICD-9)、治療の指定には最新医療行為用語(CPT-4)が用いられている。この〈病状—治療〉の組み合わせにより分類された主な医療行為は、1,600組以上に及ぶ。

第2段階は、優先順位決定の核心となる費用—便益比の算出である。当初は、合意形成法を用いることが提案されたが、これは拒絶され、図2に示すように、健康結果の効用を組み込んだ費用—便益分析を用いており、治療を行った場合と行わなかった場合の比較評価を基礎としている。ただ、この分析方法は、費用—便益分析(cost-benefit analysis)と表現されているが、正確には費用—効用分析(cost-utility analysis)である。

効用の評価方法は、Kaplan と Anderson の

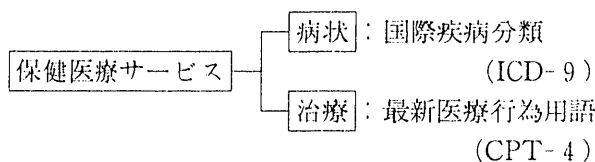


図1 保健医療サービスの分類

$$\text{費用—効用比 (優先順位評点)} = \frac{\text{費用 (ドル)}}{\text{純効用} \times \text{期間 (年)}}$$

*純効用 = QWB_{RX} (治療による健康状態の質) - QWB_{NO} (非治療の健康状態の質)

$$\begin{cases} QWB_{RX} = \sum_i P_i, RX \cdot W_i \\ QWB_{NO} = \sum_i P_i, NO \cdot W_i \end{cases}$$

i = 特定の健康状態

P_i = 健康状態の発生率

W_i = 健康状態の健康の質の重み (効用)

図2 医療サービスの費用—効用評価

〈健康の質〉(Quality of Well Being, QWB)に基づいている。この方法は、死亡を0、生活の損失なしを1として、健康と機能状態を評価するものである。純効用の算出は、治療を行った場合の健康の質 (QWB_{RX}) と治療を行わなかった場合の健康の質 (QWB_{NO}) との差によって求める。そして、この純効用に期間 (年数) を掛けた値 (いわば生活の質を調整した生存年) で治療に要した費用を割ったものが、費用—効用比であり、この比によって優先順位を決定している。

健康状態の年齢別発生率および持続期間は、専門委員 (医者) に諮問して評価する。主なデータは文献から入手するが、経験との開きがあれば臨床判定によって補正する。一方、費用については、メディケイドおよび健康保険のデータから評価する。

健康状態の生活の質の重み (効用) は、まず第1に、無作為抽出した1,001名の一般住民に対して電話調査を行い評価する。26の障害状態について、1-100の尺度を用い、幸福/満足度を聞いている。第2に、9種類の広範囲な医療サービスの分類に対して、47回、1,048人の公聴会を開催し、それぞれのサービスについて、3段階評価を行う。委員会は、この結果をまとめ、表1に示すような13の基本的な分類に再編し、その価値づけを行っている。第3に、7回にわたる公聴会を開き、補遺的な調査を行い、特定の人 (経済的教育的不利益、寝たきり、慢性的鬱状態) あるいは特定の集団を対象として、特定の医療サービスの評価を行う。こうした地域集会の中でまとめられた医療行為の価値評価は、最終的な優先順位に組み込まれる。

極めて興味深いのは、予防や生活の質に一般の人が重要な価値をおいている点であり、これ

表1 地域会合の中でまとめられた医療行為の価値順位

1) 予防 (極めて高い, 100%*)
2) 生活の質 (極めて高い, 100%)
3) 費用—効果 (高い, 75%以上)
4) 機能の能力 (かなり高い, 75%)
5) 公正さ (かなり高い, 75%)
6) 治療の効果 (やや高い, 50%以上)
7) 多くの人への便益 (中程度, 50%)
8) 精神保健と薬物依存 (中程度, 50%)
9) 個人的選択 (中程度, 50%)
10) 地域の共感 (やや低い, 50%以下)
11) 社会への影響 (やや低い, 50%以下)
12) 余命 (やや低い, 50%以下)
13) 自己責任 (やや低い, 50%以下)

