京都保険医新聞

購読料　年8,000円
送料共 但し、会員は会費に含まれる

発行所
京都府保険医協会
〒604-8162
京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637
インターワンプレイス烏丸6階
電話（075）212-8877
FAX（075）212-0707
編集発行人　久保 佐世

主な内容

組織拡大特集号

本号は京都府保険医協会に未入会の開業医・勤務医の先生方にもお送りしています。3・4面の特集をご覧いただき、ぜひご入会下さい。

ご用命はアミスまで
◆医師賠償責任保険
◆休業補償制度（所得補償、傷害疾病保険）
◆針刺し事故等補償プラン
◆自動車保険・火災保険
☎075-212-0303

府地域包括ケア構想まとまる

真に必要な入院・在宅両面の保障を

京都府は3月末日までに「京都府地域包括ケア構想」をとりまとめた。

同構想は医療・介護総合確保推進法に基づき、都道府県が医療計画に盛り込むこととされた「地域医療構想」にあたる。

協会は府が2015年12月に示した「中間案」へのパブリックコメントを提出し、国の「地域医療構想策定ガイドライン」が示した「医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計」を機械的に採用しない姿勢を評価する一方、医療福祉関係者・市町村と協同した医師・診療科不足・偏在の解決や、2025年の在宅医療等の必要量の推計（国推計）を全域で1・8倍と見込んでいることについて、府が実態に基づかない「政策的にもたらされた需要増」に与せず、入院・在宅両面の保障を目指すことを求めていた。

府の姿勢評価の一方、イメージわかずとの意見も

今回、正式にとりまとめられたビジョンは、中間案に比べ、「薬局」に関する追加記載等はあるが、焦点となってきた各構想区域の必要病床数推計について、15年5月1日現在の許可病床数に比べて減らさず、全体として増加する見込みを明記し、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の各需要別の病床数の「目標」を細かく書き込まないという点に変更はなかった。

一方、パブリックコメントの結果も報告された。15年12月19日～16年1月16日の間に56人、129件の意見が寄せられた。

協会と同様、府が国の方針を機械的に採用しなかった姿勢を評価する意見が複数ある一方、機能別必要病床数が記載されていないため「必要となる経費や人員数がイメージできず、将来も引き続き医療資源が偏在することが危惧される」と逆の指摘もあった。

在宅の受け皿で危機感持つ意見多く

全体として目につくのは、「在宅療養」あるいは「地域包括ケアシステム」についての意見の多さである。「入院治療が必要な患者が病院を追われることにならないか」「地域包括ケアシステムの推進は重要」「慢性的な人手不足」「市町村の役割を強化することが必要」等、膨らむ在宅需要をどう受け止めるのかについて、各々の考えが書き込まれている。

協会はあらためて在宅療養の受け皿をどう確保するかについて、府に対する要望をとりまとめ、提出する予定である。

パブコメで府が医師定数設定反対を明記

加えて、パブリックコメントには「新専門医制度」に関する意見が寄せられた。意見は「都道府県間の格差是正」という考え方が問題と指摘し、新専門医制度で府の基本領域における専門医数が制限されるのではないかとの危惧を表明。

これに対し、府は「新たな専門医制度における診療科別地域別に定数を設けることについては、反対」と明記した。

今後、府は保健医療計画等を策定することになる。実際に入院・在宅の両面から確実な医療保障を目指す姿勢が求められており、協会も必要な意見を届けていく。

「バイバイ原発」の横断幕を掲げ、沿道の人々にアピール

失われたすべてに祈りをこめて

東日本大震災から6年となる3月11日に、円山野外音楽堂で「バイバイ原発3・11きょうと」を開催。参加者は2500人となった。主催はバイバイ原発きょうと実行委員会。

集会では、南相馬市から避難している福島敦子氏が親子でスピーチ。差止め訴訟弁護団若手弁護士の鹿島啓一氏と、飯舘村酪農家の長谷川健一氏が講演を行った。

発生時間に合わせて、「祈りと追悼」の時間を設定。東日本大震災で失われた命や福島第一原発事故で奪われた故郷、生活などすべてのものに思いを馳せようと朗読劇と献花を行った。

その後、SOUL FLOWER UNIONの中川敬氏がライブパフォーマンスを行い、参加者全員で「福島を忘れるな」「命が大事」「再稼働反対」と声をあげ京都市役所前までデモ行進を行った。沿道の人々には「原発事故を二度と繰り返すことなく、核と原発のない世界を子どもたちに手渡そう」とメッセージをつけた花を手渡し、原発反対を訴えた。

昨年を上回り、2500人が参集した

飯舘村の長谷川氏が訴え

主張

魅力ある地域の再生を

現代の日本は東京一極集中をはじめ、さまざまな格差が拡大している。医療も然りである。

医療資源が大都市に集中し、地方では救急医療体制の不備や専門医療機関の不足のみならず、医療機関自体継承者がなく消滅している。首長の仕事は医師探しだといわれているところもある。

都道府県ごとの保険医の配置・定数の設定や、研修のための専攻医枠の制限による保険医・専門医の地方への誘導、特定地域・診療科での診療従事を医療機関管理者の要件とする等が、医師偏在対策として俎上に載せられている。

希望に沿わない地域、診療科で診療せざるを得ない医師は、地域医療に熱意をもって取り組むだろうか？住民はどうだろう。医師さえいればよいのか？

日本の医療制度は「国民皆保険制度」「フリーアクセス」「自由開業制」「診療報酬出来高払い」に特徴づけられる。医療提供は専ら民間に委ねられ、医師が医療機関を設立し、自ら運営してきた。社会情勢に併せて、医業を展開してきた。

経済の低迷や医療の高度化、高齢社会化で、医療保険財政が厳しくなり、「国民皆保険制度」維持の名の下に、これらが変えられようとしている。

我々医師は「フリーアクセス」「自由開業制」「診療報酬出来高払い」のもと、自らの責任で矜持をもって、地域医療に取り組んできた。地域の一員として生き、随時診療内容、形態を変えてきた。日常診療以外にも、検診や予防接種、校医・啓発活動、行政への協力等、地域のために活動してきた。その結果、2000年には世界保健機関から「総合点で世界一」の評価を受けている。

医師の強制配置は地域医療を知らない者の発想であり、医師のみならず、地域住民にも失礼ではないか。

過疎化が進む地方の住民は、まだ何とか頑張っている。若い世代が将来に見切りをつけ、故郷を去る前に地方を再生させることを最優先すべきである。

最近、地方移住に関心を持つ人が増えてきている。中高年は自然環境、住居環境、医療福祉を重視し、若者は働き口と交通の利便性を重視するという。

国の地方創生、高齢者対策では、Compact City構想や、これを用いたCCRC（Continuing Care Retirement Community）構想があるが、対象となる元気高齢者もいずれ要介護状態になる。介護、看護してくれる人材が必要になる。

今のうちに、若者に魅力のある地方を復活する必要がある。何よりも地方に仕事の場を作ることである。魅力ある地方であれば医師も進んで赴任する。医職住がそろって初めて安心して生活ができる。そのような地方の再生を望む。

医界寸評

園児に「教育勅語」を唱えさせているとニュースで聞いて驚いたが、同学校法人の新設予定の小学校で開校目前に土地取得、学校認可等に関わる疑惑が次々に浮上。国・大阪府の異例の動きに総理夫妻の名前まで上がり、証人喚問が行われた▼国会では稲田防衛大臣が自身の見解を問われ「教育勅語の精神である、日本が道義国家を目指すべきという核の部分は大切に維持している」と答えた▼教育勅語は1948年に衆議院で「排除」、参議院で「失効確認」が決議された。「根本的理念が主権在君ならびに神話的国体観に基づいている事実は、明らかに基本的人権を損う」、先に制定された「日本国憲法」「教育基本法」の精神に悖るものという全会一致の国会決議だった▼道義国家の核は、忠君愛国、儒教的道徳であり、教育の根本は皇祖皇宗の遺訓とされ、軍国日本の精神的主柱として全国民が洗脳された。「一旦緩急アレハ義勇公ニ奉シ」の文言の下「天皇陛下万歳」と叫び、いかに多くの若者達が自ら死地に赴き、また人を殺したことか▼ここ数年「日本会議」特集の出版が続くが、今回の一連の動きは右傾化を進める流れの行き着いた帰結として見れば分かりやすい。ポツダム宣言を知らない首相、過去の国会決議に学ばない大臣、知性欠如の彼らに権力を握らせる怖さに改めて震撼する。（さ）

山科医師会と懇談

2月9日　山科医師会事務所

自由開業制の堅持は必要

協会は山科医師会との懇談会を2月9日に開催。地区から5人、協会から6人が出席し、「『2018年度に予定される医療大転換』にどう対抗するか?」等のテーマで意見交換を行った。

