今月の主な動き

消費増税関連法案を含む社会保障と税の一体改革関連法案の審議が５月８日から始まった。社会保障と税の一体改革に関する関連７法案は衆院の特別委員会で審議される。野田佳彦首相は消費増税について「今国会での法案成立に政治生命をかける」と意欲を示す。だが、政権交代のマニフェストに反するという批判が民主党の一部や野党に根強く６月21日の会期末までに成立する見通しはたっていない。

また、国会以外でも一体改革に関連して審議会等での議論が進んでいる。番号制度導入に向けた医療分野個別法や総合合算制度については議論が開始。「歳入庁」に関しては徴収体制の３案が示され、急性期医療に関しては「登録制」が提案されるなど、その議論の行方から目が離せない状況だ。

情勢トピックス

医療・社会保障編

一体改革

一体改革特別委を設置／衆院

衆院は４月26日の本会議で、消費税率引き上げ法案など一体改革に関する法案を審議する「社会保障と税の一体改革に関する特別委員会」の設置を賛成多数で可決した。本会議終了後に開かれた同特別委では、中野寛成氏（民主）を委員長に選出。理事に

６月の保険医協会の行事予定

	行　事	開始時間	場　所
１日㈮	保険審査通信検討委員会	午後２時	ルームＡ
５日㈫	**各部会**	**午後２時**	
９日㈯	**９条の会アピールを支持する京都医療人の会第６回総会**	**午後２時**	**登録会館ホール**
	専門医会長との懇談会	午後５時30分	ルームＡ・Ｂ・Ｃ
12日㈫	定例理事会	午後２時	ルームＡ
13日㈬	**医院・住宅新（改）築相談室**	**午後２時**	**ルームＢ**
14日㈭	**雇用管理相談室**	**午後２時**	**ルームＢ**
15日㈮	**第39回医療研究全国集会in京都**	**午後１時30分**	**国立京都国際会館アネックスホール**
16日㈯	**第39回医療研究全国集会in京都**	**午前９時30分**	**京都大学内ほか**
	ジャズを楽しむ会	**午後６時**	**ル・クラブ・ジャズ**
17日㈰	**第39回医療研究全国集会in京都**	**午前９時30分**	**国立京都国際会館アネックスホール**
19日㈫	定例理事会	午後２時	ルームＡ
20日㈬	金融共済委員会	午後２時	ルームＡ
21日㈭	**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**
27日㈬	**経営相談室**	**午後２時**	**アミス**
30日㈯	**「栄養管理体制」実施に係る学習会**	**午後３時**	**ルームＡ**

今後の予定

行　事	開始時間	場　所
７月29日㈯　第65回定期総会	**午後１時**	**ホテルグランヴィア京都**

※「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40～44ページ

は、武正公一氏、鉢呂吉雄氏、古本伸一郎氏、松本大輔氏、和田隆志氏（以上、民主）、逢沢一郎氏、伊吹文明氏（以上、自民）、西博義氏（公明）の８人の起用を決めた。（4/27MEDIFAXより）

●特別委員会で審議する一体改革関連７法案

①社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律案②社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための地方税法及び地方交付税法の一部を改正する法律案③公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律案④被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法の一部を改正する法律案⑤子ども・子育て支援法案⑥総合こども園法案⑦子ども・子育て支援法及び総合こども園法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律案

●社会保障と税の一体改革に関する特別委員会委員（敬称略）

＜委員長＞中野寛成（民主）＜理事＞武正公一・鉢呂吉雄・古本伸一郎・松本大輔・和田隆志（民主）、逢沢一郎・伊吹文明（自民）、西博義（公明）＜委員＞石井登志郎・稲富修二・江端貴子・小川淳也・岡田康裕・岸本周平・篠原孝・白石洋一・田嶋要・田中美絵子・田村謙治・永江孝子・長尾敬・早川久美子・藤田憲彦・三村和也・宮島大典・室井秀子・湯原俊二・柚木道義・渡部恒三（民主）、石田真敏・加藤勝信・金子一義・鴨下一郎・田村憲久・竹下亘・野田毅・馳浩・町村信孝（自民）、竹内譲（公明）、宮本岳志（共産）、豊田潤多郎（きづな）、中島隆利（社民）、山内康一（みんな）、中島正純（国民）

一体改革関連法案が審議入り

消費増税関連法案を含む社会保障と税の一体改革関連法案が５月８日、衆院本会議で審議入りした。

関連７法案のうち、５月８日は短時間労働者への社会保険適用拡大など年金制度改革関連２法案を議題とし、民主党の長妻昭元厚生労働相や自民党の大島理森副総裁らが質問に立った。５月10日に子ども・子育て支援関連３法案、５月11日に消費税を2014年４月に８％、15年10月に10％に引き上げる消費増税関連２法案をそれぞれ審議する。

衆院特別委員会による実質審議は５月16日に始まる予定で、７法案の審議時間は100時間程度が目安になるとみられる。（5/9MEDIFAXより）

総合合算

総合合算制度の議論開始／社保審

厚生労働省の社会保障審議会（会長＝大森彌・東京大名誉教授）は４月25日、社会保障・税一体改革の中で低所得者の負担軽減策として導入する「総合合算制度」について議論を開始した。小宮山洋子厚生労働相は冒頭の挨拶で「今後、社保審を中心に総合合算制度の検討を進めていく」との方針を示した。

総合合算制度は、医療保険や介護保険、自立支援法、子育て新システムといった個々の社会保障制度の枠組みを超えて世帯ごとに自己負担金を集計し、一定の上限を設けることで過度な負担を発生させないようにする考え方。一体改革を通じて所得が低い人ほど負担割合が高まる「逆進性」の問題が浮上するため、その対策の一環で同制度の創設を検討する。実施時期は2015年以降とされており、制度実施の前提条件として「社会保障・税に関わる番号制度」などの情報連携基盤を整備する必要がある。そのため厚労省は、15年度以降に関連予算で4000億円を計上する方針だ。

厚労省が想定している総合合算制度は、例えば医療保険、介護保険、自立支援法、子育て新システムなどに伴う自己負担について、各制度に共通した年率ベースの「上限負担率」を設けるというもの。ただ、実際は各制度ごとに自己負担率の考え方が異なっているほか、自己負担率の区分設定もまちまち。さらに、各制度が独自の低所得者対策をすでに実施している。そのため、総合合算制度導入の際は負担の在り方などについて統一的な共通見解を取りまとめるところから始めなければならない。

（4/26MEDIFAXより）

急性期

「認定」やめて「登録」を提案も平行線／厚労省・急性期ＷＧ

厚生労働省は４月20日の「急性期医療に関する作業グループ（ＷＧ）」（座長＝田中滋・慶應大経営大学院教授）に、これまで提案していた急性期病床群（仮称）の「認定制度」に代えて、病棟単位での医療機能の「登録制度」を提案した。ただ、新しい提案についても賛否が分かれ、議論は平行線となった。

●急性期に限定せず

厚労省の新しい提案は、医療機関が自主的に一般

病床の医療機能を選択し、都道府県に登録することで、各医療機関に自らの機能の確認を促す仕組み。登録する医療機能は「急性期」に限定しない。

新たな提案に対して、中川俊男構成員（日本医師会副会長）は「言葉は変わっても内容は変わっていない。『登録』も厳しい制度。医療法でかっちり決めるべきではない」と強く反対した。

一方、保険者側は「地域の医療ニーズを把握し、必要な医療機能を位置付けることができる」として登録制度に賛同し、高智英太郎構成員（健保連理事）は「（制度を）しっかりと法律で位置付けるべき」と述べた。

西澤寛俊構成員（全日本病院協会長）は、登録制度の創設や医療法への位置付けで意見が割れているのは、現状認識などにズレがあるためではないかとし、「現状と将来像の共通認識を持つべき」と指摘した。

厚労省が新たに提案した登録制度は、これまでの急性期病床群の認定制度に関する議論の中で▽急性期のみを位置付けることで急性期以外が軽視される▽医療の全体像について必要な機能分化を検討すべき▽「認定」は厳しい仕組み▽法制度化することにより硬直的になる―といった懸念を踏まえて修正したもので、登録する医療機能や基準は今後、検討を進めていく。

厚労省によると、「認定」は定められた要件・基準に基づいて都道府県が“お墨付き”を与える制度で、決定には都道府県の裁量が認められる。「登録」は定められた要件・基準を満たしている場合、都道府県は登録を拒めない。

これに対し高智構成員と花井圭子構成員（連合総合政策局長）は「都道府県の関与が弱くなる」と懸念を示したが、厚労省は「要件・基準に適合しているかどうかの判断は都道府県によるので、関与はできる」と答えた。（4/23MEDIFAXより）

適用拡大

適用拡大法案の提出手順に問題意識／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（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）は４月18日、短時間労働者への社会保険適用拡大に伴う医療保険者財政の激変緩和策や、審査支払機関の在り方を議論した。短時間労働者への社会保険適用拡大をめぐっては、医療保険部会での審議前に激変緩和策を盛り込んだ法案が今国会へ提出されたことに問題意識を示す声が相次いだ。

短時間労働者への社会保険適用拡大などを盛り込んだ「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律案」では、適用拡大に伴い低賃金の加入者が増え財政負担が大きくなる医療保険者を考慮し、保険者間で財政調整する激変緩和の特例措置も講じる。政府は３月30日に同法案を閣議決定し、国会に提出済みだが、医療保険部会で特例措置について議論するのは初めて。厚労省保険局保険課の西辻浩課長は「本来であれば法案提出前に紹介し、義論いただいた上で決定するということが理想ではあったが、事後の報告になったことについておわび申し上げたい」とした。

白川修二委員（健保連専務理事）は、今回のような法案提出の流れが再び起こらないようクギを刺した上で「私どもとしては理解できないような特例措置をなぜ提案するかということについて、非常に不満で強く抗議したい」と強調。齊藤正憲委員（経団連社会保障委員会医療改革部会長）も、十分な審議を経ずに財政調整の枠組みが固まったと問題意識を示した。一方、菅家功委員（連合副事務局長）は、同法案によって本来あるべき短時間労働者の社会保険加入の姿に一歩近づいたとの認識を示し「当分の間、激変緩和措置を講じることについても十分、理解できる」と述べた。

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、人口減少社会の中で労働力確保の必要性が高まっていくとし、長期的な視点で財政調整を行いながら適用拡大を実現していく必要があるとの認識を示した。

●審査支払機関の議論開始

この日の同部会では、衆院決算行政監視委員会の指摘を踏まえて審査支払機関の在り方に関する議論を開始した。同委員会は2011年12月に、社会保険診療報酬支払基金と国保連のレセプト審査事務について「統合に向けた検討を速やかに進めるべき」との決議を採択しており、６カ月以内の報告を求めている。

厚労省はこの日の同部会に、審査支払機関の統合に関する主な論点を提示。▽審査の判断基準に差異が生じないようにする取り組み▽審査支払機関が担っている紛争処理の役割は、複数組織による競争の枠組みと一本化した組織と、どちらがより適当か―

などを提起。▽統合によるコスト削減、審査の質の向上▽現在の審査の適正化・効率化、コスト削減などの取り組みとの関係をどのように考えるか▽競争環境の整備という視点をどのように進めるか―なども挙げた。（4/19MEDIFAXより）

番号制度

番号制度導入に向けて医療分野個別法の議論開始／厚労省

厚生労働省は４月12日、「社会保障分野サブワーキンググループ」と「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」を合同で開催し、社会保障・税番号制度に対応する医療分野の個別法に関する議論を開始した。今後、月２回のペースで会合を開き、2012年夏までをめどに基本的な考え方を取りまとめる。会合の議事進行は同検討会座長の樋口範雄・東京大大学院教授が務める。

社会保障・税番号制度の導入に向けて、いわゆる「マイナンバー法案」が今国会に提出されているが、医療分野はこの法案の対象となっていない。ただ、社会保障・税番号大綱で機微性の高い医療情報の取り扱いは個別の法律で整備するとの方向性が示され、厚労省は医療分野に関する個別法案を13年の通常国会に提出することを目指している。

厚労省は会合に、今後の議論に向けて▽医療などの分野の個別法の必要性▽個別法の法的枠組み▽効率的で安全な情報の取得と利活用を可能にする法的・技術的仕組み▽罰則の在り方、医療サービス提供側の免責▽個別法の位置付け、適用範囲・履行確保―の５項目からなる論点を提示した。

会合では複数の委員が、番号制度を通じて医療情報の利活用が活発化することの重要性を指摘する一方、個人情報保護の必要性を強調する意見が出された。「マイナンバー法案」と「医療分野の個別法」との関係を明確にするべきとの意見もあった。石川広己委員（日本医師会常任理事）は「番号制度は国民の同意が必要。実践の段階で何度も検証を行う必要がある」と指摘した。福井トシ子委員（日本看護協会常任理事）も「議論と並行して国民から広く意見を募らなければ、制度と国民の理解がずれていってしまう」と述べ、番号制度の前提として国民の理解を得る必要性を強調した。（4/13MEDIFAXより）

患者情報の保護が議論の前提／厚労省・医療分野個別法合同会合

厚生労働省の「社会保障分野サブワーキンググループ」と「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」は４月26日、社会保障・税番号制度に対応する医療分野の個別法を議論する２回目の合同会合を開き、個別法の必要性や法的枠組みについて意見交換した。医療情報には、医療サービス提供側と患者側の双方に権利と義務があることをあらためて確認し、その上で患者情報の保護をどのように担保するか議論すべきとの方向性が示された。個別法の必要性については、特に異論は出なかった。

山口育子構成員（ささえあい医療人権センターＣＯＭＬ理事長）は医療情報に関する医療者側の責務について、▽患者情報を正しく取得する▽適切に情報提供する▽情報漏えいを防止する―などを指摘。一方、患者側にも▽病状・病歴を正確に、医療者に伝える▽医療者の説明を理解するよう努力する▽医療機関が公表する個人情報の利用目的を理解して自己申告する―などの責務があると説明した。さらに、医療情報に対する意識には個人差もあるとしたほか、患者の主張・要求がそのまま権利にならないことについて理解を得る必要性も指摘した。

石川広己構成員（日本医師会常任理事）は「医療情報の問題を前に進めないとＩＴの利用ができない。情報保護を前面に出した上で、利活用を考えていくべき」と述べ、議論を促した。これを受け、金子郁容・社会保障分野サブワーキンググループ座長（慶応大大学院政策・メディア研究科教授）は「情報の保護は前提。その上で、保護をどのように担保していくかが重要」との考えを示した。このほか複数の構成員から、「患者が自己の情報を保護（秘匿）される権利、自己の情報の開示・訂正・削除を請求する権利の確保」について議論を深めるべきとの指摘があった。（4/27MEDIFAXより）

歳入庁

歳入庁発足「マイナンバー導入と同時」／民主ＷＴが中間報告

税と社会保険料を一体的に徴収することを目的に創設が検討されている「歳入庁」について、民主党・社会保障と税の一体改革調査会の歳入庁ワーキングチーム（大塚耕平座長、ＷＴ）は４月11日、制度設計に関する中間報告の原案をまとめ、同ＷＴで提示

した。歳入庁の発足時期は、社会保障・税の共通番号（マイナンバー）の制度開始（2015年１月以降）に合わせるのが望ましいとの見解を示した。

組織は国税庁を母体とし「独立組織」「財務省外局」「内閣府外局」に位置付ける３案を提示。当面は国税庁の業務と日本年金機構の徴収業務に加え、地方税などの滞納分の徴収、情報の集約に取り組む。将来的な検討課題として▽情報の集約範囲をどの程度拡大するか▽直接業務の範囲をどこまで広げるか（介護保険料や雇用保険料などの位置付け）▽間接業務として健保組合、国保組合の保険料徴収をどのように扱うか―などを提起した。また、中長期的な検討課題として、社会保険料を「社会保険税」の呼称に改める案も盛り込んだ。

ＷＴはこの日の議論で原案をおおむね了承した。今後、一体改革調査会に諮り、党政策調査会役員会に示す見通し。大塚座長は「最終報告は今国会中でまとめたい」と述べた。（4/12MEDIFAXより）

「歳入庁」徴収体制、３案提示も具体性欠く／政府・中間報告

政府は４月27日、社会保障と税の一体改革に関する関係５大臣会合を開き、税と社会保険料を徴収する組織体制の中間報告をまとめた。組織のイメージとして▽国税庁、日本年金機構などの徴収業務を統合する「徴収業務統合型」▽給付業務も含めた全業務を統合する「全業務統合型」▽各執行機関の連携を強化し、組織再編を行わない「連携強化型」の３案を提示したが、民主党がまとめた中間報告とは異なり、発足時期などで具体的な方向性は示さなかった。

一体改革大綱で「歳入庁の創設による、税と社会保険料を徴収する体制の構築について直ちに本格的な作業に着手する」と記されたことなどを受け、政府は５大臣会合の下に、藤田一枝厚生労働政務官らをメンバーとする作業チームを設置し、２月から新たな徴収体制の在り方を検討してきた。

３案のうち「徴収業務統合型」は徴収業務の範囲に応じて実施組織を統合させるもので、日本年金機構の徴収業務を国税庁に加えて両者を統合させる民主党案に最も近い内容。「全業務統合型」は給付や申請などの全業務を統合させ、人員などのコスト削減を図る。「連携強化型」は各執行機関の連携強化によって歳入庁のような新たな組織をつくらず、組織再編に伴うコストも発生させないことなどを狙う。ただ、「導入は社会保障・税の共通番号（マイナンバー）の制度開始（2015年１月）に合わせることが望ましい」とした民主党案と異なり、具体的な発足時期は盛り込まなかった。また、各類型のコストに関する試算も示さなかった。（5/1MEDIFAXより）

歳入庁構想、政府中間報告に苦言／民主党ＷＴ

民主党社会保障と税の一体改革調査会の歳入庁ワーキングチーム（大塚耕平座長、ＷＴ）は５月８日、税金と社会保険料を一元的に徴収する「歳入庁」構想に関する政府の検討状況を聞き取った。政府の中間報告で新たな組織形態の設置時期が明記されなかったことや、歳入庁の創設を見送る案が盛り込まれたことについて、出席議員から創設に対する政府の“本気度”を問う意見が出た。（5/9MEDIFAXより）

自立支援

自立支援法改正案が衆院通過

衆院厚生労働委員会は４月18日、障害者自立支援法改正案を民主、自民、公明の賛成多数で修正可決した。

修正の主な内容は▽「障害程度区分」を「障害支援区分」に改め、区分認定が知的障害者と精神障害者の特性に応じて適性に行われる措置を講じる▽政府が法律の施行後３年をめどに検討する項目に、障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方、障害福祉サービスの利用の観点などによる成年後見制度の利用促進、精神障害者および高齢の障害者に対する支援の在り方を加える―など。

付帯決議も賛成多数で可決した。▽障害福祉計画の策定に当たっては、中長期的なビジョンを持ちつつ、障害者の地域生活に対する総合的な支援が計画的に行われるよう配慮する▽難病患者に対する医療、保健、研究、福祉、就労などの総合的な支援施策について、法整備も含めて検討し確立する▽精神障害者の地域生活を支えるため、住まいの場の整備、医療、福祉を包括したサービスの在り方、精神障害者やその家族が行う相談の在り方などの支援施策について早急に検討する―などを盛り込んだ。

同法案は４月26日の衆院本会議で賛成多数で可決された。（4/19・27MEDIFAXより）

中医協

消費税10%時点も「非課税」／厚労省が説明、診療側「驚いている」

厚生労働省大臣官房の唐澤剛審議官は４月11日の中医協総会（会長＝森田朗・学習院大法学部教授）で、控除対象外消費税問題について「８％、10％までは高額な投資（への対応）と、診療報酬制度で対応するというのが政府全体の決定」と述べ、消費税を８％へ引き上げる段階だけではなく、10％の段階でも非課税を維持し診療報酬で補填する現行の仕組みを踏襲する考えを示した。診療側の西澤寛俊委員（全日本病院協会長）は「10％に上がるときは、課税を含めて議論すると実は捉えていた。今の説明に驚いている。持ち帰って検討させてもらいたい」と述べた。

