

医療の費用対効果向上に向けた政策評価・政策提言については、昨今の医療保健制度をめぐる活発な議論にこたえるものとするため、政策評価・政策提言は医療保健制度全体に対する包括的なものとなっている。その中で、本研究で明らかになった様々な費用効果分析とその成果を通じて明らかとなった費用効果分析の重要性という観点から、費用効果分析に基づいた意思決定、資源の投資配分（ポートフォリオ形成）や医療政策の企画立案の重要性についての提言がなされている。

E. まとめ

本研究事業における数々の分析とその成果を通じて明らかとなった費用効果分析の重要性という観点から、持続可能でパフォーマンスの高い保健医療制度を如何に構築するかという点について具体的な政策評価・政策提言を行っている。その内容が、我が国の医療政策、特に①高度先進医療技術の導入・活用の促進方策、②医療技術の研究開発への投資促進、③対症医療への投資、予防医療への投資への資源配分のあり方、④如何に限られた公的財政資源を医療の分野への投資に結び付けられるのかというシナリオを探る手がかりとさせていただけるものと期待している。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 本研究の成果は研究終了の段階で適切な論文誌に投稿する予定である。従って、平成20年度末の研究終了時点まで本報告書は公表しない取扱とされたい。
2. 学会発表 本研究の成果は研究終了の段階で適切な学会等において発表する予定である。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

7-1. 保健医療制度の目標と評価

日本の今後の医療制度改革(政府の方針)(1)

□後期高齢者医療制度の導入

- ①平成20年度から、75歳以上の後期高齢者を対象とした後期高齢者医療制度を発足予定。財源は、1割の患者負担(現役並みの所得を有するものは3割負担)を除き、公費5割、現役世代からの支援(保険者からの支援)4割、被保険者からの保険料1割。
- ②患者の自己負担については、70歳未満の者は、これまでと同様3割負担。70-74歳の者については、2割負担(現役並みの所得を有するものは3割負担)。
- ③この制度の導入に伴い、「成果を上げれば保険料の負担が軽減される」仕組みをあわせて導入。具体的には、特定検診・保健指導の結果、生活習慣病有病者・予備軍の削減等の目標を達成できるかどうかによって、保険者からの支援金が最大10%増減される。支援金が増減すれば国保や健保の保険料は増減することになる。

□予防医療の重視

- ①今後の医療保険の改革のポイントは、予防医療への適用。禁煙プログラムが保険適用となり、次第に長期閉病が予想される糖尿病等の難治性疾患の検査と未病状態における生活改善指導・運動プログラム等が保険適用対象となるものと予想。

□医療法人改革

- ①現行の民法による公益法人制度を、一般的な非営利法人制度に変更する改革が進んでおり、医療法人についても、「認定医療法人」から「公益性の高い医療サービスを提供する法人」へと変更。
- ②この改革に伴って、従来認められていた医療機関債の発行に加えて、有価証券としての公募債の発行、医療保険業以外の多様な収益事業の実施、寄付金税制を含めた税制上の優遇措置が実現する可能性があるが、収益が上がった部分に対する課税強化の可能性も指摘されること。
- ③また、「公益性の高い医療サービス」とは、通常提供される医療サービスと比較して、継続的な提供に困難を伴うものであるにもかかわらず、地域住民にとってなくてはならないもので、
 - ・休日、夜間の診察等の救急診療
 - ・周産期医療を含む小児救急医療
 - ・僻地、離島医療
 - ・重症難病患者に対する継続的な医療
 - ・重篤な感染症患者に対する医療
 - ・災害、大規模テロ、動乱などの緊急事態に対応する医療 等

日本の今後の医療制度改革(政府の方針)(2)

□包括的診療報酬制度(DPC)の導入拡大

①DPC (Diagnosis Procedure Combination)は、平成15年より、全国82の特定機能病院(大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センター)の一般病床に、医療の標準化、均質化と効率化を実現するために導入。

②DPCの導入の背景には、現行の出来高払いに対する、(i)過剰診療になりやすい、(ii)医療技術評価や医療機関運営コストが診療報酬に適切に反映されない、(iii)医療の質や効率性の評価が収益に反映されない、等の批判がある。

③DPCにおける診療報酬額は、包括評価部分と出来高部分で構成。出来高部分として、手術料、麻酔料、千点以上の処置料などのドクターフィー的要素が算定でき、包括評価部分には、入院基本料、検査、投薬、注射、千点未満の処置などの定型的な要素が含まれる。