*会合の中で討議された頻度

は現在の医療の評価結果の動向ともよく一致している。ただ、この順位はかならずしも厳密な価値評価を示すものではなく、順位リストを最後に調整する段階で重要な質的な判断材料とされている。しかし、こうした一般の人の評価を導入することは、地域住民の間の合意を得ることおよび社会的価値観を相互に理解する上で特に重要な意味をもっている。

なお、上記の優先順位の評価過程は、1)客観的で公式的な定量分析を適用していること、2)大規模な集団を対象として、医療サービスの優先順位決定に費用—効用分析を適用していることに、際立った特徴をもっている。

4 具体的な評価過程

具体的な例として、急性虫垂炎(虫垂摘出)を取り上げ、評価過程を検討してみよう(表2)。まず、急性虫垂炎が発生した場合、関連する健康状態は、1)完全な治癒、2)腹痛を伴う生存、3)吐気・熱・悪寒を伴う生存、4)死亡の4

表2 急性虫垂炎—虫垂摘出の優先順位評価

A. 虫垂炎に関連する健康状態の効用と発生率

健康結果	発生率		
	効用	治療	非治療
完全な治癒	1	0.97	0.01
腹痛を伴う生存	0.747	0.01	—
吐気・熱・悪寒を伴う生存	0.63	0.01	—
死亡	0	0.01	0.99

B. 費用—効用比の算出

期待効用	期間	費用	費用—効用比
治療 非治療 0.984—0.01=0.974	48年	5,744ドル	122

種類に分類できる。その効用は、健康状態に対するQWBの順位により、それぞれ1, 0.747, 0.63, 0と評価される。

治療を行った場合は、健康状態の1)が97%, 2)から4)がそれぞれ1%の発生確率となる。一方、治療を行わなかった場合は、1)が1%, 4)が99%となる。

治療を行った場合の期待効用は、健康状態の効用と発生確率を掛けたものの総和である(0.98377)。治療を行わなかった場合の期待効用は0.01となる。したがって純効用は、両者の差から0.974と算出できる。また、健康状態の持続期間は、虫垂炎の平均発生年齢と平均寿命との差から48年と推定され、純効用と掛け合わせると、効用を調整した生存年が求められる。一方、費用は、メディケイドの記録から5,744ドルと評価される。費用をこの生存年で割れば、費用—効用比(122)すなわち優先順位の指標となる。

上記の費用—効用分析の方法に基づき、約1,600の医療サービスの指標が検討されたが、費

用一効用比は、1.5（最高の効率）から2,782,359（最低の効率）の範囲にあった。急性虫垂炎一虫垂摘出は122であり、順位は1,600中の397番目となる。

5 優先順位に対する批判と対応

オレゴン医療サービス委員会は、1990年5月に最初の優先順位リスト案(医療サービス1,600項目)を公表した。しかし、すぐにいくつかの批判が行われた。その範囲は、外部だけではなく、内部の委員会のメンバーまでも含むものであった⁵⁻⁸⁾。

主要な批判点は、臨床的な感覚に反して、明らかに重要と考えられない医療に、高い順位が割り当てられていた点である。例えば、歯冠治療が子宮外妊娠の外科手術より、また側頭部顎関節スプリントが虫垂摘出より高順位となっている。これらの費用一効用比を表3に示した。

こうした矛盾に対して委員会は、次のような技術的問題点を把握した。1)病状一治療の組み合わせの中に、定義があまりに大まかな項目があること(例えば、内科的治療と外科的治療が含まれてしまう)、2)治療利益の持続期間の評価が不正確となっている項目があること、3)費用データが不完全、不正確な項目があることである。

これらの技術的な問題に対応して、委員会は、

1)病状と治療の組み合わせを再編成して、より厳密な定義に変更し、2)治療利益の持続期間の再評価を実施し、3)費用の仮定を最吟味し、再算定を行った。

しかしながら、これらの技術的な対応では解決しない問題点が残されていた。それは、救命的な治療の価値付けが正確に評価されていないという問題である。その意味では、費用一効用分析が、社会的な価値評価を正確に反映しているかどうかを、検討することが求められていた。

