

今月の主な動き

社会保障審議会・医療保険部会は11月24日、2012年度診療報酬改定の基本方針取りまとめに向けて、大詰め作業を行った。厚生労働省保険局は10月26日の医療保険部会に提示した箇条書きの資料「改定の基本的認識、視点、方向等（案）」に手を加え、文

章化したものを「基本方針（案）」として新たに提出。おおむね委員の了承を得た。

12月1日には、社会保障審議会・医療部会が2012年度診療報酬改定の基本方針について、一部の委員から意見は出たものの最終的に了承。基本方針は▽病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減▽医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療

行 事	開始時間	場 所
6日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
10日(火) 定例理事会・各部会	午後2時	ルームA
11日(水) 医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	ルームA
宇治久世医師会との懇談会	午後2時30分	うじ安心館3F大会議室
12日(木) 医療安全対策部会学習会	午後2時	ルームA
13日(金) 下京西部医師会との懇談会	午後2時	下京西部医師会事務所
14日(土) 左京医師会との懇談会	午後2時30分	京都ホテルオークラ
ファイナンシャル相談室	午後1時	ルームC
19日(木) 税務講演会	午後2時	ルームA
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
20日(金) 手話サークル	午後2時	ルームA
21日(土) 保険講習会B	午後2時	ルームA
24日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
金融共済委員会	午後2時	ルームA
25日(水) 経営相談室	午後2時	アミス
26日(木) 第182回定時代議員会	午後2時15分	ビル葆光
28日(土) 社会保険研究会	午後2時	ルームA・B・C
30日(月) 右京医師会との地区懇談会	午後2時	右京医師会館3F会議室

1月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
2月4日(土) 綾部・福知山医師会との懇談会	午後3時30分	福知山市中央保健福祉センター
2月8日(水) 西京医師会との懇談会	午後2時	ホテル京都エミナース
2月9日(木) 山科医師会との懇談会	午後2時	山科医師会診療センター
2月17日(金) 東山医師会との地区懇談会	午後2時	東山医師会事務所
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	京都烏丸コンベンションホール
相楽医師会との懇談会	午後5時	ホテルフジタ奈良
2月26日(日) サロンコンサート	午後2時30分	京都府庁 旧本館政庁
文化講習会「ワイン講座」	午後5時	ホテルグランヴィア京都
3月3日(土) 与謝・北丹医師会との懇談会	午後3時	ホテル北野屋
3月10日(土) 綴喜医師会との懇談会	午後2時30分	新田辺駅前CIKビル・3F
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 （北部：舞鶴メディカルセンター）
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 （北部：舞鶴メディカルセンター）

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29～30ページ

等の充実—の2つの重点課題と、医療機能の分化と連携を通じて質が高く効率的な医療を実現する視点—など4つの視点を掲げている。

政府・与党社会保障改革本部は12月5日、初会合を開き、野田首相は社会保障・税一体改革成案を具体化した「素案」を年内をめどにまとめるよう関係閣僚らに指示した。素案取りまとめに向けて政府・与党間で十分に調整し、社会保障の機能強化について国民に分かりやすく示すよう求めている。野田首相は、一体改革の重要性をこれまでも訴えてきたとして「この改革に不退転の決意で臨む」と述べた。

情 勢 トピックス

医療・社会保障編

「改定の基本方針」おおむね了承／社保審・医療保険部会

社会保障審議会・医療保険部会（遠藤久夫部会長＝学習院大経済学部教授）は11月24日、2012年度診療報酬改定の基本方針取りまとめに向けて、大詰めの作業を行った。厚生労働省保険局は10月26日の医療保険部会に提示した箇条書きの資料「改定の基本的認識、視点、方向等（案）」に手を加え、文章化したものを「基本方針（案）」として新たに提出。おおむね委員の了承を得た。今後は医療部会の意見も踏まえながら、医療部会・医療保険部会の連名報告書に仕上げる。厚労省は次回の両部会で基本方針の最終版を報告したい考え。その後、速やかに社保審から中医協に基本方針が提出される。

基本方針では、2つの重点課題として「医療従事者の負担軽減」と「医療介護の役割分担の明確化と地域連携強化、在宅医療の充実」を挙げた。さらに4つの視点として▽がんや認知症など充実が求められる分野の評価▽患者に分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療▽医療機能の分化と連携を通じて質が高く効率的な医療▽医療の効率化・適正化—の実現を盛り込んだ。

白川修二委員（健保連専務理事）は医療従事者の

負担軽減に関連し、医師不足の診療科で計画的に人を増やす取り組みをさらに進めるよう要望した。「勤務医のアンケート調査を見ると、前回改定時に導入した負担軽減策があまり効果を発揮していないような印象がある」とし、「最大の問題は診療科で医師が不足していること。診療報酬で負担軽減しようとしても限界がある」と指摘した。

改定率をめぐる攻防もあった。小林剛委員（全国健康保険協会理事長）は「診療報酬改定率は引き下げるべきものと考えている」と発言。すると即座に鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）が「前回改定で10年ぶりに0.19%上がったからといって、もうよいでしょうというのは日本の医療が崩壊する」と応じた。山下一平委員（日本商工会議所社会保障専門委員）は「診療報酬は現状維持をお願いしたい。効率化した財源の範囲内で強化を」と主張した。

また、和田仁孝委員（早稲田大法学学術院教授）は、早期退院の流れについて「患者側から見ると医療機関に見捨てられたような感覚になり、トラブルが起きる可能性はないか。患者にきちんと理解してもらうため、退院支援の相談などについても中医協で議論してほしい」と発言。遠藤部会長も「重要な指摘だ」とこれを支持した。（11/25MEDIFAXより）

12年度改定の基本方針を了承／社保審・医療部会

社会保障審議会・医療部会は12月1日、2012年度診療報酬改定の基本方針について、一部の委員から意見は出たものの最終的に了承した。基本方針は▽病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減▽医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実—の2つの重点課題と、医療機能の分化と連携を通じて質が高く効率的な医療を実現する視点—など4つの視点を掲げている。

最終確認となるこの日の議論では、横倉義武委員（日本医師会副会長）が「前回の医療部会では通知などの簡素化をお願いした。引き続き医師のサインを求める文書が多い。それが医師の疲弊にもつながっており、他職種で代替可能とするようお願いしたい」とし、柔軟な対応を求めた。

さらに、永井良三委員（東京大大学院教授）は、前回の会合に続き重点課題の「救急、産科、小児、外科等」の中に内科を挿入するよう求めた。永井委員は「多くの患者が内科にまずアクセスすることか

ら、内科の負担が大きい」と主張。これに対して鈴木康裕医療課長は、これまでのデータなどから救急、産科、小児、外科の4科の勤務時間が際だって長いことに起因していると説明し、理解を求めた。

また、山崎學委員（日本精神科病院協会会長）は、看護配置を基準にしている入院基本料などの現行体系の見直しを求めた。（12/2MEDIFAXより）

「世界に誇る日本の医療」断固守る／野田首相、TPP交渉参加表明

野田佳彦首相は11月11日、環太平洋連携協定（TPP）交渉に参加する方針を表明した。首相官邸で記者会見し「APEC（アジア太平洋経済協力会議）の首脳会合で、TPP交渉参加に向けて関係国との協議に入る」と述べた。その上で「世界に誇る日本の医療は断固として守る」と強調した。

野田首相は交渉参加の理由について、アジア・太平洋地域の成長力を取り込む経済的観点を挙げ、「各国がわが国に求めるものについて情報収集に努め、十分な国民的議論を経た上で、国益の視点に立ってTPPの結論を得たい」と述べた。11月10日に予定していた表明会見を持ち越した理由については、政府・民主三役会議、関係閣僚と断続的に協議した結果とし「熟慮の結果」だったとして理解を求めた。

参加交渉の是非をめぐるっては、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会が国民皆保険への影響を懸念し「国民の医療の安全と安心を約束しない限り、交渉参加は認められない」として慎重な対応を求めてきた。野田首相は会見で、政府が断固として守り抜く分野として「伝統文化」「美しい農村」とともに「世界に誇る日本の医療制度」を挙げ、「分厚い中間層によって支えられる安定した社会の再構築を実現

する」と述べた。

関税の撤廃については「即時撤廃、段階的な撤廃、例外（品目）があるのかまだ定まっていない。国益を実現するため協議する」と強調した。

●「公的保険は壊さない」

TPP交渉参加の是非をめぐるっては、3師会が政府に対し「将来にわたって日本の公的医療保険制度を除外すると明言する」「混合診療の全面解禁を行わず、医療への株式会社の参入をさせないことを個別、具体的に国民に約束する」の2点を要望してきた。

野田首相は衆参集中審議で「公的保険を壊すようなことはあってはいけない」と主張した。ただ、TPP交渉上の議題について「どのような話が出てくるか分からない」として、混合診療の全面解禁や医療への株式会社の参入など個別の事案には言及しなかった。（11/14MEDIFAXより）

日本再生基本戦略「一体改革の着実な実現」も／国家戦略会議

政府は11月21日、第2回の国家戦略会議（議長＝野田佳彦首相）を開き、「日本再生の基本戦略」の年内取りまとめに向けた論点整理を示した。柱の一つは「経済成長と財政健全化の両立」で、社会保障・税一体改革の着実な実現を目指す方針も盛り込んだ。一体改革では、社会保障・税番号（マイナンバー）によって社会保障制度の質が向上すると説明している。会議終了後に会見した古川元久国家戦略担当相は、論点整理の方向性がおおむね了解されたとの認識を示した上で、基本戦略実行の手順・具体性をどう表現するか検討する姿勢を見せた。

論点整理では「社会保障制度が少子高齢化に十分対応せず、負担の伸びが給付の増大に追いついてい

News Headline (2011年11月14日～12月9日)

【11月】◆野田首相、APEC首脳会議でTPP交渉入りを表明（14日）◆茶のしずく石けんで66人重篤・アレルギー症状471人（15日）◆ポリオの不活化ワクチンの輸入手続きを開始／神奈川（17日）◆オウム事件12人目、中川被告の死刑確定（18日）◆タイ洪水、首相が都心「安全宣言」・北、西部は依然浸水（19日）◆二重ローン救済法が成立／東日本大震災（21日）◆九電首脳統投なら原発再稼働困難・枝野氏発言（22日）◆落語家の立川談志さん死去、75歳（23日）◆オリンパス前会長らが取締役辞任・現経営陣は当面統投（24日）◆「茶のしずく」集団提訴へ、アレルギー賠償求め／被害救済大阪弁護士（26日）◆橋下人気が大坂席巻・ダブル選、完全勝利（27日）◆沖縄防衛局長、不適切発言で更迭・防衛相陳謝（29日）◆復興財源法が成立、臨時増税で10兆円を確保（30日）
【12月】◆給食に放射能基準1キロ40ベクレル、東日本17都県／文科省◆シリア反体制派デモ弾圧による死者4000人超（2日）◆処理後の汚染水45トン漏れる／福島第一原発（4日）◆首相、消費増税の年内集約指示／政府与党が改革本部初会合（5日）◆北京五輪の柔道金メダリスト・内柴正人容疑者を暴行容疑で逮捕（6日）◆復興特区法が成立／東日本大震災（7日）◆伊方原発の運転差し止め求め、住民集団提訴（8日）◆原子力4協定承認案／参院で可決、来月にも発効（9日）

ないことが、財政収支悪化の要因の一つ」と分析。「番号制度を用いた新しい社会保障システムの導入により、真に助けが要る人々に対して必要な社会保障給付を重点化するとともに、世代間格差を是正するなど、社会保障制度の質の向上、効率性の強化を図る必要」があるとしている。

また、欧州債務危機で各国財政の信認への関心が高まっているとした上で、一体改革によって▽社会保障費の安定的財源の確保▽社会保障制度への安心感・信頼感の向上—を目指す考えを示している。

古川担当相によると、会議で米倉弘昌・経団連会長（住友化学会長）は一体改革について「財政健全化に取り組む（国民への）メッセージが必要。社会保障の給付と負担のバランスを保つことが重要」と述べたという。

論点整理は「経済成長と財政健全化の両立」のほか、「震災・原発事故からの復活」「確かな成長の実現（経済のフロンティアの開拓）」「分厚い中間層の復活（社会のフロンティアの開拓）」「新たなフロンティアと世界への成長・国際貢献モデルの提示」の5本柱で構成されている。（11/22MEDIFAXより）

本体改定率「据え置き・抑制」と判定／政策仕分け、財務色濃く

政府・行政刷新会議による提言型政策仕分けは11月22日、ワーキンググループBで医療サービスを取り上げ、次期診療報酬改定の本体改定率について評価者は▽プラス改定＝0人▽据え置き＝6人▽抑制＝3人との判断を示した。その上で、こうした評価者の意見があったことを「重く受け止めて対応すべき」と取りまとめた。

改定率に関する資料は財務省が説明した。医療費を36兆円とし、診療報酬を1%引き上げると医療費が約3600億円増え、国民負担も増すと指摘。医療費負担の内訳を、税37%、保険料49%、患者負担等14%とした場合、診療報酬1%引き上げで税が約1350億円、保険料が約1750億円、患者負担が約500億円増加すると解説した。さらに物価や民間賃金、公務員給与が下がっている中で、医師給与だけは増加傾向にあるとも指摘。その上で「診療報酬本体の引き上げは国民の理解が得られず、引き下げはやむを得ないのではないか」と問題提起した。その後の議論が診療科や地域ごとの医師の偏在問題などに移り、改定率の増減についてはさほど意見が交わされない中で、最終的に評価者の意見を集約。財務省の提案が

ワーキンググループの取りまとめとして色濃く反映される結果となった。

「今後重点を置く医療サービス」や「病院勤務医の待遇改善策」も論点に上がった。ワーキンググループの取りまとめ結果は、病院勤務医と開業医の収入均等化や、診療科ごとの医師の偏在を踏まえ、メリハリの利いた改定を求めるという内容。こちらも財務省の提案を強く反映した形で結論を取りまとめた。

財務省は資料として、2011年6月実施の医療経済実態調査を基にした開業医の「診療科別医師収入」を提出。眼科の収支差額は約3500万円なのに対し、外科の収支差額は約1400万円で、厚生労働省の外口崇保険局長は「n数が少なく、われわれもこれを基にしていない」と発言したが、評価者からは「公費を投入しているにもかかわらず、なぜ全数調査しないのか」「サンプル調査であること自体が問題」との指摘があった。

