

今月の主な動き

7月21日、厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会が再開。2010年12月以来となる。厚労省は、早ければ12年の通常国会に社会保障改革関連法案を提出する予定。このため年内に同部会でも社会保障改革について集中審議し、意見を取りまとめたいとしている。

7月27日に開催された中医協総会においても、社会保障・税の一体改革成案に盛り込まれた「受診時

定額負担」について、適宜、議論していく方向でまとまった。

政府の東日本大震災復興対策本部においては、7月29日に復興基本方針を決定。保健、医療、介護、福祉などを一体的に提供する「地域包括ケア」体制の整備に取り組むことや、平均在院日数の減少などにつながる地域医療提供体制の再構築を推進する方向だ。復興特区制度も創設し、特区制度の活用を通じて、福島県に医療産業を集積し、世界をリードする医薬品・医療機器などの研究開発、製造拠点とする方針を打ち出している。

行 事	開始時間	場 所
1日(木) 中級コース 接遇マナー研修会	午後2時	ルームA・B・C
2日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
3日(土) 第642回社会保険研究会「日常診療で認知症を診る」	午後3時	ルームA・B・C
4日(日) 理事者・事務局学習会	午前10時30分	ルームA・B・C
6日(火) 各部会	午後2時	
13日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA・B・C
14日(水) 医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	ルームC
病院経営対策セミナー	午後2時	ルームA
ファイナンシャル相談室	午後1時	ルームC
15日(木) 新規個別指導・医療法立入検査講習会（保険講習会B）	午後2時	ルームA
雇用管理相談室	午後2時	ルームB
法律相談室	午後2時	応接室
16日(金) 環境対策委員会	午後2時	応接室
手話サークル	午後2時	ルームB
20日(火) 傷害疾病保険審査会	午後2時	アミス
金融共済委員会	午後2時	ルームA
21日(水) 医療事務担当者勉強会	午後7時	ルームA
24日(土) 地区医師会長との懇談会	午後3時30分	ルームA
27日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
28日(水) 経営相談室	午後2時	アミス

9月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
10月15日(土) 『新たな福祉国家を展望する—社会保障基本法・社会保障憲章の提言』出版記念シンポジウム	午後2時	ハートピア京都
11月26日(土) 中級コース・接遇マナー研修会	午後3時	みやづ歴史の館

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30～33ページ

情勢 トピックス

医療・社会保障編

受診時定額負担の議論スタート／医療保険部会が再開

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会が7月21日、再開した。2010年12月以来の開催。厚労省が「社会保障・税一体改革成案」の概略を説明し、自由討論を行ったが、この日は全体的な議論にとどまり、各論には至らなかった。受診時定額負担制度や総合合算制度、次期診療報酬改定といった個別項目の審議は9月以降に始まる。厚労省は、早ければ12年の通常国会に社会保障改革関連法案を提出する予定。このため年内に同部会でも社会保障改革について集中審議し、意見を取りまとめた考えだ。

保険局総務課の武田俊彦課長は、社会保障改革成案の基本的な考え方に「より公平・公正で自助・共助・公助の最適なバランスによって支えられる社会保障制度に改革をしていく」という文言が盛り込まれたことを指摘し、「重要な概念だ」と強調した。高額療養費の負担軽減については、受診時定額負担など初診・再診時に100円の負担をお願いできれば財政中立を保てると説明した。

ただ、受診時定額負担については各委員から意見が相次いだ。大谷貴子臨時委員（全国骨髄バンク推進連絡協議会前会長）は「個人的には100円負担しても構わないが、患者団体が反発するのは目に見えている。健康な人は負担せず、病気や怪我で弱者になっているときに負担するというのはどうか」と疑問を呈した。

鈴木邦彦臨時委員（日本医師会常任理事）も「高額療養費は保険料などに求めるべき。定額負担が導入されてしまえば水準引き上げが行われるのは明らかで、低所得者の受診抑制につながる」と懸念した。

さらに、「給付範囲がはっきりしていない」と厚労省にせまると、武田課長は「どのような制度が考えられるかは、予備資料を整えた上で時間を取って議

論したい。ただ、医療全体を保険給付の対象とし、負担率と定額負担を保険給付から控除する形を念頭に置いている」と応じた。

このほか、小林剛臨時委員（全国健康保険協会理事長）は保険者の財政基盤強化の方針を具体策につなげるよう要望。高原晶臨時委員（諫早医師会長）は、診療報酬上の加算を加味しても後発医薬品の使用促進で医療費削減効果が出ているのか資料を提示するよう求めた。

●新部会長に前中医協会長の遠藤氏

医療保険部会の新部会長には、3月末まで中医協会長を務めていた遠藤久夫・本委員（学習院大経済学部教授）が就任した。本委員の互選で決まった。部会長代理は岩村正彦臨時委員（東京大大学院法学政治学研究科教授）。（7/22MEDIFAXより）

受診時定額負担、中医協でも議論へ／各側委員が一致

中医協総会（会長＝森田朗・東京大教授）が7月27日開かれ、社会保障・税の一体改革成案に盛り込まれた「受診時定額負担」について、中医協でも適宜、議論していく方向でまとまった。

社会保障・税の一体改革成案の位置付けについて外口崇保険局長は「（閣議決定ではなく）閣議報告でも重要なものと受け止めている。細川律夫厚生労働相が、具体化に当たっては社会保障審議会や中医協などで議論していくと明言しており、より良い成果とするべく議論を進めていきたい」と述べた。

「受診時定額負担」については、厚労省保険局総務課の武田俊彦課長が、社保審・医療保険部会で議論していく方針を明示した。これに対して支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「決定する組織は別として、受診時の患者定額負担については、中医協でも議論すべきだろう」と主張。診療側委員からも中医協でも議論すべきだとの意見が上がり、各側で見解が一致。公益委員からも、中医協でも議論を進めるのであれば、早急に取り組むべきとの意見が出た。

中医協を所管する厚労省保険局医療課の鈴木康裕課長は「局内一心同体だが、受診者の定額負担の問題は、医療費の配分にも関連する。適宜、報告・討論をしてもらいたい」と述べ、中医協としても必要に応じて議論していく方向を示した。

●外来受診者だけ負担「皆保険の根幹に関わる」／安達委員

安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は、武田総務課長に対して「高額療養費の自己負担限度額を引き下げの場合、受診時に100円の定額負担にすることで財政中立が成り立つと医療保険部会で発言したとの報道は正しいか」と質問。武田課長は「受診時定額負担は、給付の充実で1300億円、初診・再診の患者負担等の重点・効率化で1300億円と公費での財源中立は保てる提案になっている。医療保険制度全体の給付率もおおむね変わらない形で改革を行ってはどうかという形になっている」と説明した。

しかし、安達委員は「高額療養費の見直しによる負担軽減の財源を、外来の初診・再診時の患者負担だけで賄おうとする考え方の正当性はどこにあるのか。外来受診者だけに負担を強いるのは国民皆保険での共助とは言えない」と強く反発。武田課長は「その点も含めて（医療保険部会で）議論を進めたい」と述べた。安達委員は「受診者間の負担は国民皆保険制度の概念を大きく突き崩すもので、財政中立という技術的手法で乗り越えていくことは許されない」と反論し、国民皆保険の根幹に関わる問題と強調した。（7/28MEDIFAXより）

復興基本方針に「地域包括ケア整備」／復興対策本部

政府の東日本大震災復興対策本部は7月29日、復興基本方針を決めた。保健、医療、介護、福祉などを一体的に提供する「地域包括ケア」体制の整備に取り組むことや、平均在院日数の減少などにつながる地域医療提供体制の再構築を推進する。その際に、民間が行う医療・介護機関と連携したサービス提供も活用するとした。専門人材の確保や、医療と介護の連携推進、診療情報の共有化などに取り組むことも盛り込まれている。

復興特区制度も創設する。特区制度の活用を通じて、福島県に医療産業を集積し、世界をリードする

医薬品・医療機器などの研究開発、製造拠点とする方針だ。

復興期間は10年間で、当初5年を集中期間に設定。財源は10年間で少なくとも23兆円、当初5年で19兆円。2011年度第1次、2次補正予算で手当てした6兆を除き、残り13兆円を時限的な税制措置などで確保する。復興庁の設置も明記した。

今後はこの基本方針をもとに第3次補正予算案を編成する。平野達男復興対策担当相は会見で「とにかく早く3次補正を進めてほしい」と期待を示した。（8/1MEDIFAXより）

B型肝炎救済財源で社会保障費削減せず／政府、基本方針決定

集団予防接種の注射器の使い回しを原因とするB型肝炎訴訟をめぐる、政府は7月29日の閣議で、被害者救済の基本方針を決めた。すでに発症している患者らに対して当面5年間に支払う8000億円のうち、7000億円を臨時増税で調達。残る1000億円は厚生労働省所管の基金剰余金や遊休資産の売却で確保し、社会保障費の削減は行わない方針だ。

●厚労省予算から1000億円、雇用関連基金が候補に

細川律夫厚生労働相は閣議後の会見で「原因が集団予防接種であることを踏まえ、国民全体で広く分かち合う観点に立ち、費用を税負担によって行うことを願う」と述べた。

厚労省が捻出する1000億円については「社会保障費を削減して救済に回すことがあってはならないという観点から工夫し、努力した」と説明。「社会保障費は絶対に削減しないということでもいいか」との質問に対し、「私の考えはそういう考えだ」と述べ、社会保障費を削減して被害者救済に充てることはない」と強調した。財務省関係者によると、自公政権時代の雇用創出事業で造成した基金が候補に挙がっており、社会保障費の削減は想定していないという。

News Headline (2011年7月12日～8月8日)

【7月】◆市橋被告に無期懲役を求刑/市川の英女性殺害（12日）◆玄海原発・やらせメールで賛否逆転（13日）◆再生エネ法案が審議入り・衆院（14日）◆首相、脱原発表明は「個人の考え」（15日）◆サッカー・なでしこジャパン、PK戦制しW杯初優勝（17日）◆セシウム汚染牛流通、焼き肉店に打撃（18日）◆福島産牛肉の出荷制限を指示（19日）◆石川遼、無免許運転で書類送検（21日）◆ノルウェーで連続テロ、爆弾と乱射（23日）◆鉄道脱線事故、死者多数/中国（24日）◆中国、脱線事故事故車両を埋める（25日）◆汚染牛肉の買い上げを発表、政府（26日）◆SF作家・小松左京さん死去（27日）◆B型肝炎救済、増税を閣議決定（29日）

【8月】◆過去最高線量10Svの放射線検出/福島第一原発（1日）◆なでしこジャパン、国民栄誉賞授与と正式発表（2日）◆原子力損害賠償支援機構法が成立（3日）◆経産省次官ら3首脳を更迭（4日）◆事故避難者支援2法が成立/福島第一原発（5日）◆G7が緊急電話会議、米欧財政不安で協調（7日）◆京都・五山の送り火、岩手の松使用中止で市に非難殺到（8日）

政府は、未提訴者も含めて当面5年間に必要となる救済費用は1兆1000億円と試算。このうち、未発症の「無症候性キャリア」に支払う3000億円分の財源は検討を先送りした。増税の具体的な税目は今後、政府の税制調査会で議論する。

基本方針で示した救済の枠組みによると、救済対象者は1948-88年に集団予防接種の注射器の使い回しで満7歳になるまでにB型肝炎ウイルスに感染した人などで、裁判所が認定。発症者（死亡含む）に1250-3600万円、感染20年以上の無症候性キャリアに50万円（感染20年未満は600万円）、発症から20年以上たった慢性B型肝炎患者には150-300万円を支払う。

請求期間は5年間だが、請求状況により請求期間や財源措置を延長できるよう、施行5年後の見直し規定を設けた。確保した財源は、社会保険診療報酬支払基金に新たに設置する基金に繰り入れ、給付事務も同基金で行う。

訴訟では6月28日、原告と国が基本合意書に調印。政府は今後、基本方針を踏まえ、財源確保策を含む関連法案を策定する。細川厚労相は「被害者への給付に万全を期すことができるよう、所用の法案の成立に向けて全力を尽くす」と述べた。

（8/1MEDIFAXより）

規制改革、ライフイノベ13テーマを承認／行政刷新会議

政府・行政刷新会議（議長＝菅直人首相）は7月21日、2010年秋から検討してきた規制・制度改革の積み残し分のうち、3月の規制仕分けのテーマも含めて、各府省と合意に至った56テーマについて改革方針を承認した。ライフイノベーション分野では、地域医療計画の基準病床等の見直し、救急救命士のニーズの把握など13テーマを盛り込んだ。一方、医療保険のリハビリテーション日数制限の見直しなど7テーマについては、改革方針の承認を見送った。7月22日、政府は新たに了承した改革方針について、閣議決定した。

行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」は、10年10月から第2弾の規制・制度改革の議論を進め、1月に中間取りまとめを発表した。政府は3月下旬に改革方針を閣議決定する予定だったが、東日本大震災の発生により、各府省と合意に至っていたテーマに絞って4月上旬に閣議決定した。6月に各府省との協議が再開し、残るテーマについて調整

が進んでいた。

7月21日の会議終了後に会見した蓮舫首相補佐官（行政刷新担当）によると、出席者からはスピード感のある改革や、震災の復旧・復興を優先的に考えた改革を求める声が上がったという。蓮舫首相補佐官は承認を見送ったテーマについて「今回で終わるのではなく、引き続き検討の対象にしていきたい」と述べた。また、復興に向けた今後の規制・制度改革については、枝野幸男行政刷新担当相（官房長官）が判断する事案とした上で「避けては通れないのではないかと述べた。

●地域医療計画、条件付きで増床を認める方向

ライフイノベーション分野で今回承認された改革方針を見ると、全体的には、1月の中間取りまとめ時点よりも厚生労働省の意向が反映された内容になっている。

地域医療計画の基準病床等の見直しでは、都道府県が地域医療計画について主体的判断が発揮できるよう11年度中に弾力的な運用を検討する方向性を示している。2次医療圏内の市町村長の同意を得て病床数を削減できた場合、病床数過剰な他の2次医療圏での増床を認めることも検討する。

中間取りまとめで「救急救命士の職域拡大」と記されていたテーマは、「救急救命士のニーズの把握」に変わった。救急救命士の就職先に関する情報を志願者に周知するよう養成所に求めるとともに、医療機関の採用希望の有無を調査する方針で、12年度に対応する予定だ。

高額療養費制度の見直しについては、外来診療の現物給付を12年度から実施する方針を明記した。患者のさらなる負担軽減については、社会保障・税一体改革成案を踏まえて11年度中に検討する。

