

## 〔本文より〕

本文は、35編の論文を収めている。原書編者の評伝で、その内容は紹介されているが、注意を惹く若干のもののタイトルを紹介してこの小論を締めくくることにする。

まず、ソヴェト保健制度の創設期における組織建設に関するものとして重要なのは、「ソヴェト医療衛生部大会によせて」（1918）、「保健人民委員会の課題と機構」（1918）、「第12回全ロシア・ソヴェト大会と保健制度」（1925）、「農村医師全ソ同盟大会の課題」（1925）であり、そしてソロヴィエフが自らの死の1年前に、第6回全ロシア保健部大会において行った講演「保健制度の基本課題」（1927）は、この種のテーマに関する彼の総括である。

社会衛生学や医学一般についての理論的内容のものとしては、「治療の予防的課題」（1924）、「講演“治療の予防的課題”へのテーゼ」（1926）、「農村医療の予防的原則」（1926）、「講演“農村医療の予防的原則”へのテーゼ」（1926）、「臨床科目の学説における予防の問題」（1927）、「そして第1モスクワ国立大学における現代医学の危機というテーマの討論会での講演「現代医学の進路と岐路」（1927）が教えられる。

この他に、ソヴェトにおける医師像を論じた「どんな医師を医科大学は養成すべきか」（1924）も、日本で医学教育をめぐる変動期を迎えている我々には注目すべきものである。

以上を要するにこの2つの文献は、社会主義保健医療、特にソヴェトのそれを研究する場合に、大きな利益を与えてくれるものと言えよう。

(1976.4.20)

(日野秀逸 大阪大学医学部)

## 保健経済学

(WHO)

1973年7月に3週間にわたって開かれたWHOの地域間セミナーのまとめがこの文献である。日本から筆者が参加、全体で30人余の構成で、保健経済学というテーマでの国際的会合はWHO本部としては初めてであった。<sup>\*1</sup>

Public Health Papers No.64というかたちで出版されたこの報告書(44ページ)のうち、興味深い点を中心に紹介する。

## 1. 序

このセミナー開催にあたってのWHO事務総長マーラー氏のスピーチは、医療支出というものについての情報が貧弱であり、これでは国民的協力をうるに不十分、といった発想から出発し、保健サービスが“消費者”にいかなる「便益」を与えているかを明らかにすることの重要性に及んだ。消費者がサービスからうけとるのは金銭的価値なのかどうか。健康保持のために支払うべきリーズナブルな価格があるとすれば如何なる額のものなのか、といったことなど。

## 2. 保健経済学の目的

このセミナーでは、保健経済学の目的は、「保健サービス提供に用いられる資源の一定年次にわたっての数量化ならびにその財政」であるとされた。保健サービスの資源の効率性と効果とを明らかにしようとするものだ、と定義づけられた。

\*1 セミナーの概要については、「海外社会保障情報」No.24, 1973.10および雑誌「公衆衛生」37 (10) 1973に紹介した拙稿を参照されたい。

どういう理由から、今日、保健経済学をとり上げるのかについては、大方以下の諸点が指摘された。

1) 保健行政担当者および計画官らと財政当局との間の検討の機会をつくるため(保健経済学はその媒介的トピックスであること)。

2) 保健計画過程に専門技術を導入するものであるから(たとえば、コスト・ベネフィット分析)。

3) 経済学や経営学分野で専門分化が進み保健経済学の理論と応用がすでに独立化できる段階にきているから。

### 3. 保健経済学の巨視的視点

第2章では、保健経済学の巨視的側面をとり上げている。

健康そのものの保持のための費用と保健サービスの費用との違いが一つの論点である。前者は、疾病費用といいかえてもよいが、①保健ケアの費用(患者の直接負担)、②所得の喪失(患者負担のほか、家族の損失、衣や食のうえでも)、③労働不能もしくはリハビリテーションの費用(普通人が生活に必要な費用を越えるもの)、などが区分して把握されねばならない。

保健サービスの費用は、その諸資源にたいして費やされた貨幣で表現されるが、これらの金額のなかには、患者の交通費といったようなものが全く入っていないことがあるので、必ずしも実態の全部を示すものでないことがある。とくに国際比較するさい、これらの点に留意しなければならない。

この国際比較にあたっては、保健費用といってもその構成や範囲のとり方は国ごとにまちまちである。かつて、アーベル・スミス教授が行った国際比較研究<sup>\*2</sup>でも、費用区分の統一化は課題として残されたものである。しかし、現在国連レベルで社会勘定基準が作成されつつあり、およそ1980年頃になれば、保健サービス部門での費用の国際比較が容易となろうと考えられる。

