

コメンタリー

「特定保健指導対象者への脂質異常症治療薬のOTC薬化に伴う費用効果分析と医療費への影響の推計」に対するコメンタリー

橋本 英樹*

肥満や糖尿病・高脂血症などメタボリック症候群を形成する健康問題がもたらす社会的負担の規模や、予防的・治療的介入の効果は、保健政策上の重要課題として各国で注目されているところである¹⁾。22巻1号に掲載された村田らによる論文もこの重要課題に取り組んだ野心的な試みのひとつである²⁾。

村田らによれば、特定保健指導対象者に、血清コレステロール値が教育介入によっても200~220mg/dlに留まる層に対して、高脂血症治療薬であるスタチン製剤を予防的に服用させた場合に、心筋梗塞の発症をどの程度削減するかを検討している。さらにこれをOTC薬として提供した場合の医療費削減効果と合わせて費用対効果分析を試みている。しかし本論文にはいくつかの問題点が見られる。まず第一に、200~220mg/dlにとどまる対象者は「治療」すなわち医療サービスの対象ではなく、予防的介入の対象として分けている点である。しかし、2002年に発表されたNIHの高脂血症管理ガイドライン³⁾によれば、リスクファクターが0ないし1の対象ではLDL160mg/dl以上が治療の対象となっており、総コレステロール値でいえば、200mg/dl以上はすでに治療介入の対象となりうる。したがって本研究で示された心筋梗塞の死亡率の低下とそれによるQALYの改

善は、予防によって生じたものではなく、ましてやOTC化によって生じたものではない。あくまで治療対象の幅を旧来よりも厳密化したことによって生じたものである⁴⁾。一方、OTC化によって再診料や処方料などの医療費は避けられるが、横紋筋融解ほかの副作用が生じた場合の費用や、初回ならびに経過観察のために半年おきなどに医療的フォローをしている分の医療費、さらに薬剤治療を行っていることにより追加的に発生する特定健診費用などが計上されていない。以上から費用は過少推計、効果は過剰推計していることは明白である。筆者らはこれらの結果に基づいて「高脂血症治療薬をOTC化」することによる医療費削減の効果を推計しているが、妥当な結果であると受け入れることには慎重にならざるを得ない。糖尿病や高脂血症などはどこまでが「予防」でどこからが「治療」なのかは、特に薬物を使用する場合、境目は見られない。また、これを公的医療保険でカバーするのか、自己負担でカバーするのかは、社会的費用総体に影響はなく費用対効果分析が取り扱う問題ではない。これは、あくまでだれがコストをカバーするのか、という政治経済的な問題である。規制緩和によって社会のどの部分になにが便益としてもたらされるのかについては、費用対効果分析を行う際、特に注意を払う必要があるものと思われる。

* 東京大学大学院公共健康医学専攻教授

参考文献

- 1) Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 367 (9524) :1747-57,2006
- 2) 村田達教, 矢野間朗子, 白神誠. 特定保健指導対象者への脂質異常症治療薬のOTC薬化に伴う費用効果分析と医療費への影響の推計 *医療経済研究* 22 (1): 31-44, 2010
- 3) National Cholesterol Education Program. Detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) Final report. National Institute of Health Publication No.1 02-5215. September 2002. downloadable at <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3full.pdf>
- 4) Fedder DO, Koro CE, L'Italien GJ. New National Cholesterol Education Program III guidelines for primary prevention lipid-lowering drug therapy: projected impact on the size, sex, and age distribution of the treatment-eligible population. *Circulation*. 105 (2) :152-6,2002