

解説

国の保険計画について

前田 信雄 国立公衆衛生院



はじめに

世界保健機関 WHO では、ここ10数年のあいだに、保健計画にかんするいくつかの専門報告をだしている。このなかには、地方的レベルの計画や組織化あるいは国レベルのものなど違う角度のものが含まれているが、共通するねらいは、国もしくは地域社会の変化とその社会経済的水準にあわせて保健行為をいかに計画的に進めるか、というところにおかれている。

私は、今年の6月初旬から8月下旬にかけ

てひらかれた世界保健機構西太平洋地域事務局主催の、第3回「国の保健計画」講習会に出席した。内容は、世界保健機関汎米 Pan American 地域事務局がヴェネズエラ大学と協同でつくったいわゆるラテンアメリカ式保健計画の講習であった。世界保健機関のなかでも中南米諸国のこれにたいする関心は高いし、各種の講習会がやられているようである。それをアジャでも試みてみよう、という意図でひらかれた講習会であった。

本稿ではその骨子を解説し、あわせて私とそれへの参加者（シンガポール、南ベトナム

他7カ国10名）の感想もしくはコメントといったものを含めて書いてみることにしたい。この講習会では、実例研究として、マニラ市郊外の病院・保健所の資料を使ったが、それを必ずしも実態を正確に反映するものでなかったし、ラテンアメリカ諸国での計画それ自体も多くの数量的データを有するが実際に使われていないので、以下主に考え方や問題意識を中心に解説することにする。

保健計画立案の背景

開発途上国に共通する保健問題の1つは「人口過剰」である。フィリッピンでは、特にその傾向が顕著である。出生率は依然として昔のままであるのにたいし、死亡率の方は公衆衛生活動や生活水準・環境の向上にもなって減少の方向に向っている。「人口爆発」という言葉で表現される人口の急激な伸びがみられる。これは国民総生産と国民所得の伸びを上まわるスピードであるから、いくら生産が伸び所得の総量はふえても1人あたり国民所得はふえず、逆に相対的に減っていく、ということになる。

これは死亡率を下げた公衆衛生活動が悪かったことではなく、出生率の方はそのままにして保健行政を進めてきたことに問題がある、といった論理で問題提起がなされる。異常に高い出生率をコントロールし、生産年齢人口の労働力維持に寄与する保健活動を展開する計画をもたねばならない。換言すれば、一国の経済発展にたいし、国や地方の保健活動はいかに貢献すべきか、という問題に直面している。

保健計画立案の背景としては、別に保健行政や活動にたいし、国の経済力もしくは財源がどう干与すべきかということがある。やるべき保健活動は山はどある。資源や財源は乏しい。このなかでどうするのが一番効率的か。開発途上国ではこの問題が切実なさし迫った課題である。

保健計画とは

まずある地域を単位にたてられるものである。国の保健計画はその総合である。住民の健康状態とそれにおよぼす条件を把握する。一定の健康状態を保つに必要な保健事業を定

量化する。5年10年先の住民の健康状態についていくつかの目標を設定し、それを達成するうえで必要な環境条件、保健事業の人員、資材をわり出す。そうしてたてられたのがいくつかの保健計画となる。

この考え方はある意味ではミクロ的発想から出発するといってよい。具体的な地域の病院、診療所や保健所の事業計画のようなものである。ここで重要なのは、目標というものが、地域の死亡率あるいは患者発生率を基準にしてたてられるということである。代替案はこの基準の高低からきめられてくる。最低限計画とは、目標年次の死亡率を現在と同じものとする計画である。最高の計画とは、資源の人員、予算が豊富にあったばあいの理想的計画のことをいう。したがって、最高の計画は現実には存在しない。実際には、その中間のいわゆる中間計画 intermediate plan が樹てられる。

計画地域の設定

これをきめる際に考えねばならないことは、人口規模、保健施設の利用可能範囲、行

政区域ならびに他部門の地域設定である。人口数については、特に適当な規模の指摘はないが、大まかなところ10~15万人を一地域とする考えもあるようである。保健施設にかよのに大体2時間以内といった広さの地域がのぞましい。その地域では、保健や医療についての最低必要なサービスはうけられる。診療科でいえば、内科、外科、小児科、産科がそなわっているべきである。結局、住民側からいえば、かよえる範囲、施設側からいえば、基本サービス供給範囲が計画地域となる。

