

今月の主な動き

政府・与党は2月5日、「社会保障改革に関する集中検討会議」の初会合を開き、社会保障と税の一体改革の具体案づくりに向けた議論を本格的にスタートさせた。6月までに社会保障改革案と消費税を含む税制抜本改革の方針を取りまとめる。

政府の「社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会」は1月28日、国民1人ごとに番号を付け社会保障と税の情報の把握に役立てる番号制度を2015年1月から始めるとした基本方針案をまとめた。

情勢トピックス

医療・社会保障編

一体改革、具体案へ議論本格化／「集中検討会議」が初会合

政府・与党は2月5日、首相官邸で「社会保障改革に関する集中検討会議」（議長＝菅直人首相）の初会合を開き、社会保障と税の一体改革の具体案づく

行 事	開始時間	場 所
1日(火) 各部会	午後2時	
4日(金) 保険審査通信検討委員会・保険部会	午後2時	ルームA
5日(土) 綴喜医師会との懇談会	午後2時30分	京田辺市保健センター
8日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
9日(水) 医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	ルームC
12日(土) 第639回社会保険研究会	午後3時	ルームA～C
医療安全シンポジウム	午後4時	新・都ホテル
13日(日) 第9回文化講座	午後2時	ルームA～C
法律相談室	午後2時	応接室
17日(木) 雇用管理相談室	午後2時	ルームB
ファイナンシャル相談室	午後1時	ルームC
19日(土) 専門医会長との懇談会	午後5時30分	ルームA
22日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
金融共済委員会	午後2時	ルームA
23日(水) 経営相談室	午後2時	アミス
29日(火) 医院継承講習会	午後2時	ルームA～C
30日(水) 診療報酬改善対策委員会	午後2時	ルームA

3月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
4月2日(土) 消化器診療内容向上会	午後2時30分	御所西 京都平安ホテル(旧ホテル平安会館)
4月2日(土) 小児科診療内容向上会	午後4時	京都国際ホテル
4月9日(土) 第2回コミュニケーション委員会	午後2時30分	ルームA
4月23日(土) 舞鶴医師会との懇談会	午後2時30分	舞鶴メディカルセンター
4月24日(日) 子どものいのちと健康を守ろう 元気フェスタin京都	午前10時	こどもみらい館
4月27日(水) 審査、指導、監査対策説明会（仮称）	午後2時	登録会館

今後の予定

※「ルームA、B、C」、「応接室」及び「アミス」は京都府保険医協会事務所内の会議室の名称です。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲38～40ページ

りに向けた議論を本格的にスタートさせた。公開ヒアリングなどを通じて論点を整理した上で、6月までに社会保障改革案と消費税を含む税制抜本改革の方針を取りまとめる。

菅首相は冒頭、「50年前にスタートした皆保険、皆年金について、少子高齢化の中で国民の安心をどうするかが最大の課題。問題はぎりぎりまで来ている。集中的にコアな部分を議論し、国民的な議論につなげていきたい」と述べた。

集中検討会議では、2月中旬から3月中下旬にかけて、各政党や経済団体、労働団体、報道機関の提言について、公開でヒアリングし、併せて、厚生労働省による改革案の検討状況も聴取し、論点整理を行う。4月以降は社会保障改革の方向性について重点的に議論した上で、6月までに▽社会保障制度の具体的改革案▽税制抜本改革の具体的方針▽消費税引き上げの時期を含む改革の工程表—をまとめ、政府・与党の社会保障改革検討本部に報告する。

●国病機構・矢崎氏ら、新たに委員18人

この日の会合では、公開ヒアリングを中心に議論に参加する委員18人を新たに決定した。医療・介護関係では▽小川泰子・社会福祉法人いきいき福祉会専務理事▽亀田信介・医療法人鉄蕉会亀田総合病院長▽丹生裕子・県立柏原病院の小児科を守る会代表▽濱田邦美・徳島県那賀町日野谷診療所長▽藤本晴枝・NPO法人地域医療を育てる会理事長▽矢崎義雄・独立行政法人国立病院機構理事長—が選ばれた。

【社会保障改革に関する集中検討会議委員】

▽政府＝菅直人首相（議長）、与謝野馨社会保障・税一体改革担当相、枝野幸男官房長官、藤井裕久官房副長官、片山善博総務相、野田佳彦財務相、細川律夫厚生労働相、玄葉光一郎国家戦略担当相▽与党＝仙谷由人民民主党社会保障と税の抜本改革調査会長、亀井亜紀子国民新党政務調査会長▽各界有識者＝【経済界】成田豊・電通名誉相談役、渡辺捷昭・トヨタ自動車代表取締役副会長【労働界】古賀伸明・連合会長【学界】清家篤・慶應義塾長、宮本太郎・北海道大大学院教授、吉川洋・東京大大学院教授【有識者】堀田力・さわやか福祉財団理事長、峰崎直樹・内閣官房参与、宮島香澄・日本テレビ解説委員、柳澤伯夫・城西国際大学長

（2/1、8MEDIFAXより）

診療情報への活用は未定／政府、番号制度で基本方針案

政府の副大臣級の会合「社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会」（座長＝与謝野馨社会保障・税一体改革担当相）は1月28日、国民1人ごとに番号を付け社会保障と税の情報の把握に役立てる番号制度を2015年1月から始めるとした基本方針案をまとめた。医療界では社会保険診療報酬の情報が扱われるかどうかに関心事だが、民主党内で意見が分かれているため触れなかった。基本方針案は1月30日の「政府・与党社会保障改革検討本部」で正式に了承された。

国民が1人ごとに番号を持つことで、現在複数の機関が分散して管理している税や社会保障の情報の突き合わせが可能となるほか、正確な所得を把握できるようになり適正な社会保障の給付につなげることができるという。

基本方針案によると、番号を利用できる分野として、年金・医療・福祉・介護・労働保険の社会保障分野、国税・地方税の税務分野とした。ただ、それぞれの制度ごとの具体的な利用範囲については言及していない。番号を付ける対象者は日本国民と日本に中長期で住む外国人住民、一定の条件を持つ法人、社団。個人に付ける番号は住民基本台帳ネットワークを活用した新たな番号とする。

社会保障分野での活用事例としては、患者が高額医療・高額介護合算制度を利用する際、申請が1カ所で済むようになるほか、自己負担上限額を超えた場合に患者が立て替え払いをする必要がなくなるとした。

政府は3月から4月にかけて法案の骨子となる要綱、6月に法案の概要となる大綱を公表する。秋以降に関連法案を国会に提出し、15年1月から税務分野のうち可能な範囲で利用を開始し、段階的に利用範囲を広げるという。（1/31MEDIFAXより）

消費増税、税率明示で調整／閣僚協議、民間代表加え改革案議論

政府は1月19日、税と社会保障の一体改革に関する閣僚協議を首相官邸で行い、6月の改革案策定に向け、経済界や労働界の代表などを加えた議論の場を新たに設ける方針を決めた。今後、議論を本格化させ、改革案に消費税率の上げ幅や増税時期などを明示する方向で調整を進める。

協議には、与謝野馨社会保障・税一体改革担当相、

枝野幸男官房長官、玄葉光一郎国家戦略担当相（民主党政調会長）らが出席した。

改革案は、藤井裕久官房副長官が2010年12月に会長（当時）としてまとめた民主党の「税と社会保障の抜本改革調査会」の中間報告をたたき台とする。

閣僚協議では、与謝野担当相が一体改革の具体案を取りまとめ、党政調会長を兼務する玄葉戦略相が与野党協議を担当することを決めた。枝野官房長官と藤井副長官が全体を統括する形で総合調整役を担う。野田佳彦財務相や細川律夫厚生労働相もメンバーとなり、週1回程度のペースで協議する。藤井氏の後任の党抜本改革調査会の会長には仙谷由人前官房長官が就任する。

経済界や労働界の代表などが参加する議論の場は、10年10月に設置した政府・与党社会保障改革検討本部（本部長・菅直人首相）の傘下に置く考えだ。

枝野官房長官は議論の状況をにらみ、政府・与党案を取りまとめる前に与野党協議を呼び掛ける意向を表明した。ただ、野党側は反発しており、難航が予想される。（1/20MEDIFAXより）

医療・福祉サービスの的確な提供を／都市再生基本方針の改訂案

政府は、医療・福祉サービスの的確な提供などを目指す都市再生基本方針の改訂案を大筋でまとめた。2002年に最初の基本方針を閣議決定して以降、医療・福祉の提供体制について具体的に言及するのは初めて。都市機能をできるだけ一部に集中させる「都市のコンパクト化」を大きな柱として掲げており、その中で国民が医療・介護・健康関連サービスに容易にアクセスできる都市環境を整備する方針を打ち出している。特に高齢者人口の増加が予想される大都市では、医療・介護サービスの的確な提供を重点的に進める必要があると強調した。

内閣官房地域活性化統合事務局は基本方針の改訂案について、1月7日までの1カ月間にパブリックコメントを募集。募集結果を反映した改訂案を、1

月18日の民主党成長戦略・経済対策プロジェクトチームの総合特区・規制改革小委員会に提示した。民主党政権下では初の改訂で、少子高齢社会への対応を意識するなど内容が大幅に変わった。

医療・福祉サービスについては▽施設型サービスと訪問型サービスを効率的に提供できるような医療・介護・健康関連サービスのネットワーク化▽生活支援サービスと一体になった高齢者向け住宅の供給▽医療・介護コストの低減につながるまちづくりーなどの方針を掲げた。

高齢化が予想される他のアジア諸国でも展開可能なノウハウを蓄積すべきとの考えも示している。（1/19MEDIFAXより）

特養に民間参入可能、PFI方式で／総合特区法案

政府は、新成長戦略実現の一環として今国会での成立を目指す総合特別区域法案を大筋で固めた。総合特区には「国際戦略総合特区」と「地域活性化総合特区」があり、いずれかに指定された地域では、工業地域に病院を建てるのが可能になる。地域活性化総合特区に指定された地域では、特別養護老人ホームの数が不足している場合、PFI（民間資金を活用した公共施設等の整備）方式で民間事業者が特養を設置できるようになる。

総合特区の特例は、特区地域と国による個別の協議会での議論を基に、国が法令などの改正を検討するのが原則だ。今後、政令として設ける総合特区法施行令は、特区地域に限り、従来の政令よりも優先する。総合特区法の施行規則は内閣府と関係省庁の共同省令とし、同様に従来の省令よりも優先する。ただ、「工業地域等における用途規制の緩和」など10項目の特例については、総合特区法案そのものに盛り込む。「特例は基本的にオーダーメイドだが、10項目についてはレディメイド（既製）で用意した」（政府関係者）という。（2/10MEDIFAXより）

News Headline （2011年1月12日～2月12日）

【1月】◆10年の企業倒産は13.9%減（前年比）（13日）◆菅再改造内閣発足（14日）◆チュニジア政権崩壊（14日）◆阿久根市長選、竹原氏敗れる（16日）◆大学生の内定率過去最低の68.8%（10年12月1日現在）（18日）◆モスクワ郊外の空港でテロ、35人死亡（24日）◆エジプトで反政府デモ拡大（25日）◆九州南部の新燃岳が爆発的噴火（27日）◆日本国債を格下げ（27日）◆小沢元代表を強制起訴（31日）
【2月】◆新戦略兵器削減条約（新START）発効へ（5日）◆愛知県知事選、大村氏が初当選。名古屋市長選挙、河村氏が圧勝（6日）◆京都府会館名権、ロームが50年50億円で取得（7日）◆スーダン南部の独立確定（7日）◆貿易黒字が3年ぶりに黒字（8日）◆エジプト・ムバラク大統領辞任（11日）

新成長戦略「おおむね工程表通り」／政府が「進捗と課題」

政府は1月25日、2010年6月に閣議決定した新成長戦略の進捗状況と今後の課題をまとめた「新成長戦略実現2011」を閣議決定した。医療観光など「21の国家戦略プロジェクト」については「おおむね工程表に従い進捗している」とした。

政府は新成長戦略で、経済成長への高い貢献が期待される施策を国家戦略プロジェクトに位置付けており、医療分野では医療観光と、新たな医薬品・医療技術の実用化を促進するための医療機関の選定制度が盛り込まれている。

医療観光では、10年の成果として▽医療通訳講座の実施▽外国人医師・看護師の臨床修練制度の許可申請の簡素化▽医療滞在ビザの創設—を挙げた。医療滞在ビザの運用開始や臨床修練制度改正案の取りまとめを11年の成果に見込む一方、多様な手法を活用した広報活動を課題として指摘した。

医療機関の選定制度では「医療イノベーション会議」を開くなどして関係省庁の連携・協力体制を整えたことを10年の成果に挙げた。11年は、世界標準の医薬品・医療機器を迅速に提供するため、選定された医療機関で行う先進医療の評価手続きの運用改善について、3月までに結論を得て実施するなどとしている。（1/26MEDIFAXより）

規制・制度改革、中間まとめ了承／行刷会議・分科会

政府・行政刷新会議の「規制・制度改革に関する分科会」は1月26日、ライフイノベーションワーキンググループが提示した医療・介護に関する改革事項を含め、約250項目の改革事項を盛り込んだ「中間とりまとめ」を了承した。今後の各省協議や3月上旬の「規制仕分け」の結果を受け、分科会は最終的な取りまとめを行政刷新会議に報告する。政府は3月末に規制・制度改革に関する方針を閣議決定する予定だ。

中間とりまとめにある医療分野の制度改革の方向性は、3つの大きな柱で成り立っている。①地域主権推進などを通じて医療者の主体的な経営を目指し、医療資源の適正配置と有効活用を図る②開かれた医療を実現し、グローバリゼーションを促進させ、透明性の高い制度改革を進める③イノベーションで周辺産業も含めて医療産業を成長させ、国際競争力を強め、質の高い医療の提供体制を構築する。

医療分野で具体的に示された改革事項は以下の通り。

▽地域主権の医療への転換▽病床規制の見直し▽医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し▽医師不足解消のための教育規制改革▽救急救命士の職域拡大▽医療行為の無過失補償制度の導入▽高額療養費制度の見直し▽医療保険におけるリハビリの日数制限の見直し▽調剤基本料の一元化▽ICD（国際疾病分類）コーディングの改善と包括医療用病名マスターの編集▽広告規制の緩和▽希少疾病用医療機器の市場導入促進に向けた制度の整備▽医療機器の改良改善に係る一部変更承認申請不要範囲の拡大▽医療機器における品目ごとのQMS（品質マネジメントシステム）調査制度の見直し▽医薬品・医療機器の審査業務に係る法的責任の明確化▽医薬品・医療機器におけるイノベーションの適切な評価の実施▽一般用医薬品のインターネット等販売規制の緩和（1/27MEDIFAXより）

番号制度のシステム整備検討／情報連携基盤技術WGが初会合

社会保障と税の共通番号制度の2015年からの導入に向け、システムの仕組みを検討する政府の「情報連携基盤技術ワーキンググループ」（WG、座長＝佐々木良一・東京電機大教授）は2月4日、初会合を開いた。峰崎直樹内閣官房参与は冒頭の挨拶で「5月中にはワーキングとしての取りまとめを行ってもらう必要がある」と述べ、システム案の策定を依頼した。

政府は国民1人ごとに番号を割り振り、社会保障と税の情報の把握に役立てる番号制度の導入を予定している。秋以降に関連法案を国会に提出するため、システムの検討に入った。2月7日には個人情報の保護をどう確保していくかを検討するWGも立ち上げ、制度設計を開始する。

WGでは、国民に割り振る新たな番号をどのように最新の住所情報と関連づけるかや、年金や医療など各省庁が持つ番号と新たな番号をどう関連づけるかなど政府側が論点を示した。

政府は11年3月から4月にかけて法案の骨子となる要綱を、6月に法案の概要となる大綱を公表する。秋以降に関連法案を国会に提出し、15年1月から税務分野のうち可能な範囲で利用を開始し、段階的に利用範囲を広げる予定だ。（2/7MEDIFAXより）

個人情報保護WGが初会合／番号制度の導入に向け

社会保障と税の共通番号制度の導入に向け、個人情報保護の在り方を検討する政府の「個人情報保護ワーキンググループ」（WG、座長＝堀部政男・一橋大名誉教授）は2月7日、初会合を開いた。番号の利用範囲について委員からは「必要最小限の利用から始めた方がよい」との意見が多く出た。

WGの委員は法学の大学教授や民間研究所研究員、弁護士など11人が選ばれた。政府が2011年6月に法案の概要となる大綱を策定するため、WGは大綱に盛り込む案を6月前に取りまとめる。

政府が示した論点には、情報漏洩などの懸念を取り払うために必要な個人情報保護の方策を検討することや、個人情報保護が担保されているかどうか監視する「第三者機関」の在り方などが挙がった。（2/8MEDIFAXより）

「サービス付き高齢者住宅」を創設／改訂法案を閣議決定

政府は2月8日、生活支援サービスを提供する「サービス付き高齢者向け住宅」の登録制度の創設を盛り込んだ高齢者居住安定確保法（高齢者住まい法）改正案を閣議決定した。厚生労働省が2012年度の介護保険法改正で創設する24時間対応の定期巡回・随時対応サービスとの組み合わせにより、高齢者が住み慣れた地域で在宅生活を送れるようにする。

●高齢者賃貸住宅と有老ホーム、一元的に再編

現行制度では▽高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）▽高齢者専用賃貸住宅（高専賃）▽高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）—の3種類ある高齢者賃貸住宅は高齢者住まい法（国土交通、厚労両省所管）で、有料老人ホームは老人福祉法（厚労省所管）で規定されている。改正案では、一定基準を満たした高齢者賃貸住宅と有料老人ホームを、高齢者住まい法の下で一元的に再編し、サービス付き高齢者住宅として都道府県に登録する制度を創設する。

サービス付き高齢者住宅では、安否確認と生活相談を必須のサービスとし、食事の提供や家事援助などの生活支援サービスを提供。▽居住部分の床面積が25㎡以上▽トイレ、洗面台などの設置▽バリアフリー構造を持つ—などの登録基準を省令で定める。

サービス付き高齢者住宅の創設に伴い、高円賃・高専賃・高優賃の各制度は経過期間の後に廃止。有料老人ホームは存続させるが、登録を受ければ老人

福祉法で規定する届け出義務の適用を除外する。

国交省によると、高齢者人口に対する高齢者住宅の割合は0.9%（05年）。デンマーク（8.1%、06年）や英国（8%、01年）を大きく下回っており、国交省は20年までに3～5%まで増やすことを目標に掲げている。整備を促進するため、国交省は11年度予算案に前年度の2倍を超える325億円を計上した。建設費の10分の1（1戸当たり上限100万円）、改修費の3分の1（同）を補助するほか、住宅金融支援機構の融資要件を緩和。税制上も優遇する。（2/9MEDIFAXより）

女性医師活用「院内保育への財政支援で」／政府答弁書

政府は2月8日、医師不足解消策としての女性医師の活用について、病院内保育所を運営する医療機関に財政支援し、特に24時間保育に対応する医療機関にはより手厚い財政支援を行っているとの答弁書を閣議決定した。橘慶一郎衆院議員（自民）の質問に答えた。

