

今月の主な動き

臨時国会は10月19日に召集され、解散時期を睨みながら特例公債法案や選挙制度改革法案が課題とされた。11月14日に行われた党首討論で野田首相は、衆院小選挙区の「1票の格差」是正と定数削減を自民党が確約すれば、16日に衆院を解散する考えを表明。自民党がその後の協議で野田首相の提案に協力することを決め、16日衆院解散が固まった。総選挙日程は12月4日公示、16日投開票と決定。これを受けて民主党に見切りをつけて離党する衆院議員が続出し、衆院の単独過半数割れが現実となった。社会保障制度改革国民会議については、委員や議題を検討する3党の実務者協議が15日に開催された、月内立ち上げで合意。

情勢トピックス

医療・社会保障編

財務省

70－74歳の患者負担など「効率化」の議論本格化／財務省

財務省は10月15日の「財政について聴く会」（財政制度等審議会財政制度分科会の後継組織、会長＝吉川洋・東京大大学院教授）で、社会保障・税一体改

行 事	開始時間	場 所
1日(土) シリーズ・ほんとに日本は大丈夫？ 「マイナンバー導入で、ほんとに日本は大丈夫？」	午後2時	ルームA・B・C
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
8日(土) コミュニケーション委員会	午後2時30分	ルームA・B・C
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
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	アミス
15日(土) 与謝・北丹医師会との懇談会	午後3時15分	プラザホテル吉翠苑
18日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
19日(水) 金融経済委員会	午後2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	
保険講習会A	午後2時	ルームA
雇用管理無料相談日	午後2時	アミス
22日(土) シンポジウム『「人体の不思議展」は何だったか」 ～私たちが明らかにしたこと～	午後2時	ルームA・B・C
26日(水) 税理士との無料相談日	午後2時	アミス
27日(木) 医事担当者連絡会議	午後2時	ルームA

12月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
1月12日(土) 左京医師会との懇談会	午後2時30分	京都ホテルオークラ
1月31日(木) 第184回定時代議員会	午後2時15分	メルパルク京都5階

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。

※法律相談室は必要な時に随時開催いたします。お申込は協会・総務部まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲33～36ページ

情勢トピックス

医療・社会保障トピックス

政策解説資料
協会だより

革に盛り込まれた社会保障の「効率化策」を確実に実施する必要性を訴えた。大きな論点として、70－74歳の患者負担見直しや、被用者保険の高齢者支援金に対する総報酬割の拡大などを提示。年末の予算編成に向け、社会保障費の扱いをめぐる議論が本格化した形だ。

●後発品促進や国保組合補助見直しも

一体改革では、2015年度に必要な公費の所要額を計算している。充実化として約3.8兆円を投じる一方、効率化策で約1.2兆円を捻出するという試算で、差し引き約2.7兆円だ。“効率化があった上での充実化”という観点から、財務省は「70－74歳の患者負担を2割に引き上げ」「総報酬割の拡大」のほか、「後発医薬品の促進と医薬品の患者負担見直し」「国保組合に対する国庫補助の見直し」の4点を、「一体改革大綱に盛り込まれた主な効率化策」として提示した。高齢者支援金の総報酬割は13年度予算編成に関係するほか、70－74歳の自己負担割合は12年度第一次補正予算案の策定に関係しており、早急な意思決定が必要となる。

●70－74歳「2割」が意見の大半

会合では70－74歳の患者負担を「ほぼ全員が2割にすべきという考えだった」（田近栄治会長代理＝一橋国際・公共政策大学院教授）という。ただ、欠席した委員が提出した意見書では、見直しについて「慎重な議論が必要」とするものもあったようだ。

後発品の使用促進では財務省が、後発品のある先発品が全て後発品に置き換わった場合の医療費への影響額を示した。医療費総額で1兆5300億円、国費ベースで4000億円の削減が可能というもので、後発品の促進に強い意欲を示した恰好だ。

●軽度者介護の給付見直しも

財務省は介護保険についても問題意識を示した。医療保険が順次自己負担割合を上げていることにに対し、介護保険の自己負担割合は1割で推移している点について、負担割合の見直しを提案。軽度者介護の給付見直しなども指摘した。

会合では「重点化・効率化を前提に充実分の財源が確保されている。充実だけが先行することがないようにすべき」など、一体改革で示された効率化を着実に進展する必要性を示す意見が多く出た。総報酬割については、対象とする支援金の割合を拡大する財務省案に対し、健保組合の負担割合が増える観点から反対論も出たようだ。同会は11月末をめどに報告書をまとめる。（10/16MEDIFAXより）

生活保護見直しで「後発品原則」「一部負担」／財務省が論点

財務省は10月22日の「財政について聴く会」に、生活保護制度の見直しに向けた論点として、後発医薬品使用の原則化と、翌月償還を含む一部自己負担の導入を示した。後発品の原則化については一部の委員が「生活保護受給者に決め打ちして原則化はおかしい」という疑義を唱えた。

生活保護受給者への後発品使用原則化は、行政刷新会議が2011年11月に実施した「提言型政策仕分け」の取りまとめにも盛り込まれており、民主党内でも同様の主張がある。会合では財務省の提案に対し「生活保護の人に決め打ちするのはおかしい。医療制度改革全体の中で適応すべき」という意見が出た。ただ、「考え方全体として、方向性は同じだった」（田近栄治会長代理＝一橋国際・公共政策大学院教授）という。

一部自己負担の導入については、提言型政策仕分けのまとめでは、翌月償還を前提としたものだった。会合で示した財務省の提案では、翌月償還を「含む」となっている。翌月に患者に償還されず実質的な自己負担の可能性もあるかのように読める書きぶりだが、この点について田近会長代理は会合後、「生活保護における医療扶助は現物支給。翌月に精算されて戻ってくる。ただ、当月に一部は負担してもらうことで価格意識を持ってもらうということ。含むではなく、翌月に精算されるという理解」と説明し、翌月に償還されないケースはないとの認識を示した。

財務省主計局も「基本的には、行政刷新会議の結論（翌月償還を前提とした一部自己負担）をイメージしている。本質的な違いはない」と説明した。

財務省は生活保護の論点として医療扶助のほか、生活扶助、住宅扶助などで全9項目示しており、田近会長代理は「生活保護を受ける人が適切に受けるという精神から考えて、ここで議論した適正化が必要だというおおむねの議論を得た」と述べた。一部負担についても反対意見はなかったという。

（10/23MEDIFAXより）

生活保護で一部自己負担導入「慎重な検討が必要」／三井厚労相

三井辨雄厚生労働相は10月23日の閣議後会見で、生活保護受給者への医療費の一部自己負担導入は受診抑制につながる可能性もあり、より慎重な検討が必要との考えを示した。

生活保護制度については財務省が10月22日、「財政について聴く会」で、同制度見直しに向けた論点として医療費の一部自己負担導入を挙げた。生活保護受給者に価格意識を持ってもらう観点から、医療機関窓口で医療費の一部を支払った上で翌月償還払いされる仕組みが狙上に載っている。

三井厚労相は、生活保護制度の在り方について「財政審でも（厚労省の）社保審でも議論している。議論を踏まえた上で就労支援や不正受給などに関して必要な見直しを検討する」とした上で、「医療扶助の一部負担は受診抑制につながる可能性があり、より慎重な検討が必要」と述べた。

●後発品使用の義務付け「難しい」

生活保護受給者への後発医薬品使用の原則化が「財政について聴く会」の論点に上っている点については、「生活保護の人だけに義務付けるのは難しいと思う」との見解を示した。「後発品の使用推進は、義務化とは違う」と指摘し、「良い物を安く使ってもらおうということだが、一般の人に義務付けていないものを生活保護受給者だけにということは、バランスから見てもおかしい」と述べた。「財政について聴く会」でも「生活保護受給者に決め打ちして原則化はおかしい」との意見が出ている。

（10/24MEDIFAXより）

中医協

診療側「日本版評価方法」の確立を／中医協・費用対効果部会

中医協・費用対効果評価専門部会（部会長＝関原健夫・公益財団法人日本対がん協会常務理事）が10月31日開かれ、診療側委員は患者が自らの健康状態について答える評価指標は科学的ではないとして、英国など海外で用いられている指標をそのまま使うのではなく、日本独自の評価方法を考案すべきだとの見解を示した。

部会では、参考人から「QALY（質調整生存年）」の算出に用いられているQOL評価尺度「EQ-5D」や英国国立保健医療研究所（NICE）での評価プロセスについて説明を受けた。

（11/1MEDIFAXより）

次回実調、「2年分調査」に一本化で合意／中医協・調査実施小委

中医協・調査実施小委員会は10月31日、次期診療

報酬改定に向けた医療経済実態調査（実調）で従来の「6月単月調査」を廃止し、直近2事業年度の通年調査（決算データ）に一本化することで診療側と支払い側が合意した。2014年4月の次期改定は、消費税率が8%に引き上げられる時期と重なるため、中医協・消費税分科会の議論を踏まえて消費税に関する調査項目も実調に盛り込む方向性を確認した。調査実施小委は、なるべく早い時期に具体的な調査票に基づく議論を進めていく予定だ。

（11/1MEDIFAXより）

白川氏「悪質請求は詐欺罪で告発を」／厚労省、12年間で20件

健保連の白川修二専務理事（中医協委員）は10月31日の中医協総会（会長＝森田朗・学習院大教授）で、「患者をだまし診療報酬を巻き上げるような悪質な不正請求を行った医療機関については、詐欺罪で告発すべきだ」として厚生労働省の対応を強く求めた。これを受け厚労省は、詐欺罪で告発した事例は1997年度以降の12年間で20件あったことを明らかにした。

総会では、東京医科大茨城医療センターが12月に大学病院としては異例の保険医療機関取り消し処分を受けることを踏まえて、事務局の保険局医療課医療指導監査室が保険医療機関に対する指導・監査の現状について説明した。白川委員は、保険医療機関の多くは算定ルールを守っていると理解していると述べた上で、一部には非常に悪質な不正請求・架空請求・二重請求を行う医療機関が存在すると指摘。「弱い立場の患者をだまして不当な診療報酬を巻き上げる詐欺行為と思わざるを得ない案件が非常に多い」と述べ、こうした悪質事例への対応として厚労省が捜査機関に告発した件数も少ないと批判した。

医療指導監査室は、捜査機関への告発について、犯罪があると認められる場合に加え、関係書類の焼却・隠匿といった監査妨害や監査拒否があった場合、過払い額の返還に応じない場合に告発すると説明した。

白川委員は不正請求・不当請求が認められた場合の保険者に対する過払い額の返還がほとんどなされていないとも指摘し、悪質な医療機関の「やり得」にならないよう指導強化を求めるとともに、返還額についてもペナルティーを付けるべきとの考えを示した。

花井十伍委員（連合「患者本位の医療を確立する

連絡会」委員）は、患者への返還についても国が把握している必要があると指摘した。

診療側委員も悪質な事案に対する厳格な対応について異論は出なかった。ただ、鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、1レセプト当たりの平均点数が「高点数」であることを理由に行われる集団的個別指導について問題意識を示した。診療報酬による評価が高まっている在宅医療を提供する医療機関が対象となりやすく、対象になったことを気にする医師は多いとも指摘した。

●指導医療官不足も問題

全国的に指導医療官が不足している現状について安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は、指導医療官の採用に一定の臨床経験を求めることや臨床医と比較して低い給与水準などが深刻な人手不足の原因となっていると指摘した。泉陽子医療指導監査室長も「全国的に大きな問題」との認識を示した上で、人材確保に向けた働き掛けを進めていきたいと述べた。（11/1MEDIFAXより）

「課税検討は税調」、各側で一致／中医協・消費税分科会

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）が10月31日開かれ、今村聡委員（日本医師会副会長）は診療側委員の連名で、社会保険診療の消費税課税に関する検討の場を中医協以外に設置することについて分科会の総意とするよう求める要望書を提出した。田中分科会長は、中医協の分科会は税に関する要望書を上申する位置付けにはないと判断。中医協の森田朗会長らに要望内容を伝えるにとどめとした。ただ、政府税制調査会など中医協以外の場で課税化に向けた議論を検討すべき、との要望内容については支払い側も賛同した。（11/1MEDIFAXより）

消費税

消費税課税へ「軽減税率」に併せ議論を／政府税調で櫻井副大臣

政府の税制調査会は10月19日、2013年度税制改正の議論を開始した。厚生労働省のヒアリングでは櫻井充副大臣が、事業税の非課税措置や四段階制の存続に加え、医療に関する消費税の課税の在り方を検討するよう要望。「消費税（全体）の軽減税率の議論がされる場合に併せ、（医療についても）検討してほ

しい」と、医療に関する消費税の課税化とゼロ税率の実現を求めた。一方、財務省の大久保勉副大臣は会合終了後の記者会見で「基本的には中医協で議論するのが原則」と答えた。

厚労省は税制改正に向け、単独要望で40項目、他省庁と共同で6項目を要望する。会合では櫻井副大臣が、代表的な9項目を説明した。

櫻井副大臣は医療に関する消費税の課税の在り方について「改正消費税法の中では、引き続き検討するとある」と指摘。「医療関係団体は、ゼロ税率、軽減税率の導入を求めている。今後、消費税の軽減税率の議論が行われる場合には、併せて検討をお願いしたい」と求めた。政府税調の場で、消費税課税化のボールを初めて投げた格好だ。

この部分について会合では議論にならなかったが、財務省の大久保副大臣は終了後の記者会見で「今後の議論だが、基本的には中医協」という立場を取った。軽減税率については「議論されるが、中心的な場所は、まず民主党の税調。そして3党協議」と指摘。政府税調は「その議論を見守る」との認識を示した。

●四段階制「多額の自由診療あり」は見直しも

四段階制（社会保険診療報酬の所得計算の特例措置）の存続について櫻井副大臣は、11年、会計検査院から見直しを指摘されたことを受け、制度の適応状況を精査したと説明。その結果「廃止された場合、事業が継続できなくなる恐れがあると回答した者が、高齢者層と診療報酬2500万円以下の小規模医療機関層では約5－6割と高い」と継続の必要性を訴えた。「自由診療部分が多すぎると多い場合は検討が必要なのはその通り」とも述べ、多額の自由診療収入があっても特例を適用しているケースの見直しは妥当という認識も示した。

医業継続に関する相続税・贈与税の納税猶予の特例措置創設や、高額な医療用機器の特別償却制度の適用期限延長、たばこ税の引き上げなども求めた。

研究開発税制（総額型）の税額控除限度額を、20%から30%に引き上げることも求めた。櫻井副大臣は、製薬産業は納税額が高く不況にも強いと説明し「4月の薬価（通常）改定でも5000億円の減額をした。また、後発医薬品を3割に積み増ししろなど、先発メーカーにとって非常に不利なことがずっと続いている。先発メーカーを元気にしていくためには、税制上の何らかの優遇措置が必要だ」と強調した。

政府税調は、党税調や各党間での議論を踏まえつ

つ検討を続け、政務折衝などを経た上で、年末に税制改正大綱をまとめる。（10/22MEDIFAXより）

医療費

医療保険国庫負担、自然増踏まえ3.3%増／13年度 8兆9700億円要求

厚生労働省が2013年度予算概算要求で医療保険給付費などの国庫負担について、12年度当初予算に比べて3.32%増となる8兆9709億円を計上していることが分かった。同省は10月16日に11年度の政策評価結果を公表。政策評価の結果や医療費国庫負担の自然増などを踏まえて、13年度予算で増額を求めた。

11年度の医療保険制度の運営について実績評価を行った有識者は、現状分析として▽経済情勢が厳しい中、保険者による医療費適正化の推進、保険料・国庫補助率の引き上げによって、できる限り効率的・安定的な財政運営を図る努力が行われた▽事務の効率化推進について、保険者、審査支払機関ともに有効な取り組みが行われている一との評価を示した。今後の方向性については、保険者の所得格差を踏まえた財政基盤の強化や保険者機能の強化を進めるとともに、効率化を進めることが重要と指摘した。