山科医師会の紀田貢会長は、トランプ米大統領が登場し賛否両論はあったがTPPは吹き飛んだ。米国との個別交渉により結果としてTPPの方がよかったというようなことにならないことを願うとあいさつ。垣田理事長も、医療にとって大事な改定が来年に控えている。しっかり情報を出してもらい、意見を言える機会を作ってほしいものだとあいさつした。

出席者11人で開催された山科医師会との懇談

懇談では、山科医師会の出席者から多くの意見が出された。自由開業制に関しては、過疎地等の医師不足は課題としながらも、強制的に配置されてもやる気が出ない上、今後の人口減少を考えると医業が成り立たなくなる可能性がある。国にフリーハンドを与えるのは危険。新規開業を抑制するだけでなく、すでに開業していても廃業を迫られる可能性もある―と自由開業制の堅持を求める意見が相次いだ。

その中で緩やかな適正配置は必要とし、以前の医局制度を評価する意見も出された。また患者のフリーアクセスについては、英国型の人頭制を念頭にしており、患者にとっては受診が二度手間になるにもかかわらず、安価で医療を提供させようとしている等、制限すべきでないとする意見が出された。

これに対し協会は、医師や診療科偏在は自由開業の制限に直結させるべき問題ではなく、住環境等地域全体に対する問題として捉えた政策立案が必要。国が適正配置に関与するということは当該医師らの生活全体をも保障することとなり、かえってコスト増となる。フリーアクセスについても、患者は医療機関を上手に使い分けており、コスト増にはつながっていない。フリーアクセスは制限すべきでないとの考えを示した。新専門医制度や総合診療専門医については、一旦目指した専門科を途中で変更するといった軌道修正ができないのは問題と制度の欠点を指摘する声が上がった他、受診時定額負担導入が議論されたことや診療報酬での相次ぐかかりつけ医機能の評価を念頭に、専門科に特化した診療所は「かかりつけ医」になりにくい。総合診療専門医を制度化しても患者を紐付けするようなことをしてはいけないとの意見が出された。

協会は、新専門医制度の19領域のうち、臨床検査等4領域を除いて、都道府県ごとにその数を制限すると国は言っており、自由開業制とも関係し得る問題との見解を示した。

京都市の保健センターと福祉事務所の統合については、医師会への正式な説明がいまだにないことが判明。地区からは、医師や課長級以上が本庁に集約される等地域における機能縮小により住民サービスが低下することへの危惧が示された。

最後に戎井浩二副会長が、医療の多難な時代に入って久しいが、変えないといけない部分がある一方、変えてはならない部分もあるとあいさつ。今後も開業医としての意見を国に伝えていくことが必要との認識で一致し、更に意見交換していくことを確認した。

左京医師会と懇談

2月18日　ウェスティン都ホテル京都

遠隔診療と京都市の医療福祉行政で意見交換

協会は、左京医師会との懇談会を2月18日に開催。地区から21人、協会から6人が出席した。

左京医師会の伊地智俊晴副会長の司会で開会。同医師会の出木谷寛会長が「将来に対して不安、心配に思っていることは、今後普及が予想されるオミックス医療(注1)、ゲノム医療などの新しい医療の特許について、アメリカ、イギリス、中国が抑えにかかっていることだ。我々の医療費がどんどん海外に流れていくことになる。国民の健康を守るためには致し方ないという意見もあろうが、悲しい思いを持つ」とあいさつした。協会より鈴木由一副理事長のあいさつ、各部会からの情報提供を行い意見交換に移った。

まず、「インターネットを用いた遠隔診療」について、地区より「遠隔診療は事実上解禁されているのか。例えば、離島等の遠隔診療と、都市部での実施数は」との質問が出された。協会から「実施医療機関は後日確認したい(注2)。今回問題になっているのは、都市型のインターネット画像・音声による診療であり、特に薬剤の取扱いが問題となっている。ネット診療の場合、医療機関からの薬剤の郵送は黙認されている(注3)」と返答した。

次に、「京都市の子ども若者はぐくみ局創設、保健センター・福祉事務所の統合」について、地区より「はぐくみ局構想を見ると、従来の縦割りの発想を崩して横断的な発想を持っているので、悪い点ばかりではない」との意見が出された。これに対して協会は「はぐくみ局は子どもをワンストップで見ていくとしているが、障害があるとされた時点で保健福祉センターの管轄となり、ワンストップではない。障害の有無で区別されてしまう。グレーゾーンの人がどこに行ったら良いのかも分からない。窓口が一つあるだけ、という感じであり、対応が困難になるのではないか。協会として注視して、しっかりものを言っていく必要がある」と返答した。

また、地区より「京都市の行政医が10年間で半減以上と急速に減少しているが、京都市はそれを補うつもりも、公募するつもりもないと明言している。医師はラインから離れてスタッフ職になるので、モチベーションも下がっている。はぐくみ局一本化で、京都市の保健医療行政自体がかなり危なくなるのではないか」「医療関係の権限を持って担当する部署が縮小するのは問題がある」との意見が出された。

これに対して協会は「辞職を考えている保健センターの医師もいる。市役所に集められて、現場から離れた仕事になってしまうと、ますますモチベーションが下がってしまうのではないか。京都市は、お金のかかるところの人件費を減らして財政を縮小していくという発想しかないのが問題だ。本当は各保健センターの窓口に医師が1人ずついて、医師が主体となって衛生業務を担ってもらう方が、京都市にとっては良いはずだ。しっかり分析して、京都市に提言、改善要求していく必要がある」と返答した。

出席者27人で開催された左京医師会との懇談

注1：Omics情報を駆使して、疾患の予防、診断、治療、予後の質を向上することを目指す医科学研究の名称

注2：厚労省資料によれば、14年9月分で、遠隔画像診断の導入病院数は1335機関、同診療所数は1798機関、遠隔病理診断の導入病院数は226機関、同診療所数は808機関、遠隔在宅診療・療養支援の導入病院数は18機関、同診療所は544機関であった

注3：保団連による厚労省交渉時の発言より。なお、電話再診では薬剤を郵送することは認められていない

住民税「通知書」に記載しないよう求める署名にご協力下さい

マイナンバー

総務省は、5月に市区町村から事業所に郵送される住民税の「特別徴収額の決定通知書」に、従業員のマイナンバーの記入を指示している。市区町村が指示通りに実施すれば、医療機関を含む事業者に厳重な管理が求められる。マイナンバーの提供について法令は、個人に提供義務を負わせる規定はなく、あくまで任意としている。そのため、提出しない従業員にとっては、自らの意思に反して事業者に管理が委ねられることになる。

国の動きを受けて協会は2月、「通知書」にマイナンバーを記載しないことなどを求め、府内市町村議会に陳情書、市町村長宛に要望書を提出した。京都市会では、3月16日の経済総務委員会で取り上げられたが、法令に基づき従業員のマイナンバーを記載した「通知書」を送付すると回答。長岡京市議会では、総務産業常任委員会で審査された結果、陳情内容を了としないという通知が出された。

協会は、以上のことをふまえ、会員各位の声を要請署名として集約し、市町村に改めて、▽「通知書」にマイナンバーを記載しないこと▽マイナンバーを記載する場合でも、一部をアスタリスクで表示するなどの対応をとること―を求めたい。ぜひ、会員の声を届けるために、積極的なご協力をお願いしたい。詳細は、本紙に同封している署名用紙を確認いただきたい。

「共謀罪」法案提出に抗議

基本的人権の侵害許さず

政府は、「共謀罪」の趣旨を盛り込んだ組織的犯罪処罰法の改定案を3月21日に閣議決定し、国会に提出した。これを受けて同日、協会は「法案の廃案を断固求める」理事長談話を発表。翌22日の京都新聞が「京滋で抗議の声」の中でこれを紹介した。

談話は、「国際条約批准に必要」「東京五輪のテロ対策に必要だ」との政府説明は、国民を誤信させるものといえること。捜査機関の裁量次第で一般市民も対象となる恐れがあり、テロや犯罪と無縁の政治運動や労働運動、平和・人権運動まで対象となる懸念が払拭できないこと。国家による市民監視が進み、密告社会も招きかねないことなどを問題視。このような個人の自由を制約し、基本的人権を侵害する恐れが強い法の創設を到底看過することはできないと、同法の廃案を求めた。

〝共済制度利用勤務医会員〟を新設
―「グループ保険」のご利用を―

協会はこの度、勤務医の先生方に共済制度を利用いただけるよう、「共済制度利用勤務医会員」を新設しました。

対象は、開設・管理者を除く京都府内で診療等に従事する病院勤務医で、会費は3500円と低く設定。協会機関紙（京都保険医新聞本紙）のみ送付（点数改定関連の冊子等は送付いたしません）を行い、共済制度や各種相談室の利用、勤務医向け講習会への参加が可能です。ただし、選挙権、被選挙権は認めず、総会に出席する権利を有しません。