\* 2 Abel-Smith, B. An International study of health expenditure and its relevance for health planning, Geneva WHO. 1967 (Pub. H. Papers No. 32)

保健に費やす財政は、資本・耐久財、運営費(院内外)、環境対策、教育・研究などに区分されるが、全費用のうち、資本財に向けられるのは、各国ともまちまちで、3ないし12パーセントという範囲あたりであろう。入院サービスへの支出は多くの国で増加しており、病院のコストは全体の半分を占めているところもある。薬剤への支出も多くなりつつある。富裕な国では、ますます多額の保健費用支出の傾向が強まっていて、2000年以前に、その費用は国民所得の10パーセントに達しようという勢いである。

### 4. 費用増加の諸要因

人口増によるものが一つであるが、この現象はとくに発展途上国で著しい。出生の増加、死亡の減少に伴う人口爆発に追いついていくだけでも一定の保健資源を増やすことが最低必要である。先進諸国では、老人人口の保健需要増からくる費用の増加がみられる。

保健サービスにおける専門労働への依存ということも、費用増をもたらす要因である。器械や設備の導入によっても、労働の占める部分を代替できない部門である。社会全体の経済成長は、勤労者全体の賃金をおし上げることになりひいては専門職を多く擁している保健サービス部門の費用増につながる。

第三の要因は、サービスの質の向上である。各種の高度な診断と治療とが導入されてきているが、これらがすべて医療上の効果につながったかどうかは別とし、ともかく費用増をもたらしたことは事実である。

一般国民もしくは患者からの期待、たとえばより高い水準の施設への要望、新しい治療方法への期待ということも費用増の一要因である。また、社会経済発展に伴う疾病構造の変化により慢性疾患が増し、長期受療を要する人がふえたということもある。

保健提供システムの組織と構造とがうまく調整されたり重複を避けたりしていないために、現存の諸資源がいわば浪費され、ひいては費用全体を高くしている、という面もある。新しく拡大された保健サービス分野、たとえばへき地医療とか慢性入院患者向けのリハビリテーション施設とかでは、より多くの追

加的支出が必要である。従来は、効率的かつ効果的事業が新たに手がけられてきたとすればなおのこと、新規事業に当っては相対的に高価な資金投入が求められる。

### 5. 費用抑制の方法

費用節約は目標でなく、より少ない費用でもって高い効果をあげるのが目標であるけれども、ここでは「便益」は一定とし、そのなかで費用節約を考えるとすれば、以下の点が事例的に指摘できよう。

1) 各専門職の業務区分を明確にすること、ひいては関連職種を採用すること、たとえば国民の保健行動の変容を重視して、衛生教育従事者をもっと増員すること。

2) 地域にみあった社会資源の上手な利用、たとえば伝統的な保健事業の従事者の利用

③ 無駄の排除、たとえば特定部門の従事者、病床、稀にしか使わない器械、薬剤など。

このような抑制方法を実際に達成するためのインセンティブとしては、費用管理と経営の分権（分散）化とが考えられる。医療費支払団体の努力も効果的な役割を果たすことがある。

### 6. 保健サービスの全体的便益

#### (1) 保健ニーズ対応というかたちの便益

保健サービスのもたらす便益は、国民のニーズに対応して得られるものである。病気の状態、苦痛などをなくしてほしい、というニーズであるから、結局保健サービスは、健康問題 health problem に対応するものである。これら健康問題いかにえれば健康障害は、教育、住宅、食生活、労働の環境などの社会経済的諸条件からひきおこされ、影響される。従って、疾病予防や治ゆ、社会復帰にたいして効を奏するのは保健サービスばかりでなく、個人の生活を取りまく条件と地域や社会の状況である。

また、保健サービスの保健問題への対応もしくはインパクトは、いつに住民

自身によるサービスの利用、支持、協力、意識いかにかかっている。だから、いかに進んだ医学あるいは疫学などの手法をもちいても、保健サービスによる国民のり患率などをどれだけ減らしたかの証明は困難である。ニーズ対応というかたちでの保健サービスの便益を考えるさい、このことがはっきりされねばならない。

