

「医療費問題を考える」

慶応義塾大学総合政策学部 教授
医療経済研究機構 研究部長
印南 一路

はじめに

只今ご紹介に預かりました印南です。今回頂いたテーマは「医療費問題を考える」ですが、先ず自己紹介をさせていただきます。私の専門は「医療政策」と「意思決定」の二つで、この 20 年殆ど両者を相互に関係なく行ってきましたが、最近ようやく重なり合う分野ができてきたと思っています。本日は医療政策関係を中心に話を進めたいと思います。先程紹介がありましたが、中医協（中央社会保険医療協議会）は医療費の診療報酬という世界でも珍しいくらい詳細な公定価格を作って決めているところです。私はここで昨年まで 6 年間公益委員として携わっていました。その後経済財政諮問会議で委員をやっています。ここは経済の成長と財政問題を同時に解決することを議論する場所で、政府内部での調整と政府と野党との調整をして日本の基本方針を決めているところです。

ここでの議論の 7 割は社会保障について行い、その内の 8 - 9 割は医療問題について議論をします。なぜかという日本の予算の最大の項目は社会保障費で、その内年金が金額的には一番大きいのですが、既にかなりコントロールできるようになっており、削減できるのは社会保障費の中の医療費で、そのために医療の分野をどうするかは厚生労働省を離れて諮問会議の方でかなり基本方針が決まっているのが現実です。ちなみに「ポリファーマシー」という言葉をご存知の方はいると思いますが、これは皆様には非常に重要な内容なので、医療費問題とは別に最後に説明したいと思います。

医療費とは何？

それでは本題に入りますが、よく新聞などに書いてある「医療費」の意味です。これは日常の意味での医療費とは違い「国民医療費」としての明確な定義があります。では「国民医療費」とは何ですか？という、これは「傷病の治療費」として法律で定義されており、公的保険給付の対象となるものです。例えば「正常分娩費」は日本では公的保険給付の対象となっておりません。これは妊娠して分娩する事は治療ではないと考えられているからです。しかし少しでも異常があれば「異常分娩」となり、給付の対象となります。実は妊娠、出産は非常にリスクが伴いますので、他の国では保険に入っていますが日本では入っていません。

また予防接種もよく問題になっていますが、保険対象には入っていません。OTC (Over the Counter Drug) これは一般用の医薬品ですが、これも保険対象には入っていません。クリニックに行つて処方箋を書いてもらい、薬局で貰う薬は「医療用医薬品」と言つて、保険対象に入っています。アレグラのように、同じ成分の物が一般の市販薬として売られていますが、これらは対象外です。

また健康食品は市場規模が 1 兆 2300 億円位ありますが、含まれていません。今関係者が議論しているのは国民医療費の話であつて一般の医療費ではありません。ですから皆さんが一般薬局で購入する薬は対象外で全額負担となります。

日本の医療費は高いですか？

日本の医療費は高いですか？これは論者によって答えが違います。プロパガンダを互いにやり合っていますので一般の読者が良く解らなくなるのは当然のことです。10-20 年の長期レンジで新聞記事等を見ている人でないと今行っている議論の裏にある意図が判りません。直近のデータで見ますと、OECD の先進国の中で上から 6 番目に高い支出なっていますが、数年前は 3 位になった事もあるし、その前には 11 位になった事もあり、この順位の議論は政治的に使われますので、冷静に見る必要があります。少なくとも言えることは日本はそんなに医療費が低い国ではありません。

なぜ強制的に社会保険に加入させられるの？

日本国籍を持つ日本人や外国人労働者は、社会保険に入らなければなりません。日本に3カ月を超えて滞在している外国人は日本の社会保険に入ることができます。しかし、米国の場合は保険の加入は任意です。従って国民の約2割、6000万人は保険に入っていません。米国の自殺の原因のトップは医療費問題です。つまり自分の健康を過信して保険に入らないために、医療が必要になった時に財産を使い果たしてしまうことが多くあります。従って世界的に見ても日本は非常に優しい国だと言えます。

それはやはり強制的に保険に加入させている事だと思います。その理由を確認すると、「医療における不確実性の存在」があります。だれも自分の健康状態は自分が一番よく分かつという人もいますが、実際に医療サービスを必要としているかを事前に正確に予測することはできません。統計的には予測できて実際に自分がいつ病にかかるかは予測できないのです。

例えば、非常に元気だった人が急に病気になり亡くなる事は日常茶飯事です。また病気の原因は遺伝子、環境、生活習慣、事故など色々あります。また、病気になった場合は一体いくら医療費が掛かるか予測ができません。ですから民間保険を含めてなんらかの保険に入らないと対応できません。従って米国を除く先進国は保険の重要性を認め、強制的に社会保険に加入させるようになっています。

ちなみに保険に加入していないと家計が破壊されてしまいます。一家の大黒柱が突然病気になったり事故にあったりして莫大な治療費が掛かった場合、家を売るしかなくなります。このような事を防ぐために社会保険があります。また民間保険のみに任せた場合、健康リスクの高い人は入れませんし、保険料を払えない経済弱者は排除されます。

国民皆保険の意義

日本は世界に先駆けて1961年に国民皆保険の導入を決め、日本国民及び在日外国人を含む全員が公的保険に加入して、医療費が給付されるようになりました。日本が手本にしたドイツは、もともと一定の所得以上の人は公的保険に入れず、民間保険に任意加入していましたが、最近、国民全員が公的保険か民間保険のどちらかに入らなければいけないことを決め、ようやく国民皆保険になりました。

