

今月の主な動き

安倍晋三首相は3月15日、TPP（環太平洋連携協定）交渉への参加を正式表明した。今後の交渉で「我が国のセンシティブ品目への特別な配慮など、悪影響を最小限にとどめる」「国民皆保険制度を基礎とした社会保障制度も断固として守る」とした。政府は同日、TPP参加で実質国内総生産は3.2兆円増との試算も公表した。

しかし、この間の報道で、2012年12月から交渉に参加したカナダ・メキシコは、先に交渉を始めた9カ国がすでに合意した内容を原則として受け入れ、交渉をうち切る終結権も再協議も要求できないとされ、日本には交渉の余地が残されていないとされる。

参加表明に先立って、交渉参加を容認した自民党のTPP対策委員会は決議を採択。国民皆保険制度などの「聖域」を最優先で確保し、不可能なら脱退も辞さない覚悟を求めた。

行	事	開始時間	場	所
2日(火)	各部会	午後2時		
5日(金)	保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA	
9日(火)	定例理事会	午後2時	ルームA・B・C	
10日(水)	建築士との無料相談日	午後2時	ルームC	
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	
13日(土)	保険講習会A	午後2時	ルームA	
	亀岡市・船井医師会との懇談会	午後2時30分	ガレリアかめおか	
	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	
18日(木)	雇用管理無料相談日	午後2時	アミス	
	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	
	保険講習会A＋個別指導対策講習会	午後2時	木津川市中央交流会館 「いずみホール」	
20日(土)	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	
	市民公開講演会・反核京都医師の会総会記念講演 「今、内部被ばくについて知ろう」	午後2時	ルームA・B・C	
23日(火)	定例理事会	午後2時	ルームA・B・C	
	保険講習会A＋個別指導対策講習会	午後2時	福知山市中央保健福祉センター	
24日(水)	金融共済委員会	午後2時	ルームA・B・C	
	税理士との無料相談日	午後2時	アミス	
25日(木)	医事担当者連絡会議	午後2時30分	ルームA	
27日(土)	指導・監査対策講習会 シリーズ第1回	午後2時	ルームA・B・C	

4月の保険医協会の行事予定

行	事	開始時間	場	所
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18日(土)	医療・福祉・介護シンポジウム 「京都の開業医が展望する地域ケア」	午後2時	ハートピア京都	
5月30日(木)	指導・監査対策講習会 シリーズ第2回	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。お申込みは協会・総務部会まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲45－48ページ

情勢トピックス

医療・社会保障運動トピックス

政策解説資料

協会だより

情勢 トピックス

医療・社会保障編

国民会議

国民はどんな医療を受けたいのか／国民会議で問題提起

社会保障制度改革国民会議（会長＝清家篤・慶応義塾長）は2月19日、▽経団連▽経済同友会▽日本商工会議所▽連合－の4団体から社会保障制度改革についてヒアリングした。財源負担の議論に終始する各団体に対し、国立長寿医療研究センター総長の大島伸一委員が「どんな医療を受けたいのかという話が全く出てこない」と指摘し、「国民として受けたい医療とは」について各団体でどのような検討がされているのか説明を求めた。

大島委員は、終末期医療での胃瘻の選択を例に挙げ「（これまでは）医者の価値観で、胃瘻が選択されない医療機関がある一方、どんどん胃瘻がつくられることもあった」と説明。「今の社会状況を考えた場合、（今後は）医療側の専門家だけで医療の中身を決定することは絶対あり得ない。国民が、医療を受ける側が、どういう考え方で何を要求するかが大きな要素になってきている」とし「（各団体で）そういう議論はあるのかなのか、どう考えるのか」と質問した。

●「診療報酬で医師の技術評価を」／経済同友会

ヒアリングに出席した経済同友会・政策調査第2部の篠塚肇部長は「まだこれから議論が必要。課題とさせていただきたい」とした上で、「一部始められていると思うが、医療のデータを丹念に蓄積いただき、個人情報部分は守りつつ公開して、どういう医療機関、あるいはどういう先生にはどういう実績があるかなどに取り組むことも課題認識の方向性ではないか」と述べた。「診療報酬のところで、医師の報酬に技術的な要素を加味することも一つのアイデ

ア」とも述べた。

経団連の斎藤勝利副会長は、どういう医療を受けたいかについて細かく議論したことはないとした上で「将来的な医療コストを節減するには、予防医療を徹底することが一つ」とした。また、「自分の身体のこととは自分で、というセルフメディケーションが大事と考えている。経団連でも活字に落として周知し始めた段階」と説明した。

日本商工会議所の中村利雄専務理事は、難しく敏感な問題なので議論したことがないとした上で「ただ、高額医療や終末期医療の問題などについて、どうやって抑制することが可能かということを検討すべきとの議論はある」と述べた。

連合の花井圭子総合政策局長は「どういう医療を受けたいか議論したが、たどり着いたのは、患者・家族が医師と信頼関係をどう築くか。その中でどういう医療を受けたいのかが一番重要ということになった」とした上で「終末期医療もいろんな議論があるが、そこも結局、信頼関係が互いに納得する医療につながる」と述べた。（2/20MEDIFAXより）

道州制前提の医療保険改革を提案／国民会議で経済同友会

社会保障制度改革国民会議は2月19日、▽経団連▽経済同友会▽日本商工会議所▽連合－の4団体から社会保障制度改革について意見を聞いた。経済同友会が都道府県を道州単位に再編・統合することを前提とした医療保険制度の再編・統合を提案するなど、具体的な提案も目立った。

経済同友会は、同会が2010年4月に公表した提言書の内容に基づく医療保険制度改革や、介護保険の給付の対象を現行制度の要介護度2以上とすることなどを提唱。医療保険制度については、都道府県を道州単位に再編・統合し、74歳以下の医療保険制度と75歳以上が対象の「新・高齢者医療制度」とする案を示した。74歳以下が対象の医療保険制度は、財源が保険料7割と自己負担3割。新・高齢者医療制度の財源は税7割と自己負担3割とし、保険料や現役世代からの「拠出金」などは財源としない。

提案内容を説明した同友会の伊藤清彦常務理事は「特に65歳以上高齢者の受益と負担のバランスを明確にし、中福祉中負担を目指すべき」と述べた。

●「受診時定額負担など検討を」／商工会議所

日本商工会議所は「社会保険方式」を基本に、不足分を公費で賄うべきとし、受診時定額負担の導入

など、財源確保策の検討を求めた。医療保険制度については窓口負担の見直しや後発品のさらなる使用促進が必要と指摘。介護保険制度についてはサービス給付の適正化として生活援助サービスの適正化が必要との見方を示した。

経団連は、医療保険制度と介護保険制度の財源として税投入の割合拡充を求めた。また、サービス給付の重点化・効率化の一環として、予防医療の充実によって健康寿命を延伸させQOL向上を図り、医療・介護給付費の軽減を目指すべきと主張。斎藤勝利副会長は「将来世代にツケを回すことのないよう、現役世代が給付の適正化を含む厳しい改革を甘受する必要がある」と述べた。

●連合は「退職者健康保険制度」を提唱

連合は医療保険制度に関して、被用者保険の加入者が退職後も加入を継続できるようにする「退職者健康保険制度（仮称）」の創設を提唱。介護保険の給付対象を全年齢に拡大し、被保険者の範囲は医療保険加入者と同じにすることも提案した。

●総報酬割は4団体とも反対

現在3分の1が総報酬割となっている後期高齢者支援金の現役世代負担分を全面的に総報酬割とすることや、介護保険制度で40～64歳の第2号被保険者が負担する保険料に総報酬割を導入することについては、4団体とも反対を表明。「保険料率を低くするための努力をしなくなる恐れがある」（経済同友会）などの意見が上がった。（2/21MEDIFAXより）

公費割合の再設計「唯一の最重要論点」／国民会議で財政審委員

財政制度等審議会財政制度分科会の田近栄治会長代理（一橋国際・公共政策大学院教授）は2月28日、社会保障制度改革国民会議に出席し、財政から社会保障制度を見た場合、公費負担割合の再設計こそ唯一の最重要論点であるとの考えを示した。具体例として、後期高齢者医療制度と介護保険制度の公費負担割合が5割に固定化されていることに言及。国際公約である基礎的財政収支（プライマリーバランス）目標を達成しつつ、社会保障制度を持続可能なものとするためにも不可欠と指摘した。

田近氏は社会保障制度について、社会保険である以上は国の関与は当然としながらも「かかった給付の半分は最初から払ってあげるといった関与は適切か」と指摘し、後期高齢者医療制度と介護保険制度の公費負担割合が5割に固定されている点を問題視。

「ここでぜひ議論していただきたい一つは、公費自身をどう設計するかだ」と求め、検討すべき数ある論点の一つではなく「唯一にして最重要な論点である」と強調した。

消費税率を10%に引き上げた後の財源については「消費税に訴えるしかないにしても注意深くなければならない」とし、「（引き上げを）安易にすべきではなく、社会保障における公費とは何か、その（公費の）出し方について根本に戻った議論が必要だというのが財政審の主要な議論だったと思う」と述べた。

●機能分化へ「診療報酬でメリハリを」／土居氏

財政審財政制度分科会の委員として同じく出席した土居丈朗氏（慶応大経済学部教授）は、2025年に向けて病院病床を「高度急性期」「一般急性期」などに分類する必要性をあらためて指摘し、「診療報酬のメリハリなど、ある種の政策誘導も伴いながら取り組んでいかなければ実現できない」と強調した。国民会議の権丈善一委員（慶応大商学部教授）は、機能分化は医療の質を上げるためにも必要とし「（機能分化のための）政策手段をほぼ持っていなかったもので、そこを何とか検討しなければいけないというのが大きな課題と思っている」と応じた。

●地方行政3団体、医療保険の一本化求める

会合には、全国知事会、全国市長会、全国町村会の地方行政3団体も参加。3団体連名の資料を提出し、国保を含めた医療保険制度の一本化を求めた。将来の一本化を見据え、まずは国保の財政を都道府県単位に広域化すべきとの認識も示した。（3/1MEDIFAXより）

諮問会議

民間議員、14年度予算編成へ「取り組み例」／諮問会議

経済財政諮問会議の民間議員4人は2月28日の会合で、「経済財政運営の基本的な考え方について」という意見書を連名で提示した。その中には「財政の質を高めるための取り組み例について」という資料も含まれており、2014年度予算編成に向けて政府全体で取り組みを強化すべき点を列挙している。

社会保障サービス分野のサービス効率化策としては、「電子カルテや電子レセプトの活用」や「個人情報保護下でのマイナンバーを活用した行政サービスの向上・効率化の実現」などが盛り込まれている。

また、「後発医薬品のさらなる普及促進による医療支出の抑制」も入った。

一方で、経済成長に貢献する規制改革と予算措置等のベストミックスという項目には「新薬や新技術の開発の加速化、医療情報の利活用促進」など、医療の周辺産業に焦点を当てた。こうした成長分野の隘路を突破するために、規制と補助金などの双方から一体的に改革すべきだとしている。

（3/1MEDIFAXより）

規制改革

検討候補に保険外併用療養の拡大も／規制改革会議、医療WG設置

政府の規制改革会議（議長＝岡素之・住友商事相談役）は2月15日の会合で、下部組織に「健康・医療」など4つのワーキンググループ（WG）の設置を決めた。WGの具体的な検討項目は次回の規制改革会議で決定するが、会合では過去に提起された課題として、健康・医療分野で13項目が紹介された。保険外併用療養の範囲拡大や、レセプトなど医療データの利活用促進が入っている。6月をめどに提言をまとめ、政府が策定する成長戦略への反映を目指す。

●「混合診療の全面解禁」ではなく

保険外併用療養のさらなる範囲拡大では、薬剤を用いない医療技術や再生医療など、先進的な医療技術全般にまで範囲を拡大すべきとしており、「混合診療の全面解禁」といった表現は用いていない。終了後に会見した岡議長によると、この部分についての議論はなかったという。

ほかに示した課題にも、すでに解決への道筋が付きつつあるものが多い。「再生医療の推進」では、細胞加工の外部委託を可能にするなどあるが、これは厚生労働省が今国会に提出を検討している再生医療の新法に盛り込まれる。「医療機器の承認業務の民間開放の推進」も薬事法改正案で対応される見込みだ。「一般用医薬品のインターネット等販売規制の見直し」も、最高裁の判決を受け、すでに厚生労働省がネット販売のルール作りに着手している。

ほかには、レセプト情報を一元化したデータベースを医師会や保険者など第三者が幅広く利用できるようにする「レセプト等医療データの利活用促進」や、対面診療よりも低い診療報酬を見直す「遠隔診療の普及」のほか、「処方箋の電子化」「医療機関での各種文書の紙媒体による保管の不要化」などがあ

る。

●治験前データの承認申請活用も

医薬品関連では「治験前臨床試験の有効活用」があり、治験開始前のデータを一定の条件下で承認申請に使えるようにすることを打ち出している。GCP（医薬品の臨床試験の実施の基準）に基づかない臨床研究・試験のデータを承認申請資料に活用することは長年の課題といえる。

会合では森下竜一委員（大阪大大学院医学系研究科教授）が資料を提出し、希少疾病用医薬品の開発振興制度を拡充することや、代替可能な医療技術の費用を算定根拠にするなどの新たな薬価算定方式の必要性を指摘した。

今回の規制改革会議は2月中にも開き、15日に示された過去の課題や、森下委員が示した課題などからさらに絞り込み、WGの検討課題を決める。WGでは扱わないが規制改革会議本体で検討を進めるテーマも次回会合で決める予定。（2/18MEDIFAXより）

「保険外併用」は健康・医療WGで検討／規制改革会議

規制改革会議は2月25日、6月までに議論する項目や今後の議論の進め方などを決めた。「薬剤を用いない医療技術や再生医療などへの保険外併用療養のさらなる範囲拡大」は、新たに設置する4分野のワーキンググループ（WG）のうち「健康・医療WG」で議論する。「雇用WG」では、医師以外の医療関連業務に従事する労働者について都道府県の医療対策協議会を通じた派遣が可能かどうか検討する。

健康・医療WGは座長を翁百合・日本総合研究所理事が務め、保険外併用療養のさらなる範囲拡大のほか▽遠隔診療の普及▽再生医療の推進▽医療機器の承認業務の民間開放の推進▽革新的医薬品・医療機器の薬価算定ルール等の見直し▽治験前臨床試験の有効活用▽処方箋等の電子化の推進▽介護事業の効率化—などから重要度の高い項目を絞り込む。

委員は翁座長のほか▽安念潤司（中央大法科大学院教授）▽金丸恭文（フューチャーアーキテクト会長兼社長）▽佐々木かをり（イー・ウーマン社長）▽林いづみ（永代総合法律事務所弁護士）▽森下竜一（大阪大大学院医学系研究科教授、アンジェスMG取締役）—の6人のほか、新たに任命する専門委員が2人程度加わる予定。

「一般用医薬品のインターネット等販売」はWGでの検討項目ではなく、同会議の委員全員で検討する

「最優先案件」4項目の1つとなった。
(2/26MEDIFAXより)

規制改革の岡議長、“混合診療”の拡大を／自民・経済再生本部

政府の規制改革会議の岡素之議長（住友商事相談役）は2月28日、自民党の日本経済再生本部に出席し「国民が早く最先端の医療が活用できる状態にするには混合診療の範囲を拡大していくことが必要だ」と述べ、保険外併用療養のさらなる範囲拡大に取り組むべきだとの同会議の主張を説明した。

●塩崎氏「医療は最後の社会主義経済」

再生本部では岡議長が規制改革会議の開催状況を説明。質疑応答で塩崎恭久本部長代行が「医療は最後に残った社会主義経済といわれる。保険外併用療養のさらなる範囲拡大。新聞の見出しでは混合診療拡大と書いてあるがどう考えるか」と述べ、岡議長の見解を求めた。

岡議長は「混合診療はわれわれの取り上げるテーマになっている。先端医療の医療機器、薬をより早く開発し実用化していくためには審査の期間を短縮するテーマと実用化されたときに最先端医療を多くの人が活用する両方が必要。そうすることで最先端医療の開発が促進される」と述べた。

(3/1MEDIFAXより)

成長戦略

戦略推進チームを設置／厚労省・健康医療戦略本部

厚生労働省は2月27日、「健康・医療戦略厚生労働省推進本部」の初会合を開き、医薬品や再生医療分野での成長戦略策定に向けた議論を開始した。初会合では、医薬品などテーマに応じたタスクフォース（TF）を立ち上げ、急ピッチで検討を進める方針を確認。5月までに、各分野の具体的な評価指標や、目標値を盛り込んだ最終とりまとめ案を作成する。

推進本部の下には、大臣官房技術総括審議官を主査とする「健康・医療戦略推進チーム」を設置し、さらに、その下部組織として「医薬品」「医療機器等」「再生医療」「国際展開」をテーマとする4つのTFを立ち上げる。各TFは、内閣官房に設置された「健康・医療戦略室」や関係府省などと協力、連携しながら議論を深める方針。各テーマの成長戦略の方向性を打ち出すとともに、基盤整備や研究の質向

上、法整備を含めた規制改革、評価指標・目標値の設定などの具体案を検討していく。また、必要に応じて外部団体などへのヒアリングの実施や、新たなTFを設置することも確認した。

医薬品開発推進TFでは、医薬品開発での研究開発体制や創業支援機能の強化などが検討課題になる見込み。医薬品の産業競争力強化の視点も含めて検討する。医薬品TFのリーダーには大臣官房厚生科学課長を据え、医政局経済課長、国立病院課長、研究開発振興課長、医薬食品局審査管理課長などをメンバーに選定した。

推進チーム、各TFは今後適宜開催し、3月中旬にも中間とりまとめ案を策定する予定。その後、5月に最終的な考え方を整理し、政府が6月にもまとめる成長戦略に反映させる方針だ。

(3/1MEDIFAXより)

産業競争力

TPP交渉、速やかに参加決断を／産業競争力会議で民間議員

産業競争力会議（議長＝安倍晋三首相）の民間議員5人は2月26日の同会議に、環太平洋連携協定（TPP）について「速やかに交渉参加を決断すべき」と求める資料を提出した。会議後に会見した内閣官房の田中茂明内閣参事官によると、TPPについて安倍首相からは「日米首脳会談の成果を踏まえ、今日の意見も参考にさせていただきながら、総理として国益にかなう最善の道を判断したい」との発言があった。

会合では、安部首相が訪米の成果や日米首脳会談について説明。民間議員からは「総理がTPP交渉の大きな道筋をつけたことを高く評価する」との意見や「国内に根強い反対論があるが、勇気をもって前進してほしい」とする意見など、日米共同声明を高く評価する意見が数多く上がったという。

連名で資料を提出した民間議員は秋山咲恵氏（サキコーポレーション社長）、竹中平蔵氏（慶応義塾大総合政策学部教授）、新浪剛史氏（ローソン社長CEO）、長谷川閑史氏（武田薬品工業社長）、三木谷浩史氏（楽天会長兼社長）の5人。田中参事官によると、他の民間議員からも賛同するとの意見が上がった。（2/27MEDIFAXより）

産業競争力会議、テーマ別会合の担当割り決定／政府

政府は3月5日、産業競争力会議（議長＝安倍晋三首相）が重点的に取り上げる7項目の課題を議論する「テーマ別会合」について、民間議員の担当割りりと各主査・副主査を決定した。医療関連では「健康長寿社会の実現」の会合で佐藤康博議員（みずほフィナンシャルグループ社長）が主査を務める。副主査は新浪剛史議員（ローソン社長）に決まった。

長谷川閑史議員（武田薬品工業社長）は「人材力強化・雇用制度改革」の会合で主査に決まった。新浪議員が同会合の副主査を務める。

産業競争力会議のテーマ別会合は、▽産業の新陳代謝の促進▽人材力強化・雇用制度改革▽立地競争力の強化▽クリーン・経済的なエネルギー需給実現▽健康長寿社会の実現▽農業輸出拡大・競争力強化▽科学技術イノベーション・ITの強化－の課題ごとに設置。産業競争力会議の民間議員は全てのテーマ別会合に出席できる。「産業の新陳代謝の促進」と「人材力強化・雇用制度改革」が6日に初会合を開く予定。（3/6MEDIFAXより）

TPP

TPPで基本方針、「皆保険を守る」／自民調査会、公約踏襲

自民党の外交・経済連携調査会（衛藤征士郎会長）は2月13日、環太平洋連携協定（TPP）への交渉参加問題に対する調査会としての基本方針をまとめた。「聖域なき関税撤廃を前提にする限り、交渉参加に反対」「国民皆保険制度を守る」など、2012年の衆院選の政権公約で掲げた6つの方針をあらためて確認した内容になった。

基本方針は2月の安倍晋三首相の訪米前に、TPP交渉参加に対する党の「指針」をまとめるのが狙い。主に▽政府が交渉参加を判断する際は公約の内容を踏まえる▽政府は不断に十分な情報公開を行う－の2点を確認した。公約にも盛り込まれている「聖域なき関税撤廃を前提にする限り、交渉参加に反対」という文言はこれまで表現の曖昧さが指摘されてきたが、今回も同様の言葉が入ったことについて推進派、慎重派の両方から拍手が起きた。

衛藤会長は会合後、記者団に「野党時代にまとめた公約が与党になった後も守られることを再確認した」と意義を強調。基本方針は総務会などの手続き

を経ないが、「今回の党内手続きは慎重にできた」とも述べ、党として意思統一が図られたとの認識を示した。記者からの「安倍首相は訪米で基本方針を守るよう主張するのか」との問いに対して、衛藤会長は「予見は持てないが、尊重されるものと確信している」と答えた。

●医療に影響は「誤解」と推進派

TPPへの早期の交渉参加を求める自民党議員でつくる勉強会「環太平洋経済連携に関する研究会」は朝、政権交代後初となる会合を開いた。

会合は約30人が出席。慶応大総合政策学部の渡邊頼純教授がTPP交渉参加の必要性について講演した。TPP参加が日本の公的医療制度を崩壊させるとの懸念があることについて渡邊教授は、米通商代表部のカトラー代表補が医療保険制度の民営化や混合診療解禁を要求しないと発言していることを挙げ、「カトラー氏は明確に発言している。（指摘は）問題の本質ではない」と説明した。