医療に従事していない女性医師の数について、答弁書では「（厚生労働省としては）把握していない」としている。（2/9MEDIFAXより）

抗がん剤被害救済を制度化へ／政府、イレッサ和解拒否で

肺がん治療薬「イレッサ」の副作用をめぐる訴訟で政府は1月28日、東京・大阪両地裁が示した和解勧告を拒否することを決め、上申書を提出した。細川律夫厚生労働相は会見し、「国に違法性があったとの指摘は当たらない」と述べた。一方で、原告団からの要望を受け、抗がん剤副作用死救済制度の検討や、添付文書の法的位置付けを明確化するなどの方針を表明した。

イレッサ訴訟では、アストラゼネカもすでに和解勧告を拒否することを発表しており、大阪地裁が2月25日、東京地裁が3月23日に判決を言い渡す見通し。

裁判で原告団は、薬害再発防止策の実施や被害者救済、イレッサの適用範囲制限などを求めている。このため細川厚労相ら関係閣僚はこれまでに、新たな抗がん剤を安全・早期に提供するための対策を協議。▽がん医療の充実▽薬事法改正等による医薬品安全対策の強化▽抗がん剤副作用死救済制度の検討▽イレッサに係る適正な再審査—の4点について具

体的な検討に入ることを決めた。

イレッサによる致死性の副作用が医師から患者に伝わっていたかが争点になっていることから、インフォームドコンセントの徹底と診療報酬上での取り扱いを検討する。また、がん対策基本法の改正論議の中でも対応を検討する。

●添付文書の法的な位置付けを明確化

2012年の通常国会に提出を予定する薬事法改正案では、添付文書の法的な位置付けを明確化する。また、薬事規制の観点から、医療機関から患者に情報が伝わる仕組みの構築を検討する。

抗がん剤副作用死救済の制度化も検討する。抗がん剤は現行の医薬品副作用被害救済制度では対象外とされているが、与党でも制度面の検討をした上で、国民の合意を得たい考え。厚生労働省は「現行制度にこだわらず、どのような対応があるか議論を広げる」としている。

イレッサの適用範囲については再審査制度に基づき検討する。EGFR遺伝子変異陽性患者では治療効果が高いとのデータを基にする。現在はアストラゼネカが再審査の申請中。最新知見を精査し、薬事・食品衛生審議会の医薬品第二部会で審議した上で対応を決める。（1/31MEDIFAXより）

B型肝炎訴訟で和解案受け入れ／政府、必要財源は3.2兆円

政府は1月28日、集団予防接種をめぐるB型肝炎訴訟で、1月11日に札幌地裁が示した和解案を受け入れると表明した。原告側はすでに和解案受け入れを決めている。細川律夫厚生労働相は、和解が合意に至れば患者らに謝罪する考えを示した。また、長期間にわたって国の不作為があったとして、被害が拡大した背景について検証する意向を語った。

今後の最大の焦点は、患者救済のための財源確保。政府は今回の原告以外の患者も救済する方針で、1948年から88年までの集団予防接種で7歳までにB型肝炎ウイルスに感染した患者を対象に、発症者に最大3600万円、無症候性キャリアに50万円を給付するなどの対応策を示している。厚生労働省は、現在の発症者が3万3000人、無症候性キャリアが40万人程度とみており、必要な財源は今後30年間で約3兆2000億円と試算する。

ただ、発症後20年以上の慢性肝炎患者や2次感染者は対象に入っておらず、政府と原告側は協議を続ける。野田佳彦財務相は1月28日の会見で「救済の

フレームをつくる際には当然ながら財源確保が必要」と述べたが、財源捻出の具体策は白紙とした。（1/31MEDIFAXより）

厚労副大臣に大塚氏、規制改革の推進派／岡本政務官らは留任

政府は1月17日、民主党の大塚耕平広報委員長を厚生労働副大臣に起用する人事を決めた。退任する藤村修厚労副大臣は枝野幸男官房長官の代わりに党幹事長代理に就任する。岡本充政政務官らこのほかの厚労政務三役は留任となる。

大塚氏は2000年12月に日本銀行を退職し、01年7月の参院愛知県選挙区で初当選。現在2期目。財政や金融政策に明るい政策通として知られる。

民主党鳩山内閣と第1次菅内閣で内閣府副大臣を務めた。在任中は行政刷新会議の「規制・制度改革に関する分科会」で分科会長を務め、保険外併用療養の範囲拡大を求める報告書をまとめるなど規制緩和に積極的だ。

内閣府副大臣を退任後も党内の総合特区・規制改革小委員会で委員長を務め、規制改革に取り組んできた。内閣府副大臣として厚労省に規制緩和を求めてきた大塚氏が、今度は厚労副大臣となり医療行政にどのようなかじ取りをするかに注目が集まる。

（1/18MEDIFAXより）

社会保障改革「野党と意識は共有」／施政方針演説で菅首相

第177回通常国会は1月24日、開会した。菅直人首相が衆参の本会議で施政方針演説を行い、消費税を含む社会保障の財源について与野党協議をあらためて呼び掛けた。自民・公明両党がそれぞれまとめた報告書の中に与野党協議の記述があることを引き合いに「問題意識と論点の多くはすでに共有されている」と述べ、財源捻出のための責任は与野党の全ての国会議員が負っていると強調した。

今国会に提出した2011年度予算案については「最小不幸社会の実現のため、11年度は社会保障予算を5%増加させる」と述べ、社会保障予算の拡充に努めているとアピールした。医療分野の具体的な事業として、医師偏在の解消や大腸がんの無料検診の開始、乳がん・子宮頸がんの無料検診の継続などを挙げた。介護分野の事業では、24時間対応のサービスや独り暮らしの高齢者に対する在宅介護を充実させるとした。（1/25MEDIFAXより）

国保の未納増「制度の根幹が傷んでいる」／菅首相

菅直人首相は2月8日の衆院予算委員会で、2009年度の国保の保険料収納率が88.01%と過去最低になったことを受け「（皆保険成立から）50年間育ててきた日本の社会保障制度の根幹が傷んできており、深刻な問題だと理解している。社会保障改革の姿を考える中で重視して検討していきたい」と述べた。社民党の阿部知子政策審議会長の質問に答えた。

厚生労働省が2月4日に発表した市町村国保の財政状況によると、保険料収納率は1961年度から07年度まで9割以上を維持していたが、08年度に9割を切って88.35%に。09年度も最低記録を更新した。（2/9MEDIFAXより）

医療への影響、明言避ける／TPPで菅首相

菅直人首相は1月28日の参院本会議で、環太平洋戦略的経済連携協定（TPP）への参加が国内医療に与える影響について「個別の分野にどのような影響が出るかをあらかじめ決めつけて言うのは困難」と述べ、明言を避けた。一方で「開国と並んで最小不幸社会と申し上げているのは、医療や介護のシステムが新自由主義的な形で破壊されることがないようにとの思いも含めている」と語り、医療・介護体制が国民にとって最良になるよう取り組む考えも見せた。

質問したみんなの党の川田龍平議員は、TPP参加によって国内医療の市場化が進むのではないかと懸念を示した。（1/31MEDIFAXより）

TPP参加による皆保険崩壊を否定／前原外相

前原誠司外務相は2月4日の衆院予算委員会で、環太平洋戦略的経済連携協定（TPP）への参加をめぐり、国民皆保険の崩壊を懸念する声が野党から出ていることについて「私はそういう認識はない」と述べ、懸念を否定した。また、蓮舫行政刷新担当相は同委員会で、規制・制度改革に関する政府方針を3月下旬に閣議決定することについて「TPPを前提とした改革を行うことを念頭に置いたものではない」と語った。いずれも社民党の服部良一議員の質問に答えた。（2/7MEDIFAXより）

TPPと医療「慎重に扱う」／玄葉国家戦略担当相

玄葉光一郎国家戦略担当相は2月10日の衆院予算

委員会で、環太平洋戦略的経済連携協定（TPP）への日本の参加をめぐって「医療など人の命、健康に関わる分野については、国際交渉においても慎重に扱っていかねばならない」と述べた。共産党の吉井英勝氏の質問に答えた。

玄葉担当相は、世界貿易機関（WTO）や経済連携協定（EPA）で日本が他国と結んでいる医療に関する取り決めについて▽病院サービスへの外国資本の参加を制限しない▽日本の医師免許を取得した外国人が日本国内で医療サービスを提供することを制限しない—程度にとどまっていると説明。TPP参加が医療などに与える影響については、日本が主体的に判断していくとの姿勢を示した。

（2/14MEDIFAXより）

与野党協議「衆院解散が前提」／一体改革で自民総裁、首相は否定

菅直人首相の施政方針演説など政府4演説に対する各党代表質問が1月26日、衆院本会議で始まった。自民党の谷垣禎一総裁は、首相が提案する社会保障と税の一体改革をめぐる与野党協議について「国民に信を問うことをもって首相の覚悟と受け止め、税制抜本改革の与野党協議に真摯かつ積極的に参加したい」と述べ、衆院解散が協議の前提だと表明した。首相は解散を否定し、協議への参加をあらためて求めた。

谷垣氏は、社会保障と税の一体改革について「消費税を含む税制抜本改革は（民主党の）マニフェストを根底から覆す一大政策転換だ」とし、「ばらまきのための財源調達を手伝うわけにはいかない」と現時点での協議入りを拒否。「成案を得る前に解散すべき」とし、与野党協議の前提条件として、政府が改革の成案をまとめる6月までの衆院解散を要求した。

首相は「現時点で解散は全く考えていない」と衆院解散を否定。「これから4月までにあるべき社会保障の姿、方向性を明らかにし、6月までに具体的な制度改革案と消費税を含む税制抜本改革についての成案を得る」とし、「案作成の段階から、超党派協議の進め方を含めて野党の意見を伺いたい。議論への参加をお願いしたい」と呼び掛けた。

●2011年度中の法整備「尊重して対応」／菅首相

首相はさらに、11年度中に消費税を含む税制抜本改革の法案提出を政府に義務付けた09年度税制改正法について「政府としては法律を尊重し、しかるべ

く対応すべきと考えている」と述べ、11年度中の法整備を目指す考えを表明。一方で、消費税の引き上げ幅や時期などについては「野党の意見も伺いながら判断していきたい」と述べるにとどめた。

（1/27MEDIFAXより）

与党筆頭理事は渡辺氏、国対担当理事は中根氏／衆院厚労委

民主党は1月21日、衆院委員会の人事を内定した。厚生労働委員会の与党筆頭理事に渡辺周元総務副大臣、国対担当理事に中根康浩前厚労委与党筆頭理事を充てる。厚生労働委員長には牧義夫氏がとどまる。常任委員長は1月24日開会の衆院本会議で選出され、委員会理事は各委員会です選される。

厚労委はこのほか、青木愛氏の後任として郡和子氏が新たに理事に就く。柚木道義氏、藤田一枝氏は引き続き理事を務める。（1/24MEDIFAXより）

民主党も一体改革の議論加速／「仙谷調査会」が始動

民主党の「社会保障と税の抜本改革調査会」（会長＝仙谷由人代表代行）は1月27日、初会合を開き、政府と並行する形で社会保障と税の一体改革についての議論を始めた。仙谷会長は「21世紀型の社会保障のシステムと、それを支えていく財政的基盤をどう考えていくか。調査会で熱を込めて議論しなければならない」と述べ、党内議論を活発化させるとした。

調査会は今後、週1回程度開き、政府から一体改革の検討状況を聞くほか、関係団体からの意見も聴取する。内閣官房から「政府・与党社会保障改革検討本部」の議論について聞き取りした。

一体改革について民主党はこれまで、藤井裕久官房副長官の下、「税と社会保障の抜本改革調査会」で議論してきた。藤井氏が政府側に入ったため「社会保障と税の抜本改革調査会」に改名し「仙谷調査会」として再スタートさせた。

番号制度については、社会保障と税制の両方に絡むため「党税制改正プロジェクトチーム」と合同で会合を開き議論することになった。

仙谷調査会の主な役員は次の各氏。

▽会長＝仙谷由人▽会長代理＝小沢鋭仁▽副会長＝古川元久（筆頭副会長）、城島光力、石毛鉄子、長浜博行、松崎公昭、藤末健三、後藤斎、

高橋千秋、中塚一宏、辻泰弘、西村ちなみ、足立信也、泉健太、谷博之▽事務局長＝大串博志

（1/28MEDIFAXより）

リハ体制と退院調整の議論スタート／医療・介護連携で中医協

中医協は2月2日の総会で、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定に向け、リハビリテーション提供体制と、退院調整の開始時期や診療報酬上の評価について議論を開始した。厚生労働省は、リハビリに関する論点として医療保険と介護保険の区分の明確化や、外来リハビリの再診料の在り方を示した。

リハビリに関しては、06年度の診療報酬改定で疾患別リハビリの上限日数を設定するなど、急性・回復期を医療保険、維持期を介護保険とする一定の区別を設けた。しかし、介護保険で維持期のニーズに対する提供体制が不足していることなどから、現在は一定の条件の下で状態維持を目的としたリハビリを医療保険で算定できる。一方、維持期を担う介護保険のリハビリでは、通所リハビリと通所介護の類似性や、訪問リハビリの利用率の低さなどが問題点として挙がっている。厚労省はこうした状況を踏まえ、医療・介護の機能の明確化に向けた医療保険での対応を論点に挙げた。

外来リハビリについて、厚労省は日本リハビリテーション病院・施設協会が実施したアンケートで、外来での毎回の再診が必要とする意見が3%にとどまっているなどの結果を示し、医師の包括的指示に基づく外来リハビリ提供の可能性を論点に挙げた。

外来リハビリをめぐるのは、日本病院団体協議会が包括評価として算定基準の創設を求める要望書を厚労省へ提出する方針を示している。リハビリ医療関連5団体も、最低月1回の診察で外来リハビリができるような包括化など、具体的な見直し案を検討している。

退院調整については▽退院後の療養生活支援も含めた詳細な入院診療計画の説明や指導▽入院早期や入院前の外来時から行う退院調整▽入院患者の外泊時の在宅医療の提供▽現在は退院先が施設でも在宅でも同評価となっている退院調整加算一の評価を論点として挙げた。（2/3MEDIFAXより）

中医協・公益委員に印南・西村両氏／国会同意人事案

厚生労働省は、3月31日付で中医協公益委員としての3期目の任期満了を迎える遠藤久夫会長（学習院大教授）の後任として、印南一路・慶応大総合政策学部教授を、2月28日付で任期満了となる白石小百合委員（横浜市立大教授）に代わり、西村万里子・明治学院大教授を起用する方針を固めた。1月24日に開会した通常国会に、同意人事案を提出する。

印南氏は東京大法学部卒業後、富士銀行に入社し、厚生省保険局企画課に出向していた経験もある。現在は医療政策などを専門分野とし、社会的入院の研究などに取り組んでいる。

西村氏は、慶応大経済学部卒業後、同大大学院経済学研究科博士課程単位を取得。国立社会保障・人口問題研究所基礎理論研究部第3室長などの経歴を持つ。社会保障論、公共政策論、非営利組織論などを専門分野としている。

●遠藤会長は3月に退任

遠藤会長は2005年4月から中医協公益委員となり、08年4月に会長職に就いた。白石委員は公益委員としては現在2期目だが、専門委員を1期務めている。（1/25MEDIFAXより）

大塚厚労副大臣、国民負担を問題視／社保審総会

厚生労働省の大塚耕平副大臣は2月10日、省内で開いた社会保障審議会総会に資料を提出し、社会保障サービスの充実には財政赤字が制約になるとして、国民負担の在り方に問題意識を示した。大塚副大臣の問題提起を受け、吉川洋委員（東京大大学院経済学研究科長）も「日本の国民は（諸外国と比べて）負担していない」とし、社会保障制度の機能強化に向けて、国民の負担増を伴う大胆な見直しが必要との考えを示した。

大塚副大臣は「給付を充実させて社会保障を強化するには、国民負担も（給付に）並行して推移させるのが一般的だ」と述べ、GDP比から見た財政赤字の推移を示した上で、国民負担の在り方について審議会で協議するよう求めた。

●「生活保護基準部会」設置へ

この日の総会では新しい会長を選任し、大森彌・東京大名誉教授が就任した。遠藤久夫・学習院大経済学部教授、駒村康平・慶応大経済学部教授、吉川洋氏らが新たな委員として就任した。

厚生労働省が提案した「生活保護基準部会」の設置も了承した。同部会は生活保護の基準を、5年に1度実施している全国消費実態調査のデータに基づいて専門的・客観的に評価・検証する。

（2/14MEDIFAXより）

医行為の分類作業スタートへ／厚労省・チーム医療推進会議

厚生労働省のチーム医療推進会議（座長＝永井良三・東京大大学院医学研究科教授）は1月17日、「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ（WG、座長＝有賀徹・昭和医科大学救急医学講座教授）」が特定看護師（仮称）や看護師の業務範囲の検討を進めるための方針を了承した。WGは今後、「看護師が行う医行為の範囲に関する研究班」（主任研究者＝前原正明・防衛医科大教授、WG委員）の看護業務実態調査で「今後、看護師の実施が可能」の回答が一定程度得られた業務や行為を中心に類型化する。（1/18MEDIFAXより）

院内感染対策中央会議提言を公表／厚労省

厚生労働省医政局指導課は2月9日、院内感染対策中央会議（座長＝小林寛伊・東京医療保健大学長）で医療機関の院内感染対策や行政の役割などをまとめた提言を公表した。

院内感染発生時の医療機関の対応として初めてアウトブレイクを判断する目安が示され、1例目の発見から4週間以内に同一病棟で新たに同一菌種による感染症の発病症例が3例以上特定された場合、または同一施設内で同一菌株と思われる感染症の発病症例が3例以上特定された場合などが考えられるとしている。（2/10MEDIFAXより）

医師のストレスチェック、職場に義務付け／改正安衛法

厚生労働省は、従業員が職場で年に1回医師によるストレスチェックを受けることを事業主に義務付ける制度を創設する。ストレスチェックの結果、精神の不調を抱えた人を産業医の面談に結び付け、さらに、医療機関の受診につなげて、うつ病の罹患や自殺を未然に防ぐのが狙いだ。労働安全衛生法（安衛法）の一部改正を予定しているが、今国会は子ども手当など重要法案がめじろ押しで、現時点では法案提出のめどは立っていない。

全国の自殺者は2010年に13年連続で3万人を超え

た。この異常事態を受け、厚労省は10年省内に検討会を立ち上げ対策を検討。10年12月には、労使双方が委員を務める厚労省の「労働政策審議会」が、医師による従業員のストレスチェックを事業主に義務付ける制度の創設を細川律夫厚生労働相に提起した。これを受け厚労省は安衛法の法改正を行う方針を決めた。

厚労省労働基準局によると、新たな制度では、事業主が事業主健診の機会などを利用して年1回医師に従業員の精神状態を確認してもらう。異常がある場合は医師が従業員に産業医との面談を呼び掛ける。従業員は産業医の面談を受けるかどうか選択できる。

従業員が事業主に面談を希望した場合、事業主は産業医に依頼して面談の場を設けなければならない。費用は事業主が負担する。

さらに、事業主は面談をした産業医から意見を聞くことも法律で義務付ける。産業医は時間外労働の制限など業務の改善を事業主に助言し、事業主は労働環境の改善に役立てる。

個人情報保護の観点から、産業医は労働者の症状などは事業主には伝えない。安衛法とは別にガイドラインを設け、産業医が必要に応じて労働者に医療機関への受診を勧奨するよう定める。

