

今月の主な動き

民主、自民、公明による社会保障・税一体改革の修正協議が6月15日に決着。20日には、3党で今後の社会保障制度改革の基本方針を示した「社会保障制度改革推進法案」を議員立法で国会に共同提出。26日には、同法案を含む関連8法案が衆議院で可決、参議院に送られた。参議院での審議は7月11日から始まり、延長された9月8日までの今国会での成立が目論まれている。

また、一般病床の機能分化に関する整理案が社会保障審議会・医療部会で了承された。各医療機関が病床の医療機能を自主的に選択し、都道府県に報告する「報告制度」を導入するのが柱で、検討されていた「登録制」は日医の反発で見送られた。今後は厚生労働省内で医療法改正案の作成作業を詰めていくことになる。

情勢トピックス

医療・社会保障編

一体改革

一体改革関連法案が衆院通過／消費増税や国民会議設置など

今後の社会保障制度改革の基本方針を示した社会保障制度改革推進法案や消費税率引き上げ法案など、社会保障・税一体改革の関連法案が6月26日、衆院本会議で採決され、民主、自民、公明などの賛成多数で可決した。参院での審議を経て9月8日までの延長が決まった今国会での成立を目指す。

行 事	開始時間	場 所
3日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
4日(土) 療法士会との懇談会	午後2時	ルームA
7日(火) 各部会	午後2時	
8日(水) 建築士との相談日	午後2時	アミス
14日(火) ファイナンシャルプランナー相談日	午後1時	ルームC
雇用管理相談日	午後2時	ルームB
15日(水) 事務局休務日	終日	
16日(木) 事務局休務日	終日	
22日(水) 金融共済委員会	午後2時	ルームA・B・C
税理士との相談日	午後2時	アミス
法律相談室	午後2時	ルームB
23日(木) 出版編集会議	午後2時30分	アミス
医事担当者連絡会議	午後2時30分	ルームA
25日(土) 産婦人科診療内容向上会	午後4時30分	京都ホテルオークラ
30日(木) 保険講習会A	午後2時	協会応接室
中級従業員研修会	午後2時	ルームA・B・C

8月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
9月9日(日) 新規開業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38～39ページ

衆院を通過した関連法案は計8本。社会保障制度改革推進法案は、内閣に「社会保障制度改革国民会議（国民会議）」を設置し、今後の高齢者医療制度を議論するなどの内容。消費税関連は2法案で、2014年4月に消費税率を8%に、15年10月に10%へ引き上げる。ほかに年金関連2法案、子ども・子育て関連3法案が通過した。

これら8法案は、午前の衆院「社会保障と税の一体改革に関する特別委員会」で賛成多数で可決された。100時間超の審議をした同委員会で委員を務めた民主党の柚木道義氏（医療・介護ワーキングチーム座長）は、本会議での可決後、「今日は通過点。高齢者医療制度や低所得者対策、景気対策などを参院の採決までに同時進行で進めることで国民の理解が高まるだろう。医療や介護を含めた社会保障の全体像を示すことが重要」と指摘。消費増税に関しては「医療機関の損税についても、厚生労働省内で始まった議論を踏まえつつ党内議論を深めていく必要がある」と話した。

●党内から造反者が続出

一方、採決では、民主党内からも反対票を投じる議員が多く出た。社会保障制度改革推進法案は賛成378票、反対84票で可決されたが、小沢一郎元代表のほか、牧義夫前厚生労働副大臣、三宅雪子氏らが反対した。

消費税法改正案は賛成363票、反対96票で可決され、小沢氏、牧氏、三宅氏のほか、鳩山由紀夫元首相、初鹿明博氏（障がい者ワーキングチーム事務局長）、福田衣里子氏（薬事法小委員会事務局次長）らが反対票を投じた。

野田佳彦首相は法案の本会議可決後に記者会見し「気を引き締めて、今まで以上に緊張感を持って参院での審議に臨み、なんとしても今国会中に成立をさせたい」と決意表明した。造反者が出たことについては「極めて残念な結果。（興石東）幹事長とよく相談をしながら、党内のルールにのっとって厳正に対応したい」と述べた。（6/27MEDIFAXより）

社会保障制度改革推進法案を提出／民主・自民・公明3党共同

民主、自民、公明3党は6月20日、今後の社会保障制度改革の基本方針を示した「社会保障制度改革推進法案」（後掲P.28）を議員立法で国会に共同提出した。

推進法案は社会保障・税一体改革関連の3党修正

協議で合意した内容で、社会保障制度改革に向けて審議する「社会保障制度改革国民会議（国民会議）」を内閣に設置すると明記した。推進法の施行後1年以内に、国民会議での審議結果を踏まえ、改革に必要な法制上の措置を講ずる。国民会議の設置期限も、推進法の施行日から1年以内の範囲に限定した。委員は20人以内で、国会議員も参加できる。

●社会保障の主要財源に消費税

推進法案は、安定した財源を確保しつつ受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図ることを目的に、改革の基本的な考え方を定めた。社会保障に使う費用の主要財源には、消費税を充てると記載した。

医療保険制度の関連では、皆保険の維持とともに、医療従事者・医療施設の確保と有効活用を図ることで必要な医療を確保するとした。予防や早期発見の促進も盛り込んだ。今後の高齢者医療制度については、現在の状況も踏まえ、必要に応じて国民会議で検討し、結論を得る。介護保険制度については、介護サービスの効率化・重点化を図る。

生活保護制度についても言及し、不正な手段で保護を受けた者への厳格な対処や、生活扶助・医療扶助の給付水準適正化などの見直しを図るとした。

推進法は公布日に施行する。法案提出者は、長妻昭、柚木道義、白石洋一（民主）、鴨下一郎、加藤勝信（自民）、西博義（公明）の6議員。

（6/22MEDIFAXより）

急性期

医療部会、機能分化「報告制」を了承／医療法改正案作成へ

社会保障審議会・医療部会は6月28日、「急性期医療に関する作業グループ」がまとめた一般病床の機能分化に関する「整理案」（後掲P.33）を原案のまま了承した。各医療機関が病床の医療機能を自主的に選択し、都道府県に報告する「報告制度」を導入するのが柱。社保審の全体会合には諮らないため、この議論はこれで終了。今後は厚生労働省内で医療法改正案の作成作業を詰めていくことになる。

一般病床の機能区分を推進する仕組みとして「医療機能情報提供制度」を活用する。報告された内容を基に、都道府県は地域の医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。厚労省は、都道府県が医療計画を練るためのガイドラインを策定し、2018年

度から始まる5年間の医療計画に反映していく方針。

厚労省は、医療法人合併後の「持ち分」の取り扱いについても説明した。持ち分のある医療法人同士が合併し、新たに法人を設立するケースをめぐって混乱が起きていたことから、状況を整理した。5月31日付で発出した医政局長・指導課長通知と同じ内容。

▽持ち分あり同士が合併し、新たに医療法人を設立▽持ち分なし同士で合併▽合併前の医療法人のいずれかが持ち分なし—の3パターンでは、合併後の医療法人は「持ち分なし」になる。ただし、持ち分ありの法人が、同規模で持ち分ありの法人を吸収合併した場合は、法的には持ち分ありのまま存続できる。

このほか「チーム医療の推進」の検討状況も示し、審議が続いている「看護師特定能力認証制度」案の進展具合を報告した。意見がまとまり次第、医療部に報告する予定。

●法案提出時期に政局も影響

医療法改正案の肝だった一般病床の機能区分に向けた方策がまとまったことから、今後、改正案の作成作業が大詰めに入る。政府関係者によると、9月8日まで延長された今通常国会に医療法改正案を提出するのは事実上、困難な情勢だ。すでに国会提出されている法案の審議が会期延長の理由だからだという。

医療法改正案の提出時期は、政局の影響もあり、見通しが難しくなっている。通常国会が閉じた後に臨時国会が開かれる可能性があるほか、衆院が解散し特別国会が開かれる可能性もあり、会期の見通しが立たない。

医政局は「できるだけ速やかに医療法改正案をまとめ、国会提出したい」と述べるにとどめた。

（6/29MEDIFAXより）

適正化計画

時間軸異なるも一体改革とは連動／第2期医療費適正化計画

厚生労働省保険局総務課は、2013年度から始まる第2期医療費適正化計画と社会保障・税一体改革の連動について、「5カ年計画」の医療費適正化計画と「中長期計画」である一体改革とでは時間軸が異なるため、必ずしも一致しない可能性がある」と説明した。

ただ、双方は連動しており目指している方向性は同一であるとの認識も示した。一体改革の方向性との調整については、全国医療費適正化計画（全国計画）を策定した段階での検討を示唆した。6月21日の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）で白川修二委員（健保連専務理事）の質問に答えた。

全国計画は都道府県の医療費適正化計画（都道府県計画）を集計した上で12年度中に策定する。現行の第1期計画では平均在院日数を12年度の全国平均で29.8日とする政策目標を掲げたが、第2期計画では厚労省が一律の目標を示すことをやめ、都道府県の目標も任意記載となった。ただ、都道府県での平均在院日数の目標設定に役立つよう、厚労省は医療費の動向（メディアス）や患者調査などのデータを活用した平均在院日数推計ツールを都道府県に提供する方針だ。

鈴木建一・医療費適正化対策推進室長は、都道府県が地域の実情を踏まえて設定した目標とかけ離れた数値目標を、国が別途定めることは適切ではないとした上で、「都道府県の主体性を尊重しながら全体として医療費適正化の推進に努力したい」と述べた。

●在院日数減で4400億円の削減効果

木下賢志・総務課長も一体改革との連動について説明。一体改革の重点化・効率化の具体的な取り組みで、高度急性期の病床数が現在の33万床（10年現在の7対1入院基本料病床数）から25年に18万床となるなどの機能分化が進んだ場合、15年度の時点では平均在院日数の減少などにより4400億円の削減効果を想定していると説明した。医療費適正化計画や医療計画は一体改革とも連動しているとして「病床数の適正化が進めば、大体そのくらいのシナリオが描けるだろうと想定している」と述べ、一連の政策が目指す方向性は一致しているとの見方を強調した。（6/22MEDIFAXより）

「一律目標なし」に保険者ら懸念／適正化計画、医療側は一定評価

2013年度から始まる次期医療費適正化計画をめぐり、国が各都道府県に示す「基本方針」を詰める議論が佳境に入った。厚生労働省保険局は6月21日の社会保障審議会・医療保険部会に、現段階での基本方針改正案を提示。地域主権改革によって計画策定に対する都道府県の裁量権が増したことから、適正化に向けて参考にできる考え方や「推計ツール」は

示すものの、一律の目標は示さないとした。医療関係団体の委員からは評価する意見も出たが、保険者側の委員からは「国としての強い意志が感じられない」と医療費適正化の勢いが弱まることを懸念する声が上がった。

厚労省は、同部会や都道府県の意見を踏まえて基本方針改正案の内容を詰め、12年夏の同部会にあらためて示す予定だ。

08-12年度の第1期で示した現行の基本方針では、医療費推計とともに特定健診・特定保健指導の実施率や療養病床削減、平均在院日数短縮の目標などを適正化計画に盛り込むことを定めている。ただ、11年8月に成立した「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」によって、医療費推計以外の項目は都道府県の任意記載事項となった。このため厚労省は一律の目標は示さず、平均在院日数の推計に活用できる推計ツールなどを提示する方針。厚労省によると推計ツールとは、一般・療養病床などの見込み数や特定健診実施率の目標値などから平均在院日数の短縮効果を推計できる計算式。

こうした厚労省の方針に対し保険者側の委員からは異議が噴出。白川修二委員（健保連専務理事）は、医療費の増加が続けば医療保険と国の財政を維持できないと危機感を表明し、数値目標や具体的な施策を示して医療費適正化を推進していく必要性を訴えた。基本方針改正案については「国としての強い意志が感じられないというのが非常に残念」と述べた。小林剛委員（全国健康保険協会理事長）も「危機感が希薄と言わざるを得ない」と述べ、医療費適正化の方策を国として明確に示すよう修正を求めた。

一方、医療関係団体の委員からは、厚労省が機械的に設定した療養病床数のみを目標とする考えには立たない方針を示したことに、一定の評価の声が上がった。武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）は「療養病床さえ減らせれば医療費は適正化されるというばかげたベクトルで動いてきたのが訂正されたことは、大きなエポックメイキング」と指摘。急性期病床に慢性期の患者が混在している状況を是正すれば医療費適正化につながるとした。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）も療養病床の削減目標が外れたことを評価した上で、推計ツールの配布によって都道府県の自主性が薄まらないよう配慮を求めた。

（6/22MEDIFAXより）

中医協

「著しく高額」など原則提示／費用対効果専門部会

厚生労働省保険局医療課は6月27日の中医協・費用対効果評価専門部会（部会長＝関原健夫・日本対がん協会常務理事）で、費用対効果評価の導入を検討する「医療技術」の対象範囲について基本原則を示した。▽希少疾病に対する医療技術は対象除外▽代替性がない医療技術は対象除外▽代替性がある医療技術と比較して著しく高額である—とする方針。また、原則には出席委員の提案を受けて「有効性・安全性が確立された医療技術である」ことも盛り込む考えも示した。費用対効果評価の結果だけで、保険収載や償還価格を判定・評価することはないという原則も示した。

医療課は費用対効果評価の導入に向けた部会での検討について、関係者の理解を得られる制度設計・運営を前提にする考えを強調。議論を踏まえ、7月中に開催する次回会合（第3回）をめどに「対象技術」「評価結果の活用」の原則といった制度の基本的な考え方を部会で確認し、続く第4回・第5回会合で「評価手法（費用の範囲、効果指標など）」「評価の活用方法（保険収載や価格への評価の反映）」といった運用手法について議論して12年秋ごろに部会の考えを整理したいと提案した。

運用手法の検討では、先進医療専門家会議が費用対効果の視点で検討が必要と指摘している「粒子線治療」を具体的な技術例として取り上げる考えを示した。粒子線治療を取り上げて議論を整理することに対し、出席委員からは「導入ありき」の議論になりかねないという懸念が示されたが、医療課は当面の検討は2014年度診療報酬改定での試行的導入が前提ではないと説明し、理解を求めた。

また医療課は、原則や運用手法について部会が合意した後の、対象技術の選定や試行的導入への流れについても提案した。診療報酬については基本問題小委員会で、薬価は薬価専門部会で、保険医療材料価格は保険医療材料専門部会で、それぞれ対象となる医療技術の選定ルールを整理する。ルールに沿って選定した個別技術の評価は、医療技術評価分科会（診療報酬）、薬価算定組織（薬価）、保険医療材料専門組織（医療材料）でそれぞれ実施する方向性を示した。

●鈴木委員「費用対効果は時期尚早」

部会では鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）が、費用対効果評価の議論について「そもそも時期尚早だ」と述べた。鈴木委員は費用対効果の評価対象となる技術は有効性が確立されたものであるべきだと主張。新制度の基本的な考え方は粒子線治療の検討だけでなく、他の医療技術についても検討した上で整理すべきとの考えを示した。

（6/28MEDIFAXより）

中医協診療側委員ら、異例の処遇改善要望／国立大給与削減問題

国立大学法人職員の給与削減問題で、中医協の診療側委員7人と専門委員2人は6月27日、厚生労働省内で会見し、病院勤務医などの職員給与について工夫しながら処遇改善の手当てをするよう、国立大学法人の学長・医学部長・付属病院長に要望書を送付したことを明らかにした。診療側委員らは6月27日付で平野博文文部科学相と小宮山洋子厚生労働相に対しても要望書を送付し、国立大学病院の医療職員への配慮を求めた。

独立行政法人や国立大学法人などの職員給与をめぐっては、国家公務員の給与削減にならって平均約7.8%を削減し、給与削減相当分を運営費交付金から減額する方針を政府が示している。

会見で安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は、中医協委員による政府への要望提出は“内政干渉”になるとの内部意見もあったと明かした上で、国家公務員の給与を削減する特例法そのものが異例であるため要望に至ったと説明した。

