

第406号

主な記事

1面	他医療機関受診について要望書を提出 三者間相互の理解がより深まった
2面	県議会補選候補者アンケート
3面	
4面	第33回岩手県保険医協会総会記念講演 今後の民主党の医療政策と展望
5面	地域医療のあるべき姿を念頭に置きつつ
6面	診療報酬ニュース、点数改定アンケート結果 理事会日より



発行所
岩手県保険医協会
〒020-0034
盛岡市盛岡駅前通15-19
TEL 019-651-7341(代)
FAX 019-651-7374
発行人 箱石 勝見
http://www.i-hoken-i.org
購読料 年2,400円(〒別)
会員の購読料は会費に含まれています。

他医療機関受診について 要望書を提出

出来高病棟入院患者は投薬可能に

4月以降、混乱を招いた医療の診療報酬改定における他科受診について、5月に医科会員の先生方にご協力をお願いした「医科新点数改訂に関するアンケート」では、緑内障で入院中の患者さんの家族から点眼薬が欲しいとの申し出があり、入院先の病院から処方してもらおうと話したが、入院先には眼科がなく、同じ薬を処方してもらえないかも心配という声もありました。こうした声が全国から寄せられ、6月4日、厚生労働省は出来高算定病床に入院してい

る患者の他院受診の際の投薬を認める通知を出しました。しかし、療養病棟などに入院する患者が外来受診した際の投薬制限や、入院患者が他の医療機関を受診した日の入院基本料の減算(3割、7割カット)は依然残されたままです。当協会は6月10日、厚生労働大臣や中医協委員等に下記の要望書を提出いたしました。要望書では、包括病床入院患者であっても4月改定以前の「医科新点数改訂に関するアンケート」につきましては、ご協力誠にありがとうございます。

また、入院料に包括されない診療のみが行われる場合には入院料の減額をやめること、出来高病棟入院患者に対する入院料の減額や他医療機関での算定範囲の規制を廃止するよう求めています。今後不合理点数を是正するため、活動していく所存です。会員の先生方におかれましてはご協力賜りますようお願い申し上げます。前述の「医科新点数改訂に関するアンケート」につきましては、ご協力誠にありがとうございます。

会長談話

消費税増税に 反対します

参議院選挙前に「消費税増税」が新聞・テレビで何度も取り上げられ、増税路線へと傾いていきます。新首相は自民党が唱える10%を挙げ、超党派の合意が得られれば2012年秋にも増税を実施する最短の日程も視野に入れるとの報道もなされました。

景気が落ち込んだこの時期に、社会保障の充実と国際競争力の強化という名目で法人税を下げ、消費税を上げるといふ方針は過去の政権と何ら変わりはありません。

償亡国論で、消費税増税へと筋道が作られていると考えます。消費税が増えると最終負担者である医療機関での損税も増え、経営にも深刻な影響が

あります。消費税増税(ゼロ税率)の議論もないまま増税となった場合、消費税倒産が相次ぎ、地域医療が危機的状況となるでしょう。また、患者さんが消費を抑え、景気は悪化し、更なる受診抑制となることでしょう。

拡大は日本の租税体系・租税制度全体の応負担原則を構造的に崩壊させ、より格差を広げるものであるため、消費税増税に反対します。



懇談のようす

三者間相互の理解が より深まった

6月2日、岩手県民交流センターアイーナで岩手県歯科技工士会・衛生士会との懇談

岩手県歯科技工士会・岩手県衛生士会との懇談

を行いました。歯科技工士会より池田齋副会長と小泉清三郎専務理事、歯科衛生士会より佐藤美津子会長、当会からは小田副会長、黒田、佐藤、南部各常任理事、事務局が出席しました。

懇談では、依然厳しい歯科医院や歯科技工所の経営状況、賃金や労働環境を理由とした若い歯科技工士の離職に伴い10年後までに予測される大幅な歯科技工士不足、自費の技工物へシフトし保険の技工物を取り扱う歯科技工士がいなくなる危険性、それらに伴う

中国やインドなどへの歯科技工物の海外委託の増加、東京での歯科衛生士の雇用率が約5割の現状、歯科衛生士の離職の傾向、離職した歯科衛生士の現場復帰のための取り組みなどが話題となり、歯科技工士の過酷な労働環境や歯科衛生士の雇用不安があらためて浮き彫りとなりました。

今後も懇談の機会を持ちお互いに情報を交換することや、施設入所者への義歯ネーム入れと口腔ケア指導を行う三者共同事業を開催することなどを確認しました。

厚生労働大臣 長妻 昭 様
中医協委員 各位
国会議員 各位

包括病床入院患者さんへの他医療機関からの投薬を認め、
入院基本料減額や他医療機関での算定制限を撤廃してください

2010年6月10日
岩手県保険医協会
会長 箱石 勝見

- 1 包括病床入院患者さんへの専門的な薬を従来通り他医療機関で投薬できるようにしてください
包括病床入院患者さんについても、専門的な診療に特有な薬剤については受診日に限らず他医療機関で投薬できるよう通知を直ちに改正してください。
3月までは、包括病床の入院患者さんが他医療機関で専門的な診療を行い、それに基づいて投薬を行った場合は、入院料の基本点数を70%減額するかわりに、専門的な診療に特有な薬剤については他医療機関で投薬できていました。
そもそも入院中の患者さんの他医療機関受診は、入院医療機関では対応できない専門的な診療が必要だから行うのです。従来どおり包括病床入院患者であっても、他医療機関で投薬し、その費用は他医療機関で請求できるよう、4月改定以前に戻してください。
また、入院料に包括されない診療のみが行われる場合には入院料の減額をやめてください。
- 2 出来高病棟入院患者の入院料減額及び他医療機関での算定範囲の規制を撤回してください
出来高病棟入院患者さんについては3月までは規定がなく、医学的な必要に応じて他医療機関で専門的な診療を行うことができました。
出来高病棟で実施する診療と、他医療機関で実施する専門的な診療には、原則として重なる部分はありません。入院基本料の減額や他医療機関での算定範囲の規制は、必要な専門的な診療を阻害します。
入院患者が当該医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療を他の医療機関で受け、当該医師による治療を受けられることは疾病の回復を促進します。
出来高病棟入院患者に対する入院料減額や他医療機関での算定範囲の規制を廃止してください。

