

Gaihoren News vol.9

# 外保連ニュース 第9号 2008年9月

発行:外科系学会社会保険委員会連合(外保連) 発行者:松下 隆 編集:外保連広報委員会  
〒105-6108 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル8階 社団法人日本外科学会内 TEL:03-3459-1455 FAX:03-3459-1456  
URL: <http://www.gaihoren.jp> E-mail: [office@gaihoren.jp](mailto:office@gaihoren.jp) 年2回発行

## 混乱する医療制度の中で、 今こそ外保連が行うべきこととは？

会長 山口 俊晴



医療制度危機に対する国民の関心の高まりが、ひしひしと感じられるようになってきた。それに引きずられるように、マスコミ、政治家の医療に対する関心もますます高まっている。残念なことに、これらの流れは医療制度の崩壊が現実のものとなって初めて明らかになってきたものである。国民が直接感じた医療崩壊の兆しは、救急医療における受け入れ施設の減少や、小児科や産科の閉鎖、そして勤務医の開業に伴う病院における勤務医の減少である。この医療崩壊は、長年にわたる医療費抑制政策という誤った施策の付けがまわってきたものであり、政府の場当たり的な応急処置では簡単に変えることができるものではない。そして、これまで医療崩壊があらわになってこなかったのは、医療現場における医療従事者の献身的な努力があったからであるが、その努力もすでに限界を超えている。

幸い、大野病院事件では当然とはいえ無罪の判決が下されたが、この検察の勇み足が産科医療をはじめ、わが国の医療に与えた傷は簡単には癒えそうもない。国も遅ればせながら医師数の絶対的不足を認め、医学部の定員を増加したが、その効果が出るのははるか未来のことである。その間にも長い間、外科系診療技術の習得に努力してきた医師が次々に現場を離れ、そのキャリアを失うという状況が続いている。この損失の大きさは計り知れない。

このような状況の中で、もはや政府の無策を非難したり、マスコミや国民の無知を嘆いても、現状は一向に改善しないことは明らかである。今考えるべきは、この状況をわれわれがどのように変えていくかということに尽きる。外保連は外科系学会の社会保険委員会の連合体であり、客観的資料やデータから診療報酬のあるべき姿を提言する学術団体である。したがって、外保連が医療崩壊防止のための対策を国民やマスコミに対して提言する

## 目次

混乱する医療制度の中で、  
今こそ外保連が行うべきこととは？

～ 会長 山口 俊晴

各委員会からの報告

「平成20年度診療報酬改定結果および来年に向けて」

\* 手術委員会

\* 処置委員会

\* 検査委員会

\* 実務委員会

\* 総務委員会

対談

「医療崩壊をくい止める

社会的共通資本としての医療をどう守るか」

～ 宇沢 弘文先生・出月 康夫先生

(岩波書店『世界』2008年2月NO.775より)

編集後記 ～ 広報委員長 松下 隆

事務局からのお知らせ

三保連ニュース

場合、常に加盟学会の多数の強い支持の元に行われる必要がある。そのためには、さらにいえば、加盟学会がそれぞれ、理事会などで医療崩壊の現状と対策について、十分な議論を重ねた上で、外保連の意見として各学会の意見を取りまとめる作業が必要である。今こそ、加盟学会はわが国の保険診療を取り巻く論点について議論を深め、その見解を明らかにすべきときにきている。具体的には、医療崩壊をこれ以上進行させないための具体的な施策、外保連試案に基づいた外科手術の適正な評価、外科系勤務医の劣悪な労働環境の改善、国民が納得できる専門医制度の構築、需要に応じた専門医育成と適正配置、DPCによる包括医療の是非、混合診療の是非、合理的な卒前、卒後研修制度の構築などである。これらのすべてではなく、そのうちのいくつかについても議論を深めていただいた上で、外保連として参加学会代表者によるシンポジウムを開催することも必要かと考えている。

現在、手術委員会では3つの重要な作業が進められている。つまり、ものと技術の分離を明確に主張するための医療材料費などの実態の検討(竹中手術委員会副委員長)、手術術式のコーディング(水沼手術委員会副委員長委員)であり、もうひとつは手術における新しい技術評価の検討(岩中会長補佐・手術委員会委員長)である。い

ずれもきわめて重要な作業であり、担当者はもちろん、各学会の委員の皆様には多大なご協力をいただいていることに対し、紙面をお借りしてお礼申し上げます。また、外保連試案第7版で再調査を条件に再評価を先送りした術式については、迅速に再調査を進め、試案の信頼性を高める必要がある。関連学会においては早急にデータを取りまとめ、次期改定に備えた試案作成に協力いただきたい。そのほか、広報委員会におけるわが国の手術などの医療技術の優越性を広く知らしめるキャンペーンは、各学会から投稿という形で多大な協力を得ている。これらの成果は、できれば加盟学会の学術集会のシンポジウムなどの形で取り上げられ、さらに広く知られるものになるよう努力したい。

最近の政治状況は極めて流動的であるが、医療制度に対する国民の関心が高まるとともに、各政党も医療制度

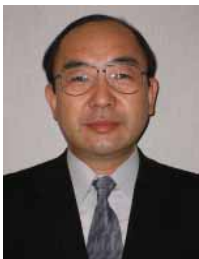
改革について口を閉ざしていることはできない。もとより、外保連は政治団体ではないが、適正な医療制度改革が行われるためには、どの政党がどのような理念の下に具体的な医療制度改革を行おうとしているのか無関心であることはできない。われわれの考え方や活動を各政党に理解していただくとともに、少しでもわれわれの理想と一致するところのある政党を積極的に支持することを表明することも、実効性のある対策のひとつとなる可能性がある。この点については、加盟学会とともにさらに議論を深めた上で具体的な行動を起こしたいと考えている。

最後に、加盟学会の日ごろからのご協力を深謝するとともに、よりいっそうのご支援を賜るようお願いする。また、外保連の活動に関する活発なご意見、ご提言、そして率直なご批判をいただければ幸いである。

## 各委員会からの報告

### 平成20年度診療報酬改定結果および来年に向けて

#### 手術委員会 委員長 岩中 督



平成20年度の手術領域の改定は一年前よりやや増点されたかという程度であり、十分評価されたとは到底言えない状況である。詳細は実務委員長報告に委ねるが、その中でいくつか特記すべきことを述べ、本年度の改定の検証としたい。

