

セルフメディケーションの日 シンポジウム

# セルフメディケーションは今、 そして未来は。

日 時

2018年7月23日(月)

14:00～18:00

場 所

明治記念館 2F 「蓬萊の間」

報 告 書



主催:日本OTC医薬品協会

# 目 次

## 【主催者挨拶】

**セルフメディケーションの日 シンポジウム開催にあたって** .....3  
日本OTC医薬品協会 会長 佐藤誠一

## 【基調講演】

**自分で守る健康社会の実現に向けて ～健康年齢100歳への挑戦～** .....4  
東京大学センター・オブ・イノベーション(COI) 自で守る健康社会拠点 副機構長 鄭雄一氏

## 【講演】

**[講演1] 国民健康づくりの最近の動向** .....6  
厚生労働省 健康局 健康課長 正林督章氏

**[講演2] 超高齢社会は怖くない ～いま地域医療から学ぶこと～** .....8  
南日本ヘルスリサーチラボ代表 森田洋之氏

**[講演3] わが国の財政運営の行方** .....10  
株式会社日本総合研究所調査部 上席主任研究員 河村小百合氏

**[講演4] 国民から見たセルフメディケーションと健康リテラシー** .....12  
読売新聞東京本社 編集局医療部 部長 館林牧子氏

## 【パネルディスカッション】 .....14

コーディネーター 鄭雄一氏  
パネリスト 正林督章氏、森田洋之氏、河村小百合氏、館林牧子氏、  
日本OTC医薬品協会 副会長 西井良樹

# セルフメディケーションの日 シンポジウム開催にあたって



日本OTC医薬品協会 会長  
**佐藤誠一**

セルフメディケーションの推進については日本再興戦略、骨太の方針、未来投資戦略に明記されており、今や国策となっています。セルフメディケーションの推進を後押しするため、7月24日をセルフメディケーションの日と制定しました。7月24日を含む月曜から日曜をセルフメディケーション週間とし、本日はその初日となります。今年度の活動方針を示した事業活動計画の重点活動項目は8項目あり、セルフメディケーションの日/週間の活動を取り上げております。

本日のテーマは「セルフメディケーションは今、そして未来は」ですが、健康づくりの話が中心となります。少子化・高齢化社会と言われて久しいですが、健康寿命の延伸、生涯現役社会という目標が様々な場面で用いられています。実現するためには、病気の予防、健康づくりが基本となります。セルフメディケーションの日では7つの柱を取り上げております。健康リテラシー、検査、運動、食事、禁煙、衛生管理、OTC医薬品の7つでございます。7月1日から全国紙を使いましてこの7本柱を中心にセルフメディケーションの啓発広告をしております。この7つのテーマの中で一番目の健康リテラシーが特に重要だと考えています。健康リテラシーとは健康に関する情報を入手し、理解して活用する個人的能力のことです。セルフメディケーションを推進する上で大変重要であると考えております。当協会としても重要なテーマとして取り組んでいきたいと思っています。

# 自分で守る健康社会の実現に向けて ～健康年齢100歳への挑戦～

東京大学 センター・オブ・イノベーション(COI)  
自分で守る健康社会拠点 副機構長  
東京大学大学院工学系研究科・医学系研究科 教授  
鄭 雄一氏



## COI(自分で守る健康社会)の4つの特徴

我々はセンター・オブ・イノベーションを「自分で守る健康社会」と名付けています。9年間の計画で、いま6年目になります。その特徴は、1) バックキャスティング方式、2) 高リスクな課題を積極的に、3) オープンイノベーションプラットフォームの形成、4) Potluck(持ち寄り)形式、になります。

一番目のバックキャスティング方式は、10年後、20年後、30年後のあるべき社会の姿を思い描いてそれに必要なプランを立てて、研究開発を進めていく、企業では当たり前のことですが、この方式を大学の予算の中でやろうとしています。二番目の高リスクな課題を積極的にですが、大学では安全なものをやりたがる傾向があり、リスクの高いものを大学は受け入れてくれませんが、COIでは高リスクな課題も積極的に取り上げます。社会ニーズがすごくあれば、高リスクなものでもやっていきます。三番目のオープンイノベーションプラットフォームの形成、これは今、日本の大学が一番不得手なところで、最先端の医療や科学技術を推進するのであれば、あらゆるステークホルダーを集めて、国境などの垣根を超えてチームを組むべきですが、なかなかできない現状に對してサポートしていきます。そして四番目、これが一番効果的で、このCOIプログラムは政府からかなり予算を頂いていて、その予算は研究者に行くようにして、企業にはPotluck形式で自分のリソースから出してもらい、真剣に取り組んでもらっています。この4つの特徴のおかげで、かなり産学連携が進んでいます。

## 「入院を外来に」「外来を家庭に」「家庭で健康に」

将来の社会ニーズとして、自分の健康は自分で守る、高齢者も社会を支える、新しい医療産業を興しGDPを向上させたいというものがあります。そこで「自分で守る健康社会」を我々COIのモットーにしました。具体的には「入院を外来に」「外来を家庭に」「家庭で健康に」と3つに分かれています。これは入通院を半減したい、その際、新しい健康医療産業を創出したい、それにより健康寿命を延伸して、労働生産性を上げたい、ということになります。

