

今月の主な動き

野田佳彦首相に対する問責決議案が8月29日の参院本会議で自民党など賛成多数で可決された。問責決議は消費増税や社会保障施策での民自公3党合意を批判する内容で、「国民の多くは今も消費増税法に反対しており、今国会で消費増税法を成立させるべきではないとの声は圧倒的多数」「最近の国会運営では民主党・自由民主党・公明党の3党のみで協議をし、合意をすれば一気呵成に法案を成立させるということが多数見受けられ、議会制民主主義が守られていない」などとするもの。これに賛成するという自民党の自己否定によって、事実上3党合意は破たんした。野党側は法案審議を拒否し、9月8日の会期末まで通常国会は空転。

情勢トピックス

医療・社会保障編

概算要求

医療イノベや在宅強化で30兆円に／厚労省13年度概算要求

厚生労働省は2013年度予算の概算要求で、社会保障費の自然増分8400億円や特別重点要求など1088億

行 事	開始時間	場 所
2日(火) 各部会	午後2時～	
4日(木) 伏見医師会との懇談会	午後2時～	伏見医師会館
5日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時～	ルームA
6日(土) 地区医師会長との懇談会	午後3時30分～	ルームA・B・C
9日(火) 定例理事会	午後2時～	ルームA・B・C
11日(木) 奥様向けセミナー 建築士との相談日	午後2時～ 午後2時～	ルームA・B・C アミス
17日(水) 保険講習会A	午後2時～	ルームA
18日(木) 在宅医療点数説明会（初級編） 弁護士との相談日 ファイナンシャルプランナーとの相談日 雇用管理の相談日	午後2時～ 午後2時～ 午後1時～ 午後2時～	ルームA・B・C 応接室 アミス アミス
23日(火) 定例理事会	午後2時～	ルームA・B・C
24日(水) 在宅医療点数説明会（中級編） 税理士との相談日	午後2時～ 午後2時～	ルームA・B・C アミス
25日(木) 上東・北・西陣医師会との懇談会 医事担当者連絡会議	午後2時～ 午後2時30分～	ルームA・B・C 応接室
27日(土) 「在宅医療点数」＋「届出医療管理(圧縮版)」説明会	午後2時30分～	舞鶴西総合会館林業センター
28日(日) 「在宅医療点数」＋「届出医療管理(圧縮版)」説明会 文化ハイキング	午前9時30分～ 午前9時30分集合	福知山中央保健福祉センター 滋賀県湖南市方面

10月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
11月11日(日) 税務調査講演会	午後1時30分～	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20～23ページ

情勢トピックス

医療社会保障運動トピックス

渡辺治の政治学入門

政策解説資料

協会だより

円を含む30兆266億円の予算額を要求する。9月5日の民主党・厚生労働部門会議で概要を示した。9月7日に財務省に提出する。一般会計での要求額は12年度予算額より8514億円（2.9%）多く、初めて30兆円の大台に乗った。

概算要求のうち年金・医療などの経費では、自然増分を含めて28兆6338億円を要求する。裁量的経費を削減した上で要求する特別重点要求・重点要求は1088億円を求める。

特別重点要求では▽医療イノベーション5か年戦略の推進（411億円）▽地域医療強化のための緊急対策（105億円）▽認知症施策推進5か年計画の実施（37億円）▽質の高いがん医療提供体制構築（129億円）—の予算を求める。医療イノベーションでは、革新的医薬品・医療機器の創出を目指して医薬基盤研究所を中心とした「創業支援ネットワーク」を構築する経費として41億円を要求するほか、がんや難病・希少疾病、肝炎など8領域の有望シーズの実用化支援に139億円、臨床研究中核病院の整備・拡充に61億円を要求する。臨床研究中核病院については既存の10カ所の体制強化に加え、新たに7カ所を整備し、難病・希少疾病・小児疾患などの医師主導治療の実施・ネットワーク構築の基盤とする考えだ。

●在宅医療推進で全国に連携モデル

地域医療の緊急対策では在宅医療連携体制の推進を目指して、在宅患者の病状急変時対応の連携モデルとして52カ所、NICU・GCU退院促進の連携モデルとして52カ所をそれぞれ整備するため、20億円の予算を要求する。在宅医療の充実強化策ではこのほか、小児在宅医療患者の相談支援体制で8カ所、薬局を活用した薬物療法提供体制で32カ所の連携モデルを整備したい考え。災害時に在宅医療サービスを提供する体制に向け、81カ所の連携モデルを整備する予算として東日本大震災復興特別会計で10億円を要求する。

がん対策では、子宮頸がん検診の早期発見を目指して細胞診に加えてHPV検診を30代女性に実施するなど、罹患率が高い女性の乳がん・子宮頸がん検診を重点的に実施するため、116億円を要求する。

12年末の予算編成過程で検討することになる「事項要求」としては▽医療保険での70～74歳の患者負担の取り扱い▽社会保障・税番号制度関係システムの導入▽高齢者医療支援金の総報酬に応じた負担・協会けんぽの国庫補助の取り扱い▽難病対策、高額療養費制度などの見直し—を挙げた。

（9/5MEDIFAXより）

中期財政

消費増税後も歳出枠71兆円を堅持／政府・国家戦略会議

政府の国家戦略会議は8月24日、2013年度から3年間の予算の枠組みを示す「中期財政フレーム」改訂の骨子をまとめた。14年度からの消費税率引き上げによる税収増の後も、国債費などを除いた歳出の大枠を12年度と同水準の71兆円以下とする。13年度新規国債発行額も12年度と同様、44兆円以下に抑える。今後、与党との調整を経て閣議決定する見通し。

●日本再生戦略の着実な実行へ、推進チーム立ち上げ

予算編成作業が本格化するのに合わせ、政府は日本再生戦略を着実に実行するために、関係府省庁の政務官クラスによる「日本再生戦略実行推進チーム」を立ち上げることを決めた。古川元久国家戦略担当相が会議後の記者会見で明らかにした。

（8/27MEDIFAXより）

厚労白書

一体改革背景に「社会保障を考える」／12年版厚労白書

政府は8月28日、「2012年版厚生労働白書」を閣議決定した。社会保障・税一体改革関連法の成立など社会保障制度改革が進むことを背景に、12年版白書のテーマには「社会保障を考える」を掲げた。日本の社会保障を多角的に捉えるため、これまでの歴史を振り返り、諸外国との比較も提示して、日本社会が抱える課題を浮き彫りにするよう努めた。厚生労働省は「国民一人一人が（社会保障に関する）国民的議論に参加する際に白書を活用してほしい」としており、グラフや図表を多用するほかコラムも取り入れるなど、読みやすさにも心掛けた。

前年の11年版白書では、過去50年の日本の社会保障の歴史を取り上げた。12年版白書は、18世紀ヨーロッパで社会保障が誕生した時点まで掘り下げて説明し、社会保障に関わる哲学や理念も盛り込んだ。

日本の社会保障についても、その仕組みを基礎から解説した。12年に実施した「社会保障に関する国民意識調査」の結果も取り上げ、日本が現在抱える課題を説明している。今後の対応が必要な社会変化

として少子高齢化や格差拡大などを指摘し、社会保障・税一体改革を「新たな日本の社会保障の構築に向けての第一歩」と位置付けた。

●保健医療システム「大切にしたい日本の長所」

社会保障に関する日本と諸外国の比較では、「自立」や「健康」「社会保障の給付と負担」などに着目し、OECD加盟国34カ国のうち13カ国を対象に日本社会の特徴を考察した。日本の長所の一つとして、コストを低く抑えたまま高い平均寿命と低い乳児死亡率を達成した保健医療システムを取り上げ、「今後も大切にしていかなければならない長所」とあらためて強調した。国民の経済的自立度が比較的高いことも併せて長所に挙げた。

短所としては、所得格差や国民の生活満足度の低さ、社会保障関係費の増加に伴う財政問題を指摘した。（8/29MEDIFAXより）

厚労省人事

医政局長は原氏、保険局長は木倉氏／厚労省幹部人事

厚生労働省は9月4日、9月10日に発令を予定している局長級以上の幹部人事を内示した。小宮山洋子厚生労働相が閣議後の会見で公表した。医系技官の筆頭ポストである医政局長には、原徳壽氏（防衛省大臣官房衛生監）を充てる。一方、保険局長には木倉敬之氏（医薬食品局長）を抜擢した。2009年の舛添要一厚労相時の人事以来、医政局と保険局で、事務官と医系技官のポストが入れ替わる状態が続いていたが、12年夏の異動で医政局長には医系技官、保険局長には事務官という以前の姿に戻すことにした。

厚生労働事務次官は金子順一氏に内示。事務次官に次ぐ厚労官僚のナンバー2ポストである厚生労働審議官には、旧厚生系の大谷泰夫氏（現・医政局長）が就く。金子氏とは同期の1976年入省。

老健局長には原勝則氏（内閣官房内閣総務官室内閣総務官）を登用する。健康局長には矢島鉄也氏（大臣官房技術総括審議官）が就く。医薬食品局長は榮畑潤氏（年金局長）に内示した。年金局長は香取照幸氏（政策統括官＜社会保障担当＞）。社会・援護局長には村木厚子氏（内閣府政策統括官＜共生社会政策担当＞）。

大臣官房長は二川一男氏（大臣官房総括審議官）、政策統括官（社会保障担当）は唐澤剛氏（大臣官房

審議官＜医療保険、医政、医療・介護連携担当＞）に決まった。

阿曾沼慎司氏（厚生労働事務次官）、太田俊明氏（厚生労働審議官）、宮島俊彦氏（老健局長）、外山千也氏（健康局長）らは辞職。外口崇氏（保険局長）は9月9日付で定年退職する。

●医療課長に宇都宮氏

厚生労働省の保険局医療課長に宇都宮啓氏（老健局老人保健課長）が就任する。鈴木康裕氏の後任。保険局保険課長の西辻浩氏は大臣官房付となる。（9/4MEDIFAXより）

税制改正

四段階制や事業税非課税など存続を／厚労省・13年度税制改正要望

厚生労働省は9月5日、2013年度税制改正の主要要望項目を公表した。社会保険診療報酬の所得計算の特例措置（いわゆる四段階制）や、社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置、医療法人の社会保険診療以外の部分に関する事業税軽減措置など、現在講じられている税制措置の存続や延長を求める。医療に係る消費税については「課税の在り方について、引き続き検討する」とした。

四段階制は存続を求めるが、適用実態の調査結果を踏まえて、必要な対応を検討する。

取得価格500万円以上の高額な医療機器は取得価格の12%の特別償却を、医療安全に資する医療機器は取得価格の16%の特別償却をそれぞれ認める特例措置は、対象機器を見直した上で、15年3月末までの適用期限の延長を求める。

