

## 川上浩司先生に聴く

京都大学大学院医学研究科薬剤疫学分野教授

高齢化社会が進み、医療費の増大が経済を圧迫するなか、「医師が患者を待つだけ」の医療も終わりを告げようとしている。世界的な経済状況の悪化により、各国の医療制度は早急な見直しを迫られており、それは日本も例外ではない。診療情報の互換性のなさに起因する非効率な医療は、患者はもちろん医療費全体の負担増につながっている。「医療の質を維持し、社会に役立つ医療のあり方」は何か。医療や薬剤の評価の第一人者として当分野を牽引する川上浩司先生に、日本の医療の現状と課題、新たなブランドビジョンについてお伺いした。



### 川上浩司 (かわかみ こうじ)

1997年筑波大学医学部卒業。2001年横浜市立大学大学院医学研究科頭頸部外科学卒業(医学博士)。米国連邦政府食品医薬品庁(FDA)生物製剤評価研究センター(CBER)にて細胞遺伝子治療部臨床試験(IND)審査官、研究官を歴任し、米国内で大学、研究施設、企業からFDAに提出された遺伝子・細胞治療、癌ワクチン等に関する臨床試験の審査業務および行政指導に従事。東京大学大学院医学系研究科先端臨床医学開発講座客員助教授を経て、2006年より現職。

### 医療に訪れた変革の波

現代社会は時々刻々と多様な変化を遂げており、不変的と思われていた医療の世界にも変革の波が押し寄せてきています。かつて医療の対象は有病者(患者)に限定されていましたが、いまや「医者が診察室で患者を待ち続ける」時代は終わろうとしています。世界人口は既に70億人を超えました。これからは健康者をも視野に入れた、より巨視的な社会福祉の実現が求められているのです。

世界経済の悪化に伴い、各国の社会保障制度もその維持が困難になりつつあります。日本でも医療費の増大が経済に与える影響が懸念されており、これに伴う国債の発行率は終戦翌年と同水準にまで至っています。今後は一層高齢化が進むため、医療費のさらなる増大は避けられません。国家経済と医療の充実を両立させることは極めて困難な課題であり、医療者は自らを囲む環境が、過酷な状況に直面していることを、改めて自覚せねばならないでしょう。

このような状況を打開するためにも、「ただ患者を待つ」のではなく、「医学が社会に対し、何ができるか」ということ突き詰めて考える必要があります。「医療の質を維持しつつ社会に役立つ」ことを考えると、対象となるのはもはや患者だけではありません。例えば、医療費を抑制し、早期から良質な医療を提供するという意味でも、10年後に患者となる人々に、どのような予防的アプローチができるかを考える「先制医療」のもつ意味は大きいと捉えています。

アルツハイマー病を例に挙げると、アミロイドβ蛋白とタウタンパクが脳内に溜まることで認知障害が起きますが、採血などから

遺伝的な要素を調べ、20年後の発症のリスクがわかれば、早期から治療介入ができます。これにより「病気の発症を寿命より遅らせる」ことができれば、治療に伴う医療費の削減にもつながりますから、先制医療を視野に入れた臨床は医療経済の観点からも非常に有用なのです。

### 医療に効率化の概念を取り入れる

医療現場の労働環境やドラッグラグといった課題を解決するためにも、大胆な改革が求められています。例えば医師の疲弊については、看護師が行える業務の範囲を拡大することで解決が可能です。診療科の偏在についても、米国のように優秀な順から希望を募り、人気が高い診療科の人員を調整すればいいでしょう。

臨床試験・医療開発についても是正が必要です。医薬品は特許ビジネスで、承認後25年は専売できます。しかし、臨床研究データを薬事承認に直結できない今の体制では、再度データを得るために資源と時間を消費しています。そうしている間にジェネリックが参入し、売上が90%も落ち込むという悪循環が生じており、これが日本の製薬産業の発展を著しく阻害しているのです。このような問題に対しても、臨床研究と治験を一体化させた治験許可申請(IND)制度を日本版にアレンジして導入することで、効率化を図る必要があるでしょう。

