

今月の主な動き

政府は5月17日、東日本大震災からの復興と、経済の停滞など震災以前から直面していた課題を乗り越え日本再生を目指す政策を定めたとする「政策推進指針」を閣議決定した。時間軸を「当面」「短期（今後3年程度）」「中長期」と3分割し、短期に取り組む政策に社会保障・税一体改革の実行や復興財源の確保などを提示。与謝野馨社会保障・税一体改革担当相は閣議後会見で「この閣議決定で、復興財源の確保と、社会保障・税一体改革、財政健全戦略を一体的に検討することが必要と合意された」と述べた。

一方、環太平洋戦略的経済連携協定（TPP）については「協定交渉参加の判断時期を総合的に検討する」という表現にとどめている。今後は、同指針に従い各政策分野の取り組みを進め、6月にも政策推進の全体像を取りまとめて公表するとしている。

また、6月2日の「社会保障改革に関する集中検討会議」では、社会保障改革案として2025年度の医療提供体制を完成形とする医療・介護サービスの改革シナリオをまとめた。急性期医療をはじめ長期療養・精神医療への医療資源の集中投入や在宅医療・介護の推進などにより機能強化や効率化・重点化を進め、11年度現在166万床ある入院病床（有床診療所を含む）を159万床に再編する。また、一般病床は

「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期等」に再編成し、「地域一般病床」を創設する考えも示した。



今後3年で社会保障・税一体改革を実行／政府の政策推進指針

政府は5月17日、東日本大震災からの復興と、経済の停滞など震災以前から直面していた課題を乗り越え日本再生を目指す政策を定めた「政策推進指針」を閣議決定した。時間軸を「当面」「短期（今後3年程度）」「中長期」と3分割し、短期に取り組む政策に社会保障・税一体改革の実行や復興財源の確保などを提示。与謝野馨社会保障・税一体改革担当相は閣議後会見で「この閣議決定で、復興財源の確保と、社会保障・税一体改革、財政健全戦略を一体的に検討することが必要と合意された」と述べた。

同指針は、与謝野担当相と玄葉光一郎国家戦略担

行 事	開始時間	場 所
1日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
5日(火) 各部会	午後2時	
12日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
13日(水) 医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	ルームC
ファイナンシャル相談室	午後1時	ルームC
21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
22日(金) 手話サークル	午後2時	ルームB
23日(土) 第641回社会保険研究会	午後3時	ルームA～C
金融共済委員会	午後5時	からすま京都ホテル
26日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
27日(水) 経営相談室	午後2時	アミス
31日(日) 第64回定期総会	午後1時	ホテルグランヴィア京都

※「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54～55ページ

当相がまとめた。財政・社会保障の持続可能性の確保を「従前からの大きな課題」と位置付け、今後3年程度で社会保障・税の一体改革を実行に移す。中長期では同改革を継続することで、財政・社会保障の持続可能性を確固たるものとする。そのために、6月末までに一体改革の成案を得るほか、2010年閣議決定した中期財政フレームを6月ごろに改訂し、経済成長、社会保障改革と一体的に財政健全化を推進する。政府の「新成長戦略実現会議」は5月から再開。日本の再生は「財政・社会保障の持続可能性確保」と「新たな成長へ向けた国家戦略の再設計・再強化」の2本柱で実現する。

一方、環太平洋戦略的経済連携協定（TPP）については「協定交渉参加の判断時期を総合的に検討する」という表現にとどめている。

今後は、同指針に従い各政策分野の取り組みを進め、6月にも政策推進の全体像を取りまとめて公表する。（5/18MEDIFAXより）

改革シナリオ「地域一般病床」創設へ／政府の社会保障改革案

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6月2日、社会保障改革案として2025年度の医療提供体制を完成形とする医療・介護サービスの改革シナリオをまとめた。急性期医療をはじめ長期療養・精神医療への医療資源の集中投入や在宅医療・介護の推進などにより機能強化や効率化・重点化を進め、11年度現在166万床ある入院病床（有床診療所を含む）を159万床に再編する考えだ。一般病床は「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期等」に再編成し、「地域一般病床」を創設する考えも示した。

改革推進のため15年までに8700億円程度の公費を投入し、一方で平均在院日数の短縮により4300億円程度を捻出する。それに向けて診療報酬・介護報酬の体系的な見直しを行い、一括的な法整備を目指して12年をめどに法案提出を想定している。

一般病床の2割程度を想定する高度急性期には、医療資源を集中投入して職員を2倍程度、単価（入院1日当たり費用など）を約1.9倍とし、平均在院日数を2割程度短縮（15～16日程度）する。一般病床の5割程度を見込む一般急性期では職員を6割程度増、単価約1.5倍とし、平均在院日数は33%程度短縮（9日程度）とする。一般病床の3割程度を見込む「亜急性期・回復期リハビリテーション等」はコメディ

カルを中心に職員を3割程度増やし、単価も約15%増とし、平均在院日数は2割程度短縮（60日程度）を想定する。地域に密着した病院については、高度急性期・一般急性期・亜急性期・回復期リハビリなどの機能を併せ持つ「地域一般病床」の概念も示した。

慢性期医療を担う「長期療養」では現在の医療区分2・3を医療とする考えで、コメディカルを中心に職員を1割程度増やし、単価も5%程度引き上げる。長期療養では在宅医療の推進・機能強化により、平均在院日数を1割程度短縮（135日程度）する。「精神」についてはコメディカルを中心に職員を3割程度増やし、単価を15%程度引き上げる。同時に、アウトリーチ（訪問支援）などの推進で平均在院日数の1割程度短縮（270日程度）や入院の2割程度減少を達成する考えだ。

その結果、11年度現在で107万床ある一般病床について、現状のまま推移した場合に25年度に129万床になるところを、高度急性期18万床、一般急性期35万床、亜急性期・回復期リハビリ等26万床、地域一般病床24万床の合計103万床に再編する。

長期療養は11年度23万床が現状のままなら34万床まで増えるところを28万床に、精神は11年度35万床が37万床となるとところを27万床に再編する。（6/3MEDIFAXより）

医療・介護で1.6兆円公費を追加／政府の社会保障改革案

政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」は6月2日、医療・介護サービスなどのあるべき姿を描いた社会保障改革案をまとめた。2015年度段階で、年金などを含む改革全体を通じた社会保障の充実で約3.8兆円の公費追加が必要と試算する一方、重点化・効率化で最大約1.2兆円の削減を見込んでおり、差し引きの公費追加は最大で約2.7兆円となった。このうち医療・介護の追加分は最大で約1.6兆円弱。財源捻出のため、消費税率を15年度までに段階的に10%まで引き上げることを明記した。消費税は社会保障の目的税とすることを法律上も会計上も明確にし、年金、医療、介護、少子化対策の「社会保障4経費」に使用することを打ち出している。

医療・介護分野は「サービス提供体制の改革」と「保険者機能の強化による医療・介護保険制度の改革」が柱。提供体制では、病院・病床機能の分化や在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築、重点化

に伴うマンパワー増強などに取り組む。効率化では、平均在院日数の減少や外来受診の適正化、介護予防・重度化予防などを掲げた。

保険者機能の強化には、短時間労働者に被用者保険の適用拡大を図ることなどを盛り込んだ。長期高額医療に対応できるよう、高額療養費も見直す。高額療養費の見直しに必要な財源は最大で約1300億円と想定しており、これは初診・再診時に患者が一定額を負担する「受診時定額負担」などで賄う。負担額は100円を例示した。制度設計は固まっているが、3割負担の被保険者の医療費が1000円の場合、300円+100円=400円を患者が負担し、保険給付が600円になる形を想定している。自己負担に上限を設ける「総合合算制度」については、必要な財源を最大約0.4兆円と試算した。

一方、70～74歳の窓口負担を2割に引き上げることや、高齢者医療費支援金の総報酬割導入、後発医薬品のさらなる使用促進などで効率化にも取り組む。

●15年度に財政健全化達成

今回の社会保障改革は、財源確保と財政健全化の同時達成を命題としている。このため消費税5%の引き上げ分は、制度改革に伴う支出増と税率引き上げに伴う支出増に1%ずつを充て、高齢化の進行に伴う社会保障費増や、年金の安定財源、赤字国債などで対応している現状機能の維持に1%ずつ、計3%を投入する。この3%分が国と地方のプライマリーバランス改善に寄与することで、財政赤字のGDP比を15年度までに半減する財政健全化目標の達成が見込まれるとした。

政府は今後、6月20日前後の成案決定を目指し、政府・与党の社会保障改革検討本部の幹部で構成する「成案決定会合（仮称）」や、政府税制調査会、民主党の「社会保障と税の抜本改革調査会」、集中検討会議で議論を進める。（6/3MEDIFAXより）

成案決定会合の設置を正式決定／社会保障改革検討本部

政府・与党の社会保障改革検討本部は6月3日の会合で、社会保障と税の一体改革成案を作成するため、関係閣僚と与党責任者の若干名で構成する「成案決定会合」の設置を決めた。6月20日前後の成案策定に向け、今週から会合を開く。

人選は、検討本部長の菅直人首相と、枝野幸男官房長官に一任。政府税制調査会や、民主党の社会保障と税の抜本改革調査会、有識者委員主体の集中検討会議の議論と連携しつつ成案をまとめる。

会合後に記者会見した与謝野馨社会保障・税一体改革担当相によると検討本部の議論では、民主党筆頭副幹事長の長妻昭氏が「次の総選挙は増税を掲げて勝つことが大事。選挙の前に消費税を上げることがないように」と指摘。与謝野担当相は「2011年度中に法的整備をすることと、増税は選挙後にするという民主党の公約について、（集中検討会議の）報告書は両方をきちんと考えている」と答えたという。

与謝野担当相はまた、地方自治体の声を反映させるため、法制化された「国と地方の協議の場」を6月13日に開くと会見で説明。「これだけでは不十分。政治家だけでなく、総務省、厚生労働省、財務省の詳しい人が集まり問題点を摘出する議論も必要」とした。（6/6MEDIFAXより）