新規手術についてはその点数に多少の疑義はあるものの、内視鏡手術（漏斗胸手術、小切開泌尿器科手術など）を中心に、ある程度の新規手術が認められた。各領域からのヒアリング項目を中心に認められていることより、その審査過程の透明性がより増したものと見える。また、超音波凝固切開装置等加算と表現が変わり、ベッセルシーリングシステムも加算対象となり、1000点増点されたことは評価できる。一方で、先進医療から採用されたK743-5痔核手術のPPHの点数が非常に低く算定されたこと、虫垂切除術が重症度に合わせて区分され、同時に腹腔鏡下虫垂切除術が大幅に減点されたこと、正確なデータを出したにもかかわらず、特殊縫合糸を大量使用する手術の増点が一部手術に抑えられたことなど、各領域の学会を中心に早急に対策を考慮していただく項目も見受けられる。また、小児鼠径ヘルニアを対象手術とする短期滞在手術基本料3（4泊5日まで）が新設され、今後のDRG化への傾向促進に注目する必要がある。

さて、前号の外保連ニュースでもお伝えしたように、

今年度の手術委員会は改定が一段落したところではあるがシーズンオフとせず、手術試案第8版の改訂に向けて下記の活動を継続中である。(1)術式コーディングは手術委員会副委員長水沼仁孝先生を座長とするワーキンググループが、東京大学医療情報部 大江和彦教授の指導のもと概要を検討中である。既に大筋のコード項目の検討を終了し、実際のコード一覧表の作成に作業が移りつつある。今秋には全ての加盟学会に具体的な作業をお願いする方向で調整中である。(2)医療材料・医療機器については、手術委員会副委員長竹中洋先生を座長とするワーキンググループで検討中であり、各医療材料の定義については検討が終了した。今後はワーキンググループ委員の領域の主要な手術について、現在の検討内容で齟齬がないかどうかの確認を行い、同様に今秋中に各加盟学会に全ての手術試案項目の医療材料調査を開始していただく予定である。また、平行して医療機器の検討を開始する予定である。(3)各術式の貢献度・リスクファクター、アウトカムから見た経済効果などについての研究を継続するため、9月22日に手術委員会主催の勉強会を開催した。今後も勉強会を継続し、第8版に「人件費」「モノ」「設備」以外の項目を付記できるかどうか研究を重ねていく予定である。手術委員会では、定例の手術試案の新規項目・改定項目の検討をはじめ、前述のごとく今年度もさらに活動を強化していく方針である。

お忙しい中を恐縮ではあるが、委員の先生方には益々のご指導、ご協力をお願いしたい。

## 処置委員会 委員長 関口 順輔



平成10年処置試案初版が刊行されてから早10年が経ち、周囲の環境もかなり変わってきました。まず第一に参加学会が30学会から79学会と、非常に多くの学会が参加されていることです。また、前回の外保連ニュースでも述べましたように、前年度は厚生労働省から現行点数表との倍率比較を一覧表として提出するよう求められたこともあり、これは今後も続くものと思われます。また、新規処置項目を厚生労働省に申請するためには、今まで個々の学会が単独で申請することも多く、試案は参考資料程度でしたが、最近では試案などに掲載されていない場合、申請を受け付けて頂けなかった、という話も聞いております。というようなことから、外保連が広く受け入れられ、試案の方向性もかなり変化してきています。と申しますのは、今までの外保連委員会における基本方針の一つとして、試案作成に当たり、医師が現行制度にとらわれず、実際に医療現場として妥当と思われる処置項目、および報酬額を検討するということでしたが、今後は試案と現行点数表を比較検討しやすいようにすることも重要な要素となってきました。

振り返って今までの委員会の進行状況を見ますと、初版作成時は発行時点で30学会しかなく、これらの学会が全処置を網羅しようと試行錯誤して考えたために曖昧な項目もありました。これに対し、後から参加された学会

の委員はなかなか意見を述べ難いということがあり、既出の処置項目はほとんど検討されないままになっていたと思われます。そこで、今回は参加学会総ての意見が試案に反映されるように、手術委員会でのやり方に沿って、処置においても各項目の主学会をはっきりさせ、意見のある場合には主学会を通して提案していただき、委員会で承認を得る、という形にしたいと思っています。この際、現行点数表との比較検討も併せて行っていただく所存です。

まず手始めとして、現在の試案項目を最初に申請した科を「主学会」として明示し、参加学会に各行為とその主学会が適当かどうかの検討を依頼中です。この作業を7月末までに行い、これを処置委員会(9月18日開催)で検討をして承認を得るということにしました。

その後、手術委員会が検討中のコーディングや項目名、詳細等について逐一検討し、手術、検査、処置試案が外保連試案として一貫性のあるものになるよう、次期試案作成にむけて作業を進めて参ります。

以上のようなことから、今後の方針や手順など、現代の流れに沿った改善に向け半ば試行錯誤の状態ですので、ご協力の程宜しくお願い申し上げます。なお、ご意見等がございましたら、外保連事務局までお申し出下さい。

より良い試案を求めて、医療関係者はもとより部外者が見ても納得できるような試案を作るよう、今後も邁進していきたく思っております。

## 検査委員会 委員長 土器屋 卓志



平成20年度の診療報酬改定をきっかけに、後期高齢者医療問題、医師不足が大きく社会問題化し、医療が大きな政治課題として、いまだに余震が続いている。我々に身近な医療技術評価など吹っ飛んだ感がある。しかし、国民医療費の動向が国の経済財政問題に密接に連動していることを、多くの国民が実感できた意味は大きい。

国民医療費が国の経済財政事情に大きく作用されることは自明のことではあるが、それが多くの国民の意識に広く認識されるようになったということである。昨今、医療事情の将来について多くの政治家、マスコミ人、経済人、異種領域の専門家が百花争鳴の感を呈していることは、今後の診療点数改定作業がさらに複雑化し、政治問題化することを暗示している。

改定要望に携わってみると、我々が直接交渉相手としている厚生労働省の立場というものは、割り当てられ、限られた医療総額の枠内で良質な医療システムを維持、向上させなければならないという、きわめて困難な立場にあることが理解できる。

世の中には医療費の総額を増やす必要はなく、現行の無駄な医療を削れば十分であると論評する医師もいる(久坂部 羊:現代医療神話に取り憑かれるな。中央公論;2008年7月号、68-73)。無駄な医療をそれほど我々がやっているのかという怒りはさておき、実は医療費増大の最大の要因は、医療技術の進歩であることはもはや疑うことはできない。医療技術の進歩を否認する医療費抑制政策の打破に医学会も積極的に意見具申する時代となったと考える。

さて、今回の改正で生体検査領域での特筆は、画像診断分野の大きな改定である。電子画像管理加算(120点)新設とデジタル映像化処理加算減額(09年で廃止)はPACSなどのIT化への先行投資施設は満足で、逆にこれに乗り遅れた施設にとってはかなりの打撃である。また、画像診断管理加算-2の大幅増(87→180点)は、画像診断専門医への日本版Dr's Feeといえよう。