評価者は今回の社会保障仕分けの趣旨について、世代間の不公平感を国民目線で審議することに主眼を置いたと説明している。内閣府が提示した資料によると、社会保障給付の一生涯の受益と負担を世代間で比較した場合、60歳以上では4875万円の受益超過となるが、20代では1660万円の負担超過となる。（11/24MEDIFAXより）

利用者負担見直しや内部留保など指摘／介護関係の政策仕分け

政府・行政刷新会議による提言型政策仕分けのワーキンググループBは11月22日、介護保険制度を取り上げ、現役並みに所得がある高齢者らの利用者負担見直しや、40～64歳が払う保険料への総報酬割導入などを盛り込んだ評価結果をまとめた。介護保険の費用負担の在り方などが議論の俎上に載り、財政当局が示した論点の方向性とおおむね一致する評価結果となった。

評価結果では、介護職員の処遇改善について「一時的な交付金よりも介護報酬の中で対応すべき」と指摘。事業者の内部留保の活用にも言及し「データや、それが適切な水準であるかどうかについて、介護報酬改定前までに行政刷新会議に報告すること」とした。現役並み所得の高齢者の負担割合を見直すとともに、65歳以上の低所得者に対する保険料軽減策の強化も提言。軽度の対象者に対する生活支援についても、保険給付の在り方を見直すべきとした。

施設中心から住宅介護中心に移行すべきとの見解も盛り込んだ。

評価者からは、物価や民間企業の給与の下落状況を踏まえて「（介護職員処遇改善交付金を）介護報酬本体に飲み込むとしても、全体の介護報酬引き上げをしてよいかということは極めて慎重に検討しなければならない」（土居丈朗氏・慶応大経済学部教授）などの声が上がった。特別養護老人ホームなどを経営する社会福祉法人の内部留保をめぐり問題意識を示す声も上がり、厚生労働省は現在、調査中であることを明らかにした。

論点となったのは①介護保険制度を長続きさせるための方策②介護職員の処遇を改善するための方策③サラリーマンの介護保険料の分担方法はどうあるべきか—の3項目。介護職員の処遇改善をめぐっては、評価者全員が「介護報酬の中で対応」と判定。「事業者の内部留保で対応」との判定も3人いた（重複あり）。（11/24MEDIFAXより）

医療費無料化を検討／首相、18歳以下の福島県民

野田佳彦首相は11月24日午前、福島県の佐藤雄平知事と官邸で会談した。佐藤知事は東京電力福島第1原発事故による健康不安に対処するため、18歳以下の県民の医療費を無料化するよう要請。首相は医療費無料化について「課題は多いが健康管理が最優先だ。検討を指示したい」と応じた。

佐藤知事は損害賠償の速やかな支払いや、企業の税制優遇措置の強化などを盛り込んだ「福島再生特別法（仮称）」の早期制定や道路、鉄道の復旧も要望。放射性物質の除染についても政府、東電が責任を持って対応するよう求めた。

首相は「野田内閣の最優先課題は原発事故の収束だ。『福島の再生なくして、日本の再生なし』』との思いを加速化したい」と強調した。（11/25MEDIFAXより）

改正介護保険法で政令案を閣議決定

政府は11月29日、改正介護保険法の施行に伴い関係政令を整備する「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等及び経過措置に関する政令案」を閣議決定した。施行期日は2012年4月1日（一部は公布日施行）。

同政令案では、都道府県が取り崩せる財政安定化

基金の額や、複合型サービス福祉事業の対象者などを定めている。（11/30MEDIFAXより）

事業税の非課税措置など存続の兆し／政府税調2次査定

政府税制調査会は12月1日、2012年度税制改正について、要望府省と査定側の財務・総務両省による折衝結果を2次査定として公表した。厚生労働省が存続を要望した診療報酬に対する事業税非課税措置、医療法人の自由診療に対する軽減措置は「13年度以降の検討課題とする」（G判定）となり、12年度の存続を容認する査定になった。

1次査定は非課税措置の扱いをG判定、自由診療の軽減措置は判断を保留していた。2次査定では関係省庁間の折衝を終えた事項を公表し、ともにG判定とした。民主党税制調査会がまとめた要望事項では、非課税措置の存続を求めている。

厚労省関係ではこのほか、医業継続に関する相続税・贈与税の特例措置創設と、社会医療法人への寄付金控除創設は、政府税調が要望内容の抜本的見直しを求めた前回のC判定から「要望府省が要望を取り下げたもの・措置しないことで折衝を了したものを意味するF判定に変更。実現は困難な見通しになった。また、たばこ税の税率引き上げは1次査定と同様、G判定だった。（12/2MEDIFAXより）

政府税調、消費増税で作業チーム設置／「控除対象外」も議題に

政府税制調査会は12月5日の会合で、政府・与党社会保障改革本部で示された首相指示に基づき「社会保障・税一体改革作業チーム」を設置した。一体改革成案で示された税制抜本改革の具体化に向けた検討をする。最大のテーマは消費増税で、税率の引き上げ時期と幅に加え、医療機関の控除対象外消費税の取り扱いも議題になる。作業チームは来週からほぼ連日検討を進め、適宜、政府税調の本体会合に報告を上げながら、年内に政府・与党がまとめる一体改革大綱の素案に盛り込むよう結論を出す。

2012年度税制改正大綱を12月9日に取りまとめるめどがつき、いよいよ政府税調が消費増税を含む税制抜本改革の議論に入る体制を取った。新作業チームの座長を務めるのは五十嵐文彦財務副大臣で、厚生労働、総務、内閣府の副大臣と、財務、総務、内閣府の政務官がメンバーとなる。

消費増税については、税率の引き上げのほか、逆

進性問題への対応や、課税の適正化、消費税と個別間接税の関係などを検討課題とする。五十嵐財務副大臣は会合終了後の記者会見で、消費増税の論点について「これまで上がった項目を協議する。関連する主な項目は全て検討の対象。診療報酬の取り扱いも当然、議論になり得る」と述べた。

同チームは消費税以外にも、個人所得税や法人税、資産税、社会保障・税番号制度などに関する項目も検討を進める。（12/6MEDIFAXより）

復興財源確保法が成立／参院本会議

東日本大震災からの復興財源を確保する臨時増税などを盛り込んだ復興財源確保法は11月30日、参院本会議で民主、自民、公明などの賛成多数で可決、成立した。

所得税や個人住民税などを一定期間増税する。法人税は実効税率を5%減税した上で、その範囲内で3年間増税する。（12/1MEDIFAXより）

政府、特定地域再生制度を新設へ／構造改革特区と一体運用

民主党の成長戦略・経済対策プロジェクトチーム「特区・地域活性化・規制改革小委員会」（委員長＝大塚耕平参院議員）は11月10日、初会合を開き、総合特区や規制・制度改革の現状などについて政府側からヒアリングした。内閣官房地域活性化統合事務局は、長寿化・人口減少対応など国が設けた特定課題に取り組む自治体を支援する「特定地域再生制度」を新設する方針を明らかにした。対象地域への特例を設けるとともに、構造改革特区制度との一体的運用を図る。地域再生法改正案と構造改革特区法改正案を2012年の通常国会に提出する構えだ。

政府はこれまで、地域再生法による「地域再生制度」を設け、対象地域に財政支援したり規制特例を設けたりしてきた。新設する「特定地域再生制度」では、国の主導権が強くなる。国が特定課題を提示し、地域が課題解決に向けた特定地域再生計画を作成した場合、地域が活用できる特例措置を設ける。特定法人に対する寄付課税の特例や、地方債の対象範囲を拡大できる特例などを検討している。

成人用肺炎球菌ワクチンへの予算措置求める声も／民主・小委

民主党厚生労働部門会議「医療・介護ワーキングチーム」の予防接種法小委員会（委員長＝仁木博文

衆院議員）は11月16日、初会合を開き、予防接種制度見直しなどについて厚生労働省からヒアリングした。

任意接種の子宮頸がん、H i b（インフルエンザ菌b型）、小児用肺炎球菌の3ワクチンに対する公費助成は11年度末までのため、政府が2011年度第4次補正予算で公費助成を延長するかどうか焦点となっている。小委に参加した議員からは、3ワクチンのほかに、主に高齢者に使用する成人用肺炎球菌ワクチンについても予算措置を求めていくべきではないかとの声が出たという。（11/17MEDIFAXより）

共通番号、医療・介護分野は「現実的な導入を」／一体改革調査会

民主党「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11月22日、政府が2015年1月以降の開始を目指す社会保障・税の共通番号（マイナンバー）の制度設計に関する提言をまとめた。個人情報を一元化する情報連携基盤の所管について、内閣府を軸に検討することなどを求めている。提案は11月24日の党政策調査会役員会で了承される見通し。

情報連携基盤の所管は政府の「社会保障・税番号大綱」で結論を先送りされた課題の一つで、今回の提言は権限分散を図ることなどを理由に、内閣府を軸に検討するよう求めた。内閣府の下に新たな運用主体を設け、政府や民間の出向者がシステムの実務に当たることを想定しているという。

また、共通番号の適切な扱いを監視する第三者組織の位置付けは国家公安委員会や公正取引委員会のような三条委員会にする。委員には社会保障・税の分野に関係する分野の専門家を幅広く募るよう求めている。

医療や介護、障害者福祉などへの利用については「将来的な利用形態の具体像を踏まえ、現実的な導入と運用を検討すべき」とし、厚労省による今後の検討経過を見守る構え。医療保険証をはじめとした運用が定着している分野との整合性については、当面は既存の運用を活用できる余地を残すようにする。（11/24MEDIFAXより）

税制改正要望を正式決定、政府税調に提出／民主党税調

民主党税制調査会（会長＝藤井裕久・元財務相）は11月28日の総会で、診療報酬に関する事業税（地

方税）非課税措置の存続などを盛り込んだ2012年度税制改正要望を正式決定した。政府税制調査会（会長＝安住淳財務相）に要望内容を提出した。

診療報酬関連ではこのほか、所得計算特例措置（四段階制）について制度の「検証」を条件に事実上の延長を求めている。事業税の自由診療に関する軽減税率の扱いは盛り込まれなかった。

●大綱は12月9日までに結論

党税調の中野寛成会長代行は政府税調に、取りまとめた内容を報告した。五十嵐文彦財務副大臣は会合後の会見で「民主党の要望は10年と比べて絞り込みをしていただいた」と評価。次回の政府税調で2次査定の結果を報告し、そこで残った項目について来週以降、連日の議論に入る。12年度税制改正大綱は12月9日までにまとめる。（11/29MEDIFAXより）

民主・医療介護WTはネットプラス要請／提言案に明記

民主党の医療・介護ワーキングチーム（WT、座長＝柚木道義衆院議員）は11月29日午前の会合で、2012年度診療報酬・介護報酬同時改定や、社会保障・税一体改革に向けた提言案をおおむねまとめた。診療報酬改定率は「ネットプラス」を目指すことを明記。高額療養費制度の拡充については、WTと厚労省で、所得や治療期間の観点からより負担が重い患者に絞った形で財源を模索する。年末にまとまる一体改革大綱の策定までに複数の案を提言することを目指す。提言案は11月30日の厚生労働部門会議に報告する。

●仕分けは「国民をミスリード」

前回11月22日の会合で議論した提言案では、ネットプラスという文言は入れずに、文脈からそう読ませる方式を採っていた。提言案の書きぶりを変えたのは、本体改定率を「据え置き・抑制」と判定した提言型政策仕分けの影響だ。WT内では「診療報酬が医師の給与だと考えられている」「地域医療の疲弊が理解された議論ではない」「現場の実態を分かっているとは思えない議論が、国民をミスリードする」などの懸念が続出。「ネットプラスとはっきり書かざるを得ない」（柚木座長）と判断した。

示された案では「ネットプラスを目指した対応を政府に求める」としていたが、会合では、より明確にすべきという意見が多かった。これを受け午後の役員会で修文を作成。「ネットプラスを目指すべき」

との表現に決まった。

介護報酬改定の関連では、介護サービスを重点化するなどした上で、処遇改善交付金を報酬に加えた以上の引き上げを目指すべきとまとめた。

高額療養費制度の拡充に使う財源は「受診時定額負担に求める選択肢も排除すべきではない」という意見も少数あったが、社会保険の理念に反する、患者間で負担を支え合うことになるという反対意見が多数だった」と記載。事実上、定額負担を採用しないよう求める内容にまとめている。

●後発品促進で処方箋様式変さらに言及

医療費適正化については、後発医薬品の使用促進で一歩踏み込んだ。前回は「効果的な取り組みを新たに講じる」としていたが、案では使用促進について「後発品変更不可に関する処方箋の様式を含め、その実現のために効果的な取り組みを新たに講じる」と書き込んだ。後発品への変更の可否を、医薬品ごとに明示する処方箋様式への変更などが念頭にある。（11/30MEDIFAXより）

看護師特定認証、推進・慎重の両論併記／チーム医療小委

民主党厚生労働部門会議「医療・介護ワーキングチーム」（WT）のチーム医療小委員会（山崎摩耶委員長）は11月29日、これまでの検討経過を取りまとめた。厚生労働省が示した「看護師特定能力認証制度」の骨子案について、導入を要望する意見と慎重な議論を求める意見の双方を盛り込んだ。小委は11月30日の党厚生労働部門会議に報告する。

山崎委員長は取りまとめについて、看護師の業務範囲の拡大に触れた2009年の党政政策集を挙げ「政府が党の政策に基づいて取り組んできたことだが、厚労省が進めていることにいろいろな意見がある、という書きぶりにしている」と説明。「現場や各団体の懸念があるので時間をかけて検討すべきこともあるだろう、という意見を取りまとめた」とも述べ、これまでの会合で出たさまざまな意見に配慮した文言を盛り込んだとした。法案の提出時期に関する提言は示していないという。

取りまとめは「中間取りまとめ」であり最終的な結論ではないが、小委を継続して開催するかどうかは決着していないようだ。山崎委員長は「できれば続けていきたいが、WTの判断による」としている。

厚労省は看護師が能力に応じて特定の医療行為を担えるようにする保健師助産師看護師法改正案をま

とめ、12年の通常国会に提出する考えを示している。
（11/30MEDIFAXより）

生活保護の医療、自己負担導入で賛否両論併記／民主WT

民主党厚生労働部門会議の生活保護ワーキングチーム（WT、座長＝梅村聡参院議員）は11月29日、全額公費負担の生活保護の医療扶助について、患者の自己負担導入への賛否両論を併記した論点整理を部門会議に報告することを決めた。部門会議で了承されれば、党「社会保障と税の一体改革調査会」に提出する。