（7/25MEDIFAXより）

社会保障改革は喫緊の課題／11年度年次経済財政報告

内閣府は7月22日、2011年度の「年次経済財政報告（経済財政白書）」を発表した。「社会保障費の増加に見合う安定的な歳入項目がない」「高齢関係支出の効率化が必要」など、財政と社会保障の現状・課題を盛り込んでいる。政府のバランスシートも公表。09年度末の政府資産は約986兆円、負債総額は約1231兆円と債務超過の状態にあり、財政赤字削減による国債発行残高の抑制や、年金制度をはじめとする社会保障改革を「喫緊の課題」と位置付けた。

●「高齢者1人当たり支出の効率化努力を」

報告書は「大震災後の日本経済」「新たな『開国』とイノベーション」「人的資本とイノベーション」の3本柱で構成。財政と社会保障は、「大震災後の日本経済」の中に記載している。「社会保障支出が増加している国は複数あるが、同時に歳出規模も拡大しているのは日本だけ」で、社会保障支出の抑制と経済成長率の向上が極めて重要と指摘。高齢人口比率の上昇が続く中、特に高齢者1人当たりの支出を効率化する努力が求められると明記した。

消費税率引き上げを盛り込んだ「社会保障・税一体改革」の政府・与党案策定を受け、日本、ドイツ、英国における過去の税率引き上げ時の消費動向も分析した。日本とドイツでは、引き上げ前後の駆け込み需要と反動減が明確だが、英国では明確ではないと指摘したほか、「1989年の日本や98年のドイツのように、消費の基調が強い場合は、個人消費が増税により必ずしも停滞するわけではない」ともしており、税率引き上げ後の消費動向は、国や時期によってまちまちだと結論付けている。

●社会保障、雇用拡大に寄与も労働生産性低い

産業としての社会保障の成長促進効果にも言及した。日本の医療・福祉産業の経済成長率は、2000年代平均で年5%前後と高い数字を示しているが、労働生産性は同平均で1%に満たない上昇率で、産業平均を下回ると指摘。医療・福祉産業の高い成長率は、就業者の増加や就業時間の長さによるもので「社会保障産業は雇用拡大には寄与しているが、持続的な成長産業となるには生産性向上に取り組むことが重要」とまとめている。

関連産業では、医薬品産業の労働生産性が急速に伸びる一方、医療機器・精密光学機器の伸び率は全産業平均より低いと示した。医療機器などの生産性上昇率が高いドイツを、医療・福祉産業が持続的な経済成長をもたらす国の例として挙げている。（7/25MEDIFAXより）

改正障害者基本法が成立／8月5日に施行

障害者が可能な限り身近な場所で医療・介護を受けられるよう行政に求めた障害者基本法改正案について、政府は8月2日、改正障害者基本法の公布を閣議決定した。8月5日に公布し、一部を除いて施行する。

改正法は7月29日、参院本会議で全会一致で可決、成立した。衆院も6月16日の本会議で全会一致で可

決している。これまで基本法は障害者について、身体障害者、知的障害者、精神障害者と定めていたが、改正法では「その他の心身の機能の障害」を持つ人々を加え、発達障害を精神障害に含めることを明記した。

改正法は、障害者が可能な限り身近な場所で医療、介護、リハビリテーションを受けられるよう国・地方自治体が必要な施策を手掛け、障害者の人権を十分に尊重すると定めた。障害者施策も担当していた運輸行政刷新担当相（当時）は6月15日の衆院厚生労働委員会で「可能な限り、障害者が自らの意思に反して施設や病院での生活を強いられることなく、地域社会で生活するために身近な場所で医療、介護を受けられるようにするとの観点から規定を設けた」と述べていた。

●難病による心身機能障害も基本法の「障害」

改正法で「その他の心身の機能の障害」を持つ人々を障害者に含めたことについて、村木厚子内閣府政策統括官は衆院厚労委で「基本法における障害にはあらゆる心身の機能の障害が含まれる。これは幅広いものであることを明確化するためにこのような規定にした」と説明。「その他の心身の機能の障害」には、難病による心身の機能障害なども含まれるとの認識を示した。（8/3MEDIFAXより）

歯科口腔保健推進法が成立

歯科疾患の予防や早期治療を促進する歯科口腔保健推進法案は8月2日、衆院本会議で全会一致で可決、成立した。（8/3MEDIFAXより）

総合特区法、8月1日に施行／政令・内閣府令も同時に

政府は7月26日、総合特別区域法を8月1日に施行すると定めた政令を閣議決定した。総合特区の課税特例対象事業について大まかな分野を記した政令（施行令）も閣議決定し、細かな事業内容を定めた内閣府令（施行規則）とともに、7月29日に公布し、8月1日に施行する。（7/27MEDIFAXより）

改正予防接種法が成立／新臨時接種を創設へ

弱毒性の新型インフルエンザへの対応として、新たな臨時接種の創設を盛り込んだ予防接種法など関連法の改正案が7月15日、参院本会議で全会一致で可決、成立した。これまでの臨時接種は対象者に接種を受ける努力義務を課し、接種に関する自己負担

を求めなかったが、新臨時接種では努力義務を課さず、低所得者を除いて自己負担を求めることが可能になる。行政はこれまでの臨時接種と同様に、対象者に接種を勧奨する。接種による健康被害が起きた場合、被害救済の給付額は、定期接種と任意接種の中間の水準となる。給付額などについては、9月に施行予定の政令で定める。

改正案は2010年4月の参院本会議で与党などの賛成多数で可決したが、衆院で継続審議となった経緯がある。7月8日、年号を修正した改正案が衆院本会議で可決。法案成立には同一会期内の両院の可決が必要なため、改正案は再び参院に送られた。自民党は10年は改正案に反対したが、今回は賛成に回った。（7/19MEDIFAXより）

改正予防接種法、7月22日に施行／被害救済は9月の政令で

政府は7月19日、弱毒性の新型インフルエンザ対応として新たな臨時接種を創設する予防接種法など関連法の改正法を閣議決定した。改正法は一部を除き7月22日に公布、施行される。接種による健康被害救済の給付額などは、9月に施行予定の政令で定める。（7/20MEDIFAXより）

「消費税10%」あらためて明記／自民が中長期の政策方針

自民党の「国家戦略本部」（本部長＝谷垣禎一総裁）は7月20日、中長期政策の基本方針となる報告書を発表した。社会保障では、2010年夏の参院選公約で掲げた「消費税率10%」をあらためて明記。用途は全額、社会保障に充てるとしている。

報告書では、消費税を含む税制抜本改革について、09年度の税制改正法付則第104条に従い11年度中に必要な法制上の措置を行うとし、「特に、消費税の税率は当面10%とし、用途は社会保障に全額充てることとする」と明記した。

社会保障政策では「過度な公助への依存は自助の努力を削ぐことになるだけでなく、過大な財政負担を必要とすることを考えれば、高齢化の進展の中だからこそ、自助努力を促す仕組みが不可欠」と指摘。「自助を尊重し、共助、公助でそれを補うというバランスのとれた、かつ現物給付を中心とした社会保障を実現していく」との方向性を示した。

（7/21MEDIFAXより）

小児医療提供機能が外れる／DPC分科会、医療機関群設定で

中医協のDPC評価分科会（分科会長＝小山信彌・東邦大医療センター大森病院心臓血管外科部長）は7月6日、基礎係数の医療機関群設定に向けて議論を進めた。すでに大学病院本院は1つのグループにすることが決まっており、それ以外の医療機関群候補として▽医師研修機能▽小児医療提供機能▽他病棟との連携機能—の3群を優先的に検討した。厚生労働省は具体的な分析結果と論点を提示。小児医療提供機能については1つのグループにするのは不適切とし、分科会も了承した。

厚労省がDPC算定病床数全体に占める小児入院医療管理料1－3の比率を試算したところ、小児医療を専門的に提供している医療機関は6病院しかないことが分かった。それ以外の医療機関では、成人を想定した医療提供体制の中に小児医療提供体制を組み込んでいる状況が浮かび上がった。このため小児医療提供機能は医療機関群の設定から外れた。厚労省は同分科会で、小児入院医療管理料の評価の在り方を別途検討する方針。

医師研修機能に着目した医療機関群の設定については、厚労省が「卒後5年間の医師研修を研修機能の評価指標としてはどうか」「大学病院ではなくても同程度の研修機能を持つ医療機関が想定される。何らかの配慮をすべきではないか」などの論点を提示した。これに対して小山分科会長らが「医師派遣機能を見れば大学病院に近いかどうかを評価できるのではないかと指摘した。

また、医師研修機能については、基幹型病院でも勤務する医師数の多様性は大きく、臨床研修指定病院の指定だけで評価するのが難しいことから、厚労省はDPC算定病床1床当たりの医師数（医師密度）を試算。医師密度が高い施設で1日当たりの平均点数が高くなる傾向が見られた。

このため美原盤委員（脳血管研究所付属美原記念病院長）は「同じ診断群分類にもかかわらず、なぜ医師密度が高い病院は点数が高くなるのか」と問題提起。厚労省保険局医療課の迫井正深企画官は「同じ診断群分類でも重症度は全く同じではない」と応じた。医師研修機能や、医師密度と点数の関係は引き続き議論する。

他病棟との連携機能については、厚労省が▽亜急性期病床▽回復期病床▽療養病床—のいずれかを併設している病院と、併設がない病院に分けて検証し

たところ、ケアミックス病院の中で亜急性期病棟の1日当たり平均点数が低い傾向があった。このため亜急性期入院医療管理料を中心に、今後の在り方を検討することにした。（7/7MEDIFAXより）

医療機関群「医師密度の高い病院」など3分類／DPC分科会

中医協のDPC評価分科会（分科会長＝小山信彌・東邦大医療センター大森病院心臓血管外科部長）は8月1日、次期診療報酬改定でDPC／PDPSの制度設計のカギとなる基礎係数について医療機関群設定の基本的方針を固めた。これまでの議論で了承された「大学病院本院群」に加え、この日の議論で「大学病院本院以外の医師密度の高い病院群」「その他」の3群に機能類系する提案をまとめた。今後の中医協総会に提案する予定だ。

「大学病院本院以外の医師密度の高い病院群」の評価指標について厚生労働省は、医師密度・診療密度が「大学病院本院相当」であるほか、「一定の機能・実績を有する」ことを要件として求めたいとしている。具体的には▽一定以上の医師研修の実績▽一定以上の高度な医療技術の実施▽一定以上の重症患者に対する診療の実施—を掲げ、今後、具体的な基準について検討を進めたいとしている。ただ、今後の議論次第では、「大学病院本院群」「大学病院本院以外の医師密度の高い病院群」を1つの医療機関群としてまとめる可能性もあるとしている。

●医師密度・診療密度・手術難易度に相關

医療機関群の評価指標である医師密度（DPC算定病床1床当たりの医師数）については、これまでの議論で、医師密度が高いほど診療密度（1日当たり包括範囲出来高点数）が高いことが分かっている。この日の分科会で厚生労働省は▽医師密度が高い施設ほど「外保連手術試案」の手術難易度が高い術式を行っている▽手術難易度が高い術式を行っている施設ほど診療密度が高い—ことなどを報告した。

議論では三上裕司委員（日本医師会常任理事）が「手術難易度と医師密度に相関性があるのは理解できたが、（だからと言って）診療密度が高い施設をグルーピングするのはいいのか」と疑義を投げ掛けた。医師密度を高めるには一定の医師数の確保が求められることから、酒巻哲夫委員（群馬大医療情報部教授）は「免許取得5年後以上の医師の争奪戦になることがないよう配慮すべきだ」と指摘した。他の委員からも医師密度が前提になることを懸念する意見

などが出た。

こうした意見に対して厚生労働省保険局医療課の迫井正深企画官は、この日の事務局提案について「前回の議論で出た医師の配置だけで評価するのはおかしいとする意見なども真摯に受け止めた上での提案」と位置付け、「この議論は、基礎係数について施設ごとの個別設定は行わず、グルーピングするという認識から始まっている。（係数化すべきとの意見もあるが）これまでの検討から、基本的な診療特性を全て係数化することは難しいという結論が得られており、医師の配置に加えて研修機能や高度医療の実施など複数の実績を要件として提示した」と説明した。小山分科会長は、医療機関群を3分類とすることについて中医協総会に提案し、了承が得られれば、さらに、議論を深めることを提案する、としてこの日の議論を取りまとめた。（8/2MEDIFAXより）

高額薬剤の判定基準「84パーセンタイル」に／DPC分科会

中医協のDPC評価分科会は8月1日、高額薬剤の今後の対応についての具体案を提示した。新規承認・効能追加となった高額薬剤は現行ルールでは、「平均+1SDルール」を満たす薬剤を使用した患者を次期診療報酬改定までの間、出来高算定としているが、判定基準の緩和・見直しを図るため、標準偏差による基準判定から「パーセンタイル」の判定基準に変更することを了承した。「平均+1SD」は84.13パーセンタイルに相当することから「84パーセンタイル」を基準にする。厚生労働省は、この変更で多くの事例で事実上、基準緩和になると説明している。

さらに、適応症単位で該当するDPCを全て一括集計して判定している現行方式については、該当する個別DPCが一定の範囲で特定できる場合には、個別DPC単位で判定する案などを示した。

このほか、高額薬剤を使用するDPCの平均在院日数の延びを回避するための方策については今後提案するほか、高額な検査への対応などについても、次期診療報酬改定に向け検討を進めるとした。（8/2MEDIFAXより）

診療側委員が医療の現状説明／中医協総会

中医協の診療側委員は7月13日の総会に、日本の医療の現状をまとめた「わが国の医療についての基本資料」を連名で提出し、説明した。各側委員の間

で医療を取り巻く現状について共通認識を形成し、建設的な議論に役立てるのが目的。医療費や医療提供体制に関する統計情報のほか、歯科医療や病院薬剤師の現状なども盛り込んだ。

診療側委員が提出した資料では、日本の1人当たり総医療費はOECD平均を下回る状況にあると指摘。一方で日本の医療は「OECD Health Data 2009」に基づく国際評価で1位を獲得するなど、高い評価を受けている。患者負担率が主要先進諸国より高い現状については「個人や家庭の経済的負担が大きくなっている」と説明。税や保険料負担については「低く、引き上げの余地がある」とした。

診療側の説明を受け白川修二委員（健保連専務理事）は、基本資料には中医協でも議論すべきものと、社会保障審議会などで議論すべきものが混在しているとの見方を示し「中医協マターについては、議題の中で個別に議論を深めていきたい」とした。税や社会保険料などを含む「国民負担率」の在り方については「低負担で高い給付を受けることが一番望ましいが、そんなことはあり得ない。高負担で高福祉というやり方なのか、最終的には日本人がどう考えるかに帰着する」と指摘。「中医協で議論することも必要だろうが、もっと国民的な議論を呼び掛けたい」と述べた。

これを受け嘉山孝正委員（国立がん研究センター理事長）は「中医協で全てのデータを議論するつもりはない。こういう情報も頭に入れて中医協で議論しなければ、国民目線の良い結論は出せないだろうということを出させてもらった」と説明した。

