

経済計画における保健医療計画の問題点

西 三 郎

はじめに

経済計画のなかで社会保障の拡充強化がうたわれ、保健医療の分野においても、その重要性が次第に強まってきている。しかしながら、経済計画のなかでは、記述部分に関してようやく位置づけられたにすぎず、計数部分にはまだ部分的にしか位置づけられていない。このことは経済計画自体にも問題点を含んではいるが、保健医療計画自体にも問題点があることより、その点について考察を加えたので報告しよう。

I 経済計画における保健医療

1. 経済計画の現状

「経済社会発展計画の全貌」(1970)¹⁾において、経済計画の基本問題として、計画の役割を(1)予測を中心とする計画のもつ啓蒙的教育的役割、(2)政府の実行計画を中心とする長期的公約としての役割、(3)利害調整の場としての計画の役割と三つに分け、社会保障、社会資本整備については、市場メカニズムにゆだねることが困難であることより、政府の実行計画の項の例としてあげている。実際の経済計画において、新しく策定された計画ほど、計画の機能に新しい要素が付加され、政府の実行計画としての性格が強まっているとしている。しかしながら、実行の確実性、安全性の担保の必要が強まり、さらには、計画の目的からみてきわめて重要な政策手段については、実行の方法をもっと明確に計画に表示すべきだとしている。

一般に国家計画には、現在時点での斉合性を前提とし予測が行なわれ、意思決定主体の多元的であるなかで計画が策定されている。また、国家計画とは、未来を明らかにするものの一つではあるが単に確率的なものとしてでなく、国家としての

意思の確認でもある。このことから、国家計画自体、計画と実勢の乖離を否定するものではなく、逆にその乖離を通じ、国家計画の変更により、現状のよりよい改善向上に資するものといえよう。このことは、国家計画が正しい現状認識に立った上での将来予測に加え、国民の合意のもとでの意思決定に基づいて策定された国家計画についていえることで、国の行政府の戦術的な意図で改ざんされた国家計画は、計画と実勢の乖離を当初より予定の内に含まれているものでこのような計画は、今後の計画の必要性に対する認識を低下させるものといえよう。

さて、現実のわが国の経済計画は、その策定の経過よりみると、経済審議会が計画に対して広範な責任をもち、多くの民間学識経験者さらには利害関係者を含めて、計画原案を作成していることより、国家的規模の計画に値しよう。しかし、今回作られようとしている経済計画(本論文の報告時期には既に公表されているであろう)は、作成に要した時間が比較的短い上に、激しい経済情勢の変化により必ずしも適格な現状認識が得られたか多少疑問が残る、さらに、案自体についての国民的同意とまでいかなくても、審議会構成員の十分な同意さえ得られたかは多少疑問が残っているともいえよう。

経済計画の対象とする範囲とその方法論をみると、対象範囲は広く、全経済活動を包括してはいるが、従来の貨幣価値に換算でき難い分野について、特に社会サービスについては、具体的に目標を設定した計画としては、含めているとはいえない。さらに人材問題は、今後の経済の最も重要な基礎となりながら、その将来の生活構造と労働力との関連は、週休2日制、余暇などを部分的に論じてはいるが必ずしも十分に明らかにされている

とはいいい難く、人材計画が長期計画によらなければならないことから中期計画という本質的な欠点によるものとも思われるが、人材養成計画を前提とした経済計画とはなっていない。つぎに方法と、計画フレームの作成には、国民所得、国民生産をみるなどの概念を置いて、計量経済モデルにより予測値を算出し、目標を設定している。このことは、用いられる関数と変数とが、個別的な政策、経済活動の相互関連を明らかにし、計量化しうる場合に初めて有効なものとなり、しからざる場合には、その持つ意義は著しく減退してこよう。現実の経済計画における発展の姿が、経済成長率、資源配分、国際収支、物価、所得分配など経済量として示され、国民生活の将来について僅かに、生活関連指標として一部の事項について数量が示されているにすぎない。今回の計画においても、計画のフレーム（表1）として、モデルの前提条件と外挿結果が示されてはいるが、個々の分野における目標が、数量化されて示されているものは多くない。このことは、計画がその対象範囲をいくら拡大しても、目標値を具体的に数量化しうるか、それに代わる具体的内容を規定したものでない限り、目標とはいいい難く、実質的には、

計画に含まれていないといつてよいであろう。さらに、たとえ目標が数量化した形で提示されても、その前提条件から目標値に達する手段が、特に経済モデルとの関連で示されない限り、その目標達成の担保が得られないともいえよう。

以上のことから、経済計画にどのような名称がつけられようとも、その本質として、計量モデルによる計画の範囲を出るものでないともいえよう。また、このモデルとの関連が明白でない事項は計画には含まれているとはいいい難く、極論すれば修辭的な内容ともいえよう。

2. 経済計画における保健医療

経済計画は、その性格から、保健医療の分野における計量し難いものを含めることは容易ではなく、従来の経済計画においては、保健医療の目標を具体的に数量化して記述したものはみられず、僅かに振替所得、社会保険負担、社会資本として事業別公共投資額などが参考表に示されているにすぎない。また「生活分科会社会保障小委員会報告書」（1970）¹⁾においても前記の関連事項以外は、数量的な表現は皆無といえる。このことは、社会開発の推進を重点政策課題としてあげていな

表 1 新経済計画における計画のフレーム（12月15日案）

（単位：兆円）

	昭和45年度		52 年 度 (A)			52 年 度 (B)			52 年 度 (C)			36~45 年度
	実 績	構成比	予測値	構成比	48~52年 度平均伸 び率	予測値	構成比	48~52年 度平均伸 び率	予測値	構成比	48~52年 度平均伸 び率	平均伸 び率
〈前 提 条 件〉												
政府固定資本形成（実質）	5.0		14.5		14.0	15.5		15.5	14.5		14.0	13.4
政府から個人への移転（名目）	3.2		11.3		8%	12.2		8.5%	11.6		8.5%	
労働力人口（万人）	5,170	（対国民 所得比 5.4%）	5,415		0.8	5,415		0.8	5,415		0.8	1.3
公害防除投資（実質）			1.2		22.2	1.8		33.5	1.8		33.5	
社会保険負担率（対国民所得比%）	4.6	（5.7%）	6.5			7.0			7.0			
税および税外負担率（ " ）	21.7		23.8			24.6			24.6			
〈外 挿 結 果〉												
国民総生産（実質）	57.5	100.0	103.5	100.0	9.2	104.0	100.0	9.3	99.7	100.0	8.4	11.0
国民総生産（名目）	73.2	100.0	183.5	100.0	14.5	184.5	100.0	14.6	177.6	100.0	13.8	16.3
個人消費支出	37.6	51.3	95.6	52.1	14.6	95.8	51.9	14.7	93.0	52.4	14.0	15.3
政府固定資本形成	6.2	8.5	22.0	12.0	16.8	23.4	12.7	18.2	21.9	12.4	16.7	17.6
民間企業設備投資	14.7	20.1	28.6	15.6	12.0	27.9	15.1	11.4	26.0	14.6	9.8	16.6
民間住宅投資	4.8	6.6	17.1	9.3	21.1	17.3	9.4	21.3	16.5	9.3	20.2	22.1
輸 出 等	8.7	11.8	20.4	11.1	14.2	20.4	11.0	14.2	20.3	11.4	14.1	17.0
輸 入 等	7.7	10.6	18.1	9.9	15.6	18.1	9.8	15.6	17.5	9.8	14.8	15.8