WT終了後に取材に応じた梅村座長は「一番議論になったのは医療費の自己負担」と説明し、「WTで短期間で結論を出すことはできないので、両論で（一体改革）調査会上げる」と述べた。生活保護受給者に対する後発医薬品の使用促進については、法的問題も含めて厚生労働省に検討を求めたという。
（11/30MEDIFAXより）

一体改革「素案」、年内めどに取りまとめ／政府・与党改革本部

政府・与党社会保障改革本部（本部長＝野田佳彦首相）は12月5日、初会合を開き、野田首相は社会保障・税一体改革成案を具体化した「素案」を年内をめどにまとめるよう関係閣僚らに指示した。素案取りまとめに向けて政府・与党間で十分に調整し、社会保障の機能強化について国民に分かりやすく示すよう求めている。野田首相は、一体改革の重要性をこれまでも訴えてきたとして「この改革に不退転の決意で臨む」と述べた。

野田首相は初会合で、一体改革が必要な背景として次の3点を挙げた。(1)団塊世代が支えられる側に移行する中、持続可能な社会保障制度の構築が急務 (2)子育てや若者の就労など支える側の社会保障充実が必要 (3)日本が財政規律を守る国かどうか世界や市場から注目されている。これらの点に触れた後、「際限なく先送りできるテーマではないということ」を皆さんと共通認識として持ちたい」と語った。

素案取りまとめに向けて政府側は、藤村修官房長官、古川元久社会保障・税一体改革担当相、小宮山洋子厚生労働相、安住淳財務相、川端達夫総務相の5大臣を中心に調整する。初会合終了後、古川担当相は記者団に対し、近く5大臣で会合を開く意向を示し「議論の先行している社会保障制度について小

宮山大臣から検討状況をうかがいたい」と述べた。

初会合では、厚生労働省の社会保障改革推進本部が12月5日にまとめた中間報告について小宮山厚労相が報告。民主党の社会保障と税の一体改革調査会の議論の状況について、会長の細川律夫前厚労相が説明したという。

●「大綱」から「素案」に修正

「成案を具体化して、超党派での議論に付す素案をお取りまとめいただきたい」。初会合で野田首相は関係閣僚らにこう呼び掛けた。一体改革取りまとめに向け、政府内の事務方は年内の「大綱」策定を想定していた。改革本部の前身である改革検討本部は6月、政府・与党の合意で社会保障・税番号大綱をまとめた経緯もある。大綱から素案に名称を修正したのは、官邸の意向とみられる。ただ、取りまとめに向けた今後の作業に大きな変化が生じるわけではない。「『素案』の内容は（これまで事務方が想定していた）『大綱』と同じ」と政府関係者は語る。

政府は素案をまとめた後に、野党に協議を呼び掛ける構えだ。野党側の理解を得られれば一体改革大綱をまとめ、2012年3月までに国会に関連法案を提出するスケジュールを描いている。野党協議を重視する背景には消費増税があるが、民主党議員の一人は、11月末に成立した復興財源確保法をめぐる与野党対立も影響していると分析する。同法案は閣議決定された後、復興債の償還期間などに関する野党側の反発があり、修正を余儀なくされた。「政府・与党でどれだけ時間を費やして大綱策定、法案提出をしても、その後に修正されれば、それまでの議論は何だったのかという話になる。その反省もあり、素案という表現になったのだろう」とこの議員は語った。
（12/6MEDIFAXより）

受診時定額負担は政治決着へ／医療保険部会取りまとめ

高額療養費制度の見直しや受診時定額負担の導入、70-74歳高齢者の自己負担割合といった問題は、厚生労働省の審議会では決着を得られず、与党の政治決着で最終判断されることになった。

厚労省は12月5日、年内最後の社会保障審議会・医療保険部会を開き、12月1日に続いて議論の取りまとめを行った。この日は12月1日に提示した資料「議論の整理（案）」の修正文を厚労省が再提示し、おおむね了解を得た。ただ、高額療養費制度の見直しや受診時定額負担などの議論をめぐっては、委員

間の意見を最後まで一本化できず、両論併記のまま取りまとめた。厚労省によると、この報告書は社会保障・税一体改革成案の実現に向けて具体策を講じていく際の参考にするという。与党にも提示し、両論併記の部分については政治判断を仰ぐ形にするという。

「議論の整理（案）」は▽地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化▽高度・長期医療への対応（セーフティーネット機能の強化）と給付の重点化▽市町村国保の財政基盤の安定化・強化・広域化▽高齢者医療制度の見直し▽協会けんぽの財政健全化の取り組み▽給付の重点化・制度運営の効率化—の6項目で構成されている。

高額療養費制度の見直しについては「改善の必要性に異論がなかったが、財源をどのように賄うかについては意見が分かれた」と記載した。財源については、受診時定額負担の導入に反対意見があったことと、選択肢の一つという意見があったことを両論併記。保険者ごとの財政影響が異なることを踏まえた議論を行う必要があるとの文章も記載した。最終的には「財源の確保とあわせてさらに検討を進める必要がある」とし、結論を出さず、与党に判断を任せる形を取った。

70-74歳患者の自己負担割合については「速やかに法定割合に戻すことが適当という意見が多かった」としながらも、「一部の委員から、日本の患者負担割合は国際的に見て高水準にあり1割のままにすべきとの意見があった」という文言も盛り込み、両論併記した。

医療費適正化計画については「療養病床に係る目標を凍結したことや、成案で新たな医療提供体制の方向性が示されたことも踏まえ、2013年度からの新たな計画期間における目標の在り方等を検討し、引き続き医療費の適正化を推進する」とした。

（12/6MEDIFAXより）

一体改革成案具体化へ整理案／社保審・医療保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会は12月1日、社会保障・税一体改革成案の具体化に向けて審議内容の取りまとめに入った。厚労省は部会に「議論の整理（案）」を提示。さらに次回会合では、高齢者医療制度の見直しや協会けんぽの財政健全化の取り組みに関する項目も追加する。

厚労省が示した整理案では▽高度・長期医療への

対応（セーフティーネット機能の強化）と給付の重点化▽市町村国保の財政基盤の安定化・強化・広域化▽給付の重点化・制度運営の効率化—などの項目に関する議論を整理している。

給付の重点化・制度運営の効率化関係では、70-74歳の患者負担割合について「速やかに法定割合に戻すことが適当とする意見が多かった」と説明。ただ、一部の委員から「日本の患者負担割合は国際的に見て高水準にある中で、患者負担割合は1割のままとすべき」との意見もあったとした。

入院時の食費・居住費については「見直しに慎重な意見が大勢を占めた」とした一方、一部委員の「事業仕分けの考え方に基づき見直しを進めるべき」との意見も盛り込んだ。

療養費の見直しについては「関係者による検討会を設け、中・長期的な視点に立って柔道整復療養費などの在り方を見直しを行う」とした。

国保組合の補助率については、3大臣合意（2010年12月17日、国家戦略担当大臣、財務大臣、厚生労働大臣）を踏まえ、所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直しを行うとした。ただ、国庫補助を廃止した場合には国保組合が解散する可能性などもあることから財政影響について精査する必要があるとの意見も盛り込んだ。

厚労省は委員の意見を踏まえ、修文した整理案を次回会合に提示する。厚労省は、同部会が取りまとめる最終的な「議論の整理」の取り扱いについて「与党が求めれば提出する」とコメントしている。（12/2MEDIFAXより）

政策仕分け「偏った議論」／社保審・医療保険部会で噴出

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大経済学部教授）で12月1日、政府・行政刷新会議が実施した提言型政策仕分けの手法に対する異論が医療サービス提供者の委員から相次いだ。同部会は、次回会合で政策仕分けの結果について本格的に議論する予定。

医療サービスを取り上げた政策仕分けの結果では、開業医と勤務医の収入均等化や、地域・診療科別の医師不足の状況を踏まえてメリハリの利いた診療報酬改定を実施することなどを盛り込んでいる。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、政策仕分けで財政当局が提示した資料に言及し「パッチワークのように都合の良いところだけを都合の良い解釈

の下まとめ上げた」と指摘。「非常に偏ったデータに基づく偏った議論。何のために中医協があるのか」と訴え「診療報酬は中医協中心に議論すべきで、仕分けの対象にすべきではない」と強調した。

安部好弘委員（日本薬剤師会常務理事）は、後発医薬品の使用促進などを取り上げた政策仕分けに言及。財政当局が外国の例を示した資料を提示し、先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすることについて検討すべきとの評価結果が出たことについて「日本の定率負担の仕組みに、パッチワークのように諸外国の制度の一部分だけを付け加えることはあまりに安易な方法論」と強く反対。日本の一部負担割合は外国と比べて低くないとの考えを示し「薬剤費の一部負担の在り方については、総合的かつ十分な議論を踏まえて検討することが必要」と強調した。

堀憲郎委員（日本歯科医師会常務理事）も「非常に違和感がある」と政策仕分けの手法に異議を示した。

厚生労働省は政策仕分けの内容について、中医協で議論する項目と同部会で議論する項目を整理して次回合合に示す予定だ。（12/2MEDIFAXより）

「臨床研究中核病院」、医療法へ位置付けで一致／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11月17日、国際水準の臨床研究を実施する「臨床研究中核病院（仮称）」を医療法に位置付ける方向で一致し、齋藤部会長は厚労省に対し「前向きに検討していただきたい」と述べた。

現在の日本において、治験（企業治験、医師主導治験）以外の臨床研究はGCP（Good Clinical Practice、医薬品の臨床試験の実施の基準）が適用されず、「臨床研究に関する倫理指針」が適用されている。倫理指針はGCPと比較し信頼性保証に関する規定が厳格ではなく、薬事承認申請データとして利用できない問題がある。また、▽難病や小児疾患など医師主導治験が必要とされる領域で医師主導治験が十分実施できていない▽既存の医薬品・医療機器の効果を最適化する臨床研究が十分実施できていない—などの課題も指摘されている。

厚生労働省は、臨床研究に関する課題解決に向け、国際水準（ICH—GCP準拠）の臨床研究を行う「臨床研究中核病院（仮称）」を医療法に位置付ける

方針を提案。また、「臨床研究中核病院（仮称）」の整備を進めるため▽予算事業による整備（2012年度予算要求中）▽研究費の優先配分▽「治験以外の臨床研究」から得られたデータを薬事承認審査に活用▽先進医療の申請で実施実績を満たさなくても、臨床研究中核病院で安全・有効に実施できると確認できた場合、先進医療の実施を認める取り扱いでの特例—などの方策が考えられるとした。

委員は厚生労働省の提案に賛成、医療法に位置付ける方向で一致した。議論の中で、邊見公雄委員（全国自治体病院協議会長）は「人材や資金の分散は良くない。集中投資が必要。ナショナルセンターや橋渡し研究を実施しているような施設で重点的に実施すべき」とした。また、日本看護協会が養成している治験コーディネーターや薬剤師の活用を求める意見も上がった。（11/18MEDIFAXより）

「看護師特定認証」創設、意見分かれる／社保審・医療部会

厚生労働省は12月1日、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、「看護師特定能力認証制度」の創設についてチーム医療推進会議の議論状況と合わせて報告した。認証制度の創設について委員らの意見は分かれ、継続議論となった。

永井良三委員（チーム医療推進会議座長、東京大大学院教授）がチーム医療推進会議での議論状況について説明。「看護師の業務にグレイゾーンがある。また、グレイゾーンの安全な実施のためには教育研修が必要という点では推進会議で一致している」とした上で、「国家試験を行うかどうかについて議論があるところ」と述べ、部会の委員らに意見を求めた。

この日の議論でも、委員らは看護師の教育研修の必要性については一致。その上で「認証制度という資格を設置することで看護師のモチベーションの向上につながる」（水田祥代委員＝福岡歯科大常任理事）、「認証制度をつくるのならやっていきたいという思いが現場のナースにはある。『診療の補助』の範囲をはっきりさせることが必要」（齋藤訓子委員＝日本看護協会常任理事）、「常に患者に寄り添う看護師が何らかの方法で能力を担保されるのはよいこと」（加藤達夫委員＝国立成育医療研究センター総長）とした推進の意見が上がる一方、「看護師全体のレベルアップが第一。認証制度でその人しかできないとなれば、かえって駄目になる。全ての看護師ができる

業務をはっきりさせることが重要」（西澤寛俊委員＝全日本病院協会会長）、「包括的指示という点に懸念がある。実体がない。ミニ医師をつくらうとしているように見える」（中川俊男委員＝日本医師会副会長）、「認証を受けた看護師と他の職種との連携が見えにくい。多職種の業務拡大についてワーキングをつくって、看護師だけではなく、同時に議論を進めるべき」（山本信夫委員＝日本薬剤師会副会長）と慎重な意見もあり、見解が分かれた。

厚労省医政局医事課の田原克志課長は、今後の議論について、取材陣らに対し「12月7日のチーム医療推進会議では12月8日の医療部会への報告に向けて、推進会議としての考え方を整理していただく」としている。

●診療放射線技師らの業務範囲拡大を了承

また医療部会は、診療放射線技師の業務範囲に▽造影剤の血管内投与に関する業務▽下部消化管検査に関する業務▽放射性同位元素を用いた検査（R I検査）—を含めることを了承。部会で、肛門からのカテーテル挿入を診療放射線技師の業務範囲とするものの危険性が指摘されたことについて、田原医事課長は「運用を行う上での注意すべきことは通知などで注意喚起していきたい」とした。

（12/2MEDIFAXより）

精神疾患、病期・状態像で医療圏設定／医療計画見直し検討会

厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」（座長＝武藤正樹・国際医療福祉大大学院教授）は11月16日、都道府県が2013年度の医療計画から定める「精神疾患」について審議した。厚労省は、うつ病・認知症を含む精神疾患の基本的な医療・サービス支援が受けられる体制を構築するなどの方向性を示した。限られた医療資源を効率よく活用するため「病期」「状態像」ごとに医療圏を設定する考え方も提案。検討会は大筋で了承した。今回の見直しで医療計画は精神疾患を加えた5疾病5事業となる。厚労省は都道府県に示す作成指針で計画策定手順の中にPDCAサイクルが機能するための手順を盛り込むことも示した。