会見では委員らが「2年間の給与削減となったら、病院を維持できないのではないか」「給与削減は、中医協で時間をかけた議論の結果とは相いれない」「給与が下がると看護職員の離職が懸念される」「大学病院の医師は医療職として扱われず、研究者や教職員と変わらぬ給与体系であることも問題だ」と意見を述べた。中でも嘉山孝正委員（全国医学部長病院長会議相談役）は「42の国立大学病院の大部分が7月から給与削減を実行する」と述べ、怒りをあらわにした。（6/28MEDIFAXより）

反省含め真摯に議論したい／消費税分科会で日医・今村副会長

日本医師会の今村聡副会長は6月20日、委員として出席した中医協・消費税分科会で、消費税導入時に医師会として強く非課税を主張した経緯があった

と聞いているとし「一定の責任があると思っている」と述べた。その上で「消費税の仕組みやゼロ税率と非課税の違いがよく分からない中で、患者に税負担を負わせないんだということを強く配慮して主張したと理解している」とした。

「今後、税率が上がっていく中で、複雑な仕組みのまま、弥縫策のような形で進めることは本当によくないのではないか」とも指摘。「真摯に議論させていただければと、反省も含めて申し上げたい」と述べた。（6/21MEDIFAXより）

診療報酬で手当て、各側から「不透明」／中医協・消費税分科会が初会合

中医協の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」は6月20日、初会合を開き、消費税負担の対応策について検討を開始した。専門チームを設置して負担の実態調査を行い、2014年4月に消費税が8%へ引き上がる際の診療報酬での対応などを検討する。初回は、消費税負担を診療報酬で手当てしている現行の仕組みに対し、診療側と支払い側の双方の委員から「不透明な形になっている」と問題視する声が上がった。

事務局の厚生労働省保険局は分科会に、今後の検討スケジュール案を示した。実態調査については、調査専門チームを設置した上で調査事項や調査設計を固め、12年度後半に一定の集計を実施。消費税導入時と改定時に実施した過去の対応に関する検証も行う。12年度後半には議論の中間整理を行い、13年度中に8%への引き上げ時の対応を取りまとめる。

今村聡委員（日本医師会副会長）は、保険診療を非課税とする一方で、医療機関の消費税負担を診療報酬で手当てしている現行の仕組みについて「診療報酬の中で対応するということは、結局はその分を患者が負担している。負担を減らすという本来の意味とは全く違っている」と指摘。手当ての仕方も、現状では患者や国民、医療提供者に理解できない仕組みになっていると問題意識を示した。

白川修二委員（健保連専務理事）も今村委員に同意し「消費税相当分を国民に診療報酬で払わせるという仕組みがあること自体が非常に問題と個人的には思っている」と指摘。今後のあるべき対応策について意見集約を図る必要があるとの認識を示した。

診療報酬による手当てについては西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）も「根底から見直す時期に来ているという気がする」と指摘。早急に過去の検証と

実態調査を進める必要があるとした。

ただ、関原健夫委員（日本対がん協会常務理事）は、税制の在り方自体に関わる根本的な議論を行うことについて「このタイムスパンの中で、本当にそこまでできるのか」と指摘。一定期間に結論をまとめることを念頭に現実的な議論を進めるべきとした。

分科会長には田中滋委員（慶応大大学院教授）を選出した。（6/21MEDIFAXより）

「入院基本料算定できない恐れも」／中医協・鈴木委員

基本診療料の在り方を検討する中医協・診療報酬基本問題小委員会で6月6日、鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、4月以降の管理栄養士の離職などによって栄養管理体制の基準を満たせなくなった有床診療所では入院基本料を算定できなくなる可能性がある」と指摘し、3月31日時点で「栄養管理実施加算」を届け出ている有床診が入院基本料を算定できなくなったり、診療報酬を減額されたりしないよう2年間の経過措置を行うよう厚生労働省に求めた。

保険局医療課の鈴木康裕課長は、基準を満たせなくなった場合についても届け出により3カ月間の猶予期間を設けていることなどを説明。4月に把握した段階では、基準を満たせずに算定不可になった有床診は存在しなかったとも述べた。医療課は4月20日付の疑義解釈（事務連絡）で、基準を満たさない医療機関の実態を早急に把握し、さらなる対応が必要かどうかを検討しているとしている。

（6/7MEDIFAXより）

中医協小委、コスト調査の是非で平行線／次回、各側が見解提示

基本診療料のコスト調査をめぐる診療側と支払い側で見解が異なる状況が続いている。6月6日の中医協・診療報酬基本問題小委員会でも、実施を求める診療側委員と「目的が分からない」と拒む支払い側委員が対立。次回の小委までに、各側が基本診療料に関して何をどのような目的で検討する必要があるのか、基本的な考え方を示すことになった。

コスト調査をめぐるのは、診療側が「根拠に基づく改定」を主張し、調査の実施を求めてきた。しかし、中医協コスト調査分科会は2011年5月、中医協総会に対し「入院基本料が想定するサービスの内容

が不明確で、その中に含まれるコストを適切かつ有効に調査することは極めて難しい」と報告した経緯がある。（6/7MEDIFAXより）

長期品薬価の議論開始、後発品との価格差要因が焦点／中医協

中医協の薬価専門部会（部会長＝西村万里子明治学院大教授）は6月6日開かれ、長期収載品の薬価の在り方について議論を始めた。長期収載品と後発医薬品で薬価差が生じる価格差要因などについて検証し、妥当かどうかを議論する。12年秋から冬に中間まとめを行い、見直しが必要な場合は2014年度薬価制度改革に反映させる。

長期収載品の薬価については、12年度診療報酬改定をめぐる11年末の大臣折衝の過程で、財務省が後発品薬価を目指して大幅に引き下げるよう要求。反対する厚労省との間で意見がまとまらず、「薬価の在り方について検討を進める」ことで合意にこぎ着けた経緯がある。中医協のこれまでの議論でも診療・支払い両側から、長期収載品の薬価を後発品並みに引き下げることが可能かどうか、議論を求める意見が出ていた。（6/8MEDIFAXより）

規制改革

規制制度改革案に医療機器・ワクチン／岡田副総理

岡田克也副総理（一体改革担当相）は7月3日の定例会見で、行政刷新会議が取りまとめた規制・制度改革案の内容に医療分野が盛り込まれていることを明らかにした。▽航空▽医療機器▽ワクチン—などの分野が盛り込まれているという。岡田副総理は「来週にも閣議決定したい」との見通しを示した。

医療機器の規制改革では、薬事法の内容を改めて医療機器の章を新設し、医薬品とは別立てにする。現行の薬事法では、医療機器と医薬品を同じ規制で縛っている。岡田副総理は「薬と医療機器など、中身が違えば規制の対応も違って来るべき」と指摘。また、日本は伝統的に医療機器分野に強みを持っているものの、現行の薬事法がイノベーション促進の妨げになっているとの認識も示し、規制改革によって日本の国際競争力を高めていきたい考えを示した。承認審査では、民間機関の活用拡大を検討しているという。また、ワクチンの規制改革では、定期接種の対象範囲拡大を盛り込む。岡田副総理は「欧

米各国で一般的に入手可能なワクチンを、日本でも迅速に低負担で使えるよう環境整備を進めたい」と述べた。（7/4MEDIFAXより）

医療情報

医療機関ホームページで初の指針／厚労省検討会が最終案

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6月29日、「医療機関のホームページの内容の適切なあり方に関する指針」の最終案を取りまとめた。医療機関がホームページを作成する際の規範を定めた初めての指針であり、各医療機関に自主的な取り組みを促す。違反者に対する罰則規定はない。

厚労省はすでに示していた指針の骨格に肉付けし、成文化したものを検討会に提示。おおむね了承を得た。今後、事務局で内容を微修正した後、7月半ばからパブリックコメントを募集する。早ければ8月にも都道府県・団体宛てに医政局長通知を出す。厚労省は指針公表後も記事事例を収集し、検討会で議論する考えだ。

指針では、患者保護の観点から「ホームページに掲載すべきでない事項」をまとめた。▽掲載内容が虚偽、客観的事実を証明できない▽他との比較で自らの優良性を示そうとしている▽内容が誇大、医療機関に都合の良い情報などを過度に強調している▽早急な受診を過度にあおる表現や費用を過度に強調している▽科学的根拠が乏しい情報に基づき、患者の不安を過度にあおる、受診や治療を不当に誘引している▽公序良俗に反する▽医療法以外の法令で禁止されている—といった内容は不適切と判断される。

●「日本有数の実績」「県内一の医師数」などはNG

具体例を挙げると、治療後に定期的な処置が必要にもかかわらず「一日で全ての治療が終了する」などと掲載した場合には「虚偽」に当たり不適切となる。「この治療では日本有数の実績」「県内一の医師数」という記載も「自らの優良性を示す表現」に該当し認められない。「知事の許可を取得した病院」などという記載は「ことさらに強調した内容」となり不適切。意図的に古い情報で「医師数」を掲載する場合も「誇大」に当たる。都道府県などが認めていないにもかかわらず、医療機関の名称で「〇〇センター」と名乗ることもできない。「治療キャンペーン

実施中」「治療費50% off」などといった記載は「費用の過度な強調」に当たり不適切。また、「この症状が出ていれば命に関わるので、すぐに受診を」などと呼び掛けることも「患者の不安を過度にあおる」と見なされる。

一方、患者に正確な情報を提供し、受診施設の選択を支援する観点から、治療内容や費用、治療のリスクなど「ホームページに掲載すべき事項」もまとめた。治療内容や費用が医療機関ごとに異なる自由診療が該当する。料金トラブルなどを回避するために治療内容や平均的な費用、治療期間や回数を掲載し、患者に十分な情報を提供するように求める。平均的な費用が明確でない場合には、治療の最低額から最高額までの範囲を示すなど工夫し、可能な限り分かりやすく表示するように求めている。

（7/2MEDIFAXより）

在宅医療

本格的な在宅医療、できるのは日本だけ／唐澤審議官

厚生労働省の唐澤剛審議官は6月27日、東京都内で開かれた地域医療福祉情報連携協議会で講演し、「日本の在宅医療はかなり普及する可能性がある。本格的な在宅医療を展開できるのは世界中で日本だけかもしれない」と期待感を示した。在宅介護は海外でも行われているが、在宅医療については日本の診療所が設備と技術の両面で抜きん出ており「世界的に見ても例がないほど高水準だ」と指摘した。

さらに唐澤審議官は、今後、在宅での医療と介護の情報連携が重要になると指摘。「医療と介護を同時にサービス提供している施設は情報連携できると思うが、医療と介護をどちらかだけ提供している施設は連携がまだうまくいっていない。ここをどうするかが今後の課題だ」と述べた。

その上で、医療・介護関係者で「顔の見える関係」をつくるのが大切だと指摘。急性期、亜急性期、リハビリ、慢性期、診療所、訪問看護・介護サービスも含めて、情報基盤の上に「信頼感」を構築しておくことが必要だと述べた。（6/28MEDIFAXより）

地域支援病院、在宅医療は「必須でない」／厚労省が整理

厚生労働省は地域医療支援病院と在宅療養支援病院・診療所の機能を整理した。地域医療支援病院が

自らが在宅医療を提供することは必須ではなく、地域の医療機関で対応困難な重症例を受け入れる役割があるとした。6月29日の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大教授）へ提示した。

さらに厚労省は、医療法では在宅医療推進に関する支援として▽在宅医療提供事業者の連携緊密化への支援▽患者・地域医療提供施設への在宅医療提供事業者に関する情報提供などが例示されているとも指摘した。（7/2MEDIFAXより）

難病対策

難病対策、希少性が議論の焦点に／厚労省・難病対策委員会

法制化も視野に難病対策の見直しを進めている厚生労働省の厚生科学審議会・疾病対策部会難病対策委員会（委員長＝金澤一郎・国際医療福祉大学大学院長）は7月3日、難病対策を進める疾病の定義や医療費助成の在り方などについて議論した。疾病の希少性を難病対策の要件にすべきか否かが議論の焦点になったが、結論を得るまでには至らなかった。8月の中間取りまとめに向け、次回も議論を継続する。（7/4MEDIFAXより）

子ども医療

国庫負担減額「廃止は慎重な検討」／子ども無料化で政府答弁書

子どもの窓口負担を軽減・無料化している市町村に対する国庫負担金の調整措置は減額措置であり財政力の弱い自治体に対しては廃止すべき、との質問主意書に対し、政府は6月29日に閣議決定した答弁書で、廃止は慎重な検討が必要との見解を示した。

公明党の横山信一参院議員は、国は国庫負担金の減額措置を行っているとして「財政力の弱い自治体にとっては厳しい国保財政をさらに圧迫するだけでなく、地域主権の理念に反し、少子化対策、子育て支援の流れに逆行する懸念がある」と指摘。財政力の弱い自治体に対しては廃止すべきとして、政府の見解を求めた。

政府は答弁書で、市町村が子どもの窓口負担の軽減を行う場合、一般的には医療給付費が増え、国庫負担金の額も増加することになると説明。「限られた財源を公平に配分する」との観点から、負担軽減を

行う場合と行わない場合とで市町村に交付する国庫負担金などの額が同等になるよう調整措置を講じることになっているとした。（7/3MEDIFAXより）

後発品

後発品義務化提案に「不安未解消で難しい」／厚労省版仕分け

厚生労働省版提言型政策仕分けは6月29日、2012年度末までに数量ベースで30%以上という政府目標の到達が危ぶまれている後発医薬品の使用促進策を取り上げ、これまでの進展状況を検証した。提言する側の構成員からは、後発品の使用を義務化してはどうかとの投げ掛けがあったが、厚労省は品質に対する不安が全て解消されていない段階での義務化は難しいとの認識を示した。

省内の事業仕分け室が提示した後発品使用促進策の論点は2つ。1つ目は患者や医療関係者の一部にある後発品に対する不安の解消、2つ目は後発品の信頼性向上のための安定供給体制の強化。事業仕分け室は、都道府県単位で設置が進む後発品使用促進協議会を市町村や保健所単位で設けることや、安定供給が不十分な後発品企業に対する指導強化を要請した。（7/3MEDIFAXより）

病院外来

負担軽減策の「外来縮小」、対象拡大を示唆／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6月29日、東京都内で講演し、大規模病院の外来縮小を推進したいとする考えを示した。病院勤務医の負担軽減が要件となっている入院基本料等加算など15の診療報酬項目を算定する場合、特定機能病院と500床以上の病院では「外来縮小の検討」が必須化されており、必須化の対象病院を拡大する方向性を示した。

厚労省は2012年度改定で、勤務医負担軽減と処遇改善を目的とした診療報酬項目を7項目追加し15項目に拡大した。各加算を算定するための要件として改定前は「医師・看護師などの業務分担」「医療事務作業補助体制」などの項目を、負担軽減のための計画で任意で示せばよかったが、改定後は「医師・看護師などの役割分担」を必須に、「外来縮小の取り組み」「交代勤務制の導入」も一部病院で必須となった。（7/2MEDIFAXより）

医介連携**医療と介護の連携、市町村の関与が必要／厚労省版仕分け**

厚生労働省は6月29日、有識者が同省の施策について検証に基づく提言を行う「提言型政策仕分け」で「医療と介護の連携」を取り上げた。厚労省は医療と介護の連携が進まない要因として、後期高齢者の医療保険と介護保険で保険者の主体が異なることを挙げ、連携を円滑に行うため、市町村が利害関係者間の調整に積極的に関与する必要性を指摘。また、医政局の「在宅医療連携拠点事業」で多職種協働による在宅医療の支援体制を構築するためのモデル事業として実施している取り組みを制度化することも必要との考えを示した。

