

透析医のひとりごと

「厳しい環境で鬱になりつつある医師の繰言」——渡邊有三

勤務医の私が愛知県透析医会の会長を仰せつかって早や6年になる。この間、透析医療を取り巻く環境はすこぶる悪化した。毎行われる技術料削減、ダイアライザー価格の改定、食事加算の廃止、夜間・休日加算の減算（これも患者会の筵旗が揚がって、廃止から減算でとどまったものであるが）、そしてとどめはエリスロポエチンの包括化である。透析医療機関の多くは民間施設である。良き人材確保、医療機器の更新などへの出費を考えれば、親方日の丸以外はある程度の利潤がないと経営していけないのは当然である。「武士は食わねど高楊枝」などということのをたまうことができるのは、小生のような自治体病院に住む生きた化石だけかもしれない。（いやいや、自治体病院も最近では世知辛くなってきて、経営を考えないと居心地が大変悪くなってきているが……）

エポ包括化に関しては、透析患者の大多数において必要不可欠な薬剤であるから、その包括化に伴う治療方針の変更は医師の矜持が試される大きな試練であった。透析医学会の統計調査の結果によると、昨年改定があったにもかかわらず、透析患者のヘモグロビン値に大きな変化はなかった。自分としては医療機関の対応については若干安堵している状態である。しかしながら、全腎協役員の報告に基づき Japan Medicine に掲載されたように、エポが十分投与されていない施設もあるかもしれないという危惧がある。アメリカ流の方式では勝ち組と負け組の二極化は当然の帰結のようであるが、医療の世界だけにおいては二極化はあってほしくないと思う。また、エポ投与量調節の目的で投与される鉄剤が、C型肝炎患者の悪化を招かねばよいがと危惧している。駄文を作っている間に新しいエリスロポエチン製剤の薬価が公表された。従来品より効果が高いのに非常に安価に設定された。エポ包括化の道をさらに強固にする薬価である。こんな状況では、製薬業界も新薬開発への展望がなくなっていくのではないか。

巷では、DPCを導入することにより一定期間は医療機関の収益が改善できるというインセンティブに乗っかって、多くの医療機関がDPC導入に向かって走っている。効率的なDPCを行うためにクリニカルパスが悪用されると、患者の早期退院が推進され、その結果として患者の再入院率が増加しているとも聞く。医療の標準化と効率化は確かに重要なものであり、限られた経済資源を有効に使うためには、必要な措置であることは重々理解できる。しかし、患者の状態を十分把握しない早期退院、平均在院日数短縮化は、はたして患者のQOL向上に有効なものであろうか。大きな疑問である。おまけに、最近の診療報酬改定は医療資源利用の適正化と効率化を論ずる前に、総医療費の抑制という大前提があってから議論されるので話がややこしくなる。わが国の人口は高齢化し、介護が必要な人は増加する一方である。医療への社会的需要が

高まっていく一方なのに、総枠抑制という大前提があるならば、一人当たりの医療費を抑制するという結果になることは自明の理である。元来、わが国の医療費は欧米諸外国に比較して安く、おまけにフリーアクセスであるから、誰もが何時でも自分の好きな医療機関を選択できる。（反対に医師のほうは、応召義務などという前近代的な文言の下、患者を選択することはできず、どんなクレマーでも、自己管理不良な患者でも治療していかねばならない。世の中では対称性の重要性が喧伝されているが、医療の世界ほど非対称な部門はないと常々思っている……）先日のタミフル騒動では、マスコミが「タミフルのわが国の使用量は世界の9割です。おまけにタミフル副作用調査の委員長は製薬会社から寄付金をもらっています」と声高に叫んでいた。まるでわが国の医師が患者を棄漬けにしているかのような論調であった。しかし、このことはわが国の医療へのフリーアクセスを証明するものである。誰もが簡単に医療機関を受診でき、何時でもインフルエンザの検査をすることができ、そしてタミフルで病気の悪化が防がれているのである。諸外国の国民はこのように簡単に処方してもらえないのである。そのような観点は無視して、一方的な意見ばかりを述べるマスメディアの存在こそが医療現場を大きく混乱させているのではなかろうか。

話が横道に逸れたが、わが国では医療費の総抑制という大命題があり、その目的を果たすためには、高額な医療費を使用している領域の抑制が重点課題となり、透析医療は目の敵のように扱われてきた。平成19年には生活保護を受けている透析患者は更正医療指定施設でしか透析できない、また自立支援医療がカバーする範囲をレセプトで示してくださいという謎解きみたいな通知が突然出された。さらなる透析医療の包括化に向かって何か企みがあるのではないかと疑心暗鬼になってしまうのは、あまりにもひどい改定の連続で、薬に懲りて膺を吹くようになってしまったからであろうか。愛知県透析医会の施設会員からは、これ以上の医療費カットでは採算がとれないという悲鳴が聞こえてくる。小生は経営者ではないので実際はよくわからないが、厚生労働省は一体どのレベルが収益分岐点と思っているのであろうか？ もう一度、筵旗があがらないとイジメは止まらないのであろうか？ それにしても他人に頼むなどというのは、あまりにも他力本願的ではないか？ 思い迷うことばかりである。

一方、わが国の透析医療の成績の素晴らしさは世界に冠たるものである。アメリカの医学者は、「日本は心筋梗塞にかからないような予後良好な患者ばかり導入するから生存率が良い」と批判してきた。しかし、DOPPS研究は世界で最も良好な透析医療が提供されているのが日本であることをすでに明らかにした。この結果は、わが国の透析医療の黎明期から現在まで指導的役割を果たしてこられた先人たちの努力の賜物であると小生は確信する。しかし、現在の大きな問題は透析医療を引き継ぐ若き人材が払底していることである。病院で燃え尽きてしまった医師たちは、どんどん立ち去って行き、臨床研修制度による医師の偏在化によって、愛知県でも自治体病院での透析室の閉鎖が続いている。高齢者ばかりの透析室で、土曜日・祝日もない定型的医療が魅力的でないものであろうか、若い医師の入局が減っているような気がする。大学医局も人

材派遣を続行することが不可能になっているようである。先日開催された日本糖尿病学会の展示ブースには宮城県のブースがあって医師の勧誘を行っていた。医師偏在を物語るような光景であった。立派な後継者が育たない環境では、わが国の透析医療の行く末も怪しいものになっていく可能性が高い。愛知県透析医会としては、今後勤務医の組織率も向上させて、透析医療の新しい展開に期待していきたいと考えている。

最近、年をとったせいか何事についても暗い側面ばかりから考えるようになってきた。小生の挨拶を聞くと思入ってしまうという会員の声もある。初老期うつ病が始まったのかもしれないとも思いながら、皆が元気になるような明るい話をしたいと思うが、厚生労働大臣の発言や新聞情報に触れるたびに、元気の芽をつまれるような気がしてならない。

どうも、繰言ばかりの独り言になってしまいましたが、会員の皆様から少しでも元気を分けていただき、後輩集めにもう一頑張りと思っています。よろしくお願いします。

春日井市民病院