10年の検討会では、事業主健診に精神の不調を医師が確認する項目を設けることが提案された。だが健診項目に含めると健診結果が事業主に通知されるため、労働基準局は「労働者のプライバシー保護を考え健診項目に入れず、事業主健診とは別にストレスチェックを事業主に義務付けた」と説明する。

新たな制度を設けた場合、産業医の受け皿が足りなくなることが想定される。このため産業医が自分の管理下にある保健師や国家資格のない「臨床心理技術者」などに、産業医業務の一部を分担させることもできるよう法改正する予定だ。

（2/8MEDIFAXより）

外国人医師修練制度の要件緩和を告示／厚労省

厚生労働省は2月10日、外国人医師等の臨床修練制度の許可申請の要件を緩和させる省令改正を官報告示した。施行日は4月1日。申請に関して、本国の医師免許証のコピーや自国の医師の診断書で対応できるほか、本国政府の公的機関による帰国証明書や医業停止の処分を受けていない証明書などを求めない。（2/14MEDIFAXより）

在宅の連携拠点、6カ所でモデル事業／厚労省の新規事業

厚生労働省は2011年度の新規事業で「在宅医療連携拠点事業」を立ち上げる。11年度予算案に約1億860万円を計上し、全国で6カ所程度のモデル事業として開始する。地域の医師・看護師・社会福祉士・介護職などの多職種連携を推進し、継続的・包括的ケアの提供体制構築を目指す。

在宅医療連携拠点は、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院などに設置する。連携拠点到配置する医療職ケアマネジャー（看護師）、社会福祉士は、退院困難者の退院調整や在宅療養のための情報提供、環境整備などを行う。連携拠点では、病院・診療所・訪問看護ステーション・薬局などのネットワークを構築し、地域包括支援センターとも連動しながら多職種連携を促進する。

連携拠点は、地域の中で在宅医療のハブ機関としての機能を担う。連携拠点を中心としたネットワークにより、在宅療養支援診療所の届け出ができない一人医師の診療所や、一人薬剤師の薬局などを支援することで、地域にある医療資源を効率的に活用する狙いだ。

地域連携が不十分な場合、在宅での多職種介入が療養の妨げになることもある。厚労省は連携拠点の設置で「顔の見える関係の構築」「タイムリーな患者情報の共有」などの課題を解消し、医療・介護の包括的提供体制を構築したい考えだ。連携拠点では年4回程度、地域の医療福祉従事者が一堂に会する場も設定する。

厚労省は11年度早期の事業開始に向けて事業者を公募し、有益な事業計画を示した事業者を選定する。モデル事業の有効性を検証することで、24時間365日のサポート体制を備えた在宅医療制度の構築を目指す。（2/2MEDIFAXより）

80億円超で病院の統合再編／再生基金、50億円超は病床削減

厚生労働省医政局は、政府が2010年度補正予算で積み増した2100億円の地域医療再生基金について、50億円を超える交付については病床削減の実施を、80億円を超える場合は病院の統合再編を実施するなどの交付要件を決め、都道府県に局長通知を发出した。10年度補正予算での基金交付は、3次医療圏での医療提供体制の再生を目的としており、高度・専門医療機関や救命救急センターなど3次医療圏での

広域的な医療提供体制の整備拡充を図る。厚労省は今回の交付で、地域医療の再生と同時に、病床削減や病院の統合再編を含めた機能分化を進める狙いだ。

通知は1月28日付。15億円の基準額を交付申請する場合は▽民間医療機関や医師会、関係団体など官民間問わずに医療関係者の意見を聞いて計画に反映する▽高度・専門医療機関などと役割分担・連携する「連携医療機関」を3次医療圏内で適正数指定し、切れ目ない医療提供体制を構築する▽地域連携クリティカルパスの活用促進・関係院長会議の設置▽施設整備・設備整備に偏らずに医師などの確保・人材育成への活用一などを要件とした。感染症対策の体制整備についても留意事項として示した。

●15億円超で医師負担軽減措置が要件

15億円を超える交付を申請するには、整備対象となる医療機関に医師事務作業補助員の導入などの医師負担軽減措置を実施することや、3次医療圏の医療状況を定量的に評価するための、情報インフラを整備することなどが要件になる。

●施設整備2億円以上で5～10%の病床削減

交付申請額が50億円を越える場合、施設整備に2億円以上の基金を投じる医療機関については医療機関全体で10%以上の病床削減を実施することを原則とした。ただし、その医療機関が、病床数が過剰でない2次医療圏にある場合には、病床削減規模は5%以上とした。地域内での合計削減病床数の配分は、都道府県が関係者と調整し判断することとした。

●交付上限は120億円

さらに、申請額80億円を超える場合については、病院の統合再編を条件とした。交付額の上限は120億円。

都道府県は13年度末までの地域医療再生計画について必要書類を作成し5月16日までに医政局に提出する。交付金で基金を拡充し、計画した施策を実施する。（2/4MEDIFAXより）

新規事業で情報システム強化／厚労省の救急・周産期施策

厚生労働省は2011年度の新規事業として救急・周産期医療情報システム機能強化事業に乗り出す。事業予算は1億4000万円で、自治体への補助金の基準額は2000万円となる。

08年10月に東京都で発生した妊婦死亡事件を契機に、厚労省は経済産業省とともに09年度から周産期を含む救急患者の受け入れを支援する情報ネットワ

ーク構築の実証事業を推進してきた。11年度予算では、救急・周産期医療の向上を図る目的で、情報システムを改善する自治体に補助金を交付する。

●へき地医療の担い手育成に

また、へき地医療対策として11年度予算案では、へき地医療支援事業を企画・調整する「へき地医療支援機構」の充実と、へき地医療拠点病院の人材育成機能の強化に向けて、20億1300万円の予算を計上している。医政局指導課の宮本哲也救急・周産期医療等対策室長は、予算の骨格は10年度と変わらないとしながら「へき地などで総合的な診療ができる医師の育成に役立てていただきたい」とした。へき地のある都道府県では、11年度から第11次へき地保健医療計画が始まる。（1/28MEDIFAXより）

新制度施行「最短で14年3月」／高齢者制度で厚労省

厚生労働省保険局高齢者医療課の吉岡てつを課長は1月26日、自民党厚生労働部会の医療に関する小委員会（加藤勝信委員長）で、後期高齢者医療制度廃止後の新たな高齢者医療制度について「最短でも2014年3月の施行ということを考えている」と述べた。関連法案については、従来通り今通常国会に提出する考えを強調した。（1/27MEDIFAXより）

身元保証機関の登録基準を策定／医療滞在ビザで関係省庁

外務省と経済産業省、観光庁は2月3日、2011年1月に運用が開始された医療滞在ビザで来日する外国人患者の身元を保証する医療コーディネーターや旅行会社の登録基準を策定し、登録申請の受け付けを始めた。

医療滞在ビザの発給を受けるには、登録された医療コーディネーターや旅行会社が身元保証機関として患者の身元を保証することとされている。

登録基準は、医療コーディネーターは過去2年間、旅行会社は過去1年間に継続して受け入れの実績があることや、国内の医療機関と提携関係があること、必要な言語を使える能力を持つ人員を配置できる体制を整えていることなど。医療コーディネーターは経産省が、旅行会社は観光庁が管理する。登録された身元保証機関は外務省のホームページに掲載され、外国人患者と受け入れ医療機関の間で治療の日程や費用の調整などの業務を担う。

（2/4MEDIFAXより）

「国際医療交流」で総合特区／大阪府と泉佐野市、推進協設立

大阪府と大阪府泉佐野市は、政府指定を目指している地域活性化総合特区「国際医療交流の拠点づくりーりんくうタウン・泉佐野市」の推進母体となる「りんくうタウン国際医療交流推進協議会」を設置し、1月26日に初会合を開いた。

政府が今通常国会に提出を予定している総合特区法案に基づいて、地域活性化総合特区として、外国人医師らの臨床修練制度や医療通訳資格の規制緩和を目指すもので、関西国際空港近くの泉佐野市にあるりんくうタウンの活性化が目的。制度は総合特区申請に際して官民一体の推進協議組織形成を求めており、これに沿って協議会を設置した。法案が成立すれば、5月ごろから募集を開始し7月にも特区指定が行われる見通し。

りんくうタウンが特区として国に支援を求めている内容として①規制の特例措置＝外国人医師等臨床修練制度（診療所での修練を認めるなどの運用緩和）、医療滞在ビザ創設、高度がん治療の特定病床設置手続きの緩和、通訳案内士の規制緩和など②税制上の支援措置＝国際医療交流に取り組む医療機関への税制特例など③財政上の支援措置＝医療機関の検査機器などの導入助成、医療機関ネットワークの構築支援などが挙げられている。

1月26日の初会合では、がんの先端医療機関が複数共同で開業する「りんくうがんセンター」の設置計画や、それらと連携する大学病院や医療関連機関とのネットワークづくり、メディカルホテルやターミナルケア施設の建設計画などを明らかにした。りんくうがんセンターは11年10月に開院する予定。

同協議会の会長には、りんくうタウンに02年に開業した動脈塞栓術を専門とするがん治療施設「ゲートタワー IGTクリニック」の堀信一院長が互選された。副会長は大阪府、泉佐野市の行政担当者が就任、堀氏を補佐する。協議会は市立泉佐野病院の種子田護総長などの医療関係者、観光事業関係者、行政担当者が構成している。今後は医療と観光の2つのワーキンググループで実質的な検討を進め、次回協議会は3月末に開く見通し。

（1/28MEDIFAXより）

24時間対応のヘリ運用へ／京都市

京都市の門川大作市長は1月25日、市消防局で24時間出動できる消防防災ヘリコプターの運用を4月

から始めることを明らかにした。市消防局によると、仙台市消防局、東京消防庁、埼玉県に続き4例目で、西日本では初めて。

京都市消防局によると、ヘリはフランス製で総務省消防庁から無償譲渡を受ける。被災地の映像情報を同庁に送信することが可能で、要請があれば京都府内や他府県への飛行も想定している。

【共同】（1/27MEDIFAXより）

高齢者制度「現システム生かし移行を」／指定都市市長会が要請

19の政令指定都市のトップでつくる指定都市市長会（会長＝矢田立郎・神戸市長）は2月2日、厚生労働省の高齢者医療制度改革会議が示した「最終とりまとめ」を受け、現在の後期高齢者医療制度の運用システムをできるだけ生かしながら新制度に移行するよう求める要請書を、厚労省と民主党に提出した。提出後に会見した熊谷俊人・千葉市長は、新たな高齢者医療制度への移行に要する負担をめぐって国と地方の対立が生じかねないとの懸念を示し「今まで整備してきた資産をどう生かして最終的な保険制度の一元的運用に持っていくのかという視点を持つべき」と語った。

この日、市長会の矢田会長と熊谷市長が厚労省を訪れ、大塚耕平厚労副大臣に要請を手渡した。新たな高齢者医療制度では、被用者保険加入者以外の国民について「第1段階」で都道府県単位の国保に75歳以上を組み入れ、「第2段階」で対象を全年齢に拡大する方針が示されている。市長会は、国保の全年齢での一元化とともに、被用者保険を含んだ医療保険制度全体の一本化を要望。その上で▽第1段階での保険料賦課・給付については可能な限り既存の仕組みで運用できる範囲にとどめる▽新制度では大都市にも対応したシステムを構築し、十分な準備・検証期間を設ける▽地方に生じるシステム関連費は国の責任で全額財政措置する一などを求めた。

（2/3MEDIFAXより）

公的存続の法案提出を要望／36自治体の代表、社保・厚年病院で

社会保険病院と厚生年金病院を地元を抱える36自治体の代表と住民は2月10日、国会に集まり、政府や政党に病院の公的存続を訴える要望活動を行った。要望書では「病院の先行き不安から医師の流出に拍車がかかる」として、病院を公的に存続させる

法案の国会提出と成立を求めている。

社保・厚年病院をめぐっては、2010年6月に病院を公的に存続させる法案が成立間際で廃案となった。運営母体である年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）が10年9月末で解散することが法律で定められていたため、緊急避難的にRFOの存続期間を2年延長する法律を成立させた。厚生労働省は地元の意見を聞きながら、2年間で病院の在り方を検討するとしている。（2/14MEDIFAXより）

医療機関の株式会社参入を提案／仙谷調査会で経済同友会

民主党の「社会保障と税の抜本改革調査会」（仙谷由人調査会長）は2月9日、経済同友会の前原金一副代表幹事・専務理事から経済同友会の医療や介護の政策提言を聞いた。前原氏は株式会社が医療機関を経営できるよう規制緩和を求めた。

医療提供体制について、前原氏は「多様な主体が医療機関を経営できるようにすべきだ」と述べ、医療機関の参入規制の緩和を求めた。医療保険では混合診療の拡大や公的保険の適用範囲の適正化を提案した。

ドラッグラグとデバイスラグの解消にも触れ「日本は研究開発は結構やっているが、実際に売る番になると外国にみんな行ってしまう」と述べ、医薬品と医療機器の承認期間の短縮を求めた。

介護保険制度では、サービス利用者の自己負担を1割から2割に引き上げることや介護保険施設への株式会社の参入を求めた。（2/10MEDIFAXより）

子ども予防接種週間を実施／日医、3月1日から

日本医師会は3月1日から3月7日まで「子ども予防接種週間」を実施し、予防接種率の向上を図る。2月9日の定例会見で保坂シゲリ常任理事が発表した。

日医、日本小児科医会、厚生労働省の主催で、文部科学省、「健やか親子21」推進協議会が後援する。定期の予防接種をはじめ、Hibワクチンや小児用肺炎球菌ワクチンなどの予防接種についても広報・啓発を行う。

通常の診療時間に予防接種を受けにくい人に受けてもらうため、土、日曜日などに予防接種を受けられる体制を構築する。保坂常任理事によると、2010年は医療機関など約1万3000施設が協力し、15万

6000人が予防接種を受けたという。
（2/10MEDIFAXより）

未受診妊婦問題「胎児虐待も」／日産婦医会

「児童虐待問題は周産期から始まっている」。日本産婦人科医会（寺尾俊彦会長）は2月9日、東京都内で定例の記者懇談会を開き、妊婦健診を受診せずに出産する「未受診妊婦」の問題点として「胎児虐待」の状況を紹介した。

母子保健委員の光田信明・大阪府立母子保健総合医療センター産科主任部長は、2009年に大阪府の分娩施設を対象に実施した未受診妊婦調査を報告し、妊婦健診を受けていれば分娩時産褥合併症や母胎感染症などの医学的問題は少なくなると強調した。調査結果から未受診妊婦の背景には、貧困や家庭内暴力、望まない妊娠、無保険、違法行為などの要因が潜んでいた。

09年中に大阪府内では152件の未受診妊婦の分娩があり、割合は1000分娩当たり約2件だった。死産は3例、未受診妊婦の周産期死亡率は19.7%で、40年前の大阪府での死亡率並みに高い。未受診妊婦の新生児の32%はNICUに入院していた。光田氏は、胎児虐待が周産期死亡や新生児仮死の一因になっている可能性を示唆した。（2/10MEDIFAXより）

医療療養、依然4割が「25対1」／日慢協調査「廃止なら混乱」

療養病床の看護職の人員配置を実質30対1まで認める医療法施行規則の経過措置が2011年度末で期限を迎えることに伴い、廃止も取りざたされる25対1看護配置の医療療養病床が、10年度診療報酬改定後も4割近くに上る可能性があることが、日本慢性期医療協会の調べで分かった。日慢協の武久洋三会長はメディファックスの取材に応じ「25対1医療療養病床が廃止となれば現場は大変混乱する」と強調。存続に向け、医療法施行規則の改正を求めていく考えを明らかにした。

日慢協が会員病院を対象に10年8月に実施した調査（回答294病院）では、医療療養病床2万1219床のうち、療養病棟入院基本料2の算定病床は8417床で約4割だった。10年度改定前の同年3月調査（回答407病院）では、3万3997床のうち25対1病床は約5割だったことから、武久会長は「点数に差が付けば多くの病床が20対1に移行するかと思ったが、考えていたより移行がなされていない」と指摘。看護師

確保の難しさなどが背景に浮かび上がるとし、20対1医療療養病床への移行は、今後も急速には進まないのではないかとした。（2/14MEDIFAXより）

「外来リハビリ管理料」創設を要望／12年度改定へ日病協

日本病院団体協議会は2月4日、2012年度診療報酬改定に向けて「外来リハビリテーション管理料」の創設など4項目の要望書を厚生労働省保険局医療課に提出した。会見した日病協・診療報酬実務者会議の猪口雄二委員長（全日本病院協会副会長）は「介護報酬との同時改定に向け、11年度は訪問看護や訪問リハビリの整理などについて意見をまとめて要望したい」と述べた。

今回提出した要望書は▽標準化に適合した医療情報システムの整備と活用における診療報酬上の評価▽同一日の同一医療機関複数科受診▽入院患者の他医療機関への受診▽外来リハビリ管理料の新設一の4点。

外来リハビリ管理料については、毎回の診察に伴う再診料は算定せず、2週間から2カ月程度の期間の「リハビリ処方箋」を出し、これにのっとった外来リハビリの医療提供を管理する考え方だ。猪口委員長は「すでに厚労省から中医協に提案されており、議論を後押しする形だ」とした。

●他医療機関受診「見直し議論を」

入院患者の他医療機関受診に関しては、10年度改定で出来高病棟の場合は当日の入院基本料が30%減算となったが、合併症のために他施設で専門的な医療を受診する患者が多いとし「専門的医療を受ける場合、出来高・包括を問わず診療報酬上の制限を行わない」ことを要望した。猪口委員長は「見直しの議論を緒に就けたい」と述べた。

（2/7MEDIFAXより）

定率補助の継続、働き掛け強化／医師国保連合会が決議

全国医師国保組合連合会（会長＝妹尾淑郎・愛知県医師国保組合理事長）は1月28日、日本医師会館で代表者会を開き、医師国保に対する定率補助の維持を求める決議文を採択した。決議文は菅直人首相や閣僚をはじめ、自民党や公明党などにも送付し、国会議員らへの働き掛けを強める。歯科医師国保や薬剤師国保などとも連携していく方針。妹尾会長は「文書を送るだけでなく、（国会議員ら）本人に会っ

てしっかり説明してほしい」と活動の強化を呼び掛けた。

決議文では「時々の所得水準に応じて国庫補助を削減するのは、医療保険の制度的な検討の視点が全くない一方的なもの」とし、「到底容認できるものではない」と主張。定率補助の確保を「強く要望する」とした。さらに、「高齢者も含めた今後の医療制度の在り方を検討する中で、給付と負担、財源問題、世代間あるいは保険者間の公平などとともに、国保組合の位置付けについて論議されたい」と一体的な社会保障制度の議論を求めた。

医師国保は保険料の収納率がほぼ100%で、家族や従業員を診察した場合には保険請求しないなどの自助努力をしていることも強調。一概に所得水準が高いとはいえない看護職ら医療従事者の生命と健康も守っていると「所得水準が高いという一点での国庫補助金の削減は、生命と健康を守る保険者機能を危うくする」と訴えた。