フランスは日本に似た仕組みを持っており国民が全員保険に加入していますが、窓口で一旦医療費を全額払い、後程保険者に請求して還付してもらう仕組みになっています。日本は現物給付ですから窓口で自己負担分だけ払えば済み、残りは医療機関が保険請求をしています。これも良い仕組みだと思います。

給付率は日本の場合「表面給付率」です。7割が原則で、高齢者は年齢や所得に応じて1割や2割になります。これを攻撃する人は、「先進国で3割も負担させる国は無い」と言いますが、お隣の韓国では4割負担で米国も実質4割くらいです。ヨーロッパも軒並み2割以上です。日本は高額療養費制度と言う月額支払い上限があるので、実質的には患者の負担は僅か15%です。表面給付率は低いように見えますが、実質的な給付率は高いと言えます。

高肥満薬とかマッサージまで公的保険でカバーしているのは日本だけです。他の国では考えられません。他の国では歯科治療すら入っていない国にもあります。薬剤も日本の1/3位しか保険適用になっていません。日本では1万6000の薬剤が適用されています。

また人口カバー率はほぼ100%です。中には払えるのに払わない人がいますので、これに対しては「国民保険資格証」を発行して医療機関にかかった場合は一旦全額払い、未払い保険料分を引いて還付される仕組みになっています。

また生活保護者に対しては日本では医療費は無料になります。生活保護費は総額3兆円位ですが、その内の5割以上が医療費になります。ですから世界で最も徹底した国民皆保険だと評価されています。この国民皆保険を放棄して自由診療や民間保険に移行した方がよいと主張する人はいません。したがって**国民皆保険の維持は国民全体の共通目標**となります。

社会保険制度の存在による影響

社会保険があるとどうなるかという、①自分の健康に注意しなくなる、②保険制度を乱用するようになるという副作用もあります。一昨年「ヒルドイド問題」が起きました。ヒルドイドという保湿剤がありますが、化粧水と成分が一緒です。化粧水を市販で買うと1,000円以上しますが、医療機関で処方してもらうと数100円で入手できます。ネットでこの情報が流れたため、医師に処方依頼する人が急増し、この費用が約500億円になりました。まさに保険の乱用です。

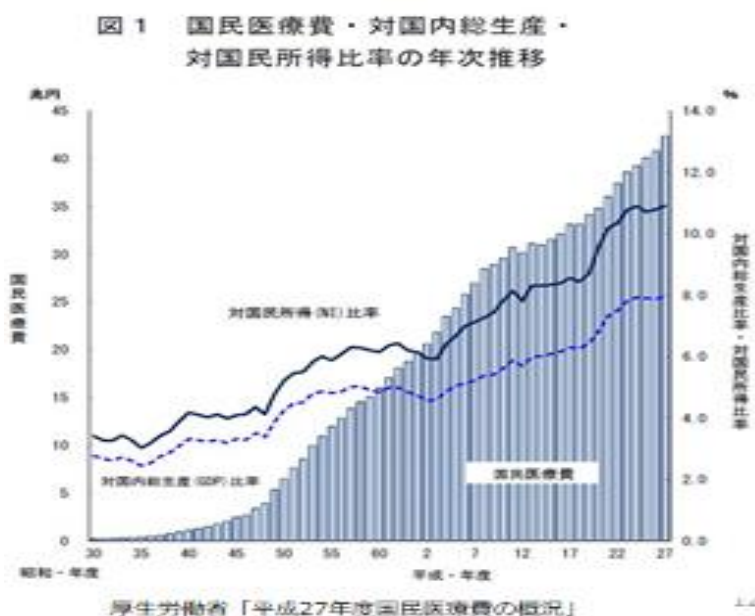
社会保険の所得移転機能

社会保険は「所得移転機能」を持っています。これは収入に応じて保険料を払いますが、受ける給付は同じだからです。これ自体は社会保険の根本的性質ですからどうしようもありません。

保険の未利用者から利用者に所得移転しますし、高額所得者から低額所得者に移転します。また高額治療費は所得に応じて月額支払いの上限が決まっています。従って3割負担になっていますが、そんなに負担が大きくなるのは月額支払いの上限が決まっているからです。これは大変素晴らしい制度ですが、恩恵を受けている人でもあまり実態は知られていません。また若年者・健康者から高齢者・不健康者にも所得移転は起こります。

実際に医療費はいくらかかっているの？

医療費は年間42兆円かかっています。この内薬品が10兆円位です。他の産業と比べてみると、経済をけん引している自動車・付属品産業は62.5兆円です。次が建設産業で52兆円位ですから産業規模ではかないません。しかし不動産39.4兆円、生命保険39兆円、パチンコ産業20兆円よりは規模が大きくなりますので日本では3番目の産業規模になります。右の図は国民医療費の年次推移のグラフですが年々急増しています。また経済規模に対しても比率が上昇しています。