国土交通省が取り組むサービス付き高齢者向け住宅制度に関しては、供給促進に向け、所得税・法人税、固定資産税、不動産取得税の軽減措置を2年間延長し、15年3月末までの適用を求める。13年からの第2次「健康日本21」で成人の喫煙率の低下が数値目標に盛り込まれたことなどを踏まえ、たばこ税と地方たばこ税の引き上げも求めた。

（9/5MEDIFAXより）

マイナンバー

「医療等ID」に懸念の声／厚労省・検討会、次回取りまとめ

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検討を進めている厚生労働省の「社会保障分野サブワーキンググループ」と「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」は8月29日、報告書案について議論した。前回会合で厚労省が提案した「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は、検討会での議論が十分ではなく、セキュリティや本人確認の方法など検討課題が多く残されているとの懸念の声が構成員から上がった。次回の会合で報告書を取りまとめる。厚労省によると、具体的な制度設計は社会保障審議会に特別部会を設置して議論する見通し。（8/30MEDIFAXより）

専門医

新専門医制度、検討会の中間まとめを公表／厚労省

厚生労働省は8月31日、「専門医の在り方に関する検討会」の中間まとめを公表した。中間まとめでは、これまでの議論を踏まえ「総合医、総合診療医」を基本領域の専門医として位置付け、中立的な第三者機関によって専門医認定、養成プログラムの評価・認定を行う新たな仕組みを導入する方向性を示した。今後、同検討会は中間まとめに基づき、2012年度末の最終取りまとめに向けてさらに議論を詰めていく。厚労省は13年度予算概算要求に第三者機関の設立に向けた予算を盛り込む方針。

専門医制度の課題としては▽各学会が専門医制度を独自に運用しており、認定基準の統一性や質の担保に懸念がある▽医師と患者の間に専門医像のギャップがある▽医師の地域偏在、診療科偏在問題—などが挙げられている。こうした課題を念頭に置きながら新たな専門医制度では、専門医の質の向上や良質な医療の提供を後押しできるようにしていく。また、医療を受ける側にとっても分かりやすい仕組みに構築していく。

新専門医制度では「総合医、総合診療医」や「領域別専門医」の所在を明確化する。また、特性を生かしたネットワークを構築し、適切な医療にアクセスできる体制をつくる。併せて広告が可能な医師の資格名についても見直す。

まだ議論が煮詰まっていない▽第三者機関の具体的な体制▽移行措置▽国の関与の在り方▽医師不足・地域偏在・診療科偏在の是正への効果▽医師養

成に関する他制度との関係—といった論点については、今後さらに議論を深めていく。

（9/3MEDIFAXより）

医師法第20条

「医師法第20条ただし書き」解釈の周知徹底を／厚労省通知

厚生労働省はこのほど、都道府県の医務主管部局長に宛てて医師法第20条ただし書きの解釈について、あらためて周知徹底を求める通知を発出した。発出は8月31日付。

通知では医師法第20条ただし書きについて「診療中の患者が診察後24時間以内に当該診療に関連した傷病で死亡した場合には、改めて診察することなく死亡診断書を交付し得ることを認めるもの」とし「医師が死亡の際に立ち会っておらず、生前の診察後24時間を経過した場合であっても、死亡後に改めて診察を行い、生前に診療していた傷病に関連する死亡であると判定できる場合には、死亡診断書を交付することができる」との解釈を示した。

20条ただし書きについては、医師の診察を受けてから24時間を超えて死亡した場合、「当該医師が死亡診断書を書くことができない」「警察に届け出なければならない」といった誤った解釈によって、在宅などでの看取りが適切に行われていないケースがあるとの指摘が上がっていた。（9/4MEDIFAXより）

参照価格

参照価格制度に否定意見「患者負担増など懸念」／薬価部会

中医協薬価専門部会（部会長＝西村万里子・明治学院大教授）は8月22日、次期薬価制度改革に向け、長期収載品の薬価の在り方について議論した。また、参考人が海外の参照価格制度について説明したが、診療側や支払い側委員からは、患者の自己負担増への懸念や、長期的には薬剤費削減につながらないとの報告があることなどから、参照価格制度を議論の俎上に載せることに否定的な意見が相次いだ。

部会では参考人の坂巻弘之・名城大薬学部教授が、ドイツやフランスの参照価格制度について紹介。薬剤費への影響については「短期的には医薬品支出総額が減少したとの報告もある一方で、長期的には不変、増加するとの報告が多い」などと説明した。

これに対し診療側の安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は、参照価格制度を導入すれば、▽自己負担増加で患者が必要な薬剤を使用しなくなる▽製薬企業が新薬開発原資の回収に手間取り必要な薬剤が供給されなくなる一などの問題が起こりかねないと指摘。「政府内には医療費削減の一つの方法として導入したほうがいいとの考えの人が一部にいるが、参照価格制度はかつて中医協で議論したときに明確に否定したはず。日本に持ち込むことは明確に否定すべき」と述べ、こうした考えを中医協全体の共通認識にすべきと訴えた。

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は、「（参考人の説明では）短期的には薬剤費の削減に役立つが、長期的にはむしろ上がる懸念もある。ここで参照価格を議論するよりは、長期収載品の薬価や後発品の最初の値付けをどうするかなど現行の算定方式そのものについて議論を深めるのが先だろう」と同調。診療側の三浦洋嗣委員（日本薬剤師会副会長）も「全く同感。今ここで議論する状況にはない」と続いた。

一方で、支払い側的小林剛委員（全国健康保険協会理事長）は「導入の可否についてはもう少し検討してみて、最終的に結論を出せばいいのではないか」と述べ、唯一検討の必要性を指摘した。

厚労省版提言型政策仕分けが7月にまとめた後発医薬品使用促進策に関する提言には「参照価格制度の検討」が盛り込まれている。しかし厚労省は部会終了後の取材に対し、参考人が参照価格制度の資料を提出したことについて「長期収載品の議論の参考として示したものであり、政策仕分けの提言とは関係ない」と説明した。（8/24MEDIFAXより）

費用対効果

QALYなど「効果」指標で議論開始／費用対効果専門部会

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）は8月22日、費用対効果評価の運用手法について議論を始めた。厚生労働省保険局医療課は会合を含めて4回程度の議論で具体的な運用手法について議論する方針を示し、出席委員の合意を得た。会合では、QALY（質調整生存年）を含む効果指標の取り扱いについて議論し、日本版の費用対効果評価制度について議論を継続することについては出席委員の意見がおおむね一

致した。

部会は過去3回の会合で制度の基本的な考え方について議論し、対象技術や評価結果の活用についての原則を確認してきた。会合では医療課が今後の議論の進め方を示し、具体的な評価の運用手法について4回程度の会合で論点整理することを提案。「評価手法」「具体的な評価の活用手法」についてそれぞれ2回程度の会合を開く考えを示した。

医療課は効果指標の基本的な考え方として▽一定の普遍性があり、多様な医療技術と比較できる評価指標を用いる▽原則として単一の指標を設定する（単一指標を補う手法の検討も必要）一との方向性を示した。効果指標に求める特徴については▽医療技術の効果の一部ではなく、全体を評価できる▽定量的で再現性・透明性が高い▽既存技術などと比較できる▽臨床試験などの実績に基づいた算出ができる一を提案した。これらの提案に強い反対はなかった。

●鈴木委員「反対ではない」も慎重姿勢

会合では「効果指標の取り扱い」を議題に評価手法について検討を進めた。医療課は、効果指標の具体例として「QALY」「生存年」といった生存期間に関連する指標に加えて治療率や臨床検査値を示し、それぞれの利点・欠点や諸外国の運用状況を説明した。

嘉山孝正委員（全国医学部長病院長会議相談役）や安達秀樹委員（京都府医師会副会長）ら診療側委員は「日本版の費用対効果評価制度を作るべき」との意見を示した。支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「取りあえず日本版のQALYを作ることによいのではないか」と述べた。

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「制度化を進めようという意思を強く感じる」と慎重な姿勢を示した。ただ、鈴木委員は「（費用対効果評価に）反対しているのではない。やるならきちんと議論すべきだ」とも述べ、制度の全体像や制度の中でのガイドライン、系統的レビューの位置付けが明確でない段階で「QALYありき」の議論が先行することへの警戒を示した。

これに対し医療課はガイドラインについては議論を進めている段階であることなどを説明し、「結論ありきでは決していない」と繰り返した。

（8/23MEDIFAXより）

特定行為**看護師特定認証で厚労省試案／チーム医療推進会議**

厚労省は看護師特定能力認証制度の「試案（指定研修機関案）」を8月22日のチーム医療推進会議（座長＝永井良三・自治医科大学長）に提示した。試案には、看護師による特定行為を法令上に位置付けることや、特定行為を行える看護師の研修機関を国が定めた基準に基づいて指定し、研修修了者を看護師籍に登録することなどを盛り込んだ。同会議は今後も意見集約に向けた議論を継続する。議論では、特定行為の法令上への位置付けや研修機関の指定などを通じて国が制度に関与することについて意見はおおむね一致したものの、看護師籍への登録などについて異論も出た。

これまで同会議は、看護師特定能力認証制度について▽特定行為を法令上位置付ける▽能力認証を受けた看護師は医師の包括的指示の下、一般の看護師は医療安全体制を確保した上で医師の具体的指示の下、特定行為を実施する▽厚生労働大臣が特定能力を認証する一などを示した「骨子案」をベースに議論を進めてきた。委員から、特定行為について「診療の補助の範囲であることをガイドラインなどで明確化する」、能力認証では「関係団体や関係学会など民間機関が専門性を持って自律的に能力認証を行う」などの提案も出されていた。

厚労省による今回の試案は、これまでの議論で特定行為を法令上に位置付けることや能力認証に国の関与が必要とする意見が多かったことを反映させた。特定行為の追加・改廃、研修機関の指定基準の検討・指定を行う審議の場を設置することも提案した。審議の場には医療関係職種への参加を求める。国の関与は研修機関の指定などにとどめ、骨子案にあった大臣認証より薄めた。

試案に対し、会議では大久保清子委員（日本看護協会副会長）が「能力認証の要件が研修の修了で試験がない。能力の担保について危惧される」と指摘。藤川謙二委員（日本医師会常任理事）は「医師は専門医の認定証をもらっても、医籍に登録されるわけではない」と述べ、能力認証を看護師籍に登録する必要性について疑問を呈した。この点について医政局の大谷泰夫局長は「本人にも医療機関側にも能力認証の有無が明確に分かるということが趣旨。さらに整理したい」と応じた。

●学会による認証を／藤川委員

藤川委員は永井座長に意見書を提出し、「法令上に特定行為を列挙していくことは現場での対応が困難で混乱が起こる。比較的高度な医行為はガイドラインによる対応をすべき。また、比較的高度な医行為を実施する場合の教育や研修は専門学会などの研修プログラムで実施し学会が認証すべき」との考えを示した。藤川委員は意見書も踏まえ、試案について「賛成できかねる」とした。（8/23MEDIFAXより）