政府は所得水準の高い医師国保に対する補助を12年度から5年間かけて段階的に引き下げ、16年度に廃止する方針。定率補助の見直しは国保法の改正が必要のため、厚生労働省は今国会への改正案の提出を検討している。10年の行政刷新会議による事業仕分けでも、所得水準の高い国保組合に対する定率補助は廃止と判定されていた。（1/31MEDIFAXより）

地域医療福祉情報連携協議会が発足／各地のネットワークが協働

地域医療福祉情報連携協議会が発足し、1月28日に東京都内で発足記念シンポジウムを開いた。会長に就任した東京医科歯科大学の田中博教授は設立趣旨説明の中で「情報連携の至適形態を探究する場にしたい」と強調。地域ごとの医療情報ネットワークが協働し、全国的な健康医療情報基盤まで発展することに期待感を示した。

全国各地域では既に医療情報ネットワークが構築され成果を挙げている。同協議会はこれらのネットワークの運営に関わる医療関係者らが発起人となり、2010年11月24日の設立準備会を経て設立にこぎ着けた。任意団体として発足し、会員には医療情報ネットワーク関係者のほか、医療団体、学会、自治体関係者らを想定。個人会員や企業が対象の賛助会員も募集する。名誉会長に全国自治体病院協議会の邊見公雄会長、顧問に前厚生労働省事務次官の水田邦雄氏がそれぞれ就任した。

同協議会は今後、各地域の支部設立や4疾病5事業ごとの分科会設置を計画する。「地域医療連携情報データベース」を整備する構想もある。

（1/31MEDIFAXより）

療養病床多いほど日数短縮／京都大・今中教授、DPCデータ分析

京都大大学院医学研究科の今中雄一教授は1月31日、各都道府県の医療計画策定担当者を対象とするセミナーで講演し、療養病床や回復期リハビリテーション病床などの医療資源が多いほど在院日数が短くなる傾向にあることや、病院の規模が小さくなるにつれて急性心筋梗塞（AMI）のカバー率が低くなるなどを、公開されているDPCデータを用いて説明した。

今中氏は、2次医療圏ごとに医療・介護資源と在院日数を比較。「股関節大腿近位骨折（手術あり）」は、療養病床が比較的多い相模原（神奈川）の平均在院日数が26.98日、比較的少ない区東北部（東京）では37.80日だった。

また、熊本（熊本）と京都乙訓（京都）で「脳梗塞（手術なし）」と「股関節大腿近位骨折（手術あり）」を比較した結果、医療資源の多い熊本の方が平均在院日数が短かった。

今中氏は五大がんとAMIの2次医療圏カバー率についても、開設者別・規模別に分析。その結果、病院の規模が小さくなるほどAMIのカバー率がゼロに近づくほか、五大がんでは、国立病院機構や都道府県立病院と比べ民間病院のカバー率が低くなる傾向も見られた。（2/1MEDIFAXより）

診療報酬支払い、10月請求分から早期化／国保連審査分

レセプト電子請求を実施する医療機関への診療報酬の支払い早期化は、国保連合会審査分が先行して2011年秋からの実施となる見通しとなった。厚生労働省保険局国民健康保険課は1月17日付で都道府県の国保主管部局に対し、9月診療分（10月請求分）から国保連審査分の診療報酬の支払い日を現行より最大で約10日早め、原則として請求翌月20日とする方針を事務連絡した。社会保険診療報酬支払基金審査分に関しては、健保連などの理解が現時点までに得られず、引き続き協議を進める。

国保連審査分の診療報酬が医療機関に支払われるのは、現行では請求翌月25日から月末の間となって

いる。今回の事務連絡では、国保連審査分に限り電子レセプト請求の実施医療機関に対して支払いを早める方針を伝えた。市町村国保や後期高齢者広域連合の一部で、決裁スケジュールや資金繰りなどへの懸念があることから、実施に向けた調整を進めるよう求めている。支払い日が20日になると、支払基金審査分よりも1日程度早くなることになる。紙レセプトによる請求に対する支払いは現行通りとなる。

●出産一時金の早期化、異常分娩は紙レセも対象

診療報酬支払いの早期化に伴い、直接支払い制度により月2回支払われている出産育児一時金についても一部早期化される。毎月25日請求の正常分娩分については、電子請求の場合に限って対象となるが、毎月10日請求の異常分娩分に関しては電子請求、紙レセプトいずれの場合も早期化の対象となる。

診療報酬の支払い早期化をめぐるのは、四病院団体協議会がレセプトオンライン請求に対する医療機関へのメリットとして厚労省に実現を求めており、厚労省でも実施を検討していた。

●社保分は引き続き調整

支払基金審査分の早期化について、厚労省保険局は「紙レセプトと電子レセプトが混在していることへの対応や、早期化による医療機関側のメリットがあまりないとする意見が健保連からある。保険者の資金繰りの問題もあり、現段階では理解を得られていない」（保険課）としている。

同局によると、診療報酬総額に占める国保連審査分の割合は約7割程度となっている。

（1/19MEDIFAXより）

介護保険編

12年度介護報酬改定へ議論開始／社保審・介護給付費分科会

厚生労働省の社会保障審議会・介護給付費分科会（分科会長＝大森彌・東京大名誉教授）は2月7日、2012年度介護報酬改定に向けた議論を開始した。質の高いサービスの確保や、認知症への対応の在り方などを念頭に置きながら、医療や介護、生活支援サービスなどを一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の実現を目指し議論していく。

厚労省は、12年度介護報酬改定に向け▽質の高い

サービスを確保するため、利用者、事業者、サービス提供者の努力を促すようなインセンティブを付与▽認知症にふさわしいサービスの提供▽地域間、サービス間のバランスと公平性—などを基本的な視点とし議論を進めることを提案。その際、配慮すべき項目として、給付の重点化や、06・09年度介護報酬改定の検証などを挙げた。

09年度介護報酬改定の「審議報告」では、質の評価の指標や、地域区分、施設の介護支援専門員の在り方などについて検討を行うこととしていた。篠原淳子委員（連合総合政策局生活福祉局長）は「現在の検討状況などがあれば教えてほしい」と要求。厚労省は、次回会合で示す見込みだ。このほか、要介護認定の有効期間の上限を一部延期する「介護保険法施行規則の一部を改正する省令案」を了承した。（2/8MEDIFAXより）

介護職員の処遇改善「一体改革で検討」／菅首相

菅直人首相は2月2日の衆院予算委員会で、介護職員の賃金を月額4万円引き上げるとした2009年衆院選の公約について、社会保障と税の一体改革の中で実現に向けて検討する考えを示した。高木陽介氏（公明）の質問に答えた。

菅首相は「（自公政権下で行われた処遇改善を）維持するにも新たな財源が必要であり、4万円に引き上げるとさらに財源が必要になる」とし、「社会保障改革全体の中で（処遇改善の）制度の維持・拡大と財源の安定的確保ということで、ぜひとも（野党と）協議したいと申している。前向きに取り組まさせていただきます」と述べた。

●高額療養費の見直しも一体改革で

菅首相は、高額療養費制度の低所得者に対する自己負担額軽減についても「本当に困った人、本当に厳しい状況にある人に手を差し伸べることは優先度が高い。これからの社会保障改革で十分、議論するに足る大きなテーマ」とし、「保険者の理解も含めて、今後の社会保障改革の中で議論したい」と述べた。

自己負担限度額の引き下げをめぐるのは、公明党のほか患者団体からも要望が寄せられ、厚生労働省が10年、社会保障審議会・医療保険部会で検討。細川律夫厚生労働相は「保険者の理解をいただくのは難しく、11年度予算案では見送らざるを得なかった」と説明した。（2/3MEDIFAXより）

介護保険法等改正案、提出は3月／細川厚労相

細川律夫厚生労働相は2月10日の閣議後の会見で、「介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）」の提出時期について「予算非関連法案なので3月になる」とした。

新たな高齢者医療制度については「法案の提出に向け準備中」と述べ、今通常国会へ提出する方針をあらためて示した。

国保について「財政の運営主体の広域化は従来からの大きな課題」とも述べ、財源も含め制度の在り方について地方自治体などと協議していく考えを示した。（2/14MEDIFAXより）

介護療養廃止の延期は6年／厚労省、社会医療法人の特養運営も

厚生労働省は、介護療養病床の廃止を延期する期間を2012年4月から6年とする方針を固めた。民主党は10年末、廃止を3年延期する提言を細川律夫厚生労働相に提出した。しかし厚労省は「老人保健施設へ転換するには3年は短い」との現場の声を受け、6年延期と判断した。社会医療法人が特別養護老人ホームの開設者となることを認める規制緩和も行う。いずれも「介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）」に盛り込み今国会に提出する方針だ。

法案の要綱案によると、将来的に介護療養病床を廃止する方針は変えないものの、今ある介護療養病床に6年間の猶予期間を設ける。12年度以降は介護療養病床の新設を認めない。猶予期間の間に介護報酬など必要な支援策を設けて、老健施設などへの転換を進める。

介護療養病床をめぐるのは、厚労省が06年の医療制度改革で11年度末までに全廃することを法律で決めた。介護療養病床の患者のうち医療の必要度が高い人は医療保険が適用される医療療養病床へ、医療の必要度の低い人は介護保険適用の老健や特養に移ってもらい、病床の機能分化を図ることにした。しかし06年時点で12万床あった介護療養病床は、10年6月時点で約8.6万床と思うように転換は進んでいない。

このため長妻昭前厚労相は10年9月、国会答弁で11年度末の廃止について撤回を表明した。その後のメディアファクスの取材に「老健施設などの受け皿が不十分」と指摘していた。これを受け厚労省は関連法案の提出準備を進めてきた。

また、法案の要綱案によると、社会医療法人が特

養の開設者となることを認める。厚生労働省老健局によると、現在の法律では特養を開設できるのは市町村などと社会福祉法人。政府が11年1月に発表した「新成長戦略実現2011」では、特養の開設者に社会医療法人を加えることが提言されており、これに沿って規制緩和する。厚生労働省医政局によると、社会医療法人は11年1月時点で116法人。

●財政安定化基金取り崩し保険料軽減

このほか、都道府県ごとに設けている財政安定化基金を取り崩して保険料の軽減に充てる。財政安定化基金は国と都道府県、市町村がそれぞれ3分の1ずつ出資した基金。老健局によると、09年度末で基金残高は計2767億円あり、全てを切り崩すと65歳以上の第1号被保険者の保険料を150円程度軽減できる。基金をどの程度取り崩すかについては、まだ決まっていないとしている。（2/10MEDIFAXより）

認定介護福祉士を創設へ／介護人材養成検討会が報告書了承

厚生労働省の「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」は1月20日、介護福祉士の上級職として「認定介護福祉士（仮称）」を創設することなどを明記した報告書を大筋で了承し公表した。

認定介護福祉士の創設具体化に向けては「介護福祉士の職能団体が主役となって行うこと」と明記。また、認定介護福祉士が「できること」を明確にするとした上で▽利用者QOLを向上させる質の高いサービスを提供▽医療職との連携を進めるキーパーソンとなる▽指導力を発揮してチームケアの質を改善する—などを例に挙げた。認定介護福祉士の役割については「福祉人材確保指針などに明記することもある」とした。

報告書にはこのほか、介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験受験の義務化についても3年延期することを明記した。現在実施中の介護職員らが「たん吸引と経管栄養」を行うための試行事業では、実施に必要な研修内容を介護福祉士養成カリキュラムに含めることで検討が進んでいる。義務化延期は、現在養成施設で行われている研修1800時間に「たん吸引と経管栄養」の研修を含めるか、別枠とするのかを検討するための措置だ。

前回の会合で、実務経験者が介護福祉士国試を受験する要件として義務化が決まっていた「実務者研修（仮称、以前は6カ月研修と呼称）」の試行3年延期が決定しており、今回の決定で、2007年の法改正

で整理した研修・国家試験の体制を合わせて延期する格好となる。「3年延期」については1月24日に召集される次期通常国会へ改正案を提出する。

（1/21MEDIFAXより）

生活保護でもユニット特養入所可能に／厚生労働省

厚生労働省は2011年度から、生活保護受給者がユニット型の特別養護老人ホーム（特養）に入所できるよう、利用者負担を軽減する事業の対象を拡大する。社会保障審議会・介護給付費分科会がまとめたユニット型特養の整備推進方針を受け、高齢者が所得状況に関わらず入所できるよう支援する。

厚生労働省は、特養などを運営する社会福祉法人が「持ち出し」で生計困難者の利用者負担を軽減する場合の費用を一部助成する「社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業」を実施している。生活保護受給者は同制度の対象となっていないが、11年度から、ユニット型特養の居住費相当の自己負担額に限り対象に加える。

生活保護受給者は原則、居住費負担が発生するユニット型特養には入所できないが、同制度を利用すれば居住費負担がゼロになるため入所可能となる。08年度には市町村の84.9%が、サービス別では特養の約71%、地域密着型特養の約60%が同事業を実施。11年度予算案では約13億円を計上した。

生活保護受給者のユニット型施設入所をめぐるっては、社会保障審議会・介護給付費分科会で「生活保護受給者についてもユニット型施設への入所が可能となるよう、支援制度の在り方について検討すべき」との意見をまとめていた。（2/7MEDIFAXより）

介護未経験者の雇用助成金、10年度末で廃止へ／厚生労働省

厚生労働省は2010年度末で、介護未経験者を雇用した事業主を一定の条件下で財政支援する「介護未経験者確保等助成金」を廃止する方針だ。廃止に伴う経過措置を設け、10年度中に1人目の対象者を雇い入れた事業主は、11年度中でも申請可能とする予定。

新卒者を除く介護未経験者を雇用保険一般被保険者として雇い入れた事業主に対し、6カ月定着すれば1人当たり25万円、1年間定着すればさらに25万円を助成する制度。企業の規模に応じ、最大20人が助成対象となる。介護人材の確保などに向け08年12

月に創設し、10年度当初予算では約92.2億円を計上した。しかし、同助成金を含む厚労省の「介護雇用管理改善等対策費」をめぐっては、行政刷新会議が10年10月に開いた事業仕分け（特別会計）で、予算執行率の低さなどが論点に挙がっていた。

保健医療や福祉サービス経験者などを雇い入れた事業主を一定の条件下で財政支援する「介護基盤人材確保等助成金」も10年度末で廃止する方針だ。（2/4MEDIFAXより）

小規模多機能と訪問看護で「複合事業所」／介護保険制度改正案

厚生労働省老健局振興課の川又竹男課長は1月19日、東京都内で開かれた日本在宅介護協会のセミナーで講演し、1月24日から始まる通常国会に提出する予定の介護保険制度改正案について「新しいカテゴリーとして“複合事業所、をつくろう”と思っている」と述べた。小規模多機能型居宅介護と訪問看護ステーションの組み合わせについて詳細を詰めているとし「利用者の医療的ニーズへの対応と、施設側の柔軟な人材配置を可能にしたい」とした。改正案については「あと1カ月強でまとまる」との見通しも示した。

また、「介護予防・日常生活支援総合事業（仮称）」を新規事業として盛り込む予定であることも明らかにした。介護予防・日常生活支援総合事業は、家事援助や機能訓練などの予防給付と、見守り・配食サービスなどの保険外サービスを合わせて、1つのパッケージとして要支援者・介護予防事業対象者に提供する制度。実施する条件として▽希望する市町村の手挙げ方式▽従来通りの方法とパッケージ型の両方を利用者に合わせて振り分けられるような仕組み▽NPOやボランティアなどとも協力する▽内容は保険者が決定一などを前提に現在検討中という。

介護保険制度改正案に新規事業として盛り込む予定の24時間型サービスについては「新しいサービス類型として盛り込み、2012年度からの実施を目指す」とした。（1/20MEDIFAXより）

医療系サービス、低い利用傾向／厚労省・介護支給限度額調査

厚生労働省は2月7日、社会保障審議会・介護給付費分科会に「区分支給限度基準額に関する調査」の結果を提示した。介護サービス利用量が支給限度額を超える利用者（超過者）の利用状況は、通所介

護が53.9%で最も多く、訪問介護（48.5%）、短期入所サービス（33.8%）が続いた。医療系サービスで最も多かったのは通所リハビリテーションの18.8%で、訪問看護が8.9%、訪問リハビリは1.6%にとどまるなど、医療系サービス利用率が全体的に低かった。

限度額7－9割程度の利用者を見ても、医療系サービスの利用量は全国平均と同程度だった。一方で、両者とも訪問介護や通所介護の利用量は全国平均よりも多かった。

調査は、超過者と、限度額7－9割程度利用者を対象に、全保険者から要介護度別に1人分ずつ介護給付費明細書を収集・分析した。

●「意外な結果」宇都宮課長

厚労省老健局老人保健課の宇都宮啓課長は調査結果に関する会見後、記者団に対し「限度額を超える場合の要因を調べる趣旨だったが、思わぬ結果が出た。（限度額に関して）直ちにどこをどう直すか、ということではなさそうだ」と述べた。訪問介護や通所介護など、見守りを必要とするサービスの利用率が高かったことについては「（見守りという要素だけ取り上げれば）介護保険の対象ではない。現在（介護予防・日常生活支援複合事業として）検討中の予防給付と見守り・配食サービスなどを包括的に提供するサービスを考える際の材料になる」との見方を示した。

振興課の川又竹男課長はメディファックスの取材に対し「今回の調査は限度額の7－9割利用者、超過者の一部を対象にしたもの」と前置きした上で、「見方によっては面白い結果。ケアマネジメントの検証は介護保険部会の意見書にも指摘がある通り、中期的な視点で検証する。養成課程なども含めたケアマネジャーの資質に関する全体的な調査を行うことを検討している」と話した。調査を実施した場合の2012年度改定への影響については「反映できるようなデータがあれば検討材料の一つとして提示することは当然あり得る」と述べるにとどめた。

調査では、超過者のケアプラン内容も分析。市町村のケアプラン点検者4人（看護師2人、社会福祉士1人、介護福祉士1人）が要介護1・3・5のプランの一部を評価した結果、「見直す余地がある」としたケアプランは9割に及んだ。厚労省は超過者のケアプラン例として、1週間毎日午前9時半から午後4時までの通所介護だけが組まれた要介護1のプランなどを示した。ケアプラン点検者からは「自立度を改善させるケアプランになっていない」「医療系

サービスが少ない」などの声が寄せられたことも紹介した。

厚生労働省によると、介護給付費実態調査を分析した最新のデータでは、超過者が全体の約3%、限度額7-9割利用者は約24%となっている。（2/8MEDIFAXより）

介護総量規制の堅持を／大都市の介護保険担当課長ら

政令指定都市の介護保険担当課長らでつくる「大都市介護保険担当課長会議」は2月4日、介護施設などの「総量規制」の堅持を求める要望書を、厚生労働省老健局介護保険計画課と内閣府に提出した。

政府・行政刷新会議の「規制・制度改革に関する分科会」ライフイノベーションワーキンググループで介護総量規制の緩和が狙上に載っていることに対し「バランスの取れた計画的な施設整備を促進するためには、施設種別ごとの総量規制は不可欠」と主張。「施設の整備量が少ないのであれば、地方自治体の判断で必要利用定員数を増やすことが可能。総量規制そのものを廃止する必要はない」と訴えている。

