

今月の主な動き

政府は10月21日の閣議で国家戦略会議の設置を決定。会議は、税財政の骨格や経済運営の基本方針など重要政策を統括する「司令塔」の役割を担う。年内に「日本再生の基本戦略」を固め、2012年半ばに「日本再生戦略」（仮称）をまとめることを目指すとして

いる。

また、10月28日には、東日本大震災からの本格復興予算となる第3次補正予算案を閣議決定し、国会に提出した。

11月1日からは政府税制調査会における12年度税制改正議論が本格に始動。11月半ばまでに、過去の税制改正大綱で検討課題とされた項目を議論する予定としている。また、12年度改正の議論を12月初旬

12月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
2日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
6日(火) 各部会	午後2時	
8日(木) 雇用管理講習会	午後2時	ルームA・B・C
10日(土) 「公費負担医療」「保険基礎知識」説明会 保団連文化部会	午後2時 午後6時30分	福知山中央保健福祉センター ルームA
11日(日) 「公費負担医療」「保険基礎知識」説明会 保団連文化交流集会	午前9時 午前10時30分	舞鶴西総合会館 ルームA
12日(月) 伏見医師会との懇談会	午後2時	伏見医師会館
13日(火) 定例理事会	午後2時	
14日(水) 医院・住宅新（改）築相談室 公費負担医療等説明会	午後2時 午後2時	応接室 ルームA・B・C
15日(木) ファイナンシャル相談室 法律相談室 雇用管理相談室 公費負担医療等説明会	午後1時 午後2時 午後2時 午後2時	アミス 応接室 アミス ルームA・B・C
16日(金) 環境対策委員会 手話サークル	午後2時 午後2時	応接室 ルームB
17日(土) 保険講習会A 地域包括ケアシステムシンポジウム	午後2時 午後2時	ルームA 京都アスニー
19日(月) 乙訓医師会との懇談会	午後2時	乙訓医師会会議室
20日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
21日(水) 経営相談室 金融共済委員会	午後2時 午後2時	アミス ルームA

今後の予定

行 事	開始時間	場 所
1月19日(木) 税務調査講演会	午後2時	ルームA
1月28日(土) 社会保険研究会	午後2時	ルームA・B・C
2月25日(土) 中医協答申説明会（第1次新点数検討会）	午後2時	未定
2月26日(日) ワイン教室&食事会（仮称）	午後5時	ホテルグランヴィア京都
3月10日(土) 医療安全シンポジウム	午後4時	新都ホテル
3月24日(土) 『点数表改定のポイント』説明会（第2次新点数検討会）	午後2時	京都産業会館・シルクホール
4月26日(木) 『新点数運用Q&A・レセプトの記載』説明会（第3次新点数検討会）	午後2時	登録会館・大ホール

※「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36～37ページ

情勢トピックス

医療社会保険運動トピックス

渡辺治の政治学入門

政策解説資料

協会だより

に終了させ、控除対象外消費税の問題を含む社会保障・税一体改革関連の議論に着手し、年内にまとめる方針も打ち出している。

情勢 トピックス

医療・社会保障編

政府、国家戦略会議を設置／日本再生基本戦略を年内に

政府は10月21日の閣議で国家戦略会議の設置を決めた。会議は、税財政の骨格や経済運営の基本方針など重要政策を統括する「司令塔」の役割を担う。月内をめどに初会合を開き、年内に日本再生の基本戦略を策定する予定だ。閣議後に会見した古川元久国家戦略担当相（社会保障・税一体改革担当相）によると、閣議で野田佳彦首相は「産官学の英知を結集し、重要基本方針の取りまとめや新時代の中長期的な国家ビジョンの構想を行っていききたい」と述べたという。

会議のメンバーは次の通り。▽議長＝野田首相▽副議長＝藤村修官房長官、古川担当相▽構成員＝川端達夫総務相、玄葉光一郎外務相、安住淳財務相、枝野幸男経済産業相、岩田一政・日本経済研究センター理事長、緒方貞子・国際協力機構理事長、古賀伸明・連合会長、長谷川閑史・経済同友会代表幹事（武田薬品工業社長）、米倉弘昌・経団連会長（住友化学会長）、白川方明・日本銀行総裁

●政府、18会議を廃止

政府は国家戦略会議の設置に伴い18会議の廃止を決めた。菅直人政権下で置かれた「社会保障・税に関わる番号制度に関する検討会」「社会保障改革に関する有識者検討会」のほか、新成長戦略実現会議などを廃止した。（10/24MEDIFAXより）

第3次補正予算案を国会提出／政府

政府は10月28日、東日本大震災からの本格復興予算となる第3次補正予算案を閣議決定し、国会に提出した。

総額は約12兆円で、このうち震災復興関係経費は11兆7335億円。被災地の医療、介護、福祉関連は1231億円を盛り込んだ。復興関係費以外では特定B型肝炎ウイルス感染者への給付金関連費用480億円などがある。

安住淳財務相は財政演説で東日本大震災の被災地支援と日本経済の立て直しに触れ、「迅速に復旧から復興への取り組みを進めるなどにより、わが国の経済を自立的な回復軌道に乗せるよう全力を挙げる」と述べた。（10/31MEDIFAXより）

高齢社会対策大綱、見直しへ議論開始／内閣府・検討会

内閣府は10月21日、「高齢社会対策の基本的在り方等に関する検討会」（座長＝清家篤・慶應義塾長）の初会合を開き、高齢者の雇用や健康、社会参加など高齢社会対策の指針となる高齢社会対策大綱の見直しに向けた議論を開始した。

高齢社会対策大綱は2001年12月に閣議決定して以降、10年間見直しが行われてこなかった。6月に政府与党が社会保障・税一体改革成案を取りまとめたことで、社会保障制度について一定の方向性が示されたことと、12年度に団塊世代が65歳に達し、65歳以上の高齢者が大きく増加することを背景に見直しを行う。12年2月に報告書を取りまとめる。

今後の高齢社会対策について、構成員からは「65歳で高齢者を線引きするのは本当に適切なのか」「コミュニティを中心とした互助の場が必要」などの意見が上がった。香山リカ構成員（立教大現代心理学部映像身体学科教授）は、高齢住宅を訪問するライフサポートアドバイザーや、被災地の仮設住宅を訪問する健康生活サポーターを例に「こちらから訪問して生活相談に乗ったり、サービスにつなげたりするようなアウトリーチ型の支援も必要だ」と述べた。この他にも、ケアが一度に受けられる施設や高齢者を介護する人たちを支援する仕組みが必要だとも述べた。

清家座長は「社会保険を中心とする共助、政府が直接的に支援する公助のほかに、市場メカニズムを通じた自助、コミュニティを中心とした互助を合わせながら、尊厳ある高齢社会をつくっていききたい」と述べた。（10/24MEDIFAXより）

社会保障改革推進本部を初開催／小宮山厚労相

小宮山洋子厚生労働相は10月7日、政務三役と厚

労省幹部を参集して、社会保障・税一体改革の作業スケジュール管理を担う「厚生労働省社会保障改革推進本部」を初開催した。本部長には小宮山厚労相自身が就いた。ただ、会合の内容は、医療・介護、子ども・子育て、年金、障害者施策、就労促進、貧困・格差対策、難病対策といった分野ごとの検討状況を報告した程度にとどまり、目新しい話題は出なかった。

同本部は、局ごとに進めている社会保障制度改革の検討状況を集約するコントロールタワーの役割を担う。一体改革全体の作業スケジュール管理を行い、年内には2012年の通常国会に提出する一体改革関連法案を固めたい考え。

また、少子高齢化がさらに進んでいく中で、社会保障制度の将来像を描き、国民にビジョンを提示していく役割も担う。国民に対して社会保障制度に対する安心感を与える一方で、増税などの負担増が必要経費だということを情報発信していく。

会合は2週間に1度のペースで定期的に開催する予定。小宮山厚労相は「今後は検討状況の報告だけではなく、建設的な意見を出し合えるような形にしたい」と述べた。

外口崇保険局長は医療・介護分野の検討状況について、社会保障審議会・医療保険部会や中医協で制度の見直し論議を進めていることや、高額療養費制度や受診時定額負担などをテーマに取り上げていることなどを報告した。また、中医協と社会保障審議会・介護給付費分科会の打ち合わせ会を開催することも報告した。（10/11MEDIFAXより）

高額療養費、外来も現物給付／政府、12年4月から施行

政府は10月18日の閣議で、外来と訪問看護についても高額療養費の現物給付を認める政令案を閣議決定した。10月21日にも健康保険法施行令などの一部改正を官報告示し、2012年4月1日から施行する。

高額療養費制度は患者が自己負担額を支払った後、保険者に高額療養費を申請する形を取っていたが、入院についてはすでに現物給付が導入されており、患者の窓口負担が自己負担限度額までに抑えられている。今回の政令改正案は、この措置の対象範囲を外来まで広げようというもので、患者はあらかじめ保険者から「限度額適用認定証」を受け取っておく必要がある。

高額療養費の外来での現物給付は、10年12月の社会保障審議会・医療保険部会ですでに合意されていた。（10/19MEDIFAXより）

B型肝炎、和解金支払いの特措法案を閣議決定

政府は10月28日、B型肝炎訴訟の和解金を支払うための「特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法案」を閣議決定した。

（10/31MEDIFAXより）

規制改革の重点分野に医療も／行政刷新会議・分科会

政府・行政刷新会議の「規制・制度改革に関する分科会」（分科会長＝岡素之・住友商事会長）は11月8日、第3弾の改革の進め方をまとめた。東日本大震災後の新たな社会経済を構築し、震災以前よりも力強い日本を再生するとの視点で改革を検討するという。分科会では、過去の改革テーマに関するフォ

News Headline (2011年10月12日～11月13日)

【10月】◆2号機配管でも高濃度の水素検出／福島第一原発（12日）◆S&P、スペイン国債を格下げ（14日）◆平野復興相「逃げなかったバカ」発言、東日本大震災の津波避難で（18日）◆スペイン国債を2段階格下げ／米ムーディーズ（19日）◆カダフィ大佐が殺害（20日）◆円が戦後最高値を更新、一時75円78銭／N Y市場（21日）◆タイ大洪水に非常事態宣言、発令出来ず／政府、軍の確執が大きな被害に（22日）◆先進医療の保険適用、「混合診療禁止は適法」最高裁判断（25日）◆円、再び最高値更新一時75円73銭／N Y市場（26日）◆作家の北杜夫さん死去（26日）◆国家戦略会議が初会合／野田首相、「日本再生の司令塔に」（28日）◆国の借金、3月末に過去最大の1024兆円に（29日）◆食品の放射性物質、新基準値作り開始／厚労省審議会（31日）◆世界人口70億人（31日）

【11月】◆政府、南スーダンPKO派遣決定（1日）◆復興庁設置法案を閣議決定（1日）◆野田首相、G20で消費増税表明（3日）◆政府、東電に9000億円支援決定／緊急特別事業計画を認可（4日）◆福島本格除染へ、無人ヘリ調査／環境省（7日）◆オリンパス、損失隠し千数百億円（9日）◆東証、オリンパスを監理銘柄に／株価は3日連続のストップ安（10日）◆巨人内紛、清武英利球団代表が渡辺会長の「鶴の一声」に涙の乱（11日）◆ギリシャ新政権発足、与党と最大野党などによる大連立内閣（11日）◆野田首相、T P P交渉参加の方針表明（11日）◆イタリアのベルルスコーニ首相が辞任、市民らは歓声（13日）

ローアップを手掛けるほか、医療・農業・ITを中心に改革の重点分野を選んで検討する方針だ。また、復旧・復興と日本再生をテーマにした第1ワーキンググループ（WG）と、エネルギーをテーマにした第2WGを設置する。2012年6月をめどに改革方針を最終的にまとめる予定だ。

岡分科会長は会見で、分科会で議論する改革重点分野のテーマについて「突っ込んだ議論は（まだ）していない」と述べ、これから絞り込む考えを示した。

第1WGでは、国内の社会経済再生に向けた改革について検討する方針で、例として「長寿社会に資するイノベーションの推進」が挙がっている。（11/9MEDIFAXより）

政府税調、「四段階制」再検討へ／財務省「目的達成されていない」

政府税制調査会は、診療報酬の所得計算特例措置（いわゆる四段階制）について、存否を含めて制度の在り方を再検討する方針だ。会計検査院が四段階制の適用状況検査を行い「多額の自由診療収入があっても、診療報酬額が5000万円以下であることで特例を適用している状況がある」などとする検査結果をまとめたことを受け、再検討の必要性があると判断した。11月8日の政府税調で議題にする予定だったが、具体的な議論は11月15日の会合に先延ばしになった。

四段階制は、保険診療にかかる所得税の必要経費を計算する際に、実際にかかった経費ではなく、4段階の概算経費率を使える仕組み。保険診療で支払いを受ける金額が年間5000万円以下の場合、診療報酬金額を4段階に区分し、それぞれの区分に応じた概算経費率（72%、70%、62%、57%の4段階）を診療報酬金額に乗じた額（概算経費）を必要経費とできる。小規模医療機関の事務負担を軽減することで経営を安定させ、医療提供体制を確保することを目的としている。1954年に創設され、1988年の改正で、現在の内容になった。減収見込額は2011年度ベースで245億円。

会計検査院は「特例が長期にわたり存続する一方で、厚生労働省が05年度以降、要望書を財務省に提出しておらず、近年の税制調査会などの見直し議論の中で十分な検討が行われにくい状況にあった」として、特例の適用状況を検査した。

検査の結果▽多額の自由診療収入があるのに特例

を適用している状況がある▽特例の概算経費率と実際の経費率に差があり、多額の措置法差額が生じている▽特例適用者のほとんどが、実際の経費を計算した上で概算経費と比較して有利な方を選択している一などとし、財務省と厚労省で特例が有効・公平に機能しているかを検証し、目的に沿った適切な制度にするための措置を講ずるよう求めた。10月28日付で安住淳財務相に意見表示している。

財務省はこうした会計検査院の指摘を整理し「自由診療収入を含めた医業収入が1億円を超える特例適用者もいる」「多額の措置法差額が生じている状況は税負担の公平性の見地から適切ではない」「実際経費を計算した上で概算経費と比較して有利な方を選択して申告しているため、申告書の作成事務上は小規模医療機関の事務処理の負担軽減という特例の目的は達成されていない」として、存否を含めて制度を再検討する方針を示した資料を11月8日の政府税調に提出した。ただ、審議時間がなく11月15日に議論することになった。（11/9MEDIFAXより）

「同時改定」「一体改革」検討へ陣容整う／民主党

2012年度に予定されている診療報酬・介護報酬同時改定や、社会保障・税一体改革の実現など、社会保障関連の課題を検討する民主党の陣容がほぼ固まった。政策調査会の下に、一体改革に特化した議論をする「社会保障と税の一体改革調査会」を新設する。会長に細川律夫氏、事務局長に厚生労働部門会議座長の長妻昭氏と、厚生労働大臣経験者がタッグを組む重厚な布陣を取る。また、厚労部門会議の下には、同時改定や一体改革関連法案などを議論する「医療・介護ワーキングチーム（WT）」を設置。座長に柚木道義氏が決定した。

●省庁ごとの部門会議、省庁またがる調査会とPT

民主党は政策調査会の下に、省庁ごとの「部門会議」と、複数の省庁にまたがる議題などを扱う「調査会」「プロジェクトチーム（PT）」を設置して政策課題に取り組んでいる。ただ、厚労部門会議は厚労省提出法案の事前審査をする役割があるため、一体改革は両方で議論することになる。

（10/14MEDIFAXより）

一体改革調査会が始動、年内に結論／民主

民主党の「社会保障と税の一体改革調査会」（会長＝細川律夫・前厚生労働相）は10月26日、党税制調

査会と合同で初会合を開いた。役員人事を了承し、下部組織に「社会保障・税番号検討ワーキングチーム」を設置することも決めた。今後は週に1度のペースで会合を開き、両調査会合同で年内に結論を得る。成案に盛り込まれた消費税率引き上げについては、引き上げ幅や時期を明示する方針だ。

細川会長は会合の冒頭、「一体改革成案には3つの狙いがある。社会保障を守ること、社会保障を充実すること、支え合うこと。効率化も考えてやっていかねばならない」と挨拶した。

党税調の会長で、一体改革調査会の顧問にもなった藤井裕久氏も冒頭挨拶し「今の社会保障は借金の上に乗った社会保障。安定した社会保障政策をやりたい」と、安定財源確保の重要性を強調した。

会合終了後に会見した大久保勉・事務局長代行は「社会保障テーマを先に議論し、財源である税制は12月に集中的に議論する」と説明。成案に盛り込まれた消費税率引き上げについては「いつ、何パーセント上げるかを決めるのがこの調査会の大きな目標の一つ」と述べた。

一体改革調査会の顧問には、藤井氏のほか、岡田克也氏、仙谷由人氏が就いている。
（10/27MEDIFAXより）

総合福祉法具体化へ検討スタート／民主党・障がい者WT

民主党厚生労働部門会議の障がい者ワーキングチーム（WT、座長＝中根康浩衆院議員）は10月27日、初会合を開き、次期通常国会の法案提出を予定する障害者総合福祉法（仮称）の検討をスタートした。

WTは障がい者制度改革推進会議総合福祉部会が8月にまとめた提言を踏まえ、法案づくりに意見を反映させる。中根座長はWTの狙いを「2012年4月に施行する改正障害者自立支援法と福祉部会の提言との差異を詰める」と述べた。

WTは今後、関係団体や厚生労働省へのヒアリングなどを通じて議論を重ねる。中根座長は重要な検討項目として障害程度区分に代わる新たな支給決定の仕組みなどを列举。WTの意見を取りまとめる時期については「本来なら年内だが、政府原案が出てから最終的なものを出すことになる」と述べ、年明けの作業も念頭に入れていることを明かした。「政府原案づくりにも意見が反映されるようにしたい」とも述べた。（10/28MEDIFAXより）

同時改定へ「在宅医療・介護の充実」で議論／民主・医療介護WT

民主党の医療・介護ワーキングチーム（WT）は11月8日の会合で、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定について、在宅医療・介護の問題を中心に議論した。出席議員からは、医療保険サービスと介護保険サービスの提供に垣根があることを問題視する意見のほか、介護施設での医療サービス提供を一定程度認める必要性に言及する意見や、終末期の看取り機能を評価する重要性を指摘した意見などがあったようだ。WTは同時改定について来週前半に再度、議論する。

厚生労働省から、在宅医療を担う医療機関の評価や、訪問看護の評価、在宅歯科医療、在宅での薬剤管理、リハビリテーションの評価、認知症の対応に向けた評価などについて、現在の検討状況や今後の見通しの説明を受け議論した。

