会員のひろば

北海道医報では、特定の個人・団体を誹謗、中傷する内容等を除いた幅広い多様性のあるご意見を掲載させていただいております。

「かわいがられる老人」になろう

美幌医師会
美幌町立国民健康保険病院
土田（つちだ）　哲（あきら）

2024年３月、私（昭和36年生まれ）は夫婦で福井県から網走郡美幌町に移住し、同年４月から美幌町立国民健康保険病院（美幌国保病院）に勤務しています。私は元来、脳神経外科を専門としていますが、前任地の福井県の春江病院で「物忘れ外来」を開設し、認知症に特化した診察も担当していました。

皆様もご存じのように日本には認知症患者が2025年現在700万人おられ、日常生活に支障を来さない程度の軽度認知障害の方も500万人程度おられるとされ、巷には「どうしたら認知症にかからないか」、「認知症にかからないためのサプリは…」「認知症にならないための食事は…」などの文面が溢れています。しかし、80歳以上の男女の認知症有病率は15％で、90歳以上の、特に女性の場合、有病率が50％を超えていること（男性は36.6％）を考えると、高齢化した社会では認知症は誰にとっても避けられない疾患であると考えてもよいのではないでしょうか。認知症予防は確かに大切ですが、自分が認知症になることを前提とし、どのようにその時に備えたらよいかを私は考えています。

認知症の「中核症状」には物忘れやスマホの操作など、できたことができなくなるような実行機能障害などが挙げられますが、同居している家族や周囲の人にとって負担となるのはいわゆる「周辺症状」で易怒性、興奮性、被害妄想や抑うつなどと思われます。私たちが認知症になることを恐れるのは「周辺症状」によって、周囲の人に迷惑をかけることではないでしょうか。この「周辺症状」が「中核症状」と異なる点は、周囲の環境が強く影響することと言われています。高齢者にとって、周囲の環境とは家族と同居していれば、家族の態度や言動であり、一人暮らしであれば、介護者の態度や言動であるといえます。つまり、的確に周囲の人たちが自分に対応してくれれば、「周辺症状」の発現は抑えられやすく、その逆となれば、周囲の人たちを困らせる「周辺症状」が出現、増悪し、なおさら周囲の人たちの自分に対する態度や言動が厳しいものになるという悪循環を産むことになります。それでは周囲の人たちに良い態度や言動をとってもらうためには、それらの人たちに「いい老人」と思われる必要がありますが、そのために今できることは何でしょうか。

「物忘れ外来」で家族が強く訴えるのは排泄の問題で、排泄物の処理が介護者の大きな負担です。これは、トイレを汚すばかりでなく、せっかくのおむつを外して漏らしたり、あるいは汚れたおむつをとんでもないところに隠して家中が臭くなる。というものです。そうならないように私自身は座って小用を足すようにしています。若い男性はすでに座って用を足すことが多いようですが、これを習慣にしてしまおうと思います（物忘れがあっても習慣となった記憶は残ります）。こうすることでトイレを汚すことを減らせます。また、まだ実践はしていませんが、早い時期からリハビリパンツなどおむつ類をつけることに慣れるのも有効であると考えています。

次に、「いい老人」になるために家族や周囲の人たちに「ありがとう」、「ごめんね」と感謝や謝罪の気持ちを伝えるよう心がけています。これも習慣にしようと思っています。あまりにも頻回に言うため、妻には「心がこもっていない！」とお叱りを受けることもありますが、だれでもこれらの言葉は言われて悪い気はしないのではないでしょうか。

他には、自分の言いたいことを減らし、話している相手の言いたいことをできるだけ理解しようと心掛けているつもりです。独りよがりの老人は嫌われます。やはり妻には「嘘つき」と言われそうですが、以前の施設では、物忘れ外来を担当するようになって、「先生は柔らかくなり、人の話を聴くようになった」と褒めてもらったこともあります。今でも時には「かっか」と怒りながら仕事をしていることも自覚していますが、何とか「いい老人」になって、だれからもかわいがられる努力をしていこうと思います。

私の努力はまだまだ足りていませんが、「いい老人」になる努力は案外、認知症予防にもなるのではないかと思うことがあります。また、私たちが、認知症になることを前提に「いい老人」になるように心がけて暮らす社会は、ちょっと明るくなるのではないかと思うこの頃です。

