



図 10 コード別ケア時間 (障害別)

3) ケアコストの算定—ケアの原価と評価

以上のように、三晃においては、利用対象者を要介護高齢者、社会的入院患者と限定しているとはいえ利用者の症状や障害は多様であり、利用者に提供されるケアは広範なニーズに対応していることが明らかになった。それでは、三晃独自で実施するケアには、どの程度のコストがかかっているのだろうか。

三晃に入所するにあたっては、1 ヶ月 1 人あたり 6 万 9,800 円の住宅費¹⁵と、7 万円の家

¹⁵ 山谷地区においては、住宅扶助の特別基準 1.3 倍が適用されるため、単身世帯での住宅扶助は、53,700 円に 1.3 倍を乗じた額になる。

政共益費（食費を含む）を合計した 13 万 9,800 円が利用料となっている。三晃における 1 ヶ月の収入は 1,048 万 5,000 円であり、これを財源として自立援助ホームにおける自立支援型のケアが実施されている。また、収支決算書によると、三晃の利益率は約 23% と非常に高いが、ここで得られた収益を運営法人の他の第二種宿泊所の事業やその他の事業運営に移転しているのでここでの収入がすべて三晃に還元されるわけではない。しかし、それでも赤字に近い状態でやりくりをしながら、かろうじて宿泊所事業の運営が成り立っている状態だという。なぜなら、第二種宿泊所の運営の財源は、住宅費とその他の食費、光熱費、共益費のみであり、第一種社会福祉事業による施設のように、措置費による支援についての事務費・事業費がつかない。また、宿泊所を設置するにあたってのイニシャルコストに多額の財源が必要であるものの、国・自治体からの補助は受けられない。

こうした財源的な制約があるとはいえ、ケアを手厚くするためには、住宅費に使われるべき住宅扶助費の一部をケア職員の人件費として移転せざるを得ない状況にある¹⁶。住宅扶助と同様に生活扶助費からケア費用に移転するにしても、居宅保護における「生活扶助」費は食物、衣服、光熱費などの、日常生活を維持するための最低限の水準の額であり、そこを削って「ケア」や「自立支援」に移転するとなると、利用者の最低限の生活を保障することは難しくなる。滝脇(2007)が、宿泊所における生活支援は、その供給源には触れられることなく完全にシャドウワーク化している、と指摘しているように、本来ケアの提供を前提としていない宿泊所事業においては、職員によるケア労働が単身の利用者への家族ケアの代替機能として無償労働化していることも否めない。それゆえ、シャドウワーク化したケア労働の対価について、明確な数値を提示することが必要であろう。

ここからは、三晃におけるケアコストについて、人件費ベースでのケア労働の原価と、介護報酬の算定基準に倣って計算したケア労働の評価額について明らかにしていく。

i) ケアの原価

三晃における 1 ヶ月 1 人あたりのケアコストをもとめる。ここでのケアコストは、人件費に占めるケア労働の対価を指し、ケア労働の原価を意味する。三晃における 1 ヶ月の人件費の総額は、1,918,910 円である。これを、タイムスタディ調査によって把握した職員の総勤務時間 1994 時間で除すると、職員の平均時給が 962 円となる。

$$\frac{\text{1 ヶ月の人件費 } 1,918,910 \text{ 円}}{\text{1 ヶ月の職員 18 名の勤務時間の合計 } 1,994 \text{ 時間}} = 962 \text{ 円 (平均時給)}$$

次に、タイムスタディ調査によって集計した全職員による 1 ヶ月の総ケア時間 1646.8 時間に職員の平均時給 962 円をかけると、1 ヶ月のケア労働に対する対価の総計が算出される。これを、三晃でケアを受けている 75 人で除すると、一人 1 ヶ月あたりの平均ケアコストは、21,130 円となる。

¹⁶ 三晃の建物の 1 ヶ月の賃貸料を入所者数で割ると、一人あたり 3 万円程度になる。住宅扶助額 6 万 9800 円との差額分は、住宅費以外に使用されていることになる。

$$\frac{\text{職員の平均時給 962 円} \times \text{総ケア時間 1646.8 時間}}{\text{ケア提供人数 75 名}} = 21,130 \text{ 円}$$

これは、人件費の中のケア労働に占める対価であり、ケア労働の人員を雇う上での原価としてとらえることができる。

ii) ケアの評価

次に、ケアの評価額を、東京都における介護報酬の単価算定の手法に倣って算定する¹⁷。

タイムスタディ調査によって作成したケアコードのうち、直接ケア 100 系の 101～106 を訪問介護の「身体介護」、107～116 を「生活支援」として報酬に相当する額を算定した。また、200 系に関しては、ケア内容が、ケアマネージメントに関する業務であることから、居宅介護事業所支援費として位置づけ報酬額を算定した。

まず、調査期間中に身体介護に相当するケアを受けた利用者は 44 名確認できたので、この 44 名が 1 ヶ月間に受けたケアの量をケアコードごと推計し、介護報酬単価をもとに、ケアの対価（＝報酬額）を算定した。

1 ヶ月の個別ケア（身体介護、生活援助）合計額 6,808,186 円・・・①

次に、全体ケア¹⁸に関しては、特定の利用者に提供される直接ケア以外に、不特定の利用者を対象とした身体介護および生活支援の合計時間を測定し、1 人あたり 1 ヶ月のケアコストを算定した。

1 ヶ月の全体ケア（身体介護、生活援助）合計額 135,256 円・・・②

これらを合計し、入所者数 75 名で除したものに、1 人当たりの居宅事業所支援費を足すと、個別ケアと全体ケア両方を含むケアコストは、以下のようになる。

$$\begin{aligned} & (\text{①} + \text{②}) / 75 + \text{1人あたり居宅介護事業所支援費} \\ & = (6,808,186 \text{ 円} + 135,256 \text{ 円}) / 75 + 10,720 \text{ 円} \\ & = 103,299 \text{ 円} \cdots \text{1人あたり1ヶ月にかかるケアコスト} \end{aligned}$$