WTの柚木道義座長は会合後に会見し、意見のやりとりを紹介。改定率の関連では「民主党として明確にプラス改定を実現するというメッセージを、WTで示してもらいたい」「全体でプラスを求める場合、どこを重点的にプラスにするかについて、WTで議論を詰めてもらいたい」との意見があった。医療・介護連携では「ケアマネジャーの位置付けが十分とはいえない。位置付けをしっかり評価した上で情報共有が進むようにしてもらいたい」などの意見があった。

WTは同時改定について、来週11月15日ごろをめどに開く会合で再び議論する。柚木座長は「入院医療や施設サービス、療養病床の再編などの論点でやりたい」と述べた。

次回11月10日に開く会合では、社会保障・税一体改革について、70～74歳の窓口負担の問題や、後期高齢者医療制度の新制度移行に関する議論、受診時定額負担と高額療養費制度の拡充、介護職員の処遇改善交付金などの論点を取り上げる。
（11/9MEDIFAXより）

番号制度導入で保険者機能の強化を／民主WTで保険者が要望

民主党「社会保障と税の一体改革調査会」の社会保障・税番号検討ワーキングチーム（WT、座長＝大久保勉参院議員）は11月8日、健保連、全国健康保険協会（協会けんぽ）、社会保険診療報酬支払基金の3団体からヒアリングした。ヒアリング終了後に

会見したWT事務局長の三村和也衆院議員によると、3団体とも番号制度導入を進めるよう要望した。導入に賛成する理由として、いずれも事務効率化による保険者機能の強化を挙げたという。

また3団体とも、番号制度導入で共有する患者の個人情報項目について、政府が6月に「社会保障・税番号大綱」をまとめた後、それ以上に詳細な情報がないとして、より具体的な内容の検討を求めたという。

WTは来週、経済同友会からのヒアリングを予定している。11月中に提言をまとめ、党の調査会に報告する方針だ。

●「医療分野で個人情報保護強化の法整備を」健保連

健保連が提出した資料は、医療分野で個人情報の共有を進めるに当たり、個人情報保護強化のための法整備が必要と指摘。また、医療分野では電子化が遅れているとして、IT化促進を図ることも要望している。

協会けんぽは資料で、番号制度で個人の所得情報にもアクセスできることになった場合、所得によって給付額が異なる高額療養費の支給手続きが簡素化できることなどを説明した。支払基金は資料で、番号制度導入で可能になることとして患者単位で継続的に医療費動向を分析できることなどを挙げた。

（11/9MEDIFAXより）

2次医療圏、人口20万人が目安／厚労省

厚生労働省は10月6日、人口20万人程度を2次医療圏設定の目安とする案を「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）に提示した。2008年4月時点で2次医療圏は全国に348医療圏（10年4月現在は349医療圏）あり、最大格差は人口で103.6倍、面積では99.8倍となっている。人口が少ない医療圏ほど患者の流出が目立つなどの傾向があることから、厚労省は13年度からの新しい医療計画で、患者流出の動向に注意を払って適正な医療圏を設定するよう都道府県に働き掛ける考えだ。

厚労省医政局指導課は検討会に、2次医療圏ごとの患者の流出割合について08年患者調査を用いて人口規模別、面積規模別に分析した結果を示した。入院患者が圏外へ流出する割合が20%を超えた110の医療圏では、これ以外の医療圏に比べて平均人口が少ない特徴があった。人口20万人以下の医療圏で、流出率が流入率を上回る傾向も顕著だった。

指導課は、地域医療連携をより実効性の高いものとする観点から医療計画の作成指針（医政局長通知）を見直し、医療圏の設定について20万人の人口規模を目安として盛り込む考えだ。

中沢明紀委員（神奈川県保健福祉局保健医療部長）は「都道府県による医療圏の設定を縛るような形になっては地域の特性が出なくなる可能性がある」と指摘。末永裕之委員（日本病院会副会長）も「2次医療圏を厳密に決める必要はあるのか。医療圏を越えて患者が動いているのが現実。各自治体にお任せした方がよいのでは」と述べた。委員の指摘に対し、医政局指導課医師確保等地域医療対策室の石川直子室長は「さまざまなデータが出ているところ。まずは各自治体で現状を把握していただくことが重要」とした。（10/7MEDIFAXより）

小中高生の社会保障教育を強化／厚労省

厚生労働省は、給付と負担の関係も含めて社会保障制度全般に対する理解を深めてもらうため、未来を担う若者への社会保障教育を強化する計画を立てている。文部科学省と連携しつつ、2012年度から小中高生への社会保障教育プログラムを試行的に導入する予定だ。

全国を7ブロックに分け、各ブロックでモデル地域を1カ所選び、民間団体・企業に小中高生への教育プログラムを委託する。委託先が児童・生徒への授業やセミナーの開催のほか、福祉施設・行政機関の見学・実習会を行う。厚労省は12年度予算概算要求で6100万円を要求中。現段階では12年度以降の事業は確定していないが、厚労省は複数年度で事業化したい考え。12-14年度の3年間程度でモデル実施する構想で、結果を社会保障審議会に報告し、全国展開していきたい考えだ。

「少子高齢化だし、どうせ年金は破綻するのでしょうか？」「今の若者は負担ばかりで受益はないから、老後には自分で備えた方がマシだよ」といった社会保障制度に対する不信感が、大人から子どもに伝わり、制度そのものに対する不信感を醸成していると厚労省はみている。子どものうちから社会保障制度になじんでもらい、制度に対する国民全体の理解を深めていきたい考えだ。

これを踏まえ厚労省は10月11日に「社会保障の教育推進に関する検討会」（座長＝権丈善一・慶應義塾大商学部教授）を立ち上げ、社会保障制度がどのように誤解されているかや、教育現場で社会保障制度

を学んでもらうためのポイント整理などを始めた。教師が授業で使用しやすい社会保障制度指導用のマニュアルも作成する。検討会は年度内に7回開催する予定。次回以降、参考人からヒアリングを行うほか、授業のポイント整理作業に取り組み、教材を作成していく。出来上がった教師用マニュアルは、12年度に全国7カ所で行うモデル事業に活用する予定だ。香取照幸社会保障担当政策統括官は初会合の冒頭、「検討会のゴールは決めていない。こういった方向性を出してほしいという要望はなく、委員には幅広い視点で議論してもらいたい」と述べた。フリーディスカッションでは「教師側も社会保障制度のことをよく理解していない」「覚える言葉が多過ぎて教育現場でイメージしづらい」など、さまざまな意見が出た。（10/12MEDIFAXより）

原発作業員の健康管理、厚労省が指針を公表

厚生労働省は10月11日、福島第一原子力発電所作業員の健康を保持・増進するための指針を公表した。9月に厚労省の「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」が取りまとめた報告書を踏まえた指針。

指針には長期健康管理の取り組みとして、作業員の被ばく線量に応じて白内障検査やがん検診を実施することなどを盛り込んだ。データベースの整備では、作業員本人が被ばく線量や健康診断の結果を参照できるとした。このほか、国が行う援助として作業員へのがん検診受診勧奨や、支援窓口での健康相談・保健指導などを実施するとした。

（10/12MEDIFAXより）

入院・外来・在宅医療で「今後の方向性」／中医協で厚労省

厚生労働省は10月5日の中医協総会で「入院・外来・在宅医療について（総論）」を提示した。「社会保障・税一体改革成案」に沿った内容で、入院・外来・在宅医療の観点から、医療現場が抱えている課題や、改革の方向性などを整理している。

入院医療の課題や今後の方向性としては、勤務医の負担を軽減させつつ、患者の状態に応じた診療を行い、さらに平均在院日数を減少させるために、急性期への医療資源の集中投入を含めた入院医療の機能分化を進めていくべきとした。その際、病棟機能ごとに必要な病床数の検討も含めて、高度急性期、一般急性期、亜急性期など患者の状態に応じた診療

報酬体系についても検討する必要性があるとした。

●慢性期患者の報酬体系を整理

さらに、一般病棟で在院日数が90日を超える長期入院患者の大部分が特定除外患者（出来高払い）であり、医療療養病棟の長期入院患者（包括払い）と診療報酬上の評価が異なっているため、さまざまな患者が混在せざるを得ない地方の病院の特性に配慮しつつ、慢性期患者の診療報酬体系を整理すべきとした。地域に密着した病床が高度急性期から亜急性期までの医療の中でどのような役割を果たすかや、診療報酬上の評価についても今後検討すべきとした。

外来医療の課題と方向性では、病院が専門外来やセカンドオピニオンなどの役割を担う一方、診療所が一般外来の受け入れを拡大するなど、役割分担を進めていくべきとした。また、専門外来やセカンドオピニオンを積極的に行っている専門医療機関の評価や、地域の取り組みとして診療所と地域の拠点病院が連携しながら外来診療するケースの評価も検討項目に挙げた。

●在宅の看取り機能を評価へ

在宅医療の課題と方向性では、在宅の看取り機能を充実させる観点から、▽自院に複数の医師や24時間連絡対応できる看護職員を配置するなどシステムの緊急時対応を行っている在宅療養支援診療所▽在宅療養支援病院などと連携し自院で在宅医療や看取りを行っている診療所▽周辺に診療所がなく、訪問診療や往診を行う在宅療養支援病院—の評価を検討する方針を掲げた。

要介護認定者には訪問看護を介護保険で提供することになっているが、急性増悪を頻回に起こすなど医療の必要性が高い患者については一時的に医療保険で訪問看護を提供することになっており、こうした患者の状態に応じて必要な医療が提供される仕組みについても検討する必要性を指摘した。

（10/6MEDIFAXより）

高額療養費制度の見直し案を提示／厚労省・医療保険部会

厚生労働省は10月12日の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大学教授）に、高額療養費制度の見直し案を提示した。現在は患者の所得に応じて自己負担の上限額が3段階に分かれているが、これを5段階に細分化するイメージ。現行制度では、年収200万～800万程度の収入の患者は「一

般所得者」と見なされ、自己負担限度額が同額になっている。だが、収入に差があり過ぎるのではないかとの指摘が出ていたため、設定を細かく改めてはどうかと提案した。年間上限額も新設する方針。上限額を超えた支払い分は後日償還される。厚労省案によると、70歳未満の場合、およそ▽年収200万円以下（当初3カ月間の自己負担限度額＝3万5000円、4カ月目からの自己負担限度額＝2万4000円、年間上限＝25万9000円）▽年収200万～300万円（3カ月間＝4万4000円、4カ月目から＝3万5000円、年間上限＝37万8000円）▽年収300万～600万円（3カ月間＝6万2000円、4カ月目から＝4万4000円、年間上限＝50万1000円）▽年収600万～800万円（3カ月間＝8万円、4カ月目から＝4万4000円、年間上限＝50万1000円）▽年収800万円以上（3カ月間＝15万円、4カ月目から＝8万3000円、年間上限＝99万6000円）一の5段階に分けている。

70歳以上も収入に応じて現行の3段階を5段階に細分化し、年間上限額を設ける。

さらに厚労省は、高額療養費制度の見直しに必要な財源も試算した。2015年度給付費ベースで約3600億円（保険料約2500億円、公費約1200億円）が必要になる。保険制度別の給付費は▽協会けんぽ約800億円▽健保組合約400億円▽共済組合約100億円▽市町村国保約1500億円▽後期高齢者医療約700億円。国保は低所得者が多く、財政影響を大きく受けるため、受診時定額負担のほかに公費による財政支援も検討している。

初診・再診時に患者から100円ずつ徴収する前提で、受診時定額負担を導入した場合の大まかな財源も試算した。患者からの徴収分と、受診抑制効果（いわゆる長瀬効果）を合わせて給付費ベースで約4100億円（保険料2900億円、公費1300億円）の財源を見込む。また、制度導入後に高額療養費の給付額が伸びたとしても、患者からは100円以上徴収せず、伸長分は保険者財政の中で工面する方針を示した。

低所得者に配慮して100円徴収を免除した場合には、給付費ベースで財源が約800億円減るとの見通しも示した。その際には財源が不足するため、高額療養費制度の上限額など、枠組みそのものも見直す必要が出てくる。（10/13MEDIFAXより）

特定看護師制度化案、12月の医療部会に提示へ／厚労省

厚生労働省医政局医事課の田原克志課長は10月12

日の「チーム医療推進会議」（座長＝永井良三・東京大大学院医学研究科教授）で、「12月に開かれる社会保障審議会・医療部会へ特定看護師（仮称）の制度化の案を報告できればと考えている」との見解を示した。委員から、現在検討が進められている特定看護師について今後のスケジュールを問われたのに対して答えた。

現在、政府が進めている社会保障・税の一体改革には、医療制度改革も含まれている。田原課長は、2012年の通常国会へ関係法案を提出することを目標に準備を進めているとした上で「一体改革のスケジュールと歩調を合わせて、チーム医療推進会議では、12月上旬までに意見の取りまとめを行う方向で議論いただきたい」と求めた。

島崎謙治委員（政策研究大学院教授）は「法律事項はどうなるのか、議論を整理し、どの論点で賛否が分かっているのかははっきりさせる必要がある」と指摘し、厚労省に次回の会合で論点整理を示すよう求めた。

永井座長は「大きな枠組みとして『診療の補助』『医師の指示の下での行為』まではよいだろう。特定の行為の範囲と教育の体制が問題になってくるだろう」とした。

藤川謙二委員（日本医師会常任理事）は「どんな特定行為をするかにも委員の中で認識が違ってくるだろう。特定看護師がないと医療現場は12年から回らないのか。拙速な議論はすべきではない」と述べ、12月の医療部会に制度案を示す方向性について懸念を示した。（10/13MEDIFAXより）

エイズと性感染症、両予防指針を大筋了承／厚労審・感染症部会

厚生労働省の厚生科学審議会・感染症分科会感染症部会（部会長＝渡邊治雄・国立感染症研究所長）は10月17日、厚労省が報告したエイズ、性感染症の両予防指針改正案を大筋で了承した。厚労省は、パブリックコメントなどの手続きを経て、年内にも告示する見通しだ。

エイズ予防指針では▽「検査・相談体制の充実」の位置付け強化▽「個別施策層」に対する検査での目標設定の必要性▽地域での総合的な医療提供体制の充実▽N G Oなどとの連携――を新たな重点対策とした。

「検査・相談体制の充実」の位置付け強化では、これまで「発生の予防及びまん延の防止」の中に書き

込まれていた検査・相談体制の充実を単独の章として独立させた。場所や時間帯など受検者の利便性に配慮した検査を実施し、医療機関への受診を促す。

青少年やMSM（男性間性交渉者）、セックスワーカーなどの個別施策層への検査では、地域の実情に合わせ感染者・患者数の多い都道府県などに定量的・定性的な目標設定を求める。

性感染症予防指針では▽コンドーム以外の予防方法の情報提供推進▽病原体検査の推進▽医療機関へのアクセス向上▽指定届出機関の指定基準作り—などを加えた。

コンドーム以外の予防方法では、尖圭コンジローマにワクチンが有効であることや、コンドームだけでは防げない性感染症があることなどを情報提供する。病原体検査では、簡便な尿検査で病原体検査を実施できることを明記した。

審議会では、委員からエイズ予防指針について、抗HIV薬の服薬指導の重要性を明記することや、性感染症予防指針では薬剤耐性菌の動向調査について追記が必要などの意見が出た。

（10/18MEDIFAXより）

医療法人、サービス付き高齢者住宅の運営可能に／厚労省

医療法人が付帯業務として新たにサービス付き高齢者向け住宅を運営できるようになった。高齢者居住安定確保法の改正で高齢者専用賃貸住宅などが廃止となったことに伴い、厚生労働省が10月20日に都道府県と地方厚生支局に通知した。

すでに高専賃を運営している医療法人については、2012年3月末までに定款を変更し、サービス付き高齢者向け住宅か有料老人ホームへの変更を届け出る必要がある。（10/25MEDIFAXより）

メンタルチェックなど安衛法一部改正「妥当」／労政審・安衛分科会

厚生労働省の労働政策審議会・安全衛生分科会（分科会長＝相澤好治・北里大副学長）は10月24日、小宮山洋子厚生労働相から諮問を受けた「労働安全衛生法の一部を改正する法律案要綱」について妥当と認め、労働政策審議会会長へ報告することで一致した。同法案には、一般定期健康診断に併せて医師や保健師が労働者のメンタルチェックを実施することを事業者が義務付けることなどを盛り込んだ。

今回の労働安全衛生法の一部改正は▽メンタルヘ

ルス対策の充実・強化▽電動ファン付き呼吸用保護具の型式検定・譲渡制限対象器具への追加▽受動喫煙防止対策の充実・強化—の3点。

メンタルヘルス対策として、今回盛り込まれた労働者に対するメンタルチェックは、これまでの議論で医師による実施とされてきた。しかし、メンタルチェックは医行為にあたらないことや労働安全衛生法上一定の役割を保健師が担っていることから、保健師も実施主体とした。

メンタルチェックの結果から労働者は必要があれば医師に面接指導を申し出ることができる。面接指導の申し出を理由として、事業者は不利益な取り扱いをしてはならないこととした。

議論では、委員から「労働者のプライバシーの保護の徹底が必要」「不利益取り扱いの禁止について厳格に取り扱うべき」とした意見が上がった。これに対し厚労省労働基準局安全衛生部労働衛生課の椎葉茂樹課長は「円滑な導入に向け周知を図りたい。メンタルチェックについてマニュアルを作成し、医師や保健師によるばらつきがないようにしたい」と述べ、事業者に対する指針の公表とともに十分な周知を行いたいとした。（10/25MEDIFAXより）

市町村国保の都道府県単位化へ政務三役級協議／厚労省・地方

社会保障・税一体改革成案に盛り込まれている「市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化」の実現に向けて、厚生労働省は10月24日、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」の初会合を開いた。これまでは厚生労働省と地方の事務レベルによるワーキンググループで、国保の構造的問題の分析や基盤強化策の検討などを行ってきたが、次のステップとして厚労省政務三役級と地方代表者級の協議を始めた。

メンバーは、辻泰弘厚生労働副大臣、藤田一枝厚生労働政務官、福田富一栃木県知事、岡崎誠也高知市長、齋藤正寧秋田県井川町長。事務局は厚生労働省保険局が務める。

論点は▽財政基盤強化策▽財政運営の都道府県単位化—の2本柱。財政基盤強化策の論点としては「低所得者が多く保険料負担が重い」「市町村間で所得の格差がある」といった構造的な問題を踏まえ、低所得者に対する保険料の軽減の在り方や、低所得者が多い保険者への支援の在り方、財政調整機能の強化などが検討事例に挙がった。財政運営の都道府県単

位化をめぐることは検討事例として、財政運営が不安定な小規模保険者の存在や、市町村間で保険料や医療費の格差があることへの対応、都道府県単位化を進める上で、国と都道府県、市町村がどのように役割分担すべきかなどが挙げられた。