減のつづき

一般的に商売の仕方には極論すると二つのタイプがあるように思う。タイプ1：相手の無知や無警戒に付け込んでできるだけ儲けを増やそうとする。タイプ2：相手に正しい情報を提供・助言し、良質で手ごころな値段のものを提供しようとする。前者は、いわばだまし討ちのような商売で、恨みを買うこともあるだろう。後者は、信頼関係に基づく商売ができるが、悪貨に駆逐される可能性がある。

私の勤める病院でも、もうすぐDPCが導入される。出来高払いと異なり病院と利用者の利害が対立しないとされ、今や急性期病院に急速に拡大しつつあるこの方法だが、いくつか疑問がある。例えば、DPCは入院中にしか適応されないため、厳しい病院経営の現状をなんとか乗り越えようとする病院側はこぞって、入院中に行っていた検査を退院後や入院前にずらす努力をする。この努力の結果、病院の収入が増える一方で通院の負担や医療費が増加し、利用者の経済的負担が増えることになる。わざわざ負担の多い方向に誘導し、しかも利用者へのメリットもないとすれば、一般の商売で言うならだまし討ちのようなことではないか？

「病院の経営安定のため、退院後に検査をさせてください」というのが、実情であるなら、そして我々がタイプ2のような、信頼関係に基づく医療を目指すなら、少なくとも病院の利用者には、率直に実情を伝える位のことではないだろうか。

岩見

県議会補欠選挙迫る！

当協会では、7月11日の岩手県議会補欠選挙盛岡選挙区と8月1日の釜石選挙区に立候補を予定している方々に医療と福祉に関するアンケートを6月14日に郵送し、6月25日締め切りでお願いしました。

同日、参議院選挙もありますが（盛岡選挙区）、県政はより身近であり、声を届けやすいこともあります。そうした観点から質問内容を検討し、今後の岩手の医療と福祉をどのようにしていけばよいのか伺っております（紙面には質問項目は要約して掲載しております）。紙面の都合上、一部要約させていただいた部分があります。当協会HPにて全文掲載いたしますので、あわせてご覧ください。アンケート結果をお目通しいただき、参考の一助となれば幸いです。

