

機能も、結局はこの根源的な生活者のエネルギーの社会化にかかわると考えるからである。

(岡村 重夫 大阪市立大学教授)

H. E. クラーマン著
大村潤四郎・江間時彦訳

『保健と医療の経済学』

至誠堂 昭和 41 年 xii+270+xx

1. Wealth と Health はともに人間の Physical なサイドを代表している。この二つは人間の生活の上で密接な関係をもって、相互にきりはなすことができないにもかかわらず、前者はもっぱら経済学の対象とされ、後者は主として医学研究の主題と考えられてきた。富の原因と結果を体系的に分析することに自己限定した経済学にとって、保健の問題はあくまでも予件であり、経済外的なカテゴリーとみなされていた。もちろん両者の関係をまったく無視していたわけではない。古典派の賃金論が、賃金水準を労働再生産費とみたときに、実は労働可能な健康の保持が暗黙に仮定されたのであり、ありうべき疾病や事故の費用が賃金率のなかに反映されていたと考えることができよう。

狭い経済との関係からみると、保健は教育ときわめて類似している。両者はともに経済にとっては予件でありながら、富の大小、増殖と固い相互依存関係をもっている。保健や教育の充実が生産性を高めて富の増大・増殖をもたらし、富の増加が逆に保健や教育のレベル・アップを可能にする。

このようにみるならば保健と経済、つまり Health と Wealth の間にはきわめて密接不可分の関連があるとななければならない。保健を予件として経済分析の埒外におくやり方ではなしに、むしろ真正面から経済分析の俎上にのせる必要がある。本書はこのように企図されている。

2. 本書は Herbert E. Klarman, *The Economics of Health*, Columbia University Press, New York, 1965, pp. vi+200 の邦訳である。著者クラーマン (Klarman, H. E.) は保健の経済分析を長い間手がけた碩学であり、フォード財団の求めに応じて、医療・保健の経済的分析に関連した多数の論文を論評し整理した。したがって本書はクラーマン自身の見解を体系的に展開するようなスタイルをとらず、保健・医療の経済学に関する彼の理論体系にしたがって諸文献を位置づけ、これを簡潔に論評するだけであるから、いわゆる保健経済学の全容をつか

むことはできないが、その問題整理がかなり適確になされている。

本書は決のように構成されている。

- 第1章 展望
- 第2章 需要決定要因
- 第3章 企業、慈善団体、政府の医療需要
- 第4章 医療従事者の供給
- 第5章 病院サービスの供給
- 第6章 組織、調整、規制
- 第7章 若干の問題

これから明らかなように、本書は保健・医療の需要、供給の分析、ならび需給調整のメカニズムの解明にあてられている。

3. アメリカの保健・医療支出はめざましく、その動向は次の通りである。

1929 年	36 億ドル	対 GNP 比 3.6%
1963 年	338 億ドル	5.9%

これは年率 6.8% の増加であり、この期間の医療価格指数の 227% 増を考慮しても 34 年間に実質約 4 倍の増加になる。保健・医療の経済的インプリケーションはこの事実の認識を背景とする。

保健・医療への需要を決定するのは、他の商品と同じように所得水準、相対価格ならびに消費者の嗜好である。所得水準についていうと、保健・医療に対する所得弾力性は 1 よりわずかに低い、やや上昇の傾向がみられる。これは医療知識の普及などによってサービスの利用頻度が高まることや、より良質のサービスを需要することなどに大きな原因があると思われる。相対価格についてみると医療の価格弾力性は低く、したがって保健・医療費は大幅に増大している。最後に消費者嗜好をみると消費者個人の嗜好よりはむしろ消費者集団の性格変化によって医療需要に大きな影響を与えている。それは人口の老齢化現象である。これは当然のことながら医療需要を高めることになろう (老齢者の増加によって医療需要が高まっても、老齢者の所得がこれに伴わないかぎり、有効

