

<与えられたテーマ>
医療経済学は役に立っているのか？
～医療保険、保健事業について～



日本の医療経済学は、なぜ
役に立っていないのか？

学習院大学経済学部教授

鈴木 亘

日本の医療経済学者の主要な分析・主張とその結果

＜規範的経済学からの主張例＞

①医療保険・介護保険の積立方式化、高齢化に備えた積立勘定・基金を作る、MSA導入

→×

②リスク構造調整方式の導入、年齢で区切る独立保険への反対（賛否両論あり）

→×

③保険者機能の強化、管理競争の導入（賛否両論あり）

→×

④支払い包括化、IT化を活用した診療の標準化

→△～一部○

⑤保険への広範な税投入を止め、低所得者への補助に純化(賛否両論あり)

→×～△

④軽費医療費の免責制、終末期医療の適用除外、高齢者医療・介護の自己負担増(賛否両論あり)

→×～△、一部○

⑥混合診療・混合介護の完全解禁(賛否両論あり)

→×～△

⑦医療法人改革、社会福祉法人改革、医療や施設介護への株式会社参入(賛否両論あり)

→×～△、一部○

⑧病床規制、介護施設総量規制の撤廃(賛否両論あり)

→×

⑨家庭医(総合医)によるゲート・キーパー機能の強化(賛否両論あり)

→×～△

⑩病院勤務医と開業医間の収入格差の解消、不足する病院診療科への診療報酬大幅引上げ

→△

＜実証的経済学からの分析例＞

①医療需要の価格弾力性の計測

→ × (厚労省は相変わらず長瀬式)

②喫煙行動やダイエット、飲酒行動の価格弾力性、行動経済学的知見

→ × ~ Δ (結果的にたばこ税引上げ。しかし、Sin taxの観点ではゼロ)

③介護労働の価格弾力性

→ Δ (結果的には介護報酬に反映。だが、分析を元にしてはいない)

④各種保健事業の評価、特定健診・特定保健指導の政策効果の評価(午後報告(B-7))等

→×、△(事業見直し、推進にほぼ影響せず)

⑤医療制度改革の効果評価(財政の持続可能性の評価、医師誘発需要による巻き戻し)、介護制度改革の評価(社会的入院は解消せず、家族負担感改善も問題あり、労働力増はあまり起きず)

→×

⑥予防行動は医療費を減少させないとする一連の研究

→×(医療費減を前提に政策立案)

⑦健康と所得格差、社会的資本の関係

→×

政策的影響を及ぼさない理由は何か

→A1: 需要が無いから

- ①(会長講演で紹介された改革が進んだにせよ)そもそもエビデンス・ベースの科学的アプローチとは無縁の「政治過程、政治力学」で医療政策が決定されている。
- ・医療経済学者の分析が反映されたかに見える施策も、実は、財政的(財政当局の)プレッシャーがあって採用されたものであり、研究結果が参考にされたわけではない。

②「定量的な」政策評価を行い、それを反映した施策見直し、改革を行うという観点が欠如。やりっぱなしで、直ぐ次の事業に。

- 定性的なものはあるが、厳密な定量的な評価、対費用効果分析は、政策責任を伴うことになるので、避けようとするのではないか。
- また、一つの事業の評価が行われる前に、次の事業が始まり、予算付けされるといった傾向がある。

③ 厳密な政策評価を行う為のインフラである
データの未整備、既存データの重要性に対する認識の欠如

- ナショナルデータベースで改善がみこまれるものの、医療と介護レセプトが連携できない、後期高齢者と接続ができない、全国の国保連データが2年保存で失われている現実
- 2011年提案型政策仕分におけるエピソード
(病院等における必要医師数実態調査 2010年)

A2. 供給も失われつつある

- ①若手の医療経済学者が、政策現場の問題意識や政策研究のアイデアを磨く場が失われつつある(厚労省審議会、検討会、規制改革会議等への若手参入が少ない。政策現場と研究者をつなぐ接点が少ない。社人研等の各種研究所のリサーチレジデント事業の廃止等)。
- ②医療経済学への参入自体も極めて乏しい(既に35歳未満の医療経済学者はほぼゼロ。第一世代の研究者の高齢化、退職とともに、人材を育てる大学院に医療経済学者が不足)。

③若手や政府に批判的な研究者が、データを入手して分析することが、まだまだ極めて困難。各県のレセプト、福井県プロジェクトのエピソード。やもつとも、統計法改正とNDBで今後は改善するか。しかし、ノウハウの蓄積と普及は容易ではない。

→ではどうすればよいのか。シンポジウムの討論で。