

今月の主な動き

第183通常国会が1月28日に開会。安倍首相は所信表明演説で、経済再生の重要性を強調、経済成長なければ社会保障の基盤も揺るぎかねないとした。構造改革路線を推し進める経済財政諮問会議、産業競

争力会議、規制改革会議での議論を進めるとともに、社会保障制度改革推進会議の議論も再開させた。社会保障の削減として、生活保護の基準引き下げや医療扶助における後発医薬品の使用を原則とすることや指定医療機関への締め付け強化が打ち出された。また、中医協では2014年度改定に向けた議論が外来医療を論点にスタートした。

日	行 事	開始時間	場 所
5日(火)	各部会	午後2時	
8日(金)	保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
9日(土)	バイバイ原発3・9きょうと集会	午後1時30分	円山野外音楽堂
	バイバイ原発3・9きょうと講演会	午後6時30分	龍谷大学アバンティ響都ホール
	医療安全シンポジウム	午後4時	新・都ホテル
12日(火)	定例理事会	午後2時	ルームA
13日(水)	建築士との無料相談日	午後2時	ルームB
16日(土)	第647回社会保険研究会	午後4時	ルームA・B・C
17日(日)	文化講座	午後2時	ルームA・B・C
19日(火)	定例理事会	午後2時	ルームA
21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	アミス
	雇用管理無料相談日	午後2時	アミス
	金融共済委員会	午後2時	ルームA
	保険講習会B	午後2時	ルームB・C
23日(土)	専門医会長との懇談会	午後5時30分	第8長谷ビル
26日(火)	定例理事会	午後2時	ルームA
27日(水)	税理士との無料相談日	午後2時	アミス
	医事担当者勉強会	午後7時	ルームA
31日(日)	ランニング教室	午後2時	河原町丸太町・北東角 集合

3月の保険医協会の行事予定

日	行 事	開始時間	場 所
4月11日(木)	新しく医療機関に勤められた方の研修会①	午後2時	ルームA・B・C
4月13日(土)	亀岡医師会との懇談会	午後2時30分	ガレリアかめおか
4月18日(木)	新しく医療機関に勤められた方の研修会②	午後2時	ルームA・B・C
4月20日(土)	保険講習会A+個別指導講習会	午後2時	木津川市中央交流会館いずみホール
	舞鶴医師会との懇談会	午後2時30分	舞鶴メディカルセンター
4月24日(水)	保険講習会A+個別指導講習会	午後2時	福知山市中央保健福祉センター
4月27日(土)	指導・監査対策講習会	午後2時	ルームA・B・C
5月11日(土)	第648回社会保険研究会	午後2時	ルームA・B・C
5月30日(木)	指導・監査対策講習会	午後2時	登録会館

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・総務部会まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲35～36ページ

情勢 トピックス

医療・社会保障編

国民会議

医療改革、地域ごとの分析・対応も必要／国民会議

社会保障制度改革国民会議（会長＝清家篤・慶応義塾長）は1月21日、政権交代後初めて会合を開き、これまで2回の会合で上がった意見を振り返った上で、社会保障制度改革全体について自由に意見交換した。医療改革については、「全国一律」ではなく大都市部、中規模都市、山間・農村部など「地域ごと」に異なる医療資源の状況や今後の高齢化の進展予測などを分析し、対応を検討すべきとの意見が複数の委員から上がった。

●診療報酬の地域特性評価「可能か検討を」／遠藤委員

遠藤久夫委員（学習院大経済学部教授）は「地域ごとに医療ニーズは変わってくるし医療資源も違う」と指摘。その上で「全国一律に行っている規制をどう緩和するか」がポイントの一つになるとした。全国一律の例として診療報酬を挙げ「過疎地域では若干緩めるということを特定のものではすでにやっている。そういうことを拡大するかなども検討してよいのではないかと述べ、「地域ごとに医療政策の柔軟性はあってもよい」との考えを示した。ただ、「公平性の観点からは一律にということもある。どこを国がやるかは明確にしなければならない」と述べた。

●「医療圏ごとに経営情報データベースを」／権丈委員

権丈善一委員（慶応大商学部教授）は「前の国民会議から『あるべき医療』は示されている」とした上で、「今後は描いている像をどのように実現するか。2025年のマクロとしての数値を各2次医療圏に落とし込んでいき、各地域で経営情報のデータベースを作っていくことが必要」と述べた。

●「地域包括ケア、山村では工夫必要」／田村厚労相 出席した田村憲久厚生労働相も「地域包括ケアも

都会では成立するかもしれないが、山村地域では何らかの工夫が必要」と指摘。「医療提供体制をどうするのか、地域の医療と介護をどうするのか一つの答えを頂きたい」と求めた。

●「暮らしの安心も取り戻す」／安倍首相

会合には冒頭に安倍晋三首相も出席した。安倍首相は「自助・自立を第一に貴重な財源を有効に活用しつつ、持続可能な制度の確立を目指してしっかりと議論を尽くしていただくようお願いする」と挨拶した。また、「受益の均衡の取れた社会保障制度による暮らしの安心を取り戻したいという強い気持ち」から社会保障制度改革推進法を成立させて国民会議を設置したとし、「暮らしの再生は経済の再生とともに安倍内閣の重要課題の一つ。全力で取り組んでまいりたい」と述べた。

●次回は経済界からヒアリング

国民会議の次回以降については、まず社会保障制度の総論的な観点で経済界などからヒアリングする。ヒアリングを2回程度実施した後、医療と介護について優先的に議論を開始する予定。医療に関連する団体からのヒアリングなどは、個別の議論に入ってから実施する方針だ。ヒアリング団体の選定などを一任された清家会長は「できるだけ本音ベースの議論ができるようにしたい」と述べた。

（1/22MEDIFAXより）

意思尊重し終末期医療にも財政規律を／麻生財務相

麻生太郎財務相は1月21日、政権交代後初めて開かれた社会保障制度改革国民会議に出席し、終末期医療に関して、個人の意思を尊重できる環境を整備した上で、残存寿命との関係や財政規律を踏まえた給付の適正化が必要との考えを示した。

麻生財務相は「（社会保障の）経費をどこで節減していくかの答えは出ている」とした上で、「私は（延命治療は望まず）遺書も書いてあるが、（遺書がないと延命治療を望んでいないのに）死ねない状況がある」と述べ、残存寿命と延命治療の関係なども含めた総合的な議論が必要と指摘。「財政規律を踏まえれば、やるべきことははっきりしている」とも述べた。

国民会議後、財務省内で記者団の質問に答えた麻生財務相は「本日の国民会議では個人的なことを申し上げた」と説明した上で「別に終末期医療のあるべき姿について意見を申し上げたものではない」と

強調。「いずれにしても人生の最終段階を穏やかに過ごすことはすごく大事で、この環境をいかに整備していくかについてはこれまでも議論されてきた」とし、「今後も国民会議で広く意見を交換していただく必要があると私は思っている」と述べた。

(1/22MEDIFAXより)

財源どれほど厳しいか、認識共有を／国民会議で大島委員

国立長寿医療研究センターの大島伸一総長は1月21日、委員として出席している社会保障制度改革国民会議で、どのような医療改革を目指すのか議論するには、財源がどれほど厳しいのかについて認識を共有する必要があるとの考えを示した。現状認識次第では、医療改革に向けた提案も変わってくると説明した。

大島氏は「医療現場では、このままでは社会保障の持続可能性は危機的状況で、皆保険も危ないと理解している」とした上で、「(医療改革は)もともとは、どのような医療をどのように提供するかを議論した上で、財源をどう準備するかという問題だった」と指摘。「議論のスタートをどこに設定するかで(提案できる改革内容にも)制限がある。財源が本当に厳しく何ともならないということであれば、そういう提案になる。まだゆとりがあるということであれば、提案も変わってくる」と述べ、どの程度の財源を投入できるのか「共有しておく必要がある」とした。

●「財政当局から財源の説明を」／権丈委員

社会保障改革に必要な財源については、権丈善一委員（慶応大教授）も言及。「各審議会では、たいいてい国庫負担を増やそうという結論になるが、結局は認められていない。それは国庫負担の担当者がいないからだ。(財源について)財政当局から説明いただきたい」と述べた。(1/22MEDIFAXより)

財政審

「改革なくしてプラス改定なし」／財政審が報告書

財務省の財政制度等審議会財政制度分科会(「財政について聴く会」、会長＝吉川洋・東京大大学院教授)は1月21日、「2013年度予算編成に向けた考え方」と題する報告書をまとめ、麻生太郎財務相に提出した。医療提供体制の改革を進めることは必須とし、平均在院日数の減少などの効果が不確実なまま

診療報酬を増額改定することはあり得ないと指摘。14年度改定に向け、プラス改定を強く牽制した。

報告書は、財政運営の在り方と13年度予算編成での各歳出分野の基本的な考え方をまとめた。

医療に関する当面の課題には、医療提供体制の重点化・効率化などを挙げた。一体改革で示した医療提供体制の改革について「診療報酬の重点配分を図るだけでは不十分」と明記。規制的な手法を組み合わせることで病院・病床の機能分化を進めるなどの改革を強力に進めなければ「一体改革の意義は画餅に帰す」と迫り、「具体的な改革の見込みや、それによる平均在院日数の減少などの効果が不確実なまま診療報酬の増額改定をはじめとする公費の追加だけが行われることはあり得ない」とした。民主党政権下で行われた10年度と12年度の改定は「民間給与の改定率を大幅に上回る改定」と批判した。

提出後の会見で、「増額改定があり得ない」という部分はネットと本体いずれを指すのかとの質問に対し、田近栄治会長代理（一橋大国際・公共政策大学院教授）は「そこまでの議論はしていないが、重要なのはエビデンスベースで改革の効果を見定めること」と回答。吉川会長も「医療提供体制の改革なしに、中医協で診療報酬を上げていくのは安易だ。改革すべきところは改革すべき」と補足した。

医療の課題ではこのほか、70-74歳の自己負担を2割に戻すよう「直ちに取り組むべき」と記載。高齢者支援金は完全に総報酬割にすべきで「13年度予算編成でもこの方向性に沿った対応が求められる」とクギを刺した。

●参照価格制度も提言

医療給付の重点化・効率化も課題に挙げた。高度医療を保険給付の対象にするかどうかの判断ルールを明確化することや、後発医薬品の使用促進などを挙げた。一部の医薬品の保険償還額を後発品に基づいて設定し、上回る部分は自己負担にする事実上の参照価格制度の必要性も盛り込んだ。薬剤により自己負担割合に差を設けることも記載。市販品類似薬を保険給付の対象から除外することは「診療報酬改定年に限らず不断に対応すべき」と主張した。生活保護の医療扶助では後発品の原則化などを提言している。(1/22MEDIFAXより)

医療扶助

医療扶助適正化へ、報告書案を了承／生活困窮者支援特別部会

厚生労働省の社会保障審議会「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」は1月23日、生活保護制度の見直しに向けて医療扶助の適正化などを盛り込んだ最終報告書案を了承した。生活保護法上の指定医療機関に対する指導権限を強化する方向性を打ち出したほか、生活保護受給者に対する後発医薬品の使用促進も明記した。厚労省は今後、政府・与党とも協議しながら、生活困窮者の支援策や生活保護制度の見直し案を作成。新たに法制化が必要になれば、通常国会への法案提出を目指すこととしている。

報告書案では、医療扶助の適正化に向けた取り組みとして、指定医療機関の指定要件や指定取り消し事由を生活保護法に明確に規定することや、医療機関の指定に有効期間を導入することなどを検討事項に挙げた。

現行の制度では健康保険法上の保険医療機関の指定が取り消されても、生活保護法上で指定を取り消されなければ、生活保護受給者に対して診療を行える。このため両制度間で関連性を持たせ、指定医療機関・保険医療機関どちらかの指定が取り消された場合には、残るもう一方の指定を取り消すことができるように制度を変更することも検討する。

過重な多剤投与など、医療扶助の適正化対象となるレセプトを容易に抽出できるようレセプト点検機能も強化する方針だ。後発医薬品使用の義務付けは行わず、生活保護受給者の受診を抑制しないよう留意しながら、後発医薬品の使用を促進するとした。(1/24MEDIFAXより)

特定行為

特定行為29項目を了承／チーム医療・看護WG

看護師に一定の医行為（特定行為）を認めるための能力認証制度について検討している「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」(座長＝有賀徹・昭和大教授)は1月18日、これまでの議論を踏まえて29項目を特定行為とする案を了承した。1月30日に開かれるチーム医療推進会議に報告する。

厚生労働省は前回の会合で提示した47項目から29

項目に絞って提示し了承された。特定行為とすることかどうかさらに検討が必要とした項目は27項目で、これらの項目についてはチーム医療推進会議に報告後も引き続き検討していくことにした。

会合で厚労省は、看護師が医師の包括的な指示の下、特定行為を実施するために必要な研修内容のイメージや指定研修機関での研修実施方法についても提案し議論を求めた。

厚労省は看護師が特定行為を実施するのに必要な研修を単位数で規定することを提案。単位数や教育内容は今後の議論で詰めていくことにした。指定研修の実施方法については、厚労省が指定する指定研修機関で全ての研修を実施する場合と、指定研修機関以外で実習を実施する場合を想定。実習施設としては病院や診療所、老人保健施設、訪問看護ステーションなどが考えられるとした。講義や演習はeラーニングなども活用可能とした。

(1/21MEDIFAXより)

「能力認証」を改め「研修制度」に／看護師の特定行為、年度内に報告書

厚生労働省のチーム医療推進会議（座長＝永井良三・自治医科大学長）は1月30日、看護師が医師の「包括的指示」に基づき診療の補助として一定の医行為（特定行為）を実施するための枠組みについて、これまで「特定能力認証制度」としてきたのを改め「特定行為に係る看護師の研修制度」とすることで一致した。永井座長は「年度内に報告書を取りまとめたい」との意向を示した。

看護師が医師の「包括的指示」を受け、一定のプロトコル（教科書的対応）に沿って特定行為を実施する枠組みについてはこれまで、研修の修了者を登録する「能力認証制度」として検討してきたが、▽特定行為の実施はあくまで医師の指示に基づく診療の補助である▽研修修了直後もシミュレータなどでの練習や医療現場での経験などが欠かせず、研修修了直後から「包括的指示」で実施できるわけではないなどの点を考慮し、名称を「研修制度」とすることになった。

●具体的指示下の院内研修は努力義務に

一方、一般の看護師が医師の「具体的指示」を受けて特定行為を実施する場合に求めることとしていた院内研修などの安全管理体制については、厚労省の提案に基づき努力義務とする方向で議論されている。各医療機関はすでに医療法の規定に基づき安全

管理体制を取っているため追加的な要件は必要ないとの判断だ。

特定行為を実施する枠組みについて議論している「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」でも、「特定行為を実施するための安全管理体制として特別な追加的事項は想定できない」などの意見が上がっていた。

●看護師籍に登録か、民間が情報管理か

医師の「包括的指示」の下で特定行為を実施するために受ける「指定研修」を修了した看護師の情報管理について厚労省は、指定研修を修了した旨を看護師籍に登録し、国が一元的に登録状況を把握する案と、民間主体が研修や登録を実施し情報を管理する案の2つを提示した。国が修了状況を一元的に把握すべきとの意見が複数の構成員から出た一方で、学会など民間が主体となって指定研修の修了状況を管理すべきとの意見も上がった。

(1/31MEDIFAXより)

3党協議

一体改革の3党協議が再始動／新たな実務者が確定

社会保障・税一体改革をめぐる3党協議が再開した。自民、公明、民主3党の政調会長は1月16日、国会内で会談し、社会保障と税の実務者メンバーについて合意した。税の3党実務者協議については、政調会長会談と同時刻に別室で第1回目の協議を行い、民主側は医療の課税化についても議論したいとボールを投げた。

政調会長会談で合意した社会保障分野の実務者は、自民党が野田毅（税調会長）、嶋下一郎（国対委員長）、宮沢洋一（政調会長代理）、福岡資麿（厚労部会長）の4氏。公明党が石井啓一（政調会長）、渡辺孝男（厚労部会長）、古屋範子（厚労部会長代理）の3氏。民主党が長妻昭（一体改革調査会長）、山井和則（厚労部門会議座長）、梅村聡（元厚労政務官）の3氏となった。

税分野の実務者は各党2人ずつで、自民党は野田氏と宮沢氏が社会保障分野と兼ねて担う。公明党は斉藤鉄夫（税調会長）、西田実仁（税調事務局長）の両氏で、民主党は松本剛明（税調会長）、古本伸一郎（税調事務局長）の両氏となる。

(1/17MEDIFAXより)

社会保障の実務者協議スタート／自公民

社会保障・税一体改革をめぐる自民、公明、民主3党の社会保障制度改革に関する実務者協議が1月18日、国会内で行われた。協議は政権が交代してから初めてで、このほど決定した新たな実務者全員が出席した。実務者協議を今後も継続させていくことや、協議で扱うテーマを年金や高齢者医療制度以外にも幅広く扱うことなどを確認。

