

今月の主な動き

民主党は8月29日、衆参国会議員の投票の結果、野田佳彦財務相を新代表に選出。翌8月30日午後、衆院両院の本会議は新首相に指名した。野田内閣は9月2日、正式に発足し、初の会見で、新内閣の最優先課題として、震災からの復旧・復興や原発事故対応、経済と財政危機への対応を挙げた。また、財政健全化に関係して社会保障と税の一体改革に触れ「政府・与党でまとめた一体改革成案を実行するた

め、与党内での議論を具体的制度設計に向けて進めていくとともに、与野党協議を丁寧に進めさせていきたい」と述べた。

一体改革成案に盛り込まれた税制抜本改革については、改革の実現に意欲を示しており、経済成長と財政再建をバランスを取りながら進める方針を示した。

なお、厚生労働大臣に就任した小宮山洋子氏は、被災者の生活支援と医療福祉・就労支援、社会保障・税一体改革の具体化、雇用対策の3点に力を入れる考えを示している。

行 事	開始時間	場 所
1日(土) 社会保険研究会「日常診療で認知症を診る」	午後2時	ルームA・B・C
4日(火) 各部会	午後2時	
7日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
11日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
12日(水) 下京東部医師会との懇談会	午後2時	ホテル日航プリンセス京都
医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	ルームC
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 大会議室
16日(日) 文化ハイキング	午前10時	京都府南丹市美山町
18日(火) 傷害疾病保険審査会	午後2時	アミス
税理士との懇談会	午後2時30分	ルームA
19日(水) 金融共済委員会	午後2時	ルームA
20日(木) 保険講習会A（保険基礎・審査）	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
法律相談室	午後2時	応接室
雇用管理相談室	午後2時	ルームB
21日(金) 手話サークル	午後2時	ルームB
25日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
26日(水) 経営相談室	午後2時	アミス
27日(木) 西陣・上京東部医師会との懇談会	午後2時	ルームA・B・C
医事担当者連絡会議	午後2時30分	応接室

10月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
11月10日(木) 京都北医師会との懇談会	午後2時30分	京都ブライトンホテル
11月12日(土) 新規開業予定者のための講習会	午後2時	ルームA・B・C
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30～32ページ

情勢トピックス

医療社会保障運動トピックス

渡辺治の政治学入門

政策解説資料

協会だより

情 勢 トピックス

医療・社会保障編

民主・新代表に野田氏「基本的にマイナス改定なし」

民主党は8月29日、両院議員総会を東京都内のホテルで開き、衆参国会議員の投票の結果、野田佳彦財務相を新代表に選出。翌日の8月30日午後、衆院両院の本会議は新首相に指名した。野田氏は代表選挙に先立って8月25日に開かれた民主党の「あるべき社会保障と財源を考える会」（会長＝長妻昭前厚生労働相）で、2012年4月の診療報酬・介護報酬同時改定について「乾坤一擲のポイントとなる。基本的にマイナスはないだろう」と発言していた。

代表選には野田氏のほか、海江田万里経済産業相、馬淵澄夫前国土交通相、鹿野道彦農林水産相、前原誠司前外務相の5人が立候補した。1回目の選挙では海江田氏がトップの得票数を獲得したが過半数を確保するには至らず、野田氏との決選投票となった。決選投票で野田氏は215票を獲得。177票の海江田氏を破った。野田氏は代表当選後「ノーサイドにしましょう。同士みんなが汗をかく体制を早急につくり出したい」と、挙党一致を訴えた。

●一体改革に意欲

野田氏は財務相として「社会保障・税一体改革成案」の策定作業や東日本大震災の復興財源の議論に深く関わってきた。このため、一体改革の推進や復興財源として増税を実施する考え方などは、基本的にこれまでの政府方針を踏襲するとみられる。五十嵐文彦財務副大臣は代表選挙終了後に開いた定例会見で「野田さんが選ばれたことは大変、心強い。借金をこれ以上増大させるほうが今の景気や経済にマイナスだということに、多くの同僚議員が気付かれたのではないかと述べた。

社会保障の考え方については、8月25日の「あるべき社会保障と財源を考える会」で多くの発言をしている。野田氏は、一体改革をやり遂げて「社会保

障改革と財政再建を両立させる」と宣言したほか、介護現場への人員配置や職員の処遇改善の必要性にも言及し「医師や看護師の労働環境を改善させることは極めて大事」とも述べた。

次期診療報酬改定については、事務局側の「私たちは前回改定で10年ぶりの（ネット）プラス改定をしたが、12年の同時改定こそ本丸。同時改定に向けた見解を」との質問に対し「基本的にマイナスはないでしょう」と発言した。首相の立場となっても、この発言の通りきちんと「プラス改定」を実現させるのかどうか、年末の予算編成に注目が集まる。

（8/30・31MEDIFAXより）

小宮山厚労相、一体改革と震災対応に注力／就任会見で抱負

野田内閣は9月2日、正式に発足し、菅内閣で厚生労働副大臣を務めた小宮山洋子氏（62）が厚生労働大臣に就任した。厚生労働省によると女性の厚労相は初めて。旧厚生省時代から数えても2人目で、約50年ぶりとなる。

小宮山厚労相は9月2日夜、首相官邸と厚労省内で就任会見し、厚労行政をかじ取りしていく上での抱負を述べた。小宮山厚労相は▽被災者の生活支援と医療福祉・就労支援▽社会保障・税一体改革の具体化▽雇用対策一の3点に力を入れる考えを示した。

社会保障制度改革については「従来から言われている『医療・年金・介護』の社会保障3経費に『子育て支援』も加えた4本柱に改めたのが特徴だ」と指摘。さらに「医療や介護、子育てなどは機械には任せられず、必ず人の手が必要になる。雇用を生み出すこともできる」と述べ、成長戦略にも寄与するとの見方を示した。

記者団から「国民は今後も、今までと同じような医療サービスが受けられるのか、不安に思っているが」と質問されると、小宮山厚労相は「自公政権下で毎年2200億円ずつ予算圧縮してきた中で、医療難民が生まれた。しかし現政権では、社会保障の自然増分は予算確保している。従来のサービスは受けられるのが前提だ」と応じた。

その上で「効率化しなければならない部分もあるが、超少子高齢化社会の中で、国民が安心して生活できるようにするのは当然のこと。医療についても医師の偏在問題などを含めて、どのように改善していくか。未来図を描かないと国民は安心できないの

で、しっかりつくっていききたい」と抱負を語った。

また、「政府予算の51%を厚労省が国民の生活のために使っているということを、より丁寧に情報発信していかなければならない」とも述べた。

診療報酬・介護報酬同時改定を実施するかどうかについては「（見送り論も出ているが）一部の方々の意見に偏らないよう、国民にも納得してもらえよう、6年に1度の機会なのでしっかりとやっていきたい」と述べた。（9/2MEDIFAXより）

機能分化に配慮した同時改定を／首相、小宮山厚労相に指示

野田佳彦首相は9月2日、小宮山洋子厚生労働相に対し、診療報酬・介護報酬改定に当たっては医療・介護提供体制の機能分化や連携に配慮するよう求める指示を出した。政府・与党の社会保障・税一体改革成案については、関係大臣と協力して医療・介護制度改革案を具体化するよう指示している。

●被災地の医療・介護システムの再生支援を

野田首相はほかに、医療・介護に関して次の指示を出した。

▽東日本大震災で壊滅的被害を受けた被災地の医療・介護などのシステム再生を最大限支援する▽医療崩壊に対処するため医師養成や偏在是正などによって安全・安心の医療体制を構築する▽新型インフルエンザなど新興感染症や多剤耐性菌に機動的に対処する▽乳がん、子宮頸がん、HTLV-1ウイルスによる白血病などの克服を目指し、総合的・計画的ながん対策を推進する▽難病に関する医療の実用化に向けた研究開発や、革新的新薬・医療機器創出支援などライフイノベーションプロジェクトを推進する▽B型肝炎訴訟の全体解決の枠組みに関する基本方針に沿って、給付と財源に関する法的枠組みを構築する。（9/2MEDIFAXより）

一体改革実現へ制度設計を推進／野田首相

野田佳彦首相は9月2日夕、内閣発足後の初の会見で、新内閣の最優先課題として、震災からの復旧・復興や原発事故対応、経済と財政危機への対応を挙げた。財政健全化に関係して社会保障と税の一体改革に触れ「政府・与党でまとめた一体改革成案を実行するため、与党内での議論を具体的制度設計に向けて進めていくとともに、与野党協議を丁寧に進めさせていきたい」と述べた。

野田首相は一体改革成案に盛り込まれた税制抜本改革について「2011年度中に法案を提出するための準備は、きちんとしていないといけない」と、改革の実現に意欲を示した。消費増税は10年代半ばまでとなっており「即、増税ではない」とも説明した。財政健全化については「待ったなしだが、財政原理主義者ではない。現実的な対応を取る」とし、経済成長と財政再建をバランスを取りながら進める方針を示した。（9/2MEDIFAXより）

抜本改革実現へ与野党協議進める／古川一体改革担当相

野田内閣で社会保障・税一体改革担当相に起用された古川元久氏は9月2日夜、官邸と内閣府内で就任会見した。「安心できる社会保障制度の構築のため、一歩でも前に抜本改革を進める思いで、野党の皆さんに丁寧な説得を続ける」と述べ、改革の実現に不可欠な与野党協議の進展に注力する姿勢を示した。

新内閣による初めての閣議では、政務三役の基本方針の一つとして、社会保障の機能強化と持続可能性の確保を図るために、一体改革成案を早急に具体化することが盛り込まれた。しかし、作業スケジュールでは8月下旬に開始する予定だった与野党協議が始まる動きはなく、すでに遅れが生じている。

古川担当相は今回の成案について「自公政権がま

News Headline (2011年8月9日～9月8日)

【8月】◆不謹慎テロップ流出問題で、東海TV スポンサーが次々降板（9日）◆放火や略奪、英暴動770人逮捕（10日）◆原発是非、国民投票法案を提出（11日）◆送り火問題、市長が謝罪／京都（12日）◆子どもの甲状腺から放射線検出／福島（13日）◆子ども手当見直し、閣議決定（17日）◆泊原発が営業運転再開（17日）◆円、戦後最高値更新（19日）◆汚染水、新浄化装置の単独運転を開始・東電（20日）◆復興増税反対、議員連盟発足へ（21日）◆再生エネ法案が衆院通過（23日）◆リビア、反体制派が首都制圧（23日）◆ムーディーズが日本国債格下げ（24日）◆ボルト、決勝でフライング失格・世界陸上（28日）◆白血病で福島原発作業員死亡（30日）◆野田新首相選出（30日）
【9月】◆病院検査で子供が過剰被ばく／甲府（1日）◆野田内閣が発足（2日）◆野田内閣支持率65%・発足時で歴代5位（3日）◆台風12号、死者・不明100人超（5日）◆国内原発「将来ゼロに」鉢呂経産相、中部電の新設否定（6日）◆職場の受動喫煙対策強化で義務付け／厚労省方針（7日）◆なでしこ、五輪出場決定・豪州が中国に勝利（8日）

とめたものもたたき台にしながら、われわれの考え方を乗せたものだ。議論のたたき台としては野党にかなり配慮している。これじゃなきゃ駄目ではなく、成案をたたき台にして議論しようじゃないかと、野党の皆さんに訴えていきたい」と、ねばり強く交渉する構えを見せた。「社会保障が政争の具になってきた結果、制度にほころびがあるのに抜本改革が進まなかった」とも述べた。

古川担当相は一体改革だけでなく、経済財政や国家戦略も兼務する。「大変な重責だが、3つは密接に関連している」と述べ、兼任には意味があるとの認識を示した。（9/2MEDIFAXより）

成長戦略見直し中間整理を閣議決定／重点政策に成長型長寿社会

政府は8月5日、東日本大震災を受けた「新成長戦略」の見直しに向けた中間整理「日本再生のための戦略に向けて」を閣議決定した。震災後の経済構造の変化を踏まえた経済成長のための新たな戦略方針では、「成長型長寿社会・地域再生」など5つの重点政策を掲げている。

医療・介護などライフ・イノベーション分野では、新成長戦略で掲げた目標や工程を堅持。その上で、「長寿社会に資するイノベーション等の推進」として、革新的な医薬品や医療機器の研究開発や実用化に向けた「医療イノベーション」を積極的に進める方向性を示した。新成長戦略に盛り込まれている医療の国際化や公的保険外の医療・介護周辺サービスの創出も、引き続き推進する方針だ。

政府は今後、中間整理を基に新成長戦略実現会議（議長＝菅直人首相）で検討を続け、年内に最終的な戦略をまとめる。（8/8MEDIFAXより）

震災復興、B型肝炎救済は別枠／中期財政フレーム決定

政府は8月12日、2012-14年度の財政目標を定めた「中期財政フレーム」を閣議決定した。12年度の新規国債発行額を11年度当初予算と同じ44兆円を上回らないようにし、歳出も11年度と同じ水準の71兆円とする。ただし、東日本大震災からの復興費と、B型肝炎の被害者救済のために臨時増税などで確保する金額は別枠で扱う。社会保障と税の一体改革を踏まえた歳出面の取り組みについては、税制抜本改革を踏まえてあらためて検討し、12年半ば頃に行われる中期財政フレームの改定に反映させる。

●「半ば」は「15年度」

中期財政フレームの閣議決定や、社会保障と税一体改革への取り組みを受け、内閣府は、「経済財政の中長期試算」をまとめた。消費税率を15年度までに10%に引き上げると、財政赤字のGDP比を15年度までに半減する目標は達成されるが、それでも20年度時点の基礎的財政収支は18兆円程度の赤字になると試算した。消費税率の引き上げ終了が16年度になると、赤字半減目標は達成されないことも書き込んだ。

関係閣僚は閣議後の会見で、同フレームや内閣府の中長期試算について発言。与謝野馨社会保障・税一体改革担当相は消費税率について「15年度までには絶対に10%に達していないといけない」とし、一体改革成案で消費税率引き上げ時期が10年代半ばとなっていることについては「15年度のことだと確定的に言っているのが同フレームや中長期試算の特徴だ」と述べた。野田佳彦財務相は「一体改革案で10年代半ばまでの改革プランの方向性は出ている。まずその目標をクリアすることが必要で、それ以降も歳入・歳出の見直しや検討は続く」と語った。

野田財務相はまた、「これからは12年度予算編成の基本的な方針を固め、中期財政フレームと整合的な概算要求をしていただく準備に移りたいと思う」と述べた。（8/16MEDIFAXより）