一体改革成案へ税制議論開始／政府税調

政府の税制調査会（会長＝野田佳彦財務相）は6月7日、社会保障と税の一体改革の成案策定へ向け税制改正議論を開始した。改革案で示された消費税率引き上げによる安定財源確保策についてと、所得税や資産税など基幹的な税目の抜本改革の方向付けを主な議題とし、集中的に審議する。一体改革の成案が完成する予定の6月20日までに、税調としての意見集約を目指す。

政府の集中検討会議が6月2日にまとめた社会保

News Headline (2011年5月12日～6月13日)

【5月】◆炉心の大半が溶融と発表・東京電力（12日）◆国会へ復興法案を提出・政府（13日）◆浜岡停止66%評価・全国電話世論調査（14、15日）◆政府、TPP参加先送り（17日）◆日中韓首脳会談、風評被害防止で合意（22日）◆みずほ銀頭取、システム障害で引責辞任（23日）◆布川事件で再審無罪（24日）◆復興特区創設へ・政府（29日）◆起立斉唱命令は合憲、最高裁判決（30日）

【6月】◆自公、不信任案提出（1日）◆菅首相、退陣意向表明（2日）◆消費税10%を明記・集中検討会議（2日）◆不信任案否決・衆院本会議（2日）◆ドイツで2022年原発全廃を閣議決定（6日）◆古川さん宇宙へ打ち上げ成功（9日）◆ハッカー集団、逮捕に報復予告・ソニ個人情報流出問題（11日）◆パキスタン連続爆弾テロで34人死亡（12日）◆原発作業員新たに6人、被曝限度越え（13日）

障改革案に関する質疑が中心となった。消費税率を2015年度までに段階的に10%まで引き上げることに
関する指摘が多く「それが前提の議論なのか」などの
質問が出た。五十嵐文彦財務副大臣は「10%あり
きとは思っていない」とする一方、「集中検討会議が
出した案については真摯に検討すべき」と応じた。

また、片山善博総務相は改革案について「地方自
治体の意見をほとんど聞いていない」とし、「これか
ら聞くことにはなったが、そういうプロセスを踏ま
ないといけない。すぐに6月20日までなどと期限を
区切って進めるが、大事な問題を抜きに進めても世
間に出たらはじけてしまう」と苦言を呈した。

（6/8MEDIFAXより）

消費税「一度に5%はショック大」／内閣府 報告書、保険免責も

内閣府は5月30日に開かれた政府の「社会保障改
革に関する集中検討会議」に、消費税増税の際の論
点を研究した報告書を提出した。消費税の逆進性や、
マクロ経済に与える影響をまとめたもので、増税の
際は「段階的な引き上げ方が望ましい」と記載。引
き上げ幅や時期については明記していないが、「一度
に5%も引き上げるとショックが大きい」と書き込
んだ。消費税増税分を社会保障に充てる場合の経済
効果については「小さくない」とする一方、現行の
社会保障制度は「大胆な見直しが不可欠」とし、具
体策として、少額の医療費を医療保険の対象から外
す保険免責制の導入を例示した。

報告書は、集中検討会議の議論の参考にするため、
与謝野馨社会保障・税一体改革担当相がまとめるよ
う指示していた。「社会保障・税一体改革の論点に
関する研究報告書」と題している。取りまとめの中心
を務めたのは、同検討会議の吉川洋幹事委員と、東
京大の井堀利宏教授で、有識者からのヒアリングな
ども行った。

報告書では消費税の逆進性の問題について「生涯
所得で見た場合は縮小する」「生涯所得では比例税に
なる」などの研究結果を引用。逆進性の緩和策とし
ての軽減税率導入については「効果が小さい」とし
ている。消費税増税分を社会保障に充てた場合の経
済効果に関しては「払った税金が受益として返って
くることを実感できれば、制度に対する将来不安が
払拭され、経済に与える影響は小さくない」と説明。
ただし、社会保障の機能強化と制度の持続性に確信
が持てるような見直しが必要と考察している。

引き上げ方については、大幅に行うと経済の変動
を増幅する恐れがあるため段階的に行うべきと指
摘。経済への影響だけでなく、財政面の見通しや徴
税コストなど、実務上の問題も踏まえて検討すべき
と記載した。

財務省も消費税に関する資料を集中検討会議に提
出した。消費税の段階的引き上げに関する実務上の
論点をまとめている。軽減税率については「単一税
率と比べ税減収をもたらす」「高額所得者にも効果
があり逆進性対策の観点から効率的ではない」「逆進
性対策には、低所得者向けの給付措置など、より有効
な方策が考えられる」「事業者の事務負担などが増加
する」などを理由に「単一税率が望ましい」と否定
的だ。

内閣官房が前回の集中検討会議に示した試算で
は、社会保障改革や消費税増をしなかった場合、高
齢者の医療、介護、年金に必要な社会保障給付費の
公費負担と消費税収の差額が、2015年度に14兆円、
20年度に18兆円に達する。提出された資料は、こ
うした状況を踏まえ消費税を増税するための、本格的
議論に先立つ論点整理の意味合いもある。

（5/31MEDIFAXより）

予防接種施行令の一部改正を閣議決定／震災 対応で特例措置

政府は5月17日、予防接種法施行令の一部を改正
する政令を閣議決定した。施行令は公布日施行と
なるが、東日本大震災に伴い定期予防接種の対象年
齢を過ぎてしまった人を8月31日まで定期予防接種
の対象者とする特例措置の規定は3月11日にさかの
ぼって適用する。

一部改正では、麻しん、風しん、日本脳炎につ
いて、発生とまん延を予防するために▽2011年度の麻
しん・風しんの定期予防接種の対象者へ高校2年生
相当を含める▽日本脳炎について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、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歳未満を定期予防接種の対象者と
する一こととして、定期の予防接種対象者を拡大する。
（5/18MEDIFAXより）

消費税「引き上げありき」に異論／民主・調 査会

民主党の「社会保障と税の抜本改革調査会」（会長
＝仙谷由人・党代表代行）は5月31日の会合で、前

日に開かれた政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」の内容について内閣官房などから報告を受け、議論した。内閣府と財務省が集中検討会議に提出した消費税引き上げに関する資料について「最初から（財源として）消費税ありきではないはず。シナリオができすぎている」など、複数の議員から「消費税引き上げありき」という論調に対する異論が出た。

内閣府と財務省の報告書は消費増税の際の論点を記載したもので、「増税の際は段階的な引き上げ方が望ましい」「軽減税率の効果は小さい」などと記載しており、増税に向けた地ならしの意味合いを持っている。こうした内容について「逆進性がない、軽減税率に効果がないなどとし、消費税を上げるという結論を導いている」「消費者が選択できるような軽減税率はあってしかるべき」といった反論が参加議員の間から出た。「（増税するなら）痛みを分かち合うというのではなく、将来の不安を払拭するための財源が消費税だと打ち出さねばいけない」という意見もあった。

一方で仙谷会長は「どこかで安定的な財源をつくらねばならないのは間違いない。そういう前提で議論をしてほしい」と求めた。（6/1MEDIFAXより）

総合特区法案、衆院可決

特定地域に対して税制・財政上の支援措置などを加えた規制・制度改革を図る総合特別区域法案が5月17日、衆院本会議で共産、社民両党を除く賛成多数で可決された。

総合特区には「国際戦略総合特区」と「地域活性化総合特区」があり、いずれかに指定された地域では、工業地域に病院を建てるのが可能になる。地域活性化総合特区に指定された地域では、特別養護老人ホームの数が不足している場合、PFI（民間資金を活用した公共施設などの整備）方式で民間事業者が特養を設置できるようになる。（5/18MEDIFAXより）

電子レセで医療扶助分析／集中検討会議への厚労省案

厚生労働省は5月23日、「貧困・格差対策」「低所得者対策」についての改革案を政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」に提出し、生活保護制度について電子レセプトを活用した医療扶助分析やレセプト点検などの導入や、低所得者への対策として

「総合合算制度」を導入する方向性を示した。

貧困・格差への改革案では、求職者支援制度・総合支援資金貸付制度などの導入によるセーフティネットの多層化を推進するとともに、最後のセーフティネットである「生活保護制度」について生活保護法の改正を含めた改革を進める考えだ。

中でも生活保護費負担金の48.3%を占める医療扶助については、2011年度から本格運用となる電子レセプトを活用し、医療扶助の内容分析やレセプト点検の強化を図るとともに、▽生活保護受給者への請求が突出している医療機関への重点的監査・指導▽向精神薬の大量入手などの不適切な受診行動が見られる受給者への受診指導▽後発品の利用促進—を行う考えだ。いわゆる貧困ビジネスを排除する仕組みについても併せて導入したい考えだ。

生活保護制度とは別に、低所得者対策として世帯単位による自己負担額の「総合合算制度（仮称）」の概略も示した。15年以降に整備する「社会保障・税に関わる番号制度」導入によって世帯の自己負担状況を把握することが前提。医療保険・介護保険・後期高齢者医療・障害者自立支援・保育新システムの各制度の自己負担額の総額について、低所得者世帯では年収の一定割合が上限額となる。不足分は総合合算制度のための基金から総合合算給付費（仮称）として各事業者に支払う仕組みだ。

低所得者対策では、高額療養費制度の見直しや国民健康保険・介護保険での対策強化、非正規労働者への厚生年金・健康保険の適用拡大を併せて行う。

第8回社会保障改革に関する集中検討会議／内閣府／2011.05.23／99P（5/24MEDIFAXより）

社会保障の手続きを詳細分析／番号制度で厚労省

厚生労働省は5月23日、内閣官房による社会保障・税番号要綱に関する自治体担当課長向けの説明会で、厚労省が事務を担当する「社会保障分野サブワーキンググループ」の検討状況を報告した。社会保障分野の各手続きにどのような情報を利用しているか分析し、情報の取り扱いにどのような配慮が必要かについて個別に評価しているとした。

地方団体が寄せた提言をまとめた上で、100種類ほどの手続きについて必要な情報などを分析しているとした。例えば、児童扶養手当の認定手続きに必要な医師の診断書など、現行の仕組みでは書面ベースで扱っている情報について、診断書上のどの情報が

