

報告

平成22年度医政講演会

民主党の 社会保障・医療政策

民主党参議院議員 梅村 聡 講師

常任理事・医療政策部長 直江 寿一郎

12月4日（土）午後3時30分から、当会館8階会議室で開催した講演会には、民主党参議院議員で、35歳の現役の医師である梅村聡講師を招聘し、ご講演いただいた。

梅村先生は、日本人の文化、考え方などをしっかりと踏まえた上で社会保障をデザインすべきであり、地域医療を確保するには、総合的な診療のできる人材の育成とともに、医療従事者と住民、医療機関同士、在宅医療と療養病床を有する医療機関の相互連携が重要であると説いた。出席者は66名であった。



小職が司会・進行を務め、長瀬会長は、梅村講師が2007年の参議院選で大阪選挙区から立候補し、128万票を獲得して当選したことや、2009年には医師の宿直問題を取り上げ、国会で鋭く追及したことなどに触れ、医療従事者や国民の視点に立って国政に臨んでいる姿勢に、大きな期待を寄せていると紹介した。

以下、ご経歴と講演要旨をご紹介します。

【梅村参議院議員の略歴】

1975年2月生まれ。大阪府出身。

2001年大阪大学医学部卒業後、同附属病院、箕面市立病院に勤務。日本内科学会認定内科医師。

2007年、32歳のときに第21回参議院大阪選挙区選挙に出馬。128万1502票で当選。

現在、民主党参議院議員、民主党参議院政策審議会副会長、民主党適切な医療費を考える議員連盟事務局長

[著書]『パンドラの箱を開けよう』

(共著 エピック刊 2009)



梅村講師

—講演要旨—

I 関 寛齋と私

私が医師になったのは、1歳半の時に全身に味噌汁を被り火傷を負ったのを、運よく開催されていた日本熱傷学会に出席していた医師が処置してくれたおかげで、後遺症もなく完治できたことによる。内科を選択したのは、母方が糖尿病の家系であったことがきっかけであった。

はじめは国会議員になろうなどというつもりはなく、2006年に起きた福島県立大野病院事件を考える勉強会に出席しているうちに、山本孝史参議院議員と親しくなった。山本議員とは臓器移植法や医師の職務上の過失致死に対する考え方など一致しない面もあったが、胸腺がんの末期であった山本議員の後押しもあり、立候補した。山本議員は2007年に超党派で『がん対策基本法』を作っている。

私のルーツは、明治35年に72歳で妻とともに北海道の陸別町に入植し、北海道の開拓と地域医療に道を開いた関 寛齋（1830-1912、幕末の蘭学者）が母方の5代前の祖先に当たる。寛齋は、陸別へ入植する前に、マイナス30度にも耐えられるよう、札幌の山鼻に掘立小屋を建てて耐寒訓練をした。

気骨の人であったようで、来道前、徳島藩医学校の校長時代には、土族でない者を無給で使う藩の処遇に抗議し、視察に来た役人を学生に胴上げさせ、わざと地面に落したこともある。最晩年には、アイヌや網走監獄の囚人などの自立を願い、開墾した広大な土地を分け与えようとしたが、医者で弁護士の孫に訴訟を起こされ、敗訴。自ら命を絶った。

寛齋のエピソードを敬愛の念を込めて挙げ、「一度北海道でお話をしたかった」と述べられた。



関 寛齋
(1830-1912)

↓
関 生三

↓
関 大二

↓
関 豪

↓
関 (梅村) 嘉鶴子

↓
梅村 聡

II 11月22日（月）予算委員会における質問

NHKで中継された予算委員会では、日本のあるべき国民負担率や介護療養病床の廃止問題、民主党の医療・介護・年金のグランドデザイン、地域医療再生基金の問題点、研究開発費と事業仕分けなどを質問した。民主党を相手に鋭く言及したので、視聴者からは『梅村は与党か野党か分からん』と言われたが、社会保障は、しっかりとした理念のもとにデザインされるべきであり、エネルギーのいるしんどい作業である。それが煩わしいのであれば、国会にとどまる資格はない。

福祉政策においても、現状は、国からどれだけ金を出させるかという考えがまかり通り、声の大きい方に金の流れがちであるが、例えば、大阪市は生活保護世帯が多いが、根本的な議論なしに金をバラまいただけでは生活保護者の自立につながらない。政治家主導になったのはよいが、議員が厚労省の課長と同様に資料を読み、決裁事務に忙殺されているようでは、大きな方向性を語るができない。

