

# 活

— 第11号 —

茨城県労災保険指定医協会

「活」編集委員会

発行責任者 石島 弘之

〒310-0852 水戸市笠原町489

TEL 029-243-5701 FAX 029-243-6530

E-mail: i-roukyo@mito.ne.jp

## 子ども手当は必要なのか

常任理事 市原健一

政権がかわって、数ヶ月が経ちました。新しい政権になり、政治や様々な制度が変わり、また変わろうとしています。知り合いの国の職員に話を聞いてみると、政策や事業の進捗はほとんど分からず、また、知られていないとのことでした。

政策も大きく変わり、「コンクリートから人へ」との考え方が示されました。つまり、ハードな公共事業中心から社会保障の充実へということだと思えます。

しかし、現在、日本をはじめ、世界的に不況が続いています。失業者の増加、企業の業績不振等によって、国や地方は深刻な財政不安に陥っています。そのことにより、予算編成は困難をきわめ、公共事業の削減はもとより、あやゆる事業の見直しや削減が実施されています。しかし、新政権においてはマニフェストの実現に向け、様々な取り組みが行われています。

その一つが「子ども手当」です。当初、中学校修了まで1人2万6千円を支給するとしていましたが、平成22年度はまず、1万3千円を支給と変更されました。これにかかる費用は約1.5兆円です。確かに、少子化の時代、子どもを安心して産み、育てる環境は必要です。ヨーロッパ等の先進国では、子育て家庭に対し手厚い制度のある国もあります。しかし、日本においては、保育料や学校給食費等の滞納額は年々増加

しております。また、乳幼児の医療助成も各市町村県が独自で補助、減免制度を実施しているのが現状です。子育て家庭に現金を支給すれば、親は喜ぶでしょう。しかし、支給されたことによって、保育料や給食費の滞納がどれだけ減少するのでしょうか。本当に子どもを産み、育てやすい環境をよくすることができるのでしょうか。

昨年、前政権下で、景気対策として定額給付金が支給されました。賛否両論、様々な意見がありました。今回の「子ども手当」も少子化対策とはいうものの、この定額給付金のような気がしてなりません。昨年の定額給付金は1回限りでありましたが、「子ども手当」は来年度より毎年支給されます。その分だけ財政負担は非常に大きなものとなります。国においては、あまりにマニフェストにこだわりすぎるあまり、大きな悔いを残さなければと心配しております。

本当に必要な子育て環境とは何か。もっと議論をし、考えてみる必要があるのではないのでしょうか。



# 平成22年度診療報酬改定項目のポイント

中村整形外科医院 中村 尚

2月12日に中央社会保険医療協議会から「平成22年度診療報酬改定」について答申があり、4月1日から実施予定となった。その内容は、厚労省発表で0.19%のアップであったが、「後発品のある先発品の追加引き下げ」を考慮すると、実質0.03%（100億円）程度のアップにとどまり、救急及び入院医療に財源を振り向けるため、通常の外来医療に関しては減点となった。改定となった項目のうち労災診療に関係すると思われるものについて、そのポイントをまとめた。カッコ内は旧点数である。

## 1. 再診料 69点

（診療所71点、200床未満の病院60点）

\*200床以上の外来診療料は不変で70点

\*外来管理加算52点は変わらず。

ただし5分間ルールの廃止、無診察投薬では算定不可、カルテへの記載内容は変わらず。

## 2. 地域医療貢献加算 3点（新設）

休日夜間の問い合わせや受診に対応可能な体制を確保している場合に再診料に加算する。個別対応又はグループでの対応も可能。現時点では365日24時間の対応が求められているが、転送電話、携帯電話での対応も可能である。

施設基準の届け出が必要である。診療所のみの加算。

## 3. 明細書発行等体制加算 1点（新設）

病院は4月1日より、レセコン対応の診療所は7月1日より原則明細書の無料発行が義務化された。明細書発行の旨を院内に掲示する必要がある。明細書を希望しない場合にのみ発行しなくてよい。内容はレセプトとほぼ同じ。

\*電子化加算（初診時に加算3点）は廃止。

## 4. デジタルエックス線撮影料の新設

|         | アナログ撮影     | デジタル撮影   |
|---------|------------|----------|
| 単純撮影    | 60点（65点）   | 68点（新設）  |
| 特殊撮影    | 260点（264点） | 270点（新設） |
| 造影剤使用撮影 | 144点（148点） | 154点（新設） |

\*デジタル映像化処理加算 15点は廃止。

## 5. コンピューター断層撮影診断料

### （1）CT撮影

|                              |            |
|------------------------------|------------|
| イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合     | 900点（新設）   |
| ロ 2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 | 820点（850点） |
| ハ イ、ロ以外                      | 600点（660点） |

### （2）磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| イ 1.5テスラ以上の機器による場合 | 1330点（1300点） |
|--------------------|--------------|

ロ イ以外の場合 1000点 (1080点)

\*当該月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の  
100分の80に相当する点数によって算定する。(650点)

## 6. 処置

消炎鎮痛処置、牽引等に残り、点数も不変。

\*腰部固定帯加算は、腰部、胸部又は頸部固定帯加算 (170点) に変更となり、  
頸部が新たに認められた。

## 7. リハビリテーション

運動器リハビリテーション料

(1) 運動器リハビリテーション料 (I) 175点 (入院、新設)

専従のPT又はOTが合わせて4名以上勤務していること。

入院患者に行った場合にのみ 算定できる。

(2) 運動器リハビリテーション料 (II) 165点 (170点)

以前の運動器リハIの施設。但し、みなしPTが行った場合は

運動器リハ料IIIの点数 (80点) で算定。

(3) 運動器リハビリテーション料 (III) 80点 (新設、80点)

PTまたはOTが1人の施設。PT、OTが行っても80点。

脳血管疾患リハビリテーション料

(1) 脳血管疾患リハビリテーション料 (I) 245点 (235点)

(2) 脳血管疾患リハビリテーション料 (II) 200点 (190点)

(3) 脳血管疾患リハビリテーション料 (III) 100点 (100点)

\*早期リハ料 45点 (30点)、1単位につき起算日から30日間算定可。

脳血管疾患リハを廃用症候群の場合に行ったときは旧点数。

## 8. 有床診療所入院基本料

|          | 14日以内 | 15～30日 | 31日以上 |
|----------|-------|--------|-------|
| 看護職員7人以上 | 760点  | 590点   | 500点  |
| 看護職員4～6人 | 680点  | 510点   | 460点  |
| 看護職員1～3人 | 500点  | 370点   | 340点  |

医師配置加算88点/1日 (新設)

## 9. 手術

1800項目の内、半数が引き上げとなり、難易度が高いものに引き上げ幅が厚かった。

(1) 腱縫合術、アキレス腱断裂手術 8710点 (6700点)