診療側委員は5月18日の中医協総会に基本資料を提出したが、東日本大震災で医療経済実態調査の実施の是非をめぐる議論が紛糾したため、説明する時間が無くなった。6月22日の総会でも、時間が足りず議論を見送っていた。

資料は5月18日付で、診療側委員全員と、坂本すが前専門委員（日本看護協会会長）、北村善明専門委員（日本放射線技師会理事）の連名。（7/14MEDIFAXより）

「収支の改善傾向」に異論相次ぐ／慢性期分科会で報告書案

中医協・慢性期入院医療の包括評価調査分科会（分科会長＝池上直己・慶應大医学部教授）は7月29日、最終報告書の取りまとめ作業を行った。厚生労働省は、前回会合で示した「たたき台」に対する意見を

反映して「報告書案」を出したが、中医協総会への提言内容や、病院収支動向の記載について修正を求める発言が相次ぎ、最終報告書を確定するまでには至らなかった。今後、池上分科会長と厚労省で報告書を修文し、各委員の了承を取り付けた上で最終版を確定させる。中医協総会には8月下旬か9月上旬頃に報告し、内容を審議する予定。

報告書には「中医協総会への提言」を盛り込む。今後高齢化が進展し、急性期入院医療のみならず慢性期入院医療の重要性が増すと予想される中で、中医協総会でもさまざまな調査結果を踏まえながら慢性期入院医療の充実を図るよう希望する—という内容。さらに、分科会の総意として「慢性期入院医療の実態を把握するため、一定期間後に横断調査を再度実施すべき」「病院に負担をかけず医療の質を検証するためにも、電子レセプトを使って詳細な分析が行えるようにしてほしい」といった内容も盛り込むことにした。

医療療養病床を持つ病院の収支状況を見た「コスト調査」の記載については意見が相次ぎ、報告書案を書き直すことにした。前回改定で看護配置25対1の療養病棟入院基本料の点数が引き下げられたにもかかわらず、この日の分科会に提示されたコスト調査の概要では、2009年6月から10年6月にかけて病院1施設当たりの平均収支が改善していた。コスト調査の客体数が少なく、収支が改善した理由は明らかになっていない。このため委員からは「病院の経営状況は何とか一息ついたレベル。非常に改善したわけではない」（武久洋三委員＝博愛記念病院理事長）、「経営状況は悪くないと言われかねない」（三上裕司委員＝日本医師会常任理事）などといった指摘が相次いだ。

このほかにも報告書には、認知症患者の検証などを盛り込んだ。「特に周辺症状（BPSD）がある患者は専門的なケアが必要なため、評価すべきという意見があった」「医療療養病棟におけるBPSDを含む認知症患者の実態把握方法や評価の在り方については引き続き検討すべきという意見があった」などと記載した。（8/1MEDIFAXより）

精神疾患追加、「5疾病5事業」了承／厚労省・医療部会

厚生労働省の社会保障審議会・医療部会（部会長＝齋藤英彦・国立病院機構名古屋医療センター名誉院長）は7月6日、医療計画で定める「4疾病5事

業」について新たに精神疾患を加えた「5疾病5事業」とする方針でまとまった。今後、省令改正に向けた手続きに入る。

2008年の患者調査によると、精神疾患の患者数は323万人に上り、医療計画に記載すべき4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）のいずれの患者数より多い。09年人口動態統計がまとめた精神疾患の死亡者数は1.1万人。さらに、自殺による死亡数3.1万人は糖尿病で死亡した1.4万人を大きくしのぐ。医療部会ではこうした現状を踏まえ、4疾病5事業へ精神疾患を追加する方向性で議論を重ねてきた。

議論では、出席した委員から「追加に賛成。精神疾患は社会全体で見守らなければならない。保険者集団としても一生懸命に取り組みたい」（高智英太郎委員＝健保連理事）、「他の4疾病よりも地域連携が必要であり、追加するのが望ましい」（横倉義武委員＝日本医師会副会長）などの意見が集まり、齋藤座長が「精神疾患を加えることについては、まったく異論がない」とまとめた。

厚労省は13年度から始まる次期医療計画について「医療計画の見直し等に関する検討会」で議論を進めており、都道府県向けの作成指針を年内にまとめる予定。医政局総務課は「5疾病5事業」とするための省令改正について「指針策定のスケジュールに合うように対応したいが、担当課と検討したい。現段階で官報に出す時期は決めていない」とした。4疾病5事業のうち「疾病」の追加は省令で対応できるため法改正は必要ない。（7/7MEDIFAXより）

医師配置標準「40対1問題」暗礁へ／医療部会

7月20日の社会保障審議会・医療部会は、医療法の人員配置基準についても議論した。外来患者数に基づく病院医師の配置標準「40対1」の見直しについて山崎学委員（日本精神科病院協会会長）は、見直しを具体化させるため医療法施行規則19条を検討する場の設置を求めたが、齋藤英彦部会長は「人員配置標準を緩める方向にいくのではないかと懸念を示し、委員会の設置に対して厳しい姿勢を示した。

40対1問題は、2010年12月24日の医療部会で日本医師会と四病院団体協議会が共同提案していた。山崎会長は、配置基準40対1問題に関連して「医療法の人員配置標準が診療報酬の標欠問題に連動する現行体系は疑問だ」と主張。入院基本料については配置数が標準の70%以下になって初めて減算されるのに対し、精神療養病棟入院料など精神科関連の特定

入院料では配置標準を満たしていることが施設基準となっているため、標欠では同入院料などが算定できないなど不合理な面があると問題提起した。

山崎委員は「例えば、外来分離の形で門前クリニックを開設し、外来患者をクリニックに集めるなど苦肉の策を講じている事象もある」と訴えたが、齋藤部会長は「門前クリニックをなくすことを考えればいいのではないかとすげなく切り返すなど、医療法の人員配置基準の見直しには応じられないとの態度を崩さなかった。

このやりとりに横倉義武委員（日医副会長）が、今後の議論とするようとりなしたものの、40対1問題は一步後退した格好となった。

厚生労働省がこの日提示した資料によると、09年度の医師の配置標準に対する全国の適合率は90.0%。ブロック別に見ると最も高いのは近畿の95.5%で、関東の94.4%、東海の92.6%と続き、北海道・東北は77.8%と80%を切っている。

（7/21MEDIFAXより）

医政局指導課長に事務官の井上氏／厚労省、課長級人事内示

厚生労働省の7月29日付予定の課長級人事で、これまで医系技官の課長ポストとなっていた医政局指導課長に事務官の井上誠一・日本年金機構事業企画部長が就くことが分かった。医政局医事課長に同課医師臨床研修推進室の田原克志室長が就くことで新たに医系技官の課長ポストとなるため（7月25日付6164号で既報）、医政局内で医系技官の課長ポストの数はこれまでと変わらない。

医政局総務課長に国立病院課の池永敏康課長が就任し、医事課長には、医系技官で医事課医師臨床研修推進室の田原克志室長がスライド昇進する。

（7/26MEDIFAXより）

「オール厚労省」で復興計画サポート／市町村支援チーム発足

厚生労働省は東日本大震災の被災地を市町村単位で支援する「復興のための市町村支援チーム」を災害対策本部の下に発足させ、7月から活動を開始した。計14チームで、岩手、宮城、福島3県の32市町村を担当し、医療・介護などに関する復興作業を支援する。各チームのトップは課長・室長級で、メンバーは計36人。被災地出身の職員が多く名を連ねており、省内業務と併任して活動する。部局単位の視

点ではなく「オール厚労省」として、市町村の復興基本計画作りなどをサポートしていく。

通常、市町村の要望は県庁を通じて厚労省など国の機関に届くのが一般的だ。それも案件ごとの縦割りになる。各市町村は今後、復興への基本計画を作るが、政府の「東日本大震災復興構想会議」が提言した医療、介護、福祉などが一体化した地域包括ケアの町づくりなどを市町村だけで構想するのは難しい。

こうした事情を踏まえ、支援チームでは市町村の要望や照会事項を進行管理する。必要に応じ出張して状況を把握し、顔の見える関係を築きながら相談やアドバイスに応じる。チーム員は部局横断で起用し縦割りの弊害を排除した。（7/19MEDIFAXより）

災害医療コーディネーター創設を了承／災害医療検討会

厚生労働省「災害医療等のあり方に関する検討会」（座長＝大友康裕・東京医科歯科大救急災害医学分野教授）は7月27日、事務局が提案した専属事務要員による「ロジスティックチーム（仮称）」創設や、保健所単位での「災害医療コーディネーター（仮称）」創設などについて大筋了承した。この日の議論を踏まえ、日本DMAT活動要領や災害時の初期救急医療体制に向けた通知の見直しなどを行う。

事務局の医政局指導課は、被災地での▽DMAT（災害派遣医療チーム）の医療活動▽中長期の医療提供体制▽ドクターヘリについて東日本大震災での状況を説明した上で、制度見直しに向けた論点を示した。

DMATについては、災害急性期での対象患者は重症者（トリアージ赤）にこだわらず、臨機応変に活動できるようDMAT研修内容や活動要領を見直すことを提案。検討会で了承された。DMATの活動時間はこれまで「出発から48時間」を想定してきたが、災害規模にかかわらず「現地での活動時間は48時間」を原則とする方向を示した。1次派遣のチームが携行できる資器材は限られるため、医療へのニーズが長く続く場合には2次隊の派遣で対応する考えだ。今回の震災を踏まえて、DMATが衛星電話・衛星携帯などの複数の通信手段を持つことへの提案に対しても反対はなかった。

DMATの活動支援についての提案では、厚労省DMAT事務局とDMAT都道府県調整本部に多くの統括DMAT登録者（厚労省に登録する統括DM

AT研修終了者）やDMAT隊員を派遣して調整機能を強化することや、調整本部や活動拠点本部での業務や病院支援・情報収集のために事務要員による専属チーム「ロジスティックチーム（仮称）」を創設することなどを了承した。

また、災害時には保健所が、広域災害救急医療情報システム「EMIS」未登録病院の情報を収集する役割を担うべきとの意見でも一致した。

広域医療搬送の論点では、平時に患者搬送・患者受け入れ計画を策定しておくことや、災害拠点病院の敷地内にヘリポートを設置することなどを示した。反対意見はなかった。

●長期化する医療支援に対応

今回の震災では中長期にわたる医療ニーズがあり、医療チームの派遣調整体制の必要性を問う声が多かった。事務局はDMATの活動を引き継ぐ移行期（発災48時間から約5日間）と中長期の医療提供体制について、都道府県医師会や災害拠点病院、大学病院、日赤、国立病院機構などからなる「災害医療本部」を都道府県災害対策本部内に設置し、JMAT（日本医師会災害医療チーム）など医療チームの調整役とすることを提案した。さらに、地域ニーズに合った医療チームを派遣するため、保健所管轄区域に「災害医療コーディネーター（仮称）」やコーディネート機能を持つ組織を設置する考えも示した。派遣調整について検討会では保健所や都市医師会、医療機関などのチームで調整すべきとの意見が出た。（7/28MEDIFAXより）

3 ワクチンの安全性「現時点で対応は不要」 ／厚労省合同会合

厚生労働省の「薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会」「新型インフルエンザ予防接種後副反応検討会」「子宮頸がん等ワクチン予防接種後副反応検討会」は7月13日、合同で会合を開き、子宮頸がん予防ワクチン、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの安全性について、新たな死亡症例が報告されたものの、接種と死亡に直接的で明確な因果関係は認められず「現時点で何らかの対応を行う必要はない」との見解で一致した。

子宮頸がん予防ワクチンは2009年12月から約190万回が接種され、副反応報告は製造販売業者から193人、医療機関から219人（うち重篤14人）の報告があった。ヒブワクチンは08年12月から約399万回の接種で、製造販売業者から94人（同3人）、医療機関から

173人（同27人）、小児用肺炎球菌ワクチンは10年2月から約302万回の接種で製造販売業者から110人、医療機関から205人（同26人）の副反応報告があった。

ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチンの同時接種か、いずれか片方の接種後に死亡した報告は10例で、そのうち4月1日の接種再開後死亡例は1例だった。

また、インフルエンザワクチンについては副反応報告の状況などから「安全性に重大な懸念はない」とする評価で一致した。副反応報告の集積を受けて添付文書を改訂し、重大な副反応に「血管炎」と「皮膚粘膜眼症候群」を追記し、その他の副反応に「食欲減退」を加えることも了承した。

●間質性肺炎患者の死亡リスク「上昇させるとはいえない」

インフルエンザ（H1N1）2009の流行に対する新型インフルエンザワクチン接種事業では、基礎疾患を持つ人の接種後死亡例がこれまでに133例報告された。山縣然太郎参考人（山梨大大学院医学工学総合研究部社会医学講座教授）は、疫学的手法で新型ワクチン接種が呼吸器基礎疾患の症状悪化のリスクファクターとなっているかどうかの研究を行い、「呼吸器内科認定施設の特発性間質性肺炎患者診療録に基づく研究およびCOPD患者診療録に基づく研究では、新型インフルエンザワクチンがその患者の死亡リスクを上昇させているとはいえない」とする研究結果を報告した。（7/14MEDIFAXより）

HPVワクチン、全対象者の初回接種再開／厚労省、7月20日から

厚生労働省健康局結核感染症課は7月14日付で各都道府県担当部局に対し、子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業の子宮頸がん（HPV）予防ワクチンの接種について、中学3年生以下の全ての学年の対象者への初回接種を7月20日から再開できるとする事務連絡を発出した。

HPVワクチンは供給量が不足したため、厚労省は3月7日の事務連絡で当分の間、初回接種の差し控えを要請。その後、供給量が確保できたことから高校2年生、高校1年生と順次初回接種を再開している。今回、ワクチン製造業者の報告から、さらなる供給量が確保できたことから、中学3年生以下の全ての学年で接種を再開することにした。（7/19MEDIFAXより）

ヒト幹細胞用いた治療法、初の保険併用へ／高度医療評価会議

厚生労働省の高度医療評価会議（座長＝猿田享男・慶応大名誉教授）は7月13日の会合で、名古屋大医学部付属病院が申請した「軟骨無形成症等骨系統疾患に伴う低身長症例および下肢長不等症例に対する培養骨髓細胞移植の併用による骨延長術併用療法」を、高度医療として適当であると認めた。先進医療専門家会議で承認されれば「ヒト幹細胞を用いる臨床研究に関する指針」に基づく保険併用の第1例目となる。関係者は今後のヒト幹細胞研究を後押しする決定と期待しており、厚労省も薬事承認に向けた積極的支援の意向を示した。

同技術の審査で主担当を務めた北里大薬学部臨床医学（臨床統計学・医薬開発学）の竹内正弘教授は「基礎化学、技術、倫理の面で問題ない」と述べた。研究計画書（プロトコル）についても「非常にクリア」と評価した。