朋友であった山本議員の言葉を紹介し、「今の国は媚びりズムの世界。5から10%の浮動票がどこにつくかで、政権が動く。小泉政権が勝利したのも浮動票をつかんだからであり、国会議員たちは、餃子事件や年金問題などその時々トピックに皆で飛びつく」と指摘した。

III 質問事項に関する私の考え方

① 日本のあるべき国民負担率

菅総理大臣が、消費税10%を唱えて支持を得られなかったのは、国民の目に、どれぐらいの大きさの政府を目指そうとしているかが不明瞭と映ったからではないか。

日本の国民負担率（対国民所得比）は約40%であり、アメリカが35%、イギリスとドイツが50%、スウェーデンが70%である。

これを図にして示したところ、『潜在国民負担率（国の負債）を加えて、日本は45%の負担率と考えるべきである』という指摘があった。

しかし、これでは、月収40万円の家庭が、不足分を消費者ローンから毎月5万円借金しているのに、45万円の収入があるとみなして計算せよというようなもので、誤りである。

また、民主党も自民党も現在より若干大きい政府を目指す考えに違いはない。

② 介護療養病床の廃止問題

国民の6、7割が最期を自宅（在宅医療）で迎えたいと、アンケートに答えている。在宅介護を成り立たせるためには、介護療養病床との連携が必要である。団塊世代の高齢化を控えて、38万床は最低ラインとして確保されていなければならない。医療費の財源については、不足財源の穴埋めに使われかねない税方式にするより、保険方式で手当てする方が社会保障に反映され、望ましい。

③ 民主党の医療・介護・年金のグランドデザイン

介護療養病床への対応政策は、今の政権の迷走を象徴している。平成20年の自民党政権時代に、社会保障国民会議がまとめた報告をもとに作成した。財源を先に決めてしまったため、どこが作成しても同様になっただろうが、示されたA、B1、B2、B3の4種類のシュミレーションは実態に即していない。民主党も1～2年間くらい腰を据えて、グランドデザイン作りをすべきである。ただし、民主党政権になり、社会保障費の自然増である年2,200億円削減を撤廃できたことは成果である。

④ 地域医療再生基金の問題点

都道府県単位で、一律25億円ずつ、二次医療圏の2圏域に交付された先の基金は、医師不足にあえぐ病院が、医師にもっと来てもらいたいと、壁をきれいにするだけに使ったところがあるという話も聞いている。誰がどのように審議し、決定したのか。

今回、三次医療圏を対象とする新たな基金は、三次医療に特定するのではなく、地域の医療に有益な形で使われるよう、進めていきたいと考えている。

⑤ 研究開発費と事業仕分け

基礎医学は、ベッドサイドの発想を大事にする研究者が大学で研究に携わり、指導医や臨床医となつて、後輩の指導や臨床現場に成果を還元する形をとることにより発展するものである。工学部出身者ばかりが研究開発を行なうのでは発展しない。今日の仕分けは方向が逆になっていると言わざるを得ない。

⑥ タバコと健康（たばこ事業法の改正）

（今回は説明を省略）

⑦ 生活保護費受給問題

医療費がタダでないことを認識してもらうため、十分な扶助をした上で、生活保護者から1回の受診につき100円でも一部負担金を徴収すべきである、と述べたところ、『人殺し』という抗議の電話が1時間に20本かかってきたと、蒼くなった秘書から報告を受けた。

また、大阪では、生活保護費や年金をあてにした貧困ビジネスが台頭してきている。由々しき問題であり、何らかの対策が必要である。

IV 勤務医問題

医者を目指した以上、一般人と比べて労働時間が長いのは仕方がないが、勤務医の過重労働を前提にして、医療費抑制を期待するのは理不尽。当直明けの医師の集中力は飲酒したのと同じ状況。家で晩酌したお父さんと同様の医師に手術してほしいとは思わないであろう。

V マニフェスト

民主党のマニフェスト作りの過程では、図1のような論点が出た。2010年の参議院選のマニフェスト作成にあたり、自公民、みんなの党が全て超党派の議員連盟での議論の結果をもとにしたため、区別がつかないほど似ている。