超音波検査では経食道的超音波法の大引き上げ(800点→1500点)と、超音波造影剤加算(150点)が目立つ。

あまり注目されていないが、これらに関連して注目すべきは、内科的医療技術評価としてD239-3 神経学的



検査(300点)が新設されたことである。これは10年以上の経験を有する神経内科医(実質上は専門医)に対するDr's Feeとみなされるが、内科的診療医療技術が生体検査料に組み入れられたことは、今後の生体検査試案のあり方を再検討する材料となる。ここ10数年の点数配分の流れが検査より治療への配慮であったが、これからは検査結果の質的評価への配慮が検討される流れになったかと思う。

さらに、新規採用項目の多くに厳格な施設基準が付随していることは注目に値する。

新しい医療技術の導入による医療費増額に対する手段として、施設基準設定によって総額を抑制しようとする苦心が見られる。当然これらの処置は施設間格差を増大させるとともに、施設努力を促す動機となり、ポジティブな評価もできる。

しかしながら、経済的格差が医療の質の格差増大に及ぶことになると、由々しき問題であろう。施設基準

のあり方については、外保連は手術料の施設基準について大きな経験を経てきているので、今後とも施設基準のあり方について論議を進める必要がある。

最後にこれからの検査委員会の進め方について提言とお願ひ。

先般の外保連常任委員会および内保連運営会議でそれぞれ、生体検査は外保連・内保連との共同作業で試案作成を進めることが承認された。これから22年度大改正に向けて両連合の共同委員会を開催し、既載項目見直しと新規項目追加を行うことになる。

まずは共同作業の根本となる試案項目と現行区分番号との整合性を見直しから開始し、さらに検査器具・機器の購入価格の見直し等、当分は継続的に地味な作業にご協力をお願いしたい。

両連合共同で作成された試案が、今まで以上に影響力を持つことになることを期待したい。



実務委員会 委員長 木村 泰三



平成20年度診療報酬改定における改定結果を振り返り、来年に向けての方針を述べる。

平成18年度の改定では重点的に評価とされた医療技術(外保連の要望項目の多くを占める)であるが、今回の改定でも42の新規技術の採用と62の既存技術の再評価(点数の増点等)

が考慮された。新設も再評価も心臓、食道、肝臓など難度の高い手術を中心に、乳腺、アッペ、ヘルニアなど、市中病院で多く行われる手術、放射線の診断治療に至るまで幅広く及んだ。また、多くの学会の数年来の強い要望であったベッセルシーリングシステム使用加算が、「超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する」という形で認められた。結果として、外保連の要望項目の技術新設188項目中34項目、技術改正150項目中44項目は、何らかの改定を受けることができた。また、前回の改定では目立った「新設や再評価を認める代わりに従来法の点数を下げる」という手法も、今年度の改定ではあまり目立たなかった。しかし、「今年度改定では手術診療報酬を上げる」と言っていたわりにはわずかな上げ幅で、病院崩壊の危機を防げるようなものではなかった。診療報酬の本体0.38%上げという制約のもとではどうにもならなかったのではあるだろうか。

今回の診療報酬改定のなかで意外であったのは、腹腔鏡下小切開 副腎摘出術、腎部分切除術、腎摘出術、腎(尿管)悪性腫瘍手術が、それぞれの腹腔鏡下手術より5000点高い点数で認可されたことである(外保連手術試案には内視鏡下小切開 副腎摘出術、腎(尿管)悪性腫瘍手術、前立腺悪性腫瘍手術が、それぞれの腹腔鏡下手術より低い点数で掲載されている)。消化器一般外科でも呼吸器外科でも、多くの種類の小切開腹腔鏡下(胸腔鏡下)手術が行われているが、純粹の腹腔鏡下(胸腔鏡下)手術と同じ診療報酬点数である。腹腔鏡下虫垂切除術の大幅な点数下げや、短期入院ヘルニア手術の定額制などとあわせて考えると、厚生労働省は診療報酬の決定に、原価積み上げ方式よりも、「医療経済評価」方式を重視し始めたのかと思わせる。

来年は診療報酬の大改定の年ではないので、各学会からの新しい要望は新設と改正を含め2項目とさせていただいた。それらと20年度の改定で認められなかった昨年度の要望項目を書き直して、20年度改正要望書を作成する予定である。また、残念ながら外保連が重点的に要望項目として取り上げた材料費の別算定については20年度改定では認められなかったが、今後も粘り強く訴えていきたい。さらに、「医療経済評価」についても研究し、今後の外保連の診療報酬改正要望点数のあり方について外保連各委員会と連携して検討していきたい。

平成22年度改定に向けての課題



1)平成20年度改定の検証：勤務医の多い外科医対策は充分に行われたか  
 中医協答申日に厚生労働省から配布されたサマリーには“手術72項目を平均30%引上げ”と記載されている。表1は外保連で改定手術項目に関して改定率と単価についてまとめたものであるが、これでどうして“手術72項目を平均30%引上げ”と言えるのであろうか？

表1

改定前の手技料	マイナス	<10%	<+20%	<30%	≥30%～#
<20万円	6	13	14	2	6
20～50万円	0	8	3	1	3
50～80万円	0	3	1	2	0
80万円≥	0	1	4	1	0
全体	6	25	22	6	9(12.5%)

また、今回の改定は8年振りのプラス改定(但し、医科+0.42%=1,100億円と極めて小幅)であり、中医協の決定では診療所からの400億円を加えた1,500億円が、緊急課題である“産科・小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減”の原資であった。そのうち600～800億円が“医師負担の大きい技術の評価(手術料の引上げ)”，つまり“既存の手術の技術料の引上げ”に用いられるはずであった。たとえ平均30%upとしても全手術項目の3.5%(72項目/2068項目)に過ぎず、全手術料(約1兆円弱)の1.05%upという事で約100億円のupに過ぎないことになる。差額の500億円はどこに消えたのであろうか？

毎年全症例の症例数と成績の調査を行っている心臓血管外科領域では実際の増収分が計算できる。主に内科医が行うペースメーカー関連を除いた今回の3項目のupによる増収は25億円で日本心臓血管外科学会会員(約4030人)一人当たり年間わずか6万円(月に5,000円)という事になり、外科勤務医のための緊急対策としては“十分に配慮した”とは絶対に言って欲しくないものであったことになる。

2)診療報酬点数表と試案の見直し、整理

現在、診療報酬点数表には枝の項目も含めると2000を超える項目が、そして外保連手術試案第7版には連番で2500を超える手術が登録されている。18年度改定前に診療報酬点数表の整理が厚生労働省側から提案された事があったが、“一度削除した項目の復活は困難である”、“ある学会が削除可、ある学会が削除不可となればどうす

