

第145回月例セミナー 【ダイジェスト】

「医療制度改革における高齢者医療の課題と保健予防活動の重要性」

筑波大学大学院人間総合科学研究科

ヒューマン・ケア科学専攻保健医療政策学分野 教授 大久保 一郎

●今回の内容

今回の内容として、最近では医療制度改革が大きな課題となっていますが、その背景となる「医療費の動向」「医療制度改革の概要」をお話します。「高齢者医療の課題」では統計上どのような形になっているかお話します。「医療機関の経営状況」は、医療関連の仕事をしている人にとって、大変関心のあるところではないかと思います。

そして、「予防、保健活動の重要性」では、医療制度改革、それは医療費の伸びを抑えるということですが、その中で予防、保健活動がうたわれています。予防活動、保健活動についての評価の方法など、私が今まで経験したことをご紹介しながらお話を進めていきたいと思います。

医療制度構造改革試案の概要（厚生労働省：平成17年10月19日）

医療制度構造改革の試案は、平成17年10月に出され、スライドのような大きな5つの取り組みがあります。今日のテーマとして、私は1番目の「予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取り組み」を中心にお話をしていきます。

予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取り組み

生活習慣病を中心とした疾病予防を重視するとともに、医療計画の見直しなどにより総治療期間の短縮等により、地域ごとの患者本位の医療供給体制を確立するということでは、「生活習慣予防のための本格的取り組み」と「患者本位の医療提供体制の実現」の大きな2つの取り組みがあります。1つ目の「生活習慣予防のための本格的取り組み」とは、糖尿病・高血圧・高脂血症の予防、つまりメタボリックシンドロームの健診を重点的に行うことです。

今までは老人保健法を所管していた市町村、行政の担当者は、健診を勧めて受診率を上げることに着目してきました。保険者は、医療費に対してどのような予防活動をするのかということに関しては今まであまり関心が高くありませんでした。お互い2つの部署がそれぞれ違った目的で動いていたわけですが、保険者がこのような健診・予防活動を行うことによって、お金を払う側、お金勘定する側も、どのようにすれば医療費を節約できるかという視点が求められてきました。つまり、ヘルスの保健とインシュランスの保険がより連携を深めることが求められるようになったわけです。

●国民医療費の分析

国民医療費と対国民所得比の年次推移

このグラフは国民医療費の動向です。最も新しいもので平成15年が31兆円で、平成16年は32兆円に達しているのではないかと思います。31兆円と一口に言っても、どのくらいのお金なのかなかなか把握できないと思います。1人当たり年間25万円ということで、25万円を1億2000万人分集めるとどのくらいの量になるのでしょうか。新札は100万円が1センチですから、距離にすると310キロになるわけで、東京から名古屋ぐらいの距離になります。年間医療費としてこのくらいの額が消費をされているということです。

平成12年と平成14年に、医療費が初めて対前年と比べて下がったことは非常に特徴的です。平成12年は、介護保険制度ができたことにより、老人医療としてカウントされていた費用が介護保険にシフトされ、実態は変わっていないのですが、見かけ上は減りました。平成14年は診療報酬の技術料のマイナス改定がありました。今までマイナス改定は薬価まで入れるとあったのですが、技術料をマイナスにしたのは平成14年が初めてです。また、平成18年の診療報酬の改定も技術料部分がマイナスになっているので、医療費は下がる可能性があるのではないかと予測をしています。

国民医療費、国民一人当たり医療費及び対国民所得割合の年次推移

これは国民医療費の伸びと国民所得の伸びをグラフ化したものです。平成を超えたごろから、医療費の伸びは、最低の伸び率を示しています。政策目標としては理想的には国民所得の伸び以内に医療費の伸びが抑えられれば、国民の負担率が上がることがないということです。かつてはそういう時代もありましたが、全体的に見ると、国民医療費の伸びのほうが高くなってきています。高度成長期時代には、恐ろしいことに医療費が昭和49年にいきなり35%も上がっています。これを今に換算すると35兆円の医療費が来年には50兆円ぐらいになるような大きな伸び率でした。これはオイルショックによる物価の上昇や老人医療の無料化等が重なったためですが、国民所得の伸びもまた高かったため、大きな問題にはなりません。