この問題に対しては、1)病状一治療の組み合わせに対して、まず順位を検討する項目として、主な医療行為26項目を選定した(表4)(1番目が予防と治療の2項目)。内容を見ると、予防接種をはじめとする1次予防から、終末期医療や比較的軽微な疾患までをカバーしている。これらの項目から、社会的価値、個人的価値、保健医療に対する不可欠性の3つの基準にしたがって、17の大分類を選択し(表5)順位づけを行っている。優先順位により、不可欠、最重要、重要な3段階に分けられている。不可欠の項目には、〈急性の致命的状態に対する治療による急性死亡の回避、完全な回復と以前の健康状態への復帰〉、〈母子保健〉、〈急性の致命的状態に対する治療による急性死亡の回避、完全な回復と以前の健康状態への復帰は望めない〉などが該当している。

つぎに、2) 714の病状一治療項目を全て17項

表3 優先順位が問題となる事例

治 療	期待純効用	期間 (年)	費用 (ドル)	優先評点 (費用一効用比)	優先順位
歯 冠	0.08	4	38.10	117.6	371
子宮外妊娠手術	0.71	48	4,015	117.8	372
顎側頭関節スプリント	0.16	5	98.51	122.2	376
虫垂摘出	0.97	48	5,744	122.5	377

表4 保健医療の優先順位リスト

- 1) 子供に対する予防（米国予防サービス特別委員会の勧告：予防接種，健康増進）と慢性的障害を防止するための治療
- 2) 栄養失調の危険が高い子供への予防（例，鉄分）
- 3) 子供の虫歯の予防（例，衛生，フッ素）
- 4) 成人に対する予防（米国予防サービス特別委員会の勧告）
- 5) 栄養失調の危険が高い成人への予防
- 6) 成人の虫歯の予防（例，歯磨き，フッ素）
- 7) 成人の視力と聴力のスクリーニング
- 8) 成人に対する健康教育（例，禁煙，飲酒）
- 9) 成人に対する安全衛生教育（例，職場）
- 10) 症状の発現に対する初期診断のスクリーニング
- 11) 母子保健（例，産前，周産，産後）
- 12) 家族計画（例，避妊，不妊，教育，健康相談）
- 13) 不妊サービス（例，検査，治療，健康相談）
- 14) 急性の致命的状態の治療による急性死亡の回避，完全な回復と以前の健康状態への復帰（例，虫垂炎，細菌性髄膜炎）
- 15) 急性の致命的状態の治療による死亡の回避，完全な回復と以前の健康状態への復帰は望めない（例，脳血管障害，頭部銃創）
- 16) 急性の非致命的・非自己限定的状態の治療，以前の健康状態に回復（例，皮膚疾患）
- 17) 急性の非致命的状態の治療，生活の質は改善するが，以前の健康状態には回復しない（例，火傷）
- 18) 急性の非致命的・自己限定状態に対する治療，以前の健康状態に回復（例，麻疹，水痘，水イボ）
- 19) 致命的な慢性状態に対する治療，以前の健康状態に回復し，余命と生活の質の改善（例，うつ病，臓器移植，糖尿病，分裂病）
- 20) 致命的状態に対する治療，余命の改善はないが生活の質は改善（例，末期癌）
- 21) 致命的状態に対する治療，余命は改善するが生活の質は改善しない（例，生命維持装置）
- 22) 非致命的な慢性状態に対する1回治療，生活の質の改善（股関節置換）
- 23) 非致命的な慢性状態に対する反復治療，短期間の便益による生活の質の改善（例，てんかん，リウマチ様関節炎）
- 24) 非致命的状態に対する治療，生活の質や寿命にほとんどあるいは全く影響しない（例，ビールス性肺炎）
- 25) 余命1年未満の患者に対する快適のための治療

目の中に分類し，その中で純効用の改定評価に従い順位づけを行っている。最後に，3)客観的な費用-効用評価とともに，主観的な判定が追加された。この過程では，医療サービスの順位を個別にチェックし，直観に反する医療サービスについては，委員会のメンバーが妥当と判定するまで調整を行う。この手作業の調整過程では，病状の重症度および治療の効果，相対的な費用，有病率，大衆から見た重要性，委員会自身の価値判断を考慮する。

