

Medi

メディペーパー京都

PAPER

KYOTO

2013.11 第173号(通巻417号)

CONTENTS

情勢トピックス	3
医療・社会保障編	3
社会保障制度改革に意欲、安倍首相が所信表明／臨時国会開幕 …ほか	
調査・データ編	27
所得格差の拡大、社会保障で抑える／11年再分配調査 …ほか	
政策資料	
資料1：持続可能な社会保障制度の確立を図るための 改革の推進に関する法律案	30
岡田知弘氏講演録「TPPで日本・地域はどうなる？」	44
協会だより	
12月の催し物(予定)、その他	56



休業補償、医賠償等損害保険
自動車・火災保険も
(有) アミスへ (Tel075-212-0303)



京都中央法律事務所

弁護士	^{アザミ} 蒔	立	明
弁護士	江	頭	節子
弁護士	松	尾	美幸
弁護士	福	山	勝紀
客員弁護士	塩	田	親文

京都市中京区二条通寺町東入ル
大興ビル2階

電話（075）222-0461代

ファクシミリ（075）222-0463

情勢 トピックス

今月の主な動き

10月15日に第185回臨時国会が召集され、社会保障制度改革の「プログラム法案」が提出された。医療関連では、「国家戦略特別区域法案」や「生活保護法一部改正案」と「生活困窮者自立支援法案」なども出される。来年の診療報酬改定に向けては財政審がプラス改定に否定的な考えを示す中、中医協論議が本格化している。

医療・社会保障編

国会

社会保障制度改革に意欲、安倍首相が所信表明／臨時国会開幕

第185回臨時国会が10月15日に召集された。会期は12月6日までの53日間。政府は15日朝に閣議決定した社会保障制度改革の「プログラム法案」（正式名称は「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」）や、日本再興戦略を実現するための「産業競争力強化法案」「国家戦略特別区域法案（仮称）」など23法案を提出する。

行 事	開始時間	場 所
3日(火) 各部会	午後2時	
6日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
9日(月) 乙訓医師会との懇談会	午後2時	乙訓医師会事務所
10日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA・B・C
11日(水) 公費負担医療の説明会（京都会場①）	午後2時	ルームA・B・C
下京東部医師会との懇談会	午後2時	ホテル日航プリンセス京都
12日(木) 雇用管理講習会	午後2時	ルームA・B・C
13日(金) 公費負担医療の説明会（舞鶴会場）	午後2時	舞鶴西総合会館3階 林業センター会議室
文化講習会「クリスマスリースづくり」	午後2時	ルームA・B
14日(土) 公費負担医療の説明会（木津川市会場）	午後2時	木津川市中央交流会館 「いずみホール」2階会議室
15日(日) 講演会&ワークショップ「鎌仲ひとみさんと考える こどもたちの未来のために 私たちができること」	午前10時30分	ルームA・B・C
17日(火) 公費負担医療の説明会（京都会場②）	午後2時	ルームA・B・C
19日(木) 保険講習会A「保険基礎知識・審査対策」	午後2時	ルームA
26日(木) 有床診療所懇談会「医療法立入検査、防火・防災対策学習会」	午後2時	ルームA・B・C

12月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
1月8日(水) 宇治久世医師会との懇談会	午後2時30分	うじ安心館3F大会議室
1月11日(土) 第651回社会保険研究会	午後2時	ルームA・B・C
1月18日(土) 左京医師会との懇談会	午後2時30分	ウェスティン都ホテル京都
1月30日(木) 第186回定時代議員会	午後2時15分	京都税理士会館
1月31日(金) 下京西部医師会との懇談会	午後2時	下京西部医師会事務所

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58～60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

社会保障関連では、前通常国会の会期末に野党多数の参院が安倍晋三首相への問責決議を可決したことから採決されず廃案になった「生活保護法一部改正案」と「生活困窮者自立支援法案」を再提出する。「薬事法及び薬剤師法一部改正案」も提出する予定だ。衆院で継続審議になっている法案は8件あり、「薬事法一部改正案」「再生医療等安全性確保法案」などが積み残しになっている。

議員立法では、全国がん登録データベースの構築などを盛り込んだ「がん登録推進法案」が提出される予定。このほか継続審議の議員立法には「医療機器研究開発促進法案」「アレルギー疾患対策基本法案」「介護従事者等人材確保特別措置法案」などがある。短期勝負の臨時国会で、どこまで与野党間で調整できるかが注目される。

●衆院厚労委は後藤委員長、丹羽氏が理事に

衆院では厚生労働委員長に後藤茂之氏（自民）が就任した。筆頭理事候補は自民の金子恭之氏。自民が届け出ている理事候補は、前通常国会から全員が入れ替わり、丹羽雄哉氏、渡嘉敷奈緒美氏、阿部俊子氏、北村茂男氏が名簿に名を連ねている。自民の理事候補者は厚労委員会が開かれてから正式に理事として承認される予定。その他の理事3人は変更なし。公明の理事は古屋範子氏が務める。野党の理事は山井和則氏（民主）と上野宏史氏（維新）。元社会保障制度調査会長の鈴木俊一氏は外務委員長に就いた。

●参院厚労委は石井委員長、筆頭理事は古川氏

参院厚生労働委員会のメンバーが決まった。参院が公表した10月15日付の名簿によると、委員長は石井みどり氏（自民）、筆頭理事予定者は古川俊治氏（自民）。その他の理事予定者は、高階恵美子氏（自民）、山本順三氏（自民）、長沢広明氏（公明）、津田弥太郎氏（民主）。通常国会から理事を継続するのは高階氏と津田氏の2人。理事予定者は、委員会が開催されてから正式に理事として選任される。

●安倍首相「全世代対応型の社会保障へ」

安倍首相は10月15日の衆参本会議で所信表明演説を行い、社会保障制度改革の遂行に意欲を示した。安倍首相は「少子化対策を充実し、全世代対応型の社会保障へと転換していく。医療、介護保険、公的年金について、受益と負担の均衡が取れた制度へと具体的な改革を進めていく」と述べ、また、自身が難病を患っていたことにも触れながら難病対策や再生医療に関する法制度の見直しに取り組む考えを示

した。国家戦略特区制度の創設や、内閣人事局の設置など国家公務員制度にも取り組むとした。

（10/16MEDIFAXより）

財政審

本体改定率、プラスにすべきでない／財政審、薬価財源は「不适当」

財政制度等審議会・財政制度分科会（分科会長＝吉川洋・東京大大学院教授）は10月21日から、次期診療報酬改定に向けて具体的な論点に踏み込んだ。会合では委員から「診療報酬本体の改定率をプラスにすべきではない」との意見が続出。本体プラス改定を容認する委員はいなかった。

今回の財政審分科会は、次期診療報酬改定に向けて財務省が医療・介護費用の効率化メニューを列挙した形。これまで診療報酬改定の原資とされてきた薬価改定財源（市場実勢価格の反映）については「（薬価の）時点修正に過ぎないものを殊更に取り上げて、何らかの財源の捻出が行われたかのように見なすこと（ましてや財源が捻出されたとして、診療報酬本体を含む他の経費の増額を行うこと）は不适当であり、あり得ない」と牽制した。財務省は1990年度を基点とした場合、診療報酬本体の改定指数が賃金・消費者物価指数を上回っており、デフレ状況下でも上昇しているとの図表を提出。これに対して委員からは「診療報酬本体をプラス改定にする必要はない」との指摘が上がった。消費税率の引き上げ分を診療報酬財源に充てることにも反対意見が出された。

また、財務省は2008－12年度の第1期医療費適正化計画で、厚生労働省が7000億円の適正化を見込んでいたことを取り上げ「厚労省はその後、何の検証も評価も行っていない」と問題視。「中期的な目標設定だけではなく、各年度でも確実に効果が見込める取り組みを行うことが重要ではないか」と指摘し、委員も同調した。病床機能分化も論点に上がり、委員から「7対1入院基本料を引き下げて、その範囲内で13対1や15対1を引き上げるなどの対応を取るべき」との指摘もあった。

薬剤費をめぐるのは、後発医薬品の普及率が目標に届かないことを踏まえて▽目標値の引き上げ▽達成時期の前倒し▽長期収載品の薬価大幅引き下げを求めた。また、一般用医薬品と同一成分の医療用医薬品である、いわゆる市販品類似薬についても取

り上げ、「公的医療保険の対象から除外すべき」とした。フランスやドイツで保険償還価格を上回る薬剤費を患者が負担する制度が導入されていることも紹介した。

調剤報酬も狙われた。財務省は09年度を基点とした場合、医科・歯科に比べて調剤技術料の伸び率が高いことや、大手8社調剤薬局チェーンの売上高が年々増加していることを引き合いに出し「調剤報酬体系の見直しが必要ではないか」とした。

介護では、特別養護老人ホームなどの施設で内部留保が積み上がっていることを指摘し「設置主体である社会福祉法人の経営透明化」を掲げた。

社会保障の各論は今回で終了。11月に報告書を取りまとめる前に、あらためて医療や介護について議論する見通しだ。（10/22MEDIFAXより）

社保審

改定基本方針で議論、次回に骨子案提示／社保審・医療保険部会

社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）は10月23日、「2014年度診療報酬改定の基本方針」の策定に向けた議論を再開した。10月上旬に議論を始めた医療部会に続いた。厚労省は次回会合で骨子案を示す。12月上旬までに策定する。

基本方針策定では、すでに社会保障・税一体改革関連部分の中間整理は終わっている。今後は一体改革以外の部分を中心に議論を深めていく。

自由討議をした鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、「今回は地域に密着した医療を重点課題に入れてほしい」と主張。かかりつけ医機能の充実を通じた地域包括ケアの推進も重要だと指摘した。地域包括ケアを改定の中に位置付けることについては、岩村正彦部会長代理（東京大大学院教授）も求めた。

小林剛委員（全国健康保険協会理事長）は「前回改定同様、医療費適正化に関する項目を1つ立てるべき。後発医薬品の使用促進策や長期収載品の薬価を大幅に引き下げるとは当然として、平均在院日数の減少や7対1の在り方見直しを通じて、病床機能の分化・連携の推進などを基本方針に入れるべき」と述べた。

このほか重点課題や改定の視点に入れるべき意見として「医療と介護の連携」や「認知症対策」「医療のICT化促進」などが出た。次回会合では、議論

と、先だって医療部会で行われた議論も反映する形で基本方針の骨子案が示される。

（10/24MEDIFAXより）

次期改定の基本方針策定へ、議論開始／社保審・医療部会

社会保障審議会・医療部会は10月11日、「2014年度診療報酬改定の基本方針」の最終取りまとめに向けた議論を開始した。12月上旬までに策定する方針だ。

改定の視点としては▽充実が求められる分野を適切に評価していく視点▽患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点▽医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点▽効率化余地があると思われる領域を適正化する視点―を掲げる。

●一体改革関連の基本的考え方、修正も視野／日医・中川副会長

日本医師会副会長の中川俊男委員は、9月6日にまとめた「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」についても「柔軟に見直すことはできるのか」と質問。厚生労働省保険局医療課の宇都宮啓課長は「もう一つの（これまで議論されていない事項の）議論が中心となるが、9月にまとめた基本方針の内容とも関連するものであり、議論はしてもらいたい」と応じた。

中川委員は会議後、医療部会での発言の意図について取材に応じ「9月6日付の基本的な考え方の中で、回復期における亜急性期入院医療管理料の項目は、亜急性期病棟の創設につながる可能性が高い。両論併記の形にはなっているが分かりにくい。この問題は今後、中医協総会で十分議論していくべきテーマと考えている」とし、今後、厚労省などとも協議しながら柔軟な対応を求めていきたいとした。

●課題は効率化・負担軽減・多職種連携…

健保連理事の高智英太郎委員は「次期改定の基本方針は、一層の重点化・効率化を進めてもらいたい。病床機能分化については、病床の役割・機能に応じた充実を行うとともに急性期の受け皿の確保が必要だ」と述べた。中医協総会でも議論になった「不適正な訪問診療」にも言及し、「医療関係者が氷山の一角と言っているが、決してそのようなものではない。真に必要な患者に在宅医療が適切に提供されるようにすべきだ」と指摘した。

日本看護協会副会長の菊池令子委員は「次期改定においても医療従事者の負担軽減と在宅医療の充実、引き続き重点課題に挙げるべきだ」とした上で、精神科入院医療の充実と地域移行問題、周産期・小児医療の充実などを課題とするよう求めた。

日本病院会副会長の相澤孝夫委員は、医療機関の入院医療と在宅医療のつながりが不十分であると指摘し「入院医療と在宅医療の多職種によるチーム連携ができる評価」を求めた。勤務環境の改善について相澤委員は「今、何が問題かを調査する仕組みをつくってもらいたい」とした。

患者の視点から山口育子委員（NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長）は、明細書が発行されてもどう活用できるのか患者は理解できていないとし、患者にとって分かりやすく安心できる仕組みが必要だと強調した。

（10/15MEDIFAXより）

中医協

主治医機能の強化策で本格議論スタート／中医協で厚労省が論点

厚生労働省は10月9日の中医協総会（会長＝森田朗・学習院大教授）に、外来機能分化の焦点の一つである「主治医機能」の考え方を提示した。複数の慢性疾患を持つ患者に対する気軽な健康相談や、服薬管理、介護サービスの提供、在宅医療の提供、24時間対応などが期待されるとし、評価の対象として▽高血圧症▽糖尿病▽脂質異常症▽認知症一の患者を例示した。中医協では、次期診療報酬改定で主治医機能の強化と評価体系の具体策について議論を進める方向で一致した。

厚労省は主治医機能評価の論点として▽対象は診療所と中小病院▽患者が通院している医療機関を全て把握し、処方されている医薬品を全て管理することが重要。一元的な服薬管理を行う体制をどう考えるか▽患者の健康状態を管理し、気軽に健康相談できる体制をどう考えるか。たばこ対策をどう考えるか—などを挙げた。

診療側の安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は「対象疾患の高血圧症、糖尿病、脂質異常症については生活習慣病管理料として現在でも評価されているが、算定には毎月1回指導箋の発行が必要であり、継続的管理で患者にはなかなか分かりにくいこともあって算定を控える傾向にある。それらを踏まえて

包括評価をしていこうということか」と質問。支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）も「（例示された）3つの慢性疾患と認知症の患者は、特定の診療所などの医師と契約をする。月間の包括評価の中で機能を担ってもらい、それ以外のものについては別途評価するイメージを持っているが、事務局はどうか」と質問した。

厚労省保険局医療課の宇都宮啓課長は、安達委員の質問に対し「生活習慣病管理料の算定が低い中で、高齢化が進み認知症患者も増加していく。診療報酬として何ができるか。主治医機能を総合的に評価することを議論してもらいたい」と回答。白川委員に対しては「健康管理などを主治医機能として評価するとすれば、これまでの出来高評価では治療の部分しか評価できない。総合的な評価ということで必ずしも出来高ではない評価の形があるのではないかと答え、あくまで「総合的な評価」と表現した。

安達委員は「出来高払いが主張の第一だが、主治医機能を包括で評価するならば、出来高の点数と比較して粗診とならないような点数でなければ納得はできない」と牽制。白川委員は「イメージとしては主治医機能は包括評価を主体に、出来高が発生したら出来高で、という組み合わせで進める方向でよいのではないかとした上で、厚労省の提案に加え▽専門医を紹介する機能▽高齢者のターミナルケアにおける相談機能—を主治医機能として書き込むよう求めた。（10/10MEDIFAXより）

診療所医師の負担増に警戒感も／主治医機能強化で中医協診療側

中医協総会は10月9日、「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」に沿って外来の機能分化・連携を促進するため、診療所や中小病院での主治医機能の強化について議論し、次期改定で具体化させる方向でまとまった。日本医師会常任理事の鈴木邦彦委員は「主治医機能の強化に関する論点は医療制度の大きな枠組みが見えない」と苦言を呈した上で「大きく一度に変えようとする」と混乱が起きる。老人慢性疾患外来総合診療料（外総診）や後期高齢者診療料が廃止された経緯なども踏まえ、現実的に前に進めるようにしてもらいたい」と慎重論を唱えた。

全日本病院協会の西澤寛俊委員も、主治医機能の強化が診療所の負担を強化することにならないよう十分留意して検討することが必要とした。

嘉山孝正委員（全国医学部長病院長会議相談役）は、主治医機能の強化によって専門医に紹介せず囲い込みにつながるようなことがあってはならないとし、事務局の考え方をたじた。厚生労働省保険局医療課の宇都宮啓課長は「主治医が囲い込むようなことは考えていない。診療所の医師は、専門医として病院勤務後に開業しているケースが多いと認識している。専門領域は別として、専門領域以外の疾患であれば他の専門医に紹介することも重要な主治医機能と考えている」と回答した。

安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は「われわれは（1処方7種類以上の内服薬の投薬で減算される）7剤規制の廃止を求めている。複数疾患を持つ患者を管理することになっても7剤規制を継続しようとする方向は、主治医機能の強化と矛盾するのではないかと問題提起した。宇都宮課長は「少なくとも複数の医師にかかっているならば、それぞれの医師から薬が処方され、重複することはあり得ると思う。それを一元的に管理すれば重複する薬は減るだろう」とし、保険薬局はもとより医師としても気を配り、無駄な重複投薬を防ぐことが重要とした。

一方、支払い側の矢内邦夫委員（全国健康保険協会東京支部長）は、厚労省が提案した主治医機能の強化案について「是認したい」と述べた。その上で「医薬分業は止めない方向で進めてもらいたい。健康管理や介護保険については当然やっているべき機能で、これを取り出して評価ということには疑問を感じる」と発言した。（10/10MEDIFAXより）

強化連携型在支診・在支病に実績要件を提案／中医協で厚労省

中医協総会は10月23日、次期改定へ向け在宅医療を議論した。厚生労働省は連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院について、それぞれの医療機関に緊急往診や看取り回数などの実績要件を課すことを提案した。診療側委員は反発し、意見の一致には至らなかった。

機能強化型在支診・在支病には▽常勤医師3人以上を配置▽月1回以上の定期的なカンファレンスの実施▽過去1年間に緊急往診実績5件以上と看取り実績2件以上一などの要件がある。連携型は、単独では医師が確保できないなどの理由から、複数の施設が連携して要件を満たしているものだ。

保険局医療課は、機能強化型在支診・在支病でも緊急往診や看取りの回数が0回の施設が存在する一

方、機能強化型ではない在支診・病院でも緊急往診が5回以上あったり、看取りが2回以上の施設があることを資料で示した。

連携型については、1カ所が実績を上げているだけで連携先がまったく実績を残していないという状況を避ける観点から、それぞれの医療機関が看取りや緊急往診などの実績要件を満たすことを提案した。

議論では西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）が真っ先に反発。「強化連携型ができたのは、1つでも多くの中小病院や診療所が在宅医療に取り組んでほしいから数を増やそうという意味だった。実績を満たすことを要件にすると裾野を広げることにならない」と述べた。

これに対し支払い側の矢内邦夫委員（全国健康保険協会東京支部長）は「いわゆる護送船団方式ではないほうがいい。実績は評価すべきだ。実績がないところは、機能強化型という看板を外してもらうしかない」と反論。西澤委員は「診療報酬には、実績を評価する点数の付け方と、必要な医療提供体制を推進するための点数の付け方がある。強化連携型は後者だ」と、在宅医療連携を推進する観点から、実績を要件にすべきでないとする考えを譲らなかった。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）も「連携型の趣旨に反する」と、実績を要件にすることに反対した。

●機能強化型の要件引き上げも

医療課はこのほか、一般の在支診・在支病が機能強化型の届け出をしていない理由に、常勤医師3人以上を配置することが難しいためという回答が多かったとする資料を提示。常勤医師が3人配置されていないため機能強化型ではないが、緊急往診や看取りの実績がある一般の在支診・在支病を診療報酬で評価することを論点に提案した。機能強化型在支診・在支病の実績要件を、現状よりも引き上げる方針も示した。（10/24MEDIFAXより）

「在宅専門の医療機関」を論点に提示／中医協で厚労省

厚生労働省は10月23日の中医協総会に、在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めるかどうかを論点として提示した。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「在宅専門医はかかりつけ医ではない。かかりつけ医の推進による地域包括ケアの推進とはなじまない」と反対した。本格的な議論は、次回以降の

総会で行われる。

現在、健康保険上の趣旨により「外来応需の体制を有していること」が保険医療機関には求められている。ただしこれは解釈上の運用で、明確に法令で規定された要件ではない。全国一律の運用基準や指針もないため、地方厚生局によって指導内容に違いがある。

厚労省はこうした実態を示した上で、在宅医療を専門に行いたい診療所にとって、外来診療が前提の現行制度が制約になっているとの指摘があることを課題に提示。在宅医療を専門に行う保険医療機関をどう考えるかを論点として示した。専門として認められない場合は、在宅医療を推進する観点からどのような外来応需体制が考えられるかも論点に挙げた。

総会が時間切れとなり、資料説明だけに終わった。今後、議論する。(10/24MEDIFAXより)

患者紹介ビジネス対応「診療報酬と療担」2本立て／厚労省

厚生労働省は10月23日の中医協総会に、いわゆる「患者紹介ビジネス」について、在宅患者訪問診療や在宅時医学総合管理料の要件変更と、療養担当規則改正の2本立てで対応する方針を示した。

患者紹介ビジネスは、在宅医療を行う保険医療機関に民間事業者などが集中的に患者を紹介し手数料を得るもの。診療報酬の一部がそうした事業者の手に渡ることや、患者のフリーアクセスを阻害したり、過剰診療が行われたりする可能性が指摘されている。

厚労省は患者紹介ビジネスの実態把握を強化するため、8月28日付で地方厚生局などに事務連絡し、事例を把握した場合に医療課まで報告するよう求めていた。その後、報告された事例は20件で、月2回の訪問診療が入居条件だったり、9割の入居者に訪問診療が行われている事例があった。紹介患者の入居施設・住宅は▽有料老人ホーム9カ所▽認知症高齢者グループホーム4カ所▽サービス付き高齢者向け住宅3カ所▽軽費老人ホーム1カ所▽特別養護老人ホーム1カ所▽不明2カ所一だった。

患者紹介を受けた医療機関の内訳は歯科診療所が7カ所、内科診療所が5カ所。患者紹介の仲介者で把握できたのは株式会社3社で、医療機関が仲介者に紹介料を支払った事例は2件把握した。1件は「診療報酬の70%から消耗品などの経費を控除した額」

で、もう1件は「診療報酬の内科10%、歯科15%の額」を支払っていた。

厚労省は対応策として、診療報酬による対応と療養担当規則の改正などによる対応を提示。2010年度改定で訪問診療料の分類を施設ではなく同一建物の訪問人数で整理したことを例示し、在宅時医学総合管理料と特定施設入居時等医学総合管理料を、訪問診療料と同じく同一建物に応じた評価体系にすることを提案。在宅患者訪問診療料は「過剰診療を防ぐため患者への説明と同意の確認をする」「同一建物の訪問診療は診療実態に応じた評価にする」などを提示した。

保険医療機関が患者の紹介を受けて紹介料を払うことが違法ではない現状を変えるため、療養担当規則の改正などで、保険医療機関が紹介者に紹介料を支払うことを禁止することも示した。

10月23日は時間切れで議論はできなかった。今後、中医協総会で議論する。(10/24MEDIFAXより)

医療と介護つなぐ「強化型訪問ST」創設提案／中医協で厚労省

厚生労働省は10月23日、次期診療報酬改定でも重点テーマとなる在宅医療を円滑に進めるため、多機能な訪問看護ステーションを「機能強化型訪問看護ステーション」（仮称）として評価する案を、中医協総会に提示した。▽24時間対応▽看取りの実施▽重症度の高い患者の受け入れ▽介護支援専門員（ケアマネジャー）の配置—などに加え、地域の他のステーションや地域住民、病院、ケアマネジャーに対する情報提供・相談機能など、地域包括ケアで中核的な役割を持つ訪問看護ステーションとして位置付けようとしている。

訪問看護については、支払い側・診療側ともに訪問看護全体の底上げを求めている。機能強化型訪問看護ステーションの提案に対して白川修二委員（健保連専務理事）ら支払い側委員は、その実効性に一定の疑問を呈しながらも、今後、具体化に向けた議論を進めていくべきとの方向を示した。

一方、診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、訪問看護ステーションはヘルパーと連携しながら24時間巡回型訪問看護の機能を果たすことが第一義とした上で、機能強化型訪問看護ステーションの提案には難色を示し、再考すべきとの姿勢を崩さなかった。西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）も訪問看護ステーションの大規模化には賛成したもの

の、機能強化型訪問看護ステーションのイメージがつかみにくいとして慎重な姿勢を示した。

●機能強化型の推進が24時間対応の第一歩／福井専門委員

白川委員は「訪問看護ステーションは大規模化をすれば損益的にもうまくいくが、劇的に大規模センターが増えることはない。訪問看護師がどういう希望を持っているのか、患者居宅とセンターとの移動距離の長さなど複合的に検討していくことが必要であり、単純な機能強化だけでは済まないのではないか」と問題提起した。

これに対して福井トシ子専門委員（日本看護協会常任理事）は「機能強化型を進めることが24時間対応への第一歩であると考えている」とした上で「大規模化が進まない理由の一つにはステーションと患者居宅との移動距離の長さがある。サテライト化、大規模化を進めながら、今回の機能強化型訪問看護ステーションにつなげたい」と述べた。白川委員は「ステーションと居宅の移動距離が問題であれば、機能強化型がサテライト化、ネットワーク化を促進するような要件の設定が必要ではないか」と事務局側に質問した。