●再生医療の参考モデルに

この日の会合では、ヒト幹細胞を用いた再生医療の保険医療化を進めていく上で同技術が一つの参考モデルになると指摘する声が多数上がった。厚労省医政局研究開発振興課も「PMDAが7月1日に新設した薬事戦略相談なども活用しながら、実用化の道を積極的に支援してまいりたい」と応じた。

ヒト幹細胞を用いた治療法では、既に重症やけど治療用の自家培養表皮が保険適用され、培養軟骨が保険適用申請中。今回、名古屋大が申請した技術は、厚労省が2006年に策定した「ヒト幹細胞を用いる臨床研究に関する指針」に基づく制度で、厚生科学審議会・科学技術部会「ヒト幹細胞臨床研究に関する審査委員会」の審査を通った第1例目だ。

●審査のシームレス化も検討

一方、今後のヒト幹細胞を用いた治療法の実用化に向けた審査の効率化について、委員から指摘があった。同技術の評価委員を務めた松山晃文技術委員（先端医療振興財団先端医療センター研究所膝関節再生研究グループリーダー）は「シームレスな展開を考えると（ヒト幹細胞臨床研究に関する審査委員会と高度医療の）2回の審査で少なくとも半年か1年止まってしまう」と話し検討を促した。医政局研究開発振興課は、高度医療評価会議が申請書の信頼性などをモニタリングする機能として重要な役割を果たしているとした上で「どのような形が一番シームレスにいくか検討したい」とした。本紙の取材

に対しては「二重審査のようなことがないように、調査項目の重複があるかどうかなども調べる」と説明した。（7/14MEDIFAXより）

医師会に産業保健の調整機能／在り方検討会で厚労省提案

厚生労働省の「産業保健への支援の在り方に関する検討会」（座長＝相澤好治・北里大副学長）は7月13日、地域の産業保健への支援事業を機能的に進める方策について協議し、産業保健推進センターなど複数のセンターによる事業を調整するための機能を新たに設ける方針で一致した。厚労省は、都道府県医師会に事務局を設置する概要を今回の検討会にも提示し、合意が得られた場合、モデル事業を実施する費用を2012年度予算の概算要求に盛り込む見通し。

この日の議論では産業保健推進センター、メンタルヘルス対策支援センター、地域産業保健センターによる混交した事業を効果的に実施するため、何らかの形で調整する必要があるとの意見で一致した。厚労省労働基準局の鈴木幸雄労働衛生課長は具体的な調整の担い手に触れ、実施主体は国が担うことを前提とした上で、都道府県医師会に必要な予算を付けて事務局を置く方策を例として示した。

今村聡委員（日本医師会常任理事）は都道府県医師会の力量の差を勘案し「全国的に同じ仕組みで行うことは無理。まずモデル事業として取り組むことは可能か」と質問すると、鈴木課長は「総論として合意できれば、どのような方法があるか検討したい」と応じた。

今村氏は検討会後、本紙に、医師会に事務局を置く案について「さまざまな事業が並列的に行われている現状は好ましくなく、整理すべき。今回の提案は医師会として望むところ」と歓迎する考えを示した。

厚労省はこのほか、次回会合で各支援事業を整理・統合した方策についても示したい考えだ。（7/14MEDIFAXより）

クラウドで日本版EHR推進へ／総務省委員会が初会合

総務省の「日本版EHR事業推進委員会」（主査＝小倉真治・岐阜大大学院救急・災害医学教授）は7月19日、同省内で初会合を開き、クラウドコンピューティングを用いた広域共同利用型EHR

（Electronic Health Record）の構築に向けて検討を開始した。初会合を含めて4回の委員会を2012年2月までに開き、同3月に最終報告書を取りまとめる。EHRは、個人が自分の診療情報や健診情報などの医療・健康情報を生涯にわたって電子的に管理・活用できる仕組み。総務省が11年度から始めた「健康情報活用基盤構築事業（日本版EHR）」での実証実験を通して▽医療機関間での継続的な医療▽医療費削減▽健康情報の疫学的活用—などの活用効果を検証する。

総務省は初会合で、EHRの構築が必要となった背景について▽急速な高齢化・国民医療費の増加▽医師不足・偏在による地域医療提供体制の疲弊▽国民の疾病構造の変化—を挙げた。政府の高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部も「新たな情報通信技術戦略」として▽「どこでもMY病院」構想（13年までに一部開始）▽シームレスな地域連携医療—の実現を掲げ、その基盤としてEHRの構築を位置付けている。このため総務省は11年度中にEHRの効果を示したい考えだ。

実証実験は▽処方箋の電子化・医薬連携▽医療・介護連携▽共通診察券—の3つ。実証実験を踏まえて▽広域的EHRでのセキュリティー要件や情報流通方法についての共通仕様▽電子処方箋交付の技術仕様▽在宅医療・介護モデルのひな形—の策定を目指す。（7/20MEDIFAXより）

東京都が介護・医療で厚労省に要求

東京都福祉保健局は7月6日、「国の施策及び予算に対する東京都の提案要求」を厚生労働省に提出した。人件費の地域差を考慮して地域区分ごとに設定している介護報酬の上乗せ割合について、2012年度介護報酬改定で見直すことなどを求めている。

要求書では、介護報酬の上乗せ割合について「物件費や地価の地域差を反映したものとなっていないため、大都市東京の実態と乖離した低い水準」と指摘。東京都の上乗せ割合を引き上げる必要性を指摘する内容となっている。

行政刷新会議の議論で組上に載っている訪問看護ステーションの一人開業の解禁にも触れ「夜間、緊急時の対応が困難で、看護師が急病などの際はサービス提供そのものが停止する恐れがある」と指摘。現行の人員基準である常勤換算2.5人以上を踏まえ「適正な員数」とするよう求めた。一人開業を認める場合は、十分に要件を検討し、継続性と安定性を担

保する方策を講じることも求めた。

療養病床再編をめぐることは、東京では高齢者人口当たりの療養病床数が全国平均を大きく下回っているとし「医療療養病床と介護療養型老人保健施設などの整備が急務」と主張。医療療養病床の充実や、介護報酬による介護療養病床から介護療養型老健への転換支援などを求めた。（7/7MEDIFAXより）

「世界の頭脳を福島に」／復興ビジョン検討委

福島県の復興ビジョン策定に向けて同県が設置した福島県復興ビジョン検討委員会（座長＝鈴木浩・福島大名誉教授）は7月8日、「福島県復興ビジョンへの提言」を佐藤雄平知事に提出した。

提言は、復興に向けた主要施策を▽緊急的対応▽ふくしまの未来を見据えた対応▽原子力災害対応—の3本柱で示した。「原子力災害対応」では「原子力災害の影響についての研究、放射性物質による汚染を克服する研究および除染の実施」を求めたほか、「さらに、一步進んで、健康づくりを通して全国にも誇れるような健康長寿の県づくりを進めることが求められる」と強調。「原子力に係る国際的機関の誘致を含め、世界の知見・頭脳を福島県に招致し、世界最先端の力を借りて、事故後の原子力発電所の安全の確保とその監視に取り組む必要がある」と指摘した。

提言は復興に当たっての基本理念に「原子力に依存しない、安全・安心で持続的に発展可能な社会づくり」と明記し、脱原発の姿勢を明確に示した。同県は今後、早急に復興ビジョンの素案を提示し、パブリックコメントを募集する予定。その後、復興ビジョンを決定する。（7/13MEDIFAXより）

被災自治体職員の健康「重要性の認識を」／日本精神神経学会

日本精神神経学会理事会・東日本大震災対策本部はこのほど、国や地方自治体に対し、被災した職員の過労疾病や過労死を防ぐため、被災職員の健康問題を十分認識して対応するよう求める文書を発表した。

日本精神神経学会は文書の中で、被災自治体の職員に健康問題が生じることは阪神・淡路大震災で指摘されているとし、東日本大震災で被災した自治体の職員は自身も被災者であるにもかかわらず、十分な休養を取らないまま支援の第一線で活動し、通常業務も加わり過重労働が長期間にわたっている例が

多いと指摘した。

県と市町村に対しては▽職員の時間外労働の限度に関する基準を順守▽職員の休養の必要性を住民に啓発▽職員にこころの健康を含む健康診断を実施▽健康問題を生じた職員の相談体制整備▽必要な職員の増員—を要請。国に対しては、県や市町村が必要な職員の増員を行えるよう財源・人的資源の確保と提供、支援を行うことを求めている。

（8/3MEDIFAXより）

医療・学校法人にも仮払い／東電、損害賠償で

東京電力は7月29日、福島第1原発事故の損害賠償で実施している仮払いの対象を広げ、原発周辺で病院を経営する医療法人や幼稚園などの学校法人にも支払うと発表した。

また、茨城県と栃木県の農林漁業者の団体が請求した風評被害について計11億円の仮払いを実施すると明らかにした。風評被害による仮払いは初めて。

新たな対象は避難区域内の公益法人。NPO法人や社会福祉法人、宗教法人なども含まれ、法人数は約500に上る。中小企業と同じ1法人当たり最高250万円を支払う。全法人に最高額を支払った場合、総額約12億円の支出になる。

東電はこれまで原発周辺の避難住民、農林漁業者、中小企業に対して仮払いを実施。ただ、被災地の幼稚園などは対象外とされ、批判が高まっていた。

（8/2MEDIFAXより）

震災対策を柱に13項目の提言／日医の概算要求要望

日本医師会は7月13日の定例会見で、2012年度概算要求への要望を公表した。東日本大震災への対策を柱に13項目の要望をまとめた。震災対策では、被災地の医療復興と被災地以外の医療機関の防災対策を目的とする基金の創設などを盛り込んだ。今村聡常任理事はすでに民主党に要望を説明したとし「3次補正予算の中で対応できるものは早急にお願いしたい」と述べた。今後、関係省庁へ要望書を配布し、厚生労働省については各局へ説明する機会を設けたいとした。

震災対策ではほかに日医災害医療チーム（JMAIT）編成への補助や病院船の建造、CBRN（化学、生物、放射性物資、核）災害への対応推進などを求めた。福島第一原子力発電所の事故関連では、避難者で人口が急増した地域の医療提供体制の整備を要

望。11年度の2次補正予算案に盛り込まれた二重債務の負担軽減措置の継続と充実も求めた。

「良質かつ安全、安定した医療提供体制の実現」の項目では、医療安全の観点から要望をまとめた。死因究明制度の検討推進として、日本医療安全調査機構が運営する「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」に交付される補助金の増額を要望し、死亡時画像診断の予算措置拡充も盛り込んだ。

「医師・看護師等確保対策の確立」では、日医などが実施する「女性医師支援センター事業」の実績を強調し、継続と拡充を求めた。勤務医対策では多様な勤務体制構築の促進や医師事務作業補助者の設置、充実を求めた。看護師等養成所運営費の補助基準額の増額と国庫補助率の引き上げも要望した。

●現役世代の2割負担も要望

患者負担の軽減措置の財源確保も要望した。70-74歳の窓口負担を1割とする軽減特例措置の継続のほか、義務教育終了後から69歳までを2割、義務教育就学中と義務教育就学前をゼロとするよう求めた。

「地域医療再生のための連携体制の確立」では、医療連携体制推進事業と11年度から整備が始まった「地域医療支援センター運営事業」の拡充を要望した。地域医療で重要な役割を果たすと位置付けている有床診療所への支援も継続して求めるとした。

ほかには介護サービスの確保と質の向上、IT化推進のための財政的支援、救急医療・災害医療体制の確立、感染症対策の推進、医学教育と研究充実のための整備と支援などを盛り込んだ。

（7/14MEDIFAXより）

「入院基本料の再構築」など10項目要望／次期改定へ日病協

日本病院団体協議会（議長＝西澤寛俊・全日本病院協会会長）は7月29日、2012年度診療報酬改定に関する10項目の要望をまとめ、厚生労働省の外口崇保険局長宛てに提出した。

要望は▽根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設▽病院の診療報酬算定規則の変更▽手術・検査などに対する適正なコストに基づいた評価（外保連方式準拠）▽二次救急医療機関に対する評価▽看護基準制度の変更▽医師事務作業補助体制加算の対象病棟拡大▽チーム医療の評価（医療各職種の病棟配置）▽外来リハビリテーションの管理料の創設▽訪問看護・訪問リハなどの医療保険適応拡大▽医療情報シ

ステムの標準化と診療報酬上の評価—の計10項目。

根拠に基づいた診療報酬の算定方式の創設に関する要望では、医療の安定的な提供を可能にするため、人件費・施設設備費などの横断的な調査・検証や、医師の技術料の客観的評価などを通じた「入院基本料の再構築」のほか、「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」を再要望。制度の創設には複数年を要するため、速やかに調査・研究を開始するよう求めた。

病院の診療報酬算定規則の変更を求める要望では、一般病床200床以上の病院が算定する外来診療料について言及。外来診療料を199床以下の再診料と同一とし、検査・処置などの包括化をやめて出来高算定できるよう要望した。

日病協の猪口雄二・診療報酬実務者会議委員長は「非常に大きな問題。大きい病院に行った方が外来が安いという認識が広まっている。外来診療料が廉価ゆえに患者集中が起こっていることが考えられる」と指摘。「診療所・病院の外来機能分化を図りつつ、一方では医療行為に対する正当な評価を行うべき」と述べた。（8/1MEDIFAXより）

日本専門医機構の基本骨格了承／専認機構が理事会

日本専門医制度評価・認定機構（池田康夫理事長）は8月2日、理事会を開き、新たな専門医制度の中立的機関となる日本専門医機構（仮称）の在り方について検討を進めている第三者機関検討委員会（門田守人委員長）から新組織の基本骨格などについて報告を受け、了承した。理事会後、池田理事長は、取材に対して「新機構の社員、理事などの選出はなるべく早く進めたい」との考えを示し、第三者機関検討委からの答申を2012年秋には受けたいとした。

池田理事長によると、理事会が了承した新機構の認定部門の組織は「専門医認定」と「研修プログラム施設評価・認定」の2類系とする。2つの認定は、各専門領域別委員会（例えば内科専門医認定委員会、外科専門医認定委員会など）が支える。

専門医を目指す医師らは新機構に申請し認定を受ける。研修施設については、研修プログラムを申請することで認定される仕組みになる。池田理事長は「国民、患者の理解が得られるよう、学会単位から診療領域別の専門医制度に改めていく。研修プログラムに沿った育成制度を確立することによって、専門医の質の向上と標準化を図っていくことが必要だ」

と新機構の設立理念を説明した。

設立理念を具体化させるための一環として専認機構は、研修施設の評価に関する試行事業を実施している。この日の理事会では、施設評価委員会が10年度の研修施設調査試行事業の結果を報告した。池田理事長は「10年度は40施設を対象に研修施設の査察を試行した。その結果、施設調査員（サーベイヤー）にとって時間的負担の大きさなどの課題が浮き彫りになった」と指摘。今後、研修施設調査計画を策定する上で、年間100施設程度を査察できる仕組みや、評価基準、認定証の発行などを順次検討していく予定だ。