しかし、最近では、国民所得が伸びないという非常に厳しい状況になっています。もし国民所得の伸び以内に医療費の伸びを抑え込もうとするのであれば、これは経済の活性、つまり景気がよくなるかといけません。これ以上医療費を抑えることは、非常に難しいということがわかつています。

国民医療費（施設別）の年次推移

これは医療費を施設別で見たものですが、現在は約半分が病院に流れております。特徴的なのは、薬局調剤医療費のシェアが、現在は15%近くになっており、歯科診療医療費を上回っています。施設別のシェアで言いますと、1番が病院、2番が診療所、3番が薬局、4番目が歯科です。これはさらに医薬分業が進み、院外処方率がさらに増えると、薬局調剤

医療費はさらに増えてくることになります。

傷病別一般診療医療費

これは傷病別に一般診療医療費を見たものです。1番多いのが循環器系の疾患、2番が新生物ということですが、これは通常の死因の順位と一致していません。年間約100万人の人が死亡していますが、そのうちの30万人はがん、15万人は脳血管障害、15万人は心疾患が死因です。新生物と循環器系の疾患の死亡者数はほぼ同じで、そういう観点から医療費も同じぐらいかと想像されるのではないかと思います。しかし、循環器系の疾患は、寝たきりになるなど長期に療養が必要な疾患が多く、1日当たりの単価は決して高くありませんが、医療費は「量×単価」として計算されますが、日数、量がとても多いこととなります。一方、新生物は、1日当たりの単価は高くても、日数、量が多くないので、この差が出てくるのです。

医療費の適正化を図るときに、どれをターゲットにするかというところ、このデータからわかるとおり、循環器系の疾患になります。往々にして、がんはニュースバリューがあるのですが、医療費を抑えるには、実は循環器系の疾患なのです。この循環器系の疾患の医療費をどのように下げるかというところ、糖尿病や高血圧の予防などの、いわゆる生活習慣の改善です。循環器病対策は、医療費を抑える、適正化する上では最も重要な疾患です。

国民医療費（年齢階級別）の年次推移

次に年齢階級別の医療費です。平成15年は65歳以上が52%でした。これは少子高齢化が進めば進むほど、この割合は増えるので、平成18年は55%ぐらいになっているかもしれません。医療費の適正化を図るには高齢者医療費もどうするかということになります。

一人当たりの国民医療費（年齢別）

これは1人当たりの国民医療費をグラフで書いたものです。1人当たり25万1,500円が平均で、これは月に約2万円になります。しかし、65歳以上は65万9,600円、75歳以上は81万5,100円という差が出てきています。

高齢者の医療費が高いことはやむを得ないのですが、これほどの差があっているのかということになります。ここで重要なことは、1人当たりの医療費をこれから10年間1円も上げないで済む政策ができたとしても、高齢化は進んでいくので、それでも医療費は上がっていくことになることです。医療費の伸びをどこまでが許容するのか、どの金額以上にならないようにするかということは難しい判断です。

国民医療費（財源別）の年次推移

これは医療費を財源別で見たものです。平成14年と15年では、医療費の3分の1は税金が投入され、4分の1が国庫、つまり一般の税金でした。国からの税金が投入されている

わけです。昭和 29 年から 40 年にかけては、患者の負担を減らすために税金が投入されてきました。しかし、平成から、患者の自己負担を減らすために公費を投入するのではなく、公費の投入を減らすために患者の自己負担を増やしているのです。現在もその傾向にあり、皆保険制度ができるときとはまったく違った方向で進んでいます。