「入院を外来に」というテーマでは、入院を日帰り治療にする革新技術に投資し、入院をなるべ

く少なく、短くすることを目指しています。例えば、血管内視鏡の開発や三次元プリンターを使って人工骨を作る技術などです。

「外来を家庭に」では、疾患予防対策として、主に糖尿病の重症化予防を考えています。糖尿病の中でも人工透析は非常に大きな問題で、現在年間1兆円の費用がかかっています。バイオメーカーで腎不全になりやすい人を見つけて集中的にサポートできれば、人工透析を減らすことができるのではないかと考えています。その際、AIやICTを駆使した継続性のあるサポートが必要となりますが、こちらは一部完成しており、現在すでに販売しています。

「家庭で健康に」では健康リスクの可視化として未病（ストレス、メタボ、ロコモ、軽度認知障害）をスコア化し可視化することで、健康を自分ごととして捉え、行動変容を促進する取り組みに力を入れています。それを下支えするのが、健康医療ICTの標準化です。

健康と病気は連続的に繋がっている「未病」という考え方は非常に大事です。健康と病気に境界線を引いてしまうと、健康の人は何もしなくなり、病気の人は諦めてしまいます。健康を自分ごととして捉えるために非常に重要な考え方です。未病を改善するためには、食、運動、社会参加が大切です。

## 将来のリスクを「見える化」し、個人の行動変容に繋げる

地方自治体や企業から健診データなどの未病関連のビッグデータを集め、そこにデータサイエンス、AIを用いて、生活習慣、認知機能、生活機能、メンタルヘルス・ストレスの4つの領域で未病指標を作っています。これにより、自分の未病の状態だけでなく、将来のリスクがわかります。自分の現状を知るだけでは人は動きません。将来のリスクを「見える化」することが重要で、それが個人の行動変容に繋がり、人が変わり、社会も変化すると考えます。

個人の行動変容を促すために、健診データを使ったビッグデータを用いて、将来の健康リスクを個人毎に予測し、AR/VRを駆使して可視化し、AIで個人に合わせた対処法を明示、インセンティブを用意し実行を促します。インセンティブは個人に対してだけでなく、国からも健康づくりに努力している地方自治体のために800億円の予算を用意しています。実行したら変化・効果を評価し、改善を実感してもらうことで行動変容を促す仕組みです。しかしこれだけでは長続きしません。安心・信頼を得るために医療専門家の関与と、個人の健康リテラシーに合わせた正確な情報と啓発を、そしてモチベーション維持のために、共感し励ましてくれる仲間づくり、楽しく自然に習慣化するためのデザインが重要です。これらすべてがで初めて初めて、健康の自分ごと化と行動変容につながり、少子高齢化社会を幸せに生きるということが実現可能になります。

「自分で守る健康社会」というビジョンを詳しく説明するなら、健康から病気・介護までを連続した状態と捉え、機能低下・発症・重症化を未然に防ぎ、死ぬ間際まで活躍して「天国への階段を元気に登る社会」をつくるということです。まず、医療圏データと生活圏データを統合するデータプラットフォームを作り、ビッグデータ解析から新価値を創造するデータ改革、次に、若者と高齢者が二元論的対立ではなく連続した状態であると捉えなおし、元気な人はずっと働き続けることができる社会環境を整えること、最後に、保険制度のお金の流れを見直して「健康を失った時のために」ではなく「健康でいるため」の制度に変えていくことが、COI拠点間、省庁間の壁を越えて進めていくべきことだと考えています。

# 国民健康づくりの最近の動向

厚生労働省 健康局 健康課長  
**正林督章**氏



## 人口構成と死因の変化に伴い、年々増加する医療費

まず健康をめぐる状況ですが、日本人の人口構成は大きく変わりつつあります。すでに生産年齢人口は減少し、高齢者の割合は増加しており、その傾向は今後も続いていくと考えられます。また、死亡率の推移を見ると、戦後から死因はかなり変化し、悪性新生物（がん）、心疾患、高齢者に多い肺炎が増加、それに伴い医療費も年々増加しています。対国内総生産（GDP）比率、対国民所得（NI）比率も増えており、経済の成長よりも医療費の方が高いということを示しています。死因の6割を占めるのが生活習慣病です。一般診療医療費に関しても、生活習慣病は3割を占めています。

厚生労働省は昭和53年に、健康診査の充実や市町村保健センターの整備、保健師などのマンパワーの確保を中心に、第一次国民健康づくり運動をスタートさせました。10年後の昭和63年、第二次国民健康づくり運動が開始され、運動習慣の普及に重点を置いた対策がとされました。そして平成12年、第三次国民健康づくり運動として、健康日本21（第一次）がスタートしました。一人ひとりの健康をみんなで支えていくという理念を掲げ、一次予防の重視や具体的な数値による目標設定を行い、取り組んできました。そんな中、平成15年には健康増進法の施行がありました。健康日本21には元々法的根拠がなかったので、たばこを規制するだけではなく、健康日本21に法的な意味合いも持たせるのも、健康増進法制定の主旨のひとつでした。

## 多くの人が健康に関心をもつきっかけとなった健康日本21

17年前を知っている私からすると、健康日本21はかなり成功した政策の一つであると思います。数値の目標を掲げて定期的に見直す、いわゆるPlan do see やPDCAサイクルをまわすことをやり始めた最初の施策でもあり、これをきっかけに各省が似たような数値目標を掲げて取り組みを始めました。その口火を切ったことだけでも成功だったと思いますし、国民全体で健康づくりを盛りあげる普及啓発活動を中心に展開しましたが、当時と比べるとテレビの健康番組は増えましたし、国民の健康に対する意識もずいぶん変わってきたのではないかと思います。多くの人が健康に興味を持つようになったというのも、健康日本21の成果だったのではないかでしょうか。

