

今月の主な動き

社会保障・税一体改革関連8法案が8月10日、参院本会議で民主、自民、公明などの賛成多数で可決・成立した。

法案を巡っては、7日に自公以外の野党が不信任決議案と問責決議案を提出。参院での同法案採決前に解散の確約を求める自民も不信任決議案と問責決議案を独自に提出する構えを見せたが、8日に民自公3党党首会談を開き、野田首相が「近いうちに国民に信を問う」と谷垣自民党総裁に約束しての法案成立となった。

また、政府は2020年までの成長戦略を描いた日本再生戦略を閣議決定し、医療、環境、農林漁業の3分野に重点的に取り組む方針を記した。

情勢トピックス

医療・社会保障編

一体改革

社会保障・税一体改革法案が成立／国民会議設置へ、消費増税も

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、消費増税法など、社会保障・税一体改革関連8法案が8月10日、参院本会議で民主、自民、公明などの賛成多数で可決・成立した。今後は法案に基づき、内閣に「社会保障制度改革国民会議」を設置して高齢者医療制度の在り方などを

行 事	開始時間	場 所
4日(火) 各部会	午後2時	
7日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
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
11日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
12日(水) 建築士との無料相談日	午後2時	ルームC
15日(土) シリーズ・ほんとに日本は大丈夫？ 「TPP参加で、ほんとに日本は大丈夫？」	午後2時	ルームA・B・C
保団連病院・有床診療所セミナー	午後6時30分	東京・保団連会議室
16日(日) 保団連病院・有床診療所セミナー	午前10時	東京・保団連会議室
19日(水) 金融共済委員会	午後2時	ルームA
医事担当者勉強会	午後7時	ルームA
20日(木) ファイナンシャルプランナーとの無料相談日	午後1時	ルームC
診療報酬改善対策委員会	午後2時	ルームA
法律相談室	午後2時	応接室
雇用管理無料相談日	午後2時	ルームB
25日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
26日(水) 税理士との無料相談日	午後2時	アミス
27日(木) 保険講習会B	午後2時	ルームA
29日(土) 第646回社会保険研究会	午後2時	ルームA・B・C
市民公開講演会「韓国の原発問題」	午後2時30分	キャンパスプラザ京都2階ホール

9月の保険医協会の行事予定

※「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38～40ページ

議論することになる。消費税率は社会保障の維持・充実を目的に、2014年4月に8%、15年10月に10%に引き上げられる。

成立したのは、社会保障制度改革推進法案と消費増税関連2法案のほか、年金関係2法案、子ども・子育て関係3法案の計8法案。午前中の参院「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、午後の参院本会議で可決、成立した。

関連8法案は、民主、自民、公明3党の修正合意に基づき6月26日に衆院を通過した経緯がある。社会保障制度改革推進法案は3党協議の過程でできたものだ。3党協議の実務者であり、推進法案の提出者の1人でもある民主党の長妻昭衆院議員は、取材に対し、一体改革関連法案の成立を「社会保障のために大きな一歩」と評価した。消費増税については「やむを得ない措置。国民生活に消費税の影響が少ない対策を施した上で、社会保障の安定化を図りたい」と述べた。

同じく推進法案の提出者であり、3党協議の実務者でもある自民党の加藤勝信衆院議員も取材に応じ、「衆参合わせて200時間超の審議をした。やっと成立したという思いだ。行政改革や、社会保障制度改革推進法に基づいた社会保障改革をする約束を、名実共に負ったことになる」と語った。

●国民会議 長妻氏「人選まだ白紙」 加藤氏「新政権下で」

社会保障制度改革は今後、国民会議に議論の舞台を移す。長妻衆院議員は「国民会議は最終的に総理が設置する。3党で意見交換しながら政府と討議し、なるべく早く、近いうちに設置する」と述べた。会議の構成員に国会議員を含めるかどうかは「まだ白紙。党内、政府内にいろいろな意見があるのは事実で、政府と相談して決める」という認識を示した。

加藤衆院議員は「内閣に設置するので、政府から基本的なアイデアが出てくるだろうが、解散・総選挙後の新政権の下に設置するべき」という考えを示した。高齢者医療制度については「基本的には現行制度を基に考えていけばよい」と指摘した上で、制度を支えるために健保組合や協会けんぽの負担が年々拡大していることを問題視。「財源確保をした上で、公費負担割合の拡大を考えなければいけないと思っている」とし、高齢者医療制度への公費負担を、国民会議で議論したいテーマの1つに挙げた。

（8/13MEDIFAXより）

推進法

社会保障推進法案「混合診療拡大は想定せず」 ／長妻・鴨下両氏

日本医師会などが混合診療の全面解禁につながる可能性を懸念している社会保障制度改革推進法案について、法案提出者の民主党の長妻昭、自民党の鴨下一郎両衆院議員は7月20日、参院「社会保障と税の一体改革に関する特別委員会」で、法案は混合診療の拡大を想定していないとの認識を示した。共産党の田村智子氏への答弁。

田村氏は法案に「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図る」と明記されている点について「医療保険給付対象の診療や薬の一部を保険給付から外して全額自己負担にすれば、混合診療に門戸を開くということではないのか」と指摘。これに対し長妻氏は「『混合診療を拡大するのではないか』ということは考えていない」と述べた。鴨下氏も法案に書かれた「範囲の適正化」の趣旨に触れて「患者のニーズが高まれば高度医療について範囲を広げなければいけないところも出てくるかもしれないし、必要性が少なくなった医薬品を外すなど、いろいろな工夫をすることが適切ということ」「医師会が懸念する混合診療を広げようという考えは現在のところは全くない」と応じた。

●国民会議で議論の余地も

ただ、法案成立後に設置される社会保障制度改革国民会議で、混合診療の扱いを議論する余地は残った。鴨下氏は「国民会議でどのような議論が行われるかは、（会議に）所属する方がそれぞれの意見を話すこと」と述べたほか、岡田克也副総理も「国民会議に選ばれた委員がどのような議論を展開するのかを完全に縛るのは難しい」と述べた。

国民会議は内閣総理大臣に任命された20人以内の有識者や国会議員で組織し、今後の社会保障改革について議論する。（7/23MEDIFAXより）

再生戦略

日本再生戦略を閣議決定／医療など3分野重視

政府は7月31日、2020年までの成長戦略を描いた日本再生戦略を閣議決定した。医療、環境、農林漁業の3分野に重点的に取り組み、それを支える中小企業への支援を手厚くする方針を明記した。

医療・介護・健康関連サービスの育成と雇用創出

社会保障・税一体改革

これまでの経緯

政府は2010年10月に「政府・与党社会保障改革検討本部」（本部長：菅直人首相）を設置。また、同年11月から12月にかけて「社会保障改革に関する有識者検討会」がわずか1カ月で報告を作成。11年2月から「社会保障改革に関する集中検討会議」を開催し、6月30日に「社会保障・税一体改革成案」を同本部で決定した。

成案をもとに審議会等でも議論を進め、12年1月6日に「社会保障・税一体改革素案」を「政府・与党社会保障改革本部」（本部長：野田佳彦首相）で決定。この過程で強い反対を受けた受診時定額負担は見送られた。2月17日には素案の内容を踏襲した「社会保障・税一体改革大綱」が決定。ここで初めて閣議決定される。

大綱にもとづき各法案が国会に次々と提出される。2月3日に改定国保法案（4月5日成立）、2月14日にマイナンバー法案、3月30日に消費増税法など。

このうち7法案を一体改革関連法案とし、5月8日に衆院審議入り、社会保障・税一体改革特別委員会を設置して審議。6月8日から民主・自民・公明3党による修正協議が開始された。6月15日に、高齢者医療制度などは社会保障制度改革国民会議で議論することや所得増税、相続増税は法案から外し結論先送りすることなどで合意。これを受けて、自民案をベースに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6月20日に提出。提出済みの法案の修正案についても6月21日に国会提出。6月26日の衆院本会議で民主、自民、公明、国民新など賛成多数で関連法案を可決（推進法案：賛成378、反対84、消費増税法案：賛成363、反対96）し、参院に送付。

8月8日に民自公3党主会談を開き、「近いうちに」解散することで法案成立を合意。8月10日、参院本会議で民主、自民、公明などの賛成多数で可決・成立（推進法案：賛成194、反対43 消費増税法案：賛成188、反対49）。

8月10日に成立した8法案

◇社会保障制度改革推進法案◇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◇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◇子ども・子育て支援法案◇就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律案◇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◇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◇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等の一部を改正する法律案

その概要（医療関連）

消費税について、◆2014年4月に8%、15年10月に10%に増税◆増税の約半年前に経済状況を見極めて政権が判断◆8%時に簡素な給付措置実施、給付付き税額控除か複数税率を検討

社会保障制度改革について、◆社会保障制度改革国民会議を設置（1年以内に結論）◆「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、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」などを制度改革の基本に据える◆医療については、「医療保険制度に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持」※し、「国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保」「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図る」などの改革を行う◆生活保護について、不正への厳格な対処、医療扶助等の給付水準の適正化など制度見直しに総合的に取り組む

短時間労働者に対する厚生年金・健康保険の適用拡大、など

※「国民皆保険制度の堅持」とは記載せず

では、20年までに約50兆円の新市場と新規雇用284万人の創出を目指す。「地域における医師確保の推進、地域医療の再生を果たす」との方針も記載した。

政府は日本再生戦略の決定を受け、13年度予算編成から関連事業に重点的な配分を行う。
（8/1MEDIFAXより）

自然増容認の考え「変わらず」／再生戦略決定で古川担当相

政府の国家戦略会議（議長＝野田佳彦首相）は7月30日の会合で、医療、環境、農林漁業の3つを重点分野にした日本再生戦略をまとめた。7月31日に閣議決定する。原案と比べ「社会保障分野を含め、聖域を設けずに歳出全般を見直す」など、予算編成に向けた記載が設けられた。古川元久国家戦略担当相は会議終了後の記者会見で「社会保障分野を聖域としない」という言葉の意味について、「考え方が変わったわけではない」と述べ、社会保障費の自然増を認める民主党政権のスタンスを変えたわけではないとした。

日本再生戦略には、今後の予算編成過程で取り組むべき6項目が盛り込まれた。その中に「社会保障分野を含め、聖域を設けずに歳出全般を見直す。その際、行政事業レビューの結果と会計検査院の過去の指摘事項などは、2013年度予算において確実に反映させる」という項目がある。

古川担当相はこの意味について「これまでも予算編成の中で自然増は含んでいる」とする一方、「社会保障とはいえ、効率化や重点化をしないということではなく、そこはきちんとやろうということ。今回の再生戦略で、これまでと考え方が変わったわけではない。これまでの取り組みをしっかりとやっていこうと確認をしたと理解してほしい」と述べ、自然増に切り込む意図を込めた記載ではないとした。

一方、自然増を認める方向性がすでに（政府で）確認されたのかという質問に対しては「これから再生戦略を受けて、予算編成についての取り組みが始まる。その中で議論をしてまいりたい」と述べるにとどめた。

●医療・介護・健康関連で50兆円の新市場

再生戦略は、医療、環境、農林漁業の3分野と、それを支える中小企業の活力向上を「3分野4大プロジェクト」とし、最優先課題に位置付けた。医療・介護・健康関連サービスの育成と雇用創出で、20年までに約50兆円の新市場と、新規雇用284万人の創出

を目指す。「地域における医師確保の推進、地域医療の再生を果たす」という文言も盛り込まれている。

再生戦略を実現するために予算編成で求める取り組みは①震災復興・福島再生への対応②グリーン・ライフ・農林漁業の重点分野は、府省横断的な予算配分を徹底③税制改正や規制改革を総合的に講じることで、重点配分の実効性を担保④重点分野を中心に、要求段階から各府省の類似施策の重複排除と、間接的関係予算の安易な計上排除⑤各府省一律の削減ではなく、政策・施策ごとにメリハリのついた配分を可能とする⑥社会保障分野を含め、聖域を設けずに歳出全般を見直す。行政事業レビューの結果と会計検査院の過去の指摘事項を、13年度予算に反映一の6項目。（7/31MEDIFAXより）

「日本式医療」2020年までに海外市場20兆円／再生戦略で経産省

政府は7月31日に閣議決定した「日本再生戦略」で、医療サービスを含む海外のヘルスケア関連産業について20兆円規模の市場を日本企業によって2020年までに創出する方針を示した。経済産業省は、医療機関や民間事業者が現在、海外展開している5カ国8事業への事業性調査などの支援を継続。対象となる海外展開事業数を数倍程度に増やす方針だ。

新たな日本再生戦略の土台となった「新成長戦略」（10年6月閣議決定）は、外国人患者の受け入れ（インバウンド）を柱とする国際医療交流の方針を掲げた。今回の日本再生戦略では、日本からの海外展開（アウトバウンド）に主軸を移す方針へ大きくかじを切った。医療サービスと機器の一体的な海外進出で市場開拓を目指す。

経産省商務情報政策局ヘルスケア産業課は「アウトバウンドで獲得できる市場は大きい」と見ており、全世界で500兆円規模とされる医療市場の中に「日本式医療（医療サービス・機器など）」を打ち出し、20兆円規模の新たな市場を確立したい考えだ。

効率的で質が高い日本式医療が一定程度受け入れられると経産省が想定する対象国・地域は、ロシア・中国・東南アジア・中東・中南米の各国。各国の総人口35億人のうち、4割を占める中間層（年間可処分所得5000ドル以上）の5%程度が、日本国内と同等の日本式医療（1人当たり医療費約28万7000円）を利用した場合、約20兆円の新市場を構築できる計算だ。

ヘルスケア産業課は、日本式医療による海外展開

の具体例として「中国・上海での糖尿病診療センター・プロジェクト」（想定市場規模約300億円）、「ロシア・ウラジオストクでの画像診断センター・プロジェクト」（同135億円）を挙げる。日本式医療の特徴は、チーム医療を生かした高品質で効率的な医療にあると捉えており、米国が強みを持つ高度で高額な医療と、タイなどに見られる一定程度の質を持つ低コストな医療の中間に、日本式医療が獲得できる市場があると見ている。

現在、経産省「医療機器・サービス国際化推進事業」で、調査などを継続しているプロジェクトは▽ロシア・モスクワでの日本式医療サービスの普及・啓発（総合南東北病院、東京内視鏡クリニック）▽同・ウラジオストクでの画像診断サービス提供（北斗病院）▽中国・上海での糖尿病治療サービス提供（テルモ、東京大）▽同・北京での高度健診サービス提供（麻田総合病院）▽同・北京での日中歯科医療技術協力研修センター（アジアデンタルフォーラム）▽ベトナムと中国での遠隔病理・画像診断サービス提供（国際医療福祉大）▽カンボジア・プノンペンでの高度医療サービス・医療教育提供の実証調査（北原国際病院）▽トルコ共和国での病院PPP（アイテック）一の5カ国8事業。（8/8MEDIFAXより）

省内仕分

参照価格制度、大臣主導で検討提言／省内仕分け

厚生労働省版提言型政策仕分けは7月6日、後発医薬品の使用促進策について、海外で導入されている「参照価格制度」の検討を盛り込んだ提言をまとめた。小宮山洋子厚生労働相は会合後、記者団に対し、近く作成する後発品使用促進のための「ロードマップ」に盛り込むことは考えていないものの、検討する仕組みは必要との認識を示した。

提言は、従来の使用促進策の内容を点検し、さらに、実効性の高い取り組みを行うことを要求。後発品を使用する医療機関へのより効果的なインセンティブの付与を求めたほか、後発品を積極的に選択してもらう仕組みとして「例えば参照価格制度の検討」が必要とした。患者のコスト意識がより働く自己負担の在り方も海外事例を参考にしながら検討するべきだとした。

努力義務となっている後発品の処方、調剤により実効性を持たせる仕組みの検討や、安定供給の取り

組みが不十分な製薬企業に対して改善指導を強化することも求めた。

後発品促進策のテーマで2度目となった仕分けでは、薬効分類ごとに保険償還価格の上限を決めている参照価格制度がドイツ、フランスで採用されていることが紹介された。日本では、後発品の薬価を償還価格の上限にする制度として解釈されているが、原案の段階で参照価格制度の検討は提言には盛り込まれていなかった。

提言決定に先立つ議論の中で、構成員の中山弘氏（元ホンダ学園常務理事）は「なぜ日本で参照価格制度が採用されていないのか」と導入を迫ったが、厚労省保険局の吉田易範薬剤管理官は、過去に省内で検討された経緯があるものの、患者の自己負担増に懸念を示す医療従事者の反対などによって断念した経緯を説明。「慎重に検討したい」と述べるにとどめた。

これに対し、構成員の宮山徳司氏（埼玉医科大学特任教授）は、すでにビタミン剤などが医療保険から外れていることは患者にも受け入れられていると述べ、医薬品の参照価格制度を特別視することはおかしいと指摘した。

同席していた小宮山厚労相は、「後発品をもっと促進するロードマップを、今までやってきたことをさらにバージョンアップさせて2012年つくと約束している。役所用語で『慎重に検討』はしないこと。少なくとも『慎重に』は取りなさい」と吉田管理官に発言の修正を指示。参照価格制度の検討を提言に盛り込む流れが決まった。（7/10MEDIFAXより）

規制改革

政府、規制改革方針を決定／ワクチンギャップ、デバイス・ラグ解消など

政府は7月10日、行政刷新会議の「規制・制度改革委員会」（委員長＝岡素之・住友商事相談役）がまとめた報告書に基づき、規制・制度改革の方針39項目を閣議決定した。デバイス・ラグ解消などを目指す医療機器分野の11項目、ワクチンギャップ解消など医薬品分野6項目などを挙げた。規制・制度改革に必要な法改正事項など、2012年度中に結論を得るとした項目が並ぶ。各規制・制度を所管する府省での検討状況は四半期ごとに公表する。

7月10日の閣議後に会見した岡田克也副総理は、閣議では四半期ごとのフォローアップに各大臣のり

リーダーシップを発揮するよう求めたとした上で「やらなくていいというものはない。全てやるということ」と述べ、規制・制度改革の対象として決定した全項目について精力的に取り組む姿勢を強調した。

医療機器分野の規制・制度改革は▽医療機器の特性を踏まえた制度の見直し▽承認審査手続きの迅速化▽一部変更承認の合理化・迅速化▽全製造工程を組織的に管理して品質保証体制を確立するための諸基準に適合しているかを調べる「QMS調査」の国際的整合性の向上・合理化▽医療機器における「認証」制度の改善▽医療機器に係る添付文書の省略▽医療用ソフトウェア等の法令上の位置付けの明確化—など。医薬品分野では▽ワクチンギャップの解消▽GCP省令の国際基準ICH-GCPとの整合—など。（7/11MEDIFAXより）