その後の1月25日に行われた福岡資麿（自民）、渡辺孝男（公明）、山井和則（民主）の3氏による3党部会長会議では、実務者協議の今後の進め方を話し合った。民主党は2月末まで高齢者医療、公的年金の両制度改革を集中的に議論するよう求めたが、自公両党は態度を保留した。

3氏は実務者協議の事前調整として今後も会談の機会を持つことは決めたが、協議の具体的な内容は結論を出さなかった。(1/19、28MEDIFAXより)

難病

新・難病拠点病院を指定へ／厚科審・委員会、法制化へ改革最終案

厚生労働省の厚生科学審議会・疾病対策部会難病対策委員会（委員長＝金澤一郎・国際医療福祉大学大学院長）は1月25日、難病対策改革についての提言の最終案を取りまとめた。特定機能病院を想定した高度な専門性を有する「新・難病医療拠点病院（総合型）」と神経難病など特定分野の疾病に特化した「新・難病医療拠点病院（領域型）」（いずれも仮称）を都道府県が指定し、医療体制を整える。委員長一任で加筆・修正し、1月31日の疾病対策部会に報告し、早期の法制化を目指す。

●「難病医療コーディネーター」を配置

拠点病院はそれぞれ、総合型は原則3次医療圏に1カ所以上、領域型は都道府県が適切数指定する。さらに、現在の難病医療協力病院は「難病医療地域基幹病院（仮称）」とし、2次医療圏ごとに1カ所程度指定する。各拠点病院に「難病医療コーディネーター（仮称）」を配置し、地域や医療機関、保健所、難病相談・支援センターと連携し、広域的に医療資源の調整や専門的な助言などを担う。

●「難病指定医」がデータを登録

難病対策の改革は▽治療方法の開発や治療方針のばらつきを解消するなどの医療の質向上▽対象疾患の公平・安定的な医療費助成の仕組み構築▽国民へ

の普及啓発と就労支援など社会参加のための施策の充実一を柱としている。提言では、質の高い研究のために難病患者データの精度を向上させるため、現行で都道府県を經由していたデータ登録は都道府県が指定した「難病指定医（仮称）」が「新・臨床調査個人票（仮称）」交付の際に同時に行うとした。事務負担などの影響で地域によって入力データ数にばらつきがあるのを解消するのが狙い。

対象疾患については、研究班が482疾患を対象に「希少で、原因が不明であり効果的な治療方法が未確立、かつ長期にわたり生活面へ支障をきたす」もので、「一定の診断基準や診断基準に準ずるものが確立されているか」を基準に選定作業に入っている。

（1/28MEDIFAXより）

難病対策改革の提言了承、対象疾患の選定が焦点に／厚科審部会

厚生労働省の厚生科学審議会・疾病対策部会（会長＝金澤一郎・国際医療福祉大大学院長）は1月31日、同部会の難病対策委員会が25日にまとめた難病対策改革の提言を了承した。2013年度政府予算案では厚労省、財務省、総務省の3大臣の合意によって、12年度予算より90億円増の549億円を難病対策に充てることになった。同委員長も務める金澤会長は「今日は出発のための会合。ぜひ具体的なご意見をいただきたい」と述べた。▽医療費助成の具体的な疾患や認定基準▽医療費助成の患者負担割合や月額負担上限額▽難病指定医や指定難病医療機関（ともに仮称）の指定業務一などについて具体的に審議を進める。

対象疾患の選定と給付水準が今後の焦点となる。対象疾患については「今後の難病対策のあり方に関する研究班」の中間報告を受けて、▽希少性▽原因不明▽治療法未確立▽長期療養を必要とするような生活への支障▽一定の診断基準かもしくはそれに準ずるものがある一を要件として「第三者的な委員会」が選定し、その後も定期的な見直しをしていく。

給付水準については現行では、対象疾患には一律に入院時の食事療養・生活療養を含めて医療費を助成し、重症認定を受けると窓口負担がゼロになる。新たな対策では、高齢者や障害者を対象とした他制度の給付との均衡を図る。医療費助成の対象となる患者は全て一定以上の症状などを有することになるため、重症認定特例は廃止される。所得に応じて全員に一定の負担をしてもらう。食事・生活療養費は

自己負担とし、薬局での保険調剤料は自己負担月額に含める。

●難病は「人類の必然」、患者・家族に支援を

了承した提言では、国民の誰にでも発症する可能性があり、難病は生物としての多様性を持つ人類にとっての必然であり、患者や家族への支援が求められる、との理念を示し、就労支援や難病に関する普及啓発も大きな柱に位置付けた。小児慢性特定疾患からの切れ目ないサポートの検討の必要性も盛り込んだ。矢島鉄也健康局長は最後に「誰しもうまがり得る病気であることを丁寧に説明し、理解してもらえるようにしたい」と述べた。（2/1MEDIFAXより）

小 慢

小慢児支援の在り方で中間報告を公表／厚労省専門委

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」（委員長＝五十嵐隆・国立成育医療研究センター総長、日本小児科学会会長）は1月30日、「慢性疾患を抱える子どもとその家族への支援の在り方」についてまとめた中間報告を公表した。▽公平で安定的な医療費助成制度の確立▽小児慢性特定疾患対策の研究推進と医療の質の向上▽慢性疾患を抱える子どもの特性を踏まえた健全育成・社会参加の促進、家族に対する地域支援の充実一を大きな柱に据える。

同専門委員会は、厚生科学審議会・疾病対策部会難病対策委員会が難病対策の改革について中間案を取りまとめたことに伴い、小児慢性特定疾患児への支援の在り方も検討するため設置された。成人移行（トランジション）の観点から難病の成人医療機関との連携も重要課題に位置付ける。

1974年に制度として創設された小児慢性特定疾患治療研究事業は、2005年に児童福祉法を根拠として法制化された。医療費助成は対象514疾患（約10万9000人）に対し、12年度は129.5億円を充てた。しかし、治療研究事業の仕組みに含まれ予算上の位置付けは「科学技術振興費」名目で、政治的判断で見直しができる裁量的経費であるため財政に左右されてしまう恐れがある。将来にわたり安定的な財源の確保を目指す。

また、医療費助成の対象となる医療を行う指定医療機関について①医療アクセスの良さ②医療の質の確保一の両面から検討していく。医療アクセスの観

点からは、原則として患者が現在かかっている医療機関を引き続き指定する方向で議論されている。医療の質の観点では、小児中核病院や地域小児医療センターなどを「小児慢性特定疾患専門医療機関（仮称）」とし、指定医療機関やトランジションを踏まえた成人の医療機関と連携していく医療体制が想定されている。

医療費助成の仕組みを変えるため、医療費助成の根拠となっている児童福祉法の改正を目指す、大人の難病対策の14年度の法施行が決まったため同時期に成立させたい考え。（2/1MEDIFAXより）

介護保険

包括ケア実現の15年度制度改正へ議論再開／社保審・介護保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会（部会長＝山崎泰彦・神奈川県立保健福祉大名誉教授）が1月21日、14カ月ぶりに開かれた。厚労省がスケジュールとして提示した2015年度の介護保険制度の改正に向け議論を行う。会合に先立って挨拶した原勝則老健局長は「12年度の改正に続き、地域包括ケア実現のための15年度の制度改正に向けて、具体的な方策について議論をお願いしたい」と述べ、地域包括ケアの実現に一定のめどをつけることが重要だとの認識を示した。

原局長は委員に対し、社会保障制度改革推進法や社会保障・税一体改革大綱で掲げられた課題を踏まえて検討することも併せて求め、「社会保障制度改革国民会議や自公民の3党協議と十分に連携を図りながら、部会での検討を進めていく」と説明した。

委員から国民会議と部会との関係性について「位置付けが分からない」との質問が上がったのに対し、国民会議の委員を務める山崎部会長は「国民会議との関係については、落ち着くまでもう少し時間がかかると感じている」と述べた。3月以降、4つの分野のうち医療・介護分野の議論が優先されるとの見通しを示し「（国民会議での議論を）見ながら介護保険部会での審議をすることになると感じている」と説明した。

●介護分野の課題を提示

厚労省は、今後部会で議論すべき介護分野の課題を提示した。課題は大きく分けて「地域包括ケアシステムの構築」と「介護保険制度の持続可能性の確保」の2つ。地域包括ケアシステムの構築では、

▽介護サービス提供体制の充実▽認知症対応の推進▽マンパワーの増強—を挙げた。

介護保険制度の持続可能性の確保では▽介護給付の重点化・効率化▽世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直し—を課題として提示した。介護給付の重点化・効率化に関しては、軽度者に対する給付の重点化や在宅への移行に向けた介護施設の重点化、自立支援型のケアマネジメントに向けた制度対応を議論する予定。負担の公平性に立った制度の見直しについては、介護保険料の低所得者軽減強化、介護納付金の総報酬割導入のほか、補給給付による資産の勘案といった利用者負担の在り方を検討事項として挙げた。（1/22MEDIFAXより）

諮問会議

国民負担抑制へ社会保障を重点化／13年度予算の基本方針原案

政府は1月22日、「2013年度予算編成の基本方針」の原案を経済財政諮問会議に提示した。社会保障制度については、持続可能な制度を構築するための安定財源確保と、国民負担の増大を極力抑制する観点での重点化に取り組む方針を示した。重点化については「社会保障制度改革国民会議での議論を促進」とした。

●20年度までにプライマリーバランス黒字化

基本方針原案は▽日本経済再生に向けた取り組みのさらなる推進▽13年度予算編成の基本的な考え方▽予算の重点化についての基本的な考え方—で構成。財政については「15年度までに国と地方のプライマリーバランスの赤字の対GDP比を10年度の水準から半減し、20年度までに黒字化すると財政健全化目標を実現する必要がある」との方針を盛り込んだ。また、国債に対する信認確保のため「公債発行額をできる限り抑制し、中長期的に持続可能な財政構造を目指す」とした。

●社会保障の重点化「国民会議での議論促進」

社会保障については「予算の重点化についての基本的な考え方」の中の「歳出分野における主な留意事項」で触れている。「各分野について、予算の大胆な重点化を進める」と前置きした上で、「持続可能な社会保障制度を構築するため、社会保障の安定財源を確保すると同時に、国民負担の増大を極力抑制する観点から、重点化に取り組む」と記載した。重点化については「医療・介護・少子化対策など国民会

議における議論を促進する」とし、「生活保護水準の引き下げと医療扶助の適正化を図る」との方針を示した。

●「重点化、メリハリ、PDCA踏まえよ」／民間議員ペーパー

1月22日の諮問会議では、民間議員が4人連名による資料、いわゆる“民間議員ペーパー”を示した。13年度予算編成については▽重点化▽メリハリ▽PDCAサイクルを踏まえるよう求めた。重点化とメリハリでは「ムダの削減を徹底すべき」と指摘し、「過年度の予算に計上された項目が既得権として安易に引き継がれることなどが無いよう、必要性などについて、内容を十分に精査すべき」と求めた。

●自公は党の意見反映を要請

13年度予算編成の基本方針をめぐっては、自民党の高市早苗政務調査会長と公明党の斉藤鉄夫幹事長代行が1月22日、内閣府で甘利担当相と意見交換した。諮問会議に先立って行われた意見交換会終了後、高市政調会長は「党から出てくる意見を十分に踏まえた上で、最終的な基本方針の決定をしていただきたいと強く要請した」と記者団に語った。斉藤幹事長代行は生活保護の問題など3点を要望したことを明かし、「生活保護の適正化は当然だが、自立の支援を強調すべき」と述べた。(1/23MEDIFAXより)

社会保障「総額抑制の仕組み議論したい」／民間議員

甘利明経済再生（一体改革）担当相は1月24日の経済財政諮問会議後に会見し、諮問会議で今後検討していく主要課題を取りまとめ、次回の諮問会議に提案する方針を明らかにした。また、諮問会議での議論も紹介。社会保障制度については、民間議員から「社会保障の総額抑制の仕組みを議論したい」「社会保障の効率化が官民の負担軽減のため重要」との意見が上がったという。

安倍政権が日本経済再生の実現に向けた取り組みとして示している▽金融政策▽機動的な財政政策▽成長戦略—の“3本の矢”を引き合いに「4本目の矢は財政規律。財政再建に向けた能力、意志・決意を骨太で議論したい」と発言した民間議員もいたという。(1/25MEDIFAXより)

13年度予算の基本方針を閣議決定／“民間議員ペーパー”を一部反映

政府は1月24日夜の臨時閣議で、2013年度予算編

成の基本方針を閣議決定した。経済財政諮問会議の答申内容をそのまま基本方針とした。1月22日の諮問会議に政府が示した原案とほぼ同様の内容だが、民間議員4人が連名で提出した資料、いわゆる“民間議員ペーパー”で求めた内容を一部に盛り込んだ。

「予算の重点化についての基本的な考え方」として、「過年度予算に計上された項目であっても聖域化することなく、必要性等につき、内容を十分に精査する」との文言を民間議員ペーパーに沿って追記。「行財政改革」では、各府省の責任の下、実効性の高いPDCAサイクルの確立に向けた取り組みを進め、その成果を14年度の予算編成に活用する方針を加えた。

13年度予算編成については菅義偉官房長官が1月22日の会見で、1月27日まで各大臣と折衝し、1月28日に予算案を反映した政府の経済見通しを発表した上で、1月29日に政府案を閣議決定する予定を明らかにしている。(1/25MEDIFAXより)

骨太へ国民会議と連携し検討／諮問会議、社会保障の在り方で

甘利明経済再生（一体改革）担当相は2月5日の経済財政諮問会議後の会見で、諮問会議で今後検討していく課題を発表した。社会保障の在り方については6月にも作成する「骨太方針」の取りまとめに向け、社会保障制度改革国民会議と連携していくとした。骨太方針については「日本経済の抱える問題の整理や過去の政策の検証を行いつつ検討を深める」との方針を示した。

甘利担当相によると、社会保障については民間議員から「財政改革の本丸は社会保障改革というのはその通りである。歳入改革と社会保障給付の効率化・重点化が必要。経済成長によって保険収入が伸び、結果として政府・民間ともに負担が小さくなっていく姿が望ましい」との発言があった。また、これを受け茂木敏充経済産業相が「財政悪化の要因で一番大きいのはデフレによる税収の落ち込みであり、社会保障費の増加は2番目である」と発言したという。

●「社会保障をシニアから若者に」民間議員

このほか民間議員の1人が、労働市場の円滑化に関連し「シニアに偏っている社会保障を現役世代に持っていくことも重要である」と述べたという。

(2/6MEDIFAXより)

規制改革**医療・農業分野で6月提言／政府の規制改革会議が初会合**

政府は1月24日午前、規制改革会議の初会合を首相官邸で開き、安倍晋三首相が経済成長につながる規制緩和策について諮問した。環境や農業、エネルギー、医療分野などを中心に議論する見通しで、次回会議で具体的な重点テーマを決める。

初会合では、議長に岡素之・住友商事相談役、議長代理に大田弘子・政策研究大学院大教授をそれぞれ選出。月1回程度開催し、6月をめどに提言の第1弾をまとめることも申し合わせた。

首相は席上、「規制改革は安倍政権の一丁目一番地。成長戦略の一丁目一番地でもある」と強調。終了後に記者会見した岡氏は「政権の重要課題である成長戦略に対応した抜本的な規制改革に取り組みたい」との意気込みを示すとともに、改革実現へ政治のリーダーシップを求めた。

会議の運営に当たり、テーマごとにワーキンググループを設けることを検討。成長戦略をまとめる産業競争力会議（議長＝安倍首相）との合同会議の開催も視野に入れている。

規制改革会議は、民主党政権下の2010年3月に廃止されたが、安倍内閣で復活させた。

（1/28MEDIFAXより）

▽安念潤司（中央大法科大学院教授）▽浦野光人（ニチレイ代表取締役会長）▽大崎貞和（野村総合研究所主席研究員）▽大田弘子（政策研究大学院大教授）▽岡素之（住友商事相談役）▽翁百合（日本総合研究所理事）▽金丸恭文（フューチャーアーキテクト代表取締役会長兼社長）▽佐久間総一郎（新日鐵住金常務取締役）▽佐々木かをり（イー・ウーマン代表取締役社長）▽滝久雄（ぐるなび代表取締役会長）▽鶴光太郎（慶応義塾大大学院商学研究科教授）▽長谷川幸洋（東京新聞・中日新聞論説副主幹）▽林いづみ（永代総合法律事務所弁護士）▽松村敏弘（東京大社会科学研究所教授）▽森下竜一（アンジェスMG取締役、大阪大大学院医学系研究科教授）