今後、必要に応じて実務者級ワーキンググループを置き、細部の協議をする。次回会合の日程は未定。（10/25MEDIFAXより）

2025年へ診療報酬「将来の課題」／厚労省

社会保障審議会・医療保険部会は10月26日、2012年度診療報酬改定の基本方針策定に向けて、これまでの検討状況を箇条書きで文案化した資料「12年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等（案）」を提示した。資料は▽基本的認識▽重点課題▽改定の視点▽具体的な方向性▽将来に向けた課題—の5部構成。特に「将来に向けた課題」は厚生労働省が今回初めて作成したもので、一体改革成案で描いた25年の医療提供体制実現に向け、中医協が中長期的な観点で取り組むべき課題を整理している。

●人員配置からアウトカム中心の評価へ

鈴木康裕医療課長は「将来の課題」で留意すべきポイントとして▽医療計画や補助金、保険者の取り組みと相乗効果をもたらせる診療報酬の在り方を検討▽人員配置中心の評価から、結果・アウトカム中心の評価にシフト▽新規医療技術では開発インセンティブを確保しつつ、費用対効果を勘案した評価方法を検討する—の3点を挙げた。

意見交換では「厚労省がまとめた文章では具体的なイメージをつかみづらい」という意見が多数上がった。樋口恵子委員（NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長）は、地域包括ケアの理念に対して「患者目線で、退院から在宅医療、死に至るまで、こういった医療関係者に関わっていけばよいかが分かりづらい。簡単な図表で示してほしい」と要望した。

小林剛委員（全国健康保険協会理事長）は、一般病棟に長期入院しても一定条件に当てはまれば特定入院基本料への減額を免れる特定除外患者を「効率化のテーマに入れるべき」と主張。すかさず鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「特定除外を大きな問題にするのは考えてほしい」と指摘した。山下一平委員（日本商工会議所社会保障専門委員）は「効率化の基本姿勢を忘れずに。保険料が上がらないよう調整してほしい」と要請した。

紙屋克子委員（静岡県立大大学院看護学研究科教授）は看護師の負担軽減について言及し「2交代制では夜勤前に4時間程度しか休憩できない。事故が起きない方が不思議だ。安全・安心のためにも“ちょっと贅沢な人員体制”が必要だと書き込んでほしい」と要望した。また、紙屋委員が「医療クランクを配置し、医療関係者が医療に専念できる体制を整えてほしい」と要望すると、高原晶委員（諫早医師会会長）は「書類が煩雑で、整理をお願いしたい。そうすれば医療クランクは必要ないかもしれない」と述べた。

柴田雅人委員（国保中央会理事長）は自殺対策を盛り込むよう求めた。（10/27MEDIFAXより）

「70－74歳の2割引き上げ」支持／高齢者団体、医療保険部会で

社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）は10月26日、社会保障・税一体改革成案に盛り込まれている「患者負担の見直し」について審議した。テーマは▽70－74歳の自己負担割合の見直し▽医薬品に対する患者負担を市販医薬品の価格水準も考慮して見直す—の2点。

70－74歳の高齢者の自己負担割合は、法律では2割負担と定められているが、現状では1割負担のまま据え置かれ、残りは予算措置で対応している。意見交換では、保険者側が「2割に引き上げ」を主張。診療側は「1割のまま据え置くべき」とし、意見が割れた。高齢者団体の委員は「法令通りに2割引き上げ」を主張した。

川尻禮郎委員（全国老人クラブ連合会理事）は「法律で決めたからには2割に進めるべきではないか」と主張。樋口恵子委員（NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長）も個人的な意見とした上で引き上げを支持し、「なぜ70代前半の議論がここまで進まないのか」と疑問を呈した。70－74歳の自己負担割合については引き続き医療保険部会で議論する。

●医薬品患者負担見直しは「反対」の声

市販品を考慮した医薬品の自己負担割合の見直しについては、安部好弘委員（日本薬剤師会常務理事）が「日本の制度に取り入れるべきではない」と反発した。理由として▽患者に説明しづらく、分かりづらい体系になる▽日本の患者負担は小さくない▽安全・安価な薬剤を選択しづらくなり、かえって高額な薬剤が増え、医療費が増加する—の3点を挙げた。

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）も患者の負担増に反対した。支払い側からも特段の意見は出なかった。この問題も継続審議となる。

（10/27MEDIFAXより）

第2期計画、一体改革成案と整合性／医療費適正化で厚労省

厚生労働省は10月26日の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）に、2013年度から始まる第2期医療費適正化計画の策定に向けた基本的な考え方を示した。「社会保障・税一体改革成案」や医療計画などと整合性の取れた内容とすることや、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」での議論を踏まえて特定健診・保健指導の実施方針を盛り込む方向性を示した。厚労省は、各都道府県の意見も踏まえた上で、12年度の早い段階で第2期計画の基本方針を示したい考えだ。

08年度から開始した医療費適正化計画では、平均在院日数の縮減や、特定健診・保健指導の実施などが柱となっている。厚労省はこの日の会合に、適正化に向けた取り組みの実施状況を報告。転換が進んでいない実態を踏まえて介護療養病床の廃止を6年延期することになり、療養病床再編に関する目標を凍結し、目標数へ向けた機械的な削減を行わないことにした経緯などを説明した。

（10/27MEDIFAXより）

医師の地域偏在解消「国の関与を」／社保審・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10月27日、地域医療支援センターの医療法への位置付けについて議論し、委員から反対意見はなく方向性は筋道とまとまった。「医療法への位置付けで各都道府県が責任を持って医師の地域偏在解消に取り組むための体制整備ができる」との厚労省の説明には「都道府県への丸投げはやめ、国が直接関与すべき」との指摘もあった。

●地域医療支援センター、医療法への位置付けは

厚労省は、各都道府県の医療対策協議会で取りまとめた医師確保の方針に沿った施策の実施主体として地域医療支援センターを「医療法に位置付けることをどう考えるか」と論点を提示。邊見公雄委員（全国自治体病院協議会長）が「この10年間、偏在は解決していない。国がマッチングのようなものを考

えるべき」として、国の関与が重要だとした。

地域の医師偏在の解消に向けて中川俊男委員（日本医師会副会長）は「臨床研修をした県に残ることが非常に多い」と指摘。「臨床研修医数と全国の受け入れ募集定員数をほぼ一致させることで、偏在解消策につながるのではないか」とした。このほか委員からは「若者の専門医志向や専門医を集めないと高度医療を提供できない現状など、問題の背景を分析すべき」「若手の都市集中が要因にある。法的に、ある程度の強制力を持たせて、働く場を一定期間制限することを考えるべき」との意見が上がった。

地域医療支援センターは現在、全国15カ所で先行的に実施されている。厚労省は医療部会へ主な取り組み例（9府県）を紹介した。先行事例について中川委員は「ほとんど効果がなかったように見える。派遣する医師のいない支援センターが機能するのか」と指摘した。これに対し厚労省医政局指導課の井上誠一課長は「2011年度から始めたばかり。主要な対象である地域枠医師もこれから卒業してくる。最終的にさまざまな事業をパッケージで実施できるよう取り組んでいきたい」とした。

地域医療支援センターは、都道府県が主体となって医師の地域偏在を解消するためのコントロールタワーとして都道府県庁や大学病院、都道府県立病院に設置する。医師不足病院への医師確保支援のほか、地域枠医師や地域医療支援センターが確保した医師の地域医療に従事することへの不安解消、情報発信・コーディネートを行っていく。厚労省は12年度概算要求で10.9億円を計上。11年度からすでに先行実施している15カ所を計30カ所に拡大し、各県支援センター間のネットワークも構築していきたいとしている。（10/28MEDIFAXより）

12年度改定へ「重症化予防の視点を」／日看協、医療部会に意見書

社会保障審議会・医療部会の齋藤訓子委員（日本看護協会常任理事）は10月27日、医療部会へ「2012年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等（案）について」とした意見書を提出した。厚労省が示している改定の視点に対し「地域で継続的に療養相談や療養指導を受け、疾病の重症化・悪化予防を図る視点が必要」としている。

また、重点的に取り組む課題や具体的な次期改定の方角として厚労省が示した▽医療従事者の負担軽減▽医療と介護の役割分担の明確化▽地域での連携

体制強化の推進▽在宅医療などの充実—については「賛同するとともに、着実な推進を求める」とした。（10/28MEDIFAXより）

「在宅医療拠点」を法的位置付け／厚労省、医療法改正へ

厚生労働省は在宅医療を推進するため、在宅医療の連携拠点機能を持ち在宅患者の病状急変時への対応が可能な診療所・病院について施設基準や人員配置などの指定要件を設け、法的に位置付ける方向で検討を開始した。10月27日に省内で開いた社会保障審議会・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）で、医療法に位置付けることを提案した。2012年の通常国会に提出する医療法の改正法案に盛り込む考えで、在宅医療連携体制についての数値目標を地域の医療計画に記載することも提案した。出席委員からの目立った反対意見はなく方向性は太鼓でまとまった。

●知事承認の名称独占に

医療法で位置付ける目的について、医政局指導課の福原康之在宅医療推進室長は「都道府県知事の承認による名称独占になる」とし、都道府県は在宅医療連携の拠点となる診療所・病院の所在地や数に加え、申請・実績報告によって地域の在宅医療の実態を把握できるようになると説明した。医療法では名称独占できる医療機関として、特定機能病院（国承認）と地域医療支援病院（都道府県承認）の役割や施設要件、人員配置要件を定めている。

在宅医療連携拠点医療機関の役割として厚労省は▽連携拠点機能▽在宅患者の急変時対応が可能な在宅医療提供体制構築▽介護する家族への支援—を示した。連携拠点機能として、医療・介護関係者間の協議の場を開き、多職種連携のための人員配置・人材育成を求める。急変時対応では、複数の医師を配置し1人開業医を24時間体制でサポートすることや、災害時対応の計画策定などを求める方針だ。

厚労省は11年度の新規事業で、在宅医療連携拠点のモデル事業を全国10カ所で開始している。医師・看護師・社会福祉士・介護職など地域の多職種協働による支援体制や、医療・介護が連携した継続的・包括的な在宅医療提供体制の構築を目指している。12年度は47都道府県各2カ所（計94カ所）に拡大するため、31億円の予算を要望している。各地で地域特性に合った在宅医療が展開できるよう、さまざまなモデルの構築を進める。

医療計画で数値や連携体制の目標を記載することについても大きな反対はなかった。13年度から実施する新たな医療計画については、医政局の検討会が見直しに向けて議論を進めており、年内にも報告書を取りまとめる。（10/28MEDIFAXより）

在宅医療、2次医療圏より小さい圏域も

厚生労働省は10月31日の「医療計画の見直し等に関する検討会」（座長＝武藤正樹・国際医療福祉大学大学院教授）に、都道府県が2013年度から実施する新たな地域医療計画について、在宅医療の医療圏は急変時対応や看取りに取り組めるよう、地域の状況に応じて2次医療圏より小さな圏域を設定すべきとの論点を示した。また、新たな在宅医療の指針に「退院調整支援担当者がある施設数」などを盛り込む方向を示した。指標に基づいて設定する在宅医療体制の目標値について厚労省は、4疾病5事業に精神疾患を加えた「5疾病5事業」の目標値とともに今後の検討会で事務局案を示す考えだ。

事務局の医政局指導課在宅医療推進室は在宅医療体制の状況として▽日常の在宅医療▽肺炎などでの急変時対応▽重症救急—の対応エリアは都市・郊外・過疎地などの地域によって違うと指摘した。在宅での介護については市町村が介護保険事業計画を策定し、市町村によっては在宅医療対策協議会といった組織も設置していることなどから、医療計画の策定に当たって都道府県は市町村との連携が不可欠となる。このため、事務局は都道府県と市町村の有機的な連携が求められると説明した。

事務局は、在宅医療の医療圏設定について、症状安定時ばかりでなく、急変時対応や看取りへの取り組みができるように、地域の実情に合わせて2次医療圏か、2次医療圏よりも小さな単位で設定すべきではないかとの論点を示した。出席委員からは「急変時対応を考えれば、2次救急の医療圏に近いのではないか」「介護は市町村単位となっているが、医療は人員が限られるため、市町村よりも少し大きい方がよい」などの意見があった。

また、医療計画の策定・評価のため、2次医療圏単位の協議会を設置して都道府県と市町村の連携に役立てる方向性を示した。

在宅医療体制については7月13日の会合でも議題となり、国立長寿医療研究センターに設置した在宅医療推進会議が指針案を提出している。10月31日の会合で事務局は、この指針案に基づく指標の案とし

て、入院から在宅への移行を把握するための「退院調整支援担当者がある施設数」に加え、療養支援を把握する▽在宅医療サービスの実施診療所・病院数▽訪問看護ステーション数▽在宅患者訪問薬剤管理指導届け出薬局数▽在宅患者訪問診療実施件数▽訪問看護実施件数▽在宅患者訪問リハビリテーション指導管理件数▽看取りを把握するための「在宅看取りを行った診療所・病院数」一を示した。

（11/1MEDIFAXより）

指導大綱の運用是正、厚労省に要望／日歯

日本歯科医師会は10月21日、指導大綱の運用是正などを盛り込んだ要望書を厚生労働省に提出した。10月27日の日歯の定例会見で堀憲郎常務理事が内容を説明した。

要望書では、高点数医療機関を選定することで「明らかに指導が医療費抑制の手段になり、良質の医療提供を阻害すると危惧する」と指摘した。高点数の選定は「平均点数が高くかつ取り扱い件数の多いものを選定するとの議論であった」と認識を示し、運用の再検討を含めて是正を要望した。指導対象医療機関の選定については「選定委員会の議論と選定基準が不透明であるとの認識にある」とし、選定理由の開示、指導事後措置の決定基準の明示などを求めた。

指導の内容では、共同指導の人員体制に言及した。従前の通りに厚労省技官は1人、厚生局技官と都道府県技官は計1人とすることを求めた。診療録や提供文書記載内容について詳細に規定された通知を基に、医学的、総合的ではない指摘がなされているとし、通知文にとられすぎず「大所に立った教育的指導」を行うように要望した。共同指導、特定共同指導について、医療機関の少ない県で実施が高頻度になることにあらためて配慮することも求めた。

（10/28MEDIFAXより）

定期検査、受給者証で窓口負担ゼロ／B型肝炎特措法

厚生労働省は11月2日、衆院で審議中の「特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法案」について会見し、賠償金や関連する検査費、医療費の支払い方法、財源について説明した。

特別措置法によると、集団予防接種などに起因するB型肝炎ウイルスの感染者で除斥期間が経過した無症候性持続感染者が、慢性B型肝炎・肝がんの発

症を定期的にチェックする検査や母子感染医療を受ける際、窓口負担が発生しないよう、対象者には「特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証」を交付する。

●20年の除斥期間問題「対象者はいてもまれ」／厚労省

同特措法案をめぐっては、B型肝炎訴訟の原告団が、除斥期間の20年を境に賠償金が受け取れない被害者が出てくる可能性を指摘し、法律案の修正を求めている。厚労省は会見で、除斥期間が経過している肝がん・肝硬変罹患者および死亡については、特措法案作成の基になった原告団との基本合意書作成時も議論にはなっておらず、現在も対象となる人は分かっている範囲でいないとした上で「もしあれば新たに協議する必要がある、提訴に基づき、裁判所の下で別途検討することになる」とした。

20年の除斥期間は、民法で損害賠償請求権が認められている期間。B型肝炎訴訟では、肝がん・肝硬変および死亡については除斥期間経過後の措置が定められていない。19年前に肝硬変を発症して存命中の人は2500万円の損害賠償金を受け取れるが、発症が20年以上前の場合は損害賠償金は受け取れない。一方、慢性B型肝炎と無症候性持続感染者に関しては、基本合意書に基づく政策的対応として、除斥期間が経過していても、見舞金として一定の金額や検査費（年4回分）、医療費が給付される。

（11/4MEDIFAXより）

ホームページは広告に位置付けず／厚労省、自由診療規制はGLで

厚生労働省の「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」（座長＝長谷川敏彦・日本医科大医療管理学教室主任教授）は11月4日の会合で、医療機関のホームページの位置付けについて審議し、引き続き医療法上の「広告」とは位置付けず、厚労省主導で自由診療分野を対象としたガイドライン（GL）を作成した上で関係団体などが自主的に取り組むとの方向で意見を集約した。厚労省は、引き続き議論を進めた上で年度末に報告書を取りまとめる考え。

医療法では、ポジティブリスト（包括規定方式）で認めている広告可能事項を除いて、医療広告を禁じている。2007年3月に厚労省が示した医療広告のGL（医政局長通知）では▽患者の受診を誘引する意図（誘因性）▽医業・歯科医業の提供者名か病院・診療所名が特定できる（特定性）▽一般人が認知で

きる（認知性）一の3要件をもって医療広告として
いる。医療機関のホームページについてはこれまで、
患者が自発的にインターネットを利用して検索・閲
覧するため、誘因性がないとして情報提供や広報と
して扱われてきた。ただ、前回の会合では「ホーム
ページの認知性が高まる中で、広告ではないという
整理は難しい」「社会通念上は広告だろう」との意見
が出ていた。

事務局の医政局総務課はこの日の会合で、ホーム
ページの位置付けについて▽医療法上の広告として
規制する（案1）▽個別に3要件を当てはめる（案
2）▽「広告」とはみなさずに、新たなGLに基づ
いて関係団体などが自主規制する（案3）▽広告と
はみなさずに、景品表示法や不正競争防止法での規
制を円滑に適用できるよう、虚偽や誇大な表示など
について明確化する（案4）一の4案を示した。出
席委員の多くが案3を支持したことを受けて、事務
局は案3を基に虚偽・誇大表示の基準を明確化（案
4）し、実効性がない場合には個別に要件を見極め
て規制の可否を決める（案2）方向性を示した。

厚労省は、自由診療のホームページに最低限記載
すべき具体的な内容例として▽内容や通常必要とな
る治療内容・経費を分かりやすく記載し、リスクや
副作用などの情報も併記する▽自由診療の限定的な
成功事例・効果を強調しない一などをGLの中に盛り
込む考えを示した。また、「キャンペーン中」とい
った価格の強調や「無痛治療」「絶対安全な手術」と
いった非科学的表現、「日本一」「No.1」「最高」など
の優秀性を強調する表現などについても使用しない
よう規定する考えだ。

会合では、美容医療サービスの広告をめぐる国民
生活センターに年間746件（09年）の相談が寄せら
れていることも報告された。（11/7MEDIFAXより）

母子手帳検討会の報告書公表／厚労省

厚生労働省は11月4日、「母子健康手帳に関する検
討会」（座長＝柳澤正義・日本子ども家庭総合研究所
長）で取りまとめた報告書を公表した。報告書には、
便カラーカードの利用や予防接種記載項目の充実な
どを盛り込んだ。