めったに見ないが無視できない

札幌市医師会
(公財)北海道労働保健管理協会 札幌総合健診センター
中村（なかむら）　一博（かずひろ）

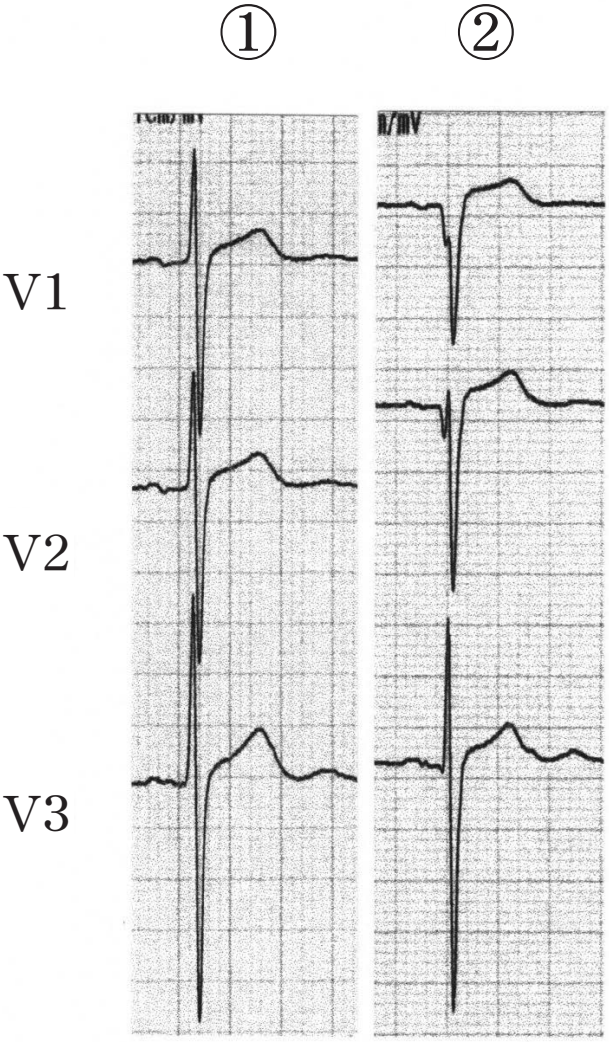
心電図読影では、めったに見ないが無視できない所見があります。今回紹介するV1とV2誘導のQ波（qrSパターン）もそのような所見の一つです。帝京大学の村川裕二教授が書かれた2007年の心電図読影の記事に、「V1、V2誘導にQ波を認めたら異常とみなすこと」とあり、その頃に出版された心電図の教科書にも同様の記載がありました。そのため私も知識としては知っていましたが、実際にそのような心電図を見ることはめったにありませんでした。

右の心電図は当センターの自験例です。①は2023年の、②は2024年の同じ受診者さんの心電図です。①では特に異常を認めませんが、１年後の②ではV1とV2誘導にQ波が出現し、R波が減高しています。この②のQ波は心筋梗塞の異常Q波と考えるには小さすぎるし、虚血にともなう明らかなST-T波の変化も認めません。しかし、R波は明らかに減高していますから、心筋の起電力が低下している（＝心筋が壊死か変性を起こしている)と考えられます。この所見の原因として、私は心室中隔の、心筋梗塞もしくは心筋症による変性を疑いました。二次性心筋症である心臓サルコイドーシスでは、心室中隔基部に変性や菲薄化を起こすことがあります。

見かたによっては、②の所見はQ波ではなくQRSのノッチにも見えますが、ノッチもまた心筋の異常を示唆する所見です。村川先生によれば「ノッチは異常Q波の弟」だそうです。いずれにせよ、この②の心電図所見は健康診断であれば「要精査」ですし、外来など臨床の現場で見つけたのであれば、循環器内科へ紹介する必要があると思います。

Q波は必ずしも異常とは限りません。Ⅰ、aVL、V5、V6など心臓を左方向から見る誘導に現れる幅の狭い小さなQ波は、心室中隔の興奮によるもので「中隔性Q波」と呼ばれています。また、Ⅲ誘導のみに単独で認められるQ波は、QRSの電気軸とⅢ誘導との角度が広いとき、心室の興奮がⅢ誘導から見て遠ざかるベクトルとなり波形が陰性化したもので、これも異常とは言えません。立位心のときのように、心臓が通常より下方に位置することにより、V1やV2電極が心臓を上から見下ろした状態になると、その誘導にQS波が出現することもあります。しかし、本来Q波が見られないはずのV1とV2誘導において、ノッチのようなQ波が出現し、R波が減高することは「異常なし」とは考えられません。

