

# 医も 報り 人お か

2006  
Autumn/Winter  
Vol.7

## CONTENTS

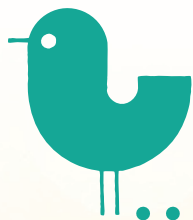
|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 上手な精神科のかかりかた                  | 2 |
| 医療制度「改革」波高し！<br>高齢者と団塊世代を狙い撃ち | 4 |
| ジェネリックって何？                    | 6 |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| エッセイ愛宕山<br>100年経っても日本のサッカーは勝てない？ | 7 |
| ご存知でしたか？<br>ゲーム脳の恐怖…             | 8 |

2歳までは テレビを消して みませんか？



# さいきん、なやみごと ためてませんか？



## 上手な 精神科のかかりかた

### 何科で 診てもらったらいいの？

最近、心の問題で悩まれている人が多くなってきました。だけど精神科に行くのはちょっと…とためらわれたりしていませんか？医療機関を調べてみても、精神科のほかには神経科、心療内科、神経内科、脳神経クリニック、メンタルクリニック、ストレスクリニックといろいろあって、どこがどう違うのかわかりにくいと思います。この中で、〇〇内科とつくのは基本的には体を診る科です。神経内科では脳梗塞や認知症、パーキンソン病など、あまり心には関係のないものを診ます。心療内科

は“心”がついていますが、自律神経失調症など心の問題が体の症状と結びついたものが得意です。軽いうつや摂食障害も診てもらえます。それから“脳”がついている場合は脳外科専門の医師が多いので、心の問題よりは頭痛などで頭部CTやMRIを希望される人にはお勧めです。

### 大きな病院？ 小さなクリニック？

そして症状の程度により、クリニック（診療所）にするか病院にするか決めたほうがいいと思います。まず本人が悩まれている、ちょっと相談がてらに受診してみようかしら

という程度であれば、クリニックがよいでしょう。ご自分のかかりつけ医にまず相談し、そこから紹介してもらう手もあります。どこのクリニックがよいかの判断は、口コミあるいは自分で医師に会ってみて相性が合うかどうか判断して決めてください。もし合わない場合は別なクリニックにしてもかまいません。その際、紹介状があった方がよいですが、頼みにくい場合は「近くで通いやすいから」とか交通の便を理由にするとよいでしょう。心の問題を診てもらうのだから、自分にとって話しやすい雰囲気のある医師がよいですね。ただし、精神科医が心の問題を扱うか



らと言って、人格者であるとは限りません。過度な期待は禁物です。

## 家族が心の病にかかったら

次に症状の比較的重い人の場合は、本人が自分が心の病である自覚がないことが多いです。そのため家族が率先して受診させないと事態は悪化するばかりです。家においておけないほど情緒不安定な場合は、岩手医大精神科をはじめ、精神科病院など入院施設のある医療機関を直接受診されるとよいです。でないと、最初にクリニックを受診して、それから入院が必要であると

判断されると、そこからまた入院できる病院に紹介され、落ち着かない患者さんを連れて家族が右往左往してしまうからです。

## 眠れない夜があっても

最後に、夜間休日の受診ですが県高度救命救急センターで、岩手医大精神科の医師が常時待機しています。これは大変便利ですが、年々受診者数がうなぎ上りに増加し、岩手医大の精神科医自身が重労働になりつつあります。心の

問題は一朝一夕に解決することは少ないので、よっぽど困った事態でなければ、通常の診察時間に受診されることをお勧めいたします。くれぐれも眠れないなどの理由で深夜に受診することはおやめください。