医療施設医師数と 1 人当たり医科医療費の推移

これは、医療施設で従事する医師、歯医者、1 人当たりの医療費はどうかというグラフで、医療機関へ流れている医療費を医療機関で働いている医者数で割ったものです。平成 14 年は単純に割ると、1 人約 1 億円の医療費が医者に流れています。しかし、最近の医療費の伸びの低下と、医者数の増加を考えると、この金額は減ってくる可能性があります。

この折れ線グラフで一番伸びているのは昭和 40 年後半から 50 年前半ですが、これは高度成長で医療費が増えたためです。しかし、今は 1 人の取り分が減ってくる傾向にあるので、医療費があまり伸びずに、医者数がどんどん増えていくと、この傾向はより強調されてくるかと思います。

●病院経営の動向（自治体病院、公的病院、私的病院の比較）

赤字病院の年次推移

これは赤字病院の年次推移を見たものです。これを見ると、自治体はほぼ 100%赤字です。おもしろいことに公的病院の動きと私的病院の動きはほぼ一致しており、自治体病院だけが乖離をしていることがわかると思います。

この病院経営が非常に悪化したのは、平成 2 年ぐらいからです。ただし、平成 4 年以降は改善しているので、病院経営者にとって平成 4 年の改定は非常によかったということです。それ以降は私的病院も公的病院も改善をしていますが、自治体病院は改善しませんでした。そして、再び悪い時代を迎えているのは、平成 13 年、14 年です。これは介護保険が導入され、平成 14 年の技術料のマイナス改定が大きな影響だったと思いますが、この年は私的病院も公的病院も悪化しています。ただ、それ以降は私的病院も公的病院も経営努力して、改善してきています。しかし、自治体病院はそのままの状態改善していません。

医業収支比率

これは医業収支比率で、補助金などを除いて 100 円を稼ぐのにいくらお金を使っているのかというグラフです。これを見ると、自治体病院は 100 円を稼ぐのに 112 円、113 円を使っています。一番悪かった平成 4 年、5 年を頭にして、ほとんど改善していません。一方、私的病院、公的病院は改善をして、平成 14 年に悪くなりましたが、再び改善をしています。私的病院、公的病院は 100 円稼ぐのに 100 円より下に来ているので、それなりに経営は成り立っていることがわかると思います。

100 床当たりの医業費用の推移（6 月分）

自治体病院がなぜこれほど悪いかというと、医業費用が多い、人件費が高いからだと言われているのですが、実はそうではありません。このグラフは 100 床当たりの医業費用の推移を見たものですが、決して 100 床当たりの医業費用は、自治体病院は高いわけではなく、むしろ、公的病院のほうが高いのです。それなのに経営が悪いということは、医業収益が悪いということになります。

100 床当たりの医業収入の推移（6 月分）

これは 100 床当たりの医業収入の推移です。自治体病院の医業収入は私的病院と同じぐらいですが、医業費用は公的病院と同じぐらいです。つまり公的病院はかなりの医業費用を投資していますがそれ以上の医業収入を上げていますが、自治体病院は医業費用が高くても、医業収入が私的病院と同じぐらいの規模になってしまっています。この差が経営に出てきているのです。

これを評価するときには、自治体病院の敵になる見方と味方になる見方があります。まず敵になる見方をすると、自治体病院は稼ぎが悪いということで、経営効率を考えらくなります。一方、味方になる見方をすると、さすが自治体病院だ、一生懸命不採算医療を行っているから費用はかかるけれども売り上げは上がらないのだとなります。不採算医療に手を出すのは、自治体病院本来の姿であり、決して悪いことではない、やることをやっているのだという見方もできるのです。皆さんもいろいろと感じるところがあるかと思いますが、実態としてこのようになっています。

●薬局と診療所の経営の動向

診療所 1 施設当たり医療費

これは診療所 1 施設当たりの医療費ですが、1 診療所当たり約 8000 万円が流れています。これは先ほどの医者 1 人の医療費と同じような傾向で、昭和の半ばから昭和 50 年にかけては診療所の収入が増えた時期がありますが、平成 8 年をピークにして 1 診療所当たりの医療費は伸び悩んでいます。