消費税率をめぐっては、政府が2014年４月から８％へ、15年10月から10％へ段階的に引き上げる方針を決めている。２月17日に閣議決定した「社会保障・税一体改革大綱」では、社会保険診療に関わる消費税について「今回の改正に当たっては、諸外国でも非課税であることや課税化した場合の患者の自己負担の問題などを踏まえ、非課税の取り扱いとする」とした。

大綱で示している「今回の改正」とは８％段階だけを指すのか、10％段階まで含むのか―。四病院団体協議会は、12年１月にまとめた意見書の中で「今回の改正」がどの時点までを指しているのか明確ではないと指摘していた。ただ、社会保険診療報酬の原則課税を求めている医療関係者の間では、８％段階での非課税は決まってしまったが、10％の段階では課税化も含めた議論の余地があるとの認識でほぼ一致していた。

この日の中医協総会では前回に続き、消費増税を見据え14年度改定前の早い段階に新たな分科会を設置し、診療報酬での対応などを検討する厚労省の提案について議論した。厚労省が示したスケジュール案は、13年度前半に８％引き上げ時の対応を整理するとなっていたことから、鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「10％については、いつどこで議論するのか。さらに10％を超えた場合、われわれとしては課税も含めた抜本的な見直しを要望しているが、それはどこで議論するのか」と質問した。

唐澤審議官は、８％の段階と10％の段階では対応の枠組みが基本的に同じであると説明。「高額な設備投資に対応する部分と、診療報酬で手当てする部分がある。枠組みは同じだが、２回手当てをする」と述べた。

総会では、14年度改定に向けて早い段階から議論に取り掛かる必要がある▽医療技術（薬剤、材料を含む）評価での費用対効果導入▽長期収載品の薬価の在り方▽基本診療料の在り方▽診療報酬での消費税の取り扱い―の４項目について、検討を行う場やスケジュールなどの概要を固めた。
（4/12MEDIFAXより）

「費用対効果」で専門部会設置へ／14年度試行導入へ中医協

中医協は４月25日の総会で、新たに「費用対効果評価専門部会」を設置し、2014年度診療報酬改定で試行的導入を目指す費用対効果の評価について検討を進めることを決めた。12年度に導入の在り方や評価手法の技術的な課題などを議論し、13年度には、14年度改定での試行的導入に向けた論点や課題などを検討していく。

厚生労働省が示した費用対効果の評価に関する当面（12年度）の検討課題案は▽医療保険制度での費用対効果評価導入の在り方に関する検討▽評価手法に関する技術的な検討▽14年度改定での試行的評価の導入に向けた対象技術に関する検討―など。
（4/26MEDIFAXより）

コスト調査、実施意義で見解割れる／中医協・基本問題小委が再開

中医協は４月25日、2009年12月以来約２年半ぶりに診療報酬基本問題小委員会（小委員長＝森田朗・学習院大法学部教授）を開き、基本診療料の在り方に関する検討を開始した。初回の議論となったこの日は、コスト調査を行う意義をめぐり、疑問視する支払い側と、必要性を主張する診療側がそれぞれの見解を表明した。

厚生労働省がこの日の会合に示した「検討の視点」では、基本診療料によって提供される医療サービスの内容や、基本診療料の水準と提供される医療サービスにかかるコストとの関係をどう考えるか、などを挙げた。

西澤寛俊委員（全日本病院協会長）は、基本診療料に関してこれまで必ずしも根拠に基づく改定が行われてきたわけではないとの見方を示し「今後、ぜひ根拠に基づく改定が行えるような方向に持ってい

きたい」と小委での議論に期待感を示した。

一方、支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は、コスト調査の実施をめぐり「目的がはっきりしない。手段も相当、難しそう。場合によっては診療報酬体系を全部変えなければいけないような話になる」と必要性を疑問視。「それぞれの診療報酬項目についてコストを分析するという案については全く反対」と主張した。

西澤委員は「支払い側としての気持ちはよく分かるが、根拠に基づくと言いながら、本当に根拠に基づきながらやってきたのか」と指摘。基本診療料の構成を明らかにした上で議論を進める必要性を強調した。「入院基本料とはどういう経費なのかと聞かれても、われわれはなかなか答えられない。患者に答えるためには、どのようなものが入っているのか、ということも必要ではないか」とも述べた。

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、10年度改定で診療所の再診料を引き下げた経緯の検証などを行う必要性を指摘した上で「コストだけではなく、地域医療を守るという観点からの評価の在り方もぜひ検証してもらいたい」とした。

次回会合は６月上旬に開催する予定で、引き続き検討を進めていく。小委では、14年度の次期診療報酬改定に反映可能と考えられる検討事項の整理を12年度前半に行う予定で、その他の事項については14年度改定後、引き続き検討する。

（4/26MEDIFAXより）

改定検証で調査検討委の設置了承／中医協・総会

次期診療報酬改定に向けた2012年度改定の結果検証に関する特別調査（10項目）で、12年度調査は小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査など６項目を先行してスタートさせる。４月25日の中医協・診療報酬改定結果検証部会と中医協総会で了承され、具体的に各項目の調査設計を進めるため、調査検討委員会を設置する。委員長には印南一路公益委員（慶応大総合政策学部教授）が就任することも決まった。

●先行の６項目の特別調査を決定

厚労省は、2012年度調査として先行する項目として▽救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査▽在宅医療の実施状況および医療と介護の連携状況調査▽訪問看護の実施状況および効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査▽在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査▽医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査▽後発医薬品の使用状況調査―の６項目を挙げた。

（4/26MEDIFAXより）

新型フル

新型フル特措法が成立／参院本会議

新型インフルエンザ発生時に医療機関が不足する場合、都道府県知事が臨時の医療施設を開設し医療を提供することなどを定めた「新型インフルエンザ等対策特別措置法」が４月27日、参院本会議で民主、公明などの賛成多数で可決、成立した。自民は欠席した。

厚生労働大臣と都道府県知事は必要に応じ、医療関係者に場所と期間を示した上で、患者に医療を提供するよう要請できる。正当な理由なく要請に応じない場合は、医療を提供するよう「指示」できる。

（5/1MEDIFAXより）

生活保護

生活保護の見直し議論開始／12年秋にも生活支援戦略を策定へ

厚生労働省は、生活保護制度の見直しと生活困窮者対策に総合的に取り組むため、2012年の秋をめどに「生活支援戦略（仮称）」を策定する。期間は13－19年度の７年間。戦略に含まれる生活保護制度の見直しでは、生活保護給付の適正化に向け、医療機関に国が直接指導する権限を導入する方針だ。４月９日の国家戦略会議（議長＝野田佳彦首相）で、小宮山洋子厚生労働相が説明した。

医療機関への指導については「例えば方向性として、生活保護受給者に過剰診療をして診療報酬を請求している医療機関への、国の直接指導などがあり得る」（厚労省社会・援護局保護課）という。そうした指導をするための調査を民間に委託できるようにすることも想定する。生活保護法での医療機関の指定基準見直しも検討する。

生活保護制度の見直しではこのほか、生活保護基準体系の見直しや、生活保護受給者の就労収入の一部を積み立て生活保護脱却時に一括還付する「就労収入積立制度（仮称）」の導入などを盛り込んだ。

４月26日には、社会保障審議会の特別部会が初会合を開き、13年の通常国会での生活保護法改正も視野に議論を始めた。（4/10、5/1MEDIFAXより）

生活保護受給者への後発品処方を誘導／小宮山厚労相

生活保護受給者の医療扶助について、小宮山洋子厚生労働相は４月４日の参院予算委員会で「後発医薬品を処方できるような形でなるべく誘導していく」と述べ、生活保護医療の適正化に努めるとした。民主党の櫻井充元財務副大臣の質問に答えた。

櫻井氏は、生活保護受給者の医療費は全額公費で賄われているため、医療費を適正化する努力が足りないと指摘し、国に適正化の取り組みを求めた。

小宮山厚労相は2009年度の１人当たり医療費を比較すると、生活保護受給者が81.5万円に対し、国民健康保険等加入者は45万円で約２倍の開きがあるとした。その上で、「生活保護の受給者が増え費用がかさんでいる中で、半分がだいたい医療扶助でそこに切り込まなければいけないのは認識している」と述べ、後発品の使用を促すことや電子レセプトを活用した医療費の点検を強化するとした。
（4/6MEDIFAXより）

自民党

国民皆保険の堅持を明記／自民党公約原案、消費税10%も

自民党の次期衆院選に向けた政権公約の原案が明らかになった。医療分野では、国民皆保険制度の堅持と医療費配分の重点化・効率化を明記した。

このほか、消費税は2010年参院選の公約を踏襲して「当面10%」の引き上げを盛り込み、税制抜本改革と行財政改革の推進による持続可能な財政、社会保障制度の確立を目指す。介護分野は介護サービスの充実に向け、サービスの効率化と保険料負担増大の抑制を図る。医療扶助の適正化などによる生活保護制度の抜本的な見直しも取り組む。

環太平洋連携協定（ＴＰＰ）については「聖域なき関税撤廃を前提とした交渉参加に反対」と明記。また、予算配分は技術開発や人材育成に充てる「将来への投資」に転換し、法人税の20%台への引き下げ、インセンティブ税制（研究開発、設備投資、人材育成）の導入も目指す。（4/12MEDIFAXより）

ＴＰＰ

ＴＰＰ交渉参加問題、日本の薬価制度は維持／小宮山厚労相

環太平洋連携協定（ＴＰＰ）の交渉参加に向け米国側が問題視している日本の薬価制度について、小宮山洋子厚生労働相は４月３日の参院厚生労働委員会で「薬価制度等について議論されることになっても、日本の安心安全な医療が損なわれないよう薬価制度等を維持していきたい」と述べた。共産党の紙智子氏の質問に答えた。

紙氏は米国側が「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」の恒久化や「市場拡大再算定」の廃止などを求めていると指摘。「こんなことを許せば日本の薬価がますます高止まりし、医療保険財政を圧迫し国民の健康に重大な影響を及ぼしかねない」と述べ、米国側の要求に対する日本の対応を問いただした。

小宮山厚労相は「現在の薬価制度や特定保険医療材料制度は製薬企業など関係者の意見も聞きながら中医協の議論に即して定めている」と述べ、中医協の議論を踏まえ安心安全な医療が損なわれないよう薬価制度等を維持していくと応じた。
（4/5MEDIFAXより）

政府は「皆保険堅持」で声明を／国民医療推進協、ＴＰＰ反対決議

日本医師会など医療関連40団体でつくる国民医療推進協議会は４月18日、東京・本駒込の日医会館で、環太平洋連携協定（ＴＰＰ）の交渉参加に反対する総決起大会を開いた。医療関係者や国会議員ら約800人が参加し「国民皆保険の恒久的堅持を誓い、崩壊へと導くＴＰＰ交渉参加に断固反対する」との決議を採択した。

横倉義武会長（日医会長）は挨拶で国民皆保険の重要性を強調し、ＴＰＰ交渉の範囲が医療分野に及べば医療の市場化につながると懸念を示した。「公的医療保険の給付範囲の縮小を招き、所得によって受けられる医療に格差が生じる」とも指摘。政府に対してＴＰＰ交渉から公的医療保険を除外するよう求めてきたが、統一見解として明言がないと説明した。横倉会長は米国の要求も高まっているとし「ＴＰＰ交渉参加自体に対して問題提起することが国民医療を守ることにつながるとの結論に至った」と述べた。野田佳彦首相が月末に訪米する際に交渉参加を表明する可能性もあるとして危機感を示した。

大会開催に協力した東京都医師会の野中博会長は「新自由主義や市場原理主義は格差の少ない社会を実現してきただろうか。ＴＰＰを信じることはできない。参加により皆保険制度が崩壊しては、いかなる国益もない」と訴えた。

民主党の山田正彦衆院議員（ＴＰＰを慎重に考える議員の会会長）は混合診療の全面解禁と薬価決定への干渉などを懸念し、「日本が誇るべき皆保険制度がどうなっていくのか本当に危惧している」と述べた。４月24日に超党派の議員集会を開催することも明らかにした。自民党の衛藤晟一元厚生労働副大臣、公明党の石田祝稔元厚労副大臣、社民党の阿部知子衆院議員、民主党の福田衣里子衆院議員も挨拶した。（4/19MEDIFAXより）

ＴＰＰへの方針明確化へ／民主・経済連携ＰＴ

民主党の経済連携プロジェクトチーム（櫻井充座長）は５月８日、環太平洋連携協定（ＴＰＰ）を含む経済連携協定について党の方針を明確にする作業に着手した。週内にも経済連携の基本戦略の取りまとめを目指す。その後は重要品目に関する戦略や、国内制度への影響についての対応などを議題に、今通常国会の会期末（６月21日）までをめどに議論する。ＴＰＰに参加した場合の医療制度への影響・対応なども議論になりそうだ。

議論するのは①ＴＰＰなど、実現の可能性がある経済連携の基本戦略②ルールメイキングについての戦略③経済連携協定の自由化度についての戦略④センシティブ（重要）品目についての戦略⑤国内制度への影響についての対応、戦略―の５つ。まずは最初の基本戦略を議論する。（5/9MEDIFAXより）

医行為

医行為分類に「判断」「技術」以外の軸を／看護業務検討ＷＧ

厚生労働省の「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ（ＷＧ）」（座長＝有賀徹・昭和大医学部教授）は４月23日、医行為の分類についての議論を進めた。現在、同ＷＧは「技術的な難易度」「判断の難易度」の２つの軸で分類案を検討しているが、委員からは、２軸だけではなく「現場での必要性」「看護の専門性」など新たな軸を考える必要があるとの意見が上がった。

厚労省が、看護業務実態調査の203項目のうち56行為について医行為分類のたたき台を示した。「技術的な難易度」を５段階に、「判断の難易度」を４段階に分けた上で▽Ａ（絶対的医行為）▽Ｂ１（行為の難易度が高い特定行為）▽Ｂ２（判断の難易度が高い特定行為）▽Ｃ（一般の医行為）▽Ｄ（さらに検討）▽Ｅ（医行為には該当しない）―に分類した。（4/24MEDIFAXより）

健保連

高齢者医療は公費５割に、財源は2.2兆円必要／健保連が提言

健保連の白川修二専務理事は４月16日の会見で、政府・与党の社会保障・税一体改革大綱について、高齢者医療制度に投入する公費の割合を給付費の５割まで拡充することなど、健保連の医療制度改革への提言を説明した。

健保連は2015年10月に予定される消費税率10％への引き上げを念頭に実施した健保組合財政の試算結果に基づいて、▽高齢者と現役世代の負担バランスが取れた制度づくり▽持続性がある高齢者医療制度への見直し▽医療費適正化の強力な推進―の３つの視点で提言をまとめた。

高齢者医療制度については、国民全体で公平に支える必要があるとして、医療給付費に占める公費の割合を５割とし、残り５割を「高齢者の保険料・現役世代の支援」とする制度に見直すべきだとした。公費５割とした場合には、追加で必要となる財源は約２兆2000億円となると試算した。内訳は前期高齢者医療制度への約１兆8000億円と後期高齢者医療制度への約4000億円。

前期高齢者医療制度では、市町村国保ですでに公費５割が投入されている。協会けんぽも一部国庫補助が行われているが、健保組合、共済組合のいずれの医療保険制度についても、基礎年金や介護保険と同水準となる公費５割にすべきだと主張した。

現行の後期高齢者医療制度でも公費は47％投入されているが、50％に引き上げるには4000億円を投入する必要があるという。70－74歳の窓口負担についても早急に法定の２割に戻すべきだとした。

また、高齢者医療制度を持続させるため、健保組合の財政を好転させる必要があるとして、14年４月に予定されている消費税率を８％に引き上げる際に高齢者医療への投入公費の拡充が必要と指摘した。前期高齢者納付金の算定方法や国保への支援の在り

方についても問題点を指摘し、見直しが必要だとした。（4/17MEDIFAXより）

５年連続の赤字、5782億円／健保組合の12年度予算集計

健保連は４月16日に会見を開き、健保組合の2012年度予算状況は5782億円の経常赤字となり、高齢者医療制度の創設以来５年連続で大幅赤字が続くとの集計結果を発表した。

予算状況は、報告があった1346組合（回答組合）の予算データに基づいて、４月１日現在で存在する1435組合の状況を推計した。その結果、全体の88.9％を占める1276組合で赤字となった。

回答組合のうち、584組合が保険料率を引き上げており、割合は43.4％と過去最高となった。２年連続で引き上げた組合も21.4％に当たる288組合あった。737組合は据え置き、25組合は引き下げた。保険料率を引き上げた組合の平均引き上げ率は0.869％だった。これにより３月現在の平均保険料率は8.310％となり、前年度比では0.371ポイント増となった。協会けんぽの平均保険料率10.00％以上の料率となった組合も回答組合の4.9％を占める66組合あった。

●高齢者医療への拠出、初の３兆円超え

保険料収入は、前年度比3731億円増の６兆7889億円が見込まれるが、これは４割強の組合が料率を引き上げたことと、被保険者数・平均標準報酬月額の増加が主な要因となる。一方、後期高齢者支援金や退職者給付拠出金・前期高齢者納付金など高齢者医療制度への拠出金の総額は2566億円増の３兆1355億円となる見込み。支援金・納付金額が３兆円を超えるのは初めてで、保険料収入に占める割合も過去最高の46.2％に達する見込み。

被保険者１人当たりの保険料は43万4557円で、前年度比5.62％増で２万3105円の増額となる。
（4/17MEDIFAXより）

保健指導

非肥満者でも健康リスクで保健指導／厚労省検討会が中間まとめ

厚生労働省は４月13日、特定健診・保健指導の見直しに向けて「健診・保健指導の在り方に関する検討会」がまとめた中間取りまとめを公表した。2013年度からの対応として、特定保健指導の対象とならない非肥満者でも、高血圧や高血糖などの健康リスクがある場合には、リスクの程度に応じて保健指導の実施や医療機関への受診勧奨といった対応を保険者などに求めていく方針だ。「標準的な健診・保健指導プログラム」に指針を明記する。
（4/17MEDIFAXより）

政府答弁

診療報酬不正請求「厳正に対処」／政府答弁書

政府は４月13日、診療報酬の不正請求について「医療保険制度の健全な運営を損なう」とし、厳正に対処していく考えを示す答弁書を閣議決定した。山内康一衆院議員（みんなの党）の質問に答えた。

答弁書では、診療報酬の不正請求が起きないよう、審査支払機関による診療報酬明細書審査の充実を図り、保険医療機関などに対する指導を実施していると説明。不正請求が疑われる事例については、保険医療機関に対し監査を実施するなどの対応を取っているとした。（4/16MEDIFAXより）

助産所の嘱託医師、応諾義務は「適切ではない」／政府答弁書

政府は４月13日、助産所の開設者から嘱託医師になってほしいと要請があった場合に医師に応諾義務を課すことは「適切ではない」とする答弁書を閣議決定した。助産所と嘱託医師との間には信頼関係が必要であり応諾義務を課すことは適切ではないとした。丸川珠代参院議員（自民）の質問に答えた。

また、助産所開設のための環境整備を含む地域周産期医療の確保については、一義的に都道府県が定める医療計画の中で地域の実情に応じて実施すべきとした上で「地域住民が安心して出産できる周産期医療を確保し、産科医の負担軽減を図る観点から、助産所と医療機関との連携の充実が必要。今後とも、都道府県へ必要な助言をしていく」とした。
（4/16MEDIFAXより）

健康日本

第２次「健康日本21」基本方針改正案まとまる／厚労省

厚生労働省の「次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会」（委員長＝辻一郎・東北大大学院医学系研究科教授）は４月13日、2013年度から始まる第２次「健康日本21」の基本方針改正案を取りまとめ

た。パブリックコメントを募集した後、厚生科学審議会・地域保健健康増進栄養部会に答申する。基本方針の告示は６月頃になる見通し。告示は現行の「健康日本21」の健康局長通知から、大臣告示に格上げされる。

次期「健康日本21」の基本方針改正案では、現行の「健康日本21」で掲げていた「健康寿命の延伸」に加えて「健康格差の縮小」の実現を基本的方向に明記した。がん、循環器疾患、糖尿病など非感染性疾患（ＮＣＤ）の一次予防・重症化予防や、乳幼児期から高齢期まで各世代に応じた「健康な生活習慣づくり」「こころの健康づくり」にも取り組む。栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒、歯の健康にも引き続き取り組む。
（4/16MEDIFAXより）