競争力会議**産業競争力会議が初会合／長谷川氏「医療に一定の競争原理を」**

日本経済再生本部（議長＝安倍晋三首相）は1月23日、産業競争力会議の初会合を開き、医療・医薬品を含めた産業競争力の強化や、国際展開に向けた成長戦略策定のための議論を開始した。初会合では、経済同友会代表幹事で武田薬品工業社長の長谷川閑史氏を含めた10人の民間メンバーがそれぞれ意見を提出。今後、こうした意見も参考にしながら議論を深め、2013年夏ごろまでに会議として一定の考え方を整理する。

長谷川氏は、ライフ・サイエンス分野について「日本の高い医療技術は、グローバル市場での競争力の源泉となり得るもので、国内外の旺盛な需要に応え、経済成長のエンジンの一つ」との見方を強調。取り組むべき課題としては、先進分野の研究開発を促進させることに加え、医療データの蓄積・活用を図るインフラ整備、国内医療提供体制に一定の競争原理を導入することなどを課題に挙げた。

一方、研究開発では、科学技術研究費が「各省に分断され、研究テーマの重複や非効率がある」と指摘。その上で、医療分野では「研究開発の司令塔として『日本版NIH』を設置し、ここに各省の持つ予算の要求・執行権を集中させることで、権限、予算、人材を一括管理する仕組みをつくり、そこに結果責任も負わせる」と提言した。

（1/24MEDIFAXより）

中医協**次期改定へ、「外来」議論からスタート／中医協総会**

2014年度の次期診療報酬改定に向けた議論が1月23日、年明け初会合となる中医協総会（会長＝森田朗・学習院大教授）で始まった。次期改定に向けた議論で最初に取り上げた議題は「外来医療」。厚生労働省保険局医療課（事務局）は外来医療の現状を説明し、高齢化の進展で複数の慢性疾患を持つ高齢患者が増えると考えられるため、外来医療の論点として「機能分化のさらなる進展」を提案した。出席委員はそれぞれの立場から意見を述べた。

宇都宮啓医療課長は、12年度改定の答申書付帯意見の中で外来医療の機能分化について推進や適正化

を引き続き検討することが記されており「入院医療等の調査・評価分科会」で対応することになっていると説明した。ただ、同分科会は入院医療を中心に検討する場であり、分科会が実施している調査の結果が出るまで議論を進めることができない。宇都宮課長は外来医療の議論は重要との認識を示した上で、早い段階で検討を行う必要性を説明した。

●鈴木委員、大病院の見直しは必要

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）が先陣を切って発言し、診療所や中小病院の外来医療についてアクセス性や質が高く国際的評価も高いことなどを強調する一方で、特定機能病院を含む大病院の外来については勤務医の負担軽減の観点から見直しが必要との意見を示した。

一方、嘉山孝正委員（全国医学部長病院長会議相談役）は診療報酬によって外来医療を含めた機能分化を進める方策として、地域での連携パスを評価する仕組みを導入することを提案した。

●白川委員、診療報酬での促進に知恵を

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は、外来医療の機能分化の促進について「方向性としてはこの通りだ」と賛意を示した。その上で、病院と診療所での外来医療の機能分化に対する診療報酬上の手段は、現行では200床以上の病院について選定療養の仕組みを使って窓口負担に差をつけることくらいだと指摘。より機能分化を促進できるよう支払い側・診療側の双方が知恵を絞っていくべきとの意見を示した。（1/24MEDIFAXより）

「総合診療医」の機能で見解に相違／中医協総会

1月23日の中医協総会では、外来医療の機能分化についてフリートーク形式で出席委員が意見を述べ、診療側と支払い側の考えの違いが浮き彫りになった。

中医協事務局の厚生労働省保険局医療課は会合で、外来医療の大まかなイメージを示し、アクセス性に優れた診療所や中小病院の外来機能については▽複数の慢性疾患を持つ患者への対応▽必要時に連絡が取れて適切な指示が出せる体制の確保▽専門医や介護保険施設などへの適切な紹介—などを挙げた。一方、地域の拠点となり専門医療を担う大病院では、入院医療の強化や勤務医の負担軽減の観点から、外来機能のイメージとして▽専門外来の確保▽一般外来の縮小—を掲げた。

診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、

かかりつけ医機能を持った診療所や有床診療所、中小病院の外来診療については機能の充実を訴え、特定機能病院などの大病院の外来医療については見直しが必要との意見を述べ、厚労省が示した方向性に一定の理解を示した。支払い側も白川修二委員（健保連専務理事）が厚労省の示した方向性について理解を示した。

会合では事務局が、70歳以上の高齢者では8割以上がかかりつけ医を持つこと（日医総研調査）や、病気になる時に相談し診察を受ける医師を持っている人は2割強であること（健保連調査）などを説明した。国民の多くがかかりつけ医を必要としている点については診療側・支払い側の認識はおおむね一致しているものの、関連施策に対する見解は分かれた。

2008年度診療報酬改定で新設されながらも間もなく廃止となった「後期高齢者診療料」については、鈴木委員が複数の疾患を抱える高齢者の診療を1人の医師に限定しようとして失敗したと指摘し、「失敗や教訓を踏まえて、現状に合った（外来医療の）形が必要だ」と述べた。これに対し白川委員は、複数科を受診することが多い高齢者に対するかかりつけ医機能を評価した仕組みだったとの認識を示し「考え方は間違っていない」と評価した。「本元からもう一度議論すべきテーマだ」と中医協での議論を促した。

新たな専門医制度をめぐる議論で注目を集める「総合診療医」についても、鈴木委員は健保連調査を踏まえ、どんな病気でも診てもらえる医師を持つ人は2割強しかいないとして「（1人の医師に）専任するのはうまくいかない」と指摘した。白川委員は総合診療医について「大きなテーマになる」とし、「13年度改定のタイミングに間に合うのであれば、総合診療医の位置付けの診療所についてどう評価するかを包括的に考える必要がある」と前向きな姿勢を示した。

ただ、事務局は同省医政局で検討を進めている新たな専門医制度は臨床研修制度の見直しを伴うこともあり、総合診療医が制度化されたとしても17年度以降になると説明し、次期改定での評価は間に合わないとの見解を示した。（1/24MEDIFAXより）

調剤医療費の伸びめぐり日医、日薬が応酬／中医協

1月23日の中医協総会で鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、次期診療報酬改定の課題をめぐる議論の中で調剤医療費の伸びに問題意識を示した。

「調剤薬局の数はコンビニの数よりも多い5万5000カ所ある」と述べ、施設数の多さも問題視。これに対し三浦洋嗣委員（日本薬剤師会副会長）は薬剤師の技術料は横ばいだと反論した。

鈴木委員は厚生労働省の国民医療費の概況を引用し、2007年から4年間を見ると一般診療所の医療費は抑制傾向にあり、「これ以上抑制すると診療の機能が損なわれる」と述べ、特に地方で診療所の経営が厳しくなっていると懸念を示した。

一方で、薬局の調剤医療費は年々増加傾向にあり、10年度は6兆1412億円と国民医療費の6分の1になると指摘。「大企業が多い調剤薬局で使われているのが大きな問題だ」と指摘した。

これに対し、三浦委員は医薬分業が進んでいる結果、処方箋受付枚数が増え、国民医療費に占める調剤医療費が増えていることは認めたものの、「1枚の処方箋に医薬品（薬剤費）の占める割合は4分の3で、（薬剤師の）技術料は処方箋の受付枚数が増えてもほぼ横ばいだ」と主張。目立って増えているのは薬剤費で、技術料ではないと反論した。

三浦委員は、薬局が患者の複数科受診によって起きる重複投与や相互作用を回避し、医薬品の使用を減らすことで患者の安全、安心を担保していると理解を求めた。（1/25MEDIFAXより）

診療所の役割、「共通認識」は可能か／中医協での外来議論

次期診療報酬改定に向けて外来医療についての議論が中医協で開始されたことを踏まえ、中医協支払い側委員の白川修二氏（健保連専務理事）と、診療側委員の安達秀樹氏（京都府医師会副会長）が取材に応じ、診療所の機能を中医協でもきちんと議論していくことが必要と指摘した。

●ゲートキーパーの仕組み確立を／白川氏

白川氏は「複数の疾病を持つ高齢者が増えており、今後も増えていくだろう。そうした既存疾病を持つ患者が新たな疾病に罹患した場合、病院に駆け込むのではなく、かかりつけ医に相談するという仕組みをきちんとつくってもらいたい」と述べ、高齢者医療費の適正化を進めていく観点からも診療所が「ゲートキーパー」となる仕組みを確立させていきたいとの考えを示した。「診療所が果たしている機能をきちんと評価していきたい」とも述べ、「（外来医療で）どういう機能を持ったら、どう評価するのか、中医協でもう一度きちんと議論していきたい」とした。

病院の外来機能については、大学病院の外来患者数の推移を踏まえながら引き続き機能分化を進めていくことが課題とした。

●受療行動の変容含め「外来のプランニングを」／安達氏

一方、安達氏は「日本の外来医療の在り方を検討すべきだ。どうすれば患者の受療行動が変わるのか、病院外来の整理などを含め外来医療に関するプランニングができてから、点数評価を考えていくべきだ」との基本的な考えを示した。その上で「診療所が果たすべき役割について共通認識を持てるのか。診療所に総合診療医の機能を求める意見もあるが、そもそも日本の診療所の医師は専門性が高く、専門医のまま開業し、その後、日本医師会の生涯教育などで総合診療的な部分を履修しているのが現状だ。診療所の医師の専門性が、現在の病院勤務医の負担軽減の機能を果たしている」と指摘した。

さらに安達氏は、「この時期に中医協総会に外来医療について厚生労働省が提案してくることは、かつてなかった。2010年度と12年度は、急性期病院や中小病院を含めた病院医療を重点的に評価する改定が続いた。次期改定では、危険水域の診療所を手当てしていく順番だが、結果的には改定率に影響されるだろう」と述べ、外来医療に切り込む改定議論を進める上で入院医療の整理も必要とした。

外来の機能分化の議論を進めていくに当たっては「診療所に関するエビデンスデータの集積が十分とはいえないのではないかと懸念を示しながらも、今後の中医協で厚労省が提示するデータ・資料に期待しているとした。（2/1MEDIFAXより）

税制

消費税「医療機関と患者の負担に配慮」／与党税制改正大綱を決定

自民・公明両党は1月24日、2013年度与党税制改正大綱を決めた。医療の消費課税問題について、医療機関の仕入れ税額の負担や患者負担に十分配慮して適切な措置を取れるよう、医療保険制度での手当ての在り方と併せて検討すると記載した。医療機関と患者の負担に配慮するとされたことは「課税化、ゼロ税率」に向けて一歩前進といえそうだ。

消費税率の10%引き上げ時に軽減税率の導入を目指すことも明記した。与党税制協議会に「軽減税率制度調査委員会」を設置し、14年度大綱の決定まで

に答えを出す。

医療と課税の問題は大綱の「検討事項」に記載し、「医療に係る税制のあり方については、消費税率が10%に引き上げられることが予定される中、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ適切な措置を講ずることができるよう、医療保険制度における手当のあり方の検討等と併せて、医療関係者、保険者等の意見も踏まえ、総合的に検討し、結論を得る」とした。

医療機関の消費税負担を診療報酬で補填する現行の仕組みについては、窓口負担や保険料にどの程度の消費税が含まれているのか不透明だと国会で議論されたことがある。「透明性を確保しつつ」との文言は、こうした指摘を考慮したものと捉えることもできそうだ。

医療の課税化は今後、自民党の税制調査会や自公民の3党協議で議論する。軽減税率制度調査委員会の設置も決まり、議論の舞台は整いつつある。

ただ、課題は財源問題だ。民主党政権下の12年7月、当時の安住淳財務相は参院の一体改革特別委員会で、医療機関の消費税負担を解消した場合、「その多額の減収分を誰が賄うのか」「適切な、ある程度の負担だけはぜひお願いしたい」と答弁した。新設する軽減税率制度調査委員会は「財源確保」も検討事項。自民党の野田毅税調会長は1月23日、今後の軽減税率の検討について「対象範囲により（財源の）数字が動く。どのくらい税収が減るのかも含めて財源を検討せねばならない」と記者団に語った。

●四段階制は一部変更

13年度税制改正大綱には「診療報酬の所得計算特例措置」（いわゆる四段階制）が一部変更することも明記した。診療報酬が5000万円以下でも、自由診療収入を含めた医業収入が7000万円を超えるケースは適用対象から除外される。診療報酬の事業税非課税措置は継続されるが、「税負担の公平性を図る観点や、地域医療の確保を図る観点から、そのあり方について検討する」と検討事項に書き込まれた。

研究開発税制（総額型）は、2年間の時限措置として税額控除限度額を20%から30%に引き上げる。（1/25MEDIFAXより）

「四段階制」見直しなど税制改正大綱を閣議決定

政府は1月29日の臨時閣議で、社会保険診療報酬の所得計算特例措置（いわゆる四段階制）の一部変

更を盛り込んだ2013年度税制改正大綱を閣議決定した。四段階制は、規模が小さい医療機関の事務負担を減らすために導入されている特例措置。診療報酬収入が5000万円以下の場合には、実際の経費にかかわらず、診療報酬収入によって4段階の概算経費率から算出することができる。制度そのものは今後も存続するが、診療報酬が5000万円以下でも、自由診療収入を含めた医業収入が7000万円以上の場合には適用対象から除外されることになる。概算経費率は、診療報酬2500万円以下で72%、2500万円超－3000万円以下で70%、3000万円超－4000万円以下で62%、4000万円超－5000万円以下で57%。

高額な医療機器の特別償却制度も適用期限を2年間延長する。取得価格500万円以上の医療機器の場合は取得価格の12%を、医療安全に資する医療機器は取得価格の16%を特別償却できる。適用期限は15年3月31日まで。

製薬企業が求めている研究開発税制（総額型）の税額控除限度額も20%から30%に引き上げる。ただし2年間の時限措置。（1/30MEDIFAXより）

医療の消費課税検討、閣議決定されず／13年度政府税制改正大綱

医療に関する消費課税の問題を検討していく方針が、政府が1月29日に閣議決定した2013年度税制改正大綱に盛り込まれなかった。医療の消費課税以外についても、与党税制改正大綱に「検討事項」として明記されていた内容は閣議決定されていない。医療の課税に関する検討は閣議決定の「重み」を得るには至らず、与党内では検討されるが、政府全体の合意事項とは言い切れない位置にある。民主党内では早くも、政府大綱と与党大綱の関係性を問う声が上がっている。（1/31MEDIFAXより）

国会

必須の予防接種法、懸案は医療法提出／通常国会が開幕

与党に返り咲いた民主党政権下による初の通常国会が1月28日、召集された。会期は6月26日まで。その1カ月後に参院選を控えるため、延長の可能性は低い。厚生労働省は任意接種のHPV・Hib・小児用肺炎球菌の3ワクチンを2013年度から定期接種化する予防接種法改正や、後発医薬品使用の原則化を盛り込む生活保護法改正案などの提出を検討し

ている。病床の機能分化に関する医療法改正案も懸案事項だ。年度内に任期が切れる2人の中医協公益委員の同意人事も重要案件となる。

通常国会では、まず12年度補正予算案の成立を目指す。1月29日に閣議決定される13年度予算案の成立は年度越える見込みで、短期間の暫定予算が組まれることになりそうだ。暫定予算の編成は12年に続いて2年連続となる。

予算関連以外の提出法案には、再生医療に関するものも控えている。再生医療の自由診療と臨床研究に一定の規制を設ける法案のほか、自公民3党の有志で検討してきた再生医療を総合的に推進する法案も、議員立法をベースに提出を視界に入れている。再生医療は「規制法と推進法に薬事法を加えた3方向から後押しする」（自民党厚労関係議員）構えだ。このほか、病院などの所有者に耐震診断を義務付ける国土交通省提出法案も注目される。

ただ、今通常国会は予算関連法案の審議が4月以降までずれ込むほか、会期が延長される見込みもない「短期決戦型」で、予算関連以外の法案をどこまで提出・審議できるかどうかは不透明といえる。

●公益同意人事は西村、印南両委員

中医協の公益委員は1期2年の任期で、再任するには衆参両院の同意が必要だ。今回は薬価専門部長を務める西村万里子氏（明治学院大法学部教授）が2月28日に、印南一路氏（慶応大総合政策学部教授）が3月31日に任期満了を迎えるため、同意人事の対象になる。09年の通常国会では、民主党など野党4党の反対多数で当時の前田雅英・薬価専門部長が不同意になったことがある。

●安倍首相、経済成長なければ社会保障が揺らぐ

安倍晋三首相は召集日の1月28日、衆参両院で行った所信表明演説で経済再生の重要性を強調した。経済成長がなければ所得が減り「安心を支える社会保障の基盤も揺らぎかねない」と指摘。人工多能性幹細胞（iPS細胞）の実用化は、健康・長寿社会の実現に貢献するだけでなく「新たな富と雇用も生み出す」とし、その重要性を訴えた。