平成25年からは第二次健康日本21をスタートし、健康寿命の延伸と健康格差の縮小、生活習慣

病の発症予防と重症化予防の徹底、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、健康を支え守るための社会環境の整備、生活習慣の改善及び社会環境の改善、という大きく5つの柱を掲げて展開しています。

日本は1990年代から健康寿命世界第一位でしたが、今年はシンガポールにその座を譲りはしたものの、世界第二位です。日本の男性の健康寿命は72.14歳、女性は74.79歳で、いずれも延伸しており、また平均寿命との差も徐々に縮まってきています。死ぬまで元気でいるために、健康寿命を延ばし、平均寿命との差を埋めることを目標に、それを実現するための事業としてスマート・ライフ・プロジェクトを展開しています。現在、4,284団体に参画いただいているが、定期的な勉強会・懇親会を開催したり、健康づくりの意見交換を行う場を設けたり、優れた活動をした企業・団体・自治体を表彰するなどの活動を展開しています。このプロジェクトでは、4つの大きな柱「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙」「健診・検診の受診」に沿って、参画企業・団体に活動していただいている。

最後に受動喫煙防止対策についてですが、努力義務規定として法案を提出して可決され、平成15年に施行されました。公共機関や百貨店など様々な場所が館内禁煙になり、日本の社会が禁煙モードになったのを実感しました。ただ、現在でも、飲食店で4割、その他の場所で2~3割の人が、受動喫煙にあったという調査結果が出ています。施行当時の飲食店で7割の人が受動喫煙にあっていたことに比べたら改善はしていますが、未だに4割の人が受動喫煙の被害に遭っているという現状に4年間取り組んできました。ようやく先週、法案が通り、学校や病院など子どもや患者がいる場所は基本敷地内禁煙とし、それ以外の場所は原則屋内禁煙としました。やむを得ない場合は喫煙専用室を設置し、その中でのみ喫煙可能です。また、既存の飲食店のうち経営規模の小さい店舗は掲示義務を伴いますが、喫煙は可能です。新規開店する店舗に関しては屋内禁煙となりますので、禁煙の店舗は今後増えていくと思われます。

## **健康増進法が定める「国民の責務」**

健康増進法の第二条では、国民の責務という非常にユニークな規定があります。「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」という規定です。社会全体で国民の健康を支えるというのが、健康増進法の主たる目的で、そのために様々な取り組みをしておりますが、そうは言っても健康とは自分自身の問題であり、積極的に自分の健康づくりに取り組んでもらいたいというメッセージを伝えるために入れたものです。

「セルフメディケーションの日」に、この規定を思い起こしながら、今日一人ひとりがみんなで健康について取り組んでいただければと思います。

# 超高齢社会は 怖くない

## ～いま地域医療から学ぶこと～

南日本ヘルスリサーチラボ代表  
**森田洋之**氏



### 夕張市の医療崩壊で見えた、病院数の減少とその影響

2007年夕張市が財政破綻しました。それにより市立病院の病床数が171から19に減り、CT・MRIはなくなり、高齢者率は市民の48%、救急車が病院に到着するまでの時間は2倍かかるようになり、医療崩壊が起きました。ところが、人口数・総死亡率に変化はなく、死亡原因を見ると、日本三大死亡原因であるがん・心疾患・肺炎はほとんど減少し、代わりに老衰し死亡する数が増えました。ここ10年で全国では52%増加している救急車の出動回数も、夕張市では医療崩壊以降半分に減り、高齢者一人当たりの診療費は、北海道では78.1万円から85万に増えていますが、夕張市では81.1万円から76.9万円に減少しています。人口10万人あたりの病床数と、一人当たりの入院医療費の関係を見てみると、日本で一番病床数が多いのが高知県で約2,400あり医療費は約19万、一番少ない神奈川県は約800で医療費は約9万となります。つまり、病床が減ったら入院医療費が下がるのは当然であるわけです。また多くの研究の結果、病院の存在や非存在と、住民の死亡率の間に因果関係はないことがわかっています。病院が開院しても閉鎖しても人の健康状態は良くも悪くもならない可能性が高いということです。日本の医療はほぼ整備されており、これから更なる充実を図っても、あまり変化がないということです。

### 予防医療への注力と終末期医療の変化

日本の医療は何のためにあるのだろうという疑問の答えは夕張市にありました。まず予防医療に力を入れたことです。医療崩壊したことで、まずできることをやろうと、肺炎球菌ワクチンをほぼすべての市民が接種し、肺炎予防のために口腔ケアを徹底しました。これにより、夕張市で肺炎にかかった人はたった2人、隣町では21人がかかっています。また肺炎死は隣町では8人、夕張市では1人でした。

次に終末期医療の変化があげられます。夕張市で余命半年の肺がんにかかった93歳女性が放射線治療や抗がん剤を拒否し、在宅医療のみで過ごしました。自宅で死ぬまで家族と一緒に過ごしたいという本人の希望を優先したのです。患者の人生を決めるのは患者自身であり、本人が決めたことに反対せず、サポートする。これは終末期医療の意識改革と言えます。

予防医療に汗を流し最後は天命を受け入れる、という意識改革が夕張市に起きたのです。市内では胃瘻、気管切開、人工呼吸器、膀胱瘻、腹水・胸水の管理はすべてゼロでした。患者と本当に腹を割って膝をつき合わせて話せば、患者がそれらを望まなかったからです。結果医療費は減少する、ということになります。