処方箋

処方箋の電子化実現で報告書／厚労省・検討会

厚生労働省の医療情報ネットワーク基盤検討会（座長＝大山永昭・東京工業大教授）は４月27日、厚労省内で開いた会合で、医療機関間での処方情報の共有に向けた方策などを盛り込んだ報告書「処方箋の電子化に向けて」を審議し、大筋で了承した。

報告書は検討会が設置した作業班が提出した。処方箋の電子化に先行して医療機関で医療情報の電子化に対応した環境を整備する必要があるものの、作業班では一定の準備期間の後に、同意が得られた圏域（２次医療圏単位）で紙の処方箋から電子処方箋への移行を進めることを提言。全国での完全移行を目指して、ある程度移行が進んだ段階で移行完了時期を決定する方針も示した。

報告書では処方箋電子化の実現により、医療機関が入力した電子的な処方情報に基づいて、薬局が疑義照会できるほか、後発医薬品への変更などの調剤業務が可能となり、調剤した結果の情報についても医療機関で次の処方情報の参考とするなどの活用ができるとした。医療機関や薬局では▽医療機関間や医療機関・薬局間での処方情報の共有・共用▽医薬品の相互作用・アレルギー情報の管理▽処方箋（紙）の偽造・再利用の防止―などにも役立つとした。

一方、患者にとっても遠隔診療を受けた場合に処方箋原本を電子的に受け取ったり、薬局に電子的に処方箋を提出したりできるほか、▽処方された医薬品履歴の自己管理▽救急医療や災害時での医療関係者による常用薬剤の把握―などに役立つ。処方箋の電子化と医薬品流通のトレーサビリティーが向上すれば、製造から患者の手に渡るまでの流通を管理できるようになり、医薬品による健康被害の把握や回収作業の迅速化なども期待できるという。

また、処方情報・調剤情報の突合により保険請求の点検が精緻化できるとの保険財政上のメリットや、臨床研究への応用にも期待を示した。

電子化実現に向けた課題も示した。国が実施すべき基盤整備としては▽電子コピーによる悪用を防ぐための技術・運用面の体制整備（一意性の確保）▽デバイスの配布（例えばＩＣカード）▽薬剤受け取り履歴の管理―などを求めた。
（5/1MEDIFAXより）

行　革

行革懇談会スタート／政府

政府は５月７日、今後取り組むべき行政改革の内容や基本的な考え方を議論する「行政改革に関する懇談会」の初会合を首相官邸で開いた。７月頃に大きな方向性を示す。

懇談会は岡田克也副総理（一体改革担当相）の主催で、京セラの稲盛和夫名誉会長や、連合の古賀伸明会長など10人の民間有識者で構成している。初会合ではこれまでの行革の経緯を振り返りつつ、行革の理念などを中心に議論した。
（5/8MEDIFAXより）

医療法人

医療法人が行える範囲を拡大／介護・障害保健福祉関連法施行で

介護保険や障害保健福祉関連法の改正・施行を踏まえて厚生労働省は５月７日、医療法人が行える付帯業務の範囲を整理し、公表した。介護保険関係では、法の一部改正で創設された「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「複合型サービス」「介護予防・日常生活支援総合事業」を付帯業務として新たに追加したほか、都道府県知事の指定で「市町村事務受託法人」として要介護認定等調査事務を受託できるよう、付帯業務の対象に追加するなどした。

今回の付帯業務の拡大は「障害者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援す

るための関係法律の整備に関する法律」や「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」の一部が12年４月１日から施行されることを踏まえたもの。（5/8MEDIFAXより）

ドクターヘリ

ドクターヘリ飛びすぎ悲鳴／運航会社、燃料費不足で

京都、兵庫、鳥取の３府県が関西広域連合で共同運航するドクターヘリの出動回数が想定を大幅に上回り、運航の委託を受けた民間会社が燃料費の不足に悲鳴を上げている。中山間地の救命救急にヘリは“命綱”となっているだけに、広域連合は委託料の引き上げを検討する。

ヘリの運航は2010年４月、兵庫県豊岡市の公立豊岡病院を拠点に始まった。航空事業やパイロット育成に取り組むヒラタ学園（神戸市）が午前８時半から日没前まで運航。時速約200キロで飛行し、京都、兵庫両府県の北部と鳥取県全域をカバーする。

兵庫県などによると、11年度の出動回数は1254回で飛行時間は約440時間。出動は兵庫県内からの要請が80％を占め、京都府17％、鳥取県３％と続く。

11年度の委託費は国の補助金を含めて約１億9000万円。ただ、飛行回数を約400回と想定しているため、超過分の燃料費やメンテナンス費は学園が負担した。

12年度の委託費は11年度と同額。「飛べば飛ぶほど負担が増える」（兵庫県の担当者）ため、学園は11年から委託費の引き上げについて豊岡病院を通じて打診。不足額を「数千万円」と伝えているという。

３府県の飛行地域は山間部が多く医療機関も点在。救急車では患者の搬送に時間がかかるためヘリは不可欠な存在だ。心疾患を抱える高齢者や、食物アレルギーで呼吸困難に陥った子供がヘリの搬送で心肺停止を免れた例など実績も多い。

ヒラタ学園は「ドクターヘリの運航で民間が犠牲を払う理由はない」と主張。広域連合長の井戸敏三兵庫県知事は「国に補助金の引き上げを検討するよう要請する。地域医療にヘリは欠かせない存在で、京都府や鳥取県とも対応を話し合いたい」としている。（5/8MEDIFAXより）

産科補償

産科補償、医療保険部会でも議論を／西辻保険課長「財源は保険財政」

厚生労働省保険局保険課の西辻浩課長は４月18日の社会保障審議会・医療保険部会で、産科医療補償制度について2014年１月の制度見直しに向けた議論が日本医療機能評価機構で行われていることに違和感を示した。制度の財政状況は医療保険部会で議論することになっていたとし、制度を所管する同省医政局と調整する考えを示した。

小林剛委員（全国健康保険協会理事長）が、保険者を含んだ公的な会議体での議論が必要として厚労省に対応を求めたのに対して答えた。

西辻課長は、産科医療補償制度の補償実績が制度発足当初の予測を下回り、余剰金も出ていると指摘。掛け金（３万円）の金額を適正化しなければ、厳しい保険財政の中で制度を維持し続けることは難しいとの指摘があるとした。その上で、場合によっては、制度の専門家や保険者代表などを交えて柔軟に検討する可能性も示唆した。

09年１月に始まった産科医療補償制度は５年目を迎える14年１月の見直しに向けて、制度を運営する医療機能評価機構が設置した運営委員会で２月から議論が始まっている。運営委の見直しに向けた主な検討課題には▽補償対象基準▽補償額の段階化（現行は一律3000万円）▽掛け金▽剰余金の使途―などが挙がっている。（4/19MEDIFAXより）

有床診

有床診応援議連が発足／櫻井会長「点数を収入に直結させる」

民主党の衆参議員で構成する「有床診療所を応援する議員連盟」が４月４日、発足した。有床診療所の機能を維持・強化するための調査・研究をし、政策提言をする。設立総会では役員人事を了承。櫻井充参院議員が会長を務める。事務局長は梅村聡参院議員で、長妻昭衆院議員ら７人を副会長に起用した。櫻井会長は「付けた点数がきちんと収入につながるようにすることがこの議連の第一目標」と位置付けた。

設立総会では、全国有床診療所連絡協議会、日本医師会、厚生労働省から、有床診の現状をヒアリングした。減少を続ける施設数・病床数の実態や、2012

年度の診療報酬改定での有床診の改定項目などの説明を受けた。

12年度改定では、有床診療所での緩和ケア医療の評価や、「看取り加算」などが新設された。しかし、全国有床診療所連絡協議会の鹿子生健一専務理事は「今回の改定は評価すべきところもあるが、全体として個人的には非常に不満」と厳しく指摘した。（4/5MEDIFAXより）

審　査

突合・縦覧開始で査定件数２－３割増／支払基金・３月分速報

社会保険診療報酬支払基金は４月23日の定例会見で、３月審査分から開始した突合点検・縦覧点検の審査状況について速報値を示し、３月審査分は突合点検により査定件数は２－３割増が見込まれるとした。査定点数ベースでも１－２割増が見込まれるとした。

３月審査分の査定件数は突合点検が10.5万件、縦覧点検が1.4万件で合わせて11.9万件となり、査定点数は突合点検が3102万点、縦覧点検が423万点で合わせて3525万点となった（いずれも速報値）。

２月審査分の査定件数は50.5万件、査定点数は２億4236万点だったことから、仮に３月審査分が２月審査分と同水準の査定件数・点数になるとした場合、突合・縦覧による査定件数・点数が原審査の段階で加わり、３月審査分全体の査定件数は23.6％増の62.4万件（50.5万件＋11.9万件）、査定点数は14.5％増の２億7761万点（２億4236万点＋3525万点）となる計算だ。（4/24MEDIFAXより）

返　戻

返戻時の留意点を連絡／保険局医療課

厚生労働省保険局医療課は４月９日、レセプトオンライン請求や光磁気ディスク（ＭＯ）、フロッピーディスクなどを使った請求で、審査支払機関から返戻や再審査・取り下げの申し出があった場合の留意点を地方厚生局や都道府県に連絡した。

オンライン請求やＭＯなどによる請求では、４月診療分から請求する点数について、それぞれの算定日を記録して請求することになった。ただ、返戻などの際に出力した紙レセプトが用いられる場合では、従来通り、紙レセプトへの記載が定められている項目（手術、麻酔など）だけに算定日が印字されることになるとして、医療機関や審査支払機関への周知を求めた。（4/10MEDIFAXより）

ポリオ

単独ＩＰＶ、９月に定期接種へ一斉切り替え／厚労省方針を了承

厚生労働省は４月23日の「不活化ポリオワクチンの円滑な導入に関する検討会」（座長＝岡部信彦・川崎市衛生研究所長）に、単独の不活化ポリオワクチン（ＩＰＶ）を９月１日から定期接種として導入する方針を示し、同検討会は了承した。医療現場での混乱を避けるため、生ポリオワクチン（ＯＰＶ）からＩＰＶへの切り替えは一斉に行い、ＩＰＶ導入後はＯＰＶを定期予防接種で使用しないこととした。厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会の了承を得た上で、予防接種実施規則の改正手続きに入る。

ＩＰＶの導入をめぐっては、同検討会の構成員から「混乱を避けるために一斉切り替えが望ましい」という意見が、これまでの会合で多く上がっていた。

11月にジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオの４種混合ワクチン（ＤＰＴ―ＩＰＶ）が導入されることを前提に、厚労省は2012年度末までの単独ＩＰＶの需要量（２－３回の接種）を367.9万ドーズと推計。一方、単独ＩＰＶの供給量は12年度末までに477万ドーズを見込んでおり、12年度内には対象者が２－３回の接種ができるとみている。

ただ、９月の単独ＩＰＶ導入を見据えて、12年春の定期接種を控える人が増えれば、その分、需要も増える可能性がある。ポリオワクチンを接種しないことで免疫を持たない人が増えれば、国内でのポリオ流行の危険性も高まることから、厚労省は９月の単独ＩＰＶ導入まではＯＰＶの接種を呼び掛けていく。

●接種回数は２回から４回へ

ＩＰＶの接種回数はＯＰＶの２回から４回に増える。ＩＰＶの接種間隔と標準的な接種年齢は、単独・４種混合のいずれも、ジフテリア・百日咳・破傷風の３種混合（ＤＰＴ）と同じとした。標準的な接種年齢は１期の初回接種が生後３－12カ月未満、１期追加接種が初回接種終了後12－18カ月未満とした。１期の初回接種は20日から56日までの間隔を空けて３回、１期追加接種（４回目）は３回目接種終了後６カ月以上の間隔を空けるとした。

ただ、ＤＰＴの既接種者、ＯＰＶの１回既接種者、医療機関が個人輸入したＩＰＶの既接種者などがおり、接種間隔を一律に規定することが難しいため、９月の導入後３年程度に限り、単独ＩＰＶは56日以上の間隔を空けても接種可能とした。

ＯＰＶを１回も接種していない人は、原則として単独ＩＰＶを４回接種することとする。ＯＰＶを１回接種した人は、あと３回ＩＰＶの接種を行う。ＤＰＴをすでに接種している人については、残りの接種は４種混合（ＤＰＴ―ＩＰＶ）ではなく原則として単独ＩＰＶとＤＰＴを使用することとした。（4/24MEDIFAXより）

医療イノベ

医療イノベ５カ年戦略に東北メガバンク構想も／中間報告案

内閣官房医療イノベーション推進室は４月23日、東北メディカル・メガバンク計画の推進を盛り込んだ「医療イノベーション５か年戦略」の中間報告案を公表した。2012年度を開始年度とする同戦略は５月にも策定予定で、今回の報告案で示した方策に工程表が加わる見通し。

世界最先端医療の実現に向けた方策では「個別化医療」「再生医療」を提示した。それぞれの患者に最適な治療法を提供する「個別化医療」はバイオバンクの整備やゲノムコホート研究の推進、ヒトゲノム情報の取り扱いに関する法・倫理制度の検討などを進めることを明記。「特に、東北メディカル・メガバンク計画の推進を通じて個別化医療のパイロットモデルを推進し、東北地方が次世代医療の起点として復興することを目指す」とした。

このほか、在宅医療・介護などに情報通信技術を導入した新たな医療モデルの構築を示したほか、新たに議論する必要性があるテーマとして疾患を未然に防ぐ「先制医療」を掲げた。医薬基盤研究所を司令塔とする創薬支援ネットワークの構築も盛り込んだ。（4/24MEDIFAXより）

医薬品

リスク管理計画、発売１カ月前までに策定／厚労省通知

厚生労働省医薬食品局審査管理課と安全対策課は４月26日付で、2013年４月から導入する「医薬品リスク管理計画（ＲＭＰ）」の策定に関する具体的な計画書の様式や提出時期などを示した連名の課長通知を都道府県に送付した。製薬企業は、新医薬品やバイオ後続品について、販売開始予定時期の原則１カ月前までに計画書を策定し提出することが義務付けられる。（5/9MEDIFAXより）

医療用薬のバーコード表示を後押し／民主議連

「適切な医療費を考える民主党議員連盟」（会長＝柳田稔参院議員）は４月26日の勉強会で、医療用医薬品のバーコード表示をテーマに日本医薬品卸業連合会からヒアリングし、現在、任意扱いになっている項目にもバーコード表示が進むよう後押しすることを決めた。厚生労働省に方針を伝え、必要ならば党内での議論も進める。（4/27MEDIFAXより）

日　医

中小病院の在宅医療、連携重視型を提言／日医総研ＷＰ

日医総研はこのほど、中小病院の在宅医療機能と退院支援の調査結果についてワーキングペーパー（ＷＰ）をまとめた。在宅療養支援病院（在支病）と在支病以外で実施している在宅医療の現状を分析した。「中小病院の在宅医療は自己完結型で実施するのではなく、かかりつけ医などとの連携重視型の展開が期待される」と提言した。

在支病で「訪問診療」を実施している割合は88.7%（在支病以外は36.4%）で、2011年10月の１施設当たりの平均実施件数は56.0件だった。「緊急時の往診」は55.7%（在支病以外は9.8%）が実施していた。「患者の自宅での看取り」を行っているのは55.7%（在支病以外は14.6%）だった。在宅療養患者の緊急一時入院の受け入れを行っているのは73.9%（在支病以外は31.1%）で、レスパイト入院も41.7%（在支病以外は20.7%）が行っていた。在宅医療を担当する医師数（実人数）は、在支病で平均1.7人、在支病以外で平均1.4人だった。

退院調整を行う専門部署については、在支病で71.3%が設置、在支病以外でも61.8%が設置していた。ＷＰでは「退院調整機能のある病院では、ケアマネジャーなどとの連携が取られている」と分析。連携の強化に向けて、人材確保のための財源の手当てや地域の関係機関と協働することが必要とした。（4/16MEDIFAXより）

診療所の機能、充実評価へ検討必要／日医・鈴木常任理事

日本医師会の鈴木邦彦常任理事は４月21日、福岡市で開かれた日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会で特別講演し「2012年度診療報酬改定で診療所の再診料は回復できなかったが、時間外対応や在宅関係が評価された。それに伴い学校保健など公衆衛生活動がしにくくなって地域医療が新たな課題を抱えることを危惧する」と話し、診療所が果たしている外来機能をあらためて議論することが必要だとの考えを示した。

講演後、取材に対して鈴木常任理事は「再診料は診療所の収入の12.3％を占め、最も重要な経営資源になっている。病院だけでなく診療所の職員についても処遇改善の視点が必要だ。特に診療所は地域によっても経営環境が大きく異なることなどを踏まえ、診療所における初・再診料の評価体系をきちんと議論すべきだ」と指摘し、時間をかけて評価体系を検討すべきとした。

診療所の再診料・外来管理加算などを含む外来の包括評価体系については「診療報酬体系の簡素化は必要だろうが、霞が関の包括化ありきの議論には組みしない」とクギをさした。診療報酬基本問題小委員会は４月25日の中医協で再開する。
（4/22MEDIFAXより）

緩和ケア

緩和ケア推進検討会が初会合／厚労省

厚生労働省は４月25日、緩和ケア推進検討会の初会合を開き、がん患者への緩和ケアをさらに進める具体策の議論を開始した。がん対策推進基本計画の変更案に盛り込まれた施策や個別目標の実現に向け、より具体的な施策を提言する。厚労省は、必要に応じて提言内容を2013年度予算案の概算要求に反映させる方針。座長にはＪＲ東京総合病院名誉院長の花岡一雄氏を選出した。

厚労省は同検討会の論点案として▽緩和ケアの診療体制▽緩和ケアの診療の質▽緩和ケアに関する教育体制―の３項目を示した。

診療体制については、緩和ケアチーム・緩和ケア外来・緩和ケア病棟における各職種の適正配置、入院医療機関と退院後の在宅医療を担う診療所との連携体制などを議論する。診療の質については、がん性疼痛のスクリーニングの時期や方法、苦痛を和らげるための迅速で適正な薬剤使用などを検討する。教育体制の議論では、緩和ケア教育が必要な職種や研修内容などを取り上げる。

同検討会は次回以降、厚労省の示した論点案を基に重点的なテーマを整理して議論を進める。
（4/26MEDIFAXより）

特定機能病院

特定機能病院の役割は「高度医療・研究・教育」／厚労省検討会

特定機能病院や地域医療支援病院の要件の見直しに向けて検討している厚生労働省の「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」（座長＝遠藤久夫・学習院大経済学部教授）は４月26日、特定機能病院の役割について議論し、「高度医療の提供」「研究」「教育」を三位一体で実施していくことが求められるとの見解でおおむね一致した。

地域医療支援病院に関する議論では、前回に引き続き「救急」や「地域の医療従事者に対する研修」などを要件にすべきとの意見があった。梶井英治構成員（自治医科大教授）は「紹介率に反映されない相談の部分など、見えない部分の評価も必要」とした上で、人的支援も要件に含めるべきとした。
（4/27MEDIFAXより）

介護報酬

サ高住など次期改定前の見直しも／介護報酬で厚労省

厚生労働省は４月26日、2012年度の介護報酬改定で創設した▽サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）▽24時間型サービス▽複合型サービス―の３項目について、実施状況の調査を踏まえた上で15年度の次期改定前に見直すこともあり得るとの方針を示した。12年度介護報酬改定の効果などを検証するために社会保障審議会・介護給付費分科会が設置した「介護報酬改定検証・研究委員会」（委員長＝大島伸一・国立長寿医療研究センター総長）の初会合で、老健局老人保健課の宇都宮啓課長が池田省三委員（地域ケア政策ネットワーク研究主幹）の質問に答える形で明らかにした。（4/27MEDIFAXより）

震　災

区域設定解除後も一部負担金免除／厚労省が事務連絡

厚生労働省は、東京電力福島第一原子力発電所の事故で設定した警戒区域や避難指示区域などの見直しに伴い、医療機関を受診した際の一部負担金免除措置の扱いを決め、４月23日付で自治体などに周知の事務連絡を送付した。