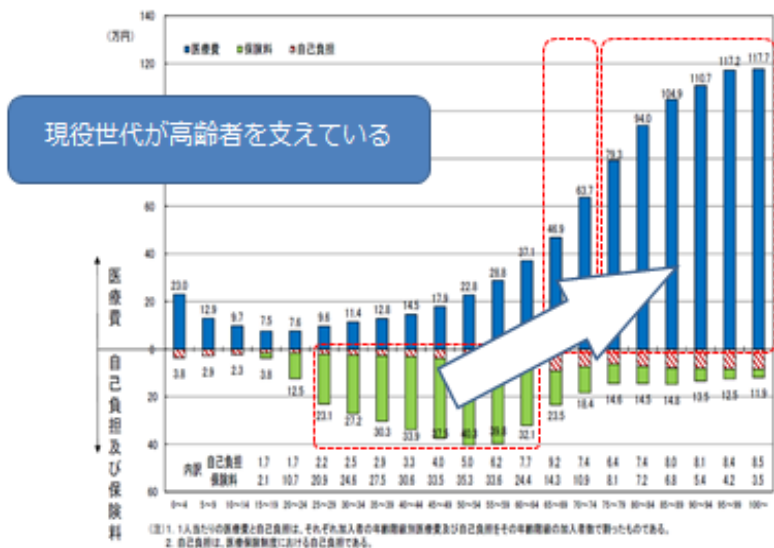
医療費の財源は？

それではその財源はどのようになっているかというと、社会保険と言いながら保険料で賄われているのは実は6割で残り4割は税金と国債です。日本は歳出に比べて税収不足になっていますので国債を発行してどうにかやり繰りをしています。医療費については、毎年防衛予算と同じ額の5兆円を国債で賄っていますので、それだけ負担を先送りしている訳です。これは「孫のクレジットカードを祖父母が使いまくっている状態だ」と言う経済学者もいます。

年齢階級別1人当たりの医療費、自己負担額、保険料を比較して見ますと、後期高齢者の75歳以上の人は平均すると88万円医療費を使っています。それに比べて払っている保険料は15万円弱です。実際に負担しているのは現役世代です。年間平均して22万円の医療費を使っているのに対して40万円近くの負担をしています。実質的に現役世代から高齢者に所得移転している事になります。

問題は人口減少して少子高齢化になって現役世代が減っていることで医療費負担が賄えなくなることです。もう一つは毎年国債発行額が拡大しており、現在約1000兆円の債務残高を抱えています。これが医療費問題の根本問題で危機的状況といえます。

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額)
(平成27年度実績に基づく推計値)



現役世代が高齢者を支えている

(資料)厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料～平成27年度の医療費等の状況～」議会医療保険部会資料、平成30年4月19日

ます。財務省の資料によれば、収入が毎月 30 万円の人が 17 万円借金をして毎月 47 万円の支出をして国債の利払いをしているのと同じ状況です。

これがいつまで続けられるのかが問題です。一番債務残高を心配している財務省も 1000 兆円の債務残高を 0 円にしようとはしていません。とりあえず年間の収支を安定させ、これ以上財務残高を増やさないようにしようというのが「プライマリーバランスの黒字化」です。2020 年までに黒字化しようとした計画しましたが、もう達成できない事が判り、先延ばしにしました。これが現状です。

医療費問題は何か？

医療問題は“このような状況で国民皆保険が今までどおり維持できますか？”というところです。先程話しました債務残高が無ければ多少医療費が膨らんでも問題ありませんが、債務残高が年々膨らんでいるのでどうにかしなければなりません。一つの解決方法は経済が大成長すれば良く、中国のように経済成長が毎年 7 - 8%も伸びれば、本当は問題にはなりません。しかし、少子高齢化が進み、労働人口が減少している状況で、これを達成するのは困難です。

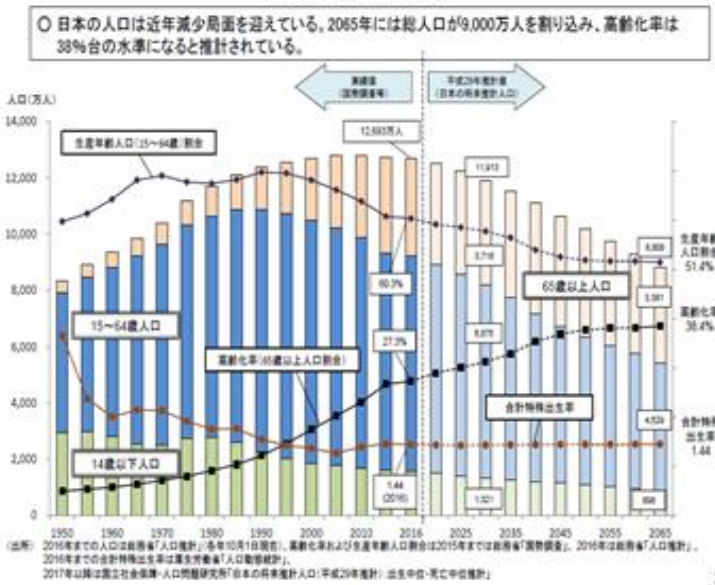
10 年くらい前は少子高齢化が問題視されましたが、これからは毎年 1、2 の政令指定都市がなくなっているほど人口減少が進んでいきます。一方で医療技術が向上し、これ自体は良いニュースですが、医療費は大変高くなります。

また保険の乱用の話もあります。これに対応するためには保険料や消費税を上げて負担を増やすか、医療費の伸びを抑える。このどちらかを行うか、同時に両方行うしか選択肢はありません。

右の表は日本のお人口の推移を示しています。1955 年に人口は 8900 万人位でした。2008 年の 1 億 25 百万人をピーク

一方日本の債務残高は問題ないという評論家や大学の先生もいます。理由は、ギリシャは国債を海外の投資機関が買っているのに対して、日本の国債は国内の投資機関が買っているからで、これは政府の債務で日本国の債務ではないと言っています。これは最終的には国民の保険料と預金で買っている事になります。さらに過激な人は預金封鎖して国民の預金と国の債務をチャラにすればよいと言いますが、これは国民が全員金融財産を失うことを意味します。そうしなければ、ハイパーインフレが起こり、貨幣価値が暴落し 1000 兆円の債務が 1/10、1/100 に減りますが、国民生活は破壊されます。これは無責任な発言だと少なくとも私は思い