会合後、共同代表の中村博彦参院議員は「党内は反対派の意見が多いが、賛成側の考えが表に出てくることがない。それを示すことで各議員の判断材料にしてもらいたい」と勉強会の意義を強調。同代表の川口順子参院議員も「医療などは誤解で話が進んでいるので、一つ一つ議論していきたい」と述べた。（2/14MEDIFAXより）

共同声明「これまでと何も変わらない」／自民・TPP撤回議連

自民党の「TPP参加の即時撤回を求める会」（森山裕会長）は2月26日に会合を開き、日米首脳会談を受けて発表された環太平洋連携協定（TPP）の共同声明について自由討議した。共同声明に至るまでのプロセスが不透明とする指摘や、交渉次第で全てが決まるという内容でこれまでと何ら変わらないとする意見など、交渉参加に傾き掛けている政府の動きを批判し、牽制する声であふれた。

先週末の日米首脳会談の結果を受け、安倍晋三首相とオバマ米大統領はTPPに関する共同声明を発表した。「全ての物品が交渉対象」とする一方、「最終的な結果は交渉の中で決まる」「一方的に全ての関税を撤廃することをあらかじめ約束することを求められない」と、例外品目もあり得る可能性をにじませる内容になっている。

共同声明に書き込まれた「残された懸案事項」には「自動車部門や保険部門」が例示されており、会

合では外務省担当者が「保険」について、日本郵政グループが手掛ける保険事業の優遇措置に関する内容だと説明する場面があった。

会合の終盤では、尾辻秀久参院議員が「交渉参加の判断を総理に一任するのは反対だ」という決議をこの場ですべきだ」と提案したが、森山会長の判断で今回は見送られた。（2/27MEDIFAXより）

TPP交渉参加、政府の責任で判断／安倍首相が施政方針演説

安倍晋三首相は2月28日、衆参本会議で施政方針演説を行い、環太平洋連携協定（TPP）について「政府の責任において交渉参加について判断する」と述べた。安倍首相は先日の訪米で「聖域なき関税撤廃は前提ではないことを確認した」と説明。「地域レベルや2国間レベルでも、日本はルールを『待つ』のではなく『創る』国でありたいと考える」と述べ、国益にかなう経済連携を戦略的に進める考えを表明した。

●皆保険が育んだ医療、世界に展開

海外の成長を取り込むための「わが国の魅力ある商品」に「技術」を挙げ、iPS細胞を活用した再生医療・創薬など最先端医療技術で健康長寿社会の実現を宣言。「世界に誇る国民皆保険制度が育んだ医療技術とサービスにさらに磨きをかけ、国際的な医療協力なども通じて世界に積極的に展開していく」と語った。

安定財源を確保し、受益と負担の均衡が取れた社会保障制度を構築する必要性も強調した。「自助・自立を第一に、共助と公助を組み合わせ、弱い立場の人にはしっかり援助する」と述べた上で、改革の具体化に向けて自民、公明、民主の3党協議と社会保障制度改革国民会議の議論を見守る考えを示した。

麻生太郎財務相は財政演説で社会保障関係費に触れ、生活扶助基準・医療扶助の適正化を進めるほか、難病・がん対策の充実と強化、医療関連分野のイノベーション推進に取り組むことを表明。文教・科学振興費では研究支援人材の確保と安定的雇用の実現、研究資金の改革などに取り組むと説明した。

甘利明経済再生（一体改革）担当相は経済演説で「大胆な金融政策」「機動的な財政政策」「民間投資を喚起する成長戦略」のいわゆる「3本の矢」を実行して景気回復とイノベーションの創出を実現すると説明。経済財政諮問会議で「骨太方針」を取りまとめるために検討を進めることや、国民会議で精力的

に議論することを強調した。

●13年度予算案を国会に提出／政府

政府は28日の臨時閣議で2013年度予算案を決定し、国会に提出した。一般会計の総額は92兆6115億円で、このうち国債費を除いた政策的な経費は70兆3700億円。（3/1MEDIFAXより）

国民皆保険「揺るがすことは絶対ない」／安倍首相、TPP参加で

安倍晋三首相は3月5日の衆院本会議で、環太平洋連携協定（TPP）に参加した場合について、国民皆保険制度は日本の医療制度の根幹であるとし「この制度を揺るがすことは絶対ない」と宣言した。青木愛氏（生活の党）の質問への答弁。

TPP交渉参加をめぐって安倍首相は、2月28日の施政方針演説で「（訪米で）聖域なき関税撤廃は前提ではないことを確認した」と前向きな姿勢をにじませている。安倍首相の施政方針演説などに対する代表質問では関連するやりとりが相次ぎ、このうち青木氏は国民皆保険制度が受ける影響を指摘した。

これに対し安倍首相は「これまで得られている情報では、公的医療保険制度の在り方などはTPP協定交渉の議論の対象になっていないと承知している。国民皆保険制度は日本の医療制度の根幹であり、この制度を揺るがすことは絶対ない」と強調した。（3/6MEDIFAXより）

民間保険は内外で同条件「協定違反、問われない」／TPPで厚労相

田村憲久厚生労働相は3月6日の参院本会議で、環太平洋連携協定（TPP）に関する質疑の中で「公的医療保険制度のあるわが国では、海外の保険会社と日本の保険会社の取り扱いは同じ。内外無差別、いわゆる内国民待遇違反による協定違反を問われることは想定されない」と回答した。森ゆうこ氏（生活）の質問に答えた。

輸入品と国内産品を区別しない「内外無差別」や、自国民と同様の権利を相手国の国民や企業にも保障する「内国民待遇」は国際貿易で採用されることが多い原則だ。森氏は「国民皆保険により商売が邪魔された」と訴えられたとしても、日本の保険会社も同じ条件にあるから大丈夫だろうというのが厚生労働省の判断。医療はそれほど大きな問題にならないと大臣は述べているが、TPPに加盟すれば、規制の必要性を立証する責任が生じ、立証できなければ解放

の追加措置があると言われている」と迫った。

田村厚労相はこれに対し「これまでわが国が締結した投資協定や経済連携協定の多くでは、公的医療保険などの社会保険を含む社会事業サービスは内外無差別の適応を除外している」と説明。その上で「交渉の結果、このような適応除外を盛り込まなかった場合でも、公的医療保険がある日本では国内外の保険会社の取り扱いと同じであり、内外無差別、いわゆる内国民待遇違反による協定違反を問われることは想定されない」と答えた。（3/6MEDIFAXより）

TPP交渉容認も、皆保険は死活的利益／自民決議、首相に提出へ

環太平洋連携協定（TPP）をめぐり、自民党のTPP対策委員会（西川公也委員長）は3月13日、交渉参加に関する決議を採択した。「国民の間にさまざまな不安の声が存在している」と指摘する一方、「国家百年の計に基づく大きな決断をしていただきたい」として事実上、安倍晋三首相の交渉参加表明を容認した。交渉参加を判断した場合は国民皆保険制度などの「聖域」を最優先で確保し、不可能なら脱退も辞さない覚悟を求めた。決議文は14日、安倍首相に提出する。

●ISD条項に不安ありと指摘

決議は国民が皆保険制度への悪影響や、国家の主権を脅かすような「国家と投資家の紛争解決条項」（ISD条項）が導入される可能性に不安を感じていると指摘し、党外交・経済連携調査会が国民皆保険や公的薬価制度を「守り抜くべき国益」とした2月27日の決議を順守するよう要請した。

一方、交渉参加しなければアジア・太平洋地域の成長力を取り込めないとする議論も出たとし、「わが国がTPP交渉参加の是非を判断することは容易ではない。安倍総理におかれては、岐路に立つ日本の経済・社会が今後進むべき方向を選択するという高い見地から判断願いたい」「国家百年の計に基づく大きな決断をしていただきたい」と安倍首相の判断を尊重する表現を盛り込んだ。交渉参加で最優先させる「聖域」に国民皆保険を掲げ「死活的利益」として死守するよう求めた。

●混合診療の全面解禁認めない／福岡厚労部会長

会合では、医療分野の課題を議論する同対策委「第3グループ」で主査を務める福岡資麿・党厚生労働部会長が、検討内容を報告した。福岡氏は国民皆保険の堅持をはじめ、混合診療の全面解禁や営利企業

の医療参入を認めないよう求めた。医薬品関連では「医薬品ひいては医療費全体の高騰を招くような薬価制度の改悪を受け入れることがないようにすること」と要望し、医師や看護師らの資格の相互承認でも慎重な対応を求めた。報告内容は決議とともに安倍首相に提出する。

石破茂幹事長は同日の議論で「総理の判断に当たり政府として一本の試算を出させるようにする」と述べ、交渉参加の表明に合わせ、TPPに参加した際の国内経済への影響などに関する統一した試算をまとめるよう政府に求める考えを示した。

（3/14MEDIFAXより）

安倍首相、TPP交渉参加を正式表明／「皆保険は断固守る」

安倍晋三首相は3月15日、首相官邸で記者会見し、米国など11カ国が参加している環太平洋連携協定（TPP）への交渉参加を正式に表明した。医療界が懸念する国民皆保険制度への影響については「断固として守る」と宣言した。

安倍首相は「日本と米国の2つの経済大国が参画してつくられる新たな経済秩序は、単にTPPだけのルールにとどまらない」と述べ、東アジア地域包括的経済連携（RCEP）やアジア太平洋自由貿易圏（FTAAP）のルール作りを見据えて交渉参加が不可欠だと説明。「今が（交渉参加の）ラストチャンス。この機会を逃すことは、日本が世界のルール作りから取り残されることにほかならない。TPPへの交渉参加はまさに国家100年の計であると私は信じる」と決意を述べた。

また、「自助・自立を基本としながら、不幸にして誰かが病に倒れば、村の人たちが皆で助け合う農村文化。その中から生まれた世界に誇る国民皆保険制度を基礎とした社会保障制度。これらを私は断固として守る」と述べ、国民皆保険の堅持をあらためて強調した。

今後の交渉参加国との協議では、すでに合意している枠組みがあれば組み替えることは難しいとの指摘もある。安倍首相は「日本が交渉に参加すれば、必ず重要なプレーヤーとして新たなルール作りをリードしていくことができる」と指摘。交渉脱退の可能性は「国益を中心に据えて交渉を進めていくわけで、だからこそ交渉に参加する。今ここで離脱するかを言うのは、むしろ国益にも反するわけで適切ではない」と明言は避けた。

同日、交渉を戦略的に進めるために甘利明経済再生（一体改革）担当相にTPP担当相を兼務させることを発表した。

●統一試算を公表、実質GDP3.2兆円増

交渉参加表明に合わせて政府は、TPP加入による継続的な底上げ効果として実質国内総生産を3.2兆円押し上げるとする暫定試算を発表した。ただ、輸入品にかかる税金（関税）の全てをすぐに撤廃し、農家などへの支援策を行わない場合を想定したもので、今後の交渉結果で数字は上下する。サービス・投資の自由化などは仮定に含めておらず、公的医療保険への影響は加味されていない。

試算はこれまで内閣官房と農林水産省、経済産業省がそれぞれ示していたが、異なる結果が混乱を招いているとの非難が出ていた。

（3/18MEDIFAXより）

専門医

新専門医、第三者機関認定なら広告可能に／厚労省・検討会

厚生労働省は2月6日の「専門医の在り方に関する検討会」（座長＝高久史磨・日本医学会長）に、第三者機関による新たな専門医制度への移行に向けて、広告可能な専門医資格の在り方を論点の一つとして提示した。第三者機関が認定する専門医資格については広告を可能とする方向で構成員から異論は出なかった。ただ、第三者機関が認定する専門医資格から外れた学会認定の専門医の広告については結論が出なかった。

同検討会は新専門医制度の「基本領域」を▽総合内科▽小児科▽皮膚科▽精神科▽外科▽整形外科▽産婦人科▽眼科▽耳鼻咽喉科▽泌尿器科▽脳神経外科▽放射線科▽麻酔科▽病理▽臨床検査▽救急科▽形成外科▽リハビリテーション科▽総合診療－の19領域とすることで一致している。基本領域の専門医資格を取得した上で取得できる「サブスペシャルティ領域」の専門医資格としては「循環器」「血液」「腎臓」「消化器外科」などが挙げられている。

検討会で厚労省は▽第三者機関が認定する専門医の広告▽学会認定から第三者機関認定へ移行する間の専門医の広告▽学会が認定する専門医の広告－をどう考えるかを論点に挙げた。

現在、広告可能な医師の専門医資格は55資格で、厚労省の告示で規定されている外形基準を満たしてい

る必要がある。厚労省によると、第三者機関が認定する専門医を広告可能と規定する場合、告示を改正する必要がある。（2/7MEDIFAXより）

審査基準

中央連絡協議会、年度内に設置へ／厚労省、審査の判断基準統一で

厚生労働省保険局は審査支払機関での審査について、判断基準の統一を図るための「中央連絡協議会」を年度内にも設置する。構成は厚労省、社会保険診療報酬支払基金、国保中央会の代表者。特別構成員として三師会の代表者も参加する。一方、都道府県レベルでは支払基金支部と都道府県国保連合会、地方厚生局（支局を含む）、都道府県の国保主管課、都道府県の三師会からなる連絡協議会（都道府県連絡協議会）を設置する。厚労省保険局では、中央連絡協議会の設置に向けて運営方針や検討事項の具体化を進める。3月には都道府県連絡協議会の設置状況について地方厚生局を通じて確認する方針だ。

審査の判断基準統一化をめぐるのは、厚労省「審査支払機関の在り方に関する検討会」が2010年12月にまとめた「議論の中間的整理」で、審査支払機関での審査の均一性を確保するため、定期的な連絡協議会を開催することを提言した。ただ、同検討会はその後、開かれておらず、都道府県連絡協議会、中央連絡協議会のいずれの設置も遅れていた。

中央連絡協議会は、各都道府県連絡協議会が検討した事例の中から、審査の運用で統一的判断基準が必要と思われるものについて検討する。構成員は保険局長が任命することになるが、支払基金支部・国保連合会の各地方ブロックを代表する審査委員や厚労省保険局、三師会代表者（特別構成員）で構成した場合、構成員数は30人近くになる可能性がある。座長は厚労省の構成員が務める。中央連絡協議会の下には作業部会も設置する。中央連絡協議会の開催は年に1－3回程度となりそうだ。

一方、都道府県レベルでは自主的に協議の場を設置している都道府県も多く、一部では支払基金支部・国保連合会の審査委員に加えて地方厚生局の指導医療官が参加しているところもある。今回、新たに設置する都道府県連絡協議会は、こうした既設の連絡会議などを基に設置することができる。支払基金支部・国保連合会間での判断基準の統一化を図り、審査の均一性を確保する目的から、都道府県連絡協議

会では▽審査事例の情報共有▽審査の統一性確保のための情報共有▽意見交換▽地方厚生局による審査支払機関への助言－などを行う。幹事は構成員の中から互選で選任する。年に複数回開催することが規定されている。（2/12MEDIFAXより）

中医協

「在宅」で議論、不適切事例の対応も課題／中医協総会

中医協総会（会長＝森田朗・学習院大教授）は2月13日、次期診療報酬改定に向け「在宅医療」について議論を開始した。厚生労働省保険局医療課は在宅医療の現況を説明するとともに、提供体制の地域格差や不適切な制度運用への対応について検討を求めた。前回の総会で議題となった「外来医療」と同様、出席委員に「在宅医療」についての自由な発言を求めた。保険診療の不適切な運用事例として▽患者の選択制限や過剰診療につながりかねない「診療の独占契約」▽本来の目的から外れた特別訪問看護指示書の交付一を指摘した。

医療課は在宅医療の推進に向けた次期改定の論点として、在宅医療を提供する医療機関の量的確保に加えて、保険診療上の不適切な事例への対応や地域の実情に応じた対応が必要との考えを示した。

課題としては、在宅医療提供体制の地域格差や、在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）の要件を挙げ、高齢者住宅との連携によって地域の実情に応じた在宅医療を推進する考えを示した。

診療報酬算定をめぐる問題も指摘した。マンション居住者との診療の独占契約を結ぶ見返りとしてマンション業者が医療機関に収益の一定割合を要求したり、親族経営の高齢者用施設など特別の関係にある施設で短時間に多数の患者に訪問診療を行ったりする事例を示し、診療の独占契約によって患者の選択が制限されたり、過剰診療を招いたりしかねない不適切な事例があると指摘した。

宇都宮啓医療課長は「サービス付き高齢者向け住宅」や有料老人ホームが悪いと言っているのではないと強調した上で「今後、在宅（医療）を進めていく上で、いかに不適切な事例をなくしていくかを合わせて考えていかねばならない」と述べた。

また、訪問看護については、ニーズが拡大しているにもかかわらず看取り対応を含めた提供体制が十

分ではないとの認識を示すとともに、特別訪問看護指示書の交付をめぐる不適切と考えられる事例が指摘されていると説明した。有効期間が14日間の特別訪問看護指示書が交付されている利用者について、訪問日数の分布を見たところ、14日と28日が特に多くなっていると指摘した。（2/14MEDIFAXより）

「在宅は万能ではない」と診療側／支払い側は「全体像の議論を」

中医協総会で2月13日、「在宅医療」の議論が始まった。議論が本格化するの、今年度中にも取りまとめる2012年度診療報酬改定の検証調査で、在宅医療の実施状況や医療・介護の連携状況などが明らかになってからとなるが、出席委員らは次期改定に向けて在宅医療の課題について自由に発言した。

厚生労働省保険局医療課が、保険診療上、不適切と考えられる事例が在宅医療現場の一部で発生している可能性を指摘した。診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、介護保険制度が営利企業の参入を認めたことに伴う在宅医療現場での医療保険上の問題に懸念を表明。「悪質な事例や事業者は排除しなければならない」と主張した。一方で鈴木委員は「在宅医療は万能ではない」とも述べ、日本は諸外国に比べて入院や入所の費用は安い、医療・介護必要度が高い患者（利用者）の場合には必ずしも在宅の方が安いとは限らないとし、在宅医療の請求が高いからといって不適切であるとは限らないと指摘した。

安達秀樹委員（京都府医師会副会長）も、介護保険では要介護認定によって給付内容が規定されており、規定を超える利用が必要になった場合には自己負担となって患家の経済的負担が大きくなると指摘。「在宅の方が（病院や施設よりも）高くなるケースは多々ある」と述べ、介護保険制度を柔軟に変えていく必要があるとの認識を示した。

支払い側では白川修二委員（健保連専務理事）が、12年度改定では在宅医療の推進や医療・介護連携が重点課題となったものの、制度上の手だてについては「不十分だったのではないかな」との印象を述べる一方、「在宅医療は次期改定の重要なテーマになる」との認識を示した。白川委員は過去2回の改定では「地域包括ケア」のような全体像が示されていなかったために、一部の評価の見直ししかできていない感じがするとし、今後の中医協での議論では「全体的なコンセプトをどうするのか、もう一度話し合った

方がよい」と提案した。

また、在宅医療を推進する上で、算定要件や施設基準が障害となっていないかとの懸念を示し、「いろいろな制限があるために動きにくいこともあるのではないかと要件見直しを求める姿勢を示した。（2/14MEDIFAXより）

在支診の2割は強化型・連携強化型／医療課

厚生労働省保険局医療課は2月13日、「在宅医療」を議題に取り上げた中医協総会に対し、2012年度診療報酬改定で新たに設けた強化型・連携強化型の在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）の届け出状況について説明した。12年7月現在で、在支診は全国に1万3758施設あり、内訳は強化型（常勤在宅医3人以上）が221施設、連携強化型（連携により常勤在宅医3人以上）が2604施設、従来型は1万933施設だった。強化型・連携強化型は全体の20.5%だった。在支診が厚生局に報告した実績を分析した結果、担当患者を持たない在支診が従来型では12.4%あった。強化型では0%、連携強化型では2.8%だった。

同様に在支病については全国で746施設が届け出を行っており、このうち強化型が138施設、連携強化型が264施設、従来型が344施設だった。強化型・連携強化型は全体の半数を超えた（53.9%）。担当患者を持たない在支病は従来型が12.1%、連携強化型が13.0%、強化型は0%だった。

一方、12年7月現在の訪問看護事業所は、訪問看護ステーションが6215施設で前年に比べて微増となったのに対し、病院・診療所による訪問看護事業所は1796施設で減少傾向が続いている（両者合計で8011事業所）。出席委員からは、訪問看護ステーションが5115施設、病院・診療所の事業所が3697施設あった07年（両者合計で8812事業所）に比べると、12年の事業所数は1割程度少なく、在宅医療を推進する上での課題だとの指摘があった。宇都宮啓医療課長は、厚労省では訪問看護ステーションの大規模化を促進していると説明し、一部にはその影響もあるのではないかとの見方を示した。

在宅医療をめぐる現状については、日本人が死を迎える場所の推移について「自宅（12.5%）」は12%台で横ばいであるのに対し、「老人ホーム（4.0%）」「介護老人保健施設（1.5%）」の割合は低いながらも若干の増加傾向にあると説明した（いずれも11年人口動態調査）。在宅療養の受け皿の一つとなるサービ

ス付き高齢者向け住宅の登録が1月末現在で約9万4000戸にまで拡大したことも紹介し「非常に伸びている」との認識を示した。（2/14MEDIFAXより）

12年度上半期の医療費伸び率は1.7%増／中医協総会

厚生労働省は2月27日の中医協総会に、2012年度上半期（4～9月）の医療費の動向を報告した。医療費の伸び率は前年同期比で1.7%増（稼働日数補正後1.8%増）となった。これを「1日当たり医療費」「受診延日数（延患者数）」で分けて見ると、医科入院・医科入院外・歯科で1日当たり医療費が伸びているが、受診延日数は減少した。