¹⁷ 施設介護における報酬額の算定手法を用いているため、施設のイニシャルコストやランニングコストなどの運営費や人件費を踏まえた算定基準となっている。

¹⁸ 全体ケアとは、特定の個人を対象としたケアではなく、利用者全体に向けたサービスを意味する。この中でも、身体介護に分類されるケアは、服薬サポートの見守り（同時に複数の服薬を見守るため）、食事の配膳（食堂にて不特定多数に対し配膳を行うので）、水分補給（麦茶などの飲料の準備を含む）。生活支援については、建物内の清掃・メンテナンスや、室内の空気の入換えなど、利用者全体に向けたサービスを意味する。

iii) 考察

以上の結果から、ケア労働の原価と評価の間には、約8万円の開きがあることが明らかになった。時給ベースでみると、一人あたり2万1330円のケアを受けていることになるが、介護報酬に倣った算定方法によってこの2万1330円分の労働を評価すると、13万5256円になる。「介護給付実態調査月報」(07年12月審査分)によると、介護サービスの受給者(292万5000人)に対し、受給者一人につき、介護施設や介護サービス事業者に支払われる費用は月間17万4700円とされている。三晃におけるケアコストはこれより約4万円下回るものの、利用者属性調査による精神障害者、要介護状態の高齢者などの実態を踏まえると、今後、退院促進が進むと利用者の増加のみならず、利用者の高齢化や病状の変化によってケアニーズが高まってくると考えられる。このように、利用者の多様化やケアニーズの高まりが予測されるが、宿泊所や自立援助ホームでのケアがシャドウワーク化されたままの状態が続くと、ケアの現場が疲弊し、自立支援プログラムの実施が困難になることが予測される。利用者の多くが常に医療による対応が必要な状態ではないものの、居宅に移行した後も、服薬サポートや見守り、傾聴を含む日常生活全般の支援や介護が必要である現状を踏まえると、住宅扶助や生活扶助と同様にケアについての支援費や事務費などの補助が必要になってこよう。

V. まとめ

本研究では、大都市インナーエリアにおける宿泊所事業の展開を通して、社会的入院患者の地域移行の受け皿の問題について検討してきた。本研究で対象とした第二種宿泊所や自立援助ホームは、退院促進支援事業における地域の受け入れ資源として想定されていないものの、これまでのホームレスをはじめとした貧困・低所得者支援に対する支援の実績と経験により、数多くの退院者への「居住支援」と「地域ケア」の受け皿となってきた。

「寄せ場」においては、自立援助ホームなどの新規の社会復帰施設を設置する際に、地域とのコンフリクトが生じなかったことや、従来からの「寄せ場」型福祉による単身低所得高齢者向けの福祉資源の動員力に長けていたことによって、設置にともなう問題が少ない状態で宿泊所事業を展開することができた。

しかし、こうした受け皿の整備が、どこの地域においても普遍性を持って展開できるとは言いがたい。社会復帰支援施設設置のために用地・建物を確保する際には地域の理解が不可欠であるし、また、精神障害者への理解がまだまだ現実と乖離している問題もある。とはいえ、大都市インナーエリアのみに、社会復帰施設が集中するのも問題が多い。寄せ場においては、従来の貧困と排除の問題への対応とともに、退院者の新規流入による新たな問題への対応が求められ、宿泊所事業を行うNPO法人は、宿泊所のそもそもの機能を度外視し、多様な症状や障害を抱え、かつ他に行き場のない退院者を次から次へと受け入れざるを得なくなっているのが現状である。こうした貧困、排除、社会的入院の問題を、NPO法人などの「善意」の事業体や「寄せ場」のような限られた地域に依存することは、新たな「排除」や「隔離」の問題を生むことにもつながりかねない。このように、そもそも退院者の受け入れ先として政策上想定されていない第二種宿泊所や自立支援ホームが退院者を受け入れざるを得ない状態にあることは、退院促進事業を推進する上での政策と現実の問題が乖離していることの現れであろう。

今後は療養病床が再編される中で、行き場を失う要介護高齢者の数が増加することも懸念される。第二種宿泊所や自立援助ホームが、現在の形態を維持しつつ今後も引き続き社会的入院の解消や療養病床の再編に対応していくとなれば、より人員の配置を手厚く行い、専門性を高めたケアが求められるだろう。自立援助ホームにおいては、介護保険などの制度や地域の医療資源を上手に利用しながら、利用者の変化にフレキシブルに対応することは可能かもしれないが、そのフレキシブルさゆえに対象者が分散化してしまい、特化型自立支援の効率性が低下する可能性も否めない。多様な利用者に対応した人員の配置とそれを可能にする財政的な支援が必要になってこよう。また、第二種宿泊所においては、介護保険適用対象施設と適用除外施設の基準を明確にわけ、利用者が宿泊所に入所する際のアセスメントを的確に行い、効率的な自立支援を行うことが急務であろう。

本研究においては、大都市インナーエリアにおける宿泊所事業の展開を通して、誰が退院者・退所者を支えていくべきか、受け皿の問題について公の責務が明確化されないままに「社会的入院」の解消が進められていく実態を明らかにすることができた。今後の課題として、専門的な医療や見守りを必要とする退院・退所者を NPO 法人等の民間がどこまで支援すべきか、公と民の責務についての明確化することと、ケアに対する支援費や事務費などの財政的な補助について早急に検討されるべきであろう。

参考文献

- 阿部崇、2007、『療養病床の再編が担う社会的入院の解消』、ニッセイ基礎研 REPORT、2007.1、pp1-6.
- 今中雄一、2006、「医療の質と原価の評価—根拠に基づく医療提供制度の設計・経営・政策にむけて」、『保健・医療提供制度』、勁草書房、pp.81-102.
- 厚生労働省、2006、『厚生白書 平成12年度』。
- 厚生労働省、2006、「我が国における高齢者の住まい等の状況について」、第2回介護施設等の在り方に関する委員会資料。
- 滝脇憲、2005、「二種施設宿泊所の総括と自立支援型居住福祉の展望」、季刊 Shelter-less No.27、pp.234-259.
- 滝脇憲、2007、『「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える(上)』、季刊 Shelter-less No.33、pp.125-143.
- 東京都福祉局、2003、「宿泊所実態調査」
(参照 URL：<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2003/10/60das103.htm>)
- 東京都福祉健康局、2007、「生活保護を変える東京提言—自立を支える安心の仕組み—(試案)」。
- 府川哲夫、1995、「老人医療における社会的入院の大きさについての統計的アプローチ」『医療経済研究』Vol.2、1995.

