

がんの混合診療解禁 についての評価¹

明治大学 加藤久和研究会 医療分科会

関口慎也

豊田基

中川莉奈

村上優希

2 0 0 9 年 1 2 月

本稿は、2009年12月12日、13日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2009」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、加藤久和教授（明治大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

1. 現状・問題意識

混合診療とは、一連の診療行為のなかで保険診療に上乗せする形で保険外診療を行うことである。現在の日本の医療保険は、基本的には保険診療であれば医療費の内、3割が自己負担で残りの7割が現物給付として保険料と国庫負担で賄われている。しかし、保険診療と保険外診療とが併用される場合になると、保険診療分を含めて全額自己負担になってしまう。これを混合診療の禁止という。私たちはこの一見理不尽である混合診療の禁止という制度について言及する。次に日本のがんの現状についてみていくと、日本人の死因の1位が悪性新生物、つまりがんである。また、がんの死亡率は上昇傾向にあるし、自己負担額も高額である。そして最後に、がんに特化して混合診療を見ていく。がんの未承認薬について、先進医療について言及した。

2. 先行研究及び本稿の位置づけ

先行研究は、齋藤裕美氏・鵜田 忠彦氏の「混合診療の一考察」(2003)を用いた。公平性、公平性の観点から、混合診療禁止・解禁によって、どれだけ社会的余剰が変化するかを余剰分析で見ている。結果、少なくとも混合診療を解禁した方が社会的余剰が多く、より効率的であった。また、保険給付範囲に対する違いを作るために需要曲線に高低をつけたが、これを所得の高低に当てはめると受療機会に格差ができる。これより、混合診療禁止の理由に反論を述べることができ、解禁した場合のメリットを挙げることができるが、医療費の増加は避けられない。我々独自の考えとして、がん検診を実施すれば、がん早期発見に伴う治療費、入院費軽減が、医療費抑制につながると想定した。また、辻一郎氏は、「健診・検診の経済効果」(2000)の中で、がん検診を実施することの経済的効果について分析しており、がん検診は医療費の減少に貢献し、経済的に効率性があると述べているが、すべてのがん検診が医療費抑制に有効であるかは明確ではない。また、研究対象が主に労働者に絞られ、高齢者や非労働者に対する便益分析を行っていない。

3. 分析

がんにおける混合診療が解禁されたと仮定した場合に必要な新たな保険料を現在のがん患者数や医療制度をもとに算出した。また、医療費抑制策としての高齢者のがん検診義務化によって、高齢者1人あたり使用できる検診料の上限も算出した。

まず、解禁によって新たに必要となる保険料は約0.8兆円となった。ただしこれは、混合診療を受けている患者の割合を2/3、混合診療の1人あたりの平均的治療費を250万円、保険適用内診療と保険適用外診療の割合を6:4とするなど、様々な仮定のもとでの結果である。

続いて、高齢者1人あたりに使用できる平均的な検診費用は65歳以上を対象とした場合、約3万6千円、70歳以上を対象とした場合、約5万円となった。ただしこれも、がんの早期発見によって治療費が平均的に約3割安くなるなどの仮定のもとでの結果である。

4. 政策提言および課題

医療制度は時代の流れとともに、大きな転換期を迎えている。社会が日本の医療へ求めるニーズとはどのようなものであり、どのような状態が望ましい社会の在り方なのか。混合診療問題は、患者となりうるすべての国民に対して人々の QOL を向上させる契機となる。保険制度の本来の姿や、時代のニーズに敏感な問題であるからだ。

そこで本稿では、がんに特化した混合診療の解禁、高齢者がん検診義務化を本稿の政策提言とする。これまでの結果を踏まえ、がんの混合診療を解禁した場合においてリスクプーリングの機能を果たす新たな保険料を再度提示する。同時に医療費の増加に対しての肯定的な見解を持つために、近年問題意識としてよく取り上げられる特定診療制度について、特に高齢者のがん検診義務化の可能性を検討する。

結びの章に関して本稿の政策の内容における妥当性はもとより、患者視点のみならず医師や製薬会社が受けるインパクトなど様々な視点から言及し、混合診療の問題意識を広く理解したい。更に現実的な課題として認識しなおす為に医療情報の収集開示など根本的な医療体制について課題をまとめる。

目次

はじめに

第 1 章 現状・問題意識

第1節 混合診療の今

第2節 日本のがんの現状について

- 1) 主要な傷病の死亡者数
- 2) がん死亡率～年齢による変化
- 3) がん患者総数
- 4) 部位別がん患者の自己負担額
- 5) がん検診
- 6) がん治療薬～未承認薬
- 7) がん先進医療

第3節 問題意識

第 2 章 先行研究及び本稿の位置づけ

第 1 節 混合診療による効果

第 2 節 がん検診実施の経済的効果

第 3 章 分析

第 1 節 新たな保険料の算出方法と結果

- 1)算出方法
- 2)結果
- 3)新たな保険料の負担

第 2 節 検診料の上限額の算出方法と結果

- 1)算出方法
- 2)結果
- 3)現在のがん検診料との比較
- 4)早期発見によって医療費が安くなる額

第4章 政策提言

第1節 がんの混合診療解禁

第2節 高齢者のがん検診義務化

第5章 課題

- 1)政策提言の妥当性
- 2)混合診療に関する補論
- 3)がん治療の展望

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

医療に関連する諸問題は枚挙に暇がない。例えば、産婦人科や小児科の医師不足、医師の偏在、医療アクセスの不平等、産科たらい回し、医療事故、病院経営の崩壊などである。

このように多くの問題がある中、混合診療についての研究を進める契機となったのは、2007 年 11 月、東京地裁は「混合診療が保険対象から除外する規定はない」として、訴えを認定したことで、混合診療をめぐる問題に多くの人々が関心を寄せ、その問題は現在も続いているという事実を認識したことであった。最近では、2009 年 9 月、東京地裁は「国の法解釈に誤りはなく、憲法違反もない」として、訴えを棄却したことで、さらに関心が高まっている現状だ。

私たちは我が国の保険制度の恩恵をうけ、急なケガや病気にかかった時でも安心して生活できる。それは本来保険機能そのものが、リスクプーリングの機能を果たしているためである。お互いのリスクを全員でカバーするという考え方である。本稿では、リスクプーリングという観点のもと、混合診療禁止に関する評価を議論する。同時に、混合診療解禁は医療費増加を助長するという見解から、特定検診が医療費を抑制する効果も分析し、いかに実現可能な政策となるかを検討した。

第1章 現状・問題意識

第1節 混合診療の今

混合診療とは、一連の診療行為のなかで保険診療に上乗せする形で保険外診療を行うことである。

現在の日本の医療保険は、基本的には保険診療であれば医療費の内、3割が自己負担で残りの7割が現物給付として保険料と国庫負担で賄われている。しかし、保険診療と保険外診療とが併用される場合になると、保険診療分を含めて全額自己負担になってしまう。これを混合診療の禁止という。(ただし、例外があり、特別室料や新しい高度先進医療技術の一部などは患者から費用を徴収してよい。これを特定療養費制度と呼ぶ。)

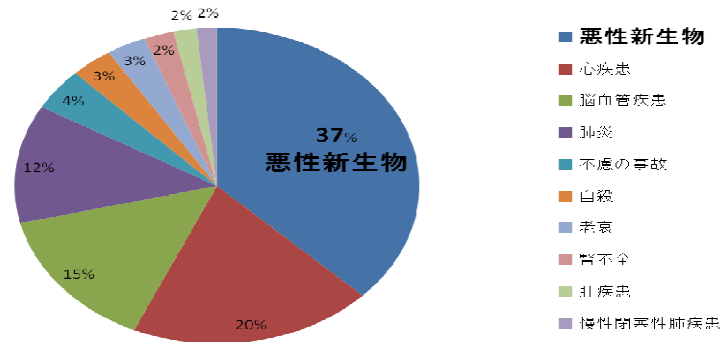
直感的に考えると、混合診療が解禁されたほうが禁止されている時よりも患者負担は軽減されるので何の問題もないように思われる。しかし、混合診療の解禁に対しては日本医師会が猛烈に反対しているというのが現状で、その論拠は次の通りである。混合診療が解禁された場合、本来保険適用されるべき新技術、新薬などが保険適用されないままになってしまい、そのために患者の自己負担が増えることになってしまう。その結果として、民間保険への加入が増え、国民皆保険制度が崩壊する危険性がある、というものである。

厚生労働省は、そもそも日本の健康保険制度は誰でも一定の負担でいつでもどこでも安心して医療が受けられることを前提としているので、混合診療の解禁によって患者の自己負担が増大し、公平な受療機会が妨げられる、と考えている。また、安全性や有効性が不明確な医療が保険診療の一環として提供される可能性がある、医療機関の質をどのように評価するのかという基準が不明確である、という見解も持つ。一方、財務省は混合診療の解禁は保険外診療が増え、公的保険が担う役割が相対的に小さくなり医療費支出が抑制されるという見解を持っており、厚生労働省は混合診療解禁に反対、財務省は混合診療解禁に賛成と、日本国内での意見のねじれが起きているのが現状である。

第2節 日本のがんの現状について

ここでは、がん治療における混合診療の解禁について検討する。がん治療に限定した理由としては、日本人の死因1位ががんであり、またがん治療は保険外診療を受けるかどうか選択する場面の多い病気であるからである。では現状分析をしていく。