有識者からは、厚労省内に医療と介護の連携を担当する「連携室」などの専門部署を新たに設置することや、家族による介護について国民的な議論を求める意見などが上がった。

連携担当の部署について医政局の大谷泰夫局長は、「在宅医療と介護の推進が2012年度の政策の柱ということで、保険局、老健局、医薬食品局など関連部局全てが集まって議論した」と述べ、省内で必要な連携は取れていることを強調。その上で「（厚労省）全てに関わりがある。関係部局が緊密に連携を取りながら、足らざるところは埋めていくというように進めていければと思っている」とし、今後さらに、省内の連携強化を図ることで対応する考えを示した。

老健局の宮島俊彦局長は家族による介護に関連し、「介護保険創設時、家族介護に現金給付をしてはどうかという大きな議論があった。その上でそうはならなかった」と説明。ただ、「現金給付するかどうかは別にして、レスパイトケア（の拡充）も含め、家族介護の社会的評価について議論する時期に来ていると思う」と述べたほか、認知症の独居高齢者などを含め、介護保険サービスだけでは十分に対応できないケースがあることへの問題意識も示した。

医学教育に在宅医療の方法論を取り入れることも必要とする意見なども出た。今回の議論も踏まえ、次回7月6日に提言を取りまとめる予定。

（7/2MEDIFAXより）

米医療保険**米医療保険改革は合憲／最高裁、加入義務容認**

米連邦最高裁は6月28日午前（日本時間同深夜）、オバマ政権最大の政策実績である医療保険改革法について、根幹部分である国民の保険加入を義務付けた条項を含め合憲との判決を言い渡した。世論を二分したオバマ改革の象徴は、司法の場で正当性を認められた。「公平な社会」を掲げ、11月の再選を狙うオバマ大統領への追い風となる。

判決は9人の判事が5対4に割れる僅差。オバマ氏は午後の声明で、判決を「全ての米国民にとっての勝利だ」と歓迎。大統領選の共和党候補となるロムニー前マサチューセッツ州知事はこれに先立ち、同法の撤廃が「私の任務」と述べ、大統領選で是非を問う考えを強調した。「国民の誰もが安心して医療を受けられる社会」を公約して当選したオバマ大統領は、2010年3月に医療保険改革法を成立させた。

共和党の強い26州は、保険加入義務化は憲法1条が定めた連邦議会の立法権限を逸脱すると違憲性を指摘し「個人の自由を侵害する」と提訴。だが最高裁のロバーツ長官は判決で、加入義務化は「税の一種とみなすことが可能」で、憲法の範囲内だと指摘した。

米国には日本のような国民皆保険制度が存在せず、保険加入率は約83%。高齢者と低所得層を対象とした公的医療保障を除くと、勤務先が提供する民間保険が一般的だが、失業で無保険状態に陥るなどして十分な医療を受けられない国民が多数いる。

医療保険改革法は高所得層への増税を財源に、中低所得層への保険料公費補助や保険加入義務化を盛り込んでいる。14年に本格施行、21年末までに加入率を95%に引き上げ保険料を抑制、財政赤字削減も図る。

共和党保守派などは法制化の過程で「社会主義化」と反発を強め、「反オバマ」の保守派運動「ティーパーティー（茶会）」台頭につながった。

（7/2MEDIFAXより）

消費税**地方の社会保障に約7兆円／消費増税で、使途調査へ**

社会保障と税の一体改革関連法案では、消費税率を10%に引き上げた場合、地方自治体の取り分が現

行の2.18%から3.72%に増える。このうち2.72%分（2010年度決算ベースで6兆8000億円）を社会保障に充てることになっており、総務省は、実際にどう使われているかを調査する方針だ。

自治体への3.72%分は地方消費税や地方交付税として配分。本来は使い道が自由な一般財源だが、増税への国民の理解を得るため、今でも地方消費税で割り振られている1%を残し、使途が社会保障に限られる。

ただ現状では、地方が全額を充てていることを検証できない。介護保険など国の補助事業に使った分は、厚生労働省が調査するが、国の補助金を受けない単独事業の費用は自治体ごとにサービスが多様で、調査対象になっていないためだ。

財務省などが使途の明確化を強く求めていることもあり、総務省は近くまとまる11年度決算から、単独事業費の調査に乗り出す。税率は14年度から段階的に引き上げられるが、調査を先行させてデータを蓄積する。

調査対象の単独事業は、年金、医療、介護、少子化対策の4分野と、11年末の「国と地方の協議の場」で4分野関連と認められた障害者支援など。総務省は予防接種など具体的なサービスを挙げて、支出した費用の報告を全自治体に求める。

【共同】（6/26MEDIFAXより）

非課税は違憲か合憲か、消費税訴訟が結審／判決は10月16日

兵庫県民間病院協会（吉田耕造会長）の4病院が、社会保険診療が消費税非課税となっているのは憲法違反だとして、国を相手に提訴した訴訟は6月26日、神戸地裁（榎村明剛裁判長）で結審した。判決は10月16日。

原告側は、控除対象外消費税の発生について課税の公平性の観点から司法の判断を求めており、非課税そのものが違憲だとして、4病院がそれぞれ損害の一部として一律1000万円（計4000万円）の賠償を請求している。一方、国側は、社会保険医療サービスは国民の生命・健康の維持に直接関わるとして非課税の正当性を主張。医療機関の負担については、診療報酬改定で制度的な手当てはされていると主張している。2010年9月28日の提訴以来、6月26日を含めて9回の口頭弁論が開かれた。

この訴訟をめぐるのは、仮に神戸地裁が「現行の非課税は妥当」との判断を示した場合、「課税」を求

める医療関係団体の今後の要望活動にとって足かせになるとして、原告に対して取り下げを求める声が病院団体関係者から出ている。

結審を前に原告を代表して特定医療法人中央会尼崎中央病院の吉田静雄理事長（同協会副会長）が意見陳述した。被告の国側からの反論陳述はなかった。吉田理事長の主張要旨は以下の通り。

▽社会保険診療報酬は非課税のため、仕入れ先に支払った消費税の還付が受けられない。一般の事業者と違って病院は一方的に消費税を負担させられている。

▽病院は薬剤、診療材料、高額医療機器の購入など必要な仕入れが多く、施設の建築、修繕にも多額の消費税を支払っている。病院は毎年、少なくとも数千万円の消費税を払っている。（自医療法人でも）8000万円以上の消費税を支払っている。

▽国は社会保険診療報酬の改定で負担分は手当てされていると言うが、実際には全く解消されていない。何千もある項目のうちわずかな項目の報酬改定で平等に解消されるはずはない。根本的な疑問として、診療報酬改定で消費税分を上乗せするというのでは、患者が消費税分を負担していることになり、非課税の意味がない。医療に関しては消費税の仕組みそのものに大きな問題がある。

▽現在、医療機関の経営環境は悪化している。このような状況下で間もなく消費税が改定される。税率10%になると私たちの負担は2倍になる。倒産する病院が続出することは目に見えている。地域医療の崩壊は国民にとって大きな不利益だ。

▽適正に法律を変えれば、患者が消費税を負担しなくても仕入税額控除はできるはず。全国の医師会、病院団体は見直しの要望を毎年のように国に出している。国も最近、この問題を重要視して中医協で検討することになったが、診療報酬の中で手当てするとの立場がなお有力という状況にある。それではこの問題は解決しない。（6/27MEDIFAXより）

先進医療

先進医療を一本化、薬事承認申請で活用も／厚生省が方針提示

厚生労働省は、第2項先進医療（先進医療）と第3項先進医療（高度医療）を一本化した上で、一本化後の新たな枠組みに沿って医療現場で実施した成果を薬事法上の承認申請で活用できるよう制度設計

する。6月27日の高度医療評価会議（座長＝猿田享男・慶応大名誉教授）で方針を示した。

厚労省案では▽薬剤の適応外使用▽未承認の医療機器▽医療機器の適応外使用—に関しては、新制度で実施した成果が国際的な論文などで公表された場合、薬事承認申請で活用できることとした。▽未承認薬▽再生医療▽個別化医療—の場合は、医薬品医療機器総合機構（PMDA）による薬事戦略相談の活用を求める。

厚労省は会議に、先進医療を審査している現行の「先進医療専門家会議」と、高度医療を審査している現行の「高度医療評価会議」を「先進医療会議（仮称）」として一本化する最終的な概要案を提示。申請窓口は厚労省医政局研究開発振興課とする。申請された医療技術は、先進医療会議が「先進医療A（＝有効性が明らかな技術）」と「先進医療B（＝有効性が必ずしも明らかでない技術）」に分類し、先進医療Aは、保険収載を目指す技術として先進医療会議が審査。「先進医療B」は、新たに設置する「先進医療技術審査部会（仮称）」で統計学的に検証した上で、技術的妥当性が認められれば、先進医療会議が審査する。（6/28MEDIFAXより）

精神保健

精神科医療、手厚い配置で地域移行／厚労省検討会が意見整理

厚生労働省の「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」（座長＝武藤正樹・国際医療福祉総合研究所長）は6月28日、精神科医療の機能分化や人員配置について今後の方向性に関する意見を取りまとめた。入院患者に対してこれまでより手厚い人員配置を行っていく方向性を示し、早期退院と地域移行のさらなる推進を強く打ち出した。厚労省は取りまとめを踏まえ、必要に応じて医療法施行規則を改正したい考えだ。

検討会は早期退院・退院支援に当たって、患者の状態像や特性に応じた質の高い精神科医療の提供が必要として、患者の状態を▽3カ月未満（精神症状が活発で入院治療が必要な患者）▽3カ月－1年未満（急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整などに時間を要する患者）▽重度かつ慢性（地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者）▽重度かつ慢性を除いた現在の長期在院

者—に分類。それぞれに必要な人員配置や支援体制を議論してきた。

「3カ月未満」は一般病床と同等の医師・看護職員の配置（医師16対1、看護職員3対1）とし、精神保健福祉士や作業療法士などの配置を規定することなどを盛り込んだ。「重度かつ慢性」の患者の基準については調査研究を通じて2012年中にも明確化する。

●3カ月未満の看護配置で反発／医療側構成員

最終的な取りまとめに向けた議論の中で、3カ月未満の人員配置で看護職員を一般病床と同等とすることに医療提供側の構成員が反発。山崎學構成員（日本精神科病院協会会長）は「『3対1の配置を基本としつつ』にすべき」と述べ、「3カ月－1年未満」と同様、看護職員以外も含めて3対1配置にすべきとの認識を示した。精神科医療の質はチーム医療によって向上していくものであり、看護職員のための配置では対応できないこともあるとした。

（6/29MEDIFAXより）

高齢者ケア

胃瘻選択の意思決定で指針／老年医学会

日本老年医学会（大内尉義理事長）は6月27日、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン（GL）」の内容を公表した。近く同学会ホームページに掲載する予定。同GLは、胃瘻など人工的水分・栄養補給法（AHN）を導入するかどうか選択する場面などで、現場の医療・介護・福祉従事者が適切な意思決定プロセスをたどることを支援する目的で作成した。

内容は大きく分けて①医療・介護における意思決定プロセス②いのちについてどう考えるか③AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点—の3項目で構成。医学的な妥当性よりは倫理的妥当性を重視したという。

GLに沿って関係者が意思決定プロセスを進め、AHNについて選択することに対して司法が介入することは実際にはあり得ないとし「あるとすれば極めて不適切である」と主張。この主張に賛同する弁護士や元最高裁判事ら法律家の実名リストもGLに掲載した。

会見した大内理事長は「現場でこのGLを使ってもらい、ご意見を頂くという検証作業が必要と考えている」と述べ、現場の意見を踏まえて改訂してい

く方針を強調した。（6/28MEDIFAXより）

透析GL

透析の「中止」含むGL、13年6月に最終案／透析医学会

日本透析医学会は、透析導入が困難な患者への「非導入」や透析治療の継続が困難な患者への「中止」を含めた対処方針をまとめる「慢性血液透析療法ガイドライン（GL、仮称）」の最終案を、2013年6月の学術集会で発表する考えだ。秋澤忠男理事長が質問に7月1日付の文書で回答した。

透析医学会は2009年に腹膜透析GLを作成した。末期腎不全患者の9割以上が受けている血液透析療法については、初のGLを作成する方針を約2年前に固めたものの現在も議論が続いている。慎重に検討を進めている理由について秋澤理事長は、血液透析は多くの分野が関係し方法も多岐にわたることや、医療経済も大きく左右する可能性があるためとした。

GLは▽透析導入▽透析処方▽透析非導入・中止一の各提言による3部構成とする方針で、秋澤理事長はこのうち「慢性透析療法の非導入と継続中止に関する提言」案が倫理的課題の解決を含めて最も苦労していると答えた。

6月に札幌市で開かれた学術集会で、同学会学術委員会が非導入・中止についての提言として▽透析治療を導入できない▽患者が拒否する▽透析治療をいったん中止せざるを得ない▽透析治療を実施することが危険と判断される—などの場合への対処案を示し、学会顧問弁護士や井形昭弘・日本尊厳死協会前理事長を交えて討議した。秋澤理事長はさらに、検討する部分もあるとした上で「非導入や中止という言葉についても慎重に選択しようと考えている」と答えた。

また、透析医学会の基本姿勢として「導入や継続を見合わせる際の具体的な手順を含め、社会の理解と了承を得られる提言としてまとめていくことを第一の方針としている」とした。（7/3MEDIFAXより）

生活保護

「登録」から「確認」に修正へ／大阪市の医療扶助適正化策

大阪市西成区は、生活保護の受給者が診療科ごと

に受診する医療機関を1カ所登録する新たな制度について「登録」から「確認」に修正する方針を固めた。1診療科1医療機関としていた受診先も医師の医学的判断で複数医療機関を受診できるようにする。8月から運用を開始する予定で、「最終決定に向けて協議を詰めている。できるだけ早く要綱案をまとめたい」としている。

現状では、受給者の通院先は区が受給者の希望を確認し、医療機関に医療要否意見書を送付。医療が必要と判断されれば区が医療券を交付している。修正前の要綱では、区が受給者の希望を確認した際に医療機関を「医療機関等登録証」に記載。1診療科1医療機関とし、受診医療機関をより明確化させるとしていた。

登録という言葉が「フリーアクセスの阻害につながる」などの指摘があったため、「医療機関等登録証」を「通院医療機関等確認証」に改める見通し。西成区は新制度について「現行制度の中で受診医療機関をより明確化させるもの」としている。

（6/20MEDIFAXより）

「行政と協力し適正化進める」／医療扶助で大阪府医・松原副会長

大阪市西成区が導入を予定している生活保護受給者への医療扶助の新制度をめぐる、区が要綱を修正する方針を示したことを受け、大阪府医師会は6月18日、大阪市医師会連合会の会合で修正後の制度について説明し了解を得た。大阪府医の松原謙二副会長は「登録制はなくなった」とし、「報道で西成区の一部の問題ある医療機関が指摘されているのは事実。われわれと行政が協力して適正化するようにしたい」と述べ行政と協力する方針を示した。

（6/20MEDIFAXより）

生活保護への後発品義務化を提案／参院予算委で梅村氏

民主党の梅村聡氏は6月13日の参院予算委員会で質問に立ち、後発医薬品の効能・効果と安全性が先発医薬品と同等であることを前提に、生活保護受給者に後発品の使用を義務付けることを考えるべきではないかと述べた。梅村氏は党厚生労働部門会議の生活保護ワーキングチーム（WT）で座長を務めている。生活保護の制度改革に向け、党側の立場で政策提言した形だ。

小宮山洋子厚生労働相は、医師の処方権などを理

由に「一度は後発品を使用してもらう取り組みを進めたいが、どこまで強制できるかは考える必要がある」と回答。これに対し梅村氏は、生活保護受給者には医療費の自己負担が生じないため、コストインセンティブが働かないことが、後発品の使用促進が進まない理由になっていることを厚労省はすでに認識しているとし「自己負担を導入するか、使用の義務付けをしないと後発品のシェアは広がらない。納税者が納得する制度をつくることが、結果として生活保護受給者への偏見や差別がなくなるという提案をしている。ぜひWTとして頑張りたい」と意気込みを示した。

