

「財政難で医療を切り捨てる国」で良いのか?! 公的医療を守れ!

日本の公的病院は20% イギリス・フランスは公的病院がほとんど

表面より…つづき…本田宏先生の講演では、「なぜ今、断らざるを得ない救急になっているのか」「なぜ今、医師不足なのか」の本質的な問題が、1983年厚生省の「このまま医療費が増え続ければ国家がつぶれる」という医療費増大論によって、医師を増やしてこなかった実態や病院経営が困難にされている実状について、諸外国との比較でいかに日本の国が医師数や公的病院が少ないのか、資料に基づいてのお話でした。

また、医療だけでなく、教育や行政などの公務員の数もOECD平均の3分の1しかないこと。災害が起きた時に大丈夫なのか、と案じるのは当然ですが、教育・保育の現場で、こども達や先生の苦悩は、政治の責任が大きいことをより実感しました。

何より、国民は様々な税金を納めているのに、さらに医療費などの負担を強いられる「樹液を吸い取る・収奪政治」のお話は驚愕でした。しっかり学んで、しっかり活動していかなければなりません。

医師数抑制・閣議決定

今、医師の確保が困難な理由として、若手医師が大きな病院に集まる・医師の働き方改革に伴う労働時間規制、など言われていますが、抜本的に日本の医師数が諸外国に比べて少ないこと、政治の責任で減らされてきたことが明らかにされました。

人口10万人当たりの医師数はOECD平均で360人(2019年)。日本では257人(2020年)。ざっと13万人も足りません。

これは、1982年に医師数を抑制する閣議決定が行われ、1985年、医師の国家試験を年2回から1回に減らし、1997年医学部の定員を削減。2004年、新卒後研修制度の開始。2008年に医学部の定員増を行いました。諸外国での医師増により、OECD平均との差は縮まりません。

日本の国の公的病院(病床数)は20%しかありません。その上、名前は公立だけれど、管理・運営は民間に任せる指定管理者制度がほとんど導入されたら公的医療・責任は一体どうなっていくのでしょうか。

イギリスやフランスは大半が公的病院、ドイツは50%、中国は55%。アメリカは15%しかありません。国民の命の砦を確保することが必要です。

40年抑圧された診療報酬

「医療費増大論」は、医師数を増やしてこなかっただけでなく、病院の経営を困難にしてきました。1981年を100として、2010年の賃金指数は137.3、消費者物価指数は123.6なのに、診療報酬改定指数は98.6。公的な病院だけでなく、医療法人でも経営が厳しいのは政治の責任です。

日本の診療報酬の点数は、ドイツの3分の1、アメリカの7分の1以下です。診療報酬は低く抑えられています。医薬品企業の売上高営業利益率は5%以上。薬剤価格、2010年患者購入価格は、イギリスを100とした場合、フランスは114、ドイツは168、アメリカは289、日本は、222と高額です。主要製薬会社上位5社の内部留保が5兆円を超えています(2012年3月期連結決算)。

窓口自己負担は世界一

医療費の窓口負担が当然のようになっている我が国。高齢者の負担がどんどん増え、保険料(税)を払って

いるのに、医療を受けることができないのは社会保障制度としてあってはならないことです。

原則無料はイギリス、カナダ、チエコ、トルコ、イタリア、オランダ、スペイン、デンマーク…。入院負担のないアイスランドやニュージーランド。18歳未満は負担がないフィランド。

オーストラリアは15%の負担ですが、入院の負担はありません。スイスは10%、ルクセンブルクは5%、入院が少額の定額負担。…など国民の命は守るもの・国の責任としての位置づけが明確です。

教育費の負担もそうですが、日本以外は、国家が国益のために、国民ひとりひとりを大切に、賢い人間を育てることが責務として、粘り強く取り組みます。

お金の心配なく、医療と教育、介護などの福祉を享受することができる国が当然です。引き続き、粘り強く取り組みます。コロナ禍で、医療を受けることができないまま命を落とすなんてことは絶対にあってはなりません。



本田宏先生と

市立病院職員数の変遷について (R5年4月は速報値で確定値ではありません)

職員数(人)	R元年4月	元市職員	R5年2月	元市職員	R5年4月	元市職員	
医師	31	21	75	7	83	6	
看護職員	看護師	129	94	315	53	339	44
	助産師	7	6	32	2	30	2
	准看護師	5	3	5	0	5	0
小計	141	103	352	55	374	46	
医療技術者	49	18	150	12	169	11	
事務職員	17	0	135	1	137	1	
その他	—	—	62	0	58	0	
計	238	142	774	75	821	64	

「在宅療養」という医療放棄を仕方ない、やむを得ないと思ってはなりません。コロナ禍、自宅や高齢者施設で医療を受けられないまま亡くなっているのに、病院の統廃合・ベッド削減の手を緩めない政治は変えなければなりません。

三田市では、済生会兵庫県病院との統廃合で180ほどのベッドが削減予定。伊丹市では、近畿中央病院との統廃合で200ほどのベッド削減…と続きます。急病ベッドが減ったら、救急車はいつたいどこへ搬送するのでしょうか。医療の確保は国や自治体の責務です。しっかり声をあげて行きましょう。

「日本の公務員はOECD平均の3分の1」というお話もショッキングな内容でした。公務員バッシングが行われ、どんどん人員削減。同時に民間給与との比較であるラスパイレス指数の改悪により人件費が下がり続け、さらに非正規化が進められました。この20年、全労働者の賃金が上がらない成長しない国になったのは、政治の責任。

公務の仕事は、住民のために行われるべきもの。身近な水道や下水道、ごみ収集。学校教育や保育所、障がい者(児)や介護施設に病院。民営化や公務員削減は、住民のためにも官民で働く者のためにもなっていません。「安全・安心・信頼」の日常のためにも、官民連携で給料が上がっていくことや労働環境の改善(人員増を含む)が必要です。

本田先生のお話の中で、私たちがいかに大手マスメディアに統治されているか(世界の常識が入ってこない、一つの方向に煽られている、選挙に行かない国民になっているなど)というお話がありました。

ドイツでは、小学生が「デモの手順」を学ぶそうです。ナチス時代の反省によって、一人ひとりが発言・議論をすることが大切にされ、二度と同じ過ちをしないようにしています。おかしいことや困ったことは、市役所に言う・地元紙の読者欄に手紙を出すなど有権者教育が徹底されているそうです。誰かにお任せではなく、「どうせ」と諦めるのではなく、言い続けることの必要性を痛感。情報をお伝えすること、権力者に利用される・忖度することがないように、普段の不断の活動が必要ですね!!