（1/29MEDIFAXより）

高齢者医療改革「3党実務者、国民会議踏まえ対応」／安倍首相

安倍晋三首相の所信表明演説に対する各党の代表質問が1月30日、衆院本会議で始まった。安倍首相は公的年金、高齢者医療の両制度に関する改革につ

いて「3党実務者協議の状況や社会保障制度改革国民会議の議論などを踏まえて対応する」と述べた。

社会保障・税一体改革をめぐる3党合意で「あらかじめ3党間で合意に向けて協議する」と位置付けた高齢者医療と公的年金の在り方について、質問に立った民主党の海江田万里代表は「自民党は消極的な姿勢が目立っている。制度改革の議論を始めよう」とし、これに対し、安倍首相は「3党の実務者協議が再開され、社会保障制度改革推進法の枠組みに立脚して協議が進められると承知している」と応じ、実務者協議と国民会議の議論を見守る考えを示した。「国民会議の議論を踏まえ、国民が安心できる医療を実現するため、医療提供体制の整備などに全力を尽くす」とも述べ、持続可能な医療制度の構築に意欲を見せた。

また、所信表明演説で社会保障など重要案件に触れなかったとの指摘に「言及しなかった施策について、その重要性を否定するものではない」と答えた。

●TPP参加交渉問題「国益にかなう道を求めていく」

安倍首相は環太平洋連携協定（TPP）にも触れ、「聖域なき関税撤廃を前提にする限り交渉には参加しない。政府としては、これまでの協議内容、TPPに参加した場合に生じ得る影響を含めて精査、検討して国益にかなう最善の道を求めていく」と述べた。日本維新の会の平沼赳夫国会議員団代表に対する答弁。（1/31MEDIFAXより）

後期高齢者医療制度は「十分に定着」／安倍首相

参院は2月1日の本会議で、安倍晋三首相の所信表明演説に対する代表質問を行った。安倍首相は後期高齢者医療制度への認識を問われ、十分に定着しているとの考えを示した。

安倍首相は同制度について、年齢で区別した診療報酬が廃止され、広域連合による制度運営も安定していると説明。「施行から5年近くたった現在では、十分に定着していると考えている」と述べた。

また、医療機関に関する消費税問題についても答弁し、消費税が導入された1989年に0.76%、97年の税率5%引き上げ時に0.77%をそれぞれ診療報酬で補填してきたと説明。「他の年度の改定でも、物価・賃金の動向、消費税負担を含めた医療機関などの費用の動向など、諸事情を勘案して改定率を定めていく」と述べた。

●田村厚労相、民主政権下のプラス改定を評価

田村憲久厚生労働相は民主党政権時の2期連続診療報酬プラス改定について「地域医療の改善に資した」と評価した。

田村氏は、民主党政権前の自公政権下の改定でも小児医療や産科医療、救急医療を重点的に評価してきたと説明した上で「民主党政権下でも取り組みが進み、地域医療の改善に資した面があった」と述べた。今後は少子高齢化を踏まえ、病院病床機能の役割分担や連携強化などに取り組む必要性を訴えた。

安倍首相と田村厚労相の発言は、ともに民主党の藤田幸久氏に対する答弁。(2/4MEDIFAXより)

窓口負担「低所得者対策と併せて検討、早期に結論」／安倍首相

安倍晋三首相は2月1日、参院本会議で所信表明演説に対する代表質問の答弁に立ち、当面の間1割に据え置くことが決まった70-74歳の患者窓口負担について「与党をはじめ関係者の意見を十分に聞きながら、低所得者対策などと併せて検討し、早期に結論を得たい」と述べ、法律で定める2割負担への見直しを検討していく姿勢を示した。

予防接種法を改正することで2013年度から定期接種になる子宮頸がん予防・H i b (インフルエンザ菌b型)・小児用肺炎球菌の3ワクチンについては「安定的かつ確実に実施されるよう財源を確保する」と表明。介護職員の処遇改善にも言及し「介護報酬改定などで介護職員の処遇改善に取り組んできたが、今後は一体改革の中で給付の重点化・効率化を通じて必要財源を確保するとともに、キャリアパスの確立に向けた取り組みを進めることなどで、さらなる処遇改善に取り組む」と述べた。

全て公明党の山口那津男代表への答弁。(2/4MEDIFAXより)

自然増、国民会議踏まえ適切に対応／政府答弁書

政府は1月11日、社会保障費の自然増について、社会保障制度改革国民会議の議論などを踏まえながら適切に対応していきたいとする答弁書を閣議決定した。長妻昭衆院議員（民主）の質問に答えた。

長妻氏は質問主意書で、かつて自公政権が社会保障費の自然増を毎年2200億円削減する政策を実行したために医療崩壊などの問題が生じたとして、新政権でも社会保障費を機械的に削減するのかと尋ねた。

答弁書は社会保障制度改革推進法の規定や国民会議の議論を踏まえつつ、持続可能な社会保障制度の構築を図る観点から適切に対応していきたいとした。(1/15MEDIFAXより)

13年度予算案

社会保障関係費は28兆9397億円／厚労省13年度予算案

政府は1月29日に臨時閣議を開き、2013年度の政府予算案を閣議決定した。厚生労働省予算案は一般会計で29兆4321億円。うち社会保障関係費が28兆9397億円を占めている。社会保障関係費の内訳は、医療10兆5587億円（前年度比3144億円増）、介護2兆4916億円（1525億円増）、年金10兆4279億円（2兆3242億円増）、福祉等5兆2630億円（449億円減）、雇用1985億円（217億円減）。東日本大震災復興特別会計としては977億円計上した。

13年度予算案では、安倍晋三内閣が重要3分野に掲げている「復興・防災対策」「成長による富の創出」「暮らしの安心・地域活性化」に手厚く配分したほか、社会保障費3811億円分の自然増も認めた。自然増の内訳は、医療3212億円増、介護1525億円増、年金1637億円減、福祉等711億円増。

1月27日に行われた麻生太郎財務相、新藤義孝総務相、田村憲久厚生労働相による3大臣折衝の結果も予算案に反映した。医療保険制度関連予算では、協会けんぽの財政基盤を強化するための費用として、10-12年度に講じてきた特例措置を14年度まで2年間延長する。国庫補助率は16.4%のまま維持し、被用者保険に関する後期高齢者支援金の3分の1を総報酬割とする。

がんや難病、認知症などへの対策、予防接種の推進などにも力を入れる一方、生活保護制度の見直しや、後発医薬品の原則化を含む医療扶助の適正化などにも取り組む。

厚労省は13年度予算案に関連して、予防接種法や、後発医薬品使用の原則化を盛り込む生活保護法の改正を視野に入れている。また、協会けんぽへの財政支援措置を2年間延長するためには健康保険法などの改正も必要になる。(1/30MEDIFAXより)

医療は3.1%増の10兆5587億円／厚労省13年度予算案

政府が1月29日に閣議決定した2013年度予算案

で、社会保障関係費のうち医療については12年度に比べて3.1%増の10兆5587億円を計上した。厚生労働省保険局によると、13年度の国民医療費は推計で約42兆円になるという。

医療給付費で見ると国庫負担は3.2%増の10兆5175億円。制度別の内訳は協会けんぽが3.1%増の1兆2186億円、国保が0.3%減の3兆2330億円、後期高齢者医療が5.9%増の4兆4365億円で、3制度の合計では3.2%増の8兆8880億円を計上した。公費負担医療は3.1%増の1兆6294億円を計上した。国保医療費の減少は、12年夏の概算要求時に比べて被保険者数が減少した影響を反映している。

安定した医療保険制度を構築するための予算では、協会けんぽへの特例措置を14年度まで延長するため9904億円を盛り込んだ。特定健診などの推進には249億円（2.4%減）、福島第一原発事故に伴う警戒区域などでの医療保険制度の特別措置には108億円（10.2%増）を計上した。（1/30MEDIFAXより）

認知症オレンジプラン推進に34億円／老健局の13年度予算案

2013年度厚生労働省予算案では、老人保健福祉関係の予算は12年度から社会保障費自然増などによる1528億円増の2兆5842億円となった。このうち2号保険料国庫負担金などを除いた老健局のみの計上費は、前年度から1275億円増の2兆975億円だった。13年度は主要事項にもなっている「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」を推進する。

予算案では、12年9月にプロジェクトチームが策定したオレンジプランの着実な推進を図るために34億円を計上した。認知症者が住み慣れた地域で生活し続けるために「認知症ケアパスの作成・普及」を進めるほか、認知症者に対する早期診断・対応を行うために、看護職員や作業療法士から成る「認知症初期集中支援チーム」を設置する。地域包括ケアシステムの構築に向けて、多職種が共同して利用者のケア方針を検討する「地域ケア会議の活用推進」も認知症施策の推進の中に盛り込まれた。

12年度介護報酬改定で新設された24時間型の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの事業所を開設する際の財政支援などを含んだ「地域での介護基盤の整備」では51億円を計上した。新規事業の「地域支え合いセンター」の整備費もこの枠に盛り込んだ。地域支え合いセンターは、有償ボランティアを行う高齢者の活動拠点として整備し、高齢者の生

きが活動などを支援する。

このほか、次期報酬改定に向けた取り組みとして12年度改定の効果を検証する実態調査費などに3.5億円、介護支援専門員の資質向上に向けた研修事業費などに1.1億円、高齢者の自立支援に効果的なサービスを全国に普及させる市町村介護予防強化推進事業に2.8億円を計上したほか、東日本大震災被災地への復興支援として99億円を盛り込んだ。（1/30MEDIFAXより）

難病対策に549億円、がん対策に235億円／健康局13年度予算案

厚生労働省健康局の2013年度予算案は、12年度予算の3362億円から7億円減の3355億円となった。難病対策では12年度予算額より90億円増の549億円、がん対策には40億円減の235億円を計上した。

難病対策では、医療費助成の対象となる特定疾患治療研究事業に440億円、「難病対策の推進のための患者データ登録整備事業」に新たに1億5000万円を計上する。制度上は国と地方の折半のはずが、実態として地方の超過負担が続く医療費助成で14年度までの超過負担解消を目指す。難病研究の推進に向けて、現在、患者データは診断医師が都道府県を經由して国へ登録しているが、都道府県によってばらつきがあるため、医師から直接国へ登録できるようにシステムを整備する。

がん対策では、12年6月に見直された「がん対策推進基本計画」を踏まえたがん対策を進める。がん診療連携拠点病院の機能を強める事業に力点を置く。20億円を計上し、医療水準を高めると同時に地域間の格差を是正するため、医療従事者に化学療法など必要な研修を実施したり、患者などへの相談支援や、地域の医療機関との連携などに充てる。予防・早期発見には92億円を計上し、がん検診の推進を図る。

予防接種の推進などの感染症対策は2億円減の132億円となった。新たに3種のワクチンが定期接種となることで、予防接種事故救済給付費として12億円を計上している。（1/30MEDIFAXより）

地域医療支援センター拡充に9.6億円／医政局13年度予算案

厚生労働省医政局の2013年度予算案は12年度予算と比較して約182億円減の1443億2800万円となった。地域医療支援センターの整備拡充には9億6000万円を計上した。医師不足に悩む地域病院の医師確保と

キャリア形成の取り組みを一体的に支援するため、都道府県が設置する「地域医療支援センター」を現在の20カ所から30カ所に拡充し、医師の地域偏在解消に向けた取り組みを推進する。

新規に打ち出した「へき地・離島患者の輸送支援」には3400万円を計上。無医地区などと近隣の医療機関を巡回する患者輸送車や搬送艇の運行に必要な経費を財政支援する。輸送車は60カ所、搬送艇は18カ所を見込んでいる。ドクターヘリの運航体制も4カ所拡充する。44億8300万円を計上した。

このほか、小児などの在宅医療提供体制の整備に1億6600万円、チーム医療の普及推進に1億5100万円、専門医に関する新たな仕組みの導入に向けたデータベース作成支援に5500万円を盛り込んでいる。(1/30MEDIFAXより)

定期接種

日本脳炎と結核、定期接種の対象拡大／改正政令案を閣議決定

政府は1月29日の閣議で、日本脳炎と結核の定期接種の対象を広げる「予防接種法施行令の一部を改正する政令案」を閣議決定した。結核の定期接種対象は生後1歳までとし、現行（生後6カ月）より半年拡大した。

日本脳炎の定期接種をめぐっては、ワクチンと健康被害の因果関係に対する指摘を受けて政府が2005年5月30日～10年3月31日に積極的勧奨を控えていたことにより接種の機会をなくした人が、20歳未満までに接種を受けられる特例を設けている。一部改正では、1995年4月2日以降に生まれた同学年全員を対象とした（現行は同年6月1日生まれ以降）。施行期日は13年4月1日。(1/30MEDIFAXより)

新型フル

新型フル対策、政府有識者会議が中間まとめ

政府の新型インフルエンザ等対策有識者会議（会長＝尾身茂・年金・健康保険福祉施設整理機構理事長）は1月29日、指定公共機関や特定接種の対象者の基準を盛り込んだ中間取りまとめ案をまとめた。新型インフルエンザが発生し政府対策本部長（内閣総理大臣）が緊急事態宣言を発した際に業務継続を義務付ける「指定公共機関」は、医療機関を中心に国や都道府県が指定することになる。今後、政府は

取りまとめ案に沿って、流行時の医療体制の確保などの行動計画やガイドラインのほか、新型インフルエンザ等対策特別措置法の施行令を策定する。政府は2014年4月の施行を目指し、13年夏までに行動計画を作成する見通し。

日本医師会の常任理事である小森貴委員は「地域の医師の力が最大限発揮できるよう、行動計画やガイドライン策定についても積極的に携わっていきたい」と話した。

国が指定する指定公共機関は、業務計画の策定などについて国と調整を行う。鉄道や航空の公共交通機関、電気・ガスなどのインフラ事業者のほか、日本赤十字社や国立病院機構、医療関係者による全国的な団体が含まれる。個別の医療機関については、都道府県知事が指定する「指定（地方）公共機関」の対象となる。

医療や経済活動を維持するため、新型インフル発生後に国民に先駆けて予防接種を開始する「特定接種」の対象事業者は、医療分野のほか指定公共機関を中心に選定する。対象事業者は、発生時から終息まで継続できる体制や計画を整えている必要があり、事業継続計画の作成も義務付けられる。具体的な対象者は、新型インフルに対応する医療に従事する医師や看護師、薬剤師、窓口事務職員などに加え、介護・福祉サービスに関わる介護職員、保健師・助産師、保育士、理学療法士や施設長などを想定している。

住民に対する接種については、ワクチンの供給単位は基本的に10mLバイアルなどの単位とし原則100人以上の集団での接種とする。妊婦や在宅医療を受ける高齢者などに対しては少量のワクチンで個別に接種する。医学的にハイリスクを負った患者など、集団接種が難しい場合は訪問による接種を考慮する。

●住民接種の優先順位案も

中間取りまとめ案では、住民を①呼吸器疾患や心臓血管系疾患などを有する医学的ハイリスク者②小児③成人・若年者④高齢者一の4グループに分類し、接種の優先順位を付ける考えも示した。新型インフルの発生後に重症者が多い年代を把握し、重症化や死亡を抑えることに重点を置くのか、国の将来を守ることに重点を置くのか、もしくは両者を含めるのかについて方向性を決めた上で順番を決めるという。

抗インフルエンザウイルス薬の備蓄に関する行動計画案では、備蓄割合の高いタミフルへの耐性を示

す株が検出される可能性があることから、新たな薬剤を含めた他の種類備蓄割合を増やすことも視野に入れている。(1/30MEDIFAXより)

国保収支

国保は3022億円、後期高齢も400億円の赤字／11年度収支

厚生労働省保険局は1月31日、2011年度の市町村国保と後期高齢者医療制度について財政状況（速報値）を公表した。市町村国保の単年度収支は前年度より改善するものの3022億円の赤字となり、引き続き厳しい状況にあることが分かった。後期高齢者医療制度を実施する都道府県広域連合の財政状況も単年度収支で400億円の赤字となり、2年連続の赤字となる見通しだ。

●国保保険者、収納率改善も46.6%が赤字

保険料や国庫支出金、前期高齢者交付金などからなる市町村国保の収入は前年度比4.4%増の13兆7127億円となる一方、保険給付費などの支出は3.7%増の13兆4816億円となる。決算補填のための一般会計繰入金を除いた単年度収支は3022億円の赤字で、赤字額は前年度よりも879億円の縮減となるが、同局国民健康保険課は「依然として厳しい財政状況が続いている」としている。被保険者数は人口高齢化に伴う後期高齢者医療制度への移行などにより、前年度より29万人少ない3520万人となった。ただ、保険料収納率は減免措置対象者の拡大により前年度から改善傾向にあり、前年度よりも0.78ポイント増の89.39%となる。

1717ある保険者のうち、単年度収支での赤字保険者数は前年度よりも5.8ポイント減ったものの、全体の46.6%に当たる800の保険者（市町村）が赤字となる見込み。