立候補者	氏名 党派	盛岡選挙区					釜石選挙区	
		よしのり 軽石 義則氏 民主党公認・新	たじま 高橋 但馬氏 民主党公認・新	福井 誠司氏 無所属・新	ひろこ 村里 洋子氏 自民党公認・新	けいこ 吉田 敬子氏 地域政党いわて公認・新	小野 共氏 民主党公認・新	ごろう 金崎 悟朗氏 民主党推薦・新
①医師不足や医師の都市部への集中について	地域住民ならびに医師の要望や意見を把握し、現行制度による対応ができないとすれば、国による新たな法制化や制度改革により、医師確保と適正配置に向けた対応をするべきであると考えます。	小児科医などの医師の不足は、地域で安心できる医療を提供することを難しくするので、医師の養成数や医療従事者の数を増やすべき。また、医師の都市部への集中が地方の医師不足を招く場合には、医療機関の連携などにより、医師の偏在を是正すべき。	医師不足の対策として医学部の定員増などがあるが、結果が出るまでに相当の期間を要する。早期に成果を出す対策として、医師の臨床初期研修等の充実を図り、多くの若手医師を岩手に集め、その後の就業につながる努力をすることや期間限定の地方勤務体制などの仕組みをつくる等に取り組む必要があると考える。	地方での医師不足は特に小児科や産婦人科は将来への少子化や医療事故などの訴訟問題も見合わせて医学部の時から他の専門に決める傾向にあると考えられます。岩手においては環境がまずまずと思われるのは盛岡ぐらいで地方に行けば行くほどアクセスの悪さや都会的環境での生活を選ぶ、勉強不足になるなどの心配から勤務を希望しない医師が増えているものと思います。全国平均を大幅に下回っていることは大変悲しく、心細い方々がいかに多いかと、今後の素早い努力が必要と切に思います。	小児科や産婦人科の医師不足については、いつ呼び出されるかわからない(小児科・産婦人科)、手術が失敗した場合の過失責任(産婦人科)、の2点がネックになっている。前者については、複数の医師を配置するなど、マンパワー体制を厚くするしかない。後者については、医師法第21条の改正(刑事)や、現在、小児患者の脳性麻痺にのみ認められている無過失保障制度の拡充(民事)が必要と思われる。	一義的に、職業として医師を選ぶ人がどの科を選ぶのか、そしてどの地域に住むかは基本的にその医師の自由であり、これは個人の選択の自由は当然守られるべきものです。その一方で、現在の我が国の医師不足、医師の地域偏在を解消するために、長期的には政治が医師の絶対数を増やしていく施策を取ると同時に、短中期的には勤務医、開業医全ての医療従事者の協力とある程度の犠牲が必要であることも事実です。現在の状況を乗り切るため、国内の人口に見合う医師数が確保されるまで、医療従事者だけでなく国民全員が努力し協力する必要があります。	都市部の施設の整った病院で働きたいという医師の気持ちも分らないではないが、医師を地方にいかにかに定着させることが出来るかが課題である。医学部の定員増、地域枠、へき地勤務枠など底辺の拡大が必要だと考える。	
②病児保育や院内保育の充実について	医療現場におけるワークライフバランスを図る取り組みは急務であります。女性医師就業支援事業の利用が低迷している原因を具体的に検証し、その課題を解決することが必要であると考えます。また、医療現場に限定された対策ではなく、保育の充実を必要としている職種や地域を含めた対応をする必要があると考えております。	女性医師や女性の医療従事者が、安心して働ける環境を整えることは、地域の医療を守るためにも重要な課題である。県としても、国と連携し、職場環境の改善に取り組むべき。	女性医師に限らず、女性が仕事と育児を両立させることができる体制を整備することが必要であると考えます。それゆえ、今後、幼保一元化による認定こども園の整備や保育環境基準を地域特性に応じて緩和し、定員増を図り、女性が働きながら育児のできる環境改善をすることが必要である。	現在女性の医師が増えています。それは出産育児というものを認めて行かなければなりません。医師バンク設置、2年間の休業補償、復帰寺の新しい医療への研修期間などの保証をつけるなどの措置が必要です。しかしここでも、医療費未納や保険料減額など方向が逆な現実と向き合うことへのジレンマは切り離せません。そこに向き合う医療者の方々への政治の無策を思うとやりきれません。	育児の面での支援というよりも、女性医師が働ける多様な勤務形態(短時間勤務など)のメニュー化が必要ではないか。	国民の命を守ることは政治の最も重要な役割です。国内の医師絶対数の不足は政治で解決できる問題ではなく、医師を養成する時間の問題です。現在は国内人口に見合う医師数が確保出来るまでの過渡期であり、この過渡期を乗り切るために政治と経済力で解決出来る問題は解決すべきです。女性医師の働く環境改善、病児保育、院内保育環境を整備することは女性医師の確保のため、政治が介入すべき仕事であると認識します。	①妊娠・出産に関わる支援。②キャリアアップ・キャリアチェンジを推進する。③勤務形態を選択させる。など、仕事から離れなくてもよい環境づくりは可能だと思う。	
③現在の国保料について	国民健康保険のみならず、すべての健康保険の制度維持のあり方を含めて議論する必要があります。現行制度においては、特に低所得者の負担率については生存権を脅かすものであってはならないと考えております。	国保料の水準は、将来、保険制度自体が維持困難となるような事態となることを防ぐため、現在の財政事情をも考慮して決定すべき。同時に、国保の広域化などにより、負担の公平を図りつつ、無保険者の救済を行うべき。	多くの自治体が一般財源を繰り入れて何とか維持している。現行の国保制度は破たんしに等しいと感じる。国保料に関しては、現行よりきめ細かい所得に応じた設定を考えていくべきだと考える。	理想的な状況を目指して国家も未来へ向かって来たのではないかと、時代は、別の問題を生んで来ました。医療が進み長寿社会になって行くというのは人口の形が逆三角形になって行くことになるわけですから。長寿社会の介護を続けなければ続けるほど、新しい命が生まれにくくなって行く。働く世代が減って行き、社会保障制度そのものが存在出来ないものになって行きかねないというジレンマに陥っています。そこに新しいアイデア、新しい考えこそ政治のやるべきことだと思います。	日本の国民皆保険制度も一つの曲がり角に来ているのではないかと。保険料を払えない人もいるが、保険料を払わない若者も増えている。医療の自己負担率が高まると、毎月保険料を払うよりも、病気になる時に全額自己負担で医療費を支払った方が得であると考えられる人が増えているのではないかと。	国民健康保険料の金額が高いか低いかは相対的なものであり、簡単に判断出来るものではありません。基本的に経済が社会に与える効果は絶大であり、国内の景気と経済がある程度快復すれば通貨が流通し国民健康保険料も比較的容易に払える状況になります。政治の仕事は医療、福祉を整備すると同時に、これらの整備の財源となる景気と経済対策をやることです。	国保料は非常に大事な財源であり、納付が望ましいが、払いたくても払えないという実情もある。現行の制度の元ではいつまでもこの矛盾点は解決しないと思う。	