これらの変更を経て，委員会は，改定リスト

を1991年5月に発表するとともに，さらにこの改革案に基づく必要予算を算定し，政府と議会に提出した。医療サービスの最終的な優先順位の主な項目を表6に示した。第1位には細菌性肺炎が位置し，結核および腹膜炎，喉頭・気管支・食道などの異物，虫垂炎，腸管破裂，ヘルニア・閉塞，百日咳などがそれに続いていた。

これらの優先順位に基づき，不可欠，さらに最重要な項目にまで範囲を拡大した場合に必要とされる医療費総額を表7に示した。不可欠の項目に限定した場合は70万ドルに留まるが，709

表 5 医療サービスの大分類の優先順位

順位	Category ID No.
〈不可欠なサービス〉	
1. Acute fatal, prevents death, full recovery Examples: Repair of deep, open wound of neck. Appendectomy for appendicitis. Medical therapy for myocarditis.	15
2. Maternity care (including care for newborn in first 28 days of life) Examples: Obstetrical care for pregnancy. Medical therapy for drug reactions and intoxications specific to newborn. Medical therapy for low birthweight babies.	12
3. Acute fatal, prevents death, w/o full recovery Examples: Surgical treatment for head injury with prolonged loss of consciousness. Medical therapy for acute bacterial meningitis. Reduction of an open fracture of a joint.	16
4. Preventive care for children Examples: Immunizations. Medical therapy for streptococcal sore throat and scarlet fever (reduces disability, prevents spread). Screening for specific problems such as vision or hearing problems, or anemia.	01
5. Chronic fatal, improves life span and QWB (Quality of Well-Being) Examples: Medical therapy for Type I Diabetes Mellitus. Medical and surgical treatment for treatable cancer of the uterus. Medical therapy for asthma.	20
6. Reproductive services (excluding maternity and infertility) Examples: Contraceptive management, vasectomy, tubal ligation.	13
7. Comfort care Example: Palliative therapy for conditions in which death is imminent.	26
8. Preventive dental (children and adults) Example: Cleaning and fluoride.	03/07
9. Preventive care for adults (A-B-C) Examples: Mammograms, blood pressure screening, medical therapy and chemoprophylaxis for primary tuberculosis.	04
〈最重要なサービス〉	
10. Acute nonfatal, return to previous health Examples: Medical therapy for acute thyroiditis. Medical therapy for vaginitis. Restorative dental service for dental caries.	17
11. Chronic nonfatal, one time treatment improves QWB Examples: Hip replacement. Laser surgery for diabetic retinopathy. Medical therapy for rheumatic fever.	23
12. Acute nonfatal, w/o return to previous health Examples: Relocation of dislocation of elbow. Arthroscopic repair of internal derangement of knee. Repair of corneal laceration.	18
13. Chronic nonfatal, repetitive treatment improves QWB Examples: Medical therapy for chronic sinusitis. Medical therapy for migraine. Medical therapy for psoriasis.	24
〈重要なサービス〉	
14. Acute nonfatal, expedites recovery Examples: Medical therapy for diaper rash. Medical therapy for acute conjunctivitis. Medical therapy for acute pharyngitis.	19
15. Infertility services Examples: Medical therapy for anovulation. Microsurgery for tubal disease. In-vitro fertilization.	14
16. Preventive care for adults (D-E) Examples: Dipstick urinalysis for hematuria in adults less than 60 years of age. Sigmoidoscopy for persons less than 40 years of age. Screening of nonpregnant adults for Type I Diabetes Mellitus.	05
17. Fatal or nonfatal, minimal or no improvement in QWB (non-self-limited) Examples: Repair fingertip avulsion that does not include fingernail. Medical therapy for gallstones without cholecystitis. Medical therapy for viral warts.	25

表6 医療サービスの優先順位(主要項目)(その1)