厚労省保険局医療課の宇都宮啓課長は「細かい具体的な要件までまだ詰まっていない」とした上で「地域包括ケアの中核的な役割を考えると、訪問看護は医療保険と介護保険の両方の役割を担っており、医療と介護の橋渡しの役割を担ってもらうことが考えられるのではないか」とした。「大規模化を進めるには、在宅看護を担える人材育成が必要で、機能強化型の一つの機能として担ってもらうことも考えられるのではないか」とも説明した。

機能強化型訪問看護ステーションの在り方については、今後も継続して中医協で議論する予定だ。（10/24MEDIFAXより）

在宅専門でも「外来応需の体制」は必要／中医協総会で診療側

中医協総会は10月30日、前回の総会に引き続き、在宅医療問題を取り上げた。「在宅医療専門診療所」については、患者ニーズの結果と受け止める支払い側と、在宅医療に専門特化するのではなく外来も確実に機能させるべきとする診療側で見解が分かれた。厚生労働省は10月23日の総会で、保険医療機関に求められる「外来応需の体制」が在宅専門医療の妨げになっているとの指摘があるとして、外来応需

体制に代わる在宅専門医療機関の要件案を提示していた。

診療側の安達秀樹委員（日本医師会・社会保険診療報酬検討委員長）は「急速なスピードで大規模化した在宅医療専門のクリニックが増える一方で、一つのビジネスとして軽症患者対応型の在宅医療が出てきている。次期改定で一定の対応が必要ではないか」と主張。「在宅医療はかかりつけ医機能の延長と考えている。患者の家族関係や病歴なども分かっている形で在宅医療を担うのがよいと感じている。一方で、在宅医療専門クリニックは、社会的に求められている一つの形だろうが、外来機能は持つべきだ」と指摘した。

鈴木邦彦委員（日医常任理事）も「かかりつけ医が在宅医療の中心を担っていく。大都市には外来をせずに在宅医療に特化する診療所が出てきている。その観点からも在宅医療専門クリニックを別枠で認めるのはふさわしくない」とした。

一方、支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「在宅医療を担う医師はかかりつけ医が理想だろうと理解する。ただ、現実の問題として数少ない医師が在宅24時間対応を行うことは医師の負担が大きすぎる。在宅医療専門診療所の是非は、もっと議論を深めていかないといけないが、歯科、薬局などを含め在宅医療提供体制をつくっていかうという段階で、あまり固定的に考えない方がよいのではないか。地域によってはいろいろな形が考えられ、医師が代わっても24時間対応してほしいという患者もいる」とした。石山恵司委員（経団連・社会保障委員会医療改革部会長代理）は「現段階では、主治医、かかりつけ医機能をどう高めていくかに議論を集中する方が得策ではないか」と述べた。

公益側の関原健夫委員（日本対がん協会常務理事）は「外来診療があってもよいが、それによって在宅医療のキャパシティが減るのではないかと思うので、今のままでよいのではないか」とし、在宅医療に対する制限が大きくなるように追い込むべきではないとした。

こうした意見に対して診療側の中川俊男委員（日医副会長）は「在宅医療専門クリニックについても外来応需体制を持っていただき、患者が安心できる在宅医療という視点から在宅医療専門診療所の在り方を検討していくべきだ」と述べ、診療側の考え方に理解を求めた。「往診する医師が日によって（次々に）変わるという体制では患者にとって安心できる

在宅医療にはつながらないのではないか」とも指摘した。（10/31MEDIFAXより）

紹介ビジネス対応「まずは療担で」／中医協、報酬対応には慎重論も

中医協総会は10月30日、前回に引き続き在宅医療を議論し、いわゆる患者紹介ビジネスへの対応策を検討した。厚生労働省が示した診療報酬上の措置と療養担当規則の改正という2本立てによる対応は、診療側、支払い側双方からおおむね支持を受けた。ただ、診療報酬上の措置については慎重論も出た。

在宅医療を行う保険医療機関に民間事業者などが集中的に患者を紹介し手数料を得る「患者紹介ビジネス」への対応策として、厚労省は前回会合に診療報酬と療養担当規則の改正などによる対応を示していた。診療報酬では▽在宅時医学総合管理料または特定施設入居時等医学総合管理料を、同一建物に応じた評価体系にする▽在宅患者訪問診療料の要件を変え、患者への説明と同意の確認をして診療時間や訪問先名などを診療録に記載する一など。療担規則の改正では、保険医療機関が紹介者に紹介料を支払うことを禁止事項に位置付けるという内容。

議論では診療側委員の多くが、不適切事例をなくすために診療報酬や療担規則の改正で対応するのはやむを得ないという認識を示した。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は在宅時医学総合管理料などを同一建物に応じた評価体系にすることに賛成。ただ、在宅患者訪問診療料の要件について「診療時間を記載するのはやむを得ないが、時間の記載を要件にするのはやり過ぎだ」と指摘。時間の記載について万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）も同じ認識を示し「在宅患者訪問診療料に、歯科の訪問診療料と同じように20分以上などの時間要件を入れるもくろみなら反対だ」と述べた。

堀憲郎委員（日本歯科医師会常務理事）は「診療報酬での対応は適切な訪問診療にも一定のブレーキを掛ける。慎重に検討してほしい。療担規則での規制なら適切な訪問診療に影響はない」と指摘。万代委員も、診療報酬での規制に理解を示しつつ「まずは療担規則が第一」とした。

支払い側の矢内邦夫委員（全国健康保険協会東京支部長）も、保険医療機関が患者の紹介を受け紹介料を払うことが違法ではない現状を問題視し「速やかに療担規則の規定を改正してほしい」と要求。療担規則の改正ではなくガイドラインで対応する可能

性もあることから「在宅医療の指針となるGLを一緒に作り、それに沿って安心して医療ができるようにしたい」（鈴木委員）と望む声もあった。

三浦洋嗣委員（日本薬剤師会副会長）は「福祉系施設の入所患者の処方箋を一括して依頼することの見返りに利益供与を求められる保険薬局があるようだ」と、薬局でも似た事例があることを紹介し、薬局が対価を支払い患者紹介を受けることも明確に禁じてほしいと求めた。（10/31MEDIFAXより）

新体制でスタート、中川委員は薬価専門部会も／中医協総会

中医協は10月30日の総会から委員の一部が入れ替わり、次期診療報酬改定に向け新体制でのスタートを切った。嘉山孝正委員（全国医学部長病院長会議相談役）の後任として日本医師会の中川俊男副会長が就任。西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）の後には日本精神科病院協会会長長瀬輝誼副会長が就いた。北村善明専門委員（日本診療放射線技師会理事）の代わりは、日本臨床衛生検査技師会の宮島喜文会長が務める。

中川委員と長瀬委員は診療報酬基本問題小委員会の委員も務めることが承認された。中川委員は西澤委員の代わりとして調査実施小委員会の委員にも起用されたほか、薬価専門部会の委員にも決まった。前任の嘉山委員は薬価専門部会の委員ではなく、中川委員は万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）と交代した格好だ。保険医療材料専門部会と費用対効果評価専門部会では、嘉山委員の抜けた穴を長瀬委員が埋めることになった。（10/31MEDIFAXより）

亜急性期病棟の創設で対立／中医協、7対1の見直しで論戦

中医協総会は11月1日、「入院医療等の調査・評価分科会」の最終報告を受け議論した。7対1入院基本料の要件見直しを求める支払い側と、入院分科会報告の大幅な軌道修正を目指す診療側が対立。次期診療報酬改定に向けた本格的な論戦に入った。

●急性増悪、亜急性期での対応は問題／診療側・中川委員

入院分科会の見直し案の中でも「亜急性期病棟の創設」と「7対1・10対1の特定除外制度の廃止」について診療側は強く異論を唱えた。特に亜急性期について中川俊男委員（日本医師会副会長）は「在宅等で急変したときの患者の受け入れを、亜急性期

でも対応できることに問題がある」との危惧を示した。在宅患者は高齢者が多いだけに、亜急性期病棟でも対応できるとすれば、急変した高齢患者が亜急性期病棟しかない病院で処置される可能性が高くなるとし、「根本的な見直しをお願いしたい」と強く主張した。鈴木邦彦委員（日医常任理事）も「在宅患者等の緊急時の受け入れなどは急性期機能と言ってきており、亜急性期での高齢者の受け入れでは現場が混乱する」とし、年齢によって受け入れ先が異なることは問題とした。

●亜急性期病院も急性増悪を診てよい／支払い側・白川委員

これに対し支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「確かに亜急性期という言葉には、あいまいさがあり課題はある。急性増悪の患者は急性期で診られるだろう。しかし患者の立場からは、亜急性期の病院だから行ってはいけない、ということにはならない。必要に応じて在宅療養支援病院に相談するなど、バリエーションがあってもよいのではないか。亜急性期を持つ病院が急性期の患者を診てはいけないとなれば、患者はどこに行けばよいのか」とし、亜急性期病床の見直しに理解を示した。これに対し中川委員は「急性期病院できちんと診断を受けて、軽症、中等症、重症などを決めるべき。高齢者だから安価な亜急性期でよいだろうという考えが透けて見える」と反論。白川委員は「限定的に考えることはない。救急当番に亜急性期病院が割り付けられることに懸念があるなら、亜急性期病院を外せばよい。固定的に考える必要はない」と譲らなかった。

●年齢差別論は「誤解」／厚労省・宇都宮医療課長

保険局医療課の宇都宮啓課長は「急変時の在宅患者は、亜急性期でも受け入れることができるということであって、急性期で受け入れてはいけないということではない」と説明。「年齢によって搬送先医療機関が変わるというようなことは、分科会で議論されたことはなく、報告書にも書かれていない。著しい誤解だ」と述べ、理解を求めた。

（11/5MEDIFAXより）

7対1・10対1の特定除外、機械的廃止は困難／中医協で診療側

中医協の診療側委員は11月1日の中医協総会で、入院基本料7対1・10対1の特定除外制度について、機械的に全て廃止することは困難とあらためて主張した。中医協「入院医療等調査・評価分科会」が取

りまとめた報告書は、13対1や15対1と同様に廃止し、90日を超えて入院する患者について▽平均在院日数の計算に含める▽療養病棟と同様の包括評価とする—から選択する仕組みにすべきとの方向性を示している。

中川俊男委員（日本医師会副会長）は日医と四病院団体協議会が実施した「特定除外に該当する入院患者実態調査」の結果から、7対1や10対1に入院する特定除外患者は、13対1や15対1の特定除外患者とは病態などが異なると説明。理由として▽7対1の特定除外患者は悪性新生物治療中であり、7割以上が当該医療機関でなければ治療が困難で退院できない状況▽10対1では、主傷病が腎不全で透析を要しながら重度障害・意識障害や難病の患者がいる▽在宅医療を担う医療機関が不十分など退院後の受け皿が不十分と回答した病院で特定除外患者が多い—を挙げた。鈴木邦彦委員（日医常任理事）は「全て廃止は無理」とした上で、見直しを検討する場合でも細かな検証が必要との考えを示した。

万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）は、機械的な廃止によって患者が被害を被る可能性があるとの考えを示した。前回改定で13対1と15対1の特定除外を廃止した影響を調べた2013年度の調査結果では、筋ジストロフィー患者や難病患者等入院診療加算を算定する患者も減っていると指摘し、「何らかの操作があつてこうなっているようであれば、ひずみが出る」とし、「ひずみが出て患者に迷惑を掛けてはならない」と強調した。

●廃止で現場が混乱するとのデータない／支払い側・矢内委員

対する支払い側の矢内邦夫委員（全国健康保険協会東京支部長）は「廃止によって現場が混乱するというデータはない」と主張した。日医・四病協調査と厚労省の入院分科会調査の両方で、7対1と10対1での特定除外患者の割合が10%以下だったと指摘した上で、特定除外患者が10%と仮定して入院分科会が示した「その他（特定除外以外）の患者の平均在院日数が15日以内であれば、全体の平均在院日数は（7対1の要件である）18日以下となる」とのシミュレーションを支持。「7対1が担う機能は急性期医療であり、特定除外という考え方自体がそぐわない」とも述べた。（11/5MEDIFAXより）

13対1など特定除外廃止の継続、支払い側は容認／中医協総会

2012年度診療報酬改定で行われた13対1・15対1入院基本料算定病棟での特定除外制度の廃止や7対1の算定要件見直しに関する経過措置について、中医協の支払い側委員は11月1日の総会で、中医協「入院医療等の調査・評価分科会」の提案通り、特定除外制度廃止の継続と7対1の経過措置を14年3月で終了することを了承した。分科会から報告を受けたのみで、この件に関して診療側の安達秀樹委員（日本医師会・社会保険診療報酬検討委員会委員長）は取材に「結果は結果として受け止め、今後どうするかはこれからの議論になる」と述べた。

13対1・15対1の特定除外制度について、白川修二委員（健保連専務理事）は「13対1・15対1については、制度導入の前段階で特定除外の適用には不適切な事例が含まれていたのではないかと見ており、廃止に賛成した。報告通り90日以上患者は減少傾向ということで、分科会の提案を支持したい」と述べた。

7対1の経過措置を届け出ている理由として分科会報告書に挙げられている「専門医が少なく重症患者を受け入れられない」「亜急性期や療養の患者を診ている」との状況について、白川委員は「こういう病院がなぜ7対1が必要なのか理解できない。そもそも7対1とは何なのか。7対1からの退出は当然だろう」と述べた。

特定除外に不適切な事例があったのではないかとする白川委員の発言に対し、診療側の安達委員は「前回改定前に13対1・15対1の特定除外患者の医療区分データを求めたところ、それぞれの医療区分が上にいくほど検査などの回数は多かった。単純に軽症の療養代わりに特定除外患者になっていたわけではない」と反論した。

●分科会報告書の位置付け、溝埋まらず

総会の冒頭、鈴木邦彦委員（日医常任理事）は分科会の報告書の取り扱いについて「あくまでも総会の議論の参考であり、議論はこれからだ。2025年に向けて経営が成り立つように一歩ずつ議論を進めていくべきだ」と述べた。これに対し白川委員は「分科会では広い見識を持って議論し提案される。総会で丸飲みしろ、とは言わないが、分科会の意見を尊重して議論すべきだ」と述べた。分科会報告書の取り扱いに対する各側の認識の隔たりは依然埋まっていない。（11/5MEDIFAXより）

長期処方・多剤投与の在り方も議論へ／中医協総会

中医協総会は11月1日、外来の機能分化を進めるため、長期処方と多剤投与の在り方について議論することを決めた。

診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「外来の機能分化を進めるには、紹介率・逆紹介率だけでは不十分だ。大病院の長期処方の制限が必要だ」と主張。日医総研のワーキングペーパー No.225を引用し、12週以上の処方が200床以上の病院で41.8%、200床未満が9.5%、診療所は6.5%と、3カ月の長期処方は圧倒的に大病院の患者が多いと指摘。「逆紹介されてきた患者は長期処方を受けており、いわゆる“名ばかり逆紹介”になる。これでは紹介率・逆紹介率だけを上げて改善されない」とした。

安達秀樹委員（日医・社会保険診療報酬検討委員長）は「大病院の14日処方の縛りを外したのは、日医が要望した経緯がある」とした上で、「14日の縛りが外れたとしても、降圧剤を処方している人に90日間診察もしないことは医療と言えるのか。長期投与を無制限に行っている現状がそのままよいのかと考えている」と問題提起。「あらためて議論する場を持っていただけないか」と事務局に質問した。

保険局医療課の宇都宮啓医療課長は「長期投与と多剤投与について議論する場を設けさせていただく」と応じ、安達委員も「十分議論して患者に適切な医療を提供するようにしたい」と述べた。

一方、紹介率・逆紹介率が基準に満たない病院を紹介状なし患者が受診した場合に初・再診の点数を引き下げる対象を、許可病床数500床以上の全ての病院とする方向について、診療側の長瀬輝誼委員（日本精神科病院協会副会長）は、精神科病院については中医協・入院分科会の報告書でも別途検討すべきとの意見が記されており、対象から外す方向で検討してほしいとした。（11/5MEDIFAXより）

次期改定へ、本格論戦の舞台整う／中医協、改定率も進言へ

中医協総会は11月6日、調査実施小委員会から次期改定の基礎資料となる医療経済実態調査の結果報告を受け、承認した。1号側、2号側は11月中旬にも実調結果に対する見解を表明する。森田会長は改定率に関する意見書にも言及。いよいよ次期改定へ向けた本格的な論戦が可能となる舞台が整った。

実調では、一般病院全体の損益率がマイナス0.4%

（2011年度マイナス0.9%）で、改善傾向にはあるが依然赤字という結果が出た。設置主体別に見ると、医療法人は12年度4.4%（同4.3%）と黒字横ばいで推移、国公立では国立が12年度マイナス0.1%（同マイナス0.5%）、公立が12年度マイナス5.8%（同マイナス6.5%）と、いずれもやや改善はしたが赤字だった。

11月6日、総会に先立ち開かれた調査実施小委では、白川修二委員（健保連専務理事）が実調の結果について、支払い側として分析した後に見解を示す考えを表明。中川俊男委員（日本医師会副会長）も、別途時間を設けて診療側の考えを示したいと答えた。11月中旬ごろ、各側の意見書が総会に提示されることになる。

小委ではまた、白川委員が実調の結果で国公立病院の赤字が続いている点を指摘し「データのまとめ方を相談したい」と求めた。事務局の保険局医療課によると、公立病院に限って病床別のデータを分析するなどの方法で対応する方針だ。

●森田会長「実調踏まえ議論」

総会では実調の結果を承認した。森田会長は「今後、実調を踏まえた議論をする」と宣言。森田会長は改定率についても言及し「中医協でも、実調などを踏まえて改定率について議論し、その結果を厚生労働大臣に意見として進言することができる」と説明。11月下旬ごろに各側から改定率に関する意見を受け、それを基に議論し、提出できる形でまとめれば、前回同様、厚労大臣に改定率の進言をする姿勢を示した。（11/7MEDIFAXより）

病院は0.5ポイント改善も依然赤字、有床診は悪化／医療経済実調

厚生労働省は11月6日の中医協に、次期診療報酬改定の基礎資料となる2013年医療経済実態調査の結果を報告した。直近2事業年度の損益率（医業・介護収益から費用を引き、医業・介護収益で割ったもの）を比べると、一般病院全体では0.5ポイント改善したが依然赤字で、平均収支はマイナス1136万5000円（11年度マイナス2932万円）だった。精神科病院は0.6ポイント悪化。一般診療所は有床診がやや悪化し、無床診はやや改善した。

調査は病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局の12年度までに終了する直近2事業年度分の損益状況を調べ、前回改定前の11年度と改定後の12年度との状況を比較できるようにした。調査対象は全国の病院、一般診療所、歯科診療所と、1カ月間の調剤

報酬明細書の取扱件数が300件以上の保険薬局を層化無作為抽出した。有効回答率と回答数は、病院が54.5%（1429件）、一般診療所が50.6%（1715件）、歯科診療所が55.1%（645件）、保険薬局が54.6%（915件）だった。

一般病院の損益率を全体で見ると、12年度はマイナス0.4%（11年度マイナス0.9%）で改善傾向を示したが、赤字の状態に変わりはない。内訳では医療法人が4.4%（同4.3%）と、ほぼ横ばい。国公立では国立が12年度マイナス0.1%（同マイナス0.5%）、公立が12年度マイナス5.8%（同マイナス6.5%）と、いずれも改善はしたが赤字だった。精神科病院全体では12年度マイナス0.6%（同マイナス0.0%）だった。精神科病院の平均収支はマイナス929万4000円（同マイナス61万7000円）で、赤字額が大きく増えている。

一般診療所の損益率を全体の数字で見ると、12年度は13.7%（同13.1%）となった。個人立では12年度29.4%（同28.3%）、医療法人は12年度6.0%（同5.7%）だった。有床診と無床診で見ると、個人立、医療法人を含む有床診全体で12年度8.7%（同9.0%）とやや悪化、無床診は12年度14.8%（同13.9%）とやや改善した。有床・無床を含む一般診療所全体の平均収支は1786万7000円（同1670万5000円）の黒字だった。

歯科診療所の損益率は、全体で12年度20.3%（同20.2%）と横ばいだった。

●保険薬局の損益率、悪化

保険薬局の損益率は、個人、法人ともに悪化した。個人立が12年度9.9%（同10.6%）、法人が12年度5.3%（同6.3%）で、保険薬局全体では12年度5.5%（同6.5%）と1ポイント悪化した。保険薬局全体の平均収支は921万2000円（同1058万8000円）で、11年度より約138万円減少している。

保険薬局の調査では、今回新たに店舗数別の損益率も調べた。どの区分でも悪化しているが、店舗数が多いほど損益率の数値は高い傾向にある。（11/7MEDIFAXより）

医療法人の病院長、12年度の給料3098万円／医療経済実調

厚生労働省保険局医療課は11月6日、次期診療報酬改定の基礎資料となる第19回医療経済実態調査（実調）結果を中医協・調査実施小委員会に報告した。開設者別に各職種別給料年額（平均給料年額＋賞与）を見ると、医療法人病院の院長1人当たりの給料は、国公立病院や診療所と比べて高く、2012年

度で3098万円だった。

今回の実調は、より実態を反映した調査結果に近づけるため、これまでの単月（6月）実績から、11年度と12年度の2事業年度にわたる通年調査とした。その結果、職種別常勤職員の1人当たり12年度の平均給料の年額は、医療法人病院の院長が11年度の3045万円から1.7%アップし3098万円だったのに対し、国立病院の院長は11年度の2038万円から12年度は1964万円に3.6%ダウン、公立病院の院長は11年度の2043万円から1.3%アップし12年度は2070万円だった。一般診療所では医療法人の院長の給与が11年度の2819万円から12年度は2787万円と1.1%ダウンした。

給料は、医療法人病院の院長に次いで医療法人診療所の院長が高いものの、診療所の院長の給料は減少傾向で推移している。国立病院の院長の給料の低調さは、国家公務員の給与削減策を反映したものともみられる。

●通年調査の方が高い結果に

前回2年前の実調では、09年6月と11年6月の単月同士で増減を比較した。11年6月の医療法人病院の院長の平均給料月額が239万で、11年度の年額ベースに換算すると約2870万円。今回の通年調査（11年度）では3005万円（賞与除く）で、通年調査の方が高い数字となった。診療所についても医療法人の院長の平均給料を11年度の年額ベースで見ると約2780万円だが、通年調査の平均給料年額（11年度）は2811万円（賞与除く）で、病院同様に通年調査の方が高い結果となった。

●薬剤師や医療技術員はマイナス傾向

一方、医療法人病院、国立病院、公立病院の各職種別の給料については、3開設主体ともに薬剤師や医療技術員の給料がマイナス傾向にある。医療法人では、国公立病院に比べ病院長、医師の給料は高いものの、薬剤師、看護職員、医療技術員の給料は3開設主体の中で最も抑えられている。

12年度の看護職の年額給料は、公立病院が539万円、国立病院が508万円なのに対し、医療法人病院は439万円。医療技術職についても、国立病院が578万円、公立病院567万円なのに対し、医療法人では401万円だった。（11/7MEDIFAXより）

費用対効果、対象は「薬」と「材料」か／部会が中間整理案了承

中医協・費用対効果評価専門部会（部会長＝関原健夫・日本対がん協会常務理事）は11月6日、議論

の「中間整理案」を了承し、中医協総会に報告した。今後は質調整生存年（QALY）や生存年（LY）などを組み合わせた効果指標や評価の活用手法について具体例を用い検討する。透明性・公平性のある評価体制の在り方も論点になる。年内に中医協総会に検討結果を報告するが、同部会としての取りまとめに至るかどうかは不透明だ。費用対効果の対象は、医薬品と医療材料が原則になる可能性が出てきた。

厚生労働省は前回会合で示した議論の「中間整理案」を一部変更して再提示した。中間整理では「医薬品」「医療材料」「医療者等の技術（手術など）」の3つを総称して「医療技術」と呼ぶことにしているが、この部分について鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「医薬品と医療材料中心の検討になるだろう」と指摘。白川修二委員（健保連専務理事）は「医薬品と医療材料が中心でよい」と同調しつつ、「医療技術の中でも、先進医療に位置付けられているものを保険収載する時には費用対効果の考えを適用することもあり得る」と述べ、医療技術は必要に応じた対応にすべきとした。安達秀樹委員（京都府医師会副会長）も賛同した。

厚労省は、今後検討が必要な項目と検討スケジュール案も示した。検討項目には▽評価手法や評価の活用手法▽評価実施体制の在り方▽ガイドラインの必要性や内容の検討▽評価の在り方—などを挙げた。具体例を用いた検討・議論をした上で年内に中医協総会に検討結果を報告する。

（11/7MEDIFAXより）

3党協議

新3党実務者、メンバー固まる／社会保障制度改革

社会保障制度改革をめぐり自民・公明・民主の3党が、新たに政調会長の下に設ける実務者協議のメンバー構成が10月22日、明らかになった。

自民は▽野田毅（衆院）▽鴨下一郎（衆）▽宮沢洋一（参院）▽丸川珠代（参）—の4氏。公明は▽榊屋敬悟（衆）▽古屋範子（衆）▽秋野公造（参）—の3氏。民主は▽山井和則（衆）▽大島敦（衆）▽玉木雄一郎（衆）—の3氏。