梅村氏は生活保護法による指定医療機関の取り消しにも言及し、「悪いことをしたら取り締まれるルールが必要。そこをきちんとつくるよう、われわれも協力したい」と述べた。（6/14MEDIFAXより）

大阪市の登録制度、地元医師会が反発／「フリーアクセスの侵害」

大阪市（橋下徹市長）は生活保護受給者への医療扶助の適正化に向けて、西成区をモデル地区に、受給者が診療科ごとに医療機関を1カ所登録する新たな制度を8月にも開始する方針を示している。地元の西成区医師会は、受給者のフリーアクセス権を侵害し、一般患者の医療費抑制策にも発展しかねない仕組みとして反発。患者の権利など法的観点から、大阪弁護士会人権擁護委員会との協議も開始した。

●医療扶助適正化、個別指導の徹底も

西成区によると、同区は4人に1人が生活保護受給者で医療扶助費も年間275億円に上る。登録制度で一部患者の重複受診や重複服薬などを抑制するという。大阪市は市内全域から対象医療機関を抽出し個別指導を実施する方針も打ち出している。

西成区医師会の馬場谷勝廣会長は6月13日、取材に「生保患者に対する適切な医療提供体制の確保は必要だが、大阪市の施策は生保患者の医療機関のフリーアクセス権を侵害する可能性が高く、許容できるものではない。受診抑制で疾病の重症化にもつながる」とし、大阪市の方針に反対することを表明した。

その上で「西成区で医療費抑制策が成功すれば、全市の生保患者の受診対策に活用される予定だ。将来的には一般患者の医療費抑制策につながる可能性もはらんでおり、医師会としては危機感を持って対応している」とし、大阪市医師会連合会にも協力を

得ながら活動を進めていく予定とした。大阪府医師会にはすでに報告してあるとし「日本医師会にも協力を求めている」と述べた。

馬場谷会長は、2011年7月時点で、西成区の129医療機関を含め1538医療機関が西成区の生保患者へ医療提供を行ってきたと説明。「市の施策がそのまま行われれば、西成区で新規開業する医師はいなくなるだろう。地域医療が壊されようとしている」と危機感を募らせている。

大阪府が提示している医療扶助適正化対策は大きく3点。1点目が登録制度で、西成区の受給者は診療科ごとに医療機関を原則1カ所登録する。2点目は、新規開業の医療機関に対する個別指導。新規に医療扶助指定機関の指定を受ける場合、3年の間に必ず個別指導を受けることになる。ここで不適切な医療行為が判明した場合は、更新の指定申請を却下する。

3点目が全市医療機関を対象にした指定済み医療機関への個別指導の徹底だ。西成区の受給者を扱っている医療扶助指定機関の電子レセプトを分析し▽請求点数が一定値を超えるレセプトが多い医療機関▽再審査請求率が高い医療機関▽査定率・査定点数が高い医療機関—などを抽出。市長権限で立ち入り検査による個別指導を実施するという。

（6/14MEDIFAXより）

医療扶助適正化で新システム、12年秋にも／厚労省

厚生労働省社会・援護局は、2011年度から全国稼働している「生活保護等版レセプト管理システム」について、12年秋ごろを目指してソフトウェアの改修を行い、指導対象となり得る生活保護の受給者や指定医療機関の抽出機能を強化する。

同システムは電子レセプトを活用して生活保護受給者のレセプトを効率的に抽出・点検し、医療扶助の適正化を図る取り組みの一つ。

現在開発中の新システムでは▽複数月にわたる頻回受診の点検（縦覧点検）▽重複請求の点検（重複点検）▽レセプト有効性の点検（資格点検）—の各点検機能の強化を図る。例えば「月15日以上受診している受給者」と「月15日以上受診が3月以上続いている受給者」といった複数条件で、指導対象となる可能性が高い受給者を抽出できるようになるため、自治体では指導対象を絞り込みやすくなる。

過去に社会問題化した向精神薬の転売について

も、新システムでは複数医療機関で重複処方を受けている受給者を容易に抽出できるようになるため、速やかな対応が可能になる。

さらに、統計・分析機能を強化することで「生活保護受給者に関する1件当たりの請求金額が高い医療機関」「訪問診療など特定の診療行為が多い医療機関」といった生活保護の請求が他の医療機関に比べて突出している医療機関の抽出も容易になるといえる。

社会・援護局では医療扶助適正化に向けて、同システムで抽出された医療機関については、重点的にレセプトの内容を個別に審査し、請求内容に問題があると疑われる医療機関には重点指導を行うとしている。指導対象となり得る医療機関の選定基準策定や効果的・効率的指導も推進する考え。

新システムの導入とそれに伴う医療機関への指導や向精神薬の適正受診の徹底により、年間18億円の医療扶助費の適正化を見込む。また、12年度から新規補助事業として福祉事務所への配置を助成する「医療扶助相談・指導員」の助言・指導とともに、ジェネリック医薬品の使用を促進することで年間106億円の医療扶助費の適正化を見込んでいる。（6/12MEDIFAXより）

障害者

障害者総合支援法が成立／参院本会議

障害者総合支援法が6月20日、参院本会議で与野党の賛成多数で可決、成立した。支援の区分を「障害程度区分」から「障害支援区分」に改めるほか、障害福祉サービスの対象に難病患者を追加することなどが柱。（6/21MEDIFAXより）

審査機関

審査機関の統合「慎重な意見も」／小宮山厚労相、衆院小委に報告

衆院決算行政監視委員会が2011年12月に決議し報告を求めていた審査支払機関の統合に向けた検討について、小宮山洋子厚生労働相は6月13日の同委員会の行政監視に関する小委員会「保険者をはじめとする関係者の意見を聞いて、その理解を得られるような在り方について引き続き検討していきたい」と報告した。6月21日の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）で、厚生

労働省保険局保険課が小宮山厚労相の報告について説明した。

小委は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、6カ月以内の報告を求めていた。小宮山厚労相は社会保障審議会・医療保険部会での議論を踏まえ、統合は有効だとする意見がある一方で、国保連から審査部門を切り離すことに伴う市町村国保業務への支障や現場の混乱への恐れから慎重な検討を求める意見があったことなどを報告したという。（6/22MEDIFAXより）

基金

診療報酬は3.1%増、医科は1.5%増／支払基金の11年度状況

社会保険診療報酬支払基金（河内山哲朗理事長）は6月25日の定例会見で、2011年度の診療報酬等確定状況（11年4月診療分－12年3月診療分）について、総確定件数が前年度に比べて2.7%増の9億1162万件、総確定金額が同3.1%増の10兆4071億円だったと公表した。同年度の増加幅について、支払基金では自然増によるものとの見方を示した。

このうち医療保険は確定件数が7億9128万件で同1.5%増、確定金額は8兆2415億円で2.4%増となった。医科だけを見ると確定件数は入院が666万件で1.1%減、入院外は4億3499万件で0.8%増だった。医科の確定金額は入院が2兆5184億円で1.4%増、入院外は3兆3375億円で1.6%増となり、合わせて5兆8559億円で1.5%増となった。生活保護の確定件数は4219万件で6.8%増、確定金額は1兆6313億円で4.8%増だった。

医療保険と生活保護の確定状況を1件当たりの点数で比べると、医療保険が1374点だったのに対し、生活保護は3918点。同様に1件当たりの日数を見ると医療保険が1.18日だったのに対し、生活保護では2.42日となっていた。

会見では電子レセプトでの算定状況についても11年度後半の分析結果を示し、1カ月平均の算定点数が711億8500万点で前年同期比で4.9%増となったことや、1カ月平均の算定回数が10億200万回で同5.6%増となったことを示した。

また、会見では初めて特定の診療行為について電子レセプト算定回数の分析結果を示した。ハイリスク妊産婦関係の算定は、10年度改定で急増した後も

微増傾向にあり、11年度後半の1カ月平均算定回数は4万7870回となった。同様に11年度後半の人工透析の1カ月平均算定回数は69万6926回で5時間以上の慢性維持透析が増える傾向を示した。デイケア関係は増加傾向を示しており、同44万3736回となった。

●審査充実策で査定率向上

11年度事業については、審査事業でのコンピューターチェックの充実と12年3月審査分から開始した突合点検・縦覧点検（東日本大震災被災地3支部を除く）を報告した。原審査査定点数に占めるコンピューターチェックの寄与率は11年4月審査分の41.5%に対し、12年3月審査分は47.4%に上昇した。

12年3月審査分での1万件当たりの査定件数は突合点検で19.5件、縦覧点検で2.5件。1万点当たりの査定点数は突合点検3.1点、縦覧点検で0.4点となった。原審査での見落とし率も11年4月審査分が11.5%であったのに対し、12年3月審査分は9.9%に低下した。

●突合「責別」では医療機関が99.7%

12年3月審査分から始まった突合点検について、医療機関・調剤薬局のいずれの処方箋が不適切であったかを確認する責別確認の状況も分かった。同月審査分の医科査定件数10万4300件のうち、不適切とされた医療機関分の処方箋は99.7%を占める10万4000件、調剤薬局分は0.3%の300件だった。医科査定点数で見ると3092万3000点のうち、医療機関分は3075万7000点で99.5%、調剤薬局分は16万6000点で0.5%という割合だった。（6/26MEDIFAXより）

新型インフル

新型インフル特措法、7月に検討会議／内閣官房対策室

内閣官房新型インフルエンザ等対策室は、2012年5月に公布した「新型インフルエンザ等対策特別措置法」の施行に向けて、7月にも「検討会議」（仮称）を立ち上げる。特措法に基づく政府行動計画の内容や緊急事態宣言の要件など、重要政令事項について議論を開始する予定だ。検討会議には感染症や公衆衛生の専門家だけでなく、地方公共団体の関係者も参加する。年明けごろに中間取りまとめを行い、13年春の施行を目指す。内閣官房新型インフルエンザ等対策室が、6月26日の「新型インフルエンザ等対策特別措置法に関する都道府県担当課長会議」で今後のスケジュールを発表した。

新設する検討会議では、国の指定公共機関や新型インフルエンザが発生した際に特定接種（先行的予防接種）の対象となる登録事業者の基準、要請・指示の対象となる医療関係者の範囲や損害補償の内容・水準などについても議論する。（6/27MEDIFAXより）

計画停電

政府、2次救急医療機関にも通電／4電力管内の計画停電

政府は6月25日、2012年夏に計画停電を実施した場合でも通電対象とする医療機関を決定した。2011年の東京電力管内での計画停電では通電対象に含まなかった2次救急医療機関や救急告示医療機関も対象に含めた。計画停電の可能性があるのは関西電力、北海道電力、四国電力、九州電力の4つの電力会社管内で、各電力会社が公表している月間カレンダーとグループ割りに沿って実施する。対象地域1回の停電時間は2時間程度としている。

（6/26MEDIFAXより）

孤立死

公費に依存しない孤立死防止の取り組みを報告／厚労省・検討会

厚生労働省の「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）は、孤立死防止の見守りサービスなどを安定的に提供する地域の取り組みを報告書にまとめた。それぞれの地域で寄付や賛助会費などを募り、公費だけに依存することなく、自主的に財源を確保する仕組みを考案して成果を上げた取り組みを紹介している。報告書の最終版は7月中旬までに厚労省ホームページで公開し、全国の各自治体にも配布する予定。

報告書は、全国の58市区町村が「地域福祉推進市町村」として2009年度から3年間、厚労省の「安心生活創造事業」で実施した内容を取りまとめた。これまでの福祉サービスは「公費」「保険料」「利用料」を主な財源としていたが、同事業では寄付や賛助会費などによる地域の自主財源を加えてサービス提供する体制を整えたことが大きな特徴。孤立死防止の対象者を顕在化させることで新たなニーズも掘り起こした。

孤立死については、これまでハイリスクとされて

きた高齢者のみの世帯や障害者単独世帯だけでなく、30-40代の比較的若い世帯全員の孤立死などが問題視されるようになった。厚労省は、12年に入ってから中心的に生計を担っている人や介護者などを含む家族全員が死亡した状態で発見されるケースなどが複数報告されていることから、あらためて孤立死防止対策で優先すべき課題の検討を進めている。（6/20MEDIFAXより）

遺体解剖

遺体を使った手術教育や研究でGL／外科学会・解剖学会

日本外科学会と日本解剖学会は共同で「臨床医学の教育及び研究における死体解剖のガイドライン（GL）」を策定した。両学会が6月20日、GLの内容を説明した。GLでは、死体解剖保存法や献体法の現行法下で、遺体を使った外科手術手技の教育・研究を適切に実施するために、遺体による手術手技研修の実施目的と必要性を明確化。その上で実施に必要な条件を定めた。

背景として、外科手術の医療安全を保つため、外科手術手技の高度化に伴ってトレーニングの必要性が指摘されており、外科からは遺体を用いた細かいトレーニングを実施したいというニーズがあった。しかし現行法下では、医学教育を目的とした解剖実習以外の研修などに遺体を利用することに明確な指針がなく、死体解剖保存法の「解剖」の枠内に当たるとどうにか基準があいまいだった。

GLでは、遺体による手術手技研修に当たっては▽医療安全の向上や国民福祉への貢献を目的とする▽医科大学などで死体解剖保存法、献体法の範ちゅうで実施する▽献体登録者の書面による意思表示があり、家族からの理解と承諾を得る▽大学の倫理委員会で実施内容を十分に検討し承認を得ている—ことを実施の条件ととしている。

（6/21MEDIFAXより）

治療と就労

治療しながら働けるシステムづくりを／厚労省版仕分け

有識者が厚生労働省の政策を検証・評価する「提言型政策仕分け」は6月22日、難病やがんなど長期治療が必要な患者の就労支援について議論し、医療

機関・相談センターと就労支援機関が連携する仕組みをつくるべきという提言をまとめた。

提言では、病気の診断後、患者がすぐに就労相談を受けられるような体制の整備や、医療機関で就労支援の情報を集めたリーフレットを患者に配布するといった取り組みを推進するよう求めた。医療と就労の両分野に精通した専門支援人材を育成することも必要だとした。

患者の「治療」と「仕事」を両立させるため、土日に診療が可能な医療機関を増やすことや、職場で労働時間を見直すためのガイドラインを事業主に周知徹底することなども提言に盛り込んだ。

難病、がん・肝炎、糖尿病といった疾患ごとの提言もまとめた。中でも糖尿病は発症の初期段階で自覚症状がないため、患者が医療機関や健診を受診した際に生活習慣を改善するための保健指導や情報提供を実施するなど、患者への意識付けも重要だとした。

●「セルフケア」と「健診医療」は両輪

また、国民の健康維持を図る上で「セルフケア」と「健診医療」が両輪だとも指摘。医療保険者が実施する特定健診・保健指導、職域での健康診断、市町村が実施するがん検診を一体的・効率的に推進し、健診（検診）の費用対効果面を検証したり、受診意欲を喚起させるための施策に取り組んだりする必要性を指摘した。

受診率を向上させるための取り組みとして、▽健診の対象年齢になる前から受診の働き掛けを行う▽健診しやすいよう労働時間に配慮する▽がん検診と他の健診との同時受診を促進する—といった取り組みも必要だと提言した。健診受診率の向上につながる好事例を収集し普及することも重要だとした。（6/26MEDIFAXより）

高齢者

後期高齢者制度の安定・継続で要望書／広域連合

全国後期高齢者医療広域連合協議会（会長＝横尾俊彦・佐賀県多久市長）は6月6日、東京都内で開いた広域連合長会議で、後期高齢者医療制度について安定的で継続的な制度の確立を求める要望書を取りまとめ、辻泰弘厚生労働副大臣に手渡した。