## 地域の助け合いをもたらす「きずな貯金」

市民が意識を変える前提として「きずな貯金」があります。これは地域の絆があり、地域の人が助けてくれるというものです。たとえば夕張市では雪かきは地域住民全員でやりますし、地域活動を通じて住民全員が顔見知りで、助け合いながら暮らしています。中度や重度の認知症の高齢者でも、夕張市では一人暮らしをし、地域の雪かきをし、地域に貢献しています。これは地域の人たちが、ほどよく見守ってくれているからです。

一方、都市部では、軽度の認知症の人でも認知症施設に入所します。家族に「遊園地に行くよ」と言わされて連れてこられた人もいます。家に帰らせてほしいとお願いされますが、それを決めるのは家族です。現状、収容隔離施設のようになっていて、何もすることがないのです。そして寝たきりになる。それは本人にとっても家族にとっても幸せなことではなく、また介護者の負担が増えることになり、隔離による介護・医療費の増加につながります。認知症の人は見守りつつ、ある程度は放っておいた方がいいのです。その方が自立します。子供のことは忘れていても、ずっとやっていた掃除や裁縫はできるのです。できることは本人にやってもらう。できることを取り上げてしまってはいけません。

夕張市の医療崩壊は、崩壊ではなく医療再構築であったと考えます。医療職と介護職の連携を強化し、高齢者を見守り生活を支える医療・介護を行いました。この生活を支える医療・介護、そして予防医療や天命を受け入れる市民の意識改革、地域のきずな貯金、この3つが揃うと、医療費は減少し、また病院いらすで、幸せに暮らせる社会になるのではないでしょうか。これこそが明るい日本の未来であると考えております。

# 我が国の財政運営の行方

株式会社 日本総合研究所調査部 上席主任研究員  
**河村小百合** 氏



## 借金がどんどん積みあがる日本の財政状況

人生100年時代をみんなが健康で過ごすためには国の財政の支えが必要ですが、我が国の税収はリーマンショックや東日本大震災などでなかなか伸びていない状況です。それにもかかわらず、国の歳出はずっと高止まりしています。これは国民の寿命が延び、より多くの医療費が必要になってきたということも原因の一つとして考えられます。税収が少ないにもかかわらず歳出は多い。その不足分を補うために国債を発行し、借金はどんどん積みあがっています。

こういった財政運営を他国と比べると、国の借金残高の名目GDPで見た比率を見ると日本だけが突出して悪い。なぜこのような財政の悪い状態、借金がたくさんあり、世界で最悪なのに、国としてもっているのかというと、それは「金利」です。金利を払えていれば借金を維持できます。日本の10年国債金利は、他国と比べると非常に低く、2000年代からうじて1%台あったものも、一時はマイナス金利になってしまい、最近もゼロスレスレの状態です。

歳出の多さを補うための国債なわけですが、その歳出の中身として大きいのは社会保障費です。2018年5月の経済財政諮問会議で出された「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」は、2018年現在、社会保障に国が出さなければならない金額は約121兆円で、2040年には約190兆円に増加するという、かなり衝撃的な内容で、各メディアで大きく取り上げました。その増加する社会保障費をどこから出すのか。国債を出すということは、後の世代にツケをまわすことになり、子どもたちの世代が払ってくれるという虫のいい考え方でやっているわけです。社会保障費の中でも、医療の部分が先々大きな伸びを見せることが予想されています。現在約40兆円ですが、2025年で約48兆円、2040年には70兆円近くになるのではないかとされています。

## 財政悪化の一番の要因は借換債

なぜこれほど財政は悪化し、借金が積みあがったのか。一番の原因是借換債です。10年債を発行し、10年後に全額返しているかというと、返していません。日本には60年償還ルールというものがあります。もともと橋や道路などを作る際に発行した建設国債の考え方で、橋や道路は60年後も使用できるから60年かけて返せばいいという考え方です。国はその考え方を赤字国債にもなし崩し的

に取り入れ、10年債は10年経っても返さず、600億円発行したら10年後返すのは100億円のみで、残りの500億円は借換えとなります。全額返すのは60年後で、借換債が増え、国の借金が増え、世界最悪の借金国になってしまうというわけです。

このような借換債を続いている国は我が国以外にはありません。60年もかかって漫然と借金を返すこの借換債の山は、子どもや孫の世代に回してしまうツケの山です。日本の金利の推移を見ると、不良債権の問題の深刻化と重なる1990年代末から、他国に比べて異様に低く金利を抑えてきた結果、財政は助かってしまった。国債の金利を下げれば、借金が増えているのに利払い費は減ります。だからこそ、この悪い財政状態が続いたと言えます。

今年の一般会計の予算では、税収が60兆円、全体の歳出が98兆円、その中で利払い費が9兆円ですが、もしこの国がもたなくなったら、社会保障関係費の33兆円はどうなるのでしょうか。デフレから脱却するために、日銀は国債を多く買っており、全体の5割近くを占めています。中央銀行としてのバランスシートを他国と比較しても、異常なレベルにまで膨張しており、恐ろしいリスクが日銀にかかりています。先々金利を上げなければいけなくなった際に、日銀の財務に大きな影響を及ぼしてしまうことが十分に考えられます。

## 財政再建に向けて、社会保障費の改革が極めて重要

改善に向けての道筋としては、日銀による「事実上の財政ファイナンス」を可能な限り早期に収束させ、財政再建に確実に取り組んでいくことが必要です。そのためには、国の歳出の最大の費目でもある社会保障費の改革に本腰を入れて取り組んでいくことが極めて重要です。いつまでも足許の景気最優先、デフレ脱却最優先などと、財政再建を度外視する財政運営では、日銀の抱えるリスクが顕現化し、我が国の経済政策全体が危機的状況に転落する可能性は否めません。市場金利の上昇から逃げ続けている限り、わが国の経済に明日はないのです。

