



## 医薬品をめぐる

副会長 竹内 實

医療保険制度改革の第1弾が9月1日より取り敢えず患者負担増という形で現実となった。このための受診抑制やその後起こる事態は今のところまだ定かでないが、10~20%程度の外来受診減があったことは事実のようである。今後の診療所外来、病院外来の動態調査に注目すべきであり、また一時的な現象で終わるのかどうかを見極めた上で今後の医療提供体制、特に外来医療のあり方を見直す必要がありそうである。

今回改革ではまず患者負担の増で始まったわけであるが、国民も国民皆保険を維持し、我が国のフリーアクセスの制度を守るためにある程度の負担は覚悟していたのは間違いない。しかし薬に関する二重負担についての理解はなかなか難しかったようで、窓口で混乱している要因の多くはこの点である。健保本人であれ、家族、国保であれ、定率負担で20~30%の負担を薬剤の分も含めて支払った上、更に薬の種類に応じての負担が加算されることが問題なのである。投薬された薬によっては50%を超える負担になっていることもあり得る。その上、老人医療における外総診では負担を求めないがため、受診した医療機関によって、同じ診療を受け同じ薬をもらっても負担が異なってくる。

改革を前にして全国的に8月末に相当の外総診の届け出があったようであるが、この場合でも院内処方と院外処方の場合での問題点もある。外総診では薬剤も包括評価されているが、院外処方の場合は包括から除外されるため本来の包括の目的が完全には達成できない。その上、外総診を選択している2カ所以上の医療施設を受診している場合、どちらが算定するかの問題が起きてくる。外総診の定着のためには「かかりつけ医」機能とど

うリンクするかが鍵であり、これが解決して初めて大病院における外来は完全紹介制とすべきという議論が生きてくると思われる。

負担の問題は別としても薬に関わる問題の根は深い。元来薬価差が潜在技術料として、病医院の経営原資として果たしてきていることは間違いのない。しかも技術料評価が十分でない見返りとして黙認されてきたことも事実である。問題は薬価差の存在によって、必要以上の薬が使用されているかどうかである。もし仮に我が国の医療に必要な最小限の薬の使用量と比較して実態に大きな差があるとすれば、やはり問題である。我々医療人は今こそ薬価差に依存する経営から脱皮し、正当な技術料評価を求めるときである。そのためには現在の薬価基準制度の善し悪しを検討し、また医薬分業のあり方も今一度見直し、国民に信頼され支持を受け得る医薬品の使用を心掛けるべきである。

一方薬品メーカー側も国民の医療を守るために必要な医薬品の開発、安定供給に努めることは当然であるが、医療財源に占める大きなシェアを考えると、できるだけ良質な医薬品を安いコストで提供する義務がある。とすれば現在のMRの数や、不必要な経費の削減に努めた上で薬価問題の土俵で正面から議論する時である。薬剤の治験や流通の問題、そしてここでも医薬分業がどうあるべきかが浮上する問題である。メーカーも卸も医療機関も根本から発想の転換が迫られている。

抜本改革の第2弾、第3弾が良質な医療提供を蝕まない形で進むことを望むと共に、医薬品をめぐる議論ばかりでなく、医療を行う場合どうしても必要な「もの」と「技術」の評価を明確に国民に示すことが強く求められるであろう。