介護総量規制の緩和をめぐることは、2月7日の社会保障審議会・介護給付費分科会で石川良一委員（全国市長会介護保険対策特別委員会委員長・東京都稲城市長）も「強く反対を表明する」との意見書を提出した。（2/8MEDIFAXより）

調査・データ編

市町村国保、実質2633億円の赤字／09年度

厚生労働省は2月4日、2009年度の市町村国保と後期高齢者医療広域連合の財政状況を公表した。市町村国保は収入12兆8975億円（前年度比1.4%増）に対し、支出は12兆8070億円（同1.3%増）。単年度収支差引額は61億円の黒字だが、黒字額は前年度より32億円減少した。市町村の一般会計からの決算補填目的の繰入金を除いた実質収支は2633億円の赤字で、赤字額は250億円増加した。

収入は、保険料収入が3兆472億円で、被保険者が前年度より31万人減少し3566万人となったことや、保険料（税）収納率が88.01%（前年度比0.34ポイント減）に低下した影響などで、前年度より0.5%減少。

国庫支出金は3兆2259億円（同4.3%増）、市町村一般会計からの法定外繰入金3592億円（同2.2%減）、前期高齢者交付金2兆6675億円（同9.5%増）だった。

一方、医療保険給付費は8兆5496億円（同2.5%増）、後期高齢者支援金は1兆5766億円（同10.6%増）と増えた。

保険料（税）収納率は2年連続の低下となった。11年6月1日現在の滞納世帯数は約436万世帯で前年同期より5.6万世帯減少したが、総世帯数も減少したため滞納世帯割合は増減なしの20.6%だった。

●後期高齢者、09年度は508億円の黒字

09年度の後期高齢者医療制度の財政収支は収入が11兆7207億円、支出は11兆4146億円で、収支の差引合計額は3061億円の黒字となった。収入から特例交付金と繰越金、支出から基金積立金などを除き、国庫支出金精算額を考慮した精算後の単年度収支差引額は508億円の黒字で、08、09年度の合計収支差引額は計1916億円の黒字となった。各広域連合はこのうち1139億円を、10、11年度の保険料上昇抑制のために活用しているという。

09年度で赤字の広域連合は東京、愛知、大阪の3つ。厚生労働省保険局高齢者医療課は「09年度に限れば赤字（の広域連合）がもっと出てもおかしくなかった。3つとも大した赤字額ではない」と述べ、想定よりも黒字だったとの認識を示した。その上で「給付費が各広域連合の見込みよりも伸びていないことが要因。（黒字が多かったことについて）たまたまと言えばたまたまだ」とも付け加えた。

被保険者は09年度末で1389万人（前年度比44万人増）。収納率は全国平均で99.00%（同0.25ポイント増）。このうち、年金から天引きとなる特別徴収を除いた普通徴収の収納率は97.60%（同0.65ポイント増）だった。普通徴収の徴収率が上がったことについて高齢者医療課は「各広域連合が頑張ってくれた。（後期高齢者医療制度導入から）2年目で軌道に乗ったのだろう」としている。（2/7MEDIFAXより）

医療費伸び率は3.9%／10年度上半期、医科入院は6.6%

厚生労働省は2月2日の中医協総会で、2010年度上半期（4-9月）の「医療費の動向」を報告した。稼働日数補正前の段階での医療費の対前年同期伸び率は3.9%、1日当たり医療費伸び率は3.8%、延べ患者数を示す受診延べ日数の伸びは0.1%だった。10年度診療報酬改定で大半の財源が充当された医科入院

に限ると、稼働日数補正前の医療費伸び率は6.6%だった。

全体の伸び率は、診療報酬改定など大きな制度改正のなかった09年度の年間の伸び率3.5%と比べて0.4ポイント上回った。特に医科入院が3.5ポイント上回ったほか、歯科も2.1ポイント上回った。一方、入院外は病院・診療所ともに1.0ポイント、調剤は4.9ポイントそれぞれ下回った。

医科病院で見ると医療費の伸び率は5.7%で、09年度年間伸び率との比較では2.2ポイント上回った。入院の伸び率は大学病院が8.5%、公的病院が7.3%、民間病院が5.9%で、09年度年間伸び率を2.8-4.2ポイント上回る一方、入院外はいずれも09年度年間伸び率を下回った。病床規模別では200床以上で6.1%、200床未満で4.6%の伸び。

医科診療所の入院外を主な診療科別で分析すると、耳鼻咽喉科、小児科、皮膚科などで09年度年間伸び率を上回る一方、外科、整形外科、内科などは09年度年間伸び率を下回る伸びにとどまっている。

受診延べ日数は医科病院の入院で1.3%伸びる一方、入院外は3.9%減。医科診療所の入院外では1.2%の伸びとなっている。

稼働日数補正後の伸び率は全体で3.4%、医科入院は6.4%、医科入院外1.1%、歯科0.6%。
(2/3MEDIFAXより)

2年目で実施率微増／特定健診で厚労省公表

2009年度の特定健診実施率は40.5%で、08年度（確定値）から1.6ポイント増加したことが、厚生労働省が1月21日に発表した「09年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（速報値）」で分かった。特定保健指導対象者のうち指導を終了したのは13.0%で、08年度（確定値）から5.3ポイント増えた。

09年度の特定健診の対象者数は約5220万人で、受診者数は約2115万人。特定保健指導の対象者数は約399.8万人で、指導を終了したのは約51.8万人だった。

受診者数に占める内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者の割合は14.4%で、内臓脂肪症候群予備群は12.3%だった。

保険者別の特定保健指導実施率では、市町村国保が21.5%で最も高く、次いで組合健保12.4%、船員保険9.8%、共済組合9.4%、全国健康保険協会7.2%、国保組合6.9%だった。

厚労省は、09年度の特定健診実施状況に加え、都道府県から収集する医療費適正化に向けた取り組み

内容や、平均在院日数の変動などを踏まえ、全国医療費適正化計画の中間評価を10年度末までにまとめ公表する予定だ。（1/24MEDIFAXより）

有料老人ホーム該当施設で未届け6割／厚労省調査

施設名称や管理者などの届け出が義務付けられている有料老人ホームに該当し得る施設のうち、未届けの施設は2010年10月末時点で約6割を占めていることが、厚生労働省が発表した「未届の有料老人ホームに該当しうる施設に対する指導状況等におけるフォローアップ調査（第2回）」結果で1月20日、分かった。厚労省は1月20日付で、指導の徹底などを求める通知を都道府県に発出した。11年10月末時点の状況についても調査を行う予定としている。

10年10月末時点で有料老人ホームに該当し得る施設数は414件で、うち未届けの施設は248件。09年10月末時点から141件減少したが、厚労省は「一定程度届け出が進んだものの、さらなる取り組みを徹底する必要があることが判明した」としている。厚労省は1月20日付で都道府県に対し、福祉、消防、建築などの関係部局間や市区町村との連携体制を構築し、届け出促進や指導に徹底して取り組むよう求める通知を発出した。（1/21MEDIFAXより）

新規H I V感染者が過去最多／10年第4四半期

厚生労働省エイズ動向委員会によると、2010年第4四半期（10年9月27日-12月26日）の新規H I V感染者報告数は303件、新規A I D S患者報告数は119件で、いずれも前回報告件数と比較して増加した。四半期ベースでH I V感染者は過去最多、H I V感染者とエイズ患者の合計も過去最多となった。

新規H I V感染者では同性間性的接触による感染が218件で約72%を占めた。感染者は20-30代が多く、40代でも増加が見られた。

保健所でのH I V抗体検査は2万7211件、自治体が実施する保健所以外での検査件数は7511件だった。保健所などでの相談件数は4万2030件で、前回報告や前年同期と比較して、抗体検査件数は増加したが、相談件数は減少した。

例年第4四半期は、12月1日の「世界エイズデー」の影響もありH I V抗体検査件数が最も多くなるが、10年は検査件数が伸びず、件数が減少した09年と同水準にとどまった。

●10年の新規A I D S患者が過去最多

10年1年間の新規H I V感染者は1050件で過去3位、新規A I D S患者は453件で過去最多となった。H I V抗体検査数は13万930件、保健所などでの相談件数は16万4264件でいずれも前年より減少した。また、母子感染が2件報告されている。（2/8MEDIFAXより）

医薬品の国内生産3%増、過去10年で最大／09年生産動態統計

厚生労働省医政局経済課は2月8日、2009年の薬事工業生産動態統計年報の概要をまとめた。医薬品の最終製品の国内生産金額は6兆8196億円（前年比3.0%増）で、過去10年間の最大額となった。輸出金額は1628億円（0.1%増）。輸入金額は2兆1265億円（14.4%増）と大幅に伸び、過去5年間で最大額となった。インフルエンザ治療薬などの抗ウイルス薬の輸入が大幅に伸びている。経済課は「国民医療費や薬剤費の伸びに伴い、国内生産や輸入も増えた」と見ている。

医療機器の国内生産金額は1兆5762億円（6.9%減）、輸出金額は4752億円（15.0%減）、輸入金額は1兆750億円（1.4%減）。国内生産金額の減少率は過去10年間で最大。大手医療機器メーカーの売り上げ落ち込みなどがあったという。

医薬部外品の国内生産金額は8228億円（1.7%増）、衛生材料の国内生産金額は539億円（0.6%減）だった。（2/9MEDIFAXより）

医療・福祉の平均給与29万8000円／10年勤労統計、前年比3.1%減

厚生労働省は2月1日、現金給与総額について、2010年の毎月勤労統計調査の結果速報を公表した。産業全体では平均月間現金給与総額は前年比0.5%増の31万7092円で4年ぶりの増加となったのに対し、医療・福祉産業は前年比3.1%減の29万7647円となった。

産業別に見ると、病院の平均月間現金給与総額は40万4148円（所定内給与30万9050円、超過労働給与2万8065円、特別に支払われた給与6万7033円）だった。以下同様に一般診療所は25万4612円（21万1688円、7749円、3万5175円）、老人福祉・介護事業は21万6069円（17万4509円、7696円、3万3864円）だった。医薬品製造業は55万6076円（37万5355円、2万5171円、15万5550円）だった。（2/2MEDIFAXより）

北海道・佐賀で最高の9.60%に／協会けんぽ保険料率

全国健康保険協会運営委員会（委員長＝田中滋・慶応大大学院教授）は1月31日、2011年度（11年3月分から）の協会けんぽの都道府県別保険料率を了承した。料率の最高は北海道と佐賀の9.60%、最低は長野の9.39%となっている。両者の格差は現行より0.05%分拡大する。

平均料率は現行より0.16%上がり9.50%。年齢構成や所得水準の相違を加味した都道府県別医療給付費水準の乖離を是正する激変緩和率は20%分とする。国庫補助率は現行の16.4%を維持する。協会によると、料率のうち高齢者医療の支援金・納付金に充てる「特定保険料率」は10年度より0.12%分増え全国一律で3.62%となる。「特定保険料率」と加入者の医療給付費水準を基に算出する「基本保険料率」の伸びの財源比率は「特定保険料率」が約6割、「基本保険料率」が約4割となっている。

●中期的な財政運営、検討を

料率の変更方針を踏まえ運営委は▽国庫補助率の引き上げに向けた粘り強い働きかけ▽保険料負担軽減に向けた医療費適正化や業務改革、経費節減▽複数年での収支均衡の下で料率設定を可能にするための中期的な財政運営方針の検討—について、本部・支部一体となって対応するよう求める意見書を、協会に対して提出することを決めた。

（2/1MEDIFAXより）

9割の病院が「個人情報保護規定」整備／全日病調査

個人情報保護法への対応として、個人情報保護規定を整備している病院が90%に上ることが、全日本病院協会の「2010年度個人情報保護に関するアンケート調査」で分かった。職員の誓約書は85.7%、個人情報保護方針は78.5%、利用者への方針の抜粋掲示は76.3%、情報開示の規定は75.5%の施設で整備が進んでいる。

全日病は全会員となる2302病院に対し▽個人情報保護法への組織的対応状況▽院内研修の実施状況▽外部研修への参加状況▽個人情報に関する苦情・相談状況▽診療情報の開示状況—などの項目でアンケート調査を実施。1113病院から回答を得た。回答率は48.3%だった。

情報システム内での個人情報セキュリティ対策については、「ID・パスワードのみ」が83.0%、「サ

ーバーによるアクセスログ管理のみ」が25.1%だった。アクセスログ管理は前年（12.2%）より大幅に増加した。「していない」とする回答は12.3%で減少傾向にある。

個人情報の外部持ち出し制限実施内容については、「規定文書による制限文のみ」が最も多く45.7%だった。「メディア使用の禁止」は36.7%、「持ち出し作業者の限定」が22.8%、「メディア接続部の取り外し・封鎖」が14.6%だった一方、「制限していない」とした回答が7.5%あった。

開示請求者の多くは患者本人・患者家族となっているが、警察や裁判所からの請求も09年と比較し増加した。

●開示費用、診療記録コピーは1枚平均117円

開示請求にかかる費用の平均額は、「診療記録のコピー（1枚）」が117円、「X線フィルムのコピー（1枚）」が622円、「医師による説明（1時間）」が3667円だった。（1/27MEDIFAXより）

国立病院に是正勧告71件／7年間で、残業代未払いも

医師や看護師の時間外労働に対する割増賃金の未払いや過重労働があったとして、国立病院機構が運営する全国の病院が2004-10年度に、71件の是正勧告を各地の労働基準監督署から受けていたことが2月9日、分かった。

東京都に住む男性が10年12月、機構に情報開示請求し、是正勧告書などが開示された。未払い額などは不明。

それによると、医師らに対する割増賃金の未払いや、労使協定で定める制限を超えて時間外労働や休日労働を行わせた過重労働などが労働基準法違反とされた。1人の医師に約110万円の割増賃金を支払っていない事例もあった。

ある病院では、放射線業務に従事する職員に定期健康診断を受けさせず、労働安全衛生法に違反すると指摘された。

国立病院機構の担当者は「現時点ではコメントは出せない」としている。機構は全国で144の病院を運営。約5万人の職員が勤務している。

病院に対する同様の是正勧告は各地で相次いでいる。過労死弁護団全国連絡会議の松丸正弁護士は「これまで医療現場では労働基準法が守られておらず、医師らの『患者のために』という聖職意識に甘えてきた」と話している。

【共同】（2/14MEDIFAXより）

医療ツーリズムに反対7割／都道府県医師会

日本医師会は1月26日、各地の医療ツーリズムの動向について都道府県医師会を対象に調査した結果を公表した。「明確に反対」は28件、「どちらかという」と反対は6件で約7割が反対の意向だった。高杉敬久常任理事は定例会見で「調査結果を政府への提言、ロビー活動に活用したい」とし、日医として引き続き医療ツーリズムに反対の姿勢を示していくとした。

調査は2010年11月から12月にかけて行った。医療ツーリズムの動向について「具体的な動きあり」としたのは22件、「漠然とした動きあり」としたのは8件で、30都道府県で何らかの動きがあることが分かった。「不明・なし」は17件だった。

医療ツーリズムに対しては「混合診療の全面解禁につながる」「国民皆保険制度の崩壊を招く」「地域医療の崩壊を招く」「医療機関格差が助長される」などの意見が多く、日医に政府への働き掛けを求める意見もあった。高杉常任理事は「医療ツーリズムが全国的な広がりを見せていることをあらためて認識した。国民医療を守る姿勢を強めていきたい」と述べた。（1/27MEDIFAXより）

5週以上の長期処方3割／日医総研WP

日医総研はこのほど、「長期処方についてのアンケート調査報告-6道県におけるパイロットスタディー」と題するワーキングペーパー（WP）をまとめた。調査は北海道、茨城、群馬、千葉、広島、福岡の医師4215人から有効回答を得た。「5週以上」の処方が約3割にまで及んでいることが分かったほか、過去1年間で120日以上処方を行ったことがある医師が7.5%、180日以上も2.8%で、「処方期間が長期化している」と分析した。

5週以上の比較的長期の処方を行っている理由は「病状が安定しているから」（68.4%）が最も多く、「患者さんからの要望」（48.5%）が続いた。一方で、27.2%は「外来患者を少なくし、じっくり診療するため」と回答した。

これらの結果を踏まえWPは「慢性疾患の患者に対する処方期間が非常に長期化している」と指摘し「深刻な問題が生じていることが浮かび上がった」とした上で「長期処方の実態と問題について、厚生労働省は全国レベルできちんと把握すべき」とした。

電算処理分の調剤医療費で見た厚生労働省の調査でも、内服薬の平均処方日数は過去5年間伸び続け、特に直近3年間は年1日近いペースで伸びており、2009年は19.7日だった。（1/18MEDIFAXより）

医療費負担増「仕方ない」6割超／中医協会長・遠藤氏が調査

中医協の会長を務める遠藤久夫氏（学習院大教授）は2月2日に開かれた日本医師会の医療政策シンポジウムで、今後の医療費の負担について国民意識を調査した結果の概要を報告した。調査結果によると、医療費の負担増は仕方ないとの意見が6割を超えた。

「医療の利用に制限を積極的に設けて、医療費は現状の水準にとどめる」は25.3%だったのに対し、「医療費増加抑制策は必要だが、医療の利用制限が進むのは良くないので、医療費負担の増加は仕方ない」は64.9%と多数を占めた。「医療の質や利用の制限は現状の水準を維持するのが望ましく、医療費負担がかなり増加してもよい」は5.5%、「医療の質や利用の利便性を向上させるため、積極的に医療費負担を増加させるべき」は4.3%だった。

負担の方法は「増税」が34.3%、「自己負担増」が33.5%と拮抗し、「保険料の引き上げ」は22.0%だった。

調査会社に登録しているモニター1000人を対象にウェブ上で調査した。医療費財源について理解を深めた上で回答してもらうために、高齢化のデータなどを示した解説文を添付した。（2/3MEDIFAXより）

産婦人科医の8.4%に気分・不安障害／日産婦・委員会が調査

日本産科婦人科学会の2010年度第1回拡大医療改革委員会と「産婦人科医療改革公開フォーラム」が1月30日、東京都内で開かれ、産婦人科医の8.4%が臨床的に問題となる程度気分障害、不安障害を抱えているとの調査結果を「次世代を担う男女産婦人科医師キャリアサポート委員会」が、報告した。

調査は09年12月～10年1月と同年4月に産婦人科医1301人を対象に行った。米国精神医学会が作成した抑うつなどの危険因子「K6」を用いて調べた結果、K6が10点以上のうち臨床的に問題となる不安障害などを抱えている比率は産婦人科医は8.4%と高頻度だった。日本人の一般集団で1.9%とされる。

同委員会は、勤務時間が長く当直が多いほど高い傾向にあるとしたほか「年収、労働量、自己決定、情緒的支援満足度が危険因子になっている」と説明。産婦人科医のバーンアウトを防止する上でも労働環境の是正が必要とした。