●「指標の追加」13年度計画で検討

施策目標に設定した「適正かつ安定的な医療保険制度を構築する」には、7つの評価指標がある。政策評価を行った学習院大の遠藤久夫教授は、このうち「赤字保険者の割合」「医療保険制度ごとの経常収支」「医療保険制度ごとの保険料収納率」は経済状況の影響を強く受けるため指標として問題があると指摘。「電子レセプトに対応している保険者数の割合」「レセプトの電子化」については、実績値の多くが90%を超えており、新たな指標を追加すべきとの意見を示した。厚労省はこれらの指摘を受けて、13年度の計画を策定する際に検討するとした。（10/17MEDIFAXより）

民主・厚労部門

7ワーキングチームの役員決定／民主・厚労部門会議

民主党の厚生労働部門会議（岡本充功座長）は11月1日、新執行部発足後初となる会合を開き、部門会議の下に設ける医療・介護など7つのワーキングチーム（WT）の役員を決定した。

医療・介護WTは、座長に辻泰弘参院議員、事務局長に大久保潔重参院議員が就任。生活保護WTは、座長に足立信也参院議員、副座長に津田弥太郎参院議員、事務局長に長尾敬衆院議員を充てた。各WTは順次発足する。

医療・介護WT、生活保護WT以外の5WTの役員は次の通り。

【雇用WT】▽座長＝中川治▽事務局長＝川合孝典
【障がい者WT】▽座長＝津田弥太郎▽事務局長＝初鹿明博
【年金WT】▽顧問＝長妻昭▽座長＝藤田一枝▽事務局長＝白石洋一
【子育て支援WT】▽座長＝和田隆志▽事務局長＝小西洋之
【行政刷新・規制改革WT】▽座長＝中野譲▽事務局長＝福田衣里子（11/2 MEDIFAXより）

チーム医療

チーム医療の安全性・効果で報告書／厚労省

厚生労働省医政局医事課は10月19日、このほど取りまとめた2011年度のチーム医療実証事業報告書を同省ホームページで公表した。報告書は、採択された68施設115チームによる▽急性期▽慢性期▽在宅一など11分野の取り組みについて、安全性や効果などの実証結果をまとめた。各チームが提出した報告に対し、同省が「チーム医療推進会議」の下に設置した「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（WG）」の委員が、取り組み内容を評価し意見を付記した。

心臓血管外科での看護外来を中心とした専門看護師（エキスパートナース）の周術期管理についての報告では、実施したチームが「入院期間の短縮や経済的効果は明らかにできなかったが、患者満足や職種メンバー、チームメンバー以外の職種の満足度は向上した」などの総括評価を示した。WG委員はこれに対し、エキスパートナースの具体的な活動をもう少し詳述してほしいとの意見を示した。（10/23MEDIFAXより）

民間保険

不妊治療を民間保険の対象に／金融庁が検討

金融庁の金融審議会「保険商品・サービスの提供等の在り方に関するワーキング・グループ（WG）」が、不妊治療を民間保険の対象にするかどうか検討を始めた。原因が特定できない不妊治療が対象。疾

病などの原因による不妊は医療保険の対象になるため、民間保険の対象から外れる。金融庁は8月24日のWGで論点を提示している。2013年夏ごろまでにWGの結論を出し、必要があれば法令改正などの措置を取る考えだ。

民間保険には、生命保険を扱う「第1分野」と、損害保険を扱う「第2分野」、それ以外のものを扱う「第3分野」があり、がん保険などは第3分野に含まれている。不妊治療の民間保険適用検討は、この第3分野の見直しの一環。保険契約者を保護するための「保険業法」では第3分野の対象範囲を定めているが、原因が特定できない不妊が疾病かどうかは不明確だった。保険業界からは「不妊治療を受ける人の経済的負担を軽減するためにも、疾病が特定できない不妊が第3分野に含まれるかどうか、明確化してほしい」という要望が出ていた。

不妊治療をめぐるのは、厚生労働省の「不妊に悩む方への特定治療支援事業」で夫婦に対する不妊治療のうち、1回の治療費が高額な特定不妊治療（体外受精や顕微受精）に国が治療費の一部を助成している。09年度の助成実績は8万4485件で、04年度に比べて4.8倍に増えている。海外では、米国やドイツに不妊治療費を保障する医療保険商品があるほか、英国やフランスでは不妊治療が公的医療保険の対象になっている。（10/18MEDIFAXより）

難病

総合支援法の難病範囲、13年1月の政令で決定／厚労省

厚生労働省は10月22日、障害保健福祉関係主管課長会議を開き、障害者総合支援法で定める障害福祉サービスの対象に難病患者が新たに追加されたことについて、対象者の具体的な範囲を2013年1月下旬に公布予定の政令で決定すると発表した。

具体的な範囲については、現在、厚労省の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」が延べ500弱の疾患について、疾患ごとの患者数、診断基準の有無、治療法の有無・内容、病態などを調査しており、研究班の結果や、厚労省の難病対策委員会が検討する医療費助成の対象疾患を参考に、具体的な範囲を決めるとした。

難病患者などが障害福祉サービスを利用する場合は、必要に応じて障害程度区分の認定を受ける必要がある。全国の市区町村で障害程度区分の認定・調

査が円滑に行われるよう、認定調査の時の注意点などを整理した関係者向けのマニュアルを作成することも発表した。マニュアルには注意点のほか、難病の基本的な情報や病状の変化、進行、福祉ニーズといった難病の特徴などを記載。13年の2月をめどに「難病などの追加に係る自治体担当者会議」で配布するとした。（10/23MEDIFAXより）

医療費助成の難病、300疾患に拡大へ／厚労省・難病対策委

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10月30日、医療費助成の対象疾患を選定する際の基本的な考え方について、患者数は人口の0.1%（1000人当たり1人）程度までを区切りとし、一定の診断基準かそれに準ずるものが確立している疾患を医療費助成の対象とする方向性を打ち出した。患者数が10万人を超える疾患も医療費助成の対象となる。対象疾患数は現行の56疾患から、少なくとも300疾患強に拡大する見通しだ。

厚労省は医療費助成の対象となる疾患を選定する際の考え方として▽症例が比較的少ないために全国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▽生活面への長期支障一の4要素を満たし、一定の診断基準が確立していることを挙げている。

会合では、疾患ごとの患者数、治療法や診断基準の有無、原因の解明・未解明などについて「今後の難病対策のあり方に関する研究」班から中間報告を受け、医療費助成の対象疾患をどう選定するか議論した。（10/31MEDIFAXより）

難病手帳の交付を検討／厚労省・難病対策委員会

厚生労働省は11月6日の厚生科学審議会・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）に、重症度が一定以上の難病患者に「難病手帳（仮称）」を交付することを提案した。身体障害者手帳などを参考に、手帳を交付された患者が公共交通機関の運賃割引などのサービスを受けられるようにするなど、患者の社会参加を支援することが目的。

厚労省は具体的に税制優遇措置や公共交通機関の運賃割引、NHK受診料の免除などの支援策を挙げ、医療受給者証の交付対象者に難病手帳を交付するこ

とを提案。委員から難病患者の支援策を充実させる方向性に異論は出なかった。ただ、難病手帳の交付は医療受給者証と混乱するとの意見や、重症度が一定以下で難病手帳が交付されない患者への支援策をただす意見も出た。これまで医療受給者証を基に難病患者に対する支援策を実施してきた自治体もあることから、支援を受けるための証明として難病手帳を交付する必要はないとの指摘もあった。

厚労省は議論も踏まえ、引き続き検討するとした。（11/7MEDIFAXより）

小慢疾患

小慢疾患の研究事業「義務的経費に」／厚労省・専門委員会

厚生労働省の「小児慢性特定疾患児への支援の在り方に関する専門委員会」は11月5日、医療費助成制度の在り方について議論し、政策的判断で見直しができる「裁量的経費」となっている小児慢性特定疾患の治療研究事業費を、支出が義務付けられている「義務的経費」に移すよう求める方向で意見が一致した。

現在、治療研究事業は児童福祉法に基づいて実施されている。児童福祉法では「健全な育成を図る」ことを目的にこうした事業が「できる」という表現になっており、義務的経費には位置付けられていない。

委員からは、児童福祉法を一部改正し、事業費を義務的経費に移行するよう求める意見が多く上がった。

給付水準についても議論し、他の公費負担医療制度とのバランスを考慮して、一定の自己負担を求める方向でまとまった。ただ、自己負担を求める際には、低所得者などへの配慮が必要とすることで一致した。（11/6MEDIFAXより）

保健指導

保健指導、重症化予防「強化型」を開発へ／厚労省が戦略研究

生活習慣病の「重症化予防」に特化した保健指導プログラムを新たに開発する厚生労働省の戦略研究が、2013年度から動き出そうとしている。13年度から始まる「第2次健康日本21」に生活習慣病の発症・重症化予防が目標に盛り込まれたこともあり、「重症

化予防強化型」の保健指導を開発することで医療費適正化にもつなげたい考えだ。

研究代表者の磯博康氏（大阪大医学系研究科公衆衛生学教授）が具体的な研究実施計画書を作成中で、13年3月に最終的な計画書を厚労省に提出し、評価委員会の審査を経て実施が正式に決定する。

戦略研究では、現行の特定健診・保健指導の健診結果データから、今すぐ医療機関を受診すべきと考えられる「優先介入対象者」を抽出。抽出した対象者に対して、従来の「標準的な健診・保健指導プログラム」とは別の「重症化予防強化型」の保健指導プログラムを実施する。

対象者に対しては、医療機関と市町村の保健師チームが共同で介入する。研究代表者の磯氏は、これまでの保健指導では要治療者を医療機関につなげた後は医療機関に治療を任せることが多かったと指摘。強化型プログラムでは要治療者が医療機関を受診後も、保健師が家庭訪問や電話などで要治療者に個別に対応し、服薬の継続や生活習慣の改善を支援する。

対象者は40～74歳の市町村国保の被保険者で、研究への参加は市町村単位とする。強化型プログラムを導入する自治体は全国で10カ所程度（人口規模は10万～30万未満程度）を想定している。

研究期間は5年間で、従来の標準的プログラムに基づいた特定保健指導のみを実施している自治体と比較して効果を検証する。評価指標には「脳卒中・心筋梗塞の新規入院患者数」や「新規の人工透析導入数」など生活習慣病に直結する項目を設定する。

特定保健指導に該当しない「非肥満者」にも対応する。現在の特定保健指導の枠組みでは、肥満で高血圧や高血糖、脂質異常などの健康リスクがそろっている人を対象に保健指導を実施しており、健康リスクが高くても非肥満の人は対象になっていない。強化型プログラムでは、こうした非肥満の人に対しても保健師が個別的に介入し、生活習慣の改善指導を実施する計画だ。

特定健診の未受診者に対しても積極的な健診受診勧奨を行うほか、医療費や保険料の仕組みに関する理解も促す。（11/7MEDIFAXより）

ICT

患者自身の疾病管理、糖尿病から／どこでもMY病院構想

情報通信技術（ICT）を利活用した医療連携について行政や医療の関係者が議論する「どこでもMYカルテ研究会」が10月20日に東京都内で開かれた。内閣官房情報通信技術（IT）担当室の有倉陽司参事官が政府の「どこでもMY病院」構想の現状について講演し、2014年度開始予定の「個人参加型疾病管理サービス」の対象疾患として、まず糖尿病を検討していることを報告した。

どこでもMY病院構想は、医療機関のみが保持していた医療情報を患者も共有し、患者自身が疾病を管理できる個人参加型疾病管理サービスの提供を目指している。医療情報は電子化し、ICカードや二次元バーコードを通じて提供することを想定する。

有倉氏は「電子化した医療情報提供には疾病情報をフォーマット化することが必要」と指摘し、フォーマット化した糖尿病のデータセットは▽医療機関が提供する臨床データ▽医師からのコメント▽健診センターからの健診データ▽血圧や運動量、食事量など、患者が登録する自己管理データなどで構成すると説明した。電子版「お薬手帳」との連携も想定している。日本糖尿病学会や日本医師会、日本薬剤師会の関係者らが検討した。

有倉氏は個人参加型疾病管理サービスについて、「患者が自身の健康管理をできるだけではなく、専門医とかかりつけ医を結び付ける手段になる」と期待する。糖尿病から開始する理由については「患者数が多いことや、患者自身による自己管理の効果がやすい」ことを挙げた。どこでもMY病院構想の工程表では13年度までに、作成したデータセットを全国の医療機関に通知するとしている。高血圧症や腎臓病のデータセットも検討を進めているという。

●被災地や地域連携でICT活用

会合では、東日本大震災の被災地や地域の医療連携でICTを活用する先進事例の報告があった。

亀田総合病院から南相馬市立総合病院に出向している原澤慶太郎氏は、独居高齢者などの患者の血圧のデータを自動転送する3G通信対応の「3G血圧計」の導入例を報告した。3G血圧計を使って患者自身が血圧測定すれば、医師らが患者宅を訪問しなくても血圧値のモニタリングができる。原澤氏は「これまで血圧測定を促していた家族と離散した人もし

るが、3G血圧計を導入すれば、そうした人が血圧測定していないこともすぐ分かる」とそのメリットを紹介した。

また、長野県松本市の中核病院に位置付けられる相澤病院の熊井達氏は、地域内の病院、診療所、介護施設の患者情報を時系列に一覧表示できるシステムについて報告した。（10/23MEDIFAXより）

病院間で電子カルテ共有、防災対応で予算要求／文科省

津波など大きな災害から病院の電子カルテなどの医療情報を守るため、文部科学省は全国42の国立大付属病院がデータを持ち合う仕組みの整備費用として、2013年度予算に23億円を要求している。災害で患者の病歴や薬の服用歴の入った医療情報が消失しても、複数の病院でデータを共有することで病院が機能停止になるのを防ぐ狙い。

文科省高等教育局医学教育課大学病院支援室によると、実際に宮城県の石巻市立病院では東日本大震災による津波で電子カルテなどの医療情報が流されたが、山形市の市立病院済生館でデータを共有していたため情報の消失を免れたという。

また、12年6月の国立大学付属病院長会議総会で、災害時における病院情報システムの連携が議題となり、医療情報のバックアップを病院間で共有することで意見が一致した。これを受け、文科省は整備費用を13年度予算概算要求に計上した。

文科省は42病院を6つのグループに分け、グループ内の病院でデータを共有することを検討している。病院間をオンラインで結びバックアップデータを自動で更新する。予算が認められれば、13年度中にシステムを稼働させる予定だ。（10/24MEDIFAXより）

孤立死

孤立死防止の地域づくりで全国会議／厚労省

厚生労働省は孤立死防止などに地域で取り組む「安心生活創造事業」の2009年度から11年度までの報告書を8月に公表したことを踏まえ、12年度の同事業に参加する49自治体を集めた全国会議を11月5日に開催した。同事業では、高齢者の一人暮らし世帯への「見守り」サービスや「買い物支援」を市町村が整備することにより、孤立死防止や一人暮らし世帯が安心して生活できる地域づくりに取り組んでい

る。

同省社会・援護局の村木厚子局長は挨拶で、「地域の住民・商店・企業などを上手につないで孤立死を出さないという事業は非常に大事」と述べ、「高齢化が進み、雇用が不安定化し、生活困窮者が出やすい社会構造」の中で同事業の重要性も増していると指摘した。会議では厚労省が設置した安心生活創造事業推進検討会の和田敏明座長（ルーテル学院大大学院教授）が講演し、「現行の仕組みでは対応しきれない生活課題に対応すること」が地域福祉の新しい役割になるとの考えを示した。具体的には「誰かに言われないと服薬や血圧の測定を忘れてしまう人や朝のゴミ出しができない人」への支援を挙げた。