池田理事長は「サーベイヤーの負担軽減を図る上でも全国を7地区に分け、各地区にチーフサーベイヤーを任命していく。病院診療に従事していたOBを含め、各学会からもサーベイヤーを推薦してもらうことにしている」と述べた。（8/3MEDIFAXより）

後期医療「新制度への移行が不透明」／東京都の西川広域連合長

東京都後期高齢者医療広域連合の西川太一郎広域連合長（荒川区長）は7月29日、広域連合議会臨時会で挨拶し、後期高齢者医療制度について「高齢者医療制度改革会議で最終報告が取りまとめられたが、いまだに国会へ法案が提出されていない。新制度への移行が不透明な状況だ」と語った。

後期高齢者医療制度は、新制度への検討が進められており、2010年12月に高齢者医療制度改革会議で最終報告が取りまとめられた。しかし、法案が国会へ提出されないまま、政府与党がまとめた社会保障・税一体改革成案では、高齢者医療制度改革会議の取りまとめを踏まえて高齢者医療制度の見直しを検討するとされた。

西川広域連合長は「慎重に議論し、給付の平等、負担の公平を目指した安定的で持続可能な制度となるよう検討を進めるべきだ」と語った。（8/1MEDIFAXより）

給付の効率化、より着目を／一体改革で健保連会長談話

政府・与党が取りまとめた社会保障と税の一体改革成案を受け、健保連は7月7日「国民間の負担の公平性や給付の重点化・効率化により着目した具体的な案に深化させ、国民的合意を図っていくべき」との会長談話を発表した。

談話では、医療・介護保険制度の持続性確保には医療費適正化などが不可欠とし「改革案は医療・介護サービス提供体制の改革の方向性や目標数値を示しているものの、実現するための具体的な方策や工程を明示していない」と指摘。「給付と提供体制のさらなる重点化・効率化を通じた医療費などの適正化策を早急に策定し実現をはかるべき」とした。

高齢者医療制度については「前期高齢者への公費投入・拡充について、全く考慮されていないことは大変遺憾」と主張。介護保険制度関連で盛り込まれた介護納付金の総報酬割の導入については「単に協会けんぽに係る国庫補助相当額を健保組合などに負担転嫁する肩代わりの構図にすぎない」とし、反対とした。（7/8MEDIFAXより）

一体改革成案「患者不在の設計」／日病・理事会

日本病院会は7月13日の理事会で、政府の社会保障・税一体改革成案について協議し「今後の制度設計で不合理な点を整理し、検討を深めていきたい」との認識で一致した。堺常雄会長が7月14日、本紙の取材に答えた。

堺会長は「病院は病床数で分類すべきではなく、病院の機能に基づいて論じていくべきで、政府の成案は患者不在の設計との見方が大勢だった」とした。さらに、「医療・介護サービスの必要ベッド数の見込みで、一般急性期病院の平均在院日数9日はあり得ない。30日程度であれば高度急性期の受け皿にもなり得る」と指摘した。今後、さらに検討を進めていく予定だ。

また日病は、月1回の常任理事会後に定例記者会見を開催することを7月13日の理事会で正式に決定した。8月27日から定例会見をスタートさせる。堺会長は「日病としての活動を幅広く情報提供したい。情報の見える化の一環だ」としている。医療関連団体で定期・不定期を含め会見を実施しているのは、日本医師会、全国自治体病院協議会、日本慢性期医療協会などで、日病も追随することになる。（7/15MEDIFAXより）

一体改革成案で意見書提出へ／四病協・総合部会

四病院団体協議会は7月21日、総合部会を開き、社会保障と税の一体改革成案に対して四病協としての考え方を取りまとめ、厚生労働省など関係部局に

意見書を提出する方針を決めた。総合部会後、記者団に対して日本病院会の堺常雄会長が答えた。

総合部会では、社会保障と税の一体改革成案に対して「医療・介護機能再編のシナリオで居住系サービス・在宅系サービスの方向が見えない。高度急性期や一般急性期など入口の議論だけでは不十分だ」「改革シナリオでは、パターン2の実現の可能性が高い。しかし、病床論議が中心で病院の医療提供体制が見えない。特に、一般急性期の在院期間9日程度は不可解だ」「地域包括ケアについては、地域に合った医療・介護提供体制を確立してもらいたい」などの意見が出た。堺会長は、独居世帯の増加を施策に反映させることなどが必要とし、四病協としての見解をまとめる方針とした。（7/22MEDIFAXより）

大阪府医、受診時負担「阻止すべき」／一体改革で日医に意見書

政府・与党の「社会保障・税一体改革成案」について、大阪府医師会（伯井俊明会長）は7月29日付で日本医師会の原中勝征会長に意見書を提出した。「受診時定額負担」に対し「断固阻止すべき」との姿勢を打ち出し、引き続き日医が問題解決に向け注力するよう要請。伯井氏は取材に「健康弱者による弱者の救済」はとんでもないことで、社会保障の理念に反する」と述べ、全国の医師会が一体となって成案に立ち向かう必要があるとの考えを示した。

意見書では、一連の日医の対応について、改革案にいち早く見解を公表するなどしたことを評価。日医として対応の検討を続けていくよう求めた。

受診時定額負担については、高額医療の患者負担軽減に必要な財源を健康弱者だけに強いる方法で、国民の相互扶助の精神に基づく社会保障の理念から大きく逸脱するものと問題視。「（高額療養費制度の）制度上の不備を見直す財源は、あくまでも公費や保険料に求めるべき」と指摘した。

さらに、意見書には保険免責制度導入のための試金石になると明記し、国民皆保険制度の根幹を揺るがす受診時定額負担は断固阻止すべきと訴えた。伯井氏は仮に当初の負担が低額であっても、安易に引き上げられる可能性があるとの見方を示し、導入への懸念をあらわにした。

●共通番号制「医療費抑制が目的」

意見書では、社会保障と税の共通番号制度に関して、個人情報漏れや目的外利用の恐れもあると言及。将来的に医療費や介護費の抑制に使用する目的

は明らかであるとし、導入反対を明確にした。

消費税増税については、引き上げによる財源がすべて医療や介護を含めた社会保障の充実に充てられるとは到底考えられないと意見書に記載した。伯井氏は、増税ありきで議論を進め、国民を納得させるために目的税化を掲げているとし、国の姿勢を批判。「日医には増税の内訳をしっかりと精査してほしい」と期待を寄せた。（8/2MEDIFAXより）

外来放射線、診察頻度で緩和案／放射線腫瘍学会、新ルール検討

日本放射線腫瘍学会は、外来での放射線治療の患者に対する医師の診察は「週1回以上」でもよいとする新ルールの検討を進めている。「無診察診療」は医師法によって禁止されており、現行ルールでは連日照射する放射線治療のたびに医師（放射線治療医など）の診察が必要となる。同学会の根本建二理事（山形大医学部教授）は7月19日、本紙の取材に対し、次期診療報酬改定に向けて新ルールを要望していく考えを明らかにした。医師の診察頻度の緩和をめぐることは、外来リハビリテーションについても毎回の医師による診察は必ずしも必要ないとの要望が病院団体などから出ている。

根本理事によると、放射線治療患者数は今後10年以内に38万人を超えると予測されているが、日本の医療現場は患者数の急速な増加に対応できるだけの放射線専任医師数が確保できていない。根本理事は「放射線治療医は一日中、再診の照射患者の診察に忙殺され、放射線治療を必要としている新規患者の受け入れが大幅に遅延している」と問題提起する。米国、カナダ、英国、オーストラリアなど諸外国では、週1回の医師の診察で放射線照射治療が行われているのが実態という。

こうした諸外国の現状も踏まえ同学会は、治療方法や予想される合併症とその時期などを患者に説明して同意を得ることを前提に、医師の診察は週1回以上でもよいとするルールを求める考えだ。安全性を確保するため、放射線治療専従の看護師と診療放射線技師の配置を義務付けることも想定しており、チーム医療で対応できる仕組みを求めていく。

放射線治療医が常勤している病院については、患者の希望があればいつでも放射線治療医の診察を受けることができる体制を確保。放射線治療医の常勤医がいない場合は、放射線治療医が常勤している近隣施設と連携体制を結ぶことで、患者の安全性とニ

ーズを担保する仕組みを検討している。根本理事によると、すでに患者団体（市民のためのがん治療の会）からもおおむね理解が得られているという。

●新たな管理料の設定などが検討課題

新ルール下での診療報酬体系は、新たな管理料の設定も含めて、今後の理事会での検討課題になる。根本理事は「連日の医師の診察を行うとする病院もあるため、現行の算定方法と包括算定のいずれかを選択できるようにすることで、現場の混乱を回避できるのではないか」としている。

（7/20MEDIFAXより）

電子点数表を活用したレセプト点検開始／支払基金

社会保険診療報酬支払基金はこのほど、電子点数表（医科・歯科）を活用した電子レセプトのコンピューターチェックを7月審査分から開始すると発表した。

診療報酬について告示や通知で規定された算定ルールの中から、コンピューターチェックが可能な項目をまとめて電子情報テーブル化。この電子情報テーブルを活用して算定の適合性を点検する。

現時点で点検できる算定ルールは、他の診療行為に包括される「包括」に関する算定ルールと、他の診療行為との併算定ができない「背反」に関する算定ルールの2点で、「1日につき」と「同一月内」の算定単位で適合性を点検することができる。

（7/20MEDIFAXより）

受給資格確認で新たな仕組み／支払基金、10月から

社会保険診療報酬支払基金は7月25日の定例記者会見で、保険者に診療報酬を請求する前に被保険者の受給資格を点検できる仕組みを導入すると発表した。保険者や医療機関、支払基金の事務処理負担の軽減を図る。2011年10月からの実施を予定している。

支払基金が導入する新たな仕組みでは、医療機関などから受け付けた電子レセプトに基づき被保険者の「資格情報ファイル」を作成して保険者に配信する。保険者は「資格情報ファイル」から被保険者の受給資格を確認し、誤りがあるレセプトについて「返戻情報ファイル」として支払基金に送信。支払基金は「保険者による資格返戻」であることを明確にして医療機関にレセプトを返戻する。

支払基金によると現在、受給資格に関する誤りは

保険者が請求を受けた後に点検することで判明している。受給資格に関する誤りがあるレセプトは10年度に414万件だったという。

現時点で11年10月からの開始を予定している保険者は、協会けんぽのみ。（7/26MEDIFAXより）

在宅医療で指針案、圏域設定で方向性／医療計画見直し検討会

国立長寿医療研究センターの在宅医療推進会議は7月13日、厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」（座長＝武藤正樹・国際医療福祉大大学院教授）に、医療計画の作成指針に盛り込む「在宅医療」の体制構築に向けた指針案を提示した。在宅医療体制の構築に向けた具体的な手順として、患者動向・医療資源の情報収集や圏域設定について方向性を示した。在宅医療推進会議は、国立長寿医療研究センターの大島伸一総長が招集。在宅医療関係学会や医療関連団体の有識者で構成している。厚労省はこの指針案をたたき台として医療計画の作成指針とする考えだ。

この日は参考人として出席した鳥羽研二・国立長寿医療研究センター病院院長が指針案を説明した。指針案では在宅医療をめぐる現状を解説した上で▽24時間365日にわたり患者の視点に立った多職種協働医療の提供▽看取りまでを行う医療機関を増やすための医療連携体制▽認知症在宅医療の推進—などを目指すべき方向として示した。

都道府県が医療計画を作成する具体的手順としては▽訪問診療数・訪問看護数などの患者動向情報▽在宅医療を行う施設・支援施設とその位置、医療機関の機能などの医療資源情報▽在宅医療を推進する協議体での協議調整状況など連携情報—など情報収集すべき項目を示した。医療提供体制を客観評価するためのストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標についても具体的項目を盛り込んだ。

●圏域設定、地域の関係者で協議体設置を

在宅医療の圏域設定については情報収集で得られた情報に基づき、介護との連携や区市町村単位の日常生活圏にも配慮した圏域を設定するなどとした。圏域設定について鳥羽参考人は、地域の医療関係団体や在宅医療・介護保険サービス関係者などで構成する協議体を設置することを提案し、「円滑で活発な、形だけではない連携を図る医療計画を作成していただきたい」とした。

都道府県が2013年度から新たな医療計画を開始す

るため、厚労省は年内にも検討結果を踏まえて作成指針を見直し、都道府県に示す。7月6日の社会保障審議会・医療部会は医療計画で医療連携体制を構築する4疾病5事業について、精神疾患を加えた「5疾病5事業」とすることを了承しており、今後の検討会での議論を踏まえて指針（医政局指導課長通知）を見直す。厚労省は在宅医療の指針はこれとは別の新たな通知として発出する考えだ。

この日の会合では、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会の各委員が資料を提出し、それぞれの立場から在宅医療の課題を示した。参考人から在宅療養支援の実態や機能分化についての詳細な分析結果も聴取した。（7/14MEDIFAXより）

原則課税の具体的手法で検討開始／医法協

日本医療法人協会は7月8日、常務理事会と理事会を開き、社会保障・税一体改革の成案が決定したことを受け、非課税となっている社会保険診療報酬と介護報酬を原則課税に変更するための具体的手法に関する議論をスタートさせた。

日野頌三会長は会合後、本紙の取材に対して「消費税制の抜本的改革を目指す上で、原則課税に変更する手法として軽減税率の反対を確認した。多くの医療機関では、補填された1.53%を超える控除対象外消費税が発生しており、対応が必要との認識でも一致した」と述べた。

これまでの四病院団体協議会の議論などでは、原則課税とした上で患者に即日還付する制度の案なども出ているが、この日の会合で日野会長は「給付付き税額控除制度」の導入も一つの考え方として提案した。日野会長は「さまざまな手法を検討し、抜本改革につなげていきたい」とし、結果がまとまり次第、四病協などに提案する考えだ。

●藤井総理補佐官に要望

日野会長は、消費税増税と社会保障の一体改革論議が進んでいた6月22日に、医法協として内閣府総理大臣補佐官の藤井裕久氏らに、医療・介護に関わる消費税の非課税見直しを求める緊急要望書を提出したことを明らかにした。消費税問題については、四病協医業経営・税制委員会（委員長＝伊藤伸一・医法協副会長）が2012年度の税制改正要望について議論を詰めていることから、医法協としてバックアップするために緊急要望した。要望は、医療と介護に関わる消費税の非課税を原則課税に改めるとともに、患者と利用者負担への配慮を求めた。

また、診療報酬による画一的な補填方式では、個別性の強い医療機関の消費税負担の実態になじまず、税負担の公平性が損なわれると主張。介護保険でも、居宅介護サービス費や施設介護サービス費について仕入れ消費税分を控除できない同様の事態が起きているとし、制度矛盾の解消を求めた。

