

今月の主な動き

通常国会への重要法案が次々と上程されている。一体改革関連では、消費税増税を柱とする法案は3月中に予定されるが、国保法改定法案が2月3日、個人識別番号法案が2月14日に提出され、障害者自立支援法の改定法案として障害者総合支援法などが準備されている。また新型インフルエンザ等対策特別措置法案も提出された。

国保法改定法案は財政運営の都道府県単位化や財

政基盤強化策の恒久化などを講ずるもの。

共通番号制度(マイナンバー)についての「個人識別番号法案」は、給付付き税額控除、総合合算制度の導入の前提とされており、メリット論を前面に導入を図る。医療情報の取扱いには特別法が必要とされており、2013年通常国会への法案提出を予定する。

障害者自立支援法については、法律名を変えるが、民主党が公約した廃止は見送りとなるため障害者は反発。改定案は障害者の範囲に難病を加えることや、障害程度区分を施行後3年をめどに見直すなどの内容。

行 事	開始時間	場 所
1日(日) 環境ハイキング	午前10時	集合・地下鉄国際会館駅
3日(火) 各部会	午後2時	
6日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
7日(土) コミュニケーション委員会	午後2時	ルームA・B・C
10日(火) 定例理事会	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C
12日(木) 税務記帳講習会	午後2時	ルームA・B・C
13日(金) 環境対策委員会	午後2時	応接室
14日(土) 市民公開講演会・反核医師の会第32回定期総会記念講演 「隠された被曝労働」—日本の原発労働者—	午後2時	こどもみらい館 第1研修室
17日(火) 傷害疾病保険審査会	午後2時	アミス
18日(水) 金融共済委員会	午後2時	ルームA
19日(木) ファイナンシャル相談室	午後1時	ルームC
保険講習会A	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C
19日(木) 出版編集会議	午後2時30分	アミス
20日(金) 手話サークル	午後2時	ルームB
21日(土) 舞鶴医師会との懇談会	午後2時30分	舞鶴メディカルセンター
22日(日) 文化ハイキング—平家物語ゆかりの史跡を巡る—	午前9時30分	集合・三十三間堂前
24日(火) 定例理事会	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) 『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	京都烏丸コンベンションホール (北部：舞鶴メディカルセンター)

4月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
5月15日(火) 新しく医療機関に勤められた方の研修会〈1日目〉	午後2時	ルームA・B・C
5月17日(木) // 〈2日目〉	午後2時	ルームA・B・C
5月19日(土) 新規開業者予定者のための講習会	午後2時	ルームA・B・C

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33～36ページ

情勢トピックス

医療社会保障運動トピックス

渡辺治の政治学入門

政策解説資料

協会だより

新型インフルエンザ等対策特別措置法案は、国や都道府県が必要だと認めた場合、医療関係者に対し、医療や予防接種に関する協力を「要請」できる。医療関係者が正当な理由なく要請に応じないときは、特に必要だと認める場合に限り、その医療関係者に「指示」することができるが、当初検討されていた罰則は設けない。

情勢 トピックス

医療・社会保障編

一体改革

一体改革の対話集会、2月18日から

政府は2月18日から、一般市民を対象として社会保障・税一体改革に関する対話集会を始める。岡田克也副総理（一体改革担当）、小宮山洋子厚生労働相、安住淳財務相、川端達夫総務相を中心に関係政務三役が、国内各地で一体改革について説明する。（2/13MEDIFAXより）

社保拡大の財政影響示す／厚労省・特別部会

厚労省は2月13日の「短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会」に、社会保険の適用を拡大した場合に生じる保険者への財政影響（2015年度推計値）を、月額賃金水準別に示した。協会けんぽで最大600億円、健保組合で最大1000億円の財政負担が生じる。一方、共済組合は最大700億円、市町村国保は最大1200億円財政が改善される。

資料では、新たに社会保険に加入する短時間労働者の月収を、企業規模は考慮せずに▽9.8万円▽8.6万円▽6.7万円▽5.4万円▽設定しない—の5パターンに分けて保険者への影響を算出。協会けんぽは70億～600億円、健保組合は200億～1000億円の負担増になる。

企業規模別の試算も公表した。賃金水準を設定せず従業員数301人以上の企業を対象にする場合、協会けんぽは300億円財政が改善し、健保組合は1200億円

悪化する。101人以上を対象にすると、協会けんぽは200億円改善、健保組合は1400億円悪化となる。

事業者負担の影響についても口答で説明があった。賃金水準別で、年金で600億～3300億円、医療保険で400億～2100億円の事業者負担が見込まれるという。

今回の同部会に、まとめに向けた「たたき台」を示す方針。（2/14MEDIFAXより）

政府、共通番号法案を閣議決定／医療情報は12年春以降に本格検討

政府は2月14日、社会保障・税の共通番号の導入に向けてマイナンバー法案を閣議決定し、国会に提出した。法案が成立した場合、政府は2014年6月に個人や法人に番号を交付し、15年1月以降、可能な範囲で番号の利用を始める予定だ。厚労省はマイナンバー運用を視野に入れ、12年春以降、医療情報の取り扱いに関する特別法案作成に向けて議論を本格化させる。マイナンバーと医療情報の積極的な連動は、事実上、特別法の成立が前提となる。厚労省は、13年通常国会への特別法案提出を目指す。

マイナンバー法案の正式名称は「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律案」。政府は、関連法案も閣議決定した。政府はマイナンバーについて、税、医療保険、年金、雇用保険分野などで活用していく方針だ。医療・介護などに関する自己負担の合計額に上限を設ける「総合合算制度」や、低所得者に現金を還付する「給付付き税額控除」も想定している。

（2/15MEDIFAXより）

一体改革大綱を閣議決定／政府

政府は2月17日、社会保障・税一体改革大綱を閣議決定した。1月にまとめた素案と同じ内容。野田佳彦首相は閣議で、社会保障と税制改革関係法案の提出に向けて作業を進め、引き続き与野党協議を呼び掛けると発言。一体改革と合わせて行政改革や政治改革、経済再生にも一体的に取り組むこと、引き続き政府与党が一丸となって一体改革の実現に全力を挙げるということについても言及した。

野田佳彦首相は一体改革に関する国民向けのビデオメッセージをネット上で発表。社会保障費の伸びに言及し「働き盛りの保険料を中心に考える時代はもう無理」と述べた。なおかつ将来世代の借金を増やすべきではないとの考えを示し「今を生きる世代

が広く薄く負担を分かち合う消費税を導入して、社会保障を支える安定財源にしなければいけない」と訴えた。（2/20MEDIFAXより）

在宅医療「一つのモデルは佐久総合病院」／岡田副総理

岡田克也副総理（社会保障・税一体改革担当相）は2月18日、長野県佐久市のJA長野厚生連佐久総合病院を訪れ、在宅医療・訪問看護を手掛ける地域ケア科や、ドクターヘリを視察した。地域ケア科の医師から説明を受けた岡田副総理は、都市部の在宅医療の在り方について関心を抱いていたという。岡田副総理は、長野市で記者団に対し、一体改革は在宅医療重視の方向性を示しているとして「その一つのモデルは佐久総合病院」と述べた。

佐久総合病院は、地域医療への取り組みで全国的に名を知られる。伊澤敏院長によると、地域ケア科には兼任で15人の医師が在籍し、他科の医師も必要に応じて訪問診療をしている。現在、佐久市や南隣の佐久穂町を中心に270人前後の患者を在宅で診ている状況だ。在宅のがん患者の場合、7割程度は自宅で看取っているという。（2/21MEDIFAXより）

規制改革

保険外併用療養で厚労省から聞き取り予定／行刷・規制改革分科会

政府・行政刷新会議の「規制・制度改革に関する分科会」は2月13日、これまで閣議決定された規制・制度改革分野のうち、重点フォローアップ項目として各省庁からヒアリングする11テーマを発表した。過半数の7テーマが医療・医薬関係で「保険外併用療養の範囲拡大」などが含まれている。分科会は今後、改革の取り組み状況について厚生労働省からヒアリングする予定だ。

医療・医薬関連の7テーマは、保険外併用療養の範囲拡大のほか▽再生医療の推進▽ドラッグラグ、デバイスラグのさらなる解消▽ICT（情報通信技術）の利活用促進▽一般用医薬品のインターネット等販売規制の見直し▽訪問看護ステーションの開業要件の見直し▽医薬品および医療機器の審査手続きの見直し—となっている。（2/14MEDIFAXより）

診療報酬

DPC基礎係数、各病院に内示／Ⅱ群は1.0840、Ⅲ群は1.0422

厚生労働省は3月5日、2012年度診療報酬改定を官報告示する。留意事項通知と施設基準通知も公表する予定だ。一方、DPC／PDP Sの見直しに関しては、医療機関群別に設定する基礎係数などを最終決定する3月中旬に告示する予定。厚労省保険局医療課は、各医療機関に対し2月27日付で基礎係数などを内示（事務連絡）した。内示を受けた医療機関関係者に対する取材によると、12年度改定で新設する基礎係数は▽Ⅰ群（大学病院本院・80病院）＝1.1565▽Ⅱ群（大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を持つ病院群）＝1.0840▽Ⅲ群（Ⅰ・Ⅱ群以外の約1300病院）＝1.0422。

厚労省保険局医療課の迫井正深企画官は、取材に対して「まだ内示の段階であり、最終決定されたものではない」と述べ、Ⅱ群の病院数についても「中医協総会に報告したように80病院程度になる見通し。告示で各群の病院名を公表する」とした。

12年度のDPC改定は、病院ごとの過去の報酬水準を「調整係数」によって維持してきた制度から、病院群別の平均水準（基礎係数）と病院ごとの診療実績（機能評価係数Ⅱ）による評価に見直す第一歩となる。

迫井企画官は、基礎係数の「Ⅱ群」について「今回の定義は（診療密度・医師研修・高度な診療技術・重症患者に対する診療の）実績要件について、大学病院並みに満たしていることを前提に設計した。診療単価が高い病院の全てがⅡ群に入っているとは限らない」と説明。「医療の世界は多様。今回の改定では3つのクライテリアを作ったがそれが全てではない」とも述べ、今回の設計は18年度改定での「最終形」に向けて基本ルールを引いたものであるとの認識を示した。（3/5MEDIFAXより）

財源配分は入院3300億円、入院外1400億円／12年度診療報酬改定

厚生労働省は3月5日、2012年度診療報酬改定説明会で改定財源の入院・入院外比率を公表した。医科の改定財源4700億円のうち、入院に3300億円（2.07%増）、入院外に1400億円（1.01%増）が充てられる。

今回の改定は前回と異なり、配分枠があらかじめ

設定されていなかったため、同省保険局医療課が各改定項目を積み上げて集計値を出した。

（3/6MEDIFAXより）

地域加算・離島加算を機能評価係数Ⅰに追加 ／DPC改定で迫井企画官

厚生労働省保険局医療課の迫井正深企画官は3月5日、地方厚生局と都道府県に対する2012年度診療報酬改定説明会で、DPC／PDPSについて「機能評価係数Ⅱは、DPC対象病院に対して実績評価のための届け出を求めていくことから、制度に対して十分理解してもらいたい」と協力を要請した。DPC対象病院は4月1日時点で1505病院、約48万床となり、全一般病床の約53.1%を占め「DPC／PDPS対象病床が一般病床のマジョリティーになっている」とした。

説明会では、告示案と通知案を提示したが、基礎係数や医療機関群別の医療機関名、機能評価係数Ⅰなどを白紙で提示。迫井企画官は「現在、精査中であり、3月中の告示で示したい」と述べた。

出来高点数を係数化している機能評価係数Ⅰの見直しについては「地域加算」「離島加算」を新たに機能評価係数Ⅰに加えるほか、出来高報酬体系の「データ提出加算」の新設に伴い、現在、機能評価係数Ⅱとされているデータ提出係数のうち、データ提出に関わる評価部分を機能評価係数Ⅰとして整理していることなどを説明した。

12年度改定の特長について迫井企画官は▽DPC／PDPSの円滑な導入のために設定された調整係数は、今後、段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換える▽機能評価係数Ⅱについては、現行6項目を基本とし、必要な見直しを行うとともに、各医療機関群の特性を踏まえた評価方法を導入する一などを挙げ、DPC対象病院の機能分化を促進していくとした。特に医療機関群のⅠ群・Ⅱ群とⅢ群では、地域医療係数の体制評価などで、異なる機能や役割を重点的に評価したと解説した。

（3/6MEDIFAXより）

医療法

医療法施行規則改正案は4月施行／医政関係課長会議

厚生労働省は2月29日、全国医政関係主管課長会議を開いた。医政局総務課は医政局の2012年度予算

案の概要や医療提供体制の改革について説明。医療計画への精神疾患の追加や、療養病床に関する看護師などの人員配置の経過措置延長などを盛り込んだ「医療法施行規則等の一部を改正する省令案」については、3月10日までパブコメ募集を経て省令を3月下旬に公布。4月1日から施行する予定だ。

医師の確保や地域偏在の解消に向け司令塔の役割を期待される「地域医療支援センター」については、11年度は15道府県で事業が実施されている。指導課は「15道府県で140人の医師を県内医療機関に斡旋するなど、地域の医師確保に効果を挙げている」と述べた上で、「最終的には全国展開を目指している。先行実施県の責任は重大。実績が上がるよう取り組みをお願いしたい」とした。今後は、全ての地域医療支援センターで効率的・効果的な運営を進めるため、活動内容や成果などを公表していく。

災害医療体制の構築に向け、災害拠点病院以外の医療機関へ広域災害救急医療情報システム（EMIS）の加入を促進したいとした。

（3/1MEDIFAXより）

行政手法総動員し在宅医療進める／大谷医政局長

厚生労働省の大谷泰夫医政局長は2月29日、全国医政関係主管課長会議で挨拶し「今後の医療は患者の生活・人生・地域を視野に入れた議論にシフトしていく必要がある」とした上で、「可能な限り住み慣れた生活の中で必要な医療や介護を受けながら生活したいという国民の希望に応えるべく、予算・診療報酬・地域医療計画といったあらゆる行政手法を総動員し在宅医療を進めていく。『在宅医療・介護あんしん2012』として施策を展開していきたい」と述べた。

また、大谷局長は医師確保について、医学部入学定員の増員を図ったとした上で「地域医療支援センターを現在の15カ所から2012年度は5カ所増やす。地域の医師確保の司令塔としての役割を期待している。先行的に取り組みを行っている都道府県の実績が次につながっていく」と成果に期待を寄せた。

（3/1MEDIFAXより）

医療計画**医療計画、精神疾患の体制構築指針は3月下旬／障害保健福祉主管課長会議**

厚労省は2月20日、障害保健福祉関係主管課長会議を開いた。その中で、社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課は医療計画に精神疾患が追加され5疾病5事業となることをあらためて説明した上で、「精神疾患の医療体制構築に係る指針」について3月20日をめどに通知を发出する予定とした。一方、認知症の医療計画については厚労省内の「認知症施策検討プロジェクトチーム」での検討を踏まえた上で通知を示したい考えで、指針に関する通知より发出が遅れる見通しだ。

次期医療計画では、精神疾患が加わり「5疾病5事業」となる。精神疾患に関する医療計画の中でもうつ病と認知症についてはターゲットをしぼって計画を作成する方向だが、精神・障害保健課は「うつ病の医療計画で、『鑑別診断ができる』『重症度を評価できる』などどのような医療機関を選べばいいのか分かりにくい」とした上で、「うつ病学会と客観的に医療機関を選べる目安を相談している」と述べた。また、認知症に関しては省内プロジェクトチームの検討を踏まえて医療計画を作成したいとした上で、「認知症疾患医療センターの整備、認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスの導入といった内容を入れていきたい」とした。（2/22MEDIFAXより）

提供体制**特定機能病院・地域支援病院で検討会、3月15日に初会合／厚労省**

厚生労働省は3月7日の社会保障審議会・医療部会に「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」の設置を報告した。3月15日に初会合を開き、自由討論形式で病院機能の在り方について議論する。

特定機能病院、地域医療支援病院については社会保障審議会・医療部会が2011年12月22日に取りまとめた「医療提供体制の改革に関する意見」で、承認要件や外来診療の在り方について制度の見直しを求める意見を示していた。