国保での被保険者1人当たり保険給付費は3.6%増の25万4254円だった。

●後期高齢、2年連続の赤字に

都道府県後期高齢者医療広域連合の財政状況も2年連続の赤字となる見通しだ。単年度収入は保険料9073億円や国庫支出金3兆9219億円、後期高齢者交付金5兆1963億円などを合わせて12兆3817億円で、前年度に比べて4.7%増となる。このうち保険料収入は高齢化に伴う被保険者の増加などによって1.9%増となる。収納率も0.09%改善し、全国平均で99.20%となる。

一方、単年度支出は3.6%増の12兆4224億円で、このうち保険給付費は12兆2948億円で前年度に比べて4.8%の増加が見込まれる。同局高齢者医療課は増加要因について、被保険者数と1人当たり保険給付費の増加によるものとしている。1人当たり保険給付費は1.78%増の84万4655円となる。

単年度収支（経常収支）は407億円の赤字で、前年度国庫支出金などを精算した単年度収支では400億円の赤字となる。単年度収支の赤字は、95億円の赤字となった10年度に続き、2年連続となる。ただ、前年度からの繰越金などを反映した11年度の単年度収支は1094億円の黒字となる。(2/1MEDIFAXより)

ネット販売

最高裁、OTCのネット販売認める／国の上告棄却

一般用医薬品（OTC）のインターネット販売を厚生労働省が省令で原則禁止したのは違法だとして、ネット販売業者2社が国にネット販売できる権利の確認を求めた上告審訴訟で、最高裁第二小法廷（竹内行夫裁判長）は1月11日、2社にネット販売の権利を認めた二審・東京高裁判決を支持、国側の上告を棄却した。省令の規定が違法とされたことで、厚生労働省は対応を迫られることになりそうだ。

訴えていたのは、「ケンコーコム」（東京都港区）と「ウエルネット」（横浜市）。2009年6月に施行された改正薬事法では、OTCを副作用の発生リスクに応じて、第1類から第3類医薬品まで3つに分類。厚生労働省は省令で、第1類と第2類は薬局などでの対面販売を義務づけ、リスクの低い第3類以外のネット販売などを原則として禁止した。これに対し、2社は1類、2類についてもネット販売を認めるよう求めていた。

判決で同法廷は、「第1類、第2類医薬品のネット販売など郵便等販売をしてはならないとした各規定はいずれも改正薬事法の趣旨に適合するものではなく、改正薬事法の委任の範囲を逸脱した違法なものとして無効というべき」と指摘した。

10年3月の一審・東京地裁判決は「ネット販売は対面販売と同等の水準の安全性を確保できるとはいえず、規制には必要性和合理性が認められる」として2社の請求を退けた。しかし、12年4月の二審・東京高裁判決は「改正薬事法はネット販売を一律に禁止することまでを省令に委任していたとは認めら

れず、販売を規制する省令は、法律の委任を超えて国民の権利を制限する違法なもの」として2社の逆転勝訴判決を言い渡していた。

(1/15MEDIFAXより)

ネット販売の新ルールづくりへ月内に検討会 ／厚労省

厚生労働省令で一律に第1類と第2類医薬品のインターネットを含む郵便等販売を禁止していることは薬事法の委任の範囲内と認められないとする最高裁の判決を受け、厚労省は、法改正も視野にOTC薬の郵便等販売に関する新たなルールづくりを開始する方針を決めた。田村憲久厚生労働相が1月11日、記者団の取材で明らかにした。早ければ月内にも検討会を立ち上げる。

田村厚労相は、最高裁判決を踏まえ「(省令で一律に販売禁止という)今のままというわけにはいかない」との認識を示し、OTC薬を郵便などで販売する際の新たなルールを検討する考えを示した。

設置する検討会には、ネット販売事業者などもメンバーに入り、OTC薬の郵便等販売の必要性や、郵便等で販売可能なOTC薬の対象などをあらためて議論する意向だ。離島居住者と継続使用者に限って、2013年5月末まで郵便等販売を認めている経過措置の対応についても検討する見通し。議論の取りまとめ時期は未定で、田村厚労相は「検討会での議論の中身次第だが、法律の改正も十分に視野に入れながら検討していく」と述べ、省令改正ではなく、薬事法そのものの改正にも含みを持たせた。

●ネット販売再開に慎重な対応呼び掛け

一方、第1類・第2類のインターネット販売が認められたケンコーコムとウェルネットの2社以外の事業者に対しては、これから郵便等販売の新たなルールづくりを開始することを踏まえ、第1類・第2類のネット販売の再開には慎重な対応を呼び掛けた。

(1/16MEDIFAXより)

先進医療

新技術の保険導入、本当に医療費圧迫?／日 医・中川副会長「検証を」

日本医師会の中川俊男副会長は1月16日、構成員として出席している厚生労働省の先進医療会議(座長=猿田享男・慶応大名誉教授)で、先進医療の保険導入が医療費増に寄与しているとの議論はすべき

ではないと主張し、厚労省に新技術導入による医療費全体への影響などを検証するよう求めた。厚労省は、正確に検証するのは難しいとの見解を示した。

会合で厚労省は、過去5年間の先進医療技術数や、対象となった患者数、費用総額などを示した。2011年7月1日-12年6月30日の1年間では、先進医療は553施設で実施され、保険給付部分と自己負担分を含めて先進医療にかかった費用の総額は約146億円だった。

●古い技術と置き換え「差額は誤差」

中川副会長は「医療界、診療側にも先進医療として実施されていたものが保険導入されることで医療費財源を圧迫すると思う人がいるが、新技術が保険導入されると古い技術と置き換わり、差額として医療費が増える部分は誤差の範囲だと思う」と述べ、厚労省に検証を求めた。さらに、「経済財政諮問会議をはじめ、いろいろなものが行われようとしている。どうも誤解があり、特に財政当局筋は(新技術の保険導入が医療費を増大させていると)強調したがる。そんなことはない」と医療課から言っていたきたい」と求めた。

山口俊晴構成員(がん研究会有明病院副院長)も「たとえば大腸ESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)は、保険導入されたことで手術を減らし医療費を下けている部分がある。そういう点を強調された方が(先進医療の)意義もより明らかになるのではないかと指摘した。

●「正確な検証難しい」／宇都宮医療課長

厚労省保険局医療課の宇都宮啓課長は「新たな技術を保険導入する場合、先進医療Aの枠組みの場合と、先進医療Bの場合がある。また、既存技術でも改定に伴う点数の上下などがかなり複雑に関係している。(検証できるか)検討してみることはできるかと思うが、どの程度、正確かについては相当難しいのではないかと思う」と述べた。

●「個別のコスト分析を」／福井構成員

個別の医療技術ごとのコスト分析をすべきとの意見も上がった。福井次矢構成員(聖路加国際病院長)は「費用効果分析的な要素を出し、現在の医療と新しい方法との差を見ない限りは、本当の意味での分析はできない」と述べ、治療法ごとの分析が必要とした。福田敬構成員(国立保健医療科学院研究情報支援研究センター上席主任研究官)も「置き換えとしての差額を見ることも大事だが、臨床的価値があるかどうかも含めて費用対効果も見べき」と述べた。

こうした意見に対し中川副会長は「個別の疾患治療、個別の医療技術についてのコスト比較ではなく、（各医療技術の）積み上げで医療費全体としてどのくらい影響するかが大事」と述べた。

（1/17MEDIFAXより）

報告制度

「患者の流れ」「他院との連携」も報告へ／病床機能報告制度

厚生労働省の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大教授）は1月11日、病床の機能分化に向けて導入する報告制度で、入院から転棟・転院や退院など「患者の流れ」や「他の医療機関との連携」も何らかの形で報告の対象にすべきとの意見で一致した。報告制度の導入で医療現場が混乱しないよう、あまり大きな負担は求めないという点でも合意した。

患者の流れや連携については、松田晋哉構成員（産業医科大教授）が「ナショナル・データ・ベースを用いて、2次医療圏単位で患者のフローをざくっと分析し、各医療機関は自院から他施設への転院など、レセプトに記載のあるような情報を活用すれば負担もかからない」との考えを示した。西澤寛俊構成員（全日本病院協会会長）は「地域の中で患者が病気になったとき、どういうところに行っているのか、医療圏を越えているのかなどが見られるといい」と述べた上で「将来的には救急医療から介護まで全ての流れをつかむことを念頭に、この検討会では急性期の前後（の流れの把握）を議論していくべきではないか」と指摘した。

三上裕司構成員（日本医師会常任理事）は「地域包括ケアシステムの構築や在宅医療連携拠点事業などが進められており、それらと組み合わせて継続的な治療が必要な患者に対し、地域でどのようなものを整備すべきかが重要」と述べ、患者の流れを把握する目的を明確にすべきとした。

こうした意見を受け、遠藤座長は「患者の流れと連携は、何らかの形で報告の対象にすべきとの点について共通認識が得られた」とまとめた。

●患者視点では病院単位が適切／三上構成員

会合では、医療機関と都道府県が患者や住民に対し、どのような情報を提供すべきかについても議論した。三上構成員は「病院ごとにどのような機能を持っているのかを患者は知りたいはず。病院全体と

してどのような患者を診ているかが分かればいいのではないか」と述べた。一方、相澤孝夫（日本病院会副会長）は、同検討会が病棟ごとの機能を報告する制度について議論していることを踏まえ「まずはその病院がどんな医療を提供する病棟を、いくつ持っているかを公表することから始めるべき。そこに患者のための情報をどう載せるかではないか」と述べた。（1/15MEDIFAXより）

レセ情報

レセプト情報などのデータ提供で報告書／厚労省・有識者会議

厚生労働省保険局総務課保険システム高度化推進室は1月16日、レセプト情報や特定健診などの情報データを研究者や都道府県などの第三者へ提供する場合の条件や手続きについて「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」（座長＝山本隆一・東京大大学院准教授）が取りまとめた報告書を公表した。

第三者へのデータ提供は、2011年3月に策定されたガイドラインに基づき、11-12年度を試行期間として実施している。有識者会議の報告書は13年度以降の通常運用に向けて、試行期間中の現行体制を継続しながら、適時必要な見直しを行う必要があると提言。また、13年度から定期的にデータ提供が実施できるように有識者会議で審査を年2回程度実施することと併せ、個別審査のための専門分科会を設置すべきとの考えも示した。提供の準備を進めているサンプリングデータセットについても、オンサイトセンターでの利活用を検討するよう提言した。

厚労省は報告書を踏まえ、ガイドラインの改訂作業を13年度に開催する有識者会議で行う考え。14年度末をめどに、通常運用の体制や方針について検証した上で見直しを検討する方針だ。

（1/18MEDIFAXより）

自殺問題

自殺者数、15年ぶり3万人下回る／内閣府2012年集計

内閣府によると、2012年の自殺者数は2万7766人となり、15年ぶりに3万人を下回った。前年に比べて2885人の減少。内閣府で自殺対策を担当している森雅子特命担当相が1月17日に発表した。

森担当相は、09年に麻生内閣が創設した自殺対策

基金による中長期的、地域的な取り組みが効果を挙げたとみている。一方、新たな課題として若年層の自殺が増加していることや東日本大震災関連の自殺者が出ていることにも言及し、関係省庁や地方公共団体と連携しながら引き続き対策を講じていく必要性を強調した。

内閣府調査によると、日本の自殺者数は1998年から11年まで14年連続で3万人を上回り深刻な状況が続いていた。政府は自殺対策基金としてすでに137億円を投じ、12年度補正予算案でも30.2億円を計上している。これまでも自殺者数が多い地域で自殺防止を看板と呼び掛けたり相談体制を強化したりするなど、地域の実情に合った対策を講じていた。

(1/18MEDIFAXより)

診療関連死

診療関連死で最終報告書／日本医療安全調査機構

日本医療安全調査機構（高久史磨代表理事）は1月18日、「診療行為に関連した死亡の調査分析事業のあり方」をまとめた最終報告書を公表した。診療関連死の原因を究明するために設立する「第三者機関」による調査の対象を当面は死亡例に限定している点や、医師法21条の改正案を2パターン示している点などが特徴だ。同機構は2013年度、「推進委員会」（仮称）を発足させ、同報告書で言及した課題や調査体制などの細部について具体的に検討する。

同機構では、医療事故の原因究明と再発防止を目的として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おり、最終報告書は、同モデル事業での状況などを踏まえ、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。

●医療機関による調査費用負担も検討

最終報告書は、同機構の企画部会が12年にまとめた報告書に、同機構理事会が6項目の追記を加えて取りまとめた。追記では調査費用について、調査を依頼する医療機関が負担することも含めて検討する必要があるとの考えなどを示した。

費用については、同機構企画部会が11年11月、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）に報告書を提出した際、調査体制として最低でも年間約5億円が必要との試算を示している。第三者機関による調査体制については、

東京に設置する中央事務局と全国7ブロックにそれぞれ事務局を設置することを想定している。

(1/21MEDIFAXより)

指導・監査

返還額82億9000万円、2年連続増／11年度指導・監査状況

厚生労働省は1月31日、2011年度「保険医療機関等の指導・監査等の実施状況について（概況）」を公表した。診療報酬の不正請求などにより11年度に返還を求めた額は約82億9000万円（対前年度比7億5004万円増）となった。また、保険医療機関等の指定取り消し件数は45件（23件増）、保険医等の取り消し人数は34人（14人増）だった。返還額や取り消し件数などは、いずれも10年度から2年連続で増加している。

指導・監査等の実施件数は、個別指導が3955件（106件減）、適時調査が2274件（157件増）、監査が161件（2件増）。保険局医療課医療指導監査室によると、11年度の不正内容は診療報酬の架空請求や付増請求、振替請求、二重請求がほとんどで、施設基準に関する虚偽の届け出を行っていたケースもあった。指定取り消し処分のきっかけになった情報提供ルートは、保険者や医療機関従事者、医療費通知に基づく被保険者からの情報提供が26件となり、指定取り消し処分件数全体の半数以上を占めた。

(2/1MEDIFAXより)

皆保険

改革推進法の条文は「皆保険の維持」／社会保障審議会で厚労省

厚生労働省の前政策統括官（社会保障担当）の香取照幸年金局長は1月31日の社会保障審議会で、医療保険制度改革の基本方針を定めた社会保障制度改革推進法第6条の解釈について「皆保険体制を維持することを前提に法を作ったことは、（自公民の）各党代表の議員による議論から明らかだ」と述べ、政府として「国民皆保険の維持」を前提に制度改革に取り組んでいるとの姿勢を示した。中川俊男委員（日本医師会副会長）の質問に答えた。

中川委員は第6条の文言にある「医療保険制度に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持する」について、「原則として」「維持する」とあるが

「国民皆保険の堅持」と同じ意味であると理解してよいのかと厚労省としての解釈を尋ねた。香取年金局長は法律用語として「堅持」は用いないと説明するとともに「法律の表現通りにご理解願いたい」と述べた。

中川委員はさらに、「皆保険を堅持するというこれまでの政府の方針に何ら変わりはないということか」と念押しをしたのに対し、唐澤剛政策統括官（社会保障担当）は「皆保険を維持するという点では同じだ」と答えた。

●「給付の賢い効率化を」／吉川委員

審議会では吉川洋委員（東京大大学院教授）が「社会保障費の伸びが大きいことを踏まえ、社会保障については給付面も賢い効率化を進めなければならない」との意見を述べた。

経済界からは齋藤勝利委員（経団連副会長）が「これ以上の保険料負担の増加は企業の国際競争力や個人消費、雇用に大きな影響を与える」と指摘。現役世代が加入する健保組合の約9割は後期高齢者支援金・前期高齢者納付金への対応で赤字となり、解散する健保組合も相次いでいるとした。さらに、高齢者医療制度への税投入割合の引き上げが必要とする一方、健保組合が協会けんぽへの国庫補助を肩代わりする仕組みは容認できないとも主張した。

（2/1MEDIFAXより）

皆保険維持に「保険適用の選別必要」／内閣官房参事官・藤本氏

内閣官房医療イノベーション推進室参事官で前経済産業省ヘルスケア産業課長の藤本康二氏は2月3日、東京都内で開かれたフォーラムで講演し、国民皆保険を今後守っていくためにも、社会全体のニーズに応じていきながら、保険適用するサービスの選別を検討する必要があると指摘した。その際、「全国一律には判断できないニーズをどうやってシステムの中に取り込んでいくかが重要」との考えを示した。同フォーラムは「駐在型訪問看護ステーション構想」をテーマに地域ケア総合研究所が開催した。

藤本氏は講演で、経産省の視点から医療や介護をどのように考えているか説明したいと前置きした上で「需要はあっても、社会で一定のサービスしか供給されなければ、お金に困っているわけでもなく支払う意思もある人たちとの結びつきがなくなってしまう」と述べ、こうした事態は「経産省としてはもったいないと考える」と説明した。その上で「全体の