会合で社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課は精神疾患の医療計画で都道府県が目指すべき方向性として▽住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる▽適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援などの総合的支援

を受けられる▽アクセスしやすく、必要な医療を受けられる▽必要時に入院医療を受けられる▽医療機関がサービス内容や実績を積極的に情報公開する—を示した。

病期（予防・アクセス・治療から回復・社会復帰）と状態像（急性増悪・専門医療・身体合併症）に分けた医療計画の目標や評価指標の案も示した。

病期の圏域設定については、福祉・介護サービスとの連携を踏まえて都道府県が設定する障害保健福祉圏域・老人福祉圏域を考慮した設定を提案した。一方、状態像に基づいた圏域設定については「急性増悪」の場合には精神科救急医療体制整備事業の推進により都道府県が設定した「精神科救急医療圏」で24時間365日体制を構築し、「専門医療」は都道府県単位で体制構築するなど、状態像に応じた圏域設定の必要性を強調した。

また、急増するうつ病患者や認知症入院患者への対応として、精神疾患全体よりも明確な内容を指針に盛り込む考えも示した。（11/17MEDIFAXより）

放射線技師の業務範囲見直しで一致／チーム医療方策検討WG

厚生労働省の「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」（WG、座長＝山口徹・虎の門病院長）は11月16日、造影剤の血管内投与や下部消化管検査に関する業務を診療放射線技師が「診療の補助」として実施することができるとする方針で一致した。R I検査も診療放射線技師の業務範囲とする。近くチーム医療推進会議へ報告する予定だ。

同WGでは、これまでに▽CT検査の針の抜針▽大腸検査▽CT検査の造影剤注入—などについて、現場では診療放射線技師が実施していると指摘されていた。

厚労省は、診療放射線技師業務実態調査（日本放射線技師会実施）で「実施している、するときもある」との解答のあった▽留置針からの造影剤投与▽造影剤自動注入器からの造影剤投与▽留置針の抜針・止血▽下部消化管検査に必要なネラトンチューブ挿入▽チューブよりバリウム・空気・ガストログラフィン注入▽カテーテル挿入部の触診▽造影カテーテル挿入▽造影剤をカテーテルから投与—について「医行為に該当するものと考えられる」と整理した。

その上で診療放射線技師の業務範囲を見直し、CT検査・下部消化管検査などの実施に伴って必要な

一定の行為（造影剤の血管内投与や下部消化管検査に関する業務）を検査関連行為とし、診療放射線技師が「診療の補助」として実施することができる方針を提案。WGからも反対は出なかった。

業務範囲の見直しに伴って、基礎教育でも検査関連行為の安全かつ適切な実施のための教育内容を盛り込む。すでに資格を取得している人については、医療機関や職能団体が実施する教育研修を受けるよう促すとした。

教育について堀内成子委員（聖路加産科クリニック副所長）は「有資格者に対して、しっかりとした研修や職能団体によるブラッシュアップなどが実施されるようお願いしたい」と求めた。

今回の業務範囲の見直しでは、上部消化管検査に関してはリスクが非常に高いことから除外した。

放射性同位元素を用いた検査（R I 検査）も実態として診療放射線技師が実施しているが、法的な位置付けはないことから、診療放射線技師法に位置付け、政令にR I 検査関連機器を追加するとした。

●チーム医療実証事業報告書を了承

現在、68施設（115チーム）で実施されている「チーム医療実証事業」について、同WGは1チームについて1報告書の作成・提出を求める方向で一致した。2012年3月中に報告書の提出を求め、1チームにつき委員3人程度からコメントを寄せる。また、報告書は「チーム医療実証事業報告書」として周知することとした。

厚労省は12年度概算要求で「チーム医療普及推進事業」を要求している。チーム医療実証事業を実施した医療機関から20施設程度に委託し、ワークショップの開催などを通して地域へのチーム医療の普及・定着を図る。（11/17MEDIFAXより）

「看護師特定能力認証制度」結論出ず／チーム医療推進会議

厚生労働省は11月18日、「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）に看護師特定能力認証制度の骨子案を提示した。会合では、骨子案に対し賛否両論が寄せられ結論は得られず、議論を継続することとした。厚労省は12月上旬の社会保障審議会・医療部会に、骨子案とチーム医療推進会議での議論状況を併せて報告する予定だ。

永井座長は、看護師の特定能力認証制度に関する背景について▽看護師が実施している行為の中にグレーゾーンがある▽柔軟性のない制度とはしない▽

グレーゾーンの行為も100%の医療機関で実施されているわけではない—の点は共通認識であると整理。その上で「国家資格とするメリット、デメリット。国家資格としないメリット、デメリットで意見を頂きたい」と委員らに求めた。

委員からは「医師の指示は大前提。看護師が実施できる範囲が公的に担保されることは重要」（島崎謙治委員＝政策研究大学院大学教授）、「在宅医療を担う訪問看護師などは能力を認証していただきたい」（太田秀樹委員＝全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長）、「国民のニーズに安全に応えるためには、法律で業務を明確化し担保していく仕組みが必要」（大久保清子委員＝日本看護協会副会長）として賛成する意見が出た一方で、「国家資格というものは『持っている人はできる』『持っていないとできない』というもの。看護師がさらに認証という国家資格を得る。非常に分かりにくい」（藤本晴枝委員＝NPO法人地域医療を育てる会理事長）、「日本医師会としての意見書を出している。医療安全が損なわれないよう慎重な議論をすべき」（藤川謙二委員＝日医常任理事）、「実証事業の検証をしないまま議論を早急に進めるのはどうか」（宮村一弘委員＝日本歯科医師会副会長）と、慎重な対応を求める意見も上がった。

結論が得られず、永井座長は「引き続き議論したい」とした。

●有志委員が意見書「12月上旬の医療部会は時期尚早」

永井座長に対しチーム医療推進会議委員5人、チーム医療推進方策検討ワーキンググループ委員1人の合わせて6人が連名で「特定看護師（仮称）制度について、12月の社保審・医療部会に諮ることは、時期尚早であり、反対であります」とする意見書を提出した。

●診療放射線技師の業務範囲拡大を了承

厚労省は、チーム医療推進会議に、診療放射線技師が実施する検査関連行為について「診療の補助」として▽造影剤の血管内投与に関する業務▽下部消化管検査に関する業務—を認めるとする案を提示し、同会議から反対はなかった。放射性同位元素を用いた検査（R I 検査）も診療放射線技師の業務範囲とする。（11/21MEDIFAXより）

一体改革実現へ法案提出時期を明記／厚労省・改革推進本部

厚生労働省の社会保障改革推進本部は12月5日、

社会保障・税一体改革成案の具体化に向け、省内の検討状況を中間報告に取りまとめて公表した。各審議会の一体改革関連報告書や、与党との調整状況を整理し、今後の法案提出スケジュールをまとめている。厚労省は12月7日に開かれる民主党の一体改革調査会（細川律夫会長）にこの中間報告を提示する予定。今後は一体改革論議の舞台が政府・与党に移ることになる。

厚労省がまとめた中間報告はいわば、政府・与党レベルで一体改革成案を現実的なものに仕上げていく上での「たたき台」となる。中間報告は一体改革成案に沿って、医療・介護や、子ども・子育て支援など、6項目ごとに改革の方向性を示している。

医療分野では、高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスが受けられる社会の実現を目指す。第一歩として、12年の診療報酬・介護報酬同時改定で実施すべき方向性に、社会保障審議会がまとめた改定の基本方針をはめ込んだ。

病院・病床機能の分化・強化や、在宅医療の推進、医師確保対策、チーム医療の推進などもあらためて整理。医療法等関連法の法律改正を順次行うとし、12年の通常国会以降の速やかな法案提出に向けて検討するとした。厚労省は「診療報酬・介護報酬改定や、都道府県の医療計画、補助金などの予算措置、医療法などさまざまな政策ツールを活用しながら、一体改革実現に取り組んでいきたい」としている。

高額療養費制度の見直しと受診時定額負担の導入、高齢者医療制度の見直し、介護納付金の総報酬割導入、短時間労働者への被用者保険の適用拡大などについても、「12年の通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討する」としており、受診時定額負担導入の是非などは事実上、政府・与党での政治決着に持ち込まれた格好だ。総合合算制度については「番号制度などの情報連携基盤の導入が前提であるため、2015年度以降の導入に向けて引き続き検討する」とした。

12月5日に会見した小宮山洋子厚労相は、今回の中間報告が厚労省の方針を取りまとめた案であることを強調。社会保障制度改革が国民の理解と納得を得られるよう、全力を尽くしていく考えを示した。（12/6MEDIFAXより）

退院直後の訪問看護、要介護者も医療保険可能に／中医協総会

厚生労働省は11月11日の中医協総会に、介護保険優先の要介護者らであっても退院直後であれば訪問看護指示書に基づき医療保険の訪問看護を実施できるよう2012年度診療報酬改定で見直すことを提案した。退院直後は医療ニーズが高い傾向にあることから、必要性が認められる患者に対し一定期間内で実施を認め、在宅移行を支援する考えだ。委員からは、現行の医療保険と介護保険の整理を変更してまで対応する必要があるのか疑問を示す声が上がった一方、現場では需要があると賛成する意見もあった。

現行の訪問看護の仕組みでは、介護保険の被保険者は要介護認定の申請を行った時点で介護保険が医療保険に優先し、退院直後であっても原則、介護保険で訪問看護を実施することになる。ただ、厚労省によると、在宅へ移行する退院直後の2週間程度は医療ニーズが高い場合が多い。入院中に要介護認定の申請を行っても、判定が出るまで平均31.1日かかるとのデータもあるという。

厚労省案を受け、白川修二委員（健保連専務理事）は「介護保険と医療保険の適用の原則を変えるほど重大な問題なのか」と指摘。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）も、要介護認定の判定が出る前でも、暫定ケアプランを作成してサービス提供できる介護保険制度の仕組みで対応できるのではないかと考えを示した。

厚労省保険局医療課の鈴木康裕課長は「経常的なニーズについては（要介護認定の判定前でも）前倒しで介護で提供するのが原則。ただし、2週間などに限って非常に高い医療ニーズがある場合、そこだけケアプランを作成して後で作り直して訪問看護を減らすというのはなかなか難しい」と医療保険での対応が必要な場合を指摘。「退院直後は全て医療保険にするということは考えていない」と説明した。西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「現場としては非常に助かる」と賛成の考えを示した。

（11/14MEDIFAXより）

入院医療「入退院曜日」「退院時刻」など論点に／中医協総会

中医協は11月25日の総会で入院医療について審議し、高度急性期と一般急性期、亜急性期等、長期療養、有床診療所、地域特性などをめぐって次期診療報酬改定の方向性を確認した。入退院の曜日や、午

前中退院、入院基本料などが論点に挙がった。

厚生労働省が論点を問題提起した後、委員同士でディスカッションした。改定率が出た後で、施設要件や点数の増減幅といった細部を詰めていく。厚労省は今回の入院医療に続き、外来医療、医療連携、院内体制などもテーマに取り上げたい考え。

政府が社会保障・税一体改革で描いている2025年時点の病床数は、高度急性期18万床、一般急性期35万床、亜急性期等26万床、長期療養28万床。これに対して2010年時点で一般病棟入院基本料を算定している病床数は、7対1が32万8518床、10対1が24万8606床、13対1が3万3668床、15対1が6万6822床となっている。25年のイメージでは高度急性期から長期療養まで病床数がバランス良く配分されているが、現状では約半数が7対1病床に偏在するなどバランスを欠いている。厚労省はプロセス評価やアウトカム評価を重視しながら、病床数のバランスを是正していきたい考え。

厚労省は入院医療の評価ポイントとして、入退院の曜日を挙げた。DPCデータによると、土日曜日には緊急手術を除けば手術があまり実施されていない。このため、金曜日に入院する患者や、月曜日に退院する患者の平均在院日数が長くなっていることへの対応が必要ではないかと問題提起した。

ただ、医療関係者からは反対意見が相次いだ。嘉山孝正委員（国立がん研究センター理事長）は「土日退院が少ない理由には社会的要素がある。申し訳ないが違和感がある。土日に手術をしと言われたら、医療現場も困る」と厚労案に難色を示した。安達秀樹委員（京都府医師会副会長）も「入院か在宅療養か判断に迷う症例で土日を含め場合には、金曜日に入院をお願いしておかなければ危ない」と指摘した。

逆に、花井十伍委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）は患者の立場から「金曜日に入院し、食事だけして土日を無駄にするのなら、効率化には賛成」と厚労省案を支持。ただし「必要に応じて24時間365日対応する医療機関も評価してほしい」と付け加えた。入退院曜日の評価については今後もデータを提示し、議論を続ける。

また厚労省は、退院日の食事回数が0-1回（昼食前退院）の割合が全体の4分の3を占めていることから、午前中に退院するケースも論点に挙げた。関原健夫委員（日本対がん協会常務理事）は「入院料を半額にしてはどうか」と提案したが、西澤寛俊

委員（全日本病院協会会長）が「旅館と同じように考えているのだろうが、最近はこうしたケースは少ない」と反論した。

このほか鈴木康裕・保険局医療課長は「7対1入院基本料届け出病院のうち、看護必要度は高いものの平均在院日数が長いケースについて考える必要がある」と問題提起した。（11/28MEDIFAXより）

地域特性に関する考え方を提案／中医協総会

厚生労働省は11月25日の中医協総会に、次期診療報酬改定に向けて、医療提供が困難な地域に関する考え方を提示した。医療提供が困難な地域の条件については▽自己完結した医療を提供している地域▽医療従事者の確保等が困難な地域▽医療機関が少ない地域－の3条件を設定。これら3条件を満たすのは43医療圏とした。こうした医療提供が困難な地域では、例えば病棟ごとの看護配置基準を可能にすることや、亜急性期病床の配置要件の緩和、専従要件の緩和など、病院内での機能分化に応じた評価体系を進める考え方などを提案した。

これに対して鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は43医療圏を明示するよう求めたほか、「例えば一般病棟15対1入院基本料と療養病棟の相互乗り入れの考え方はできないのか」とし、急性期医療を継続して担えるよう検討してもらいたいと求めた。

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「43医療圏の全ての医療機関を特別扱いするのか。それならば具体的にどの医療圏か、本当に困っているのか示してもらいたい」と述べた。