医療部会は意見の中で、特定機能病院について▽医療資源の効率的配分や勤務医労働環境への配慮の観点から外来診療の在り方を見直す▽体制・機

能を強化するため承認要件や業務報告の内容を見直す必要がある▽更新制度や評価方法を検討する必要がある一と指摘した。一方、地域医療支援病院についても▽制度理念を踏まえて外来診療の在り方を見直す▽他医療機関との連携の在り方を評価に入れる▽承認要件や業務報告の内容などを見直す必要がある一と指摘していた。

構成員は以下の通り。

▽上田茂・日本医療機能評価機構理事▽梅本逸郎・時事通信社外国経済部長▽遠藤久夫・学習院大経済学部教授▽梶井英治・自治医科大教授▽齋藤訓子・日本看護協会常任理事▽堺常雄・日本病院会長▽佐藤保・日本歯科医師会常務理事▽島崎謙治・政策研究大学院大教授▽土屋文人・日本薬剤師会副会長▽西澤寛俊・全日本病院協会会長▽霜鳥一彦・健康保険組合連合会理事▽邊見公雄・全国自治体病院協議会長▽松田晋哉・産業医科大教授▽眞鍋馨・長野県健康福祉部長▽宮崎勝・千葉大付属病院長▽森山寛・東京慈恵会医科大付属病院長▽横倉義武・日本医師会副会長（3/7-8MEDIFAXより）

急性期**高度急性期・一般急性期の在り方検討へ／日病・常任理事会**

日本病院会は2月25日、常任理事会を開き、社会保障と税の一体改革が描く2025年の将来像について「高度急性期」「一般急性期」での適切な平均在院日数や病床数、病床稼働率などについて、データに基づいて提言する方針を決めた。常任理事会後、堺常雄会長が取材に答えた。日本病院団体協議会も25年の医療・介護サービスの在り方について検討していく方針だが、日病としても単独にデータを踏まえて提言していくとした。堺会長は「高度急性期、一般急性期を考えた場合、現時点でDPC/PDPS、7対1看護配置、急性期病床群（仮称）がキーワードに挙がった」とした。（2/28MEDIFAXより）

急性期病床群、議論は振り出しに／厚労省・作業グループ

急性期病床群（仮称）認定制度の議論が振り出しに戻った。厚生労働省は3月12日、社会保障審議会・医療部会の「急性期医療に関する作業グループ」（座長＝田中滋・慶応大経営大学院教授）の5回目の会合で、急性期病床群の認定要件案や医療法での位置

付けを説明したが、日本医師会の中川俊男副会長と日本医療法人協会の日野頌三会長が「なぜ医療法で位置付ける必要があるのか」と猛反発。根本的な議論に戻った。ただ、議論で賛成派・反対派・慎重派のそれぞれの主張や懸念は明確になった。

厚生省医政局総務課は整理案を説明し、都道府県での認定要件の骨格を示した。急性期病床群については幅広い機能を担う一般病床の中で「比較的高い診療密度を要する医療を提供する病床（群）」として医療法に位置付けるとした。認定要件は▽人的体制▽構造設備基準▽提供している医療の機能や特性—を基本にするとし、医療機能・特性については▽救急入院の患者が占める割合が一定以上▽手術を受ける患者の割合が一定以上▽平均在院日数—で規定する考えを示した。（3/13MEDIFAXより）

審査・指導

指導・監査に弁護士の立ち会いを／健保法改正研究会が発足

厚生労働省地方厚生局の保険医療機関などに対する指導・監査や行政処分の行き過ぎが萎縮医療の原因になっているとして、弁護士や医師らが健康保険法の改正を求める「指導・監査・処分改善のための健康保険法改正研究会」を2月23日に立ち上げた。同研究会は手始めに、指導・監査の現場に弁護士が立ち会えるようにする「弁護士の選任権」を求めている。今後、この問題を医療関係者や国民に提起し、指導・監査問題に対する世論形成を図りながら健保法改正を目指す。

健保法第73条では、指導の際、必要性が認められる場合には学識経験者を関係団体の指定の下に立ち会わせることができる。ただ、同研究会の井上清成代表弁護士によると、実際に立ち会っている都道府県医師会は中立の立場を取っており、指導を受ける医療機関を弁護する立場にはないという。弁護士が指導現場に居合わせる「帯同」は多くの地域で認められるようになってきているものの、弁護士の発言は許されていないのが現状のようだ。井上弁護士らは「医師が複数の指導官に取り囲まれ調書を作成されており、弁護士は口を挟むこともできない。弁護士が立ち会えないのは警察捜査のときくらいのもので、前時代的な状態だ。地方厚生局が調書を作成する段階から弁護士が発言できるようになれば、医学的観点に沿った主張をしやすくなる」と指摘する。

同研究会は6人で発足し、医療訴訟に詳しい井上弁護士と石川善一弁護士が「代表弁護士」を務める。2011年5月に東京高裁が保険医療機関指定と保険医登録の取り消し処分を違法と判断した「溝部訴訟」原告の溝部達子医師が事務局長に就いている。（2/24MEDIFAXより）

不正請求、額に関係なく医業停止3月／医道審医道分科会が答申

厚生労働省の医道審議会医道分科会は3月4日、保険医取り消し処分を受けた医師・歯科医師への医師法・歯科医師法による行政処分の方針として、診療報酬の不正請求で取り消し処分を受けた場合には、不正額にかかわらず「一定の処分」を行うとの答申をまとめた。審査した不正請求による保険医取り消し処分6事案（医師2人・歯科医師4人）に対する行政処分は、いずれも一定の処分として「医業（歯科医業）停止3月」となった。同様の事案に対する従来の停止期間に比べると厳罰化されたことになる。

健康保険法の検査（監査）を拒否した場合は、より重い処分となる。答申では、社会保険制度の下で医療を行う医師・歯科医師の職業倫理の観点から検査拒否は「到底許されるべきではない」とした。これまでは検査拒否によって不正請求の事実が確定しないために、行政処分を受けない「逃げ得」事案もあったという。審議では歯科での検査拒否2事案がいずれも「歯科医業停止6月」の処分となった。今後は「6月」が処分の目安になる。分科会は2004年3月に検査拒否を「厳正に処分する」との方針を公表していたが、検査拒否を理由とする行政処分は今回が初めて。（3/6MEDIFAXより）

臨床研究

「臨床研究中核病院」整備へ公募要件決定／厚生省

厚生労働省は、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）の公募要件を決めた。3月12日に公表し、2012年度予算成立後に公募を開始する。出口戦略を見据えた臨床研究計画や多施設共同臨床研究の立案機能を保有することなどが条件で、12年度は全国から5カ所（うち東日本大震災被災地1カ所）を選定する。13年度までに計15カ所程度を整備する。

臨床研究中核病院は、承認申請データとして活用

できる国際水準の臨床研究や医師主導治験を実施する中核拠点と位置付ける。具体的には、アカデミア発の医薬品候補物質の安全性・有効性を確認する臨床研究や、患者数が少なく企業が開発を進めにくい難病・小児疾患分野などの医師主導治験、既存薬の組み合わせ等による最適な治療法を見いだすための市販後臨床研究に取り組む。

公募の要件は、▽出口戦略を見据えた適切な臨床研究計画の企画・立案▽適切で透明性の高い倫理審査の実施▽ICH-GCPに準拠したデータの信頼性保証の確保▽シーズに関する知的財産の管理・技術移転の実施▽質の高い多施設共同臨床研究の企画・立案—などの機能を持つこと。研究分野の指定はない。11年7月に早期・探索的臨床試験拠点に選ばれた5カ所（国立がん研究センター東病院、大阪大病院、国立循環器病研究センター、東京大病院、慶応大医学部）は応募できない。

応募機関は今後5年間の臨床研究計画を提出する。応募の締め切りは4月中旬を予定。提出書類を受け厚労省内の第三者評価会議が書面評価と応募者へのヒアリングを非公開で行い、その評価結果を踏まえて5月下旬に選定する見通し。

12年度予算案では医療機関の体制整備に25.5億円、研究費に5億円を投じる計画。各医療機関の申請内容に応じて補助金の配分を決める。予算成立後、事業を早期にスタートさせる。

厚労省医政局研究開発振興課は、「11年実施した早期・探索的臨床試験拠点の単なる施設数の増加ではなく、早期・探索以外に医師主導治験や多施設共同研究も含めて質の高い臨床研究を行える拠点を整備していく」としており、臨床研究中核病院には他の医療機関に対する研究支援も求めている。

（3/13MEDIFAXより）

がん対策

次期がん計画案を了承、受診率に69歳の上限定／厚労部門会議

民主党の厚生労働部門会議（長妻昭座長）は3月1日、厚生労働省が午後の「がん対策推進協議会」に示す次期がん対策推進基本計画案を了承した。基本計画案はがん検診受診率の目標について「5年以内に50%」を維持する一方、検診受診率の算定に当たっては対象年齢に69歳の上限を設けることを盛り込んだ。胃、肺、大腸がんの検診受診率の目標は当

面40%とする。また、2022年度までに成人喫煙率を12%にする数値目標も盛り込んだ。

（3/2MEDIFAXより）

がん対策推進基本計画変更案を答申／がん対策推進協

次期がん対策推進基本計画に向けて小宮山洋子厚生労働相からの諮問を受けた厚生労働省のがん対策推進協議会（会長＝門田守人・がん研究会有明病院長）は3月1日、がん対策推進基本計画（変更案）を答申した。答申を受けた小宮山厚労相は「協議会の議論から、がん患者は体の痛みだけでなく、心の痛みや社会的な痛みにも直面していることが明らかになった。そのような現状を踏まえ、計画を変更し、関係省庁とも協力の上でがん対策を総合的・計画的に進めていきたい」と述べた。厚労省は6月をめどに閣議決定したいとしている。

がん対策推進基本計画の変更に向けては、専門的な知見を必要とする「がん研究」「緩和ケア」「小児がん」については協議会の下に専門委員会を設置し議論を深めてきた。変更案では、全体目標に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を、重点課題に「働く世代や小児へのがん対策の充実」を追加した。

変更案の答申に当たって門田会長は「できるだけ委員の議論を反映していく方針でやってきた。変更案も答申し、今後は本質的なディスカッションをしていきたい」と述べ、がん対策の議論を深化させる意気込みを示した。（3/2MEDIFAXより）

尊厳死

尊厳死、医師の免責範囲を一本化へ／超党派議連

与野党の国会議員でつくる「尊厳死法制化を考える議員連盟」（会長＝増子輝彦・民主党参院議員）は3月1日、役員会を開き、議員立法を目指す法案内容について議論した。これまで医師の免責範囲について5案が浮上していたが、内容を一本化する方針となった。関係者によると、患者本人が希望して家族が拒まない場合、医師が新たな延命措置を始めなくても免責される考え方を土台に、法案をまとめる。免責対象に延命治療の「中止」は含めず、患者本人の意思が不明な場合も対象外とする方向だ。

（3/2MEDIFAXより）

精神医療

精神保健医療福祉の将来ビジョン報告書まとまる／日精協

日本精神科病院協会は、精神科医療の適正化の促進などを含む今後の精神保健医療福祉の方向を提示した将来ビジョン戦略会議検討報告書「我々の描く精神医療の将来ビジョン」をまとめた。

中でも精神科入院医療の適正化については、治療密度を上げ機能別に対応できるように、現在の1病棟当たりの病床数（おおむね60床以下）を大幅に少なくし、12-16床程度の病床数で病棟や治療ユニットを構成すべきとしている。

病室は個室で構成されることが望ましく、隔離室については一時的な利用を行う「観察室」としての位置付けを明確にし、病床は別に有すべき（バックベッドを持つ）としている。

また、精神科治療の現場は多職種協働のチーム医療が主体であり、看護職だけの現場ではないとし、医療法基準の精神科の部分を変更し、看護職以外の必要な医療専門職を加えた配置基準にすべきとした。

一方、精神科入院医療の中で介護的対応が必要な入院患者を移行させるためには、介護保険サービス施設を用意する必要があるとし、転換型老人保健施設の精神病床版「精神介護型老健」（仮称）の創設を提言。これまで精神症状があることで受け入れを拒否されてきた高齢の精神科病院入院患者が、医学的管理の下で介護を受けることが可能な施設へ移行できるとした。また、「精神介護型老健」は療養病床からの転換型老健のように既存の資源で対処していくことが現実的としている。

このほか、精神科治療での入院治療の短縮化や再入院を減らすための「デイホスピタル機能」の創設、在宅訪問治療のガイドラインの策定なども提言している。（3/1MEDIFAXより）

新型フル

医師への「指示」も「罰則」はなし／新型フル特措法案

政府は3月1日、民主党の内閣・総務・厚生労働合同部門会議に、検討中の新型インフルエンザ等対策特別措置法案を示した。法案では、国や都道府県が必要だと認めた場合、医療関係者に対し、医療や

予防接種に関する協力を「要請」することができる。医療関係者が正当な理由なく要請に応じないときは、特に必要だと認める場合に限り、その医療関係者に「指示」することができる。ただし、この点について医療関係者に対する罰則は設けていない。政府は今後、地方自治体との協議などを通じて最終的な法案内容を固める姿勢だ。

内閣官房新型インフルエンザ等対策室が示した法案では、厚生労働大臣や都道府県知事が医療関係者に要請・指示する場合、医療関係者の生命や健康の確保に十分配慮し、危険が及ばないよう必要な措置を講じなければならない。要請・指示する場合、国や都道府県は政令で定める基準に基づき、医療関係者に実費を払う必要がある。要請・指示に従った医療関係者が死亡したり疫病にかかったりした際は、損害を補償しなければならない。

医療機関や医薬品・医療機器製造販売業者などは、緊急事態の場合、医療行為を続けたり医薬品・医療機器を確保したりするために必要な措置をとらなければならない。

また法案では、国民は新型インフルエンザ対策への協力などに努めなければならないとした一方で、対策に関しては憲法が保障する国民の自由と権利を尊重しなければならないと記している。国民の自由と権利に制限を加える場合も、制限は「必要最小限のものでなければならない」としている。

罰則が適用されるのは▽医薬品など必要物資について知事が保管命令を出したのに、生産者や販売業者が物資を隠したり捨てたりした▽都道府県が臨時医療施設を開設したり、必要物資の保管を命じたりするために立ち入り検査をした際に、拒否・妨害した一などのケースになる。（3/2MEDIFAXより）

支援法

障害者支援、難病患者を給付対象に追加／厚労省が新法骨子案

政府が今国会への提出を予定している「障害者自立支援法等の一部を改正する法律案（仮称）」について、厚労省は2月7日、民主党厚生労働部門会議障がい者ワーキングチームに骨子案概要を示した。新たに難病患者をサービス給付の対象に加えるほか、施行から5年をめどに障害程度区分や就労支援を見直すことや、共同生活介護（ケアホーム）と共同生活援助（グループホーム）の一元化などを盛り込んだ。

改正案はいわゆる「制度の谷間」の解消に向けて、難病患者を新たに障害者の範囲に追加する。想定される対象について、難治性疾患克服研究事業の対象130疾患と関節リウマチが挙げられている。

このほか、障害程度区分と就労支援の在り方は施行後5年をめどに検討を行い、必要な措置を講じる規定を設ける。地域移行への対応では、共同生活を行う住居で柔軟なケアを実現させるためにケアホームとグループホームを一元化する。

障がい者制度改革推進会議・総合福祉部会が骨格提言で示した利用者負担の原則無料は、2010年4月から低所得者の利用が無料であることや、無料でサービスを利用している人の割合が11年10月時点で85.5%に上ることなどを挙げ、「共通番号制度における利用者負担の合算の議論を踏まえた検討が必要」として検討課題にとどめた。

●新たな理念と名称見直しで、自立支援法を事実上廃止へ

民主党は09年衆院選マニフェストで自立支援法の廃止を訴えていたが、厚労省はサービス事業者の指定や支給決定の仕組みを新法に沿ってやり直す手続きを踏めば、自治体の負担が増える点などを説明。法律に「共生社会の実現」「社会的障壁の除去」の理念を新たに盛り込み、名称も見直すことで事実上の廃止とみなす案を示した。

新たな法律の施行期日は13年4月1日で、このうちケアホームとグループホームの一元化は14年4月1日を予定。(2/8MEDIFAXより)

障害者支援、厚労省案に批判相次ぐ／総合福祉部会

厚労省は2月8日、障がい者制度改革推進会議・総合福祉部会に障害者自立支援法改正案に関する厚労省骨子案を提示した。佐藤部会長ら出席委員は福祉部会の骨格提言が反映されていないと指摘したが、津田弥太郎政務官は「提言の内容は段階的、計画的に目指したい」と述べ、方針に理解を求めた。