警戒区域や避難指示区域、計画的避難区域の設定が解除された後も、この地域の住民は、2013年２月28日まで医療機関を受診した際の一部負担金免除措置などの対象となることを周知。特定避難勧奨地点（いわゆるホットスポット）の住民についても、設定の解除後、13年２月28日まで一部負担金免除措置の対象になるとした。

警戒区域や避難指示区域（計画的避難区域を含む）をめぐっては、政府の原子力災害対策本部が３月30日に一部の市村について見直しを行い「避難指示解除準備区域」「居住制限区域」「帰還困難区域」を新たに設定している。（4/27MEDIFAXより）

孤立死

厚労省が孤立死対策強化へ／30－40代同居家族全員死など受け

厚生労働省は、30－40代を含む家族全員が孤立死に至ったケースなどが報告されていることを受け、孤立死の発生を未然に防止するための対策を強化する。５月８日の「安心生活創造事業推進検討会」（座長＝和田敏明・ルーテル学院大大学院教授）で方針を示した。孤立死対策として、地域ネットワークの構築やコミュニティーを活用するなどの先進的な取り組みを行う市町村には、地域福祉等推進特別支援事業や安心生活創造事業として、国庫補助を優先的に充てることも検討している。

孤立死についてはこれまで、高齢者のみの世帯や障害単身世帯をハイリスク対象者と位置付けて対策を練ってきた。一方、2012年に入って、30－40代の比較的若い、世帯の生計中心者や介護者などを含む家族全員が死亡している状態で発見されたケースが複数報告されている。

このような事態を受け厚労省は、孤立死対策として、自治体の福祉担当部局への情報の一元化を求める通知を出したほか、高齢者団体・障害者団体などの関連団体や民生委員に福祉担当部局との連携強化を求める通知を発出している。

５月８日の会合で厚労省は、孤立死対策における不十分な点や課題として▽高齢・障害・児童などの各種支援制度、分野横断的・総合的な対策▽関係部局・省庁間や行政とライフライン事業者など、行政内外の連携▽地域住民のコミュニティー・ネットワーク―の３つを挙げ、これから具体策の検討に入ると説明。個人情報保護の適用外の理解促進や、各市町村が取り組む孤立死防止対策の事例紹介などが必要との認識も示した。（5/9MEDIFAXより）

調査・データ編

20代の約３割が「自殺したいと思った」／内閣府・調査

内閣府は５月２日、「自殺対策に関する意識調査」結果を公表した。「自殺したいと思ったことがある」と答えた人の割合は全体の23.4％となり、2008年２月調査より4.3ポイント高くなった。年代別に見ると、20代が28.4％で最も高かった。20代は他の年代に比べて自殺リスクの認知度が低い一方、悩みを抱えたときに相談する相手も見つけられない状況が浮かび上がった。内閣府は調査結果について「今後は自殺者数が最も多い中高年だけではなく、若い世代にも焦点を当てた対策が必要」としている。

調査は12年１月に実施。全国の20歳以上の男女3000人を対象に「自殺の現状」「悩みやストレス」「自殺やうつに関する意識」などについて聞いた。有効回答率は67.2％。

自殺を考えた経験については、全体の23.4％が「自殺したいと思ったことがある」と回答。男女別では女性が27.1％で男性の19.1％を上回った。年齢別では20代が最も多く、次いで40代（27.3％）、50代（25.7％）、30代（25.0％）となり、50代以下では４人に１人以上の割合で自殺を考えた経験があった。

20代に限ると、自殺を考えた人の割合が各年代の中で最も高かった一方、自殺者数が14年連続で３万人を超える状況を「知らない」と答えた人の割合が49.5％となった。また、不満や悩みなどのつらい気持ちに耳を傾けてくれる人が「いる」と回答した人は20代男性が最も少なかった。

（5/8MEDIFAXより）

189保険者が12年度から24時間型サービス／厚労省まとめ

介護保険の全1580保険者のうち189保険者が、2012年度の介護報酬改定で創設された24時間型サービスを12年度内に提供開始見込みであることが分かった。都道府県が各保険者の第５期（12－14年度）介護保険事業計画のサービス見込み量を集計し、厚生労働省がデータをまとめて公表した。未報告の14保険者は集計外。

各保険者は、介護保険サービス量の見込みなどから３年間の介護保険事業計画期ごとに介護保険料を決定する。ただ実際には、計画段階で24時間型サービスの実施を見込んでいなくてもサービスを提供することはできる。

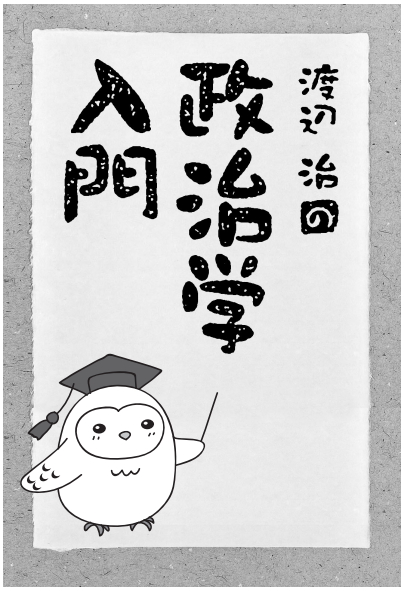
24時間型サービスの提供開始を見込む保険者数が最も多い都道府県は大阪で21保険者。次いで東京が20、埼玉・千葉・神奈川が10保険者となっている。2025年に向けて急速な高齢化が見込まれる都市部地域が上位に並んだ。青森・山形・栃木・島根・宮崎・沖縄は見込み数がゼロだった。

●複合型は12年度内に109保険者が見込み

同じく12年度の介護報酬改定で創設された小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせる「複合型サービス」は、12年度内に109保険者が提供開始を見込んでいる。サービス提供開始を見込んでいる保険者数が多いのは、埼玉・東京・大阪で８保険者。次いで茨城・千葉・神奈川・愛知・滋賀の５保険者となった。見込み数ゼロの都道府県は、青森・岩手・宮城・栃木・山梨・島根・徳島・宮崎。

（5/8MEDIFAX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

20

「橋下 徹現象」を読み解く

その１　期待・幻想の背景と橋下「維新の会」のめざすもの

橋下徹大阪市長・「大阪維新の会」代表が、今、政治の大きな関心の的となっています。もともと、府知事時代から、教育基本条例や職員基本条例の提出をはじめ、橋下行政は大阪にとどまらない問題をもっていましたが、昨年、知事・市長のダブル選挙で圧勝して以降、「大阪維新の会」をひっさげて、全国政治に進出を図る意欲を露わにする中で、橋下問題は、全国政治に大きなインパクトを与える現象となっています。そこで、今回から数回にわたって「橋下徹現象」を検討しましょう。

最初に検討したいのは、なぜ橋下氏はかくも大きな期待をもたれているのかという問いです。答えは単純です。民主党政権に対する期待が裏切られたことに対する結果にほかなりません。しかし問題はここからです。民主党政権不信が、なぜ橋下氏への期待になるのかという疑問が出てくるからです。

それを解く鍵は、民主党政権に寄せられていた期待の中身にあります。2009年の総選挙における民主党票には、２つの巨大な社会層の期待がありました。１つは、自公政権の強行した構造改革政治を止めてほしいという強い期待です。地方構造改革により地方財政支出や公共事業を削減された「地方」と、構造改革による雇用・福祉の切り捨てで困難に直面した大都市部の高齢者や低所得者層が、こうした期待を民主党に寄せました。もう１つは、逆に、自民党政権では地方に対する公共事業、利益誘導の政治、官僚主導の政治に対する改革が不徹底であるという不満から、民主党にもっと大胆な新自由主義改革遂行を求める大都市中間層の期待でした。これが、民主党の未曾有の大勝を生んだのです。

ところが、その後の民主党政権の政治は、この２つの層のいずれの期待をも裏切るものでした。財界やマスコミの「バラマキ福祉」批判の合唱で、民主党政権が福祉支出から構造改革に転向・回帰することで、民主党政権に構造改革政治の是正を期待した「地方」や都市の高齢者層や若者たちは、民主党政権を見放しました。ＴＰＰ、消費税引き上げはその決定的な引き金となりましたが、この層は、民主党から離れたからといって自民党に戻るわけにはいきません。そこで、「第３の道」を切実に求めています。

他方、民主党政権に自民党のしがらみの政治からの訣別を期待した都市中間層も、民主党政権の自民党以上の官僚依存、何一つ実行できない政治に不信を募らせています。このままでは新自由主義はいつになったら復活するかわからず、世界の大勢に遅れをとり、日本の衰退を招くという危機感です。

盛り上がる橋下コールは、「第３の道」を探す反構造改革層のうち大都市部の人々の幻想と、強力な構造改革を求める大都市部中間層の期待が、合流して起こっています。「地方」は橋下氏に期待していませんから、大勝した時の民主党より支持基盤ははるかに狭いですが、それでも広範であることは否定できません。

では、橋下氏は自らへの国民の期待と幻想にどう応えようとしているのでしょうか。

「維新八策」は、２つの期待のうち、大都市中間層の期待、すなわち構造改革の速やかな再稼働の期

待に応えるべく打ち出されたものです。大阪府知事選の場合は、橋下氏は２つの期待のそれぞれに応える意欲をもっていましたが、全国に打って出る段階では、反構造改革など、はなからやるつもりはありません。「第３の道」どころか、大企業の切望する「第１の道」を掲げ、しかも民主・自民ではできない強力な改革の実行力をウリにすることで、橋下氏は新自由主義改革大連立のカナメに座り、政権の一角、あわよくば首相の座を射止めたいとねらっているのです。

（にもかかわらず、反構造改革層が橋下氏に幻想をもつのは、原発再稼働反対と消費税です。これは次回に説明しましょう。）

「維新八策」は支離滅裂という批評もありますが、決してそんなことはありません。「八策」は、一貫した１つの構想、すなわち急進新自由主義の構想を打ち出しています。これは財界が十数年来主導し、小泉政権が掲げて強行した路線です。その古臭い旗にふたたび期待が集まっている点にこそ、橋下現象の深刻さがあるのです。

「八策」はグローバル企業の活力を解放し、市場を提供して、その繁栄で日本の立て直しを図ろうという構想です。

① 「八策」は、大企業の負担軽減のために、まず徹底した「小さな政府」を標榜します。それには、国や自治体の社会保障や教育、地方への関与を止めてしまうことが必要です。そうすることで社会保障費、教育費、それに地方財政支出の大幅カット、そして、公務員の削減が可能となるというのです。とくに橋下氏が強調するのが、自治体財政を搾り上げて、自治体自身に福祉や教育からの撤退を強要し、「小さな自治体」づくりをすすめることです。「八策」は、自治体がナショナルミニマムを保障するための地方交付税交付金の廃止を謳っていますが、それが地方に取り返しのつかない被害を与えることは明らかです。「八策」が「給付型公約から改革型公約へ」といっているのは、国や自治体は福祉・教育の面倒はみませんよという宣言ですし、すべて自己責任だから「自立する個人」「自立する地域」なのです。

② 大企業の活動する市場づくりが第２の特徴です。徹底した規制緩和をすすめ、公的責任を縮小して民間企業の導入、海外の大資本や労働力を呼び込むためのＴＰＰ、労働力の流動化、保護打ち切りによる衰退産業の淘汰、企業活動の拡大のための道州制などがそれです。この基盤づくりには、カネも投入しようというわけです。彼が力説してきた「関西州」「大阪都構想」の全国版です。

③ 大企業の自由な市場秩序維持のための日米同盟が、ＴＰＰと並んで打ち出され、大企業本位の世界秩序づくりがめざされています。大阪府知事時代にはいわなかった点です。

④ 新自由主義改革を促進するための効率的で強権的な意思決定体制づくりが、「決定でき、責任を負う民主主義」という名の下に強調されています。これが民主主義の対極にあることはすでに大阪で経験済みですが、彼の最大のセールスポイントはここです。そのためには参議院はいらない、知事のような直接選挙で選ばれた首相が「改革」を強行できるように、参議院廃止、首相公選などが憲法改正構想として打ち出されています。

こんなことを強行すれば、あの小泉改革のあとの、まだ記憶に新しい被害――餓死・自殺・ネットカフェ難民などの大量化を再現することが必定です。

なぜ、橋下氏はこうした急進改革を今さら掲げて全国政治に打って出ようとしているのでしょうか。それは次回に検討しましょう。

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』５月号より転載（大月書店発行）

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

小出裕章講演会 抄録

福島原発事故の真実～事故がつきつけた原発の危険～

■ 2012年３月10日 ■

本稿は、東日本大震災および福島第一原発事故から約１年を迎え、2012年３月10日に開催した「バイバイ原発３・10京都」における小出裕章氏（京都大学原子炉実験所助教）の講演要旨である。
なお、本稿は小出氏承諾のもと、協会の責任でまとめたものである。

原子力にかけた幻の夢

私は原子力発電をどうしても研究したいと考え、大学に進学の際に、工学部原子核工学科を選びました。私が大学に入学したのは1968年で、その当時、日本あるいは世界が原子力にどのような夢を描いていたのか。それを示す新聞記事を１つ、ご紹介します。1955年12月31日付東京新聞に掲載された記事です。

「さて原子力を潜在電力として考えると、まったくとてつもないものである。しかも石炭などの資源が今後、地球上から次第に少なくなっていくことを思えば、このエネルギーのもつ威力は人類生存に不可欠なものといってよいだろう」

その頃は、私自身もそのとおりだと考えていました。化石燃料はいずれは底をついてしまうのだから、原子力で人間の未来を支えようと考え、大学に入りました。会場の中には、まだこういった宣伝を信じている方もおられるかもしれません。しかし、これからお話しますが、これはまったくの嘘、偽りでした。

この新聞記事には後半があります。とても面白い記事なので、読んでみます。

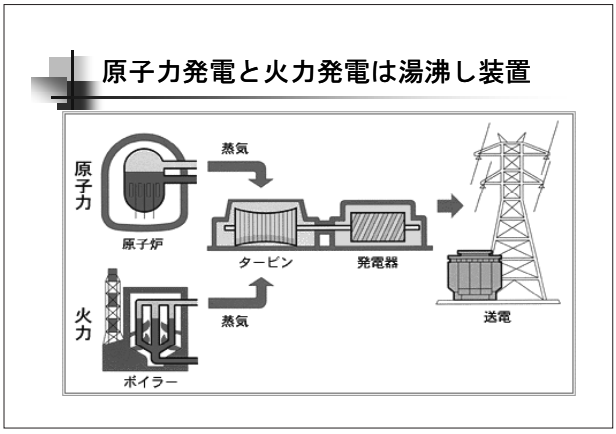
「電気料は２千分の１になる」。このように原子力による電気は値段がつかないような安い料金になると当時宣伝されていたのです。私もそう考えていましたが、今ではこんなことを誰も信じないと思います。記事にはさらに続きがあります。「原子力発電には火力発電のように大工場を必要としない。大煙突も貯炭場もいらない。また毎日石炭を運び込み、たきがらを捨てるための鉄道もトラックもいらない。密閉式のガスタービンが利用できれば、ボイラーの水すらいらないのである。もちろん山間へき地を選ぶこともない。ビルディングの地下室が発電所ということになる」

全部間違いです。原子力発電所は火力発電所に比べて小さくすむはずがありません。巨大な工場が必要でしたし、決して都会に建てることはできず、山間へき地を選んで立てられました。ビルの地下室への建設が可能なら京都にだってつくれたはずですが、残念ながらと言いますか、事実として京都には原子力発電所は１つもありません。

効率の悪い巨大な湯沸かし装置

ここで、原子力発電の仕組みについて、火力発電と比較して触れておきます。**【図１】**の左下に火力発電所の模式図があります。火力発電所では配管の中に水を流します。配管の外側から石炭、石油、天然ガスを燃やし、この水を温めます。水は沸騰し蒸気になりその力でタービンと呼ばれる羽根車を回し、それにつながっている発電機で電気を起こすという

【図１】



仕組みです。

一方の原子力発電所はどうなっているか。模式図の真ん中に繭のような形の構造物があります。これは原子力圧力容器、鋼鉄製の圧力釜です。福島第一原子力発電所の圧力釜は、直径５メートル、高さが20メートル、鋼鉄の厚さは16センチもありました。圧力釜に水を張りウランがつけてあります。このウランを核分裂させて熱を起こし、その熱で水を沸騰させて蒸気を起こしタービンを回す。そして、それとつながっている発電機で電気を起こすというのが原子力発電所の仕組みです。つまり原子力発電も、要は湯沸かし装置ということなのです。

火力発電所は都会にもたくさん建設されているのに、原子力発電所はなぜ都会に建設できなかったのでしょうか。それは、そこで燃やしているものがウランだからに他なりません。ウランを燃やせば核分裂生成物という放射性物質が否が応でもできてしまいます。これをつくらずにウランを燃やすことはできません。核分裂生成物は放射性物質であるために、生命体に対して圧倒的に危険なものとなります。これが都会に建設できない理由です。

では、原子力発電では、どれだけのウランを燃やし、核分裂生成物をつくっているのでしょうか。今、私は原子力発電所は湯沸かし装置だと言いました。お湯を沸かし蒸気の力で機械を動かすことを蒸気機関といいます。原子力発電所はたいへん効率の悪い蒸気機関です。熱効率、つまり発生した熱のうち使える熱は約33％しかなく、残り67％ははじめから使えません。今日、100万キロワットが原子力発電所の標準的な規模ですが、これは電気になっているのが100万キロワットということです。つまり原子炉の中の発熱量は300万キロワットです。これだけの熱を出すためには毎日約３キログラムのウランを核分裂させなければなりません。

３キログラムというと片手で持てるくらいで、たいした量ではないと思われる方もあるかもしれません。しかし、これはたいへんな量で、たとえば広島原爆で核分裂したウランの量は800グラムでした。これだけの量で広島の町は壊滅してしまったのです。長崎原爆で使われたのはプルトニウムでしたが、こちらの場合1100グラムでした。100万キロワットの原子力発電所では毎日、広島・長崎原爆の３～４発分に相当する核分裂反応が行われているということになります。この量のすごさを想像できるでしょうか。

京都の北、若狭湾には現在14基の原子力発電所があります。そのすべてが100万キロワットの発電量ではありませんが、14基すべてで、毎日広島・長崎原爆を３発から４発分を爆発させながら電気を生み出していることになります。１基で毎日３キロですから年間１トンあまりです。日本には原子力発電所が50基以上、世界には４百数十基もあるのです。

このようなペースだと、地球上のウランはすぐに枯渇してしまうことが簡単に想像できるでしょう。

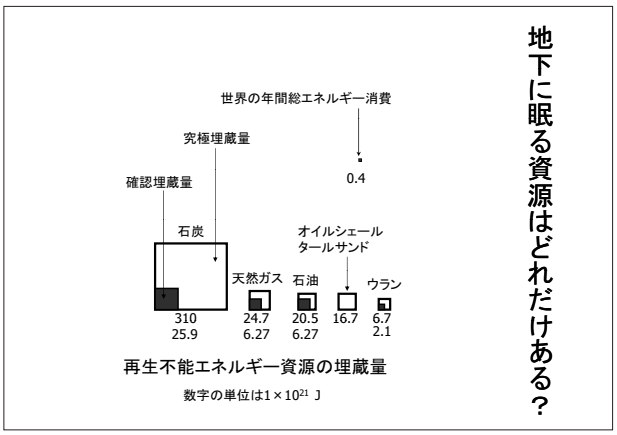
こうしたことはとうの昔からわかっていた。原子力が未来のエネルギーにはならないということもはじめからわかっていたことなのです。

地下に眠る資源がどれだけあるか

地下に眠る資源がどれだけあるか。再生不能エネルギー資源の埋蔵量を【図２】に書き出しました。再生不能とは、地下から掘り出して使用すれば、なくなってしまうエネルギー資源のことです。また、埋蔵量には究極埋蔵量と確認埋蔵量とがあります。究極埋蔵量は、地球上にその物質がどれだけあるかということを示したものです。たとえば石炭は地下深くに眠っています。坑道を掘って、労働者が降りていき、そこから掘り出さなければなりません。莫大なエネルギーとお金がかかり、危険も伴います。だからこの埋蔵量は全部掘れるわけではありません。いま現在の技術力で、経済的に引き合うだけの埋蔵量のことを確認埋蔵量といいます。この確認埋蔵量は技術力が上がり、以前は掘れなかった地下深くまで掘れるようになると、増えていくことになります。もしかしたら究極埋蔵量全部を使えるようになるかもしれません。