すでに協会にご入会いただいている病院勤務医会員各位も、ご希望であれば「共済制度利用勤務医会員」への変更を受け付けます。変更をご希望の際は、協会までご連絡いただき、所定の変更届のご提出をお願いします。

また、これに伴い、以前より勤務医各位からご希望の多かった保険料の安価な「グループ保険」を導入。保険医共済会（現在、16府県の保険医協会・保険医協同組合が加盟）の取扱いとし、この4月より募集を開始しています。保険の加入スタートは17年8月1日付で、以後、中途加入も随時受け付け、「共済制度利用勤務医会員」だけでなく、研修医会員を除く全ての会員に加入いただけます。

入会・各種共済制度のお問い合わせ・資料請求は、協会までご連絡いただくか、協会・アミスのホームページ（協会：https://healthnet.jp/、アミス：http://amis.kyoto/）をご利用下さい。

お忘れなく!! 困ったときの保険医協会

協会は、診療から日常生活までのあらゆるリスクをサポートする共済制度を備え、日々の相談業務に力を注ぎ、会員のお役に立つよう尽力いたします！

お気軽に、何でもご相談下さい。

京都府保険医協会　副理事長　鈴木 由一

保険医のマネープランが大切な時代へ

私は勤務医として働いてきましたが、ずっと病院にいるような生活で自分の将来設計、特に老後まで視野に入れたマネープランにしっかり向き合ってきたとは言えませんでした。

40歳ごろだったでしょうか、今でいうファイナンシャルプランナーに当たる人から勧められたのを契機に、妻と相談して京都府保険医協会の保険医年金に加入しました。そこで知ったことは保険医協会には様々な融資制度があり、それらが大変使いやすいことでした。勤務医向けの子どもの教育資金、自宅改修などに使える資金だけでなく、利用目的が限定されない自由ローンなどです。低利ですので私もいくつか利用させていただきました。

『月刊保団連』（2017年3月号）に「保険医のマネープランを考える」という対談が掲載されています。勤務医にとって老後まで含めたマネープランはますます大切になってきている時代です。勤務医の先生方も京都府保険医協会に加入され、ご自分の生涯設計に協会の制度を活用されてみてはいかがでしょうか。自信をもってお勧めします。

（勤務医会員）

勤務医にもなくてはならない存在に

日本の勤務医は、診療には極めて熱心だがそれ以外の保険診療や医療制度には全く無関心というのが実情であろう。私もレセプト査定に対して、医事課から再審査請求書類を持ち込まれ「患者のため」など医学的にも保険診療上も的外れな主観的症状詳記を書いてきた。そんな中、ある紛争事例を通じて初めて保険医協会を知り、熱心で論理的な対応に啓発され、保険診療を自覚するに至った。それ以来保険医協会に加入し、様々な事業にも触れ、この低金利の時代に極めて有利な「保険医年金」（一定期間後は引き出しも自由で預金と同等と理解した）を知り、早速契約した。住宅や自動車購入の融資も受けられる。私は考えなかったが、開業資金の融資も、さらに実際開業に際しての諸課題（特に「新規個別指導」対策）にも対応してもらえる。これら共済制度の利用を中心とした新しい勤務医会員制度が発足するという。勤務医になくてはならない存在として期待している。

（勤務医会員）

©もへろん

グループ保険（死亡・後遺障がい保障）始めます!!

協会では、新たな共済制度としてグループ保険（生命保険）の取扱いを開始します。４月より募集し、加入は８月１日より随時です。ぜひ加入をご検討下さい。詳細は協会事務局まで。

◎安い掛金で大きな保障　4,000万円保障で
例えば、35歳男性の先生の場合　月額 3,760円

◎医師の診査はなく、健康状態等の告知による申込み
書面告知で申込みは簡単！
協会事務局の対応も親切・丁寧

◎余剰金が生じたときは１年ごとに配当金
これまでのグループ保険の配当実績
最近３年平均　27%

「グループ保険」にご加入いただくと、さらに先進医療費用補償に本人負担０円でお申込みできます
（保険医共済会福利厚生制度として）

※グループ保険お申込みの場合は、「保険医共済会」の入会金が必要（初回掛金とともに1,000円徴収）

文化企画

名門ワインを存分に堪能
ワイン講座開く

協会は、2月18日にワイン講座を開催。山本博医師を講師に迎え、各ワインの解説と試飲を楽しんだ。参加者は33人。以下、参加記を掲載する。

五感を総動員して満喫

田代 博（右京）

協会のワイン講座に初めて参加しました。会場はホテルモントレ京都の「アークハート」です。

今回のテーマは、ダブルマグナムでした。普通のワインボトル（ブテイユ）は容量750mlですが、2倍の1500mlがマグナム、そして4倍の3000mlがダブルマグナムです。ワインの重さが約3kg、ボトルも約3kgで計6kgの重さです。ソムリエの方も重すぎてこぼしたりグラスを倒したりしないよう気を使っておられました。

ワインを解説する山本氏

協会総会懇親会でもおなじみの山本博氏の解説により、まずはシャンパンです。

銘柄はローランペリエ。シャルドネ種を多く使い、他社に先駆けてステンレスタンクでの醸造を始めた名門です。

色は輝きのあるイエローゴールド。細かい泡立ちがきれいです。目で色を、耳で泡の音を、鼻で香りを、舌で味を、唇でグラスの触感を、そしてのどごしを楽しむ。五感を総動員してこそ、ワインの良さを満喫できるのでしょう。

白ワインはブルゴーニュのエティエンヌ・ソゼです。名門を引き継いで質の高いワイン造りを続けているシャルドネ100%のワインです。ダブルマグナムは2006年産、ブテイユは2014年産でした。

赤ワインはボルドーのシャトー・モン・ペラ。メルロー種中心のワインです。近年一躍有名になったシャトーです。ダブルマグナムは2011年産、ブテイユは2013年産でした。

なお、ダブルマグナムのお値段はブテイユの8倍だそうです。

各ワインを試飲の後、ホテルのフルコースに舌鼓を打ちながら、もう一度、各ワインを楽しみました。

総勢33人で、1万1250ml、1人当たり340mlもあったので、一部飲み切れず残念でした。私たちのように初めて参加した者も、何回も参加されている方々ともども、十分に楽しむことができました。謝々。

解説を聞きながらお楽しみのテイスティング

医療安全担当者交流会

病院は事故にどのように対処するか
～現場での体験を踏まえて～

日　時　5月30日（火）午後２時～　お申込は協会まで
場　所　京都府保険医協会・ルームA～C
演　者　阪南中央病院医療安全管理部 患者情報室「とまり木」 北田 淳子 氏

