

特集

新政権に望む

私たちの政策提言 3

社会保障分野で、従来の小泉改革路線を否定して、成立した新連立政権。今のところわたしたちにとって、大きな変化と思えるような、成果はあげることができていないようにも思えます。改革の道すじが見えてくるのはいつでしょうか。まだ、見方によっては政権発足もないので、いたしかたない部分はあるのかもしれませんが、そろそろ、ピッチを上げて、労働者住民に対して、新しい社会保障のあり方をしめしてほしいものです。そういう状況のなかで、私どもも批判に終始することなく、取り得べき社会保障政策を提示していくべきということで、この企画特集は続いています。投稿もお待ちしております。ぜひご意見をお寄せください。(編集部)

.....

“新政権に望む—町医者からの提言”

医療法人緑星会 どうたれ内科診療所 / 千葉大学医学部臨床教授 堂垂 伸治

まず断っておきたいが私は一介の町医者である。朝6時半に診療所に入り前日の外来カルテの復習を行い、常時50人前後の在宅患者さんを抱えている。したがって土曜の午後も日曜の朝も働いている。地域に対しては高齢者支援連絡会や松戸市認知症研究会等の公的活動を行い、個人的には「一人暮らしあんしん電話」の開発・運用・宣伝を行っている。

今日医療崩壊が叫ばれ、マスコミやインターネットなどを通じ各方面から問題点の指摘や提案が為されている。ここに新たに発言するという意義は、“現場から

の発信”という点であろう。

以下に私の関係領域に限ってだが、今後への「政策提言」を行いたい。

【総論】

1 ある事象・事件から一般化することの危険性を社会全体が認識すべきである

最近のマスコミ報道では耳を疑う事件も多い。一体、職業人＝プロフェッショナルの品格や矜持はどこに行ったのかと憤懣やるかたない。医療でも、国民の怒

りをかう事件も多い。

しかし、その一つ一つで「微に入り細に穿つ批判」を繰り返し一般化した対策を立ててゆくと、逆に社会全体ががんじがらめになり、その発生防止に要する社会的コストが膨大になるとの懸念を感じる。換言すると、ある例外的だが情動的な事件が起きた時、それを取り締まる法律やシステムを安易に作ると社会全体がスムーズに動かなくなり、関係者のモチベーション低下を招くのではないかということである。あえて言えば、そもそも医師は30万人近くいるのだから、中にはとんでもない「悪」も居る。それを批判し根絶しようとするれば結果的に「悪貨が良貨を駆逐する」事態になるのではないか？勤務医の「立ち去り型サボタージュ」もこの一環ではないだろうか。

この連鎖を防ぐには、最近注目されている「リスク学」¹⁴の考えを社会全体が共有すべきではないだろうか。つまり、個別の事象の重要性を科学的（確率的に）分析し順序立て、重要課題から優先して効果的な方策を立てる事が良いのではないだろうか？そうでないと、枝葉末節的な事象が一人歩きし対策を作ると、社会は八方ふさがりとなり活力を削ぐのではないか？

2 消費者庁に「医療消費者・従事者からの連絡窓口」の設置を

問題となる事象や事件に対して、現場での一番の問題点は馴れ合いや「見て見

ぬふり」であろう。

その積み重ねが関係者以外から見ると「あり得ない出来事」につながる。したがってありふれた言い方になるが、「大事になる前にこまめにチェックし、大火になる前に消し去る姿勢」が大切である。現在の医療界等ではその近隣には必ず証言者がいるのであり、彼らがこまめに気軽に発言できる場が必要である。

こういう点では、消費者の苦情の受け皿が参考になる。具体的には医療・介護・福祉関係では「医療消費者・従事者からの連絡窓口」を新設し、その不正の「早期発見、早期解決」が必要だと考える。これは国民生活センターや消費者庁が行っている「消費者からの電話窓口」¹⁵にあたる（現在は保健所などがその任に相当するだろうが、実際は人手不足もあり十分には機能していない）。この独立した組織が、日常的に“医療消費者”や“医療従事者”から苦情や告発の声を受け、迅速に事前に監視・指導し医療提供者側との媒介になり解決を図って行く事が望ましい。レセプトチェックなども厳格に行い、「運用段階で未然に防止する」方法が望まれる。

