

INTERVIEW

# 医療後進国への転落、防ぐには？

## 「高齢者の1割負担はおかしい」

薬価下げに頼って医療財源を捻出することには限界があります。医療制度全体で無駄を省くことが重要です。医療費の自己負担は基本的に3割ですが、基本的にこの仕組みから見直してもよいと思います。風邪の治療といった「軽医療」の負担率は上げてよいのではないのでしょうか。

確かに風邪は万病のもとともいわれ、どんなに軽い症状でも病院に行くべきだという主張はあります。しかし、こうした部分でも合計すると膨大な医療費がかかっていることは事実です。

ドラッグストアで買える一般用医薬品と同じ成分の薬を保険で安く買うために病院が使われているなら、患者の負担額を引き上げるなど、何かしらの方法でバランスを取る必要があるでしょう。

特に後期高齢者は1割負担で済みます。

「お年寄りだから負担率を下げる」というのは本来であればおかしな話です。働けないという理由で医療費負担を下げるのなら、別の仕組みで救済すべきです。

過去に承認された薬の有用性の再評価も進めるべきでしょう。国から承認をされているものの、効果が本当にあるのか疑わしい薬は昔からありました。結果として、これらの薬は保険の対象から外されました。現在でも効き目がはっきりしないのに漫然と使われている薬はあります。こうした薬の再評価が必要です。

製薬業界の競争力を高める上でできることもあります。例えば、医薬品の承認審査の見直し。世界で誕生する新薬の7割程度は、米国が初めて有効性を評価しています。日本は主に欧米が評価した薬を後から審査しているのですが、新たに日本人の臨床試験のデータを求めることがほとんどです。今の創薬はグローバル規模で進められています。新薬の開発段階から情報共有をしておくなど、日本も欧米と協力しながら画期的な新薬を取り込んでいくべきでしょう。

臨床試験のコスト負担は製薬企業にとって重くなっています。こうした負担が重なれば、新薬の開発といった産業競争力を阻害する可能性があります。

医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団理事長

**土井 脩氏**

元厚生省大臣官房審議官で、医薬品医療機器総合機構(PMDA)の理事などを歴任。

## 「医療費にも調整する仕組みを」

公的保険が担う役割の一つは、高額な医療費による家計の破綻を防ぐ「財政的リスク保護」です。改革する場合、まずは市場規模が大きく、患者が負担する標準治療費が小さいものから自己負担率を上げるといった見直しをすべきです。

一般用医薬品で代替できる薬などが当てはまります。こうした部分で使われている薬剤費を、希少疾患薬など代替薬がない薬に振り分けるのが自然でしょう。

1回の投薬が高額だからという理由で、年間の治療費が大きい薬の自己負担率を上げることは得策ではありません。患者の家計に与える負担が特に大きくなるからです。大きな病気のリスクは共助で、小さな病気のリスクは自助というのが保険のあるべき姿です。

少なくとも今の医療保険制度はまだ若い肉がかなりある状態です。その部分を見直すだけでも、新しい高額な医療テクノロジーを吸収する余地はあるはずです。希少疾患や難病の薬など代替薬がなく、有用で標準治療費が高いものは、公的保険でしっかり守る必要があります。

現実的な対応策は自己負担率の調節でしょう。患者が負担する価格も変わりますが、価格の安い代替薬があるなら、あとはどちらを選ぶか患者が判断して

法政大学教授

**小黒一正氏**

財務省財務総合政策研究所の元主任研究官で、財政学などを専門とする経済学者。

高額医薬品が続々と登場する中で、日本は「医療後進国」に転落する可能性すらある。医療分野の専門家は、まずは医療保険財政を健全にするため、医療費の無駄を省け、と説く。

## 「保険給付見直し、医師会は絶対反対」

いけばよいのです。

後期高齢者を診療した際の医療費に、年金同様の自動調整メカニズムを導入する検討が必要です。平均寿命の延伸などの社会情勢に合わせて、医療機関の収入である診療報酬を自動的に調整する仕組みです。私は「医療版マクロ経済スライド」と呼んで提唱しています。

もちろん、医療機関の経営に負の影響を及ぼすことにも注意する必要があります。ただ、その影響については、公的医療保険の一部を民間医療保険でも代替できるようにして、民間医療保険で稼げるようにすれば、対応は可能はずです。