議論では、骨子案が福祉部会の意向を反映していないこと、自立支援法が廃止にならないことについて意見が集中した。佐藤部会長は提言した内容（60項目）のうち、法の理念やケアホーム・グループホームの一元化など3項目を「不十分ながら取り入れている」と評価したが、48項目を「全く触れていない」、9項目を「内容が不明確」と指摘して「何のために汗を流してきたのか」と苦言を投げ掛けた。

自立支援法を改正する措置には出席委員から「廃止を前提に議論してきたはずだ」などと批判が相次いだ。サービス事業者の指定などで自治体に負担を強いることに懸念を示し、方針に理解をみせる意見もあった。

政府は3月中旬の法案提出を予定しているが、福祉部会が再び開かれる見通しは不透明。佐藤部会長は部会后、「これが当事者に対する意見の聞き方か、という反発はある」と述べた。(2/8MEDIFAXより)

障害者支援厚労省案で原告団と意見交換／津田政務官

厚労省の津田弥太郎政務官と障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護士団が2月9日、省内で面会し、障害者支援の改革案について意見を交わした。弁護士団事務局長の藤岡毅弁護士は会見で厚労省の方針に強い不快感を示し、「信頼が裏切られた」と述べた。

藤岡氏によると、津田政務官は改革案の趣旨を説明して理解を求めたが、原告団・弁護士団との間で、目立った接点は見いだせなかった。藤岡氏は自立支援法を廃止させることを明記した国との基本合意が守られなければ、今後、さまざまな集団訴訟の和解による解決に悪影響が出る点などを主張した。会見では葉書肝炎やB型肝炎などの弁護士団との連名による抗議声明を読み上げ、「基本合意は国家として遵守すべき法的文書であって訴訟の和解の中心をなす。国はあらためて銘記すべきだ」と訴えた。

(2/10MEDIFAXより)

障害者自立支援法改正案を了承／厚労部門会議

民主党の厚生労働部門会議（長妻昭座長）は2月29日、今国会に提出する障害者自立支援法改正案を概ね了承した。障害者の範囲に難病を加えることや、略称を「障害者総合支援法」にすること、障害程度区分を施行後3年をめどに見直すなどの内容。一部、文言の修正が残っているが、長妻座長に一任された。2013年4月の施行を目指す。

「ワーキングチーム(WT)で出た論点について、再び議論になった」――。部門会議終了後、岡本充功・障がい者WT座長は記者団の取材に、そう答えた。障害者自立支援法改正案は、部門会議の下に設置された同WTが検討してきた経緯がある。

民主党は09年の衆院選マニフェストで、自立支援法を廃止して新法をつくることを掲げていた。違憲訴訟の原告との和解でも、合意文書に「廃止」が盛

り込まれた。

しかし、新法を作るとサービス事業者をあらためて指定する必要があり自治体に負担が生じるなどの理由から、同法を廃止せず法改正で対応した。

部門会議では一部の議員から、「廃止すべき。改正では基本合意に反する」という趣旨の意見が出た。そうした意見に対し、合意当時に厚生労働大臣を務めていた長妻座長は、「『まさに今回の改正案の内容を進めていくという思いでサインをした』と説明した」（岡本氏）という。名称を変更して法律の基本理念を新たに掲げたことや、難病患者を加えたり重度訪問介護の対象を拡大するなどの内容の変更により、事実上、新たな法律になったと位置付け了承を取り付けた。文言調整をした上で閣議決定する。（3/1MEDIFAXより）

健診

加減算ルール、保険者間で思惑交錯／保険者の健診・保健指導検討会

厚生労働省保険局の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」は2月24日、2013年度から導入する後期高齢者医療制度支援金の加算・減算ルールについて審議した。厚労省は、国が特定健診の達成目標として定めた「参酌標準」を基準とし、目標値を達成できれば支援金の負担が減り、目標値を下回れば負担が増える具体的な仕組みを提示。イメージとして、保険者が負担を分け合うパターンを4案示した。ただ、単一健保や総合健保、共済組合は参酌標準に近い健診実施率を出しているものの、市町村国保や国保組合では参酌標準に大きく届かない状況にあるため、制度設計段階で各保険者の思惑が交錯し、まだ合意には至っていない。同検討会は3月22日の次回会合で再度、加減算ルールについて議論する予定。12年度の早い段階で制度設計を固めたい考えだ。（2/27MEDIFAXより）

生活保護

生活保護、指導対象の選定基準を近く策定／厚労省

厚生労働省は2月23日、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）に、生活保護制度見直しの取り組み状況を報告した。厚労省は近く、生活保護に関して指導

対象となり得る医療機関の選定基準をまとめる姿勢だ。「自治体の判断の参考になるような基準」（社会・援護局保護課）を想定しているという。

2011年12月の「生活保護制度に関する国と地方の協議」による中間取りまとめは、生活保護の医療扶助について、適正化対象選定基準をまとめる方針を示していた。またWTは、中間取りまとめで「不必要な医療を過剰に提供する等の不適切な診療を行う医療機関に対する指導を強化する」と記している。

厚労省は1月、医療扶助適正化に向けた電子レセプトの活用方法について、自治体にマニュアルを配った。生活保護レセプトの請求件数が多い医療機関など、社会保険診療報酬支払基金から提供を受けた情報も自治体に伝えた。10月からは、自治体の福祉事務所のレセプトチェック機能を強化し、レセプト1件当たりの点数が突出している医療機関などを抽出できるようにする予定だ。（2/24MEDIFAXより）

生活保護受給者の後発品使用へ指導員派遣／厚労省

厚生労働省は2012年度から、生活保護受給者の自宅やかかりつけの医療機関、薬局に「医療扶助相談・指導員（仮称）」を派遣し、後発医薬品の使用を促す取り組みを始める。電子レセプトを活用した医療費の点検も強化し、過度に医療機関を受診する「頻回受診」などを是正する。

各指導員は生活保護受給者の自宅などを訪れ、先発品と後発品の違いなどを説明し後発品を使うよう勧める。また、医学的な相談も受け付け、頻回受診への助言指導なども行う。

また、福祉事務所は電子レセプトを活用した頻回受診の是正にも取り組む。生活保護受給者が医療機関を受診した場合、医療費請求のレセプトは社会保険診療報酬支払基金を通じて各福祉事務所に提出される。電子レセプトが11年度から導入され福祉事務所は生活保護受給者の医療情報をパソコン上で把握しているが、頻回受診をしている生活保護受給者を抽出するためのソフトがなかった。

（2/29MEDIFAXより）

産科補償

制度見直しに向け検討開始／産科補償制度

日本医療機能評価機構の産科医療補償制度運営委員会は2月15日、同機構で会合を開き、2014年の制

度見直しに向けて検討作業を開始した。産科医療補償制度は、09年1月の制度開始から5年に当たる14年1月に制度見直しを行う。事務局からは▽補償対象範囲▽補償額▽分娩機関が損害賠償責任を負う場合の補償金との調整の仕組み▽補償金を受け取った保護者への損害賠償請求権の制限—などの論点が提示された。

●3年間で252件認定

現状報告によると、09年1月から11年12月までの3年間で補償申請があった重度脳性まひ児に対する審査件数は274件。このうち252件が補償対象と認定。補償対象外となった事案は10件で、一度は補償対象外となったものの再申請可能と判断された事案が9件、継続審議の事案が3件あった。補償申請から補償金が支払われるまでの平均期間は73日だった。

補償対象252件のうち、損害賠償請求等が行われている事案は18件あった。

事務局は参考データとして、産婦人科の訴訟件数について年次推移を示した。年間平均訴訟件数を見ると、制度発足前の04-08年は134.8件だったが、発足後の09-10年は86.5件と約35%減少した。

（2/16MEDIFAXより）

事故調

医療事故調、制度化へ本格議論を再開／厚労省検討部会が初会合

厚労省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」は2月15日、同省内で初会合を開き、医療事故調査の仕組みや再発防止の在り方を検討するに当たり「医療事故調査を行う目的」からあらためて議論を始めることなど今後の検討方針を固めた。初会合では医師法21条をめぐる捜査機関との関係や調査の対象・範囲について構成員から活発な意見が出た。医療事故調査の制度化をめぐっては、厚労省はこれまで第3次試案（2008年4月）や医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案（同6月）を示してきたが、政権交代で議論は頓挫。民主党からの代案（民主党案）についても議論の進展はなく、国による本格的な検討が08年12月以来3年ぶりに再開することになる。

医療事故の原因究明・再発防止については、11年8月から開催されている無過失補償制度をめぐる検討会（検討部会の親会議）の検討課題でもある。厚労省は新たな検討部会の設置によって医療事故調査

制度の構築に向け集中的に審議を進める考えだ。

構成員は▽鮎澤純子・九州大大学院医学研究院准教授▽有賀徹・昭和大病院長▽飯田修平・練馬総合病院長▽岩井宜子・専修大法科大学院教授▽加藤良夫・栄法律事務所弁護士▽高杉敬久・日本医師会常任理事▽豊田郁子・新葛飾病院セーフティーマネージャー▽中澤堅次・秋田労災病院第二内科部長▽樋口範雄・東京大大学院法学政治学研究科教授▽本田麻由美・読売新聞社会保障部記者▽松月みどり・日本看護協会常任理事▽宮澤潤・宮澤潤法律事務所弁護士▽山口育子・NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長▽山口徹・虎の門病院長▽山本和彦・一橋大大学院法学研究科教授。

（2/16MEDIFAXより）

電子化

社会保障・税番号制度の対応も議論／医療情報NW検討会

厚生労働省は、医療情報システムの安全管理策などを検討してきた「医療情報ネットワーク基盤検討会」の所管を医政局から政策統括官（社会保障担当）に移した。社会保障・税一体改革に向けて、厚労省内全体で意思統一を図りながら社会保障・税番号制度の検討を進めていく必要があるため。2月20日に2009年11月以来となる同検討会を開き、処方せんの電子化などについて議論した。

会合では、政府のIT戦略本部の決定に従い、処方せんの電子化への対処方針について意見交換した。処方情報を電子化して医薬連携を進めれば、医療安全や調剤業務の効率化に活用できる可能性がある。ただし、電子化されていない医療機関も多数あり、即座に紙による処方せんを廃止してしまうと実務上の障害が起きると予想されている。そのため同検討会は、処方せんに記載されている情報を電子化・ネットワーク化して運用する方法の検討と同時に、紙の処方せんを廃止できる条件についてさらに議論を深めることにした。3月中旬に開かれる次回会合で、同検討会の下部組織に当たる作業班が報告書を提示する。その上で、08年7月に同検討会が策定した「処方せんの電子化について」の報告書を改訂したい考え。（2/21MEDIFAXより）

日本版EHR、安全な患者情報共有など検証 ／広島県東部

個人が自らの医療・健康情報を生涯にわたって電子的に管理・活用することを目指す総務省の「日本版EHR（Electronic Health Record）事業」として、医療と介護での連携の実証実験が2011年度、広島県東部で行われている。広島県厚生農業協同組合連合会（JA広島厚生連）尾道総合病院が地域中核病院となり、広島県尾道市、福山市、三原市の地域医師会・薬剤師会などの協力を得て実施。急性期病院から開業医・在宅・介護施設までの患者の情報共有について「安全かつ効率的な情報提供の仕組み」「重複検査・重複投薬の減少状況」などを検証する。

この実証実験では、尾道総合病院に紹介があった患者や、同病院が逆紹介した患者のうち、同意を得られた235人（2月29日時点）の患者の画像情報、電子カルテ、電子処方箋、検査データを、医療機関や介護施設、調剤薬局など約60施設で情報共有する。12年3月の総務省の会合で、安全な情報共有や重複投薬の減少率などについて報告する予定。

（3/1MEDIFAXより）

処方箋電子化のロードマップを策定へ／国家戦略会議

政府の国家戦略会議（議長＝野田佳彦首相）は3月2日、民間議員の提言を受け、処方箋の電子化・電磁的交付の実現に向けたロードマップを2012年度以降、可能な限り早期に策定する方針を固めた。遠隔医療の普及・拡大に向けたロードマップは12年度中の策定を目指す。創薬支援機構を速やかに設置することや、医療関連分野を成長産業に育成して健康長寿社会の実現を目指す「医療イノベーション戦略」を5月までに決定することも確認した。

（3/5MEDIFAXより）

広告

ホームページは「広告ではない」を維持／厚生労働省検討会が報告書

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」は2月29日、医療機関の広告規制や都道府県で実施する医療機能情報提供制度の今後の対応などについて報告書を取りまとめた。3月7日の社会保障審議会・医療部会に報告する。

報告書では、医療機関のホームページについて、

医療法で原則禁止とする「広告」とは見なさないとする従来の方針を維持した。医療機関のホームページにも広告としての性格はあるものの、医療機関の理念や特徴、地域活動についての紹介情報や医療職種の採用情報などを発信しており、広告として一律に規制すればメリットを上回るデメリットが生じるためとした。

一方で、広告できる事項についても引き続き「ポジティブリスト方式」を採用することとし、広告可能事項の拡大については今後の検討課題とした。

（3/1MEDIFAXより）

自由診療のホームページ規制で骨子案／厚生労働省

厚生労働省医政局総務課は2月29日の「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」に、「医療機関のホームページに関するガイドライン（仮称）」の骨子案を示した。主に美容医療サービスや歯科インプラントなどの消費者トラブルが報告されている自由診療がガイドラインによる規制のターゲットとなる。

2月1日の前回会合で示した原案への議論を踏まえ、ホームページへの記載禁止事項や記載必須事項を整理した。成案化した後、4月以降に都道府県などに通知として発出する。

医療機関のホームページへの記載が禁止される事項は▽内容が虚偽にわたるものや、客観的事実であることを証明できない内容▽「日本一」「最高」といった優秀性について誤認しかねない表現や優良誤認しかねない表現▽早急な受診を過度にあおる表現や費用の過度な強調▽不安をあおって受診を促す表現一など。

ホームページに記載しなければならない事項は、自由診療の場合では▽通常必要となる治療内容・費用▽治療のリスク、副作用など一となる。

（3/1MEDIFAXより）

医療情報のあり方検討会の報告書公表／厚生労働省

厚生労働省は3月6日、医療機関の広告規制や都道府県で実施する医療機能情報提供制度の今後の対応などについて「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」が取りまとめた報告書を公表した。

報告書では、医療機関のホームページについて、医療法で原則禁止とする「広告」とは見なさないとする従来の方針を維持。必要に応じて、不当景品類及び不当表示防止法や不正競争防止法による規制が適用されるよう、関係省庁と連携しながら虚偽や誇

大な表示などの基準を明確化し、現行の医療法の規制についても併せて周知・徹底することとした。

医療機関から報告された医療機能情報を都道府県が取りまとめてインターネットなどで公表する医療機能情報提供制度については、▽フリーワード検索機能など各都道府県ホームページの利便性向上▽ガイドラインに準拠した医療機関ホームページとのリンク▽医療機関からの報告のオンライン化推進一に関して国が都道府県に技術的助言を行う。インターネット以外の公表が都道府県の裁量で行えるよう規定を見直すことも盛り込んだ。

（3/7MEDIFAXより）

看護

看護職の夜勤・交代制勤務GL「実用化は無理」／四病協、反対で一致

四病院団体協議会は2月22日、総合部会を開き、日本看護協会が策定中の「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン（GL）」に対して「GLに基づく医療現場での運用は無理」との見解で一致し、GLの実用化に反対する方針を決めた。反対の根拠を明確にするため、4団体がそれぞれ会員病院に対する実態調査を行う。

日看協はGLの中心をなす「夜勤・交代制勤務編成の基準案」で▽勤務の拘束時間は最大13時間以内▽勤務間隔を最低11時間以上一など11項目を3月末までにまとめる予定だ。四病協の当番団体である日本医療法人協会は、日看協のGLが多様な労働環境に対応するとの趣旨にもかかわらず、労働形態に一定の制限を加えようとしているとし、医療現場で受け入れるには無理があると説明した。実際、2交代勤務の看護師の勤務時間は国内では16時間が一般的。各病院団体の機能に応じたアンケート調査を行い、GLの実効性について検証していく。