医療関係者の殆どは現状を放置すればいずれアメリカ型の訴訟社会が到来することを危惧している。しかし、上記のシステムを作ることで合理的・建設的な解決を図れるのではないだろうか。現在、医療事故に関して「日本医学会など5団体が調査・分析の法人を作る」¹⁶事が検

討されている。しかし、これでは中途半端であり、しっかりと「消費者庁の業務に組み込む」べきだと考える。

3 現状は殆ど「健康ファシズム」！ 国民は医療にどれだけの事を求めるのか？

医療従事者の増員は必要である。医療の進歩で全ての領域で人手や手間がかかるようになってきている。昔なら1人の医師が5分で対応できたものが、数人の医師が2時間以上かかる診断や治療が沢山ある。必要な費用も増加しており医療費が増加するのは当然である。

国民がより高度な医療レベルを求めているのなら、それに見合った医療費が必要である。この事を国民自身が納得し合意し負担すべきではないか？昔の医療で良いのなら医療費は安上がりで済むが、国民自身がそのレベルを求めている。

有名人が病気になれば「私もその病気じゃないかしら」と検査を希望して来る。お茶のみ話して他人から「あなたMRIとったら」と勧められて来る。TVで「この食品が健康に良い」と報道されれば売り場から無くなる。健康食品には毎月数万円も支出する一方で、医療機関への受診回数は減らして節約したいと言う。さらに、自然の老化や加齢現象を認めず病気として治療する事を求めてくる。目の前の懸命に働いている医師を信頼せず、マスコミを通して得た疑いの目で見ると。こういう“騒然たる国民たち”を前にして、

現場の善良な医師は辟易として意欲が低下するばかりである。

まるで健康亡者、健康崇拜であり、現状は“健康ファシズム”とまで言える。この現象は将来に不安を抱く現代社会を反映しているのであろう。しかし、この傾向を放置すれば医療費が無尽蔵に増えるのは明らかである。マスコミや国民自身も自制心や自立心を持ち暴走しない事が望まれる。

【各論】

1 医療は機械化貧乏の道をたどっている？

日本では病院も診療所もCTやMRIを沢山導入している。高額医療機器で「日本の保有は突出」⁴⁾している。確かに医療レベルはこうした医療機器も含めた国力に比例する面がある。しかしこれはかって日本の農業で起きた機械化貧乏と同じではないか？

医療現場では、無駄な検査漬けで患者さんと医療保険から医療費を「ぼったくり」無理やり黒字経営をしている所もある。逆に「良心的な医療を行っている病院は赤字になる」とさえ言える。過剰な設備投資は一般企業では経営的な歯止めがかかるが、医療界では過剰設備投資→過剰検査が可能である。DPCになっても外来で検査漬けにするなど抜け道がある。その後始末で「病院は危ない」と言われてもシラけるというものだ。片方で

細かな削減や規制をしても、もう一方で大きな「垂れ流し」を放置している。この実態に迫らなければ保険財政の健全化はあり得ない。

一方患者さんもマスコミの先進医療の宣伝や医療記事に煽られ、「自分だけは特別に診られたい」として検査や治療を要求する。市井の医師に「スーパー・ドクター」（実は民放が取り上げる彼らの多くは胡散臭いのだが）を期待するのは過大な要求である。

この相乗作用が現場で起き医療費がどんどん増加しているのは関係者共通の認識だろう。高額医療機器などはベッド数の規制と同様に「地域で共有する」という考え方が必要であろう。またマスコミの不安を煽る姿勢にも自制を求めたい。最先端医療を国民全員に適用したら、国民皆保険は確実に崩壊する。

2 製薬会社は未だに護送船団方式？

製薬会社の決算書を見ると7～18%と高い利益率¹⁵⁾¹⁶⁾である。トヨタですら好調時でも利益率は9.8%であった¹⁷⁾。現在病院では、黒字の病院でも利益率は1～2%で、多くの良心的な病院はトントンか赤字である。

これはどこかおかしい。

日本の製薬会社は果たしてそれだけ価値ある実績をあげているのだろ

うか？いわゆるピカイチの薬は少ない。日本では多種出回っている抗アレルギー薬の多くは外国で認可されていない。実際は、むしろ外国では認可されていない薬が多数まかり通っているのではないか？