④DPCにおける診療報酬は、診断群分類ごとの一日あたりの点数×医療機関係数×入院日数で支払われる。医療機関係数では、病院ごとに紹介率などの病院機能の評価と前年度実績からの激減緩和が行われる。

⑤DPCの利点には、レセプト作成や審査の事務量軽減、病院の役割分担と連携、クリニカルパスの利用促進などが挙げられるが、一方問題点としては、経営効率化を目指すあまりの過小診療、負担の大きな検査の外来への移行、調整係数による激減緩和措置が逆に効率的医療を達成してきた医療機関を逆評価しかねないことなどが指摘されている。

⑥平成15年度のDPC導入の実績が3%の増収となったことから、手上げ方式に参加する病院が増え、現在360病院がDPCによる支払いを行っている。

図7-1. 今後の保健医療制度改革の基本的視点

□「共助」から「共助」+「公助」、そして「共助」+「公助」+「自助」へ

- ①「共助」: 被保険者の相互救済を基本とした本来の保険システム
- ②「公助」: 国保、政管健保等に対する公的資金の投入により組合型保険から国が補償する社会インフラ的要素が拡大
- ③「自助」: 健康維持、検診等による国民レベルでの疾病予防努力
- ④以上の三要素が一体となった保険医療制度構築を目指す

□パフォーマンスの評価と改善へのインセンティブ付与

- ①医療の質・効率性と患者の満足度の定量的表現と定期的評価
- ②評価結果によるリターン導入メカニズムの構築
- ③被保険者の生活改善等の努力が保険料等に反映するメカニズム

□選択の自由の拡大

- ①患者の医療機関選択に自由の確保と適切な選択のための情報の開示
- ②患者の受けたい診療の選択の自由(特に終末期医療について)
- ③保険者による医療機関との選択的契約

□医療の質の向上の促進

- ①医療機関の近代化、効率化、安全性向上への投資を医療費に組み込むメカニズム
- ②医療サービスの質の鍵となる医療人材パワーの質の向上とやる気の出るシステム

保健医療制度の目標と評価についての考え方

□ 評価すべきこと:

- ① 保険医療システムのパフォーマンス
- ② 医療機関のパフォーマンス
- ③ 治療やケアの方法の効果

□ 評価方法:

- ① 社会や国民の期待に沿って(即ちアウトカムベースで)予め設定しておいた目標が達成されているかどうか
- ② 投入した資本やマンパワーに見合ったアウトカムベースの効果が上がっているかどうか

□ 評価の指標:

- ① 質あるいは量に関する目標
- ② 費用効果の貨幣的表現

具体的提案: 保健医療に関するアウトカム評価の方法(費用効果の場合)

	制度評価	医療機関評価	新治療・診断法の評価
投入資源	<ul style="list-style-type: none"> - 国民医療費の増 - 医療人材の育成コストの増 - 医療機関整備費の増 	<ul style="list-style-type: none"> - 医療機関における医療費の増 - 医療スタッフコストの増 - 施設設備投資の増 	<ul style="list-style-type: none"> - 特定疾患治療に投入された新治療・診断法の適用に伴う医療費の増 - 新治療・診断法の開発費
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> - 平均寿命の増加 - 疾病死亡率の低下 - 平均在院日数の低下 - 身体障害率の低下 	<ul style="list-style-type: none"> - 医療機関における在院日数の低下 - 受診サービスの向上(主として診療所外来)(診療の質と説明、待ち時間、診療回数、時間外診療、患者紹介に示される病院との連携、患者満足度等) - 入院治療サービスの向上(主として病院)(医療の質と説明、看護の質と説明、病室、食事等の入院環境の質、患者紹介に示される病院との連携、患者満足度等) 	<ul style="list-style-type: none"> - 従来法に比べた特定疾患死亡率の低下 - 従来法に比べた特定疾患に係わる患者QoLの向上(身体障害率、認知程度の向上) - 従来法に比べた特定疾患に係わる平均在院日数の低下 - 従来法に比べた特定疾患の診断率の向上

7-2. 我が国の保健医療制度への提言

我が国の保健医療制度の諸課題に対する提言(基本的考え方)