参加費 無料　定員 60人　要申込

協会事業はホームページでもご確認いただけます

京都府保険医協会
https://healthnet.jp/

有限会社アミス
http://www.amis.kyoto/

こんなことをやっています！ 協会の文化企画

文化講習会
アロマテラピーの講習会やクリスマスリースの作成など。毎回、いろんなテーマで企画しています。

文化ハイキング
京都を中心に、近畿の史跡・名跡を訪ね歩きます。

サロンコンサート
京響メンバーによる演奏を楽しめるひとときです。

日本酒講座
酒蔵見学と試飲会をセットにした企画です。

ワイン講座
ワインの解説はもちろん、テイスティングも！
食事とともにワインを楽しみます。

ジャズを楽しむ会
ライブハウス「ル・クラブ・ジャズ」での演奏会。
最後には参加者も演奏に飛び入り参加！

勤務医のための講習会【資産運用編】
自分なりのマネープランを作成する

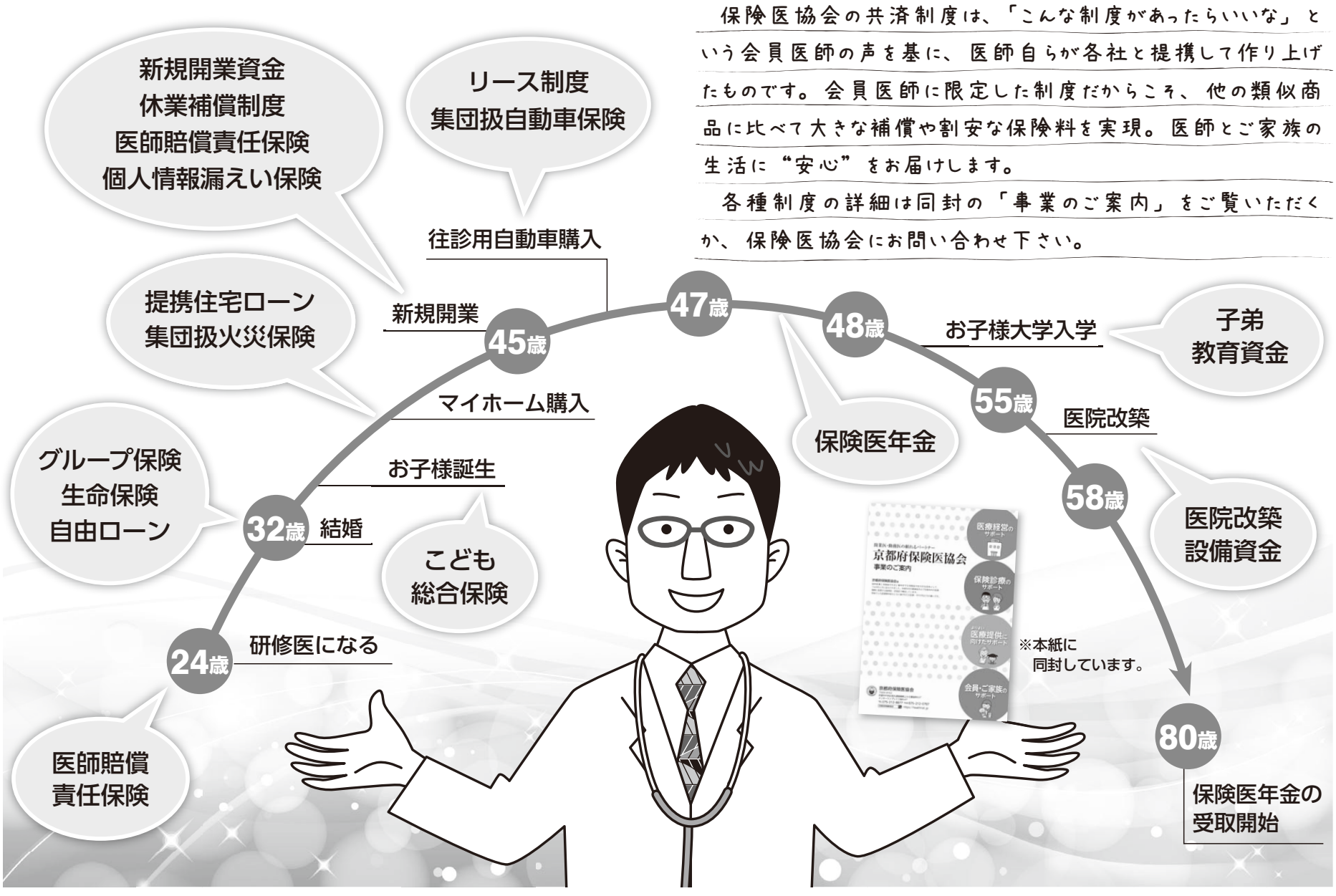
日　時　5月21日（日）午後２時～３時30分
場　所　京都府保険医協会・会議室
内　容　自分自身の収入と支出を見直し、保有資産を確認することから、ライフプランを立案する流れをわかり易く説明。目的に合った商品を検討することで、自分なりのマネープランを作成する考え方を紹介します。
講　師　京都銀行　個人営業部　審議役　太田 英治 氏
参加費　会員および当日ご入会いただける方は無料
非会員は3,500円

要申込

ドクターライフをトータルサポート！

保険医協会の共済制度は、「こんな制度があったらいいな」という会員医師の声を基に、医師自らが各社と提携して作り上げたものです。会員医師に限定した制度だからこそ、他の類似商品に比べて大きな補償や割安な保険料を実現。医師とご家族の生活に“安心”をお届けします。

各種制度の詳細は同封の「事業のご案内」をご覧いただくか、保険医協会にお問い合わせ下さい。



協会が企画しているフォーラム「政治は変えられる」（5月13日開催予定、**7面に案内**）で、慶應義塾大学経済学部教授の井手英策氏に「脱グローバリズムの潮流と課題―新しいルールを求めて―」と題した講演をお願いしている。ついては、井手氏のご紹介も兼ねて、16年11月の兵庫県保険医協会の政策研究会「日本の財政改革　成長依存社会からの脱却」講演録を転載する。

政策研究会「日本の財政改革　成長依存社会からの脱却」講演録

分断社会を終わらせよう

慶應義塾大学経済学部
井手　英策　教授

【いで　えいさく】1972年生。95年東京大学経済学部卒、2000年同大学院経済学研究科博士課程単位取得退学、日本銀行金融研究所、東北学院大学、横浜国立大学にて奉職後、09年度より現職。2015年『経済の時代の終焉』で大佛次郎論壇賞受賞。

成長依存ではない社会をめざすべき

アベノミクスが機能していないことは皆分かっている。最も大きな問題は、それにも関わらず国民が支持していることだ。成長に依存しないと生きていけない社会では、成長させてくれると思う人を信じる以外に道はないからではないか。

だから、「脱成長」論とも異なる、成長に依存しなくてもよい社会の姿を対抗軸として打ち出していく政治が大事で、それこそがアベノミクスに対する一番の批判になる。

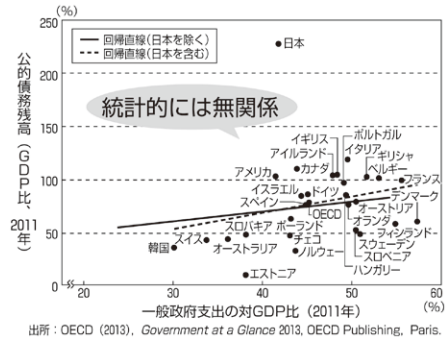
財政赤字の要因は社会保障ではなく税収

日本政府の債務残高は非常に大きい。

「支出をこれ以上増やすと、財政赤字が増えて大変なことになる」と批判している人は多いが、統計的に見ると政府の財政支出の規模と債務残高には関係がない（**図1**）。

また、統計的には労働者の中に占める公務員の割合と債務残高とは関係がない。因果関係はないが、日本・ギリシャ・ポルトガル・イタリアなど債務危機と言われる国は、他の国に比べてむしろ公務員は少ない。「財政赤字を減らすために公務員の人件費を削れ」と言われてきたが、全く根拠のない意見だ。

図1　一般政府支出と公的債務残高の関係



出所：OECD（2013），*Government at a Glance* 2013, OECD Publishing, Paris.

政府の財政支出や公務員数などを見ると、日本は相対的に小さな政府で、他国より無駄遣いは少ない。ますます小さな政府にすることで、本当に世界最高の借金を返せるのか、まじめに考えないといけない。

財政赤字の決定的要因は二つある。税収と公共事業だ。このうち、公共事業が大きく削られ、90年代後半以降、財政を規定しているのは税収である。「財政赤字は社会保障費の増加で増える」と思いがちだが、財政が赤字か黒字かということに社会保障が寄与する割合は小さく、本当に大きいのは税収だ。つまり、日本の財政赤字は、税収が足りないことが問題と考えるほうが正しい。

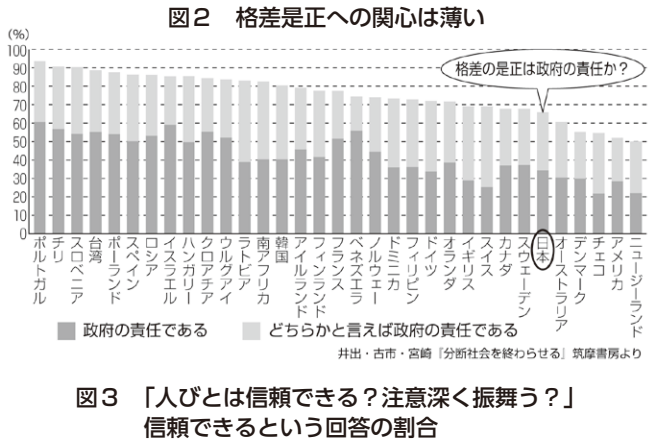
各国の税負担率を見ると、日本はOECD（経済協力開発機構）平均よりも低い。平均まで近づけるのに必要なお金は約20兆円だ。社会保険料の負担率を足しても、さらに消費税を12%にまで上げなければ平均にならない。

私たちは「財政支出の何が無駄か、誰が無駄遣いをしているか」ばかりを議論してきたが、正しい問いは「なぜ日本では、増税ができないのか」だろう。

なぜ日本では増税できないのか

「格差是正は政府の責任ですか?」という問いに対し、「政府の責任だ」「どちらかと言えば政府の責任だ」と答えた人の割合は、日本は下から6番目だ（**図2**）。また、「貧しい家庭の学生に経済的援助を与える先進国の中では一番人を信頼していない国と言えるかもしれない。