高齢者医療

野田首相、後期高齢者廃止法案の提出断念も／参院

野田佳彦首相は7月18日、社会保障と税の一体改革関連法案が今国会で成立した場合、後期高齢者医療制度廃止法案の今国会提出を断念する考えを明らかにした。参院社会保障と税の一体改革に関する特別委員会で、今国会に廃止法案を提出する閣議決定について、一体改革関連法案が成立すれば「効力は消える」と述べた。自民党の宮沢洋一氏への答弁。

野田首相が質疑で高齢者医療制度見直しについて「（社会保障制度改革推進法案に規定した）社会保障制度改革国民会議で議論する可能性は十分ある」との見通しを示したのを受け、宮沢氏は「国民会議で議論する可能性を前提にするならば、廃止法案の提出は事実上無理ではないか」と質問。これに対し、野田首相は「推進法案を含めた8法案が成立すれば、その後、国民会議が速やかにつくられる。その中で議論されるのが基本線。一方、今国会中に後期高齢者廃止法案を提出することは閣議決定として残っている」と答えた上で「（国民会議の設置を規定している一体改革関連）法案が通れば、閣議決定の効力が消える」と述べた。宮沢氏が「閣議決定が消えるということは、ある意味で（法案提出を）断念することだ」と応じたが、野田首相は反論しなかった。

民主党内では国民会議を設置する前の法案提出を模索する動きがあったが、野田首相の発言は廃止方

針は維持するものの、設置前の法案提出を断念する姿勢を示したことになる。（7/19MEDIFAXより）

マイナンバー

医療個別法、取りまとめへ次回たたき台／マイナンバー制度で厚労省

政府が進める社会保障・税番号制度いわゆる「マイナンバー制度」に対応する医療分野個別法の整備に向けて、厚生労働省は「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」の8月の合同会合へ取りまとめに向けた「たたき台」を示し、9月中にも取りまとめる方針だ。

これまで▽医療分野個別法の必要性▽個別法の法的枠組み▽効率的で安全な情報の取得・利活用のための法的・技術的仕組み▽罰則と免責▽個別法の位置付け、適用範囲、履行確保—の大きく5つの論点について検討してきた。7月23日の会合では、医療分野の情報化と情報連携のための基盤の在り方について、厚労省がこれまでの議論を整理し、さらなる議論を求めた。

厚労省は「医療等ID（仮称）」と「医療等情報中継データベース（DB、仮称）」を中心とする仕組みを提案。DBは福祉、税務、年金、労災などの情報中継基盤になる「情報提供ネットワークシステム」との接続機能を持たせる。IDが利用できる範囲は▽医療等サービス提供者（医療機関、薬局、介護事業者など）▽保険者▽行政機関、地方公共団体—などを想定している。

IDを利用することで、同一人物を識別・認証でき、情報を取り扱っている機関や取扱者も明確化できる。標準化されたデータ・仕様を整備することで他機関でも情報をスムーズに取り扱うこともできる。こうした情報化を進めることで▽自身の健診情報、診療情報の閲覧・管理▽保険料などの情報閲覧▽給付・支給制度のお知らせ▽医療機関の地域連携▽行政手続きと連携した医療情報の活用▽それぞれの保険者が実施している予防、保健事業との連携（地域と職域の健診など）▽医療の質、効率性向上に向けたデータ活用—などの推進が期待できるとした。

会合で石川広己構成員（日本医師会常任理事）は「医療連携で活用できる医療情報の範囲を定めて、誰がどういう認証で見ることができるのか、どのような範囲まで見えるのかははっきりさせるべき。はつき

りしなければ賛成できない」と指摘した。
（7/24MEDIFAXより）

消費税

消費税問題、財務相と梅村氏が応酬／「必要なら政府税調で議論」

医療機関の控除対象外消費税問題をめぐり7月25日、参院「社会保障と税の一体改革に関する特別委員会」で、民主党の梅村聡議員と安住淳財務相が激しくやり合った。梅村議員は、診療報酬で補填する現在の措置は、結果として患者に消費税負担をさせているとの問題意識を示し、医療への課税の在り方を政府税制調査会で議論するよう要望。安住財務相から「必要であれば政府税調の中でも話し合いをしていきたい」との言葉を引き出した。ただ、安住財務相は「（医療機関にも）適切な、ある程度の（消費税）負担だけは、ぜひお願いしたい気持ちもある」と述べ、現行の非課税制度の見直しに否定的な見解を示した。

安住財務相は一体改革での消費税率引き上げについて「今回は基本的に非課税で、高額投資については中医協の検証の場で結論をいただく」とし、「8%時までには高額投資に関する消費税負担への手当ての方法の結論を出していただき、次に医療に関する税制的な配慮も幅広く検討していただきたい」と述べた。

診療報酬の個別項目にどう配慮していくかについては「率直に言って財務省はあまり得意ではない」とし、医療現場の状況を見ながら厚生労働省が対応すべきとの姿勢を示した。

一方、梅村議員は「非課税措置自体が問題」と指摘。非課税の問題点として「国民は消費税を払っていない印象を持つが、診療報酬で補填すれば窓口負担や保険料に消費税分が入っていることになり、実質は患者が払っている」と述べた。窓口負担や保険料にどの程度の消費税が含まれているのかは不透明で「国民への説明責任を果たせない」とも問題提起した。中医協の検証とは別に「政府税調でも、どういう方向でやっていくのか議論をしてほしい」と、政府税調の会長でもある安住財務相に求めた。

●安住財務相「病院もある程度の負担を」

安住財務相はこれに対し、医療は諸外国でも非課税であると説明。医療機関の消費税負担が苦しい現状には理解を示しつつも、「（負担を解消した場合）

では、その多額の減収分を誰が賄うのか」と穴埋め財源に言及した。

その上で「10%の先を見据え、かたくなに（非課税のまま診療報酬で補填する）今の制度を守るつもりかということだろうが、医療現場全体をよく見定めて、必要であれば政府税調の中でも話し合いをしていきたい」と答弁した。ただ、「一義的には厚労省で医療現場の実態調査などをしてもらおう。病院を経営できないような状況は望んでいないが、適切な、ある程度の負担だけはぜひお願いしたい気持ちもある。その適切がどの程度かは十分に議論させてほしい」とした。

梅村議員は「諸外国がこうだからというのは理屈にならない」と反論し、政府税調で議論することを重ねて求めた。（7/26MEDIFAXより）

総合合算

低所得者対策「保険の外で整理も」／香取政策統括官

厚生労働省の香取照幸政策統括官（社会保障担当）は7月31日、社会保障制度での低所得者対策について「保険の中から出すものは出して整理する必要がある」と述べ、医療・介護などの自己負担額を合算して上限を設ける「総合合算制度」の議論を契機に、保険原理の観点から医療・介護・年金など制度ごとに実施されている保険料一部負担の減免といった低所得者対策を見直していく考えを示した。

香取政策統括官は「社会保障制度の低所得者対策の在り方に関する研究会」（座長＝駒村康平・慶応大経済学部教授）で、「現行の個別制度で行われている軽減措置のような低所得者対策をそのままにして、総合合算制度を設計することは考えていない」と述べた。

総合合算制度導入に向けた論点として▽応能負担による軽減措置（社会保険料の減免など）と受益段階での軽減措置の考え方の整理▽保険原理の観点（負担と給付）による補足給付の意味合いを持つ軽減措置についての整理▽公費投入の有無など保険財源が異なる各制度と総合合算制度との位置付けの整理一などを挙げ、時間をかけてじっくり議論を進める考えを示した。

制度導入の前提となる社会保障・税番号制度の導入で、国民一人一人の所得把握が一定程度進むことが期待できるとし、現行では主に「市町村民税世帯

非課税」を基準としている低所得者の区分基準についても見直す方向性を示した。

秋ごろに開く次回会合では、総合合算制度について論点整理を行う。（8/1MEDIFAXより）

医療イノベ

がん革新薬創出へ局横断組織を設置／厚労省推進本部

厚生労働省医療イノベーション推進本部（本部長＝小宮山洋子厚生労働相）は7月6日開かれ、がん医療と再生医療の施策を進めるため、省内に局横断で課長級の担当者を集めたタスクフォースをそれぞれ設置した。がん医療のタスクフォースでは、「医療イノベーション5か年戦略」に掲げた日本発の革新的ながん治療薬を創出するため5年以内に10種類程度の医師主導治験を実施することを目標に掲げている。

推進本部は、政府の「医療イノベーション5か年戦略」を省全体で推進するため5月に設置された。厚労省医政局経済課によると、5か年戦略に掲げた施策のうち、まず議論を進める必要のあるがん医療と再生医療についてタスクフォースを設置した。

がん医療では、難治性がんや希少がん等を中心に、がんペプチドワクチンをはじめとしたがん免疫療法、抗体医薬等の分子標的薬、核酸医薬等の創薬研究を行い、5年以内に10種類程度、医師主導治験へ橋渡しすることを目指す。

推進本部の資料によると、タスクフォースの取り組みとして、バイオリソースを収集しがんゲノムの解析を行うなどの基盤整備を行った上で、創薬の研究事業を推進する。コンパニオン診断薬との同時開発も進める。

さらに、創薬支援ネットワークの2014年度中の構築や臨床研究中核病院15カ所程度の13年度末までの整備、医薬品医療機器総合機構の専門性の高い審査員の増員などで創薬から治験、薬事承認につなげる取り組みを推進する。

●再生医療製品の規制見直しへ

一方、再生医療のタスクフォースでは、再生医療製品に関する薬事規制の在り方について見直しを行い、規制の仕組みを構築した上で、13年の次期通常国会までに薬事法改正法案を提出する。

今回の推進本部は、夏の13年度予算概算要求の提出前後に開く。

各タスクフォースの構成員は次の通り。

〔がん医療〕＝大臣官房厚生科学課長、医政局研究開発振興課長、健康局総務課長、がん対策・健康増進課長（リーダー）、医薬食品局審査管理課長、安全対策課長、保険局医療課長

〔再生医療〕＝大臣官房厚生科学課長、医政局総務課長、経済課長、研究開発振興課長（リーダー）、健康局疾病対策課長、医薬食品局総務課長、審査管理課長、監視指導・麻薬対策課長、血液対策課長。（7/10MEDIFAXより）

特 区

3府県医共同で特区対応委／兵庫県医・川島会長「警戒必要」

兵庫県医師会の川島龍一会長は7月5日、神戸市で開いた報道機関との懇談会で、政府が進める医療イノベーション5か年戦略の一部に対して厳しく批判した。川島会長は、京都府、大阪府、兵庫県、京都市、大阪市、神戸市が進める「関西イノベーション国際戦略総合特区」と、大阪府と泉佐野市が進める「国際医療交流の拠点づくり『りんくうタウン・泉佐野市域』地域活性化総合特区」には強い警戒が必要だとして、兵庫・大阪・京都の3府県医師会共同で「特区対応委員会」を立ち上げたことを明らかにした。7月7日に初会合の予定。

関西総合特区に関しては、医療の産業化と地域格差拡大につながると指摘。りんくうタウン特区に関しては、診療所での外国人医師・看護師研修に関する規制緩和が盛り込まれていることを警戒した。3府県の対応委員会について川島会長は「共通のコンセプトづくりをして今後の対応具体策を協議する。看過すれば特区とはいえずすぐに全国に浸透してしまう規制緩和が多く、3府県の責任は重い」と述べた。

イノベーション戦略関連では、個別化医療の基盤づくりを目的に大規模バイオバンクを構築するとしている「東北メディカル・メガバンク計画」に関しても懸念を表明。東日本大震災の被災地を対象に復興支援の一つとして進められることを「地域の脆弱さにつけ込んだ強引な手法で、遺伝子情報の国家管理につながる疑念は強い」とした。これについても兵庫県医として、東北の関連医師会と7月末にも協議する場を設定する準備を進めている。国立がん研究センターが始めたバイオバンク用採血の「包括同意窓口」にも厳しい警戒が必要と強調した。

兵庫県では県立こども病院のポートアイランド移転計画が問題になっているが、反対の立場を取る川島会長は「東日本大震災で見せつけられたベイエリアの病院施設の壊滅的状况から（推進側は）何も学ぼうとしない」と批判。移転計画は地域医療再生基金を使うことが前提であるにもかかわらず、交付条件となっている「地域医師会の意見聴取」を兵庫県が行っていないとも指摘した。

（7/9MEDIFAXより）

中医協

外来管理加算は「総合医」の評価を／支払い側の意見書

中医協の支払い側と診療側の委員は7月18日の基本問題小委員会で、それぞれ基本診療料に対する考え方を提示した。支払い側は「基本診療料に関する意見」の中で、外来管理加算は2014年度改定で患者を総合的かつ計画的に診る役割を担う医師を評価する仕組みに改変すべきと提案した。

中長期的な検討課題として、患者を総合的かつ計画的に診る役割を担う医師の養成と普及を促進するため、こうした医師の活動を評価する包括的な報酬の在り方について検討すべきとした。同じく中長期的課題として、外来診療の中で標準化が可能な疾病から定額払い方式の導入に向けて検討するよう提案した。

このほか中長期的な課題としては、入院で出来高払い方式を廃止し、原則として定額払い方式に移行すべきと主張。DPC制度も現行の1日当たり包括払い方式から1入院当たりの定額払い方式への移行を検討すべきとした。

一方、次期改定に向けては「入院基本料」「初・再診料、外来診療料、各種加算」「診療報酬の簡素・合理化の推進」の3つの方向から提案。入院基本料では「急性期病床に看護必要度や診療密度が低い患者が入院している可能性があり、検証・分析が必要」とした。

次期改定の主な検討内容として▽入院基本料は、主に看護配置に基づき設定されているが、社会保障・税一体改革に示された病院・病床機能の分化と関連づけた検討▽看護配置と診療密度・看護必要度との関係、入院期間等に関する調査に基づき患者の状態像に対応する評価方法を導入し、看護必要度が低い患者が、高い入院基本料を算定できない仕組みの構

築▽入院前の検査等を入院基本料に包括化させる検討一なども挙げた。（7/19MEDIFAXより）

一般病棟入院基本料の定義付け必要／診療側の意見書

中医協の診療側委員は7月18日の中医協・基本問題小委員会に提示した基本診療料に関する意見で、2014年度診療報酬改定の検討課題として、入院基本料では▽看護師の月平均夜勤時間72時間ルール▽12年度改定で入院基本料に包括化された栄養管理実施加算の基準を満たさない場合の診療報酬上の対応一などを挙げた。

中長期的な取り組みでは「入院診療の要をなす一般病棟入院基本料の定義付けに関する議論」を行うよう提案。入院基本料は2000年度に入院時医学管理料、看護料、室料・入院環境料が包括されたが、現状では何がどのように評価されているかが不明とし、「入院基本料がもっぱら看護配置基準ありきで評価される構造は適切とは言えない」と指摘した。

一般病棟入院基本料は、包括化前の入院時医学管理料などにさかのぼりながら▽基本的な医学管理に必要な費用▽基本的に医療従事者配置に必要な費用▽基本的な施設・設備および環境の維持に必要な費用一を明確に定義付けることが必要とし、原価、コスト調査の必要性を示した。

その上で、一般病棟入院基本料の評価体系の在り方、加算や特掲診療料による評価との関係などについて検討すべきとし、基本問題小委の下にワーキンググループを設置し、詳細な検討を行うことを提案した。（7/19MEDIFAXより）

入院基本料「看護配置主体」見直しへ／中医協小委で一致

中医協の診療側・支払い側の各側委員は7月18日の診療報酬基本問題小委員会（小委員長＝森田朗・学習院大教授）で、看護配置がベースとなっている現在の入院基本料の構造を見直す方向で一致した。各側とも「医療必要度」を基準に入院基本料を評価する必要性を指摘。今後は医療必要度をどのように評価して入院基本料に反映させるかが焦点となりそうだと。

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）が「看護配置をベースとしている入院基本料を改善すべきとの意見では診療側と一致していると思う」と述べ、診療側の西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）

も「看護配置だけでやっているのはおかしい、という点では完全に一致している」と応じた。

●検討の手法で微妙なズレも

診療側は入院基本料を見直す際は「医学管理料」「看護料」「室料」など入院基本料の構成要素を整理してコストを議論する必要があると主張した。

一方、支払い側の白川委員は「何を基準に点数を付けるかで考え方が違う」と述べ、医療必要度を「急性期」「回復期」「亜急性期」などに分けて評価する方向性を目指すべきと提案。診療側が提案している入院基本料を構成する要素の分析については「膨大な時間がかかる」とし、病院経営上、入院基本料がどのような位置付けにあるのかや、1ベッド当たりの診療報酬の内訳などを整理すべきとした。

（7/19MEDIFAXより）

一般名処方後発品促進「効果大」／中医協・薬価専門部会

2012年度診療報酬改定での「一般名処方加算」の新設で後発医薬品の使用促進が加速している。中医協・薬価専門部会（部会長＝西村万里子・明治学院大教授）の加茂谷佳明専門委員（塩野義製薬常務執行役員）は7月18日の部会で、後発医薬品の使用促進策が効果を挙げているとの実感を述べた。

加茂谷専門委員は4月の診療報酬改定で新設された一般名処方加算について「効果が非常に強く、医療現場に浸透している。これまでにないスピードで後発品への置き換えが進んでいる」と述べた。

加茂谷専門委員の発言に続き、岩佐孝参考人（沢井製薬常務取締役）も一般名処方加算の新設に加えて、保険薬局での情報提供により後発品の使用が促進しているとし、「沢井製薬では4月以降、前年対比で2割増の状況が続いている」と述べた。

先進医療

先進と高度の一本化、詳細公表／厚労省が3局長通知

厚生労働省は7月31日、これまで薬事法上の適応の有無で分けていた第2項先進医療（先進医療）と第3項先進医療（高度医療）の制度を一本化する新制度について、医政局長、医薬食品局長、保険局長連名の通知を、各都道府県知事や各地方厚生（支）局長、各関係団体らの代表宛てに発出した。10月1日から運用を開始する新制度の手続き方法などの詳

