

日本でも 2016 年度から医薬品・医療機器の費用対効果評価の試行的導入が開始された。多くの分野の事業の経済的効率を評価する手法として広く使われている費用便益分析では、便益として「事業によって得られるものの経済的価値」を使い、費用として「事業に必要なものの経済的価値」を使って、費用に対する便益の大きさを計算する。しかし、便益を金銭で評価できないときは事業によって得られるものを何らかの形で「効果」として表現し、費用効果分析が行われる。例えば新規の医薬品の評価をする際の費用は、その医薬品の開発費の他にその医薬品を用いることに伴う診察・検査・処置といった一連の費用を計上するし、効果はその医薬品による治療によって得られる生存年の伸びなどが用いられる。医療や介護の分野では限られた財源の中で効率的なサービス提供が求められ、費用対効果 (cost-effectiveness) の評価は今後ますます重要になる。

予防医療を重視して健康寿命を伸ばすことは望ましいが、それによって医療費や介護費を抑制できるかどうかは一概には言えない。むしろ、健康改善によって医療費が削減されても、長生きによって医療費増加は避けられず、予防のための費用も含めれば長期的には医療費は増えると考えるのが自然である。

「健康寿命」は WHO が 2000 年に提唱した概念で、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義されている。日本人の健康寿命は最新の 2016 年で男性が 72.14 年、女性が 74.79 年とされており、平均寿命との差は男性 8.84 年、女性 12.35 年であった (厚労省、2018)。日本の「健康寿命」は国民生活基礎調査の質問項目「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対する「ない」の回答を日常生活に制限なしとして計算されており、調査に回答した人の主観に基づく数値である。健康寿命の計算方法や計算結果からみると、「健康寿命」は生まれてから日常生活に何の不自由もなく元気に暮らせる平均期間と解釈できる。

表 1 は主要国の 2016 年における予防費の大きさを比較したものである。予防費はどの国でもあまり大きくなく (GDP の 0.2~0.5%)、保健費合計に占める予防費のシェアも 2~5% であった。8 か国の中ではフランスの予防費が最も少なく、イギリスが最も多い。

表1 主要国の予防費：2016年

		フランス	ドイツ	イタリア	日本	オランダ	スウェーデン	イギリス	アメリカ
総人口 (100万人)	2017	67.0	82.5	60.6	126.7	17.1	10.0	65.8	325.7
高齢化率 (%)	2017	19.2	21.2	22.3	27.7	18.5	19.8	18.1	15.6
保健費/GDP (%)	2016	11.5	11.1	8.9	10.9	10.4	10.9	9.8	17.1
予防費/GDP (%)	2016	0.2	0.3	0.4	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5
予防費/保健費 (%)	2016	1.8	3.0	4.0	2.8	3.6	3.1	5.4	2.8

出所：OECD Health Statistics 2018。

生活習慣病は健康長寿の最大の障害要因となるだけでなく、国民医療費にも大きな影響を与えている。その多くは不健全な生活の積み重ねによって引き起こされ、個人が日常生活の中で適度な運動、バランスの取れた食生活、禁煙等を実践することによって予防することができる。しかし、生活習慣病には大気中や食品に含まれている有害物質、生活上及び職業上のストレス、遺伝、など個人の責任に帰することのできない要因も関与している。

生活習慣病を減らすことは医療費削減につながるだけでなく、認知症予防にも効果があることが分かってきた。認知症のリスク要因は①中年期の聴力低下、②中等教育の未修了、③喫煙、④

うつの早期不対応、⑤運動不足、⑥社会的な孤立、⑦高血圧、⑧肥満、⑨糖尿病、などであり、これら9つの要因を改善すれば認知症の3分の1を防ぐことができる (Lancet, 2017)。日本では生活習慣の改善によって認知症が減ったという報告はまだないが、アメリカ・イギリス・スウェーデン・オランダなどではこのようなリスク要因を改善して生活習慣を変えると認知症が減ったという報告がある。従って、社会全体で健康増進のための活動（禁煙、正しい食生活、適切な運動、十分な睡眠など）や予防医療の取組みを進めていくことが大切である。

介護予防に関しては、日本では地域包括ケアシステムというアプローチがとられている。介護予防は「高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行う」ものであると規定され、高齢者に対する働きかけは「高齢者の体の働きや精神の働きである心身機能の改善を目指すとともに、日常生活の活動水準を高め、家庭や社会生活で役割を果たす参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組みを支援して高齢者のQOL向上を目指すものである」とされている。それを実現する方策として、地域包括ケアシステムは今後の更なる高齢化を見据えて、軽度や中度の要介護状態はもちろん、重度要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・住まい・生活支援サービスを地域で一体的に提供する環境を整える。地域包括ケアシステムが構築されれば、認知症高齢者の生活を地域で支えることも可能になる。

このように医療や介護では予防が重要であるが、それを医療費や介護費の増加抑制という文脈だけでとらえると誤解が生じる。前述のように、病気を予防できれば短期的に医療費は削減されるが、長生きによって医療費増加は避けられず、予防のための費用も含めれば長期的には医療費は増える。介護予防によって要介護率が低下すれば介護費用の低下は大いに期待できるが、一方で介護保険の負担増加を抑制するために予防に関する給付を縮小することは介護予防に力を入れる方向に逆行する。従って、医療や介護の予防に関するプログラムを評価する際にはプログラムがもたらす便益（医療費や介護費の減少額）だけではなく、プログラムがもたらす効果（健康寿命の伸び、活動水準の上昇、QOLの向上、など）に注目しなければならない。

特定健康診査・特定保健指導は、運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣がもたらす虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病等の発症・重症化を予防し、医療費を適正化するため、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき医療保険者が共通に取り組む保健事業である。この事業による医療費抑制効果額は、目標受診率などが達成されていることを想定した粗い試算に基づけば医療費で200億円ほど（国費はその約4分の1）になるとされている。一方、特定健診・保健指導実施のための予算額は毎年度国費で230億円程度が計上されている（2018年度予算で239億円）。費用の割に便益が少ない事業のようにみえるが、この事業によってメタボの中老年が減少しているのであれば、その効果は本人ととっても社会にとっても大きなものである。

バリアフリー等の配慮がなされた住まいで一定の生活支援を受けることができれば、地域での生活を継続できる高齢者には、可能な限り施設への入所を遅らせるよう支援を続ける。在宅要介護者を支える介護者の過度な負担や「燃え尽き」により、要介護者が施設等へ入所・入居するようになることを避けるために、介護者に効果的な支援を提供することも必要である。移送手段が十分に確保されていれば、地域内の様々なサービスや集いの場に出向きたいと考える高齢者は少なくないので、より活発な外出支援を行うことも有効である。このような支援は高齢者の活性化のために大変有効なものであり、効果の大きなプログラムと考えることができる。

参考文献

Lancet (2017). Dementia prevention, intervention and care, Lancet commission, July 2017.