

葛西・井伊論文に対するコメント

印南 一路^{*1}

I. 過少・過剰医療をめぐる一考察

本特集のテーマである過剰医療、過少医療は医療政策の多くの分野に関わる重要なものなので、個別論文に対するコメントを書く前に、若干の個人的な考察を書いておきたい。

過少、過剰という言葉は、一般的には量的な評価に関するものである。過剰な検査と言えば、不必要な検査、必要以上の回数や頻度の検査を指し、過剰な薬剤投与では、特定薬剤の過剰な量の処方・投与や、過剰な種類の薬剤の処方・投与を指す。反対に、過少医療と言えば、例えば、患者の嚥下機能に確認する検査を行わずに胃ろう増設手術を行うこと（実は、これが過剰な胃ろう増設手術を誘引する）や、ガイドラインで推奨される医療行為を行っていないことを指すと思われる。

最適な医療

過少・過剰医療を量で捉えた場合に直ちに生じる疑問は、それでは最適な量の医療が存在するか、それは例えば検査回数でいえば、最適な検査回数が一つの値として特定できるかというものである。評者の考えは悲観的である。一人ひとりの患者には個別性があるために、薬剤・医療技術とも有効性は確率的に捉えられている。人間自体が複雑なシステムであるから、万人に100%効果のある医療技術は存在しない。したがって、特定の医療技術や薬剤に最適な適

用が点として存在するかと言えば、否と答えるを得ない。過剰でも過少でもない量の医療行為が、ゾーンとして存在するにすぎない。これが、強制力のないガイドラインのレベルで医師の裁量権の行使に若干の制限を加えるにとどまる理由であろう。ちなみに、ガイドラインに沿っていないという理由で、保険者はレセプトを返戻することもできない。

必要かつ適切な医療

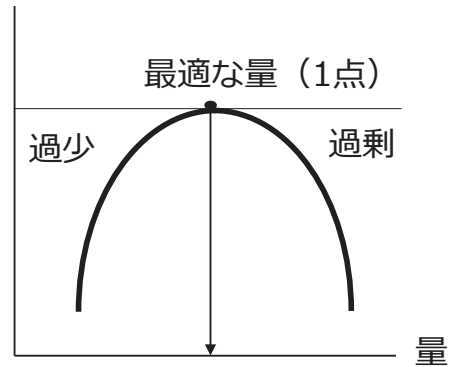
第二は、過少・過剰医療の背後には、必要性和適切性の双方が関わっているということである。この問題を考えるには、公的医療保険の給付範囲の決定をめぐる議論が参考になる。それは、「必要にして適切な医療は保険（現物）給付する」という原則であり、保険給付の哲学とも言われている。そして、2004年の混合診療解禁論の議論の際に厚生労働大臣・内閣府特命担当大臣の大臣間合意で「必要にして適切な医療を公的保険で給付するのが国民皆保険の理念である」と明示されたことである。ここでは詳細な議論はしないが、①公的医療保険の持続可能性、②科学的エビデンスの十分性、③国民・患者や理念から見た妥当性、の観点から、運用ルールを含めた公的医療保険の給付範囲の再考・見直しが必要と考える。

過少・過剰医療の問題も、「必要にして適切」

* 1 慶應義塾大学総合政策学部教授

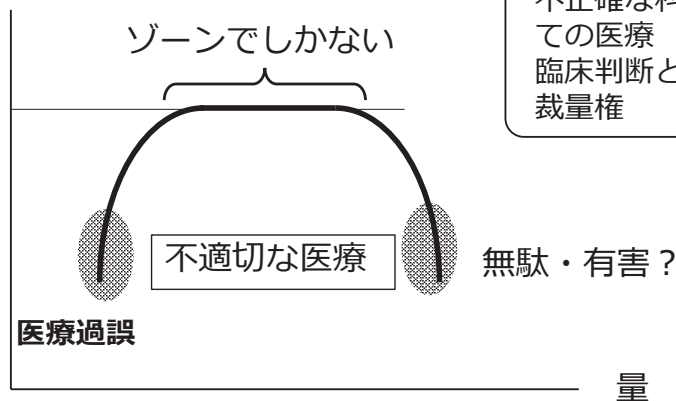
最適な医療が点として存在するか

- 過剰医療・過少医療の概念はあいまい 質・リスク
- どこから過剰になり、どこまで行かないと過少なのか不明
- 最適な医療サービスの量が点として定義できれば簡単だが…



