

# 医療の効率性と公平性（倫理面）

児玉 聡

〔日内会誌 103：1406～1410, 2014〕

**Key words** 医療資源配分, 正義論, 社会的価値判断

## はじめに

日本を含む多くの先進国では、第二次世界大戦後の医学の発展と社会保障制度の拡充により、国民の健康状態が大きく改善した。だがそれと同時に、医学・医療の進歩は様々な倫理的問題を生み出している。本稿では、医療資源の配分の倫理的側面について論じ、現在どのようなことが問題になっているかを概説する<sup>1,2)</sup>。

## 1. 医療資源配分と分配的正義

「アジアかぜ」として知られる 1957 年のインフルエンザの流行では、日本国内だけでも 300 万人の患者が発生し、約 5,700 人の死者が出たと言われる。感染拡大を防ぐために、政府は 300 万人分のワクチン（予防接種）を用意したが、各都道府県からワクチンを求める要望が殺到し、大きな混乱が生じた。このような混乱を避けるためには、あらかじめ誰に優先的にワクチンを接種するかを決めておく必要がある。そこで、2009 年に A 型、H1N1 亜型インフルエンザウイルスが世界的に流行した際には、政府が方針を立

て、優先的にワクチン接種を受ける人を決定した。

このように、資源が希少でそれを求める人々全員には行き渡らない場合には、何らかの基準に従って配分を行うが必要になる。医療においてはワクチンのような物的資源だけでなく、人的資源すなわち医療従事者、また、救急医療や災害医療などの現場では時間配分も希少なものとなり得る。こういった資源の希少性という制約のもとで、どのように資源を配分すればよいかを考えるのが医療資源配分についての問題である。

配分における正義は、古代ギリシアの時代から議論されてきたテーマである。正義のイメージとして、しばしば天秤が用いられることがある。アリストテレスの「ニコマコス倫理学」にある匡正の正義（矯正の正義）と分配的正義の区別も、天秤を想像するとわかりやすい。匡正の正義で問題になるのは、過去に行った不正とそれに対する刑罰や賠償のつり合いが取れているかどうかである。それに対して、分配的正義で問題になるのは、各人の負担や功績と利益のつり合いが取れているかどうかである。医療資源の配分で問題になるのは、主に分配的正義の

京都大学文学研究科倫理学専修

Series: For Attending Physicians; Seeking to Understand the Diversity of Medicine; Efficiency and equity in healthcare: Ethical aspects.

Satoshi Kodama: Department of Ethics, Kyoto University Graduate School of Letters, Japan.

方である。これについて考える際に着目すべき点は、どのような基準に従って資源の配分が行われているのか、あるいは行われるべきかということである。

たとえば、今日の臓器移植に関する制度を分配的正義の観点から考えてみよう。従来、死体からの腎移植に関する制度では、一定の医学的基準を満たす患者の中で、待っている時間の長い人が優先的に移植を受けられるという方法でレシピエントの選択が行われていた。これは、つまり「待機日数に応じて」という基準に従って配分の優先順位が決められていたということである<sup>3)\*2</sup>。しかし、海外では近年、移植臓器の慢性的な不足を背景に、適切な規制や制限を設けた上で臓器売買を認めるべきだという提案もなされている<sup>4)</sup>。この提案は、「各人が支払える額に応じて」という基準に基づいて配分の優先順位を決めるべきだという主張と理解することができる。こうした基準は正義に反しているのかどうか、どのように考えたらよいだろうか。また一般に医療資源の公正な配分のためには、どのような基準の組み合わせを採用すべきだろうか。

## 2. 3つの代表的な正義論および手続的正義

正義論とは、上述のような資源配分における正当性を考えるうえで、どのような基準を採用するかについて、大きな枠組みを与える理論である。ここでは、分配的正義をめぐる代表的な正義論として、功利主義、自由平等主義、完全自由主義の3つの理論を説明する。

功利主義(utilitarianism)によれば、社会全体の幸福を最大化する制度こそが正義に適うものである。功利主義の考え方では、臓器売買を認めることによって社会全体の幸福が最大化されるならば認めるべきだが、そうでなければ認め

るべきでないということになる。しかし、功利主義の考え方では、個々人の権利を平等に保障することよりも社会全体の幸福の方が重視されるため、一部の人の権利が犠牲にされかねないという批判がある。これは、たとえば貧しい人が臓器を売って、裕福な人々が臓器を買う社会が、全体としては大きな幸福を享受しているとするれば、功利主義ではよいことになってしまうということである。たとえば、質調整生存率(Quality Adjusted Life Years: QALY)などに見られる費用対効果の発想は功利主義と親和的であり、またそれゆえに、「一部の人の犠牲を厭わない」という功利主義に対する批判と同じ批判がなされる場合がある<sup>\*3</sup>。