要望書では、政府・与党が「廃止に向けた見直しを行う」（社会保障・税一体改革大綱）としている後

期高齢者医療制度について、現在の先行き不透明な状況により不安定な制度運営が続いていると指摘。政府に対し、早急に制度見直しの方針を固めるとともに、精力的に都道府県などの関係団体と調整して一刻も早く安定的で継続的な制度を確立するよう求めた。（6/7MEDIFAXより）

疑義解釈

一般名処方加算、対象は「後発品ある全医薬品」／厚労省が疑義解釈

2012年度診療報酬改定で新設された「一般名処方加算」について、厚生労働省は6月7日付で、後発医薬品が存在する全ての医薬品を加算の対象とすることができるとの疑義解釈を示した事務連絡を地方厚生局などに出した。1967年以前に承認・薬価収載された医薬品については先発医薬品と後発品の区分がないため、価格差のある後発品が存在するものについては一般名処方加算を算定できることを示した。

一般名処方加算は、後発品のある先発品について一般名処方した場合に算定できる。この場合の先発品とは、先発品と後発品の区分が設けられた67年以降に新薬として承認・薬価収載されたものを基本にしている。しかし、67年以前に承認・薬価収載された医薬品のうち、価格差がある後発品の存在するものについては、先発品とはされていないものの、「先発医薬品に準じたもの」と見なせることから、これらについても一般名処方加算を算定できることにした。

対象範囲の拡充で医療機関や薬局での準備・対応が必要になることから、厚労省は円滑な実施に向け、先発品に準じたものも含め、一般名処方の加算対象となる成分・規格を全て網羅した一般名処方マスタを早急に整備して、公表する予定。（6/11MEDIFAXより）

共通番号

マイナンバーの必要性は野党も共有／古川国家戦略相

古川元久国家戦略担当相は6月7日、国会で審議中のいわゆる「マイナンバー法案」について「番号制度の必要性は野党も共通認識を持っている」との見解を示した。古川国家戦略担当相は「番号制度は

今後、社会保障制度や税制度の改正があっても必要なもの。今国会での成立を目指したい」と法案成立に意欲を見せた。都内で行われた「わたしたち生活者のための『共通番号』推進協議会」（代表＝北川正恭・早稲田大大学院教授）主催の懇談会で発言した。

古川国家戦略担当相は、番号制度の運用をめぐる国民の信頼感や安心感を得ることが重要との認識を示した上で、「最小限の社会保障と税の部分から導入し、国民の信頼を得た後に制度の適用範囲を広げていきたい」との考えを示した。情報の取り扱いに注意が必要な医療分野については、厚生労働省を中心に議論を進める必要があるとした。

（6/8MEDIFAXより）

マイナンバーで二重検査や医療事務費削減／須藤東大院教授試算

有識者らで構成する「わたしたち生活者のための『共通番号』推進協議会」（代表＝北川正恭・早稲田大大学院教授）は6月7日の懇談会で、マイナンバー制度導入時の経済効果を発表した。試算を担当した須藤修主査（東京大大学院教授）は医療分野の経済効果について、「コスト削減は大いに考えられるが、経済波及という点はほとんど想定できない」との見解を示した。医療分野では二重検査の解消による医療費削減で約3500億円、医療保険証に関する事務人件費の削減で約300億円、計約3800億円のコスト削減を見込んでいる。

同協議会の試算によると、マイナンバー制度を導入すればさまざまな社会のコストを年間約1兆1500億円削減できるとしている。須藤主査は主に富士通総研の榎並利博氏の著書を参考に試算を実施。二重検査による医療費の削減幅は医療費全体の1%に相当すると仮定し、現場の医師からのヒアリングを基に試算した。今回の試算については「確実に試算可能な部分だけを積み上げたもので非常に禁欲的な数字。経済効果は今後の試算でさらに増加する」と述べた。（6/8MEDIFAXより）

現物給付サービスは切り離して設計を／番号制度で日医総研WP

日医総研はこのほど、「医療分野におけるID番号のあり方に関する考察」と題したワーキングペーパーをまとめた。これまでの社会保障と税に係る番号制度の議論を整理した上で、「医療分野、特に現物給付サービスの範囲は切り離して制度設計を進め

るべき」と提言した。

自民党政権下で議論され、2009年4月に報告された「社会保障カード（仮称）の基本的な計画に関する報告書」と民主党政権下の11年6月にまとめた「社会保障・税番号大綱」を比較した。両者の大きな相違点として「税務分野での利用の有無」と「番号を導入するかしないか」の2点を挙げ、社会保障カード（仮称）は税務分野での利用を含まず「番号」は導入しない、社会保障・税の番号制度は税務分野での利用も想定して「番号」を導入する一と整理した。

その上で、社会保障カード（仮称）は年金・医療・介護分野がターゲットで利用範囲も明確であるのに対し、社会保障・税の番号制度の根底には納税者番号があり、「番号」を何に使うかによって議論の方向性も大きく異なると指摘。税務分野への利用も含め、番号制度を導入した際の行政、医療機関、国民のメリットとデメリットをそれぞれ提示した。

また、患者が特定できるIDは医療情報のIT化や地域医療連携で必要との見方を示す一方、IDとなる「番号」を税の情報とひも付けることは「現段階では必要がない」と主張。番号制度は「税務分野＋社会保障分野（現金給付サービスまで）」と「社会保障分野（現物給付サービス）」を分離して制度設計することが望ましいとした。（6/13MEDIFAXより）

歳入庁

歳入庁創設「18年以降、速やかに」／政府が工程表

政府は6月12日、社会保障・税一体改革に関する関係5大臣会合を開き、税金と社会保険料を一体的に徴収する「歳入庁」を2018年以降、速やかに創設するとの工程を決めた。

工程表によると、マイナンバー制度導入時の2015年前後に、システム開発を伴わない範囲で日本年金機構が行っている国民年金保険料の強制徴収業務を国税庁に統合する。その後、納付率向上の効果や業務の類似性などを踏まえつつ、強制徴収業務の統合範囲を順次拡大。必要なシステム開発を含む諸課題に取り組みつつ、18年以降、速やかに歳入庁（徴収業務統合型）を創設することを目指すとした。

歳入庁創設に向けて準備をするための新組織を、14年ごろに設置する方向性も盛り込んだ。新組織は、将来的な業務統合に向けた準備を行うため、関係省

庁を通じて国税庁や都道府県労働局、日本年金機構といった国の各執行機関や自治体間の連絡・調整を行い、各執行機関の情報交換や、事業者の事務負担軽減策の検討などを進める。

今後の検討課題では、徴収現場で税と保険料を一体的に徴収できるよう、税と保険料の性質の違いを踏まえた優先徴収権などを整理した上で、保険料の徴収手続きを強化する必要性に言及した。

（6/13MEDIFAXより）

がん

がん対策基本計画を閣議決定／政府

政府は6月8日、2012年度から16年度までの5年間で国が取り組むべきがん対策をまとめた新たな「がん対策推進基本計画」を閣議決定した。働く世代や小児へのがん対策を充実させ、がんになっても安心して暮らせる社会の構築を目指す。

分野別施策では、小児がん拠点病院の整備や緩和ケアの推進、ドラッグ・ラグとデバイス・ラグの解消などに取り組む。成人の喫煙率や受動喫煙率の低下など、たばこに関する具体的な数値目標も初めて取り入れた。（6/11MEDIFAXより）

がん登録、13年度中に法制化目指す／6－7月に閣議決定

政府が2013年度中にがん登録の法制化を目指していることが分かった。6月6日に政府がまとめた「医療イノベーション5か年戦略」の中に「がん治療等の評価を行う基盤を整備するために、13年度中にがん登録の法制化を目指す」という文言が盛り込まれた。医療イノベーション5か年戦略は、6月末から7月にかけて政府がまとめる「日本再生戦略」の医療パートに当たる。日本再生戦略は閣議決定されるため、その中に含まれる「がん登録の法制化を目指す」という文言も、同時に閣議決定されることになる。

がん登録を推進すれば、患者が医療機関を選択する際の情報源になり得る。医療機関のがん診療実績が明らかになるからだ。将来的には自分と同じような患者の治療法や転帰に関する情報を得ることも可能になる。（6/13MEDIFAXより）

特定行為**看護師特定認証で議論継続／半年ぶりにチーム医療推進会議**

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」（座長＝永井良三・自治医科大学長）は6月13日、半年ぶりに会合を開き、看護師による特定行為とその能力を認証する仕組みの在り方について議論した。委員からは「看護師特定能力認証制度」を創設した場合の、看護師の責任の在り方について従来との整理が必要との指摘があった。議論を踏まえ、厚労省が論点を整理し、引き続き認証の在り方について検討を進めている。

厚労省は、「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）が進めている特定行為の分類や教育研修カリキュラムの内容について検討状況を報告した。カリキュラム期間は、クリティカル領域と慢性期領域で「2年課程」、救急、皮膚・排泄ケア、感染管理の各領域で「8カ月課程」が想定されている。クリティカルと慢性期の各領域でカリキュラム修了者に求められる能力はおおむね共通だとして、厚労省は2年課程のカリキュラムに必要な知識や技術の枠組み、教育内容を同じにする案を提示しており、WGでも厚労省案を踏まえて議論を進めている。（6/14MEDIFAXより）

特定行為**203項目の特定行為、2年課程では困難／厚労省・看護業務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」（座長＝有賀徹・昭和大学医学部教授）が6月27日、看護師特定能力認証制度案の議論を進める中で、看護師による特定行為の能力認証を受けるために必要な教育研修カリキュラムについて、2年課程のカリキュラムで203項目に及ぶ全ての特定行為をカバーすることは困難とする意見が複数の委員から上がった。また、OJTを通じて具体的な行為が実践できるかチェックすることが必要との指摘もあった。

教育研修カリキュラムについては2年課程と8カ月課程の2種類が提案され、2年課程は「クリティカル領域」と「慢性期領域」、8カ月課程は「救急領域」「皮膚・排泄ケア領域」「感染管理領域」の領域ごとに構成することが想定されている。8カ月課程

では共通して求められる基盤的な能力に加え、各領域独自の内容を盛り込む。一方、2年課程では2つの領域でカリキュラム修了者に求められる能力はおおむね共通であるとして、必要とされる知識や技術の枠組みと教育内容を共通にする案が厚労省から提示されている。（6/28MEDIFAXより）

倫理**医学倫理の「ヘルシンキ宣言」全面改訂へ／世界医師会**

世界医師会は、人を対象にした医学研究について医療関係者の倫理的原則をまとめた「ヘルシンキ宣言」の改訂を進める。6月にオランダのロッテルダムで作業部会を開催し、2014年の改訂を目指して検討を進める。日本医師会の石井正三常任理事は6月6日の会見で「全面改訂という考え。最初から（焦点を）絞らずに検討を進めていく予定」と述べた。

石井常任理事は改訂作業に当たって、遺伝子治療などを含めた先端医療や医療情報の取り扱い、治験の在り方などがテーマに挙がると指摘し「こうしたものを包括した宣言の在り方が改訂の一つの方向性だ」と述べた。

ヘルシンキ宣言の改訂は4月26日から4月28日まで、チェコのプラハで開催された世界医師会の中間理事会で議題に上がった。日医からは横倉義武会長、羽生田俊副会長、石井常任理事らが出席し、声明案、決議案などを審議した。（6/7MEDIFAXより）

イノベ**「医療イノベ5か年戦略」策定、東北メガバンクも／政府**

政府の医療イノベーション会議（議長＝古川元久 国家戦略担当相）は6月6日、革新的な医薬品・医療機器の創出や再生医療・個別化医療の実用化促進に向け、2012年度を開始年度とする「医療イノベーション5か年戦略」をまとめた。東北メディカル・メガバンク計画や医薬基盤研究所を中心とする創業支援ネットワーク（NW）の構築、臨床研究中核病院などを核とする大規模臨床試験の実施体制の整備などを盛り込んだ。古川国家戦略担当相は「これからが正念場。仏に魂を込めることが大切だ」と述べ、各府省に戦略を確実に実行するよう求めた。（6/7MEDIFAXより）

医薬品**09年度薬剤費比率22.3%、1.1ポイント上昇／厚労省**

厚生労働省は6月6日の中医協・薬価専門部会で、2009年度の国民医療費に占める薬剤費比率が22.3%だったことを明らかにした。08年度と比べ1.1ポイント上昇した。国民医療費から推計した薬剤費は約8兆100億円だった。

社会医療診療行為別調査などを基にした推計で、DPCなどの包括評価に含まれる薬剤費は薬剤費比率には反映されていない。報告した厚労省保険局医療課の吉田易範薬剤管理官は、包括評価に含まれる薬剤費を反映させた場合、薬剤費比率は「1－2%程度上昇する」と説明。「高額薬剤などは包括範囲から除外されているため、大きく伸びることはないのではないか」と述べた。

このほか、11年9月の薬価調査に基づく先発医薬品の数量・金額シェアも明らかにした。▽後発医薬品のない先発品は数量シェア19.1%・金額シェア47.9%▽後発品のある先発品は数量シェア34.3%・金額シェア35.2%▽後発品は数量シェア22.8%・金額シェア8.8%▽局方品や生薬などその他の品目は数量シェア23.9%・金額シェア8.1%—だった。

（6/8MEDIFAXより）

看護師**看護師日雇い派遣、10月から原則禁止へ／介護で継続求める声も**

10月に施行される改正労働者派遣法によって、介護事業所で認められている看護師の日雇い派遣（30日以下の短期労働者派遣）が原則禁止となる見通しだ。厚生労働省は、例外的に日雇い派遣を認める範囲を政省令で定める検討をしているが、「看護師」は組上に載っていない。一部の介護団体は、看護師の確保がより困難になるとして、看護師の日雇い派遣継続を求めている。

医師や看護師など医療関連業務の派遣は現在も原則禁止されているが、例外として、看護師の派遣では▽紹介予定派遣▽病院・診療所以外の施設（介護事業所など）への派遣▽産前産後・育児・介護休業中の欠員補充—などの場合が認められている。介護労働安定センターが実施した2010年度介護労働実態調査によると、22.9%の介護老人福祉施設（特養）

が派遣労働者を受け入れており、特養への派遣労働者のうち看護師は34.6%を占める。このほか通所介護（デイサービス）や有料老人ホームなどの特定施設入居者生活介護、訪問入浴介護などで看護師の派遣を利用している。（6/8MEDIFAXより）

市長会**医療保険一本化や医学部新設求める／全国市長会が決議**

全国市長会（会長＝森民夫・新潟県長岡市長）は6月6日、東京都内で総会を開き、医療保険制度の一本化を早期に実現することなどを求めた「社会保障制度の充実強化に関する決議」を採択した。

医療保険制度の早期の一本化は、国保の構造的な問題を解決するための手だてとして要望。実現までの取り組みとして▽国の責任で安定財源を確保して財政強化を図る▽都道府県を保険者とし、市町村との役割分担で国保制度の再編・統合等を行うこと—などを盛り込んだ。

また、地域医療体制の充実策として医学部の新設を明記したほか、地域の中核病院や規模の縮小や廃止を余儀なくされている医療機関に適切な措置を講じるよう求めた。

社会保障・税の共通番号（マイナンバー）制度の円滑な導入を図るための国の財政措置も盛り込んだ。（6/8MEDIFAXより）

保団連**療養病床の看護配置で届け出義務撤回を／保団連が要望**

全国保険医団体連合会は6月7日、小宮山洋子厚生労働相と大谷泰夫医政局長に対して「介護療養病床の廃止撤回」「療養病床の看護師配置基準に関して経過措置適用の届け出を義務化することの撤回」「病床過剰地域の有床診療所に療養病床の新規開設を認めること」の3点に関する要望書を提出した。

療養病床の看護師4対1、看護補助者4対1の配置基準については、2012年3月末まで経過措置で6対1の配置も認められていた。11年12月の社会保障審議会・医療部会では、この経過措置をさらに6年間延長し、18年3月末まで適用することとしたが、ただ、経過措置を適用されるには2012年6月末までに都道府県知事に届け出る必要がある。