一番たくさんある資源は、究極埋蔵量、確認埋蔵量ともに石炭です。石炭のこの四角が何を意味しているかおわかりいただけるでしょうか。【図２】の右上にあるたいへん小さな四角を見てください。この四角は、世界の年間総エネルギー消費量です。値でいうと0.4となります。単位は【１×10の21乗Ｊ】です。石炭の確認埋蔵量だけで25.9で、現在の人類のエネルギー消費量の60年から70年分はあるということになります。私も含めて今この会場にいらっしゃるみなさんのほとんどは、60年70年後にはいなくなっていることと思います。石炭だけでそういった未来までもつのです。さらに、究極埋蔵量まで使えるようになれば、800年分あることになります。石炭は

【図２】



かなり豊富な資源なのです。

次に多い再生不能エネルギー資源は、天然ガスです。天然ガスは30年ほど前まではほとんど資源と認められていませんでした。それが最近になり、天然ガスが大変、利便性の高い資源であることが判明し、都市ガスはどんどん天然ガスに代わりました。新しいガス田も次々に開発されています。資源の大きさも上がっており、今や石炭に次ぐ資源になっています。**【図２】**に示した天然ガスの四角の大きさは、今後さらに大きくなっていき、石炭と同じくらいの大きさになるだろうという予測です。つまり、天然ガスだけで人類の数百年分の需要をまかなうだけはあることを意味します。

その他、石油、最近になって使われるようになってきたオイルシェールタールサンドという資源もあります。これらはすべて化石燃料です。

さて、一番はじめにご紹介した新聞記事によると、化石燃料は枯渇してしまうため、いずれは原子力に移行しなければならない、ということでした。では原子力の資源であるウランは地球にどれだけあるのでしょう。**【図２】**を見てください。これだけしかありません。詐欺だと思いませんか。化石燃料はそのうち底をつく。未来は原子力にあると言われてきましたし、おそらくみなさんの多くもそれを信じ込んでこられたと思います。私自身も一時期そう信じていました。でもそれはまったくの嘘だったのです。こんなものに人類の未来を託すなんてことは、はじめから間違いだった。間違いとわかったなら、それを改めればよいのですが、残念ながら日本の国も電力会社もまったく改める気はないようです。

大量に必要とされる燃料と大量に生み出される放射性物質

次の**【図３】**をご覧ください。左の小さな四角は、広島原爆で燃えたウランの量800グラムを表します。800グラムのウランが燃えたということは、800グラムの核分裂生成物ができたということです。これに対して原子力発電所１基でどれだけのウランを燃やすかというと、先ほどご説明したように年間約１トンを燃やします。これは２つのことを意味します。１つは、原子力発電所には大量のエネルギーを必要とするということ。もう１つは、大量の放射性物質を生み出してしまうということです。

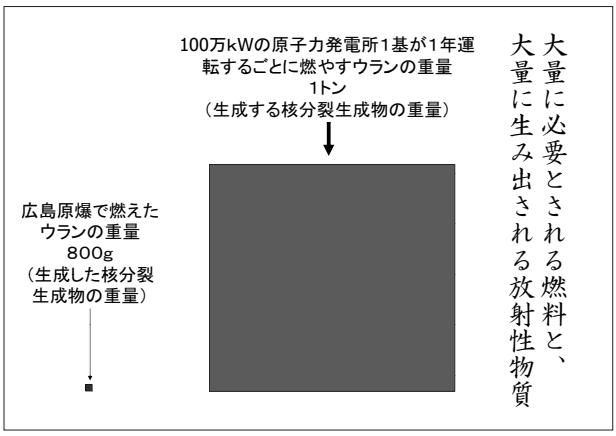
この大量の放射性物質が環境に放出されると多大な被害を引き起こしてしまうことは、周知の事実でした。原子力推進派の人たちも、多大な被害が出るだろうということを知っていたのです。そこで彼ら推進派が何をしたかというと、原子力発電所や核燃料施設を都会にはつくらないようにした、ということです。

原子力発電所をつくる際には、国が厳重な安全審査を行います。安全性を確認し、確認できなければ建設を認めないとしてきました。そして国は、安全であることを認めさせるために様々な仕組みをつくりました。一番重要な仕組みは、「原子炉立地審査指針」です。この指針に合致しなければ立地を認められません。指針に記載されている内容は次の通りです。

１　原子炉の周囲は、原子炉からある距離の範囲内は非居住区域であること。

２　原子炉からある距離の範囲内であって、非居住

【図３】



区域の外側の地帯は、低人口地帯であること。
３　原子炉敷地は、人口密集地帯からある距離だけ離れていること。

もとから、都会には原子力発電所をつくってはいけないということが、記載してあるのです。みなさんにとって幸いなことに、京都には原子力発電所は決してできません。結果、若狭湾に建設し、長い送電線を敷いて、電気を京都・大阪・神戸に送っているということになります。

原子力発電所、核燃料施設は過疎地に押し付けられた

原子力発電所はどのようなところに建設されたのかを示したものが、次の**【地図４】**です。一番はじめが東海村でした。その後日本全国に建設されました。

日本で一番電気を使用するのは東京ですが、東京湾にはついに１基もつくることはできませんでした。名古屋を中心とする伊勢湾、大阪・神戸のある大阪湾にもつくることはできませんでした。そして今、青森県六ケ所村に、１年をかけて原子力発電所が環境に放出する量の放射線を、１日ごとに放出してしまう再処理工場をつくろうとしています。昨年の事故が起こるまでは、さらに原子力発電所を新設しようという計画もありました。１つは下北半島の最北端の大間、もう１つは山口県の上関です。

次に、関東地方の**【地図５】**をご覧ください。色のついた範囲が東京電力が給電している範囲です。東京電力はたくさんの火力発電所を東京湾に建設しています。飛行機で羽田空港に向かう際に東京湾を見ると、湾のいたるところに火力発電所があることがわかります。これは当然のことで、電気を大量に使う地域の中に発電所を建てるのが一番効率がよいからです。

では、世界最大の原子力発電所の保有会社でもあり、世界最大の電力会社である東京電力の原子力発電所はどこにあるかというと、福島にあります。福島は東京電力の給電範囲とは無関係です。東北電力が給電の責任を負っている地域に、東京電力がわざわざ原子力発電所をつくり、そこから長い送電線を敷いて電気を送りつづけているのです。東京電力は福島以外にも原子力発電所を持っています。新潟県の柏崎刈羽原子力発電所です。ここには７基あり、

【地図４】

【地図５】

１カ所の原子力発電所としては世界最大です。新潟県も東京電力の給電範囲ではありません。

福島原発事故　現在進行中

さて、今も福島原発事故が進行中です。この**【写真６】**は、おそらく何度も目にされたことがあるものだと思います。

写真の上から下へまっすぐに延びている建物はタービンと発電機が入っているタービン建屋です。原子炉は、その左に建っています。一番上にあるのが１号機。爆発で建物が吹き飛び、上部が骨組みだけになっているのが見てとれます。その下にあるのが２号機です。建屋の姿はまだ残っていますので、２号機は無事だったと思われるかもしれませんが、政府の説明によると、この２号機こそが最大の破壊を受けています。さらに、その下にあるのが３号機です。写真で見る限るボロボロです。骨組みすらも崩れ落ちています。そして一番下にあるのが４号機です。これも骨組みだけの状態であることがわかりま

【写真６】

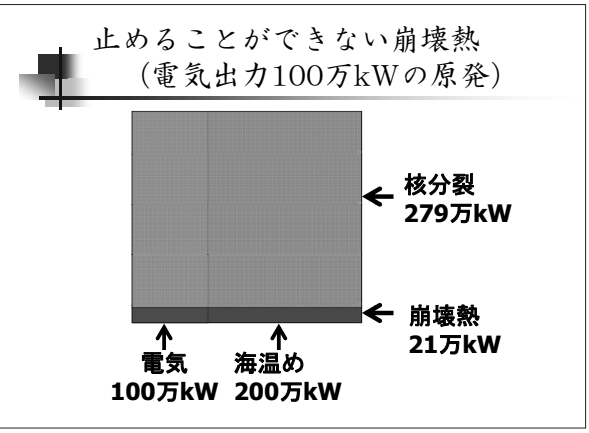
す。この４号機は他と比べて少し変わった壊れ方をしています。上部が壊れているだけでなく、下部にも穴が空いていることに注意してください。この４号機の壊れ方の意味するところは後で触れたいと思います。

止めることのできない崩壊熱

原子力発電所がなぜこのように壊れてしまったのか。原子力発電所という機械はいついかなるときも、冷やし続けないと壊れてしまうものです。先ほど私は、原子力発電所は性能の悪い蒸気機関だといいました。利用できる熱は３分の１しかないからです。

この【図７】をご覧ください。電気出力100万キロワットの原子力発電所では、全体で300万キロワットの熱をつくりますが、電気として使えるのは３分の１の100万キロワットにしか過ぎません。残りの３分の２は海に捨てています。日々、広島原爆の何発分ものエネルギーで海を暖めているのです。このことだけでも私は原子力をやめるべき理由になると考えています。

【図７】



この300万キロワットいう熱は、すべてウランが燃えて出ているのかというと、そうではありません。原子力発電所が稼働し発生する300万キロワットの熱のうち、ウランが核分裂してできる熱は279万キロワットです。残りの21万キロワットは、崩壊熱と呼ばれるものです。

原子力発電所でウランが核分裂を起こすと、核生成物が原子炉の中にできます。１年間で広島原爆1000発分以上の核分裂生成物、つまり放射性物質ができるということになります。２、３年もすれば数千発という放射性物質が原子炉の中にたまってしまいます。放射能とは放射線を出す能力を意味する言葉ですが、放射線というのはエネルギーの塊です。つまり放射性物質がここにあるというとは、そこからどんどん熱が出てくることを意味します。これが崩壊熱といわれるもので、放射線が出す崩壊熱は止めることはできません。

たとえば、自動車を時速50～60キロで運転中に、車に異常が発生したとしましょう。普通は急いでブレーキを踏み、停車しようとします。そしてエンジンを切るでしょう。ブレーキを踏んでから車が停止するまで何メートルかは走りつづけるでしょうが、必ず時速０キロになり、停車します。原子力発電所の場合、何か異常が起こったとき、原子炉に制御棒を入れウランの核分裂反応を止めること自体は、比較的簡単にできます。しかし、崩壊熱を止めることはできません。原子炉の中に放射性物質が入っている限り何をしても止めることはできないのです。車を運転中、異常に気づいてブレーキを踏みエンジンを止めても車自体は動きつづけるといった状態です。町中でも山の中の崖道でも走りつづけるしかありません。

21万キロワットいう発熱がどういうものか、想像していただけるでしょうか。おそらくみなさんのご自宅には、電熱器、電気ポット、電気ストーブといったものがあると思います。こうした電気製品の発熱量はせいぜい１キロワットです。そういうものが21万個原子炉の中にあり、止めることができず発熱しつづけるという状態です。

この崩壊熱を冷やさない限り、原子炉は壊れてしまいます。冷やすためにはどうするか。水をかけます。水を循環させて冷やしますが、そのためにはポンプが必要となります。ポンプを動かすためには電気が必要ですが、今回の事故ではこの電源がすべて

失われてしまいました。

巨大地震が起こってすぐ、制御棒を入れて運転自体は停止しました。したがって自分で発電することはできません。その場合には、外部から電気を供給することになっていたのですが、地震により送電線が全部壊れてしまっていました。このような事態が起きた場合、対処として、発電所内に何台も用意してある非常用のディーゼル発電機から電気を求めることになっていました。だから、どんな事態になっても原子力発電所の安全性は保たれるというのが、これまでの政府、電力会社の説明だったのです。ところが、津波によりディーゼル発電機と発電用の重油タンクも流されてしまい、こうしていっさいの電源を失ってしまって起こったのが今回の事故でした。

本日のこの会場で今、電気を消すと真っ暗になります。しかし、扉を明けて街の明かりを取り込めば何とか見えるくらいにまではなるでしょう。ところが、先ほどもお話したように、原子力発電所は周囲に何もないところにつくられており、真っ暗闇です。当然中央制御室もいっさいの電気を失い、真っ暗の中で対策に当たらなければなりませんでした。真っ暗なだけではありません。放射線も充満した中で作業しなければなりませんでした。作業員は何とか事故を収束させようとしました。防護服、防護マスクをつけ、懐中電灯の明かりをたよりに苦闘をつづけました。しかし、いかんせん何もできない。そして次々に原子炉建屋が爆発してしまう事態へと陥りました。

４号機の使用済燃料プールはどうなっているか

この【写真８】は３号機と４号機です。３号機は爆発により骨組みも吹き飛び、形すらとどめていません。４号機も大きく壊れていますが、壊れ方に少し違いがあります。３号機では、原子炉建屋の最上階、つまり２階に相当する部分だけが吹き飛んでいます。そして、その下の壁はまだ残っています。体育館のようなものを想像していただけるとわかりやすいかもしれませんが、原子炉建屋の構造は上部にものすごく高い空間をもつ、オペレーションフロアと呼ばれるところがあります。３号機で吹き飛んでいるのはその空間部分です。

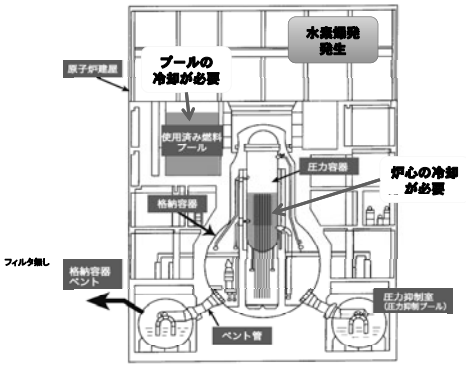
ところが４号機の壊れ方は違います。３号機同様上部のオペレーションフロア部分が吹き飛んだだけでなく、さらにその下の階の壁も吹き飛んでいます。これは何を意味するのか。

原子炉建屋の断面を表した【図９】を見てください。真ん中の繭のような構造物が原子炉圧力容器です。中にはウランがあり、ここで核分裂を反応させ熱を起こし、その蒸気で発電をしていました。事故により、下から制御棒を入れることでウランの核分裂反応は停止しました。しかし、崩壊熱が出つづけますので、圧力容器の水は沸騰しつづけ、ついにはなくなり、燃料棒がむき出しになって溶け落ちてしまいました。事故時、どんなことをしてでもこの炉心を冷やさなければならなかったのですが、水を送るポンプが電源を失ったため動かすことができなかったのです。

もう一つ重大な点があります。原子炉では圧力容器内でウランを燃やし、熱を出しつづけます。ところが、ある期間燃やしつづけるとウランは燃えなくなります。そして使用済燃料、つまり膨大な量の放射能の塊ができることになります。これまで、使用済燃料棒は格納容器から取り出され、隣の使用済燃料プールに移していました。この使用済燃料プール

【写真８】

【図９】



Mark-I 型格納容器

の底には大量の使用済燃料が貯まっています。もちろん、使用済燃料プールでも崩壊熱が出つづけているので、これも冷やさなければなりません。しかし、事故後、冷やすことができず、おそらくここでも何がしかの破壊が起きているのではないかと、私は考えています。

燃料内にはジルコニウムという金属が閉じ込められています。燃料が破壊されることにより、このジルコニウムが水と反応して大量の水素を発生させ、オペレーションフロアで爆発したのです。ところが、４号機の写真を見ると、下の階まで飛ばされ、穴が空いていることがわかります。使用済燃料プールが埋め込まれている階までが破壊されているのです。４号機の使用済燃料プールの底には1331体の使用済燃料が沈められていました。４号機の原子炉内には548体の燃料しか入りませんので、2.5倍に相当する使用済燃料つまり膨大な放射能の塊が、破壊された階のプールにあります。このプールが今後破壊されてしまうと、放射能を閉じこめるいっさいの防壁がない状態になり、大量の放射性物質が大気中に噴き出してしまうことになります。

2011年12月、野田首相は「事故収束宣言」を出しました。とんでもないことだと思います。今でもこの地域には大きなものから小さなものまで、多くの余震が起きています。４号機の使用済燃料プールが崩壊したら、もうおしまいです。そういう危機と隣り合わせで私たちは生活しているのです。

もちろん、東京電力はこの危機を認識しており、何としてでもこの４号機の使用済燃料プールを守らなければならないと、耐震補強工事を行いました。しかし、この現場には近づくことすらできない状況です。当然工事をゆっくり行うことはきでません。耐震補強工事がどこまでできているのか、非常に不安を感じています。

死んだ人はいないと言うけれど…

今後のことも大変ですが、これまでにも大変な被害が生まれています。原子力を推進する人たちの中には、「大変だと言うけれども、死んだやつはいないじゃないか。たいしたことじゃないよ」という人がいるそうです。驚くべき発言です。

こうした発言を行う人たちは、次の事実について何と答えるのか。ここに毎日新聞2011年４月26日付の記事があります。次のようなことが書かれています。

原子力発電所が立地している大熊町に双葉病院という大きな病院がありました。発電所から約４キロ離れたところです。事故直前まで病院には約400人の患者が入院していました。事故により原子炉が次々に爆発し、放射線量が上がっていき、もう逃げるしかないという状況でした。病院関係者たちは入院患者を、ベッドあるいはストレッチャーに乗せたまま、車に乗せて何とか避難させようとしました。しかし、逃げる途中たくさんの患者が死亡してしまいました。また、連れ出すことができない患者は病院に置き去りにするしかなかったのです。この病院だけで45人が死亡したということです。おそらくこういったことは別の場所でもあったのではないでしょうか。

また、ある酪農家は牛舎に「原発さえなかったら」と書き残して自死しました。自分の畑でつくったキャベツが放射線まみれになってしまった農民は、そのキャベツ畑でやはり自死しました。さらに、避難所ではたくさんのお年寄りが亡くなっています。

死んだのは人間だけではありません。政府は事故直後、周辺３キロメートルに住む人たちに避難指示を出しました。万一のことを考え、バスを差し向け避難所に避難してくださいと指示しました。住民は指示に従い避難しました。しばらくして政府は、今度は10キロメートルに住む住民にも避難を勧告し、さらには、20キロメートルの住民にも避難指示を出しました。住民の多くは、この避難はあくまでも万一のことを考えた一時的な避難だと考えていました。住民の中には酪農家もいましたが、みんな家畜などはおいて逃げたのです。政府は、最後には30キロメートルの住民に対して自主避難しろと言い出しました。

酪農家にとって牛は家族です。１頭１頭に名前がついています。朝起きると牛の名前を呼び、体をさすり食事を与えます。一緒に生活してきた生き物です。放置してきてしまったことがいたたまれなくなり、なかには防護服を着けて牛に餌をやるために戻った酪農家もいますが、ほとんどの牛たちは牛舎に閉じこめられたままです。逃げることもできず、次々と死んでいきました。もちろん、牛だけではありません。馬も囲われたまま死んでいきました。犬や猫などのペットもそうです。

いったい彼らにどんな罪があったというのでしょ

うか。原子力発電の建設の決定、事故の発生について何の関係もない生き物たちが、なぜこのように死んでいかなければならないのでしょうか。

原子力発電所があった双葉町には、こんな巨大な看板があります。「原子力、明るい未来、エネルギー」。裏にはこう書かれてあります。「原子力、正しい理解で豊かな暮らし」。原子力は危険だと主張する連中がいるが、そんなやつの言い分に耳を貸してはいけない。国も東京電力も原子力は絶対安全だと言っているのだ。その言い分を正しく理解したら、町には山ほどお金が落ちてくる。それで豊かな暮らしをしようではないか。そういってこの町は生きてきたのです。ところが、事故は起きてしまい、この町は無人になりました。取り残されたペットたちと、囲いから逃げ出した牛たちがさ迷っているだけです。