注 1) このフレームは暫定的計算である。

2) 実質値は昭和40年価格である。

がら、経済計画に記述されている多くの保健医療分野についての改善、向上に関する事項が、目標に対してどれだけ達成できたのか、また計画と実勢との乖離がどの位かの論議さえできない。すなわち、経済計画のなかで、単なる修辭的な内容としてのみ、保健医療問題が位置づけられ、僅か

に、医療保障として、政府から個人への移転に關する部門のみが示されているにすぎないともいえよう。

今回の経済計画においても、大勢として同様であるが、経済計画のための基礎的作業の一つでもある社会保障問題懇談会においては表2に示した

表2 昭和55年度について考えられる社会保障給付費・三つのケース

		ケース1	ケース2	ケース3
金 額 (億円)	総 額	62,066	57,052	49,045
	年 金	23,236	21,461	18,371
	医 療	27,051	24,391	22,082
	そ の 他	11,779	11,200	8,592
対 国 民 所 得 比 (%)	総 額	12.45	11.45	9.84
	年 金	4.66	4.30	3.68
	医 療	5.43	4.89	4.43
	そ の 他	2.36	2.25	1.72
構 成 比 (%)	総 額	100.00	100.00	100.00
	年 金	37.44	37.62	37.46
	医 療	43.58	42.75	45.02
	そ の 他	18.98	19.63	17.52

資料 「社会保障問題懇談会報告書」。

表2 (附表) ケースI

〈医療・公衆衛生部門〉

	積 算 内 訳	費用(億円)
ア 給付率の改善 (ア)表II-2-1「65年度」欄の姿を55年度に繰り上げて実現させる。 (イ)さらに、65～69歳層について、給付率を9割から10割に引上げる。	$\{(\text{\yen}65\text{の}70\text{歳以上推計額} \times (\text{\yen}55\text{の}70\text{歳以上人口} \div \text{\yen}65\text{の}70\text{歳以上人口})) + (\text{\yen}65\text{の}70\text{歳未満推計額} \times (\text{\yen}55\text{の}70\text{歳未満人口} \div \text{\yen}65\text{の}70\text{歳未満人口}))\} - \text{\yen}55\text{の推計額} = \{(\text{\yen}3,237\text{億} \times (6,427,000 \div 8,270,000)) + (21,787\text{億} \times (109,545,000 \div 116,474))\} - 20,485\text{億}$ $((\text{ア})\text{による}\text{\yen}55\text{の}70\text{歳未満推計額}) \times (70\text{歳未満における}65\sim 69\text{歳階層分のシェア}) \times (\text{給付率を}9\text{割から}10\text{割に引上げることに伴う増加率}) = 19,770 \times (1,356 \div 19,770) \times 0.277$	2,532
イ 専門、救急施設医療従事者7.4万人増による人件費増	従来、施設整備関係費用参照	376
ウ 保健婦10万人増による公衆衛生費(人件費)増	$\text{\yen}44\text{の保健婦給与年額} \times 10\text{万} = 729,534 \times 10\text{万}$ 注: $\text{\yen}44\text{の保健婦給与年額}$ には同看護婦給与年額を使用	730
エ 保健婦10万人増による公衆衛生費(経常物件費)増	人件費増分 $\times$ 公衆衛生費における経常物件費の対人件費比 $= 730\text{億} \times (315 \div 702)$	328
オ パラメディカル(看護婦、准看護婦、保健婦)給与を5割引上げ	$\text{\yen}44\text{のパラメディカル給与年額} \times (\text{\yen}44\text{のパラメディカル数} + \text{上記イ増分} + \text{上記ウ増分}) \times 0.5 = 729,534 \times (275,000 + 74,000 + 100,000) \times 0.5$	1,310
カ 専門、救急施設増	後表、施設整備関係費用参照	750
計		6,566

注 表II-2-1とは「社会保障給付費の将来見通し」

医療は55年度20,485億円である。

ケースIは20,485+6,566=27,051億円

ケースIIは20,485+3,906=24,391億円

〈社会福祉部門〉

	積 算 内 訳	費用(億円)
ア 社会福祉施設従事者 10.92 万人増による人件費増	後表, 施設整備関係費用参照	495
イ 中間施設従事者 21.7 万人増による人件費増	後表, 施設整備関係費用参照	977
ウ 地域福祉施設従事者 2.01 万人増による人件費増	後表, 施設整備関係費用参照	144
エ 社会福祉施設従事者給与を 5 割引上げ	$\$44$ の従事者給与年額 $\times$ ($\$44$ の従事者数 + 上記ア増分 + 上記イ増分 + 上記ウ増分) $\times 0.5 = \{ (454,014 \times (152,073 + 109,200 + 217,000)) + (717,354 \times 20,100) \} \times 0.5$	1,158
オ 社会福祉施設増	後表, 施設整備関係費用参照	351
カ 中間施設増	後表, 施設整備関係費用参照	358
キ 地域福祉施設増	後表, 施設整備関係費用参照	739
計		4,214

(附表) 施設整備関係費用

1. 専門病院および救急病院施設

1) 施設

	ベッド数(床)	総費用(億円)	償却年額(億円)
専門施設	27,000	5,400	540
救急施設	12,000	2,100	210
計	39,000	7,500	750

2) パラメディカル

	人数(人)	給与年額A(億円)	給与年額B(億円)
専門施設	54,000	394	591
救急施設	20,000	146	219
計	74,000	540	810

注 給与年額A: 44年の看護婦給付年額による。
給与年額B: 給与年額Aの5割増。

2. 社会福祉施設(緊急整備)

1) 施設

	整備人員(千人)	整備費(億円)	償却年額(億円)
緊急収容施設	191	1,860	186
保育所	396	539	54
その他の施設	36	611	61
調 整	—	500	50
計	623	3,510	351