		盛岡選挙区					釜石選挙区	
立候補者	氏名	軽石 義則氏	高橋 但馬氏	福井 誠司氏	村里 洋子氏	吉田 敬子氏	小野 共氏	金崎 悟朗氏
	党派	民主党公認・新	民主党公認・新	無所属・新	自民党公認・新	地域政党いわて公認・新	民主党公認・新	民主党推薦・新
④こどもの医療費助成制度を現物給付とすることについて	限られた財政の中で選択と集中をせざるを得ない現状にあると考えます。その対応については県が一律に扱うことより、市町村の裁量により判断できることが望ましいと考えております。ただし、子供が必要とする医療を受診することは最低限公平に保障されるべきであると考えております。	医療費助成制度の償還払いから現物給付への移行は、窓口負担の軽減による医療提供体制の改善などのメリットも考慮して検討すべき。	当制度の本来の趣旨にのっとるのであれば、現物給付とすべきであると考えます。そのため、償還払いを前提としたシステムの改編をし、国のペナルティ制度は中止すべきと考える。	医療費助成制度は岩手でも当然早急に現物支給にすべきです。子どもの命は何よりも優先です。意味合いは違いますが、子ども手当という制度は民主党が選挙に勝ちたい一心で考え出したことで、私はそのような制度自体、長続きがするとは思っていません。まず第一に、貧富の差無しに平等に支払いというのは社会保障制度から言って、不平等です。	岩手県でも平成7年まで現物給付だった。現在、国の減額措置があるが、それでも現物給付がいいという市町村が増えれば、県としてもその方向で考えるべきではないか。	国内における経済力の低迷は、高い未婚率と少子化の主な原因です。人口は国力を測る大きな基準であり、現物給付は少子化対策の有効な手段であると認識します。	それぞれの自治体によって対象年齢や金額も違うが、全国的に現物給付制度も並行して導入している自治体が多いようだ。岩手でも早期の制度改正を望む。	
⑤介護従事者や介護施設を充実させることについて	介護事業者が適正な事業運営ができるように、介護報酬を含めた制度の確立が必要であると考えます。そのことにより、介護従事者の処遇改善が図られ、人材確保にもつながるものと考えております。あわせて、そのことによる財政負担のあり方などについては、利用者のみならず社会全体で合意形成を図らなければならないと考えております。	家族介護を行う方々の負担を軽減するため、介護従事者の賃金の引上げ、高齢者の生活実態、要介護者のニーズをより適切に反映するように要介護認定基準を見直す。また、療養病床再編計画を見直し、必要な病床数を確保すべき。	自宅介護をするために仕事を辞めざるを得ない状況はつくべきではないと考える。そのため、介護制度の改善やそれに伴う介護施設の拡充や介護従事者の確保のあり方についても議論し、現場に即した制度設計をするべきだと考える。	長寿社会は、健康でこそ本当の幸せというものです。私はそこを訴えていきたいと思っています。できるだけ自立した尊厳ある人間として生きて死ぬことを目指すべきと考えます。実は誰でもが自分のことになったらそのように望んでいます。要介護にはなりたくないのです。しかしこれも現実の中では思うようには行きません。現実の介護者へのサポートへの新たなアイデアを募り、みんながサポートし合う福祉の形を考えていきたいと思っています。	遠野方式がモデルになる。遠野病院では、遠野市や社会福祉協議会の職員とともに、医療・保健・福祉・介護が一体となった遠野方式と呼ばれる在宅ケアシステムを展開している。在宅の寝たきり患者で医療サービスが必要な場合には、病院側から医療を出前し、病院にいるときと同じような環境を提供している。高齢化率の高い遠野市では、同病院院長の発案により、昭和60年にこのシステムがスタートしたが、これからは何処でも必要になるのではないかと。	これからの我が国の発展は、国民がこころの豊かさを実感出来る社会の実現、にあります。当然、介護施設、特養施設の新設、増設は政治が介入していくべき仕事になります。	団塊世代が高齢化することなどにより、今後10年で40万人から60万人の介護職員の確保が必要とされている。そのための人材確保が課題であるが、労働条件の緩和、賃金水準の向上が急務だと思う。	
⑥ワクチン接種の促進について	予防効果による健康増進は直接医療費を抑制することにつながることは言うまでもありません。ワクチン接種については危機管理の観点から地域ごとよりも国全体として判断すべきものであると考えております。	全額助成によるワクチン接種の推進は、将来における医療費抑制効果をはじめ、現在の財政事業、その他の医療施策との優先順位など、長期的、総合的な観点から検討すべき。	予防接種の効果が高いワクチン接種は重要であると考えます。しかし様々な病気に対してワクチン接種の優先順位を考慮して法定接種として取り組んでいくことが大切であると考えます。	乳幼児や子ども達、未来の命に対しては絶対に無料接種にすべきです。乳幼児や子ども達、未来の命に対して、最重要選択です。	子宮頸がんに対するワクチンの有効性については、まだ十分に理解されていない。有効性が十分に理解されれば、費用面での配慮(無償化や財政的支援など)が真剣に議論されるのではないかと。	この先我が国の医療費の増加は現在の国の人口構成から言って当然です。医療費抑制と国民のより豊かな生活のため、国は疾病になった後の治療よりむしろ予防医療に資金を使うべきです。	当然、公費助成をして県民の間に広めることが望ましい。目標は予防接種の完全無償化であるが、財源の確保等、現実的な問題も当然あるので、徐々にでも改善されるべきである。	
⑦県立病院の無床化・診療所化、公立病院の統廃合による地域医療の影響について	医療を提供するところが身近に無くなることだけを見ると影響はあったと思われ。しかし、医師不足という現実の中で、限られた医療資源を有効に持続していくためには止むを得ない判断のひとつであったと考えます。今後は、地域住民が必要な医療を安定的に提供できる体制が実感できるように誠実に対応することにより、影響を極力なくしていく努力が必要であると考えております。	県立病院の無床化、診療所化、公立病院の統廃合が地域医療に与える影響については、慎重に見極めることが必要。地域における医療の質の低下を招かないように留意すべき。	地方自治の最大使命は医療・福祉サービスの充実であると考えます。地域事情に応じた仕組みや制度をつくり地域住民の命を守る体制を維持することが重要だと思う。	最悪の感想です。もともと健康を目指す文化的な国家であるならば、一番許されぬことです。	県の財政状況、県立病院の医師不足を考えれば、ある程度の集約化は避けられないが、単なる撤退に留まらなければいけない。県立病院と市町村との連携を強化し、限られた人的資源を活かすよう市町村保健福祉施設との融合を図る。また、医師の招へいを目的とした戦略的組織体制を構築することが必要である。さらに、医療局体制の在り方を抜本的に見直し、保健福祉部に地域医療部門を集中する機構改革を行う必要がある。	病院無床化、統廃合によって県民が今までに比べ不便を感じているのは事実です。しかし統廃合しなければ医師の負担だけが増えていくのも事実であると認識しました。無床化と統廃合は、十分な医師数を確保するまでの経過措置であり、医師を含む県民全員が皆で協力してこの状況を乗り切る合理的な手段であったと認識します。	地元住民の不安・不満は理解できる。しかし、長年先送りにしてきた課題に踏み込んだ点については敬意を表したい。医療従事者も過酷な労働条件で働いていたと聞いている。一関市花泉町の例もあるように民間団体が参入できる様にさらなる制度の改正が必要である。	
⑧県政の場において特に力を入れたいと思うこと	高齢者や障がいを持つ人も格差を感じない「お互いをささえあう」地域社会づくりと、誰もが安心して暮らすための医療の充実に努めます。	・公民連携による社会資本の整備 ・岩手独自の魅力による観光立県の推進 ・同世代が子育てしやすい環境づくり ・一出生・育児支援	・住民が安心できる地域医療体制の整備 ・医師確保のための魅力的な研修制度、就業環境の整備 ・予防医学の展開の充実	乳幼児や子ども達、未来の命に対して、最重要選択です。これに尽きます。	・選挙休暇制度の普及をはかり、若者が県政に挑戦できる環境の整備を進める。 ・男女が仕事も家庭も大事にしながら働き続けることができる気運の醸成を目的にし、「仕事と生活の調和(ワークライフ・バランス)推進条例」を議員発議で制定する。 ・NPO、住民団体、ボランティア団体など、地域づくりを担う県民の自発的な活動に対して、県民税納税者が支援したい団体を選び、県民税額の1%相当額を支援できる仕組みを創設する。		大槌、釜石だけでなく、岩手県内は高齢化が進んでいる。高齢者が安心して暮らせる町をつくりたい。そのためには福祉施設のさらなる充実が必要で、結果、さらなる雇用の場の確保にもつながると考える。	