(2) 骨折経皮的鋼線刺入術 (肩甲骨、上腕、大腿) 5430点 (4400点)

(3) 骨折観血的手術

①肩甲骨、上腕、大腿 14470点 (12800点)

②前腕、下腿、手舟状骨 11390点 (8760点)

③鎖骨、膝蓋骨、手 (手舟状骨を除く)、足、指 (手、足) その他 7290点 (5610点)

(4) 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術

①頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿 6050点 (4650点)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| (5) 骨切り術                       |                 |
| ①肩甲骨、上腕、大腿                     | 21700点 (17800点) |
| ②前腕、下腿                         | 15860点 (12200点) |
| (6) 偽関節手術                      |                 |
| ①肩甲骨、上腕、大腿                     | 21700点 (16900点) |
| ②前腕、下腿、手舟状骨                    | 20020点 (15400点) |
| ③鎖骨、膝蓋骨、手(手舟状骨を除く)、足、指(手、足)その他 | 11150点 (8580点)  |
| (7) 変形治癒骨折矯正手術                 |                 |
| ①肩甲骨、上腕、大腿                     | 24050点 (18500点) |
| ②前腕、下腿、手舟状骨                    | 21190点 (16300点) |
| ③鎖骨、膝蓋骨、手(手舟状骨を除く)、足、指(手、足)その他 | 12130点 (9330点)  |
| (8) 骨移植術                       |                 |
| ①自家骨移植                         | 10790点 (8300点)  |
| ②同種骨移植(生体)                     | 12870点 (9100点)  |
| ③同種骨移植(非生体)                    | 11830点 (9900点)  |
| (9) 関節脱臼観血的整復術                 |                 |
| ①肩、股、膝                         | 21700点 (18500点) |
| ②胸鎖、肘、手、足                      | 14470点 (12800点) |
| ③肩鎖、指(手、足)                     | 11600点 (8920点)  |
| (10) 関節内骨折観血的手術                |                 |
| ①胸鎖、肘、手、足                      | 13130点 (10100点) |
| ②肩鎖、指(手、足)                     | 7980点 (6140点)   |
| (11) 関節鏡視下靱帯断裂形成手術             |                 |
| ①十字靱帯                          | 31200点 (20800点) |
| ②指(手、足)その他の靱帯                  | 12610点 (11900点) |
| (12) 関節形成術                     |                 |
| ①肩、股、膝                         | 39750点 (26500点) |
| ②胸鎖、肘、手、足                      | 21700点 (17600点) |
| ③肩鎖、指(手、足)                     | 10570点 (8130点)  |
| (13) 肩腱板断裂手術                   | 18700点 (新設)     |
| (14) 関節鏡下肩腱板断裂手術               | 27040点 (新設)     |
| (15) 人工関節置換術                   |                 |
| ①肩、股、膝                         | 28990点 (22300点) |
| ②胸鎖、肘、手、足                      | 21700点 (17500点) |
| ③肩鎖、指(手、足)                     | 10240点 (7880点)  |



(16) 切断四肢再接合術

①四肢 96600点 (64400点)

②指 (手、足) 54600点 (36400点)

(17) 椎弓形成手術 21700点 (19100点)

(18) 椎間板摘出術

①前方摘出術 26780点 (20600点)

②後方摘出術 18090点 (17200点)

③側方摘出術 21700点 (17100点)

④経皮的髓核摘出術 12930点 (10100点)

(19) 内視鏡下椎間板摘出 (切除) 術

①前方摘出術 50400点 (33600点)

②後方摘出術 25800点 (17200点)

(20) 創外固定器加算に骨盤骨折観血的整復術が新規適応となる。

## 新政権に望む！医療環境の向上 定期総会・講演会

茨城県労災保険指定医協会平成21年度定期総会が3月6日(土)、午後5時30分から水戸京成ホテルで開催されました。議題は例年通り平成20年度の事業報告および一般会計、特別会計の決算・監査報告、平成22年度の事業計画および一般会計、特別会計予算案の審議でした。異議もなくすべて原案通り承認されました。

石島会長のあいさつでは、昨年9月の衆議院議員総選挙で当協会が推薦した民主党の大泉議員と福島議員が医療費改定に力を注いでくださったこと、さらに医療環境が向上するよう新政権に働きかけること、日本医師会会長選挙に立候補している原中県医師会会長を応援して欲しいこと、また会員への情報提供のための「活」が少しずつ充実してきていることなどが話されました。

総会に引き続いては、茨城6区選出の民主党衆議院議員大泉ひろこ氏をお迎えして講演会が開催されました。演題はこちらからお願いした「医療崩壊に対する民主党の政策について」。この20年間で崩壊してしまった医療をはじめとして福祉、教育を含めた社会サービスについてのこれからの取り組み、民主党政権の基本スタンス等について力強く話されました。

講演内容の詳細は同封の別刷をご覧ください。



# 幻肢痛

中央ますいクリニック  
院長 松前 孝幸

今回のテーマは麻酔科（ペインクリニック）の領域で労災症例の代表的な疾患の一つである幻肢痛についてです。最近経験した事例を紹介し、治療についての私見を述べたいと思います。

## 症例

60歳男性で7年前通勤中の交通事故で他院にて右下肢挫滅、膝上で切断の処置を受けました。1年間入院、退院してから1年位してから幻肢痛が出現するようになりました。神経ブロックはじめ各種物療、薬剤投与を受けましたが効果は判然としないものが多かったとのこと。しかし、疼痛は次第に軽減して最近では年に数回の激痛発作がある程度とのこと。その時は、来院して右大腿部断端にキセノン照射、ノイロピン、メチコバールの静脈注射や内服で軽快しております。

## 治療法について

この症例は比較的治療効果がありましたが、一般的に幻肢痛はその病態も複雑で、特に下肢切断の原因が事故の場合は心理的、社会的要因も加わり治療に難渋する例が多いことと思います。

私は幻肢痛の治療法の選択は病期も考慮することにしております。急性期（1ヶ月程度）は切断面における神経損傷により炎症がおこる侵害性疼痛、その後の亜急性期（2～6ヶ月程度）に至ると創の状態が安定しても異常発火による神経障害性疼痛

（以前は神経因性疼痛）に移行すると考えられます。その後は疼痛が長期にわたると、いわゆる慢性痛、CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) type IIの状態に至ると考えております。

