

今月の主な動き

政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」は、4月27日に税と社会保障の一体改革に向け議論を再開し、これまでのヒアリング結果を取りまとめた。5月12日には、厚生労働省が提出する社会保障改革案について議論され、改革案のまとめは予定通り6月に行うとしている。

さらに、会合では幹事委員の有識者のうち、5人が連名で「一体改革議論の枠組みとして踏まえるべき視点」を列举した資料を提示。東日本大震災からの復興と税・社会保障の一体改革は二者択一ではなく、共に取り組むべき課題との認識を示している。

その第一歩として、4月28日に「社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会」が、社会保障・

税番号要綱をまとめた。6月に公表予定の社会保障・税番号大綱（仮称）で、拡充した利用範囲を示す予定となっている。

東日本大震災への対応については、厚生労働省が前月に引き続き東日本大震災の被災者に対する医療の取扱いについて、様々な事務連絡を連続的に発出している。また、多くの医療団体及び医療者が、被災地への医療支援を継続して行っている。

政党では、新たに医師資格を持つ超党派の国会議員15人による「適切な医療を実現する医師国会議員連盟」が、東日本大震災の医療対策について、医療関係者からの要望を集めている。議連は集めた要望の実現を関係省庁に働き掛けるなどし、被災地の医療に全力で支援をしていくとしているなど、さらに大きな支援の輪が広がっている。

行 事	開始時間	場 所
3日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
7日(火) 定例理事会・各部会	午後2時	
8日(水) 建築相談室	午後2時	ルームC
11日(土) 皆保険50周年講演会	午後2時30分	京都新聞文化ホール
14日(火) 定例理事会・部会	午後2時	
ファイナンシャル相談室	午後1時	ルームC
16日(木) 法律相談室	午後2時	応接室
雇用管理相談室	午後2時	ルームB
17日(金) 手話サークル	午後2時	ルームB
18日(土) ジャズを楽しむ会	午後6時	ル・クラブ・ジャズ
21日(火) 定例理事会	午後2時	
金融共済委員会	午後2時	ルームA
22日(水) 経営相談室	午後2時	アミス
23日(木) 医事担当者連絡会議	午後2時	ルームA

6月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
7月23日(土) 第642回社会保険研究会	午後3時	ルームA～C
7月31日(金) 第64回定期総会	午後1時	ホテルグランヴィア京都

今後の予定

※「ルームA、B、C」、「応接室」及び「アミス」は京都府保険医協会事務所内の会議室の名称です。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲43～44ページ

情 勢 トピックス

医療・社会保障編

一体改革、6月取りまとめへ議論再開／集中検討会議

政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」（議長＝菅直人首相）は4月27日、税と社会保障の一体改革に向け議論を再開し、これまでのヒアリング結果を取りまとめた。次回は5月半ばで、厚生労働省が提出する社会保障改革案について議論する。改革案のまとめは予定通り6月に行う。会合後に記者会見した与謝野馨社会保障・税一体改革担当相は「次回以降は第2フェーズの集中検討をし、決定に向けたプロセスに入る」と述べた。

ヒアリング内容は、非公式の準備作業会合で行った部分も含めて提示され、意見交換した。藤本晴枝委員（NPO法人地域医療を育てる会理事長）は、医療・介護に関するヒアリング内容として示されていた「より低コストでより良い医療・介護サービスを提供できるよう工夫する余地は大きい」との意見について、「これでは、医療と介護にはお金を使わないと誤解される」と指摘。工夫する余地が大きい部分とは具体的にどこなのかなどを表記すべきと主張した。

会合ではまた、幹事委員の有識者のうち5人が連名で「一体改革議論の枠組みとして踏まえるべき視点」を列挙した資料を提示。東日本大震災からの復興と税・社会保障の一体改革は二者択一ではなく、共に取り組むべき課題とした。

（4/28MEDIFAXより）

中医協、新会長に森田氏／「権威ある議論を」

中医協は4月20日の総会で、3月末で任期満了となった遠藤久夫氏（学習院大教授）に代わる新たな会長に森田朗氏（東京大大学院教授）を選出した。新たに就任した森田会長は「これからこの国の医療を持続可能な形で維持・発展させていくためには、

われわれが権威ある議論をし、説得力のある方針を社会に発信する必要がある」と訴え、エビデンスに基づいた論理的な議論を進める考えを示した。

最近の中医協の審議が長時間に及んでいることについて、森田会長は「もう少し考える必要がある。熟議が必要なのは分かるが、時間も貴重な資源。できるだけ有効に使いたい」と協力を求めた。

総会では、支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）と、診療側の安達秀樹委員（京都府医師会副会長）が森田氏を推薦した。

●「中医協の機能、むしろ高まる」遠藤前会長

一方、退任した遠藤前会長は総会の冒頭に挨拶し、公益委員を務めた6年間で、診療報酬改定の改定率を内閣で、基本方針を社会保障審議会の医療部会・医療保険部会が決定することになるなど、大きな変革が行われたことを振り返り、「事実上、権限が落ちたようにも見えるが、医療費配分を決める中医協の機能はむしろ高まっていると思う。合理的・公平な配分をするためにさまざまな調査をしており、その機能を活用して配分議論を進めることを期待したい」と述べた。

さらに、「ここ数年、急速に先進国では医療の『費用対効果』の議論を政策に関連させる動きが見られている。典型的には英国のNICE（英国立医療技術評価機構）が『費用対効果』を反映させている」と指摘し、「費用対効果」が今後の課題の一つになるとした。

会長交代に伴い、公益委員の中医協関係部会などの割り振りも決めた。調査実施小委員会は森田会長と印南一路（慶応大教授）、牛丸聡（早稲田大教授）、小林麻理（早稲田大大学院教授）の4委員が入る。薬価専門部会には印南、牛丸両委員と、関原健夫（日本対がん協会常務理事）、西村万里子（明治学院大教授）両委員が入る。保険医療材料専門部会は森田会長と印南、小林、関原の各委員。診療報酬基本問題小委員会と診療報酬改定結果検証部会には全公益委員が参加する。

このほか、日本歯科医師会常務理事の堀憲郎氏が前任の渡辺三雄氏に代わり診療側委員に加わった。（4/21MEDIFAXより）

●中医協委員（2011年4月20日現在、敬称略）

【支払い側】小林剛（全国健康保険協会理事長）▽白川修二（健康保険組合連合会専務理事）▽中島圭子（日本労働組合総連合会総合政策局長）▽勝村久司（日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立

する連絡会」委員）▽北村光一（日本経団連社会保障委員会医療改革部会部会長代理）▽田中伸一（全日本海員組合中央執行委員）▽伊藤文郎（愛知県津島市長）

【診療側】安達秀樹（京都府医師会副会長）▽嘉山孝正（独立行政法人国立がん研究センター理事長・山形大医学部大学院教授）▽鈴木邦彦（日本医師会常任理事）▽西澤寛俊（全日本病院協会会長）▽邊見公雄（全国公私病院連盟副会長）▽堀憲郎（日本歯科医師会常務理事）▽三浦洋嗣（日本薬剤師会常務理事）

【公益代表】印南一路（慶応義塾大総合政策学部教授）▽牛丸聡（早稲田大政治経済学術院教授）▽小林麻理（早稲田大大学院公共経営研究科教授）▽関原健夫（財団法人日本対がん協会常務理事）▽西村万里子（明治学院大法学部教授）▽森田朗（東京大大学院法学政治学研究科教授）

【専門委員】藤原忠彦（長野県川上村長）▽長野明（第一三共専務執行役員）▽欄宜寛治（武田薬品工業コーポレートオフィサー業務統括部長）▽松谷高顕（東邦ホールディングス会長）▽松村啓史（テルモ副社長執行役員）▽松本晃（米国医療機器・I V D工業会顧問）▽森清一（エムシー社長）▽坂本すが（日本看護協会副会長）▽佐藤田鶴子（日本歯科大生命歯学部教授）▽北村善明（日本放射線技師会理事）

●診療報酬基本問題小委員会委員（2011年4月20日現在、敬称略）

【支払い側】小林剛▽白川修二▽中島圭子▽勝村久司▽北村光一▽田中伸一▽伊藤文郎

【診療側】安達秀樹▽嘉山孝正▽鈴木邦彦▽西澤寛俊▽邊見公雄▽堀憲郎▽三浦洋嗣

【公益代表】印南一路▽牛丸聡▽小林麻理▽関原健夫▽西村万里子▽森田朗

【専門委員】坂本すが▽北村善明

●保険医療材料専門部会委員（2011年4月20日現在、敬称略）

【支払い側】白川修二▽中島圭子▽北村光一▽伊藤文郎

【診療側】嘉山孝正▽鈴木邦彦▽堀憲郎▽三浦洋嗣

【公益委員】印南一路▽小林麻理▽関原健夫▽森田朗

【専門委員】松村啓史▽松本晃▽森清一

●薬価専門部会委員（2011年4月20日現在、敬称略）

【支払い側】小林剛▽白川修二▽中島圭子▽北村光一

【診療側】安達秀樹▽邊見公雄▽堀憲郎▽三浦洋嗣

【公益委員】印南一路▽牛丸聡▽関原健夫▽西村万里子

【専門委員】長野明▽欄宜寛治▽松谷高顕

イレッサ訴訟、国が控訴

抗がん剤「イレッサ」の副作用死をめぐる訴訟で国は4月5日、東京高裁に控訴した。細川律夫厚生労働相は「さらに十分な法的議論を尽くすべく上級審の判断を仰ぐ必要がある」との談話を発表した。

イレッサ訴訟は東京地裁が3月23日、国とアストラゼネカ（AZ）に計1760万円の損害賠償を命じる判決を言い渡した。これを不服としてAZは3月30日、東京高裁に控訴。国も4月5日に争う姿勢を示した。控訴の理由として、細川厚労相は談話で「（地裁）判決は事実認定や法律判断に妥当とはいえない問題点がある」と主張している。

厚労省は控訴によってがん患者の医療を充実させる国の方針は変わらないとして談話のほかに、4月時点で確定しているがん施策を示した。抗がん剤副作用死救済制度を4月以降、省内の検討会で検討するほか、イレッサの適応範囲について、再審査制度を活用して適切に審査しているとした。

（4/6MEDIFAXより）

News Headline

（2011年4月13日～5月12日）

【4月】◆府、原発緊急時計画区域を20キロ圏に拡大へ（13日）◆被災支援で税制特例（13日）◆クレーン車居眠り事故、小学生6人死亡（18日）◆カストロ前議長退任（19日）◆震災復興 補正4兆円（22日）◆統一選で民主大敗（24日）◆脱原発 超党派で議論（26日）◆ソニー・個人情報流出（26日）◆知事会長に山田氏（26日）◆税制改正法が成立（27日）◆小佐古敏荘・東京大教授、内閣官房参与辞任（30日）

【5月】◆ビンラディン容疑者を米が殺害（1日）◆NATO空爆・カダフィ氏息子死亡（1日）◆子ども・30年連続で減少、2011年4月1日現在の推計・総務省（2日）◆焼き肉店で食中毒、4人死亡（5日）◆介護制度、現場で機能不全（7日）◆府、地域包括ケア推進へ新機構（9日）◆首相、原発事故収束まで6月から歳費返上（10日）

被災者の一部負担金と保険料、国費で負担／政府

政府は東日本大震災の被災者について、一部負担金に加え保険料も国費で負担する方針だ。ただ、健保組合については財政状況に応じて補助率に差を付ける方向で検討している。4月中に国会への提出を目指す第1次補正予算案に計上するほか、調整交付金も活用する。医療・介護の総額で1000億円弱になる見通しだ。

対象者は、厚生労働省が負担を猶予・免除する者としてすでに周知している内容と同様の範囲を想定している。住居が全半壊・全半壊した人や、主な生計維持者が死亡するか重篤な傷病を負った人などが対象となる。（4/8MEDIFAXより）

規制・制度改革、国民の声受け対応／政府が閣議決定

政府は4月8日、行政刷新会議に寄せられた規制・制度改革に関する国民の提案などについて、対処方針66項目を閣議決定した。医療・介護分野では、厚生労働省が以下のテーマについて2011年度中に検討を始める。

▽医療機関の施設内における他の事業者の広告の取り扱いについて▽個人輸入できる医療機器の個数の見直し▽高度管理医療機器等の販売業および賃貸業の許可・変更申請様式の見直し▽新規設立事務所に係る健康保険組合の規約変更手続きの簡素化▽地域包括支援センターにおける介護予防サービス計画作成業務の委任件数制限の見直し▽居宅介護支援事業の事務的負担の軽減▽介護サービス運営に係る記録の保管義務期間の見直し▽定年後に嘱託再雇用する場合等の健康保険と厚生年金保険の同日得喪手続きの簡素化。（4/11MEDIFAXより）

震災の税制特例措置決定／政府税調

政府税調は4月13日、2011年度最初の会合を開き、東日本大震災の被災者を支援するための税制特例措置を決めた。被災者の所得税や法人税、資産税などの負担軽減策が盛り込まれている。医療機関に特化した内容はない。阪神淡路大震災時にはなかった特例措置としては寄付金控除の拡充、自動車買い替え時の自動車重量税免除、法人事業税と法人住民税の減免措置などがある。来週中の国会提出を目指す。

今回の措置は「第1弾」の位置付け。今後、全体の復興支援策の中で税制で対応すべきものについて

は、第2弾として取りまとめる。野田佳彦会長（財務相）は閉会の挨拶で「早急な法制化作業を進める」と述べた。（4/14MEDIFAXより）

一体改革、復興財源とも一体／集中検討会議準備会合

政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」（議長＝菅直人首相）は4月19日、準備作業会合を開き、大田弘子氏（政策研究大学院大学教授）らからヒアリングした。大田氏は、地域ごとに医療供給計画を明示した上で制度改革をすることの重要性を主張した。準備作業会合は4月23日の午前中に最終会合を開き、来週中に集中検討会議を再開する。与謝野馨社会保障・税一体改革担当相は会合に先立つ挨拶で「税と社会保障の一体改革は6月中に案として完成させる。その際には、税、社会保障ともに、復興のための財源問題と一体的に決めていかないとけない」と述べた。（4/20MEDIFAXより）

日医など、与謝野氏と意見交換／医療保険の全国一本化など提案

政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」（議長＝菅直人首相）は4月23日の準備作業会合で、与謝野馨社会保障・税一体改革担当相と日本医師会など関係団体との間で行われた意見交換の内容を明らかにした。日医は、公的医療保険の全国一本化を提案。不足分に充てる財源や配分について国民的合意を得る必要があるとの考えを説明した。

意見交換は4月22日に行われ、日本歯科医師会と日本薬剤師会の幹部らも出席した。

事務局が準備作業会合に示した資料によると、日医は現行の医療保険制度を4段階に分けて全国一本化することを提案。窓口負担の引き下げや保険料率の格差是正なども求めるなど、2010年秋に発表した「国民の安心を約束する医療保険制度」の内容を説明した。

消費税については「税率をかなり引き上げない限り不足分は埋まらない」とする一方、不足分はどういった財源を充てるか、年金・医療・介護の各分野に消費税収をどのように配分するかは、国民的合意を得る必要があると指摘。消費税の社会保障目的税化については「税収の枠内に給付費を収めるべきということにならないか」と懸念を示したほか、控除対象外消費税問題の解消も求めた。

混合診療の全面解禁や保険免責制、規制・制度改革

革の方針に方向性が盛り込まれた医療法人と他の法人との役職員の兼任については、いずれも反対姿勢を伝えた。（4/26MEDIFAXより）

災害復旧、国庫補助率を引き上げ／財政援助法案を決定

政府は4月26日の閣議で、東日本大震災の復旧に向け被災自治体や被災者の負担を国が軽減する特別財政援助法案を決定した。公的医療機関や社会福祉施設の災害復旧に対する国庫補助率を引き上げるほか、医療保険や介護保険の保険料や一部負担金の減免措置を盛り込んだ。

施設の災害復旧に関する支援では、医療法に規定する公的医療機関は3分の2に、2次救急医療機関や救急診療所など政令で定める民間医療機関は2分の1に国庫補助率を引き上げ。認知症高齢者グループホームや介護老人保健施設などの社会福祉施設についても「2分の1」－「3分の2」に引き上げる。

被災者向けには、医療保険や介護保険の保険料や一部負担金の減免措置を盛り込んだ。医療保険では、保険料や窓口負担のほか、入院時の食事療養費や生活療養費、保険外併用療養費などの自己負担額も減免対象。震災で事業が影響を受けて賃金が激変した月から標準報酬を改定できる特例措置も設ける。介護保険では、保険料や利用者負担、食事・居住費の減免を行う。

政府は必要額をすでに2011年度補正予算案に計上しており、予算案とともに早期成立を目指す。（4/27MEDIFAXより）

社会保障・税番号「要綱」まとまる／政府・番号制度実務検討会

政府の「社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会」（座長＝与謝野馨社会保障・税一体改革担当相）は4月28日、社会保障・税番号要綱をまとめた。社会保障では医療、介護、年金制度で番号を利用する方針を示し、番号の具体的な利用範囲として、健康保険・介護保険の被保険者による届け出や保険料支払い手続きなどを挙げた。6月に公表予定の社会保障・税番号大綱（仮称）で、拡充した利用範囲を示す予定だ。政府は2011年秋以降、社会保障・税番号法（仮称）を速やかに国会に提出する姿勢を示している。検討会委員の大塚耕平厚生労働副大臣は取材に対し、要綱がまとまったことについて「税と社会保障の一体改革に向けた重要な一歩だと思

う」と話した。

●2014年6月に「番号」交付

要綱では、番号制度の基本理念として▽社会保障の給付と負担に関して国民が公平・公正さを実感できる社会の実現▽所得水準などの的確な把握によって適切な社会保障給付ができる社会の実現—などを掲げた。社会保障・税番号法が順調に成立した場合、政府は14年6月に個人に「番号」、法人などに「法人番号」を交付し、15年1月以降に社会保障・税務分野に関して可能な範囲で番号の利用を始める予定だ。

4月28日の検討会では、終了後に会見した峰崎直樹内閣官房参与によると「何かあってもバックアップできるような柔軟性のあるシステム構築を」（大塚厚労副大臣）、「国民の個人情報に関わるのでシステム発注は国内企業に限るべきでは」（亀井亜紀子・国民新党政調会長）、「災害時の預金払い戻しなどに利用できるよう検討してほしい」（和田隆志内閣府政務官）といった意見が出たという。

（5/2MEDIFAXより）

第1次補正予算が成立／医療施設の復旧など

東日本大震災の復旧に向けた総額4兆153億円の2011年度第1次補正予算が5月2日、参院本会議で全会一致で可決、成立した。医療施設などの災害復旧費906億円や、医療・介護などの保険料や一部負担金を減免する1142億円などを盛り込んだ。

細川律夫厚生労働相は本会議の終了後に会見し「今回の補正予算は、水道や医療施設の復旧支援など、当座に必要な支援策を盛り込んでいる。早急に確実に実施することに省を挙げて取り組んでいく」と述べた。（5/9MEDIFAXより）

「医師議連」被災地医療の要望集約／「できる限りの支援全力で」

医師資格を持つ超党派の国会議員15人による「適切な医療を実現する医師国会議員連盟」（会長＝自見庄三郎金融担当相）が、東日本大震災の医療対策について、医療関係者からの要望を集めている。議連は集めた要望の実現を関係省庁に働き掛けるなどし、被災地の医療に全力で支援をしていくとしている。

●「持続可能で安心の医療取り戻す」

議連は3月10日に発足。顧問には坂口力元厚生労働相（公明）、幹事長には櫻井財務副大臣（民主）が

就いた。

設立趣意書では、日本の医療が崩壊の危機を迎えていることや、iPS細胞やES細胞を利用した再生医療の研究の規制など、専門家でなければ解決できない問題が山積しているとし、医師の専門的見地から党派を超えて医系議員が政策提言を行う必要性を強調。「一日も早く医療が置かれている危機的な現状を改善し、持続可能で国民が安心できる医療を取り戻すために、精力的に活動していく会を目指す」としている。（4/6MEDIFAXより）

▽顧問 坂口力（公明）▽会長 自見庄三郎（国民新）▽副会長 鴨下一郎（自民）、渡辺孝男（公明）、岡本充功（民主）▽幹事長 櫻井充（民主）▽幹事 阿部知子（社民）、石森久嗣、仁木博文、吉田統彦、足立信也、梅村聡（以上民主）、秋野公造（公明）、古川俊治（自民）、森田高（国民新）

被災開業医に休業補償を／自民・厚生労働省

自民党の厚生労働部会（田村憲久部会長）は4月27日、東日本大震災の復旧を支援する2011年度第1次補正予算案について、厚生労働省からヒアリングした。出席議員からは、地震や津波で建物を失ったり、福島第一原子力発電所の事故で避難を余儀なくされたりした診療所などに対し、休業補償を求める意見が上がった。

石井みどり参院議員は、原発事故で避難を強いられている福島県楢葉町と同双葉町の歯科診療所から寄せられた声を紹介。「労働者向けの支援は（補正予算案に）あるが、雇用主には何の支援もない。医院の経営はできない。いつ戻れるか分からないし、見通しもない。こういう人に対して国はどういう支援をしてくれるのかという声が寄せられている」と述べた。