一方、安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は医療過疎地で患者負担が多くなるのは検討課題とし、「診療報酬だけでなく補助金などでの支援と組み合わせる進めることが必要だ」と指摘した。

（11/28MEDIFAXより）

有床診で一般・療養の区分け柔軟化／中医協総会

厚生労働省は11月25日の中医協総会に、有床診療所で一般病床と療養病床双方の施設要件を満たしている場合、患者の状態に応じて柔軟な報酬の算定を可能とするよう2012年度診療報酬改定で見直すことを提案した。有床診の介護療養病床患者が急性増悪した際に医療保険で請求できる仕組みについても、現状より弾力化する案を提示。厚労省が示した方向性に対し、委員から異論は上がらなかった。

厚労省は、有床診で一般病床と療養病床双方の要件を満たしている場合、患者の状態に応じて一般病床でも包括評価の療養病床と同じような報酬の算定を可能とする仕組みを提案。同様に、療養病床でも出来高評価の一般病床と同じような報酬の算定が可能になるよう見直す案を示した。有床診の介護療養病床入院患者が急性増悪した場合に医療保険で算定できる仕組みについては、2室8床としている現行の上限を改め、全病床が算定できる仕組みとすることを提案した。

厚労省が提出した資料によると、有床診をめぐっては一般病床の病床利用率が40%台と低い傾向にあるほか、無床診と比べて、収入に対する損益差額の割合が低いなどの課題がある。厚労省は、病床の柔軟な活用を可能にすることで、これらの課題に対応する考えだ。

院内での看取りや、緩和ケアの実績が増えるほど経常利益率が下がるとのデータを踏まえ、入院緩和ケアや院内のターミナルケア推進に向けた評価の在り方も論点に挙げた。（11/28MEDIFAXより）

同一日の複数科受診、各側の認識にズレ／中医協総会

厚生労働省は11月30日の中医協総会で、同じ日に同じ医療機関で複数の診療科を再診で受診した場合、2つ目の診療科に対して一定の評価を行うことの是非について検討を求めた。同一日・同一医療機関の複数科受診をめぐっては、1つ目の診療科で初診料（270点）を算定した場合、2つ目の診療科では初診料は半額（135点）の算定となる。再診の場合は、1つ目の診療科で再診料を算定した場合、2つ目の診療科で再診料は算定できない。病院団体の調査によると、同一日・同一医療機関の複数診療科受診では、2つの診療科を受診するケースが最も多い。

この日の中医協総会では、複数科受診の捉え方について診療側委員と支払い側委員で大きな食い違いを見せた。

●診療科ごとの支払い「いかがなものか」／支払い側

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「複数科受診というが、いろいろなパターンがある。病院の都合で診療科が分かれているもので（それを評価するというのは）患者感覚と病院経営者の感覚は異なっている」と指摘。「複数科受診の定義を明確にして、評価するケースを限定する形で提案してもらいたい」と述べた。花井十伍委員（連合「患者本

位の医療を確立する連絡会」委員）も「患者の立場からすると、総合病院の多様で専門的な機能を評価するということであれば分かりやすい。しかし、過去の経緯があるのだろうが、初・再診で診療科ごとに支払うというのはいかなるものか」と疑問を投げ掛けた。

●2診療科目も専門性・技術の評価を／診療側

これに対して診療側の西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「複数科受診の評価は、医師の専門性、技術料を評価してもらいたいということだ」と説明。「初・再診料など基本診療料は何を評価しているのかが明確になっていない」とも述べ、基本診療料に含まれている中身を明確にする必要性をあらためて指摘した。

安達秀樹委員（京都府医師会副会長）も「2診療科目以降の評価がされなかった時代は、診療所と病院の診療内容に大きな差がなかったからではないか。しかし、今や病院の各診療科の技術は専門性が高く高度になっている。何らかの評価をすべきではないか」と述べた。

複数科受診のイメージについて厚労省は、患者が同一日に内科で糖尿病、眼科で白内障の受診を希望するケースや、医師が患者を診療し、他科の診療が必要だと判断したケースが考えられると説明した。骨折の患者が整形外科を受診し、CTなどの撮影が必要になった場合は、放射線科を2科目とはせず、この場合は読影料を算定することになると説明した。議論を受け厚労省は、これまでの複数科受診の経緯を整理した上で、一定程度、限定した形での提案を行うとした。（12/1MEDIFAXより）

他医療機関受診、透析患者らの減額緩和案／中医協総会

厚生労働省は11月30日の中医協総会に、入院中の患者が他医療機関を受診した場合に入院基本料などが減額となる仕組みを2012年度診療報酬改定で緩和する案を示した。精神病床や有床診療所の入院患者が透析目的で他医療機関を受診した場合などについて、減額幅を縮小する見通し。

現行の仕組みでは、出来高病棟の入院患者が他医療機関を受診した場合、入院基本料が30%減額となる。特定入院料等算定病棟では、入院患者が他医療機関で特定入院料等の包括範囲に含まれる診療行為を受けた場合は70%、包括範囲外の診療行為を受けた場合は30%、それぞれ減額となる。厚労省は、精

神病棟や有床診療所では特に他医療機関受診の割合が高いと指摘。理由として合併症の管理が困難であることを挙げた。透析患者は頻回の透析が必要だが、透析治療が可能な医療機関は限られており、他の疾患で入院した場合は他医療機関受診が必要となる場合がある。

厚生省はこれらの状況を踏まえ、精神病床や有床診療所、結核病床の入院患者が透析を受けるために他医療機関を受診した場合の減額幅を縮小することを提案した。

厚生省案を受け、委員からは「小規模な医療機関、あるいは単科の医療機関でも患者は専門的な治療を求めている。そういったものをできるだけ評価するようにしてほしい」（鈴木邦彦委員＝日本医師会常任理事）などの声が上がった。（12/1MEDIFAXより）

改定率は両論併記か／中医協総会、意見書で調整

中医協は11月30日の総会で、診療報酬改定の意見書作成に向けて、診療・支払い各側間の調整に入った。だが、改定率をめぐる双方の認識は依然、かけ離れている状態。プラス改定で医療費全体の底上げを図りたい診療側と、プラス改定では国民の理解が得られないとする支払い側の溝は埋まっていない。厚生労働省が12月2日に発表する薬価調査の結果を踏まえて公益委員が意見書案の作成作業に入るが、改定率に関しては両論併記になる可能性が高い。早ければ12月7日の総会で公益委員が意見書案を提示する見通し。

厚生労働大臣宛ての意見書では、例えば医療従事者の負担軽減といった診療・支払い側で見解が一致している点や、賃金・物価動向、医療経済実態調査、薬価調査の結果などは盛り込めそうだが、改定率など意見が折り合わない部分では両論併記となりそう。

前回の診療報酬改定作業では、改定率をめぐる診療側と支払い側が対立し、意見書の取りまとめができなかった。11月30日の会合では、支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）が「意見書を取りまとめるかどうかから議論した方がよいのではないかと発言。これに対して診療側から「両論併記で審議状況報告というのが妥当な扱いではないか」（安達秀樹委員＝京都府医師会副会長）、「意見書を会長に取りまとめてほしい」（嘉山孝正委員＝国立がん研究センター理事長）といった声上がり、意見書提

出に向けて公益委員が調整することになった。森田朗会長は「中医協として1つの意見に集約するのは難しいが、中医協からメッセージを発することに異論はないか」と確認した上で、意見書の作成に向けて「知恵を出す」と決意表明した。

議論では、支払い側の小林剛委員（全国健康保険協会理事長）が「協会けんぽは保険料率が10%を超えようという異常事態。引き下げ改定が必要と言わざるを得ない」と発言。すかさず診療側の西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）が「保険者の財政状況も理解するが、質の高い医療を国民に提供することも保険者に考えてほしい」と指摘した。これに支払い側の白川委員も「言われるまでもないが、今の保険者の財政状況ではそういうところに回す金もない。今の言葉はそのままお返ししたい」と応じた。

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「自己負担3割は世界一高いが、消費税5%は先進国の中で余裕があるし、保険料もフランスやドイツに比べて低水準。まだ保険料率が低い保険者もあり、まずは平準化を進めるべきではないか」と指摘した。

（12/1MEDIFAXより）

薬価乖離率は約8.4%、財源約5000億円／医療費ベース1.25%

厚生労働省は12月2日の中医協総会で薬価本調査の速報値を報告し、平均乖離率が前回改定時と同じ約8.4%だったと公表した。厚生省によると、薬剤費全体の削減額は約5000億円になる見通し。2012年度の医療保険制度の医療費を約40兆円とすると医療費ベースで1.25%に当たる。この財源がそのまま診療報酬本体の改定率に回れば本体改定率プラス1.25%分となる。

投与形態別の乖離率は、内用薬が8.9%、注射薬が7.4%、外用薬が7.6%、歯科用薬剤が1.3%だった。11年9月取引分が対象。

2012年度薬剤費は推計で8兆4000億円。平均乖離率約8.4%に調整幅2%を加味した場合、市場実勢価格に基づく引き下げはマイナス約6.4%の約5400億円となる。ただ、薬価改定時には、市場実勢価格による改定以外にも、不採算品目再算定などの薬価を引き上げるルールと、逆に市場拡大再算定など薬価を引き下げるルールも適用されるため、厚生省は現段階で差し引き400億円程度の引き上げ効果も発生すると見込む。このため薬剤費全体の削減額は約5000億円（薬価ベース約6.0%）程度になる見込み。

後発医薬品のシェアは数量ベースで22.8%、金額ベースで8.8%だった。政府が掲げる後発品の普及目標は数量ベースで30%となっており、依然、開きがある。（12/5MEDIFAXより）

仕分け判定に怒り、あきれ… 中医協総会

偏った資料提示に、短時間で出される乱暴な結論一。中医協の審議内容を無視するかのような強引な手法で本体改定率「据え置き・抑制」の判定結果を出した政府・提言型政策仕分けに、プラス改定に慎重姿勢を取る支払い側委員からさえも非難の声が上がった。12月2日に開かれた中医協総会で、白川修二委員（健保連専務理事）は仕分け結果に「怒り狂っている」と発言。さらに「（仕分け結果の）中身を議論しても何も生まれない。中医協としては、こんな意見があったという程度に拝聴し、次回改定以降に反映する“ふりをする”“努力する”のではどうか」とまくし立てた。

改定率決定を間近に控え、プラス改定を求める診療側と、それを阻止したい支払い側のつばぜり合いが続いているが、11月22日に出された政策仕分けの結論に対しては、言葉の鋭さに差はあるものの中医協委員全員が痛烈に非難した格好だ。

安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は「診療報酬の議論をするのには圧倒的に資料が不足し、偏っている。わずか4時間弱の審議で提言できるものなのか」と指摘。さらに「まさか仕分け人は、ネットと本体の違いを分からずに判断したのではないでしょうね」と皮肉った。西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）も判定結果について「読むに値しない。無視したいくらいの思い」とあきれた。

公益委員では、牛丸聡委員（早稲田大政治経済学術院教授）が「資料として参考にする」程度にとどめるべきと主張。薬価政策について「先発品と後発品の差額の一部を自己負担にすることを検討」などとする仕分け結果が出たことを踏まえ、薬価専門部会長を務める西村万里子委員（明治学院大法学部教授）は「“大胆な”手法が提示された」と慎重にコメント。「すぐに実現できるものがあるか、手法が適しているかどうかも含めて議論しなければならない」と述べ、薬価専門部会で審議する考えを示した。

北村光一委員（経団連・社会保障委員会医療改革部会部会長代理）は冷静に「社会保障審議会の基本方針に基づき、診療報酬面で中医協の対応を議論すべき」と主張した。

厚生労働省保険局の鈴木康裕医療課長は「もし実際に診療科目間で収支に差があるのならばきちんと対応すべきだが、刷新会議の資料はかなり限定されたデータだ。参考にはするが、これですぐさま評価するわけではない」とし、政策仕分けの指摘内容を「大枠として受け止め」、具体的な内容は「中医協の議論を踏まえて詰めていく」とまとめた。

森田朗会長（東京大大学院法学政治学研究科教授）は最後に「政治学の立場から言えば刷新会議の取りまとめに法的効力は全くない。だが事実上は社会的に受け入れられており、公的権限を持つ厚労相も重く受け止めている。そうならないようにするために中医協としてきちんとしたメッセージを発する必要があると思う」と述べた。公益委員が作成している小宮山洋子厚労相宛ての意見書案を後日審議し、中医協委員の意見を反映したい考え。

（12/5MEDIFAXより）

がん診療や慢性期医療で医療連携促進へ／中医協総会

厚生労働省は12月2日の中医協総会に、2012年度診療報酬改定でがん診療や慢性期医療分野などで医療連携を進める案を示した。医療現場の実態を踏まえ、がん診療連携拠点病院と医療機関の連携に対する評価の拡充や、急性期後の患者の褥瘡治療に対する評価の見直しなどを提案。厚労省の示した方向性に対し、委員から大きな異論は上がらなかった。

現行の仕組みでは、がん診療連携拠点病院が医療機関からの紹介で診断の確定した患者を入院で受け入れ、手術を行った場合を「がん診療連携拠点病院加算」で評価している。厚労省は同加算について、がんの疑いがあるが未診断の紹介患者や、外来で化学療法や放射線療法を受ける紹介患者も対象に加えることを提案。さらに、拠点病院が患者個別の治療計画を作成して退院後の治療を担う医療機関に紹介した場合を評価する「がん治療連携計画策定料」についても対象を拡大する案を提示した。同策定料は拠点病院が患者の退院後すぐに医療機関へ紹介した場合を評価しているが、「手術した後、1回も外来でフォローせずに帰すのは難しい」との現場の声を踏まえ、外来でフォローアップや化学療法を行った後の紹介についても一定の要件下で対象とする案を示した。

万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）は「考え方の基本として、手術した患者が外来に1回来るのは

当然」と強調し、現場の実態を踏まえた評価を求めた。（12/5MEDIFAXより）

精神科救急からの受け入れに評価案／中医協総会

厚生労働省は12月2日の中医協総会に、精神科医療の分野で医療連携を促進する案を示した。患者を精神科救急病棟から一般の精神病棟で受け入れた場合などを評価する考え。

現行の仕組みでは、精神科以外の救急病棟から一般病棟などで患者を受け入れた場合を「救急搬送患者地域連携紹介加算」や「救急搬送患者地域連携受入加算」で評価している。ただ、精神科の救急病棟から一般の精神病棟や精神科以外の一般病棟で受け入れた場合は評価がなく、精神科以外の救急病棟から精神病棟で受け入れた場合についても評価していない。厚労省は、2012年度診療報酬改定でこれらの連携についても評価することを提案。厚労省案に対し委員から大きな反対意見はなかった。（12/5MEDIFAXより）