このV1とV2誘導のQ波が心室中隔の梗塞によるものであれば、冠動脈の他の部位にも狭窄があり、再度心筋梗塞を起こす可能性がありますし、心臓サルコイドーシスなどの心筋症によるものであれば、不整脈による突然死もあり得ます。このQ波の所見は些細に見えますが、じつは水面下に隠れている氷山の一角で、精査により大きな病気が見つかるかもしれません。「V1、V2誘導にQ波を認めたら異常とみなすこと」は、めったに見ないが無視できない、大切な教訓だと思います。



命をかけたニホンミツバチの逆襲劇！熱殺蜂球でスズメバチを撃退

釧路市医師会
市立釧路総合病院
森田　研（もりた　けん）

札幌の病院でハタラキバチとして働いている娘が、夜勤明けにSNSで猫の動画を送ってきます。人員不足で仕事が忙しくてストレスが溜まると、癒やしを求めて「猫休暇」で帰省する、といったサイクルです。２匹の猫も一日中遊んでもらえるので両者の癒やしです。

先日、いつもの猫動画ではなく、標題のサイトが送られてきました。若い養蜂家が本格的な巣箱作りや､はちみつの作り方などを上手に解説しています。女王バチを守りながら「分封蜂球」という塊を作って、新天地を求めて巣別れをする様子も。娘は爬虫類好きだったので「やれやれ次は昆虫か」と思いつつ、ついつい見入ってしまいました。ニホンミツバチが近くのスズメバチの巣からやってくる敵と戦うシーンが出てきます。

人間も蜂も、やっぱり戦争するんだよな～と思いながら見ていると、身体の大きいスズメバチを集団で取り囲み、数的優位で封じ込め、内部にいるスズメバチを「熱」で焼き殺すそうです！　何度も繰り返し出動したミツバチは、少しずつ「熱」の影響を受け、やがて死んでいきす。そして、そもそも出陣するミツバチは、高齢の順に、先頭に立って戦闘「熱殺蜂球」に積極的に参加するそうです。

はたと思い当たる数年前の光景……発熱外来が開設された頃、フルPPEを着用し前線で働いていた当院のニホンミツバチたちは、看護師長でした。「若者には別の前線である病棟やICU、手術室・カテ室を守ってもらう」と看護部が決めた師長輪番ルールでした。「年寄りはいろんなウイルスに暴露されているから、なかなか感染しないんだよね」と冗談を言っていた前院長も、ワクチン接種の出張接種や、職員ワクチン接種で自ら先頭に立ちました。当時、副院長だった自分は、院長が先に行ったので、後に続かないといけない雰囲気になりました。

そんな事を考えていたら、これは実は、あまり癒やしにはならない動画なのではないか？と思いましたので、娘に改めて聞いてみました。

「あれを会話とかなく、自然とやるミツバチたち、すごくない？　ヒトはさ､まだ死にたくない～とか、お前が行け～とかなりそうだなって」

週末養蜂チャンネル
https://www.youtube.com/@syumatsuyoho

最近の診療と研究で思うところ

北海道大学医師会
北海道大学病院
村松　憲（むらまつ　けん）

私は、北海道大学病院の皮膚科とその関連病院で2013年４月から働いております。後期研修からおよそ12年が経過しました。2021年から2023年まで海外に留学したため２年の期間があって変化を認識しやすいと思うのですが、帰国前後で明らかに入院患者の疾患が変化した印象があります。皮膚科の治療にも生物学的製剤が登場し、特に乾癬やアトピー性皮膚炎は重症例でも外来診療でコントロールすることが可能となりました。これにより乾癬とアトピー性皮膚炎の入院患者は留学前後でめっきり減少しています。代わりに、高齢化に伴って高齢者に好発する自己免疫性水疱症である水疱性類天疱瘡が増加しており、中等症から重症症例で皮膚科病棟の半分を占めるときもあります。この疾患は高齢者に内服ステロイド薬が必要となるため、５年の死亡率も高くなっています。私の研究と臨床の専門もまさにこの疾患であり、乾癬やアトピー性皮膚炎でも起きたステロイドに依存しない治療のブレークスルーを起こすために昼夜を問わず研究を行っています。