る”、“昔の手術に思い入れの深い長老の賛成が得られないのでは”などの意見もあり、せつかくの厚生労働省からの申し入れでありながら、この大整理は見送られてしまった。しかし、心臓外科領域に関しては、最も整理が必要な領域であった事に加え、小児手術の診療報酬upの流れも加わり、全面的な見直し、整理に厚生労働省の担当官と共同で取り組む機会が与えられた。その結果、当然ではあるが専門家であるわれわれに決定権のある形で、全面的作り直しが行われ、未収載の手術も一掃されたのである。そこには要望はいくつまでとか、そのうち何%採用とか、およそ医学的見地とは無関係の不毛な議論はなかった。それぞれの手術にいくらの点数をつけるかは厚生労働省の専権事項でもよいのであるが、実際に行われている手術、それも専門領域の学会が認知して内外の教科書にも記載されているような手術に関して、審議会などで審議し、しかもそのごく一部しか採用されないような、ダメだしのような作業はいい加減にやめにしたもののである。

3)DPCとDRG

20年度改定では小児鼠径ヘルニアに関して一件定額制(DRG)が導入された。これは将来のDRG拡大の予兆ともとれる動きである。また、一日一件定額の現行のDPC制度においても表2に示すように“期間の設定日数”と“期間毎の一日あたり点数”が大きく減少していることに注目する必要がある。この減少には1)分類の変化による、2)DPC参加病院の増加により有象無象の病院まで参入してくる結果、なども考えられるが、目先の利益に汲々とするあまり、自分で自分の尻尾を食べるような負のスパイラルに追い込まれているのではないかという事も自省する必要がある。外保連は技術の単価を論じる場である事は百も承知であるが、“これが標準的治療である”という道標を何らかの形で呈示していく役目もあるのではなからうか。

4)手術数に係る施設基準

手術数に係る施設基準は18年度改定で、手術数とperformanceの関係につき、引き続き検討を続けるという条件のもとに一旦廃止された。中医協の下の分科会で検討が細々と行われているが、予算も時間も限られた中で科学的に意味のあるデータが出るはずもなく、20年度改定では施設基準の再登場は見送られた。しかし、22年度改定に向けての重要課題として手術数に係る施設基準が明記されていることも事実である。この件に関しては今回の外保連ニュースで言及したい。

表2 「OFF-PUMPA\*イアス手術」(0500503)のDPC年度別変化

改正年度	入院期間毎の実日数				入院期間毎の点数			
	I	II	III	特定入院	I	II	III	特定入院
H15年度	16	17	20	53	3,407	2,545	2,163	141,037
H16年度	14	15	23	52	3,499	2,617	2,224	139,393
H18年度	14	14	23	51	3,422	2,529	2,529	132,764
H20年度	13	13	20	46	3,268	2,416	2,054	114,972
H15/H20比較(%)	81.3%	76.5%	100%	86.8%	95.9%	94.9%	94.9%	81.5%



## 対談

## 医療崩壊をくい止める

## 社会的共通資本としての医療を どう守るか

～宇沢 弘文・出月 康夫

岩波書店『世界』2008年2月NO.775より



宇沢 弘文 うざわ ひろふみ

一九二八年生まれ。東京大学名誉教授。日本学士院会員。同志社大学社会的共通資本研究センター長。専門は、理論経済学。環境、医療、教育問題などでも幅広く発言。

## 出月 康夫 いでづき・やすお

一九三四年生まれ。東京大学名誉教授。日本臨床外科学会会長。日本医学会副会長。専門は、一般・消化器外科。



宇沢 日本の医療崩壊の現状について、出月先生が書かれた『日本の医療を崩壊させないために』（インターメディア）は、すばらしいご本だと思えます。そこで、きょうは先生に、いまの日本の悲惨な状況をどうすればいいかというお話を聞かせていただきたいと思えます。

一九六一年に始まった日本の国民皆保険制度は、歴史的に見てもすばらしい制度で、一九八〇年代に入るまではかなり順調にいったわけです。それが中曽根政権の第二臨調以後、医療費の抑制政策がとられるようになり、さらに小泉・安部政権の六年間あまりに全面的に市場原理主義に基づいた制度改悪が強行された。特にその被害が大きいのが医療と教育だと思っています。

出月 私は一九六〇年に大学を卒業しまして、インターンを終わって一九六一年に医者になったわけですが、その年にちょうど日本の皆保険制度が完成したと言われています。公的保険、社会保険で、医療を全国民に平等に、しかもアクセスをフリーにして行われたということは、世界にもないことだし、これによって日本国民が医療の恩恵を享受することができるようになりました。

ただ、いまの時点から考えてみますと、初めは日本も皆保険ではない状態のなかで医療保険の骨組みがつけられていった。特に診療報酬の問題などは非常に不備なままスタートしたということはやはり事実だろうと思えます。皆保険になった時に、それを少しずつ是正していかなければいけなかった。けれども、それがほとんどなされないうちに、急速に医療技術が進歩して、それに制度が追いついてこられなかった。これは、財政面でもそうです。そして、先生がおっしゃったように医療費を抑えすぎたために破綻が始まってしまった、そう私は認識しております。

宇沢 国民皆保険は大体九九％ぐらいまで公的保険によってカバーされているわけです。公的保険の基礎は、社会保険としての医療制度です。社会保険は、私的な保険と根本的に違う。私的な保険では、保険会社が営利的な事業として医療保険を販売し、ある程度のもうけを得なければいけないので、被保険者や医師が供給する医療の具体的な内容についても非常に厳しい制約条件を設け

ている。ところが、社会保険としての医療保険というのは、ある一定の要件を備えた人は原則として強制的に加入しなければいけないわけです。しかも、医療を供給するお医者さんは、自分が考えていけばいいと思われる医療を患者さんに供給するわけですから、当然赤字が出る。その赤字は基本的には税金でカバーするというのが社会保険の考え方です。憲法二五条という、憲法の中でもいちばん重い条項が社会保険の基礎にあるわけです。

ところが、お医者さんを中心とした医療の専門家は、病院その他の医療施設を運営していくことも同時に求められるわけです。一方で、すべての人たちが平等に最高の医療を受けられる要件とうまくマッチさせるためには、本来ならば政府が積極的に医療施設の整備・運営について協力しなければいけない。また、医療の専門家たちの教育・養成も政府の責務になるわけで、どうしても大きな財政的な負担がかかる。

出月 先生がおっしゃったとおり、政府がすべての国民に強制している制度ですから、ここまで医療崩壊が進んでしまった政府の責任、行政の責任は非常に大きいと思えます。

いまの制度では、医療はすべて国が管理しているわけです。国が、制度も決め、診療報酬も決めている。医療に対する国の力は絶大なものになってしまっている。いままでも国が決めていなかったのは人の面だけです。医療を担当するお医者さんについては、従来は医師の裁量権と言って、自分の良心と倫理に従って最良の治療法を選んで患者さんに供給する。そういう裁量権があったんですが、いまの制度はその裁量権さえ奪おうとしている。人まで国が管理しようとしているように思われて私は大変危惧しております。