従来の3党実務者協議と比較すると、自民は福岡資麿氏（参）に代わり、新たに党厚生労働部会長に就任した丸川氏がメンバーに入った。一方、公明は古屋氏、民主は山井氏以外の実務者が入れ替わった。

民主の長妻昭元厚生労働相はメンバーから外れた。

新たな実務者協議は、10月21日の3党政調会長会談で設置することが決まった。まず消費増税に伴う社会保障制度の充実の在り方を議論する予定。

（10/23MEDIFAXより）

自民PT

診療報酬改定の基本方針に政治介入／自民、PT新設し主導

自民党は今後の診療報酬改定で、党が基本方針を打ち出していくことを決めた。厚生労働部会・医療委員会の下部組織として、診療報酬を扱うプロジェクトチーム（PT）を新設し、社会保障審議会や中医協の上位に位置付ける。座長には鴨下一郎氏が就く。社保審や中医協には、党が納得できるような議論をするよう求める。従来は社保審の医療部会や医療保険部会が改定の方向性を提示した後、12月下旬に内閣が改定率を決め、年明けの中医協で具体的な配分を決めていたが、この流れを見直す。

鴨下氏以外では、座長代理に宮沢洋一氏が加わることは決まったが、その他のメンバーは未定。新PTはできるだけ小規模な組織にしたい考えだ。鴨下氏は社会保障特命委員会の幹部でもあるため、実質的に新PTは特命委員会と医療委員会の双方にぶら下がる形になる。年末までのスケジュールを見据え、今後約1カ月間、PTで集中的に議論し、改定論議を主導する。（10/30MEDIFAXより）

厚労省

医療・介護改革推進本部が始動／厚労省、部局間連携を活発化

厚生労働省は10月11日、田村憲久厚生労働相を本部長とする「医療・介護サービス提供体制改革推進本部」の初会合を開いた。医療・介護提供体制の改革に向けて、部局間の連携を活発化させ、施策を実務的に検討するために設置したもので、報告書の取りまとめは想定していない。

会議の冒頭に挨拶した田村厚労相は、効率的に質の高いサービスを提供することや重度者でも在宅で生活できる社会づくりが必要だとして「それぞれの部局が一致団結し、これからいろいろな問題の解決に向けて知恵を出していただきたい」と述べ、参加した厚労省幹部らに協力を求めた。

推進本部のメンバーは、本部長が田村厚労相。本部長代理が土屋品子厚生労働副大臣と赤石清美厚生労働政務官。副本部長が村木厚子厚生労働事務次官と榮畑潤厚生労働審議官。本部員は▽原徳壽医政局長▽原勝則老健局長▽木倉敬之保険局長▽岡田太造社会・援護局長▽有岡宏大臣官房審議官（老健、医療・介護地域連携担当）▽神田裕二大臣官房審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）▽古都賢一大臣官房審議官（社会・援護担当）――が務める。

●2つのPTも設置

推進本部の下には、厚生労働審議官を主査とする「医療・介護連携推進プロジェクトチーム（PT）」と、老健局長を主査とする「地域包括ケアシステム推進プロジェクトチーム」を設置した。医療・介護連携推進PTでは、医療計画と介護保険事業（支援）計画の連携などについて、関係部局が一体的に検討を行う。地域包括ケアPTでは、地域包括ケアシステムの構築に向けて、自治体支援に取り組む。

（10/15MEDIFAXより）

難病

難病の自己負担割合と限度額、引き下げへ／厚労省がたたき台

厚生労働省が10月18日の難病対策委員会で提示する新たな医療費助成制度案のたたき台が明らかになった。自己負担割合は、現行の3割から2割に引き下げる。自己負担の限度額も、高齢者（70歳以上）の高額療養費制度（外来）を参照に所得に応じて設定し、各階層で大幅に引き下げる。10月18日の同委員会はこの案をベースに議論し、委員からの意見などを取り入れ、11月中に委員会としての取りまとめを行う予定。

厚労省健康局疾病対策課は委員からの要望に応じ、これまでの議論で出てきた基本的な考え方に沿って制度案（たたき台）をまとめた。自己負担限度額は夫婦2人世帯所得を目安に階層区分し、新規認定者の場合▽生活保護世帯で0円▽市町村民税非課税世帯で8000円▽年収約370万円未満の世帯で1万2000円▽年収約370万円以上の世帯は4万4400円一となっている。

低所得とされる市町村民税非課税世帯の場合、現行の70歳未満の高額療養費制度では3万5400円だった自己負担限度額を8000円に引き下げる。年間所得280万円で毎月50万円の医療費を要する難病患者の

場合、現行では3カ月目までは8万2430円、4カ月目以降は4万4400円だったが、新制度案では1カ月目から1万2000円となる。

これらの自己負担限度額では、症状が変動して入院を繰り返すといった難病の特性に配慮し、外来・入院の区別は設定しない。また現行では、医療機関ごとに限度額を設定していたが、受診した複数の医療機関の自己負担（保険調剤・訪問看護を含む）を全て合算した上で適用する。すでに認定済みの患者については、低所得者に配慮しつつ別途検討するが、経過措置は約3年間とした。高額医療によって軽症が維持されている患者についても引き続き助成対象に含む。

●タイムリミット迫る

社会保障制度改革国民会議の報告書を受けて今国会で審議される「プログラム法案」では、新たな難病対策について必要な措置を2014年度をめどに講ずるとし、14年通常国会への法案提出を目指すことになっている。疾病対策課は、10月18日の委員会で出た意見を反映させ、10月下旬から11月上旬に行う会合では、難病患者が具体的に自身のケースを想定できる程度の素案にまで詰め、11月中に取りまとめを行いたいとしている。

ただ、新たな医療費助成制度が参照する高額療養費制度は、見直しが社会保障審議会・医療保険部会で進んでおり、予算編成過程で決着する見通し。たたき台はあくまで現行制度を参照にした。田原克志課長は「いくつかの案が出ており、階層区分なども影響を受ける。保険局サイドの議論もにらみながら委員と検討していく。必要な予算については、制度が固まって積み上げてからの議論になる」と述べた。（10/18MEDIFAXより）

小児慢性特定疾患の自己負担限度額、階層区分見直しへ／社保審・専門委

社会保障審議会・児童部会の「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）は10月23日、小児慢性特定疾患の医療費助成制度について、厚生労働省が提示したたたき台を基に議論した。難病対策と同様に「自己負担限度額の階層区分をさらに細かくする」との方向で意見が一致し、来週の次会合で修正案が提示される見通しとなった。

雇用均等・児童家庭局母子保健課がたたき台を提示した。夫婦2人子1人の世帯を想定して所得を階

層区分し、自己負担限度額を▽生活保護世帯で0円▽市町村民税非課税世帯で月額4000円▽年収約380万円未満世帯で同6000円▽年収約380万円以上世帯で同2万2200円—とした。健康局疾病対策課が高齢者の高額療養費制度を参考に作成した難病対策のたたき台を基に、自己負担額について一律2分の1にした内容。現行制度でも自己負担限度額は難病対策の2分の1となっており、それを踏襲した。ただ、難病対策と異なり、軽症まで対象に含まれる。

たたき台に対し、小林信秋委員（難病のこども支援全国ネットワーク会長）は「年収380万円で月2万2200円の負担は、若い世帯には大きい」と発言。他の委員からも、年収380万円以上について階層区分の細分化を求める意見があった。

利用者負担となった入院時の食事療養費については、「極力負担を減らしてほしい」と「自己負担はやむを得ない」との双方の意見が出た。厚労省は「トータルでの負担額を考慮して検討し、次回提示する」とした。

●かかりつけ医を交えた連携パスを

小児慢性特定疾患に対する医療連携についても、厚労省から提案があった。日本小児科学会が現在調整中の中核病院小児科（大学病院や総合小児医療施設）を三次医療圏ごとに設置し、地域の小児科の医療機関とネットワークを構築するとしたほか、自治体などにより「指定医療機関」として位置付けられた小児科の医療機関と保健所や自治体の保健福祉部局、教育機関、患者の家族会などが協力して設置する「支援協議会（仮称）」を通じて連携を深めるとの考えを示した。石川広己委員（日本医師会常任理事）は糖尿病患者に対する取り組みを例に挙げ、「地域包括ケアを進める中で、かかりつけ医を基軸に地域でやるのが大事。慢性期で安定しているのであれば、小児慢性特定疾患児手帳に危険症状を書いてもらえれば、かかりつけ医を中心に地域で幅広く診ることができる」と述べ、かかりつけ医を交えた連携パスをすることを求めた。（10/24MEDIFAXより）

特定行為

看護師の特定行為は41行為／看護業務WGが意見取りまとめ

厚生労働省の「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」（WG、座長＝有賀徹・昭和大病院長）は10月17日、看護師が診療の補助とし

て一定の医行為（特定行為）を実施するための研修制度の骨格について意見を取りまとめた。41行為を特定行為に位置付けた。さらに、「特定行為の区分」として14区分を設定。14区分は、特定行為を実施する前に患者の病態を確認する際、類似した内容になる行為ごとに区分した。

厚労省は同WGの意見を10月29日に予定する「チーム医療推進会議」に報告する。同会議の了承を経て、厚労省は看護師の特定行為のための研修制度創設に向け、2014年の通常国会に提出する予定の医療法等改正案に盛り込む事項について社会保障審議会・医療部会に検討を求める。法改正後に新たな審議の場を設置し、41行為とされた特定行為の追加・削除も含め、研修制度の教育内容や単位など具体的内容を検討することになる。

特定行為の研修は、厚労省の指定を受ける研修機関（指定研修機関）が単独で実施する場合と、実習施設と連携する場合を想定。指定研修機関は、特定行為の区分ごとに厚労省の指定を受け、独自の裁量で同区分を組み合わせ、実際の医療現場の領域を想定した研修などを提供できる。

同WGが設定した特定行為の区分は、▽呼吸器関連（気道確保に係る行為）▽呼吸器関連（人工呼吸療法に係る行為）▽動脈血液ガス分析関連▽循環器関連▽ドレーン管理関連▽創傷管理関連▽循環動態に係る薬剤投与関連▽血糖コントロールに係る薬剤投与関連▽栄養・水分管理に係る薬剤投与関連▽栄養に係るカテーテル管理関連▽精神・神経症状に係る薬剤投与関連▽感染に係る薬剤投与関連▽皮膚損傷に係る薬剤投与関連▽ろう孔管理関連—の14区分。

●「研修義務ない診療の補助」も複数追加へ

特定行為の範囲確定に併せ、研修修了の義務付けなく看護師が診療の補助として実施できるようになる行為が新たに複数加わる。同WGは203行為を特定行為の候補として議論を重ね、「医師のみが実施可能な医行為」「特定行為」「医療現場で実績を積み重ねる中で診療の補助として実施可能な医行為」「医行為に該当しない」などに分類していた。

意見の取りまとめでは、診療の補助として新たに追加することになる研修の義務がない行為について、医療安全の観点から研修実施への配慮が必要になることを医療機関に周知するよう厚労省に求めた。同WGでの議論を踏まえ、厚労省は新たに追加する行為を精査し、通知で明確化する方針。通知発出は14年以降の見通し。診療の補助として新たな行

為が認められるのは02年の静脈注射以来となる。（10/18MEDIFAXより）

看護師特定行為の研修制度、方向性を了承／チーム医療推進会議

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10月29日、看護師が医師の包括的指示に基づき一定の医行為（特定行為）を実施するための研修制度について、「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」が取りまとめた特定行為の範囲や研修内容などの大まかな方向性を了承した。

さらに具体的な内容は、2014年の通常国会に提出する予定の医療法等一括改正案が成立し研修制度の創設が決まった後、「新たな審議会」を設置して引き続き検討する。（10/30MEDIFAXより）

3職種の業務範囲拡大へ、意見取りまとめ／チーム医療推進会議

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10月29日、診療放射線技師、臨床検査技師、薬剤師の3職種について関係法の改正事項を含む業務範囲拡大に向けた意見を取りまとめた。社会保障審議会・医療部会に意見を提出し、審議を求める。診療放射線技師については、現在実施中の厚生労働科学研究費事業の結果次第では、検診車での医師の立ち会いを不要とする意見を追加する可能性がある。

●「検診車の医師立ち会い不要」は厚労科研次第

検診車での医師の立ち会いをめぐるっては、日本診療放射線技師会など4団体が医師の包括的指示で実施できるよう診療放射線技師法改正を求め、3月に厚労省の医政局長に要望書を提出している。会合では小川彰委員（全国医学部長病院長会議顧問）が「検診車の性能は向上しており、医師が立ち会っても車内で待機するだけ」とした上で、「1日当たり全国で2500人程度の医師がそのために駆り出されている。医師不足の中で理不尽な状況が生じている」と見直しを求めた。厚労省医政局医事課は、2013年度の厚労科研費事業でエックス線照射装置の性能向上を踏まえたリスクを検証しており、結果がまとまり次第、早急に見直しの是非を検討する考えを示した。

取りまとめによると、診療放射線技師の業務拡大については▽CT・MRI検査＝医師・看護師が確保した静脈路に造影剤を接続することと、造影剤注入

器を用いた造影剤投与、投与後の静脈路抜針・止血
▽下部消化管検査＝肛門からカテーテルを挿入し、挿入したカテーテルで造影剤および空気を注入する
▽画像誘導放射線治療＝肛門からカテーテルを挿入し、挿入したカテーテルで空気吸引の追加を提案する。既資格取得者の研修は努力義務とする。

臨床検査技師については▽インフルエンザ検査などにおける検体採取（鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液など）▽細菌・真菌検査などにおける検体採取（表在組織からの膿、表皮・粘膜表面などの直接採取）▽糞便検査におけるスワブを用いた肛門部からの便直接採取の追加を提案。既資格取得者が実施する際の研修受講を義務付ける。

薬剤師の業務範囲拡大は▽調剤した薬剤を居宅で授与する際に残薬を確認した場合は、処方した医師・歯科医師へ疑義照会した上で調剤量を変更できるよう薬剤師法の省令改正▽医師が夜間に患者の急変で往診し交付した処方箋への対応など、緊急時の居宅における調剤について、許容できる場合を通知で明確化する一の2項目。（10/30MEDIFAXより）

医療扶助

医療扶助の指定医療機関に国が監査／生活保護法改正案で

厚生労働省が10月15日に国会へ提出した生活保護法改正案が成立すれば、生活保護法上の医療扶助を提供する指定医療機関への監査を厚生労働大臣が命じることができるようになる。これまでは都道府県知事が命じる監査だけだったが、十分な体制を敷くことが難しいとして一部の自治体が国の関与を求めていた。

これまで具体的な定めがなかった指定医療機関の要件として、保健医療や福祉に関する法律違反がないことなどを新たに規定。被保護者への医療の内容について繰り返し指導を受けた場合などの指定取り消し要件も新たに設ける。

また、医療扶助の指定医療機関の指定を全部または一部取り消す場合、厚労大臣が健康保険法上の保険医療機関としての指定取り消しにも該当する疑いがあるとの通知を発出できるようになる。従来は、指定医療機関の指定が取り消されても健保法上の指定が取り消されなければ保険医療機関として診療できた。

新たに、これまでなかった6年ごとの更新制も導

入する。ただ、保険医療機関としての違反などがなければ、指定の停止を申請しない限り自動更新となる。

●後発品の使用促進は努力義務

後発医薬品の使用促進は努力義務となった。医学的知見に基づき後発品を使用することができる場合に、可能な限り使用を促すことを努めるよう規定する。（10/21MEDIFAXより）

規制改革

戦略特区で医学部新設や保険外併用拡充など／規制緩和方針決定

政府の日本経済再生本部は10月18日、国家戦略特区で展開する規制改革策を盛り込んだ検討方針を決めた。対象は医療、雇用、教育など6分野にわたり、このうち医療分野では、医学部の新設や病床規制の特例による病床の新設・増床容認などが盛り込まれた。今回の方針に基づき規制緩和策の具体化を進め、政府は今臨時国会に国家戦略特区関連法案を提出するなど、必要な措置を講じる。同法が成立すれば、年明けをめどに国家戦略特区の対象となる地域を指定していく。

国家戦略特区では、日本の経済成長の起爆剤となるビジネス環境を整えることを目的に、地域を限定して大胆な規制緩和を進める。医療分野は、国家戦略特区内に国内外の優れた医師を集め、最高水準の医療を提供できる国際医療拠点をつくることで、世界中の人が治療を受けたいと思う場所づくりを目指す。

今回まとめた検討方針では、医学部の新設について「高齢化社会に対応した社会保障制度改革や全国的な影響等を勘案しつつ、国家戦略特区の趣旨を踏まえ、関係省庁と連携の上、検討する」と記載。今後、実現させる方向で検討を進めるという。

10月18日に記者会見した国家戦略特区ワーキンググループ座長の八田達夫氏（大阪大社会経済研究所招聘教授）は、新設する医学部のイメージについて「国家戦略特区によって『外国からいろんな人を呼び込みたい』『世界に技術を発信したい』ということなので、医学部もそういう水準のものを考えている」と説明。例えば新設する医学部で、外国人の教員が日本の学生に指導するようなケースもあり得るとの認識を示した。

全国何カ所に医学部を新設する必要があるかとい

う質問には「場所の選択と関係するので、今のところ議論はしていない」と答えた。

医学部の新設以外に盛り込まれたのは▽病床規制の特例による病床の新設・増床の容認▽保険外併用療養の拡充など。

保険外併用療養の拡充は、政府の日本再興戦略に盛り込まれた「先進医療ハイウェイ構想」の取り組みを、国家戦略特区内で迅速かつ幅広く展開する。保険外併用療養の対象をより短期間で決定するほか、対象分野も抗がん剤や再生医療などハイウェイ構想を上回るペースで範囲を広げる。併せて対象技術の審査を民間の専門家に委託することも検討する。

このほか医師に関する2国間協定も見直す。従来、日本と協定を締結した国の医師が、日本で英語の医師国家試験に合格すれば、自国民に限って日本で診察することを認めていた。今回、この規制を緩和することを決め、協定を締結した国の医師が、日本で自国民以外の外国人も診察できるようにする。例えば米国人医師であれば日本で英国人や豪州人も診察できる。

国家戦略特区に限定しない全国的な制度改革として、臨床修練制度の拡充に取り組み、高度な医療技術を持つ外国人医師の受け入れを促進する。外国人看護師についても、高度な医療技術を持つ外国人医師のもとで看護業務を行うことができるように改める。2014年の通常国会に関連法案を提出する。（10/21MEDIFAXより）

国保連の審査支払い、支払基金に移管を／規制改革会議WG

政府の規制改革会議の健康・医療ワーキング・グループ（WG）は10月21日に開いた会合で、国保運営が都道府県に移管されるタイミングに合わせて、国保連の審査支払い業務を社会保険診療報酬支払基金の支部（都道府県単位）に移管するよう、意見集約する方向でまとまった。移管後は、全国規模で国保連の審査支払い業務を支払基金に一元化することを視野に入れる。

会合でWGは、支払基金と国保連の役割分担の見直しについて議論し、WGの考え方をおおむねまとめた。

現行の調停制度をめぐる「都道府県ごとの支払基金と国保連の審査支払機関が、それぞれで紛争処理業務を行う現状は、判断の統一性が担保されているとは言い難い」と指摘。「コストが増大しないこ

とを念頭に置いた上で、中立的に紛争処理業務を行う組織を整備し、請求側と支払い側が十分に議論できる場を設けるなど、現状の調停制度を見直し、統一的な紛争解決機能を強化すべき」との方向性でまとまった。

診療報酬の審査体制の見直しをめぐる「レセプト審査において機械的に判断できる割合を大幅に増やすため、ロジック審査を飛躍的に拡充し、（支払基金の）支部間で共有化を図るべき」との方向で一致。これにより診療担当者の役割を縮小し、より高度な審査や紛争処理、ロジックの作成などに特化すべきとしている。

また、診療報酬の締め切り日についても、審査作業の平準化の観点から▽随時請求とする▽毎週締めとする▽退院ごとに請求する一を検討すべきとした。

「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」をめぐる議論も進め、WG内の提案・意見を踏まえて厚生労働省が回答を行った。WG事務局によると、非稼働病床の削減について厚労省は、公的医療機関の非稼働病床の削減を命じる制度をより活用することや、保険診療を担う民間医療機関に対し、都道府県が非稼働病床の削減を命じる仕組みを新たに導入することに前向きな姿勢を示した。

また、▽2次医療圏の範囲の見直しを行う人口の目安引き上げ▽ICTの活用などを含めた実質的な医療提供体制のビジョン策定▽7対1の看護基準を病院の機能などに合わせて見直す一についても、検討する意向を示した。（10/22MEDIFAXより）

戦略特区法案を閣議決定／国内外からの投資喚起

政府は11月5日午前、地域を限定して規制緩和する国家戦略特区法案を閣議決定した。開会中の臨時国会に提出し、法案の早期成立を目指す。安倍政権は戦略特区を成長戦略の柱に掲げており、国内外から人材や投資を呼び込むことで経済の活性化につなげたい考えだ。

戦略特区では、都市の再開発を促すため規制を緩めるほか、病院が病床を新增設しやすくする。農業生産法人の設置要件を緩和し、公立学校運営の民間委託も検討する。また、外資系やベンチャー企業への雇用ルールの情報提供や相談対応を強化する。

政府は法案成立後に安倍晋三首相を議長とする「国家戦略特区諮問会議」を立ち上げ、特区の基本方針を策定するほか、特区地域の選定作業に入る。年

明けにも全国で3～5カ所程度を特区に指定する見通しだ。

特区ごとに戦略特区担当相や地方自治体の首長、民間事業者の3者で構成する統合推進本部「国家戦略特区会議」を設け、具体的な規制緩和策を盛り込んだ特区計画をつくる。

戦略特区では税制の特例措置も実施する方針で、年末の2014年度税制改正の議論で詳細を決める。
(11/6MEDIFAXより)

政府答弁

“混合診療の解禁”、成長分野に位置付けた事実ない／政府答弁書

政府は11月1日、混合診療の解禁を成長分野に位置付けた事実はないとする答弁書を閣議決定した。中根康浩衆院議員（民主）の質問に答えた。

中根議員は質問主意書で、国民皆保険制度を維持した中で混合診療を解禁することが一般的に不安視されていると指摘。混合診療の解禁を、「所得による健康格差」や「高度先進医療を保険適用しない力が働く」などのデメリットを上回るほどの利益をもたらす成長分野として位置付ける理由について、政府が見解を示すよう求めていた。

(11/6MEDIFAXより)

総合合算制度「総合的に導入検討」／田村厚労相

田村憲久厚生労働相は11月1日の衆院本会議で、医療・介護などの自己負担合計額に上限を設ける総合合算制度について「税制抜本改革法の規定に基づき、社会保障・税番号制度の本格的な稼働・定着を前提に、所得や資産の把握の問題、執行面での対応の可能性などを含め、さまざまな角度から総合的に導入について検討していく」と述べた。民主党の長妻昭元厚労相の質問に答えた。

(11/6MEDIFAXより)

TPP

TPP会合の説明会開催、医療制度の議論なし／政府対策本部

内閣官房のTPP政府対策本部は10月21日、インドネシアのバリ島で10月1～8日に開かれた環太平洋パートナーシップ（TPP）会合の説明会を開い

た。冒頭に同本部の渋谷和久内閣審議官が行った挨拶以外は非公開だった。

説明会後に記者会見した渋谷審議官によると、TPP首脳声明などについて解説したほか、年内妥結へ向けて非常に有意義な会合だったことを報告したという。説明会に出席した団体の質問も受け付けたが、医療に関する質問はなかった。

渋谷審議官は会見後、取材に対し「（TPP会合で）医療制度の議論はない」とした上で、日本が調整役となって開催を呼び掛けている知的財産分野の中間会合に言及し、「そこで医薬品は出てくるだろう」とあらためて指摘した。(10/22MEDIFAXより)

産科補償

産科補償制度、見直しは15年1月から／医療保険部会で一致

日本医療機能評価機構が運用する産科医療補償制度の掛け金や補償金額などの見直しは2015年1月から実施することが決まった。厚生労働省が10月23日に開いた社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）で一致した。見直しの内容については、同機構の産科医療補償制度運営委員会が意見を取りまとめた上で、年内にも同部会で最終的に決定する。見直しの結果により、同部会が出産育児一時金について検討する可能性がある。

会合で、小林剛委員（全国健康保険協会理事長）が見直しの結果をいつから反映させるか決めるよう求め、同機構が15年1月の見直し実施に向けて取り組む考えを示した。

同制度の見直しは、年間100億円規模で発生する見込みの剰余金を掛け金に充当することなどが柱。ただ、補償申請期限が出生後5年のため、制度創設年の09年12月出生の場合は14年12月まで申請可能となっており、剰余金が確定するのは15年半ばになる。このため、同機構は当初、剰余金の確定後に見直しを実施するスケジュールを想定していた。

15年1月からの見直しについて同機構の後信理事は、補償対象者数を確実に把握する方策の検討や医療機関と連携して申請書類の提出を早めることなどに取り組む考えを示した。後理事は「必ずできるものと思っている」と述べ、見直しに向けた早急な取り組みに意欲を示した。(10/24MEDIFAXより)

総合診療医**総合診療医の養成で医療費効率化を期待／財政審・井伊委員**

財務省の財政制度等審議会の委員を務める一橋大国際・公共政策大学院の井伊雅子教授は10月13日、地域医療振興協会（高久史磨会長）が東京都内で開いた総合診療医に関するシンポジウムで講演し、在宅療養者などを支えるプライマリーケアの費用対効果を財務省に説明していかなければ、日本の医療の問題を根本的に解決できないとの考えを示した。