「製薬会社 - 大学教授の権威 - 厚生省の認可」という産官学のトライアングルで効果が不明な薬が認可されそのまま放置されているのではないか？国と製薬業界では未だに「護送船団方式」が許されているのではないか？厚生省の天下りを受け入れていたミドリ十字が、フィブリノゲン製剤で薬害C型肝炎を引き起こしたのは記憶に新しいところである。薬害とまでは言わないまでも、日本では効果が不確かな「エビデンスの無い薬」が大量に認可されているのではないか？特に治験で100人程度の対象者数で「自覚症状の改善」を尺度にした効果判定は果たして妥当なのであろうか？

たとえば、心臓の慢性心不全に適応がある表の薬だが、今では心臓外科・循環器内科では殆ど使用されていない。これらは、Lancetでは、生命予後に関し「悪化」または「効果なし」となっている¹⁸⁾。そ

商品名	一般名	製薬会社	1錠薬価	1日薬価
アーキンZ (60)	ベスナリノン	大塚製薬	226.3 円	1日2回 452.6 円
アカルディ (2.5)	ピモベンダン	日本ベーリンガル	206.2 円	1日2回 412.4 円
カルグート (10)	デノパミン	田辺三菱	71.8 円	1日3回 215.4 円
タナドーパ (750)	ドカルパミン	田辺三菱	517.6 円	1日3回 1552.8 円

(薬価は2009年版による)

れにも関わらず、いずれも未だに高価な薬価がつき調剤として承認されている。

少なくとも“Drugs@FDA”⁹⁾でこれらの薬剤の一般名で検索してもヒットしない。私はこうした製薬業界の実状に関しては素人だが、多分アメリカや欧州では認可・販売されていない薬であろう。その後アメリカでは、心筋細胞を甦活するβ-ブロッカーが第1選択となった。この事実は、日本の循環器界全体の姿勢や薬剤開発の貧弱さを象徴する事ではないか。

90年代に多数製造販売された脳代謝改善薬のアバン・エレン・ホパテなどは「薬効が認められない」と結論され市場から放逐された。しかし、現在もその構造は生き残っているように思われる。

最近の報道では、医薬品と医療機器は08年に2兆2000億円の輸入超過だという¹⁰⁾。つまり、外貨を稼げる薬や機器は少なく、日本国内での保護された販売で高い利益を上げている可能性が高い。日本の製薬業界は、あの携帯電話と同様にガラバゴスのな発達しかしていないのではないか？皮肉にも内需頼みの業界ではないのか？

以上のごとき「仮説」を立て、日本の現行薬剤に対する“仕分け作業”を行うべきではないだろうか。これらの作業を行えば、恐らく数千億円規模の医療費削減が可能だろう。

3 公立病院再建の道は単純な事

公立病院の問題点はすでに沢山指摘され殆ど言い尽くされている。以下の点だけを強調したい。

① 公立病院の幹部職員に行政から順送りに派遣される制度は廃止し、経営・管理責任を明確にすべきである。幕末から明治初期の「士族の商法」が失敗した教訓を肝に銘ずるべきである。

② 保険点数は今後毎年上昇する事は期待できない。その中で年功序列の給与制度は存続しえない。中には医師より高い給料の職員も多数いるという。人件費総額は削減すべきである¹¹⁾。

③ 公立病院で働く者全員が「Public Servant = 公民に仕える者」である事を自覚し、サービス精神を持つべきである。

4 高齢者施設は本当に不足しているのか？

今回民主党政権は「療養病床削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する」とし実際に凍結した。昨今“経済的に困窮し介護力のない高齢者”が多数出現しており、この方針は高く評価したい。本来は急性期病棟 - 回復期病棟 - 慢性期・療養型病棟や老健・特養 - 在宅医療の連携で患者さんを支えるべきである。しかし、現場ではこの連携がうまく機能していない。今後療養型病床等の慢性期病棟への需要がさらに増大しても受け入れ不可能なのではないか。現在でも特養待機者は42万人と言われている。それでは今後これらの施設をもっと作るべきなのだろう

か？

これに関しては、現在の住宅事情を考慮する必要を感じる。

現在「空家率」は13.1%で759万戸の空き家があるという。すでに「待機者」の15倍以上の空き家があるということになる。今後人口減少社会が進めば空き家はさらに増加し、今のマンション群も空洞化することが容易に予測される。

この住宅事情を勘案すると新たに高齢者施設を建設することに虚しさを感じる。実際、新築のグループホーム（それは安全なコンクリート製が多い）を訪問すると、やや狭いが高級マンション並みの豪華な個室が多い。私は往診などでその光景を見るたびに、「『高齢者の尊厳』を守るため将来ある若者たちが犠牲になっているのではないか？」と感じる。私大入学者の生活費は1日1123円という¹¹²⁾。親が「せっかく入学した大学を辞めさせないといけない」と嘆いていると聞くと、「どこかおかしいのでは」と日々感じている。