●大学病院は特定機能に特化を

一方、この日の会合では、社会保障審議会・医療部会で議論された特定機能病院の在り方について、理事らから「大学病院は特定機能に特化すべきだ」「一般外来を最小限にとどめ、紹介外来や術後のフォロー外来に専念すべき」などの意見が出たという。「健全経営が可能な助成金、診療報酬などを大学病院に手当てすべきだ」との意見も強かった。日野会長は「特定機能病院は、特定機能を明確にしていくべきで、医療部会でもきちんと議論を深めていくべきだ」と指摘した。（7/11MEDIFAXより）

高度急性期の受け皿に「長期急性期」を／日慢協・武久会長

日本慢性期医療協会の武久洋三会長は7月7日の会見で、政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」が示した社会保障改革案を踏まえ、2025年に向けて高度急性期を脱した患者の受け皿となる「長期急性期病床」を整備する必要性を指摘した。「長期急性期病床」を含む慢性期入院医療の報酬体系については、日慢協が提案する「慢性期病態別診療報酬」の適応を次々回の診療報酬改定に向け求めていく考えを示した。

武久会長は、集中検討会議の改革案で一般急性期病院の平均在院日数が「9日程度」となっていることについて「（短さに）飛び上がって驚いた」と説明。高度急性期病院の「15-16日程度」より短いことについて「一般急性期病院では、高度急性期病院ほど重度ではない中等度の患者を診て、早く退院させてくださいというメッセージではないか」と指摘した。

その上で、高度急性期の治療が終わっても重度のまま後遺症が残るような患者の受け皿について「平均在院日数が9日に設定されてしまえば一般急性期病院で診られるわけがない」とし、慢性期医療の中で受け入れ体制を整える必要性を指摘。実際、高度急性期からの患者を受け入れる「長期急性期」の機能を持つ医療療養病床は、現状でも2割程度存在するとの認識を示した。

集中検討会議の改革案では、25年に必要な慢性期病床数を28万床としている。一方、武久会長は慢性期医療を担う病床の総枠として60万床は必要との見方を示し「一般病床から20万床くらいは慢性期病床に降りてくるだろう。25年には『長期急性期病床』30万床、『長期慢性期病床』と『介護療養型（の病床）』30万床という慢性期医療の受け皿が必須」と述べた。（7/8MEDIFAXより）

放射線被害、正確な情報公開の徹底を／保団連が要望書提出

保団連は7月28日、福島第一原子力発電所の事故による放射線被害について、正確な情報公開などを求める要望書を菅直人首相と東京電力の西澤俊夫社長に送った。

要望書では、空中だけでなく土壌や農産物、水産物などについても汚染状況を調査し、公表することを求めた。被ばくの影響を受けやすい子どもについても、日常生活での被ばく量を最小に抑える対策を取ることを求めた。（7/29MEDIFAXより）

次期改定の要求事項を決定／保団連

保団連は7月8日、2012年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けた要求事項を決め、細川律夫厚生労働相や中医協委員ら医療政策関係者に送った。次期改定では、国庫負担を大幅に拡大して、患者負担を軽減し、医療費総枠を引き上げるよう求めている。特に医科・歯科診療所の報酬引き上げを図り、外来診療機能を強化すべきと要望。財源は国庫負担や企業の負担増で捻出すべきとし、消費税を増税しないようクギを刺した。

医科関係の具体的な要求事項では、初・再診料に包括評価を拡大せず、適正に引き上げるべきとした。また、常時配置25対1看護の療養病床と常勤配置6対1看護の診療所療養病床を12年4月以降も存続させ、コストを踏まえて診療報酬を引き上げるよう要望。13対1病棟や15対1病棟、有床診療所の引き上げも求めた。

医科関係では▽在宅患者訪問診療料を10年度改定以前の取り扱いに戻す▽リハビリテーションの算定日数上限の撤廃一なども要望している。

このほか次期改定を待たず早急な実施を求める事項として、入院患者の他医療機関受診の規制撤廃などを挙げた。入院患者が他の医療機関の外来を受診した日は、入院医療機関の基本点数が30%あるいは

70%減額され、他医療機関では医学管理等、在宅医療、投薬、注射、リハビリテーションなどの費用を算定できないことになっている。こうした算定制限について「専門的な医療を制限するもので断じて容認できない」とし、撤廃を求めた。（7/12MEDIFAXより）

介護保険編

「医行為」のまま介護職に解禁／たん吸引検討会、新制度を整理

厚生労働省の「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」（座長＝大島伸一・国立長寿医療研究センター総長）は7月22日、一定の研修を修了した介護職員らにたん吸引などの実施を認める制度に関して最後の全体会合を開いた。口腔内のたん吸引については他の行為と切り分けて医行為から外すべきだとの意見が最後まで出たが、大島座長は「議論する中で紆余曲折があったが、医行為であるという前提で、介護職にも行えるように法律化するという事で合意が得られていると理解している」とまとめた。

●医行為か否か、議論尽くせず

この日の会合では、口腔内のたん吸引について医行為から外すべきと一貫して訴えてきた三上裕司委員（日本医師会常任理事）が「試行事業や他の研究報告結果からも口腔内のたん吸引が実態として多い。気管カニューレ内はほとんどない」と指摘。「口腔内のたん吸引については他と切り分けて介護福祉士の資格に含め、他の行為は必要に応じて研修を行い、介護福祉士とは別の資格として認めるべきではないか」とあらためて主張した。

これに対し平林勝政委員（國學院大法科大学院特任教授）は「条文上、やはり介護福祉士の行う『介護』に医行為が含まれると解釈できる」と述べた上で「それがいいか悪いかについては、ここで言うつもりはない」と述べた。（7/25MEDIFAXより）

実地研修修了前に介護福祉士取得OK／たん吸引検討会で厚労省

7月22日の「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」（座長＝大

島伸一・国立長寿医療研究センター総長）の最終会合で厚生労働省は、介護職らがたん吸引などを行えるようにするための研修内容やカリキュラム、たん吸引などが標準業務となる新しい介護福祉士の養成課程について最終案を示した。介護福祉士の新養成課程については、国家試験受験要件として実地研修修了を義務付けない仕組みを導入する。

●全体で4つの研修パターン

厚労省が省令で規定する事項として示した研修類型の最終案は▽介護福祉士養成課程に乗らない介護職らが「たん吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）」と「経管栄養（胃瘻、腸瘻、経鼻経管栄養）」の全範囲を行う類型▽介護福祉士養成課程に乗らない介護職らが「気管カニューレ内のたん吸引」と「経鼻経管栄養」以外の範囲を行う類型▽重度訪問介護従事者養成研修修了を前提とした特定の利用者に対して行う類型一の3類型と、介護福祉士養成課程での研修の全部で4パターン。

このうち、全行為全範囲が基本的な標準業務となる介護福祉士の養成課程では、国家試験受験までに全ての実地研修修了が間に合わないケースなどを想定し、国家資格取得段階では、基本研修とシミュレーター演習修了までを要件とする。

実地研修は就業後、たん吸引などのサービスを提供する事業所などで必要に応じてOJTとして行い、修了することも認める。ただこの場合、基本研修受講から実地研修修了まで期間が空いてしまうケースが出てくる。この点に関して因利恵委員（日本ホームヘルパー協会会長）が「基本研修修了後、2年なのか3年なのか、有効期限について見えない」と指摘し、有効期限を定める必要性に言及。これに対し老健局振興課の川又竹男課長は会合後、記者団に対し「（有効期限を設けるか否かについては）白紙。これから検討する」と述べた。

このほか、介護福祉士養成課程に乗らない研修課程でたん吸引などの実施認定を受けた介護職らが将来的に介護福祉士資格を取得した場合の取り扱いなど、細かな規定は「省令で定める」（社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室）とするにとどめた。

●安全確保措置・研修水準に意見集中

新制度の詳細を決める省令策定前の最後の全体会合となったこの日は、安全確保や介護職らが受講する研修の水準を一定にするための対策について、委員らの意見が集中した。指摘のあったポイントは▽実地研修の共通評価基準▽たん吸引などを実施する

事業所に対する定期的なフォローアップ体制の整備▽個別の行為の評価—など。安全確保措置については、川又課長が「在宅と施設を分けて、省令、通知などでマニュアルや報告義務などの決まりを細かくつくっていききたい」と述べた。

また、新たに一部医行為が行えることで安上がちな労働力として介護職に負担が押し寄せないよう、報酬上の評価は不可欠とする声もあった。（7/25MEDIFAXより）

訪問リハSTの新設など提案／介護給付費分科会ヒアリング

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7月28日、2012年度介護報酬改定に向けて生活期のリハビリテーションについて関係団体から意見を聞いた。通所リハビリと通所介護の機能重複を指摘する声や、「訪問リハビリステーション」新設の提案などが上がった。

厚労省によると、通所リハビリの利用時間は「6時間以上8時間未満」が最多の約8割（介護給付費実態調査09年度）で、通所介護の利用時間と「同程度」という。訪問リハビリについては、都道府県ごとに設置状況に差があると説明。厚労省は、これらの状況を踏まえ▽リハビリを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備・推進▽通所リハビリの提供サービスが通所介護と類似しているという指摘があり、サービス提供の在り方をどう考えるか▽訪問リハビリの果たすべき役割—などを論点に挙げた。

意見陳述のため出席した浜村明德氏（日本リハビリテーション病院・施設協会）は、通所リハビリが通所介護と同様のサービスを提供している場合、サービス内容に見合った報酬を設定する必要があるとの考えを示した。訪問リハビリについては、どの事業者が実施しているか利用者に明示するため「訪問リハビリステーション」の名称を新設することを提案。さらに、医師に対し、訪問リハビリの実施計画書と実施報告書を月1回提出するよう義務付けることも提案した。（7/29MEDIFAXより）

特養の居室定員、省令基準は「1人」に／地方分権一括法受け

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7月28日、地方分権を推進する「地方分権一括法」の成立・公布

に伴う省令改正を了承した。自治体が設定できるようになる特別養護老人ホーム（特養）の居室定員について、省令上の基準は「1人」と定めることにする。各自治体はこの基準を参酌して独自に設定する。厚労省は特養の個室ユニット化を推進する方針を打ち出しており、同分科会でも推進強化の必要性を指摘する声が上がっていた。

「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（地方分権一括法）では、省令で定めている介護サービスの指定基準などを自治体の条例で定められるようにする。ただし、省令改正を行い、条例で定める介護サービスの指定基準を（1）省令に従うべき基準（2）省令を標準とする基準（3）省令を参酌すべき基準—の3類型に分類。「従うべき基準」に分類された基準は、省令が条例の内容を直接的に縛るため自治体の裁量で設定することはできない。「標準とする基準」については、合理的な理由がある範囲内で自治体が地域の実情に応じた内容を設定することができる。「参酌すべき基準」は、自治体の裁量で内容を決めることができる。

職員数に関する人員配置基準などは「従うべき基準」となる。一方、特養の居室定員については「参酌すべき基準」となるため、自治体が独自に設定できるようになる。

特養の居室定員をめぐるのは、「参酌すべき基準」となることを見越して、同分科会が省令上の基準を「1人」とするよう検討すべきとの取りまとめをしていた。

厚労省は現在、省令改正に向けたパブリックコメントを実施している。（7/29MEDIFAXより）

介護保険第5期計画、地域の実態把握がポイント

2012-14年度の第5期介護保険事業計画策定に向けて、各市町村が準備を進めている。高齢化が最も進む25年を見据え「地域包括ケアシステム」の実現を目指す第5期では、医療や住まいとの連携も視野に入れながら、地域の実態を的確に踏まえた計画とすることが重要なポイントとなる。

●第5期計画、在宅医療の推進など記載へ

6月15日に成立した改正介護保険法では（1）認知症支援策の充実（2）在宅医療の推進（3）高齢者にふさわしい住まいの計画的な整備—などについて、計画への記載を努力義務に位置付けた。さらに、地域

の実態を的確に踏まえた計画づくりを推進するため、市町村が設定区域ごとに高齢者の心身状況などを把握するよう努めることも盛り込んだ。

●「ニーズ調査」の有効活用なるか

厚生労働省は第5期計画に向けて、中学校区を目安とする日常生活圏域にどのような高齢者がいるかを調べる「日常生活圏域ニーズ調査」の実施を市町村に呼び掛けてきた。高齢者の身体機能や住まいの状況、認知症状などについて、調査票の郵送と未回収者への訪問調査を組み合わせ、より詳細な実態把握が可能となる仕組みだ。厚労省は、要介護認定者数やサービス利用者数の推計にニーズ調査の結果を反映させることで、より精度の高い結果を得ることができるとの見解を示している。

厚労省のモデル事業としてニーズ調査を実施した山梨県北杜市からは「運動をしている人が少ない」「移動手段が少ない」などの課題と、それに対する解決策が見えてきたとの声が上がっている。

厚労省によると、第5期に向けてニーズ調査を実施予定の市町村は11年2月時点で約9割だったという。ニーズ調査の実施によって地域の実態が市町村の策定する計画にどこまで反映されるのか、注目が集まっている。（7/22MEDIFAXより）

介護保険料、低所得者対策で再分化／厚労省

厚生労働省は、低所得者に対する配慮策の一つとして、所得などが一定の基準を下回る第1号被保険者（65歳以上）の負担を保険者の判断で軽減できるよう、保険者が定める標準保険料の4分の3の負担で済む所得段階「第3段階」を細分化する方針を固め、所得基準額など詳細の検討に入った。7月11日に開いた「第5期介護保険事業（支援）計画の策定に係る全国会議」で明らかにした。

介護保険の第1号保険料は、保険者が定める標準保険料の4分の2の負担でよい第1段階から、標準の4分の6を負担する第6段階までの所得別基準を国が示し、自治体によっては最大10段階に分かれている。第4期介護保険事業では、標準保険料負担となる第4段階を細分化し、年金を含め本人の年間所得合計金額が80万円以下の被保険者については、保険者の判断で、一定の割合を差し引いた保険料が設定できる「特例第4段階」を設けた。

第5期では、特例第4段階を継続するとともに、第3段階についても同様に細分化するための基準を設け、保険者の判断でより低い保険料が設定できる

ようにする。老健局介護保険計画課によると、被保険者の所得基準などの詳細については、8月上旬をめどに示す予定だ。

厚労省がまとめた2009年度の介護保険事業状況報告では、第3段階が被保険者の約12%（331万3560人）、第4段階は約31%（896万8071人）となっている。

厚労省は第5期に向け低所得者の保険料負担の細分化に向けて検討を進めてきた。政府の社会保障・税一体改革成案の中にも「1号保険料の低所得者保険料軽減強化」が盛り込まれている。（7/12MEDIFAXより）