（2/23MEDIFAXより）

看護師特定認証は「大多数が反対」／日医・羽生田副会長

日本医師会の羽生田俊副会長は2月24日、厚生労働省が検討を進めている看護師特定能力認証制度について「大多数が反対している」と述べ、国が認証する仕組みと法制化に反対する意思をあらためて示した。認証は医学会や看護学会が協調し、自主的に行うべきとした。（2/27MEDIFAXより）

特定行為の分類方法を提示／厚労省、まず24項目で分類案

厚労省は2月28日の「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」に、医行為の分類について素案を提示した。分類案では「動脈ラインからの採血」は一般の医行為、「直接動脈穿刺による採血」は行為の侵襲性が相対的に高く行為の難易度が高い「特定行為B1」とした。示された医行為の分類は24項目。厚労省は看護業務実態調査の調査項目（203項目）や特定看護師（仮称）養成調査試行事業、特定看護師（仮称）業務試行事業で実施されている行為などについても順次、医行為の分類を検討していく。

厚労省は、行為の侵襲性（行為の難易度）と指示の包括性（判断の難易度）の2つの基準のほか、法令や通知で「診療の補助」と示されているかどうかなどによって、医行為を▽絶対的医行為（行為・判断の難易度が著しく高いもの、法律上「診療の補助」に含まれないことが明確なもの＝医師のみが実施）▽特定行為B1（行為の侵襲性が相対的に高く、行為の難易度が高いもの）▽特定行為B2（行為を実施するタイミングなどについて判断の難易度が高いもの）▽一般の医行為（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もの＝看護師一般が医師の指示の下に実施）▽さらに検討が必要▽医行為に該当しない一に分類する案を提示した。

示された24項目の検討シート案によると、「非感染創の縫合」「腹腔穿刺」「胸腔穿刺」「局所麻酔（硬膜外、脊髄くも膜下）」などは絶対的医行為に分類。行為の侵襲性が相対的に高く行為の難易度が高い特定行為（B1）には「経口・経鼻挿管の実施」「経口・経鼻挿管チューブの抜管」「褥瘡の壊死組織のデブリードマン」などを、行為を実施するタイミングなどについて判断の難易度が高い特定行為（B2）には「手術前検査の実施の決定」「人工呼吸器装着中の患者のウイニングスケジュール作成と実施」「脱水の判断と補正（点滴）」「抗癌剤などの皮下漏出時のステロイド薬の選択・局所注射の実施」「がんの転移、浸潤に伴う苦痛症状のための薬剤の選択と評価」を分類した。「12誘導心電図検査の実施」「酸素投与の開始、中止、投与量の調整の判断」「浣腸の実施の決定」などは一般の医行為とした。

（2/29MEDIFAXより）

在宅推進で、看護師特定行為の安全性検証／厚労省

厚生労働省は2012年度の新規事業として、在宅療養中の終末期患者への苦痛緩和や水分・栄養補給について看護業務の安全性や効果を検証する。

特定看護師（仮称）の養成課程を修了した専門的な臨床実践能力を持つ看護師が、医師の包括的支持の下で実施する在宅医療での看護業務（特定の医行為を含む）を検証することが目的。同省が指定する養成課程修了者が従事する施設から実施状況について報告を受け、業務の安全性を確かめる。

厚労省が特定看護師業務試行事業で指定した施設が検証事業の委託対象となる。11年度の指定施設は現在25施設。12年度の予算総額は7000万円。

（2/29MEDIFAXより）

震災

復興庁が発足／政府

東日本大震災からの復興の指令塔役を担う「復興庁」が2月10日、発足した。被災自治体のニーズにワンストップで対応し、関係省庁を束ねて復興事業の総合調整をする。初代復興大臣には、平野達男・復興対策担当相が就任した。

復興庁は東京に本庁を置き、岩手、宮城、福島の被災3県に1カ所ずつ復興局を設置した。3県の沿岸部には6カ所の支所を設け、隣接する青森、茨城の両県に事務所を開いた。人員は総勢250人でのスタートとなった。

野田佳彦首相は、復興庁の発足を受け記者会見を開いた。復旧・復興に向けた今後の主な課題として▽住宅再建・高台移転▽がれきの広域処理▽雇用の確保▽被災者の孤立防止と心のケア▽原発事故避難者の帰還支援—の5つを挙げた。

（2/13MEDIFAXより）

原発事故で医療費減免措置、今国会提出へ／自民

自民党は今国会に、福島第一原発事故で一定線量以上の被ばくをした18歳以下の医療費減免を図る「東京電力原子力事故による被害からの子どもの保護の推進に関する法律案」を提出する方針を固めた。

同法案は基本理念や施策の基本事項を定めたプログラム法で、公明党などと共同で提出する見通し。医療費減免の措置は「一定以上の被ばくをした子

ども」が対象で、福島県民に限定していない。対象者には生涯にわたる定期健診も行うほか、被ばくした子どもへの影響を調べる研究機関の設置、人材の養成なども盛り込んでいる。これらの施策を推進するため、政府に基本計画の策定を求めている。

（2/21MEDIFAXより）

4月以降も被災地支援を継続／被災者支援連絡協

被災者健康支援連絡協議会（代表＝原中勝征・日本医師会長）は3月5日、2011年度最後となる会議を日本医師会館で開き、各団体の活動状況と今後の予定を確認した。4月以降は日医や全国医学部長病院長会議など7団体が具体的な支援を続ける。

日医の関連では岩手県医師会が組織する「JMAT岩手」による診療のほか、岩手県内の県立病院への診療支援などを行う。全国医学部長病院長会議は3月末までに7病院16診療科へ、全国の69大学から279人が派遣されると報告。4月以降は6病院9診療科へ派遣を予定している。日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本栄養士会、日本看護協会、日本放射線技師会も活動を続ける。日本病院会、全日本病院協会も「計画している」とした。

会議では、日本病院会が福島第一原子力発電所の事故に対する公費負担医療制度の創設を提案した。日医、日本精神科病院協会は東日本大震災から1年を迎えるに当たり、震災の映像や写真の使用を可能な限り自粛するよう求めることを主張した。被災地への医療従事者派遣のマッチングについては、派遣期間や派遣場所などが課題になっているとの意見が上がった。

岩手、宮城、福島の医療関係者もテレビ会議で参加した。岩手県立宮古病院の佐藤元昭院長は「震災から1年がたち、医局にも相談したところ自分たちでやろうという意見があった」と述べ、医師派遣の要請を終了することを報告した。ただ、「もともとの医師不足の状況に戻ったにすぎない」と厳しい状況にあるとした。「復旧の兆しが見える」などの声もあったが、依然として医療従事者の確保などを求める声も多かった。（3/5MEDIFAXより）

その他

共産党が社会保障充実と財政危機打開で提言

日本共産党は2月7日、「消費税大増税ストップ！

社会保障充実、財政危機打開の提言」を公表した。提言は2つの柱の政策＝①社会保障の段階的充実と税・財政の改革②民主的経済改革―を同時並行で実行することで社会保障充実と財政危機打開を図る、としている。

第1段階の「社会保障再生計画」では、▽医療費の窓口負担引き下げ（子ども無料、現役2割、高齢者1割）▽国保料軽減（当面、国の責任で1人1万円引き下げ）▽後期高齢者医療制度の廃止▽年金削減政策の中止▽年金の受給資格期間を10年に短縮、無年金・低年金の解消へ▽特養ホームの待機者ゼロ▽介護保険の利用料・保険料の減免▽保育所の待機児童ゼロ▽失業給付期間の抜本的延長―。財源として、歳出のムダ一掃（▽大型公共事業の浪費一掃▽原発推進予算の大幅削減▽軍事費の1兆円削減▽政党助成金、機密費の廃止）、富裕層・大企業への応分負担（▽証券課税強化、最高税率引き上げ▽「富裕税」の創設▽法人減税中止、優遇税制是正▽「為替投機課税」「環境税」）で12兆～15兆円を生み出す。

第2段階「先進水準の社会保障充実」では、▽最低保障年金制度の確立▽医療費の窓口負担ゼロ▽介護の利用料ゼロ▽学費軽減、無償化に向けて踏み出す。財源として、累進課税を強化した所得税の抜本改革、将来的には国際協調で法人税率引き上げで6兆円程度をつくる。

民主的経済改革では、大企業の内部留保260兆円を日本経済に還流させ、▽人間らしく働ける労働のルール▽中小企業への本格的な振興策▽農林水産業の再生▽原発から撤退、自然エネルギー、低エネルギー社会へ▽少子化問題克服―など。

国立病院・労災病院「直ちに統合は困難」／検討会が報告書

厚労省は2月15日、「国立病院・労災病院等の在り方を考える検討会」の報告書を取りまとめ公表した。報告書では、国立病院機構と労働者健康福祉機構の統合について「メリットは運用で対応可能な部分があるが、デメリットや仮に統合しようとする場合の懸案・課題は短時間で解消することは難しく直ちに統合は困難」とした上で、「まずは、連携方策をより強化し法人統合と同様の効果を目指していくことが適当」とした。（2/16MEDIFAXより）

医科財源4700億円を高評価／日医、12年度改定を総括

日本医師会は2月15日の定例会見で、2012年度診療報酬改定の見解を発表した。中川俊男副会長はネットでプラス0.004%とわずかのプラス改定だったことに対して「医科本体4700億円のプラス改定だったということを強調したい」と述べた。改定率決定の段階で入院・外来の配分が示されなかったことも高く評価した。一方、再診料の引き上げが実現しなかったことは遺憾とし、中医協委員の鈴木邦彦常任理事は「引き続き、再診料を元に戻すことを要望し続けたい」と述べた。

中川副会長は改定率決定に向けた政府と日医の動きを総括した。民主党の代表選挙前に開かれた党内の会合で野田佳彦首相が「基本的にマイナスはないだろう」と発言したことが「非常に大きかった」と述べた。改定直前の動きでは、民主政策調査会の役員会が12月20日にネットプラスを政府に求めることを了承した点を挙げ、「ここで固まったのだろうと理解している」とした。診療報酬改定に対する財務省の対応については懸念を示し「診療報酬の中身にまで介入することが常態化しつつあるが、非常に問題」と指摘した。（2/16MEDIFAXより）

日医会長選、三つどもえに

日本医師会の横倉義武副会長は、次期日医会長選への立候補を2月17日に正式に表明。2月15日に立候補を正式に表明した現職の原中勝征氏、2月11日に立候補を表明した京都府医師会長の森洋一氏との3者による選挙戦となる。（2/16MEDIFAXより）

学校の健診、大幅見直し／文科省、13年度にも

文部科学省は2月19日、小中高校で毎年、実施している健康診断の検査項目を大幅に見直す方針を決めた。戦前から続けてきた座高の測定をやめ、関節痛のようなスポーツによる障害を早期に発見するための検査項目導入を想定している。近く省内に有識者会議を設置して課題を整理し、2013年度にも新方式への変更を目指す。大人では一般的な血液検査も検討する。（2/21MEDIFAXより）

「くすり教育」中学必修化へ、12年度から／文科省

学習指導要領の改正に伴い、2012年4月から中学校の保健体育の授業に「くすり教育」が新たに加わ

る。用法・用量を守った薬の正しい使い方など、高校ですでに取り入れられている授業を中学校に前倒しして教える。高校では14年度から医薬品の承認制度などさらに専門的な知識を教える。一般用医薬品の新たな分類ができ、患者が医薬品を適切に選択することがより求められてきたことなどがくすり教育導入の背景にある。（2/24MEDIFAXより）

TPPと医療再生でシンポ／医療再生フォーラム21

TPPと医療再生をテーマとする医療再生フォーラム21主催のシンポジウムが2月26日、東京都内で開かれ、医療従事者など110人余りが参加した。パネリストからは、米国が公的医療保険制度の廃止までは求めていないとしても、縮小されれば混合診療や医療の営利追求につながるとして反対世論を高める必要があるとの意見が示された。一方で、医療費の総額が抑えられる中で薬価や材料費が下がる可能性に期待する意見もあった。

田林暁一・東北厚生年金病院長は、TPP参加後の影響として皆保険制度の破綻や医療の質の低下、施設の集約化に伴うフリーアクセスの低下への懸念を示した。ただ、他国から医療従事者を雇用することで勤務医の過重労働軽減につながるほか、有限な医療資源に対して国民意識が変化する可能性があるのではないかと指摘した。

主催の医療再生フォーラム21は本田宏・済生会栗橋病院院長補佐や植山直人・全国医師ユニオン代表、中島恒夫・全国医師連盟代表の3氏を発起人とする任意組織。シンポには自見庄三郎・金融担当相、梅村聡・参院議員がメッセージを寄せた。

（2/28MEDIFAXより）

新5カ年計画を大筋了承／臨床研究・治験活性化検討会

厚生労働省の「臨床研究・治験活性化に関する検討会」は2月29日、2012年度を開始年度とする「臨床研究・治験活性化5カ年計画2012」（いわゆる「ポスト5カ年計画」）を大筋でまとめた。計画では、治験ネットワーク（NW）の促進等による症例集積性の向上や臨床研究中核病院（仮称）の体制整備などを明記。小児疾患や希少・難治性疾患に対する医薬品の開発支援を強化する考えも盛り込んだ。今後、検討会の構成員やパブリックコメントの意見を踏まえ、最終的に内容を固める方針。

（3/1MEDIFAXより）

遺伝子検査ビジネスに警鐘／日本医学会

病気へのかかりやすさや、体質、子どもの才能などを業者が遺伝子で調べる「遺伝子検査ビジネス」に日本医学会が警鐘を鳴らした。科学的根拠に乏しい検査が氾濫し、混乱を引き起こしかねないと懸念している。日本では遺伝子検査の監督省庁が、厚生労働省、経済産業省、文部科学省の隙間に入り込んでおり、個別の法規制もない。このため日本医学会は「消費者庁に遺伝子検査を監督する部署を設け、立法措置と、各省庁に共通した規制システムを整備すべきだ」と訴えている。今後、政府への提言活動を強化する構えだ。（3/2MEDIFAXより）

地域医療機能推進機構、14年4月に発足へ／RFOの後継

小宮山洋子厚生労働相は3月7日の衆院厚生労働委員会、2011年6月に成立した年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）法改正法について、14年4月1日の本格施行を予定していることを明らかにした。本格施行と同時に、社会保険病院や厚生年金病院の整理合理化を目的としていたRFOは、病院運営などを手掛ける地域医療機能推進機構に移行する。政府は月内にも政令を定め、本格施行日を確定させる方針だ。

改正法は11年6月の公布時に一部施行され、12年9月末までだったRFOの存続期限は撤廃された。地域医療機能推進機構が発足する本格施行日は、公布から3年を超えない範囲で政令で定めることになっている。

小宮山厚労相は、新機構発足までの間に譲渡する病院については「一定の時期には確定させる方向で検討していきたい」と述べた。質問した共産党の高橋千鶴子氏は、本格施行が遅いと認識を示し、施行日が先延ばしされれば病院の売却が進むのではないかと懸念した。（3/8MEDIFAXより）

医療法人の役員兼務・融資など条件明確化／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3月7日、医療法人への規制について審議し、他法人と役職員が兼務できる条件の明確化や他医療法人への融資・与信を行う場合の条件について

事務局の提案を了承した。ただ、議題となった医療法人の合併については、現行法令では持ち分ありの医療法人同士が合併してできる新たな社団医療法人は「持ち分あり」として存続が認められることから、新たに設立する医療法人に持ち分を認めないとした第5次医療法改正での規定と整合が取れないとして、継続審議することになった。

医療法人の再生支援・合併については2011年4月の閣議決定で現行の規制を見直すことになっていた。医療法人と他の法人の役職員兼務については、兼務によって医療機関の開設・経営に影響がないことを都道府県が確認することになっているが、「商取引引きがある場合には兼務を認めない」「取引引き内容が適正であれば認める」「全役員の過半数を超えない」など都道府県によって運用に差があった。

医政局指導課は会合で現行通知の改正案を示し、兼務を認める条件として医療機関と利害関係にある営利法人などの役職員を兼務していないことを原則として示すとともに、例外的に取り扱う範囲を示した。

兼務する役職員数が全役職員数（監事を除く）の過半数を超えない範囲で、かつ医療機関の非営利性が保たれる場合に限られるが、商取引（土地・建物賃借を除く）があっても▽医療法人の代表者ではない▽営利法人の規模が小さく役職員を第三者に変更することが困難▽契約内容が妥当一の条件を満たせば、営利法人の役職員の兼務を認める。土地・建物の賃借の場合も、営利法人の規模や契約内容の妥当性を都道府県が確認すれば、兼務が認められる。