在宅医療に携わる医療界も“保健・医療・福祉複合体こそこれからの道”として、こぞって施設建設に乗り出してきた。しかし本来、在宅医療の基本は“出かける医療”だったはずである。国家財政は大赤字で介護保険の財政的基盤も危うい。「既存の建物を活用する」、「ハード面ではなくソフト面を工夫する」、「社会全体が節約を目指す」事が大事だと考える。

追記：現在大都市で多数建築されている超高層マンションだが、その将来に大きな危惧を感じる。この超高層マンション住民の第2世代はまたそこを立ち去るだろう。子供たちが立ち去った後は、現在の公団が抱えている問題と同じになるのは明らかである。最近公団は建て替える際に、集約化・高層化して空いた敷地に施設を作っているが、超高層マンションでは将来どうするというのだろう。

【個別の要求と課題】

1 医師から事務仕事を取り除くべき

現場では介護保険施行後さらに事務仕事が増え医師が事務員のごとく使われている。これは医療資源の無駄使いである。今回の改定で、病院では「医師事務作業補助体制加算」が認められたが、書類書きの仕事を医師から減らす工夫がもっと為されるべきである。

2 「IT化」や消費税は全て医療機関の持ち出しとなっている

レセプトのオンライン化や今回義務化された「診療明細書」の印刷・発行のための経費は全て医療機関の持ち出しになる。必要なパソコン・プリンターの交換、ソフト購入費などは、本来は制度変更者＝国が負担すべきものであり、医療機関が負担する筋合いではない。電子カルテなどIT化の費用、他に資材購入などで業者に支払っている消費税も、結局は医療

機関の内部処理となっており意外と大きな負担である。

3 長期処方 は 医療の荒廃の象徴

病院では「忙しいし儲からないから」として外来で2-3カ月処方がされている。これは「荒(すさ)んだ医療」の始まりである。こういう対応では勤務医も患者さんもお互い「かかりつけ医」の意識は持てないし、患者さんの病状把握も不十分となる。この長期処方の波が開業医にも及び、病状把握ができていない患者さんでも2ヶ月、3ヶ月の処方を要求してくる。患者さんを少なくとも1月に1回程度は診ないと顔も覚えられないはずだ。この長期処方=患者さんとの関係が疎遠な中で「かかりつけ医機能を発揮せよ」というのは、実質的な労働密度の強化である。社会全体に自らの生命を粗末にする風潮が生まれ、それが医療界にも押し寄せていると感じる。

4 「特定疾患療養管理料」は「かかりつけ医管理料」と名称を変えるべき

後期高齢者医療制度の「担当医」制度が今回の改定で無くなった。正に朝令暮改である。私はこの制度が無くなった事は歓迎する。この制度では、「担当医には高額な保険点数で報いる」と言う考え方があったはずだ。日常外来の現状は、正に必要に迫られてこの「担当医」と同じことを行っている。今回は制度が無くな

り「担当医」廃止となったが、その上何と再診料が切り下げられた。

現在患者さんは非常に入院しづらくかつ入院してもすぐに退院を迫られる。また慢性疾患患者さんの要求は多種多彩で、高齢者は正に死ぬまでの間に様々の問題を起こす。病院の入院機能が低下したため、CM・MSW的な仕事や患者教育・生活相談も委ねられる。「一般病院」という受け皿がなくなったため、昔なら「社会的入院だった方」にも外来や在宅で対応せざるを得ない。現在開業医はそれら全てに付き合わねばならない。

かかる状況下、現実の外来は単に慢性疾患を管理しているだけでない。全身管理、他院との連携、介護・健康・生活・家族相談など極めて多岐に亘っている。例えば高血圧だけを管理しているのではなく、がんや脳血管疾患や心臓病など致命的疾患の予防に正に「かかりつけ医」として対処している。日本医師会は診療報酬改定で再診料の点数を争うのではなく、外来で実際に行っている「かかりつけ医管理料」を主張し点数アップを訴えるべきである。

5 科学的で正確な調査を行うべき

上記に関連するが、医師の勤務実態や収益実態のサンプリングをしっかりと統計的手法を使い、時には調査対象者に有償で行うべきである。時々回ってくる調査会社を通じた医療実態調査のアンケートは、現場の実情から遊離し、素人