図2　格差是正への関心は薄い



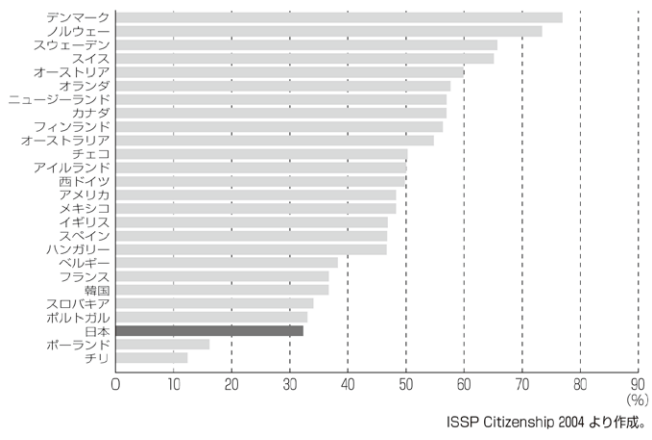
井出・古市・宮崎『分断社会を終わらせる』筑摩書房より

この割合は、格差と統計的に有意に関係があり、「信頼できる」と答えた人の割合が多い「信頼社会」は格差が小さく、「信頼できない」と答えている社会では格差が大きい。これは他の統計でも同じだ。

「政府を信頼しますか」という問いに対しても「非常に」もしくは「かなり」と回答した人の割合も56カ国中42位だ。明らかに政府も信じていない。

人間も政府も信じていない社会を私たちは生きているのだ。

図3　「人びとは信頼できる？注意深く振舞う？」信頼できるという回答の割合



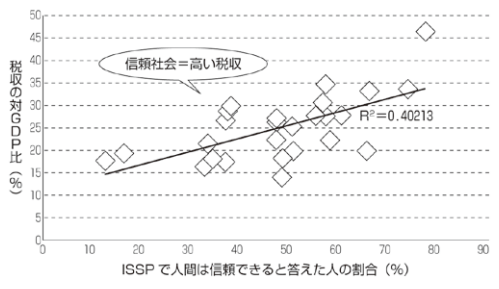
ISSP Citizenship 2004 より作成。

「分断社会」日本

別の統計では、「どれぐらい自由を感じますか」という質問への肯定的な答えは58カ国中52番目、調査年度は違うが「自分の人生は自分で決められますか」という問いでは60カ国中59番目だ。

愛国心はどうか。「自国の戦争のために喜んで戦うか」という質問に「はい」と答えた人の割合は最下位だ。「自国に人権への敬意があるか」という質問では、52カ国中34番目だ。

図4　不信社会＝税の取れない社会



こうしたデータから、「社会」という言葉が非常に軽く聞こえる。

私たちは平気で「日本社会」「日本国民」と言うが、人間が集まっているだけでは「社会」や「国民」とは言わない。ある一つの価値を分かち合ったときに初めてその集団は社会、国民になるのではないか。

ところが平等や自由、愛国心、人権など、人類がときには血を流し勝ち取ってきた、さまざまな価値を私たちは分かち合おうとはしていない。この集団を果たして社会と呼ぶのか。

私はこのように社会が社会たり得る価値を分かち合うことができなくなっていることを「分断社会」という言葉で表している。

「勤労国家」から「袋叩きの政治」へ

なぜこのような社会状況が生まれたのか?

私は日本の福祉国家のことを「勤労国家」と言っている。つまり勤労が前提になっている福祉国家だ。

「勤労」という言葉は戦争中に定着した。戦争中、「勤労動員」「勤労奉仕」などと言われ、多くの人びとが大変な目にあったので、普通、戦争が終われば「勤労」という言葉はなくすと思うが、日本人はなくさなかった。そして憲法27条には「勤労の義務」が盛り込まれた。このメンタリティがいかにも日本的だ。

戦後、「勤労国家」を作り上げたのは池田勇人だ。彼の著書『均衡財政』に「私たちに必要な政策は、一つは勤労所得者への（所得税）減税、もう一つは公共事業による勤労機会の保障」と書かれている。要するに、勤労した立派な民には税を還そう、そして社会保障は贅沢すぎるから公共事業で仕事の機会を与え、勤労させようということだ。勤労を終えた高齢者は立派なので報償が必要で、その報償が年金と医療だ。だから日本の社会保障は年金と医療がかなりの部分を占めている。一方、現役世代は自分で働いて何とかしろ、その上で勤労できない人たちだけは救済してやるという形の福祉国家が成立した。

その後、日本の貯蓄率は先進国最高になるが、理由は貯蓄しないと生きていけないからだ。だから「成長神話」なのだ。成長して貯蓄していかないと人間らしく生きていけない社会を、私たちはつくってしまった。

世帯所得は戦後ずっと増えつづけてきたが、97~98年以降減少に転じている。この頃から正社員の数が減り、非正規雇用の数が増え、今では労働者の4割が非正規雇用となった。人件費の総額は90年代半ば頃で頭打ちになり、以後横ばいになった。

一方、98年を底に、企業の経常利益は上がっていき、経常利益は増えるが人件費が増えないという状況が始まった。

企業は、ずっと借り入れ超過だったが、97~98年を境に貯蓄超過になった。戦後初のことで、それまで企業は借り入れをして設備投資していたが、内部留保で投資するようになり、投資のための資金を手元に残すために人件費を削った。この時期を境に家計部門の貯蓄が減ってきた。企業が人件費を削ったため、労働者が貯蓄できなくなったのだ。日本は「勤労国家」でありながら、働いても貯蓄ができないような状況になってしまっている。これ

（6面に続く）

（5面からの続き）

が日本社会の閉塞状況の最たる理由だ。

今一番、右傾化しているのは、中間層、とりわけアッパーミドルだ。この層は、年金こそもらえども、将来に対して非常に強い不安をもっているのだろう。

ここから出てくるのは私の言葉でいえば「袋叩きの政治」だ。「既得権者」を次々に暴き、レッテル貼り・バッシングを繰り返す。「地方の公共事業は無駄だ」と都市の住民は怒り狂い、「公務員の人件費は高すぎる」「生活保護ももらいすぎだ」と叩く。「医療費も高すぎる」と、医師や医療従事者にレッテルを貼って叩く。さらに、負担も他人に押しつける。昔は「お年寄りは大事にしなさい」というのは当たり前だったが、今は「年寄りに税をかけることが公平だ」という。

人に負担を押しつけ、自分の既得権を守るために、他人をバッシングする政治状況になっている。根底には働かないと食っていけない社会、働いても働いても食えない状況がある。

北欧諸国はなぜ格差が小さいか？

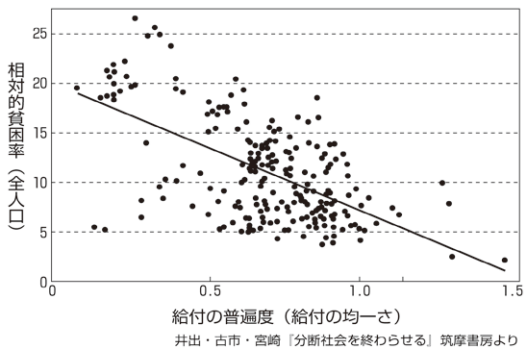
「貧しい人を助ける」と聞くと、多くの人の頭に浮かぶのは、貧しい人にお金をあげることではないだろうか。しかし、統計では、貧しい人にだけ給付をしている社会は、実は格差が大きな社会ということが分かる（**図5**）。自分たちは給付が受けられないから中間層や富裕層が怒り、そうした層から税がとれなくなってしまい、分配するお金がなく、格差を是正することができなくなるのだ。

また、給付が貧しい人に集中している社会は、再分配政策への支持率が低い（**図6**）。貧しい人に給付が集中している国は、多くの人が格差是正に関心をもっていると思いがちだが、事実は違う。それどころか北欧諸国では、確かに貧しい人に給付が集中しているが、再分配に対する支持は決して高くない。なぜだろうか。

質問を少し変えてみると明らかになる。北欧の国々では、「高齢者に対する政策は政府の責任ではない」「失業者に対する政策は政府の責任ではない」との問いに、「政府の責任である」という答えが増える。つまり「貧しい人、困っている人を助けてやろう」というと、北欧の人も嫌がる。しかし、失業者には自分もなる可能性があるし、高齢者には誰もがなる。誰かの利益にしかならないことには否定的だが、自分も含めたみんなの利益だったらいいということだ。北欧諸国は優しく、理念をもったすぐれた人がいて、貧しい人を大事にしていると思っていたがとんでもない。実は、むしろ利に聡い国民だった。