持続可能な財政運営のための政策パラメーターとして、ドイツの考え方を参考にすれば、まず公債の制限、それから利用可能な資源の効果的かつ透明な利用、そして構造的な条件の改善、たとえば高齢者や女性の労働参加の向上や、将来に耐えられる社会保障システムの構築などがあげられます。

日本の厳しい財政状態はこのままでいくと、いつどうなるかわかりません。日銀が持ちこたえられなくなった時、とんでもない転落をしてしまうのではないかと非常に心配しています。ただ先程の森田先生の夕張市のお話を伺って、一筋の希望の光を見たように思いました。

# 国民から見た セルフメディケーションと 健康リテラシー

読売新聞東京本社 編集局医療部 部長  
館林牧子氏



## 今の高齢者は、10年前と比べて体力や知的能力も向上

日本は急速に高齢化していて、それに伴い医療費は増加しています。平成27年度の国民一人当たりの国民医療費は33万3,300円で、これを年齢別に見ますと、65歳未満の人の医療費は18万4,900円ですが、65歳以上は74万1,900円、そのうち75歳以上の人には92万9,000円となっており、平均寿命が伸び、長生きすればするほど、医療費がかかるということが数字に表されています。 そうは言っても、健康寿命世界二位の日本の高齢者は体力・知的能力共に5~10歳ほど若返っています。日本老年学会のレポートによると、国立長寿医療研究センターが実施した知能テストにおいて、2010年の70歳代は、10年前の60歳代と同等の成績でした。体力に関しても、10年前と比べて歩行速度も速くなっています。

また、ほぼ全ての疾患において受療率は減少しており、特に脳血管障害、虚血性心疾患、骨粗鬆症や糖尿病においては大きな低下がみられました。要介護認定率や、死亡率も性別年代問わず減少しています。禁煙率の上昇や運動習慣の増加など生活習慣の向上が理由として挙げられます。病気の予防、つまり、病気になってから病院に行く、ということではなく、それ以前に自分の健康を自分で守ることが、医療費を減らすために、これからの日本に大切なことであると考えます。

## 連載「いのちの値段」で取り上げた病気とお金の関係

医療費は高齢者の問題にとどまりません。2016年にオプジーボという抗がん剤の出現により高額薬剤が問題となり、薬剤費も医療費の増加に関係あるのではないかと社会問題になりました。

これを受け、私たちは2017年1月から「いのちの値段」という連載を始め、病気と向かい合う人のストーリーとして、治療内容だけではなく、医療費、介護費、病気になったことでかかる生活費用など、病気につながるお金について取り上げ、社会の関心を集めました。若い人たちも大きな病気に罹ったら薬を使い、日常復帰して仕事に戻り、充実した人生を生きていく。医療費はそのためにも必要なものなのです。

医療保険は日常的に使うものではなく、もしもの時のための保険でいいのではないでしょうか。 軽症受診の自己負担が増えてもいい、その分大きな病気になってしまった時に医療保険でしっかり

とまかなえて生活復帰できる、そのための医療保険という考え方です。なんでもすぐに受診するのではなく、費用対効果とセルフメディケーションについて考える時期にきていると感じています。

平成27年にセルフメディケーション税制がスタートし、我々も記事にしてお知らせしてきましたが、今年2月の時点で9割の人が知らないという現状です。インターネット調査によりますと、知らないが55.2%、言葉は知っているが意味はわからないが33.7%でした。ただ、仕組みを説明した後に利用したいと答えた人は62.5%で、今後も啓発活動が必要だと思われます。

ただ、処方薬を市販薬に移行させる懸念として副作用の問題があります。高齢者は副作用を受けやすく、さらに6種類以上飲んでいる人は薬の副作用がより出やすくなります。65歳以上の入院の5%は薬の副作用が原因ということもあります。高齢者の薬漬けは問題視されてきました。最近は少し減少傾向にあるようですが、処方薬がすべてスイッチOTCになってしまふことで、注意が必要になると思います。実際に総合感冒薬や市販薬でスティーブンス・ジョンソン症候群に罹った人や、死亡した人もいます。消費者庁によると、2009年～2013年で1,200件を超える副作用報告があり、うち15人は死亡しています。アレルギーや、副作用など様々な問題もあることから、リスク管理が必須であると考えます。

## **自分の生活に合った治療法を自分で選べることが重要**

「軽症なら自分で手当て」は今後の流れとなる可能性があると思いますが、啓発活動、費用対効果の分析、インセンティブ、リスク管理など、さらなる体制整備が必要となります。薬局やかかりつけ医でスイッチOTCを含めておくすり手帳などの一元管理をするなど、インセンティブも含めた、誰もがわかりやすく安心できるパッケージにして打ち出していくだけたらと思っております。

最後に「いのちの値段」で取材した中で、高齢者だから抗がん剤をあまり使用しないようにしようという話があり、高齢者なりの抗がん剤の使い方というテーマで取材したところ、高齢者の方が「普通の治療を受けられないのは悲しい。もう死ねと言われているようなものだ。」とおっしゃっていました。この記事にはものすごい反響がありました。高齢者だから遠慮しなければいけない、という風潮が出てきてしまっていると感じています。自分が自分の生活に合わせて、自分で治療法を選んでいくことが重要ではないでしょうか。全体の中で、一人ひとりの幸せが失われることのないような視点を大切にしながら、今後も記事を書いていきたいと思います。