1. Bacterial pneumonia	57. Life-threatening epistaxis
2. Tuberculosis	58. Acute mastoiditis
3. Peritonitis	61. Septicemia
4. Foreign body in pharynx, larynx, trachea, bronchus, esophagus	63. Stevens-Johnson syndrome
5. Appendicitis	64. Disorders of bile duct
6. Ruptured intestine	65. Ruptured liver
7. Hernia and obstruction	76. Phlebitis and thrombophlebitis
8. Croup	87. Acute pancreatitis
9. Acute orbital cellulitis	89. Thrombocytopenia
10. Ectopic pregnancy	93. Myocarditis, pericarditis, endocarditis
12. Ruptured spleen	103. Torsion of ovary
13. Acute pelvic inflammatory disease	116. Burns, full-thickness over > 10% of body surface
14. Acute pyelonephritis	118. Crush injuries to trunk and upper and lower limbs
15. Anaphylactic shock	119. Acute glomerulonephritis
16. Gallstone with cholecystitis	127. Mycoses
17. Respiratory obstruction	129. Aneurysm of pulmonary artery
18. Low birth weight (but > 1,250 g)	138. Iron deficiency anemia
19. Syphilis	143. Preventive services, children
20. Hemolytic disease, isoimmunization, fetal and neonatal jaundice	144. Streptococcal sore throat, scarlet fever
21. Polycythemia neonatorum	145. Rheumatic fever
22. Pregnancy	147. Hypertension
26. Hypoglycemic coma	150. Diabetes mellitus, type I
27. Whooping cough	151. Asthma
28. Phenylketonuria	152. Ulcers, gastritis, duodenitis
29. Congenital hypothyroidism	153. Non-insulin-dependent diabetes
30. Acute osteomyelitis	156. Physical and sexual abuse, including rape
31. Deep open wound of neck	158. Human immunodeficiency virus (HIV) disease
32. Retropharyngeal abscess	159. Epilepsy
33. Pneumothorax and hemothorax	161. Sterilization, vasectomy
34. Hypotension	162. Sterilization, tubal ligation
35. Open fracture of bone shaft	163. Birth control
36. Pyogenic arthritis	164. Imminent death regardless of diagnosis
37. Intestinal obstruction	166. Preventive dental services
38. Patent ductus arteriosus	171. Cancer of breast, treatable
45. Acute bacterial meningitis	172. Undescended testicle
46. Hypothermia	173. Cancer of testis, treatable
47. Burn over 10% to 30% of body	175. Pyoderma
48. Acute myocardial infarction	176. Angina pectoris
49. Pulmonary embolism	188. Hodgkin's disease
50. Life-threatening arrhythmias	190. Acquired hemolytic anemia
53. Poisoning (ingestion or injection)	201. Diseases of mitral valve
54. Peritonsillar abscess	

表6 医療サービスの優先順位（主要項目）（その2）

212. Chronic hepatitis	599. Viral hepatitis
215. Benign neoplasm of brain	622. Temporomandibular joint disorder
217. Hearing loss (≤ age 3)	634. Blepharitis
493. Ovarian cyst	652. Diaper or napkin rash
501. Muscular dystrophy	655. Food allergy
509. Acute poliomyelitis	656. Sprains
528. Minor burns	657. Acute conjunctivitis
530. Atopic dermatitis	661. Acute urticaria
562. Peripheral nerve injury	662. Candidiasis
570. Chronic sinusitis	671. Aseptic meningitis
572. Dysmenorrhea	672. Infectious mononucleosis
576. Raynaud's syndrome	682. Viral warts
585. Esophagitis	695. Alcoholic cirrhosis of liver
588. Acne	703. Uncomplicated hemorrhoids
589. Psoriasis	705. Gynecomastia
591. Chronic cystitis	707. Terminal HIV disease

表7 医療サービスの優先順位と医療費

基準利益パッケージ	医療費 (百万ドル)
不可欠なサービス (1-310番)	0.7
不可欠なサービス+最重要サービス半分 (1-475番)	16.5
不可欠なサービス+最重要サービス (1-640番)	31.2
全サービス (1-709番)	40.1