が作成したとわかるものや細かすぎるものがあり、回答する気にもならない代物もある。開業医や介護保険事業所は小規模で選任事務員など少ない。そうした現実を無視して事細かなアンケートを行ってくる。実際に多くの事業者が回答できず、審議会で「調査件数が少ない」と指摘もされた事もある。しかもそのわずかの回答や形だけのパブリック・コメントで重要な政策が施行されるのは極めておかしい。

6 現場の労苦を反映しない保険点数

高齢者で在宅医療が適応の高齢者では月1回の訪問診療で管理可能な場合も多い。通院困難な方、がん患者さんでも落着いている方等々、月1回の訪問がお互いに合理的な方がいる。現行診療報酬ではその評価が安く医師の訪問がペイしないため無理やり月2回の訪問が行われている場合もあるのではないかと？

さらに今回の保険改定で、「居住系施設入居者等」の算定区分がなくなり、「同一建物居住者以外の場合」と「同一建物居住者の場合」の2つの区分に再編された。同じ建物に同日に複数回を訪問する場合、在宅患者訪問診療料は今までの830点から200点に減額になる。これでは座って外来を行っているほうがマシということになる。同じ建物に居住している患者への月1回の効率的な管理が忌避される恐れがある。実情は月1回の訪問診療でも「24時間対応」をしている。逆に、在宅

療養支援診療所であるならば特定施設入居時等医学総合管理料を含め、月2回の訪問診療で計3400点となっている。本来なら不要な月2回の訪問診療が横行する恐れがある。

たった200点で医師を24時間オン・コール態勢にするのもおかしいし、落ち着いている患者さんに月2回の訪問診療で3400点も頂くのもいかななものか。「施設の門前にあるあるいはお抱え診療所」と一般の診療所からの訪問診療と区別がつくようにすべきである。

7 訪問看護の場でも不合理な点数がある

訪問看護の場合、病名や年齢によって医療保険対象者と介護保険対象者が分けられる。行っている援助内容は同じ場合でも、保険点数に差がある。医療保険と介護保険では事業所収入や本人負担割合に差がある。介護保険と医療保険では訪問看護1回に対する点数の違いがあるだけではない。例えば、病院での退院調整会議では医療保険は点数がつくが、介護保険は点数がつかず無償のサービスになる。また予定の訪問日以外の臨時訪問に対しても、医療保険は通常の訪問看護料金以外に加算がつくが、介護保険では加算がつかない。他にも、医療保険では加算があり、介護保険では加算がつかない項目がある。逆に、早朝・夜間・深夜の訪問看護に対して介護保険は加算がつくが、医療保険は加算がつかない。現場で

は日々矛盾を感じながら仕事をしている状態である。

8 生活困窮者に機動的な支援組織を

現在の高齢化の進展と比例するように、生活困窮者の数が増加している。09年には生活保護者は130万世帯、180万人に達している。介護保険施行後、民間との契約が主となり介護や福祉の前線から行政が撤退した。その空白地帯には、手を差し伸べられない「孤立した高齢者」が沢山生まれている¹¹³⁾。

これらの中には、認知症の方、金銭管理が出来ない方、そもそも生活が成り立たない方も多い。現在「成年後見人制度」や社会福祉協議会の「日常生活自立支援事業」などがあるが、費用がかかったり制限があったりで使い勝手が悪い。それゆえ、NPOなど¹¹⁴⁾が立ち上がっているが、こういう小回り・融通が利く組織が現場では求められている。地域包括支援センター等では対応に限界があり、実際は現場のケアマネージャーやヘルパーに委ねられ過大な負担となっている。こういう生活全般の支援に携わる機動的な組織が必要である。

9 自己負担金を軽減すべき利用者もいる

8で指摘したように、在宅で有効なサービスを入れようとすると、自己負担金が障害となる例が目立つ。がんの末期などでは自己負担が多く十分な医療・介

護を受けられない場合がある。ここらはケアマネージャーから事情聴取を丁寧に行えばすぐにわかることである。しっかり調査し、「事情があれば2割負担などに軽減する」制度に変更すべきである。