(資料)

タイムスタディ調査票

調査日： 2007 年 月 日 (曜日)

職員氏名： 男/女 才

勤務期間： 年 月

A. 勤務時間状況 調査日の勤務開始時間、勤務終了時間、勤務時間の合計を記入してください。

職員職種：

勤務開始時間： 日 時 分

勤務終了時間： 日 時 分

勤務時間合計： 分

B. 個別ケア実施時間 各利用者へのケアの内容とそれに要した時間を15分単位で記入してください。

業務時間 経過時間 時 分	15分毎の業務内容				他の利用者への支援		他の利用者への支援	
	業務内容	ケアコード	利用者ID	利用者コード	利用者ID	利用者コード	利用者ID	利用者コード
0								
0:15								
0:30								
0:45								
1:00								
1:15								
1:30								
1:45								
2:00								
2:15								
2:30								
2:45								
3:00								
3:15								
3:30								
3:45								
4:00								
4:15								
4:30								
4:45								
5:00								
5:15								
5:30								
5:45								
6:00								
6:15								
6:30								
6:45								

① 利用者ID票(親入所者)																	
Q1	Q3	Q4			Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13				
利用者ID	年齢(才)	年	1	月	4	日	入所直前の所在地(施設・病院など)	入所経緯	過去の入院・施設入所歴(年数) ※把握している範囲内での総年数	生活保護の実施機関	要介護度 ※該当する項目に「1」を入力してください。	障害の種類	持病・病状	有限薬管理の有無	家族との連絡		
●●●	53	平成	19	年	1	月	4	日	○△病院	福祉事務所からの紹介	4年	墨田区	要介護1	なし	アルコール依存症	1	2
		平成		年		月		日									
		平成		年		月		日									
		平成		年		月		日									
		平成		年		月		日									
		平成		年		月		日									
		平成		年		月		日									

Q14		Q15	
行動障害		A D L	
※該当するすべての項目に「○」を入力してください。		※選択段階(1~3)もしくは(1~2)の中から該当する欄に「○」を入力してください。	
1	幻視・幻聴	ア 食事	1 自立
		2 部分介助	
		3 全介助	
2	妄想	イ の椅子とベッドの移乗	1 自立
		2 部分介助	
		3 全介助	
3	情緒不安定	ウ 洗面・整容	1 自立
		2 要介護	
4	睡眠障害	エ トイレ動作	1 自立
		2 部分介助	
		3 全介助	
5	攻撃的言動	オ 入浴	1 自立
		2 要介護	
6	ケアの拒否・抵抗	カ 移動	1 自立
		2 部分介助	
		3 車椅子使用	
7	危険行為	キ 階段昇降	1 自立
		2 部分介助	
		3 全介助	
8	徘徊	ク 更衣	1 自立
		2 部分介助	
		3 全介助	
9	不潔行為	ケ 排便自衛	1 自立
		2 部分介助	
		3 全介助	
10	食行動の障害	コ 排泄自衛	1 自立
		2 部分介助	
		3 全介助	
11	性的逸脱行為		
12	激しいこだわり		
13	多動・騒がしさ		
14	パニックへの対応が困難		
15	集団生活等に関する不適応行動		
16	その他		

「家計における医療保健サービスの質に対する

医療経済学の視点からの検証

－日本の母子健康政策の軸である「健やか親子 21」を一事例として－

野口 晴子

国立社会保障・人口問題研究所
社会保障基礎理論研究部・第二室長

1.はじめに－日本の母子健康政策の現状－

日本における母子保健政策は、世界でも類をみないほど充実しており、健康診査、保健指導、療養援護、医療対策、保育サービスと、妊娠・出産期のみならず、女性の一生涯を通じた多角的な施策が行われている¹。図表 1 は、昭和 54 年から平成 13 年までの出産千対の周産期死亡率、及び、出生千対の新生児（生後 1 週間未満）死亡率と乳幼児（1 歳未満）死亡率の動向を示している。周産期死亡率とは、妊娠満 22 週以後の死産数に早期新生児死亡率を加えた周産期死亡数を、妊娠満 22 週以後の死産数に出生数を加えた出産数で除した数値である。周産期死亡率を見ると、昭和 54 年の 21.6 より一貫して減少し、平成 2 年には出産千対死亡率が 11.1 と昭和 54 年当時の約 1/2 になった。さらに、その後飛躍的に減少し、平成 13 年には 5.5 にまで減少している。さらに、同じく昭和 54 年から平成 13 年までの新生児死亡率と乳幼児死亡率は、それぞれ、昭和 54 年の 5.2 と 7.9 から継続的に減少し、平成 13 年には 1.6 と 3.1 まで下がっている。日本の母子保健の水準を示すこうした指標は、既に 1990 年代において世界最高水準に達しており（図表 2 参照）、21 世紀に至っても他の先進諸国に対する日本の圧倒的優位は変わっていない。

こうした母子保健の質量両面での水準の高さを今後も維持するとともに、(1)「思春期の保健対策の強化と健康教育の推進」、(2)「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援」、(3)「小児医療保険水準を維持・向上させるための環境整備」、そして、(4)「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」、という 4 つの新たな現代的課題に対応すべく、2001 年（平成 13 年）から 2010 年（平成 22 年）までの 10 年間を対象期間とした「健やか親子 21」という母子保健の国民運動計画が策定された²。

¹厚生労働省(2001)『平成 13 年厚生労働白書』、p447。

²健やか親子 21 検討会(2000)『健やか親子 21 検討会報告書－母子保健の 2010 年までの国民運動計画－』、http://www1.mhlw.go.jp/topics/sukoyaka/tp1117-1_c_18.html。

「健やか親子 21」は、「安心して子どもを産み、健やかに育てることの基礎となる少子化対策としての意義に加え、少子・高齢社会において、国民が健康で明るく元気に生活できる社会の実現を図るための国民の健康づくり運動」と位置づけられた「健康日本 21」の一環となる施策であり、国民の「生活の質(QOL: Quality of Life)の向上」を最終目標としたヘルスプロモーションが、その基本理念となっている³。QOLとは、人々の生活を単に所得や貯蓄、生産や消費など物質的・経済的側面から量的にとらえようとする「生活水準」とは異なり、人々の暮らしにおいて、物的・質的両面のバランスと調和のとれた充足感が達成されているかどうかを模索しようという概念である。ヘルスプロモーションとは、1986年にオタワで開催された World Health Organization の国際会議において提唱された考え方で、従来の健康教育が「健康」を最終的な目標にして考える傾向が強かったのに対し、「健康」を「より良い生活のための資源の一つ」ととらえ、QOLの向上を最終的な目標に据えて、人々が、医療や保健の面からばかりではなく、政治的・経済的・社会的環境を含め、自らの健康を決定するさまざまな因子(=要因)を、包括的に、かつ、主体的にコントロールし、改善することができるようにするプロセスのことを指す⁴。したがって、「健やか親子 21」では、住民と行政との協働が必要不可欠であることから、前述した 21 世紀に取り組むべき 4 つの課題のそれぞれに対し、政策推進のターゲットを、(1)保健水準の指標；(2)住民自らの行動の指標；(3)行政・関係団体等の取組の指標の 3 つに分け、目標達成年次を 2010 年次(平成 22 年)に設定した⁵。