世界的なインフレ、円安と物価高は研究の世界にも影響を及ぼしています。研究のための物品は国内だけではなく海外製品も多くありますが、研究費の総額がほとんど変わらない中、値上がりで物品購入がしにくくなってきています。また海外学会も参加費、航空券代金も高騰しているため、中々参加できない状況です。ですが、Zoom会議を利用したりしてなんとか海外の研究者とも交流を維持するようにしています。また当科の腫瘍グループでは希少がん「乳房外パジェット病」に対するクラウドファンディングを成功させ必要な資金であれば、今までの枠組みにとらわれない方法で集めることも始めています。「北海道大学×READYFOR」として北海道大学全体で行っていますので（現在皮膚科は行っていませんが)、ご興味がある方はこちらにぜひ立ち寄ってみてください（https://readyfor.jp/pp/hokudai)。

いつの時代もその時代ごとの困難があって然るべきですので、若さを活かしてこれらの困難を楽しく乗り越えていきたいと思っています。

健康診断

函館市医師会
函館西部脳神経クリニック
小保内主税（おぼないちから）

会員の皆さんは、定期的に健康診断は受けておられるでしょうか？　昔、病院に勤務していた時、職員健康診断の季節になると、院長から「職員健診で、医師の受診率が最も悪くて、保健所から注意されている。必ず受けるように」という言葉を毎年、聞かされました。他の病院のことは存じませんが、おそらくどこの医療機関でも、状況は同じようなものではないかと想像しています。それは、医者の不養生ということもあるでしょう。また、「都合の悪い真実は知りたくない」という心理が働いていることが大きいのではないかと考えています。勤務医に限らず、開業医にも「健康診断なんてものは、人を病気にするものだから、俺は受けないことにしている」と豪語（？）していた先生がいました。かなり高齢になるまで現役で診療をされましたが、最終的に癌が原因で亡くなられました。ご遺族から、発見されたときには、かなり進行していたとも伺いました。健診を受けていたら、助かっていたのだろうかと考えてしまいます。また、随分前のことになりますが、関東の私立医大の脳外科教授と、講演会後の懇親の場でお話しできる機会があり、「先生は、脳ドックを受けたことがございますか？」とお尋ねしたところ、「何があっても、俺は覚悟ができているから、そんなものは受ける必要はない」と、これまた豪語（？）されました。ご自身の覚悟はよいのですが、立場を考えたときに、それでいいのだろうかと首をひねってしまいました。「覚悟」があるなら、検査を受けてもいいのではないかとも思いました。

さて、日本脳ドック学会というものがありますが、これも何年も前の話で恐縮ですが、発表演題の中で「危機管理としての脳ドック」（古い話で、正確なタイトルではないかもしれませんがご容赦ください）というのがあり、演者（脳外科医）の勤務する病院で、医師を除く（！）、数百人に及ぶ多くの職員（全員ではなかったと思います）に対して脳ドックを行ったところ、かなりの数の無症候性の脳血管障害が見つかったとのこと。なかでも、脳外科医としては未破裂脳動脈瘤が最も懸念されるもので、かなりの数が見つかり、その後のフォローアップ期間中に脳動脈瘤が破裂して不幸な転帰をとった例もあるとのことでした。演者は、医師を特別扱いするわけではないが、替えが利き難い職種なので、病院の危機管理として、勤務している医師には脳ドックを検討するべきと主張していました。

偶然発見された疾患の取り扱いは、いろいろ難しい問題もありますので、脳ドックに限らず、健康診断をむやみに強制するのはいかがとは思いますが、自分の体について、知らないよりは知っておいた方がいいと思っています。

かつて、私の先輩が脳動脈瘤破裂で亡くなられました。実は、その先輩は開業した機会に、自らの脳を精査したところ、未破裂脳動脈瘤が発見されました。ご本人も対応に迷い、動脈瘤を専門とする後輩に治療の相談をしていたらしいのですが、結局、治療する決心はつかなかったらしく、突然死することとなりました。このような事情を他科の先生にちょっとお話ししたところ、「亡くなられた先生は、脳外科医でありながら、脳外科医の治療を信用していなかったんだな」と言われました。専門であるからこそ、悩むこともあると思うのですが。