田村部会長も「問題意識を持たなければならない。原発だけでなく、津波で流されてしまったところもある。医師や歯科医師、薬剤師だけではなく、事業主全てに共通する問題で、経済産業省ともよく相談してほしい」と求めた。（4/28MEDIFAXより）

医療費適正化計画、目標値見直さず／厚生労働省が中間評価

厚生労働省は4月8日、全国医療費適正化計画

（2008－12年度）の進捗状況に関する中間評価を公表した。厚生労働省保険局医療費適正化対策推進室は、計画に盛り込まれた12年度の特定健診・保健指導や平均在院日数に関する目標値について「現段階では見直しに足るデータ蓄積がない」として、見直しをしない考えを明らかにした。

医療費適正化対策推進室の城克文室長は、目標値を変更しない理由について、特定健診・保健指導の実質的な実施期間が短かったことや、療養病床再編方針が凍結されたことなどを挙げ「今後の医療提供体制の効率化などの議論を、13年度からの第2期計画で反映させていこうと考えている」と述べた。

当初計画では計画最終年度の12年度に、特定指導の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、平均在院日数（介護療養病床を除く）の全国平均を29.8日とするなどの目標値を設定していた。

（4/11MEDIFAXより）

政府、ライフィノベ19項目を閣議決定／規制・制度改革

政府は4月8日、2010年秋から検討してきた規制・制度改革のテーマのうち、東日本大震災発生前に各府省と大筋で合意していた135項目について改革方針を閣議決定した。ライフィノベーション分野に関しては、震災で政務官折衝を実施できなかったが、行政刷新会議事務局のある内閣府と厚生労働省などの事務方同士で調整していた19項目を盛り込んだ。政府は、今回の閣議決定を見送ったテーマについて、各府省と協議を続けていく姿勢だ。

●無過失補償制度から「ワクチン」消える

ライフィノベーション分野では、医療行為の無過失補償制度と、補償を受けた際の免責制度について11年度中に検討を始める方針が盛り込まれた。行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」が1月下旬に示した中間取りまとめは、無過失補償制度の対象として保険診療全般と「医薬品副作用救済制度の対象となっていないワクチン」を挙げていたが、閣議決定では保険診療全般だけが残った。

国内で承認されているワクチンであれば、定期接種ワクチンには予防接種法による救済制度、任意接種ワクチンには医薬品医療機器総合機構（PMDA）法による救済制度がある。このため医薬品副作用救済制度の対象になっていないワクチンは「存在しない」というのが厚生労働省の立場だ。中間取りまとめの記述に「事実誤認がある」と厚生労働省側が行政刷新会

議側に伝えたところ、ワクチンに関する記述は消えたという。

しかし、任意接種に関する補償額は定期接種よりも低く、ワクチンの救済制度は一律ではない。また、補償を受けた際の提訴権を制限するなどの免責制度も設けられていない。政府関係者は「ワクチンに関する免責制度を検討することは厚労省にとっても悪い話ではなかったはずだ。中間取りまとめの文章をまとめた行政刷新会議側の担当者は制度をよく理解していなかったのではないか」と語る。

（4/11MEDIFAXより）

被災地の開業医支援「阪神淡路を参考に」／大塚厚労副大臣

大塚耕平厚生労働副大臣は4月12日の参院厚生労働委員会で、東日本大震災で被災した開業医への支援について「阪神淡路（大震災）の時（の対応）を参考にしつつ、今回の被害に見合った対策を講じなくてはいけない。1次医療圏の復旧は今までの発想ではできないかもしれないので、しっかり対応したい」と述べた。共産党の田村智子議員の質問に答えた。

田村議員は、阪神淡路大震災後の医療施設近代化施設整備事業などによる医療機関への支援が限定的だったと指摘。「阪神淡路の時に足りなかったことは何なのかという視点に立って、開業医への支援策を講じてほしい」と訴えた。（4/13MEDIFAXより）

食事療養費など自己負担免除へ／厚労省、震災の特別立法で

厚生労働省は4月13日、東日本大震災の復旧を支援する特別立法案と2011年度第1次補正予算案の概要を民主党厚生労働部門会議に示した。特別立法案では、医療機関や社会福祉施設などの災害復旧に対する国庫補助率の引き上げを盛り込むほか、医療費の窓口負担を免除された人について、入院時の食事療養費や生活療養費などの自己負担を免除する方針。医療保険の標準報酬の改定や保険料の免除でも特例を設ける。

医療保険関係では、窓口負担の免除を受けた人について▽入院時食事療養費▽入院時生活療養費▽保険外併用療養費▽療養費・特別療養費一の自己負担額を免除。被用者保険について、保険料を免除したり、震災で事業が影響を受けて賃金が激変した月から標準報酬を改定したりすることができる特例措置

を設ける。国保と後期高齢者医療の保険料免除については、現行法で対応する。

介護保険関係では、利用者負担を市町村が免除するほか、介護保険施設などの食費や居住費を減免。保険料の免除については、現行法で対応可能という。

災害復旧費に対する国庫補助の引き上げは、医療機関（現行2分の1）や保健所（同）、社会福祉施設（現行2分の1、3分の1）などが対象。阪神・淡路大震災の特別立法では、最大3分の2まで補助率を引き上げている。

補正予算案では、公的医療機関や救命救急センター、特別養護老人ホームなどの災害復旧や、保険料や窓口負担の減免などを盛り込んでいる。

部門会議は4月13日の会合で、特別立法案と第1次補正予算案を了承した。政府は月内の国会提出を目指している。（4/14MEDIFAXより）

医薬品在庫量に「適切な対応する」／大塚副大臣

厚生労働省の大塚耕平厚生労働副大臣は4月13日の衆院厚生労働委員会で、医療機関の医薬品在庫量について「今回のような大きな災害で、直後の急性期対応などが長期化する場合、1－2週間分の在庫量では不十分。実態に即して適切な対策を考えさせていただく」と述べた。自民党の阿部俊子氏の質問に答えた。

阿部氏は東日本大震災に関連して質問。医療機関は非常に厳しい経営環境の中にあり、経営効率化のために医薬品の在庫量を押さえているとし「これでは災害時に対応できない」と述べた。

（4/14MEDIFAXより）

災害拠点病院の在り方検討へ／大谷医政局長

厚生労働省の大谷泰夫医政局長は4月13日の衆院厚生労働委員会で、東日本大震災に関連し「災害拠点病院でも、燃料不足や通信機能が十分でない所もあった。今回の教訓を踏まえて十分に検討していきたい」と述べた。自民党の阿部俊子氏の質問に答えた。

災害拠点病院は、阪神淡路大震災をきっかけに整備された。大谷局長は「今回の震災では災害拠点病院の建物に倒壊などはなく、各施設が精いっぱい医療に当たっていただいた」と感謝した上で、「未曾有の大震災で露呈したこともある。今後の拠点病院の整備の中で検討したい」と語った。2010年度まで

に71.5%にする目標を立てている災害拠点病院の耐震化率については「調査中だが72%には至ってないと思う」とした。

阿部氏は質問の中で、災害拠点病院について「条件がやや甘い」とし、必要な物資や、自家発電燃料の調達計画などを入れるべきだと迫った。
（4/14MEDIFAXより）

特定看護師試行、委員の現地視察も検討／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・東京大大学院医学研究科教授）は4月18日、特定看護師（仮称）業務試行事業の指定施設で行われる事業内容について、施設の担当者らから報告を受けた。各施設が自らの取り組みを適正に評価し、厚労省への報告書に反映させるため、同会議の委員らが現地を訪れるなどの対応を検討することでまとまった。永井座長は会議後、取材に「どういう体制でできるかについて厚労省の意見を聞きたい」と答えた。

同事業は、施設が「特定看護師養成調査試行事業実施課程（修士・研修）」を修了した看護師を受け入れる、修得した業務や行為を実際に試行させることができる。指定を受けた施設は7月と11月、年度末の計3回、事業の評価をまとめた報告書を提出しなければならない。厚労省は4月13日に開かれた「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ（WG）」で、申請に関する審査を済ませた4施設を明らかにしたが、1施設が申請を取り下げたため、この日は医療法人小寺会（大分県）の佐伯中央病院と介護老人保健施設「鶴見の太陽」、飯塚病院（福岡県）の取り組みについて意見を交わした。

各施設が示す報告書は、特定看護師が担うことになる「特定の医行為」に関する議論に活用するため、施設が自らの取り組みを適正に評価できる方法をどのように担保するかについて意見が出た。「仲間（施設）が仲間（看護師）を適切に評価できるか」（半田一登委員＝日本理学療法士協会会長）、「第三者評価でやるのが重要ではないか」（堺常雄委員＝日本病院会会長）などの意見を踏まえ、施設の取り組みに理解を深めるために現地視察を行う案などが出た。

永井座長は会議後、「今後、具体的に何ができるか検討する」と前置きした上で「とにかくWGや会議のメンバーが現地に行って見てくる。各施設でどのように行われているか、現場を見れば分かるはず。

われわれが必要と感じた注文を出したい」と述べ、現地入りを視野に入れた対応を示した。
（4/19MEDIFAXより）

岩手・宮城・福島に上限120億円確保／地域医療再生基金

厚生労働省医政局は2010年度補正予算で2100億円を拡充した地域医療再生基金（地域医療再生臨時特例交付金）について、東日本大震災で被害甚大な岩手県・宮城県・福島県の3県向けに交付額の上限である120億円を確保することを決め、4月15日、医政局長通知として都道府県知事に通知した。

また、5月16日としていた地域医療再生計画案の提出期限について、被災3県では11月16日をめどに提出することとして6カ月の延長を認めるなど柔軟に対応していく構えだ。3県以外の都道府県の提出期限についても期限延長の要望を受けて6月16日まで延期した。（4/19MEDIFAXより）

周辺住民の被ばく線量、データベース化／細川厚労相が方針

細川律夫厚生労働相は4月18日の参院予算委員会で、東京電力福島第一原子力発電所の事故に関連し「作業に従事する労働者や周辺住民について、データベースをしっかりと構築していかなければと考えている」と述べ、原発の復旧作業に従事する作業員や周辺住民の健康管理のため、被ばく線量や健康状態をデータベース化する方針を示した。加藤修一氏（公明）の質問に答えた。

細川厚労相は「放射線量をできるだけ正確に推定し、評価することは、今後の住民の健康管理に資するもの」と指摘。避難経路や避難にかかった時間、事故後の行動などを基に、被ばく線量を推定・評価する手法について、政府の原子力災害対策本部・原子力被災者生活支援チームで検討しているとした。
（4/19MEDIFAXより）

無償提供医薬品も保険請求可能に／厚労省

厚生労働省保険局は4月20日付で、東日本大震災に関連する診療報酬上の取り扱いについて、疑義解釈の第3弾を地方厚生局と都道府県宛てに事務連絡した。その中で、被災地の医療機関は無償提供された医薬品を保険請求できるとの認識を示した。震災の混乱の中では、医療機関が購入した医薬品と無償提供された医薬品の区別が困難なため。

訪問看護関連では、避難などの影響で被災前と同等のサービスを受けられなくなった場合に、従来の訪問看護ステーションと、他の訪問看護ステーションが連携してサービスを提供しても訪問看護療養費を算定できることとした。その際、主治医は連携先のステーションに対してあらためて訪問看護指示書を交付する必要がある。（4/22MEDIFAXより）

計画的避難区域も自己負担免除／厚労省

東京電力福島第一原子力発電所事故の影響で政府が4月22日に「計画的避難区域」と「緊急時避難準備区域」を設定したことを受け、厚生労働省保険局も、これらの地域住民の一部負担金を免除することを健康保険組合、地方厚生局、都道府県宛てに事務連絡した。これまでは原発から半径30km圏内の住民に対して自己負担を免除する特例措置を行ってきたが、その対象地域を広げた。福島県飯館村（全域）、川俣町の一部（山木屋地区）、葛尾村（全域）、浪江町（全域）、南相馬市の一部が対象になる。

一方、原発から半径30km圏内にある福島県いわき市の一部は、逆に政府の緊急時避難準備区域から外れたものの、厚労省は30km圏内であれば、引き続き一部負担金を免除するとしている。

自己負担が免除されるものは以下の通り。▽一部負担金▽食事療養標準負担額▽生活療養標準負担額▽保険外併用療養費に係る自己負担額▽訪問看護療養費に係る自己負担額▽家族療養費に係る自己負担額▽家族訪問看護療養費に係る自己負担額。

（4/25MEDIFAXより）

緊急雇用創出事業で保健医療人材確保へ／厚労省の震災対応

厚生労働省は4月22日、東日本大震災被災地での保健医療提供体制の確保に向け、医政局・健康局・医薬食品局の3局連名で都道府県に事務連絡を発出し、都道府県に交付している基金（緊急雇用創出事業臨時特例交付金）を使って、被災した保健医療従事者（医師・歯科医師・薬剤師・看護職員ら）の雇用確保や保健医療提供体制の確保に基金を活用するよう通知した。

対象となる事業は▽被災地などの医療機関・薬局・仮設診療所や保健所・市町村保健センターでの雇用▽被災医療機関などで研修を受けながら、出産・子育てによって離職中となっている被災保健医療従事者の雇用▽被災医療機関などで事務職員としての研

修を受けながら、医療機関などでの就業経験がない被災者の雇用一など。（4/25MEDIFAXより）

オンライン請求不能時の猶予届、8月まで免除／厚労省

厚生労働省保険局総務課保険システム高度化推進室は4月22日、東日本大震災によりレセプトコンピュータなどが破損し電子化請求できない場合の取り扱いを社会保険診療報酬支払基金宛てに事務連絡した。震災の影響でオンライン請求できなくなり、やむを得ず紙で診療報酬を請求する場合には、通常は毎月、猶予届を提出する必要がある。今回の事務連絡では、紙に切り替えて申請することを1度でも届け出た場合、8月10日の診療報酬請求時までは2度目以降の猶予届を免除することにした。

（4/25MEDIFAXより）

特定看護師業務試行事業、3施設でスタート／厚労省

厚生労働省は4月26日、2011年度から始まった特定看護師（仮称）業務試行事業を実施する3施設を指定した。今後も申請を受け付け、安全管理体制などの審査を経て指定施設を増やす。

指定を受けたのは飯塚病院（福岡県）と、医療法人小寺会（大分県）の佐伯中央病院、介護老人保健施設「鶴見の太陽」。飯塚病院は日本看護協会看護研修学校（救急）を修了した看護師を、小寺会の2施設は大分県立看護科学大大学院（老年）で学んだ看護師をそれぞれ1人ずつ受け入れた。

同事業は特定看護師の業務範囲などを検討するために必要な情報を集める取り組み。特定看護師養成調査試行事業の実施課程（修士・研修）を修了した看護師の受け入れ先を実施施設として指定し、対象看護師が医療現場で習得した業務を実践する。

（4/27MEDIFAXより）

対象期間過ぎても定期接種として実施可／震災で特例措置

東日本大震災発生の影響で、定期予防接種の対象年齢を過ぎてしまったり、複数回接種が必要な接種で接種間隔が過ぎてしまった人について特例措置を講じるとして、厚生労働省健康局結核感染症課は4月25日、各都道府県に対し事務連絡した。

定期予防接種の対象年齢を過ぎてしまった場合は、東日本大震災発生日から6カ月程度の間、定期

の予防接種を受けられることとし、複数回接種が必要なジフテリア、百日咳、破傷風、日本脳炎では接種間隔を過ぎてしまっても定期接種とみなす。

必要な政省令の改正を行い5月に公布・施行することとしているが、3月11日にさかのぼって適用する予定であることから、厚労省は「実施主体の市町村では、政省令の公布を待たずに定期接種の対象者に予防接種を実施して差し支えない」としている。（4/27MEDIFAXより）

特定看護師の業務・行為を例示／厚労省がたたき台

厚生労働省は4月27日、「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・昭和大医学部救急医学講座教授）に、「特定看護師（仮称）によって実施されるべき業務・行為」の例を示した。今後の議論のたたき台として示したもので、特定看護師業務試行事業の進捗状況などを参考に検討を進める。

例示した業務・行為は「看護師が行う医行為の範囲に関する研究班」（主任研究者＝前原正明・防衛医科大教授、WG委員）の看護業務実態調査で、看護師がすでに行っている割合が10%以下だったものや、特定看護師養成調査試行事業の実施先の取り組みを参考に抽出した。

急性期で行うものとしては▽抗不整脈剤の投与▽一時的ペースメーカーの操作・管理▽経口・経鼻挿管チューブの挿管・抜管▽胸腔ドレーンの抜去▽麻酔薬の投与など。慢性期・在宅は▽胃ろう・腸ろうのチューブ・ボタンの交換▽嚥下内視鏡検査の実施▽創傷の陰圧閉鎖療法の実施▽褥瘡の壊死組織のデブリードマン▽副腎皮質ステロイドの投与（局所注射）などを示した。

一般の看護師が実施可能な業務・行為も示した。医療現場などでトレーニングを積むことで実施するのが望ましいものには、研究班調査で医師が「今後、看護師が実施可能」と答えた割合がおおよそ70～80%だったものを抽出し▽心停止患者への電氣的除細動の実施▽創傷被覆材（ドレッシング材）の選択・使用▽酸素投与の開始・中止・投与量の調整の判断などを挙げた。

今後、通知で対応が可能と想定される業務・行為は、医師の回答で「今後、看護師が実施可能」と答えた割合が80%以上だったものから選び▽12誘導心電図検査の実施▽低血糖時のブドウ糖投与（経口ま

たは静脈内投与）▽動脈ラインからの採血—などとした。

今回示した業務や行為は例の一部で、それぞれの振り分けは今後の議論によって柔軟に変更する見通し。

●「認定」「専門」の業務実態を把握へ／厚労省

今後の特定看護師が担う業務・行為の検討に併せ、複数の委員から、専門看護師と認定看護師の位置付けを議論するよう求める意見が出た。事務局の厚労省医政局看護課はそれぞれの資格を持つ看護師が現場で実践している業務・行為の把握に取り組むとした。

星北斗委員（財団法人星総合病院理事長）は「認定看護師らが特定の医行為の一部を行っているかもしれない。（認定看護師らが）特定の医行為に対してどのような役割を担っているのかを理解すべき」と提案。井上智子委員（東京医科歯科大学大学院教授）も厚労省が例示した特定看護師が担うと想定される業務・行為について「専門看護師が行為のかなりの部分をやっているはずだ」と指摘した。

（4/28MEDIFAXより）

災害拠点病院の要件見直し明言／岡本政務官、11年中に結論

厚生労働省の岡本充功政務官は4月27日の衆院厚生労働委員会で、災害拠点病院の指定要件を見直すことを明確にした。見直しで想定しているのは、自家発電の燃料や医薬品の備蓄、衛星電話など通信手段の確保、施設の耐震性などの要件。現在進めている医療計画の見直し作業に合わせて議論を進め、2011年中に結論を出す。

岡本政務官は医薬品の備蓄について「急性期も慢性期も、さまざまな疾患の患者が来ることが想定されるし、災害時に特段必要になる薬もある。インスリンや向精神薬も含め、需要のあるものを調査して検討したい」と述べた。

自民党の阿部俊子氏の質問に答えた。

（4/28MEDIFAXより）

被保険者証再交付手続きを連絡／後期高齢者医療で厚労省

厚生労働省保険局高齢者医療課は4月27日、東日本大震災で被災した後期高齢者への被保険者証の再交付手続きについて都道府県に事務連絡し、市町村に周知するよう要請した。被保険者証を失い、本人

であることを確認できない場合は、世帯構成や被災する前の住所、同居していた人の氏名など、本人でなければ知り得ない事柄を口頭で確認するよう求めた。被災者が過去1年間に受診した医療機関の名前や、高額療養費の振り込み先、保険料の口座引き落とし先の金融機関名なども聞き取り、被保険者証再交付申請書に記録することとした。

代理人が被保険者証の再交付を申請する場合は、これらの聞き取りに加えて、代理人の本人確認書類と、委任状、被災者と代理人の関係を示す書類の提示も求めることとした。

郵送で被保険者証を再交付する場合も、電話で本人確認を行うこととした。（4/28MEDIFAXより）

外国人受け入れ認証制度、実施団体はニチイ学館

厚生労働省は4月28日、2011年度から開始する「外国人患者受け入れ医療機関認証制度」の実施団体として、医療事務などの医療機関運営業務を受託するニチイ学館（齊藤正俊社長）を選定したことを明らかにした。

厚労省は政府が10年6月に閣議決定した新成長戦略を受け、外国人患者を受け入れる医療機関の質を確保するための第三者認証制度の整備に向けて実施団体を公募した。3月18日の応募書類の提出期限までに、同社を含む数団体が応募していた。

選定結果を受けてニチイ学館広報課は本紙の取材に「外国人受け入れ医療機関認証制度を整えるべく、国内医療機関の体制づくりの一環として、安心して利用できる環境を整備していきたい」と応えた。（5/2MEDIFAXより）