10 介護保険事業者の経営は大変

訪問系のサービス事業者では、入院、死亡、入所等により利用者数の変動が大きく収入が一定していない。その中でより高度で専門的な技術、知識を提供するため十分な高水準のスタッフの確保が必要である。今後も在宅医療に不可欠な訪問系サービスを常に確保しておく必要があるはずである。一定の収入を得ながらスタッフを確保することは難しく、閉鎖に追い込まれる事業者も少なくない。運営遂行過程での行政からの援助はない。

ただ単に単位数の増加だけでは、利用者の負担が増加するのみである。利用者負担が増加することなく訪問系サービスの運営の補助を何らかの形で必要なのではないか？ここらにも正確な実態調査を行うべきである。

11 一人暮らし高齢者には特別な対策が必要

増加する一人暮らしの高齢者等に対し、安心と安全を提供する試みの（筆者が開発に関わっている）「一人暮らしあんしん電話」¹¹⁵⁾を活用していただきたい。「全国の60歳以上の高齢者の4割弱が孤独死を身近に感じて」¹¹⁶⁾おり、一人暮ら

しでは6割が感じている。無縁社会とか無縁死という言葉も語られている。地域の病院や診療所に導入し災害弱者にも活用すれば、「費用対効果」が極めて高い機器であることを確信している。

12 在宅医療には駐車禁止が障壁となっている

訪問看護など介護事業者に関する駐車禁止除外規定を緩和してもらいたい。6ヶ月ごとに警察に申請する作業は大変な事務仕事であり殆ど「在宅いじめ」である。患家で駐車場が確保できないために訪問系サービスを見合わせる例が出ており、早急に改善するよう関係省庁に望みたい。

13 無駄な出費を減らしてもらいたい

介護保険事業者への県から委託されている情報開示の調査があるが、これは果たして一体意味があるのだろうか？「介護サービス情報の公表」というものだが、年額2.6～6万円もかかり「単に調査料金をとられているだけ」と感じる。情報開示も高齢者にはわかりづらいもので閲覧も少ないのではないか？上記12の事務経費も年額10万円以上で、他に協会費や保険料なども含めると、これらの諸費用は現場に少なからぬ負担となっている。訪問看護では30時間以上（訪問介護では50時間以上）をこの無駄な事務費用の為に働くという本末転倒の状況が続いている。「社団法人シルバーサービ

ス振興会」がこれを行っているのだが、ネットで調べるとやはり役人の天下り先と批判されている。現場は「爪に火をともしように」必死に働いている。そこからピンハネ同然の事を行うこんな組織こそ「仕分け」すべきだろう。

14 「総合医」の礼賛は危険

専門性を伴った開業医や診療所を患者さんが活用している現実がある。その専門性がなくなるとむしろ病院が一手に引き受けざるを得なくなり現場は混乱するだろう。「総合医」が礼賛される傾向が出ているが、「あぶはち取らずの医者」を生産する恐れもある。医療費削減政策と連動し「総合医を経なければ病院受診が出来ない」などとされると、英国と同様に日本の医療レベルを決定的に損なうだろう。

15 どんな世界でも眉つばの「専門家」がいる

逆に、専門医礼賛も危険であり「専門医もピンからキリまでいる」のが実態で過大な評価は慎むべきである。臨床の場では、専門医に助けられる事もあるし専門医ゆえに亡くなることもある。アメリカでは、専門医が間違っただん診断をしても主治医はそれに従わざるを得ないという笑えない弊害もあるという。専門医が間違っても病状全体を把握した主治医・かかりつけ医が修正し患者さんを救うという事は現場で稀ならず経験する。

16 「特定検診」は辞めてしまえ

特定検診は煩雑なだけ、しかも結果の返却も遅く途中で事務手続きのミスも起こりやすい。また「生活機能評価……」の健診も高い紙が乱れ飛ぶだけで全く無意味な健診である。現行健診は正に「複雑怪奇な代物」で現場に混乱と無駄な工程・費用を強いているだけである。以前の単純で誰もがかかりやすかった市民健診に戻すべきと考える。こういうやり方を見ると官僚の想像力の欠如を感じ知能程度も疑いたくなる。試行実験やシミュレーションを行ったのだろうかと疑問を感じる。