「政策推進の全体像」を閣議決定／社会保障の持続可能性確保

政府は8月15日、重要政策の今後の運営方針を定めた「政策推進の全体像」を閣議決定した。社会保障と税の一体改革を進めて、社会保障と財政の持続可能性の確保に取り組むと明示した。長寿社会での豊かな生活実現を目指し、革新的な医薬品・医療機器を実用化するための規制・制度改革などの重点化も図る。

政策推進の全体像は「東日本大震災を踏まえた経済財政運営の基本方針」と「日本再生に向けた再始動」の2部構成。重点を置く課題の一つに「震災以前からの大きな課題である社会保障・財政の持続可能性確保への取り組み」を挙げた。

6月にまとめた「医療イノベーション推進の基本方針」に基づいて、医薬品などの開発に必要な規制・制度改革を進めるほか、情報通信技術を活用した新サービスや、公的保険外の医療・介護周辺サービスの創出、医療の国際化、高齢者向けの商品開

発・普及も推進するとした。

閣議後に会見した与謝野馨社会保障・税一体改革担当相は「本全体像に基づき震災からの復興を進めるとともに、日本経済全体の再生に向けた施策を進め、電力供給制約や産業空洞化などのリスクに適切に対処していくことが必要」と述べた。

（8/16MEDIFAXより）

自然増1兆1600億円、一律10%カットで吸収／12年度概算要求

野田佳彦財務相は8月23日、2012年度予算の概算要求に関する暫定的な作業手順書を各省大臣に通知した。概算要求基準の大枠となる位置付けで、1兆1600億円に上る社会保障費の自然増分を確保するため、各省庁に対し、裁量的経費や公共事業費などについて11年度当初予算比で一律10%削減した額を要求するよう求めた。政府は閣議で、例年8月末となっている概算要求の締め切りを9月末にする政令改正を決定。正式な概算要求基準は新内閣発足後の9月中旬に閣議決定することを確認した。

政府は12年度予算の編成に当たり、必要な歳出削減を行うとともに、重点配分すべき分野を選んでめりはりを付ける方針。予算編成は例年通り年内に終わらせる。

●自然増はそのまま容認

作業手順書によると、一律10%カットで1.2兆円の財源を捻出し、自然増分に充てる。医療・年金などの社会保障費は一律削減の対象とせず、前年度当初予算額に自然増を加算した額を要求することを認める。社会保障費の削減は、子ども手当の見直しなどごく一部となる見込みだ。ただ、自然増分や医療に関する経費についても「合理化・効率化に最大限取り組み、その結果を12年度予算に反映させる」と明記した。

概算要求基準には、新内閣の重要施策に沿って予算を重点配分する「特別枠」を前年度同様設ける方針。各省庁は削減額の1.5倍の範囲内で要望できるが、今後、正式に決まる特別枠の金額規模に収めるため絞り込むことになる。厚生労働省は約1000億円分の要望ができる見込み。

東日本大震災からの復旧・復興対策と、B型肝炎ウイルス感染者に対する給付金などの支給に関する経費については必要な金額を要求し、歳出の大枠に別途加算する。歳出の大枠は、国債費などを除いて11年度と同じ71兆円。8月12日に閣議決定した「中

期財政フレーム」に基づいている。

（8/24MEDIFAXより）

甲状腺検査、福島で説明会／小児被ばく線量を個別通知

国の原子力災害対策本部は8月17日、福島第1原発事故を受け、3月下旬に福島県の0-15歳の子ども約1100人に行った甲状腺被ばく検査について、各人に結果を伝える説明会を同県いわき市で開いた。

これまでは基準値を超えたかどうかだけが伝えられていた。詳しい結果を知った住民からは、より詳細な調査を求める声が上がった。

説明会には検査を受けた子どもや保護者約50人が参加、書面で結果が伝えられた。国の担当者が、原子力安全委員会が示した基準値の毎時0.2マイクロシーベルトを超える子どもがいなかったことや、放射性ヨウ素が甲状腺に与えるリスクを説明。

参加したいわき市平の会社員竹内慶尚さんは、11歳の次男が同0.01マイクロシーベルト、9歳の長女が同0.04マイクロシーベルトだったと説明を受け「2人とも屋内に避難させて同じように行動していたのに差が出たことが不安だ。ホールボディカウンターで詳細な調査をしてほしい」と話した。

（8/19MEDIFAXより）

特例公債法が成立／予算執行抑制は回避

特例公債法案は8月26日、参院本会議でみんなの党や共産党などを除く賛成多数で可決、成立した。国の2011年度一般会計歳入の約4割を占める37兆円の赤字国債の発行が可能となり、予算執行を抑制する事態は回避された。（8/29MEDIFAXより）

受診時定額負担への反対論続出／民主・医療費議連

「適切な医療費を考える民主党議員連盟」は8月4日、政府・与党の社会保障・税一体改革成案に盛り込まれた受診時定額負担をテーマに、厚生労働省、日本医師会、日本歯科医師会からヒアリングした。日医と日歯があらためて反対姿勢を示したほか、民主党議員からも反対論・慎重論が続出した。議連は8月中旬に受診時定額負担をめぐる再び議論し、意見集約を図る予定だ。

議連事務局長の梅村聡参院議員がまず、受診時定額負担に関する問題点を提示。▽患者の一部負担割合を変えずに「抜け道」で負担を増やそうとしてい

る▽保険者、被保険者、医療提供側の了解なしに新たなルールが突然、出てきた▽高額療養費と定額負担を結び付けた理由が不明一と指摘した。

厚労省保険局の武田俊彦総務課長は、一体改革案の内容や、高額療養費制度の現状について説明し、受診時定額負担については社会保障審議会や中医協で十分に議論していく姿勢を示した。

日医の中川俊男副会長は、高額療養費制度の見直しで患者負担を軽くすることには賛成する考えを示した上で、財源は保険料や公費に求めるべきだと主張した。具体的には▽保険料上限見直しで高額所得者に応分の負担を求める▽組合健保などの保険料率を協会けんぽに合わせて公平化する▽消費税率を見直す一との方法で財源を確保すべきという考えを述べた。

日歯の大久保満男会長は地方経済の厳しさを指摘し、現在の患者3割負担でも「限度を超えている」と述べ、新たな負担増に反対する立場を示した。

●「皆保険の根幹揺るがす」／絶対阻止と櫻井財務副大臣

議連顧問の櫻井充財務副大臣は「なぜ高額療養費制度と受診時定額負担がセットになっているのか、まったく理解できない」と批判。厚労省が保険者間の保険料率一律化などに手を付けていないと指摘し「取りやすいところから取るようなやり方は根本的に間違っている。（定額負担が）100円で済むはずがなく、いずれ500円、1000円になる。国民皆保険の根幹を揺るがすようなことは絶対に阻止すべき」と語った。議連としては反対意見をまとめるよう主張した。

ほかに民主党議員からは「重い病気の人を軽い病気の人が支えるのは明らかにおかしい」（初鹿明博衆院議員）、「（保険）免責性の導入を視野に入れているのでは、という疑いがある」（川口浩衆院議員）といった声が出た。

会合終了後、記者団の取材に応じた梅村議員は、厚労省が財務省や保険者に支出を求めることを避けているのではないかと疑念を示した。また、定額負担で想定している財源について、医療保険の枠組みでの負担や、公費負担によるシミュレーションを厚労省が事前にしていないのではないかと指摘した。（8/5MEDIFAXより）

社会保障の中長期ビジョン策定へ／自民・特命委が初会合

自民党は8月9日、「社会保障制度に関する特命委員会」の初会合を開き、社会保障制度の中長期ビジョンの策定に向けた検討を始めた。医療、介護、年金、子育てなどの社会保障政策と税制を含む財源について議論し、年内に結論をまとめる。

委員長には野田毅・党税制調査会長が就いた。政府・与党は7月、社会保障と税の一体改革案をまとめているが、野田氏は「それに引きずられることではない。われわれはわれわれで考えを示していく」と強調。一方で「向こうはああいうこと（改革案）を一応出している。それに対してわが方はどう考えるのかということには、何らかの答えは出していけないといけな。対案という用語があるが、それくらいのことはしないとイケない」との考えも示した。

石破茂・党政務調査会長は政府・与党の改革案について「閣議決定もしていない。具体的な時期も明示されていない。はなはだ無責任な話だ」と批判。「政権を奪還するという責任感のもと、きちんとした議論をしておかなければならない」と述べた。

自民党はすでに2010年の参院選で、消費税を社会保障目的税化した上で当面10%まで引き上げることが公約に掲げている。初会合では「消費税だけでなく、税制全体で考えなければならない」などの意見も出た。野田氏は「当面10%でも追い付かないということは、共通認識として確認しておきたい」と述べた。（8/10MEDIFAXより）

幹事長に輿石氏、政調会長は前原氏／民主・両院議員総会

民主党は8月31日に開いた両院議員総会で、幹事長に輿石東参院議員会長、政調会長に前原誠司前外務相、国会対策委員長に平野博文元官房長官を起用する役員人事を承認した。幹事長代理は樽床伸二元国対委員長が務める。

野田佳彦新首相は政調会長人事に関し「前原さんには、政府が政策決定する前に、原則として政調会長の了承を得る形で進めるようお願いした」と述べ、政策決定プロセスに党が関与することを明確にした。

野田新首相を支える新たな執行部が発足した。野田新首相は役員人事について「この党に一番必要な役割は、同志が存分に力を発揮する体制。全体を見

回して戦略的にパスを回せる集団が必要という観点から決めた」と説明した。（9/1MEDIFAXより）

衆院厚労委員長に池田氏、参院は小林氏

民主党は9月5日、新たな衆院厚生労働委員長に池田元久前経済産業副大臣、参院厚労委員長に小林正夫前厚生労働政務官を内定した。

（9/6MEDIFAXより）

受診時定額負担、吉川氏が賛意／社保審、日医あらためて反対

社会保障制度改革の草案作りに携わってきた東京大大学院経済学研究科長の吉川洋教授は8月29日、厚生労働省の社会保障審議会（会長＝大森彌・東京大名誉教授）の全体会で「受診時定額負担」に賛成の意向を示した。医療財源が限られていることや、日本は医療費全体に占める自己負担割合が先進国の中でも低いことなどを理由に挙げた。これに対して日本医師会の横倉義武副会長は、社会保障・税一体改革成案に対する日医の見解を資料で提出した上で「患者負担増につながる」として、あらためて受診時定額負担に反対した。

一体改革に関するフリーディスカッションの中で吉川委員は、米国やドイツなどでは国民がプライベートで加入する医療保険制度があることを説明。私的な医療保険まで自己負担として捉えた場合、日本は医療費全体に占める自己負担の割合が15－16%にすぎず、先進国の中で最も低い水準になると指摘した。さらに受診時定額負担について「患者負担を増やす冷たい改革のように言われているが、よく議論してほしい。財源は限られている。今後の議論では、社会保障のどこを集中的に維持するかといった視点が欠かせない」と述べた。その上で自動車保険を例に挙げ「大きなリスクは皆で支え、小さなリスクは各自で負担してもよいのではないかというのが基本的な考え方だ」と指摘した。

この主張に対して横倉委員は、日本の自己負担は低くないと反論。自動車保険の事例についても「社会保障のセーフティーネットの話に自動車保険を持ち込むのはどうか」と牽制した。横倉委員は受診時定額負担など患者負担を増やす施策については慎重論を展開したが、政府の一体改革については「全体的に高く評価している」と述べた。

社会保障の重点化・効率化の在り方についても意見が交わされた。吉川委員が「ポイントは全体の予

算枠があること。サービスを給付すれば、誰かが負担しなければならないのは当然だ」と述べると、米澤康博委員（早稲田大大学院ファイナンス研究科教授）は「予算が問題になるならば、市場が必要だ。保険や年金などで規制を緩めてもらい、選択肢を広げるべき。それをせずに給付カットというのは問題がある」と指摘した。（8/30MEDIFAXより）

医療圏間で基準病床数の融通可能に／厚労省が検討

厚生労働省は、都道府県内の医療圏間で基準病床数を融通できる構造改革特区の設置について検討する。国が地方の事務を縛る「義務付け・枠付け」の見直しに向け、都道府県が出した共同提案に対する最終回答で明らかにした。

厚労省によると、検討する特区では、休眠病床のある医療圏で基準病床数を削減し、その何割かを他の医療圏の病床数増に反映させることを可能にする考え。削減した数と同数の病床数増はできないこととする。

基準病床数の権限移譲についてはこれまで、35の都道府県が「高度ながん医療を提供する病床や緩和ケアなどの地域に必要な病床が、基準病床数超過を理由に整備困難に陥っている」「基準病床数について都道府県が独自に加減できるようにすることで、ニーズに応じた病床整備が可能になる」と主張。一方、厚労省は「病床数と勤務医数には一定の相関関係がある。一部地域での増床は他地域からの流入を招き、偏在が拡大する」として、特区として対応することに否定的な姿勢を示していた。ただ今回は「提案の実現に向けて対応を検討」と回答し、特区の設置を含め、権限移譲に向けて前向きに検討する方針を示した。

厚労省はこのほか、42の都道府県が共同で提案していた「特例病床の許可で必要な厚生労働大臣への協議の廃止」についても「提案の実現に向けて検討」と判断。「特区として対応不可」としていた従来の考えから方針を変更した。

これらの方針の具体化に向け、厚労省は今後、全国知事会の回答を待って検討に入る見通し。

全国知事会は2010年、義務付け・枠付けの見直しに向けた計23項目の特区を提案。これに対し、政府が8月3日までに各提案に対する最終の見解を回答した。（8/4MEDIFAXより）

入院基本料・訪問看護などで特別措置／診療報酬で厚労省

厚生労働省保険局医療課は9月6日、東日本大震災対応として岩手・宮城・福島の3県にある保険医療機関の診療報酬算定について、入院基本料の施設基準や在宅医療・訪問看護の回数などで特別措置を講ずる課長通知を地方厚生局や都道府県などに発出した。当面、2012年3月末までの措置とした。

特別に扱われる診療報酬算定の項目は▽入院基本料の施設基準▽病院の外来閉鎖▽在宅医療・訪問看護の回数▽新薬の処方制限▽歯科診療録関係。

入院基本料については届け出をすれば、平均入院患者数の取り扱いを「震災後の入院患者数の平均」として、直近1カ月での1日平均入院患者数で算定可能とした。震災で看護要員（看護師・准看護師・看護補助者）が減少した保険医療機関については▽1日当たりの勤務看護要員数▽看護要員数と入院患者の比率▽看護師・准看護師数に対する看護師の比率—について、変動が2割以内であれば変更の届け出をせずに震災前の入院基本料を算定できることとした。月平均夜勤時間数も変動が2割以内であれば届け出は不要。後方病床が足りずに平均在院日数が超過した場合も、2割以内の変動であれば届け出ずに算定できることとした。