こういったペットたち、牛たちは汚染地帯にいるので、放射線で汚れています。そんな生き物が外に出てきては困ると、政府は殺りくするよう指示を出しています。実に人間とは、愚かといいますか、残酷、無情な生き物だと痛感いたします。

日本は法治国家か

さて、今回の事故で放出された放射線はどれだけの量になるのでしょうか。

政府がＩＡＥＡ（国際原子力機関）に報告した報告書があります。その内容を【図10】で示しました。核分裂生成物の中で一番危険なセシウム137が大気中に放出された量です。左下の小さな四角は、広島原爆が大気中に放出したセシウム137の量です。これに対し、福島第１原子力発電１号機が大気中にばらまいたセシウム137の量は、その６～７発分です。２号機は、さきほど見ていただいた写真では建屋がまだ残っているかのようでしたが、この２号機こそがもっとも多くセシウム137を放出しています。３号機もこれだけの量を放出しています。大気中に放出された量を全部合わせると、広島原爆の170発分に相当します。

しかし、これらの値は日本の政府が公表しているものです。私はこの数字は過小評価だと考えています。日本政府は今回の事故を起こした最大の犯罪者です。犯罪者が自らの罪を重く申告するはずがありません。なるべく小さく申告するものです。

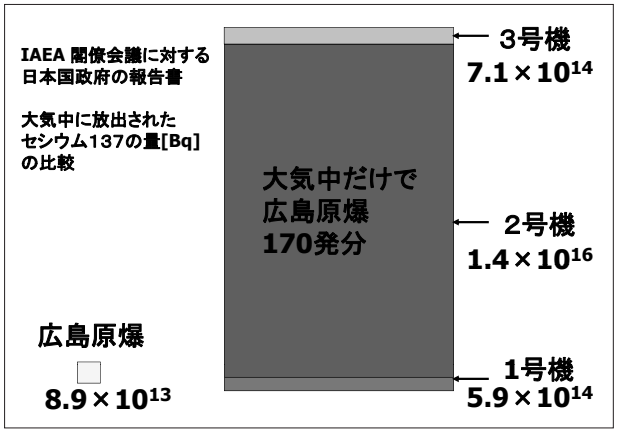
世界各国の研究者が様々な放出量の数値を出していますが、政府の言うような小さな数値を出している研究者はいません。ほとんどの研究者はこの２倍から３倍と算出しています。つまり広島原爆がばらまいたセシウム137の数百発分を、すでに大気中にばらまいてしまったということになります。これとは別に、おそらく同量の放射性物質を海にも放出してしまっています。

これだけの放射性物質をばらまいて今どんな状況になっているか、政府が公表している数値が、次の【図11】です。

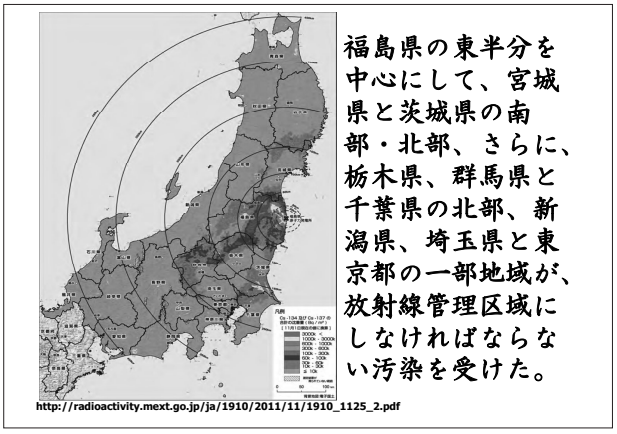
ところで、私は京都大学の原子力実験所で働いています。京都大学といっても、実験所は京都にはなく大阪府泉南郡熊取町というところ、和歌山との県境近くにあります。なぜそんなところにあるかというと、ここには小さな実験用の原子炉があり、原子炉は人が多く住んでいる地域につくってはならないという決まりがあるからです。ほぼ50年前のことで当時はここは過疎地でした。

私は法令で放射線業務従事者との認定を受け、実験所で放射線を扱う仕事をしています。一般の人は年間１ミリシーベルトを超える被曝をしてはいけな

【図10】



【図11】



い、させてはいけないと法律で定められています。これに対し、私のような放射線業務従事者はその20倍、年間20ミリシーベルトまでの被曝を認められています。

仕事柄どうしても放射線を扱うことがあります。そのときは実験所内にある放射線管理区域と呼ばれるところに入ります。みなさんが放射線管理区域に接する場は唯一病院だと思います。Ｘ線撮影室、ＣＴ撮影室です。病院のそういう場所を想像してください。入口には「関係者以外立ち入りを禁ずる」という張り紙があります。あるいは妊娠の可能性のある方は必ず医者に知らせるよう注意書きがあります。

いったん放射線管理区域に入ると、わたしは水を飲むことも食べ物を口にすることも許されません。寝ることも許されません。子どもを連れて入るなんてもってのほかです。仕事を終え、外に出るときも簡単ではありません。放射線を使う仕事をしたわけですから、着ている実験着、持ち込んだ実験道具、場合によっては私自身の手が汚れているかもしれません。汚れた状態で外に出てしまうと、一般の人を被曝させてしまうことになります。したがって、放射線管理区域から出るときは、汚れていないことを測定することが法律で決められています。そのときの基準は１平方メートル当たり４万ベクレルです。

さて、先ほど示した**【図11】**の青い範囲は１平方メートル当たり６万～10万ベクレル、くすんだ緑の範囲は３万～６万ベクレルに汚染されていることを意味します。大地そのものが汚れているのです。これまでの日本の法律を適用すれば、福島県東半分を中心にして、宮城県と茨城県の南部･北部、さらに、栃木県、群馬県と千葉県の北部、新潟県、埼玉県と東京都の一部地域を、放射線管理区域にしなければならないほどの汚染を受けたということがわかります。法律に照らせば無人にしなければならない、放棄しなければならないほどの汚染です。

日本は法治国家です。法律を守るのは国家の最低限の義務です。一般の人は年間１ミリシーベルトを超える被曝をしてはいけないという法律があります。管理区域から出るときには、１平方メートル当たり４万ベクレル超のものは外に持ち出してはいけないという法律もあるのです。仮に私がその法律をやぶりだれかを被曝させたら、私は処罰されます。しかし、政府は膨大な区域を放射線管理区域以上に汚してしまったにもかかわらず、事故後これらの法律を反故にしてしまいました。

チャップリンという映画監督がいます。たくさんのすぐれた作品を残してくれました。その中に「殺人狂時代」があります。映画の中でチャップリン演じる主人公はこう言っています。「一人殺せば、悪党。百万人殺せば、英雄」。今の政府はもちろん英雄ではありませんが、何の責任もとらず、これからも原子力発電を推進する方針を打ち出している。実にたいへんな時代になったと思います。

遺伝情報への被害

放射線は私たち生き物からすれば、とてつもなく手ごわい相手です。

地球には70億人の人間がいますが、誰一人として同じ人間はいません。１人ひとりの遺伝情報が異なるからです。人間の体は60兆個の細胞でできているそうです。１人の人間のどの細胞を切り取ってみても、その遺伝情報、ＤＮＡは同じです。その遺伝情報が、たとえば私の中で正確に複成されているから私という人間は生きていられるのです。一番の始まりは万能細胞と呼ばれるたった１つの細胞です。父親の精子と母親の卵子とが合体して生まれた、たった１つの細胞です。このたった１つの細胞が細胞分裂で２つになり、それがまた４つになるというように、遺伝情報を正確に複成していくことで、生き物の体が形成されていきます。命というのは実に不思議なものだと思います。

命をつくっている遺伝情報は、分子つまり水素、酸素、炭素がお互い結びついて成り立ち、遺伝情報を維持しています。それらの分子が結合しているエネルギーはどれほどのものかといいますと、数ｅＶ（エレクトロンボルト）です。ｅＶとは非常に微小なエネルギー単位です。この測定することすら難しいエネルギーで、地球上のすべての生き物の命が支えられているのです。

これに対して、放射線のエネルギーとはどれほどのものか。たとえば病院で受けるＸ線撮影のエネルギーは10万ｅＶです。Ｘ線撮影はたしかに便利です。どこの骨が折れているのか、どこにがん細胞があるのかが判明します。しかし、撮影時に私たちは被曝をすることになります。遺伝情報の数万倍のエネルギーが体内を突き抜けていき、その人の遺伝情報はずたずたにされてしまうことになります。したがって、医療のための被曝でさえ、私はどうしても必要

なとき以外はすべきではないと考えています。

先ほど紹介したセシウム137はガンマ線というエネルギーを出しますが、そのエネルギーは66万1000ｅＶです。遺伝情報を維持しているエネルギーの数十万倍ということになります。これを大量に浴びれば死んでしまう、あるいは死なないまでもやけどをしたり、髪の毛が抜けたりします。吐き気がしたり下痢をすることもあります。

専門家の結論―どんなに微量な被曝でも危険である

では、このガンマ線を大量に浴びなかったら安全かというと、そんなことはありません。大量に浴びて人間の細胞が死んでしまえば、その人間自身も死んでしまいます。細胞が死なない程度の被曝だとしても、遺伝情報は傷を負い、その状態で複製され続けることになります。そして長い研究の結果、傷つけられた遺伝情報からがん・白血病になる可能性があることがわかってきました。

ここに１つの報告書があります。ＢＥＩＲ―Ⅶ報告です。ＢＥＩＲとは米国科学アカデミー研究審議会の「電離放射線の影響に関する委員会（Committee on the Biological Effects of Ionizing Radiation）」の略です。ＢＥＩＲは長期間、放射線の被曝の影響を研究しています。この委員会が2005年に公表した７回目の報告では、次のように記載しています。

「利用できる生物学的、生物物理学的なデータを総合的に検討した結果、委員会が以下の結論に達した。被曝のリスクは低線量に至るまで直線的に存在し続け、しきい値はない。」

たいへん明確な結論です。しきい値がないとは、これ以下であれば安全だという値がないという意味です。放射線に関する限り、しきい値なんてものはない、被曝とはどんなに微量でも危険だというのが、ＢＥＩＲの結論です。これが現在の学問の到達点です。

ＢＥＩＲだけではありません。被曝の影響を研究してきた世界中の研究者、研究機関は一致してこの結論を支持しています。日本政府はＩＣＲＰ（国際放射線防護委員会）の勧告にしたがっていますが、ＩＣＲＰもどんなに微量であっても危険があると明言しています。政府あるいは原子力を推進している人の中には、100ミリシーベルト以下であれば影響はない、安全だと発言する人がいますが、これはとんでもないことです。疫学に限っていえば、危険だという確たる証拠はないというのは本当ですが、生物学的、生物物理学的データを総合的に検討すれば、どんな微量でも危険であるというのが学者の一致した見解です。

ではそれはどれくらい危険なのか。次の【表12】は被曝基準と、予想されるがん死の発生率を表したものです。先ほど私は、平常時一般の人びとは１年間に１ミリシーベルトを超えてはならないという法律があるといいました。しかしこの基準は安全量なのか。安全というわけではありません。2500人の１人ががん死することになります。これは裏を返せば、2499人は被害を被らないということになります。それくらいの発生率なら我慢をするしかないというのが、年間１ミリシーベルトという基準です。私のような放射線業務従事者は、年間20ミリシーベルトが基準ですが、125人に１人がいずれがんで死んでしまいます。

今回の事故で事故収束にあたっている労働者については、事故収束作業１回につき上限を250ミリシーベルトにすると、政府が基準を見直しました。この場合、10人に１人ががんで死ぬことになります。10人に９人は助かるからいいのだという判断をしたのです。

先ほど地図を示し、広大な汚染地があることを説明しました。政府が避難させたのは、年間20ミリシーベルトを超える地域の住民です。つまり私のような放射線業務従事者という特殊な職業に就く人間よりも多く被曝をしてしまうような地域の住民は、避難させると決めたのです。逆に言うと、19.9ミリシーベルトまでなら住んでもいいといっていることになります。そういった地域に住み続けるとどうなる

【表12】

基準と予想されるガン死の発生率
（原子力推進派の危険度を使うなら、被害は4分の1になる。）

		基準	ガン死の発生率
平常時	一般の人々	1mSv/y	2500人に1人
	放射線業務従事者	20mSv/y	125人に1人
事故時	福島事故（労働者）	250mSv/1回	10人に1人
	避難指示（子どもを含む）	20mSv/y	31人に1人（子どもの場合）

政策解説資料

か。子どもの場合、31人に１人が将来がんで死ぬ運命を負わなければならなくなります。

放射線被曝に関して、安全ということはありません。どこまでなら大丈夫だということもありません。どこまでなら私たちは受け入れなくてはならないのか。それが今問われているのだと思います。

本当の被害の大きさ

福島の人たちは大変です。そこに居続ければ被曝をしてしまいます。どこかに避難すればすむのか、という問題ではありません。みんな生活を抱えています。その土地で長い年月を生きてきているのです。それらを捨ててどこかに避難すれば、まず仕事を失うことになり、生活が崩壊してしまう可能性があります。

家族全員が避難するという選択はあまりにも代償が大きいので、母親と子どもだけが避難をし、父親だけが汚染地に残って仕事を続けるという家族はたくさんあります。多くの苦難を背負わなければ避難はできません。残れば健康被害を被る可能性が高くなる。どちらを選べばいいのかわからないという中で、今も福島の人たちは苦しんでいるのです。

いったいこの事故による被害の大きさはどれだけなのでしょうか。

まず、膨大な土地が失われます。福島県を中心にして、東北地方、関東地方の広大な土地が失われてしまうのです。会場のみなさんの中にも土地を所有されている方がおられると思います。その土地は売却することができます。買った人はその土地を使える。しかし、汚染した土地については、かりに政府が買い取ったとしても、何かに使うことはできません。放棄するしかないのです。政府はこれだけの広大な土地を放棄するわけにはいかないと、ごくごく一部の人だけに避難することを認めることにしたのです。

取り残された人びとは、その地で生活し被曝し続けるしかありません。この地域では今も農業、酪農、林業に携わっている人がいます。その生産物は流通機構に乗って各地に出回っています。京都でも福島県産の野菜、牛肉が流通しているはずです。みなさんはそれを見たらどうされますか。放射線で汚れているものは食べたくないと思うでしょう。私だってそう思います。福島県の生産物を避けるようになり、県の１次産業は崩壊していくことになります。当然それに伴い、たくさんの生活も崩壊してしまいます。

こういった被害をどのように金銭に換算して賠償しようというのでしょうか。どうしていいか、私にはわかりません。事故を起こした最大の責任は東京電力にあります。東京電力といえば日本最大の企業といってもいいでしょう。日本の経済界に君臨し、政治家やマスコミに金をばらまき、それらを操って原子力発電所は絶対に安全だと言い続けてきた巨大企業です。私は何としてもこの東京電力に責任をとらせたいと思っています。しかし、これだけの被害の責任をとらせようにもできません。この会社が何回倒産したってあがない切れるものではないからです。

今政府はその賠償を肩代わりして何とか東京電力を立て直そうとしていますが、本来日本という国家が倒産してもあがない切れるような被害でもないのです。にもかかわらず、いまだに政府は原子力を進めるといっており、経団連のトップは、原子力をやめたら日本の企業は弱体化する。早く再稼働させろと言っています。あきれた状況と言うしかありません。

世界は変わってしまいました。私は先ほど、放射線管理区域で仕事をしていると言いました。ここには放射線があります。たしかに被曝する場所があります。しかし管理区域のほとんどの場所はきれいなのです。床に寝ても汚れないくらいきれいにしています。

先ほど地図をご覧いただいたように、汚染地では大地そのものが汚れてしまいました。人びとが生活している場所が、放射線管理区域以上に汚れてしまっているのです。土地も食べ物も、がれきも下水の汚泥も、すべてが放射性物質になってしまったのです。放射線で汚れた世界で生きるしかありません。他に選択肢はありません。時間を戻すことはできないのです。あと残されているのは、こんな事態を許した大人として、これからどう生きるのかという選択だろうと思います。

圧力容器内で溶け落ちる炉心

最後に、これからどうなるか、ということについてもお話したいと思います。

これは昨年暮れ、毎日新聞に掲載された１号機の

模式図です（**【図13】**）。いま現在このような状態になっています。真ん中の繭のような形のものが圧力容器です。その中にあったウランはすでに溶け落ちています。圧力容器の中のウランは瀬戸物の形にやきかためられています。茶わんなどの瀬戸物を熱して溶かすことができないように、ウランの瀬戸物も2800度を超えないと溶けることはありません。しかし現実には冷やすことができず溶けてしまいました。そしてこの中にはウランが約100トンあったのです。100トンという重さを想像できますか。10トンダンプ10台分です。これがすべて溶け落ちたのです。

溶け落ちた先は鋼鉄製の圧力容器です。厚さが16センチあると先ほど言いましたが、鋼鉄は1500度で溶けてしまいます。2800度を超えた100トンもの瀬戸物が落ちてくれば、そこには当然穴が空き、下に落ちてしまうことになるでしょう。落ちる先は格納容器という放射線を閉じこめる最後の防壁です。格納容器も鋼鉄製ですが厚さが３センチしかありません。当然ここにも簡単に穴が空くだろうと予想されます。格納容器の下は厚さ１メートルのコンクリートの床張りになっています。

東京電力の説明によると、厚さ１メートルの床張りのうち、すでに70センチは壊されているが、あと30センチあるから大丈夫だとしています。マスコミはその説明をまことしやかに報道しました。私はそのニュースを聞いて思いました。「冗談じゃない。お前はそれを自分の目で見て確認してきたのか」と。到底、見ることなんてできません。近寄ることすらできず、測定器もないのです。もとからあった測定器は次々と故障している状態なのです。

東京電力の説明によると、計算して安全を確認したということですが、計算なんて条件が少し変われば結果が違ってくるものです。床張りはまだ30センチ残っているとしています。場合によっては50センチ残っているかもしれませんが、もしかしたらすでに突き抜けているかもしれないのです。突き抜けていれば、もう放射線を閉じこめる防壁はありません。私は原子炉建屋の周りに、地下深く穴を掘り、そこに防壁を張りめぐらせる必要があると、昨年５月から主張していますが、国も東京電力もやる気配はまったくありません。

もう一つの問題は、使用済燃料プールです。これが崩壊する可能性がある。そういう危機的な状態がいま現在も続いているのです。政府の事故収束宣言なんて、まったく根拠のないものだということがおわかりいただけるでしょう。

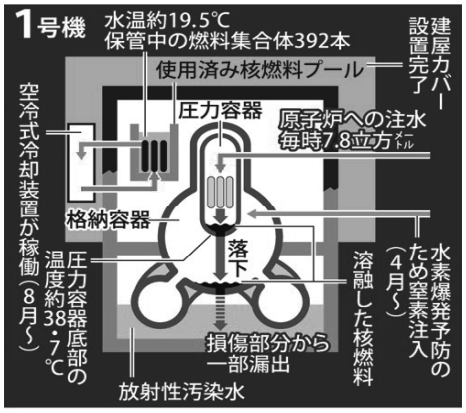
石棺と核の墓場

これは、1986年４月26日に事故が起きた、旧ソ連のチェルノブイリ原子力発電所の**【写真14】**です。あちこちボロボロになっているのがわかります。原子炉建屋の隣のタービン建屋に巨大な穴が空いているのは福島の事故そっくりといえます。事故によりここから大量の放射線が放出し、大勢の人びとが被曝しました。

そこで、何とかこれを封印しなければならないと、原子炉全体をおおう石の棺をつくることになりました。何十万人もの労働者、軍人が駆り出され、被曝作業をして放射線を閉じこめる石棺を完成させました。ところがそれから25年が経ち、建設した石棺がボロボロになってきています。そこで、さらにその外側に第二石棺を作る作業が進められています。