（11/6MEDIFAXより）

「多死社会」に対応した診療報酬改定必要／医療課・井上企画官

厚生労働省保険局医療課の井上肇企画官は10月20日、東京都内で開かれた全国医療法人経営セミナーで講演し、今後の高齢社会の進展で社会保障改革と診療報酬は「在宅医療」「地域性」がキーワードの一つになっていくとの考えを示した。「“多死社会”の中で、日本の医療がどう対応できるのか。2025年に向け、われわれが考えないといけない社会保障改革の一つのテーマ」とも語った。診療報酬改定については、「中医協で議論されるべきもの」と前置きした上で、在宅医療のほか、医療需給量や高齢化率の地域格差が引き続き課題になる可能性を示した。

在宅医療については、12年度の診療報酬改定でも一定の強化策が導入されている。井上企画官は「2012年の年間死亡者数は約125万人、40年には170万人近くに達する推計だが、病院・施設での死亡者数を大幅に増やすことはできないと予測されている。患者・家族の意向を踏まえれば、在宅・地域での看取りが相当程度増えることになるのではないかと説明した。

その上で「戦後、多数の患者を自宅で看取っていた時期の在宅医療と、これからの在宅医療は異なる側面がある」とし、「終末期の迎え方も変化していく中で、在宅医療そして地域医療の在り方も変わっていくだろう。今後も日本の医療と介護をいかに守っていくか、社会保障改革および診療報酬改定の中で取り組んでいく」とし、在宅医療は25年以降も見据えた制度設計が必要と強調した。

（10/23MEDIFAXより）

先進医療

新制度での分類・枠組みを了承／先進医療会議が初会合

10月1日から運用が始まった新たな先進医療制度によって設置された厚生労働省の先進医療会議は10月24日、初会合を開き、厚労省が提案した新たな分類の考え方や9月末時点で実施されていた先進医療（第2項先進医療＝薬事承認あり）、高度医療（第3項先進医療＝薬事承認なし）の10月以降の取り扱いなどを了承した。座長には前身の先進医療専門家会議と高度医療評価会議で座長を務めた猿田亨男・慶応大名誉教授が就任した。

先進医療と高度医療を一本化した新たな先進医療制度では、有効性が一定程度明らかな「先進医療A」と、有効性が必ずしも明らかでない「先進医療B」の2つに分類し直す。先進医療Aは▽未承認や適応外の医薬品（医療機器）を伴わない医療技術▽未承認や適応外の体外診断薬（検査薬）を伴う医療技術で、体外診断薬（検査薬）の使用による人体への影響が極めて小さいものとした。一方、先進医療Bは▽未承認や適応外の医薬品（医療機器）を伴う医療技術▽未承認や適応外の医薬品（医療機器）を伴わない医療技術でも、安全性・有効性などに照らして実施環境・技術の効果などで特に重点的な観察・評価を必要と判断されるものとした。

先進医療Bのうち特に重点的な観察・評価が必要な医療技術として▽がん免疫療法などの免疫療法を活用した医療技術▽自家移植や同種・異種移植▽幹細胞を用いる治療技術▽遺伝子やウイルス操作を用いる治療技術▽ロボットを用いる手術—などを挙げた。技術自体の成熟度が低い技術や、施設を限定して実施すべき技術、実施環境・効果評価について詳細な条件設定が必要な技術などが該当する。

新制度では、先進医療A・Bのいずれも先進医療会議で技術的な妥当性や社会的な妥当性について審査を受けることになる。先進医療Bについては、先進医療会議に設置した「技術審査部会」であらかじめ技術的な妥当性や試験実施計画などを審査した上で、先進医療会議の審査を受けることになる。

（10/25MEDIFAXより）

負担と給付

「窓口負担増は必要」と仙谷氏／鴨下氏は「政治的に持たない」

医療政策で中心的な役割を果たす与野党の重鎮が、10月25日に開かれた医療経済フォーラム・ジャパンの公開シンポジウムで「負担と給付の在り方」について意見を交わした。民主党の仙谷由人副代表は増え続ける社会保障費の対応として、患者にさらなる窓口負担を課すこともやむを得ないとの認識を示した。

仙谷副代表は「日本は世界一の医療サービスを受けられるにもかかわらず、窓口負担は少ない」「患者負担が高くなれば医療機関に来る人が少なくなるという認識があるが、提供者側も含めてこの考え方を抜本的に変えるべき」と述べ、現状の医療水準を維持するためには窓口負担増が不可欠と訴えた。

一方で医師の専門性に対する評価の低さも指摘し「診療報酬は上がらない方がよい、という常識が通用しているのは誠に問題だ」とも述べた。

●「ゴールド免許」参考にインセンティブも／自民・鴨下氏

自民党の鴨下一郎幹事長代理は、医療資源を有効活用する手だてとして受益者負担に踏み込む必要性は認めた一方で、「保険料率を上げたり、窓口負担を増やしたり、フリーアクセスを限りなく制限する方策は政治的に持たない」と述べ、政治的に実現可能で、さらに、効果も生む政策が重要だと説明した。

その上で、交通違反がなく「ゴールド免許証」を持つ人が民間の自動車保険の保険料で割引を受けられる仕組みを例に挙げ、「公的な社会保険制度で可能なかどうかは分からないが、（医療機関に）かからないことによってインセンティブを受けられる制度があればよいのではないかと持論を展開した。

●窓口負担は3割が上限／公明・坂口氏

公明党の坂口力副代表は「現状が『低負担・中福祉』と言われても、国民から理解は得られないのではないかと」「保険制度である以上、国民の負担は3割が上限だ」と述べ、負担増には慎重であるべきとの認識を示した。「保険点数の付け方に工夫が必要」とも述べた。（10/26MEDIFAXより）

全社連・伊藤氏「保険医地域枠」提案／政治側は難色

全国社会保険協会連合会の伊藤雅治理事長は10月

25日、医療経済フォーラム・ジャパンのシンポジウムで、保険者機能の強化や医療保険の給付範囲の見直しを議論する時期に来ていると述べ、「保険医地域枠」の設定などを提案した。ただ、同じシンポジウムに出席した与野党議員らは難色を示した。

伊藤氏は、保険者機能の強化によって医療提供体制の再構築ができると主張し、医療保険の都道府県単位化を進めるとともに、保険者と保険医療機関との契約を通じて医師の地域偏在・診療科偏在を是正できる「保険医地域枠」の導入を提案した。

給付の見直しについては▽フリーアクセスの制限（紹介による病院外来受診、家庭医機能の定着）▽終末期医療への国民的合意形成▽評価療養・選定療養を含む混合診療の在り方▽保険免責制—について検討を始めていくべきではないかと述べた。

シンポジウムで座長を務めた遠藤久夫・学習院大教授は「保険医地域枠」について、医師の強制配置ではないものの、病床数と同様に保険医数も規制できるのではないかという考えに基づく仕組みと解説した。

「保険医地域枠」について自民党の鴨下一郎幹事長代理は、「理にかなった話とは思う」と一定の理解は示しながらも、医師の地域偏在・診療科偏在の是正はインセンティブを使って行うしかないとし、強制的な是正には否定的な見解を示した。鴨下氏は保険医を保険者が指定することになると、保険者のバーゲニングパワー（交渉力）を強めることになり、偏在是正の一つの方法にはなるがステークホルダーの調整は困難との見方を示した。

仙谷由人・民主党副代表も社会的に大きな議論になりかねないとして難色を示した。

●総合医、「国民理解が課題」と坂口元厚労相

一方、福井次矢・聖路加国際病院長は、「総合医」を養成して医療制度の中に組み込むことが医療の効率化につながると提案した。坂口元厚生労働相（公明党副代表）は一定の理解を示しながらも、「国民の意識の中では（総合医よりも）専門医の方が上位にランクされており、どうやって国民に理解をしてもらえるかだ」と課題を示した。

（10/26MEDIFAXより）

医学部数の東西格差、解消を／公明・坂口元厚労相

坂口元厚生労働相は10月25日、医療経済フォーラム・ジャパンのシンポジウムで「医学部数は地域

で偏りがあり、医学部新設の必要性はある」とあらためて主張した。

坂口氏は、人口10万人当たりの医師数と医学部数について、千葉と埼玉がともに少ない県の上位になっているとのデータを示し、医師数と医学部数の間には相関関係があると指摘。「高齢化が進む前に手を打つことが必要」と述べた。東西で比較しても、東海・北陸以東の人口当たり医学部数は関西以西に比べて格段に少ないとし、「医学部の偏在を解消すべき」とした。（10/26MEDIFAXより）

医師会のTPP懸念は「被害妄想」／民主・仙谷副代表

仙谷由人・民主党副代表は10月25日、環太平洋連携協定（TPP）を契機に米国型の医療保険が進出するとの日本医師会の懸念は「被害妄想」と述べた。医療経済フォーラム・ジャパンのシンポジウムで発言した。

仙谷氏は、米大統領選でも格差を背景とした医療保険改革の行方が最大の争点になっていると指摘。米国のように、適切な医療を受けられない人々が発生し社会の分裂を招くようなことをすべきではなく「米国型医療保険システムを取り入れるなどあり得ない」とした。

一方で「日本の高度成長期に近づいたASEAN諸国などが皆保険制度を導入できるように、日本も大きな貢献をすべき」との見解も示した。

仙谷氏は、次期臨時国会に基本法を提出することで民主・自民・公明の3党がおおむね合意した再生医療にも触れた。山中伸弥教授のノーベル賞受賞決定の前から3党それぞれの有志議員で再生医療を協議しており、民主党代表選や自民党総裁選を経て、ようやく提出にこぎ着けたとした。政府与党としても内閣官房に医療イノベーション室を設置しており、各省縦割りを超えて先進分野の産業化を促進したいとした。（10/26MEDIFAXより）

健康保険

「労災とのすき間」を健保の給付対象へ／厚労省、請負業務中など

請負業務中の傷病などが労災保険からも健康保険からも給付を受けられない問題で、厚生労働省はこうした傷病に対して健康保険を適用する方針を決めた。厚労省によると、健康保険法を改正しなくても、

通知の発出などの運用で給付範囲にすることは可能だが、社会保障審議会・医療保険部会に、法改正まで必要かどうか議論を求める。年内には結論を得る方針だ。法改正の場合、2013年の通常国会に改正法案を提出する。（10/30MEDIFAXより）

産科補償

産科補償の対象、周産期全体へ拡大を／運営委

日本医療機能評価機構の「産科医療補償制度運営委員会」（委員長＝小林廉毅・東京大大学院教授）は11月1日、2014年1月から産科医療補償制度を刷新するため引き続き議論した。委員からは、補償対象を周産期医療全体に広げるための見直しが必要との意見が上がった。

脳性麻痺の発症を補償する同制度では、出生時の新生児仮死の治療などNICUでの新生児管理は制度の対象外としている。NICUでの診療行為は、脳性麻痺の発症原因を分析するために情報提供は求めるものの、医学的評価はしない仕組みになっている。

勝村久司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）は「周産期全体に補償を広げていく形できちんと対応していくことが大事」と述べ、NICUでの診療行為にも医学的評価が必要との考えを示した。

小林委員長も対象拡大の方向性に理解を示した。その上で、現行制度は分娩機関の加入によって運営しているため、対象を拡大する場合は、産科のない一部の小児専門医療機関の取り扱いが課題になると指摘した。

周産期医療全体を補償対象とした場合、新生児搬送を受け入れた医療機関での診療行為も評価対象とする必要がある。岡井崇委員長代理（日本産科婦人科学会副理事長）は「医療機関への負担やマンパワーなどを考えると、新生児医療を調べるために委員を倍くらいにしなければならないが、新生児医療の専門家は少なく、集まるかは疑問」と述べた。

●訴権は制限すべきでない

会合では、現行制度で補償金をもらった場合でも原因分析結果などを見て訴訟を起こすことが可能となっている「訴権」についても議論した。委員からは、現行制度を維持すべきとの意見が複数上がり、反対意見は出なかった。（11/2MEDIFAXより）

医師法**警察への届け出不要、21条改正で2案／日本医療安全調査機構**

日本医療安全調査機構の「診療行為に関連した死亡の調査分析事業のあり方に関する企画部会」（部長＝矢作直樹・東京大大学院教授）は、診療に関連する事故の原因究明を行う「第三者機関」に届け出・報告すれば、警察への届け出は不要とする枠組みが必要との報告書をまとめた。医師法21条の改正に向け2つの案も示した。10月19日の同機構運営委員会（座長＝樋口範雄・東京大大学院法学政治学研究科教授）に提出した。

同機構は、医療事故の原因究明と再発防止を目的に、診療行為に関連する事故の原因究明を行うモデル事業を実施している。企画部会では、医療事故を調査する第三者機関の在り方や、全国化に向けた事業の組織化・安定化策などを検討してきた。

企画部会の報告書では「第三者機関で取り扱うのは当面、死亡事故に限定する」とした上で▽A案＝第三者機関へ届け出る（報告する）ことで、医師法21条の異状死体の届け出義務を行ったことにする▽B案＝第三者機関へ届け出る制度の創設により、医師法21条の異状死体届け出義務の対象事例から診療関連死が除外されることとする一の2案を提示。両案ともに、医師法21条を改正し、第三者機関に届け出・報告することで、異状死体届け出義務を果たすことになるとの考え方だ。

運営委の樋口座長は「B案の場合、診療関連死の定義付けが必要になる」と説明。運営委員からは「B案はやりにくい」とする意見が複数上がった。

報告書では、調査体制として▽院内で調査分析した結果を第三者機関に報告する「院内型」（診療所や中小規模病院の場合は、医師会や大学病院など他の医療機関と連携して調査分析した結果を報告）▽院内調査に第三者機関から調査評価医を派遣し調査分析する「協働型」▽第三者機関が解剖調査から臨床評価まで全ての調査分析を実施する「第三者型」一の3パターンを示した。医療機関に3パターンのいずれかを選択してもらう構想で、調査体制として最低でも年間約5億円が必要との試算も示した。

●21条改正前に省令改正も一案

医師法21条の改正については、政局が不安定な現状では現実的ではないとの見方もあった。児玉安司委員（新星総合法律事務所弁護士）は「日本医療機

能評価機構が医療事故の収集事業をやっているが、法的根拠は政省令。医療法施行規則に日本医療安全調査機構に関わる規定が盛り込まれ法的根拠ができると予算が付くようになる。公益性を持つ活動としても認知される」と指摘。法改正だけにこだわらずに戦略を変更すべきとした。

同機構は、企画部会がまとめた報告書に基づき具体的な検討を進めるため「推進委員会」を設置して2013年度以降も議論を継続する方針だ。

（10/22MEDIFAXより）

事故調**「院内中心」と医療側、患者側は「故意見逃す」／事故調で平行線**

厚生労働省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」（座長＝山本和彦・一橋大大学院法学研究科教授）は10月26日、医療界も国民も納得できる医療事故調査の枠組みに向けて引き続き議論した。医療側の構成員も患者側の構成員も、第三者機関として中立の調査組織を設置する必要性は共有している。ただ、院内調査を中心とする仕組みを想定する医療側と、全ての診療関連死を第三者機関に届け出なければ故意による悪質なケースを見逃すと主張する患者側の隔たりは残っており、議論は平行線をたどった。

●「故意か否かの判定難しい」／患者側弁護士

患者側弁護士の立場から加藤良夫構成員（南山大大学院法務研究科教授、弁護士）が「相当悪質なケースが診療関連死と言われる中に紛れているのは事実。故意または故意と疑われるケースの判断はすぐにはできない。解剖は（火葬までの）時間との勝負」とし、「診療関連死は全て第三者機関に届け出ることすべき」と述べた。宮澤潤構成員（弁護士）も「安楽死など、結果として故意犯が交じってくる可能性がある。区別は難しい」と述べた。本田麻由美構成員（読売新聞記者）は「患者側からすると、故意か否かを誰が判断するのか分からなければ、疑問が残ったままになる」とした。

●「故意の犯罪」とは分けて議論を／医療側

中澤堅次構成員（秋田労災病院第二内科部長）は「調査のための第三者機関を位置付けることは重要」としながらも、「故意ではないケースと、故意でやっている悪質なケースをまとめて“診療関連死”とし、疑いをかけられるようなことは、医療者の人権を侵