必要ななど実際に利用する情報を個々に分析しているとした。（5/24MEDIFAXより）

原発作業員の健康管理で対策推進室／厚労省

政府の原子力災害対策本部による「原子力被災者への対応に関する当面の取組方針」の決定を受けて、厚生労働省は5月20日、「福島第一原発作業員健康管理等対策推進室」を設置した。

室長には厚生労働省労働基準局安全衛生部長が就き、技術系放射線関係業務経験者など5人の専任室員や併任室員を含め20人程度で構成する。この他、現地对応の体制整備のため、福島労働局内に同室福島支部を設置し▽作業員の被ばく線量管理、臨時の健康診断の実施の徹底▽一定の緊急作業に係る作業届の確認▽長期的に被ばく線量などを追跡できるデータベースの構築による長期的な健康管理の実施—について、東京電力などとの連絡調整を図りながら、現地の状況を把握しつつ対策を推進していく。（5/23MEDIFAXより）

厚労省、災害医療検討会を設置へ／拠点病院の在り方など課題

厚生労働省は5月23日、東日本大震災を受け、災害医療体制の充実を図るため、災害医療の在り方に関する検討会を新たに設置し、年内をめどに検討結果を取りまとめる考えを明らかにした。震災対応で見送られていた「医療計画の見直し等に関する検討会」（座長＝武藤正樹・国際医療福祉大大学院教授）の会合が開かれ、医政局指導課の宮本哲也救急・周産期医療等対策室長が検討会の設置を明言した。初会合は2011年夏にも開く見通し。

宮本室長は今回の震災について▽地震より津波の影響が大きい▽阪神・淡路大震災よりも死亡者の割合が高く、負傷者が低い▽避難所生活の長期化に伴う慢性疾患患者の医療ニーズが多数発生した—などの特徴を示した。その上で、発災直後からDMATや医療関係団体などの医師派遣で対応したもの、被災地での今後の医師確保や医療機関間の連携が課題との見方を示した。

被災地の医療機関では道路網の損傷やガソリン不足から、職員の出勤や患者搬送、物資搬送が困難になったほか、多くの医療機関で通信手段の途絶や停電、断水などのインフラ機能が停止した。宮本室長は災害拠点病院にも被害が発生したと説明した上で「今後、拠点となる医療機関などが有すべき機能はど

のようなものであるべきかが課題だ」と述べた。

災害拠点病院には、各都道府県に1カ所設置する「基幹災害拠点病院」と、2次医療圏に1カ所設置する「地域災害拠点病院」があり、2011年1月現在で国の設置方針を上回る609病院が指定を受けている。（5/24MEDIFAXより）

イレッサ声明文案提供で局長ら訓告処分／厚労省

肺がん治療薬イレッサの訴訟をめぐり、厚生労働省が東京・大阪両地裁の和解勧告に疑念を示す声明文案を日本医学会などに提供していた問題で、厚労省は5月24日、間杉純医薬食品局長や平山佳伸審議官（医薬担当）らを訓告、阿曾沼慎司事務次官らを嚴重注意とする処分を決めた。訓告は局長と審議官以外に、室長以下2人を加えた計4人。嚴重注意は事務次官以外に、医薬食品局の安全対策課長、審査管理課長、総務課長の計4人。（5/25MEDIFAXより）

DPT—I PV導入へ、単抗原I PV開発を／予防接種部会

厚生労働省の厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会（部会長＝加藤達夫・国立成育医療研究センター理事長）は5月26日、ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオの4種混合ワクチン（DPT—I PV）が早ければ2012年度中にも導入される予定であることを踏まえ、導入時に3種混合ワクチン（DPT）の接種を始めた人でも、不活化ポリオワクチン（I PV）を接種できるようにするため「単抗原I PVの導入も併せて進めていくべき。DPT—I PVの導入から近い時期を目指して、単抗原I PVの国内使用が可能となるよう開発を進めるべき」との意見で一致した。

現在、日本の定期接種ではOPV（経口生ポリオワクチン）が使用されているが、極めてまれに、ワクチン接種者や2次感染で周囲の人にワクチン関連麻痺が発生することから、I PVへの切り替えの必要性が指摘されていた。

厚労省は、DPT—I PVの開発促進を求める文書を10年4月に発出。11年末には各社から順次、薬事承認申請が出され、早ければ12年度中にも導入される見通しとなった。厚労省医薬食品局審査管理課の成田昌稔課長は「品質の事前評価を実施している。承認後ただちに検定を行いたい」と述べた。

DPTとOPVの初回接種時期を見ると、DPTが約2カ月先行するため、DPT→IPVへの移行に当たっては、DPTの接種開始後でOPV未接種者に対する対応が必要となる。こうしたDPT接種開始後の人にポリオワクチンを接種するため、厚労省は単抗原IPVワクチンの開発の必要性を部会で説明し議論を求めた。

宮崎千明委員（福岡市立西部療育センター長）は「移行期は難しく、単抗原ワクチンがあれば現場はやりやすい」との見解を示した。厚労省医薬食品局血液対策課の三宅智課長は「DPT→IPVが年末には承認申請という状況まで来ている。単抗原IPVについても、できるだけ早く近い時期に取り組めるように考えたい」とした。（5/27MEDIFAXより）

持ち分なし医療法人移行へマニュアル／厚労省委託研究

厚生労働省は6月7日、2010年度医療施設経営安定化推進事業で実施した「出資持分のない医療法人への円滑な移行に関する調査研究」についての報告書を公表した。同研究では、持ち分のない医療法人への移行の障害要因についてヒアリング調査を実施。調査結果を踏まえ、税制を含めた障害要因克服のためのマニュアルを作成した。

06年の医療法改正によって、持ち分のある医療法人は新設できなくなったが、残余財産に関して経過措置を受ける持ち分あり医療法人は10年3月末時点で4万2902法人あり、全医療法人4万5989法人の93.3%を占め、持ち分のない医療法人への移行は進んでいない。

マニュアルでは、まず▽出資持ち分の払い戻し請求をされた場合の影響度の算定▽相続発生時の出資持ち分の影響度の算定▽理事などへ「特別の利益を与えること」—などについて現状を分析し課題を確認すべきとしている。その上で「特定医療法人」「社会医療法人」「一般の出資持ち分のない医療法人」「基金制度を採用した医療法人」「持ち分のない医療法人との合併」「持ち分のある医療法人（経過措置型）」「出資額限度法人（経過措置型）」について、移行の要件や課題、手続きを整理した。

（6/8MEDIFAXより）

医療経済実調、調査票を送付／厚労省

厚生労働省は6月7日、医療経済実態調査（実調）の調査票を医療機関に発送した。

調査対象となるのは、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り扱い件数が300件以上の保険薬局。無作為抽出で8874施設を選んだ。

調査対象期間は2011年6月1日から6月30日までの1カ月間と、09年度分、10年度分。調査票の提出期限は7月末。10月下旬に集計結果を中医協で公表する予定だ。

調査票依頼書では、実調が診療報酬改定論議の基礎資料となる重要なデータであるとして、医療機関に協力を呼び掛けている。

調査票には自由記載欄を設け、東日本大震災の影響を把握するため▽入院や外来の患者数▽患者1人当たりの平均収益の増減▽医療機関従事者の異動の影響▽前回改定の影響—などを自由に書き込めるようにした。（6/8MEDIFAXより）

全国15カ所で先行実施始まる／地域医療支援センター事業

厚生労働省が2011年度の新規事業として全国15カ所で先行的に設置する「地域医療支援センター」の選定結果が6月3日、本紙の取材で分かった。

国の補助事業として地域医療支援センターを設置するのは▽北海道▽青森県▽岩手県▽福島県▽新潟県▽長野県▽岐阜県▽静岡県▽京都府▽島根県▽広島県▽徳島県▽高知県▽大分県▽宮崎県—の15道府県。

厚労省は▽道府県内で医師数に格差がある▽人口10万人当たりの医師数が少ない▽へき地・無医地区が多い▽地元大学医学部卒業後に初期臨床研修で地元に残る若手医師の割合が低い—といった条件を満たす30弱の道府県から事業開始時期などを聴取し、各医療提供体制の状況を加味して選定した。各道府県担当者には4月に選定結果を連絡した。

厚労省医政局医師確保等地域医療対策室によると、青森県・岐阜県・静岡県・京都府・高知県の5府県では4月にもセンターを設置（既設を含む）し、事業を開始した。事業主体は道府県となるが、事業委託も可能なため、高知県と広島県では外部組織を活用するという。

医師確保対策を先駆的に進めてきた高知県では、高知大にセンターの運営委員会を設置するとともに、医師のキャリア形成支援や情報発信などを担ってきた一般社団法人高知医療再生機構に、センターの事業部門を設置する計画となっている。県の健康

政策部医療政策・医師確保課は「診療科ごとの医師の偏在などを調査した上で、運営委員会で調査結果を分析し、事業内容を企画立案する」とし、国庫補助による事業開始に向けて準備を進めている。

厚労省は、センターを都道府県が主体的に医師の地域偏在解消に取り組むためのコントロールタワーとして位置付けている。地域枠で医学部に入学した若手医師やセンターが確保した医師の人材プールを活用しながら、医師不足病院の医師確保と同時に医師のキャリア形成を支援する。道府県立病院や大学病院などに設置し、専任の医師2人・専従の事務職員3人を配置することが要件となっている。

厚労省は2011年度予算の特別枠の中で、センター設置に17億円の事業予算を要求したが、11年度予算は5.5億円にとどまり、15カ所で先行実施することになった。12年度以降に全国化を進めたい考えで、医師確保等地域医療対策室ではセンターの設置状況や効果などの経過を追跡していくとしている。（6/6MEDIFAXより）