医師不足によって病院が外来を閉鎖しても、届け出により入院について保険診療ができることとした。在宅医療を行う医療機関が、やむを得ずに外来を閉鎖して在宅療養に専念する場合も届け出により保険診療が可能とした。

また、通常は週3回を限度としている在宅患者訪問診療料については、病床不足で通院困難な患者に在宅診療を行う場合に限り、診療報酬明細書への付記を条件に週3回を超える算定を認めた。訪問看護での在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費も同様の取り扱いとした。

新薬処方については、仮設住宅に入居したために最寄りの医療機関までの交通手段がない場合には、14日を超える処方を認めた。歯科関係では、震災で診療録がなくなった場合には、歯冠補てつ物・ブリッジの装着日が不明でも装着から2年が経過したものとして取り扱うこととした。

（9/7MEDIFAXより）

12年度予算要求へ「がん対策の増額」で一致／がん対策推進協

厚生労働省のがん対策推進協議会（会長＝門田守人・大阪大理事・副学長）は8月25日、これまでシーリングを前提として予算措置がなされてきたがん対策予算について2012年度予算要求では弾力的な対応を求め、がん対策の増額を訴えていく方向で一致した。

厚労省は、これまで協議会で議論された予算に関する事項を整理し「2012年度予算要求に係るがん対策推進協議会意見書案」を作成。協議会に意見書案を示し、委員らに議論を求めた。委員からは、小児がんや教育、在宅、地域の緩和ケアなどについてさらなる書き込みを求める意見が上がった。

議論を踏まえた上で、次回、協議会としての12年度予算要求意見を取りまとめる見通しだ。

（8/26MEDIFAXより）

無過失補償制度創設で議論開始／厚労省検討会、原因究明含め

厚生労働省は8月26日、「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」の初会合を開き、制度を創設する場合の考え方や、医療事故の原因究明・再発防止の仕組みも含めた検討を開始した。

岡本充功厚生労働政務官が主宰する同検討会は、政府が4月に閣議決定した規制・制度改革に係る方針を受けて発足し、保険診療全般を対象とする無過失補償制度に関する課題を整理し、補償の範囲や水準、審査や費用の負担などについて報告書にまとめる。検討会はこの他、7月に閣議決定された消費者基本計画に基づき、医療分野の事故の原因究明と再発防止に関する枠組みを検討する役割も担う。事故調査制度の在り方などもテーマとする見通し。厚労省によると、報告書の取りまとめの時期は年度内にこだわらない。

岡本政務官は冒頭、「民主党は野党時代から事故調の問題、無過失補償制度について議論を重ねてきたが、詰めの部分で課題が残っていた。より良い制度の構築に向けて頑張っていきたい」と述べた。

●WGのスタートも視野

意見交換では、補償と原因究明・再発防止の議論の進め方を質問する意見が複数上がり、大谷泰夫医政局長が「ワーキンググループ（WG）のようなものを立ち上げて議論することもある」と答えた。座

長に選ばれた里見進・東北大病院長も「議論するテーマに分けてWGをつくる、ということも含めて議論したい」とした。（8/29MEDIFAXより）

障害者総合福祉法の骨格提言まとまる／厚労省・部会

厚生労働省の障がい者制度改革推進会議・総合福祉部会（部会長＝佐藤久夫・日本社会事業大学教授）は8月30日、「障害者総合福祉法」の策定に向けた最終骨格提言について議論し、おおむね了承した。提言で示された骨格や「制定と実施への道程」などを基に厚労省が「障害者総合福祉法」の起草作業を始める。

同部会は、2006年に国連が採択した「障害者権利条約」と、10年1月に国が障害者自立支援法訴訟原告と交わした「基本合意文書」を前提に議論を進めてきた。▽障害のない市民との平等と公平▽谷間や空白の解消▽格差の是正▽放置できない社会問題の解決▽本人のニーズにあった支援サービス▽安定した予算の確保－を念頭に18回の議論を通して、障害者総合福祉法の骨格を詰めた。

医療や障害児、労働と雇用など関連する法律や分野がある項目については、今後も内閣府の障がい者制度改革推進会議で議論を行っていく。

●障害を理由とした医療提供拒否の禁止盛り込む

関連する他の法律との関係については、精神障害者であるとの理由で一般病院で身体合併症の治療が拒否されることが多いとした上で、障害を理由とした医療提供の拒否を禁止する制度改革を行うとした。ただ、前回8月9日の部会で示された提言案で「廃止」と明記していた医療法施行規則第10条第3項については「廃止を検討する」に修正した。同項では「精神患者または感染症患者をそれぞれ精神病室または感染症病室でない病室に入院させないこと」と規定している。（8/31MEDIFAXより）

パート労働者の健康保険適用拡大へ／社保審・特別部会

厚生労働省の社会保障審議会が設置した「短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会」（部会長＝遠藤久夫・学習院大経済学部教授）は9月1日、初会合を開き、健康保険・厚生年金の被保険者資格について短時間労働者（パートタイマー）に適用拡大する方向で議論を始めた。

健康保険の適用拡大については、受け皿となる被

用者保険について保険者の財政の議論が争点となる。貝谷伸委員（全国健康保険協会理事）は保険者への財政影響についての試算を示すよう事務局に求め、遠藤部会長も保険者の財政状況を把握する必要を認めた。健康保険の適用拡大については、9月21日の次回会合以降、データに基づいて議論を進める。（9/2MEDIFAXより）

アカルボースなど3成分のスイッチ化に反対／医学会意見書

厚生労働省は8月15日、ホームページ上で2011年度のスイッチOTC化推進候補成分に対して日本医学会の分科会から提出された意見書を公表した。10成分のうち7成分についてはスイッチOTC化に反対意見はなかったものの、糖尿病治療薬のアカルボース、コレステロール吸収阻害薬のコレステミド、プロトンポンプ阻害薬（PPI）のオメプラゾールの3成分については賛成できないとの回答だった。厚労省はこの意見などを踏まえ、今後、薬事・食品衛生審議会一般用医薬品部会でスイッチOTC化推進成分について審議する。

アカルボースのスイッチOTC化は、日本糖尿病学会が「糖代謝異常が認められる場合には、その病態に応じて食事療法や運動療法、薬物療法を含めた最も適切な治療が行われるべきで、安全性や有効性を担保するためには、病態の判断や治療法の選択は、適切な間隔で行われる血液検査や診察に基づいて医師が主導すべき」と指摘。医師の関与なしに薬物療法の可否が判断されれば、糖尿病状態の患者などに対して適切な治療が行われないなどの問題が起り得るとして賛成できないとした。

コレステミドに関しては日本循環器学会が「（日本薬学会が同剤のスイッチ化について）食事などの生活習慣の改善に努めてもなお境界領域の高LDLコレステロール血症が改善できない場合に限定することで問題ない」などとしていることに反論。LDLコレステロールの自己測定や調剤薬局などによる血清脂質の迅速検査が認められていない現状では、治療効果の判定や治療継続の評価のための血清脂質判定をするためには医療機関を受診することが必要として、スイッチOTC化は現時点では困難と結論付けた。

オメプラゾールについては日本消化器病学会と日本消化器内視鏡学会が、骨の脆弱（ぜいじゃく）化などPPI長期投与の安全性が確立されていないた

め医師の責任の下での服用が必須であることや、すでにスイッチされているH₂ブロッカーに比べ胃酸分泌抑制作用が強力なため、消化性潰瘍や胃がんなどの重大な疾病をマスクする危険が大きいことなどを理由にスイッチO.T.C化は時期尚早としている。

過去にスイッチO.T.C化推進候補成分として選定されながら保留となっていたぎょう虫駆除薬のピラントールパモ酸塩については日本感染症学会が「賛成」、日本寄生虫学会が「諾とすることはやむを得ない」、涙液補助用点眼薬のヒアルロン酸ナトリウムについては日本眼科学会が「大きな問題はない」と回答した。

今回初めてスイッチO.T.C化推進候補成分に選定された骨粗鬆症用薬のメナテトレノンに関しては、日本整形外科学会が「反対はしないが賛成もしない」、下部消化管痛改善薬のメペンゾラート臭化物と便通異常改善薬のポリカルボフィルカルシウムは、消化器病学会と消化器内視鏡学会が「大きな支障はない」とした。排尿改善薬のプロピペリン塩酸塩とセルニチンポーレンエキスに対する意見はなかった。（8/18MEDIFAXより）

「プラザキサ」にブルーレター、死亡5例／厚労省

血液凝固阻止剤「プラザキサカプセル」（一般名＝ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩製剤）の服用後に関連性の否定できない重篤な出血性副作用による死亡例が5例報告され、注意喚起を徹底するため厚生労働省は8月12日、製造販売元の日本ベーリンガーインゲルハイム（B I）に対して、「使用上の注意」の改訂と、医療関係者への「ブルーレター」の配布を指示した。

プラザキサは1960年代のワルファリンの登場以来、約半世紀ぶりに承認された経口抗凝固薬で3月14日に発売された。

厚生労働省医薬食品局などによると、6月13日までに1例（腎不全患者）の死亡が報告された。厚生労働省が日本B Iに情報収集の徹底を指示したところ、8月11日までに、さらに4例の死亡例が報告された。5例の内訳は80歳代女性3人、100歳代女性1人、70歳代男性1人。

同剤は出血があった場合に血が止まりにくくなる副作用が知られているという。

このため厚生労働省は添付文書に「警告」の項を新たに設け、「使用にあたっては、出血の危険性を考慮し、本

剤の投与の適否を慎重に判断すること」などを追記するよう指示した。

さらに、「重要な基本的注意」の項に、「本剤を投与する前に、必ず腎機能を確認すること。また、本剤投与中は適宜、腎機能検査を行い、腎機能の悪化が認められた場合には、投与の中止や減量を考慮すること」などを追記するよう求めた。

同剤は主に腎臓を介して排せつされるため添付文書には「透析患者を含む高度の腎障害（クレアチニンクリアランス30mL/min未満）のある患者」などには禁忌との記述がある。

ブルーレターの発出は2010年10月のノボ ノルディスクファーマの「ビクトーザ」以来。

（8/16MEDIFAXより）

MSDの「ガーダシル」、3 ワクチン接種事業に追加／9月15日から

厚生労働省は9月15日から、子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業の子宮頸がん予防ワクチンにMSDの「ガーダシル」を追加する。厚労省健康局結核感染症課、医薬食品局血液対策課が連名で8月25日、都道府県担当部局に対し事務連絡した。

MSDの「ガーダシル」は7月1日付で薬事承認を受け、8月26日から発売が開始されている。発売後の供給見込みや実施体制の準備期間を考慮し、9月15日から子宮頸がん予防ワクチンの公費助成対象に追加することとした。9月14日以前にガーダシルを接種した場合は、助成対象とならない。また、ガーダシルの追加によるワクチンの基準単価の変更は行わない。

ガーダシルは当初流通量が限られるため、厚生労働省はサーバリックスとガーダシルの両ワクチンを活用し円滑に事業を実施するよう求めている。

（8/29MEDIFAXより）

多発性硬化症治療薬フィンゴリモド塩酸塩など了承／第一部会

厚生労働省の薬事・食品衛生審議会医薬品第一部会は8月26日、田辺三菱製薬／ノバルティス ファーマの多発性硬化症治療薬「イムセラカプセル0.5mg／ジレニアカプセル0.5mg」（一般名＝フィンゴリモド塩酸塩）の製造販売承認の可否などを審議し、いずれも了承した。

同剤は、スフィンゴシン 1-リン酸受容体調節剤と呼ばれる新しい作用機序を持つ。リンパ球をリン

パ節に閉じ込めることで、神経炎症をもたらしリンパ球の中樞神経系への浸潤を阻止し、多発性硬化症に伴う炎症を抑制する。類薬はない。多発性硬化症に対する同効薬にはインターフェロンベータ-1bがある。希少疾病用医薬品。市販直後調査と全例調査が承認条件。2011年6月現在で欧米を含む45の国・地域で承認済み。

ベネシスの液状・静注用免疫グロブリン製剤「献血ヴェノグロブリンIH5%静注0.5g/10mL」「同IH5%静注1g/20mL」「同IH5%静注2.5g/50mL」「同IH5%静注5g/100mL」（一般名＝ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン）は、全身型重症筋無力症の適応追加を審議し、了承された。11年6月現在で同効能での承認は世界初。全例調査が付いた。

中外製薬のペグインターフェロン製剤「ペガシス皮下注90μg」「同皮下注180μg」（ペグインターフェロンアルファ-2a〈遺伝子組換え〉）は、B型慢性活動性肝炎を効能・効果とする新効能と新用量が了承された。HBe抗原陰性の患者にも使用できるのが特徴。11年6月現在で欧米など110カ国以上で承認済み。

●シタグリブチンのインスリン併用が了承

報告品目では、小野薬品工業/MSDの経口2型糖尿病治療薬「グラクティブ錠25mg、同錠50mg、同錠100mg/ジャヌビア錠25mg、同錠50mg、同錠100mg」（シタグリブチンリン酸塩水和物）について、インスリン製剤との併用に関する適応追加を了承した。インスリン製剤との併用が認められるのはDPP-4阻害剤では初めて。

ヤンセンファーマの抗精神病薬「コンサータ錠18mg」「同錠27mg」（メチルフェニデート塩酸塩）は、患者が18歳になった以降も継続使用する場合には治療上の有益性と危険性を考慮し慎重投与を認めることが報告された。現行の効能・効果は「小児期における注意欠陥/多動性障害」で18歳以上は対象外だが、使用成績調査の結果、継続使用の実態があるという。現在、成人を対象とした治験が実施されている。日本イーライリリーの「ストラテラ」と同様の対応となる。（8/31MEDIFAXより）

「不活化ポリオ」円滑導入へ検討開始/厚労省

厚生労働省は8月31日、「不活化ポリオワクチンの円滑な導入に関する検討会」の初会合を開いた。座長には国立感染症研究所感染症情報センターの岡部

信彦センター長が就いた。同検討会では、生ポリオワクチン（OPV）から不活化ポリオワクチン（IPV）に移行する際の課題や、移行を進めるための具体的な方法について、議論を進めていく。

IPVについては、ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオの4種混合ワクチン（DPT-IPV）が早ければ2012年度中に導入される見通し。DPT-IPVの導入から近い時期の導入を目指し、サノフィパスツールが単抗原IPVの開発を進めている。こうした状況を踏まえ、厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会は7月の会合で「不活化ポリオワクチンの円滑な導入に関する検討会」の設置を承認。移行に向けた対応や導入時の課題について検討することとした。

厚労省がポリオやポリオワクチンについて説明。▽個人輸入による不活化ワクチン接種の実態▽11年春シーズンのポリオ予防接種率—の調査を実施する予定であると報告した。調査結果は10月ごろになる見通しだ。（9/1MEDIFAXより）

