

< 報 告 >

北海道生命倫理研究会第 6 回セミナー
(2014 年度冬季)

地域医療と医療の公平性

森 満 (札幌医科大学)

【目的】医療の倫理上の 3 原則として、善行（非有害）、個人の尊重、および、公正（公平）、が挙げられる。その中で、公正（公平）とは、その時点における最良の医療を、すべての人が等しく受けることができることである^{1,2)}。しかし、人口規模の小さい地域では、医療の効率性 efficacy の観点から、医療の供給量が少ないのはやむを得ない^{3,4)}。一方、医療の公平性 equality の観点から、人口規模による格差はできる限り小さい方がよいと考えられる^{5,6)}。

北海道では人口規模の小さい地域が多数存在する。そこで、北海道内の人口規模の小さい 3 町を選んで、各町の協力の下、70 歳以上の高齢者を調査対象者として受療行動を調査して、医療の公平性の観点から 3 町間での受療行動の比較を行った。また、健康上の格差を考える上で、既存の資料から、平均寿命と健康寿命^{7,8)}についても 3 町間で比較した。

【方法】2013 年と 2014 年に北海道内 A 町、B 町、C 町において、過去 1 年に通院した医療機関の所在地 3 区分（町内、近隣、遠方）、かかりつけ医の有無、各自の過去 1 年間の医療費（B 町と C 町のみ）、自覚的健康度、および、支援している家族（A 町のみ）を調査した。

釧路市に近隣する A 町については、2014 年 2 月から 3 月に、在宅で生活する 70 歳から 84 歳までの全町民を対象に調査を行い、文書による同意が得られた 548 人（57.4%）から回答があった。帯広市に近隣する B 町については、2013 年 2 月から 3 月に、在宅で生活する 73 歳から 82 歳までの全町民を対象に調査を行い、文書による同意が得られた 688（62.5%）から回答があった。浦河町に近隣する C 町については、2013 年 2 月から 3 月に、在宅で生活する 70 歳から 84 歳までの全町民を対象に調査を行い、文書による同意が得られた 366（66.8%）から回答があった。また、2010 年市町村別平均寿命と 2004 年市町村別健康寿命（介護保険の要介護認定数から計算）を活用して、医療供給量が多い札幌市を加えて A 町、B 町、C 町の住民の健康度を比較した。

【結果】2010 年の平均寿命は、A 町の男 78.8 歳、女 86.2 歳、B 町の男 79.8 歳、女 87.0 歳、C 町の男 78.9 歳、女 86.9 歳であり、3 町間に大きな差異はないと考えられ、また、医療供給量が多い札幌市の男 79.8 歳、女 86.6 歳とも差異はなかった。一方、2004 年の健康寿命は、A 町の男 76.7 歳、女 79.8 歳、B 町の男 77.2 歳、女 79.5 歳、C 町の男 73.9 歳、女 78.3 歳であり、A 町や B 町と比べて C 町が最も低かった。医療供給量が多い札幌市の健康寿命である男 75.3 歳、女 78.6 歳と比べると、A 町や B 町の方が札幌市より高いが、C 町は札幌市よりも低かった。

通院先の医療機関の所在地を町内、近隣、遠方の 3 つに区分して、重複回答を可能にして調査すると、A 町では町内の医療機関を受診する割合が有意に小さく、近隣の市町の医療機関を受診する割合が大

きかった ($P<0.001$)。B 町では町内の医療機関を受診する割合が大きかった ($P<0.001$)。C 町では遠方の医療機関を受診する割合が有意に大きかった ($P<0.001$)。

かかりつけ医を有する割合は A 町 85%、B 町 86%、C 町 85% であり、差異はなかった ($P=0.694$)。B 町と C 町の医療費の比較から、B 町の 1 人当たりの総医療費は平均で 58.6 万円であり、C 町のそれである 53.4 万円よりも有意に高かった ($P<0.001$)。B 町においても、C 町においても、かかりつけ医を有する者はかかりつけ医を有しない者よりも 1 人当たりの総医療費が有意に高かった ($P<0.001$)。