医師は、知識がある故に、検査で何か見つかった時の対応に悩むのでしょう。そこで先に紹介した教授のように「何があっても受け入れる覚悟」で、自らの健康に目を瞑っている方が多いのではないかと想像しています。

私は、開業を決意したあと、開業前数年の間に脳の検査も受け、開業後は毎年欠かさず、医師会の健診を受けています。死に至るような病が見つかったら、狼狽えると思いますが、受け入れる覚悟も持っているつもりです。ただ、職員や家族に対する責任を考えると、できるだけの努力はしておきたいと考えるのです。会員の皆さんは、どうお考えでしょうか？　健康診断、がん検診、脳ドックなどいろいろありますが、医師が受けたくないものを、一般市民にお勧めしていいのでしょうか？　健康診断が、本当に健康に良いものだとお考えならば、自ら率先して受けるべきではないでしょうか？

ついに週１回インスリン登場！

岩見沢市医師会
よしむら糖尿病クリニック
吉村　治彦（よしむら　はるひこ）

私は、自他とも認める糖尿病マニアです。

もしかしたら糖尿病オタクなのかもしれません。

昔から糖尿病薬の使い方やどんな食事をすると血糖値が上がりにくいとか、体重が増えにくいなど考えるのが大好きです。早いもので糖尿病を専門的に診察するようになって30年が過ぎました。今でも幸いなことに新薬が登場してうれしく思います。

本年１月末に週１回のインスリンが発売されました。私が医師を始めたころは１日１回のインスリンもなかったので驚くべき進歩だと思います。特に週１回のインスリンの登場は私の想像を超えるものでした。

発売されるとは全く考えていませんでした。

昔からよくインスリン投与を週１回にできたらいいねと話をしていましたが、まさか現実になるとは思いませんでした。この週１回にインスリンの上手な使い方を考えていくのが私たち糖尿病専門医の使命かもしれません。

それにしてもノボノルディスクファーマ株式会社の薬剤開発の技術力には驚かされます。数年前になりましたが経口投与が不可能と思われていたGLP-1受容体作動薬の経口薬を発売しています。

この薬の発売は注射薬に抵抗がある患者さんに大きな恩恵をもたらしたと思います。この技術があれば経口インスリンを作ることは可能と思われますが、GLP-1作動薬と異なりインスリンの場合は吸収率に差が大きいと低血糖のリスクもあるため同じ仕組みでは難しいと思われます。

私は今年59歳になります。あと20年元気に糖尿病診療を続けられたらと思っています。それまでにまた信じられない糖尿病治療薬が登場することを期待しながら、糖尿病診療を続けていきたいと思います。

最後にこの週１回のインスリン『アウィクリ』は、まだ使い方が確立していないので使うときは注意してください。

１日１回のインスリンと異なり１回に７倍量のインスリン投与が必要であり、さらに調整できるインスリン量が10単位ごとになっています。細やかなインスリン治療調整が必要な時は、毎日投与のインスリン製剤への変更が必要です。また、空腹時血糖をどのくらいまで下げていいのかも不明なため現時点では150mg/dl程度までがいいのかもしれません。

経済的な問題もありますが、最新の糖尿病薬を使いながら、元気で健康な糖尿病患者さんを少しでも増やしていけたらと思います。

風と共に去りぬ

根室市外三郡医師会
町立別海病院
山内　修（やまうち　おさむ）

不朽の名作「風と共に去りぬ」は、私の洋画マイ・ベスト５に入っています。そして昨年（2023）は、日本の〈タラ〉に行ってきました。

①映画「風と共に去りぬ」(1939)

Ｍ・ミッチェルの原作を映画製作者セルズニックが、３時間42分のカラー超大作として完成させました。公開されると各方面で絶賛されて、アカデミー作品賞では、「オズの魔法使」「駅馬車」を抑えての受賞。主演女優賞はＶ・リーでした。

当初、主演女優が決まっていない状態で、「風と共に去りぬ」の撮影が始まりました。そこに英国の有名男優のＬ・オリヴィエが、当時25歳のリーを連れて見学に行きます。製作者のセルズニックは後に、「彼女を一目見た時に、私が考えていたＳ・オハラそのままだった」と語っています。

この時、リーは弁護士の夫との間に一児の母、オリヴィエも女優の妻との間に一児の父、つまりW不倫中だったのです。その後二人は1940年に結婚でき、リーは「欲望という名の電車」(1951) で２度目のアカデミー主演女優賞を獲得します。