12年度上半期と11年度の伸び率（前年同期比）を比較すると、医科入院は11年度の2.1%増から2.6%増と伸び率が大きくなったのに対し、医科入院外では2.2%増から0.8%増と伸び率が小さくなった。1日当たり医療費でも、医科入院は11年度の2.7%増から3.6%増へと伸び率が大きくなったのに対し、医科入院外は2.5%増から2.2%増と伸び率が小さくなった。

厚労省は、医科入院の伸び率が大きくなったことについて、12年度診療報酬改定が要因の一つとしている。（2/28MEDIFAXより）

「医学管理」まで対象拡大を承認／保険導入の評価で中医協総会

中医協総会（会長＝森田朗・学習院大法学部教授）は2月27日、2014年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価・再評価について、25日に分科会がまとめた評価方法に関する提案を承認した。

総会では医療技術評価分科会の吉田英機分科会長（昭和大名誉教授）が保険導入の評価対象について、門前払いにしてきた「医学管理等」を14年度改定から評価対象として追加することや、新たに診療報酬上の評価を求める技術の評価提案書に減点や削除が可能な技術を記載する欄を設けることなどについて承認を求めた。

特定疾患治療管理料などの「医学管理等」での評価（再評価）を求める場合は、アウトカムが改善することを示す有効性データを提示できるものに限る。吉田分科会長は、「医学管理等」については外科領域での術後管理体制をはじめ、毎回100件程度の提案書が学会などから提出されてきたと報告する一方で、「これまでは全て自動的に対象外としてきた」と説明した。その上で「医学管理に関する提案書が数多く

出ているので、できるだけ広げたいと思う」と提案した。

白川修二委員（健保連専務理事）は要望が多い「医学管理等」を対象に加えることは「やむを得ない」と述べた。また、医学管理の有効性をデータで示すのは難しいと指摘し、分科会での厳格な評価を求めた。

安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は提案書に減点・削除が可能な技術を記載する欄を設けることに関連し、学会と開業医レベルの臨床現場とでは認識が異なることがあると指摘。「開業医レベルを含めた臨床現場での普及について、学会にどれほど精緻した上で書いてもらえるかが重要」と述べ、記載内容については分科会で慎重に検討するよう要望した。安達委員は厚生労働省保険局医療課にも記載内容の取り扱いについてたずねた。井上肇企画官は「それぞれの提案に基づいた個別の判断になる」と答えた。

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は審査の途中経過が不透明だとして審査過程を明らかにするよう指摘した。吉田分科会長は、非公開ではあるものの、学会ばかりではなく臨床医会にもヒアリングを行って厳密に審査を行っていることを強調した。審査の途中経過については必要であれば中間報告を行うことも可能だと述べた。

承認を受け、医療課は3月上旬にも提案書を配布する。提案の締め切りは分科会での外保連の要望を踏まえて「6月中旬～下旬」とした。

（2/28MEDIFAXより）

薬局の後発品調剤率、数量ベースで29.4%／ 中医協総会に速報値

2月27日の中医協総会に、2012年度診療報酬改定の結果検証のための「後発医薬品の使用状況調査結果」（12年度調査）の速報値が報告された。保険薬局を対象にした調査によると、12年8月時点の後発品調剤率は数量ベースで29.4%と、前年同月の24.5%より高まった。「後発品調剤体制加算」の算定状況は、加算1（5点）を算定している薬局が20.9%、加算2（15点）は15.3%、加算3（19点）は29.4%で、「算定していない」が33.6%だった。

保険薬局調査は、全国の薬局から無作為抽出した2500薬局を対象に12年8月31日～10月22日に実施。1113薬局から回答を得た。有効回収率は44.5%。

1週間（12年9月9～15日）に受け取った処方箋のうち、1品目でも後発品への変更不可となってい

ない処方箋は76.7%で、全てが変更不可となっている処方箋は23.3%だった。1品目でも後発品への変更不可となっていない処方箋を応需して、1品目でも後発品を調剤した処方箋の割合は49.3%、1品目も後発品を調剤しなかった処方箋の割合は50.7%となっている。1品目も後発品を調剤しなかった処方箋の内訳（複数回答）を見ると、患者が希望しなかったために変更できなかった処方箋が41.9%、いずれの先発品にも後発品が薬価収載されていなかったため変更できなかった処方箋が24.2%だった。

●後発品調剤「あまり積極的でない」が11.7%

後発品の調剤に対する考え方を聞いたところ、「積極的に取り組んでいる」が29.5%、「薬の種類によって、取り組んでいる」が54.1%で、「あまり積極的に取り組んでいない」は11.7%。積極的に取り組んでいない理由（複数回答）は、「近隣の医療機関が後発品の使用に消極的」が44.6%で最も多く、次いで「在庫管理の負担が大きい」が37.7%で続いている。

一般名処方箋の処方箋を持参した患者のうち、後発品を調剤しなかったケースで最も多い理由は、「患者が後発品を希望しなかった」が72.2%でトップ。次いで、「後発品の在庫がなかった」（18.6%）となっている。

後発品の使用を進める上で医師に望むこと（複数回答）では、「後発品の銘柄指定をしない」が最も多く、64.9%。次いで、「患者が後発品を希望している場合、処方箋に変更不可の署名を行わない」（52.7%）、「一般名処方にする」（42.2%）が続いている。

後発品メーカーや卸業者に望むこと（複数回答）では、「患者1人分での量など、分割や少量での販売」（65.3%）、「後発品の品目数の多さの是正」（60.6%）、「品切れ品目がないよう在庫を常に確保する」（60.6%）などが多くなっている。

（3/1MEDIFAXより）

在宅医療

在宅療養患者も看取りは病院で／日医・三上常任理事

日本医師会の三上裕司常任理事は2月13日、医療関連サービス振興会が東京都内で開いたシンポジウムで講演し、高齢者が急増する2025年に向け、在宅療養体制を強化しながら、病床の回転率を高めて最期の看取りの場面は病院が引き受ける体制構築が必要との考えを示した。

三上常任理事は、年間死亡者数が増加する中で病床数を増やさず対応するためには「病床の回転を速めていく必要がある」とし、在宅療養者についても「最期の看取りは病院を利用できるようにすべき」との考えを示した。「自宅での看取りの希望が多いということがよく示されるが、家族の視点では、自宅で療養しながら一番最後の看取りは病院の方が満足度が高いというアンケート結果もある」とし、「最期の看取りで医療機関に数日間入院していただくことは別に悪いことではない。それが国民の一番の願いではないか」と述べた。「核家族化で、（以前のよう）大家族でずっと祖父や祖母が亡くなっていく姿を見続けているわけではない。そういうことを経験していない人たちが自宅で看取ることにはかなりの苦痛が伴うのではないか」とも述べた。

厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室の平子哲夫室長は同シンポジウムで、在宅療養を推進する国の施策として看取りの場所を限定するような意図はないとした上で「どういう形で最期の場所を迎えることができるのかなどについて議論する必要がある」とし、社会保障制度改革国民会議の議題の一つにもなっていると説明した。

国民会議の設置根拠となっている社会保障制度改革推進法では、社会保障制度改革の基本方針として「人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」と明記されており、終末期の在り方についても議論する予定だ。

（2/14MEDIFAXより）

在宅医療は「後方支援」や「集合住宅」が課題／日医・三上常任理事ら

2025年の社会保障・税一体改革に向け、在宅医療の後方支援に対する評価や、集合住宅で提供される医療に対する評価の在り方が課題に。2月9日、東京都内で開かれた日本医療マネジメント学会医療連携分科会（医療と介護の連携について）のパネルディスカッションで、日本医師会の三上裕司常任理事、全日本病院協会の神野正博副会長、日本慢性期医療協会の武久洋三会長らが指摘した。

三上常任理事は「在宅で医療機関と同等のサービスを提供するとなると、その費用は病院医療以上にかかることがすでに立証されている。在宅医療は生活の質の向上を目指すものだが、それが物理的に無理であれば施設（医療機関など）や集合住宅などでの対応策を打ち出していくことが必要だ」と指摘し

た。

12年度診療報酬改定で導入された「機能強化型」の在宅療養支援診療所（在支診）に関しては「在宅医療は医師と患者の信頼関係の下に複数の在支診の連携でつくっていくべき」とした上で、「そこには介護が必要で、いわゆる訪問介護サービスがベースになる。このマンパワーを確保できるかどうか、在宅医療サービスの成否につながる」と述べた。

●病棟単位か傾斜配分か

神野副会長は「在宅で介護をするマンパワーの確保を考慮すると、集合住宅のような施設が必要だ。今後、都市部での高齢人口の増加を考えると、街づくりを含めた制度設計を進めていくことが重要だ」と指摘した。一般病院については▽在宅医療支援▽認知症対策▽総合診療—の3機能に前向きに取り組んでいくことが必要とし「今後の一般病院では、急性期、慢性期などの病院機能区分をせず、病棟別に患者の病態に合った配置要件や機能評価を進めていくよう検討していくべきだ」と指摘した。

これに対して三上常任理事は「（看護師などの配置は）病棟単位で何対何という設定よりも、（病院単位で）傾斜配分ができるようするべきだ」とし、神野副会長の病棟単位への切り替えを進めるべきとの提案に異論を示した。

一方、武久会長は在宅医療の充実が必要な施策とし「在支診と近隣の在宅療養支援病院を含む病院が“在宅医療後方支援病院”としてタイアップしていく体制が必要だ」と指摘し、在宅医療後方支援病院が地域包括支援センターの役割も担っていくことが必要とした。

日本看護協会の菊池令子副会長は「149万人の看護師のうち80%は病院勤務で、訪問看護は2%程度にすぎない。訪問看護については、処遇の改善だけでなくキャリアパスの確立なども検討課題になる」とし、訪問看護ステーションの大規模化などとともに課題に挙げた。

会場からは、退院時共同指導料の算定要件について「退院後の在宅療養を担う医師または医師の指示を受けた看護師等が、患者入院先の医療機関に赴き、共同で情報提供などを行うことは、現場では極めて大変。年間10件程度が限界」との声があった。

（2/13MEDIFAXより）

次期改定、「日本型在宅医療」構築が課題／日医・鈴木常任理事

日本医師会の鈴木邦彦常任理事（中医協診療側委員）は、取材に応じ「次期診療報酬改定においても在宅医療の充実が重点課題になるが、“在宅＝自宅”という狭義の在宅至上主義ではなく、中小病院や有床診療所、ワンストップサービスが可能な日本型診療所という既存資源を活用し、入院や介護施設への入所も含めた日本型在宅医療の在り方を基盤に報酬体系を検討していくことが重要だ」と指摘した。「次期改定でもネットでのプラス改定がぜひ必要だ。中小病院、診療所については、この2回の改定で評価されたとはいえないのが現状」とも語った。2月13日の中医協総会では在宅医療に関する現状報告があり、フリーディスカッションが行われた。鈴木常任理事は次期改定での在宅医療について①在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）への適切な評価②重医療・重介護の在宅患者については、中小病院、有床診療所への入院も在宅医療の受け皿として総合的に評価する体系を考える—などを挙げ、在宅医療のすそ野を広げていきたい考えだ。特に「日本の場合、入院料や入所費用が安価で、重医療・重介護患者の在宅医療がむしろ高コストになる問題がある。受け皿を柔軟にすることで無理のない在宅医療を今後も推進できるのではないかと考えた」。

●在支病の200床未満要件は堅持を

一方、鈴木常任理事は「次期改定では在支病の200床未満の算定要件などを見直す必要はない。200床枠を外すことでむしろ病床間の機能分化を損なう可能性がある」とした。ただ、在支病の要件については、今後、四病院団体協議会の在支病委員会が行うアンケート調査の集計結果などを待ちたいとした。

また、「次期改定では在支診を届け出ていないが一人で在宅患者への往診などを行っている（無床）診療所の医師に対して適切な評価を進めることが必要だ。在支診と一般診療所の点数格差を少なくしていきたい」と述べた。

機能強化型在支診の評価については「医師の負担を考えれば、24時間・365日の体制をグループを組んで取り組んでいくことは方向としていいのではないかと。日医では在宅医療に対してもかかりつけ医機能の一環として充実を目指している」とした。

●医療資源不足地域「診療所も対象に」

さらに、2012年度診療報酬改定では、医療資源が

不十分な30の2次医療圏の特定地域で「複数病棟」（病棟単位の看護配置が可能）や「特定一般病棟入院料」（1病棟のみの小規模病院で算定）を導入した。鈴木常任理事は「次期改定では対象地域の拡大とともに、病院だけでなく診療所も対象にしてもらいたい」と指摘。在宅医療でも都市部と地方では資源や環境に大きな差があるとし「地方では中小病院、有床診療所への入院や介護施設への入所をより活用することが必要だ。日医としても過疎地域の診療所についての実態調査を行いたいと考えている」とも述べ、次期診療報酬改定では都市部以外の地方や過疎地域での報酬体系についてもきちんと検討していくことが必要とした。（2/19MEDIFAXより）

小児在宅

在宅医療、NICUからの移行を支援／厚労省

厚生労働省は在宅医療推進の新たな取り組みとして、新生児集中治療室（NICU）に入院して人工呼吸器を外すことができないケースなど、医療必要度の高い小児患者が退院後に在宅療養へスムーズに移行できる体制整備を進める。総合周産期母子医療センターやNICUを設置する病院から在宅に移行するモデルを構築するための費用を補助する。2013年度予算案に1億7000万円を計上し、都道府県を事業主体に全国8カ所程度で実施することを想定する。

厚労省は在宅医療推進に向け、11～12年度は医療・介護の関係機関や従事者が地域の中で連携して多職種協働で在宅療養を支援する体制の構築を進めてきた。13年度はNICUのある病院など小児患者に高度な医療を提供する医療機関まで連携対象を拡大できる新たな仕組みを検証する。在宅療養に移行した後のかかりつけ医との連携の調整、療養上の助言などを行う相談支援体制の整備などの取り組みを構想している。厚労省はそのためのスタッフ配備に必要な人件費や医療と福祉関係者が集まるための会議費、研修費用などを補助する。

NICUからの退院については、08年厚生労働科学研究「中間施設としての小児救急・慢性呼吸循環管理病室の在り方の検討」で、長期入院する人工換気患者の6割は在宅医療に適応がありながら、在宅医療や福祉の関係機関との連携が不十分で退院できないことが明らかになった。また、厚労省医政局指導課が09年に行った調査で、総合周産期母子医療センターのNICUが満室で新患の受け入れができなかったこ

とのある施設が全体の9割を超えるなど、NICUの長期入院の解消が検討課題となっていた。

厚労省医政局指導課在宅医療推進室は、家族のレスパイトケアや障害支援サービスを提供する福祉関係者との連携も在宅医療推進に向けた検討課題に挙げている。（2/7MEDIFAXより）

小児がん

小児がん拠点病院を指定／厚労省、7ブロックで15施設

厚生労働省は2月8日、小児がん拠点病院として全国7ブロックの15医療機関を指定した。指定された医療機関は8月末をめぐりに▽地域ブロックごとの各医療機関の医療計画▽ブロックでの連携などの医療提供体制計画—を作成し厚労省に提出する。厚労省は提出から半年後をめぐりに各施設の計画や進捗を検証する。

小児がん拠点病院に指定された病院は次の通り。

【北海道ブロック】北海道大病院（北海道）【東北ブロック】東北大病院（宮城県）【関東ブロック】埼玉県立小児医療センター（埼玉県）▽国立成育医療研究センター（東京都）▽東京都立小児総合医療センター（同）▽神奈川県立こども医療センター（神奈川県）【東北・北陸・信越ブロック】名古屋大医学部付属病院（愛知県）▽三重大医学部付属病院（三重県）【近畿ブロック】京都大医学部付属病院（京都府）▽京都府立医科大付属病院（同）▽大阪府立母子保健総合医療センター（大阪府）▽大阪市立総合医療センター（同）▽兵庫県立こども病院（兵庫県）【中国・四国ブロック】広島大病院（広島県）【九州ブロック】九州大病院（福岡県）（2/13MEDIFAXより）

特定行為

「法制化に賛成」が大勢、慎重意見も／看護師の特定行為、3月に報告書

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2月22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）を実施するための研修制度について、3月に予定する次回会合での報告書取りまとめに向け議論した。委員の多くは、法的に「グレーゾーン」がある現状を解決するため、研修制度の法

制化に賛成したが、根強く反対する意見もあった。

●「危険なところまで入ってこなくていい」／藤川委員

藤川謙二委員（日本医師会常任理事）は会合に「報告書の取りまとめは両論併記」とすることなどを求める意見書を提出。「事故が起こらないよう、医師が看護師をきちんとコントロールできる範囲であればいい」と述べた上で「医行為の危険なところまで入ってこなくていいというのは純粋に国民のために言っている。それを理解できないのがこの委員会の不思議なところ」と指摘。「認定看護師や専門看護師として看護師の業務の範囲の中で実践能力を高めていくことはいい。そこを飛び出そうとすると日医とはぶつかってしまう」と強調した。また、「危険な絶対的医行為とすべき行為も（特定行為案に）入っている」との懸念も示した。

片田範子委員（日本看護系大学協議会代表理事）は「法制化させていくときの研修と行為の部分のドッキングが見えない」と述べ、特定行為の内容を確定させてから法制化を検討すべきとして反対した。

●法制化は賛成多数も、引き続き議論必要

法制化については賛成多数となったが、研修制度の具体的内容や特定行為の範囲など、引き続き議論すべきことは残っている。小川彰委員（全国医学部長病院長会議顧問）は「研修（自体の）枠組みはどこでどうやって誰が決めるのかを（次回取りまとめる報告書に）書き込めればいい」と求めた。

永井座長は「（特定行為を実施できる看護師の）養成人数の規模や、どの領域で養成していくかは、相当慎重に議論しなければならないということ」（報告書に）書き込んでいただきたい。関係者が相談しながら決めていくべき」とした。「現場で教育できるようにすることは担保したい」とも述べた。

有賀徹委員（昭和大病院長）は「医療の量も質も一昔前とは違う。職種間の重なりも違ってきている」との認識を示し、「ここでは保助看法に特化しているが、全ての身分法を一貫通貫的に直さなければならぬだろうと思う」と述べた。

（2/25MEDIFAXより）

予防接種

機会を逃した人でも遡及接種が可能に／厚労省健康局長通知

厚生労働省健康局は、長期療養など「特別の事情」

で定期接種の機会を逸した人でも、さかのぼって接種可能にする局長通知を1月30日付で各都道府県に発出した。接種可能になるワクチンは①ジフテリア②百日せき③急性灰白髄炎④破傷風⑤麻疹⑥風疹⑦日本脳炎⑧結核の8種類。

通知では、▽白血病、若年性関節リウマチ、その他医師が予防接種不適当と判断した疾病など、厚生省が定める疾病を罹患した▽臓器移植を受け、免疫機能を抑制する治療を受けた▽医学的知見に基づき上記2つの事情に準ずると認められるなどの理由でやむを得ず接種できなかったケースを「特別の事情」と認め、さかのぼって接種できるようにした。

こうした「特別の事情」がなくなった日から2年以内であれば接種機会が与えられる。ただし、①～④の4種混合ワクチンと結核の予防接種には上限年齢が定められ、2年に満たなくても予防接種を受けられなくなる。上限年齢は、4種混合が15歳、結核は4歳。（2/7MEDIFAXより）

予防接種法改正案を提出／政府、3ワクチンを定期接種化

政府は3月1日、任意接種の子宮頸がん・Hib（インフルエンザ菌b型）・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案を閣議決定し、国会に提出した。現在、3ワクチンについては基金を設置して時限的に接種費用を公費助成しており、3月末に助成期間が終了する。田村憲久厚生労働相は閣議後会見で「4月1日から円滑にワクチンの接種が進むよう、何としても今年度中にこの法案の成立をお願いをさせていただきたい」と述べ、年度内の法案成立に意欲を示した。

（3/4MEDIFAXより）

産科補償

重大な過失「医学的水準から著しく逸脱」でほぼ一致／産科補償

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2月7日、同制度で妊産婦に支払う「補償金」と分娩機関側が保険会社などを通じて妊産婦に支払う「損害賠償金」の調整について、医療行為として悪質で医学的水準から著しく逸脱した事例があった場合に、同機構が主体的に調整を開始する可能性があるとする方向でおおむね一致した。ただ、具体的な文言を

決めるまでには至らなかった。

産科医療補償制度は、一定の条件を満たす重度脳性麻痺児に対して医療機関の過失の有無にかかわらず補償金を支払う仕組みだが、重大な過失が明らかな場合は医療機関が支払う損害賠償金との調整が必要となる。現行の仕組みでは、同制度の原因分析委員会が「医学的観点」から分娩機関に「重大な過失が明らかと思量される」と判断した事例について、「法律的観点」から同制度の調整委員会が検討し、「重大な過失」に該当すると判断した場合は、同機構が分娩機関との間で負担の調整を行う仕組みとなっている。ただ、これまで同機構が主体的に調整を開始したケースはない。（2/8MEDIFAXより）

EPA

EPA候補者活用で「介護の品質向上」／自民・中村氏

厚生労働省は4月から、EPA（経済連携協定）に基づいて来日した介護福祉士候補者について、一定の要件を満たせば職員の基本配置基準に算定するとの方針を示した。これまでEPA候補者を基本配置基準にするよう国政の場で要望してきた全国老人福祉施設協議会の常任顧問である中村博彦参院議員（自民党）は7日、取材に応じ「日本人・インドネシア人・フィリピン人・ベトナム人との協働により、介護の品質向上が促される画期的な時代のあけぼのが始まった」と述べた。

中村氏は、これまでの状況について「日本人なら資格の有無にかかわらず誰でも人員配置基準の算定対象となるが、本国で看護師資格を有し高い知識水準を持つEPA候補者が算定されないことは、差別といわれても仕方がない状況だった」と説明した。また、「これまでEPA候補者は人員配置基準に算定されなかったため、介護施設に優秀な人材のニーズがあっても、受け入れのメリットが理解されなかった」と問題を指摘。EPA候補者を受け入れている施設は各都道府県に1～2施設程度しかないなど、全国的な動きにならなかったという。今回算定されることによって「受け入れに尻込みしていた施設が手を挙げだし、点の動きが面になる」と期待を示した。