麻しん・風しん、高校2年も定期接種対象者に／施行令を改正

2012年の麻しん排除に向けて、厚生労働省は11年の麻しん・風しん定期接種第4期（高校3年生相当）の対象者に高校2年を追加するため、予防接種法施行令の改正を行う。施行令の改正は5月下旬にも公布・施行の見通しだ。

WHO（世界保健機関）は、12年までに西太平洋地域で麻しんを排除するという目標を定めており、日本でも麻しん排除に向けた取り組みが進んでいる。海外へ修学旅行や研修などに行く高校生による麻しんの海外への持ち出しや持ち込みなどを防止するため、11年度は高校2年生について定期接種の対

象に含める。

麻しんの予防接種は一般的に麻しん・風しんの混合ワクチンが使用されることから、風しんについても同様に高校2年生を定期接種の対象とする。

●日本脳炎、7歳半～9歳未満・13～20歳未満も対象へ

今回の予防接種法施行令の改正で、日本脳炎予防接種についても、05～09年度の積極的勧奨の差し控えによって接種機会を逃した人で、定期予防接種の対象に該当しない▽7歳6カ月以上9歳未満▽13歳以上20歳未満について、定期の予防接種の対象とする。（5/2MEDIFAXより）

被災者の一部負担金、証明書で全額免除／期間は12年2月末まで

厚生労働省は「東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律」が施行されたことを受け、一定の要件に該当する被災者の一部負担金は各保険者が発行する「免除証明書」で免除できるとする政令と省令を定め、内容について周知するよう都道府県知事宛てに施行通知を発出した。一部負担金が免除となるのは2012年2月29日まで。免除証明書は、医療機関や薬局で被保険者証と併せて提示することとした。

証明書発行の要件は▽11年3月11日時点で特定被災区域に住所を有しており、生計維持者が死亡、傷病、行方不明▽原子力災害対策特別措置法による立ち退き、屋内退避などを行っている一など、基本的にはこれまで発出した事務連絡などで定めた一部負担金などの支払い猶予の対象となる要件内容を踏襲した。（5/9MEDIFAXより）

電力制限「大学病院は適用除外を」／文科省、政府対策本部に提示

文部科学省は、東日本大震災による東京電力、東北電力管内の夏場の大幅な電力不足対策への対応を検討してきた結果、「大学病院については、一律の使用制限の適用除外」とする回答を、政府の電力需給緊急対策本部に提示した。文科省高等教育局医学教育課の新木一弘課長は4月28日、本紙の取材に答え、大学病院については一律の使用制限の適用除外を求める方向で折衝を始めたとした。特に被災地についても、復興を促進する観点から、一律の使用制限の適用除外とするよう強く求めている。

（5/2MEDIFAXより）

新人研修医に総合オリエンテーション／京都府医

京都府医師会（会長＝森洋一）は4月2日、京都府内の病院で2011年度から臨床研修をスタートさせる研修医を対象に「研修医総合オリエンテーション」を開催した。都道府県医師会が地域の研修医を一堂に集めてオリエンテーションを行う試みは例がなく、この日は府内の約260人の新人臨床研修医のうち20施設近くから180人が参加した。

京都府医は、今後も医師会主催のオリエンテーションを毎年行うほか、新人研修医をグループ分けし、4月1日に開所した医療トレーニングセンターを使ったシミュレーション・トレーニングなども年間4回ほど行う検討を進めている。

オリエンテーションでは、患者とのコミュニケーションの在り方、医師の法的責任と医事紛争の動向、保険診療のルール、医療安全対策の基本などのほか、医療トレーニングセンターでの救急蘇生やチーム医療の体験コースも行った。講師は、民間の専門家のほか、森会長、安達秀樹副会長、府内の病院関係者などが務めた。

「地域医療活動と医師会活動」と題してレクチャーした森会長は、日本の医療制度、医師会の存在意義などについての理解を求めたほか、府医がつくった医療トレーニングセンターなどの積極活用も促した。「医の理念」に触れる中で、自らがかつて委員長を務めた日本医師会「医師の団結を目指す委員会」の草稿を示して理解を求めたほか、「医師の育成には大きな国家投資が行われており、その行動には一定の制約がある」として、厳しい自己規律の必要性も強調した。また、今後は診療所での研修活動も強化したいとの意向を示し、開業医による指導医の資格取得を推進する対応策にも本腰を入れるとした。

●顔の見える連携づくりへ

森会長は本紙に対し、総合オリエンテーション開催の試みについて「小さな組織の中だけで研修が終わると、根無し草の医師育成に終わってしまう懸念がある。研修医時代に施設を超えた顔の見える横の連携をつくり、それが地域医療に反映されるようにしたい」と意欲を語った。この日のオリエンテーションでは、メーリングリストの登録も行い、同日だけで半数近くの研修医が登録した。

（4/5MEDIFAXより）

チラーヂン代替品、4月8日から出荷／あすか製薬

あすか製薬は4月8日から、後発医薬品外資のサンドが甲状腺ホルモン製剤「チラーヂン」の代替品として緊急輸入した「レボチロキシンNa錠50 μ g『サンド』」を出荷すると発表した。サンドが輸入したのは86万800錠。今後5週間以内に国内での月間使用数量に相当する約5000万錠を確保する。

東日本大震災であすか製薬は、チラーヂンを製造するいわき工場が被災。安定供給に不安が生じていることから、厚生労働省が代替品の輸入をサンドに要請した。あすか製薬が販売し、武田薬品工業が流通を担う。

いわき工場の生産体制についてあすか製薬は、医療現場で使用されているチラーヂンの大部分を占める「チラーヂンS錠50」を最優先にして生産・出荷を再開させている。4月下旬には通常の生産体制に復帰できるよう計画を進めるという。一部が稼働しているいわき工場からの出荷と緊急輸入品、委託製造を合わせることで、4月中旬に通常の出荷量を目指す。（4/8MEDIFAXより）

NCCが健診と被ばく量測定を提案／福島在住者対象に

国立がん研究センター（NCC）の嘉山孝正理事長は4月14日、緊急記者会見を開き、福島第一原子力発電所周辺に在住する若年層などを対象とした定期健診と被ばく量測定を国や福島県などに提案すると発表した。嘉山理事長は「福島の方々の不安を解消したい」と述べ、NCCとしてできる限りの対応をしていくとした。

原子力安全委員会の発表によると、東日本大震災発生後、一部地域で積算被ばく量が20ミリシーベルトを超えた。嘉山理事長は会見で「1回の被ばく量が100ミリシーベルト以下の場合に、健康へ影響が出るというエビデンスはない」としつつも、「福島県民の方は被ばくに関して不安を持っていることから、個人の被ばく量と健康状態を診察することを提案する」とした。

NCCが提案しているのは、福島県在住の人を対象に▽経済的支援を含む定期的な健診の実施▽個人線量計による積算被ばく量の測定機会の提供▽積算被ばく量の測定を受けてのアドバイス。

外部被ばく量の測定には、医療従事者が使用している「ガラスバッジ（フィルムバッジ）」を配布し測定

する。NCCによると、バッジは現在、国内4社で年44万人分が生産されており、2万人分のバッジを手に入る見通し。1回の測定には1人当たり3000円程度の費用がかかり、2万人が年4回（1年間）測定すると、2.4億円の費用が必要になるとしている。（4/15MEDIFAXより）

診療報酬の被災地別建て「すべきでない」／ 中医協・安達委員

中医協診療側の安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は4月16日、取材に応じ、東日本大震災の被災地域の診療報酬は「復興診療報酬」として別建てにすべきとの意見が医療関係者の間で浮上していることを危惧し、「1物2価はすべきでない。復興支援は、補助金で支援すべき側面が強く、公定価格である診療報酬での評価には限界がある」と述べ、非常事態の今こそ冷静な対応をすべきだと強調した。

●規制改革閣議決定「どさくさ紛れ」

また、政府の社会保障・税一体改革に関する検討や厚生労働省で社会保障のあるべき姿が検討されているにもかかわらず、医療提供体制に大きな影響を与える「規制・制度改革に係る方針」が閣議決定されたとし「まさに大震災の混乱に乗じて、どさくさ紛れの閣議決定と言わざるを得ない」と、国民皆保険の堅持に強い懸念を示した。

今回の閣議決定では「剰余金の配当」の文言はなくなったものの、「医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し」として①医療法人と他の法人の役職員を兼務して問題ないと考えられる範囲の明確化を図る（2011年度措置）②医療法人が他の医療法人に融資または与信を行うことを認めることの必要性について検討する（11年度検討、結論）③法人種別の異なる場合も含めた医療法人の合併に関するルール明確化や、医療法人が合併する場合の手続きの迅速化について検討する（11年度検討、結論）—と明記した。安達氏は、これらについても十分な議論がされないままに、医療法人への営利企業参入の可能性を残していると問題視した。

行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」の「中間とりまとめ」の段階では、「医療分野における制度改革の方向性」として「予防医療も含めて真に国民に必要な医療を整理し、公的保険の適用範囲を再定義することが必要」とも言及していた。安達氏は「再び、混合診療推進派の台頭かと思わせるような記述には、十分注意が必要だ」と指摘している。

●コスト調査で診療報酬の文化変わる

一方、中医協・医療機関のコスト調査分科会の「基本診療料のコスト構造の把握に関するワーキンググループ」が、入院基本料の短期的なコスト調査の実施は技術的に難しいとしていることに対して「コスト調査は今までの診療報酬の決め方の文化を変えていくことに等しい。50年、100年の体系を変えていくかどうかの議論だということを十分認識しないといけない」と述べ、短期間で結果が出る調査ではないとした。

その上で「中医協は医療費の評価・配分をする場であり、診療報酬の普遍的な根幹である基本診療料にコストエビデンスの考え方を導入すべきだと考えている」と説明。コスト調査をめぐる多岐にわたる検討課題については、診療側委員でも検討していくことになるとの見通しを示した。

（4/19MEDIFAXより）

リハ支援関連10団体、合同事務局が正式発足

日本リハビリテーション医学会などリハビリ関連5団体を中心とした「東日本大震災リハ支援関連10団体総合戦略会議」（代表＝浜村明德・日本リハビリテーション病院・施設協会会長）は4月18日、被災地支援のための合同事務局を正式に発足させ、東京都内で初会合を開いた。リハビリ支援100日体制を敷いて活動する際の具体的な内容を整理したほか、10団体によるシンクタンク機関（責任者＝里宇明元・日本リハビリテーション医学会理事長）の設置などを決めた。

支援活動の内容は▽避難所の高齢者と障害者のリハビリニーズ選定▽避難所、仮設住宅、自宅などへのリハビリ医療機能の支援（回復期リハビリ患者の引き受けなども含む）▽地域の医療・介護保険などのサービスや地域支援ネットワークとの連携・引き継ぎ▽地域でのリハビリサービス創設の支援—など。（4/19MEDIFAXより）

適応外使用、804事例を検討／支払基金

厚生労働省は4月20日の中医協総会で、社会保険診療報酬支払基金の審査情報提供検討委員会で検討している医薬品の適応外使用の状況について説明した。2010年秋以降、学会から要望があがった事例が804例あったことを明らかにした。

医薬品の適応外使用を例外的に認めるいわゆる「昭和55年通知」に基づき、検討委で「専門的見地か

ら広く適応外使用が認められている」と認められた場合は、審査情報として公表している。

804事例のうち203例は、再審査期間の未終了や国内未承認など、55年通知の対象とならないとして除外。重複事例を整理した563例について、審査情報として公表するかどうかを検討していると説明した。

一方、2009年に検討対象となったのは826例だったことも明らかにした。このうち218例は55年通知の対象から除外され、575例については「対象とはなるが審査情報として提供するのとは妥当でない」と判断された。33例は審査情報として公表されている。

診療側委員は09年に公表されなかった事例についても「公表すべき」と主張。一方、支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「われわれも審査の支部間格差解消は訴えているが、医師によって治療法に関する見解が異なる場合もある」として慎重な対応を求めた。

また、診療側の安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は、国保連の対応に関して「都道府県レベルまで情報が伝わっていないようだ」と訴え、都道府県国保連にも国保中央会から情報の伝達を徹底するよう求めた。（4/21MEDIFAXより）

社会保障支出の増加抑制を／OECDの対日報告書

経済協力開発機構（OECD）は4月21日、日本の財政状況や経済見通しを分析した2011年版の対日審査報告書を公表した。日本の財政は「極めて厳しい状況に達している」とし、社会保障支出の増加抑制策が優先事項になると指摘。財政健全化に向け、将来的には「消費税率を20%相当まで引き上げることが求められるかもしれない」と強調した。

社会保障について報告書は、安定財源を確保する必要性を指摘し「医療、介護分野における改革などを通じた社会保障支出の増加抑制策が優先事項となる」とした。その上で▽介護サービスについて、病院からより適切な介護施設へのシフトを促す▽後発医薬品の利用を拡大する▽専門医による不必要な診断を減らすため、ゲート・キーパー制を導入する一を提言した。

財政をめぐっては、GDP比で200%まで増加した日本の公的債務残高は「未知の領域」と指摘。消費税率は欧州平均並みの20%まで引き上げることになるとの見通しを示し、「11年度中に税制改革の詳細を

公表し、増税はできるだけ早く始めるべき」と強調した。

●「混合診療拡大を」／経済成長へ改革求める

政府の新成長戦略については「医療・介護も潜在的な成長源となる」とする一方、大部分が公的財源で賄われていることを踏まえれば「現行の枠組みの下で支出を増やすことは財政状況を悪化させる」との見方を示した。

その上で「公的保険の対象とならない診療をより安価で利用可能なものとするため混合診療の範囲を拡大する一方、すべての必要な診療を対象とするといった公的医療保険の目標は、少しその野心を抑えなくてはならないかもしれない」と指摘した。

（4/22MEDIFAXより）

日医、同時改定「見送り」求める方針／代議員会はまとまらず

日本医師会は4月24日、日医会館で定例代議員会を開き、2012年度に予定される診療報酬と介護報酬の同時改定について、執行部として政府に見送りを求める方針を代議員に示した。ただ、改定見送りを盛り込んだ決議文の文案については代議員の間で意見が割れ、まとまらなかった。横倉義武、中川俊男両副会長は代議員会後に会見し「全ての意見を勘案して執行部として今後どういう方針を取ればいいのか熟慮していきたい」と述べた。ただ、執行部として見送りを求める方針に変更はないと強調した。

（4/25MEDIFAXより）

「医療界オールジャパンで支援」／被災者健康支援連絡協が発足

日本医師会など医療関連7団体は4月22日、東日本大震災の被災者への医療提供を支援する「被災者健康支援連絡協議会」を発足した。代表の原中勝征・日医会長らが厚生労働省で会見し、医療界の「オールジャパン」で震災支援に臨む姿勢を示した。今後、事務局機能を整備し、他団体にも参加を呼び掛ける。

発足に参加したのは日医のほか、日本病院会、全日本病院協会、全国医学部長病院長会議、日本歯科医師会、日本看護協会、日本薬剤師会の7団体。官邸の被災者生活支援特別対策本部の下に設置した。日医以外の各団体のトップが副代表を務める。

原中会長は「専門的な意見が政府に通じる道が開けた。国民、被災者のために一生懸命に知恵を出し合いながら政府に進言していきたい」と意気込みを

語った。児玉孝・日薬会長は「医療関係職種が一堂に会した場をつくったことは大きな意味がある。被災者のニーズにスムーズに対応できる」と結束を強調した。（4/25MEDIFAXより）

支払い業務の一元化、7月実施へ／支払基金

社会保険診療報酬支払基金は4月25日の定例会見で、資金管理業務の本部一元化について7月から実施する見通しを明らかにした。当初は4月を予定していたが、東日本大震災の影響で延期となっていた。

資金管理業務を本部へ一元化した後は、全保険者からの収納業務と、全医療機関への支払い業務は、みずほ銀行を通じて実施する。2011年5月診療分（7月21日支払い）からの開始を予定している。ただ、3月中旬にみずほ銀行でシステム障害が発生したことから、支払基金は「みずほ銀行のシステム障害に関わる再発防止策を適切に判断することが大前提になる」としている。

資金管理業務の本部一元化は、支部で行っている診療報酬などの収納・支払いに関する業務を本部で一元的に処理することで、業務処理の効率化を図るのが目的。（4/26MEDIFAXより）

精神疾患の入院患者、迅速な避難に課題／大震災で

東日本大震災や東京電力福島第一原子力発電所事故をきっかけに、精神科病床に入院する患者を即座に他の都道府県に避難させる仕組みを構築する必要があるとの声が被災地の医療機関から上がっている。任意入院の場合は患者の意思で転院が可能だが、措置入院や医療保護入院では、保健所や保護者の同意が必要となるためだ。福島第一原発から約3キロの距離にあるJA福島厚生連双葉厚生病院の重富秀一院長は「3月11日の地震発生時、当院には精神科入院患者56人（全員任意入院）がいて、大半が福島県内の他の精神科病床に“転院”した」と説明。「今回のような災害を経験すると、いざという時のシステムは構築しなければならないと考える」と述べ、他県への精神疾患患者の緊急搬送や転院といった事態への対応を検討する必要があるとの認識を示した。（5/2MEDIFAXより）

被災に伴う定期接種の考え方公表／感染症情報センター

国立感染症研究所感染症情報センターは5月6

日、自治体担当者や接種医に向けて「被災地、被災により避難中の小児の定期予防接種の考え方」を公表した。同センターは「震災発生後の混乱した状況の中ではあるが、定期予防接種の接種対象者がワクチン接種を受けやすい体制を準備する段階に差ししかかっていると考えている」とした上で「可能なところから接種が再開されることを期待したい」としている。

同センターは被災地や避難所などにいる小児への定期接種に対する考え方として▽定期接種対象年齢となった時点で接種を開始できるよう被災地の市町村と医療機関が連携し、接種可能な医療機関を把握する▽母子手帳の紛失や市町村の記録の消失など、これまでの予防接種歴が不明な場合は、保護者の記憶も勘案しながら、個人の発症予防と周りへの感染拡大防止の観点から予防接種を実施する方向で考える▽接種記録は本人と医療機関（市区町村）の双方で保管し今後の記録に反映させる一などを示したほか、予防接種前の診察、接種後の観察も重要だとした。

記録が不明なため場合によっては接種回数が多くなる可能性については「数回の過剰接種であれば現在のワクチンにおける医学的問題は少なく、むしろワクチンを接種していなかったことによるマイナス面（罹患の危険性）が高いことを、接種者も保護者も理解することが必要」としている。

特に早期の接種再開が期待されるワクチンとして▽MRワクチン（麻しん・風しん混合ワクチン）▽DPTワクチン（百日咳・ジフテリア・破傷風混合ワクチン）一を挙げた。（5/9MEDIFAXより）

無償診療の被災医師に月額30万円／日医、義援金を活用

日本医師会は東日本大震災で被災して住居や勤務先を失い、避難所などで無償で診療している医師を対象に、義援金を送る支援策を始めた。会員、非会員を問わず、申請のあった医師に対して、県医師会を通じて月額30万円を送る。復興に向けて、地域からの医師離れ防止と医師の診療意欲を保つのが狙い。日医の今村聡常任理事は「地域が復興しても医療機関はなくなった、ということにならないように、医師が地域に残ってもらえる手助けとなれば」と話している。

岩手、宮城、福島の各県内の医師が対象。日医に全国から集まった義援金を3県医に振り込み、現金

で支給する。働く意欲を保つため「見舞金」ではなく、診療への対価という意味合いで支払う。各県医には3-5月分としてそれぞれ1500万円を原資として拠出した。原則として会員は所属の県医に申請し、非会員は診療を行った避難所などがある県医に申請する。申請書には氏名、勤務先のほか、診療を行った避難所などの名称や医籍番号を記入する。

実際の診療実績の把握・確認は難しいため、活動日数や詳細な活動内容は問わないこととした。申請は1カ月単位とし、3月分は5月末日まで申請を受け付ける。医療機関への診療報酬の支払いは約2カ月後となるため、震災前の診療報酬が支払われた以降に現金収入がなくなることを見込んで対策を急いだ。今村常任理事は「金額は十分ではないと思うが、速さを重視した」としている。支払いの終了時期については「国の支援がどうなるかわからない。現地に行って話を聞いて継続していくかどうか考えたい」と述べた。

日医には4月20日現在で、義援金として3億円以上が集まっている。

●診療所建設・医療機器整備にも補助必要

次の段階の支援策について今村常任理事は、診療所を中心に建設への補助や医療機器整備への補助が必要との見方を示し、義援金の使い道として検討していくとした。「診療所ができて復活してくれば機器の補助が必要になってくる。段階的に考えていきたい」としている。

診療所の医師は医療機器をリースで使っている場合や、購入した場合でも減価償却ができていないケースもある。建物についても同様で、支払いが大きな負担になる。今村常任理事は、被災地では診療所が地域医療の核になっていた地域もあるとし「自力で立ち上がることができない民間診療所を支援することが必要だ」と述べた。（5/9MEDIFAXより）