## 低い日本の医師への処遇

宇沢 六一年に始まった国民皆保険制度はすばらしいものであったと私は思いますが、一つ重大な欠陥があって、医療に携わる人たちに対する経済的な処遇は信じられないほどひどいものでした。私は、旧制一高では医学部志望のクラスでしたが、途中で挫折してしまいました。当時の友人たちはほとんど医学部に進んで、それぞれすばらしいお医者さんになりました。時々帰国して、昔の友人に会うと、信じられないような経済的な条件の下に働いていました。例えば東大を出て一〇年、ほとんどが無給の医局員。助手のポストは毎年くじ引きでもらう。アルバイトに行つて細々と生活を営むという信じられない状況でした。

私は、シカゴ大学に長いこといましたが、シカゴ大学の医学部教授の平均給料は経済学部の三倍程度でした。東大に帰ってきたとき、シカゴ大学でもらっていた一月の給料と東大の一年分とが同じだったので妻がショックを受けたことがあります。シカゴ大学の医学部はその三倍で、それが大体の相場でした。日本の医師、看護師、医療に携わる人たちの経済的な処遇、報酬は信じられないくらい低い。しかも勤務条件がものすごく過酷です。例えばドイツやフランスでは、週の平均勤務時間が大体四〇時間。日本は平均で六〇時間。

出月 勤務医はいま大体七〇時間から八〇時間ですね。宇沢 小泉政権の医療費抑制政策で、勤務医が非常に減っている。特に産科とか小児科。先生のご専門の外科も、過酷な条件なので、若い人はなかなかやりたがらない。いま先生がおっしゃったように、社会保険としての医療という認識をもっと正確に持って、そのために力を尽くすべきだった。

出月 それは医者の私どもも怠慢だったんです。初めに社会保険がスタートしたときは、自費診療の患者さんもたくさんいましたから、医者は保険診療に頼る必要は全然なかった。医は仁術という伝統もあって、どんぶり勘定で、安い保険診療の点数を設定されたにもかかわらず、保険の点数にはほとんど関心がなかったというのが

実際のところだと思います。いまは患者さんの九九%が保険診療ですから、いまはこのままでは、勤務医は生活できない。

私が医者になり立てのころは無給が普通でした。東大の医局に六年ちょっといたうちで、私が給料をもらったのは一年ちょっとだけです。あとはアルバイトで生活していたわけです。昔は、都内であれば、先輩の病院へアルバイトに行けば何とか一月の生活ができるぐらいの報酬はもらえたわけですが、いまの医療事情では、先輩の病院でも経済的に余裕がない。ですから、勤務医は病院からもらう給料で生活する以外になくなってきているというのが現実だと思います。

また私どものときといまの若い人とは、病院での勤務や生活に対する意識が全く変わっています。自分や家族の生活も重視するとなると、病院で勤務医を続けていけない時代になったんですね。

宇沢 かつて医学部を卒業して医師になるときに「ヒポクラテスの誓い」を誓うというのは、世界的に非常に重要なことだったんです。「ヒポクラテスの誓い」というのは、教えを受けた先生を一生大事にして、先生の子どもが医師になるときは、全く報酬を求めないで力を尽くす。患者のために一生を捧げる、そのほかに非常に厳しい条件が幾つかついています。その誓いを誓うということは、世界中の医師が、コモンズというか、同じ仲間という意識を持つことです。だから大分前までは、日本のお医者さんが外国で病気になると、何も報酬を求められずに診てもらえました。逆に、外国のお医者さんが日本に来て病気のとときには、全く報酬を求めないで診てあげるといふ、非常にノーブルな習慣があった。アメリカ的な医療が一般的になるにつれて、恐らくいまはなくなってしまった。アメリカ的医療というよりは、医療の技術水準が非常に高くなるに従って、医療というのは非常にコストのかかるものになっている。

「ヒポクラテスの誓い」を誓って、志を保って一生ノーブルな生き方をするのが大体のお医者さんなんです。そういう大事な聖なる職業に携わる人たちが大勢いる。そして、その人たちへの経済的、社会的な処遇も高い。そういう意味では、私は国民医療費は高ければ高いほどいいと思います。

日本の国民医療費は、一昨年あたり大体三二兆円ぐらいになっていますが、パチンコ産業は三〇兆円です。医療費は高過ぎると言う人たちが多いのですけれども、信じられない。

出月 全く外国の状況を知らないか、医療費を低く抑えるために意識的に国民に知らせていないというのが本当かもしれないけれども、日本の医療費は先進国の中では非常に低い部類です。いまおっしゃったように、医療技術がものすごい勢いで進歩してしまったんです。一九六〇年代とはまるっきり様変わりして、私どもが医者になったときには考えもしなかったような医療技術が普通に使われているわけです。

私が医者になったときには、胃カメラもファイバースコープではありませんでしたし、エコーも、いまみたいな断層撮影はできませんでした。もちろんCTもMRIも、PETもなかった。国民がそういう医療技術の進歩を享受するためには医療費はそれだけ多く必要なわけです。それが制限されてしまっているという状況は、医療者側も非常に辛い。患者さんのためになることがやりたくても保険ではできない。

宇沢 私は、「社会的共通資本」という考えを中心に、経済学の再検討をしているのですけれども、「社会的共通資本」というのは、人間が生きていくために、あるいは社会が円滑に機能していくために必要不可欠なものをみんなの共通の財産として大事に守って、次の世代に伝えようという考え方です。例えば自然環境、森林とか、川、大気。あるいは、公共的な交通機関とか、そういったものは大切な「社会的共通資本」です。「社会的共通資本」の

中でもいちばん大切なのは、教育とか医療。それから、出版、一般ジャーナリズムです。そういったものはみんなにとって非常に大事なもので、共通の財産として守っていかう。それは必ずしも国有を意味しない。むしろ、私的な形で運営されるのが望ましいわけです。

そういう意味で、医療とか教育はいちばん大切な「社会的共通資本」ですが、どちらも赤字が出ます。これは本来赤字と言ってはいけない。逆に、医療とか教育がどれだけ重要な、大きな社会的な役割を果しているかということを示すメルクマールです。

### 医療崩壊の実態

宇沢 イギリスにナショナルヘルスサービスという制度があります。イギリスが一九四一年六月に対独戦で完全に破れて、大陸から撤退し、ロンドンの空襲が始まるというときに、チャーチルが、今度の戦争で勝っても負けても、残るのは荒廃と廃墟だけだ。それをどうやって救うか。そのためには社会保障制度をまず考えなければいけないということで、ベヴァレッジ委員会(社会保障に関する委員会)を発足させました。ベヴァレッジが中心になって、すべて税金で「ゆりかごから墓場」まで人々の基本的な生き方を守ろうという考え方に基づいて、年金制度と医療制度をどう整備したらいいかという報告書をつくった。そうしたら、官庁から派遣されていた委員が全員、報告書に署名するのを拒否した。それでベヴァレッジ一人の名前で一九四二年に報告書が出版されたわけです。ところが、その本が発売後二時間で七万部売れて、二ヵ月で六十何万部売れた。国民の九〇%近くの圧倒的な支持を得た。そこで戦後になって年金制度と医療制度ができ、医療制度の中心がナショナルヘルスサービスとなったわけです。日本の皆保険制度も、大体このベヴァレッジ報告、ナショナルヘルスサービスに準拠しています。

