

序文

一橋大学経済学研究科，国際・公共政策大学院教授 井伊 雅子

世界は大きな政府の時代に入ったと、英国の *Economist* 誌などが指摘している。日本でも新しい資本主義ということで、世界の潮流と同じ動きがある。来年度の予算案を見ても大きな政府に向かっていることがわかる。

「大きな政府」自体に反対はしないが、「大きな政府」につきものの既得権益の拡大が起きないように、行政の効率性と公平性を確保する必要がある。

今回の特集では、日本の医療制度は効率性にも公平性にも欠けているのではという問題意識から「過剰医療と過少医療の問題」を取り上げた。

過剰医療に関しては、人口千人当たりの総病床数とMRIやCTなどの高額医療機器の数が世界でも際立って多いこと、医療機関への頻繁な受診、そして急性期病床の平均在院日数の長さなどは、よく指摘されることだ。

一方で、日本の医療保険制度は、皆保険といながら、「谷間にいる人」が少なからずいる。医療機関を受診するべき人が受診せず、適切なケアを受けていないという過少医療も実は深刻な問題だ。受診回数が多いのはすでに受診している人の傾向であり、実は一度も受診していない人の割合は国際的にも高い (Ii and Niu (2019), 井伊・関本 (2015))。忙しく働いている人たちの中には、受診が必要でも待ち時間が長いなどの理由で医療機関にかかれない人も多い。毎年健康診断を受けていても、適切な治療につながっていない場合も少なくない。

本特集号収載の縄田・井伊・葛西論文では、毎年多くの医療費と薬剤費を費やしている糖尿病治療に関して考察した。データ分析の結果からは、我が国における糖尿病の在院日数は非常に長いという過剰医療の実態がある一方で、毎

年健診を行っていないながら、重度の糖尿病と判断される多くの対象者が糖尿病の治療を受けていない深刻な過少医療の実態も示唆された。

糖尿病スクリーニング（健診）に関して、日本と海外の主要なガイドラインを比較すると、日本のガイドラインの特徴として、年齢制限だけで、糖尿病に罹患するリスクを評価していない、リスクや血糖値に関係なく健診を年1回実施している、そして、参照する研究エビデンスの更新が適切に行われていないことが明らかになった。国を挙げて糖尿病重症化の重要性を指摘してきたが、日本では、ハイリスクの人に健診を受けることを促し、その結果で健康上の問題を持つ可能性が高いとわかった人を確実に医療へつなげる、という方策がなぜうまくいかないかを考察し、健診と医療が有機的に連携するために必要な方策を提案した。

葛西・井伊論文では、過剰医療や過少医療の問題に、各国がどのように対応しているか、国際比較の視点から考察した。過剰医療は世界の医療者や研究者が憂慮している問題だ。日本では、早期発見・早期治療が患者の負担を減らし医療費の軽減にも寄与すると、健診や検診を過剰に進める傾向がある。最新の研究エビデンスによると、例えば、無症状の人を対象とするがん検診では、死亡につながらない異常を医師が見つけてがんと診断するなど見つけすぎることの弊害、そして、見つけすぎだけでなく、必要なかったかも知れない治療などの医療的な介入をしてしまうなど医療化の問題も指摘されている。

日本では、地方自治体や職場でのがん検診、個人が自発的に受けるがん検診など、多くのがん検診があるが、対象範囲や頻度など質を保証

する仕組みはない。本論文で例に取り上げた肺がん検診では、国際的に推奨されているリスクの高い対象集団への低線量CTスキャンの推奨がないなど過少医療の問題もある。論文では海外での過剰医療と過少医療を改善するための臨床現場の取り組みを紹介している。

伊藤・葛西論文では、地域（二次保健医療圏）において、急性期病院の治療アウトカムを比較するにあたり、どのような情報が活用でき、またどのようなデータ利用の制約が存在するのかを考察した。米国と英国の公的機関が、地域の医療機関の質指標（QI）を公表することで治療アウトカムの市民への可視化を図り、医療機関の治療の質の改善を推進していることを紹介している。一方、日本では、病院の治療実績等が疾患ごとに公表されるようになったものの、少数事例がマスクングされるなどの公表時の制限があり、公表データが十分に活用されていない現状が指摘された。