保団連は「7月1日以降に看護師4対1、看護補助者4対1を満たせない場合の取り扱いが示されていない。届け出漏れが起きる危険性が高い」と指摘し、要望書で▽経過措置の届け出を不要にすること▽届け出を義務付ける場合、個々の医療機関への説明や7月1日以降の取り扱いを明示することなどを求めた。（6/8MEDIFAXより）

消費増税「損税倍増で地域医療崩壊に拍車」 ／保団連が決議文

保団連は6月24日の2012-13年度第1回代議員会で、「消費税増税・社会保障削減やT P P参加を許さず、国民の暮らしと健康を守る政治を求める決議」を採択した。民主・自民・公明3党が修正協議を経て国会に提出した「社会保障制度改革推進法案」について「断じて認めることはできない」と訴えている。

決議文は同法案について、消費増税と給付削減を進め、民意に真っ向から背くと反対姿勢を強調。消費増税は大企業に実質的な負担がなく、その一方で国民負担増が年間13兆円を超えるとの見通しを示し、また、「医療機関の損税も倍増し、地域医療の崩壊に拍車を掛けることになる」と懸念を表明した。

その上で▽「社会保障制度改革推進」法案は廃案とし、国民共通番号制度を導入しない▽消費税増税法案を廃案とする。医療と生活必需品への消費税ゼロ税率を適用する一などの要求事項を挙げた。

（6/26MEDIFAXより）

衆院採決に抗議「参院で断固廃案を」／保団連

保団連は6月26日、消費税増税関連法案と社会保障制度改革推進法案が衆院本会議で可決されたことを受け、衆院での採決強行に抗議し、参院での廃案を求める声明を出した。保団連は「参院での廃案に向けて引き続き、全国の保険医協会、保険医会が一丸となって、患者、国民と共同して全力で闘い抜く」としている。（6/27MEDIFAXより）

日 医

13年度予算概算要求へ要望を公表／日医、まず医療復興を

日本医師会は6月27日の会見で、2013年度予算の概算要求に向けた要望事項を公表した。東日本大震災を含めた災害対策を第一とし13項目にまとめた。

三上裕司常任理事は6月26日に行った厚生労働省への説明を皮切りに関係省庁へ要望を説明するとした。

東日本大震災対策では被災地の医療復興に向けた基金の積み増しや、原発事故による避難や復旧工事などによって人口が急増した地域の医療提供体制の整備を求めた。全国的な災害対策での要望は、医療機関の防災対策向け基金の創設や日医災害医療チーム（J M A T）編成への補助など10項目に及んだ。

医療提供体制の分野では、死亡時画像診断（A i）に関係する予算措置の拡充を求めたほか、日本医療安全調査機構が行っている「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」への補助金増額も求めた。

勤務医対策では、医師事務作業補助者の設置・充実に要望。医療メディエーター養成の充実も盛り込んだ。女性医師対策には女性産科医の配置の推進や医学生のキャリア教育の推進などを新たに要望した。

看護師等養成所などに対する支援の充実では、養成所の運営費補助基準額の増額と国庫補助率の引き上げを求めた。

医療保険制度への財政措置では、現役世代の患者負担を2割とし、70-74歳の患者負担も1割へ改正するよう要望した。義務教育修了前までは負担なしとすることも盛り込んだ。

医学教育では、医学部定員の増加を受けて教員の定員増も必要不可欠とし、さらなる予算配分を求めた。（6/28MEDIFAXより）

四病協

2025年の医療提供体制改革案を検討へ／四病協総合部会

四病院団体協議会は6月27日、総合部会を開き、2025年の社会保障・税一体改革を見据え医療提供体制の在り方を医療現場から提言していくため「医療制度委員会」を再開させる方針を決めた。当番団体の全日本病院協会の西澤寛俊会長は総合部会終了後の会見で「社会保障改革で提案されている改革シナリオの検証だけでなく、医療の機能分化を進めていく場合の病床数、人員配置、平均在院日数などについて、これまで集積されたデータなどを活用しながら取りまとめ、提案していきたい」と述べた。

特に、医療は地域特性が強いことを考慮しながら検討を進めたいとした。2025年の改革シナリオをめ

ぐっては、「高度急性期」の平均在院日数が15-16日を想定しているのに対して「一般急性期」が9日程度となっており、医療現場を運用していくことができないとの声が上がっていた。

6月26日の衆院本会議で消費税法改正案が可決されたことに対しては「社会保障の財源として消費税率アップは必要だと考えるが、手段であるべき消費増税が目的になったことは決定プロセスとしては遺憾だ。医療における消費税が非課税であることは矛盾だらけであり、課税の必要性を今後も打ち出していきたい」と述べた。

●「医療安全対策委員会」新設、医療事故調査など検討

四病協は「医療安全対策委員会」を新設することも決めた。各団体がこれまで検討してきた医療事故調査や死因究明に伴う再発防止、免責を含めた責任の在り方などについて擦り合わせ、四病協として一本化していく考えだ。（6/28MEDIFAXより）

調査・データ編

介護給付費、前年度比5.6%増で7兆円超／10年度事業状況報告

2010年度の介護給付費（利用者負担を除く）は前年度比5.6%増（3843億円増）の7兆2536億円だったことが分かった。要介護認定者数は同4.5%増（22万人増）の506万人、1カ月平均の介護サービス受給者数は同5.0%増（19万人増）の413万人。65歳以上の第1号被保険者1人当たりの給付費は同4.9%増（1万1600円増）の24万9000円だった。厚生労働省が6月29日に発表した10年度の「介護保険事業状況報告（年報）」で分かった。

サービス別の1カ月平均の給付費は、居宅サービスが全体の51.8%で2955億円と最も多く、次いで施設サービスが同39.0%の2225億円、地域密着型サービスが同9.1%の520億円だった。

第1号被保険者数は前年度比0.7%増（19万人増）の2910万人で、うち49.1%を占める1428万人（3.7%増、同51万人増）が75歳以上の後期高齢者だった。第1号被保険者の要介護認定率は16.9%（0.62ポイント増）で、うち要支援1-要介護2の軽度者は10.5%（0.6ポイント増）、要介護3-5の重度者は6.4%（0.1

ポイント増）。第1号被保険者で要介護認定を受けている86.9%（427万人）が後期高齢者で、13.1%（64万人）が前期高齢者。

第1号被保険者の保険料収納額は1兆3938億円（0.9%増）、保険料収納率は98.5%（0.12ポイント増）となった。

介護給付費が市町村の見込みを上回った場合などに必要額を取り崩すことができる介護給付費準備基金を保有している保険者は1493保険者（前年度比5保険者減）で、積み立て金額の合計は3962億円（同462億円減）だった。介護保険の保険者は全部で1580。

10年度の同年報は、東日本大震災の影響で集計が間に合わなかった福島県の5町1村（広野町、楢葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町）を除いて集計。前年度比の計算は同5町1村を除いた値で算出した。（7/2MEDIFAXより）

割合30%近くに、2つの医師調査とも／一般名処方

6月発表された2つの医師調査で、一般名処方を行っている医師の割合がともに30%近くに上がっていることが分かった。一般名処方は2012年4月の診療報酬改定で「一般名処方加算」（2点）が新設されたのを機に全国で急増している。

医薬品市場調査会社のエス・マックス（東京都）が6月19日発表した「院外処方せん記載に関する医師調査」では、「全て一般名で記載した処方せん」と「一般名と銘柄名を混在して記載した処方せん」を合わせた割合が29.7%となった。19床以下の診療所医師と20床以上の病院医師を比較したところ、診療所医師は一般名処方を行っている割合が49.0%だったのに対し、病院医師は12.9%と、病院より診療所で一般名処方が先行している様子がうかがえた。

また、「銘柄記載で変更不可にチェックを入れた薬剤名（記述）」で記入薬剤を領域単位で集計したところ、「消化器」「高血圧」「呼吸器」の上位3領域が46.4%を占めた。同調査は12年5月、560人の医師に行った。

一方、総合医療メディアのQ L i f e（キューライフ、東京都）が6月18日発表した後発医薬品に関する医師調査でも、3割近くの医師が一般名処方を行っていた。後発品に関する普段の処方方針を尋ねたところ、「一般名処方をした上で、後発品の銘柄まで希望をする」（9.4%）と「一般名処方をし、後発品への変更は薬局（薬剤師）に任せる」（20.2%）を

合わせた割合が29.6%になった。「先発品名で処方しているが、後発品の処方禁止していない」は55.2%、「先発品名で処方しており、後発品の処方は不可にする」は15.2%だった。

同調査は12年6月、全国の医師を対象に行い、802人から有効回答を得た。（6/22MEDIFAXより）

一般名処方、3割の医療機関が導入／薬経連調査

保険薬局経営者連合会（薬経連）は7月1日、会員を対象に実施した「一般名処方」に関するアンケート調査の結果を発表した。一般名処方を導入した医療機関は全体の約3割で、その8割近くが開業医だった。

調査は5月28日から3営業日の処方箋について一般名処方の状況を調べた。回答薬局数は53薬局。それによると、調査した薬局は合計799施設から処方箋を応需。そのうち、一般名で処方した医療機関は244施設で、全体の30.5%だった。内訳を見ると、開業医が77%と圧倒的に多く、病院は16.4%にとどまった。

回答のあった薬局が受け付けた処方箋枚数は合計1万2504枚。このうち一般名処方が含まれている処方箋は3726枚で、全体の29.8%を占めた。一般名処方のうち、58.2%は後発医薬品で調剤されたものの、41.8%は先発医薬品で調剤されていた。

一般名処方導入後の後発品割合も調べたところ、平均的な薬局では3月の28.30%が5月には32.80%に高まった。最も使用割合が低かった薬局では、3月の7.48%が5月には16.12%に上昇する一方、最も高かった薬局では61.50%から62.50%に上昇するにとどまった。（7/4MEDIFAXより）

特養の内部留保、施設規模でばらつき／財務省が調査

財務省は7月3日、特別養護老人ホームの内部留保額は施設ごとに大きくばらついており、内部留保が多額の施設ほど「利用者負担軽減事業」の実施率が低いとの調査結果をまとめた。入居者の要介護度の差や施設規模による収支差・内部留保額の違いを分析するよう厚生労働省に求めている。

調査結果は、予算の見直しや執行の効率化につなげるために財務省が毎年実施している「2012年度予算執行調査」の一つとして公表した。調査は各省庁の事業など75件を対象に実施しており、財務省は調査が終了した50件を公表した。

特養の内部留保については、厚労省が1087施設を対象に行った11年の調査結果がある。留保総額が3346億円で、1施設平均3億円に達するというものだ。しかし同調査は平均値を示すにとどめていたことから、財務省は詳細に実態を把握する財務状況調査を実施。厚労省が調査した1087施設を対象に留保額と施設規模の関係などを調べた。

調査結果によると、内部留保額が多い上位5%の54施設では1施設平均13.5億円の内部留保があり、総額（3346億円）の22%（727億円）を占めた。上位10%（109施設）の平均は10.5億円で、総額の34%（1149億円）だった。

一方、内部留保が少ない下位30%（326施設）の1施設平均額は0.25億円で総額の2%（81億円）にすぎず、内部留保がゼロやマイナスの施設も全体の8.5%（92施設）あり、内部留保額には大きなばらつきがあることが分かった。

規模別（入居者定員数別）の内部留保額も調査した。100人以上の施設では1施設平均5.6億円、30～99人で2.6億円、29人以下で1.0億円だった。入居者1人当たりの平均で見ても、100人以上の施設は0.048億円、29人以下は0.037億円と、大規模施設の方が多額の内部留保を有していた。

内部留保額と「生活困窮者等に対する利用者負担軽減事業」の実施状況も調べた。同事業は、特養を運営する社会福祉法人が利用者の自己負担額を軽減する事業で、全国実施率は70.8%。調査では、留保額が大きい上位30施設の実施率は62.1%、下位30施設は73.1%と、内部留保額が大きい施設ほど実施率が低かった。

このほか「内部留保額上位の施設には多額の有価証券を保有している施設がある」「会計処理が不適切と見受けられる施設も散見される」とも指摘。財務省はこうした調査結果から、施設規模や施設入居者の要介護度差による収支差・内部留保額の違いと、その要因分析をすべきと提言した。社会福祉法人の財務諸表はホームページでの公表を義務付けるなどして、透明性・公正性を高めるべきとも指摘した。（7/4MEDIFAXより）

記事文末に（MEDIFAXより）と記載しているものは、契約に基づき株式会社じほう発行の「MEDIFAX」より転載・一部改変を許諾されたものです。



【一橋大学名誉教授】

渡辺 治

21

その2

既視感と「新鮮さ」

新自由主義政治家としての

「橋下徹現象」を読み解く

橋下徹大阪市長の言説・行動を見ると、一方で既視感が強くあり、他方である種の「新鮮さ」を感じます。どうしてでしょう？

橋下氏が政治の舞台で華々しい「実績」をあげたのは大阪府政ですが、これは石原慎太郎氏が東京でやったことのまねごとにすぎません。石原氏は、就任直後から都財政破綻を強調し、福祉関係財政の大胆な削減、公務員リストラに手をつけ、その分を多国籍企業の拠点づくりのための大型開発に投入しました。また、学校現場への日の丸・君が代の強制をテコに、東京の教育改革を強行しました。そして、日の丸・君が代強制を、格差と選別の教育改革を強行する決め手としての教職員統制の手段としてフルに使いました。

橋下氏が府知事就任以降おこなってきた、財政危機を口実とした福祉切り捨て、公務員削減攻撃、教員基本条例をテコとした教職員統制も、石原都政とウリふたつです。

ところが、橋下氏が全国政治に打って出る際には、別のモデルを真似ています。小泉純一郎氏の政治です。前回紹介した「維新八策」で橋下氏が統治構造改革の目玉にした政策—参議院廃止、首相公選制など—は、小泉氏が、すすまぬ新自由主義改革強行の奇策として掲げた方針でした。それだけでなく、橋下氏が掲げている新自由主義急進路線の全体系は、小泉政権期にはほぼ出そろったもののリサイクルにすぎません。また橋下氏が「大阪都構想」を掲げ、これ1本で府市ダブル選挙に臨み大勝を博したやり方も、小泉「郵政民営化」選挙の猿真似です。

しかし、橋下氏が石原・小泉両氏の「二番煎じ」というと、ちょっと違うのでは？ と思われる方も少なくないのではないのでしょうか。2人と違って、橋下氏は反原発で売り出したり、消費税引き上げに消極だったり、必ずしも新自由主義政策に忠実というわけでもないように見えるからです。石原・小泉両氏もいわれたことはありますが、橋下氏が特段「ポピュリスト」呼ばわりされ、保守の論壇からは「橋下は保守ではない」と政策のいい加減さを糾弾されるのは、橋下氏のこうした政策のためです。

しかし、じつはこの点でも橋下氏の「師匠」はいるのです。小沢一郎氏です。小沢氏は、1993年『日本改造計画』でいち早く新自由主義改革を訴え、消費税10%への引き上げを主張したにもかかわらず、民主党代表となった07年マニフェストでは、消費税は逆進的であるとして引き上げ凍結を掲げ、野田政権の現在でも党内で消費税引き上げ反対派の親分となっています。

小沢氏のねらいは、個々の新自由主義政策そのものではなく、新自由主義政策を強力に遂行できる強力な政治体制、つまり、保守二大政党体制づくりのためにあるといえます。だから、消費税引き上げについての180度転換のような変節も、保守二大政党の片われである民主党を選挙で勝たせるためには何のやましさもないのです。橋下氏のパフォーマンスにも、それがあるのは明らかです。橋下氏が全国政治でやりたいことは、「維新八策」から見るかぎり、新自由主義の個々の政策というより、改革を推進する強い決断の政治のように見うけられます。「維新八策」