しかし1953年に、撮影先の印度で精神状態の悪化により倒れ、倫敦の病院に運ばれて入院。1960年にはオリヴィエと離婚。それからの彼女は結婚をせずに、後年には肺結核が再燃し1967年に死去します、53歳没。葬儀委員長はオリヴィエでした。

②TVドラマ「スカーレット」(1994)

「風と共に去りぬ」の続編の映像化です。原作はＡ・リプリーで、1991年に出版されました。私は1995年発売のLDの４枚組セットを、中古店にて8,156円で買いました。Ｒ・バトラー役を４代目「007」Ｊ・ボンドのＴ・ダルトンが演じています。この映像については、画質の良いBDでの再発売を希望しています。

③日本の〈タラ〉

「風と共に去りぬ」は米国南部の〈タラ〉という土地から始まります。また、主人公Ｓ・オハラが、炎上するアトランタ陥落から命からがら逃げた後に、「必ず生き延びて再興を誓う」のも〈タラ〉。

何と、日本にも〈タラ〉がありました。佐賀県藤津郡〈太良〉町です。有明海に面していて、竹崎カニが美味しい静かな温泉町でした。町内に大魚神社の海中鳥居や、近くに日本三大稲荷の一つとされる祐徳稲荷神社もあります（佐賀県鹿島市）。

その〈太良〉でＶ・リーを偲んできました。

Netflixドラマのロケ地になりました

小樽市医師会
北海道済生会小樽病院
和田（わだ）　卓郎（たくろう）

2024年11月14日、Netflixのドラマ『さよならのつづき』が配信を開始しました。メインキャストは有村架純、坂口健太郎、生田斗真、中村ゆりといった実力派が揃い、さらに三浦友和、斉藤由貴、宮崎美子といった豪華な俳優陣が脇を固めています。小樽とハワイを舞台にした全８話の少し重めのラブストーリーで、坂口健太郎演じる小樽商科大学の職員が入院し、心臓移植を受ける病院として、当院・済生会小樽病院が重要なロケ地として登場します（**写真１**）。

Netflixから病院ロケの依頼があったのは、2023年のこと。当初、キャストの詳細は明かされていませんでしたが、何か感じるものがあり、すぐに承諾しました。ロケは同年９月と12月の土曜・日曜の合計３日間にわたって行われました。当院３階の病室での撮影（**写真２**）では、坂口健太郎を妻役の中村ゆりが見舞うシーンがあり、窓の外からの撮影に備えて、大掛かりな足場が組まれていました。

また、手術室では心臓移植手術のシーンも撮影され、生田斗真がドナー役として心臓摘出手術を受ける場面に当院の職員がエキストラとして多数参加しました。しかし、実際に映っていたのは麻酔科医役の整形外科医と若手看護師２名がわずか数秒ほど。台詞のあった医師のシーンは残念ながらカットされてしまいました。

ロケ当日は、50人以上ものスタッフが病院内を出入りしたため、５類になったとはいえ、コロナの感染対策上問題という批判の声も聞かれました。病棟での撮影に備え、１週間前から入院制限をかけるなど、思いのほか大変な準備も必要でしたが、職員たちは素敵な俳優たちを間近で見られ、楽しんでいたように思います。

ドラマ配信の初日には、済生会小樽病院近くのマリーナで、有村架純と坂口健太郎が登場するレッドカーペットイベントが開催され、私も病院代表として参加させていただきました。実際の有村架純はテレビで見る以上に本当に可愛らしく､感激しました。坂口健太郎はドラマでピアノを演奏するシーンがあるのですが、この日は海辺の寒い中、生演奏を披露してくれました。その感動もあり、私はその後３日間で全８話を一気に観終え、架純ちゃんの大ファンになってしまいました。

現在、ネット上では聖地巡礼のマップに当院も紹介されています。このドラマがきっかけで、さらに多くの観光客が小樽を訪れるようになれば、病院としての地域貢献にもつながると考えます。一方、全世界への配信のため、外国人が病院敷地内にあふれたらどうしようと少し心配です。ドラマでは小樽の四季がとても美しく描かれており、ぜひ多くの方にご覧いただきたいと思っています。