本論の目的は、現在の母子保健政策の主軸である「健やか親子 21」を、医療経済学の視点から検証することにある。まず、次節では、子どもの「健康」について理論的検証を行う。第 3 節では、「健やか親子 21」の基本理念であるヘルスプロモーションに対する医療経済学の理論的・実証的貢献について考察を行い、「健やか親子 21」で掲げられた 3 つの政策目標指標の妥当性を検証する。最後に、事後的な政策評価プロセスについて、今後の課題を提起する。

2. 子どもの「健康」をめぐる理論的考察

2-1. 子どもに必要な「財」とその意思決定主体

まず、本論で筆者が頻繁に用いる「財」という言葉について定義をしておく、ここでは、「財」という概念を、目に見える有形のモノも、目に見えない無形のモノも含めて、「人々が生きるために必要な全てのモノ」と幅広く定義することにする。したがって、子どもの生活に必要な「財」という場合は、子どものためのケアやサービスも含めて、子どもが生きるために必要な全ての「モノ」という意味である。図表 3 は、子どもの生活に、どのような財がどの位必要かを定めるさまざまな意思決定主体を図

³ 健やか親子 21 検討会(2000)、前掲。

⁴ World Health Organization(1998) “Health Promotion Glossary,” Geneva, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf. 日本語訳は、佐甲隆(三重県松阪保健所)によって翻訳され、日本語版用語集が、<http://www1.ocn.ne.jp/~sako/glossary.html> (HP: 保健活動のひろば <http://www1.ocn.ne.jp/~sako/>) で公開されている。

⁵ 健やか親子 21 検討会(2000)、前掲。

式化したものである。子どもの身体的、知的、精神的能力や経験を意味する「人的資本(human resources)」の形成・発展には、子どもを取り巻く地域社会や自然環境を背景として、家計、児童施設・保育所・幼稚園・学校などの福祉・教育機関、保健所・診療所・病院などの医療機関、NPO や NGO などの非営利機関、そして、各意思決定主体を調整するコーディネーターとしての役割を担う行政機関など、さまざまな意思決定主体による、「財」の投入が必要である。無論、その中で、最も中心的な役割を果たす主体は「家計」、すなわち、一般的には「家族」又は「世帯」と呼ばれる集合体であることは言うまでもない。子どもの人的資本形成に必要な「財」は無数にあるが、いくつかの具体例をあげれば、飲食料、衣料品、住居、遊具、書籍、あるいは、保育、教育、医療など、一般的には料金を支払って購入する必要のあるものもあれば、両親をはじめとする家族によって提供されるケア、NPO や NGO のボランティアによるファミリーサポート、公立の義務教育、あるいは、地方自治体によって無料で実施されている定期的な乳幼児健診など、料金を支払う必要の無いものもある。

2-2. 子どもの健康生産関数

経済学では、「家計」は自分たちの満足度や幸福度が最大になるように、消費する財の組み合わせと量を決定する経済主体である、という仮定をおく。家計によって達成される満足度や幸福度は、経済学用語で「効用(utility)」と呼ばれているが、子どもが身体的にも精神的にも良好な健康状態にあること、そして、子どもの発達・発育過程において良好な健康状態が維持されることは、言うまでもなく、家計の効用にとって最も重要な決定要素の1つである。したがって、各家計では、自分たちの幸福度が最大になるためには、子どもの健康状態がどの水準にあれば良いかを、まず知ろうとするだろう。そして、一旦、効用が最大化される子どもの健康水準がわかると、各家計は、最も効率的な方法、つまり、コストが最小になるような方法で、目標の水準まで子どもの健康状態を改善させようとする。こうした議論は、「さまざまな財を消費することにより、家計構成員の人的資本を蓄積する経済主体」として、家計をとらえた Becker(1967)⁶ や Ben-Porath(1967)⁷ による「家計の生産関数(household production function)」という考え方を、Grossman(1972)⁸ が健康に応用し、家計を、「家計構成員の健康的な時間を生産し、人的資本の主要な構成要素である健康資本を蓄積する経済主体」としてとらえたものである。すなわち、「家計による健康生産関数(health production function)」という考え方であり、これが今日における医療経済学の理論的基盤となっている。

子どもの健康生産関数についての議論を具体化するため、某年某月に、ある家族の1歳の子ど

⁶ Becker, G.S. (1967) "Human Capital and the Personal Distribution of Income: An Analytical Approach," W.S.Woytinsky Lecture no.1. Ann Arbor, University of Michigan.

⁷ Ben-Porath, Y. (1967) "The Production of Human Capital and Life Cycle of Earnings," *Journal of Political Economy*, 75(August): 353-367.

⁸ Grossman(1972) "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health," *Journal of Political Economy*, 80(2): 223-255.

もが高熱を出し自宅看護が必要になったと仮定して、当該1ヶ月間に、その家計が行う意思決定や行動のメカニズムについて考えてみることにする。子どもの発熱が原因で、家族は仕事を休まなければならなかったり、看病疲れと心配でストレスがたまったりと、子どもの健康状態の悪化は、明らかに、家計の効用にとってはマイナス要因である。したがって、この家計は、自分たちの効用水準を改善するため、無数にある財の中から、子どもの「良好な健康状態」の回復(つまり、生産)に有効な財を選択し、投入する必要にせまられる。

Grossman 型の健康生産関数では、子どものケアのため家計が投入するのは、家計構成員の時間と、家計が購入するモノやサービスである。家計構成員の時間とは、たとえば、両親やその他の家族が自宅で子どもの看護や世話に要する時間、通院時間、病院での待ち時間、あるいは、保育所への送迎時間などの合計時間のことで、家計の各構成員に与えられた1日24時間という限られた時間を子どものケアのためにどのくらい費やせるか、という時間配分の問題である。また、家計が購入するモノやサービスとは、治療や投薬を目的とした通院や医師による往診などの医療サービス、薬局での売薬の購入、予後におけるベビーシッターや保育所の病後児保育などの保育サービス利用など、有形・無形を問わず、子どもの健康状態を改善し、健康資本を蓄積するために必要なさまざまな財を指し、某年某月における家計の所得総額を予算の上限として、これらの財にどの程度の予算配分が可能か、という問題である。今、家計にとって自分たちの効用を最大化する子どもの健康水準が既知であるとする、家計は、費用最小化のプロセスを通じて、つまり、目的とする水準の健康状態の生産を最も効率的に行うべく、時間配分と予算配分を行おうとするだろう。