の改憲案に9条改憲が入っていないことを右から論難された橋下氏が答えたのは、こうでした。「維新の会の政治哲学は決定できるシステム論⇒憲法96条の改正がないかぎり、どんな憲法改正案を論じても絵に描いた餅⇒まずは決定できる仕組みをつくってから、その後実体的な憲法改正案の議論をする」。今必要なのは「決定できる政治」、つまり、新自由主義改革強行体制づくりだ、菅政権も野田政権もできないが、オレならやってみせろというのが橋下氏の考えなのです。ですから、権力をつかむためには府民の強い支持が不可欠となれば、少々財界が困ろうが反原発の旗を高く掲げる。しかし全国政治に打って出るとなれば、原発反対のままですみません。自分は、全国政治にも責任をもてるというメッセージが、大飯原発再稼働容認という変節に現れたのです。

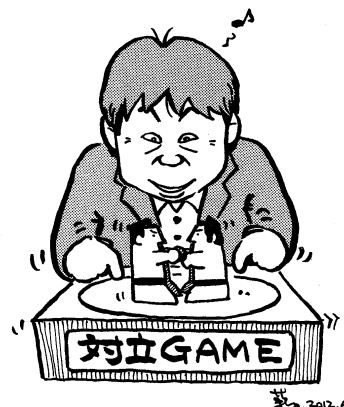
橋下氏がモデルにした石原・小泉・小沢という3人の政治家は、対照的といってよいほどの性格の違いがあるにもかかわらず、共通している点があります。それは、3人ともに一それに当の橋下氏も加え一確信をもった新自由主義者だという点です。

では、橋下氏のもっている「新鮮さ」とは何か？ それは、彼が真似した政治家たちとの時代の相違からくどぎつさにあります。諸先達と異なり、橋下氏が課題としているのは、新自由主義改革強行の結果、その矛盾が爆発し、一時停止を余儀なくされた新自由主義の再起動です。新自由主義の矛盾に対して起きた反貧困運動などの力によって政権交代がなされた。その後民主党政権を新

自由主義に回帰させはしたものの、消費税引き上げもTPPも原発再稼働もなかなかすすまない。こうしたことに苛立つ支配階級の要望に応じて登場しようとしているのが橋下氏です。

橋下氏が相手にしているのは、新自由主義の痛みを身をもって経験した人々です。もともと新自由主義の政治は、福祉国家の政治とも企業社会の政治とも違って再分配の政治を切り捨てていまずから、統合力も弱いしその幅もせまい。したがって統合のやり方は不安定なものにならざるをえないのですが、後期新自由主義の段階ではそれが昂進せざるをえません。橋下氏は、こうした後期新自由主義の政治家の申し子のような人格をもっています。

橋下氏は、本能的に新自由主義の2つの手法を駆使しています。ここに彼の新鮮さもあるのです。1つはねたみの組織化による分断の政治です。新自由主義は、その被害者を相互に対立させることで矛盾の爆発を抑えようとしませんが、橋下氏はこの「天才」です。非正規労働者から正規労働者を、民間労働者から公務労働者を、現役の若者から高齢者を、ワーキングプア層から生活保護受給者を、消費者から生産者をというかたちで、前者の立場から後者を攻



撃し分断する。もう1つは、国民投票型権威主義とでもいうべき手法です。「参加による同意」の調達です。選挙で勝って「白紙委任」を取り付けたとして新自由主義を強行するやり方です。

この2つの手法を天性身につけて、橋下氏はいま全国政治に打って出ようとしています。野田政権のもと、一步もすすまない新自由主義にあせる支配階級も、危険を承知で橋下氏にかけてみようかという気持ちに傾いています。ちょうどあの小泉氏が出てきたときとよく似ています。ただし、マルクスもいうように、1度目は悲劇として、2度目は茶番として――。

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』7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

社会保障制度改革推進法案

■ 提出時法律案 2012年6月20日 ■

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/houan/suishin.pdf>

民主、自民、公明3党が議員立法で国会に共同提出した法案。社会保障・税一体改革関連の3党修正協議で合意した内容で、自民党案をベースに今後の社会保障制度改革の基本方針や社会保障制度改革国民会議の設置を記した。基本的考えで「自助、共助、公助」論に家族・国民相互の助け合いを強調するなど、新自由主義的改革路線による社会保障改革の推進を鮮明にしたもの。

社会保障制度改革推進法案

目次

第一章 総則（第一条―第四条）

第二章 社会保障制度改革の基本方針（第五条―第八条）

第三章 社会保障制度改革国民会議（第九条―第十五条）

附則

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、近年の急速な少子高齢化の進展等による社会保障給付に要する費用の増大及び生産年齢人口の減少に伴い、社会保険料に係る国民の負担が増大するとともに、国及び地方公共団体の財政状況が社会保障制度に係る負担の増大により悪化していること等に鑑み、所得税法等の一部を改正する法律（平成二十一年法律第十二号）附則第四百四条の規定の趣旨を踏まえて安定した財源を確保しつつ受益と負担の均衡をとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、社会保障制度改革について、その基本的な考え

11

方その他の基本となる事項を定めるとともに、社会保障制度改革国民会議を設置すること等により、これを総合的かつ集中的に推進することを目的とする。

（基本的な考え方）

第二条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。
- 二 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること。
- 四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする。

（国の責務）

第三条 国は、前条の基本的な考え方につとめ、社会保障制度改革に関する施策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

（改革の実施及び目標時期）

第四条 政府は、次章に定める基本方針に基づき、社会保障制度改革を行うものとし、このために必要な法制上の措置については、この法律の施行後一年以内に、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえて講ずるものとする。

第二章 社会保障制度改革の基本方針

（公的年金制度）

第五条 政府は、公的年金制度については、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 今後の公的年金制度については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。
- 二 年金記録の管理の不備に起因した様々な問題への対処及び社会保障番号制度の早期導入を行うこと。

12

四

（医療保険制度）

第六条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法（大正十一年法律第七十号）、国民健康保険法（昭和三十二年法律第九十二号）その他の法律に基づく医療保険制度（以下単に「医療保険制度」という。）に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。
- 二 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。
- 三 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。
- 四 今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

（介護保険制度）

第七条 政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス（以下「介護サービス」という。）の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

（少子化対策）

第八条 政府は、急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、単に子ども及び子どもの保護者に対する支援にとどまらず、就労、結婚、出産、育児等の各段階に応じた支援を幅広く行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、待機児童（保育所における保育を行うことの申込みを行った保護者の当該申込みに係る児童であつて保育所における保育が行われていないものをいう。）に関する問題を解消するための即効性のある施策等の推進に向けて、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずるものとする。

第三章 社会保障制度改革国民会議

五

六

（社会保障制度改革国民会議の設置）

第九条 平成二十四年二月十七日に閣議において決定された社会保障・税一体改革大綱その他既往の方針のみにかわらず幅広い観点に立つて、第二条の基本的な考え方にのっとり、かつ、前章に定める基本方針に基づき社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議するため、内閣に、社会保障制度改革国民会議（以下「国民会議」という。）を置く。

（組織）

第十条 国民会議は、委員二十人以内をもって組織する。

- 2 委員は、優れた識見を有する者のうちから、内閣総理大臣が任命する。
- 3 委員は、国會議員を兼ねることを妨げない。
- 4 国民会議に、会長を置き、委員の互選により選任する。
- 5 会長は、国民会議の会務を総理する。
- 6 委員は、非常勤とする。

（資料の提出）

第十一条 国の関係行政機関の長は、国民会議の求めに応じて、資料の提出、意見の陳述又は説明をしなければならない。

（事務局）

第十二条 国民会議に、その事務を処理させるため、事務局を置く。

- 2 事務局に、事務局長その他の職員を置く。
- 3 事務局長は、関係のある他の職を占める者をもつて充てられるものとする。
- 4 事務局長は、会長の命を受け、局務を掌理する。

（設置期限）

第十三条 国民会議は、この法律の施行の日から一年を超えない範囲内において政令で定める日まで置かれるものとする。

（主任の大臣）

第十四条 国民会議に係る事項については、内閣法（昭和二十二年法律第五号）にいう主任の大臣は、内閣総理大臣とする。

七

八

（政令への委任）

第十五条 この法律に定めるもののほか、国民会議に関し必要な事項は、政令で定める。

附 則

（施行期日）

第一条 この法律は、公布の日から施行する。

（生活保護制度の見直し）

第二条 政府は、生活保護制度に関し、次に掲げる措置その他必要な見直しを行うものとする。

- 一 不正な手段により保護を受けた者等への厳格な対処、生活扶助、医療扶助等の給付水準の適正化、保護を受けている世帯に属する者の就労の促進その他の必要な見直しを早急に行うこと。
- 二 生活困窮者対策及び生活保護制度の見直しに総合的に取り組み、保護を受けている世帯に属する子どもが成人になった後に再び保護を受けることを余儀なくされることを防止するための支援の拡充を図るとともに、就労が困難でない者に関し、就労が困難な者とは別途の支援策の構築、正当な理由なく就労しない場合に厳格に対処する措置等を検討すること。

理 由

近年の急速な少子高齢化の進展等による社会保障給付に要する費用の増大及び生産年齢人口の減少に伴い、社会保険料に係る国民の負担が増大するとともに、国及び地方公共団体の財政状況が社会保障制度に係る負担の増大により悪化していること等に鑑み、所得税法等の一部を改正する法律（平成二十一年法律第十三号）附則第百四条の規定の趣旨を踏まえて安定した財源を確保しつつ受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、社会保障制度改革について、その基本的な考え方その他の基本となる事項を定めるとともに、社会保障制度改革国民会議を設置すること等により、これを総合的かつ集中的に推進する必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

九

資料2

一般病床の機能分化の推進についての整理

■ 社会保障審議会医療部会 2012年6月28日 ■

一般病床の機能分化について「急性期医療に関する作業グループ」の検討結果を部会として了承。①医療機関は自ら、提供する機能を選択する②医療機関は選択した機能を都道府県に報告する③都道府県・医療機関は選択・報告した機能を患者・国民に分かりやすく情報公開する一という仕組み。

2. 医療機能及び病床機能を報告する仕組み

（医療機関が担っている医療機能を自主的に選択し、報告する仕組み）

- 各医療機関（診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。その際、医療機能情報提供制度を活用することを検討する。

※ 報告は、病床単位を基本とする。

（報告すべき内容）

- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告する。

- 報告する医療機能毎に、提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告する。報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討の場において、別途検討を進める。

（報告とその内容の閲覧、都道府県による公表について）

- 各医療機関は、定期的に、都道府県に報告するとともに、報告した事項について、当該医療機関において閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供する。

- 都道府県は、各医療機関からの報告の内容について、患者、住民にわかりやすい形で公表する。

2

一般病床の機能分化の推進についての整理

平成24年6月15日
急性期医療に関する作業グループ

1. 基本的な考え方

- 今後の本格的な少子高齢社会を見据え、医療資源を効果的かつ効率的に活用し、急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、一般病床について機能分化を進めていくことが必要である。

- 地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能（急性期、亜急性期、回復期など）の情報を把握し、分析する。その情報をもとに、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける。

この仕組みを通じて、それぞれの医療機関は、他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら担う機能や今後の方向性を自主的に選択することにより、地域のニーズに応じた効果的な医療提供に努める。

- これにより、急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれのニーズに見合った病床が明らかとなり、その医療の機能に見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置が促される。その結果、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしいより良質な医療サービスを受けることができることにつながる。

将来に向けて、急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれの機能に応じた資源投入により体制を強化し、入院医療全体について機能強化を図る。

- こうした仕組みを通じて、それぞれの医療機関が担っている機能が住民・患者の視点に立ってわかりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことにつながる。

1

第28回社会保障審議会医療部会	資料1
平成24年6月28日	

3. 地域において均衡のとれた機能分化と連携を推進していくための方策

○ 地域において急性期、亜急性期、回復期等の医療を提供する病床などが、地域の医療ニーズに対応してバランスよく配置されることにより、地域全体として適切な機能分化と連携を推進し、地域医療の充実を図る。

○ 具体的には、都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。こうした現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定する。

※ 国において、予め、都道府県に報告された医療機能に係る情報を分析し、地域において均衡のとれた医療機能を適切に推進するための地域医療のビジョンに関するガイドラインの作成等を医療提供者や利用者の意見も踏まえ、検討。その際、医療資源の限られた地域等について、地域の実情に応じた配慮も併せて検討。

※ 上記のビジョンの策定については、医療機関からの情報を踏まえ行うものであることや都道府県の準備期間を考慮し、次々回の医療計画の策定の中で検討。

○ 国は、各地域の病床機能の現状を把握、分析し、地域の実態も踏まえ、医療法における医療機能の登録制など位置づけのあり方や病床区分の見直しについて今後検討を行う。

4. 国や都道府県、医療機関、患者・住民等の役割について

○ 機能分化を推進するに当たっての基本的考え方や、国や都道府県、医療機関、患者・住民等の役割について、医療法に位置づける。

協会だより（定例理事会要録から）

2012年度(平成24年度)第1回 2012年6月12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（5月22日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 保団連12～13年度第1回全国事務局長会議（5月21日）状況
4. 新規開業会員訪問（5月25日）状況の件
5. 保険医協会事務局職員旅行（5月26日～27日）状況

【経営部会】

1. 保団連近畿ブロック共済担当事務局交流会（4月27日）状況
2. 金融共済委員会（5月23日）状況
3. 年金普及と会員訪問状況
4. 新規開業予定者のための講習会（5月19日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療事故案件調査委員会（5月25日）状況
2. 医療事故案件調査委員との懇談会（5月26日）状況
3. 医師賠償責任保険処理室会（5月28日）状況
4. 第280回関西医事法研究会（6月2日）状況

【政策部会】

1. ミシェル・フェルネクス氏との懇談会（5月17日）状況
2. 関東からの避難者とミシェル・フェルネクス氏との懇談（5月18日）状況
3. 出版編集会議（5月24日）状況
4. 保団連政策部会（5月26・27日）状況
5. 近畿反核医師懇談会事務局会議（6月4日）状況

【保険部会】

1. 保団連2011年度第3回再診料アンケートの実施に向けた検討委員会（5月10日）状況
2. 保団連病院・有床診対策部会事務局小委員会（5月12日）状況
3. 保険講習会B（5月16日）状況
4. リハビリ新点数運用検討会（5月19日）状況
5. 第6回医事担当者連絡会議（5月24日）状況
6. 第644回社会保険研究会（5月26日）状況
7. 第1回 保団連医科社保・審査対策部会（5月27日）状況

8. 保団連『届出医療の活用と留意点』編集作業（5月28～31日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 2011年度4月分収支月計表報告状況確認の件
2. 2012年度会費免除者の一括承認の件
3. 協会事務局労組から提出のあった「賃金等に関する要求書」について
4. 総務部会（6月5日）状況確認の件
5. 会費2年間滞納者への退会勧告の件
6. 5月度会員増減状況確認の件
7. 会員入退会及び異動（5月22日～6月12日）に関する承認の件

【経営部会】

1. 第3回保団連共済部会（5月27日）状況確認の件
2. 経営部会（6月5日）状況確認の件
3. 消費税増税の中止と医療への「ゼロ税率」適用を求める会員署名提出状況

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（6月5日）状況確認の件

【政策部会】

1. 保団連12～13年度第4回理事会（5月20日）状況確認の件
2. 政策部会（6月5日）状況確認の件
3. 第10回ICT検討委員会（5月25日）状況確認の件
4. メディペーパー京都第155号・京都保険医新聞（第2823号）合評の件

【保険部会】

1. 保団連2012年度第1回病院・有床診対策部会（5月13日）状況確認の件
2. 保険部会（6月5日・8日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 定期総会懇親会・演奏者との打ち合わせ会開催の件
2. 正・副議長との打ち合わせ会開催の件

【政策部会】

1. 第42回保団連夏季セミナー出席確認の件

【保険部会】

1. 京都府・京都市生活保護医療連絡協議会事務打ち合わせ出席の件

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4月度国保合同審査委員会（4月20日）状況報告の件
2. 中医協第225回総会・第1回費用対効果評価専門部会（5月23日）概要報告の件