日本人の死因



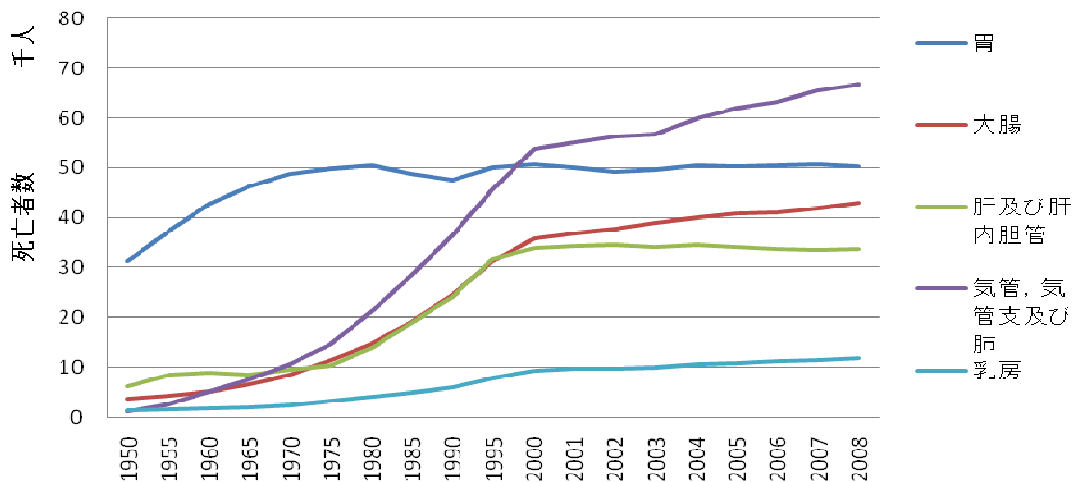
(成)

厚生労働省が行った平成18年度の死亡数を死因別に見ると、日本人の死因の第一位の悪性新生物（がん）329,198人、2位の心疾患（心臓病）は172,875人、3位の脳血管疾患（脳卒中）は128,203人という結果になっている。このことから分かるように、日本人の最大の死因は悪性新生物、つまりはがんである。そして3人に1人はがんが原因で亡くなっているなど、見過ごすことのできない生活習慣病となっている。（図1）
続いて、がん患者の内訳についてみていく。

1) 主要な傷病の死亡者数

ここではがんの主要な病床の死亡者数についてみていく。1981年以来、日本人の死因はがんである。かつて、日本人のがんでの死亡といえば胃がんというのが常識であった。しかし、現在は肺がんが66,829人とがん死者数のトップとなっている（2008年現在）。（図2）

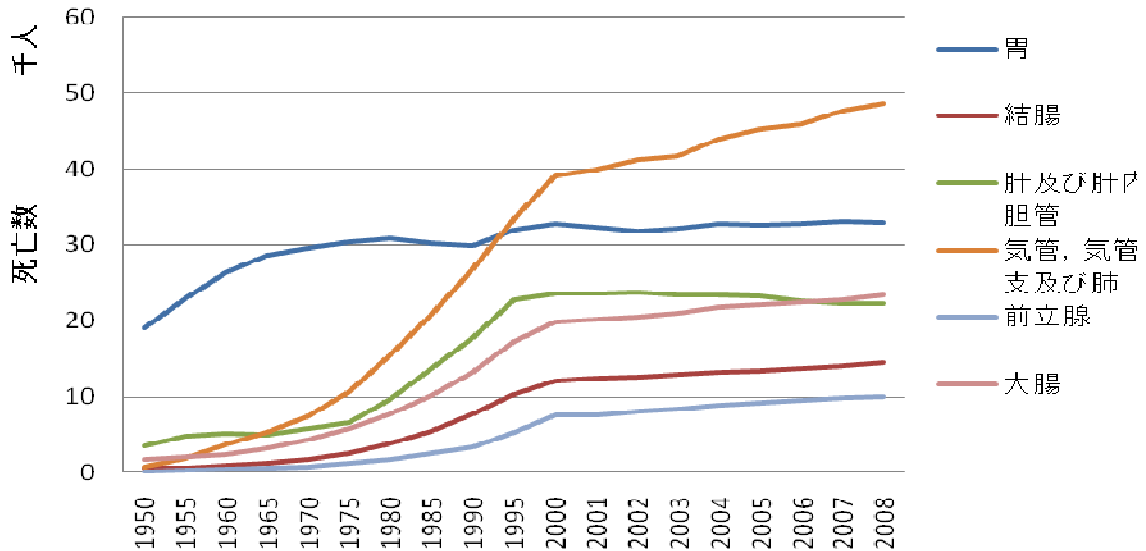
がんの主要な傷病の死亡者数



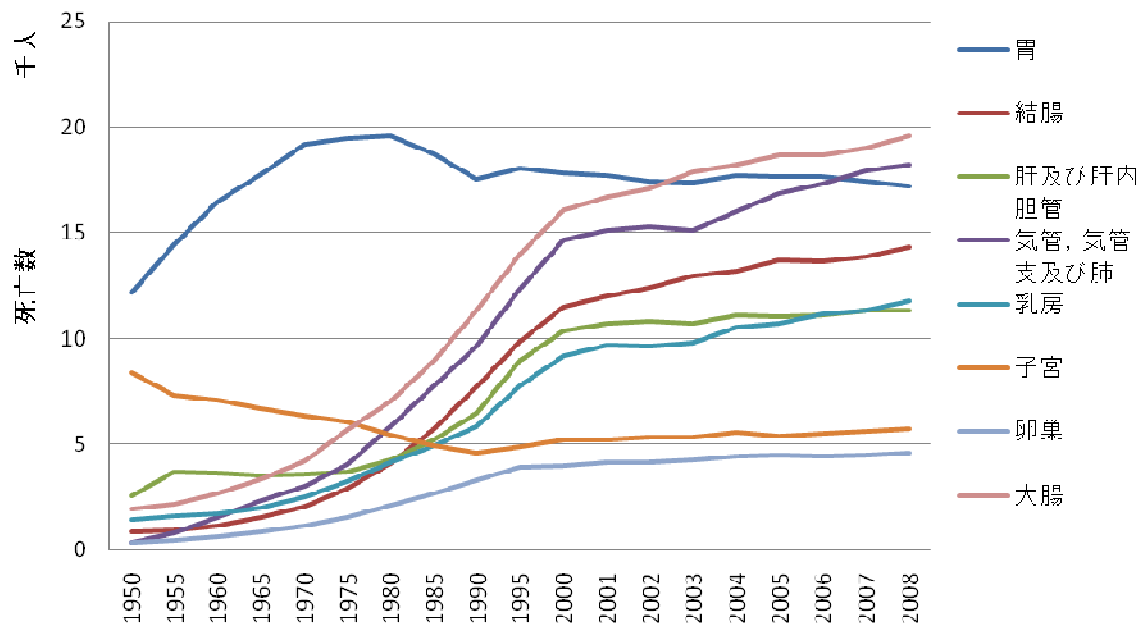
自ら作成)

性別別に見てみると、男性のがんの主要な傷病は、胃がんが圧倒的に多かったが、近年では肺がんが急増傾向にある。死亡者数が 1965 年以降減少、横ばいを示している胃がんに代わり肺がんが 48,610 人とトップとなっている。肝臓がんは低下傾向で大腸がんと同様で、大腸がんが 3 位、肝臓がん 4 位となっている。女性はかつてトップであった胃がん、及び 2 位であった子宮がんが横ばい、ないし減少に転じた。近年は、19,592 人と大腸がんがトップで、それに続いて肺がん、胃がんが増加傾向にある（2008 年現在）。（図 3）

がんの主要な傷病の死亡者数 男性



がんの主要な傷病の死亡者数 女性



作成)

2) がん死亡率～年齢による変化

年齢階級別死亡率
[全部位 2007年]