しかし、すべての家計が、同じメカニズムで意思決定を行うからといって、一様に同じ水準の子どもの健康状態を達成できるわけではない。なぜならば、個々の家計は、観察の対象となった某年某月1日以前に既に決まっているさまざまな「状況」に制約を受けるからである。自明のことであるが、我々は、タイムマシンでも無い限り、決して過去にさかのぼって、自分が今おかれた状況を変えることはできない。具体的には、子どもの具合が悪い時、家計構成員が母親1人である場合、父親と母親の2人である場合、あるいは、両親と祖父母のいずれかがおり3人以上である場合とでは、その家計がとりうる選択肢の幅が異なってくる。母親1人である場合は、母親は勤め先から看護休暇をとって自分で世話をするか、あるいは、ベビーシッターを雇用するか、といった選択肢が考えられる。家計構成員が父親と母親の2人である場合は、子どもの看護要員として父親が、3人以上である場合は、さらに、子どもにとって祖父母にあたる家族のいずれかに看護を依頼するという選択肢が加わるだろう。また、家計構成員が普段から子どもの健康管理にいろいろと気を配っているかどうか、子どもが大病を患った時、多額の医療費に耐えられる資産があるかどうか、居住環境として、近所に気軽に相談できる主治医がいるかどうかや市区町村固有の母子保健施策があるかどうか、そもそも子どもが丈夫な体質であるかどうかなど、某年某月1日以前に既に決まっているさまざまな状況を、経済学ではその家計の生産能力ととらえ、家計の意思決定や行動の前提条件として最終的に生産される子どもの健康水準の高さを規定する因子と考える。

こうした生産能力とともに、各家計の嗜好も子どもの健康水準を決定する重要な前提となる。乳幼児期においては、母親が子どもの保育・看病に当たるべきであるという嗜好が強い家計か、母親

でなくともよいが、父親や祖父母など家族の誰かが世話をすべきであるとする家計か、あるいは、家族以外の人を雇って世話をしても構わないとする家計かによって、意思決定や行動は変わってくるであろう。したがって、さまざまな選択肢のうちどの行動をとるかは、その家族の考え方、すなわち、家計の嗜好が強く反映し、最終的には、子どもの健康水準に影響を与える。

以上の議論から、ある一時点を切り取った場合の、Grossman 型の子どもの健康生産関数を要約すると、次のような式として表すことができる。

$$h_i^* = h_i^*(t_i^h, c_i^h | z_i, x_i, q_i^0) \quad (1)$$

(1)において、 i はある特定の家庭を示すインデックス、つまり、各家庭の ID 番号を示している。 h_i^* は家庭 i が効用を最大化することのできる子どもの良好な健康状態、 t_i^h と c_i^h はそれぞれ、子どもの良好な健康状態 (h_i^*) を生産するために家庭 i が費やした時間と投入した財、 z_i は家庭 i の生産能力、 x_i は家庭 i の嗜好、そして、 q_i^0 は、観察対象期間の初期、つまりこの事例では、某年某月 1 日における子どもの健康状態 (経済学用語でいうと、初期健康賦存量) を示している。したがって、健康生産関数 (1) は、ある特定の家庭 i の効用を最大化する子どもの健康水準 h_i^* が、 z_i 、 x_i 、 q_i^0 を前提条件として、 t_i^h と c_i^h を投入することによって生産される、というメカニズムを示している。

2-3. 時間配分モデルと需要関数

家庭の効用を最大化する子どもの健康状態 (h_i^*) の生産にかかる費用は、どのように定義することができるだろうか。まず、この家庭が子どもの看護に費やす総時間 (t_i^h) について、経済学では、機会費用 (opportunity cost) という概念を用いる。この場合の機会費用とは、もし各家庭構成員が子どものケアに費やす時間を、賃金労働に費やした場合に獲得することができたであろう潜在的な所得のことを指す。核家族を想定して、仮に、母親が子どもの看護のために 20 時間を、父親が 10 時間を費やしたとする。母親と父親の賃金率、つまり、時給をそれぞれ、1,000 円と 2,000 円とし、この両親が子どもの看護をするかわりに働いたと仮定すると、母親は 20 時間 \times 1,000 円 = 20,000 円を、父親もまた 10 時間 \times 2,000 円 = 20,000 円を稼ぐことができたことになる。つまり、この家庭における子どもの看護に対する機会費用は、両者を足し合わせた 40,000 円で、この両親は子どもを看護することによって、労働市場で 40,000 円稼ぐ機会を放棄したことになる。

この家庭が子どもの看護に費やす総時間は t_i^h 時間であるが、この総時間は、実際は、母親と父親の看護時間 t_{i1}^h と t_{i2}^h を、足し合わせた時間 ($t_i^h = t_{i1}^h + t_{i2}^h$) である。また、看護時間と賃金率とを掛けあわせたものが機会費用であるので、母親と父親の賃金率をそれぞれ w_{i1} と w_{i2} とすると、機会費用は母親が $t_{i1}^h w_{i1}$ 、父親が $t_{i2}^h w_{i2}$ である。したがって、この家庭全体の子どもの看護に対する機会費用は、両者を足し合わせた $t_{i1}^h w_{i1} + t_{i2}^h w_{i2}$ となる。職場における両親の賃金率が高ければ高いほど、子どもの看護に対する 1 時間当たりの機会費用は高くなり、したがって、子どもの良好な健康状態を生産するための時間コストがそれだけ高くなることを意味する。この事例でいうと、父親の方が母親よりも時間当たりの機会費用が高く、つまり、母親よりも父親による看護コストの方が

割高ということになる。したがって、この家計では、 h_i^* の生産を効率的に低コストで行うべく、両親の間で最適な時間配分が行われ、母親の方がより多くの時間を子どもの看護に費やすという結果となったと解釈することができる。

次に、家計による投入財 (c_i^h) について、実際に費用を計算しようとする、個々の財により価格が異なるため煩雑になってしまう。ここでは、議論を単純化するために、投入財 1 単位当たりの平均価格を p^h とし、 c_i^h 単位の財の購入にかかる費用を、両者を掛け合わせた $c_i^h p^h$ として示す。