第33回岩手県保険医協会総会記念講演要旨

今後の民主党の医療政策と展望

地域医療のあるべき姿を念頭に置きつつ

※5月30日に行われた講演会なので、鳩山内閣の時のものです。



日野 秀逸 先生

プロフィール

1945年、宮城県生まれ。1970年、東北大学医学部卒業。医師、医学博士(大阪大学)。大阪大学医学部助手、国立公衆衛生院衛生行政学部長、都立大学教授を経て、1977年～2009年、東北大学大学院経済学研究科教授(福祉経済論)。東北大学名誉教授。現在、日本生協連医療部会副運営委員長、国民医療研究所所長、労働運動総合研究所常任理事、(財)日本医療労働会館副理事長。

日野でございます。今日は一通りテーマに沿ってお話ししますが、その中でとりわけ強まってきているのが社会保障全体の財源に関する議論で、どの政策をとっても財源の見直し、裏付けがあるかどうかというところで。結局は今の国の財政状況ではないかというところで切り捨てられま

的に困難であるという性質を持っており、支払能力と関係なく必要とされます。医療は社会が共同で満たしていくというのがこれまで認識されてきたことで、医療は社会的義務です。そのことを医療の出発点として考えることが大事です。

経済学の分野でも竹中平蔵さんたちのような、いわゆる市場原理主義者は国際経済学会で極めて少数派です。日本では国際的に異様なポジションにある竹中さんが重視されて異様な経済政策を5年間かけてやってきました。その打撃はとて大きいのです。

自己責任論がいかに成り立たないか。最初に資本主義を歩みだしたイギリスが1840年前後、市場万能論では資本主義そのものが絶対成り立たないことを証明したので

1830年頃に産業革命が終わり、10年経ってデータを取ったところ、労働者の平均余命が20歳以下という現実がありました。資本主義が成り立つ最大の条件は労働力という商品があるということです。労働力という特殊な商品を使って、それに対して払ったお金

にプラスアルファを作り出してくれるのが労働力という仕事です。プラスアルファを積み上げていくのが資本主義です。労働力があるというところがポイントです。ところがじりじりと減って、次の世代を産み出す余裕がなくなってきました。

個別の資本家は自分たちが潤えば良く、平均労働時間は16時間でした。1847年の法改正で12歳未満の子どもを8時間以上働かせてはいけないという縛りができました。いわゆるルールある経済社会が、資本主義が危なくなっている状況をみて作られました。世界最初の公衆衛生法もこの年にイギリスで作られます。

医療も年金も介護も社会保険 その特徴

- ① 勤労国民の相互扶助を目的(労働者の保険料負担)
- ② 従業員の福祉をはかる(企業主負担)
- ③ 国が責任をもって運営(公費も投入する)
- ④ 法律で加入義務づけ(強制加入)
- ⑤ 所得に応じて保険料を負担し、必要に応じて給付を受ける、という特色をもっている(社会保険の手引き、社会保険庁より)

2 構造改革の恩恵はどこに集中したか

最近10年間の各部門の所得と税収の変化

	95年度	00年度	05年度
大企業の経常利益	100.0	139.5	211.7
大企業の1人当り役員報酬	100.0	108.4	196.2
中小企業の1人当り役員報酬	100.0	95.6	85.9
企業の従業員1人当り給与	100.0	96.5	90.7
企業の株式配当	100.0	117.1	303.8
法人3税の税収	100.0	88.7	92.7
所得税・住民税の税収	100.0	94.8	83.3
消費税込(地方消費税を含む)	100.0	170.6	178.3

企業関係データは財務省「法人企業統計」、税収は政府の決算・予算より

多かった、それなのに実質0.03%の引き上げなのかという失望感に変わっているという質問でした。民主党の医療政策について一番分かりやすい姿というのは診療報酬です。

事業仕分けにみられる医療政策

去年の11月の

近く下がる。株の配当は3倍になる。なぜ2005年かという小泉さんの絶頂期で郵政選挙の年です。この流れは変わっていません。雇用の3分の1が非正規雇用になり、青年層では4割以上が非正規雇用、年収200万円以下のワーキングプアが1000万人を超え、構造改革が始まる頃には60万台だった生活保護受給者が170万を超えるようになりました。富の集中と貧困の拡大と格差がもたらされました。