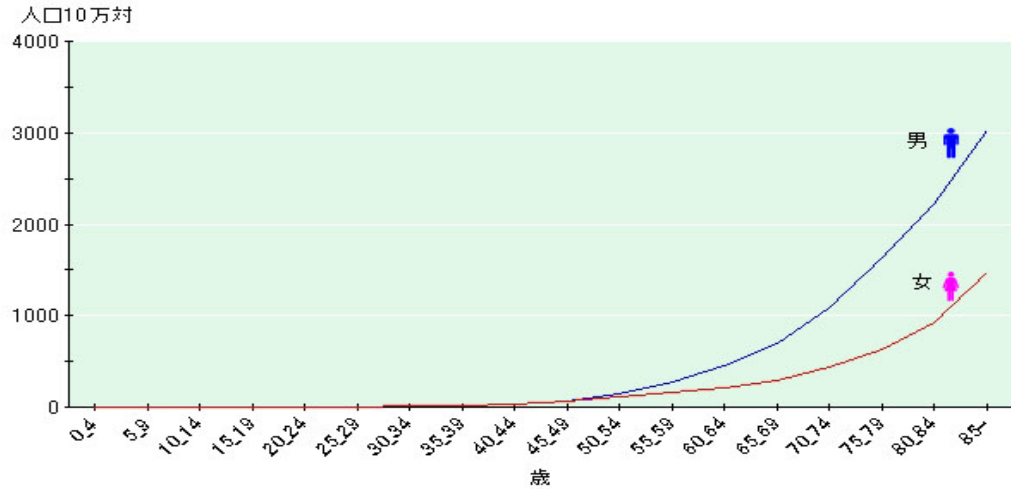


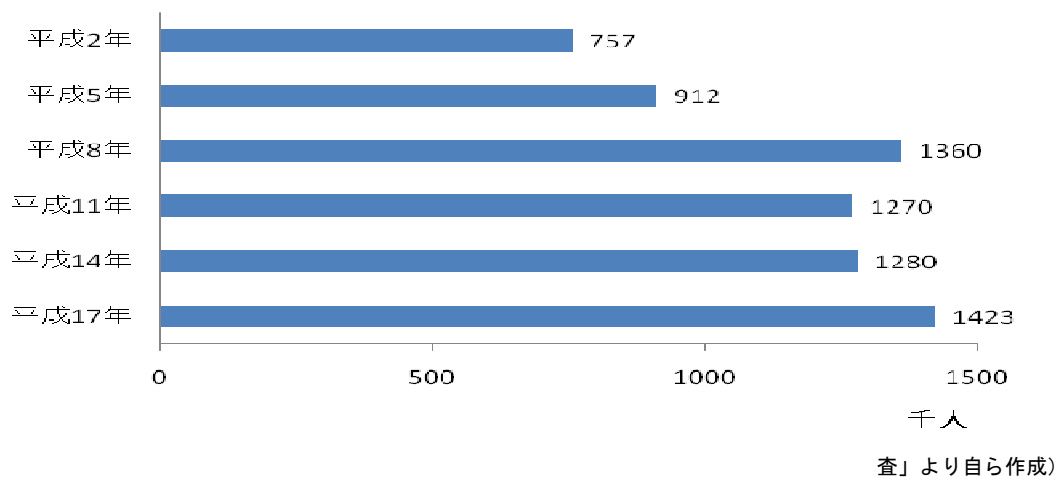
図 4 資料: 国立がんセンター がん対策情報センター
source: Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center, Japan

ここではがんによる死亡率の年齢推移をみていく。男女とも、おおよそ 60 歳代から増加し、高齢になるほど高くなっている。また 60 歳を超えたあたりから、女性よりも男性の方が死亡率が増してきている (図-4)。全体でみると、40 歳-44 歳からがんが原因で死亡する確率が高くなり、40-44 歳から 85-89 歳までの死因順位の 1 位が悪性新生物、つまり、がんとなっている。男性の場合は 40-44 歳から 85-89 歳までの死因順位の 1 位ががんとなっており、85-89 歳に関しては約 3 人に 1 人の割合で死亡している。女性の場合、35-39 歳から 80-84 歳までの死因順位の 1 位ががんである。

3) がん患者総数

がん患者数の年次推移は次のとおりである (患者数とは、その時点でがんにかかっている状態の人を指す)。

がん患者の年次推移



このことから分かるように、がん患者数は上昇傾向にある。今後もがん患者の減少のめどはたっておらず、将来増え続けていくと予想されている。

4) 部位別がんの自己負担額

がんの部位別の自己負担額について言及する。全がんの自己負担額の平均は 1,495,000 円である。詳細は以下のとおりである。

種 類	自己負担合計金額
胃がん	1,391,000 円
乳がん	917,000 円
肝臓がん	1,279,000 円
気管・気管支・肺がん	1,740,000 円
子宮がん	1,692,000 円
食道がん	1,111,000 円
前立腺がん	1,326,000 円
大腸・結腸・直腸がん	1,691,000 円

表 1 アフラック（アメリカンファミリー生命保険会社）HP より引用

がんは治療の長期化や、再発などの様々なリスクがあり、経済的な不安がとても高い病気とされている。

がんの自己負担額の内訳は以下の通りである。

項目	平均額
入院準備費用	256,000 円
入院費合計	731,000 円
(入院費のうち 1 日あたり 差額ベッド代)	11,000 円
保険適用外治療・医薬品	203,000 円
見舞い返しや謝礼	226,000 円
患者様の交通費	38,000 円
ご家族の交通費	59,000 円
入院時の食事代	57,000 円
民間療法や健康補助食品	259,000 円
生活費の補助費用	522,000 円
その他	246,000 円
自己負担合計	1,495,000 円

表 2 アフラック（アメリカンファミリー生命保険会社）HP より引用

5) がん検診

ここでは、がん検診の実施、受診状況を見ていく。

厚生労働省の調査によると、各都道府県を通じ、管内市区町村（対象：1,822 市区町村）に対し、がん検診の実施状況（平成 20 年 1 月 1 日時点）についての調査を行った。

国の指針通りに実施している市区町村は、胃がん、大腸がんは 1,782 (97.8%)、子宮がんは 1,711 (93.9%) であったが、肺がんは 1,682 (92.3%)、乳がんは 1,601 (87.9%) であり、やや低かった。国の指針通り実施していない市区町村は、乳がん 221 (12.1%)、肺がん 139 (7.6%)、子宮がん 111 (6.1%)、胃がん、大腸がんは 40 (2.2%) であった。このうち、指針以外の方法でも実施していない市区町村数は、肺がん 51、乳がん 2、子宮がん 1、大腸がん 2、胃がん 1 であった。5 種類のがん検診を一切実施していない市区町村はなかった。受診状況において、平成 18 年度のがん検診の受診率は、「胃がん」12.1%、「肺がん」22.4%、「大腸がん」18.6%、「子宮がん」18.6%、「乳がん」12.9%となっている。（表 3）がん検診における要精密検査者及びがんであった者の割合は以下の通りである。（表 4）

		平成 14 年度 (2002)	15 年度 ('03)	16 年度 ('04)	17 年度 ('05)	18 年度 ('06)
胃がん	(人)	4,371,784	4,508,041	4,376,699	4,344,918	4,227,730
	(%)	13.0	13.3	12.9	12.4	12.1
肺がん	(人)	7,490,412	7,841,092	7,769,635	7,537,013	7,387,430
	(%)	22.8	23.7	23.2	22.3	22.4
大腸がん	(人)	6,052,473	6,403,659	6,430,450	6,630,503	6,824,088
	(%)	17.1	18.1	17.9	18.1	18.6
子宮がん	(人)	3,863,380	4,087,444	3,995,021	3,439,094	3,320,265
	(%)	14.6	15.3	13.6	18.9	18.6
乳がん	(人)	3,337,202	3,488,074	2,698,947	2,267,189	1,631,811
	(%)	12.4	12.9	11.3	17.6	12.9

表 3（厚生労働省 平成 18 年度地域保健・老人保健事業報告の概況より引用）

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん
がん検診受診者数 (人)	4,227,730	7,387,430	6,824,088	3,320,265	1,631,811
要精密検査者 (人)	444,248	214,508	488,980	38,505	144,470
「がん検診受診者」 に対する割合 (%)	10.51	2.90	7.17	1.16	8.85
がんであった者 (人)	6,604	3,626	11,447	1,898	4,529
「がん検診受診者」 に対する割合 (%)	0.16	0.05	0.17	0.06	0.28
「要精密検査者」 に対する割合 (%)	1.49	1.69	2.34	4.93	3.13

表 4（厚生労働省 平成 18 年度地域保健・老人保健事業報告の概況より引用）

これらの検診でのこれまでの実績（1960 年から 2004 年）は、累計受診者数は 2 億 3919 万 8874 人、がんを発見した件数は 25 万 2456 人となっている。

がん検診の周知方法としては、「広報誌に掲載 1,590（87.3%）」、「ホームページに掲載 1,083（59.4%）」、「個別郵送 1,049（57.6%）」が多くの市区町村で実施されたが、「個別訪問 105（5.8%）」を実施しているのは少数にとどまる結果となっている。

自己負担額は、集団方式が安く、医療機関委託方式は高い傾向があり、医療機関委託方式の自己負担額については、肺がん検診、大腸がん検診は 1,000 円以下、子宮がん検診、乳がん検診は 500 円から 2,000 円が多く、比較的安い市町村が多かったが、胃がん検診は 2,500 円以上徴収する市区町村も多くある。

また、医療機関委託方式の検診を無料で実施している市区町村数は、子宮がん検診が 91、大腸がん検診が 74、肺がん検診が 63、乳がん検診が 40、胃がん検診が 27 と数少ないのが現状である。

ここでの最大の問題が低すぎる受診率と精度管理の軽視である。低すぎる受診率の要因として挙げられているのが、がん検診費用の一般財源化（1998 年）と自治体の財政難、検診にインセンティブが働いていない、ということである。このことによる検診費用の個人負担分の増額や、実施主体の市町村の広報活動の非積極的態度、未受診者への推奨の中止、医師不足の加速から起こるがん検診推進の弱体化、行政指導型から自己責任型検診への転換が行われていない、などが問題として浮き彫りになっている。

検診にインセンティブが働いていない要因として、受診者への明確なメリットが伝達不足、実施主体の市町村にも受診者増によるメリットがないことが挙げられる。精度管理の軽視の要因は、がん検診事業への競争入札で価格競争が激化、“平成の大合併”による低水準検診の拡大、事業評価の機能していないことが挙げられる。また、この他の事業評価では、都道府県は精度管理上、適切でない検診機関を検診実施機関と認めない措置を講じることや、各自治体の成人病検診管理指導協議会の検討結果を積極的に公表するよう求められているが、こうした措置が十分とられておらず、事業評価の効果が出ていないこと、その結果として、精度管理に問題があるにも関わらず、低価格検診への鞍替えが進んでいるというなどの調査結果が明らかになった。

がん検診受診者側の理由としては、世論調査によると、「2 年以上前に受診」「今まで受けたことがない」と答えた者にがん検診を受けない理由を聞いたところ、「たまたま受けていない」を挙げた者の割合が 28.8%と最も高く、以下、「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」（17.3%）、「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」（16.9%）、「時間がなかったから」（15.9%）、「面倒だから」（15.4%）などの順となっている。（複数回答，上位 5 項目）