日本の人口の推移



(資料)厚生労働省保険局「医療保険制をめぐり状況」(第111回社会保障審議会医療保険部会資料、平成30年4月19日)

にその後減り始めています。そして 2060 年には 8900 万人に戻ると言われています。この表を見ると青い部分が現役人口で 14 歳以下の人口と共に毎年ドンドン減っています。65 歳以上の高齢者は反対に増えています。この状況はかなり確実な状況でこれを押し戻すのはかなり難しい状況です。

先程医療技術の話をしました。毎年次々と新しい医療技術が加わっていますがほとんど組換えをしていません。実際に頻度表のデータで全ての医療機関で 1 年間に 1 度も使っていない医療技術がいくつもあります。それに比べて加わる方は、薬は年に 3 回で 1 回に付き何十種類の新薬が加わります。それに加えて、再生医療、重粒子線治療など非常に高額な医療技術が次々と保険に入ってきています。これで本当に財政が持つのか疑問です。

例えば以前新聞を賑した切除不能な皮膚ガンの治療に使う注射薬の「オプジーボ」は 1 回の注射で 73 万円かかりました。どうしてこんなに高額なのでしょう。薬価は薬価算定組織がルールに従って計算しますが、開発にかかったコスト+適正な利益を想定する患者数で割った金額にするからです。

「オプジーボ」の場合はコスト+利益が 31 億円で、患者数は 480 人位しかいませんでした。この様に薬価を算定しないと製薬会社は患者数の少ない難病に効く薬を開発しなくなります。でも、この薬はすぐ肺がんに適用拡大されましたが、患者数が 1 万人を超えたのに、そのままの価格であったため、1500 億円にもなっていました。

その他で有名になったのは「ソバルディー」で、これは C 型肝炎の治療薬で年間 1 人当たりの治療費は 3000 万円になります。これで年間 3000 億円位の保険財政負担になりますが、これを飲むことに依って C 型肝炎が治りますので、高価ではあるものの画期的な良い薬といえます。しかしその後類似薬が沢山出てきましたが、先に決められた高額な薬価に準じたためにこれらの類似品も軒並みに薬価が高止まりになりました。その結果もの凄い金額の医療費になっています。

先程再生医療の話をしました。「ハートシート」は自分の細胞から採取した組織を培養して移植するという素晴らしい技術ですが、この治療費が 1 回 1000 万円以上かかります。それから「人工皮膚」は自分の皮膚を培養して、全身火傷の時に使用できますが、これも 1 枚 30 万円かかり、1 度に 30 枚くらい使いますので 1000 万円位すぐにかかります。また重粒子線治療は大体自費部分が 350 万円です。重陽子線をがん細胞に当てるわけですが、この設備が今世界に 11 台ありますが、ヨーロッパに 2 台、米国に 2 台、中国に 1 台、日本に 5 台もあります。これは地方創生の一環で地方の政治家が関係しており日本の患者数から見ると必要な設備数を遙かに超えています。設備を作ったら使うわけですから、益々医療費が高額になり財政を圧迫しているのが現状です。

このような話を若者にすると、皆憤慨します。そろそろ自分の健康が気になる高齢者にとっては何とか自分だけ逃げきれんのではと思いがちですが、今は人生 100 年時代に入っていますので、誰も逃げ切れません。ちなみに平成 28 年度の 0 才児の平均余命は男性 80 年、女性は 87 年で世界最高水準です。今 70 歳の男性の人の平均余命は 16 年です。つまり今 70 歳の人の平均の死亡年齢は 86 歳になります。この年齢は年々伸びています。これは平均年齢ですから、もっと生き延びた場合は保険制度が崩壊しているかもしれませんので、今から真剣に議論する必要があります。

纏めますと「国民皆保険」は国民皆保険制度を維持するのは国民全員のコンセンサスです。

- ① 1961 年に実施されて、先進国の中でも最も充実した保険です。
- ② 年間 42 兆円の国民医療費の財源は保険料 60%、税金 40%で賄い 1000 兆円を超える債務残高があります。
- ③ 財源は天から降ってこない。孫のクレジットカードを祖父母が使っている状態です。

また「機会主義的行動」とは制度全体を考えずに自己中心的に振舞うことです。

- ① オプジーボ問題
- ② ヒルドイド問題・湿布薬問題、それぞれ 500 億円、1000 億円の医療費に相当します。
- ③ 未就学児・就学児医療費無料化、過剰医療に繋がります。
- ④ 在宅医療の乱用、最近は厳しく管理されています。

- ⑤ 柔道整復療養費の不正請求、年間 4000 億円の中には不正請求があると指摘されています。
- ⑥ 生活保護医療、精神病院の患者の 1/3 が生活保護者になっています。

医療費の財源は天から降ってはこないのです、収入を増やすか支出を削るしかありません。例えば消費税の値上げで医療費を賄うとすると現在の 8%から 20%に値上げする必要があります。消費税は貧富の差が無く使う人が支払うわけですからもっとも公平ですが、10%への値上げでもこれだけ反対があるので非常に難しいと思います。とにかく日本人は自分のお金を払いたがりません。しかし制度はよくあって欲しいと願いますので、非常にわがままな国民だと思います。だから歳出をカットするしかありませんので、この議論をこれからも続けてゆく必要があります。