こうした仕組みを導入し、抜本的な改革を進めなければ、公的医療保険制度を維持することは厳しいでしょう。

新薬が高額になる理由は対象患者が少ないためですが、希少疾患にかかる可能性は誰にでもあります。高額医薬品について、健康であればネガティブに捉えてしまうかもしれませんが、自分がその病気にかかった場合にどう感じるでしょうか。有効性と安全性が確認された新しい医療技術は迅速に保険収載されるべきです。

市場拡大再算定や費用対効果評価など、薬価を下げる仕組みが日本では整備されています。日本の薬価制度が無防備になっているとは思いませんし、高額医薬品についてもコントロールされています。

財務省では、高額な医療を受ける場合には民間医療保険も活用すべきという検討がされていますが、それは好ましくはありません。民間保険会社の利用を促せば、貧富の差によって医療の恩恵を受けられない人が生じます。高額な薬を公的保険から外して民間の保険会社がカバーする形になれば、米国のように貧しい方はその薬を使えなくなるのです。

一方で、高額な医療を保険でカバーするために「軽い病気の薬は保険から外すべき」という意見もありますが、日本医師会としては絶対に反対です。初めは症状が軽くとも徐々に病気は重くなっていくのだから、軽症ときに医療保険で診察を受け

れば重症化を防ぐことができます。

そもそも実際に医師の診察を受けるまで本当に軽症かどうかは分からないので、自分で治療する考え方は根本的に好ましくありません。一般用医薬品にせよ、薬を自費で購入するという事は予防ではなく治療です。治療である以上、そこは本来保険でカバーしなければいけません。

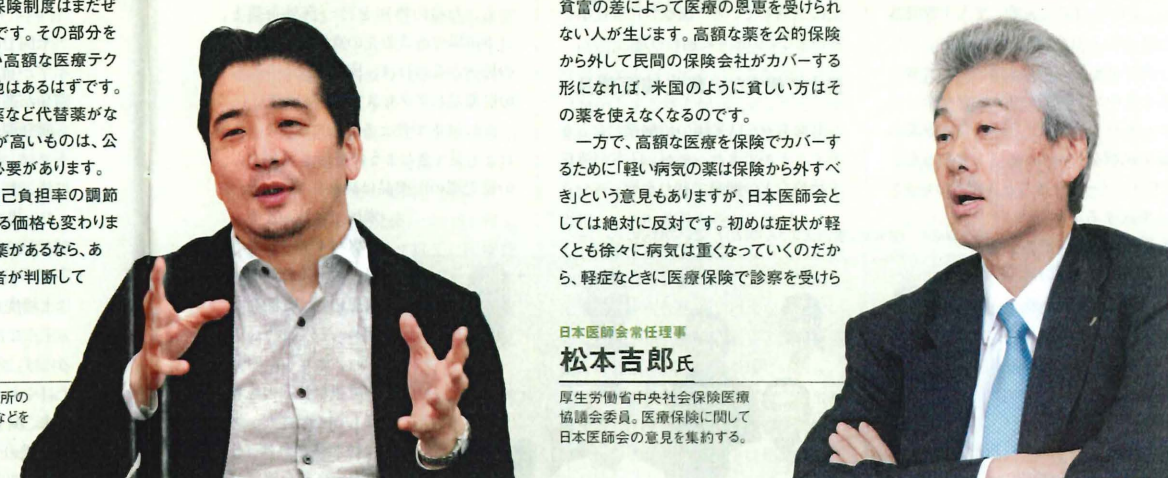
解消すべきなのは、患者が飲まずに残ってしまった「残薬」の問題です。不必要な長期処方や重複処方を減らすなどして、無駄を削減することが先決です。

高齢の方々も、かつて公衆衛生の整っていない場所で生活していた。病気のリスクが低くなった恩恵を受けている現役世代も一緒に、国民皆保険制度を支えていくべきではないでしょうか。

日本医師会常任理事

**松本吉郎氏**

厚生労働省中央社会保険医療協議会委員。医療保険に関して日本医師会の意見を集約する。



写真=左:中山 博敬

写真=中:山下 裕之、右:小林 淳