## 急性期

まず、急性期は疼痛そのものを軽減する

ため、局所にネオビタカインや局麻剤によるトリガーポイント注射、持続硬膜外ブロック、NSAIDsの投与など行います。

## 亜急性期

亜急性期には、損傷部位は末梢神経なので局所の修復、再生の可能性があります。したがって疼痛の軽減とともに神経局所血流の増加も図り、慢性痛への移行を阻止することを治療目的とします。治療法としては急性期と慢性期の両方の内容を適宜用いております。そのうち、硬膜外ブロックや上肢に対しての星状神経節ブロックは交感神経をブロックすることで血流増加を期待でき積極的に施行しております。

## 慢性期

慢性期に至ると、末梢受容器から脳までの経路で神経伝導を変調させ疼痛刺激を軽減することを目的に治療します。交感神経節ブロックをアルコール等の神経破壊薬や高周波熱凝固法により行う場合もあります。さらには、胸腔鏡下交感神経遮断術もありますが、確実な効果が期待出来ないのでこのような侵襲的処置には慎重になるべきだと考えております。この時期に使用する薬剤として抗痙攣薬のテグレトールが代表的なものです。最近では保険適応の問題はありますがガバペンも用いられております。

また抗うつ薬も効果ある例があり、従来の三環系、四環系の薬剤から最近ではSSRIやSNRIのような副作用の比較的小さいものが用いられます。同様に神経の異常発火を抑制するためメキシチールも効果があ

ることがあります。慢性疼痛に漢方薬の投与は効果の予測は難しいのですが試みる方法の一つです。各種物療はあっても一時的効果です。

オピオイドは上手に使用すると有効性が期待できます。以前よりコデインと塩酸モルヒネには慢性痛の適応ありました。さらに2010年1月より経皮吸収型持続性疼痛治療薬であるデュロテップにも慢性痛の適応が追加されました。しかし、これら麻薬性薬剤は吐気や便秘に加え精神症状等の副作用、さらに習慣性や退薬現象の存在、また不正譲渡等、使用に当たっては細心の注意が必要です。

また、脊髄や脳の電気刺激治療の有効な例もありますが施行できる病院は限られております。

いずれにしても、幻肢痛が慢性期に至ると神経線維そのものが変性し、断端はおそらく瘢痕状態になっているものと思われます。ここに至ると薬物治療の効果には限界があります。

## ペインクリニック以外の治療法

神経そのものを回復させるには神経剥離術や神経腫切除術などありますが、成績は必ずしも良くないようです。有効な治療法が無い場合は“心”の問題として、精神科的対応が必要になります。

对症治疗になると、とにかく患者さんと共に根気強く治療を続けるしかないのが現状です。

## 下肢予定切断手術

なお、予定切断手術の場合は先制鎮痛(pre-emptive analgesia)を期待して術前から硬膜外ブロックを施行することもあります。



## 移動理事会

21年度の移動理事会は、10月11日～12日の連休を利用して米沢～新潟方面に出かけました。米沢は、NHKの大河ドラマ「天地人」の影響で、上杉神社周辺は観光客で大賑わいでした。

出発してから帰るまでの2日間、バスの中でも話題は尽きることなく、普段はなかなか聞けない話や、多くの情報交換ができ、大変有意義な移動理事会となりました。

22年度は10月頃に信州方面を予定しております。



**労災診療費指導委員会だより****平成21年12月1日の意見交換会より****1. 労災として疑義のある傷病名を付し、その傷病名に適応した治療を行っているものについて**

- 例)・腰部捻挫の患者に、(初診時から) ヘルニア、脊柱管狭窄症等の傷病名が付いているもの。
- ・膝の打撲患者に、(初診時から) 変形性膝関節症等の傷病名が付いているもの。
  - ・肩関節外傷患者に、(初診時から) 肩関節周囲炎の傷病名が付いているもの。
  - ・骨折患者で、(初診時から) 骨粗鬆症の傷病名が付いているもの。

**(討議結果)**

初診時から労災として疑義のある傷病名が見られた場合は文書照会となるが、労災による傷病を治療中に併発した傷病に関しては、必要と判断されれば認める。

最近、初診時より労災によるものとは考えにくい傷病名(糖尿病、高血圧症、高脂血症等)を付している療養費請求内訳書が散見されます。傷病名に御注意ください。

**2. 外傷患者に対し「逆流性食道炎」の傷病名を付し、プロトンポンプ阻害薬(オメプラール、タケプロン、パリエット等)を投与しているものについて****(討議結果)**

プロトンポンプ阻害薬は最も強力な酸分泌促成作用を有するもので、対象疾患も胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎に限られ、その投与期間も逆流性食道炎の維持療法以外は6週間、8週間に限られています。安易に非ステロイド性消炎鎮痛薬の佐薬として使用することは認められません。特に、労災傷病の初診時から使用すると査定となります。しかし、労災による傷病治療を行っている際、併発した胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎について必要と判断されれば認められる場合があります。

**3. 上肢骨折後抜釘術時の肺血栓塞栓予防管理料算定について****(討議結果)**

肺血栓塞栓予防管理料については各科においてリスクの階層化が示されたガイドラインがあります。上肢の手術は低リスクで危険因子などなければ本来算定できません。上肢骨折後抜釘術時における算定についても手術時間、固定材料、危険因子の有無など総合的に判断し決定いたします。一度ガイドラインをご参照ください。

**4. 手指の創傷処理(筋肉・臓器に達するもの)の取り扱いについて****(討議結果)**

手指には筋肉が無いので、筋肉・臓器に達するものとは伸筋腱及び屈筋腱損傷が問題となる。腱損傷が認められたが処置するほどでないものは、創傷処理(筋肉・臓器に達するもの)で算定可能である。腱縫合が必要な場合は、腱縫合術で算定



平成21年4月23日の意見交換会より

1. ヒアルロン酸製剤の関節内注射について

(討議結果)

ヒアルロン酸製剤の適応疾患は、変形性膝関節症、肩関節周囲炎、関節リウマチにおける関節痛である。労災に関連する病名としては骨折後、打撲後、捻挫後や腱板断裂後の二次性肩関節周囲炎や骨折後、軟骨損傷後の二次性変形性膝関節症等が考えられる。しかし、初診時や受傷早期から肩関節周囲炎、変形性膝関節症、半月板断裂や肩腱板損傷の傷病名でのヒアルロン酸製剤の関節内注射は適応外と思われる。

2. 関節内骨折観血的手術について

(討議結果)

関節内骨折観血的手術は、骨折線が関節内に及んでいれば手術の際に関節切開を行ってなくても算定できる。これは、関節外から関節内の転位を整復操作しているものと解釈するからである。しかし、抜釘時の際は関節切開がなければ関節内異物除去術は算定できず、通常の骨内異物（挿入物）除去術の算定となる。

足関節の両果骨折及び三果骨折手術の算定は、関節内骨折観血的手術（足）×1または骨折観血的手術（下腿）×2のどちらかの算定となる。関節内骨折観血的手術は関節ごとの算定です。