報告書によると、先天性胆道閉鎖症などの疾患を
早期発見するため、便カラーカードを母子健康手帳
と一体的に利用できるようにする。

予防接種記載項目については、定期接種の記載欄
を一連の様式とし、任意記載欄を増やすなどの充実

を図る。妊娠経過の記載欄も拡充し、自由に記入で
きる欄を増やす。

2010年の乳幼児身体発育調査に基づき、乳幼児身
体発育曲線と幼児体重曲線も改訂する。

省令様式の分量が増加する場合は任意様式を簡略
化するが、最低限に必要な知識は引き続き情報提供
するとした。

今後は報告書を基に省令を改正し、12年度から各
市町村で新しい母子健康手帳を配布する予定だ。
（11/7MEDIFAXより）

後期高齢者医療、廃止先送り含む5案／厚労省、民主に提示

後期高齢者医療制度の見直しについて、厚生労働
省が民主党側に、2010年の高齢者医療制度改革会議
の取りまとめ内容も含めた5つの案を提示していた
ことが分かった。2つの案は後期高齢者医療制度を
廃止、3つの案は廃止を事実上先送りする方向性を
示している。

民主党の厚生労働部門会議幹部は改革会議の結論
に沿って廃止を目指すべきとの姿勢で、厚労省が5
つの案を提示したことに不快感を示している。小宮
山洋子厚生労働相は11月4日の会見で、5つの案に
ついて「厚労省として示したというレベルの話では
なくて、（関係者の）要求に従って議論の材料として
お渡ししたものという位置付け」と述べた。厚労省
幹部は「まだ何も決まっていない。民主党厚労部門
会議の医療・介護ワーキングチームで議論してもら
うことになるだろう」と話している。

民主党はマニフェストで後期高齢者医療制度の廃
止を掲げ、13年度から新たな高齢者医療制度を発足
させる方針を示してきた。廃止後の新制度を議論し
た厚労省の高齢者医療制度改革会議は10年12月、最
終取りまとめを発表している。

厚労省が今回提示した5つの案は以下の通り。

【案1＝改革会議の最終取りまとめ】都道府県や市
町村を財政支援した上で、75歳以上は都道府県が財
政運営する国保、または被用者保険に加入

【案2】都道府県や市町村を財政支援した上で、75
歳以上は市町村が財政運営する国保（市町村は任意
で広域連合設立）、または被用者保険に加入

【案3】都道府県が広域連合に加入するとともに、
被保険者証などに記された制度の名称を変更（例え
ば「A県高齢者医療」）

【案4】75歳未満と（75歳以上で）被保険者証を共

通化

【案5】廃止の準備段階として市町村国保の財政基盤を強化

75歳以上の高齢者は、案1・2では国保か被用者保険に加入する。案3・4・5では「独立型の高齢者医療制度」に当面加入すると厚労省は説明している。後者の場合、現在の後期高齢者医療制度の基本的枠組みは解体されない。

●後期高齢者医療廃止の場合は1兆円超／厚労省試算

厚労省は当面要する公費を次のように試算している。

【案1・2】市町村国保の赤字解消に最低5000億円＋ α 、高齢者医療分として都道府県と市町村が要求する国費4000億円程度＋ α 、廃止に伴うシステム改修経費2000億－3000億円

【案3】名称変更に伴うシステム改修経費100億円程度

【案4】被保険者証の様式変更のみでも、システム改修など多額の経費がかかる見込み

【案5】市町村国保の財政基盤強化に2200億円

厚労省は案5の2200億円について、社会保障・税一体改革に絡んで「確保済み」との認識だ。（11/8MEDIFAXより）

厚労省「看護師特定能力認証」で骨子案／「拙速過ぎる」の意見も

厚生労働省は11月7日、チーム医療推進会議の「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ（WG）」（座長＝有賀徹・昭和大医学部救急医学講座教授）に「看護師特定能力認証制度」の骨子案を示した。厚労省は次のチーム医療推進会議で骨子案と議論状況を報告し、12月初旬の社会保障審議会・医療部会に提示したい考えだ。

これまで暫定的に「特定看護師（仮称）」としてきたが、WGで名称独占や業務独占への懸念が示されていることを踏まえ、看護師特定能力認証制度とした。骨子案では特定行為（特定の医行為）を「医師・歯科医師の指示の下、臨床に係る実践的な理解力、思考力、判断力その他の能力をもって行わなければ、衛生上危害を生ずるおそれのある行為」と定義。特定行為は▽実務経験5年以上▽8カ月－2年間程度のカリキュラムを修了▽厚生労働大臣の実施する試験に合格—によって特定能力の認証を受けた看護師が一定の体制下で実施することができるとした。特定行為の範囲は省令や告示など下位法令で規定す

る。褥瘡の壊死組織のデブリードマンや脱水の判断と補正といった特定行為の具体例については、今後とも引き続き検討する。

議論では、認証の要件について秋山正子委員（ケアーズ白十字訪問看護ステーション統括所長）が「実務経験5年以上はこれまでのディスカッションでは触れられていない」と指摘した。

また、厚労省は認証制度の創設に伴う医行為の分類案も示した。▽行為・判断の難易度が著しく高く法律上「診療の補助」に含まれないことが明確な「絶対的医行為」▽行為の侵襲性が相対的に高く行為の難易度が高い「特定の医行為」▽実施者の裁量性が相対的に高く高度な判断能力を要する「特定の医行為」▽行為の難易度・判断の難易度ともに看護師一般が実施可能な「一般の医行為」—の4分類に対して、竹股喜代子委員（亀田総合病院看護部長）は「一般の医行為とは何なのか、現場は混乱している。今後の議論で詰める必要がある」と述べた。

●骨子案に委員ら「拙速過ぎる」

厚労省の骨子案に対し、複数の委員から「拙速過ぎる」との声が上がった。星北斗委員（財団法人星総合病院理事長）は冒頭で「この段階で骨子案というのは納得できるものではない」と強調。特定看護師業務試行事業の経験や実績を基にした国民的議論が必要であり、現時点でその段階には達していないと指摘した。川上純一委員（浜松医科大付属病院薬剤部長）や小松浩子委員（慶応大看護医療学部教授）も「急ぎ過ぎの感がある」との懸念を示した。

●「看護師に限らない認証制度を」

川上委員は、認証制度について「医療法の中に認証制度を位置付け、どの職種にも適用することとすれば、チーム医療に関して突破口を開くのではないか」と提案した。有賀座長も「少し考えてみる価値はあるだろう」と応じた。（11/8MEDIFAXより）

予防接種法の疾病区分、定義を議論／厚労省・厚科審部会

厚生労働省の厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会（部会長＝加藤達夫・国立成育医療研究センター理事長）は11月7日、予防接種制度見直しに向けて、予防接種法上の疾病区分などについて議論した。部会では現行の疾病区分（1類疾病、2類疾病）の定義を維持するかどうかが論点となった。

現行の疾病区分では1類疾病を「集団予防効果の高い疾病。致死率が高く社会的損失の重大な疾病」

とし、2類疾病を「個人の発病・重症化の防止」と定義している。現行の定義については、これまでの議論で国民にも分かりやすいような表現にした方がよいとの意見が上がっていた。

今後、ヒブや肺炎球菌など定期接種化が検討されている7つの疾病・ワクチンを、現行の定義を踏まえて分類するに当たって、委員からは「1類疾病の定義を維持して、1類には当てはまらないが国として有益または必要な定期接種を2類にしたらどうか」「厳密に定義を決めようと、新たな混合ワクチンが開発されたときの対応に困る」などの意見が出た。

●常設の専門家会議が必要

評価・検討組織の在り方については、厚労省が同組織の構成について案を提示した。保坂シゲリ委員（日本医師会常任理事）は「評価・検討組織だけあっても意味がない。評価・検討組織とは別に、ワクチン問題について継続的に議論し、評価・検討組織に提案できるような常設の専門家会議をつくるべきだ」と指摘した。

評価・検討組織の位置付けについては、厚生科学審議会の下に設置するかどうか今後も検討していくとした。（11/8MEDIFAXより）

中医協、一体改革2025年の絵姿へ論議開始

「社会保障・税一体改革成案」に描いた2025年の医療提供体制実現に向け、中長期的な制度改革論議が中医協総会（会長＝森田朗・東京大大学院教授）で始まった。厚生労働省は10月5日、「入院・外来・在宅医療について（総論）」と題する資料を提示。医療提供体制と診療報酬の在り方に関する「総論」という位置付けで、入院・外来・在宅医療の観点から、現状の課題と今後の方向性を整理した。厚労省の描く絵姿に対して、各側委員から異論は出なかった。中医協は次回以降、各論に入る。厚労省は、在宅医療は11月前半に、入院診療と外来診療は11月後半に、それぞれ論点整理を示す。

各側委員からは、25年の共通目標に向かって中長期的視点で医療制度改革論議を進めていくことに期待感を示す声が相次いだ。安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は「事務局がこれだけ一体的な案を出したことに敬意を表する」と切り出し、「これまでは改定のたびに、担当課長が視線を注ぐ場所が変わっていた。だが、政策は一貫性を持つべき。改定後に課長が代わっても、この議論をさらに修正しながら

進めていくべきだ」と述べ、「中医協で議論を尽くし、最終的なものが出来上がったなら、閣議決定ではないけれども、アンカー（碇）を下ろしてほしい」と要望した。改定後、中医協の議論が振り出しに戻らないよう、厚労省にクギを刺した格好だ。

続いて支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）も「安達委員の意見に賛成」と述べ、制度改正では「連続性」が重要になると強調した。白川委員は「担当課長や政権が変われば環境自体変わる。（25年の）理想像を描いても、その通りに改革が進むという確証はないが、中医協の役割は2年に1度の診療報酬の値付けだけではないと思う。そういう意味では、アンカーを打つ（閣議決定する）というのは現実的には難しいかもしれないが、その気持ちを委員一同で持ちたい。政府にも、長期的視野でどのような政策を実現していくか、イメージを持ってほしい」と述べた。

嘉山孝正委員（国立がん研究センター理事長）も「医療課長が代わってもこれを残したい。今回のものは合理的だと思う」と賛同した。

厚労省保険局の鈴木康裕医療課長は「確かに今までの改定はその時の小手先の議論だった。先を見越し、一定の共通認識の下に個別課題に取り組むことが必要だと思う」と答えた。

森田会長も「これまでは次期改定論議に集中し、残された課題は先送りされてきた。少し中長期的な展望を持ち、それを踏まえて議論していくという方向性に異論はなかった」と議論をまとめた。

（10/6MEDIFAXより）

外来管理加算、各側一步も退かず／中医協総会

厚生労働省は10月12日の中医協総会（会長＝森田朗・東京大大学院教授）に、2009年と10年の再診料と外来管理加算の算定件数が病院、診療所ともに減少しているデータ（社会医療診療行為別調査）を提示した。診療側の安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は「10年度改定論議では、5分ルールを撤廃するなどの要件見直しで、外来管理加算の算定件数は増えないと強く主張したにもかかわらず、ある程度増えるということで、再診料の71点から69点への引き下げを受け入れざるを得なかった」とし、「（今回のデータから）外来管理加算、再診料が減少している事実は重大なことで受け止めさせてもらおう」と語気を強め、次期改定では厳しく対応していく姿勢を示した。

厚労省が社会医療診療行為別調査を基に整理した

資料によると、診療所の再診料の算定件数は09年の月間6348万回から、10年は月間6134万回に減少。診療所の外来管理加算は09年の月間2778万回から月間2777万回に微減した。一方、01年当時は、診療所の再診料が月間7700万回、診療所の外来管理加算は月間6500万回だった。

●外来管理加算「意味明確でないなら統合を」／白川委員

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は、外来管理加算の算定について「00年、01年当時、第2再診料といわれた時代に比べ、09年からは本来の算定の在り方になっている」とし、外来管理加算算定回数の減少傾向は妥当なものとして評価した。その上で「患者の視点から、外来管理加算の意味付けが分からない。月間算定回数が2800万回となっていることを見ても診療所の大きな収入源であり、取り扱い慎重にすべきだが、意味付けが明確にならないならば、いずれかの項目に統合することも（次期改定で）検討していくべきだ」との考えを示した。

●地域医療貢献加算、グループ単位の仕組み必要

一方、「地域医療貢献加算」については、厚労省がデータを基に、地域医療貢献加算の創設以降、病院での休日、夜間の問い合わせや受診の変化について限定的だが一定の効果が見込まれたと説明。これを受け支払い側の白川委員、伊藤文郎委員（愛知県津島市長）らも、地域医療貢献加算の導入には一定の効果が認められると同意した。白川委員は、厚労省の都道府県別の地域医療貢献加算の届け出データから、トップの石川県が50%を超えているのに対して、低い県では10%足らずと大きなばらつきがあることを重視。適正な啓発を求めた。伊藤委員も地域全体で医療を支えるため、有限の資源の中から地域医療貢献加算を算定してもらいたいと述べた。

これに対して安達委員、鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、地域医療貢献加算の算定方式について、診療所単位の算定ではなくグループ単位での算定が可能な仕組みづくりが必要との考えを提示した。安達委員は「全国を回った際にも、すでに地域内でグループをつくって行っている実態があった」と指摘し、そうしたグループで地域医療を支えている診療所が地域医療貢献加算の算定に前向きに取り組める仕組みが必要とした。

鈴木委員も「診療所がグループを編成して地域医療貢献加算を算定できるよう要件を緩和すべきだ」と指摘。現行の体系のままでは地域医療貢献加算の

算定件数を大幅に増加させることは難しいとの考えを示した。（10/13MEDIFAXより）

機能・実績3要件で具体案／DPC評価分科会で厚労省

厚生労働省は10月14日の中医協・DPC評価分科会で、基礎係数に関する医療機関群の設定で「医師密度」「診療密度」の要件とともに、一定の機能や実績を評価する「一定以上の医師研修の実施」「高度な医療技術の実施」「重症患者に対する診療の実施」について具体的な要件を提示した。数値での評価を基本にするなど客観的評価を目指している。

「医師研修機能」は、「医師免許取得後5年目までの医師数」／「DPC算定病床数」で算出する。

「高度な医療技術の実施」は、手術1件当たりの外保連手術指数を提案。外保連試案の技術度指数で手術を重み付けし、手術1件当たりの平均技術度指数を算出する。加えて、全患者に占める全身麻酔の患者比率も要件として挙げた。

「重症患者に対する診療の実施」は複雑性指数を用いるほか、全患者に占める手術・処置等1・2の「あり」の患者比率も要件に挙げた。

10月14日の会合で厚労省は、医師密度に関する代替要件案を提示したことから、新たに提示した3要件についても代替案を提示した。

「医師研修機能」では、初期・後期臨床研修医の提案を、初期臨床研修医に変更。「高度な医療技術」では、外保連手術指数について協力医師数を加味し、一定の医師配置がなければ実施できない手術などに限定して評価を行うとした。

複雑性指数を用いる「重症患者に対する診療」は、一定の医師配置が前提となるよう補正するとした。（10/17MEDIFAXより）

地域医療指数に定量的評価を導入へ／DPC評価分科会

中医協・DPC評価分科会が10月14日開かれ、9月の分科会に引き続き機能評価係数Ⅱに関する審議を行った。機能評価係数Ⅱについては、現行の6項目のうち「効率性指数」「複雑性指数」「カバー率指数」については現行評価法を踏襲するが、「地域医療指数」「救急医療係数」「データ提出指数」については見直しを行う方向になっている。

地域医療指数では、従来の7項目（定性的な体制評価）に加えて、地域で発生する患者に対する各病

院のシェアを中心に、退院患者の調査データを活用した定量的評価の手法を導入することを了承した。山間地域やへき地で必要な医療提供機能を果たしている病院を適切に評価するのが目的。地域の単位は原則として2次医療圏とした。

委員からは、2次医療圏単位での評価に難色を示す意見も出たが、厚生労働省医政局が進めている2次医療圏に関する検討状況を勘案していくこととし、原則2次医療圏とすることでまとまった。定量的評価は、小児医療体制を成人とは別に評価する方向も了承した。

地域医療指数の従来の7項目について、これまでの議論で削除してもよいのではないかとされていた「地域がん登録」「災害時における医療」は存続する方向となった。「災害時における医療」では、DMATの評価だけでなく、災害医療拠点病院も評価されるべきとの意見も出た。

救急医療係数については、各医療機関での救急医療の診療実績をそのまま反映する「指数」とし、報酬額を直接算出する「係数」としての取り扱いを廃止するとした。ただ、指数の係数化については、最終的に中医協総会で決定する。

一方、前回の会合から引き続き議論された追加導入項目については、次期診療報酬改定では間に合わないものの、「診療情報の提供や活用など、診療の透明化や改善の努力の評価」「専門病院の評価」は今後検討していくことにした。カバー率の評価で不利になるような専門病院に配慮するため、カバー率の評価基準を再検討することになった。
(10/17MEDIFAXより)

先進・高度医療、10年度実績132億円／中医協総会

厚生労働省は10月19日、中医協総会に2010年度の先進医療の実績報告を提示した。09年7月1日から10年6月30日までの1年間の先進医療・高度医療の総金額は約131億9000万円で、うち保険外併用療養費として保険給付されたのは約54億1000万円、患者の自己負担は約77億8000万円。10年6月30日現在で先進医療・高度医療は110種類、実施医療機関数は488施設、患者数は9775人だった。

内訳を見ると先進医療については、総金額は約117億8000万円で、うち保険外併用療養費として保険給付されたのは約43億7000万円、患者の自己負担は約74億1000万円。10年6月30日現在で先進医療は87種

類、実施医療機関数は466施設、患者数は7913人。

高度医療は、総金額は約14億1000万円で、うち保険外併用療養費として保険給付されたのは約10億4000万円、患者の自己負担は約3億7000万円。10年6月30日現在の高度医療は23種類、実施医療機関数は72施設、患者数は1862人となっている。

厚労省は過去5年間の実績も報告。患者数、総金額などで経年的変動が見られるとし、診療報酬改定時に先進医療から保険導入されていることなどが変動要因の一つとした。(10/20MEDIFAXより)

中医協総会、被災地支援は補助金で／診療報酬は有効でない

中医協総会は10月21日、災害医療への対応策を審議し、東日本大震災で被災した医療機関への支援は診療報酬上の加算ではなく、政府の補助金で対応する方向で一致した。原子力発電所事故の影響で患者が減れば、加算を付けても算定できず、有効な対応策にならないというのが主な理由。ただ、西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は、補助金の用途が限られており使いづらい点を指摘し「現場で医療活動を継続できるよう柔軟に対応してほしい」と厚生労働省に注文した。

嘉山孝正委員（国立がん研究センター理事長）は、被災者健康支援連絡協議会から被災地に医師を派遣している状況を説明した上で「医師の派遣費用が一番の問題」と指摘。さらに「厚労省からは資金を工面すると聞かされているものの、被災現場には資金も情報も届いていない」と問題視し、早急に対応するよう厚労省に求めた。こうした議論を踏まえて森田朗会長は「中医協というよりも（補正予算を要求している）医政局で対応すべき問題」とまとめた。