#### (2) 経済発展に寄与する直接的便益

保健サービスがどのように経済発展に寄与するかであるが、一つは、保健サービス拡大によって、このサービスに必要なマンパワーの雇用ひいては賃金としての分配が増大する。その一部が貯蓄部分にまわされ、投資として役立てられることを通じての経済成長の方向がある。第二には、環境衛生面でのサービス拡大の例であるが、たとえば上下水道整備による水利用拡大と伝染病減少による経済発展がある。第三は、家族計画による国民所得の増加（とくに1人あたりまたは世帯あたり）という寄与のタイプであるが、この便益実現のためには、出生減少によって余裕ができた部分が貯蓄ひいては投資にまわされるということが前提となる。

#### (3) 健康状態改善による経済発展の便益

これは主に保健水準の向上を通じてえられるもので、ときには保健サービスが間接的に経済発展につながると考えられる分野である。発展途上国における伝染病対策における死亡率の急激な減少がその一つであるが、とくに乳幼児の死亡率減少が著しい。このことは便益には相連ないが、しかし、国によっては、いわゆる人口爆発となり、経済発展を困難にさせることがある。家族計画が同時に広く実施される必要がある。第二に考えられるのが労働力の質の改善であるが、結局このことを通じて生産性向上が実現されると予測されるが、実際には、基幹労働力集団は全体としてり患率が低く、若干の改善があってもそれが生産性向上に必らずしもつながらない例がみられる。

労働力以外の年齢層たとえば子どもや老人にたいする保健サービスは、経済的な負担のようにしかみえないけれども、しかし、逆に基幹労働力中心主義の

サービスをとった場合、退職後にそなえてのたとえば年金のようなものの保有と蓄積にたいし、ネガティブな影響を与えかねない。ひいては経済発展のための原資としての部分を用意できないことになる。

保健サービスが間接的であれ経済発展に寄与するのは、伝染病多発地域のばあい顕著である。コレラなどの、国際貿易や観光に及ぼす影響は看過できない。

(4) 保健サービスの便益の総合化について

健康および社会的な発展という便益を貨幣もしくは所得というかたちで数量化できるばあいはなくはないが(例・マラリヤ多発地域の人口再生産)、しかし、多くのばあいは、これらは貨幣という物さしで数量化できないしまたすべきでもないものである。経済学者のなかに人間の生命を貨幣換算しようとする人たちがいるが、しかし、このことは正しい方法とは見なされないことを銘記せねばならない。代って社会的選好度のようなものが便益の総合を表現するものとして用いられようが、しかしこれも実際に如何なる方法でやるかとなるとはっきりしない。結局、すべての便益を総合化する方法として一般にうけ入れられるような方法は今のところない。

7. 保健経済学の微視的側面

保健サービス全体でなく、ここでは、この分野のうち個別的な要素について経済的考察を加える。

(1) 保健サービスの効果 effectiveness

保健サービスの結果における産物ということで便益と効果との間の差異をみてみると、効果の方は、主に予防と健康増進でみられるが、ある目標についてめざしたこと(計画指標)と実際の達成(最終的)とのあいだの関係である。便益の方は、単に健康保持とかだけでなく経済社会発展やほかのかたちでもたらされた利益と減らされた不利益のことである。

保健サービスの効果は、経済学でいう生産関数というかたちで示すことができようが、その対象は、保健サービスの資源もしくは構成要素、サービスのプログラムそのもの、そして健康そのもの(およびサービスに伴う社会経済的便

益)などになる。健康というアウトプットをひき出すのが保健サービスの大きな目標であるから、保健部門の生産関数は、インプット-アウトプットのマトリックスというかたちの三次元でとらえられようが、その実際適用にあたっては、資料も不足だし、方法論も未だ未解決であることが多い。このように一般論としては問題はあるが、特定の病気もしくは症候(たとえば下痢)対策の効果といったことはアセスメントが可能であろう。

コスト費用分析とコスト効果分析との異同は下記のようにまとめられよう。

	コスト便益分析	コスト効果分析
特 色	ある保健事業の正当性を示す根拠として用いられる。  例：経済発展への寄与度	一定の費用でもって行う事業のなかの、各要素の組み合わせによる効果のちがいをさがす(代替案提示)  例：特定疾病対策の評価
サービスの結果(outcome)	社会的に関連しあった結果の全体(貨幣化できないものも含む)	ある特定の部分的結果  例：ある病気のり患率減少

World Health Organization. HEALTH ECONOMICS  
public health papers No. 64 1975 Geneva.

(前田信雄 国立公衆衛生院)