伊藤・葛西論文での考察を地域の実際の病院で検証したのが、伊藤・池田・菅家・葛西・村上論文である。この論文では、山形県置賜二次保健医療圏（置賜医療圏）において急性期医療を担う主要3病院の治療アウトカムを比較した。心不全・心筋梗塞・脳卒中・肺炎・大腿骨骨折を例に、死亡率・在院日数・退院時の日常生活動作指標（Barthel Index：BI）・入院1日当たりのBIの変化を病院間で比較し、統計的な差異とその背景を考察した。現在進められている機能再編の過程で、このような同一地域内における病院間の治療体制を客観的に示し可視化することは、病院間連携や役割分担の議論の進展に寄与する。

井伊・森山・渡辺論文では、COVID-19パンデミックで大きく変化した患者の受療行動を分析した。人口減少が急速に進む我が国では、長期入院と頻回受診に依存する医療提供体制では、患者の受療行動が今回のように大きく変化すると、医療機関の経営にも大きな影響が出る。医療機関の集約化、報酬制度の見直しと医療の質の評価導入が必至だ。

今回 COVID-19 パンデミックという未知の問題への対応で、各国間で大きな違いがあった。多くの国々では診療所は平時から診療に加えて、日本の保健所が持つ公衆衛生の機能も担っている。今回のパンデミックでも PCR 検査、自宅療養者のケア（退院後も含む）などの重要な役割を果たした。日本でもこのように予防機能を持ち地域と一体となった医療制度の設計が喫緊の課題の一つだ。

日本はすでに財政が逼迫している状況で、他の国以上に既得権益を廃し、効果的な財政支出に努める必要がある。医療に関しては、研究エビデンスに基づいた議論をする必要性が強調されて、ナショナルデータベース（NDB）を用いた内閣府や厚生労働省などの取り組みも出てきたことが本特集号の報告会で、討論者の小塩氏からも指摘された。

同じく討論者の印南氏からは、「一人ひとりの患者には個別性があり、最適な医療は患者によって異なる。そのため、最適な医療サービスの量は定義が難しく、過剰医療や過少医療は概念として曖昧である」という指摘がなされた。今回の特集テーマに関わる重要な指摘である。

まず臨床現場の視点として、我々は過剰でもなく過少でもない医療を、「適正医療（right care）」と定義している。「適正医療」とは最適な量が1つの値として特定できることではない。なぜなら、最適な医療は研究エビデンスから窺い知れることはあるが、エビデンスは完璧でも確実なものでもなく、新しい研究によって絶えずアップデートされていくものだからだ。現在得られる最良の研究エビデンスを参考にしながら、医師の専門性と経験、個々の患者の症状と環境も考慮した上で、医師と患者が共に相談しながら意思決定をしていく。そして、研究エビデンスは多くの場合、集団の平均に関する科学的な知見なので、それに基づいた診療ガイドラインの推奨といえども鵜呑みにできない。診療ガイドラインに推奨されていなくても「適正な医療」となる場合はある。

日本の診療ガイドラインで特筆すべきは、葛

西・井伊論文でも考察したように、がん検診で日本は米国、英国とは驚くほど、推奨内容が異なっていることだ。糖尿病や高血圧のようなよくある疾患でも、日本のガイドラインと海外のガイドラインとはかなり異なる。日本ではガイドラインの開発が遅れており、発表されているものが多いとは言えない。特に外来診療におけるプライマリ・ケアでの使用に適しているものはわずかだ。

そしてたとえ発表されていても最新のものへのアクセスが制限されていて、購入するか学会会員でないと自由にアクセスできないことが多い。さらに、費用対効果を考慮した推奨事項が掲載されているガイドラインはごく少数である。このためケアに関わる人たちが根拠を持って診療方法を選択することを困難にしている。その結果、諸外国と比べて、同等の有効性と安全性があるにもかかわらず高価な薬剤や医療技術の使用を増やすことになる。

制度面における「過剰医療と過少医療」は、もう一つの問題意識だ。日本では皆保険制度であるのに、制度の隙間に落ちてしまい、適切な医療を受けられない人も少なからず存在する。日本の現行の医療制度（福祉制度も含めて）は、困っている人ほどそのサービスを知らない。「誰一人取り残さない」制度であるべきなのに、個人のニーズに対応できる仕組みになっていない。討論者の井深氏が指摘するように、日本の医療制度は機会の平等を意図して制度設計されているが、必ずしも結果としてはアクセスの平等につながっていない。治療に主眼が置かれており、個人の健康上のリスクを評価し、また必要なタイミングで疾病のスクリーニングを行い、健診から適切な治療へとつなげることがうまくいかない。健診は大企業と比べて中小企業で働く労働者の受診率が低く、また非常勤労働者、失業者や退職などリスクが高いと思われるグループを的確に把握する方法もないなど、社会経済的地位によって大きく異なる（縄田・井伊・葛西論文）。