井伊氏は「質向上とコスト削減のトレードオフは臓器別の専門医療では正しいが、プライマリーケアに関しては（質を高めながらコストを抑えることが）両立するのではないかと考えている」と述べた上で、広島大の森山美知子教授が糖尿病患者の管理について呉市のレセプトデータを分析した研究に言及。病院の専門医を比較群とし、一般開業医と看護師の共同管理を介入群として分析したところ、介入群で2年間の血清クレアチニンの上昇を有意に防ぎ、医療費も安かったという。井伊氏は「総合診療専門医として専門のトレーニングを受けた医師が増えると、こういった効果はさらに期待できる」と強調した。

財政審で2014年度予算の概算要求について議論した会合にも触れ、「財務省が社会保障改革について一番強調したのは『後発医薬品の使用促進に具体的な進捗が見られるように取り組む』だけだった」と明かし、「世界一の高齢社会と借金を背負った国が、医療や介護に関してジェネリックの促進を第一に掲げていて、国民が納得する医療制度改革を推進できるのか。残念だった」と危機感を示した。「このまま財政のつじつま合わせだけに終始しては、日本の医療問題を根本的に解決できない」とも述べ、診療所を中心とした診療データの分析を進める必要があると訴えた。（10/16MEDIFAXより）

「総合診療専門医」が危機救う／地域医療振興協会・高久会長

日本医学会会長などを務める地域医療振興協会の高久史磨会長は10月13日、同協会が東京都内で開いたフォーラムで講演し、新たな専門医制度で養成することになる「総合診療専門医」を増やすことが医師不足などで危機的状況にある中小病院を救うとの考えを示した。一方で「幅広い診療能力を持った上で（専門性を持った）スペシャリストでなければ中

小病院ではあまり役に立たない」とも述べ、総合診療専門医を取得した上で臓器別などのサブスペシャリティを取得する医師が増えることが重要と強調した。

高久会長は、中小病院が直面する危機の要因はプライマリーケア医不足にあると指摘。中小病院の医師には幅広い診療能力を持った上で専門性も備えたスペシャリストであることが求められているとし、「病院の経営的にもそういう人でなければ雇っていくことはできない」と述べた。新たな専門医制度の発足を見据え、総合診療医の専門性が認められて人材が増えることを期待する一方、総合診療専門医を取得した上でサブスペシャリティを取得する医師が増えることも重要とし、「そういう人材が日本の中小病院では最も求められるのではないか」と述べるなど、医療界を挙げて養成していく必要性をあらためて強調した。（10/16MEDIFAXより）

研修医**研修医の募集上限、京都のみ減／厚労省、15年度定員を試算**

厚生労働省は、2015年度の研修医募集定員数の上限を都道府県別に試算し、10月24日の医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会（部会長＝桐野高明・国立病院機構理事長）に一覧表を示した。15年度から医師臨床研修制度を見直す際に導入する新たな算定式に、13年度の実績などを仮の数値として当てはめ計算した。京都府以外の都道府県は13年度の採用実績を上回る募集定員を設定できる試算結果となった。

現行制度の募集定員は、各基幹型臨床研修病院が前年度採用実績の90%を下回らないよう設定することができ、結果として都道府県別に設定している上限を上回ることを認めている。このため、全都道府県の募集定員総数が研修希望者総数を上回って推移しており、13年度では1.237倍の差がある。

15年度からは都道府県別に「県内の基幹型病院に案分する枠（基礎数）」＋「都道府県の判断で調整できる枠（調整枠）」で構成する上限を設定し、上回ること認めない。「基礎数」は、「人口分布」「医師養成状況」「地理的条件等の加算」で算出。調整枠は、毎年度設定する「全国の募集定員上限総数」から「全都道府県の基礎数合計」を差し引いた数を、直近の採用実績割合で都道府県に割り振る。

●募集上限が100人以上増は12都道県

試算で15年度の募集定員上限が最も多かったのは東京の1491人で、神奈川673人、大阪635人、愛知555人など、大都市部を含む都府県が多かった。13年度の採用実績より100人以上増となったのは、埼玉（239人）、東京（211人）、北海道（181人）、千葉（149人）、石川（133人）、神奈川（129人）、栃木（126人）、兵庫（112人）、静岡（111人）、鹿児島（111人）、新潟（109人）、愛知（100人）の順で12都道県。京都は、13年度の採用実績が府の募集定員上限を超えていることなどが影響し、20人減の244人となった。

●調整枠は圧縮へ、東京1位も今後減少

13年度の採用実績で試算した調整枠は、最も多かった東京の232人など大都市部を含む都府県が多かった。厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室の田村真一室長は、毎年度設定する募集定員上限総数を5年間で減らしていく方針に言及した上で、上限の圧縮は調整枠を減らすことが中心と説明。「今後は東京のような調整枠が多いところ（の募集定員上限）が減っていくイメージ」と述べた。

研修希望者総数は、医学部の定員が増えているため増加傾向にある。（10/25MEDIFAXより）

介護保険

予防給付の移行、事業費の上限設定見直しも／介護保険部会

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）は10月30日、介護保険制度改革の議論が一巡したことを踏まえ、さらに検討が必要な項目について追加の議論を行った。厚生労働省は予防給付の地域支援事業への移行に関して、柔軟な運営が行えるようになり事業費の伸びが低減できると指摘。事業費の上限を見直すことも考えられるとし、事業の効率化で毎年約5－6％の予防給付費の伸び率を後期高齢者数の伸び率と同じ約3－4％程度に抑えるとした目標を提示した。

厚生労働省は、全国一律で実施している予防給付と市町村が行っている介護予防・総合事業を組み合わせ、地域支援事業の「新しい総合事業」として2015年度からの3年間で段階的に実施する考えを打ち出している。市町村による「新しい総合事業」に移行した場合、全国一律の基準で実施されている予防給付は、市町村の判断で人員基準や運営基準、単価を決める

ことができるようになる。厚生労働省は、移行後は効率的な事業実施に努めることで事業費の低減が期待できるとし、上限見直しも検討が必要になるとの考えを示した。

大西秀人委員（高松市長、全国市長会介護保険対策特別委員会委員長）は地域支援事業への移行について「総論的な方向性は賛成で、市町村としてもしっかりやっていこうという気持ちは持っている」とあらためて表明。その上で「介護保険財政全体の効率化が図られるといった中長期的な観点から、地域支援事業の必要な事業量を考えるべき」と主張した。

齊藤秀樹委員（全国老人クラブ連合会理事・事務局局長）は事業費の上限設定について「これから取り組む市町村、それから利用者の立場からすると、不安要素を高めるだけの数値目標」と懸念を表明。移行期間の状況を踏まえてあらためて議論するべきだと指摘した。

一方で、久保田政一委員（経団連専務理事）は事業費の伸び率を後期高齢者の伸び率に合わせる考え方は非常に重要と評価し、「伸び率抑制の考え方を取り入れ、実効性を担保していただきたい」と述べた。藤原忠彦委員（全国町村会長）は効率化による伸び率の抑制に理解を示しながら「市町村保険者の自助努力が非常に大きく、一方的に責任が委ねられる思いがある」とコメント。実際に効率化が図れるか疑問を呈した上で「制度の弾力的な運用ができれば可能性も出てくる」と述べた。

老健局の朝川知昭振興課長は、複数の委員から後期高齢者数の伸び率を目標の根拠にした理由を問われたことを受け、要介護認定率が高まる後期高齢者の数に基づき必要な支援の財源を確保するという考え方で提案したと説明。事業費の伸び率の上限設定については「介護保険部会などでさまざまな意見をいただきながら考えていく必要がある」と述べた。（10/31MEDIFAXより）

特養入所の限定化、要介護1・2の特例案を提示／厚生労働省

厚生労働省は10月30日の社会保障審議会・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）に、特別養護老人ホームの入所要件を要介護3以上に限定する改革案について、要介護1・2でも「やむを得ない事情」がある場合は特例的に入所を認めることを提案した。

「やむを得ない事情」については▽認知症高齢者

で、常時の見守り・介護が必要▽知的障害・精神障害も伴い、地域での安定した生活が困難▽家族によるサポートが期待できない▽家族による虐待が深刻で、心身の安全確保が不可欠などを具体的なケースとして例示した。これらの事情を抱え、特養以外での生活が困難な要介護1・2の利用者については、市町村の関与を前提に、各施設に設置されている入所検討委員会の判断に基づき特例的に入所を認めるとした。

厚労省の提案に対し、藤原忠彦委員（全国町村会長）は「特例の提案は大変ありがたい」とする一方、市町村ごとに判断基準に差異が出ないように指針を策定するなどの対応策を求めた。

特例について慎重な意見も出た。布施光彦委員（健保連副会長）は、特養の入所申込者のうち在宅で要介護3以上の人が12.1万人いるとし、より重度の利用者の入所を優先すべきと主張。「重点化を進めるためには原則を重視し、例外は極力避けるべき」と訴えた。久保田政一委員（経団連専務理事）も「重度で入所を待っている人が多数いるという現状を見ると、軽度者の例外を認めることは問題ではないか」と指摘した。

厚労省老健局の高橋謙司高齢者支援課長は、特例の対象となるケースについて「考え方を精査し、一定の指針を出し、現場で混乱なく運用できるように考えていきたい」と述べ、全国的にばらつきが出ないように十分配慮する考えを示した。

（10/31MEDIFAXより）

精神医療

精神医療確保指針の中間まとめ／厚労省が公表

厚生労働省は10月11日、「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」（座長＝樋口輝彦・国立精神・神経医療研究センター総長）の中間まとめを公表した。中間まとめは9月30日の同検討会の意見を踏まえたものだが、厚労省社会・援護局障害保健福祉部によると、大きな変更はないという。

精神病床の機能分化については▽急性期の患者に手厚い医療を提供するため、医師や看護師の配置を充実させる▽可能な限り1年以内に退院できるよう、多職種による退院支援を推進する▽長期在院者に対する退院支援や生活支援によって、地域移行を

推進する—といった事項が盛り込まれた。

急性期の患者への医療提供について、中間まとめ案の「精神科入院医療における医師および看護職員の配置を手厚くするとともに、多職種による患者の状況に応じた質の高いチーム医療を提供し、退院支援等の取り組みを推進する」との文言については、委員の意見を参考に、「配置を手厚く」から「一般病床と同等の配置を目指し」へと変更した。

検討会で複数の委員から指摘があった「機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する」との文言については、変更はなかった。

中間まとめは、主に精神病床の機能分化に関する事項を中心にまとめた。今後は精神障害者の地域生活に関する保健・福祉サービスや多職種連携についても議論を深化させ、12月をめぐりに指針案を取りまとめる。

●社保審・障害者部会に報告

厚労省は10月15日の社会保障審議会・障害者部会（部会長＝駒村康平・慶応大学教授）に、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案」の中間まとめを報告。

竹下義樹委員（社会福祉法人日本盲人会連合会会長）は、中間まとめの本文で用いられている「自殺」は不適切として「希死願望」に変更することを提案した。同検討会の委員を務める広田和子委員（精神医療サバイバー）は「日本の精神医療はまだ国民のための精神医療になっていない」と指摘し、中間まとめが示す方向性に社会的入院の解消を盛り込むべきと訴えた。

これらの指摘を踏まえ、同検討会は10月17日から議論を再開する。精神障害者の地域生活に関する保健・福祉サービスや多職種連携についても議論を深め、12月をめぐりに同指針案を取りまとめる予定。

（10/15、16MEDIFAXより）

死因究明

新たな監察医制度、全国展開を提案／内閣府、死因究明検討会で

内閣府は、現在は東京など一部の自治体だけで運営されている監察医制度について、都道府県知事が非常勤監察医を任命する新たな制度に衣替えし全国に展開する案をまとめ、10月25日の「死因究明等推

進計画検討会」（座長＝川端博・明治大法科大学院専任教授）に示した。同検討会は死因究明等推進会議（会長＝菅義偉・内閣官房長官）の下部組織。検討会は非公開で、推進会議の事務局長を務める内閣府の安森智司大臣官房審議官が会見し「年内に方向性が一致するよう議論し、年明けに報告書作成に向けた文書化に着手できればベスト」と述べた。

内閣府が提案した新たな制度は、非常勤の監察医が1日当たり1－2人体制で現場などに出向いて検案する構想。財源は遺族側の負担を想定しており、現行の仕組みで医師が死体検案書を交付する際に遺族が支払っている費用と同額の規模で、新たな体制を維持することが可能とした。

まずは非常勤の監察医による体制を整えながら、自治体の実情に応じて人員確保に向けた検討や、活動場所の確保を進めるとしている。

安森審議官は「困ったときに解剖できるようにする体制として、まずは動き出せるように、という現実的な案としてまとめた」と説明した。

●「日本死因究明機構」創設案も／医療事故調との関係は？

検討会では、岩瀬博太郎専門委員（千葉大大学院教授）ら3人の委員が連名で「日本死因究明機構（仮称）」を創設する案を提示した。死因究明や身元確認のための調査が的確に行われるための標準的な技術的指針を策定するほか、死因究明・身元確認に関する調査・研究などを実施する組織として構想。各都道府県には支部を設置するという。

他の委員から、厚生労働省が創設に向けて検討している医療事故調査制度での第三者機関との関係などについて質問が出たため、11月22日に予定する次回会合では、厚生労働省が医療事故調の検討状況などを説明する予定だ。（10/28MEDIFAXより）

有床診

厚生労働省、防火対策要綱を通知／88年要綱、文言修正し再周知

厚生労働省は10月18日付で、防火・防災対策について医療機関に関する法律事項などをまとめた「病院等における防火・防災対策要綱について」を都道府県知事、政令市長、特別区長、関係団体に発出した。法律事項に変更はなく、1988年に発出した「医療施設における防火・防災対策要綱の制定について」の文言を現行法令に沿って置き換えた。総務省消防

庁と国土交通省の担当部局がチェック済み。福岡市の有床診療所が火災で死傷者を出した事件を受けて対応した。

スプリンクラーの設置が義務付けられていない小規模な病院や診療所、助産所に対しては、他の防火・防災対策を徹底指導するよう自治体に求めた。スプリンクラーの設置義務がないのは▽延べ面積が3000平方メートル未満の病院▽6000平方メートル未満の診療所と助産所▽ビルに間借りしている4階未満または11階以上の病院、診療所、助産所一となっている。

法律事項ではないが、医療機器などの電源プラグを適切に点検管理するよう求める項目を新設した。厚生労働省医政局指導課によると、福岡の火災事件の原因の一つと考えられている。

●検討次第では見直しも

福岡の火災事件の検討状況によっては、必要な見直しを実施する方針も示した。総務省消防庁は、有床診などの火災への初期対応や、消火設備の点検方法などを検討する有識者会議の設置を発表している。スプリンクラー設置基準も検討する方針。厚生労働省、国交省や病院関係者などが参加する。初会合は11月7日の予定。（10/22MEDIFAXより）

有床診のスプリンクラー、回答施設の9割設置せず／連絡協

全国有床診療所連絡協議会は11月6日までに、全国の診療所を対象にした防火安全体制に関するアンケートの中間集計を発表した。回答した施設の9割以上がスプリンクラーを設置していないことが分かった。

アンケートは福岡市で発生した有床診の火災事故を受けたもの。会員3259施設を対象に実施し、10月31日までに回答を得た803施設（無床診療所44施設、病院1施設を含む）についてまとめた。

803施設のうち、スプリンクラーを設置していたのは45施設にとどまり、757施設が設置していなかった。これらの施設に設置が義務化された場合の対応を問うと、設置する考えを示したのは101施設、補助金などの支援があれば設置すると答えたのは435施設だった。一方、病床廃止を検討する考えを示したのは188施設に上った。診療所のスプリンクラー設置義務は延べ床面積6000平方メートル以上で、多くが対象外になっている。消防法が求める年2回の消火訓練と避難訓練を実施している施設は、それぞれ

52.8%、48.2%にとどまった。

これらの結果は11月7日に初会合を開く総務省消防庁の「有床診療所火災対策検討部会」に提出される予定。（11/7MEDIFAXより）

環境

大気汚染に高い発がん性／WHO組織、危険性強調

世界保健機関（WHO）の専門組織、国際がん研究機関（本部フランス・リヨン、IARC）は10月17日、微小粒子状物質「PM2.5」など大気汚染物質による発がんリスクを5段階の危険度のうち最高レベルに分類したと発表した。

大気汚染は中国など新興国や発展途上国を中心に深刻化しているが、IARCは「肺がんを引き起こす十分な証拠がある」と強調。

2010年に世界で約22万3000人が大気汚染に起因する肺がんで死亡したとのデータを示し、ぼうこうがんのリスクを高める可能性も指摘した。

大気汚染は呼吸器官や心臓の病気のリスクを高めることが知られているが、「がんを引き起こす環境的要因であることも分かった」としている。

IARCは12年6月、ディーゼル排ガスについて「発がん性が十分認められ、肺がんの危険性を高める」との調査結果を発表している。

【ジュネーブ共同】（10/21MEDIFAXより）

内保連

小児対応へ、在支診・在支病の要件見直し急務／内保連例会

内科系学会社会保険連合（内保連、工藤翔二代表）は10月22日、東京都内で例会を開き、次期診療報酬改定に向けて、病院・診療所から在宅へのスムーズな移行を実現するには、強化型在宅療養支援診療所（強化型在支診）と強化型在宅療養支援病院（強化型在支病）の成人対応の算定要件を小児対応も視野に入れて見直すことが必要との問題意識を確認した。

小児医療について安田正副代表（大宮医師会）は「近年の診療報酬改定において小児医療の評価については改善傾向が認められる一方で、都市部と地方で（収支などに）格差が出てきている。小児病院、小児診療所で縮小・閉鎖に歯止めがかかっていない」と述べた。このため▽小児入院医療管理料4と同管

理料5の要件見直し▽小児の深鎮静の評価新設▽小児科外来診療料の包括項目の一部除外—などを挙げた上で、成人患者を重視する在宅医療の在り方を見直し「在宅小児医療」を充実させることができるような診療報酬上の体制整備が急務とした。

その上で、在宅小児医療の基盤整備は「小児のケアマネジャー」（病院勤務のMSWなど）への評価や、小児の在宅移行のための地域連携バスなど、一定の工夫で可能になると指摘。小児医療から成人医療まで一貫して社会資源が利用できるよう、強化型の在支診・在支病の要件を見直すべきとした。具体的な見直し案として▽強化型在支診は小児在宅では年間2例以上の看取り要件を撤廃。強化型で小児の在宅医療を行う場合に年間2例以上の小児の在宅人工呼吸管理症例とする▽強化型在支病に、小児急変時の受け入れが可能な中核病院や地域小児センターなど200床以上の病院を加える—などを挙げた。

小児在宅医療の問題については、内保連・在宅医療関連委員会の清水恵一郎委員長（日本臨床内科医会常任理事）も「小児には生活を支える介護保険がない。地域のインフラが乏しく、院内で小児のケアマネジャーの機能を担うスタッフへの評価が必要だ」と指摘した。在支診・在支病の算定要件の見直しについては「委員会としての議論はまだだが、成人を見据えた算定要件であり、小児在宅医療を充実させるためには一定の見直しが必要だと認識している」とし、「今後、中医協総会で小児医療の重要性を含め在宅医療の在り方について十分議論してもらいたい」と述べた。

このほか例会では、内科系技術評価に関する検討状況の報告をはじめ、生体検査に関する提言や内視鏡のワーキンググループについて報告があった。（10/23MEDIFAXより）

日医

診療報酬マイナス改定「あり得ない」／日医が財政審に反論

10月21日の財政制度等審議会・財政制度分科会で「診療報酬本体の改定率をプラスにすべきではない」との意見が相次いだことを受け、日本医師会は10月23日、次期診療報酬改定について「診療報酬を増額しないということはあるべき」とする見解を発表した。中川俊男副会長が定例会見で、日医の考えを説明した。

日医は「消費税込についてはその用途を明確にし、官の肥大化には使わず全て国民に還元し、社会保障財源化する」と示された社会保障・税一体改革大綱などを根拠に挙げ、「社会保障・税の一体改革で消費税増収による財源を社会保障の充実に充てるのは国民との約束事項。医療提供体制の将来像を作成するまで診療報酬を増額しないことはあり得ない」と主張した。

医療関連産業を成長産業に位置付けている政府の方針も指摘し、「政府は保険外併用療養の拡充を目指しているが、そのためには保険診療も拡充されなければならない、このことからマイナス改定はあり得ない」と強調した。

●薬価財源の引きはがしは「機械的削減の復活」

薬価改定財源の在り方については「健康保険法で薬剤は診察等と不可分一体で、その財源を切り分けることは不相当」として“財源の引きはがし”は認められないと主張。「薬価マイナス改定の財源を診療報酬本体の改定財源に充てなければ、実質的に2002年から06年まで行われた自然増に対する年2200億円の機械的削減が復活することになる」とも指摘し、懸念を表明した。

中川副会長は「地域医療が依然として危機的状況にある中、地域医療ビジョンの策定まで、診療報酬による手当てを行わないことは医療の再興を大きく遅らせることになる。地域の実情に応じた財政支援（基金など）とともに、日本の医療の全体的な底上げのためには診療報酬の増額も不可欠」と強調した。（10/24MEDIFAXより）

大病院は改善、次は中小病院・診療所に／日医、実調で見解

日本医師会の鈴木邦彦常任理事は11月6日の定例会見で、医療経済実態調査に関する見解を述べ、過去2回の診療報酬改定を反映し全体として急性期の大病院の収支が改善していると指摘した。超高齢社会に対応するためには地域に密着した医療の役割が重要になるとし「次の診療報酬改定では、診療所、有床診療所、中小病院の待遇改善が必要になる」と述べた。（11/7MEDIFAXより）

かかりつけ医に診療報酬で支援を／日医・横倉会長、安倍首相と面会

日本医師会の横倉義武会長は10月31日、首相官邸で安倍晋三首相と面会し、全ての国民がかかりつけ

医を持てるよう政府の支援を求めたほか、東北地方の医学部新設に反対する考えを伝えた。

横倉会長はかかりつけ医が担う意義や社会的な役割を説明し、全ての国民にかかりつけ医を持ってもらうための日医の取り組みを説明。診療報酬での対応を含め、政府としてのバックアップを要請した。

医学部新設をめぐることは、宮城県知事の要請を受けた安倍首相が復興支援として東北地方での新設を検討するよう下村博文文部科学相に指示している。一方、国家戦略特区として、これまで千葉県成田市と国際医療福祉大が共同で構想を発表するなど、複数の地域から提案が出ている。日医は医学部新設に一貫して反対の立場で、横倉会長は安倍首相に対し、これまで医師養成数を増やしてきたことで医師数の確保に一定のめどが立っている点などを説明。特に国家戦略特区による構想には強く反対し、医学部新設は現実的な選択肢ではないと訴えた。

保険外併用療養費制度の拡大についても言及し、日医は「混合診療の全面解禁に反対」との立場を明確にした。保険外併用療養は将来の保険適用につながるための過渡的な取り扱いであり、保険収載されないまま評価療養にとどめることや、保険収載を前提としない選定療養の拡大はすべきでないとの考えに理解を求めた。（11/1MEDIFAXより）

日本の医療の良さ、学校教育で教えるべき／日医・今村副会長

日本医師会の今村聡副会長は10月17日、東京都内で開かれた医療経済フォーラム・ジャパンのシンポジウムに参加し、「日本の患者一部負担割合は、公的医療保険がある先進諸国と比べてかなり高くなっていることや、保険料では被用者保険の保険料率に大きな格差があることから、国民医療費の財源である公助（公費）、共助（保険料）、自助（患者負担）については、それぞれに課題がある」との認識を示した上で、「患者一部負担がある一定以上に引き上げられると、受診抑制などが起きて疾病の重症化につながりやすいという危惧を持っている。患者一部負担の議論は慎重にしないといけない」と述べた。

その上で「学校教育の中で医療保険制度を学んでもらいたい」と述べた。特に「日本の医療は平等で、患者にとっても自由であるだけでなく、質が高く、しかも世界一の高齢化率であるにもかかわらず、先進諸国の中でも低コストで提供しており、世界的な

調査・データ編

評価は極めて高い」とし、「国民が日本の医療をきちんと理解しているかが大変大事な視点だ」と述べた。

さらに、今村副会長は「日医は、公的医療保険を支えていくには▽中長期的財源として消費税などの新たな財源▽公的医療保険の保険料の見直し▽特別会計などの支出の見直しの継続—の3点を検討していくべきと主張してきた」とし、負担の公平性の観点から健保組合や共済組合の保険料率を、協会けんぽの保険料率に合わせることや、全面総報酬割の導入も図るべきとした。

●消費税率アップ、控除対象外消費税の解決が前提
一方、消費税率の引き上げについては「日医をはじめ医療関係団体は、医療の充実に充てられることと、医療機関の消費税負担の問題、控除対象外消費税について抜本的に解決されることを前提に考えている」と強調した。（10/18MEDIFAXより）

ヘルシンキ宣言改訂案を採択／世界医師会総会

世界医師会（WMA）フォルタレザ総会は10月16日から10月19日まで、ブラジルのフォルタレザで開かれ、ヘルシンキ宣言の改訂案を採択した。日本医師会から川島周理事（徳島県医師会長）や石井正三常任理事らが出席した。日医が10月30日に開いた定例会見で、石井常任理事が報告した。

