

## 13

## 戦後の医療政策で見られた「合成の誤謬」

福永 肇<sup>1)</sup>, 山内 一信<sup>2)</sup><sup>1)</sup> 藤田保健衛生大学医療科学部 医療経営情報学科, <sup>2)</sup> 医療法人康誠会 東員病院

ミクロの個々人が合理的な判断により行動した結果を、マクロの国全体で集計した場合に、必ずしも意図しない結果になることがある。この現象をマサチューセッツ工科大学(MIT)の経済学者P.A. Samuelsonは「合成の誤謬」(fallacy of composition)と名付けた。本研究では戦後の医療政策上、合成の誤謬と考えられる3つの医療政策、1. 老人医療費無料化と老人サロン化・薬漬け、2. 医療計画導入と駆け込み増床、3. 7対1入院基本料新設と病床増加についてその実態を報告する。

### 1. 老人医療無料化と老人サロン化・薬漬け

昭和48年、政府(田中角栄内閣)は「福祉元年」と称し、老人医療費無料制度の創設(70歳以上の高齢者の自己負担無料化)を実施した。核家族時代に行き場のなくなっていた老人は無料になった医療機関に集まった。想定外の老人の受療行動は「待合室の老人サロン化」「はしご受療」という社会現象を生む。医療機関の経営面では、診療報酬出来高制の下での老人の受療増は好ましかった。その結果、国全体の老人医療費が増嵩し、資源配分の効率化の観点から医療機関に対する「点滴漬け」「薬漬け」という批判が発生した。老人も医療機関も、個々は合理的で正しい判断の行動であったが、それらを集計したマクロの世界では意図しない結果が生じてしまった例である。

### 2. 医療計画導入と駆け込み病床

昭和60年の第一次医療法改正にて「医療計画(病床規制)」が導入された。医療計画は政府が作成する整備計画で、都道府県の医療提供体制の効率化・体系化が目的であった。医療計画による病床規制実施までの期間に、必要病床数に対して病床過剰地域になると試算される二次医療圏で、集中的な駆け込み増床(推定約17万床、11%増)が発生した。病床増加に伴って看護師も不足する。病床過剰地域の病床削減目的である医療計画が、さらに過剰病床数を増加させてしまい、今日に至っている。病床を経営資源とする個別の病院にとって、規制実施前の増床は合理的な経営判断による行動である。しかし国全体で集計した場合には全く意図しない結果になった。

### 3. 7対1基本入院料の病床数の増加と看護師不足

平成18年の診療報酬改定で一般病棟に7対1入院基本料が新設された。集中治療が必要な重症や緊急性の高い疾患を受け入れる病床が7対1の病床と想定され、2万床の移行が見込まれてスタートした。しかし多くの病院が「算定できないと減収になる」「経営が悪化する」との解釈をしたことから、7対1に向けて病院間での看護師争奪戦が起り、看護師需給が逼迫した。最終的に7対1の病床は約33万床にまで急増し、病床や看護師の資源配分に偏在をもたらした。ここでも、個別の病院の合理的判断による看護師雇用増という行動が、国全体で集計した場合にはまったく意図しない結果となった。

「合成の誤謬」によって発生した意図しなかった病床や看護師などの医療資源の再配分・修正には多くの時間を要する。医療政策立案ではミクロでの合理的判断・行動によってマクロでの「合成の誤謬」が発生する可能性に対して十分な注意を払う必要性を歴史は教えている。