●産婦人科医は増加も処遇改善は限定的

一方、産婦人科医数は増加傾向にあり一時期の危機的状況は脱しつつあるが、当直回数や月間の勤務推定時間は改善されておらず、施設間格差、地域格差が大きくなっているとの報告もあった。海野信也・医療改革委員会委員長は、日産婦の年度別入会者数は04年に101人まで落ち込んだものの、09年に452人、10年には477人と増加傾向にあると報告。分娩手当の支給施設は、大学病院の本院で08年は14施設だったが、10年は44施設と急速な増加を示し、全大学病院の半数に迫る勢いとした。しかし、時間外勤務の処遇改善は一部の施設に限定されていると説明した。

中井章人氏（日本医科大多摩永山病院）は産婦人科医療提供体制に関する日本産婦人科医会のアンケート調査結果を報告した。1カ月当たりの平均当直回数は08年から3年間、産婦人科は依然として増加傾向が続き、他診療科の1.5倍となっている。

●常勤医1人施設、島根・石川で4割以上

産婦人科の常勤医師1人施設の割合は全国で11.4%、2人施設の割合は15.9%だった。都道府県別に見ると、常勤産婦人科医1人施設の割合が最も高いのが島根で41.7%、石川が40.0%。30%台を占めたのが青森、山形、高知、大分の各県となっている。一方で岩手、千葉など一部の県では1人常勤医施設はゼロで地域間格差も出ている。

関東地区では常勤医数は多いものの分娩数も多い傾向にあった。東京都の特別区、多摩地域を対象に、常勤医数、医師1人当たり分娩数、当直回数などの指標で分析したところ、都市部に比較して周辺地区は施設当たりの医師が少なく、1人当たりの分娩数が多くて当直回数も多かった。しかし、中井氏は「1カ月間の推定勤務時間で見ると同等になっている」とし、産婦人科医の労働環境の厳しさは都市部も周辺部も同じとした。（2/1MEDIFAXより）

治療せず放置が約4割／保団連が歯科アンケート

保団連が実施した歯科医療に関する受診動向などのアンケートによると、約4割の人が自覚症状があるにもかかわらず治療せず放置していることが分か

った。保団連が1月27日、結果を発表した。アンケートを受けたほぼ全員が歯は体の健康に関連していると考え、歯の健康の重要性を認識している一方、時間や費用を理由に治療しない人がある現状が明らかになった。

アンケートは2010年10月から約3カ月間、歯科医療の改善に役立てようと初めて実施。佐賀、沖縄両県を除く45都道府県で回答が得られ、回答数は1万129人（男性3831人、女性6199人）。

「治療せずそのまま放置しているところがあるか」の質問に対し、全体の36.6%（男性40.6%、女性34.1%）が「ある」と回答。20-50代の各年代で4割以上が放置していた。治療しない理由は「時間がない」が52.0%で最も高く、次いで「費用が心配」（34.5%）、「治療が苦手」（32.1%）が続いた。

また、「歯は全身の健康にとってとても大切」と考える人は95.3%で、「少し大切」（4.1%）と合わせると因果関係を認める回答は99.4%だった。保団連は「歯と全身の健康の関連や重要性の理解が国民に広がっている」と評価する一方、「自分の歯を残すためにも、医療経済の面からも早期発見・早期治療が大切で、放置を改善することは大きな課題」と分析した。（1/31MEDIFAXより）



社会保障財源、大企業の負担増を／保団連が決議採択

保団連は1月30日、第43回臨時大会を東京都内で開き「患者負担の大幅軽減、診療報酬・介護報酬引き上げ、消費税増税中止など医療、社会保障拡充への政治を求める決議」を採択した。社会保障財源の確保に向け、大企業などに負担増を求めるよう訴えている。

決議書では、政府が検討している番号制度の導入

や、環太平洋連携協定（TPP）への参加などに言及し「こうした政策は健康格差を広げるだけでなく、内需を冷え込ませ、経済も財政も悪化させる」と主張。「国と大企業の責任で雇用環境を抜本改善し、社会保障を拡充することが政治の緊急課題」と訴えている。

その上で、消費増税を行わず、社会保障財源は「国と大企業、大資産家」の負担増により確保することを提案。▽医療費総枠をOECD加盟国平均より引き上げ、診療報酬を大幅に引き上げる▽指導・監査の在り方の抜本的な正▽介護療養病床の存続—なども求めている。（2/1MEDIFAXより）

TPP参加「容認できない」／保団連が談話

保団連は1月31日、「医療の市場化拡大を狙うTPP（環太平洋連携協定）参加は、国民皆保険制度の崩壊を招く」と題する談話を発表した。「海外からの『人』や『経営資源』が国内に参入することで、わが国の医療に市場原理が持ち込まれる」と懸念を示し「断じて容認できない」と訴えている。

談話では、TPPへの参加について「外国資本が経営に参画した医療法人・医療機関が広がり、原則禁止の混合診療が拡大・解禁される」と主張。「公的医療費抑制」につながるとの見方を示し、反対の立場を強調した。（2/1MEDIFAXより）

高度医療の見直し中止を／保団連が談話

保団連は2月4日付で、厚生労働省が高度医療評価制度を見直し、実施手続きを大幅に緩和する提案をしたことについて「なし崩し的に混合医療を拡大する」として、見直しの中止を求める談話を出した。談話では、高度医療評価制度によって、大学病院や研究機関などを中心に、すでに混合診療が拡大されていると指摘。厚労省の新たな提案について「原則禁止の混合診療をなし崩し的に拡大するだけでなく、治験を空洞化させ、被験者保護をうたうヘルシンキ宣言からの逸脱の危険がある」としている。（2/7MEDIFAXより）

25対1療養病床の存続を／保団連が要請

保団連は2月2日、療養病床入院基本料2（看配置25対1）を算定する医療療養病床と、介護療養病床の存続を求める要請書を、細川律夫厚生労働相や衆参厚生労働委員、中医協委員らに提出した。両病床が廃止となれば「地域の入院医療は成り立たな

い」とし、2012年4月以降も医療療養病床の現行の看護・看護補助配置を認めることなどを訴えている。

要請書では、医療療養病床の現状について「看護師不足の中、20対1看護+20対1看護補助に移行できない療養病床も少なくない」と主張。現行では医療区分2・3の患者が8割以上であることが療養病床入院基本料1（看護配置20対1）の算定要件であるため「重症患者の割合を高くすることが求められる。慢性期病床であった医療療養病床が、亜急性期病床の役割を担うこととなる」とし「医療保険では慢性期病床は存在しなくなる」と懸念している。

介護療養病床については、医療関係者などから廃止撤回を求める声があるとし「廃止期限の短期延長」ではなく「廃止そのものの撤回」を求めた。（2/3MEDIFAXより）

レセプト電子請求「義務化に断固反対」／保団連

保団連は1月28日、レセプトの電子請求義務化に反対の立場を強調する見解を発表した。レセプト電子請求について「社会保障カード（仮称）」導入の前提となっているとの見方を示し「社会保障個人会計の布石と位置付けられる」と主張。社会保障給付費の抑制につながるとの懸念を示している。

さらに、「セキュリティへの対応やレセプトデータの目的外使用など、国民、患者の不利益につながる重大な問題も未解決」と主張。「診療報酬の審査、支払いのみならず、保険診療そのものにも大きな影響をもたらす」とし「レセプト電子請求の義務化に断固反対」と訴えた。（1/31MEDIFAXより）

適応外薬の早期保険適用で要望書／がん患者団体

がん患者団体5団体で構成する「J-CAN」は1月17日、「適応外医薬品の保険支払いの早期推進に関する要望書」を細川律夫厚生労働相をはじめ関係部局長や関連する検討会などの座長に提出した。J-CANは要望書の中で、適応外医薬品について「新ルール」の適正な運用に向けて公知申請の基準を明確にすることや、新ルールで保険適用となった医薬品情報や運用の周知徹底を求めている。

適応外医薬品については「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」で公知申請が妥当とされた医薬品については、薬事・食品衛生審議会の事前評価後に保険適用する新ルールが導入されてい

る。

J-CANは▽新ルールは公知申請の基準があいまいかつ高い▽新ルールで保険適用された医薬品に関する情報や運用が周知徹底されていない▽「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の開催継続が不明—と指摘。新ルールについての周知徹底や、検討会議の継続開催などを求めた。

●がん患者5団体で「J-CAN」発足

J-CANは、がん患者が直面する問題解決に取り組むネットワークとして、がん患者団体5団体（NPO法人愛媛がんサポートおれんじの会、NPO法人がんサポートかごしま、NPO法人グループ・ネクサス、NPO法人パンキャンジャパン、卵巣がん体験者の会スマイリー）により2009年12月に発足。今後はがん研究、緩和ケアなど、がん患者に共通の課題に取り組んでいくとしている。

（1/18MEDIFAXより）

増員・夜勤改善を求め議員に要請／医労連

医労連（田中千恵子中央執行委員長）は2月10日、看護職員の増員と夜勤環境の改善を求め、活動に賛同する衆参22人の議員に署名を提出するとともに、厚生労働委員70人に要請行動を実施した。200万筆を目標とする国会請願署名は現在36万5000筆。

医労連が2010年に実施した調査では、16時間に及ぶ長時間労働の増加や夜勤回数の増加などが明らかになっており、夜勤・交代勤務者の労働時間について「1日8時間、週32時間、勤務間隔12時間以上」などの実現と大幅増員を求めた。

春闘では「誰でも2万円以上の賃上げ」「パート労働者の時間給200円以上の引き上げ」を要求している。（2/14MEDIFAXより）

記事文末に（MEDIFAXより）と記載しているものは、契約に基づき株式会社じほう発行の「MEDIFAX」より転載・一部改変を許諾されたものです。



[一橋大学名誉教授]

渡辺 治

5

代表選で勝った菅直人は どんな政治をやるつもりか？

菅 VS. 小沢 対決論 その2

9月14日におこなわれた民主党の代表選で、菅直人が圧勝しました。再選された菅直人は、小沢派を閣内から一掃して改造内閣をスタートさせました。そしてこの対決は、10月5日には小沢一郎が強制起訴となって新たな段階に入りました。この菅と小沢の対決の狂騒劇は、いったいなんだったのか。その政治的意義はどこにあるのか。菅が勝ったことで政治の方向はどのように変わるのか——。検討してみましょう。

菅と小沢の代表選について注目すべき特徴は3つあります。第1、マスコミの一斉の「大勝」キャンペーンとは裏腹の、小沢の予想外の善戦です。「え？」と、異論をもつ読者も多いと思いますが、1222ポイントのうち菅は721、小沢は491で、その差は230ポイント。このポイント差を額面通りに取っても善戦です。

いかなる意味からも小沢の勝ち目はありませんでした。1つめ、国民の8割が小沢は代表にふさわしくないと表明していたことに現れるように、国民のうち、あなたも含めて、小沢を好きな人はいるのでしょうか。ほとんどいません。私も嫌いです。小沢ほどその政治生涯を一貫して、カネで大量の秘書を雇い、利権で票を獲得し、選挙においては財政をえさに利益団体を締め上げる、文字通り、自民党利益誘導型政治の極限のような政治を貫いてきた政治家はいません。小沢を恐れる者、利権目当てですり寄る者はあっても、好きな人間はいないでしょう。2つめ、取り巻きの悪い。菅陣営と比べて、票の獲得に走れば、票が減るような幹部も少なくありません。しか

も、小沢の代表・幹事長時代にあれほどすり寄った石井一をはじめ、今回は逃げ去っていった者も少なくありません。3つめ、菅に最大の有利な点は、マスコミが、朝日から産経に至るまで、^{おんしゅう}恩讐を越えて、菅支持で一致したことです。

これだけあれば、田中角栄と福田赳夫の総裁選挙の時のようにカネが乱れ飛びでもしない限り、菅は負けるはずがありませんでした。にもかかわらず、小沢はポイントでも500近く、議員票に至ってはほぼ互角まで持ち込みました。

もっとも注目すべきは、党員・サポーター票です。ポイントでは、菅の圧勝ですが、これは党員・サポーター票が総取り制、つまり小選挙区制だからで、票数でみれば、菅13万7998、小沢9万194、約6対4です。政治の世界に小選挙区制を導入して、民意と議席をこれだけ乖離させ、構造改革政治、保守二大政党政治をつくった張本人は小沢一郎その人ですから「ごまをみろ」ですが、この票数は軽視できません。沖縄3選挙区で小沢が勝ったのは普天間問題のゆえですが、菅の地元東京でみても、北区、足立区の一部を擁する12区、墨田、荒川の14区、江東の15区では小沢が勝ち、足立の一部を占める13区、江戸川、葛飾をカバーする16、17区でも接戦です。つまり、構造改革で打撃を受け、低所得者・高齢者層も多い下町地域で——これら地域はじつは共産党票が多く、保守二大政党寡占率も低い地域です——小沢は健闘しているのです。これはじつは、菅政権の推進しようとしている構造改革回帰路線、日米同盟強化路線への異論が民主党内に根強いことを示しています。

第2の特徴は、それにもかかわらず、マスコミが一斉に菅の「大

勝」を報じ、菅の勝利は国民世論の勝利であると称揚し、あげくは、菅政権がゆめゆめ小沢派を重用することがないよう、釘を刺したことです。これは何が何でも菅首相の打ちだした構造改革、日米同盟強化が乱されないように、励まし圧力をかけたことを意味します。

第3の特徴は、民主党内の激しい対立は所詮、構造改革と利益誘導の選択肢で闘われ、新しい福祉国家への選択肢は、代表選では示されなかったという点です。私は、昨年の民主党政権成立以来、民主党内には、構造改革・日米同盟派の「頭」と、自民党型利益誘導型政治派の「胴体」と、もう1つ、福祉の政治の実現をめざす「手足」という、3つの構成部分があると述べてきました。あの「手足」はどこへ行ったのでしょうか。

鳩山政権成立から1年を経て、当初民主党の掲げた福祉マニフェストの実現への国民の期待に背中を押されて威勢のよかった「手足」は、財界・マスコミ一体となった財政破綻攻勢の中で、次第に構造改革派に押されました。他方、参院選を前に当選を求める議員候補の要求を背に受けて、小沢率いる利益誘導派も肥大化し、地方に対する利益散布をえさに自民党支持基盤の切り崩しに狂奔しました。こうして民主党内では、財界の支持と期待を受けた構造改革派と利益誘導型派の対決が激化し、その狭間で、福祉実現派は、両派に削り取られて先細っていきました。今回の代表選で、菅率いる構造改革派と小沢率いる利益誘導派が激突する中、「手足」はついに、解体状況に陥ったといえます。菅勝利後、マスコミでは小沢派の処遇に

目がいく中、菅政権は、福祉派の粛正を敢行しました。福祉実現にこだわって財政削減に協力しない長妻昭をはじめ、福祉派と覚しき人材は一掃されました。そして、小沢強制起訴で、利益誘導派も政治的中心を失い、党内はいまや構造改革派がヘゲモニーを握っています。

民主党代表選で何がわかったのでしょうか。第1、代表選を通じて菅政権が掲げる構造改革・日米同盟強化路線に対する異論がことのほか強いことが改めてわかったことです。第2、それだけに財界もアメリカも、またその要請を自覚的に受け止めたマスコミも、いっせいに菅政権を応援し、他方、自民党にも菅政権への協力を命じ、構造改革路線の遂行に躍起となっていることが判明しました。マスコミのキャンペーン、財界のしつこいばかりの菅政権支持は、彼らの苛立ちと余裕のなさを示しています。第3、しかし代表選では、構造改革派の敵は利益誘導派であ



り、福祉派は、民主党内からはまとまった政治勢力としては消滅しました。そのか細い担い手すら失った結果、いまや民主党政権の下で、福祉国家型の政策はおろか、個々の福祉政策もその実行は難しくなり、利益誘導派も解体状況に陥りました。

以上の検討から、菅政権の今後が見えてきました。菅政権は、党内の敵を一応鎮圧した結果、発足時にも増して、構造改革・日米同盟路線を突っ走らざるをえなくなることは間違いないということです。しかし党内の約半分は、構造改革に異論をもっているため、その前途は容易ではありません。

クレスコ編集委員会・全日本教職員組合編集
月刊『クレスコ』11月号より転載（大月書店発行）



わたなべ・おさむ

1947年生まれ。専門は政治学、憲法、日本近代政治史。著書に『新自由主義か新福祉国家か—民主党政権下の日本の行方』（共著、旬報社）、『憲法9条と25条・その力と可能性』（かもがわ出版）、『構造改革政治の時代—小泉政権論』（花伝社）、『憲法「改正」—軍事大国化・構造改革から改憲へ』、『安倍政権論—新自由主義から新保守主義へ』（旬報社）ほか多数。

資料1

老後も安心して暮らせる地域包括ケアシステム推進プラン

京都府 2010年12月21日

国が介護保険制度見直しの柱と位置付ける地域包括ケアシステム構築に先駆け、京都府は「京都式地域包括ケアシステム」を提起。本プランに基づき、京都府は平成23年度当初予算案に58億円を超える「京都式地域包括ケア推進費」を計上。地域包括ケア推進機構（仮称）の設置やドクターズネットを活用したかかりつけ医紹介や「地域包括ケア支援病院」（バックアップ病院）の登録等、独自施策の展開を準備している。

個別ケア…高齢者の個別ニーズにあわせて 包括的ケア…必要な情報、サービスを包括的に、ワンストップで 継続的ケア…長期間にわたり、切れ目なく継続的に	
医療・介護・福祉が連携し、チームケアを実現	
京都式地域包括ケアシステムの実現に向けて（第1ステージ）	
1 4つの領域を充実強化	〈在宅医療サービス〉かかりつけ医、訪問看護ステーション等を充実 〈在宅医療サービスのバックアップ体制〉地域包括ケア支援病院（仮称）の指定、認知症疾患医療センターの設置 〈在宅介護サービス〉小規模多機能施設、訪問介護など中重度の要介護者が地域で安心して暮らせるサービス等の充実 〈見守り、生活支援サービス〉社会福祉協議会、社会福祉法人、NPO等を支援
2 安心して暮らせる「すまい」の整備促進	
3 各領域をつなぐ「皿のかなめ」（ネットワーク）の機能強化及び人材の育成	
4 「京都式」地域包括ケアシステムを支える機能の構築	4つの領域を充実し、各領域間の連携を強化することにより、本人の負担を軽減し、希望すれば誰でも住み慣れた地域で安心して暮らせる社会を目指します。
II 計画期間	
目標達成年度 2025年	
・第1ステージ 2010年～2013年（4年間）	
・第2、第3ステージ （3～5年スパンで実施）	
III 施策の方向	
1 4つの領域を充実強化	
①在宅医療を支える医療サービスの充実 在宅医療サービスを充実することで、中重度の介護を必要とする方や、在宅での療養を望む方が在宅で終生過ごすことを可能にする条件を整備します。	