復興計画策定に向けた議論終了／福島県復興計画検討委

福島県は11月25日、東日本大震災後の復興を目指す「福島県復興計画（第1次）」の素案を福島県復興計画検討委員会（会長＝鈴木浩・福島大名誉教授）に提示した。素案には前回の同委員会に示した「たたき台」に対する意見を取り入れた。重点プロジェクトの「県民の心身の健康を守るプロジェクト」に盛り込む「放射線健康障害の早期診断・最先端治療拠点の整備」については、研究者のネットワーク構築などを通じて関連する研究拠点の連携を図ることを記載し、福島県立医科大での放射線医学研究だけにとどまらず、より実践的で広範囲な運用を目指す方針を打ち出した。

同県は8月11日に策定した「福島県復興ビジョン」を踏まえ、年内までに「福島県復興計画（第1次）」を策定する。復興計画（第1次）には復興ビジョンに盛り込んだ7つの主要施策に基づき「具体的取り組みと主要事業」を記載する。

主要事業には「看護師を目指す人材の育成を支援する事業」も盛り込む。地域医療の担い手として、医師だけでなく看護師の人材育成も支援する。

「がん検診を受診しやすい環境整備に関する事業」にも取り組む。がん検診の受診率向上につなげるた

め、実施主体の市町村を対象に支援事業を実施するほか、地域や医療機関にかかわらず受診できる仕組みを構築する。がん検診の費用負担軽減の支援も国に要請する。同県では原子力災害からの地域再生を目指して「福島再生特別法（仮称）」の制定を国に求めており、健康被害が発生した場合の保健・医療・福祉に関わる総合的な援護措置を同法に盛り込むことも想定する。

「放射線に関する相談外来の設置、がん医療に係る診断機器や治療機器等の整備の支援」も主要事業に位置付ける。財源には地域医療再生基金を見込んでいる。

計画策定に向けた提言を行う目的で設置された同委員会の議論はこの日で終了し、鈴木会長が11月末までに佐藤雄平知事に意見書を提出する予定。同県は素案についてパブリックコメントを求め、復興計画（第1次）案を策定する。その後、案を県議会に説明し、最終的に決定する。

同委員会に出席した佐藤知事は冒頭の挨拶で「第3次補正予算が成立するなど、国の動きも進んできたが、原子力災害に関しては今も課題山積の状況」と指摘し、「次代を担う子どもたちを安心して福島で生み、育てる環境づくり」を最大の課題に挙げた。その上で「昨日、首相官邸で18歳以下の医療費無料化などを要望した」と述べた。また、同県は復興を通じ、さらなる飛躍を目指す考えを強調。復興計画策定後、「国、市町村と一体となって、その着実な実行に取り組まなければならない」との考えを示した。（11/28MEDIFAXより）

T P P参加断念求め声明／保団連

保団連（住江憲勇会長）は11月13日、野田佳彦首相が11月11日に環太平洋連携協定（T P P）の交渉への参加を表明したことを受け、参加断念を求める理事会声明を発表した。保団連は、公的医療保険制度が非関税障壁として市場開放の対象となれば国民皆保険制度の崩壊につながるとして、参加断念を求めて国民的運動に全力を挙げるとした。（11/15MEDIFAXより）

放影研保有データの早期解析を要請／保団連

保団連は11月22日、小宮山洋子厚生労働相に対し放射線影響研究所の保有する「対象群を含む寿命調査（L S S）対象者12万321人の基本調査データM S Q（Master Sample Questionnaire）」のうち、「黒い

雨に遭った」と回答している約1万3000人について「低線量被ばく、内部被ばくの人体影響を知る上で、極めて有用かつ貴重なデータ」として速やかな解析を求める要請書を提出した。

広島、長崎両原爆の黒い雨の人体影響に関するテクニカルレポート（オークリッジレポート）では、爆心地から1600m以遠で被爆し、黒い雨を浴びた236人について、放射線の人体影響を分析。黒い雨を浴びた群では発熱、下痢、脱毛などの急性症状が高率に認められたとしており、長崎県保険医協会は「『黒い雨による人体影響はない』とする、従来の定説が崩れる」と指摘している。

保団連は、放影研が保有するデータには放射線の急性症状を詳細に聞き取る設問も含まれていることから、小宮山厚労相に対し「一刻も早く黒い雨データの解析を行い、結果を公表することを要請する」とした。（11/24MEDIFAXより）

介護保険編

「処遇改善加算」明示せず／介護給付費分科会、審議報告案を基本合意

社会保障審議会・介護給付費分科会（分科会長＝大森彌・東京大名誉教授）は12月5日、2012年度の介護報酬改定の方針を示す審議報告について基本合意した。11年度末で終了する処遇改善交付金後の措置については、全会一致が得られず、介護報酬での対応としながらも「処遇改善加算」での対応は明示しない。厚生労働省は、会合で上がった意見なども反映させて細部を修正し、各委員が確認した後に審議報告を公表する。

処遇改善措置については、前回11月24日の会合に厚労省が提出した審議報告案にあった「当面、介護報酬において、事業者における処遇改善を評価し、確実に処遇改善を担保するために加算を設けることはやむを得ない」との記述を「（介護報酬内で）必要な対応を講ずることはやむを得ない」へ修正した。

会合では、久保田政一委員（経団連専務理事）が「加算というのであれば反対」とし、「（介護実調などから）収支の改善もだいたい進んでおり、事業者には十分処遇改善に回せるだけの余力があるのではないかな。昨今の経済不況下の中で、この分野だけ特別扱

いするのはいかがなものか」とあらためて述べるなど、処遇改善加算に対する反対意見は最後まで残った。

一方、田中滋委員（慶応大大学院教授）は「前回『加算』と書いてあったのが、何とでも読める形式になったが、これはきつと加算」と述べ、審議報告での言及は弱まるものの加算での対応は変わらないだろうとの見通しを示し「使い道を（本給だけに）縛るべきではない」と指摘した。

●構造上・外形上一体で「同一建物」

「同一建物に併設」の定義については、老健局振興課の川又竹男課長が、事業所が構造上、外形上、住居と一体となっているものを想定しているとした上で、「同一敷地内の別棟や、道路を挟んだ向かい側などは『同一』としない」と説明した。

12年1月に予定する次回会合で諮問・答申を行う予定。（12/6MEDIFAXより）

24時間型の新サービスは包括報酬／給付費分科会の審議報告案

厚生労働省が11月24日の社会保障審議会・介護給付費分科会に提出した審議報告案では、24時間型新サービスの報酬は出来高払いではなく定額を基本とすることなど、これまで対立意見のあった事項についても一定の方向性を示した。このほか医療関連では、訪問看護の強化とターミナルケア強化が盛り込まれた。

●24時間型サービスは月単位の定額報酬

2012年度に創設する24時間型の新サービスは「要介護度別・月単位の定額報酬」を基本とし、「通所・短期入所系サービスを利用者の選択に応じて提供することを可能とするための給付調整を行う」と明記。人員基準については、看護職の配置を常勤換算2.5人以上の配置と24時間のオンコール体制を義務付けるとした。また、特養や老健の夜勤職員が入所者の処遇に影響のない範囲で24時間型のオペレーターを兼務することも盛り込む。

●緊急時の訪問看護は支給限度額の算定対象外

訪問看護強化としては、特別管理加算と緊急時訪問看護加算を区分支給限度額の算定対象から除外するとの内容を明記。緊急時などに必要な訪問看護は、支給限度額に関係なく利用できるよう見直す。また、「入院中に訪問看護ステーションの看護師が医療機関と協働した訪問看護計画の策定や初回の訪問看護の提供を評価」も盛り込んだ。

●施設・居宅ともにターミナルケア強化

ターミナルケアについては▽訪問看護＝ターミナルケア加算の算定要件の緩和▽特養＝外部医師によるターミナルケア等の推進、施設における看取りの強化▽老健施設、転換型老健＝ターミナルケア加算の算定要件および評価の見直しを盛り込んだ。

審議報告案に盛り込まれたのは、このほか▽訪問介護の現行60区分を45区分へ見直す▽地域包括支援センターの業務負担軽減策として介護予防支援業務を居宅介護支援事業所に委託する際の1人8件の委託制限を撤廃など。

●同一建物へのサービス提供で議論再々燃

会合では、“地域に点在する自宅”と“同一建物”とで移動コストが異なる点について、前回の会合に引き続き意見が対立した。

三上裕司委員（日本医師会常任理事）は、審議報告案の「通所系サービス事業所と同一建物に居住する利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、通所系サービスに係る送迎分の評価の適正化を行う」との記述に言及し、訪問介護でも同様の整理を求めた。

これに対し馬袋秀男委員（民間介護事業推進委員会代表委員）は、利用者負担にも影響しやすくなると指摘し「経過を見て調査・議論を行った上で決めるべき」と主張した。

大森彌分科会長は審議報告を次回12月5日の会合で取りまとめる意向を示している。

（11/25MEDIFAXより）

処遇改善、制度見直しで見解さまざま／社保審・介護保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会（部会長＝山崎泰彦・神奈川県立保健福祉大名誉教授）は11月15日、社会保障・税一体改革に盛り込まれた介護分野の制度見直しなどについて継続審議した。2012年度以降の介護職員処遇改善交付金の扱いや、40～64歳が払う第2号保険料への総報酬割の導入、利用者負担増の是非などをめぐり、委員間で見解が分かれる状況が続いた。同部会は次回会合で、これまでの審議内容を整理する予定だ。

12年度以降の処遇改善交付金の扱いをめぐっては、介護職員の離職率低下や事業者の収支差率改善などの状況を踏まえ「交付金措置を継続する必要はない。介護報酬の中に取り込む必要もない」（藤原清明参考人・経団連経済政策本部長）との指摘があっ

た一方、「介護報酬に組み込んで事業者の自主的な努力で改善すべきというような話だが、（現状では）夢のような話」（伊藤彰久委員・連合生活福祉局長）との声もあった。「交付金の取り扱いについて、政治判断がないまま今日を迎えたことは誠に遺憾」（齊藤秀樹委員・全国老人クラブ連合会理事）との指摘もあった。

利用者負担の見直しについても見解が分かれ、「介護保険部会のみならず医療、年金でも現役世代の負担増による施策ばかりが目立つ半面、給付の重点化、効率化といった適正化対策への取り組みが不十分」（布施光彦委員・健保連副会長）との意見が上がった一方、「利用者負担を増やすことは『受難者負担』を増やすことで、介護の社会化に逆行する」（三上裕司委員・日本医師会常任理事）との声もあった。

厚労省が会合に示した論点は▽介護納付金の総報酬割導入▽要支援者の利用者負担見直し▽ケアマネジメントへの利用者負担導入▽一定以上の所得者の利用者負担割合引き上げ▽多床室の給付範囲見直し▽補足給付での資産などの勘案▽「介護施設の重点化」の観点からの検討など。

（11/16MEDIFAXより）

複数意見併記で政治判断の選択肢提示へ／社保審・介護保険部会

社会保障・税一体改革成案を受けて再開した厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会（部会長＝山崎泰彦・神奈川県立保健福祉大名誉教授）は11月24日、これまでに行った介護分野の制度改革に関する議論を整理し、おおむね取りまとめた。介護職員の処遇改善策や介護納付金への総報酬割導入、利用者負担割合の見直しなどについて賛成派と反対派双方の意見を複数盛り込み、一定の方向性を打ち出すというより政策判断を行う際の選択肢を示す形でまとめた。部会長預かりで月内にも最終版を取りまとめる見通しだ。

厚労省が同部会に示した整理案では、介護職員の処遇改善をめぐって「介護報酬に組み入れるべき」との意見が多かった」とした一方「介護職員処遇改善交付金を維持すべき」との意見も併記。同交付金を介護報酬に組み入れる場合は、現在の介護報酬に加えて別枠で相当額を確保するよう求める意見があったとした一方、事業者の収支が改善した状況などを踏まえ「特段の措置を講ずることは不要」との意見も盛り込んだ。

40-64歳が負担する介護納付金への総報酬割導入については、被用者保険間で負担の公平化を図るなどの観点から「賛成する意見が多く見られた」とした。一方「応能性の強化というものの、介護職員の処遇改善の財源確保の辻褄合わせに他ならない」などの意見もあったとし「強い反対意見があった」と加えた。

要介護1-2で施設サービスの給付額が在宅の支給限度額を上回ることについては「支給限度額を超える部分に医療サービスの要素も含まれている」と追加的な負担に懸念を示す声があったとした一方「支給限度額を上回る部分について負担割合を高める見直しを行うべき」との意見があったともした。

一定以上の所得がある高齢者や要支援者の利用者負担割合の引き上げ、ケアプラン作成への利用者負担導入などについても複数意見を併記。所得の低い第1号被保険者（65歳以上）の保険料軽減強化策については「全般的に肯定的な意見だった」とまとめた。

事務局案を受け、委員からは「（施設サービスの給付額で）支給限度額を超えている部分だけが医療サービスの要素とは理解していない」（山田和彦委員・全国老人保健施設協会会長）、「利用者負担が増えるということは給付を減らすということ。社会保障を少し後退させて持続可能性を高めるということで、同じ応分の負担でも（保険料とは）違う意味合いだということが分かるような書きぶりにしてもらいたい」（三上裕司委員・日本医師会常任理事）などの声が上がった。（11/25MEDIFAXより）

新設の特養多床室は報酬減／給付費分科会の審議報告案

社会保障審議会・介護給付費分科会の2012年度介護報酬改定に関する審議報告は、12年度から新設する特養の多床室の報酬を減額する内容を盛り込むことになりそうだ。厚生労働省が提出した審議報告案について議論した11月24日の会合では、新設多床室の報酬減額への反対意見も複数上がったが、個室とユニット型個室を推進する国の施策を議論した介護給付費分科会としての立場を貫くことになる公算が大きい。

厚労省が示した審議報告案では、地方分権一括法により特養の居室定員1人は参酌基準となったが、国が定める基準はあくまでも1人（個室）であるとし、「個室以外のものについては、介護報酬を減額す