- 医療政策の理念、長期的なビジョン、目標を国民的なコンセンサスのもとに確立。その際、医療が人の命を扱う活動であることを中心にすえ、国民の幸福の増進を前提とすべきで、医療費の総額抑制を前提とすべきではない。
- 目標を実現するための医療政策を再構築。その際、理念、ビジョンの実現を基本ラインとし、医療費の増大要因の対処療法的政策から脱却。人口の高齢化と医療の高度化によって医療費の増大が生じるのは自然な現象。特に、医療の質は関与する人の技術と献身に支えられていることに留意。
- 合理的な評価の方法により、医療政策、医療機関、医療の方法について、目標を達成しているかどうか、目標達成にどのように貢献しているかの観点から分析、確認し、政策、機関の行動、方法の適切な改善を図る。
- 国民の利益を第一に考え、特定の集団、団体による政策誘導を排除。

図7-2. 我が国の保健医療制度の諸課題に対する提言(1)

□ 持続可能な保健医療制度の構築

◆保健医療への投入資源(総医療費、医療人材等)と国民の健康・福祉上のアウトカムを政策レベル、医療機関の経営レベル、新医療や新薬などの技術レベルで目標化し、定量的に計測し、適切に管理して、パフォーマンスの最大化を実現する。このような目標管理手法の導入と方法論について国民的なコンセンサスを得る。

◆総医療費が国民経済、国家財政との比較において持続可能なレベルとはどの程度であるのかについて国民的なコンセンサスを得つつ、社会保険と税のバランスに関する不断の見直しを実行

◆医療保険者(組合健康保険、共済組合、政府管掌健康保険、国民健康保険)による老人医療制度や後期高齢者医療制度への拠出金、支援金の適切な管理(一定の歯止め等)と両制度の運営への関与

◆社会保険料の逆進性の改善(所得税非課税者からの徴収と月収98万円以上の所得者からの定率徴収)と高額所得者(特に高齢者)の医療費における自己負担割合の増加

◆診療報酬、薬価体系の見直し(外来から専門医療重視へ、もぐら叩き型から政策主導型へ)

◆診療報酬、薬価の合理的かつダイナミックな決定(経済コストと効果に見合った価格評価(新薬でも既存薬と効能が変わらなければ既存薬と同じ評価)、診療料を越えた点数移動等)

◆不必要に近いあるいは贅沢な医療サービスの抑制(裁量的なケアへの需要の管理)

◆零細な保険者、特に国保における市町村の統合

我が国の保健医療制度の諸課題に対する提言(2)

□ 国民のニーズに応える保健医療制度

◆我が国の保健医療制度の特徴である国民皆保険制と公平性を維持しつつ市場原理の導入の拡大(機会均等の公平性の担保と自由診療・選択診療の共存)[一律平等に供給される医療サービスには超過需要による混雑現象が発生している。必要な水準の医療は国家的、社会的に保障し、必要以上の医療には受益者負担を前提として適正な価格付けをするという発想]

◆我が国の保健医療制度の特徴である国民皆保険制と公平性を維持しつつ高額医療費や裁量的医療費の自己負担をカバーする補足的な私的医療保険へのアクセスの拡大

◆我が国の保健医療制度の優れた公衆衛生的特徴(母子保健や充実した検診)を生かした予防診療の充実と保険の適用

◆我が国の保健医療制度の特徴である低コスト性を維持しつつ高度先端医療の導入等による医療の質の向上実現

◆医療機関の選択の自由と医療機関の経営の裁量性を基礎とした、患者ニーズに対応した医療サービスの促進(診療時間、往診等の拡大、待機期間、待ち時間の短縮等)

◆公益性の高い医療サービスとして掲げられた医師の手薄な産婦人科・小児科における緊急時医療、僻地・離島における医療、災害等への対応医療等について、診療報酬における特別の手当での導入

◆医療の質、安全性、公正さを担保するため、保険者が最適と評価した医療機関を選択的に契約して加入者に受診させるマネジド・ケア制の導入

◆国民の正しい選択と情報の非対称性の緩和の前提となる医療情報の開示

◆終末期医療について患者と家族の意志を尊重し、過剰な医療特に供給者による誘発需要を抑制

我が国の保健医療制度の諸課題に対する提言(3)

□ 医療の質と安全を高める保健医療制度

◆医療の質の向上(高度化)と安全安心の確保を促進し、担保する診療報酬体系の見直し。特に施設・設備等のキャピタルコスト、情報化投資、衛生関連投資、医療廃棄物処理コスト等を適切に医療価格体系に反映する方法の開発