このように医療を効率化する上でポイントとなるのがデータベース(DB)です。DBを正しく運用管理すれば医療費の削減に大きく役立ちます。日本は2015年に共通番号制度が導入され、社会保障制度と税制が一体化されるので、まさに今が改革の時といえるでしょう。

# 「社会における医療の役割」

今後は、医療施設をクラウド・コンピューティングで連携し、共通番号制度に基づいた個別のIDによって診療情報を共有する時代もくるのではないかと考えています。このような仕組みができれば施設間で検査情報を共有できるため、かつてのような「必要のない再検査」も省略され、患者はもちろん、社会全体の経済的な負担が抑制できます。産業の観点からも、DBを用いてニーズ・バリューに応じた償還ができるようになれば、より大きなメリットが創出されるので、この分野の発展に期待しています。

## 世界と共通認識をもつ

医学の中心を担ったEBMは、十分定着しています。今、新たに注目すべきなのは費用対効果と比較効用分析です。比較効用分析とは、医療における費用対効果を検討することで、世界中がより効率のいい医療に向けて、真剣に取り組んでいます。

もっとも、世界で共通の認識を得ることは難しく、その歩みも順調とは言い切れません。保険制度を例にとっても、英国やオランダは税が医療制度の財源となっていますが、米国は半分以上が民間保険です。フランスは国民皆保険があるものの、日本とは割合負担など、運用方法もそれぞれ異なります。

このように各国の保険制度やGDP、死生観などが異なるため、EBMが世界で共通化できても、費用対効果や医療価値を統一することは困難なのが現実です。これにどう対応するかがこの10年の課題でした。

現在、最も力を入れているのが英国で、新しい医療技術や意見が分かれる薬について、専門家が保険還元のは是非を検討する、The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)を作り、関連する法律も改正しています。さらに、注目されるのは「命の値段は3万ポンド」と明言したことです。つまり、一人あたりの医療費が3万ポンドを超えると、その患者は費用対効果がないとみなされるわけです。

英国では医師は公務員なので、費用は重要視されます。命に値段がついていることに批判の声もありますが、その反面でこれは、「そうしないと助かる命も助からない」時代になってきたということを意味します。日本で病気になった場合、医療費の7割は国が負担しますが、その財源は税金、保険です。つまり「個人の健康は社会のため」でもあるのですが、そこは不思議と理解されない。高齢化が進み、患者の意識が変化していかないのであれ

ば、持続可能性の観点から割合負担の見直しや、医療適応の範囲もシビアに見直されるべきです。Quality-adjusted life year (QALY)のように、医療によって一生生きるための生活の質を考える。医療はそういう時代にきているのです。

その意味で、医学が政策のための科学にも援用できることがあると考えています。さまざまなサイエンスのなかで、医学は最も費用対効果や科学に基づいた意思決定が進んでいる分野です。症例観察、観察研究、臨床試験、複数の臨床試験メタ解析などといったエビデンスが確立されています。医療で培ったノウハウを原子力政策や食糧政策などにも学際的に応用することで、他分野においても新たな視点を見出すことができるのではないかと考えています。

## グランドビジョンを描ける医師の育成

薬剤疫学の正規の講座は京都大学にしかありませんが、医学への問題意識をもって、20、30年後の医学・将来を考える人たちが訪れています。医学部は専門性が高いため、卒業後は医師にしかないとされていますが、そうではなく、医学が社会に対してどのような貢献をできるかを考えるべきです。

残念ながら現在の医学はそのような教育を重視しませんし、医師になっても日々の業務に忙殺されるため、卒後にこのような問題意識を持ち続けるのは難しいのが現実です。したがって大学生1、2生のうちに、いかに論理的思考を身につけるかが重要です。書籍や論文から知識を得ることも大切ですが、それよりも日本や社会の仕組み、自分の在り方を常に考え、グランドビジョンを描ける人材を育てていきたいと思っています。