さらに嘉山委員は、災害医療では通信機能が重要になるため、具体的な対応策を決めて日常的に訓練しておくべきだと指摘。医政局指導課の井上誠一課長は「災害拠点病院にインターネット接続できる環境を整えるため、予算14億円を要求中」と説明した。
(10/24MEDIFAXより)

中医協・介護給付費分科会の打ち合わせ会委員名簿

【中医協】森田朗会長（公益・東京大大学院法学政治学研究科教授）▽安達秀樹委員（診療側・京都府医師会副会長）▽伊藤文郎委員（支払い側・愛知県津島市長）▽白川修二委員（支払い側・健保連専務

理事）▽西澤寛俊委員（診療側・全日本病院協会会長）

【介護給付費分科会】大森彌分科会長（東京大名誉教授）▽池田省三委員（地域ケア政策ネットワーク研究主幹）▽田中滋委員（慶応大大学院教授）▽村川浩一委員（日本社会事業大教授）
（10/24MEDIFAXより）

地域連携「ハブ化構想」で意見書／打ち合わせ会で診療側

中医協（会長＝森田朗・東京大大学院教授）と社会保障審議会・介護給付費分科会（分科会長＝大森彌・東京大名誉教授）の打ち合わせ会が10月21日開かれ、2012年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けた医療と介護の機能分化や在宅医療・介護をめぐる方向性について、両会からそれぞれ選抜された計7委員が議論した。打ち合わせ会は、中医協診療側委員からの提案で実現したもので、この日は診療側委員の総意として、地域医療連携の「ハブ化構想」を盛り込んだ「医療と介護の連携議論に必要な視点について」と題する意見書を提出した。

中医協診療側の西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）の説明によると、医療と介護連携のシステム構築の推進に向けて「地域全体の医療と介護のコーディネーター役を担う地域連携拠点（ハブ）を一定の圏域ごとに設置することが不可欠で、医療と介護に関わる人、モノ、組織、情報を包括的にコーディネートする役割が重要だ」とした。

また、「施設間単位での単線型機能連携から地域単位でのネットワーク型機能連携への転換を進める上でも、地域特性を踏まえた形で、多職種・多施設間での連携を地域の中でシステム化していくことが必要」と指摘。「しかし、現行の診療報酬体系では、基本的に個々の医療行為に点数を設定しているため、連携拠点を核にした地域における包括的ネットワークを評価する構造になっていない」と問題提起した。

次期同時改定に向けて中医協と介護給付費分科会では、「利用者の生活自立」を支える医療・介護包括的ネットワークのシステム化、連携ネットワーク構築への評価、という視点も持ちながら議論していくことが必要だと提言した。

診療側の意見書を受け、介護給付費分科会の田中滋委員（慶応大大学院教授）ら出席委員からは、おおむね賛同する声が挙がる一方で、介護給付費分科会の池田省三委員（地域ケア政策ネットワーク研究主幹）は「賛同できるが、地域連携拠点・ハブの責

任所在はどうか。コーディネーター役の人材をどこに求めるのか。ケアマネジャーが望ましいのだろうが、医療との連携などうまく進んでいない」と質問した。

これに対して、中医協診療側の安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は「ハブは、地方自治体が核となってつくっていくべきだろう」とし、京都府で動き出した地域医療包括ケアシステムについて解説した。その中で「コーディネーター役をケアマネジャーとするかどうか議論したが、当面は府職員が個別事例に対応しながら、ハブ化への第一歩が進み出した」と述べた。

中医協支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）も、診療側の意見書は一つの理想型として一定の評価をしながらも、理想と現実のギャップをどう埋めていくか、長期の工程表を作成していくことが必要とした。

また白川委員は、医療と介護のシームレスなサービスの重要性を指摘した上で、厳しい財政面から費用対効果を考慮した効率のよいサービスの提供を検討していく必要があるとも指摘した。西澤委員は「医療と介護の連携はまだまだだが、こうした議論を両会で議論することが必要だ。今後、システムづくりを進めていく」と述べた。（10/24MEDIFAXより）

訪問・リハ・認知症などで共通認識／同時改定へ打ち合わせ会

2012年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて中医協委員と社会保障審議会・介護給付費分科会委員が意見を交わす「打ち合わせ会」では、医療と介護の連携をめぐり、訪問看護やリハビリテーションの重要性、認知症への対応拡充の必要性などが共通認識として浮かび上がった。

厚労省は打ち合わせ会に、医療・介護で共通の論点として▽入・退院時での医療機関と介護サービス事業者との連携促進▽介護療養病床から介護療養型老人保健施設などへの転換促進▽介護施設での医療提供の在り方▽訪問看護・リハビリなど要介護者らの在宅生活での医療提供▽看取りへの対応▽認知症への対応—の6項目を挙げた。

中医協診療側の西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「訪問看護とリハビリは（医療・介護）連携の上で一番大きな役割」と強調し、医療・介護の両面で評価を拡充する必要性を指摘。介護給付費分科会の大森彌分科会長（東京大名誉教授）も「（医療・介護

連携で）致命的に重要なのは看護師」と述べた上で、医師や看護師、介護職員など各職種が互いの機能を尊重しながら、多職種協働でサービス提供に取り組む必要性を強調した。「介護保険の最大の弱点は、認知症の高齢者に対するサービス」との問題意識も示し、医療と介護の緊密な連携の下、認知症対策を進めていく必要性を強調した。

介護給付費分科会の池田省三委員（地域ケア政策ネットワーク研究主幹）は、胃瘻をめぐる現状に問題意識を示し「（医療側で）本来、経口摂取ができる人にも作ってしまい、それを介護が受け取ることで大変な負担になってしまう」と指摘。同時改定で問題解決に向けた方策を導き出すことに期待感を示した。西澤委員も「胃瘻のことは私たちも問題視している」と述べた。

介護療養病床の廃止を含む療養病床再編めぐっては、中医協支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）が、保険者からも転換支援金を拠出し支援している現状に触れ「ぜひとも前に進めてほしい」と求めた。一方、中医協診療側の安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は、介護施設などへの転換が進まない要因として、医療機関が政策への不信感から先を見通せない状況にあるとし「同時改定を機に長期的な見通しのたつ方策を具体的な形で出していくべき」と指摘。池田委員は、病床数に地域格差があることが転換が進まない理由の一つにあるとし「地域に着目した計画をきちんと実施しないと、転換はなかなか進まない」と述べた。

打ち合わせ会の内容は、中医協と介護給付費分科会に報告する。（10/24MEDIFAXより）

糖尿病の「多職種重点外来」、大筋了承／次期改定で中医協総会

厚生労働省は10月26日の中医協総会に、2012年度診療報酬改定で、糖尿病患者に対する医師や看護師、保健師などによる外来での重点的な医学管理を評価する方向性を示し、大筋で了承された。

厚労省は、多職種が連携して糖尿病患者に対する重点的な医学管理を行うことにより、投薬量の維持や減少、運動・食事・節酒の改善傾向が高くなったとする調査研究事業（市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会ワーキンググループ報告書）の結果や、国内の病院で医師、看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士が協議して各症例に対する「生活習慣病改善プログラム」を実施した

ところ、食生活や運動習慣の改善などに効果があったとする事例を紹介し、糖尿病患者に対する外来での重点的な支援に対する評価を論点に挙げた。

邊見公雄委員（全国公私病院連盟副会長）は「糖尿病患者に対して、透析に移行する前に、最初のところで手を打つ。医療費の低下も図れるだろう」と述べ、厚労省の提案を評価した。

糖尿病患者は増加傾向にあり、厚労省によると07年段階で「糖尿病が強く疑われる人」「糖尿病の可能性が否定できない人」は合計で2210万人。患者1人当たりの年間医療費は数百万円になることから、日本全体で2兆円規模の医療費がかかっている。また、糖尿病性腎症を原疾患とする透析患者も10年には透析導入者全体の43.5%となった。

（10/27MEDIFAXより）

中医協新委員に万代氏／診療側5人再任

3期6年の任期満了で中医協の診療側委員を退任した邊見公雄氏（全国公私病院連盟副会長）の後任委員は、日本病院会常任理事の万代恭嗣氏（社会保険中央総合病院院長）に決まった。小宮山洋子厚生労働相は10月28日の閣議後の会見で、総合的に判断した上で10月27日付で任命したと述べた。

これを受け厚生労働省保険局医療課の鈴木康裕課長は取材に対して、他の任期満了を迎えた診療側委員について再任の手続きを進めているとした。10月26日に1期2年の任期が満了となった安達秀樹氏（京都府医師会副会長）、嘉山孝正氏（国立がん研究センター理事長）、鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）、三浦洋嗣氏（日本薬剤師会常務理事）、2期4年満了の西澤寛俊氏（全日本病院協会会長）の5委員は再任となる。11月2日の次回中医協から新メンバーを加えての改定論議が始まる。

鈴木課長は「中医協の議論は透明性が求められ、事務局もエビデンスに基づく議論ができるようなトライをしている。中医協委員はそれぞれの立場もあるだろうが、公平な視点での議論をお願いしたい」と述べた。（10/31MEDIFAXより）

調剤ポイント原則禁止、療養担当規則を4月に改正／中医協

厚生労働省は11月2日の中医協総会に、薬局などが保険調剤の一部負担金の支払いに応じて付与し商品購入などに利用できる「調剤ポイント」について、療養担当規則を改正して原則禁止する案を示し了承

された。2012年4月1日に施行する。ただ、クレジットカードや電子マネーの支払いで発生するポイントについては、カード利用はもともと患者の利便性向上が目的であることから、今後も容認する。

調剤ポイントは、一部の調剤併設型ドラッグストアや調剤薬局が導入。厚労省は11年1月、患者による保険薬局等の選択はポイントの提供など経済的付加価値ではなく、薬剤師が調剤、薬学的管理、服薬指導の質を高めることなどによって行われるべきと事実上の自粛を求める通知を出したが、その後もポイントサービスが継続。10月の中医協総会で診療側の三浦洋嗣委員（日本薬剤師会常務理事）が何らかの対応を求めている。

総会で厚労省は、▽調剤料や薬価は中医協での議論を経て公定されており、ポイントのような付加価値を薬局が独自に付与することは医療保険制度上ふさわしくない▽患者による薬局の選択は調剤、薬学的管理、服薬指導の質で行われるべきで、適切な健康保険事業の運営の観点からポイントの提供などによるべきではない—との対応方針を提示。医療機関についても同様との考えを示した。

その上で具体的な対応策として、専らポイントの付与や還元を目的としたポイントカードについては、原則ポイントの付与を認めないことを提案し了承された。薬局が独自に発行する専用のポイントカードのほか、ポイント專業会社が発行し提携会社で商品購入などに使える共通ポイントカードも認めない。（11/7MEDIFAXより）

医療機関群3分類に、医師密度は「除外」／DPC分科会が推奨案

中医協・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11月7日、基礎係数設定のための医療機関群の設定について、医療現場からの懸念が強かった「医師密度」を具体的要件から除外することを了承した。さらに、医療機関群は「大学病院本院群」「高診療密度病院群」「その他の急性期病院群」の3分類を分科会の推奨案として、近く中医協総会に報告する方針を決めた。

厚労省は、この日の分科会に「医師密度要件の設定に伴う医師獲得競争惹起の懸念に配慮する」として「医師密度」を要件から除外することを提案。ただ、医師配置を前提とせず「診療密度」だけを要件とした場合、単なる濃厚診療と区別できなくなるた

め、「医師研修機能」「高度医療機能」「重症者診療機能」の“実績3要件”のうち高度医療機能と重症者機能の2要件に、医師配置が適切に反映する要件を盛り込んだ修正案を提示した。これまでの議論では実績3要件は「いずれか」を満たせばよいとしていたが、「全て満たす」ことも提案した。これらの提案に反対意見はなく了承された。

その上で厚労省は、医療機関群の分類について「大学病院本院群＋高診療密度病院群＋その他の急性期病院群」の3分割案＝A案、「大学病院本院と高診療密度病院群＋その他」の2分割案＝B案、「大学病院本院＋その他」の2分割案＝C案の合計3案を提示した。

小山分科会長は、A案の支持が多数を占めたことから、分科会としてはA案を推奨案として中医協総会で報告したいとまとめた。（11/8MEDIFAXより）

混合診療解禁、議論の可能性「排除されない」／外務省

外務省は11月7日、民主党の経済連携プロジェクトチーム（PT、座長＝鉢呂吉雄・前経済産業相）で、混合診療の全面解禁が環太平洋連携協定（TPP）交渉で議論される可能性について「排除されない」との見方を示した。

外務省がPTに提出した資料によると、日米の投資環境の改善に言及した2006年の日米投資イニシアティブ報告書の中で、米国が混合診療の導入に関心を示していたと指摘。「それ以降は（米国から）特段の関心が表明されていない」とする一方、「混合診療の全面解禁が議論される可能性は排除されない」とした。

政府はこれまで「混合診療の解禁は議論の対象になっていない」「仮に協定交渉で公的医療保険に関連する事項が議論される場合は、政府として国民皆保険制度を維持し、必要な医療を確保する姿勢は変わらない」とする姿勢を示していた。

（11/8MEDIFAXより）

新潟県議会、定額負担反対の意見書可決／4師会の要望で

新潟県議会は10月14日、受診時定額負担の導入に反対する意見書を全会一致で可決した。新潟県医師会（渡部透会長）など4師会は9月29日に導入反対の要望書を自民党県連に提出していた。県議会の意見書は野田佳彦首相や小宮山洋子厚生労働相に送付

した。

受診時定額負担の導入に反対する要望書は新潟県医のほか、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会が連名で提出した。（10/20MEDIFAXより）

処遇改善交付金は全額国庫負担で／保団連が要望書

保団連は10月27日、公費負担拡大で介護保険制度を改善することなどを求める要望書を公表した。宛先は小宮山洋子厚生労働相や、民主党「社会保障と税の一体改革調査会」の細川律夫会長ら。

要望書では、厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会で「介護職員処遇改善交付金」を介護報酬に組み込むことなどが狙上に載っているとし「自公政権が創設した同交付金の考え方（被保険者や利用者、地方負担によらず国が責任を持って処遇改善を行う）からも大きく後退する」と主張。その上で▽同交付金は全額を国庫負担で実施し、対象範囲と支給金額を引き上げ介護労働者の賃金を4万円引き上げる▽介護保険に対する国庫負担割合を引き上げ、利用料や保険料の負担拡大を行わない—などを求めている。（10/28MEDIFAXより）

介護保険編

必要財源は介護報酬0.6％／地域区分見直し

厚生労働省は10月7日の社会保障審議会・介護給付費分科会に、次期介護報酬改定で「地域区分」を現行の5区分から7区分へ見直す際、地域区分ごとの上乗せに必要な財源は介護報酬0.6％分に相当するとの試算結果を提示した。

財政中立の考え方で試算したため、介護報酬が全体として0.6％引き下がり、上乗せ割合のない地域区分「その他」ではそのまま0.6％のマイナスになるが、実際には処遇改善交付金分を介護報酬内に組み込むのかどうかや、年末までの予算折衝で改定率が何％になるかによって影響の度合いは変化する。

●1単位10円の単価「手を入れるべきでない」

地域区分の見直しに必要な介護報酬0.6％分の財源について、委員からは「1単位10円の単価を9.94円にして捻出するようなことはすべきではない」とする意見が相次ぎ、大勢を占めた。介護報酬0.6％分

に相当する財源が必要との試算は介護報酬全体への影響を示した参考値であり、次期介護報酬改定に伴う全体の調整の中で見直しを行うため、大きな問題は起こらないとの意見もあった。

池田省三委員（地域ケア政策ネットワーク研究主幹）は厚労省に対し、処遇改善交付金を介護報酬内に組み込むことの是非も含め、次期改定に関する今後の調整全体で賄うとの趣旨でよいかと確認。老健局の宇都宮啓老人保健課長は「そういうことはあり得ると思う」と述べた。

大森彌分科会長は『「その他」＝10円は基本的に変えないで、全体の動きがあればそれも踏まえる方向性はある』と述べ、「介護報酬0.6％分」の試算はあくまで参考値の提示であるとした。

●経過措置設け、追加の検討も

厚労省は10月7日の会合に、地域区分の見直しに伴う経過措置として、2区分以上変動する市町村は2012-14年度の3年間は1区分の移動に抑えることを提案した。委員から特に異論はなかったが、経過措置3年以降の措置はどうするのかとの意見や、区分だけでなく上乗せ割合についても何らかの措置が必要との意見が上がった。厚労省は今回の提案はあくまで最終形に向けた現段階の経過措置であるとして、3年後さらに経過措置を設けるかどうかなどについては今後の検討課題とした。

（10/11MEDIFAXより）

「処遇改善加算」の創設を提案／厚労省、交付金後の対応で

厚生労働省は10月17日の社会保障審議会・介護給付費分科会（分科会長＝大森彌・東京大名誉教授）に、2012年度介護報酬改定で「処遇改善加算（仮称）」を創設することを提案した。現行の「介護職員処遇改善交付金」を介護報酬に組み込む場合、確実に介護職員の処遇改善につながるよう担保するための方策。ただ、賃金の支払い方法に言及する算定要件などを提案したため、委員からは、労使間への国の過剰な介入になると懸念を示す声も上がった。

厚労省は、算定要件として、現在、交付金を受け取っている事業所については11年度末の賃金額を下回らない給与を支給（12年度当初の職員構成を基準として、同じ職員構成で比較した場合）することを提案。現在は交付金を申請していない事業所についても、報酬改定前の賃金と比べて加算額相当分以上に賃金額が上回ることを算定要件とするとした。

加算を算定した場合、本給で支給する割合を一定以上と定めることも提案。加算額については「介護報酬単位×加算率（交付金の加算率を引用）×単価（地域差）」で算出するとした。厚労省は、加算について「基本的には現行の処遇改善交付金の考え方を踏襲するような方法を提案している」と説明した。（10/18MEDIFAXより）

訪看と訪介、時間区分で見直し案／介護給付費分科会で厚労省

厚生労働省は10月17日の社会保障審議会・介護給付費分科会に、2012年度の介護報酬改定に向けた見直しとして、訪問看護と訪問介護で短時間のサービス提供が可能となるような時間区分の導入を提案した。サービス提供時間の実態を踏まえた給付の適正化と、利用者のニーズや状態に合わせた対応が主な狙いだ。

●日中20分未満の訪看を可能に

訪問看護の提供時間については▽20分未満の訪問を現在の「夜間」「深夜」「早朝」に加え「日中」でも算定可能とする▽長時間より短時間訪問の評価を高める▽訪問看護ステーションの理学療法士が行う訪問看護に「20分以上」「40分以上」「60分以上」の新区分を創設する一を提案した。