厚労省改革案に批判的意見／経産省審議会が議論再開

経済産業省の産業構造審議会・基本政策部会（部会長＝伊藤元重・東京大大学院経済学研究科教授）は5月18日、東日本大震災で中断していた社会保障改革に関する議論を再開した。厚生労働省が政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」に改革案を提示したことを受け、経産省は部会に対し、給付や負担、成長戦略の在り方を論点として提示。厚労省案については「具体的でない」「耳障りのいい話ばかり」などと批判的な意見が目立った。

経産省の新原浩朗審議官は厚労省案について「全体を見ていると、（給付の）重点化・効率化は抽象的に書いてあるが、具体的には書いていない。給付だけが広がる内容になっている」と説明。給付の重点化・効率化の在り方や「自助」「共助」「公助」の整理が議論の論点になると述べた。

経済同友会社会保障改革委員長の高須武男委員（パンダイナムコホールディングス会長）は「厚労省案は、国民に耳障りのいい話ばかりが羅列されている。その項目を挙げたところで、制度の抜本的な改革にはならない」と批判。「財源がない中で国民が納得する社会保障制度をつくり上げるにはどうするかを議論しなければならない。既得権を得ている人にも我慢してもらわないと、日本の社会保障は成り立

たない」と述べ、踏み込んだ給付の効率化を行う必要性を指摘した。

日本経団連社会保障委員長の森田富治郎委員（第一生命保険会長）も「厚労省案は平面的なメニュー出し。求めているのは、各メニューの実行案と実行可能性、裏付けとなる財源の枠組みだが、それとは遠いものが出てきた」と述べた。さらに、厚労省案には「自助」の観点欠缺しているとの指摘もあった。（5/19MEDIFAXより）

予防接種法改正案が審議入り／衆院厚労委

弱毒性の新型インフルエンザに対応した新たな臨時接種の創設を柱とする予防接種法改正案は6月1日、衆院厚生労働委員会で細川律夫厚生労働相が趣旨説明を行い、審議入りした。

改正案で新設される新たな臨時接種は、国民に接種の努力義務を課さない一方、行政は接種を勧奨する。健康被害に対する救済額は、現行の臨時接種と2類定期接種の間とすることを政令で規定することとしている。

改正案は2010年の通常国会に提出され、参院通過後に衆院で継続審議となっていた。自民党は10年の参院で反対したが、賛成することを決めている。（6/2MEDIFAXより）

放射線被ばく「子どもは大人と区別を」／医師議連、官邸に要望へ

医系議員でつくる超党派の「適切な医療を実現する医師国会議員連盟」は5月31日、東日本大震災による福島第一原子力発電所の事故を受け、放射線被ばくに関する子どもへの対応は大人と区別すべきと訴える提言書をまとめた。被ばく量が年間20ミリシーベルトを下回る学校の校庭についても、除染をできるだけ実施すべきと主張している。近く提言書を官邸に提出する予定だ。

文部科学省は、福島県内の児童や生徒が受ける放射線量の限界値について年間20ミリシーベルトと暫定的に規定している。3月に発足した議連は、放射線を浴びる子どもの問題などについて、5月上旬以降、議論を重ねてきたという。提言取りまとめ後に会見した議連幹事長の櫻井充財務副大臣（民主）は「低線量を持続的に被ばくすれば、がんの発生率は直線的に増加すると考えている。被ばく量はできるだけ減らすべき」と語った。また櫻井副大臣は、放射線に関する情報提供の遅さが混乱を招いているとの

認識を示し、福島県内に限定せずに放射線の汚染マップを早急に作成すべきと訴えた。

他に提言書では▽学校の校庭だけでなく通学路にある公園や道路などでも早急に除染を実施すべき▽可能な限りの除染を実施した上で居住地域として適切か否かの判断をすべき▽個人情報に配慮しながら住民の健康状態を持続的に調査し、住民からの相談に応じる体制を構築すべき—と主張している。

（6/1MEDIFAXより）

RFO法改正案、国費投入認めず／民主、自民の主張受け入れ

民主党の拡大政調役員会は6月7日、今国会での議員立法を目指す年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）法改正案について、新たな地域医療機能推進機構への国費投入を原則的に認めない方針を盛り込むなど、自民党の主張を受け入れる形で改正案の修正を了承した。修正によって、新機構が病院や介護老人保健施設などを新設しないことも明記する。地域で必要とされる医療・介護の提供が確保される場合は、新機構による病院の譲渡を認める方針だ。

社会保険病院や厚生年金病院を管理するRFOの存続期限は2012年9月。民主、公明、社民の3党は、売却を主な業務とするRFOを地域医療機能推進機構に移行させ、病院運営を安定化させることを目指している。自民党はRFO法改正案に対して▽病院に税金を投入しない▽病院を新設しない▽病院の売却を可能な限り進める—などの条件付きで賛成する姿勢を示し、3党側に伝えていた。これを受けて民主党厚生労働部門会議は6月6日のコアメンバー会議で、修正の方向性について了承した。

●付帯決議「必要ない積立金残額は年金特別会計に」

改正案の修正では、災害時など特別な場合を除いて、政府が新機構に国費を投入することを認めない方針とした。また、民主党は付帯決議として▽新機構の病院譲渡収益や、病院運営に必要な積立金の残額は年金特別会計に納付する▽年金特別会計への納付見込み額があれば中期計画に盛り込んで公表する▽RFOは改組されるまで病院譲渡に向けた取り組みを引き続き進める▽新機構に対する天下りは認めない▽新機構発足から5年をめどに地域医療の状況などを勘案し、新機構の役割・在り方を検討する—といった方針を盛り込みたい姿勢だ。

（6/8MEDIFAXより）

京都地域包括ケア推進機構を設立／京都府と府医など

京都府は6月1日、京都府医師会などと共同で「京都地域包括ケア推進機構」を設立した。京都府医師会館で開かれた設立総会では、森洋一・京都府医会長のほか、山田啓二・京都府知事、門川大作・京都市長、柏原康夫・京都府社会福祉協議会長ら、機構を構成する4団体の代表が集まり、規約案や2011年度当初予算案などを決定した。都道府県単位で関係団体による地域包括ケアの推進機構設立は全国で初めてという。

地域包括ケア推進機構は、団塊世代が高齢化のピークを迎える25年を標的として「オール京都体制」で医療、介護、福祉の一体的な施策推進を進める。地域包括ケアの「ワンストップ機能」を持つことが目的。事務局は医師会館内に置く。理事長には井端泰彦・元京都府立医科大学長が就任した。

京都府知事選で、地域包括ケア推進機構の設立を公約としていた山田知事は、総会の挨拶で「国は社会保障制度の一体改革の論議をしているが、財政問題に終始し、あるべき地域体制の構築に関しての論議に欠ける。われわれはそれに反論ばかりしていても仕方がない」として、「京都から地域包括ケア体制の先進基盤をつくり、京都方式を確立する」とアピールした。

地域包括ケア推進機構の役割については「実際の地域の体制づくりは市町村が行うが、それは横串であり、うまく機能するようサポートするのが今回の機構」として、「縦の連携」を行う意思疎通機関として機能させる戦略を示した。総会後のシンポジウムで山田知事は「今後の高齢化社会政策は、現状の行政対応ではうまくいかない。われわれ自身が追い込まれている。行政のパラダイムを変えていかなければならない」と強調した。

一方、森会長は総会とシンポジウムで「高齢化に対応するには地域力は弱体化している。われわれは開かれた医師会として、京都方式を通じて多様な機関との連携体制を構築する」との決意を強調。京都府医が6年前から在宅医療提供体制づくりに取り組み、08年からは多職種との連携を踏まえた在宅医療サポート体制を取っていることや、その一環として4月から医師会館内に在宅医療を学べるトレーニングセンターを整備したことなどを紹介した。

京都府は地域包括ケア推進の設立を視野に11年度、36億5000万円の地域包括ケア総合交付金の創設

を予算化した。地域包括ケア推進機構は、医師、ケアマネジャーらスーパーバイザーの配置など「市町村伴走型」支援のプロジェクトを進める予定で、11年度は▽在宅療養あんしんネットワークのシステム化▽認知症疾患医療対策の充実▽総合リハビリの充実—などに取り組む。（6/2MEDIFAXより）

26項目の改定要望を説明／日精協代議員会

日本精神科病院協会の医療経済委員会は5月13日の定期代議員会で、次期診療報酬改定に向けた要望項目を報告した。精神病棟入院基本料や重度認知症患者デイ・ケア料の引き上げのほか、多職種による「精神科入院長期化予防・退院促進加算」や「精神科隔離管理加算」「精神科安全保護管理加算」「重度認知症患者デイ・ナイト・ケア」の新設など26項目を盛り込んだ。

26項目の要望について説明した菅野隆常務理事は、精神病棟入院基本料の引き上げについて「精神病棟の出来高入院料は一般病棟入院基本料と比べ低い設定となっている。人員配置では看護師数で診療報酬が決まってしまう。特に精神科では精神保健福祉士や准看護師などを他科に比べ厚く配置している」と述べ、「チーム医療という観点から看護師の人員だけではなく、他の職種の配置なども勘案して診療報酬を決めていただきたい」とした。

また、日本精神科病院協会の山崎学会長は5月13日の定期代議員会で、2012年度の診療報酬・介護報酬改定について「大震災によって改定財源が不透明であることや、6月にまとまる予定の税と社会保障の一体改革の検討結果などを見極めながら、同時改定があってもいいように準備を進めていくが、基本的には日本医師会と同調して、診療報酬改定の凍結を当面の間は主張していくとの結論を常務理事会で得た」と述べた。（5/16MEDIFAXより）

勝村委員の後任に花井委員／中医協

中医協の支払い側委員として、新たに花井十伍氏（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）が加わった。任期満了に伴い退任した勝村久司委員の後任。花井委員は5月18日の総会で、自身が薬害被害者でありながら、一方では医薬品のイノベーションによって生命が助かった立場であることに触れ、「患者が少しでも喜ぶような医療を実現したい」と抱負を述べた。（5/19MEDIFAXより）