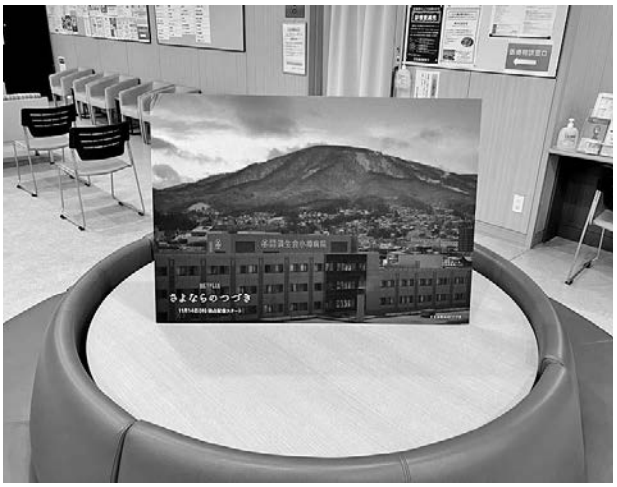


写真１

写真２

高額療養費制度の限度額引き上げ政府案に思う

宗谷医師会
市立稚内病院
村中（むらなか）　徹人（てつひと）

団塊世代の高齢化に伴い、介護・医療を必要とする人口が増加しています。これに加え、医療の高度化・複雑化・細分化が進み、社会保障費の増大が深刻な課題となっています。その結果、世代間の負担の不均衡に対する不満が高まっています。特に医療に関しては、保険料や公費（税金など）によって費用の大部分が賄われており、一部では「不要な医療行為が行われ、医療機関が利益を得ている」との批判がソーシャルネットワーキングサービスや一部メディアで散見されます。

こうした状況の中、2025年度予算案の決定に向けた福岡厚生労働大臣と加藤財務大臣の折衝により、高額療養費制度の見直しが決定されました。2025年８月から、ひと月あたりの自己負担上限額が引き上げられることとなり、2025年１月にはその具体的な金額が報道されました。例えば、70歳未満年収770万円の世帯では自己負担額が18万8,400円／月程度、年収1,650万円の世帯では44万4,300円／月程度に設定されました。WHOは手取り収入の40％を超える医療費負担を「破滅的医療支出」と定義しており、この改定は現役世代を「国民皆保険」から実質的に締め出す政策転換と受け取られかねません。さらに、この負担増による医療費削減効果は、全医療費のわずか0.4％程度と試算されています。

この改定に対して、全国がん患者団体連合会や日本難病・疾病団体協議会に加え、全国保険医団体連合会や東京都医師会、さらには複数の学術団体が相次いで反対声明を発表しました。また、短期間で13万筆を超える反対署名が集まり、2025年３月に福岡厚生労働大臣へ提出された結果、同制度の見直しは二転三転された後に最終的に一時凍結されました。

保険の本来の役割は、予測不可能な事故や病気による経済的損失を分散し、安心して生活を送れるよう支援することにあります。多くの人が保険料を拠出し、リスクを共有することで成り立つ制度であり、高額療養費制度は日本の健康保険制度の根幹をなす重要な仕組みです。これを改悪することは、経済的理由で治療を諦める人や医療費負担により自己破産する患者の増加を招く可能性があり、避けるべき失策です。一方で、保険料や税負担の増加に対する現役世代の不満も無視できず、医療費の適正化が求められています。

医療費削減が不可避であるならば、最初に手をつけるべきは、生命の危険に直結しない軽症患者の医療利用だと考えます。その一方で、高額療養費制度が支える重症患者の医療は、最後まで守るべきです。

無駄な医療の削減に向け、立法府・行政府にはエビデンスに基づく政策立案を求めたいところです。他の先進国では、負担増による医療費削減効果や価格弾力性の定量的推定、健康への影響分析が政策決定に反映されています。例えば、ランド医療保険実験やオレゴン医療保険実験など、エビデンスに基づくデータが活用されてきました。しかし、日本ではこれらの手法が政策立案に十分に取り入れられず、明確な根拠を有さない計算式を用いた需要推定が非公開の場で行われ、国会での議論を経ることなく保険料や高額療養費制度の限度額など、患者の自己負担増額が決定されるケースが後を絶ちません。

医療費削減のためには、保険請求される各医療行為の価格弾力性を検証し、無価値な医療を特定して保険適用外とすることが求められます。これにより、2.3兆円～7.3兆円規模の医療費削減が可能であるとの試算もあります。こうしたエビデンスに基づく政策決定により、国民の生命や健康に悪影響を及ぼさずに医療費を適正化し、高額療養費制度を維持することが、日本の皆保険制度の持続可能性を確保する鍵となるでしょう。