齋藤訓子委員（日本看護協会常任理事）は厚労省案に賛意を示し、日中に行う20分未満の訪問も算定できるようにする見直しについて、活用に期待感を示した。簡単な医療措置の繰り返しのためだけに利用される可能性については「20分以上の訪問看護がある程度入っている利用者に限って算定できるなど、一定の要件は必要」と述べた。

訪問看護についてはこのほか▽退院直後から訪問看護を円滑に利用できるよう医療機関や施設と共同して訪問看護計画を策定する「退院時共同指導加算（案）」の新設▽ターミナルケア加算の要件見直し▽新規の訪問看護計画書と初回訪問を評価する「初回加算」の新設▽「特別管理加算」と医療保険の「重症者管理加算」との整合性を図る一などの見直しを提案した。

●訪介の生活援助「45分区切り」を提案

大きく分けて「身体介護」と「生活援助」に分けられる訪問介護については、生活援助の時間区分を現行の「60分未満」と「60分以上」から、「45分未満」と「45分以上」に見直し案を示した。厚労省は45分を区切りとする根拠について、11年度厚生労働

省老人保健健康増進等事業として実施した「訪問サービスにおける提供体制に関する調査」などの結果、掃除や洗濯などの生活援助サービスは2行為の組み合わせで30～40分程度、3行為以上の組み合わせでは60分を超えることが多かったことから、サービス準備時間6分程度を含めた45分が適当と説明した。

訪問介護ではこのほか、訪問介護計画書の作成する「サービス提供責任者」について▽任用要件のうち「3年以上の実務経験を有するヘルパー2級」を段階的に廃止する（12年度は基本単位10%減）▽サービス提供時間に応じた配置基準を利用者数に応じた配置へと見直す一などを提案したほか、リハビリテーション専門職とサービス提供責任者が定期的に同行訪問して行うアセスメント・モニタリングなどを基に訪問介護計画書を策定する連携体制を新たに評価することなども提案した。

（10/18MEDIFAXより）

短期入所療養介護で見直し案／厚労省

厚生労働省は10月17日の社会保障審議会・介護給付費分科会に、2012年度介護報酬改定で短期入所療養介護の評価を見直すことを提案した。医療の必要性の高い利用者や、緊急的な受け入れの促進を図る。

現在、病院や診療所での短期入所療養介護については、医療の必要性の高い利用者を受け入れた場合に「重度療養管理」を算定することができる。厚労省は、介護老人保健施設での短期入所療養介護についても、医療の必要性の高い利用者を受け入れた場合に対する評価の導入を提案した。

このほか、他の短期入所療養介護事業所と連携して緊急利用者を受け入れた場合を評価する「緊急短期入所ネットワーク加算」について「緊急的な受け入れに対して効果が見られない」として廃止し、新たな評価を創設することも提案した。居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者を受け入れた場合に対する評価で、1人1月当たり7日程度を支給限度とすることや、緊急の受け入れに当たっては▽すでに受けている予約を調整してベッドを確保する▽ベッドの調整がつかない場合は紹介可能な連携事業所をあらかじめ確保しておくこと一を要件に挙げた。

居宅療養管理指導に関する見直しにも言及。医師らによる居宅療養管理指導について、介護支援専門員らへの情報提供を必須とすることなどを提案した。（10/18MEDIFAXより）

厳しさにじむ「交付金後の財源」／処遇改善で介護保険部会

10月13日の社会保障審議会・介護保険部会では、2012年度以降の介護職員処遇改善交付金の扱いをめぐり委員から多数の意見が上がった。交付金を介護報酬に組み込むことについては賛意を示す声が目立ったが、その財源をどのように考えるかについては、見解が分かれた。

厚生労働省によると、交付金を第5期介護保険事業計画期間（12～14年度）でも継続する場合、必要な費用は約6000億円（単年度換算約1900億円）。ただ、厚労省は「12年度概算要求で要求することは概算要求枠に収まらず不可能」としており、大規模な震災復興対策が必要な状況下で「このような予算措置を講ずることは現実的かどうか」と指摘している。

一方、交付金相当分を介護報酬に上乘せる場合はプラス2%改定に相当し、国と地方でそれぞれ公費財源約500億円を確保する必要があるという。厚労省は、11年介護事業経営実態調査の結果から、介護事業者の経営状況が全般的に改善しているとみており、10月13日の同部会に「介護職員の処遇改善に関しても、事業者の自主的な努力が求められるのでは」と提起した。（10/14MEDIFAXより）

認定介護福祉士の検討状況を公表／日本介護福祉士会

日本介護福祉士会（石橋真二会長）は10月13日、同会ホームページに認定介護福祉士（仮称）に関する検討状況を公表した。内容は、8月に開いた「第1回認定介護福祉士の在り方に関する検討会」に関する資料や議事録など。同検討会は、認定介護福祉士に求められる知識や技能、養成カリキュラム、制度スキームなどを議論する会合を計5回程度開き、3月までに中間報告をまとめる予定だ。

日本介護福祉士会は、厚生労働省の「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」が1月にまとめた報告書などにに基づき、途中経過の公表義務がない厚労省の2011年度老人保健事業推進費等補助金事業として認定介護福祉士の在り方を検討する事業を受託したが、介護業界全体に関係するテーマであり注目度も高いことなどから、厚労省と協議し、関係資料等の公表を決めた。

日本介護福祉士会によると、今後も検討委員会自体は非公開で進めるが、会合終了後はすみやかに当日の資料や議事録を同会ホームページに公表する。

公表された情報は▽同研究事業の概要▽検討委員会構成員名簿▽第1回会合の議事録・資料—など。（10/14MEDIFAXより）

訪問リハビリの見直しなど提案／社保審・介護給付費分科会

厚生労働省は10月31日の社会保障審議会・介護給付費分科会（分科会長＝大森彌・東京大名誉教授）に、2012年度介護報酬改定で介護保険が適用となるリハビリテーションの基準や報酬体系を見直すことを提案した。現場の実態を踏まえ、より柔軟に訪問リハビリや個別リハビリが行えるよう要件の見直しなどを盛り込んだ。

現行の仕組みでは、利用者の主治医が訪問リハビリを提供できない場合に情報提供を受けて訪問リハビリ指示を出す医師は、利用者を毎月診察する必要がある。厚労省は、訪問リハビリ指示を出す医師の診察頻度について、利用者の状態像に合わせて3カ月ごとでも可能とする見直しを提案。介護老人保健施設が行う訪問リハビリについても同様の要件とし、継続的な実施を可能とする。訪問リハビリの地域差軽減に向けて「サテライト型訪問リハビリ事業所」の創設も提案。介護予防訪問リハビリについても、同様の見直しを行うとした。

通所リハビリについては、医療保険からの円滑な移行を進めるため個別リハビリに着目した評価への見直しを提案。具体的には「リハビリテーションマネジメント加算」で現在は「月8回以上」としている利用頻度の算定要件を、「月4回以上」に見直すとともに、新規利用者全員に対し、利用開始後1月までの間に居宅を訪問して生活状況を確認した上でリハビリ計画を策定することを要件に加えるとした。サービス提供時間によって個別リハビリに対する評価方法が異なるなど、複雑な報酬体系になっている点も改め、同一の取り扱いとすることも盛り込んだ。通所リハビリと通所介護などについて、事業所と同一建物に住む利用者にサービスを提供する場合は送迎に手間がかからないことを踏まえ、報酬の適正化も提案した。

介護予防通所介護と介護予防通所リハビリについては、生活機能向上につながるサービスを効果的に提供できるよう、運動機能向上サービスと栄養改善サービス、口腔機能向上サービスの「選択的サービス」のうち、複数のプログラムを組み合わせて実施する場合に対する評価の創設などを提案した。

委員からは、訪問リハビリ指示を出す医師の診察頻度の見直しについて「状態の変化がある場合は頻度をもう少し短く設定することと、その際には必ずかかりつけ医に情報提供してもらうことを義務付けてほしい」（三上裕司委員・日本医師会常任理事）との意見や、通所介護と通所リハビリの区分が不明確とし「通所系サービスは、家族のレスパイト機能を包括した機能と、クラブデイやリハビリ、ナーシングデイ的な機能などの2階建てにすると分かりやすくなる」（池田省三・地域ケア政策ネットワーク研究主幹）などの声が上がった。（11/1MEDIFAXより）

在宅と施設、整合性検討を／厚労省、要介護1－2の負担と給付で

厚生労働省は10月31日の社会保障審議会・介護保険部会に、新たな論点として『「施設の重点化」の観点からの検討』と題した資料を示した。要介護度1－2の利用者は、出来高払いの在宅に比べ、包括報酬となっている施設入所の方が低い利用料で多くのサービスを利用できる状況にあることから、在宅と施設での負担と給付について整合性を図る必要性などを介護保険部会で検討するよう求めた。

厚労省はこのほか、新たな論点として1号保険料へのさらなる低所得者対策についても検討を求めたが、10月31日の会合では委員から、在宅と施設の整合性や低所得者対策に関する具体的な意見は上がらなかった。

●施設での「プラスα」のサービスとは

在宅と施設の整合性について厚労省老健局介護保険計画課の度山徹課長は、会合後記者団に対し「重点化の観点から何が考えられるか議論してもらいたい」とした上で、「バランス上は1割じゃなく、プラスα（の利用者負担）だろう」と述べ、施設にも一定のサービス量を設定し、それを超えた分は包括払いとは別に利用者が負担することも検討すべきとの考えを示した。

現在、在宅では要介護度別に定められている支給限度額を超えるサービスは利用者の全額自己負担で供給される。一方、要介護度別に1割自己負担の包括報酬が設定されている施設では、在宅で単価が設定されているようなサービスをどれだけ使っても利用者負担には跳ね返らない。厚労省はこの点に関して2011年3月審査分の介護給付費実態調査結果を示し、要介護度1－2の施設入所者は1割自己負担のまま在宅の支給限度額を上回るサービスを利用でき

ている実態を指摘した。

●第5期中の総報酬割、不可能ではない

10月31日の会合から、介護2号保険料への総報酬割導入の是非を中心に、改正介護保険法の方針などについて同部会が10年、取りまとめた意見書に両論併記した項目について、議論を再開した。総報酬割に関しては、結城康博委員（淑徳大総合福祉学部准教授）が12年4月から3年間の介護保険事業計画第5期中から導入することはテクニック上可能かどうか厚労省に確認。度山課長は、法律に規定する項目次第では可能とした一方、「大きな変化であれば第6期からということになる」と述べた。

総報酬割導入の是非に関しては、10年同様、連合、経団連が強い反対意見を表明し、健保連は国庫負担を削減する財源目当ての導入であれば納得できないとした。（11/1MEDIFAXより）

調査・データ編

医療給付費30兆円台に突入／09年度社会保障給付費

2009年度の社会保障給付費のうち、医療部門の給付費額は、前年度比4.2%増の30兆8447億円だったことが10月28日、国立社会保障・人口問題研究所のまとめで分かった。同研究所は、09年度は診療報酬改定がなかったことなどが影響したとした。

社会保障給付費の総額は99兆8507億円（前年度比6.1%増）で過去最高を記録した。近年の伸び率はおおむね1－2%台で推移していたが、6%増を超えたのは1995年の7.0%増以来14年ぶりの高水準となった。年金受給者や介護保険受給者が増加したことや、介護報酬改定のプラス3%が影響したとしている。

国民の負担率を示す社会保障給付費の対国民所得比は対前年度比2.70ポイント増の29.44%で過去最大を記録した。国民所得に占める医療部門の割合は9.09%（前年度比0.68ポイント増）だった。

部門別の他の給付費では「年金」部門が51兆7246億円（前年度比4.4%増）、「福祉その他」が17兆2814億円（同15.8%増）だった。社会保障給付費総額に占める割合は「年金」が51.8%（同0.9ポイント減）、「医療」が30.9%（同0.6ポイント減）、「福祉その他」が

17.3%（同1.4ポイント増）となった。

高齢者医療給付費や老人福祉サービス給付費などを合わせた「高齢者関係給付費」は68兆6422億円（同5.0%増）で、給付費総額の68.7%を占めた。

社会保障財源は121兆8326億円で、前年度に比べて20.0%増加した。項目別に見ると、「社会保険料」が3.5%減少したが、「資産収入」が大幅に増加したため、社会保障財源の増加につながった。

（10/31MEDIFAXより）

夫婦の出生子ども数平均、2人を下回る／10年出生動向基本調査

国立社会保障・人口問題研究所は10月21日、第14回出生動向基本調査（結婚と出産に関する全国調査）の結果を発表した。夫婦の最終的な出生子ども数の平均値（完結出生児数）は1.96人で、調査開始以来、初めて2人を下回った。

調査は同研究所が2010年6月、全国の妻の年齢が50歳未満の夫婦を対象に実施。有効回答数7847件（有効回答率86.7%）のうち、初婚同士の夫婦6705組について集計した。調査は第2回（1952年）以降、5年ごとに実施している。

夫婦の完結出生児数は、1972年の第6回調査で2.20人となった後、30年間にわたって同水準を維持してきたが、2005年の前回調査で2.09人に減少。今回の調査では1.96人となり、初めて2人を下回った。

平均出生子ども数を結婚期間別に見ると、結婚後0～4年の子どもの数は0.71人（前回0.80人）、5～9年は1.60人（同1.63人）、10～14年は1.88人（同1.98人）で、どの期間でも前回より減少した。

不妊の心配をしたことがある夫婦の割合は31.1%で前回の25.8%から5.3ポイント増加した。子どものいない夫婦では52.2%が不妊の心配をしていた。実際に不妊検査や治療を受けたことがある夫婦は全体で16.4%、子どものいない夫婦では28.6%だった。

（10/24MEDIFAXより）

病院・診療所とも改善傾向、精神科病院はマイナス／医療経済実調

厚生労働省は11月2日の中医協調査実施小委員会に、第18回医療経済実態調査の結果を報告した。直近2事業年度の損益差額（医業・介護収益から費用を差し引いたもの）を見ると、一般病院（介護収益2%未満）では医療法人、国立、公立病院などの収支が全般的に改善している傾向が見られた。ただ、

精神科病院は収支が悪化していた。

医業・介護収益に占める損益差額の割合（構成比率）を見ると、前々年度から前年度にかけて、医療法人の構成比率は3.4%から5.0%に改善した。国立病院は2.0%から5.2%に、公立病院はマイナス13.1%からマイナス10.0%に赤字幅が減少した。一般病院全体で見た場合には、マイナス2.5%からマイナス0.1%に赤字が改善した。

ただ、精神科病院については構成比率がマイナス0.1%からマイナス0.3%に悪化した。精神科病院では医業・介護費用が1.5%増加しているため、収支に悪影響を及ぼしたと見られる。

一方、一般診療所を見ると、個人立、医療法人ともに損益差額の構成比率は全般的にプラス基調となり、経営状況が好転している傾向がうかがえた。一般診療所全体で見た場合の構成比は11.6%から12.1%に向上した。これをベッドの有無で見た場合、入院収益ありの場合は6.4%から7.3%に収益が上昇。入院収益なしの場合でも、12.9%から13.4%に構成比率が上がった。

設立主体別に分析すると、個人立一般診療所の構成比率は25.9%から26.9%にプラス推移した。入院収益ありの場合は16.5%から18.9%に、入院収益なしでも27.4%から28.3%に伸びた。

医療法人の一般診療所でも、構成比率が5.5%から5.8%に改善した。入院収益ありの場合は4.2%から5.1%に、入院収益なしでは5.8%から6.1%に収益が上がっている。（11/4MEDIFAXより）

一般診療所ほぼ横ばい、15対1ダウン／実調

厚生労働省が11月2日の中医協総会に報告した第18回医療経済実態調査の結果によると、一般病院をはじめ特定機能病院、DPC対象病院、こども病院、療養病床60%以上の一般病院などが軒並み改善傾向を示した。再診料が2点引き下げられた一般診療所でも、黒字幅が圧縮されることなく、ほぼ横ばいで推移した。一方で、前回改定で一般病棟入院基本料の中で唯一引き下げられた15対1入院基本料については、単月データ（2011年6月）ながら損益差額が大幅にダウンするなど、前回改定の影響を反映する結果になった。

今回の調査票回答施設数は、病院1561施設、一般診療所1540施設、歯科診療所668施設などで、有効回答率は6割には達しなかった。10年度診療報酬改定を挟んだ2年間分の通年データで病院機能別に損益

差額の推移を見ると、一般病院（集計1＝介護収益の割合が2%未満の医療機関）の損益差額は09年度のマイナス2.5%から10年度はマイナス0.1%と大幅な改善傾向を示した。病床規模別に見ると20床－49床、50－99床、100－199床、200－299床の4群はいずれもマイナスの損益差額がプラスに転じた。300－499床、500床以上は、損益差額はマイナスながら赤字幅が縮小した。

特定機能病院もマイナス9.7%からマイナス5.8%に、DPC対象病院はマイナス3.2%からマイナス0.4%へと、ともに改善傾向を示した。

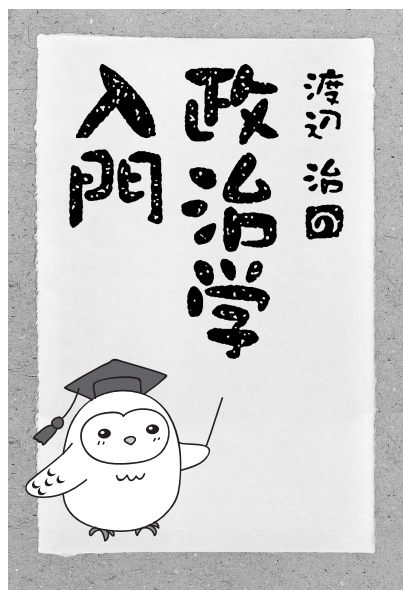
08年度改定、10年度改定ともに重点課題になってきたこども病院については、損益差額はマイナス9.3%からマイナス6.2%となり、依然としてマイナスだが赤字幅は縮小した。小児入院医療管理料を10年度改定で再編し、新たな区分を新設するなど、小児医療の評価を充実したことが影響しているとみられる。

●精神科病院は通年データで赤字幅拡大

一方、精神科病院については、損益差額が単月データで黒字幅が拡大し、通年データでは赤字幅が拡大。2つのデータで相反する結果となった。精神科病院をめぐっては、10年度改定で精神療養病棟入院料が引き下げられている。

一般診療所（集計2＝調査に参加した全ての医療機関の集計）を診療科別に見ると、入院診療収益のない場合（無床診療所）で損益差額が縮小したのは、精神科（調査客体数22施設）、整形外科（同112施設）、眼科（98施設）の3診療科。入院診療収益がある場合（有床診療所）では外科（同18施設）だけだった。11月2日の中医協総会では、調査客体数の少なさを問題視する意見があった。（11/4MEDIFAX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