歯科診療所 1 施設当たり医療費

これは歯科診療所 1 施設当たりどのくらい医療費を使っているかというものです。歯科は約 4000 万円弱ですが、医科と比べて平成の前から伸び悩んでいます。

1 診療所及び 1 歯科診療所、1 薬局当たり医療費の推移

これは 1 診療所及び 1 歯科診療所、1 薬局当たり医療費の推移を示したものです。現在は、調剤薬局は 1 施設当たり約 7000 万円の収入があります。医科診療所が約 8000 万円と少し

なので、これを単純に伸ばしていくと、もしかしたら今はもう医科診療所より売り上げそのものは多いかもしれません。

医科（無床診療所）経営収支の年次推移

これは医科（無床診療所）経営収支の年次推移です。1 診療所の収入と費用の差の医業収支差額は約 200 万円で減っていません。これは 2005 年では月 250 万円近くの収支差額があるので、平成 18 年の改定では、まだ下げても余裕があると判断されたのだと思います。一生懸命経営努力しても、その結果がより厳しくされるデータとされるというのいかなものかという気がします。

歯科経営収支の年次推移（6 月）個人

これは歯科経営収支の年次推移です。歯医者も現在は約 150 万円の収益があります。1989 年と比べると、1989 年は 170～180 万円ありましたが、現在は約 150 万円です。

調整薬局経営収支の年次推移（6 月分）

これは調整薬局経営収支の年次推移です。薬局の収支差額は 100 万円を切っています。

医療費の構成要素

医療費の要素とは、単価×総量です。その単価を下げるには、患者をできるだけ軽症で来るようにすることによって単価を抑えることができます。総量を抑えるためには、罹患率を抑えることになります。さらに、一部負担金を増やすことによって、受診抑制をすること、病床数を規制によって入院者を減らす、在院日数を短くするといったようなことが考えられます。この中で、「生活習慣病の予防」が出てきます。生活習慣病の予防には、長期的な視点が必要です。生活習慣を予防することによって健康になります。そして、病院を受診しないことによって患者数の減少になり、受診に来たとしても軽症のうちに來ることになるので、医療費単価の減少になります。生活習慣病の予防は、単価×総量という概念の両方の要素に効くということで期待されているわけです。

●医療費の適正化対策

医療制度構造改革試案の骨子

医療費適正化対策ということでは、国としては生活習慣病の予防の徹底、平均在院日数の短縮ということがあります。

医療費適正化の方策と規模

この生活習慣病の予防の徹底と平均在院日数の短縮によって、2025 年には医療費が 56

兆円になるところを 49 兆円、つまり 6 兆円を浮かせようとしています。私は学問的な視点から、生活習慣病の対策をすれば本当に 6 兆円も下がるのか、医療費に対してどのような影響があるのかということに興味を持っています。先ほど、生活習慣病の予防をすることによって、単価も総量も減るので医療費は下がるだろうと言いましたが、本当に医療費は下がるのか、慎重に判断をする必要があるかと思います。

健診結果と医療費との関係

これは健診結果と医療費との関係で、10 年前の健康診断で異常があった数に応じて、10 年後の医療費が高くなっていることを示している表です。厚生労働省の立場からは、健康診断で異常のない体にすれば、将来的に医療費は下がるだろうということを言いたい資料だと思います。

中長期的な医療費の適正化

医療費の適正化のために何をするのかというと、都道府県は計画の策定、実施、実施強化、実績評価などを行なっています。また、医療保険者による保健事業の本格的実施ということで、糖尿病等の予防に着目した健診があります。国からの後期高齢者医療支援金とは支援金の負担額の調整ということで、一生懸命健診を行なったところほど多くの支援金が入っていくことになり、あめとむちが組み込まれています。また、私なりに老人保健法の中身を見ると、将来的には都道府県別の診療報酬の点数の設定ができるような可能性が明記されています。