先進医療制度の見直し案を了承／中医協総会

中医協は5月18日の総会で「先進医療制度」の運用見直し案を了承した。海外実績で一定の安全性が確認されている抗がん剤で、企業による開発や治験が長期間見込めない場合に、国内未承認の医薬品でも先進医療の対象とする。最終的には先進医療制度で得られたデータを薬事承認にも活用できるようにする。

先進医療として適格かどうかの判断は、「先進医療専門家会議」と「高度医療評価会議」を一本化した「先進医療会議（仮称）」で行う。一本化することで事務手続きを迅速化し、患者アクセスを早める。

先進医療を行う実施医療機関群もあらかじめリストアップしておく。厚労省は実施医療機関群として、国際的なGCP水準で臨床研究を実施できる臨床研究中核病院や、都道府県がん診療連携拠点病院、特定機能病院などを想定している。

（5/19MEDIFAXより）

改定率1.53%「国に返す必要あり」／消費税問題で四病協税制委

四病院団体協議会医業経営・税制委員会は「控除対象外消費税」問題の解消に向けて、社会保険診療に対する消費税を「原則課税」に改めるには、医療機関の負担を補填するため過去の診療報酬改定で上乗せされた合計1.53%の改定率を「国に返す必要がある」との認識で一致した。今後、患者の負担増につながらない原則課税の仕組みを検討し、7月末までに新たな制度設計の案をまとめる計画だ。

同委員会の伊藤伸一委員長（日本医療法人協会副会長）は5月24日、本紙の取材に応え「控除対象外消費税を診療報酬で補填する手法を今後も繰り返すことには反対、との方向で一致した」と述べた。消費税の10%への引き上げも取りざたされる中で、同委員会では、過去に受けた補填分を清算し「税と診療報酬の完全分離」を進めたい考えだ。

社会保険診療は消費税が非課税となっているため、医薬品などの仕入れの際にかかる消費税について医療機関は「最終消費者」である患者から徴収できず、控除対象外消費税として医療機関の負担となっている。これを補填するため、1989年の消費税導入時の診療報酬改定0.76%（本体0.11%）と、税率が5%となった97年の診療報酬改定0.77%（本体0.32%）の合計1.53%（本体0.43%）が上乗せされた。

伊藤委員長は「診療報酬で補填された基準寝具加

算や検査などは今では項目としても消滅しているが、補填されたという事実を認識することが必要だ。1.53%の補填を受けたことを前提に、原則課税につなげるためのスキームを検討する」と述べ、基本的考え方として▽消費税と診療報酬は完全に切り離す▽患者の自己負担アップにつながる設計はしない▽税率アップの前に「1.53問題」を解決する一を挙げた。

●診療報酬1.53%引き下げに理解は？

補填分の1.53%の「国への返し方」について、伊藤委員長は「1.53%の診療報酬引き下げに中小病院などの理解が得られるかどうかは今後のカギになる」とし、補填分を数回の改定に分けて引き下げるなど、具体的な方法を詰める必要があるとした。

原則課税の制度設計については、患者が窓口で支払う一部負担金にいったん課税。その課税分を病院が窓口で立て替え還付し、病院が控除を受ける仕組みを検討している。輸出免税制度などのように医療機関が新たな負担を強いられない新たな仕組みについても検討している。医業経営・税制委員会は、こうした仕組みの実現可能性について具体的な協議を重ねていく。(5/25MEDIFAXより)

「1.53%問題」解消に一定の理解／病院団体トップ

四病院団体協議会医業経営・税制委員会が「控除対象外消費税」問題の解消に向けて、過去の診療報酬改定で上乗せされた合計1.53%の改定率を「国に返す必要がある」との認識で一致したことを受け、日本病院会の堺常雄会長は「1.53%が診療報酬のどこに入っているのか、色が付いているならば見せてもらいたい」と不満を示しながらも「税制委員会の方針は理解できる」と述べた。

日本精神科病院協会の山崎学会長も、税制委員会の方針を支持し「1.53%は診療報酬改定で返すべき」と主張。社会保険診療にかかる消費税については、軽減税率の導入が選択肢の一つになるとの考えを示した。

全日本病院協会の西澤寛俊会長は「控除対象外消費税の問題は、1.53%問題に決着をつけることから議論は始まる」と述べた。(5/25MEDIFAXより)

同時改定「延期論にくみしない」／全自病が立場を表明

全国自治体病院協議会は5月25日、常務理事会で2012年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に対する

全自病の見解について協議し、全会一致で「延期せず、予定通りに進めるべき」とする立場でまとめた。邊見公雄会長が会見で明らかにした。

邊見会長は同時改定について「見送りせず、粛々と進めるべき。延期論にくみしない」と主張。「次回改定に向けた議論では、われわれの会員の7割を占める中小病院の期待に添えられるような議論をしたい」と述べた。

また、小熊豊副会長は「医療提供体制や診療内容の在り方の検討を止めてはならない。粛々と医療の在り方を提言していくべきだ」と大震災が改定延期の理由にならないと指摘した。

(5/26MEDIFAXより)

子どもの放射線被ばく量「減少対策を」／日医など文科相に要望

日本医師会は5月23日、子どもの放射線被ばく量の減少に取り組むよう求める要望書を高木義明文部科学相に提出した。日本小児科学会など4団体も趣旨に賛同し、要望した。日医の保坂シゲリ、石川広己両常任理事と日本小児科学会の五十嵐隆会長が文部科学省を訪問し、笠浩史政務官に要望書を手渡した。

要望書では、文科省が幼児、児童、生徒が受ける放射線量の限界を年間20ミリシーベルトと暫定的に規定したことを「根拠が希薄」と指摘。特に成長期にある小児については「可能な限り放射線被ばく量を減らすことに最大限の努力をすることが国の責務」と求めた。併せて、子どもたちが生活する場所の放射線量についてより多くのポイントで測定することや、正確な情報を迅速に分かりやすく公開することも求めた。

日本小児科学会のほか日本小児科医会、日本小児保健協会、日本保育園保健協議会が日医の要望の趣旨に賛同し、共に被ばく量の減少対策に取り組むことを求めた。(5/26MEDIFAXより)

保険医取り消し二審も違法／国側の控訴を棄却

対面での診察をせずに診療報酬を請求したことを理由に保険医登録などを取り消された甲府市の小児科医院「みぞべこどもクリニック」の溝部達子院長が、国の処分取り消しを求めた訴訟の控訴審判決で、東京高裁は5月31日、請求を認めた一審甲府地裁判決を支持、国側の控訴を棄却した。

園尾隆司裁判長は「保険医登録取り消しなどは事

実上、医療機関の廃止を意味する極めて重大な不利益処分。動機や事情を考慮しなければならない」と指摘。

院長の行為を「保険診療上は許されないが、患者のための行為だった」と判断して「処分は社会通念上、著しく妥当性を欠き、裁量権を逸脱し違法」とした2010年3月の一審判決を踏襲した。

判決によると、溝部院長は、患者本人ではなく家族に病状を聞いて薬を処方するなどして診療報酬を不正請求したとして、05年11月、山梨社会保険事務局（現関東信越厚生局山梨事務所）から保険医療機関指定と保険医の登録取り消し処分を受けた。

厚生労働省保険局は「厳しい判決と受け止めている。内容を精査の上、今後の対応を決めたい」としている。（6/1MEDIFAXより）

入院基本料の定義明確化、要望は継続／日病協

日本病院団体協議会の代表者会議が5月30日開かれ、会議後、西澤寛俊議長（全日本病院協会会長）は、記者団に対して、入院基本料などのコスト調査の実施は難しいとの検討結果を中医協のコスト調査分科会が5月18日の中医協総会で報告したことについて「日病協としては、入院基本料の定義の明確化が重要との認識で一致している。次期診療報酬改定に間に合わなくても、入院基本料に何が入っているのか、明示してもらおうよう継続して主張していく」と述べた。これまでの改定要望では、入院基本料のアップを重点要望項目としてきており、今後も入院基本料は日病協としての重点課題の一つに変わりはないとしている。

次期診療報酬改定に向けての日病協の活動については、7月中に実務者会議で要望事項を取りまとめ、代表者会議に提出される見通しとした。要望事項としては、在宅医療、救急医療、DPC関連項目などが検討されている。要望書は、代表者会議で協議し最終決定する。

一方、次期診療報酬改定の実施の是非については、出席団体から「日本医師会は同時改定の見送りを主張しているが、介護報酬改定についての（審議会などでの）議論はどうなっているのか」との質問が出たという。西澤議長は「日病協として次期診療報酬改定の見送りの是非をめぐる議論を行う時期ではない」との見解を繰り返し、次期改定への考え方や戦略は各団体さまざま一つの方角への集約は困難とした。（5/31MEDIFAXより）

国庫補助率20%へ支援要請を／全国健康保険協運営委

全国健康保険協会運営委員会は5月30日、同協会理事長に対し、協会けんぽへの国庫補助率20%の実現に向けて厚生労働政務三役や政府・与党に財政支援を働き掛けるよう求める意見書を提出した。

意見書では、国庫補助率が現在の16.4%で継続した場合、2012年度の保険料率は全国平均で9.8－9.9%に引き上がり、医療費の高い都道府県では10%を超える恐れもあると指摘。13年度以降も保険料率引き上げは避けられないと危惧した。

国庫補助率の上限は健康保険法で20%と定められている。協会けんぽへの国庫補助率は09年度までは13%だったが、健康保険法改正で10－12年度は時限措置として16.4%となった。

全国健康保険協会企画部は本紙に「意見書は要望書として厚生労働省に提出する。厚労政務三役や政府に対しても引き続き粘り強く働き掛ける」と答えた。13年度以降についても「法律の範囲内で、できる限り国庫補助率の引き上げを求めている」とした。（6/1MEDIFAXより）

新規医療技術の評価方針を決定／中医協・医療技術評価分科会

中医協の医療技術評価分科会（分科会長＝吉田英機・昭和大名誉教授）は6月2日、2012年度診療報酬改定に向けて、新規医療技術の評価や既存技術の再評価の方針を決めた。前回改定では非公開のワーキンググループを設置し、1次評価と2次評価の2段階評価を行っていたが、中医協で「議論を透明化すべき」との指摘が出ていたため、ワーキンググループの設置を取りやめる。