14

野田政権の発足

菅政権はなぜ倒れたのか、
野田政権は何を期待されているか

5月末、「連載を始めて1年になるので、ここで終わりにしてほしい」と編集部の朝岡さんに言いました。理由はいくつもあります。

第1、なんといっても疲れたこと。大学の職場を定年退職して少しはまとまった時間がとれるし、毎月楽しんで原稿を書くなんて贅沢も味わおうかという甘いもくろみで連載を引き受けたものの、実際は一体何が暇になったかわからない多忙のため、締め切りを過ぎてからテーマを探す「地獄の日々」の連続でした。

第2は、この夏にかけて、とても大きな仕事を2つ同時に仕上げなければならなかったこと。その1つは、自民党政権以来続く構造改革政治に対抗する福祉国家型の構想づくり、特にその中核をなす社会保障の対抗構想をつくるという仕事です。私もその一員である「福祉国家と基本法研究会」がつくられたのが、民主党政権のできた直後の2009年10月でしたが、それから2年、あるべき社会保障の全体像とそれをつらぬく原則とその根拠を、「社会保障憲章」「社会保障基本法」というかたちで明らかにしようと頑張ってきました。その大詰めの作業が夏いっぱいかかり、9月末に『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』（旬報社）として世に出ました。

もう1つの大きな仕事は、私の高校時代以来の親友である安田浩君が癌に冒され、その最後の仕事として天皇制国家に関する論文をまとめて本にしようという試みをお手伝いしたこと。「夏まで」と言われた彼の命があるあいだに間に合わせようと、はしがきの口述、ゲラの校正と、これまたこの夏いっぱい追いかけられ、なんとか見

本刷りだけは完成させました。本ができた翌日に彼が息をひきとるという綱渡りでした。それもいま『近代天皇制国家の歴史的位位置』（大月書店）として店頭に並んでいます。こんなに悲しい本づくりは初めてでしたし、疲れが倍化しました。この2冊とも、読者のみなさんには、ぜひ手にとって読んでほしいと願っています。

本づくりが一段落して、ほっとしたのもつかの間、編集部からのうさぎ催促が復活。気が弱く断ることが大の苦手の私は、みずから首を絞めるのを承知で再開するはめになりました。

連載中断中の最大の事件は、なんといっても菅政権の退陣と野田政権の登場です。野田政権に何が期待されているのかを知るには、菅政権はなぜ崩壊したかを検討するのが鍵です。

菅政権の退陣は、じつは非常にめずらしいかたちでおこなわれました。菅政権には、国民が不信をつのらせただけでなく、財界・大マスコミなど、保守支配層が一致してその退陣を公然と求め、さらになんと与党の執行部までが菅を見限る中で退陣を余儀なくされたからです。

3.11以降、国民が菅政権に求めたことは、原発事故の収束と放射線被害の防止、大震災の被害の救済、復旧・復興でした。そのいずれにあっても、国の迅速な出動が不可避でした。ところが菅政権は、財界が強く求めている構造改革に忠実に対応した結果、この期待を裏切ったのです。財界は、震災勃発直後から、震災復興を名目にした国の財政出動を牽制しました。財源も定かでないのに財政出動を

おこなえば、財政赤字がさらに拡大し、法人税をはじめとする大企業負担の軽減が危うくなるからです。そこで政府は、震災の復旧・復興を被災市町村や県に丸投げしようとした。

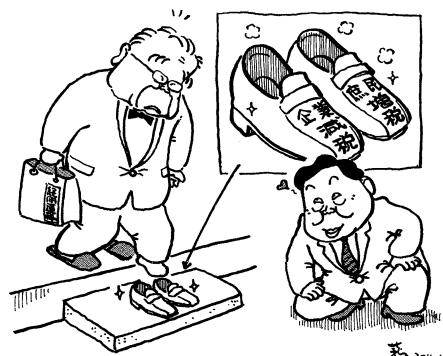
ところが地方自治体は、震災のはるか以前から、構造改革により財政赤字に苦しんでいたため、対処したくともできなかったのです。たとえば、がれきの処理。廃棄物処理法は、がれき処理の責任を市町村に求め、国の補助は2分の1を上限と定めていました。ところが被災市町村はとうてい2分の1の負担などできません。おまけに、市町村は今回の震災・津波で壊滅したところも少なくなかった。当然、廃棄物処理法を改正し、全額国庫補助、国の代行というかたちで国が全面出動すべきところ、菅政権は財政出動を渋った結果、がれき処理は遅れに遅れました。仮設住宅、復興住宅建設、被災市町村の高台移住、すべて同じ問題に直面したのです。こうして菅政権に対する国民の不信は高まりました。

では、構造改革に忠実な菅政権は、なぜ保守支配層からも不信を買ったのか。皮肉なことに、菅政権が構造改革路線に忠実なあまり支持率が低下し、財界が切望した消費税引き上げ、TPP参加などの課題の達成はとうてい実現する力がなくなり、看板を変えることが求められたからです。菅政権は3.11後、国の財政出動はサボりながら、構造改革型復興の方針は東日本大震災復興構想会議の報告「復興への提言」としてまとめ、消費税引き上げ、法人税引き下げについては、「社会保障・税一体改革

成案」というかたちで政府提案にまとめ、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率を10%まで引き上げ」ることを明記しました。しかし、こんなことが菅政権ではとうていできないことは明らかでしたし、おまけに菅がいるかぎり、政府と自民党・公明党との協調はできません。こうして「菅辞めろ」コールが湧き起こったのです。

ですから野田政権は、国民と保守支配層全体の期待を一身に受けて登場した内閣と言えます。しかもこの2つの期待はまったく相反する方向をもっています。野田政権は、このうち、国民の期待はふり捨てて、保守支配層の切望する課題を口先だけでなく実行する政権として登場したのです。

支配層が切望する課題をあらためて掲げると次の4つです。①社会保障と税の一体改革、とりわけ消費税引き上げの敢行、②TPP参加による自由貿易体制の推進、③原発再稼働と維持政策の再構築、④米軍普天間基地の辺野古移転と日米同盟強化。どんな政権でも実行の困難な課題ばかりで、どの課題も、国民の強い支持は得られそうもありません。ですから、これらを実行するには、民主党と自民党・公明党の協調体制、事実上の大連立で強行突破するしかないの



です。野田政権が「ドジョウ内閣」と自称し、ひたすら低姿勢で政権をスタートさせたのは、この協調体制づくりこそ決め手だからです。新政権は、こうして、保守支配層の切望する課題の実現に向けて船出しました。

こうした野田政権の発足に合わせ、この連載でも、次回から、その課題の一つひとつを検討することにしましょう。その際、少し趣向を変えて、政府や財界、あるいはイデオログの語っている生の資料や言説を読むかたちで、彼らのねらいを探ってみようと思います。それは、読者のみなさんに、直接資料にあたって分析する力をつけてもらいたいからです。

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』11月号より転載（大月書店発行）



わたなべ・おさむ

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

協会だより（定例理事会要録から）**2011年度（平成23年度）第9回 2011年10月11日****I. 文書報告の確認****【総務部会】**

1. 前回理事会（9月27日）要録と決定事項の確認の件
2. 週間行事予定表の確認の件

【経営部会】

1. 病院向け経営対策セミナー（9月14日）状況
2. 年金普及会員訪問（9月22日）状況
3. 経営相談開催（9月28日）状況

【医療安全対策部会】

1. 患者側との懇談（9月27日）状況

【保険部会】

1. 医事担当者勉強会（9月21日）状況
2. 第642回社会保険研究会開催（10月1日）状況

II. 確認・承認事項**【総務部会】**

1. 総務部会（10月4日）状況確認の件
 - ①地区懇談会関連事項の件
 - ②理事者血液検査（11月8日）関連事項の件
 - ③2011年度8月分収支報告の件
 - ④9月度会員増減状況の件
 - ⑤三菱東京UFJ銀行の機構変更関連事項の件
 - ⑥「地区医師会長との懇談」関連事項の件
 - ⑦保団連第4回勤務医委員会関連事項の件
 - ⑧文化ハイキング関連事項の件
 - ⑨地区医師会報回覧の件
2. 理事者血液検査実施の件
3. 2011年度8月分収支月計表報告状況確認の件
4. 「入会申込書」等の様式変更の件
5. 会員入退会及び異動（9月27日～10月11日）に関する承認の件
6. 9月度会員増減状況確認の件

【経営部会】

1. 経営部会（10月4日）状況確認の件
 - ①地区懇談会関連事項の件
 - ②新規開業支援室関連事項の件
 - ③融資関係関連事項の件
 - ④休補関係関連事項の件
 - ⑤年金関係関連事項の件
 - ⑥医賠関係関連事項の件
 - ⑦針刺し事故見舞金制度関連事項の件
 - ⑧理事会特別討議関連事項の件

- ⑨保団連近畿ブロック税務調査アンケートの実施の件

- ⑩アミス事業関連事項の件

2. 理事者休業補償制度改定に関する確認の件
3. 第12回保団連共済部会（9月25日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（10月4日）状況確認の件
 - ①紛争状況報告の件
 - ②医療安全研修会参加記確認の件
 - ③第2回医療安全対策部会学習会関連事項の件
 - ④医療安全シンポジウム関連事項の件
 - ⑤医師賠償責任保険制度関連事項の件
 - ⑥その他確認事項の件

【政策部】

1. 政策部会（10月4日）状況確認の件
 - ①スケジュール確認の件
 - ②出版記念シンポジウム関連事項の件
 - ③署名を軸にした運動展開の件
 - ④ドクターズ・デモンストレーション2011関連事項の件
 - ⑤地区懇談会関連事項の件
 - ⑥保険医団体連合会・保団連近畿ブロック関連事項の件
 - ⑦出版関連事項の件
 - ⑧京都社会保障推進協議会関連事項の件
 - ⑨ワクチン問題関連事項の件
 - ⑩反核・平和関連事項の件
 - ⑪環境対策関連事項の件
 - ⑫九条の会アピールを支持する京都医療人の会関連事項の件
 - ⑬臨時政策部会確認の件
2. 出版編集会議（9月22日）状況確認の件
3. 「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出席状況確認の件
4. 第18回京都府老人保健施設大会への参加の件
5. 反核医師近畿懇談会（9月23日）状況確認の件
6. 9条京都の会 講演・全体会（9月28日）状況確認の件
7. 『京都保険医新聞』（第2799号）・『メディペーパー京都』／第147号（第2798号）合評の件

【保険部会】

1. 保険部会（10月4日・7日）状況確認の件
 - ①スケジュール確認の件
 - ②地区懇談会資料確認の件
 - ③診療内容向上会関連事項の件
 - ④初・再診料等に関するアンケート関連事項の件
 - ⑤入院中の他医療機関受診関連事項の件
 - ⑥第1回京都府福祉医療制度検討会関連事項の件
 - ⑦リハビリ及びリハビリ施設対策関連事項の件
 - ⑧薬剤師会との懇談会関連事項の件
 - ⑨個別指導、監査対策関連事項の件
 - ⑩行政文書の審査請求関連事項の件
 - ⑪保険審査通信検討委員会委員選出関連事項の件
 - ⑫社会保障審議会介護給付費分科会関連事項の件
 - ⑬2012年診療報酬・介護報酬改定関連事項の件
 - ⑭社保対策関連事項の件
 - ⑮公費負担医療対策関連事項の件
 - ⑯審査、指導、監査対策関連事項の件
 - ⑰医療施設問題対策関連事項の件
 - ⑱研究会関係関連事項の件
2. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（9月14日）状況確認の件
3. 京都府生活保護医療機関個別指導立会（9月30日）状況確認の件
4. 第1回福祉医療制度検討委員会傍聴内容（9月30日）状況確認の件
5. 2011年度第3回保団連社保・審査対策部会（9月25日）状況確認の件
6. 初・再診料等に関するアンケートの結果報告の件

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開催の件

【政策部会】

1. 医療制度検討委員会開催の件
2. 反核京都医師の会「放射能汚染」学習会出席の件
3. 臨時政策部会開催の件

Ⅳ. 医療政策関連情勢

1. 厚生労働省平成24年度予算概算要求について
2. 「京都府保険医協会の要望事項2011」確認の件

Ⅴ. 診療報酬関連情報

1. 社会保障審議会第80回介護給付費分科会（9月22日）状況確認の件
2. 中医協（9月28日）状況確認の件

3. 2011年8月度国保合同審査委員会（8月24日）状況
4. リハビリ制度のあり方（提言）発出（9月13日）状況確認の件

Ⅵ. 要討議事項

1. 社会保障・税一体改革に対する取り組みの件
《以上、85件の議事を承認した》

2011年度（平成23年度）第10回 2011年10月25日**I. 文書報告の確認****【総務部会】**

1. 前回理事会（10月11日）要録と決定事項の確認の件
2. 週間行事予定表の確認の件
3. 文化ハイキング（10月16日）状況

【経営部会】

1. 年金普及会員訪問状況
2. 傷害疾病保険審査会（10月18日）状況
3. 金融共済委員会（10月19日）状況

【医療安全対策部会】

1. 法律相談室（10月20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（10月21日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（10月24日）状況

【政策部会】

1. DOCTORS・RUNNING 2011 in Osaka Castle Park（10月16日）状況

【保険部会】

1. 京都版『公費負担医療等の手引』出張校了作業（10月22日）状況

Ⅱ. 確認・承認事項**【総務部会】**

1. 地区医師会長との懇談会（9月24日）状況確認の件
2. 2011年度第4回正副理事長会議（10月13日）状況確認の件
3. 会員入退会及び異動（10月11日～25日）に関する承認の件
4. 下京東部医師会との懇談会（10月12日）状況確認の件
5. アミス第16期（2010年9月1日～2011年8月31日）決算報告及び監査報告（10月20日）状況確認の件

【経営部会】

1. 税理士との懇談会開催（10月18日）状況確認の件

【政策部会】

1. 医療制度検討委員会（10月6日）状況確認の件
2. 保団連 10～11年度第21回理事会（10月9日）状況確認の件
3. 「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（10月15日）状況確認の件
4. 「人体の不思議展」民事訴訟（宗川訴訟）を支える第3回弁護団会議（10月18日）状況確認の件
5. 2011年度京都社保協自治体キャラバン（10月5・6・7日）状況確認の件
6. 2011年度保団連公害視察会（10月15・16日）状況確認の件
7. 『京都保険医新聞』（第2800号）合評の件

【保険部会】

1. 『保険医のための指導対策DVD（仮称）』第1回編集会議（10月13日）状況確認の件
2. 民主党京都府連を通じたりハビリ制度改革の要請（10月21日）状況確認の件

Ⅲ. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 11月中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. 第10回文化講座～歴史編～開催の件
4. 地区懇談会開催の件
5. 保団連（10～11年度第3回）全国事務局長会議への出席の件

【経営部会】

1. 共済関係実務者懇親会開催の件
2. AIRジャパン車いす清掃活動取材の件
3. 新規開業予定者のための講習会開催の件
4. 北部開催中級コース医院・診療所での接遇マナー研修会開催の件

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談開催の件

【政策部会】

1. 11・3憲法集会出席の件
2. 第22回核戦争に反対し、核兵器の廃絶を求める医師・医学者のつどい出席の件
3. 環境対策学習会開催の件
4. 第22回環境ハイキング開催の件
5. ドクターズ・デモンストレーション2011への参加の件
6. 地域包括ケアシステムに関するシンポジウム開催の件

7. 保険医新聞新春座談会開催の件

【保険部会】

1. 京都府第2回福祉医療制度検討会傍聴参加の件
2. 外科診療内容向上会開催の件
3. 保険講習会B（新規開業後フォローアップ研修）開催の件
4. 第4回医事担当者連絡会議開催の件
5. 医事担当者向け講習会開催の件
6. 近畿厚生局管内社保担当者会議出席の件

Ⅳ. 医療政策関連情勢

1. 次年度介護保険制度見直しで注目しておくべき問題点について
2. 第5期介護保険事業計画策定にあたっての要望書案提出の件

Ⅴ. 診療報酬関連情報

1. 中医協総会概要報告
2. 社会保障審議会介護給付費分科会（第81回）（10月7日）概要報告
3. 保険審査通信検討委員会（10月7日）状況確認の件

Ⅵ. 要討議事項

1. 保団連次期（2012～13年度）役員推薦について

Ⅶ. 特別討議

1. 日本医師会『平成24年度医療に関する税制に対する意見』について

《以上、45件の議事を承認した》

2011年度（平成23年度）第11回 2011年11月8日

Ⅰ. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（10月25日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 新規開業会員訪問（10月26日）状況
4. 文化講演会（11月6日）状況

【経営部会】

1. 経営相談室（10月26日）状況
2. 新規開業支援室立ち上げのための準備会議（10月29日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談（10月25日）状況

【保険部会】

1. 京都府生活保護医療機関個別指導立ち会い（10月17日）状況
2. 保険講習会A（10月20日）状況

Ⅱ. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 総務部会（11月1日）状況確認の件
 - ①地区懇談会関連事項の件
 - ②理事長提案事項の件
 - ③災害見舞金関連事項の件
 - ④第182回定時代議員会準備の件
 - ⑤理事者・事務局新年会関連事項の件
 - ⑥2011年度9月分収支月計表確認の件
 - ⑦会員入退会及び異動確認の件
 - ⑧10月度会員増減状況確認の件
 - ⑨新規開業会員訪問（10月26日）状況報告の件
 - ⑩2011年度第1回コミュニケーション委員会関連事項の件
 - ⑪第10回文化講座関連事項の件
 - ⑫前進座初春特別公演チケット取り扱いの件
 - ⑬保団連文化担当交流会関連事項の件
 - ⑭ワイン教室の企画関連事項の件
 - ⑮文化活動アンケート実施の件
 - ⑯地区医師会報回覧の件
2. 2011年度9月分収支月計表報告状況確認の件
3. 前進座初春特別公演チケット取り扱いの件
4. 会員入退会及び異動（10月25日～11月8日）に関する承認の件
5. 10月度会員増減状況確認の件

【経営部会】

1. 経営部会（11月1日）状況確認の件
 - ①地区懇談会関連事項の件
 - ②新規開業支援室関連事項の件
 - ③融資関係関連事項の件
 - ④休補関係関連事項の件
 - ⑤年金関係関連事項の件
 - ⑥医賠関係関連事項の件
 - ⑦針刺し事故見舞金制度関連事項の件
 - ⑧消費税増税中止を求める署名関連事項の件
 - ⑨その他情報提供の件
 - ⑩スケジュール確認の件
2. 保団連近畿ブロック共済担当事務局交流会（10月21日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（11月1日）状況確認の件
 - ①紛争状況報告の件
 - ②第2回医療安全対策部会学習会関連事項の件
 - ③医療安全シンポジウム関連事項の件
 - ④個別案件関連事項の件
 - ⑤その他確認事項の件