3. 難治性骨折電磁波電気治療法・難治性骨折超音波治療法について

(討議結果)

この治療法の対象は、四肢（肩甲帯、手足を含む）の遷延治癒骨折や偽関節であって、観血的手術又は骨折超音波治療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行った場合に限り算定する。難治性骨折や偽関節と判断する時期は、概ね初期治療後3ヶ月以上経過したものが妥当と思われる。

(参考) 超音波治療法（一連につき）について

対象疾患は、四肢（肩甲帯、手足を含む。）の開放骨折又は粉碎骨折に限定され、観血的手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、手術後3週間以内に開始した場合に算定する。なお、やむをえない理由により3週間を超えて当該骨折超音波治療法を開始した場合にあっては、その理由を詳細に記載することとなっている。また手術日と同日算定は認められない。

4. 肋骨骨折非観血的整復術について

(討議結果)

肋骨骨折に対する治療請求の仕方は2つの場合がある。まず、骨折非観血的手術（1440点）を行いバストバンドなどで固定を行ったときで、材料費も合わせて請求できる。これは労災保険の特例で、一般保険では材料費は請求できない。もう一つは、単に肋骨骨折固定術（500点）を行った場合で、肋骨骨折固定術の2回目以降の絆創膏貼付は、絆創膏固定術（500点）に準じて算定することができる。（中村記）

## 県医師会労災自賠責委員会報告

茨城県医師会理事（社会保険、労災・自賠責担当）  
松崎 信夫

今年度茨城県医師会では、平成21年5月26日と平成22年3月9日の2回にわたり労災・自賠責委員会を開催しました。

第1回の委員会では、今年度事業計画として①三者協議会（県医師会・損保会社・損害料率算定機構の三者が集まり交通事故診療に関して協議する会）に対する対応②交通事故診療研修会の開催計画について協議しました。また報告事項として①日本整形外科学会サテライトシンポジウム（特に交通事故診療に関して）②最近の交通事故診療に関するトラブル事例を挙げ、意見交換をいたしました。

第2回の委員会では、報告事項として①今年度事業報告②日医労災自賠責委員会答申「労災保険・自賠責保険をめぐる今日のあり方」（平成22年1月答申）報告③自賠責保険における保険者の求償状況、意見交換として①治癒と中止②交通事故診療での最近の問題（「後遺症事前認定について」）、最後に以上を踏まえた来年度の課題について協議しました。本稿では主に第2回目の委員会の報告をいたします。

上述の日医の答申は、日医の会員ホームページからもダウンロードできますが、現在の高齢化社会を反映した労災保険における診断基準や後遺症認定の見直しが提言されております。また交通事故診療に関しても様々な問題点を浮き彫りにし、それらに対する検討を加えています。特に最近は人身傷害保険に関係したトラブルやいわゆる「一括請求」がらみのトラブルが多く報告

されているようです。労災指定医協会の事務局でもこの答申を文書として保存しておりますので、ごらんになりたい先生は事務局までご連絡ください。

さて茨城県医師会では、今年度は羽成守弁護士による「弁護士からみた交通事故診療の法律問題」と題した交通事故に関する講演会を平成21年10月13日に行いました。近々その内容が茨城県医師会報に掲載される予定ですので是非ご一読ください。「治癒」と「中止」に関してですが、自賠責保険の診断書で「中止」と記載されると患者がその後整骨院などの医業類似行為にかかって自賠責保険に請求されることがあること、「症状固定」は「治癒」として記載することに留意する必要があります。このようなことも含めて来年度は「自賠責保険診断書（後遺障害用以外）」を記載する上での留意事項をまとめて会員向けにアウンスする予定です。

さらに「後遺症事前認定」により損害料率算定機構の判断を仰がずに損保が独自に後遺症認定を行っている例について荒川委員長から説明がありました。大弥委員からは医師以外が作成した交通事故にかかわる「診断書」例が紹介されましたが、こうした事例に関して来年度の三者協議会で話題に挙げる事も確認いたしました。また労災保険上の様々な問題事例（特に労災診療上の私病の取り扱い）について石島茨城県労災指定医協会会長から説明があり、こうした事例を会員にどのように啓発・フィー

ドバックしていくかも今後検討していきます。

以上、簡単ではございますが平成21年度の県医師会労災自賠責委員会報告を第2回目の委員会を中心にいたしました。本委員会には、労災指定医協会の役員の先生方も石島会長をはじめ数多く委員会のメンバーとして参加されております。今後も協会

とさらに密に連絡をとり、会員の先生方の労災・自賠責診療にお役に立てるようにしたいと思います。

もし労災・自賠責診療でお困りの点やご不明な点・ご質問がございましたら、是非労災指定医協会事務局若しくは県医師会事務局までご連絡くださいますようお願いいたします。

## 長期運転資金貸付のお知らせ ～RICから～

今年も長期運転資金貸付申込の時期となりましたので、詳細をお知らせします。

### 借入申込対象者

労災診療共済契約締結後1年以上経過し、かつ、診療費立替払の実績のある医療機関とする

### 借入申込期間

平成22年5月6日(木)～31日(月)

### 資金の使途

経営の改善、医療施設の整備等として利用できる

### 貸付額

100万円～1,000万円(10万円単位)

ただし、借入申込月の前1年間の診療費立替払額の80%の5倍以内とする

### 貸付利率

貸付金の利率は、財政融資資金法に基づく7月1日及び11月1日現在の貸付金利率から1.0%を減じた固定金利とする

ただし、利率の下限は0.1%とする

### 貸付期間

返済期間は5年以内とする

必要に応じて6ヶ月以内の据置期間を設けることができるが、利息の支払は生じる

### 貸付決定

借入申込額が貸付原資枠を超えた場合には、抽選により貸付対象者を決定する

### 貸付契約締結

貸付が決定したら「金銭消費貸借契約書」に署名捺印、必要事項を記入の上「印鑑証明書」を添えて提出すること(保証人・担保は不要)

