

# 海の向こうにでて見れば

## (3) 持病を治療する

石田 佳子

前々回の自己紹介でもふれた通り、私にはC型肝炎の持病があり、この治療が手詰まりだったことは、早期退職と海外生活を後押しする要因の一つでした。しかし、この数年間でC型肝炎の治療法はパラダイムシフトしたと言われるほど画期的な進歩を遂げています。C型肝炎の患者は国内だけでも約150万人、全世界に約1.7億人いると推定される(注1)ため、今回はC型肝炎の新しい治療法、日本と海外の医療や保険制度の違い、持病の治療が海外移住の落とし穴になり得ることなどについて綴りたいと思います。

### C型肝炎という医原性の、ありふれた病

C型肝炎は血液を介してウイルスに感染する肝臓の病です。そのウイルスが発見されなかった1989年以前には、集団予防接種での医療器具の使い回し、輸血、血液製剤、手術などによって感染することが多かったため、国内感染者は40代以上に多いと言われています。また、このウイルスに感染するとその約70%が慢性肝炎になり、その後約20年を経て肝硬変に、その後約10年を経て肝臓癌に移行するため、そうなる前にウイルスを除去することが必要です。しかし、潜伏期には自覚症状がないので本人が気づかないことも多く、日本には毎年3万人以上いる肝臓癌で亡くなる人のうち約80%がC型肝炎のウイルス保持者であると言われています。なお、C型肝炎はそこに含まれるウイルス量や遺伝子によって型別に分けられますが、本稿では日本人に最も多く筆者もそれに該当する1b型に話をしぼることにします。(注2)

ところで、ちょうど一年程前、TVでさかんに「C型肝炎の検査を受けよう！」というコマーシャルが流れていたのをご記憶でしょうか。厚生労働省が肝炎の啓発普及に力を注いでいることもあり、全国各地でC型肝炎の説明会も催されていました。2015年2月下旬、私は地方自治体の主催する市民向け公開講座に参加して肝臓専門医の話を聴きました。これまではインターフェロン(以下、IFN)という注射薬を使った、副作用が酷くて効果の低い方法しかなかったC型肝炎の治療に、効果の高い飲み薬の新薬が出ているという話です。帰り際には色とりどりのパンフレットを沢山もらい、C型肝炎の治療に希望の持てる時代が訪れたことを実感しました。

繰り返しますが、C型肝炎はその多くが医原性の、ありふれた病です。そしてそのウイルスは、

「沈黙の臓器」と言われる肝臓に潜伏して細胞を壊し続け、徐々に加速度を増しながら癌へと導くため、国をあげて「早期発見・早期治療」を呼びかけても不思議はないのです。しかしながら、今改めて「なぜそのタイミングで、それほど熱心に宣伝する必要があったのか?」「その時にその薬で治療すると、どうなったのか?」を考えると、私は少なからぬ違和感と背筋が冷えるような怖さを感じるのです。

### これまでのC型肝炎の治療法

子どもの頃に受けた手術でC型肝炎に感染したと思われる私の肝臓には、ちょうどその頃から黄信号が点滅していました。6年前にペグ-インターフェロン（以下、Peg-IFN）を使った治療を受けましたが、副作用の酷さに耐え切れず中断しています。その治療は、著効率が約50%で、それ以前の治療法（IFNによる、著効率10-20%代）よりは進歩していました。（著効率とは、治療を最後まで受けた人のうち成功した人の割合で、ウイルス量が減った割合ではありません。）

しかし、IFNやPeg-IFNを使った治療には、発熱、痛み、脱毛、うつ症状など人によって様々な副作用が伴うのです。私の場合は血小板が減ってしまい横になっていても目が回るという症状に悩まされました。その後、Peg-IFNに抗ウイルス剤を組み合わせる新しい治療法が次々に開発され、著効率は70~80%代まで上がりましたが、時間が経っても血小板の数値が戻らなかった私はそれらの治療法に挑戦する気にはなれず、治療を棚上げしたままマレーシアでの生活を始めました。そして、そろそろ肝硬変の心配をするべき時期に差し掛かった時期に、「IFNやPeg-IFNを使わず、飲み薬だけで済む、より効果の高い新薬が現れた」という情報を得たのです。