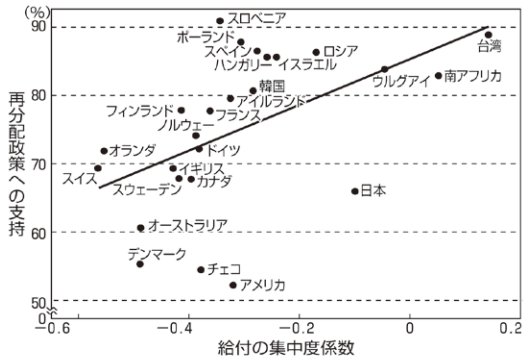
しかし、日本は違う。高齢者や失業者も、ただの既得権者になってしまっている。

図5　弱者への「善意」は格差の原因かもしれない



井出・古市・宮崎『分断社会を終わらせる』筑摩書房より

図6　低所得層への給付は再分配批判を強める



出所：Brady,D.&Bostic,A.(2015), "Paradoxes of Social Policy Welfare Transfers,Relative Poverty,and Redistribution Preferences," *American Sociological Review*,80(2),268-298 に従い、Luxembourg Income Study Database(LIS) とISSP(2006),Role of GovernmentIV より作成．

所得制限なしの社会保障給付に

日本でも、「今の給付水準を維持できるならもう少し増税してもいい」あるいは「もっとサービスが豊かになるなら増税してもいい」と答えた人の割合は5割を超えている。

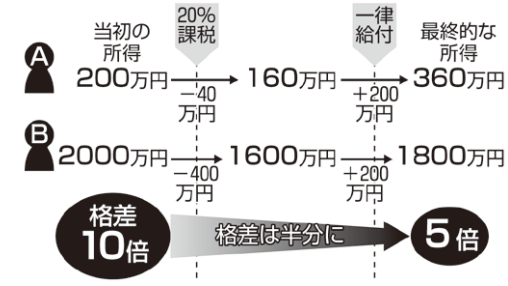
だから、教育、医療、住宅、幼児教育・保育、介護を皆に給付すればいい。お金持ちにも給付しようというのが私の提案だ。

私たちは貧しい人を助けようと思うと、貧しい人だけにサービスを提供しようとする。それが、「所得制限」だ。乳幼児医療費助成制度でも所得制限がある自治体は多い。

しかし、全員に給付しても格差は解消できる。

たとえば、**図7**のように、当初の所得が200万円と2000万円だった場合、格差は10倍だ。それぞれに20%ずつ課税するとそれぞれの税引き後所得は160万円と1600万円になる。格差はまだ10倍だ。税収440万円のうち、40万円を財政赤字の穴埋めに使うとし、残りの400万円を所得で区別せずに一律200万円分としてサービスを給付する。すると、所得200万円だった人は所得360万円に、2000万円だった人は1800万円となり、格差は5倍に縮まる。

図7　低所得層が負担し富裕層に配分しても格差は縮小



大切なことは、貧しい人も納税者になり、富裕層も受益者になる中で格差が小さくできるということだ。

消費税は逆進性があるから問題といわれるが、給付がきちんと行われれば問題はない。

救済型の困っている人を助ける再分配は国家の責任として行う。地方レベルでは、命ではなく生活の保障をする。住民にとって必要なものは住民みんなで負担しあい、全ての住民に給付するというのが私の構想だ。地方レベルでは貧しい層も税を負担し、富裕層も給付を受ける。そのときに初めて貧しい層への寛容さが育まれていき、そうなれば国レベルで貧困層に集中した対策を行おうという合意が整う。

しかし、誤解しないでほしいが、累進課税をなくすなどとはまったく思っていない。富裕層に高い税率の税をかけ、財産を多く持っている層には相続税をかけるべきだ。法人に対しても儲かっている法人には法人税をきちんとかける。一方で、貧しい人に貧困対策として現金給付をすることも問題はない。

所得制限なしの社会保障給付に

日本でも、「今の給付水準を維持できるならもう少し増税してもいい」あるいは「もっとサービスが豊かになるなら増税してもいい」と答えた人の割合は5割を超えている。

だから、教育、医療、住宅、幼児教育・保育、介護を皆に給付すればいい。お金持ちにも給付しようというのが私の提案だ。

私たちは貧しい人を助けようと思うと、貧しい人だけにサービスを提供しようとする。それが、「所得制限」だ。乳幼児医療費助成制度でも所得制限がある自治体は多い。

しかし、全員に給付しても格差は解消できる。

たとえば、**図7**のように、当初の所得が200万円と2000万円だった場合、格差は10倍だ。それぞれに20%ずつ課税するとそれぞれの税引き後所得は160万円と1600万円になる。格差はまだ10倍だ。税収440万円のうち、40万円を財政赤字の穴埋めに使うとし、残りの400万円を所得で区別せずに一律200万円分としてサービスを給付する。すると、所得200万円だった人は所得360万円に、2000万円だった人は1800万円となり、格差は5倍に縮まる。

大切なことは、貧しい人も納税者になり、富裕層も受益者になる中で格差が小さくできるということだ。

消費税は逆進性があるから問題といわれるが、給付がきちんと行われれば問題はない。

救済型の困っている人を助ける再分配は国家の責任として行う。地方レベルでは、命ではなく生活の保障をする。住民にとって必要なものは住民みんなで負担しあい、全ての住民に給付するというのが私の構想だ。地方レベルでは貧しい層も税を負担し、富裕層も給付を受ける。そのときに初めて貧しい層への寛容さが育まれていき、そうなれば国レベルで貧困層に集中した対策を行おうという合意が整う。

しかし、誤解しないでほしいが、累進課税をなくすなどとはまったく思っていない。富裕層に高い税率の税をかけ、財産を多く持っている層には相続税をかけるべきだ。法人に対しても儲かっている法人には法人税をきちんとかける。一方で、貧しい人に貧困対策として現金給付をすることも問題はない。

「品位ある保障」を

私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使うべきではない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げていく。

地方レベルではさまざまなサービスを全住民に提供する。その際、最も大切なサービスは幼少期におけるものだ。どんな家に生まれ、どんな才能を持っているかは、全て運だ。運で自分の一生が決まるのは、「かわいそう」ではなく「理不尽」だ。その「理不尽」とは闘わなければならない。運によって不平等な取り扱いを受けることがあってはならない。運悪く失敗する人がいる。そうした人に対しては、「最低限の保障」ではなく、「品位ある保障」によって、再チャレンジできるようにしなければならない。こうした中で、自分の人生を自分で決めることができ、自由を得ることができるのではないか。

幼少期における社会保障の充実、特に就学前教育の無償化は、結果的に経済も成長させる。OECDやIMF、世界銀行はジニ係数が3%悪化すると、つまり貧しい人が増えると、25年にわたって成長率が0・35%下がると明らかにした。子どもたちが学校に行けなくなり、同時に女性も就労できなくなるからだ。子どもを学校に行かせて教育水準を高めるとともに、才能ある女性が就労することで経済は成長する。

社会保障に使われない消費税増税分

2014年に消費税を5%から8%に増税したが、増税で得られた財源5兆円のうち、社会保障の充実に使われたのは5000億円で、残り9割は債務の返済に充てられている。

政府は消費税を10%に引き上げるというが、たとえば5%から10%に引き上げて得られる財源のせめて半分を社会保障に回すと、まず幼稚園と保育園が無償化できる。すべての大学の学費も無料化できる。介護保険の1割負担もなくすことができる。これが消費税2・5%増税という言葉の意味だ。保育園から大学まですべてただになって、介護の利用料もただになる。それでも、100円のジュースが105円になるのは嫌だと言うだろうか。

ところが政府は、3%も消費税を引き上げたのに、その9割を債務の返済に使ってしまったので、ほとんどの人に受益感がない。このやり方は明らかに間違っている。だから、今後10%に消費税を引き上げるのに際し、全て教育や社会保障の充実に振り向けるという法案をつくって提案すべきだ。

そんなに社会保障給付を充実させると、財政破綻すると思われるかもしれない。しかし、すでに述べたように、国が支出を増やしたからと言って、政府債務が増えるかどうかは分からない。さらに、社会保障給付を広げていけば、税収は増加する。

多くの人が給付を受けられる国は高い税収のある国で、一部の人しか給付を受けられない国は税収が少ない国である。これは因果関係ではないので、税収が多いから幅広い給付ができ、税収が少ないから一部の人にしか給付ができないという反論があるかもしれない。しかし、その反論は歴史的にみれば間違いだということができる。なぜなら、ヨーロッパの社会保障は、少しずつ給付を拡大し、少しずつ増税を行うということを積み重ねてきた歴史がある。その結果が豊かな給付と高い税収だ。

日本は社会保障給付を拡大するために、少しずつ増税をするという努力をしてこなかった。むしろ逆で、給付を縮小して歳出を削って財政再建を行おうとしてきた。しかし、この手法は20年間続いているが、一度も成功していない。財政再建の路線が戦略的に違っていたのだ。