色々な考え方があり色々な人が色々言っていますが、余りにも財政だけを見て、財政状況が厳しいから一律カットする等というのは、命にかかわる問題なので良くないと思います。超高額薬品の場合はやはり命にかかわるので保険で対応すべきで、値段は公的に合理的に決めればよいと思います。高額薬品ほど財政効果が大きいから保険から外し全額自己負担にするべきだという人もいます。そうすると金持ちしか高額な医療は受けられなくなります。これは米国では現実で、よくドラマで見ますが彼らはそれが当たり前だと思っています。私はやはり命だけは守った方が良いので高額医療費は保険から払うべきだと思います。ただそうすると医療費が高騰するので医療費に関わらないマッサージとかは保険から外すべきだと思いますが、是正をするのは非常に難しいのが現状です。

理念に基づく医療費適正化政策

なぜ理念の話をするのかというと、完全に財政の点から考えると高額なものを減らせばよいのですが、それに対抗するには理屈が必要です。それが理念です。

アメリカのハーバード大学の哲学の先生でジョン・ロールズという人がいます。この人が面白い議論をします「無知のヴェール」という概念を使います。『制度の知識を完全に持った人が、自分の立場のみは知らずに、理性的に議論した結果を採用するという方法』です。実際に行うわけではなくて、仮想的に行ったらこうなるという方法です。ロールズは基本財は平等に配分されるべきという平等原理と、最も不遇な集団に最恵待遇を行うという格差原理の 2つを提案しています。私は自分の弟子と一緒に 3人で実際に医療分野について行いました。一人は女性でもう一人は障害を持っています。『組織的利益や個人的な見方からも解放しよう』と 2年間くらい議論しました。これを医療に当てはめた結果は、『命に係わる医療は平等にしましょう。そうでない医療は場合によっては、今よりも負担をして貰いましょう』という結果になりました。理屈は簡単で『救命医療は無差別平等ですから財源を確保しましょう。対する自立医療は公平が重要ですから、場合によっては支出の抑制を考えて、医療費全体の伸び率を管理しましょう』という結論になりました。これが弟子を含めた我々の共通の理念としました。

実は「救命医療」と「自立医療」に分けるだけではなく、「緊急かつ致命的な医療」「緊急性はないが致命的な医療」(例えばガンがこれに含まれます)、「苦痛の緩和」等もう少し細かく医療を分けました。これらの治療は場合によっては給付率をアップしても良いのではないかと思います。何故かというと医師や患者が自分で操作できないからです。経済の世界では「価格弾力性」と呼んでいますが、例えば心臓バイパス手術で治療費が 1割安くなったから、この治療を受けようという人はいませんが、マッサージなどは安くなれば行こうという人は沢山います。

給付率柔軟化は可能か？

「給付率柔軟化」は可能であるか検討しましたが、入院も外来も全て 7割給付というのは日本位なもので外国は外来の場合はもっと自己負担が高くなります。ちなみにフランスは薬剤については段階的給付率を採用しており、抗がん剤などは 100%給付しますが、有用性が大とされる薬剤でも 65%給付で有用性が低いものは 30%給付になり、ビタミン剤とか漢方薬は保険にも入っていませんから

100%自己負担となります。だから実質給付率は 66.5%になります。韓国もアメリカも大体同じくらいですが、日本では実質給付率は 85%位ですからかなり高いといえます。

今回の講義の中で説明していることは財政問題があるので給付に関しては何らかの方法で調整する必要があります。また毎年高額な良い薬が出てきていますが、これらを保険から除外するのは良くないので、どこか下げられるところで下げるしかありません。それができないなら、全て消費税で対応するか高齢者も含めて保険料を今の 2-3 倍に値上げするしかありません。しかし現状無駄な面も相当あるので給付の方を調整しましょうというのが議論の骨子です。

おまけ：ポリファーマシー問題

ここで一区切りつけてポリファーマシー問題について話します。この問題は政府が盛んに宣伝していますが、巷には情報が中々伝わっておりません。毎日 5 剤以上服用している高齢者の方々への注意喚起ということでお話ししますが、東大医学部の老齡医学の専門の秋下先生が中心になって纏めて私は調整役（座長）として参加をして検討会が作られました。その後 1 年間議論を重ね今年の 5 月に「高齢者の医薬品適正使用の指針」の総論編が完成しました。この中に「有害事象」、つまり薬の副作用だけでなく副作用までいかない軽いものまで含めて「有害事象」と言っていますが、1 日 1-3 剤服用する人は有害事象の発生確率が 7%位です。ところが 1 日 6 剤以上服用する人の発生確率は 12%以上になり倍近くの発生率になります。つまり 1 日に服用する薬の数が多すぎると体に良くないことが起こり得ると言えます。でも厳密な因果関係は難しいので因果関係はあまり問題にしないで注意喚起しようということです。