細や、新制度で使用する各種書類様式などが含まれる。通知文書の厚労省ホームページへの掲載は来週の予定。

10月からは、「先進医療専門家会議」と「高度医療評価会議」が別々に行っていた審査を「先進医療会議」に一本化し、事前相談と申請の窓口は医政局研究開発振興課に一本化する。2013年には「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」が“医療上の必要性が高い”と判断した抗がん剤の審査を迅速化するルートの運用も開始する計画だ。

（8/1MEDIFAXより）

費用対効果

費用対効果、国と臨床現場で議論進む／中医協と受保連

日本でも医療技術の費用対効果について本格的な検討が始まった。中医協・費用対効果評価専門部会では、ルール作りをめぐる慎重論はあるものの、検討を進めるべきとの意見が大勢となっている。一方、医療の価値を医療従事者と患者の双方で議論し、必要な医療財源を考える「受療者医療保険学術連合会（受保連）」も動き出す。国の論議と臨床現場での論議が同時並行で進み出した。

●技術評価の判断目安に／鈴木医療課長

費用対効果の検討を進める意義について厚生労働省保険局医療課の鈴木康裕課長は取材に対し「薬事法承認品目は一定程度以上の有効性、安全性が確立されているが、これまで費用対効果の検討は必ずしもされていない。費用対効果評価専門部会では、実際の効果に比べ評価が高すぎるモノや技術についてだけでなく、革新性が高いのに現行の枠組みの加算だけでは正当な評価を受けることができないモノについても、判断する際の一つの目安として費用対効果を検討してはどうかということが基本的な考え方だ」と述べた。

検討に当たっては▽全てのモノや医療技術が対象ではない▽費用対効果評価だけで保険収載や価格を決定しない—というのが基本的な考え方。この基本認識について鈴木課長は「これまでの議論で共有化できたのではないかとし、「共通の評価指標を作る上で、さまざまな意見を踏まえ、次回合会で議論を整理し、（再度、検討スケジュールなどを）提示したい」と述べた。

●受保連「医療価値が見える化」／大阪大・田倉教授

一方、受保連は9月末までに設立総会を行う計画だ。副会長を務める大阪大の田倉智之教授は、取材に「患者と医療従事者が一緒になって臨床現場の目線で、患者が新たな医療技術や医療機関に適切な負担でアクセスできるよう、“医療の価値の見える化”の仕組みをつくっていききたい。そのためには限られた医療資源をできるだけ有効活用することが求められる」と述べた。

その上で「社会経済的に意義の高い医療技術は、それに見合うだけの対価、負担を論じるべき。費用対効果や行動経済学などの手法も使って検討する。結果は医療関係者だけでなく、国民に広くメッセージとして発信したい」とした。

受保連は患者系組織25団体（会員数約12万人）と医療従事者で構成。医療従事者は医師、看護師ら個人での参加が基本ルールだ。田倉教授は「検討結果は具体的なアクションとして全国の患者に伝達し、行動変容につなげたい」と述べた。
（7/9MEDIFAXより）

医療費適正化

たばこや後発品促進など目標設定を説明／第2期医療費適正化

厚生労働省保険局は8月6日、2013年度から始まる国や都道府県の第2期医療費適正化計画（5年計画）策定に向けた都道府県担当者への説明会を省内で開き、第2期計画の基本的な考え方や特定健診・特定保健指導制度の変更点、医療費の見通しの推計方法などについて説明した。

第2期計画では地域主権改革の観点から都道府県医療費適正化計画の記載事項が変更され、「医療費の見通し」以外の「特定健診・保健指導の実施目標」や「平均在院日数の短縮」などの目標は都道府県が任意で記載できるようになった。厚生労働省はこれを踏まえて基本方針の改正を進めており、説明会で同局総務課医療費適正化対策推進室は▽PDCAサイクルに基づいた実績評価や見直し▽特定健診・保健指導の全国目標に対する都道府県の目標目安▽たばこ対策の目標・施策例の記載▽後発医薬品の使用促進に向けた目標・施策例の記述▽保険者との連携—などの改正ポイントを説明した。

基本方針は8月下旬に実施するパブリックコメントの内容を踏まえて、9月中旬に告示する。各都道府県は12年度中に計画を策定。国の計画「全国医療費

適正化計画」も都道府県の計画内容を踏まえた上で、年度内に策定することになる。

特定健診・保健指導の全国目標は引き続き特定健診実施率が70%、特定保健指導実施率が45%。メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率の目標は25%（08年度対比）に見直す。
（8/7MEDIFAXより）

基準病床数

基準病床数の算定数値を改正／厚労省医政局

厚生労働省は7月3日付で、医療計画の基準病床数を算定する際に使う基準病床数の数値を一部改正し、官報告示した。また医政局指導課長名の通知を7月3日付で都道府県担当者宛てに通知した。各都道府県が2013年度から実施する次期医療計画の策定作業に活用することになる。

数値は厚生労働省が最新の統計に基づいて改正した。改正内容は▽性別・年齢階級別の長期療養入院・入所需要率▽地方ブロックの性別・年齢階級別一般病床退院率▽療養病床・一般病床の病床利用率▽平均在院日数—の4点。

改正後の病床利用率は、療養病床が0.92（現行は0.93、以下同）、一般病床が0.77（0.80）とした。地方ブロック別の平均在院日数は以下の通り。

▽北海道＝18.0日（19.6日）▽東北＝17.0日（19.7日）
▽関東＝15.1日（17.4日）▽北陸＝17.3日（19.7日）
▽東海＝14.8日（17.1日）▽近畿＝16.6日（19.1日）
▽中国＝17.6日（20.3日）▽四国＝18.5日（20.3日）
▽九州＝18.2日（20.1日）。 （7/11MEDIFAXより）

特定健診

第2期特定健診、取りまとめ内容公表／厚生労働省

厚生労働省は7月13日、第2期特定健診等実施計画期間（2013～17年度）の特定健診・保健指導の在り方について「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」が取りまとめた内容を公表した。

第2期では、腹囲を第1基準に高血圧や高血糖などの健康リスクに応じて特定保健指導の対象者を選定する現行の階層化基準を維持する。腹囲を第1基準にするのがよいかどうかはエビデンスの蓄積を待ち、科学的な見地からあらためて検討することにした。

実施率の目標値は、第1期に引き続き特定健診は

70%、特定保健指導は45%を全国目標とした。保険者ごとに目標値も設定した。特定健診の実施率目標は、市町村国保60%、国保組合70%、全国健康保険協会（船員保険を含む）65%、単一健保90%、総合健保（日本私立学校振興・共済事業団含む）85%、共済組合90%とした。

保険者が負担する後期高齢者支援金の額に特定健診・保健指導の実施状況を反映する加算・減算制度については、高齢者医療制度を見直す際に在り方をあらためて検討することを前提として実施することにした。加算対象となるのは特定健診または特定保健指導の実施率が実質的に0%の保険者で加算率は0.23%。（7/17MEDIFAXより）

国 保

都道府県調整交付金で配分G L／厚労省保険局が通知

厚生労働省保険局は、4月施行の改正国保法により国保の給付費に占める割合を2%引き上げた「都道府県調整交付金（県調交）」について、都道府県が交付金で市町村の国保財政を調整する際に参考とする配分ガイドライン（G L）を見直し、7月12日に都道府県に通知した。

都道府県による財政調整機能を強化するとともに、市町村国保財政安定化のための共同事業拡大を推進するため、改正法では県調交の給付費に占める割合を7%から9%に引き上げた（定率国庫負担は34%から32%に引き下げ）。県調交は、医療費水準や所得水準の市町村格差に伴う不均衡などを調整するために都道府県が交付するもので、配分については都道府県内の状況に応じて都道府県が条例で決めることになっている。2%の引き上げ分は2012年度ベースで約1500億円。

交付金には、一定の算定ルールでの調整に当てる「1号交付金」と、一定のルールでは対応できない地域の特殊事情に応じた調整を行う「2号交付金」があり、従来のG Lでは県調交7%の配分を1号交付金に6%程度、2号交付金に1%程度としていた。新G Lでは県調交の2%引き上げに伴い、2号交付金を3%程度とした。

一定額を超える医療費を都道府県内全市町村の拠出で共同負担する「保険財政共同安定化事業」は、現行では1件30万円を超えるレセプトの医療費を対象としているが、15年度からは全ての医療費が対象

になる。これに伴って拠出が著しく多くなる市町村もあるため、新G Lでは2号交付金で激変緩和措置を行うことなども明記した。（7/17MEDIFAXより）

生活保護

医療扶助指定機関、要件見直し検討／生活支援戦略中間まとめ

小宮山洋子厚生労働相は7月5日の国家戦略会議（議長＝野田佳彦首相）に、生活保護制度の見直しを含む「生活支援戦略」の中間まとめを提出した。医療扶助適正化のため、生活保護法での指定医療機関制度について、指定要件や有効期間、取り消し要件などの観点から見直しを検討する。電子レセプトを活用した重点的な点検指導も行う。生活保護受給者への後発医薬品の使用促進もする。秋に最終報告をまとめる。

生活支援戦略は、生活困窮者が経済的困窮と社会的孤立から脱却することや、親から子への貧困の連鎖を防止することなどを目標にしている。生活保護制度については、必要な人には支援するという考えを維持しつつ、給付の適正化を推進することで国民の信頼に応えた制度の確立を目指す。

医療機関の指定制度について厚生労働省は「（健康保険法に比べて）指定・取り消し要件が具体的に定められていない」との問題意識を示した。

（7/6MEDIFAXより）

10年度医療扶助、精神・循環器で5割／厚労省

厚生労働省は7月13日、民主党の生活保護ワーキングチーム（梅村聡座長）と社会的包摂プロジェクトチーム（福山哲郎会長）の合同会議に、生活保護受給者に対する医療扶助費の構成割合を提示した。傷病分類（入院と入院外の合計）別に見ると、2010年度は「精神・行動の障害」が29.9%で最も高く、2番目に高い「循環器系の疾患」の18.6%と合わせ、精神関連疾患と循環器系疾患で全体の約5割に迫った。

厚労省は「精神系、循環器系は（治療が）長期化傾向になって『医療が必要ない』という状況になりにくい」と説明した。3番目以降は「その他」18.6%、「新生物」8.6%、「内分泌・栄養・代謝疾患」6.6%、「筋骨格系・結合組織の疾患」6.1%などと続いた。

年齢階級別では、70歳以上が40.9%、60歳代が28.4%となり、高齢化を受けて60歳以上が全体の約

7割を占めた。厚労省は「レセプト1枚の点数が高いわけではなく、ほとんどの方が医療を必要としているため、医療機関に行っている結果が数字につながっていると思われる」と分析した。

厚労省によると、10年度の生活保護費負担金（事業費ベース）は3兆3296億円。このうち医療扶助費は全体の47.2%となる1兆5701億円だった。（7/17MEDIFAXより）

審査

後発品適応外の審査「一律に査定でなく」／政府答弁書

政府は7月17日、先発医薬品と効能効果に違いがある後発医薬品が変更調剤された場合の診療報酬請求の審査について、1月17日付の厚生労働省保険局長通知で示した見解に「変更はない」とする答弁書を閣議決定した。田村智子参院議員（共産）の質問に答えた。

通知は、保険局長が社会保険診療報酬支払基金理事長宛てに出したもの。先発品と効能効果に違いがある後発品が変更調剤された場合の診療報酬請求の審査について、一律に査定を行うことは、後発品への変更調剤が進まなくなることや、それに伴い医療費が増える可能性があることなどを保険者に説明し、影響を理解してもらうよう努めることを要請。一律に査定するのではなく、個別の症例に応じて適切な審査を行うよう求めている。

田村氏は後発品の利用促進に向けた環境整備の観点から、通知に関して▽現在も見解は維持されているのか▽国民健康保険団体連合会が行う審査にも当てはまるのか▽医療機関、調剤薬局、審査支払機関、保険者、地方厚生局等に周知しないのか—の3点を尋ねた。

答弁書では、通知の見解に変更はないと回答。通知は、国保連も含め診療報酬請求の審査について一律に行うのではなく、個別の症例に応じて保険医療機関および保険医療費担当規則、診療報酬の算定方法等に基づき行うとする審査の原則を示したもので、保険医療機関等に個別に周知することは考えていないとしている。（7/19MEDIFAXより）

監査

開業医遺族、監査時の対応で調停申し立て／鳥取県東部医師会に

鳥取県東部医師会の会員だった故増田聰子医師が2007年12月に自殺した際、当時の医師会の対応が不透明だったとして、遺族らは7月19日、同医師会と板倉和資会長に説明を求める民事調停を鳥取簡裁に申し立てた。遺族らは、増田医師は鳥取社会保険事務局（当時）の指導・監査を苦にして命を絶ったとみており、監査に立ち会った板倉会長と同医師会の対応をただしたい考えだ。

横浜市内で開業する夫ら遺族は、厚生労働省内で会見した。遺族らは、増田医師の心身状態など監査時の状況や、増田医師の退会手続きをめぐる東部医師会の対応などについて説明を求めており、当時の東部医師会と増田医師の会員契約の関係について明らかにしたいとした。ただ、代理人の井上清成弁護士は、増田医師が自殺した責任を追及する考えは一切ないとしている。

申立書によると、増田医師の診療所は不正請求の疑いで07年7月に個別指導を受け、同8月から9月にかけて計4回の監査が行われた。監査が行われていた9月に増田医師が板倉会長に相談を持ち掛けたところ、保険医の辞退や診療所の閉鎖を促されたという。

10月末に増田医師は保険医の登録取り消し処分と診療所の保険医療機関指定取り消し処分を受けた。社会保険事務局からは、過去5年分のカルテの不正・不当請求箇所を訂正したレセプトを11月末までに提出するように求められた。

増田医師は横浜市医師会への異動手続きを行った後、11月30日に退会の意向を伝えたが、東部医師会は異動による退会は受け入れられないとして拒否し、裁定委員会への出頭を求めた。12月28日に増田医師が亡くなると、東部医師会から裁定委員会の結果として「退会届は11月30日付で受理した」とする手紙が届いたという。

夫の増田肇医師は会見で、監査の立会人は臨床医家を代表して第三者的な視点で意見を述べる立場にあるのではないかとした上で、妻の事案を振り返り、立ち会いについて「まったく判然としない制度だ」と述べた。（7/20MEDIFAXより）

柔道整復

柔道整復「医行為ではなく医療保険でも区別」 ／政府答弁書

政府は7月24日、医師と柔道整復師の医療保険上の評価は、医行為が認められているか否かで区別しているとする答弁書を2件、閣議決定した。

答弁書は柔道整復について「医師が医学的判断および技術をもって患者を診察し疾病または負傷の状態を診断することとは異なる」とし、医行為が認められている医師の診療報酬と、医行為が認められていない柔道整復師の療養費の評価に違いがあっても矛盾はないとした。

健康保険法に規定されている「傷病手当金」を支給申請する際、医師の意見書には「傷病手当金意見書交付料」が設けられている一方、柔道整復師の意見書には療養費の算定基準がない点も同様とした。

平山泰朗衆院議員（無所属）と内山晃衆院議員（新党きづな）の質問に答えた。
（7/24MEDIFAXより）

予防接種

予防接種法改正案、早期提出に向け市町村と調整 ／政府答弁書

政府は7月27日、子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）を定期接種化する予防接種法改正案を早期に国会提出できるよう、厚生労働省が市町村などと調整を進めているとする答弁書を閣議決定した。山谷えり子参院議員（自民）の質問に答えた。

答弁書はグラクソ・スミスクラインのHPVワクチン「サーバリックス」について、「国内の20～25歳までの女性1040例を対象とした臨床試験で6カ月間の持続感染予防の有効性が認められ、海外の臨床試験でも子宮頸がん予防について有効性が認められている」と説明。HPVワクチンの定期接種化に向け、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会が予防接種制度の見直しを提言し、厚労省は予防接種法改正案を早期に国会提出するため市町村などと調整を進めているとした。（7/30MEDIFAXより）

HPVワクチン、原則個別接種を要請／政府答弁書

政府は7月27日、子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）を予防接種法で定期予防接種に位置付

けた場合、原則として個別接種を実施するよう市町村に要請していくとする答弁書を閣議決定した。上野通子参院議員（自民）の質問に答えた。

上野氏は定期予防接種について、実施する市町村に対して集団接種ではなく個別接種を原則としている理由を問い、その上で子宮頸がん予防ワクチンについても個別接種を原則としつつ学校施設での集団接種を認めるのか、政府の見解をたじた。

答弁書は個別接種を原則とする理由について「被接種者の個人的な体質などをよく理解したかかりつけ医が、被接種者の当日の体調などを的確に把握した上で予防接種を行うことが望ましいため」と説明。子宮頸がん予防ワクチンについても、予防接種法で定期接種に位置付けた場合、原則として個別接種を市町村に要請していくとした。

新型フル

新型フル有識者会議が初会合／政府行動計画を議論

政府の新型インフルエンザ等対策閣僚会議の下に新設された「新型インフルエンザ等対策有識者会議」（会長＝尾身茂・年金・健康保険福祉施設整理機構理事長）は8月7日、首相官邸で初会合を開き、新型インフルエンザ等対策特別措置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政令で定める重要事項について議論を開始した。年明けごろに中間取りまとめを行い、2013年春にも特措法を施行する予定。

野田佳彦首相は会合の冒頭で「今国会で成立した特別措置法は（新型インフルエンザ対策に）万全を期するための大きな一歩だ」と挨拶し、今後は政府行動計画を策定する際に、全ての関係者が迅速かつ一丸となって対応できる環境を整える必要があるとした。

会議では、内閣官房新型インフルエンザ等対策室が、有識者会議や、同会議の下に設置する「医療・公衆衛生に関する分科会」「社会機能に関する分科会」で検討する内容を説明した。「医療・公衆衛生に関する分科会」では、新型インフルエンザが発生したときにワクチンを優先的に接種する医療関係者・社会機能維持者の具体的な登録方法や、効果的な集団接種の実施方法、住民に予防接種する際の優先接種対象者の考え方を検討する。また医療提供体制確保の面では、新型インフルエンザ発生時に要請・指

示の対象となる医療従事者の範囲や業務内容、高いリスクを背負う医療従事者への二次感染の補償基準なども議論する。（8/8MEDIFAXより）

産科補償

産科補償「保険会社の取り分」で厳しい意見も／社保審・医療保険部会

社会保障審議会・医療保険部会が7月30日開かれ、日本医療機能評価機構が産科医療補償制度の運営状況について報告した。一部の委員からは、保険会社の取り分を疑問視する意見や、制度を根本から見直すべきなど厳しい意見が出た。今後も継続して議論していく。

