

八戸市立市民病院 設立50周年記念行事 記念公開講座

八戸市公会堂
11月1日(土)

誰が医療を 医療崩壊の知

埼玉県済生会栗
医療制度研究
本田

新書
197
y

医療崩壊は こうすれば 防げる!

本田宏【編著】
Honda Hiroshi

08年7月7日発売

新書
180
y

誰かが日本の 医療を殺すのか

「医療崩壊」の知られざる真実

本田宏
Honda Hiroshi

NHKおはよう日本



正しい情報なしでは
このままでは医療は
医療崩壊を食止める

厚労省の
愚策から
医療を救うための具体策を
9人の医師が緊急提言!

洋泉社

定価：本体760円+税

2003(25)

2004(26)

2006(18)

日本全国医師不足

真因は偏在ではなく
絶対数不足

医師増員

医療崩壊阻止の
必要十分条件ではないが
必要最低条件



08.10.22 東京新聞

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



妊婦搬送問題で、舛添大臣が都立墨東病院を視察 「医師不足が原因」と指摘

全国の総合周産期母子医療センターの実態調査を指示



産科常勤医師4名で毎晩2人当直は不可能

都立墨東病院の病床数729床で、1日外来患者数は約1400人。2001年11月から「東京ER・墨東」を運営している。
医療維新08.10.24日、救急医療の危機◆Vol.10 橋本佳子(m3.com編集長)より

http://www.m3.com/tools/lryolshin/081024_3.html?Mg=d846a3c9acc5b96f0028da73bfc9dde&EmI=a7a98fd1f2d08a39909507c6ac6ad60b&F=h&portalId=mailmag

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



日経2002年12月3日

WHO評価世界一の日本の医療 海外からの日本駐在員の本音は

テリー・ロイド氏
(リンクメディア社長)

日本の最新ビジネス事情
を世界に紹介する英文誌
「J@pan Inc」。同誌発行



3時間待ち 3分診療

自宅は子供部屋までであるのに
今でも病院は大部屋が標準
少ない職員＝専門医不足

日本の病院はあまりにも
国力に見合っていない

「いつでも」
「安く」
「高品質＝安全」
は日本の常識
世界の非常識

いざ病気になった時、日本の
病院にはかかりたくない。
治療は本国に帰って！
なぜ??
言葉が通じないからじゃない

	日本	英国	米国
アクセス:公平性	●	▲	▲
コスト:効率	●	●	×
質:効果	▲	▲	●

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

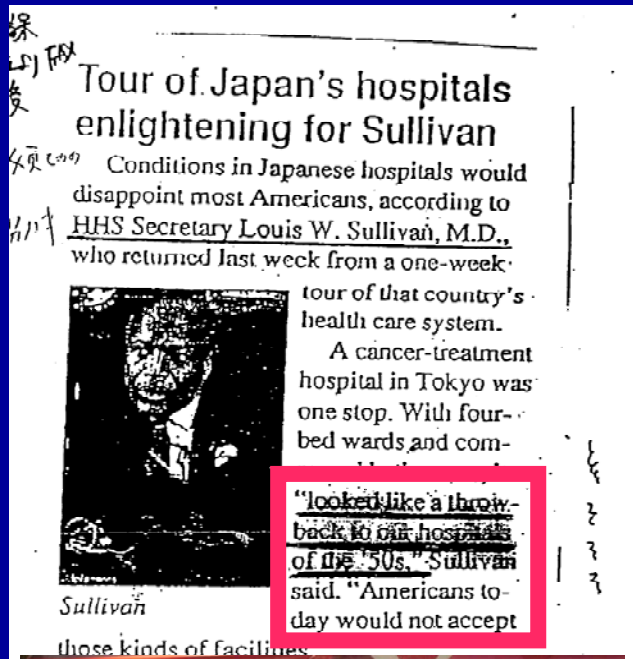
医療制度研究会



日本の病院

米国人には耐えられない？

米国サリバン厚生長官平成4年10月
米国の医療問題解決のためクリントン大統領夫人の肝いりで国立がんセンターを1週間視察後の感想「米国は医療費にGNPの13.5%を使っているが、経済大国日本はその半分以下、しかも病室は雑魚寝、共同浴室でまるで50年代の米国の病院、米国人には耐えられない」と。AHA News Oct.28,1992
ヒラリー・クリントン；日本の医療従事者を「聖職者さながらの自己犠牲」と絶賛。また一方ではクレイジーとも？。



マイケルムーア監督の「シッコ」に日本が紹介されなかったのは、日本医療のレベルが低すぎて参考にならないため！

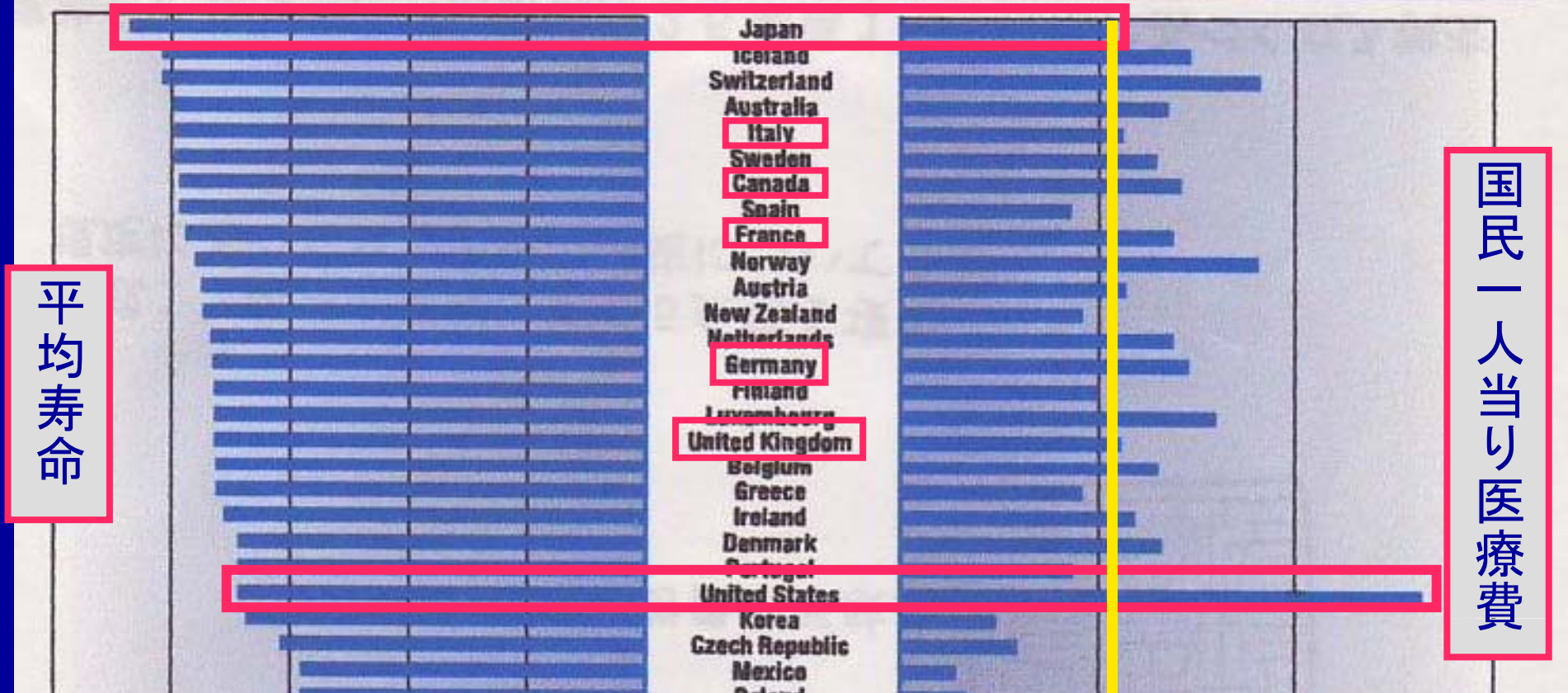


日本の医療崩壊の3大原因

- 低医療費政策
- 医師不足
- 情報操作 ≡ 官尊民卑



Comparison of life expectancy at birth and health expenditure in 2002 for OECD countries



世界一の高齢化なのに日本の一人当り医療費は最低
 団塊の世代の高齢化を目前に迎えさらに医療費抑制！？
 ⇒全国でさらなる医療崩壊は間違いない！！

1. Expenditure data for Turkey refer to 2000.
 Source: OECD Health Data 2005, June 2005.

盲腸手術入院の都市別費

海外生活おたすけハンドブック
AIU保険会社2000年調べを改編

先進国で一番安い医療費 逆に一番高い自己負担

都市	費用/万円	※自己負担	順位	都市	費用/万円	※自己負担	順位
1  ニューヨーク	243.9	★	1	12 北京	47.8	?	4
2 ロサンゼルス	193.9	★	1	13  パリ	47.7	◎ 28600円	2
3 香港	152.6	?	4	14  ローマ	46.4	無し	2
4  ロンドン	114.2	無し	5	15  フランクフルト	42.5	◎ 1万円	7
5 台北	64.2	?	5	16  済生会栗橋病院	34.6	10.4万円	7
6  マドリード	57.3	無し	3	17 ホーチミン	32.8	?	4
7  バンクーバー	54.6	無し	2	18 バリ	27.8	?	4
8 グアム	54.6	★	4	19 ホノルル	27.3	★	1
9 ジュネーブ	52.1	◎ 2940円	4	20 上海	23.4	?	4
10  ブラジル	51.2	10万円	7	21 サイパン	21.2	?	2
11 シンガポール	50.9	?					

世界でも物価高の日本
薬剤・医療機器(公定)価格も世界一
これが日本の病院が赤字の元凶

費用は、外国人が私立病院の個室を利用し手術も複雑でな
を含む。1ドル=105円換算

※◎★はグラフでみるこれからの医療 月刊保団連 臨時増
※自己負担はOECD加盟国の基礎的な医療への適用のた
円)

◎欧州は自己負担無しが多く、あっては支払上限が設定されている国が多い(例:スウェーデンは一日1050円が上限)

★米国のメディケアは国民の13%をしのぐ公的医療の場 60日間 176円(9200円)医療制度研究会



2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

医師不足(≡勤務医不足)の原因＝偏在は大嘘！

人口10万対医師数・実数(平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査より)



英国は1999年に医学部定員50%増を実施
医学部定員増なしで僻地医療充実はおろか
ガン専門医等、国民の期待に応えることは不可能！

富山 新潟 神奈川 東京 千葉 埼玉 群馬 栃木 茨城 福島 山形 秋田 宮城 岩手 青森 北海道

2008.11.1



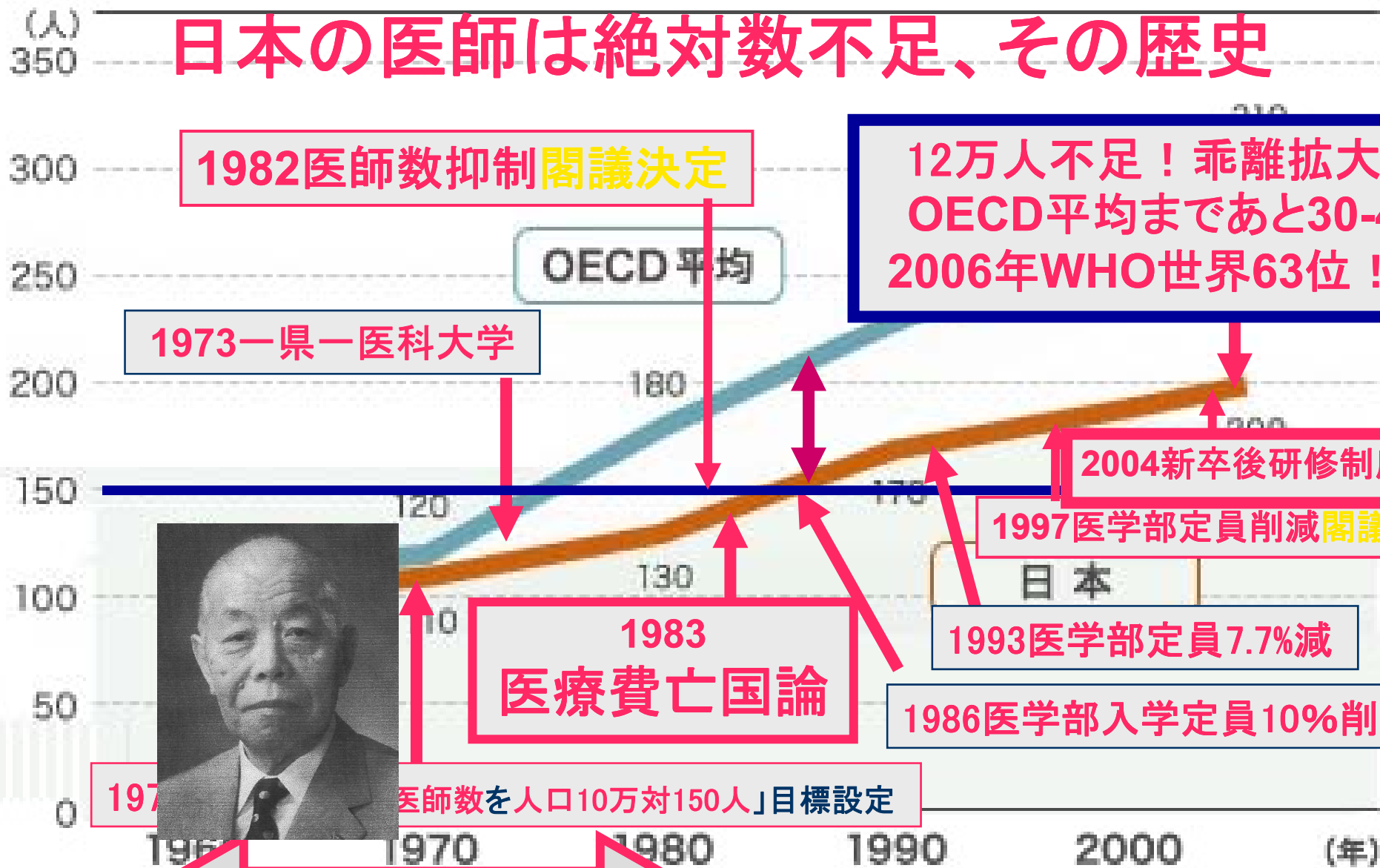
済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



日本の医師は絶対数不足、その歴史



1982医師数抑制閣議決定

12万人不足！乖離拡大！
OECD平均まであと30-40
2006年WHO世界63位！！

1973一県一医科大学

2004新卒後研修制度開始

1997医学部定員削減閣議決定

1983
医療費亡国論

1993医学部定員7.7%減

1986医学部入学定員10%削減と

1971「医師数を人口10万対150人」目標設定

1957-1982: 武見太郎 日本医師会長

2006.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

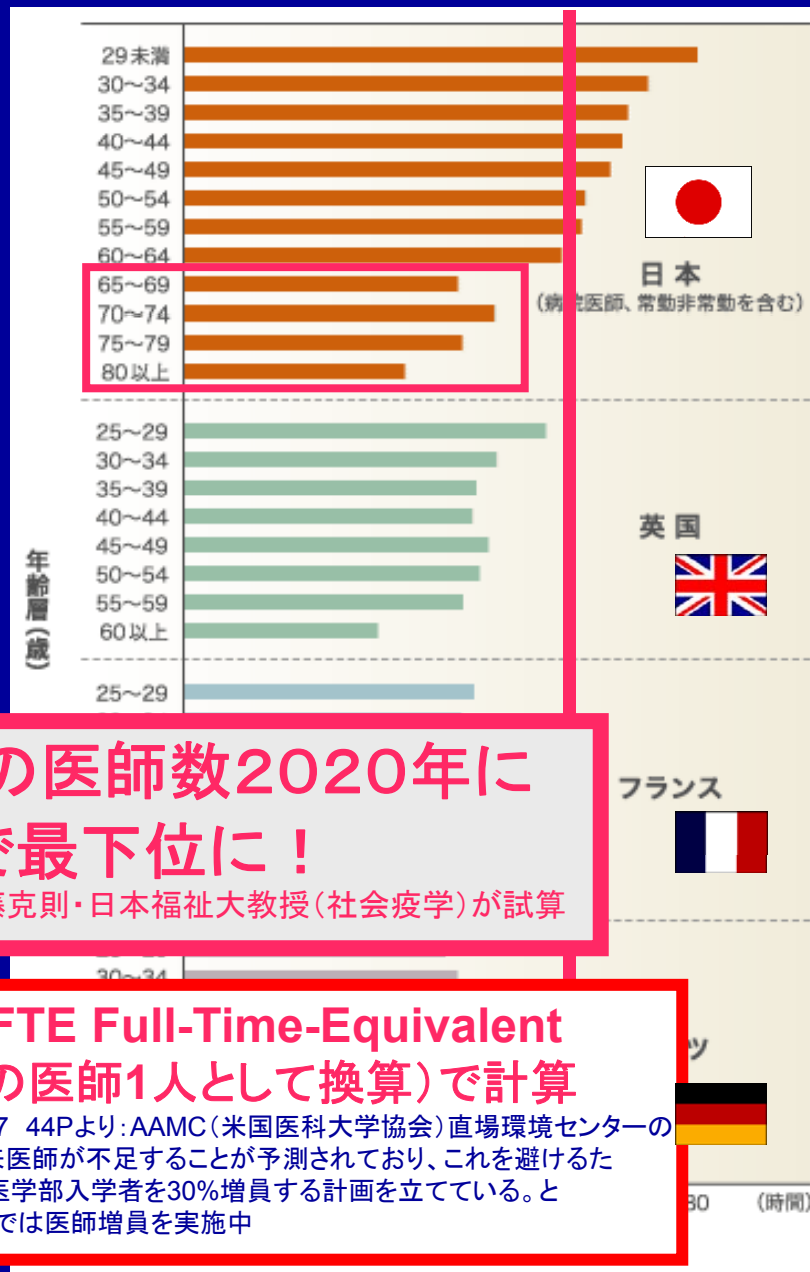
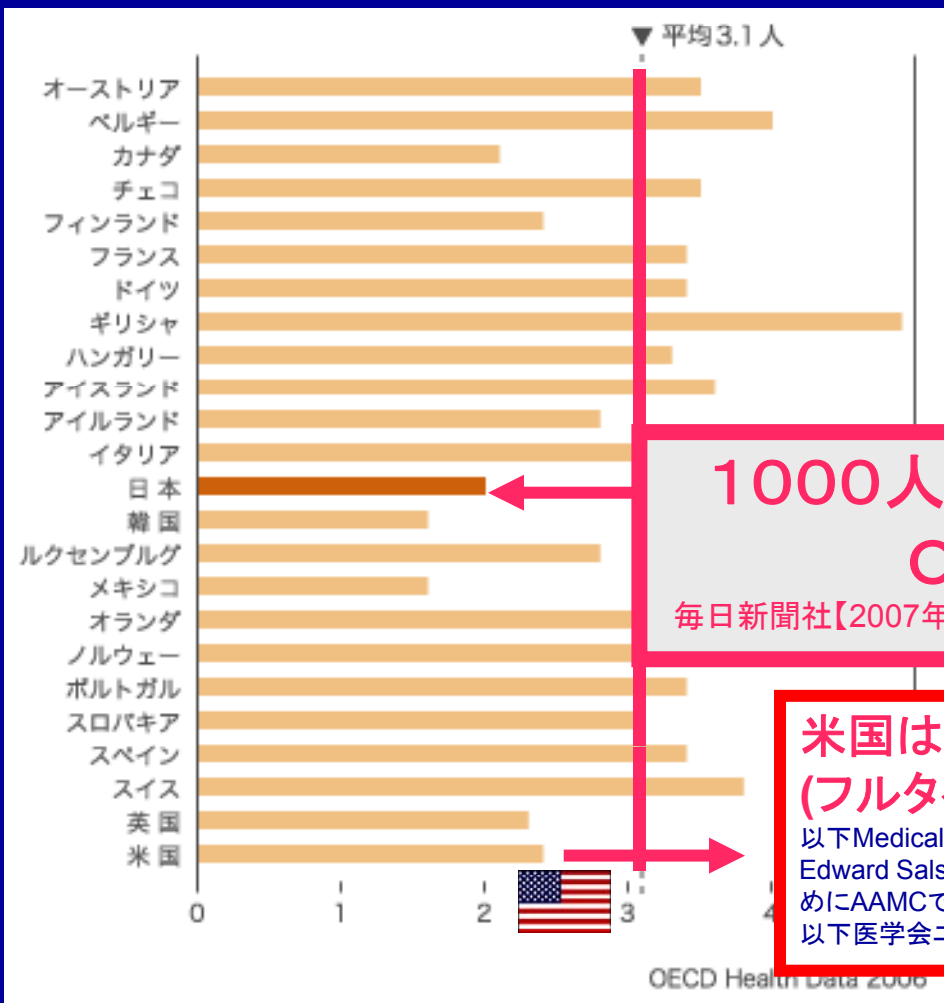


医師不足！

労基法無視の過重労働に直結！

Medical Tribune 2006.7.27

Opinion mail 医療問題への視点 医師(勤務医)不足問題を考える



**1000人当たりの医師数2020年に
OECDで最下位に！**
毎日新聞社【2007年5月28日】近藤克則・日本福祉大教授(社会疫学)が試算

**米国は医師数をFTE Full-Time-Equivalent
(フルタイム勤務の医師1人として換算)で計算**
以下Medical Tribune 07.12.27 44Pより:AAMC(米国医科大学協会)直場環境センターのEdward Salsberg所長は「将来医師が不足することが予測されており、これを避けるためにAAMCでは2002-15年に医学部入学者を30%増員する計画を立てている。」と
以下医学会ニュース、フランスでは医師増員を実施中



日米病院職員数の比較 (低開発国並みの日本の病院)

病院が消える 苦悩する医者の告白 高岡善人 講談社より改編

病院名	ボストンS.E病院1992	日本S国立病院 1992	済生会栗橋病院 2001
ベッド	350床	310床	310床
職員	2011人	200人	474 (44)人
職員／ベッド	5.7倍	0.6倍	1.5倍
医師	371 (296)人	39 (16)人	47 (4)人
看護師	620 (100)人	85人	239 (28)人
看護助手	64人	15人	30「30」人

人手不足の医療機関はすぐにでもマンパワーが必要

医療は雇用増進・地域活性化にも貢献可能

医療秘書等の大幅増員⇨雇用増大→医師の過重労働軽減→
→医療崩壊阻止→地域の空白化阻止⇨少子化対策→地域活性化+税収増

超高齢化を目前に**発想の転換**が求められる



東京都立墨東病院ER問題の深層：がん治療を例に



病理専門医

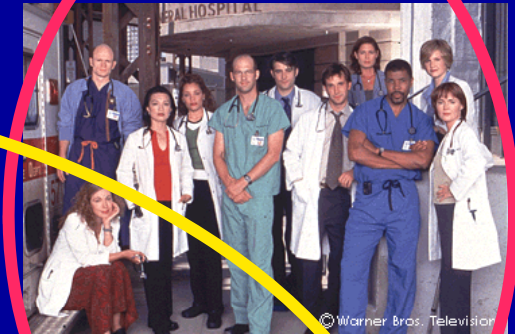


かかりつけ医

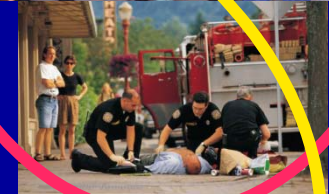
レントゲン専門医(診断)



麻酔医



救急専門医



一人何役で質を保つのは不可能

いくら「がん対策基本法」を施行しても
インフラ未整備では国民が望む医療は画餅

日本では救急医の代わりも一般の医師が対応！

二重に忙しくなる悪循環！

救急医が多い米国でも救急車に
医師を同乗させることは基本的にしていない

日本	1億2500万	1,000人(700)	8人(5.6)	
米国	2億6300万	30,000人	114人	
フランス	5900万	5,000人	85人	

日本の救急専従医は、多く見て1,000人(少なく見て700人)、米国ER physicianは30,000人、フランスSAMUの所属する救急医(現場出勤医)は、5,000人。フランス並みに、救急専従医5千人にまで養成する施策を行わなければ、救急医療システムの発展は望めない。