表1 薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤

症候	薬剤
ふらつき・転倒	降圧薬（特に中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬）、糖尿病薬、抗不安薬、抗うつ薬、てんかん治療薬、抗精神病薬（フェノチアジン系）、パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）、抗ヒスタミン薬（H ₁ 受容体拮抗薬含む）、メマンタン
記憶障害	降圧薬（中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬）、糖尿病薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗うつ薬（三環系）、てんかん治療薬、抗精神病薬（フェノチアジン系）、パーキンソン病治療薬、抗ヒスタミン薬（H ₁ 受容体拮抗薬含む）
せん妄	パーキンソン病治療薬、糖尿病薬、抗不安薬、抗うつ薬（三環系）、抗ヒスタミン薬（H ₁ 受容体拮抗薬含む）、舞狂薬（中枢性降圧薬、β遮断薬）、ジゴタリス、抗不整脈薬（リドカイン、メキシレチン）、気管支拡張薬（テオフィリン、アミノフィリン）、利尿剤、ステロイド
抑うつ	中枢性降圧薬、β遮断薬、抗ヒスタミン薬（H ₁ 受容体拮抗薬含む）、抗精神病薬、抗甲状腺薬、利尿剤、ステロイド
食欲低下	非ステロイド性抗炎症薬（NSAID）、アスピリン、鎮下剤、抗不安薬、抗精神病薬、パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、コリンエステラーゼ阻害薬、ビスホスホネート、ビグアナイド
便秘	糖尿病薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗うつ薬（三環系）、運動機能治療薬（ムスカリン受容体拮抗薬）、腸管蠕動薬（アトロピン、ブチルスコポラミン）、抗ヒスタミン薬（H ₁ 受容体拮抗薬含む）、αブロッカー、αグルコシダーゼ阻害薬、抗精神病薬（フェノチアジン系）、パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）
睡眠障害・尿失禁	抗うつ薬（三環系）、運動機能治療薬（ムスカリン受容体拮抗薬）、腸管蠕動薬（アトロピン、ブチルスコポラミン）、抗ヒスタミン薬（H ₁ 受容体拮抗薬含む）、糖尿病薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗精神病薬（フェノチアジン系）、トリヘキシフェニジル、α遮断薬、利尿薬

表1は、薬剤でみられる薬剤起因性老年症候群を記載したもので、薬剤の併用による有害事象は、別添の別表1 (p.10) 及び別表2 (p.11) の各薬効果の記載を参照する。

（高齢者のポリファーマシー併用を整理する「知識」と「コツ」（秋下雅弘）より改定5回）

また年齢階層別に 1 日何剤調剤されているかを見ると 75 歳以上の人の 40%が 5 種類以上調剤して貰っています。これは高齢になるほど多くの病を持っているからです。ちなみに有害事象の例としては「ふらつき・転倒」「記憶障害」「せん妄」「抑うつ」「食欲低下」「便秘」などがあります。しかし、これらのどの症状も死に至るような症状ではないと思いがちですが、大変危険です。特に危ないのは「ふらつき」です。これがキッカケで転倒して大腿骨を折ることが良くあり、結果として長期入院となり、筋力が衰えて回復しなくなり、廃用症候群にかかり、最悪の場合は死に至ることが良くあります。また「記憶障害」は認知症に向かっていくことになり、家族に大変迷惑を掛けます。

これらの薬剤を表示してありますが、あまりにも専門的なので自分の飲んでる薬がどれに該当するか判断するのは難しいと思います。特に血液サラサラ系の薬は当たり前のように使われておりますが、他の薬との飲み合わせがあり気を付けなければなりません。またよく眠れない方が多いと思いますが、眠れないと言うと直ぐ睡眠導入剤をくれますが、これは「ベンゾジアゼピン系」の薬で 1 種類くらいなら問題ないですが、2-3 種類くれる心療内科があり、これをのむと非常に危険になります。特にワインを飲みながら睡眠導入剤を呑むと死に至る場合がありますので、気を付けなければならない薬の代表です。

では製薬会社はこの薬とこの薬を一緒に飲んででは害になることは知っているのではと思いますが、それは忌避として必ず記載されています。それは明確に解かっている忌避の場合であって、実際に高齢者が飲んでいて「ふらつき」など比較的軽い症状の起こしている、などのデータは殆どありません。現在薬は1万6000種類あり、それらの組合せは天文学的な数字になります。その他に一般薬や健康食品や食品そのものとの組合せの問題もあります。例えばグレープフルーツジュースは薬と一緒に呑むとほとんど効果がなくなります。またある薬を別な薬と一緒に飲むと効き過ぎたり、効かなくなったり非常に複雑ですので、データを集めなくてはなりません、10年以上かかりますので、因果関係はよく分からなくても注意喚起をして国民に知らしめる事が必要です。

なぜこのような事が起きるのは、患者側にも原因があるからです。高齢者は複数の病気を持っており、病気によって複数の医療機関を使いますが自分のもっている薬を正確に覚えている人はいません。ですから医者には他の医療機関でどのような薬をもらっているかわかりません。従って複数の医療機関から必要以上の薬をもらってしまう事になります。

今は各都道府県で医療費適正化計画があり、15剤以上飲んでいる患者数を減らすように努力しています。実はどの患者がどの医療機関からどのような薬をもらっているかという情報が全く共有化されていません。これを実行しようとするとは別な理由で反対されます。

私が40年程前に厚生省で働いていた時に保険証をICカード化して医療機関からもらっている薬剤の種類をデータとして入力すればこの問題は解決するとの事で進めましたが、途中である行政官が“医療費の適正化につながる”と一言いったら途端に医師会が反対に回り頓挫しました。日本はこれだけITが進んでいるのに韓国よりはるかに情報の共有化が遅れており、そのツケは国民が払っている事になります。

もう一つ問題は日本の医療制度の問題ですが、医者は大学の医学部でそれぞれの専門を決めます。日本で「総合診療医」は最近注目されていますが、非常に少ないのが現状です。イギリスではGP (General Practitioner) がいて患者の窓口になって他の専門医に振るわけですから、非常に望ましい方法ですが、今から総合診療医を増やそうと思っても増えるのは30年後になりますので我々の世代には間に合いません。