◆診療所におけるプライマリーケアと病院における専門的医療に対する診療報酬の再構築(ミッションの明確化、それぞれの特徴を生かした医療の提供、専門医療の価値の再評価等)

- ◆多診療科にまたがる幅広い研修と病院の運営に関する教育
- ◆証拠に基づく医療の普及、専門的医療手法の標準化、ガイドライン化を促進
- ◆専門性に見合った高い報酬とセットになった公的な専門医、認定医制度の導入
- ◆幅広いスキルを持った臨床検査技師等優秀なコメディカル人材の育成と活用
- ◆カルテ内容の質の向上を目的とした定期的な点検と電子化を契機とした標準化
- ◆保健医療に関する各種統計の収集・提供、医療機関における情報開示の推進

我が国の保健医療制度の諸課題に対する提言(4)

□ 医療の効率性を増大させパフォーマンスを最大化する保健医療制度

◆医療機関の提供する医療サービスの効果について目標を設定し、これを定期的、定量的に評価して、医療機関のパフォーマンスの最大化を実現する

◆新たな医療技術、医薬品の導入当たって、効用の評価を行いその結果に基づいて意思決定を行うシステムの確立

◆医療提供者による患者の症例と治療法ごとの医療効果のモニターを推進し、費用効果に優れた医療提供の基礎を確立(特にデータの蓄積が重要)

◆保険者あるいは第三者による医療のパフォーマンス(質、費用効果、生産性の向上)のモニターシステムと良好な結果に対して報酬を提供するシステムの開発と導入

◆医療のマクロとミクロな目標と実績に関する国際的なベンチマーキングの実施

◆診療所と病院による二重医療提供体制の効率に関する評価分析と適切な改善

◆医療の情報化、デジタル化を推進。カルテ、レセプト、被保険者証、受診証に加え、医療情報特に画像情報のデータ化とポータビリティ向上を実現し重複検査等を回避

◆頻回診療と入院の長期化を招く診療報酬の出来高払い制度の見直し(疾患毎、重症度毎に設定された標準的かつ包括的な支払い方式(DPC等)の普及や総額請負制の導入等)。その際、良質な医療の効率的な提供を行っている医療機関にインセンティブが働く診療報酬体系を構築。

我が国の保健医療制度の諸課題に対する提言(5)

- 高齢化社会を支える保健医療制度
 - ◆高齢者介護における国(福祉事務所)、市町村(保健センター)、病院(訪問看護ステーション)の機能的な連携
 - ◆持続可能な高齢者介護のための介護報酬体系の見直し(家事援助サービスの自己負担割合の見直しと介護事業者、介護サービス提供者への報酬改善)
 - ◆都市部における高齢者介護施設の増設・拡充
 - ◆健康寿命延長のための様々な取り組み強化(医療・介護の資源を治療から予防に再配分、ハイリスクグループへの健康生活情報の提供、生活習慣改善指導、地域ぐるみの支援等)

- 先進医療技術・革新的医薬品の開発を促す保健医療制度
 - ◆診療報酬と薬価の決定方式の見直し(費用効果分析の実施と評価結果による点数の見直し、診療料の枠を超えた全体的な見直し)
 - ◆医師・患者・研究者にインセンティブの働く臨床研究と治験制度の構築(臨床研究の届出制、統一的な被験者登録制度、付保の徹底と免責の確保、被験者への経済的メリットの十分な説明等)
 - ◆先進医療技術に対する投資を誘導するような診療報酬の設定(費用効果分析の良好な結果に基づく合理的な価格評価)
 - ◆革新的医薬品開発に対する投資を誘導するような薬価の設定(費用効果分析の良好な結果に基づく合理的な価格評価)

我が国の保健医療制度の諸課題に対する提言(6)

- 医学研究の質の向上
 - ◆医学研究者の質の向上(メディカル・スクール制(4年+2年)の導入、国際水準を満たす学位の認定、学外審査委員の登用、海外の臨床現場でのレジデント研修をインターンと認定等)
 - ◆硬直的な医局体制から個々の研究者の創造性と科学的な貢献が評価される体制への変革
 - ◆統計的・疫学的研究への臨床医の積極的な協力(データ取得、情報提供等への協力)
 - ◆若手研究者による公的な競争的資金への積極的なチャレンジとポストによる研究費配分慣行の変革(若手研究者の独立性、自立性の確保)
 - ◆博士課程の学生を放任せず、研究の仕方、研究の方向性等について指導すること