産科医療補償制度の収支状況は、2009年度の収入保険料が315億円、補償対象件数は172件で補償金支払いが52億円。事務経費を差し引いた214億円が将来の補償金支払いのために保険会社が管理する備金となっている。10年度は収入保険料324億円、補償対象件数は126件で38億円を支払い、支払備金は250億円。11年度は収入保険料318億円、補償対象件数は26件で8億円を支払い、支払備金は273億円となっている。

白川修二臨時委員（健保連専務理事）は「保険料を保険者が負担している。ノープロフィットが原則であるべきで、保険会社も基本的にはノープロフィットの財政的配慮をすべきでないか」と指摘し、次回以降、保険会社にどの程度の資金が渡されているかなど現状を提示してもらいたいとした。さらに、備金の金利、運用益はどうなるのかなども併せて提示するよう求めた。

菅家功本委員（連合副事務局長）も「この制度の責任主体はどこにあるのか。法律に基づく制度に根本から見直すべきでないか」と問題提起した。

一方で他の委員からは現行の運営状況に一定の理解を示す意見もあった。（7/31MEDIFAXより）

医師数

医師数、新たな需給推計を実施へ／小宮山厚労相が答弁

小宮山洋子厚生労働相は7月30日、新たに医師の需給見通しに関する検討を始める方針を明らかにした。参院「社会保障と税の一体改革に関する特別委員会」で需給推計に対する姿勢を問われ、実施に前向きな考えを示した。自民党の古川俊治氏に対する

答弁。

厚生労働省は2006年7月、「医師の需給に関する検討会」（矢崎義雄座長）の議論を通じて需給推計をまとめた。古川氏はその後の新たな推計が出ていない点を指摘し、「今、なぜ新たなシミュレーションに取り組まないのか」と質問。これに対し小宮山厚労相は「やるようにしたいと思う」と応じた。（7/31MEDIFAXより）

女性医師

日医女性医師バンク、300人が現場復帰／開設5年半の実績強調

日本医師会が女性医師支援センター事業の一環として運営する女性医師バンクの就業実績が延べ319件になった。求職登録者数は延べ646人で、開設から約5年半で求職登録者の約半数が就業したことになる。7月25日の定例会見で報告した小森貴常任理事は「数字は少ないが中身の濃い数字だ」と評価した。

2012年6月末現在で延べ646人の求職登録者数のうち、就業が成立したケースは302件、再研修を紹介したケースは17件だった。求人登録施設数は延べ1566施設、求人登録件数は延べ3743件。現在の求職登録者は246人で、求人登録件数は918件となっている。

女性医師バンクは07年1月に開設され、会員・非会員を問わず利用できる。現役の女性医師がコーディネーターとして相談業務やマッチングに当たっている。（7/26MEDIFAXより）

応召義務

応召義務「個々の事例で検討必要」／政府答弁書

政府は7月31日、紹介状のない患者が選定療養として特別の料金を支払わないことのみを理由に200床以上の病院が診療を拒むことは応召義務違反に当たるのかどうかについて「応召義務の有無の判断に当たっては、正当な事由の有無を個々の事例に即して具体的に検討することが必要」との答弁書を閣議決定した。丸山和也参院議員（自民）の質問に答えた。

患者が病院の窓口で医師でない職員に診療の申し込み手続きをした場合、医師法19条の「診療治療の求めがあった場合」に該当するののかについては「医

療機関での医師と窓口職員との連携状況など個々の事例に即して具体的な検討が必要」とした。
（8/1MEDIFAXより）

外国人患者

外国人患者受け入れ「十分配慮して取り組む」 ／政府答弁書

政府は8月3日、「国際医療交流（外国人患者の受け入れ）」について、日本の医療の強みを提供しながら推進するが、国内では医師の地域偏在などの課題があるので、医療目的に訪日する外国人患者の受け入れに関し十分配慮しながら取り組んでいくことが重要との答弁書を閣議決定した。木村太郎衆院議員（自民）の質問に答えた。

国際医療交流は政府が掲げた21の国家戦略プロジェクトの一つ。政府は答弁書で、国際医療交流を進めるための取り組みとして「外国人患者受け入れ医療機関認証制度」が7月から運用を開始したことに触れた。その上で、同認証制度は医療機関の通訳体制の整備や宗教・習慣の違いを考慮した対応などを評価するが、外国医師の配置は評価項目にしていなため、医師法などの改正は考えていないと説明した。

木村議員は質問主意書で、医療ツーリズムの拡大をめぐり「海外の富裕層の患者を優先すれば国内の医療機関や地域間に格差が益々広がる」との声があるが、どのように対応するのか、医師法などの整備にどのように取り組むのか、などと質問した。
（8/6MEDIFAXより）

専門医

新専門医、第1期認定は18年度／厚生省案、 第三者機関は13年度

新たな専門医制度の創設に向け、厚生労働省は7月6日、「専門医の在り方に関する検討会」（座長＝高久史磨・日本医学会長）に、最短で2013年度に第三者機関を設立し、15年度から新制度による第1期の専門医研修（後期研修）を始めるスケジュール案を示した。スケジュール通りに進めば、18年度に第1期の専門医認定が行われる。

厚生労働省は新しい専門医制度を地域の医師偏在解消につなげる方策についてもたたき台を示した。教育病院の受け入れ定員の状況を踏まえ、全国レベル・

都道府県レベルで診療領域ごとに専門医の養成数を管理する仕組みを提案。「教育病院群」を基幹病院と地域の協力病院で構成し、一定期間は協力病院で専門医研修を行う案も示した。（7/9MEDIFAXより）

「総合診療医」基本領域の専門医に／厚生省検討会中間まとめ案

新たな専門医制度の創設に向けて、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」（座長＝高久史磨・日本医学会長）は8月3日、「総合医・総合診療医」を基本領域の専門医に加えることなどを盛り込んだ中間まとめ案をおおむね了承した。議論を踏まえ、厚生労働省は8月中にも中間まとめを固める。診療科偏在・地域偏在の解消に向けて前回の検討会で厚生労働省が道筋を示した「地域医療の安定的確保について」と「今後のスケジュール」の2つのたたき台は、十分な議論を行っていないことから、参考資料として添付することは見送った。

9月からは、中間まとめで「継続議論」とされた論点を中心に▽第三者機関設立と新専門医制度開始のスケジュール▽専門医の診療科偏在・地域偏在と新専門医制度の関係一などについて、2012年度末の最終報告に向けて議論を詰めていく。新専門医制度に関連して、厚生労働省は中立的な第三者機関設立に向けた初期投資や総合医・総合診療医の養成に関して、2013年度予算概算要求を視野に入れている。

今回の中間まとめ案では、「総合医」と「総合診療医」の名称について検討会として結論が得られていないことから「総合医・総合診療医」の併記とした。
（8/6MEDIFAXより）

統合医療

統合医療の捉え方「一定の線引きを」／厚生省検討会

厚生労働省の「『統合医療』のあり方に関する検討会」（座長＝大島伸一・国立長寿医療研究センター総長）は8月6日、「統合医療」の捉え方について、西洋医学と組み合わせる代替医療や相補医療など19項目を例示した。ホメオパシーや各種マッサージなど一部の療法に対し、構成員からは統合医療として捉えるべきではないとの意見が上がった。

同検討会は「統合医療」の定義として共通認識が確立していないことを踏まえ、米国衛生研究所相補代替医療センターの「統合医療」やWHOの「伝統

医学」の定義を参照しつつ、「統合医療」の▽概念▽現時点での科学的知見▽安全性・有効性の評価▽推進のための取り組み—について検討を進めている。

厚労省は「統合医療」に関するこれまでの議論を整理し、「統合医療」について「近代西洋医学と他の療法を組み合わせたもので、医師主導で行う医療」との捉え方を提示した。「他の療法」として、相補・代替医療といわれている▽はり・きゅう▽各種マッサージ▽骨接ぎ・接骨▽整体▽カイロプラクティク▽ホメオパシー▽漢方・生薬—など19項目を例示した。（8/7MEDIFAXより）

救済制度

抗がん剤救済制度見送り、「結論出せない」／厚労省・検討会

厚生労働省の「抗がん剤等による健康被害の救済に関する検討会」（座長＝森嶋昭夫・名古屋大名誉教授）は7月13日、抗がん剤被害救済制度の創設を見送る内容の取りまとめ骨子案を了承した。骨子案では「現時点では制度の導入は結論が出せる段階にないと言わざるを得ない」と結論付けた。取りまとめは次回の検討会になるが、救済制度の創設を見送ることは事実上決まった。

救済制度の検討の発端はイレッサ訴訟で原告団からの要望を受け、細川律夫前厚生労働相が2011年1月の記者会見で制度の検討を行うことを表明したことだ。その後11年6月から計10回検討会が開かれ、学会や患者団体、製薬団体などの聞き取りで制度創設に多くの課題があることが分かった。

示された骨子案によると、今まで挙がった問題点として、抗がん剤と副作用の因果関係についてがんによる症状や合併症などとの区別が難しいほか、制度が導入されると製薬企業が拠出金のコストが増えることを懸念して日本での抗がん剤の開発、販売に消極的になる可能性があるなどとした。骨子案ではこうした問題点を受け、結論が出せる段階にないと結論付けた。

議論では委員から骨子案に賛同する意見が相次ぎ、制度創設の見送りが事実上決まった。（7/18MEDIFAXより）

震災

長期戦に備え、厚労省復興対策本部設置／本部長に小宮山厚労相

厚生労働省は7月20日、省内に「東日本大震災厚生労働省復興対策本部」を設置した。厚労省として長期戦になる東日本大震災の復興に備えると同時に、震災発生直後からの対応を再検証して反省点を洗い出し、次の大災害に備える意味合いがある。本部長には小宮山洋子厚生労働相が就いた。

初会合では、厚労省の対応をめぐる課題や反省点、今後求められる対応策などをまとめた報告書が提出された。民間出身者によるアフターサービス推進室が中心にまとめた。内容は①厚労省の対応体制②医師・看護師等の人材確保③避難所への住民移送や医薬品・医療機器の配備④義援金の早期配分⑤心のケアを含めた子ども・子育ての復興⑥雇用の復興—の6項目で構成する。（7/23MEDIFAXより）

被災者の減免措置、10月から自治体2割負担／政府が事務連絡

厚生労働省保険局国民健康保険課、高齢者医療課、総務省自治税務局市町村税課の3課は7月24日付で、10月以降も東日本大震災被災者の医療費一部負担金と保険料の免除措置を継続する場合の財政支援について都道府県宛てに事務連絡を出した。福島県の避難指示対象地域を除く被災地の国保と後期高齢者医療制度が対象。震災対応の救済ルールから、通常の災害時の救済ルールに切り替える。

10月以降も保険者の判断により、一定の条件下で被災者の自己負担免除措置を継続できるが、その財源の負担割合が変わる。震災対応の救済ルールでは、財源に特別調整交付金を充て、国が10割負担してきた。だが10月以降の財政負担比率は、避難指示対象地域を除き国8割、自治体2割に変わる。

また厚労省保険局保険課など3課は7月24日、地方厚生局や都道府県、全国健康保険協会、健康保険組合宛てに、一部負担金等免除証明書の取り扱いについても事務連絡した。現在は有効期限が切れている免除証明書でも有効だが、10月1日以降は期限切れの証明書を無効扱いにする。

●保団連が国10割負担の継続を要請

政府が7月24日に事務連絡を出したことを受け、全国保険医団体連合会は7月27日、10月以降も国が10割の財政支援を続けるよう求める要望書を、野田

佳彦首相、小宮山洋子厚生労働相、小林剛・全国健康保険協会理事長宛てに提出した。

10月1日以降、自治体にも2割の財政負担が生じることを受けて保団連は「被災の大きな自治体ほど免除費用負担が大きくなり、免除を打ち切る自治体が出る危険性がある」と指摘。10月以降も被災者の自己負担免除措置を継続し、国が10割の財政負担を続けるよう要望した。

また期限切れ免除証明書の取り扱いについても「免除証明は自治体に任されているため、自治体によって取り扱いが異なると医療現場で混乱が生じる」とし、10月以降もそのまま免除するよう求めた。（7/30MEDIFAXより）

被ばく

被ばく1ミリシーベルト以下目指す／福島復興基本方針決定

政府は7月13日、東京電力福島第1原発事故を受けた福島復興再生基本方針を閣議決定した。住民が安心して暮らせるよう放射性物質の除染を急ぎ、長期的には自然放射線を除いた追加被ばく線量を年1ミリシーベルト以下に抑えろと強調している。一方、福島県側が「復興の基盤」として強く求めた企業立地補助金の積み増しは明記せず、実効性のある事業をどれだけ具体化できるかが今後の焦点となる。

平野達男復興相は7月13日の閣議後の記者会見で「県や関係市町村と丁寧に意見交換をして決定した」と強調した。基本方針には、地域経済や社会の再生に国が責任を持つ姿勢をアピールする狙いがある。県が18歳以下の医療費無料化のために設立した「県民健康管理基金」への財政支援をはじめ、国が長期にわたって十分な財源を確保するとした。

帰還する住民に対しては、道路、上下水道、農業用水施設、学校などの公共インフラの整備を国の費用負担で実施するとした。役場機能ごと避難した自治体が検討している「仮の町」構想では、国が受け入れ側の自治体との調整役となることも盛り込んでいる。

また、「原子力に依存しない社会を目指す」とした福島県の理念を尊重し、地熱発電など再生可能エネルギー産業の構築を掲げた。

国は基本方針に従い、避難指示を出している市町村での公共工事代行や除染事業の工程表を盛り込んだ「避難解除等区域復興再生計画」を策定する。福

島県も基本方針を踏まえ、「産業復興再生計画」と、新産業の創出の目標を定める「重点推進計画」を作成する。

ただ、基本方針に盛り込んだ個別の事業に対する国の支出額は示していないため、政府は2012年度補正予算や13年度予算の編成であらためて具体化する必要がある。（7/17MEDIFAXより）

看護師

看護師日雇い派遣、10月から原則禁止／政令を閣議決定

10月1日から介護事業所での看護師日雇い派遣（30日以下の短期労働者派遣）が原則禁止になることが決まった。政府は8月7日、改正労働者派遣法の政令を閣議決定した。一部の介護団体からは看護師確保が困難になるとの反対意見が上がっていたが、厚生労働省は条件付きで看護師の日雇い派遣が認められることや、派遣会社を通さない日雇い雇用などで対応は可能とみている。

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だが、例外として看護師の派遣については▽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一などが認められている。介護労働安定センターの介護労働実態調査結果などによると、介護老人福祉施設（特養）や通所介護（デイサービス）、有料老人ホームなどの特定施設が看護師の派遣を利用している。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。（8/8MEDIFAXより）

精神医療

精神科医療への偏見、国が助長／日精協・山崎会長が批判

厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチーム（PT）が6月に公表した報告書「今後の認知症施策の方向性について」に対して、日本精神科病院協会の山崎学会長は7月26日、厚労省内の専門紙記者クラブで会見し「精神科病院の医療に対する偏見を国が助長している」と指摘した上で、「認知症の人の長期入院を批判するなら、一般病床と同じように3カ月入院をルール化してほしい。現在でもわれわれは実践できる。ただ、地域に受け皿がない状態であり、

一番困るのは患者本人と家族だ」と訴えた。

病院の経営効率の観点からは、在院日数を伸ばすより短縮化して回転率を高めた方が高い診療報酬を算定できるとも指摘し、「好きで抱え込んでいるのではなく、受け皿がないから物理的に退院できない状況。そういう細かいことも分かっていない」と語気を強めた。

さらに、PTの報告書について「行政が精神科医療の実態を適切に理解していないことの証明」と厳しく批判。医政局長、保険局長、老健局長、社会・援護局長らがPTのメンバーとなっていることに触れ、「行政のプロが精神科医療や認知症ケアの現場を理解していない。憤りを感じる」と述べた。

PTの報告書が、現在の認知症ケアは自宅からグループホームなどを経由し、施設や一般病院・精神科病院に行く「不適切」な流れであると指摘したことに関しては、「精神科病院以外に認知症の人を受け入れる場所がないことを棚上げしている国の政策の問題」と批判した。

山崎会長は、PTの報告書が公表される前に厚生省から相談がなかったとし「寝耳に水だった」と述べた。「間違った政策に基づいて2013年度の概算要求にも反映される」と危機感を示し、「一番困るのは国民と現場の医療従事者。施策が間違っている、作った官僚は2-3年でいなくなるが、医療現場での対応はずっと続く」と述べ、施策修正を求めていく姿勢を強調。PT主査の藤田一枝厚生労働政務官との面会を調整しているとした。

（7/27MEDIFAXより）

うつ病

うつ病多様化で指針／学会、医師向けに初

日本うつ病学会は7月27日までに、多様化するうつ病を適切に治療するための医師向け指針をまとめた。次々に開発されている抗うつ薬の有効性や副作用に関する情報を盛り込み、軽症者の安易な薬物療法に警鐘を鳴らしたのが特徴だ。学会が指針をつくるのは初めて。

厚生労働省の推計によると、国内のうつ病患者数は1999年の約24万人から、2008年には70万人を超え急増。年間3万人を超える自殺の主な原因ともされている。同学会は最新の医学的知見を盛り込み、現在の医療体制や現場の実情を考慮した指針が必要と判断した。

指針は、急増している患者の多くは軽症か、うつ病の診断基準以下の「抑うつ状態」と推測されると指摘。臨床現場では「慎重な判断が求められる」とした。軽症者に抗うつ薬の使用を始めるには、焦燥感や不安感の増大などの副作用に注意して、少量から始めることを原則とする。

一方で、乱用や転売目的で抗不安薬や睡眠薬を入手するための受診が社会問題化しているとして「大量処方や漫然とした処方は避けるべきだ」と明記。「安易に薬物療法を行うことは厳に慎まなければならない」と強調している。

若者に多くみられ、仕事ではうつ状態になるが余暇は楽しく過ごせるような、いわゆる「新型うつ病」に関しては、「精神医学的に深く考察されたものではない」として取り上げていなかった。