注 整備人員, 整備費とも現行「社会福祉施設緊急整備5カ年計画」

2) マンパワー

	人数(人)	給与年額A(億円)	給与年額B(億円)
従事者数	109,200	495	743

注 給与年額A: 44年の保育所保母給付年額による。
給与年額B: 給与年額Aの5割増。

3. 中間施設

1) 施設

	ベッド数(床)	総費用(億円)	償却年額(億円)
中間施設	350,000	3,500	350

2) マンパワー

	人数(人)	給与年額A(億円)	給与年額B(億円)
従事者数	217,000	977	1,466

注 給与年額A: 44年の保育所保母給付年額による。
給与年額B: 給与年額Aの5割増。

4. 地域福祉施設

1) 施設

	施設数	総費用(億円)	償却年額(億円)
地域福祉センター	3,350	1,886	189
地区福祉館	20,000	5,504	550
計	23,350	7,390	739

2) マンパワー

	人数(人)	給与年額A(億円)	給与年額B(億円)
従事者数	20,100	144	216

注 給与年額A: 44年の生活指導員給付年額による。
給与年額B: 給与年額Aの5割増。

会報告書」(1972)³⁾の数字が示されている。しかしこれは振替所得の算定の基礎として算入されているが、逆にこれを達成させる担保は明らかにされていない。すなわち、目標のみ示し手段の欠けたもので、いわゆる計画としては、不十分なものといえよう。

II 保健医療計画

1. 保健医療計画の必要性

最近保健医療の分野においてシステム化につい

ように、ケースⅠ、ケースⅡ、ケースⅢとして、それらの具体的内容が数量化されており、経済計画における「生活分科会意見の中間とりまとめ」(1972)²⁾において参考として「社会保障問題懇談

表 2 (附表) ケースⅡ

〈医療・公衆衛生部門〉

	積 算 内 訳	費用(億円)
ア 70歳以上被保険者、被扶養者の給付率を10割に、70歳未満被扶養者の給付率を $\$60$ に9割に引上げ(ただし、 $\$60$ に70歳未満被保険者の給付率を9割に引下げる)	70歳以上 $3,237\text{億} \times (6,427,000 \div 8,270,000) - 2,516\text{億} = 0$ 70歳未満 $\{ (21,787\text{億} \times (113,293 + 116,474) - 13,767) \times \frac{11}{16} + 13,767 \} - 17,969 = 903$	903
イ 専門、救急施設医療従事者7.4万人増による人件費増	ケースⅠ参照	540
ウ 保健婦10万人増による公衆衛生費(人件費)増	$729,534 \times 10\text{万}$	730
エ 保健婦10万人増による公衆衛生費(経常物件費)増	$730\text{億} \times (315 \div 702)$	328
オ パラメディカル(看護婦、准看護婦、保健婦)給与を2.5割引上げ	$729,534 \times (275,000 + 74,000 + 100,000) \times 0.25$	655
カ 専門、救急施設増	ケースⅠ参照	750
計		3,906

〈社会福祉部門〉

	積 算 内 訳	費用(億円)
ア 社会福祉施設従事者10.92万人増による人件費増	ケースⅠ参照	495
イ 中間施設従事者21.7万人増による人件費増	ケースⅠ参照	977
ウ 地域福祉施設従事者2.71万人増による人件費増	ケースⅠ参照	144
エ 社会福祉施設従事者給与を2.5割引上げ	$\{ (454,014 \times (152,073 + 109,200 + 217,000)) + (717,354 \times 20,100) \} \times 0.25$	579
オ 社会福祉施設増	ケースⅠ参照	351
カ 中間施設増	ケースⅠ参照	350
キ 地域福祉施設増	ケースⅠ参照	739
計		3,635

て多くの検討がなされ、救急医療システムのごとく、一部においては、実際に機能を始めている。一般にシステムという用語は幅広く用いられ、保健医療分野においても必ずしも同じ概念で用いられているとは限らない。しかし、概括していえば、システムとは二つ以上の構成要素よりそれぞれの構成要素がお互いに役割をもち、さらに共通の目標を有しているものといえよう。なおシステムは、だれのため、何のためについてが明らかにされねばならない。システムという一つの複合体には目的(必ずしも単一の目的ではないが)が存在し、つぎにこの目的を達成するための、目標設定、施策、事業の案として計画が存在しなくては、システム自身がシステムとして機能しえない。保健医療の分野におけるシステムについての論議は、当然そこに保健医療計画を含んでいるものといえよう。これらのことから保健医療システ

ム化の提唱された背景について考察を加えよう。

保健医療システム化が新しく提唱されるには、現在の保健医療サービスに、何らかのインパクトが加わることにより、サービスの機能が、総体として低下し、または低下が予測されることによるものである。すなわち、既存の保健医療制度のもとで、個々の保健医療施設が、一定の規範様式に基づいて保健医療サービスを国民に提供する方式のみでは、制度自体の目的または部分的な目的を達成することが困難となるであろうということである。そのため新しく保健医療システムを提唱し、個々の保健医療施設を有機的な集合体として機能することを意図するものである。このように、現状の保健医療制度のもとで、その目的が達成され難くなった要因は、保健医療の内部構造による要因と、外部構造の変化による要因とに分けられる。内部構造については、(1)予防、治療、リハビ

リテーションの総合化（保健医療の垂直的質の転換）と、(2)医療技術の発展（保健医療の水平的質の転換）とがあげられ、その詳細について、既発表論文^{4),5)}に示した。保健医療の垂直的質の転換は、現在の保健医療制度における目標自身をより高次のものへと発展させる役割を有し、逆に目標の次元への高度化は、低い次元において達成された方策と質的に違った総合化を導入せざるをえなくなり、システム概念の導入、さらには、その具体的施策の策定のために計画策定を余儀なくされてきている。保健医療の水平的質の転換は、その目標達成のための技術的進歩をするとともに、目標自身の内容をより精緻なものへと発展させる結果となり、一方では複雑な内容を有するサービスを実施するためのシステム化、計画化を必要とし、他方では、健康権という概念（主題には含まれていないが）の創造を必要としている。このような保健医療の垂直的および水平的質の転換に加えて、従来広くいわれている保健医療における量の問題が存在している。すなわち、疾病構造の変化、寿命の延長とともに人口高齢化、生活水準の向上、生活内容の変化等々、保健医療の内外からの要因が加わり、保健医療の範囲の拡大と、需要量の増加がみられている。表3に示したのは、受療率全体の予測ではあるが、需要量の増加は、各

階層、地域、時間により異なった様相を示し、さらに各集団において量とともに質の転換を含めた需要量の変貌増加により、その構造を複雑なものとしている。なお新しい保健医療の量として、健康診断、リハビリテーションなど新しい分野の拡大による量の登場があげられる⁶⁾。他方供給量についても、ヘルスマンパワーをみると、保健医療サービスの中核である医師不足は、国際的な問題であり、日本もその例外でなく深刻な不足より、地域的格差のみならず、表5に示したように、病院医療における医師を常勤から非常勤、さらには他の職種に代替する傾向が生じており、他の職種においても不足がみられ、職種によりその深刻さは医師より大きい。つぎにこのような状況にあるヘルスマンパワーの働く場としての保健医療施設をみると、現在の医療保険制度のもとで、病院経営を困難にしていることも関連し、病院段階での供給量の不足、地域的基礎的医療サービスの不足、日曜祭日さらに夜間などの時間的不足などがみられ、時に大きな社会問題にまで発展している。このような保健医療における量の面での需給関係のアンバランスは、質の面が加味されることにより急速に悪化している。たとえば、一人の一般医で、医療の相当部分が完結した時代において、一人の医師の存在の有無が需給関係の状態を判断する重要な事項であったものが、多くのヘルスマンパワーによる高度な技術を要する部門の増加は、需給関係の状態を判断するには、多くの事