害することではないか。完璧な故意の犯罪と、診療関連死は分けて考えてほしい」と訴えた。

有賀徹構成員（昭和大病院長）も「全てを疑われるようなことになっては、医療界で働く人は出てこなくなってしまう。私も人を助けるために医療の世界に来たが、全てを疑われては医師は続けられない。院内調査を重視して、どのように警察に見守ってもらうかを考えるべきではないか」と述べた。

高杉敬久構成員（日本医師会常任理事）は「医療においては患者に対する十分な説明と迅速な対応が必要。われわれは院内事故調を大前提に考えたい」と理解を求めた。

一方、山口育子構成員（NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長）は「ここでの議論は、故意などは含まれていないと考えていた」とし「ここで話すのは、医療事故の調査の仕組み、その中で診療関連死の定義を決めて議論すべき」と指摘した。

今回は再発防止の在り方について議論する予定。
（10/29MEDIFAXより）

死因究明

死因究明の推進計画、策定へ議論開始／診療関連死以外で政府

2012年6月に成立した「死因究明等の推進に関する法律」（推進法）に基づき、医療事故などに伴う診療関連死以外の死因究明について議論する「死因究明等推進会議」の初会合が10月26日、首相官邸で開かれた。専門的機関の整備や警察の死因究明体制の充実など、同法の基本方針の実現に向け、「死因究明等推進計画案」の策定を進める。医療界からは日本医師会の横倉義武会長らが委員に名を連ねた。13年12月の閣議決定を目指して計画案の検討を進める。

12年6月に成立したのは推進法と、遺族の承諾なく解剖ができることなどを盛り込んだ「警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律」（調査法）。調査法は13年4月1日から施行される。推進法には基本方針を実現する推進計画の案を作成する会議の設置が盛り込まれていた。

基本方針では▽死因究明を行う専門的な機関の全国的な整備▽教育と研究の拠点の整備▽警察等の職員、医師、歯科医師等の人材育成▽警察等の死因究明の実施体制の充実▽死体検案と解剖の実施体制の充実▽薬物と毒物の検査、死亡時画像診断等の科学

的調査の活用▽身元確認のための科学的な調査とデータベースの整備▽死因究明で得られた情報の活用と遺族らへの説明の促進—の8項目が示された。

内閣官房副長官を議長とする省庁横断の「死因究明制度に関するワーキングチーム」が推進法の基本方針に沿う形で具体的な検討を進めてきた経緯もあり、今後は基本方針を軸にワーキングチームの検討結果を参考として議論が進められる見通し。

推進会議は藤村修官房長官を会長とし、三井辨雄厚生労働相ら関係閣僚と医療界、法曹界の有識者が委員となった。初会合では、藤村官房長官が「死因究明制度の在り方を方向付ける大変重要な会議。具体的かつ実効性の高い推進計画案を策定してほしい」と挨拶した。

計画の具体的な検討は同会議の下に設置した「死因究明等推進計画検討会」が進める。検討会の初会合も開かれた。

推進会議の主な医療関係の委員は次の各氏。

▽相澤好治（北里研究所常任理事、日本医学会幹事）▽大久保満男（日本歯科医師会長）▽里見進（東北大総長）▽平岩幸一（日本法医学会理事長、福島県立医科大教授）▽横倉義武（日医会長）

推進会議の主な医療関係の専門委員は次の各氏。

▽今井裕（東海大医学部学部長、東海大医学部専門診療学系画像診断学教授）▽今村聡（日医副会長）▽岩瀬博太郎（千葉大大学院教授）▽久保真一（福岡大医学部長、福岡大医学部法医学教室教授）▽小室歳信（日本大教授、日本法歯科医学会理事）▽福永龍繁（東京都監察医務院長）▽柳川忠廣（日歯常務理事）（10/29MEDIFAXより）

日弁連

日弁連が「患者の権利に関する大綱案」／三井厚労相に提出

日本弁護士連合会は10月29日、患者の権利や医療提供体制に関する責任の所在を法律で明文化することを求め「患者の権利に関する法律大綱案」を厚生労働大臣宛てに提出した。三井辨雄厚生労働相は10月30日の閣議後会見で、まだ詳細については承知していないとした上で「重要な点であり、しっかりと対応したい」と述べた。大綱案は「医療における基本権」と「患者の権利各則」の2部構成となっている。

「医療における基本権」では、最善・安全・平等な

医療を受ける権利について言及しているほか、自己の生命・身体・健康などに関する情報を知る権利、自由意思に基づいて自己の受ける医療行為に同意・選択または拒否する権利などについてまとめている。

「学習権」として、医療保障制度などについて学習する機会の充実を求めているほか、患者主体の医療に転換するためとして、患者が医療政策の立案にも携わるべきとも主張している。

国と地方公共団体が負う医療提供体制整備に関する責務として、医療施設の適切な配置や必要とされる診療科目の確保、医療従事者の適切な養成・配置なども求めている。クローン技術は法的規制を受けるものの、それ以外の治験や臨床研究などは法的規制を受けないと問題視し「全ての人対象研究を一元的に規制する法律を制定すべき」としている。

●各都道府県に「患者の権利審査会」を

「患者の権利各則」では、国に対し各都道府県に患者の権利を守るための「患者の権利審査会」を設置するよう求めているほか、「医療事故の被害救済を求める権利」として無過失補償制度のさらなる整備や、第三者による医療事故調査機関の設置を求めている。

医療行為に関する同意・選択または拒否を判断する能力が十分ではない患者について「誰がどのように援助するのかについても制度整備が不可欠」とした。このほか、適切な医療を選択するために必要な医療情報にアクセスする権利や、医療記録の開示請求権などを求めている。（10/31MEDIFAXより）

地域ケア

地域ケア会議を法制度上位置付けへ／厚労省が方向性

厚生労働省は10月10日の「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」（座長＝田中滋・慶応大大学院教授）に、年内の取りまとめに向けて、これまで挙がった課題10項目を解決するための6つの方向性を示した。厚労省は各介護保険者の機能強化に向けて、多職種が集まる「地域ケア会議」を法制度上に位置付けることや、都道府県が持つ居宅介護支援事業所の指定権を保険者に移すことなど、法改正が必要な見直しも提案した。

厚労省が示した方向性は▽介護保険における「自

立支援」の考え方の徹底▽地域ケア会議の機能強化▽居宅介護支援事業所の指定権を保険者に移す▽医療との連携▽介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上▽施設における介護支援専門員一の6つ。（10/11MEDIFAXより）

在宅医療の「都道府県リーダー」育成／厚労省委託事業で研修

在宅医療の「都道府県リーダー」の育成を目的に、「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業都道府県リーダー研修」が10月13、14日の2日間、都内で開かれた。厚生労働省の委託を受け、国立長寿医療研究センターが主催した。

今回の研修には、各都道府県の行政や医師会の関係者、2012年度在宅医療連携拠点事業で採択された在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションなどの連携拠点105カ所の担当者など、252人が参加した。都道府県リーダーらは今後、各都道府県が開催する「地域リーダー研修」において、今回の研修内容を在宅医療の第一線に立つ医師や歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、ケアマネジャーらに伝達する。（10/16MEDIFAXより）

地域包括ケア推進「保険者の役割が柱」／厚労省が市町村セミナー

厚生労働省は10月26日、市町村職員を対象に「地域包括ケア実現に向けた保険者の役割について」と題したセミナーを開いた。挨拶した厚労省老健局介護保険計画課の高橋俊之課長は「地域包括ケアを推進するためには、保険者の役割を発揮することが大きな柱になる」と述べ、保険者である市町村に協力を求めた。

高橋課長は保険者の役割について「無駄な給付を抑制し、必要なサービスを提供すること」とし、そのためにはインフォーマルなサービスも活用する必要があると述べた。

サービス見込み量をより精微に把握する手法として厚労省が開発した「日常生活圏域ニーズ調査（ニーズ調査）」について、「保険料設定に使用できるだけでなく、地域にある資源を考える材料にもなる」と述べ、活用を推奨した。

厚労省老健局振興課の岡島さおり地域包括ケア推進官からは、地域の課題を把握する手段として「地域ケア会議」について説明があった。岡島推進官は「地域ケア会議で取り上げる個別の事例から地域の

課題把握へつなげてほしい」と市町村に求めた。

●ニーズ調査の反映事例を報告

ニーズ調査を施策に反映した市町村から報告があった。千葉県松戸市では、ニーズ調査を実施した結果、要支援・要介護認定者の中にも生活機能が高い人が多くいることや、認定されていない人の中に介護が必要な人がいることが分かった。この結果を、計画策定時の要支援・要介護の認定者数やサービス見込み量に反映できたという。

新潟県長岡市からは、ニーズ調査によって地域住民が求める介護予防事業を把握でき、実際に企画につなげたことが報告された。

（10/29MEDIFAXより）

「地域包括ケアシステム」に問題提起／老健協・中田会長

全国老人福祉施設協議会の中田清会長は10月23日、広島市で開催されている全国老人福祉施設大会で講演し、厚生労働省が進める地域包括ケアシステムについて「『このシステムが本当に重度者や単身者の生活を守るのか。どのように実践するのか』という疑問が全国から来ている」と現場の声を代弁した。その上で「システムの問題点を整理して、現場から制度改革をしなければいけない」と参加者に訴えた。

中田会長は地域包括ケアシステム自体は否定しないとしつつも、実践することが難しいと指摘。4月から始まった新サービス「24時間対応の定期巡回サービス」や「複合型サービス」を例に挙げ、「中小企業・零細事業者には実施することができない」「人材確保が難しい」と述べた。「全国にはすでに特別養護老人ホームや介護老人保健施設が整備されているのだから、そこを核に地域包括ケアを進めればよい」とも述べた。

中田会長は「問題を指摘するだけではなく、われわれのサービスの質も高めていかなければいけない」とも訴え、認知症ケアやリハビリテーション、口腔ケア、看取りケアといったサービスについて「質を高めて実践してほしい」と参加者に呼び掛けた。

●特養の内部留保問題にも言及

財務省が7月に「生活困窮者等に対する利用者負担額軽減事業」の実施率が低い特養ほど内部留保額が多いと指摘した問題について、中田会長は「負担軽減事業の実施率を全国で100%にしないと、社会福祉法人としての非課税措置が課税になる可能性も考

えられる」と危機感を示し、生活困窮者に対する負担軽減事業に取り組んでほしいと求めた。

挨拶した厚労省老健局高齢者支援課の深澤典宏課長もこの問題に触れ、「一定の内部留保が必要なことは理解しているが、社会福祉法人においては社会貢献に積極的に努めていただきたい」と述べた。

（10/24MEDIFAXより）

次の検討課題は要介護度改善の評価／前老健局長・宮島氏

前厚生労働省老健局長の宮島俊彦氏は10月27日、東京都福祉保健財団が東京都内で開いたシンポジウムに登壇し、介護保険制度の見直しに向けて、介護サービス利用者の要介護度が改善したケースを介護報酬で評価できるか具体的な検討に入るだろうと見通した。

現在の介護報酬は、同じ介護サービスでも利用する人の要介護度が高くなるにしたがって報酬額も高くなるため、サービス利用者の要介護度が改善するよりも悪化した方が事業者はより高い介護報酬をもらえることにもなる。シンポジウムでは、介護サービス利用者の要介護度が改善した場合に、事業者が成功報酬を得られる仕組みについて独自に検討している自治体の取り組みが話題になった。宮島氏は「制度やシステムを考える立場では、次にやるのはこれ」と指摘。これまではデータが少ないため検討できなかったとする一方、介護保険制度創設から10年以上が経過し、要介護度と介護サービスの関係を検証するデータも蓄積しつつあるとの見方を示した。

（10/30MEDIFAXより）

認知症は社会的課題、国民意識の醸成重要／迫井老健課長

厚生労働省老健局老人保健課の迫井正深課長は、2012年度介護報酬改定による現場の影響度を検証しながら▽認知症が社会的課題であることへの国民的意識を醸成し、重要な政策課題として取り組みを強化する▽ケアプラン・ケアマネジメントの質的確保▽新サービスの実態把握を含めたさらなる将来に向けたサービス体系の展開▽介護予防サービスの見直し—の4つの課題について議論を深めていきたいとの考えを示した。10月27日、東京都内で開かれた保健・医療・福祉サービス研究会の老人保健施設の今後の展開に関するセミナーで講演し「老健施設の今後の方向性については、4つの課題とリハビリテー

ション機能の強化が重要な視点になる」との認識を示した。

認知症の問題については「個別の疾患ではあるが、介護保険制度に大きな影響を及ぼす重要なテーマ。25年には日常生活自律度Ⅱ以上で、一定の介護が必要となる認知症が高齢者の10%以上になる。社会全体が避けて通れない政策課題という認識を国民にも持ってもらうことが重要だ」と指摘。特に、大きく進歩している最新の医学的な知見を反映していくことが必要とし「絶えず医療と連携していく姿勢が重要だ」と述べた。（10/30MEDIFAXより）

診療所の手厚い装備、生かす必要／地域連携で唐澤政策統括官

厚生労働省の唐澤剛政策統括官（社会保障担当）は10月28日、福岡市で開催された日本薬局学会学術総会の基調講演「連携と参加でつくる21世紀の地域包括ケア」で、在宅から急性期、回復期、慢性期、介護施設、そして再び在宅という循環的なサービスを提供する仕組みとしての地域連携型医療介護システム構築の必要性を指摘した。病院、診療所、介護施設などが全体として機能できるサービス提供体制の構築を課題に挙げながら、「全体的な提供システム整備の中で、診療所の手厚い装備をリソースとして生かしていくことも必要」との見解を示した。

2000年の外来延べ患者数18億8000万人が10年には17億4000万人に減少している実態を示し、「外来患者数はピークを越えたとみている。外来患者が減る中で、自分の診療所がどういう役割を果たすのか、外来患者を待っているだけでいいのか。これは調剤薬局も同じだ。新しい地域連携型医療介護システムにおける位置付けをどう考えていくか積極的に提言してほしい」と述べた。（10/30MEDIFAXより）

個別指導

11年度の個別指導実施率0.2%／東京都福祉保健局

東京都福祉保健局指導監査部が発表した2011年度の保険医療機関などに対する指導結果によると、医科・歯科ともに個別指導の実施率は0.2%だった。個別指導を受けた保険医療機関数は、医科で対象1万1685施設のうち20施設、歯科で対象1万447施設のうち19施設だった。

具体的な指摘事項としては▽カルテに記載不備が

ある▽適時効果判定が行われず漫然と治療が行われている▽算定要件を満たさない診療報酬請求がある▽異動届や診療日・診療科目・診療時間の変更届が未提出▽一部負担金が適正に徴収されていない—といった事例が見られた。

東京都は保険医療機関と保険医に対し、医科・歯科ともに年間1000件以上の集団指導を行っているほか、診療報酬改定講習会を医科で4846件、歯科で2433件実施している。（10/22MEDIFAXより）

再生基金

再生基金、12年度末の執行率見込み50.6%／厚生省

厚生労働省は11月5日の「地域医療再生計画に係る有識者会議」（委員長＝梶井英治・自治医科大地域医療学センター長）に、地域医療再生基金の2011年度までの支出額に基づく執行率と、12年度支出予定額に基づく執行率見込み値を公表した。2次医療圏が基本の09年度補正予算分の執行率は11年度までに32.5%で、3次医療圏まで広げた10年度補正予算分は9.4%、全体の執行率は21.6%だった。12年度支出予定額も含めると09年度補正予算分の執行率は60.9%、10年度分は39.0%となる見込みで、全体では50.6%を見込んでいる。

●フォローアップで好事例の共有を

構成員からは再生計画に基づく好事例を共有すべきとの意見や、個別事業の評価だけでなく、結果として2次・3次医療圏がどうなったかも評価するよう求める意見が上がった。

地域医療再生基金は09年度補正予算で、2次医療圏を基本とした計画に基づく基金2350億円が13年度までの時限措置として創設された。10年度補正予算では3次医療圏まで範囲を拡充し2100億円が上積みされた。（11/6MEDIFAXより）