●保健予防活動と医療費

健診（検診）と医療費

次に、保健予防活動をすると医療費がどのように変化をするのかということ、少し推計してみました。「健診を行うと医療費が少なくなる？」ということですが、「早期に患者を発見して、早期（軽症のうち）に治療ができるので、医療費は安くなる」というのは確かに間違っていない。健診で異常が見つかった人の医療費が 100 万円かかるところを、健診ではなく自覚症状を持って発見した人は 300 万円かかるので、200 万円の医療費が節約できるという言い方になるのです。しかし、健診費用は医療費にカウントされません。健診は 100%ではなく、偽陽性により本当は病気ではないのに病気だと診断されるケースが出てくるのですが、そのような人の精密検査費用なども医療費にカウントされるので、これらを入れると、本当に医療費は安くなるのかと私は前々から疑問に思っていました。

予防活動の評価方法

今回、医療費の適正化ということで予防活動が強調されていますが、本来の予防活動は、

医療費を下げるために行なっているわけではありません。本来、健診の評価は本当に効果があるかどうか、それをどのように測定するかということです。その結果が確認された上で、次にその予防活動の費用はどのくらいかかるのか、医療費は下がるのかを考えるのです。

往々にして予防活動とは医療費が下げるためにしていると焦点が移りがちなのですが、それは副次的な話です。やはり最初に効果がどの程度あるのか、寿命が1日延びるのか、10年延びるのかというような評価をはっきり行い、評価の効果があるものに対して費用の計算をするということです。

臨床経済学的な視点

私は学問上の専門として臨床経済学をやっており、この費用と効果の両方を比較する研究をしています。効果がわからないまま、いきなり費用計算をしていることがあります。これは本末転倒であり、効果の確認後費用と効果とのバランスを検討します。1効果単位当たりの費用は、例えば1年寿命が延びるのにあといくら払えばいいのかということです。ここで重要なことは、費用が上がること自体が問題ではなく、費用が上がってもそれに見合った効果があるかどうかということです。

効果の主な指標

これは予防活動の効果の主な指標です。理想的には QALY (quality adjusted life years) を効果の指標としてとるべきです。QALY とは寿命という長さの概念に1年当たりの質を加えたものです。他の救われる人命数や、治癒される症例数も非常にいい指標ですが、可能であれば QALY、それが無理であれば、延長される余命 YOLS (years of life saved) ということです。

QALY Quality Adjusted Life Years (質を調整した生存率)

例えば、同じ20年間生きる人がいたとします。縦軸は100%健康な状態、0が死んでいる状態だとすると、寿命が同じ20年あったとして、もしくは延びたとしても、上の線のほうがいいのです。このような概念を客観的、数量的に評価するためにつくられたのが QALY という概念です。この図で右の一番上の角に来るのが究極にいいのです。これは、まさしく保健予防活動での合言葉である「PPK (ピンピンコロリ)」とはこのような概念です。

検診事例

では、がん検診をすると医療費が下がるかどうかということを単純な事例でシミュレーションしてみたいと思います。これはがん検診なので、メタボリックシンドロームを対象とした検診とは結果は違うかもしれませんが、どういうところに気をつけなければいけないかという点は類似していると思います。

「A がんの集団検診で異常を指摘された人が精密検査に訪れた。その人が本当がんである確率はどの程度であろうか？」という、検診の感度、がんの人に対してがんだと診断できる確率が70%、特異度、がんでない人に対してがんでないと診断できるのが90%です。1000人いると1人はがん患者がいるという集団とします。

事 例

この状態で計算すると、検診でがんと指摘されているにもかかわらず、本当がんである確率は約1%で、残りの99人はがんではないのです。しかし、がんかどうかわからないので精密検査はします。1人のがん患者を発見するために、99人の精密検査が必要なのです。これはある意味で、結果的に無駄な検査で無駄な医療費が発生するのです。このような無駄な医療費を加えると、本当に医療費は下がるのかと考えなければいけません。