都市規模別に見ると、「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」を挙げた者の割合は小都市で高くなっている。性別に見ると、「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」を挙げた者の割合は男性で高くなっている。年齢別に見ると、「たまたま受けていない」を挙げた者の割合は 30 歳代で、「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」、「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」を挙げた者の割合は 70 歳以上で、「時間がなかったから」を挙げた者の割合は 30 歳代、40 歳代で、それぞれ高くなっている。（図 6）

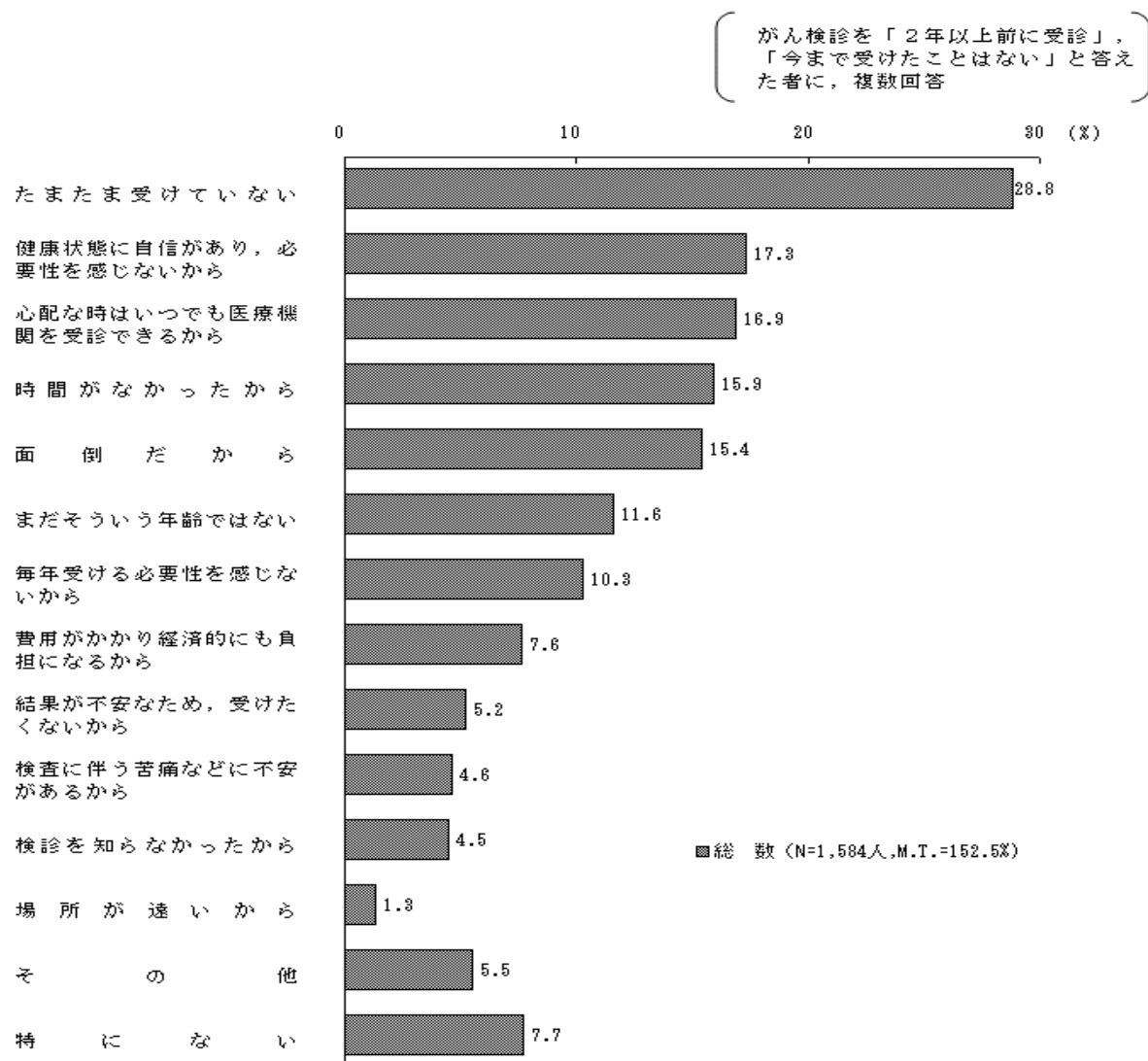


図 6 (平成 19 年内閣府 「がんに関する世論調査」より引用)

6) がん治療薬～未承認薬～

海外では標準治療薬として使用し、その有効性が証明されているにも関わらず、日本では承認されていない薬剤が存在する。これを未承認薬という。未承認薬を日本で使うには国内臨床試験がすでに進行中か登録されているものであれば臨床試験に参加する方法もあるが、それ以外は医師の個人輸入などの方法しかない。日本ではこの未承認薬については厚生労働省での「未承認薬使用問題検討会議」で検討される。検討結果の一例は以下の通りである。(以下の順で抜粋 未承認・最近承認のがん関連薬剤のみ)

【検討会議開催日】

成分名

対象疾病

検討会議での主な検討結果

検討当時の状況

現在の状況等

企業名

【第14回（平成19年10月）】

メサドン

がん性疼痛

早期に国内開発が開始されるべき

国内治験前

治験実施中

帝國製薬

この結果を検討していくと製薬会社の治験率は上がり承認状況は最悪の状況からは脱したと思われる。

しかし、がんの薬剤に関して未承認薬は大分減ってきたものの、まだ未承認・治験されていない薬剤はあることを忘れてはいけない。

7) がん先進医療

通常先進的な医療を受ける場合、保険診療は適用されない。診療や検査など保険診療が適用される部分を含めた全ての医療費が全額自己負担となっている。しかし、最新の医療技術の中で、安全性と治療効果が確保された技術は保険外併用療養費制度で混合診療が認められている。これを先進医療という。

先進医療をうける場合、先進医療としての技術に掛かる費用は全額自己負担となるが、それ以外の通常の治療と共通する部分は一般の保険診療と同様に扱われる。こうすることで患者の経済的不安を取り除いている。だが、先進医療自身に高額な費用が係るため経済的不安を取り除く根本的な打開策となっているかは疑わしい。(表3)

技術	一件当たりの費用:円	平均入院期間:日	年間実施件数:件
重粒子治療	3080412	26.7	634
悪性腫瘍に対する陽子線治療	2850879	28.1	661
脊椎腫瘍に対する腫瘍脊椎骨全摘出	2016400	58.8	16
冷凍保存同種組織を用いた外科治療	780640	67.6	28
樹状細胞および腫瘍抗原ペプチドを用いたがんワクチン療法	485703	3	33
自己腫瘍・組織及び樹状細胞を用いた活性化自己リンパ球移入法	320330	13.9	50
骨髄細胞移植による欠陥新生療法	291557	38.6	32
エキシマレーザー冠動脈形成術	254760	9.3	29

表 5 アフラック（アメリカンファミリー生命保険会社）HP より作成

第3節 問題意識

以上の現状分析からいくつかの問題意識をもったので、それを以下で整理する。

1) 保険診療が全額自己負担となるのはリスクプーリングの観点から見て理不尽

第1節で見たように、日本では、保険診療と保険外診療とが併用される場合になると、保険診療分を含めて全額自己負担になってしまうという混合診療の禁止の制度がとられている。保険外診療の部分が自己負担であるのは仕方がないことだが、保険診療までもが全て自己負担になってしまうのは、医療に関してリスクプーリングとしての機能を果たしているはずの医療保険の存在意義を問い正さなければならなくなる。では、なぜこのような一見理不尽な混合診療の禁止という制度があるのだろうか。

混合診療を禁止している理由として、よく挙げられるのが①公平性の問題、②患者負担の増大、③医療技術の有効性・安全性の問題、④医療費の増加、である。

- ① 公平性の問題とは、所得格差によって受診に不平等が生じるのではないかという問題である。
- ② 患者負担の増大とは、保険があっても保険外診療のウェイトを高め、高額な保険外診療を受けなければ医療が受けられないのではないかという問題である。
- ③ 医療技術の有効性・安全性の問題とは、悪徳な医者や企業が金儲けを企んで、安全性・有効性がはっきりしない治療を進め、患者に被害を与えるのではないかという問題である。
- ④ 医療費の増加とは、自己負担額が安くなることによって、医療費が増加してしまうのではないかという問題である。

これらは果たして、混合診療を禁止している理由として妥当なのであろうか。私たちは、先行研究などを参考にすると、①～③は妥当でないと考えるが、④は妥当だと考えているため、医療費に関しては新たな財源確保や抑制や効率化も検討しようと思う。

2) 日本人死因の一位、高額な自己負担が予想されるがん治療における混合診療の解禁

第2節で見たように、日本人の約40%ががんで亡くなっている。また、がん患者は年々増え続けていること、がん治療に関する自己負担額が約150万円であることが分かる。私たちはここにフォーカスし、まずはがん治療における混合診療の解禁が必要であると考え

第2章 先行研究及び本稿の位置づけ

第1節 混合診療による効果

本章では、政策提言を考えていく上で必要となった先行研究の内容について述べていく。

まず、先行研究として、齋藤裕美氏・鶴田忠彦氏の「混合診療の一考察」(2003)を用いた。現在の医療制度における医療の受療機会の平等性に関する疑問から、混合診療禁止の制度によって、公平な医療がなされていないことを述べており、常に変化している我々の社会経済環境の中で、より新しく患者のニーズに適した医療を求め、増加していく国民医療費を食い止めるために、より効率的な医療資源の配分が必要であるとした。