東海大学医学部附属病院救命救急センター：山本五十年氏。2002. 10. 17



【特集】救急医療はなぜ崩れゆくのか

2008. 3. 18 日経メディカル3月号特集連動企画 ◆「救急医療 再生へのシナリオ」vol.1より



救急患者の受け入れ困難事例が生じる要因

行政	病院	医師・医学界
補助金や診療報酬が不十分	医師・看護師の不足	専門医志向
病床数削減	後方支援病床の不足	救急科と各科の連携不足
医師不足の対策不徹底	救急隊との連携不足	救急を担う医師の不足
人口高齢化への対応遅れ		開業医の協力体制不足
1~3次救急体制の制度疲労		
患者	その他	
コンビニ受診増加	司法の「トンデモ判決」	
訴訟提起の機運の高まり	マスコミのバッシング報道	
専門医志向	救急隊の適正でない対応	
受診態度・暴力		

※これらはあくまでも救急医療を阻害する主な要因を列挙したものであり、必ずしも責任の所在を示したものではない。

日経メディカル; 野村和博氏





臨床腫瘍医 日米比較

話題を巡る わが国初の「がん薬物療法専門医制度」誕生 表2より改編
MMJ:The Mainichi Medical Journal Apr 2006 Vol.2 No4

	日本	米国
全人口	1億2800万人	2億9800万人
人口10万人当り 医師数	195.0人 (24万9575人)	212.4人 (63万2818人)
人口10万人当り り 専門医	0.037人 (47人)	3.26人 (9706人)

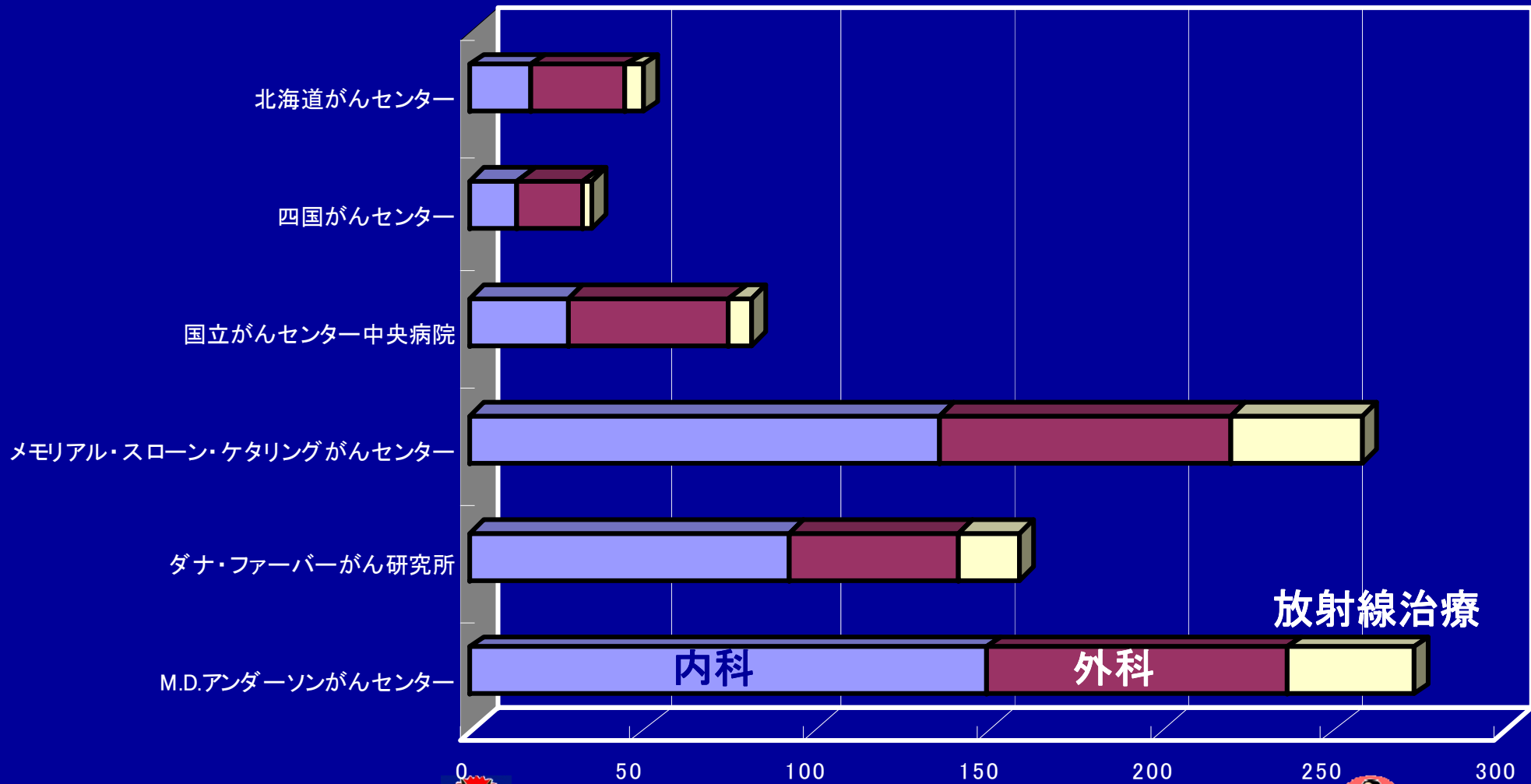
1/100

専門医: 日本は「がん薬物療法専門医」、米国は「Subspeciality in Medical Oncology」の人



日米医師数比較

2005年12月、ウェブサイト等から集計 国立がんセンター、勝俣範之氏
 Nikkei Medical 2006.12 国立がんセンターは必要かより



2008.11.1



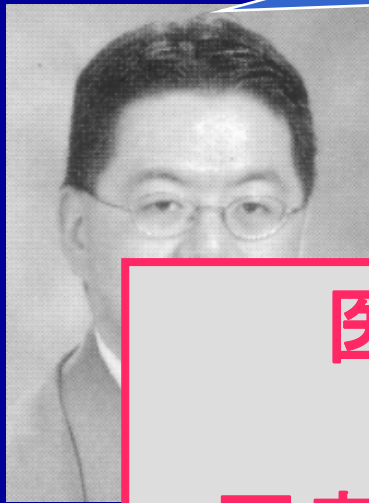
済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



処方箋、医者には書かせない
忙しい医者が書くと必ず間違えるから



上野
Assis
M.D.A
Canc
Hous
Texas
和歌山
卒

外来化学療法を

7th Breast

「求め



TO-DATE

の実践



人は誰でも
間違える

より安全な医療システムを目指して

医療事故に関与した現場の人間に
いくら刑事罰を与えても
医療安全は向上しないことは世界の常識
医療事故安全委員会設置は慎重に
医師大幅増！コメディカル増！が
真の安全向上と医療崩壊阻止の処方箋

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



がん専門医不在3割超す

抗がん剤 放射線 拠点病院に格差

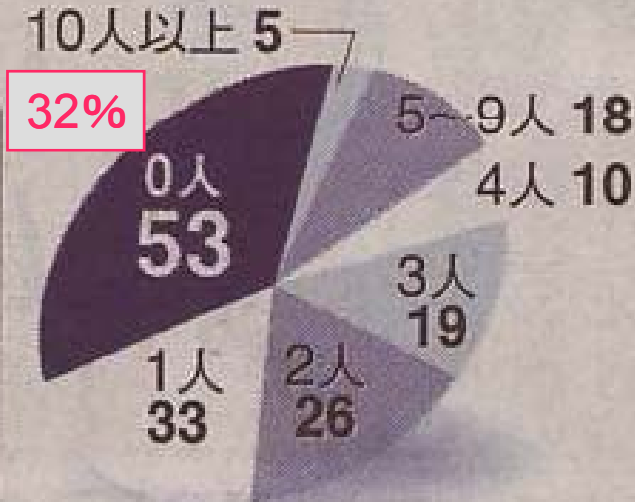
07.4.26読売新聞1面

1日に試行されたがん対策基本法が目指す、がん医療の地域格差解消を担う「がん診療連携拠点病院」で、抗がん剤や放射線治療の専門医がいない病院がそれぞれ3割を超すことが、読売新聞社の全国調査で明らかになった。地方で人材確保が難しいことが背景にあり、患者の求めるがん医療ができない恐れもある。全国どこでも均一ながん医療の提供をうたう同法の目標が、一朝一夕では実現しない実態が浮き彫りになった。

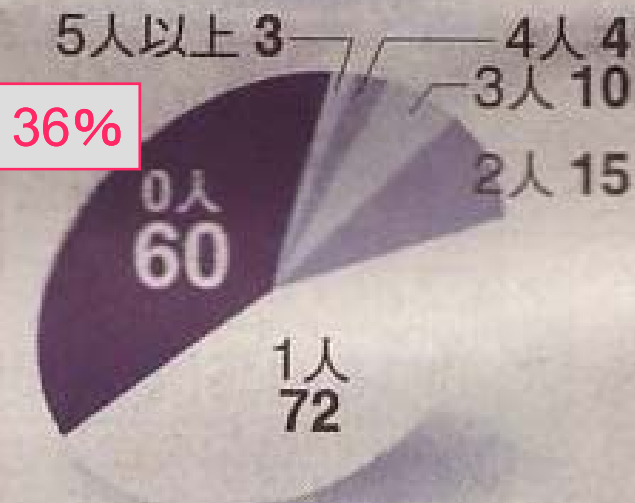
「がん診療連携拠点病院」：都道府県が推薦し、国が指定する。代表的ながんの標準的な治療、チームによる緩和医療の提供、相談体制、院内がん登録の実施などが指定要件。がん患者の入院に保険点数が加算されるほか、院内がん登録の実施などに国の補助金が出る。地域の中樞を担う「都道府県拠点病院」と「地域拠点病院」の二種類がある。

専門医数でみるがん拠点病院数

抗がん剤治療



放射線治療

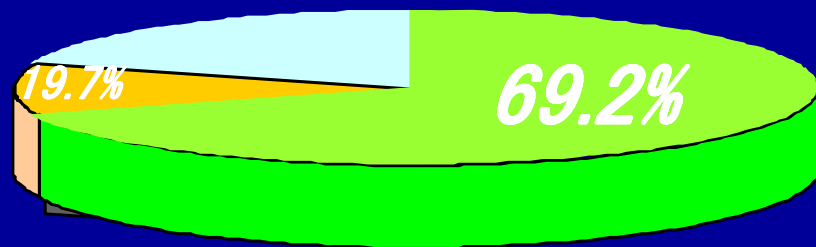


日本の癌治療現場の実態

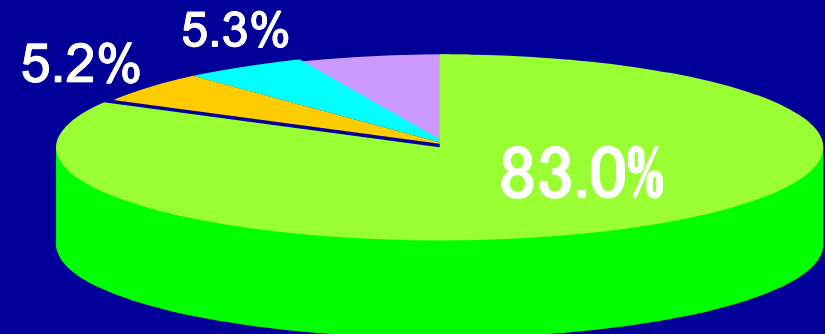
外科医が手術から
緩和ケアまで！

化学療法担当科は？

末期患者さんを誰が診ますか？



- 外科
- 内科・化学療法科
- その他



- 化学療法を施行した部署
- 他科に転科（緩和科など）
- 転院
- その他

2003年 胃癌学会アンケートより

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会





HAPPY NEW YEAR
2006 

新春を迎え、皆様のご健康とご多幸を
お祈り申し上げます。

去24年間(1980-2003)の分析とこれからの対応

直・消化器外

2007年(平成19年)4月5日

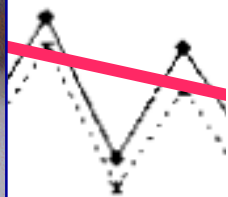
木曜日

専月

三

養斤

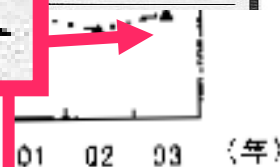
屋早



「この状態が続けば、外
科学会への新規入会者は
2011年以降ゼロにな
る」と予測している。

外科学会調査
病院勤務は週70時間

7割、当直明けに手術



精も根も尽き果てような働き方を止めて
安全な医療が提供できること (今年の目標)

2008.11.1



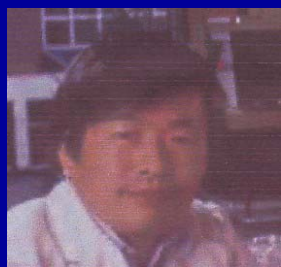
済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



勤務医は1人何役を余儀なくされる



1、知識

利根川進氏



2、技術

ブラックジャック



5、精神性

江原啓之氏



6、ユーモア

綾小路氏

労基法無視の過重労働 & 一人何役
そのうえさらに刑事罰??!

これが立去り型サボタージュ⇨逃散の真因!

死ぬまで働く

生涯賃金:大企業
サラリーマン以下

32時間連続勤務

金八先生

小澤征爾氏

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



日本の電気料金 世界の倍以上？！

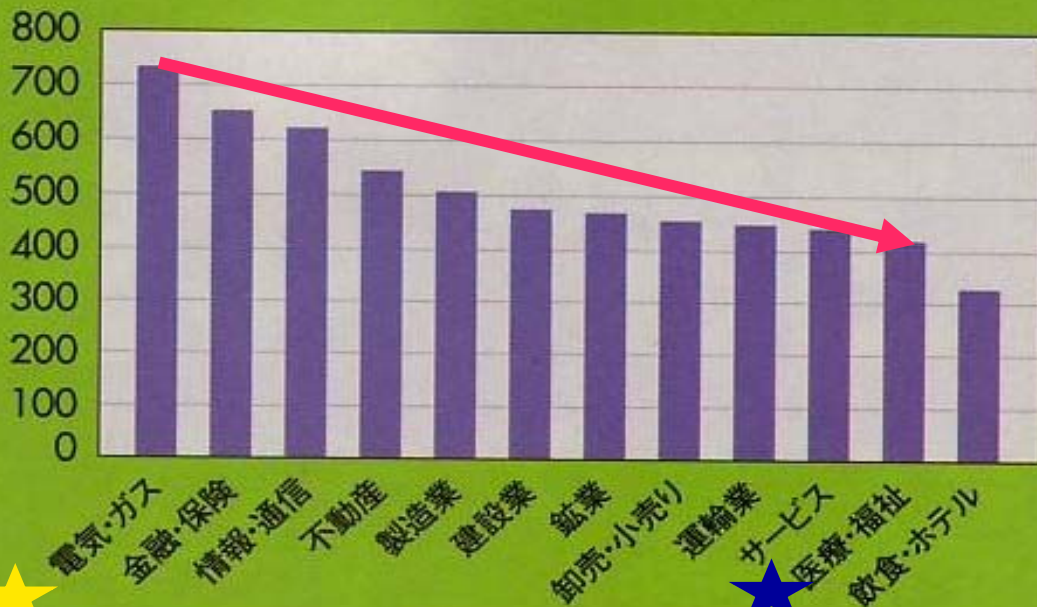
電力自由化は茶番で終了？、腰砕けと

(前略)これまでの電力自由化の経緯と料金の引き下げだ。もともと電力は東京電
安定供給が義務付けられた代わりに、設備
る「総括原価方式」で料金が決まるため、

出発点となった海外との料金格差をみると、自由化前
金の差は、自由化を挟んで5年後の04年にそれぞれ2.5倍、
態。電力業界は「購買力平価を勘案すれば差はもっと縮まる
価の高い日本なんだから、電気料金が低いのは仕方がない

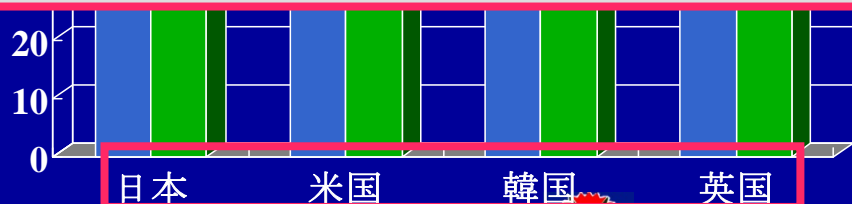


業界別平均年収格差 (万円) プレジデント 08.11.17号



医療費抑制のまま来年から電気・ガス料金さらに値上げ！

08.11.1新幹線内電光掲示板で



電気・ガス業界が721万円で
トップ！次が金融・保険

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



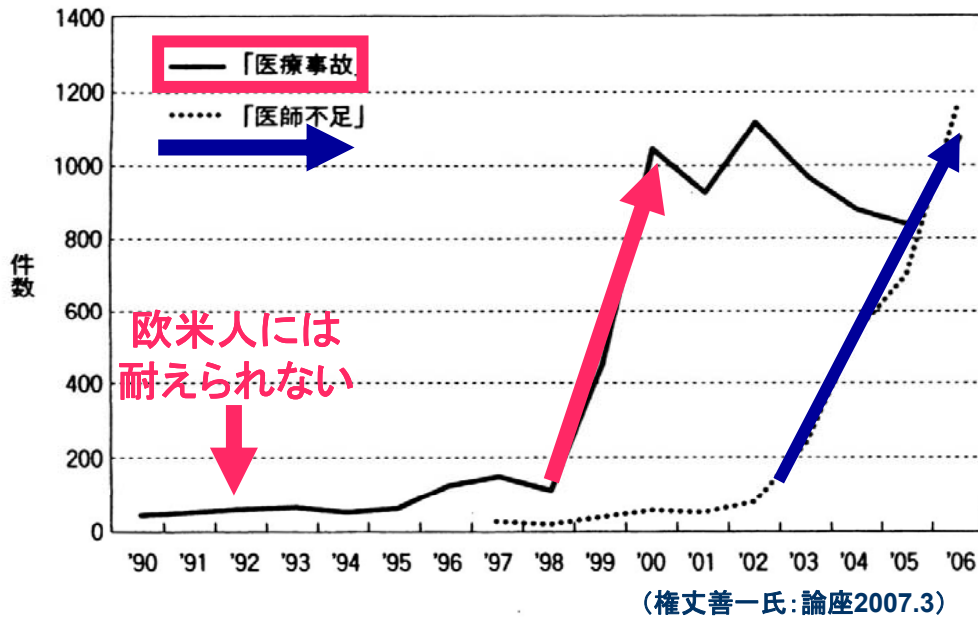
日本の医療崩壊の3大原因

- 低医療費政策
- 医師不足
- 情報操作 ≡ 官尊民卑



患者さんの意識はメディア報道の内容に影響される？

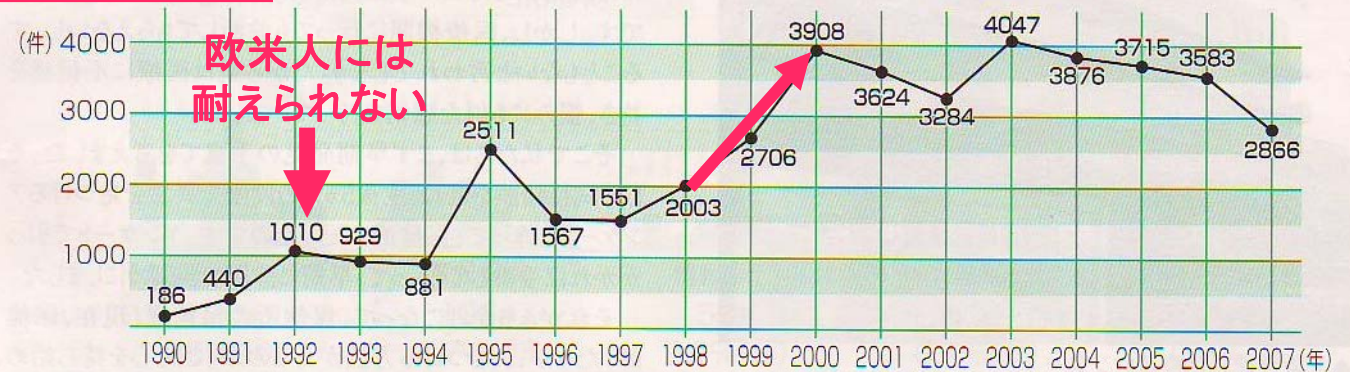
[グラフ3] 朝日、日経、毎日、読売4紙キーワードヒット件数



日経テレコンの調査で、日経・朝日・毎日・読売の4紙で「医療事故」をキーワードに検索した記事件数とCOMLの相談件数の推移は見事なまでに一致するのです。

医療崩壊阻止には
医療現場の真実を
訴える努力が
不可欠

●相談件数の推移



4万件を超える相談から見てきたこと、今年こそ「不信から信頼へ」の回復の年に

COML No208 2008.2.15

2008.11.1



済生会末梢病院

本田 弘

医療制度研究会



恩師、故高岡善人、長崎大学名誉教授の遺言

「痩せ細る 我が身捨てても 民思う」

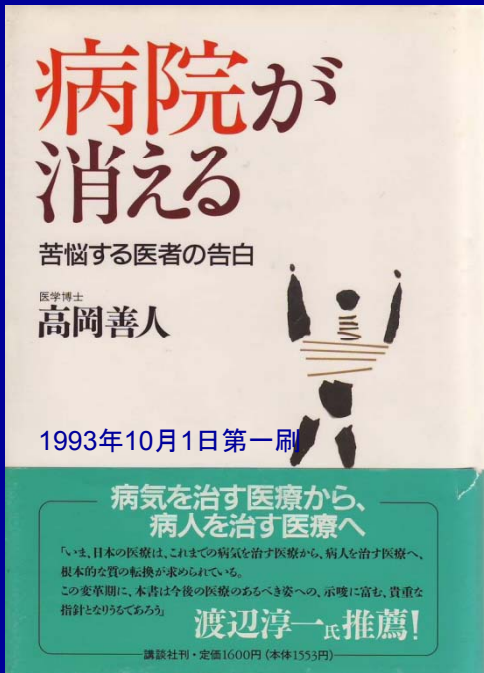
日本の医療はこのままでは
崩壊する！

国立大学医学部教授、病院長を経た
医学者が自ら医療の深刻な実状を
告白。医療システムの不備や厚生行政
の怠慢を突き、21世紀の医療改革へ
提言する。

高岡先生が最後にくださった資料
それは渋沢栄一氏についてだった。

渋沢栄一像

東京都老人医療センター内
天保11年2月13日～昭和6年11月11日（1840～1931）



2008年4月19日（土）
東京都老人医療センター
2008年7月12日午前5時58分
高岡善人先生ご逝去

2008.11.1



済生会栗橋病院

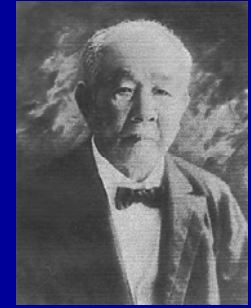
本田 宏

医療制度研究会





論語と算盤 渋沢栄一



金儲けだけでは駄目だ

論語に立ち返って社会貢献も考えなければならない

天保11年2月13日～昭和6年11月11日（1840～1931）

日本資本主義の神様と言われる渋沢栄一。国立第一銀行、王子製紙、東京ガス、日本郵船、帝国ホテル、札幌ビール等、近代国家に不可欠なおよそ**500の企業の設立に関与**。さらに「**道徳経済合一論**」で、**実業界の中でも最も社会活動に熱心**で東京市からの要請で**養育院運営責任者**を務めたほか、**東京慈恵会、日本赤十字社、癩予防協会**設立などに携わり財団法人**聖路加国際病院初代理事長**、**YMCA環太平洋連絡会議**の日本側議長など、関東大震災後は、**大震災善後会副会長**となり寄付金集めに奔走、また教育にも力を入れ**一ツ橋大学、東京経済大学**の設立に協力したほか、**早稲田大学、二松学舎、国士館、同志社大学**の寄付金の取り纏めに関わった。また、商人同様に教育は不要であるとされていた女子の教育の必要性を考え、**日本女子大学校、東京女学館**の設立に携わった。

また**日本国際児童親善会**を設立し、日本人形とアメリカの人形（青い目の人形）を交換するなどして、交流を深めることに尽力、1931年には中国で起こった水害のために、**中华民国水災同情会**会長を務め義援金を募るなどし、民間外交の先駆者としての側面もある。なお渋沢は**1926年と1927年のノーベル平和賞の候補**にもなっている

2008.11.1



済生会栗橋病院

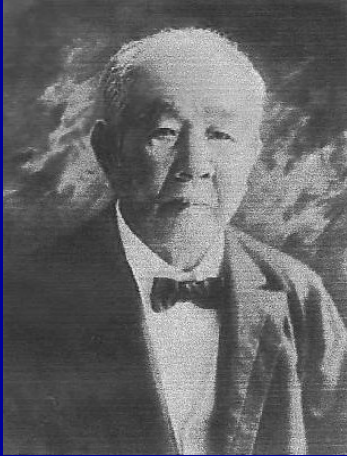
本田 宏

医療制度研究会



官尊民卑

論語と算盤 国書刊行会 「時期を待つ必要あり」より



天保11年2月13日～
昭和6年11月11日
(1840～1931)