民主党の医療政策

3月4日の参議院の予算委員会、宮城県選出の医師でもある桜井充議員が菅直人財務大臣への質疑で、今年の4月の診療報酬についてどう考えているのかと質問をしました。今回の医療費の引き上げは十分とは言えない、という答弁を引き出し、民主党政権に期待している医療関係者は

型肝炎の患者の訴訟などで接点のある人達もいます。その代表格の長妻さんはなんと診療報酬を3%上げると言いました。日本医師会、保団連、全日本民医連、根拠は違うが数字の上では皆さん10%をあげられていきます。ここで登場するのが水戸黄門ならぬ小沢幹事長です。小沢裁定をくだし、上げ幅は明記しないが上げる。ここで決着がつくのです。ここに民主党の医療政策の分かれやすい姿が出ていると思います。

基本政策

1998年に今の民主党が結党され、当時決めた基本政策が未だに掲げられています。自己責任と自由意思を前提とした市場原理を貫徹することにより、経済構造改革を行うというのが基本です。2004年のマニフェストは市場原理主義に立っています。

2001年の医療政策は、医療制度の矛盾と無駄を見直し、医療保険の効率化・公平化を進める。現在の老人保健制度は薬漬け・検査漬けに加えて、社会的入院の温床となっている。そのため、現行の老人保健制度を廃止し高齢者独自の保険を作るとしています。問題は患者さんたちが無駄な受診をすること、医療者側が無駄な診察をする。乱診乱療です。その点まで自民党と違って、

もあれ政党が目指すのは票である。票と議席と政権。昨年、日本経済新聞の政治記者が「小沢さんが入るまでの民主党はまるで学生サークルみたいなものだった。政策について議論はするが、政権を取るために必要な選挙戦術や議会対策のノウハウがなかった。それを持ち込んだのは選挙の神様小沢さんである」と書いています。

小沢さんは、票を取るためには自民党と全く違う政策を掲げないといけないということとで、2007年の衆議院選挙の時、年金、子供手当、農家の所得補償の3つの約束、そして医師の増員、公立高校の授業料を無料にするなどい

るんなことを約束し、それまでの構造改革推進派であった民主党の政策を180度転換しました。イラクへの出兵についても否定的でした。これで大量の票を集めて勝ちました。前の連合の高木会長と日本中を歩き、連合という労働組合を小沢さんをパイにして民主党にならざるを得ない。小沢さんは保守派ですから、労働組合と組むことは深刻な矛盾を抱えます。しかしその政策が、本当にやる気のある政策だったかというところが、

しかし自民党は、2003年に小沢さんが党に合流してガラッと変わります。小沢さんの特徴は選挙市場主義というところにあります。何と

と大連立を組みましようと思っただけの成績があります。

2009年衆議院選挙

そういうやり方をより拡大したのが去年の衆議院選挙です。民主党は2つの全く違う支持層が一緒になっていました。1つは、従来からの小泉構造改革を民主党ならもっとスマートにやってくれるという支持層。もう1つは、福祉的な政策も考えているからという福祉国家的側面を支持している。

民主党の執行部も3つにわかれています。1つは今の政府を作っている人達です。自民党出身で大富豪の鳩山由紀夫氏。菅直人氏は学生の時からの筋金入りの共産党とは絶対手を組まない反共市民運動の出身で、構造改革論者です。岡田氏はイオングループの御曹司、構造改革推進派です。前原氏は京都の府会議員、松下政経塾出身で構造改革推進派です。もう1つのグループである小沢さんは基本的に保守派で、保守政党として民主党を強大にしたい。そのため

に要求は全て幹事長に一本化する。党は小沢さん、政府は構造改革グループ。ただ、福祉国家的なところをかって投票した大勢の人がいます。医療関係者はそうだと思います。そのための看板が長妻さんです。この人たちは金もないし足もない。小沢さんは連合という足があり従来の地域の業者団体がありません。その要求を吸い上げる窓口は小沢さんだけです。

今後の対応

民主党の医療政策をどうみるか。これからどう考えたらいいかという点では、民主党を支持している基盤の中で、構造改革派ではない人達を大事にしなければいけないと思います。医療費を下げるといった人達については批判をし、小沢さんについてはやめたことに基づいて褒めるところは褒め、批判するところは批判する。長妻さんたちについてはは激励をしなければいけない。最近構造改革グループへの引きずられ方が激しいです。友情ある批判をしなければいけないと思います。引きずられている大きな理由は財源問題にあり、長妻さんも関係になると責任が伴い、金の問題がポイントとなります。赤字国債亡国論というわけでもない陰に怯えているわけです。900兆の赤字があつて、孫子の代まで負担を受ける。じいさんだけ良ければいいのかわどという脅しに使っています。

国家財政のからくり

赤字を1番増やしたのは小泉さんの時で、5年間で約170兆赤字国債を出しました。構造改革をやつて税収が入らなくなったのに、気前よく赤字国債を出したのです。国際的な比較は純債務でやるのです。純債務とは、粗債務から国が持っている金融資産を引いて本当の債務を出し、それをGDPで割った数字が国際的な比較です。これは50%前後でヨーロッパの国とほとんど同じです。特段に日本の国家財政が悪いということはありません。

国民経済計算というのがあります。それを見ると確かに負債が991兆あります。しかし、黒字もあるのです。トータルすると1025兆円の政府の資産があります。これは内閣府の発表です。負債と資産とバランスを取ると34兆の黒字です。マスコミの方にぜひお願いしたい。本当のことを伝えてほしい。日本の国