以上のことから、 h_i^* の生産にかかる総費用は、核家族を想定するならば家計が費やす時間にかかるコスト ($t_{i1}^h w_{i1} + t_{i2}^h w_{i2}$) と、投入財の購入にかかるコスト ($c_i^h p^h$) を足し合わせて、 $(t_{i1}^h w_{i1} + t_{i2}^h w_{i2}) + c_i^h p^h$ と表現することができる。家計 i は、 h_i^* を生産するのに、総費用 ($(t_{i1}^h w_{i1} + t_{i2}^h w_{i2}) + c_i^h p^h$) を最小化する家計構成員間での時間配分と財の投入スケジュールをたてる。この家計 i による費用最小化の問題を解いた結果が、家計による時間配分モデルと投入財に対する需要関数である。時間配分モデルとは、 h_i^* を最も効率的に生産できるような、家計の構成員間、上記の事例でいえば、両親による t_i^h の配分計画を示しており、次の 2 つの式(2.1.1)と(2.1.2)によって示すことができる。

$$t_{i1}^h = t_{i1}^h(w_{i1}, w_{i2}, p^h | h_i^*, z_i, x_i, q_i^0) \quad (2.1.1)$$

$$t_{i2}^h = t_{i2}^h(w_{i1}, w_{i2}, p^h | h_i^*, z_i, x_i, q_i^0) \quad (2.1.2)$$

一方、需要とは、家計に、ある財を購入することのできる能力がある場合の、その財に対する欲望や欲求の大きさ、つまり、量を表す経済学用語で、この場合の需要関数は、家計 i による c_i^h の需要計画そのものを指しており、次に示す式 (2.2) で表すことができる。

$$c_i^h = c_i^h(w_{i1}, w_{i2}, p^h | h_i^*, z_i, x_i, q_i^0) \quad (2.2)$$

i は各家計の ID 番号、 t_{i1}^h と t_{i2}^h はそれぞれ、家計 i において子どもの看護に費やす母親と父親の時間、 c_i^h は有形・無形の投入財の量、 w_{i1} と w_{i2} は母親と父親の時給、 p^h は投入財 1 単位当たりの平均価格、 h_i^* は家計の効用を最大化する子どもの健康水準、 z_i は家計 i の生産能力、 x_i は家計 i の嗜好、そして、 q_i^0 は子どもの健康の初期健康賦存量を示している。したがって、これらの式は、家計構成員の時間配分計画と投入される財に対する需要スケジュールが、いずれも、自分たちの効用を最大化する子どもの健康水準 h_i^* の生産を目的として、 z_i 、 x_i 、 q_i^0 を前提条件に、 w_{i1} と w_{i2} 、及び、 p^h に依存しているというメカニズムを示している。

3. 医療経済学の理論的・実証的貢献に関する一考察

3-1. 最終目標指標としての QOL と効用との関係

図表 4 は、前節で議論した医療経済の理論モデルを、子どもの「良好な健康」の生産メカニズム

として図式化したものである。医療や保健分野の行動理念であるヘルスプロモーションと、経済分野における行動原理としての家計による効用最大化行動とは、第1に、両者の目標指標が、「QOL」や「効用」という物質両面での充足度や満足度を対象としていること、第2に、「健康」をより充足度や満足度の高い生活を営むための、つまり、効用を高めるための、重要な「資源」と位置づけていること、したがって、第3に、家計と家計を構成する人々が、自分たちのQOLや効用水準を改善するような健康水準(健康生産関数における h_i^*)をターゲットとして主体的に行動し、意思決定を行うモデルであること、以上の3点において、共通項を有する概念であるといえるだろう。さらに、両者は、効用が犯罪などの反社会的欲求へ向かわない限りにおいて、家計、あるいは、家計の各構成員の効用水準の改善はQOLの改善につながり、また、QOLの向上は効用水準の改善につながるといって、相互にプラスの関係がある概念でもある(図表4参照)。

3-2. ヘルスプロモーションの実践モデルと家計の行動原理

「健やか親子21」の検討会では、「理念」としてのヘルスプロモーションに対し、これを実際の国民運動として実践するための手法として、プレシード・プロシードモデル⁹や地域づくり型保健活動¹⁰などが検討された。本論では、これらの方法論については立ち入らないが、これらの実践モデルに共通するのは、まず、人々のQOLやその資源としての健康水準が、医療や保健のみならず、政治的・経済的・社会的環境を含めた多様な因子との包括的な因果関係の中で位置づけられている点、第2に、地域住民の主体的参加を前提とした「住民参加型」モデルである点、そして、あらゆる健康促進プログラムの実施前後における事前・事後評価を行うという点である。したがって、主要な

⁹ プレシード・プロシードモデルとは、ヘルスプロモーションの理念を具体的に実践する方法論として Green, LW and Kreuter, MW が開発したモデルである。このモデルは、事前評価から計画策定のプロセスであるプレシード部分と、実施から事後評価のプロセスであるプロシード部分の2つに分かれている。プレシード部分においては、改善すべきQOLとQOLに影響を与えている健康指標の選定、そうした目標指標に対し影響を及ぼしている人々の行動や生活習慣、環境因子、及び、人々の行動や環境に影響のある多様な要因(たとえば、知識、信念、技能など)についての情報を収集・分析、既存の健康教育プログラムに対する徹底的検証と実施すべき計画の策定と行う。一方、プロシード部分では、計画実施後における経過状況や、プレシード部分で選定したさまざまな因子に対する実施プログラムの効果を評価し、最終的に、目標指標である健康指標やQOLがどの程度改善されたのか、結果自体に対する効果を評価する。詳細は、Green, LW and Kreuter, MW (2005) “Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach” McGraw-Hill, New York、藤内修二編、『ヘルスプロモーションのホームページへようこそ』(厚生労働科学研究分担研究報告書)

(<http://homepage1.nifty.com/PRECEDE-PROCEED/precede/gaiyou.html#dai1>)、などを参照。

¹⁰ 健やか親子21検討会(2000)、前掲。「地域づくり型保健活動」とは、ヘルスプロモーションの基本理念に基づき、我が国の保健所や市町村の日々の実践活動の中でまとめられてきたモデルである。このモデルでは、住民、行政担当者、専門家を含めた関係者が、健康について、自分たちの地域における将来あるべき姿を想定し、その実現へ向けた計画策定、実施、評価、再検討のすべてのプロセスに関わり、実施結果の評価や再検討に基づいて、さらに次の段階へと向かう展開方法である。詳細は、岩永俊博編、浅野良一、佐藤卓、渡辺 志保著(2006)『地域保健・福祉のスキルアップ 研修の企画・運営・評価のてびき』すずか書房、など参照。