難病**医療費助成の疾患範囲を拡大／難病委が中間報告**

法制化も視野に難病対策の総合的な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・国際医療福祉大大学院長）は8月16日、医療費助成の対象となる疾患の範囲拡大や給付水準の見直しなどを盛り込んだ中間報告案を大筋で了承した。今後は対象疾患の具体的な範囲や給付水準の在り方などについて、中間報告で示された方向性を基に議論を進めていくことになる。中間報告は8月22日の厚科審・疾病対策部会に報告する。

医療費助成の対象疾患については、2002年8月に同委員会が中間報告で示した▽症例が比較的少ないために全国的な規模で研究を行わなければ対策が進まない▽原因不明▽効果的な治療法が未確立▽長期療養が必要—の4要素を基本的に踏襲する。

対象疾患の範囲を見直す際には、難治性疾患克服研究事業「今後の難病対策のあり方に関する研究班」が調査・分析する疾患ごとのデータ結果などを参考に、具体的な範囲を検討する。効果的な治療法が確立するなど、治療成績が向上した疾患については、引き続き医療費助成の対象疾患として取り扱うことが適当かどうかを定期的に評価し、見直していくことが必要だとした。

難病患者が医療費助成の対象疾患に罹患しているかどうかの判断は、専門医が診断基準に基づいて的確に診断すべきだとして、自治体の指定を受けた専門医の診断を医療費助成の要件とすることが必要だとした。

給付水準の見直しでは、入院時の食事と生活に関する自己負担や、薬局での保険調剤に関する自己負担などが今後の検討事項として挙がった。

（8/17MEDIFAXより）

消費税

消費税負担の解消「税制優遇と分けて議論を」 ／分科会で各側委員

8月30日の中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」（分科会長＝田中滋・慶応大大学院教授）では、医療機関の消費税負担を診療報酬で手当てする対応と、医療機関の税制上の優遇措置は分けて考えるべきとの意見が、診療側・支払い側の双方から上がった。

診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、税制上、経費処理によって控除対象外消費税が損金算入できることと、診療報酬で補填する金額の議論は分けて考えるべきだと述べた。支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）も、医療機関にさまざまな優遇税制があるのは周知の事実とし「消費税の診療報酬での取り扱いの議論に（税制の議論を）絡めるべきではない」と述べ、建設的な解決策を目指すべきとの考えを強調した。（8/31MEDIFAXより）

TPP

TPPへの見解「皆保険損なう協定認めない」 ／民主党PT

環太平洋連携協定（TPP）の交渉参加をめぐり、民主党経済連携プロジェクトチーム（PT、櫻井充座長）が検討してきた「TPP参加の懸念事項」に対する党見解の概要が9月6日、まとまった。「混合診療の全面解禁などで国民皆保険制度に影響が出るのではないか」との懸念については、国民皆保険が損なわれる内容を含む協定は認めない方針を示した。PTは細かな修正点を櫻井座長に一任することとでき、同日の党政調役員会に検討内容を報告した。

混合診療全面解禁や国民皆保険制度への影響についてPTは、米国から混合診療は求めないと表明を受けているものの「懸念は払拭されない」と指摘。国民皆保険制度が実質的、結果的に損なわれる内容を含む協定は認めないとした。

医師、薬剤師などの免許・資格の相互承認については、インドネシア、フィリピンとの経済連携協定（EPA）による看護師・介護福祉士候補者の受け入れの経験を踏まえるものの「慎重な検討が必要」と

明記した。

このほか「米国の医薬品業界が国内の薬価決定プロセスに参加することで、薬価の高騰を招くのではないか」との懸念には、「懸念は否定できないが、現時点では求められてはいない」との見解を示した。要求があった場合でも、薬価の高騰を招かないよう努力する必要性を打ち出す文言に最終的に調整するとみられる。

知的財産権をめぐり「保護期間の変更によって医薬品業界、とりわけジェネリック薬品などへの打撃が大きいのではないか」との懸念には、「グローバル経済における日本の成長戦略や独自の産業政策が阻害される危険がある」と指摘した。

PTは今国会の会期末までに懸念事項に対する党の見解をまとめるため、検討を進めていた。（9/7MEDIFAXより）

指導・監査

保険医に弁護士を選任権を／指導・監査で健保改正研究会

弁護士、医師、患者らでつくる「指導・監査・処分改善のための健康保険法改正研究会」は9月2日、東京都内で指導・監査の改善をテーマとしたシンポジウムを初めて開いた。問題を解決する必要最低限の措置として、健保法を改正し、指導・監査に当たって保険医の弁護士選任権を認めるよう求めた。

研究会共同代表の井上清成弁護士は研究会でまとめた健保法改正案の趣旨を説明した。「指導・監査による保険医の人権侵害が継続している」と述べ、弁護士選任権の確立が急務とした。

●保険医の権利「保証されていない」／溝部氏

国と東京高裁まで争い保険医の取り消し処分を撤回させた「溝部訴訟」当事者の溝部達子氏は、訴訟に至る概略を説明し、指導・監査の実態を報告した。溝部氏は、個別指導について「診療内容に対する非難・追及と心理的圧迫下での取り調べだった」と振り返った。患者会が活発に活動したことに触れ「私を救ってくれたのは患者と弁護士だった」と述べた。「保険医の権利は全く保証されていない。健保法を改正する必要がある」と主張した。

研究会の共同代表で溝部訴訟の代理人を務めた石川善一弁護士は、溝部訴訟の主張の根拠となった法律上の問題点を説明した。行政に広範な権限だけが与えられていると指摘し「健保法の前近代的な構造

を変える必要がある」と訴えた。「この件は裁判が終わっても安心できない。法律が変わらなければ相談を受けても難しい状況は変わらない」と述べた。

（9/4MEDIFAXより）

副作用

5年間で1220例、死亡は24例／一般薬副作用報告数で安全性情報

厚生労働省は8月29日に発表した「医薬品・医療機器等安全性情報・第293号」で、2007～11年度までの5年間に製造販売業者から受け付けた一般用医薬品（OTC薬）の副作用報告数が計1220例（医薬品との因果関係が不明なものを含む）に上り、うち死亡例が24例（同）あったと報告した。OTC薬でも重篤な副作用が報告されており、医療関係者に対し使用者への副作用の初期症状に関する情報提供や副作用の早期発見に努めるよう求めている。

（8/31MEDIFAXより）

海外進出

「日本式医療の一体的海外進出を」／古川国家戦略担当相

政府のパッケージ型インフラ海外展開関係大臣会合が9月3日、医療分野での海外展開を議題に官邸で開かれ、古川元久国家戦略担当相は海外進出によって日本式医療の市場拡大を進める必要性を強調した。

古川国家戦略担当相は、日本式医療は世界最高水準の平均寿命を実現した技術水準の高さや「安心」「癒やし」の医療を強みとしていると述べた上で、国際的な医療機器市場においては欧米企業が高い市場シェアを有していると指摘。「関係省庁が緊密に連携し、日本の医療サービスや医療機器が一体となった海外展開や、相手国での医療従事者の育成によって、日本式医療の市場拡大を図る意義は非常に高いと考えている」と述べた。また、海外展開でノウハウや技術を養うことにより、日本国内の医療サービスや技術の向上につながるとの観点も示し、海外への進出は不可欠であると話した。政府は日本再生戦略や医療イノベーション5カ年戦略の中で医療システムなどの海外展開を推進する方針を示している。

会合には有識者として、小松研一・日本画像医療システム工業会長、北原茂実・医療法人社団KNI

理事長が出席した。（9/4MEDIFAXより）

受保連

医療の価値、経済的に「見える化」／受保連が正式発足

受療者（患者と家族）と医療者が協働し医療経済を議論する「受療者医療保険学術連合会」（受保連）は9月1日、東京都内で設立総会を開き、正式に発足した。川島康生会長（国立循環器病研究センター名誉総長）をはじめ、小柳仁副会長（東京女子医科大名誉教授）、田倉智之副会長（大阪大学大学院医学系研究科教授）ら5人の副会長、監事、世話人などによる運営体制も決まった。具体的な活動として▽受療者が現在の医療保険制度や医療経済について理解を深めるための勉強会などを開催▽個々の医療の価値を学術的に「見える化」するための研究活動▽受療者、国民全体の「受益と負担」について研究し、その成果を社会に発信—などを展開していく方針だ。（9/4MEDIFAXより）

先進医療

「病腎移植」の保険併用を認めず／先進医療専門家会議

宇和島徳洲会病院が第2項先進医療（先進医療）に申請していた「病腎移植」のための医療技術について、厚生労働省の先進医療専門家会議（座長＝猿田享男・慶応大名誉教授）は8月23日、先進医療としては認めないとの判断を示した。会議では、先進医療として実施する手技の範囲設定が適切ではないとの指摘や、申請書類の内容が不十分との指摘があった。同病院側は会議の判断を受け、必要なデータを集めるなどして、再申請の準備を進める意向を示した。病腎移植については、日本泌尿器科学会や日本移植学会など腎移植に関わる5学会が、先進医療としての実施に反対していた。

（8/24MEDIFAXより）

レセ点検

レセ点検の徹底で1460億円削減／厚労省、民主部門会議に報告

厚生労働省は8月8日、給付費適正化による効果（給付費ベース）を民主党厚生労働部門会議に示し、

医療分野はレセプト点検の徹底で1460億円（2010年度査定額、再請求分は不明）を削減したことなどを報告した。

医療分野の削減額はこのほか、後発医薬品の利用促進によって700億円（12年度見込み額）、保険医療機関に対する指導・監査の強化で43億円（10年度削減額）と報告した。介護分野は10年度削減額として、レセプト点検（医療情報との突合、縦覧点検）で7億4000万円、ケアプランの点検で1億円。生活保護分野では医療扶助のレセプト点検の徹底を通じて142億円（10年度査定額、再請求分不明）、生活保護受給者に対する就労支援で91億円（10年度実績）を削減した。

出席議員から介護分野の削減額（合計8億4000万円）の相対的な低さを指摘する意見が出たため、詳細をあらためて報告することでまとまった。（8/9MEDIFAXより）

介護保険

ニーズ調査の反映、全保険者の2割以下／第5期介護保険事業計画

厚生労働省が開発した「日常生活圏域ニーズ調査」の結果を2012年度からの第5期介護保険事業計画に反映させた介護保険者は2割以下となっていることが、厚労省が8月21日に発表した「第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等に係るアンケート調査結果」で分かった。厚労省は15年度からの第6期に向けて、保険者への支援方法を工夫する必要があるとしている。

ニーズ調査は、介護保険サービスの見込み量などをより精緻に把握する手法。12年度から始まる第5期介護保険事業計画を介護保険者が策定する際に役立ててもらおうと、厚労省が開発した。