## パネルディスカッション



コーディネーター 鄭雄一氏

パネリスト 正林督章氏、森田洋之氏、河村小百合氏、館林牧子氏、  
日本OTC医薬品協会 副会長 西井良樹

### 「自分の健康は自分で守る」という意識を広めたい

鄭： パネルディスカッションを始めるにあたり、「セルフメディケーションの日」の意味について、OTC薬協の西井様から一言お願いします。

西井：『セルフメディケーションの日』を創設した背景には本日のテーマでもある『自分の健康は自分で守る』というメッセージを生活者の皆様にお伝えするために、全国レベルで具体的に意識できるきっかけづくりが必要であると考えたからです。30年にわたって自分の健康を考えることをアピールしてきましたが生活者の皆様に十分には届いていないと感じており、海外の例も参考にして、毎日、そして常に、という意味を込めて7月24日をセルフメディケーションの日と制定し、インパクトのあるイベントを通じて皆様にお伝えすることいたしました。加えまして、業界からのメッセージを発信するだけではなく、国のスローガンとして挙げていただこうと、いわゆるセルフメディケーション基本法の制定を目指しています。

鄭： 本日のディスカッションのテーマとして、健康、セルフメディケーションと未病、財政、OTC医薬品の4つが挙げられています。まず健康についてですが、病気になったら病院へ行き、医者に治療してもらうことになりますが、健康は本人の役割が重要になってきます。法的な補助と自助努力、その辺のバランスは厚生労働省として、あるいは正林さんご自身のお考えはいかがですか。

正林： 健康増進法の第二条で国民の健康に対する意識を高めていく、自分で自分の健康を保つてい

く、まさに自助の責務があると、それに尽くると思います。まず健康は自分の力で守るというのが基本です。ただ、たばこをやめようと思ってもなかなか実現しない、アルコールや運動、食事もしかしり、個人の努力だけではうまくいかないこともあると思います。そういう時に後ろから少し支えてあげるサポート役にまわるのが、国、地方自治体、行政の役割だと思います。

鄭： 森田先生、財政破綻で病院が閉鎖になり、今までのものが使えないとなって意識改革が起きたとのことです、この辺りに関してどのようにお考えでしょうか。

森田： 夕張市は病院がなくなったという危機感が働きましたが、都市部の人達の危機感や覚悟とは全く違うと思います。健康のありがたさや、健康維持の大切さが自分ごととして感じられていることが大事です。それをどう進めるかは難しいところですが、自分ごととして捉えるのはそもそも当たり前のことなのです。正林さんのおっしゃる通り、国民の責務ですから。

鄭： 夕張市は危機的状況になり意識改革をしましたが、都市部の人達の意識を変えるにはどうしたらしいと思いますか。

森田： 意識を変えると言ってもなかなか変えられるものではなく、少しずつ話をしていくしかありません。そういう思いで本も出しています。

## 高齢者や障がい者を地域の中で包み込む「包摂力」

鄭： 人生100年時代と言われ、どういった社会であるべきかを考えなくてはいけないと思います。森田先生のお話の中で、軽度の認知症や高齢者が施設に入れられると、刺激を受けないがために、寝たきりになってしまうというお話がありました。施設に入れるだけが必ずしも解ではないと思います。

森田： 間違いないだと思います。先程の講演で人口あたりの病床数にかなりの差があるとお伝えしましたが、高知や鹿児島の病床数の多さには療養病床や精神病床がかなり寄与しています。日常生活を送れなくなった高齢者や障がいを持っている方を社会がどれだけ包み込めるか、「包摂力」がある地域とない地域の違いなのかなと思います。社会全体の包摂力というのは、ひとつ解かなと思います。我が家にも障がいを持った子どもがいますが、小学校のPTA役員を引き受けたり、地域を巻き込んでパーティをすることで、障がいのある子どもがそこにいると認識してもらうようにしています。そうすることで、地域で生きやすくなるのです。

鄭： 隠して隔離するのではなく、見えるようにして社会の中の位置付けというか、役割があるようになります。館林さん、先程『いのちの値段』とおっしゃっていましたが、今のようなお話にも反映してくると思います。

館林： 精神病床や療養病床については、病院があるから患者が入院している部分もあると思うので、そこを減らすのが本来の姿だと思います。厚労省も削減方向に舵を切りましたが、なかなか進んでいないのが実状で、何とか進めてもらいたいと思っています。

正林： 精神病患者の方が社会に参加することに関しては、20年前から政策転換の交渉をしています。なかなか進まないのは、かつては家の座敷牢に閉じ込めておいたような、精神障がい者を社会で受け入れる素地が日本社会にできていなかったことが背景にあります。高齢者に関しても同じようなことがあります。家族が面倒見切れないから施設に入れるという発想が日本人にはあります。先程、森田先生のお話で、夕張市の一人暮らしをしている認知症の方のお話がと



ても印象的で、施設に入るのではなく、社会の中で役割を持つ、社会参加していく雰囲気が町全体でできればいいのかなと思います。

**鄭：**社会参加の重要性、高齢者をいきなり社会から切り離すのではなく、多様な活躍の場を提供することが大事ということですね。正林様、セルフメディケーションに関する国の考え方についてお話を聞かせてください。

## **健康投資とセルフメディケーション**

**正林：**セルフメディケーションについて厚生労働省は前向きに捉えています。わざわざそのために税制を提案し、実現しています。自分で自分の健康を守るという意識の醸成は、厚生労働省として大いに盛り上げていきたいところです。私見ですが、病気になったときに治療にはお金を出しても、健康に対しては自分のお金を出す意識が低いように思います。健康に対する投資、健康を自分で買うという考えをもっと社会全体で醸成していくことが重要です。そのためにもセルフメディケーションの考え方はもっと浸透してもいいのではないかと思います。