新型フル行動計画、見直し案を了承/厚労省・専門家会議

厚生労働省の新型インフルエンザ専門家会議（議長＝岡部信彦・国立感染症研究所感染症情報センター長）は9月5日、関係省庁対策会議（議長＝伊藤哲朗・内閣危機管理監）がまとめた新型インフルエンザ対策行動計画の見直し案について厚労省から報告を受け、内容を了承した。計画は今後、関係閣僚級会議が最終決定する。

見直し案は海外発生期から国内の発生早期、感染期、小康期までの行動計画の内容について同会議の意見書を参考に作成し、すでに8月の対策会議で内容がまとまっている。このうち感染期の見直しでは、医療従事者が都道府県などの要請を受けて対応した際の被災補償や、医師が電話で在宅患者に感染の有無を診断した際、ファクスなどで薬の処方箋を出せるようにする仕組みなどを検討するよう求めている。

計画の改定後、専門家会議は4つの作業班が水際対策やワクチン接種、医療体制、情報提供など計11項目に関するガイドラインで見直しを検討する。

●プレパデミックワクチン備蓄、アンフィ株を選定

同会議は2011年度のプレパデミックワクチンの備蓄株の選定についても検討し、製造効率や鳥インフルエンザの流行状況などを考慮した結果、現段階

で備蓄のないアンフィ株に決まった。
（9/6MEDIFAXより）

医療・介護は辻副大臣と藤田政務官／厚労政務三役の役割分担

厚生労働省は9月6日、野田内閣発足後初めての政務三役会議を開き、副大臣・政務官の役割分担を確定した。医療・年金・介護・子育て支援が辻泰弘副大臣と藤田一枝政務官が担当。労働と福祉は牧義夫副大臣と津田弥太郎政務官が担当する。

会議の冒頭、小宮山洋子厚生労働相は「総理からは東日本大震災への対応、社会保障・税の一体改革、雇用の問題の3つについて指示を受けている」とした上で、「社会保障・税の一体改革は1月までに、どこまで法案が出せるか。税調の議論も合わせてしっかりやっていく」と述べ、一体改革へ意欲を示した。

政務三役会議後の会見で、藤田一枝政務官は「税調は辻副大臣、診療報酬改定は辻副大臣と私が連携して当たっていききたい」と述べた。国会対策については「厳しい国会運営が続くと思う」との認識を示した上で、委員会理事会や国会対策委員会との調整を含めて副大臣・政務官の4人で対応に当たっていくことを明らかにした。（9/7MEDIFAXより）

原発作業員の個人情報データベース化／厚労省、健康管理で方針

厚生労働省は8月3日、福島第一原子力発電所作業員の健康管理対策に関する中間取りまとめを公表した。個人識別番号などをデータベース化し、長期的な健康管理を行う。

緊急作業に携わった作業員が事業場を離れた後も適切に健康管理ができるように、厚労省の「東電福島第一原発作業員の長期健康管理に関する検討会」（座長＝相澤好治・北里大副学長）が検討してきた。

データベースには個人識別情報（ID番号、氏名、所属した事業場、住所など）や被ばく線量、作業内容、保健指導の情報などをまとめる。作業員本人に登録証を交付し、全国で自身の情報を照会できる窓口を設ける。緊急作業終了時点で被ばく線量を超えた人には晩発性の健康被害の発生が懸念されるため、関連する定期的な検査を行うことなどを盛り込んだ。

検討会は今後も議論を重ね、2011年秋にも最終報告書を取りまとめる見通し。（8/4MEDIFAXより）

被災地復興、地域包括ケアの先進モデルに／3次補正で厚労省

厚生労働省は、地域包括ケアの考え方に沿った被災地のまちづくりを継続的に支援する方針を固めた。高齢者の住まいや施設を効果的に配置するなど、先進的な地域包括ケアのモデル地域としての復興を後押しする。厚労省はまず2011年度第3次補正予算に盛り込むため、財務省との協議を開始した。

厚労省老健局高齢者支援課の深澤典宏課長は本紙に「支援の具体的な内容については財務省と意見交換している段階」とした上で、「コミュニティの再構築などを軸に、地域包括ケアの先進的な事例となるように支援していきたい」と話した。

（8/17MEDIFAXより）

特例加算など被災地支援策の検討開始／中医協総会

中医協は8月24日の総会で、被災地医療の支援策として、診療報酬算定要件の迅速な緩和と、被災地特例加算の検討などに取り組むことを決めた。8月1～3日に中医協委員と厚生労働省職員が岩手、宮城、福島の3県を視察し、現地の医療関係者の要望内容などを厚労省がまとめ、「今後の対応案」として中医協に提示した。

今後の対応案では、算定要件の速やかな緩和と、被災地特例加算の検討を提案している。算定要件の緩和については「中医協における議論、関係者との調整を踏まえ、可能なものについて速やかに実施してはどうか」とした。被災地の特例加算についても「補助金や補償との役割分担を踏まえ、財源も含めて改定時までには検討することとしてはどうか」としている。

算定要件の緩和については反対意見が出なかった。中医協で了承を得たことから、厚労省は算定要件緩和に関する通知や事務連絡などの検討に入る。通知類の発出時期や、適用期間、適用範囲といった細部は未定。今後、厚労省と関係者で詰めることになる。

●特例加算、慎重意見が大勢

一方、被災地特例加算については慎重な意見が多く、「加算よりはむしろ予算措置や補助金で対応すべき」という声が大多数を占めた。「加算を導入すれば、患者自己負担か、保険者負担を増やすことになる」「住民が避難している地域では、診療報酬を加算したとしても受診者数そのものが減っている」などがそ

の理由。（8/25MEDIFAXより）

保険給付範囲も含めて抜本改革を／座談会で安達氏

中医協委員を務める安達秀樹氏（京都府医師会副会長）は9月6日、MEDIFAX主催の社会保障制度改革に関する座談会で「診療報酬改定を延期し、保険の給付範囲を含めて国民皆保険制度の仕組みを根底から議論し直すべきだ」と指摘した。内閣官房社会保障改革担当室長の中村秀一氏も「中医協などで根本的に議論すべき」と理解を示した。

座談会には、安達氏、中村氏と、政策研究大学院大学教授の島崎謙治氏が出席した（座談会の詳細は後日、MEDIFAX Webで掲載予定）。

安達氏は、過去7～8年間で高額医療の占める割合が大幅に増えたことや、高齢化による受診者数の増加などを踏まえ「有効な医療技術を全て保険に含めていく現在の制度では財政破綻する」と指摘。英国NICE（医療技術評価機構）を引き合いに出し「保険給付の範囲に関する議論を国民全体で行ってほしい」と述べた。

また、予算枠を設けられた上で2年に1度、診療報酬改定を実施しても、一部の診療報酬に加算・減算を繰り返すだけになり、抜本改革は進まないと指摘。「今回の改定では震災の影響が絶対に加わる。その点も考慮すれば、今が立ち止まって考えるチャンスだ」と述べ、「2012年の改定は延期し、4年間かけて、連日のように医療保険制度の在り方を徹底的に議論すべきだ」と主張した。

これに対して中村氏も、自らの医療保険行政の経験を振り返りつつ「2年に1度の改定は相当、頻繁で、厚生労働省も制度の手直しで精いっぱいになる。原点に立ち返って抜本改革論議を進めるのは至難の業だ。2年に1度の改定をしながらの議論でもよいかもしれないが、中医協や、中医協が委託した場で根本的に議論する必要がある」と述べた。

●定額負担は「徹底的に潰す」

安達氏は、受診時定額負担制について「とんでもない話」とし、医師会の総力を挙げて「徹底的に潰す」と意気込んだ。「皆保険制度は加入者全員で支えるのが基本理念。なぜ受診者だけで払わなければならないのか」と疑問を呈した。

短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大について安達氏は「賛成」とした。小泉政権は非正規雇用の拡大を推進したにもかかわらず、社会保険に

手を付けなかったとし「現政権下で残務整理をしているようなもの」と評した。（9/7MEDIFAXより）

DPC分科会、新たに9人の委員就任

8月31日に開かれた中医協のDPC評価分科会で、任期満了に伴う委員の交代があった。退任した委員は7人。一方、DPCに関わる職種の幅を広げるため、新たに9人の委員が就任した。退任した吉田英機分科会長代理（昭和大医学部名誉教授）の後任には、松田晋哉委員（産業医科大医学部公衆衛生学教授）が指名された。

8月9日付で任期が満了したのは▽池上直己・慶応義塾大医学部医療政策・管理学教授▽熊本一朗・鹿児島大付属病院長・鹿児島大医療システム情報学教授▽齊藤寿一・社会保険中央総合病院名誉院長▽酒巻哲夫・群馬大医療情報部教授▽難波貞夫・富士重工業健康保険組合総合太田病院長▽山口直人・東京女子医科大医学部衛生学公衆衛生学第二講座主任教授▽吉田英機・昭和大医学部名誉教授—の7人。

新たに委員に就任したのは▽池田俊也・国際医療福祉大薬学部薬学科教授▽井原裕宣・社会保険診療報酬支払基金医科専門役▽樫村暢一・医療法人溪仁会手稲溪仁会病院副院長▽香月進・福岡県保健医療介護部医監▽工藤翔二・公益財団法人結核予防会複十字病院長▽河野陽一・千葉大大学院医学研究院小児病態学教授▽竹井和宏・保健医療福祉情報システム工業会医事コンピュータ部会DPC委員長▽藤森研司・北海道大病院地域医療指導医支援センター長▽渡辺明良・財団法人聖路加国際病院事業管理部財務経理課マネージャー—の9人。

（9/1MEDIFAXより）

被災地域で日本版EHR試行へ／総務省、3次補正予算で

総務省は、クラウドコンピューティングを利用して、複数の医療機関や関連施設が個人の医療・健康情報を共有する「日本版健康情報活用基盤（日本版EHR）」の大規模な実証実験を東北地方で行う。宮城県の東北大を中心に、同県の石巻や気仙沼などの医療機関に加え、岩手県の施設も参加。ICTを活用した地域医療情報連携基盤を被災地域で整備して、切れ目のない医療提供体制の復興を目指す。2011年度第3次補正予算で予算要求する構えだ。森田高総務大臣政務官が、本紙のインタビューで明らかにした。

EHRは、個人や医療機関、行政機関などが保有する電子化された医療・健康情報を、ICTネットワークを通じて共有、連携、蓄積する仕組み。診療・調剤・健診情報などを共有することで、過去の診療内容に基づいた継続的な医療サービスを異なる医療機関で受けられたり、重複診療・投薬などを回避する。東日本大震災のような災害時でも、医療者が患者の過去の情報を参照できるメリットがある。

総務省は7月に「日本版EHR事業推進委員会」の初会合を開き、広域共同利用型EHRの構築に向けて検討を開始した。香川県高松市、広島県尾道市、島根県出雲市を中心とした全国3地域で実証実験を行うようになっており、3次補正で、被災地域の東北地方を実証実験に加える。

東北地方の公的病院を建て直す際に、ゲノム医療などに対応できる最先端の医療機関として再構築を図る「東北メディカル・メガバンク」構想と連携して進める方針で、被災地域の中核病院、診療所、介護施設、薬局、自治体など各機関が保有する医療情報を共有する。実施地域は、宮城県の石巻医療圏と気仙沼医療圏のほか、岩手県沿岸部の3地域を想定。福島県の医療圏については、原発事故の問題から現状では難しいという。（8/16MEDIFAXより）

救急安心センターの全国化を大筋了承／総務省消防庁の検討会

総務省消防庁の「救急業務のあり方に関する検討会」（座長＝山本保博・東京臨海病院長）は8月30日、救急出動件数の急増に対応するには、住民の救急相談に応じる窓口「救急安心センター」（東京消防庁の#7119など）の設置が不可欠として、センター設置を全国化する方向で大筋了承した。

1999年に393万件だった救急出動件数は、2009年には512万件と10年間で30%増となっており、救急車の現場到着時間・病院収容時間が遅れる要因となっている。「救急安心センター」の設置効果について、同庁救急企画室は東京都、大阪府、奈良県などでの実績を踏まえた上で▽救急出動を緊急性が高い事案に集中できる▽相談で緊急性が高いと分かった事案に救急車を迅速に出動できる▽不要不急の時間外診療を抑制し、医療資源の適正利用を促進する一などと説明した。医師・看護師・相談員などが救急医療相談に24時間365日対応するセンターを全国に設置したい考えで、全国化に向けて検討を継続し、今冬にシンポジウムを開催するとともに救急相談マニュアル

（仮称）の作成に取り組む。（8/31MEDIFAXより）

広島県、被ばく検査無料化／福島県からの避難者に

広島県は8月9日、東日本大震災と福島原発事故による福島県からの避難者が広島大病院（広島市南区）で内部被ばく線量検査を無料で受けられるよう支援すると発表した。

広島県によると、福島県以外で検査の無料化は初めて。

福島県から広島県内に避難し、総務省の全国避難者情報システムに登録されている人が対象。ホールポディーカウンターの1人当たりの検査料2万円を県が負担する。広島大緊急被ばく医療推進センターに予約が必要。（8/10MEDIFAXより）

再生基金、1次補正対象外の民間医療機関に／宮城県

宮城県は、東日本大震災からの復興に向けて前倒しで交付されることになった地域医療再生臨時特例交付金（地域医療再生基金）の15億円について、国が1次補正予算で打ち出した支援策の対象外となった民間医療機関の支援に充てることを決めた。8月9日の県地域医療推進委員会で示した。民間医療機関への支援を要請していた宮城県医師会の嘉数研二副会長は「1次補正予算ではいろいろな条件があり、地域医療に貢献しているのに外される医療機関もあった。今回の施策は非常に大きなことだ」と述べた。

県内の医科診療所で1次補正予算の補助対象となっていないのは、全壊した48施設と半壊した25施設。今回の再生基金の前倒しによって、建物や医療機器の整備など再建に向けた経費について1000万円を上限に2分の1を補助する。病院で1次補正予算の対象外となったのは全壊（相当を含む）が11施設、半壊が1施設。3000万円を上限に2分の1を補助する。歯科診療所、薬局も支援する。

8月下旬に開く予定の県議会で可決されれば9月にも施行する見込み。

●再建目指す医療機関への支援「時間との戦い」

宮城県医は、震災で全壊した民間医療機関の意向を調査した。近隣地で再開した医療機関が55施設、近隣地で再開予定が3施設、仮設で診療中が7施設、勤務医として診療しているが再建したいとの回答が5施設だった。一方、勤務医を続けるとの回答が6