実践モデルに共通するこれらの特徴は、ヘルスプロモーションを具現化する要件と考えられる。

そこで、図表 4 で示した、子どもの「良好な健康状態」の生産をめぐるメカニズムを参照しながら、医療経済学の視点で、ヘルスプロモーションを具現化するこれら 3 つの要件について検証してみる。第 1 に、医療や保健分野における行動「理念」であるヘルスプロモーションに対して、医療経済学では、家計を基盤とした人々の行動に、「効用最大化」や「費用最小化」という明確な行動「原理」を仮定することで、効用や QOL の重要な資源としての「健康」と、さまざまな因子との因果関係について、健康生産関数、時間配分モデル、及び、需要関数という明示的なストーリー、つまり、理論的根拠を提供する。Grossman 型の子どもの健康生産関数では、家計の生産能力と嗜好に関わるさまざまな因子と子どものもとの体質や健康水準を前提条件として、家計の効用最大化行動によって決定された子どもの健康水準 (h_i^*) が、家計構成員の時間と財とを投入することで生産されるメカニズムが描かれている。また、時間配分モデルと需要関数は、生産における費用最小化行動をとる家計の行動メカニズムを示している。健康生産関数と同じ前提条件の下、家計内での時間配分と投入財の需要は、各家計構成員の賃金率と投入財の価格に依存するというメカニズムである。

第 2 に、「理念」としてのヘルスプロモーションは人々による主体的なプロセスである、と定義されており、したがって、実践モデルにおいても、健康教育プログラムなどの計画策定から実施、そして、事後評価や改定にいたる全過程において住民参加型であることが強調されている。住民とは、家計、あるいは、個々の家計構成員と同義であるから、ヘルスプロモーションが住民による主体的なプロセスであるというからには、経済理論が強調する、家計の行動や意思決定に影響を与える「インセンティブ」の役割は、ヘルスプロモーションの実践においても重要であると考えられる。図表 4 が示すように、子どもの「良好な健康状態」の生産をめぐるメカニズムでは、各家計構成員が子どもをケアする単位時間当たりの機会費用 (w_{i1} と w_{i2}) と投入財 1 単位当たりの平均価格 (p^h) の変化が、家計における主要なインセンティブとして機能する。

たとえば、今、子どもに対する健康支援プログラムの一環として、ある自治体が、平日 1 日、しかも、日中のみの限定で無料の乳幼児健診を実施しているとしよう。この健診サービスは無料であるから、投入財の単位当たり価格は $p^h = 0$ である。したがって、当然、健診が有料である場合 ($p^h > 0$) に比較すると、乳幼児をもつ家計の需要は刺激され、自治体が提供するこの健診サービスに対する需要量 c_i^h は増える。しかしその一方で、母親が正規就労の場合は、パートや専業主婦と比較すると、賃金率 (w_{i1}) が高く、したがって、半日もしくは終日休暇をとることに対する機会費用が大きい。したがって、この母親は、この健診プログラムに自分が費やす時間 (t_{i1}^h) を出来るだけ減らそうとするか、もしくは、健診に参加しない ($t_{i1}^h = 0$) という選択を行うだろう。仮に、母親以外の家計構成員の所得が一定だとすると、母親の賃金率が高ければ、それは、家計所得が高いことを意味する。通常、家計所得が高ければ、子どもの健康のための投入財に費やす予算配分に余裕ができることになるから、たとえ、健診に多少の費用 ($p^h > 0$) がなかったとしても、週末に小児科での健診サービスを受けるという選択をするかもしれない。以上のことは、 w_{i1} や p^h の変化は、家計構成員の時間配分や需要に対する行動の変化を促し、家計の意思決定におけるインセンティブとして機能す

ことを示している。したがって、住民、すなわち、家計や家計構成員を主体とするヘルスプロモーションにおいて、意思決定や行動のインセンティブとなりうるこれらの経済変数は無視することのできない要件であり、住民参加を支える一つの原動力として有効である。

第3に、医療経済学が基盤とする家計の行動モデルをヘルスプロモーションに応用させることによって、家計のQOL又は効用水準の向上、そして、その資源としての子どもや他の家計構成員の「健康」に影響を与えるさまざまな因子間の関係が、理論的根拠の下に方向付けられることになる。どの因子が原因となる「効果」指標でどの因子が影響を受ける「目的」指標であるのかが、理論的に明らかにされることは、さまざまな健康促進プログラムの計画策定や事前の評価プロセスの段階においても、有益であると考えられる。

3-3. 「健やか親子21」の政策目標指標の妥当性に対する検証

「健やか親子21」では、21世紀に取り組むべき4つの課題としてあげられた(1)思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、(2)妊娠・出産に関する安全性と快適性の確保と不妊への支援、(3)小児医療保険水準を維持・向上させるための環境整備、そして、(4)子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減、というそれぞれの課題に対し、政策推進のターゲットが、(1)保健水準の指標；(2)住民自らの行動の指標；(3)行政・関係団体等の取組の指標の3つに分けて提示されている。図表5は、著者が、医療経済学の理論的枠組みに重ね合わせながら、設定された指標を整理し図表化したものである。本節では、図表5を参照しながら、子どもと母親の「健康」を決定するさまざまな因子、すなわち、「健やか親子21」で掲げられた政策目標指標の妥当性を検証する。

まず、健康水準の指標についてであるが、これらの指標はあきらかに、母子を中心とした各家計構成員の健康生産関数の目標指標である h_i^* である。また、本論で紹介したGrossman型の健康生産関数を時系列の動学モデルにした場合、今期の達成目標 h_i^* を来期における健康初期賦存量(q_i^0)と位置づけることもできる。第3に、医療経済理論のメカニズムから見ると、住民自らの行動の指標に分類されている指標群は非常に多岐にわたり、(1)時間配分モデルの目標変数としての両親の時間(t_{11}^h, t_{12}^h)、(2)需要関数の目標変数としての投入財(c_i^h)、(3)家計の行動や意思決定のインセンティブとしての経済変数(w_{11}, w_{12}, p^h)、そして、(4)家計の生産能力と嗜好を示す z_i と x_i 、の5つに分けることができる。そして、行政・関係団体等の取組指標に関して、意思決定主体である家計の側からすると、そういった取り組みの恩恵を受けられるかどうかは、自分たちがどこに住んでいるかに依存する。具体的な指標を見てみると、たとえば、学校保健委員会を開催している学校の割合、小児人口に対する小児科医・新生児科医師・児童精神科医師の割合など、ほとんどが、地域属性を示す指標であり、したがって、これらの指標は、居住環境として、家計の生産能力(z_i)に影響を与える変数として分類した。

図表5を一見してわかることは、第1に、「健やか親子21」では、最終的に達成すべき保健水準の指標や、住民行動と行政・関係団体の取り組み指標のうち医療や保健分野から見た政策目標指標については、十分検討されている。しかし、その一方で、医療経済モデルの観点から見ると、健康の目標指標である h_i^* を生産するための主要な投入要素である、家計構成員の時間(t_{11}^h, t_{12}^h)、