日本の場合「自由標榜制」といって、大学や研修期間で心臓内科とか消化器内科の専門を選択しても患者が少ないので開業する時は患者の多い循環器内科も併せて看板を立てます。勿論トレーニングは受けていますので素人ではありません。自分の専門分野ではよく勉強をしたり、情報を集めていから余分な薬を処方しないで減薬できますが、専門以外だとガイドラインに則ってそのまま処方するので減薬できません。また薬の種類が多いため殆どの医者は薬を覚えてなく製薬会社頼みになっておりPC画面を見て推奨している薬を処方しているのが現状です。情報共有ができてない為に結果的にこのようになっていたので注意喚起するために作ったのがこの指針です。

もしこの問題が気になったら、治療に行った時に医者には“最近ポリファーマシーに関する指針が出たようですが、ポリファーマシーとは何ですか？”と聞いてみて、内容を知っていて議論ができるようであれば問題ありませんが、知らなかったらこの医者にかかるのは考え直した方が良いでしょう。これは厚生省が全医療機関に配布していますし、ホームページでも公開していますから医療関係の人が知らなかったら相当問題です。

ですから医者に対しては正直に今飲んでいる薬を全て知らせて減薬できるか聞いてみたらよいと思います。それに対してアドバイスをくれるような医者は信頼できる医者だと思います。ちなみに医者に対しては減薬の促進のために診療報酬に点数が付くようになっています。

今日は「医療費の問題」から最後におまけで「ポリファーマシーの問題」まで説明しました。以上私の講義はこれで終わります。ご清聴ありがとうございました。

【質疑応答】

Q: 薬局でよくジェネリック医薬品を勧められます。個人的には何となく心配で使っていませんが、医療費削減の目的から国民はもっとジェネリック薬品を使うべきか、先生の意見をお聞かせ下さい。

A: ジェネリック医薬品は自分の懐にも財政にも優しいのでもっと促進すべきだと思います。ジェネリック医薬品の使用促進はどの関係団体も反対していませんので、その普及促進に頑張っています。でも一部から不信感が出ていますが、結論から言えば、薬効成分は全く同一です。

だからジェネリック医薬品だから効果がないとは決していえません。先発品メーカーは特許で 10 年間は守られていますが、特許が切れると後発品メーカーは一斉にジェネリック薬品を作り始めます。後発品メーカーの競争は大変激しいので、少しでも飲みやすくしたり、味を変えたりして、むしろジェネリック医薬品の方が工夫されており、しかも安いわけです。だから“ジェネリック薬品は全く心配なく使用して良い”との答えが 99%です。残りの 1%は、例えば後発品メーカーの数は大変多く、競争が激しいので時には安売りをします。また早々に撤退する一部悪質なメーカーがあります。これを医者から見ると、せっかくジェネリック薬品を勧めたのに撤退されるとメーカーに対する不信感を一部持ってしまいます。また過去にジェネリック薬品を飲んだことによって体調を崩した例が一部あり、医者自身がジェネリック薬品メーカーを信用していない事があげられます。又価格が安いから悪かろう、とか「ステータス効果」が入り交じって一部ジェネリック医薬品を拒否する人がいます。しかし薬効成分は全く同じですから、私もジェネリック医薬品を積極的に利用しています。

Q: 「ポリファーマシー問題」の話がありましたが、日本の場合、病院を移るとまた同じ検査を受けることが良くありますが、海外の医療機関の場合検査データは患者の所有物で他の病院に持って行っても検査データは通用すると聞いています。日本の場合は医療機関の間で検査データの共有化はあまり行われていないように見受けられますが、これは歴史的なものか制度的に制約があるものでしょうか？

A: 情報の共有化の問題ですが、1 つは ICT 化が遅れていることが挙げられます。皆さんが持っている保険証に全ての検査データを入れて置けば済む問題です。しかし ICT 化を嫌がる理由はいくつかあります。①検査を繰り返し行うことによって儲かっている側面があります。②医療機関が検査を外部の専門機関に出しており、検査方法が専門機関によってそれぞれ違う場合があります。従って医療機関は違う専門機関のデータと自分たちが使っている検査会社のデータを正確に比較できない場合が出てきます。③日本の大学の医学部は非常に縦割りの世界で、例えば手術などはそれぞれの大学特有の方式があるくらいです。従って違う大学医学部出身の医者の検査や診断を信用してないことが多々あります。

また医療は我々が期待しているほど科学的ではなく、殆んど技術的な世界です。一部でカルテの共有化が進んでいる所もありますが、それは同じ大学の医学部出身者で固まっている所です。また IT を使ったからといっても情報の共有化はできません。もともとのリアルな共有関係が無いと IT には乗りません。米国ではレントゲン情報は共有化していますが、それはレントゲン検査の医師が専門医として養成されており全米で幾つかに集約されているからです。残念ながら日本はそうではなく ICT 化がかなり遅れているのが現状です。

Q: 日本の医療制度は WHO の発表では世界のトップクラスと言われていますが、日本人の医療に対する満足度は非常に低いのは何故でしょうか。

A: WHO の日本の評価は非常に高いです。全世界を対象としていますので先進国は評価が高くその中でも日本が高いのは、1 つは国民皆保険制度が挙げられます。また平均余命が長いのも理由の 1 つです。例えば米国の医療制度を悪く言いますが、特にお金持ちが受けている医療は素晴らしいものがあります。例えば「院内感染率や院内転倒率」などの細かい指標がありますが、残念ながら日本はこのような指標は出していません。従って都合の悪い部分は出していないので評価が高いとも言えます。しかし全体的には高いので中国のお金持ちが日本の医療機関に殺到