論語と算盤

— りんごころぼん —

渋沢栄一

国書刊行会

(前略) 私は日本今日の現状に対しても、極力争ってみたいと思うことがないでもない、いくらもある、なかんずく日本の現状で私の最も遺憾に思うのは、官尊民卑の弊がまだ止まぬことである、官にある者ならば、いかに不都合なことを働いても、大抵は看過されてしまう、たまたま世間物議の種を作って、裁判沙汰となったり、あるいは隠居をせねばならぬような羽目に遭うごとき場合もないではないが、官にあって不都合を働いておる全体の者に比較すれば、実に九牛の一毛、大海の一滴にも当らず官にある者の不都合の所為は、ある程度までは黙許の姿であるといっても、あえて過言ではないほどである。これに反し、民間にある者は、少しでも不都合の所為があれば、直ちに摘発されて、忽ち縲紲の憂き目に遭わねばならなくなる、不都合の所為あるものはすべて罰せねばならぬとならば、その間に朝にあると野にあるとの差別を設け、一方は寛に一方は酷であるようなことがあってはならぬ、もし大目に看過すべきものならば、民間にある人々に対しても官にある人々に対すると同様に、これを看過してしかるべきものである、しかるに日本の現状は今もって官民の別により寛嚴の手心を異にしている。

また民間にある者がいかに国家の進運に貢献するよつな功績を挙げても、その功が容易に天朝に認められぬに反し、官にあるものは寸功があったのみでも、すぐにそれが認められて恩賞に与るようになる、これらの点は私が今日において極力争ってみたいと思うところだが、たといいかに私が争ったからとて、ある時期の到来するまでは、到底大勢を一変するわけにゆかぬものと考えているので、目下のところ私は、折に触れ不平を洩らすぐらいに止め、あえて争わず、時期を待っているのである。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会





厚労省の「霞が関埋蔵金」 「労働保険特別会計」を医療費に！

高橋洋一氏講演：第50回医療制度研究会08年8月30日

日本の役所は、1回入ったら80歳くらいまで面倒を見てくれる、役人にとっては天国みたいなところだけれども、そのために天下り法人を作って税金の無駄遣いをしているのが実態。今日お話しする霞が関埋蔵金は、まさにその原資となっている。つまり、天下りと埋蔵金は根っこが一緒。私は、埋蔵金を他の分野に使うのは大賛成。(中略)

諮問会議では、厚労省の一番大きな埋蔵金である「労働保険特別会計」の埋蔵金についても話をした。同特会の積立金4兆円、繰越金0.8兆円、一般会計繰入0.2兆円(余っているのに一般会計から雇用保険に2000億円が繰り入れられていた)について指摘している。この労働保険特会を医療に回せないのかを尋ねると、役人は「できない」と答えるが、注意が必要だ。役人は「現行制度の下でできない」という意味で答えているだけ、つまり法律さえ変えれば流用は可能なのだ。元厚生省と元労働省厚労省内のセクショナリズムと疑われても仕方がない。労働保険特会の余剰金が「私の仕事館」などに流れて、天下り先になって、さらに民業圧迫にさえなっている。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



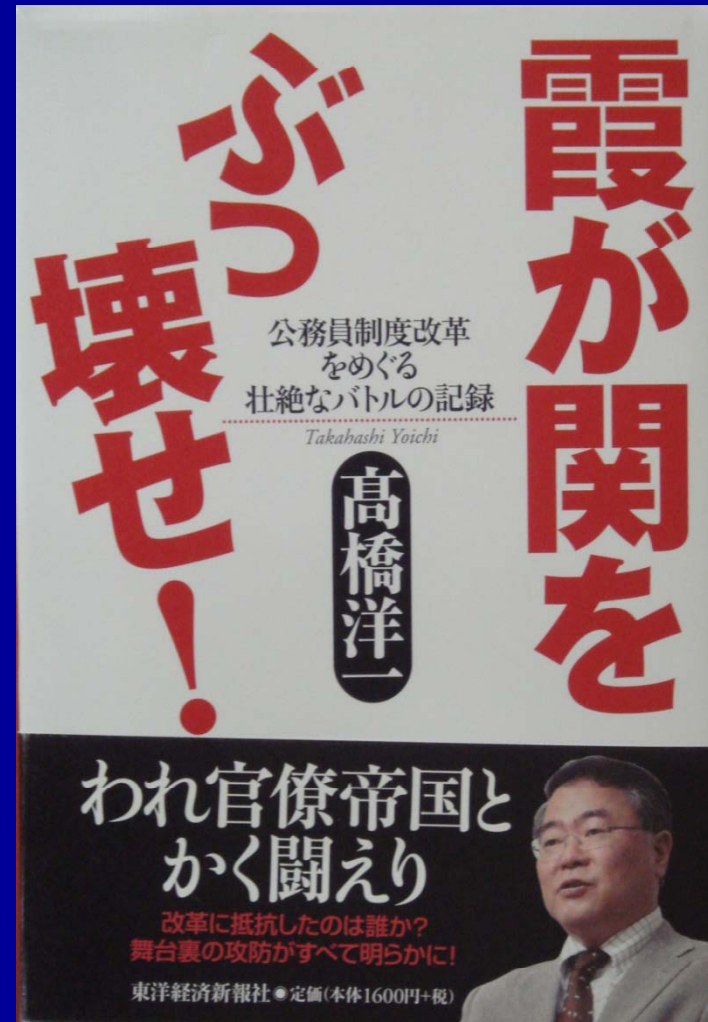
図表2-5 正木馨: 社会保険庁長官の天下り人生

社会保険庁長官~退官 (1954年厚生省入省~86年退官) (55歳)	在籍33年 退職金5500万円
↓	
全国社会保険協会連合会 副理事長 (1986年8月~87年8月)	在籍1年1カ月 報酬1697万円 退職金139万円
↓	
社会保険診療報酬支払基金 理事長 (1987年8月~92年8月)	在籍6年1カ月 報酬1億970万円 退職金865万円
↓	
医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構 理事長 (1992年9月~96年7月)	在籍3年11カ月 報酬6630万円 退職金535万円
↓	
社会保険健康事業財団 理事長 (非常勤) (1996年8月~2002年9月)	在籍6年2カ月 報酬8054万円 退職金646万円
↓	
(財)復光会 理事長 (非常勤) (2001年7月~07年7月) (76歳)	在籍6年 報酬1440万円 退職金130万円
社会保険庁退職からの支給総額 3億6600万円以上 (社会保険庁退職金含む)	

(注) 金額は推定。

(出所) 細野豪志衆議院議員内閣委員会提出資料 (2007年6月6日)。

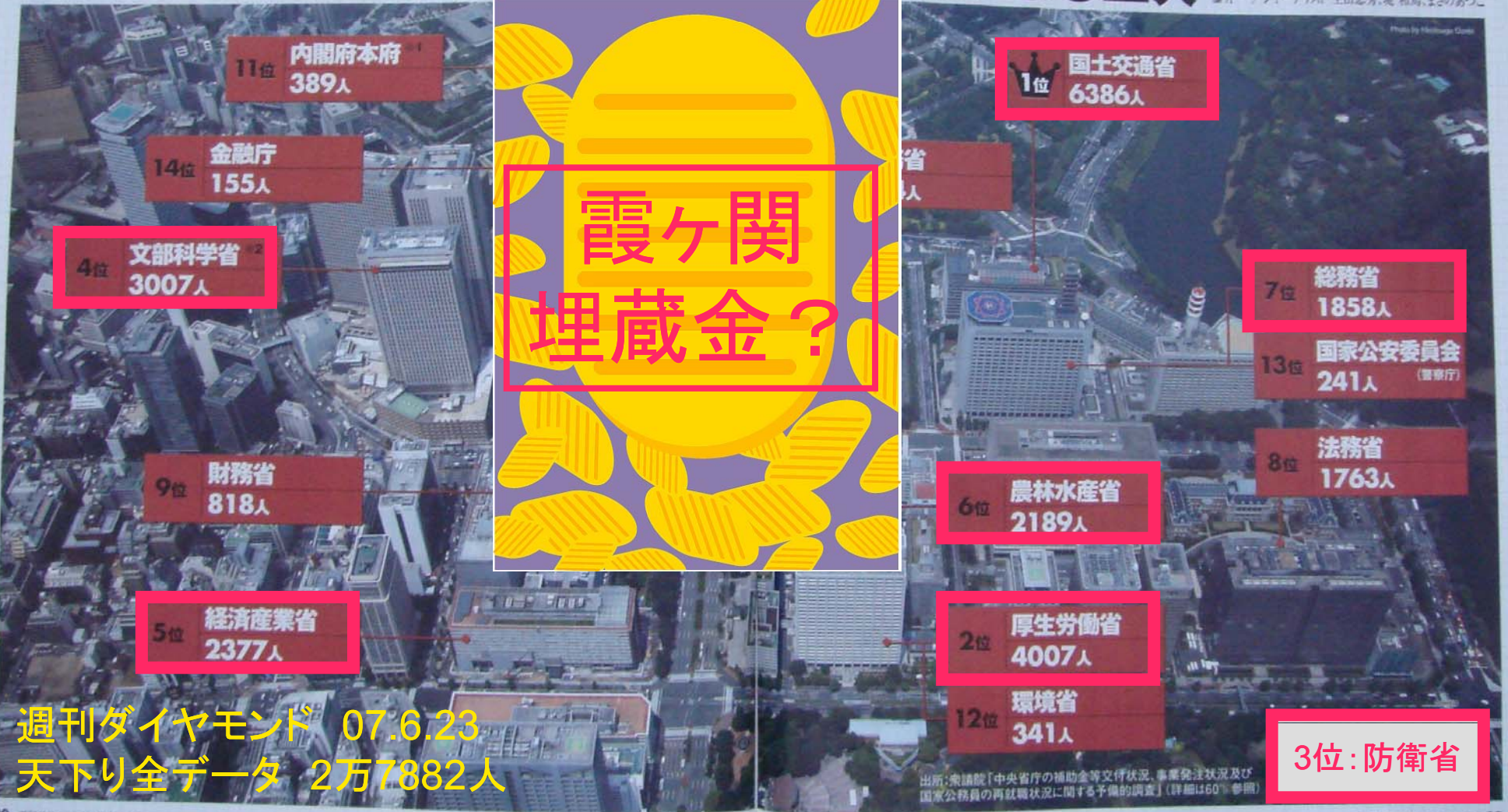
天下り高級官僚 退職後に3億円?!



特集
Special Feature

天下り全データ 2万7882人

中央省庁の天下り批判が再燃している。安倍晋三首相は国会で天下り規制法案を成立させる覚悟だ。天下りのどこが問題なのか。旧態依然たる官僚システムをどう変えていかねばならないのか。衆議院が全中央省庁に調査命令を出して作成した2万7882人のデータを入手・分析し、天下り問題の本質を浮き彫りにした。
本誌：浅島亮子、小尾拓也、小出康成、津本明子、藤井一 / ジャーナリスト：生田忠秀、堤和馬、まごのあつこ



週刊ダイヤモンド 07.6.23
天下り全データ 2万7882人

出所：衆議院「中央省庁の補助金等交付状況、事業発注状況及び国家公務員の再就職状況に関する予備的調査」(詳細は60%参照)



官僚の世界

最大のルールは順位を乱さないこと

年功序列。席次制

Nikkei BP net 第92回 2006年12月27日未熟な安倍内閣が許した危険な官僚暴走の時代 立花

官僚の世界で何が一番大切かといえ、^隆順位である。官僚の世界の基本ルールは、幾つかあるが、最大のルールは順位を乱さないことである。順位の基本は何かというと入省年次プラス入省時の席次である。同じ年に入った官僚たちは、毎年席次に従って同じように出世していく。一定のポストをローテーションでまわりながら階級を一つずつ上がっていく。上位に行くに従ってポストの数が減り、上がれない人は外局に出るか、外部に転出していく。本省局長になれる人は局の数だけしかいないし、次官になれるのは一人だけだ。このシステム(年功序列。席次制)は、明治国家の創設以来、日本の官僚社会ですつとつづいてきた慣習で、これを破ることは事実上不可能といっているほど日本の社会に根深く入りこんでいる。おそらくその起源は、奈良平安朝の昔まで、あるいはそれ以上に古いところまでたどれるのではないだろうか。

同じシステムが、陸軍、海軍の軍人の序列と進級にも働いている。昇級進級の基準が、陸軍の場合は士官学校の卒業席次、海軍の場合は海軍兵学校の卒業席次。日本の陸海軍をダメにしたのは、この順位席次システムであると昔からいわれつづけたが、それがゆるめられることはなかった。同じように、官僚の世界でも、このシステムがいけないと何度言われながら、ほとんど全く変わることなく、明治以来今日までつづいている。



世界最強？の戦艦大和 その悲劇

大和が登場した頃、海戦の主役は戦艦から航空兵力へと変化

「大艦巨砲主義」

甘い情報分析、遅い基本方針転換

温存された年功序列・席次制（≡官尊民卑）が
戦後再び日本を敗戦（経済）へ導いている

「戦艦大和の最後」 臼淵大尉、大和艦上での死を目前に
「**進歩ノナイ者ハ決シテ勝タナイ、負ケテ目覚メルコトガ最上ノ道ダ。**
日本ハ進歩トイフコトヲ軽ンジ過ギタ、敗レテ目覚メル、ソレ以外ニドウシテ
日本ガ救ハレルカ、今日覚メズシテイツ救ハレルカ、俺たちハソノ先導ニナル
ノダ。**日本ノ新生ニサキガケテ散ル、マサニ本望ジャナイカ**」

吉田 満著作集、上巻より引用、旧かな使いのまま





後期高齢者医療制度

||

敬老→軽老

なぜ後期高齢者医療制度が導入？

いつか来た道

この道は

いつか行く道

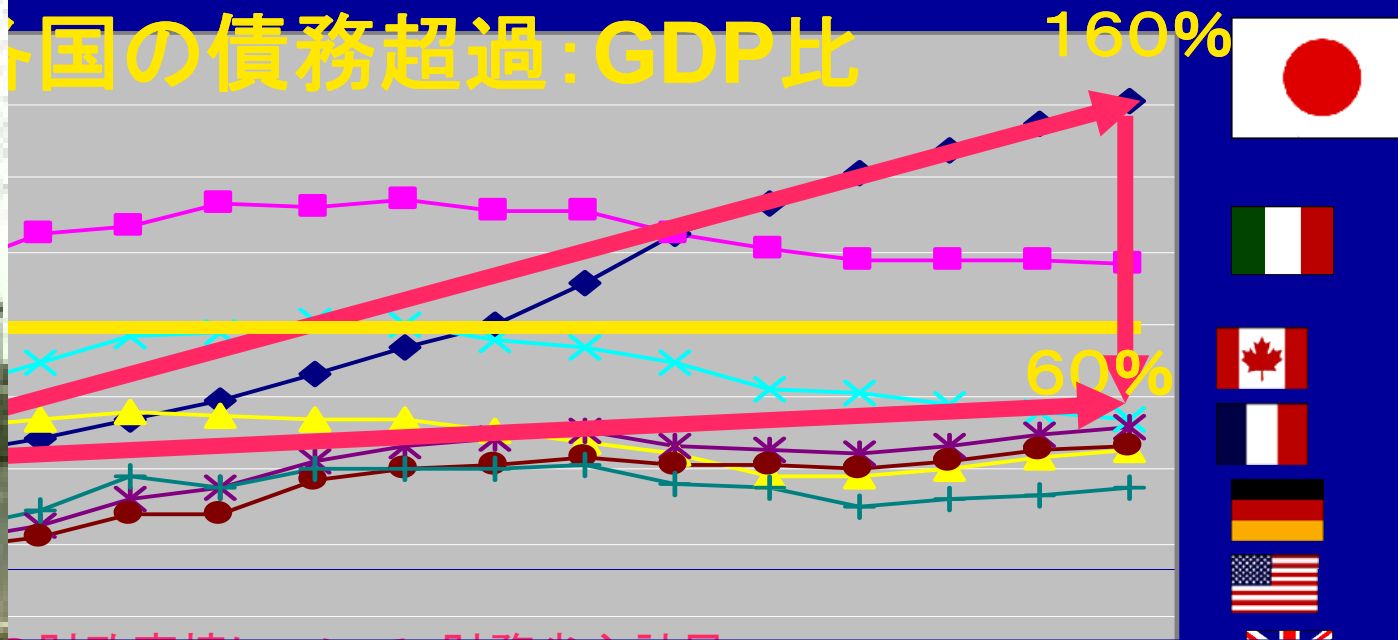
本田 宏

医療制度研究会





各国の債務超過:GDP比



人々：解決は増税と年金削減で！・・・とある財務官僚

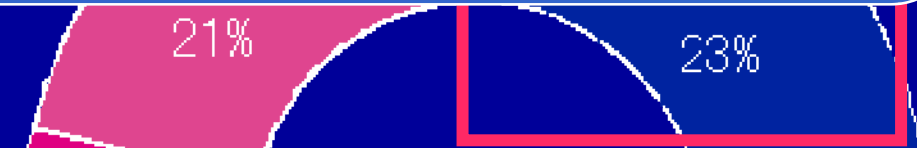
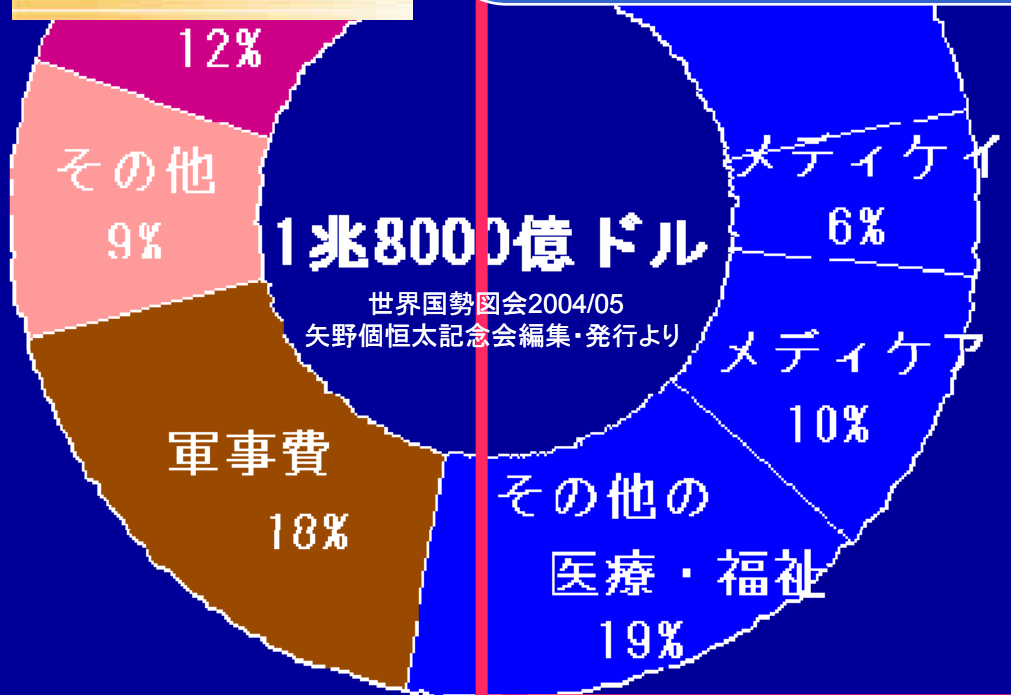
そしてこれこそが「小さな政府」、「郵政民営化」を急ぐ本当の理由

アメリカの支出

日本の支出



社会保障規模を国民の経済の身の丈にあったものにしていくためには、孫悟空のように鉄のたがをはめてギリギリと絞める必要がある。
05.4.27経済財政諮問会議で谷垣財務相



その国が何を大切にしているか
予算を見れば
一目瞭然！



2002年総額165兆円
一人当たり57万8000円



医療費30兆3583億円
一人当たり24万円

医学部の定数を増やせば解決する問題じゃない！

伊吹文明 文部科学大臣:06.1013 昭和13年、京都生。昭和35年京大経済学部卒。大蔵省主計局主査、昭和58年総選挙で衆議院議員。福祉の伊吹:老人医療制度の定着、年金改革、介護制度の導入等多くの実績。



医師不足、医療崩壊
『そんなの関係ね！??』

勤務医不足解消

確かに医師増員は
医療崩壊阻止の
必要十分条件ではない
しかし必要最低条件だ

数を増やさずに
解決する問題じゃない！
労働基準法の遵守さえ不可能！

2008.11.1

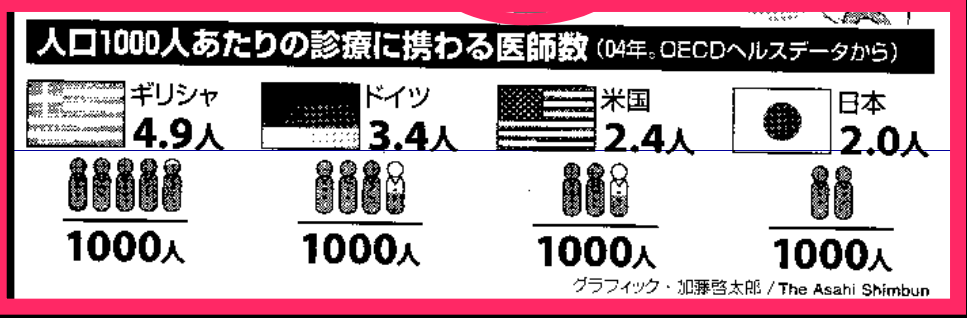
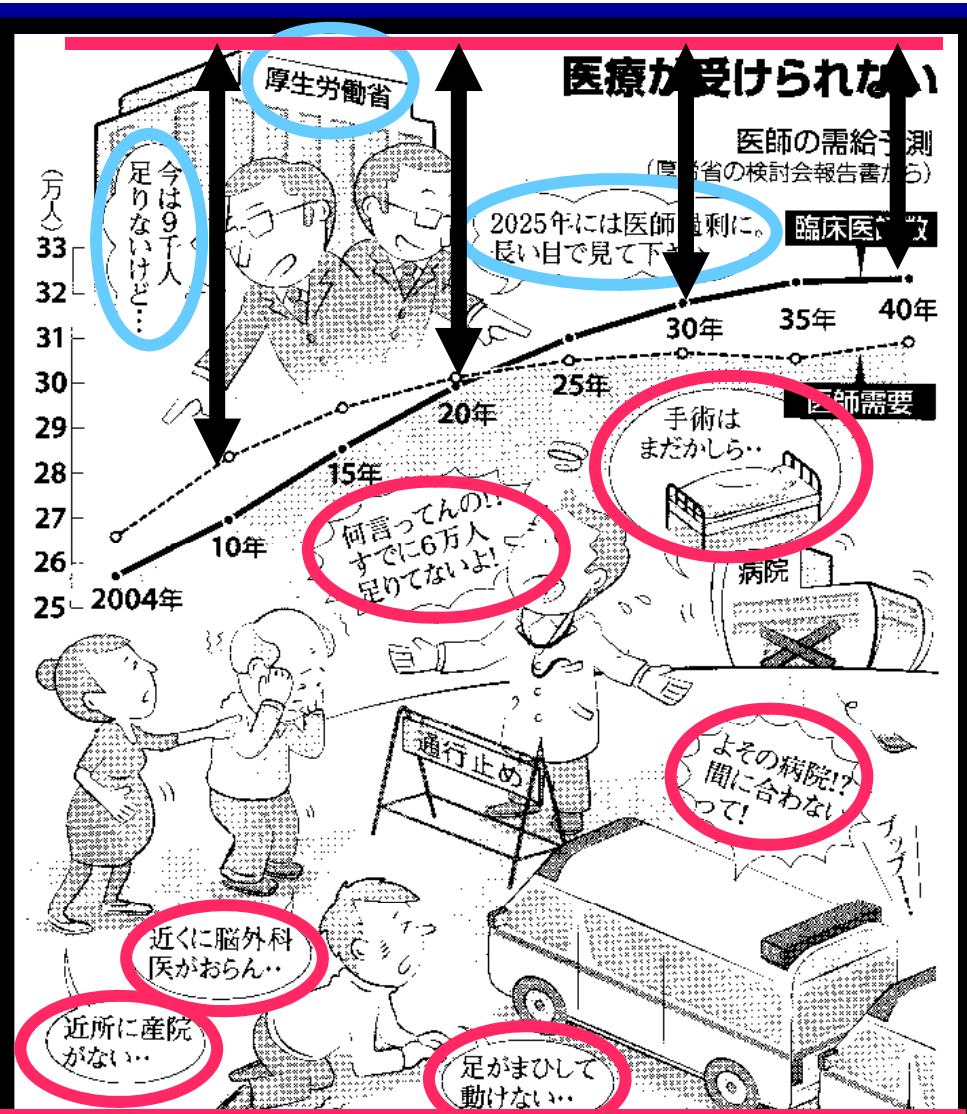