及び、家計による投入財(c_i^h)に対する検討が十分になされているとはいえない。さらに、このような家計行動を決定する主因子、つまり、家計の意思決定におけるインセンティブとして、住民の主体的な行動の原動力の一つともなりうる指標群(w_{i1} 、 w_{i2} 、 p^h)の検証については皆無である。ヘルスプロモーションの基本概念が、人々による主体的なプロセスであることからすると、このような経済変数は「インセンティブ」としては極めて重要であり、これらを見捨てることは適当ではないと思われる。こうした経済変数の重要性は、医療経済学における数多くの先行研究によって指摘されており、賃金率や財の価格が、家計構成員による時間配分と投入財の需要に与える影響は決して無視できるものではなく、結果的に、それが子どもの健康状態に影響を与えることが実証的に示されている^{11, 12, 13, 14}。

医療経済学のヘルスプロモーションに対する理論的貢献が、健康促進プログラム実施以前における計画策定やアセスメントに対する論拠を与えるものであったのに対して、実証的貢献は、論拠に基づいて導き出された、子どもと母親の「健康」を決定するさまざまな因子間の関係性を、実際のデータを用いて測定し、統計学的に意味のある関係性かどうかを事後的に検証することによって、政策目標指標の妥当性と効果、すなわち、アウトカム、を評価することにある。実施されたプログラムが、母子の健康水準にどういった効果を与え、どの程度それが改善されたかを、測定し評価するという実証分析の役割は、「健やか親子 21」の基本的視点の1つとして強調されている、「根拠に基づく治療 (evidence-based medicine: EBM)」の推進へ向けて、極めて重要である。そして、そのためには、事後評価にあたっての検証方法を、単に政策目標指標を個別に計測する「現状把握型」から、政策目標指標間の関係性や方向性を検証する「仮説検証型」へ移行させる必要があるだろう。次節では、結語に代えて、こうした政策評価プロセスにおける今後の課題を提起する。

4. 結語—事後的な政策評価プロセスにおける今後の課題—

「健やか親子 21」に代表される、医療、保健、福祉などの分野における施策の事後評価を、政策目標指標の単なる把握から、指標間の関係性や方向性を検証する「仮説検証型」へ移行させるに当たり、(1)政策評価過程で用いる指標の選定と妥当性に対する継続的な検証、(2)医療、保健、福祉分野におけるデータの収集・管理・運営、そして、(3)政策のアウトカムを公正に計測するための統計手法の確立、という、3つの課題を検討しなければならない。

¹¹ 山内太(2001)「子どもの健康資本と親の時間配分行動：親は家計内健康格差に回避的か?」、『季刊・社会保障研究』、37(1):73-84.

¹² Currie, J. and Thomas, D.(1995) “Medical Care for Children: Public Insurance, Private Insurance, and Racial Differences in Utilization,” *American Economic Review*, LXXXV, 135-62.

¹³ Currie, J. and Gruber, J.(1996) “Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical Care, and Child Health,” *The Quarterly Journal of Economics*, 111(2): 431-466.

¹⁴ Finch, B.K. (2003) “Early Origins of the Gradient: The Relationship Between Socioeconomic Status and Infant Mortality in the United States,” *Demography*, 40(4):675-699.

まず、政策評価に用いる指標の選定について、前節では、「健やか親子 21」における政策目標指標の妥当性の検証を試みたが、医療「経済学」の視点から見ると、家計、あるいは、各家計構成員の意思決定に関わる主要な「インセンティブ」である経済指標の選定が十分であるとはいえない。「健やか親子 21」の基本理念であるヘルスプロモーションが、医療や保健の面からばかりではなく、政治的・経済的・社会的環境を含め、自らの健康を決定する多様な因子を、住民自身が主体的に改善するプロセスを指すこと、そして、親の所得や財の価格が、家計の行動、ひいては、子どもの健康状態に影響を与えることが、数多くの先行研究により実証されていることからすると、政策の評価指標として何からの経済変数を加えることは、施策にとって有益であると考えられる。したがって、政策評価に用いる指標の選定に際しては、医学研究者や臨床医、社会学者、福祉学者や現場の保育士など、専門家による学際的な研究グループを組織し、母子保健サービスの評価に対するコンセンサスに基づく情報収集を幅広く行うとともに、その妥当性についての継続的な検証が必要であろう。

したがって、第 2 に、事後的な政策評価を公正に行うためには、経済指標をはじめとして、各家計の生産能力や嗜好など、彼らの行動を決定するさまざまな因子を検証する必要がある。近年、個人情報保護法の影響もあり、こうしたデータを個人ベースで収集するのが非常に難しくなっているが、一方において、ある特定の施策や政策が、個々の家計の QOL や効用、そして、QOL や効用を決定する「資源」に与える効果を正確に測定することが、今後の施策のあるべき方向性を決するに当たり、必要不可欠である。こうしたデータの収集にあたっては、データの提供者となる各家計、及び、家計構成員と、被提供者の双方が共通の利益に向け、長期的な信頼関係を築くことができるような環境を整備し、情報の運用と管理システムにおける透明性のあるルールを構築し、そのための人材育成を促進することが肝要であろう¹⁵。

最後に、技術的、かつ、専門的な課題であるが、母子保健政策に代表される、医療、保健、福祉分野の施策効果を純粋に測定することは、統計上非常に難しい問題である。たとえば、A 市では毎年無料の乳幼児健診が実施され、B 市では有料であったとしよう。数年後、両市を比較したところ、A 市の方が B 市よりも子どもの健康状態がはるかに改善されていたとする。はたして、これは、A 市が無料で提供した乳幼児健診の純粋な効果であると言えるだろうか。ひょっとすると、この結果は、B 市に比べて、A 市にすむ子どもたちの方がもともと体質が丈夫で、自然環境にもめぐまれ、両親が気軽に相談できる小児科医の数が多く、かつ、両親の所得が高く、より多様な医療・保健サービスを楽しむことのできた結果かもしれない。そうすると、A 市の子どもたちの良好な健康状態は、無料の乳幼児健診による単純な効果ではなく、B 市が A 市を見習って、乳幼児健診を無料化したとしても、A 市ほどの効果は期待できないということになる。したがって、ある施策や政策の純粋な効果を公正に計測するためには、その施策以外のさまざまな要因を統計的に調整する必要があり、そのための統計手法を模索し、確立していかなければならない。

¹⁵ 野口晴子(2002)「保険医療行政が EBM に対して果たすべき役割」『EBM ジャーナル』中山書店第 3 巻、第 4 号、pp.79-85.