また、取引額が少額な営利法人の場合も兼務可能となる。

役職員兼務の範囲明確化については、3月中にも通知を出す見通し。（3/8MEDIFAXより）

移植医療めぐる生命倫理で答申／日医・第12次生命倫理想

移植医療をめぐる生命倫理について検討を行った日本医師会の第12次生命倫理想談会（座長＝高久史磨・日本医学会長）が報告書をまとめ原中勝征会長へ答申した。3月7日の日医の定例会見で羽生田俊副会長が報告した。答申では「脳死と臓器移植」「組織移植」「生体臓器移植」の3分野について、現状や問題点を分析し解決策をまとめた。

改正臓器移植法が2010年7月に全面施行され、小児からの脳死下臓器提供も可能となった。答申では

小児臓器移植に関して▽脳死判定の困難さ▽児童虐待▽小児の自己決定権一の問題点を指摘。また、知的障害者は年齢にかかわらず臓器摘出を見合わせる点としている点について、今後、正面から検討すべきとした。

現在、日本では「心臓弁・血管」「骨」「皮膚」「臍島」の組織バンクがあり、各組織の個々の専門医や施設の取り組みをベースとして学会レベルで全国的な整備と充実を図っている。答申では、自主的努力には限界があり、公的経済的支援の拡充が必要であるとして、組織移植も臓器移植法の対象に含める法改正を検討すべきとした。

生体臓器移植に関しては「国内の臓器売買について厳正に対処すべき」とした上で、「日本が生体移植や再生医療の規制の緩い、倫理の回避地として利用される危険性が高まっている。日医は各方面と連携し、一層適切に取り組むことが求められる」と提言した。（3/8MEDIFAXより）

保団連

12年度改定「一体改革を色濃く反映」／保団連が談話

保団連は2月10日、2012年度診療報酬改定答申に当たって医科に関する談話を発表した。12年度診療報酬改定について「社会保障と税の一体改革を色濃く反映」とした上で「自公政権下で行われた医療『構造改革』路線の具体化といえる」としている。

談話では、12年度改定について「平均在院日数のさらなる削減、入院から在宅へ、医療から介護への流れの一層の強化などを柱としたもの」とし「特に入院点数では『看護必要度』『平均在院日数』『重症者受け入れ率』『在宅復帰率』などの施設基準の強化で医療機関の淘汰を行う内容になっている」と指摘。診療所・中小病院の再診料の見直しが盛り込まれなかったことにも言及し「地域医療の崩壊を食い止めるためには診療所、中小病院の評価が必要であり、補正予算の確保も視野に入れて再診料を74点にするべき」と訴えた。

歯科診療報酬についても談話を発表し「改定財源が限られていることから十分な引き上げには程遠い点数ではあるが、歯科医療の診療現場の実態に即した改定としての方向性が示されるものとなっている」とした。（2/13MEDIFAXより）

一部負担金免除の延長で要望書／保団連

保団連は2月29日、「医療保険に加入する全ての被災者の医療費一部負担金免除の延長を求める要望書」を、野田佳彦首相と安住淳財務相、小宮山洋子厚生労働相宛てに提出した。

要望書では▽医療保険に加入する全ての被災者の医療費一部負担金免除を延長するよう、強制力を持って各保険者に実行させる▽医療費一部負担金免除の打ち切りの判断をしている保険者（健康保険組合以外も含む）を全て把握する▽免除延長を決定した保険者への財政支援を、滞りなく完全に実行する一などを求めている。

保団連は2月29日付で、東電環境健康保険組合に対しても加入する全被災者の医療費一部負担金の免除の延長などを求める要望書を提出した。

（3/1MEDIFAXより）

介護

介護基盤整備の助成金メニュー拡大／厚労省

厚生労働省は2月23日、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議に、2012年度に実施予定の介護事業所整備の助成金額として「助成単価案」を示した。12年度末まで1年間の継続が決まった介護基盤緊急整備等臨時特例基金（基盤整備基金）での支援を継続するほか、事業所の建築費などを助成する「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金（ハード交付金）」とサービス事業所開設経費などを助成する「地域介護・福祉空間推進交付金（ソフト交付金）」の範囲などを拡大。12年度から創設する24時間型と複合型の新サービス推進支援、介護療養型医療施設（介護療養病床）の転換支援のほか、被災3県の介護施設整備、訪問看護ステーション（訪看ST）大規模化、特養整備も支援する。

介護療養病床の転換支援では、1床当たりの交付単価を改善。転換する際に新たな建築が必要な場合は「創設」として170万円（1床当たり）、現在使用している施設を建て替える場合は「改築」として210万円（同）、現在の施設を改修する場合は85万円（同）とする。これとは別に、転換に必要な設備整備費用として新たに1床当たり一律15万円を助成する。

24時間型と複合型の新サービスについては基盤整備基金の対象とし、1施設当たりの助成を24時間型事業所500万円、複合型2000万円とする。また、ソフト交付金で新サービス実施のために必要な▽雇用経

費▽通報システムの整備▽テレビ電話等を含むケアコール端末購入費▽ICTの活用などに必要な費用一などとして1施設当たり24時間型で2000万円、複合型サービスは300万円助成する。

（2/24MEDIFAXより）

第6期から認知症の退院支援求める／介護保険事業計画で厚労省

厚生労働省は、3年後の2015年から始まる介護保険事業計画第6期から、認知症疾患医療センターなどと協力する退院支援策を各自治体に求める方針だ。社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課の本後健課長補佐が、2月23日の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議で明らかにした。

厚労省は会議に提出した資料で、2月1日現在146カ所ある認知症疾患医療センターを、175カ所（基幹型5カ所、地域型170カ所）まで増加させる費用として12年度予算案に3億5633万円計上したと説明。認知症疾患医療センターが実施する研修会や連携協議会に、各都道府県・政令指定都市が積極的に関与することを求めた。（2/24MEDIFAXより）

処遇改善加算、「交付金事業所」は要件クリアと見なす／厚労省

厚生労働省は、処遇改善交付金から「介護職員処遇改善加算」へ移行する際の事務負担軽減策として、交付金を受けている事業所は“処遇改善加算の要件を満たしている”と見なす方向で検討している。老健局老人保健課の宇都宮啓課長が、2月23日の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議で明らかにした。

この場合も加算申請の書類提出は必要だが、提出期限を延長する。宇都宮課長は期限について「5月末までに提出すればよい、というような扱いにさせていただく」と述べた。このほかの事務負担軽減についても「可能な限り対応したい」と述べた。現在、交付金を受けていない事業所の書類提出期限は3月25日の予定。（2/24MEDIFAXより）

改定検証・研究委員会の委員を了承／社保審・介護給付費分科会

厚労省の社会保障審議会・介護給付費分科会は2月28日、2015年度の介護報酬改定に向けて12年度改定の効果検証などを行う「介護報酬改定検証・研究委員会」の委員を了承した。同分科会委員と学識経

験者の合計7人が委員を務める。委員長には、同分科会委員の大島伸一氏（長寿医療研究センター総長）が就く見通し。

大島氏のほか、同分科会からは池田省三氏（地域ケア政策ネットワーク研究主幹）、田中滋氏（慶応大大学院教授）、村川浩一氏（日本社会事業大教授）が委員に就く。医師であり、医療と介護の連携やデータ分析などに詳しい椿原彰夫氏（川崎医療福祉大教授）と松田晋哉氏（産業医科大教授）も委員を務める。医療・介護経営などについて研究を進めている松原由美氏（明治安田生活福祉研究所主席研究員）も委員に就く。（2/29MEDIFAXより）

訪看S T一人開業、条件付きで9月まで延長／給付費分科会が答申

厚生労働省の社会保障審議会・介護給付費分科会は2月28日、東日本大震災の被災地が対象の特例省令で認めている訪問看護ステーション（訪看S T）一人開業について、期間延長を条件付きで認めた。対象地域を東京都以外の災害救助法適用全地域から、岩手、宮城、福島に限定し、特例省令で定める期限を9月30日に改正する。小宮山洋子厚生労働相からの諮問を修正なしで了承し、2月28日付で答申した。

ただ、スタート時は一人開業だった事業所が人員基準2.5人以上を満した場合は、近隣に通常の訪看S Tが新設され利用者の受け入れが可能になった場合は、特例措置の事業所としてのサービス提供は終了するとした。（2/29MEDIFAXより）

E P A介護福祉士候補者、一部人員配置の対象へ

厚生労働省社会・援護局福祉基盤課は3月1日の社会・援護局関係主管課長会議で、経済連携協定（E P A）に基づき受け入れている外国人介護福祉士候補者について、一定の要件を満たす場合は職員の配置基準の算定対象とすることを可能にする方針を示した。候補者の受け入れの円滑化を図る。厚労省は、「受入指針告示」の改正に向け3月22日まで意見募集を実施しており、適用は4月1日の予定。（3/2MEDIFAXより）

12年度介護報酬改定、3月13日に告示／厚労省

厚生労働省は3月13日、2012年度介護報酬改定を官報告示する。11年度末で終了する処遇改善交付金

を介護報酬内に取り込み「介護職員処遇改善加算」を創設するほか、新たなサービスとして24時間型や、小規模多機能型居宅介護と訪問看護ステーションを組み合わせる複合型のサービスに報酬を設定。一定の研修を受けた介護職がたん吸引と経管栄養を実施できる制度も創設する。また、介護報酬に地域ごとの給与水準差を反映させる「地域区分」を、現行の5区分から7区分に細分化する。国家公務員の地域手当や診療報酬に合わせる形。（3/13MEDIFAXより）

データ

老健と介護療養、退所先は「医療機関」が最多／10年調査

厚労省は2月9日、2010年介護サービス施設・事業所調査の結果を公表。介護保険3施設を退所した人の行き先で最も多かったのは、介護老人保健施設と介護療養型医療施設がそれぞれ「医療機関」で、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が「死亡」だった。

10年9月中に介護保険3施設を退所した人の行き先を見ると、介護老人保健施設では「医療機関」が48.9%で最も多く、「家庭」23.8%、「特養」9.3%と続いた。介護療養型医療施設でも最多は「医療機関」の34.7%で、次いで「死亡」33.0%、「家庭」12.1%。一方、特養では「死亡」が最多の63.7%を占め、「医療機関」28.9%、「家庭」2.9%の順だった。退所者が入所前にいた場所で最も多かったのは老健が「医療機関」で52.6%、介護療養型医療施設も「医療機関」で75.2%、特養は「家庭」で31.8%だった。

介護保険施設の入所者の要介護度は重度化傾向にあり、施設別の平均要介護度は介護療養型が4.39と最高。次いで特養が3.88、老健が3.32。1人当たり平均利用料（10年9月中の在所者）を見ると、介護療養型医療施設が8万5067円、老健が7万8561円、特養が6万1054円だった。

訪問看護ステーションについては、10年9月中の利用者1人当たりの訪問回数を見ると介護予防サービスで4.0回、介護サービスでは5.5回。1事業所当たり利用者数は介護予防サービス5.3人、介護サービス43.9人で、1事業所当たり延べ利用者数は介護予防サービス21.3人、介護サービス243.3人だった。

1事業所当たりの常勤換算看護・介護職員数を見ると、訪問介護が7.7人、訪問看護ステーションが4.6

人、通所リハビリテーションが8.1人だった。常勤換算看護・介護職員1人当たりの延べ利用者数（10年9月中）は、訪問介護が91.0人、訪問看護ステーションが79.2人、通所リハビリが72.2人だった。

10年10月1日現在の状況について調査を実施し、回答のあった活動中の施設・事業所（延べ23万1145カ所）などについて集計した。

（2/10MEDIFAXより）

受診遅れで67人死亡／困窮で「無保険」など

全日本民主医療機関連合会（民医連）は2月20日、経済的事情で国民健康保険料を滞納して「無保険」状態になるなどの理由で受診が遅れ、死亡した人が2011年、22都道府県の加盟病院・診療所で67人いたと発表した。

調査は6回目で、最多の71人だった10年に次ぐ人数。11年は計663施設を対象に調査。受診遅れで死亡した67人のうち無保険は25人、滞納で有効期間が短くなる「短期保険証」が10人、さらに滞納が続き保険証を返して医療費全額をいったん払わなければならない「資格証明書」が7人いた。残る25人は、保険証はあっても医療費が払えなかったりした人。死因の半数余りはがんだった。

67人の約7割は50-60代の中老年男性。職業別では無職が32人、非正規労働者が14人いた。

都道府県別では福岡の11人が最多で、東京、山梨が各6人、北海道、埼玉、長野が各5人と続いた。

（2/22MEDIFAXより）

交通事故への健保使用率は2割／日医委員会が調査

日本医師会の労災・自賠責委員会はこのほど、会長諮問「地域医療再生における労災保険、自賠責保険の役割」に対する答申をまとめた。交通事故診療での健康保険使用率を調査した結果、全体の使用率は19.9%に上った。損害保険料率算出機構は2009年度の利用率を10.7%としており、大きな差が出た。2月8日の定例会見で藤川謙二常任理事が報告した。

調査は交通事故の患者をよく扱う医療機関3254施設に都道府県医師会を通じて依頼した。10年12月から11年2月までの患者を対象とした。回答があったのは1655施設。健康保険使用率を医療機関種別で見ると、病院全体で23.6%、診療所で10.8%となった。病院では国公立が31.3%、その他の病院が18.5%で、国

公立病院で高かった。（2/9MEDIFAXより）

10年度の看護職員離職率、常勤11.0%／日看協調査

日本看護協会は2月22日、「2011年病院看護実態調査」の結果速報を公表した。10年度の看護職員の離職率は常勤11.0%（前年度比0.2ポイント減）、新卒8.1%（同0.5ポイント減）となった。常勤・新卒ともに離職率は3年連続で減少したが、東京23区・政令指定都市の病院では他の地域と比較して高かった。

立地別の看護職員離職率は「東京23区・政令指定都市」で常勤13.3%（前年度比0.3ポイント減）、新卒8.8%（同0.5ポイント減）、「過疎地域」では常勤7.4%（同率）、新卒7.8%（同0.9ポイント増）、「それ以外の地域」では常勤10.2%（同0.3ポイント減）、新卒7.6%（同0.7ポイント減）となった。病床規模別では300床未満の病院で全体より高く「300-399床」が最も低い。（2/23MEDIFAXより）

高齢者への処方、6割が積極的に剤数減／医師調査

高齢者の多剤内服が問題になる中、メドピア（東京都港区）が全国の医師を対象に「高齢者への薬剤処方」に関する調査を行ったところ、6割近い医師が積極的に剤数を減らしていることが分かった。内服薬剤数の総数について「積極的に剤数を減らして必須のもののみ処方」している医師は58%に上り、2番目には「多くならないように注意するが、剤数をあえて減らさず処方」（31%）が入った。「まったく考えずに症状にあわせて処方」は5%だった。

調査は2月10-16日、同社が運営する医師コミュニティサイト「MedPeer」の会員である医師を対象に「ポスティング調査」と呼ばれるオープン回答型のインターネットリサーチで行った。有効回答数は2586件。（3/2MEDIFAXより）

全国的に死亡率が減少、地域差も縮小傾向／厚生省

厚生労働省は3月1日、「都道府県別にみた死亡の状況」（2010年）を公表した。前回調査の05年と10年を比較すると、男性は全都道府県で、女性は鳥取を除く都道府県で年齢調整死亡率が低下した。男性の死亡率は前回に続いて、長野が最も低く青森が最も高い。女性も前回と同様、長野、新潟、鳥根が低く、青森、栃木、大阪、和歌山が高くなっており、死亡

率の高い県と低い県の固定化が見られた。全国的な年齢調整死亡率の低下に伴い地域差は縮小傾向にある。前回と比較すると、女性の自殺がやや上昇した以外は全死因で死亡率は減少した。

厚生省は1960年以降5年ごとに人口10万人当たりの死亡率の状況を報告している。高齢化率の高い都道府県では死亡者が相対的に多いため、年齢構成が異なる地域間でも比較できるように調整した年齢調整死亡率を算出し、死亡率の全国的な分布などについて、都道府県別・男女別のデータを示して年代的な推移を把握している。

三大死因（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）の死亡率は低下し、死亡状況が改善されている。特に胃の悪性新生物による死亡は、男性で32.7から28.2に、女性で12.5から10.2に死亡率が低下。地域別でも男女とも45都道府県で低下するなど大きな改善が見られた。（3/2MEDIFAX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