### 新薬にまつわる「大人の事情」

2015年の初頭、期待を胸に帰国し、最寄りの病院の肝臓専門医に相談したところ、2つの選択肢を示されました。一つは当時使える唯一のIFNフリー経口薬だった、アメリカの Bristol-Myers Squibb社が開発したダグラスビル/アスナプレビルという薬の組み合わせ（以下、D/A剤）を使うことであり、もう一つは将来出てくるより著効率の高い薬（後述のハーボニー）を待つことです。その先生は2つの選択肢のメリットとデメリットを説明した上で、患者の私が良く考えて決めるようにと言ってくれましたが、あまり前者を評価していないようでした。

ところが、セカンドオピニオンを聞くために、別の（たぶんもっと高名な）肝臓専門医も尋ねたときに勧められたのは、D/A錠でした。私の病歴などをガイドラインに照らし合わせるとこの治療になるとチャートを示しながら説明されました。D/A錠は著効率（効く人の割合）が84.7%と高いこと、認可されているのですぐに使い始められること、医療費助成の対象にもなっていることが良いところでした。また、D/A錠を作った製薬会社は、有名女優を使ったTVコマーシャル、講演会でもらった美しいパンフレット、ネットで「肝炎」を検索すると必ず出て来る良くできた情報サイト（注3）などのスポンサーにもなっているのです。

最終的には、最初の主治医の奨め通り、ハーボニーを待つことにしたのですが、あとでよく調べてみると、D/A錠には問題があることがわかりました。ウイルスの遺伝子型によっては効かな

いという問題です。しかし、たとえ効かなくても服用したら多剤耐性変異ができて他の薬は効かなくなってしまうので、よく調べてから用いることが必要です。また、国内の臨床試験で62%(255例中158例)に副作用が認められたこと、そこに薬剤性の肝障害を起こした中止例が含まれること、その後4名の死亡者を出していることもわかりました。にもかかわらず、この薬の使用に積極的な(一部)医師もいるらしく、薬剤耐性や副作用のリスクを説明されず理解しないでこの治療を始めたという患者の声や、「耐性検査は必要ない」とか「この薬を使わないなら他へ行け」といった暴言を吐いた医師の存在が、ネット上にはあがりました。さらに驚いたことには、日本肝臓学会の出している「C型肝炎ガイドライン」が短い間に書き換えられて、D/A剤の使用基準が緩められていたのです(注4)。私はこれらの事実を知って、いったん治療を先送りする選択をしたことを改めて喜び、胸をなで下ろしました。

### 期待外れだったマレーシアの私立病院

話は前後しますが、マレーシアで治療を受けることも、選択肢の一つとして検討しました。私が受診したのは、クアラルンプール市内でも屈指の、ホテル並みの豪華な施設、最新の医療設備、日本語通訳などを備えた私立総合病院です。英国で教育を受けたという肝臓専門医が、たっぷり時間をかけて説明をしてくれました。

しかし、日本語通訳を介してさえ、(日本語で聞いても難解な)医学の専門用語や内容を理解して治療方法を選択するのは、簡単なことではありませんでした。また、詳しいデータを盛り込んだ英文紹介状を提出したにもかかわらず、全ての検査をやり直しさせられたり、それらの検査のための薬で強烈な副作用に見舞われたり、スタッフ間の連携が悪くてケアレスミスが頻発したりと、治療を開始する以前の段階ですでに疲れ果てるほどストレスを感じました。

そして何よりも、私が加入している海外旅行保険では持病の治療がカバーされないため、すべてを自費で支払わねばならず、検査代だけでも相当な額になりました。さらに、C型肝炎の新しい薬(ハーボニー)にはその薬代だけでも田舎に家を変えるくらいの費用がかかるというのですから、日本以外でこの持病の治療を受けるのは、私には無理なことを悟りました。

### 一粒8万円の新薬

C型肝炎の新しい治療薬、ハーボニー配合錠(ハーボニー)がアメリカのギリアド・サイエンシズ社から発売され、2015年の秋から日本でも使えるようになりました。この薬は、一日一回の服薬で済む上に、副作用が少なく、著効率が100%に近いので、「奇跡の薬」と呼ばれています。