会計検査院

医療給付費の不当支出を指摘／会計検査院の11年度報告

会計検査院は11月2日に野田佳彦首相に提出した国の2011年度決算検査報告で、医療給付費について国が約4億9100万円を不当に負担していたとした。健康保険の保険料徴収額が約3億7300万円不足していたことなども指摘した。これらを含め厚生労働省

に対しては、不当収入の約16億6800万円（7件）、不当支出の約29億8400万円（146件）について法令・予算の不当事項を指摘した。

31都道府県に所在する150医療機関・15薬局に対して588の保険者が給付した07-12年度の医療費のうち、約9万5000件で約12億1900万円が過大に支払われていたとした。国の不当な負担はこのうち約4億9100万円。10年度は約4億3900万円だった。

会計検査院が国が不当に負担したとする医療給付費（医療機関数）を診療報酬項目別に見ると▽入院基本料は約2億3000万円（61件）▽入院基本料等加算は約6100万円（16件）▽在宅医療料は約5300万円（24件）▽特定入院料は約5300万円（3件）▽初診料・再診料は約2300万円（16件）▽検査料は約2000万円（3件）▽医学管理料は約1500万円（10件）▽処置料は約900万円（8件）▽リハビリテーション料などは約1100万円（9件）▽調剤報酬は約1600万円（15件）一となった。

このほか会計検査院は▽国保組合への過大な療養給付費補助金など（約2億2700万円・5国保組合）▽国保への過大な療養給付費負担金（約6億7100万円・54市区町村）▽国保への過大な財政調整交付金（約2億9300万円・25市区町・広域連合）▽過大な労災診療費（約2700万円・66指定医療機関）▽過大な生活保護費（約4700万円・13市区）▽過大な厚生労働科学研究費補助金（約600万円、旧国立がんセンター）一などを指摘した。（11/6MEDIFAXより）

支払基金

審査支払制度の見直しで厚労省に要望／支払基金

社会保険診療報酬支払基金は11月5日、電子レセプトの事務を円滑に行うための改善事項などを盛り込んだ「審査支払制度等の見直しに関する要望」を厚生労働省に提出した。支払基金の河内山哲朗理事長が厚労省を訪問し、保険局の木倉敬之局長に要望を提出した。

要望では、電子レセプトに係る事務を円滑に行うための改善事項として▽審査支払機関への返戻再請求および再審査などの申し出の電子化▽電子レセプトに則した記載要領（記録条件仕様）の見直し▽災害時の請求支払いを円滑に行うための危機管理体制の構築一の3点を記載。

審査支払いに関する業務処理の質向上のための改

善事項では▽保険薬局における被保険者証での患者の受給資格の確認▽地方厚生局から審査支払機関への情報提供の改善▽保健医療機関の診療報酬請求権の消滅時効の起算日の見直し一を要望。支払基金の事業運営を改善するための見直しに関する要望としては▽特定健診等決済代行業務の円滑実施のための制度改正▽出産育児一時金の直接支払いに係る事業拡大一を提示した。（11/6MEDIFAXより）

ワクチン

HPVワクチン、1200の自治体が全額助成／専門家団体調査

全国で約1200の自治体がHPVワクチンの接種を全額公費助成していることが、民間団体「子宮頸がん征圧をめざす専門家会議」が実施したアンケート調査で明らかになった。10月19日、同団体が東京都内でシンポジウムを開き、調査結果を初めて公表した。

アンケートは、2012年の6-8月に全国1738自治体を対象に実施し、1354の自治体から回答を得た（有効回収率77.9%）。HPVワクチンの接種を全額公費助成している自治体は1197自治体（86.0%）で、個人負担がある自治体は157自治体（11.6%）だった。

個人負担の金額は「1000-2000円未満」が63.7%、「4000-5000円未満」が7.6%、「5000-6000円未満」が11.5%だった。

接種率が80%以上の自治体では、96.4%がワクチンの接種を全額公費助成しており、全額公費助成が高い接種率につながっていた。

未接種者に接種勧奨を実施した自治体は758自治体（56.0%）で、勧奨手段はハガキや封書による働き掛けが最も多かった。（10/22MEDIFAXより）

定期接種

定期接種化で市町村、数百億円の負担増へ／3ワクチンで交渉大詰め

2013年4月にHPV、Hib、小児用肺炎球菌の3ワクチンが定期接種化された場合、予防接種の実施主体である市町村の負担が数百億円程度、増える見通しだ。財政状況の厳しい中、全国町村会はこの点を懸念しており、国が責任を持って財政措置するよう要望している。年末に向けて、ワクチン財源をめぐる国と自治体の協議が大詰めを迎える。

厚生労働省によると、3ワクチンの年間接種費用は約1200億円。国の補正予算事業で国と市町村が接種費用を45%ずつ負担している。残り10%の費用は、市町村が負担した上で、被接種者から実費を徴収できているになっているが、ほとんどの市町村が費用を持ち出している。市町村が負担する45%の接種費用は地方交付税により財源が保証されているため、交付を受けた市町村では負担は10%となる。

一方、予防接種法が改正され、13年4月から3ワクチンが定期接種化した場合、3ワクチンに対する市町村の財源負担は重くなる。麻疹・風疹などの定期接種の仕組みでは、地方交付税措置は低所得者の接種費用相当額となっており、接種費用全体の30%程度。残る70%は市町村が負担した上で被接種者から実費徴収できる仕組みだ。ただ、ここでも多くの市町村は実費を徴収していない。このため3ワクチンが定期接種化されると自治体の費用負担割合は70%に上がることになる。

3ワクチンの接種費用を年間1200億円とした場合、定期接種化後の全市町村の負担額は840億円。全市町村の現在の負担割合を10%とすると、負担額は現行の120億円から720億円増となる計算だ。実際には、市町村の財政状況によって地方交付税が手当てされる場合と、されない場合があり、負担割合には幅があるが、いずれにしても数百億円規模の負担が市町村側にのしかかる。財政難から実費徴収に踏み切る自治体が出てきてもおかしくない。全国町村会は12年7月、自治体の財政力によって格差が生じないよう、国が責任を持って財政措置してほしいと政府に要望した。

●予防接種法改正案、提出は通常国会か

ワクチン財源をめぐる市町村と国の綱引きは、これから年末にかけて本格化する。厚労・財務・総務3省は3ワクチン定期接種化の財源として年少扶養控除の廃止などに伴う地方増収分（約900億円）の一部を当てにしている。今後の調整で市町村の理解が得られるかどうかがかギになる。政府は年末の予算編成までに財源問題を決着させたい考えだ。

厚労省は、財源問題にめどが付くまで予防接種法改正案を国会提出しない方針で、法案の提出時期は、13年1月に召集される通常国会となる公算が大きい。年度内に予防接種法改正案を可決し、予定通り4月には定期接種を増やしたい考えだ。（10/15MEDIFAXより）

特養不足

都市部の特養不足解消へ、高齢者の地方移住促進／政府

都市部で要介護高齢者が増加し、特別養護老人ホームなどの介護施設が不足する事態の解消に向け、政府が動き出した。10月9日、内閣府や厚生労働省の関係者、都市・地方政策や介護問題に関する有識者が参加する「高齢者居住を中心とした自治体間連携に関する調査」研究班が初会合を開いた。都市部の高齢者が地方へ移住しやすい環境を整備し、都市部の高齢者問題解消を目指す。地方での介護雇用の創出など地方経済の活性化も見込んでいる。

都市部での介護施設・ケア住宅の不足解消は、政府の日本再生戦略にも盛り込まれている。研究班では、高齢者の地方移住を促進・阻害する要因や、都市部と地方の自治体が連携する方法について検討する。

研究班が想定する自治体間連携のイメージによると、都市部自治体の役割は▽地方に高齢者施設を整備する費用を出す▽都市部から地方へ入居した高齢者の介護・医療費を支出する▽移住した高齢者だけでなく、地域住民も利用可能な遠隔医療サービスを提供する—など。一方、地方の自治体の役割は▽都市部からの高齢者に就労の場を提供する▽移住した高齢者を巻き込んだコミュニティーをつくる—など。

全都道府県と全市町村を対象にしたアンケート調査を10月から実施し、各自治体が抱える高齢者向け介護施設整備の課題や、他自治体から中高年層を受け入れるニーズがあるかどうかを把握する。東京都の杉並区と静岡県の中伊豆町で自治体間連携のモデル事業も実施し、報告を基に課題を洗い出す。

研究班会議の座長には経済評論家の川本明氏が就任。委員には東京大名誉教授の大森彌氏も名を連ねた。オブザーバーとして▽内閣府の山崎史郎政策統括官▽内閣府の原口剛政策統括官▽厚労省保険局の大島一博保険課長▽厚労省社会・援護局総務課の荒川英雄課長補佐▽厚労省老健局総務課の篠田浩課長補佐▽厚労省老健局高齢者支援課の懸上忠寿課長補佐一らが参加した。

次回会合は12月を予定しており、モデル自治体の杉並区からの報告や、自治体間連携を進める上での課題を検討する予定。（10/11MEDIFAXより）

皆保険**日本の皆保険制度の経験「全世界で活用を」
／世界銀行総裁**

世界銀行グループのジム・ヨン・キム総裁は10月11日、東京都内で開催中の国際通貨基金（IMF）・世銀年次総会で会見し、日本が各国の開発支援で強みを発揮できる分野の一つに「皆保険制度」の経験を挙げた。

キム総裁は会見で「日本は皆保険について誇りをもってしかるべきだ。非常に高い品質の（医療）サービスが提供されている」と日本の公的保険制度を高く評価。その上で、総会中に開かれる会合で「どのようにすれば日本の保険分野の経験を活用して、全世界で活用できるかを話し合う」と述べた。世銀は開発途上国に対する経済や社会の発展を支援する国際開発金融機関。（10/12MEDIFAXより）

WHO**2020年までに精神科長期病床20%削減／WHOアクションプラン**

WHOは8月下旬に各国に対し「世界精神保健行動計画（精神保健アクションプラン・2013-20年）」を提示した。20年までに世界各国が精神保健対策として取るべき行動目標を示したもので、長期入院型の精神科施設を総合病院の短期入院型精神科病棟や介護施設などに移行させることで、長期入院に使用するベッド数を現状から20%削減する指標を設定した。

アクションプランは目標として▽精神保健政策・リーダーシップの強化▽地域で一般保健サービスと統合した包括的な精神保健および社会福祉サービスを提供▽精神保健の普及・啓発・権利擁護の促進（精神障害の予防および自殺対策含む）▽精神保健に関する情報システム、エビデンス、研究を強化する一を提示。ターゲット指標として「20年までに80%の国で、保健予算のうち少なくとも5%を精神保健に充てる」なども示した。

精神科病院でのベッド数20%削減については、ケアの中心を長期入院型精神科病院への収容から▽介護施設や支援付き居住施設▽総合病院での入院型と外来型ケア▽デイケアなどを含めた連携型のコミュニティベースの精神保健サービスネットワークに体系移行すべきとしている。WHOによる精神科

病院の定義は「Mental Health Atlas 2011」に準拠しており、精神科病院では患者の23%が1年以上入院しているとしている。

●数値目標の意義・狙いなど照会中／厚生省・重藤課長

WHO精神保健アクションプランを受け、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課の重藤和弘課長は10月15日、取材に対して「大臣官房国際課が現在、省内の担当部局からの疑義照会や意見などを取りまとめ、WHOに返している段階だ。ただ、世界保健総会の決議を受けWHOが策定したアクションプランであり、日本も加盟国として参考にしていくことになる」と述べた。その上で、20%削減について「数値目標を設定する意義や狙いは何か。20%を数値目標とした根拠や背景が何かなどを確認している」とし、精神科病院の状況が各国で異なる中で数値目標を設定する意味について回答を求めているとした。

●WHOアクションプランに協力／日精協・山崎会長

一方、日本精神科病院協会の山崎学会長は、取材に対して「精神科病院の長期病床を20%削減する目標について、日精協としては、精神科病床の施設転換が進められるよう国内の関係機関に働き掛けていく予定で、WHOアクションプランの推進に協力していきたい」と述べた。「現在の精神科病床を厳守する方針は取らない。むしろ、社会資源としての病床を必要な施設へ転換することを選択したい。ただ、会員病院が犠牲を払うことがないよう、確実に国の施策として制度化していくことがカギになる」とも語った。

山崎会長は「日本の精神科病床約30万床をめぐって日精協は、医療を中心にした精神科病床から、施設への転換の在り方の具体策について検討に入る」とも述べ、協会内の医療政策委員会と医療経済委員会に病床転換について諮問し、13年早々にも答申を提示してもらう予定とした。

（10/16MEDIFAXより）

算定過誤**調剤報酬の算定過誤で留意事項／保険局医療課**

厚生労働省保険局医療課は、要介護認定を受けた在宅療養患者に対して診療報酬（調剤報酬）上の「在宅患者訪問薬剤管理指導料」を継続して算定する誤りが見られるとして、保険薬局や在宅医療に関わ

る医師に対して留意事項を示した。10月9日付の事務連絡で地方厚生局や都道府県に周知について協力を求めた。

介護保険制度には要介護被保険者に対する薬剤管理指導を評価する「居宅療養管理指導費」があり、在宅療養患者が要介護認定を受けた場合には診療報酬上の「在宅患者訪問薬剤管理指導料」ではなく、介護報酬上の「居宅療養管理指導費」を請求することになる。

医療課は、患者が要介護認定を受けた後も、誤って在宅患者訪問薬剤管理指導料を継続して算定している事例があることから、▽保険薬局は、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に対し、要介護認定の有無を確認する▽在宅患者訪問薬剤管理指導料について保険薬局に指示を行う医師は、患者が要介護認定を申請した場合にはそのことを保険薬局に情報提供する—などの留意事項を示した。

在宅患者訪問薬剤管理指導料をめぐる算定上の過誤については、会計検査院が2009年度・10年度の決算検査報告の中で、国に不当な負担が発生していると指摘していた。（10/16MEDIFAXより）

保険者

「保険者機能」の定義明確化へ／厚労省委託事業委員会が初会合

「保険者機能の定義化」に向けて保険者の役割や取り組みについて実態を把握するための委員会が10月16日、東京都内で初会合を開いた。厚生労働省保険局が2012年度委託事業として設置した「保険者機能の評価に関する調査研究委員会」で、今後数回の会合を開き、年度内にも報告書を取りまとめる。厚労省は報告書の内容を踏まえた上で、これまで必ずしも明確ではなかった「保険者機能」を定義するガイドライン（GL）を作成する。

厚労省は医療保険者の取り組みによる効果などについて事例を収集し、現状を把握することを目的に委員会を設置した。被用者保険や国保などの保険者や有識者で構成する委員による議論を通して、保険者の役割を整理し、年度末をめどに委員会としての分析・提言などを盛り込んだ報告書をまとめる。実態把握に向けて、保険者を対象としたアンケート調査も実施する。

座長には政策研究大学院大の島崎謙治教授が就任した。会合は非公開。初会合では今後の議論の進め

方などを確認した。

保険者機能は、レセプト点検やジェネリック使用促進といった医療費適正化に向けた役割ばかりではない。保険者による保険料徴収や保険給付、被保険者の要件・資格の管理、保健事業なども保険者機能に数えられるが、これまでこうした全般にわたる保険者機能の概念について明確な定義はなかった。

都道府県が第2期医療費適正化計画を作成するための基本方針（9月28日官報告示）では、▽医療費適正化の推進▽加入者の健康づくりの推進▽医療提供体制についての議論への参画—などの保険者機能が円滑に発揮されるよう、都道府県に対してGLを示すための検討を行うとしていた。厚労省は調査研究委員会の報告書を踏まえ、13年度、GL作成に向けた検討を開始する。

GLで保険者の役割を明確化することで、これまで保険者によってばらつきが見られた取り組みに、一定の水準が要求されることになる可能性もある。（10/17MEDIFAXより）