「眼科診療バス」被災地を巡回／眼科医会などが協力

大型ハリケーンによる被災地などで活躍した米国製の眼科診療バスが、東日本大震災の災害現場で医療の一翼を担っている。慶応大医学部眼科学教室の坪田一男教授が米国・マイアミ大の協力を得て1台を無償で借り受け、現在、岩手と宮城の両県で活動している。取り組みを支援する日本眼科医会の高野繁会長は「いつか日本に常駐の診療バスを走らせたい」と話す。（5/9MEDIFAXより）

介護保険編

介護保険法等改正案を国会提出

既存の介護療養病床について、2018年3月31日まで存続を認めることなどを盛り込んだ「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」が4月5日、国会に提出された。政府は同法案を3月11日に閣議決定したが、東日本大震災の影響で国会提出が遅れていた。施行期日は12年4月1日（一部公布日などから施行）。

同法案では「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」などを創設し重度の要介護者の在宅生活支援を強化するとともに、一定の条件下で介護福祉士らによる喀痰吸引などの実施を可能とする。

特別養護老人ホームの設置主体に社会医療法人を追加するほか、12年度に限り財政安定化基金の一部を取り崩すことを可能とし、保険料率増加の抑制を図る。（4/8MEDIFAXより）

介護給付適正化、第2期の指針提示／厚労省

厚生労働省は3月31日付で、2011-14年度を期間とする「第2期介護給付適正化計画」の指針を都道府県に示した。これまでに実施した事業の検証や、行政事業レビューの指摘事項などを踏まえ、適正化の効果と効率性の上昇を図る内容となっている。各都道府県は、指針を踏まえて「第2期介護給付適正化計画」を11年7月末までに策定し、厚労省に提出する。

介護給付適正化事業では①要介護認定の適正化②ケアプランの点検③住宅改修などの点検④縦覧点検・医療情報との突合⑤介護給付費通知一の5項目を保険者が行う「主要5事業」に位置付けている。第1期（08-10年度）には、最終年度に全ての保険者で全事業を実施することを目指していたが、第2期では、都道府県や保険者の状況を踏まえ、効果的な取り組みを優先した目標を設定することとした。

厚労省は「縦覧点検・医療情報との突合」について「費用的な効果が最も見込まれる」とし、全ての事業を均等に拡充し実施することが難しい場合、優先的に実施することを検討するとした。さらに、点検の実施率や回数などを増やすよう、より工夫を凝らした内容を検討することとした。

厚生省は、東日本大震災で被災し期限までに計画を策定することが困難な自治体については、柔軟に対応する考えを示している。（4/6MEDIFAXより）

公費拡大しサービス充実を／介護保険法等改正案提出で保団連

「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」が4月5日に国会提出されたことを受け、保団連は4月8日、同法案について「ペイアズユーゴー原則に固執し、多くの問題が山積している」との見解を発表した。公費負担の拡大により介護サービスを充実するとともに、新たな財源については、消費増税ではなく国と自治体の責任と負担で確保することなどを求めている。このほか、介護職員処遇改善交付金を介護報酬に組み込まずに継続することや、介護療養病床の廃止の撤回などを求めている。（4/11MEDIFAXより）

介護サービスの「仕分け」も／介護給付費分科会

厚生労働省の社会保障審議会・介護給付費分科会は4月13日、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定に向けて議論すべきポイントについて討議した。震災復興にかかる財源との兼ね合いを念頭に、複数の委員から介護サービスに優先順位を付けるなどの“仕分け”が必要とする意見が出たほか、▽医療と介護の連携▽介護サービス適正化の取り組みに対する報酬上の評価▽恒久的な処遇改善の取り組み—などが検討課題として挙がった。

介護サービスの仕分けについては、池田省三委員（龍谷大教授）が「復興には数十兆円が必要とされている一方で、介護給付費は間もなく年間8兆円に到達する。サービスの仕分けは必要だ」と述べた。

大島伸一分科会長代理も「サービスの必要性は立場ごとに違うが、順番を付けざるを得ない場面が出てくる」との考えを示した。中田清委員（全国老人福祉施設協議会長）も「介護サービスの費用対効果を議論する必要がある」とした。

介護サービス適正化の評価については、武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）が、「利用者本位がいき過ぎて“御用聞きケアマネ”になっている場合もある」と指摘し、サービスの適正化を順守する仕組みが必要との見方を示した。

久保田政一委員（日本経団連専務理事）は「事業者の工夫を報酬上で評価することも必要ではない

か」と述べた。（4/14MEDIFAXより）

「訪看ST一人開業」特例省令が施行／震災対応で厚労省

厚生労働省は4月22日、東日本大震災の被災地にある訪問看護ステーションについて、職員が常勤で1人以上いれば市町村の裁量で特例居宅介護サービス費を支給できるようにする特例省令を公布・施行した。

東日本大震災の発生で災害救助法が適用された市町村（東京都の区域を除く）が対象となる。特例措置は最長で2012年2月29日までだが、状況に応じて短くなる可能性もある。

特例居宅介護サービス費の額については、市町村が定めることとなっているが、厚生省は「指定訪問看護事業者が満たすべき基準の全てを満たすことができない事業者によって行われることにかんがみ、居宅介護サービス費の額を超えることは適当でない」としている。（4/25MEDIFAXより）

「地域区分」の見直し俎上に／社保審・介護給付費分科会

厚生労働省は4月27日の社会保障審議会・介護給付費分科会（分科会長＝大森彌・東京大名誉教授）に、人件費の地域差を介護報酬に反映させるため設定している「地域区分」について、2012年度介護報酬改定で見直すことを提案した。現在は5区分としている地域割りを、7区分としている国家公務員地域手当の地域割りに準拠するよう見直すことの是非が焦点となる。区分ごとに設定している報酬の上乗せ割合の再検討も俎上に載せる。地域割りの見直しについては、11年度上旬に基本方針を固める見通しで、その後、介護事業経営実態調査の結果などを踏まえて全体的な結論を得る予定だ。

現行の介護保険制度では、人件費の地域差を勘案し全国を▽特別区▽特甲地▽甲地▽乙地▽その他—の5区分に分け、区分ごとに介護報酬単価の上乗せ割合を定めている。さらに、収入に占める人件費の割合に応じ、各介護サービスを「人件費率70%」「人件費率55%」「人件費率45%」の3類型に分類。「地域割りごとの上乗せ割合×人件費割合」で、報酬単価の割り増し率を決めている。地域割りごとの上乗せ割合が10%で、人件費率70%のサービスの場合は「10円×0.1×0.7＝0.7円」となり、報酬単価に0.7円が上乗せされる。

介護保険制度の地域区分をめぐるのは、2000年の制度創設時に国家公務員制度を基本に5区分に設定した。国家公務員制度は06年度から7区分に見直したが、介護保険制度は従来の5区分を踏襲。09年度介護報酬改定では、介護保険制度の地域区分の見直しが俎上に載ったものの実施はせず、今後の検討課題となっていた。

ただ、国家公務員地域手当の地域区分は国の官署がある地域だけを対象に設定しているため、厚労省は、介護保険制度で準拠する場合は官署がない地域の取り扱いを検討する必要があるとして論点に挙げた。

国家公務員の給与については、05年の人事院勧告を受け民間賃金の低い地域を考慮し、俸給表水準を全体で平均4.8%程度引き下げており、厚労省は、介護保険制度で区分ごとに設定している報酬単価の上乗せ割合を検討する際に考慮が必要とした。サービスごとの人件費割合については、現行の設定を踏襲するのを見直すのかについて議論が必要とした。（4/28MEDIFAXより）

要支援1・2は介護保険から外す？／介護給付費分科会

4月27日の社会保障審議会・介護給付費分科会では、限られた財源を重度者へ重点化させるためには、要支援1、2の軽度者へのサービスを介護保険の範囲から外すべきとする意見が上がった。これに対し、軽度者切り捨てを懸念し何らかの予防措置を整備する必要性について訴える委員もいた。

●保険は事故への備え

池田省三委員（龍谷大教授）は「要支援1、2は介護保険から外すべき。（財源の問題から）どこかで切らなければいけない。そういう観点から言えば新しい方式として自治体に任せるという方向は良い」と述べ、介護保険制度改正案が成立した場合、2012年度からは生活支援も含めたサービスを「日常生活支援総合事業」として自治体の裁量で提供できることは評価できるとした。被災している要介護高齢者の支援に莫大な財源が必要だとも指摘し「自分たちの欲しいお金は取っておき、そっち（の被災者）には回さないという議論は成立しない」とも述べた。

三上裕司委員（日本医師会常任理事）も「保険というのはそもそも“事故”が起こった際、万が一のための備え。予防は大事だが、保険で給付というのは問題がある」と話した。

武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）は「一般的に考えて予防は自己責任だが、保険者が介護予防を進めることで介護保険の特別会計をマイナスにしない、ということがあり、各保険者の関与を強くするべきではないか」と話し、医療保険で保険者が実施する健診を例に挙げた。

●日常生活支援総合事業の在り方がカギ

勝田登志子委員（認知症の人と家族の会副代表理事）は「日常生活支援総合事業」に組み込むサービス内容は自治体の判断で決まることに触れ、「（自治体によっては）生活援助に係る部分が外される懸念がある」と述べ、介護保険から軽度者が外れた場合、軽度者への予防に関する取り組みがなくなる可能性がある指摘。「お金がないから要支援を切る、予防は自己責任という論法は危険。軽度者を切り捨てる方が（結果的に）お金はかかる」と訴えた。

木間昭子委員（高齢社会をよくする女性の会理事）は、北九州市で行われた調査では、各利用者の家事遂行能力や体調に合わせて行う「生活機能向上プログラム」と予防給付の生活援助サービス、本人が体操や口腔ケアを行うセルフケアプログラムを合わせて行うことで介護予防効果が認められたことを紹介し、「日常生活支援総合事業では、予防の観点から、こういった客観的なデータを慎重に検討していただきたい」と述べた。（4/28MEDIFAXより）

24時間型、サービス提供の整理が不可欠／介護給付費分科会

4月27日の社会保障審議会・介護給付費分科会では、2012年度から新サービスとして創設する24時間対応型の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」についても各委員から意見が相次いだ。

●高齢者専用住宅と自宅は別物

24時間型サービスの提供体制については、池田省三委員（龍谷大教授）が「（高齢者住まい法などに基づく）高齢者住宅向けに提供する場合と、（地域に点在する）自宅を巡回する場合を分けて考えられるよう整理すべき」と指摘。三上裕司委員（日本医師会常任理事）も「高齢者住宅を整備して提供するサービスは、形態として“施設”ではないか。在宅とは全く別物として取り扱わないと、さまざまなモラルハザードが起こるのでは」と懸念を表明した。

●24時間型スタートで全職種連携の本格化を

多職種連携によるサービス提供については、馬袋秀男委員（民間介護事業推進委員会代表委員）が「24

時間型サービスの開始が）在宅ケア、ケアマネジメントを一体的にチームでみることのスタートになる」と述べた。山田和彦委員（全国老人保健施設協会会長）は「将来的には老健が“総合在宅支援センター”のような位置付けで在宅サービスをバックアップするような役割を担いたい」と話し、サービス提供についてはサービスをバラバラに提供するのではなく、リハビリテーションなども含めた複合型が重要との考えを述べた。

これに対し池田委員は、24時間対応型のサービスは施設だけが中心ではなく、訪問介護と訪問看護の複合型に通所サービスをかみ合わせる必要などがあると説明した。

医療と介護の連携に関する観点では、武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）が「在宅支援診療所や在宅支援病院など、医療が外へ出ていくという観点で、チーム連携の形をつくっていかねばならない」と話し、大島伸一分科会長代理（国立長寿医療研究センター総長）は「診療所、歯科、病院、看護、薬剤師も全国組織があり、在宅を支える医療系の全国組織化は進んで連携が始まっている。あとは介護との連携が課題」と指摘した。

木村隆次委員（日本薬剤師会常任理事、日本介護支援専門員協会会長）は24時間型に関して、「具体的にどのようなケアマネジメントが必要なのかを検討するための調査などを開始する」と話した。

●「実験的なスタート」

今後、給付費分科会で議論する人員配置や報酬、サービス提供体制など具体的な内容についての方向性に関しては、田中滋委員（慶応大大学院教授）が「12年度は完成形でなく、実験的でもいいという認識でいるべき。さまざまな基準も、動かせないようなガチガチなものにしてはいけない。評価も中期的に行うべきだ」とした。（4/28MEDIFAXより）

「サービス付き高齢者住宅」創設／改正高齢者住まい法が成立

居住する高齢者に生活支援サービスを提供する「サービス付き高齢者向け住宅」の登録制度の創設を盛り込んだ改正高齢者居住安定確保法（高齢者住まい法）は4月27日、参院本会議で全会一致で可決、成立した。

改正法では、高齢者賃貸住宅と有料老人ホームを一元的に再編し、サービス付き高齢者住宅として都道府県に登録する制度を創設。高齢者賃貸住宅の各

制度は経過期間の後で廃止する。有料老人ホームは存続させるが、新制度に登録すれば老人福祉法が義務付ける有料老人ホームとしての届け出は不要とする。

改正案は国土交通、厚生労働両省の共管。両省は、高齢者が住み慣れた地域で在宅生活を送れるようにするため、2012年度の介護保険制度改正で創設する24時間対応の定期巡回・随時対応サービスとサービス付き高齢者住宅を組み合わせた仕組みの普及を図る考えだ。（4/28MEDIFAXより）

グループホームの基準を弾力運用／震災対応で厚労省

厚生労働省は4月27日付で、応急仮設住宅を共同生活介護（グループホーム）や共同生活援助（ケアホーム）として活用する場合、建設地などの基準を弾力的に運用するよう求める事務連絡を岩手、宮城、福島県など9県に発出した。報酬算定などに用いる人員数算定方法の弾力運用も求める。

グループホームとケアホームについては、障害者自立支援法に基づく基準省令第140条により、病院の敷地外に設置することなどが定められているが、厚労省は、設置地などの制限が応急仮設住宅活用の際の利用阻害要因とならないよう、利用者の支援に支障を来さない範囲内で弾力的な運用を認める。

事務連絡ではこのほか、被災した事業者が報酬算定上満たすべき従業員数や、加算などの算定要件に用いる利用者数の算定方法についても弾力運用を認める。報酬算定のための従業員数は通常、前年度の利用者数の平均値を6で割って算出するが、被災した事業者については、被災後1カ月の利用者数平均値を用いることを可能とする。被災した事業所の利用者と従業員と一緒に避難し、避難所などでサービスの提供を継続した場合も、避難所などでの利用者数の平均値を用いて算出できる。

（5/2MEDIFAXより）

介護施設の一部基準を条例委任／地域主権改革一括法案が成立

国が地方自治体の事務を縛る「義務付け・枠付け」の見直しを盛り込んだ地域主権改革推進一括法案が、4月28日の参院本会議で民主、自民などの賛成多数で可決、成立した。

法案では、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設などの設備や運営の

基準を都道府県の条例に委任。一方、従業員の人員配置や居室面積などは、国が定める基準に従うこととしている。（5/9MEDIFAXより）

調査・データ編

社会保障、5割が負担増容認／内閣府がアンケート

内閣官房社会保障改革担当室は4月13日に東京都内で開いた社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会（座長＝与謝野馨・社会保障・税一体改革担当相）で、社会保障制度についてのアンケート調査の結果を示した。社会保障の給付水準を維持するためには負担増を容認するとの回答が約5割を占めた。

調査は3月上旬から中旬にかけて、20歳以上の男女を対象にインターネット上で実施した。回答者数は3000人。

現在の社会保障制度については回答者の72.6%が「不満」または「やや不満」と答えた。今後の給付と負担のバランスについて、給付水準を大幅に引き下げて負担を減らすべきとした人は13.4%、給付水準をある程度下げても従来通りの負担とすべきとした人が16.5%で、負担を削減・維持すべきとする回答は合わせて29.9%だった。一方、給付水準を保つためにはある程度の負担増はやむを得ないとした人は43.6%、給付水準を引き上げるために大幅な負担増もやむを得ないとした人は6.3%で、負担増を容認する回答は合わせて49.9%と約半数を占めた。

番号制度の認知率については、内容も含めて知っているとした人が19.3%、内容はよく分からないが聞いたことがあるとした人は57.9%で、合わせて77.2%と高かった。番号制度の導入は必要とした人は70.4%、必要でないとした人は15.7%だった。

●受診歴・健康診断記録「閲覧できると便利」77.7%

また、自分の情報・記録をインターネット上で確認できる「マイ・ポータル」サービスの設置について、閲覧できると便利だと言うサービスでは「医療保険料の納付・医療費の支払い記録」が81.9%、「医療機関の受診歴、健康診断の記録」が77.7%、「介護保険料の納付・受給記録」が84.1%などとなった。マイ・ポータルで手続きできるとよいと思うサービ

スについては「病院の診察予約ができる」が39.3%だった。（4/14MEDIFAXより）

被災地の感染症は平時と大差なし／感染研現地調査

国立感染症研究所は4月11日、岩手、宮城両県で実施した感染症の実態調査の結果をまとめ、「平時と大きな差はない」とする評価を示した。調査結果と提言をまとめた。

調査は4月5日から4日間、調査チームが両県の複数の避難所などを巡った。調査によると、汚泥や空気に由来する感染症は確認できなかった。また、津波の影響とみられる破傷風は7例、レジオネラ症は4例でそれぞれ散発した例があったが、特殊な感染症のその後の増加は確認されなかった。インフルエンザや下痢、嘔吐などの通常の感染症は大規模な流行がなかったが、低い栄養や体力の低下などが原因とされる重症の肺炎が増加しているとの指摘を添えた。衛生状態については避難所によって大きな差があるため、「注意が必要」とした。

●計画的な仮設住宅への移行を提言

今後の提言では、中期的な取り組みとして計画的な仮設住宅への移行や、乳幼児らに定期予防接種を行う体制の確保を求めた。

このほか、短期的な提言なども示され、避難所に物資を行き渡らせるための体制づくりや食中毒への一層の注意などを掲げた。（4/13MEDIFAXより）

「過半数が90日超」15対1病棟の1割程度／慢性期分科会

厚生労働省は4月13日の中医協・慢性期入院医療の包括評価調査分科会（分科会長＝池上直己・慶応大教授）に「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」と「レセプト調査」の分析結果を報告した。在院日数が90日を超える患者が過半数を占める15対1一般病棟は12%程度で、13対1一般病棟については2%にすぎなかった。ただ、一般病棟に90日を超えて入院している患者の9割以上が、入院基本料の減額が免れる「特定除外患者」で、医療療養病棟の90日超の患者と比べてレセプト請求金額が高く、最大で月25万円以上の差があった。

分析結果によると、90日超の患者が過半数を占める病棟は、13対1一般病棟で2.0%、15対1一般病棟で12.3%だった。一方、20対1医療療養病棟では92.4%、25対1医療療養病棟では85.2%を占めた。事

務局の厚労省保険局医療課は、一般病棟と療養病棟を比較し「対照的に逆になっている」と説明した。（4/14MEDIFAXより）

全患者に発行、病院は76%・診療所は60%／明細書発行調査速報

厚生労働省は4月20日の中医協総会で、2010年度診療報酬改定で原則義務化された明細書発行に関する状況調査の速報値を報告した。全ての患者に明細書を発行している医療機関は、病院が75.9%、一般診療所では60.7%だった。「明細書発行体制等加算」を届け出ている診療所は77%だった。発行費用を徴収している病院は1.6%、一般診療所は2.8%に過ぎなかった。

一方、患者からの明細書に関する問い合わせについては、病院の42.6%、一般診療所の69.2%が「特に問い合わせはない」と答えた。全患者に明細書が無料発行される制度の必要性については、病院の入院患者では61.6%、病院の外来患者では51.7%が「必要」「どちらかといえば必要」と回答した。調査対象は全国5500施設。受診者側では患者とその家族5103人が回答した。調査期間は10年12月8日から11年1月28日まで。

調査結果は、5～6月ごろに開催する診療報酬改定結果検証部会で審議する予定。部会としての意見を付け加えた後、6～7月ごろに総会に報告する。（4/21MEDIFAXより）

看護職員離職率、09年度は11.2%／日看協調査、前年度比減少

2009年度の常勤看護職員の離職率が前年度に続いて減少したことが分かった。4月21日、日本看護協会が発表した「2010年病院における看護職員需給状況調査」によると、09年度の離職率は08年度から0.7ポイント減となる11.2%だった。

調査は看護職員の需給動向や労働の状況を把握するために毎年実施している。今回の調査は10年10月に全国の病院8774施設を対象に行い、全体の42.9%となる3766施設から有効回答を得た。

新卒看護職員の離職率は前年度から0.3ポイント減の8.6%で、常勤看護職員とともに減少した。日看協は「短時間正職員制度の活用に対する啓発をはじめ、定着促進に向けた離職防止対策に効果が出ているのではないか」とみている。