保健計画立案の手順のうち主なものをのべると以下のとおりである。

資料収集

住民の健康水準にかんするものと、保健・医療活動にかんするものの2つに大別される。健康水準は、地域住民の死因別死亡率や疾患別罹患率で示される。できれば、これを年齢別区分できるとよい。優先順位をきめるさいにそれが必要だからである。このラテンアメリカ式保健計画で強調する死亡率等にか

んするデータ収集は確かに重要である。しかし、現実にこれが可能な国はどれほどあるであろうか。日本の人口動態統計は、世界的にみてもきわめて精度の高いものとされているが、アジアとラテンアメリカ諸国ではこのような統計入手は当分の間至難であろう。さらに疾患別罹患率となれば、いずれの国でもそのデータ収集はなかなか難かしい。実際には、むしろ年齢別の死亡率、あるいは伝染性疾患死亡率（非伝染性疾患死亡率）が正確にえられれば計画立案のための最低必要資料がそなわったといえるように考えられる。

保健医療活動にかんする資料の方は入手が容易である。病院、保健所の職員と原材料別に、個々に要した費用と時間あるいは業務量を把握する、それを、病院や保健所といった機関別、さらには病院のなかの部門別にデータをつくる。こういったことがある地域を単位としてできると大変興味ある分析が可能なおもわれる。大まかにみて、ある地域で、一定の死亡率を下げるための活動として、予防と治療との二つの面でどんな努力をしたかがわかる。予防志向型活動と治療中心

型活動のそれぞれの結果（効果）の比較が可能である。なお、保健医療活動にかんするデータ収集にあたっては、部門をどうわけかが問題である。余りこまかくわけると煩雑になるだけだし、大まかすぎるとは、保健所のように多方面の異質な活動をしている実態の把握ができない。

業務量の比較分析

業務量は、入院・外来患者数、家庭訪問件数、予防接種数などであらわされる。あわせて、その業務遂行に要した1業務あたり費用も重要な分析の手段となる。次に、効率の分析のため、稼働人員、ベットなどが延日数（時間）を単位にとられる。保健所においては、診察のばあいは医師診察時間をもって全職員の稼働量を代表させている。病院の外来のばあいは同様である。保健医療活動は医師だけでなすものではないから、医師稼働時間のみをとりあげることには異論があろう。しかし、他職員との構成は複雑だし、それぞれ役割分担がちがうので、その全員の稼働時間を各種業務別、部門別にとることは難かし

い。そこで、多少便宜的に医師稼働時間で代表させようという発想になった。

入院サービスのばあいは、稼働量は使用可能病床の年間延日数ではかり、家庭訪問では訪問に要した時間、食品監視なら監視所要時間をとる。つまり、各種サービスにとって必要不可欠な肝心のサービス主体の稼働量をとって比較しようというわけである。

もちろんここでは稼働内容の質的な評価はしない。たとえば、同じ医師診察でも、重症で特殊な患者が多い施設と、第一線の妊産婦検診的業務が多い施設とでは大きなちがいがあがるが、このさいそのようなことは一切考慮外とする。いいかえれば、保健計画立案のための業務量把握は大まかなものである。時間なり費用であらわしてみても、全稼働量のうちどれだけがどの部門にむけられているか、それによってどれほどの住民・患者へのサービスができているか、をつかめればよい。とはいっても、実際にある国、ある地域でこれをルーチン的に比較分析することは大変難かしい。たとえば、医師の稼働時間一つとってみても、その実態の記録は実に困難である。実

施にあたってはごく大まかな仕事別の稼働量把握から出発せざるを得ない。

効果・効率の測定

保健・医療サービスの効果とは、そのサービスによって防ぎえた死亡の数をもって測定する。たとえば、全然対策をやらなかったばあいの結核による死亡量を100とし、結核サービスによって減らしえた死亡量を15とする。下痢・腸炎は22、破傷風は71という数が見えられたら、そのうち破傷風にたいするワクチンなどの保健サービスが一番効果があった、と測定できる（以上全く仮定的数値）。この比率を「死亡等防止可能率 vulnerability rate」とよぶ。

この効果は、病気の種類がちがえば大きく違ってくるので、疾患種類別にとられる。もしも、前述の業務量ならびに稼働量が疾患種類別にえられるならば、たとえば1稼働量あたりの効果が得られる。つまり、同じ医師労働1時間で、どれだけの死亡が減らせるかが、病気ごとに把握できる、ということになる。予防・治療・リハビリなどの部門ごとに