人間の尊厳守る相利共生社会を

究極的には、生活保護をなくしたい。生活保護は受ける人にとって、非常に大きな屈辱となっているからだ。私たちは生活保護受給者を「助けてやっている」と思ってしまう。

もし医療費窓口負担がなくなれば、医療扶助など不要となり、これだけで生活保護費の4割がなくなる。介護や教育も無償化していけば、生活保護費で残るのは、生きていくために食事をするお金、生活費だけになる。

これを実現するのが、人間の必要を満たしていく「必要の政治」だ。

成長に依存し、自分自身で働いてお金を貯めて、なんとか食べていく社会。そしてお年寄りと現役世代が負担と給付をめぐっていがみ合うような社会。そんな自己責任の社会ではなくて、お互いの利益になることを考える社会をつくるべきだ。

よく共生という言葉を使うが、片方が受益者で、片方が負担者になる関係は共生ではなく寄生だ。そうではなく相利共生、お互いに利益がある中で人間が共に生きていくということが大切だ。そして同時に私たちが目的だと思っていた財政再建であれ、経済成長であれ、格差是正であれ、それらを目的ではなく、予想せぬ結果として次々に生み出していくような創発型の社会に変えていくことが必要なのではないか。

保険診療Q&A

子育て支援医療費助成事業受給者証 負担者番号の変更について

Q、京都市の子育て支援医療費助成事業（法別45）の受給者証をお持ちの方が、月途中に市内の別行政区に転居され、受給者証の負担者番号が変更になりました。当月分の請求は、どのようになりますか。

A、子育て支援医療費助成事業（法別45）の受給者証の始期は、転居の場合は転入日になり、京都市内の移動であっても行政区間での移動であれば、月途中に負担者番号が変更になります。ただし、その場合であっても当月分の請求を前後の番号で分ける必要はなく、レセプトは1枚で変更後の負担者番号で請求します。

フォーラム

政治は変えられる

民主党政権で何ができたのか

参加費無料 申込は協会まで

日　時　5月13日（土）
午後2時～5時

場　所　ハートピア京都 大会議室

1．講　演
脱グローバリズムの潮流と課題
―新しいルールを求めて
演　者　井手 英策氏
（慶応義塾大学経済学部教授）

2．証言①
民主党政権時代、その前後
証言者　竹下 義樹氏
（弁護士、生活保護裁判連絡会事務局長）

3．証言②
民主党政権は、何ができたのか？
証言者　福山 哲郎氏
（元官房副長官・参議院議員）

4．発　言
私たちの反省
―「あの時」を踏まえて、これからのこと
発言者　渡邉 賢治
（京都府保険医協会副理事長
京都社会保障推進協議会議長）

医師が選んだ

医事紛争事例 59

腹式単純子宮全摘術後に水腎症

〈40歳代後半女性〉

〈事故の概要と経過〉

子宮筋腫に対して、腹式単純子宮全摘術を横切開にて施行した。手術室には3人の医師がいた。

術後に痛みを訴えたので鎮痛剤を要したが、その他に異常は認められなかった。患者はすぐに退院となったが、3週間後の術後検診で左水腎症が確認され、左側腹部痛が持続していたことが確認された。また、泌尿器科において左尿管閉塞と診断され再入院となり、尿管鏡で膀胱側から再開通を試みたが不可能であったため、左腎瘻造設術を施行した。後日、腎盂からの造影で、閉塞部位は左尿管下端の膀胱近位部であることが判明した。患者は退院したが再々入院となった。

患者側は完全な医療過誤であるとして、休業損害を含め賠償請求を行った。

医療機関側としては、子宮周囲の靭帯や膣管を結紮切断する際や、止血縫合時に意図せず付近を走行していた尿管を巻き込んでしまった、あるいは子宮周囲の靭帯の切断部などが治療過程で瘢痕化する際に、付近にある尿管が徐々に引き連れて閉塞したと推測した。いずれにせよ、術中に尿管の同定を繰り返し行い、尿管が近ければ剥離するなどの操作をより慎重に施行していれば、予防可能であったとして過誤を認めた。また、患者が術後から腹部痛を訴えていたが、創部痛と判断していたので、水腎症の発見が遅れたことも問題であった。

紛争発生から解決まで約9カ月間要した。

〈問題点〉

診断と腹式単純子宮全摘術の適応に問題はないが、手技に関しては医療機関側の主張通り、慎重にしていれば事故は発生しなかったと考えられる。原因は特定できないが、過誤であることは明らかであろう。さらに、患者は術後から腹部痛を訴え続けていたにもかかわらず、医療機関側は創部痛と判断して、対応が1カ月遅延している。事後処置としても過失が認められよう。

〈結果〉

医療機関側が全面的に過誤を認めて、医療費も含めて賠償金を支払い示談した。

医療安全を身につけるために
―医療安全研修 DVD PartⅡ
定　価　10,000円
京都協会会員　5,000円
他府県協会会員　7,000円
（税込）・送料別

金融共済委員会（3／25）の開催状況

各地区から選出の委員により、共済制度の健全・安定運営を行っています。

①休補運営分科会
給付5件を審査し全件可決しました。

②融資諮問分科会
4件を審査し全件可決しました。

続

記者の視点 69

見過ごされやすい軽度の知的障害

読売新聞大阪本社編集委員　原　昌平

精神障害は昔と違ってマスメディアでしばしば扱われるようになった。発達障害は山ほど本が出ており、テレビで取り上げられることも多い。

それらに比べ、知的障害への社会的関心は低い。障害児の療育・教育はまだしも、大人の知的障害については専門的な解説書もほとんどない。

問題が大きいのは、軽度の知的障害と、障害認定されない知的ボーダー層である。

軽度の知的障害の人は、日常会話を交わした程度では障害とわからない。スマホぐらい使えるし、運転免許を取っている人、高校を普通に卒業した人も珍しくない。

しかし抽象的な概念、複雑な思考、多くのことを長く記憶するのは苦手で、言葉の表現力が乏しい。文章を書くと稚拙だったり、社会制度が理解しにくかったりする。

感情は一般の人と変わらず、プライドはある。理解できていなくても「わかった」と答えがちだ。他人に迎合しやすく、だまされやすい傾向もある。生活や金銭管理を計画的に行うのも苦手だ。

根気のいる単調な作業は得意な人が多いが、農業、工場、建設といった分野の単純労働は減った。いま求人が多いのはコミュニケーションや複雑な判断を要する仕事だ。

このため、就職を望んでも採用されない、働いても長続きしない、他者とトラブルになる、制度を利用できないといった状況に陥りやすく、生活困窮にもつながりやすい。

生来の能力の個人差に加え、産業構造の変化もあるわけで、自己責任として片づけられることではない。

知的障害のある人は、療育手帳（障害者手帳）や障害福祉サービスの対象になり、障害の程度が一定以上なら障害年金を受けられる。

このうち療育手帳は法律ではなく、1973年の厚生事務次官通知に基づき、都道府県・政令市が規則や要綱に沿って発行する。知能指数（IQ）に生活状況や介護必要度などを加味して総合的に判定するのだが、障害と認める範囲や区分が自治体によって違うという妙な状況にある。目安のIQは重度が34以下。中等度は49以下のことが多い。軽度は75程度以下とする自治体もあれば、70程度以下とする自治体もある。

療育手帳の交付台帳登載人数は2016年3月末で100万9232人（福祉行政報告例）。同時期の推計人口で割ると0・80%である。

ウェクスラー型知能検査だと標準偏差15の正規分布になるので、統計的理論値としてIQ75以下の割合は4・78%。単純計算すると607万人、現状の6倍が手帳を取得してもおかしくない。IQ85以下までボーダー層として含めると、理論値は15・9%。2018万人にのぼる。

知的障害レベルでも障害認定を受けていない人々が膨大に存在するわけだ。ボーダー層の人々も社会的不利を伴う。しかも見過ごされやすく、社会の対応が不備なことが、不利に輪をかけている。

診療の現場で病気や治療法の説明、療養指導をする際も、一見してわからない知的ハンディキャップをもつ患者・家族がけっこういることを念頭に置いたほうがよい。

NEW!

保険講習会D 4月27日（木） 午後2時～4時

このたび保険講習会Dとして**労災補償保険、自賠責保険**の基礎知識のコースを新設しました。他にはない、オリジナルの資料も用意し、少人数でわかりやすく解説します。しかも、参加費は無料！

労災診療費の請求や自賠責保険の診療費算定について、取扱いされている会員医療機関はぜひご参加下さい。お申し込みは保険部会まで。

保険診療を行っていく上で基本となる内容ばかり!!