より詳しいお話、あるいはご相談がある場合は盛岡市医師会でも受け付けておりますので、ご連絡ください。

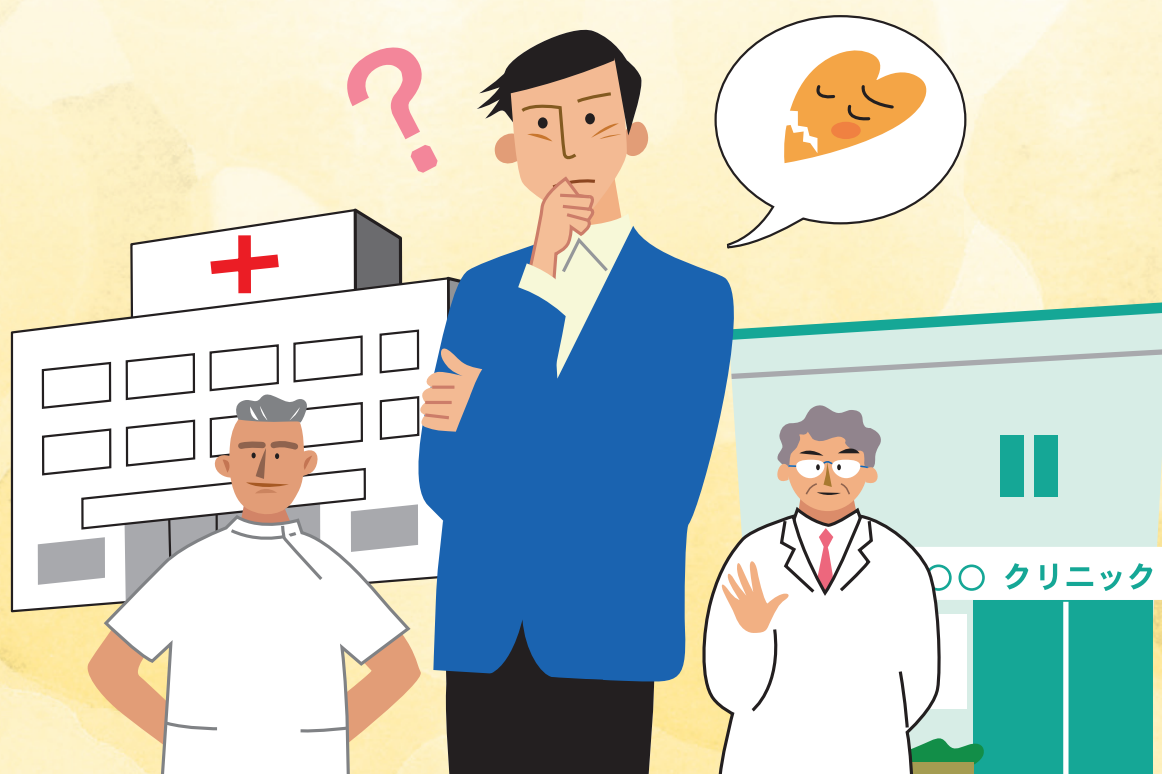
また、年に数回ホテルなどの会場を利用して精神科医による無料のメンタルヘルス相談をしております。

**ご相談は  
盛岡市医師会まで**

盛岡市愛宕町18-6

**☎625-5311**

お気軽にご相談ください



# 医療制度「改革」波高し！

## ・・・高齢者と団塊世代を狙い撃ち

政府与党は、2006年に医療改革（改悪）法を強引に成立させました。その第一のねらいは来年度から定年を迎える団塊世代の高齢化により、今後予想される高齢者医療費の伸びを抑制することです。すでにこの「大波」は8月1日より押し寄せており、2008年4月にかけて段階的な負担増が行われています。

日本医師会では、これ迄全国で署名行動を行うなど、医療制度の改悪を許さない様々な活動を行ってきました。残念ながら法案は成立しましたが、今後はこれを実施に移させない取り組みにいつそう力を入れていきます。

### ▼負担増の内容と実施時期

#### 1) 2006年8月1日～

##### 所得が変わらないのに「現役並み所得者」となり負担増!?・・・(70歳以上の高齢者)

現在70歳以上の医療費自己負担は原則1割ですが、課税所得・年収が一定以上ある人は「現役並み所得者」とされ3割負担です(9月までは2割負担)。

ところが6月に実施された住民税の老年者控除の廃止、公的年金等控除縮小などによって、新たに課税所得額が145万円以上になる人が増えまし

た。更に厚生労働省は「現役並み」の年収基準も政令で改定し引き下げたため、年収がまったく変わらなくても8月から「現役並み所得者」とされ窓口負担が1割から2割、そして10月からは3割になった70歳以上の方が数多くいるのです。全国で約90万人とされています。(表1参照)

表1)「現役並み所得者」の基準引き下げ

|      | ～2006年7月 |         | 2006年8月～                    |
|------|----------|---------|-----------------------------|
| 年 収  | 単身世帯     | 484万円以上 | 383万円以上                     |
|      | 2人以上世帯   | 621万円以上 | 520万円以上                     |
| 課税所得 | 145万円以上  |         | 145万円以上<br>(老年者控除廃止などで範囲拡大) |