これに対して、自由平等主義(liberal equality, egalitarianism)の立場では、社会全体の幸福の促進よりも、所有権や自由権といった基本的な権利を諸個人に等しく保障することが優先される。たとえばJohn Rawls(ジョン・ロールズ)は、社会制度は次のような原則に従って運営されている場合に正義になっているとした。1) 各人は、他の人々の自由と両立するかぎり、最大の自由を享受する権利を平等に持つ、2) 社会的・経済的な不平等が許されるのは、それによって最も恵まれない人々の最大の利益につながる場合に限る。これは、基本的な権利は各人に平等に分配されるが、各人の努力や功績に応じた分配も、それによって最も恵まれない人々が最大限の恩恵を受けるという条件を満たすならば、その限りで認めてよいということだ。ロールズ自身は論じていないが、この二原則を医療の文脈に当てはめると、一定水準の医療へのアクセスは社会保障制度の一環として万人に保障され、それ以外の医療も各自の選択に任せて行うことをある程度まで認めてよいという考え方が支持され得る。臓器売買の制度は、それを認めることで貧しい人が移植医療を受ける機会を実質的に失うのであれば、自由平等主義の立場では認

められないだろう。

しかし、このような一定水準の医療へのアクセスの保障のためには、高率の税金や保険料が必要となるだろう。完全自由主義(libertarianism)を代表する一人のRobert Nozick(ロバート・ノージック)は、社会保障目的の徴税は人々に強制労働をさせるようなものだとして非難した。完全自由主義の立場では、正義は各人の所有権や自由権を保護することのみに限定され、福祉国家およびそれを支えるための累進課税制度は正当化できない。代わりに自己決定と自己責任が強調され、自発的な経済活動を尊重する立場を取る。この立場では、医療への平等なアクセス権は保障されず、民間の医療保険などに委ねられることになる。完全自由主義においては、臓器売買も、不正が行われえない限り、個人の自由として認められるべきだと主張されるだろう。

以上、医療資源における配分の正義の問題および分配的正義に関する代表的な正義論について説明してきた。本来であればこうした正義論に基づき、一貫した資源配分を行うことが望ましい。しかし近年では、人々の価値観が多様化した社会においてはこうした正義論の1つを選ぶことが困難なため、手続的正義を重視する立場も有力である。すなわち、ある配分に関する意思決定に関して、1) 決定の根拠が公開され(publicity), 2) 公平な人々が納得できる根拠や証拠が提示され(relevance), 3) 決定の改正や不服訴えの機会が与えられ(revision and appeals), 4) 決定が以上の条件を満たすことを保証するために、自発的または公的な規制がある(regulation) 場合には、その決定は「理に適っている(reasonable)」と認めることができるという考え方である<sup>5)</sup>。これらの議論を参考にして、何にあるいは誰に資源を優先的に配分するのか、具体的な配分の基準とその根拠を提示することが今日求められていると言えよう。

### 3. 費用対効果分析と社会的価値判断

先進国、とりわけ日本を含めたOECD諸国では医療費支出の伸びをどう抑えるかが大きな問題になっている。これまで日本は国民全体に対して高い水準の医療を提供しながらも対GDP比における医療費支出が9% 台という比較的低い水準を保ってきた<sup>6)\*1</sup>。しかし、今後も少子高齢化が一層進むことが見込まれる中で、このままでは医療費の増大は不可避だと考えられるようになっている。そこで、費用対効果を考慮に入れた医療資源の配分を行うことにより、医療費の削減を図る動きが出てきた。

イギリスをはじめとして、いくつかの国ではすでに医薬品や医療機器の費用対効果を評価する機関を設置して、新規の薬剤を保険収載するかどうかなどの決定や助言を行っている。日本でも、中央社会保険医療協議会(中医協)に費用対効果評価専門部会が設けられ、医療技術評価の導入の検討が行われている。

ここで大きな問題となるのは、費用対効果に関する具体的な評価手法の確立だけでなく、それを用いた政策決定に社会の価値観(社会的価値判断)をどう組み込むかであろう。たとえば人工透析のように、それがなければ直ちに命にかかわる治療と、血中コレステロールを下げるスタチンのように、使わなくても直ちに生命にかかわるわけではないが死亡のリスクを下げる治療とがある。仮に透析に比べてスタチンの方が安価なため、スタチンの費用対効果の方が高い、つまり同じ医療費でより多くの人命を救えるとする、我々は人工透析の費用を削ってでも、スタチンを用いた治療により多くの医療費を使うべきだろうか。

慢性人工透析の患者数は現在30万人を越え、医療費も国民医療費の30分の1近くを使っていることを考えれば、これは現実には重要な問題で

ある。とはいえ、単純に費用対効果が優れているという理由のみから、直ちに生命にかかわる治療を提供しないことは社会的に困難だろう。そこで我々は費用対効果のデータも考慮に入れたうえで、何を優先し何を後回しにするかについて政策決定を行う必要がある。