費用の計算（例）－直接医療費用

例えば、今のケースで検診費用が1回5000円、精密検査が3万円、がんで早期発見されて治療すれば100万円、通常自覚症状を持って発見されたら300万円とします。早期にがんを発見すると医療費は200万円も節約できます。検診をすると医療費は節約できるので、ぜひ検診をやりましょうとよく言われます。

計算してみると、健診で5000円なので1000人で500万円の費用がかかります。精密検査では302万円かかります。そして治療費では、0.7は健診で見つかり、残りの0.3は健診で見落としてしまうので、300万円かかる人が30%いるわけです。そうすると、治療費は160万円で、この健診を1000人が受けると、費用は合計962万円になります。一方、健診をしなければ、自覚症状を持った人が治療するわけで300万円です。健診をしなければ300万円ですんだものが、検診をするから962万円かかることになります。しかし、健診費用は国民医療費からカウントされないの、962万から300万円を引くと、医療費としては462万円かかり、医療費だけで見ると162万円の増加になります。そして、健診費用まで入れると662万円もかかるわけです。

では、医療費が下がらない健診はやってはいけないのかということになるわけですが、それに見合った効果が上がれば問題ないだろうとなります。寿命1年を延ばすのに、日本では約500～600万円かかるのであればそれは許容範囲となっています。医療費を下げるのが健診の目的ではなく、効果が得られればこの健診を進めていいということになるのです。

医療費を削減するためには

医療費で162万円増加、健診費用も入れれば662万円の増加になるわけですが、この増加分をできるだけ減らすためにはどうすればいいかということです。逆に考えていくと、1つ目は精密検査の費用を下げることで、これは単価を下げることです。精密検査として確定診断するのにより安い技術が開発されることです。そして、精密検査に行かないようにす

る、つまり、がんでない人にきちんとがんではないと言ってあげることは無駄な精密検査をなくします。また、早期発見治療費と通常医療費の差が大きな疾患を健診として取り上げることです。安い健診コストでできるものを開発するようなことから、医療費用の削減をすることができるかと思います。

2つ目の健診の精度からは、感度を上げることは早期発見者を増やすことになり、医療費は下げることができます。一方、特異度を上げることによって、精密検査費用を下げることができ、医療費用を下げるすることができます。しかし、新しい検査法が開発されないかぎり感度と特異度は逆の方向に動きます。

3つ目にはもう少し多くの患者がいるような集団を対象にすることです。乳がんを例にすると、乳がんを起しやすい人をうまくスクリーニングすることによって、対象集団の有病率を上げることができるのです。

(1) C型肝炎健診の費用効果分析

①費用の種類別（1000人当たり）

これは実際に目で動くお金の医療費や健診費用などがどれぐらいかかるかということですが、1000人健診を受けると、医療費は253万円かかります。非健診の場合は197万3,000円です。つまり、健診をすると費用がかかります。しかし、例えば仕事を休んだときや、人が死亡した場合の生産性の損失を計算すると、間接費用では、非健診では611万8,000円かかっているのが、健診をすることによって423万7,000円に抑えられています。直接費用と間接費用の合計では健診をしたほうは費用が676万7,000円かかったのにもかかわらず、抑えられているのでいいということになるのです。しかし、実際に目で動く医療費、健診費用などを考えると増えるわけです。

②費用の種類別にみた間接費用（1000人当たり）

これはなぜ増えるか、なぜ医療費が下がらないかということですが、健診費用を除いても医療費は下がりません。これはインターフェロン代が上がるからですが、健診をすると早期にインターフェロンなどが行われるので医療費が上がります。しかし、健診をしないと、インターフェロン治療などが遅れて死亡します。死亡すると医療費はかかりません。医療費を下げようと思うなら、早めに死亡してくれるといいのですが、それではおかしいので、医療費が下がることは本来の目的ではない、人は長生してもいいということです。