済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会





医師不足 都市圏まで

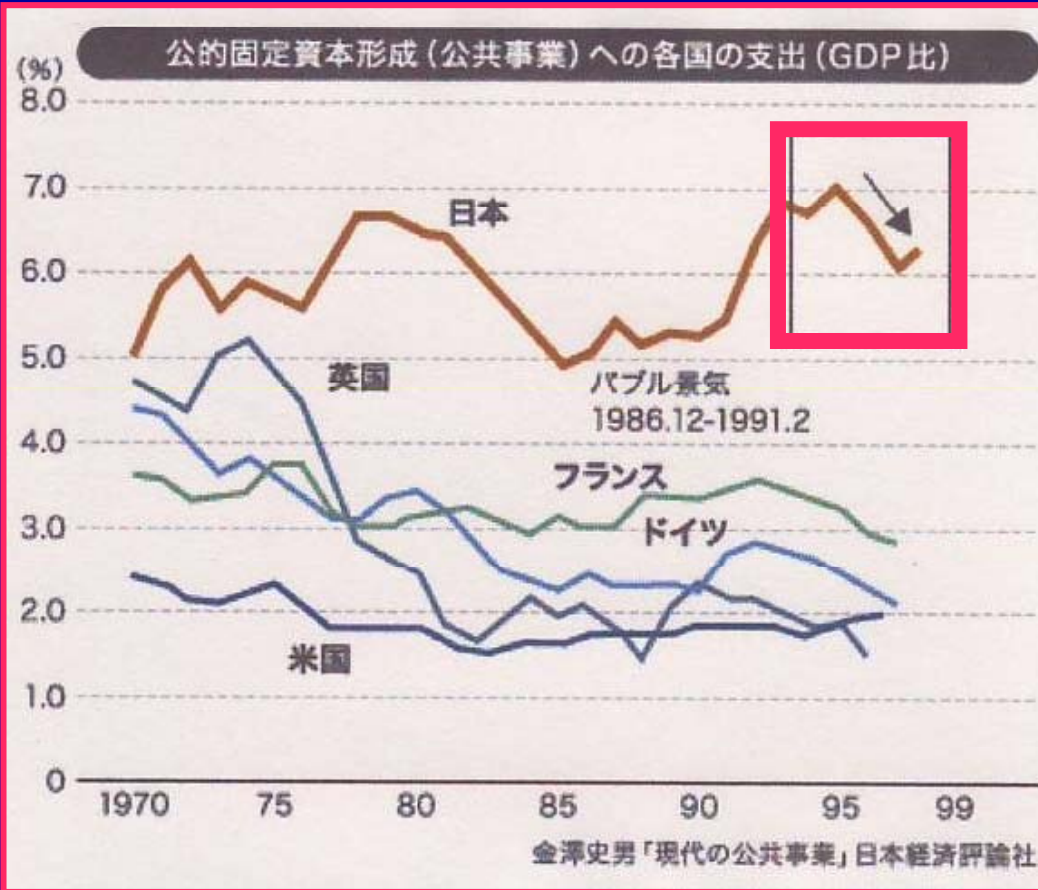
08.4.6(日)朝日新聞 医療再生へ 選択のとき

現在のOECD人口当り平均医師数より
すでに14-16万人不足!
30年たっても追いつかず!
国は医師需給を過小評価!
今後さらに世界一の高齢化が
専門医かいない産む場かない

原因は:
研修制度と養成抑制が背景に
解消策は
一人前には10年即効薬なし



情報操作の恐ろしさ 07.7ある外

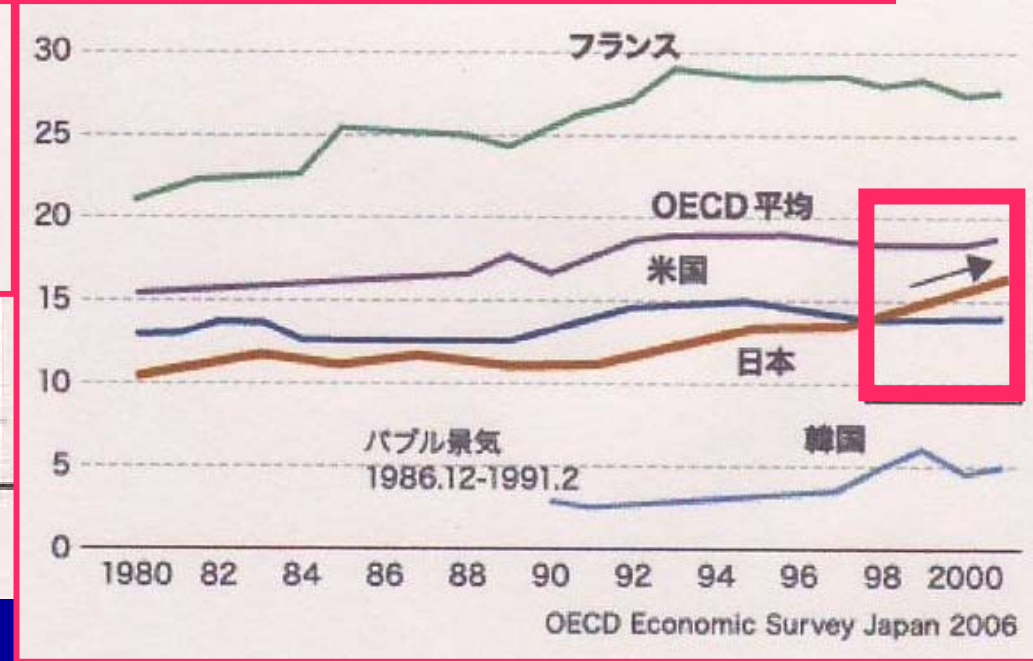


公共事業は↓
 社会保障は↑
 ⇒医療費削減！？
 情報操作に騙されるな！

僚
より



公共事業費



2008.11.1



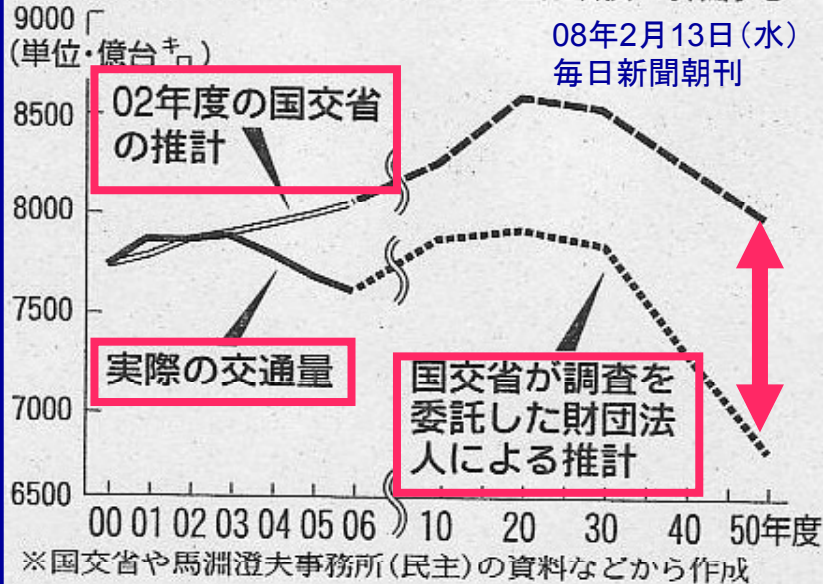
済生会栗橋病院

情報操作してでも道路財源確保？

将来の道路交通量を巡る推計値の違い

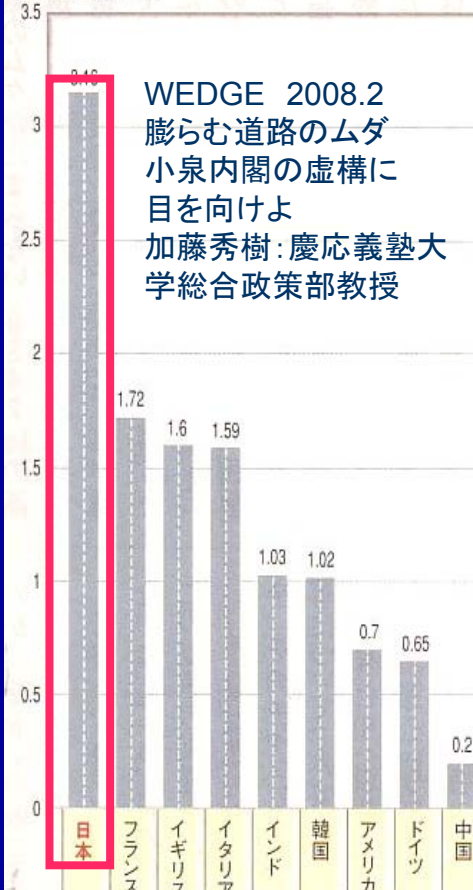
※「億台キ」は交通量を表す単位。

(全国の車両台数) × (各車両の年間走行距離) で算出する



■主要各国の道路密度比較

道路密度(km/km)



■20~75歳人口の推移と将来推計



すでに日本の道路は世界一 さらに将来運転人口減少間違いなし！

それでも命より道路が優先？



医療にまわす金はない？

10兆円

医療費(2000年)

29.1

高速道路の緊急電話

一台250万円！！

しかし実際は40万！！

これが1kmおき両側に！

道路予算10兆円＝医療の税負担

シヤ一費

12 (海外旅行等

→平成14年42.3兆円)

公共事業 85
(建設投資)

葬儀代金

日本(日本消費者協会調べ)

全国平均:287万円

首都圏:405万円

外国(東京都生活文化局調べ)

米国:45万円

英国:12万円

ドイツ:20万円

韓国:37万円

日本テレビ特命リサーチ(02.6.16)から引



緊急電話: 250万円
8日入院の盲腸: 34万円
28日入院の胃がん: 120万円
お産: 30万円
人の命は地球より.....?

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

07.10.27読賣新聞 厚生労働省は26日の中央社会保険医療協議会で今年6月に実施対医療経済実態調査の速報値を報告した。(中略)

収入から経費を引いた月額~~の医業収支~~は医療法人や国公立などを含む一般病院全体で1316万円の赤字、2年前の前回調査よりも赤字幅が699万円拡大。国公立病院は5799万円の赤字で、国公立を除く一般病院も前回の173万円の黒字から53万円の赤字に転落した。過去最大の下げ幅となった2006年度の診療報酬改定が影響していると見られる。(後略)

- 介護サービスへの企業参入→24時間在宅介護ビジネス誕生
- カルテの電子化保存承認→電子カルテ産業成長
- 特保食品制度制定→機能性食品市場の急伸
- 医局制度の廃止→医師の職業紹介業の興隆

(出所) 大和総研

週刊東洋経済 06.10.28ニッポンの医者と病院より



混合診療＝税負担抑制、国民負担増
すでに世界一の国民負担の日本で導入は理不尽
効果認められた治療は保険で！
高齢者医療制度も理不尽そのもの！

犠牲のない献身こそが
真の医療奉仕につながる

日本では、医療奉仕には
個人の犠牲が前提！



元警視ストレス自殺 公務災害と認定 静岡

0008.10.30 02:27 msn 産経ニュース <http://sankei.jp.msn.com/region/chubu/shizuoka/081030/szk0810300227000-n1.htm>

平成16年11月、静岡県中部の警察署次長だった元警視＝当時(57)＝が、官舎で首をつって自殺したのは、職場での極度のストレスが原因だったとして、地方公務員災害補償基金が公務災害と認定していたことが29日、分かった。認定は今年4月。これを受け、県警は元警視を殉職とした。

県警によると、元警視は赴任直後の同年4月、当直勤務中の署員が交通事故で死亡したことの事後処理などをめぐり、上司から厳しい叱責(しつせき)を受けるなど、精神的ストレスを抱えていた。遺族が18年11月に公務災害の認定を請求した。

同基金は、公務上で死傷するなどした地方公務員に対し、自治体に代わり補償を行う機関で、認定を受けると遺族は年金などを受給できる。

過労死積極的に判定、その後の保障、これも「官尊民卑？」

医師の過重労働は黙認、無視、残された道は国連人権委員会への提訴だけ？



2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



日本の医療崩壊の3大原因

- 低医療費政策
 - 医師不足
 - 情報操作
- 夢は無いのか！



日本国憲法第二十五条

(生存権、国の社会的使命)



- ① **すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。**
- ② **国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。**



济生会宇都宫病院年齢別入院延数と人口(平成16年度)

8,000

団塊の世代高齢化→入院患者増必至！

「爆発的医療需要」

高齢化社会で世界が医師を増員する理由！

このままでは日本は

大量の医療難民発生！

3,000

2,000

1,000

0

1

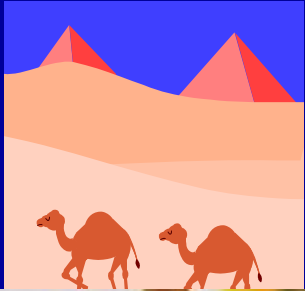
ハリケーン・カトリーナ出典: フリー百科事典『ウィキペディア』
フロリダに接近するカトリーナ 2005年8月29日)

高齢化
新型インフルエンザ
ハリケーン
襲来間近

年齢構成

1 66 71 76 81 86

20年！
医師増員
十分間に合う



砂漠の水は誰のもの？

ともに生きる**価値観**の危機



500万世帯近くが国保保険料を滞納



誰しも幸せでありたい
それでも
自分だけ
自分の家族だけ
自分の会社だけ
そして自分の国だけ…
それは可能？

週刊東洋経済 06.10.28ニッポンの医者と病院より

2008.11.1



済生会栗橋病院

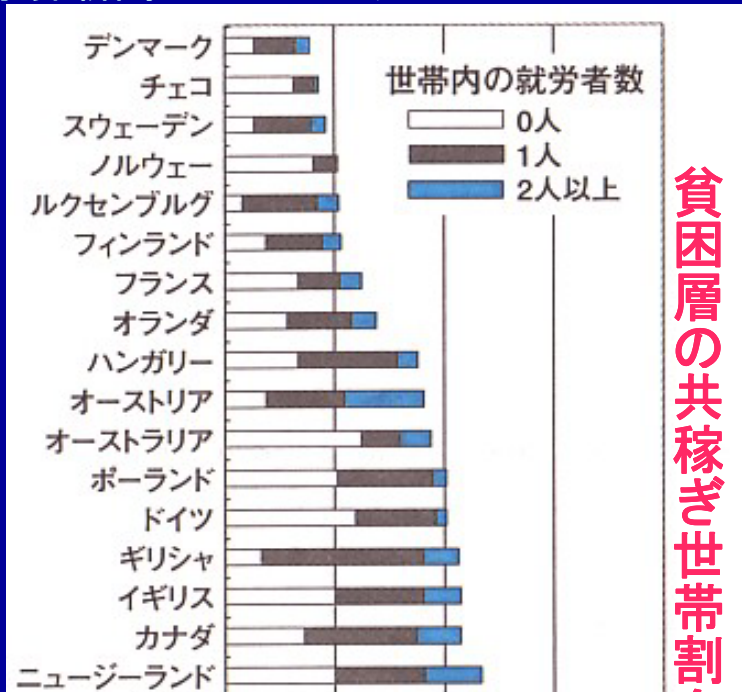
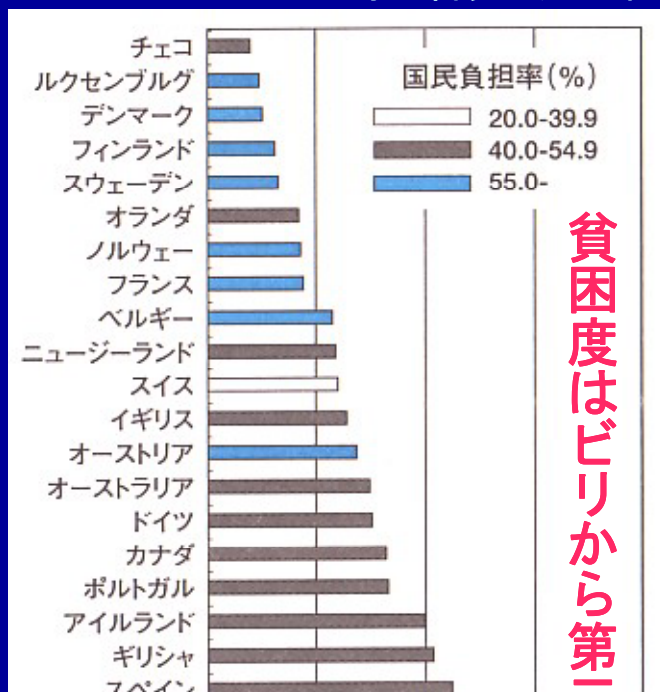
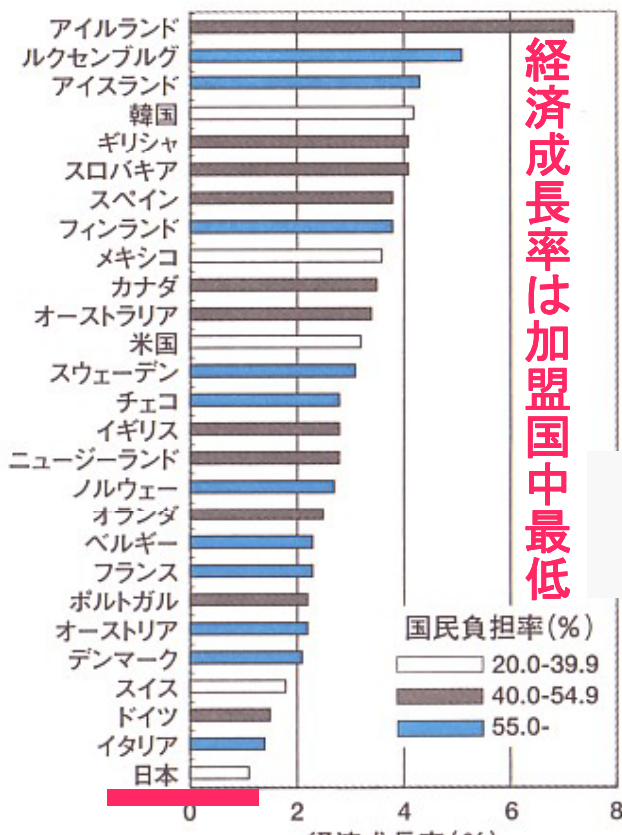
本田 宏

医療制度研究会



「小さな政府」が亡ぼす日本の医療⑥

李 啓充 週刊医学界新聞 08.4.14より



●米国ではどんなに所得が低い人でも、日本の国保と同等の民間保険を購入しようと思ったら年額約240万円の保険料負担が必要。対して日本では所得が10億円を超えるような大金持ちでも、国保保険料負担は上限60万円。応能負担の原則適応の余地あり。

●英国レスター大学の幸福度調査(日本は世界88位)を報道した当地のテレビ番組で、1位のデンマーク(国民負担率72.5%; OECD加盟国1位)の若者が「税金は少し高いけれども、医療費も大学の授業料も無料だし、有給休暇も最低年5週。何も不満はない」と証言。「大きな政府」

の西欧諸国ではこれが「当たり前」 緊急論考「小さな政府」が亡ぼす日本の医療⑧

李 啓充氏 週刊医学界新聞 08.5.19より抜粋

税金を無駄遣いしない！

デンマークで日本のような税の無駄遣いがあったら国民は黙っていない！！

デンマークモデル 財源はどこから得るか

高度な公共サービス＝高負担＝ソリダリティーの精神

所得税：国

法人税：2

付加価値

消費税：外

教育：基本

医療：基本

福祉：大半

国民年金

公共サービスの質向上＋合理化・効率化＝税金を無駄遣いしない！

デンマークで日本のような税の無駄遣いがあったら国民は黙っていない！

デンマークの教育

1、よく遊べ

2、自立

3、民主主義

「偏差値」で苦悶させてない！



「医療介護制度の実際について」
島ブンコード孝子氏
医療制度研究会講演にて



世界最大の悲劇 善意の人の沈黙と無関心

人は兄弟姉妹として共に生きていく術を
学ばなければならない。
さもなくば私たちは愚か者として滅びるだろう。

後世に残るこの世界最大の悲劇は、
悪しき人の暴言や暴力ではなく、
善意の人の沈黙と無関心だ。
後世に恥ずべきは
「暗闇の子供達」の言動ではなく、
「光の子供達」の弱さと無気力である。



マーティン・ルーサー・キング
(Martin Luther King, Jr)
1929年1月15日 - 1968年4月4
日は、アメリカ合衆国のアフリカ
系アメリカ人公民権運動の指導
者でプロテスタントの牧師。キン
グ牧師として知られる。1964年
ノーベル平和賞受賞者。



08.4.12.18:00日比谷公会堂

医療現場の危機打開と再建をめざす国会議員連盟
真の公聴会！医療現場の生の声を直接国会議論へ！！
発足記念 第1回 シンポジウム



医療崩壊阻止は超党派で！
采は投げられた！
マニフェスト選挙を推進せよ！

高久史磨

黒川衛

新書
197 y

医療崩壊は
こうすれば
防げる!

本田宏【編著】
Honda Hiroshi

08年7月7日発売

厚労省の
愚策から
医療を救うための具体策を
9人の医師が緊急提言!
洋泉社
定価: [本体760円]+税

医療
「医療崩壊」の
本田宏
Honda Hiroshi

病院から医師
地域から病院
このツケは我々

なぜ、日本の医療はここまで追い込まれてしまったのか。
現役勤務医が厚労省のウソと医療の危機的状況を鋭く斬る!

洋泉社 定価: [本体780円]+税

の「四苦」は生・老・病・死

富国強経→豊国幸民へ

来れてよかったと誇れる社会にして未来にバトンタッチ

人としての良心・社会的責任!

never give up for Pa
never give up for Jap



日本の医療は非常事態!

正しい情報なしでは医療崩壊は加速の一途
このままでは医療ばかりか日本が崩壊!!

医療崩壊を食止めるのは国民皆の社会的責任

11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究

08年7月キックオフ！

募金にもご協力を！



08.7.25

医師増やせ署名記者会見衆議院第二議員会館一階第三会議室



本田 宏



近藤 克則



夏川 周介



邊見 公雄



宇敷 萌

医療崩壊阻止！ 医師・医学生署名をすすめる会

<http://www.ishizouin.jp/>



いつか、
ナースやヘルパーになって
みんなにやさしくして
あげたいなあ。

STOP! 医療・介護崩壊
増やせ社会保障費

10・19 中央集会

国民
あなた



医師・看護師・介護士ふやして
安全・安心の医療・介護を!
STOP医療・介護崩壊。増やせ社会保障費 10・19中央集会



パレード終了場所の常盤橋公園に
なんと渋沢栄一氏の銅像があった!