家財政は黒字です。国家財政が赤字ではない国はノルウェーやスイスで、事情が違うのは日本、次にドイツです。経常で黒字、財政で赤字10%前後はたいしたことではないのです。世界最大の投資ファンドであるピムコの最高経営責任者は朝日新聞の論説主幹のインタビューに「日本は数字の上ではまだまだ財政赤字を支える能力がある。国際収支は黒字・貯蓄は分厚い、1440兆。政府は国内から資金調達ができる。日本の市場・日本の伝統・日本の文化は、国内から国外への資本逃避を起ささない」と答えています。よく、大企業に法人税をかける

と国外に出ると、そんなことではないとプロが見ています。こんな居心地のいい国から出ていくはずはありません。最低賃金制はないし、雇用はルーズ、他の国に行ったらきつちりやられます。

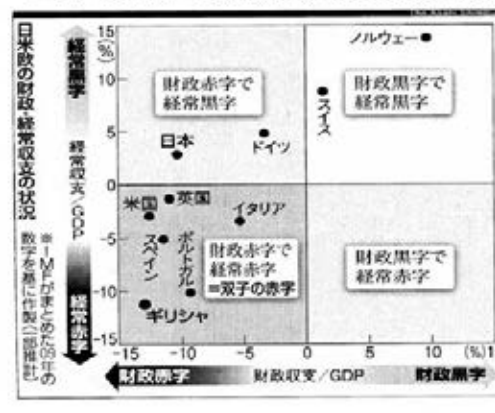
5 国家財政に関するからくり

図1 政府のバランスシート (2006年末、兆円)

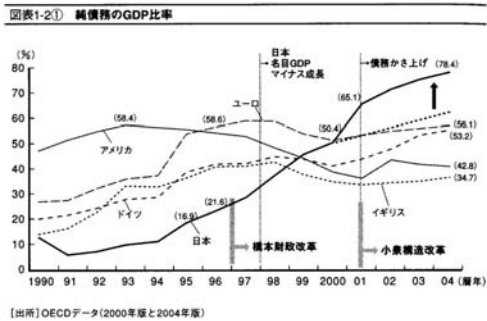
資産		負債・資本	
現金 117	中央政府 246	借入 202	中央政府 770
貸出 68	地方自治体 61	負債 991	地方自治体 183
証券 122	金融資産 541	証券 715	国債 336
株式等 101	社会保険基金 234	出資 26	地方債 183
その他 135	固定資産 350	その他 48	正味資産 34
	土地 134		
	中央政府 36		
	地方自治体 97		

(資料) 内閣府

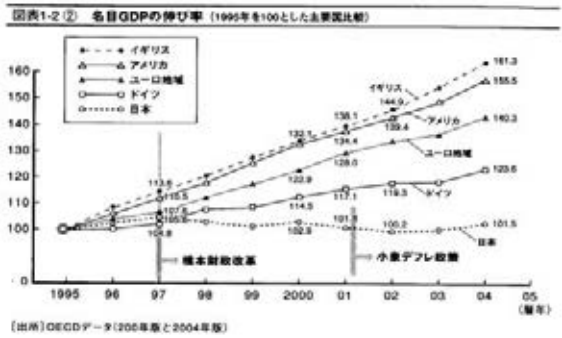
日本はまとも(朝日新聞20100514)



国際比較は純債務/GDPで



小泉デフレ政策が数値を悪化



小泉デフレ政策が数値を悪化
純債務のGDP比率はGDPを分母にして計算するものです。橋本時代からデフレ政策をとって、GDPがマナスになったり横ばいですが、GDPの分母を小さくすれば数字が大きくなるのは当然で、財政赤字の数字を良くしようとするのであればアメリカやヨーロッパのようにきちんとした財政政策をし、3%など成長していれば、数字自体も大きくなりません。

名目GDPの伸び率は、分子の方を大きくする操作をしたということ。分母がGDPで分子が純債務です。ですから、この数字を下げようとするのであれば、分母を大きくすればよく、分子を小さくすればいいわけです。この分子を小さくしたことを今からお示します。

2000年来の財務省の細工
2000年の小泉政権にならぬの1月、最新のデータで日本は約30兆の財政赤字だと発表しました。小泉政権になって、大蔵省が財務省になり竹中氏がのりこみ、同じ年の10月には、日本は776兆の赤字であると発表しました。なぜ1月と10月でこんなに違うのか。それは、郵便貯金と簡易保険の保証債務、公的年金の債務、公務員の給与・退職金の部分を全部赤字に入れたからです。正確にいいますと、確かに郵貯や簡易保険は皆さんが貯金しますから、それを引き出すときに返さなければいけないので、その分を準備しなければいけません。だが貯金は資産としてあります。それを資産の方に入れないのです。公務員の給与、年金の積立も赤字に入りました。あまりにもひどいので、国際機関OECDから、公務員の賃金等を赤字に入れるのはやめなさいと指導を受けました。

誰が日本の国債を買っているか
国債の問題ですが、誰が買っているか。国と日銀で7割程度持っています。企業関係が23%。外国の投資ファンドや企業が持っているのは5%以下です。要するに、高額所得者ではない人たちが郵便貯金や簡易保険、年金、保険で積み上げたお金を、国が勝手に使っているというわけです。実際に私たちが国債を買っているという点になります。だから安全です。アメリカはどうかというとならば、25%を外国の人々が持っています。そうなるかと怖いわけです。前のクリントン時代のゴア副大統領が、日本は何も心配ないのではないかと、何を何も何も言っています。