ところが、その後イギリスでは、大蔵省は徹底的に渋って予算を出さない。病院の建設はほとんど認めない。新しい機械、設備は入れない。特に六〇年代以降の、医学の知見、技術の進歩が非常に大きいときにそれをしなかった。それから、病院勤務医の給与体系を極端に低くしたんです。そのため、大量のお医者さんが外国に出ていってしまった。そこへもってきてサッチャーが首相になって、徹底的な医療費抑制と官僚的管理を非常に強めて、世界でも夢のような医療だったイギリスの医療が完全に崩壊してしまう。

ブレア政権になって、二〇〇〇年に国民医療費を五年間で五〇%増やして、イギリスの医療崩壊を防ごうとしたんですけれども、失われた医師のモラル、社会的な信頼を回復するのはほぼ不可能だろうと言われていました。

出月 全く同じことが日本でも起こり始めているわけです。いまは、病院が崩壊していますけれども、病院が崩壊すれば、開業医もやっていけなくなるのは目に見えているわけです。一つは、医療費の上限を国が三二兆円と決めてしまっているために、病院の財政はすごく悪くなっています。特に、平成一六年に診療報酬をマイナス三・一六%、ぎりぎりで行っていたものをさらにまた下げたわけです。医療にもう少しお金を使ってもいいということは、国民的合意だろうと思うのですが、国民のそういう意思を一方的に無視して、予算を決めている政府が上限を決めてしまっている。そこに無理がある。その無理がいま病院にまともにかかってくる。例えば地方はいままで自治体病院で何とか地域医療をやってきたわけですけれども、その地域医療が崩壊している。

最近の統計でいいますと、いま自治体病院の九二%が赤字です。自治体病院は、それでも自治体が税金で補填してくれたから、何とか成り立ってきたのですが、いまは自治体の財政も非常に悪いので、病院を売りに出したり統廃合が現実起こっています。国立病院はいま大体七〇%弱が赤字経営と言われていています。公的病院はやは



り六〇%ぐらいが赤字。民間病院も含めた全体の病院でいうと、日本病院団体協議会の発表では、四三%が赤字経営だと言われています。国公立の病院は、いろいろなところから補填とか助成金がありますから、辛うじて存続できますけれども、民間の病院は赤字が三年か五年続いたら、畳むよりしょうがない。実際に民間病院の倒産が増えているという新聞報道もあります。

もともと日本の医者数は、先進国と比べて非常に少ない。世界のほかの先進国は、大体人口一〇〇〇人当たり三・一人ぐらいお医者さんがいるんですけども、日本は二人。実際、日本ではいまの病院の二倍の医者が必要なのですが、財政事情が非常に悪いので増やせない。

例えば厚労省がやっているガンの拠点病院がありますが、いまそういうところにガンの患者さんがどんどん集中しています。同じ人数、同じベッド数で、そういう患者さんを全部診なければならぬとなれば、一つは入院日数を短くする。一つはベッドの回転をよくして数をこなすということになる。人を増やさずにそれをやりやすから、お医者さんは大変です。すると、お医者さんの中には、厳しい労働条件に耐えられなくなって、病院を辞めるといったことが実際に起こっている。そこまで切羽詰まっているわけです。

労働が厳しい上に、このごろは患者さんとの信頼関係も随分変わってきてしまって、医療訴訟とか、医者とか看護師さんに対する非難が直接向けられることが非常に多くなっています。そういうこともあって、ますます病院のお医者さんはやる気がなくなって、病院を辞めてしまう。それがいまの日本の病院の現実の姿だろうと思います。実際にいま一年に四〇〇〇人以上のお医者さんが病院を辞めて開業している。これを何とかくい止めないと、日本の病院医療はやっていけない。いちばん大切なことは、やはり病院の財政をきちんとすることだと思えます。

病院の財政がなぜ成り立たないかを考えると、いちばんの根本は診療報酬の決め方が悪いからだと私は思っております。昔は、病院も薬価差益などがあったわけですが、いまはそういうものもなくなって、病院の経営は診療報酬に頼るしかない。だから診療報酬自体をきちっとしない限りは病院の経営は成り立たない。

### 診療報酬制度の問題点

宇沢 もともと日本の診療報酬制度というのは、診療報酬点数表を国が細かく決めていて、それに基づいてレセプトを出す。六〇〇ページぐらいの部厚いものですが、その決め方に基本的な問題があるんです。よく言われるのは、医師の技術力がほとんど計算に入っていない点です。例えば新米のお医者さんが手術に失敗すると、病院の収入がすごく増える。

出月 合併症を起こしたほうが、注射が増えたり、処置が増えたり、入院期間も長くなったりして病院の収入が増える。いままでの診療報酬点数では、合併症を起こさずにすんなり治ると病院の収入が少ない。技術が全く評価されないというのは大変おかしな話です。

宇沢 しかも、小泉改革で二回ほど大幅な削減をするわけですが、その一万近い項目を、例えば三・一六%カットしろと言われると、官僚が現実にとれだけかかっているかは全く配慮しないで、政治的な意図、行政的、官僚的な手段で決める。これほど恥ずかしい制度はないと思うんです。

もともと病院を経営するときの費用というのは三つあります。一つは資本的経費。つまり病院を建設して、機械・器具を入れて、基礎的なものをつくるときの費用。もう一つは経常的な経費。これは医師・看護師の人員費とか、光熱水料とか、薬代とかです。それと病院で大事なものは、間接的経費です。お医者さんは自分の技術なり学問的な知見を絶えず新しくするためには、そのための費用も時間もかかるし、非常な努力が要ります。それから、

病院の果たしている社会的な役割として、大きな災害や事故が起きたときに病院が中心になって対処するための費用も大変なものです。いい病院は、そのために大きな費用をかけています。報酬点数表は、経常的な費用をほんの一部負担しているだけで、資本的、ないし間接的な費用は全く無視している。それをいままでどうカバーしてきたかということ、自治体が援助したり、遺産として相続した財産が基礎になったり、宗教団体とか、いろいろな形の援助、補助があったわけです。

結局、診療報酬として受け取ることができる額は、病院を維持していくための費用のほんの一部でしかない。それが医療費抑制政策に加えて、病院を援助してきた自治体自体が、小泉改革で財政的格差が大きくなっている。そういう状況で経営が非常に難しくなって、倒産する病院が増えている。