●夜勤負担、一部職員に偏る

日看協が初めて調査した一般病棟看護職員（非管理職）の積算夜勤時間では、一部の職員に負担が偏っている状況が明らかになった。夜勤が月80時間を超えていた職員は15.7%に上った一方で、入院基本料の施設基準である1人当たり月平均夜勤72時間以内の枠内となる「48.1時間～64時間」が26.9%で最も高かった。日看協は「夜勤負担が偏っている状況が示唆されている。夜勤負担が過剰にならない対策が必要」としている。一般病棟看護職員（非管理職）の月平均夜勤回数は3交代で7.8回、2交代で4.6回だった。

夜勤負担の軽減に対する取り組みについて、就業規則などで夜勤時間や勤務間隔を規制している病院は20～30%台にとどまった。（4/25MEDIFAXより）

苦情・相談、3月までに592件／支払基金、10年6月に窓口設置

社会保険診療報酬支払基金は4月25日の定例会見で、2010年6月に設置した審査に関する苦情などの相談窓口で、11年3月までに592件の照会などを受けたと報告した。内訳は医科関係で468件、歯科関係で53件、調剤関係で71件。医療機関からの照会は医科388件、歯科28件。調剤については、全て保険薬局からの照会だった。

支払基金によると、相談窓口では医療機関から診療報酬点数表に関する疑義照会などを受けたほか、保険者から「再審査の結果に納得がいけない」などの声が寄せられたという。

一方、10年4月に事業統括部に設置したサービス推進課には、11年3月までに1453件の声が寄せられた。件数の内訳は「医療機関など」が47.0%で最も多く、次いで「個人」16.9%、「保険者」16.2%などだった。内容の内訳は「照会」が77.7%で最も多く、次いで「相談」12.5%、「苦情」5.6%などだった。（4/26MEDIFAXより）

入所者の過半数が医療機関に転院／療養型老健で日慢協報告書

療養病床再編の受け皿施設として創設した介護療養型老人保健施設（介護療養型老健）に入った人の過半数が、医療機関へ転院している可能性が高いことが、日本慢性期医療協会の調査で分かった。自宅への退所や死亡退所は、それぞれ1割程度にとどまった。

直近6カ月間で介護療養型老健から退所した922

人のうち、病院か診療所への転院は57.4%。うち、併設か関連施設の一般病床への転院は27.4%で、最も多かった。介護施設などへの退所は15.6%。自宅への退所は14.4%で、死亡退所は12.5%だった。

一方、直近6カ月間の新規入所者1133人については、84.1%が医療機関からの入所。うち併設か関連施設の一般病床からの入所は40.3%で、最も多かった。

日慢協は、介護療養型老健について「急性期病床をはじめ医療度が比較的、高い患者の受け皿としての役割が大きい」とする一方、看取りの実施状況については「問題がある可能性が示唆された」としている。

全国の介護療養型老人保健施設と療養病床から転換した従来型老健など147施設を対象に、2010年度老人保健事業推進費等補助金事業として10年11-12月に実施。59施設（介護療養型老健37施設、従来型老健18施設、特養4施設）から回答を得た。

●「方向性が変わり不安」

転換後に発生した問題点を複数回答で介護療養型老健に聞いたところ「制度改正への早期対応として転換したが、方向性が変わってきたため不安」が最多の51.5%。「入所者の病状が悪化した際、自施設での医療提供が困難」が27.3%で2番目に多かった。

一方、転換したことで改善した点を聞いたところ「採算が改善した」48.6%で最多。次いで「同一法人内でより多様なサービスを提供できるようになった」が45.7%、「入所者へのケアの提供が充実した」37.1%などだった。

日慢協は「法人経営を進めるに当たり、転換を戦略的に位置付けて成功した施設があったことがうかがえた」としている。（4/27MEDIFAXより）

母乳中の放射性物質「不検出か微量」／厚生労働省が調査結果

東京電力福島第一原子力発電所の事故に関連して、厚生労働省は母乳中の放射性物質濃度について調査し、対象となった23人の母乳中の放射性物質濃度は「不検出（検出下限以下）か微量の検出だった」とする結果を公表した。

調査は▽避難指示等地域、出荷制限などが行われた飲食物の産地、水道の飲用を控えるよう依頼された地域に居住または居住していた▽避難指示や摂取制限などの行動に関する指示を守っている一福島や関東地方の乳児を持つ女性を対象に実施。23人（福

島4人、茨城9人、千葉2人、埼玉1人、東京7人）の母乳中の放射性ヨウ素と放射性セシウムを測定したほか、授乳状況や食事・行動などの基本情報についても調査した。

母乳の放射性物質濃度については食品衛生法の牛乳・乳製品の暫定規制値を踏まえ、放射性ヨウ素が100ベクレル／キログラム、放射性セシウム200ベクレル／キログラムを指標とした。

（5/9MEDIFAXより）

緩和ケア、ニーズあるのに受けられず／患者意識調査

がん患者やその家族を対象に、NPO法人日本医療政策機構・がん政策情報センターが行った「がん患者意識調査2010年」によると、緩和ケアを受けたことがないと回答した人のうち、約4割の人が緩和ケアのニーズはあったにもかかわらず受けられなかったと感じていた。同センターは「希望する全ての人が緩和ケアを受けることができれば、患者や家族の痛みが解消され、療養生活の質の維持向上につながる」としている。

調査結果では、緩和ケアを受けたことがあるかとの問いに「受けたことがない」との回答が79.0%、「受けたことがある」が16.5%だった。受けたことがない理由として「受ける必要がなかった」が57.8%を占めた。ただ、「受けられると知らなかった」が28.8%、「受けたくても受けられなかった」が9.9%で、合わせて38.7%の人が緩和ケアのニーズがあったものの受けることができなかったと回答した。

がんの診療や治療での悩みでは、「痛み・副作用、後遺症などの身体的苦痛」が60.5%、「落ち込みや不安、恐怖などの精神的なこと」が59.3%だった。がんの治療にかかった費用については70.9%の人が「負担が大きい」と回答した。

調査は、がん関連の患者団体に所属しているがん患者・経験者とその家族・遺族を対象に実施し、郵送とインターネットで1446件の回答を得た。

（5/9MEDIFAXより）

医療・社会保障運動 トピックス

被災した全民間医療機関に補助金を／保団連が要請

保団連は4月19日、東日本大震災で被災した全ての民間医療機関に補助金を交付することなどを求める要請書を、菅直人首相や細川律夫厚生労働相らに提出した。

要請書では「被災者医療の確保は、被災地の民間医療機関の復旧・復興なくしてはあり得ない」と訴え、災害救助法の指定地域で被災した全ての医療機関などについて「医療施設等災害復旧費補助金」や「医療施設近代化施設整備事業」の補助金交付対象とするよう求めている。福祉医療機構が実施している「医療貸付事業」の融資利率を無利子とすることなども求めている。（4/20MEDIFAXより）

震災対応で国会議員と意見交換／保団連

保団連（住江憲勇会長）は4月14日、「東日本大震災と地域医療の復興」をテーマに意見交換会を開いた。民主党の郡和子議員ら国会議員も複数参加したほか、宮城県保険医協会の委員も出席し、被災地での医療提供体制や避難所の衛生環境について話し合った。

住江会長はこれまでに宮城県石巻市など計2回被災地入りしており「一刻も早く地域で診療が再開できるよう、被災地会員への支援に全力で取り組んでいる」と話した。

郡議員は今後の課題として▽避難所医療▽リハビリテーション▽口腔ケアなどを挙げ、「山間部の自宅避難で孤立している高齢者への支援も進めたい」と話した。

宮城県の委員は「診療所を失った医師らのための仮設診療所設置は、国・自治体にできるだけ早く行ってほしい。医療の有無で町の復興に差が出るだろう」と訴えた。また、会員約1700人のうち被害状況

の情報が集まっているのは800人程度だといい「今のところ80人が全壊・水没などで診療できない状態だが、まだ全容は分かっていない」と話した。

保団連は、菅直人首相と細川律夫厚生労働相に新たな要望書を送付し▽被災した医療機関に認められている概算請求の時間外加算分を「阪神・淡路大震災」以上に引き上げる▽災害救助法が適用となった全ての被災者の医療費自己負担分免除—など10項目について検討するよう求めた。

（4/15MEDIFAXより）

震災関連の要望書を政府に提出／保団連

保団連は4月8日、東日本大震災の被災者や、被災した医療機関に対する支援要望書を菅直人首相、細川律夫厚生労働相、衆参厚生労働委員宛てに送付した。被災した医療機関の支援策として▽被災地の医療機関からの保険請求については審査を待たず、直ちに支払う措置を講じる▽被災した全ての民間医療機関に対し、再建に見合う公的助成を行い、長期間無利子の緊急融資を行う—など3項目を求めている。

被災者支援策では▽一部負担金の免除期間を当面の間とする▽全被災者の医療保険料や介護保険料の全額免除▽入院患者への専門外の治療を確保するため、他医療機関受診の規制を凍結する—など5項目を求めている。このほかにも計画停電の回避や、医療に関する情報提供の徹底などを要望した。

（4/11MEDIFAXより）

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



[一橋大学名誉教授]

渡辺 治

8

保守二大政党制

そのねらいと矛盾

2009年総選挙で民主党が大勝し、政権交代が起こったとき、さまざまな評価がおこなわれましたが、その1つに、「この政権交代は、日本における本格的な二大政党体制の幕開けである」という評価があったことをおぼえていらっしゃると思います。自民党のあとを継いで民主党が政権をにぎることで保守政党として成熟し、他方、政権の座をすべり落ちた自民党も今までの澱を落として脱皮し、こうして「政権交代のあるほんもの」の民主主義が成立する」というものです。

前回の連載で検討した小沢一郎の政治的目標も、改革遂行のための政治体制づくり、具体的には保守二大政党制の確立にあると思われます。そこで、今回から数回にわたり、この間の政治状況を、この二大政党体制という視角からふり返してみようと思います。

二大政党制というのは、もともと、政党や政治家が意図してつくられるものではありません。そもそもどんな政党も政治家も、政権についているときは、その政権・政党支配の永続を望みますから、二大政党制を志向することはありません。ですから、二大政党の交代体制を主張する政党は、野党、それも野党の第1党であることが多いのです。強大な与党政権が存続しているときに、その権力をうばい政権交代を実現するには、政党は合併し、あるいは少数党を吸収して、与党にチャレンジすることが求められます。こうした行動を正当化する理念が、二大政党制論であったといえましょう。

ところが、90年代以降の政治改革の中で主張された二大政党制論

は、こうした一般的な二大政党論とは違った経緯で登場しました。1つは、二大政党論が政党の外部、とくに財界から強力に唱えられたことであり、もう1つは、権力の座にある自民党の幹部であった小沢一郎から、積極的な保守二大政党制論が提起・推進されたことです。

こうして独特の経緯で提起された保守二大政党制には、2つのねらいがありました。1つは、保守統治の安定・継続性です。政治の大枠で一致する2つの政党が交互に政権を領有しあうようにすれば、保守の総路線の継続という安定性と、政権交代という目先の変化を通じて不満を吸収するという、両方の効果を期待できます。アメリカの共和・民主党の二大政党制は、大統領制と相まって、こうした機能を遺憾なく発揮して、安定した政治的外皮となっています。

もっとも戦後日本では、1955年以来、二大政党制ではなく自民党一党政権が存続しました。しかし自民党政権は、派閥間の抗争と領袖の交代を通じて首相が交代し、かつその交代で、保守の枠内ではありながら政権の性格が大きく変化することで、国民の不満を吸収しつつ保守政権の継続性を保ち、こうした保守二大政党制に代わる効果をもっていました。復古主義と軍事大国の岸政権に代わり、所得倍増と低姿勢の池田政権が登場し、金権田中政権のあとにはクリーン三木政権が、というような「振り子の論理」（内田健三）が、二大政党制の機能を代行したといえます。

しかし90年代以降、財界が主導し、小沢が推進した保守二大政党

構想には、統治の安定とは異なるもう1つのねらいがありました。それは、当時支配階級が是が非でも遂行しなければならないとしていた軍事大国と構造改革を安定的に遂行するしくみづくりというねらいです。

では、どうして自民党一党政権では、これら改革がうまくすすまなかったのでしょうか。保守一党政権の場合、一見するとドシドシ改革がすすむように見えますが、実際にはそんなことはありません。国民に大きな犠牲を強いる改革は、既存の支配の基盤を壊しかねないので、保守政党はやりたがらない。そのためにいきおい改革のスピードは鈍ります。逆に改革を強行した場合には、革新政党の伸張をゆるしかねず、統治にとって重大な危険が生じるのです。そこで、保守政党が2つにわかれ、構造改革と軍事大国化という改革路線を容認する2つの保守政党が交互に政権を担当する体制をつくることで、一党政権のもつ改革阻害的な体制を脱却しようというのが、新たなねらいだったといえます。

しかしじつは、この2つのねらいは重大な矛盾をはらんでいました。というのは、構造改革は、保守支配層が考える以上に既存の支持基盤を破壊し、矛盾を顕在化させたからです。本来、保守二大政党制の第2のねらいは、自民党政権がおこなった構造改革の矛盾が爆発して国民の不信が高まった際に、民主党に政権を移動させることで、改革の継続をはかろうというものでした。ところが、構造改革の矛盾が顕在化すればするほど、野党たる民主党は構造改革のたんなる手直しにとどまれなくなり、

自民党政権批判は、構造改革批判にまでエスカレートせざるをえなくなりました。統治に対する国民の不満の吸収という第1のねらいを貫徹させるには、自民党政権からの転換を強調せざるをえなくなったのです。

ところが、こうなると政権交代は、たしかに目先は変わりますが、改革の継続という本来のねらいに重大な齟齬を生じさせたのです。鳩山政権への保守支配層の危機感はそのにありました。そこで菅政権になると、民主党政権は急速に構造改革・日米同盟路線に復帰しましたが、今度は国民の中で「マニフェスト違反」「自民党と同じだ」という不信感をかき立てることになりました。しかし、それでは、国民は保守二大政党制が想定する自民党に戻ったかというところもありませんでした。その結果、先の参院選では民主党は大きく得票率を落としましたが、自民党も得票率を落とし、保守二大政党の得票寡占率が大幅に低下する事態が生まれたのです。

こうなると、改革遂行のためには、残るは大連立体制しかありま



せん。消費税についても、たしかに自民党も民主党も税率引き上げで足並みをそろえています。

ところが、これもそう簡単にはいきません。民主党政権がこれだけ国民の不信を買っているときに、自民党としても、おいそれと連立にのるなどということはしたくないからです。こうして支配層の切り札である保守二大政党も、肝心なときにうまく機能していません。

しかし保守支配層は、挫折・停滞している構造改革と軍事大国をなんとしても再起動させねばなりません。そのためには、大連立や保守二大政党の完成など、いろいろな手だてが考えられています。

今回は、そうした手だてを1つひとつ検討しましょう。

クレスコ編集委員会・全日本教職員組合編集
月刊『クレスコ』2月号より転載（大月書店発行）



わたなべ・おさむ

1947年生まれ。専門は政治学、憲法、日本近代政治史。著書に『新自由主義か新福祉国家か—民主党政権下の日本の行方』（共著、旬報社）、『憲法9条と25条・その力と可能性』（かもがわ出版）、『構造改革政治の時代—小泉政権論』（花伝社）、『憲法「改正」—軍事大国化・構造改革から改憲へ』、『安倍政権論—新自由主義から新保守主義へ』（旬報社）ほか多数。

資料1

社会保障制度改革の方向性と具体策

— 「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度 —

■ 厚生労働省 第6回社会保障改革に関する集中検討会議 2011年5月12日 ■

厚生労働省は、2010年12月24日に閣議決定された「社会保障改革の推進について」を踏まえ、2011年5月12日の社会保障改革に関する集中検討会議において、「社会保障制度改革の方向性と具体策」を報告した。方針としては、「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度を志向するとしている。

目次

I	社会保障制度改革の経緯	1
II	社会保障制度改革が必要とされる背景 （現在の社会保障制度の骨格） （社会保障制度を取り巻く状況の変化） （社会保障制度改革に取り組み際の留意点）	2
III	東日本大震災を踏まえた新たな課題 （東日本大震災による新たな課題） （震災後の社会保障制度改革） （共助を重視した社会保障の機能強化） （被災地の再生が示す「新たな地域社会モデル」）	5
IV	社会保障制度改革の基本的方向性	7
	1. 全世代対応型・未来への投資 — 「世代間公平」を企図する社会保障制度 — ＜考え方＞＜施策の方向性＞ （1）雇用を通じた参加保障（一人ひとりの自立支援） （2）子ども・子育て支援の強化	8
	2. 参加保障・包括的支援（全ての人が参加できる社会） — 「共助」をベースとした「重層的なセーフティネット」の構築 — ＜考え方＞＜施策の方向性＞ （1）第1のセーフティネットの拡充強化 — 非正規労働者の増加等がもたらす「社会保障の揺らぎ」への対応 — （2）第2のセーフティネットの構築 — 「トラランボリン型社会」の構築 — （3）最後のセーフティネットの適正化 （4）貧困・格差を把握するための指標の作成	9
	3. 普遍主義・分権的・多層的なサービス供給体制 — 多様な主体の連携・協力による地域包括ケアシステム — ＜考え方＞＜施策の方向性＞ （1）安心で良質な医療・介護の提供ネットワーク （2）給付の重点化・効率化 （3）住宅政策	10
	4. 安心に基づく活力 — 新成長戦略の実現による経済成長との好循環 — ＜考え方＞＜施策の方向性＞	11
V	東日本大震災の復興に関する提言	13
VI	個別分野における改革の方向性	14
	1. 子ども・子育て支援	
	2. 就労促進 （1）全員参加型社会の実現（就業率の向上） （2）デューサーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現 （3）人々の就労を促進する政策（積極的労働市場政策）の充実のための体制整備	
	3. 医療・介護 （1）医療提供体制の改革 （2）介護サービス提供体制の改革 （3）保険者機能の強化を通じた医療保険・介護保険制度の改革	
	3-2. 医療イノベーション	
	4. 年金 （1）新しい年金制度の骨格 （2）現行制度の改善	
	5. 貧困・格差	
	5-2. 低所得者対策 （1）自己負担 （2）保険料 （3）住宅	
	6. 障害者施策	
VII	社会保障改革実現に必要な財源試算	19
VIII	おわりに	19

Ⅱ 社会保障制度改革が必要とされる背景

（現在の社会保障制度の骨格）

- 現在の社会保障制度は、以下のような考え方の組み合わせによって形成されている。
 - ① 自ら働き、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本とすること。
 - ② 生活や健康のリスクを、国民間で分散する「共助」が補完すること。
 - ③ 「自助」や「共助」では対応できない困難に直面している国民に対しては、一定の受給要件の下で、公的扶助や社会福祉などを「公助」として行う。
- 現在の社会保障制度の骨格は、高度経済成長期（1960年～1970年代）に形づくられた。その中核となる考え方は、国民皆保険・皆年金に象徴される「社会保険中心主義」であり、概ね以下のような点を前提としてきた。
 - ① 正期雇用、終身雇用、完全雇用を前提とし、被用者は職域保険（厚生年金、健康保険）、その他の者は地域保険（国民健康保険等）に加入。
 - ② 右肩上がりの経済成長を前提とし、年金や医療等の給付水準の向上は、所得水準の向上による保険料収入や税収の増加によって賄うこと。
 - ③ 核家族・専業主婦という標準世帯モデル、企業による手厚い福利厚生、地域や親族のつながり等を念頭に置いた制度設計。
 - ④ 以上のような前提で運営されるわが国の社会保障制度は、結果的に、社会保障支出の対GDP比や国民負担率が先進諸国と比較して低水準に維持。

（社会保障制度を取り巻く状況の変化）

- しかしながら、わが国の社会保障制度を取り巻く状況は、以下のように大きく変化している。
 - ① 雇用基盤の変化
 - ・ 正規労働者中心の雇用前提等が変化し、非正規労働者が増大するなど、就労形態が多様化。その結果として、国民健康保険及び国民年金第1号被保険者に占める被用者の割合が上昇。
 - ・ 女性の就業率上昇に伴い、片働き世帯中心から共働き世帯中心へと変化。今後、中長期的に労働力人口の減少が見込まれる中、女性、若年者、高齢者の就業率、就業者数を上昇させていくことの必要性が高まる。
 - ② 家族形態の変化
 - ・ 親族・家族との同居の減少や未婚率の上昇による単身世帯（高齢者のみ世帯、高齢者単身世帯等）の増加、及び今後の更なる増加の見込み。
 - ・ 離婚率の増加に伴うひとり親家庭の増加。