老後も安心して暮らせる地域包括ケアシステム推進プラン	
検討委員会名	地域包括ケア実施委員会
担当部課	健康福祉部 高齢者支援課
現状と課題	2025年には「団塊の世代」が75歳を迎え高齢者が急増することによって、短期、中期、長期にわたる高齢者世帯が全世帯の4分の1を占めると推計されます。多死社会が到来し、高齢者の孤立化が進むことも危惧されます。 このような状況の中で、介護保険の利用者からの「医療と介護の連携が必要」との声や、サービスの現場からも「個人的なネットワークや経験頼みになっている」という声があり、医療、介護、福祉の各分野のコーディネート機能が別立って存在しているなど連携不足が指摘されています。 また、内閣府の調査（「高齢者の健康に関する意識調査」H21.3）によると、「終の棲家は在宅で」と考えている方が約半数を占めるものの、「家族の負担」「急変時の不安」から、現実には約8割が医療機関で亡くなっている状況にあり、在宅療養を支える資源の整備が急務です。 【参考】 高齢化率 2010年 2025年 京都府 23% → 30% 全国 23% → 28% 京都府 23万世帯 → 28万世帯 全国 200万人 → 323万人 ※ 認知症高齢者 （※ 高齢者介護研修会報告書H15.6）
【課題】 ▶ 在宅医療・介護・福祉を支える各サービス基盤の充実強化 ▶ 医療、介護、福祉の各分野における連携強化及び人材育成 高齢者の方が介護や療養が必要となっても、地域と関わりを持ちながら、自分の意思で生活の場を選択できるような環境整備が必要であり、個人の尊厳が尊重される社会の実現が求められます。	
新規施策と期待される効果	I 目指すべき姿 目指すべき姿：京都式地域包括ケアシステムが実現される社会 高齢者が住み慣れた地域で、医療、介護、福祉のサービスを組み合わせることのできる社会。 一医療・介護・福祉一体型のあしん社会一 このような社会を実現するためには、生涯にわたり健康を保持介護予防から、どのような生活に望むかを自分で決めていくのか、までを包括的に支えるシステムが必要となります。それを支えるシステムが「京都式地域包括ケアシステム」です。本プランではその第1段階として、医療、介護、福祉が一体となって、介護や療養が必要になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるためのシステム作りを目指します。 併せて地域包括ケアシステムの一環として行われる「総合リハビリテーション推進プラン」により、住み慣れた地域で安心して、いきいきと暮らせるようにするため、リハビリテーションの充実を一体的に進めることとします。

◇地域包括支援センターに認知症専門職員を配置し、認知症疾患医療センターと連携強化 ◇認知症を熟知したかかりつけ医の養成 ・かかりつけ医対応向上研修 ・認知症サポート医研修 ◇在宅療養が困難な認知症の人の受け入れ先の確保…グループホーム等	③在宅介護サービスの充実 地域密着型の在宅介護サービスをはじめとする、在宅介護サービスの基盤を整備するとともに、医療と介護の連携を推進します。	《中重度の要介護者でも在宅生活が可能となる方策》 ◇小規模多機能型居宅介護事業所、グループホーム等地域密着型事業所の整備、充実 ◇24時間地域巡回訪問サービス事業の創設 《レスパイト機能の充実方策》 ◇緊急ショートステイの拡充(国への提案)…小規模多機能型居宅介護事業所の空室を利用した、登録者以外の緊急ショートステイ事業を提案 ◇お泊まりデイサービスの検討 《介護保険施設における在宅機能の充実方策》 ◇地域包括ケアに資する整備を行う介護保険施設への支援…介護保険施設に連携相談機能等を設置し、地域密着型サービスの展開	④見まもり、生活支援サービスの充実 独居等の増加により地域で孤立する高齢者の増加が予想される状況を踏まえ、地域で高齢者を支える仕組みを作るとともに、介護保険になじまないもの、生活の「質」を維持するために必要なサービスの提供体制を構築します。	《生活支援サービスの充実方策》 ◇ナイトサービス(独居に不安のある比較的高齢自立度の高い高齢者のサポート)等あんしんを支えるサービスの整備 ◇「あんしんサポーター」を養成…高齢者の相談を身近で受ける人材を養成し、身近な地域の相談場所やサロン等で、高齢者の日常生活を支援するため、様々な機会をとらえて介護や福祉サービスの情報提供を実施するほか、特にひとり暮らしの方の日常の見まもりや、日常生活の様々な手続き等のアドバイス等により、漏れ落ち等を防止 ◇「暮らしのサポートコーディネート」の設置…地域包括支援センターと連携して地域の生活支援サービス情報の収集・提供 ◇ファミリーサポートセンターの機能に、高齢者家庭の支援サービスを付加
--	---	--	--	---

《かかりつけ医への支援方策》 ◇「ドクターズネット」を構築・支援…在宅医療を専門的に行う診療所と、かかりつけ医機能を有する診療所間のネットワークにより、24時間、365日在宅療養支援診療所機能の向上、拡大 ◇かかりつけ医紹介システムなど在宅医療サポートセンター（府医師会）の充実を支援 《訪問看護の充実方策》 ◇複数の訪問看護ステーションを束ねる基幹ステーションを設置し、規模を拡大 ◇訪問看護ステーションのサテライト化を進め、身近な地域で看護ケアを提供 ◇訪問看護ステーションみなし指定制度の創設（国へ提案）…一定数以上の看護師を配置する訪問介護事業所を訪問看護ステーションに指定し、訪問看護ステーションを増加、看護と介護の連携を促進 ◇医療系サービス（訪問看護、訪問リハ等）を介護サービス支給限度額対象外に（国へ提案）…医療系サービスを支給限度額対象外とし、訪問介護等との役割分担を明確にした上で、使い分けを緩和 《その他の支援方策》 ◇歯科用ポータブルユニット等の整備…在宅療養中でも口腔ケアを充実 ◇薬剤師等との連携強化	②在宅医療サービスを支えるバックアップ体制整備 在宅療養を困難にする原因となっている「家族の負担」「急変時の不安」を軽減するとともに、在宅療養を支える医療関係者を支援します。	《在宅医療への支援方策》 ◇「地域包括支援病院（仮称）」の指定…在宅医療の後方支援として、かかりつけ医等をサポートするとともに、家族の在宅介護の負担を軽減 ・在宅療養の急変時に対応できる緊急のベッドの確保 ◇退院調整機能（地域連携室）の強化…退院調整看護師、医療ソーシャルワーカーの資質向上とネットワークづくりを支援 ◇医療的ケアの必要な利用者向けのショートステイの拡充（国へ提案）…新たにショートステイの専用ベッドを確保。介護老人保健施設、介護療養型医療施設、有床診療所等にショートステイのベッドを確保し、新たに併設型ショートステイ制度やレスパイト制度を創設 《認知症患者への支援方策》 ◇認知症疾患医療センターの設置…認知症かかりつけ医のバックアップ、認知症患者の合併症対応を支援
---	---	--

【見まもりサービスの充実方策】 ◇認知症の方の見まもり体制の充実…認知症キャラバンメイトや認知症サポーターの養成など、徘徊高齢者の捜索・通報・保護や見まもり活動等を行うボランティアを幅広く育成し、地域の徘徊・見まもりSOS機能を強化 ◇人と情報の集まる「いきいきふれあいサロン」の充実…小学校区に最低1つの「サロン」を設置し、高齢者だけでなく、障害者、子育て世代も気軽に集まれる場を提供 ◇高齢者見まもり体制の充実…ITシステムの活用や社会福祉協議会、社会福祉法人、NPO等と協働して高齢者を地域で支えるネットワークを強化	2 安心して暮らせる「すまい」の整備促進 在宅で生活するためには、まず居住環境の確保が先決です。独居であって、も、要介護状態であっても、住所等であっても、安心して暮らせるすまいを確保します。 ◇「高齢者あんしんサポートハウスの整備」…独居等自立生活に不安のある者を支えるために、医療・介護・福祉が連携したサービスが利用できるよなすまいを確保 ・ 独居の方へ医療・介護・福祉サービスを提供 ◇公営住宅における医療・介護・福祉サービスの提供…公営住宅と地域包括支援センターが連携し、医療や介護・福祉サービスを提供 ◇医療・介護と連携したサービス付き高齢者向け賃貸住宅などの普及促進等 ◇住宅金融支援機構の融資制度を利用した、リバースモーゲージ制度を活用したすまい確保対策の推進	3 各領域をつなぐ「属のかなめ」(ネットワーク)の機能強化及び人材の育成 ①ネットワークづくりと人材の育成 医療、介護、福祉の連携不足は、サービス利用者である高齢者とその家族からも、サービス現場も課題との指摘があります。ネットワークのなめとなる地域包括支援センターへの支援を強化することで、サービスのネットワークを強化し、安心して在宅で療養できる環境をつくります。 【ネットワークへの支援方策】 ◇特区申請（継続）に加え、先行的に地域包括支援センターの強化を図り、「介護予防マネジメント業務」を軽減することで地域ネットワークづくりを推進し、地域包括ケアを充実 ◇地域包括支援センターが、地域の実情に応じて既存の資源（特別養護老人ホーム、グループホーム、在宅介護支援センター等）と連携して、地域包括ケアを推進
---	---	---

◇医療的ケア、認知症対応、住所等問題、虐待対応などの困難事例に対し、地域包括支援センターが中心となって、医療、介護、福祉の各サービスを包括的に提案する「地域包括ケアプラン（仮称）」づくりを推進 ◇認知症クリティカルパス（仮称）の導入…認知症専門医とかかりつけ医等の認知症医療連携及びケアマネジャー等との介護の連携、また、地域で生活を支える人たちの連携など、包括的に支えるパスを作成し、本人と家族を支援 ◇「ドクターズネット」を構築・支援…在宅医療を専門的に行う診療所と、かかりつけ医療を有する診療所のネットワークにより、24時間、365日在宅療養支援診療所機能の向上、拡大(再掲) 【人材養成の充実方策】 ◇在宅医療を担当する医師、訪問看護師、病院医等の合同研修会の開催 ◇特別養護老人ホーム入所者への安心・安全な医療的ケアの提供…医療的ケア実施に向けた指導者研修、サポート体制の構築 ◇医療職、介護職それぞれに対して他領域の研修を実施し、在宅高齢者を支える人材を育成 ◇介護人材4,000人の確保 ◇学校教育と連動したキャリア教育の推進 ◇潜在人材の現場復帰プログラムの充実と保育の確保 ◇資格、経験に基づくキャリア・アップ制度の検討	②地域包括ケアシステム実現に向けた支援方策 地域により異なる資源、ニーズに対応するため、各地域の実情に応じた支援が重要です。 また、地域で高齢者を支える生活支援サービスについては、各市町村が主体的に取り組んでいく必要があります。 ◇地域の実情にあわせた地域包括ケアシステムの実現を目指す支援制度を創設	4 「京都市」地域包括ケアシステムを支える機能を構築 「京都市」地域包括ケアシステムを実現するため、医療・介護・福祉の各関係機関と連携し、地域包括ケアを支援する仕組みを構築します。 ◇京都地域包括ケア推進センター（仮称）の設置 ・京都市地域包括ケアシステムの実現に向けて、関係各機関が連携し、オール京都体制で事業を展開 ・京都府医師会「トレーニングセンター」や府リハビリテーション支援センターとも密接に連携し、地域包括支援センター等を支援
---	--	---

ブラットホーム ムなど現場から のニーズ、提案、 検証結果等	■「医療と介護・福祉サービス連携協議会（H20設置）」を設置 ・医療と介護・福祉サービスを一体的・重層的に提供する体制の構築を検討 ・計6回の開催の中で、現状と課題を整理し、連携ツールやネットワークの素案を作成（4つのハハート） ■地域包括支援センターをはじめ各サービス事業所から現場での課題等の聴き取り ■各市町村の現状について意見交換（府内4カ所）
---	--

◇京都地域包括ケア推進センター（仮称）のプランチの設置…保健所単位でのプランチによるサポート体制の整備 5 本プランの今後の展開 高齢者の方が高齢期をいきいきと健やかに過ごしていくためには、介護予防の取組が重要です。一方で自らの終末期をどのように迎えるかを主体的に決定し、それに沿ったケアを行うターミナルケアについても、今後重要性が増していくことから、京都府としてこれらについての検討を進めていきます。 なお、介護予防については、現在、国において見直しが進められていることから、その動向を見ながら進めることとします。 また、その高齢者の方を支えていく家族介護者が、高齢者への敬意を持って介護に当たっていただけるよう、介護者自身を支える方策の検討や、高齢者、特に認知症の方やその家族への社会全体での理解を深めていくため、今後具体的な方策について、検討を進める必要があります。 さらに、医療、介護、福祉の各分野でサービスの「質」や生活の「質」を意識し、「京都式」地域包括ケアシステムを支える、各分野のリーダー的な人材の育成方策についても検討を進めます。	■医療関係 ・在宅療養支援診療所は大変重要だが、要件基準のハードルが高い ・介護保険対象者の退院調整加算が新設されたことで病院側が退院調整に積極的になってきており、今後は、退院調整部門をサポートすることが大事 ・訪問看護ステーションの看護師が病院に戻されているという現状がある ・訪問看護師が不足しており、潜在的な人材の現場復帰のための方策が必要 ■ネットワーク関係 ・ケアマネジャーと医師や訪問看護師とのコミュニケーションに問題がある ・基礎資格が福祉職であったケアマネジャーが約7割を占め、医療知識が不足の傾向 ・「連携」よりもさらに密接に協力するというイメージを出すために、「一体となつて」としてはどうか ・「特養施設等」を「介護保険施設」とする方が適当な表現ではないか ・医療・介護・福祉の各界でリーダーとして活躍できる人材の育成など、今までの枠にとらわれない人材育成や家族介護者を中心に据えた展開等も考える必要があるのではないか ■認知症関係 ・中重度の認知症患者の行き場がないのが現状 ・本人を身近にケアしていく家族の心を支える仕組みが必要 ・認知症の人を支えるには、小規模多機能型居宅介護事業所が欠かせない存在 ・小規模多機能を普及させるためには介護報酬を上げないと採算が合わない ・認知症を看られる施設として介護療養病床が適しているのではない ■生活支援サービス ・老介護や高齢の母と障害を持った息子の世帯等、ケースが複雑化している ・就労、家族、将来の生活等様々な問題に対し広く受け止める仕組みが必要 ・見まもりサービスについて、同じような内容の記載があり、一本化できないか ・ふれあいいきいきサロン設置については、すでに杜協が高齢者いきいきサロン活動をしているところもあることから「充実」に変更してはどうか ■地域包括支援センター ・地域包括支援センター業務では、予防給付ケアプラン作成でかなり手を取られており、地域に出て行き、コーディネートするところまでは出来ていない
---	---

協会だより（定例理事会要録から）

2010年度 第14回 2011年1月11日

【特別討議】

1. 決議（案）について
△担当＝政策部会

【各担当部報告】

〈総務部会〉

1. 週間行事予定表の確認
2. 今週の医療情報
3. 第3回保団連組織部会・担当者交流会（12月19日）状況

〈経営部会〉

1. 経営相談室（12月22日）状況
2. 金融共済委員会（12月22日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療事故案件調査委員会（12月24日）状況
2. 医師賠償責任保険処理室会（12月27日）状況

〈保険部会〉

1. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（12月15日）状況
2. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（12月22日）状況
3. 保険審査通信検討委員会（1月7日）状況

【各担当部議事】

〈総務部会〉

1. 前回理事会（12月21日）要録と決定事項の確認
2. 保団連との懇談会への出席の件
3. 第180回定時代議員会開催及び出席確認の件
4. 12月度会員増減状況
△2010年12月31日付会員数＝2527人
5. 会員入退会及び異動に関する承認の件

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談の件

〈政策部会〉

1. 『京都保険医新聞』（第2772号）『メディペーパー京都』第138号（第2771号）合評の件

〈保険部会〉

1. 第3回レセプト電子請求問題・プロジェクトチーム会議（電話会議）参加の件
《以上8件の議事について承認》

2010年度 第15回 2011年1月25日

【各担当部報告】

〈総務部会〉

1. 週間行事予定表の確認
2. 今週の医療情報
3. 会計半期収支点検（1月20日）状況
4. 新規開業会員訪問（1月24日）状況
5. 新規開業未入会会員訪問（1月21日）状況

〈経営部会〉

1. 第50回税研全国集会（1月8・9日）状況
2. 傷害疾病保険審査会（1月18日）状況
3. 金融共済委員会（1月19日）状況
4. 保団連近畿ブロック共済担当事務局交流会（1月21日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談（①1月17日②18日）状況
2. 法律相談室（1月20日）状況
3. 医療事故案件調査委員会（1月21日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（1月24日）状況

〈政策部会〉

1. 保団連近畿ブロック本会議（1月15日）状況
2. 反核医師の会新年学習懇親会（1月22日）状況

〈保険部会〉

1. 保団連医科・歯科診療報酬改善対策委員会（12月23日）状況
2. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（1月12日）状況
3. 近畿厚生局管内社保担当国会議（1月14日）状況
4. 保団連『保険医のための審査、指導・監査対策－日常の留意点』改訂版第一次事務局編集会議・
5. 第5回医事担当者連絡会議（1月20日）状況

【部会報告】

1. 各部会（1月11日、保険部会：1月7日）状況と決定事項確認の件

〈総務部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程・出席確認
- ②第180回定時代議員会の運営確認
- ③第64回定期総会の講師についての意見交換
- ④会議室貸出についての確認
- ⑤行事予定板の設置についての検討

- ⑥代議員・予備代議員選挙について確認
- ⑦会計半期収支点検の日程・出席確認
- ⑧12月度会員増減状況の報告
- ⑨新規開業未会員訪問状況の報告
- ⑩コミュニケーション委員会の開催確認
- ⑪文化企画についての確認
- ⑫ICT検討委員会の開催確認
- ⑬地区・専門医会会報等の収集及び回覧

〈経営部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程・出席確認
- ②休業補償制度関連の確認と検討
- ③保険医年金関連の確認と検討
- ④医師賠償責任保険関連の確認と検討
- ⑤針刺し事故見舞金制度の確認
- ⑥ペット保険についての確認と検討
- ⑦こども総合保険の料率改定についての確認
- ⑧保団連消費税増税反対署名の状況報告
- ⑨税制改革の動向についての情報提供

〈医療安全対策部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程及び資料の確認
- ②2010年12月度医事紛争状況報告
- ③2010年度医事紛争状況中間報告
- ④全国における医事紛争状況報告
- ⑤医療事故案件調査委員との懇談会の開催確認
- ⑥医療安全シンポジウムの運営確認
- ⑦部会懇親会の開催確認
- ⑧DVD等、出版物の販売状況の確認
- ⑨「エムスリー」サイトへの掲載確認

〈政策部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程及び資料の確認
- ②1月の主なスケジュールの確認
- ③「医の倫理について考える講演会」関連の取り組みの確認
- ④「地域包括ケア」について考えるシンポジウム状況報告
- ⑤「地域包括ケア検討委員会（仮称）」の設置についての検討
- ⑥京都市との保健医療政策についての懇談の確認
- ⑦「子どものいのちと健康を守ろう！元気フェスタin京都」の開催確認
- ⑧ポリオの会からの要請についての対応の検討
- ⑨代議員会決議案の確認
- ⑩理事会特別討議（国保一元化について）の検討
- ⑪出版関連事項の確認
- ⑫保団連近畿ブロック会議の日程等の確認

- ⑬京都社会保障推進協議会の取り組みの確認
- ⑭エコキャップ運動の終了文書の確認
- ⑮反核・平和関連の取り組みの確認
- ⑯調査関連の取り組みの確認
- ⑰環境対策関連の取り組みの確認
- ⑱メディパック発送日の確認