施設、閉院が8施設だった。検討中の医療機関のうち再建の可能性ありとの回答が10施設だった。嘉数副会長は「再建を目指している医療機関への支援は時間との戦い」と述べ、3次補正予算での適切な対応を求めた。（8/16MEDIFAXより）

福島県が復興ビジョン策定／3つの基本理念と7つの主要施策

福島県は8月11日、東日本大震災からの復興に向けて基本理念と主要施策をまとめた「福島県復興ビジョン」を策定した。3つの基本理念と7つの主要施策で構成し、2011年末までに同県が策定する「復興計画」に反映させて具体化を目指す。

主要施策については、特に同県は原子力災害を含めて被害が甚大で、復旧にも相当期間を要すると想定されることも踏まえ、「緊急的対応」と「原子力災害対応」をそれぞれ1つの柱に位置付けた。さらに中長期的な対策を「ふくしまの未来を見据えた対応」として1つの柱にまとめ、3本柱として提示した。

この中の「原子力災害対応」では、▽県民の長期健康管理調査を通じた健康保持・増進を一体的に実施するプログラムの構築▽福島県立医科大での放射線医学研究や診療機能を強化し、放射線健康障害の早期診断・最先端治療拠点を創設—などを盛り込んだ。

復興ビジョンと復興計画は県内全域を対象とし、期間は今後10年間とする。復興計画は地域別の取り組みも記載する。原子力発電所事故の収束状況も見ながら随時変更していく方針で、有識者らによる委員会も設置し、年内までに第1次復興計画として策定する予定。復興ビジョンは7月15日に素案が提示され、8月3日までのパブリックコメント募集を経て決定した。（8/17MEDIFAXより）

不妊治療費を全額助成／北海道東川町が新制度

北海道東川町は、不妊治療で健康保険が適用されない分野の費用を町が全額助成する制度を7月から始めた。プライバシーに配慮し、町が指定する旭川市内の2カ所の産婦人科が治療費を代理申請する仕組みも導入した。（8/18MEDIFAXより）

禁煙したい市民を支援／岐阜市、補助剤無料配布

たばこをやめたいあなたを応援しますー。岐阜市は9月から、市薬剤師会と共同で、希望する市民に

禁煙補助剤のパッチを無料で配布し、薬局の指導を受けながら禁煙に取り組んでもらう事業を始める。同市によると、自治体が個人に禁煙支援をするのは全国的に珍しい。

岐阜市は市民の健康につながる「目玉政策」（担当者）として個人への禁煙支援を企画。市健康増進課は9月9日まで、禁煙に挑戦したい20歳以上の市民100人を募集。参加者は提携する市内の薬局で2週間分の補助剤をもらい、指導を受ける。3週目以降は自分で補助剤を購入する必要があるが、指導は引き続き無料。3カ月で禁煙達成を目指す。

自宅や職場の近くなど通いやすい薬局を選ぶことができる。医療機関への通院に抵抗がある人も取り組みやすくするのが狙いだ。

同課の野原嘉朗主幹は「禁煙は最初の2週間がつらいとされるので、無料配布がきっかけになれば」とし「市が目指す『たばこの害のないまちづくり』につなげたい」と期待している。

（8/30MEDIFAXより）

政府の規制改革方針「独断的手法」と非難／日医・中川副会長

日本医師会は8月3日の定例会見で、政府が7月22日に閣議決定した規制・制度改革方針に対する見解を示した。中川俊男副会長は「審議会などの議論を踏まえたものではない。政府の独断的な進め方を非難せざるを得ない」とあらためて議論の進め方を批判した。

●「一体改革を間接的に閣議決定」の意図あり

また、今回閣議決定された追加方針の中には「社会保障・税一体改革成案を踏まえて検討する」としたものもあり、「一体改革成案を間接的に閣議決定しようとするもので、完全にルール違反だ。政府の手法を厳しく非難する」と語気を強めた。

今回の見解は、ライフイノベーション分野の「中間取りまとめ」と「規制・制度改革に関する分科会第二次報告書」に盛り込まれた項目を基にまとめた。

第二次報告書の社会保障改革の必要性の項目で、高齢者医療制度と介護保険制度の一元化が挙がっていることについて「医療保険は現物給付、介護保険は現金給付で『一元化』には制度上、無理があることも理解されていない」と指摘した。

医療分野では、総合家庭医の制度確立について「新たな制度を創設し、管理医療、医療費抑制を進めよう」という意図がうかがえる」と警戒感を示し、公的

保険の適用範囲の再定義は「範囲の縮小により、私的医療費を拡大させようとする流れに対しては、徹底的に阻止する」と反発した。

項目別では、社会保障・税一体改革成案を踏まえて検討するとした高額療養費制度の見直しを挙げ「『受診時定額負担』を含んだ成案を間接的に閣議決定しようとする意図が感じられる」と厳しく非難した。

一方、医療行為の無過失補償制度の導入については「社会全体による損害の分担のために無過失補償制度を検討する方向性は評価できる」とした。
（8/4MEDIFAXより）

外来放射線治療で診察回数見直し要望／放射線腫瘍学会

日本放射線腫瘍学会は8月19日、外来放射線治療の診察回数を現行の「毎回診察」から、一定の条件が満たされた場合は「週1回以上の診察」でもよいこととし「放射線治療照射管理料（仮称）」として診療報酬請求できることを求める要望書をまとめ、厚生労働省保険局医療課に提出した。

同学会の平岡眞寛理事長（京都大大学院医学研究科教授）は、厚生労働省保険局医療課長との面談後、取材に応え「患者の安全性確保が重要な視点であることを十分考慮し、放射線治療照射管理料（仮称）の条件を検討してきた。放射線治療専従の看護師、診療放射線技師の育成など環境整備にもめどがついてきた」とし、次期診療報酬改定で、放射線治療の診察回数見直しについて一定の道を開きたいとの意向を示した。

同学会は「放射線治療照射管理料」が算定できる一定の条件について▽放射線治療医が、最低週1回の診察、治療終了の確認、治療後の経過観察を行う放射線治療実施計画書を作成し、治療方法、予想される合併症とその時期、対応などを患者に口頭および文書で説明し同意を得る▽放射線治療専従の看護師と放射線治療専従の診療放射線技師を配置する▽いつでも医師による診察を受けられる体制を確保する▽放射線治療医が常勤していない施設では、院外の放射線治療医が常勤している近隣施設との連携体制を確保し、患者の安全を担保する—の4つを挙げている。

●約7割の患者「週1回の診察が妥当」

同学会が実施した「放射線治療経験者を対象にした診察回数に関する緊急アンケート調査」では、放

射線治療医の診察頻度について68.6%の患者が週1回が妥当とし、過半数を上回る結果となっている。一方、毎日の診察が望ましいとした人は6.4%だった。「技師・看護師の問診＋医師の診察週1回」が望ましいと答えた人は24.2%だった。

同調査は7月25日－8月12日に、5つの大学病院の外来で放射線治療経験者1123人を対象に行った。回答は1024人（回答率91.2%）。放射線治療医による診察回数が少なくて困る（困った）ことがあるか、との質問に対して「ない」との回答は994人（97.1%）、「ある」は20人（2.0%）のみだった。
（8/22MEDIFAXより）

医療機関の消費税対策「強力に要望」／日医の税制改正要望

日本医師会は2012年度の税制改正要望を取りまとめた。25項目のうち、消費税対策や診療報酬に対する事業税非課税の存続など13項目を重点項目とした。24日の定例会見で要望を説明した今村聡常任理事は消費税対策は引き上げの議論を考慮し、「強力に要望していく必要がある」と強調した。11年度の税制改正大綱で「1年間議論し、結論を得る」とされた事業税非課税の存続は「これから年末にかけて議論が進んでいく。正念場だ」と述べた。

要望では、医療機関が医薬品や医療材料などを仕入れる際に負担している控除対象外消費税について、仕入税額控除が可能な課税制度に改め、患者負担を増やさない制度に改善することを求めた。今村常任理事は「具体的にはゼロ税率や給付付き税額控除になるかと思うが、最終的には政府に決めていただきたい」とした。要望した課税制度に改めるまでの緊急措置として、設備投資に関する仕入税額控除の特例措置創設も求めた。

診療報酬に対する事業税非課税の存続と医療法人の事業税の軽減税率存続については11年度に全国知事会が廃止を求めていた。今村常任理事は「知事としては県の地域医療確保は大きな課題。民間の医療機関が課税されることによって継続が困難な状況が生じることは知事にとっても困ること。都道府県医師会に要望、説明してほしいとお願いしている」とした。

新たに盛り込んだ要望では、「地域枠」での医学生修学金などの返還免除について、給与所得として課税されている現状があるとし、課税されないよう必要な措置を講ずることを求めた。

震災関連では、医療機関が取得した耐震構造建物、防災構造施設・設備などに関わる税制上の特例措置創設を提言した。

ほかに▽医業承継時の相続税・贈与税制度の改善▽がん検診・予防接種への医療費控除適用▽たばこ税率の引き上げ▽特定医療法人、社会医療法人などへの寄付者に対する税制措置▽中小企業投資促進税制の適用期限延長と拡充▽診療報酬の所得計算の特例措置（いわゆる四段階制）の存続▽人材投資促進税制の適用期限延長と適用対象者拡大▽公益法人制度改革に伴う税制措置—を重点項目に挙げた。

●12年度要望でも四病協と連携

11年度の税制改正要望では、日医と四病院団体協議会（四病協）の連名の要望を初めて取りまとめた。今村常任理事は12年度の要望についても四病協と連携する方針を示した。（8/25MEDIFAXより）

消費税は原則課税に、特例措置は存続を／四病協の12年度税制要望

四病院団体協議会は8月31日、総合部会を開き、消費税非課税となっている社会保険診療報酬を原則課税に見直すことなどを盛り込んだ2012年度税制改正要望事項をまとめた。東日本大震災で被災した医療機関の復興に配慮した法人税の免除などの税制措置を求めているほか、新公益法人制度への移行を踏まえ公益社団法人や一般社団法人に対する固定資産税などの減免措置の要望を新たに盛り込んだ。四病協は、今回の税制改正に対する要望については、日本医師会と協調しながら政府に働き掛けていく方針だ。

社会保障と税の一体改革の動きを踏まえ、医療と介護に係る消費税については、社会保険診療報酬の非課税を見直して原則課税とし、仕入税額控除を認めるよう求めている。これまでの診療報酬による画一的な補填方式は、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ているのが現状とし、課税の公平性を確保するには診療報酬による調整では無理があると主張している。患者や利用者の負担にも考慮した施策も講ずるよう求めている。

11年度の政府の税制改正大綱では「事業税における社会保険診療報酬に係る実質的非課税措置及び医療法人に対する軽減税率については、10年度の議論を踏まえつつ、12年1年間真摯に議論し、結論を得る」と、特例措置の見直しが示唆されている。四病

協は、10年に続き医療機関に対する事業税の特例措置の存続を要望する。消費税や事業税の特例措置などの問題については、従来通り日医と連携し実現に向けて活動を展開していくとみられる。

●社会医療法人取り消し後の一括課税は免除を

一方、社会医療法人に対する寄付金税制の整備や非課税範囲の拡大、持ち分のある医療法人が相続発生後5年以内に持ち分のない医療法人に移行する場合の相続税猶予制度の創設なども、要望事項に盛り込んだ。08年度に制度化された社会医療法人は、7月1日現在で136法人が認定を受けている。四病協は、社会医療法人の認定が取り消された場合、社会医療法人認定後の非課税の累積所得金額全てに一括課税されることのないよう求めている。

東日本大震災で被災した東北地方の社会医療法人で、医師の退職に伴う標欠問題が浮上しており、認定取り消し後の対応が急務となっている。

（9/1MEDIFAXより）

フェーズ1センターの創設を発表／NCC

国立がん研究センター（NCC、嘉山孝正理事長）は8月31日、「国立がん研究センター フェーズ1センター」の創設を発表した。厚生労働省の早期・探索的臨床試験拠点整備事業でNCCはがん分野・医薬品の拠点として選定されている。フェーズ1センターでは、新規抗がん剤を投与する「First-in-human（F I H）試験」をはじめとした第1相試験を実施する体制を整え、将来的には早期臨床開発の世界トップ施設、アジア地区の中心的施設としての地位確立を目指す。

フェーズ1センター長は国立がん研究センター東病院臨床開発センターの天津敦センター長が務め、副センター長に中央病院の藤原康弘副院長が就く。

天津センター長はフェーズ1センター創設の記者会見で「医薬品の輸入超過が近年顕著だ。日本での薬剤開発の遅れは、アカデミア施設とベンチャー企業との連携が不十分なことや、F I H臨床試験体制が未整備なことが原因」と指摘。その上で、「フェーズ1センターの整備を通して、F I Hの医師主導治験・企業治験、F I H終了後の未承認薬での医師主導治験、付随するトランスレーショナルリサーチを推進していく」とした。

また、今回の事業によって期待できる新薬開発環境の変化として▽アカデミア・ベンチャー発の新規薬剤の国内開発の促進▽国内外の企業から「医師主

導Proof of Concept試験」のオファーが増加することによる企業開発コストの軽減▽国内外企業からの国内早期開発試験への投資の増加▽ドラッグラグ消失と日本発の真のイノベーション創出—を挙げた。

（9/1MEDIFAXより）

認知症対応で「医療・介護連携加算」創設を ／全国老施協

社会保障審議会・介護給付費分科会委員の村上勝彦・全国老人福祉施設協議会総務・組織委員長は9月5日の同分科会で、認知症に関する「医療・介護連携加算（仮称）」の創設を提案した。

村上氏は、全国老施協が厚生労働省の老人保健事業推進費等補助金事業で行った「特別養護老人ホームにおける認知症高齢者の原因疾患別アプローチとケアの在り方調査研究」（委員長＝池田学・熊本大大学院生命科学研究部脳機能病態学分野（神経精神科）教授）の報告書サマリーを提出。「診断や薬剤管理は医療、日常生活は介護だが、相関する相互の情報が必要とやりとりできる必要がある。原因疾患を理解することにより、介護職員の心理的な負担も大きく改善されている」と述べ、認知症に関する医療と介護の継続的なフィードバック体制の構築を「医療・介護連携加算」として評価すべきと訴えた。

全国老施協が実施した同調査研究事業では、医療と介護の情報を定期的なケアカンファレンスで共有した。認知症専門医が入所前の認知症状の状況や入所の経緯なども踏まえ、CT画像検査による認知症原因疾患の再診断と処方の見直しを行い、介護職員は入所者の震え、精神症状、排尿回数をチェック表を使って24時間記録し、入所者の行動なども記録する。医師は介護スタッフのチェック表や観察記録を参考に薬剤の量や種類、服薬のタイミングなどを変更し、介護は、医療情報の変更点に合わせてケアを調整した。