医療経済学をやっている、日本に来た外国のお医者さんとか医学部の教授を案内すると、こんな奴隷的な条件で働いていることに本当にショックを受けますね。

出月 先生がおっしゃったようなことを患者さんもほとんど知らないし、国民もほとんど知らないわけです。病院のお医者さんがどんなに忙しいか、看護師さんがどんなに忙しいかということをご存じない。病院はもうかっているだろう、お医者さんは沢山給料をもらっているだろうという方がまだたくさんおられるんです。

それから、診療報酬がどんなに不合理であるか、いまおっしゃったように技術も評価されないし、非常に安く決められているということも、国民はご存じないでしょう。これは、一つは医療側にも、保険制度自体にも責任があると思います。だから医療費がどうなっているかということをもうちょっと知っていただきたい。そのためには、病院側は領収書の明細をきちんと出さなければいけない。ホテルでも、レストランでも、ちゃんと明細を出して、チェックをできるようにします。けれども、患者さんに渡す入院の請求書は一括請求です。だから患者さんのほうは、診療内容がどうなっていて、それに対してどういう対価が払われているか全然わかっておられないわけです。これは領収書の明細を渡すことに反対している日本医師会も悪いわけです。診療報酬の内容を全く知らなければ、どうして病院が赤字になって、潰れていくのかわからないと思います。だから、そういう基本的なところから改めるべきところは改める必要があると思えますね。

それから、もともと診療報酬の決め方には全く根拠がないんです。私もずっと昔から、厚労省の担当者に、どうしてこういう点数なのか、聞いていますが、だれ一人として答えられない。全く根拠なしに、とにかく医療費が増えないように、組合の圧力とか、あるいは政治家の圧力とか、いろいろな業界の圧力とか、そういうことで診療報酬の細目を決めてきたわけです。例えば電気もガスも水道も、みんな会社が潰れないように、原価計算して価格を決めています。先生のおっしゃる「社会的共通資本」の一つでありながら、そういう決め方をしていないのは医療費だけです。どういうふうに原価計算するかは、非常に難しい問題ですけども、私は、できるところはある程度原価計算もやって診療報酬を決めてもらいたいわけです。

外保連(外科系学会社会保険委員会連合)という団体がありまして、私も二〇年ぐらいやっておりますが、外保連ができた昭和四二年から適正な診療報酬を学術的に研究してきました。端的に、いまの診療報酬点数表の価格と私たちが計算した価格を比べますと、手術報酬で平均で二・三倍の差があります。要するに、いまの診療報酬の点数表の二・三倍の価格をつけていただかないと、採算が取れない。そういう価格になってしまっているんです。

宇沢 ただ、先生がおっしゃった点は、診療報酬制度の基本的な欠陥、問題点を解決していないと思うんです。



といいますのは、外保連で計算された二・三倍というの、ほんの一部しか計算に入れていない。

出月 おっしゃるとおりです。昔は、先生の言われる「資本的経費」も計算していたんですけれども、それを加えたもので診療報酬を出すと、五、六倍になってしまうんです。それをそのまま出したら、こんなべらぼうなものはないと言って政治家から突き返されたという事情もあって、今は先生の言われる経常的経費しか計算していません。

宇沢 それと先ほど領収書を出すと言われましたが、もともと医者さんへの支払いは、オノラリウムという言葉だったんです。オノラリウムというのは、名誉あるというような意味で、謝礼。お寺でいえばお布施に相当するものです。支払うほうは、総体として診て頂いたことへの謝礼だった。

出月 昔の受診料というのは、多分にそういうところがあったんです。お金持ちからはたくさんもらうけれども、お金のない方からはもらわないでもいい。そういうスタイルだったのですけれども、保険診療ではそういうわけにいかなくなっているんじゃないでしょうか。

宇沢 社会保険には、そういう要素もあると思うんです。ベヴァレッジがプランをつくったときは、医療は謝礼という性格を持っていて、累進性が高い税金でカバーすべきだ、だから金持ちはたくさん、貧乏人は少なくてもいい、と。ところが、日本もそうですけれども、大蔵省には、税金は国家権力の象徴として取るものだという意識が非常に強い。

出月 おっしゃるとおりで、そういう考え方でいけば、いま自民党で議論になっているようですけれども、社会保障費は税金で、そのかわり目的税にするという考え方が政治家の中に出てくるのかどうか。

### 経済学者の果たした役割

宇沢 経済学者が非常に悪い役割を果している。特に小泉政権では、経済財政諮問会議に経済学者が二人入っていました。私はそれを、市場原理主義の毒を飲んだ経済学者と呼んでいるんですけれども、彼らは、マクロ経済的に見て、適切な医療費というものを勝手につけてきて、それに合わせるために医療費を抑制する。そして次から次に非常に乱暴な抑制政策をやって、いまの惨状を招いたわけです。

市場原理主義というのは、もともとシカゴ大学のフリードマンが強力に主張した考え方で、その基本的な考え方は、人生の最大の目的はもうけることで、倫理的、社会的、人間的な価値は無視してもいい。それが最初にアメリカで起こって、アメリカの医療制度さらに社会全体が崩壊していくわけです。

その後、まずチリに行くんです。私がシカゴ大学に行ったときに、あるパーティーがあって、アジェンデ大統領が虐殺されたニュースが入った。そのとき、フリードマンをはじめとするシカゴの市場原理主義者が歓声を上げたんです。そして次の大統領のピノチェトが、いまの日本のように、例えばチリの銅山を民営化して、アメリカ資本のもうけの対象にするといった政策を行い、それに反対する人たちは秘密警察に殺されていきました。私の友人とか、かつて学生だった人も何人かいますが、私は市場原理主義者というのは許せない。小泉政権のもとで市場原理主義が積極的に輸入され、次から次へともうけの機会をつくった。その一貫として、医療・教育とか、日本のいちばん大事な社会的共通資本のコアが壊れつつある。

出月 アメリカの医療は既に市場原理主義に支配されていますけれども、日本でもいまの社会保険制度の中に、市場原理を持ち込んで利益を上げたいという人たちが結構いますね。

大変悲しいことに、お医者さんの中にも、一握りだろうとは思いますが、それに迎合する人たちがいる

んです。これは大変困ったことで、そういう人たちが政府の中枢に位置する市場原理主義者たちと結託すると、日本の医療を簡単にぶっ壊すことができるんです。いまテレビを見ていていちばん多い広告は医療保険でしょう。それも外資系が多い。あれは公的保険の隙間をついて、政府がきちんとやらないことの不備について利潤を上げようという人たちです。国民も、あれだけコマーシャルを見せられると、あれに入らないとだめかなという考えが出てくるわけです。

宇沢 アメリカは、いま大手の保険会社が、それぞれの地域にHMO（ヘルス・メンテナンス・オーガナイゼーション）という大きな病院経営会社をつくっています。そして、その保険に入った人は、会社が指定するお医者さん、あるいは病院でないとかカバーしてもらえない。所属している医師に対しても、HMOが、ギャグ（口枷）・オーダー、つまりどういう治療、あるいはどういう薬を使ったらいいかという細かいリストをつくり、それ以外の治療なり薬があるということを患者に言ってはいけません。それが口枷です。いま大きな医事訴訟の一つとして、良心的なお医者さんが、医師の人間的な尊厳、職業的な威信を傷つけ、裁量権を無視するといつてHMOを訴えているものがあります。