2

社会保障制度改革の方向性と具体策

— 「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度—

- 社会保障改革については、昨年12月14日の閣議決定（「社会保障改革の推進について」）及び具体的制度改革案についての総理からの検討指示を踏まえ、同年12月27日に「厚生労働省社会保障検討本部」を設置した。
 - 同本部では、本部長である厚生労働大臣の下で改革案を鋭意検討してきたが、今般、「社会保障改革に関する集中検討会議」における議論のたたき台として、以下のとおり「あるべき社会保障の姿と方向性」を取りまとめた。
- ### Ⅰ 社会保障制度改革の経緯
- わが国の社会保障制度は、累次に亘る見直しが行われ、今日に至っている。最近においても、社会構造の変化、経済・財政状況、少子化・高齢化の進展等に対応するため、社会保障国民会議（平成20年11月）、安心社会実現会議（平成21年6月）等において、今後必要となる社会保障制度の機能強化や改革等に関する提言が行われてきた。
 - こうした中で、近年では、年金については支給開始年齢引き上げ、マクロ経済スライドの導入等、医療については高齢者医療制度の創設、医療費適正化の総合的な推進等、介護については介護保険制度の創設、予防重視型システムの導入等、子育てについては保育所の基盤整備等、各分野で様々な見直しが行われてきた。
 - もっとも、厳しい財政事情、今後の中長期的な経済見通し、社会構造の急激な変化等を踏まえると、それでもなお、社会保障制度の安定性と持続可能性の観点から、さらなる改革が必要である。
 - 本改革案は、こうした経緯や実情を継承しつつ、昨年12月にとりまとめられた「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」及び「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」で示された考え、今後これまでの集中検討会議でのヒアリング等における意見や討論を踏まえ、今後の集中検討会議における議論のたたき台として、厚生労働省としての基本的考え方と個別分野の方向性を提示するものである。
 - なお、改革案の射程（想定時間軸）は、基本的に、ベビーブーム世代が高齢期を迎える2015年からその5年後、10年後である2020年、2025年頃を念頭に置いていく。

1

③ 地域基盤の変化

- ・ 地域における高齢化の進展。とくに、将来における都市部の高齢化の加速化。

④ 生活・リスク基盤の変化

- ・ 人口減少地域、過疎市町村の増加の進展。
- ・ 若年無業者、現役世代の生活保護世帯、自殺者数の増加など、貧困・格差問題の深刻化。「社会的排除問題」が顕在化。

⑤ 企業基盤の変化

- ・ グローバル化、大競争時代に伴う企業の雇用慣行、ビジネスモデル等の変化。

○ こうした変化が進展する中、少子高齢化の進行と経済成長の鈍化により、社会保障給付費の対GDP比が急増。社会保障費用の多くが赤字国債で賄われ、後世代・次世代の負担に回されているほか、社会保障制度における高齢者に対する給付が相対的に手厚くなり、世代間の給付と負担のアンバランスも著しくなっている。

○ この間、社会保障制度の事務やシステムに間違いはないという「無謬性」を前提とした運営が、年金記録問題に見られるような様々な問題を発生させ、社会保障制度に対する信頼性を棄損し、その安定性と持続可能性に関する懸念を高めている。

○ また、そうした事態が、社会保障制度の運営・改革を担うべき公務員に対する国民の信頼を著しく損ねている。

(社会保障制度改革に取り組み際の留意点)

○ こうした現状の改善、直面する課題の解決に向けて、社会保障制度改革に取り組むことが求められているが、その際、以下の点に留意する必要がある。

- ・ 男性世帯主が正社員として安定した雇用を保障される一方で長時間労働を甘受、女性は家計補助的な非正社員として不安定かつ相対的に不利な条件で働くという「従来型の世帯像・社会像」を見直し、多様な働き方、多様な世帯の在り方、多様な人生に対応できる社会、一人ひとりが能力を発揮し、「居場所」と「出番」を確保し得るような社会とすること。
- ・ 家族や地域の絆が弱まる中で、社会情勢の変化を踏まえた新しい形の地域の支え合いやコミュニティの再生に寄与するような仕組みとすること。
- ・ 世代間の公平性の確保、貧困・格差問題の解消を通じた社会的連帯の保持、共助の仕組みを基本とする国民相互で責任と負担を分かち合う仕組みとすること。
- ・ 社会保障制度の運営・運用が、国、地方自治体、コミュニティ、事業主、労働者、NPO等、「新しい公共」を担う多様な主体、及び国民自身が相互

に係わり合う中で行われるようにすること。

- ・ できる限り間違いが生じないような仕組みと運営を実現することに努める一方で、間違いが生じることも想定したチェック機能、フェイルセーフ機能を考えること（「無謬性」を前提としないこと）。

- ・ 雇用を守り、社会保障を支える主体として、企業の責任を改めて位置づけること。

- ・ 社会保障・税に関わる番号制度の導入など、システム技術を活用し、国と国民との間で、新しい行政実務のあり方を構築すること。

- ・ 教育等の分野でも先進諸国と比較して公的支出の対GDP比が低水準であるが、国民の福祉向上、社会保障制度の維持可能性向上のためには、次世代の育成が肝要であり、そのためには教育等の分野の公的支出を充実させるとともに、効率的・効果的な教育支出のあり方を総合的に考えること。

- ・ 国の歳入の約半分が公債により賄われている現状は、過去の歳出と歳入の不均衡の累積によるものであり、歳入歳出構造の改革が不可避であること。

- ・ そのためにも、本格的な人口減少社会を見通し、社会インフラの整備に関しても、既存インフラの更新等に重点を置き、PFI等による民間資金の活用等にも取り組むこと（社会保障関連インフラの建設等においても同様）。

- ・ 社会保障は次世代の人的資本の育成や社会意識の醸成等の点で教育施策と関わりがあり、その他、社会的弱者に配慮した公共交通施策、税制、NPO・自治会・消防組織等の地域コミュニティ施策など、関連する施策との連携の強化によって、その機能が効果的に発揮されること。

○ 以上を換言すれば、国民の目線に立ちつつ、国民の自立を支え、安心して生活できる基盤を整備するという社会保障制度の原点に立ち返り、その本源的機能の復元と強化を図ることが今回の改革案の狙いである。

○ 社会保障制度が国民に提供すべき「安心」が「共助」によって担保され、同時に国民相互の「公平性」が確保されるという、「安心」「共助」「公平性」の三位一体（トライアングル）が重要である。

- 社会保障の機能強化を図る場合には、公に依存し「保護」「救済」を求めるだけでなく、共助を基本に「自立支援」「予防」を軸として、積極的に社会経済を支える持続可能な制度を構築していくべきである。

（共助を重視した社会保障の機能強化）

- 東日本大震災によって、改めて家庭や地域等のコミュニティの重要性を再認識させられている。被災地の復旧・復興のために重要であるばかりでなく、日本の今後の社会像・地域像を模索するうえでも示唆と啓示に富んでいる。
- 被災地が私たちに示している人と人とのつながりを大切にすると、信頼や助け合いの精神など、国民の中に潜在的に存在する社会資本（ソーシャル・キャピタル）を強化し、人々の絆やつながりを再構築し、新しい地域（コミュニティ）の再建を進めていくことは、復旧・復興における重要な課題である。

（被災地の再生が示す「新たな地域社会モデル」）

- 東日本大震災の被災地は、高齢者をはじめとする災害弱者、要援護者も多く、今後の復旧・復興において、高齢者のみ世帯、高齢者単身世帯も安心して生活できる地域として再生し、要援護者が地域で医療・介護サービス等に円滑にアクセスできる基盤を構築していくことが重要である。
- 避難地域も広域に及んでおり、国民全体の共助の問題として考えていく必要がある。
- 社会保障制度改革においても、「共助」を軸にした新たな参加保障・包括的支援の絵姿を模索し、「新たな安心して暮らせる地域社会」のモデルを示していくことが求められる。
- このことは、将来の目指すべき「安心社会」の姿を提示すると同時に、今回の大震災を乗り越え、「新たな地域社会」を築きあげていくことにつながるものと考ええる。

Ⅲ 東日本大震災を踏まえた新たな課題

（東日本大震災による新たな課題）

- 改革案を検討している最中に発生した東日本大震災は、その被害の広がりや甚大さから、今後の日本の社会像・地域像や社会保障制度を考える上で、様々な課題や問題を提起した。
- 社会保障 (social security, sécurité sociale, soziale Sicherheit) の原義は「社会の安全・安心」であり、その意味でも、東日本大震災からの復旧・復興は社会保障制度とも深く関わる。
- 東日本大震災の被災地においては、保健医療・福祉サービスをはじめとする各種の保護・支援を被災者に行き渡らせるとともに、医療機関、社会福祉施設等の社会インフラを復旧させることが、社会保障制度の基本的機能の復元として優先的に求められている。
- また、復興及び被災者の生活再建という点からは、今後の雇用対策が最大のポイントとなる。
- いずれにしても、東日本大震災の被災地において社会保障制度が有効に機能させることが急務であるとともに、今後の社会保障制度を考えるうえで、被災地においてどのような社会像・地域像を実現していくかということは、わが国を再建・再生していく上でも重要な課題である。

（震災後の社会保障制度改革）

- 東日本大震災によって、少子高齢化の進行、人口減少社会の到来、巨額の財政赤字といった、わが国社会が直面する課題は一段と認識せざるを得ない状況となった。
- 東日本大震災による社会経済への大きなダメージは、社会保障制度の安定性と持続可能性にも影響を及ぼす。社会保障費用の後世代・次世代への負担の先送りともはや許されない。そうした対応は社会保障制度の安定性と持続可能性を弱める。
- こうした状況下、社会保障制度改革と財政健全化を同時に実現することの重要性は、むしろ高まっていると考えられる。
- そのため、社会保障制度改革に当たっては、これまで以上に、給付の重点化、選択と集中、優先順位の明確化が求められる。

Ⅳ 社会保障制度改革の基本的方向性

- 社会保障制度改革については、昨年12月の有識者検討会報告が基本とする3つの理念（①参加保障、②普遍主義、③安心に基づく活力）と5つの原則（①全世代対応型、②未来への投資、③分権的・多元的供給体制、④包括的支援、⑤負担の先送りをしない安定財源）を踏まえ、必要な社会保障の機能強化を着実に進めることとし、以下にその基本的方向性を定める。

1. 全世代対応型・未来への投資

ー「世代間公平」を企図する社会保障制度ー

<考え方>

- 人口に占める高齢世代の割合が上昇するとともに、景気低迷、デフレ、不安定就労増加等によって現役世代の経済力が減退する中、現在の社会保障制度は社会の構造変化や現役世代のリスクの高まりに十分対応してきていない。
- このため、現役世代は先行きに対する不安感と負担感を強めており、社会保障制度への不信感も高まっている。
- また、現役世代のみならず、現在の政策形成プロセスに影響を与えることができない将来世代への社会保障費用の先送りも行われており、世代間の公平を図っていくことが喫緊の課題である。
- こうしたことから、社会保障を社会の持続可能性の維持、未来への投資として位置づけ、直接的な受益者である高齢世代のみならず、現役世代や将来世代にも配意した全世代対応型の社会保障制度への転換を進めなくてはならない。とりわけ、人々の相互連帯、「共助」を基礎として、あらゆる世代が信頼感と納得感を得ることができている社会保障制度を構築することが急務である。
- なお、高齢者への社会保障給付には、私的扶養の代替・補完や、地域経済の下支えという側面があることに留意する必要がある。
- 改革に当たって重要な点は次のとおりである。
 - ・ 現役世代の就労と社会参加を支援しつつ、次世代を育成し、その力を高めること。
 - ・ 老若男女を問わず、雇用を中心に能力を形成し、発揮する機会を拡げること。
 - ・ 厚生年金、健康保険が適用されない非正規労働者の増加、社会保険の負担を支える現役世代の経済的基盤の弱体化などによる「社会保障制度の揺らぎ」を是正し、今後とも社会保障の中核としての社会保障制度を維持していくこと。（関連施策は主に2（1）第1のセーフティネットの拡充強化）

<施策の方向性>

- わが国の社会経済を取り巻く困難な状況、今後の人口減少社会の進展等を踏まえ、以下の政策分野を中心に取組を強化し、世代を問わず一人ひとりが能力を発揮して積極的に社会に参画でき、希望をもって将来を目指すことができる社会を構築する。

（1）雇用を通じた参加保障（一人ひとりの自立支援）

- 参加保障・包括的支援の理念に基づき、若年者、女性及び高齢者を中心に「雇用の拡大」と「働きがいのある人間らしい仕事（ディーセント・ワーク）」を実現する。特に、全世代対応型の社会保障への転換の観点から、「現役世代の基礎」であり「将来の中核」でもある若者の自立支援の強化に取り組む。
 - ・ 若者非正規労働者を減少させ、若者を育てる社会づくりによる、若者の安定的雇用の確保
 - ・ 女性の就業率のM字カーブを解消するための施策を講じ、女性の就業の拡大
 - ・ 年齢にかかわらず働き続けることができる社会（生涯現役社会）の実現による、高齢者の就労促進
 - ・ 人々の就労を促進するだけでなく、「働くことが報われること」「ディーセント・ワーク」を実現させる
 - ・ 非正規労働者への社会保障適用の拡大等による、安定した現役生活の保障機能を高める
- （2）子ども・子育て支援の強化
 - 現在検討中の「子ども・子育て新システム」を実現し、すべての子どもへの良質な育成環境を保障し、子ども・子育てを社会全体で支援する。
 - ・ 子ども・子育て施策の一元化、基礎自治体による一元実施
 - ・ 社会全体で費用を負担するための包括交付金の導入
 - ・ 幼保一体化、保育の量的拡大・多様な保育サービス充実による待機児童の解消
 - ・ 妊産婦から学齢期まで切れ目のない一貫したサービス提供体制
 - 仕事と子育ての両立支援、共働き型家族も含めた多様な世帯に対応した制度設計など、現役世代の「家族形成」を支援する。

- ・ 国民皆保険体制を安定的に維持し、医療保険・介護保険制度の機能強化を図るための、利用者負担・保険料負担両面における低所得者対策の強化

（2）第2のセーフティネットの構築

ー「トランポリン型社会」の構築ー

- 第1のセーフティネットでは支えきれない様々な生活上の困難を多重的・同時に抱える個人・家族に対して、個々人の事情に即した横断的・継続的支援を行い、自立へと導く体制を構築する（アウトリーチ型支援、NPO等も含めた様々な支援機関を包含した包括的なネットワーク型支援への展開）。具体的には、次のような施策に取り組む。
 - ・ 職業訓練と訓練期間中の生活を支援し、訓練受講を容易にするための給付を行う求職者支援制度の創設
 - ・ パーソナルサポートサービスの推進・コーディネート機能の強化
 - ・ 生活保護受給者、住宅手当受給者、母子家庭等へ「福祉から就労」の一貫した支援
 - ・ 「住まいのセーフティネット」の確立・強化の観点からの住宅支援施策の検討

（3）最後のセーフティネットの適正化

- （1）、（2）を通じて「包括的支援＝共助スキーム」の強化を踏まえ、自立・就業支援、子どもの貧困連鎖防止、不正受給対策の徹底等、公助としての生活保護制度の見直し等を行う。
- また、生活保護基準については、低所得の勤労世帯、満額の基礎年金水準等との整合性に関する指摘や、自立の助長を損なうことのない水準、体系になっているかなど様々な意見があることも踏まえ、客観的データに基づく専門的な検証を行う。

（4）貧困・格差を把握するための指標の作成

- 社会保障が担う「ナショナルミニマム」の確保のため、「ナショナルミニマム」の概念に関する研究成果等も踏まえつつ、各種貧困・格差指標を整理し、定期的に把握する。

3. 普遍主義、分権的・多元的なサービス供給体制

ー多様な主体の連携・協力による地域包括ケアシステムー

<考え方>

- 機能分化や重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワークを構築し、住み慣れた地域（日常生活圏）で必要な医療・介護サービスを継続的・一体的に受けることのできる体制（地域包括ケアシステム）づくりを行う。その際、国民の納得と満足が得られるよう、質を担保しながら効率的なサービス提供を実現する。

2. 参加保障・包括的支援（全ての人が参加できる社会）

ー「共助」をベースとした「重層的なセーフティネット」の構築ー

<考え方>

- 「共助」の枠組の強化により、社会の分断や二極化をもたらず貧困・格差やその再生産を防止・解消し、社会全体で支え、支えられる社会保障制度の構築、人々が「居場所」と「活躍の場」のある社会の構築を目指す。
- このため、共助をベースとした重層的なセーフティネットを確立し、社会保障のスプリング・ボードとしての機能強化を図る観点から、次のような方向で施策に取り組む。
 - ・ 雇用を軸とした安心の実現、経済と社会保障制度の基盤を強化
 - ・ 第1のセーフティネットの「皆保険・皆年金体制の揺らぎ」を是正し、社会保障制度の機能強化
 - ・ 失業、排除等の課題に対応したトランポリン型の第2のセーフティネット構築
 - ・ 最後のセーフティネットとしての生活保護制度の見直し

<施策の方向性>

（1）第1のセーフティネットの拡充強化

ー非正規労働者の増加等がもたらす「社会保障の揺らぎ」への対応ー

- 年金未加入・未納問題に象徴されるように、皆保険・皆年金体制は必ずしも盤石ではなく、むしろ「社会保障の揺らぎ」とも言える事態に直面する中、こうした状況を是正し、社会保障の機能強化・効率化を図る。
 - ・ 非正規労働者への社会保障の適用拡大
 - ・ 保険者機能の強化を通じて高齢者医療費増大等に対応した医療保険制度・介護保険制度の持続性の確保
 - ・ 生活習慣病予防や介護予防・重症化予防への保険者による取組強化
- 職業やライフスタイルに関係なくすべての人が同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付となる一元的所得比例年金の制度の構築に向け検討する。
- そのためには、社会保障・税に関わる番号制度の導入、税と社会保障料を一体徴収する機関としての歳入庁の創設などの環境整備が必要である。
- 共助＝社会保障システムの揺らぎを税負担により補完する低所得者対策を講じる。
 - ・ 年金の最低保障機能の強化
 - ・ 低所得者を対象とした医療、介護等の自己負担、保険料の総合的軽減策の検討（社会保障・税に関わる番号制度の活用）

- 従来の供給量重視の住宅政策は国土交通省（旧建設省）中心で行われてきたが、社会構造・人口構造の変化を踏まえたこれからの住宅政策は機能・質重視に転換する必要がある。サービス付き高齢者住宅など、社会保障的視点を重視した体制としていくことも検討課題。

4. 安心に基づき活力

—新成長戦略の実現による経済成長との好循環—

<考え方>

- 医療、介護、子ども・子育て等、社会保障関連のサービス分野の雇用創出効果は大きく、安心できるサービス提供による消費喚起、雇用情勢の改善等により顕在化できる消費需要は大きい。
- さらに医療・介護分野における各種イノベーションの推進を通じ、成長するアジア市場も含め、世界の需要を日本のサプライチェーンに取り込んでいくことなど、需要面からの成長戦略に寄与する余地が大きい。
- また、若者、女性、高齢者等が就業しやすい環境整備、能力開発等を通じた人的資本の形成など、人材と労働力の供給面においても、成長戦略に寄与する。
- こうした需要面、供給面双方の寄与による日本経済の成長は、社会保険料収入や税収の安定的確保を通じた社会保障の機能強化にもつながる。
- 社会保障給付の改善のみを追求し、日本の財政に対し過大な負担をかけ続けることも持続可能な社会保障につながらない。したがって、強い経済、強い財政と強い社会保障が好循環を生んでいくことが重要である。

<施策の方向性>

- 新成長戦略に沿って医療イノベーションを推進する（医薬品、医療機器、再生医療、個別化医療等の各分野の検討を進める）。
- 地域での雇用に資する医療・介護・子ども・子育て支援分野での雇用拡大を支援する。
- 就労促進策による雇用の拡大とディーセント・ワークの実現等を図っていく。
- こうした社会保障改革による「安心の創造」を通じて、安心できる社会を構築し、それによる消費の拡大・下支えを実現する。

12

- なお、震災による危機を乗り越え、社会を再構築していくためには、地域（コミュニティ）を基礎に、人的・物的資源を選択的・集中的に投下し、機能強化と効率化を同時実施していく必要がある。このため、被災地の復興に際して、新たな「安心地域モデル」を提示し、体制整備を先駆的に実施することを検討する。

<施策の方向性>

（1）安心で良質な医療・介護の提供ネットワーク

- 急性期医療に対するリソース（人材、財源等）の集中投入を行うことにより、機能分化を図り、入院期間の短縮・早期社会復帰を可能にする体制を整備する。
- 同時に、リハビリ医療・慢性期医療への機能分化の推進、グループホームや小規模多機能型居宅介護等の居住系サービスや在宅医療・介護の拡充を積極的に進め、ケアマネジメントの機能強化と相まって、患者・要介護者の状態に即した連続的で切れ目のないサービス提供体制を拡充する。これにより、可能な限り住み慣れた地域・住まいで暮らし続けられる地域包括ケアシステムを構築する。
- 医療機関の機能分化とネットワーク化、医療・介護連携など地域におけるサービス連携を強化し、シームレスなサービス提供体制を構築する。
- 在宅サービスの充実・強化やサービス付き高齢者住宅等の居住系サービスの整備など、要介護者の増加に対応した介護サービスの量的拡充を図り、待機なく必要なサービスを受けられる提供体制を整備する。
- チーム医療の推進や人材確保に取り組む。