③限界費用効果比

結局、寿命を1年延ばすのに直接費用は178万円かかり、1年健康で生きられるのには49万円かかるということです。いずれにせよ、この程度であれば、健診を行うことを正当化できるのではないかと思います。皆さんは普通1年間寿命を延ばすために170万ぐらいは払ってもいいと思うようです。

(2) 高齢者に対するインフルエンザワクチンの 費用効果分析

①費用とその内訳

高齢者に対するインフルエンザの公費の補助ができて、5、6年経過しております。Nとは公費負担をしない場合です。公費負担をしない場合でなぜワクチン費用が入っているかというと、公費をもらわなくても、自主的にワクチンを打っている人がいるからです。

この推計では、合計で費用は上がりません。しかし、国民医療費にカウントされる、死亡したときの医療費、入院したときの医療費、外来のときの医療費では、下がるのです。インフルエンザの予防接種の補助を行う政策は、医療費を下げることにつながるということなのです。しかし、トータルにワクチン費用を入れると上がります。ですから、医療費だけという視点で見ると、保険局サイドはワクチンをどんどん打てとなります。保険局はワクチン代を払う必要がないからです。ワクチン費用は誰が払うかというと、別の会計が出てくるわけですが、国全体からはお金の支出は増える、しかし、医療費ベースで言うと下がることになりました。

これはインフルエンザの流行が大きくなればなるほど医療費はどんどん低下し、ついにはワクチン費用も含めた費用は下がることとなります。これを臨床経済学的には「コストセービング」と言います。通常日本で起こるワクチンの流行程度ではコストセービングは起こりません。

②費用効果グラフ

これは費用効果グラフです。この研究でおもしろいのは、B1というプログラムは、通常の人には補助せず、ハイリスクの人だけを全額無料で行なったものです。A1は現在では全員に対して一定の補助をするプログラムですが、N1とA1を比べると、縦軸は効果で横軸は費用ですので、A1よりB1のほうが費用は安く効果が高いという結果になっています。今のプログラムより、費用を節約して効果のもっと上げるプログラムが別にあることとなります。

(3) 65歳以上高齢者へのインフルエンザ、肺炎、インフルエンザ+肺炎の予防接種の費用効果の比較

もう1つ高齢者の死亡を抑えるために、肺炎球菌を打つことが考えられています。これはインフルエンザのワクチンに肺炎球菌を加えると、どのくらいお金がかかって、どのくらい効果があるかを見たものです。縦軸は効果で横軸は費用です。インフルエンザをしているプログラムは高齢者1人の命を救うのに約78万円かかるプログラムで、これは妥当だと言われています。

それに肺炎球菌を与えるプログラム(I+P)をすると、費用は下がり効果もあるという形になります。肺炎球菌を加えたのになぜ費用が下がるのかというと、肺炎になる人が減って医療費が下がるので、ワクチン費用は増えてもトータルで見ると費用が下がることに

なります。これは肺炎球菌を加えることによって、費用も下がって効果もあるということ
で、どう考えても肺炎球菌を加えたほうがいいのではないかとことです。

さらに、インフルエンザのワクチンをやめて、肺炎球菌だけのプログラム (P) にすると
どうなるか計算すると、まだ少し精査しなければいけません、この簡単なシミュレーシ
ョンでは現在より費用を下げることができて、かつ効果があるので一番いいということに
なります。少なくとも現在のインフルエンザのプログラムに肺炎球菌を加えることは、医
療費を節約する観点からも一度検討してみる必要はあるのではないかと考えています。

まとめ (学問的視点)

健診の目的は、QALY の向上で医療費の節約ではないということです。健診の評価法は、
費用と効果の両方を見るということです。医療費の削減は難しいが、医療費をできるだけ
増やさないためには、精密検査費用の削減です。いずれにせよ、これから予防活動はます
ます行われてきますが、いいかげんな予防活動や健診をしていると、効果もなく費用も上
がってしまうということで、質の高い健診を行うことはとても重要だということが本日
のお話のまとめになります。