協会けんぽ

国庫補助率「維持」なら保険料率引き上げ／協会けんぽ収支見通し

全国健康保険協会（協会けんぽ、小林剛理事長）は11月2日、厚生労働省内で会見し、国庫補助や後期高齢者支援金の負担方式への措置が現状のままとなった場合、2013年度の保険料率（平均）を現在の10.0%から10.1%に引き上げることになるなどの試算を示した。

協会けんぽは12年度までの3年間で保険料率を8.2%から10.0%へと大幅に引き上げた。小林理事長は会見で「保険料をこれ以上引き上げることはできない」と述べ、年末の予算編成に向けて国庫補助率の引き上げや、被用者保険が負担する後期高齢者支援金の全面総報酬割化に向けた要請を続けるとともに、協会けんぽの財政状況を議論することになっている11月7日の社会保障審議会・医療保険部会で協会の主張を強く展開すると述べた。

協会けんぽは12年度収支について、標準報酬月額が見込みより高いことや4～7月の医療給付費の伸びが見込みよりも低く推移していることから、単年度の収支差はプラス2482億円となり、2年度連続の黒字を見込む。年度末の準備金残高については4432億円となる見込みだ。

13年度については「国庫補助率16.4%」「後期高齢者支援金の負担の3分の1を総報酬割」とした12度までの3年間の特例措置を継続した場合（現状維持）、単年度収支が均衡する「均衡保険料率」は0.1ポイント引き上げて10.1%にする必要があるとの試算を示した。一方、協会が要望する「国庫補助率20%への引き上げ」「後期高齢者支援金負担の全額総報酬割化」が実現した場合は、均衡保険料率は9.8%に引き下げが可能との試算も示した。

また、国庫補助率・後期高齢者支援金の負担方式を現状維持し、保険料率を10.0%に据え置いた場合、13年度の単年度収支差はマイナス802億円となり、準備金残高が3630億円となる試算も示した。

●要望かなっても厳しい財政体質

13-17年度の5年間の収支見込みについても試算を示した。国庫補助率・後期高齢者支援金の負担方式が協会の要望通りとなったとしても、賃金上昇率が過去10年間の平均（マイナス0.6%）で推移した場合には、14年度に収支が赤字化するとともに、16年度には準備金残高が枯渇する。この場合、均衡保険料率も17年度には11.2%に引き上げることが必要になるという。（11/5MEDIFAXより）

健保連・連合

高齢者医療、国民会議で議論を／民主ヒアリングで健保連・連合

民主党の厚生労働部門会議は11月6日、2013年度予算・税制改正の重点要望などを、健保連、連合、日本製薬団体連合会、日本歯科医師会から聞き取った。健保連と連合は、社会保障制度改革国民会議で高齢者医療制度について積極的な議論をするよう求めた。

健保連は国民会議に対し、現役世代の負担が過重になっている現状を改め、高齢者と現役世代でバランスよく負担する制度づくりの議論を進めることを期待した。具体的には、高齢者医療制度への公費拡充や、70-74歳の患者負担を2割にすることを求めた。

医療費の適正化も国民会議で強力に推進するよう求めた。医療機関の機能分化や、病床数と平均在院日数の削減に加え、消費増税に伴う診療報酬引き上げの抑制を要求。健保連の白川修二専務理事はヒアリング終了後、「医療費適正化は保険者側として努力するが、国の制度・仕組みもぜひ見直してほしいと

お願いした」と語った。

連合も、高齢者医療の支援金や自己負担割合の在り方については、国民会議の中で議論すべきと指摘。ただ、70-74歳の自己負担を法定の2割負担にすることについては慎重な議論が必要とした。

効率化に関しては、後発医薬品の使用促進をさらに推進すべきと主張。市販類似薬を保険対象外にすることは、所得による医療・健康格差を拡大させる可能性があるとし、慎重な検討が必要とした。

（11/7MEDIFAXより）

健保連

診療報酬引き下げ、真剣に議論すべき／健保連の白川専務理事

健保連の白川修二専務理事は11月6日、来賓として出席した全国健康保険協会（協会けんぽ）の全国大会で、医療費適正化を進める中で「診療報酬の引き下げを真剣に議論しなければならない」と発言した。

「私に言わせれば保険者崩壊だ」―。白川氏は保険者の財政悪化により、国民皆保険制度が危機的状況にあると強調。医療制度改革のポイントとして「医療費適正化の推進」「高齢者医療制度の改革」が必要だと述べた。

医療費適正化を進めないことには、国も保険者も、近い将来に財政破たんを来すとの認識を示し、医療保険制度に医療費適正化施策を組み込む必要があると主張。効率的な医療提供体制の構築と診療報酬の見直しが必要だと述べた上で、診療報酬については引き下げを真剣に議論する必要性を示した。

高齢者医療制度改革については、前期高齢者医療への公費投入の拡大が必要だと指摘した。

（11/7MEDIFAXより）

保団連

医療へ大幅な国庫負担増額を／保団連、13年度政府予算へ要望書

保団連は10月17日、「2013年度政府予算編成に対する要望書」を首相のほか関係大臣宛てに提出した。保団連は中期財政フレームの実行によって社会保障関係費が概算要求額から大幅に切り込まれ、医療費抑制政策が進むと懸念。医療イノベーション5カ年戦略の推進のために特別重点要求されていることか

ら、医療の市場化が進むことも危惧している。大胆に政策転換することで社会保障・医療費総額を引き上げ、所得再分配機能を回復・強化し、患者負担を軽減するよう求めた。

主要な請項目は次の通り。

▽患者窓口負担を「現役2割」「65歳以上75歳未満は1割」「義務教育終了までの子供と75歳以上高齢者は無料」とする▽14年度改定を待たずに診療報酬を大幅に引き上げる▽「共通番号制」(マイナンバー法)導入のための予算措置を行わない▽協会けんぽと国保の国庫負担を引き上げる▽生活保護基準の引き下げを行わない▽被災地や原発事故の警戒区域の特別措置を継続する▽高額療養費制度の患者負担上限額的大幅引き下げを実現する。
(10/19MEDIFAXより)

日 医

調剤報酬「院外・院内の価格差是正を」／日医・鈴木常任理事

日本医師会の鈴木邦彦常任理事は10月20日、東京都内で開かれた全国医療法人経営セミナーの「医療・介護の同時改定の検証と対策」のセッションで、「次期診療報酬改定では、中小病院および診療所の評価をアップさせるため、議論を開始していくことが必要だ」と述べた。「薬価差益が圧縮されている中で、院外の調剤報酬と院内調剤の価格差をなくすよう次期診療報酬改定で検討すべき課題だ」とも指摘した。

在宅医療の促進については「国家的な取り組み」が必要とした。2012年度診療報酬改定では「強化型」の在宅療養支援診療所（在支診）と在宅療養支援病院（在支病）が創設されたが、日医の調査では在支診ではない診療所が新たに在支診を届け出る動きは少ないという。24時間の体制確保が難しいとの意見が上がっている。鈴木常任理事は「在宅医療は地域医師会が中心となって、在支診以外の診療所が在支診や在支病との連携体制を構築できるよう対応していくべきだ。診療報酬でも、強化型在支診、その他の在支診、在支診以外でターミナルケア加算などに点数格差があり、次期診療報酬改定で見直すよう議論したい」と問題提起した。

在宅医療については総合討論でも、座長の関健・日本医療法人協会副会長（長野県医師会副会長）が「地域医療における在支病、在支診の届け出数だけでは、その地域の在宅医療の実態は把握できない。地

域医療計画を策定していく上で、計画と実態が大きく乖離することがないように留意すべき」と課題を挙げた。

一方、全日本病院協会の西澤寛俊会長は関座長の質問を受け、入院基本料の検討状況について解説し「次期診療報酬改定では、看護職員月平均夜勤72時間問題などが病院団体としても大きな課題になっていくだろう」と述べた。(10/23MEDIFAXより)

「リスク伴う」、あらためて反対姿勢／看護師特定認証に日医

日本医師会は、厚生労働省が現在検討している「医師の包括的指示に基づき看護師が特定の医行為（特定行為）を診療の補助として実施する能力認証の枠組み」に、あらためて反対意見を表明した。「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ（WG）」が医行為分類案について募集していたパブリックコメントとして、日医の藤川謙二常任理事が意見書を提出した。10月23日の同WGで厚労省が公表した。

意見書では「難しい判断や侵襲性の高い行為を、包括的指示で実施することはリスクを伴う」とし、「『包括的指示で実施できる』と一律に規定すべきではない」と反対。医師がすぐに対応できない事態が想定できるとも指摘した。2年以上の研修で幅広い特定行為を実施する枠組みが構想されている点については「不要である」と一蹴した。

同WGが医行為分類案のパブリックコメントを募集したことについても「まず制度そのものに対する意見を問うべき」とし、「制度の創設が決定事項であるかのように、各論についての意見募集を行ったことは遺憾」と不快感を示した。
(10/24MEDIFAXより)

横倉会長「国民と共に皆保険堅持」／日医は医師代表唯一の団体

日本医師会の横倉義武会長は10月28日、日医臨時代議員会の冒頭に挨拶し「日医は医師を代表する唯一の団体であり、医療関係団体の一つではなく、医療全体をリードする唯一の団体」と強調した。その上で「国民と共に歩む専門家集団としての医師会を目指し、世界に冠たる国民皆保険の堅持を主軸に、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて国民と共に努力したい」と宣言した。

●ボトムアップで「切れ目のない医療・介護を」

横倉会長は、国民の社会的共通資本としての地域医療の再興が喫緊の課題と指摘。国は医療機能の分化を推進し、施設から地域へ、医療から介護へというイメージを描いているとし「国の方針を都道府県の医療政策にいかにか落とし込むかではなく、地域の実態に基づいたものにすべき」と述べた。その上で「会員一人一人が地域の中で担うべき役割を認識し、ボトムアップ型の地域医療提供体制の再構築に向けて“切れ目のない医療・介護”という視点を持つべきだ」とし、「地域の医療・介護から福祉まで全体を見極め“切れ目のない医療・介護”の視点で提案できるのは地域医師会しかない」と強調した。

医師の偏在解消については▽地域医療の経験を医師のキャリアアップの要件とする▽医療事故を刑事訴追の対象にしない▽医師が勤務しやすい就業環境の整備、特に急増している女性医師への支援▽初期臨床研修のマッチングの見直し—の4点を提言した。

社会保障制度改革推進法にも触れ、公的医療保険制度について「原則として全ての国民が加入する仕組みを維持する」とされたことに対し、「原則としてという表現は例外をつくる可能性がある」とあらためて懸念を示した。

T P Pについては「医療における株式会社の参入の要求や、中医協における薬価決定プロセスへの干渉などを通じて公的医療保険制度を揺るがすことが問題」と指摘。国内でも、医療ツーリズムなど、これまで米国が要求してきた営利産業化の動きが見られるとし、「必要な規制改革は行わなければならないが、過度な規制改革は絶対に受け入れるわけにはいかない」と断言した。7月に閣議決定された日本再生戦略で新たな特区を創設する方針が示されていることへの懸念も示した。

その上で、公的医療保険の基本理念である「全ての国民が同じ医療を受けられる制度」「全ての国民が、支払い能力に応じて公平な負担をする制度」「将来にわたって持続可能性のある制度」の3点を守る決意で今後も臨むと強調した。

（10/29MEDIFAXより）

民間保険の現物給付商品を懸念／神奈川県保険医協会

保険会社の保険金を被保険者（患者）ではなく医療機関に支払う仕組みを、金融庁の金融審議会ワーキング・グループが検討していることに対し、神奈

川県保険医協会は政策部長談話で懸念を表明している。

談話では、米国のHMO（管理医療）を手本に民間保険会社が現物給付型商品の開発を企図していると指摘。「民間保険の現物給付商品が誕生すれば、公的医療保険との混乱もさることながら、商品としての優劣比較、価格・内容競争にいや応なくさらされる。皆保険からの離脱や形骸化が激しくなる」と危惧している。（10/12MEDIFAXより）

調査・データ編

タブレット、60代以上医師の3割が利用／ケアネット調査

医師・医療従事者向け情報サイトを運営するケアネットが行った意識調査で、スマートフォンやタブレット型端末などのスマートデバイスを医師の半数以上が少なくとも1台は所有しているとの結果が出た。世代別で見るとスマホは若い世代の医師ほど所有率が高くなるが、タブレットは世代の偏りがあまり見られず、60代以上の医師ではスマホ所有率が25.8%、タブレット所有率が29.2%と、タブレット端末が好まれて利用されているようだ。

調査は2012年9月にケアネットのサイトの会員を対象にインターネットで回答を得た。有効回答1000件の世代別の内訳は▽30代以下19.2%▽40代39.1%▽50代32.8%▽60代以上8.9%。男女比は男性90.3%、女性9.7%となっている。

●活用度高いタブレット端末

医療でのスマートデバイスの用途を尋ねたところ▽医薬品・治療法に関する情報収集（書籍・論文以外）▽医学・医療に関する書籍・論文閲覧▽医学・医療関連のニュース閲覧—が多く、タブレット利用者の4割以上がこうした用途で利用している。

患者とのコミュニケーションを目的とした利用率は、スマホ4.1%に対してタブレットは14.7%と高く、「インフォームド・コンセントの際、立体的で具体的な説明ができ、患者の理解が深まる」といった声も上がった。60代のタブレット利用医師では「移動中や学会の調べ物に使う際、スマホの画面は小さく見にくい」との声もあった。（10/18MEDIFAXより）

自分が認知症になったら…、施設入所希望 76.6%／民間意識調査

自身が認知症になった場合、施設への入所を希望する人が76.6%。有料老人ホームなどを運営するオリックス・リビング（東京都港区）が11月1日に公表した「介護に関する意識調査」で、こんな結果が出た。

同社は11月11日の「介護の日」にちなみ、認知症や介護ロボット、サービス付き高齢者向け住宅などに対する意識を調査した。10月4日から5日にインターネット上で実施し、40代以上の男女1238人（男性681人、女性557人）から回答を得た。

自身が認知症になり、大切な人を忘れた場合の望ましい対応を尋ねたところ、「施設に入る」が76.6%、「大切な人に介護してほしい」が18.4%となり、施設入所を希望する人が多くを占めた。施設に入りたい理由としては「大切な人に迷惑を掛けたくない」が69.2%で最も多く、「他人に介護された方が気が楽」の21.4%が続いた。（11/2MEDIFAXより）

医薬分業と後発品促進策、「効果は不明」／ 日医総研WP

日医総研は、政府が進める医薬分業・後発医薬品使用促進についてまとめたワーキングペーパー（WP）を公表した。国の政策導入により、調剤薬局や後発品メーカーは経営が向上し、雇用が拡大するなどの効果が出ており、今後の展開にも期待し先行投資を行っていると分析。一方で、医薬分業や後発品使用促進の成果は明らかではないと指摘した。

WPでは、医薬分業のメリットとして挙げられた「重複投薬のダブルチェック」について、「重複投薬・相互作用防止加算」の算定回数が少ないことから、そもそも重複投薬そのものが少ない可能性がある」と指摘。一方、「薬剤情報提供料」の算定回数が増加しており、処方内容の開示については院内処方でも進んでいるとしている。

●医科医療費が調剤医療費に置き換えか

調剤薬局にとっては報酬上のインセンティブがあることから長期処方が進んでいる一方で、通院間隔が開くことで再診の回数が減るとも説明。減少した分は医科の財源に回されるわけではなく「現状を見る限り、医科医療費が調剤医療費に置き換わっているように見受けられる」と指摘している。費用負担の増加や二度手間といった患者負担のデメリットも考慮し、総じて現状の医薬分業の効果に疑問を呈し

た。

後発品の使用促進についても、先発医薬品の薬価低下に一定の貢献があったとみる一方、薬剤単価は上昇し薬剤費比率も縮小していないことから、高価格の新薬の販売にシフトしたと推測している。