### 貸付金振込日

平成22年7月26日(月)または平成22年11月25日(木)のどちらかを申し込み時に選択

### 貸付金返済

返済方法は元利均等方式とし、毎月の診療費立替払額から控除して返済金に充当するが、控除できない場合は翌月の15日までに銀行振込等で返済のこと

### 延滞損害金

約定による債務を履行されないときには、元金に対し年10%の割合で延滞損害金を請求する

### 申込み・問合せ先

労働保険情報センター茨城事務所

TEL 029-228-1371

FAX 029-228-1373

## ◆新規指定医療機関

| 医 療 機 関 名             | 所 在 地 | 代 表 者  | 診 療 科 目                           |
|-----------------------|-------|--------|-----------------------------------|
| あみ眼科クリニック             | 稲)阿見町 | 海老原 研一 | 眼科                                |
| いたばし糖尿病内科<br>皮膚科クリニック | 古河市   | 板橋 直樹  | 糖尿病内科、皮膚科                         |
| みぞぐち皮膚科医院             | 筑西市   | 溝口 将之  | 皮膚科                               |
| 大塚クリニック               | 常総市   | 大塚 澄江  | 内科、脳神経外科、リハビリテーション科、<br>呼吸器内科、小児科 |
| 山王台病院附属東クリニック         | 石岡市   | 幕内 幹男  | 内科、外科、消化器科、<br>リハビリテーション科、眼科      |
| オアシス脳神経クリニック          | 牛久市   | 小池 右   | 脳神経外科                             |
| 医療法人桜丘会桜ヶ丘クリニック       | 東)茨城町 | 河野 拓司  | 整形外科、リウマチ科、内科、脳神経外科、<br>神経内科      |

## ◆指定取消医療機関

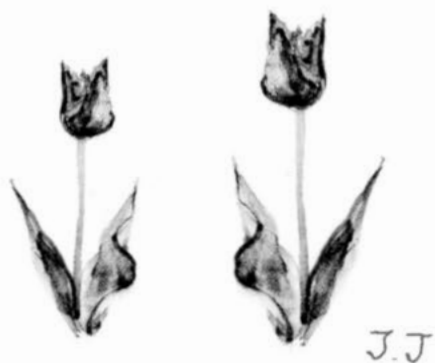
| 医 療 機 関 名 | 所 在 地 | 医 療 機 関 名      | 所 在 地 |
|-----------|-------|----------------|-------|
| 小野村クリニック  | つくば市  | 海老原医院          | 取手市   |
| 赤嶺医院      | 古河市   | 医療法人信寿会大和田外科医院 | 日立市   |

## 原中日本医師会長誕生

去る4月1日に行われた第122回日本医師会定例代議員会で、131票を獲得、わずか13票の僅差で原中日本医師会長が誕生しました。

これからも原中先生を支え、活躍を期待しましょう。ご協力くださった会員の皆様に心からお礼申し上げます。

茨城県労災保険指定医協会  
会長 石島弘之



編集後記

今年3月の北風は冷たかった。桜の開花も遅れそうである。

そして4月1日、原中先生の日本医師会長選当選の報を聞いた。

昨年政権交代があった民主連立新政権だが、医療政策にはまだまだの感があって、われわれ第一線は4月に入っても冷たい風にさらされるのである。新政権には、学習が必要だが、まずは日本医師会が高邁な将来を見通す目と第一線を知る目と耳を持ってそれを行わなくてはいけない。原中先生の日医会長選挙勝利には大きな意義がある。

市原先生の指摘するもの、大泉ひろこ先生の考え方と対比して面白いと思う。

四肢切断後の幻肢痛、指導委員会だよりなどお役に立つ記事満載の春号ができたと自負している。皆様のご意見をお寄せください。(隆)

題 字 石島弘之 先生  
イラスト 高木俊男 先生



# 医療崩壊に対する民主党の政策について

民主党 衆議院議員 大泉ひろこ

3月6日（土）平成21年度定期総会終了後、茨城6区選出の民主党衆議院議員大泉ひろこ先生をお招きして講演会を開催しました。「医療崩壊に対する民主党の政策について」と題して、これからの民主党政権の考え方を語っていただきました。その詳細を掲載します。

本日はこのような機会を与えてくださりましてありがとうございます。衆議院議員大泉ひろこでございます。

早速ですが、「医療崩壊に対する民主党の政策について」という題をいただきましたので、3本柱のお話をさせていただきます。まず最初に新成長戦略、昨年末に閣議決定されたものです。2番目に医療関係のマニフェストを少し細かく、最後3番目に日医の選挙に絡む動きとか、あるいは厚生労働省の行政のやり方、変わった体制のお話、そして非常に多数になりました与党議員の動き、しかも医療関係者もすごく増えたので、その医療関係者の動きなどもお話しようと思います。

## 民主党政権の基本スタンスと「新成長戦略」

自公政権から民主党に政権が代わっても、大きな意味でイデオロギーが変わったわけではなく、政治の手法が違うということです。

### 1. 小さな政府から

#### 大きな社会政策志向政府へ

民主党結党当初は小さな政府を目指していました。政府は規制緩和をして仕事をやり易いようにしよう、民間の力を使おうと言っていました。ところが実際に小泉政権の政治があれよあれよという間に、社会サービス（医療・福祉・教育）の世界を壊し、その結果として貧困が増えました。これはまずい。そこで民主党は大きく180度政策転換をしました。

でも全部大きな政府という意味ではなくて、社会政策関係、社会サービス関係に財政出動をするという政治手法が変わったわけです。イギリスでもサッチャー政権のときに小さな政府で医療も教育も崩壊した、それをブレアさんが、1に教育2にも教育・・・と言い、実際には教育と医療の建て直しをしました。これと同じスタンスでやっているというのが民主党政権の基本です。



大泉ひろこ

生年月日 1950年1月20日

東京生まれ

〔国会の所属委員会／役職〕

内閣委員会／理事、

青少年問題に関する特別委員会／委員

1972年 東京大学教養学部卒業、厚生省に入る  
1977年 ミシガン大学大学院行政学修士取得  
1983～86年 国連児童基金（ユニセフ）中北部インド事務所計画評価官  
1996年 厚生省児童家庭局企画課長  
1997年 厚生省社会援護局企画課長  
1998～2001年 山口県副知事  
2003年 衆議院選挙山口一区から出馬  
2004年 参議院選挙山口県選挙区から出馬  
2005年 オーストラリア国立大学大学院国際学修士取得  
2007年～ 民主党茨城県第6区総支部長  
2009年～現在 衆議院議員 / 現職1期（茨城県6区）

## 2. 財政均衡から財政出動へ (政治ストックの活用)

これまでの自公政権は、財政均衡を金科玉条にしてきました。財政均衡したいということは、「入るを図って出(いず)るを制す」ということですので、その出(いず)るを制すという所で、医療、福祉のお金を削ってきました。民主党はそれはやらないということです。財政均衡主義はやらす、必要な所にお金を付けるというのが民主党政権のスタンスです。

特に今、リーマンブラザーズショック以来の世界的不況の中にあって、財政出動、景気の回復から始める、それにプラス崩壊した社会サービスにお金を使っていくということです。それは来年度92兆3000億円の大きな予算を組んだことでも明らかです。また、第2次補正予算も7兆2000億円組んでおります。