（2/8MEDIFAXより）

医療ナンバー**医療ナンバー制度「医療政策に必須」／中医協の森田会長**

中医協の森田朗会長（学習院大教授）は2月14日、国民医療ナンバー制度について「医療政策の観点からも必須の制度であると思っている」と述べた。医療ナンバー制度によって蓄積された情報は現在の医療ばかりでなく、将来の医療・医学の発展に大きな貢献をなし得るとも述べ、制度創設への期待を示した。東京大で開かれた国民医療ナンバー制度についての国際会議で話した。

森田会長は内閣官房IT戦略本部で「電子行政に関するタスクフォース」の主査を務めている。国際会議では在宅医療に焦点を当てた医療ナンバー制度の有用性について話し、行政サービスの電子化を早くから進めてきたエストニアをモデルに、個人に振り分けた番号に蓄積された患者情報を多職種で共有するメリットを説明。高齢社会で患者情報の共有と効率的な使用で得られるメリットは、リスクに比べてはるかに大きいと強調するとともに、個人情報保護の観点からのリスクはアクセスをコントロールすることでセキュリティを確保できるとした。

●専門職の移動時間「もったいない」

行政学研究者の考えとして森田会長は、在宅医療について「実際のニーズに対してかなり不足するのではないか」との認識を示した。その上で、どのように在宅医療提供体制を支えなければならないかを考える必要があるとし、中医協で議論を始めていると説明した。ただ、「限られた保険財政で経済的インセンティブを使いながらやっていくのはなかなか難しい」とも述べた。

日本にとって高齢化以上に大きな問題は国家財政だとした上で、「だからといって医療をやめるわけにはいかない」とし、医療体制の改革をしていかなければならないと述べた。限られた資源をいかに効率的に使うかが課題だとも述べ、「そこで在宅医療を進めていくことになる」と話した。

在宅医療では効率的な多職種の組み合わせが重要との考えも示した。また、高度な専門職であるほど時間当たりのコストは高いことから、専門職が在宅訪問などの移動に時間をかけることは「資源の使い方としてはもったいない」と指摘。高度な専門職であるほど移動しない方がよいとして、患者が専門職の所へ行けないのであれば「そこをつなぐのは情報の

問題だ」とITの活用による解決を提案した。医療では専門職と同様に「情報」が貴重な資源であり、効率化を考えるとときのポイントになるとも説明。患者の健康状態や生活状況などの情報を多職種がどこにいても共有できることが、医療の質を高めて効率化するための重要な要素ではないかと話した。

（2/15MEDIFAXより）

マイナンバー**マイナンバー関連法案を閣議決定／政府**

政府は3月1日、マイナンバーの関連法案（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法案など）を閣議決定した。麻生太郎財務相は閣議後の会見で「マイナンバーをうまく活用すれば、行政コストは著しく下がる」と述べ、成立へ期待を寄せた。（3/4MEDIFAXより）

ネット販売**新ルールづくりへ議論開始／ネット検討会**

厚生労働省は2月14日、「一般用医薬品のインターネット販売等の新たなルールに関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大経済学部教授）の初会合を開いた。ED治療薬など医療用医薬品を含め医薬品のネット販売が行われている中、検討会ではどの範囲までを想定してネット販売のルールづくりを議論するかが論点の1つになったが、一般用医薬品（OTC薬）の販売に限定し議論を進めることで合意。今後の議論を踏まえ、厚労省は省令改正のみか薬事法改正まで行うかを検討する方針だ。月に1－2回の割合で会合を開く予定。

●対面かネットかの議論は不毛

OTC薬のネット販売をめぐる1月の最高裁判決では、省令で一律に第1類と第2類医薬品の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された。後藤玄利構成員（日本オンラインドラッグ協会理事長）は、判決が憲法の「職業活動の自由」を掲げている点に言及し、新しいルールを検討する上で事業者の権利を制限することがないよう念を押した。國重惇史構成員（新経済連盟顧問）も「安易に立法化して（ネット販売を）禁止すればいいということにはならない」と指摘し、「対面かネットかの不毛な議論ではなく、どうすれば安全に薬が売れるのかの角度で議論するのが大事」と訴

えた。

一方、増山ゆかり構成員（全国薬害被害者団体連絡協議会副代表世話人）は、薬害の歴史を振り返り「問題がないから1類、2類を売れるんだという端的な判断にならないよう十分に議論してほしい」と注文を付け、問題発生時の責任の所在も明確化するように迫った。森信構成員（日本チェーンドラッグストア協会理事）は「対面かネットかではなく、対面とネットを融合した中で最大限にいい方法はないかを考えるべきだ」と述べ、安全性を確保できればネット販売を検討する余地があることを示唆した。

岩瀬大輔構成員（ライフネット生命保険代表取締役副社長）は、購入者の把握方法など具体的な論点を挙げ「ネットで販売を認めるとしたら、どういう条件を満たさなければいけないかを議論すべき」と提案した。

●法改正には十分な論拠が必要

議論の範囲に関しては、医療用薬でもネット販売が行われている実態が指摘されたが、検討会ではOTC薬に限定することで意見が一致。ただ、「ネット販売でどういう問題が起きているかを認識して議論すべきだ」（日本医師会副会長の中川俊男構成員）との声もあり、ネット販売の実態に関する情報をメンバー間で共有することも確認した。

薬事法改正に当たっては、法学の観点から小幡純子構成員（上智大法科大学院教授）が「営業上の自由があるので法律を変える場合であっても、はっきり明示するだけの論拠が国会で議論されないと憲法違反になる可能性もある」とし、十分な議論が必要だと指摘した。次回会合は27日を予定している。

（2/18MEDIFAXより）

介護保険

介護給付の重点化、初めて本格議論へ／老健局・原局長

次期介護保険法改正に向けて、厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会の議論が1月から再開した。厚労省老健局の原勝則局長は2月12日、取材に応じ「全ての課題が重要で、政策の優先順位はない」と断った上で、「介護給付の重点化・効率化に関しては、介護保険制度が始まってから初めて本格的に議論する」と述べた。

原局長は、介護保険制度の創設以来続けてきた「サービスの拡充」は今後も取り組まなければいけな

いとする一方で、「保険料負担が重くなってきている中で、持続可能性ということをこれからは強く求めていかないといけない」とし、給付の重点化・効率化が一つの大きなテーマだと述べた。給付の重点化・効率化に関して、部会で議論すべき検討事項としては▽軽度者に対する給付の重点化▽介護施設の重点化（在宅への移行）▽自立支援型のケアマネジメントの実現に向けた制度的対応―が挙がっている。

社会保障制度改革国民会議と介護保険部会の関係については「国民会議で改革の大きな方向性を議論していただき、それを踏まえ具体的な細かい議論を部会です」と説明した。介護保険制度のスケジュールに関しては「2013年末までに部会で議論を取りまとめ、14年の通常国会に法案を提出。15年4月に第6期の介護保険事業計画に合わせて施行することが基本」だと述べた。

ただ、国民会議の議論によってはスケジュールが変更される可能性もあると指摘。国民会議の有識者や関係議員には「介護は3年間を見通した上で保険料もセットし、事業を運営しているので、その間に大幅な保険料の増減があるような改正があれば市町村は困るという説明はしている」とし、「保険料の大きな増減につながるような介護保険法改正については、（国民会議の設置期限である）12年夏までに法案は出せないということでおおむね理解はいただいているのではないか」と述べた。

●キャリアパスとセットで処遇改善

介護保険部会での検討課題には「マンパワーの増強」も挙げられている。原局長は、民間と比較すると介護職員の給与は低いとした上で「これは給与そのものが低いというよりも、離職率が高いことも影響している」との認識を示した。原局長は、離職率が高く、勤続年数が短いと平均給与が低くなると説明。「キャリアパスみたいなものとセットで介護報酬で処遇改善をしていかないと、基本的な解決にはならないのではないか」と述べた。

（2/13MEDIFAXより）

要介護度の改善、事業所に「ケア奨励金」／東京都品川区

東京都品川区は2013年度、介護施設利用者の要介護度が改善した場合、その事業所に奨励金を支払う成功報酬制度を試行事業として実施する。要介護度の1段階改善につき1カ月2万円を最大12カ月分支

給する。品川区健康福祉事業部高齢者福祉課の高桑春彦・介護保険担当主査は「要介護度が下がることによる介護報酬減額分の補填ではなく、あくまで改善に要したケアの内容を評価するための制度」と話している。13年度事業の状況を踏まえ、14年度も継続するかどうか検討する。

現行の制度では、要介護度が悪化するほど、介護に要する手間を評価するために報酬が上がる。だが要介護度が改善した場合は介護報酬が下がり、改善に要したケアは評価されない。区では、施設からは改善内容を評価してほしいという声があるとし「人材不足や職員のモチベーションなど総合的に考えると、何かしら手を打った方がよいとの結論に至った」という。

13年度試行事業では、13年4月1日現在の入所者について、12年度内の改善状況を評価する。例えば、12年5月1日に要介護4から3に改善した場合、「2万円×11カ月分（12年5月－13年3月）」が一括で支払われる。12年8月に要介護5から3に改善した場合は「4万円×8カ月分（12年8月－13年3月）」となる。（2/12MEDIFAXより）

岡山市、介護保険に「成功報酬」を／政府が総合特区に指定

政府は2月15日、総合特別区域（総合特区）の第3次指定対象区域として、5地域を地域活性化総合特区に指定した。医療・介護分野では、介護保険に成功報酬制度を導入する事業を提案している岡山市の「岡山型持続可能な社会経済モデル構築総合特区」が指定された。第3次指定では、国際戦略総合特区が1件、地域活性化総合特区については10件の申請が出されていた。総合特区指定書の授与式を2月下旬から3月上旬に予定している。

●要介護度の改善で報酬に上乘せ

岡山市は、介護給付費の抑制や地域包括ケア実現のため、在宅介護に特化した地域構築を目指す。市によると、介護分野に特化した特区は全国初という。介護給付費の抑制策の一つとして提案しているのが、要介護度が改善した際の成功報酬制度を介護報酬に組み入れることだ。通所介護と通所リハビリテーションで導入したい考え。市のイメージとしては、要介護度が改善した場合、既存の介護報酬に成功報酬を上乗せする。ただ、全体的な財政バランスを考慮する必要があるため、要介護度が悪化した場合は介護報酬を引き下げることにも協議したいという。

また、住民に介護予防に取り組んでもらうため、特定健診や介護予防教室の参加者について、国保の特別調整交付金や介護保険の地域支援事業を活用して、保険料を軽減することも提案している。

このほか▽食事支援ロボットのマイスプーンなど最先端介護機器の介護保険対象化事業▽訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーションのサービスを一体的に提供できる多機能型訪問サービスの創設など合わせて11事業を要望している。

●介護保険制度の見直し材料に

岡山市新病院・保健福祉政策推進課の福井貴弘課長は電話取材に対し「成功報酬制度という介護保険制度の根幹の改善を目指すようなことが評価されたのだろうと思う」と述べた。ただ、単に介護度が改善した部分に報酬を上乗せすることは誰でもできると指摘し、財政バランスや評価システムを詳細に考える必要があるとした。その上で「仕組みをつくるのができたら、介護保険制度を見直す一つの材料になると思う」とし、国にも同じ方向性で動いてくれるよう求めたいとした。（2/18MEDIFAXより）

ケアマネ

ケアマネ指導GL作成、研修平準化へ活用を／厚労省

厚生労働省は、介護支援専門員の研修の質を平準化するために、研修指導者向けのガイドライン（GL）作成に取り組んでいる。厚労省から事業委託を受けている日本介護支援専門員協会はこのほど、ケアマネジャーの資格更新時に受講が義務付けられている「更新研修」の指導者向けGLを作成した。活用は任意だが、すでに各都道府県に配布しており、2013年度からの活用が見込まれる。厚労省老健局の担当者は「各都道府県で実施している研修の平準化のためにも、ぜひ活用してほしい」と話している。（2/7MEDIFAXより）

処方箋

処方箋の電子化へ、2－3年後に省令改正／厚労省が提案

厚生労働省は2月20日の「医療情報ネットワーク基盤検討会」（座長＝大山永昭・東京工業大教授）に、2－3年後をめどに厚生労働省令を改正し、実施環境が整備された地域で電子処方箋の運用を可能とす

る方針を提案した。3月にも次回の会合を開き、処方箋の電子化も含めた同検討会の報告書取りまとめを目指す。

処方箋を電子化するにはまず、医療機関と保険薬局の間に「処方箋ASPサーバー」を設置する必要がある。医療機関側が発出する処方箋情報と、保険薬局側が出す調剤実施情報は、サーバーを介して関係者が情報共有可能な仕組みを想定している。患者には本人確認のためのICカードなどを配布し、薬局は患者が持参したICカードでサーバーから情報を取得することができる。

現在、医師から紙媒体で交付された処方箋を薬局側がスキャナーを使って電子化して保存することは認められているが、電子処方箋は厚労省令で認められていない。厚労省は今後、ASPサーバーが持つべき機能や、多重使用を回避するための手順などを定めたルールなどを実証事業で確認し、2～3年後をめどに省令を改正する考えを示した。

電子処方箋の運用を開始するために必要な環境として厚労省は▽電子化を開始する圏域（2次医療圏単位など）内の医療機関・薬局の体制整備が網羅的である▽記名押印として電子署名が必要となり、HPKIが普及されている▽患者の求めやシステムなどの障害時を想定し、紙による交付にも対応できるようにしておく－を挙げた。構成員からは、同検討会の報告書の中に、処方箋を電子化するメリットとデメリットを書き込むべきとの意見が相次いだ。

（2/21MEDIFAXより）

適正化計画

在院日数の減少、28都道府県が目標に／13年度からの適正化計画

厚生労働省保険局は2月20日、2013年度から2期目に入る都道府県の医療費適正化計画について調査結果を示し、今回から任意となった平均在院日数の減少は少なくとも28都道府県が目標とすることを明らかにした。同省内で開いた全国厚生労働関係部局長会議で都道府県担当者らに説明した。

保険局総務課医療費適正化対策推進室は、12年末時点での都道府県の適正化計画策定状況について説明した。計画の公表については25都道府県が3月ごろを、14都道府県が4月ごろを見込む一方、2都道府県が7月ごろまでかかる見通しを示した。厚労省はこうした都道府県の策定状況を踏まえて、全国の

計画がおおよそそろった段階で国の医療費適正化計画を策定することになる。

第2期計画では地方分権一括法を踏まえて、「医療費の見通し」以外の目標値については都道府県が任意に設定して記載することになった。ただ、特定健診実施率・特定保健指導実施率については全国目標をそれぞれ70%・45%と示している。

今回の調査では、特定健診・保健指導のいずれも40都道府県が目標値を設定すると回答した。平均在院日数の減少については28都道府県が目標とする。このうち24都道府県は目標値も設定するが、4都道府県では目標値は設定しない方針だ。未定は15都道府県で、4都道府県では平均在院日数の減少を目標としない方針であることも分かった。後発医薬品の使用促進については25都道府県が目標とするものの、うち16都道府県では目標値を設定しない方針だ。

同推進室はまた、医療療養病床が介護保険施設などへ転換する場合の整備費を国や都道府県、保険者が助成する「病床転換助成事業」についても説明した。助成事業は今年度までの時限的な措置となっていたが、介護療養病床の廃止期限延長や医療療養病床からの転換が進まないことを踏まえて、17年度まで5年間延長すると説明した。必要となる関係政令は3月半ばに公布するとし、助成事業を活用するよう都道府県担当者に促した。（2/21MEDIFAXより）

平均在院日数の地域差、縮める余地ある／厚労省・適正化推進室

厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室は3月1日の「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」で、都道府県ごとの平均在院日数に開きがあることを踏まえ、都道府県担当者に対して、平均在院日数を短縮し地域差縮小に努めてほしいと要請した。

医療費適正化対策推進室によると、2011年時点での平均在院日数の全国平均は30.4日。政策目標には届いていないものの、06年時点の32.2日から一定程度、縮減しているという。

11年時点で最も平均在院日数が短い都道府県は東京（23.3日）で、神奈川、長野、愛知と続く。一方、最も長い県は高知（45.6日）となっている。国は政策目標として全国平均（32.2日）と最短県（06年時点では長野県の25日）の差を9分の3（29.8日）に縮小するという目標を掲げているが、こちらは差がほとんど縮小していない。

こうした都道府県ごとのばらつきが大きい点を踏まえ、医療費適正化対策推進室担当者は「平均在院日数は地域の医療提供体制の影響を大きく受けていると考えている。地域差がまだ縮小していないということは、われわれの方では今後さらに取り組みを進め、ばらつきを縮める余地があるのではないかと考えている」と述べ、都道府県担当者に対して適正化に引き続き取り組むよう要請した。

（3/4MEDIFAXより）

後期高齢

後期高齢移行世帯への軽減措置／政令案を決定

政府は2月19日、国保から後期高齢者医療に移行した人と同一世帯の国保被保険者の世帯が負担する世帯割（世帯別平等割額）について、現行の5年間の負担軽減措置に加えて、その後3年間の激変緩和措置を実施するための政令案を閣議決定した。

例えば、2人世帯のうちの夫が国保から後期高齢者医療に移った場合、残った妻には1人分の均等割に加えて世帯割が課せられることになるが、こうした世帯（特定世帯）の世帯割について現行制度では5年間は2分の1に減額する軽減措置が取られている。政府は軽減措置が切れた後も3年間は4分の1を減額する激変緩和措置を行うために、国民健康保険法施行令の一部を改正する。

また、国保保険料の減免措置を行う世帯の基準額算定について、現行制度では国保から後期高齢者医療に移行した人（特定同一世帯所属者）は5年間に限って軽減対象基準額の算定対象になるが、改正により期限を区切らずに恒久的措置となる。

いずれも13年度税制改正に伴う措置。政令は4月1日施行。（2/21MEDIFAXより）

宿日直勤務

奈良病院、超過勤務手当支給で改善／産科医5人から9人に

奈良県立奈良病院（奈良市）の産婦人科の医師2人が2004-05年に従事した宿日直勤務について、割増賃金を支払うべき通常勤務の状態だったとして奈良県に計約1500万円の支払いを命じた一審・二審の判決が確定した。同県医療政策部の高木亮部長は取材に対し「県の主張が認められず、大変に残念」と

コメントした。

同県は、宿日直中の勤務の全てが割増賃金の支払い対象となる「労働時間」に該当するとの判決は容認できないとして最高裁に控訴していたが、最高裁が2月12日、「上告審として受理しない」との判断を下したため、事実上、一審、二審の判決が確定した。

高木部長によると奈良病院ではすでに07年6月から、宿日直勤務中の医師が緊急外来や手術などの通常業務に従事した場合、宿日直手当に加え超過勤務手当を支給。産科医も04年の5人から9人に増加したという。高木部長は「司法の判断も出たので、同病院の救急医療などの体制について検討したい」とコメントし、引き続き検討していく考えを示した。

●宿日直勤務の許可要件、「軽度・短時間に限る」など

奈良病院は、労働時間や休憩などについて労働基準法上の規定の適用外となる「宿日直勤務の許可」を労働基準監督署から受けていた。許可条件は▽常態としてほとんど労働がなく原則として通常の労働の継続でない▽宿日直1回当たりの賃金は、従事者の1日平均賃金の3分の1以上▽宿日は週1回、日直は月1回が限度—の3つ。これに加え、医師や看護師の場合は▽通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後である▽夜間業務は「病院の定時巡回」「異常事態の報告」「少数の要注意患者の定期検脈」「検温」など、特殊な措置が不要な「軽度」または「短時間」の業務に限る▽緊急の診療・入院、患者の死亡や出産などがなく、夜間に十分な睡眠がとれること—の3項目が定められている。

●改善策の提示など丁寧な指導／厚労省労基局

厚生労働省労働基準局監督課は「急性増悪への対応が発生する可能性があれば通常勤務状態とみなされる」と説明。宿日直勤務に関しては「許可の基準に合わせるのか、割増賃金を支払ってもらうかのどちらかを是正指導することになる」とした。ただ、一方で「地域医療確保の観点などから『法律違反だから一切、働いてもらっては困る』とすることは、なかなかできない」との認識も示した。その上で「そういうケースの場合は具体的な改善策を提示するなど、継続的な指導を丁寧に行っている」とした。

同課のまとめでは、11年1-12月の間、病院や診療所が該当する「医療保健業」への定期監督として労基法の順守状況を確認した1966件のうち、何らかの違反が指摘されたのは1543件。主な違反事項は「労働時間」826件、「割増賃金」604件、「就業規則」535

件などとなっている。（2/18MEDIFAXより）

医学部

医学部新設「復興のシンボルに」／自民議連、日医反対も方針維持

自民党有志でつくる「東北地方に医学部の新設を推進する議員連盟」（会長＝大島理森・前副総裁）は2月22日、医学部新設に関する日本医師会の考えを聞き取った。日医の中川俊男副会長は医療の質や地域医療への影響を訴え反対を表明した。議連は日医が指摘した問題点を検証する考えだが、他の地域の医学部新設の動きとは切り離し「東北での新設は震災復興のシンボル」として取り組みを進める方針を確認した。

中川副会長は医師の絶対数確保にめどがつき始めていると説明し、今後は医師の地域偏在、診療科偏在の解消が急務であると主張。医学部新設の問題点として▽教育確保のために医療現場から約300人の教員（医師）を引き揚げなければならず、かえって地域医療の崩壊が加速する▽教員が分散すれば医学教育の水準、医療の質の低下を招く▽人口減少をはじめとする社会の変化に対応した医師養成数の柔軟な見直しが難しくなる－の3点を指摘した。

これに対し出席議員から「教員の確保は周辺だけに頼らず、全国各地から集う方法もあるのではないか」「医師偏在は長年解消できていない問題だ。医師会としてどのようにすれば解消できるのか考えてほしい」などの意見が出たという。議連は今後、日医が問題視した点を検証する予定で、「300人規模の教員確保が必要か」「教育水準の低下につながるか」などがテーマになる見通し。