項目まで拡大すると4千万ドルにまで増大する。医療保障のパッケージをどの医療サービスで線引するかという判断は、財政的予算の限度に依存している。

ただ、とくに注意すべき点は、このオレゴンの計画は、医療サービスの優先順位を決定し、保障の範囲に限度を設定しているが、費用を削減することを目的としていないことである。また、委員会は、そうした影響が現れることも期待していない。逆に、医療費の総額は増加することが予想されている。したがって、焦点は、現実の予算制限下において、効果的な保健医療

を選択し、さらに限られた資源を出来るだけ効率的に利用しようとするところにある。

6 問題点の再吟味

オレゴンの医療改革案に関する批判と対応は、以上に述べたとおりである。たしかに、初期の案は、臨床的意味・経験に反する順位が認められ、方法論的に誤りが存在するのは明らかであった。しかしながら、その理由について、方法論的・理論的な解明は十分に行われていない。その意味では、批判に対応して改定された方法論およびそれに基づく最終案が、必ずしも正しいとは限らない。

そこで、概念的および技術的な両側面から、医療サービスの優先順位の決定に対する方法論、とくに費用-効用分析の有効性について検討を行いたい。

第1に、費用-効用分析が概念的および基本的に誤りであるという批判から検討してみよう。というのも、この点の検討なしに、技術的な問

題点を検討しても意味がないからである。その代表例が Hadorn⁷⁾の批判である。彼によると、費用一効用分析は、本質的に、救命的な医療技術および個人の命の救命について把握できないとされている。その例として、優先順位リストの中には、微小な改善をもたらす治療が、救命的治療に比べて上位に位置付けられている点を挙げている。また、こうした根拠から、人命をまず助けるといふ人間の性向、すなわち〈救命の原則〉と費用一効用分析とは、根本的に矛盾すると指摘している。

この批判の問題点は、まず費用一効用分析に対する誤解にある。優先順位を決定するにあたって、評価の指標となったのは、個別の医療から得られる利益ではなく、費用当たりに得られる利益の総量である。つまり、なによりも費用と利益とを総合的に考える点が鍵となる。たとえば、単独の歯冠治療と単独の子宮外妊娠手術とを比較することが問題ではない。同じ資源を利用した場合は、前者が105人の治療が可能であるのに、後者は1人である。すなわち、優先順位のリストは、両者が等価であることを意味しているのである。こうした評価は、利用できる資源が限りがあるという条件下で問題となるのであり、資源が無制限の場合には必要とされない。

次に、救命の原則は、費用一効用分析と矛盾しないことである。上記に示した通常費用一効用分析では、個別の効用評価と社会的な効用評価が等価であることを前提として、定量的評価を行っている。しかし、両者が互いに独立の内容を持っているとすると、別の接近を行うことが必要となる。たとえば、同じ救命効果でも、ホームレスの人がベンチで死亡するのを予防するよりも、臓器移植によって先天性障害の子供

を救命する場合に、社会がより多くの価値を置かなければ、そのことを効用評価によって明らかにすることが求められる。そうすれば、救命の原則と矛盾なく、費用一効用評価により、優先順位を決定することが可能なのである。一般化すれば、特定の医療による効用と他の医療による効用とを相互に比較すれば、容易に救命の原則を組み入れることができる。

以上の点から、費用一効用分析は、基本的に救命の原則をも考慮して、優先順位の決定を行うことが可能な方法であることが分かる。しかしながら、救命の原則だけでは、効果のみに焦点を絞ることになり、限られた資源のもとでの効率的な医療供給という問題については、接近することが不可能となる。

こうして見ると、オレゴンの方法論の見直しは、効果評価に重点を置く方向に移ったため、効率評価という点からは、理論的に一歩後退していると考えられる。

第2に、技術的な評価の問題、すなわち費用一効用比の分子と分母の不正確さの問題について検討しよう。分子となる費用については、委員会も費用評価の見直しを行っているが、下垂体機能異常の内科的治療と心臓発作に対するPTCAとに同じ費用が割り当てられるといった例から分かるように、費用評価の正確性に問題を認めている。その意味では、優先順位に矛盾を生じさせる結果につながっているといえよう。