\* 政府は「経過措置」として2年間高額医療費の自己負担額を据え置くとしましたが、市町村等の窓口への申請が必要です。

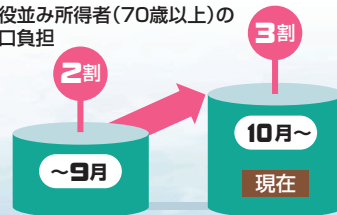
#### 2) 2006年10月1日～

##### ①「現役並み所得者(70歳以上)」の医療費自己負担は2割から3割へ

6月に成立した医療改革法によって10月から「現役並み所得者」の医療費自己負担は2割から3割にあがりました。(図1参照)

\* 8月から「現役並み所得者」に該当した人は8月、10月と連続負担増となりました。

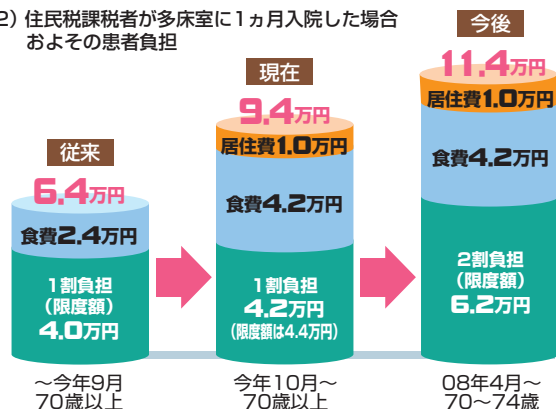
図1) 現役並み所得者(70歳以上)の窓口負担



## ② 70歳以上の療養病床入院患者の 食費・居住費の自己負担増 (図2参照)

## ③ 高額療養費の自己負担限度額の 引き上げ

図2) 住民税課税者が多床室に1ヵ月入院した場合  
およその患者負担



### 3) 2008年4月1日～

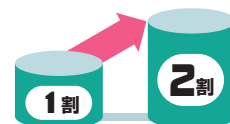
#### ① 「現役並み所得者」を除く70～74歳の高齢者の自己負担が1割から2割へ (図3参照)

#### ② 65歳～69歳の療養病床入院患者の食費・居住費の自己負担増

#### ③ 後期高齢者医療制度の創設

- 75歳以上の高齢者だけの医療制度。独自の診療報酬を作るなどの「差別医療」も計画されている。
  - 75歳以上の全高齢者から保険料徴収（年金からの天引きなど）。
  - 保険料の滞納者から保険証を取り上げ、資格証明書発行の措置が可能になる。
- ※ 医療費が多くかかり、所得の少ない高齢者だけで保険制度を作ることが大変な問題なのです。

図3) 2008年4月から  
70歳～74歳  
(現役並み所得者を除く)



#### ④ 国保加入の65歳以上の高齢者の保険料を年金から天引きに

### 4) 2008年10月～

#### 政府管掌健康保険の改変

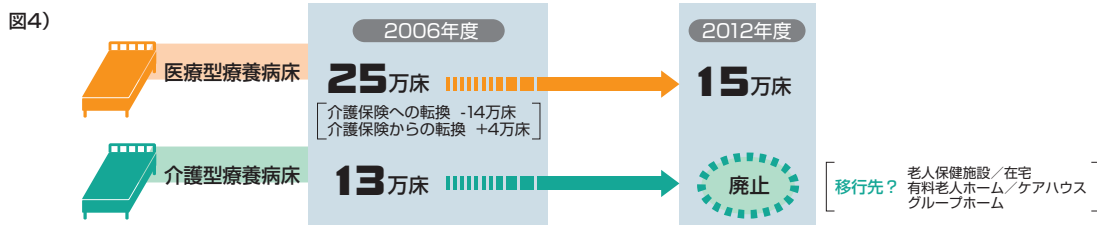
都道府県単位に支部を作り財政運営するために保険料の格差が生まれる。

例えば現在1人当たりの医療費が最も少ない長野県と一番多い福岡県では保険料が大きく違ってきます。

### 5) 2006年8月～2012年3月までに

#### 療養病床の大幅削減

現在全国に38万床ある療養病床を約6割削減し15万床に。具体的には医療型（約25万床）を15万床に大幅削減。介護型（約13万床）を全廃。 (図4参照)



### 6) 「混合診療」の拡大、「保健免責制」の導入の計画

- 保険のきかない「保険外療養」と保険医療を併用できるようにして、保険外負担を増やすことが計画されています。
- 治療費の一定額までを保険から外して患者負担にする「保険免責制」も検討されています。