保険講習会
A：保険診療の基礎知識、レセプト審査対策
B：医療法立入検査対策、新規個別指導対策
C：診療所で起きる医事紛争
　在宅医療点数の基礎知識（個別相談会あり）

新規開業予定者のための講習会

日　時　5月21日（日）午前10時～12時30分
場　所　京都府保険医協会・会議室
内　容
①新規開業動向と開業までに押さえておきたいポイント
株式会社メディヴァンス　西日本統括部長　西口 昌裕 氏
②スタッフ雇用の留意点
桂労務社会保険総合事務所　所長　桂　好志郎 氏
③先輩開業医からのアドバイス
ふくしま内科醫院　福島 達夫 氏
④地区医師会への入会・保険医協会の共済制度について

要申込

参加費　会員：無料、非会員：5,500円
※参加者には、開業に役立つ『新規開業医の手引き』『医院経営と雇用管理』（保団連発行）を進呈。当日の入会も可。

マダガスカル 5

森の母（バオバブ）　シートベルト　MAKI（ワオキツネザル）

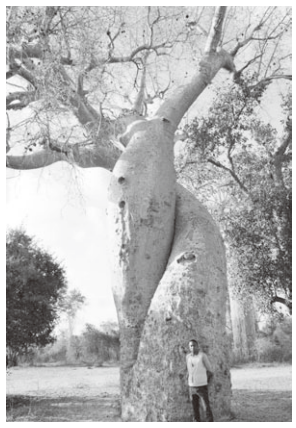
関　浩（宇治久世）

暁のバオバブ　ムルンダバ市内

朝の4時起き、暁のバオバブ見学に。待つ間に日本人の40代後半の夫婦と会話。ガイドなし、移動も現地の人と同じ乗り合いバスの安いタクシー・ブルースを利用し、安い宿屋、同じ食事、狙われないように服も荷物も質素にしていますと言う。夫婦で旅行のために働き、ある程度たまったらまた世界に出かけるのだと、なんとも自由な2人。

木々の間から顔出したオレンジ色の太陽は、瞬く間に昼間の明るさを取り戻した。ホテルに帰るとムルンダバーアンタナナリブの国内線出発時間が変更になったと聞かされた。日本出発前にも当初12：25ムルンダバ発が数十分遅れになると聞いていたが、さらに突然17：00発に変更になったという。マダガスカルでは、国内線の変更、中止もよくあると聞かされていたものの、アンタナナリブ着が18：00、それから4時間かけて本日宿泊のアンダシベまで行くのか？　うんざりした。予定外の待ち時間が発生したのでイソリアと歩いて浜辺、市街地に出かけることにした。狭い浜辺では小型の漁船が漁を済ませて舫っているが、発動機もない舟が多く、これではあまり沖には出られないだろう。人口約3万8千人のムルンダバはアフリカより移住、あるいは奴隷として連れてこられた住民が主で、顔つきはアフリカのどこかの町という感覚である。肌は褐色というより黒一色であるが、白く化粧した女性をよく見る。綺麗に化粧するというのではなく、顔に塗り付けるだけ、これではいか。顔料はアボガドと現地の果物で作られ日焼け止めが目的だそうだ。しかし、これ以上黒くなる心配があるの?と思うが、当人にしてみれば、真剣だ。

バオバブと旭日



愛するバオバブ

歩くうち、のどが渇いたので道端のココナツを買うことにした。

敷物の上に積み上げられたヤシの実を幅広の包丁でザクッと切り取りハイとストローを渡される。1個1000アリアリ35円程度。まてよ、ストロー束はむき出し、水道、ごみ袋などない、まさか洗わず共用するのか？　しかし、意を決して飲む、冷たくはないがほんのり甘く、のどの渇きは潤してくれた。町なかは大勢の人々、自転車、車で混雑し歩くのも困難、路地から入る市場は人ひとりやっと通れる狭さ、人いきれと掛け声、香辛料、穀物、川魚、沢カニ、川エビ、海の魚、肉、さまざまなにおい、体臭が鼻をつく。帰りは人力車でホテルへ。ペダルをこぐ草履履きの車夫の荒い息使い、浮き出す汗染み、男2人乗せて大変だ。

街角のココナツ売り
日焼け止めの顔料を塗っている

昼遅く、10㎞離れたムルンダバ空港へ。荷物検査の厳重さには驚かされた。マダガスカル出国時には賄賂よりも複雑で難しいとされる。ほしさに税関官吏が執拗に荷物を調べ、さらに身体検査まで行うとなにかの本で見たが、それではないようだ。無害そうな女性にもスーツケースを開けさせ、中身を持ち上げ、金属探知機を差し込む。すべて見られる。女性は誰もが「いやだわ！」と顔をしかめる。ところがである。スーツケース検査が終わり、すぐに隣接する出発待合室に入るのだと思っていたが、そうでなく、ロビーの一角に行けという。座席はたかだか8椅子、テープを一条だけ張るが、隙間はどこでもある。外部へあるいは外部からも出入りは自由。とても隔離は無理なのである。一段落して待合室に誘導されるが金属探知機はなく、簡単な手荷物チェックだけ、これでは身体に巻き付けてなんでも持ち込めるよ。国内線は双発のプロペラ機で快適な55分間、首都アンタナナリブに到着した。しかし、これからが大変。

京都銀行

社会保険診療報酬振込時における会費・保険料等の引落し方法変更について

これまで、京都銀行の社会保険診療報酬振込時における協会の会費・保険料等の引落しは、毎月21日頃の診療報酬振込日と同一日に行っておりましたが、2017年４月より毎月25日（銀行休業日の場合は翌営業日）の引落しに変更させていただきます。また今後は、当月の診療報酬の振込金額にかかわらず、会費・保険料等を直接銀行口座より自動引落しさせていただくことになります。

なお、今回の変更にあたっては、すでにご提出いただいている「念書」を「口座振替依頼書」として取扱いさせていただきますので、関係医療機関より提出いただく書類はございません。

詳しくは、京都銀行よりお送りしている３月分の社会保険診療報酬支払明細書に同封の「社会保険診療報酬等振込時における諸費用（会費・保険料等）のお支払方法等の変更について」をご覧いただくか、協会までお問合せ下さい。

RCEPにTPP延命の目論見

ケルシー教授や鳩山元首相が警鐘

TPPは米国離脱後、残りの11カ国によるチリでの閣僚会合（3月15日）でも進展はみられていない。今後、米国が唱える日米二国間FTAに懸念が強まるが、日本がすでに交渉中の日欧EPA（経済連携協定）、RCEP（東アジア地域包括的経済連携）、TiSA（新サービス貿易協定）といった自由貿易協定の行方も注意が必要となろう。

そのひとつRCEP会合が2月27日から3月3日まで神戸市で開かれた。参加国はASEAN10カ国と中国、インド、韓国、ニュージーランド、オーストラリア、日本の16カ国。交渉は2013年から始まっているが、米国のTPP離脱後初の会合として注目された。

「RCEPに対する国際市民会議」が主催して兵庫県保険医協会で2月26日、関連企画が開かれた。現状と問題について解説したのは、ニュージーランド・オークランド大学のジェーン・ケルシー教授。元首相の鳩山友紀夫氏（由紀夫から改名）も特別講演を行った。

講演するケルシー氏と鳩山氏

ケルシー氏は、RCEPのようなメガ自由貿易協定は、広い領域にわたり各国の将来の政策を拘束するもので、基本的には新自由主義モデルをもとにしていること。TPPと同様に秘密交渉であること。TPP参加国（16カ国中7カ国）でもある日本など多くの国が、TPPにかけた政治的コストを再活用させるため、RCEPにさらに悪いかたちでその内容を持ち込もうとしていること、などを指摘。日本や韓国から医薬品特許の保護強化やTPPで問題となったISD（投資家対国家の紛争解決）条項が提案されていることなどを例示した。特に医薬品の問題は、発展途上国・後発途上国でのジェネリック医薬品製造を阻害することが懸念される。RCEPは域内の経済的、文化的な違いが大きいため、同じ市場モデルを志向したTPPよりも複雑で難しいとされる。今後について、交渉過程へのアクセスを企業だけでなく市民にもオープンにさせることや、国や地域を超えて情報を共有することなど課題を述べた。

鳩山氏は、東アジア共同体として不戦につながる議論の場をつくることは重要だが、新自由主義はもっと批判されるべきと行き過ぎた自由貿易を批判。先進国のエゴではなく、途上国を発展させる視点を大事にしつつ、持論の「友愛思想」を導入すべきと発言した。

訃報

平野謙二氏（享年91、左京）2月1日ご逝去。

謹んで哀悼の意を表します。

第660回社会保険研究会

発達障害があっても普通に受診できるように

日　時　5月20日（土）
午後３時～５時

場　所　京都府保険医協会・ルームA～C

講　師　医療法人 宗紀会
つくだクリニック 院長
佃　宗紀氏

主　催　京都府保険医協会

※参加は無料、事前申込は不要です。