図2は、各党のマニフェストを抜粋した一覧であるが、どれがどこの党か分かるだろうか、と会場に問いかけ、「正解は、上から下に向かって、自民→公明→民主→共産→みんなの党の順番になるが、私も外してしまったのがある」と苦笑した。

図1

マニフェスト作りの過程で出てきた論点

- ・国民総医療費（対GDP比でOECD平均並みへ）
- ・診療報酬、医療保険制度
- ・医療費適正化（予防接種・ねたきり防止・タバコ対策）
- ・医師不足、医師養成数、臨床研修制度
- ・療養型病床、介護人材確保法、介護保険制度
- ・在宅医療、総合医
- ・医療事故・訴訟への対応
- ・医療費確保と国民負担

図2

2010年参院選の各党のマニフェスト（抜粋）

- ・診療報酬の大幅引き上げで医学部定員の増員、医師偏在の是正、診療所の役割強化などを実施。
- ・医師が不足している救急、産科、小児科、麻酔科などの診療報酬を大幅増加。
- ・後期高齢者医療制度を廃止し、2013年度から新制度をスタート。診療報酬を引き上げ。医師数の1.5倍増を目標に医学部学生を増やす。
- ・後期高齢者医療制度を廃止し、老人保健制度に戻す。診療報酬を抜本的に増額。医師、看護師を計画的に増員。
- ・医療費を対GDP（国内総生産）比10%超まで引き上げ。医師数をOECD平均並みの人口1,000人あたり3人まで増やす。

VI 平成22年度予算と診療報酬改定

平成22年度予算について、21年度に比較して、社会保障費が9.8%増、文教・科学振興費が5.2%増であったのに対して、経済協力費が7.5%減、公共事業費は18.3%減であり、社会保障費を手厚くした。

診療報酬改定について、当初はマイナス3%と言われていたが、全体でプラス0.19%、医科診療報酬増額は、医科本体プラス4,800億円のうち4,400億円を入院（うち4,000億円を急性期入院）に充てた。

2009年10月に「適切な医療費を考える議員連盟」を超党派で立ち上げたところ一晩で182名が集まった。会長に櫻井充参議院議員、事務局長に私が就任している。この議員連盟の力がプラス改定に大きな力を発揮した。

日本の医療を支えてきた一つは中小病院であり、全病院数の7割が199床以下である。

医療費の問題では、国民負担について議論せざるを得ない。健保組合平均の医療保険料率が7.38%（平成20年決算見込）であるのに対して、協会けんぽ（平成22年度見込）は9.34%と高い。

格差を是正するには、加入者別に総報酬制として、収入に見合った保険料率を設定し、保険料の公平な負担を行うべきである。

また、年代別個人金融資産残高では25～29歳が16.8兆円であるのに対して、60～64歳が220.1兆円（2004年度末）となっている。高齢者の窓口負担を原則1割負担とし、将来の不安を取り除き、高齢者の消費を活発化させることが景気回復、税収アップには不可欠である。

一方、産業連関表による経済の総波及効果を見ると、医療・介護は全産業に比較して、高い経済波及効果を期待できる。

他方、一般病院の医業費用のうち52%が人件費であるが、人件費は購買力を高める効果がある。

国が財源確保を目的に発行する国債は、個人金融資産に買い支えられている。しかし個人消費は冷え込み、個人金融資産が積み上がり、経済が回らない。日本は機能不全に陥っている。

診療報酬改定については、今まで力関係で動いてきたが、本来、中医協メンバーが中心となり、あるべきコストとあるべき点数を出していくべきである。

イギリスではブレア首相が1998年に医療費倍増策を打ち出し、債務減少、対名目GDP比率を高めることに成功した。根本的に見直すことが重要である。



会場の様子

VII 地域医療連携に向けた課題

- ①医療従事者と住民の地域医療連携への理解
- ②市民の間で大病院志向が強い。かかりつけ医を持つ意義の理解
- ③医療機関同士の顔が見える関係。郡市医師会やさまざまな活動を通じて「飲み会」開催
- ④診療機能や受入れ体制の情報開示
- ⑤総合的に診療ができる人材育成
- ⑥在宅医療と療養病床の連携。この2つは車の両輪。療養病床38万床はボトムライン。患者には、かかりつけ医を持つことの有用性、医療者には、診療科間のカルテの共有と連携、医学教育の見直しが必要である。