表3 性別受療率予測（人口10万対）

昭和	35	40	45	50	55	57	60
総数	4,805	5,910	6,977	7,462	7,695	7,748	7,801
男	5,076	5,991	6,790	6,997	7,102	7,123	7,143
女	4,550	5,831	7,158	7,991	8,413	8,517	8,628

資料 患者調査より推計ロジスティック（西三郎，方波見重兵衛）。

表4 健康診断受診者延数（昭和40年）

（単位：千人）

	総数	個別	集団
総数（*を除く）	82,476	25,556	56,919
1) 保健所	19,337	5,333	14,003
2) 結核予防法	39,143	—	39,143
3) 老人福祉法	1,473	—	1,473
4) 労働安全規則	11,200	—	11,200
5) 学校保健法	18,000	—	*18,000
6) 一般医療機関	27,744	20,223	*7,521

注 *印は他の項と重複している人数。

資料 西三郎・中村文子「保健費用の推計及び分析」（1972）。

表5 一般病院100病床あたり従事者数

	昭和35年	40年	45年
総数	61.7	64.0	66.9
医師	10.0	9.6	9.3
常勤	7.1	6.0	5.7
非常勤	2.8	3.7	3.6
歯科医師	0.5	0.4	0.5
薬剤師	1.5	1.4	1.4
看護職員	25.8	27.2	29.3
有資格者	21.4	21.5	23.8
無資格者	4.4	5.7	5.5
その他の技術職員	4.4	4.9	6.7
事務職員	7.9	8.3	8.9
その他	11.6	12.0	10.9

資料 「医療施設調査」。

項についての検討を必要としてきている。このような、保健医療の質の転換、量の拡大により、保健医療の目標の内容の高度化、次元の高度化に加えて、需給関係の不調和は、システム化、計画を必要とせざるをえなくなっている。

このような、保健医療の内部構造からのシステム化の要請に加えて、外部構造として、(1)経済開発に伴う多くの健康破壊の増加、顕在化、生活様式自体の変化に伴う精神的健康が健康問題に加わるなどその範囲の拡大等々により、社会的緊張を増加させるとともに、国民の側から積極的な福祉に対してのニーズの増加などにより、福祉政策の重視と、(2)システム科学の開発と新しい情報産業などを中心とした産業の登場とがあげられ、これらについては、前記論文参照として詳細を略するが、前者の福祉政策の重視は一方では支出される費用の増大に伴いより厳しい費用便益の関係など経済合理性の追求が強まってこよう。以上のような外部要因は、保健医療の内部構造からの要因によるシステム化ないし計画化を大幅に推進している。福祉政策の重視は、国の段階では、国家計画の策定を指向し、部分的には、情報科学、ME 技術の進歩とあいまって、時間的医療偏在対策として救急システム、空間的医療偏在対策として僻地医療システム、新しい量への発展として地域健康管理システム、システムの強化として地域医療情報システム、さらには、地域を総体としてみる地域保健情報システムなどの検討を可能とし、一部においては近い将来その実現も可能となり、また部分的には実施されてもいる。なお、これらの各システムには、おのおの保健医療計画をもち、またはもつことを意図している。

2. 保健医療計画の現状と問題点

社会保障計画の一環としての保健医療計画の作成は、全国的な段階の計画として、厚生省、経済企画庁において試みられている。すなわち、厚生省においては、昭和36年7月「厚生省長期計画構想」⁷⁾として厚生省試案が、昭和45年9月「厚生行政の長期構想」⁸⁾として厚生省企画室編の構想が発表され、経済企画庁は、経済計画のなかで、昭和

45年1月経済審議会生活分科会社会保障小委員会の報告書「社会保障の充実とその体系的整備」⁹⁾、今回の経済計画の予備作業としての「社会保障問題懇談会報告書」⁹⁾がみられ、これらの社会保障計画ないしはその準備作業に保健医療計画ないし計画案が含まれている。なお従来のその他の経済計画において社会保障の充実が主張されてはいるが、その発表された内容は僅かで計画とはいえないものであった。厚生省の計画についての詳細な考察、特に財政面からの検討は、小山路男⁹⁾が行ない、そのなかでフローのみならずストックの部門の強化を国民による実現の監視の必要を述べている。

これらの国の段階では計画は、一般にシステム論において論じられる計画と異なり、政府の発表であるにもかかわらず、目標に達する具体的な施策を欠いたものであった。

ここでは、まず保健医療計画を定義しよう。一般に保健医療計画の前提として、何らかの保健医療システムがあり、さらに具体的な保健医療サービスというものを実存していなければならない。

保健医療サービスは、ある保健医療制度のもとでその構成要素として、保健医療サービスを提供する保健医療物的施設と人的施設（ヘルスマンパワーなど）、と保健医療サービスを受ける国民とさらに、それらの保健医療サービスの授受の条件をつくる政府、その他の多くの社会的要素があり、保健医療サービスの目的としてこれらの構成要素間の相互の連携のもとに、国民の健康保持増進を図ることにある。保健医療システムは、保健医療サービスの目的を達成するために、各構成要素間の連携、さらには役割分担を有し、有機的な複合体として存在しているもので、保健医療計画は、そのシステムにおける、目標設定、施策、事業の案であるといえる。

このような保健医療計画が、国の段階の計画として成立し難いことについて、(1)保健医療制度、(2)保健医療の物的施設、(3)ヘルスマンパワー、(4)保健医療の価値、(5)保健医療の経済に分けて考察しよう。

(1) 保健医療システムと保健医療制度

現在のわが国の保健医療制度は、必ずしも保健医療システムを積極的に支持するという構造を有するという性格のものではない。すなわち、医療制度の根拠法としての医療法、医師法などヘルスマンパワーに関する身分法などをみると、間接規制という法律的概念に基づく法で、医療施設、各種ヘルスマンパワーが一定の基準を満たすよう規制するということを主たる構造としている。そのため各医療施設相互の関連性についての規定を欠くもので、薬事法第6条による薬局の適正配置、公衆浴場法第2条の公衆浴場の適正配置などの規定があるが、それらも相互の関連性よりも、個々の施設において提供されるサービスの質の確保を意図したものである。しかし、医療施設間の関連ではないが、他の構成要素との関連を規定しているものとして、結核予防法などの指定医療機関、精神衛生法による指定病院および精神衛生鑑定医、優生保護法による指定医師、救急病院などを定める省令による救急病院または救急診療所、健康保険法などによる保険医療機関、保険薬局、保険医および保険薬剤師などがある。これらの規定は施設または、医師などの側の同意による指定、申請による指定、申出の受理など衛生行政処分を形式をとっているが、同意、申請、申立は、これを取消すことも可能なもので、この衛生行政処分を廃棄させることは、困難ではない。1971年保険医総辞退問題はこのことを示した例といえよう。