18

その4 「肩車型社会」のまやかし
**社会保障と税の
 一体改革を読み解く**

1月24日、第180通常国会が開会し、野田首相が施政方針演説の中で「社会保障と税の一体改革」を最大の課題として掲げたことで、「一体改革」が政治の焦点になりました。野田内閣は、1月6日、「社会保障と税の一体改革素案」を決定、閣議報告し、これを土台に、2月下旬には「一体改革大綱」をつくり、法案にして3月下旬、予算案の通過を待って提出し、その強行をはかろうというスケジュールを明らかにしました。この「一体改革素案」（以下、「素案」）は、これまで連載で検討してきた、菅政権の策定した「社会保障・税の一体改革成案」を受け継ぎ、さらに改悪して、そのねらいを明確化したものです。

そこで、今回と次回にわたり、「素案」をテキストにして、野田内閣の「一体改革」の最新のねらいを検討しましょう。

「素案」の第1の特徴、それも最大の特徴は、一体改革でこれまでおこなってきた消費税引き上げの口実を、高齢化社会における負担の世代間公平論と財政危機論のミックスに絞ってくり返し、国民に危機アジリと脅しをかけている点です。その結果、福田内閣以来の、“社会保障は充実するから、そのかわりに消費税は上げさせて”という口実はほぼ消えてなくなりました。

くわしく見てみましょう。

① 「素案」は、高齢化が急速に進行し、「肩車型社会」になるとくり返し強調します。これが彼らの口実の土台に座る大前提です。「2020年には高齢化率が30%近くに達すると見込まれるなど、我が国の高齢化の水準は世界でも群を

抜いたものとなる。半世紀前には65歳以上のお年寄り1人をおよそ9人の現役世代で支える『胴上げ』型の社会だった日本は、近年3人で1人の『騎馬戦』型の社会になり、このままでは、2050年には、国民の4割が高齢者となって、高齢者1人を1.2人の現役世代が支える『肩車』型の社会が到来することが見込まれている」。

② 次いでこれに重ね合わせて、増大する社会保障費はとても今のままのしくみでは負担できないと言います。高齢者が増大させる社会保障費は、現役世代では支えきれないということです。今後高齢化がすすむのだから、「年金、医療、介護などの社会保障を持続可能なものとするためには、給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心という現在の社会保障制度」ではもたないから、給付はもっと現役世代に、負担はもっと高齢者に見直さなければならないというわけです。

③ このイメージをつくったうえで、「素案」は微妙に論点をずらして、日本が巨額の財政赤字を抱え、このままでは「財政危機に陥りかねない」と脅します。ここまで読むと読者は、高齢者の増大＝社会保障の増大＝財政支出拡大＝財政危機という等式に導かれます。支え手の側から見れば、支え手の現役世代縮小＝税収不足、赤字国債増発＝将来世代へのつけ拡大となります。「我が国においては、今や国の一般歳出に占める社会保障関係費の割合は5割を超えており、税収が歳出の半分すら賄っていない現状に照らせば、社会保障関係費の相当部分を将来世代の負担につけ回していることになる」というのです。

④ これで結論はひとつ。現役

世代の担い手減少、社会保障費増大のための財政赤字拡大に対処するには、高齢者も含む「全員」が負担を分かち合う消費税を引き上げて社会保障財政支出増を支え、また高齢者に偏る社会保障費も削減して、社会保障財政を立て直し、財政再建をしなければもたないというわけです。

この単純なロジックは、野田政権で発明されたわけではありませんが、野田政権で消費税引き上げのほぼ唯一の口実としてクローズアップされ、しかもマスコミがこれでもかとばかり宣伝するに至って広く普及しています。読者のみなさんもテレビニュースでこれを聞いたことがあるでしょうし、消費税引き上げも仕方ないかと思われていませんか？

しかしこれは、はっきり言ってまやかしです。①の肩車型社会。これは社会の人口構成の問題で言えば本当ですが、これと②の社会保障費の増大、いわんや③の財政赤字の増大は、みんな肩車の上が大きくなるイメージがあるだけで、はっきり言えば関係ありません。強いて言えば、②の社会保障費の増大の重要な部分、たしかに年金・介護・医療という高齢者3経費の増大に負うところはありますが、それだけです。②の社会保障経費の支え手の弱体化も、③の財政赤字の増大の原因のいずれもが、現役世代が減少し、高齢者が負担しないからではないからです。

財政の担い手は、個人所得税・法人所得税という所得税、金融資産も含めた資産税、そして消費税が三本柱です。社会保険料も社会保障財政では大きな比重を占めています。また、担がれるほうをみても、たしかに社会保障費は大きいですが、それに公共事業費・教

育費・軍事費などがあります。

②の社会保障費や③の財政赤字の増大の原因は、高齢化などという理由ではなく、まず支え手而言えば、個人・法人所得税の連続的引き下げ、金融資産課税の減税など、大企業の競争力をつけることをねらった構造改革の結果にほかなりません。おまけに日本はもともと福祉国家でなかったために企業の社会保険料負担も他のOECD諸国と比べても軽いのが大きな原因です。簡単に言えば、本来社会保障や財政の主たる支え手であるべき、またあった、大企業や高額所得者が逃げてしまって、逆に、肩車の上に乗ってしまったところに、財政破綻の大きな原因があるのです。肩車に乗っているほうでは、政府は、②のように社会保障費が上がったことだけを問題にしていますが、もともと日本での社会保障費の額はOECD諸国と比べてきわめて少なく、公共事業関係費がべらぼうに大きかったことには口をつぐんでいます。

だとすれば、④はどうするのか。社会保障費を含む財政支出の担い手を大きくするしかありません。それは、OECD諸国と比べてもきわめて低い大企業の負担を、法人税率の引き上げ、社会保険負担引き上げ、金融資産課税、所得税の累進制復活などで、担い手を福



祉国家型に大きく、強くすることです。ところが、「素案」は、一方で高齢者も負担する消費税を引き上げろと言いながら、財政赤字の大きな原因のひとつである法人税を大幅に引き下げろと主張しているのです。「素案」のねらいが、高齢化社会の社会保障の持続になどないことは見え見えです。

今回は、「素案」のほかの危険な中身を検討し、「一体改革」を強行するために野田内閣がおこなおうとしているもくろみにもふれ、まとめとしましょう。

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』3月号より転載（大月書店発行）



わたなべ・おさむ

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

資料1

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(通称、マイナンバー法)案

■ 社会保障改革担当室 2012年2月14日 ■

<http://www.cas.go.jp/jp/houan/120214number/gaiyou.pdf>

政府は社会保障・税の共通番号制度を導入する「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(通称、マイナンバー法)案」を2月14日に国会に提出。2014年6月に国民1人1人に番号を交付し15年1月に利用開始する。ただし機微性の高い医療情報については特別法案を13年度の国会に提出する。

社会保障・税番号制度の概要

- マイナンバー法により、より公平な社会保障制度の基盤となる「**社会保障・税番号制度**」を導入する。
- これにより、国民の給付と負担の公平性、明確性を確保するとともに、国民の利便性の更なる向上を図ることが可能となるほか、行政の効率化・スリム化に資する効果が期待できる。

個人番号(マイナンバー)

- 市町村長は、法定受託事務として、**住民票コードを交換して得られるマイナンバー**を定め、書面により本人に通知。盗用、漏洩等の被害を受けた場合等に関し変更可。中長期在留者、特別永住者等の外国人住民も対象。
- **マイナンバーの利用範囲を法律に規定**。具体的には、①国・地方の機関での社会保障分野の事務、国税・地方税の賦課徴収及び防災等に係る事務での利用、②当該事務に係る申請・届出等を行う者（代理人・受託者を含む。）が事務処理に必要な範囲での利用、③災害時の金融機関での利用に限定。
- マイナンバー法に規定する場合を除き、**他人にマイナンバーの提供を求めることは禁止**。本人からマイナンバーの提供を受ける場合、個人番号カードの提示を受ける等の**本人確認を行う必要**。

個人情報保護

- マイナンバー法の規定によるものを除き、**特定個人情報(マイナンバー付きの個人情報)の収集・保管、特定個人情報ファイルの作成を禁止**。
- **特定個人情報の提供は原則禁止**。ただし、行政機関等は**情報提供ネットワークシステムでの情報提供**などマイナンバー法に規定するものに限り可能。
- 情報提供ネットワークシステムでの情報提供を行う際の連携キーとしてマイナンバーを用いないなど、個人情報の一元管理ができない仕組みを構築。
- 国民が自宅のパソコンから情報提供等の記録を確認できる仕組み（**マイ・ポータル**）の提供、**特定個人情報保護評価**の実施、**個人番号情報保護委員会**の設置、**罰則**の強化など、十分な個人情報保護策を講じる。

法人番号

- 国税庁長官は、法人等に法人番号を通知。法人番号は原則公表。民間での自由な利用も可。

個人番号カード

- 市町村長は、住民からの申請により、顔写真付きの個人番号カードを交付。

○27年1月以降、社会保障、税、防災等の各分野のうち、可能な範囲でマイナンバーの利用開始

マイナンバーの主な利用範囲

⇒**社会保障、税、防災分野等の事務で利用**

社会保障分野	年金分野	⇒ 年金の資格取得・確認、給付を受ける際に利用。 ○国民年金法、厚生年金保険法による年金である給付の支給に関する事務 ○国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法による年金である給付の支給に関する事務 ○確定給付企業年金法、確定拠出年金法による給付の支給に関する事務 ○独立行政法人農業者年金基金法による農業者年金事業の給付の支給に関する事務 等
	労働分野	⇒ 雇用保険等の資格取得・確認、給付を受ける際に利用。ハローワーク等の事務等に利用。 ○雇用保険法による失業等給付の支給、雇用安定事業、能力開発事業の実施に関する事務 ○労働者災害補償保険法による保険給付の支給、社会復帰促進等事業の実施に関する事務 等
	福祉・医療その他分野	⇒ 医療保険等の保険料の徴収等、福祉分野の給付、生活保護の実施等低所得者対策の事務等に利用。 ○児童扶養手当法による児童扶養手当の支給に関する事務 ○母子及び寡婦福祉法による資金の貸付け、母子家庭自立支援給付金の支給に関する事務 ○障害者自立支援法による自立支援給付の支給に関する事務 ○特別児童扶養手当法による特別児童扶養手当等の支給に関する事務 ○生活保護法による保護の決定、実施に関する事務 ○介護保険法による保険給付の支給、保険料の徴収に関する事務 ○健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付の支給、保険料の徴収に関する事務 ○日本学生支援機構法による学資の貸与に関する事務 ○公営住宅法による公営住宅、改良住宅の管理に関する事務 等
	税分野	⇒ 国民が税務当局に提出する確定申告書、届出書、調書等に記載。当局の内部事務等に利用。
	防災分野	⇒ 被災者生活再建支援金の支給に関する事務その他地方公共団体の条例で定める事務等に利用。

マイナンバー法案の概要

(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律案)

国民の利便性の向上及び行政運営の効率化を図り、もって国民が安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的として、行政機関等に係る申請、届出その他の手続に關し、適切な管理の下に個人等を識別するための番号を利用し、効率的かつ安全に情報の授受を行うことができるようにするために必要な事項を定めるもの。

I. 総則

目的、定義、趣旨(1条~3条)

II. 個人番号

指定・通知・変更、基礎番号の生成(4条、5条)
利用範囲(6条)
再委託の制限(7条)
個人番号取扱者の責務(8条、9条)
提供の要求(10条)
本人確認の措置(11条)
提供の制限(12条)

III. 特定個人情報の保護等

1. 特定個人情報の保護

特定個人情報ファイルを保有しようとする者のための指針(13条)
特定個人情報保護評価(14条)
特定個人情報ファイルの作成の制限(15条)
委託先の監督(16条)
特定個人情報の提供の制限(17条)
収集等の制限(18条)

2. 情報提供等

情報提供ネットワークシステム(19条)
特定個人情報の提供(20条)
情報提供等の記録(21条)
秘密の管理(22条)
秘密保持義務(23条)

3. 行政機関個人情報保護法等の特例等

行政機関個人情報保護法等の特例(24条)
情報提供等の記録についての特例(25条)
地方公共団体等が保有する特定個人情報等の保護(26条)
個人情報取扱事業者でない個人番号取扱事業者が保有する特定個人情報の保護(27条~30条)

IV. 個人情報情報保護委員会

1. 組織

委員会の設置、任務、所掌事務、職権行使の独立性、組織等(31条~35条)
委員長及び委員の任期等、身分保障、罷免(36条~38条)
委員長(39条)、会議(40条)、事務局(41条)
政治運動等の禁止(42条)
秘密保持義務(43条)、給与(44条)

2. 業務

指導及び助言(45条)
勧告及び命令(46条)
報告及び立入検査(47条)
適用除外(48条)
内閣総理大臣に対する意見の具申(49条)
国会に対する報告(50条)

3. 雑則

規則の制定(51条)

V. 法人番号

通知等(52条)
情報の提供の求め(53条)
資料の提供(54条)
正確性の確保(55条)

VI. 個人番号カード

個人番号カード(56条)

VII. 雑則

指定都市の特例(57条)
事務の区分(58条)
権限又は事務の委任(59条)
主務省令(60条)
政令への委任(61条)

VIII. 罰則

附則

施行期日(附則1条)
準備行為(附則2条)
経過措置(附則3条、附則4条)
政令への委任(附則5条)
検討(附則6条)

別表第一(利用範囲(6条)関係)

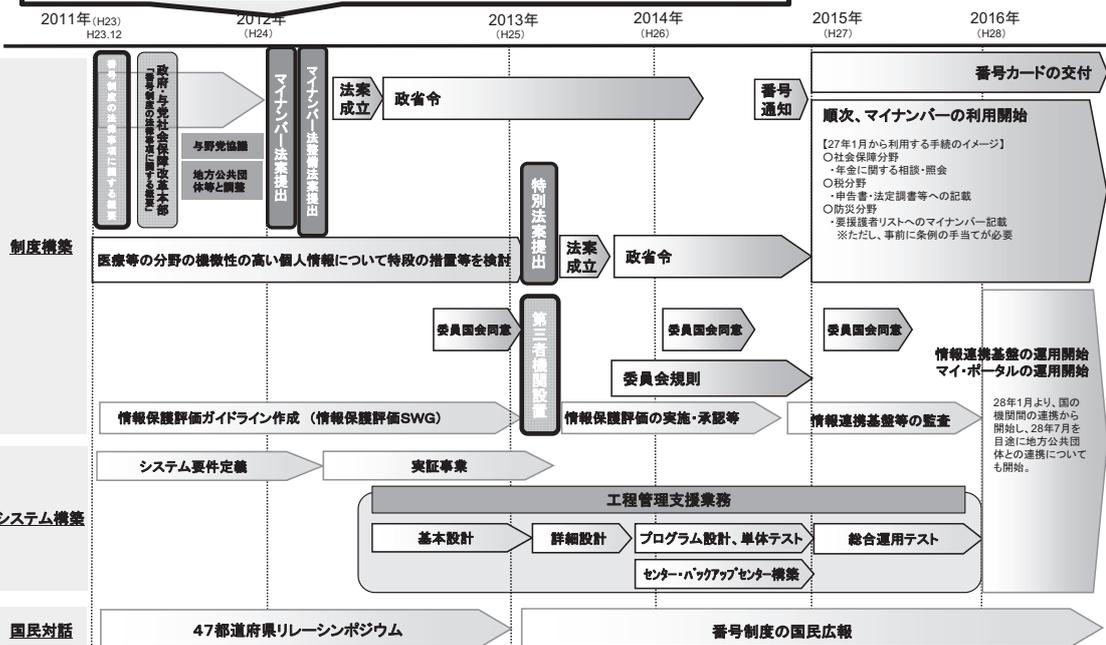
別表第二(提供制限(17条)関係)

社会保障・税番号制度の導入に向けたロードマップ

☆『マイナンバー法案』を24年通常国会に提出

- 番号交付: 市町村長が個人にマイナンバーを通知、国税庁長官が法人等に法人番号を指定。
- 利用範囲: 「税+社会保障+防災の各分野」から開始。
- 情報連携: 番号個人情報の提供は原則禁止。番号個人情報の授受は法律に規定したものに限り可能。
- 個人情報保護: 三委員会型の第三者機関を内閣府に設置、罰則の強化等により抑止力を向上。