これらのデータが得られると、ある病気にたいし、いずれが一番効果的かも知れる。

効率とは前述1稼働量あたりの取扱患者・住民数でもってあらわす。1単位費用あたりの患者・住民数でみることもできる。

これら効果と効率の測定ならびにそれを使っての分析には各種の方法があろう。どの方法をとるのが妥当かは、どのような保健計画をたてるかにかかってくる。保健・医療施設の人員・予算等にきびしい限界がある地域では、その与えられた条件でいかに効率を高めるか、たとえば「費用・効果」分析が主眼点になろう。それにたいし、一定の技術水準の実施が可能な地域では、その割りふりが問題である。住民の健康水準を第一に考えて、効果分析から計画策定をしてもよい。

以上はあくまで理論的な方法を示したものであって、これに対し別に異論をもつ人は少ないであろうが、その使い方、データのとり方、データ収集の可能性などを考えると、この方法にもいくたの問題がある。一例を上げれば、死亡者はごく珍らしいがやらなければならない法定伝染病（天然痘・チフスなど）を

どう考えるか。効果といっても保健サービスのばあいそのあらわれかたは極めて複雑である。高血圧症患者のように、いくら重点的なサービスをやっても死亡の減らない病気もある。胃がんのばあい、高価な費用を要するが早期発見のシステムを実現するなら、かなり高い死亡防止率を得ることが可能である。そういった問題をよく検討したうえで、この効果・効率分析の方法をつかうべきであろう。

計画規準と予測

減らしたい死亡率が目標として設定されると、それに応じて必要なサービス量がきめられてくることは既にのべたとおりである。そのサービス量、たとえば医師稼働時間とか病床利用率をどの程度にするかの問題がある。計画規準とは、計画をたてるうえでの資源配分等にかんする規準のことである。稼働時間の入院外来比にかんする規準、新来・再来の比率、1診察（1監視）あたり所要時間などについての規準などに従って資源配分がなされる。

この諸規準は、ラテンアメリカ保健計画の

ばあい、かなり任意的に考えられている。もちろん実際からわり出されたものではないし、ある調査研究の結果でもない。これまた実際適用にあたっては難しいものであるが、たとえばやり方によっては、全国平均なりを「一つの規準」として提示することはできるとおもわれる。あるいは、ある進んだ保健施設での実際値を、他のいわば遅れた活動をしている施設のための到達目標として使ってもいいかもしれない。いずれにしても、計画策定にあたって、諸規準の機械的適用はいまいめなければならない。

いくつかの諸規準の設定をして、5年、10年先の活動ないし住民・患者の死亡数予測が可能である。それを更に人口変動や環境変化と照らし合わせてみて、死亡率の予測がたつ。この保健計画では、毎年次の予測立案を提唱していたが、これは実際上余り意味ないとおもわれる。なによりも年次別死亡率というのは、地域別にみれば、偶然的要因で大きく変わるものだからである。

優先順位

年次目標がたち、健康水準についての予測がたったとして、次にやるべきなのは、どういう対策をまず優先させるか、が重要である。すでにのべたように、もっとも死亡防止可能なもの、効率の高いものがえらばれるのであるが、ここでいう優先順位とは、そのなかでも、年齢階層別な重点施策が求められる、という観点からきめられるものである。すなわち、同じ死亡でも50歳未満とそれ以上では、生産への寄与度からいってウエイトのちがいがあつた。他を1とすれば、50歳以上老人のそれは0.5と評価する。その比率を乗じてえられた死亡防止可能率をもって最終的な優先指標とするのである。

このやり方については多くの反論や疑問がだされるであろう。深く人間の生命の価値の問題にかかわることがらである。しかし、非常に資源の限られた開発途上国では、その資源配分にあたっては、いろんなふるいわけをしなければならない。一つの方法として生産年齢の重視がなされているに過ぎない、と解してもよいであろう。ただし、開発途上国では人口構成が極めて若く、50歳以上の非生産

年齢人口を考慮してもそれはごく少数であつて、資源配分上大して節約にならないという問題は残る。

対策別・地域別予算

さいごに、事業に必要な予算が対策別にたてられる。対策別とは各種疾患別ということであつて、当然効果・効率を考慮した最も適正な予算がきめこまかくつくられることとなる。いくつかの代替案にそつたいくつかの対策別予算がくまれる。地域間のデコボコ（総予算からくる）の調整がなされて、全国的・広域的な予算がつくられる。

予算実行のあと事業についての評価がおこなわれ、各年次の計画と予算の修正がなされるのはとうぜんである。計画全体は10年次を単位としてつくられる。