●東北医連と3大学が反対要望

東北6県の県医師会で作る東北医師会連合会は21日、下村文科相や高市政調会長らに反対の要望書を提出した。岩手医科大、東北大、福島県立医科大の3大学も22日、連名の反対要望書を下村文科相らに出した。（2/25MEDIFAXより）

紹介事業

ナースセンターとハローワーク連携強化／厚生労働省、公的紹介を充実

厚生労働省は医療分野の雇用の質向上に向けた取り組みの一環として、医療機関に無料で看護職を紹

介する事業を実施している「ナースセンター」とハローワークの連携強化に向けて、具体策を検証するモデル事業を2013年度に実施する。現在は、ハローワークを運営する各労働局、ナースセンターを管理する各都道府県、ナースセンターを実際に運営している各都道府県の看護協会などと協議しながら、モデル事業を実施する場所の選定を進めている。3都道府県の最大9カ所で実施する予定。モデル事業の対象地域以外にも、ナースセンターとハローワークの連携を働き掛ける。（2/19MEDIFAXより）

医療計画

稼働病床数や補正数の状況把握で調査へ／梶尾指導課長

厚生労働省医政局指導課の梶尾雅宏課長は3月4日の全国医政関係主管課長会議で、新たな医療計画における稼働病床数や補正の数などの状況把握を目的とした調査を実施する考えを明らかにした。

梶尾課長は「新たな医療計画における基準病床数と既存病床数の調査を行っており、今後は、稼働病床数や補正数等の状況を把握するための調査を行うことを考えている」と述べ、各都道府県に協力を求めた。

●特定病床の特例増床「不適当な場合は厳格指導を」

また、がんや循環器疾患の専門病床、救急医療や治療のためなど、厚生労働大臣が認めた場合に病床過剰地域でもさらに、必要な一定の病床について増床することができる「特定病床の特例」について、適正化への協力を求めた。梶尾課長は、増床分が十分機能するよう運用されているかなどについて定期的に確認する必要性を指摘した上で、「不適当な場合は厳格に指導するようお願いする」と強調した。さらに現在、この特例に関する病床数の算定式を検討していることを明らかにし、全国知事会と協議中と説明した。（3/5MEDIFAXより）

機能報告

機能報告制度で地域医療ビジョン策定／医政局・吉岡総務課長

厚生労働省医政局総務課の吉岡てつを課長は2月19日の全国厚生労働関係部局長会議で、今後増加が見込まれる医療ニーズへの対応について「日本では人口当たりの病床数が多いが医師数は少ない。病床

を増やしていくことは非現実的」と述べ、病床の機能分化を進め、それぞれの機能に応じた医療資源を投入することで入院医療全体の機能強化・効率化を図る必要があるとの考えをあらためて示した。

吉岡課長は病床の機能分化を推進するため、医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みと、報告された情報を基に都道府県が医療計画の中で地域医療のビジョンを策定する仕組みを導入する必要があると説明。「医療機関にとっては今後の経営指標として地域医療ビジョンを活用することになり、住民や患者にとっては都道府県が公表する情報を基に各医療機関の機能を理解して利用することにつながる」と述べ、これらの仕組みを医療法に位置付けていく考えを示した。

現在、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」が、報告を求める医療機能の考え方や具体的な報告事項について検討している。吉岡課長は「検討会で詳細を詰めるが、取り組みとしては2014年度から医療機関による自主的な取り組みを開始していただき、行政や関係団体がバックアップしていきたい」と説明。18年度から開始予定の次々期医療計画に、地域医療ビジョンを反映させていく方向性を示した。
(2/20MEDIFAXより)

機能分化へ新補助金と診療報酬の方策検討／総務課・吉岡課長

厚生労働省医政局総務課の吉岡てつを課長は3月4日、全国医政関係主管課長会議で、病院・病床の機能分化を推進するための新たな補助金や診療報酬を活用した方策について検討する方針を明らかにした。

吉岡課長は、病院・病床の機能分化を推進する目的で「国の新しい補助金を設けたいと思っている」とした上で、補助金の使途について「普及啓発や研修会の開催、個々の医療機関へのサポートなどに取り組んでいただきたい。都道府県から（機能分化を推進する事業を）医療関係団体に委託して進めていただくことも想定している」と説明した。

機能分化を推進するために創設することを決めている「報告制度」については、医療機関が自主的に都道府県知事へ報告する仕組みを2014年度に開始することを想定していると説明。14年度は診療報酬改定を予定していることに触れ「診療報酬を活用した（機能分化）推進の方策についても併せて検討するこ

とにしている」と説明した。「国、都道府県、医療関係団体が一体となって、機能分化の大きな流れをぜひつくり出していきたい」とも述べ、意欲を示した。
(3/5MEDIFAXより)

医療扶助

システム強化、不適切な医療機関も抽出／医療扶助で厚労省

厚生労働省は医療扶助適正化の一環として、不適切な受診が疑われる人を各自治体が抽出できる「生活保護版レセプト管理システム」について、不適切な請求の疑いがある医療機関も抽出できるよう、年度内にも機能強化する。厚生労働省社会・援護局の村木厚子局長は2月19日、全国厚生労働関係部局長会議で同システムについて言及した。

同システムは2012年10月に改修され、▽過剰な多剤投与や重複処方を受けている者▽頻回に受診を行っている者▽長期外来を行っている者－といった指導対象になり得る人を抽出できるようになった。村木局長は「一部の自治体は上手に使っていて、非常に早く適正受診の指導ができるようになったとの声が上がっている」と受診者側の抽出機能だけでもすでに効果があると指摘した。

今回機能強化することによって、レセプト1件当たりの請求金額が高い医療機関、特定の診療行為や検査が多く行われている医療機関も抽出できるようになる。村木局長は、生活保護制度の見直しによって地方厚生局が指定医療機関を直接指導できるようになれば「自治体と地方厚生局が連携し、問題のある医療機関をしっかりと指導できるようにしたい」と述べた。
(2/20MEDIFAXより)

保健師

地域の健康課題解決に保健師の役割強化／健康局・矢島局長

厚生労働省は、2013年度にスタートする健康日本21（第2次）の一環として、地域の健康課題解決に向け保健師の役割を強化していく。専門分野別の配置を地区担当制に変更するなど、地域の実情を横断的に把握することで予防的介入を担ってもらう。矢島鉄也健康局長は2月19日、全国厚生労働関係部局長会議で各自治体担当者に向け、保健師の保健活動を「地区担当制にしていきたい」と要請した。自

治体は、厚労省が13年度中に発出する予定の関連通知に沿って、保健師活動の方向性を検討していく。

厚労省の「地域における保健師の保健活動に関する検討会」（座長＝内山博之・日本社会事業大教授）が1月にまとめた報告書案では、保健師の活動の本質を、地域を「みる」「つなぐ」「動かす」役割としている。従来の専門ごとの配置による縦割りを廃し、地域をブロックごとに包括的に目を配ることで、生活習慣病の発症・重症化予防の前線に立つことになる。矢島局長は、積極的な血圧管理など地域の健康課題の解決に保健師が携わった自治体で糖尿病患者が減少し、医療費の削減が確認された例を報告した。

矢島局長は取材に対し「生活習慣病は家庭環境の問題により引き起こされる。家族が生活する地域に入り込んで健康問題を把握し、解決できるのは保健師しかいない。地域の健康課題をあぶり出し、災害時対策にも役立てられる」と役割の重要性を強調した。さらに、「健診結果次第で受診勧奨をしたり、医療機関との連携にも重要な役割を担っている」と話した。

このほか部局長会議で厚労省は、重症化予防の施策として重症化目前の患者への食事摂取基準の検討も始めていると報告した。保健師が食事指導が必要と判断した重症化目前の患者は、管理栄養士から指導を受けることになる。

●自治体の常勤保健師数、12年度3万2124人

厚労省は19日、12年度保健師活動領域調査の結果を発表した。12年度の地方自治体の常勤保健師数は合計3万2124人で、うち都道府県が4959人（15.4%）、市区町村が2万7165人（84.6%）だった。市区町村の保健師数は、保健所設置市が6913人（21.5%）、特別区が1163人（3.6%）、市町村が1万9089人（59.4%）。

常勤保健師数を所属部門別に見ると、都道府県では保健所に所属する保健師が7割を占めた。保健所設置市では保健所に所属する保健師が最も多く、特別区は市町村保健センター、市町村は本庁に所属する保健師が最も多かった。（2/20MEDIFAXより）

再生医療

再生医療、医療機関に定期報告義務付け／厚労省

厚生労働省の厚生科学審議会科学技術部会「再生医療の安全性確保と推進に関する専門委員会」は2

月19日開かれ、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内容について議論した。厚労省は、治療の実施状況を医療機関に定期的に報告させる仕組みなどを提案した。

法案はリスクに応じて規制。実施医療機関は、実施計画を第三者性が担保された有識者からなる「地域倫理審査委員会」に届け出て了承を得た上で、厚労省に届け出る。iPS細胞やES細胞を扱う場合はさらに規制を強化し、厚労相の承認を必要とする。

厚労省は今回、初回の届け出以降も定期的に実施医療機関からの報告を求め、実施件数や安全に治療が実施されているかなどの情報を公表する仕組みを提案した。（2/20MEDIFAXより）

産科補償

「賠償責任が明らか」なら支払い調整開始／産科補償制度・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3月5日、同制度による「補償金」と、分娩機関側が保険会社などを通じて支払う「損害賠償金」について、同機構が主体的に調整を開始する際の基準を2014年1月から「重度脳性麻痺について損害賠償責任があることが明らかであるか否か」とすることを決めた。現在は「重大な過失による損害賠償責任の有無」となっている。補償金と賠償金の調整開始は、分娩機関側の損害賠償責任の可能性を指摘することになり、訴訟を誘発しかねない。ただ制度創設以来、主体的に調整を開始したケースはない。

（3/6MEDIFAXより）

自民

社会保障特命委が始動、国民会議と平行議論／自民特命委

自民党は2月8日、政権交代後、初めてとなる「社会保障制度に関する特命委員会」（野田毅委員長）を開催した。社会保障制度改革国民会議が設置された経緯や、国民会議のこれまでの議論の内容について厚生労働省から説明を受け、自由討論した。特命委は今後、国民会議や3党実務者協議と平行して会合を開く。社会保障制度改革に関する党内の平場での合意形成の場となる。

特命委は、中長期的な社会保障の制度設計を議論

するのが役割で、当面は国民会議をはじめとする一体改革の行方を見守る。一方、厚生労働部会では今国会提出法案を含め、当面の課題を議論する。両者は連携しながら運営する。

特命委には、医療・介護・年金の小委員会を設置する。医療は鴨下一郎氏（国会対策委員長）、介護は松本純氏（衆院厚生労働委員長）、年金は宮沢洋一氏（政調会長代理）が委員長を務める。

（2/12MEDIFAXより）

経団連

経団連シンクタンク、社会保障で報告書／国民会議に概要提出

経団連は2月19日の社会保障制度改革国民会議に、21世紀政策研究所による研究プロジェクト「持続可能な社会保障の構築に向けて」の報告書の概要を提出した。同研究所は経団連が設置するシンクタンク。同研究プロジェクトの研究主幹は川渕孝一・東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授が務める。報告書は3月にも公表する予定。

報告書の内容は▽医療・介護提供体制の改革▽診療・介護報酬制度の見直し▽保険給付のルール化▽地域連携のレベル向上のためのICTの活用促進－が4本柱となっている。

医療・介護提供体制の改革では、地域別・疾患別に適正な入院日数を設定することや、地域医療計画への法的拘束力の付与などを取り上げる。診療・介護報酬制度の見直しでは、高齢者医療制度と介護保険の統合や、DPCと地域包括ケアシステムを連動させた支払い方式などを提案する。保険給付のルール化については、高齢者透析や分子標的薬などを取り上げて費用対効果の側面からその妥当性を検証することや、医療用医薬品129品目のスイッチOTC化などを含むセルフメディケーションの振興などを盛り込む。（2/22MEDIFAXより）

日医

TPP、総論理解も皆保険堅持に懸念／日医・横倉会長

日本医師会の横倉義武会長は2月27日の会見で、安倍晋三首相から日米首脳会談の帰国直後に「総論的に国民皆保険は守った」と電話で連絡があったことを明らかにし、環太平洋連携協定（TPP）に対す

る政府の考え方に一定の理解を示した。ただ、「公的医療保険制度が揺るがされることを懸念している」との認識をあらためて示し、日医が国民皆保険を守るために掲げた「3つの条件」が守られなければ、TPP交渉参加は容認できないとした。

日医が挙げる国民皆保険を守る条件は▽公的な医療給付範囲を将来にわたって維持する▽混合診療を全面解禁しない▽営利企業（株式会社）を医療機関経営に参入させない－の3項目。

横倉会長は24日に安倍首相から電話を受け、25日には官邸で加藤勝信内閣官房副長官から日米首脳会談の詳細を聞いた。自民党の衆院選公約を米国側に示し、了解を得たと説明を受けたという。「共同声明には医療という言葉は入っていなかったが、資料や同席した加藤副長官の話から、国民皆保険は維持はされると思っている」と述べた。

ただ、「国民皆保険を守るという総論は理解できるが、各論の問題がまだある。そのことに留意して最終判断をしていただきたい」と指摘。「日本の国益に反する形でのTPP交渉参加には反対」とする趣旨の文書を27日、官邸に提出したことを明らかにした。

横倉会長は「（3項目を満たしても）賛成とまでは言えない。政府にしっかり守るとの発言をしてもらうことが前提条件」と慎重な姿勢を示した。「国民医療を守る上でTPPへの参加でどういう影響があるかをしっかりと見ていかないといけない」とも述べた。

●「危機感を持って発言したい」／中川副会長

中川俊男副会長は「国民皆保険を守るという安倍首相の発言を信頼するが、これまでの経緯や直近の状況を踏まえると、国民皆保険が揺らぐ懸念を払拭することはできない」と指摘。政府に対して公的医療保険というものの理念を示すべきと求めた。

田村憲久厚生労働相が26日の閣議後会見でTPPについて「公的保険が影響を受けることは何としても避けなければならない」と述べたことに触れ、「危機感を持っているということだろう。日医も厚労省と協調し緊張感を持って発言していきたい」とした。

TPPに限らず、医療の営利産業化を進める動きが強くなっているとも指摘し、規制改革会議に注文を付けた。検討項目に上がっている保険外併用療養の範囲拡大は「混合診療の全面解禁のことではないと認識している」としたが、「規制改革の目指すところは公的給付範囲の縮小、民間市場の拡大にあると考えざるを得ない」と警戒感を示した。

（2/28MEDIFAXより）

番号制度「医療分野の環境整備が必要」／日医・石川常任理事

日本医師会の石川広己常任理事は2月27日の定例会見で、政府が今国会での提出を目指すいわゆるマイナンバー法案について、医療に関係する個人情報保護の環境整備がされない限りは反対すると主張した。「医療等IDのところについては議論が済んでいないという姿勢は変えていない」と述べた。

機微な個人情報を取り扱う医療、介護、障害者福祉などの分野で番号制度を利用することは慎重にすべきと主張。「現状の個人情報保護法では十分に守れる保証がない」と指摘し、医療分野の特別法などが必要とした。プライバシーを保護する方策や情報にアクセスする資格認証の整備が重要になるとした。

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律案（マイナンバー法案）」は2012年、民主党政権時に国会に提出されたが、衆院の解散で廃案となった。自民党政権でも国会への提出を目標に協議を進めている。

（2/28MEDIFAXより）

TPPなくても皆保険への脅威ある／日医政策シンポで識者ら

日本医師会は3月6日、東京・本駒込の日医会館で医療政策シンポジウムを開き、環太平洋連携協定（TPP）や混合診療の全面解禁などをテーマに意見交換した。パネリストとして参加した学識経験者らは、国民皆保険を守るべきとの考えで一致。TPP参加の有無にかかわらず、米国は混合診療の全面解禁など皆保険を脅かす要求をしてくる可能性があるとして懸念を示す意見もあった。

●グローバル株式会社の参入困る／田中教授

田中滋教授（慶応大大学院経営管理研究科教授）は「混合診療の全面解禁は、社会と市場経済を支える重要な社会資本である国民皆保険にヒビを入れるもので絶対に許してはいけない」と述べた。株式会社の医療参入については、日本の医療制度はローリスク・ローリターンとなるように設計されているため「リスクを取ってもうけたい」というグローバル資本主義の株式会社に参入されては困ると指摘。ただ、「家業型」の株式会社による参入についての判断は難しいとした。

TPPについては、交渉参加の有無にかかわらず、

米国から皆保険制度の安全を脅かす要求はあるとして、「皆保険制度を守るという覚悟を持って、農業・金融など他分野と連携して日本社会の良さを守るよう」にすべき」とした。

●皆保険は「聖域」に含まれない可能性／金子教授

金子勝教授（慶応大経済学部教授）はTPP交渉参加反対の立場から、聖域化されるのはコメのみで皆保険は聖域に含まれない可能性は高いとした。また、医薬品・医療機器の認可手続きの簡略化や、民間保険の拡大を認めれば、ISD条項に基づく訴訟によって混合診療の全面導入につながる可能性があるとは指摘した。

●多国間交渉で「米国言いなりに終止符を」／土居教授

一方、土居丈朗教授（慶応大経済学部教授）は皆保険制度は守るべきとしながらも、「TPPの多国間交渉で、米国の言いなりに終止符を打つべき」と主張した。その上で「結果的に医療保険財源を国民が負担を分かち合う形で確保できなくなれば、財政上の事情から給付できなくなる」と指摘。公的医療保険の給付が限定的になれば、民間保険会社が積極的に求めなくとも市場を開放することになりかねないとし、TPP問題の有無にかかわらず、こうした状況が生じることに懸念を示した。（3/6MEDIFAXより）

保団連

公的保険「除外の確約なし」／TPP参加意向で保団連

保団連（住江憲勇会長）は2月25日、安倍晋三首相が環太平洋連携協定（TPP）について交渉参加に踏み出す意向を示したことに対し、抗議談話を発表した。

日米首脳会談後に発表された両国の共同声明で「最終的な結果は交渉の中で決まっていく」としている点について、最終結果は交渉次第であり、交渉の結果として例外が認められることについては何も保証されていないと指摘した。公的医療保険についても対象からの除外を確約していないと主張。TPP参加意向の表明は国民の関心・声に応えるものとは到底いえないとした。（2/26MEDIFAXより）

抗ウイルス薬予防投与は公費負担に／保団連要望

保団連は2月7日、入院医療機関・入所施設での

抗ウイルス薬の予防投与について、▽公費負担とする▽診療報酬による請求を認める－を田村憲久厚生労働相宛てに文書で要求した。保団連のまとめでは、今年に入って2月4日までに、すでに12人が病院、高齢者施設での集団院内感染で亡くなっている。

日本感染症学会が2012年にインフルエンザの院内感染対策として出した提言では、感染状況に応じて対象者を拡大しながら抗ウイルス薬の予防投与を勧め、公費による負担を前向きに検討する必要性を指摘している。現状では予防投与に保険請求できないため、保団連は「いまだに公費による支弁はされていない。早急に実施を」と主張。さらに、学会提言に従い予防投与を実施した際には診療報酬による請求を認めることを求めている。（2/8MEDIFAXより）

医療関係団体

電力高騰「努力が報われない」／温暖化対策で医療関係団体

エネルギーコストの上昇やCO₂排出係数の上昇の責任を誰が取るのか－。地球温暖化対策に自主努力で取り組む医療関係団体の代表らは3月4日、厚生労働省の環境自主行動計画フォローアップ会議で「公定価格の診療報酬で運営する医療機関にとって、いくら努力をしても報われない」と政府の地球温暖化対策への不満を述べた。

会合では、2011年度の地球温暖化対策について、日本医師会と病院4団体で構成する「病院における地球温暖化対策推進協議会」や日本製薬団体連合会などからヒアリングした。

同推進協議会の報告は、全日本病院協会の加納繁照常任理事と日医総研の畑仲卓司研究部統括部長が行った。報告によると、11年度の病院のCO₂排出原単位は前年度に比べて6.2%減の106.3kg-CO₂/㎡で、目標の年率1.0%減を大きく上回る削減となった。基準年度の06年度に比べると16.4%の削減で、年率では3.51%減となった（いずれもCO₂排出係数を06年度の基準に固定した場合）。

加納氏は地球温暖化対策に向けた医療機関の自主行動について、▽診療報酬（公定価格）で運営する医療機関では患者に価格転嫁することができず、努力が報われない▽患者の療養環境を守る必要がある▽医療安全の確保に電力は不可欠である－と説明。温暖化対策は医療機関のボランティア精神によって支えられているとした上で、最大限の努力が大幅な

CO₂排出原単位の減少につながっていると強調した。

一方で、最近のエネルギーコストの上昇が医療機関にとって緊急課題になっていることも指摘した。加納氏は大阪市の病院長の立場で、関西電力による電力料金値上げが病院経営に及ぼす影響について説明。多くの急性期病院で利益率は2%程度と指摘し、利益の1割に当たる0.2%程度が電力料金の値上げで縮小されることになるとした。

畑仲氏は、東京電力福島第1原発事故に伴いCO₂排出係数が高まっていることについて「医療業界ではコントロールできない」と問題視。排出係数は電気事業者が責任を持って管理すべきと訴えた。医療機関を所管する厚労省にも、需要側の立場から供給側の経済産業省資源エネルギー庁に対し、物を言うべきと迫った。

同会議は意見を踏まえ、厚労省所管団体の11年度における自主行動計画の取り組みについて報告書を今年度内にもまとめる。計画最終年度となる12年度の取り組みや計画の総括については13年度中に報告書をまとめる。（3/5MEDIFAXより）

調査・データ編

日本の薬価、最大で欧州の1.44倍／医療課調査

厚生労働省保険局医療課は2月27日、日米欧5カ国の薬価の国際比較の調査結果を示した。日本の薬価をドイツ、フランス、英国の欧州3カ国の平均価格と比べると、2010年度薬価では、円高レートだと欧州と比べ1.44倍、円安レートだと0.88倍となった。