ドコ

ドコースはもう1コースを検査しています。

場所として「日」
を設置します。

丸の内線
霞ヶ関
代田線
茗荷谷駅

本田

常盤橋公園 交差点



医師・看護師・介護士ふやして
安全・安心の医療・介護を!
STOP医療・介護崩壊。増やせ社会保障費 10・19中央集会

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



世界の医師養成数の規制状況

東北大学大学院医学系研究科地域医療システム学(宮城県)寄附講座金村政輝助教授提供:平成19年3月2日

Steven Simoens and Jeremy Hurst, Ensuring an Adequate Supply of Physician Services in OECD Countries – OECD Health Working Papers.OECD,2004.平成16年度厚生労働科学特別研究「医師需給と医学教育に関する研究」報告書(資料編)で取り上げられているものからコピー。5.1.1 Domestic physician education and training に詳しい記載あり(Table5)。Table5を要約すると次のとおり。

医学部定員	増員	減員	変更なし	不明
政府調整あり 15カ国	オーストラリア、 カナダ、フランス、 イギリス、アメリカ	ベルギー、日本 メキシコ、スペイン、 スウェーデン	ギリシャ	アイルランド、オランダ ニュージーランド ノルウェー
政府調整なし 4カ国				オーストリア、ドイツ 韓国、スイス

まとめ

- 1、OECDのデータ(OECD Health Working Papers)によれば、19カ国について医師養成数について記載あり。
- 2、医師養成数について政府の調整がないのは4カ国。
- 3、医師養成数について政府の調整があるのは14カ国。文面から政府の関与の可能性がある1カ国を加えると15カ国。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会





日本が目指すべき社会 (%)

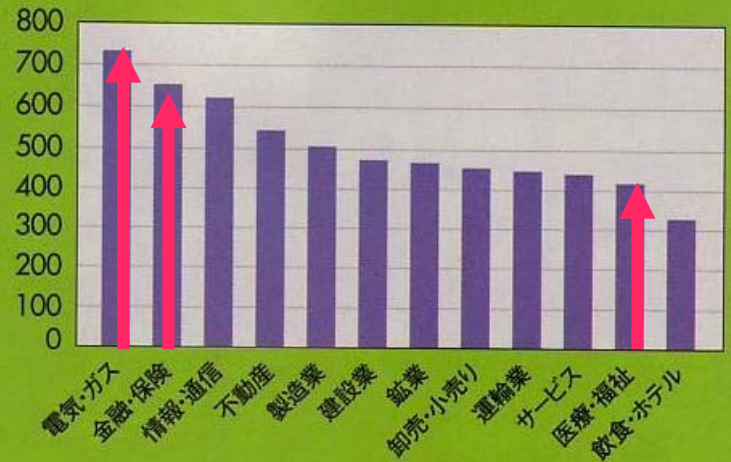


04年、07年で「貧富の差が少ない平等社会」を支持する人が、「意欲や能力に応じ自由に競争できる社会」を支持する人と逆転した。

資料：「第5回勤労生活に関する調査」(2007年、労働政策研究・研修機構)

格差社会を拒否する
平等社会43%。競争社会31%

業界別平均年収格差 (万円)



高年収が期待できるのは電気・ガス、金融・保険、情報・通信業界。サービス、医療・福祉、飲食・ホテルは低年収。

資料：「賃金構造基本統計調査」(2007年、厚生労働省)

電気・ガス業界が721万円で
トップ! 次が金融・保険



プレジデント 給料全調査!あなたは高いか、平均か、安い

PRESIDENT

毎月第2・第4日曜日発売 2008 11.17号

特別定価 650円

経済大乱! 最高178億、最低192万



日本人の給料

「会社・役職・学歴・年齢別」 衝撃のランキング!

4543万人調査「年収&生涯賃金」全データ公開



- ▶フジテレビの生涯年収5億、ニチイ学館1億2115万
- ▶三鷹市889万、夕張でも464万……「役人天国」の実態
 - ▶「上場会社でも年収200万台以下」20社の珍妙な事情
- ▶医者、弁護士、鉄筋工…「100職種」の実態とはetc.

あのリーマン36億、ソニー3億!「役員報酬」世界比較

シティバンク、第一三共、リコー、NEC、マクドナルド、防衛省……

www.president.co.jp

「実物の給与明細」拝見! 外資から公務員まで

図 2 ステータスが上がるにつれ、収入が減る医者

医療機関	給与(万円)	アルバイト(万円)
大学病院	600~800	400~500
公的機関(国立)	1000~1200	—
法人病院(都内有名)	1200~1300	—
法人病院(関東)	1400~1500	—
法人病院(地方)	1800~2000	—
個人病院	1800~2000	—
診療所(開業医)	1800~2500	—
診療所(勤務医)	1000~1200	—
フリーター医	—	1000~2500

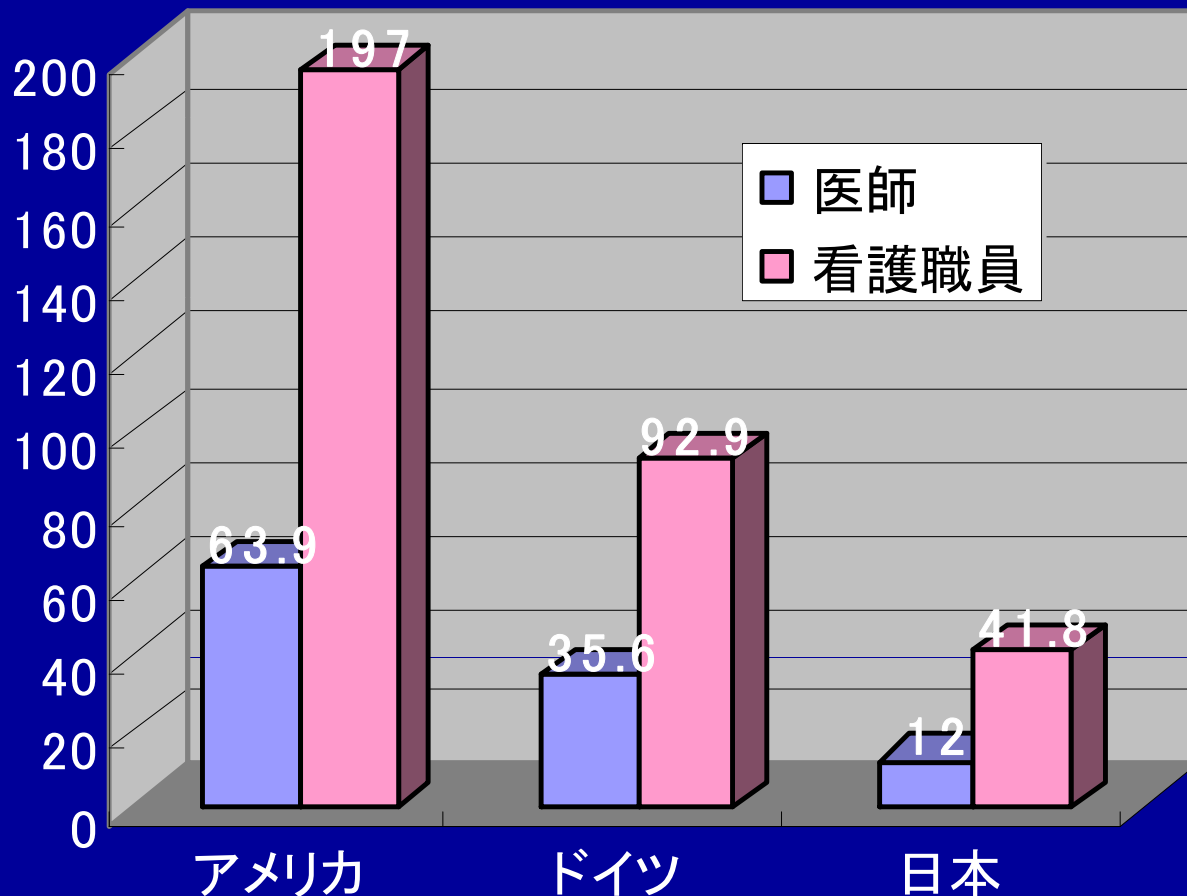


(40代内科医) ※聞き取り調査をもとに編集部作成

医療事故の背景に少なすぎる医師、看護職員 (100床当たり:1996年)

全国保険医団体協会臨時増刊号2005年より

出所、日本「医療施設調査・病院報告」「医師・歯科医師・薬剤師調査」、諸外国OECD「Health Data 1998」より厚生省健康政策局作成



国内ではベッド数の多さが問題にされるが、それと同時に人員配置の少なさによる医療事故発生リスク増大がある！

現在在院日数短縮化(日本の長期入院がその構図を無視して非難されている)で現場はより相対的なマンパワー不足に陥っている→さらに現場は危険増大

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



医師不足！



医療崩壊！！

2008年(平成20年)10月13日(月曜日) 日新聞東京本社2008(日刊)

東京新聞

中日新聞東京本社
東京都千代田区内幸町二丁目1番4号
〒100-8505 電話 03(6910)2211

自治体病院9割医師不足 首都圏で「診療制限」6割に 本紙調査

関東一都六県(東京、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、神奈川)の自治体病院の九割近くで、医師が不足していることが東京新聞のアンケートで分かった。常勤医は必要数の80%にとどまり、特に内科や小児科、産婦人科、救急部門などで不足していた。六割の病院が診療体制を縮小・制限しており、深刻な医師不足の実態が浮き彫りになった。

アンケートは、都県のは救急部門の61%や市町村立の百四十二(不足数三千人)。次を縮小・制限した病院(診療所を含む)いで小児科73%(八十八)を対象に先月行い、65(二人)、消化器内科74%の九十三病院から有効な回答を得た。

通常の診療体制を維持上で医師が足りない)と回答したのは八十病院(87%)で、診療科ごとの不足常勤医の数の合計は八百三十一人、一病院あたり二(四人)に上った。九百一日現在の常勤医数は三千四百四十人。この中には必要数以上の医師がいる病院や診療科も一部含まれている。

人科76%(五十二人)、内科79%(百十三人)の順だった。最近五年以内に診療科の廃止や中止、患者の受け入れ制限など、何らかの形で診療体制

1都6県の医師不足

都県	病院数	医師不足数(人)	各診療科の不足常勤医師数(人)											
			内科	循環器科	消化器科	精神科	小児科	門小児科	外科	外整形	脳神経科	産婦人科	麻酔科	救急
茨城県	10	72	11	0	3	5	7	8	1	3	6	3	3	2
栃木県	5	40	6	3	2	2	4	0	3	6	2	1	1	0
群馬県	10	82	7	3	7	4	2	0	5	7	1	8	0	0
埼玉県	8	105	23	2	1	2	20	1	10	5	5	8	5	1
千葉県	25	264	40	18	13	8	23	0	18	16	10	15	9	13
東京都	12	155	12	6	5	4	15	1	8	8	7	9	12	4
神奈川県	10	114	14	4	8	5	11	0	1	1	3	8	5	10
合計	80	832	113	36	39	30	82	10	46	46	34	52	35	30

※不足人数が30人以上の診療科のみ記載。小児科には小児専門病院は含まれない

救急・小児科など深刻

アンケートは、都県のは救急部門の61%や市町村立の百四十二(不足数三千人)。次を縮小・制限した病院(診療所を含む)いで小児科73%(八十八)を対象に先月行い、65(二人)、消化器内科74%の九十三病院から有効な回答を得た。

通常の診療体制を維持上で医師が足りない)と回答したのは八十病院(87%)で、診療科ごとの不足常勤医の数の合計は八百三十一人、一病院あたり二(四人)に上った。九百一日現在の常勤医数は三千四百四十人。この中には必要数以上の医師がいる病院や診療科も一部含まれている。

不足人数が三十人以上の診療科で、医師の充足率が最も低かった

東京新聞

1都6県の医師不足

都県	病院数	医師不足数(人)	各診療科の不足常勤医師数(人)											
			内科	循環器科	消化器科	精神科	小児科	門小児科	外科	外整形	脳神経科	産婦人科	麻酔科	救急
茨城県	10	72	11	0	3	5	7	8	1	3	6	3	3	2
栃木県	5	40	6	3	2	2	4	0	3	6	2	1	1	0
群馬県	10	82	7	3	7	4	2	0	5	7	1	8	0	0
埼玉県	8	105	23	2	1	2	20	1	10	5	5	8	5	1
千葉県	25	264	40	18	13	8	23	0	18	16	10	15	9	13
東京都	12	155	12	6	5	4	15	1	8	8	7	9	12	4
神奈川県	10	114	14	4	8	5	11	0	1	1	3	8	5	10
合計	80	832	113	36	39	30	82	10	46	46	34	52	35	30

※不足人数が30人以上の診療科のみ記載。小児科には小児専門病院は含まれない

常勤医は必要数の80%にとどまり、6割の病院が診療体制を縮小・制限

救急・小児科など深刻

医療制度研究会

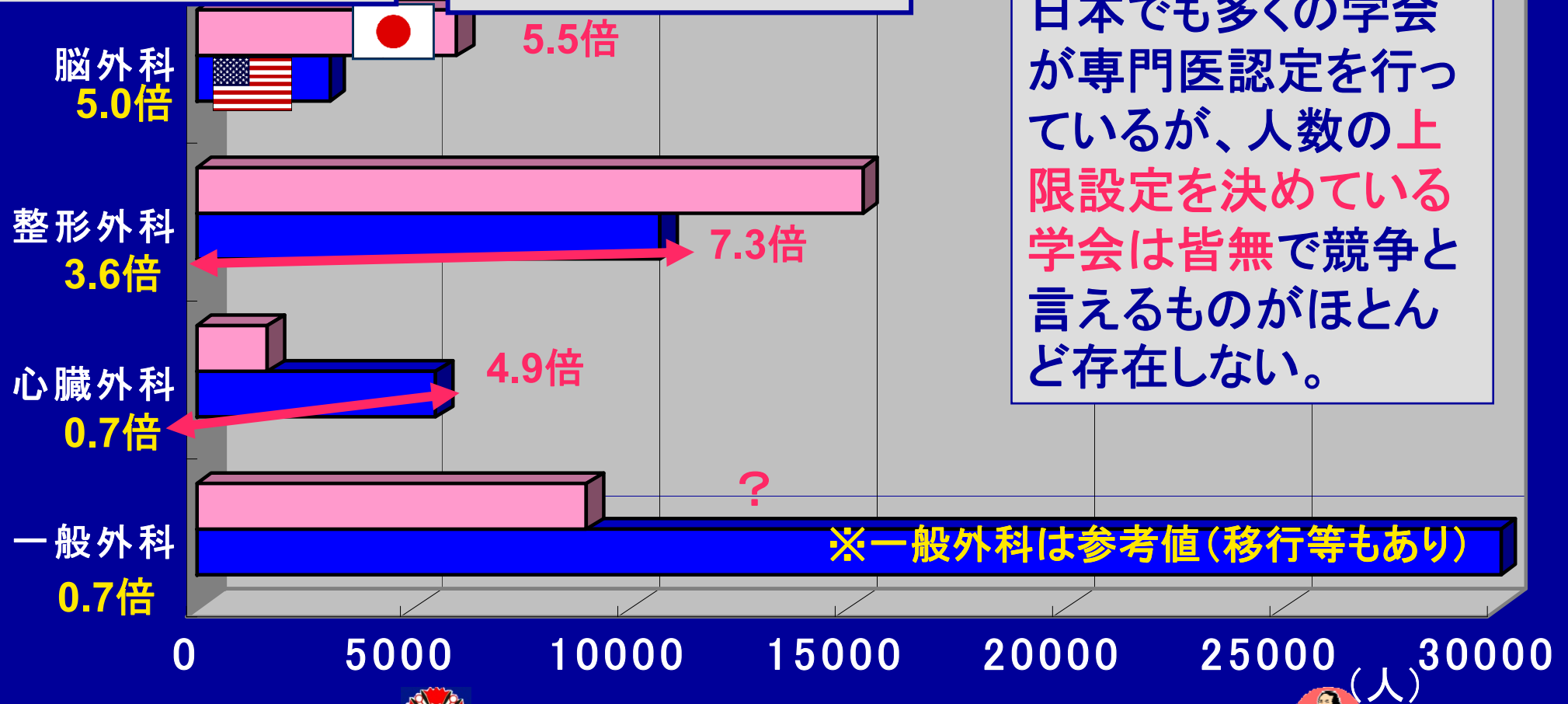


外科系専門医数：日米の比較

米国における外科専門医の立場とそれを支えているもの：大木隆生（日外会誌2005.9）
Albert Einstein College of Medicine Montefiore Medical Center 外科教授、血管外科部長（ニューヨーク米国）

人口補正比率（日/米）

症例数補正比率（日/米）



日本でも多くの学会が専門医認定を行っているが、人数の上限設定を決めている学会は皆無で競争と言えるものがほとんど存在しない。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



日米病院職員数の比較 2、がん専門病院比較

	テキサス大学がんセンター	愛知県がんセンター	米国／日本
ベッド数	456床	473床	0,96
ベッド利用率	88.2%	95,8%	0,92
職員数	14,250人	881人	16
スタッフ医師総数	663人	95人	7
レジデント／フェロー	961人	28人	34
放射線治療医	31人	4人	8
検査部医師	11人	1人	11
病理医	43人	5人	9
看護師	1,800人	318人	6
薬剤師	924人	13人	71
ソーシャルワーカー	65人	1人	61
ボランティア	45人	0人	∞
がん登録担当者	18人	1人	18



緩和ケア病床不足に？

都市で深刻化、格差14倍も 2025年推計

日本政策投資銀行推計 朝日新聞08年1月13日

	05年	25年
全国	10.4	7.1
埼玉	2.4	1.4
福島	3.1	2.4
香川	4.2	3.1

	05年	25年
全国	10.4	7.1
大阪	7.3	5.1
岡山	8.1	5.3
群馬	7.9	5.4

	05年	25年
全国	10.4	7.1
山形	8.2	6.8
東京	11.4	7.1
愛知	12.1	7.4

	05年	25年
全国	10.4	7.1



都内では現在でも1病院あたりの入院待機患者が平均14.2人(06年度)と不足が顕在化しており、事態は一層深刻になりそうだ。

「国は在宅での緩和ケアなどを推進しているが、都市ではひとり暮らしの高齢者が多く、緩和ケア病床のニーズは高い。特に大都市圏での増床を検討すべきだ」と同行調査部、奈良史子調査役

京都	7.5	5.1	兵庫	9.6	6.7	北海道	12.6	9.3
----	-----	-----	----	-----	-----	-----	------	-----

がん死亡者千人あたりの数
日本政策投資銀行調べ

2008.11.1



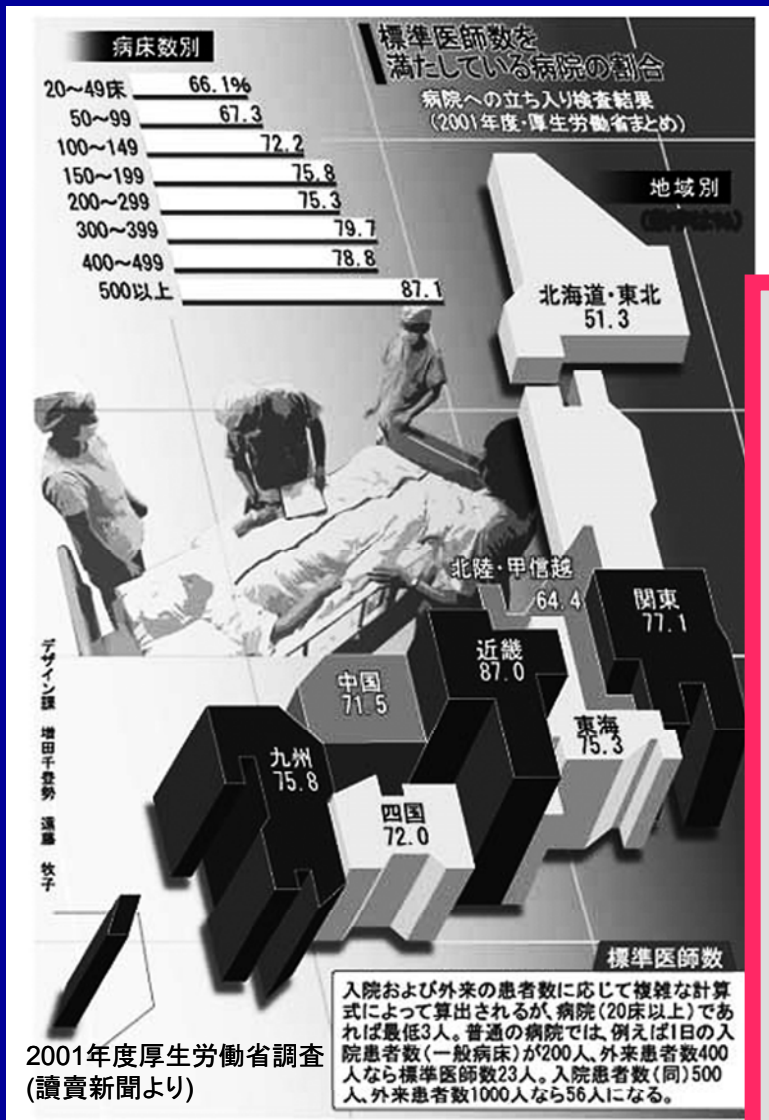
済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



日本医療の崩壊は医師不在という形で始まった！



日本の標準医師数基準
「医療法施行規則第19条」
が決まったのは？

↓

なんと昭和23年

↓

当時の基準で今の医療が
できると思えますか



日本は「無責任国家」

毎日新聞 2008年6月21日 東京朝刊より改

編

社会保障財源をどう賄うか神野直彦・東京大教授(財政学)は先進各国の状況を三つに分類

- ①「最低限保障責任国家」:米国に代表、「最低限の生活は保障しようという政府。そのためには所得再分配が必要なので、豊かな人にかかる税金のウエートが高くなり、累進的な所得税のウエートが大きい」。ただし、中間層を中心に無保険者が約4700万人もいるという問題を生んでいる。
- ②「相互扶助的な国家」:ドイツやフランス、お互いに負担しあい、病気になったときは助け合おうという考え方で、社会保険料などの社会保障負担率が大きいという特徴がある。
- ③「標準を保障する国家」:スウェーデンにみられる、貧しい人も含め、所得税も消費税も社会保障負担率も大きい、「税を払っていれば生きていける社会」。
- ④「無責任国家」:日本、「所得税がほとんど累進課税になっていないうえ、企業負担も少ない。どういう社会を作ろうとしているのかがない。

※**財政再建の手法**:スウェーデン政府は『強い福祉を打ち出すために財政再建する』。日本は福祉を切り捨て財政再建しようとする。財政は人々の生活を守るためにあるのではないかと神野教授。

「医療費亡国論」は「このままいけば、租税・社会保障負担が増大し、日本社会の活力が失われるのではないかと指摘した。日本は05年、租税負担率と社会保障負担率を合わせた国民負担率が38.3%で、経済成長率は2.6%だった。スウェーデンは同年、国民負担率が70.7%で、経済成長率は2.9%。国民負担率と経済成長率に明確な関係はみられない。

2005年	国民負担率(租税負担+社会保障負担率)	経済成長率
日本	38.3%	2.6%
スウェーデン	70.7%	2.9%



社会保障財源を巡る議論が本格化しているが、医療費亡国論に縛られる根拠は見当たらない。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



コンビニ受診を控えよう！

小児医療崩壊丹波地区で

それでも道路が 最優先ですか？



丹波の宝

兵庫県立柏原病院 小児科
和久祥三医師提供

2008.11.1



済生会栗橋病院

中田 公

医療的援助研究会



小児医療崩壊の丹波地区で



兵庫県立柏原病院 小児科
和久祥三医師提供

記者ノート

先日、ある病院の時間外救急外来に患者の付き添いで行った人が、ひどく怒っているのを聞いた。「あんなにひどいとは思わなかった」「ろくな医者がいない」と言うので、

「ろくな医者がいないなんてことは無い。今いる医師は、この地域の医療を守る使命感がある人、特別義理堅い人たちでしょう」と反論した。

今、医師の世界は、超売り手市場だ。公立、公的病院で常勤医として働くより、非常勤医でいくつかの病院を掛け持ちした方が、身入りは増える。しんどい当直からも外れられ、自分の時間も持てる。

昨年の3月から1年間、病

2つの提案

院の医師不足問題を追って来た。報道するたびに「私たちは、どうしたらいいの」と言われる。2つ提案したい。

一つは、近隣市も含め、どこにどんな医者がいるかを知ること。病院の体力低下を認め、以前は丹波地域で完結できていたことが、できなくなっている事実を受け入れること。

二つ目は、がんばっている医師の気持ちを絶たないこと。診察の後は不平でなく感謝の言葉をかけよう。ひと言「先生、ありがとう」と。そういう地域にならないと、勤務医は定着せず、今いる医師にも愛想を尽かされる。(足立智和)