今回のアンケート調査は、ニーズ調査と第5期計画の関係を調べるため介護保険の全1580保険者を対象に実施し、1568保険者（99.2%）から回答を得た。

第5期計画の策定に当たってニーズ調査を実施したのは1322保険者で回答保険者全体の8割を超えていたが、ニーズ調査の結果を要介護認定者数の推計に反映させたのは296保険者で回答保険者の18.9%、サービス見込み量の推計に反映させたのは232保険者で回答保険者の14.8%にすぎなかった。

一方、ニーズ調査を実施した場合の効果については多くの保険者が認めている。ニーズ調査を実施し

た1322保険者に効果を複数回答で聞いたところ、60.3%の保険者が「潜在的な要介護（要支援）予備群がどの程度であるか把握できた」と回答し、37.7%が「管内の圏域ごとの課題（ニーズの存在など）の違いや特徴が把握できた」、25.6%は「ニーズに応じたサービスがないなど、サービス基盤のミスマッチが把握できた」と回答した。（8/23MEDIFAXより）

外国人患者

外国人患者受け入れ認証、受審病院まだゼロ／厚労省推進事業

厚生労働省の支援事業「外国人患者受け入れ医療機関認証制度」の審査受付が7月から始まった。政府が新成長戦略（2010年6月閣議決定）の中で掲げた「国際医療交流（外国人患者受け入れ）」を推進するための事業の1つだ。だが、認証機関である日本医療教育財団によると、審査受付開始から1カ月余りが経過したものの、審査を申し込んだ病院はまだないという。（8/17MEDIFAXより）

定年医師

埼玉県医が「医局」創設へ、法人化も視野／定年医師を指導医で派遣

埼玉県医師会と埼玉県は、定年退職した医師を指導医として県内の病院に派遣することを柱とする「埼玉県総合医局機能制度（仮称）」の創設に向け検討を進めている。将来的には、潜在看護師の復職支援などにも取り組み、医療人材全般をカバーする「医局」として法人化を目指す。埼玉県医の金井忠男会長は「今ある人的資源を最大限に活用したい。2013年度から最低限の範囲で制度を動かしたい」としている。（8/16MEDIFAXより）

ワクチン

4種混合不活化ポリオ、希望価格は6500円から／厚労省が発表

11月に定期接種に導入予定のジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオの4種混合ワクチン（DPT-I P V）のメーカー希望小売価格が判明した。阪大微生物病研究会の製造する「テトラビック皮下注シリンジ」が1シリンジ6600円、化学及血清療法研究所の製造する「クアトロバック皮下注シリンジ」

が6500円。8月10日、厚生労働省がワクチン価格について、メーカーからの回答内容を発表した。

厚労省は7月23日、単独の不活化ポリオワクチン（IPV）を製造するサノフィパスツールとDPT—I PVを製造する阪大微研、化血研に対し、ワクチン価格について特段の配慮を求める依頼文書を手渡している。

厚労省健康局結核感染症課によると、DPT—I PVの希望小売価格は米国で約3800円。阪大微研と化血研が製造するDPT—I PVの希望小売価格について同課の担当者は「単純に比較することはできないが、海外製品と比べると高い印象はぬぐえない。引き続き価格設定に配慮していただくよう交渉していきたい」と述べた。

単独IPVの価格について、サノフィパスツールからはまだ回答が来ていないという。厚労省は単独IPVの価格についても引き続き交渉していくとした。（8/13MEDIFAXより）

自殺対策

「誰も自殺に追い込まれることのない社会」／大綱見直しで素案

年間3万件を超える自殺の防止に向け、内閣府の「自殺総合対策会議」は8月9日、自殺総合対策大綱見直しの素案を決定した。「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指していくことを明確化。若年層や自殺未遂者を個別施策層として明確に位置付け、国・地方公共団体・関係団体・民間団体・企業・国民のそれぞれの役割を示し、連携や協働を推進していく方向性を打ち出した。

人口10万人当たり自殺死亡者数（自殺死亡率）減少の目標値については、2016年までに05年と比較して20%以上減少させる現行の目標を据え置いた。05年の自殺死亡率は24.2で、20%減は19.4。内閣府によると、目標を達成するには自殺者数を年間2万4428人以下とする必要がある。

さらに、国を挙げた自殺対策の推進へ「国民会議」を設置。施策状況を中立・公正な立場から評価検証する仕組みを新たに設ける必要があるとも指摘した。

自殺総合対策大綱は自殺対策基本法に基づいて07年に策定。以降、政府が実施する自殺対策の指針となってきた。5年をめぐりに見直すとされていることから、5年間の施策の推進状況や目標達成状況など

を踏まえた見直し作業を進めてきた。

決定した素案は8月17日までパブリックコメントを募集する。内閣府はパブリックコメントで寄せられた意見などを踏まえて最終調整し、早急に閣議決定したい考えだ。（8/13MEDIFAXより）

認知症

認知症施策で「5か年計画」／厚労省、施策ごとの数値目標も

厚生労働省は、2013～17年度の5年間に達成する数値目標などをまとめた「認知症施策推進5か年計画（通称＝オレンジプラン）」を策定した。5年間で認知症の早期診断を担う医療機関を約500カ所整備することや、“身近型”の認知症疾患医療センターの機能の検証、状態に応じてサービスを適切に提供するための「認知症ケアパス」と「退院支援・地域連携クリティカルパス」を作成し15年度から3年間の介護保険計画第6期に反映させることなどを明記した。

オレンジプランは▽標準的な認知症ケアパスの作成・普及▽早期診断・早期対応▽地域での生活を支える医療サービスの構築▽地域での生活を支える介護サービスの構築▽地域での日常生活・家族の支援の強化一などが柱。施策ごとに達成する時期や、養成人数などを明記している。

診療所を新たな担い手として想定している“身近型”の認知症疾患医療センターについては、認知症サポート医の活動状況なども含めた調査を実施した上で、早期診断・早期支援や危機回避支援などの機能について13年度までに検証するとした。認知症高齢者の家族支援などを行う「認知症初期集中支援チーム」の制度化を15年度以降に検討するため、全国でモデル事業を実施していく計画も示した。

認知症対応力向上研修の受講者数も増やす。17年度末までに、一般病院勤務の医療従事者で累計8万7000人、かかりつけ医では累計5万人を目指す。認知症サポート医養成研修の受講者も累計4000人まで増やす。（9/5MEDIFAXより）

日医

認知症施策報告書の策定過程を批判／日医・三上常任理事

日本医師会の三上裕司常任理事は8月8日の会見

で、厚生労働省の「認知症施策検討プロジェクトチーム」（主査＝藤田一枝厚生労働政務官）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」を取り上げ、「策定過程が不明確であり、約7年前に出された介護療養病床の廃止方針と同様、現場の混乱を来すのみで、実行を伴わないことは明らか」と猛烈に批判した。ただ、「日本精神科病院協会と立場は違う」と述べ、大きな方向性については厚労省と一致しており、あくまで報告書の策定過程を問題視しているとの姿勢を強調した。

三上常任理事は同報告書について「医療現場の真摯な対応の軽視、理想論のみの反映など、一方的な官僚指導によるもの」と厳しく評価し、「療養病床の廃止方針が出された時と同じように省内だけで議論されて、全く関係者の意見を聞いていないということに強く抗議を申し上げたい」と述べた。

●“身近型”は唐突であり表層的

同報告書が新たに打ち出した身近型の認知症疾患医療センターについては、厚労省の「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第2R）」の取りまとめの指摘を「表層的に捉えるもの」と指摘。その上で「具体的にどのような医療機関、あるいはどのような役割を想定しているかが不明。（同第2Rの取りまとめは）地域における精神科医療機関、認知症サポート医や地域包括支援センターなどとの連携強化の必要性を指摘しているのみ」とし「認知症サポート医の役割を明確にし、地域における認知症ケアの実行性を高めるべき」と述べた。

また、三上常任理事は「厚労省内が縦割りを排除し、認知症対策に取り組むこと自体には賛同」と述べたほか「認知症の人への在宅医療の充実、地域で暮らし続けることが大事という視点は（報告書が示した方向性と）同じ」とも述べ「今まで議論したことのないような“身近型”などが突然出てくることが問題。日精協と立場は違う」と強調した。（8/9MEDIFAXより）

「市場原理主義の反省」が消失／日医・中川副会長、再生戦略で指摘

日本医師会の中川俊男副会長は8月29日の定例会見で、7月に政府が閣議決定した日本再生戦略について「政府、国民と協調してライフ成長戦略に貢献していきたい」と述べた。一方で「市場原理主義への反省が消失した」と指摘。公的医療保険範囲の縮小や公的保険外の民間サービスの拡大が示されてい

るとし「医療の営利産業化を進めようとしている」と懸念を示した。

中川副会長は再生戦略と予算編成との関係について触れた「社会保障分野を含め、聖域を設けずに歳出全般を見直す」との再生戦略の文言について「小泉内閣による『聖域なき構造改革』の下、社会保障費が厳しく抑制されたが、その失敗を繰り返すべきではない」と反発した。

ライフ分野に盛り込まれた「公的保険で対応できない分野についても、民間活力を生かし」との文に対しては「今後、分野によっては公的医療保険で対応しないことを示唆している」と指摘した。「医療サービスと医療機器が一体となった海外展開」については「政府が組織的に医師の海外進出を支援する方針であれば問題」と警戒感を示した。「医療・介護システムをパッケージとした海外展開」には「医療は非営利だが、介護には営利企業が参入している。再生戦略は医療と介護をパッケージ化することで、医療の営利産業化を容認しているのではないかと危惧を示した。

「行政区域単位の特区とは異なる機関特区の創設」に対しては「特区が点から面へと発展すれば、公的医療保険制度が全面的に揺らいでいく恐れがある」と指摘した。このほか、国民皆保険の堅持や患者・個人の情報保護を図ることを求め、医療本体への株式会社の参入や医療の営利産業化に懸念を示した。（8/30MEDIFAXより）

一体改革関連法の成立を評価／日医・横倉会長、消費税で注文も

日本医師会の横倉義武会長は8月22日の定例会見で、8月10日に成立した社会保障・税一体改革関連法について「消費税率の引き上げにより社会保障の安定的財源が確保されたこと、消費税収を年金、医療、介護、少子化のために充当することが明確化されたことを評価する」と述べた。ただ、消費税率の引き上げに当たっては解決すべき点があるとして政府に対応を求めた。

横倉会長は消費税増収分の使途について社会保障に充てることを明確にすべきと主張した。関連法の文言を取り上げ「消費税収を成長戦略の諸課題や公共事業に配分する方向であれば極めて問題」と指摘した。消費税収の社会保障目的税化も「厳密に目的税化されれば、将来、社会保障給付が消費税収の範囲内に圧縮されていくのではないかと懸念してい