治療に関する指針は、厚生労働省の研究グループが03年に策定したが、その後改訂されていない。

（7/30MEDIFAXより）

知事会

国保の公費負担拡大や医師確保を要望／全国知事会

全国知事会は8月1日、2013年度の国の社会保障施策や予算に対して7月20日の全国知事会議で取りまとめた要望書を厚生労働省に提出した。医師・看護師など医療従事者の確保対策の推進や国保への公費負担拡大などを盛り込んだ要望で、福田富一・社会保障常任委員会委員長（栃木県知事）が辻泰弘厚生労働副大臣に要請した。後期高齢者医療制度については必要な改善を加えた上で安定的運営を求めるとともに、7月19日の全国知事会で決議した「地方の意見を踏まえない見直しは断じて認めることはできない」とする決議文も提出した。

国の保健医療対策への主要望は▽医師偏在・不足の改善に向け、必要医師数を明らかにした上で医師養成の在り方を早急に見直す▽病院勤務医の処遇改善・負担軽減と医師・看護師など医療従事者確保対策の強力な推進▽自治体病院への支援▽国保に対する国の定率負担の引き上げや後期高齢者医療制度の安定運営▽医療保険制度の全国レベルでの一元化に向けた具体的道筋の提示一など。

医療保険制度の在り方に対する決議文では、民主党が5月にまとめた後期高齢者医療制度の廃止を含む高齢者医療制度の見直し案に対し、11年度の「国

民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」の合意事項を無視した地方軽視の案だとして、従来通り反対姿勢を示した。国保については国の定率負担の引き上げによる公費負担拡大を求めた。

●計画停電で緊急提言、診療報酬で加算も

一方で全国知事会は8月2日、この夏に北海道・関西・四国・九州で計画停電が実施された場合に備えて緊急提言をまとめ、医療機関や社会福祉施設、在宅療養者に配慮するよう国に求めた。

提言は全国知事会議が7月20日にまとめ、8月2日に枝野幸男経済産業相と古川元久国家戦略担当相に提出した。人工呼吸器や人工透析などは利用者の生命に危険が及ぶ可能性があることから、計画停電が実施される場合のグループ分けやスケジュールなどの情報について、国や電力会社が住民へ周知を図るよう求めた。停電時間の短縮も要望した。

国は救急医療機関や周産期母子医療センター、災害拠点病院などには計画停電時も電力を供給するよう緩和措置を設けた。これに対して全国知事会は、緩和対象とならない医療機関の入院患者や社会福祉施設の入所者、在宅療養者などの安全に配慮するため、▽自家発電装置の整備▽医療機器の非常用電源の確保▽緊急時の職員見回り体制の確保一に向けた補助制度の創設・拡充や診療報酬・介護報酬の加算などによる措置を求めた。（8/6MEDIFAXより）

保団連

増税・改革推進法案に反対／保団連が緊急集会

保団連（住江憲勇会長）は8月2日、衆院第2議員会館で消費増税中止や医療へのゼロ税率化などを求める緊急集会を開き、国会議員への要請活動を行った。

要請活動では▽消費増税の中止と医療・生活必需品のゼロ税率化▽社会保障制度改革推進法案の廃案▽マイナンバー法案の廃案▽患者窓口負担の軽減など安心して受けられる医療の実現一などを求めた。改革推進法案について保団連は▽保険給付の縮小▽長期療養患者・家族の孤立▽後期高齢者医療制度の存続一になるなどとして反対した。

緊急集会には、増税法案に反対して党員資格停止処分を受けている民主党の橋本勉衆院議員や社民党党首の福島瑞穂参院議員、「国民の生活が第一」の古賀敬章衆院議員、共産党の田村智子参院議員らが賛同者として参加した。（8/3MEDIFAXより）

消費増税と社保推進、参院で廃案を／保団連が理事会声明

全国保険医団体連合会（保団連）は8月5日、参院で審議中の消費増税増税関連法案と社会保障制度改革推進法案の廃案を求める理事会声明を発表した。

声明は「デフレ下での消費増税は国民生活や日本経済に深刻な影響を及ぼす」と指摘。社会保障制度改革推進法案についても「国民への新たな負担と犠牲を強いるだけでなく、社会保障制度解体へ突き進む道である」として、参院での廃案を求めた。

（8/7MEDIFAXより）

マイナンバー法案、廃案を要望／保団連

全国保険医団体連合会（保団連）は8月2日、いわゆる「マイナンバー法案」の廃案を求める要請書を野田佳彦首相と衆参両院の内閣委員会委員に提出した。

保団連は、社会保障・税の共通番号となるマイナンバーの導入で使用が見込まれる番号カードについて、被保険者証の代わりに利用した場合、レセプトコンピューターや電子カルテなどで管理する患者の医療情報の漏洩リスクが高まると指摘。医療情報は個別法で対応することになっても、機微性の高い個人情報であり、漏洩の危険にさらすことは「納得できない」と主張した。また、マイナンバーは社会保障給付の抑制にもつながると批判した。

保団連は「患者、国民の医療情報を漏洩の危険から守り、国民皆保険制度を守るためにも、マイナンバー法案および関連法案の廃案を強く求める」としている。（8/7MEDIFAXより）

調査・データ編

国保医療費2.3%増、後期高齢者4.7%増／11年度医療費速報

国保中央会は7月19日、2011年度分の医療費速報を発表した。市町村国保と国保組合を合わせた国保医療費は11兆4214億円（前年比2.3%増）、後期高齢者医療費は13兆1884億円（同4.7%増）だった。国保医療費と後期高齢者医療費を合わせた国保連合会の審査確定分の医療費総額は24兆6098億円となった。

市町村国保1人当たり医療費年額は初めて30万円

を突破し、30万5276円（同3.3%増）だった。市町村国保1人当たり医療費を都道府県別で見ると、最も医療費が高かったのは11年度に続き山口で37万5521円（同3.5%増）。2位以下も13位まで11年度と同じで、香川、島根、大分、広島と続いた。最も医療費が安かったのは11年度と同じ沖縄の25万9130円で、1位の山口との間には1.45倍（同0.01ポイント増）の開きがあった。

後期高齢者医療費では、被保険者1人当たりの医療費年額は90万8543円（同1.6%増）。都道府県別で最も高かったのは福岡で115万8395円。2位は高知の109万4039円、3位が北海道の107万9813円だった。医療費が最も安かったのは新潟で73万9314円。1位の福岡と最下位の新潟との倍率は1.57倍（同0.01ポイント減）だった。

国保の年間平均被保険者数は3875万人（同1.1%減）、後期高齢者の年間平均被保険者数は1452万人（同3.0%増）。

●被災3県、1人当たり医療費の順位上昇

被災3県では市町村国保の1人当たり医療費で他県に比べ伸び率が大きく、順位が上がった。岩手は11年度の31位から29位に上がり30万6908円（同4.9%増）、宮城は11年度の34位から30位となり30万6584円（同8.6%増）、福島は11年度の33位から31位に上昇し30万5886円（同7.7%増）。後期高齢者医療の1人当たり医療費では、岩手は11年度最下位の47位から46位となり74万1312円（同2.6%増）、宮城は11年度と同じ36位で81万5725円（同2.1%増）、福島は11年度の34位から32位で83万2833円（同2.9%増）だった。（7/20MEDIFAXより）

介護給付費5.5%増の8兆3654億円／11年度の介護費速報

国保中央会は7月19日、2011年度の介護給付費動向の速報を公表した。総額は前年度5.5%増の8兆3654億円で、サービス総件数は1億2457万件だった。

要介護認定者数は529万人で受給者数は432万人、受給率は81.7%となった。受給者1人当たりの平均介護給付費月額額は16.1万円で、居宅サービス受給者では10.9万円、地域密着型サービス受給者で22.4万円、施設サービス受給者は33.2万円だった。

要介護度別の受給者数は「要介護度2」の85万476人が最多で、「同1」77万5283人、「同3」68万1834人、「同4」60万4097人、「同5」52万2294人と続いた。

サービス別の受給者数は、居宅サービスが317万人（前年度5.8%増）、地域密着型サービスが30万人（同11.7%増）、施設サービスは85万人（同1.4%増）だった。

サービス別で件数の伸びが大きかったのは、特定入所者介護サービスの「地域老人福祉施設」が同68.3%増、地域密着型介護サービスの「地域老人福祉施設」が同65.3%増、「地域密着型特定施設入居者生活介護」が同26.6%増など。（7/23MEDIFAXより）

年間利用者24万人増の517万人／11年度介護受給者数概況

2011年度に介護保険のサービスを利用した人（年間実受給者数）は前年度比24万5600人増の517万3800人だった。サービス別で受給者数が伸びたのは「福祉用具貸与」の12万7800人増（168万1100人）、「通所介護」の10万3800人増（155万5000人）、「居宅療養管理指導」の5万5000人増（54万6600人）など。人数が減ったのは3つのサービスのみで、介護療養型医療施設の利用を示す「介護療養施設サービス」が9300人減（12万6800人）、介護老人保健施設が提供する「短期入所療養介護」が5100人減（14万600人）、病院など医療機関の「短期入所療養介護」が1400人減（1万600人）。厚生労働省が7月26日に公表した11年度の「介護給付費実態調査の概況」で分かった。

●1年間の要介護度「変化なし」は7割弱

全体で7割程度の人が1年後も同じ要介護度であることも分かった。11年4月と12年3月時点の要介護度の比較では、変化が最も乏しかったのが要介護5で、91.9%が1年後も要介護5だった。要介護度が変化しない割合は、要介護1が66.9%、同2が69.2%、同3が68.8%、同4が74.0%。介護予防サービスを利用する要支援者では、要支援1は67.8%、同2で67.6%の人が1年後も同じ状態だった。

今回公表されたのは概況で、都道府県ごとの要介護度別サービス受給者数など、より詳細なデータ表などは10月に公表する予定。11年度の概況は、毎月公表している介護レセプト情報に基づく介護給付費月報の11年5月審査分から12年4月審査分の取りまとめ。11年度の概況には、介護レセプト請求に基づくデータに加え、東日本大震災の影響による概算払いデータも一部含まれる。

●生活援助、要介護1～2で多く

訪問介護の内容類型別で見た利用者数の割合では、比較的軽度の要介護1～2で「生活援助」が最

も多く、比較的重度の要介護3～5では「身体介護」が最も多かった。12年4月に審査した3月のサービス利用分では、生活援助を利用する割合が最も多かったのは要介護1（26万100人）の64.5%で、同2（25万9200人）は53.2%。身体介護の利用割合が最も多かったのは同5（9万6400人）で84.9%。次いで同4（11万3500人）の73.5%、同3（14万7400人）は57.7%だった。（7/27MEDIFAXより）

平均寿命が減少、震災も影響／11年簡易生命表

厚生労働省は7月26日、「2011年簡易生命表の概況」を発表した。男性の平均寿命は79.44年（前年比0.11年減）になり、2年連続で減少した。女性の平均寿命は85.90年（同0.40年減）となり、こちらも2年連続で減少。平均寿命の男女差は6.46年で、10年より0.29年縮小した。

平均寿命の減少には、特殊要因として震災も影響している。震災の影響を除いた場合の平均寿命は、男性が79.70年（同0.15年増）、女性が86.24年（同0.06年減）となり、男性は増加している。

将来どの死因で死亡するかを世代別に計算した「死因別死亡確率」を見ると、生まれたばかりの0歳男性は、悪性新生物（29.10%）、心疾患（14.41%）、肺炎（12.04%）、脳血管疾患（9.32%）の順で死亡すると推計される。0歳女性は悪性新生物（20.05%）、心疾患（18.36%）、脳血管疾患（11.04%）、肺炎（10.91%）の順だった。日本人の主要死因であるこれらの疾患で死亡する確率は、10年に比べていずれも減少し、その他の要因が増加した。（7/27MEDIFAXより）

改定後の1件当たり・1日当たり点数で伸び／支払基金

社会保険診療報酬支払基金は7月30日の定例会見で、2012年度診療報酬改定後の確定状況について、12年4月分と5月分を前年度同月と比較し、医療保険の1件当たり点数と1日当たり点数が改定後に伸びたと発表した。1件当たり点数は12年4月分が0.8%増の1356点、5月分が1.0%増の1353点、1日当たり点数は4月分が3.7%増の1182点、5月分は2.7%増の1176点となった。

1件当たり点数の「医科入院」は4月分が4.9%増の4万6297点、5月分が4.3%増の4万6715点。「医科入院外」は4月分が0.1%減の1024点、5月分が0.7%増の1028点。「歯科」の4月分は2.6%減の1211

点、5月分は0.8%増の1200点。「調剤」の4月分は3.4%減の825点、5月分が0.3%減の795点となった。調剤の点数減少について支払基金は「薬価の引き下げの影響」としている。

1日当たり点数は「医科入院」の4月分が4.9%増の4635点、5月分が7.5%増の4702点。「医科入院外」は4月分が2.7%増の688点、5月分が1.3%増の689点。「歯科」の4月分が2.7%増の634点、5月分が2.0%増の627点。「調剤」の4月分が1.0%減の650点、5月分が0.1%増の627点となった。1件当たり日数は「医科入院」「医科入院外」「歯科」「調剤」で12年4月分、5月分ともに前年度同月よりも減少した。

●職員の審査事務能力向上で理解度チェック

支払基金は7月11日に全国の医科の審査事務を担当する職員ら2567人を対象に、審査事務に関する理解度を把握するための演習を実施した。演習参加者は2539人で参加率は99%、参加できなかった職員は別の日に演習を行った。演習は12年度診療報酬改定で新たに評価された項目や算定方法の見直しが行われた項目を選定し、50設問を作成。2時間での回答を求めた。平均正解率は80.6%だった。支払基金は「回答数や回答時間の改善など、今回の結果を検証していきたい」としている。13年の1月にも同様の演習を実施する予定だ。（7/31MEDIFAXより）

入院1日当たり6.1%増の2923.9点／11年の診療行為別調査

厚生労働省が7月31日に発表した2011年の社会医療診療行為別調査によると、11年の医科入院でのレセプト1件当たりの点数は対前年比3.9%増の4万7551.3点、1日当たりの点数は同6.1%増の2923.9点などとなったことが明らかになった。11年には診療報酬改定がなく、東日本大震災が発生した年となったが、調査を行った同省大臣官房統計情報部の社会統計室は調査の概況について、「傾向は従来の調査と大きく異なるものではない」と説明している。

医科入院を診療行為別に見ると、1日当たりの点数（2923.9点）のうち、「入院料等」が1112.0点で38.0%を、次いで「診断群分類による包括評価等」が833.1点で28.5%を、「手術」が457.6点で15.6%をそれぞれ占めた。

一方、医科入院外（外来）は1件当たり点数が1291.6点（同0.2%減）、1日当たり点数は766.4点（同1.3%増）となった。診療行為別では1日当たり点数のうち、「投薬」が149.7点で19.5%を、「検査」が130.3

点で17.0%を、「初・再診」が125.0点で16.3%を占めた。

医科入院外での主な算定回数を見ると、初診料が1965万回（同12.0%増）、再診料が9355万回（同7.5%増）、外来管理加算が3726万回（同11.2%増）、地域医療貢献加算（現・時間外対応加算）が1634万回（同2.9%増）だった。

歯科は1件当たり1251.5点（同3.4%減）、1日当たり631.4点（同1.4%増）となった。薬局調剤は1件当たり1049.2点（同3.5%増）、受け付け1回当たり802.5点（同4.4%増）となった。前年割れとなったのは医科入院外と歯科の1件当たり点数だった。

薬剤種類数に占める後発医薬品の割合は総数で23.8%（同0.3ポイント増）で、入院では23.6%（同2.6ポイント増）となった。院内処方（入院外・投薬）での後発品種類数の割合は26.9%（同1.3ポイント減）、院外処方（薬局調剤）では22.7%（同1.0ポイント増）となった。（8/1MEDIFAXより）

院外処方の診療所、61%が一般名加算算定／日医調査

院外処方の診療所の61.0%が一般名処方加算を算定していることが、日本医師会が6～7月に実施した診療報酬改定のアンケート調査結果から分かった。一方で、30.9%は「今後も算定しない」と答えた。日医の中川俊男副会長は8月1日の記者会見で「改定後、日にちがたっていないので、もう少し経過を見て判断したい」と述べた。

調査は、日医会員から都道府県ごとに診療所、病院各20分の1ずつ無作為に抽出して行った。6月9日に調査票を発送し、7月10日まで回答を受け付けた。調査票発送数は診療所3803件、病院346件で、有効回答率は診療所53.6%（2037件）、病院48.8%（169件）。

一般名処方加算の算定状況（12年6月）については、診療所を対象に尋ねた。この結果、院外処方の診療所（1160件）のうち、61.0%が「算定している」と回答。一方、30.9%が「現在算定しておらず、今後も算定しない予定」と答えた。「現在は算定していないが、レセコン等の条件が整えば算定する予定」は6.9%だった。

「現在算定しておらず、今後も算定しない予定」と回答した診療所（358件）に対しその理由（複数回答）を聞いたところ、「後発医薬品を信頼できない」が47.8%と半数近かった。次いで「患者さんにとって

分かりづらい」が43.6%、「診療報酬の趣旨に同意しかねる」が41.9%、「一般名処方に抵抗がある」が41.1%、「薬局や薬剤師の対応が不安」が36.9%と続いた。

この回答結果について日医の鈴木邦彦常任理事は8月1日の記者会見で「後発品の安全性について引き続き注視する」と述べた。後発品の使用拡大と医療費の関係について厚生労働省に対し検証を求めている考えも示した。

院内処方を含む全診療所（2037件）では「現在算定しておらず、今後も算定しない予定」が60.6%と最も多かった。（8/2MEDIFAXより）

高齢者世帯より児童世帯が「生活苦しい」／国民生活基礎調査

厚生労働省が7月5日に発表した「2011年国民生活基礎調査」で、生活状況が「苦しい」と感じている割合は、「児童のいる世帯」よりも「高齢者世帯」の方が低いことが分かった。生活状況が「苦しい」（「大変苦しい」と「やや苦しい」の合計）と回答したのは全世帯で61.5%。児童のいる世帯では69.4%だったのに対し、高齢者世帯では54.4%だった。

高齢者世帯は、65歳以上だけか、もしくはこれに18歳未満の未婚者が加わった世帯を指す。高齢者世帯数は958万1000世帯で、全世帯の20.5%を占めた。高齢者世帯を世帯別に見ると「夫婦のみの世帯」が48.0%で最も高く、「女の単独世帯」35.4%、「男の単独世帯」13.6%が続いた。