ヘルシンキ宣言は1964年の採択以降、医学の進歩や医療分野の変遷を受けて何度も改訂されている。2013年改訂の焦点は▽研究に関与した弱者集団の保護を一層高める▽研究に参加した結果として、損害を受けた被験者が適切な補償と治療を受けられるようにする—など。10月19日の総会で採択された今回の改訂版はWMA、JAMA（米国医師会雑誌）のウェブサイトを通じて公表された。

総会では死刑執行の凍結を要請する国連総会決議を支持する「死刑執行の凍結を要請する国連決議に関するWMA声明」などが新たに採択されたほか、化学兵器の禁止に関する緊急決議、シリアのヘルスケア状況に関する緊急決議をそれぞれまとめた。（10/31MEDIFAXより）

所得格差の拡大、社会保障で抑える／11年再分配調査

厚生労働省は10月11日、2011年所得再分配調査の結果を発表した。社会保障や税による所得再分配後の世帯間の所得格差は、再分配前と比べ31.5%改善した。過去最高の改善度だった。世帯間の再分配前の所得格差は年々大きくなっているものの、再分配後の所得格差はほぼ横ばいで推移しており、高齢化の進展による格差の拡大を社会保障制度によって抑えている状況が分かった。

同調査は、社会保障の給付・負担と税による所得再分配制度がどれほど機能しているかを調べて政策立案の基礎資料にするため、おおむね3年ごとに実施している。指標にしているのは所得の均等度を表す「ジニ係数」で、0に近いほど所得格差が小さく、1に近いほど所得格差が大きい。11年調査は、東日本大震災の影響を考慮し、岩手、宮城、福島を除く44都道府県で無作為抽出した世帯を対象に、11年7月14日～8月13日までの間に行った。

世帯単位で見た再分配前の「当初所得」のジニ係数は0.5536で、当初所得から税金と社会保険料を控除し、社会保障給付を加えた「再分配所得」のジニ係数は0.3791だった。再分配の改善度は31.5%となり、前回08年と比べ2.2ポイント増加し過去最高となった。要因別では、社会保障による改善度が28.3%、税による改善度は4.5%だった。

当初所得の格差をジニ係数の推移で見ると、1999年調査で0.4720、02年調査で0.4983、05年調査で0.5263、08年調査で0.5318、今回11年調査で0.5536と、年々大きくなっている。理由について厚労省政策統括官付政策評価官室は「高齢化の影響により、ある程度必然的に上がる」と説明した。

そうした状況でも、再分配所得の格差は0.3814（99年）、0.3812（02年）、0.3873（05年）、0.3758（08年）、0.3791（11年）と常に0.38程度で推移しており「高齢化が進んでいるが、特に社会保障制度により所得格差の程度は横ばいを維持している」（政策評価官室）結果となった。

●応能負担なら再分配所得格差は小さくなる

世帯の所得を世帯人員の平方根で割って表す「等

価所得」のジニ係数は、等価当初所得0.4703が、等価再分配所得で0.3162となった。改善度は32.8%（前回比3.1ポイント増）で、こちらも過去最高となった。

今後、社会保障制度改革国民会議が打ち出した「世代ごとの負担から応能負担へのシフト」を進めると、所得の多い人ほど大きな負担をするため、再分配所得のジニ係数は「程度は分からないが、小さくなる方向に向かうと予想される」（政策評価官室）。

（10/15MEDIFAXより）

薬局数1017増の5万5797カ所／12年度衛生行政報告例

厚生労働省が10月24日に発表した「2012年度衛生行政報告例」によると、12年度末の薬局数は5万5797カ所で、前年度から1017カ所増加した。人口10万人当たりの薬局数は43.8だった。

人口10万人当たりの薬局数を都道府県別に見ると、佐賀が62.2で最も多く、山口の57.4、広島の56.8と続いた。一方、最も少なかったのは福井の32.5で、京都の34.8、奈良の35.2が次いだ。

●特定疾患医療受給者、80万人超

特定疾患治療研究事業の対象者（軽快者を除く）として認定されると交付される特定疾患医療受給者証の所持者数は81万653人で、前年度から3万2475人増加した。

疾患別に見ると最も多いのが潰瘍性大腸炎で14万3733人。パーキンソン病関連疾患の12万406人、全身性エリテマトーデスの6万122人が続いた。

（10/25MEDIFAXより）

自身の胃ろう、59%が反対／介護の意識調査

有料老人ホームや高齢者住宅を運営するオリックス・リビングは11月5日、「介護に関する意識調査」の結果を公表した。同調査は11月11日の「介護の日」にちなんで実施した。自分自身の胃ろうについて賛否を尋ねたところ、「反対」は59.0%で過半数となった。「分からない」は35.5%、「賛成」は5.4%という結果だった。

9月にインターネット上で実施し、全国の40代以上の男女1238人から回答を得た。男女の内訳は男性737人、女性501人だった。

自身の胃ろうに反対する理由を複数回答で尋ねたところ、「そこまでして生きたいと思わないから」の82.5%が最も多く、次いで「周りに面倒をかけたくないから」の45.4%、「食事は口から摂りたいから」

の30.1%が続いた。

●認知症発症で施設希望は75.4%

認知症を発症し、大切な人を忘れてしまった場合の対応を尋ねたところ、「施設入所」が75.4%で多数を占めた。「大切な人に介護して欲しい」は19.0%だった。施設入所を希望する理由として最も多かったのは「大切な人に迷惑をかけたくないから」で、66.9%を占めた。（11/6MEDIFAXより）

スマホとタブレット両方利用、医師の4人に1人／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、医師の4人に1人がスマートフォンとタブレット型端末を両方持っているとの結果が出た。スマホとタブレットのいずれかを所有している医師は37.9%で、両方所有している医師は26.7%。逆にいずれも所有していない医師は35.4%だった。

医療での用途（複数回答）を尋ねたところ、スマホでは「医学・医療関連のニュース閲覧」が最も多く37.2%、タブレットでは「医学・医療に関する書籍・論文閲覧」が最多で46.9%だった。「新薬や検査の種類が多く、ガイドラインも増えたため、スマートデバイスに頼らざるを得ない」「学会の重い抄録集がアプリになったので便利」といった声も寄せられた。

調査は2013年10月にケアネットのサイトの会員1000人を対象にインターネットで回答を得た。サンプルの世代別割合は▽30代以下19.6%▽40代35.6%▽50代35.0%▽60代以上9.8%。男女比は男性89.7%、女性10.3%となっている。（11/1MEDIFAXより）

介護施設の経費削減「5年以前から実施」が半数／民間調査

民間シンクタンクの医療経営情報研究所は10月24日、「介護施設における経費削減に関する実態調査」の結果を発表した。回答したほぼ全ての施設で経費削減の取り組みは行われており、5年以上前から経費削減に取り組んでいる施設が半数に上った。

調査は2013年7月に実施し、203の介護施設や病院から回答を得た。施設内訳は、特別養護老人ホームが107施設、介護老人保健施設が49施設など。

経費削減項目を複数回答で聞いたところ、人事管理に関する項目で最も多かったのは「賞与に評価制基準を導入し総額削減を図った」と「アルバイト、

パート、契約社員の採用」でそれぞれ31.0%だった。日常業務に関する項目では、「コピー用紙の裏面活用、印刷形式の統一化」が69.8%に上った。人件費以外の固定費に関する項目では、「蛍光灯や電球の使用本数を制限」（50.6%）や「職員のエレベーター利用を禁止」（40.2%）が多かった。（10/25MEDIFAXより）

かかりつけ医がいる人、健康への意識も高い ／日医総研が調査

40歳以上の男女の約65%がかかりつけ医を持ち、かかりつけ医のいない人に比べて日常から健康への意識が高い傾向にあることが、日医総研のかかりつけ医に関する意識調査で分かった。

調査は国民のかかりつけ医へのかかり方やそのニーズなどを把握するため、無作為に選んだ40歳以上の男女4000人を対象に実施した。病気や健康状態についての相談や診療もしてくれる身近なかかりつけ医の有無やその人数、かかりつけ医への要望などを調べた。回収率は約5割で、2080人から回答があった。

かかりつけ医の有無に関する調査では、全体の65.1%が「かかりつけ医がいる」と答え、年齢が高齢になるほど割合も高くなった。「かかりつけ医はいないが、いるとよいと思う」は30.4%、「いない、いなくてもよい」は4.5%だった。

かかりつけ医の人数は全体の7割が1人だった。2人は22.0%、3人以上は7.5%だった。1人と回答した人が通う医療機関は82.7%が診療所、12.5%が中小病院、4.8%が大病院で、高齢になるほど中小病院、大病院に向かう割合が高かった。かかりつけ医の診療科は全体の約9割が「内科」で、かかりつけ医が2人以上の人は「内科と整形外科」「内科と眼科」という傾向が強かった。

かかりつけ医がいる人は日常の健康への意識が高いことも分かった。かかりつけ医がいると答えた人の約6-7割が、栄養バランスの取れた食生活のほか意識的に休息や睡眠をとること、規則正しい生活などに日ごろから心掛けており、かかりつけ医がいない人よりそれぞれ7-10ポイント上回った。

●選ぶ情報は「診療方針や医療への考え方」

かかりつけ医を探す際に必要な情報については、「医師の診療方針や医療への考え方」が81.2%、「連携している医療機関や介護施設」が79.0%、「対応できる治療や検査、患者数」が78.5%、「医師の得意分

野、経歴、顔写真」が72.0%の順で高かった。

日医総研はこれらの結果を踏まえ、「さまざまな形で情報提供にもかわらず、国民から『選ぶための情報がない』との意見も多く、提供側と受療側のギャップが大きい。地域の医師会が中心となって情報提供を行う取り組みを広げるべき」と提言した。（10/17MEDIFAXより）

記事文末に（MEDIFAXより）と記載しているものは、契約に基づき株式会社じほう発行の「MEDIFAX」より転載・一部改変を許諾されたものです。

資料1

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案

■ 2013年10月15日提出 ■

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/185.html>

10月15日、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」いわゆるプログラム法案が臨時国会に提出された。社会保障制度改革推進法に基づく法制上の措置として、国民会議の審議を踏まえ社会保障制度改革の全体像及び進め方を明らかにするもの。本欄では概要をP30に、P31以降に法律案を掲載した。

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案

【法案の趣旨等】

- 社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」を閣議決定（平成25年8月21日）
- この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして提出するもの

【法案の主な概要】

■ 講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの

- 少子化対策（既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施 等）
- 医療制度（病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70～74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策 等）
- 介護保険制度（地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減 等）
- 公的年金制度（既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方 等）

※ 医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成26年通常国会に、医療保険制度については平成27年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

■ 改革推進体制

上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる社会保障制度改革推進会議を設置

■ 施行期日

公布の日（一部を除く。）

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律

目次

第一章 総則（第一条）

第二章 講ずべき社会保障制度改革の措置等（第二条―第六条）

第三章 社会保障制度改革推進本部及び社会保障制度改革推進会議

第一節 社会保障制度改革推進本部（第七条―第十七条）

第二節 社会保障制度改革推進会議（第十八条―第二十七条）

第四章 雑則（第二十八条・第二十九条）

附則

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、社会保障制度改革推進法（平成二十四年法律第六十四号）第四条の規定に基づき法制上の措置として、同法第二条の基本的な考え方にのっとり、かつ、同法第二章に定める基本方針に基づき、同法第九条に規定する社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえ、同法第一条に規定する社会保障制度改革（以下この条及び次条第一項において単に「社会保障制度改革」という。）について、その全体像及び進め方を明らかにするとともに、社会保障制度改革推進本部及び社会保障制度改革推進会議を設置すること等により、社会保障制度改革を総合的かつ集中的に推進するとともに、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革を推進することを目的とする。

第二章 講ずべき社会保障制度改革の措置等

（自助・自立のための環境整備等）

第二条 政府は、人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現するためにも、健康寿命の延伸により長寿を実現することが重要であることに鑑み、社会保障制度改革を推進するとともに、個人がその自助努力を喚起される仕組み及び個人が多様なサービスを選択することができる仕組みの導入その他の高齢者も若者も、健康で年齢等にかかわらず働くことができ、持てる力を最大限に発揮して生きることができる環境の整備等（次項において「自助・自立のための環境整備等」という。）に努めるものとする。

2 政府は、住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立のための環境整備等の推進を図るものとす

る。

（少子化対策）

第三条 政府は、急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、その基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、就労、結婚、妊娠、出産、育児等の各段階に応じた支援を切れ目なく行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、子ども・子育て支援（子ども・子育て支援法（平成二十四年法律第六十五号）第七条第一項に規定する子ども・子育て支援をいう。以下この項において同じ。）の量的拡充及び質の向上を図る観点並びに職業生活と家庭生活との両立を推進する観点から、幼児期の教育及び保育その他の子ども・子育て支援の総合的な提供、平成二十五年六月十四日に閣議において決定された経済財政運営と改革の基本方針に記載された待機児童解消加速化プランその他の子ども・子育て支援の実施に当たって必要となる次に掲げる措置その他の必要な措置を着実に講ずるものとする。

- 一 子ども・子育て支援法第十一条に規定する子どものための教育・保育給付及び同法第五十九条に規定する地域子ども・子育て支援事業の実施のために必要な措置
 - 二 子ども・子育て支援法附則第十条第一項に規定する保育緊急確保事業の実施のために必要な措置
 - 三 保育の量的拡充のために必要な都道府県及び市町村（特別区を含む。次条第七項第一号ロにおいて同じ。）以外の者の設置する保育所における保育を行うことに要する保育費用についての児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第五十三条の規定による国庫の負担
 - 四 社会的養護の充実に当たって必要となる児童福祉法第三十七条に規定する乳児院、同法第三十八条に規定する母子生活支援施設、同法第四十一条に規定する児童養護施設、同法第四十二条の二に規定する情緒障害児短期治療施設又は同法第四十四条に規定する児童自立支援施設に入所等をする子どもの養育環境等の整備のために必要な措置
- 2 政府は、前項の措置については、全世代対応型の社会保障制度の構築を目指す中で、少子化対策を全ての世代に夢や希望を与える日本社会の未来への投資であると認識し、幅広い観点からこれを講ずるものとする。
- 3 政府は、第一項の措置を講ずるほか、子ども・子育て支援法附則第二条第二項の規定に基づき、平成二十七年度以降の次世代育成支援対策推進法（平成十五年法律第百二十号）の延長について検討を加え、必

要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

（医療制度）

第四条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、医療保険各法

（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）

第七条第一項に規定する医療保険各法をいう。第七項第二号二において同じ。）による医療保険制度及び

高齢者医療確保法による後期高齢者医療制度（同項において「医療保険制度等」という。）に原則として

全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として、医療制度について、この条に定めるところにより、必要な改革を行うものとする。

2 政府は、個人の選択を尊重しつつ、個人の健康管理、疾病の予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励するものとする。

3 政府は、健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進することにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保するため、情報通信技術、診療報酬請求書等を適正に活用しながら、地方公共団体、保険者（高齢者医療確保法第七条第二項に規定する保険者をいう。）、事業者等の多様な主体による保健事業等の推進、後発医薬品の使用及び外来受診の適正化の促進その他必要な措置を講ずるものとする。

4 政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。次条において同じ。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。次項及び同条第二項において同じ。）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療及び在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項

イ 病院又は診療所（以下このイにおいて「病院等」という。）の管理者が、当該病院等が有する病床の機能に関する情報を、当該病院等の所在地の都道府県知事に報告する制度の創設

ロ イに規定する制度により得られる病床の機能に関する情報等を活用した都道府県による地域の医療提供体制の構想の策定及び必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化その他の当該構想を実現するために必要な方策

ハ 次に掲げる事項に係る新たな財政支援の制度の創設

- (1) 病床の機能の分化及び連携等に伴う介護サービス（介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービスをいう。次条第二項において同じ。）の充実
- (2) 地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機関の施設及び設備の整備等の推進

ニ 医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し

一 地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保及び勤務環境の改善

二 医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し

5 政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする。

6 政府は、第四項の措置を平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険（国民健康保険法（昭和三十二年法律第百九十二号）第三条第一項の規定により行われるものに限る。以下この項において同じ。）に対する財政支援の拡充

ロ 国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関し、国民健康保険の保険料（地方税法（昭和三十五年法律第二百二十六号）の規定による国民健康保険税を含む。以下この号及び次号において同じ。）の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置を講ずることにより国民健康保険の更なる財政基盤の強化を図り、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、国民健康保険の保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と

市町村において適切に役割を分担するために必要な方策

ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成二十五年法律第二十六号）附則第二条に規定する所要の措置

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

ロ 被用者保険等保険者（国民健康保険法附則第十条第一項に規定する被用者保険等保険者（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第二百二十三条第一項の規定による保険者としての全国健康保険協会を除く。）をいう。以下このロ及び次条第四項において同じ。）に係る高齢者医療確保法第百十八条第一項に規定する後期高齢者支援金の額の全てを当該被用者保険等保険者の標準報酬総額（国民健康保険法附則第十二条第一項に規定する標準報酬総額をいう。次条第四項において同じ。）に応じた負担とすること。

ハ 被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し

ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等（医療保険各法（国民健康保険法を除く。）に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。）の上限額の引上げ

三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

ロ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

8 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

9 政府は、第七項の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行うものとする。

10 政府は、この法律の施行の際現に実施されている難病及び小児慢性特定疾患（児童福祉法第二十一条の五に規定する医療の給付の対象となる疾患をいう。以下この項において同じ。）に係る医療費助成につい

て、難病対策に係る都道府県の超過負担の解消を図るとともに、難病及び小児慢性特定疾患に係る新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度（以下この項において「新制度」という。）を確立するため、新制度の確立に当たって、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 新制度を制度として確立された医療の社会保障給付とすること。

二 新制度の対象となる疾患の拡大

三 新制度の対象となる患者の認定基準の見直し

四 新制度の自己負担の新制度以外の医療費に係る患者の負担の軽減を図る制度との均衡を考慮した見直し

11 政府は、前項の措置を平成二十六年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

（介護保険制度）

第五条 政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする。

2 政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じ、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第百十五条の四十五に規定する地域支援事業の見直しによる次に掲げる事項

イ 在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携の強化

ロ 多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活の支援及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備

ハ 認知症である者に係る支援が早期から適切に提供される体制の確保その他の認知症である者に係る必要な施策

- 一 前号に掲げる事項と併せた地域の実情に応じた介護保険法第七条第四項に規定する要支援者への支援の見直し
- 二 一定以上の所得を有する者の介護保険の保険給付に係る利用者負担の見直し
- 四 介護保険法第五十一条の三の規定による特定入所者介護サービス費の支給の要件について資産を勘案する等の見直し
- 五 介護保険法第四十八条第一項第一号に規定する指定介護福祉施設サービスに係る同条の規定による施設介護サービス費の支給の対象の見直し
- 六 介護保険の第一号被保険者の保険料に係る低所得者の負担の軽減

- 3 政府は、前項の措置を平成二十七年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。
- 4 政府は、前条第七項第二号ロに掲げる事項に係る同項の措置の検討状況等を踏まえ、被用者保険等保険者に係る介護保険法第百五十条第一項に規定する介護給付費・地域支援事業支援納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることについて検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

（公的年金制度）

第六条 政府は、次に掲げる措置の着実な実施のための措置を講ずるものとする。

- 一 年金生活者支援給付金の支給に関する法律（平成二十四年法律第百二号）に基づく年金生活者支援給付金の支給
 - 一 公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律（平成二十四年法律第六十二号）に基づく基礎年金の国庫負担割合の二分の一への恒久的な引上げ、老齢基礎年金の受給資格期間の短縮及び遺族基礎年金の支給対象の拡大
 - 二 前二号に掲げるもののほか、前二号に規定する法律、被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律（平成二十四年法律第六十三号）及び国民年金法等の一部を改正する法律等の一部を改正する法律（平成二十四年法律第九十九号）に基づく措置
- 2 政府は、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関

連する制度について、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

- 一 国民年金法（昭和三十四年法律第百四十一号）及び厚生年金保険法（昭和三十九年法律第百十五号）の調整率に基づく年金の額の改定の仕組みの在り方
- 二 短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲の拡大
- 三 高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方
- 四 高所得者の年金給付の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し

第三章 社会保障制度改革推進本部及び社会保障制度改革推進会議

第一節 社会保障制度改革推進本部

（設置）

第七条 受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、内閣に、社会保障制度改革推進本部（以下「本部」という。）を置く。

（所掌事務）

第八条 本部は、次に掲げる事務をつかさどる。

- 一 前章の措置についてその円滑な実施を総合的かつ計画的に推進すること。
- 二 前章の措置についてその実施状況の総合的な検証を行うこと。
- 三 受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革について、前号の検証の結果に基づき、必要があると認めるときは、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、当該改革に関する企画及び立案並びに総合調整を行うこと。
- 四 受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革について、社会保障制度改革推進会議が第十九条の規定による意見を述べた場合において、必要があると認めるときは、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、当該改革に関する企画及び立案並びに総合調整を行うこと。

（組織）

第九条 本部は、社会保障制度改革推進本部長、社会保障制度改革推進副本部長及び社会保障制度改革推進本部員をもって組織する。

（社会保障制度改革推進本部長）

第十条 本部の長は、社会保障制度改革推進本部長（以下「本部長」という。）とし、内閣総理大臣をもって充てる。

2 本部長は、本部の事務を総括し、所部の職員を指揮監督する。

（社会保障制度改革推進副本部長）

第十一条 本部に、社会保障制度改革推進副本部長（次項及び次条第二項において「副本部長」という。）を置き、国務大臣をもって充てる。

2 副本部長は、本部長の職務を助ける。

（社会保障制度改革推進本部員）

第十二条 本部に、社会保障制度改革推進本部員（次項において「本部員」という。）を置く。

2 本部員は、次に掲げる者（第一号から第四号までに掲げる者にあつては、副本部長に充てられたものを除く。）をもって充てる。

1 内閣官房長官

二 総務大臣

三 財務大臣

四 厚生労働大臣

五 前各号に掲げる者のほか、本部長及び副本部長以外の国務大臣のうちから、内閣総理大臣が指定する者

（資料の提出その他の協力）

第十三条 本部は、その所掌事務を遂行するため必要があると認めるときは、国の行政機関、地方公共団体、独立行政法人（独立行政法人通則法（平成十一年法律第百三十三号）第二条第一項に規定する独立行政法人をいう。）及び地方独立行政法人（地方独立行政法人法（平成十五年法律第百十八号）第二条第一項に規定する地方独立行政法人をいう。）の長並びに特殊法人（法律により直接に設立された法人又は特別の法律により特別の設立行為をもって設立された法人であつて、総務省設置法（平成十一年法律第九十一号）第四条第十五号の規定の適用を受けるものをいう。）の代表者に対して、資料の提出、意見の表明、説明その他必要な協力を求めることができる。

2 本部は、その所掌事務を遂行するため特に必要があると認めるときは、前項に規定する者以外の者に対しても、必要な協力を依頼することができる。

（事務）

第十四条 本部に関する事務は、内閣官房において処理し、命を受けて内閣官房副長官補が掌理する。

（設置期限）

第十五条 本部は、その設置の日から起算して五年を超えない範囲内において政令で定める日まで置かれるものとする。

（主任の大臣）

第十六条 本部に係る事項については、内閣法（昭和二十二年法律第五号）にいう主任の大臣は、内閣総理大臣とする。

（政令への委任）

第十七条 この法律に定めるもののほか、本部に関し必要な事項は、政令で定める。

第二節 社会保障制度改革推進会議

（設置）

第十八条 受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、内閣に、社会保障制度改革推進会議（以下「会議」という。）を置く。

（所掌事務）

第十九条 会議は、次に掲げる事務をつかさどる。

一 中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革について、前章の措置の進捗状況を把握するとともに、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、平成三十七年を展望しつつ、総合的に検討を行い、その結果に基づき、内閣総理大臣に意見を述べること。

二 内閣総理大臣の諮問に応じ、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革について、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、調査審議し、その結果に基づき、内閣総理大臣に意見を述べること。

（組織）

第二十条 会議は、委員二十人以内をもって組織する。

（委員）

第二十一条 委員は、優れた識見を有する者のうちから、内閣総理大臣が任命する。

2 委員は、非常勤とする。

（議長）

第二十二条 会議に、議長を置き、委員の互選により選任する。

2 議長は、会務を総理する。

3 議長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

（事務）

第二十三条 会議に関する事務は、内閣官房において処理し、命を受けて内閣官房副長官補が掌理する。

（設置期限）

第二十四条 会議は、第十五条の政令で定める日以前の政令で定める日まで置かれるものとする。

（主任の大臣）

第二十五条 会議に係る事項については、内閣法にいう主任の大臣は、内閣総理大臣とする。

（本部に関する規定の準用）

第二十六条 第十三条の規定は、会議について準用する。

（政令への委任）

第二十七条 この法律に定めるもののほか、会議に関し必要な事項は、政令で定める。

第四章 雑則

（財源の確保）

第二十八条 第二章の措置のうち制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に係るものについては、社会保障の安定財源の確保及び財政の健全化を同時に達成することを目指す観点から、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律（平成二十四年法律第六十八号）の施行により増加する消費税の収入及び社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための地方税法及び地方交付税法の一部を改正する法律（平成二十四年法律第六十九号）の施行により増加する地方消費税の収入の活用並びに同章の措