需要にはならないであろう。社会保障給付や私的年金の改善がはたしていかほどその解明に役立つか、本書からうかがい知ることとはできない。医療は究極的には個々の消費者によって需要されるものではあるが、その支出がすべて消費者自身によってなされるわけではない。事実 1961 年に保健・医療支出総額のうち消費者の支払額は約 5 分の 3 で、残りは消費者以外の需要者、すなわち政府、企業、慈善団体によって支出されている。これはその国の医療保険制度、政府の医療保健行政、社会的相互扶助組織などのありようを反映している。さらに重要なことはこれら非消費者の支出の転嫁や帰着の問題である。したがって消費者の負担を正確につかむためには税制ならびに医療サービス市場のプライシング・メカニズムを明らかにしておかなければならない。

保健・医療サービスの供給要因は、医療従事者、病院その他の医療施設・設備および技術である。したがって供給水準を計測するには、まず人的要因たる医療従事者、つまり医師や看護者などの供給とそれを決定する諸因子を明らかにし確定しなければならない。これら Professionals の供給は Friedman, Kuznets, Stigler などによる分析、Schultz などによる教育投資分析によって逐次解明されているがまだ納得できるような結論には達していない。とくに医師の不足が社会的論議を呼んでいるアメリカの現状を、上の諸氏の拠りどころとする教育投資収益論で果して十分に説明できるであろうか。

医療需要の傾向的增加と医療供給の停滞は医療サービス価格を当然引き上げざるをえない。このギャップをどう解決するか、これがアメリカの難問であろう。この解決策として医療のグループ診療が考えられる。この方法は医療の質的向上を助けるばかりでなく、医師や病院の利用度を高め医療資源の効率利用をうながすことになる。しかし医療需要の急増を単に既存の医療資源の利用度上昇だけで救済することがはたして可能であろうか。

医療支出を投資とみるか、消費とみるかは医療の性格を考える上できわめて重要なポイントになる。そもそも医療支出には疾病に伴う直接費と、疾病による労働不能、死亡、休業による生産減退の形をとった間接費とがある。したがって医療支出は疾病を治療し健康を回復させることによってふたたび生産活動に復帰させる費用とみられるものであるから、その性格は著しく投資支出的である。しかもその支出は一部補填投資的であり、一部新投資的である。ただ医療支出を資本財投資になぞらえて投資支出と規定することに若干問題がないわけではない。勤労所得をえている家計の消費は労働力を再生産し、さらに

労働能力を高めるという意味で、いわゆる単なる消費とみなすべきではないのに現在の経済学ではこれを消費と規定しているが、これと医療支出の間にどのような差異があるのだろうか。理論上の一貫性を保つためにはこの問題についても統一的な解釈をほどこしておかなければなるまい。

4. 本書は医療・保健の経済学的分析に一つの水路を拓いたものであるが、その取り上げ方はいくつかの問題がある。医療・保健を経済的視点からとらえるということは、経済と医療・保健との相互関係を正しくとらえることが大前提になろう。この相互連関の仕組みを通して保健から経済へ、経済から保健への交渉と浸透が把握され、理解されるのである。しかし本書の取り上げ方は、医療・保健から経済への一方的交渉関係、浸透関係がのべられているにとどまる。たとえば疾病の外部不経済を重視する態度などがそれである。もちろん、この効果は両者の重要な紐帯を示すものであるが、逆に経済から保健・医療に与える影響、効果が無視されている。現在先進国ではほとんど例外なしに公害が現代の病とされている。なかでも経済的原因に基づく公害は先進諸国の経済的社会的発展に重大なかけを落している。大気汚染、水質汚濁、騒音などは明らかに経済が保健・医療に与える外部不経済に外ならず、しかも重大性はますます高まっている。したがって、医療の経済分析はこの両者の影響を総合的体系的に分析することではなければならない。第 2 に本書は保健・医療を疾病のダイメンションで擱え、それに対する対策として取り上げている。しかし保健・医療は、予防と治療とリハビリテーションの包括体系であり、またそれなしには真の治療すらできないものである。予防やリハビリテーションまで経済分析の範囲を拡げることには大きな困難の存することは明らかであるが、しかし保健・医療を包括体系として把握するという問題意識が確立されなければ、さきの経済の外部不経済、保健・医療の外部効果がきわめて曖昧なものになろう。第 3 は医薬品の問題である。医療費の増大が多分に医薬品価額の増加によることはよく知られている。本書でもこれをまったく無視しているわけではないが（たとえば訳書 240-41 ページ）、この指摘はきわめて不十分である。すでにキーフォーバー委員会によって究明されたようにアメリカの医薬品産業は寡占的な市場形態をもち、これが現在の医療制度と結合して医療費の引き上げに力をかしている。医薬品産業の経済的行動様式を描いては、アメリカの医療・保健の全容はついに掴もうべくもないと思われる。