出月 保険会社が入ってきたら、そうなりますね。HMOは株式会社ですから、なるべく安く、利潤が上がるような医療をやる。それにお医者さんも従わなければならないということで、ギャグ・クローズ、ギャグ・オーダーというのがあつた。これにはアメリカの医者、学会も猛烈に反対しましたが、これが一回できてしまうと、なかなか改められないですね。

宇沢 混合医療の場合も、本来ならば社会保険としての医療保険でカバーすべき治療なり薬を、国が認めないところに問題がある。

出月 本来であれば、そういう新しい医療も全国民が保険で平等に使えるようにすべきなのですが、そうするとお金が余分にかかる。とにかく政府はこれ以上医療費を増やしたくないために混合診療を入れる。これは完全に市場原理主義者の考え方で、それを入れれば、またそれによってもうける手段ができるわけです。

### いま、声をあげるべきとき

出月 いまの状況が五年続いたら、日本の病院医療は完全にだめになります。皆さんはご存じないけれども、日本の病院の手術の待ち時間はすでに延びてきています。イギリスでは、半年以上待たなければガンの手術はしてもらえないと言うけれども、日本でも、いまはちょっと大きな病院へ行ったら一カ月では手術してもらえない。それから、待ち時間を長くしたくない病院は、三期、四期の進行ガンの人は初めから手術しない。理由をつけて断ってしまう。言うなれば、病院による患者の選別が始まっているんです。こんなことが続いたら、どうなってしまうか。本当に心配です。

宇沢 実はドイツも同じような状況にあって、二〇〇六年ごろから、主として大学病院と自治体病院の勤務医が中心となって、数万人規模の非常に大きなデモ、ストライキを何回かやっているんです。ドイツでは大変な問題になっているんですけれども、日本の新聞はほとんど報道しないですね。

出月 そうですね。日本ではほとんど無視されているというか、マスコミは伝えませんね。

どうしたらいいかは、大変難問ですが、一つは、私は、マスコミや政治家も含めた国民の方々に現状をきちんとわかっていただく必要があると思っています。医療者側も、これからは、やはり言うべきことは言うていいと思うんです。

〇二年に、「新ミレニアムにおける医療プロフェッショナルリズム」というのが『ランセット』（イギリスの臨床医学全般の論文雑誌）に出ました。「ヒポクラテスの誓い」と同

じような意味で、すべての医者が守るべき規範という医師憲章が書いてあるのですが、その中に医者も社会に向かって発言する責務があるということが書いてありました。私は、患者さんとの信頼関係、医療に対する国民的な合意がなければ、医療は成り立たないと思っていますから、そういうものをつくり上げていく努力をみんながしないといけないと思っています。

宇沢 やはり大事な社会的共通資本である、医療と教育のためにはどれだけお金がかかってもいいというのが、国民の大勢の人たちの気持ちだと思うんです。もちろん、それが現実に可能になるためには、いろいろな条件が必

要ですけれども、できるだけ大勢の人が医療と教育という職業に従事して、日本の社会を安定的に維持していく必要があるということ、はっきり認識する必要があります。同時に、社会的にも経済的にも、医療と教育を支えている職業的な専門家をもっと大事にして、大勢の子供たちが医療と教育という分野を職業として選ぶような雰囲気をつくる大きな流れにしていく必要があるんじゃないでしょうか。財政的な問題は現実として重要ですが、できるだけ医療と教育に大勢の人が従事していけるよう、ぎりぎりまで追求していくということが必要だと思います。

編集後記

広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース第9号をお届けします。今回は「平成20年度診療報酬改定結果および来年に向けて」と「医療崩壊をくい止める 社会的共通資本としての医療をどう守るか」をメインテーマと致しました。

多くの学会からお寄せいただきました「日本の手術技術は優れている」は、誌面の関係から今回は掲載できませんでしたが、次号に掲載し、近日常に発行いたしますので、どうぞご了承ください。

広報委員会委員一同、日本の手術技術の優秀さを一人でも多くの人に知って頂き、正しく評価して頂けるようできる限りの努力をする所存です。会員の皆様のご協力をよろしくお願い申し上げます。

事務局からのお知らせ

外保連試案について

平成19年11月に「手術報酬に関する外保連試案〔第7版〕」、「処置報酬に関する外保連試案〔第4版〕」、「生体検査報酬に関する外保連試案〔第4版〕」、および3試案をPDF形式で掲載したCD-ROM版を作成いたしました。ご希望の方は事務局までE-Mail、またはFAXにてお申し込みください。

日本の手術技術は優れている?!PART

外保連ニュース第7号よりお送りしています、特集「日本の手術技術は優れている」は、近日PART をお届けいたします。ご期待ください。

三保連ニュース

第4回三保連合同のシンポジウムを開催いたしますので、お誘い合わせの上是非ご来場ください。

事前受付はございませんので、当日多数の方のご来場をお待ちしております。

【第4回三保連合同シンポジウム】

日時：平成20年9月27日（土）14：00～17：00

会場：サピアタワー4階

（東京都千代田区丸の内1丁目7番12号）

JR東京駅直結、東京メトロ大手町駅B7出入口口直結

総合テーマ：

「安心と希望の医療確保ビジョン」と現実

～勤務医から見た現実、看護師から見た現実

〔シンポジウムのねらい〕

平成20年6月、厚生労働省より「安心と希望の医療確保ビジョン」が提示された。「安心と希望の医療確保」のための3本柱として 医療従事者等の数と役割、地域で支える医療の推進、医療従事者と患者・家族の協働の推進、が示され、具体化のための検討会を設置して検討が始まっている。本シンポジウムではこのビジョンが示している改革の方向性を確認するとともに、三保連からの「ビジョン」と現実を提案し議論する機会としたい。

〔プログラム〕

・基調講演

テーマ- 解題「安心と希望の医療確保ビジョン」

演者 - 小野 太一（厚生労働省保険局医療課保険医療企画調査室長）

・シンポジウム

1. 内保連の立場から

演者 - 浦部 晶夫（NTT東日本関東病院予防医学センター所長）

2. 外保連の立場から

演者 - 里見 進（日本外科学会理事長・東北大学病院病院長）

3. 看保連の立場から

演者 - 大岡 裕子（徳島大学病院看護部長）

総合討論

問合せ先：看護系学会等社会保険連合（看保連）

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2

社団法人日本看護協会内

TEL：03-3409-1569 FAX：03-3409-1574

http://www.kanhoren.jp/index.html

E-mail：info@kanhoren.jp