「政府ストックの活用」とありますが、ストックの一つが霞ヶ関埋蔵金といわれたもので、自公政権はそんなものはないと言ってきましたが、そんなものがあつたのです。来年度予算も税収が予想よりも9兆円減りましたので、10兆円余りは霞ヶ関埋蔵金で埋めました。それともうひとつは、年金の積立金も厚生年金だけで148兆円、それに厚生年金基金の代行部分と共済年金も加えて200兆円余りありますが、これも米蔵(こめぐら)にあります。

景気の回復と建て直しのためであれば、即消費税の引き上げではなく、米蔵のお金を使おうということです。それが財政均衡主義から財政出動主義へと政治手法を変えたということです。

## 3. 供給サイド政策から需要ベース政策へ (市場原理主義からの変換)

供給サイド政策がサッチャーやレーガンの政治手法で、事業者サイドから効率的にやるという政治が行われてきました。お金を減らしますから、診療報酬は引き

下げましたからどうぞこれでやってくださいというのが供給サイド側からの政策でした。私どもの民主党政権は需要ベース政策、これは患者さん、お客さんが求めているほうから制度を作ってお金を付けていこうということです。

選挙中お年寄りから、「私どもが受けたい医療を受けられる制度を作りたい」と言われました。ではそのためには財源をどうするかということですが、後期高齢者医療制度は75歳以上で有病率の高い集団ですからコストがかかるわけです。有病率が高い集団は、全体で見なければ好きな医療を受けていただく制度は作れないわけですし、そういう制度に作り変えようということです。需要者側から制度を作っていくって、では財源をどうするかという手法でやっていき、まず削減ありきの供給サイド政策をやめるのです。

## 4. コンクリートから人へ(人に投資)

公共事業については来年度予算で18%削っています。その代わり、人に投資する所にはお金を付けていきます。順番があつて来年度予算はまず子ども、月額13,000円の子ども手当を支給するというのと、高校授業料の無償化です。まず少子化対策から手を付けましょうと、事業ではなく人に着目をしてお金を出していきましょうということです。

この発想は新しい医療制度を作っていくにあたっても同じ基礎的な考え方になります。農業政策も同じです。だから農業についてもこの作物を作ったらこの補助金というのではなくて、作物を作る人、生産者にお金を出す、これが戸別補償制度という新しい制度で、生産者に定着していただくようにお金を出す、これが民主党政権の政治手法です。

## 5. 地方分権から地域主権へ

長い間日本は中央集権でやってきまし

たけれども、1990年代から地方分権推進会議というのが政府の中にできて、地方に分権させよう、分権というのは地方が決められる部分を作ろうということで、2000年に地方分権推進法というのができました。国がやってきたものの一部を地方がやってもいいよという仕組みができたわけです。でもそれでは不十分。結局仕組みだけは作ったけれども、地方交付税交付金や補助金の制度は相変わらず紐付きになっているわけです。

この紐付きをやめていこうと、だから分権ではなく、地域の側からこうしてほしいというのを上げていただいて、それに対して大体どのぐらいお金がいるかを中央政府が決めて、それを交付税交付金として流すということです。まだこれが100%地域主権が出来上がっていないので、これは政権中に徐々に行われていきますが、今年度の補正予算で5000億円の臨時交付金というのを作って、それは自由に使うお金として地方にもうすでに配分されております。

だから先生方が「今まで県に頼んだけど、国が言うことを聞かないから出なかった」というような思い当たるものがあつたら、5000億円配られているはずですから、県や市に出してくださいよ・・・ということが言えるようになります。そういう意味では、県も市も国が言うことを聞かないからお金出せないという口実も言えなくなるわけです。

来年はその交付税交付金を1兆円以上、紐付でないものを予算計上しております。地方交付税交付金というのは、全体では17～8兆円あるわけですが、徐々に紐を切っていく、県や市町村が自分で考えてやっていく、これが民主党政権の政治手法です。

地域の医療計画等で先生方がご不満に思われることが、県や市で完結してものがきめられるようになります。

## 6. 対米一元外交から

### アジア市場重視外交へ

普天間基地で今揉めております。マスコミは民主党政権は日米同盟を軽視してアジアばかり向いているのではないかという論調にあります。外交や安全保障は政権交代してもある日突然変えるということはできません。継続性がなければならぬので、日米同盟をしっかり堅持していくと思っております。ただリーマンショック以後に経済成長を遂げている中国や東南アジアのマーケットを使わせていただかないと、内需はいくら拡大したいと思っても、どうしても上向かない、外需を使わないと経済成長を遂げられないわけです。だから我々のアジア重視というのは、日本の高い技術を売って、その外需を満たして我々も一緒に成長させていこうということです。高い医療技術もアジアの国に売ることによって日本の経済成長は遂げていくと思います。

## 7. 「新成長戦略」4分野 2方法

マニフェストの延長線上にあるこれからの社会をどう変えていきたいのかというのが新成長戦略「輝きのある日本へ」という昨年末に閣議決定されたものです。今年の6月にもっと詳しいものが作られます。今までの自公政権の骨太という方針に代わるものですが、骨太は殆ど予算のための方針でした。この新成長戦略は、単年度予算の方針にもなりますが、もうちょっと中長期的に見た方針でもあります。

### ○「需要からの成長」

#### ～豊かな国民生活を目指して～

これが供給側ではなく、需要側つまり国民の皆様がこうして欲しいと思われたところに需要があると。そここのところを強化する手法をとりたいということです。

例えば今県の医療計画は、この地域に医療機関がいくつあって、医師数が何人であるというようなことで、その地域が決め

られているわけです。そうではなくて、患者さんや県民の側から見たら、例えばつくば市は若いご夫婦が多いので子どもさんが多い。子どもさんの多いところでの需要はやっぱり産科、小児科。高齢者の多いかすみがうら市の需要とは違う。そういうことで医療計画を作り直すというのが需要からの成長戦略です。

需要からの成長戦略で目指す数字はGDP(国内総生産)が名目3%、これは先進国が掲げる数字そのものです。日本は残念ながら失われた20年間の成長率を見ると1%、あるいはマイナスになったりで、実質2%もなかなか難しい。でもまず目標として掲げよう、そして国内総生産は2020年度この成長率でいけば650兆円までもっていけるということです。

国内総生産は長い間500兆円台でした。それが日本の経済が低迷して473兆円まで落ち込んで、今年は明らかに中国に抜かれるということになります。今年世界3位になりますが、これからずるずるやってますと、2050年には世界10位になるわけです。BRICSにすべて抜かれるということになります。

もともと日本は島国で小さいんだからいいじゃないかという人もいますが、それならば政治はいらない。政治は日本の国際的地位を高いところに持っていかなければ、しかも今まで2位だったわけですから、それを維持させることが政治の力なんだろうと思います。国民一人当たりの国内総生産は22位です。20年前の1位が22位まで落ちてきているわけです。ではどう回復させるかというのが課題であります。