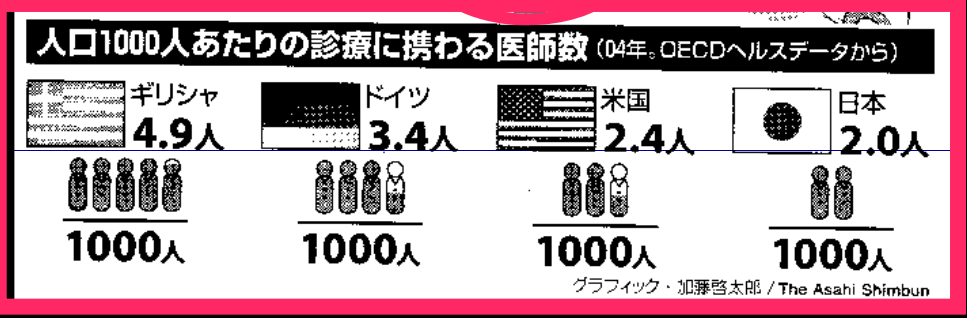
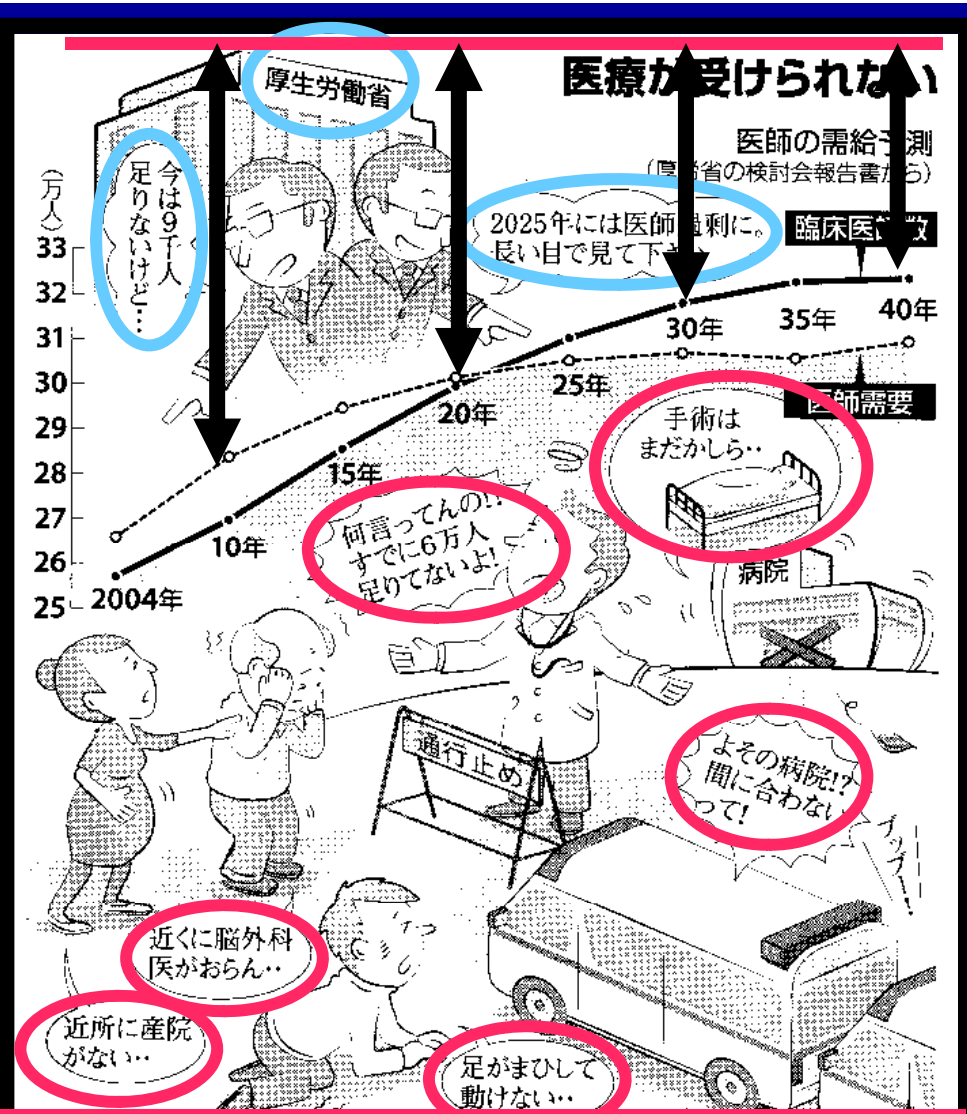
<http://tanba.jp>

2007.3.18 丹波新聞
足立智和記者

2008.11.1



済生



医師不足 都市圏まで

08.4.6(日)朝日新聞 医療再生へ 選択のとき

現在のOECD人口当り平均医師数より
すでに14-16万人不足!
30年たっても追いつかず!
国は医師需給を過小評価!
今後さらに世界一の高齢化が
専門医かいない産む場かない

原因は:
研修制度と養成抑制が背景に
解消策は
一人前には10年即効薬なし



第二次世界大戦中大事にされてはずの兵隊さん？ 軽んじられた日本兵の生命 いわんや国民の命をや??

定訳

菊と刀

日本文化の型

ルース・ベネディクト
長谷川松治訳

菊の優美と刀の殺伐

日本人の複雑な性格を見事に浮彫りにする



日本人の精神生活と文化について、これほど生き生きと、その全体像を描き出したものがあるか！本書は、日本人の行動とそれらの行動の背後にある、日本人の基本的な考え方を見事に探り当てた第一級の日本論。

社会思想社

定価(本体1500円+税)

降伏に関して、西欧諸国の軍隊では戦死者がその全兵力の四分の一ないし三分の一に達した時はその部隊は抵抗を断念して手をあげるのがほとんど自明の理とされている。投降者と戦死者の比はほぼ四対一である。ところが日本はかなり大量に降伏したおりでさえも、一対五であった。

戦争中、日本軍には負傷者を砲火の中から救い出し、応急手当を施す訓練された救護班がなかった。また組織だった医療システムがなかった。医療品の補給に対する配慮は慨嘆に堪えないものがあった。

危急の場合には入院患者は、全く見殺しにされた。ニューギニア等で病院のある地点から退却せねばならない場合、まだ時期を逸さない間に、あらかじめ傷病兵を後送するという慣例がなかった。

敵がもうどんどん占領してきている時になって、やっとはいじめて何らかの処置が講ぜられた。しかもその処置というのはしばしば、主任軍医が退去に先立って入院患者を射殺するか、あるいは患者自ら手榴弾で自分の生命を絶つことであった。

R・ベネディクト 1887年ニューヨーク生まれ。コロンビア大卒、アメリカ人類学の第一人者。日本研究は戦争中、本書は敵を知るためにということでもとめられた。自ら日本の地を踏むことなく、1948年死去。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



「人口10万対150人」の医師の目標は達成した

昭和58年

医療費抑制を目指す当時の厚生省は医療費亡国論を発表、**医師過剰時代の到来を喧伝**し始めた。

“医療費亡国論”

社会旬報(1983、昭和58年) 厚生省の吉村 仁保険局長

- 1、「医療費亡国論」このまま租税・社会保障負担が増大すれば日本社会の活力が失われる
 - 2、「医療費効率逡減論」治療中心の医療より予防・健康管理・生活指導などの重点をおいたほうが効率的
 - 3、「医療費需給過剰論」供給は一県一大学政策もあって**近い将来医師過剰が憂えられ**、病床数も世界一、高額医療機器導入数も世界的に高い
- ※以上以外に不正請求と不当請求の違いに言及
これに当時医療界は誰一人反対した形跡がない。

このまま医療費が増えつづければ国家がつぶれ
これは仮
おころう。

「医療費亡国論」と称して
う発想さえ出ている。

勘と度胸？の施策

医療費をめぐる情勢と
対応に関する
私の考え方

厚生省保険局長
吉村 仁

△▽
医療費をめぐる情勢について

①
いま医療費は、財政再建・行政改革の上でも予算編成の上でも、租税・社会保障負担の上でも、最大の問題の一

つである。国鉄、米価、公務員給与、年金、防衛費等と肩を並べる国政の最重要問題として過言ではない。
しかし、国民の大部分は保険証一枚で容易に医療を受けられる制度のためか、忍び寄る危機についての認識は極めて薄い。また、医師の側も、現物給付・出来高払いという制度的基盤の上

で医療費は、その伸び率が高くなり、すでに相当巨額なものとなつてい
るし、今後とも人口の高齢化や科学技術の進歩などによつてなお増大することが予測される。そうだとすれば、それに対応して国民の負担もまた増える。しかも今後の国民の負担が増える要因は、医療費だけではない。老後の生活のための公的年金の負担だけでも相当なものだし、赤字公債のツケも連かれ

る。このままいけば、租税・社会保障が増大し、日本社会の活力
ではないか、という視点
である。
現在及び将来の医療費を考
その視点は三つくらいある
(2)

早かれ回ってくるに違いない。
それに対して、経済成長率は大きく期待できないのは今や周知のことである。一九八〇年代(昭和五十五年~六十五年)を通じての実質成長率は三%前後というのが大方の予測である。
そのように考えれば、租税・社会保障負担率(対国民所得比)は現在三五%位であるが、このままでは、あ
%という間にならば、これが五〇%前後になれば英国や西ドイツと同様、さらに増えればスウェーデンと同様になるのであるが、いずれの国も先進国病にとりつかれて四苦八苦しているのも公知の事実。日本も租税・社会保障負担率が高まれば、これらの国と同様、社会の活力を失ってしまうのではないかと、この危険は、現実性の高い危惧である。
そこで、あらゆる面において公共的経費の見直し、洗い直しが行われているのであるが、医療費に対する風当り、それが公共的経費の中でも巨額であるし、その伸び率も著しく高いこととあつて、その風当りもかなり高い。
このまま医療費が増えつづければ国家がつぶれるという発想さえ出ている。これは仮に「医療費亡国論」と称しておこう。

第二は、成人病の増加等を背景に、十四兆円の医療費(治療費)のすべて

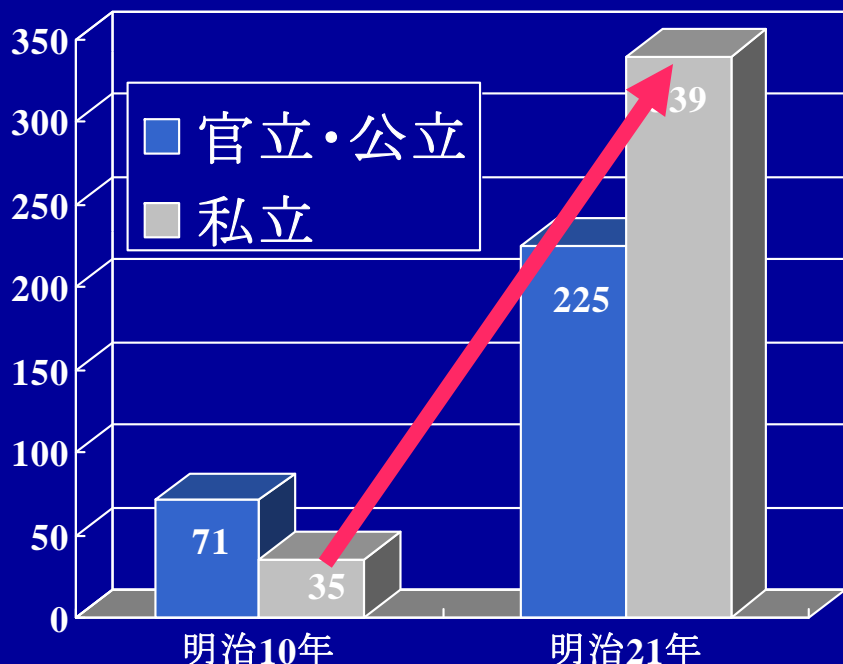


公的医療は財政難で簡単に切り捨てる日本



「日本の医療史」より

東京書籍:1982酒井井シヅ氏 順天堂大学医学部医史学研究室客員教授



病院数	官立・公立	私立
明治10年	71 (官7、公64)	35
明治21年	225	339

日本の病院の特色(歴史的背景)

- 1: 教育病院は最高の医療機関(文部省管轄)
- 2: 一般医療は民間主体
- 3: 公的医療は財政難で簡単に切り捨て

明治10年頃公立病院はほとんどの府県にあり各地方での機関病院となっていた→西南戦争後の激しいインフレとその後の松方政策は地方財政を厳しい状況→公立病院の多くは廃院→一方私立病院は自由に開業、医療を民間に任せた結果、公立病院と私立病院の総数が逆転→現在日本が他国に比し私立病院が異例に多いという実態の歴史的背景。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会





医師の高齢化 医師不足に直結

提言：日本の医師不足の理由とその対策

廣瀬輝夫氏 日本医療経営学会理事長/元ニューヨーク医科大学教授(臨床外科) 秀明大学名誉教授(医療経済学)
JMS Oct. 08 20-23P: 写真週刊医学界新聞05.11.21より

日本の医師不足の対策

- 1、医学部定員少なくとも2000人増加
- 2、新設医学部も検討必要

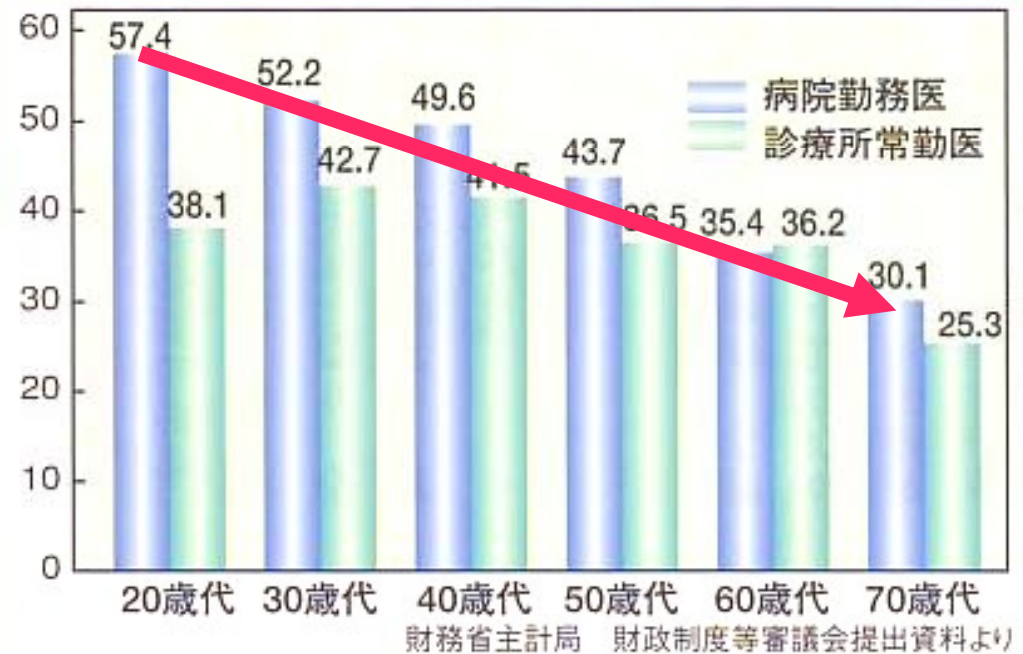


図6 医師の平均従業時間 (週当たり・男性)

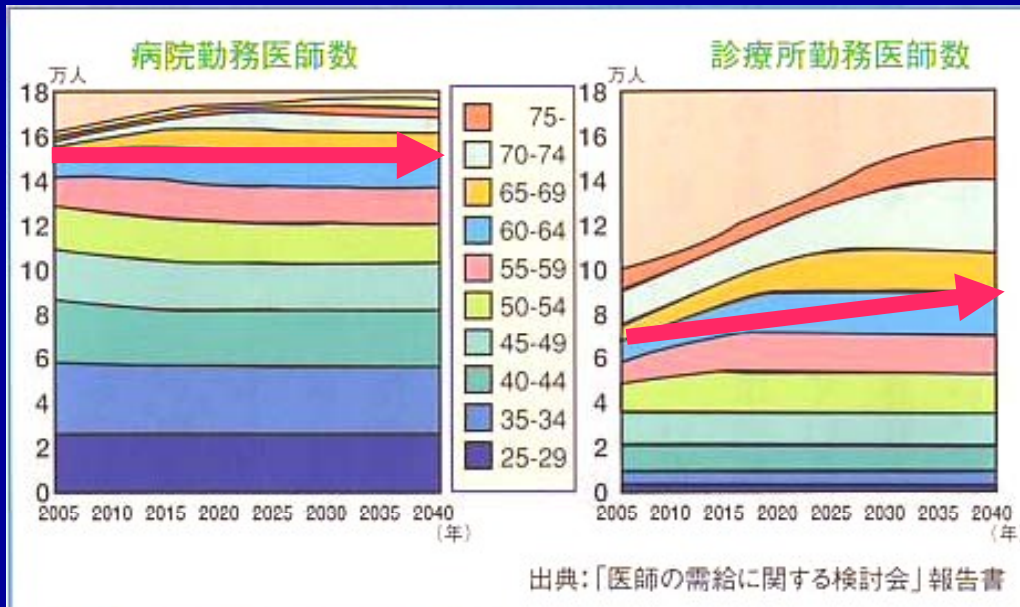


図5 未来予測——年齢階級別医師数

日本の医師不足の原因

- 1、臨床医以外もカウント(研究・管理者等)
→実働数は統計より少ない(28→25万人)
- 2、医師の高齢化を考慮に入れていない
→勤務医の増加は少なく、診療所勤務医では65歳以上が現在の30%から50%に増加
これも臨床医減少の原因となる。
- 3、病院勤務医の待遇(年収や過重労働等)悪い
- 4、女性医師の増加

本田 宏

医療制度研究会



日本の医師数算定方法は58年間放置 医療法施行規則第19条(昭和23年11月施行)

一般病院において必要な医師数に係る算定式: 一般病床の入院患者数+外来患者数/2.5=A
1).Aが52までは医師:3人、 2).Aが52を超える場合には医師:A-52/16+3人

		一般病床	療養病床	精神病床		感染病床	結核病床
定義		精神病床、結核病床、 感染症病床、療養病 床以外の病床	主として長期にわ たり療養を必要と する患者を入院さ せるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床 (1)内科、外科、産婦人科、眼科及び耳 鼻咽喉科を有する100床以上の病院、 並びに大学付属病院		感染症法に規定する一 類感染症、二類感染症、 及び新感染症の患者を 入院させるための病床	結核の患者を 入院させるた めの病床
人員配置基準		医師					
患者 数対	入院	16:1	48:1	16:1	48:1	16:1	16:1
	外来	40:1(耳鼻咽喉科、眼科は80:1)					

2005年4月1日「全日病ニュースから」 全日本病院協会 ホームページより

「病院医師数算定から外来患者数を外すべし」医療法改正課題として提起。検討会等への四病協参画も要望
四病院団体協議会は3月16日の総合部会で医師配置標準算定方法の見直しを求める要望書(「医療法施行
規則第19条について」=別項)を承認、3月18日に厚生労働省岩尾總一郎医政局長宛提出した。

四病協「医療法施行規則第19条について(要望)」(全文)3月18日(2005年)

昭和23年11月に施行された医療法施行規則は、戦後のGHQ占領下で制定されたものであり、第19条の医師
数算定方式の根拠は、厚生労働省においても算定根拠を説明が出来ないにもかかわらず、立ち入り検査の際に
算定式として使われている。57年間の長きにわたり算定式を変えないで放置してきた国の責任は重大である。(後略)

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



「日本の医療史」 病院の歴史

東京書籍:1982



酒井シヅ氏 順天堂大学医学部医史学研究室客員教授

【江戸】

病院の類の施設

「小石川養生所」(享保7年:1722):貧民のために入院料無料

「長崎養生所」(文久4年:1861)ポンペが臨床自習の場として:近代医学教育原型:有料→有料のため高級武士や裕福な町人が幅をきかせた→ヨーロッパと大きな違い。さらに日本で最高水準の医療を行う場所として発足し病院が最高の医療機関であるという日本の病院の特色が早くもここで作られた。

【明治】

「軍陣病院」(明治1年:)
「大病院」(同年発足した横浜から引き継いだもの:英国公使館付医師ウイリス)

→明治2年にウイリスが「医学校兼病院」と改称→**有料**だったため**貧乏人には縁がない**病院→同年東京府から大学校に移管(文部関係の行政庁)し「**大学東校**」と改め →明治4年:文部省誕生を機に「**東校**」→明治10年「**東京大学医学部**」

『**私立病院**』誕生(明治5年:)
佐藤尚中が「**医学校で受け付けぬ患者を救済したい**」と**私立病院設立許可**を文部省に求めたが文部省は返事せず→「**博愛舎**」を日本橋に開設(**市民のための私立病院**)

→明治6年「**順天堂**」を開院→順天堂の成功は次の世代の私立病院乱立の引き金→いわゆる名医が相次いで規模拡大して病院を建てる←**国は全く規制せず、自由に任せた**→現代諸外国に比して日本では**私立病院が異常に多い**結果を招いた。

『**公立病院**』長崎養生所で各藩から派遣された医師が勉強→各藩で西洋医学のための医学所と同時に病院設立。

明治10年頃公立病院はほとんどの府県にあり各地方での**機関病院**となっていた→**西南戦争後の激しいインフレ**とその後の松方政策は地方財政を厳しい状況→**公立病院の多くは廢院**→一方私立病院は自由に開業、医療を民間に任

日本の病院の特色(歴史的背景)

- 1:教育病院は最高の医療機関(文部省管轄)
- 2:一般医療は民間主体
- 3:公的医療は財政難で簡単に切り捨て

日本が他国に比し**私立病院が異例に多い**という実態の歴史的

病院数	官立・公立	私立
明治10年	71(官7、公64)	35
明治21年	225	339

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

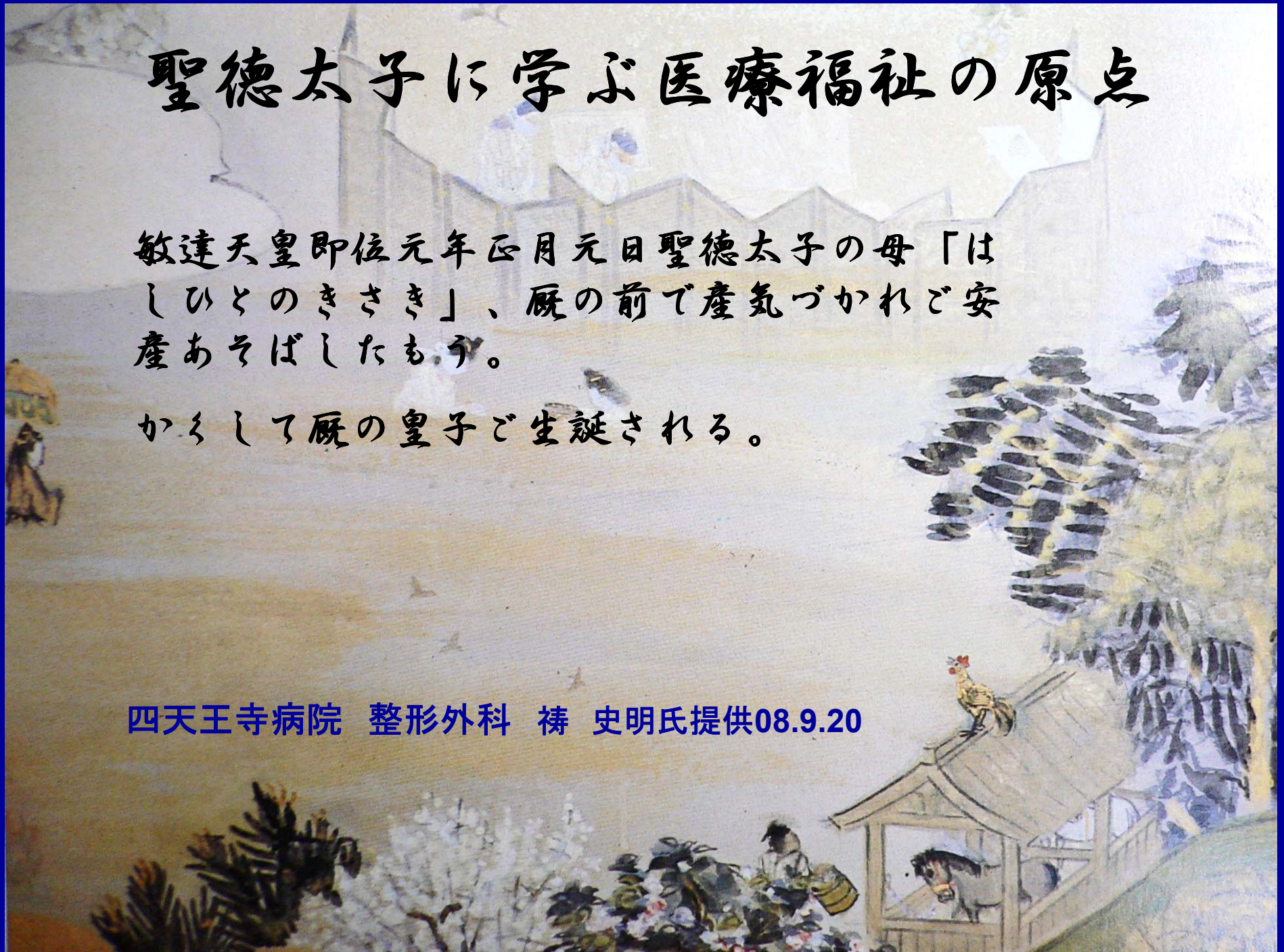


聖徳太子に学ぶ医療福祉の原点

敏達天皇即位元年正月元日聖徳太子の母「はしひとのきさき」、厩の前で産気づかれど安産あそばしたもろ。

かくして厩の皇子ご生誕される。

四天王寺病院 整形外科 禱 史明氏提供08.9.20



太子14歳、崇仏派の蘇我稲目とその子の馬子、
排仏派の物部尾輿とその子の守屋、親子2代に
わたって激しく争いあう。



持国天

増長天

テレサテン

多聞天

広目天

四天王寺病院 整形外科 禱 史明氏提供08.9.20

太子16歳、四天王に祈りこの戦いに勝利する。
「いま、われをして勝たしめたまわば、必ず四
天王のために堂塔を建立したてまつらん」と



四天王寺病院 整形外科 禱 史明氏提供08.9.20



太子22歳、四天王寺建立。

四天王寺建立に働く人々、すぐて太子のご教化を受け、仏法興隆を一心に願う。かゝて四天王寺、日本最初の整った寺となり、聖徳太子、日本仏教の祖と仰がれたもう。

四天王寺の道場として四箇院を境内に設置

- ・施薬院（無料の薬局）
- ・療病院（病院）
- ・悲田院（介護施設）
- ・敬田院（学校）



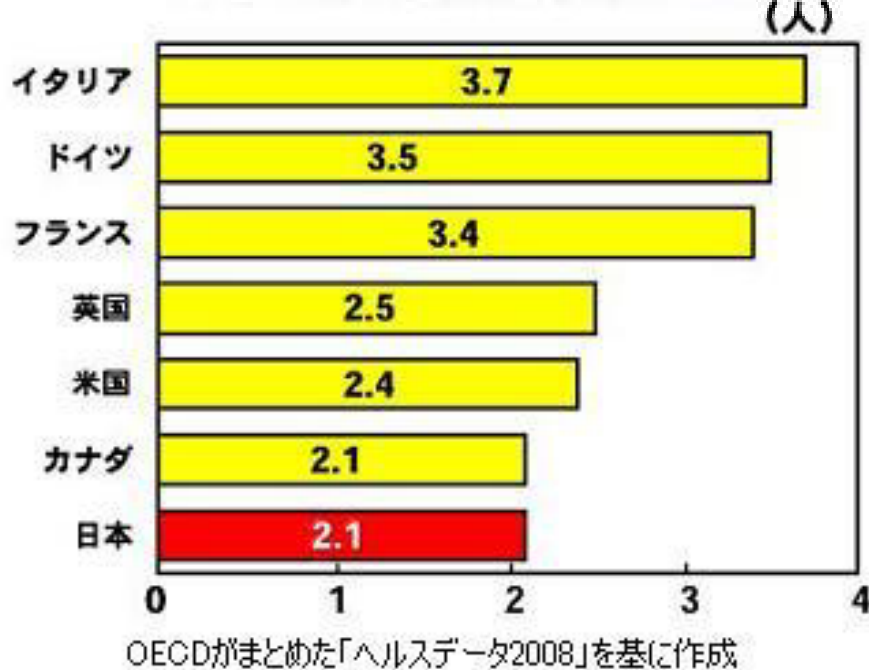
我が国の、療病、施薬、福祉事業、学校のルーツが太子によって1400年前に創設されたのであり、それがこの大阪の地であったのである。