今後は6月下旬までの間、関係学会から保険収載を希望する新規医療技術や再評価が必要な技術の提案書を受け付ける。提案書では、有効性、安全性、技術的成熟度、倫理性・社会的妥当性、普及性、既存技術と比較したときの効率性などについて根拠を求める。また保険未収載技術については、提案書を提出する際に、技術の概要をまとめたA4用紙1枚の分かりやすい説明書の添付も求める。

提案対象となる項目は、医科診療報酬点数表の第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第13部（病理診断）、歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第14部（病理診断）に該当する技術。要望できるのは、日本医学会分科会、内科系

学会社会保険連合（内保連）、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）、日本歯科医学会分科会のどれかに属する学会と、日本薬学会、看護系学会等社会保険連合。

提案書提出後、関係学会からヒアリングを実施する。それを踏まえて7-9月ごろに、厚生労働省が提案された技術の評価案を作成する。評価案では▽幅広い観点から評価が必要な技術▽エビデンスが不十分と考えられる技術▽評価対象外（薬事未承認の医薬品・医療機器を使う技術など）—の3パターンに振り分ける。

10月以降、医療技術評価分科会では厚労省の評価案を基に、保険適用の優先度と評価案の妥当性を評価し、最終的に保険適用の優先度が高いと考えられる技術を選び出していく。前回改定では「新規保険収載する優先度が高い未収載技術」が72件、「適応疾患の拡大等の優先度が高い技術」が11件、「再評価する優先度が高い既収載技術」が116件選ばれた。

医療技術評価分科会の評価結果は、最終的に中医協総会に報告する。（6/3MEDIFAXより）

2025年の医療・介護の在り方提言／全日病「病院のあり方」報告

全日本病院協会の「病院のあり方に関する報告書2011年版」がまとまった。同報告書の作成は今回で6回目。11年版のテーマは「高齢社会がピークに達する25年の日本における医療介護提供のあり方」で、医療・介護の直近の情勢にとらわれずに「社会構造の変化や経済の将来見通しも踏まえた現実的な対応と、理想的な医療提供の姿」を検討した。取り上げたテーマは「医療圏」「医療の質」など8つ。今回初めて「産業としての医療」も取り上げた。「医療基本法」についても触れ、あらためて同法の制定を求めている。6月4日に開く総会で公表する。

報告書は「総論」で、25年の医療・介護の提供に影響する主な変化として「人口減少・少子高齢化」「短・長期の入院患者の大幅増加」を挙げた上で、社会保障費・医療費の伸びに対する財源の確保と、専門職不足が大きな懸念材料になると指摘。急性期医療の提供について「社会保障国民会議のB3シナリオのような集約化が求められる」としたが、同時に慢性期疾患管理では▽かかりつけ医機能の徹底▽医師などによる定期巡回制度の導入—などを挙げ、救命救急では医療圏を越えた協調・協同の仕組みなどを求めている。

医療・介護施設の機能分化と集約化・連携については「国民の責務」と表現。国民に健康管理や健診受診などを求めた。

公的財源が限られた場合には「保険診療の範囲」が議論になるとし、「最先端医療」「超高齢者」に対する医療提供の在り方を検討した上で「一定程度の制限」も必要とした。

医療圏については、基本的には「日常生活圏」で考えることを提案。▽大都市部▽その周辺の衛星都市▽人口密度が低く広域医療が必要な地域—に分け「集約化・連携」を進め、郡部・へき地などでは「中核病院の充実と周辺医療機関との連携体制確立」「受診を容易にする交通手段」などを確保すべきとしている。

産業としての医療では、医療が疾病予防・治療を通じて「労働人口増に貢献」してきたと指摘。社会のセーフティーネットとして、医療費の伸びは容認しなければならないとした。「医療の質」「医療情報システム」では、病院の取り組みの中で質の担保とICTは必須のものになるとした。

東日本大震災が発生したことを考慮し大胆な提言は控えたとしており、今後の社会保障と税の一体改革の行方などを見極めて、11年度後半にはさらに踏み込んだ提言を再度行うとした。

（6/3MEDIFAXより）

中医協臨時総会、実調の実施決定／「必ずしも改定につながらない」

中医協（会長＝森田朗・東京大大学院教授）は6月3日、臨時総会を開き、東日本大震災の影響を把握しながら医療経済実態調査（実調）を実施することを決めた。診療報酬改定を実施するかどうかの判断は厚生労働大臣の専権事項であることや、実調の実施が必ずしも改定の実施につながるわけではないと厚生労働省が説明したため、前回の総会で実調に「待った」をかけた診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）も理解を示した。厚労省は6月4日も調査票を発送する。

ただ鈴木委員は、次期改定に使えるデータかどうか調査結果の分析が必要としたほか、単月の調査期間が2011年6月分だけでは実態を把握できないとして調査期間に一定の幅を持たせることなどを併せて要望した。

一方、支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「完璧に実態を反映した調査は難しいかもしれな

いが、調査を行わなければ失うものが大きすぎる。被災地に配慮しながらできる範囲で調査し、その他のデータと比較しながら影響度を評価すべき」と主張。最終的には森田会長が「引き続き検討が必要なのは調査実施小委員会で議論することとし、中医協では承認する」とまとめた。

厚労省案によると、実調の調査対象期間は、09年度分、10年度分、11年度6月単月分のデータ。厚労省は調査結果を踏まえて6月単月分以外のデータを取るかどうかを検討する方針。特に甚大な被害を受けた▽損害保険全損区域▽郵便物等の配達困難地域▽原子力災害による避難区域一などは調査対象から外す。その他の被災地については事前に電話で協力要請した上で調査票を送る。

調査票には自由記載欄を設け、震災の影響把握に努める。入院や外来の患者数、患者1人当たりの平均収益の増減、医療機関従事者の異動の影響、前回改定の影響などを自由に書き込めるようにする。集計段階では、全国規模の集計のほかに、被災地を除いた集計や、被災地の回収率を補正するデータ集計なども行う。さらに厚労省のメディアスデータや、毎年7月1日時点の施設基準の届出状況報告、医療施設動態調査、病院報告等、毎月勤労統計調査、被災自治体の調査なども活用し、震災の影響を考察する予定。

実調の調査票は6月4日にも発送し始める。回答期限は7月末。8－9月に調査票の不備補正や照会、集計、分析を行った上で、10月の調査実施小委員会と総会で結果を発表する。（6/6MEDIFAXより）

政府案「社会保障改革とは言い難いつじつま合わせ」／日薬

日本薬剤師会（児玉孝会長）は6月3日、政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」が6月2日に公表した社会保障改革案で、医薬品の患者負担見直しが盛り込まれたことについて「社会保障改革とは言い難い、単なる財源上のつじつま合わせであり、強く反対する」との見解を発表した。

日薬は、改革案についておおむね妥当だと一定の理解を示す一方で、改革案の文言からは医療用医薬品に類似の市販医薬品がある場合は市販医薬品の価格を参考に医療保険での給付に格差を付けると読み取れるとして強く反発。疾病の違いや使用する医薬品によって保険給付に差がつき、必要な医薬品が使用できなくなるとの懸念を示した。

また高額療養費の見直し策として、初診・再診時の患者負担に100円を上乗せする定額負担制度を盛り込んだことについても反発。皆保険制度で確保するフリーアクセスを阻害するもので、患者の受診抑制や重症化に直結する大きな問題だと指摘。混合診療導入に向けた施策ではないかとの懸念もあるとして「到底容認できるものではない」とした。

消費税率を上げる方向性については、医療機関・薬局での「控除対象外消費税」の問題への十分な議論が不可欠とした。（6/6MEDIFAXより）

介護保険編

改正介護保険法が成立／来春から施行

介護療養病床の廃止延期や、24時間対応の新たな訪問サービスの創設などを盛り込んだ介護保険法等改正案（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）は6月15日、参院本会議で共産党などを除く賛成多数で可決、成立した。改正法は一部を除き2012年4月1日から施行される。

●細川厚労相「成立は喜ばしい」

改正法成立を受け、細川律夫厚生労働相は取材に対し「大変喜ばしいこと」と語った。細川厚労相は、高齢社会が進む中で、現在は介護保険法を改正すべき時期だったとの認識を示し、改正法で地域包括ケア推進を図ることについて「お年寄りの皆さんにとって良いことだと思う」と述べた。

（6/16MEDIFAXより）

改正介護保険法でこう変わる／変更・創設のポイント整理

2012年度の介護報酬改定と、第5期介護保険事業計画の開始を見据えて必要な法整備を行う「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」が6月15日、成立した。介護療養病床の廃止など、医療・介護関係者から見直しを求める声が上がっていた施策に一定の変更を加えるとともに、高齢者が重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう新たなサービスを創設する。保険料の上昇緩和に向け、都道府県に設置している基金の取り崩しも可能にする。施行は12年

4月1日で、介護療養病床廃止の延期など一部については11年6月22日の公布日に施行する。改正介護保険法の主なポイントについてまとめた。

①介護療養病床の廃止は6年延期へ

06年の医療制度改革で11年度末までに全廃することが法律で決まっていた介護療養病床は、同法案の成立により、既存病床に限って17年度末（18年3月31日）まで存続が可能となる。06年に約12万床あった介護療養病床は、10年6月時点で約8.6万床残っており、介護施設などへの転換が進んでいない状況だ。厚生労働省が10年に実施した転換意向調査で、約6割の介護療養病床の転換先が「未定」であることも判明。こうした状況を背景に、11年度末での廃止は困難という結論に至った。ただ、厚労省は将来的に介護療養病床を廃止するという政策方針は維持しており、今後、転換の受け皿として創設した介護療養型老人保健施設に対する報酬上の評価などで転換を進めていく考えだ。

②介護職のたん吸引・経管栄養

12年度から医師、看護師との連携を前提に、研修を受けた介護職員らにたん吸引と経管栄養の実施を認める。現在、通知により実質的にたん吸引や経管栄養の実施が運用上認められている介護職員らについては、経過措置として11年度中に希望した場合、現在認められている行為・範囲に限って実施を認める認定証を発行する。それ以外の範囲も実施したい場合は、追加研修の受講を義務付ける。