る」と述べ、消費税収以外の財源も充てるべきと提言した。

医療機関の控除対象外消費税問題の解消も課題に挙げた。税制に関する決定権を持つ検討の場の設置を要望。仕入税額控除が可能な課税制度にした上で、患者負担を増やさない制度に改善することを求めた。

国民皆保険制度を堅持していくこともあらためて強調。「原則として全ての国民が加入する仕組みを維持する」とした社会保障制度改革推進法の公的医療保険制度の文言について「原則として」という部分を挙げ、「国民皆保険は全ての国民が加入することが大前提であり、日医は政府が国民皆保険を放棄するかのような姿勢を示したことを看過できない」と指摘。保険免責制や受診時定額負担の導入、混合診療の全面解禁につながりかねないと警戒感を示した。

社会保障制度改革国民会議については「国民の生命と健康を守る専門家集団である日医を参画させ、意見を真摯に取り入れるべき」と述べ、委員として日医も参画できるようにすべきとした。

（8/23MEDIFAXより）

適時調査による返還は1年に／日医、厚労省に要望書

日本医師会は8月9日、指導・監査の見直しについて厚生労働省に要望書を提出した。8月22日の定例会見で日医の鈴木邦彦常任理事が明らかにした。施設基準の適時調査による返還の期間を「最大5年」から、個別指導による返還と同様の1年に改めることなどを盛り込んだ。

要望書では、医療課長通知で原則として年1回と明記されている適時調査について「実際には行政側の人手不足で、病院が数年に1回、診療所はほとんど実施されていない」と問題点を指摘。適時調査が実施された場合に返還は最大5年までさかのぼるため「高額になり、医療機関の経営上大きな負担となっている現状がある」とした。「行政側の運用解釈の誤りも多く、一概に医療機関のみに責任があるとも言えず、届け出時にさかのぼって返還というのは厳しいと考える」とし、返還の期間を1年と改めるよう求めた。（8/23MEDIFAXより）

「消費税問題の抜本的解決」が最重点項目／日医の税制改正要望

日本医師会は医療機関の控除対象外消費税問題の

解決に向けた対策や診療報酬に対する事業税非課税の存続などを盛り込んだ2013年度の税制改正要望をまとめた。8月22日の定例会見で報告した三上裕司常任理事は、医療機関の消費税問題について「政府が、解決すべき課題として明確に認識した点は一定程度評価している。ただ、非課税制度の枠内にとどまる可能性もある。最重点項目として抜本的解決を求めていく」と強調した。

●ゼロ税率・軽減税率を提言

消費税対策では、引き続き仕入税額控除が可能な課税制度に改め、患者負担を増やさない制度に改善することを求めた。具体的にはゼロ税率や軽減税率の適用を提言した。要望した課税制度に改めるまでの緊急措置として、設備投資に関する仕入税額控除の特例措置創設も盛り込んだ。事業税の特例措置についても引き続き要望に盛り込んだ。診療報酬の事業税非課税の存続を求めたほか、医療法人の事業税の軽減税率課税を存続するよう要望した。

（8/23MEDIFAXより）

日医会員の喫煙率が低下／今村副会長「啓発活動が効果」

日本医師会員の喫煙率が低下していることが、日医が実施した会員喫煙意識調査で分かった。喫煙率は男性が12.5%、女性が2.9%で、2000年の第1回調査に比べると男性が14.6ポイント、女性が3.9ポイント低下した。8月29日の会見で報告した今村聡副会長は「啓発活動の一定の効果が出ている。継続していきたい」と述べた。（8/30MEDIFAXより）

調査・データ編

社会保障の負担増を容認49.7%／厚労省・国民意識調査

厚生労働省が8月28日に発表した「社会保障に関する国民意識調査」によると、社会保障の負担増を容認する意見が49.7%に上り、負担減を求める声を上回ったことが分かった。

調査で今後の社会保障の給付と負担のバランスを尋ねたところ、「給付水準を保つためにある程度の負担増はやむを得ない」という意見が46.5%で最も多く、「給付水準を引き上げるために大幅な負担増もや

むを得ない」の3.2%と合わせると、負担増を容認する人が全体の49.7%に上った。「給付水準を大幅に引き下げ、負担を減らすことを優先すべき」は14.4%、「給付水準をある程度下げても、従来どおりの負担とすべき」は21.8%だった。

この調査は「社会保障を考える」をテーマに掲げた「2012年版厚生労働白書」に利用するために実施した。調査は2月28日～3月1日にインターネット上で行い、3144人から回答を得た。国際社会調査プログラムの調査結果を用いて、国際比較や国内経年比較も行った。

●「高所得者はより良い医療」肯定派が49.6%に増加

医療に関する設問では、医療サービスを受ける平等性について尋ねた。「高所得者は低所得者よりも高額な医療費を払って、より良い医療サービスを受けられる」という考えについて「正しい」と回答した人が15.6%、「どちらかといえば、正しい」が34.0%となり、肯定的な意見は49.6%に上った。

1999年に同様の質問をした際には、肯定的な意見は17.7%にとどまっていた。2009年時点の調査では、肯定的な意見は31.1%だったため、所得に応じてより良い医療が受けられるという考えに賛成する人は増加傾向にある。

この質問に対する先進諸国の結果と国際比較してみると、肯定派の割合は英国では42.6%だったほか、アメリカが31.4%、オーストラリアが28.9%となり、日本が最も高い数値を示した。最も低かったのはフランスで2.9%だった。（8/29MEDIFAXより）

将来の不安「医療や介護」45.0%／厚労省が意識調査

厚生労働省が8月30日に公表した「2010年社会保障を支える世代に関する意識等調査」によると、将来、自分自身や親に医療や介護が必要になり、その負担が増大することを不安に思っている人が45.0%いることが分かった。また、女性の方が男性よりも不安に思う割合が高かった。

厚労省は国民生活基礎調査の後続調査として、毎年社会保障をテーマにした意識調査を行っている。10年の調査は、社会保障を支える世代に焦点を当てた。無作為に抽出した20～65歳が対象。10年7月に調査を実施し、7413人から有効回答を得た。

将来への不安を複数回答で聞いたところ「自身や親の医療や介護が必要になり、その負担が増大するのではないか」と回答した人は45.0%いた。性別で

見ると、男性は41.3%、女性は48.5%となり、女性の方が不安に思う割合は高かった。最も多かった将来への不安は「公的年金が老後生活に十分かどうか」の73.5%だった。

関心のある社会保障の分野についても複数回答で聞いたところ「老人医療や介護」は43.2%、「医療保険・医療供給体制」は37.5%の人が関心を持っていた。また、「健康の保持や増進」にも21.4%の人が興味を示した。最も多かったのは「老後の所得保障」で71.2%だった。

●理想の介護「自宅でホームヘルパー」35.1%

調査では介護についても尋ねた。理想的な親への介護の在り方を聞いたところ「自宅でホームヘルパー等を利用して世話をする」が35.1%で最も多く、「子どもが親の世話をする」の30.8%、「特別養護老人ホーム等の施設に入所させる」の24.0%—と続いた。

また現在、両親の介護をしている人に介護時の負担を複数回答で聞いたところ、男女ともに「ストレスや精神的負担が大きい」を挙げる人が最も多く、男性は35.7%、女性は38.0%という結果が出た。

（8/31MEDIFAXより）

過去最高の37.8兆円、9年連続増／2011年度医療費動向

厚生労働省が8月24日公表した2011年度の医療費動向調査の結果によると、11年度の医療費は前年度に比べて約1.1兆円増加し、過去最高の37.8兆円となった。医療費の増加は9年連続。

医療費の伸び率は3.1%（稼働日数補正後2.8%）。従来、伸び率はおおむね3%前後で推移しており、11年度も従来通りの水準となった。

延患者数に相当する受診延日数総計は0.1%減。内訳は入院0.6%減、入院外0.3%減、歯科1.2%増となった。一方、1日当たりの医療費（診療単価）は3.2%増の1万4400円で、内訳は入院が2.7%増の3万1700円、入院外が2.5%増の7700円、歯科が1.3%増の6400円。

厚労省は、患者数の減少があったにもかかわらず医療費が増えた要因について、診療単価が3%台の増加となったことを挙げている。診療単価が上がった要因については、高齢化が1.5%程度、医療の高度化が2%程度、人口がマイナス0.2%程度と分析している。

●入院は伸び率2.1%、15.2兆円

医療費37.8兆円のうち、入院の医療費は15.2兆円で全体の40.3%を占めた。同様に入院外は13.3兆円で35.1%、歯科は2.7兆円で7.0%、調剤は6.6兆円で17.4%をそれぞれ占めた。入院外と調剤を合わせると19.8兆円で52.5%となる。

伸び率は入院が2.1%、入院外が2.2%、歯科が2.6%、調剤が7.9%となった。入院外と調剤を合わせた伸び率も4.0%と高かった。

●福島の入院3.6%減

東日本大震災の被災3県の医療費伸び率は、岩手3.0%、宮城4.3%、福島0.4%となった。福島は入院がマイナス3.6%、入院外がマイナス0.2%だった。（8/27MEDIFAXより）

有床診の平均在院日数、短縮傾向で15.5日／厚労省11年度推計

厚生労働省は8月24日に公表した2011年度の「医療費の動向」調査で、厚労省調査としては初めて有床診療所（医科診療所）の推計平均在院日数などを示した。推計では、11年度の有床診の平均在院日数は15.5日で、前年度に比べて0.3日短縮（2.3%減）した。

厚労省保険局調査課は、有床診の平均在院日数など医療機関の入院医療費を解析するための新たな指標について、06年度から11年度までの推計結果を示した。有床診の平均在院日数は06年度が17.1日で短縮を続け11年度に15.5日となった。

有床診の推計新規入院件数（入院発生）は06年度に1.1%増の143.5万件となったが、07年度以降は5年連続で減少しており、11年度は2.3%減の128.6万件だった。推計1入院当たり医療費は06年度に3.8%減の26.2万円となったが、07年度以降は伸び率がプラスに転じ、11年度は伸び率0.0%の29.0万円と推計した。（8/29MEDIFAXより）

国保医療費は佐賀が最高、茨城が最低／10年度地域差分析

厚生労働省は8月24日、2010年度の医療費と市町村国保の保険料について地域差分析の結果を公表した。市町村国保の1人当たりの医療費を「地域差指数」で分析した結果、佐賀県が最も高かった。最も低かったのは茨城県だった。入院だけで見ると最高は長崎県で、最低は千葉県となった。入院外では最高が広島県で、最低は群馬県だった。

後期高齢者医療制度を地域差指数で分析した結

果、最高は福岡県、最低は岩手県だった。

厚労省は10年度の市町村国保の保険料についても地域差分析を行った。国保保険料について平均所得者の保険料水準を示す「標準化指数」を用いた初めての分析。標準化指数により保険者ごとに格差がある市町村国保の保険料について賦課方式や所得の違いによらず比較できる。標準化指数の最高は徳島県、最低は東京都となった。（8/27MEDIFAXより）