四天王寺病院 整形外科 禱 史明氏提供08.9.20

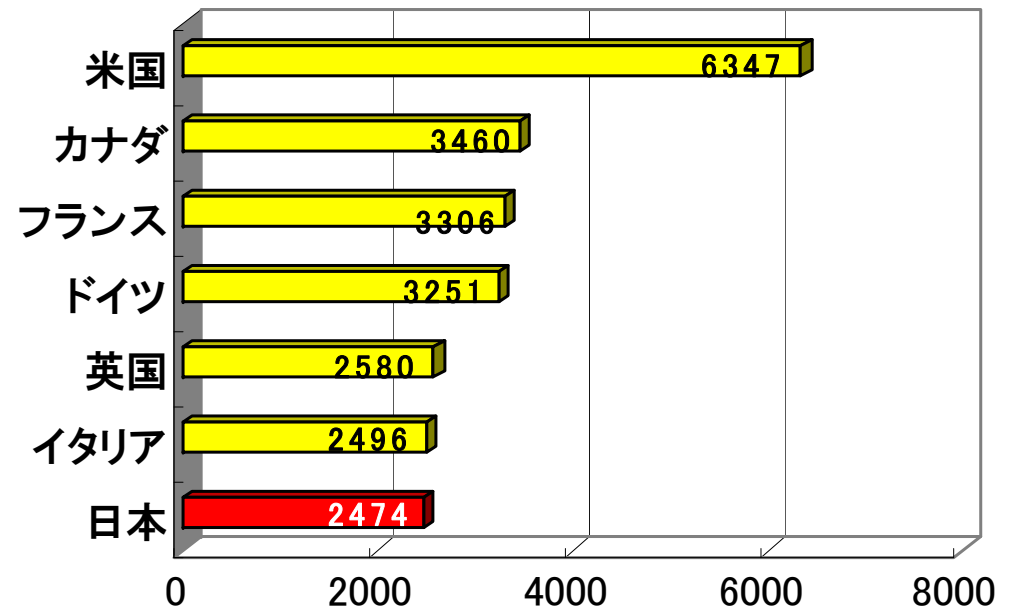
日本の医師数など主要国最下位

OECD「ヘルスデータ2008」 08.7.4 キャリアブレイン

主要国の人口1000人当たりの医師数



主要国の一人当たり医療費(購買力平価換算)



人口1000人当たりの日本の医師数は2.1人で、OECD(経済協力開発機構)加盟30か国平均の3.1人を大きく下回り、主要7か国では、カナダと並んで最下位であることが、OECDが7月4日までにまとめた「ヘルスデータ2008」で明らかになった。**日本は、医師数のほか、総医療費や一人当たりの医療費でも、主要国で最下位**となっている。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



父親たちの星条旗
硫黄島からの手紙

レポート
report

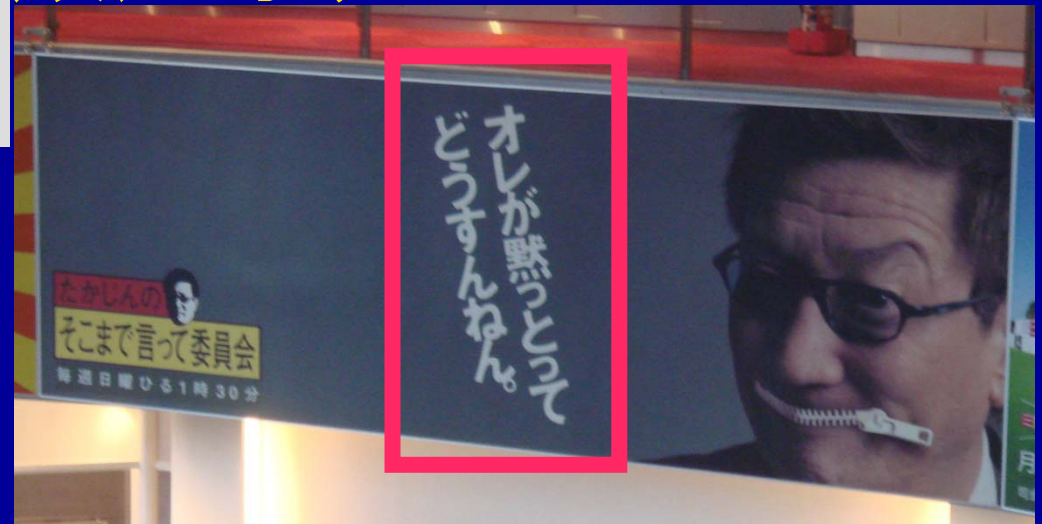
203高地、ガダルカナル島、女工哀史
蟹工船、おしん、硫黄島からの手紙
兵站(弾・食料)もないままの精神論
安全な医療体制(人・経済)なしの精神論
同じ徹を繰り返す日本

たかじんのそこまで言って委員会 「医療崩壊」

このまま放っておくと大変なことになりますよ！？

9月14日(日)放送予定！

次回総選挙の争点に！



「たかじんのそこまで言って委員会」

司会：やしきたかじん、辛坊治郎(読売テレビ解説委員)

そこまで言って委員：三宅久之(政治評論家)、田嶋陽子(元参議院議員)、谷澤忠彦(弁護士)、加藤登紀子(歌手)、勝谷誠彦(コラムニスト)、宮崎哲弥(評論家)、村田晃嗣(同志社大学教授)、桂ざこば(落語家)

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会





医者は馬鹿にされている

神奈川県保険医協会第52回定時総会

「マスメディアから見た医療～医療崩壊をどう防ぐか」朝日新聞編集委員、田辺功氏

• 医者は馬鹿にされている

(前略)
1994年
た。医療
のはどう
すといつ
ます。医

馬鹿にされているのは？

う本を書きまし
費を増額しない
本の現状を話
と書かれてい

朝日新
う診療報
定には3
考え、「あ

すが、4月に行
常、法律の改
か。先生方が

医師だけか??

また、「
の7には
医というの
常、常に命令され指導され、おかしいと疑われたら知事や厚生大臣の命令で書類を提出し、検査される立場。医師は下働きなのです。

るべし」、同条
れている。保険

大蔵省主計官にこういう話を聞きました。今から12～13年前、ダムの建設予算3000億円のうち、400億円を削った。すると翌朝から電話が鳴りっぱなし。国会議員や各都道府県の人問が何人も面会を求め、仕事にならず、大臣折衝で撤回してしまいました。一方、医療費はどうか。1000億円、1兆円削っても、医者も患者も文句を言って来ない。だから医療費を削った方が楽なのです、と。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

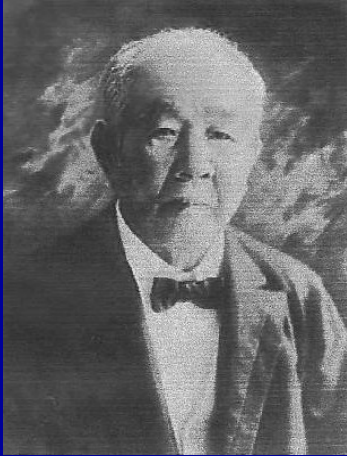


国民の命を守るプロとして 今こそ大同団結すべき！



大和成和病院院長：南淵明宏氏提供

富の度を増すほど救済事業を！



天保11年2月13日～
昭和6年11月11日
(1840～1931)

論語と算盤

— りんごころぼん —

渋沢栄一

国書刊行会

論語と算盤 国書刊行会 「仁義と富貴」防貧の第一要義より

余は従来**救貧事業**は**人道上**より、はたまた**経済上**よりこれを処理しなければならぬことと思っていたが、今日に至ってはまた**政治上**よりもこれを施行しなければならぬこととなったと思う、余の友人は先年欧州細民救助の方法を視察せんとして出発し、およそ1年半の日子を費して帰朝したが、余もこの人の出発については多少助力した点から、帰朝後同趣味の人を集めて、その席上に報告演説を依頼した、その人の語る所を聞いて見ると、**英国**のごときはこの事業完成のために、ほとんど三百年來苦心を継続して、今日僅かに整備するを得た、また**デンマーク**は**英国以上に整頓**しているが**仏、独、米**などは、今や各国各様に細民問題に力を注いで、ちょっとの猶予もないとのことである、しかして海外の事情を見れば見るほど、久しい以前より自分共が力を注いでいたところに力を入れているように思われる。

この報告会するとき、自分も集会した友人に対して意見を述べた、それは「人道よりするも経済的よりするも、弱者を救うは必然のことであるが、更に政治上より論じても、その保護を閑却することは出来ないはずである、ただしそれも**人に徒食悠遊させよ**と言うのではない、**成るべく直接保護を避けて、防貧の方法を講じたい**、救済の方法としては、一般下級民に直接利害を及ぼす**租税を軽減**するがごときも、その一法たるに相違ない、しかして**塩専売の解禁**のごときは、これが好箇の適齡である」という意味であった、(中略)。

いかに自ら苦心して築いた富にしたところで、富はすなわち自己一人の専有だと思ふのは大いなる見当違いである、要するに、人は**唯一人**のみにては何事もなしうるものではない、**国家社会の助け**によって自らも利し、**安全に生存**できるので、もし**国家社会がなかった**ならば、何人たりとも満足にこの世に立つことは不可能であろう、これを思えば、**富の度を増せば増すほど社会の助力**を受けている訳だから、この恩恵に報ゆるに**救済事業**をもってするがごときは、むしろ**当然の義務**で、**できる限り社会の為に助力**しなければならぬはずと思う。(中略)**世の富豪**は**先ず**かかる点に着眼してなくてはなるまい。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



第106回日本外科学会総会(2006)特別企画 日本の医療制度についての諸問題
**「日本の外科医は理不尽な評価に対し行動せよ
 ー海外との比較ー」**愛媛大学大学院医学系研究科医学専攻生命環境情報解析部教授 石原 謙

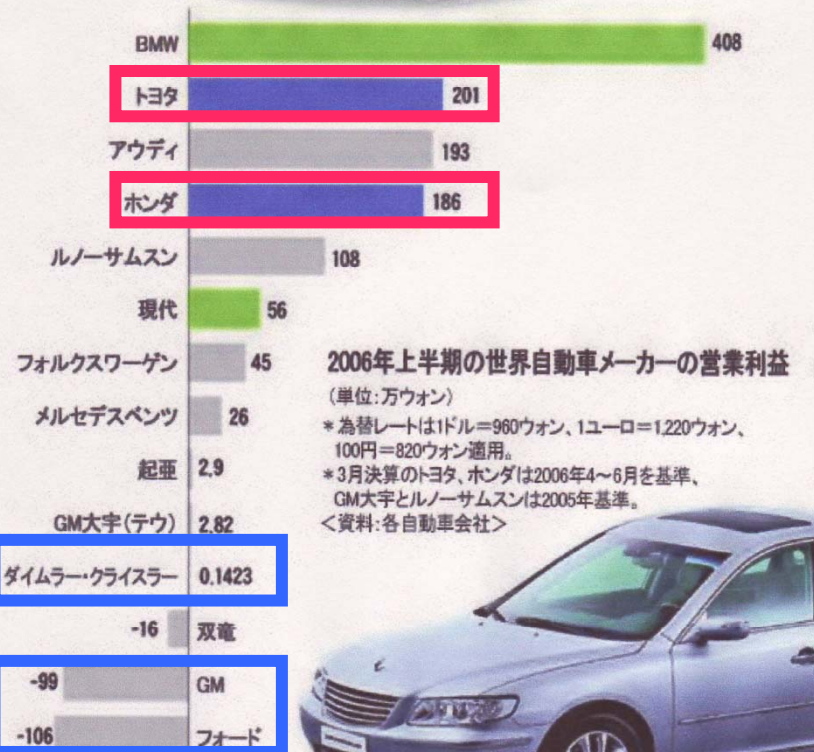
「トヨタの競争力は医療費の安さも大きな要因」

実は日本の産業が国際競争力を維持している理由に医療保険料が極めて安いことがある。米国の自動車業界は民間医療保険への支払が最大のコストだ。米では自動車一台あたりの原価に占める医療費は1500ドルつまり**16.7万円**であるが、日本のトヨタのそれを公開財務諸表からおよその試算をすると、**一台あたり1万円前後にしかない。原価で15万円も変われば小売値では50万円近くもの価格差になるのであるから、日本の医療費の安さは最強の競争力の源泉である。(中略)その行動こそが日本の未来を守る。行動せよ、外科医諸兄。**

「1台当たりの営業利益、トヨタは現代車の4倍」

BMWやアウディなどのドイツの高級車メーカーや、トヨタ、ホンダなどの日本のメーカーは1台当たり200万ウォン(約24.3万円)から400万ウォン(約48.7万円)と高い収益率を記録した。
 金宗浩(キム・ジョンホ)記者 朝鮮日報

livedoor NEWS 2006年09月17日11時



2008.11.1



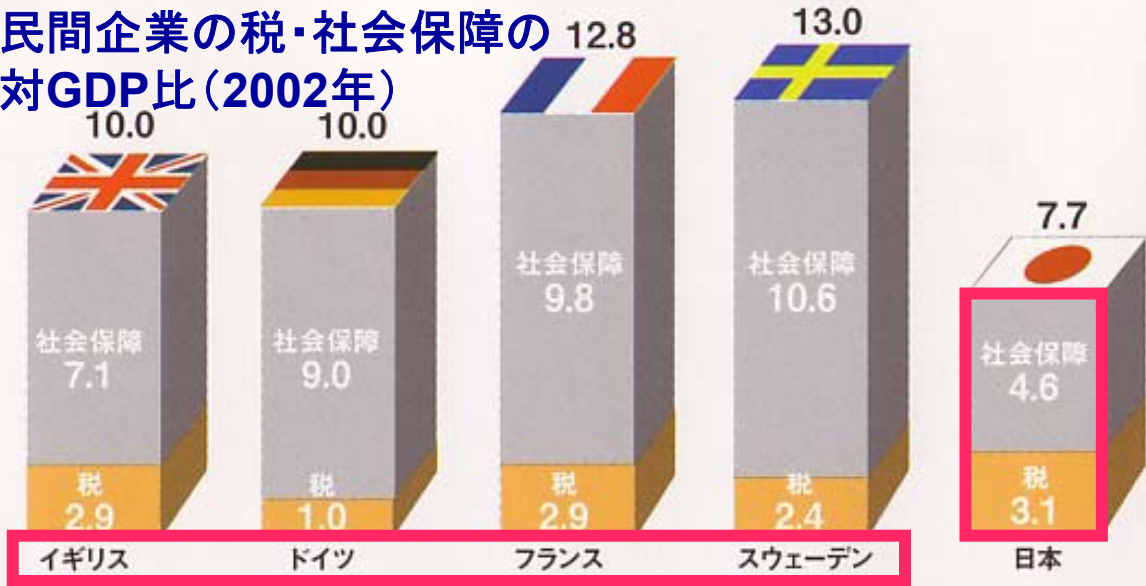
00分 済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

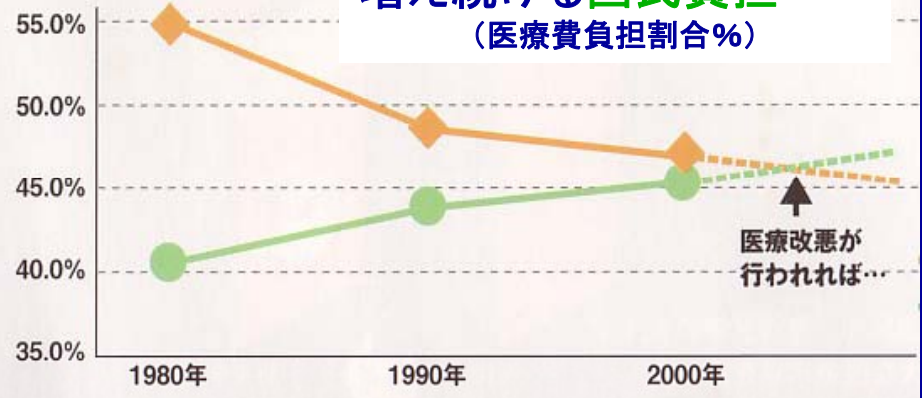


民間企業の税・社会保障の
対GDP比(2002年)

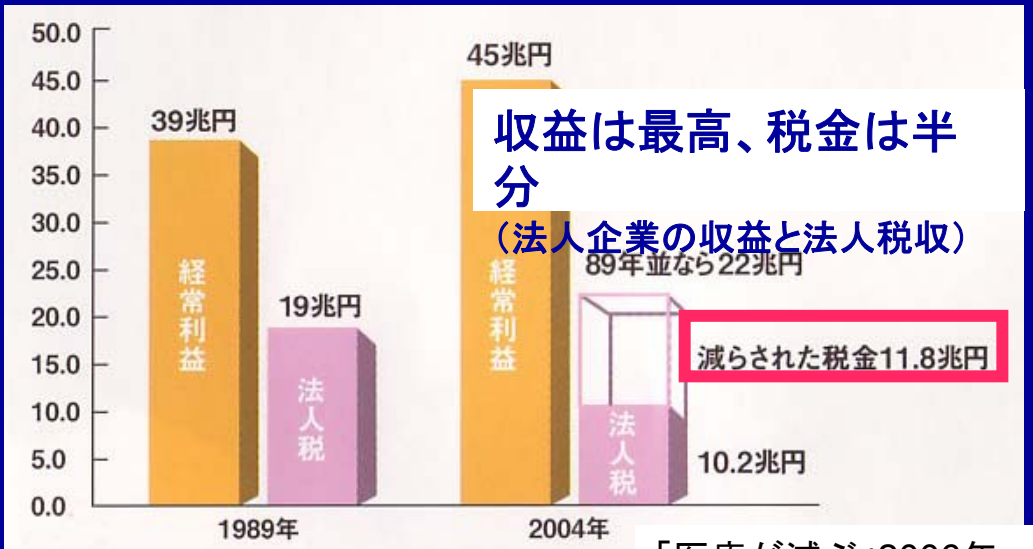
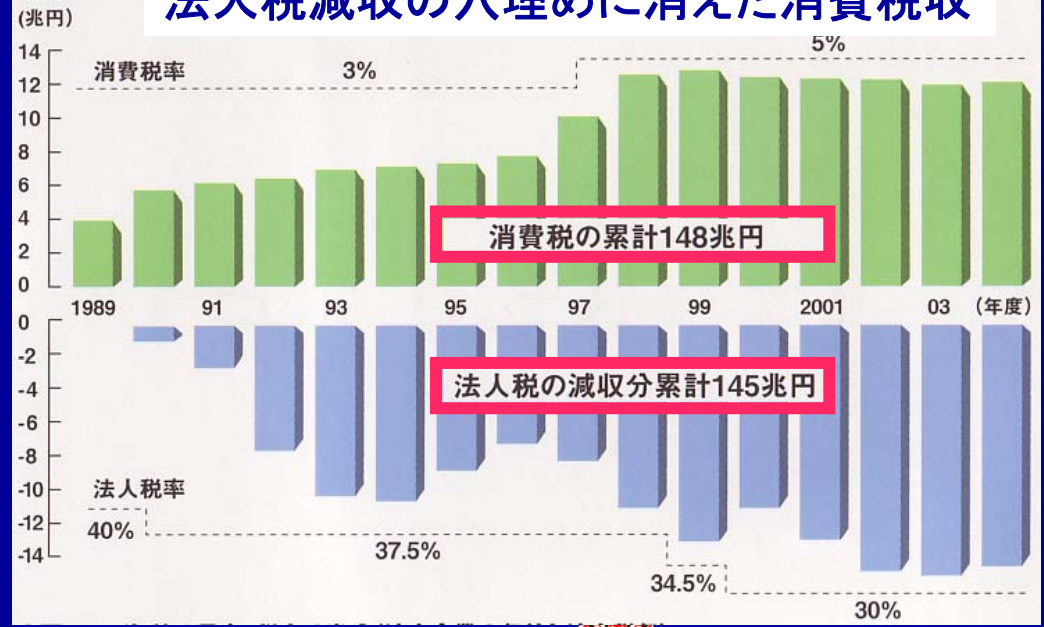


「財政赤字だから？」
見逃せない3つのゴカマシ

減り続ける国・企業負担
増え続ける国民負担
(医療費負担割合%)