- 医療関係人材の育成
 - ◆医療・介護の質の向上を求め、継続的に国民(人類)の健康と幸福の創造に貢献するというモチベーションを失わない医療・介護関係人材を育成する教育の実践
 - ◆患者や利用者の人格と選択の尊重と心のケアができる広い視野を持った人材育成のための教育の実践
 - ◆現場の医療・介護人材が最先端の知識・技術を習得するためのリカレント教育・研修の提供
 - ◆近代的師弟関係や過酷な勤務環境の改善、地域や最貧国での活動の成果が処遇に反映されるような評価システムの導入等による有意の人材の確保
 - ◆医師技術料の適正な評価、コメディカル人材への適切な報酬、介護支援者への暮らしの成り立つ給与水準の確保等医療・介護を志望する人材へのモチベーションを高める処遇の実現

図7-3. 今後の保健医療制度にそぐわない考え方・提言(1)

□持続可能性を損なうことになる保健医療制度についての考え方・提言

◆医療費の増大を抑える場当たり的な対策に終始する現在の保健医療政策の繰り返し。正確な試算に支えられた保健医療の長期ビジョンの策定とこれに基づく合理的で持続可能な制度設計を全体的にやり直す必要がある。その際国民のニーズと利益を第一に考え、国際的に見て比較的スリムな保健医療費の増大を不合理に圧縮しようとしなことが基本。

◆国民医療費(とその国庫負担)削減のための被保険者本人の自己負担割合のこれ以上の増大(後期高齢者医療制度の導入以降の更なる負担増)。日本の保健医療制度における患者の自己負担割合は国際的に見ても私的保険中心の米国を例外として最高水準にあり、これ以上の増大は選択的に低所得者階層への受診抑制を引き起こす可能性があり、その場合国民保健医療の公平性を実質部分で損なう結果となる。

◆国民医療費(とその国庫負担)削減のため公的保健の適用範囲を縮小し、必要な診療を私的な保健に委ねたり、自由診療化する試み。このような条件のもとで国民は、将来の必要な医療のために個人の貯蓄を増加させる行動をとるが、マクロ経済学の恒等式「民間貯蓄超過額＝政府財政赤字＋貿易黒字」が教えるところによれば、政府の財政赤字がさらに増えることになる(これまでも毎年5,000億ドルもの貿易黒字を出しながら、1,500兆円の民間貯蓄蓄積のプロセスの中で、政府(地方を含む)は800兆円の累積赤字を積み上げてきた)。

今後の保健医療制度にそぐわない考え方・提言(2)

□持続可能性を損なうことになる保健医療制度についての考え方・提言(続き)

◆保健医療制度を、ドイツ流の完全保険制度、英国流の完全税負担制度ましてや米国流の指摘保険主体の制度にする提案。現在の保険と公費と自己負担のミックスした現行制度が超高齢化社会を乗り切る持続可能性を有していると考え。

◆国民医療費の増大の要因である頻回診療と長期入院を助長する改革(病床の総量規制の緩和、外来診療を促進する診療報酬の改定等)

◆医療費の償還制度(患者が一旦医療機関に医療費長期入院を助長する改革(病床の総量規制の緩和、外来診療を促進する診療報酬の改訂を支払い、後に保険者から償還を受ける制度)の導入。償還制度ではレセプトではなく領収書に基づいて償還がなされることになるので、保険者による請求の内容の確認、不正のチェックができなくなる。

◆国際水準に近づきつつある薬剤比率を高めてしまうような新薬に対する薬価設定(従来薬と効能の異なる新薬には従来薬と同じ薬価を設定すべき)

◆大学特にその多くを占める私学における歯科学生の入学定員を維持し、供給過剰気味の歯科医師の増加を加速すること

今後の保健医療制度にそぐわない考え方・提言(3)