需要にどう応えるかが非常に重要」との見方を示しながら、「世界に冠たる国民皆保険を守るため」にも「あるサービスは保険に入り、また、そうでないものもあるということ、きちんとやっていく必要がある」と述べた。

少子高齢化した人口減少社会で求められるサービスには「慢性期医療や介護、看取り」が挙げられるとし、経産省では「自分が死んでいくまでを徹底的にサポートしてくれる『ライフエンディング産業』などについて議論していた」ことを明かした。ただ、新しい提案は社会がこれまでに確立してきたシステムの一部を変更することにもつながると指摘。「全体のバランスが崩れてしまう可能性があり、十分配慮して議論する必要がある」と述べた。

●訪看STは「健康交番」

訪問看護ステーション（訪看ST）については「多機能化やいろいろな需要を取り込む『健康交番』のような形で、疾病の予防や管理、看取りを担う役割が想定できる」との期待を表明。さらに、訪看STを中心に地域ごとの多様な結び付きを構築し、一定のルールに基づいて「さまざまなニーズに応じていくべき」との考えを示した。東日本大震災の被災地特例として岩手、宮城、福島の3県で開設が認められている訪看STの1人事業所にも言及し、「始めた方々がトライアル（の気持ち）でやってほしい」とメールを送る一方、社会から一定の評価を得ることがポイントになると指摘した。（2/5MEDIFAXより）

英国

英の医療を世界に「輸出」／NHSをブランド化

居住者なら誰でも原則無料で医療を受けられ、英国が世界に誇る国家医療制度（NHS）をブランドとして生かし、ノウハウを海外に“輸出”しようという取り組みを英政府が始めた。

海外で事業を展開し利益を国内に還元する狙いがあるが、NHSは治療の待ち時間の長期化など質の低下も指摘されており、患者団体からは「海外での金銭的な利益よりも国内の患者への対応を優先すべきだ」と懸念も出ている。

英政府は1月下旬、事業を進めるための新組織「ヘルスケアUK」を設立。具体的な事業としては、①英国の病院の海外進出②中東、北アフリカ諸国での負傷兵のリハビリ支援③ヘルスケア産業での国際的

な産・官・学連携一などが想定されている。
(2/5MEDIFAXより)

基金

「審査」テーマに初の公開フォーラム／支払基金

社会保険診療報酬支払基金（河内山哲朗理事長）は2月5日、公開フォーラムを開き、社会保険診療報酬請求書審査委員会による「保険診療ルールによる適正な審査」「医学的判断による審査」などの役割や審査業務について支部審査委員長が解説し、国民（患者）や医療提供者、保険者に理解を求めた。審査委員会はレセプト情報に基づいて診療報酬の請求内容の審査を行うが、審査委員が国民や医療提供者、保険者と直接的に意見を交わす機会はほとんどない。支払基金が業務の根幹となる審査支払い業務について一般公開の場で説明するのは、このフォーラムが初めて。

フォーラムでは石川県社会保険診療報酬請求書審査委員会の木田寛・審査委員長が都道府県ごとに設置された支部審査委の役割について解説した。療養担当規則や診療報酬点数表といった保険診療ルールに沿った審査（原審査）によってレセプトの適正化を図ると説明するとともに、「細部がルール化されていないことも少なからずある」と指摘。「ルールがないものを含めて期限内に（審査が）終わらないと支障を来す」とし、豊富な診療経験を持つ審査委員による医学的判断によって遅滞なく審査が行われていることを強調した。また、個々の委員での判断が困難な場合や審査期間内に発生した疑問点への対応については、審査委の合意により「支部ルール」とする一方で、支部ルールが支部間差異を生んでいる状況も説明した。

政策研究大学院大の島崎謙治教授は講演で、日本の国民皆保険では医師の裁量をかなり広範に認めていると指摘するとともに、支払基金の審査が「事後統制機能」を担っていることなどを説明した。

●適応外使用のレセ審査「困難かつ重要な役割」／安達氏

パネルディスカッションでは中医協委員の安達秀樹・京都府医師会副会長が医師の裁量による医薬品の適応外使用を認めた「昭和55年通知」について触れ、適応外使用の適否は「レセプト審査の困難かつ重要な役割だ」と述べた。安達氏は通知について、適応症が認められた薬剤で治療しても効果が得られ

ない場合に限って55年通知を適用し、適応外使用を認めるべきだとの解釈を示した。ただ、55年通知の対象外となる再審査期間が終わっていない新しい抗がん剤などを例に挙げ、それがなければ正しい診断にたどり着けず治療ができないといった患者の治療に必要な不可欠な医薬品や検査などについては適応外使用を認めるべきとの考えを示した。

同じく中医協委員の白川修二・健保連専務理事は「支払基金は社会保険診療報酬支払基金法の殻を破って、業容を広げることにチャレンジすべき」と主張した。レセプトは医療機関からの請求書であるとともに、保険者にとっては唯一の医療情報であるとし、医療情報としての活用を促した。白川氏は審査の見落とし率をゼロにすることを目標とすべきではないかとも述べた。(2/6MEDIFAXより)

突合・縦覧の傾向示す／支払基金の11月審査分

社会保険診療報酬支払基金（河内山哲朗理事長）は1月28日の定例会見で2012年11月分の審査状況を公表した。医科では突合点検の再審査査定点数は原審査査定点数の約9割となった。一方、縦覧点検の再審査査定点数は原審査査定点数の約1.6倍となった。

会見では、12年3月審査分から開始した突合点検・縦覧点検の推移について説明。12年11月審査分の請求1万点当たりの査定点数を見ると、従来から行われている「単月点検」の査定点数は原審査査定が25.8点、再審査査定が2.8点となり、再審査査定点数は原審査査定点数の約1割の水準となった。

これに対し、医科レセプトと調剤レセプトを患者単位で照合する「突合点検」では、原審査査定が2.3点で、再審査査定も2.3点となった。支払基金の厳密な計算によると再審査査定点数は原審査査定点数の約9割の水準になるという。

同一医療機関が同一患者について月単位で提出したレセプトを複数月にわたって照合する「縦覧点検」では、原審査査定が0.9点、再審査査定が1.4点となった。支払基金は再審査査定点数が原審査査定点数の約1.6倍の水準となっていると説明した。

また、12年10月分の突合点検について責任別の査定状況も公表した。査定件数5万2300件に対し、病名漏れなどにより医療機関の責任とされた査定は全体の99.6%を占める5万2100件だった。このうち医科が5万1600件で、歯科は400件だった。処方量の誤りなど保険薬局の責任とされた査定は全体の0.4%の200件だった。(1/29MEDIFAXより)

リハ団体**「リハビリ関連団体協議会」が発足／リハ5団体協を改組**

日本リハビリテーション医学会(日本リハ医学会)や日本リハビリテーション病院・施設協会、日本訪問リハビリテーション協会など8団体で構成する新たな「リハビリ関連団体協議会」が1月21日に発足した。

新しい協議会は、日本リハ医学会、日本リハ病院・施設協会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会のリハビリテーション医療関連5団体連絡協議会を改組し、日本訪問リハビリテーション協会、回復期リハ病棟協会、全国老人デイ・ケア連絡協議会の3団体を新たに加えてスタートした。初代代表は栗原正紀氏(日本リハ病院・施設協会長)、副代表には水間正澄氏(日本リハ医学会理事長)が就任した。新協議会の事務局は、回復期リハ病棟協会が担当する。(1/25MEDIFAXより)

日医**偏在解消へ各県に「地域医療対策センター」を／日医提案・第3版**

日本医師会は1月30日、「医師養成についての日本医師会の提案」の第3版を公表した。医師偏在の解消に向けて、都道府県ごとの既存の組織と日医が新たに提案する組織を発展的に再編し、地域の実情に合わせた医師配置やキャリア形成などを担う「都道府県地域医療対策センター(仮称)」を設置することなどが柱。中川俊男副会長は「第2版は医師の偏在解消に対しての提案が薄かった。今回は有効と思われる仕組みを提案した。これまでの定員増で数の手当ては終わった。偏在解消の第一歩を示した」と第3版の意図を説明した。

臨床研修システムに対する提案では、各大学に「大学臨床研修センター(仮称)」を設置する。研修希望者は同センターに研修先の希望を提出。センターは研修希望者と面談し、研修先を選定する。研修先の都道府県は自由に選べる。

都道府県には、医師会、行政、住民代表、大学、大学以外の臨床研修病院で組織する「都道府県医師研修機構(仮称)」を設置する。募集定員の調整のほか、研修プログラムの検討・提案、研修内容のフォローなども行う。全国組織としては、都道府県ごとの

機構をまとめる「全国医師研修機構連絡協議会(仮称)」を設置し、全国的な定員を設定する。(1/31MEDIFAXより)

7ワクチン定期接種化に向け要望書提出／日医

日本医師会は1月28日、子宮頸がん予防・Hib(インフルエンザ菌b型)・小児用肺炎球菌・水痘・おたふくかぜ・成人用肺炎球菌・B型肝炎の7ワクチンについて、速やかに定期接種化を実現させるよう求める要望書を田村憲久厚生労働相に提出した。

小森貴常任理事は1月30日の会見で、3月末で公費助成期間が終了する任意接種の子宮頸がん予防・Hib・小児用肺炎球菌の3ワクチンが2013年度から定期接種化されることについて「高く評価する」と述べる一方、他の先進国並みの公費による定期接種を目指し、残る4ワクチンを含む7ワクチン全てに拡大することを政府に働き掛けていく方針を示した。13年から全国で展開する署名活動も継続していくとした。(1/31MEDIFAXより)

保団連**7ワクチンの定期接種化を／保団連、首相らに要請**

全国保険医団体連合会は1月21日、安倍晋三首相や田村憲久厚生労働相、麻生太郎財務相に7ワクチンの定期接種化を要請した。要請書は郵送で提出した。

保団連は子宮頸がん予防、Hib(インフルエンザ菌b型)、小児用肺炎球菌、水痘、おたふくかぜ、成人用肺炎球菌、B型肝炎の7種のワクチンについて、無料で定期接種を受けられるよう早期に予防接種法を改正することを求めた。そのほか、ワクチン接種に関する健康被害の監視・管理体制の強化と国による健康被害への補償、任意接種に定期接種と同様の救済制度を適用することや、病気や家庭事情により定められた期間にワクチン接種ができない人も無料接種ができるよう柔軟に対応することも求めた。(1/22MEDIFAXより)

安倍政権は新自由主義を加速と非難／保団連が決議

保団連は1月27日、第2回代議員会を開き決議を採択した。「消費税増税・社会保障解体やTPP参加を許さず、国民の暮らしと健康を守る政治を求める

決議」と題した決議では、新自由主義構造改革路線を加速させようとしていると安倍政権を非難。社会保障制度改革国民会議での議論・消費税増税・TPP参加によって、国民生活を壊して健康格差を広げる危険な道を行っているとした。

主な要求項目は以下の通り。

▽社会保障制度改革推進法を廃止する。医療扶助の自己負担導入など生活保護基準を引き下げない▽患者窓口負担を子どもと高齢者は無料、現役世代は2割に軽減する▽医療・生活必需品への消費税は「ゼロ税率」を適用する。2014年4月からの消費税増税は実施しない▽保険医の人権および裁量権と患者の療養権が守られる指導・監査に改善する▽東日本大震災被災者の医療・介護などの負担免除と保険料減免措置を復活する▽混合診療拡大・民間医療保険への現物給付導入・OTC薬拡大などの規制緩和をやめる▽応能負担による税・社会保険料負担で医療・社会保障財源を確保する。(2/1MEDIFAXより)

OTCのネット販売解禁に異議／保団連

一般用医薬品（OTC）のネット販売を認めた最高裁判決について、全国保険医団体連合会は1月15日、「インターネット販売を原則認めないよう強く求める」との談話を発表した。

ネット販売の規制について、保団連は「薬局・薬店に限定しているのは、副作用の危険を伴うため薬剤師が服用上の注意を説明する必要があるため」と説明。判決について「規制を違法として結論付けることは、医薬品の使用に当たり安全よりも営利を優先していると言わざるを得ない。薬害が増加することが懸念される」とした。

判決を受けての今後の薬事法や省令の見直しについては「ネット販売を拡大する道ではなく、安全確保のルールを法律上で明確にして離島・へき地ややむを得ない場合などを除いて、ネット販売は原則認めないよう強く求める」と訴えた。

(1/17MEDIFAXより)

警察届け出「全ての医療事故」は誤り／東京保険医協、厚労省は周知を

東京保険医協会（拝殿清名会長）は1月25日、厚生労働省内の専門紙記者クラブで会見し、全ての医療事故を警察に届け出なければならないという医師法21条の誤った解釈が医療界に広まっている状況を是正すべきと主張し、厚労省には全ての病院に正し

い解釈を周知する義務があると求めた。医療機関が、21条の正しい解釈に基づいて医療関連死を警察に届け出る環境を整備し、医療従事者が不当に刑事被告人となるケースを減らす努力が必要とも訴えた。拝殿会長は「厚労省がどのように是正していくのか確認したい」と述べた。(1/28MEDIFAXより)

調査・データ編

配置なし有床診、9割が「めど立たず」／北海道の栄養管理体制

北海道保険医会が2月1日発表した「管理栄養士配置義務化アンケート」の結果によると、管理栄養士を配置していない北海道内の有床診療所の9割が管理栄養士の確保について見通しが立っていないことが明らかになった。

アンケートは道内の有床診を対象に2012年11月に実施し、回答数は186件（回答率39.7%）だった。集計結果によると、有床診で管理栄養士（非常勤も可）を配置している施設は27.9%にとどまり、残りの72.0%の施設では配置していなかった。配置なしの施設のうち、2014年3月末までの経過措置期間中に管理栄養士を確保できるかどうかについて「可能と思う」と回答した施設は7.5%にとどまった。一方で「不可能と思う」は51.5%、「分からない」は38.1%で、これらを合わせた9割の施設で雇用確保の見通しが立っていないことが分かった。「不可能と思う」と答えた施設は札幌市内では37.1%だったが、市外では56.3%となり、地域差も目立つ結果となった。

ネット利用、4人に1人がiPad／医師のメディア調査

市場調査会社の社会情報サービスが行った医師のメディア調査で、インターネットを利用する医師のうち24%の医師がiPadを使用し、それ以外の機種を合わせるとほぼ3割の医師がタブレット端末を使用していることが分かった。

調査は2012年10-11月に実施し、首都圏・京阪神地区の医師630人から回答を得た。インターネットを利用する医師は全体の94%に及び、職場・自宅でパ

ソコンを使用する医師は約90%、スマートフォンを使用する医師も36%に上る。医師たちが閲覧する製薬メーカーのホームページの割合は、1位アステラス製薬15%、2位ファイザー11%、3位グラクソ・スミスクライン、武田薬品工業、MSD、第一三共10%（同率）といった結果も出ている。

●タブレット端末で情報提供を受けた医師は41%

i Padなどタブレット端末を使用してMRから情報提供を受けた製薬メーカーの割合は、1位大塚製薬7%、2位武田薬品6%と続き、医師全体で41%がタブレット端末を使用して説明を受けたと回答した。ただ、情報提供は紙とタブレット端末のどちらを好むか聞いたところ、「紙による情報提供を好む」34%、「タブレット端末を好む」24%、「どちらでもよい」42%という結果で、現状では医師の意見は分かれるようだ。インターネットを通じた情報提供で医師からの評価が高い企業は、1位第一三共13%、2位MSD12%となっている。（2/1MEDIFAXより）

「ご近所を参考に」が7割／診断書など医療文書の料金

民間シンクタンクの医療経営情報研究所は1月31日、診断書や証明書、意見書などの「医療文書」について、約7割の医療機関が同じ地域にある病院の料金設定を参考に決めているとの調査結果を公表した。

調査の有効回答は421医療機関から得た。医療文書の作成・発行料金については「同じ地域の病院を参考にする」との回答が71.9%で、「外部機関の調査資料を参考にする」との回答は5.1%だった。料金設定にはばらつきが見られ、「診断書（簡単なもの）」では平均は2361円となったが、最低額1000円から最高額1万1050円まで大きな開きがあった。同様に「診断書（複雑なもの）」の平均は3665円。設定料金は1000-1万500円となっていた。料金設定には地域差もあった。（2/1MEDIFAXより）

サ高住の登録数、都道府県間で差／民間調査

高齢者住宅研究所が1月18日に公表した2012年12月末現在の「サービス付き高齢者向け住宅登録の動向」によると、サ高住の登録件数は2777件、住戸数は8万9219戸となった。登録件数を都道府県別に見ると、最も多い大阪府が204件なのに対し、最も少ない佐賀県では6件と、都道府県間で差が出る結果となった。