置を講ずることによる社会保障の給付の重点化及び制度の運営の効率化により必要な財源を確保しつつ、講ずるものとする。

（地方自治に重要な影響を及ぼす措置に係る協議）

第二十九条 政府は、第四条第四項第一号イからハまで及び第二号に掲げる事項に係る同項の措置、同条第七項第一号ロに掲げる事項に係る同項の措置その他第二章の措置のうち地方自治に重要な影響を及ぼすと考えられるものを講ずるに当たっては、全国的連合組織（地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百六十三条の三第一項に規定する全国的連合組織で同項の規定による届出をしたものをいう。）の代表者その他の関係者と十分に協議を行い、当該措置についてこれらの者の理解を得ることを目指すものとする。

附 則

（施行期日）

第一条 この法律は、公布の日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 第三章第一節の規定 公布の日から起算して一月を超えない範囲内において政令で定める日

二 第三章第二節の規定 公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日

（被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律の一部改正）

第二条 被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律の一部を次のように改正する。

附則第百五十九条の二の次に次の一条を加える。

（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律の一部改正）

第百五十九条の四 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成二十五年法律第 号）の一部を次のように改正する。

第四条第七項第二号二中「標準報酬の月額、給料の額及び標準給与」を「及び標準報酬」に改める。

（子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の一部改正）

第三条 子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法

律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（平成二十四年法律第六十七号）の一部を次のように改正する。

第六十六条を次のように改める。

（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律の一部改正）

第六十六条 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成二十五年法律第号）の一部を次のように改正する。

第二条第一項第三号を削り、同項第四号中「児童福祉法」の下に「（昭和二十二年法律第百六十四号）」を加え、同号を同項第三号とする。

第四条第七項第一号ロ中「市町村」の下に「（特別区を含む。）」を加える。

附則中第五号を削り、第六号を第五号とする。

理 由

社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえ、社会保障制度改革について、その全体像及び進め方を明らかにするとともに、その推進に必要な体制を整備すること等により、これを総合的かつ集中的に推進するとともに、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革を推進する必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

2013年10月25日 TPP参加反対京都ネットワーク主催

講演録 TPPで日本・地域はどうなる？

岡田 知弘 京都大学大学院経済学研究科教授

（「TPP参加交渉からの即時脱退を求める大学教員の会」呼びかけ人）

はじめに

ご紹介いただいた「TPP参加交渉からの即時脱退を求める大学教員の会」は、今年3月に最初は3人でスタートした会で、2週間で900人以上の賛同署名が集まりました。しかも自然科学から歴史学を研究している人にいたるまで、かなり幅広い分野の人たちが署名してくださっています。

私たちは当然知る権利を持っています。しかし、TPP問題に関していえば、交渉は秘密交渉ですので、交渉参加を表明し交渉が本格化するにしたがって情報が公開されなくなっており、交渉の中でどんなことが話し合われているのかわかりません。では、交渉はうまくいっているのかというと、そうとも限らないようです。2013年10月のインドネシアでのAPEC閣僚会議にオバマ大統領は欠席しました。予定ではこの場で協定の大枠合意を発表することになっていましたが、それもできませんでした。

オバマ大統領の直接の欠席理由は、マスコミによればオバマ医療保険制度改革に対して、議会で共和党保守勢力が猛反発し、かつ、アメリカの借金の上限法案が改定されなければアメリカは債務不履行状態に陥り、世界経済は大恐慌となるだろうという瀬戸際でしたので、大統領は足止めをくったことだと解説されています。

しかし理由はそれだけではありません。背景には、アメリカの格差と貧困の問題があります。あとでくわしく述べますが、アメリカでは外交通商の条約制定権は大統領府ではなく、議会にあります。それで、州あるいは議会の権限を侵そうとしていることに対する反発が国内ではものすごく大きい。アメリカ国内の内政と外交の矛盾が一気に爆発した形で、大統領はインドネシアに来ることができなかったわけです。今年12月の大枠合意妥結も厳しい状況だと見られています。

私はもともと地域経済の研究をやってきました。1980年代から日本では本格的な対外開放政策は、1986年に発表された「前川レポート」に始まっています。

80年代前半に日米貿易摩擦問題があり、それを解決するために海外に直接投資する、海外に現地法人をつくる、あるいは海外から外資系企業を誘致する、積極的な輸入政策を採るといことになり、以後コメも含め農産物輸入がすべて開放されていく段階を迎えてきました。

これにより京都経済も大打撃を受けました。中小企業製品の輸入が主な要因です。この時期、様々な製品の関税障壁・非関税障壁、様々な諸制度が撤廃されました。全国的にみて、事業所数、従業員数の減少がいちばん大きかったのが大阪、京都の繊維産業であり、京都の西陣と室町、大阪の泉州と船場の織物産地でした。

一方、このとき日本の貿易収支は黒字ですが、自動車や家電企業などの上位50社の貿易黒字が全体の75%を占めていました。日米貿易摩擦問題を解決するために、貿易とは直接の関係のなかった農業、中小企業製品の門戸開放が一気に行われて、犠牲を京都など地方の経済に強制したわけです。これが日本の地域経済がどんどん衰退していくことになるきっかけとなりました。

ところが、2010年10月、当時の菅直人首相が横浜で行われたAPECの会議で突然TPPに参加することを表明しました。農文協（農村漁村文化協会）はTPPに対抗する本を活版に刊行していますが、その最初の本は『TPP反対の大義』という本で、20人以上の研究者と農林業関係者らが執筆しており私も寄稿しています。

この本の出版後、あちこちでTPP問題の講演をしまいいりました。北海道の人口2万人の美幌町では400～500人が集まる全町集会もありました。医師会、JA、労働組合、会社を挙げて参加するところもありました。文字通り全町集会でした。大都市部



ではまだこういった盛り上がりはありません。ただし、ここ最近は大きな広がりを見せています。TPPは農業だけの問題ではないといったことがわかりはじめてきたからだと思います。

本日は、改めてTPPとは何であるのかということ、その問題点、現局面、もしTPPに参加した場合、日本と地域の経済はどうなるのか、私たち大学教員の会が行ったシミュレーションを、政府の見解と対置してお話いたします。

1 なぜ、TPPは登場したのか

1) TPP（環太平洋連携協定）とは何か

まず、なぜTPPは登場したのかからお話します。今の資本主義世界において、貿易の自由化を進めていくルールを取り決めた、GATT（関税および貿易に関する一般協定）という条約の第24条にFTA（自由貿易協定）を2国間あるいは多国間で結ぶことができるという規定があります。TPPはこのFTAの規定にのっとったものです。両者の違いは一般的にFTAは例外品目を認めています、TPPは例外品目を認めていないことです。

FTAも非常に大きな問題をはらんだ協定だといえます。もともとGATTは物の貿易自由化を進めていく戦後の自由化政策の柱となったものですが、多国籍企業が増えていく過程で、物だけではだめだという要求が出されるようになりました。つまり物だけでなくサービスも自由化しようという要求です。サービスの自由化というのはイメージしづらいかもしれませんが、技術とか知的所有権を伴う問題です。例えば特許、これも商品です。映画の著作権もそうです。例えばディズニー映画が日本国内で放映されると、著作権料がアメリカのディズニー社にも支払われますが、これもサービス貿易の一つです。こういうものからはじまり、医療サービス、金融サービス、あるいは弁護士サービス、高等教育（大学）サービスなど、こういったものも自由化すべきだという要求が多国籍企業などから出ているのです。

医療、福祉、教育という分野は、どの国においてもその国独自の法規制があります。日本でいうと、憲法25条で保障する生存権にもとづく様々な制度が、われわれの先輩の運動の結果としてつくられています。これらはアメリカの市場ルールとはまったく違うものです。しかし、アメリカがこの日本の市場に参入しようとする、日本独自の制度が邪魔に

なる。こういった邪魔になる制度のことを非関税障壁といいます。関税以外の参入する上での壁のことです。

自由化が求められているサービスのもう一つの代表的な分野は投資です。外国資本が自由に日本の農業や医療サービスに入れるようにすべきだ。アメリカでは株式会社でも病院経営をすることができますが、今の日本ではできません。日本でもできるようにしろという要求がなされています。

もう一つ求められているのが、労働力の自由な移動です。日本は今、福祉や医療現場など職種を限って若干門戸を開放していますが、外国人としてはかなり厳しい試験をパスしなければ入っていくことができません。途上国には過剰労働力がいっぱいあります。あるいは安い労働力を得たいと考える日本の国内企業もたくさんあります。そこで門戸を開放して安い労働力を入れていきたいという圧力が加わってきています。

実は1995年のWTO協定ではそれをやりたかったのです。国際貿易機関をつくり、商品の自由化だけでなく、サービス、投資、労働力移動の自由化を全面的にやろうとしました。多国間投資協定です。ところが、これをやろうとすると、途上国やフランスのような国家主権を重んずる国々からクレームが来たわけです。それでうまくいかなかった。

そこでアメリカはパイパスを考えました。カナダ、メキシコと独自にFTA（自由貿易協定）を結ぶことです。その網の目をどんどん広げていき、事実上自由な商品と資本と労働力の動きを保障する圏域をつくっていったわけです。

2006年にそういう動きの中で模範的なものがあります。シンガポール、ニュージーランド、チリ、ブルネイの4カ国で発足したFTA（P4と呼びます）です。4カ国の人口を合わせても2640万人ほどの小さな市場です。P4では即時例外なき関税撤廃を実施するというで始まっています。

P4の4カ国間には相互にぶつかり合う貿易品目や投資摩擦がありません。ところが、現在交渉を行っている12カ国は、同じ農産物をつくっているとか、相互の利害が完全に対立するような産業構造や制度枠組みを持っています。そこにP4の「即時例外なき関税撤廃」というルールを適用するとんでもないことになってしまいます。まさに今その局面にあるのです。

2) TPP 論議登場の政治経済的背景

もともとTPP交渉をやるべきだと言い出したのはアメリカでいうとブッシュ大統領でした。オバマ大統領は政権についた当時、あまりこれに関心を持っていませんでした。大統領が誕生するときの政治状況を思い出してください。ブッシュ大統領の新自由主義的な政策のもと格差と貧困が拡大し、それに対して「チェンジ」という合言葉を掲げて政権を獲得したわけです。初めての黒人大統領が民主党政権として実現しました。画期的なことでした。

けれどもその後、オバマ大統領の政策はうまく進みませんでした。どんどん支持率は落ち、なんとか支持を取り戻さなければならないという状況に陥ったのです。

一方、当時の日本でも、同じく小泉政権の新自由主義構造改革で格差と貧困問題が広がる状況にあり、民主党の小沢一郎さんの「生活が第一」というキャッチフレーズが国民の中に深く浸透し、民主党は一気に政権を獲得するに至ったのです。けれども日本の民主党も公約実現できないばかりか、金権問題が浮上、鳩山・小沢体制のもとでの民主党政権は1年も持たなかったのです。

続いて菅政権が誕生します。菅政権の枝野幸男幹事長が就任後最初にあいさつに行った先が非常に注目されました。日本経団連です。小沢幹事長時代は経団連にあいさつに行かず、一定の距離を置いていました。アメリカとも一定の距離を置いていましたが、在日米軍基地再編問題で鳩山政権が壊れてしまいました。そこで、真っ先に枝野幹事長は財界のもとにあいさつに行ったのです。菅政権は自らの政権基盤を維持するために連合から離れ、財界に支持を取り付けにいったわけです。大きな路線転換を図ったのです。のちに菅政権下で作成された経済成長戦略は日本経団連の成長戦略の丸のみでした。その中で、2010年10月に菅首相が、TPP交渉に参加すると突如表明するに至るわけです。

日米ともに政権の支持率低下が、TPP交渉参加の大きな要因となっています。オバマ大統領は2010年1月の一般教書演説で、雇用の場を拡大していくために、国家輸出イニシアティブという計画をつくり、5年間で輸出を倍増、雇用を200万人増加させることを発表しました。

ここで注意していただきたいのは、倍増するという輸出の中には商品だけでなくサービスも入っています。サービス、とくに医療関係において市場を確

保することは至上命題なのです。そして2010年3月以降、先ほどのP4に加え、アメリカ、オーストラリア、ペルー、ベトナム、マレーシアを含めたTPP参加交渉会議が開催されていくことになります。

TPP参加に関するもう一つ大きなアメリカの意図は、対中国戦略です。中国はすでにASEANプラス日中韓でアジア経済圏をつくる構想を提起していました。鳩山政権の頃は一緒にやろうという声もありました。ところがこの経済圏にはアメリカが入っていない。このままではまずい、中国の機先を制する必要があるということで、アメリカ主導のTPPづくりを打ち出したのです。

アメリカ側の経済的な要因として、アメリカ国内の圧力団体の存在があります。「TPPのためのアメリカ企業連合」です。アメリカには日本の経団連のような常時財界活動を行っている団体はありません。課題ごとでこのようなロビー団体がつくられます。TPPのためのアメリカ企業連合には、穀物メジャーのカーギル社、遺伝子組み換えの種子の製造で知られるモンサント社などのアグリビジネス企業が入っています。モンサントの日本の販売代理店は住友化学、つまり米倉弘昌・経団連会長の会社です。この企業連合には軍事、電機、IT、通信、金融、製薬などの108の大企業・団体が加盟しています。

この企業連合のこの他の特徴として、例えば製薬分野でいうと日系の製薬メーカーも入っていることです。製薬メーカーは市場拡大を図るためアメリカに現地法人を作っているわけですが、TPPにより現地法人がアメリカでつくった薬を日本に逆輸入して自由に売ることができるようになります。

TPP交渉の問題はマスコミが言うように、例えば、アメリカ対日本対オーストラリアといった国対国の対立関係でとらえるのは間違いです。多国籍企業の利益と、日本の国民、あるいはアメリカやオーストラリアの国民の利益との対立なのです。そういう多国籍企業時代特有の通商交渉の問題なのです。マスコミは世論誘導をしますので、真の問題は何かということをしかりとらえなければなりません。

アメリカの輸出拡大という目的を考えると、TPPに日本が入らないと意味がありません。そういう市場の構造になっています。今の12カ国交渉が仮に成立したとします。GDPの規模を比較しますと、アメリカは全体の60%を占めます。日本は18%です。それ以外の国で一番大きなシェアを占めるのがオーストラリアの3%です。つまりアメリカからす

ると、TPPでいくら輸出を増やそうとしても、日本が入らなければ買ってくれる国がないということです。当然雇用が増えることもありません。

ここで疑問がわいてくると思います。それならなぜアメリカは、はじめから日本を引き込んで交渉をしなかったのかという疑問です。

これまでもWTO協定のほか、多国間投資協定を結ぼうという動きがありました。そのときの経験から学んだからです。事前に情報が漏れてしまったりする。あるいはTPP交渉には、コメや医療の自由化など敏感な政治的な問題につながる商品がたくさんあるわけで、これらについていきなり交渉を始めても成立するのが難しいことがわかっています。

アメリカはこの経験則に学び、最初は日本を除いた少数の国で議論を始めて条約の枠組みを決めてしまう。枠組みを決めた上で、日本に対して参加するかどうか回答をつきつけるというシナリオです。そうすると日本側は枠組みをのむことに合意せざるを得ない。こういうシナリオが初めからあったといわれています。

菅政権から野田政権にかけて、日米同盟強化、沖縄米軍基地再編問題、武器三原則廃止問題がTPP問題とつなげられてとらえられてきました。この時期、前原誠司外務大臣がアメリカで何度も講演をしています。注目すべき発言をしています。米軍基地再編問題では迷惑をかけたけれども、自分たちとしてはこれをなんとか修復したいと考えている。その「経済的担保」として私たちは進んでTPP交渉に参加したい、こう言っているのです。

つまり日米関係修復のために担保として、あるいは手付金としてTPP参加を約束すると言ったわけです。TPP問題は米軍基地再編問題ともからんだ外交・政治問題になっているという構図です。

3) 東日本大震災によるTPP・消費税導入論議のトン挫と財界の圧力

菅首相は、2011年5月までにTPPに入るかどうか、消費税を増税するかどうか決断をしますと言いました。ところがどんどん支持率が落ちてしまい、そこに3・11の東日本大震災が起こった。TPPや消費税増税どころではない状況が生まれました。その中で巻き返しを行ったのが財界サイドでした。

その代表的な発言が、経団連の米倉会長が『文藝春秋』2011年5月号に発表した「震災に負けない『日本経済復興プロジェクト』」です。

「日本が国際社会という共通の土俵で、競争力を発揮していくためには、今こそ真に『開かれた国』になることが大切だ。それゆえ日本経済復活のために政府に求めたいのが、TPPへの参加である」

震災から復興するためにはTPPが必要だ、と言っているのです。雑誌の5月号ですから4月に発売されています。原稿の締め切りは3月中のはずです。3・11の直後にこう書いているのです。

また、竹中平蔵氏は2011年4月22日付の「信濃毎日新聞」にこう書いています。

「TPP交渉の議論を先送りするのではなく、今こそTPP対応型に農業を復興するという発想が大事だ。」「具体的には農地を集約し、民間の資本が農業分野に入っていけるような農地法の改正、流通経路などで独占状態となっている農業協同組合の改革をすすめるべきだ。」

この二つのことは、震災復興とはいっさい関係ありません。かねてからアメリカ政府が対日要望事項の重点項目として日本政府に求めていたことです。これを今こそやるべきだと言っているわけです。

TPPは規制改革を必然的に伴います。非関税障壁を撤廃することになるからです。必ずここにつながります。もう一つつながるのが道州制です。竹中氏はこう書いています。

「ふるさとを還元したいという心情は理解できるが、農業や水産業では、震災前と同じように還元するのは難しい地域もある。この際、一気に市町村の合併を進めて、強力な自治体をつくる必要がある。仙台に復興本部を設置して、道州制に踏み込むのが理想的だ。」

竹中氏は現在、産業競争力会議の議員をしています。そこで彼がいちばん強く主張しているのが、国家戦略特区です。会議の席上こう言っています。国家戦略特区を大都市につくって、投資活動を誘発するために、世界でももっとも自由にビジネスができる領域をつくるべきだ。そのためには法人税を大幅に引き下げるとか、解雇規制を撤廃する、つまり「ブラック企業特区」ですね、こういうのをやるべきだ、そしてその最終的な形は道州制であると発言しているのです。

経済開発に重点を置くために規制をなくし府県をなくして道州制にすることが大事だということです。今の都道府県は、憲法、地方自治法により国民の生存権、あるいは住民の増進を図ることが最大の責務であると、明確に定義されています。これではだめ

だ、経済開発を最優先するような国の形にすべきだという主張です。TPPと規制改革と道州制は一体のものなのです。

野田政権になると、さらにTPPに向けて参加を表明し、また消費税増税を行い、税と社会保障の一体改革の方針を明確にしていくことになります。小泉構造改革の再来、「グローバル国家」型構造改革路線の再起動をしていくことになりました。

「グローバル国家」とは日本経団連がつくり出した言葉です。国の制度、環境を多国籍企業が活動しやすいものにしていこうという考えです。道州制もそのうちの一つです。このように、野田政権はいっそう財界の側に近づいたわけですが、国民からの支持はもう完全に失われていました。2012年12月の総選挙で民主党は大敗し、自民党の第二次安倍政権が誕生することになりました。

総選挙前、まだ野党だった自民党は、TPPについてどのような公約を掲げていたのか。選挙ポスターには大きく「TPP反対」「ウソつかない」などと書かれていました。このときの自民党の「公約文書」、これは実はたいへんすぐれた内容で、「TPP交渉参加の判断基準」として、次の6つを上げていました。

- 1 政府が、「聖域なき関税撤廃」を前提にする限り、交渉参加に反対する。
- 2 自由貿易の理念に反する自動車等の工業製品の数値目標は受け入れない。
- 3 国民皆保険制度を守る。
- 4 食の安全安心の基準を守る。
- 5 国の主権を損なうようなISD条項は合意しない。
- 6 政府調達・金融サービス等は、わが国の特性を踏まえる。

今日この公約はどうなっているか。

1点目については、すでに現実には「聖域」と自ら指定したコメ、麦など農産物の5項目の586品目うち、コメの加工品については「聖域」から外すという仕分けをはじめています。

2点目については、日米間の事前協議でかなり議論されています。ところがその交渉内容は秘密なので、どんな交渉になっているのかはわかりません。

3点目の国民皆保険制度。これも特区制度を使って混合診療を進めていくとか、成長戦略の中で、例えば関西空港内にリッチな外国人客を対象とした医療機関をつくろうという案があり、それに大学病院

も参入しようとしています。

4点目の食の安心安全については、多国籍企業側がこれまでから日本の安全基準はあまりにも厳しすぎるという声があります。コーデックス委員会という食品の安全性と品質に関して国際的な基準を定めている委員会で、穀物メジャーのカーギル社などは大きな影響力を持っており、できるだけ基準を緩和しようとしたり、原産地表示も骨抜きにしようとしています。これについても交渉は進められていますが、内容は公表されていません。

5点目のISD条項とは、Investor（投資家）対State（国家）のDispute（紛争）解決のことです。有名な例として、アメリカ企業がカナダ政府をFTAの規定にもとづきISDで訴えたことがあります。カナダ政府が発がん性があるという理由で、あるガソリン添加物のカナダ国内での使用を禁止する法律を定めました。これに対し、アメリカの化学メーカーのエチル社が国際法廷に訴えた結果、その法律は撤廃され、同社は多額の賠償金を取得することになりました。一審制ですので、この結果はくつがえることはありません。

別の事例では、オーストラリアが禁煙に関わる法律を制定しようとしたところ、アメリカのたばこ多国籍企業からクレームがつけられ、制定することができなかったという話もあります。これに象徴されるように、国民の命、健康よりも多国籍企業の経済利益が最優先されることになるのがISD条項の運用実態です。

こういった実態は2012年秋の段階で自民党内でもわかっていました。ところが今は日本がISD条項を盾に途上国に押し付けようとしています。ということは日本自らこの条項を受け入れることを決めていると考えられます。これは国家主権、国民の命に関わる大問題です。絶対死守すべきポイントではありますが、守られようとしていません。

6点目の「政府調達」。これには国だけでなく地方自治体が入ります。あとでもふれますが、現在WTO協定で都道府県と政令市はこの拘束を受けて、一定金額以上の発注の際、国際市場に開放することが義務づけられています。これをさらに引き下げようという動きが出ています。現にP4ではすでに行われていまして、物品調達では600万円以上、建築工事等の発注では6億円以上はP4域内の企業に開放することが義務づけられています。これが進みますと、例えば公契約条例や中小企業振興基本条例を

つくって、自治体の財政政策により地域経済を振興していくことができなくなってしまう。地方自治権の侵害です。

一方の「金融サービス」とは何のことかといいますが、郵貯は当然として、アメリカ側がターゲットにしているのは、共済、税制上の優遇措置を受けている信用金庫、信用組合です。すべて同じ競争条件にすべきだという主張です。これで日本固有の金融機関制度を壊していこうというわけです。

以上見てきたように、この自民党の公約は基準としてはたいへんすぐれた内容となっています。ところがことごとく空洞化して、公約違反が進行しています。これが現実です。

ところで、自民党は何を思ってこのような公約をつかったのか。野党として民主党政権批判をするということなのですが、つまり地域ではこういったことに対する懸念がそれだけ大きかったということの意味しています。消費者、医師会、あるいは労働組合、こういうところの票を獲得するためにこのよう公約が作成されたのだと思います。ところが今ここに矛盾が生じています。自民党の国会議員は地域でTPP問題について説明できません。道州制についても同じことがいえます。とくに北海道では矛盾が典型的に現れています。ですので、自民党内はTPPに関しては決して一枚岩ではありません。押し切れないわけです。こういった矛盾があることをしっかり見ておく必要があると思います。

2012年12月、第2次安倍政権発足後まもなく、総選挙時の公約をすぐさま破棄して、TPP交渉への参加を表明し、日米事前合意、他の10カ国とも事前合意をし、2013年7月から本交渉に正式に参加することになりました。しかしその際、日本は多くの「入場料」を払っています。

「入場料」というのは、TPP交渉に参加するのはいいが、あとから参加してくるのだからわれわれのつける条件をのむべきだと、各国からいろんな条件がつけつけられているのです。とりわけ日米合意のときに問題となったのは狂牛病（BSE）対策でした。2013年2月、日本は感染リスク年齢を引き上げて牛肉輸入の規制を緩和しました。これはアメリカの畜産農家と商社の利益を尊重した結果だと言われています。

7月には、日本郵政がアフラックの生命保険を扱うとの発表がありました。これもTPP交渉参加のための日米間の事前交渉の産物だといえるでしょう。

この他に日本がどのような「入場料」を支払っているのかはわかりません。日本は他の10カ国とも事前協議を行っていますが、そこで何が約束されているのかもわかりません。

しかも、日米政府の合意後の両国政府発表の資料を比べてみると、おかしいことに気付きます。

一つは「聖域」の扱いに関わる表現がまったく違っていることです。日本側は「聖域が確保できる見通しがついた」と発表しています。先ほどあげた公約との整合性を図るためにそういう表現を使っています。ところがアメリカ側の文書にはそういったことはいっさい書かれていません。「日本側がTPPの輪郭に合意した」というのがアメリカ側の発表です。「輪郭」には、すべての商品の例外なき関税撤廃が書かれています。日米の発表はまったく違うわけです。

おそらくアメリカ政府は、交渉の中で例えば一定品目に関して時期を延ばした形で関税撤廃をしてもいいかもしれない、その余地はありますよといった程度のことを認めたのだと思います。