このように保健医療システムを形成するにあたって、構成要素間の関連を積極的に支持する法的根拠は必ずしも強いものではなく、さらに、医療保険制度にみられる、保険医療機関と保険者、被保険者との関係から明らかなように、これらの保険医療機関の相互関連を積極的に支援するより逆に現状では時に競合状態に置かせているともいえる。すなわち国立・公立医療施設においても、保険医療機関としては、私的、非営利制でない医療施設と全く同じ性格を附与され、逆に、現在の財政制度とも関連して、公的医療機関が、公的な性格をその保健医療サービスに反映させることを妨げてさえいるともいえる。このことは、現在多くの小範囲で成立している保健医療システムにおけ

る構成要素間の関連が、法的根拠または法的支援よりも私的な関係により保たれていることによるものである。保健医療制度のなかに個々の対象物、対象者の質の規制のみならず、その数について規定している部分も含まれており、たとえば医療法第5条の2は「国及び地方公共団体は、病院又は診療所が不足している地域について、計画的に病院又は診療所を整備するように努めなければならない」とし、いわゆる僻地医療対策などの根拠となっている。保健所法第1条「保健所は、地方における公衆衛生の向上及び増進を図るため、都道府県又は政令で定める市がこれを設置する」、精神衛生法第4条「都道府県は精神病院を設置しなければならない。但し、第5条の規定による指定病院がある場合においては、その設置を延期することができる」、伝染病予防法第17条市町村の伝染病院等の設置義務、消防法第35条の5「政令で定める市町村、救急業務を行わなければならない」とし、施行令に救急隊の編成および整備基準を定める等々がみられる。しかし、医療法においては第5条の2を具体化する施行令、施行規則の規定はなく、逆に同法第7条の2で、公的医療機関などの病院関係などの規制により、私的セクターを援助さえしており、精神衛生法においても19県（昭和45年）においていまだ県立精神病院を有していない。以上のように部分的にある分野に限って法的根拠をもった施設整備が図られているにすぎない。

公衆衛生分野においては、そのサービスの多くが行政サービスとして提供されていることより、サービスについて法的根拠を有しているものが多いが、治療段階、リハビリテーション段階において、サービスを規定しているものは、公衆衛生における社会防衛的な面から、伝染病予防、結核予防、精神衛生対策、優生保護対策、が行なわれているにすぎず、社会福祉的な面として母子、老人対策、その他の面として学校保健、労働衛生などおのおの独自の目的により規定されているにすぎない。

つぎに保健医療システムとして構成要素の役割分担、特に医療施設の役割分担としては、医療法

制定当初、総合病院について新しい規定を設け、総合病院をメディカルセンターとして、その地域の基幹病院たらしめようとし、その病院の設立者の多くを公的なものまたは大学などによろうとした。しかし、現状では、その性格が必ずしも明確なものでなく、さらに病院・診療所の区別も単に病床数 20 以上、以下の区別などにすぎないといえる状況になり、さらに保険医療機関としては、総合病院、病院、診療所が全く同一施設として取扱われているにすぎない。なお、甲表、乙表の区分も機能分化によって定められているものではない。このように、わが国の医療施設は機能として、多様化し、分化したサービスを提供しているにかかわらず、制度として、その機能分化を支援するものでなく、逆に、諸外国に既にみられている中間施設などについての規定も欠いており、新しい必要度の増加した家庭看護においては、公衆衛生としての保健婦活動と一部の家政婦会などの私的団体による派出看護婦などに頼らざるをえなく、その法的整備が遅れている。諸外国においては、保健医療システム化を支える制度として、病院は公的施設であるが私的でもまたは公的な性格を有するものと規定し、病院などの施設を計画的に建設する傾向がみられていることと全く対照的な状況下にわが国があるといえる。

このような、保健医療制度のもとで、保健医療システムを構築するには、おのおのの物的施設の相互の連携、役割分担を法的根拠によらずして、財政面、その他の面から補強しなくてはならないといえる。

保健医療システムは、現在小範囲において実在しているが、その多くは、個々の医療施設が財政面をある程度犠牲にした上で、ないしは関係市町村より特別な財政支出などにより形成されており、その相互施設間の関連は、倫理的、慣習的、伝統的な要素などを含んでいるもので、このシステムを普遍化することが困難である。長野県の佐久総合病院、岩手県の沢内病院の事例は古くから広く紹介されてはいるが、必ずしも一般化されないのは、その地域における多くの諸条件のからみあいの上で成立していることから簡単に普遍化で

きるものではないことを示しているといえよう。しかしながら、一方では国民福祉の向上という強い要請により、保健医療サービスを、国全体として一つのシステムとして、適正に効率的なものにすることが試みられようとしている。このことは部分的に完成しているシステムを、全体として統一されたシステムに発展させることは容易ではなく、制度面から全体システムの形成の補強が望まれよう。このような制度は東欧諸国のみならず西欧諸国においても多くみられ、アメリカにおいても、連邦政府より制度面、財政面からの強力な援助により、広域的な保健医療システム、総合保健計画がつけられている。なお、これらの制度の多くは、そのシステム、計画が具体的に形成されるよう、手続きについても規定し、財政面からの支援もみられている。このことは具体的施策を欠いた医療法第 5 条の 2 の規定、単なる基本法の制定の試みといったものと基本的に異なった姿勢によるものといえる。今後わが国においても国の段階での保健医療計画の前提として国の段階での保健医療システムの形成が制度面、財政面その他の関連分野からの積極的な支援が望まれよう。

なお、ヘルスマンパワーについて後にさらに触れるが、現行の医師法などのヘルスマンパワー身分法の多くはその第 1 条に、公衆衛生向上および増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保することについての規定がある。この規定は、ヘルスマンパワーが、保健医療サービスを提供するにあたって、保健医療システムに基づいて提供する必要性が近來増してきている状況のもとでは、それを支持する根拠の法律の重要な一つといえよう。しかし、これを具体的に担保する制度面、財政面からの裏づけがないことは単なる倫理規定に終わらしめる危険がある。筆者は、社会保障問題懇談会において、この規定を根拠とし、相当額の財政支出を提案したが、今後の検討に値しよう。

現在の保健医療制度および医療保険制度が多くの欠陥を有し、保健医療システムを支援することを期待できる分野が少ないが、しかし、制度の改善のみが、保健医療計画策定の前提とはいえず、時に現行制度のもとで、次善、三善の策によらな