分析の方法としては、効率性の観点から余剰分析を行っている。混合診療に該当するケースとして、診療時に保険適用範囲の規定数量を超えて薬剤を投与する場合(がん治療など)を考察し、医療需要を価格と数量の関係でとらえている。保険適用範囲を超えた保険外診療を受診することで得られる消費者余剰が、混合診療禁止制度によって患者に転嫁される自己負担額よりも大きい場合と、小さい場合の二つの状態で場合分けし、それぞれ混合診療禁止されている時、されていない時に、どれだけ社会的余剰が変化するかを見る。

- 1) 保険適用範囲を超えた保険外診療を受診することで得られる消費者余剰が、混合診療禁止制度によって患者に転嫁される自己負担額よりも大きい場合

- 混合診療禁止

受診によるサービスを保険給付範囲内に抑えようとし、受診機会が減少し、医療費抑制になる。

- 混合診療解禁

保険適用範囲内の負担は軽く、新たに少しの負担で受診によるサービスを得られる。よって消費者余剰が増加し、社会的余剰も増加するため、より効率的である。

- 2) 保険適用範囲を超えた保険外診療を受診することで得られる消費者余剰が、混合診療禁止制度によって患者に転嫁される自己負担額よりも小さい場合

- 混合診療禁止

保険適用範囲を超えて受診しても全額自己負担になり、受診抑制をしようとししない。

●混合診療解禁

1)の場合と同様。禁止された場合と余剰は変わらない。

つまり結果として、少なくとも混合診療を容認した方が社会的余剰が多く、より効率的であることが分かる。

また、この分析では、保険給付範囲に対する違いを作るために需要曲線に高低をつけたが、この需要曲線の高低を、低・中所得者と高所得者の需要曲線の違いにあてはめられると述べている。つまり、所得によって受療機会が不平等になるので、混合診療禁止制度に疑問を投げかけることができる。

この先行研究から、現状分析で述べた、混合診療禁止制度の理由に対して反論を述べることができ、混合診療を解禁した場合のメリットを挙げることができる。

公平性の観点では、むしろ混合診療を解禁した方が、所得による医療アクセスの格差がなくなるため、患者本位の考えから、解禁した方がよい。

患者負担の観点では、保険適用範囲内の自己負担は軽く、適用範囲外の負担のみで、よりよい医療サービスを受けられるので、解禁した方がよい。

医療技術の有効性・安全性の観点では、混合診療を禁止したからといって有効性・安全性が保たれるわけではない。また、混合診療が解禁されることで、患者の受療の選択肢が増えることになり、先行研究では、公平な医療の選択機会が与えられている状況において、本人の選択行動の結果のリスクは自己責任として、公的保障とは区別すべきと述べている。つまり、何かしらリスクのある治療法を選択する・しないは、患者の意思に任されるのである。

ただ、医療費の観点からすると、混合診療解禁の結果、高度な医療をより受けやすくなるので、医療アクセスが増え、医療費増加は避けられないと考える。そもそも医療費は、人口の増加や高齢化、医学・医療の進歩、疾病構造の変化によって必然的に上がってしまうものである。そのため、私たちは、がん検診の実施で、がん早期発見による治療費・入院費の軽減を見込み、混合診療解禁に伴う医療費の増加を抑制できると想定した。つまり、解禁前医療費＞解禁後医療費＋検診にかかり得る医療費、となれば良い。

また、混合診療解禁によって、かつては全額自己負担であったところ、保険適用範囲が軽負担で済むようになり、新たな受療機会ができた。患者のニーズに応じた治療が可能になったが、保険適用量が増大し、保険財政を圧迫してしまう恐れが生ずる。そのため、私たちはリスクプーリングの観点から、保険財政を圧迫しないような新しい保険料を設定し、それがどの程度国民の負担になるかを算出する。

第2節 がん検診実施の経済的効果

第1節にて、がん検診の実施によって、医療費抑制につながると想定したことを述べたが、先行研究をみることで、がん検診の経済的効果について見ていく。

先行研究として用いたのは、辻一郎氏の「健診・検診の経済効果」(2000)である。データ分析、費用便益分析の結果として、がん検診は医療費の減少に貢献し、経済的に効率性があると述べている。下記の表は、久道茂東北大学教授による胃がんの医療費に関するデータである。検診で発見された胃がん患者と自覚症状があつて外来を訪れた胃がん患者について年齢や入院日数、医療費などを比較したもので、これをみると検診で発見された13人のうち9人が早期がんだったのに対し、外来で発見された13人のうち早期がんだったのは、わずか3人であった。

1人あたりの入院日数でみても、検診で発見されたグループの55日に対し、外来で発見されたグループは101日と2倍、医療費も約2倍となっている。

このデータから、外来で発見された13人のうち10人が検診で発見されていたと考えてみると、1人あたりの医療費の差額120万円×10人、つまり約1200万円が浮くはずだったと言えることもできる。

		年齢(歳)	入院日数(日)	総医療費(千円)
集団検診で 発見された 人	早期がん(9人)	56±6.5	49±10.2	1,202±264.9
	進行がん(4人)	59±8.3	69±13.3	1,435±331.9
	計(13人)	58±6.8	55±12.6	1,242±241.2
外来を受診 して発見さ れた人	早期がん(2人)	58±2.1	74±14.1	1,742±332.1
	進行がん(8人)	63±8.8	98±14.6	2,155±386.9
	重症で死亡(3人)	52±9.8	122±13.2	3,615±483.3
	計(13人)	57±9.5	101±30.2	2,428±785.1

(久道他：『がんの1次予防と2次予防』篠原出版、1982)

このデータは今から20年も前のものである。最近は治療法も進歩し、胃がんも早期に発見できれば開腹することなく、内視鏡を用いて治療することができ、20年前と比べ、2つのグループの医療費の差はさらに拡大していると考えられる。胃がん検診によって医療費は明らかに減らし得る。また、大腸がんについても、今ではポリープの状態や早期の段階で内視鏡を用いた切除をすることが可能で、こうしたことから考えれば、検診はこれまで以上に、医療費の減少に貢献していると考えられる。

ただし、がんの症状や検診内容によって、費用効果が異なるため、すべてのがん検診が医療費抑制に有効であるかは明確ではないことが分かる。また、研究対象が主に労働者に絞られており、治療による救命後の生産性の向上・経済的価値について見ているところも多い。そのため高齢者や非労働者に対する便益を測定できていない。

以上の先行研究より、私たちは混合診療を解禁することによって必要となる新たな保険料の算出と、がん検診実施に伴う検診費用と医療費の関係の分析を行う。

第3章 分析

ここでの分析の目的は、がん治療における混合診療を解禁した場合、新たに必要となる保険料の具体的な金額を予測することと、高齢者のがん検診を義務化した場合の具体的な検診料の上限額を予測することである。

第1節 新たな保険料の算出方法と結果

1)算出方法

本節では、がん治療における混合診療を解禁した場合、新たに必要となる保険料の具体的な金額を予測する。

まず仮定として、がん患者の内、混合診療を受けているがん患者の割合を $2/3$ と $1/2$ で場合分けする。保険適用内診療と保険適用外診療の割合は $6:4$ と $7:3$ で場合分けする。保険適用内治療の内、保険料の割合は 8 割と 9 割で場合分けをする。また、混合診療の 1 人あたりの平均的医療費を 220 万円、250 万円、300 万円の場合分けをする。それから、解禁によってがんにおける混合診療を受ける人数は変わらないとする。

以上の仮定から合計 24 通りのシミュレーションを行う。

つまり、

1. 混合診療を受けているがん患者の割合を $2/3$ 、保険適用内診療と保険適用外診療の割合を $6:4$ とした場合

- ①保険料の割合：8 割、混合診療の 1 人あたりの平均的医療費：220 万円の場合
- ②保険料の割合：8 割、混合診療の 1 人あたりの平均的医療費：250 万円の場合
- ③保険料の割合：8 割、混合診療の 1 人あたりの平均的医療費：300 万円の場合
- ④保険料の割合：9 割、混合診療の 1 人あたりの平均的医療費：220 万円の場合
- ⑤保険料の割合：9 割、混合診療の 1 人あたりの平均的医療費：250 万円の場合
- ⑥保険料の割合：9 割、混合診療の 1 人あたりの平均的医療費：300 万円の場合

2. 混合診療を受けているがん患者の割合を $2/3$ 、保険適用内診療と保険適用外診療の割合を $7:3$ とした場合

- 1. の①～⑥に同じ

3. 混合診療を受けているがん患者の割合を $1/2$ 、保険適用内診療と保険適用外診療の割合を $6:4$ とした場合

- 1. の①～⑥に同じ

4. 混合診療を受けているがん患者の割合を $1/2$ 、保険適用内診療と保険適用外診療の割合を $7:3$ とした場合

- 1. の①～⑥に同じ

の 24 通りである。

算出方法は以下の通りである。使用するデータは全て平成 17 年のものである。保険加入者数は平成 17 年のデータを発見できなかったため平成 18 年のものである。

新たに必要となる保険料=がん患者総数×混合診療を受けているがん患者の割合×混合診療の治療費×保険内診療の割合×保険料の割合 ——(A)

新たに必要となる財源は、現状では患者の自己負担となってしまうが、それを保険加入者数あるいは世帯数で割ることでそれぞれの平均的な新たな負担が算出できる。ただし、それはリスクプーリングの観点から保険料とする。それから、ここでいう保険加入者とは被用者保険と国民健康保険の加入者数の合計のことである。

つまり、

保険加入者 1 人あたりの新たな負担= (A) の新たに必要となる保険料÷保険加入者総数 ——(B)