11年の医療事故報告、2799件で過去最多／医療機能評価機構

日本医療機能評価機構によると2011年の医療事故報告数は、報告義務がある医療機関と任意参加の医療機関を合わせて2799件となり、過去最多になった。報告数は前年に比べて96件増えた。同機構が8月29日、「医療事故情報収集等事業2011年年報」で公表した。同機構医療事故防止事業部の後信部長は「医療事故を報告することが次第に定着してきている。医療事故は減った方がよいが、まずは報告することが必要」とコメントした。

報告義務がある医療機関を見ると、273施設中208施設から報告があった。報告数は2483件で、前年から301件増加した。2483件の事故概要の内訳を見ると、「療養上の世話」が1046件で最も多く、「治療・処置」の509件、「ドレーン・チューブ」の269件、「薬剤」の227件が続いた。事故の程度の内訳は、「障害残存の可能性がある（残る可能性が低い）」が674件で最多だったほか、「障害なし」が670件、「障害残存の可能性なし」が657件、「障害残存の可能性がある（残る可能性が高い）」が256件、「死亡」が140件だった。

●任意医療機関の報告数は減少

任意参加の医療機関を見ると、対象施設数は609施設となり、10年から31施設増加した。ただ、医療事故の報告数は316件で、前年から205件減少。

●ヒヤリ・ハットも過去最多

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業では、参加する1051施設のうち、456施設から62万7170件の報告があった。前年に比べて報告数は6万7146件増加し、こちらも過去最多を更新した。内訳は「薬剤」が20万8016件で最も多く、「療養上の世話」の14万6188件、「ドレーン・チューブ」の10万1629件と続いた。（8/30MEDIFAXより）

認知症高齢者が305万人／厚労省が推計

厚生労働省は8月24日、2012年時点の認知症高齢者数は305万人とする推計を発表した。過去に示した将来推計を上回る数字で、閣議後の会見で小宮山洋子厚生労働相は「新たな推計を基に、13年度予算概算要求に合わせて、『今後の認知症施策の方向性について』（厚労省内のプロジェクトチーム報告書）に盛り込まれた施策の具体的な計画を策定していく」と述べた。

推計では、10年の要介護認定データを基に「日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少みられるが、誰かが注意すれば自立できる状態」である日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者数を算出した。

10年の認知症高齢者数は280万人だったが、03年に出した推計では10年の認知症高齢者数を208万人と予測しており、実際の数字が推計を大きく上回る形で推移している。

厚労省は今後の認知症高齢者数も算出した。15年が345万人（65歳以上人口に対する比率10.2%）、20年が410万人（同11.3%）、25年が470万人（同12.8%）になると予測しており、今後も数、割合ともに増加を見込んでいる。03年に行った将来推計では、15年が250万人、20年が289万人、25年が323万人と推計していた。（8/27MEDIFAXより）

「従業員が不足」全事業所の53.1%／11年度介護労働実態調査

介護サービスの従業員が不足している事業所は全体の53.1%を占め、最も足りないのは訪問介護員一。こうした実態が介護労働安定センターの「2011年度介護労働実態調査」で分かった。調査は、介護保険サービスを実施する全国の事業所から1万7151事業所を無作為に抽出して11年11月に実施。7070事業所から回答を得た。

従業員が不足していると回答した事業所は全体の53.1%で、前年度に比べて2.8ポイント増加した。「大いに不足」が3.3%、「不足」が17.1%、「やや不足」が32.7%だった。「従業員数が適当」と回答した事業所は全体の46.1%で、2.7ポイント減少した。

不足している職種の割合を見ると、「訪問介護員」が70.3%で最も多く、「介護職員」44.9%、「看護職員」39.7%と続いた。

介護サービスを運営する上での問題点を複数回答で聞いたところ、「良質な人材の確保が難しい」が

50.4%で最も多く、「今の介護報酬では人材確保・定着のために十分な賃金を支払えない」が49.8%、「指定介護サービス提供に関する書類作成が煩雑で、時間に追われてしまう」が32.6%となった。

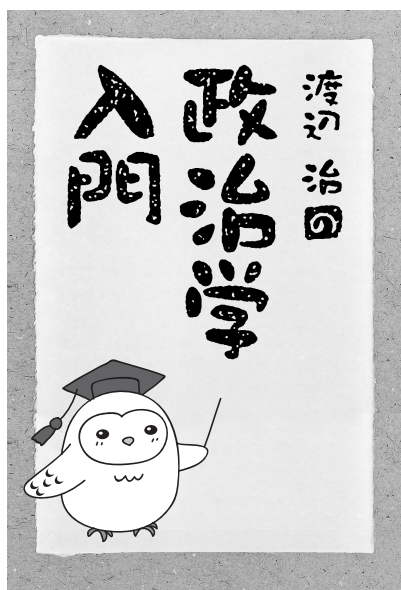
●離職率は改善

10年10月から11年9月までの介護従事者の離職率は16.1%で前年度から1.7ポイント減少した。採用率は21.0%で、こちらも4.8ポイント減少した。

●処遇交付金「申請した」73.4%

介護職員処遇改善交付金については「申請し、受け取った」が73.4%、「申請していない」が16.2%だった。交付金を受け取った事業所にその後の対応を複数回答で聞いたところ、「一時金の支給」が67.0%で最も多く、次いで「諸手当の導入・引き上げ」が40.2%、「基本給の引き上げ」が22.2%、「教育研修の充実」が16.1%だった。（8/21MEDIFAX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

22

(最終回)

私たちはどこまで来たのか、
どこへ向かっているのか

——政治における運動の果たす力と責任

2010年7月号から始めたこの連載は、今回で最終回です。この連載で伝えたかったことはたくさんありますが、一番言いたかったことは、政治は、決して民衆側が一方的に押しまわれ、あるいは支配層の陰謀によって動くのではなく、支配層の思惑と国民諸階級の意味を代表する運動との攻防の結果であり、時に支配層の思惑を阻みつつ動いているということです。

この連載を始めてからの2年間は民主党政権の時代でしたが、この民主党政権の成立と変節の過程そのものが、支配層と運動側の対峙の産物でした。みなさんは、組合や「九条の会」など、何らかの運動にかかわっておられるでしょうが、時に自分のやっている運動に、一体どんな意味があるのかと疑問に思ったり、徒労感を抱いたりすることも少なくないのではないかと推測します。しかし、実際には私たちの運動は、政治に少なからぬ影響を与えていますし、それだけに、運動の責任も重いということを、あらためて強調しておきたいと思います。

そこで最終回に、民主党政権の成立と変質の過程がいかなる攻防の結果であるかをふり返り、私たちがいま、どんな状況に立ち向かっているかを展望しましょう。



民主党政権の成立は、1990年代初頭から始まった日本の新自由主義の歴史の中で、第2期の頂点に立つ出来事だったと言えます。

90年代初頭、冷戦の終焉を画期として、既存の自民党政治を右から変えて、自衛隊の海外派兵を求める軍事大国化と多国籍企業の競争力強化をめざす新自由主義改革

の時代が始まりました。この新自由主義の時代の第1期は、支配層が、しゃにむに軍事大国化と新自由主義を強行することをめざした時代でした。その第1期は、新自由主義の急進的実行と自衛隊のイラク派兵を強行した小泉政権で頂点を迎えます。

しかしその直後から、新自由主義の第2期が始まります。新自由主義の矛盾の爆発、貧困と格差に反対する運動、改憲をくい止めねばという運動により、新自由主義と軍事大国化の進行が、停滞と手直しを余儀なくされたからです。

第2期をもたらしした運動には、いくつかの特徴があることに私は注目しています。第1は、自衛隊の海外派兵と改憲に反対する平和運動が、反新自由主義の運動に先行したことです。「九条の会」の全国的な広がりがこの典型です。「九条の会」は今までの平和運動と異なり、良心的保守の人々をも含む広い結集を追求したこと、全国で7500に及ぶ組織が地域に根ざした運動を展開したことなど、新しい特徴をもった運動を展開しました。このことが2つの影響を与えました。1つは、改憲世論を変え、自公政権の改憲政策に待ったをかけたこと。もう1つは、それまで選挙のたびに自民党に接近していた民主党の憲法政策、安保・防衛政策を逆転させたことです。

平和運動に続いて、反新自由主義の運動も台頭しましたが、ここに第2の特徴があります。反新自由主義の労働運動や社会運動内で、3つの連携が追求されたことです。それは、①反貧困の社会運動と労働運動との連携、②ナショナルセンターを越えた労働組合の連携、そして、③後期高齢者医療制度反対での民主党と共産党、社民党の

連携です。これら反新自由主義運動の昂揚は、自民党政権の新自由主義政策にブレーキをかけ、またここでも民主党の政策の変更をうながしました。こうして、運動が民主党を変え、その変わった民主党に国民が期待して、政権交代が起こったのです。鳩山政権が新自由主義第2期の頂点だというのは、こういう文脈からです。

新自由主義、日米軍事同盟の危機を感じたアメリカ・財界の巻き返しで、新自由主義第3期が始まりました。菅政権が転換点でした。3.11が新自由主義と大企業本位の政治の害悪を示していたにもかかわらず、菅政権は逆にそれを機に新自由主義回帰を加速しました。そして、野田政権で第3期、新自由主義の再稼働期が確立したといえます。

第1期から第2期への移行が運動の力で起こったとすれば、民主党政権の新自由主義回帰・変節は、どうして起こったのでしょうか。

私は、この変節には3つの原因があると考えています。1つはいうまでもなく、民主党政権に加えられた支配層の強大な圧力です。第2は、その圧力を跳ね返し、民主党政権の変節に左から圧力をかけてそれを許さない運動の力不足です。とくに、共産党などの議席が、ほかでもなく、新自由主義改革の遂行をもくろんで実行された「政治改革」の結果、あまりにも小さく押し込まれ、有効な規制力とならなかったことです。第3は、民主党政権が新自由主義の弊害には何とか手当をしようとしながら、それらを実現するためには不可欠の、福祉国家型対抗構想をもちえなかったことです。普天間基地の

国外移転のためには日米同盟の見直しが不可欠であるにもかかわらず、そこには手をふれませんでした。鳩山マニフェストは、ただのひと言も「大企業」規制・負担にふれずじまいでした。新自由主義に終止符をうつには、新自由主義に対抗する福祉国家型の構想をもった政治勢力を基礎にした政権を樹立することが不可欠です。