Ⅵ. 特別討議

1. 総会関連議事検討の件

Ⅶ. その他

1. 旧京都府医師会館跡地に関する話題提供
《以上、26件の議事を承認》

2012年度(平成24年度)第2回 2012年6月19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（6月12日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 総会懇親会演奏者との打ち合わせ（6月12日）状況

【経営部会】

1. 年金普及会員訪問状況

【保険部会】

1. 保団連『保険診療の手引2012年4月版』役員編集会議（6月9～10日）状況

Ⅱ. 確認・承認事項**【総務部会】**

1. 会員入退会及び異動（6月12日～6月19日）に関する承認の件

【政策部会】

1. 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（6月9日）状況確認の件
2. 九条の会アピールを支持する京都医療人の会・第5回総会（6月9日）状況確認の件
3. 京都保険医新聞（第2824号）合評の件

Ⅲ. 開催・出席確認事項**【総務部会】**

1. 7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

【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. 第57回京都母親大会・分科会への助言者派遣の件
2. 保団連近畿ブロック公害環境視察会出席の件

【保険部会】

1. 『在宅医療点数の手引』事務局打ち合わせ（電話会議）出席の件
2. 医事担当者勉強会開催の件
3. 保団連近畿ブロック厚生局管内社保担当者事務局会議出席の件

Ⅳ. 診療報酬関連情報

1. 保険審査通信検討委員会（6月8日）状況確認の件

Ⅴ. 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について

Ⅵ. 特別討議

1. 総会関連議事検討の件

Ⅶ. その他

1. 理事者申し合わせ事項について
《以上、16件の議事を承認》

2012年度(平成24年度)第3回 2012年7月3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（6月19日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 研修医訪問（6月13日）状況
4. ジャズを楽しむ会（6月16日）状況
5. 未入会開業会員訪問（6月21日）状況

【経営部会】

1. 年金普及会員訪問（6月18日）状況
2. 金融共済委員会（6月20日）状況
3. 保団連全国経税担当者会議（6月25日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談（6月19日）状況
2. 法律相談室（6月21日）状況
3. 医療事故案件調査委員会（6月22日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（6月25日）状況

【政策部会】

1. 第39回医療研究全国集会in京都（6月15～17日）状況
2. 保団連近畿ブロック会議（6月度本会議）（6月16日）状況
3. 出版編集会議（6月21日）状況
4. 第2回反核京都医師の会世話人会（6月21日）状況

【保険部会】

1. 保険講習会A（6月21日）状況

Ⅱ. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 2012年度第1回正副理事長会議（6月14日）状況確認の件
2. 会員入退会及び異動（6月19日～7月3日）に関する承認の件

【政策部会】

1. メディペーパー京都第156号（第2825号）合評の件
- Ⅲ. 開催・出席確認事項

【経営部会】

1. 保団連経税担当事務局小委員会への出席の件

【政策部会】

1. 社会保障・税一体改革学習会講師派遣の件
2. 医療者からみたT P P問題書籍発行のための編集会議開催の件

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5月度国保合同審査委員会（5月23日）状況確認の件

Ⅵ. 特別討議

1. 会計監査（6月21日）状況確認の件
2. 財政検討会議（6月26日）状況確認の件
3. 2011年度決算報告・2012年度予算書（案）の確認の件

Ⅶ. その他

1. 弔意へのお礼

《以上、12件の議事を承認》

2012年度(平成24年度)第3回 2012年7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（7月3日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認

【保険部会】

1. 保団連『在宅医療点数の手引』事務局打ち合わせ（電話会議）（6月27日）状況
2. 第1回医事担当者連絡会議（6月28日）状況
3. 保団連『届出医療の活用と留意点』編集会議（7月1日）状況
4. 保団連『届出医療の活用と留意点』編集作業（7月1～3日）状況

Ⅱ. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 総務部会（7月3日）状況確認の件
2. 6月度会員増減状況確認の件

3. 会員入退会及び異動（7月3日～7月10日）に関する承認の件

【経営部会】

1. 経営部会（7月3日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（7月3日）状況確認の件

【政策部会】

1. 保団連12～13年度第5回理事会（6月23日）状況確認の件
2. 12～13年度保団連第1回代議員会（6月24日）状況確認の件
3. 第48回医療制度検討委員会（6月27日）状況確認の件
4. 政策部会（7月3日）状況確認の件
5. 京都保険医新聞（第2826号）合評の件

【保険部会】

1. 京都府・京都市生活保護医療連絡協議会事務打ち合わせ状況確認の件
2. 「栄養管理体制」実施に係る学習会（6月30日）状況確認の件

Ⅲ. 開催・出席確認事項

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談開催の件
2. N P O法人医療制度検討会による公開討論会への出席の件

【政策部会】

1. 「人体の不思議展」民事訴訟判決に関する報告交流集会開催の件

Ⅴ. 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

Ⅳ. 診療報酬関連情報

1. 「管理栄養士配置に係るアンケート」集計結果
2. 中医協概要報告の件
3. 突合点検及び縦覧点検による審査結果（2012年3月審査分）報告の件

Ⅵ. 特別討議（2時40分～4時 80分）

1. 決議（案）
2. 「医療を破壊するT P P 韓米F T Aに学んだ医療者からのレポート」

《以上、20件の議事を承認、1件の議事が継続審議》

8月のレセプト受取・締切

	9日(木)	10日(金)		10日(金)
基金			労	
国保	○	◎	災	◎

※○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月までは、経過措置期間として従来通り12日まで受け付けます。

新規開業医向け

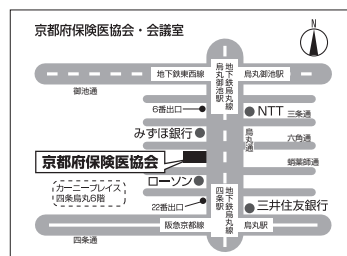
「保険講習会 A」のご案内

日 時 8月30日(木) 午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会 応接室

内 容 ①保険診療基礎知識 ②レセプト審査

対 象 新規開業前後の医師、従業員の方



（新規開業の先生でなくても、日常診療整備の目的でご参加ください）

* 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）

* 次月（保険講習会 B）は新規個別指導、医療法立入検査対策がテーマです。

8月の無料相談日

専門家が無料でご相談に応じます（30分間）。協会事務局へお申込み下さい。

建 築 士 8月8日(水)午後2時～ 担当＝坂本建築士

雇 用 管 理 8月14日(火)午後2時～ 担当＝本宮社会保険労務士

ファイナンシャルプランナー 8月14日(火)午後1時～ 担当＝三井生命 F C
(ファイナンシャルコンサルタント)

法 律 8月23日(木)午後2時～ 担当＝筋弁護士

税 理 士 8月22日(水)午後2時～ 担当＝花山税理士

第646回 社会保険 研究会

ヘリコバクター・ピロリ除菌療法の 臨床的意義と保険適応について

講 師 古家医院 院長
京都消化器医会 副会長
社会保険診療報酬支払基金京都支部 審査委員

古家 敬三氏



日 時 9月29日(土) 午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会 会議室 (P.38地図参照)
(京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637 カーニープレイス四条烏丸6階)
※地下鉄四条駅、阪急烏丸駅22番出口より北へ徒歩約3分。
地下鉄烏丸御池駅6番出口より南へ徒歩約3分

共 催 京都府保険医協会 第一三共株式会社 アストラゼネカ株式会社

※参加は無料、事前申込は不要です。

※日医生涯教育講座対象の研究会です。

<古家先生からのメッセージ>

最近 H. pylori 感染は胃・十二指腸潰瘍や胃癌のみならず、多くの疾患の発症に関わっていることが明らかになってきました。

2009年に H. pylori 感染の診断と治療に関するガイドラインが改訂され、すべての関連疾患に除菌療法が推奨され、現在二次除菌まで保険適用が拡大されています。今回 H.pylori 感染症についての最新の知見をご紹介します、実際の臨床にどのように応用されているか、さらには保険診療上の留意点と対策についてお話ししたいと思います。

中級コース

医院・診療所での接遇マナー研修会

※大変ご好評をいただいている研修会です。お申し込みは協会事務局までお願いします。

また、申込み後にキャンセルする場合もご連絡をお願いします。

日 時 8月30日(木) 午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会 ルームA～C (P.38地図参照)

内 容 仕事の進め方・仕事の管理の基本・個人の目標と組織の目標との調和、患者さんとのコミュニケーションの取り方についてなど、ゲーム形式を取り入れて体験しながら楽しく学びます。

講 師 茂木 治子氏 (元日本航空客室乗務員)

定 員 60人

協 賛 有限会社アミス

保険医協会

医師賠償責任保険

◆ 加入者カードをお届けしました

加入者のみなさまに2012年度（2012年4月1日～2013年4月1日）の加入者カードを5月中旬にお届けしています。記載内容に誤り等がある場合は、京都府保険医協会までご連絡をお願いします。

◆ ご加入のおすすめ

医師にとって賠償責任への備えは必須です。保険医協会の保険は医師のみなさまからのニーズにお応えして、多様な補償をご用意しています。

万が一、医療事故が生じた時、患者さんとトラブルになった時などは、保険医協会の豊富な経験に基づき、解決に向けて適切なアドバイスをさせていただきます。

おすすめポイント

- ☆ 賠償額の高騰化に対応し、**最大2億円の補償**を設定
- ☆ 建物や機器など管理上のミスによる事故にも対応
- ☆ 弁護士費用等は保険金額とは別にお支払い
- ☆ **刑事事件に関する弁護士・訴訟費用も補償**（個人契約・勤務医師包括（オプション）に自動付帯）
- ☆ 保険料は **20%割引**（団体割引適用）
- ☆ 保険料は年1回払い。2年目以降の手続きが不要（自動継続）
- ☆ いつでも加入、型変更が可能
- ☆ **オプションが充実**
 - 勤務医や看護職等の個人責任を補償
 - 患者さんからの預かり品への補償
 - 医療廃棄物の排出者責任の補償など

詳細は京都府保険医協会までお問い合わせください。

ゴルフをたしなむ会員・ご家族のみなさま

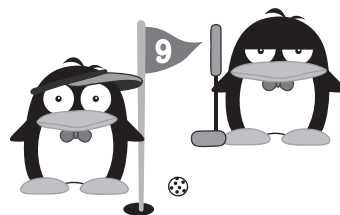
ゴルファー保険にご加入ですか？

保険料は
30%割引
でお得！

- 保険期間 **8月5日から1年間**（中途での加入も可能）
- 会員のご家族も加入できます

こんな時に補償されます！

- ◆ ゴルフプレー中に他人に損害を与えた時
- ◆ ゴルフプレー中にご自身がケガをした時
- ◆ ゴルフ用品に事故があった時
- ◆ ホールインワン・アルバトロスを達成した時、など



詳細は5月のメディパック（5月21日発送）に同封の案内パンフレット（黄色の冊子）をご覧ください。
お問い合わせは京都府保険医協会まで。

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7月】

☐ 治療薬マニュアル2012準拠 CASIO電子辞書データカード版 EX-word DATAPLUS2〜6対応 ●●医学書院	8,925円	☐ EULARリウマチ性疾患超音波検査テキスト 大野 滋・監訳●A4変型判 388頁●MEDSI	15,750円
☐ 胸部画像解剖 徹頭徹尾 発生とバリエーションからみた読影のポイント 松永尚文・編●B5判 230頁●メジカルビュー社	7,875円	☐ 心臓カテーテルハンドブック（第3版） 高橋利之・監訳●A5変型判 528頁●MEDSI	8,400円
☐ 磁気共鳴画像学 中田 力・他著●B5判 288頁●日本医事新報社	8,610円	☐ こうすれば上手いく！大腸内視鏡挿入の 基本とトラブルシューティング 櫻田博史・編●B5判 228頁●羊土社	8,400円
☐ 救急実践アドバンス 解剖・生理・病態から治療まで 阿南英明・編著●A5判 620頁●永井書店	8,400円	☐ 「モニター画像」と「手の感覚」から判断する 大腸内視鏡挿入攻略法（改訂第2版） 鈴木康元・著●B5判 134頁●南江堂	5,250円
☐ わかりやすい輸液管理Q&A 研修医からの質問398（第2版） 岡元和文・編著●B5判 300頁●総合医学社	6,510円	☐ 症例から学ぶ 周産期診療ワークブック 日本周産期・新生児医学会教育研修委員会・編●B5判 472頁●メジカルビュー社	9,975円
☐ ICUハンドブック（2版） 三宅康文・編著●B6判 644頁●中外医学社	8,400円	☐ ここまでわかった 乾癬の病態と治療 ＜皮膚科臨床アセット 10＞ 大槻マミ太郎・編●B5判 352頁●中山書店	14,700円
☐ これからの乳癌診療 2012-2013 園尾博司・監●B5判 170頁●金原出版	6,300円	☐ 下垂体外科Update 大きく変わった経蝶形骨手術＜NS NOW 19＞ 寺本 明・編●A4判 160頁●メジカルビュー社	10,500円
☐ インフォームドコンセントのための 図説シリーズ 150 杉原健一・編●A4変型判 132頁●医薬ジャーナル社	5,040円	☐ 脊椎脊髄外科サージカル・テクニク 今栄信治・他編●B5判 356頁●メジカルビュー社	15,750円
☐ 乳腺腫瘍学 日本乳癌学会・編●B5判 400頁●金原出版	7,770円	☐ 脳神経外科学（改訂第11版） 太田富雄・総編集●A5変型判 2,688頁●金芳堂	33,600円
☐ 糖尿病専門医研修ガイドブック（改訂第5版） 日本糖尿病学会・編●A4変型判 392頁●診断と治療社	8,925円	☐ カラーイラストでみる先天性心疾患の血行動態 治療へのアプローチ 金子幸裕・他著●B5判 224頁●文光堂	7,350円
☐ 透析用語百科事典 北岡建樹・著●A5判 589頁●永井書店	8,400円	☐ 手の外傷 早期機能回復を目指して ＜OS NOW Instruction 23＞ 金谷文則・編●A4判 220頁●メジカルビュー社	11,550円
☐ バスキュラーアクセス診断学 大平整爾・監●B5判 316頁●中外医学社	12,600円	☐ 疾患別に診る嚥下障害 藤島一郎・監●A5判 536頁●医歯薬出版	7,350円
☐ 変革する透析医学 秋澤忠男・監●B5判 500頁●医薬ジャーナル社	11,550円	☐ 子宮筋腫 こんなときどうする？ ＜OGS NOW 11＞ 平松祐司・編●A4判 176頁●メジカルビュー社	12,600円
☐ New専門医を目指すケース・メソッド・アプローチ 血液疾患（2版） 阿部達生・監●B5判 432頁●日本医事新報社	7,875円	☐ 低侵襲手術 患者さんにやさしい手術を行うためのコツ ＜新ES NOW 11＞ ビッセン宮島弘子・他編●A4変型判 160頁●メジカルビュー社	12,600円

お名前

医療機関名

送付先 〒

TEL :

FAX :

お問い合わせ・申込 京都府保険医協会 TEL075-212-8877 FAX075-212-0707

有限会社アミス TEL075-212-0303

〒604-8162 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階

協
会
だ
よ
り

〈申込書〉 FAX : 075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに○印を記入してください

【2012年度 年間購読雑誌一覧】

		雑誌名/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	
画像放射線診断・	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	
形成	35	OS Now Instruction(DVD付) メジカルビュー社	¥ 46,200	
	36	形成外科 克誠堂出版	¥ 40,950	
脳神経	37	PEPARS 全日本病院出版会	¥ 39,900	
	38	脳神経外科 (個人特別割引価格) 医学書院	¥ 30,030	
皮膚科	39	脳神経外科速報 メディカ出版	¥ 28,350	
	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	
泌尿器	42	Visual Dermatology 中山書店	¥ 35,280	
	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	