あるいは、

1 世帯あたりの新たな負担= (A) の新たに必要となる保険料÷全世帯数 ——(C)

である。

ただし、(C) の世帯数には、保険料を受け取る側にある可能性の高いと思われる高齢単身者世帯や高齢者のみの世帯なども含まれている。そこで、(C) の全世帯数から高齢者世帯数を除いたもので新たに必要となる保険料を割ることで、より現実的な負担が求められる。

つまり、

1 世帯あたりの新たな負担= (A) の新たに必要となる保険料÷(全世帯数－高齢者世帯数) ——(C)'

となる。

2)結果

1. 混合診療を受けているがん患者の割合：2/3、保険適用内診療と保険適用外診療の割合を 6:4 とした場合

①保険料の割合：8 割、混合診療の 1 人あたりの平均的医療費：220 万円の場合
加入者 1 人あたりの負担：約 5300 円/年
1 世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 17000 円/年

②保険料の割合：8 割、混合診療の 1 人あたりの平均的医療費：250 万円の場合
加入者 1 人あたりの負担：約 6000 円/年
1 世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 20000 円/年

③保険料の割合：8 割、混合診療の 1 人あたりの平均的医療費：300 万円の場合
加入者 1 人あたりの負担：約 7200 円/年
1 世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 24000 円/年

④保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：220万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 5900 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 19000 円/年

⑤保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：250万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 6700 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 22000 円/年

⑥保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：300万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 8100 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 26000 円/年

2. 混合診療を受けているがん患者の割合：2/3、保険適用内診療と保険適用外診療の割合を 7:3 とした場合

①保険料の割合：8割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：220万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 3900 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 13000 円/年

②保険料の割合：8割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：250万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 4500 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 15000 円/年

③保険料の割合：8割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：300万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 5400 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 18000 円/年

④保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：220万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 4400 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 15000 円/年

⑤保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：250万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 5000 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 17000 円/年

⑥保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：300万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 6000 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 20000 円/年

3. 混合診療を受けているがん患者の割合：1/2、保険適用内診療と保険適用外診療の割合を 6:4 とした場合

①保険料の割合：8割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：220万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 3900 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 13000 円/年

②保険料の割合：8割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：250万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 4500 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 15000 円/年

③保険料の割合：8割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：300万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 5400 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 18000 円/年

④保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：220万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 4400 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 15000 円/年

⑤保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：250万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 5000 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 17000 円/年

⑥保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：300万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 6000 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 20000 円/年

4. 混合診療を受けているがん患者の割合：1/2、保険適用内診療と保険適用外診療の割合を 7:3 とした場合

①保険料の割合：8割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：220万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 3000 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 10000 円/年

②保険料の割合：8割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：250万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 3400 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 11000 円/年

③保険料の割合：8割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：300万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 4000 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 13000 円/年

④保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：220万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 3300 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 11000 円/年

⑤保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：250万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 3800 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 12000 円/年

⑥保険料の割合：9割、混合診療の1人あたりの平均的医療費：300万円の場合
加入者1人あたりの負担：約 4500 円/年
1世帯あたりの負担（高齢者世帯除く）：約 15000 円/年

第2節 検診料の上限額の算出方法と結果

1)算出方法

本節では、高齢者のがん検診を義務化した場合の具体的な検診料の上限額を予測する。

まず仮定として、検診の対象年齢を 65 歳以上と 70 歳以上で場合分けする。それから、検診義務化により、1 人あたりにかかるがん治療における医療費が抑えられる割合を 2 割、3 割で場合分けする。

以上の仮定から合計 4 通りのシミュレーションを行う。

つまり、

- ①検診義務化の対象：65 歳以上、医療費抑制の割合：2 割の場合
- ②検診義務化の対象：65 歳以上、医療費抑制の割合：3 割の場合
- ③検診義務化の対象：70 歳以上、医療費抑制の割合：2 割の場合
- ④検診義務化の対象：70 歳以上、医療費抑制の割合：3 割の場合

の 4 通りである。

算出方法は以下の通りである。

$$\text{がん患者総数} \times \text{平均がん医療費} = \text{がん医療費} \quad \text{——(a)}$$

左辺のがん患者総数とは、ある時点における実際のがん患者の総数である。平均がん治療費とは、年間で平均して 1 人あたりにかかるがん治療費である。左辺のがん医療費とは、ある時点における実際にかかったがんにおける医療費である。

次に、高齢者のがん検診導入後の医療費を求める式について説明する。

$$\text{がん患者総数} \times (\text{平均がん医療費} - \text{早期発見で平均的に抑えられる医療費}) = \text{がん医療費} \quad \text{——(b)}$$

がん患者総数と平均がん治療費とがん医療費は (a) と同じだが、早期発見で平均的に抑えられる治療費とは、高齢者のがん検診によってがんが早期発見され、その分治療費が安くなるという意味である。

次に、検診に使える金額をもとめる式について説明する。

$$\text{検診に使える金額} = \text{(a) のがん医療費} - \text{(b) のがん医療費} \quad \text{——(c)}$$

これは、がんの早期発見によって治療費が抑えられるため、その分を検診費にまわすという意味である。

検診義務化後のがん医療費が従来のがん医療費に満たなければ、つまり、

$$\text{(a) のがん医療費} > \text{(b) のがん医療費} + \text{検診に使う金額} \quad \text{——(d)}$$

となれば、医療費は抑制されたと言える。

以上の式より、がん検診に必要な金額を算出する。ただし、高齢者のがん検診義務化といっても、何歳以上を高齢者とするかによって当然使える金額が変わってくるので、ここでは 65 歳以上と 70 歳以上の 2 つで場合分けして考察する。つまり、(c) の検診に使える上限額を高齢者人口で割ることで、高齢者 1 人あたりの検診料の上限額を求める。

2) 結果

①検診義務化の対象：65 歳以上、医療費抑制の割合：2 割の場合
高齢者 1 人あたりの検診料の上限額：約 2 万 4 千円

②検診義務化の対象：65 歳以上、医療費抑制の割合：3 割の場合
高齢者 1 人あたりの検診料の上限額：約 3 万 6 千円

③検診義務化の対象：70 歳以上、医療費抑制の割合：2 割の場合
高齢者 1 人あたりの検診料の上限額：約 3 万 3 千円

④検診義務化の対象：70 歳以上、医療費抑制の割合：3 割の場合
高齢者 1 人あたりの検診料の上限額：約 5 万円

ただし、分析で使用したデータは全て平成 17 年で年次をそろえて計算したものである。

3) 現在のがん検診料との比較

では、2)の算出結果の額は医療費抑制となる値なのだろうか。現在のがん検診料と比較して検討する。

がん検診費用(税込)		(単位:円)
	検査	一般
胃がん	胃バリウム	12,960
	胃内視鏡	12,050
肺がん	胸部レントゲン	2,210
	喀痰細胞診	3,620
	肺機能	3,150
乳がん	乳房エコー	3,680
	マンモグラフィー	5,380
前立腺がん	腫瘍マーカー	3,000
大腸がん	便潜血反応	1,130
	大腸ロンゲ	1,862
子宮がん	細胞診	3,600

(出典)愛媛生協病院ホームページ

上図は主要ながんの検診料である。これらの全てを検査すると 6 万 9 千 4 百円もの費用がかかってしまうので、選択的に検診をとする。例えば、胃がんの胃内視鏡、肺がんの胸部レントゲン、乳がんの乳房エコー、前立腺がんの腫瘍マーカー、大腸がんの便潜血反応、更に子宮がんの細胞診を受けたとする。その結果、合計約 2 万 6 千円となる。その 2 万 6 千円を 2)の結果と比較すると、①の検診義務化の対象：65 歳以上、安くなる割合：2 割の場合で算出された約 2 万 1 千円以外は全て上限額未満となった。つまり、①の場合以外は部分的ながん検診費用は賄えるという結果となった。

4) 早期発見によって医療費が安くなる額

上述の結果は、1人あたりにかかるがん治療における医療費が抑えられる額に依存する。そこで、部分的がん検診の費用を約2万6千円と先に決め、検診義務化の対象を65歳以上とした場合、1人あたりにかかるがん治療における医療費が抑えられるべき割合を求めた。つまり、

$$1 \text{ 人あたりの部分的がん検診費用} = \{\text{がん医療費} - (\text{平均がん医療費} \times x \times \text{がん患者数})\} \div \text{65 歳以上人口}$$

ただし、1人あたりにかかるがん治療における医療費が抑えられるべき割合 $= 1 - x$

である。

すると、

$$x = 0.78418 \dots$$

となった。

つまり、

$$x < 0.78418 \dots$$

となればがん検診は実現可能と言える。

では、具体的に1人あたりいくらの抑制が必要なのだろうか。以下の計算式で求めた。

$$1 \text{ 人あたり抑えるべき額} = \text{平均がん医療費} - (\text{平均がん医療費} \times x)$$

実際のデータをあてはめると、1人あたり抑えるべき額は、約46.3万円となった。つまり約46.3万円以上抑えられればがん検診が実現可能である。

では、早期発見で約46.3万円以上抑えられるのかを計算するために、仮定として、平均的にがん検診しなかった場合、がんの進行度がステージⅢ（あるいはステージⅡ）の状態で治療し、がん検診した場合、がんの進行度がステージⅠ（あるいはステージ0）の状態で治療するとする。そして、ステージⅢの医療費とステージⅠの医療費を計算し、その差額が早期発見で抑えられた額とする。

胃がん(ステージⅠ)	平均医療費	ステージの差
363210	932257.5	716742.5
1062600		
1167750		
1135470		
胃がん(ステージⅢ)		
1202070	1649000	