調査・データ編

国保医療費2.3%増、後期高齢者5.5%増／国保中央会

国保中央会は7月19日、2010年度分の医療費速報を発表した。市町村国保と国保組合を合わせた国保医療費は11兆1672億円（前年比2.3%増）、後期高齢者医療費は12兆6022億円（5.5%増）だった。国保医療費と後期高齢者医療費を合わせた国保連合会の審査確定分医療費総額は23兆7694億円となった。

被保険者1人当たりの国保医療費年額は28万5049円（3.1%増）。市町村国保1人当たり医療費年額は29万5457円（3.0%増）だった。市町村国保1人当たり医療費を都道府県別ランキングで見ると、最も医療費が高かったのは山口県で36万2990円かかった。2位以下は香川県、島根県、大分県、広島県の順。広島県は10年1位から5位に下がった。山口県は10年2位。逆に最も医療費が安かったのは沖縄県で25万1557円。2位以下は茨城県、千葉県、栃木県、東京都と続いた。山口県と沖縄県の間には1.44倍の開きがあった。

後期高齢者医療費を見ると、被保険者1人当たり医療費年額は89万3918円（2.2%増）だった。都道府県別に比較した場合に、最も1人当たりの医療費が高かったのは福岡県で113万8416円となった。2位以下は、高知県、北海道、広島県、長崎県の順。逆に医療費が最も安かったのは岩手県で72万2299円。さらに新潟県、静岡県、長野県、千葉県と続いた。福岡県と岩手県の倍率は1.58倍。

国保の年間平均被保険者数は3918万人（0.8%減）、後期高齢者の年間平均被保険者数は1410万人（3.3%増）。（7/20MEDIFAXより）

10年度介護費は総額7兆9308億円／国保中央会

国保中央会が7月19日に発表した2010年度の介護費等の動向によると、総額は7兆9308億円で、09年度から4.9%増加した。サービス受給者数は10年度月平均で411万人で、09年度から4.7%増加した。

サービス種類別に介護費を見ると、施設サービスが3兆3360億円（前年度比1.3%増）で、うち介護療養型医療施設は4223億円（同6.8%減）。居宅サービスは3兆8880億円（同7.2%増）で、うち訪問看護が1456億円（同6.5%増）、訪問リハビリテーションが258億円（同16.5%増）だった。地域密着型サービスは7068億円（同10.0%増）だった。

受給者1人当たりの平均介護費（月額）は、施設サービスが33.0万円、居宅サービスが10.8万円、地域密着型サービスが22.2万円だった。（7/20MEDIFAXより）

人口10万人以下2次医療圏、患者流出超過9割／DBJ調査

日本政策投資銀行（DBJ）の医療・生活室が2010年度の病院業界事情についてまとめた「医療経営データ集2011」によると、人口が10万人以下の2次医療圏では入院患者が圏外に流出した医療圏が多いなど、医療圏の人口規模によって患者の流入・流出に一定の傾向があることが分かった。

データ集では、患者調査や地域保健医療基礎統計などの国の統計データを用いて、推計入院患者数が流入・流出する割合を2次医療圏ごとに解析し、医療圏人口との関係を調べた。結果を医療圏の人口別に見ると、全国に28圏域ある「100万人以上の医療圏」では、13医療圏（46.4%）で患者流入が超過する一方で、15医療圏（53.6%）は流出超過となっており、大都市圏では特定の傾向は認められなかった。

●人口30万～100万人の医療圏は流入超過

ただ、地方中核都市に多い人口30万～100万人の医療圏では、流入超過の医療圏が多かった。流入超過となった医療圏の割合は、人口50万～100万人の医療圏（49圏域）で75.5%、人口30万～50万人の医療圏（58圏域）では60.3%だった。

一方、人口30万人までの医療圏では流出する医療圏の割合が流入する医療圏の割合を上回った。人口

20万－30万人（50圏域）では流出超過となる医療圏の割合は54.0%、人口10万－20万人（76圏域）では80.3%、人口10万人以下（87圏域）では93.1%だった。

●県庁所在地の医療圏、流入超過が85%／中心都市に患者集中

また、全国に348ある2次医療圏のうち、都道府県庁所在地がある47の2次医療圏だけを見ると、流入超過は85.1%の40医療圏となっており、中心都市に患者集中していることがデータによって裏付けられた。一方、残りの301医療圏でも29.9%の医療圏が流入超過となっている。医療・生活圏ではこうした3割の医療圏では魅力ある医療体制・地域連携が進んでいると見て「ある種のロールモデルとして特徴を掘り下げて検討したい」としている。

●在院日数は減少へ、利用率は向上

データ集では、全国公私病院連盟・日本病院会のデータに基づいて病院経営の経時的な動向を分析した。毎年6月の1床1カ月当たりの収支差額を分析した結果、公的病院と私的病院では09年に黒字化し、10年にはそれぞれ6万7000円・5万円まで黒字幅を伸ばした。自治体病院についても赤字幅は縮減し、10年にマイナス16万6000円となった。

一般病院について経営分析指標を見ると、10年の平均在院日数は平均で16.64日（09年は19.99日）に減少する一方、病床利用率は75.81%（同72.41%）に上昇した。09年までの3年間では、平均在院日数は微増傾向が見られ、病床利用率については減少傾向が続いていた。（8/2MEDIFAXより）

女性の平均寿命86.39年、5年ぶりに減少／2010年簡易生命表

厚生労働省は7月27日、2010年簡易生命表の概況を発表した。男性の平均寿命は79.64年で過去最高になった。一方、女性の平均寿命は86.39年で09年（86.44年）から0.05年下回った。平均寿命の減少は05年以来5年ぶり。平均寿命の男女差は6.75年で09年より0.10年縮小した。

女性の平均寿命が減少した理由を主な死因別に見ると、「悪性新生物」「高血圧性疾患」「肺炎」「腎不全」「老衰」「不慮の事故」「その他」の死亡率の変化が平均寿命を減少させる方向に働いている。

（7/28MEDIFAXより）

認知症入院、2026年に9.2万人／厚労省推計、目標患者数も

厚生労働省は7月26日、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」で、精神病床の認知症入院患者数が2026年には9万2000人に達するとの将来推計を出した。同年の入院患者数を8万7000人以下に抑える目標値も示し、検討チームは目標値設定に向けた具体的な議論を始めた。目標値は11年秋の取りまとめに盛り込みたい考え。

将来の入院患者数の目標値の設定は「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が09年9月に示した報告書で、11年度までに具体化することを盛り込んでいた。これを受け厚労省は1996年から08年までの入院患者の増加率に合わせて認知症入院患者数を試算。14年は6.7万人、17年は7.4万人、20年は8.0万人、23年は8.6万人に増えていくと推計した。

さらに、厚労省は目標値の試算も実施。退院の可能性がない患者の割合が3割いるとし、現在は入院6カ月目で50%になる退院率が今後、退院支援などを通じて早まることを仮定した上で、1カ月後、2カ月後、3カ月後、4.5カ月後のそれぞれで退院率50%が実現した場合の目標値を算出。23年には5.0万－8.1万人、26年は5.4万－8.7万人の入院患者数に抑えるとの目標値を示した。

今後は、目標達成の時期や退院率50%の実現を1－4.5カ月のいずれに設定するのかなどで議論を進める。

議論では、入院患者の将来推計を裏付ける根拠について、さらなる分析を求める意見が出た。

（7/27MEDIFAX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

11

橋下知事と河村市長は、なぜ注目を浴びるのか？

3月11日に東日本を襲った大震災は、大きな被害をもたらしただけでなく、福島原発を破壊し、今なお続く困難をもたらしました。あまりの被害に声もありません。大震災や原発事故が政治や日本のゆくえに大きな影響を与えることは必至ですので、本連載でも正面からとりあげる必要がありますが、今回は、震災復興と並行しておこなわれている統一地方選挙の目玉となっている、橋下大阪府知事や河村名古屋市長の地域政党の問題を検討します。

橋下府知事は「大阪維新の会」を立ちあげ、府議選・大阪市議選での多数獲得をねらっています。また河村市長は「減税日本」を立ちあげ、去る3月13日の市議選では28議席を獲得した勢いに乗って県議選にも大量の候補を擁立し、大村知事率いる「日本一愛知の会」と合わせて、これも過半数をねらっています。東日本大震災の大きな衝撃のもと、「復興には地域政党では到底対応できない」、「復興の財政支出が緊急の際、減税でいいのか」という声も広がっていますが、橋下氏らの地域政党がいつせい地方選の焦点になっていることは否定できません。その政治的主張の中味はバラバラですが、これらの動きに共通しているのは、“地方自治体に権限を”という主張です。

では一体、なぜ今、橋下氏らの地域政党が注目を浴びるのでしょうか。その理由としては、保守支配層の要請と国民意識の動向という2つの理由が考えられます。

第1、橋下氏らの政治が注目さ

れるのは、それが菅民党政権が構造改革復帰路線の目玉として実現を追求している「地域主権改革」のモデルとして期待されているからです。そもそも地域主権改革は、自民政権時代から構造改革の一環として推進されてきた「地方分権改革」が、名前だけを変えて受け継がれたものです。地域主権改革のくわしい検討は省略し、結論だけを言うと、地域主権改革とは、地方自治体に「自主的に」構造改革を遂行させるため、地方に権限や財源をゆだね、地方を構造改革の単位にしようという改革です。地方自治体に構造改革をおこなってもらうためには、地方が福祉、医療や教育について、「自由に」削減したり縮小したりできなければなりません。

全国のどこに住んでいても平等に教育や医療を受けられるよう、国は福祉や医療、教育についてナショナルミニマムの保障の基準を設定し、その財政的保障もおこなってきましたが、そんな国の規制があっては、地方自治体が「自主的に」福祉の削減などできませんから、改革はこうした国の関与を外すことが中心になります。

「国の義務づけ・枠づけ廃止」という名のもとで、保育所の施設基準などを地方自治体の条例で定められるようにすること、「国の出先機関廃止」のもとで、ハローワークなどの国の機関を廃止し自治体に移管すること、「基礎自治体への権限移譲」の名のもとで、事務・事業を市町村に丸投げすること、「ひも付き補助金廃止」の名のもとで、地方自治体の「一括交付金」というかたちで資金を交付し、自治体が「自由に」使えるようにすること、などの改革がその柱となります。

こうすれば、財政の苦しい自治体は、医療や保育、介護、教育などの支出を裁量で削減できますし、また開発におカネを投入したい首長は、福祉を削減して開発にふり向けることができる。こうして「地域主権」の名のもとで、自治体構造改革を安定的に進められるというのがねらいです。

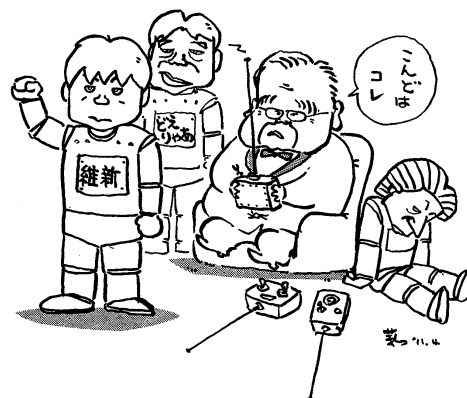
しかし、じつは地域主権改革が成功するには、ある前提が必要です。国の規制が取り払われたとき、その権限を使う首長が、かつての美濃部・蜷川革新知事のような人ではダメで、その権限をフルに構造改革に使う首長でなければなりません。つまり、地域主権改革が成功するには、橋下知事や河村市長が不可欠なのです。橋下知事が民主党政権の「地域主権戦略会議」のメンバーとして、終始リーダーシップを発揮してきたことは、その関係を象徴しています。

橋下府政は、地域主権改革のモデルと言えます。その政治は、保守支配層が望む自治体構造改革推進の3つの特徴を兼ね備えているからです。第1に、橋下知事は、就任以来大阪の「財政危機」を声高に叫び、「その再建のためには容赦ない削減が不可欠」として、福祉や教育費の削減に大なたをふるいました。第2に、橋下知事はそうして貯め込んだカネで、大阪「ベイエリア開発」をはじめ、大企業本位の開発に投入したのです。橋下知事が地域主権戦略会議でも盛んに「いくらカネがついても自治体の自由になるカネでなければならぬ」とくり返しているのは、そのカネを開発に使いたいからです。第3に、橋下知事がこうした乱暴な改革を押し進めるために首

長独裁型政治をおこなっていることです。「地域主権」を呼号する首長が例外なく「独裁型」であるのは、偶然ではありません。住民はおろか、自治体の公務員や議会の言うことを聞いていたら、こんな改革はできないからです。

河村市長は、橋下とは異なるタイプの政策をもっており、大企業負担を軽減するために消費税の引き上げをねらう民主党政権とも対立していますが、地域主権を呼号し、首長独裁型の政治を追求する点で、地域主権改革型の首長であることは間違いありません。むしろ、こうした様々なタイプがいることで、地域主権はあたかも民主主義と多様性を実現しているかに見えることも、改革の宣伝となっています。

しかし、橋下・河村型政治が注目を集めるもう1つの、民衆側からの理由があります。それは、政権交代以後の1年半に及ぶ民主党政権の政治を経験する中で、多くの国民が、政治に展望を失い、閉塞感を強めていることです。反構造改革と政治の転換を期待した民主党政権に不信を抱き、かといって構造改革に固執する自民党にも戻れない。かといって共産党に行



くのも躊躇される。そういう中で、自民でも民主でもない方向を指し示しているかに見える、みんなの党や橋下型地域政党に期待してみようかというのが、橋下らが人気を博す秘密です。

こうした傾向には、積極・消極2つの意味があります。第1は、保守二大政党による政治にほころびが見えていることです。民主党でも自民党でも、構造改革・日米同盟強化では同じではないかという失望と、そうでない道を求める志向が現れていることです。第2は、しかしそれがいまだ明確な方向をもっていない点です。国民の関心の浮動性が著しいのもそうした政治方向の不確かさからきています。今ほど、構造改革でも日米同盟でもない、新しい福祉の政治の方向が求められているときはありません。

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』5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。

協会だより（定例理事会要録から）

2011年度（平成23年度）第4回

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（6月21日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 未入会開業会員訪問（6月30日）状況
4. 第9回ICT検討委員会（6月17日）状況
5. ジャズを楽しむ会（6月18日）状況

【経営部会】

1. 第11回保団連共済部会（6月19日）状況
2. 金融共済委員会（6月22日）状況
3. 2011年度全国経営税務担当事務局会議（6月27日）状況
4. 保団連経税担当事務局小委員会（6月27日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談延期（6月21日）状況
2. 医療機関側との懇談状況
3. 医療事故案件調査委員会（6月24日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（6月27日）状況

【政策部会】

1. 出版編集会議（6月23日）状況
2. 近プロ会議（6月18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（6月15日）状況
2. 第1回医事担当者連絡会議（6月23日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 6月度会員増減状況確認の件
2. 会員入退会及び異動に関する承認の件
3. 10～11年度保団連第2回代議員会（6月26日）状況確認の件

