



中 集 OPINION

日本福祉大学名誉教授

二木立

高額薬増加で薬剤費は高騰しない 医療費の「適正水準」維持は可能

医療の質と医療財政の健全性をいかに両立させるか。少子高齢化が進む日本で避けて通れないテーマだ。一方で、技術進歩のスピードは増しており、高額な薬剤や治療法が次々と登場している。医療を維持・強化するために、今何が求められているのか。医療・介護政策に積極的な提言を続けてきた二木立氏に医療財政、地域包括ケア、予防医療と医療費など幅広いテーマについて聞いた。

——「オプジーボ」や「キムリア」など、次々生まれる高額薬剤が薬剤費の高騰に繋がることを懸念する声があります。

二木 それは事実誤認です。2016年度以降、薬剤費は政策的にコントロールされており、薬剤費比率も低下しています。15年度の調剤費（薬剤費+技術料）は前年度比9・4%増でしたが、16年度は4・8%減、17年度は2・9%増で安定的に推移しています。一時期、「オプジーボ亡国論」のような議論がありました。その前提は薬価引き下げができないことです。しかし、2年間にオプジーボの薬価は4分の1に下

がり、亡国論は立ち消えになりました。また、オプジーボとキムリアを同列に論じることはできません。オプジーボは数万人に使われていますが、キムリアの対象者は数百人程度といわれており、全体に与える影響は大きく異なります。高額薬剤のみに注目する議論は一面的です。一方では、特許切れの薬剤が次々と登場しているからです。公及などによって、薬剤費を適切な水準に維持することは十分可能です。

——これまで、医療費高騰による危機が叫ばれたことがあります。

二木 日本では、新しい治療法によつて保険財政

が破綻するといわれたことが何度かあります。例えば、1950年代の結核医療費、70年前後の透析医療費などです。その度に、価格の適正化や適正利用によって医療費をコントロールしてきました。技術進歩の結果として治療法が高額化することはあっても、国民皆保険制度と両立させることはできると私は考えています。2019年度からは医薬品・医療技術の費用対効果評価が本格的にスタートします。日本の取り組みはやや遅れましたが、その分、海外の制度をしつかり勉強して優れた制度が生まれました。これも、医療費の適切なコントロールに役立つでしょう。

——他に医療費抑制策として注目している点は？

二木 最近注目しているのは、米国の取り組みです。これまで米国の共和党は製薬産業擁護の立場から、薬価規制には手を付けようとしませんでした。しかし、最近は超党派で医薬品価格の抑制に向けた議論が活発化しています。他の国でも、高額薬剤に対する新しい支払い法が模索されています。アウトカムに対する支払い（成功報酬型）、効果の不確実性に対応する分割払い方式、ファンドの設立など。試行錯誤はあるでしようが、その動向を注視する必要があるでしょう。もう一つ、ジエネリックを当初の適用疾患だけでなく、別の疾患にも適用しようという試みが、製薬企業やNPOなどの間で広がりつつあります。ジエネリッ

クとしての価格のままか、どの程度の薬価増を容認するかといった議論はありますか、ゼロスターとの新薬に比べれば相当安く提供できるはずです。

予防医療によって医療費は抑制できない

——経済産業省を中心に、「予防医療による医療費抑制」という議論があります。

二木 私は予防医療への取り組みで健康寿命の延伸を目指すことに賛成です。ただし、その際に強制やペナルティーが伴うことには反対します。その上で明言しますが、「予防医療が医療費抑制に繋がる」との議論は間違っています。予防医療を推進すると、治療費と予防費の総額は増えるというのが世界的な常識であり、学問的には既に決着していることです。経産省の「次世代ヘルスケア産業協議会」は、予防医療の間接的効果として労働力増加や消費拡大にも言及しています。経産省の粗い試算によると、25年に労働力は最大840万人、消費は年間1・8兆円の増加が見込まれることのこと。しかしその前提として、「65～74歳の高齢者が現役世代並みに働き、75歳以上の高齢者が65～74歳並みに働けると仮定した場合」と注記されています。常識的に見て、荒唐無稽な仮定と言わざるを得ません。

——少子高齢化で社会保障財源を確保するのは難

——10年間で2度の政権交代がありました。医療政策の変化をどう評価しますか。

二木 医療費や社会保障費の水準は名目額ではなく、GDP（国内総生産）比を見て考えるべきです。厚労省の鈴木俊彦事務次官は、40年の社会保障費の対GDP比24%は「国民が負担できない水準ではない」と述べています。24%は現状を若干上回る水準。その財源については、概ね社会保険料5割、税金4割で、残り1割弱を患者負担とするのが妥当でしょう。現状からの大きな変化は望ましくないと思います。

——医療関係者の自己改革は進んでいますか。

二木 医療費や社会保障費の水準は名目額ではなく、GDP（国内総生産）比を見て考えるべきです。厚労省の鈴木俊彦事務次官は、40年の社会保障費の対GDP比24%は「国民が負担できない水準ではない」と述べています。24%は現状を若干上回る水準。その財源については、概ね社会保険料5割、税金4割で、残り1割弱を患者負担とするのが妥当でしょう。現状からの大きな変化は望ましくないと思います。