※その他の地方自治体の関連法令の改正が必要。
関係法律の改正を『マイナンバー法整備法案』として国会に提出
・住民基本台帳法
・電子署名に係る地方公共団体の認証業務に関する法律
・商業登記法
・内閣府設置法
・総務省設置法
・財務省設置法 などが想定される。



資料2

国民健康保険法の一部を改正する法律案(概要)

厚生労働省 2012年2月3日

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000210oo-att/2r985200000210rg.pdf>

2月3日に国会提出された「国民健康保険法の一部を改正する法律案」の概要。同法は、社会保障・税一体改革に盛り込まれた「市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充など財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化」に対応するもの。法案は、従来、国が暫定措置として実施してきた「財政基盤強化策」を恒久化。同時に、強化策のうち、一定額以上の医療費を都道府県内の市町村の拠出によるプール金から負担する仕組み（保険財政共同安定化事業：現行1件30万円以上の医療費を対象）について、対象医療費を1件1円以上に拡大する。これにより、給付に関しては都道府県単位化がすすみ、同一都道府県内の市町村間格差は最大100→50に縮小するとされる。また、定率国庫負担は、現行34%から32%に引き下げ、代わりに都道府県調整交付金を現行7%から9%に引き上げて、財政調整機能を強化する。

国民健康保険法の一部を改正する法律案の概要

資料3

○ 国民健康保険制度の安定的な運営を確保するため、国民健康保険の財政基盤強化策を恒久化するとともに、財政運営の都道府県単位化の推進、都道府県調整交付金の割合の引上げ等の所要の措置を講ずる。

1. 法案の概要

(1) 財政基盤強化策の恒久化

平成22年度から平成25年度までの暫定措置である市町村国保の財政基盤強化策（保険者支援制度及び都道府県単位の共同事業（高額医療費共同事業及び保険財政共同安定化事業））を恒久化する。

- ※ 保険者支援制度
 - 保険料軽減の対象となる低所得者数に応じて、保険者に対して財政支援する制度（国、都道府県、市町村が2:1:1で負担）
- ※ 都道府県単位の共同事業
 - ① 高額医療費共同事業：
 - 一定額以上（一件80万円超）の高額医療費について、都道府県内の全市町村が拠出し、各市町村の単年度の負担の変動を緩和する事業（国・都道府県が事業対象の1/4ずつ公費負担）
 - ② 保険財政共同安定化事業：
 - 一定額以上（一件30万円超）の医療費について、都道府県内の全市町村の拠出により共同で負担（再保険等）する事業

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

市町村国保の都道府県単位の共同事業（保険財政共同安定化事業）について、事業対象を全ての医療費に拡大する。

(3) 都道府県調整交付金の割合の引上げ

都道府県の調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げる。

※ これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。

(4) その他

恒久化までの間、財政基盤強化策（暫定措置）を1年間（平成26年度まで）延長する等、所要の措置を講ずる。

2. 施行期日

- (1) 及び (2) について 平成27年4月1日
- (3) 及び (4) について 平成24年4月1日

国民健康保険法の一部を改正する法律案の概要(イメージ)

(1) 財政基盤強化策の恒久化

市町村国保の安定的な運営を確保するため、平成22年度から平成25年度までの暫定措置となっている市町村国保の「財政基盤強化策」（公費2,000億円）を恒久化する。
 ※ 財政基盤強化策として、保険料軽減の対象となる低所得者数に応じた、市町村に対する財政支援や、高額医療費に関する市町村に対する財政支援を行っている。

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

市町村国保の都道府県単位の共同事業について、平成27年度から、事業対象を全ての医療費に拡大し、財政運営の都道府県単位化を推進する。
 ※ 現在、1件30万円を超える医療費について、都道府県内の全市町村が被保険者数と医療費実績に応じて共同で負担（再保険）。

(3) 財政調整機能の強化

都道府県の調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、平成24年度から、都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げる。
 ※ これに伴い、定率国庫負担を34%から32%とする。
 ※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情への対応のために交付。

施行期日

- (1)、(2) 平成27年4月1日
- (3) 平成24年4月1日

国保財政のイメージ

医療給付費等総額：約11兆1,000億円
 （24年度予算案）

(法定外一般会計繰入 3,000億円)		前期高齢者交付金 3兆4,000億円	
保険料 3兆2,000億円	調整交付金(国) (9%) 7,000億円		
	定率国庫負担 (34%→32%) 2兆4,000億円		
財政基盤強化策※ (暫定措置一恒久化)	都道府県調整交付金 (7%→9%)		
保険料軽減制度 4,000億円	7,000億円		
保険料50%		公費50%	

※財政基盤強化策には、恒久化する上記の公費2,000億円のほか、財政安定化支援のため地財措置（1,000億円）がある。

財政基盤強化策の恒久化

【参考1】

○ 平成22年度から平成25年度までの暫定措置である財政基盤強化策（保険者支援制度及び都道府県単位の共同事業（高額医療費共同事業及び保険財政共同安定化事業））を恒久化する。【平成27年度】

※ 保険者支援制度

→ 保険料軽減の対象となる低所得者数に応じて、保険者に対して財政支援する制度（国、都道府県、市町村が2:1:1で負担）

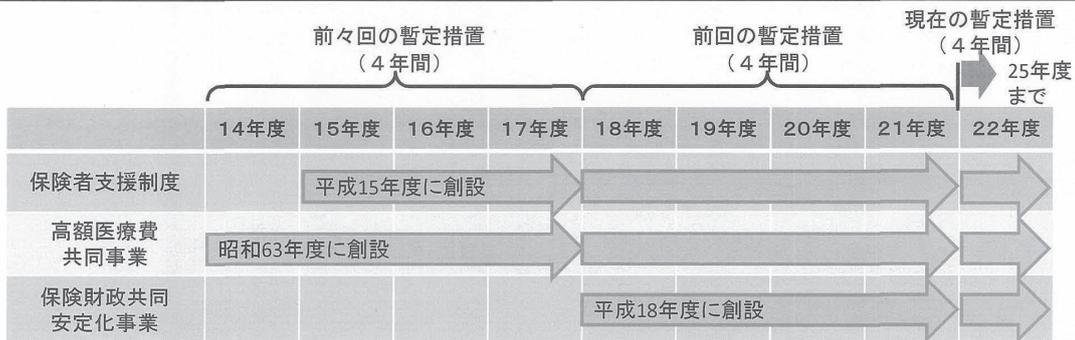
※ 都道府県単位の共同事業

① 高額医療費共同事業：

→ 一定額以上（一件80万円超）の高額医療費について、都道府県内の全市町村が抛出し、各市町村の単年度の負担の変動を緩和する事業（国・都道府県が事業対象の1/4ずつ公費負担）

② 保険財政共同安定化事業：

→ 一定額以上（一件30万円超）の医療費について、都道府県内の全市町村が共同で負担（再保険等）する事業



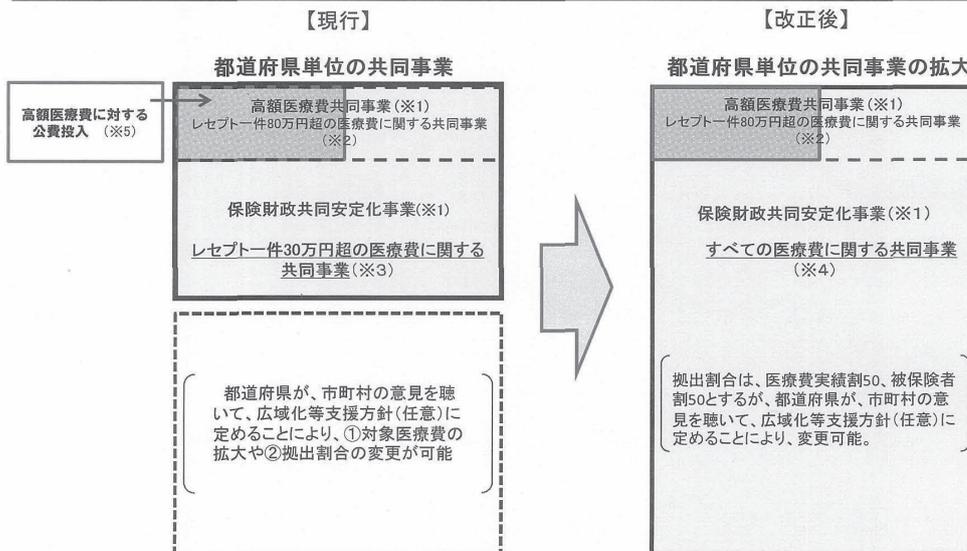
※ 上記のほか、市町村の一般会計から国保特別会計への繰入について、1,000億円の地方財政措置（財政安定化支援事業）が講じられているが、社会保障・税一体改革による財政基盤の強化及び財政運営の都道府県単位化を踏まえ、所要の見直しを行う。 3

財政運営の都道府県単位化の推進

【参考2-1】

○ 市町村国保の都道府県単位の共同事業（保険財政共同安定化事業）について、事業対象をすべての医療費に拡大する。【平成27年度】

※ 抛割割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。

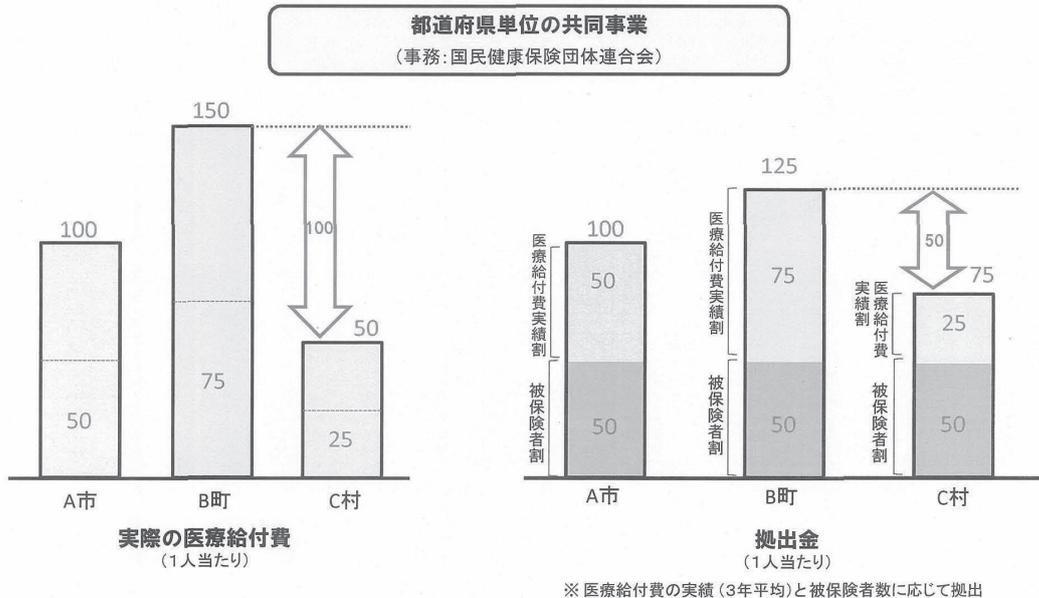


※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置
 ※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。
 ※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円（自己負担相当分）を控除した額を対象としている。
 ※4 自己負担相当額等を除く。
 ※5 市町村の抛割金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

都道府県単位の共同事業の仕組み

【参考2-2】

- 都道府県内の市町村国保の医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する事業。
 - これにより、都道府県内の市町村国保の財政の安定化（毎年の医療費の変動による財政への影響の緩和）及び保険料の平準化（医療費の差による保険料の相違の緩和）が図られる。
- ※ 以下イメージ図で見ると、共同事業の実施により、市町村間の格差が最大100 → 50 に縮小する。

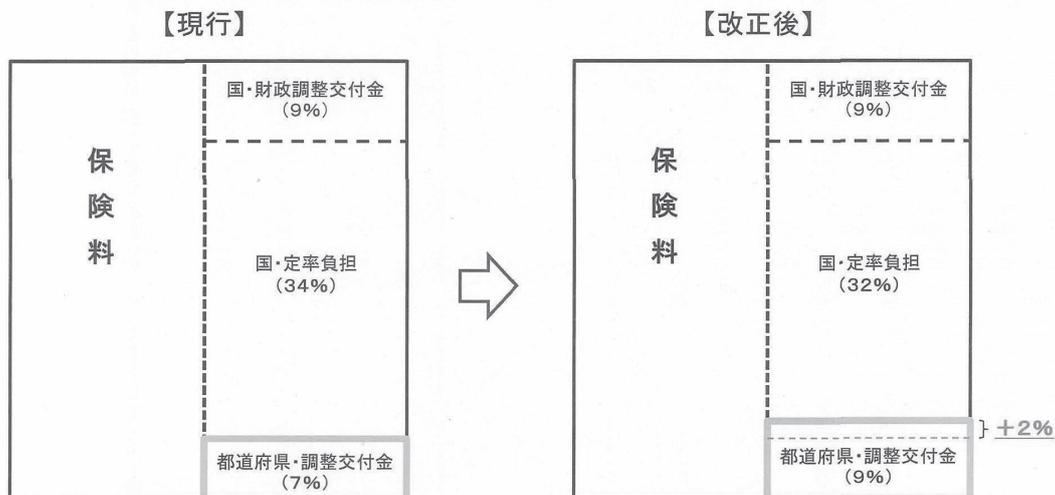


5

都道府県調整交付金の割合の引上げ

【参考3】

- 都道府県の調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、都道府県調整交付金について、給付費等の7%から9%に引き上げる。【平成24年度】
- ※ これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。
- ※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情に対応するために交付されている。



※ 都道府県・調整交付金の2%増分の額は、平成24年度ベースで1,526億円

6

協会だより（定例理事会要録から）

2011年度 第17回 2012年2月14日

I. 文書報告

【総務部会】

1. 前回理事会（1月24日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 文化ハイキング下見（1月31日）状況
4. 新規開業会員訪問（1月20日）状況

【経営部会】

1. 金融共済委員会（1月25日）状況
2. 保団連近畿ブロック共済担当事務局交流会（1月27日）状況
3. 保団連近畿ブロック経税担当事務局会議（1月27日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談（①1月27日②2月9日）状況
2. 第278回関西医事法研究会・総会（1月28日）状況

【保険部会】

1. 医事担当者勉強会（11月18日）状況
2. 第5回医事担当者連絡会議（1月19日）状況
3. 保険講習会B（1月21日）状況
4. 第643回社会保険研究会（1月28日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 理事者申し合わせ事項実施の件
2. 宇治久世医師会との懇談会（1月11日）状況確認の件
3. 第182回定時代議員会（1月26日）状況確認の件
4. 総務部会（2月7日）状況確認の件
5. 2011年度12月分収支月計表報告状況確認の件
6. 下京西部医師会との懇談会（1月13日）状況確認の件
7. 左京医師会との懇談会（1月14日）状況確認の件
8. 1月度会員増減状況確認の件
△2012年1月31日付会員数=2482人
9. 会員入退会及び異動（1月24日～2月14日）に関する承認の件

【経営部会】

1. 税務講演会（1月19日）状況確認の件
2. 経営部会（2月7日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（2月7日）状況確認の件

【政策部会】

1. 保団連10～11年度第24回理事会（1月22日）状況確認の件
2. 保団連第44回定期大会（1月28・29日）状況確認の件
3. 1月度保団連・近畿ブロック会議（1月21日）状況確認の件
4. 出版編集会議（1月23日）状況確認の件
5. 政策部会（2月7日）状況確認の件
6. 『メディーパー京都』第151号（第2810号）・『京都保険医新聞』（第2811号）合評の件

【保険部会】

1. 京都府生活保護医療機関個別指導立ち会い（1月23日）状況確認の件
2. 保険部会（2月3日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 第11回文化講座開催の件

【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. 人体の不思議展ネットワーク損害賠償請求訴訟判決傍聴の件

【保険部会】

1. 京都府生活保護医療個別指導立ち会いの件

IV. 医療政策関連情勢

1. 国政をめぐって
2. 地方自治体行政をめぐって

V. 診療報酬関連情報

1. 中医協総会概要報告
2. 保険審査通信検討委員会（2月3日）状況確認の件

VI. その他

1. 「東日本大震災復興祈願の夕べ」への賛同の件
《以上29件の議事について承認》

2011年度 第18回 2012年2月28日

I. 文書報告

【総務部会】

1. 前回理事会（2月14日）要録と決定事項の確認

【経営部会】

1. 白色確定申告書作成会（2月20日）状況
2. 傷害疾病保険審査会（2月21日）状況

3. 金融共済委員会（2月22日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談（①2月14日②21日③23日）状況
2. 法律相談室（2月16日）状況
3. 医療事故案件調査委員会（2月24日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（2月27日）状況