**鄭：**非常に重要なご意見ありがとうございます。健康に対する投資が低く、健康産業はなかなか根付かない、ビジネス化しないということがあります。そこに投資してもらうためには健康自体が継続して可視化するというが必要だと考えます。館林さんがセルフメディケーション税制に関するアンケートを紹介されており、まだ9割の方が知らないという現状がわかりましたが、その原因と、今後の対応策について何かご意見があればお願ひします。

**館林：**セルフメディケーション税制は少し手続きが煩雑であるという部分もあり、もう少し利用しやすくするといいのかもしれません。また、セルフメディケーションという言葉 자체を知らないという声もありましたので、私ももう少し記事を書いていかないといけないのかもしれません。また、薬局などでも対象商品かわかりやすく提示されると良いのではと感じました。

**西井：**私どもも協会独自でセルフメディケーション税制の認知や利用に関する生活者への調査などを行い、分析しているところです。先生のご指摘の通り、なかなか煩雑な手続きであるということが、まずひとつの改善点かなと思います。普及活動についても、一番お客様との接点を持っている薬局やドラッグストアの店頭、そこで啓発活動について、諸団体と連携を取りながら、8月から新しい啓発活動を展開し、地道な努力をしていく所存です。

**森田：**周りの人にセルフメディケーションを知っているか聞くと、ほとんどの人は税金の話だと思っています。確かに税制の話ですが、セルフメディケーションの本質の部分が伝わっていない。これから普及してくれることを期待しています。

## 財政健全化の力ギは「働き方改革」

**鄭：**財政に話を移します。アメリカのスポーツクラブ加入率が20%に対し、日本は3%しかない現状や、たばこの消費量の多さなど、日本は個人のお金の使い方についても考える時期ではないかと思います。今一度、今の日本の財政に関して、ご意見頂ければと思います。

**河村：**基本的に私たちは年金などの給付を受けますが、そのお金は私たちが納めている税金から支払われるはずですが、それを大きく上回ることが常態化してしまい、そのギャップにみんなが何も感じなくなってしましました。その結果が借金の山です。その一方で、お金の使い方を考えると、どうしたらお金を使わずに済むか、もっと工夫できるところはたくさんあると思うのですが、その考え方方が進まないのが現状です。夕張市は財政破綻しましたが、手を差し伸べてくれる国がありました。ですが国全体がおかしくなってしまうと、とんでもないことになります。そうなる前に、国全体で税制のまわし方、どうやって維持していくかを考えるべきだと思います。

**鄭：**先ほど河村先生が提示してくださったドイツの考え方の中の、労働市場の構造的な条件の改善として、高齢労働者の統合というものがありました。これは森田先生のお話と共通する部分があるように思います。この点で補足することがあればお願ひします。

**河村：**ドイツの持続可能な財政運営のための政策パラメーターで、女性の労働参加の向上や高齢者問題はまだ残っている状態です。それは今後統合していくという考え方方が打ち出されています。また、ドイツにできていて、日本にできていないことがあります。それはワーカライフバランスです。ドイツ人は一年間にたくさん有給休暇を取っているにも関わらず、GDPは日本よりもずっと高い。国の財政状況も、日本のように借金などしていません。戦後のスタートは同じ敗戦国でした。預金封鎖をし、通貨交換をし、財政破綻しました。それが約70年の間にすいぶんと経済運営に差が出ました。その理由のひとつが、ドイツにできて日本にはできない働き方改革にあると考えます。個人が日々幸せに、家庭と仕事を両立させながら社会に貢献していくことは非常に重要です。

**鄭：**今後の社会保障費の見通し、あるいはあるべき姿について正林様、少しコメントをいただけますか。

**正林：**河村さんから国の財政が厳しいというお話がありました。それを一番感じているのは財務省だと思います。私も役人の一人として税収がどれだけ入り、どれほど使われているのかは常に意識していて、今のまま放っておいたら後の世代にツケをまわすだけで、30～40年後、子や孫は相当苦労するだろうなと感じています。社会保障費については、抑制していかない

といけませんが、そのためには、国民がその必要性を感じないと身を切るような改革は実現しません。今の状態を放置していたら、この先、子や孫にものすごい負担を背負わせてしまうということを多くの方が理解し、社会保障費を抑制していくことが必要であることを共通の理解として持っていたいただき、その上で、国会で議論する必要があると思います。もうひとつやらなくてはいけないのは働き方改革です。私も海外に住んでいた経験がありますが、ヨーロッパの人は17時になつたら帰りますが、それまでの集中力がすごい。効率性を重視し、短い時間で生産性を上げていく、という意識が国民の中でできています。それをしないと生産性は上がらず、相も変わらず借金地獄に落ちてしまうのではないか。働き方改革は日本社会にとってとても重要なことで、社会保障の見直し、あるいは借金財政の見直しということにつながってくると感じています。

## スイッチOTC医薬品の普及に向けた課題

鄭： 最後にOTC医薬品のことについて議論したいと思います。西井様、今後の戦略などご紹介いただけますか。

西井： セルフメディケーション推進にあたり、健康の7本柱のひとつにOTC医薬品があります。OTC医薬品の中には日本独特の伝統的な家庭薬も含まれています。メーカーとして、生活者視点で満足度の高いOTC医薬品をいかに提供できるかがセルフメディケーションの推進に非常に重要であると考えます。その一つにスイッチOTC医薬品があり、効き目は優れていますが、その反面リスクが高い一面もあります。