実施に当たっては、講義・演習などが中心の基本研修と実技を行う実地研修で構成する総合的な研修の受講が必須。研修時間など具体的な内容については、現在実施中の試行事業の検証を進め「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」で決定する方針だ。

介護福祉士の標準業務としても位置付ける。16年1月実施の介護福祉士国家試験からたん吸引などについての内容を組み込み、17年度からは標準業務としてたん吸引と経管栄養を実施できる介護福祉士が登場する。

③24時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」

重度の要介護者の在宅生活も24時間365日支えるサービス「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設する。訪問介護と訪問看護の組み合わせを軸に、定期的な10～15分の短時間訪問とオンコールで対応するサービスを組み合わせる。具体的なサービス提

供体制などについては、現在、社会保障審議会・介護給付費分科会で検討中。24時間型のサービス創設を改正案に盛り込むに当たり、モデル事業を実施した民間シンクタンクによるシミュレーションでは、1事業所当たり45人の利用者を見込んだ場合に必要な職員は、常勤換算で介護職員22.8人、看護職員1.71人、面接相談員1人。利用者からのコールなどを受け付けるオペレーターは1事業所当たり常時1人としている。

すでに介護給付費分科会では、このシミュレーションで示された「約2対1」の職員配置などを参考に、特別養護老人ホームのユニット型と比較した介護報酬規模などを議論している。

24時間型サービスは、厚生労働省と国土交通省の共管事業として創設した登録制度「サービス付き高齢者向け住宅」の利用者も対象となるが、介護給付費分科会では、地域に点在する高齢者宅を時間をかけて回りながらサービスを提供する場合と、高齢者向けの集合住宅での効率的なサービス提供は別に考える必要があると指摘されている。

④情報公表制度は年1回の調査義務を撤回

提供している介護サービスの情報を公表し、それにかかる手数料を事業者が負担する「介護サービス情報公表制度」についても見直しを行う。年1回の実施を義務付けていた調査員による事業所調査について、都道府県が必要と判断した場合に限り実施することにする。さらに、情報公表にかかる事務を効率化することで、事業者が払う手数料に頼らずに運営できる仕組みを目指す。同制度をめぐっては、事業者が手数料を負担する仕組みとなっていることなどについて、見直しを求める声が関係者から上がっていた。厚労省は今後、都道府県が事業所調査に関する指針を作る際のガイドラインを示す方針だ。

⑤複合型サービス

医療ニーズの高い利用者に対応すべく、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の併設を主に想定した複合型サービスも新たなサービス類型として創設する。「当面は小規模多機能と訪問の組み合わせについて詳細を検討している」（老健局振興課）が、条文では▽訪問介護▽訪問入浴介護▽訪問看護▽訪問リハビリテーション▽居宅療養管理指導▽通所介護▽通所リハビリテーション▽短期入所生活介護▽短期入所療養介護▽定期巡回・随時対応型訪問介護看護（前呼称＝24時間地域巡回・随時訪問型サービス）▽夜間対応型訪問介護▽認知症対応型通所介護▽小規模

多機能型居宅介護一の居宅系サービス同士の2種類以上の組み合わせが可能となっている。

⑥財政安定化基金取り崩しで保険料の上昇緩和

65歳以上の第1号被保険者が払う保険料の上昇を抑えるため、都道府県に設置している財政安定化基金を12年度に限り取り崩せるようにする。第4期(09-11年度)に全国平均4160円だった第1号保険料は、高齢化による自然増などの影響から、第5期には5000円を上回る見込みだ。国、都道府県、市町村で3分の1ずつ拠出している財政安定化基金は、介護保険財政が苦しくなった場合に市町村に貸し付け・交付する仕組み。厚労省によると、第3期以降、貸付率は大きく低下しており、第4期末の残高は推計で全国約2850億円となる見通しだ。厚労省は、同基金の取り崩しで50円程度の保険料軽減につながる可能性があるともみている。市町村準備基金についても、取り崩して保険料軽減に活用できるようにする。

⑦介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者・介護予防事業対象者に介護予防サービスなどを包括的に提供する「介護予防・日常生活支援総合事業」を創設する。ケアマネジメント、介護予防、生活支援の実施を必須条件に、市町村が地域の実情に合わせて家事援助や機能訓練など介護保険の予防給付と、見守り・配食サービスなどの保険外サービスを合わせて、1つのパッケージとして提供できる制度。従来の予防給付も引き続き継続するため、実施する際は、市町村の手挙げ方式とし、従来通りの方法とパッケージ型の両方を利用者に合わせて振り分けられるような仕組みとする。地域のNPOやボランティアなどとの協力を前提とすることなども現在検討している。権利擁護、社会参加に関するサービスを組み合わせることも可能とする。(6/16MEDIFAXより)

介護療養病床の転換支援は2本立てで／厚労省

厚生労働省は、介護療養病床の転換支援策を、介護報酬上の支援と財政的な支援の2本立てで検討している。5月11日の自民党厚生労働部門会議に提出した資料に示された支援策案は▽介護療養型老人保健施設などでの介護報酬上の評価の見直し▽有床診療所と併設した老人保健施設の創設に対する支援▽転換費用に対する交付金、福祉医療機構の融資制度など、現在実施している支援策のさらなる充実一の3つ。厚労省老健局は、2012年度から実態を踏まえた追加的な財政支援を行えるよう、12年度予算の概

算要求に介護療養病床の転換支援の項目を盛り込む方針だ。(5/12MEDIFAXより)

交付金か報酬か、処遇改善の方向性出ず／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(分科会長＝大森彌・東京大名誉教授)は5月13日、介護人材の確保と処遇の改善策について議論した。処遇改善交付金の継続か、報酬に組み込むかで意見が分かれたほか、「交付金と報酬内手当の両方が必要」との意見も出て、この日の議論は方向性が見えないまま終了した。

処遇改善交付金の継続を支持する委員からは、給与の上昇に直接反映できる点を評価し、報酬に組み込んだ場合の保険料上昇を懸念する意見が多かった。

武久洋三委員(日本慢性期医療協会会長)は交付金の効果を認めた上で、対象が介護施設だけである点を指摘し、2012年度の同時改定で中医協と連携し、介護施設、病院、居宅サービスの全体で介護職の処遇改善策を講じる必要性を訴えた。人材確保について「介護職より、事務職の給与が高い傾向にあるという点も整理すべきではないか」とも述べた。

一方、報酬内に組み込むべきとする委員らも、交付金の効果は評価した上で、時限的な措置は制度を継続するという本筋とは違うと主張した。

田中滋委員(慶應義塾大学院教授)は「世間の失業率上昇と反比例して介護職の有効求人倍率が低下するという状況をできるだけ早くなくさなければならない」と強調した上で、介護保険の外側にある臨時的な交付金に頼るのではなく、制度の中で賃金を含めた財政に対応しなければ責任を果たすことにはならないとした。(5/16MEDIFAXより)

ケアの試行、6月めどに評価・検証／たん吸引で政府答弁書

政府は5月17日、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」で実施しているケアの試行について「2011年5月を目途に終了し、検討会で6月を目途に中間報告の内容と併せ評価と検証を行う」とする答弁書を閣議決定した。木村太郎氏(自民)の質問に答えた。検証結果を踏まえ、喀痰吸引などを行う介護職員らに対する研修の内容や、事業所の安全確保措置について検討するとしている。(5/18MEDIFAXより)

在宅連携拠点10カ所、6月始動／厚労省、包括ケアの中核に

厚生労働省の2011年度新規事業「在宅医療連携拠点（連携拠点）」のモデル事業が6月から始動することが分かった。当初、全国で6カ所程度の実施機関をモデルとして選定する計画だったが、医政局指導課在宅医療推進室によると140件の応募があり、最終的に在宅療養支援病院（在宅病）、在宅療養支援診療所（在宅診）など10機関を選定・採択した。連携拠点は、厚労省が政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」に提出した改革案の中でも、地域包括ケアの実現に向けた中核的役割を担う機関の一つに位置付け、震災被災地での先駆的实施も検討している。

モデル事業では、連携拠点の設置によって多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。連携拠点にはケアマネジャー資格を持つ看護師と医療ソーシャルワーカーを配置する。医師1人の診療所や薬剤師1人の薬局などへの支援を通じて地域の医療資源を効率的に活用し、24時間365日対応の切れ目のない在宅医療・介護ネットワークを地域で構築する狙いだ。（5/23MEDIFAXより）

介護施設の医療提供体制、同時改定で検討／厚労省

厚生労働省は5月25日の衆院厚生労働委員会で、介護施設での医療提供体制や、医療と介護でサービス内容が同様である場合に介護保険が優先されることについて、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定を議論する中医協や社会保障審議会・介護給付費分科会の議論も踏まえて検討するとの意向を示した。松本純氏（自民）の質問に答えた。

外口崇保険局長は「（介護保険施設）入所者がその状態に応じて必要なサービスが適切に受けられるよう、中医協および介護給付費分科会での議論も踏まえて検討する」と述べた。

また、介護保険から同様のサービスを受けることができる場合、医療保険からの給付は行わないため、松本氏が「退院時にいったん医療保険で医薬品などが処方されても、退院後に介護保険の申請が通ると、さかのぼって介護保険が適用になり、保険薬局が請求したレセプトは返され、請求が遅れて経営を圧迫するケースがある」と指摘した。

外口保険局長は、現行の制度では医療と介護でサービス内容が同様であることから、薬学的な管理指

導料は介護保険請求になると説明した上で「医療と介護が切れ目なく円滑に提供されるよう、どのような対応が適切か、中医協、介護給付費分科会での議論を踏まえて検討したい」と述べた。

（5/26MEDIFAXより）

医療との連携強化へ議論開始／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（分科会長＝大森彌・東京大名誉教授）は5月30日、2012年度の介護報酬改定に向け、医療と介護の連携の在り方に関する議論を開始した。厚労省は、訪問看護やリハビリテーションなどを検討項目に挙げ、12年度介護報酬改定を活用してこれらの分野で医療と介護の連携を進めることを提案した。