報告書では、成果が顕著な抽出8例のうち、5例で入所前の認知症原因疾患の診断名に変更があり、6例で薬剤の変更や減量が行われたことから、認知症の原因疾患などの診断名が介護スタッフに伝わるのが重要なのではなく、スタッフが疾患の特徴を十分に理解した上で、個々の事例のケアを科学的に考え、実践していく重要性が明らかになったとまとめている。

9月5日の分科会では同報告書サマリー内容などについて山田和彦委員（全国老人保健施設協会会長）

も「これからの方向性などについて簡潔に表している」と同調した。（9/7MEDIFAXより）

原発事故対応でプロジェクト委を設置／日医

日本医師会は福島第一原子力発電所事故への対応を協議する「福島県原子力災害からの復興に関するプロジェクト委員会」を設置した。8月10日に初会合を開く。福島県内の医療関係者7人を委員とし、現場の声を集約し、日医の今村聡常任理事が専門委員として参加している文部科学省の原子力損害賠償紛争審査会に意見を伝える。8月3日の日医の定例会見で今村常任理事が明らかにした。

委員は福島県医師会の木田光一副会長、星北斗常任理事のほか、沿岸部の郡医師会の役員、病院関係者で組織する。同審査会で取りまとめた中間指針を受けて、具体化に向けての課題を協議する。

●小児科・産婦人科で影響大

今村常任理事は会見で、原子力損害賠償紛争審査会に提出した医療施設関係の調査報告書について説明した。政府による避難等の対象地域、対象地域外とともに医療機関の保険請求額が減少し、特に小児科、産婦人科で影響が大きいと報告した。

調査では、対象地域の損害と対象地域外の損害、共通項目に分け、サンプル調査で影響を調べた。対象地域では▽営業損害▽入院患者の搬送に伴う医療機関・患者などの損害▽職員の就労不能などに伴う当該職員の損害▽授業中止などや学生の転学などに伴う医療関係職種の養成所の損害▽診療制限などに伴う住民の追加的コストと重症化による損害▽医師会の損害▽レセプト・コンピューター販売・情報サービス提供企業の損害—の7項目に分けて詳細に分析した。共通項目では、いまだ原発事故の影響は続いているとし、損害の終期の考え方と賠償金の仮払いの時期を課題に挙げた。

今村常任理事は原子力損害賠償紛争審査会の今後の検討の在り方にも言及した。「メンバーは法務の専門家が強く、法律的な考え方が全面に出ている」とし、現場の状況を吸い上げていく必要性があると指摘。早急な実態調査と国民への情報開示、免責事項の考え方、過失と損害の因果関係の証明などを課題に挙げた。（8/4MEDIFAXより）

放射線リスクで国際専門家会議／福島医大で 9月に

公益財団法人日本財団は8月16日、東日本大震災

発災を受け同財団が9月11-12日に福島県立医科大で開催する国際専門家会議について記者会見した。会議には欧米・旧ソ連邦の各国から放射線医学の専門家約30人が集結し、世界的権威による議論を通じて福島の現状が国際的に発信されると強調した。

会議は「放射線と健康リスク」をテーマとした医学的見地からのセッションが中心となる。2日目の総括セッションでは福島県が推進する長期にわたる県民への健康管理調査事業についての助言を含め、会議としての提言を示す予定だ。

会見に出席した山下俊一・福島県立医科大副学長（長崎大教授）は会議開催が▽専門家を通じた福島第一原発事故の現状への国際的な理解▽事故に伴う精神的・社会的影響の解決に向けた提言▽福島県民の健康管理調査事業への助言—につながると期待感を示した。また、福島を放射線医学の推進拠点と位置付け▽被ばく医療の人材育成▽放射線安全防护基準策定の協力▽低線量被ばく地域での健康管理の確立—を目指す考えを示した。（8/17MEDIFAXより）

3 ワクチンの定期接種化など要望／保団連

保団連は8月8日、細川律夫厚生労働相に対し、H i b・小児用肺炎球菌・H P Vワクチンについて2012年度から定期接種化することなど7項目を盛り込んだ予防接種に関する要望書を提出した。

保団連は、W H O（世界保健機関）や諸外国で推奨されている予防接種を予防接種法に基づかない「任意接種」とし、必要性や費用負担、接種による健康被害に対する負担の多くを被接種者に求めていることが「大きな問題」と指摘。▽H i b▽小児用肺炎球菌▽H P V▽B型肝炎▽ロタウイルス▽季節性インフルエンザ▽流行性耳下腺炎▽水痘▽成人用肺炎球菌—のワクチンについて定期接種化を求めた。その上で、日本で情報収集などを行った上でなければ予防接種法の対象とならないのであれば、少なくともその間は公費負担すべきとした。

また、厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会で不活化ポリオワクチン（I P V）の国内導入の見通しが示されたことについて「不活化ワクチンに扉が開いたことは歓迎する」とした上で、流通開始までのポリオワクチンの危険性を排除するために不活化ポリオワクチンの輸入やI P V単独ワクチンの開発を進めることを求めた。（8/9MEDIFAXより）

感染症対策、保育園児と幼稚園児で統一を／保団連が要望

保団連は8月8日、インフルエンザや腸管出血性大腸炎感染時の取り扱いが、幼稚園児と保育園児で異なるとして、文部科学省と厚生労働省に対し感染症対策について統一を図るよう求める文書を菅直人首相、細川律夫厚生労働相、高木義明文部科学相に提出した。

保団連は、インフルエンザ罹患時の登園許可について、学校保健安全施行規則では「解熱した後2日を経過するまで」出席停止とし、厚生労働省の「保育所における感染症対策ガイドライン」では「症状が始まった日から5日以内に症状が無くなった場合は、症状が始まった日から7日目までまたは解熱した後、3日を経過するまでは登園を避けるよう保護者に依頼」としているなど、幼稚園児と保育園児の取り扱いの違いが現場の医療機関や保護者に混乱を生じさせていると指摘。▽文科省と厚労省で感染症対策の取り扱いの統一を図る▽感染症対策以外についても、厚労省と他の省庁で基準に一貫性を持たせるよう留意する—の2点を求めた。

（8/9MEDIFAXより）

療養病床の看護配置6対1の延長要請／保団連

保団連（住江憲勇会長）は8月8日、療養病床の看護職員の配置標準が経過措置の期限切れで2012年4月から引き上げられることについて、経過措置を延期するとともに、医療療養病床・介護療養病床に対する診療報酬の評価を見直すよう細川律夫厚生労働相や衆参厚生労働委員会委員、社会保障審議会委員などに要請した。

医療法施行規則では療養病床の人員配置標準を看護職員4対1・看護補助者4対1と定めているが、12年3月末までは経過措置として、看護職員6対1・看護補助者6対1としている。保団連は、看護職員の不足により人員配置を引き上げられない病床があることや、介護保険法改正に伴って介護療養病床の廃止が18年3月末まで延長されたことを踏まえて、経過措置を延期するよう求めた。また、12年度に予定されている診療報酬・介護報酬改定で現行の人員配置に対する報酬を引き上げることや、介護療養病床の廃止の撤回も求めた。（8/9MEDIFAXより）

民間医療機関への公費助成など要望／保団連

東日本大震災発生から5カ月を迎えた11日、保団

連（住江憲勇会長）は参院議員会館で被災者医療・医療提供体制確保を求める意見交換会を開いた。保団連はこの日、菅直人首相をはじめ関係閣僚に要望書を提出するとともに、厚生労働省で要望実現に向けて交渉を行った。

被災した医療機関への対策では▽再建に見合った民間医療機関への公費助成▽医療施設近代化施設整備事業・医療施設等災害復旧費補助金の交付対象拡大▽福祉医療機構の医療貸付の融資条件緩和▽民間医療機関の休業補償や解体・撤去費用対策—などを求めた。

他方、被災者医療については、▽被災者の医療費一部負担金免除の延長▽国保資格証明書の交付中止（正規の国保証交付）▽当面の医療保険料・介護保険料全額免除▽転院した被災者入院患者が他医療機関を受診した場合の規制解除▽90日超・180日超入院基本料の減額免除—などを要望した。

（8/16MEDIFAXより）

災害復旧費、半壊などに116億円／厚労省が保団連に回答

東日本大震災で一部損壊から半壊までの被害を受けた医療機関（病院・医科診療所）が、国の医療施設等災害復旧費補助金を申請した合計額が、7月28日現在で116億1900万円に上ることが分かった。8月11日に参院議員会館で意見交換会を開いた保団連が、厚生労働省への交渉の中で回答を得たとして報告した。

合計額は被災3県の公的病院57施設、民間病院66施設、公的診療所9施設、民間診療所144施設が、交付申請の協議書に記載した協議額をまとめたもの。7月下旬から実地調査が始まっており、交付額が決定した施設から順次補助金が交付される。全壊となった医療機関からの申請額については、自治体の復旧計画などが調整段階にあるため、集計できていない。

●復旧向け医療貸付は28.2億円

また、保団連の質問に対する厚労省の回答によると、8月5日現在で福祉医療機構が災害復旧資金として医療貸付を行った合計額は28.2億円だった。

発災直後からニーズが発生する長期運転資金貸し付けの実績は、病院6件に9億6300万円、医科診療所27件に3億8350万円、歯科診療所50件に4億7200万円だった。機械購入資金の貸し付けは医科診療所2件に2000万円、歯科診療所6件に5650万円で、機械

購入での病院への貸し付けはなかった。建築資金については病院3件に3億7000万円、医科診療所3件に1540万円、歯科診療所7件に8200万円となった。貸し付け対象はいずれも民間施設。

厚労省は11年度第1次補正予算で医療貸付の原資として1436億円を拡充した。（8/16MEDIFAXより）

福祉と防災の国づくり求め決議を採択／保団連

保団連は8月20-21日に大阪市で開催した病院有床診療所セミナーで、「医療・社会保障の拡充で福祉と防災の国づくりを求める決議」を採択した。東日本大震災被災者の窓口負担無料制度を2012年3月以降も継続することや、被災した全ての民間医療機関に対する公的補助制度の創設・充実など8項目を盛り込んだ。

また、決議文では「東日本大震災を人災としないためには、被災地の医療機関の復旧・復興に全力を挙げるとともに、全国どこでも必要な医療が誰でも受けられるようにすることが必要」とした上で、政府は社会保障・税一体改革案で逆行する政策を進めようとしていると批判した。（8/23MEDIFAXより）

共通番号制に反対の立場表明／保団連

保団連は8月29日、政府の「社会保障・税番号大綱」に対する見解をまとめた。「共通番号制」は社会保障の理念を変え、情報漏洩やプライバシー権の侵害にもつながるとして、制度創設に反対する立場を明らかにした。

保団連は共通番号制に関する国民の議論が成熟していないと指摘。拙速に制度を創設することで関係する制度間の整合性を欠き、時間や費用の無駄になるとした。

また、秘匿性が高い個人情報保護のための詳細な取り決めが定まっておらず、情報の流出や目的外利用を防止するための具体策が不明確であることを反対の理由に挙げた。（8/30MEDIFAXより）

介護保険編

たん吸引制度で都道府県担当者へ説明会／厚労省

厚生労働省は9月2日、各都道府県担当者らを集

め「『社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正』に基づく医療的ケア関係業務の施行等に関する説明会」を開き、2012年度から一定の研修を修了した介護職らにたん吸引などの医行為の実施を認める制度について、省令案や今後の事務手続きなどを説明した。不特定の者を対象にする研修を行う講師については、国が民間事業者に委託して行う指導者講習の受講を基本とするが、指導者講習を受講した者が「伝達」することにより指導者講習の代替とすることも可能にする。

冒頭で挨拶に立った厚労省社会・援護局福祉基盤課の定塚由美子課長は「新しい制度なので（都道府県にとっては）事務負担の増加だが、現場の要望をいち早く実現したその趣旨をご理解いただき、円滑な施行にご協力いただきたい」と呼び掛けた。

●特定の者が対象の指導者講習は自主学習も可

特定の者を対象にたん吸引などを実施するための研修を行う指導者講習は、都道府県が実施する指導者講習を基本とするが、国が作成する「指導者用マニュアル及びDVD」を用いた自主研修も認める。

●介護療養病床での研修は可能

また、実地研修の実施が可能な場について、たん吸引などを実施する施設としては医療機関は認められないが、介護療養病床での実地研修は可能にする。特定の者が対象の実地研修では、介護療養病床に加え、重症心身障害児施設、肢体不自由児施設の2施設でも、登録した場合に実地研修の実施を認める。

説明会ではこのほか、実地研修での▽介護職員等が行うことが許容される標準的な範囲と指導看護師等の役割▽医師・指導看護師等・介護職員等との役割分担一などについての詳細を示した。

（9/2MEDIFAXより）

「人員基準の弾力的運用を」／介護事業者が要望

2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定に向け、人員基準の弾力化を求める声が介護事業者から上がっている。医療提供体制の強化や人材確保の観点から、医療職種を柔軟に活用できる仕組みが必要との意見が目立つ。

各事業ごとに人員基準が決まっている現行の介護保険制度では、1人の看護職員が複数のサービスを兼務することが事実上、困難な場合がある。例えば、原則として常勤・専従の看護職員配置を必要とする介護老人保健施設や特別養護老人ホームの看護職員が在宅サービスと掛け持ちで働く場合、その穴を埋

める職員が必要となるからだ。

一方、改正介護保険法で創設した24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問サービスの具現化に向け、看護人材確保の必要性を指摘する声も根強い。このような状況を背景に、厚生労働省が8月8日に開いた「介護保険サービスに関する関係団体懇談会」では、柔軟な人員基準の設定を求める声が上がった。

24時間在宅ケア研究会代表理事の時田純氏は、同懇談会で「（法人内の看護職員が）全部、事業ごとに縛られている。（基準を）弾力化して兼務できるようになれば在宅に向けることができる」と説明。少子高齢化に伴い人材確保が困難になっている現状も指摘し「特養も在宅もできる職員を育てることで、力のある人材育成が可能になる」と人材の「多機能化」の必要性を強調した。

特養での医療提供体制の柔軟化を求める声もあった。全国個室ユニット型施設推進協議会副会長の諸隈正剛氏は「例えば誤嚥性肺炎程度の病気であれば、訪問看護師や在宅支援診療所と連携すれば病院に入院させる必要もないのでは」と述べ、外部機関の医療職種との連携強化の必要性を訴えた。

（8/10MEDIFAXより）

「24時間型」と「既存居宅サービス」の競合に懸念／介護関係懇談会

厚生労働省が8月8日に開いた「介護保険サービスに関する関係団体懇談会」では、介護保険の居宅サービス事業者数や供給量について、日常生活圏域ごとに整理が必要との課題が浮かび上がった。