1世帯当たりの平均所得金額では、全世帯が538万円（前年比2.1%減）、高齢者世帯が307万2000円（同0.2%減）、児童のいる世帯が658万1000円（同5.6%減）となり、児童のいる世帯で特に減少幅が大きかった。

国民生活基礎調査は、保健、医療、福祉、年金、所得など、国民生活の基礎的事項を調査するもの。1986年に始まり、3年ごとに大規模調査を実施。中間の各年は小規模調査を行っている。11年は中間年に当たるため、世帯の基本的事項と所得を調査した。11年調査では東日本大震災の影響で、東北3県（岩手県、宮城県、福島県）を集計対象から除いた。（7/6MEDIFAXより）

2次救急で提言、民間病院の役割重視を／日医総研WP

日医総研はこのほど、都市部にある民間2次救急病院の院長らを対象に行ったインタビュー調査の結

果をワーキングペーパー（WP）にまとめた。救急医療の需要の多くを民間が担っているにもかかわらず、財政や税制などで支援を受ける「官」の病院と不公平な競争を強いられていると指摘するなど、民間2次救急病院を取り巻く課題を分析。民間病院の役割を重視するよう提言した。

政治的な解決が必要な課題として、「2次救急の主な担い手は、民間（非営利）の中小病院であることが一般に知られておらず、政策的支援が不十分」などの意見が上がった。行政運営の工夫・見直しを必要とする課題では、「国公立・公的・大学病院等の大規模医療機関と民間非営利の中小規模の医療機関との棲み分けがなされていない」「地域の2次救急医療について、官民が協働し、話し合う場がない」などの指摘があった。

病院の経営戦略や採算性の課題については、「人件費が負担となり、採算が合わない」「2次救急への補助金の絶対額が不足している」など、経営状況の厳しさを訴える声が上がった。救急医療の運営上の課題では、「医師・看護師の確保が難しい」「自分の専門以外は診ない・診ることができない医師が増加している」などの意見があった。

考察では民間重視の方向性を強調し、課題解決に向けて▽正しい現状認識と「民間救急病院」の役割の再定義▽官官・官民・民民のそれぞれの連携強化と地域ごとの適切な実態把握▽救急病院経営に対する政策的支援▽患者啓発と医師の育成—の4項目を挙げた。

調査対象は、東京11病院、大阪5病院、福岡2病院の計18病院。このうち、2次救急の指定ありが10病院、指定なしが8病院だった。2次救急から撤退した理由を探るため、過去5年以内に2次救急を行っていた病院も調査対象に含めた。

（7/17MEDIFAXより）

2年連続で黒字病院が過半数／全自病・11年度決算見込み調査

全国自治体病院協議会は7月12日、会員病院の2011年度決算見込額を調査した報告書を発表した。地方公営企業法適用病院（法適用病院）では、経常収支が赤字となった病院は44.3%、黒字病院は55.7%で、2年連続で黒字病院数が赤字病院数を上回った。

会員病院927病院を調査対象とし、うち517病院（55.8%）を集計対象とした。517病院のうち法適用病院は497病院、地方独立行政法人は20病院。

法適用病院の経常収支を見ると、2年連続で黒字だった病院は46.9%、11年度に黒字に好転した病院は8.9%だった。一方、2年連続の赤字病院は36.4%、11年度に赤字に転じた病院は7.8%だった。

100床当たりの経常収益は20億6213万円で前年度比1.8%の増。経常費用は20億4930万円で前年度比2.0%の増となった。

●中小病院で厳しい状況も

法適用病院を病床規模別に見ると、病床規模が大きくなるほど黒字病院が増える傾向があった。

法適用病院全体の1日平均患者数（1病院当たり）を見ると、入院延べ患者数は前年度比0.9%減、外来延べ患者数も1.1%の減少となった。特に20-99床病院の入院延べ患者数は4.3%減と、病床規模別で最も減少幅が大きかった。

●入院単価は4万2688円

法適用病院全体の入院患者1人1日当たり診療収入（1病院当たり）の平均額は4万2688円で、前年度に比べて1104円の増加。患者数は減少したが診療単価が上がっていた。

法適用病院全体の年度末職員数は13万2615人で前年度に比べて1.8%増加した。ただ、20-99床では0.3%の減となった。全体で医師、看護師などは増加していたが、准看護師は減少していた。

一方、地方独立行政法人が設置する病院は、回答のあった20病院のうち経常収支が赤字となったのが5病院で、前年度と変わらなかった。

（7/13MEDIFAX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。

※連載「渡辺治の政治学入門」は休載します。

資料1

京都府内における「受診抑制の実態」アンケート結果

■ 京都府保険医協会 2012年8月 ■

京都府保険医協会は2011年10月から12年4月にかけて、会員医師を対象に「受診抑制の実態」アンケートを実施した。このアンケートは、高すぎる患者負担や資格証明書発行など患者の受療権が狭まる中で、医療現場でどのような問題が起こっているかを明らかにするため行ったもの。04年度と06年度も類似調査を行ない、マスコミへの情報提供や改善に向けた厚労省交渉、府内自治体との懇談などで活用しており、今回はその後の状況を調査した。本稿では06年度との比較を行った。調査対象は2287人、回収数は473（回収率21%）。

- 方法 京都府保険医協会がアンケート用紙を作成し、調査対象者に配布し、集計・まとめた。
- 対象 2,287人
- 期間 2011年9月14日～2012年4月10日
- 結果 回収数473（回収率21%）
- 地区別回収数

	送付数	回答数	回答率
京 都 北	275	55	20%
上京東部			
西 陣			
中京東部			
中京西部	129	23	18%
下京東部	81	20	25%
下京西部	154	28	18%
左 京	209	43	21%
右 京	161	28	17%
西 京	129	23	18%
東 山	94	10	11%
山 科	111	23	21%

	送付数	回答数	回答率
伏 見	246	40	16%
乙 訓	121	21	17%
宇治久世	208	40	19%
綴 喜	83	19	23%
相 楽	79	32	41%
亀 岡 市			
船 井			
綾 部	85	24	28%
福 知 山			
舞 鶴	54	20	37%
与 謝	68	24	35%
北 丹			

※2011年度は中東、亀岡市・船井医師会は懇談会未実施のため送付していない

■ 概要

1、国保資格証明書での受診は医療に影響

資格証明書を交付された患者さんを、この1年間に診療した経験があるのは12%で、そのうち74%が窓口や診療で困ったことがある。具体的には、①患者が医療費の10割負担をしないといけないことを理解していない（51%）②患者が窓口負担を支払えず医療機関が被った（37%）③費用面の心配から医療機関側が配慮して診療内容を手控えた（33%）④費用面の心配から患者の依頼で診療内容を手控えた（30%）。そのうち受診遅れによる重症化や死亡事例の経験を6人があると回答、間接的に聞いたことがあるのは9人。

5年前調査とほぼ同様の結果であり、「費用面の心配から診療内容を手控える」「負担を医療機関が被る」を余儀なくされる事態が常態化していることが改めて明らかになった。

2、窓口負担によるトラブル著増

3割の窓口負担を巡り、窓口や診療に際して困った経験について、33%が「ある」と回答。5年前の10%から23ポイント増加。厳しい経済情勢の中で3割負担による負担感から受診抑制などがますます広がっていると推察される。困った事例については、費用面の心配から患者の依頼で診療内容を手控えた（61%）、費用面の心配から医療機関側が配慮して診療内容を手控えた（46%）、患者さんが窓口負担を支払えず医療機関が被った（17%）。

また08年からスタートした後期高齢者医療制度に組み込まれた75歳以上の高齢者については、30%の医療機関が負担に配慮して診療内容を手控えた経験があると回答した。

1、国保問題について

＜資格証明書＞

国保保険料の未納により正規保険証を返還させられて、資格証明書を交付された患者のこの1年間の受診の有無については、「ある」が12%、「ない」が88%。06年度調査ではそれぞれ16%、84%であり、大きな変化は見られない。（図1）

※京都府内の資格証明書交付数は2011年6月1日現在4815世帯で、5年前（06年6月4739世帯）から76世帯増加。交付世帯数はいったん08年に5020世帯まで増加したが、同年に社会問題化した「無保険の子」への対応として、資格証明書の交付について機械的な運用を行うことなく対処することを求める通知（10月30日）などが出されたこともあり、09年度には交付数が4810に低下していた。また、自治体によって対応が分かれるため、交付しているのは26市町村中、京都市、福知山市、舞鶴市、綾部市、宇治市、亀岡市の6市（11年6月）である。

「ある」と回答した58人に、窓口でのやりとりや診療に際して、困ったことの有無をきいたところ、「ある」は74%、「ない」が26%であった。「ある」は06年度から13ポイント上昇。（図2）

具体的には、①患者さんが医療費を10割負担しなければならないことを理解していなかった（51%）、②費用面の心配から患者さんからの依頼で診療内容を手控えた（30%）、③費用面の心配から医療機関側が配慮して診療内容を手控えた（33%）、④患者さんが窓口負担を支払えず、その分を医療機関が被った（37%）一である。（図3）

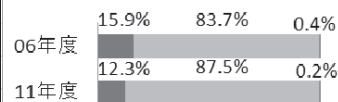
この1年間に、資格証明書あるいは保険証の交付手続き自体を行っていない無保険の患者さんで、受診遅れによる重症化や死亡事例の経験について、「ある」は1%（6人）、「そういう事例の経験をきいた」は2%（9人）。具体的には「5年間、国保無加入のため、進行性が

1 資格証患者の受診の有無（1年間）

	2011年度		2006年度	
	回答数	割合	回答数	割合
あ る	58	12.3%	83	15.9%
な い	414	87.5%	438	83.7%
無回答	1	0.2%	2	0.4%
合 計	473	100%	523	100%

資格証患者の受診の有無

■ある ■ない ■無回答



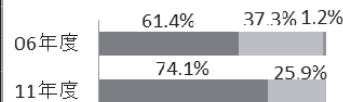
2 窓口や診療で困ったことの有無

※1で「ある」と回答した方

	2011年度		2006年度	
	回答数	割合	回答数	割合
あ る	43	74.1%	51	61.4%
な い	15	25.9%	31	37.3%
無回答	0	0.0%	1	1.2%
合 計	58	100%	83	100%

窓口や診療で困りごとの有無

■ある ■ない ■無回答



3 困った事例（複数回答）

※2で「ある」と回答した方

	2011年度		2006年度	
	回答数	割合	回答数	割合
患者さんが医療費の10割負担を理解していなかった	22	51%	20	39%
費用面の心配から、患者さんからの依頼で診療内容を手控えた	13	30%	12	24%
費用面の心配から、医療機関側が配慮して、診療内容を手控えた	14	33%	21	41%
患者さんが窓口負担を支払えず、その分を医療機関が被った	16	37%	18	35%
その他	6	14%	7	14%

＜具体例＞

- ・診療を受けずに患者さんが帰った。
- ・行政側の不手際もしくは自己の無責任さによる不具合に対する怒りを、当方につけられた。
- ・保険証を毎月見せることが理解されていない。保険変更等があった場合も返戻によって判明する。
- ・月一回受診の方で度々保険証は確認していたため、特に毎月保険証を確認しなかったのですが、引越をされて、その後返戻でレセプト返ってきた時点で2～3カ月分資格証での受診だったことがわかり、特にその申し出がなかったため、その後電話が着信拒否の状態医療費を被ったような状態が続いている。

4 資格証や無保険による受診遅れでの重症化や死亡事例の経験

	2011年度		2006年度	
	回答数	割合	回答数	割合
あ る	6	1.3%	9	1.7%
な い	448	94.7%	479	91.6%
自分はないが、そういう経験を聞いた	9	1.9%	25	4.8%
無回答	10	2.1%	10	1.9%
合 計	473	100%	523	100%

＜具体例＞

- 5年間国保無加入のため、進行性癌の症状が出現（受診）した時点で手遅れであった。
- 生保取り消し後、1カ月で警察より死亡したと照会あり。
- 件数は1件であったが、自分で救急車を要請し、証を持たずに受診したケースがあった（現在も未収）。
- 角膜上皮剥離が潰瘍となり、角膜に混濁を残した。
- 胃がんの手遅れ。

んの症状が出現（受診）した時点で手遅れ」「生保取り消し後、1カ月で警察より死亡したと照会あり」「進行がんで死亡」「胃がんの手遅れ」など。（図4）

<国保短期証>

この1年間の国保短期保険証（3カ月あるいは6カ月などに有効期限を限定された国保保険証）による受診患者の有無については、「ある」42%、「ない」55%。06年度調査ではそれぞれ40%、57%とほぼ同率であった。（図5）

※京都府内の短期証交付数は2011年6月現在で2万3372世帯、5年前（06年6月2万6048世帯）から2676世帯減少している。

「ある」と回答した198人に、窓口でのやりとりや診療に際して、困ったことの有無をきいたところ、「ある」は20%、「ない」が79%であった。この割合は06年度調査とほぼ同率。（図6）

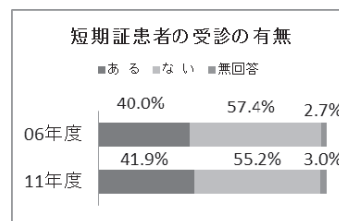
具体的には、①費用面の心配から患者さんからの依頼で診療内容を手控えた（48%）、②費用面の心配から医療機関側が配慮して、診療内容を手控えた（30%）、③患者さんが窓口負担を支払えず、その分を医療機関が被った（35%）一である。（図7）

◇ ◇

資格証、短期証での受診に関しては5年前の調査とほぼ同様の結果が出ており、「費用面の心配から診療内容を手控える」「負担を医療機関が被る」ということを余儀なくされる事態が常態化していることが改めて明らかになった。

5 短期証患者の受診の有無（1年間）

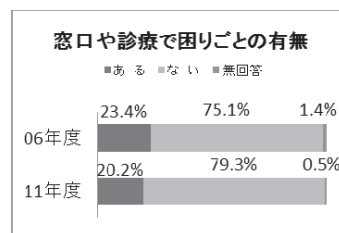
	2011年度		2006年度	
	回答数	割合	回答数	割合
ある	198	41.9%	209	40.0%
ない	261	55.2%	300	57.4%
無回答	14	3.0%	14	2.7%
合 計	473	100%	523	100%



6 窓口や診療で困ったことの有無

※5で「ある」と回答した方

	2011年度		2006年度	
	回答数	割合	回答数	割合
ある	40	20.2%	49	23.4%
ない	157	79.3%	157	75.1%
無回答	1	0.5%	3	1.4%
合 計	198	100%	209	100%



7 困った事例（複数回答）

※6で「ある」と回答した方

	2011年度		2006年度	
	回答数	割合	回答数	割合
費用面の心配から、患者さんからの依頼で診療内容を手控えた	19	47.5%	9	18.4%
費用面の心配から、医療機関側が配慮して、診療内容を手控えた	12	30.0%	15	30.6%
患者さんが窓口負担を支払えず、その分を医療機関が被った	14	35.0%	13	26.5%
その他	11	27.5%	14	28.6%

<具体例>

○普段と同じ診療をしたが、少し手控えた方がいいのかな?という気持ちになる。
○診療当日に窓口負担金を支払えず、後日支払いに来られた。
○期限切れのため、自費計算をし後日原本確認の上、返金とした。
○患者さんが窓口負担を支払えず、国保の更新手続きもできず、10割分医療機関が被った。
○支払いが高額の時、一部のみ支払い、残額は次回診察時に支払うので待ってほしいと言われた。
○数カ月してから1度に窓口負担金を支払ってもらえるが、それまでは未収の状態、支払ってもらえるのかどうか不安。
○有効期限切れになっているが、市役所の対応が悪く（行きづらいとのこと）。なかなか取りに行っていたけず困った。何人も何回もある。
○困ってはいないが処方日数を2カ月以上にしてほしいと要望があった。
○保険証の提示をなかなかしてもらえない。次回、次回と伸ばされてしまい、正当な支払いがされない。

国保に関連して患者さんとの間で困った経験について（自由意見）**■無保険、資格喪失後の受診について**

- 無保険で当診療所を2回受診し、診療費は未収となった。3回目以降については国保に加入してもらい、一部負担を減免措置とした。
- 国保も社保もだが、コンピュータ化された事務の場合、証の発行をすぐにしてほしい。
- 入院した患者さんが、無保険であったため、体調のよいときに病院職員とともに区役所へ行き、有効期限を限定した保険証を交付してもらったことがありました。
- 母子の番号をもつ人で、滞納のため生活保護の申請をしているという人が来られましたが、生活保護に移行したと嘘をついて、午後5時以降（市役所の職員が帰宅後）に受診されました。実際は生活保護の申請は通らず、大変な思いをしたことがあります。生保は確認する手立てがあまりありません。
- 保険が切れているのに、それを言わない患者さんが多い。
- 保険証の有効期限が切れているのを気づかずに持ってこられる方が多い。
- 資格取得年月日と交付日が14日以上経過した場合の患者さんへの「給付開始日」の説明。保険変更等により資格喪失しているにも関わらず返却されず使用する。
- 保険資格喪失後に資格のない保険証を提示して受診することがある。
- 保険証の有効期限が切れているにもかかわらず、新証を持参されなかったため、資格の有無が不明で困った。
- 気付かずに期限切れの保険証を提示し、新しい保険証は手元に届いていないので、このまま使えるはずだとおっしゃる方がいる。
- 社保に切り替わっているのに申し出がなく、レセプトが返ってくる。
- 期限切れの保険証を持参された場合、新しい物と差し替えるように説明していても、古いものをいまだ持参されるケースがあった。
- 退職から国保に変わっていて保険証も発行されているのに、以前の退職国保での請求を求められたことあり。
- 資格喪失後の証未回収による無資格受診。
- 初診時、社保持参→社保より資格喪失後受診で

レセ返戻→本人に連絡し、国保持参してもらい、資格取得日確認→国保月遅れで請求→市役所より国保資格はあるが、給付開始日にはなっていないので全額自己負担になるとのこと→本人に連絡し、その旨を伝えたところ「歯科でも同じことを言われたが、支払っていない。病院から保険の方に向けあって、そんなことにならないようにしてほしい」と支払ってもらえず。他市では資格取得日のみ記入となっているようですが、本市では給付開始日もあり、資格取得の日と違うこともあります。他の病院でもこのような件があるのではないのでしょうか。

- 資格喪失されていても何も言わず保険証を持ってきて受診される。特に高齢の方ですが、新しい保険証が届いたかどうか分からない。今はどの保険証をしようしたらよいか分からない等、説明や案内をすることがよくあります。
- 医療機関受診時に保険証が必ず必要という意識がまだまだ低い。