さらに重要な問題は、分母の効用評価にある。委員会は2つの問題点を認めている。1つは、治療効果の持続期間の過大評価である。自己限定疾患（例、風疹）に対しても、慢性成人病（例、糖尿病）や致命的疾患（例、虫垂炎）に対しても、同じ治療利益期間（生涯）を割り当

てている。もう1つは、健康の質 (QWB) の状態に関する定義が大まかであるため、重症度を評価できていない点である。たとえば、言語障害については、舌足らずの発音と無言症との区別がついていない。

こうした分母の評価の不正確性も、優先順位の偏りを生じさせている。優先順位決定に対する方法論上の問題点について、以上の2点について批判的吟味を行った結果、確かに、委員会の方法論にはいくつかの不備が認められた。そのため、従来の経験に反する順位が生じたことは十分に理解できることである。しかしながら、その多くは、方法論の基本である費用-効用分析そのものにあるのではなく、具体的な適用に当たっての技術的な問題に起因していると考えられる。

したがって、方法論上の改良と、利用するデータの収集に焦点を当てた改善が必要であることが示唆された。その意味では、委員会が修正した接近方法は、理論的には問題が残されると考えられる。

7 今後の動向

オレゴンの改革プログラムを実行するためには、連邦の法律を放棄することになり、そうになるとメディケイドに財源を提供している保健医療財務局とともに連邦議会での承認が必要となる。

まず、保健医療財務局は、外部の諮問検討委員会を組織し、オレゴンの申請案について、技術的・概念的な利点の検討に入っている。この委員会の勧告は、財務局長官と健康・人間サービス事務局に提出されることになる。この両者が勧告を承認すると、予算分析のために、管

理・予算局に手渡される。したがって、このオレゴンの改革プログラムが実際に動くのは、こうした承認が順調にいったとしても1992年夏と予測された。

ところが、ブッシュ政府はオレゴンの申請を却下した⁹⁾。その理由は、「オレゴンの計画は米国障害者法 (1990) を侵犯する」というものであった。具体的な問題点として、「既存の障害の有無によって治療の保障状態が異なる」こと、および「障害を持つ人の生命の質を過小評価している」ことが指摘された。

こうした却下の理由を、オレゴンの保健医療計画立案者は予想していなかった。というのも、「保健医療財務局の権利放棄を求める申請は1年前に行っており、その時点で政府は障害者法に一切触れなかった」からである。また「効用の評価は障害者を差別するものではなく、しかも治療の選択決定は効用だけでなく効果に基づいて実施しているため、差別は方法論に対する誤解である」と、オレゴンの計画立案者は反論している。しかも、オレゴンの障害者は、「この計画が障害者の利益を増大させる」として強く支持している。こうした状況から、オレゴンの計画立案者は、その後も申請案を放棄せず、障害を取り除くべく政府と折衝を進めている。

オレゴンの改革案の却下は、その他の州で進められている改革案にも大きな波紋を投げかけた⁹⁾。表8に示すように、コロラドを始めとして、オレゴンと同様に、便益のパッケージ (優先順位) を改革案に組込んでいる。したがって、メディケイドの内容の変更に伴い、連邦政府の権利放棄が必要となる。その意味でも、保健医療改革を計画している各州は、オレゴン州の医療改革案の今後の動向に大きな関心を払っているといえよう。

表 8 各州における保健医療改革の計画と進行状況

州	改革の内容	現在の進行状況
オレゴン	最低限の便益パッケージを定義：計画は実行段階	健康保険を貧困労働者に拡張：連邦政府の権利放棄を待機中
コロラド	調査段階	便益パッケージを立案中、新しい財源を探索中：連邦政府の権利放棄が必要と予測
ミネソタ	州保険計画を非保険者に拡張	計画案に要する補助財源の確立（医療供給者とタバコへの課税）：連邦政府の権利放棄は不要
ニューメキシコ	貧困労働者に対する保健医療計画を立案中	プログラムと最小限便益パッケージを立案中：連邦政府の権利放棄が必要
ワシントン	計画を検討中	最小限便益パッケージを定義中：連邦政府の権利放棄が必要と予測