国民皆保険制度は、日本が誇るべき社会保障制度の柱です。短絡的な医療費削減策ではなく、科学的根拠に基づいた適切な改革を進めることで、誰もが安心して医療を受けられる社会を守っていくことが求められています。

70歳未満

所得区分			負担割合	月単位の上限額（円）	
年収換算	健保（標準報酬月額）	国保（旧ただし書き所得）			多数回該当
約1,650万円～	127万円以上	1,356万円超	3割（※1）	444,300＋（医療費－1,481,000）×１％	〈246,600〉
約1,410～約1,650万円	103万～121万円	1,110万円～1,356万円		360,300＋（医療費－1,201,000）×１％	〈199,800〉
約1,160～約1,410万円	83万～98万円	901万円～1,110万円		290,400＋（医療費－ 968,000）×１％	〈161,100〉
約1,040～約1,160万円	71万～79万円	809万円～901万円		252,300＋（医療費－ 841,000）×１％	〈140,100〉
約950～約1,040万円	62万～68万円	679万円～809万円		220,500＋（医療費－ 735,000）×１％	〈122,400〉
約770～約950万円	53万～59万円	600万円～679万円		188,400＋（医療費－ 628,000）×１％	〈104,700〉
約650～約770万円	44万～50万円	410万円～600万円		138,600＋（医療費－ 462,000）×１％	〈 76,800〉
約510～約650万円	36万～41万円	312万円～410万円		113,400＋（医療費－ 378,000）×１％	〈 63,000〉
約370～約510万円	28万～34万円	210万円～312万円		88,200＋（医療費－ 294,000）×１％	〈 48,900〉
約260～約370万円	20万～26万円	127万円～210万円		79,200	〈 48,300〉
約200～約260万円	16万～19万円	86万円～127万円		69,900	〈 47,400〉
～約200万円	15万円以下	86万円未満		60,600	〈 46,500〉
住民税非課税				35,400	〈 25,200〉

70歳以上

所得区分			負担割合	上限額（世帯ごと）		
年収換算	健保（標準報酬月額）	国保・後期（課税所得）		外来（個人ごと）		多数回該当
約1,650万円～	127万円以上	1,107万円以上	3割	444,300＋（医療費－1,481,000）×１％		〈246,600〉
約1,410～約1,650万円	103万～121万円	900万円以上		360,300＋（医療費－1,201,000）×１％		〈199,800〉
約1,160～約1,410万円	83万～98万円	737万円以上		290,400＋（医療費－ 968,000）×１％		〈161,100〉
約1,040～約1,160万円	71万～79万円	614万円以上		252,300＋（医療費－ 841,000）×１％		〈140,100〉
約950～約1,040万円	62万～68万円	504万円以上		220,500＋（医療費－ 735,000）×１％		〈122,400〉
約770～約950万円	53万～59万円	389万円以上		188,400＋（医療費－ 628,000）×１％		〈104,700〉
約650～約770万円	44万～50万円	280万円以上		138,600＋（医療費－ 462,000）×１％		〈 76,800〉
約510～約650万円	36万～41万円	203万円以上		113,400＋（医療費－ 378,000）×１％		〈 63,000〉
約370～約510万円	28万～34万円	145万円以上		88,200＋（医療費－ 294,000）×１％		〈 48,900〉
約260～約370万円	20万～26万円	57万円以上（※2,3）	2割	28,000（年間上限224,000）	79,200	〈 48,300〉
約200～約260万円	16万～19万円	28万円以上		28,000（年間上限224,000）	69,900	〈 47,400〉
～約200万円	15万円以下	28万円未満（※4）	70-74歳2割	20,000（年間上限160,000）	60,600	〈 46,500〉
住民税非課税			75歳以上1割	13,000	25,300	
住民税非課税（所得が一定以下）				8,000	15,400	

※1　義務教育就学前の者については２割。
※2　収入の合計額が520万円未満（１人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。
※3　旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
※4　後期については、年金収入＋その他の合計所得金額が200万円未満（複数世帯の場合は320万円未満）の場合も含む。

出典：第192回社会保障審議会医療保険部会（令和７年１月23日）