医療技術を経済的にどう評価するか、またどう支払い制度に結びつけるか、先進国の悩みのた
ねである。技術的には、当該医療技術・行為を実施単位あたり（患者一人、手術一件ないし、検査
一件などなど）にについて必要な資源をなんらかの形で求める方法が主体となる。それには人件費・
材料費・施設利用に係る費用などを系統的に積
み立て「原価」を計算する方法と、資源の相対
的投入度を別途求める基本価に掛け合わせて
求める方法がある。前者が外科学学会社会保
険委員会連合（外保連）によるいわゆる「外保連計案」
や、フランスのシステムが採用した方法である。
後者は米国の高齢者公的保険である Medicare の
パート B（医師向け支払い）が採用した方法で
、主に医師の労力・利用資源・訴訟リスクの3つの
成分から医療行為ごとに相対評価を行い、これに
ベースレートを掛け合わせて支払額を割り出して
いる。これらにはそれぞれの長所・短所がある。
これと別に、当該技術・診療により、生み出
されると期待される価値を推計する方法がある。た
とえば救命された小児が成長し、経済的活動に従
事することによって生み出される社会的労働価値
などがそれにあたる。こうした「期待費用・便益」
の推計は、主に費用便益分析などで用いられる
方法である。しかしこうした「期待便益」の推計を
支払い制度に反映したものには国際的にみてもな
い、その理由は本分析方法が要求する「社会的視
点」が、ひとたび支払いの問題に結びつくと、
「負担」と「責任」の問題に直面するからである。
最も注意すべきは「医療行為の実施を継続的に可
能するために必要な投下資源」のうち、どの部
分を保険者、政府（税金）、個人に担保させるの
か、を明確にした制度設計を検討することが求め
られる点にある。

第1子が誕生してから早1年が過ぎた、予防接種
に始まる発熱、風邪、中耳炎、発疹、怪我
など小児科や耳鼻科、眼科などの診療所にお世話
にならない月はない。頼る受診に加え、子供の
病気は曜日、時間に関わらず、更に症状も急変し、
その症状を的確に伝えることもままならない。そ
のため365日24時間受診して相談することがで
きたり、必要に応じて診療してもらえる体制が切
望される。だが、今はそうも言ってはいられない
状況だ。

昨今、小児救急のコンピュータ化が現場の医師らを疲
弊させていると聞く、共働き家庭の増加や企業の
育児支援制度の未整備が夜間の受診を増加させ、
また何かあったときに相談できる十分な体制が整
備されていないことも受診を抑制できない一因で
であろう。小児救急電話相談事業（#8000）でも、
23時をまわり翌朝まで対応しているのは3県の
みである。

また、過度の権利要求や訴訟の増加が医療を引き起こす要因になっているとも聞く、この問題
は医療だけではなく、教育界でも起こっている。
保護者が学校の管理責任を過度に問うために、子
供の自由が奪われているのだ。また他の場合、
医療事故被害者は医学の不確実性に対してではな
く、実を語らない病院の不誠実な姿勢に対して
怒りを露にすると報告されている。医療は医師と
患者との信頼関係が基本となるため、それが築
ていない場合に予期せぬ出来事が起こったら、怒
りの矛先が医師に向くのは至極当然のことであろ
う。

いずれにせよ、適切な小児医療が提供されなくな
って困るのは他でもない、患者とその家族である。
質の高い小児医療を維持するために、小児外科医、
小児科医ではなく、医療を受ける側に出来るこ
とがあるはずである。当日は医師に求めることがで
けでなく、私たちに出ることもあわせて述べた

S-025 小児外科診療の経済学的評価
東京大学公共健康医学専攻
橋本英樹

S-026 これからの小児医療に求めること～母親
の立場より
いなステーション
和田ちひろ