医療課の調査は診療側の安達秀樹委員が12年5月の中医協総会で、日本の薬価が欧州に比べ高いとする全国保険医団体連合会の調査結果を引き合いに、薬価の国際比較のデータを出すよう求めていたことに対する回答だ。

保団連の調査は10年度の国内市場規模（メーカー出荷額）上位100位までの薬剤で、欧州3カ国と米国のうち3カ国以上で薬価が判明した薬剤77品目を対象に調査。医療課では77品目のうち日本と欧米で規格が異なるなどの理由で10品目を除いた67品目で比較した。

10年度薬価について、保団連の調査では欧州との比較で1.29倍だったが、医療課の調査では円高レ

トだと1.44倍だった。また、欧州だけでなく、薬価が突出して高い米国の薬価を加えて日本と比較すると1.06倍と倍率が緩やかになった。調査結果について医療課は為替レートが薬価に大きく影響しているほか、日本の方が薬価が高い高血圧薬などが比較薬に多く含まれていること、日本の市販後の安全対策が手厚いことが複合的に影響しているとした。

医療課の調査結果について、安達委員はアメリカの薬価が高額になる傾向にあると指摘した上で、原価計算方式で外国平均価格を含める時の薬価算定ルールについて見直しが必要との認識を示した。（3/1MEDIFAXより）

初診時に自覚症状なし、悪性新生物が40.8% ／11年受療行動調査

厚生労働省は2月26日、「2011年受療行動調査（確定数）」の結果を公表した。患者が外来を初めて受診し、医師の診察を受けた際に「自覚症状がなかった」ケースを傷病分類別に見たところ、最も多かったのは「悪性新生物」（40.8%）だった。2位は「内分泌、栄養および代謝疾患」（40.4%）。「新生物」の部位を見ると、自覚症状がないケースが最も多かったのは「気管、気管支および肺」（54.9%）。さらに、「前立腺」（53.8%）、「胃」（49.9%）、「肝および肝内胆管」（42.9%）と続いた。

この調査は、医療施設を利用する患者に対して、医療を受けた時の状況や満足度などを調べているもの。今後の医療行政の基礎資料として活用する。調査期間は11年10月18～20日のうち、医療施設が指定した1日。調査員が患者に調査票を配布し、記入してもらった。調査票の配布数は19万2885件で、有効回答数は15万620件。回収率は79.0%。

調査では、悪性新生物のセカンドオピニオンについても聞いた。外来の調査で、患者がセカンドオピニオンの必要性を感じている悪性新生物の部位は「肝および肝内胆管」と「気管、気管支および肺」（34.6%）が同率トップ。さらに、「胃」（31.2%）と続いた。一方、入院での調査によると、セカンドオピニオンの必要性が最も高い部位は「子宮」（51.7%）だった。2位は「乳房」（50.2%）。

●診察時間は初診時が長め

診察までの待ち時間を尋ねたところ、「30分未満」という回答は初診で41.0%、再来で44.8%となり、再来の割合が高かった。待ち時間が「30分以上」という回答は、初診が42.0%、再来が41.5%で同程度の割

合となった。

また、診察時間が「10分未満」という回答は、初診が46.9%、再来が53.7%だった。逆に診察時間「10分以上」は初診が32.5%、再来が29.5%となり、初診の方が診察時間が長い傾向が見られた。（2/27MEDIFAXより）

“モンスター対策”で警察OB雇用は16%／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、理不尽な要求や暴言・暴力を繰り返す患者やその家族を指す「モンスターペイシエント」への対応として、「警察OBを雇用している」との回答が16.2%となった。院内での主な対応策（複数回答）は「対応担当者を決めている」29.4%、「対応マニュアルがある」28.8%、「院内で事例を共有している」21.3%、「担当部署を設置している」17.8%と続いている。また、7割近い医師が「そうした患者や家族に対応した経験がある」と回答し、頻度としては「半年に1度」以下が7割以上だったものの、「月に1度」以上が1割、「週に2～3度以上」と答えた医師も1.0%いた。

調査は2月12～13日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人の機関別の内訳は▽大学病院11.9%▽一般病院59.8%▽診療所・クリニック27.7%▽その他0.6%、年代別の内訳は▽20代2.5%▽30代18.1%▽40代35.2%▽50代30.3%▽60代10.7%▽70代3.2%となっている。

患者や家族から受けた診察に著しく影響を及ぼすレベルの行動・要求の内容としては、「スタッフの対応が気に食わないとのクレーム」60.5%、「優先診察の要求や待ち時間に関するクレーム」47.1%、「不要・過剰な投薬の要求」37.6%と続く。また、「治療費・入院費を払わない」は30.7%、「脅迫を受けた」は27.6%、「暴力を受けた」は16.2%だった。中には「個室での診察中に監禁された」といった回答もあった。（2/22MEDIFAXより）

医師の税引き前月額給与79万円／厚労省・12年賃金調査

厚生労働省が2月21日に公表した「2012年賃金構造基本統計調査」結果によると、役職のない勤務医の月額給与（所定内給与額、12年6月分）は78万9300円（平均41.2歳）で、11年調査の76万7000円（同39.6歳）より2万2300円（約2.9%）増えた。

歳）から2万2300円増加した。09年調査から減少傾向にあったが、前年調査から増加するのは08年調査以来4年ぶりとなった。

調査は10人以上の常用労働者を雇用する民営事業所を対象に、12年6月分の賃金について調べた。ここでいう医師は、医学教育者や医学研究者、歯科医師は含まれておらず、役職のない勤務医だけが対象になっている。所定内給与額とは、超過労働給与額（▽時間外勤務手当▽深夜勤務手当▽休日出勤手当▽宿日直手当▽交代手当）を差し引いた現金給与額で、所得税などを控除する前の額。

月額の内給与額を施設規模別に見ると、99人以下の「小規模施設」は130万7200円（同56.0歳）、100～999人の「中規模施設」は94万9800円（同43.0歳）、1000人以上の「大規模施設」は55万3500円（同37.2歳）となり、規模が小さいほど高い結果となった。（2/22MEDIFAX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。

「ヒヤリ・ハット」全て報告する医師は4割／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、日々の診療で「ヒヤリ・ハット」に遭遇した場合、「全て報告する」と回答した医師は全体の41.1%となった。6割近い医師が「報告しないことがある」と回答し、報告しない理由としては「レポート作成に手間がかかる」が46.0%と最多で、「院内に報告の仕組みがない」「報告しても事故予防に役立たないと思うため」と続いた。ヒヤリ・ハットの経験頻度では、3人に1人が月に1度以上は何らかの形でヒヤリ・ハットに遭遇しているとし、「なし」とした医師は全体の14.4%だった。

調査は今年1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人の機関別の内訳は▽医療事故の報告義務医療機関18.7%▽参加登録申請医療機関9.3%▽上記以外の病院34.4%▽上記以外の一般診療所・クリニック29.8%▽その他7.8%—となっている。

報告手段については「紙ベース」が44.9%、「電子化された報告システム」が32.3%と回答。内訳では報告義務医療機関で7割、参加登録申請医療機関で6割が電子システムを導入していると回答した。しかし紙ベースの方が報告しやすかったといった声も上がっている。また、一般診療所・クリニックでは「報告の仕組みがない」との回答が約6割に上った。（2/7MEDIFAXより）

「人体の不思議展」開催中止運動の取り組みの経緯

取り組み年表

(2012年12月20日 事務局作成)

10年10月15日	(愛媛、福島等から) 京都府保険医協会へ京都展開催への反対を求めるメールが届く
10年10月18日	協会において、自治体・教育委員会・マスコミへの後援中止要請と理事会声明の検討を開始
10年10月21日	協会理事長名で自治体・教育委員会・マスコミへの後援中止要請を送付。会場の「みやこめっせ」に会場使用許可の取り消しを要請
10年10月25日	京都民主医療機関連合会が「人間の尊厳が守られていない『人体の不思議展』の中止を求める声明」を発表
10年10月26日	「人体の不思議展」開催中止を求める協会理事会声明を発表
10年10月28日	大阪府保険医協会が理事会声明「疑惑の『人体の不思議展』は中止せよ」を発表
10年11月1日	京都府医師会が「人体の不思議展」の開催中止を求める要望書を提出
10年11月8日	京都民医連と協会の連名で、生協へチケットあっせんの中止を要請
10年11月9日	日本科学者会議京都支部事務局長の宗川吉汪氏と、京都法律事務所の小笠原伸児弁護士がこの取組に協力。協会と3者で打ち合わせを行う。その場で、同展実行委員会を刑事告発することを決定
10年11月18日	日本科学者会議京都支部が「違法な『人体の不思議展』開催の即時中止を求める声明」を発表
10年11月19日	京都府警へ告発（告発人9人）。まだ展示が始まっていないこと、また根拠とした死体解剖保存法19条の「保存」と今回の展示が同じか厚労省の見解が分からないということを理由に不受理。その後、告発人が「みやこめっせ」へ会場使用許可を取り消すよう要請。「みやこめっせ」は許可に問題はないと回答
10年12月3日	金沢展に関して末永氏、小笠原氏、宗川氏ら8人（石川県内4人の大学教授と医師を含む）が石川県警に告発状を提出したが、県警側は容疑内容を精査のうえと条件つきで告発状の（写し）しか受理しなかった
10年12月9日	再び京都府警に告発状を提出（告発人12人、関理事長をはじめ医師5人が加わる）再び不受理。やはり厚労省の見解が分からないからと回答。しかし独自の捜査は開始しており、違法性があれば必ず告発状は受理すると回答
10年12月13日	協会から阿部知子衆議院議員に厚生労働省の見解を明らかにするよう質問を要請する
10年12月16日	人体の不思議展を考える京都ネットワークを立ち上げる
10年12月17日	ネットワークとして「みやこめっせ」と京都市へ会場使用許可の取り消しを要請
11年1月17日	阿部事務所を介して厚労省担当課と懇談。標本は死体との見解を受ける。死体解剖保存法の解釈については、現時点で直ちに違法とは言えないとしたものの、今後の状況によっては可能性が無いわけではないとした
11年1月19日	産経新聞の報道を皮切りにマスコミが京都展の違法性を報道。取材を多数受ける
11年1月20日	宗川氏を原告に同展実行員会を民事提訴。記者会見を開催
11年2月1日	京都府警が告発状を受理
11年2月20日	講演会「医学・医療に関わる倫理を考える」を開催
11年5月30日	刑事告訴について、検察に送致（毎日夕刊にて、「立件見送り」の報道）
11年7月6日	民事訴訟（損害賠償請求訴訟）の第1回口頭弁論の日程決定（被告の東京地裁への移送申立てが大阪高裁で却下されたため日程確定）
11年7月29日	第1回ネットワーク会議を開催
11年8月31日	第2回ネットワーク会議を開催
11年9月21日	京都地裁にて民事訴訟第1回口頭弁論が開かれ、終了後、報告会を行う

11年10月18日	第3回ネットワーク会議を開催
11年11月8日	第4回ネットワーク会議を開催
11年12月9日	第5回ネットワーク会議を開催
11年12月12日	京都地方裁判所へ883筆の個人署名、および27団体の団体署名を提出
11年12月14日	民事訴訟弁論準備手続き、および第2回弁論が開かれ、結審。判決は12年2月16日に行うと言い渡される。終了後、報告会を開催
11年12月24日	京都地検より小笠原氏のもとへ、刑事告訴に対し、不起訴とする処分通知書が届く
11年12月27日	京都地検につづき、金沢区検でも刑事告訴に対し、不起訴処分が通知される
11年12月28日	京都地検刑事部高島検事に面談を申し込み、今回の不起訴と判断した経緯や見解を確認。出席者は小笠原氏、宗川氏、協会事務局2人。同日、第6回ネットワーク会議を開催
12年1月16日	産経新聞より、「人体の不思議展」関連記事報道のための取材が申し込まれる。小笠原氏と宗川氏が対応
12年1月26日	京都地方裁判所へ339筆の個人署名、および6団体の団体署名を提出
12年2月1日	第7回ネットワーク会議を開催
12年2月13日	京都検察審査会へ申立を行い、同時に記者クラブにおいてマスコミに対し、趣旨説明を行う
12年2月16日	「人体の不思議展」に係る報告＆中間総括集会の開催
12年2月23日	第8回ネットワーク会議を開催
12年2月24日	民事訴訟、大阪高裁へ控訴
12年2月27日	小笠原氏、宗川氏と金沢展の刑事告発の告発人が金沢区検と懇談。その後、告発人と交流集会を開催した
12年3月7日	「人体の不思議展」のサイトにおいて、同展の終了宣言が掲載された。また、それに伴い、同展事務局の解散宣言も行われた
12年3月8日	日本医師会第XII次生命倫理懇談会「移植医療をめぐる生命倫理」答申に付記：人体の不思議展についてが記載され、3月20日発行の日医ニュースにおいて、改めて死後の人体の尊厳のあり方について啓発や教育を進めていき、同展の営業等に関わらないよう訴えられた
12年3月21日	第9回ネットワーク会議を開催
12年5月21日	第10回ネットワーク会議を開催
12年5月30日	大阪高裁での口頭弁論が行われ、結審
12年6月4日	大阪高裁へ署名提出。個人署名196筆、団体署名3団体
12年6月25日	第11回ネットワーク会議を開催
12年7月5日	大阪高裁へ署名提出。個人署名591筆、団体2団体
12年7月19日	大阪高裁にて控訴判決。棄却となった
12年7月30日	「人体の不思議展」閉幕宣言を獲得！報告と意見交換のつどいを開催。同展実行委員会が閉幕を宣言し、実行委員会事務局も解散したこと等を受け、中間報告会を行った
12年8月23日	京都第一検察審査会より申立人あてに、刑事告訴に対する不起訴処分は相当との議決通知が届く
12年9月6日	第12回ネットワーク会議を開催
12年10月2日	第13回ネットワーク会議を開催
12年10月25日	金沢検察審査会より申立人あてに、刑事告訴に対する不起訴処分は相当との議決通知が届く
12年11月7日	第14回ネットワーク会議を開催
12年12月3日	第15回ネットワーク会議を開催
12年12月22日	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」を開催。同時に、ネットワークの解散を宣言

講演会抄録

「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＝2012年12月22日（土） 場所＝京都府保険医協会会議室 参加者＝23人
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」

末永 恵子 氏（福島県立医科大学講師）

はじめに

今回の講演では、「人体の不思議展」反対問題に取り組む自分自身の問題意識についてお話ししたい。

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、改めて遺体への尊厳について考える機会となった。大震災の当日は自宅にいたが、インフラがすべて停止し、ラジオでしか情報が入ってこない状況。ラジオのニュースの第一報は、仙台市若林区荒浜の海岸に、津波によって溺死したとみられる遺体が200～300体、発見された模様というものだった。

こうした遺体と地域の住民はどう向き合ったのか。消防団員・自衛官による遺体の搜索から始まり、市町村職員が安置所に運搬し、警察が遺体のリスト作成と安置所の管理を行い、歯科医が身元確認のための検歯、医師が死体検案書を作成した。また、ある民生委員は安置所を訪れる遺族の手助けを行っていたことなどが、石井光太氏『遺体』（新潮社）に紹介されている。困難な状況にあっても遺体を家族のもとへ戻し、埋葬できるよう多くの人々がさまざまな努力を行ったことが伺える。

また、津波等による遺体の損傷から、遺族が直接対面することに耐えられないこともあり、遺体を生前の姿に近づける「復元」なども行われた。

葬送は、遺体との別れを適切にするための装置である。そして、葬送はヒトが動物の中でも、その差異を示す最も特徴的な点であり、文化である。遺体への敬意は葬送の行為の中に込められ、遺体の尊厳は守られていた。

帰還できない遺体

一方で、近現代史の中では尊厳が保たれていない遺体が数多く存在する。例えば、戦争は遺体の尊厳を顧みることができない状況を生み出してしまふ。本来なら他者と区別された、名前を持った死者として確認され、各自の宗教観にしたがって葬送されるべき存在が、山野に埋もれ海底に沈み、あるいは集合した遺骨となるなど、遺族のもとへ帰還できない状況の死体を数多く生み出している。この問題は未解決のまま、現在まで残っている。

日本における未帰還の死体の問題を分類すると、まず、戦争に起因する問題として戦没者の遺骨、強制連行された朝鮮人・中国人の遺骨の問題がある。さらに、医学利用の問題として、アイヌ民族等少数民族の遺骨、ハンセン病療養所の胎児標本、「人体の不思議展」の人体標本の問題がある。そして、この戦争と医学の問題が重なるところに軍医学校跡地で発見された人骨、被爆者の遺体などの問題がある。

戦争に起因する問題では、本土外における戦没者の遺骨は約113万人と厚生労働省が発表している。日本弁護士連合会が「日本本土外の戦闘地域・抑留地域における戦没者の遺体・遺骨の搜索・発見・収容等の扱いに関する意見書」を出し、国が行った戦争によっていまだ帰ることができない遺骨に対し、早



急に搜索・発見・収容を行うよう要請している。

他方、自国から海外へ強制連行された朝鮮人、中国人の遺骨返還の強制連行の問題も残っている。この強制連行は「人道に対する罪」として、戦争犯罪に該当する。日本に連行された朝鮮人は約180万人で、そのうちの死亡者数は6万人から10万人と推計されている。中国人については38,935人で、うち死亡者数は6,830人。厚生労働省には人道調査室が設置され、搜索が行われているが、12年12月の段階で情報が収集できたのは925体分。しかし、実際に返還できたものはゼロということだった。

もう一つの問題である医学利用について考えてみたい。

戦前から戦後にかけて北海道大学などでは医学研究と称してアイヌ民族の人骨・副葬品を収集し、返還してこなかった問題がある。また、ハンセン病療養所における胎児標本の問題がある。入所者に解剖を強制し、解剖天国とまでいわれながら、それが医学の進歩ないし臨床の発展にどれほど貢献したかも明らかではない。胎児標本については、療養所の中で火葬し祭るということになったが、遺族がわからない、胎児なので名前もついていないという状況が残されている。

さらに、戦争と医学が結びついた際には医学犯罪が起こる。陸軍軍医学校跡地からさまざまな人種の遺骨が発見された。遺骨には、人為的な加工の痕跡もあり、おそらく軍事医学のために利用されたのではないかといわれている。

また、日本の医師団による原子爆弾の被害実態報告書は被爆者の病理標本とともにアメリカへと渡り、軍事機密として封印された。そして、長期の疫学調査のため、原爆傷害調査委員会（ABCC）は正確な被爆の影響データを入手するため、治療はしない。被爆者が亡くなると遺族に解剖を迫っていた。こうした研究は、将来の被爆者治療に役立てるためのものではなく、ひとえに原爆の効果を知らるための軍事研究に他ならなかった。このような研究は、犯罪的とすら言える。

そもそも遺体を医学の研究教育に利用する条件として、①死者の尊厳の尊重、②本人の生前の自由意思による参加、③インフォームド・コンセント取得の必要、④医学研究および教育目的であること、⑤売買の禁止が考えられる。

現在、医学目的での使用はこのように限定的に許容されている。しかし、これは研究者の権利と考え

るべきではない。使用の目的や科学性、計画性が条件として重要で、使用する研究者には説明責任が課される。

さて、尊厳を奪われた遺骨や遺体は何を意味するか。不作為の政府の無責任さや戦争を行う国の傲慢さ、医学者の非倫理性、そして問題究明に無関心だった国民をあらわにした。人権には、死後の個人の尊厳にふさわしい扱いを受ける権利が含まれているのではないか。

近年未返還の遺骨を返還し、遺体が奪われた尊厳を回復しようとする気運がある。オーストラリアでもアボリジニやトレス海峡諸島民の遺骨・副葬品が欧州移民によって収集され、オーストラリアや海外の研究機関に搬出されていた。現在こうした遺骨や副葬品を返還する政策が行われている。これは、未返還の遺体問題の打開策として参考になるのではないかと思う。

「人体の不思議展」はなぜ問題か

そして、本題となる「人体の不思議展」の問題がある。有料展示で本物の死体を見せるというもの。プラスチック技術を使用し標本とされており、開発者は解剖学者のグンター・フォン・ハーゲンスである。ホルマリン臭がなく、常温保存が可能で、手で触れることができるなどの特徴がある。この展示について、先ほど確認した医学利用の最低限の条件と照らし合わせてみる。遺体は不謹慎なポーズをとられ、観客に自由に触られている状態である。生前の自由意思によって標本となったかも定かではない。胎児の標本については生前の自由意思など確認できるはずもない。インフォームド・コンセントを経っていないことは明らかである。そして、医学研究および教育目的という触れ込みであったが、その範疇を逸脱した展示だと考える。また、死体標本の売買の問題や商品化の問題がある。

「人体の不思議展」の問題を近現代の負の歴史に照らして考えると、同展はまさに遺体の尊厳を否定する流れを汲んでいると考えられる。戦死者、強制連行された人々、医学犯罪の犠牲者の遺骨、レイシズムの犠牲になった民族の遺骨、社会から排除された病理患者の胎児標本、原爆被爆者の解剖標本、商品となった人体標本など、生前の生命や健康、労働力への搾取ともろもろの権利侵害の帰結である。これは死後にふさわしい扱いを受けることを期待する権利を奪われていることに他ならない。

おわりに

遺体は生きているものの未来の姿である。遺体や身体の商品化の流れにどう対抗するべきかを考えなければならない。市場経済が遺体をも商品化したものが「人体の不思議展」である。遺体利用と商品化はワンセットであり、商品化は格差を利用して行われている。こうした商品化は、弱者からの搾取でしか成立しないといえる。

移植医療では臓器売買は禁止されており、献体や献血もボランティアで行われている。また、困っている人の力になりたいという善意の人々はたくさん存在する。では、ボランティアならいいのか。臓器移植法が改正され、臓器提供が増加しているが、本人の意思が不明でも、家族の承諾で臓器提供が可能

となったためと考えられる。本人意思がわからないまま、家族の意思で社会貢献という思いで提供されることは正しいのか。このままの流れが進んでいくと、自己決定は置き去りにされる可能性がある。

