

2024 年度 個人研究実績・成果報告書

2025 年 4 月 19 日

所属	国際教養学部	職名	教授	氏 名	山田武
研究課題	先端的な医療技術と公的医療保険制度の関係について				
研究キーワード	先端医療、医療費、公的医療保険	当年度計画に対する達成度	3.概ね順調に研究が進展し、一定の成果を達成したが、一部に遅れ等が発生した		
関連するSDGs項目	3. すべての人に健康と福祉を	該当なし	該当なし	該当なし	

1. 研究成果の概要

当初、本研究の目的は公的医療保険制度と先端的な医療技術の関係について政治的公正の観点から検討することであったが、研究の一部としての地域間の医師の偏在とその是正についての研究(主に文献調査)を先行させた。先端的な医療技術と医師の偏在や普及が医師の偏在と関係しているからである。

日本では医師の偏在がよく知られている(松本(2011))。松本は日本、アメリカ、イギリスの医師の地理的分布を比較し、日本の診療所医師は英国の総合診療医に比べて地理的偏在度が高い傾向があることを指摘している。医師の偏在に関連する話題としては医療経済学の分野では医師誘発需要仮説が有名である。医師誘発需要仮説とは人口一人あたりの医師数が多い地域は、少ない地域よりも医療資源が多く使われる傾向があるという仮説である。都市部には医師が多いだけでなく、大学病院をはじめとしてより高度な医療技術が投入される頻度が高いことも多い。福田他(2018)は外科、産婦人科、皮膚科、眼科などで都市部とそれ以外の地域での医師数の格差が広がっていることを報告している。日本では、病院の参入や病床の増床には規制があるものの、診療所や医療機器の導入には規制がないために、医療資源の過剰な消費があると考えられ、政府による規制が必要であることが指摘されてきた。

医師誘発需要仮説関連の研究では医師数が多い地域に関心が集まるが、人口が減少する地域を中心に医師不足が指摘されることも多い。日本では国民皆保険制度が実施されている。国民皆保険制度では、だれもがどこでも同じように受診できることが前提となっているから、医師の偏在は同じように受診できるという国民皆保険制度の根幹に抵触する。最近になって、厚生労働省は「医師偏在指標」を導入した(2022 年)。医師偏在指数は医師偏在指標 = 標準化医師数 / (地域の人口 / 10 万人 × 地域の標準化受療率を使って求められる。それによると、医師偏在指数は東京がもっとも高く、岩手県が低い。ただし、この指標は絶対数としての過剰や不足を示すものではないが、指数の低い地域では、医学部地域卒卒業生の勤務地指定、国からの財政支援、都道府県の医師確保計画、地域医療計画にも利用されている。

医師によって供給される医療サービスは医療の成果、健康の増進のインプットとみなすことができる(Grossman(1972))、医師数が健康に対してどのような効果があり、それと照らして不足の意味を考える必要がある。相対的に医師数が少ない地域で健康の増進や死亡率に悪影響が現れているとすれば、医師の偏在が地域間の健康格差と関係していると解釈できる。そのような場合には積極的に政府が介入すべきだという根拠になる。一方、影響が小さければ、政府が積極的に介入すべき根拠が緩和される。

健康に影響を与える要因としては、医療だけでなく、食生活や運動習慣、環境やストレス、遺伝などの要素がある。医療全体全体の成果としての健康に関する指標としては、平均寿命、健康寿命、死亡率、QOL(Quality of Life)、介護認定率などが使われてきた。医師の偏在が死亡率に影響を与えていないことを示唆する研究もある。Godøy & Huitfeldt(2020)はノルウェー、Scholz et al.(2015)はドイツ、Basu et al.(2015)は米国、Nakamura et al.(2012)は日本のデータを使って地域間の医師の偏在と死亡率には関係がないことを見出している。したがって死亡率を指標として医師の偏在を是正する根拠は乏しく、むしろ、医師数が多い地域では過剰に医療資

源が消費されている可能性が示唆される。ただし、医師数と死亡率の関係を報告している研究もある(Nomura et al.(2025))。

途上国は公衆衛生の改善や西洋医学の導入によって健康状態が改善し、平均寿命が長くなることを経験してきた。日本をはじめとした先進国では平均寿命が第二次世界大戦後に比べると非常に長くなり医療による貢献は従来よりも小さいと考えられる。一方、地域間の医師の偏在と寿命または健康寿命の間に関係がある、医師数が多いほど寿命や健康寿命が長くなることを見出した論文もある。Nomura et al.(2025)は日本の都道府県データを用いて健康寿命(健康上の問題が生活の質に与える影響を考慮した平均余命)や年齢調整 DALYs(障害調整生命年)の地域間格差を見出している。さらに、Hosokawa et al.(2020)は日本の二次医療圏のデータを用いた分析で医師の偏在と健康寿命の関係、人口一人あたりの医師が多いほど健康寿命は増加する関係を見出している。Nakamura et al.(2012)は医師数が多い地域ほど寿命が長くなる関係があることを報告している。これらから平均寿命や健康寿命の格差を是正するために、医師の偏在を政府が是正する根拠があると考えられる。

現在医師の偏在への政策介入は成果というよりもインプットとしての医療の側面が重視されていると考えられる(政策介入の結果として医師が増えれば寿命が伸びると考えられる)。その一方で、医師の多い地域での医師数の抑制は医療費を抑制すると同時に健康寿命を抑制する可能性がある。医師数の少ない地域では医師数を増加させることで医療費が増加すると同時に健康寿命を伸ばす可能性があることがわかる。医療費の原資は公的医療保険の保険料と税金であり予算は限られているため、中央政府による地域間での資源配分はトレードオフに直面する。公的医療保険の理念に従って自由主義的に平等を目指すのであれば、どのぐらいの機会費用が許容されるのかあらかじめ決めることで、目標とする状態を具体的に描くことが可能になると考えられる。(紙幅が限られているため参考文献のリストは省略した。)

2. 著書・論文・学会発表等

(できるだけご記入ください。査読の有無及び海外研究機関等の研究者との国際共著論文がある場合は必ず記載)

【論文(査読あり)】

なし

【著書・論文(査読なし)】

なし

【学会発表等】

3. 主な経費

研究を実施するために必要な機材、書籍、ソフトウェア、クラウドサービスなどの購入のために適正に使用しました。

4. その他の特筆すべき事項(表彰、研究資金の受入状況等)

なし

(本文は2ページ以内にまとめること)