- 実際には、最適な量は同定できない（確率的・統計的に出せても）
- エビデンスを用いて有効性に疑いのある医療を洗い出す

質・リスク



患者の個別性
不正確な科学としての医療
臨床判断と医師の裁量権

→ ガイドラインの作成
Wise Spending の議論
保険給付範囲の見直し

公的医療保険の給付範囲の見直し

【背景】

- 誰でも、いつでも、どこでも、低い自己負担で医療を受けられる**国民皆保険制度は、日本が世界に誇れる制度の一つ。**
- しかし、人口減少・少子高齢化、現役世代の負担増加、超高額医療技術の相次ぐ保険導入等による医療費増加を原因として、この国民皆保険の維持が危ぶまれている。公的医療保険の持続可能性の確保は喫緊の課題。
- 給付と負担の見直しに関する政策は多岐にわたるが、国民の納得を得やすい政策の一つとして、公的医療保険の給付範囲の本格的見直しに着手するべき。
- **国民皆保険を維持しつつ、国民の医療に関する選択肢を拡大する（医師の治療手段は縮減させない）。**

【見直しの視点①：給付の基本原則に依拠する】

- 1958年の新医療費体系導入時以来、新医療技術（広義）の保険導入に当たっては「必要にして適切な医療を現物給付する」という基本原則が維持され、2004年には厚生労働大臣・内閣府特命大臣間で、この原則が国民皆保険の理念であることを確認。
- 医療技術は不断に進歩しているので、「必要にして適切な医療」の範囲は、現在の視点で見直す余地がある。
- 給付の基本原則に沿って「定期的」に給付範囲を見直すことが**国民皆保険維持のため必要。**
⇒**医学的・科学的エビデンスに基づく医療の必要度と制度内の矛盾解消・公平性の確保の観点から見直す**

【見直しの視点②：患者の選択肢の拡大】

- 保険収載の判断に用いられている現行制度は、新しい医療技術の**部分償還**を認めておらず、また費用対効果評価制度も限定的にしか使っていない。
- 現在の保険外併用療養費制度（混合診療の原則禁止の例外）の中には、エビデンスが不十分ながら患者が希望する医療サービスを若干の自己負担で受けられる仕組み（選定療養）が存在する。
- この選定療養制度を拡大し、「新選定療養」を創設して、**患者の選択肢を拡大することが可能である。**
- 保険者・被保険者・かかりつけ医の健康維持に関わる**主体的努力**を評価するため、新たな給付範囲を（追加）設定する必要がある。

「公的医療保険の給付範囲等の見直しに関する研究会報告書」医療経済研究機構（2019年）

ではない医療の問題であると言い換えることができるであろう。

客観的なエビデンスを元に、不適切な医療を

洗い出し、その利用を控えてもらうということになる。

Ⅱ. 葛西・井伊論文に関するコメント

本論文は、財政面から見て無駄な量とされやすい過剰医療のみならず、過少医療も問題であることを指摘した上で、特に、健診・検診、スクリーニングの定義を再考し、海外の事例も交

えながら、肺がん検診・スクリーニングを例として過剰医療と過少医療を検討している。特に、イギリスでのスクリーニングに関する定義を詳細に検討した後、日本の健診・検診の問題

点（過度な分権化，連携の不足）にも触れ，さらに肺がん検診については，より精密に検討している。まとめ・提言も首肯できるものばかりである。全体として議論の展開は緻密で，疑問を差しはさむ余地はないと言えるであろう。

あえて付言するとすれば，自治体主体に行われているがん検診には，その地域でのローカルポリティクスが働いているということであろうか。検診の価格は，地元の医療団体と自治体との間の交渉で決められており，その価格のばら

つきは非常に大きい。医学的な必要性・有効性に疑問のある検査で，国が推奨していないにも関わらず実施される検診が何時まで経ってもなくなる理由には，地域住民が検診に過度の安心を求めているだけでなく，供給側に経済的インセンティブが働いているということもある。エビデンスの明確な検診については，思い切って公的医療保険に導入し，価格も統制する方が，全体のコストは低下する可能性がある。