■保険資格に関して

- 使用不可保険証は回収しておいてほしい。
- 他人の保険証を持って来ての受診があった。
- 資格が無いにもかかわらず、保険証持参し、後々資格無しで返戻をうけることがあり、大変困る。患者自身に保険証の大切さの認識が無い。
- 資格認定日を説明してほしい。（本人に）
- 同一時期に有効である保険証を2枚（別々の市町村が発行）提示され、各市役所に問い合わせたが、すぐに回答をもらえず、患者様をお待たせさせてしまった。

■負担に関して

- 国保料が高く、生活苦あり。
- A市は昨年17.5%も一気に引き上げたため、困っている。
- 国保料が高く、失業とともに払えなくなるケースが多々ある。
- 前期の患者さんで、1割の人と3割の人で納得されない事例があった。

2、窓口負担について

3割の窓口負担を巡り、窓口でのやりとりや診療に際して困った経験の有無について、「ある」33%、「ない」65%。06年度から「ある」が23ポイント増加（図8）。この間の負担割合に大きな変動はないため、3割負担による受診抑制などが厳しい経済情勢の中で、ますます広がっていると推察される。

※現行の窓口負担率は就学前2割、現役世代3割、高齢者1割（現役並み所得3割）。3歳～就学前は08年4月から2割に引き下げ、被用者保険の本人・家族は03年4月から3割に引き上げ、高齢者の現役並み所得者は06年10月から3割に引き上げられている。

困った事例については、①費用面の心配から患者さんからの依頼で診療内容を手控えた（61%）、②費用面の心配から医療機関側が配慮して、診療内容を手控えた（46%）、③患者さんが窓口負担を支払えず、その分を医療機関が被った（17%）一である。（図9）

75歳以上の高齢者はすべて、08年からスタートした後期高齢者医療制

10 高齢者の負担拡大で診療内容を手控えたことの有無

	回答数	割合
ある	144	30.4%
ない	313	66.2%
無回答	16	3.4%
合計	473	100%

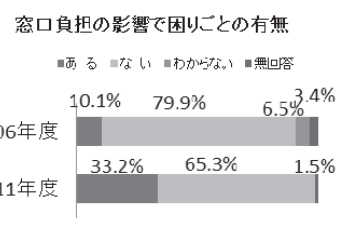
3、社会保障・税一体改革について

<受診時定額負担>

社会保障・税一体改革の中に、長期患者・低所得患者に対する高額療養費の自己負担限度額の引き下げを提案する代わりに、その財源捻出のために、初・再診時について現行の窓口負担以外に、定額（100円程度）の自己負担を徴収する提案がなされていた。これについては、「反対」70%、「賛成」5%、「わからない」3%であった。受診時定額負担の提案は、導入反対の世論の高まりを受け、2012年1月に政府・与党で取りまとめた「素案」で見送りとなっている。

8 窓口負担の影響で困りごとの有無

	2011年度		2006年度	
	回答数	割合	回答数	割合
ある	157	33.2%	53	10.1%
ない	309	65.3%	418	79.9%
わからない			34	6.5%
無回答	7	1.5%	18	3.4%
合計	473	100%	523	100%



9 困った事例（複数回答）

※8で「ある」と回答した方

	回答数	割合
費用面の心配から、患者さんからの依頼で診療内容を手控えた	95	60.5%
費用面の心配から、医療機関側が配慮して、診療内容を手控えた	73	46.5%
患者さんが、窓口負担を支払えず、その分を医療機関が被った	26	16.6%
その他	15	9.6%

<具体例>

- 患者さんから支払いを待ってほしいとの依頼あり。数日未収となった。
- 窓口で苦情を言われる。
- 初診で診察を受ける前に千円しか持ち合わせがないと受付で言う患者。
- 薬代を心配して受診を控える。2週間分の薬を4週かけて内服。
- 診療を拒否された。
- 負担金の分割で、支払いのケースもある。
- いろいろ配慮しても手持ちのお金が足りず、一時立て替えた（後日きちんと支払い）。
- ①②～3カ月の長期処方希望の方が増①度にあれもこれも（風邪で受診し、不眠、肩こり、便秘、花粉症etc）の人が多くなっている。
- 病院自体が儲けているような思い込みがあり、不信につながる。
- 患者さんが窓口負担を支払えず、つけをして帰ることがあった。
- 7万円弱の窓口負担が未収のまま、2年余り受診されていない。その後、請求書を送るが支払いはない。
- 窓口負担が高く、未納の患者さんが増えました。
- 高齢者だが3割負担の方がおられ、患者・当院ともにあるいは一方が1割と誤ってしまった。
- 1割が3割になった方は受診を控えておられる。健康保険料が多い人ほど医療受診を控えておられ、これでは公的健康保険制度の維持が難しくなる。
- 3割にて「高い」と文句を言われた。

度に組み込まれている。それまで扶養家族で保険料を負担していなかった高齢者も個人で保険料を負担している。また、給付総額が膨らむと直接、保険料に影響する仕組みになっている。こうした保険料の負担増や窓口負担の重圧、また「現役並み所得者」の3割負担など、高齢者の経済的負担が拡大している。この負担拡大の影響で、医療機関の方が負担に配慮し、診療内容を手控えたことの有無について、「ある」30%、「ない」66%（図10）。「ある」は実数では144人であり、図9の実数とほぼ匹敵するものである。

<医療提供体制など「一体改革」について>

「受診時定額負担」以外にも、医師の確保・偏在対策と看護職員確保対策の強化、急性期医療への医療資源の集中投入、亜急性期・慢性期医療の機能強化等の充実策を提案する代わりに、平均在院日数の短縮や外来受診の適正化などの重点化・効率化策など様々な充実、重点化・効率化が提案されている「社会保障・税一体改革」に対する意見を聞いた。以下、主な意見を掲載。

医療提供体制の改革に関しては、急性期医療と在宅医療を充実させる方向性について受け皿整備の不十分さなど、地域の実情を反映したものになっていないなど批判的な意見が多く、評価する意見はみられなかった。消費税増税など財源問題に関しては、増税への反対論、賛成論、無駄削減論がそれぞれ書き込まれている。

社会保障・税一体改革に関する自由意見

■提供体制などに関して

- 医師の確保と偏在対策を考えなければならなくなったのは、そもそも研修制度の大幅改編による。根本を見直さずに、他を犠牲にする改革は行っても意味はなく、泥沼化する。
- 本来受診したい患者や、もっと診療内容を濃くしてほしい患者の願いが100%かなえられていないのが実態ではないか?!
- 患者の状態（受け入れ側が整備されていない）をもっと考えてほしい。
- 平均在院日数の短縮は賛成だが、次の引き受け施設を準備してほしい。
- 医師の数を増やしても忙しい医師はそのままだし、医師の偏在は変わらない。医師の質を上げて、地方勤務を義務にすることが必要。
- よくわからないが、現在の医療資源の偏在は、お金の問題だけでは片づかないと思う。
- 医療圏内での明確なビジョンが必要。
- 平均在院日数の短縮を規定しても、短期の入退院を繰り返すだけで、医療費削減にはならない。
- 社会保障のすべてを流動的に改革することが必要で、病院のみを改革しても、その受け皿が充実していないと意味がない。
- どの方法でも一長一短があり、よく分からないが、いろいろ試して、ベターを出すのが良いのではないかと思う。
- 国民皆保険制度やフリーアクセスなど日本独自の制度が壊されているように思われる。何とかしないとイケない。
- 地域拠点病院、中小病院、診療所も経営的に安定するようにならなければ地域の医療崩壊を招く。
- これ以上厚労省に“適正化”“効率化”という用語を使わせるべきではない。これまで、その名目で実質、単なる切り捨て、切り下げを行い、医療崩壊を招い

た。

- わかりにくい。医療費を節約することが目的であれば、高すぎる薬価と医療器具の価格を下げるのが最も効果的。
- 医療を費用中心に効率化を考えるなら、ロボット医者をつくり、サッチャー英首相の頃の英国医療の退廃を招くのでは?と心配する。
- 在院日数短縮の努力はあった方がよい。
- 医師・看護職員の実態を知らない官僚による提案などともに取り合う方がおかしいと思う。
- 薬の長期投与により、その間受診がなく病状が悪化した場合があり、その間受診回数があれば、症状悪化を防止できたことが数回ある。
- 社会保障・税一体改革でいろいろ提案されていても、常に最後には社会保障が無視されてきた。
- 言葉の上では正しいが、解釈が我々医療者と厚労省で異なるのはいつものことである。
- 適性化・効率化等の言葉のもとに社会保障の縮小化が行われている。
- すでに医療機関自ら外来受診の適正化に取り組んでいる。これ以上さらに求められたら医療の質を落とさざるを得ない。
- すべて姑息的一時しのぎ政策で、改革とは言えない。
- 現場の意見を重視してほしい。
- 医療に関しては、2年間は現状のままでいい。年金不安が大きいので決着をつける。
- これ以上の圧縮は医療崩壊を招く。
- 病気で不安な気持ちが効率化だけでなくなくなるのか?
- 北欧並みの社会保障充実はできない。外資系の保険商品が売れなくなるから、外国（特にアメリカ）から圧迫反対があるだろう。

■消費税増税など財源問題に関して

- 名ばかりの改革で、本質は改悪。法人税、株取得税、高額所得階層への税負担をもっと重くすべきだ。

- 社会保障が全額税で補える制度になれば、行政は何
もしなくても社会福祉が充足。税収が多くなれば政
府はホクホク（逆説を書いた）。
- 社会保障は他に負担させるべき場所があり、税との
一体改革には反対。大企業への優遇やアメリカへの
思いやり、原発など削るところはたくさんある。
- 適正化、効率化に名を借りた患者への負担の押し付
けと、社会保障制度の維持を名目にした増税には反
対。
- 社会保障・税一体改革はやむを得ないこともあるが、
アメとムチのやり方は反対。
- 現在、一生懸命に働き、税金をおさめ、子どもや年
寄り、年金などのために社会を支えている若い人た
ちを一層苦しめることにはならないか。
- 社会保障・医療サービスの充実のために、特定して
財源を確保するために、対象を生活必需品以外にし
た消費税を導入してはどうかと思う。
- 反対。そもそも消費税は上げるべきではない。
- 将来の展望が持てないままで「人からコンクリート」
への逆行が平気でなされている政治の脆弱性を痛感
する。取りやすいところから取るのならだれでもで
きる。
- 無駄を減らすことが先。
- 財源がなければ、充実を図れないというのはよく理
解できるが、他分野の削減すべきところ（国会議員
定数削減や国家公務員給与減額）を放置して、医療
分野に負担を強いる方法は納得できない。
- 社会保障と税のことは、将来を見据え考えなければ
ならないが、議員定数削減、公務員給与引き下げ等、
歳出カットを施行してから、財源論をするべきであ
る。
- 先に示されている提案内容そのもの、もしくは現状、
あるいは他の部分に不当と思われる無駄があるの
ではないかと思われることと、一体化により保障が低
下する心配があるのではないか。
- まず公務員優遇をなくすこと。特別公務員も含めて、
官僚、労組のことを聞きすぎていると感じる。
- 政府の方針を早く提案すること。そのうえで、国民
に信を問うこと。
- もともと消費税は、医療社会保障にまわすというこ
とだったが、どうなっているのか。
- 税一体改革に伴う消費税の医療に対する負担の増加。
○消費税を上げて、それが社会保障には使われず、
ほかのことに使われるのではないかと思います。税
と社会保障は一体でなければならないのでしょうか。
社会保障の充実を求めるなら必ず税を伴うとなれば、
あまり多くを求めなくなると思います
- いずれにしろ財源の問題。
- 消費税を速やかに10～15%に上げるべきである。
- 財源が貧窮している以上、ある程度財政中立の発想
になるのは（歓迎すべきことではもちろんないが）、
やむを得ないだろう。
- 税は広く、薄く、全国民（生活保護者も含めて）か
ら徴収する消費税がいいと私は思う。
- 改革は必要だが、その中身が問題。
- 消費税の増額部分の何%が社会保障費に充てるかに
ついての道筋が示されずにいるし、議論のテーマに
もならない点が疑問であり、従来の政治と変わって
いない。
- 経済成長がない状況下で、医療が充実するわけがな
い。まずはデフレからの脱却に重点を置くべき。「医
療の効率化」とは一体何なのか。それでこれだけの
財源が生まれるのか明確にするべき。
- 消費税の増税（5→10%）により、薬剤、材料費な
どの過大な負担に耐えられるか不安です。現在、院
内処方箋を院外にすべきと考えている。
- 医療全体をどうしようか、財源をどうするかという
根本的な議論がなされていない。
- ある程度はやむを得ない。
- 未だに十分理解できない。
- 医療に必要な物品に対する消費税の撤廃を。
- 税金を社会保障の原資に繰入れることは当然のこと
である。効率化策については医療側も襟を正して相
手に口実を与えないようにすべき。

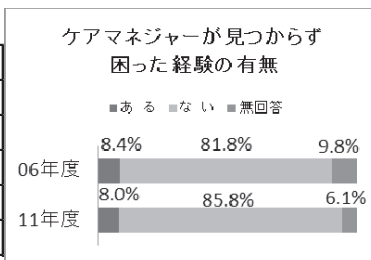
4、介護保険について

患者さんの中で介護保険が必要と感じた時に、ケアマネジャーが見つからなくて困った経験の有無について、「ある」が8%、「ない」が86%であった。（図11）

さらに、介護サービスの必要な患者さんに必要なサービスが提供されていると思うかは、「思う」が21%、「思わない」28%、「わからない」44%で、06年度よりも「思う」が7ポイント上昇し、「思わない」が3ポイント減っている。（図12）

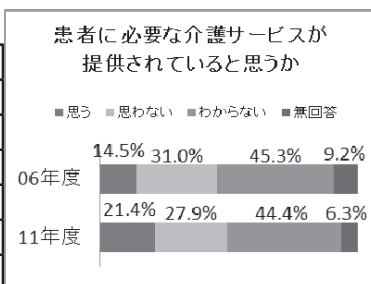
11 ケアマネジャーが必要な時、ケアマネジャーが見つからず困った経験

	2011年度		2006年度	
	回答数	割合	回答数	割合
あ る	38	8.0%	44	8.4%
な い	406	85.8%	428	81.8%
無回答	29	6.1%	51	9.8%
合 計	473	100%	523	100%



12 患者に必要な介護サービスが提供されていると思うか

	2011年度		2006年度	
	回答数	割合	回答数	割合
思う	101	21.4%	76	14.5%
思わない	132	27.9%	162	31.0%
わからない	210	44.4%	237	45.3%
無回答	30	6.3%	48	9.2%
合 計	473	100%	523	100%



5、生活保護について

生活保護受給者の医療に関わって、行政担当者との間でトラブルになったことの有無について「ある」11%、「ない」81%、「わからない」5%。なお、この設問は11年度のみ。（図13）

※格差、貧困の広がりにより、生活保護の受給者が近年、急激に増加し全国で200万人にのぼる。京都市の生活保護受給者は10年度、約4万4000人、保護率（人口1000人あたりの受給者）は30.1で、政令市の中では大阪市と札幌市に次いで3番目に高いとされる。市は、11年4月に不正受給対策の「適正化推進担当チーム」を設置して実態調査を進め、12年2月には適正化推進本部を立ち上げた。今後、府警と協力して摘発を進める一方、生活保護費の半分を占めるといわれる医療扶助を巡り医療機関に対しても「実態調査」の名目で指導を強めるなど、不正受給対策を進める方針を示している。

13 生活保護の医療での行政とのトラブルの有無

	回答数	割合
あ る	54	11.4%
な い	383	81.0%
わからない	25	5.3%
無回答	11	2.3%
合 計	473	100%

自由意見では、こうした行政の「適正化」に向けた対応を表すような記載は顕著ではないが、「通院回数を減らすように指導してほしいと頼まれた」「必要な医療を行政が控えてもらうように患者本人に促していた」なども見られる。また、医療券の遅れを巡るトラブル等が多数報告されており、場合によっては医療機関が負担を被ってしまうという例もみられる。

※医療扶助は、社会保険の場合は自己負担分の給付を受けるが、国保の場合は脱退して全額医療扶助になる。その場合、保険証の代わりに医療機関ごと、病気ごとの医療券が毎月、福祉事務所で発行してもらい受診しなければならない。

生活保護の医療に関わって行政などとのトラブル例**■行政に対して**

- 眼鏡やコンタクトレンズが必要であるにもかかわらず、一定期間を経過していないと認められない。
- 眼鏡度数が急に変わっても、4年たたないと自作できないので、かなり患者さんが我慢されていたことがありました。
- 自立支援法を強制する傾向が強い。
- 訪問診療の回数の必要性を問われたことがある。
- 受診日数を減らすように指導されている。
- 透析患者さんの移送費が支払われないケースがあった。
- 非協力的な行政担当者がおられる。
- 保護費を計画的に使えない患者に対する行政の指導ができていない。
- 行政担当者からNTTの104無料利用のための診断書を書いてもらったら、支給できると本人に話をして、矯正視力が良いので書けないと断った時。
- 社保本人の患者さんがある月突然、生活保護医療券を持参。併用と知らず単独で請求し、レセ返戻となったこと。
- 今のところないですが、いつあってもおかしくないと思う時があります。
- 医療券の発行したものを持参するよう、ケースワーカーの指導が必要。月の最終日に医療券は発行できません。コンピュータの改良が必要です。他の仕事をするため。
- ①新患者で「医療券は郵送しておきますとケースワーカーに言われた」と言って持参しない人がいる。②月末の日は医療券の発券ができない。③休日券などの利用方法をもっときちんと説明・指導してほしい。
- 医療券が送られてこない。いつもギリギリに送られてきて、1枚足りなかったりして、何度も電話をしなくてはならない。
- 来なくなった患者の今後の医療が必要か、受領書の連絡欄に記載を求められるが、不詳と書いても納得してもらえなかった。
- 1カ月の通院回数を減らすように指導してほしいと頼まれた。
- 認定前に窓口支払いを控えるように言われた。
- 対応を病院任せにしすぎる。
- 決定が遅い場合、入院高額もあり月遅れのレセプトになる場合あり。
- 医療券が何カ月も届かず請求が遅れた。
- 月収により医療負担金の変動する方の連絡が担当より来たのですが、本人への説明も十分でなかったうえ、連絡が遅れてきたので徴収に大変困った。
- 各市町村において、医療券の取り扱いが異なる。A市は初診時医療券を本人が持ってくるが、B市は本人持ってこない。B市の患者で、申請中の方が来て生保扱いを申し出た。しかし、認定がまだおりていない状態とのことだったので、当院は100%の負担を求めた。行政側は、申請すればほぼ100%下りるので、負担0でしてくれと当院に言ってきた。
- 医療券が遅かったり、他の医療機関に間違いで郵送されたことがある。
- むしろ、生保の方の医療費負担が全くない部分に、問題を生じていることあり！
- 生活保護適応の依頼があり、無料で帰っていただいたのち、保護が却下され追加徴収を余儀なくされた。
- トラブルではないが、眠剤をある患者に処方したところ、市役所の担当者から電話があり、複数医療機関で眠剤が多数出ているので処方を控えてほしいと言われた。
- 他院も受診していて、同一薬剤の過量投与になっているのではないかと報告があった。トラブルと言うほどのものではない。
- 昔のことだが、やっと在宅にもっていき、環境整備した患者を、いつの間にか行政担当者が別の病院へ送っていた。人手がないのはわかるが、面倒だと、こういうことをする。
- トラブルではないが、医療依存症の高い困難事例時に、ケースワーカーにカンファレンスを呼びかけても必要ないと、来ないことあり。
- 引越後に受診あり、転居先がわからず、当院負担となった。
- トラブルあっても双方に責任の一部あり、一方のみを責めることはできない。行政のみでなく、

