

研究の窓

医療経済学における情報利用の拡大

1. このところ医療の世界では、EBM (Evidence Based Medicine) がよく話題になる。直訳すれば科学的根拠に基づいた標準的治療あるいは、統計的に裏打ちされた医療だろうか。同様の趣旨で、クリティカル・パス (Critical Path) もまた話題に上る。これは患者の治療にあたって、医療従事者のための推移的な治療計画表とでも訳すのだろうか。これらはともに医療をできるだけ従来の直感や勘に頼るのではなく、実証的な論理に基づいたものにする試みだろう。この領域の専門家によれば、少なくとも日本ではまだ端緒についたばかりとのことだが、医療のアートからサイエンスへの移行といえ、やや過言だろうか。

医学の世界のこのような動向に比較して、我々医療経済学を志すものが医療政策を論議するときに、“Evidence Based Policy” を提唱しているだろうか。あるいは提唱とまでは行かなくとも、それに十分配慮しているだろうか。残念ながら小生に限れば、答えは否定的にならざるを得ない。少子高齢化の進行とともに、高齢者医療費の負担が重くなり、現行の賦課方式的な公的社会保障制度の存続が危ぶまれる現在ほど、改革論議が重要な時期はなかったろう。にもかかわらず現在の日本の医療経済学は、政策論議に対してどれだけ科学的根拠を提供してきただろうか。

2. 一例をあげれば、公的保険の自己負担を引き上げたときに、それが患者の受診行動にどのように影響するかを明確に知ることは、政策を評価するのに決定的に重要である。厚生労働省には、『長瀬効果』と呼ばれる戦前からの経験則が伝えられている。それは自己負担率とそれによる医療費の削減率の間に一定の関係、つまり2次関数の関係があるとするものである。ここにはとくに理論らしきものはない素朴な関係式である。しかし日本の医療経済学者がこれまでに研究した、医療サービスの価格弾力性の計測結果は、研究者によってあまりにバラツキが大きく、十分に信頼できるとは言い難く、厚生労働省はこの戦前の経験則を現在でも重視している。

3. 日本の医療経済学が、政策的な課題に十分に答えていないのは、まず我々自身の怠慢によるが、加えて素材とすべきデータが決定的に不足していることもある。例えば医療機関の経営を示すデータは、かつてほどではないが、現在でも私的な機関については不十分でしかない。他の産業ではマクロデータとして『工業統計表』をはじめ多くのデータがあり、個別企業の詳細な経営状態を示す『法人企業統計』に至るまでよく整備されている。しかし残念ながら医療機関についてのデータは少ない。医療行為を示すデータはさらに限定される。さらに医療行為の実態を知るにはカルテの分析が最適だろう。しかしそれ自体公開するか否かが、論議されている状態である。現在電子カルテの普及を推進する声が強いが、実際に研究に使用されるにはまだ時間がかか

りそうである。データが存在しないという理由で、医療経済学を断念した若い学徒も身近にいるほどである。

4. カルテには及ばないものの、現在期待されているのは、レセプトを解析しようとするものである。公的社会保険を採用している日本では、医療機関の保険者に対する診療報酬を示すレセプトは貴重なデータを提供する。これに対しては、とくにレセプトに記載される疾病名は保険請求のためであり、実際の病名とは必ずしも一致しないという批判がある。確かにそのような欠点はあるが、出来高払い制を採用している日本では、医療の実態に迫る格好の情報を提供する。その具体例はこの特集号に収録されている諸論文で観察される。保険者機能の強化が掛け声倒れに終わらないためにも、保険者はレセプトを解析して、被保険者のために医療情報の拡充に力を傾注すべきだろう。とくに組合健保が個人情報の保護に十分注意して研究者との共同作業を行えば、被保険者に対する大きな貢献になるだろうし、そのような医療経済学的な研究の集積は、日本の医療の効率と質の改善に資するところ大であろう。

梶田忠彦

(ときた・ただひこ 一橋大学教授)