(「大人の事情」について前述しましたが、このハーボニーが承認されてしまうとD/A錠は使われなくなってしまう恐れがあるため、その前により多くのD/A錠を売っておきたかったのだろうというのが私の推測です。これは一患者にしか過ぎない素人の私見なので、間違っていたらぜひご指摘をいただきたいと思います。)

ただし、ハーボニーの問題はその価格で、一錠が約8万円(アメリカでは約13万5千円/錠)

の薬を一回/日、12週間服用するため、薬代だけで約672万円（アメリカでは約1,130万円）かかります。

そもそも、なぜ処方薬がこれほど高値になるのでしょうか？堤未果の著書によると、アメリカでは政府が薬価交渉権を持たないため、薬の値段は製薬会社が言い値で決めることができます。また、大手製薬会社は研究開発費よりも遥かに多くの費用を“マーケティング・運用管理費”にかけており、その収益の多くが消費者獲得のための広報活動や、自社に利益をもたらす法律を作らせるための政治献金、ロビイング活動に注ぎ込まれているのです。（注5）

### アメリカの医療と保険制度

アメリカでは、病気になったらどうするか（どの医療保険に加入しておくか）も「自己責任」で決め、賄わなければなりません。自己負担ゼロの公的医療保険（メディケイド）もありますが、貯金を使い果たして「貧困ライン以下」にならなければ加入できないため、基本的には民間の医療保険に加入します。多くの場合は雇用主が保険会社と契約する企業保険に入りますが、失業したり、病気になって働けなくなった途端に、高額な自己保険に加入するか無保険者となるかの選択を迫られます。そのため、家計の35%にも上る医療費を払いながら適切な医療を受けられなかったり、医療費が払えなくて破産に追い込まれる中間層が少なくないというのです。（注6）

2010年3月、オバマ大統領はこの状況を打開するため、「医療保険制度改革法（通称オバマケア）」によって全国民に医療保険への加入（無保険者には罰金）を義務づけました。しかし、民間保険会社への規制は行わなかったため、会社側は保険料の値上げ、保険適用範囲の限定、免責額（保険がおける前に支払わなければならない自己負担金）の増額などで対抗し、加入者側の負担はオバマケアの導入前より増えたそうです。また、オバマ大統領は同時に「より多くの人を公的保険に入れるように」とメディケイド（低所得者のための医療保険）の枠を緩めましたが、その費用請求には煩雑な事務手続きが必要で、国からの治療費支払い率が民間保険の6割と低いことから、医師や病院が患者の受け入れを拒否するようになったそうです。

### 日本の国民皆保険制度のありがたさ

それとは対照的に、日本には憲法二五条の「生存権」に基づいて作られた、公的な健康保険があるため、年齢や病状や資産などに関わらず、皆が平等に医療を受けることができます。その上、高額療養費や医療費助成の制度まであるため、どんなに大病をしても限度額以上の医療費は支払わなくて済むのです。これは同じく「保険」と言っても、企業の扱う商品としての「保険」とは質の異なる、国民に対する「社会保障」です。

通常、海外で長期間暮らす場合は、住民票を抜くことになるので健康保険に加入できず、民間会社の海外旅行保険に加入することが多いのですが、海外旅行保険では持病（慢性疾患）と歯科の治療はカバーしないため、慢性疾患の治療費は100%自費で支払わなくてはなりません。そのため、海外で持病の治療が必要になると、その治療費が生活を揺るがす落とし穴になり得ます。

つまり、会社などの庇護の下にいない日本人が、個人として海外で暮らすためには、その居住

国から永住権でも得ない限り、日本の社会保障（健康保険）という素晴らしいセイフティネットを捨てて自力で賄うリスクを引き受ける必要があるということです。

### 日本の医療サービスの素晴らしさ

また、海外と比べると、日本の医療サービスは素晴らしいと思います。私がそう思う理由は、施設の豪華さや設備の立派さなど目で見てわかり易いところにあるのではなく、情報の伝達が間違いなくスムーズに行われること、院内やトイレなどが清潔に保たれていること、医師や受付やコメディカルスタッフなどそこで働く人たちが有能で親切で温かいことなどにあります。