8 反響と教訓

1990年5月の〈オレゴン医療サービス委員会〉より公表された医療改革案（優先順位リスト）に対しては、先にも述べたように、賛否両論を含むさまざまな論議が巻き起こった。例えば、批判的な立場からは、医療にこうした優先順位をつけることは非倫理的である。あるいは、費用-効用評価に基づいて合理的・論理的に医療の優先順位をつけることは不可能である。さらに、既存の医療制度の下での医療費抑制問題にはなんらの効果もない、などなど。

こうした批判のほとんどは、方法論上の検討でも容易に理解できるように、オレゴンの医療改革の内容に対する無理解あるいは誤解に基づくものである。したがって、すぐに反証が可能である。問題は、こうした批判のさらに奥にある。

改革案には、いろいろな問題点があり、批判すべき点があるのは十分に理解できる。しかし一番重要な問題は、どのようにして現在の医療制度の不備を改善して行くのか、またそのため

の有効な代替案として何が提案されているのかということである。

オレゴンの医療改革案は、その意味で、極めて重要な位置を占めており、ユニークな試みとなっている。

まず、医療の合理化を試みたこと。現在の医療システムでは、「医療効果を評価して、その違いによって医療サービスの提供のあり方を考える」といった発想が全く認められない。また、実際に検討を行った例もない。すべて、あるがままの慣行に身を委ねている。

つぎに、医療行為の優先順位を付けることで、社会と個人の間にある矛盾を現実の問題としてとらえたこと。たとえば、オレゴンでは、高額な医療を少数の患者に提供するか、あるいは低額で効果的な予防対策を多数の人に提供するか、意思決定上重要な問題として検討している。しかし、現在の医療システムでは、こうした問題を検討する機構が存在しない。

さらに、保健医療のあり方を検討する際、明確な基準に基づく開かれた社会的組織を作りあげ、その道筋をつけたこと。つまり、現行システムをさまざまな角度から評価・討議し、解決

案をまとめるまでの社会的制度を確立したことである。この制度には、委員会だけでなく、公聴会、地域会合、電話調査、草の根活動など、さまざまな組織と過程とが含まれている。

4番目に、優先順位の評価を行う上で、効果と費用を組み合わせることが重要な要因であることを示した。最初に、費用-効用分析を順位決定の基礎的な方法として採用したが、こうした経済的評価を実際の医療のあり方に適用したのは、初めての試みであった。もちろん、その後の過程で、主に効果評価あるいは効用評価を順位決定に主に用いているが、最終的な判断には費用の要因も勘案されている。

こうしてみると、オレゴンの試みは、今後の医療のあり方を探る意味で、かけがえのない実験といえよう。それは、米国においてだけでなく、世界中の国々においても同様である。

わが国においても、遅かれ早かれ、効果的で効率的な医療制度のあり方を探る大胆な試みが必要とされる。その意味では、オレゴンの医療改革の計画と今後の動向に、十分な関心を注いでいくことが求められている。

参考文献

- 1) Davis K., et al., *Health Care Cost Containment*, Jones Hopkins Univ. Press, 1990.
- 2) Abel-Smith B., Cost containment in 12 European countries, *World Health Statistics Quarterly*, 37 : 351, 1984.
- 3) Schwartz W.B., "The inevitable failure of current cost-containment strategies," *JAMA*, 257 : 220, 1987.
- 4) Oregon Health Services Commission, *Prioritization of Health Services*, 1991.
- 5) Klevit H.D., et al., "Prioritization of health care services," *Arch. Intern. Med.*, 151 : 912, 1991.
- 6) Dixon J. & Welch H.G., "Priority setting: lessons from Oregon," *Lancet*, 337 : 891, 1991.
- 7) Hardon D.C., "Setting health care priorities in Oregon," *JAMA*, 265 : 2218, 1991.
- 8) Strosberg M.A., et al., *Rationing America's Medical Care*, Brookings Institute, 1992.
- 9) Morell B., "Oregon becomes a test case for health care reform," *Science*, 257 : 1202, 1992.

(ひさしげ・あきのり)

鈴鹿医療科学技術大学教授)