同じ質問項目で調査した自覚的健康度は 3 町間に有意差があった ($P=0.025$)。そして、Bonferroni の方法で多重比較を行うと、B 町が A 町よりも自覚的健康度が有意によかったが ($P<0.05$)、A 町と C 町の間や B 町と C 町の間には自覚的健康度に有意な差異はなかった。

A 町での調査から、支援する家族がいない者の割合は 20.4% であった。また、支援する家族の内訳では、配偶者の割合が最も大きく、次いで息子の嫁、娘、息子の順に大きかった。

【考察】 医療供給量が多い札幌市と 3 町とを比較しても、平均寿命や健康寿命に大きな差異がなかったことから、北海道では医療供給量が少ない地域に生活していることが生存にとって不利であることにはなっていない、と考えられた。その理由としては、広い北海道でも通院に必要な交通網が比較的良好に整備されており、医療供給量が少ない地域から移動して必要な医療を受けている、ということが考えられた。

通院先の医療機関の所在地を町内、近隣、遠方の 3 つに区分して調査すると、3 町の住民の間で、大きな違いがあることがわかった。そして、町内の医療機関が充実しているかどうか、近隣の市や町にある医療機関が充実しているかどうかで、遠方まで移動して受療している割合の大小が決まっていると考えられた。

町内の医療機関町内の医療機関が比較的整っている B 町では、1 人当たりの総医療費が C 町よりも高い一方で、自覚的健康度がよく、A 町とは有意差があった。医療機関への受診によって適切な医療を受けていることによって、自覚的健康度もよくなっている、と考えられた。

住民は通院先の医師をかかりつけ医と認識していることがうかがえた。プライマリーケア医の養成が不十分な日本では、もともと何らかの専門医の資格を持っているものが、地域においてかかりつけ医となっている場合が多い⁹⁾。従って、プライマリーケア医に求められる重複受診の抑制などのゲートキーパー機能が十分ではないと考えられ¹⁰⁾、その結果、かかりつけ医を有するの方が、有しない者よりも 1 人当たり総医療費が有意に高いという結果となって現れたと考えられた。

A 町のみでの調査ではあるが、支援する家族がいない者の割合は 20.4% あり、また、支援する家族としては、配偶者の割合が最も大きかった。家意識が乏しい北海道では、子の世代 (娘、息子、息子の嫁) が親を支援している割合が他県と比べて小さいことが報告されている。

【結論】 北海道 3 町の住民に対する調査から、医療供給量の少ない地域の間においても、医療供給状況には差異があり、そのことが住民の受療行動や健康度に影響している可能性が示唆された。

【文献】

1. 宇沢弘文, 鴨下重彦編著. 社会的共通資本としての医療. 東京大学出版会, 2010
2. 佐々木 力. 科学論入門. 岩波新書, 1996.
3. G. ペルトナー著. 榊井公也監訳. 医療倫理学の基礎. 時空出版, 2011.
4. 加藤尚武, 加茂直樹編. 生命倫理学を学ぶ人のために. 世界思想社, 1998.
5. 折茂賢一郎. 第 4 章. 地域の医療供給体制の現状と課題. - 地域医療崩壊を考察して -. 貝塚啓明編著. 医療制度改革の研究. 中央経済社, 2010.
6. 鈴木邦彦. 日本医師会が目指す地域医療の在り方. 医療白書 2014-2015 版, 日本医療企画 2014.

7. 橋本修二, 他. 健康日本 21 (第二次) の目標を考慮した健康寿命の将来予測. 日本公衛誌 2013; 60: 738-744.
8. Salomon JA, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the global burden disease study 2010. Lancet 2012; 380: 2144-2162.
9. 桐野高明. 医療の選択. 岩波新書. 2014.
10. 島崎謙治. 日本の医療. 制度と政策. 東大出版会. 2011.