大阪府に次いで多かったのは北海道の179件。東京都133件、広島県114件、埼玉県112件、神奈川県112件など、都市部で多い傾向が見られた。

登録事業者は株式会社が56%で、全体の半数を占めており、医療法人の15%、有限会社の14%が続く結果となった。

サ高住では最低限「状況把握・生活相談」のサービスを提供することになっている。このほかのサービスでは、「食事の提供」が94%、「入浴などの介護」が51%、「調理などの家事」が54%のサ高住で提供されていた。（1/21MEDIFAXより）

12年の医療機関の倒産、年間37件／前年比5件増も負債総額は減

帝国データバンクの全国企業倒産集計によると、2012年12月の医療機関の倒産は全国で1件（負債額合計2億円）だった。12年の年間倒産件数は37件（同98億2300万円）となった。11年の32件（同165億6400万円）と比べて件数では上回ったが、負債総額では下回った。（1/22MEDIFAXより）

●病院・開業医の倒産推移（負債額の単位は百万円）

2008年		2009年		2010年	
件数	負債額	件数	負債額	件数	負債額
35	18,224	52	30,157	41	35,216
2011年		2012年			
件数	負債額	件数	負債額		
32	16,564	37	9,823		

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

京都府保健医療計画（中間案）への意見

■ 京都府保険医協会 2013年1月24日 ■

京都府が2013年4月からの京都府保健医療計画について中間案を公表し、パブリックコメントを募集したことを受けて、京都府保険医協会が提出した意見。30ページからは府の公表資料のうち「京都府保健医療計画（中間案）の概要」を掲載。

京都府保健医療計画（中間案）への意見

1. 前提の問題として —医療計画の二面性—

今回の医療計画見直しについて、国は医政発0330第28号通知（平成24年3月30日）において、社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日閣議決定）に描かれた医療・介護サービス提供体制改革の推進策としての意義を明らかにしている。もとより現行の医療計画にも、小泉政権下での医療制度構造改革による提供体制改革の方策、すなわち医療費抑制に資する提供体制改革への誘導を図ろうとの側面がある。

今回示された新たな基準病床数（本文7頁）にもその側面が顕れている。療養・一般病床数は現基準に比べて府全域で計1416床マイナス、丹後・中丹・南丹医療圏でさえもマイナスとされる。これは医師不足・偏在に悩む地域の実感からは到底理解出来ない。国は医療費抑制のために一律の算定方法を示しており、はじき出した病床数が現実と乖離するのは当然とも言えよう。

だが一方で、都道府県が実際に策定する計画は、医師確保や診療科偏在解消といった、地域医療の困難状況を打開するための内容が色濃いものになる。つまり、医療計画制度には二面性がある。その前提を確認した上で、焦点を絞って中間案への意見を述べたい。

2. 医療圏ごとの社会経済条件を踏まえた検討を

中間案全般に亘って、計画策定の土台とすべき地域の経済活動や生活問題の分析がない。国が示した作成指針には「医療計画の前提条件となる地域の現状について、医療に関する事項のほか、公衆衛生、薬事及び社会福祉に関する事項並びに社会経済条件等に関する事項を記載することが考えられる」とある。必須項目かどうかは問題でない。京都府の不均衡な人口構成や経済発展の度合いは、そのまま医師・医療資源の不足と直結している。計画の土台としての府民生活に関する分析結果を記述するよう求める。

3. 医師不足に止まらない診療科偏在・医師養成課題への視点を

次に、医師不足・診療科偏在への対応についてである。

京都府が地域医療支援センター（KMCC）を立ち上げ、京都府内の大学、病院、医療関係と連携し、オール京都体制で取り組んでいることに敬意を表したい。対策の方向（13頁）で示した目標に関し、着実な取り組みを望む。

一方で、北部・南部地域を中心とした医師確保困難地域では、医師総数の不足のみならず、診療科偏在が深刻である。中間案にもあるとおり、小児科や産科・産婦人科医数（人口10万対）が、全国平均値を下回る医療圏が複数ある（21頁～24頁）。他科についても地域差は著しい。新たに計画記載が求められた精神科領域も、診療所が丹後医療圏は1、京都・乙訓医療圏は118医療機関という著しい格差がある（平成20年京都府保健福祉統計）。この状況でより良い精神科医療提供体制が展望できるのか不安である。

KMCCが進めるキャリアパスや地域医療確保奨学金は、医師一般の確保という点では有効だが、診療科偏在問題への対応は難しいのではないかと懸念されている。中間案は、5事業（並びに在宅医療）のうちの小児科医と産科・産婦人科医とリハビリテーション専門医の確保については記述があるものの、全体として診療科偏在問題への対応に弱さを感じる。

医師確保に止まらず診療科偏在対応策もオール京都体制で議論することを望みたい。

また、医育政策に関しての方針も打ち出してほしい。国は医学部定員増等をすすめているが、京都府には京都大学医学部・京都府立医科大学と2つの医師養成機関がある。同志社大学の医学部創設の動きもある等、他都市とは違う環境にある自治体としての方針が求められる。

4. 国制度の矛盾に対峙するリハビリテーション政策を

京都府のリハビリテーション政策は、京都式地域包括ケアシステムと一体的に推進され、地域支援センターの設置等、着々と前進が図られている。リハビリテーション体制の整備（16頁）にあるとおり、急性期から回復期、維持期、生活期まで継続した総合的な体制整備が求められ、連携体制の構築や専門職の確保・育成対策の重要性について異議はない。

一方、府計画案に加えてほしいのは、リハビリテーション医療を取り巻く国制度に対峙する府の役割である。周知のとおり、診療報酬制度は疾患別リハビリテーション料に算定日数上限を設けているが現実には上限日数経過後もリハビリが必要な患者さんは多い。制度の枠外に置かれた府民のリハビリを誰が保障するのか。例えば京都市立身体障害者リハビリテーションセンター（京都市が機能縮小を打ち出して批判的となっているが）はまさにその役割を担っている。ALSや高次脳機能障害など重介護を要する難しい症例は、公的な医療機関でケアを含めて総合的に対応すべきである。不採算でも、必要な医療・福祉は保障することこそ地方自治体の医療政策の基本である。府計画でも盛り込んでいただきたい視点である。

5. すべてのケアが必要な人を視野に公的機関や保健師の役割の再評価を

新たに記述が求められた在宅医療だが、中間案は京都式地域包括ケアシステム以外の記述がほとんどないのは残念である。なぜ医療審議会にワーキングチームを設けなかったのか。

府が推進機構を設立し、地域包括ケア構築に取り組んでいることは大いに評価する。しかし、在宅医療は地域が崩壊しては成立しない。現状の地域の課題は高齢独居や老々介護に止まらない。児童虐待、精神疾患の患者さんも含めた障害のある人たちの人権保障は、崩壊した地域コミュニティでは受け止められない。今こそ、保健所や福祉事務所が主体となり、開業医や福祉関係者との連携を築いてきたかつての地域保健医療体制の再評価が必要である。しかし、中間案にその視点はない。府内就業保健師の確保目標も微増でしかない（15頁）。前提として公的機関・自治体専門職の役割を位置付けた「地域住民の生命と健康を守る政策」がなくては、今日の在宅医療は成り立たない。

6. 現行計画の評価を

最後に触れておきたいのは、この5年間の政策評価である。現行計画に4疾病5事業や健康増進施策等、新たな課題を府は盛り込んできた。しかし、それが本当に府民の医療保障に役立ったのか。医療計画を都道府県単位の医療費抑制路線推進に利用する国の姿勢を正すためにも、ぜひ必要な作業である。

医療提供体制政策の基本は住民生活の向上である。行政の都合で推進されてはならない。京都府は医療費適正化計画でも「中期的な医療費の推移の見通し」を示し、国の医療費抑制路線とは一線を画した行政をすすめている。このことをあらためて評価するとともに、今後とも住民の生活に心を寄せる政策の立案・推進を求めたい。

2013年1月24日

京都府保険医協会 副理事長 垣田さち子

※本文中の頁数は、府の計画本文に対応しているため、P30からの概要には対応していません。

「京都府保健医療計画（中間案）」の概要

平成24年12月
健康福祉部

1 計画の趣旨

急速な少子・高齢化の進展や生活習慣病の増加などによる疾病構造の変化、精神疾患患者の急増、医師の地域偏在等の課題に対応するため、府民・患者の視点から、地域における保健医療資源の充実と、安全で良質な医療を提供する体制の構築を目指して計画を見直す。

2 計画の理念

- ◎ だれもが等しく、必要なサービスを楽しむことができるよう、府民・患者の視点に立った体制づくり
- ◎ 健康づくりから医療、介護まで切れ目のない、良質な保健医療サービスの提供
- ◎ 地域の特性を踏まえた施策展開
- ◎ 自らの健康は自らで守ることが大切であるため、府民一人ひとりの主体的な取組を促進

3 計画期間

平成25年度から29年度までの5年間

4 計画の性格

- 法定計画である医療計画（根拠：医療法第30条の4）と、健康増進計画（根拠：健康増進法第8条）を一体的に策定（府民の健康づくり指針である「きょうと健やか21」も一体的に策定）
- がん対策推進条例の制定を契機としてがん対策の重点化を図るため、現行計画では一体的に策定していた「がん対策基本計画」を別に策定（保健医療計画にはその要約を再掲）

5 計画の主な内容

（1）二次医療圏の設定

現在の6医療圏（丹後、中丹、南丹、京都・乙訓、山城北、山城南）を設定

（2）基準病床数の設定

医療法第30条の4第2項第11号により、病院及び診療所の病床の適正配置を目的として、入院患者の状況などを踏まえ、次のとおり基準病床数を設定

【基準病床数(案)】

	基準病床数			既存病床数 (H24.6現在) C	過不足	
	現行 (H16.3設定) A	見直し案 B	差引 B-A		現行 C-A	見直し案 C-B
① 療養・一般病床	丹後	1,299	1,257	1,192	△ 107	△ 65
	中丹	2,546	2,143	2,122	△ 424	△ 21
	南丹	1,400	1,392	1,370	△ 30	△ 22
	京都・乙訓	16,357	15,370	19,750	3,393	4,380
	山城北	3,816	3,836	3,767	△ 49	△ 69
	山城南	784	788	666	△ 118	△ 122
	府合計	26,202	24,786	28,867	2,665	4,081
② 精神病床	6,086	5,728	6,436	350	708	
③ 結核病床	424	300	300	△ 124	0	
④ 感染症病床	30	38	38	8	0	

※ 療養・一般病床は二次医療圏ごと、精神病床、結核病床及び感染症病床は府全域で設定

(3) 主な対策

① 地域の保健医療を支える人材の育成・基盤の整備

対策	内容	成果指標
保健医療従事者の確保対策	<p><医師></p> <ul style="list-style-type: none"> ○京都府地域医療支援センターによる若手医師のキャリア形成支援を中心とした取組の実施 ○与謝の海病院の京都府立医科大学の附属病院化に伴う地域医療学講座（総合診療部門・地域救急部門）の開設 ○地域医療確保奨学金、大学院医学研究科授業料等助成事業を通じた若手医師の育成 <p><看護師></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ナースセンターを人材確保の拠点として、再就業支援と連動し離職率の高い病院への離職防止指導を実施 ○ナースセンターを利用しにくい北部看護職のために北部看護職支援センターでの復職のための研修や相談等の取組を支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○KMCC（京都府地域医療支援センター）キャリアパス参加により医師確保困難地域の医療施設に従事した者 2人（H24）→16人（H29） ○地域医療確保奨学金の貸与を受け、医師確保困難地域の医療施設に従事した者 38人（H24）→90人（H29） ○府内就業看護師・准看護師 28,751人（H22.12）→34,487人（H27）
リハビリテーション体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ○回復期リハビリテーション病棟等の設置促進 ○リハビリテーションについて専門性を持った医師等の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ○回復期リハビリテーション病棟を有する病院 17病院（H23）→24病院（H29）

② 患者本位の安心・安全な医療提供体制の確立

対策	内容	成果指標
小児医療	○地域の中核病院と開業医の連携など医療機関相互の協力体制の強化	○小児救急体制を連日（平日夜間・休日）確保した医療圏 5医療圏（H23）→全医療圏（H29）
周産期医療	○総合周産期母子医療センターと周産期医療2次病院等を中心とした搬送体制や受入体制の強化	○NICU病床の平均稼働率が90%を超える周産期母子医療センターの数 3施設（H23）→0施設（H29）
救急医療	○初期・二次・三次の救急医療体制と医療が早期に治療開始できる体制の整備・充実	○KMCC（京都府地域医療支援センター）キャリアパス参加により、救急専門医の資格を目指す医師数 0人（H23）→4人（H29）
災害医療	○災害拠点病院、DMA T等の連携体制の強化	○二次医療圏内において、2次救急病院との定期的訓練により応援体制を確立している災害拠点病院の割合 62.5%（H24）→100%（H29）
	○緊急被ばく医療に対応できる医療体制の充実	○緊急被ばく医療研修受講者数 95人（H23）→150人（H29）
在宅医療	○京都式地域包括ケア推進機構の構成団体による医療・介護・福祉の連携強化	○地域で在宅チームに携わる地域リーダーの養成数 0人（H23）→150人（H29）
	○医療機関と地域包括支援センターやケアマネジャー等が連携してサポートする「在宅療養あんしん病院登録システム」の普及・定着	○在宅医療を担う「かかりつけ医」のリーダーの養成数 0人（H23）→60人（H29）

③ 健康づくりから医療、介護まで切れ目のない保健医療サービスの提供

対策	内容	成果指標
疾病の予防 健康づくりの推進 ※がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の予防対策	○生活習慣病の予防等により健康寿命を全国トップクラスに延伸 ○生活習慣の改善や健康受診率の向上等による疾病の予防・早期発見と重症化予防の推進 ○様々な専門職や関係機関が連携を図り、小児期から高齢期までライフステージ別の取組推進 ○「きょうと健康長寿推進府民会議」等を中心に、医療・保健、教育、農林・商工分野等の関係機関とオール京都体制で、健康づくりを推進	○運動習慣のある者の割合（％） 20-64歳 男性13.5 (H24) →18.0 (H29) 女性18.2 (H24) →23.0 (H29) 65歳以上 男性31.9 (H24) →36.0 (H29) 女性37.3 (H24) →42.0 (H29) ○食情報提供店の店舗数 519店舗 (H23) →800店舗 (H29) ○野菜の摂取量 268.4g (H23) →350.0g (H29)
疾病の治療	がん ○がん診療連携拠点病院等による専門職の育成確保、チーム医療の推進等の機能強化の取組を支援 ○がん患者に対する総合的な相談支援、情報提供体制の構築	○がん診療連携拠点病院等における化学療法チーム等の設置 - (H23) →全拠点病院等 (H29) ○がんに係る相談支援センターの相談件数 1,240件/月 (H23) →3,000件/月 (H29)
	脳卒中 ○急性期の機能充実（へり搬送の活用等広域的な救急搬送体制の充実等） ○先端的リハビリテーション治療の府内導入促進	○早期リハビリテーション実施件数（人口100万人対） 4,810.1件 (H23) →5,198.9件 (H29)
	急性心筋梗塞 ○病院前救護を適切に行えるよう、一般府民に対する心肺蘇生やAEDの講習会を実施	○一般市民により除細動が実施された件数（人口10万人対） 0.5件 (H23) →1.0件 (H29)
	糖尿病 ○専門医等の人材育成のための研修等を支援 ○かかりつけ医、歯科医等の共同による栄養・運動・歯周病の指導管理促進（重症化予防）	○合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少 280人 (H23) →270人 (H29)
精神疾患・認知症	○精神科救急医療の充実（北部・南部地域での精神科救急基幹病院・輪番施設の体制の整備等） ○一般医療機関と精神科医療機関の連携強化による身体合併症患者の受入促進 ○発達障害等の児童・思春期の精神疾患患者に専門的な入院医療を行う拠点機能の整備 ○難治性うつ病に関する臨床研究の推進	○精神疾患患者の搬送・受入基準、後方支援医療機関への転院基準の策定 未策定 (H24) →策定 (H29) ○精神科病院の1年未満入院患者の平均退院率 69% (H21) →72%以上 (H26)
	○かかりつけ医の認知症診断等に関するアドバイザーとなる認知症サポート医の養成 ○認知症疾患医療センターの全医療圏への設置 ○認知症初期集中支援チームの設置による家庭訪問・家庭支援等の充実	○認知症サポート医 28名 (H24.4) →100人 (H29) ○認知症疾患医療センター 3医療圏 →全医療圏に1箇所以上 (H29)
歯科保健対策	○8020運動の推進（歯科保健に関する普及啓発） ○歯科と医科及び調剤との連携の推進（周術期の患者の口腔管理等）	○80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合 49.7% (H23) →55%以上 (H29)
肝炎対策	○効果的な受検勧奨やより受検しやすい体制整備等、肝炎検査の受検機会拡大に向けた取組推進 ○肝炎診療連携拠点病院の相談支援機能の充実と北部地域の相談体制整備の推進	○肝炎ウイルス検査の個別勧奨実施市町村 15市町村 (H23) →全市町村 (H29)