□国民のニーズに反する結果となる保健医療制度についての考え方・提言

- ◆我が国の保健医療制度の特徴である国民皆保険制と公平性を損なうことになりかねない見境のない経済性原理や企業原理の導入(保険者による被保険者の選択(高リスク保険者の排除等)、病院の企業経営による患者の選択、高額診療や自由診療の押し付け)
- ◆病院の経営主体として株式会社の参入を容認すること。経営の効率化のための人件費や安全コストの圧縮、営利重視の過剰診療、買収による病院のチェーン化と組織的不正請求(医療におけるコムスン現象)が出現しかねない。
- ◆全国一律の医療を提供するユニバーサルサービスを変更し、地域毎の診療コストや医療ニーズの実態を反映した診療報酬システムを導入すること(但し、公益性の高い医療サービスとして掲げられた医師の手薄な産婦人科・小児科における緊急時医療、僻地・離島における医療、災害等への対応医療等への特別の手当ては例外)

今後の保健医療制度にそぐわない考え方・提言(4)

□医療の質と安全を劣化させることになる保健医療制度についての考え方・提言

- ◆病院の経営主体として株式会社の参入を容認すること。経営の効率化のための人件費の削減による医療サービスの質の劣化、高額医療の押し付け、安全コストの圧縮等)が出現しかねない。
- ◆医療サービスの高度化や安全対策への投資を回収する仕掛けが存在しない現在の医療報酬体系を維持すること

□医療の効率性を減少させパフォーマンスを低化させることになる保健医療制度についての考え方・提言

- ◆効率化、合理化の達成メリットが享受できない出来高払いの報酬制度の維持
- ◆効果、効能と比較して高額な外国製の医薬(例、タミフル)や医療機器(例、PET)を費用効果を評価せずに大量に供給、導入すること
- ◆患者の重複受診行動、医師の過剰診療行為等公費依存意識が招くモラルハザード。窓口受診料はもとより国費にせよ保険料にせよ、結局全ては国民負担であることを理解する必要がある。資源を浪費すれば他の行政サービスが低下するだけである。

今後の保健医療制度にそぐわない考え方・提言(5)

□高齢化社会を支えられない恐れのある保健医療制度についての考え方・提言

◆高齢者を一般病床から療養病床へ、医療施設から介護施設へ、介護施設ケアから在宅ケアへとコストのかからない環境へ押しやるだけの発想で、医療・介護制度を設計する現行の政策を継続すること

◆予防・検査は医療・介護になじまないで個人負担という現在の考え方。糖尿病有病者740万人、その予備群880万人、高血圧症有病者3,100万人、その予備群2,000万人、高脂血症有病者3,000万人、これらが大きな原因となる脳卒中死亡者数13万人/年、心筋梗塞死亡者数5人/年、健康診断で異常なしの者と主要4検査項目異常ありの者では10年後の医療費に3倍の格差があるという現実(多摩大学真野医師)を踏まえて、ハイリスク予備群に対する予防・検査を保険医療制度の中で実施することが必要。これは健康寿命延長をもたらす、結果として長期介護医療費の削減につながる。

□先進医療技術・革新的医薬品の開発意欲を殺ぐことになる保健医療制度についての考え方・提言

◆効果、効能と連動しない価格評価方式を継続すること。既存の技術や医薬と比較して効果・効能が優れているものに対しては、その経済的効用に見合った価格評価を設定すべき(開発コストに見合った価格設定ではない点に留意)。

今後の保健医療制度にそぐわない考え方・提案(6)

□医学研究の質の劣化を招く考え方・提言

◆大学院への進学者について、同じ大学出身者の割合を設定して制限する提案

◆統計的・疫学的研究、医薬の革新に不可欠な臨床試験・治験への臨床医の消極的な姿勢

◆若手研究者の独立性、自立性を抑制する様な研究環境、研究資金配分等

□医療関係人材の育成を阻害する考え方・提言

◆医療費の抑制のみを狙って、長い研修に支えられた医師、薬剤師等の専門性、看護師、介護支援者等の献身への適切な評価を疎かにすること。医療の質はそれに携わる人材の専門性と献身によって成立していることを忘れ、医療を志望する人材のモチベーションを喪失させると、結果として医療システムを破壊することにつながる。

厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業

新医療技術が国民医療経済に及ぼす効果の計量的分析と医療の
費用効果向上の観点からの政策評価と政策提言
平成19年度 総括・分担研究報告書

平成20年3月31日発行

事務局 東京医科歯科大学
主任研究員 中西 章
〒113-8510 東京都文京区湯島1丁目5番45号
TEL 03-5803-5782 FAX 03-5803-5782