# ジェネリックって何？

最近、患者さんから「先生、ジェネリックって何ですか？」と尋ねられることが多くなりました。時に「ジェネリック医薬品をお願いします」という患者さんも出てきました。医療機関もその要望に対応することになってきています。どうも、黒柳徹子さん、加山雄三さん、高橋英樹さんなどの大物芸能人が、テレビで「ジェネリック医薬品」のスポットCMに頻回に登場してからです。今年4、5月の日本薬剤師会の調査でジェネリック医薬品を希望する人は「テレビCMを見たから」と「経済的負担を軽くしたい」の割合が同じくらいとのことでした。

高血圧の薬を例にすると、新薬として出してから10年間前後で特許権が切れますが、その間、独占的にその開発会社が販売を許されます。これを「先発医薬品」と言います。特許権が切れてから、国の許しを得て他の製薬会社が同じような成分、同じような効果の薬を製造し、販売されている医薬品を「ジェネリック(後発)医薬品」と言います。日本国内の市場占有率は10%前後ですが、欧米では50%を超えています。

良い点は、「先発医薬品」は開発費用がかかっている所以高価ですが、「ジェネリック医薬品」は2分の1、時に4分の1の価格の場合もあり、患者さんの自己負担額が軽減されますし、国の医療費の削減にもなることから行政も推奨しています。問題点としては、国の検査を受け承認された薬ですが、「先発品と同等の効果を示さない」と断言するお医者さんもいます。私も幾らか使っていますが、時にそう感じることもあります。これも、今後の国の追跡調査で明らかになることでしょう。

とにかく、芸能人は、高い出演料に惹かれて出演している可能性もあります。もし、黒柳徹子さんが病床に伏した時に、ベッドの上から大声で「ジェネリック医薬品を『徹子の部屋』にお願い!」と叫ばれるような薬になれば安心できますが。





## エッセイ 愛宕山

# 100年経っても日本の サッカーは勝てない？

岩手県立中央病院 武内健一

とある講習会で「100年経っても100m競争で日本人は絶対金メダルは取れない」と聞いた。遺伝子の問題とのこと。とすると100年経ってもワールドカップで日本は勝てないことになる。手の文化、足の文化の違いとも言う。どっしりと地に足を着け、手で耕す農耕民族(日本人)と野山を駆けまわる狩猟民族(西洋人)のDNAはおおよそかけ離れていることは想像に難くない。

そのような逆風の中で戦いを挑んでいるのが日本のサッカーといえる。ここ数年でサッカー文化のつぼみが膨らみかけた。それは川淵の力でもなければ釜本、杉山、八重樫の力でもない。日本がワールドカップで湧き上がる以前からサッカーを根底から支えてきた人々の力だ。

岩手にも生活のすべてをサッカーに奉げてきた者たちがいる。一人は斎藤重信(現盛岡商業高校教頭)、もう一人は工藤和夫(見前FC代表)だ。まず、サッカーありき。サッカーがすべてに優先す

る。生活のすべてをサッカーに奉げることができますか？斎藤は自費でバスを購入、自らが運転して遠征を繰り返す。盆、正月は無関係。全国を股にかけた遠征はもちろんのこと、仙台往復などは朝飯前。単身赴任の時は子供達と生活を共にして、朝食を食べさせ、弁当まで持たせ、夕飯の支度にかかる。こんなことができますか？何年も続けることができますか？長距離運転で眠気がさすときは飴玉をかじり、爪楊枝で自分のモモを刺して耐えたという。私は心を入れ替えました。

工藤もまた人後に落ちない。少年団では鬼の工藤と一目置かれているらしい。が、涙もろいことを多くの人は知らない。サッカーを熱く語り、体調まで崩し、救急車で搬送されるまでサッカーに熱中できますか？点滴を続けながら子どもたちの指導ができますか？対戦相手のビデオをテープが擦り切れるまで見続けるなんて考えられますか？私はまた心を入れ替えました。



さてこの二人の指導者には共通点がある。とにかく子どもが好き、好きでたまらない。そして瞬間的に童心に帰ることができることだ。それにここ一番の集中力。そこには鬼気迫るものがあり、相手を寄せ付けないバリアーができる。もう一つは絶対最後まで勝負を諦めないプロフェッショナル魂。このように生活のすべてをサッカーに奉げる人々によって、日本のサッカー界は成り立っている。そう言う意味ではまだまだ未熟だ。

永遠のなぞかもしれないが、この二人にいつか聞いてみたいと思っている。そこまでサッカーに駆り立てるものは何か？

(敬称略)