さて、私たちがいま立ち向かおうとしている新自由主義第3期は、第1期とは異なる特徴ももっています。第1に、第3期は新自由主義の矛盾・弊害を国民が体験し、その是正の政治を体験したあとの新自由主義再稼働であるだけに、新たな手口やイデオロギーをもっていることです。第1期と違い、社会保障をただひたすら切り捨てることは難しくなり、一定の財政出動もせざるをえないだけに、その財源として消費税引き上げが重視されるのはその例です。民主党にも自民党にも愛想をつかせた国民に向け、橋下「維新の会」が登場しているのも、新たな手口のひとつです。第2に、それを遂行する政治体制は、第1期よりはるかに安定性を欠かざるをえないことです。第1期の新自由主義遂行体制が保守二大政党制であったのに対し、第3期は、大連立体制であ



ることがその例です。第3に、第3期には、かつて企業主義国家時代に、保守の強い支持基盤であった地域保守層も、反新自由主義、福祉国家型地域と社会をめざす連合の担い手となりうるし、現になっている点です。先に述べた「九条の会」、反TPPへの農協や医師会などの参加、福島などでの原発損害賠償請求や原発ゼロ運動への地域保守層の参加はその例です。

新自由主義第3期は始まったばかりです。この第3期が長引けば、それだけ国民各層の困難と苦痛は耐えがたくなります。運動の責務は、新自由主義政治に代わる新たな福祉国家の構想をかかげ、反新自由主義の国民連合を結成して、できる限り短期に第3期を終わらせ、新自由主義サイクルに終止符をうつことです。

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』9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。

10月のレセプト受取・締切

基金 国保	8日(月)祝	9日(火)	10日(水)	労 災	10日(水)
	閉所	○	◎		◎

※○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

地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地 区	時 間	場 所
10月4日(木)	伏見医師会との懇談会	午後2時～	伏見医師会館
10月25日(木)	上京東部・京都北・西陣医師会 との懇談会	午後2時～	京都府保険医協会・会議室 ルームA～C
11月14日(水)	下京東部医師会との懇談会	午後2時～	ホテル日航プリンセス京都
11月26日(月)	中京西部医師会との懇談会	午後2時30分～	中京西部医師会事務所
12月10日(月)	乙訓医師会との懇談会	午後2時～	乙訓医師会会議室
12月15日(土)	与謝・北丹医師会との懇談会	午後3時15分～（懇談） 午後5時～（懇親）	プラザホテル・吉翠苑

10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 10月11日(木) 午後2時～ 担当＝坂本建築士

雇 用 管 理 10月18日(木) 午後2時～ 担当＝本宮社会保険労務士

ファイナンシャルプランナー 10月18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）

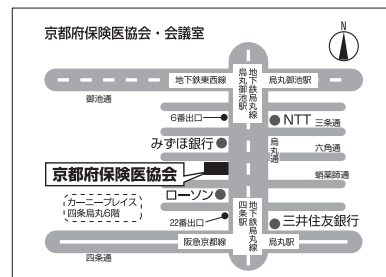
法 律 10月18日(木) 午後2時～ 担当＝筋弁護士

税 理 士 10月24日(水) 午後2時～ 担当＝鴨井税理士

新規開業医向け

「保険講習会 A」のご案内

日 時 10月17日(水) 午後2時～4時
 場 所 京都府保険医協会 ルームA
 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。

加入申込
受付中

保険医年金

この機会に
ぜひご加入下さい！

加入申込期間 10月25日(木)まで 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、10月上旬メディバックにて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。

予告**第4回 医療事務担当者向け講習会開催のお知らせ**

保険医協会では、今年も「医療事務担当者向け講習会」を企画しました。
 今年のテーマは「届出医療管理」。入院基本料における勤務表管理、新たに入院料算定の必須要件とされた栄養管理体制、指摘の多いリハビリなど、届出医療の管理のポイントをコンパクトにまとめて解説します。
 講習会に参加して「多額の自主返還金を未然に防ぐ!」。それが、今回講習会の目標です。
 グリーンペーパー10月号で受け付け開始! たくさんのご参加をお待ちしています!!

第4回 医療事務担当者向け講習会開催要領（予定）日 時 **11月22日(木)** 午後2時～4時30分場 所 **登録会館「大ホール」**(中京区烏丸通御池上ル二条殿町546-2 地下鉄烏丸御池駅より徒歩1分)内 容 **第1部 日常医事業務研究会****第2部 「失敗しない『届出医療管理』—入院、食事、リハビリも!! (仮題)」**

*届出医療管理、適時調査対策のポイントをコンパクトに解説!!

定 員 **100人** (事前申込制、先着順、定員に達し次第締切)参加費 **1人1,000円** (資料代、会場代分担として)

申込方法 「参加申し込み用紙」(グリーンペーパー10月号に掲載)にてお申し込み下さい。

演題発表募集中!!

医療事務担当者向け講習会の第1部「日常医事業務研究会」では、一般参加者からの演題発表を募集しています。
 医事課日常業務における現状や改善取り組みなどについて、学会形式で発表・紹介してみませんか? 発表者は当講習会の参加費不要です!! ご自身のスキルアップにもきっとつながるはず。ふるってご応募下さい。

詳しいお問い合わせは、保険医協会までどうぞ。(担当:花山 ☎075-212-8877)

「在宅医療点数」の保険請求説明会

テキスト 『在宅医療点数の手引』2012年度改定版(3,000円) ※10月上旬発行予定(希望者への有料販売)

参 加 費 会員医療機関無料/非会員医療機関5,500円

【初級編】**【中級編】**日 時 **10月18日(木)** 午後2時～4時30分日 時 **10月24日(水)** 午後2時～4時30分場 所 **京都府保険医協会 ルームA～C**場 所 **京都府保険医協会 ルームA～C****「在宅医療点数」+「届出医療管理(圧縮版)」説明会**

テキスト ①『届出医療の活用と留意点』2012年度～2013年度版(5,000円) ※8月20日発行(希望者への有料販売)

②『在宅医療点数の手引』2012年度改定版(3,000円) ※10月上旬発行予定(希望者への有料販売)

参 加 費 会員医療機関:無料/非会員医療機関:5,500円

(1) 舞鶴市会場**(2) 福知山市会場**日 時 **10月27日(土)**日 時 **10月28日(日)**

在宅:午後2時30分～4時30分

在宅:午前9時30分～11時30分

届出:午後4時45分～6時

届出:午前11時45分～午後1時

場 所 **舞鶴西総合会館 林業センター**場 所 **福知山中央保健福祉センター**

(舞鶴市字南田辺1番地)

(福知山市字天田(北本町二区))

☎0773-75-2250

35-1 ☎0773-23-2788

※若千数の駐車スペースがあります
(隣接する市営駐車場もあります)。※当日は別の催物もあり、駐車スペースは
ほとんどありません。できる限り公共交通機関をご利用下さい。共 催 **一般社団法人舞鶴医師会****予告****在宅医療点数の手引**

(2012年度改定版)

10月上旬発行予定
会員価格 3,000円(送料込)

点数表が複雑な在宅医療点数について基礎から応用まで、点数表はもちろん、Q&Aや100例近いレセプト請求事例をもとに、丁寧に解説。これがあれば、在宅医療点数も怖くありません。



(写真は2010年度改定版)

文化ハイキング

秋の湖南三山を巡る

今回の文化ハイキングは、滋賀県湖南市の湖南三山を訪ねて秋の一日を、のんびりと過ごします。（全行程バス）

午前中は「長寿寺」、「常楽寺」をめぐり、料亭「うを滋」で昼食。午後は、「善水寺」を訪ねます。

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



写真は善水寺

日 時 **10月28日(日)** 午前9時30分～午後5時頃(雨天決行)

参加費 5,000円（拝観料、昼食代含む）

集 合 午前9時30分 JR二条駅西口前

※お申し込み・お問い合わせは文化担当まで。（先着定員20人、要申込）

Tel 075-212-8877 Fax 075-212-0707

共 催 京都府保険医協会 （有）アミス

奥様向けセミナー

ここだけは押さえない！

参加
要申込

院長夫人の役割

院長先生が診療に専念するために、医院経営をバックアップしている奥様の役割には大きなものがあります。

経営補助者として、また、スタッフの雇用管理者として日々悩みの種はつきないと思います。

今回、そのような奥様を対象に院長夫人に求められる役割について絶対にはずしてはいけないポイントについて解説します。多数のご参加をお待ちしています。

日 時 **10月11日(木)** 午後2時～ 場 所 京都府保険医協会 ルームA～C

講 師 田村 弘道氏（株式会社 日本経営医療事業部 部長）

市民公開講演会

「韓国 の 原 発 問 題」

日 時 **9月29日(土)** 午後2時30分～

場 所 キャンパスプラザ京都 2Fホール

講 師 金 益重(キムイク チュン)氏

参加費 無料（要申込）

主 催 保団連近畿ブロック 非核平和部

税務調査講演会

「新国税通則法実施で
税務調査はどう変わる？」

— 強化される徴税攻勢にいかに対応するか —

日 時 **11月11日(日)** 午後1時30分～

場 所 京都府保険医協会 ルームA～C

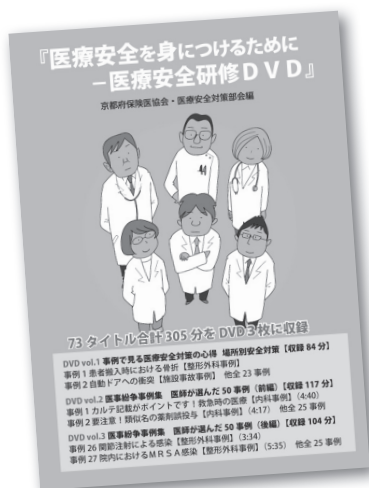
講 師 岡田 俊明氏

（税理士・元全国税労組中央執行委員長）

主 催 保団連近畿ブロック 経税部

医療安全対策の心得と医事紛争事例集がDVDになりました!