するわけです。客観的な指標でみると日本の医療は世界でも最高のパフォーマンスですが、患者の満足感や健康観は非常に低いのが現実です。なぜ低いのか難しい質問ですが、私の個人的な見解は単に「わがままだ」と思います。日本の医療制度があまりにも良く、国民皆保険制度が出来てから 60 年くらい経ちますが、これが当たり前になっているので医療に対する要求水準が非常に高くなってきているからだだと思います。また他の国の医療制度を実体験できないから日本の医療制度の良さを海外と客観的に比較して実感できないのではないかと思います。

Q：日本の医療制度を維持するのに医療側の負担が非常に大きいと言われますが本当ですか？

A：半分当たっていますが、半分は間違っています。日本の勤務医は非常に過酷です。殆ど奴隷のよう使われて働いています。以前ある勤務医の勤務表を見ましたが非常に過酷でした。当然それなりの報酬はありますが、お金では償えないほど働いているのは事実です。実はこれを主張しているのは開業医などのもっと楽をして儲けている人たちで、“これだけの高い医療技術を行っているのに医療費は抑えられているので診療報酬を上げて欲しい”と主張してプロパガンダの 1 つとして使われています。医者の世界はかなり封建的な世界で大分締め付けがあります。

少し頭が良いと自動的に大学の医学部を受験する人がいますが、勤務医の生活ぶりの実態を見て考え直した方が良いと思います。また厳しさが段々分かってきましたから、最近が開業するのは耳鼻科とか心療内科が増えています。負担が重い、外科、救急、産科、小児科は敬遠されています。

印南 一路 (いんなみ いちろ) 先生のプロフィール

印南 一路 (いんなみ いちろ、1958 年 7 月 13 日[1] -) は日本の政策学者、慶應義塾大学総合政策学部教授。元厚生労働省中央社会保険医療協議会委員。経済財政諮問会議一体改革推進委員会社会保障 WG 特別委員

1. 学歴

東京大学法学部(1982) ハーバード大学行政大学院(1988) シカゴ大学経営大学院 (Ph.D)

2. 経歴

1982 年 東京大学法学部卒業、富士銀行 (現みずほ銀行) 入社

1984 年 旧厚生省保険局企画課に出向

1986 年 ハーバード大学行政大学院 (ケネディ・スクール) 留学 (フルブライト奨学生)。
公衆衛生大学院を含め医療政策を学ぶ。

1988 年 シカゴ大学経営大学院(ヒレル・アインホーン奨学生)

1992 年 Ph.D(博士号) 取得。専門は組織論・意思決定論(現在の行動経済学)
同年、同大学意思決定論センター研究員。

1993 年 同大学経営大学院助教授 (交渉論)

1994 年 慶應義塾大学総合政策学部助教授

1998 年 スタンフォード大学留学 (客員研究員)

2000 年 株式会社キングジム社外監査役

2001 年 慶應義塾大学総合政策学部教授、株式会社キングジム社外取締役

2008 年 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構研究部長 (兼任)

2011 年 ~2017 年 厚生労働省中央社会保険医療協議会委員 (公益担当)

2017 年 経済財政諮問会議一体改革推進委員会評価分析 WG 特別委員(2018 年から社会保障 WG)

2017 年 厚生労働省高齢者医薬品適正使用検討会委員

3. 研究領域

専門は医療政策と意思決定・交渉領域。問題発見解決のために諸科学を動員する「総合政策」アプローチをとっている。

医療政策は、旧厚生省出向がきっかけで研究に従事するようになった。当初は医療政策の形成過程論、医療費分析等を中心に研究。「日米の医療費支払方式」で吉村賞受賞。2009年の著書『『社会的入院』の研究』では、第52回日経・経済図書文化賞、第1回政策分析ネットワーク賞本賞を受賞した。2011年の「生命と自由を守る医療政策」では新しい医療政策の理念論を手掛ける。政策過程論、医療経済学、政策史、社会保障論にまたがる多くの研究があり、「政策マインドを持った研究者」を実践している。

意思決定論領域は、シカゴ大学経営大学院で行動科学的意思決定論を学んだのがきっかけで研究に従事。1992年の全米経営学会組織論部門で最優秀博士論文賞を受賞。慶應義塾大学では、いち早くITと組織の生産性・創造性に関する研究を行った他、学生ベンチャーの支援・指導を行い、教え子は数々のビジネスプランコンテストで入賞している。認知心理学、社会心理学、行動経済学、交渉論、組織論を融合する著作を出している。

4. 人物

趣味はゴルフ。ゴルフのHCは片手シングルの5まで行った。

5. 著作

『米国の医療費保障—変わる産業構造と政策態度』（日本医療文化センター、1987年）

『すぐれた意思決定—判断と選択の心理学』（中央公論新社、1997年）のち文庫

『すぐれた組織の意思決定—組織をいかす戦略と政策』（中央公論新社、1999年）のち文庫

『ビジネス交渉と意思決定』（日本経済新聞社、2001年）

『『社会的入院』の研究—高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』（東洋経済新報社、2009年）

第52回日経・経済図書文化賞、第1回政策分析ネットワーク賞本賞

『すぐれたゴルフの意思決定「熟慮速断」の上達法』（東洋経済新報社、2012年）

『意思決定トレーニング』（ちくま新書、2014年）

『人生が輝く選択力—意思決定入門』（中公新書ラクレ、2017年） 共著・編著

『生命と自由を守る医療政策』堀真奈美、古城隆雄共著（東洋経済新報社 2011年）

『再考・医療費適正化—実証分析と理念に基づく政策案』（編著）（有斐閣、2016年）翻訳
ロジャー・フィッシャー、ダニエル・シャピロ『新ハーバード流交渉術—感情をポジティブに活用する』（講談社、2006年）