鄭： 館林さんが消費者目線でスイッチOTC医薬品を見た時に懸念があるとのことでしたがそのあたりいかがでしょう。

館林： 複数薬を服用している場合、処方薬はおくすり手帳に記載されますが、スイッチOTC医薬品のような、もともと処方薬だったものを自己判断で服用する時、かかりつけ医もしくはかかりつけ薬剤師が管理することは徹底されるのかどうかという点と、アレルギーの有無やその他様々なことを踏まえなければいけない中で、その薬剤師は本当に頼りにしていいのかという点。その教育を徹底してできるのか、という疑問です。それともうひとつ、処方薬が処方された場合、製薬会社に収入が入るわけですが、スイッチOTC医薬品では製薬会社に別のインセンティブが入るのかどうか、知りたいです。

西井： 医療用医薬品の薬剤の適用を拡大してOTCにスイッチすることで産業的なメリットがあるというのあります。スイッチOTCの普及には薬局やドラッグストアの薬剤師に大いに期待しています。薬の専門家ですから、医療用医薬品とOTC医薬品の両方の管理、健康食品などとの飲み合わせや、OTCで対応できない症状に関しては医者へ行くよう受診勧奨する、そういった意味でも、健康サポート薬局や町の健康ハブステーションとしてのドラッグストアの役割が非常に重要なと思います。

館林： 安心が担保されていて、病院を受診する時間が省けるものを、完全にパッケージ化していただけなら、多少お金を払ってもいいと国民は思うでしょう。全体像を教えていただいた上で、これは国民にとってメリットだと思えば私は記事でどんどん啓発していきたいと思いますので、まずはその辺りが成熟すればいいなと思います。

鄭： 時間も迫ってきましたので、最後に皆様一言ずつお願いします。

**正林：**まずは自分の健康は自分で守るというのが重要です。その上で、今の大きな課題は無関心層にどうアピールしたらいいのかということです。多くの国民が、フィットネスに通うことを考え、野菜を多く摂取しようとするなど健康増進に励む意識を持つ中で、全く関心のない層がいます。そしてこの人達が病気になり社会保障費を増やすこともあります、大きなテーマです。ソーシャルキャピタル、つまり仲間づくりによる健康づくりで無関心層にもアピールし、健康な街づくりとして自然に健康へ導く社会環境づくりが重要だと考えます。もうひとつ、鄭先生が見える化を強調されていましたが、体重計のように数値が見えるようなもので、たとえばスマホにデータを入力したら、あと何歳生きられますよ、など将来を見せてくれるアプリがあったら有効ではないかと思っています。自分の健康は自分で守るという意識を醸成し、みんなでサポートしていくことが、これからも求められることではないでしょうか。

**森田：**正林先生が先程ソーシャルキャピタルとおっしゃいましたが、きずな貯金はまさに同じ意味です。地域の中での仲間づくり、地域づくりそのものが重要で、これからの課題だと思います。ソーシャルキャピタルもきずな貯金も含めて、徐々にみんなで自分ごとにしていけたらいいと思います。OTC医薬品の薬歴がなかなか取れないというのも、自分ごとであれば、それを自分で管理することも大事です。おくすり手帳は任意ですし、保険で使っている薬の成分なんてほとんど誰も見ていません。個人で使う薬がどれくらい重なっているか、その辺も見ていないので、そこも含めて自分でやっていく意識が重要なのではないでしょうか。

**河村：**人生100年時代、国全体としてだけではなく、一個人、一市民としても人生をできるだけ自分で歩いていける、職業人としての時代がひとつ終わったとしても、また何らかの形で社会に関わっていけたらいいのではないかと思います。そして子どもや孫の世代に迷惑をかけるようなことはしないで、自立した形で人生を送っていけたらいいのではないかでしょうか。

**館林：**私は取材でがん患者さんや難病の方が新薬で救われたという話をたくさんお聞きします。ほぼ通常の人生に戻っていかれる方も大勢いらっしゃいます。お話を伺っていますと、医療保険はやはり何かあった時のための保険なのではないか、という気持ちが強くなっています。軽症の場合や、自分で対応できる場合には、できるだけ自分で対処し、医療保険を安易には使わない、お互いさまの配慮が必要だと思います。そのためにもスイッチOTCがきちんと整備された形で普及すればといいと思います。

**西井：**OTC医薬品を用いて軽度の病気や症状緩和、これを自分で対応することにより、医療費の節約だけではなく、仕事を持つ人の時間の節約にもなり、労働生産性におけるメリットも大きいと考えています。そういう意味では24時間ドラッグストアもいいと思っています。生活者の健康リテラシーの向上、健康教育は必要で、私ども協会でも力を入れていく必要があります。今回のイベントを通じて、セルフメディケーションの今についての確認ができました。これからのこと、未来についても我々がしっかりプランを立ててやっていきたいと思います。

**鄭：**ありがとうございました。



日本OTC医薬品協会

セルフメディケーションの日 ロゴマークについて



健康でいきいきとした生活に貢献するセルフメディケーションのイメージを、カプセルと爽やかなブルーのリングで表現しています。カプセルが放つ7本の光はセルフケア7本柱の推進を意味しており、「天は自ら助くる者を助く」という自助論の一節を光の輝きで表しています。

▶ 「セルフメディケーションの日」特設サイト

[www.jsmi.jp/724](http://www.jsmi.jp/724)