ければならず、経済計画は特に財政、経済面からそれを支援するものといえよう。

(2) 保健医療サービスにおける物的施設

保健医療サービスを提供する物的施設のうち、公衆衛生分野での施設として保健所、母子健康センターは公立であり、その他の施設の多くは、私立を含めても一般には非営利のもとで運営され、計画的に施設設立、運営することを可能としている。ただし、現在では、保健所の設立などは国の補助金制度も関係して、新增設が容易ではないという現象が逆に現われている。医療分野においては、公的サービスとしての公益医療なども、指定された医療機関であれば、公私をとわず現物給付を行ない、医療保険における療養の給付も同様指定機関を通じ現物給付されている。このことは、公衆衛生分野における施設もサービスも公的ないしは準公的なものによるのと異なり、医療分野では一定の法に基づく給付を含めたサービスが、自

由開業医制度のもとで設立された公私の施設によって提供されていることにある。このことは医療施設においてその設置立法のなかで、私的で、非営利でない性格を有する医療法人、個人について着目してみると、表6に示したように施設数、病床数の伸びが著しい。このため、表7に示すように病院数66%、病院病床42%が医療法人、個人立に占められるにいたっている。このような状況のもとで、計画的に施設を整備することは容易なことではない。しかし、最近ではようやく、一部の高度医療を行なう施設として、がんセンター、循環器疾患センター、救急センターなどが計画的に設立されようとしている。これらのセンターが私的セクターにおいて、不採算な医療を行なう施設であるという経済的な理由からのみでなく、高等な技術を有する人材と、高価な医療機器とを集中的に投入して初めて効果的な医療を可能とすることから、資金的にも、人材を集める面からも、幅広

表6 一般診療所・一般病院規模別施設数および病床数の年次推移

		昭和40年/ 35年	45/35	45年施設数	40/35	45/35	45年病床数
総 数	一 般 診 療 所	109.3	116.9	68,997	123.5	151.2	249,646
	無 床	105.7	113.3	39,156	...	...	...
	有 床	114.7	125.3	29,841	123.5	151.2	249,646
	一 般 病 院	120.3	139.6	6,869	139.9	174.7	836,955
	20 一 49 床	107.1	112.1	2,694	112.6	123.3	85,518
	50 一 99 床	124.1	157.2	1,712	123.6	155.9	115,875
	100 床 以 上	139.3	172.5	2,463	149.1	189.5	635,562
	一 般 病 床 (再 掲)	...	...	...	146.3	199.0	601,978
医 療 法 人	一 般 診 療 所	111.8	114.8	574	114.3	110.5	3,546
	無 床	123.5	142.9	280	...	...	...
	有 床	104.3	96.7	294	114.3	110.5	3,546
	一 般 病 院	130.5	161.2	1,635	164.4	245.1	150,362
	20 一 49 床	101.4	95.4	554	109.1	106.7	18,537
	50 一 99 床	147.7	195.1	560	147.8	196.5	38,550
	100 床 以 上	212.3	356.8	521	217.3	383.1	93,275
	一 般 病 床 (再 掲)	...	...	...	184.8	303.3	109,061
個 人	一 般 診 療 所	110.3	119.6	60,064	128.0	161.7	231,024
	無 床	104.9	110.6	32,051	...	...	...
	有 床	117.7	131.7	28,013	128.0	161.7	231,024
	一 般 病 院	133.9	171.2	2,781	155.1	221.2	140,031
	20 一 49 床	122.7	143.2	1,840	131.2	162.8	56,949
	50 一 99 床	167.8	271.3	700	168.9	274.0	45,668
	100 床 以 上	202.5	297.5	241	207.3	321.6	37,414
	一 般 病 床 (再 掲)	...	...	...	163.3	252.1	116,579

資料「医療施設調査」。

表 7 医療法人・個人立医療施設および
病床の総数に対する百分率

		昭和35年	40 年	45 年
施 設	病 院	53.5	60.3	65.9
	精神病院	81.2	84.6	86.2
	結核療養所	36.7	40.3	41.9
	一般病院	53.6	59.0	64.1
	一般診療所	85.9	86.8	87.9
	有 床	90.6	92.8	94.9
	無 床	82.9	82.4	82.6
病 床	歯科診療所	99.3	99.3	99.4
	病院病床	27.5	35.3	41.6
	精神病床	61.8	69.6	72.7
	結核病床	18.7	20.5	20.7
	一般病床	27.2	34.1	37.5
	一般診療所病床	88.2	91.4	94.0
	歯科診療所病床	100.0	95.6	91.1

資料「医療施設調査」

い層の同意により初めて設立されるものであるという医療など経済外の面が加わっていることなどの理由によるものであり、これらのセンターは必ずしも公的セクターのもののみとは限らない。

このように幅広い層の同意を得るということは、一見計画の困難性を感じさせるが、実は、逆に計画性を導入するには都合がよいともいえる。たとえば、ある地域において、計画的な施設整備を意図しようとしても、私的施設が、その施設主体のみの意思により設立されるものであれば、当初の計画的整備の実現は困難となろうが、幅広い層の同意を必要とすることは、論理的に必要な所、必要な時には必要な施設の設立をすることに反対することが困難ともなり、計画的施設整備は、計画が幅広い層の同意があるものであれば可能となってくる。このことから前記のある種のセンター設立計画が、厚生省で策定され、その実現をみていることは理解できよう。社会保障問題懇談会報告の高度医療施設整備は、このような主旨により作られたもので、その個々の内容、設立場所、その規模などは、専門家を含めた関係者の意見により具体化されるものであるとし、必ずしも公的施設と明示されていない。このことは従来の公的、私的セクターという分類ではなく、幅広い層の意見に基づいて施設が設置されるか否かを重視しなければならないことによっているといえよ

表 8 病院種類別 100 病床あたり医師数の推移

	常 勤 医 師		非 常 勤 医 師	
	昭和40年	45 年	40 年	45 年
医学機関附属病院	19.5人	21.7人	29.6人	18.9人
総 合 病 院	8.4	8.8	6.0	4.5
100 床以上一般病院				
総 数	5.9	5.8	3.6	3.2
医療法人	3.2	3.1	2.4	3.3
個 人	2.8	2.7	2.0	3.1
50~99 床一般病院				
総 数	5.0	4.3	2.7	4.2
医療法人	4.8	4.4	3.3	4.3
個 人	4.2	3.8	3.1	4.6
50 床未満一般病院				
総 数	7.1	6.3	4.8	5.7
医療法人	7.2	6.6	5.1	6.4
個 人	6.6	6.0	4.7	5.7