二木 日本の医療制度の二本柱は、国民皆保険制度と民間病院主体の医療提供体制です。この方向性が明示されたのが、13年に発表された「社会保障制度改革国民会議報告書」です。私もこの二本柱を維持した上で部分改革しかない、言い換えれば抜本改革は不可能と考えています。民主党政権の成立前夜、多くの論者が医療制度の抜本改革を唱えましたが、私は否定的な見解を公表しました。その後の展開は予想通りでした。少なくとも先進国では、政権交代があつても医療制度を根本から見直すことはありません。こうした制度の枠組みを維持しつつ、医療費の対GDP比を適切な水準に引き上げるために、医療関係者の自己改革も欠かせません。

二木 その評価は難しいのですが、参考になる調査結果があります。日本医師会総合政策研究機構

が17年に発表した「第6回日本の医療に関する意識調査」です。受けた医療の満足度と制度面を含む日本の医療全般の満足度について聞き、08年以降これらの両面で満足度が毎年上昇しているとの結果が得られました。08年は政権交代の直前であり、「医療崩壊」を懸念する声が高まっていた時期です。その頃から満足度が着実に高まっているのは喜ばしいことであり、医療関係者の努力が反映されていると思います。

— 20年度診療報酬改定をどのように見ていますか。

二木 18年度と同様、地域包括ケアと地域医療構想を推進する改定になるでしょう。それ以上の細かいことを現時点で予測しても、あまり意味がりません。ただ、大きな方向性については、中医協と社会保障審議会医療保険部会・医療部会の資料と議事録を見れば分かります。

地域包括ケアへの取り組みで生き残る

— 地域包括ケアの中なかりつけ医は在宅医療や看取りの扱い手になり得ますか。

二木 かかりつけ医には診療所の医師だけでなく、病院の医師も含まれます。このことは、日本医師会と四病院団体協議会の合同提言書（13年8月）でも確認されています。開業医による在宅ケアの

旗手ともいえる長尾和宏医師も、最近は地域密着型の中小病院が提供する在宅医療への期待を語っています。地域包括ケアの推進は、地域の医師が総がかりで取り組むべきことだと思います。

— 「情報連携もできない中で、地域包括ケアを実現できるのか」と懸念する声もあります。

二木 あまりにも傍観的な発言だと思います。地域包括ケアは国が一方的に指示してつくる「システム」ではなく、それぞれの地域で当事者が協力しながら構築する「ネットワーク」です。政府の取り組みを待つという姿勢ではなく、医療・福祉関係者がそれぞれの持ち場でやれること、やるべきことを一つひとつ実行するしかありません。

大学病院や一部の専門病院はともかく、高機能病院でも地域密着型の病院や中小病院は、地域包括ケアや在宅ケアに本格的に取り組まなければ生き残れない時代になっています。そうした懸念の声の主が医療関係者だとすれば、「地域の医療・福祉関係者との協働を積み重ねて」と言いたいですね。その際、相互に学び合う姿勢が極めて重要です。地域包括ケアを推進するためのカギは、医療と福祉、さらにはその枠を超えた様々な職種、地域住民との連携です。医療側が福祉を、福祉側が医療を学ぶことで、よりスマートな連携が可能になるでしょう。

— 最後に、最近の仕事についてご紹介ください。

二木 18年に出版した『医療経済・政策学の探究』には、日本福祉大学在職中の33年間の実証研究の中から今でも読むに値する論文を収録しました。特に病院経営者に読んでもらいたいと思います。今年1月には『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』を上梓しました。医療財源論や地域包括ケアと地域医療構想、ソーシャルワークなどについて論じており、読者は病院経営者だけでなく幅広い医療・福祉関係者を対象にしています。

二木 18年度の診療報酬改定で、厚労省は病院・医療施設の「複合化」の奨励に舵を切りました。

これまで地域包括ケアや地域医療構想は、独立した事業者の連携によって実現するというイメージで描かれていました。こうした取り組みも重要なですが、それに加えて保健・医療・福祉を幅広くカバーする事業者の積極的な参加を促す必要があると、厚労省は判断したのでしょう。例えば、以前は同一グループ内での患者紹介では加算を申請できませんでしたが、この時の改定から加算が認められるようになりました。

二木立（にき・りゅう） 1947年生まれ。東京医科歯科大学医学部卒業。代々木病院リハビリテーション科長・病棟医療部長を経て、85年日本福祉大学教授。92年米カリフォルニア大学ロサンゼルス校公衆衛生大学院に留学。2009年日本福祉大学副学長。13～17年同大学長。「地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク」医療経済・政策学の探究」「地域包括ケアと福祉改革」など著書多数。

集

病院経営者の羅針盤

中

2019年4月30日発行(毎月月末発行) 第12巻第5号通巻134号 定価1,500円(本体1,389円) 年間購読料18,000円

MediCon.

5

2019 MAY

創刊12周年記念号 第2弾
「損税と医療財政」



薬機法改正で創設される
虚偽・誇大広告「課徴金」

「強制不妊手術」救済法案が
判決待たずに作られた疑惑

「透析中止」で21人死亡、
問われる病院対応の是非

介護現場の事故で
准看護師はなぜ有罪になったのか

高額薬増加で薬剤費は高騰しない
医療費の「適正水準」維持は可能

一木立

日本福祉大学名誉教授