『医療安全を身につけるために —医療安全研修DVD』



京都府保険医協会は、今から半世紀にも遡る1959（昭和34）年度から医療安全対策に取り組んできた全国的にも珍しい、長い歴史と経験を有しています。

「医療安全を身につけるために—医療安全研修DVD」は、既に好評いただいている京都府保険医協会発行の冊子「事例で見る医療安全対策の心得」と「医事紛争事例集—医師が選んだ50事例」に掲載されている事例をDVDにまとめたものです。

日常診療にお忙しい医療従事者の方々に、医療法で定められている「医療安全研修」により手軽に役立てていただけるものと思います。ぜひとも有効活用して、日常診療における「安全」と「安心」を一層高めていただければ幸いです。

1セット（3枚組全305分） 定価 **10,000円**

京都協会会員特別価格 **5,000円**（税込・郵送料別）

他府県協会会員価格 **7,000円**（税込・郵送料別）

本DVDの特徴

- ① 「事例で見る医療安全対策の心得」と「医事紛争事例集—医師が選んだ50事例」に掲載されている全73事例をすべて網羅
- ② 会員からの相談によって京都府保険医協会が実際に対応してきたリアリティーある紛争事例
- ③ このDVDを使用すれば、医療法で定められている医療安全研修をより効率的に実施可能
- ④ 講師を呼ぶ余裕がなくてもこのDVDさえあれば従業員研修が可能
- ⑤ 本屋さんでは手に入らないオリジナル

【お申込み・お問い合わせ】 京都府保険医協会

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

TEL 075-212-8877 FAX 075-212-0707 e-mail info@hokeni.jp

※ご希望の方は以下にご記入の上、このまま京都府保険医協会までFAXして下さい。

氏名	
住所：〒	
TEL：	FAX：
『医療安全を身につけるために—医療安全研修DVD』（ ）セット 申込みます	

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)してください

【医学書・新刊 2012年9月】

- | | | | |
|--|---------|---|---------|
| ☐ 解剖学アトラス （原著第10版）
平田幸男・訳●A4変型判 708頁●文光堂 | 10,500円 | ☐ イラストで見る 食道・大腸EMRと胃ESD
安全な内視鏡治療のコツ
上西紀夫・監●A4判 200頁●メジカルビュー社 | 9,975円 |
| ☐ 息切れの診かた 症例で読み解く呼吸困難の診療
原田博雅・他編●B5判 200頁●文光堂 | 6,300円 | ☐ 消化器内視鏡のコツとアドバイス
竜田正晴・他編●B5判 368頁●南江堂 | 6,825円 |
| ☐ 小児ICUマニュアル （改訂第6版）
志馬伸朗・編著●B6判 394頁●永井書店 | 6,510円 | ☐ 肝炎ウイルスーB型・C型
＜インフォームド・コンセントのための図説シリーズ＞
熊田博光・編●A4変型判 140頁●医業ジャーナル社 | 5,040円 |
| ☐ 乳がん薬物療法 （改訂版）
＜インフォームド・コンセントのための図説シリーズ＞
戸井雅和・編●A4変型判 164頁●医業ジャーナル社 | 5,040円 | ☐ 最新ガイドライン準拠 小児科診断・治療指針
遠藤文夫・編●B5判 1,152頁●中山書店 | 26,775円 |
| ☐ 経口免疫療法Q&A
谷内昇一郎・編著●A5判 156頁●中山書店 | 4,200円 | ☐ 小児生活習慣病ハンドブック
清水俊明・編●B5判 128頁●中外医学社 | 3,990円 |
| ☐ 小児・思春期糖尿病の対応マニュアル
＜ヴィジュアル 糖尿病臨床のすべて＞
池上博司・編●B5判 256頁●中山書店 | 7,140円 | ☐ すぐに使える 小児輸液実践ハンドブック
金子一成・編著●B5判 214頁●中外医学社 | 5,880円 |
| ☐ リウマチ専門医試験 例題と解説 （改訂第5版）
日本リウマチ学会・編●B5変型判 432頁●メジカルビュー社 | 7,350円 | ☐ 頭蓋窩1：前頭蓋窩・眼窩・中頭蓋窩
＜ビジュアル脳神経外科 Anatomy & Surgical Approach 5＞
富永徳二・編●A4判 256頁●メジカルビュー社 | 12,600円 |
| ☐ よくわかる 嚥下障害 （改訂第3版）
藤島一郎・著●B5判 342頁●永井書店 | 7,560円 | ☐ 冠動脈外科の要点と盲点（第2版）
＜心臓外科 Knack & Pitfalls＞
坂田隆道・編●B5判 350頁●文光堂 | 18,900円 |
| ☐ はじめての人工呼吸管理 基本がわかると先が見える
岡元和文・編著●B5判 212頁●中外医学社 | 6,720円 | ☐ 創傷のすべて キズをもつすべての人のために
市岡 浩・監●B5判 404頁●克誠堂出版 | 12,600円 |
| ☐ カテーテルアブレーション実践テクニック
＜心血管インターベンションエキスパート4＞
山根禎一・他編●B5変型判 288頁●メジカルビュー社 | 6,825円 | ☐ 変形性関節症の診かたと治療（第2版）
井上 一・監●B5判 288頁●医学書院 | 8,400円 |
| ☐ 処方変更で迷わない！
循環器治療薬の使い分けと代替薬の選び方
澤田康文・編●B6判 414頁●羊土社 | 5,670円 | ☐ 図説よくわかる臨床不妊症学
生殖補助医療編（2版）
柴原浩章・編著●A5判 340頁●中外医学社 | 5,460円 |
| ☐ 循環器内科医のための災害時医療ハンドブック
日本心臓病学会・編●A5判 224頁●日本医事新報社 | 3,990円 | ☐ ぶどう膜炎を斬る！
＜専門医のための眼科診療クリティカル＞ 13＞
園田康平・編●B5判 336頁●中山書店 | 15,225円 |
| ☐ 脳梗塞の予防と再発防止（改訂3版）
＜インフォームド・コンセントのための図説シリーズ＞
山口武典・編●A4変型判 84頁●医業ジャーナル社 | 5,040円 | ☐ For Professional
麻酔・疼痛管理・集中治療領域におけるa2受容体作動薬
西川俊昭・編●B5判 372頁●克誠堂出版 | 9,660円 |
| ☐ 臨床高血圧ワークブック 第1巻
血圧の評価と高血圧の診断
土橋卓也・他編●B5判 160頁●医業ジャーナル社 | 3,570円 | ☐ DVD-ROM ステッドマンEX(Extreme Pack)
ステッドマン医学大辞典改訂第6版・ステッドマン医学略語辞典・医学英語活用辞典
高久史磨・総監修●A5判 80頁●メジカルビュー社 | 37,800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(レ)してください

☐ 医学のあゆみ＜週刊＞Vol.242 No.13 ●医歯薬出版 多発性骨髄腫 現状と進歩 (9月第五土曜特集号)	5,880円	☐ 呼吸と循環＜月刊＞10月号 Vol.60 No.10 ●医学書院 COPDの最新的话题	2,835円
☐ 診断と治療＜月刊＞9月号 Vol.100 No.9 ●診断と治療社 心不全	2,520円	☐ 消化器内視鏡＜月刊＞9月増大号 Vol.24 No.9 ●東京医学社 内視鏡 もう一工夫	5,250円
☐ 日本臨牀＜月刊＞9月増刊号 Vol.70 No.1028 ●日本臨牀社 乳癌(第2版) 基礎と臨床の最新研究動向	18,900円	☐ 胃と腸＜月刊＞9月号 Vol.47 No.10 ●医学書院 難治性Crohn病の特徴と治療戦略	3,150円
☐ medicina＜月刊＞9月号 Vol.49 No.9 ●医学書院 内科診断の本道 病歴と身体診察情報からどこまでわかるか	2,625円	☐ 小児科＜月刊＞9月号 Vol.53 No.10 ●金原出版 知っておきたい代謝異常症の知識	2,730円
☐ 治療＜月刊＞9月号 Vol.94 No.9 ●南山堂 肝疾患 up to date プライマリ・ケアで押さえておきたい最新トピックス	2,625円	☐ 小児科診療＜月刊＞9月号 Vol.75 No.9 ●診断と治療社 新生児医療 up to date	2,625円
☐ 実験医学＜月刊＞増刊号 Vol.30 No.15 ●羊土社 がん代謝 何故がん細胞が好んで解糖系を使うのか？ メタボローム解析が明かすがん細胞の本質から代謝研究がもたらす創薬・診断まで	5,670円	☐ 小児内科＜月刊＞9月号 Vol.44 No.9 ●東京医学社 クローズアップ 神経・筋	2,730円
☐ CLINICAL CAUCIUM＜月刊＞9月号 Vol.22 No.9 ●医薬ジャーナル社 糖尿病と骨粗鬆症 最近の進歩	2,625円	☐ 皮膚科の臨床＜月刊＞9月号 Vol.54 No.9 ●金原出版 抗酸菌感染症	2,835円
☐ 臨床画像＜月刊＞10月号 Vol.28 No.10 ●メジカルビュー社 肺癌治療からみた画像診断	2,520円	☐ 臨床外科＜月刊＞10月号 Vol.67 No.10 ●医学書院 炎症性腸疾患のすべて 新しい治療戦略	2,730円
☐ 臨床放射線＜月刊＞9月号 Vol.57 No.9 ●金原出版 遠隔画像診断update	2,520円	☐ 手術＜月刊＞9月増大号 Vol.66 No.10 ●金原出版 達人こだわりの手術テクニック	4,620円
☐ 救急医学＜月刊＞9月臨時増刊号 Vol.36 No.10 ●へるす出版 「指標」「基準」の使い方とエビデンス	8,400円	☐ 整形・災害外科＜月刊＞9月号 Vol.55 No.10 ●金原出版 関節リウマチに対する新しい治療戦略 新分類基準・ガイドラインに基づいて	2,520円
☐ 救急医学＜月刊＞9月号 Vol.36 No.9 ●へるす出版 スポーツ医学と救急医学 救急救護体制と初期対応	2,520円	☐ 関節外科＜月刊＞10月号 Vol.31 No.10 ●メジカルビュー社 知っておきたい骨折の治療手技	2,520円
☐ レジデントノート＜月刊＞10月号 Vol.14 No.10 ●羊土社 薬の処方の新常識 研修医が知っておくべき基本から 新しい使い方・考え方、新薬の知識まで	2,100円	☐ 周産期医学＜月刊＞9月号 Vol.42 No.9 ●東京医学社 周産期と腎	2,835円
☐ 臨床雑誌内科＜月刊＞10月号 Vol.110 No.4 ●南江堂 症候から学ぶ感染症診療と抗菌薬治療	2,625円	☐ 眼科＜月刊＞9月号 Vol.54 No.9 ●金原出版 眼科医に必要なCTとMRIの知識	2,835円
☐ Medcial Practice＜月刊＞Vol.29 No.9 ●文光堂 実地臨床栄養 日常診療に不可欠な情報とその活用	2,625円	☐ M.B.ENTONI＜月刊＞9月増刊号 No.144 ●全日本病院出版会 補聴器に関するQ&A—診療所における対応—	5,670円
☐ 糖尿病診療マスター＜隔月刊＞9月号 Vol.10 No.6 ●医学書院 高血圧 in 糖尿病 その対策！！	2,730円	☐ 泌尿器外科＜月刊＞9月号 Vol.25 No.9 ●医学図書出版 性感染症 診断・治療 ガイドライン2011を読んで	3,045円
☐ 腎と透析＜月刊＞9月号 Vol.73 No.3 ●東京医学社 高尿酸血症・低尿酸血症Q&A	2,730円	☐ 麻酔＜月刊＞9月号 Vol.61 No.9 ●克誠堂出版 緊急手術の適応基準のup to date	2,730円

お名前	医療機関名
送付先 〒	
TEL :	
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	