イギリスなどでも費用対効果だけでなく、こうした倫理的考慮も政策決定に組み込むための試みがすでになされている。具体的には、イギリスの国民保健サービス (National Health Service : NHS) に対して費用対効果の問題を含めたガイダンスを作成する機関である英国国立保健医療研究所 (National Institute for Health and Care Excellence : NICE) は、一般市民約 30 人からなるシチズン・カウンシルに上で述べたような「社会的価値判断」に関する報告書を作成させ、それをもとにガイダンス作成のための諸原則を作成している<sup>7)\*4</sup>。NICEはこうした一連のプロセスを踏んでガイダンスを作成することが手続的正義の考え方に適っていると考えている。日本で医療技術評価を導入する際にはこうした試みを参考にする必要があるだろう。

## おわりに

本稿では、医療資源の配分の倫理的側面について論じ、現在どのようなことが問題になっているかを概説した。医療資源が十分にあれば配分の議論は必要ないが、新型インフルエンザに対するワクチンや、現在の臓器移植制度のように、配分が避けられない場合がある。今後も我々は新しい課題に直面するかもしれない。そのときに備えて議論しておくのに早すぎることはないだろう。

謝辞 本稿の内容は、文部科学研究費基盤研究 (B)「新医療技術の社会への適切な応用を目指して—公正な医療資源配分方法の確立」班 (研究代表者：下妻晃二郎) の研究成果の

一部である。関係者各位には記して謝意を表する次第である。

\*1 OECD Health Data 2013 によれば、2011 年の医療費支出対GDP比は、OECD平均が 9.3% であるのに対して、日本 9.6%、アメリカ 17.7%、イギリス 9.4% などである。詳細は文献 6 に記載している URL の日本のページを参照。

\*2 現在の日本におけるレシピエントの選択基準はより複雑である。詳細は文献 3 に記載している日本臓器移植ネットワークのホームページを参照。

\*3 功利主義の考え方およびその批判について、より詳しくは拙著を参照されたい。兄玉聡『功利主義入門』(ちくま新書、2012 年)、兄玉聡『功利と直観』(勁草書房、2009 年)

\*4 一例を挙げると、患者の年齢の違いによって医療に差を付けることは是非について、シチズン・カウンシルでの議論を踏まえ、この報告書は次のように原則を述べている。「NICE の一般的な原理によれば、患者は年齢のみを理由に、NHS による治療へのアクセスを拒否されたり、制限されたりすべきではない。」詳しくは「社会的価値判断」の報告書を参照されたい。なお、イギリスでは高齢者に対する透析導入に関して公式に制限を設けていると考えられている節があるが、年齢による透析導入の制限を公式に設けたことは、今日に至るまでないというのが正しいようである。たしかに、Gatekeeper としてのかかりつけ医 (GP) が高齢者の透析導入に関して消極的であった時期はあるようだが、それを時の政権が政策あるいは行政上の通達として命じたという事実は存在しない。詳しくは以下の文献を参照。

Brady M, O'Donoghue D. Back to the future : changes in the dialysis delivery model in the UK. *Perit Dial Int*. 2011 Mar ; 31 Suppl 2 : S63-72.

Baker R. Visibility and the just allocation of health care : a study of age-rationing in the British National Health Service. *Health Care Anal*. 1993 Nov ; 1 (2) : 139-150.

著者の COI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

## 文 献

- 1) 齋藤信也, 他：医療経済評価に関する諸問題～理論的・倫理的側面からの検討～医療資源配分と QALY に関する倫理的側面からの考察。薬剤疫学 17 : 47-53, 2012.
- 2) 兄玉 聡：医学・医療の進歩と生命倫理。世界統計白書 2013 年版。木本書店、2013、497-499。※本稿は、上記の論稿 (文献 1) の一部を書き改めたものである。
- 3) 公益社団法人日本臓器移植ネットワーク。臓器移植希望者 (レシピエント) 選択基準。http://www.jotnw.or.jp/jotnw/law\_manual/law6.html (参照 2014.3.10.)
- 4) Radcliffe-Richards J, et al : The case for allowing kidney sales. *The Lancet* 351 : 1950-1952, 1998.
- 5) Daniels N : Accountability for reasonableness. *BMJ* 321 :

1300-1301, 2000.

- 6) OECD BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES.  
OECD Health Statistics 2013—Country Notes. [http://w  
www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-](http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-)

2013-country-notes.htm（参照 2014.3.10.）

- 7) 齋藤信也，他（翻訳）：英国国立保健医療研究所（NICE）  
における社会的価値判断—NICEガイドンス作成のための  
諸原則（第二版）．保健医療科学 62:667-678, 2013.