【保険部会】

1. 保険講習会B（2月16日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 会員入退会及び異動（2月14日～2月28日）に関する承認の件
2. 右京医師会との懇談会（1月30日）状況確認の件
3. 西京医師会との懇談会（2月8日）状況確認の件
4. 東山医師会との懇談会（2月17日）状況確認の件
5. 綾部・福知山医師会との懇談会（2月4日）状況確認の件
6. 山科医師会との懇談会（2月9日）状況確認の件
7. 2011年度第10回正副理事長会議（2月16日）状況確認の件

【経営部会】

1. 第1回保団連共済部会（2月11日）状況確認の件
2. 保団連近畿ブロック大阪国税局交渉（2月15日）状況確認の件
3. 白色確定申告説明会（2月23日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 臨時医療安全対策部会（2月20日）状況確認の件

【政策部会】

1. 人体の不思議展損害賠償請求訴訟判決及び報告会（2月16日）状況確認の件
2. 保団連・近畿ブロック2012年度総会・学習交流会（2月18・19日）状況確認の件
3. 第39回医療研究全国集会 in 京都第2回現地実行委員会（2月23日）状況確認の件
4. 保団連第2回総務会議、第2回総務会議・医療運動本部合同会議（2月23日）状況確認の件
5. 環境対策委員会（2月17日）状況確認の件
6. 『京都保険医新聞』（第2811号）合評の件

【保険部会】

1. 保団連『点数表改定のポイント』第1次編集作業（2月17～21日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 3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. 地区懇談会開催の件
4. 文化ハイキング開催の件

【経営部会】

1. 第59次保険医年金打ち合わせ会開催の件

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談開催の件
2. 京都府医師会との懇談開催の件
3. 和歌山県保険医協会向け医療安全研修会講師派遣の件
4. 2011年度医療安全シンポジウム開催の件

【政策部会】

1. 3・3近畿総決起集会参加の件
2. 保団連・近畿ブロック事務局長会議への出席の件
3. 臨時政策部会開催の件
4. 介護保険改定等に関する学習会講師派遣の件
5. 医療制度改革に関する学習会講師派遣の件
6. バイバイ原発3・10京都及び私たちの未来を考える講演会出席の件
7. 第13回反核医師近畿懇談会出席の件
8. 第23回環境ハイキング開催の件
9. 市民公開講演会「隠された被曝労働」開催の件

IV. 医療政策関連情勢

1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き

V. 診療報酬関連情報

1. 2011年12月度国保合同審査委員会（12月19日）状況
2. 2012年1月度国保合同審査委員会（1月23日）状況確認の件
3. 理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会との懇談会（2月18日）状況確認の件

VI. 要討議事項

【総務部会】

1. 会議室貸出に伴う賃料免除の件
 2. 「保団連副会長選挙を巡る保団連会長並びに保団連理事会の対応について」の意見書提出の件
- 《以上42件の議事について承認》

4月のレセプト受取・締切

	9日(月)	10日(火)	労 災	10日(火)
基金 国保	○	◎		◎

※○は受付窓口設置日、◎は締切日。

受付時間：基金 午前9時～午後5時30分
 国保 午前8時30分～午後5時15分
 労災 午前9時～午後5時

※労災については、4月より締切を10日としていますが、2012年9月までは、経過措置期間として従来通り12日まで受け付けます。

各行事のお申込は、京都府保険医協会事務局（☎075-212-8877）まで。

4月1日より普及開始！

保険医年金

月 払(満74歳以下の会員)

1口1万円 30口限度(30万円)

一時払(満79歳以下の会員で月払に加入している方)

1口50万円 毎回40口(2,000万円)

※手数料との関係で現在の利率が続くと仮定して、新たにご加入される月払については4年以上、一時払で2年以上の長期にわたって積立されることをお勧めします。詳しくは、3月末送付の年金パンフレットをご覧ください。

ご注意下さい！ 現在ご加入の年金を一部あるいは全部解約し、新たにご加入申込みされる場合は6月11日(月)までに解約書類を協会事務局までご提出下さい。保険医年金に関するお問い合わせは、京都府保険医協会・経営部会まで。

加入申込
期 間

4月1日(日)～6月20日(水)

※2012年9月1日付け加入です

予定利率

1.258% → 1.259%

(2011年9月1日現在) (2012年5月1日付変更)

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

お知らせ

2012年5月1日付で、下記の通りシェア変更を行います。予定利率も**1.259%**にアップ！

新
引
受
割
合

三井生命保険株式会社(幹事)	27.69%
明治安田生命保険相互会社	32.91%
富国生命保険相互会社	17.90%
ソニー生命保険株式会社	1.00%
日本生命保険相互会社	12.50%
太陽生命保険株式会社	6.00%
第一生命保険株式会社	2.00%

税務記帳講習会

～経営内容の把握は
正確な記帳から

要申込

日 時 **4月12日(木) 午後2時～4時**

場 所 京都府保険医協会 会議室

講 師 **山口 稔** 税理士

内 容 記帳の基本と意義、金銭出納帳・銀行帳の作成、記帳練習

持ち物 筆記用具、電卓

協 賛 有限会社アミス

4月の相談室

医院・住宅 新(改)築	4月11日(水)午後2時～	担当=坂本建築士
ファイナンシャル	4月19日(木)午後1時～	担当=三井生命FC (ファイナンシャルコンサルタント)
法 律	4月19日(木)午後2時～	担当=筋弁護士
雇 用 管 理	4月19日(木)午後2時～	担当=本宮社会保険労務士
経 営	4月25日(水)午後2時～	担当=山口税理士

開催日の3日前までに協会事務局へお申込み下さい。30分間無料です。

第23回 環境ハイキングのご案内

都の鬼門・比叡山麓の自然・歴史探訪

日 時 2012年4月1日(日) 午前10時～午後3時(予定)

※前日夜の天気予報で京都府南部の降水確率が
60%以上の場合は中止

集 合 午前10時

京都市営地下鉄・国際会館駅5番出口地上

行 程 国際会館駅—宝が池公園—涌泉寺—妙円寺（松ヶ崎大黒天）—五山送り火・法火床—白
雲稲荷神社—松ヶ崎橋—赤山禅院（福祿寿）—修学院離宮前—音羽川砂防学習ゾーン—
曼殊院—曼殊院天満宮—京都武田薬物植物園—瓜生山—狸谷山不動院—八大神社・詩仙
堂—一乗寺下り松—白川通 〈約10km・約4、5時間〉 途中離脱自由

参加費 無料（交通費自弁） 昼食・飲物・雨具などは各自ご用意下さい

共 催 京都府保険医協会 京都府歯科保険医協会

要申込

楽しく・わかりやすく・ためになる！

新しく医療機関に勤められた方のための研修会

日 時 ①〈1日目〉5月15日(火) 午後2時～4時

②〈2日目〉5月17日(木) 午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会 会議室

講 師 〈1日目〉保険医協会医療安全対策部会副理事長 林 一資氏 保険部会理事（調整中）

〈2日目〉元日本航空客室乗務員 茂木 治子氏

内 容 〈1日目〉「工事紛争から見た医療従事者としての心構え」
「知っておきたい保険基礎知識（請求留意事項）」
〈2日目〉「医院・診療所での接遇マナー研修・初級編」

対 象 新入職員、研修会はじめての方

定 員 40人（要申込） 協 賛 有限会社アミス

申込後にキャンセル
する場合も、ご連絡
をお願いします。

開業に必要な情報が盛りだくさん!!

新規開業予定者のための講習会

日 時 5月19日(土) 午後2時～5時

場 所 京都府保険医協会 会議室

内 容 ①「雇われる立場」から「雇う立場」へ ～始めが肝心！スタッフ雇用の留意点～
ひろせ税理士法人／株式会社ひろせ総研 特定社会保険労務士 河原 義徳氏
②先輩開業医からのアドバイス
③地区医師会への入会手続き、保険医協会の共済制度について

参加費 会員：無料、非会員：2,000円

定 員 30人（要申込） 共 催 有限会社アミス

市民公開講演会・反核京都医師の会第32回定期総会記念講演

「隠された被曝労働」－日本の原発労働者－

講師 報道写真家 樋口 健二氏

講師に、原子力発電所労働者の実態を長年取材している報道写真家、樋口健二氏をお招きします。樋口氏は約40年前から原子力産業の労働実態を写真に記録しています。防護服を身にまとった作業員が施設内部で働く様子や、全身に付着した放射性物質をシャワーで洗い流す姿などを撮影。原発産業が、メーカーや電力会社から元請け、下請け、孫請けに至る「重層的な差別構造の上に成り立っている」と批判してきました。

とりわけ東京電力福島第1原発事故後は、その活動が改めて注目され、2011年度の「第17回平和・協同ジャーナリスト基金賞」を受賞。「何十万人もの労働者が日本各地で稼働している原発の内部で、ポロ雑巾のごとく使い捨てにされ続けている」と訴えています。(写真は樋口氏の著書)



日時 2012年4月14日(土) 14:00～16:30

会場 京都市子育て支援総合センター
こどもみらい館 第1研修室

●アクセス 地下鉄/丸太町駅 徒歩3分
市バス/烏丸丸太町下車 徒歩3分

主催 反核京都医師の会 京都府保険医協会
京都府歯科保険医協会



参加費無料
(一般参加可)
要申込

文化ハイキング 平家物語ゆかりの史跡を巡る

今回の文化ハイキングは、東山にある平家物語ゆかりの史跡を訪ねて案内人とともに春の一日を、のんびりと過ごします。

午前中は、三十三間堂、六波羅蜜寺などをめぐり、「長楽館」で昼食。午後は八坂神社、長楽寺、建仁寺南門などを訪ねます。

ご家族・スタッフの方々お誘いあわせ、ぜひご参加ください。なお、全行程3*。強あります。雨具のご用意とともに軽装で歩きやすい靴でご参加下さい。



写真は六波羅蜜寺

日時 2012年4月22日(日) 午前9時30分～午後4時頃(雨天決行)

行程 参加費 5,000円(拝観料、昼食代含む)

集合 午前9時30分 三十三間堂前(大和大路七条南東角)

※先着定員20人、要申込

主催 (有)アミス 協賛 京都府保険医協会

3ステップでより理解が深まる！

2012年診療報酬改定 新点数検討会の開催案内

2012年度診療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。詳しくは、今月のグリーンペーパーをご確認ください。

STEP 1 (第1次新点数検討会)
終了
 中医協『新点数』説明会

STEP 2 (第2次新点数検討会)
終了
 『点数表改定のポイント』説明会

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)

申し込みは
お早めに!

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 **4月26日(木)** 午後2時～午後4時30分

会場 ①京都市会場：京都烏丸コンベンションホール 大ホール

(京都市中京区烏丸通六角下ル七観音町634)

※地下鉄四条駅・阪急烏丸駅より徒歩3分

地下鉄烏丸御池駅より徒歩3分

駐車・駐輪場はありません

会場変更
しました!

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。

※JR東舞鶴駅より徒歩約15分。周辺に駐車場あり。

資料 『新点数運用Q&A・レセプトの記載』

要確認!

※検討会当日は事前（4月10日頃）に送付する「案内ハガキ」（下掲参照）をお持ち下さい。ハガキと引き換えにテキストを1冊無料でお渡しします。当日ご参加でない場合は、検討会開催後（4月末日頃）の送付となりますのでご了承下さい（1冊無料）。検討会当日も販売します（会員価格：1冊1,500円）。

参加費 会員：無料 非会員：5,500円

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 2012年3月】

<input type="checkbox"/> 解剖学カラーアトラス (第7版) 横地千保・他著●A4判 568頁●医学書院	12,600円	<input type="checkbox"/> 循環器治療薬ファイル 薬物治療のセンスを身につける(第2版) 村川裕二・著●A5変型判 360頁●MEDSI	7,350円
<input type="checkbox"/> プロメテウス解剖学アトラス 口腔・頭頸部 坂井建雄・他監訳●A4変型判 384頁●医学書院	14,700円	<input type="checkbox"/> 効果的に使う!消化器の治療薬 <消化器BOOK 8> 初期治療から慢性期まで症状・原因・経過に応じたベストな処方 高橋信一・企画●B5判 195頁●羊土社	4,830円
<input type="checkbox"/> 骨腫瘍の病理 石田 剛・著●B5変型判 510頁●文光堂	29,400円	<input type="checkbox"/> 今日の小児治療指針 (第15版) 大関武彦・他総編●A5判 1,200頁●医学書院	16,800円
<input type="checkbox"/> 写真とイラストでよくわかる!注射・採血法 改訂版 適切な進め方と、安全管理のポイント <デジタル基本手技シリーズ> 菅野敬之・編●A4判 221頁●羊土社	4,410円	<input type="checkbox"/> 写真でみる乳幼児健診の神経学的チェック法 (第8版) 前川喜平・著●四六倍判 335頁●南山堂	6,090円
<input type="checkbox"/> 頭頸部のCT・MRI (第2版) 多田信平・監●B5判 776頁●MEDSI	14,700円	<input type="checkbox"/> Common diseaseから入る皮膚疾患 土田哲也・編●B5判 216頁●文光堂	7,350円
<input type="checkbox"/> 救急・集中治療最新ガイドライン 2012-'13 岡元和文・編著●B5判 384頁●総合医学社	7,140円	<input type="checkbox"/> 1冊でわかる皮膚アレルギー <皮膚科サブスペシャリティシリーズ> 塩原哲夫・編●B5変型判 360頁●文光堂	15,750円
<input type="checkbox"/> 最新 脳SPECT/PETの臨床 脳機能検査法を究める (第3版) 西村恒彦・編●B5判 208頁●メジカルビュー社	8,400円	<input type="checkbox"/> 今日の皮膚疾患治療指針 (第4版) 塩原哲夫・他編●A5判 1,024頁●医学書院	16,800円
<input type="checkbox"/> 即断即決 できる救急IVR 手技のコツとポイント 田島廣之・他編●B5判 232頁●メジカルビュー社	6,300円	<input type="checkbox"/> 消化器外科学レビュー2012 最新主要文献と解説 渡邊昌彦・監●AB判 256頁●総合医学社	9,975円
<input type="checkbox"/> 代謝・内分泌疾患診療最新ガイドライン 門脇 孝・編●B5判 342頁●総合医学社	7,350円	<input type="checkbox"/> 運動器の痛みをとる・やわらげる ペインコントロールの実際 宗園 聡・他編●B5判 288頁●メジカルビュー社	7,350円
<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症のすべて <ヴィジュアル糖尿病臨床のすべて> 前川 聡・編●B5判 272頁●中山書店	6,720円	<input type="checkbox"/> 眼付属器疾患とその病理 <専門医のための眼科診療クオリファイ 10> 野田実香・編●B5判 352頁●中山書店	15,225円
<input type="checkbox"/> 認知症 神経心理学的アプローチ <アクチュアル脳・神経疾患の臨床> 河村 満・編●B5判 430頁●中山書店	10,500円	<input type="checkbox"/> 白内障 <イラスト眼科手術シリーズ> 若倉雅登・監●B5判 160頁●金原出版	9,450円
<input type="checkbox"/> 脳卒中診療 こんなときどうするQ&A (2版) 棚橋紀夫・他編●B5判 388頁●中外医学社	8,820円	<input type="checkbox"/> 麻酔科学レビュー2012 最新主要文献集 天羽敬祐・監●AB判 296頁●総合医学社	10,290円
<input type="checkbox"/> エビデンスに基づく循環器病予防医学 慢性心不全を防ぐ予防戦略とは? 和泉 徹・監●B5判 440頁●南山堂	7,875円	<input type="checkbox"/> CD-ROM医学英語活用辞典 J.Patrick Barron・総監訳●B5 32頁●メジカルビュー社	10,500円
<input type="checkbox"/> 循環器疾患最新の治療2012-2013 堀 正二・他編●B5判 616頁●南江堂	10,500円	<input type="checkbox"/> 医学英語活用辞典 J.Patrick Barron・総監訳●B5判 900頁●メジカルビュー社	8,400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幹旋します）

※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	¥ 36,980		
	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	¥ 49,580		
	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	
画像診断 放射線	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

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