最近、民主党政権時代に農林水産大臣を務めた山田正彦さんと話をする機会があったのですが、山田さんはこの4月、アメリカ通商代表部のカトラー代表補と議論してこの点をついたそうです。カトラー氏の返答は、日本政府と合意したのはすべて例外なき関税撤廃である、せいぜいできるのは関税の撤廃までに猶予期間を設けるかどうかということだ、と明確に言ったということでした。ところが日本政府はこのことをもって「聖域が確保できる見通しが付いた」と発表したわけです。

また、非関税障壁については日本側の文書では、対象分野は5項目だと書いてあります。一方、アメリカ側の文書では9項目となっているのです。日本側の文書をよく見てみると、5項目目の最後に「等」という字がついているんですね。こういうひどい表現でごまかしているのです。

さらにアメリカ側文書では、2国間交渉は期限を切らずに行うとあります。これはどういう意味か。私はこう考えています。TPPは将来改定することになるかもしれない。その場合、改定日米FTAができる。あるいは他の国とFTAを結ぶかもしれない。そのための交渉を引き続きやっていくととらえるべきではないか。つまりTPPだけを問題にしているはいけなのではないかと考えています。

2 TPPは何を取り決めようとしているのか

1) 農業だけの問題ではない

TPP問題は農業だけの問題ではありません。民主党の前原さんは「1.5%のために98.5%が犠牲になってもいいのか」と言いました。これは有名な言葉になりました。1.5%とはGDPに占める農林漁業の比率です。この人たちがわがままを言っているから日本の外の産業が犠牲になっているという意味です。これはまったくのウソです。

これまでのTPP交渉では次の24部会での協議が行われています。市場アクセス（工業）、市場アクセス（繊維・衣料品）、市場アクセス（農業）、原産地規則、貿易円滑化、サービス（クロスボーダー）、サービス（電気通信）、サービス（一時入国）、サービス（金融）、サービス（e-commerce）、投資、環境、労働、税関協力、競争政策、衛生植物検疫、貿易の技術的障害、制度的事項、紛争解決、主席交渉官協議、政府調達、知的財産権、貿易救済措置、横断的事項。

農業〔市場アクセス（農業）〕はその1部会に過ぎないのです。

「サービス（e-commerce）」という部会があります。薬品のインターネット上での販売自由化は、アベノミクスの第3の矢・成長戦略の中で楽天が強く要求してきました。これは当然外国企業にも開放すべきだということになるでしょう。ところが、これは成長戦略としてもおかしい政策です。薬局薬店での対面販売が、ネット販売に置き換えられるだけです。また、将来アメリカ国内で認められた薬が日本でも販売できるということになりますと、ものすごい薬害問題が起こる可能性が高いと思います。

環境部会があります。環境に関して今日本で一番の問題となっているのは漁業補助金です。例えばクジラやフカヒレの漁獲に関わる補助金は絶対禁止だとされているのです。そうなると日本の漁業はやっていけなくなります。こういったルールも押し付けられてしまいます。

従来のP4の本文にはなく、新たに追加されたのは、サービス（金融）と投資です。ここにTPPの一番のねらいがあると考えています。自由に投資ができる市場をアメリカは確保したいのです。しかし交渉はすべて秘密で行われることになっています。先ほども触れましたが、1998年多国間投資協定構想

が破綻したときの教訓から秘密交渉で進めていくルールをつくったわけです。交渉内容に関わる情報、文書、その他様々な関連情報については条約発効後4年間は国民、そして国会に対しても公表してはならない約束事による交渉が今行われているのです。

2) 多国籍企業の資本蓄積欲求に対応したいという「グローバル化」

以上のような交渉の目的は、多国籍企業の資本蓄積がしやすい環境をどの国においてもつくっていくことにつきます。その際、いちばん活用できるのが、先ほども触れましたISD条項です。これにより多国籍企業側は投資家として制度改革や賠償金を請求できる。例えば外から入ってくる大型店に関しては、できるだけ現地から仕入れて大型店で売ってもらおうとすると、雇用に関しては地元の住民を雇用するというやり方をローカルコンテンツというのですが、こういったことはやってはいけなくなります。多国籍企業の収益の機会を失わせることになるからです。

世界銀行の下に、国際投資紛争解決センターという機関があります。6割の紛争がここで処理されます。奇数人の調停官、彼らの国籍は欧米が多数を占めますが、彼らによって裁定が下されます。これまで訴えたアメリカ企業が負けた例はありません。またこれまで訴えられたアメリカ政府が負けた例もありません。結果的にはアメリカの利益につながっている。これが現在の運用状況です。

労働分野については、現行のP4にはこういう文章があります。

「締結国が、貿易保護主義的な目的のための法規制、政策、労働慣行を定めることは不相当とみなす」

ある国、ある企業が貿易保護主義的だと認定すれば、法制度として維持できないということです。これは労働運動や労働行政にとってとんでもなく大きな問題です。

この問題に関して、経団連の米倉会長は2010年11月8日付「読売新聞」でこんな発言をしています。

「日本経団連の米倉会長は8日の記者会見で、『日本に忠誠を誓う外国からの移住者をどんどん奨励すべきだ』と述べ、人材の移動が自由化される環太平洋経済連携協定（TPP）への日本の参加を、改めて促した。米倉会長は『将来の労働力は足りず、需要をつくりだす消費人口も減る』と述べ、積極的な移民の受け入れが必要との考えを強調した」

国内市場において安い労働力を大量に輸入したい。これが本音です。TPPは決して農業だけの問題ではないのです。

アメリカ通商代表部のカトラー代表補は2011年12月に来日したおり、次のようなことを言い残しています。

「カトラー氏は既に工業分野などでの日本の関税率は極めて低い水準にあるとし、米企業が直面しているのは非関税障壁だとした」（時事通信、2011年12月4日付）

非関税障壁が問題だと、明確に言っているのです。

アメリカの対日要望事項では、金融、農業、医療をはじめとして広範囲な規制改革を求めています。その突破口となるのは特区なのです。特区でだめなら、例えば解雇規制の自由のために労働構造全体を変えるという段取りです。

3 TPPに参加した場合、どのような問題が起こるのか

1) 関税撤廃による影響

政府の試算を見てみましょう。関税撤廃によりGDPが3.2兆円増加するということです。現在の日本のGDPは約500兆円ですので増減比でいうとわずか0.66%です。これは為替レートが1ドル100円から100円66銭になる程度のわずかな変化です。

農林生産物の減少額は約3兆円、関連産業への波及効果は「計算していません」とのことです。

雇用に関しては、例えば北海道で酪農がだめになっても、自動車産業が元気だったらそちらに行って働くだろう、だから失業率は変わらないはずだといっています。

政府試算はこういった非現実的なモデルです。これはおかしいということで、大学教員の会の作業チームでも独自に推計してみました。まず産業連関表を使って計算すると、生産減少額は全産業で10.5兆円になります。例えばコメを加工して、お酒やのりを作りますが、それを輸送したり販売したりするわけです。そういった過程も含めるわけです。これを産業連関効果といいいます。

次に雇用効果について政府試算では関税撤廃前と変わらないということですが、私たちの試算では、全産業で約190万人の雇用がなくなると見ています。

全体としてGDPで約4.8兆円、1.0%の減となります。これは関税撤廃だけによる影響です。

これを地域別、産業別に分けてみると、もたらさ

表 政府統一試算と大学教員の会作業チームとのTPP影響推計比較

	政府統一試算	作業チームの試算
生産減少額	農林水産物 約3.0兆円	全産業 約10.5兆円 (農林水産物約3.5兆円)
関連産業への波及効果	試算せず	雇用効果を含め、試算
雇用	雇用数全体は関税撤廃前と不変	全産業で約190万人減 (農林水産業で約146万人減)
GDPの増減	+0.66% (3.2兆円) 増	▲1.0% (約4.8兆円)

(出所) TPP参加交渉からの即時脱退を求める大学教員の会・TPP影響試算作業チーム「試算結果のポイントと試算値に表れない実態」(2013年5月22日、記者会見資料)

れる影響の中身がさらによくわかります。関税撤廃により誰が被害を被るのか、ということです。大都市ほどマイナスの影響が大きいのです。東京都1兆907億円、大阪府3729億円、京都府1573億円です。京都府の場合、農林関係を中心に直接のマイナス効果は213億円となります。このことからTPPは決して農山村部の問題ではなく、むしろ大都市部の2次、3次産業への影響が大きいことがわかります。

産業別に見ると、鈴木宣弘・東大大学院教授の推計によりますと、関税撤廃後の全体の純増は8兆円ですが、最も多いのが自動車産業で3.2兆円です。これに鉄鋼など自動車関連産業もつながっています。一方、農業、食品加工、建設業などを合わせると、9兆円の減少となります。すなわち一部の多国籍企業、輸出企業のみが利益を得て、他の産業、地域ではマイナスの影響を受けることがはっきりします。

2) 非関税障壁撤廃による影響

これに加え、非関税障壁撤廃の影響も受けることになります。サービスや、投資、労働力移動等々が自由となりますから、例えば著作権、特許権、ネット販売、弁護士や会計士も被害を受けていくことになります。大学についても、今文科省は海外の大学の進出を認めていく方向での検討が行われています。

韓国は2012年3月、アメリカとの間でFTAが発効しています。今韓国で問題となっているのは、特許権が切れた医薬品（ジェネリック医薬品）をこれまで安く販売することができたのですが、アメリカの医薬品メーカーがその販売をやめるべきだと要求していることです。特許権が適用される期間をできるだけ長くしようとしています。TPPでも同じことが要求されようとしています。

著作権については、日本では保護期間が50年ですが、アメリカでは70年です。ところがアメリカ側はこれを100年にすべきだと主張しています。

労働力市場が開放されるとどういったことが起こるか。京都でも今、若年労働者の失業率は10%を超えています。開放されると、これはさらに高くなると考えられます。海外からよりやすい大量の労働力が日本に入ってくるからです。若い人たちの未来が描けなくなってしまう。

政府調達では、WTOが定める現在の国際入札の基準は、都道府県、政令市の場合19億4000万円以上の建設工事が対象となっています。物品、役務調達に関しては2500万円以上です。この基準がTPPにより、かなり低く抑えられてしまいます。そうなってしまうと、都道府県や政令市だけでなく、例えば京都ですと府内のすべての市町村も影響を受けることになるでしょう。国際入札となりますと、TPP域内企業は内国民待遇といって、地元企業とを差別してはいけないことになりますので、入札も電子入札になります。そうすると先ほどいいましたが、公共調達を使つての地域経済振興ができなくなってしまう恐れがあります。

3) 国・地方自治体の主権、国民主権の侵害

これらは国、地方自治体の主権に関わる問題です。この問題はあまり議論されていませんが、TPP問題で落としてはいけない重大な論点です。アメリカと日本、あるいは他の国でもそうですが、まったく違う法体系を持っています。アメリカでは国内法と条約は同格です。しかも国内法と条約の制定権限は議会が持っています。WTO協定のときもそうだったのですが、アメリカ国内にとって都合の悪い条約に関しては、履行法を定めれば国内ではその条約に従わなくてもよいことになってしまうのです。それに対して、日本をはじめ圧倒的多くの国では、憲法上、条約は国内法の上に立つ関係です。つまり条約をいったん結んでしまうとそれを順守しなければなりません。初めから法構造上の差別があるわけです。

これにISD条項が加わるとどうなるか。これが韓日FTA発効後の韓国で大きな問題となっていました。韓国政府が投資規制をしていた、あるいはソウル市が大型店の出店規制をしていたのですが、これらを改定しなくてはいけなくなりました。韓国では法律63本、ソウル市では条例30本の改定をせざるを得なくなりました。一方アメリカはどうか。1本の法律、条例も改定されていません。先ほど紹介した法体系になっているからです。TPPに入ると当然日本、そして京都の自治体でも同じことが起こり

得ると思います。

しかも何度も述べてきましたがTPPは秘密交渉です。2013年7月23日、交渉参加にあたって秘密保持契約を締結しています。条約締結後4年間は政府には守秘義務があり、国民には知る権利すらありません。

ニュージーランド外交交易省の公式サイトに、この秘密保持契約について関連する文書が掲載されています。それによると次のように定められています。

- ・交渉テキスト、政府提案、説明資料、交渉内容に係るメール、その他交渉に係る交渉情報は、参加国が同意しない限り秘匿する。

- ・公文書の提供は政府職員その他の国内協議に参加する必要がある者に限られる。

- ・公文書にアクセスできる者はその他の者と文書を共有できない。

- ・公文書は発効後4年間秘匿される。

二つ目の「国内協議に参加する必要がある者」の中には、企業やNGOも含まれます。アメリカでは企業、NGOにも一定の範囲で情報が提供されています。

しかし、真面目な交渉担当者やNGO団体からリークがなされることが考えられます。それらの情報はウィキリークスらによって世界中にばらまかれることもあり、そういったことを通して、われわれも秘密交渉の内容もいくつかは事前に知ることができるようになるわけです。

さて、秘密保持に関連して、現在日本の国内法として特定秘密保護法が急ぎ準備されていることにも触れておきたいと思います。その準備過程を見ますと、私は、この法律の目的は、TPP絡みではないかと考えています。現状ではTPP交渉の内容をリークしても罰則を加えることができる法規制がありません。だから法整備を急いでいるのではないかとということも考えられます。

以上見てきた通り、TPPにより国家主権も国民主権も侵害されることになります。ニュージーランドのオークランド大学法学部のジェーン・ケルシー教授はTPPを「異常な契約」と表現しています。同タイトルの本が農文協から刊行されています。分厚い本ですが、重要な本です。ニュージーランド、オーストラリアを中心に各分野でどんな問題が起きているのか、具体的な事例が満載されています。ぜひお読みいただけたらと思います。

4 TPPをめぐる矛盾の対立の表面化

時間がなくなっていましたので、以下端折ります。ここで申し上げたかったのは、経済成長するには貿易（輸出）しかないという主張がありますが、それがいかに間違っているかということです。

1980年代半ば以降、前川レポートなどに代表される自由化政策の結果は、一部の多国籍企業のために、多くの農家、中小企業が犠牲となって地域経済が崩壊したことを示しています。

次に2つのグラフをあげますが、これを見ると1980年代半ば以降、投資による利益がどんどん膨らんでいることがわかります。左のグラフで右肩上がりになっている折れ線が所得収支、つまり投資による利益です。右肩下がりになっている折れ線は貿易黒字です。最近2年は貿易赤字になっています。日本は貿易立国ではなく投資立国になっていることがわかります。そしてさらに投資国家の道を歩むべきだというのが、今の政策の考え方です。

これはたいへん危険な考え方です。右のグラフを見て下さい。投資の利益の7割が、東京に集中しています。しかも4割が外国人持株です。大阪、名古屋が1割弱となりますが、その他の地域には投資の利益はまったく循環していません。

日本の穀物自給率は極めて低く、カロリーベースで見ると30%を切っています。しかも農地、山林は荒れ果てた状態です。石油、石炭の自給率はゼロ%です。ですので、むしろ国内において、農林業や再生可能エネルギーを周囲の自然環境を活用していかにつくっていくのかという地域づくりがやられるべき時代だと思います。しかし、今の政府はとにかく投資立国だ、貿易立国だとしかいいません。

農業なんてなくてもいいんだという考え方が根強くあります。しかし、農業はたんに農産物を作っ

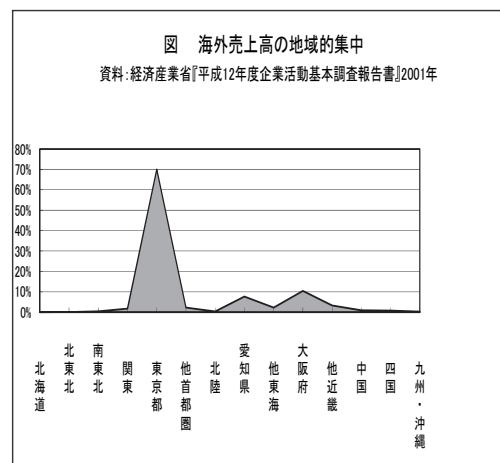
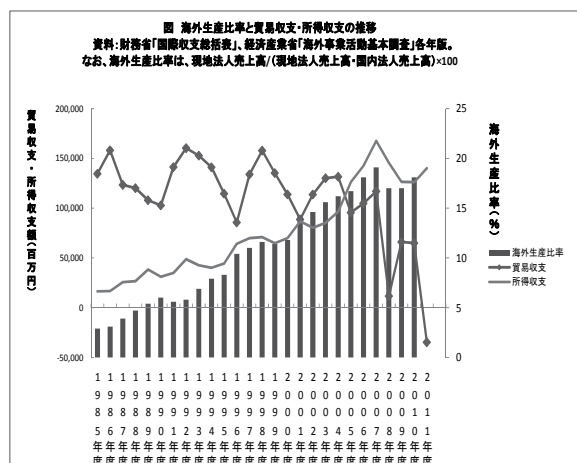
ているだけではありません。関連産業を含めると日本経済においてかなり大きな比重を持っており、約1割占めています。もしこれが衰退してしまうと、食糧の安全保障ができない、国土保全もできません。最近水害が頻発しています。それを防ぐためにも農林地が活用されなくてはならないのですが、農林業がこれ以上衰退していくと国土の持続が不可能となってしまいます。お金で換算できない問題にもつながっていくわけです。

アメリカの標準的農家の所得のうち、補助金は56%にも上っています。一方日本では、環境保全の名目で交付されている補助金を中心に26%です。こういった現状があるにもかかわらず、同じ条件で競争しなさいといっているのですから、このこと自体大きな間違いだと思います。しかし現実にはこういった事実を無視して、日本のコメ農家は甘えすぎだという議論がなされています。

民主党政権時代から所得補償をすれば農家は維持できるといわれていました。しかし現状を維持するためには少なくとも3兆円が必要です。あるいは40%の食糧自給目標を達成するためには、5兆円かかると見込まれています。先ほど紹介した、政府試算で関税撤廃による利益は全体で3兆円でした。この利益は帳消しになる。自給率目標を達成しようとすれば出し過ぎということになります。今の財政状況から考えるととても維持できません。

こう考えると、経済計算以外の動機からTPPは推進されていると見なすか、あるいはごく少数の企業の利益になるからそのために99.9%の国民を犠牲にしようとしているかのいずれかということになります。

今各地域においてかなり幅広い共同で、TPPに対する反対運動が広がっています。各国間において



も対立があります。例えば酪製品をめぐるニュージーランドとアメリカが対立しています。砂糖やISDをめぐるオーストラリアとアメリカが対立しています。交渉が長引くほど、リークされる情報が増え、対立はさらに広がっていくことになります。

そういう中で日本政府は、交渉に参加したからにはオバマ大統領をサポートしていきたい。インドネシアでの交渉にオバマ大統領が欠席するというところで、それなら自分たちが交渉をまとめていくんだと、日本はどんどんカードを切っています。たいへん危険な局面だと思います。そういう中で「聖域5項目」を堅持できず、コメ加工品等から関税撤廃品の「精査」を開始しているというわけです。

しかし、今自民党の国会議員の足もとが大きく揺らいできています。それだけでなく、TPPの本質は農業問題だけでないことが多くの人びとに理解されるようになると、共同の運動はさらに広がっていきます。農協、漁協、中小企業団体、消費者団体、医師会、全国町村会、地方新聞といった分野だけでなく、大学教員や弁護士に反対のネットワークができつつあります。正しい情報を伝えることで共同の輪を広げていくことは十分可能です。交渉が長引けば長引くほど、運動する期間も保障されることになります。TPPを阻止できる可能性も広がります。国際連帯しながら、国内においてはTPPによらない地域づくりの方向性を探求していくことが求められます。先ほど少し触れましたが、中小企業振興基本条例を軸にして、地域経済をつくり日本全体を元気にしていく取り組みも必要になると思います。

こうなると今後大手マスコミの報道姿勢が問われることになります。みなさんの中にも大手マスコミの記者と付き合う機会を持っておられる方がいらっしゃると思いますが、ぜひこういうことを言ってください。日本の日刊新聞法、放送法には外資規制があります。例えば外国資本が5%以上の資本を持つてはいけないという規制です。TPPに入るとこれが問題となります。当然新聞、放送局も買収対象となります。オーストラリアではこれでマスメディアが買収対象になりました。ところが私とつきあいのある新聞記者の中で、このことを知っている人は一人もいませんでした。新聞社の上層部の人がこのことを知ったうえで、提灯持ちの記事を流し続けているかどうかはわかりません。とにかく現在こういった法規制により、日本のマスコミの自立性が確保されているのです。ほとんどの国民にとってTPPは

マイナスの影響の方が大きい。そういった事実をぜひマスコミ関係者を組めて広めていかなければならないと思います。ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

議会でどれだけ情報公開されるか

質問：秘密交渉についてお尋ねします。アメリカでは条約制定権を議会が持っているとのことですので、TPPの交渉内容について公に議論されると思いますので、秘密にならないのではないのでしょうか。

岡田：そこは日米間の合意をする際にももめたところですが、大統領府が突っ走りすぎて議会の代表権を侵害しているという批判がありました。州議会でも、地産地消運動をやっている州があるのですが、そこでも大統領府が勝手に壊そうとしているという反発がありました。

これからアメリカ議会内でどれだけ情報公開がなされていくのか。日本でも締結をしたあとに「条約批准」をするため議会にはかられることになります。このとき、おそらく条約の条文は公開される。問題はそれ以外のところでどれだけ参考文書が出てくるかという点です。

何が正しいのか

質問：TPPで共済もなくなるかもしれない、国民皆保険もなくなるかもしれないという話をしたところ、「そんなことになるわけない」とみんなから笑われました。「それは陰謀論だ」と言う人もいて、全然信じてもらえないのです。マスコミにはいいことしか書かれませんか。自分でも何が正しいのか、何を信じていいのかわからなくなることがあります。みんなにどう伝えていったらいいのでしょうか。

岡田：何が正しいか、それにはアメリカ政府がこれまで日本に何を要求してきたかを知ることです。アメリカ大使館のサイトはこれについて日本語で解説しています。それを読めば、共済や国民皆保険制度について何を要求してきたかがわかります。

もう一つは、韓国はアメリカとFTAを結びましたが、アメリカ政府が韓国に何を要求してきているのか、知ることも重要だと思います。これについては京都府保険医協会も韓国に調査に行き報告書も刊行していますので、参考になると思います。また、郭洋春さんの『TPP すぐそこに迫る亡国の罠』（三交社）の中で韓国の事情についてかなりくわし

く事実を上げて述べていますので参考になると思います。こういった事実でもって周囲のみなさんに説明されてはいいかがでしょうか。

国家主権とは何か

質問：最近中国、韓国を嫌う人が増えていると思います。だからTPPは中国、韓国を封じるためのものだ。中国にやられるくらいならアメリカにやられるほうがまだましだという人もいます。

岡田：安倍政権が中国や韓国を挑発し続けていることについては、アメリカ政府がいさめているんです。そんな火遊びをしてもしもの事態になれば、日米安保条約がありますから、アメリカ軍が出動しなければならなくなる。アメリカ企業の生産拠点の多くは現在中国にあります。たしかに反中国、反韓国感情は高まっていると思います。そういう中でどう安定的な東アジア圏をつくっていくのか。経済的な交流を安定的にしていくこと、市民的な交流をしていくことが基本だと思います。どうせ心中するならこっちがいいという発想ではなく、私たちの子ども世代を含めて、長期的な近所付き合いをしていくためにはどうすればいいか、考えるべきでしょう。

そこで一つ参考となるのが、元農林水産大臣の山田正彦さんの意見です。山田さんは長崎県の五島列島の出身です。今日本は農業や水産業をそぎ落としてきています。TPPができるとまったく成り立たなくなる。生活が成り立たなくなりますから、そこに人が住めなくなるわけです。そうすると外国からたくさんの企業がやって来て土地を取得していく。現に五島列島と同じ長崎県の対馬ではこれが広がってきています。国境を守るとはどういうことか。軍隊を配置することではないのです。国境の島でも生活できるようにしていくことが最も重要なことだと思います、というのが山田さんの意見です。

私もそう思います。市町村合併という方法ではなく、自治体の力を活かした上で住み続けられるような地域を保障することが基本だと思います。国家主権というと、安倍首相はどうやら軍事のことしか考えていないようです。食糧安全保障、すなわち食糧を安全に安定的にどう保障するか、あるいはエネルギーの安全保障も大事です。近隣諸国との関係、アメリカとの関係でも同じですが、決して従属的な関係にならないことです。

くり返しますが、TPPは通常の通商協定ではありません。対米関係で見ると完全に従属的な協定で

す。私は決して閉じられた国づくりを主張しているわけではなく、お互いの主権を確保した形で通商権を拡大していくことは必要なことだと考えています。地域の暮らしを守るための基盤的な産業、あるいは食糧を守るための農業については、お互い守ることを保障した上での通商協定をめざすべきです。

こういった議論をされてみてはいかがでしょうか。

反対運動をどう広げるか

質問：先ほど紹介された鈴木宣弘さんの本の中に、アメリカ国民の70%がTPPに反対しているとありました。新自由主義政策でも同じですが、他の国においても一部の多国籍企業の利益になるだけでのTPPなのに、各国の国民の反対運動がつかない。世界ではどのような反対運動があるのでしょうか。また、アメリカの民主党、共和党には外国企業が多額の政治献金をしていると聞いていますが、そのことの影響についても教えてください。