ることとする」と明記した。

これについて村上勝彦委員（全国老人福祉施設協議会総務・組織委員長）が削除を求めたほか、大西秀人委員（全国市長会介護保険対策特別委員会委員長・高松市長）、福田富一（全国知事会社会文教常任委員会委員長・栃木県知事）の代理人、村川浩一委員（日本社会事業大教授）らが反対意見を述べた。

●「反対あっても貫く」／大森分科会長

しかし、大森彌分科会長（東京大名誉教授）は、個室・ユニット型個室を推進するため介護給付費分科会で議論して決めたことを崩すようなことをすると、国の立場、施策が問われると指摘し、「座長としては今日示された内容は、若干の文章上の手直しは必要だが、反対があってもこれを貫く」と述べた。（11/25MEDIFAXより）

調査・データ編

産婦人科・外科の医師数、増加に転じる／10年3師調査

厚生労働省は12月6日、2010年の「医師・歯科医師・薬剤師調査」の結果を公表した。医師・歯科医師・薬剤師の数はいずれも前回調査（08年）より増加し、医師数は前回比2.9%（8350人）増の29万5049人、医療機関に従事する医師は人口10万人当たり219.0人で前回に比べ6.1人増えた。診療科別医師数では、小児科は4.2%増の1万5870人、産婦人科・産科は2.5%増の1万652人、外科が1.1%増の2万7820人となり減少傾向にあった産婦人科・外科でも増加傾向に転じている。

診療科ごとの医師数の分布などを把握するため、原則として2年に1度調査しており、今回は10年12月31日現在の医師、歯科医師、薬剤師の届け出票から調べた。

10年調査では、初めて「取得している広告可能な医師の専門性に関する資格名」について人数を調べた。取得医師数を資格名別に見ると、「外科専門医」が1万9144人で最も多く、「総合内科専門医」の1万4647人、「消化器病専門医」の1万4204人と続いた。男性医師では「外科専門医」が、女性医師では「小児科専門医」が最も多かった。病院・診療所別では、病院では「外科専門医」が最も多く、「消化器病専門

医」「総合内科専門医」と続いたのに対し、診療所では「総合内科専門医」が最も多く、「整形外科専門医」「眼科専門医」と続いた。

●女性医師は増加傾向継続、29歳以下で36%占める

女性医師数は前回調査から7.5%増の5万5897人で、全体の18.9%を占めた。医療機関の医師数のうち、女性医師が占める割合は、29歳以下で35.9%（前回調査36.1%）、30代で28.5%（同26.5%）と若年層で高い傾向が続いている。

全体の医師数を年齢別に見ると、多くの年代で増加したが、30代が0.2%、70歳以上で1.6%減少した。病院勤務医の平均年齢は前回より0.4歳高い43.3歳、診療所の開業医は0.3歳高い58.3歳で、病院・診療所ともに年齢は上昇傾向にある。

●医師の所属先は病院3.7%増、診療所1.9%増

医師の所属先別では、病院が3.7%増の13万2409人、診療所が1.9%増の9万9465人、大学病院などの医育機関付属病院が4.3%増の4万8557人となった。

都道府県別の人口10万人当たりの医師数は京都府が最も多く286.2人、次いで東京都が285.4人、徳島県が283.0人となった。一方、最も少ないのは埼玉県で142.6人、次いで茨城県が158.0人、千葉県が164.3人で、医師偏在の傾向が見られた。

●医療施設の歯科医師数が増加

歯科医師数は前回に比べて2.2%増の10万1576人となり、初めて10万人を超えた。また、「医療施設の従事者」が9万8723人となり、前回調査から2049人（2.1%）増加したが、施設種別で見ると診療所の増加傾向が続いている。

●薬剤師数3.3%増、人口10万対215.9人に

10年12月31日現在の薬剤師数は27万6517人で、前回調査（08年）と比較し3.3%（8766人）の増加となった。人口10万人当たりの薬剤師数は215.9人で、前回から6.2人増加した。

業種別では「薬局従事者」が前回から9887人増の14万5603人、「病院・診療所の従事者」が1677人増の5万2013人、「衛生行政機関または保健衛生施設の従事者」が23人増の6303人となった一方、「大学従事者」は1738人減の7538人、「医薬品関係企業の従事者」は387人減の4万7256人となった。年次推移を見ると、薬局は増加傾向、病院・診療所では1996年以降横ばい傾向が続いている。（12/7MEDIFAXより）

医療への不満高まる、後発品は浸透／健保連「国民意識調査」

医療機関のかかり方や医療への満足度などを国民に尋ねたアンケート「医療に関する国民意識調査」を健康保険組合連合会がまとめ、11月17日に結果を公表した。同調査の実施は2007年以来。2011年7月に調査し、インターネットで全国2000人のモニターが回答した。

かかりつけ医がいる人の割合は69.4%に達し、そのうちの88.3%が一般診療所を受診していた。また、かかりつけ医の判断で必要に応じて病院を受診することに賛成する人の割合は56.7%となり、過半数を占めた。

医療の満足度については、「不満」を持つという回答が前回調査から約15ポイント増えて62.9%に上り、「医療機関への要望がある」という回答は90.0%に達した。「待ち時間を短く」「病気の状態や治療法の説明」「専門医療機関の紹介」などが要望内容の上位に並んだ。

国民医療費について「高い」と思う人は65.2%、医療費の国民負担が「重い」という人は74.1%となった。医療費を賄う方法を尋ねたところ、「税金」がトップ回答で34.9%、次いで「患者負担」が26.5%だった。「保険料」と答えた人は10.3%で前回の17.5%から大幅に減少した。医療費抑制方法として望ましいものは、「ジェネリック医薬品の普及」65.5%、「特定健診・保健指導等による病気の予防」43.3%、「IT化による医療の効率化」39.5%、「在宅医療の充実」32.4%—だった。

ジェネリック医薬品に対する認識が4年前に比べて大幅に高まっていることも分かった。ジェネリック医薬品の認知度は94.9%（前回から20.5ポイント上昇）、服用経験は47.4%（29.8ポイント上昇）まで高まった。効き目や安全性も高く評価されていた。ジェネリック服用のきっかけは「薬剤師の薦め」が41.0%で1位。逆にジェネリックを服用しなかった理由のトップも「薬剤師に薦められたことがない」が30.6%となり、薬剤師の影響力の大きさを伺わせた。

明細書に関する設問では、発行義務化を「知っている」と答えた人は53.5%と半数を超え、「明細書が必要だと思う」と答えた人は69.7%に達した。（11/18MEDIFAXより）

乳幼児医療費助成、「就学前」が最多／都道府県の実施状況調査

厚生労働省は11月18日、乳幼児の医療費助成について、各都道府県の実施状況（2011年4月1日現在）をまとめて公表した。医療費助成の対象年齢は、通院、入院ともに「就学前」が最も多かった。

都道府県の実施状況を見ると、対象年齢は「就学前」が通院28県、入院26県で最も多く、所得制限については33県が制限を設けていた。一部自己負担は「自己負担あり」が39県だった。

群馬県は対象年齢が通院、入院とも「15歳年度末」で、所得制限はなく、一部自己負担も「なし」と助成の範囲が最も広い。東京都は対象年齢が通院、入院とも「15歳年度末」だが、所得制限や一部自己負担がある。

市区町村では、対象年齢を「15歳年度末」とする市区町村が通院、入院ともに最も多く、対象年齢を都道府県より拡大して助成する市区町村が目立った。（11/21MEDIFAXより）

09年度特定健診実施率、前年比2.4ポイント増／厚労省

2009年度の特定健診実施率は41.3%で、08年度（確報値）から2.4ポイント増加したことが、厚生労働省が11月25日に発表した「09年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（確報値）」で分かった。特定保健指導対象者のうち指導を終了したのは12.3%で、08年度（確報値）から4.6ポイント増えた。

09年度の特定健診の対象者数は約5221万人で、受診者数は約2159万人。特定保健指導の対象者数は約409万人で、指導を終了したのは約50.4万人だった。

受診者数に占める内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者と予備群の割合は26.7%だった。

保険者別の特定保健指導実施率では、市町村国保が19.5%で最も高く、次いで組合健保12.2%、共済組合7.9%、全国健康保険協会7.3%、船員保険5.8%、国保組合5.5%だった。（11/28MEDIFAXより）

有老ホーム在所要率82.6%、老福施設93.3%／厚労省調査

厚生労働省は11月30日、社会福祉施設の規模や在所要率、職員体制などを毎年調べている「社会福祉施設等調査」の最新結果を公表した。2010年10月1日時点の有料老人ホームの在所要率（定員に占める在所要者数）は前年比1.4ポイント増の82.6%、養護老人ホームや軽費老人ホームなどの老人福祉施設の在所要率は0.7ポイント減の93.3%だった。

調査は、全82種類の社会福祉施設5万343施設と障害者自立支援法による15種類の障害福祉サービス事業所を対象に実施した。このうち老人福祉法による老人福祉施設については4858施設分（92.3%）、有料老人ホームは4144施設分（86.4%）を集計した。

経営主体については、老人福祉施設の場合、社会福祉法人74.5%、市区町村21.1%など。有料老人ホームでは、その他の法人（営利法人を含む）88.6%、社会福祉法人6.2%、医療法人4.9%となっている。（12/1MEDIFAX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

15

社会保障と税の 一体改革を読み解く

その1 原資料にあたることの大切さ

今回からしばらくは、今の政治を推進しようとしている政府や財界の政策の基本となる文書、あるいは保守支配層のめぼしい言説を読むというかたちで、現代日本の政治を考えていきます。

なぜ、このような企画を立てたかについて、あらかじめお話ししておきましょう。

第1の理由は、読者のみなさんに、保守支配層が出してくる政策文書を現物で読み、直接それを検討する力をつけてほしいからです。本誌の読者の多くは、日々学校で生徒たちと格闘されながら、教職員組合の活動や他の社会運動にも旺盛な関心をお持ちのことと思います。

政治の場面では、いろんな問題が提起されます。TPP、原発再稼働、あるいは消費税引き上げ等々…。みなさんは、それらの問題をまずは新聞・テレビのニュースで知ります。それだけではその問題の背景やねらいがわからないときには、他の新聞を読んだり、あるいは『世界』や『週刊金曜日』などの雑誌にあたって問題を探ろうとする方もいらっしゃると思います。そんなときにぜひ、それと並行して、原資料にあたって自分の眼で読む習慣をつけてほしいと思います。そうすることで、新聞報道の不十分さ、ウソ、問題の真のねらいを読み解く力がつくようになるからです。

私たちが財界や政府の政策を見ようとするとき、昔では考えられないくらい便利になりました。政府の審議会の議事録などは、非公開のものを除いて、ホームページで見ることができます。今回扱う「社会保障と税の一体改革」についても、菅政権の下でつくられた「社会保障改革に関する集中検討会

議」のホームページを見れば、その審議や修正過程も含めて誰でも見ることができます。

ですから、こうした条件をフルに使って現物にあたるのが大事です。私は講演の際も、常にこうした原資料を示すようにしていますが、それは、実際の資料にあたることによって、マスコミのいつていることが時にいかにいいかげんであったり、故意と思われるほど大きな間違いであったりするかがわかってもらえるからです。

原資料を読み解くシリーズを始める第2の理由は、そうはいっても生の資料にあたって分析するのはそう簡単ではない、それを読み解くには、それなりの準備や知識が必要であることを知っていたきたいからです。

たとえば、これから検討する「社会保障・税一体改革成案」を取り上げてみましょう。みなさんの多くは、「一体改革」に関するマスコミの報道、それに対する批判的な論説から、このねらいは消費税引き上げだと思っているのではないのでしょうか。たしかにそれは成案の決定的に重要な部分です。しかし成案には、他にも大量のことが書かれています。一般のマスコミは、社会保障改革の部分については、せいぜい「若者の雇用就労支援策が打ち出された」とか、「高額療養費の限度額の引き下げが入った」とかを紹介する程度ですが、実際の「成案」を見れば、それがいかに不十分であるかがわかります。

では、成案には、一体どんなことが書いてあるのでしょうか。

1つ事例を挙げましょう。社会保障に関する部分には、今度の改革のもっとも大事な留意点として次のような文言があります。「自

助・共助・公助の最適バランスに留意し、個人の尊厳の保持、自立・自助を国民相互の共助・連帯の仕組みを通じて支援していくことを基本に、格差・貧困の拡大や社会的排除を回避し、国民一人一人がその能力を最大限発揮し、積極的に社会に参加して『居場所と出番』を持ち、社会経済を支えていくことのできる制度を構築する」。

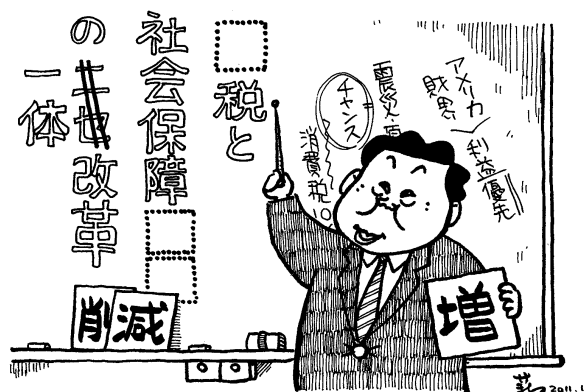
これを読んで、どう感じられますか？ 何を言っているのかよくつかめないと思う人もいるかもしれませんが、美辞麗句が書いてある程度とを感じる人もいるかもしれません。たしかに、なぜここで「自助・共助・公助の最適バランス」などという言葉が出てくるのかは、これを読んだだけではわかりません。しかし、ここに書かれている部分は、「一体改革」の社会保障観、その方針の極めて重要な部分であり、決してたんなる美辞麗句ではありません。では、この文章にはどんな意味が込められているのでしょうか。

これからの連載では、政府や財界文書を読むときの前提や必要な知識を含めて、その読み方をお話ししてみようというわけです。以上が、資料読み解きシリーズの前置きです。

これから扱う「社会保障と税の一体改革」について、11月に入ってから大きな動きがありました。この方針は、菅政権の時の6月30日に「政府・与党社会保障改革検討本部」で決定し、翌7月1日、閣議で報告されたものです。閣議で反対にあうのを恐れ、菅政権は閣議報告にとどめたのですが、いずれにせよ、菅政権の時に政府の方向として打ち出されたものです。