遺体はものを言うことはできない。だからこそ、生きている者が遺体への尊厳を保持する必要があるのではないか。

人権の尊重は、遺体の尊厳にまで及ぶ。現在、日本にあると思われるプラストミック標本も身元確認と返還を行い、必要に応じて遺族への謝罪と補償をする必要がある。具体的な解決の道筋があるわけではないが、こうしたことができてこそ、再発防止につながらと思う。

2. 「人体の不思議展」開催中止運動の取り組みについて

1) 「これまでの経過と到達点」

これまでの私たちの取り組みの到達点は、実行委員会を解散させ、最終的に人体の不思議展を閉幕させたということ。「人体の不思議展」を考える京都ネットワークの結成の目的は、京都展の開催中止と今後二度と同展が開催されないようにすることであったから、京都展の開催中止はならなかったが、閉幕させたという点で目的を達成することができたと考えている。同展実行委員会は2012年3月の同展ホームページ上で解散そして閉幕を宣言しており、この点をぜひ確認したい。

私たちは、最初に京都市及びみやこメッセの指定管理者に対し、開催許可取消の要請を行った。その際、指定管理者に対し主催者が展示物は「本物の死体」とチラシに掲載していることから、献体の同意書等を確認すべきと伝えた。いったんは指定管理者側も確認すると回答したが、その後撤回。そして、指定管理者、京都市ともに展示されているプラストミック標本が本物の死体かを確認する必要はないと回答してきた。その後、主催者に対し、死体解剖保存法19条違反を理由に刑事告発を行った。詳細は後で述べる。

また、私たちは、市民的な運動として展開するため、そして先述の開催許可取消要請や各種団体・個人に対する協力要請を行うため、組織があった方が

小笠原伸児 氏（弁護士・京都法律事務所）

よいと考えて、緩やかな組織として「人体の不思議展」を考える京都ネットワークを結成して取り組んだ。

2011年1月には、阿部知子議員の協力を得て、厚生労働省と懇談会を開催。この懇談会の獲得目標は、厚生労働省に①標本は死体であることを認めさせること、②死体解剖保存法19条は保存に関する一般的規定であることを確認することとした。①については認めさせることができ、このことが運動の大きな転機となった。

こうした取り組みの各場面で、マスコミへ広報の協力を要請し、さまざまな媒体でこの問題が取り上げられるに至った。

刑事告発では、2011年11月19日に告発状を提出したが、不受理。当初は、死体解剖保存法の管轄は厚生労働省であり、厚生労働省の見解を確認したいといった消極的な対応であった。12月9日に再度告発状を提出した際には、京都展の開催前であり、犯罪として実行されていないということでまたも不受理。しかし、この時点で府警から独自に調査を開始した旨を確認している。そして、2012年2月1日に告発状が受理



されることとなった。こうしたことから、いかに警察を動かすかということも大きなポイントであったと考える。なお、2012年12月24日に、刑事告発について不起訴とする処分通知が届いた。理由として、死体解剖保存法違反の客観的要件はすべて満たしているが、主催者がプラスチック標本が死体であるとの認識がなかったと説明しており、故意を認定するには不十分と判断したとのこと。ただし、この処分について京都地検の担当検事と面談した際には、担当検事から主催者に対し、今後は同展を同じように開催すれば保存法違反となることを伝えたと確認している。

ネットワークとしては、主催者が開催前からプラスチック標本は本物の死体であることを宣伝文句にしていることから、京都地検の判断を不服とし、京都検察審査会に申し立てを行ったが、不起訴相当

との議決が出された。

民事訴訟については、開催会場である「みやこめっせ」の近隣に住居を構える宗川吉汪氏を原告に、違法な展示行為により平穏な生活を営む権利が侵害されたとして損害賠償請求を行った。2012年2月16日には京都地方裁判所が、7月19日は大阪高等裁判所がそれぞれ棄却の判決を出している。大阪高等裁判所の判決は、『死体』にあたるか否か、『保存』にあたるか否か、展示物の取得過程に何らかの違法行為が存在したか否か法律上の判断はさておき」というあまりにひどい内容であったが、主催者が解散していることを受けて、民事訴訟を終了させるという判断を行った。

こうした運動の中で、新たな課題も浮き彫りになったが、私たちが目指したネットワークの目的は達成できたと考えている。

2) 損害賠償請求事件（民事訴訟）を通じて

宗川 吉汪 氏（京都工芸繊維大学名誉教授）

「人体の不思議展」の違法性を訴える手段の一つとして損害賠償請求の民事訴訟を起こし、近隣に住む者として平穏に暮らす権利が侵害されたと主張した。それに対して裁判所の判断は、個人の倫理観や感情は法的な保護に値しないとして、2012年7月19日に大阪高裁で棄却の判決が言い渡された。

さきほども紹介があったように大阪高裁の判決文は「法律上の判断はさておき」という不当でふざけた内容であった。我々は同展が違法性を有するものだとして主張していることに対し、裁判所は違法・適法の判断を「さておいた」のである。これが日本の司法かと愕然とする内容だ。

末永氏のご著書に、1995年の日本解剖学会全国学術集会で示された2人の解剖学者の見解が紹介されている。一つは「もはや解剖学は医学部・医科大学とその周辺だけに閉じ込めておくものではない。社会が解剖学を求めている。」（坂井健雄「新しい時代の解剖学の意味を歴史を通して考える」）というもの。一方で、「解剖学を専攻してきた一人として、許されない過ちを冒したことへの慚愧に堪えない思いでいる。（中略）わが国では『商品人体標本』を『献体標本』と偽って、科学教育に用いることは、全国で約13万人の献体を登録されている方々への冒涇行為であるといえよう。」（神谷敏郎「東京大学医学部

における教育標本にまつわる話題」）と発言した人もいる。

日本解剖学会は2010年に標本の公開は非営利に限られるといったガイドラインを発表しているが、同展については言及していない。2012年2月に日本医師会が同展は倫理上問題があり、協力できないとする声明を発表した。我々もそれを引用してはいるが、しかし実態は違っている。日本医師会は、同展での遺体の扱いに対して、現在の法規制をあてはめるのは無理だとして、現状では同展のような行為が黙認される一方で、再生医療研究や手術研修などが認められる範囲が明確ではなく、実施しにくい事態があるので改善が求められる、と主張しているのである。

これは、医師会が、死後の人体を利用した手術研修を始め、再生医療も含めて実施しやすい状況になるよう、立法化も視野に入れて改善するよう求めている内容である。医師会の声明は、人体展の違法性を訴えているものになっていない。

また、先ほど紹介した坂井武雄氏は2008年に出版した『人体観の歴史』において、「自分の肉親の遺体



についての執着は強く、他人の遺体に対して許容度が大きくなるのは、理解できないこともない。しかし、（中略）『人体』に対峙する自らの姿勢をそろそろ自覚的に問い直すべき時期がきているのではないだろうか」と述べているが、これは、自身あるいは肉親の遺体を積極的に献体すべきとの発言ともとれる。

こうした意見に対し、中川米造氏の著書『素顔の医者』を紹介したい。「戦後あちこちの大学を事務所、白菊会とか白梅会などという名称の団体がつくられた。これは自分の死後、遺体を医学の進歩に役立てたいと登録しておき、死亡時に連絡すると大学から引き取りにきて保存しておき、実習の時期にそれによって学生が勉強させてもらい、終了後茶毘に付してお返しすることになる。（中略）解剖学の教授は死後解剖実習の対象となるという不文律があるようだが、それ以外の医科大学の教授たちは、ほとんどそのようなことはない。病理学者が死にぎわに、病理解剖をやめて欲しいといいのこしたという噂はよくもれてくる。（中略）福祉国家として知られている北欧では、もう30年くらい前から人体解剖実習はないという。その代わりに動物で解剖実習をやるのだそうである。それで、北欧の医者が頼り

ないという話はきかない。もし解剖実習が人体内部の構造を明らかにさせることだけを目的とするならば、このごろの発達した技術を使えば、もっと効果的な方法はいくらでもある。」

国連機関の一つであるユネスコは、2005年の総会で「生命倫理と人権に関する世界宣言」を採択した。そこで、人間の尊厳および人権に関して、第3条で以下のように規定している。「1. 人間の尊厳、人権および基本的自由は十分に尊重される。2. 個人の利益および福祉は科学または社会のみの利益に優先されるべきである。」

この「個人」には胎児や身体障害者、そして死者も含まれると考える。これを「延長された個人」と定義したい。この「延長された個人」は代理者ではない。重度身障者に対するケアは、その人の権利であり、他人の義務によるものではない。これを死者にも適用すべきと考える。故人を丁重に扱うことは、生者の義務ではなく死者の権利であると主張したい。

医学教育における解剖実習はそろそろ止めにすべきではないか。また、医師の研究に遺体を使用することについても、死者の尊厳からして問題があり、私としては反対したい。

3) 京都府保険医協会の取り組み

京都府保険医協会がどういった視点でこの問題に取り組んできたか。そして、今後の取り組みの内容について報告したい。

京都府保険医協会は、京都府医師会会員のほとんどが会員となっている。この二つが京都での大きな医師組織となっている。医師団体の基本的な問題意識の一つとして、人権問題がある。協会では、医療にかかわれないということが人権問題の最たる問題だと捉え、中心課題として積極的に運動に取り組んできた。

特に15年戦争の際の、人命を預かる立場である医師自身が行った犯罪的行為についても、京都大学・京都府立医科大学が中心的役割を果たしたということもあり、過去の事実と向き合わなければいけないと考えている。現時点では、この事実からどういった教訓が得られるのか、また今後の医療医学の発展にどう結びつけられるのかといったことを明らかにす

垣田さち子 氏（京都府保険医協会副理事長）

る運動を進めていかなければいけないと考えている。

そうした中、2010年12月から「人体の不思議展」京都展が開催されると各地より連絡が入った。京都で開催されるのは2回目だが、同展の問題点を改めて確認するため、理事会で議論を開始した。医師団体として、遺体の商用展示は許さない、同展の開催中止を求めることを確認し、まずは厚生労働省の見解を求めることから運動を始めた。協力いただいた議員は阿部知子氏。確認のポイントは、プラストミック標本は死体かどうか。同展は死体解剖保存法19条違反ではないかという2点。この懇談でプラストミック標本は「死体」であるとの見解を引き出すこととなった。



その後、講演会「医学・医療に関わる倫理について考える」を開催。この講演会で同展の問題点を、法律家・研究者・科学者などの視点から総合的に議論することができ、大変内容の濃いものとなった。また2012年2月16日付の産経新聞では、同展主催者が東大に対し、8400万円の寄付を行っていたことが報道された。これは、ネットワークの運動の中で引きだした成果。医学会の中の体質があぶりだされた事件だと考えている。そして、2月22日には日本医師会第Ⅻ次生命倫理想談会「移植医療をめぐる生命倫理」答申が発表された。同展の営業などに関わら

ないよう付記しているものの、この答申に対する問題点はさきほどの話にもあったとおりとなる。

本日、同展の開催中止運動の総括としての報告会を開催しているが、課題はまだ山積している状況。同展の開催を中止させることができたという到達点は確認しつつ、協会は「医の倫理」問題を中心課題の一つとし、運動の獲得目標や到達点を慎重に議論しながら引き続き倫理問題に取り組んでいきたい。そして、ひとりひとりの医師がどう受け止めて、今後どうしていくのかということが考えられるような問題提起を行っていきたい。

4) 石川県における取り組み

齊藤 典才 氏（石川県保険医協会理事・城北病院副院長）

石川県医師会の会誌である「石川医報」に末永氏の著書の書評を掲載するにあたって、会内からいろいろな意見が出された。あくまで石川の事例となるが、「人体の不思議展」に対する医師会の問題意識の在り様が伺えることとなったので、紹介したい。

末永氏より今般の著書をいただき、その内容に深く感銘を受け、ぜひ多くの医師に書籍を紹介したいと書評を作成した。当初の原稿では「…また、日本における医学医療団体の姿勢も問われている。少なくとも2008年ごろまでは日本医師会、日本歯科医師会、日本看護協会などがこぞって後援してきたのは事実であり、後援に至った経緯や後援を取りやめる理由の一切の説明がなされておらず、反省の弁もない。医療関係者としてこの展示の後援をしてきたことに対する社会的責任は問われるべきではないだろうか」と医師会を明確に批判した内容とした。この内容で会内において意見を伺ったところ、ある理事から日本医師会は、第Ⅻ次生命倫理想談会において「移植医療をめぐる生命倫理」答申の付記で「人体の不思議展」の問題に対し総括を行っている。この付記の中で、後援に至った経緯や後援を取りやめた理由を詳細に記載しており、日本医師会は社会に対して説明責任を果たしているとの意見が出された。

先ほどから報告されている答申の付記では、「この展示に対しては、一般人が人体の構造を間近で見て、手に触れることができるという教育上の意義を認める意見もあり、各開催地では地元の自治体、教育委員会、新聞社、医師会などが後援してきた。しかし一方で、遺体を興味本位の見せ物にして金儲け

の道具にし、死者の尊厳を冒瀆しているとの批判もあり、2006年8月、仙台での開催を機に『人体の不思議展に疑問を持つ会』が設立されるなど、反対運動も起こった。

こうした動きに対し、日本医学会は、2006年8月、人体の不思議展への後援を取り下げ、各医師会もこれに倣った。2010年には金沢市での開催に対し石川県医師会・金沢市医師会が、また京都市での開催に対し京都府医師会が、それぞれ中止を求める要望書を出したが、両市とも予定通りに開催された」とある。

この内容を受けて、さきほどの意見に対し、再度反論。この答申が出されたことを知っているのは、医師会の中核の方や関心の高い一部の人のみではないか。つまり、この答申付記によって、医療者一般や国民に対しての説明がなされたとは言い難い。また、この内容からは後援を行ったことに対する反省の弁や強い抗議の意思は感じられず、この点も問題があるのではとした。

そのことに対し、確かにこの付記では日本医師会が後援を行ったことに対する反省の弁や同展に対する抗議は記載されていない。しかし、述べるべきことは述べられており、とりたてて問題視する内容ではないと考える。重要なことは地方医師会の問題提起を日本医師会が真摯に取り上げ、生命倫理想談会



で議論し、答申という形で記載したことだと考える。この答申がでたことがきっかけで同展は閉幕することとなったのであり、過去の対応の是非よりも今回の大きな成果を称賛すべきとの意見が出された。

このような議論をもとに今回の書評は「前出の日本医師会生命倫理懇談会は明確な否定的見解を示したが、二度とこのようなことが起きないようにするためにも、過去の後援してきた経緯について総括しておく必要があるのではないだろうか。そして、あ

らためて懇談会の声明文を読んでもみると、『死後の人体の扱いについて、人の尊厳を侵すのはどのような場合か、社会に問題を提議し、議論を喚起して、明確なルールを定める新たな立法を考えていく必要がある』と述べており、今後責任を持って取り組んでほしいと期待している」となった。

筆者としてはかなり不本意な内容となったが、医師会においてはこうした受け止め方が多勢かと考え、紹介させていただいた。

3. 意見交換・交流

【講演について】

参加者 アイヌの人骨に囲まれている研究者の写真があったが、あの行為は法律に触れるものではないのか。

末永氏 死体解剖保存法には問われていない。また、本土の墓を暴くということは墳墓を損壊するということで法律に触れるが、アイヌの場合は文化財の調査・発掘という範疇に含まれていて、上記の法律に抵触するという事にはならない。

参加者 遺骨等の返還請求訴訟が今年行われたと聞いたが、墳墓の損壊に当たらないとするなら、原告の主張はどのようなものなのか。

末永氏 宗教的な思いを踏みにじられた、本来であれば子孫が祭るべき遺骨を持っていかれているという主張をされている。

参加者 文化財として取り扱われていることに対しては、どう批判しているのか。

末永氏 一応文化財の扱いということになっているが、手続きとしても曖昧。子孫の方々がそのことに対してどう批判しているかということは把握できていないので、確認したい。

宗川氏 詳細を知っているわけではないが、アイヌの人々や琉球の人々は日本人という扱いではない。日本は単一民族という幻想を作り上げ、曖昧にしてしまったという問題ではないか。

【全体について】

参加者 前回京都で開催された「人体の不思議展」を観覧したが、なんともいえない気分の悪さが残った。しかし、他の観覧者からは非常に面白かった等の意見が多かった。感覚的にこれはおかしい、気持ちが悪いなどを感じる人が少ないということが非常に気になった。そうした感性が希薄になっていることに危機感を覚え、問題にしなければいけないと強

く感じた。

また、現在尊厳死という問題が大きく取り上げられているが、世界で行われている尊厳死は自殺ほう助だ。スイスでは外国籍の人間も受け入れ、自殺するための薬剤を渡すなどしている。また、亡くなった方の臓器を移植のため取り出すことも行っている。少しでも臓器の鮮度を保つため、自殺希望者に麻酔をかけ、臓器を取り出し、その結果亡くなるという手法もあるなどの意見も出されている。あるいは、高齢者や難病患者、障害者に対して、無益な医療は行わないとして、医療が提供されないという事態も起こっており、どちらかというと日本が例外的だと感じる。

これらの犠牲者は下層階級の人間であり、このことによって上層階級の人間が守られるという構図になっている。生命の格差が生まれているということであり、非常に恐怖を感じる。こうした世界の状況をひろく知らしめていきたい。

参加者 死体の権利・尊厳というとき、尊厳を侵される被害者は誰なのか。民事訴訟では宗川氏が原告にならざるをえない。死者の権利を明文化したとき、どう考えるべきか。また、権利や自己決定という考え方の中に、自分の死や死体の行方についても自己決定すればいいのではという考えが忍び込むことにならないか。「遺体」の扱いは個人の権利ではあるけれども、近親者や社会とのつながりの中で、ただの物ではないということを社会的な認識にすべきなのではないか。

末永氏 自己決定だけでは解決しないという意見に同意する。例え不思議展で展示されることを本人が了解したとしても、それを許さない社会にしたいと運動を起こした。フランスでは司法が同展を違法だと判断。社会的に許さないという態度を示し、法

律に遺体・遺灰に権利がある旨を明文化した。しかし、質問にもあったように、遺体あるいは遺灰は被害を受けても権利を主張することはできない点が難しい。

宗川氏 権利要求の主体は社会ではなく、個人。個人だとすると胎児や幼児、重度身障者も、本人が権利を要求しなければならなくなる。こうした場合に「延長された個人」という考え方を持ってくる。延長されているので、代理人ではなく本人だとみなすことになる。遺体についても同じ考え。

小笠原氏 現在の刑法では一定の法益を守るために一定の行為を犯罪と規定し、刑罰を科す。法益には個人的法益、社会的法益、国家的法益がある。刑法190条は社会的法益に対する罪とされている。守るべき社会風俗に対する犯罪。個人的法益に対する罪については被害者が存在するが、社会的法益に対する罪については被害者が常に存在するわけではない。

ここからは個人的見解だが、社会的法益や国家的法益を拡大すればするほど、個人の自由は制約されてくるだろう。自由や権利を拡大する考え方は、おそらく社会的法益や国家的法益を制限する方向で発展してきていると考えられる。今回の死体の尊厳を害するような行為に対して違法だと判断する場合に、どの法益を害するのかを考えるのは非常に重要。また、司法では権利は自然人と法人にしか認めていない。自然人も原則的には出生して死亡するまで。例外的に胎児について一定限度での権利を認めている。亡くなった人に対する権利は、一般的に認めていない。死者の権利を司法の世界で考える場合はどういった権利として構成するか、法的に保護すべき権利をどう構成するかを考える必要がある。

参加者 薬害の被害者団体連絡協議体に所属しているが、繰り返される薬害での悲惨な事件の根源になにがあるのかと考えたときに、不思議展の根にある問題、あるいは戦争医学犯罪にある問題と同じ視点があるのではないかと感じた。

また、「延長された個人」について、医薬品副作用被害救済制度というものが創設されているが、全然活用されていない状況。その中の一つの課題として、民法では胎児は人にあらずという問題があり、陣痛促進剤で胎児が亡くなり、死産となった場合に救済の対象とならない。なんとかしたいと運動を行っているが、民法の壁は厚く、現

時点では手も足も出ない状況。

参加者 中絶は罪となる。すべてが胎児を人として認めていないわけではない。

小笠原氏 胎児の権利としてあえて構成しなくても、妊婦の生理的機能を不当に侵害した、つまり妊婦に対する傷害罪という構成は可能ではないか。

末永氏 さきほど、根底に戦争の後始末をしてこなかったということがあると発言されたが、戦争というものは後始末をしなくてもいいと考えなければできないものなのかもしれない。日本という国も、医学界もきちんと反省しなければいけないことと向き合ってこなかった。こうした流れは、特に原発で顕著ではないか。後始末できない物質をどんどん生産しながら、そうした状況をなみなにしている社会など、戦後史の根幹に日本の反省を行ってこなかったという体質が重なるのではないかと感じた。

齊藤氏 さきほど出された日本医師会の答申の中で触れられている解剖学研修について、アメリカでは実際に遺体が売買され、使用されている。日本でも、こうした事実を取り入れたいと考えているのではないかと感じる。



4. アピールの採択

参加者とともにこれまでの運動の成果、到達点と今後の運動の課題を確認し、以下のアピールを採択した。

なお、シンポジウムで明らかとなった到達点をもって、「人体の不思議展」を考える京都ネットワークを解散することも併せて確認した。

「人体の不思議展」の再開を許さない

「人体の不思議展」はプラスチック樹脂で特殊加工した「本物の死体」を商業的に展示する催しものである。中国製標本を用いた人体展は、2002年以来全国35カ所を巡回し、一昨年12月から約2ヵ月間、京都市左京区岡崎の"みやこめっせ"で開催された。

同展に対しては以前から、遺体の商業展示は人道上許されないとする強い批判がなされていた。京都展開催にあたって、その中止を求めるべく『「人体の不思議展」を考える京都ネットワーク』が結成され、京都市や"みやこめっせ"への要請、刑事告発、損害賠償請求の民事訴訟を通じて、人体展が生命倫理に反すること、死体解剖保存法に抵触すること、展示そのものが違法であることを訴えてきた。残念ながら、京都展は強行された。刑事告発は主催者側の故意を立証できないとして不起訴となり、京都検察審査会での議決も不起訴相当となった。民事訴訟も、京都地方裁判所、大阪高等裁判所において訴えが棄却された。