●政策を再評価し必要に応じ見直しを

ただ、医薬分業・後発品の使用促進の流れを逆行させることは困難とも指摘し、厚生労働省は総合的に検証して政策を再評価し、必要に応じて見直しを行うべきと主張した。参照価格制度の導入については時期尚早として問題視している。

その上で、保険薬局や後発品メーカーのうち全国展開している大手企業は、公的医療保険の下で医療に参加しているという自覚を持ち、ドラッグストアの調剤事業や医薬品メーカーの国内事業など、公的医療保険に関する部分を独立させ、それぞれの業績を報告する仕組みを設けることを提案している。

（11/2MEDIFAXより）

特区活用による「営利産業化」を懸念／日医総研WP

日医総研はこのほど、これまでに設置された特区での規制緩和などを整理し考察したワーキングペーパー（WP）を公表した。医療分野では公的保険範囲の縮小と医療の営利産業化の端緒となる懸念を払拭できないと主張。一体的に注視していく必要があると警戒感を示した。特区問題をめぐって日本医師会は、特区対策委員会を設置し検討を進めている。

構造改革特区は2003年に創設。混合診療の解禁や病院経営への株式会社の参入などが各地から提案された。保険外併用療養が創設される契機となったほか、06年には高度美容外科医療を提供する株式会社による診療所が横浜市に開設された。ただ、医療保険制度、医療提供体制の規制改革が全国展開に至ったものはなかった。

WPでは、特区から要望のあった規制緩和の約7割が全国展開していることを挙げて一定の成果があったと認めたが、日本経済全体の活性化という目的は達成できなかったと評価した。

総合特区は11年に創設された。12年9月1日までに国際戦略総合特区に7地域、地域活性化総合特区に32地域が指定されている。関西イノベーション国際戦略総合特区は、統合医療への保険外併用療養の適用や株式会社の病院経営への参入を提案したが実現には至っていない。

先端医療開発特区（スーパー特区）は08年に24課題が採択された。i P S細胞の応用や再生医療、革新的医療機器の開発などが採択された。

復興特区は東日本大震災の発生を受けて11年に設けられた。病院の医療従事者の配置要件の緩和、訪問リハビリテーション事業所の開設要件の緩和などが認められた。

考察では、復興特区での医師配置基準の緩和など地域活性化、地域再生に必要なものもあると評価した。一方、全ての国民に関係する規制緩和は特区での試行にも慎重であるべきと提言した。

（10/15MEDIFAX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。

資料1

**国民皆保険制度と地方自治体における医療
保障施策のさらなる発展を求める要望書**

■ 京都府保険医協会 2012年10月16日 ■

京都府保険医協会は、京都府及び府内市町村に対し標記の要望書を提出。要望は、①社会保障制度改革推進法の抜本改正あるいは廃止を求めること②都道府県医療計画の策定は住民にとって必要な医療を充足させることを第一義の目標とすること③国民健康保険制度の運用改善と医療機関における窓口一部負担金の未収問題を解決すること—の3本を柱とした。本紙第2839号に既報。

京都府知事
山田 啓二 様

2012年10月16日

**国民皆保険制度と地方自治体における
医療保障施策のさらなる発展を求める要望書**

京都府保険医協会
理事長 関 浩

貴職におかれましては、日頃より住民の医療・福祉にご尽力いただき、誠にありがとうございます。

この度、当協会は下記の諸点につき要望をとりまとめました。ご検討いただき、自治体施策、国への要望・意見に反映いただきたく、お願い申し上げます。

記

1. 国に対し、下記の諸点に関して社会保障制度改革推進法の抜本改正を求めてください。改正がならない場合は廃止を求めてください。

- (1) 社会保障制度は、国・地方自治体に第1義的な実施責任があることを明記すること（法第2条1関係）
- (2) 社会保険保険料は、応能負担が原則であることを明確にするべきであり、所得に対して累進的に比例する方法で計算し、かつ最低生活費に食い込まない水準とすることを明記すること。そして、不足する財源を公費負担とすることを明記すること。（法第2条3関係）
- (3) 医療保険制度について、「原則としてすべての国民が加入する仕組みの維持」という文言は無保険者の存在を容認したかのような誤解をうむため、「国民皆保険制度の堅持」に改正すること（法第6条関係）
- (4) 医療保険制度について、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化」という文言は、保険で給付する医療を削減するかのような誤解をうむため、「保険給付の対象となる療養の範囲の充実」に改正すること（法第6条2関係）

- （5） 介護保険制度についての表記は、全文削除すること（法第7条関係）
- （6） 社会保障制度改革国民会議を設置する場合は、患者・障害のある人たち、高齢者、医療・福祉現場の専門職など、当事者を代表し得る者を少なくとも委員の半数とすること（法第9条関係）
- （7） 生活保護制度についての表記は全文削除すること（法附則第2条関係）

2. 都道府県医療計画の策定にあたっては、住民にとって必要な医療を充足させることを第一義の目標にしてください

（1） 医療計画策定に関連する国の基本政策のうち、下記の諸点について見直しを求めてください

- 1) 都道府県医療費適正化計画は、都道府県に「医療費抑制」を目標として押しつけ、それを実現しうる医療提供体制を求める政策であり、医療計画の本来のあり方にそぐわない。国に見直しを求めること
- 2) 三位一体改革等による国庫負担削減は、地域の医療や福祉を痛めつけている。国に対し、医療・保健衛生・社会福祉に対する国庫負担増額を求めること
- 3) 公立病院改革ガイドラインは、公的医療機関の再編・縮小を自治体に強いるものである。国に見直しを求めること
- 4) 地方公共団体の財政の健全化に関する法律による、公的医療機関会計への連結実質赤字比率導入は、結果的に自治体の医療提供体制を弱体化させる。これを撤回し、政策医療を担う主体への手厚い財政支援を国に対して求めること

（2） 京都府保健医療計画（2013年度～）は、地方自治体による公的保障の重要性を踏まえて策定してください

- 1) 京都府民が府内のどこで暮らしていても、必要な医療・介護・福祉が受けられるように、京都式地域包括ケアシステム構想、京都府保健医療計画、京都府介護保険事業支援計画、京都府高齢者保健福祉計画、京都府健康増進計画等の各計画・政策を貫く、総合的な医療・介護保障ビジョンをとりまとめること
- 2) 国は通知において人口と患者流入割合に即した二次医療圏の見直しを指示している。しかし、二次医療圏は、行政的に見ても、また地域の文化的に見ても無理のないまとまりが基礎になっており、地域の実情もその単位で把握され、地域医療政策はそれを単位に組み立てられている。圏域内における入院医療の数量的把握だけを尺度とした見直しは、地域医療を破壊する恐れがあり、慎重に検討すること
- 3) 京都府の対人口10万人医師数は全国最高水準とされるが、その多くは京都・乙訓医療圏に集中し、北部・南部の医療圏は国平均を大きく下回っている。医師数の偏在以上に、診療科の偏在は深刻な状況である。この間、府が取り組んでいる地域医療支援センターの取り組みを引き続き進め、実効性ある医師確保策を行政と医療界が共同で検討するよう求める。同時に、医師・医療機関不足の著しい地域における患者さんの医療機関へのアクセス保障について、早急に具体策を講じること
- 4) 新たに5事業と同列に位置付けられた「在宅医療」は、地域包括ケア体制確立の課題と不可分である。住民の日常生活圏域内での医療・介護保障の実現に向けて、市町村レベルでの細やかな実態把握を行い、市町村との共同で方針検討を行うこと
- 5) 地域で医療・介護を保障していくためには、公的機関やそれに従事する公務労働者の役割が極めて重要である。保健所や福祉事務所等の公的機関を地域包括支援センターとの連携機関として計画上明確に位置付けること
- 6) 地域の診療所は、初期救急、予防活動、園医・学校医、産業医、患者さんの暮らしにまつわる相

談や多職種との連携等に取り組んできた。この取り組みなしに在宅医療は不可能である。国がこの開業医医療の役割を軽視していることは問題である。府として正當に評価し、地域の開業医とも十分に意見交換し、計画を策定すること。

3. 国民健康保険制度の運用改善と医療機関における窓口一部負担金の未収問題を解決してください

（1）市町村国民健康保険制度の制度・運用を改善してください

- 1) 府内の市町村国保において資格証明書交付を行わないようにすること
- 2) 故意に保険料を納付しない等、いわゆる「悪質滞納者」への対応は、外部委員を加えた「資格証交付審査会」を設置する等、公正さの担保できる別の枠組みで検討すること
- 3) 市町村国保の適用対象であるにも関わらずその手続きを行っていない無保険者について実情を把握すること。また他自治体からの転入に際しては、窓口で加入医療保険についての確認を行うこと
- 4) 保険料賦課に際しての均等割等の「応益割」部分は廃止し、賦課上限の撤廃、累進的な所得比例方式への転換を行うこと。また、これに合わせてそれぞれの地域における最低生活費を設定し、それを賦課の下限額として設定すること
- 5) 下記内容を国に求めること
 - ① 被保険者の生活圧迫要因になりかねないような保険料引き上げや、一般会計繰入、前年度繰上り充用を行わずに済むだけの国庫負担の増額
 - ② 保険料収納率に対する普通調整交付金の減額措置の廃止
 - ③ 窓口一部負担金の緊急改定による患者負担の軽減
現役年齢の者＝2割
乳幼児・義務教育年齢の者＝無料化
高齢者＝1割
 - ④ 特定健康診査で市町村が行う独自診査項目の追加に対する国庫補助
 - ⑤ 健診実施率による高齢者支援金の加算・減算制度の見直し
- 6) 改正国保法による市町村国保の都道府県単位化が、地域での医療保障の後退につながらないように手立てを講じていただきたい。特に、京都府の後期高齢者医療広域連合への参画方針とそれを契機にした国保都道府県単位化推進方針に関しては、府が表明しているとおり国民皆保険制度の堅持方針と、国庫負担増額を目指すこと。
- 7) 京都府市町村国保等広域化支援方針による保険料収納対策の共同取組に関しては、京都地方税機構への滞納事案移管を中止し、市町村が親身になって保険料滞納者の生活相談の窓口になるようにしていただきたい。

（2）医療機関における窓口一部負担金の未収問題を解決してください

地域住民の所得水準が低下し、窓口一部負担金が支払えないための受診手控えが増える一方で、医療機関窓口においては、未収金問題が深刻化している。本来、被保険者の療養に要した費用については、保険者が責任を持って支払うべきであり、未収金については、保険者の方から被保険者に対して支払いを求めている。具体的な制度運用についての検討をお願いしたい。

以 上

資料2

豪雨被害救済に関する緊急要望書

■ 京都府保険医協会 2012年10月22日 ■

京都府保険医協会は、今夏の豪雨被害を受けて京都府及び府内市町村に対し標記の要望書を提出。要望は、①間近に水災遭遇への危機が予想される際の対応②被災してしまった後の対応—のそれぞれについて個別策を要望し、その理由を記述している。

京都府知事
山田 啓二 様

2012年10月22日

豪雨被害救済に関する緊急要望書

京都府保険医協会
理事長 関 浩

謹 啓

平素より、府民の医療保障にご尽力を賜りますこと、まことにありがとうございます。

さて今夏、7月15日、8月14日の豪雨は府民生活に甚大な影響をもたらしました。

豪雨災害による被害は医療機関にも及び、当協会が把握したものだけで、7月15日、8月14日を合わせ12医療機関にもなりました。被災した医療機関の多くは、床上浸水・落雷等の被害に遭い、甚大な被害を受けた医療機関では、フローリングの張り替え等のもとより、廃院を決意されたケースも発生しています。

医療機関は設置・運営者の公民の違いを超えて、地域医療を支え、住民の生命と健康を守るかけがえのない存在です。

今回、災害に見舞われた医療機関への支援と今後も予想される災害への備えにつき、下記項目のとおり要望をとりまとめました。

貴職におかれましては、財政状況厳しき折ではありますが、内容をご吟味頂き、必要な財政措置を講じていただきますよう、よろしくお願いいたします。

謹 白

記

1. 間近に水災遭遇への危機が予想される際の対応について

- (1) 被災時に行政から受けられる支援や緊急時の連絡先に関し、情報提供・周知徹底を図ってください

(要望理由) 豪雨等による河川増水等により、間近に水害遭遇の危機が予測される際、被災を最小限に抑えるべく、周囲への土のうの積み上げ等の措置が必要と考えます。

急迫状況下における土のうの配布・積み上げ作業については、消防局等より支援が得られるものと認識しているところです。

しかしながら、かつて大規模水害に見舞われることの少なかった地域では、いざという時どこに連絡をすべきかすら判然としないのが現状ではないでしょうか。

この点についての情報提供・周知徹底を図ってください。

（2） 側溝等からの浸水に関しても同様に、行政による支援策や連絡先についての情報提供・周知徹底を図ってください

（要望理由）今夏の豪雨被害では、河川に近接していない地域でも、医療機関付近の側溝から水が溢れ、浸水に至るケースがありました。このケースは、河川増水以上に危険性が認識しづらく、日常的な備えが難しい面があります。

豪雨により、側溝につまったゴミ等が水害の原因になりかねないため、日常的な予防措置も重要と考えています。こうしたケースについても、行政としてどのような支援をしていただけるのか、支援を求めるための連絡先等について周知徹底を図ってください。

（3） 予防措置に関する行政の支援策、連絡先につきましても情報提供・周知徹底を図ってください

（要望理由）急迫時でなくとも、今後の災害に備え、予防的措置を行うことは、被害を最低限に食い止めるために大切です。予防策としてあらかじめ土のうを購入する等、予防措置にあたって必要となる費用への補助制度を検討してください。また、事前に土のうの確保を希望する場合、京都市内は土木事務所、それ以外の市町村は役所・役場へ相談すれば、基本的に支給されると認識しています。この点も含め、予防に関する行政の支援策・連絡先につきましても周知徹底を図ってください。

2. 被災してしまった後の対応について

（1） 被災医療機関の1日も早い復旧に向け、土砂除去等の人員派遣や費用補助の制度化をしてください

（要望理由）浸水により流れ込んだ土砂等の除去をしない限り、診療を再開することが出来ないのはいうまでもありません。土砂の除去等に関する人員派遣や費用の補助を制度化していただきたく存じます。また、現在ある制度で活用できるものがあれば、周知徹底を図ってください。

（2） 被災した医療機関の復旧工事に対する補助金支給制度を創設してください

（要望理由）災害時における医療者の役割は重要であり、1日も早く保険医療機関の復旧を行う必要があります。ついては、保険医療機関部分の復旧工事への補助金支給制度を創設してください。また、現在ある制度で活用できるものがあれば、周知徹底を図ってください。

（3） 浸水等による医療機器・薬剤等の再購入費用に対する補助制度を創設してください

（要望理由）浸水等による医療機器、IT機器類の損傷については、何かしらの保険をかけているケースが大半と考えられますが、保険が使えないケースも想定されます。そうした場合の修理や再購入費用への補助制度を創設ください。また、保険の対象にならない備品類や薬剤の水没も起こり得ますので、その点も同様にご検討ください。

以 上

協会だより（定例理事会要録から）

2012年度（平成24年度）第9回 2012年10月23日

I. 各部会よりの文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（10月9日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認

【経営部会】

1. 年金普及会員訪問状況
2. 開業医の奥様向けセミナー（10月11日）状況
3. 傷害疾病保険審査会（10月16日）状況
4. 雇用管理相談日（10月18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. 第27回保団連医療研究集会（10月13～14日）状況

【保険部会】

1. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（9月12日）状況
2. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（9月28日）状況
3. 保団連「マスコミ懇談会」（10月4日）状況
4. 保険講習会A（10月17日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 伏見医師会との懇談会（10月4日）状況確認の件
2. 地区医師会長との懇談会（10月6日）状況確認の件
3. 2012年度第5回正副理事長会議（10月11日）状況確認の件
4. 会員入退会及び異動（10月9日～10月23日）に関する承認の件