これらソフト面の充実は、お金さえ出せばどの国でもすぐに実現できるというものではありません。日本人の優れた資質（きめ細やかさ、高い職業倫理観など）、地域とのつながり、病院の経営理念や地方自治体、国とのかかわり方など目に見えない多くのことに支えられて来たのだと思います。逆に言うと、日本にいる間は「できて当たり前」と軽視しがちだったこれらのことが、（マレーシアに限らず）海外では「なかなか達成できない難しい課題」なのを知って驚くことが少なくないのです。

私たち日本人は、素晴らしい宝物を持ちながら、その意味や価値についてはあまり深く考えず、無自覚で無防備になりがちかもしれません。しかしこれからは、自分たちの宝物をしっかりと自覚して、大切に守りながら次世代へと引き継いで行くことが、必要なのだろうと思います。

<参考文献・参考資料>

注1； NIDI 国立感染症研究所のHPより

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/322-hepatitis-c-intro.html>

注2；国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 「肝炎情報センター」のHPより

[http://www.kanen.ncgm.go.jp/forpatient\\_hcv.html](http://www.kanen.ncgm.go.jp/forpatient_hcv.html)

なお、C型肝炎には血中ウイルス量とウイルス中の遺伝子によって、1a/1b/2a/2b という型の違いがある。その中でも1b型は、ウイルス量が多いためインターフェロンの効きが悪く、いわゆる「難治例」とされている。しかし、日本人感染者の約70%を占め、筆者もこれに該当するため、本稿ではこの1b型のみを取り上げて「C型肝炎」としている。

注3； ブリストルマイヤーズ社による、医師向けの肝炎の情報専門サイト「肝炎.jp」

[http://www.kanen.jp/resource/1447944939000/kanen\\_open/index.html](http://www.kanen.jp/resource/1447944939000/kanen_open/index.html)

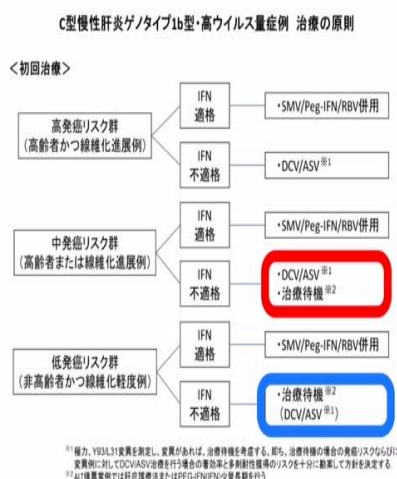
ブリストルマイヤーズ社による、肝炎患者さんのための情報サイト「肝炎.com」

<http://www.kanen-net.info/resource/1443060377000/kanennet/about/about.html>

注4；日本肝臓学会の肝炎診療ガイドライン作成委員会編「C型肝炎治療ガイドライン」では、D/A 剤の治療は「十分な知識・経験をもつ医師により、適切な適応判断がなされたうえで行う」と明記している。また、これらのガイドラインでは、下記のように患者を発癌リスクの高い群、中程度の群、低い群に分けて、その治療法をチャート式に図示している。

2014年12月版のチャート（下記、左側の図）と2015年3月版のチャート（下記、右側の図）を見比べると、「中発癌リスク群→インターフェロン不適格」（○で囲んだ部分）については、2014年12月版では「D/A 剤の治療または治療待機」の二択だったのが、2015年3月版では「D/A 剤の治療」の一択になっている。また、「低発癌リスク群→インターフェロン不適格」（○で囲んだ部分）については、2014年12月版では「治療待機（D/A 剤の治療）」とカッコ付きだったのが、2015年3月版では「治療待機またはD/A 剤の治療」とカッコを外されて同等の選択肢に格上げされている。

図11 ゲノタイプ1型・高ウイルス量・治療フローチャート(初回治療)