しかしながら、この間のネットワークの運動が力となり、「人体展の標本は死体であり、同展は客観的には死体解剖保存法に違反する」とする法務省刑事局の見解、ならびに「人体展は

倫理上問題があり協力できない」とする日本医師会第Ⅻ次生命倫理懇談会の声明を引き出すことができた。こうした動きが人体展事務局の解散と同展の閉幕を宣言させるまでに興行主を追い込んだ。今後、日本における人体展開催は極めて困難になった。これは当ネットワークも関わったこれまでの人体展開催中止運動の大きな成果である。

現在、興行主が遺体標本を保管しているのであれば、それも違法と言わざるをえない。人体展を閉幕した以上、興行主は速やかに遺体を中国に返還し、手厚く弔うべきである。また、これまで人体展を推奨した日本の医学界、各地の教育委員会、マスコミ、自治体には非人道的「死体展」に手を貸したことに対して真摯に反省するよう強く求めたい。

現在、死体の商業展示は法律上明確に禁止されていない。いつ何時再開されないとも限らない。「死体展」の再開を絶対に許すわけにはいかない。今後とも厳しく監視していくことをここに表明する。

2012年12月22日
シンポジウム「『人体の不思議展』は何だったか」参加者一同

協会だより（定例理事会要録から）**2012年度（平成24年度）第16回 2013年2月12日****I. 文書報告の確認****【総務部会】**

1. 前回理事会（1月22日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 代議員会議長・副議長との打ち合わせ（1月23日）状況
4. 京都市の屋外広告物制度の規制に関する説明会（1月24日）状況
5. 会計半期収支点検（1月24日）状況
6. 第184回定時代議員会「決議」発送状況

【経営部会】

1. 保団連近畿ブロック経税担当事務局会議（1月18日）状況
2. 金融共済委員会（1月23日）状況
3. 税理士との相談日（1月23日）状況
4. 新規開業予定者のための講習会（1月27日）状況
5. 保団連近畿ブロック共済担当事務局会議（1月30日）状況
6. 雇用管理相談日（2月5日）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（1月16日）状況
2. 医療機関側との懇談状況
3. 医療事故案件調査委員会（1月25日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（1月28日）状況

【政策部会】

1. 社保協近畿ブロック懇談会（1月14日）状況
2. 社保協運営委員会（1月17日）状況
3. 第13回ICT検討委員会（1月18日）状況
4. 保団連近畿ブロック本会議（1月19日）状況
5. 出版編集会議（1月21日）状況

【保険部会】

1. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（12月17日）状況
2. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（1月16日）状況
3. 保険講習会B（1月17日）状況
4. 保団連社保・審査対策部会事務局小委員会（1月18日）状況
5. 第3回医事担当者連絡会議（1月24日）状況
6. 在宅医療点数に関する勉強会（1月29日）状況

II. 確認・承認事項**【総務部会】**

1. 総務部会（2月5日）状況確認の件
2. 代議員・予備代議員選挙実施の件
3. 第184回定時代議員会（1月31日）状況確認の件
4. 2012年度12月分収支月計表報告状況確認の件
5. 1月度会員増減状況確認の件
6. 会員入退会及び異動（1月22日～2月12日）に関する承認の件

【経営部会】

1. 経営部会（2月5日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（2月5日）状況確認の件

【政策部会】

1. 保団連理事会（1月20日）状況確認の件
2. 12～13年度第2回保団連代議員会（1月27日）状況確認の件
3. 第54回医療制度検討委員会（1月23日）状況確認の件
4. 第2回りハビリテーション行政の在り方検討専門分科会傍聴（1月30日）状況確認の件
5. 政策部会（2月5日）状況確認の件
6. 「バイバイ原発3・9きょうと」参加呼びかけのお願いの件
7. メディペーパー京都第163号、本紙（第2847号）合評の件

【保険部会】

1. 理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会との懇談会（2月2日）状況確認の件
2. 保険部会（2月5日・8日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項**【総務部会】**

1. 第13回文化講座開催の件
2. ランニング教室開催の件

【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. バイバイ原発きょうと実行委員会への出席の件
2. バイバイ原発きょうと事務局会議への出席の件
3. 福祉国家構想研究会主催「いま、対抗構想を考える！安倍新政権の新自由主義構造改革とは何か」公開研究会参加の件

4. 出版編集会議開催の件
5. TPP参加反対京都ネットワーク事務局会議出席確認の件
6. 第3回TPP参加反対京都ネットワーク出席確認の件
7. 医療保険制度学習会講師依頼の件

【保険部会】

1. 府生保個別指導立ち合いの件
2. 保団連診療報酬改善対策委員会への参加の件
3. 島根協会「届出医療の日常管理・適時調査対策勉強会」への講師派遣の件

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調査統計情報

②国をめぐる動き

V. 診療報酬関連情報

1. 中医協（1月23日）状況（診療報酬改定結果検証部会、調査実施小委員会、中医協総会、費用対効果専門部会）
2. 2012年12月度国保合同審査委員会（12月19日）状況確認の件

VI. 要討議事項

【保険部会】

1. 保団連「2014年診療報酬改定に向けた保団連要求（第1次案）」討議の件

《以上、35件を承認。1件を継続審議》

2012年度(平成24年度)第17回 2013年2月26日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（2月12日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. サロンコンサート（2月17日）状況
4. 第2回ワイン講座（2月17日）状況

【経営部会】

1. 建築士との相談日開催（2月13日）状況
2. 保団連近畿ブロック大阪国税局交渉（2月13日）状況
3. 白色確定申告書作成会（2月15日）状況
4. 白色確定申告説明会（2月19日）状況
5. 傷害疾病保険審査会（2月19日）状況
6. 金融共済委員会（2月20日）状況
7. 雇用管理相談日（2月21日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談状況

【政策部会】

1. 保団連近畿ブロック総会（2月16日）状況
2. 福祉国家構想研究会 西日本公開研究会（2月17日）状況
3. 出版編集会議（2月18日）状況

【保険部会】

1. 京都府生活保護医療個別指導立ち合い（2月1日）状況

II. 確認・承認事項

4月のレセプト受取・締切

基金	9日(火)	10日(水)	労災	10日(水)
国保	○	◎		◎

※○は受付窓口設置日、◎は締切日。

受付時間：基金 午前9時～午後5時30分

国保 午前8時30分～午後5時15分

労災 午前9時～午後5時

地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地 区	時 間	場 所
4月13日(土)	亀岡市・船井医師会との懇談会	午後2時30分～	ガレリアかめおか
4月20日(土)	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	4月10日(水) 午後2時～	担当＝坂本建築士
雇 用 管 理	4月18日(木) 午後2時～	担当＝本宮社会保険労務士
ファイナンシャルプランナー	4月18日(木) 午後1時～	担当＝三井生命F C (ファイナンシャルコンサルタント)
法 律	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	4月24日(水) 午後2時～	担当＝外村公認会計士

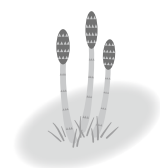
楽しく

わかりやすく

ためになる！

新しく医療機関に 勤められた方のための研修会

1日目：4月11日（木）午後2時～4時
「医事紛争から見た医療従事者としての心構え」
医療安全対策部会 副理事長 林 一資
「知っておきたい保険基礎知識（請求留意事項）」
保険部会 理事 田中 正明



2日目：4月18日（木）午後2時～4時
「医院・診療所での接遇マナー研修・初級編」
元日本航空客室乗務員 茂木 治子氏
場 所 京都府保険医協会・会議室
対 象 新入職員、研修会はじめての方 **要申込**
定 員 40人
※申込み後にキャンセルする場合もご連絡をお願いします。
協 賛 有限会社アミス

市民公開講演会・反核京都医師の会
第33回定期総会記念講演

今、内部被ばくについて知ろう

日 時 4月20日（土）午後2時～4時30分
場 所 京都府保険医協会・会議室
講 師 松井 英介氏（岐阜環境医学研究所所長、市民と科学者の内部被曝問題研究会副理事長）
中村 純氏（内部被曝から子どもを守る会
関西疎開移住（希望）者ネットワーク代表、こども検診医療基金・関西副代表）
主 催 IPPNW京都府支部、核戦争防止・核兵器廃絶を訴える京都医師の会

要申込
先着60人

お問い合わせ・申し込みは保険医協会まで

指導・監査対策講習会シリーズのご案内

（シリーズ第1回） 保険医取消に比例原則の必要性を認めさせた石川善一弁護士による講演会

訴訟に見る指導・監査・取消処分の現状と、その改善に向けて

山梨県の溝部達子医師の保険医及び保険医療機関取消処分は違法として、2011年5月31日、東京高等裁判所において勝訴を導いた、石川善一弁護士を講師に迎え、溝部訴訟についての東京高裁判決の歴史的な意義と教訓を学びます。また、石川弁護士が代表を務める「指導・監査・処分改善のための健康保険法改正研究会」で議論されている「健康保険法の改正に関する基本的な提言」についても報告いただきます。

日 時：4月27日(土) 午後2時～4時30分

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

講 師：石川 善一弁護士

（溝部訴訟代理人・山梨県。東京大学法学部卒業、1987年弁護士登録）

備 考：定員になり次第、締切ります。（定員70人）

駐車場はありません。公共交通機関をご利用いただくか、近くのコインパーキングをご利用下さい。



（シリーズ第2回） 医師・管理者向け 指導・監査対策講習会

指導・監査・取消処分の実態—その時、あなたはどう対応しますか？

日 時：5月30日(木) 午後2時～4時30分

場 所：登録会館「大ホール」（京都市中京区烏丸通御池上ル二条殿町546-2）

内 容：①指導・監査とは？（法的根拠、実施件数、返還金など）

②個別指導・監査の実際（実演による）

③療養担当規則のポイントと、よく指摘される事項

④帯同経験のある弁護士からの報告

参加費：1,000円を予定（会場代、資料代として）

備 考：定員になり次第締切ります。（定員120人）

駐車場はありません。公共交通機関をご利用いただくか、京都市御池地下駐車場など近所のコインパーキングをご利用下さい。

医療・福祉・介護シンポジウム

京都の開業医が展望する地域ケア

先着
200人

高齢になっても、障害があっても、
その人らしく生活できるケアの実現へ
患者さんと日々向き合う開業医だからこそ、
みえるものがある

日 時 5月18日(土) 午後2時～4時30分

場 所 ハートピア京都大会議室

参加費 無料・要申込

お問い合わせ・お申し込みは保険医協会まで

保険講習会A+個別指導対策講習会

第一部 医師および医療従事者対象 **保険講習会A（保険基礎知識）**

第二部 医師のみ対象 **個別指導対策の基礎知識** ※開催日3日前までにお申し込みください。

南部（木津川市）

日 時 4月20日（土）午後2時～4時
場 所 木津川市中央交流会館「いずみホール」
（木津川市木津宮ノ内92）
共 催 社団法人相楽医師会

北部（福知山市）

日 時 4月24日（水）午後2時～4時
場 所 福知山市中央保健福祉センター
共 催 社団法人福知山医師会

4月1日より普及開始！

保険医 年金



加入申込期 4月1日（月）～6月20日（木）
※2013年9月1日付加入です

予定利率 **1.259%**（2013年2月1日現在）

月払（満74歳以下の会員）

1口1万円 30口限度（30万円）

一時払（満79歳以下の会員で月払に加入している方）

1口50万円 毎回40口（2,000万円）

※手数料との関係で1.259%の利率が続くと仮定して、新たにご加入される月払については4年以上、一時払で2年以上の長期にわたって積立されることをお勧めします。詳しくは、3月末送付の年金パンフレットをご覧ください。

◎普及担当の生保営業員がご説明に伺った際には、ご面談下さいますようお願いいたします。

ご注意ください！

現在ご加入の年金を一部あるいは全部解約し、新たにご加入申込みされる場合は**6月10日（月）**までに解約書類を協会事務局までご提出下さい。保険医年金に關するお問い合わせは、京都府保険医協会・経営部会まで。

—お知らせ—

2013年2月1日付で下記の通り
シェア変更を行いました。
ぜひ加入をご検討下さい！

【受託会社引受割合】

三井生命保険株式会社（幹事）	24.19%
明治安田生命保険相互会社	32.91%
富国生命保険相互会社	17.90%
ソニー生命保険株式会社	1.00%
日本生命保険相互会社	14.00%
太陽生命保険株式会社	7.50%
第一生命保険株式会社	2.50%

②今春の普及活動も全7社体制で行います。
電話・訪問等が重なる場合がございますが、
ご容赦下さい。

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3月】

毎年全面書き下ろし、信頼と実績の治療年鑑 2013年1月発売		全医療関係者必携の医薬品情報書、2013年1月発売	
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 2,064頁●医学書院		☐ 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	
☐ デスク判(B5) 19,950円		☐ 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	
☐ ポケット判(B6) 15,750円		比類なき内科学のグローバルスタンダードの(原著最新18版)待望の日本語版	
☐ 解剖実習カラーテキスト 6,720円 坂井建雄・著●B5判 400頁●医学書院		☐ ハリソン内科学 (第4版) 31,290円 福井次矢・他監●A4変型判 3,500頁●MEDSI	
☐ 臨床検査ガイド2013～2014 8,925円 これだけは必要な検査のすめかた・データのよみかた Medical Practice編集委員会・編●A5判 1,128頁●文光堂		☐ 心房細動カテーテルアブレーション 10,500円 山根禎一・編●B5判 336頁●メジカルビュー社	
☐ 足の画像診断 7,770円 小橋由紋子・著●B5判 312頁●MEDSI		☐ 先天代謝異常ハンドブック 14,700円 遠藤文夫・編●B5判 456頁●中山書店	
☐ ここまでわかる頭部救急のCT・MRI 8,925円 井田正博・著●B5判 536頁●MEDSI		☐ 高齢者によくみられる皮膚疾患アトラス 鑑別と治療のポイント 6,720円 横関博雄・他編●B5判 356頁●医薬ジャーナル社	
☐ 脳・脊椎病変の画像診断 (原著第1版) 31,500円 青木茂樹・他監訳●A4判 960頁●南江堂		☐ 尋麻疹・血管性浮腫 パーフェクトマスター 15,225円 秀 道広・編●B5判 368頁●中山書店	
☐ CCUテキスト 循環器救急から集中治療管理まで 12,600円 田中啓治・編●B5判 334頁●文光堂		☐ ひとりでこなす 外科系外来処置ガイド 8,400円 北野正剛・監●B5判 320頁●メジカルビュー社	
☐ 集中治療専門医テキスト (電子版) 13,650円 日本集中治療医学会・編●A5判 32頁●総合医学社		☐ 小児脳神経外科診療ガイドブック 10,500円 新井 一・他編●B5変型判 384頁●メジカルビュー社	
☐ 臨床に直結する 集中治療のエビデンス 12,600円 ペッドサイドですぐに役立つリファレンスブック 讃井将満・編●B5判 520頁●文光堂		☐ 心臓外科の刺激伝導系 18,900円 黒澤博身・著●A4判 224頁●医学書院	
☐ 腎生検プラクティカルガイド より深い臨床診断へのアプローチ 7,350円 西 慎一・編●B5判 230頁●南江堂		☐ 術中写真で見る 胆・膵の外科手術 9,450円 望月 泉・編●A4判 200頁●メジカルビュー社	
☐ 膠原病診療ノート 症例の分析、文献の考察、実践への手引き (3版) 6,090円 三森明夫・著●B5判 624頁●日本医事新報社		☐ スタンダード小児外科手術 押えておきたい手技のポイント 15,750円 田口智章・他監●A4判 384頁●メジカルビュー社	
☐ 心エコー・神経超音波で診る脳梗塞診断マニュアル 8,190円 吉田 清・他編●B5判 224頁●南江堂		☐ 糖尿病合併症の新展開 14,700円 ＜専門医のための眼科診療クオリファイ 16＞ 白神史雄・編●B5判 270頁●中山書店	
☐ 神経診断学を学ぶ人のために (2版) 8,925円 柴崎 浩・著●B5判 400頁●医学書院		☐ これだけは知っておきたい 産科麻酔Q&A (第2版) 6,720円 照井克生・編著●B5判 240頁●総合医学社	
☐ 現代臨床精神医学 (第12版) 8,085円 大熊輝雄・原著●B5判 630頁●金原出版		☐ 徹底ガイド 心臓麻酔Q&A (新装版) 7,140円 澁川耕二・編●B5判 288頁●総合医学社	
		☐ 麻酔科学レビュー2013 最新主要文献集 10,290円 天羽敬祐・監●A5判 296頁●総合医学社	

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

〈申込書〉 FAX：075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに○印を記入してください

【2013年度 年間購読雑誌一覧】

		雑誌名	税込価格	ご注文
総合	1	日本医事新報	¥ 34,335	
	2	医学のあゆみ	¥ 84,987	
	3	日本臨床	¥ 34,020	
	4	最新医学	¥ 47,250	
	5	MEBIO	¥ 32,760	
基礎医学	6	病理と臨床	¥ 40,950	
	7	臨床病理	¥ 27,660	
	8	実験医学(増刊含む)	¥ 70,560	
	9	細胞工学	¥ 22,680	
内科	10	内科	¥ 38,000	
	11	medicina	¥ 37,190	
	12	M. P. (メディカルプラクティス)	¥ 36,750	
	13	診断と治療	¥ 37,900	
	14	治療	¥ 36,960	
	15	j med	¥ 22,050	
	16	JIM(個人特別割引価格)	¥ 25,410	
	17	糖尿病診療マスター	¥ 23,400	
糖尿病	18	プラクティス	¥ 11,988	
	19	胃と腸	¥ 43,190	
消化器	20	消化器内視鏡	¥ 44,100	
	21	臨床消化器内科	¥ 35,350	
	22	肝胆膵	¥ 40,425	
	23	胆と膵	¥ 41,790	
	24	Heart View(ハートビュー)	¥ 38,010	
循環器	25	心エコー	¥ 31,500	
	26	バスキュララボ	¥ 23,100	
	27	コロナリーインターベンション	¥ 15,750	
	28	Circulation Up to Date	¥ 24,990	
呼吸器	29	呼吸と循環	¥ 32,400	
	30	呼吸	¥ 26,460	
	31	日本胸部臨床	¥ 33,600	
	32	呼吸器内科	¥ 32,760	
小児科	33	小児内科	¥ 49,980	
	34	小児科	¥ 42,525	
	35	小児科診療	¥ 41,800	
	36	小児科臨床	¥ 43,680	
	37	小児外科	¥ 42,420	
	38	小児科学レクチャー	¥ 34,000	
産婦人科	39	周産期医学	¥ 44,835	
	40	産科と婦人科	¥ 39,950	
	41	臨床婦人科産科	¥ 39,300	
	42	産婦人科の実践	¥ 43,680	
	43	OGS NOW	¥ 50,400	
皮膚科	44	デルマ	¥ 39,585	
	45	皮膚科の臨床	¥ 43,680	
	46	Visual Dermatology	¥ 35,280	
	47	臨床皮膚科	¥ 40,390	
精神科	48	精神科治療学	¥ 42,483	
	49	精神医学	¥ 30,600	
	50	臨床精神医学	¥ 46,830	

		雑誌名	税込価格	ご注文
外科	51	消化器外科	¥ 39,270	
	52	手術	¥ 43,680	
	53	臨床外科(個人特別割引価格)	¥ 38,640	
	54	外科	¥ 38,500	
	55	胸部外科	¥ 37,500	
	56	乳癌の臨床	¥ 15,120	
整形外科	57	整形外科(別冊含む)	¥ 49,500	
	58	整形災害外科	¥ 40,845	
	59	臨床整形外科	¥ 29,400	
	60	関節外科	¥ 40,740	
	61	Monthly Book Orthopaedics	¥ 35,805	
	62	OS Now Instruction	¥ 46,200	
	63	脊椎脊髄ジャーナル	¥ 32,235	
	64	臨床スポーツ医学	¥ 36,750	
	65	整形外科サージカルテクニック	¥ 15,120	
	66	整形外科最小侵襲手術ジャーナル	¥ 12,180	
形成	67	形成外科	¥ 40,950	
	68	PEPARS	¥ 39,900	
眼科	69	あたらしい眼科	¥ 32,382	
	70	眼科	¥ 43,680	
	71	眼科手術	¥ 10,080	
	72	臨床眼科	¥ 42,080	
	73	眼科グラフィック(創刊号+2013年/本誌のみ)	¥ 20,580	
NEW	NEW	眼科グラフィック(本誌のみ)	¥ 17,640	
耳鼻科	75	耳鼻咽喉科・頭頸部外科(個人特別割引価格)	¥ 38,430	
	76	JOHNS	¥ 36,960	
	77	ENTONI	¥ 39,585	
救急・麻酔	78	救急医学	¥ 38,640	
	79	INTENSIVIST	¥ 18,480	
	80	別冊ERマガジン	¥ 8,820	
	81	救急・集中治療	¥ 34,000	
	82	ICUとCCU	¥ 40,215	
	83	LiSA	¥ 30,450	
	84	麻酔	¥ 37,380	
	85	臨床麻酔	¥ 34,200	
泌尿器	86	ペインクリニック	¥ 38,800	
	87	臨床泌尿器科	¥ 41,780	
泌尿器	88	泌尿器外科	¥ 49,875	
透腎析・	89	腎と透析	¥ 45,780	
	90	臨床透析	¥ 31,500	
画像放射線診断・	91	画像診断	¥ 40,740	
	92	臨床画像	¥ 40,740	
	93	臨床放射線	¥ 41,370	
	94	インナービジョン	¥ 25,200	
神経・	95	神経内科	¥ 32,760	
	96	クリニカルニューロサイエンス	¥ 32,550	
	97	BRAIN and NERVE	¥ 35,670	
脳外科	98	脳神経外科(個人特別割引価格)	¥ 30,030	
	99	脳神経外科速報	¥ 28,350	
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