最後に
最後に1つだけ、あまりにもひどいという例をご紹介します。株で儲けたお金に対する税です。法律では26%税金がかかります。小泉政権の2003年に10%にまけています。まけてやった金額は4000億くらいになります。それを2003年から5年間やり、麻生さんがさらに5年延長し、8年間やりました。4000億まけてあげたとして、8年間で3兆にがしがまけた金額です。その金を医療や福祉に使ったならば、いわゆる自然増で2200億あるために、生活保護の母子加算をカットするとか、高齢者加算をカットするとか、そんなことをしないで済むのです。

地域医療の話に直接つながらない部分もあると思いますが、こういうお金の流れをきちんとおさえて要求するのは日本はいつかひっくり返るかもしれないと及ぶ腰で方針を作るのではだいたい違うと思います。日本ほど健全な財政構造を持っている国は稀であるところから出してもらうというのが言いたいことであります。

医療新点数改定に関するアンケート結果

アンケートにご協力頂きまことにありがとうございました。今回は、入院患者の他院受診についてのみ掲載させていただきます。

調査期間：2010年5月18日～31日
対象：医科FAX登録会員417名
回答数：35通

①入院患者が来院し受診したが、投薬・注射ができなかった延べ件数

0件	12
1件	1
2件	3
7件	1
無回答	18
計	35

②支障を来している、具体的な事例を教えてください。

- 緑内障で通院中の患者様が他の病院に入院しました。点眼薬が欲しいと家族からの申し出があり、その時は入院先の病院から処方してもらおう話しましたが、その病院には眼科がないですし、同じ薬を処方してもらえないかも心配。入院先の情報をレセプト記載する必要があるので、事務処理が煩雑になりました。
- 入院中の病院で、患者の他院処方すべて把握するもの現実的に殆ど不可能。例え真似処方(専門外)を出したとして、その説明責任を果たすことも含めて、現実問題としては危険な行為である。
- 入院中でも外出時に受診する患者もいる。受診先で入院の確認が確実にできないのに、該当した場合は受診先の医療機関が減額されるという考えはおかしい。
- 入院中医療機関で投薬してもらえないので欲しいと言われたケースが、以前ありました。今回の改定後は、まだありません。
- 入院中の患者さんの対診や診察をする事が多いのですが、事務処理上の手続きや、処方の方針について、相手先の病院が制度そのものを理解していないため、説明するのが大変です。制度そのものも変えて欲しいですが、現制度の運用上の周知が必要です。
- 現在の医療は専門化が進み、患者も専門科志向が強まっている現状から外来受診の制限などは、時代にあっていないと思う。制度の改革を求める。内科疾患で入院中の患者が、眼科受診の制限があるのはおかしい。
- 精神科に入院中の方が外泊中に来院され、「もう退院したから薬が欲しい」と来院。確認と思い入院先の病院に電話で確認したところ、まだ入院中とのことだった。たまたま地元の方だったので、入院しているという情報が入っていたので良かったが…。
- 薬価が高額なため、入院先の薬剤・薬局では、取扱っていない。(購入していない)

診療報酬関連ニュース

他院受診時の投薬制限 改正通知出される 出来高入院料患者の投薬可能に！

厚生労働省は6月4日、出来高算定病床に入院している患者が他院の外来を受診した際の投薬を認めるとする通知を地方厚生局などに出しました。保団連や各協会、他団体の取り組みの成果です。

しかし、療養病棟などに入院する患者が外来を受診した際の投薬制限や、入院患者が他の医療機関を受診した日の入院基本料の減算(3割、7割カット)は依然残されたままであり、この不合理な点数を是正するため、今後も運動を継続していく方向です。

なお、同日に厚生労働省より出された疑義解釈は次の通りです。レセプト記載の方法などが掲載されています。

＜6月4日厚生労働省保険局医療課 疑義解釈4＞

問1 出来高入院料を算定する病床に入院中の患者について、入院医療機関において行うことができない専門的な診療が必要となり、他医療機関を受診した際に、投薬を行った場合には、その費用はどのように取り扱うのか。

答1 他医療機関において、専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用(調剤料、薬剤料、処方料又は処方せん料等)を算定できる。

問2 入院中の患者が他医療機関を受診する場合、入院医療機関、他医療機関、薬局間での処方内容等の情報共有は、どのように行うのか。

答2 他医療機関において院内処方を行う場合には、他医療機関が入院医療機関に対して処方内容を情報提供する。
また、他医療機関が処方せんを交付する場合には、処方せんの備考欄に、①入院中の患者である旨 ②入院医療機関の名称 ③出来高入院料を算定している患者であるか否かについて記載して交付することとし、当該処方せんに基づき調剤を行った薬局は、調剤内容について入院医療機関に情報提供する。

問3 入院中の患者が他医療機関を受診した場合に、入院医療機関や他医療機関の診療報酬明細書には、摘要欄に「診療科」を記載することとされているが、どの医療機関の診療科を記載するのか。

答3 入院医療機関の診療報酬明細書には、他医療機関において受診した診療科を記載し、他医療機関の診療報酬明細書には入院医療機関の入院中の診療科を記載する。

※出来高入院料を算定する病床とは、DPC以外の病床であって、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を除く入院基本料を算定する病床を言う。

上記のニュースは、FAX登録している医科会員に6月7日にFAX送信したものです。

理事会だより 5月

【日時】
2010年5月18日(火)
19:30～21:20

【場所】
フコク生命ビル会議室

【出席者】
役員、事務局併せて19名

1、2010年度第1回常任理事会議事要録が承認された

2、2010年度4月期活動報告並びに2010年5月6月期活動計画について承認された

3、2009年度予算案と2010年度予算案が承認された

4、定期総会の議案書、アピール等が承認された

5、戦争と医の倫理の検証を進める会への賛同が承認された

6、共済制度運営委員に坂副会長を再任することが承認された

7、代議員会発言について承認された