6 今後の進め方

- 1 2月 中間案を議会報告 → パブリックコメント、市町村・関係団体意見聴取
- 2月～3月 医療審議会での最終案審議 → 議会報告 → 計画策定

協会だより (定例理事会要録から)

2012年度(平成24年度)第14回 2013年1月8日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会(2012年12月18日)要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 保団連近畿ブロック事務局長会議(12月12日)状況
4. 保団連第2回組織部会(12月15日～16日)状況

【経営部会】

1. 金融共済委員会(12月19日)状況
2. ファイナンシャルプランナーとの相談日(12月20日)状況
3. 医師賠償責任保険料案内のための病院訪問状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関向け院内医療安全研修会(12月13日)状況
2. 医療事故案件調査委員会(12月14日)状況
3. 医師賠償責任保険処理室会(12月17日)状況
4. 医療安全対策部会学習会(12月20日)状況
5. 医療機関側との懇談状況

【保険部会】

1. 保険講習会A(12月20日)状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 2012年度第7回正副理事長会議(12月13日)状況確認の件
2. 12月度会員増減状況確認の件
3. 会員入退会及び異動(2012年12月18日～2013年1月8日)に関する承認の件
4. 乙訓医師会との懇談会(12月10日)状況確認の件
5. 与謝医師会、北丹医師会との懇談会(12月15日)状況確認の件
6. 2012年度11月分収支月計表報告状況確認の件

【経営部会】

1. 消費税実態調査集計結果の件

【政策部会】

1. マイナンバーで日本は大丈夫?(12月1日)状況確認の件
2. 『戦争と医の倫理』の検証を進める会」第24回世話人会(12月23日)状況確認の件
3. メディーパー京都第162号、本紙(第2842・2844号)合評の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 会計半期収支点検の件
2. 『京響サロンコンサート』開催の件
3. 『第2回ワイン講座』開催の件

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談開催の件
2. 医療機関向け医療安全研修会への講師派遣の件

【政策部会】

1. 第14回公衆衛生全国交流集会記念講演講師依頼の件

【保険部会】

1. 保団連社保・審査対策部会事務局小委員会出席の件

IV. 医療政策関連情勢

1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き

①国をめぐる動き

「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」について

V. 診療報酬関連情報

1. 中医協(12月5日:第35回調査実施小委員会、第86回薬価専門部会)(12月19日:総会、費用対効果専門部会)概要報告

VI. 特別討議

1. 第184回定時代議員会関連議事検討の件
 ≪以上、20件の議事を承認≫

2012年度(平成24年度)第15回 2013年1月22日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会(1月8日)要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 未入会開業会員訪問(12月27日)状況

【経営部会】

1. 第52回税研全国集会(1月12日～13日)状況

【医療安全対策部会】

1. 第283回関西西事法研究会(1月12日)状況
2. 医療機関側との懇談(1月15日)状況

【政策部会】

1. 第15回反核医師近畿懇談会(1月13日)状況
2. 12-13年度第12回保団連総務会議(1月10日)状況
3. 保団連総務会議・医療運動本部会議合同会議(1

3月のレセプト受取・締切

基金 国保	8日(金)	9日(土)	10日(日)	労災	12日(火)
	○	○	◎		◎

※○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

月10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（12月12日）状況
2. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（12月17日）状況
3. 医事担当者勉強会（1月16日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 総務部会（1月8日）状況確認の件
2. 左京医師会との懇談会（1月12日）状況確認の件
3. 2012年度第8回正副理事長会議（1月10日）状況確認の件
4. 2012～13年度第2回保団連代議員会「発言通告」確認の件
5. 京都民医連中央病院からの後援依頼の件
6. 会員入退会及び異動（1月8日～1月22日）に関する承認の件

【経営部会】

1. 経営部会（1月8日）状況確認の件
2. 斡旋融資制度からのみずほ銀行撤退に関する承認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（1月8日）状況確認の件

【政策部会】

1. 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～」（12月22日）状況確認の件
2. 政策部会（1月8日）状況確認の件
3. 九条の会・兵庫県医師の会 新春講演会「孫崎享が語る 国際問題を平和的に解決する方法—領土問題とTPPに揺れる日本をどうする？—」（1月13日）状況確認の件
4. 映画「ひまわり」上映会宣伝協力の件
5. 京都保険医新聞（第2845号）合評の件

【保険部会】

1. 京都府薬剤師会との懇談会（12月13日）状況確認の件

2. 保険部会（1月8日・11日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 2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

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談開催の件

【政策部会】

1. 内部被ばくの専門家と当事者とともに考える「被ばくを知る」～放射線の影響を心配している患者さんが医院に訪れた時、あなたならどうする？～開催の件
2. 第2回TPP参加反対京都ネットワーク出席確認の件

IV. 医療政策関連情勢

1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き

①国をめぐる動き

生活保護見直しについて

②地方自治体をめぐる動き

京都府保健医療計画(中間案)に関するパブリックコメントについて

V. 診療報酬関連情報

1. 保険審査通信検討委員会（1月11日）状況確認の件

VI. 特別討議

1. 第184回定時代議員会関連議事検討の件

《以上、26件の議事を承認》

第647回 社会保険研究会

高齢者の経管栄養の現状と問題点

～中止・差し控えの選択肢はあるのか?～

日時 3月16日(土) 午後4時～6時 ※開催時間にご注意下さい。

場所 京都府保険医協会・ルームA～C

講師 京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻 教授 荒井 秀典氏



〈荒井先生からのメッセージ〉

本邦では療養病床で看取られた認知症患者の約半数に胃瘻が留置されていたという報告があり、欧米を上回る高い割合で認知症高齢者に対して胃瘻の導入が行われているが、これは高齢者のQOLを考えた医療処置であろうか。我々が行った調査によると日本の老年病専門医は、約4割が認知症による食欲低下・食失行を胃

瘻の適応と考えていた。昨今の胃瘻造設高齢者の増加を受けて、2012年6月、日本老年医学会は認知症高齢者に対する人工的水分栄養補給に関するガイドラインを発表した。本研究会では日本における高齢者の胃瘻造設に関わる問題点を明らかにし、このガイドラインを紹介することで、高齢者における胃瘻の是非を問いたい。

第13回 文化講座

「現代」とはどういう時代か?

～不安な「現代」の乗客たち。マルクスとニーチェとともに考える。～

日時 3月17日(日) 午後2時～4時

講師 代々木ゼミナール 公民科

場所 京都府保険医協会・ルームA～C

講師 畠山 創氏



講演趣旨

普段、誰も事故など起こるとは考えもしません。しかし、「近代列車」の暴走により、「現代」は事故が起き始めたのです。

近代が「人間の無限性」を信じた時代であるとすれば、現代は、「人間の有限性」を垣間見ていく時代です。

たとえば、資本主義は「富の格差」を拡大させました。マスメディアの発達、私たちが「主体性」を奪いました。そして、2年前には福島で原発事故が発生し、今も多くの人が避難生活

を強いられています。

マルクスらの社会主義は、資本主義という、人間の「外部」の経済システムを問題視しました。

一方、ニーチェらの実存主義は、人間の「内部」に眼差しを向けた人たちです。

今回は、マルクスとニーチェとともに、抜き差しならない不安をどう乗り越えるかを、分かりやすく考えます。

3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 3月13日(水) 午後2時～ 担当=竹内建築士

雇用管理 3月21日(木) 午後2時～ 担当=河原社会保険労務士

ファイナンシャルプランナー 3月21日(木) 午後1時～ 担当=三井生命FC
(ファイナンシャルコンサルタント)

法律 随時受付 担当=顧問弁護士、協力弁護士よりお選びいただけます

税理士 3月27日(水) 午後2時～ 担当=花山税理士

バイバイ原発 3・9きょうと

福島をわすれず、原発のない未来をめざして
みんなで、デモしよう！

と き 3月9日(土)
と ころ 円山公園(雨天決行)

●ひろば企画 No Nukes 3・9

12:00～ しだれ桜周辺

脱原発パワースポット/フリースピーチ/
ライブ・アートパフォーマンス など

●メイン集会

13:30～ 円山野外音楽堂

辛淑玉さん、制服向上委員会 ほか

●デモ出発

14:45～

主 催 バイバイ原発きょうと実行委員会

●連続企画講演会

18:30～ 龍谷大学アバンティ響都ホール

「放射能時代を生きる3つのアクション」

辛 淑玉さん

共 催 京都府保険医協会
京都府歯科保険医協会
バイバイ原発きょうと実行委員会



バイバイ原発3・9呼びかけ人

アイリーン・美緒子・スミス (グリーン・アクション)

赤松 哲子 (ゼロ・アクション)

飯田 哲夫 (京都府保険医協会)

井坂 洋子 (原発ゼロをめざす京都ネットワーク)

石橋 香織 (京丹波町環境と子どもの未来を考える会)

石田 紀郎 (さようなら原発1000万人署名・京都の会)

井上 美和子 (シンガー&スピーカー/南相馬市から綾部市へ避難)

佐伯 昌和 (京都反原発めだかの学校)

松本 育生 (環境市民)

宗川 吉汪 (日本科学者会議京都支部)

樋田 劭 (使い捨て時代を考える会)

出口 治男 (弁護士/京都脱原発弁護団)

仲尾 宏 (反戦・反貧困・反差別共同行動 in 京都)

ハタノワタル (黒谷和紙職人/小さな気持ちプロジェクト)

原 強 (コンシューマーズ京都)

藤井 悦子 (アジェンダ・プロジェクト)

山内 小夜子 (真宗大谷派僧侶/解放運動推進本部)

新規開業医向け

「保険講習会 B」

日 程 3月21日(木) 午後2時～午後4時 場 所 京都府保険医協会・ルームB・C

内 容 ①新規個別指導 ②医療法立ち入り検査対策

対 象 新規開業前後の医師、従業員の方(新規開業の先生でなくても、日常診療整備の目的でご参加ください)

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

*次回(保険講習会A)は①保険診療基礎知識、②レセプト審査がテーマです。

≡ 楽しく走ろう ≡

ランニング教室



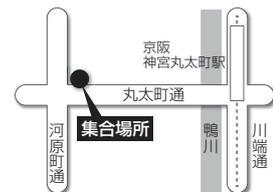
ランニングの「始めの一歩」を目指す方や、多少足に覚え?のある方も一緒にいかがですか。終了後は銭湯「桜湯」で汗を流していただくもよし。

日 程 3月31日(日) 午後2時～午後4時頃 集 合 午後2時

(雨天中止の判断は、前日に連絡いたします)

参加費 1,000円(講習料・銭湯代含む)

講 師 ランニングチーム「クラブ・エイム」 西村 真弓さん



<プロフィール>

日本スポーツ少年団登録指導者。元、旭化成工業㈱守山支社陸上部所属。旭化成工業㈱守山(滋賀県)で5年間競技を続け、引退。第八回あいの土山マラソン初フルで2時間51分17秒:優勝(当時の大会新記録)。北陸女子駅伝、都道府県対抗クロスカントリーリレー大会に滋賀県代表チームで出場。2002年あいの土山マラソンハーフマラソン一般女子の部優勝。2007年・2008年大阪国際女子マラソン出場3時間01分28秒85位。

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 2013年2月】

毎年全面書き下ろし、信頼と実績の治療年鑑 2013年1月上旬発売	全医療関係者必携の医薬品情報書、2013年1月上旬発売
<p>今日の治療指針 2013 私はこう治療している 山口 徹他・総編集 □ デスク判(B5) 19,950円 2,064頁●医学書院 □ ポケット判(B6) 15,750円</p>	<p>□ 今日の治療薬 解説と便覧 2013 4,830円 浦部晶夫・他編●B6判 1,376頁●南江堂</p> <p>□ 治療薬マニュアル 2013 5,250円 高久史郎・他監修●B6判 2,500頁●医学書院</p>
<p>□ 理系総合のための生命科学 第3版 3,990円 分子・細胞・個体から知る“生命”のしくみ 東京大学生命科学教科書編集委員会・編●B5判 330頁●羊土社</p> <p>□ 生理学テキスト(第7版) 5,040円 大地陸男・著●B5判 580頁●文光堂</p> <p>□ 臨床医のための免疫キーワード100(3版) 4,725円 矢田純一・著●B5判 248頁●日本医事新報社</p> <p>□ 異常値の出るメカニズム (第6版) 6,300円 河合 忠・他編●B5判 480頁●医学書院</p> <p>□ 臨床検査データブック 2013-2014 5,040円 高久文彦・監●B6版 1,106頁●医学書院</p> <p>□ あの手この手で攻める! 腹痛の診断戦略 4,935円 <救急ERノート レジデントノート別冊 8> 林 寛之・編 ●B5版 270頁●羊土社</p> <p>□ 直伝! 救急手技プラチナテクニック 5,145円 <救急ERノート レジデントノート別冊 7> 太田祥一・編●B5版 301頁●羊土社</p> <p>□ MDアンダーソン サイコソーシャル・オンコロジー 8,190円 大中俊宏・他監訳●B5版 424頁●MEDSI</p> <p>□ 血管新生研究の最先端 7,140円 佐藤靖史・他編●B5版 332頁●医薬ジャーナル社</p> <p>□ 婦人科がん取扱い規約 抜粋 (第2版)<癌取扱い規約> 4,200円 日本産科婦人科学会・他編●A6変型版 380頁●金原出版</p> <p>□ サバイラ 身体診察のアートとサイエンス (原書第4版) 12,600円 須藤 博・他監訳●B5版 888頁●医学書院</p> <p>□ 内科医のための不眠診療はじめての一步 3,675円 誰も教えてくれなかった対応と処方のコツ 小川朝生・編●A5判 221頁●羊土社</p> <p>□ 患者さんと一緒に見るだけで出来る吸入指導DVD付き 4,830円 患者さん目線で見た、吸入指導の実際とピットホール 大林浩幸・著●A4判 60頁●医薬ジャーナル社</p> <p>□ 腎臓疾患(2版)<New専門医を目指すケース・メソッド・アプローチ> 7,245円 横野博史・編●B5判 480頁●日本医事新報社</p>	<p>□ リウマチ病セミナー-XXIII<リウマチ病セミナー-XXIII> 8,610円 七川敬次・監 ●B5判 254頁●永井書店</p> <p>□ 改訂版 循環器治療薬の選び方・使い方 4,935円 症例でわかる薬物療法のポイントと根拠 池田隆徳・編●B6変型判 423頁●羊土社</p> <p>□ 循環器専門医に必要な検査必須知識 正しい診断を導くために 5,775円 福田信夫・編●B5判 244頁●メジカルビュー社</p> <p>□ 大腸ESD(DVD付) 10,500円 山本博徳・他編●B5判 262頁●南江堂</p> <p>□ 初期診療を磨く センスとサイエンス <総合小児医療カンパニア> 8,190円 宮田幸子・編●B5判 206頁●中山書店</p> <p>□ 皮膚血管炎 13,650円 川名誠司・他著●B5判 360頁●医学書院</p> <p>□ 乳腺外科手術アトラス 18,900円 野口昌邦・訳●A4判 456頁●医学書院</p> <p>□ 頭蓋顎顔面の骨固定 8,400円 基本とバリエーション脳神経外科医・形成外科医のための1stステップ 小室裕造・他編●B5判 240頁●克誠堂出版</p> <p>□ ホクロ手術図鑑 13,650円 市田正成・著●B5判 186頁●文光堂</p> <p>□ 眼瞼 <眼手術学 2> 31,500円 野田実香・編 ●B5判 570頁●文光堂</p> <p>□ 近視・角膜手術 <イラスト眼科手術シリーズ> III> 8,400円 若倉正登・監●B5判 124頁●金原出版</p> <p>□ がんを見逃さない 頭頸部癌診療の最前線 13,650円 <ENT臨床フロンティア> 岸本誠司・編 ●B5判 308頁●中山書店</p> <p>□ 新耳鼻咽喉科学 (第11版) 16,800円 野村泰也・監●四六倍判 764頁●南山堂</p> <p>□ 小児麻酔Q&A 新装版 5,040円 上園晶一・編●B5判 180頁●総合医学社</p>
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條烏丸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 【2013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			56	乳癌の臨床	¥ 15,120	
	7	臨床病理	¥ 27,660		整形外科	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	脊椎骨髄ジャーナル	¥ 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	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	肝胆臓	¥ 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	バスキュラーラボ	¥ 23,100			76	JOHNS	¥ 36,960	
	27	コロナリーインターベンション	¥ 15,750			77	ENTONI	¥ 39,585	
呼吸器	28	Circulation Up to Date	¥ 24,990		救急・麻酔	78	救急医学	¥ 38,640	
	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	
小児科	33	小児内科	¥ 49,980			83	LISA	¥ 30,450	
	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		
44	デルマ	¥ 39,585		94		インナービジョン	¥ 25,200		
皮膚科	45	皮膚科の臨床	¥ 43,680		神経・	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		脳外	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