	2145280 1599650		
小細胞がん限局型	2416110 2126420 1298840	平均医療費 1947123.333	ステージの差 -648283.333
小細胞がん進展型	1298840	1298840	
非小細胞がん(ステージ 0)	828650	平均医療費 828650	ステージの差 657550
非小細胞がん(ステージ II)	1360470 2375590 722540	1486200	
結腸がん(ステージ 0)	1035790 385150 1083540	平均医療費 834826.6667	ステージの差 566100
結腸がん(ステージ II)	1043790 2066850 1092140	1400926.667	
直腸がん(ステージ 0)	391190 951430 1062190	平均医療費 801603.3333	ステージの差 1202120
直腸がん(ステージ II)	1163370 2661370 2186430	2003723.333	
乳がん(ステージ 0)	598720 927010	平均医療費 762865	ステージの差 1855537

乳がん(ステージⅡ)		
935810	2618402	
4176010		
2032560		
3780380		
2167250		

平均的なステージの差の平均
543720.7708

(単位: 万円)

(参考) がん治療費.com「部位別がん治療費」

すると、平均的に 524705.1 円 (約 52 万円) 抑えることが可能となった。1 人あたり抑えるべき額である約 46.3 万円と比較して 524705.1 円 (約 52 万円) のほうが高い為、がん検診は医療費を抑制できるという結果となった。

第4章 政策提言

以上のように、がん治療における混合診療を解禁した場合、私たちは患者視点でより効率的な好ましい医療が需要できるようになることを述べた。本章では、これまでの結果を踏まえ、混合診療を解禁した場合における新たな保険料を提示し、医療費の高騰に対して補完的役割を狙った、高齢者のがん検診義務化の実現を検討する。

第1節 がんの混合診療解禁

本節でがんの混合診療を解禁するポイントは以下である。

1. 混合診療解禁は公平性や効率性を保ち、患者負担も緩和させ、また医療技術の発展に貢献するうえでメリットがあると考えられる。また、有効性・安全性の問題は解禁とは別に議論をすべきである。
2. 保険財政を考慮し、保険料については新たな負担が必要

がんの混合診療を解禁するうえで、本稿では混合診療制度解禁に対する、いくつかの有意な論点をあげた。本稿で私たちが抱える問題の論点は保険の本来のあり方である。今この瞬間にも多くの人が予期せぬ病気や事故に遭い、また医療に関する急な決断を余儀なくされている。日本の保険制度そのものが、国民皆保険からも伺えるように、国民全体でお互いのリスクをカバーしようという環境制度であるにも関わらず、混合診療制度が禁止されている。

しかし改革が必要であるとして、がん治療における混合診療の解禁を訴えるだけでは、説得力に欠ける。また解禁するに当たっては、重要な保険財政の更なる悪化に対する有意な見解も必至であろう。事実、日本人の健康観は、人口の高齢化や疾病が感染症から生活習慣病へと構造も変化し、医療技術の進歩によって治療1件当たりの費用は劇的に高騰している。今後は更なる保険料の支給が予測されるであろう。

上記の事実を踏まえたうえで、私たちはがんの混合診療を解禁した場合に新たな保険料が必要であると考え、詳細を算出した。以下は大まかな算出結果である。(再掲)

また、本稿では以下の保険料は保険加入者にとっては新たな負担に感じるかもしれないが、それはリスクプーリングの観点からすると本来負担しなければならない保険料であるという立場である。

がんの混合診療を解禁した場合の新たに必要な保険料の内訳

保険外内の割合(※1)	患者数(※2)	保険割合(※3)	平均医療費(万円)	1人当たり金額(円)(※4)	1世帯当たり金額(円)	番号(※5)
6:4	2/3	8割	220	5300	17000	1. ①
			250	6000	20000	1. ②
			300	7200	24000	1. ③
		9割	220	5900	19000	1. ④
			250	6700	22000	1. ⑤
			300	8100	26000	1. ⑥
	1/2	8割	220	3900	13000	3. ①
			250	4500	15000	3. ②
			300	5400	18000	3. ③
		9割	220	4400	15000	3. ④
			250	5000	17000	3. ⑤
			300	6000	20000	3. ⑥
7:3	2/3	8割	220	3900	13000	2. ①
			250	4500	15000	2. ②
			300	5400	18000	2. ③
		9割	220	4400	15000	2. ④
			250	5000	17000	2. ⑤
			300	6000	20000	2. ⑥
	1/2	8割	220	3000	10000	4. ①
			250	3400	11000	4. ②
			300	4000	13000	4. ③
		9割	220	3300	11000	4. ④
			250	3800	12000	4. ⑤
			300	4500	15000	4. ⑥

(※1) 混合診療を行った場合保険内適応治療と保険外治療の金額比

(※2) がん患者のうちで混合診療を受けている人数割合

(※3) 高齢者の保険適応割合

(※4) 保険加入者一人当たりが必要となる新たな保険料

(※5) 第3章第1節で行ったシミュレーションの番号

第2節 高齢者のがん検診義務化

本節でのポイントは以下である。

検診の対象年齢を 65 歳以上かつ、がん検診自体は 2 万 6 千円の範囲内での部分的使用のとき、高齢者のがん検診義務化は医療費抑制に有意な結果をもたらすのである

この政策はがんのような重大疾病が早期発見されることで、国民ひとり一人の健康状態も高まり、より豊かな生活が送れるようになる事を意図している。そのような社会的に望ましい状況を作り出す為に、がんの早期発見を目指す。

同時に健康診断の義務化、実施についてはもちろん医療費の更なる高騰という問題意識から目を背けることはできないと考える。そこで、高齢者（65 歳以上）のがん検診を義務化する事で、現状の制度でのがん患者 1 件当たりの医療費と比較して、疾病を早期発見した場合の 1 件当たりの医療費の方が小さくなる事を踏まえ、その結果として全体の医療費が抑制されるという仕組みを実証した。新たな範囲内で検診を行い医療費の問題に対処する、つまり「損して得とれ」という事なのである。

前章では、がんの混合診療解禁によって高齢者の検診を義務化した場合の具体的な効果の有無を推定した。同時に推定した結果に関しては、上記の結論が導かれた。

がんに限らず、特定検診に関する話題は医療費抑制につながるのか、といった話題は社会の高齢化とともに重要視される課題となっている。2008 年度からは、おもに生活習慣病対策が国民の QOL の面や医療財政の対策として特定検診・特定保健指導が導入された。しかし次章でも言及するが、この取り組み自体が確信的な医療費抑制の政策となるかどうかは依然、懐疑的な面も指摘される。

第5章 課題

混合診療解禁によるメリットは本稿で述べてきた通りである。まず1節では本稿の政策提言での、混合診療の問題点、改善点をまとめる。また2節では、混合診療解禁する際の、患者側の需要サイド、医療や薬を提供する供給サイドや保険料負担の問題など、さまざまな立場の見解が交錯している事実も考慮した上で、様々な視点から現状の混合診療の在り方を述べる。

第1節 政策提言の妥当性

本稿における分析では、入手できないデータ、あるいはデータとして存在しないものがあった。そのため第3章の分析は多様な仮定のもとでの研究となり、その妥当性は確実なものとは言えない。しかし、本稿では実際に混合診療を解禁した場合の費用変化をデータに即したシミュレーションでの研究貢献を果たしたと考えられる。以下は、本稿の提言でまとめた課題である。

(保険料に関して)

- ・ 保険料の新たな負担は貧困層にとって重荷となってしまう

(がん検診の義務化に関して)

- ・ 誰がどのような仕組みで検診料を支払うのか
- ・ 未検診者への対応
- ・ 既存のがん検診者の考慮
- ・ 潜在的ながん患者の発見を促すことが、医療費の追加的な負担となる可能性
- ・ 本分析で全ての高齢者をがん患者と仮定した点

保険料に関して、本稿では「新たな保険料」として負担を示した。リスクプーリングの観点を重視するが、実際には負担としてマイナスのイメージは払拭できないであろう。特に貧困層と称される人々にとってはどれほどの負担になってしまうのか検討すべきである。

がん検診の義務化に関しては、検診料を誰がどのように支払うかによって、さまざまな見解ができる。例えば、負担者は高齢者自身なのか、または保険加入者なのか、といった問題である。検査を実施する場所に関しても、効率性を重視しさまざまな診療施設で行うべきか、やコストの面から考慮しセンター化すべきか、などが挙げられる。

現状分析で述べたように、現状の検診の受診率は芳しくない。検診にインセンティブが働かない要因の一つに、検診のメリットが明確に伝わっていないことが挙げられた。もちろん、将来必ず病気になると考える人はごく少数であろうし、健康に日頃から気を配る人がその大半を占めることになるのかもしれない。現状の制度では、限られた人のための制度に留まっていると言っても過言ではない。政策でもやはり未受診者の存在は否定できないであろうが、義務と課す意味はアナウンス効果などの点でも価値のあるものだと考える。

本稿では、がん検診率が低いこともあって、既に自発的にがん検診を受けている高齢者の存在を考慮しなかったが、現実をより反映させたモデルにするためには、その点も考慮しなければならないだろう。

最後に、医療費抑制のためのがん検診義務化ではあるが、特定検診が医療費に及ぼす影響としては、懐疑的な見解も多くその中でも、潜在的ながん患者発見自体が医療費のさらなる負荷となるのでは、という見方がなされる。確かに、そのような可能性も否定できないが、国民の健康を守ることは、医療に与えられた使命でもあるので、積極的に行うべき取り組みであると考えます。