それを野田政権は踏襲し、実行に移そうとしています。野田政権になって、「一体改革」を実行に移すために、民主党内の「社会保障と税の一体改革調査会」と「党税制調査会」が、来年の通常国会で消費税引き上げと社会保障改革の法案を提出することを見越して動き出したのです。ところが野田首相は、そうした党内調整の頭越しに、消費税引き上げに一步踏み込みました。野田首相が出席したG20首脳会議で、首相は「消費税を10%まで引き上げる」ことを「国際公約」したのです。

いうまでもなく、この方針は国会で承認されたものでも、総選挙で国民の信任を受けたものでもありません。ところが野田首相は、それを諸外国に「約束」したのです。まったく、とんでもない、非民主的な暴挙です。しかも、これは民主党のマニフェストをも公然と踏みにじるものです。なぜなら民主党政権は、消費税の引き上げをする前には、必ず解散して国民の信を問い、国民の同意を得てからおこなうとくり返してきたから



です。にもかかわらず、野田首相は、消費税引き上げと「一体改革」の法案を通過させる前に解散総選挙はしないと声明したのです。

これは、野田政権が、「一体改革」、それも消費税引き上げを断固実現することを宣言したことを意味しています。では、なぜこれが野田政権の主要課題となったのでしょうか。また、消費税引き上げといわず、なぜ「一体改革」というのでしょうか。消費税引き上げはともかく、社会保障は少しでも前進するのでしょうか。

こうした疑問に答えるために、今回は、「社会保障と税の一体改革」の経過をふり返ることから始めましょう。

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』12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12回 2011年11月22日****I. 文書報告の確認****【総務部会】**

1. 前回理事会（11月8日）要録と決定事項の確認の件
2. 保団連第4回勤務医委員会（11月3日）状況
3. 週間行事予定表の確認

【経営部会】

1. 共済関係実務担当者懇親会（11月11日）状況
2. 新規開業予定者のための講習会（11月12日）状況
3. 医師賠償責任保険料案内のための病院訪問（①②11月16日③④11月18日）状況

【医療安全対策部会】

1. 第277回関西医事法研究会（11月5日）状況
2. 法律相談室（11月17日）状況
3. 医療機関側との懇談（①11月15日②17日③18日）状況

【政策部会】

1. 「11・3 憲法集会」（11月3日）状況
2. 保団連政策部会（11月5・6日）状況
3. 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（11月5・6日）状況

【保険部会】

1. 「初・再診料に関する要望書」送付状況
2. 外科診療内容向上会（11月12日）状況

II. 確認・承認事項**【総務部会】**

1. 西陣・上京東部・京都北医師会との懇談会（10月27日）状況確認の件
2. 2011年度第6回正副理事長会議（11月10日）状況確認の件
3. 保団連10～11年度第3回全国事務局長会議（11月14日）状況確認の件
4. 会員入退会及び異動（11月8日～22日）に関する承認の件

【経営部会】

1. 社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置、診療報酬の所得計算の特例措置（4段階税制）の存続を求める要請（FAX要請）実施の件
2. 国税通則法「改正」案の廃案を求める要請（FAX要請）実施の件

【政策部会】

1. 「人体の不思議展」民事訴訟を支える第4回弁護士会議（11月8日）状況確認の件
2. 日本福祉大学・延世大学第6回日韓定期シンポジウム（11月12日）状況確認の件
3. 保団連10～11年度第22回理事会（11月13日）状況確認の件
4. 医療制度検討委員会（11月17日）状況確認の件
5. リハビリテーション提言に関する政府・与党要請行動（11月18日）状況確認の件
6. 環境対策学習会「原発を知る・被曝を知る」（11月12日）状況確認の件
7. 「福島第一原発事故から1年3.10ウォーク」相談会（11月13日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項**【総務部会】**

1. 全国会長・理事長会議への出席の件
2. 第182回定時代議員会開催の件
3. 12月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
4. 各部会開催の件
5. 地区懇談会開催の件

【経営部会】

1. 知っておきたい医院のための雇用管理講習会の開催の件
2. 医師賠償責任保険料案内のための病院訪問の件
3. 共済関係会社との忘年懇親会開催の件

【政策部会】

1. 「第39回医療研究全国集会in京都」実行委員会準備会への出席の件
2. 第5期介護保険事業支援計画に関する京都府懇談開催の件
3. 第5期介護保険事業計画に関する京都市懇談開催の件
4. 介護保険制度改正に関する学習会講師派遣の件
5. 保団連近畿ブロック事務局長会議への出席の件
6. 人体不思議展ネットワーク損害賠償請求訴訟弁論傍聴の件
7. 地域包括ケアシステムに関するシンポジウム開催の件
8. 「福島第一原発事故から1年3.10ウォーク」相談会出席の件
9. 「核兵器廃絶ネットワーク京都」懇談会への出席の件

【保険部会】

1. 知っておきたい「公費負担医療」「保険基礎知識」説明会開催の件
2. 京都府薬剤師会との懇談会開催の件鈴木副理事長

IV. 医療政策関連情勢

1. 中丹医療再生計画をめぐる現状の件

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報告

VI. 代議員会関連議事

【総務部会】

1. 第182回定時代議員会関連議事検討の件
2. 2011年度上半期各部会会務報告確認

【政策部会】

1. 情勢報告

《以上、38件の議事を承認した》

1月のレセプト受取・締切

基金	9日(月)	10日(火)	労災	13日(金)
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。

1月の相談室

医院・住宅 新（改）案	1月11日(水)午後2時～	担当＝竹内建築士
ファイナンシャル	1月19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	1月19日(木)午後2時～	担当＝松尾弁護士
雇用管理	1月19日(木)午後2時～	担当＝河原社会保険労務士
経営	1月25日(水)午後2時～	担当＝花山税理士

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。

「税務講演会」のご案内

毎年、保団連近畿ブロックの各協会が合同で国税局交渉を行っているため、以前に比べると、不当な税務調査は減少していますが、医療機関は常に重点調査業種とされています。

また、今般成立した「改正国税通則法」によって今後の税務調査は再び強権的な調査に変貌する可能性が大きくなりました。

今回、調査現場に数多く立ち会い、医療機関の税務に精通している税理士事務所の担当者から、最近の税務調査の傾向と留意点について講演していただき、税務調査時には毅然と対応できる日常の管理についてポイントを話していただきます。

多数のご参加をお待ちしています。

日 時 **1月19日(木)** 午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会 会議室 ルームA～C

講 師 **常田 幸男 氏**
(ひろせ税理士法人 経営支援グループマネージャー)

内 容 医療機関の税務調査の現状と対応

協 賛 有限会社アミス



地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地 区	時 間	場 所
2012年1月11日(水)	宇治久世医師会との懇談会	午後2時30分～	うじ安心館3F大会議室
1月13日(金)	下京西部医師会との懇談会	午後2時～	下京西部医師会事務所
1月14日(土)	左京医師会との懇談会	午後2時30分～	京都ホテルオークラ
1月30日(月)	右京医師会との懇談会	午後2時～	右京医師会館3F会議室
2月4日(土)	綾部・福知山医師会との懇談会	午後3時30分～	福知山市中央保健福祉センター
2月8日(水)	西京医師会との懇談会	午後2時～	ホテル京都エミナース
2月9日(木)	山科医師会との懇談会	午後2時～	山科医師会診療センター

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12月】

- | | | | |
|--|---------|--|---------|
| ☐ カラー図解 人体の正常構造と機能 【全10巻縮刷版】(第2版)
坂井建雄・他編著 ●四六倍判 904頁 ●日本医事新報社 | 18,900円 | ☐ 呼吸管理に活かす呼吸生理 改訂第2版
呼吸のメカニズムと、人工呼吸器のモード選択・設定から離脱まで
瀧 健治・著 ●B5判 229頁 ●羊土社 | 4,410円 |
| ☐ ネット解剖学アトラス (原書第5版)
相磯貞和・訳 ●A4変型判 650頁 ●南江堂 | 10,500円 | ☐ 心臓CTの使い方 現在のコンセンサス<心CT 11>
船橋伸禎・他編 ●B5判 140頁 ●文光堂 | 5,250円 |
| ☐ 大腸癌 <腫瘍病理鑑別診断アトラス>
八尾隆史・他編 ●B5変型判 306頁 ●文光堂 | 15,750円 | ☐ 小児不整脈 (改訂第2版)
長嶋正貴・他著 ●AB判 226頁 ●診断と治療社 | 5,775円 |
| ☐ 臨床法医学テキスト (2版)
佐藤喜宣・編著 ●B5判 328頁 ●中外医学社 | 7,350円 | ☐ 発熱の診かたと対応 <小児科臨床ピクシス 29>
田原卓浩・編 ●B5判 232頁 ●中山書店 | 8,925円 |
| ☐ ヒトの分子遺伝学 (第4版)
村松正貴・他監 ●A4変型判 904頁 ●MEDSI | 12,600円 | ☐ 皮膚科 膠原病診療のすべて<皮膚科臨床アセット 7>
佐藤伸一・編 ●B5判 416頁 ●中山書店 | 14,700円 |
| ☐ 症状からアプローチするプライマリケア
跡見 裕・他監 ●B5判 360頁 ●医歯薬出版 | 5,775円 | ☐ 早期食道癌 そのコンセンサスと最前線
桑野博行・編著 ●B5判 178頁 ●中外医学社 | 7,980円 |
| ☐ 今日の救急治療指針 (第2版)
前川和彦・他監 ●A5判 1,024頁 ●医学書院 | 13,650円 | ☐ 標準形成外科学 (第6版)
平林慎一・他編 ●B5判 280頁 ●医学書院 | 6,090円 |
| ☐ SICU Pearls 外科ICUで困った時に開く本
讀井將満・他編 ●B6判 358頁 ●中外医学社 | 5,460円 | ☐ 足の痛み・クリニカルプラクティス <整形外科臨床バサージュ 9>
木下光雄・編 ●B5判 364頁 ●中山書店 | 13,650円 |
| ☐ 糖尿病治療薬の最前線
<ヴィジュアル糖尿病臨床のすべて>
稲垣暢也・編 ●B5判 256頁 ●中山書店 | 6,300円 | ☐ 新版 スポーツ整形外科学
中嶋寛之・監 ●B5判 622頁 ●南江堂 | 15,750円 |
| ☐ ビジュアル臨床血液形態学 (改訂第3版)
平野正美・監 ●B5判 438頁 ●南江堂 | 9,135円 | ☐ 産婦人科ベッドサイドマニュアル (第6版)
青野敏博・他編 ●B6変型判 576頁 ●医学書院 | 6,930円 |
| ☐ 私のこの一枚 標本に学ぶ血液疾患症例
齋藤英彦・他編 ●B5判 428頁 ●医薬ジャーナル社 | 10,290円 | ☐ 症例から学ぶ 婦人科腫瘍学入門 (改訂第2版)
井上正樹・著 ●A4判 362頁 ●永井書店 | 16,800円 |
| ☐ 識る 診る 治す 頭痛のすべて
<アクトアル脳・神経疾患の臨床>
鈴木則宏・編 ●B5判 364頁 ●中山書店 | 9,975円 | ☐ 多施設からみた最良のART
結果の出せる不妊治療 動画で見るラボワーク
JISART・編著 ●B5判 200頁 ●メジカルビュー社 | 9,975円 |
| ☐ 人間性のニューロサイエンス
前頭前野・帯状回・島皮質の生理学
有田秀穂・著 ●B5判 258頁 ●中外医学社 | 10,500円 | ☐ 視能学 (2版)
丸尾敏夫・他編 ●B5判 540頁 ●文光堂 | 18,900円 |
| ☐ 成人期の広汎性発達障害
<専門医のための精神科臨床リュミエール 23>
青木省三・他編 ●B5判 304頁 ●中山書店 | 8,190円 | ☐ 最新化学療法レジメンー泌尿器がん
福井 巖・監 ●B5判 88頁 ●メジカルビュー社 | 3,150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

協
会
だ
よ
り

〈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	
外科系	11 ※Archives of Internal Medicine	¥ 47,880	
	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 産婦人科の実際	¥ 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	
	65 ※British Journal of Ophthalmology	¥ 52,395	
耳鼻科	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	

上記タイトル以外のご購読・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

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

3ステップでより理解が深まる！

2012年診療報酬・介護報酬改定 新点数検討会の開催案内

2012年度診療報酬改定・介護報酬改定に対応して、京都府保険医協会では、改定のポイントをわかりやすく解説する点数検討会を2月、3月、4月にわたり3段階で開催します。ぜひご参加ください。申し込み用紙は次月のグリーンペーパーに掲載します。

STEP

1

中医協答申説明会（第1次新点数検討会）

厚生労働省から診療報酬改定の答申が2月中旬に出された直後に開催します。新しく設定された点数や変更点など、改定の概要を把握していただき、後に示される細かい取扱い内容に備えていただくことを目的としています。

日 時 2012年2月25日(土) 午後2時～

会 場 未定

資 料 『全国保険医新聞』に掲載の中医協答申
※会員に1部無料で送付（2月中旬発行予定）

STEP

2

『点数表改定のポイント』説明会（第2次新点数検討会）

日 時 2012年3月24日(土) 午後2時～

会 場 ①京都市会場：京都産業会館・シルクホール
（京都市下京区四条通室町）

②北 部 会 場：舞鶴メディカルセンター（舞鶴市北吸1055-3）
※北部はデータ配信によるサテライト開催となります。

資 料 『点数表改定のポイント・2012年4月版』
※テキストの発送方法は追って連絡いたします。
※府医代議員会と日程が重なっております。申し訳ありません。



（写真は2010年4月版）

STEP

3

『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）

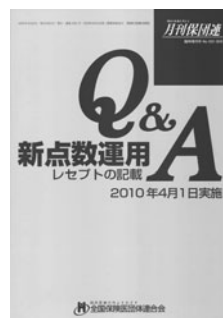
改定後、初めてのレセプト提出を前に、新点数の運用とレセプト記載について詳しく解説します。

日 時 2012年4月26日(木) 午後2時～

会 場 ①京都市会場：登録会館（京都市中京区烏丸通御池上る東側）

②北 部 会 場：舞鶴メディカルセンター（舞鶴市北吸1055-3）
※北部はデータ配信によるサテライト開催となります。

資 料 『新点数運用Q&A・レセプトの記載』
※テキストの発送方法は追って連絡いたします。



（写真は2010年4月版）

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	