最後に訳文についていえば、訳者も指摘しているよう

に 230 にも及ぶ文献の論評が中心になっているために訳出に苦心のあととみられるが、やや原文にひきずられて生硬になり、読解にも苦心がいる。その外経済学の専門用語についてかなりの誤訳がみられ、たとえば、

46ページ 「過去にとられたいろいろの機会の実績に
てらして」(in terms of opportunities foregone) は
「機会費用でみると」

43ページ スタイグラー (Stigler) はステーグラー
44ページ 感受性 (sensitive) は感応性
44ページ 私的支出(private expenditure) は民間支出
44ページ 個人総合所得(aggregate personal income)
は総個人所得
188ページ スミジース (Smithies) はスミシース
と改めたらよいと思う。(地主 重美 社会保障研究所員)

D. ペエイジ, K. ジョーンズ著

『イギリスにおける 1975 年の保健・福祉サービス』

Deborah Paige and Kit Jones; *Health and Welfare Services in Britain in 1975*
Cambridge University Press, 1966, pp. x+142.

医療保障制度はしばしば保険かサービスかという形で問題が提起されている。世界各国の制度はそうした問題のたて方によって、その仕組みと本質を図式的にはあるが、かなり適確に把えることができる。

しかし保険かサービスかということは、いわば極限の概念である。ここで極限の概念という言葉を用いたわけであるが、その言葉には大きく相異なる二つのうけとり方のあることに留意しなければならない。すなわち、現行制度というものがつねに妥協と折衷の産物であるという前提のもとで、ある国の制度が 100% サービスということもなければ、あるいは 100% 保険ということもあり得ない。現実的には必ず両者の混合であって、サービスも保険もそれぞれがその制度の構成要素としていり混っていると考える立場がその一つである。そこでは現実的に双方が混在していることに意味がおかれている。

今一つは極限の概念を文字通り、ある連続運動の収束する方向と解することである。そこでは 100% サービス、あるいは 100% 保険でないことが意味があるのでなく、窮極の目的としてサービスか保険かの、いずれかの方向をむいていることが大切なのである。

周知のとおりイギリスの医療制度は公共サービスを主軸としている。そしてそれをさらにおしすすめようとしている。現行制度が不可避免的に持っている長短多くの特色はともかくとして、今後いっそうそうした公共サービスに徹することによって制度の進展と充実を企図してい

る。そのことを、ここに紹介する D. Paige と K. Jones の *Health and Welfare Services in Britain in 1975* がはっきりと示している。しかも、将来の展望とか計画とかいう形で問題が論じられるとき、医療制度が公共サービスによっているというこの国の特質が、この上ない強味となっている。そこには字義通りの計画がある。医療サービスが予防・治療・リハビリテーションを通じて、一貫した企図のもとに構想され得る強味がある。本書を読んで、ここにこそ国民保健サービスの特質があると感銘させられることが多かった。

公共サービスとしての医療制度の発達、この国の公衆衛生・環境衛生の長い伝統に由来する。早くから広い国際交流の中にあつたこの国は、しばしば伝染病の猛威にさらされた。細菌学の発達(1880 年代以後)によって、伝染病に対する予防措置が可能となるまでは、この正体不明の伝染病対策としては、環境衛生を強力に推進する以外に途がなかった(わが国が近代国家の仲間入りをはじめた頃は、すでに細菌学的な伝染病対策が確立しつつあつたことある意味では不幸な出来ごとであつた。予防注射がいち早く輸入されながら、莫大な経費を要する都市の環境衛生整備は、次第になおさらにされるようになった。伝染病には予防注射で十分ということであれば、環境衛生は自然と後回しにならざるを得なかつたであろう)。イギリスにおける公衆衛生法の施行は 1848 年であり、リバプールで水洗設備のない家屋の建築を禁止す