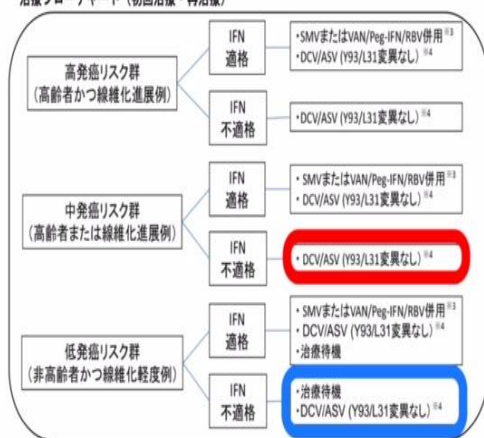


<sup>※1</sup>種力、Y93/L31変異を測定し、変異があれば、治療待機を考慮する。即ち、治療待機の場合の発癌リスクからHCV変異例に対してDCV/ASV治療を行う場合の発癌率と多剤耐性発現のリスクを十分に勘案して方針を決定する。  
<sup>※2</sup>ACI治療開始時は肝臓腫瘍発生またはPEG-IFN/IFN少量長期を行う。

ダクラタスビル/アスナプレビル治療に当たっては、以下の2点に留意すること。

- ダクラタスビル/アスナプレビル併用療法は、ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験をもつ医師により、適切な適応判断がなされた上で行う。
- 非代償性肝硬変を対象としたダクラタスビル/アスナプレビル併用療法の臨床試験は行われておらず、安全性も確認されていない。非代償性肝硬変症例では投与を行うべきではない。

治療フローチャート（初回治療・再治療）<sup>※1,2</sup>



2014年12月版「C型肝炎治療ガイドライン」

2015年3月版「C型肝炎治療ガイドライン」

注5；①堤未果『沈みゆく大国 アメリカ <逃げ切れ！日本の医療>』集英社新書、2015年  
 ②堤未果『沈みゆく大国 アメリカ』集英社新書、2014年

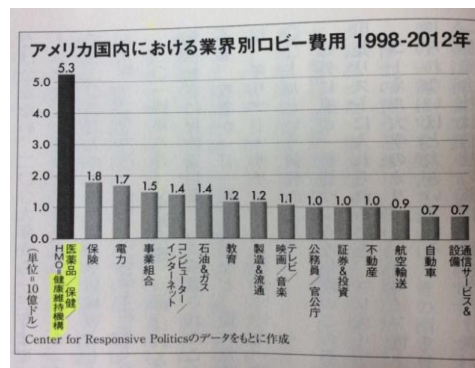
上記によると、（アメリカに限らず外資系の）大手製薬会社は、研究開発よりも営業やマーケティングに多くの費用を費やしている。（左側の図は②の81頁から引用した。）

また、政治家に影響を与えるロビイング活動に、アメリカの医薬品/保健/健康維持機構は、他業界の2.9～7.6倍にも上る費用を注ぎ込んでいる。(右側の図は①の159頁から引用した。)

**世界のトップ製薬企業の開発費 VS マーケティング費**  
(2013年、単位=10億ドル)

企業名	総所得	研究開発費	営業とマーケティング費	利益	利益率 (%)
ジョンソン&ジョンソン (米)	71.3	8.2	17.5	13.8	19
ノバルティス (スイス)	58.8	9.9	14.6	9.2	16
ファイザー (米)	51.6	6.6	11.4	22	43
ロシュ (スイス)	50.3	9.3	9	12	24
サノフィ (仏)	44.4	6.3	9.1	8.5	11
メルク (米)	44	7.5	9.5	4.4	10
グラクソ・スミスクライン (英)	41.4	5.3	9.9	8.5	21
アストラゼネカ (英)	25.7	4.3	7.3	2.6	10
イーライリリー (米)	23.1	5.5	5.7	4.7	20
アッヴィ (米)	18.8	2.9	4.3	4.1	22

BBC, 'Pharmaceutical industry gets high on fat profits', 2014.11.6



注6 ; 堤未果『ルポ貧困大陸アメリカ II』岩波新書、2010年

同書(113-114頁)によると、オバマケア導入前のアメリカには4,700万人の無保険者がおり、その大半が公的保険の受給資格を満たさない(職を持ち、ある程度収入のある)中間層だった。また、2009年に医療費が払えず破産を申請している国民は約90万人で、そのうち75%が医療保険を持っているようである。