法人税減収の穴埋めに消えた消費税収



2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

「医療が減ぶ」2006年
兵庫県保険医協会より

歯科技工士の窮状

日本歯科技工士会「2006歯科技工士実態調査」より

08.9.15夏目克彦氏提供

2008.11.1



済生会栗橋病院

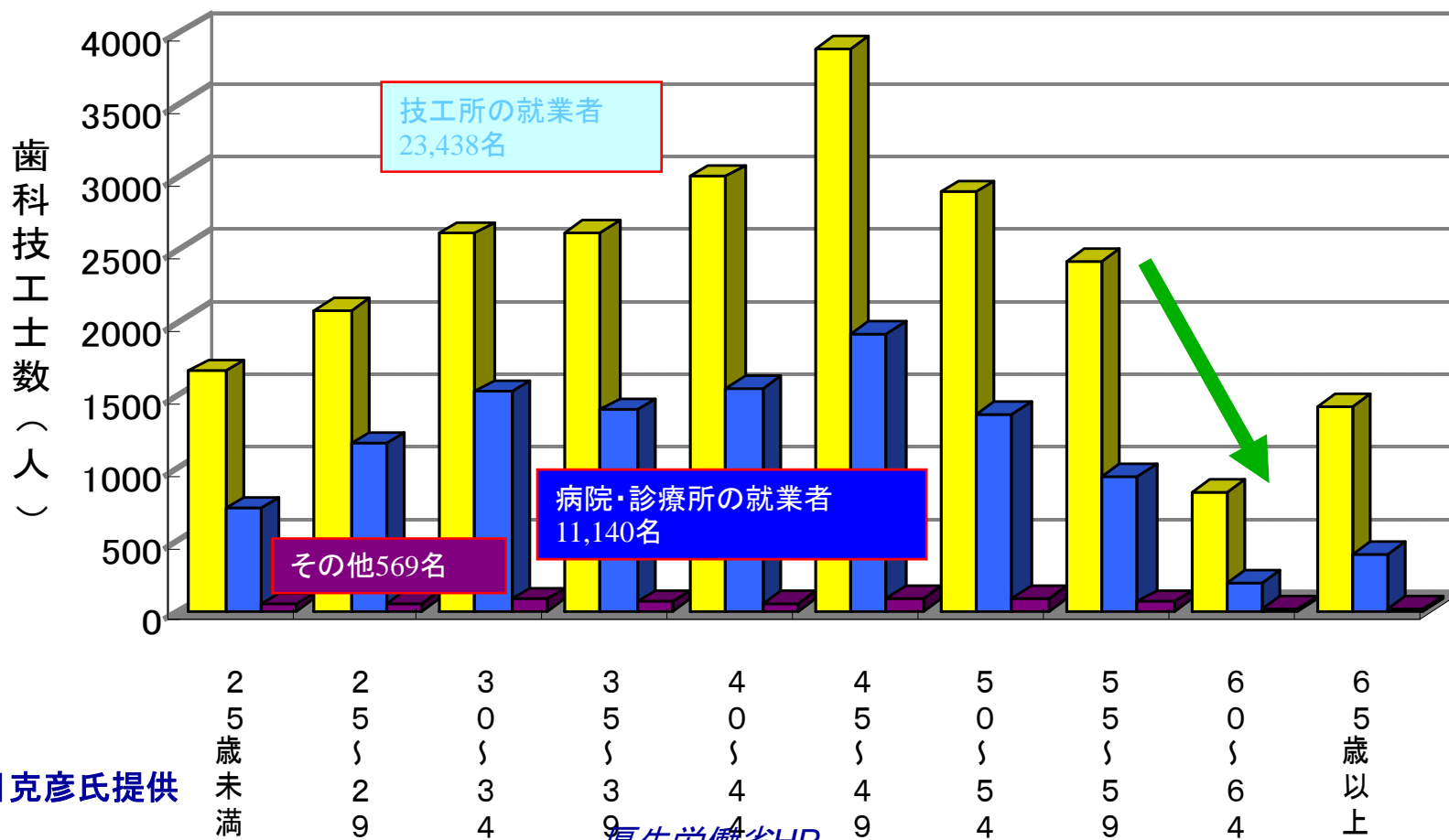
本田 宏

医療制度研究会



日本の歯科技工士数は3万5千人

就業場所別にみた歯科技工士数(年齢階級別)平成18年末現在



08.9.15夏目克彦氏提供

厚生労働省HP

http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/130/2006/toukeihyou/0005924/0132805/HAR0780_001.html

2008.11.1



済生会栗橋病院

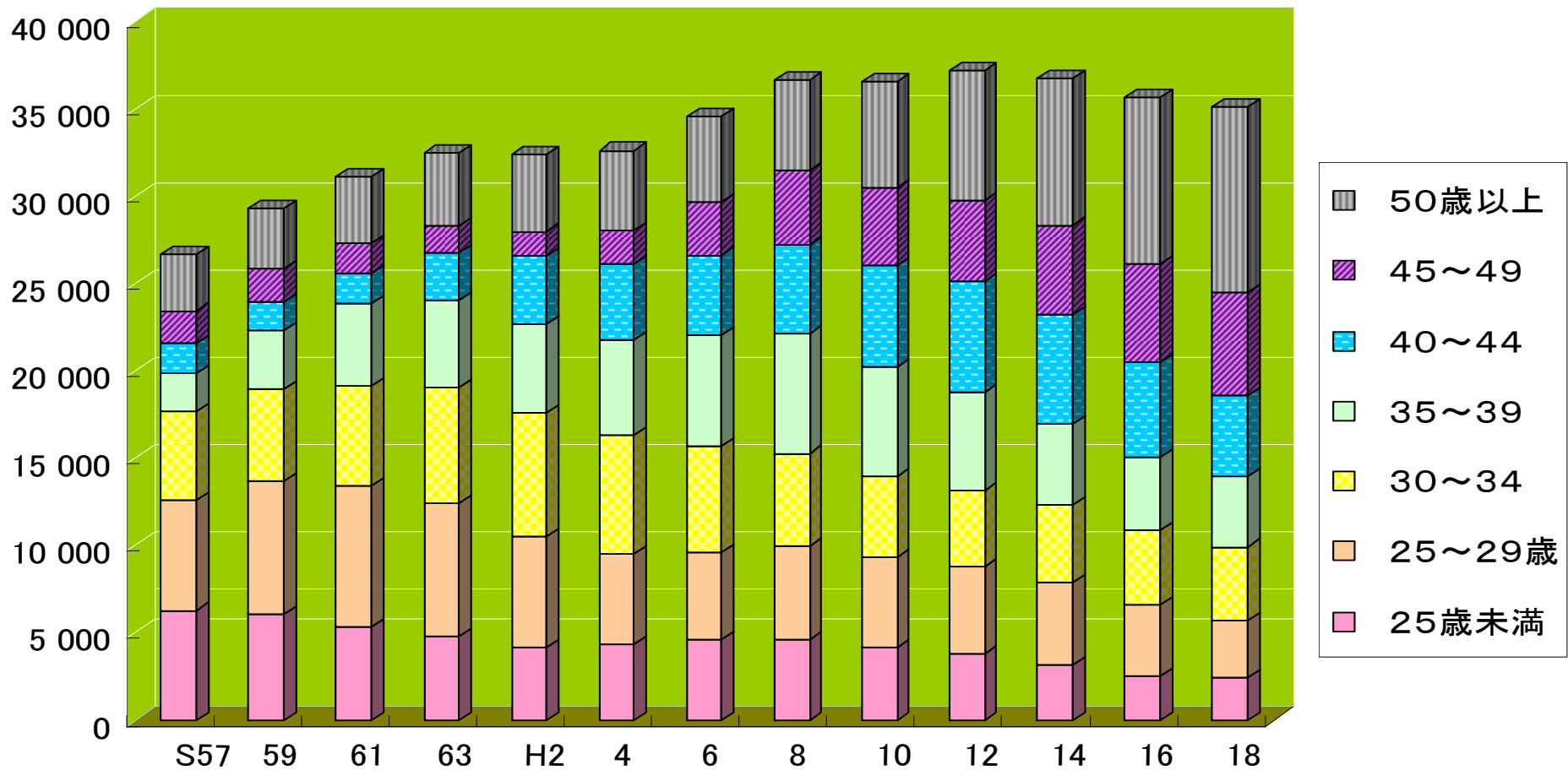
本田 宏

医療制度研究会



歯科技工士は高齢化？

歯科技工士数(年齢階級・年次別) 各年末現在



08.9.15夏目克彦氏提供

2008.11.1



済生会栗橋病院

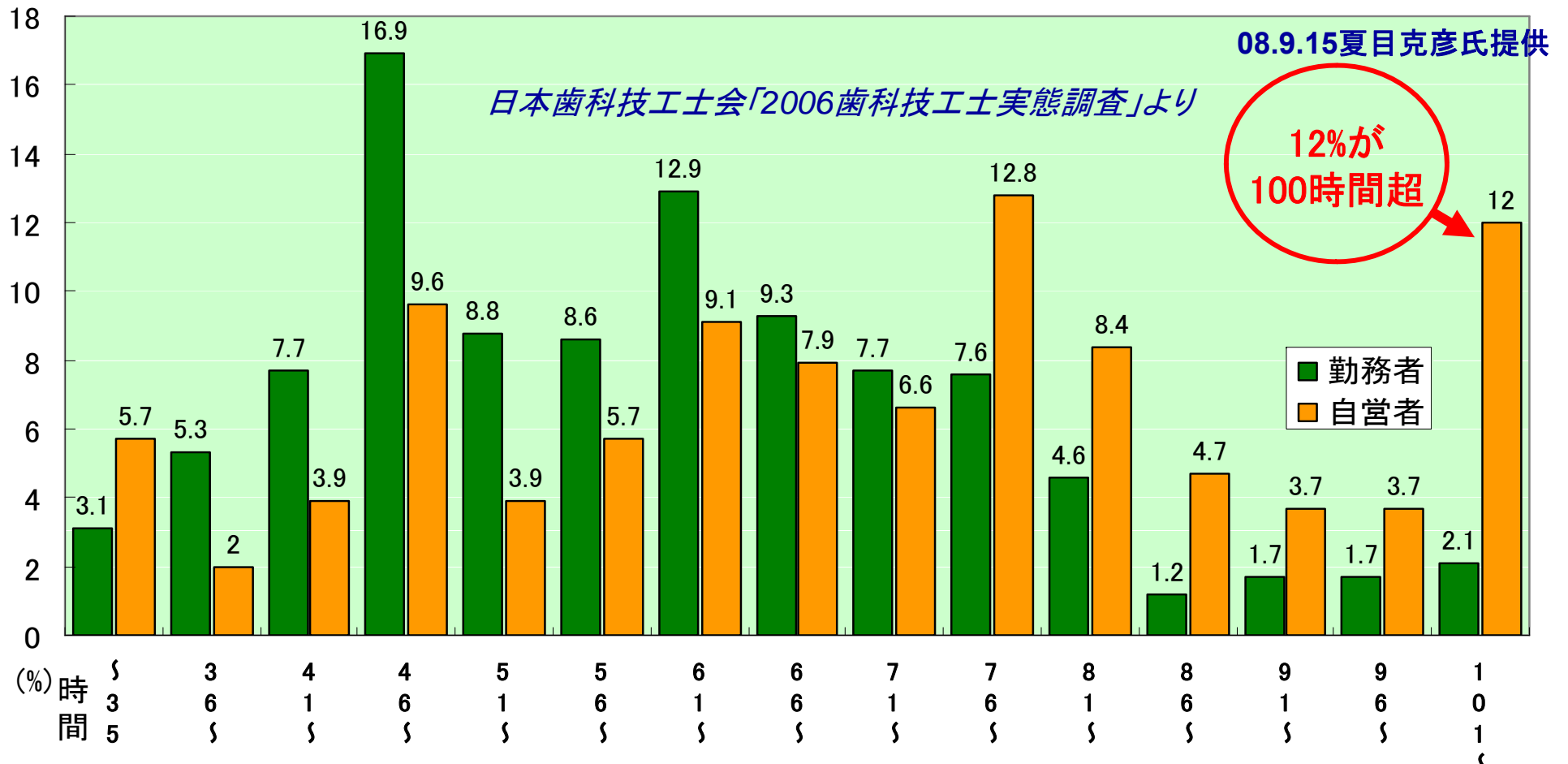
本田 宏

医療制度研究会



厚生労働省HP

歯科技工士1週間の労働時間

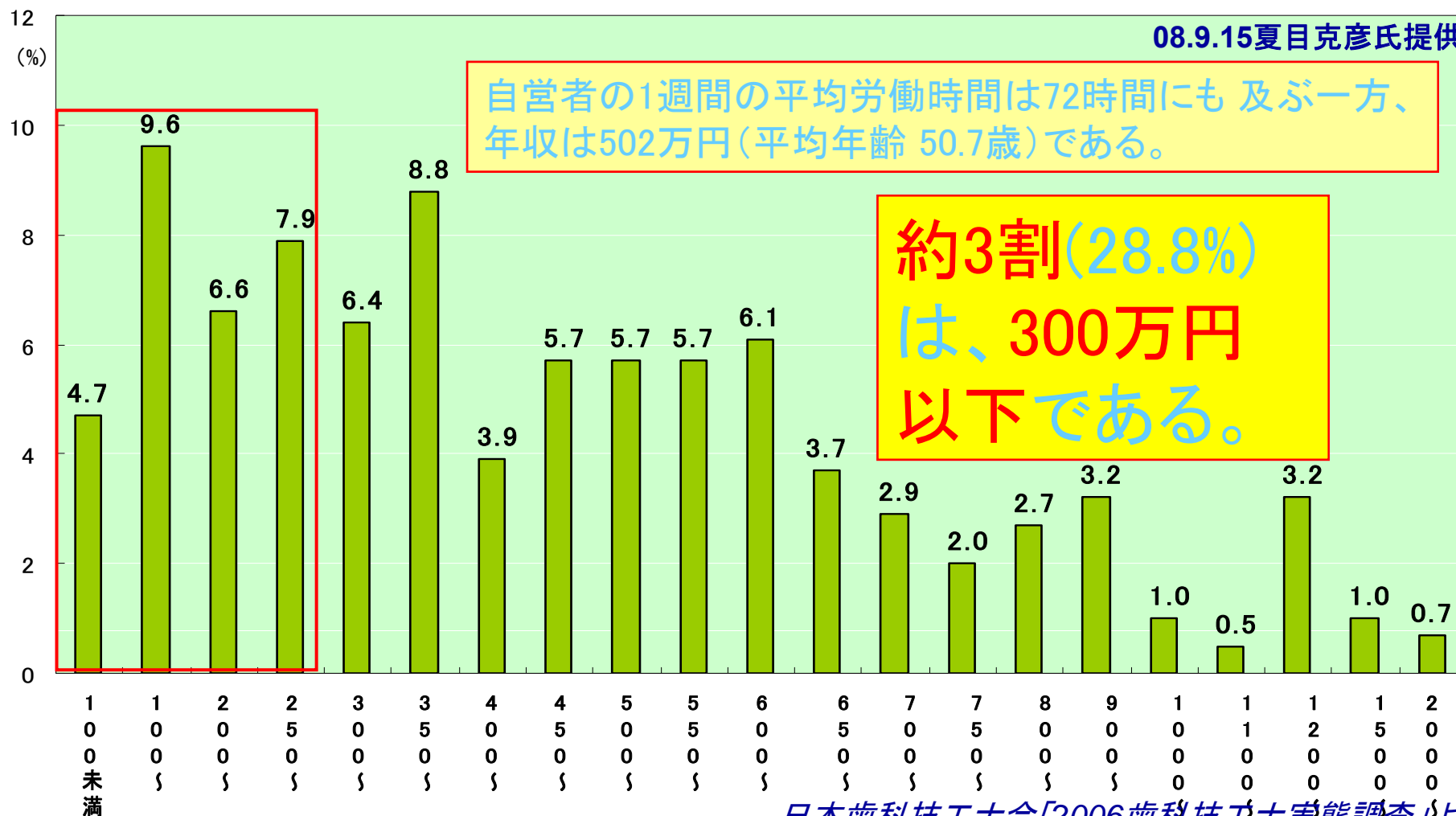


歯科技工士の大半を占める自営者のうち、ほぼ半数(45.3%)は週労働時間76時間。年間に換算すれば4,000時間を超え、異常な就労状態におかれている現状がある。



歯科技工士の年収(自営者)

08.9.15夏目克彦氏提供



日本歯科技工士会「2006歯科技工士実態調査」より

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

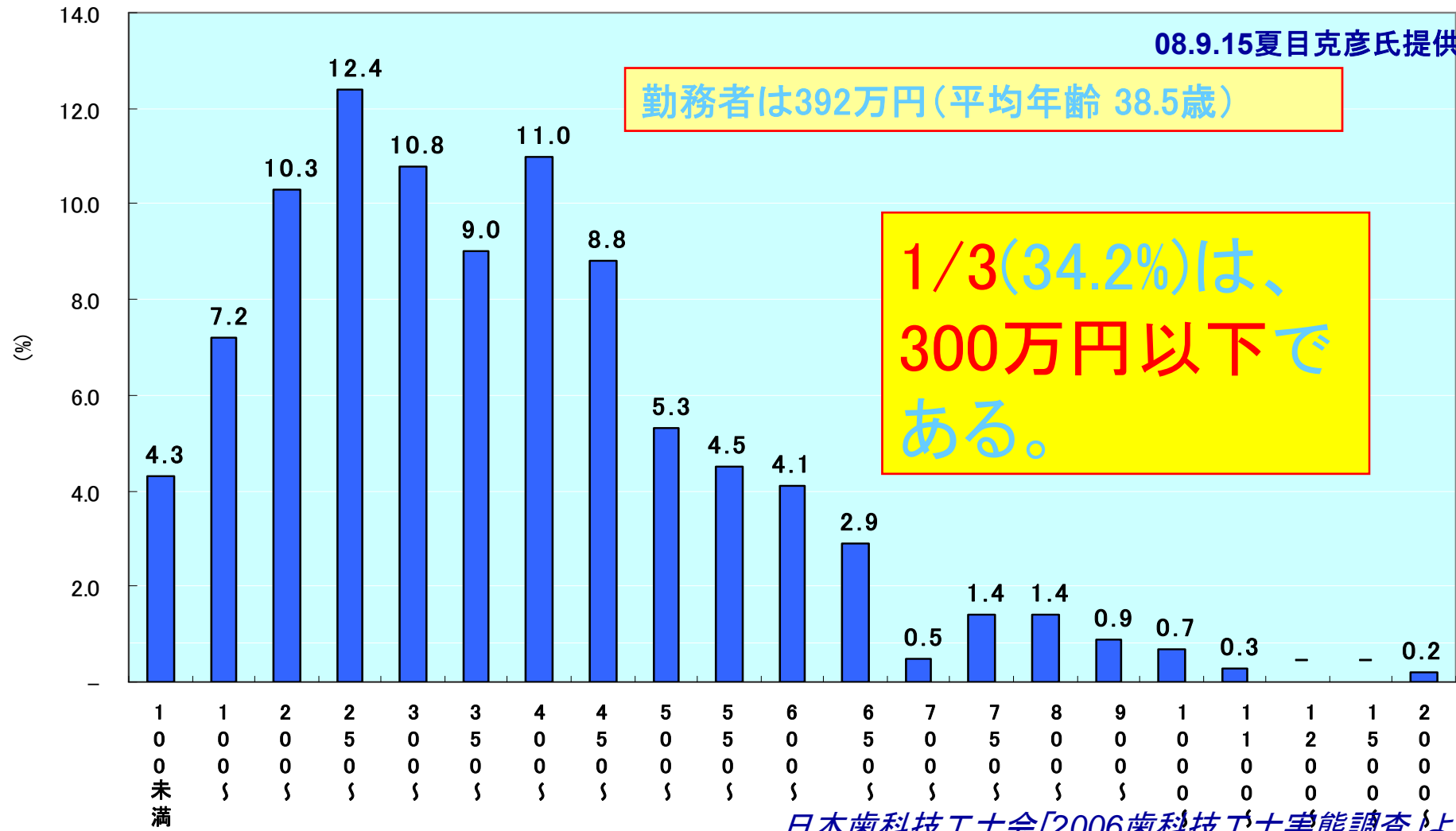


歯科技工士の年収(勤務者)

08.9.15夏目克彦氏提供

勤務者は392万円(平均年齢 38.5歳)

1/3(34.2%)は、
300万円以下で
ある。



日本歯科技工士会「2006歯科技工士実態調査」より



さらば財務省

官僚すべてを敵にした男の告白



内閣参事官

高橋



金蔵埋関ケ霞

高橋洋一氏、955年東京都生、東京大学理学部数学家・経済学部経済学科卒、博士(政策研究)、1980年大蔵省入省、理財局資金企画室長、プリンストン大学客員研究員、国土交通省国土計画曲特別調整課長、内閣府参与(経済財政諮問会議特命室)、2006年内閣参事官、早稲田大学政経学部非常勤講師を兼務、

年に財務省などが隠す国民の富「埋蔵金」を、暴露し、一躍、脚光を浴著書には「財政改革の経済学」東洋経済新報社など

霞ケ関埋蔵金？

「分析というレーダー探査」181p
キャッシュフロー分析というレーダー探査で特別会計で剰余金が生じていることが判明した。隠していたのは、財務省の財政融資資金特別会計だ。このふたつだけで財政融資資金特別会計17.1兆円と、約40兆円超もの資金がある特別会計のなかで占める割合がとくに高

実に50兆円にも上っていた一。

「脱ありき」トリック」196p

社会保障は歳出のうち三分の一にすぎない。残りの三分の二は、公務員人件費や、無駄がまだあると指摘される公共投資などを伸ばそうというのだ。無駄な歳出を徹底的に削るのが、財政再建の第一歩ではないのか。私の試算では、社会保障は5年間で伸ばしつつも、他の歳出を削減することによって、全体の歳出を抑えることが可能だ。

！日本一のエリート集
かにも腐り果てていた...

財務省が隠しているのは「埋蔵金」だけではない！

サブプライムを凌ぐ怪物「変動利付国債」とは何か!?

講談社

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



日本の実働医師

施設の種別に見た

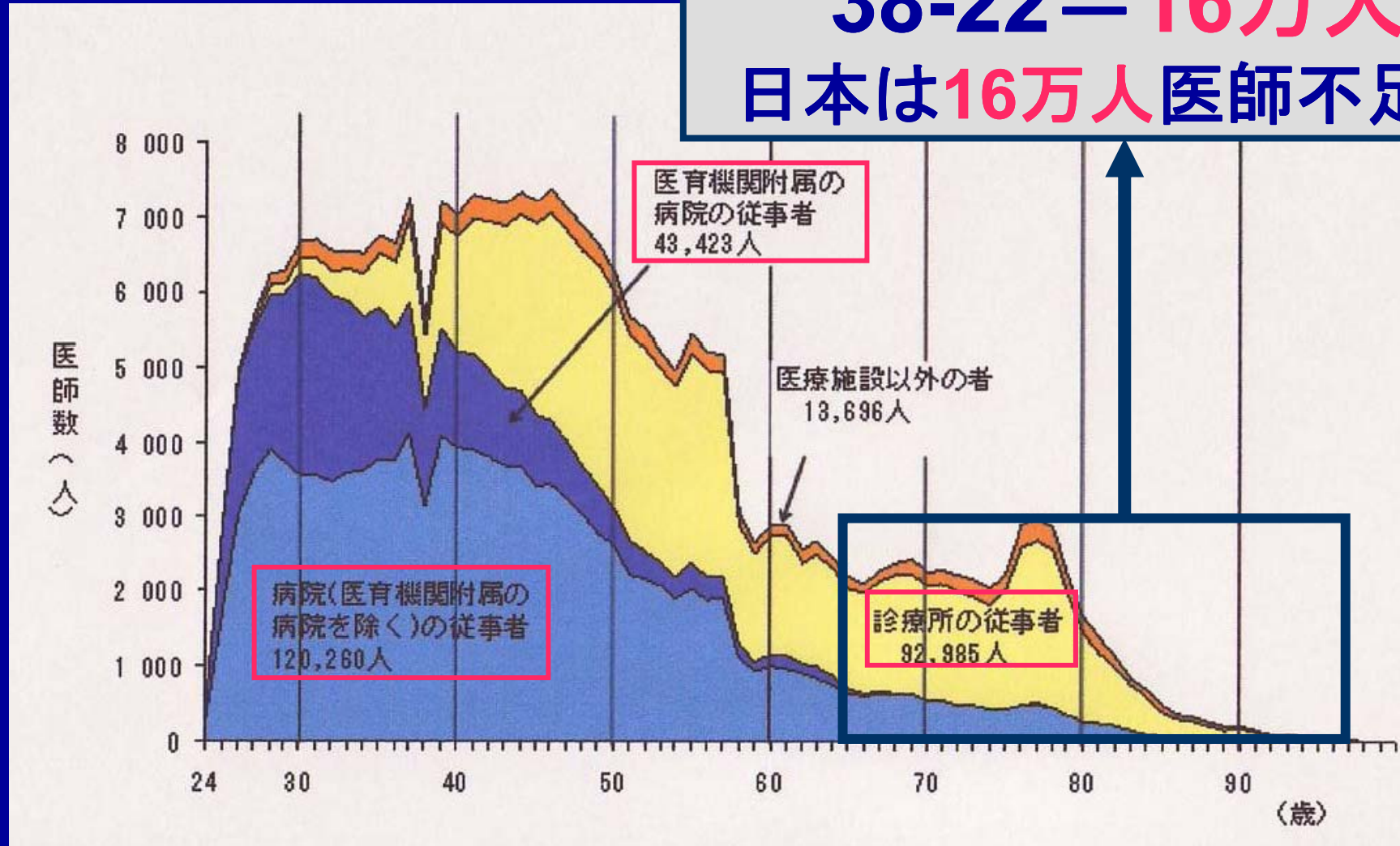
厚労省H.P. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/is>

65歳超の医師 = 4万人！

26万 - 4万 = 22万 = 65歳以下医師

38 - 22 = 16万人

日本は16万人医師不足！



2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