（2）給付の重点化・効率化

- 高度医療や高額かつ長期にわたる医療への対応と医療保険の担うべき機能の重点化・集中化、軽症者への給付の予防効果があるサービスへの重点化に取り組むとともに、ICTの利活用、医師、看護師、介護職員などの各職種役割分担の見直し等により、規制改革にも取り組みながら、サービスの質の向上・効率化を図る。

（3）住宅政策

- 「地域包括ケアシステム」は、①医療、②介護、③予防、④生活支援、⑤住宅の5つがポイントであり、住宅政策のあり方についても検討する。

11

V 東日本大震災の復興に関する提言

- 今回の大震災では、医療機関、高齢者や障害者等のための福祉施設、保育所、学校をはじめとする子どもの関係施設など、災害弱者のためのインフラも大きな被害を受けている。今後の復興の過程で新たなまちづくりを行っていく中で、行政の縦割りを排除して、こうした災害弱者のためのインフラは優先して安全な場所に造っていくことが必要である。
- 震災前の姿を復旧・復元することにとどまらず、少子高齢化が進むこれからの日本社会の先進的モデルとなるような「新たなまちづくり」「新たな社会保障のネットワーク」を構築しなければならない。
- その際には、P F I 等により民間部門の資金やノウハウの活用や、新たなプロジェクトファイナンススキームの活用にチャレンジし、必要な公共サービスをより良く、より効率的に提供することにも留意すべきである。
- また、被災地の復興に際して、社会保障改革においてその確立が課題となっている「地域包括ケアシステム」（日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される体制の整備）を被災地域の新たなまちづくりの中に取り込むなど、「新たな安心地域モデル」を提示し、体制整備を先駆的に実施することを検討する。
- その際、医療機関のネットワーク、医療・介護連携、地域間の連携についても、モデルケースを創造する。
- 社会保障関係のインフラの再建、地域コミュニティの再建を図っていく上では、自然エネルギーの積極的導入、第1次産業の再生による雇用創出、復旧・復興過程での震災対応分野での被災者の雇用創出、コンパクトシティの実現、行政機関の庁舎等の再築時に地域のサービスの核となる拠点を併設することなど、複合的な政策を同時に追求していくことが重要である。そのため、被災地以外とは前提となる社会条件が根本的に異なることを踏まえた総合特区制度等の活用や、東京一極に集中している様々な首都機能の分散の観点も視野に入れて考えていくべきである。
- 高齢化や職業構造の多様化が進む中で、地域社会におけるニーズへの対応や雇用の確保・創出の観点から、個人事業者の育成・事業承継、地域の実情に即したコミュニティ再建なども目指すべきである。

VI 個別分野における改革の方向性

- 子ども・子育て支援、就労促進、医療・介護、年金、貧困・格差、等の分野ごとの改革の方向性は以下の通り。

1. 子ども・子育て支援

- すべての子どもへの質の高い幼児教育・保育を保障し、子ども・子育てを社会全体で支援する。
 - ・ 幼稚園・保育所の一体化（こども園（仮称）の創設）、保育サービスの量的拡大・多様な保育サービス充実による待機児童の解消等
- 妊娠期から学齢期までの切れ目のない一貫したサービスを提供
- 実施主体は基礎自治体（市町村）とし、費用は社会全体（国・地方・事業主・個人）で負担する仕組みとする。

2. 就労促進

- (1) 全員参加型社会の実現（就業率の向上）
 - 若者の安定的雇用の確保する。
 - ・ 学校でのキャリア教育と産業・社会のニーズを踏まえた実践的な職業教育の充実
 - ・ 大卒者の正社員就職を支援する体制の構築
 - ・ 非正規労働者となった若者への継続的なキャリア形成支援の仕組みの整備 等
 - 女性の就業を拡大する（女性の就業率のM字カーブの解消）。
 - ・ 仕事と家庭の両立支援と保育や放課後児童クラブなどサービスの充実（子ども・子育て新システム）を車の両輪として推進
 - ・ 女性の就労を促進するため、勤務時間や賃金といった就労条件・就労環境の改善
 - ・ 女性の就業意欲を阻害している税・社会保障制度の見直し 等
- 高齢者の就労を促進する。
 - ・ 超高齢社会に適合した雇用法制（高齢者雇用確保措置、雇用保険等）の検討 等
- (2) ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現
 - 非正規労働者対策を進める。
 - ・ 希望する者ができる限り正規労働者にステップアップできるような支援
 - ・ 非正規労働者が雇用形態にかかわらず公正な処遇の下で働けるような環境整備

- ・ 働くことが報われる社会、公正な見返りを得られる社会づくり 等

- 労働者の健康・安全を確保する。

（3）人々の就労を促進する政策（積極的労働市場政策）の充実のための体制整備

3. 医療・介護

以下の施策について、診療・介護報酬改定に適切に盛り込むとともに、医療・介護サービス提供体制の基盤整備を図るための一括的な法整備を行う。

（1）医療提供体制の改革

- 医療の提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。
 - ・ 身近な地域で必要な医療が受けられるための医師確保・医師の偏在是正
 - ・ 病院・病床の機能分化・機能強化（拠点病院機能、救急医療機能等）
 - ・ 在宅医療を支える病院、診療所等の計画的整備、連携拠点機能や連携パスの普及等による在宅医療体制の強化
 - ・ 地域での生活を支えるための認知症対策の強化、介護との連携も含めた精神保健医療の改革
 - ・ 多職種連携、役割分担の見直しによるチーム医療の推進

（2）介護サービス提供体制の改革

- 介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。
 - ・ 24時間安心のサービス提供を可能とする地域包括ケアシステムの確立とケアマネジャーの資質向上等のケアマネジメントの機能強化
 - ・ 在宅サービスの充実・強化やサービス付き高齢者住宅等の居住系サービスの整備など、要介護者の増加に対応した介護サービスの量的拡充を通じて、特別養護老人ホームの待機者解消を図る
 - ・ 軽症者への予防事業、リハビリテーションの重点的提供等を通じた介護予防及び重症化予防への重点化
 - ・ 介護職員等の人材確保と資質向上のためのキャリアパスの整備、処遇改善等

（3）保険者機能の強化を通じた医療保険・介護保険制度の改革

- 医療・介護サービスを支える国民皆保険制度を堅持するために、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化、給付の重点化を進める。
 - ・ 働き方にかかわらず同じセーフティネットを提供する観点から、非正規労働者への被用者保険の適用拡大を図る
 - ・ 市町村国保財政の広域化と低所得者対策の強化
 - ・ 高度医療や高額かつ長期にわたる医療への対応と重点化
 - ・ 保険者機能の強化、高齢者医療費・介護費に係る高齢世代と現役世代の公平な負担

- 利用者・患者の視点に立って、規制・制度改革に積極的に取り組むとともに、持続可能性を確保する観点からの保険給付の重点化を行う。

- ・ 生活習慣病の予防、介護予防・重症化予防
- ・ レセプト電子化による審査支払事務の効率化等、ICTの利活用の推進、介護ロボットの開発
- ・ 後発医薬品の更なる使用促進
- ・ 適正受診の啓発・勧奨等、保険者機能の発揮

3-2. 医療イノベーション

- 日本発の革新的医薬品・医療機器の開発と実用化を推進する。
 - ・ 日本の臨床研究の質・量の上昇（国際水準の臨床研究を実施する臨床研究中核病院等の創設、人材の育成、ITの活用等）
 - ・ 個別重点分野の研究開発支援（がん、再生医療、医療機器、個別化医療等）
- 臨床研究の成果等を治療や承認につなげるための基盤整備等を推進する。
 - ・ PMDAによる日本発のシーズを非臨床・臨床試験、治験、承認を経て実用化につなげるための実務的な相談支援（薬事戦略相談）、審査人員の増員などの体制強化等
 - ・ 実用化を見据えたレギュラトリーサイエンス（※）の推進
 - ※ 科学技術の成果について、人と社会に役立てることを目的に、根拠に基づいた予測、評価、判断を行い、人と社会との調和の上で最も望ましい姿に調整するための科学
 - ・ 保険償還価格の設定における医療経済的な観点を踏まえたイノベーションの評価等のさらなる検討
- 医療に必要な医薬品・医療機器の患者への迅速な提供（ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグへの対応）を進める。
 - ・ 「申請ラグ」、「審査ラグ」短縮への取組等

4. 年金

（1）新しい年金制度の骨格

- 制度が複雑で社会の変化への対応が難しく、職業間での格差もある現行の年金制度を、今後は「簡素で、公平で、分かりやすく、間違いの少ない」年金制度にする必要がある。
- 職種を問わずすべての人が加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付となる「所得比例年金」（社会保険方式）を基本とし、高齢期に最低限これだけは受給できる額が明示された「最低保障年金」（税財源による補足給付）を設けるといふ、新たな年金制度について検討する。

5-2. 低所得者対策

- (1) 自己負担
 - 社会保障・税に関わる番号制度の導入・定着を前提に、制度横断的な利用者負担総合算制度（仮称）の導入を検討する。
 - 増大する長期・高額医療に対応した高額療養費制度の見直しを進めるとともに、医療保険の担うべき機能について重点化・集中化を図る。
- (2) 保険料
 - 社会保険の基礎を強化するため、以下の施策を検討する。
 - ・ 国民健康保険の低所得者対策の強化
 - ・ 介護保険の低所得者対策の強化
 - ・ 非正規労働者への厚生年金・健康保険の適用拡大

(3) 住宅

- 住宅支援施策について、「住まいのセーフティネット」の確立・強化の観点から検討する。その際、少子高齢化、人口減少社会といった状況に即し、既存の住宅ストックの有効活用やコンパクトシティ化といった点も考慮していく必要がある。

6. 障害者施策

- 障害保健福祉に関しては、障がい者制度改革推進本部において、制度の谷間のない支援の提供等を内容とする「障害者総合福祉法」（仮称）の平成24年国会への国会提出、25年8月までの施行を目指して、検討中。
- 現在の障害保健福祉の給付費は、平成23年度予算で約1兆1千億円。特に、障害福祉サービスについては、過去5年間の平均で年約11%の伸び。今後、制度の谷間の解消、障害者が当たり前に地域で暮らせる社会づくりに向け、更に障害者の地域移行や地域生活の支援を進める必要。
- 障害者の所得保障や障害児支援とあわせ、こうした障害保健福祉の実施に要する財源を安定的に確保していくことが必要。

18

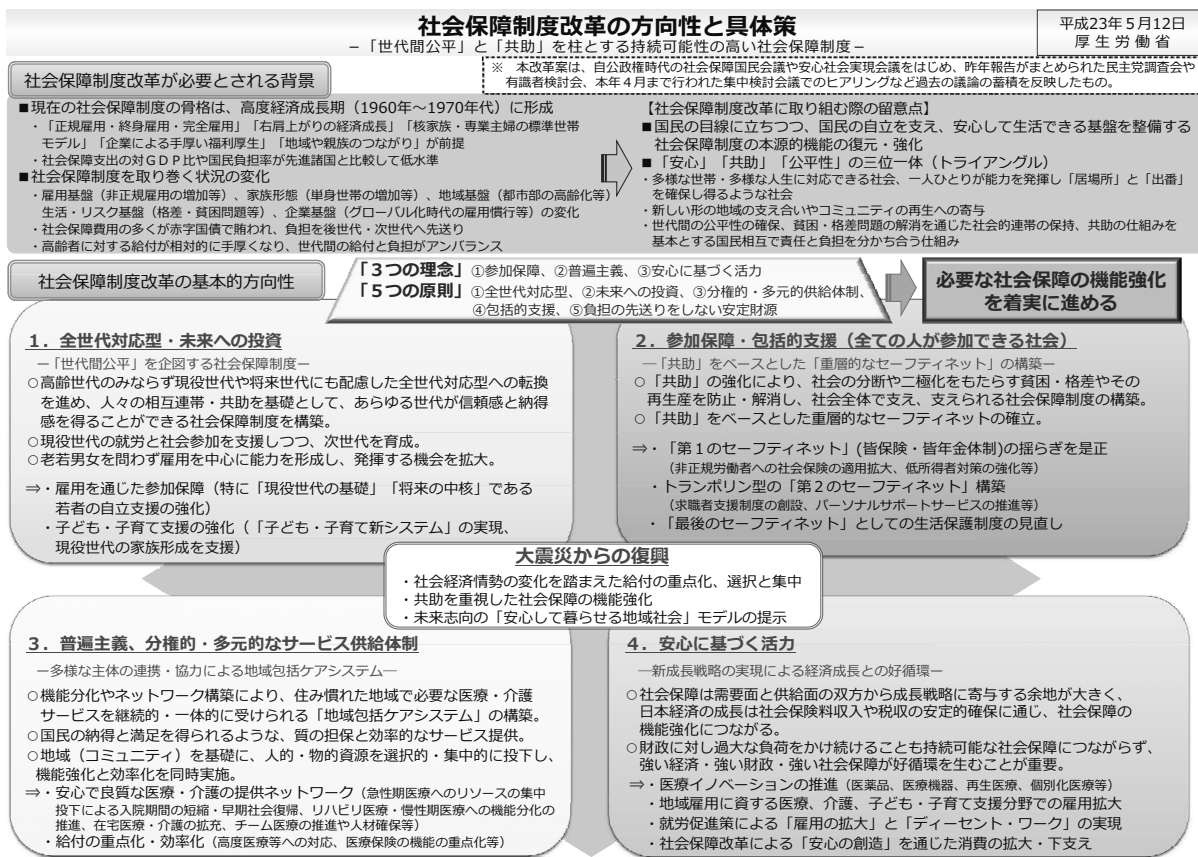
(2) 現行制度の改善

- 新しい年金制度の導入には、国民的な合意が必要であるとともに、社会保障・税に関わる番号制度の導入・定着や、歳入庁創設等、税と社会保障料を一体的に徴収する体制の構築などの環境整備が必要ことから、一定の準備期間が必要である。
- したがって、新しい年金制度の目指すべき方向性に沿って、現行制度について所要の改善を図る。
 - ・ 働き方・ライフコースの選択に影響を与えないよう、厚生年金の適用拡大や被用者年金の一元化などを図る。
 - ・ 低年金・無年金問題に対応するため最低保障機能を強化するとともに、能力に応じた負担を求めつつ、年金財政の持続可能性を確保するための制度改善を行う。
 - ・ 公的年金制度を支える業務運営及びシステムについて改善措置を講じる。

5. 貧困・格差

- 「現役世代のセーフティネット」の充実を図る。
 - ・ 職業訓練と訓練期間中の生活支援を行う「求職者支援制度」の創設、生計受給者、住宅手当受給者や母子家庭の母等に対し、自治体とハローワークとの協定に基づく就労支援 等
- 地域の支え合いの基盤となる体制を整備する。
 - ・ 複合的な困難を抱える者の増加に対応し、生活支援から就労支援まで伴走型の一貫した支援を実施
- 「最後のセーフティネット」である生活保護の見直しを実施する（納税者の理解の得られる制度としての生活保護制度）。
 - ・ 稼働能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化
 - ・ 子どもの貧困連鎖の防止（養育・進路相談、地域での学習支援など）
 - ・ 不正受給対策の徹底（医療扶助の適正化や「貧困ビジネス」の排除）
 - これらについて、国と自治体が協力した実効性ある対策（制度見直しも視野に入れた検討）
 - ・ 客観的データに基づく生活保護基準の検証
- 貧困／格差の実態を総合的・継続的に把握するため、複数の客観的な指標を開発する等、施策効果の検証を行う。

17



Ⅶ 社会保障制度改革実現に必要な財源試算

- 社会保障制度改革に関する集中検討会議における議論を踏まえ、財源試算を行う。

- 社会保障の持続可能性は財政の持続可能性なしには実現し得ない。社会の構造変化等の状況に合わせた社会保障分野以外の見直しといった点も踏まえ、将来に向けての社会保障の財源を検討していく必要がある。

Ⅷ おわりに

- 以上の社会保障改革の内容は、我が国が取り組まなければならない課題である。実際に改革を実施するに当たっては、税との一体改革の中での財政健全化の同時達成との関係も踏まえ、優先順位を明らかにしつつ工程表に沿って取り組んでいかねばならない。

- また、改革の実施に当たっては、改革の時期も含め国民的な合意が必要であることは言うまでもない。

社会保障制度改革の方向性と具体策

－「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度－

平成23年5月12日
厚生労働省

個別分野における改革の方向性（1）

子ども・子育て支援

－子ども・子育て新システムの実現－

■すべての子どもへの良質な育成環境を保障し、社会全体で子ども・子育てを支援

- すべての子ども・子育て家庭への支援（子ども手当、地域子育て支援など）
- 幼保一体化（こども園（仮称）の創設）
 - ・質の高い幼児教育・保育の一体的提供
 - ・保育の量的拡大・多様な保育サービス充実による待機児童の解消
 - ・家庭での養育支援の充実

■新たな一元化システムの構築

- 基礎自治体（市町村）が実施主体
 - ・市町村は地域のニーズに基づき計画を策定、給付・サービスを実施
 - ・国・都道府県は実施主体の市町村を重層的に支える
- 子ども・子育て会議（仮称）の設置
 - ・子育て支援当事者等が、子育て支援の政策プロセス等に参画・関与することができる仕組みを検討
- 社会全体（国・地方・事業主・個人）による費用負担
 - ・国及び地方の恒久財源の確保を前提
- 政府の推進体制・財源を一元化
 - ・制度ごとにバラバラな政府の推進体制、財源を一元化

就労促進

－みんなで働こう、人間らしく－

■全員参加型社会の実現（就業率の向上）

- 若者の安定的雇用の確保
 - ・新卒やフリーターの若者向けの就職支援の機能強化、ジョブサポーターによる向き合い型支援
 - ・求職者支援制度での重点的な支援、ジョブ・カードを活用した人材育成
 - ・産業構造の変化に即応して成長分野の人材育成・就業に結びつけるため、民間の創意工夫を活用した職業訓練
- 女性の就業の拡大（女性の就業率のM字カーブの解消）
 - ・男女の均等働きを企業労使で把握し、ポジティブ・アクションにつなげるためのシステムづくり
 - ・仕事と家庭の両立支援と保育サービスの充実（子ども・子育て新システム）を車の両輪として推進
- 高齢者の就労促進
 - ・超高齢社会に適合した雇用法制（高齢者雇用確保措置、雇用保険等）の検討
 - ・地域で働くことができる場や社会を支える活動ができる場の拡大

■「ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）」の実現

- 非正規労働者対策
 - ・非正規労働者の公正な待遇の確保に横断的に取り組むための総合的ビジョンの策定
 - ・有期契約労働者について、雇用の安定や処遇の改善に向けた法制度の整備の検討
 - ・非正規労働者への社会保障適用等、働き方の選択に対して中立的な社会保障制度への改革
 - ・最低賃金の引上げに向けた取組（生活保護との逆転現象の解消、中小企業支援）
- 労働者の健康・安全の確保

■人々の就労を促進する政策（積極的労働市場政策）の充実のための体制整備

- ハローワークの体制整備、雇用保険制度の国庫負担、求職者支援制度の国庫による財源確保

医療イノベーション

－日本の医薬品・医療機器産業の国際競争力強化－

■日本発の革新的医薬品・医療機器の開発と実用化

○日本発の革新的医薬品・医療機器の研究開発の推進

- ・日本の臨床研究の質・量の向上（ICH-GCP水準の臨床研究を実施する臨床研究中核病院等の創設、臨床研究中核病院等における先進医療への取組、PMDA・厚生労働省との連携、人材の育成、ITの活用等）
- ・個別重点分野の研究開発支援（がん、再生医療、医療機器、個別化医療等）

○臨床研究の成果等を治療や承認につなげるための基盤整備及び効果的な保険償還価格の設定

- ・PMDAによる事業戦略相談
- ・PMDA等の体制強化
- ・実用化を見据えたレギュラトリーサイエンスの推進
- ・（独）医薬基盤研究所によるオフアンドラッグ等の開発支援の拡充
- ・保険償還価格の設定における医療経済的な観点も踏まえたイノベーションの評価等のさらなる検討

■医療上必要な医薬品・医療機器の患者への迅速な提供（ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグへの対応）

- ・「申請ラグ」「審査ラグ」短縮への取組、医療保険制度における取組
- ・（医療上の必要性が高いとされた医薬品に係る先進医療制度の運用の見直し、先進医療データの質の確保の検討）

社会保障制度改革の方向性と具体策

－「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度－

平成23年5月12日
厚生労働省

個別分野における改革の方向性（2）

年金

－新しい年金制度の創設に向けて－

■新しい年金制度の骨格

- 所得比例年金（社会保険方式）：職種を問わず全ての人が同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付

- 最低保障年金（税財源）：高齢期に最低限これだけは受給できるという額を明示

■現行制度の改善

- 新しい年金制度の目指すべき方向性に沿って、現行制度の改善を図る。

- ・働き方・ライフコースの選択に影響を与えない制度（厚生年金適用拡大など）
- ・被用者年金の一元化
- ・最低保障機能の強化
- ・能力に応じた負担
- ・年金財政の持続可能性の確保