もうひとつ目標値として失業率3%台への低下。日

本がなぜ日本アズナンバーワンだったかという、失業率が常に3%未満だったからです。今4%も5%も当たり前になってしまい、この失業率はかつての栄光かもしれないけど3%台への低下を目指そうということです。

ではどうやったらそんな魔術みたいなことができるのかということですが、キーワードとして6つあります。環境エネルギー、健康、アジア、そして観光地域活性化という柱があって、それらに共通する土台になるのが科学技術と雇用人材というものです。ということは、この健康(医療介護)が成長戦略の大きな柱になっているということです。

#### ○日本の強みを活かした成長

医療介護で達成したいものは何かというと、2020年国内総生産650兆円作るために、健康産業、医療介護産業で新しい市場を45兆円作っていきこう、また新規雇用を280万人に増やしていきます。マニフェストに医師の不足を考えて1.5倍にしようというのもあるんですけど、医療関連スタッフも増やしていこうということでして、新規雇用をここで一番増やせると考えられているわけです。

主な政策に革新的な医療技術、医薬品機器の研究というのがありますが、これ





は医療については遠隔の診断やロボットアームを使つての手術等も始まっておりますが、介護ロボットの開発も非常に進んでおります。このところは日本の得意なところですので大きな投資をし、ここでもまた雇用を生んでいくだろうと考えております。創薬についても同じです。科学技術に対して大きな投資もし雇用を生んでいく。そのひとつの分野が健康（医療・介護）です。

### 医療関係マニフェストへの対応

#### 1. 国の責任で社会保障制度を維持発展

自公政権の下で毎年減らされていた医療福祉の2200億円、これをもう減らさずこれから増やしていくということも決定しています。

#### 2. 無過失補償制度の創設

これは民主党政権下でどうしても実現したいもののひとつです。今、産科の分野で財団法人の無過失補償制度というのができていますが、医師の訴訟に関して政府が関わって無過失補償制度を作らないと医師の安定的な職業は保たれないと考えられます。

#### 3. 後期高齢者医療制度の廃止と 医療保険の一元化

これは廃止は決まっていますがまだ廃止されていない。廃止するためには全国民が一丸となってお年寄りの医療を見る制度を作り、リスクを分散しないと負担がどこかに偏ってしまう。ということは「医療保険制度の一元化」、実際は一元化は難しいので、地域保健と被用者保険の二元化から始まるわけですが、その制度を作るために今すぐはできない。今回の補正予算で新しい制度ができるまで保険料を凍結するというので、保険料を上げない仕組みは作っているわけですが、制度そのものについては提案できるのが2年後、施行が4年後。もう少し早めよ

うということで検討が始まっているところです。

#### 4. 医師養成数を1.5倍に増加

これにはいろんな異論が出てきております。今年度予算では文科省で医学部の枠を8000人も増やすと計上しているわけですが、来年度については300人余りしか増やしていません。これですと1.5倍にはならないのですが、それは異論が出ているからです。

ひとつには法科大学院が作られましたが、あれは失敗に終わっています。弁護士や司法関係者を増やそうと法科大学院を鳴り物入りで作りましたが、今合格率が20%台です。しかも合格者の中で司法研修所を卒業できない人がまた20%位出ている。つまりあまりの粗製乱造になってしまっていて、同じようなことになっていいのかという問題があつて逡巡をしているところです。

#### 5. 医療従事者の職能拡大と定員増

医師は教育研修合わせて8年かかるわけですからすぐには効いてこない。だからナースプラクティショナーとか、コメディカルの医療関係者の職域を増やすことで仕事を分担する、あるいはメディカルクラークを増やして医師が事務的な仕事から免れるように、むしろ周りを充実させていくことのほうが今の時点では医師不足に効いてくるだろうということです。

#### 6. 診療報酬改定での対応

これからは需要に基づいて医療福祉教育分野は予算を伸ばしていく分野であります。4月の診療報酬改定は0.19%増で、それで伸ばしたことになるのかと思われるかもしれませんが。これはもう少し長期的に見ていただきたいと思います。今回の診療報酬改訂はとりあえずの改定で、2年後には医療制度の改革、医療保

険の改革、それこそ後期高齢者医療制度と絡む改革の法案とともに本当の意味での診療報酬の改定、介護報酬と合わせての改定が行われます。そのときに本当の結論が出ていくわけです。

最大の問題になったのは診療所の再診料ですね。これが引き下げられたことですが、病院と診療所の再診料を合わせようということで、いろんな議論があって、鈴木邦彦先生も中医協のメンバーですが、大変怒られて退席された方のひとりですけれども、まだまだ病院優先、診療所は後、みたいな考えが残っている。これは医療・福祉・教育、社会サービスの建て直しを、崩壊に対する我々の仕事と思ってやってきたわけですから、全体の底上げを図った上で、病院と診療所のバランスを考えなければいけないと思います。全体の底上げをしないで分配をするというような改定は私どもの方針ではないと、内部でも議論があるわけです。

## 7. 2011年度予算

非常に大きな予算を組んでおります。社会保障関係は平成22年度27兆円になっておりまして、21年度の当初予算の24兆円に比べると3兆円近くの予算が伸びていますけれども、一番の原因は福祉に書かれております5兆円で、これは子ども手当が入ったからです。

厚生労働省はすごく窓口が広くて、マニフェストでお約束した子ども手当、医療、年金制度の改革等たくさんの公約がございます。それに雇用問題と4つの大きな問題がある中で、長妻大臣たったひとりしかいない。だから政策に順番が付いてしまって、まず子ども手当から始めたわけです。だから後期高齢者医療制度も2年後じゃないと案ができません。本当だったら大臣が4人ぐらいいないとすべての問題をいっぺんにできなかったんですけど、そのことは非常に残念だと思っているんですけども、マニフェス

トでお約束した通り、社会サービス（医療・福祉・教育）の世界にはちゃんとお金を付けていきます。

福祉以外では、文教予算、教育予算、地方交付税の3つが上っております。厚生予算と文教予算と地方交付税の3つだけです。文教予算は高校授業料の無償化ですが、確実に社会サービス（医療・福祉・教育）には予算を付けていきますということの、まず第1歩です。

## 厚生労働省の体制、医療関係議員の動き、医療関係団体の動き

これは官僚主導をやめ政治主導でやるということです。政務3役と呼んでいる大臣、副大臣、政務官がいます。マニフェストの殆どが厚生労働省部分だと言ってもいいくらいにたくさんありますが、大臣ひとりしかいないから、医療の担当は殆ど足立政務官に任されています。中医協の答申も足立政務官が受け取っておられましたけれども、そういう体制になっています。ただたくさんの与党議員がいるのに、政務3役だけで物事を決めていいのか、もう少し与党議員に参加をさせろという動きが出てまいりました。時間がなければこういう政策は作れないので、私どもにも作らせてくださいという動きがありますが、現在の所は非常に少人数の政治主導になっていて、なかなか物事が運ばないような状態になっている、これを改善していかなければならない状況です。