【政策部会】

1. 臨時政策部会（10月26日）状況確認の件
 - ①介護職の喀痰吸引問題の件
 - ②地区懇談会の対応と今後の運動の確認の件
 - ③保団連・近畿ブロック確認の件
2. 政策部会（11月1日）状況確認の件
 - ①部会スケジュールの確認の件
 - ②社会保障・税一体改革に関する今後の運動対策の件
 - ③地区懇談会の日程と出席確認の件
 - ④保団連・近畿ブロック会議関連事項の件
 - ⑤第182回定時代議員会の情勢報告関連事項の件
 - ⑥地域包括ケアシステムシンポジウム開催案確認の件
 - ⑦日本福祉大学・延世大学 第6回日韓定期シンポジウムの出席確認の件
 - ⑧出版関連事項の件
 - ⑨京都社会保障推進協議会関連事項の件
 - ⑩ワクチン問題関連事項の件
 - ⑪反核・平和関連事項の件
 - ⑫環境対策関連事項の件
 - ⑬その他確認事項の件
3. 医療制度検討委員会（10月19日）状況確認の件
4. 2011年度第3回保団連地域医療対策部会（10月22日）状況確認の件
5. 2011年度地域医療活動交流集会（10月23日）状況確認の件
6. 出版編集会議（10月24日）状況確認の件
7. 京都社保協運営委員会（10月20日）状況確認の件
8. 兵庫協会政策研究会（10月29日）状況確認の件
9. 成人用肺炎球菌ワクチンアンケートの実施の件
10. メディペーパー京都第148号（第2801号）・『京都保険医新聞』（第2802号）合評の件

【保険部会】

1. 保険部会（11月1日・4日）状況確認の件
 - ①地区懇談会関連事項の件
 - ②開催日程・出席確認の件
 - ③資料確認の件
 - ④入院中の他医療機関受診関連事項の件
 - ⑤第2回京都府福祉医療制度検討会関連事項の件
 - ⑥生活保護個別指導への対策関連事項の件
 - ⑦リハビリ及びリハビリ施設対策関連事項の件
 - ⑧新規開業医向け審査・指導講習会関連事項の件
 - ⑨薬剤師会との懇談会関連事項の件

- ⑩保険審査通信検討委員会関連事項の件
- ⑪その他確認事項の件
- ⑫新点数・診療報酬改善対策関連事項の件
- ⑬社保対策関連事項の件
- ⑭公費負担医療対策関連事項の件
- ⑮審査、指導、監査対策関連事項の件
- ⑯医療施設問題対策関連事項の件
- ⑰研究会関係関連事項の件
- 2. 第3回医事担当者連絡会議（10月27日）状況確認の件
- 3. 第2回京都府福祉医療制度検討会（10月31日）状況確認の件

Ⅲ. 開催・出席確認事項

【総務部会】

- 1. 保団連文化担当交流会への出席の件
- 2. 文化企画：ワイン教室実施の件

【経営部会】

- 1. 保団連経税担当事務局小委員会への出席の件

【医療安全対策部会】

- 1. 医療機関側との懇談開催の件

【政策部会】

- 1. 日本福祉大学・延世大学 第6回日韓定期シンポジウムへの出席の件
- 2. 医療制度検討委員会開催の件
- 3. 「希望するすべての子どもたちにワクチンを！」デモ参加の件
- 4. 「福島第一原発事故から1年 3.11ウォーク」（仮称）相談会出席の件

- 5. 環境対策委員会開催日変更の件

- 6. 出版編集会議開催日変更の件

Ⅳ. 医療政策関連情勢

- 1. 社会保障審議会医療部会での協議に関する件

Ⅴ. 診療報酬関連情報

- 1. 2011年9月度国保合同審査委員会（9月22日）状況

- 2. 第18回全国医科社保担当事務局研修会（10月25・26日）状況報告の件

- 3. 中医協総会概要報告

- 4. 社会保障審議会介護給付費分科会報告

Ⅵ. 要討議事項

【保険部会】

- 1. 初・再診料に関する要望書確認送付の件
《以上、95件の議事を承認した》

12月のレセプト受取・締切

基金	9日(金)	10日(土)	労災	12日(月)
国保	○	◎		◎

※○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。

12月の相談室

医院・住宅 新（改）案	12月14日(水)午後2時～	担当＝坂本建築士
ファイナンシャル	12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	12月15日(木)午後2時～	担当＝筋弁護士
雇 用 管 理	12月15日(木)午後2時～	担当＝本宮社会保険労務士
経 営	12月21日(水)午後2時～	担当＝牧野税理士

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。

地域包括ケア シンポジウム

住民の暮らしを包括的に支えるケア体制をめざして

すべての人の命や暮らしを維持するために、地域における「包括的なケア」が切実に求められています。国も介護保険制度改正を通じて、「地域包括ケアシステム」を打ち出しました。シンポジウムでは、国の提案と介護保険改正の問題点を明らかにし、同時に、一人ひとりの住民の暮らしを支えることのできる包括的なケアの実現には何が必要なのか考えたいと思います。

と き

12月17日[±]

午後2時～5時

ところ

京都アスニー 第8研修室

京都市中京区丸太町通七本松西入ル

JR円町駅より丸太町通を東へ600m

要申し込み
参加費無料

内 容

第1部 介護保険改正と国の考える「地域包括ケアシステム」

- ・ケアを必要とする高齢認知症患者をめぐって
- ・高齢者の「住まい」と施設ケアについて
- ・国の考えている「地域包括ケア」と地方自治体の医療・福祉行政

第2部 地域で包括的なケアを必要とする人々とは

- ・子ども、患者さん、障害のある人たちの今

第3部 講演

- ・一人ひとりの住民の暮らしを支える包括的ケアのあり方とは（仮題）

岡崎 祐司氏（佛教大学教授）

主催：京都府保険医協会

後援：朝日新聞京都総局、京都新聞社、産経新聞社京都総局、日経新聞社京都支社、毎日新聞京都支局、読売新聞京都総局、α-STATIONエフエム京都、KBS京都（11月13日現在）

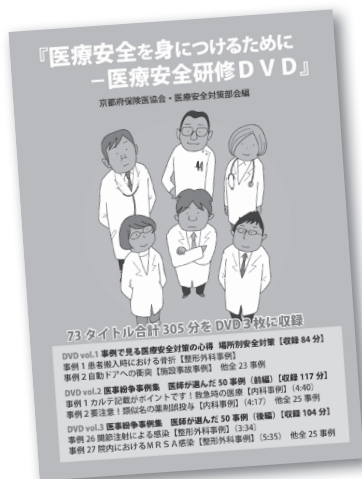
地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地 区	時 間	場 所
2011年11月28日(月)	中京西部医師会との懇談会	午後2時30分～	中京西部医師会事務所
12月12日(月)	伏見医師会との懇談会	午後2時～	伏見医師会館
12月19日(月)	乙訓医師会との懇談会	午後2時～	乙訓医師会会議室

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	いずれかをお選び頂き○で囲んで下さい。
住所：〒	① 京都府保険医協会会員 ② 他の保険医協会会員 ③ 一般
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	

京都府保険医協会では医学書を斡旋しています。
案内にない書籍もお気軽にお問い合わせください。



〈申込書〉 FAX 075-212-0707までお送りください。

☆京都府保険医協会の会員の先生は書店でご購入いただくより割安になります。
(表記価格は全て税込価格ですが、会員の先生には消費税抜きの価格で斡旋します)

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(レ)して下さい

【医学書・新刊 2011年11月】

- | | | | |
|--|---------|--|---------|
| ☐ 日本救急医学会 ICLS指導者ガイドブック
日本救急医学会・編●A4判 94頁●羊土社 | 4,515円 | ☐ 緊急時に迷わない! 消化器症状への救急対応
＜消化器Book 7＞
藤田直孝・企画●B5判 222頁●羊土社 | 4,830円 |
| ☐ 症例から学ぶ ERの輸液—まず何を選び、どう変更するか
＜レジデントノート別冊 救急・ERノート 3＞
三宅康史・編●B5判 261頁●羊土社 | 4,830円 | ☐ 消化器診療最新ガイドライン (第2版)
高橋信一・編●B5判 284頁●総合医学社 | 6,825円 |
| ☐ オンコロジークリニカルガイド
消化器癌化学療法 (第3版)
大村健二・他編●B5判 428頁●南山堂 | 5,775円 | ☐ 小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ
松井敏幸・他編●B5判 192頁●医学書院 | 12,600円 |
| ☐ 抗悪性腫瘍薬 肺がん (改訂版)
＜インフォームドコンセントのための図説シリーズ＞
西條長宏・編●A4変型判 84頁●医薬ジャーナル社 | 5,040円 | ☐ 3. 大腸癌＜消化管内視鏡エキスパート＞
五十嵐正広・編●B5判 156頁●中外医学社 | 7,560円 |
| ☐ 腎がん (改訂版)
＜インフォームドコンセントのための図説シリーズ＞
大園誠一郎・編●A4変型判 152頁●医薬ジャーナル社 | 5,040円 | ☐ 肝臓の外科解剖
門脈segmentationに基づく新たな肝区域の考え方 (第2版)
竜 崇正・編著●A4判 240頁●医学書院 | 12,600円 |
| ☐ 肺がん (改訂4版)
＜インフォームドコンセントのための図説シリーズ＞
西條長宏・編●A4変型判 164頁●医薬ジャーナル社 | 5,040円 | ☐ よくわかる肛門外科手術マニュアル
赤木一成・著●A4判 110頁●中外医学社 | 7,140円 |
| ☐ IgA腎症診療ガイドQ&A
＜進行性腎障害診療指針シリーズ＞
松尾清一・監●B5判 176頁●診断と治療社 | 4,725円 | ☐ X線像で診る下肢
松本秀男・監●A4判 216頁●南江堂 | 6,300円 |
| ☐ 血液内科ゴールドデンハンドブック
小澤敬也・他編●新書判 464頁●南江堂 | 4,725円 | ☐ 手の外科の実際 (改訂第7版)
津下健哉・著●A4変型判 734頁●南江堂 | 26,250円 |
| ☐ 専門医のための薬物療法Q&A 血液 (2版)
小松則夫・他編●B5判 394頁●中外医学社 | 8,820円 | ☐ 遺伝性婦人科癌 リスク・予防・マネジメント
青木大輔・監訳●B5判 288頁●医学書院 | 12,600円 |
| ☐ 難治性貧血の診療ガイド
特発性造血障害の病態・診断・治療の最新動向
「難治性貧血の診療ガイド」編集委員会・編●B5判 264頁●南江堂 | 5,775円 | ☐ ビデオセミナー 硝子体手術
トブサージャンの極意を学ぶ
網膜硝子体手術研究会・編●B5変型判 200頁●メジカルビュー社 | 16,800円 |
| ☐ 白血病診療ポケットブック
松村 到・編著●B6変型判 388頁●中外医学社 | 6,510円 | ☐ 網膜血管障害
＜専門医のための眼科診療クオリファイ 8＞
白神史雄・編●B5判 272頁●中山書店 | 14,175円 |
| ☐ 白血病・リンパ腫・骨髄腫 今日の診断と治療 (4版)
木崎昌弘・編著●B5判 544頁●中外医学社 | 12,600円 | ☐ For Professional 神経障害性疼痛
＜For Professional Anesthesiologists＞
眞下 節・編●B5判 426頁●克誠堂出版 | 11,550円 |
| ☐ 呼吸器内視鏡診断 所見・病理からみたアプローチ
弦間昭彦・他編●A4判 270頁●南山堂 | 9,450円 | ☐ 超音波ガイド下脊柱管・傍脊椎ブロック
小松 徹・他編●A4変型判 182頁●克誠堂出版 | 10,500円 |
| ☐ GERD+NERD診療Q&A
草野元康・編●B5判 176頁●日本医事新報社 | 5,460円 | ☐ 医育機関名簿 2011-'12 (48版)
羊土社 名簿編集室・編●A4判 744頁●羊土社 | 25,200円 |

お名前

医療機関名

送付先 〒

TEL :

FAX :

お問い合わせ・申込 京都府保険医協会 TEL075-212-8877 FAX075-212-0707
有限会社アミス TEL075-212-0303
〒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

〈申込書〉 FAX : 075-212-0707までお送りください。

☆京都府保険医協会の会員の先生は書店でご購入いただくより割安になります。
（表記価格は全て税込価格ですが、会員の先生には消費税抜きの価格で斡旋します）

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに○印を記入してください

【2012年度 年間購読雑誌一覧】

		雑誌名	税込価格	ご注文
総合	1	日本医事新報	¥ 34,335	
	2	j med Mook	¥ 22,050	
	3	※New England Journal of Medicine	¥ 34,650	
内科系	4	内科	¥ 38,000	
	5	Medicina	¥ 37,190	
	6	M. P. (メディカルプラクティス)	¥ 36,750	
	7	診断と治療	¥ 36,500	
	8	治療	¥ 36,960	
	9	レジデントノート (4月～3月)	¥ 49,770	
	10	※Annals of Internal Medicine	¥ 66,885	
	11	※Archives of Internal Medicine	¥ 47,880	
外科系	12	手術	¥ 43,680	
	13	消化器外科	¥ 39,270	
	14	臨床外科 (個人特別割引価格)	¥ 38,640	
	15	※Archives of Surgery	¥ 49,560	
	16	※British Journal of Surgery	¥ 109,620	
消化器	17	胃と腸	¥ 43,190	
	18	消化器内視鏡	¥ 44,100	
	19	臨床消化器内科	¥ 34,230	
	20	※Gut	¥ 64,260	
循環器	21	Heart View(ハートビュー)	¥ 38,010	
	22	心エコー	¥ 31,500	
	23	バスキュラーラボ	¥ 23,100	
	24	コロナリーインターベンション	¥ 15,750	
	25	※Heart	¥ 68,460	
小児科	26	小児内科	¥ 49,560	
	27	小児科	¥ 42,210	
	28	小児科診療	¥ 42,800	
	29	小児科臨床	¥ 39,585	
	30	※Archives of Pediatric & Adolescent Medicine	¥ 47,040	
	31	※Pediatrics	¥ 37,380	

産婦人科・ 周産期	32	産科と婦人科	¥ 37,890	
	33	周産期医学	¥ 44,835	
	34	産婦人科の実践	¥ 43,365	
神経	35	Clinical Neuroscience	¥ 32,550	
画像 放射線 診断	36	画像診断	¥ 40,740	
	37	臨床画像	¥ 40,740	
	38	臨床放射線	¥ 40,215	
	39	※American Journal of Roentgenology	¥ 73,605	
	40	※American Journal of Neuroradiology	¥ 65,940	

		雑誌名	税込価格	ご注文
整形外科	41	整形外科 (別冊含む)	¥ 49,000	
	42	整形災害外科	¥ 39,480	
	43	臨床整形外科	¥ 29,400	
	44	関節外科	¥ 40,740	
	45	Monthly Book Orthopaedics	¥ 35,805	
	46	OS Now Instruction(DVD付)	¥ 46,200	
	47	※American Journal of Sports Medicine	¥ 34,650	
	48	※Journal of Hand Surgery: European Volume	¥ 84,945	
呼吸器	49	※American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine	¥ 122,010	
形成	50	形成外科	¥ 40,950	
	51	PEPARS	¥ 39,900	
脳神経	52	脳神経外科 (個人特別割引価格)	¥ 30,030	
	53	脳神経外科速報	¥ 28,350	
	54	※Journal of Neurosurgery	¥ 102,690	
皮膚科	55	デルマ	¥ 39,585	
	56	皮膚科の臨床	¥ 43,680	
	57	Visual Dermatology	¥ 35,280	
	58	※Archives of Dermatology	¥ 62,160	
泌尿器	59	臨床泌尿器科	¥ 41,780	

眼科	60	あたらしい眼科	¥ 32,382	
	61	眼科	¥ 43,680	
	62	臨床眼科	¥ 42,080	
	63	新ES NOW	¥ 50,400	
	64	※Archives of Ophthalmology	¥ 54,600	
耳鼻科	65	※British Journal of Ophthalmology	¥ 52,395	
	66	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 (個人特別割引価格)	¥ 38,430	
	67	JOHNS	¥ 37,380	
	68	ENTONI	¥ 39,585	
	69	※Otolaryngology- Head & Neck Surgery	¥ 72,240	
麻酔・救急	70	救急医学	¥ 38,640	
	71	INTENSIVIST	¥ 18,480	
	72	※BJA	¥ 108,360	

上記タイトル以外での購読・バックナンバーのお取り寄せも承ります。

雑誌名	出版社	バックナンバー巻号数

○年間購読は、一括前納制です。 ○購読期間は、開始月より12月までとなります。

お名前	医療機関名
送付先 〒	
TEL :	FAX :
お問い合わせ・申込 京都府保険医協会 TEL075-212-8877 FAX075-212-0707 有限会社アミス TEL075-212-0303	

知っておきたいシリーズ

「公費負担医療」、「保険基礎知識」説明会

（「保険基礎知識」の説明は北部2会場（下記①②）のみで開催）

京都府独自の福祉医療制度④③④⑤を中心に、公費負担医療の基礎的事項を分かりやすく解説します。説明会のテキストは、『公費負担医療等の手引（2011年11月版）』（会員の先生方には11月18日より順次1冊無料で送付済）です。複数冊ご入り用の場合は、1冊3,000円で販売します。保険医協会事務局までお申込み下さい。



（写真は2011年11月版）

①福知山会場

日程 **12月10日**（土）午後2時～5時10分

会場 福知山中央保健福祉センター
福知山市字天田（北本町二区）35-1

☎0773-23-2788

共催 社団法人福知山医師会

②舞鶴会場

日程 **12月11日**（日）午前9時～12時10分

会場 舞鶴西総合会館 林業センター
舞鶴市字南田辺1番地

☎0773-75-2250

共催 社団法人舞鶴医師会

③京都市会場

日程 **12月14日**（水）午後2時～4時

会場 京都府保険医協会 会議室

④京都市会場

日程 **12月15日**（木）午後2時～4時

会場 京都府保険医協会 会議室

※①②は若干数の駐車場がありますが、③④は駐車場がありません。できる限り公共交通機関をご利用下さい。

対 象 医師、医療事務担当者

参加費 無料

持ち物 『公費負担医療等の手引（2011年11月版）』を必ずご持参下さい。

※会員に1冊無料で送付済（11月18日より順次）。説明会当日も販売します（1冊3,000円）。

*参加ご希望の方は、以下にご記入の上、京都府保険医協会までFAX（075-212-0707）して下さい。

知っておきたい「公費負担医療」①②③④、「保険基礎知識」①② 説明会 参加申込書

会場 ①福知山会場 ②舞鶴会場 ③京都市会場 ④京都市会場（いずれかに○を）

市区町村名		医療機関名	
市・区 町・村			
代表者名		電話・FAX	
参加人数	テキスト(3,000円)追加購入希望数		
人	冊		
		説明会会場渡し ・ 事前送付(送料別) (いずれかに○を)	

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段階の大きなスイ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段階のスイープ音）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段階のスイープ音＋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.お問い合わせ：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。