■年金制度の業務運営・システム

- ・公的年金制度を支える業務運営及びシステムの改善

貧困・格差

－重層的セーフティネットの構築－

■「現役世代のセーフティネット」の充実による自立支援

- ・雇用・就労対策の充実が最優先。雇用保険の財政基盤を安定化
- ・求職者支援制度の創設（財源の見直しを含む）
- ・離職者向け住宅手当や総合支援資金貸付も含めた「第二のセーフティネット」の総合的推進
- ・生保受給者、住宅手当受給者や母子家庭の母に対し、自治体とハローワークとの協定に基づく就労支援等

■地域の支え合いの基盤となる体制の強化

- ・生活支援から就労支援まで伴走型の一貫した支援（市町村主導による総合相談や社会資源の有機連携を実施する専任機関の設置を支援）

■「最後のセーフティネット」である生活保護の見直し

- ・稼働能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化
- ・子どもの貧困連鎖の防止（養育・進路相談、地域での学習支援など）
- ・不正受給対策の徹底（医療扶助の適正化や「貧困ビジネス」の排除）
- ・客観的データに基づく生活保護基準の検証

■施策効果の検証

- ・貧困／格差の実態を総合的・継続的に把握するため、複数の客観的な指標の開発
- 東日本大震災への対応
 - ・弱者層が震災によって更に貧困化し格差固定化につながらないよう、適切な初期・中長期対応

東日本大震災の復興に関する提言

■震災前の姿の復旧・復元にとどまらない、少子高齢化が進むこれからの日本社会の先進的モデルとなる「新たなまちづくり」「新たな社会保障のネットワーク」構築

- 被災地の復興を通じた「新たな安心地域モデル」の提示
- ・被災地域の「新たなまちづくり」への「地域包括ケアシステム」の取り込み
- ・医療機関のネットワーク、医療・介護連携、地域間の連携のモデルケース

障害者施策、社会保障改革実現に必要となる財源等

■障害保健福祉の実施に要する財源の安定的な確保

- 障がい者制度改革推進本部において、制度の谷間のない支援の提供等を内容とする「障害者総合福祉法」（仮称）の平成24年の国会提出、25年8月までの施行を目指し、検討中

■財政の持続可能性等を踏まえた社会保障財源の検討

- 税との一体改革の中での財政健全化の同時達成、震災復興への道筋との関係も踏まえ、工程表に沿った取組

協会だより（定例理事会要録から）

2010年度 第20回 2011年4月12日

【各担当部報告】**〈総務部会〉**

1. 週間行事予定表の確認
2. 今週の医療情報

〈経営部会〉

1. 金融共済委員会（3月23日）状況
2. 経営相談室（3月23日）状況
3. 第9回保団連共済部会（3月27日）状況
4. 医院継承講習会（3月29日）状況
5. 「保険医年金」営業員研修会出席状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療事故案件調査委員会（3月25日）状況
2. 第274回関西医事法研究会（3月26日）状況
3. 医療機関側との懇談（①3月22日②3月23日③4月11日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（3月28日）状況

〈政策部会〉

1. 子どものいのちと健康を守ろう！元気フェスタin京都第1回実行委員会
2. 被災者の医療保障に関する要望書提出（4月8日）状況
3. 環境ハイキング（4月10日）状況

〈保険部会〉

1. 中央法律事務所との懇談会（3月16日）状況
2. 診療報酬改善対策委員会（3月30日）状況
3. 保団連医科・歯科診療報酬改善対策委員会（①3月26日、②4月2日）状況
4. 保険審査通信検討委員会（4月1日）状況
5. 小児科診療内容向上会（4月2日）状況
6. 消化器診療内容向上会（4月2日）状況

【各部会報告】

1. 各部会（4月5日、保険部会：4月1日）状況と決定事項確認の件

〈総務部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程確認
- ②第64回定期総会関連の運営確認
- ③各種選挙関連の確認
- ④協会会議室の貸出規程の確認
- ⑤2010年度2月分収支月計表状況の報告
- ⑥2010年度末（2011年5月31日）の各種積立金処理の確認
- ⑦3月度会員増減状況の確認

- ⑧新規開業入会会員、および未入会会員訪問状況の報告

- ⑨入会希望会員の報告

- ⑩第2回コミュニケーション委員会の運営確認

- ⑪新規開業医のための基礎講習会の日程確認

- ⑫文化企画についての確認

- ⑬冷泉家時雨亭文庫の会員継続についての確認

- ⑭ICT検討委員会の開催確認

- ⑮地区医師会報等の収集および回覧

- ⑯部会ML開始の報告

- ⑰会員医療機関からの個別報告への対応確認

〈経営部会〉

- ①事務局人事異動についての報告

- ②地区医師会との懇談会の出席確認

- ③融資制度関連の確認と検討

- ④保険医年金関連の確認と検討

- ⑤医師賠償責任保険関連の確認と検討

- ⑥ペット保険についての報告

- ⑦こども総合保険についての報告

- ⑧代議員アンケート回収状況の報告

- ⑨従業員パンフレット改定の確認

- ⑩アミス事業関連の検討と確認

〈医療安全対策部会〉

- ①2011年3月度医事紛争状況報告

- ②2010年度医事紛争状況中間報告

- ③全国における医事紛争状況の確認

- ④地区医師会との懇談会の出席確認

- ⑤新しく医院に勤められた方への研修会での講師確認

- ⑥経営部会との合同懇親会についての確認

- ⑦医療事故案件調査委員との懇談会（5月21日）出欠状況の報告

- ⑧DVD等の販売状況の確認

〈政策部会〉

- ①地域包括検討委員会（医療制度検討委員会のサブ会議）の日程確認

- ②子どものいのちと健康を守ろう！元気フェスタin京都の運営確認

- ③福祉国家構想研究会（総会）の日程確認

- ④震災・原発事故を踏まえての対応検討

- ⑤被災者の医療保障に関する緊急要望（案）の確認

- ⑥皆保険50周年講演会の日程・運営確認

- ⑦代議員月例アンケートの確認

- ⑧次年度の調査活動の検討
- ⑨子どものいのちと健康を守ろう！元気フェスタ in 京都の準備状況報告
- ⑩医療倫理問題、「人体の不思議展」開催中止を求める運動についての報告
- ⑪京都式地域包括ケアと地域包括ケア検討委員会の進め方
- ⑫こころの健康政策実現会議京都実行委員会からの要請と対応の検討
- ⑬京都府・あんしん医療制度研究会に関する状況報告
- ⑭出版関連事項の確認
- ⑮保団連近畿ブロック本会議の日程確認
- ⑯京都社会保障推進協議会運営委員会の日程確認
- ⑰エコキャップ運動についての報告
- ⑱反核・平和の取り組みの確認
- ⑲環境対策関連事項の確認
- ⑳九条の会アピールを支持する京都医療人の会関連事項の確認

〈保険部会〉（4月1日）

- ①地区懇談会の開催日程及び当面の出席確認
- ②エンシュア・リキッド代替品に関する保険適応についての報告
- ③新点数・診療報酬改善対策
 - 1) 診療報酬改善対策について
 - 2) コミュニケーション委員会（4月9日）のテーマ変更に関する検討
- ④社保対策（社保、国保、後期高齢者、労災）
 - 1) Z社による在宅医療患者の会員への紹介事業について

【各担当部議事】

〈総務部会〉

- 1. 前回理事会（3月22日）要録と決定事項の確認
- 2. 日本建築家協会近畿支部京都会 総会・記念講演会出席の件
- 3. 中京西部医師会総会への出席の件
- 4. 京都府医師婦人会総会出席の件
- 5. 下京東部医師会総会への出席の件
- 6. 京都弁護士会役員お披露目会への出席の件
- 7. 臨時正副理事長会議（3月24日）状況確認の件
- 8. 代議員・予備代議員選挙結果の件
- 9. 2010年度2月分収支月計表報告状況確認の件
- 10. 綴喜医師会との懇談会（3月5日）状況確認の件
- 11. 3月度会員増減状況

12. 会員入退会及び異動に関する承認の件 〈経営部会〉

- 1. 医院・住宅新（改）築相談室開催の件
- 2. 雇用管理相談室開催の件
- 3. 近畿ブロック共済担当事務局交流会への出席の件
- 4. 経営相談室開催の件

〈医療安全対策部会〉

- 1. 医療機関側との懇談の件

〈政策部会〉

- 1. 反核京都医師の会第31回総会開催の件
- 2. 子どものいのちと健康を守ろう！元気フェスタ in 京都第2回実行委員会開催の件
- 3. 「福島原発事故に関する緊急声明」検討の件
- 4. 被災者に対する定期予防接種対応の現状、および自治体アンケート実施の件
- 5. 『京都保険医新聞』（第2781号）・『メディーパー京都』第141号（第2780号）合評の件

〈保険部会〉

- 1. 2011年3月度国保合同審査委員会（3月23日）状況
- 2. 専門医会長との懇談会（3月19日）状況確認の件
- 3. 保団連第1回社保・審査対策部医科事務局小委員会（電話会議）参加の件
- 4. 中医協概要報告の件

〈その他〉

- 1. 協会役員選挙について
- 2. 青森県保険医協会からの医療支援依頼について

《以上28件の議事について承認》

2010年度 第21回 2011年4月26日

【特別討議】

- 1. 「保険医のための審査、指導・監査対策」説明会
△担当＝保険部会

【各担当部報告】

〈総務部会〉

- 1. 週間行事予定表の確認
- 2. 今週の医療情報
- 3. 総会懇親会アトラクション演奏者との面談（4月14日）状況
- 4. 文化ハイキング（4月17日）状況

〈経営部会〉

- 1. 医院・住宅新（改）築相談室（4月13日）状況

2. 保険医年金受託生保への表敬訪問状況
3. 傷害疾病保険審査会（4月19日）状況
4. 金融共済委員会（4月20日）状況
5. 雇用管理相談室（4月21日）状況
6. 保団連近畿ブロック共済担当事務局交流会（4月22日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談（①4月12日②4月15日③4月18日④4月19日⑤4月20日⑥4月21日）状況
2. 法律相談室（4月21日）状況
3. 医療事故案件調査委員会（4月22日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（4月25日）状況

〈政策部会〉

1. 出版編集会議（4月21日）状況
2. 京都社会保障推進協議会運営委員会（4月21日）状況
3. 保団連近畿ブロック本会議（4月23日）状況

〈保険部会〉

1. 保団連病院・有床診療対策部会事務局小委員会（4月9日）状況
2. 保団連2011年度第1回病院・有床診療対策部会（4月10日）状況
3. 近畿厚生局管内社保担当者会議（4月15日）状況
4. 眼科診療内容向上会（4月16日）状況
5. リハビリ施設基準の適時調査に係る学習会（4月23日）状況

【各担当部議事】

〈総務部会〉

1. 前回理事会（4月12日）要録と決定事項の確認
2. 5月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
3. 理事長、副理事長、監事選挙締切（4月12日）状況及び無投票当選人の確定の件
4. 代議員会議長・副議長選挙締切（4月25日）状況及び無投票当選人の確定の件
5. 正副理事長会議（4月14日）状況確認の件
6. 会議室貸出に伴う賃料免除の件
7. 各部会開催の件
8. 会員入退会及び異動に関する承認の件
9. コミュニケーション委員会（4月9日）状況確認の件

〈経営部会〉

1. 新しく医療機関に勤められた新入職員のための研修会開催の件

6月のレセプト受取・締切

基金	9日(木)	10日(金)	労災	13日(月)
国保	○	◎	災	◎

※○は受付日、◎は締切日。

受付時間は午前9時～午後5時（基金は午後5時30分）です。

2. 税務記帳講習会開催の件
3. 新規開業予定者のための講習会開催の件

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談の件
2. 医療事故案件調査委員との懇談会の開催の件

〈政策部会〉

1. 医療制度検討委員会（4月13日）状況確認の件
2. 保団連10～11年度第15回理事会（4月17日）状況確認の件
3. 福祉国家と基本法研究会「憲章・基本法2011起草委員会」出席の件
4. 第10回反核近畿医師懇談会出席の件
5. 京都社保協運営委員会出席の件
6. 環境講演会開催の件
7. 反核医師の会世話人会出席の件
8. 近畿ブロック公害担当者会議「視察会」開催の件
9. 「東日本大震災が問いかけること」について
10. 『京都保険医新聞』（第2782号）・『メディーパー京都』第142号（第2783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開催の件
2. 『公費負担医療等の手引（2011年版）（仮）』編集作業に係る拡大小委員会への出席の件
3. 適時調査院内学習会への講師派遣の件
4. 『公費負担医療等の手引（2011年版）』編集作業への参加の件
5. 理事会アピール「東日本の地域医療の再建のために／被災地への医療従事者の長期派遣など、国の責任による／迅速かつ十分な施策の策定と実施を求めます」採択の件
6. 中医協概要報告の件
7. 保団連「2012年診療報酬・介護報酬改定に向けた保団連要求（案）に対する協会討議のお願い」とご意見の提出のお願い」に対する対応の件

〈以上32件の議事について承認〉

加入申込受付中！

保険医 年金


加入申込
期 間

4月1日(金)～6月20日(月)

※2011年9月1日付け加入です

予定利率

0.002%up → **1.258%** (2011年3月1日現在)

月払(満74歳以下の会員)

1口1万円 30口限度(30万円)

一時払(満79歳以下の会員で月払に加入している方)

1口50万円 毎回40口(2,000万円)

※手数料との関係で1.258%の利率が続くと仮定して、新たにご加入される月払については4年以上、一時払で2年以上の長期にわたって積立されることをお勧めします。詳しくは、3月末送付の年金パンフレットをご覧ください。

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

ご注意ください！

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

—お知らせ—

2011年5月1日より
新たに“**第一生命**”が加わり
シェア変更を行いました！
ぜひ加入をご検討下さい。

【受託会社引受割合】

三井生命保険株式会社（幹事）	34.19%
明治安田生命保険相互会社	32.91%
富国生命保険相互会社	14.90%
ソニー生命保険株式会社	1.00%
日本生命保険相互会社	10.00%
太陽生命保険株式会社	5.00%
第一生命保険株式会社	2.00%

⑩新規参入3社については、今秋から普及活動参加予定です。

6月の相談室

医院・住宅 新（改）築	6月8日(水)午後2時～	担当＝坂本建築士
ファイナンシャル	6月16日(木)午後1時～	担当＝三井生命のF C (ファイナンシャルコンサルタント)
法 律	6月16日(木)午後2時～	担当＝筋弁護士
雇 用 管 理	6月16日(木)午後2時～	担当＝本宮社会保険労務士
経 営	6月22日(水)午後2時～	担当＝花山税理士

開催日の3日前までに協会事務局へお申込み下さい。30分間無料です。

皆保険50周年講演会

皆保険制度成立 の意義と歴史

世界保健機構(WHO)は2010年度版の年次報告で、世界の全ての国に国民皆保険制度の必要性を説き、日本はその成功例だと紹介しています。しかし今、その制度が揺らいでいます。

成立から50周年を迎えた今年、なぜこの国で国民皆保険が成立したのか、改めてその歴史と意義を振り返り、考えたいと思います。講師の慶應義塾大学・池上直己教授は政府審議会等でも委員を務められ、厚生労働省「高齢者医療制度改革会議」でも的確な発言をされている医師・医療経済学者です。

講師 池上 直己氏

慶應義塾大学医学部
医療政策・管理学教室教授



講師略歴●

1975年慶應義塾大学医学部卒業、1982年慶應義塾大学医学部病院管理学教室講師、1988年同助教授、1990年慶應義塾大学総合政策学部教授、ペンシルベニア大学訪問教授、1996年慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授 現在に至る

6月11日(土)午後2時30分～4時40分(開場2時)

京都新聞文化ホール

(京都市中京区烏丸通夷川上ル 京都新聞社7F ☎075-213-8141)

※地下鉄烏丸線「丸太町駅」下車⑦番出口上がる

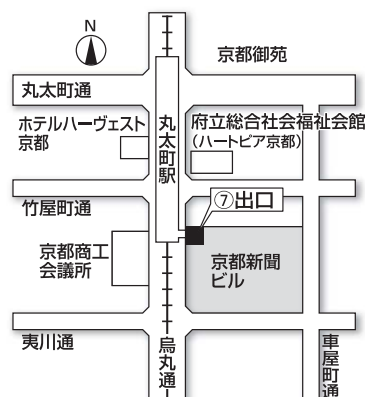
申込先着150人 参加費無料

共催 京都府保険医協会 京都府歯科保険医協会

後援 京都新聞社

申込 京都府保険医協会

〒604-8162 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637
第41長栄カーニブレイス四条烏丸6階
TEL 075-212-8877 FAX 075-212-0707
E-mail: info@hokeni.jp



予告

10月15日(土)午後、ハートピア京都(烏丸通竹屋町上ル)において、「社会保障憲章・社会保障基本法2011」講演・シンポジウムを開催予定。出演予定は、竹下義樹弁護士、渡辺治氏(一橋大学名誉教授)など

医療安全対策の心得と医事紛争事例集がDVDになりました!

『医療安全を身につけるために —医療安全研修DVD』



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

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

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

1セット（3枚組全305分）定価10,000円

京都協会会員特別価格：**5,000円**（税込・郵送料別）

他府県協会会員価格：7,000円（税込・郵送料別）

本DVDの特徴

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

【お申込み・お問い合わせ】 **京都府保険医協会**

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

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

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

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

会員の経営から生活までをまるごとサポート

京都府保険医協会では、医療機関の経営や会員医師の生活を幅広く応援します。



経営のリスクに備えて

団体割引
20%

① 医師賠償責任保険

- 建物・機器などの管理上のミス
- 医療行為上の過誤
- 院内給食による食中毒

オプション

- 勤務医の行為責任
- 医療従事者の行為責任
- 看護職の行為責任
- 医療廃棄物排出者責任

団体割引
5%

② 居宅介護事業者等賠償責任保険

- 介護事業者の業務遂行上の責任

③ 個人情報漏えい保険

- カルテ記載の個人情報漏洩

団体割引
20%

④ 針刺し事故感染症見舞金補償プラン(補償制度費用保険)

始めました!!

★4つのポイント!

この保険は身近なリスクである針刺し事故に対する見舞金制度です。

- 院長についても給付対象者に！（ただし、従業員等の加入が前提）
- 手術中の血液飛散による吸入事故も対象に！
- 見舞金の給付を受けた後でも、再度の針刺し事故で別の感染症に感染または発病した場合も、給付対象に！
- 保険料は確定方式。面倒な精算手続きはございません。

団体割引
20%

⑤ 休業補償制度

- 会員の療養休業による収入減
- 従業員の福利厚生

- 日常生活上の賠償責任(個人賠償責任)

集団扱制度

- ⑥ 自動車保険 5%
- ⑦ 火災保険 5%
- ⑧ 生命保険 約3%

一般契約より
割 安

より豊かな生活のために

団体割引
20%

⑨ 教育総合補償制度

(こども総合保険) 加入できるのは会員のご子息

- ご子息のケガや病気の補償
- 扶養者に万一のことがあった場合、育英費用のお支払い

⑩ 団体ゴルフ保険

加入できるのは
会員・家族

- ★ ゴルフ場や練習場等で競技・指導中
- 他人にケガをさせたり、他人の物をこわして損害賠償請求を受けたときの補償
- ご自身のケガを補償
- ゴルフ用品の盗難およびゴルフクラブの破損・曲損による修理等の損害額を補償
- 正規ラウンド中にホールインワン・アルバトロスを達成し、そのお祝いとして実際にかった費用を補償

団体割引
30%

始めました!!

⑪ 集団扱いペット保険

どうぶつ健保ふぁみりい

★「どうぶつ健保」の3つのポイント

- 入・通院日数が無制限！
- 高齢化を考えてご継続は終身OK！
- 選べる3つのプラン…90%プラン、70%プラン、50%プラン

協会提携 DC-VISA ゴールドカード

個人カード／家族カード／法人カード

- 年会費は永久無料
- 海外旅行傷害保険も自動付帯
国内旅行傷害もOK
- LOOK JTBの海外旅行代金
3%割引
- その他特典あり



生命保険いろいろ

- 生活設計を支援する生命保険も各種ご案内
- 加入している生命保険の見直しはライフカウンセラーのコンサルティングサービスで

ご相談・資料請求は、協会 経営部会までお気軽に

☎075-212-8877

取扱代理店 有限会社アミス 〒604-8162 京都市中京区烏丸通堀薬師上ル七観音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階

引受保険会社 ①～③、⑥、⑦ 株式会社損害保険ジャパン 京都支店 法人営業課 SJ10-02111 (2010/06/02)
〒604-8152 京都市中京区烏丸通錦小路上手清水町671 TEL 075-252-8030 FAX 075-223-2317
④～⑦、⑨、⑩ 三井住友海上火災保険株式会社 京都支店 法人営業第二課 3-B-10.0046 (2010年6月承認)
〒600-8090 京都市下京区綾小路通烏丸東入竹屋之町266 TEL 075-343-6143 FAX 075-343-6189
⑪ アニコム損害保険株式会社 〒161-8546 東京都新宿区下落合1-5-22 アリミノビル2F

この案内は各制度の概要を説明したものです。詳しい内容につきましては、取扱代理店または引受保険会社までお問い合わせ下さい。