5. 第17期（2011年9月1日～2012年8月31日）アミス決算報告及び監査報告の件

【政策部会】

1. 保団連第9回理事会（10月7日）状況確認の件
2. 京都保険医新聞（第2836号）合評の件

【保険部会】

1. 保険部会（10月2日・5日）状況確認の件
- ### III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 11月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 各部会開催の件
3. 地区懇談会開催の件
4. 第12回文化講座開催の件

【経営部会】

1. 年金普及会員訪問の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全担当者交流会開催の件

【政策部会】

1. 2012年度保団連公害視察会への参加の件
2. 「戦争と医の倫理」国際シンポジウム出席の件
3. 「戦争と医の倫理」パネル展示要員派遣の件
4. 環境ハイキング開催の件
5. 保団連政策部会への出席の件

IV. 医療政策関連情勢

1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き
2. 保険審査通信検討委員会（10月5日）状況確認の件

V. 特別討議

【政策部会】

1. 医の倫理問題について

地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地 区	時 間	場 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
2013年 1月12日(土)	左京医師会との懇談会	午後2時30分～	京都ホテルオークラ

12月のレセプト受取・締切

基金 国保	8日(土)	9日(日)	10日(月)	労 災	10日(月)
	○	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

新規開業医向け

「保険講習会 A」のご案内

日 時 12月20日(木) 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。

12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 12月12日(水) 午後2時～ 担当＝坂本建築士

雇 用 管 理 12月20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 12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 随時受付

税 理 士 12月26日(水) 午後2時～ 担当＝木谷税理士

連続講演会

ほんとに日本は大丈夫？

シリーズ
第2弾マイナンバー導入で、
ほんとに日本は大丈夫？

協会は、「ほんとに日本は大丈夫？」をテーマに連続講演会を開催しています。

第1弾はT P P！賛成論・反対論、それぞれの意見を聞き、活発な討論を行いました。

第2弾も、マイナンバー制度導入で、どうなるのか、必要論、慎重論の両方を聞き、意見交換を行いたいと思います。多くの会員のみなさまのご参加をお待ちしております。

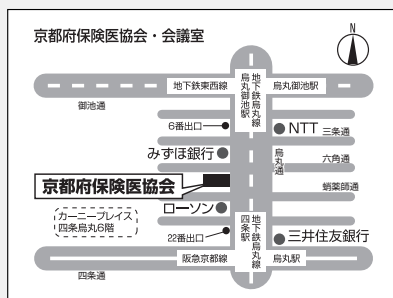
日 時 **12月1日** 午後2時～4時

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

第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階

定 員 **先着60人**（要申込）（☎ 075-212-8877）
（FAX 075-212-0707）



マイナンバー制度で、何がどう変わるのか。

個人情報はどうのように活用されるのか！

そして、どうやって自分の情報を守るのでしょうか。

マイナンバー
導入は **必要！**

森信 茂樹 氏

（中央大学法科大学院教授）

中央大学大学院法務研究科教授。ジャパン・タックス・インスティテュート所長、東京財団上席研究員。政府税制調査会専門委員会特別委員。元財務省財務総合政策研究所長。大阪大学博士（法学）。



マイナンバー
導入は **危険！**

黒田 充 氏

（自治体情報政策研究所代表）

自治体情報政策研究所代表として、情報化問題を中心とした地方自治体の現状・課題・政策等についての調査研究を実施。大阪経済大学非常勤講師（地域情報論）、（社）大阪自治体問題研究所理事・研究員

第3弾は、「被曝問題、ほんとに日本は大丈夫？（仮）」を2月9日（土）に開催！
松井英介氏（市民と科学者の内部被曝問題研究会呼びかけ人）が講師です。
ぜひ、ご参加ください。

「『人体の不思議展』は何だったか」

～ 私たちが明らかにしたこと ～

日 時 12月22日（土）午後2時～4時30分

場 所 京都府保険医協会・会議室（p.35 地図参照）

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

内 容 司 会 西山 勝夫氏（滋賀医科大学名誉教授）

1. 出版記念講演

「死体は見世物か 『人体の不思議展』をめぐって」

講 師 末永 恵子氏（福島県立医科大学講師）

2. 「人体の不思議展」開催中止運動の取り組みについて

発 言 「これまでの経過と到達点」

「損害賠償請求事件（民事訴訟）を通じて」

「京都府保険医協会の取り組み」

「石川県における取り組み」

主 催 「人体の不思議展」を考える京都ネットワーク

※シンポジウム終了後に、同会場にて懇親会を開催します。

参加費 無料

※当日、裁判費用等に対するカンパを呼びかけます。ご協力をお願いします。

小笠原 伸児氏（弁護士・京都法律事務所）

宗川 吉汪氏（京都工芸繊維大学名誉教授）

垣田 さち子氏（京都府保険医協会副理事長）

斉藤 典才氏（石川県保険医協会理事）

懇親会にご参加いただく場合は、前日までにお申し込み下さい。 午後5時～（予定）おひとり 5,000円

前進座初春公演 観劇会

赤ひげ

小石川養生所を取り巻く
《絆》の物語

山本 周五郎／原作『赤ひげ診療譚』より

田島 栄／脚色・十島 英明／演出

日 時 2013年1月6日（日）

昼の部（午前11時～）

場 所 四条「南座」

定 員 50人（申込先着順・第1次締切11月30日）

料 金 1等席（12,500円）を
7,000円にて

演 目 「雪祭五人三番叟」
「赤ひげ」

※お申し込み・お問い合わせは
文化担当まで。

新出去定（赤ひげ）／嵐 圭史
保本 登／高橋 佑一郎



「赤ひげ」を 語る

「赤ひげ」保本 登役
高橋 佑一郎



「赤ひげ」は来年初春、南座へまいります。
医療の現場はますます厳しい状況になり、格差
社会、教育、政治の問題は深刻化。

その中で、赤ひげ先生の、弱者いじめの時の権
力者を怒り、それになにも言わない無知な庶民に
も怒る姿は今を生きる観客への痛烈なメッセージ
だと思います。

そして私は

「人間は人間を愛するために
生きているんだ。」

という保本登のセリフを信じ、新たな気持ちで舞
台に臨みます。

初春、皆様と南座でお会いできるのを楽しみに
しております。

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)して下さい

【医学書・新刊 2012年11月】

- | | |
|--|--|
| ☐ カラー図解 これならわかる薬理学（第2版）
佐藤俊明・訳 ●A5変型判 400頁 ●MEDSi 6,720円 | ☐ 最新アプローチ 多発性硬化症と視神経脊髄炎
＜アクチュアル 脳・神経疾患の臨床＞
吉良潤一・編 ●B5判 424頁 ●中山書店 11,550円 |
| ☐ 亀田総合病院 KAMEDA-ER
マイナーサージェリーマニュアル
葛西 猛・編 ●A5判 280頁 ●診断と治療社 4,725円 | ☐ KCGH STROKE 100 脳卒中症例100
菊池晴彦・他監 ●B5判 296頁 ●診断と治療社 5,985円 |
| ☐ 症候と疾患から迫る！ERの感染症診療
＜救急・ERノート レジデントノート別冊 6＞
大野博司・編 ●B5判 368頁 ●羊土社 5,775円 | ☐ 標準的神経治療
日本神経治療学会・監 ●B5判 328頁 ●医学書院 9,975円 |
| ☐ 重症患者と栄養管理Q&A（第3版）
東口高志・編著 ●B5判 296頁 ●総合医学社 5,880円 | ☐ 消化器疾患診療のすべて
＜日本医師会生涯教育シリーズ＞
跡見 裕・他監・編 ●B5判 368頁 ●メジカルビュー社 5,775円 |
| ☐ 消化器 画像診断・IVR ＜放射線医学＞
植林 勇・監 ●A4変型判 150頁 ●金芳堂 4,830円 | ☐ 上部消化管内視鏡スキルアップノート
TOKYO GASTROLOGY CLINICAL DIAGNOSIS CONFERENCE・編
●B5判 312頁 ●中外医学社 12,600円 |
| ☐ What's New in Oncology
がん治療エッセンシャルガイド（第2版）
佐藤隆美・他編 ●B5判 862頁 ●南山堂 12,600円 | ☐ 下腿・足の痛み ＜運動器の痛みプライマリケア＞
菊地臣一・編 ●B5判 332頁 ●南江堂 5,775円 |
| ☐ 新臨床腫瘍学
がん薬物療法専門医のために（改訂第3版）
日本臨床腫瘍学会・編 ●B5判 760頁 ●南江堂 15,750円 | ☐ 骨折・脱臼（第3版）
富士川恭輔・他編 ●四六倍判 1,154頁 ●南山堂 33,600円 |
| ☐ 実地医家のための甲状腺疾患診療の手引き
伊藤病院・大須診療所
伊藤公一・監 ●B5判 216頁 ●全日本病院出版会 6,825円 | ☐ 日本整形外科学会専門医試験 筆答試験問題の解説
第3集 2009-2010
山下敏彦・監 ●B5判 300頁 ●金原出版 6,930円 |
| ☐ 糖尿病腎症のすべて ＜グイジュアル糖尿病臨床のすべて＞
古家大祐・編 ●B5判 264頁 ●中山書店 7,140円 | ☐ TEXT眼科学（第3版）＜TEXTシリーズ＞
坪田一男・他編 ●四六倍判 372頁 ●南山堂 7,140円 |
| ☐ 糖尿病治療薬のコンビネーションセラピー
門脇 孝・編 ●B5判 296頁 ●医薬ジャーナル社 5,145円 | ☐ 近視 基礎と臨床
所 敬・他編 ●B5判 228頁 ●金原出版 12,600円 |
| ☐ 臨床糖尿病マニュアル
オンラインアクセス権付（改訂第3版）
小林哲郎・編著 ●B6判 512頁 ●南江堂 4,935円 | ☐ 視能矯正学（第3版）
丸尾敏夫・他編 ●B5判 480頁 ●金原出版 11,550円 |
| ☐ AKI(急性腎障害)のすべて 基礎から臨床までの最新知見
和田隆志・他編 ●B5判 222頁 ●南江堂 5,250円 | ☐ めまいを見分ける・治療する
＜ENT臨床フロンティア＞
内藤 泰・編 ●B5判 368頁 ●中山書店 13,650円 |
| ☐ 腹膜透析スタンダードテキスト
中本雅彦・他著 ●B5判 224頁 ●医学書院 6,825円 | ☐ 小児麻酔マニュアル（改訂第6版）
宮坂勝之・他訳 ●A5判 620頁 ●克誠堂出版 8,400円 |
| ☐ EBM血液疾患の治療2013-2014
金倉 謙・他編 ●B5判 594頁 ●中外医学社 13,650円 | ☐ ＜動画付＞解きながらレベルアップ 経食道心エコー問題集
清部俊樹・監訳 ●B5判 444頁 ●真興交易医書出版部 14,700円 |

お名前

医療機関名

送付先 〒

TEL :

FAX :

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

〈申込書〉 FAX : 075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに○印を記入してください

【2012年度 年間購読雑誌一覧】

		雑誌名	税込価格	ご注文			雑誌名	税込価格	ご注文
総合	1	日本医事新報	¥ 34,335		外科	51	消化器外科	¥ 39,270	
	2	医学のあゆみ	¥ 84,987			52	手術	¥ 43,680	
	3	日本臨床	¥ 34,020			53	臨床外科(個人特別割引価格)	¥ 38,640	
	4	最新医学	¥ 47,250			54	外科	¥ 38,500	
	5	MEBIO	¥ 32,760			55	胸部外科	¥ 37,500	
基礎医学	6	病理と臨床	¥ 40,950		整形外科	56	乳癌の臨床	¥ 15,120	
	7	臨床病理	¥ 27,660			57	整形外科(別冊含む)	¥ 49,500	
	8	実験医学(増刊含む)	¥ 70,560			58	整形災害外科	¥ 40,845	
	9	細胞工学	¥ 22,680			59	臨床整形外科	¥ 29,400	
内科	10	内科	¥ 38,000			60	関節外科	¥ 40,740	
	11	medicina	¥ 37,190			61	Monthly Book Orthopaedics	¥ 35,805	
	12	M. P. (メディカルプラクティス)	¥ 36,750			62	OS Now Instruction	¥ 46,200	
	13	診断と治療	¥ 37,900			63	脊椎脊髄ジャーナル	¥ 32,235	
	14	治療	¥ 36,960			64	臨床スポーツ医学	¥ 36,750	
	15	j med	¥ 22,050			65	整形外科サージカルテクニック	¥ 15,120	
	16	JIM(個人特別割引価格)	¥ 25,410			66	整形外科最小侵襲手術ジャーナル	¥ 12,180	
糖尿病	17	糖尿病診療マスター	¥ 23,400		形成外科	67	形成外科	¥ 40,950	
	18	プラクティス	¥ 11,988			68	PEPARS	¥ 39,900	
消化器	19	胃と腸	¥ 43,190		眼科	69	あたらしい眼科	¥ 32,382	
	20	消化器内視鏡	¥ 44,100			70	眼科	¥ 43,680	
	21	臨床消化器内科	¥ 35,350			71	眼科手術	¥ 10,080	
	22	肝胆膵	¥ 40,425			72	臨床眼科	¥ 42,080	
	23	胆と膵	¥ 41,790		NEW	73	眼科グラフィック(創刊号+2013年/本誌のみ)	¥ 20,580	
循環器	24	Heart View(ハートビュー)	¥ 38,010		NEW	74	眼科グラフィック(本誌のみ)	¥ 17,640	
	25	心エコー	¥ 31,500		耳鼻科	75	耳鼻咽喉科・頭頸部外科(個人特別割引価格)	¥ 38,430	
	26	パスキュラーラボ	¥ 23,100			76	JOHNS	¥ 36,960	
	27	コロナリーインターベンション	¥ 15,750		救急・麻酔	77	ENTONI	¥ 39,585	
	28	Circulation Up to Date	¥ 24,990			78	救急医学	¥ 38,640	
呼吸器	29	呼吸と循環	¥ 32,400			79	INTENSIVIST	¥ 18,480	
	30	呼吸	¥ 26,460			80	別冊ERマガジン	¥ 8,820	
	31	日本胸部臨床	¥ 33,600			81	救急・集中治療	¥ 34,000	
	32	呼吸器内科	¥ 32,760			82	ICUとCCU	¥ 40,215	
	33	小児内科	¥ 49,980			83	LISA	¥ 30,450	
小児科	34	小児科	¥ 42,525			84	麻酔	¥ 37,380	
	35	小児科診療	¥ 41,800			85	臨床麻酔	¥ 34,200	
	36	小児科臨床	¥ 43,680			86	ペインクリニック	¥ 38,800	
	37	小児外科	¥ 42,420		泌尿器	87	臨床泌尿器科	¥ 41,780	
	38	小児科学レクチャー	¥ 34,000			88	泌尿器外科	¥ 49,875	
産婦人科	39	周産期医学	¥ 44,835		透腎・透析	89	腎と透析	¥ 45,780	
	40	産科と婦人科	¥ 39,950			90	臨床透析	¥ 31,500	
	41	臨床婦人科産科	¥ 39,300		画像診断・放射線診断	91	画像診断	¥ 40,740	
	42	産婦人科の実際	¥ 43,680			92	臨床画像	¥ 40,740	
	43	OGS NOW	¥ 50,400			93	臨床放射線	¥ 41,370	
皮膚科	44	デルマ	¥ 39,585			94	インナービジョン	¥ 25,200	
	45	皮膚科の臨床	¥ 43,680		神経・脳科	95	神経内科	¥ 32,760	
	46	Visual Dermatology	¥ 35,280			96	クリニカルニューロサイエンス	¥ 32,550	
	47	臨床皮膚科	¥ 40,390			97	BRAIN and NERVE	¥ 35,670	
精神科	48	精神科治療学	¥ 42,483			98	脳神経外科(個人特別割引価格)	¥ 30,030	
	49	精神医学	¥ 30,600			99	脳神経外科速報	¥ 28,350	
	50	臨床精神医学	¥ 46,830		レジデント	100	レジデントノート	¥ 51,660	

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