資料「医療施設調査」

う。

このことを示すものとして表 8 に一般病院の病床あたり医師数を示した。一般病院では常勤医師が減じ、非常勤医師が増加し、その傾向は、医療法人、個人病院に激しく、医師獲得の困難性を示しているが、一方、100 病床あたり医師数の多い医学機関附属病院、総合病院では、非常勤医師の常勤医師化と逆の傾向を示している。このことは大学病院、総合病院は、公的施設ではないが、公的な性格すなわち幅広い層の意見のもとで設立、運営されているものが多く、公的病院のみの意味ではない。すなわち、このような性格の病院においては、より医師が集まっている。高度な医療を提供している現状から、今後計画的整備を可能にする根拠の一つといえよう。なお、これからの新しい方向として総合病院より専門病院ということが病院の機能分化として考えられなければならないが、統計資料において専門病院について分類を行っていないため、統計的に示しえなかった。また、物的施設として従来の病院に加えて中間施設、さらにはコミュニティケアを中心とした各種の施設および家庭看護、家庭介護などのための施設の要求があることから、今後これらの施設がつけられるよう前述のように制度面、財政面からの検討が必要と思われる。今回の社会保障問題懇談会の

中間施設、保健婦について案を提示してあるのは、新しい施設計画の第一歩とみなせよう。

保健医療施設の資本形成は、古い聴診器1本の時代においてはそれほど重要な課題ではなかったが、医療技術の進歩につれ、医療施設の機能も分化し、一部の施設においては重要性が増してきている。現在においても一部の医療サービスを提供するには、従来の医療保険による医療費体系では、その資本形成が困難となっており、単に医療費価格の改正では不十分なことは明らかであろう。このためにも、現在の医療保険制度と自由開業医制度のもとでの施設設立のメカニズムのみに頼っているのは、医療サービスの質の低下はまぬがれないであろう。このことは、積極的に必要とする施設の設立を計画的に推進しなくてはならないといえよう。

(3) ヘルスマンパワー

ヘルスマンパワー計画は保健医療計画の基礎的な計画の一つである。このことは、保健医療システムの構想についていくら立派な青写真を作成しても、そのシステムを動かすヘルスマンパワーとその働く場である施設が計画通り準備されなければ、そのシステムは機能しない。そこでは単にシステムの目標を記述してあるにすぎない。ヘルスマンパワーの働く場については、前項の物的施設で述べたように今後は、医療の質の向上とも関連し、フローよりもストックに十分着目する必要がある。しかし、このことは、経済問題として、費用の調達の苦労はあるとしても、計画は限られた資源のなかでも不可能とはいえない。保健医療システムを支える制度を有している諸外国における保健医療計画においても、その多くが物的施設計画を中心としたものであったことは、働く場についての計画が、ヘルスマンパワー計画より容易であったことにもよるであろう。ヘルスマンパワー計画の困難性は、長期計画を必要とし、将来有限なマンパワーのなかで、ヘルスの分野にどれだけ必要数を供給できるかの検討のもとでの各専門職種ごとの総必要人員を計画的に教育養成しなければならない。さらにこのように養成された専門家を

さらにより細分されたスペシャリストに訓練するとともに、その配置についても検討を行なう必要がある。従来の国の計画が中期計画であったことにより、マンパワー計画は必ずしも必要とせず、現在員についての問題に限られる傾向をもっていたが、より長期的な視野に立っての検討がなければ、直ちにヘルスマンパワーの不足がみられることは、前述の医師の非常勤化、看護婦不足による病床閉鎖などが生ぜざるをえない。しかし、現在厚生省においてようやく総数の検討と、計画的な養成が開始されてはいるが、全体のマンパワーとの関連での検討は十分とはいえない。現に准看護学生の現員が定員を下回っている¹⁰⁾ことは、ヘルスマンパワーの計画を保健医療サイドからの計画では不十分であることを示しているといえよう。つぎにスペシャリスト養成は、医師について従来の専門医の方向の教育が妥当であるか否かについて十分な検討を必要とするが、今後の方向として、教育の場とサービスを提供する場とが融合することが、教育の効果を上げるのみならず、日常サービス自体に創造性を導入することになることは、現在の国立がんセンターをはじめ多くの専門施設にその例が認められている。現行医療保険制度のもとでは、創造的医療の展開を困難にしているなかで、教育・研究と実践との一体化の意義は高いものといえる。しかし、ヘルスマンパワーの配置については、十分な総員数が得られたとしても解決困難であることから、総員数が不足しているなかで、好ましい適正な配置をするための特別な配慮がなされなければならない。このことは前述のヘルスマンパワー身分法における公衆衛生の向上および増進に寄与するという任務に密接な関係が生じてくるが、時に人権問題にも関連することも考えられ、十分な配慮を必要としよう。たとえば、ノルウェー「義務的公共歯科医療業務に関する臨時措置法」(1956)は、新規卒業の歯科医に公共歯科医療に従事する法的義務を付与することを目的としたもので、北部ノルウェーの歯科医不足解消がねらいで、この法律は強制労働であるとし、ヨーロッパ人権委員会に救済を求めた事例もあり、結果としては、ノルウェー政府側の抗弁

表 9 看護婦等学校養成所入学状況

区 分	年 次	学校養成 所 数	一 学 年 定 員 (人)	志願者数 (人)	受験者数 (人)	入 学 者 数		充 足 率 (%)	競 争 率 (倍)
						入学者数 (人)	指 数		
看 護 婦 (3年課程)	32年4月	161	4,520	19,026	16,846	3,779	—	83.6	4.5
	36 "	177	5,098	13,890	11,707	3,964	100.0	77.8	3.0
	39 "	199	5,983	14,749	12,268	4,916	124.0	82.2	2.5
	42 "	213	6,728	41,257	36,114	6,481	163.5	96.3	5.6
	45 "	236	8,199	36,484	30,872	7,843	197.9	95.7	3.9
	46 "	253	9,400	36,436	31,343	8,633	217.8	91.9	3.6
看 護 婦 (2年課程)	32 "	—	—	—	—	—	—	—	—
	36 "	32	682	1,588	1,425	620	100.0	90.9	2.3
	39 "	59	1,360	3,153	2,773	1,360	219.4	100.0	2.0
	42 "	98	2,693	5,262	4,716	2,351	379.2	87.3	2.0
	45 "	194	6,737	16,671	14,945	6,901	1,113.1	102.4	2.2
	46 "	247	8,604	20,251	18,444	8,776	1,415.5	102.0	2.1
准 看 護 婦	32 "	552	13,793	48,878	44,472	13,802	—	100.1	3.2
	36 "	501	14,352	20,576	19,848	12,417	100.0	86.5	1.6
	39 "	570	19,379	35,324	33,489	21,836	175.9	112.7	1.5
	42 "	752	28,578	48,468	46,764	31,268	251.8	109.4	1.5
	45 "	774	32,095	45,174	43,473	32,578	262.4	101.5	1.3
	46 "	772	32,779	41,319	39,899	31,178	251.1	94.7	1.3