チェルノブイリ原発では事故収束のためにもう一つのことを行っています。事故とその後の石棺工事のために大量の汚染物が生まれました。それをどう

【図13】



【写真14】

処理したかといいますと、発電所近くに核の墓場をつくったのです。軍用ヘリコプター、軍用車両などが集められ捨てられています。

日本もこれからこの問題に直面することになります。壊れた原子炉をどう処理するのか、これから何十年何百年と続く、たいへん困難な仕事が待っているのです。

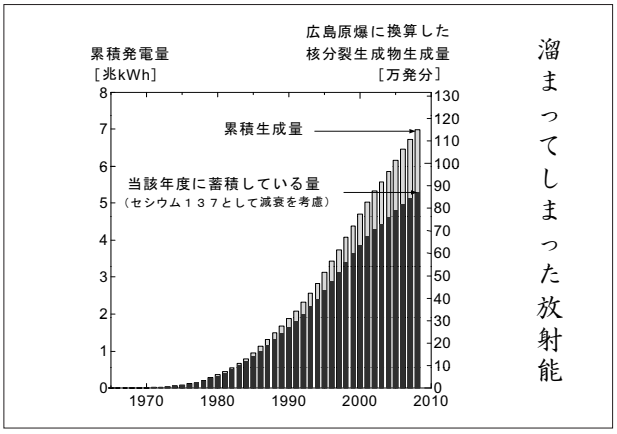
事故がなくても悲惨な原子力

今お話してきたように、原子力というのは、事故になればたいへん悲惨な状況を生み出します。しかし、事故にならなくても原子力は途方もなく悲惨なものなのです。

人間は核分裂生成物などの放射性物質をつくることができるようになりました。しかし、人類はそれを消す力を持っていないのです。例え事故が起きなくても、つくった核分裂生成物は消えることがありません。100万年にわたってどこかに閉じこめなければならないのです。

いったい日本ではどれだけの放射性物質をつくってしまったかを表したのが、次の【図15】です。日本では1966年から原子力発電を始め、以後今日まで四十数年発電してきました。発電量の累積を左の軸で示しています。約７兆キロワットアワーです。これはすごい量です。これだけの電気を起こしたということは、これだけのウランを燃やしたということでもあり、これだけの核分裂生成物をつくったということです。その量を右の軸で示しています。110万発となっていますが、これは広島原爆に換算した核分裂生成物の量です。広島原爆がばらまいた放射線の１発分だけでも恐ろしいのに、私たちは豊かな生活をするために、すでに110万発分の放射性物質をつくってしまっているのです。

【図15】



高レベル廃物の隔離処分

この放射性物質は消すことができません。ではどうするか、いろいろな方法が考えられてきました。

一番はじめに考えられたのは宇宙処分です。ロケットに乗せて宇宙に捨ててしまおうという案です。しかし、ロケットはときどき失敗します。もしそうなったら大変なことになるということで、実現しませんでした。次に考えられたのが海洋底処分です。でもこれも失敗時の被害の大きさを理由に、国際条約で禁止されました。次の案は氷床処分です。南極に運んで氷の上に置いてこようという方法です。放射性物質の塊は崩壊熱を発熱する塊ですから、南極に置くと氷を溶かしながら沈んでいきます。最後には南極の大地に到達するけれども、その頃には上には氷が張り、閉じこめてくれるという考えです。しかし、この案も国際条約で禁止されました。今後人類が南極を開発することがあるかもしれない。そんなとき、放射性物質のごみがあればそれができなくなるという理由からです。

ということで今、日本は地層処分を行おうとしています。日本のどこかに深い穴を掘って埋めるという計画です。掘る穴の深さは300メートルから1000メートルということですが、深いとはとても言えません。日本は世界一の地震国です。毎日のようにどこかで地震が起きています。その地震の震源地は深さ何キロ、何十キロのところにあって、岩盤を割って地表に現れるということもあるのです。300メートルから1000メートルなんて薄皮の表面でしかなく、100万年間地震のない地域なんて日本には存在しません。それを日本政府は行おうとしているのですが、一方でどの地域の自治体もそれを引き受けることにおよび腰となっており、最近になって国内ではなくモンゴルに埋めようという案も出てきています。本当にこの国は恥ずかしいことばかりしていると思います。

会社と国家という組織の長さ

さて、広島原爆の110万発分もの放射性物質をつくったのは電力会社です。電力会社は巨大企業です。しかし、電力会社はいずれも戦後になってできたものです。現在の９電力会社ができたのが1951年です

から、まだ61年の歴史しかありません。日本初の電力会社である東京電灯にしても、創立は1886年ですから、それから数えても126年です。われわれは電気がある生活が当たり前と考えていますが、100年前まで日本には電気は存在しなかったのです。

現在、青森県六ケ所村に低レベル放射性廃物を埋蔵する施設があります。政府はこの施設で今後300年間これを管理しなければならないとしています。どうでしょうか。300年後まで管理することは可能でしょうか。そのときには私は死んでいますし、会場のみなさんも死んでいます。東京電力も関西電力もおそらくなくなっているでしょう。民主党や自民党もありません。300年後の日本がどうなっているかなんて誰も想像できないのです。

一方、300年前のことだったら調べればわかります。およそ300年前の1702年、この年には忠臣蔵の討ち入りがありました。もちろん電気なんかない時代です。忠臣蔵の時代の人たちが、300年後には人々がこのような生活をしているなんて想像できるはずがありません。同じように今の私たちが300年後を想像できるはずもないのです。

政府も、いくら大企業といえど、１会社である電力会社に300年間、責任を負う能力はないと判断し、最終的には国が責任を持つとしました。でも、国も責任がとれるのでしょうか。

明治維新からまだ144年しか経っていません。現在世界を一極支配しているアメリカですら、まだ236年しか経っていません。国家なんてこのくらいの歴史しかないのです。それなのに300年後までの責任をとるなんてことがどうして言えるのでしょうか。

私たちの世代が、原子力を進め、それが生み出したごみ（高レベル放射性廃物）を、この先100万年まで管理していかなくてはならない。まったく正気の沙汰とは思えないようなことが現在も進められているのです。

原子力をやめても停電しない

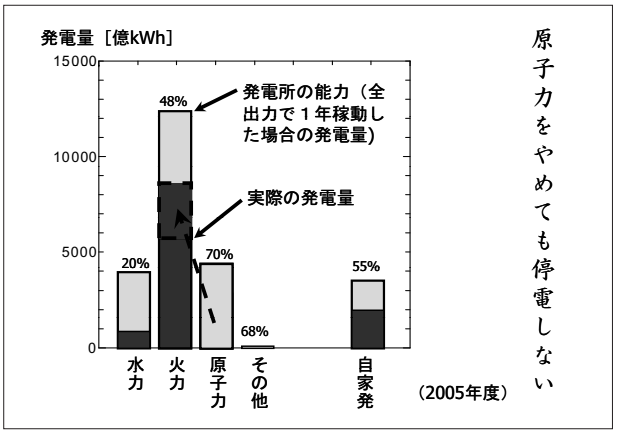
最後に原子力をやめてもまったく困らないということをお話します。みなさんは、原子力をやめたら電力が足りない状態で暮らさなければならないと脅かされています。停電はいやだから、仕方なく原子力発電の稼働もやむを得ないと思われている方もおられるかもしれません。しかし、実際には電力が足りないということは全然ありません。

【図16】をご覧ください。５本の帯があります。一番右が電力会社ではない大企業の自家発電の量で、左の４本は電力会社の発電量です。水力、火力、原子力、その他に分け、１年間フル稼働したらどれだけ電力を起こせるかを示しています。現実にはフル稼働しているわけではなく、発電所の能力に比して、水力は20％、火力は48％、原子力は70％です。

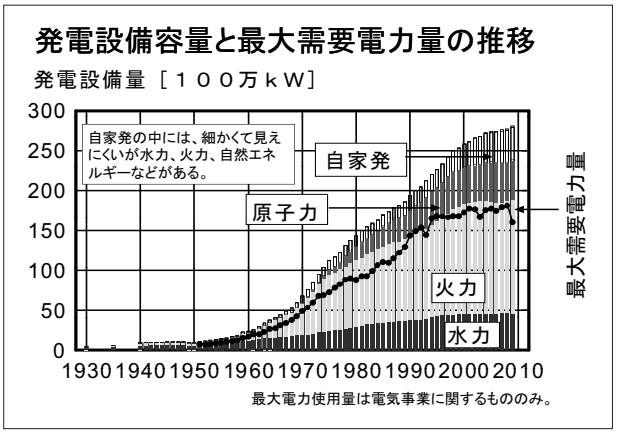
原子力で発電した電力量は、全体の３割を占めています。しかし、この３割がなければ困るかというと、そんなことはありません。火力発電で十分代替できます。私がこう言うと、国と電力会社はこう反論します。「それは１年を平均した数字である。電気というのは貯めておくことができない。一番たくさん使うときに合わせて発電所がいるのだ。そのためには原子力発電所がないと電気は足りないのだ」

しかし、この反論も嘘です。次の**【図17】**を見てください。発電設備容量と最大需要電力量の推移を1930年から示したものです。丸い点が最大需要電力量（日本で一番たくさん電気を使ったときの量）です。これを見ると、過去どの時期においても、火力

【図16】



【図17】



と水力だけで間に合っていたことがわかります。1990年代中頃の一時期、わずかに足りないときがありますが、このときでさえ自家発電所から融通してもらえれば足りるのです。まして、この最大需要電力量とは、真夏の数日の午後の数時間のことです。困るというのなら工場の生産調整をすればすむ話でしょう。もちろん、節電することは大事なことです。しかし、原子力がないと停電するかもしれないなどと心配することは何もないのです。

この**【写真18】**は、人工衛星から夜の地球を見たものです。日本がどこにあるかおわかりいただけると思います。不夜城のように浮かび上がっているのが日本です。こんな状況が本当に必要なのでしょうか。こういう状況が豊かに生きることで、幸せなことなのでしょうか。こうした生活を考え直さなければならない。そのためにも今原子力と向き合う必要がある。不幸にして福島の事故が起きました。せめて今、私たちにできることはここから教訓をくみ取ることではないでしょうか。私は原子力は即刻、全廃すべきものだと考えています。

【写真18】

【質問】

除染に意味があるのですか。がれき処理について他の自治体は協力すべきなのでしょうか。

【小出】

まず一つ目。除染に意味があるのかということですが、除染なんてできません。「除染」というと汚れを除くという意味で理解されているかと思いますが、汚れは消えません。汚れを移動させることができるだけです。つまり「移染」ならできると思います。

私は事故以来ずっと除染、正確にいうと移染の重要性を主張してきました。私が求めた除染＝移染とは、子どもたちのいる場所の汚れだけは除かなければいけないという意味です。子どもが過ごす場所、つまり学校の校庭、幼稚園の園庭、地域の公園などの土だけは絶対に除かなければならない。土の表面５センチ分だけを取り除けば放射線の９割を取り除くことができます。それだけはやってほしいと言い続けています。

ところがこういう問題があります。郡山市では学校の土をはぎ取りました。そしてはぎ取った土を市の処分場に捨てに行こうとしたら、処分場周辺の住民が反対したのです。そのため土は校庭に逆戻りせざるを得なくなりました。しかしそれでも、子どもたちを守るためにやらなければならないことだと思います。

さきほど見ていただいたように、チェルノブイリでは核のごみ捨て場をつくりました。日本でもどこかに核のごみ捨て場をつくらなければならないと考えています。今、政府は双葉郡にそれを作りたいと考えていますが、その前にやらなければならないことがあります。今の汚染の正体は、もとは東京電力の福島第一原子力発電所の原子炉の中にあったものです。東京電力のれっきとした所有物なのですから東京電力にお返しするのが筋なのです。一番いいのは福島原子力発電所の敷地内に返すことですが、今はとてもそんな余裕はありません。それなら東京電力の本社に返してはどうでしょう。まず会長室を放射性物質のごみで埋め尽くす。次に社長室を埋め尽くす。重役室を埋め尽くす。そうしてまず本社ビル全体を埋め尽くすということをやるべきだと思います。それでも足りないときはどうするか。東京電力福島第二原子力発電所には広大な敷地があります。これだけの被害を出したのだから最後まで責任をと

らさなければならない。核のごみで福島第二原子力発電所を埋め尽くすことをやらねばなりません。それでも足りないという段階で、双葉郡に頭を下げてお願いするしかないと思います。

考えてください。全部が汚れているのです。田んぼ、畑、道路、山、林すべてです。それらすべての汚れを取り除くことなんて、できるはずがありません。政府は除染が進めば人びとが再び地域に戻れるかのような幻想を与えていますが、とんでもないことだと思います。政府がやるべきことは避難している人たちに対して、もう戻れないことをきっちり説明、お詫びし、彼らの生活を補償していくことだと思います。

がれきの問題は非常に難しい問題です。政府がやろうとしていることは、福島、宮城、岩手の膨大ながれきを、全国各地の焼却施設で処理しろということです。焼けばたいへんな量の放射性物質である焼却灰が発生することになりますが、各自治体がそれぞれ処分するよう指示しています。これは、放射性物質を取り扱うときの原則、隔離して閉じこめるという原則に決定的に反しています。そんなことは決してやってはいけない。現在、東京都はそれを行い、静岡県島田市が続こうとしています。政府は全国の自治体へも受け入れるようお願いしていますが、絶対やってはいけないことです。

原子力研究の場にいたものとして、これからやらなければならないと考えていることは何かというと、とにかく子どもを被曝から守る、ということです。今子どもと言いましたが、このなかには、たとえば京都の子どもたちも含まれます。大阪の子どもも東京の子どもも含まれています。そしてもちろん福島を中心とする被曝地の子どもたちも含まれています。この子どもたちも守らなければならない。子どもたち全体の被曝をどうすれば減らせるかというのが、わたしの一番の課題です。

いま現在、膨大ながれきが放置されているために、汚染地の子どもたちは被曝し続けているのです。私は何より、それぞれの汚染地に専用の焼却施設をつくりそこで焼却することが原則だと考えています。しかし政府は何もしようとしません。そういう状況であるなら、全国の自治体で引き受けるしか仕方がないと思います。これについてはみなさんの中には批判もあろうかと思います。

しかし、各自治体が引き受ける際、私は次の２つの前提条件が必要だと考えています。１つは現有の焼却施設で焼却してはいけない。これら焼却施設は放射性物質を焼却することに何の配慮もされていない施設ですので、そんなところで焼却すれば大量の放射能をばらまくことになります。したがって、放射性物質を捕捉できるフィルターを設置することが１つ目の条件です。

２番目の条件は、焼却灰を東京電力に返すことです。現在はそれぞれの自治体が各自で処分することになっていますが、そんなことをしてはいけません。これまで焼却灰はコンクリートの材料に使われてきました。先ほども見たように、福島第一原子力発電所ではこれから石棺をつくらなければならないことになるでしょう。そのためには膨大なコンクリートが必要となります。その焼却灰は、その材料に使用することができると考えています。

このふたつの条件がクリアできるのなら、各自治体で受け入れてほしいというのが、私の考えです。言い換えれば、この２つが充たされない限り引き受けてはいけないのです。

協会だより（定例理事会要録から）

2011年度(平成23年度)第21回　2012年４月10日

Ⅰ．各部会よりの文書報告の確認

【総務部会】

１．前回理事会（３月27日）要録と決定事項の確認

２．週間行事予定表の確認（増田副理事長）

【経営部会】

１．経営相談室（３月28日）状況

２．「保険医年金」営業員研修会出席状況

【医療安全対策部会】

１．第279回関西医事法研究会（３月24日）状況

【政策部会】

１．出版編集会議（３月22日）状況

２．第23回環境ハイキング「都の鬼門・比叡山麓の自然・歴史探訪」（４月１日）状況

【保険部会】

１．小児科診療内容向上会（３月31日）状況

２．『社会保険診療提要』第１次編集作業（４月２日）状況

３．京都府理学療法士会「診療報酬ならびに介護報酬同時改定に関する学習会」（４月７日）状況

Ⅱ．確認・承認事項

【総務部会】

１．総務部会（４月３日）状況確認の件

２．2011年度２月分収支月計表報告状況確認の件

３．３月度会員増減状況確認の件

４．会員入退会及び異動（３月27日～４月10日）に関する承認の件

【経営部会】

１．経営部会（４月３日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

１．京都府医師会との懇談（３月26日）状況確認の件

２．医療安全対策部会（４月３日）状況確認の件

【政策部会】

１．政策部会（４月３日）状況確認の件

２．京都保険医新聞（第2817号）合評の件

【保険部会】

１．保険部会（４月３日・６日）状況確認の件

Ⅲ．開催・出席確認事項

【総務部会】

１．ジャズを楽しむ会開催の件

【経営部会】

１．第一生命「保険医年金」営業員研修会講師派遣の件

【政策部会】

１．医療制度改革に関する学習会講師派遣の件

２．第39回医療研究全国集会ｉｎ京都第３回現地実行委員会出席の件

３．「許すな！消費税の大増税、税と社会保障の一体改革に反対する4.22京都府民大集会」出席の件

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

１．2012年２月度国保合同審査委員会（２月21日）状況確認の件

２．厚労省疑義解釈（Ｑ＆Ａ）から抜粋しての説明

≪以上18件の議事について承認≫

2011年度(平成23年度)第20回　2012年４月24日

Ⅰ．各部会よりの文書報告の確認

【総務部会】

１．前回理事会（４月10日）要録と決定事項の確認

【経営部会】

１．傷害疾病保険審査会（４月17日）状況

２．金融共済委員会（４月18日）状況

３．「保険医年金」営業員研修会出席状況

４．保団連経税担当事務局小委員会（４月７日）状況

５．税務記帳講習会開催（４月12日）状況

６．雇用管理相談室（４月12日）状況

【医療安全対策部会】

１．医療機関側との懇談（４月17日）状況

２．法律相談室（４月19日）状況

３．医療事故案件調査委員会（４月20日）状況

４．医師賠償責任保険処理室会（４月23日）状況

【政策部会】

１．医療制度改革に関する学習会講師派遣（４月13日）状況

【保険部会】

１．第17回在宅医療合同勉強会（３月31日）状況

２．『社会保険診療提要』第２次編集作業（４月10日）状況

３．保団連『新点数Ｑ＆Ａ』編集作業（４月11～14日）状況

４．保団連『新点数Ｑ＆Ａ』編集会議（４月15日）状況

５．眼科診療内容向上会（４月21日）状況
Ⅱ．確認・承認事項
【総務部会】
１．2011年度第12回正副理事長会議（４月12日）状況確認の件
２．韓国保険医団体連合会政策責任者・禹 錫 均（ウ・ソクギュン）医師との懇談会（４月23日）状況確認の件
３．事務局休務の件
４．コミュニケーション委員会（４月７日）状況確認の件
５．会員入退会及び異動（４月10日～４月24日）に関する承認の件
【経営部会】
１．保団連経税部会（４月８日）状況確認の件
【政策部会】
１．環境対策委員会（４月13日）状況確認の件
２．出版編集会議（４月19日）状況確認の件
３．市民公開講座「隠された被曝労働－日本の原発労働者」（４月14日）状況確認の件
４．京都保険医新聞（第2818号）合評の件
Ⅲ．開催・出席確認事項
【総務部会】
１．５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．保団連12～13年度第１回全国事務局長会議への出席の件
４．協会事務局福利厚生に係る職員旅行実施の件
【経営部会】
１．保険医年金受託生保への表敬訪問の件
【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．保険医新聞「相楽」座談会開催の件
【保険部会】
１．第644回社会保険研究会開催の件
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．保険審査通信検討委員会（４月６日）状況確認の件
２．管理栄養士配置義務化並びに栄養管理体制基準見直し要請書提出の件
３．中医協総会（４月11日）状況報告の件
Ⅵ．要討議事項
【総務部会】
１．会員入会資格に関わる取り扱い内規について（継続討議案件）
２．準会員制の導入について
３．法人会員制の導入について
≪以上、25件の議事のうち22件を承認、３件を継続審議≫

2011年度（平成23年度）第23回　2012年５月８日
Ⅰ．各部会よりの文書報告の確認
【総務部会】
１．前回理事会（４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―平家物語ゆかりの史跡を巡る（４月22日）状況
【経営部会】
１．保団連近畿ブロック経税担当事務局会議（４月20日）状況
２．保険医年金募集に伴う表敬訪問状況
【医療安全対策部会】
１．医療安全対策部会学習会（４月19日）状況
２．医療機関側との懇談（４月26日）状況
【政策部会】
１．保団連近畿ブロック本会議（４月21日）状況
２．「許すな！消費税の大増税、税と社会保障の一体改革に反対する4.22京都府民大集会」（４月22日）状況
３．保団連第１回公害環境対策部会（４月21日）状況
４．保団連原発問題学習交流会（４月22日）状況
５．保険医新聞「相楽」座談会（４月27日）状況
【保険部会】
１．京都市生活保護医療個別指導立ち会い（４月11日）状況
２．保険講習会Ａ（４月19日）状況
３．保団連第２次医科新点数検討会（４月22日）状況
Ⅱ．確認・承認事項
【総務部会】
１．未入会開業会員訪問（４月18日）状況確認の件
２．事務局内の新規パソコンリース開始の件
３．会費免除申請の件
４．会員入退会及び異動（４月24日～５月８日）に関する承認の件
【政策部会】