岡田：TPPに反対する運動はようやく広がってきたという段階で、面的な広がりはまだないと思います。ただし、これからは広がっていくと思います。日米合意のあと、大手新聞もTPP交渉は農業だけでなく24部会で議論がされていることを書かざるを得なくなった。それによって、TPPは国民全体の利害とつながっていると感じている方が増えていると思うからです。

ただしどうやってこれを止めるか。日本の議会もそうですが、ほとんど民意を反映していません。反映させる唯一の方法は国民世論を高めていくことです。そしてその世論を可視化していくことです。これが大事だと思います。こういった世論を国際間で広げていく必要があります。

日本のNGOのアジア太平洋資料センター（PARC）の内田聖子さんはたいへんな活動家です。彼女はアメリカのNGOの一員でもあります。つまりTPPにおけるアメリカの利害団体の1人になって交渉の場に行き、様々な情報を入手して批判していくという活動を続けておられます。

反対運動で、最後に紹介したいのがつい最近始まったばかりの個人署名運動です。「TPPに関する情報公開とパブリックコメントおよび市民向けの説明会の開催を求める政府への要請」というもので、オンライン上でも署名することができます。こういったことを通して様々なグループとつながってネットワークを作っていく取り組みが必要だと思います。

協会だより（定例理事会要録から）**2013年度(平成25年度)第9回 2013年10月8日****I. 文書報告の確認****【総務部会】**

1. 前回理事会（9月24日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 法律相談実施状況

【経営部会】

1. 建築士との無料相談（9月25日）状況
2. 「System Cost Care」案内のための病院訪問状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談（9月24日）状況
2. 事故案件調査委員会（9月27日）状況
3. 京都府歯科保険医協会医療安全研修会（9月28日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（9月30日）状況

【政策部会】

1. 保団連近畿ブロック本会議（9月21日）状況
2. 反核医師のつどい2013 in北海道（9月21・22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（8月28日）状況
2. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（9月13日）状況
3. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（9月18日）状況
4. 医事担当者勉強会（9月18日）状況
5. 医療と法ネットワーク：第3回フォーラム（9月21日）状況
6. 保険講習会B（9月26日）状況
7. 京都第一赤十字病院「院内研修会」（9月26日）状況

II. 確認・承認事項**【総務部会】**

1. 保団連財政部会（9月29日）状況確認の件
2. 総務部会（10月1日）状況確認の件
3. 2013年度8月分収支月計表報告状況確認の件
4. 会員入退会及び異動（9月24日～10月8日）に関する承認の件
5. 9月度会員増減状況の件
6. 地区医師会長との懇談会（9月14日）状況確認の件

【経営部会】

1. 経営部会（10月1日）状況確認の件
2. 病院経営対策セミナー「病院経営における未収金対策」抄録配布の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（10月1日）状況確認の件

【政策部会】

1. 京都社保協第35回総会（9月19日）状況確認の件
2. 第8回T P P反対京都ネットワーク会議（9月24日）状況確認の件
3. 第61回医療制度検討委員会（9月25日）状況確認の件
4. 政策部会（10月1日）状況確認の件
5. 京都のリハビリを考える会（10月1日）状況確認の件
6. メディペーパー京都171号、本紙（第2871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（9月28日）状況確認の件
2. 保険部会（10月1日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項**【総務部会】**

1. 2013年度保団連全国会長・理事長会議への出席の件
2. 理事者血液検査実施の件

【経営部会】

1. 保険医年金普及同行訪問の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全研修会への出席の件

【政策部会】

1. 消費税増税中止、社会保障の大改悪許すな！京都府民集会参加の件
2. 市町村国保「広域化・一元化」学習会講師依頼の件
3. T P Pストップ口丹連絡会シンポジウムパネラー依頼の件
4. 出版編集会議開催の件

【保険部会】

1. 京都府・生活保護指定医療機関個別指導立会の件
2. 京都版『公費負担医療等の手引』出張校正実施の件

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

- ・産業競争力会議 医療・介護等分科会（第1回）について
- ・社会保障審議会 介護保険部会（第47回～49回）について

②地方自治体をめぐる動き

- ・京都市のリハビリテーション行政の拡充を求める提言について

V. 診療報酬関連情報

1. 中医協（9月25日）概要報告

VI. その他

1. 台風18号による被災に対しての協会支援へのお礼
《以上、32件の議事を承認》

2013年度(平成25年度)第10回 2013年10月22日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（10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. 新規開業未入会開業医訪問（10月4日）状況

【経営部会】

1. 第10回保団連共済部会（9月29日）状況
2. 開業医の奥様向けセミナー（10月10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. 消費税増税中止、社会保障の大改悪許すな！京都府民集会（10月10日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 2013年度第5回正副理事長会議（10月17日）状況確認の件
2. 会員入退会及び異動（10月8日～10月22日）に関する承認の件

【政策部会】

1. ICT検討委員会（10月11日）状況確認の件
2. 京都保険医新聞（第2872号）合評の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 11月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 各部会開催の件
3. 地区懇談会開催の件
4. 2013年度第1回コミュニケーション委員会開催の件
5. 第14回文化講座開催の件

6. 「薩摩杉のもこもこクリスマスリース講習会」開催の件

【経営部会】

1. 税理士との相談開催の件
2. 建築士との相談開催の件
3. AIRジャパン車いす清掃活動参加の件

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談開催の件
2. 医療安全部会学習会開催の件

【政策部会】

1. TPPに関するJAやましろとの懇談会出席の件
2. 京都のリハビリを考える会出席の件
3. TPP府民学習会「TPPで本当に日本は大丈夫か!!」開催の件
4. 第62回医療制度検討委員会開催の件
5. 市リハセン附属病院廃止撤回を求める大街頭宣伝&アピール行動出席の件
6. 「モンサントの不自然な食べもの」映画上映会への参加の件
7. 市民公開講演会「知らなきゃソン！ 公的医療保険はこんなに使える～テレビでおなじみ民間医療保険の限界を知る～」開催の件
8. 2013年度第4回保団連政策部会への出席の件
9. 京都大学原子炉実験所助教・小出裕章氏との打ち合わせ開催の件
10. 秋の環境ハイキング「～錦秋の西山南部を巡る～」開催の件
11. 保団連公害視察会出席の件

【保険部会】

1. 『保険医のための審査、指導、監査対策-日常の留意点【第3版】』責了作業参加の件
2. 京都市・生活保護指定医療機関個別指導立会の件

IV. 医療政策関連情報

1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き

V. 診療報酬関連情報

1. 2013年9月度国保合同審査委員会（9月20日）状況確認の件
2. 保険審査通信検討委員会（10月4日）状況確認の件
3. 中医協概要（10月9日）状況

VI. その他

1. 京都高齢者大学への講師招聘の件
2. 北部医師会（福知山・綾部・舞鶴）ゴルフ大会参加の件

《以上、34件の議事を承認》

12月のレセプト受取・締切

基金	9日(月)	10日(火)	労災	10日(火)
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

新規開業医向け「保険講習会A」のご案内

日時 12月19日(木) 午後2時～4時
場所 京都府保険医協会・ルームA
内容 ①保険基礎知識 ②レセプト審査
対象 新規開業前後の医師、従事者の方
(新規開業の先生でなくても、日常診療整備の
目的でご参加下さい)
*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)。

隔月で開催
しています

※次回（保険講習会B）
①新規個別指導対策
②医療法立入検査対策

地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地 区	時 間	場 所
12月9日(月)	乙訓医師会との懇談会	午後2時～	乙訓医師会事務所
12月11日(水)	下京東部医師会との懇談会	午後2時～	ホテル日航プリンセス京都
2014年 1月8日(水)	宇治久世医師会との懇談会	午後2時30分～	うじ安心館3F 大会議室
1月18日(土)	左京医師会との懇談会	午後2時30分～	ウェスティン都ホテル京都
1月31日(金)	下京西部医師会との懇談会	午後2時～	下京西部医師会事務所

いつでも どこでも ご相談に応じます！

各種専門家との相談体制のご案内

税理士・社会保険労務士・建築士・ファイナンシャルプランナー・
弁護士・廃棄物処理コンサルタント

- ◆会員の希望される専門家をご紹介します。
- ◆随時、必要な時に相談できます。
ご都合の良い日を各種専門家と日程調整します。

- ◆相談は無料（ただし、1事案1回限り）
1事案につき1回の無料相談を超えてのご相談は、
個別相談に移行し有料になります。

＜税 理 士＞	
花山 和士 税理士	ひろせ税理士法人
外村 弘樹 税理士	外村会計事務所
山口 稔 税理士	山口稔税理士事務所
木谷 昇 税理士	木谷昇税理士事務所
乗岡 五月 税理士	税理士法人京都会計
牧野 伸彦 税理士	牧野伸彦税理士事務所
鴨井 勝也 税理士	鴨井税務会計事務所
廣井 増生 税理士	廣井増生税理士事務所
＜社 労 士＞	
河原 義徳 特定社労士	株式会社ひろせ総研
本宮 昭久 特定社労士	本宮社会保険労務管理事務所
＜建 築 士＞	
坂本 克也 建築士	坂本克也一級建築事務所
竹内 秀雄 建築士	園建築事務所
＜ファイナンシャルプランナー＞	
重松 朋聖 法人推進部長	三井生命保険株式会社
その他 関係生保会社、京都銀行のFP	

＜弁 護 士＞	
筋 立明 弁護士	京都中央法律事務所
江頭 節子 弁護士	京都中央法律事務所
松尾 美幸 弁護士	京都中央法律事務所
赤井 勝治 弁護士	赤井・岡田法律事務所
石川 寛俊 弁護士	石川寛俊法律事務所
鵜飼万貴子 弁護士	米田泰邦法律事務所
小笠原伸児 弁護士	京都法律事務所
竹下 義樹 弁護士	つくし法律事務所
富永 愛 弁護士	富永愛法律事務所
新阜創太郎 弁護士	つくし法律事務所
西村 幸三 弁護士	西村法律事務所
本田 里美 弁護士	つくし法律事務所
三重 利典 弁護士	葵法律事務所
若松 豊 弁護士	赤井・岡田法律事務所
＜廃棄物処理コンサルタント＞	
中島 智之 代表取締役	(株)エコロジー・ソリューション

◇お問い合わせは協会事務局まで TEL 075-212-8877 FAX 075-212-0707

薩摩杉のもこもこ クリスマスリースを作ろう

会員および家族・従業員の方を対象に『クリスマスリース』作り(直径25cmリース台使用)を企画しました。薩摩杉(生花)を用いて、もこもこのかわいいクリスマスツリーを作ります。飾り付けるパーツも全て自然の花材です。奮ってご参加ください。(花バサミ・敷物・お手拭雑巾・お持ち帰り袋等、ご用意します。)

日 時 12月14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 上田 二三恵氏(フラワーショップカドマガタア代表)
フラワーコーディネーター・日本フラワーデザイナー協会会員

参加費 (5,250円のところ会員および家族・従業員の方) 4,000円

共 催 京都府保険医協会 (有)アミス



(イメージです)

講演会 & ワークショップ

鎌仲ひとみさん(映像作家)と考える
こどもたちの未来のために私たちができること

日 時 12月15日(日)

第1部(講演): 午前10時30分～

鎌仲さんに聞きたい! 「ベラルーシのいまを 福島未来に!」

第2部(ワークショップ): 午後1時～

「こどもたちの未来のために 私たちができること」

場 所 京都府保険医協会・会議室

参加費 無料(先着60人・要申込) ※保育あり

共 催 内部被曝から子どもを守る会・関西・核戦争防止国際医師会議(I P P N W)京都府支部・
京都府歯科保険医協会・京都府保険医協会

第651回社会保険研究会

不定愁訴に対する漢方治療

講 師 洛和会音羽病院 心臓内科副部長／漢方外来 山崎 武俊 氏

日 時 2014年 1月11日(土)
午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会・会議室

主 催 京都府保険医協会

※参加は無料、事前申込は不要です。

※日医生涯教育講座対象の研究会です。

〈山崎先生からのメッセージ〉

外来にはいろいろな愁訴を持った患者様が来られます。西洋医学的にきちんと診断がついて、エビデンスに基づく治療(薬物や手術療法)ができれば良いのですが、かなりの患者様がきちんとした病名がつかないけれど体の不調を感じる、いわゆる「不定愁訴」をかかえており、その治療に難渋します。漢方を使うことができれば、それらの症例に今までとはちがった解決法が見えてきます。漢方薬があつてよかったと思えるような症例をみなさまに紹介したいと思います。



京都府保険医協会では医学書を斡旋しています。
案内にない書籍もお気軽にお問い合わせください。



〈申込書〉 FAX 075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(レ)して下さい

【医学書・新刊 2013年11月】

※価格は全て税込価格です。

好評のDVD-ROM版に加え、WEB版も登場 日常診療に必要な、信頼ある最新情報を網羅 今日の診療 プレミアム ☐ 今日の診療 プレミアムVol.23 DVD-ROM for Windows 81,900 円 ☐ 今日の診療 プレミアムWEB Medical e-Shelf版 63,000 円/年 Windows,Mac,iPhone,iPad,Androidで快適に	文献管理と論文作成をパワフルにサポート 投稿規定に合わせて参考文献リストを自動で作成 EndNote X7 Win/Mac ☐ 通常版 Windows版 52,290 円 ☐ 通常版 Macintosh版 52,290 円 アップグレード版についてはお問い合わせ下さい。 ☐ Workstation License 32,550 円 5点以上の同時購入が対象です。
--	---

医薬品情報書籍の決定版！ 日本医薬品集 医療薬2014 ☐ 書籍版 13,650 円 ☐ D B 版 15,750 円 ☐ 書籍+DB セット版 24,150 円	『皮膚科診断治療大系』に最新知見を加え進化して完結 皮膚科診療カラーアトラス大系 ☐ 期間限定の全巻セット 税込定価 373,400円 → 362,250円 (2014年3月末日までの特別価格)
--	---

- | | |
|---|--|
| <p>☐ クリティカルケアにおける呼吸管理 8,400円
氏家良人・編 ●B5判 276頁 ●克誠堂出版</p> <p>☐ 骨・軟部腫瘍 <痛診療指針のための病理診断プラクティス> 19,950円
小田義直・編 ●B5判 420頁 ●中山書店</p> <p>☐ 今日の処方 (改訂第5版) 7,140円
浦部晶夫・他編 ●B6判 1,222頁 ●南江堂</p> <p>☐ ウィリアムズ血液学マニュアル (第2版) 8,820円
奈良信雄・監訳 ●A5変型判 768頁 ●MEDSI</p> <p>☐ 臨床に直結する血栓止血学 7,980円
朝倉英策・編著 ●B5判 382頁 ●中外医学社</p> <p>☐ 循環器疾患 (2版) 7,140円
<New専門医を目指すケース・メソッド・アプローチ>
山科 章・編 ●B5判 404頁 ●日本医事新報</p> <p>☐ 冠動脈疾患のパフォーマンスマネジメント 7,350円
伊藤 浩・編 ●B5判 248頁 ●南江堂</p> <p>☐ 肝癌診療Q&A 10,080円
池田健次・編著 ●B5判 314頁 ●中外医学社</p> <p>☐ 日本肝臓学会肝臓専門医認定試験問題・解答と解説 第3集 6,300円
日本肝臓学会・監 ●B5判 196頁 ●南江堂</p> <p>☐ プライマリ・ケアの感染症 身近な疑問に答えるQ&A 8,190円
<総合小児医療カンパニア>
黒崎知道・編 ●B5判 256頁 ●中山書店</p> <p>☐ 大動脈外科の要点と盲点 (第2版) 21,000円
<心臓外科Knack & Pitfalls>
高本真一・編 ●B5判 424頁 ●文光堂</p> <p>☐ 股関節骨切り術のすべて 19,950円
糸満盛憲・編 ●A4判 368頁 ●メジカルビュー社</p> <p>☐ ナショナルチームドクター・トレーナーが書いた
種目別スポーツ障害の診療 (改訂第2版) 7,140円
林 光俊・編集主幹 ●B5判 526頁 ●南江堂</p> | <p>☐ 卵巣組織凍結・移植 新しい妊孕性温存療法の実態 8,400円
鈴木 直・編著 ●B5判 168頁 ●医歯薬出版</p> <p>☐ オキュラサーフェス疾患 目で見える鑑別診断 15,750円
<眼科臨床エキスパート>
吉村長久・他シリーズ編集 ●B5判 320頁 ●医学書院</p> <p>☐ 角膜・結膜・屈折矯正 <眼手術学 4> 31,500円
西田幸二・他編 ●B5判 544頁 ●文光堂</p> <p>☐ 糖尿病網膜症診療のすべて 17,850円
<眼科臨床エキスパート>
吉村長久・他シリーズ編集 ●B5判 392頁 ●医学書院</p> <p>☐ 連続写真と動画で学ぶ 白内障手術パーフェクトマスター 24,150円
基本から難症例への対処法まで
谷口重雄・著 ●B5判 344頁 ●中山書店</p> <p>☐ 風邪症候群と関連疾患 そのすべてを知らう 13,650円
<ENT臨床フロンティア>
川内秀之・編 ●B5判 304頁 ●中山書店</p> <p>☐ 新版 泌尿器科周術期管理のすべて 12,800円
荒井陽一・他編 ●B5判 480頁 ●メジカルビュー社</p> <p>☐ 気道管理ガイドブック (改訂第2版) 6,510円
岡本浩嗣・監 ●B5判 368頁 ●真興交易医書出版部</p> <p>☐ 経食道心エコーハンドブック -3D TEE- 7,580円
清部俊樹・監訳 ●A5変型判 242頁 ●克誠堂出版</p> <p>☐ For Professional 周術期深部静脈血栓/肺血栓塞栓症 7,770円
瀬尾憲正・他編 ●B5判 264頁 ●克誠堂出版</p> <p>☐ 神経ブロックのための3D解剖学講座 7,980円
大塚愛二・他監 ●A4変型判 240頁 ●MEDSI</p> <p>☐ 病態・疾患別がん性痛の治療 12,800円
<痛みのScience & Practice 3>
井関雅子・編 ●B5判 250頁 ●文光堂</p> <p>☐ 麻酔科医のための周術期の疼痛管理 12,800円
<新戦略に基づく麻酔・周術期医学>
川真田樹人・編 ●B5判 320頁 ●中山書店</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

【2014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	¥ 85,785	
	3	日本臨床	¥ 34,668	
	4	最新医学	¥ 47,250	
	5	Mebio	¥ 33,384	
基礎医学	6	病理と臨床	¥ 42,000	
	7	臨床病理	¥ 27,660	
	8	実験医学(増刊含む)	¥ 72,012	
	9	細胞工学	¥ 23,112	
内科	10	内科	¥ 38,500	
	11	medicina	¥ 38,040	
	12	M. P. (メディカルプラクティス)	¥ 37,500	
	13	診断と治療	¥ 38,600	
	14	治療	¥ 37,791	
	15	j med	¥ 22,050	
	16	JIM(個人特別割引価格)	¥ 26,330	
糖尿病	17	糖尿病診療マスター	¥ 23,890	
	18	プラクティス	¥ 13,248	
消化器	19	胃と腸	¥ 44,170	
	20	消化器内視鏡	¥ 45,045	
	21	臨床消化器内科	¥ 36,130	
	22	肝胆膵	¥ 42,714	
	23	胆と膵	¥ 41,790	
循環器	24	Heart View(ハートビュー)	¥ 39,216	
	25	心エコー	¥ 32,500	
	26	心臓	¥ 25,740	
呼吸器	27	呼吸と循環	¥ 33,090	
	28	呼吸	¥ 27,027	
	29	日本胸部臨床	¥ 33,600	
	30	呼吸器内科	¥ 32,760	
小児科	31	小児内科	¥ 47,355	
	32	小児科	¥ 43,506	
	33	小児科診療	¥ 46,620	
	34	小児科臨床	¥ 43,680	
	35	小児外科	¥ 45,780	
	36	小児科学レクチャー	¥ 23,000	
産婦人科	37	周産期医学	¥ 45,990	
	38	産科と婦人科	¥ 42,500	
	39	臨床婦人科産科	¥ 40,240	
	40	産婦人科の実際	¥ 44,634	
	41	OGS NOW	¥ 51,480	
皮膚科	42	デルマ	¥ 40,491	
	43	皮膚科の臨床	¥ 44,634	
	44	臨床皮膚科	¥ 41,300	
	45	ビジュアルダーマトロジー	¥ 35,952	
精神科	46	精神科治療学	¥ 43,438	
	47	精神医学	¥ 31,270	
	48	臨床精神医学	¥ 49,635	

		雑誌名	税込価格	ご注文
外科	49	消化器外科	¥ 45,324	
	50	手術	¥ 44,460	
	51	臨床外科(個人特別割引価格)	¥ 39,360	
	52	外科	¥ 39,000	
	53	胸部外科	¥ 38,500	
整形外科	54	乳癌の臨床	¥ 15,120	
	55	整形外科(別冊含む)	¥ 49,500	
	56	整形災害外科	¥ 41,787	
	57	臨床整形外科	¥ 30,030	
	58	関節外科	¥ 41,466	
	59	Monthly Book Orthopaedics	¥ 36,630	
	60	脊椎脊髄ジャーナル	¥ 32,787	
形成外科	61	臨床スポーツ医学	¥ 37,500	
	62	整形外科サージカルテクニック	¥ 15,408	
	63	整形外科最小侵襲手術ジャーナル	¥ 12,441	
	64	形成外科	¥ 40,950	
眼科	65	PEPARS	¥ 40,710	
	66	あたらしい眼科	¥ 32,382	
	67	眼科	¥ 44,460	
	68	眼科手術	¥ 10,080	
	69	臨床眼科	¥ 43,040	
NEW	70	眼科グラフィック	¥ 17,334	
	71	オクリスタ	¥ 38,610	
耳鼻科	72	耳鼻咽喉科・頭頸部外科(個人特別割引価格)	¥ 39,150	
	73	JOHNS	¥ 36,225	
	74	ENTONI	¥ 40,491	
救急・麻酔	75	救急医学	¥ 44,676	
	76	INTENSIVIST	¥ 18,876	
	77	救急・集中治療	¥ 35,000	
	78	別冊ERマガジン	¥ 10,000	
	79	ICUとCCU	¥ 40,215	
	80	LiSA	¥ 31,131	
	81	麻酔	¥ 37,380	
	82	臨床麻酔	¥ 34,843	
泌尿器	83	ペインクリニック	¥ 39,705	
	84	臨床泌尿器科	¥ 42,730	
透腎・透析	85	泌尿器外科	¥ 49,875	
	86	腎と透析	¥ 47,250	
画像診断・放射線	87	臨床透析	¥ 34,650	
	88	画像診断	¥ 41,466	
	89	臨床画像	¥ 41,466	
神経・脳	90	臨床放射線	¥ 42,270	
	91	インナービジョン	¥ 25,200	
	92	神経内科	¥ 32,760	
	93	クリニカルニューロサイエンス	¥ 33,250	
脳外	94	BRAIN and NERVE	¥ 36,460	
	95	脳神経外科(個人特別割引価格)	¥ 30,670	
	96	脳神経外科速報	¥ 29,532	

※個人特別割引価格でご購読の場合、ご登録に個人名が必要となります。
上記は2014年3月末までの価格です。2014年4月以降のご予約は消費税3%の差額分が加算されます。

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	

医業経営の 良きパートナー

税 務 会 計
経 営 相 談
事 業 承 継

京都府保険医協会嘱託

外 村 会 計 事 務 所

公認会計士・税理士 外 村 弘 樹

税 理 士 外 村 源 太 郎

税 理 士 櫻 田 朋 子

〒600-8020 京都市下京区河原町通五条東北角 清水ビル5階

TEL 075(341)2 2 5 8

FAX 075(341)7 5 9 4

email info@office-tonomura.com

院内情報システム IJI-SERIES

株式会社 JSP

イジ オーダー
イジ ホスピタル
イジ アルファ-ファイブ

医療をITで支え社会に貢献する。それが私たちの望みです。

IJIシリーズでは、診療所・クリニックから中小規模病院まで、様々なニーズに適合できる基幹システムをご用意し、院内の業務効率向上を目指す医療機関様にご提供しております。

又、汎用的な機器類を用い短納期にて導入する事で、イニシャル・ランニング双方のコストも軽減することができます。

中小規模病院向け電子カルテシステム

IJI-HOSPITAL

イジ - ホスピタル

お客様の業務スタイルや可動範囲に合わせて電子カルテをお選び頂けます。医療機関様にとってかけがえのないシステムに必ず出会えるはずです。

診療所向け電子カルテソフト

IJI-ORDER

イジ-オーダー

簡易オーダーリング機能を備えた電子カルテ。様々な入力支援と文書作成機能等で、診療業務をサポートします。

医療事務ソフト

IJIα-5

イジアルファ-ファイブ

煩雑な業務を高速且つ正確にこなし、業務の効率化が図れるシステム。窓口業務に最強のパートナー。是非、充実の機能・操作性を実感してください。

- 豊富なオプション機能
- 蓄積されたデータを基に独自の業務分析
- 業務内容に合わせて院内システムを自在に拡張

JSP本社ビルにて随時デモンストレーションをご覧頂けます。

JSP
Japan Space Planning

株式会社 JSP

TEL 075-254-2700
FAX 075-255-5275

〒604-8247 京都市中京区三条通り油小路東入塩屋町49
URL <http://www.jsp.ne.jp> e-mail info@jsp.ne.jp