同懇談会に参加した団体から、2012年度に創設する24時間型のサービスが一定の日常生活圏域で利用者を確保するため、複数の既存の居宅サービス事業者との競合化の懸念が指摘されたほか、認知症に対応する居宅サービスの面的整備推進に関する要望も挙げた。

これらに対し大塚耕平厚生労働副大臣の催促で厚労省が対応状況を説明したあと、宮島俊彦老健局長が、主に大規模な施設系サービス事業所は自治体が新設を拒否できる総量規制の対象となるが、小規模な居宅サービス事業所などについては実質的に「自由競争市場みたいなどころがある」と述べ、小規模なサービス事業所が場合によっては乱立できる現状を解説。その上で、「24時間（型のサービス）が一定のエリアをカバーした時に、既存の小規模なサービス事業所とのすみ分けをどうするのかということ

は、これからの（介護保険制度の）在り方を考える上での課題になっていると受け止めておけばいいと思っている」とコメントした。

（8/10MEDIFAXより）

介護職らの医行為実施制度の省令案パブコメ／厚生省

厚生労働省は8月10日、一定の研修を修了した介護職員らにたん吸引等の医行為の実施を認める制度を2012年度からスタートさせることに伴い、研修修了後に実施可能となる範囲や細かな研修項目と時間数、研修実施施設の要件などを定める省令案のパブリックコメント募集が行われた。

介護職員らが行える範囲は喀痰吸引（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）と定め、研修内容は、▽実施が認められる喀痰吸引と経管栄養の範囲全てが標準業務となる介護福祉士の養成課程▽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を示した。

●医療的ケアの教員は医療職実務5年以上

省令案では、研修実施施設で研修を行う教員の資格について、医療的ケア教員講習会修了者もしくはその者と同等以上の知識および技能を修得していると認められる者、かつ医師、保健師、助産師または看護師の資格を取得した後5年以上の実務経験を有する者としている。また、一学級の定員は50人以下であることなど、細かな研修体制についても定めている。（8/11MEDIFAXより）

介護報酬の地域区分見直しへ／介護給付費分科会が基本合意

地域ごとに異なる給与水準を介護報酬に反映するために上乗せ割合を定めている「地域区分」を、次期介護報酬改定で見直すことが決まった。厚生労働省の社会保障審議会・介護給付費分科会は8月10日に開いた会合で、現行の5区分から7区分へ変更することなどを含む基本方針で合意。具体的な上乗せ割合や、変更に伴う影響を最低限に抑えるための緩和措置を講じるかなどについては今後、2011年秋に

も報告される予定の介護事業経営実態調査の結果を踏まえた議論を経て決定する。

合意した基本方針には、見直しを財政中立に基づいて行うことが含まれており、都市部を実態に合わせて引き上げることが主眼にあることから、相対的には引き下がる地域もある。

介護報酬の地域区分は現在、特別区、特甲地、甲地、乙地、その他の5区分で、それぞれ15%、10%、6%、5%、0%の上乗せ割合が設定されている。地域ごとの介護報酬1単位単価は、この地域区分の上乗せ割合と、サービスの種類ごとに70%、55%、45%の3類型に分けた人件費率を掛けて算出した分を1単位10円の基本報酬に上乗せして決まっている。

この日の会合では▽5区分を7区分へ見直す▽2区分は特甲地を3つに分けることで対応する▽自治体の分け方などは基本的に国家公務員の給与手当7区分に準拠する▽財政中立の考え方で格差是正を行う一との基本方針に沿って次期介護報酬改定に合わせて地域区分を見直すことで合意した。

診療報酬では、2010年度4月から適用されている国家公務員の給与上乗せ手当の7区分に準拠して、給与の地域差が地域加算として1日当たり1級地18点、2級地15点、3級地12点、4級地10点、5級地6点、6級地3点、その他0点として反映されている。一方、2009年度の介護報酬改定をめぐる議論では地域区分の見直しも俎上に上がったものの見送った経緯があり、介護報酬だけ違うことや、地域差の実態に合っていないことなどが常々指摘されてきた。

●見直しに伴う緩和措置の必要性指摘

今回の基本合意に伴う具体的な上乗せ割合などについては、介護実調の結果を踏まえた議論となるが、区分変更に伴って上乗せ割合が変更になる自治体も少なくない。上乗せ割合がプラスの場合利用者負担が増え、マイナスの場合は報酬減につながるため双方に影響する。この点については田中滋委員（慶応大大学院教授）が緩和措置の必要性を指摘。厚生省老人保健課の宇都宮啓課長も「何らかの方法で緩和することは十分あり得る」と述べており、緩和措置についても今後議論する構えだ。

（8/11MEDIFAXより）

「4.8%引き下げへの懸念」で応酬／社保審・介護給付費分科会

厚生労働省が8月10日に開いた社会保障審議会・介護給付費分科会では、国家公務員の地域手当を踏まえて介護報酬の地域区分を見直すことについて、報酬の引き下げにつながるのではとの懸念が広がった。一方、厚労省は「あくまで財政中立の中で、地域格差をどう調整していくかという提案」と説明した。

国家公務員の地域手当をめぐるのは、2005年の人事院勧告を受けて5区分から7区分に変更。さらに、俸給表水準を全体で平均4.8%程度引き下げた上で、区分ごとに3-12%としていた地域手当の設定幅を、3-18%に引き延ばしている。厚労省の説明によると、地域手当0%の「その他」地域に住む人が少なかったことなどを踏まえ、俸給表水準を全体で引き下げた上で、1級地や2級地などの地域手当を引き上げたという。ただ、こういった経緯を背景に、この日の会合では「4.8%の引き下げ」に対する懸念が委員から相次いだ。

山田和彦委員（全国老人保健施設協会会長）は「人件費相当分を4.8%下げるということは、職員の処遇改善をしなければならない時期に給与を下げろということに等しい」と発言。三上裕司委員（日本医師会常任理事）は、厚労省が「国家公務員給与と同様に介護報酬の水準を引き下げた上で（介護報酬の上乗せ割合）を見直してはどうか」と論点提起したことに言及し「（介護報酬の水準を）4.8%引き下げると読める」と懸念を示した。

一方、厚労省老健局の宮島俊彦局長は「介護報酬の場合は『その他』地域に多数の事業所があるため、4.8%も下がらない」と否定。介護報酬の地域区分は、国家公務員の地域手当とは別の観点で試算を行う必要があるとの考えを示した。その上で「（国家公務員の地域手当は）格差があるのに格差通りになっていなかったから是正した。財政中立なのだから当然、下げた分は上げるところに乗せた」と説明。「プラス改定かマイナス改定かという話と、格差是正の話をごちゃごちゃにされては困る」と強調した。（8/11MEDIFAXより）

新サービスなどの論点再整理／社保審・介護給付費分科会

厚生労働省は8月10日の社会保障審議会・介護給付費分科会に、2012年度介護報酬改定に向けてこれ

までに示した論点を整理して再提示した。委員からの意見を踏まえ、さらに詳細に論点を詰めていく考えだ。

厚労省が示した主な論点は▽新サービス▽介護保険施設等▽リハビリ・軽度者（予防給付）▽認知症への対応▽医療と介護の連携▽介護人材の確保と処遇の改善策▽ケアマネジメントーなど10項目について。

12年度介護報酬改定で単価設定などを行う「新サービス」には、定期巡回・随時対応サービスと複合型サービスを挙げた。各サービス共通の視点として、介護・看護サービスの一体的提供や、人材確保と経営の安定化などを盛り込んだ。介護保険施設については、療養病床再編の促進に向けた介護療養病床と介護療養型老人保健施設の基準・報酬設定、特別養護老人ホームと介護老人保健施設での医療提供体制などを検討項目に挙げた。

三上裕司委員（日本医師会常任理事）は、新サービスの論点に「地域密着のケアマネジメント」に関する検討を加えるよう要望。療養病床再編については、厚労省の転換意向調査で介護療養病床の転換先として医療療養病床が最も多かったことを踏まえ「医療療養病床の報酬や医療区分の在り方についても、課や局を超えて検討してほしい」と求めた。

齋藤訓子委員（日本看護協会常任理事）は、特養入所者の重度化を指摘した上で、特養の医療提供体制を見直す必要性を指摘。嘱託医が普段どのような関わり方をしているかを検証した上で、サービスを外付けにすることの是非について検討すべきとの考えを示した。このほか、厚労省が政府与党の社会保障・税一体改革成案を報告した。

（8/11MEDIFAXより）

ストーマ装具交換「原則医行為ではない」／厚労省・医事課

厚生労働省医政局医事課は、肌との接着面に皮膚保護機能を持つストーマ装具の交換は原則として医行為に該当しないとの見解を示し、このほど都道府県に通知した。

日本オストミー協会によると、肌に接着したストーマ装具の交換は2005年の医政局長通知（医政発第0726005号）で列挙された「原則として医行為に該当しない行為」の中に示されず、介護の現場では一般的に医行為に該当すると考えられていた。同協会はこのほど、専門的な管理が必要ない場合では剥離に

よる障害の恐れが極めて低いとして「原則として医行為に該当しないのではないかと」厚労省に照会。厚労省から同様の確認を得た。

ただ、病状が不安定であるなど専門的な管理が必要な場合には、医行為とされる場合もあるため、厚労省は医師や看護職員との密接な連携を呼び掛けている。

厚労省は回答した内容を課長通知として都道府県に周知した。（8/18MEDIFAXより）

介護サービス利用者に必要な医療提供とは／介護給付費分科会

9月5日の社会保障審議会・介護給付費分科会では、介護施設入居者や居宅系の介護サービス利用者に対する医療提供体制についても議論した。今回の意見を基に、より具体的な論点を整理し、今後の給付費分科会で議論する。厚生労働省老健局老人保健課の宇都宮啓課長は会合後記者団に対し「訪問看護の介護保険施設へのサービス提供などは医療保険での整理も必要なので（中医協の意見も）確認したい」と述べた。

●課題は「介護施設での医療の範囲」「在宅看取り」「訪看の柔軟化」

厚労省はこの日の会合に「各サービスごとの医療提供の在り方について」と「看取りの対応の強化について」と題する資料を提出し、論点として▽特養での医療の範囲や配置医の役割▽老健で提供される医療の範囲▽小規模多機能やグループホームでの看護職の配置▽医療機関以外での看取りへの対応強化一を挙げ、議論を求めた。

老健と特養での医療については山田和彦委員（全国老人保健施設協会会長）、村上勝彦委員（全国老人福祉施設協議会総務・組織委員長）が提供体制の強化を訴えたほか、勝田登志子委員（認知症の人と家族の会副代表理事）が老健で高額な認知症の新薬が処方されない背景に包括報酬があると指摘した。

これに対し三上裕司委員（日本医師会常任理事）は老健での医療は不自由な面があると指摘し、高額薬剤の“外出し”や、老健入所者に救命救急医療が必要になった場合に算定が認められている1日500単位（月1回連続した3日のみ）の見直しを提案した。

医療機関以外での看取りと、居宅系介護施設での看護師の配置については、訪問看護（訪看）の充実が前提とした意見が複数上がった。池田省三委員（地

域ケア政策ネットワーク研究主幹）は明確なデータを示せないため個人的な印象とした上で「本来は訪問看護が入るケースが急性期への搬送になっている現状があり、コストの面でも検証すべきではないか」と主張した。

齋藤訓子委員（日本看護協会常任理事）は特養の医療提供体制について「一つの案として外から訪問診療なり看護が入るというサービスを考えていくことも重要」と話した。グループホームなどへのサービス提供については「きちんと入れる仕組みとすべき」とし、退院後スムーズに在宅療養に移行するために訪看を重点的に提供できる仕組みも必要と訴えた。

また、高齢者の多剤併用に関して武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）と大島伸一分科会長代理（国立長寿医療研究センター総長）が、日本老年医学会が出している「高齢者への投与は5剤までにとどめるべき」とする指針について触れ、医療界で議論すべき問題として引き受ける姿勢を示した。

また、医療と介護の連携強化を進めていく上で必要な制度については、具体的な地域の実情などに合わせて独自に調整できる設計にすべきとする意見も上がった。（9/6MEDIFAXより）

調査・データ編

「負担増やむを得ない」過半数／厚労省、09年調査結果公表

厚生労働省が8月25日に公表した「2009年社会保障における公的・私的サービスに関する意識等調査結果」によると、今後の社会保障給付と負担の在り方について、負担増はやむを得ないとする人が過半数に上った。

今後の社会保障水準や負担の在り方について聞いたところ「水準を維持し、少子高齢化による負担増はやむを得ない」と答えた人は43.2%。「水準を引き上げ、そのための大幅な負担増もやむを得ない」は12.4%だった。一方「水準をある程度引き下げ、従来通りの負担とすべき」は20.1%、「水準を大幅に引き下げ、負担を減らすべき」は8.9%だった。

重要と考える社会保障分野を複数回答で聞いたところ、55.2%が「老人医療や介護」と回答し、74.2%

の「老後の所得保障（年金）」に次いで2番目に多かった。その他「医療保険・医療供給体制など」37.0%、「少子化対策（子育て支援）」36.6%などだった。

さらに充実させるべき社会保障分野では「雇用の確保や失業対策」が42.6%の最多。次いで「少子化対策（子育て支援）」38.3%、「老人医療や介護」35.3%、「医療保険・医療供給体制など」34.6%などだった。

医療や介護、年金などに関する公的・私的サービスの利用状況把握などを目的に、09年7月に調査を実施。回収客体数は1万1076人、集計客体数は1万645人だった。（8/26MEDIFAXより）

医療機関の倒産、7月は1件／帝国データバンク

帝国データバンクの全国企業倒産集計によると、2011年7月の医療機関の倒産は全国で1件（負債額合計1億円）だった。11年1月からの累計の倒産件数は21件（同97億1200万円）となった。（8/19MEDIFAXより）

10年度医療費の動向、過去最高の36.6兆円

厚生労働省は8月26日、2010年度の「医療費の動向」を公表した。医療費は過去最高の36.6兆円で、前年度から約1.4兆円増加した。医療費の増加は8年連続。医療費の伸び率は3.9%増、稼働日数補正後の伸び率は3.6%増だった。診療報酬改定の影響を除いた場合の伸び率は3%台で、おおむね従来と同水準となる。

受診延日数総計（延患者数）の伸び率は0.1%増で、入院0.7%増、入院外0.0%減、歯科0.1%減だった。1日当たり医療費の伸び率は3.8%増。受診延日数が増加したのは6年ぶり。1日当たり医療費は、診療報酬改定の影響（プラス0.19%）を除いても3%台の増加を示しており、医療費総額の増加につながっている。