【政策部会】

1. 保団連10～11年度第17回理事会（6月25日）状況確認の件
2. 『京都保険医新聞』（第2790号）・メディペーパー 京都/第144号（第2789号）合評の件

III. 開催・出席確認事項

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談の件

【保険部会】

1. 事務局職員医療機関研修実施の件
2. 第641回社会保険研究会へのご参加呼びかけの件

IV. 医療政策関連情勢

1. 税と社会保障の一体改革について概要報告の件

V. 診療報酬関連情報

1. 中医協（第192回総会、第66回薬価専門部会、第47回保険医療材料専門部会）（6月22日）概要報告の件

VI. 要討議事項

【総務部会】

1. 会計監査（6月22日）状況確認の件
2. 財政検討会議（6月28日）状況確認の件
3. 2010年決算報告の承認・2011年予算書（案）の確認の件

《以上、11件の議事を承認した》

2011年度（平成23年度）第5回

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（7月5日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談状況
2. 第275回関西医事法研究会（7月2日）状況

【政策部会】

1. 医療制度検討委員会（6月30日）状況
2. シンポジウム「ビキニ事件の真実と福島原発被災のいま」（7月3日）状況

【保険部会】

1. 全国版『公費負担医療等の手引』編集作業（7月5日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 会員入退会及び異動に関する承認の件
2. 総務部会（7月5日）状況確認の件
 - ①第64回定期総会・講演会・懇親会承認事項の件
 - ②地区医師会長との懇談会および理事者学習会承認事項の件
 - ③6月度会員増減状況、未入会会員訪問状況、新規開業医のための基礎講習会承認事項の件
 - ④保団連第2回組織部会承認事項の件
 - ⑤文化ハイキング承認事項の件
 - ⑥文化講座のテーマ承認事項の件
 - ⑦地区医師会報承認事項の件

【経営部会】

1. 経営部会（7月5日）状況確認の件

- ①休補関係確認事項の件
- ②年金関係確認事項の件
- ③医賠関係確認事項の件
- ④針刺し事故見舞金制度確認事項の件
- ⑤中級コース医院・診療所での接遇マナー研修会確認事項の件
- ⑥北部開催中級コース医院・診療所での接遇マナー研修会確認事項の件
- ⑦退職金制度セミナー（病院向け）開催の件
- ⑧アミス事業関連確認事項の件
- ⑨その他情報提供の件
- ⑩スケジュール確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（7月5日）状況確認の件
 - ①紛争状況報告の件
 - ②高知協会の医療安全研修会確認事項の件
 - ③部会学習会の開催の件
 - ④協会出版物の各協会・医会へのPRの件
 - ⑤医療安全シンポジウム確認事項の件
 - ⑥スケジュール確認の件

【政策部会】

1. 保団連10～11年度第18回理事会（7月2日）状況確認の件
2. 政策部会（7月5日）状況確認の件
 - ①スケジュール確認の件
 - ②理事者学習会テーマ案の件
 - ③「震災復興」関係理事会特別討議の件
 - ④地区懇談会確認事項の件
 - ⑤保険医討論集会確認事項の件
 - ⑥保団連近畿ブロック確認事項の件
 - ⑦京都式地域包括ケアと介護保険見直しへの対応の件
 - ⑧調査確認事項の件
 - ⑨環境対策関連確認事項の件

【保険部会】

1. 「溝部訴訟」勝訴報告集会（7月2日）状況確認の件
2. 保険部会（7月1日・5日）状況確認の件
 - ①2011年度の保険部会運営の件
 - ②総会関連確認事項の件
 - ③新点数・診療報酬改善対策確認事項の件
 - ④医療IT化問題対策確認事項の件
 - ⑤公費負担医療対策（生保、その他公費、福祉医療）確認事項の件
 - ⑥審査、指導、監査対策確認事項の件

- ⑦医療施設問題対策（病院・有床診療所対策）確認事項の件
- ⑧研究会関係確認事項の件
- ⑨その他確認の件

Ⅲ. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 新規開業会員訪問実施の件

【保険部会】

1. 保団連『公費負担医療等の手引』責了作業への参加の件
2. 指導・監査・処分取消訴訟支援ネット事務局会議への参加の件

Ⅳ. 診療報酬関連情報

1. 保険審査通信検討委員会（7月1日）状況確認の件

Ⅴ. 特別討議

1. 総会関連議事：決議（案）の検討
2. 被災地復興をめぐる局面と課題
 ≪以上、47件の議事を承認した≫

2011年度（平成23年度）第6回

Ⅰ. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（7月12日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 第41回保団連夏季セミナー（7月2・3日）状況
4. 新規開業会員訪問（7月13日）状況
5. 新規開業医のための基礎講習会（7月16日）状況

【経営部会】

1. 保団連近畿ブロック共済担当役員交流会（7月16日）状況
2. 傷害疾病保険審査会（7月19日）状況
3. 金融共済委員会（7月23日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談状況
2. 法律相談室（7月21日）状況
3. 医療事故案件調査委員会（7月22日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（7月25日）状況

【政策部会】

1. 2011年度第1回保団連地域医療対策部会（7月10日）状況
2. 環境対策委員会（7月15日）状況
3. 京都社会保障推進協議会運営委員会（7月21日）状況

【保険部会】

1. 事務局職員医療機関研修状況
- II. 確認・承認事項
- 【総務部会】
1. 会員入退会及び異動に関する承認の件
2. 2011年度第2回正副理事長会議（7月14日）状況確認の件
3. 理事者・事務局学習会開催の件
- 【経営部会】
1. 休業補償制度改定に関する承認の件
- 【医療安全対策部会】
1. 高知県保険医協会の医療安全研修会講師派遣の件
- 【政策部会】
1. シンポジウム「3.11後の日本で福祉国家を展望する」（7月10日）状況確認の件
2. 『京都保険医新聞』（第2791号）・メディアペーパー 京都/第145号（第2792号）合評の件
- III. 開催・出席確認事項
- 【総務部会】
1. 8月～9月中旬の会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 各部会開催の件
3. 保団連総務会議出席の件
- 【医療安全対策部会】
1. 医療安全対策部会学習会の開催の件
- 【政策部会】
1. 第9回東日本大震災対策本部、第17回総務会議・医療運動本部会議合同会議出席の件
2. 医療制度検討委員会開催の件
3. 第17回保団連理事会出席の件
4. 第31回平和のための京都の戦争展要員派遣の件
5. 近畿ブロック学習会「被ばく者医療から見た福島原発事故」への出席の件
- IV. 診療報酬関連情報
1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士との懇談会（7月9日）状況確認の件
2. 中医協（第193回総会）（7月13日開催）概要報告の件
3. 平成22年「社会医療診療行為別調査」の結果について
- V. 医療政策関連情報
1. 今週の医療情報
2. 京都府地域医療再生計画案について概要報告
- VI. 特別討議
1. 総会関連議事：決議（案）の検討〈継続〉
《以上、16件の議事を承認した》

9月のレセプト受取・締切

基金	9日(金)	10日(土)	労	12日(月)
国保	○	◎	災	◎

※○は受付日、◎は締切日。
受付時間は午前9時～午後5時（基金は午後5時30分）です。

9月の相談室

医院・住 新（改）案	9月14日(水)午後2時～	担当＝竹内建築士
ファイナンシャル	9月15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	9月15日(木)午後2時～	担当＝松尾弁護士
雇 用 管 理	9月15日(木)午後2時～	担当＝河原社会保険労務士
経 営	9月28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。

9月1日より
秋普及開始!

保険医年金

この機会に
ぜひご加入下さい!

加入申込期間 **9月1日(木)～10月25日(火)** 2012年1月1日付加入です

2010年度実績 **1.299%** (2009年度実績 1.272%)

【予定利率1.258% (2011年9月1日現在)、2010年度配当率 0.042%】

■月払（満74歳以下の会員）

1口1万円 30口限度（30万円）

■一時払（満79歳以下の会員で月払に加入している方）

1口50万円 毎回40口（2,000万円）

※手数料との関係で1.258%の利率が続くと仮定して、新たにご加入される月払については4年以上、一時払で2年以上の長期にわたって積立されることをお勧めします。詳しくは、8月末発送の年金パンフレットをご覧ください。

◎普及担当の生保営業員がご説明に伺った際には、ご面談下さいますようお願いいたします。

受託会社 三井生命(幹事)・明治安田生命・富国生命・ソニー生命・日本生命・太陽生命・第一生命

ご注意ください!

現在ご加入の年金を一部あるいは全部解約し、新たにご加入申込みされる場合は**10月11日(火)**までに解約書類を協会事務局までご提出下さい。保険医年金に関するお問い合わせは、京都府保険医協会・経営部会まで。

中級コース

医院・診療所での接遇マナー研修会

日時 **9月1日(木) 午後2時～4時**

場所 **京都府保険医協会・会議室**

内容 仕事の進め方・仕事の管理の基本・個人の目標と組織の目標との調和、患者さんとのコミュニケーションの取り方についてなど、ゲーム形式を取り入れて体験しながら楽しく学びます。

講師 **茂木 治子氏** (元日本航空客室乗務員)

定員 **60人**

協賛 **有限会社アミス**

※大変ご好評をいただいている研修会です。お申し込みは協会事務局まで。
また、申し込み後にキャンセルする場合もご連絡をお願いします。

ご注意下さい。
当初のご案内より時間が早まっています。

第642回 社会保険研究会

日常診療で認知症を診る

—アルツハイマーもレビーもこわくない—

講 師 はやし神経内科 院長 林 理之 氏

日 時 9月3日(土) 午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会・会議室

共 催 京都府保険医協会

ノバルティスファーマ株式会社



<講師のコメント>

80歳以上の高齢者の4人に1人は認知症であるといわれています。これから加速的に進む高齢化社会では、認知症の問題をぬきに日常診療を行うことは考えられません。わたしの講演では認知症に関する知識をわかりやすく解説し、日常診療で認知症患者さんに安心して対応できるようになることを目指しています。

※社会保険研究会の参加は無料、事前申込は不要です。

※審査委員会だよりと日医生涯教育講座の受講証を出席会員にお渡しします。

病院経営対策セミナー

『医療職員のニーズに合った退職金制度の再構築 ～老後資金の蓄え方と運用、準備～』

退職給付会計導入から10年、今後、増加傾向にある退職給付債務対策に関して、現在、退職金制度の再構築に本腰を入れる病院が急増しています。

今回は、退職金制度のコンサルティングを専門とされている(株)ウエイグッド 堀内 潤氏をお招きし、過去の導入事例に基づき、退職金制度改革についてわかりやすく解説していただきます。

日 時 9月14日(水) 午後2時～4時30分

場 所 京都府保険医協会・会議室

内 容 『今こそ着手すべき！ 病院の退職金制度改革』～成功した改革の実例と傾向～

講 師 株式会社ウエイグッド 代表取締役 堀内 潤 氏

定 員 50人 参加費 無料

主 催 京都府保険医協会 共 催 有限会社アミス 株式会社損害保険ジャパン

お申し込み・お問い合わせは協会事務局まで。

『新たな福祉国家を展望する—社会保障基本法・社会保障憲章の提言』 出版記念シンポジウム

今なぜ社会保障基本法・憲章か

だれもがしあわせになろうと生きている
それをあたりまえに保障するのは『国の責任』
新しい福祉国家を目指して 今こそ社会保障基本法を

東日本大震災を受けて、これからの国の在り方が問われています。
私たちは「社会保障を受けるのはあたりまえ」と言える日本になるよう、
今こそ「社会保障基本法・社会保障憲章」を提案します。
ぜひ多くの方のご参加をお待ちしています。

日時 10月15日(土) 午後2時～5時

場所 ハートピア京都 大ホール

京都市中京区竹屋町通烏丸東入る清水町375番地

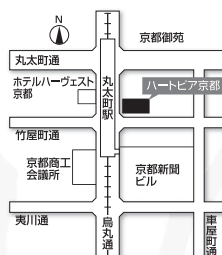
☎ 075-222-1777

※地下鉄烏丸線「丸太町駅」下車

主催 京都府保険医協会

後援 旬報社

参加費無料
申込先着200人



第1部 現場からの訴え

①介護 ②自立支援(障害福祉) ③医療 ④保育 ⑤雇用

第2部 今なぜ社会保障基本法・憲章か

①「裁判闘争の重要性と限界」 ②「社会保障憲章の対抗軸としての役割と社会保障基本法の必要性」



竹下 義樹氏

(弁護士・日弁連貧困問題対策本部本部長代行・全国生活保護裁判連絡会事務局長)



渡辺 治氏

(一橋大学名誉教授・「福祉国家と基本法研究会」幹事・福祉国家構想研究会代表メンバー)

社会保障基本法・社会保障憲章の提言

新たな福祉国家を展望する

福祉国家と基本法研究会 編著
井上英夫・後藤道夫・渡辺 治

発行 旬報社 予定価格 1,575円(税込)



京都府保険医協会 会員の皆様へ

設置は
お済みですか？
6月1日から
設置義務開始

住宅用火災警報器

大切な生命と財産を火災から守りましょう！



☆ 感度補正機能に加えて、警報器自身が設置環境に合わせた火災判断を自動的に行なう「学習機能」付き。

☆ 火災の煙を感知した時は、3段階の大きなスィープ音で警報を発します。音声付は音声をプラスして警報を発します。台所には熱式もあります。

☆ AC 電源不要の電池式で、電池寿命は 10 年です。

◎ブザー付ハイガード（3段階のスィープ音）①②

メーカー標準価格 8,715 円



会員特別価格 2,800 円

◎音声付ハイガード（3段階のスィープ音＋音声）③④

メーカー標準価格 9,030 円



会員特別価格 3,100 円



- 1.お申込方法：下記の申込書にご記入の上、有限会社アミスに FAX でお申込ください。
- 2.お 届 け：お申込書到着日より、1 週間程度でお届けします。
- 3.お支払い方法：（有）アミスより別途送付の郵便振込用紙による。
- 4.送 料：3 個までは 630 円、4 個以上は無料。
- 5.お問合わせ：ホーチキ株式会社 京都支社 ☎075-211-4376 担当 石原・粕谷
〒604-0862 京都市中京区烏丸通夷川上る少将井町 245 番

有限会社アミス 宛 FAX 075-212-0707

住宅用火災警報器「ハイガード」申込書

申込日 年 月 日

商 品 名	個 数	特別価格(税込)	金 額	備 考
①ブザー付ハイガード（煙式）	個	2,800 円	円	
②ブザー付ハイガード（熱式・台所用）	個	2,800 円	円	
③音声付ハイガード（煙式）	個	3,100 円	円	
④音声付ハイガード（熱式・台所用）	個	3,100 円	円	
送 料（4 個以上は無料）		630 円	円	
合 計			円	
お 届 先	ご住所 〒			
	お名前 電話 ()			

※お客様の個人情報は商品の発送並びに情報の提供のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。