MONTHLY
世界の視点で情報を発信する総合誌
2016
7
JULY

KŌRON

発行・株式会社財界通信社　平成28年7月1日発行　毎月1回1日発行　第49巻7号　昭和47年11月10日第三種郵便物認可

真価問われる安倍政権のロシア外交

月刊公論

制度の正念場とはなんですか？

医学博士　長尾　和宏

医学の進歩が国を滅ぼす?

年間3500万円もするがんの新薬〝オプジーボ〟が世間を騒がせている。皮膚がんや肺がんに保険適応がある免疫チェックポイント阻害薬である。この薬は効く人にはよく効く。しかしどの人によく効くのか事前に知ることができない。またよく効くといってもいつかは必ず効かなくなる。そして効く人には年間3500万円というコストが続く。また徐々に効かなくなってくる人にも、どこで中止すればいいのか基準は不明である。一方、600～800万円もするC型肝炎の治療薬はそれに比べたら可愛いものだ、という意見もある。というのも9割以上の確率で完治可能であるので、長い目で見れば1回限りの投資で済むからだ。いずれにせよ、年々高額な新薬が続々と登場し、増加する医療経済を逼迫している。里見清一先生は「医学の進歩が国を滅ぼす?」と警鐘を鳴らされたが、こうした超高価な薬の登場と今後の対応は、受益者のみならず広く国民に知ってもらうべき事である。そしてこれほどまでに高薬価になる理由や負担のあり方を広く議論すべき時に来ている。

「無駄な延命治療」とは

最近メディア関係者から「無駄な医療」について質問される機会が増えた。みな異口同音に「我が国の医療経済が大変なので高額医療や延命治療などの無駄な医療費を早急に削減しないといけないのでは」と問うのである。質問者はたいてい20～30歳代の記者である。彼らはいとも簡単に「無駄な延命治療」という言葉を使うが、最初にこれを聞いただけで質問にどう答えたらいいのか、一瞬悩む。というのも彼らは医療における「無駄」や「延命」という言葉の意味を真剣に考えたこともなければ、ただ「今後経済が大変」という理由だけで極論を投げかけて来るからだ。しかしその割には例えば「リビングウイル」という基本的な言葉すら聞いたことが無いのでどこから教えればいいのかいつも悩む。

彼らの口からは〝胃ろう〟や〝人工透析〟という言葉が必ず出る。そこで私は〝胃ろう〟栄養で生きている先天性食道閉鎖症の小児や神経難病患者さんの話をする。また〝人工透析〟を受けながら活躍している人の話をする。「胃ろうや人工透析が無駄な医療であるという考えは間違いで、本人の尊厳を損ねている場合が問題」と説明する。「無駄な延命治療」という言葉はあまりにも単純で暴力的だ。本人がちっとも無駄と思っていなければ決して無駄とは思わない。その人を満足、幸せにするために医療はある。そして世界に冠たる国民皆保険制度もそのためにある。

多剤投与という確かな無駄

高齢になるほど病気の数が増える。そしてそれに比例して投薬数も増えてしまう。これは現代医療が〝臓器別縦割り〟で成り立っている限り宿命と言える。総合診療医の養成が急がれるとよく言われるが、30数年前、私の学生時代から言われ続けても牛歩の歩みなのである。80代の高齢者に10～20種類以上もの投薬は稀ではない。今春の診療報酬改訂では減薬が評価されたがどれだけの実効性があるのかは不明である。医療の進歩や医学界の縦割りに切り込むことは、医療側の努力だけでは無理ではないか。各医学会が製薬会社に依存した〝診療ガイドライン〟を掲げているが、もし医療訴訟が起きた場合、ガイドラインに従っているかが必ず争点となるからだ。むしろ多剤投与の怖さを国民に広く啓発すべきで診療報酬誘導だけでは難しい。多剤投与はそれほど根が深い。

国民皆保険〝無駄な医療〟

長尾和宏
（ながお　かずひろ）
医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック院長
1984年　東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局、
1991年　医学博士（大阪大学）授与
1995年　兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る
日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授（高齢総合医学講座）
［医学博士］
日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント
【著書】
『平穏死・10の条件』（ブックマン社）、『抗がん剤・10のやめどき』（ブックマン社）『胃ろうという選択、しない選択』（セブン＆アイ出版）『がんの花道』（小学館）『抗がん剤が効く人、効かない人』（ＰＨＰ研究所）『大病院信仰、どこまで続けますか』（主婦の友社）など。
医学書
スーパー総合医叢書・全10巻の総編集（中山書店）第一巻『在宅医療のすべて』、第二巻『認知症医療』など多数。

しかし多剤投与や残薬問題は間違いなく「無駄」と言っていい。だから強力に取り組むべきであろう。お薬手帳が義務づけられているが薬局ごとに発行していいのであれば、意味がない。投薬情報を一元化してお薬手帳を持参しないと投薬できないくらい厳しくしないと意味がない。台湾の健康保険証は銀行のキャッシュカードのようだが、ICチップに薬剤情報が全て入力されているのでどんな医療機関でも重複投与のチェックが容易である。マイナンバーよりもこちらを先にやるべきであると思うのは私だけだろうか。さらに「無駄な検査」も相当ある。重複して同じ検査をすれば誰がなんといっても無駄である。こうして考えると正真正銘の無駄、グレーゾーン、そして安易に無駄とはいえないものの3類型があると考える。今後の医療経済を論じる場合、この3者を明確に区別して行わないとおかしな話になる。

待ったなしの正念場

「終末期医療には金がかかる」と多くの人が思っている。たしかに最期に病院で管だらけになればそうかもしれない。この40年間の日本の医療の実態そのものではあった。しかしこの5年、「平穏死」という思想の普及で病院における終末期医療も空気が多少なりとも変わりつつある。もちろん平穏死という願いが叶い易い在宅医療の普及も急がれる。

私は「人間の尊厳と経済は両立する」と常々述べてきた。しかし多くの医療経済学者も政治家もメディアも「両者は相反するもの」という前提で「無駄な医療」の議論をしているような気がしてならない。スパゲッティ症候群も胃ろうも人工透析もあくまでも人間の尊厳という視点で分析すべきである。さらに優れた諸医療の〝やめどき〟を、尊厳という視点から真剣に議論する時期ではないか。すると自ずと尊厳と経済は自然と両立するようにできていることに気がつくはずである。

近著「病気の9割は歩くだけで治る」が半年以上、アマゾンの医療部門1位になっているが、もっと運動に力を入れるべきであるという想いで書いた。お薬の前に、運動療法と食事療法になぜもっと力を入れないのか不思議でならない。お金がかからない「養生法」を国民運動とすべきではないのか。日本経済や国民皆保険制度は待ったなしの大きな曲がり角に来ている。

（ながお・かずひろ）