そうした把握がうまくいかない理由としてデ

ジタル化の遅れが指摘されることがある。確かにデジタル化も重要だが、まずは、医療制度の設計として、多くのOECD諸国が行なっているように、地域住民が1箇所の診療所に登録をすることも一案だ。地域住民の健康に責任を持つ主体も明確になる。

そして、「健康づくりの協働者として専門性の面から個人々々を支える医療者」（井深氏コメント）を適切に育成配置してこなかったことも、制度の谷間に落ちてしまう人が多数でしてしまう大きな要因だ。地域のニーズに沿った医師の育成ができなかった医育機関の卒前教育と専門医研修制度整備の立ち遅れの責任は問われるべきであろう。

印南氏が指摘したローカルポリティックスの問題は、経済学者が見落としがち重要な点だ。国が推奨していないにもかかわらず実施されるがん検診がいつまでもなくなる大きな理由だ。

今回の特集のさらなる関心は、過剰医療や過少医療が財政へ与えるインパクトだ。こうした試算を困難にする大きな理由として、健診や検診に関しては、国が補助しているもの、限定的に補助しているもの、地方自治体が独自に実施しているなど財政支援のあり方が様々であることだ。例えば特定健診では、2022年度は211億円が国の予算として計上されているが、この経費は国民健康保険の1/3の補助とその他の保険者の定額補助の合計であり、特定健診の正確な総額経費は入手が困難だ。

がん検診では、地方自治体と職域と医療機関などのデータが統合されていない。国立がん研究センターでも正確な検診受診の状況は把握できていない状況で、全国レベルのがん検診費用を把握することができない。

臨床的にも継続した有益性を示す研究エビデンスが乏しく病院経営の視点から行われている糖尿病患者の教育入院は、日帰りに切り替えると年間314億円の医療費削減の効果があることが、DPCデータを用いた分析で指摘された（渡辺氏コメント）。こうした丁寧な医療費削減の効果分析は大変参考になる。今後もこうした取

り組みが必要だ。

コロナ禍で改めて明らかになったことだが、多くの医療機関の事業報告書（財務諸表）が電子的に開示されていないなど、多額の補助金の効果検証が困難である。医療機関は公的医療保険料と税金で運営されており、今後はDPCやレセプトデータなど医療の可視化（質の評価）だけでなく、財務の可視化も不可欠だ。

日本の診療所が公衆衛生的な機能も持ち、例えば、地域住民が1箇所の診療所に登録すれば、過度に分権化された日本の医療制度の隙間に落ちる人たを減らし、過剰医療だけでなく過少医療の対策にもなる。多くのOECD諸国はそうした観点から医療制度を設計し、医師や看護師などの医療職を育成し、支払制度改革を進めている。

コロナ禍で急減した受診が、不必要だった受診（過剰医療）の是正だったのか、必要な受診

が抑制（過少医療）されたのかを識別するのは確かに難しい。しかし、少子高齢化が進む日本では、今後確実に医療需要は急減する。入院期間を伸ばしたり、外来で治療可能でも入院をさせたり、頻回な外来受診で安定した収入を確保するのは、ますます困難になる。医療の質を確保するためにも、医療機関の集約化は避けて通れないだろう。

本特集号の編纂に先立ち、財務省・財政総合政策研究所で、論文計画報告会（2020年12月14日）と論文検討会議（2021年12月14日）を開催した。論文検討会議では、渡辺幸子氏、井深陽子氏、小塩隆士氏、印南一路氏に討論者としてご参加いただき、報告論文に関する討論コメントをご執筆いただいた。

適正医療に向けての取り組みに、本特集号がいくらかでも参考になれば幸いである。

参 考 文 献

Ii, M and B. Niu (2019) "Are Japanese People Satisfied with Their Health Care System and Services? Empirical Evidence from Survey Data," *Health Policy*, Vol. 123 No. 4, pp. 345-352

井伊雅子・関本美穂 (2015)「日本のプライマリ・ケア制度の特徴と問題点」,『フィナンシャル・レビュー：地域医療・介護の費用対効果分析に向けて』第123号 pp. 6-63