医療費を診療種別に見た場合、入院は14.9兆円で全体の41%を占めた。入院外・調剤は19.0兆円で全体の52%、歯科は2.6兆円で全体の7%となった。診療種別の伸び率は、入院6.2%増、入院外・調剤2.4%増、歯科1.8%増。

医療費の動向調査は、診療報酬明細書などを厚生労働省が取りまとめた。東日本大震災で自衛隊医療班や国内外の医療支援チームが行った医療の診療報酬請求は今回の統計には含まれていない。レセプトコンピュータなどが震災で破損し、概算請求で支払っ

た額は、3月分だけで約50億円だった。岩手、宮城、福島県の3県の医療費総額は、前年度から約280億円（約20%）減少している。（8/29MEDIFAXより）

介護療養の利用者1万人減少／10年度介護給付費実態調査

2010年度に介護予防か介護サービスを利用した人（年間実受給者数）は492万8200人で、09年度から24万1200人増加したことが、厚生労働省が8月4日に発表した「10年度介護給付費実態調査」の結果で分かった。ほぼ全てのサービスで09年度から利用者数が増えたが、介護療養型医療施設では減少していた。厚労省大臣官房統計情報部は「介護療養型医療施設が減っている影響」とみている。

毎月公表している月報のうち、10年5月審査分から11年4月審査分を取りまとめた。サービス種類別に10年度の年間実受給者数を見ると、介護療養型医療施設は13万6100人で09年度から1万人減少。短期入所療養介護（病院など）は1万2000人で、09年度から300人減少した。施設介護サービスではこのほか、介護老人保健施設（老健）が48万3700人（前年度比1万1300人増）、特別養護老人ホーム（特養）が53万8700人（同1万3100人増）だった。

居宅介護サービスでは、訪問看護41万1900人（同2万5500人増）、訪問リハビリテーション9万8900人（同1万人増）、通所リハビリテーション54万1500人（同2万1100人増）などだった。

10年度に1年間継続してサービスを受けた人の要介護状態の変化を調べたところ、要支援2－要介護4の全区分で、軽度化よりも重度化した人の割合が多かった。

●東北3県で11年4月審査分減少

東日本大震災の影響が出た可能性がある11年4月審査分の介護サービス1人当たり費用額を見ると、岩手県が16万8400円で09年4月から8300円減少。宮城県が16万600円（前年同月比1万9700円減）、福島県が15万9800円（同2万500円減）だった。（8/5MEDIFAX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

12

3・11が日本の政治・社会に 提起していること

その1 東北地方の被害はなぜ深刻化したのか

東日本大震災と福島原発の事故が起こった3月11日は、今後ずっと「3・11」と呼ばれるでしょう。私たちは、この日に起こった事態の意味を、そしてこの日を境にして起きる変化を、くり返し検討しつづける必要があります。この連載でも、これから数回にわたって、3・11で起こった事態とその後の政治・暮らしのゆくえについて検討したいと思います。

3・11では、大震災と原発事故の2つが同時に起こりました。福島原発の事故が徹頭徹尾人災であったのと比較すると、東北地方を襲った地震と津波は、未曾有の天災という側面を否定できません。しかし、その被害の独特の深刻さ、その復興にともない予想される困難は、明らかに人災、言い換えれば日本の政治構造の所産であると言えます。この点を解明すれば、私たちがめざす東北復興の方向も見えてきます。今回はその点を検討しましょう。

結論から言うと、東北地方は、自民党政権により強行されてきた地方構造改革により、大震災の前からすでに大きな打撃を受け、衰退を余儀なくされており、そこを大震災が直撃したために被害がいつそう深刻化しました。にもかかわらず、民主党政権も復興を、構造改革を加速化する方向でおこなおうとしているのです。

自民党政権のもとで展開された重化学産業大企業支援型の高度成長政策のもとで、すでに1960年代から農業や地場産業は停滞・淘汰を余儀なくされましたが、反面、地方は自民党政権の基盤でもあっ

たため、政府は、高度成長により増加する財政資金を、ダム・高速道路・新幹線などの公共事業投資や補助金というかたちで撒布し、地方における支持基盤の確保を図りました。農業では経営が成り立たない農家や、企業からリストラされた人々は、地方に撒布された公共事業などの雇用を得ることで生活を維持するようになりました。

こうして、地方は一方では高度成長に不可欠な労働力の供給源となり、他方、利益誘導により衰退産業や企業から追い出された労働力を吸収する安全弁となって、日本社会の安定を支えたのです。田中角栄の新潟、竹下登の島根、そして小沢一郎の岩手における政治はこうした自民党利益誘導政治を象徴していました。

しかし、90年代に入ってから以降、日本企業の海外進出が本格化し、大企業の競争力をさらに強化することを求めて構造改革の政治が始まると、こうした利益誘導型政治も、大企業の競争力強化の桎梏となり、その削減が求められました。地方に対する財政撒布は、財政規模を肥大化し、大企業の負担に跳ね返ってくるからです。こうした地方構造改革を一気に押しすすめたのが、小泉政権の「三位一体改革」でした。地方交付税交付金の過酷な削減が強行され、投資の蛇口は閉められました。そのため地方は財政危機におちいり、その打開をめざして、医療・福祉が削減され、学校の統廃合、公務員のリストラも容赦なくすすめられました。並行して、地方財政削減の切り札として市町村合併が強行され、役所や公共施設の統廃合がすすめられたのです。

構造改革の結果、地方の衰退は一気に進行しました。2009年にお

ける民主党の大勝と、政権交代の大きな原因は、構造改革を強行した自公政権に愛想を尽かせた地方の人々が、構造改革の政治からの転換を求めて雪崩をうって民主党に票を集中したことにあったのです。ところが、財界の圧力と期待を背に受けた菅政権は、再び構造改革に復帰し、地域主権改革、消費税の引き上げ、さらに農産物の関税を即時に撤廃するTPP交渉参加などまで打ちだしました。

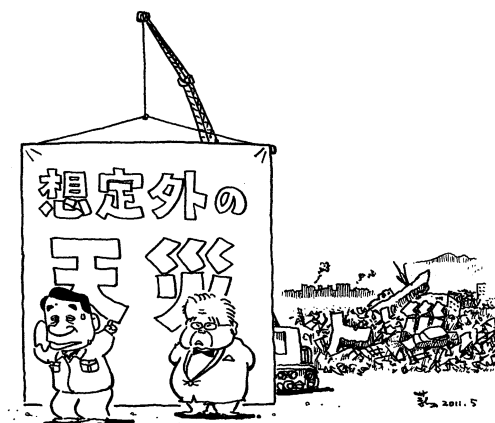
こうした構造改革政治のもとで、東北地方は、すでに震災前から深刻な停滞と危機にあり、中でも、医療や福祉の崩壊は深刻な状態にありました。釜石市を例にとってみましょう。釜石では、地方財政の危機の中で、公立病院の経営に市がお金を出すことが苦しくなり、2007年、釜石市にあった県立釜石病院と釜石市民病院の統合という口実で、250床をもつ市民病院の廃止が強行されたのです。釜石の救急・急性期医療は震災前から危機にあったところに、震災と津波が襲いました。

また市町村合併により、あるいは地方財政危機克服の名のもとで、地方自治体公務員の削減が強行され、防災・福祉・介護にたずさわる公務員の削減がすすみ、小中学校もどんどん廃校に追いやられていた、そこに震災が直撃したので、そこに震災が直撃したので。医療・介護・雇用・教育の被害の悲惨と深刻は、こうした構造改革と震災の複合の所産にほかなりません。

では、こうした地方の破壊に対し、民主党政権は、その根源となる構造改革政治を止め、根本的に転換する方向での復興路線を提示しているのでしょうか。まったく逆

です。菅政権は震災前に打ちだしていた構造改革の路線をさらに徹底し、加速する方向で復興をおこなおうとしています。震災前から菅政権は、参院選で「ノー」と言われた消費税引き上げを強行するために、「社会保障の持続のためには、財源が必要だ」という口実を持ち出し、また、アメリカと財界の圧力を受けてTPPを強行しようとしてきましたが、構造改革への不信と不満が政権の支持率を低下させ、とうてい実現はおぼつかない状態でした。ところが、震災を機に、復興を口実にして一気にこれら懸案の突破を図る条件が生まれてきたのです。

政府の復興構想会議は、さかんに「復旧ではなく復興だ」と言っています。それは、震災を好機に、構造改革ですすめてきた大企業本位の地域づくりをもっと大規模に推進しようという意味にほかなりません。その証拠に、民主党の復興ビジョンチームは、これまで政府がおこなってきた、地方に構造改革を押しつける「地域主権改革」も、TPPも、その実行のための農林漁業のいっそうの淘汰・選別も、「先進的とり組みとして」推進することを訴えています。農業や



漁業に「国際競争力」をもたせるため、これを好機に農地・漁業も集約化しろ、というのです。あれだけ被害をもたらしている原発についても「反省点・改善点を十分に検討・説明」する、つまり続行です。復興財源を口実とした「税制見直し」つまり消費税引き上げもちゃっかり提案しています。

逆に、構造改革を停止して市町村合併を再検討し、地域の農業・漁業、地場産業の復興、地域の医療・福祉・介護・教育の強化のために、まず自治体を再建拡充して公的就労を強化し、地元業者を中心に公共事業を企画し、地域循環型の経済と街づくりを、住民と市町村を基盤に構想すること——。これが3.11から私たちが学び実行しなければならない教訓です。

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』6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。

10月のレセプト受取・締切

基金	7日(金)	8日(土)	10日(月)	労災	12日(水)
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。

文化ハイキングご案内

秋の美山の里を巡る

今回の文化ハイキングは、京都府南丹市美山町を訪ねて秋の一日を、のんびりと過ごします。（全行程バス）午前中は「かやぶき美術館・郷土資料館」をめぐり、美山町自然文化村「河鹿荘」のかやぶき別館で昼食。午後は美山町自然文化村でバラ園見学などの後、「かやぶきの里」集落などを訪ねます。

ご家族・スタッフの方々お誘いあわせの上、ぜひご参加ください。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 時：2011年10月16日(日) 午前9時30分～午後6時頃（雨天決行）

参加費：5,000円（入場料、昼食代含む）

集 合：午前9時30分 JR二条駅西口前

定 員：先着20人（要申込）

主 催：有限会社アミス

お申し込み・お問い合わせは協会事務局：文化担当まで。



10月の相談室

医院・住 宅 新（改）案	10月12日(水)午後2時～	担当＝坂本建築士
ファイナンシャル	10月20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	10月20日(木)午後2時～	担当＝筋弁護士
雇 用 管 理	10月20日(木)午後2時～	担当＝本宮社会保険労務士
経 営	10月26日(水)午後2時～	担当＝木谷税理士

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。

ただいま
加入受付中！

保険医年金

この機会に
ぜひご加入下さい！

加入申込期間 **10月25日(火)まで** 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。

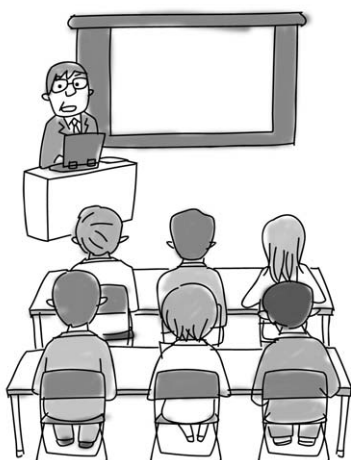
受託会社 三井生命(幹事)・明治安田生命・富国生命・ソニー生命・日本生命・太陽生命・第一生命

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・資料請求は、京都府保険医協会・経営部会まで。

新規開業医向け

「保険講習会A」



主に、新規開業前後の医師、従業員の方を対象にした講習会を開催します。内容は、保険診療の基礎知識とレセプト審査についてです。開業時に知っておきたい基礎的ではあるものの欠くことのできない内容です。新規開業の先生でなくても、ご興味のおありの方は、ご遠慮なくご参加下さい。

日時 **10月20日(木) 午後2時～4時**

場所 **京都府保険医協会・会議室**

内容 ①保険診療の基礎知識 ②レセプト審査

*資料準備の都合上、前日までにお申し込み下さい
(保険部会 ☎075-212-8877)

『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**

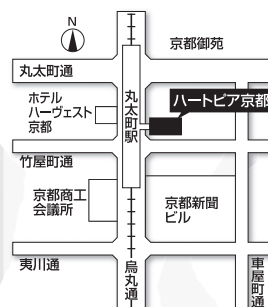
京都市中京区竹屋町通烏丸東入る清水町375番地

☎ 075-222-1777

※地下鉄烏丸線「丸太町駅」下車
(5番出入口より通路にて連絡)

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)



京都府保険医協会の会員の皆様へ

好評
発売中!

集団扱制度の ご案内

アニコム損保のペット保険
どうぶつ健保
ふぁみりい

「集団扱の保険料」で
ご契約できます!

集団扱
契約なら
↓

年払

一般契約に
比べて

約**3%割安**

例えば
↓

ダックスフンド（ミニチュア）1歳
（支払割合50%）の基本保険料の場合

一般契約年払 **23,620円**が...

▶▶ 集団扱
年払なら **22,910円**

お申込みいただけるどうぶつと年齢

※年齢は保険契約の始期日時点での満年齢となります。

犬・猫

10歳 11ヶ月まで

鳥・うさぎ・フェレット

7歳 11ヶ月まで

▶▶ ご継続は終身OK!

〈代理店〉保険契約の締結の媒介を行います。

有限会社アミス

〒604-8162

京都府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

TEL: 075-212-0303 FAX: 075-212-0707

〈引受保険会社〉

anicom
アニコム損害保険株式会社

〒161-8546 東京都新宿区下落合1-5-22 アリミノビル2F

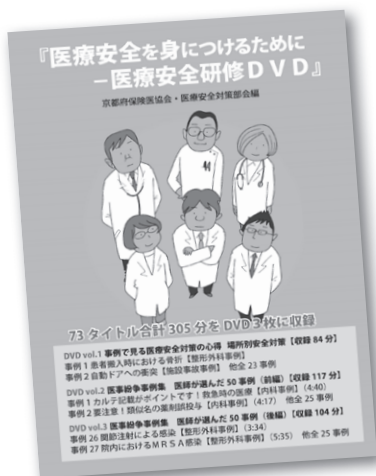
【個人情報の取扱い】アニコム損保の個人情報の取扱いに関しては、ホームページ
（<http://www.anicom-sompo.co.jp/>）の「個人情報の取扱いについて」をご確認ください。

この広告は商品の概要を説明したものです。詳しくは、アニコム損保のホームページまたはパンフレット・重要事項説明書で必ずご確認ください。 E110093 11年9月 CA012-1109-00

協
会
だ
よ
り

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	