Lead Time Bias

人が長く生きられるということには医療費がかかるのです。5年しか生きない人と10年
生きている人を比べれば、当然10年生きている人ほうが医療費はかかるわけです。健診を
して寿命を延ばすことは、その対象とする疾患の医療費などに関してマイナス方向に動く
かもしれませんが、トータルで見ると、その人はまた別の病気にかかるので、トータルの
医療費は上がる方向になり、必ずしも医療費を下げればよいという問題ではありません。

社会保障給付費の部門別構成割合の国際比較 (対国民所得比)

これは古い資料ですが、世界と比べて日本の社会保障給付費は非常に低いです。日本は
医療年金福祉に使っているお金が対GDP (国民所得) に対して非常に低い国です。アメリ
カが低いのは自助努力型なので、公的な医療制度はなく、メディケア、メディケイドを除
いてないので低くなっています。一方、スウェーデンは国民所得の5割以上を社会保障給
付に使っており、国の社会保障に対する力の入れ方は大きく違うことがわかつています。

租税・社会保障負担の国際比較 (対国民所得比)

日本は社会保障負担と租税負担で合わせても40%ぐらいですが、スウェーデンは70%以
上の額になっています。社会保障を考える上では、お金を払わないことはあり得ないので、
どの程度まで自分のお金を負担して、どの程度まで社会保障を受けるかというのは、大き
な政策的な判断になります。

OECD 加盟国の医療費の状況 (2002)

この OECD の医療費の統計を見ても、日本は対 GDP に対して 7.9% ということで低いほうです。G5 に出てくるような国、アメリカ、ドイツ、フランスなどと比べても、日本の医療費は低くなっています。アメリカは 14%、フランス、ドイツは約 10% です。イギリスは日本より低く 7.7% になっています。ただ、イギリスは NHS (National Health Service) の改革によって医療費を上げる方向に政策転換しました。ある本を読むと 10% までイギリスは上げる方向にいくということなので、イギリスは日本を抜いていく可能性があります。

問題の提示

日本は医療費を低く抑えているので比較的いい成績を持っているのですが、さらに医療費を抑えることには本当に限界に近づいているのではないかと思います。医療費の伸びは過去に近く最低の伸びで、これ以上に低い伸び率を維持させることが、医療の本質を犯すことにまでかかわってこなければいいのですが。医療の質の低下までにかかわるのであれば、本末転倒ではないかということです。「医療費は抑制すべきか？」と評論家的なことを言っていますが、適正化とは、医療費の必要性の低いところから必要性の高いところにシフトさせることです。つまり、限られた医療費を適正に配分するということです。保健活動の視点的からでは、贅肉を落としてスタイルを良くすることです。しかし、過度な抑制は、結局危険なダイエットになります。

社会保障給付費と国民負担率のバランスをどう考えるかということですが、医療費を上げるためにはやはり国民負担率も上げなければいけないと思います。国民負担率を上げずに医療費を上げることはできません。一般市民が、「医療費をあと 1 万円上げてもいいが、1 万円に見合う質の高い医療が提供できるのであればいい」と言ってくればいいのですが、本当に医療従事者に対して信用をしてくれているかが重要になります。「医療費を 1 万円増やしてもいいが、それに対して本当に質が上がるのか、無駄なところにお金が行くのではないか」というような不信感がある以上は、医療費を増やす、医療費の抑制を緩めることはなかなか難しいのではないかと思います。

「日本が進むべき方向は？」と書いてありますが、このような観点からどのように進んでいくかということです。私は教育者、研究者として多少は外から見ている人間ですが、医療費の抑制がどのような影響を及ぼすかということ、これからも外から見ていきたいと思っています。どうもありがとうございました。