図3

医療費確保への道すじ

- ・デフレからの脱却。財政出動も考慮。
- ・事業仕分け⇒予算の効率化
- ・特別会計への切り込み
- ・国民負担の議論
- ・税方式？ 保険料方式？

Ⅷ 医療費確保への道すじ

図3に示したように、①デフレからの脱却には、ある一定の財政出動も考慮しなければならない。②もう一度事業仕分けを実施してすべての事業を検証し、予算の効率化を図る。③特別会計へさらに切り込む。④あるべき医療を追求し、国民負担の議論を行う。国民負担率は50%ぐらいまで上げてよい。高負担・高福祉か、中負担・中福祉か、低負担・低福祉がよいのかは、国民の考え方によるが、保険料と税をもう少し負担してもらい、しっかりした社会保障制度を作っていきたい。



質疑応答では、フロアから、「特別養護老人ホームは診療報酬がすべてマルメで扱われるため、おむつ代などが経営にひびく、自己負担にしてほしい」という訴えや、高齢化率が33%という道東の町の国保病院長からは医師不足解消策に関する質問が出され、梅村先生は、「医師の配置について、地域などを限定して、そろそろしぼりをかけなければならない時期に来ているのかも知れない」と私見を述べられた。

平成22年度 第2回

医療政策等検討委員会

—梅村議員を交え、北海道の地域医療体制について意見交換—

医政講演会に引き続き、第2回医療政策等検討委員会を開催した。今回は委員に医政講演会を聴講していただき、梅村先生にも委員会に同席いただいた。

当会から、「地域医療再生計画の進捗状況」「北海道の航空医療体制」「緊急臨時的医師派遣事業」について、宮本副会長、目黒常任理事から報告した。

出席の委員からは、三育大学の医局に臨床研修医が思うように集まらないことにより、地域に医師が派遣できなくなり、恒常的に不足状態にあること、産科・小児科ばかりでなく、内科や循環器科、整形外科、精神科も不足状態に陥っていること、医師会が夜間急病センターを任されることになり、救急担当医が、自分の専門ばかりでなく総合的な救急診療が行えるよう、指導に努力していること、医師確保で全国につてを頼りに声をかけても思うように集まらないこと、幹線から離れた旧産炭地は、人口減と高齢化で医療提供体制の確保が難しいことなど、地域の厳しい状況について報告が行われた。後志ブロックからは、市立小樽病院の問題についてスライドによる説明がなされた。

梅村先生は、ドクタージェットの試験運航を「初めて知った」と言われ、北海道の広域性を改めて認識され、医師確保に悩む地方にとって有効ではあるが、多額の経費が課題であることを理解された様子であった。

また、北海道の要請を受けて、当会と北海道病院協会が実施している緊急臨時的医師派遣事業が効果を挙げていることを評価された。

関西の例では、行政が主導すると、こちらが期待



する人材と応募者の間にズレが生ずることがあると指摘された。

小職からは、医師会に未加入の医師が増加傾向にある状況について委員に問いかけ、加入してもメリットが少ないと考える先生方に、積極的にアピールすることの必要性を確認した。

梅村先生からは委員に対して、地域医師確保に、新医師臨床研修制度が、有効かどうか質問がなされ、①現在の新医師臨床研修制度で医者が地方に回るか。②昔の医局制度の方がよいか。よいとした場合、もとに戻せるか、などを踏まえて、意見を求められた。

委員からは、「専門しか診ない」と言って断る救急医や、ほめながら指導しなければ挫折する現代の学生気質、成績優秀でも医師に向かない学生が増加している状況などについて懸念する意見が出され、新医師臨床研修制度の有益性は認めつつも、医師派遣に効果を期待できないこと、また、昔の医局制度には戻せないことなど、意見が出された。

これに対して、梅村先生は「有効でない研修制度の内容は見直さなければならない」と、きっぱりと応えられた。

遠慮なく、本音で迫る梅村先生にご出席いただいた本委員会は、いつも以上に各委員から積極的な発言があり、有意義に終えることができた。



閉塞した状況を打開しようと果敢に挑む梅村先生には、国政の場においてますますのご活躍を期待申し上げるとともに、ご出席いただいた各位に感謝申し上げます、報告を終わらせていただく。