17 ジェネリック医薬品には監視と公表する制度が必要

今年の3月、ジェネリック医薬品メーカーの大洋薬品工業が「ファモチジン」の後発品の製造で配合量ミスを起こし業務停止の処分を受けた¹⁷⁾。この会社は「大手」だという。「大手」でもミスを起こしたのだから、他の中小後発品メーカーの製造過程や製品に疑念を持たざるを得ない。厚労省はこの間盛んに後発品への誘導を行っているが、「安かろう悪かろう」の医薬品が出回っている恐れが非常に高い。一体、これらの製品チェックは為されているのだろうか？後発品メーカーの立場とすれば、当然医薬品を安く作る事に血道を上げる。その過程で粗悪品や有害物が混入されたものが市場に出る可能性は非常に高い。新たな薬害の温床とな

るかもしれない。後発品の品質や安全性に関してしっかりと監視を行い、それを公表すべきだある。

【最後に】

近年、医療崩壊が叫ばれて久しい。その原因は複合的だろうが、やはり旧自民政権時代の医療費削減政策が大きな原因の一つであろう。こうした時期に民主党の新政権が誕生した。同党の昨年衆議院選でのマニフェストでは、「医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する」と謳い、「社会保障費2200億円の削減方針は撤回」、「医師養成数を1.5倍にする」、「救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建する」などの具体策を掲げた。そしてそのための所要額は9000億円程度としている。

これらは、医療者の中の有為な方々の意見に一定程度応えたもので旧政権では為し得なかった。しかし、画龍点睛を欠くものでやはり「ばらまきの」な印象が強い。現場にはこれまで述べたようにもっと知恵と工夫で解決可能な点が多数残されている。派手な指摘に流されて政策決定するのではなく、現場をしっかりと調査し科学的に問題点を整理し、日本の医療を正しく発展させて頂きたい。その際は、あるモデルを全国一律に当てはめるのではなく「地域医療はその地域特有の展開である」という認識を持って臨んで頂きたい。

<引用文献& HP >

- (1) 「中西準子のホームページ」 <http://homepage3.nifty.com/junko-nakanishi/>
- (2) 消費者庁 「消費者からの窓口」 <http://www.caa.go.jp/soshiki/caa/contact.html>
- (3) 10.3.25 日経新聞 「医療事故 調査・分析 法人設立へ 日本医学会など5団体」
- (4) 10.2.15 日経新聞 「高額医療機器 日本の保有突出『医療費膨張の一因』指摘も」
- (5) 業界動向 SEARCH.com 製薬・医薬品業界 利益率ランキング (H20年) <http://gyokai-search.com/4-iyakuriritu.htm>
- (6) 10.4.15 日経新聞 「武田、営業益4100億円に」
- (7) トヨタ財務データ http://www.toyota.co.jp/jp/ir/financial/financial_data.html 他に07.11.8 朝日新聞 トヨタ新興国で販売好調
- (8) 日医雑誌 130(1), 2003 日本医学会シンポジウム2002.12.5 心不全診療の最前線「QOL・予後改善からみた慢性心不全の薬物療法」北畠頭 <http://jams.med.or.jp/symposium/full/122059.pdf>
- (9) Drugs@FDA <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm>
- (10) 10.4.3 日経新聞 「医薬品と医療機器 輸入超過拡大続く 08年2兆2000億円 企業規模小さく」
- (11) 09.11.5 日経新聞 「国公立病院職員年収民間の1.8倍」
- (12) 10.4.8 夕刊 朝日新聞 「下宿生の生活費(家賃除く)ピーク時の半分 昨春入学の私大生1日1123円」
- (13) 「大都市のひとり暮らし高齢者と社会的孤立」 河合克義著 09年11月刊
- (14) NPO きずなの会 <http://www.kizuna.gr.jp/>
- (15) どうたれ内科診療所HP <http://www3.ocn.ne.jp/~doutare/text/10.1-2rouzyuuiarenotazunephon.pdf>
- (16) 10.4.3 日経新聞 「『孤独死は身近』4割超 高齢者、内閣府が初調査 『将来は不安』は7割」
- (17) 大洋薬品HP <http://www.taiyoyakuhin.com/news/100326.html>

<参考HP >

- (1) 民主党マニフェスト http://www.dpj.or.jp/special/manifesto2009/pdf/manifesto_2009.pdf
- (2) 権丈善一慶応大学教授のHP <http://news.fbc.keio.ac.jp/~kenjoh/work/> 特に、日本医師会医療政策会議報告書「経済成長と医療政策のあり方」 <http://news.fbc.keio.ac.jp/~kenjoh/work/100330iryouseisakukaigi.pdf>
- (3) 介護保険と医療制度を考える部屋 <http://www.urban.ne.jp/home/haruki3/>