



適正な啓発で適正な公的医療費の投入を望む

北区支部 荒木啓伸

最近気になるCMがある。アンジオテンシン変換酵素（ACE）を阻害する「血圧が高めの方」のための特定保健用食品のCMだ。血管の模式図を用いて、一般の視聴者にも「わかりやすく」血圧調節のメカニズムを説明している。それだけではない、最近のCMは、「健康商品」を宣伝する内容のものが非常に多くなった。その影響か、日常外来の場面で慢性肝炎の患者さんからヒアルロン酸を飲んでみたい、痛風の患者さんからDNAを飲んでみたいと言われて苦笑したこともある。また、外来では気づかなくても、入院の際に抱えきれないほどの健康食品を持ち込み、患者さんが許可を求めてきたときには閉口してしまった。

ご存じの通り、特定保健用食品とは、健康増進法に基づいて承認もしくは許可を受けて「食生活において特定の保健の目的で摂取をする者に対し、その摂取により当該保健の目的が期待できる旨の表示をする食品」である。トクホの市場は、2008年に開始された特定健診と呼応する形で、中性脂肪、コレステロール、血圧、血糖値関連のトクホを中心に順調に拡大しており、2008年度は前年比3.7%増の3,868億円規模に達する見込みにあるとのことである。さらに、それらの宣伝費用を合わせると、莫大な金額が積み込まれ、この不況にもかかわらず市場規模がどんどん拡大してきているのは驚くべきことである。

民主党は、昨年夏の衆院選の際の政策集で、「統合医療の確立並びに推進」を掲げ、「漢方、健康補助食品やハーブ療法、食餌療法（中略）」といった相補、代替医療について、予防の観点から統合医療として科学的根拠を確立します」

と述べた。

「トクホ」の市場が拡大する中、その流れを汲んで予防重視の姿勢を打ち出しているかのようにも見えるが、その影には混合診療への足がかりをつけたいという意図も見え隠れしている。「統合医療」の名の下に、健康食品の市場が無秩序に拡大していくことに、我々は注意を向ける必要があると思う。

また、事業仕分けでは漢方薬等のOTCでも入手可能な薬品の保険外しがやり玉に挙げられた。さすがにこれは乱暴と反対の声が各所から上がり、平成22年度も漢方薬の保険記載の継続が決定されたが、実質上の混合診療解禁をにらんだ保険適応の範囲の縮小や保険免責制の導入等に対してまだまだ油断は禁物である。

ここで、国民皆保険制度のもとで、保険診療を受けた場合をシミュレーションしてみようと思う。治療内容に関しては様々なご意見があるかと思うが、単純化したモデルとしてご容赦いただきたい。

血圧が高めであることを気にしている標準体型のAさんが、199床以下の病院を受診したケースを仮定する。初診時のAさんの診察室での血圧は160/100mmHgであった。医師は家庭血圧の測定を勧め、Aさんに血圧手帳を渡し、減塩等の生活習慣の是正を指導したうえで、1週間後の診察を指示した。Aさんは1週間後に再度この病院を受診した。初診時に測定を指示した家庭血圧は150台で推移していた。ここで、医師は後発品のACE阻害薬（薬価14.7円）を処方し、2週間後の再診を指示した。2週間後、Aさんの降圧は不十分であったが、さらに2週間同一処方で見ることにした。

その2週間後、医師はACE阻害薬のみでは降圧が不十分と判断し、後発品の利尿薬（薬価6.4円）を追加した。2週間後に血圧は安定していたため、その後はACE阻害薬と利尿薬の併用にて4週間ごとにフォローアップすることとした。また、その間に問題があれば受診することを指示し、どうしても来院できない場合は、電話再診で対応する旨をAさんに伝えた。

この一連の治療を保険で算定すると、外来管理加算、療養担当手当（冬期間）を含め、最初の1ヶ月は465点、次の1ヶ月は403点、そして、4週間ごとのフォローアップの際には1回の診察あたり244点となる。3割負担と仮定しても、窓口負担はそれぞれ1,400円、1,210円、730円となる。降圧によって得られる経済効果をも考慮すると、非常にコストパフォーマンスが高い。

ちなみに、冒頭で触れた「血圧が高めな方」向けのトクホは、1日分が約120円である。同商品のホームページによると血圧が、「はじめの血圧」から10～15mmHg低下し、「摂取をやめると、元の血圧に戻ってしまいます。」と書かれている。この降圧効果はかなりのもので、評価に値すると思う。もちろん、私はトクホ等の健康補助食品の効果や機能を真っ向から否定するつもりはないし、これらの食品と上手につきあって、健康な毎日を過ごされている方もたくさんいると思っている。ただ、一抹の不安を抱えながらトクホにすがっているのであれば、かかりつけ医のもとで最初から保険診療で血圧の管理をはじめとしたトータルな医学管理を受けるといった選択肢もある。トクホの市場規模を鑑みると、後者を選ぶ方がもっとおられるもいいのではないかと、思っているのだ。

先日の中医協答申では、診療所や中小病院が算定する再診料が69点に統一され、一喜一憂した先生もおられるであろうし、改めて憤りを覚えた先生もおられると思う。しかし、財務省主

導で外来のプラス財源はわずか400億円と「たが」がはめられていたのだから、中医協の議論の中ではやむを得ない決断だったのだろう。

しかし、それに先だって再診料の議論が事業仕分けにかけられた際には、医療経済実態調査の結果として「開業医の年収は勤務医の1.7倍」との恣意的なデータが提示され、仕分け人、マスコミを通じて世論を操作しようとしたことは断じて許し難い。さらにあきれたことに、後に厚労省はこのデータが不適切な比較であったことを認めているのである。

先ほどの保険診療のシミュレーションを見ていただくと、診療所や中小病院の技術や機能の評価やその啓発が適切になされるならば、政府、国民の双方からの同意を得ながら、公的医療費は自然にプラスに「仕分け」られるようになるのではないだろうか。

診療所や中小病院をはじめとした医師は、保険証一枚でどこでも平等に医療が受けられる日本の医療制度を誇りに思い、国民のひとりひとりの健康をサポートしてゆくことに喜びを感じながら診療をしているに違いない。それにより、国民の健康が増進されることは疑う余地がない。

政府は、恣意的なデータ、統合医療や混合診療の解禁といった姑息な手段で医療費を抑制しようとするのではなく、医療を必要としている人にはしっかり医療を提供するという構図をはっきりとさせ、必要な公的医療費をしっかりと投入する必要があると思う。

我々医師会員はこのような思いを常にアピールし続け、マスコミにも有用かつ適正な情報を提供すること求めていく必要がある。それにより、国民すべてが事実と向き合い、医療のあるべき姿を共に考え、国民全体が納得できる形で適正な公的医療費が投入されるようになることを望んでやまない。

（荒木病院）