６月のレセプト受取・締切

基金国保	8日㈮	9日㈯	10日㈰	労災	11日㈪
	○	○	◎		◎

※○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月より締切を原則、10日としていますが、2012年９月までにおいては、経過措置期間として従来通り12日まで受け付けます。

１．保団連2012－2013年度第３回理事会（４月15日）状況確認の件
２．メディペーパー京都第154号・京都保険医新聞（第2820号）合評の件

Ⅲ．開催・出席確認事項

【総務部会】
１．2012年度理事会等スケジュール（案）確認の件
２．全国会長・理事長会議（臨時）出席の件
３．2012～13年度第１回保団連代議員会出席の件

【政策部会】
１．介護保険改革に関する学習会講師派遣の件
２．ミシェル・フェルネクス氏との懇談会開催の件
３．福島からの避難者とミシェル・フェルネクス氏との対談開催の件

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
１．2012年３月度国保合同審査委員会（2012年３月23日）状況
２．中医協総会（４月25日）状況報告の件

Ⅵ．要討議事項

【経営部会】
１．消費税増税の中止と医療への「ゼロ税率」適用を求める会員要請署名実施の件

Ⅶ．その他
１．「溝部訴訟」について

≪以上17件の議事について承認≫

６月の相談室

医院・住宅新（改）築	６月13日(水)午後２時～	担当＝坂本建築士
雇用管理	６月14日(木)午後２時～	担当＝本宮社会保険労務士
ファイナンシャル	６月21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	６月21日(木)午後２時～	担当＝莇弁護士
経営	６月27日(水)午後２時～	担当＝藤田税理士

開催日の２日前までに保険医協会事務局へお申込み下さい。30分間無料です。

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

九条の会アピールを支持する京都医療人の会
市民公開講演会

橋下・維新の会の本質を考えよう
～護憲の立場から～

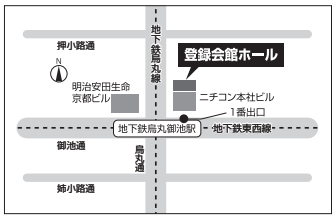
講　師　**二宮 厚美氏**（神戸大学名誉教授）

日　時　**6月9日(土)　午後2時～4時**

※講演会終了後、総会を開催します。

会　場　**登録会館ホール**（京都市中京区烏丸通御池上ル）

地下鉄烏丸線・東西線・烏丸御池駅　１番出口徒歩１分



要申込・入場無料（カンパによるご支援をお願いします）

主　催　９条の会アピールを支持する京都医療人の会
〒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６Ｆ　京都府保険医協会気付

ジャズを楽しむ会　ビブラホーンの魅力

日　時　**6月16日(土)　午後6時～8時（開場：午後5時30分）**

場　所　**「ル・クラブ・ジャズ」**
（中京区三条御幸町西北角ありもとビル２階　☎075－211－5800）

演　奏　**ビブラホーンの魅力**
斉藤歌奈（vib）カルテット

参加費　5,000円（フリードリンク・軽食付）

定　員　**要申込、先着40人**

※終了後セッションタイムあり　（８時以降セッションタイムの飲食代は各自負担）
楽器を演奏される方はご持参下さい。
※駐車スペースはありませんので、公共交通機関をご利用下さい。
※ご家族・従業員の方の参加も歓迎いたします。お誘い合わせの上どうぞ。

中小規模病院並びに有床診療所のみなさま

中小規模病院・有床診療所向け
「『栄養管理体制』実施に係る学習会」開催のお知らせ

今回の改定では、有床診療所も含めて、入院料の算定にあたって、新たに「栄養管理体制」の構築とその実施が義務付けられました。これまでから「加算」として算定した医療機関であれば問題なく要件をクリアされると思いますが、今回初めて「栄養管理体制」の実施に直面された医療機関も少なくありません。

そこで、京都府保険医協会では、「『栄養管理体制』実施に係る学習会」を企画しました。施設基準の記述に準拠した実際に行うべき内容と手順を明らかにするとともに、すでに実際の栄養管理に携わっておられる管理栄養士を迎え、管理栄養士の仕事内容と栄養管理の実際についてレクチャーを受ける内容となっています。奮ってご参加下さいますよう、ご案内申し上げます。

なお、参加にあたっては、所定の申込用紙でお申し込み下さい。対象医療機関にお送りするダイレクトメールにも申込用紙を封入しますが、ご一報いただければ、こちらから申込用紙をFAXさせていただきます。

内　容　テーマ「**『栄養管理体制』実施に係る学習会**」
①解説「施設基準による『栄養管理体制』実施方法」
②講義「管理栄養士の業務内容と栄養管理の実際」

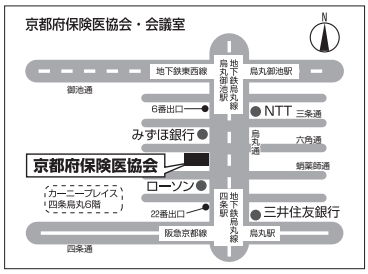
日　時　**6月30日(土)　午後３時～５時**

場　所　**京都府保険医協会　ルームＡ**
（京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル　カーニープレイス四条烏丸６階）

対　象　**200床未満の病院、有床診療所**

定　員　**50名**（会場の都合により、各医療機関１名での参加にご協力下さい。定員になり次第、受付締め切り）

参　加　**要申込**（参加費1,000円、資料代、講師料分担として）



※ご連絡いただければ、申込用紙をFAX致します（☎075-212-8877）（担当：保険部会　花山）。

新規開業医向け

「保険講習会Ａ」のご案内

新規開業前後の医師、従業員、新しく医院に勤められた方などを対象に、保険診療の基礎知識とレセプト審査についてわかりやすく解説します。新規開業前後に関わらず、興味のある方は、遠慮なくご参加ください。

日　時　**6月21日(木)　午後２時～４時**

場　所　**京都府保険医協会　ルームＡ**（上地図参照）

内　容　**①保険診療の基礎知識　②レセプト審査**

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

＊保険講習会Ｂは指導対策です。

ただいま加入申込受付中！

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、５月21日発送のメディパックにて送付の年金パンフレットをご覧下さい。

◎普及担当の生保営業員がご説明に伺った際には、ご面談下さいますようお願いいたします。
電話・訪問等が重なる場合がございますが、ご容赦下さい。

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、新たに加入申込みされる場合は**6月11日（月）**までに解約書類を保険医協会事務局までご提出下さい。保険医年金に関するお問い合わせ・資料請求は、京都府保険医協会・経営部会まで。

加入申込期間　**6月20日（水）まで**
※2012年９月１日付加入です

予定利率　**1.259%**
（2012年５月１日現在）

お知らせ

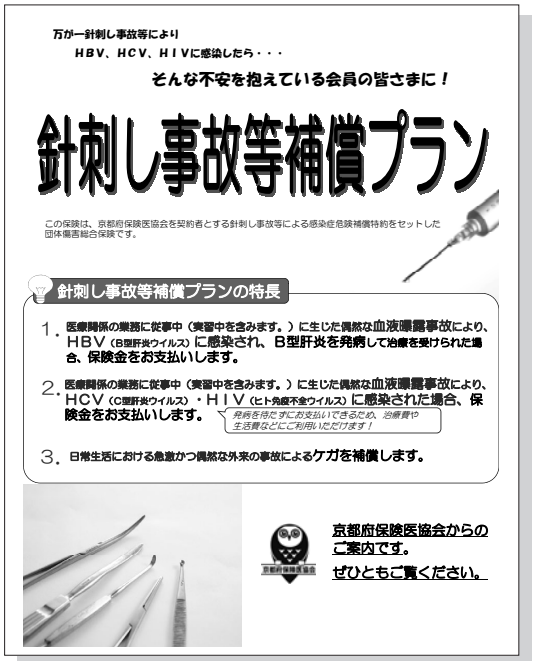
2012年５月１日付で、下記の通りシェア変更を行いました。
予定利率も**1.259%**にアップ！
普及活動も下記７社体制で行っています。
ぜひ加入をご検討下さい。

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%

『針刺し事故等補償プラン』（団体傷害総合保険・損保ジャパン取扱い）のご案内

会員や看護師等の医療従事者が医療関係の業務に従事中（実習中を含む）に生じた偶然な血液暴露事故により、ＨＩＶ・ＨＣＶに感染、ＨＢＶに感染・発症・治療を受けられた場合に、保険金をお支払いします。

５月21日発送のメディパックにて、
案内パンフレットをお届けしました。
ぜひこの機会に、加入をご検討ください。



第39回 医療研究全国集会in京都

1日目 6/15（金）
国立京都国際会館アネックスホール

12:00 開場・受付開始
13:30 開会
14:00 記念講演
社会保障と税の一体改革でどうなる、日本の医療・介護・社会保障
渡辺 治先生（一橋大学名誉教授）
17:15 全体会終了
18:30 青年交流会

2日目 6/16（土）
京都大学内ほか

9:00 各開場・受付
9:30 分科会開始
13:00 医療研究全国集会市民講座
16:00 分科会、医療研究全国集会市民講座終了

3日目 6/17（日）
国立京都国際会館アネックスホール

8:45 開場・受付開始
9:30 記念講演
震災、いのち、つながり（絆）
河瀬 直美さん（映画作家）
11:30 医療研究集会まとめ
11:45 終了

2日目 分科会一覧

①医療、福祉の現状をふまえ社会のありかたを考える
—東日本大震災から学ぶ—
②保健予防活動を住民とともに
③看護ケアの質—専門性を高める—
④外来と在宅をつなぐケア
⑤ともに育ちあう職場づくり—看護の喜びを伝えたい—
⑥医療政策と看護労働
⑦障がい児（者）の権利と心に寄り添う医療・福祉
⑧精神医療・保健・福祉の改善を目指して
⑨リハビリテーション—保健・医療・福祉の連携—
⑩患者のための臨床検査
⑪患者給食の改善—治療食としての充実めざして—
⑫職場の安全衛生と環境改善
⑬介護労働
⑭医療機関の放射線室業務について考える
⑮薬と社会

2日目 市民講座一覧

①福島第１原発と医療　講師　松井　英介 氏（岐阜環境医学研究所所長）
②ＴＰＰと医療　講師　高山　一夫 氏（京都橘大学准教授）
③貧困と医療　講師　垣田さち子 氏（京都府保険医協会副理事長）

国民と広く連帯し、患者・地域住民と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう

主催
（財）日本医療労働会館・国民医療研究所 TEL 03-3876-6102
日本医療労働組合連合会 TEL 03-3875-5871
第39回医療研究全国集会in京都 現地実行委員会 TEL 075-801-8002

後援 京都府／京都市（予定）　協賛 京都障害児者の生活と健康を守る連絡会／京都府歯科保険医協会／京都府職員労働組合連合／京都市職員労働組合
医療研全国集会現地実行委員会 京都医療労働組合連合会／京都自治体労働組合総連合／京都大学職員組合／京都大学職員組合病院支部／京都府保険医協会／京都民主医療機関連合会／京都社会保障推進協議会／きょうされん京都支部／京都府職員労働組合連合大学法人労組医大支部／京都市立病院機構労働組合／福祉保育労働組合京都地方本部／医療のうたごえ京都実行委員会

第39回 医療研究全国集会実行委員会
〒110-0013 東京都台東区入谷1-9-5 TEL 03-3876-6102
（財）日本医療労働会館・国民医療研究所 URL:http://www.nhj.or.jp

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。

京都府保険医協会

〈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4月】

- □ **臨床プロテオミクス　バイオマーカー探索から個別化医療へ** 10,500円
  日本臨床プロテオーム研究会・編●B5判　250頁●金原出版
- □ **食道癌　＜腫瘍病理鑑別診断アトラス＞** 15,750円
  田久保海誉・他編●B5変型判　222頁●文光堂
- □ **卵巣腫瘍　＜腫瘍病理鑑別診断アトラス＞** 12,600円
  本山悌一・他編●B5変型判　252頁●文光堂
- □ **シェーマでわかる胸部単純X線写真パーフェクトガイド** 6,825円
  栗原泰之・訳●B5変型判　400頁●MEDSi
- □ **所見から考える画像鑑別診断ガイド** 6,300円
  南　学・訳●A5変型判　608頁●MEDSi
- □ **臨床医のためのアレルギー診療ガイドブック** 8,190円
  日本アレルギー学会・編●B5判　586頁●診断と治療社
- □ **症例と病理からひもとく腎臓病** 8,190円
  木田　寛・監●B5判　256頁●医薬ジャーナル社
- □ **精神医学の思想　＜専門医のための精神科臨床リュミエール 30＞** 8,400円
  神庭重信・他編●B5判　300頁●中山書店
- □ **肺癌の画像診断と病理（2版）** 8,820円
  櫛橋民生・他編著●B5判　208頁●中外医学社
- □ **気管支鏡ベストテクニック** 9,975円
  浅野文祐・他編著●B5判　248頁●中外医学社
- □ **症例に学ぶNASH/NAFLDの診断と治療　臨床で役立つ症例32** 6,090円
  岡上　武・監●B5判　228頁●診断と治療社
- □ **胆膵内視鏡治療　手技の極意とトラブルシューティング** 9,975円
  小池和彦・監●B5判　286頁●羊土社
- □ **大腸内視鏡挿入法　軸保持短縮法のすべて（第2版）** 12,600円
  工藤進英・著●B5判　152頁●医学書院
- □ **小児腎疾患の臨床（改訂第5版）** 6,090円
  五十嵐　隆・著●B5判　320頁●診断と治療社
- □ **小児画像診断　＜小児科臨床ピクシス　30＞** 9,975円
  小熊栄二・編●B5判　304頁●中山書店
- □ **小児診療基本手技マニュアル（2版）** 6,300円
  市川光太郎・編著●B5判　198頁●中外医学社
- □ **胎児診断・管理のABC（改訂第5版）** 9,030円
  森　巍・編著●B5判　301頁●金芳堂
- □ **センチネルリンパ節生検　＜＜手技・エビデンス・ピットフォール＞＞** 12,075円
  丹黒　章・編●AB判　240頁●日本医事新報社
- □ **がん研スタイル　腹腔鏡下大腸切除術** 13,650円
  山口俊晴・編●A4判　176頁●メジカルビュー社
- □ **ステップアップ内視鏡外科手術［DVD付］** 14,700円
  若林　剛・監●B5判　260頁●医学書院
- □ **腹腔鏡下大腸癌手術　発生からみた筋膜解剖に基づく手術手技** 12,600円
  加納宣康・監●A4判　232頁●医学書院
- □ **運動器診療　最新ガイドライン** 12,600円
  中村耕三・監●B5判　700頁●総合医学社
- □ **NEWエッセンシャル 整形外科学　＜エッセンシャルシリーズ＞** 9,975円
  星野雄一・編●B5判　608頁●医歯薬出版
- □ **達人が教える外傷骨折治療** 8,400円
  糸満盛憲・他編●B5判　274頁●全日本病院出版会
- □ **手関節・手指の手術［DVD付］　＜整形外科手術イラストレイテッド＞** 25,200円
  三浪明男・編●A4判　272頁●中山書店
- □ **産婦人科手技シリーズⅡ　周産期手術** 8,925円
  岩下光利・編●B5判　138頁●診断と治療社
- □ **緑内障薬物治療ガイド　＜専門医のための眼科診療クオリファイ　11＞** 14,700円
  相原　一・編●B5判　308頁●中山書店
- □ **For Professional 周産期麻酔　〈For Professional Anesthesiologists〉** 11,550円
  奥富俊之・編●B5判　416頁●克誠堂出版

お名前	医療機関名

送付先　〒

TEL：　　FAX：

お問い合わせ・申込　京都府保険医協会　TEL075-212-8877　FAX075-212-0707
有限会社アミス　TEL075-212-0303
〒604-8162　京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637　第41長栄カーニープレイス四条烏丸６階

〈申込書〉 FAX：075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに〇印を記入してください

【2012年度　年間購読雑誌一覧】

		雑誌名/出版社		税込価格	ご注文
総合	1	日本医事新報	日本医事新報社	¥ 34,335	
	2	j med Mook	日本医事新報社	¥ 22,050	
内科系	3	内科	南江堂	¥ 38,000	
	4	Medicina	医学書院	¥ 37,190	
	5	M. P.（メディカルプラクティス）	文光堂	¥ 36,750	
	6	診断と治療	診断と治療社	¥ 36,500	
	7	治療	南山堂	¥ 36,960	
	8	レジデントノート（4月～3月）	羊土社	¥ 49,770	
外科系	9	手術	金原出版	¥ 43,680	
	10	消化器外科	へるす出版	¥ 39,270	
	11	臨床外科 （個人特別割引価格）	医学書院	¥ 38,640	
消化器	12	胃と腸	医学書院	¥ 43,190	
	13	消化器内視鏡	東京医学社	¥ 44,100	
	14	臨床消化器内科	日本メディカルセンター	¥ 34,230	
循環器	15	Heart View（ハートビュー）	メジカルビュー社	¥ 38,010	
	16	心エコー	文光堂	¥ 31,500	
	17	バスキュラーラボ	メディカ出版	¥ 23,100	
	18	コロナリーインターベンション	メディアルファ	¥ 15,750	
小児科	19	小児内科	東京医学社	¥ 49,560	
	20	小児科	金原出版	¥ 42,210	
	21	小児科診療	診断と治療社	¥ 42,800	
	22	小児科臨床	日本小児医事出版社	¥ 39,585	
産婦人科・周産期	23	産科と婦人科	診断と治療社	¥ 37,890	
	24	周産期医学	東京医学社	¥ 44,835	
	25	産婦人科の実際	金原出版	¥ 43,365	
神経	26	Clinical Neuroscience	中外医学社	¥ 32,550	
画像診断・放射線	27	画像診断	秀潤社	¥ 40,740	
	28	臨床画像	メジカルビュー社	¥ 40,740	
	29	臨床放射線	金原出版	¥ 40,215	

		雑誌名/出版社		税込価格	ご注文
整形外科	30	整形外科（別冊含む）	南江堂	¥ 49,000	
	31	整形災害外科	金原出版	¥ 39,480	
	32	臨床整形外科	医学書院	¥ 29,400	
	33	関節外科	メジカルビュー社	¥ 40,740	
	34	Monthly Book Orthopaedics	全日本病院出版会	¥ 35,805	
	35	OS Now Instruction(DVD付)	メジカルビュー社	¥ 46,200	
形成	36	形成外科	克誠堂出版	¥ 40,950	
	37	PEPARS	全日本病院出版会	¥ 39,900	
脳神経	38	脳神経外科 （個人特別割引価格）	医学書院	¥ 30,030	
	39	脳神経外科速報	メディカ出版	¥ 28,350	
皮膚科	40	デルマ	全日本病院出版会	¥ 39,585	
	41	皮膚科の臨床	金原出版	¥ 43,680	
	42	Visual Dermatology	中山書店	¥ 35,280	
泌尿器	43	臨床泌尿器科	医学書院	¥ 41,780	
眼科	44	あたらしい眼科	メディカル葵	¥ 32,382	
	45	眼科	金原出版	¥ 43,680	
	46	臨床眼科	医学書院	¥ 42,080	
	47	新ES NOW	メジカルビュー社	¥ 50,400	
耳鼻科	48	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 （個人特別割引価格）	医学書院	¥ 38,430	
	49	JOHNS	東京医学社	¥ 37,380	
	50	ENTONI	全日本病院出版会	¥ 39,585	
麻酔・救急	51	救急医学	へるす出版	¥ 38,640	
	52	INTENSIVIST	MEDSi	¥ 18,480	

上記タイトル以外でのご購読・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