第2節 混合診療一般の補論

1) 社会への影響

混合診療が禁止される背景には、患者と医師との間を超えたインパクトが存在する為である。その代表的な例が、製薬会社である。現状の仕組みでは、メーカーが薬価収載するニーズがあるが混合診療を解禁することで、そのインセンティブがなくなる恐れがある。

更に、情報の非対称性により、医師側が自由価格を設定し、サービスの内容や質が大きく操作されうる可能性も否定できない。

このように、混合診療を解禁するうえで、患者側だけの利害にとどまらず更に幅広い視野をもって政策を示す必要がある。

2) 患者の声を重視した現実的政策

混合診療の現状としてわが国では、人口構造が大きく変化し、それに伴い医療を需要する側のニーズも多様化、複雑化している。最近では、子宮頸癌におけるワクチンの承認など、癌や混合治療に関して医療環境は地道に改善する傾向にある。

それでもなお、患者のニーズに日本の医療環境が追いつかない現状も把握されている。日本の薬価収載までの時差、ドラッグラグは米国の比較で約2倍もの遅れがある、という発表もあるのだ。『がん患者と家族が求める医療政策～がん患者アンケートの解析結果』のアンケート調査によると、がん患者の声が日本の医療政策に反映されていないと感じる患者が、全く感じない、どちらかというと感じないで8割を占める。(図1) 更に、その不満の原因は(図2)の通り、治療承認に続いて保険制度の在り方、患者向けの情報の欠如にあるとされる。

事実、混合診療における日本の医療の情報環境は良い状況にあるとは言えない。今回の研究においても様々な制約のもと、研究を進めざるを得なかった点が多々あった。混合診療を現状の制度のまま受けることは、患者にとっても負担は大きく、新薬などに関する情報はほぼ、医師を頼らざるを得ない。新薬に関しても、情報の所在が散在しているため、副作用の情報が行き届かず、被害患者が重複する例も出ている。

誰もが想像もしない将来を、より効率的に安心して暮らせる社会の枠組みを形成していくうえで、まずは情報の所在を集中させる事が重要な課題であるだろう。更に混合診療を先駆けとして、患者自身が医療の進歩を充分に享受できる医療環境作りが期待できるはずだ。

第3節 日本医療の展望

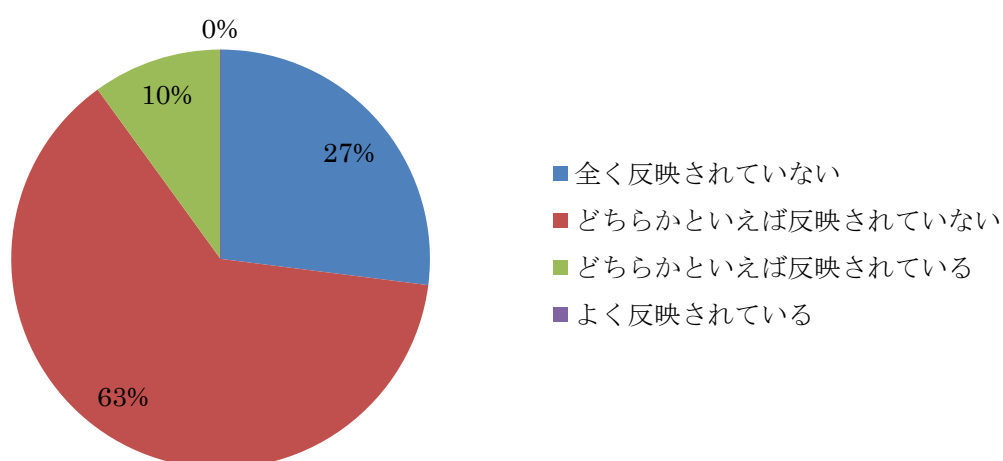
「病名はがんです。」わたしたちは、いつこの言葉を耳にするかもわからない状況に置かれている。先進医療や新薬開発の進歩は目ざましく、がん治療に関しても恩恵を受けているにもかかわらず、日本の医療はその環境を背景に非難を浴び続けている現状がある。

病気と一言でいっても、その状態は進行度や種類により様々であるのは承知の通りだ。特にがん治療に関しては、同じ病名で診断されたとしてもまず同じ治療が施されるとは限らないであろう。医療はその点でとても複雑で単純な見解を持つことは望ましくない。医師はかつてパターナリズムの象徴として、患者に治療を与え、患者自身は医師に治療を依存するしかない環境であった。このように結ばれた医師と患者の関係、プリンシパルエイジェント関係は時代とともに変化し、現在ではインフォームドコンセントの考えが広まった。しかし、がん治療のような特に専門的な治療を要する病気では、患者は医師が提示する治療法を選択することが難しいとされる。特にがん患者はその半数が手遅れの状態で入院してくるのも、その理由の一つと言えるのではないだろうか。

メディアでは医療の悲惨な実態を一面的に理解するような報道が続き、それは時として私たちに誤解を招かせる要因となる。日本の医師は患者に対して説明不足であり、患者は情報に飢えていると。本稿を作成するに当たり、私たちも同様の意見を多々持つ機会があった。混合診療に関する様々な情報が欠如しているのは事実である。しかし同時に、病気に対しての捉え方は困難で、がん自体が未知の部分が多く含んでいることを考慮しなければならないと、何度も考えさせられた。

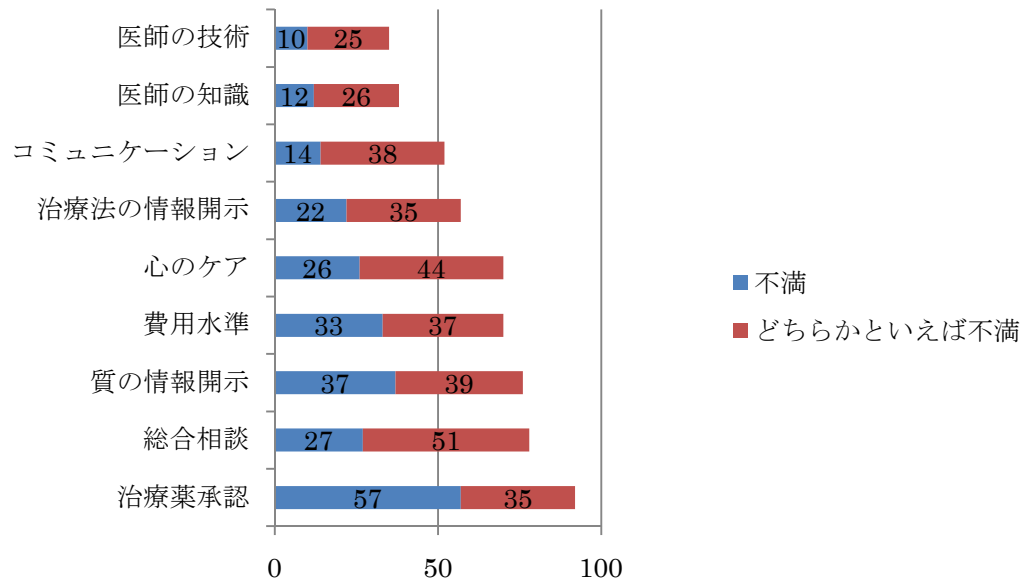
不確実で多様性のある医療問題を取り上げるうえで、日本医療の展望をどのように考えていくべきなのであろうか。現状として「患者中心」の医療であるべきことは間違いないであろう。日本が高齢化社会を目の当たりにしている状況で、今こそ「患者」が求める真の医療制度への転換の時代であると考え。患者は医師とより良いコミュニケーションを求め、お互いが最善の治療を探し出せる環境づくりを必要としている。そのような些細な信頼関係理解が医療の根本で必要不可欠なのではないだろうか。

がん患者の声は医療政策に反映されていると思うか



(図1) * 1,836 名のがん関係者の回答を、日本における男女別・年齢別の原発のがんの種類の分布に基づき、同じ分布になるべく調整資料：東京大学医療政策人材養成講座のデータに基づき、日本医療政策機構が解析（出所）近藤正晃（2006）『がん患者と家族が求める医療政策～がん患者アンケートの解析結果』

日本のがん医療を改善する上で以下の項目をどう思うか



（出典）同上

先行論文・参考文献・データ出典

《先行論文》

斎藤 裕美・鍋田 忠彦(2003)「混合診療の一考察」
辻一郎氏(2000)「健診・検診の経済効果」

《参考文献》

宮本守(2006)『混合診療について』関西学院大学“経済系”第229集
大日康史(2003)『健康経済学』東洋経済新報社
吉田あつし(2009)『日本の医療の何が問題か』NTT出版

《データ出典》

厚生労働省ホームページ「患者調査」(平成17年のデータを分析で使用)
厚生労働省ホームページ「平成20年人口動態統計」
厚生労働省ホームページ「平成18年度地域保健・老人保健事業報告の概況」
厚生労働省ホームページ「国民生活基礎調査」(平成17年のデータを分析で使用)
厚生労働省ホームページ「国民医療費」(平成17年のデータを分析で使用)
厚生労働省ホームページ「平成19年版厚生労働白書」(平成18年のデータを分析で使用)
国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「人口統計資料集」(平成17年のデータを分析で使用)
内閣府ホームページ「平成19年がんに関する世論調査」
国立がんセンターがん情報対策センター
アフラック (アメリカンファミリー生命保険会社) ホームページ
近藤正晃 (2006)『がん患者と家族が求める医療政策～がん患者アンケートの解析結果』
がん治療費.com ホームページ「部位別がん治療費」
愛媛生協病院ホームページ「がん検診費用」