〈保険部会〉（1月7日開催）

- ①地区医師会との懇談会の日程及び資料の確認
- ②新点数・診療報酬改善対策の確認と検討
 - 1) コミュニケーション委員会の開催について
 - 2) 新点数関連出版物『薬価基準』について
 - 3) 診療報酬改善対策委員会の開催について
- ③医療IT化問題対策の確認と検討
 - 1) 医療IT化問題対策の今後について
- ④社保対策の確認と検討
 - 1) レセプトの点検
 - 2) リハビリ及びリハビリ施設対策
 - 3) 専門医会長との懇談会の開催について
- ⑤公費負担医療対策の確認と検討
 - 1) 京都府の福祉医療制度に係る京都府の動向
- ⑥審査、指導、監査対策の確認と検討
 - 1) 「2010年度審査に関するアンケート」の集計作業
 - 2) 指導に関する相談
 - 3) 新規開業医に対するレセプトチェック、新規個別指導の模擬実施
 - 4) 中央法律事務所との勉強会
 - 5) 保団連『保険医のための審査、指導、監査対策—日常の留意点』をテキストとした説明会の開催
 - 6) 指導・監査・処分取消訴訟支援ネット、保険医への行政指導を正す会合同世話人会
 - 7) 保団連「審査、指導、監査に関するアンケート」まとめと今後の活用について
- ⑦医療施設問題対策の確認と検討
 - 1) 施設基準適時調査関係
 - 2) 医事担当者連絡会議
 - 3) 入院中の他医療機関受診について
- ⑧研究会関係の確認と検討

【各担当部議事】

〈総務部会〉

- 1. 前回理事会（1月11日）要録と決定事項の確認
- 2. 2月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
- 3. 第180回定時代議員会会場確認及び議案書配布の件

4. 各部会開催の件
5. 会議室貸出に伴う賃料免除の件
6. 左京医師会との懇談会（1月8日）状況確認の件
7. 宇治久世医師会との懇談会（1月12日）状況確認の件
8. 第8回正副理事長会議（1月13日）状況確認の件
9. 保団連との懇談（1月18日）状況確認の件
10. 会費免除申請の件
11. 会員入退会及び異動に関する承認の件
12. 新規開業未入会会員訪問実施の件

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談の件

〈政策部会〉

1. 医療・福祉・介護シンポジウム「国がすすめる地域包括ケアについて考える」（12月23日）状況確認の件
2. 人体の不思議展に関する厚生労働省担当課との懇談（1月17日）状況確認の件
3. 人体の不思議展を考える京都ネットワーク会議参加の件
4. 臨時政策部会開催の件
5. 福祉国家と基本法研究会への出席の件
6. 講演会「医学・医療に関わる倫理について考える～人体の不思議展開催中止運動をきっかけとして～」開催の件
7. 『京都保険医新聞』（第2773号）『メディーパー京都』第139号（第2774号）合評の件

〈保険部会〉

1. 2010年12月度国保合同審査委員会（12月20日）状況
2. 医療IT化問題対策の今後に関する意見交換の件
3. 保団連医科・歯科診療報酬改善対策委員会出席の件

《以上24件の議事について承認》

2010年度 第16回 2011年2月8日

【特別討議】

1. 後期高齢者医療制度廃止と国保の都道府県単位化について
△担当＝政策部会

【各担当部報告】**〈総務部会〉**

1. 週間行事予定表の確認
2. 今週の医療情報
3. 第180回定時代議員会決議発送状況

〈経営部会〉

1. 保団連近畿ブロック経税担当事務局会議（1月28日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 第273回関西医事法研究会（1月29日）状況

〈政策部会〉

1. 出版編集会議（1月25日）状況

〈保険部会〉

1. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（1月26日）状況
2. 保団連医科・歯科診療報酬改善対策委員会（1月29日）状況
3. 保険審査通信検討委員会（2月4日）状況

【部会報告】

1. 各部会（2月1日、保険部会：2月4日）状況と決定事項確認の件

〈総務部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程・出席確認
- ②第64回定期総会の開催確認
- ③専門医会長との懇談会の開催確認
- ④代議員・予備代議員選挙の日程確認
- ⑤2010年度12月分収支月計表の報告
- ⑥1月度会員増減状況の確認
- ⑦新規開業会員・未入会会員訪問状況の報告
- ⑧会員の入会等についての検討
- ⑨第2回コミュニケーション委員会の開催確認
- ⑩第1回保団連組織部会の出席確認
- ⑪文化企画の確認
- ⑫第6回ICT検討委員会開催確認
- ⑬地区・専門医会会報等の収集及び回覧

〈経営部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程・出席確認
- ②休業補償制度関連の確認と検討
- ③保険医年金関連の確認と検討
- ④医師賠償責任保険関連の確認と検討
- ⑤ペット保険についての確認と検討
- ⑥こども総合保険の料率改定についての確認
- ⑦保団連消費税増税反対署名の状況報告
- ⑧税制改革の動向についての情報提供
- ⑨代議員会で出された意見の検討

- ⑩忘年懇親会会場についての意見交換
- ⑪代議員月例アンケートの内容の検討
- ⑫近畿ブロック共済担当役員交流会の開催確認

〈医療安全対策部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程及び資料の確認
- ②2011年1月度医事紛争状況報告
- ③2010年度医事紛争状況中間報告
- ④全国における医事紛争状況報告
- ⑤医療水準に関するアンケートについて意見交換
- ⑥損保ジャパン・リスクマネジメント部門のホームページ掲載の確認
- ⑦医療事故案件調査委員との懇談会の開催確認
- ⑧医療安全シンポジウムの運営確認
- ⑨部会懇親会の開催確認
- ⑩DVD等、出版物の販売状況の確認

〈政策部会〉

●臨時政策部会（1月27日開催）

- ①「人体の不思議展」開催中止運動を受けての今後の取り組みについて
- ②地区医師会との懇談会で問題提起する資料の確認と検討
- ③エコキャップ運動を受けての新たな運動について

●（2月1日開催）

- ①地区医師会との懇談会の日程及び資料の確認
- ②2月の主なスケジュールの確認
- ③「医の倫理について考える講演会」関連の取り組みの確認
- ④第180回代議員会におけるアンケートの結果報告
- ⑤地区医師会との懇談会で問題提起する資料の確認と検討
- ⑥医療制度検討委員会の今後の取り組みの検討と確認
- ⑦ポリオの会からの要請についての対応の確認
- ⑧「子どものいのちと健康を守ろう！元気フェスタin京都」の開催確認
- ⑨出版関連企画の確認
- ⑩保団連近畿ブロック総会の日程確認
- ⑪京都社会保障推進協議会の取り組みの確認
- ⑫エコキャップ運動終了の確認
- ⑬反核・平和の取り組みの確認
- ⑭調査関連の取り組みの確認
- ⑮環境対策関連の取り組みの確認
- ⑯メディアパック発送日及び内容の確認

〈保険部会〉（2月4日開催）

- ①地区医師会との懇談会の日程及び資料の確認
- ②新点数・診療報酬改善対策の確認と検討
 - 1) コミュニケーション委員会の開催について
 - 2) 診療報酬改善対策委員会について
 - 3) 保団連の診療報酬改善要求（案）について
- ③医療IT化問題対策の確認と検討
 - 1) 医療IT化問題対策の今後について
- ④社保対策の確認と検討
 - 1) レセプトの点検
 - 2) リハビリ及びリハビリ施設対策
 - 3) 専門医会長との懇談会の開催について
- ⑤公費負担医療対策の確認と検討
 - 1) 京都府の福祉医療制度に係る京都府の動向
- ⑥審査、指導、監査対策の確認と検討
 - 1) 指導、監査に関する相談
 - 2) 新規開業医向け審査・指導講習会
 - 3) 中央法律事務所との勉強会
 - 4) 保団連『保険医のための審査、指導、監査対策―日常の留意点』をテキストとした説明会の開催
- ⑦医療施設問題対策の確認と検討
 - 1) 施設基準適時調査関係
 - 2) 医事担当者連絡会議
 - 3) 入院中の他医療機関受診について
- ⑧研究会関係の確認と検討

【各担当部議事】

〈総務部会〉

- 1. 前回理事会（1月25日）要録と決定事項の確認
- 2. 第180回定時代議員会（1月27日）状況確認の件
- 3. 右京医師会との懇談会（1月28日）状況確認の件
- 4. 代議員・予備代議員選挙に伴う定数確認の件
- 5. 2010年度12月分収支月計表報告状況確認の件
- 6. 会費免除申請の件
- 7. 1月度会員増減状況
 - △2011年1月31日付会員数＝2524人
- 8. 会員入退会及び異動に関する承認の件

〈経営部会〉

- 1. 新規開業支援対策打ち合わせ会（2月7日）状況報告の件

〈医療安全対策部会〉

- 1. 医療機関側との懇談の件

〈政策部会〉

- 1. 保団連10－11年度第12回理事会（1月23日）状

況確認の件

2. 保団連第43回臨時大会（1月30日）状況確認の件
 3. 「人体の不思議展」の告発状提出（2月1日）状況確認の件
 4. 人体の不思議展を考える京都ネットワーク呼びかけ人会議（2月2日）状況確認の件
 5. 福祉国家と基本法研究会（2月5日）状況確認の件
 6. 京都市急病診療所廃止に関する京都市との懇談開催の件
 7. 『京都保険医新聞』（第2775号）合評の件
- 〈保険部会〉
1. 2011年1月度国保合同審査委員会（1月24日）状況確認の件
- 《以上19件の議事について承認》

3月のレセプト受取・締切

	9日(水)	10日(木)	労災	14日(月)
基金 国保	○	◎		◎

※○は受付日、◎は締切日。
受付時間は午前9時～午後5時です。

3月の相談室

新（改）住宅	3月9日(水)午後2時～	担当＝竹内建築士
ファイナンシャル	3月17日(木)午後1時～	担当＝三井生命のF C (ファイナンシャルコンサルタント)
法律	3月17日(木)午後2時～	担当＝江頭弁護士
雇用管理	3月17日(木)午後2時～	担当＝河原社会保険労務士
経営	3月23日(水)午後2時～	担当＝山口税理士

開催日の3日前までに協会事務局へお申込み下さい。30分間無料です。

子どものいのちと健康を守ろう！

元気フェスタ

in京都

日 時 4月24日(日) (世界髄膜炎デー)

午前10時～午後3時

会 場 こどもみらい館

(京都市子育て支援総合センター)

中京区間之町通竹屋町下ル

参加
無料

①バザー・かみしばい 10:00～12:00 第1研修室(4F)

②ベビービクス 10:00～11:30 第3研修室(2F)

③小児科のお医者さんと話そう 12:00～13:00 第3研修室(2F)

④講演会 知って安心♡病気のサインとワクチンの話

13:00～15:00 第1研修室(4F)

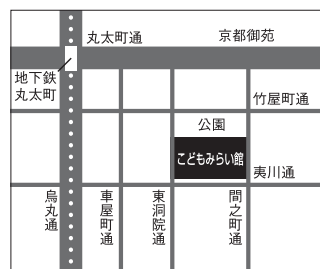
講師：武内 一 氏 (耳原総合病院小児科、佛教大学社会福祉学部)

⑤バルーンリリース 15:00～ 公園

特別ゲスト まゆまる (国民文化祭・京都2011PR隊長)

主 催 子どものいのちと健康を守ろう！ 元気フェスタin京都実行委員会

問合先 京都府保険医協会



2011年春の環境ハイキング

～宇治近郊の里山・古刹を巡って～

日 時 2011年4月10日(日) 午前9時

集合場所 京阪電鉄宇治駅改札口9時

行 程 約6～7時間 12km

京阪宇治駅－5分－宇治橋－10分－朝霧橋－5分－宇治神社
 －30分－仏徳山－10分－興聖寺－20分－天ヶ瀬吊橋－15分
 －もみじ谷出合－20分－白山神社－30分－山城総合運動公園
 (太陽ヶ丘)－20分－宇治植物園－40分－城陽運動公園－20分
 －鴻の巣山－30分－水分神社－15分－JR城陽駅

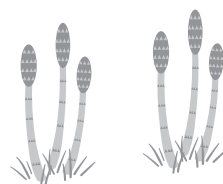
お申込み 京都府保険医協会 (TEL: 075-212-8877まで)

今回は春真っ盛りの宇治周辺の里山を巡ります。其処此処に点在する古刹・自然公園を訪ねつつ、のんびりと歩きます。源氏物語・宇治十帖の舞台となったあたりです。

幾許かの細かいアップタウンはありますが、たいしたものではありません(前回の笠置・柳生よりは明らかに楽でしょう)。

多数のご参加お待ちしております。花盛りの里山で、ゆったりとした1日を過ごしましょう(どこからでもエスケープ可能です)。

※前夜の天気予報で、降水確率が60%以上の場合は中止とさせていただきます。



医療安全シンポジウム

「医事紛争と医師賠償責任保険」

日 時 3月12日(土)

①シンポジウム：午後4時～6時30分

②懇親・懇談会：午後6時30分～8時

場 所 新・都ホテル「陽明殿」の間

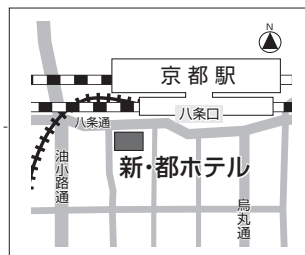
(J R 京都駅八条口前 ☎075-661-7111)

参加費 1人2,000円（懇親会費含む）

※当日徴収

申込み 3月4日(金)までにお申し込み下さい

※このシンポジウムは、医療法上年2回義務付けられている医療安全管理のための職員の研修となります。参加者には参加証を交付します。また、日医生涯教育講座の受講証を出席会員にお渡ししますので、奮ってご参加下さい。



パネリスト

①京都府保険医協会 理事 林 一資

②京都府保険医協会 副理事長 貫戸 幸彦

③損保ジャパン大阪サービスセンター

第一業務部医師賠償サービスセンター課

担当課長 新関 秀教 氏

④京都中央法律事務所 弁護士 江頭 節子 氏

共 催 京都府保険医協会 有限会社アミス

第9回文化講座

哲学シリーズ 第2弾

日 時 3月13日(日)

午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会・会議室

演 題 初歩から学ぶギリシア哲学

—ソクラテスとプラトンを中心に

講 師 神戸松蔭女子学院大学

文学部総合文芸学科教授

山田 道夫 氏

参加費 無料 定 員 40人（要申込）

<講師のコメント>

たんにドグマ（教説）を知るのではなく、その思考の現場に立ち会うことが哲学を学ぶ楽しさだとすると、ギリシア哲学のうちでもプラトンの対話篇がいちばん面白いし、大切です。古代に執筆公刊された著作のうち、そのすべてが現存しているのはプラトンの対話篇だけだといっても過言ではありません。そこにはソクラテスが登場してさまざまな論題について対話による探究や論争論駁を繰り広げる様子が見られます。そしてそこからソクラテスの哲学とプラトンの哲学はそれぞれどのようなものであったかを学び取ることができます。ギリシア哲学、さらには哲学そのものへのアプローチとしてプラトンの対話篇を読み解いていきたいと思います。



文化ハイキング

トロッコ列車と保津川下り



今回の文化ハイキングは、亀岡方面を訪ねて、トロッコ列車と保津川下りで、春の一日を、楽しみます。午前中はトロッコ列車に乗り、「楽々荘」で昼食。午後は保津川下りを楽しみます。ご家族・スタッフの方々お誘いあわせ、ぜひご参加下さい。なお、雨具のご用意とともに軽装で歩きやすい靴でご参加下さい。

日 程 4月17日(日)

午前10時45分～午後4時頃（雨天決行）

参加費 8,000円（トロッコ電車・保津川下り料、昼食代含む）

集 合 午前10時45分 トロッコ嵯峨駅前

（J R「嵯峨嵐山」駅隣。大きなS Lの前を集合場所とします）

共 催 京都府保険医協会 有限会社アミス

先着20人
要申込

医療安全対策の心得と医事紛争事例集がDVDになりました!

『医療安全を身につけるために —医療安全研修DVD』



京都府保険医協会は、今から半世紀にも遡る1959（昭和34）年度から医療安全対策に取り組んできた全国的にも珍しい、長い歴史と経験を有しています。

「医療安全を身につけるために—医療安全研修DVD」は、既に好評いただいている京都府保険医協会発行の冊子「事例で見る医療安全対策の心得」と「医事紛争事例集—医師が選んだ50事例」に掲載されている事例をDVDにまとめたものです。

日常診療にお忙しい医療従事者の方々に、医療法で定められている「医療安全研修」により手軽に役立てていただけるものと思います。ぜひとも有効活用して、日常診療における「安全」と「安心」を一層高めていただければ幸いです。

1セット（3枚組全305分）定価10,000円

京都協会会員特別価格：**5,000円**（税込・郵送料別）

他府県協会会員価格：7,000円（税込・郵送料別）

本DVDの特徴

- ① 「事例で見る医療安全対策の心得」と「医事紛争事例集—医師が選んだ50事例」に掲載されている全73事例をすべて網羅
- ② 会員からの相談によって京都府保険医協会が実際に対応してきたリアリティーある紛争事例
- ③ このDVDを使用すれば、医療法で定められている医療安全研修をより効率的に実施可能
- ④ 講師を呼ぶ余裕がなくてもこのDVDさえあれば従業員研修が可能
- ⑤ 本屋さんでは手に入らないオリジナル

【お申込み・お問い合わせ】 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 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階

TEL 075-212-8877 FAX 075-212-0707 e-mail info@hokeni.jp

※ご希望の方は以下にご記入の上、このまま京都府保険医協会までFAXして下さい。

氏名	
住所：〒	
TEL：	FAX：
『医療安全を身につけるために—医療安全研修DVD』（ ）セット 申込みます	

先生の手を煩わせることなく

X線室の漏洩放射線量を測定します

（有）アミスでは（社）京都微生物研究所（微研）と提携し、X線室の漏洩放射線量の測定を行っています。

X線室の漏洩放射線量は、6ヶ月を超えない期間に1回測定し、その結果記録を5年間保存することが法令で義務づけられています。また、万が一の場合、先生や従業員さん、患者さんの健康被害にもつながります。

これを機会にぜひ、X線室の漏洩放射線量の測定をお勧めします。ご希望の方は、アミスまたは保険医協会までお申し出ください。

作業の具体的な流れ

■医療機関がアミスまたは協会に依頼



■アミスまたは協会が微研に受注



■微研と医療機関が打ち合わせし、事前調査とX線室の図面作成



■医師の立会のもと微研の資格者が実際に測定し、記録



■微研が測定結果の入力と報告書を作成



■微研が測定結果を協会に報告し、協会から医療機関に報告書と請求書を送付

※2回目以降は医療機関の希望により、1年に2回のペースで自動的に測定できるようなスケジュール調整を行い、医療機関に連絡します。

【費用】

◆X線室図面作成費 10,500円
（図面がない場合、初回のみ）

◆測定費
1回 29,400円
（測定点20カ所まで）

※いずれも消費税込

【お申込み・お問合せ先】

有限会社 アミス

☎ 075-212-0303

FAX 075-212-0707

京都府保険医協会

☎ 075-212-8877

FAX 075-212-0707