資料 厚生省医務局看護課。

を支持し、本件は非許容とされたが、許容性を認め、一層の審理を尽すべきであるという少数意見もあった。なおこの事例を紹介した小寺初世子¹¹⁾は、少数意見が支持されるべきであろうと思うと述べている。このことから、人権問題と矛盾なく適正な配置を計画的に実施できる担保は何かについて、計画の段階において検討しなければならないといえよう。

(4) 保健医療サービスにおける価値

保健医療システムとは、そのための計画が十分に検討され、物的施設、ヘルスマンパワーが配置されたとしても、そこにおいて提供されるサービスが適正なものであることの保障がない限り完成されたとはいえない。保健医療サービスが適正であるか否かは、それを判断する尺度に何を置くかによる。その尺度として一つには、経済的な要因も無視できず、限られた社会資源のなかで、それを有効に配分するため重要なものであるといえる。もちろん、保健医療サービスが、医学に自然科学としての医学には限らず広く社会科学を含んだものとして理解された医学に基づいて提供されることから、医学の論理にかなったものでなけれ

ばならないことから医学も重要な要因である。しかし、保健医療サービスはそれらのみでは十分といえない。すなわち、人間は、一人一人「生きる」という権利のもとで、毎日の生活をしているという実体から、たとえ広い意味での医学としても、そのような客観化された科学に基づいた尺度のみならず、主観的である本人の意思が重要な尺度といえよう。最後の要因は、客観化された広義の医学と、主観的な個人における意思、生きる哲学とにより健康権という新しい概念の創造を必要とし、また、保健医療サービスの尺度に価値を導入させることより、非常に困難な分野といえよう。しかし、科学としての医学の進歩は、今後ますます、人間の「生きる」という本来の特性から生まれた医学を、その出発点から離れた存在とする危険を多く含んでいることから、保健医療サービスが適正であるか否かの判断に価値の導入を考えなければならないといえよう。

このように保健医療のサービスの価値を定めることは容易ではないが、適正さを保障するための仕組みをシステムに組み込む必要がある。特に一般論として、システム化は、客観化された資料に

基づいて計算された結果と、さらに内部的にフィードバックを行ないながら合理的に処理する機構を中心としており、客観化され難いもの、普遍性の少ないもの、価値の導入などにより判断基準が確定し難いものなどは、排除される傾向をもっており、このことは計画においても同様である。このことから、保健医療サービスにおける個別性の確保は、どのようなシステムにおいても十分に保障されていることを前提とし、そこにおけるサービスの監視が必要となつてこよう。最近メディカルオーディットなどとして、実際に外国では取り組みが開始されているが、わが国においてもその制度の導入が必要であろう。これからの制度としては、今ここで論じた尺度として、経済、医学、哲学の三つを代表する人々が中心になって保健医療サービスの適正さを判断することで、保健医療サービスが、保健医療担当者のみ判断によるものでないことを明らかにしなければならない。なお哲学を代表する人とは、哲学者の意味でなく、生きることを実践している国民であり、サービスの受け手であり、またシステムの主権者であることを十分に考慮しなくてはならない。

(5) 保健医療と経済

保健医療と経済のなかでは、医療費の問題は多くの報告があり、最近ストックについての検討も試みられてはいるが、ここでは最も注目すべきこととしてつぎの2点をあげてみよう。一つは、今後、一つの地球のなかで、あらゆる面から限られた資源のもとで人間が生活していかなければならないという厳しい条件は、保健医療においてもなされるができないことを前提としなければならない。このことは、限られた資源を保健医療という閉ざされたなかでのみ考えるのではなく、開いて他の分野との関連のもとでその適正な配分を行なう必要を意味し、今回の経済計画にも、多少はこのような視点が含まれている。このように経済を、限られた資源の有効配分の問題解決の重要な方法論の一つとして位置づけられよう。つぎの点として、保健医療を閉じた分野として考え、同じように限られた、または与えられた資源の適正な配分としての経済問題が考えられよう。このこと

は前の点と十分関連づけながら検討を行なわなければならないが、閉じた保健医療分野における経済的分析を十分に行なわずして開かれた形での保健医療分野の分析は困難となろう。

現状においては、国の経済計画と保健医療計画とを結びつけるには、両者における方法論において接合できる場を用意しなくてはならない。しかしながら、現在の保健医療計画はその経済分析が不十分であることより、インプット、アウトプットとの関連も明らかでなく、必要投資量すら計算されていない。また経済計画の側においても、現状では社会保障が政府による部分しか計上されず、医療が社会保障に含まれていることから民間ベースでの保健医療は検討外となっている。このため、経済計画と保健医療計画との接合が必ずしも十分とはいえない。

保健医療における経済の問題を短期的な視野からみると、至急に保健医療内部における相互の資源の関連を明らかにすることにより資源配分の理論的、実際の根拠を明示し、さらに、そこにおける計算方法が、国全体の経済計画における計画フレームの計算方法と接合を可能とし、さらには計画フレームのための計量モデルも福祉優先モデルに改訂されることが期待されよう。

ま と め

保健医療計画は、国民の福祉の向上のため、経済計画のなかで位置づけられてきている。このことは、一方では保健医療そのものの質的転換も加わり、保健医療システム化が図られ、そのシステムのもとでの計画の必要性が生じてきている。このように保健医療計画のニーズが高まってきているが、それを与える保健医療制度の条件は不十分であり、保健医療の物的施設もようやく機能分化に着手され、ヘルスマンパワーの検討が始められている。このようななかでさらに保健医療サービスそのものを適正なものとするため、新しく健康権という概念の導入の必要があり、他方では、保健医療計画を経済計画と接合するためにも、経済分析の手法の導入が必要であり、さらには経済計画そのものも、国民福祉向上の見地から福祉優先

に組替られることが期待されよう。

文 献

- 1) 経済企画庁総合計画局：「新経済社会発展計画の全貌」(1970)。
- 2) 経済審議会生活分科会「生活分科会：意見の中間とりまとめ」(1972)。
- 3) 社会経済問題懇談会：「社会保障問題懇談会報告書」(1972)。
- 4) 西 三郎：「新しい医療に対する期待」実務と法

令10巻10号 (1972)。

- 5) 西 三郎：「医療のシステム化は誰のためか」医薬ジャーナル 8 巻12号 (1972)。
- 6) 西 三郎・中村文子：「保健費用の推計及び分析」社会保険旬報 No. 1058 (1972)。
- 7) 厚生省企画室：「厚生省長期計画構想」(1961)。
- 8) 厚生省企画室：「厚生行政の長期構想」(1970)。
- 9) 小山路男他：「経済発展と福祉社会」(1972)。
- 10) 厚生省医務局看護課：「看護関係法規集」(1972)。
- 11) 小谷鶴次編：「基本的人権と国際平和」(1972)。