一般的にサービス業に心の優しさが失われつつある。

- タクシー代交付に対し、不要としたため患者を含めてトラブルとなった。
- 認知症で家族がなく、治療をしてよいかどうか行政とのやりとりで非常にこまった。
- 必要な医療を行政が控えてもらうように患者本人に促していた。
- 不支給となり、診療費を丸々被った。医療券発券がない。診断書料の入金がない事例がある。
- 事故から保険診療になった場合（双方の協議の上）、生保は受け付けないと言われ、10割負担になり、未収になった。
- 保護受給中と受付で言われた初診患者さんが、医療券を持参されなかったので、福祉の担当者に電話で問い合わせをし、受給中を確認。その後、医療券が送付されてこなかったため、再度問い合わせると、患者さんと連絡がつかない状態で保護を解除。診療日の時点で受給資格がなくなっていますと一方的に言われ、費用負担を断られました。
- 個人情報保護の問題で、トラブルまではいかないがいつも困る。
- 救急、時間外で初めて来院され、独居等の理由でお迎え、または親族の連絡等を尋ねてもお迎えはいけない。親族も把握していない時があり、病院が送っていったり、親族を探すという医療とは別の手間がかかる。このような場合の対応が困る。
- 入金依頼をしても何カ月たっても入ってこないことがある。
- 意見書で「就労可能か不可か」と問われることが多々、可能と書いたときに患者とのトラブルになった。
- 初診時に医療券を持参しなくても、あとで担当者が送るからと平気で言う患者がいる。そのように指導している行政担当者はトラブルの元である。

■被保護者に関して

- 生活保護を受ける医学的理由のない患者（一般的には健康）の就労について、診断書を書いて行政担当が説得したが、患者本人は納得せず、生活保護を受け続けているが、社会的にはおかしいと思う。
- 本人が受診を担当者に伝えていなかった。
- 医療券を持ってこないことが多いので、継続不明な点。
- 生保の方が多病により要求をする。介護疲れ→ケアマネ、HHを酷使する傾向あり→介護側の急性ストレス
- 生保申請中の人（未だ生保でない人に騙されそうになりました）、高級マンションに住んで、高級車に乗り「なぜ働かなければならないのか」「なぜ窓口でお金を払わなければならないのか」と叫ぶ人が2人もいた。払えるだけ払っていただきますと、2000円もらったら、「お金をとった」と逆ギレされました。
- 患者や家族が理不尽に厚かましいところ。
- 本当に働けないか疑問に思う人がなぜか生保で、親が生保なら健康な子どもも成人したら生保になる。なぜか？
- 本当に生保受給必要な人が受けられず、どう見ても就業十分可能な人（加療中であっても）が就業意欲なく、生保受給している例がある。
- 受診回数が多。
- コスト意識の低い人も多いと思う。
- 向精神薬（眠剤）の多剤投与。
- トラブルではないが、患者さん自身が自己負担が発生した途端治療に来なくなったことがあった。

協会だより（定例理事会要録から）

2012年度（平成24年度）第5回 2012年7月24日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（7月10日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 新規開業会員訪問（7月6日）状況

【経営部会】

1. 経営対策セミナー（7月12日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談状況

【政策部会】

1. 保団連12～13年度第6回理事会（7月7日）状況
2. 第42回保団連夏季セミナー（7月7・8日）状況
3. 保団連近畿ブロック公害環境視察会（7月15日）状況

【保険部会】

1. 保団連『届出医療の活用と留意点』電話会議（7月17日）状況
2. 医事担当者勉強会（7月18日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 2012年度第2回正副理事長会議（7月12日）状況確認の件
2. 会員入退会及び異動（7月10日～7月24日）に関する承認の件

【政策部会】

1. TPP問題書籍発行のための編集会議（7月12日）状況確認の件
2. 韓国医療視察報告書配布の件
3. 京都保険医新聞（第2827号）合評の件

【保険部会】

1. 専門医会長との懇談会（6月9日）状況確認の件
2. 保険部会（7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. 8月1日～9月11日までの会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 各部会開催の件

【経営部会】

1. 第60次保険医年金打合せ会開催の件
2. 新規開業予定者のための講習会開催の件

【政策部会】

1. 第49回医療制度検討委員会開催の件

2. 社会保障・税一体改革学習会講師派遣の件
3. 国会議員要請行動実施の件
4. 保団連近畿ブロック事務局長会議への出席の件
5. 第32回平和のための京都の戦争展準備・撤収作業等要員派遣の件
6. 市民公開講演会「原発を知る・被曝を知る」開催の件
7. 市民公開講演会「原発を知る・被曝を知る」開催の件

【保険部会】

1. 理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会との懇談会開催の件
2. 産婦人科診療内容向上会開催の件

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

①国をめぐる動き

「規制・制度改革に係る方針」閣議決定

②調査統計情報

「平成22年度医療給付実態調査報告」について

V. 診療報酬関連情報

1. 2012年6月度国保合同審査委員会（6月20日）状況確認の件
2. 保険審査通信検討委員会（7月6日）状況確認の件

VI. 要討議事項

【経営部会】

1. 平成25年度厚生労働省税制改正に関する要望書提出の件
2. 「国税通則法第7章の2（国税の調査）関係通達」（法令解釈通達）の制定（案）に対するパブリックコメント提出の件

【保険部会】

1. 保団連「医科再診料に係るアンケート」に対する協力の件

VII. 特別討議

1. 総会関連議事検討の件

①決議（案）【継続】

9月のレセプト受取・締切

	8日(土)	9日(日)	10日(月)		10日(月)
基金 国保	○	閉所	◎	労 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。

9月1日より
秋普及開始!

保険医年金

この機会に
ぜひご加入下さい!加入申込期間 **9月1日(土)～10月25日(木)** 2013年1月1日付加入です2011年度実績 **1.308%** (2010年度実績 1.299%)

【予定利率1.259% (2012年9月1日現在)、2011年度配当率 0.050%】

■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1.259%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、8月末発送の年金パンフレットをご覧ください。

◎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。

受託会社 三井生命(幹事)・明治安田生命・富国生命・ソニー生命・日本生命・太陽生命・第一生命

■ご注意下さい!

現在ご加入の年金を一部あるいは全部解約し、新たにご加入申込みされる場合は**10月10日(水)**までに解約書類を協会事務局までご提出下さい。保険医年金に関するお問い合わせは、京都府保険医協会・経営部会まで。

9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 9月12日(水)午後2時～ 担当＝竹内建築士

雇 用 管 理 9月20日(木)午後2時～ 担当＝河原社会保険労務士

ファイナンシャルプランナー 9月20日(木)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 9月20日(木)午後2時～ 担当＝江頭弁護士

税 理 士 9月26日(水)午後2時～ 担当＝外村公認会計士

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

（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。

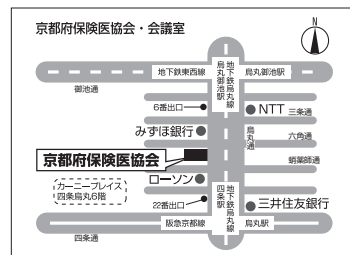
地下鉄烏丸御池駅6番出口より南へ徒歩約3分

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。

新規開業医向け

「保険講習会B」のご案内

日 時 9月27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新規個別指導 ②医療法立ち入り検査対策

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 ☎075-212-8877）

*次回（保険講習会A）は①保険診療基礎知識、②レセプト審査がテーマです。

会員限定連続企画「ほんとに日本は大丈夫？」

シリーズ第1弾はトークバトル！

TPP参加で、ほんとに日本は大丈夫？

協会は、「ほんとに日本は大丈夫？」をテーマに会員限定の連続講演会を開催します。

第1弾はTPP！推進論・反対論、それぞれの意見が聞けるトークバトル形式です。

多くの会員のみなさまのご参加をお待ちしております。

●日 時：9月15日（土）午後2時～4時

●会 場：京都府保険医協会会議室

京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町 637 第41 長栄カーニバル4条烏丸6階
☎075-212-8877

●定 員：先着70人（要申込）

トークバトル！

TPP反対論に異議あり！

山下 一仁 氏

（キャノングローバル戦略研究所研究主幹）

東京大学法学部卒業。ミシガン大学行政学修士、同大学応用経済学修士。東京大学より博士（農学）を取得。1977年に農水省に入省。2010年4月より現職。専門は農業政策。研究論文に「TPPの論点」、著書に「TPPおぼけ騒動と黒幕～開国の恐怖を煽った農協の遠謀～」がある。



TPP賛成論に異議あり！

鈴木 宣弘 氏

（東京大学大学院農学生命科学研究科教授）

東京大学農学部農業経済学科卒業。1982年農水省に入省。九州大学農学部助教授、九州大学大学院農学研究科教授を経て、2006年9月より現職。専門は農業経済学、国際経済学。著書に「震災復興とTPPを語る－再生のための対案」（共著）、「TPPと日本の国益」（共著）がある。

お申込みは、下記に必要事項をご記入の上、
FAX（075-212-0707）までお送りください。

地区		医療機関名		受付印
お名前				
ご連絡先	(TEL/FAX)			

シリーズ「ほんとに日本は大丈夫？」

第2弾「マイナンバーから自分を守るために」 第3弾「被曝問題、ほんとに日本は大丈夫？（仮）」を予定しています！ぜひ、ご参加ください。

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8月】

☐ 神経伝導検査テキスト 筋電図CD-ROM付 栢森良二・著●B5判 154頁●医歯薬出版	5,040円	☐ イラストで徹底理解する シグナル伝達キーワード事典 山本 雅・編●B5判 351頁●羊土社	6,930円
☐ ポイントを明示！臨床研修 手技・処置ベッドサイド手帖 奈良信雄・他編●新書判 240頁●メジカルビュー社	4,200円	☐ SPM8脳画像解析マニュアル fMRI、拡散テンソルへの応用 菊池吉見・編著●B5判 224頁●医歯薬出版	6,930円
☐ 疾患が読める！胸部X線画像診断アトラス 吉澤靖之・他編著●B5判 264頁●中山書店	9,975円	☐ びまん性肺疾患の臨床 診断・管理・治療と症例（改訂第4版） びまん性肺疾患研究会・編●B5判 570頁●金芳堂	15,750円
☐ 女性を診る際に役立つ知識 武谷雄二・著●A5判 264頁●新興医学出版社	4,725円	☐ 心臓弁膜症 <心エコーハンドブック> 竹中 克・他編●B5判 120頁●金芳堂	3,990円
☐ 急性中毒診療レジデントマニュアル（第2版） 相馬一玄・監●B6変型判 432頁●医学書院	3,990円	☐ 小児・思春期診療 最新マニュアル <日本医師会生涯教育シリーズ> 五十嵐 隆・監●B5判 384頁●中山書店	5,775円
☐ 熱中症Review Q&Aでわかる熱中症のすべて 三宅康史・編●B5判 154頁●中外医学社	4,410円	☐ みんなに役立つ血友病の基礎と臨床（改訂版） 白幡 聡・編●B5判 432頁●医歯薬ジャーナル社	5,145円
☐ 肺癌・頭頸部癌・甲状腺癌取扱い規約 抜粋（第4版） 金原出版編集部・編●A6変型判 176頁●金原出版	2,940円	☐ 乳癌のホルモン療法 乳癌のホルモン発癌と化学予防 <乳癌のホルモン療法 10> 野村雅夫・著●B5判 422頁●医学図書出版	6,825円
☐ 入院患者における重症・難治性感染症を診る <臨床感染症ブックレット7巻> 笠原 敬・他編●B5判 170頁●文光堂	4,515円	☐ 消化器外科・内科医のための 食道癌診療マニュアル 河野辰幸・他編●B5判 200頁●診断と治療社	7,350円
☐ 発熱性好中球減少症の予防と対策（改訂版） 田村和夫・編●B5判 208頁●医歯薬ジャーナル社	4,515円	☐ 図説よくわかる臨床不妊症学 不妊症治療 up to date 柴原浩章・編●A5判 352頁●中外医学社	5,880円
☐ ハーバード大学テキスト 血液疾患の病態生理 奈良信雄・訳●B5判 288頁●MEDSi	5,670円	☐ 角膜内皮障害 to the Rescue <専門医のための眼科診療クオリファイ 12> 大橋裕一・編●B5判 328頁●中山書店	15,225円
☐ みんなに役立つ造血幹細胞移植の基礎と臨床（改訂版） 神田善伸・編●B5判 650頁●医歯薬ジャーナル社	9,660円	☐ 眼科小手術と処置 <イラスト眼科手術シリーズ II> 若倉雅登・監●B5判 144頁●金原出版	9,450円
☐ 標準生化学 藤田道也・著●B5判 368頁●医学書院	5,250円	☐ 急性難聴の鑑別とその対処 <ENT臨床フロンティア> 高橋晴雄・他編●B5判 320頁●中山書店	13,650円
☐ 実践治療薬 <実験薬理学> 日本薬理学会・編●B5判 378頁●金芳堂	6,510円	☐ TVMテクニックII より安全な骨盤臓器脱メッシュ手術を求めて（DVD付） 竹山政美・他編著●B5判 96頁●金原出版	10,500円
☐ ウォルパート発生生物学 武田洋幸・他監訳●A4変型判 672頁●MEDSi	9,975円	☐ 麻酔への知的アプローチ（8版） 福田英一・著●A5判 680頁●日本医事新報社	5,985円

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

〈申込書〉 FAX：075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに○印を記入してください 【2012年度 年間購読雑誌一覧】

		雑誌名/出版社	税込価格	ご注文			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		整形外科	29 整形外科（別冊含む）	南江堂	¥ 49,000
	2	j med Mook	日本医事新報社	¥ 22,050			30 整形災害外科	金原出版	¥ 39,480
内科系	3	内科	南江堂	¥ 38,000			31 臨床整形外科	医学書院	¥ 29,400
	4	Medicina	医学書院	¥ 37,190			32 関節外科	メジカルビュー社	¥ 40,740
	5	M. P.（メディカルプラクティス）	文光堂	¥ 36,750			33 Monthly Book Orthopaedics	全日本病院出版会	¥ 35,805
	6	診断と治療	診断と治療社	¥ 36,500			34 OS Now Instruction(DVD付)	メジカルビュー社	¥ 46,200
	7	治療	南山堂	¥ 36,960		形成	35 形成外科	克誠堂出版	¥ 40,950
	8	レジデントノート（4月～3月）	羊土社	¥ 49,770			36 PEPARS	全日本病院出版会	¥ 39,900
外科系	9	手術	金原出版	¥ 43,680		脳神経	37 脳神経外科（個人特別割引価格）	医学書院	¥ 30,030
	10	消化器外科	へるす出版	¥ 39,270			38 脳神経外科速報	メディカ出版	¥ 28,350
	11	臨床外科（個人特別割引価格）	医学書院	¥ 38,640		皮膚科	39 デルマ	全日本病院出版会	¥ 39,585
消化器	12	胃と腸	医学書院	¥ 43,190			40 皮膚科の臨床	金原出版	¥ 43,680
	13	消化器内視鏡	東京医学社	¥ 44,100			41 Visual Dermatology	中山書店	¥ 35,280
	14	臨床消化器内科	日本メディカルセンター	¥ 34,230		泌尿器	42 臨床泌尿器科	医学書院	¥ 41,780
循環器	15	Heart View（ハートビュー）	メジカルビュー社	¥ 38,010		眼科	43 あたらしい眼科	メディカル 葵	¥ 32,382
	16	心エコー	文光堂	¥ 31,500			44 眼科	金原出版	¥ 43,680
	17	バスキュラーラボ	メディカ出版	¥ 23,100			45 臨床眼科	医学書院	¥ 42,080
	18	コロナリーインターベンション	メディアルファ	¥ 15,750			46 新ES NOW	メジカルビュー社	¥ 50,400
小児科	19	小児内科	東京医学社	¥ 49,560		耳鼻咽喉科	47 耳鼻咽喉科・頭頸部外科（個人特別割引価格）	医学書院	¥ 38,430
	20	小児科	金原出版	¥ 42,210			48 JOHNS	東京医学社	¥ 37,380
	21	小児科診療	診断と治療社	¥ 42,800			49 ENTONI	全日本病院出版会	¥ 39,585
	22	小児科臨床	日本小児医事出版社	¥ 39,585		麻酔・救急	50 救急医学	へるす出版	¥ 38,640
産婦人科・周産期	23	産科と婦人科	診断と治療社	¥ 37,890			51 INTENSIVIST	MEDSi	¥ 18,480
	24	周産期医学	東京医学社	¥ 44,835		神経	52 Clinical Neuroscience	中外医学社	¥ 32,550
	25	産婦人科の実際	金原出版	¥ 43,365		上記タイトル以外でのご購入・バックナンバーのお取り寄せも承ります。			
画像放射線診断・	26	画像診断	秀潤社	¥ 40,740		雑誌名		出版社	バックナンバー巻号数
	27	臨床画像	メジカルビュー社	¥ 40,740					
	28	臨床放射線	金原出版	¥ 40,215					

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	