医療関係議員の動きですが、政府が一部の人でやられているからそれに危惧して、適切な医療費を考える議員連盟というのを桜井充先生が作り私もそこに参加していますが、そこで今度の診療報酬の改定についても3%アップという議員連盟として別に政策を作って、幹事長の所に持って行くという動きをしているわけです。先生方最近の「AERA」お読みになったかもしれませんが、小沢幹事長

と仙石大臣がおいでになって小沢幹事長側に桜井さんの議員連盟があって、仙石大臣の方に足立政務官、政府側の考え方があるみたいにかかれていたんですが、内閣委員会で仙石大臣と会う機会がありましたので、「あのAERAの記事どう思われますか」と聞いたら「事実無根だ、どちらかに与することはない」と仙石さんが言っておられました。

最後に医療関係団体の動きですが、茨城県医師会は私どもの恩人です。その医師会長の原中先生が日本医師会の会長に立候補されています。なぜ医師会が変わらなければならないのかということですが、医療費議連でも医師会にヒアリングのためにお声をかけたのですが、明らかに民主党政権に対して完全に背を向けているんです。だから政権政党ときちんと話ができる医師会を私どもも求めているわけです。もちろん医師会＝民主党ではありません。ここはいい、ここはだめという是々非々であろうと思いますけれども、コミュニケーションもできない医師会とともに民主党政権はやっていけない。だから是非今の体制は変えたいということで、小沢幹事長も鳩山総理も原中先生を応援する。ただ医師会は学術団体ですので、応援するけれども手は出せませんよと。私みたいな1年生議員は手を出しても足を出してもいいと思いますので、必要があればどこにでも出かけて行き、やっぱり民主党政権とコミュニケーションできる医師会を作りたいと思っています。

私は日本医療法人協会のご推薦もいただきましたが、民主党で日本医療法人協会のご推薦をいただいたのは私ひとりだったんです。あとの4人は当時の与党でしたけれども、その新年会のときに医師会の副会長が出席して、民主党のビジョンは全くわからんというご挨拶がありました。首尾よく次が私の番でしたので、「新しい皮袋には新しい酒という諺があ

りますが、日医も今年新しい皮袋に新しい酒が入るでしょう」というご挨拶で返しました。

時間でございます。長い時間ご清聴頂きましてありがとうございました。

#### 質問 薬価について

**回答** 今回の診療報酬改訂も薬価の引き下げ分を、医科と歯科に回しています。が、薬価につきましては昔から90パーセントという方式で決めているのはご存知かと思います。この決め方には私も非常に疑問があります。外国のどこに行っても日本の薬ほど高いものはないと思います。ところが薬剤師さん方に言いますと、調剤という技術料は低すぎると言います。ではどこに薬価の高い部分が行くかということ殆どが医薬品会社です。

私も1980年代の後半にMOSS協議の担当官をいたしました。このMOSS協議と言うのは対米交渉で、医薬品と医療機器の関係をやらされたわけです。その結果として結局アメリカの言いなりになっているのですけれども、そのときにアメリカの後にいたのは日本の製薬協なんです。日本の創薬が世界に誇れるものにするためにはお金がいるわけで、アメリカは軍事費の中に基礎研究のためのお金を入れてますけど、日本は表立った研究費しかないから、結局医薬品会社が四苦八苦の挙句、仕組んだことではないかと思うんです。だから解決方法としては、会社の役割は薬価の応用部分と製造に特化し、基礎研究部分は国が負担する必要があると思います。だからもしかしたら創薬の部分について、今度は健康もひとつの柱になりましたから、国が基礎的な部分について研究することによって、薬価を下げることはできるのではないかと思います。

#### 質問 整骨院について

**回答** 私は何回も臨床整形外科学会の

先生方にお話をうかがって、これはどうしたらいいのか。日本はプロフェッショナルリズムが中途半端に評価されているところがあると思います。これは文化伝統だからいいじゃないかといって入ってきている部分がありますが、医療は医療、文化的なものは文化的なもの、だから診療報酬で診るのは医療ですから、そこはきちんと線引きができないと、この国はプロフェッショナルリズムを否定していることになります。

明治のときに何故漢方医を入れなかったのか、それも医療のうちだと言う議論があったかもしれません。でも基本的に西洋医学でやるのが医療、そのうえで診療報酬制度ができていますから、きちんとした線引が必要だと思います。まだこの解決方法はできていませんが、期限を切らないとだめだと思います。またご意見を伺いながら、これは私も自分の仕事としてやっていきたいと思ひますし、臨床整形外科学会の先生方と一緒に実現していくべきものと考えております。

#### 質問 埋蔵金について

**回答** 埋蔵金というのはたくさんある特別会計が持っている余剰金のことです。今回は税収が9兆円足りなかつたので、10兆円あまりを余剰金から出して予算を組んでいます。財源はまだあります。

医療関係で言えば、健康保険の標準報酬と言うのがありますね。健康保険の保険料を決めるときに、各会社で標準報酬という一覧をつくっているわけです。それは月給が30万円の人は、保険料がいくら、40万円の人はいくら、というのに基づいて保険料が払われているわけです。この保険料を払う上限が日本は非常に低いんです。つまり標準報酬月額上限以下で払えばいいというシステムになっているわけです。でも、この上限を上げ、60万円の人、70万円の人、100万円の人、あるいは150万円の人と細か

く標準報酬を決めて保険料をとると、医療保険財政は非常によくなります。

厚労省にこのシミュレーションを持てるかと聞きましたが、そんなシミュレーションはないというんです。それは作りたくないからです。これまでの小泉政権で行われてきたことは大企業の法人税の減税です。所得税もしっかりです。非累進的になってきているわけです。昔なら2000万円所得があれば1000万円位税金を払っていたかもしれないけど、今はそんなに払っていないです。だから所得税についても法人税についても非常に上限が低いのも同じように、保険料の取り方も上限が非常に低いんです。

ですから即消費税の議論をするよりも、まず高額所得者からお金をとるシステムを先に作るべきなんです。これも財源になるんです。ところが企業の反対が起きる。保険料は労使の折半ですから所得が高い人から高い保険料を取ると、その半額を企業が負担しなければならないからです。しかし消費税という非累進的な税金を課す前に、やっぱりこの国の再建にとって必要なのは、持っている人にお金を出してもらうことのほうが必要なのではないかと私は思うわけで、米蔵はまだいくつかあるんです。その鍵を開けてないだけです。