厚労省は、医療と介護の役割分担と連携強化に向け▽医療機関から退院する際の介護保険サービスとの連携強化と、円滑な移行▽医療の必要性が高い人への対応強化（老健施設などについては別途検討）▽介護療養病床から介護療養型老人保健施設などへの転換支援－の視点で検討を進めることを提案。具体的には、訪問看護やリハビリテーション分野での医療と介護の連携、療養病床再編の推進に向けた介護療養病床や介護療養型老健の基準・報酬の取り扱いなどを挙げた。

井部俊子委員（日本看護協会副会長）は、訪問看護師が利用者の入院している医療機関に出向いて退院支援を行う場合について「介護保険では今のところ該当する評価がない。医療保険と介護保険で評価の違いがあるということが随所に指摘されている」と説明。「環境の変化の影響を受けやすい高齢者がスムーズに在宅療養に移行できるよう、大半は介護保険の利用者となる。介護保険での退院支援の仕組みについて、次の改定で整理しておく必要があるのでは」と述べた。

池田省三委員（龍谷大教授）は、認知症の地域連携パスに言及し「診療報酬でかなりきちんとした評価を与えると、医師はケア方針などが立てられる。政策誘導的にもっていくことはできないか」と質問。この日の会合に出席した保険局医療課の鈴木康裕課長は、医療が特に関わるべき点として認知症の鑑別診断や、BPSDが激しい場合を挙げ、介護との協働に向け同時改定で論点の一つになるとの見方を示した。

三上裕司委員（日本医師会常任理事）は「医療の

必要性の高い要介護者の増加が見込まれるという前提で議論しているはずだが、介護療養病床から医療密度の低い介護療養型老健などへの転換をますます進めなくてはいけない、というのはどういうことか」と厚生省が示した論点に異議を唱えた。
（5/31MEDIFAXより）

調査・データ編

6割が時間外に電話対応実績／地域医療貢献加算で厚生省調査

厚生労働省は5月18日の中医協総会に、2010年度診療報酬改定の結果検証に向けて実施した「外来管理加算の要件見直し及び地域医療貢献加算創設の影響調査」の速報値を報告した。10年度改定で創設した地域医療貢献加算の施設基準を届け出ている診療所の6割程度が、診療時間外に電話で問い合わせを受けていた。中医協・診療報酬改定結果検証部会で詳細な分析と評価を行い、あらためて総会に報告する予定だ。

地域医療貢献加算の施設基準を届け出ている診療所の59.2%が、10年12月14日午後から12月28日午前の14日間に診療時間外に問い合わせの電話を受けていた。電話の受付件数は「1件」14.2%、「2－4件」31.7%、「5－9件」15.8%、「10－19件」13.1%、「20－29件」6.0%、「30－49件」5.5%、「50件－」1.6%、「無回答」12.0%だった。一方、施設基準を届け出ない診療所で、時間外に問い合わせの電話を受けたのは18.4%。受付件数は「2－4件」が最多の35.7%だった。

施設基準を届け出ている診療所に、届け出の際に変更した点を聞いたところ「加算新設前より施設基準を満たしており、特に変更なし」が最多の64.8%。届け出後の時間外対応件数の変化については「あまり変わらない」が93.2%だった。

施設基準を届け出ない診療所に理由を聞いたところ「時間外の電話対応の負担が大きい」が62.9%で最も多かった。届け出予定の有無は「なし」が98.8%だった。

●外来管理加算、算定しない理由「投薬のみだから」が最多

再診患者に対する外来管理加算の算定状況の推移

も調べた。病院では、07年10月の算定率が42.3%で、09年10月に38.9%に落ちたが、10年10月に44.5%まで増えた。診療所では、07年10月の算定率が37.3%で、09年10月は36.5%、10年10月は36.7%とほぼ横ばいだった。

同加算を算定していない患者がいると回答した病院に複数回答で理由を聞いたところ「簡単な問診、身体診察以外は投薬のみを行っているから」が73.2%で最多。診療所でも同様の理由が最多で、63.9%を占めた。

施設調査は、病院1200施設（回収率35.3%）、地域医療貢献加算を届け出ている一般診療所1200施設（同32.4%）、同加算を届け出ない一般診療所1200施設（同28.3%）を対象に実施した。

（5/19MEDIFAXより）

持ち分なしへ「意向なし」が61.7%／四病協アンケート

四病院団体協議会はこのほど、「医療法人の現状と課題に関するアンケート」の調査報告書を取りまとめた。報告によると、持ち分のある社団のうち持ち分なし社団への移行について「意向あり」が33.8%、「意向なし」が61.7%となり、意向なしが大幅に上回った。移行しない理由については「出資持ち分はオーナーシップの源泉であり、放棄できない」が36.5%で最も多く、「相続税を支払っても、医療法人を子孫に承継させたい」が32.3%、「同族経営を維持したい」が31.0%と続いた。

持ち分あり社団の平均出資者数は4.7人、平均同族割合は86.2%となった。社員の退社時などに持ち分の払い戻し請求を受けたことのある法人は12.9%にとどまった。その31.6%が借入金で支払っているほか、法人資産を処分して支払うケースもあった。

持ち分あり社団として、将来的に相続が発生した場合の対応としては「払い戻しのために借入金や資産を処分せざるを得ない」が46.2%、「問題なく払い戻しできる」が31.6%となった。持ち分あり社団として継続するのに必要な支援については、「持ち分あり類型の永続的な存続の法的保障」が60.0%、「中小企業の事業承継税制並みの相続税負担軽減」が57.1%となった。

一方、持ち分なし社団へ移行する理由としては「安定経営」が90.4%、「非営利性の徹底」が51.8%となった。移行に当たっての課題としては「移行に伴う法人への贈与税課税」が60.6%、「出資者が死亡した

場合の相続税への対応」が43.4%で、移行に必要な支援として「持ち分なしへの移行を条件に相続税を猶予・免除する税制優遇制度」が79.5%、「諸規定の整備・手続きなどへのアドバイスを受けられる制度」が37.8%だった。

厚生労働省は2010年度と11年度の税制改正に向けた要望で、医療法人に関する相続税の納税猶予制度の創設を要望している。仮に制度が創設された場合、「将来的に持ち分なし社団への移行を検討」が44.6%、「すでに移行を考えているが安心して移行できる」が25.2%、「持ち分なし社団への移行を具体的に検討したい」が22.1%となった。

アンケートは06年の医療法人制度改革フォローアップのため、全国の病院を経営する医療法人4888法人を対象に実施し、1058法人から回答を得た。有効回答率は21.6%となった。（5/10MEDIFAXより）

日本、長寿世界一を維持／WHO統計、医師不足深刻

世界保健機関（WHO）は5月13日、2011年版の「世界保健統計」を発表、09年の日本の平均寿命は83歳で、前年と同様、イタリア中部の内陸国サンマリノと首位を分け合った。日本は、女性の平均寿命では86歳で単独首位を維持。男性は80歳でサンマリノ（82歳）に次いで2位。

WHO当局者は、喫煙率が比較的高い現状のままでは「日本は（平均寿命82歳の）オーストラリアに長寿世界一の座を譲るかもしれない」と警告した。

平均寿命が最も短いのはアフリカ南部の内陸国マラウイで47歳。前年にいずれも42歳で最も短かったアフガニスタン、ジンバブエはそれぞれ48歳、49歳と大きく改善した。

また、00-10年の人口1万人当たりの医師の数では、日本が20.6人。欧州各国のほとんどが30-40人台であるのと比較すると医師不足が深刻といえる。米国は26.7人だった。

データが得られた国の中で、一番多かったのはキューバで64.0人、一番少なかったのはアフリカのタンザニアとリベリアで0.1人。世界の平均は14.0人だった。（5/17MEDIFAXより）

「医療スタッフ引きとどめ復興を」／宮城県医師が震災調査

宮城県医師会は5月23日、会員施設を対象に行った東日本大震災についてのアンケートの結果を公表

した。大きな被害を受けた会員のうち「同じ場所で再出発したい」としたのは80施設、「同じ地域の別の場所を考えている」としたのは16施設だった。引退・廃業と回答したのは7施設だった。「今までの土地を離れたい」との回答は5施設あったが、このうち県外への移転を考えていたのは1施設にとどまった。宮城県医師会、仙台市の県医師会館で会見し、嘉数研二副会長は「医師を中心とする医療スタッフを県内に引きとどめ、地域医療を再復興させなくてはならない。手だてが必要」と述べた。

地震と津波の被害で半壊・床上浸水以上の被害を受けたのは186施設。このうち津波以外の影響で被害を受けたのは75施設、津波で被害を受けたのは111施設だった。現在も診療を再開できない施設は35施設。理由としては建物・医療機器の損壊、ライフライン（電気・ガス・水道）問題などが挙げられた。

医師、看護師、家族らで亡くなったのは23人。アンケートではない県医の独自調査によると、会員医師で亡くなったのは9人。嘉数副会長は「管理者が亡くなられた施設からは回答が得られていない。関係者の被害者はさらに多いと思う」と述べた。

●震災発生後、自院以外で800人超が活動

震災直後（3月11日から3月18日）の会員施設への受診患者数は死亡者数が245人、重症者数2649人、中等症数1万5976人、軽症2万5410人だった。震災発生以後に自院以外での活動をしていたのは817人で、救護所が80人、避難所が344人、検案活動が90人だった。震災発生後に問題に思った事柄では、「電気」が最も多い1007施設、次いで「水道」762施設、「ガソリン」706施設となった。

医療用データの被害では、カルテへの被害が163施設、レセコンへの被害が98施設だった。医療機器への被害では、レントゲン・CTへの被害が最も多い242施設、ECG・エコー88施設、CT・MRI51施設、胃カメラや骨量測定器などその他の機器は251施設だった。津波による医薬品の被害については、多量が47施設、中等量が22施設、少量が31施設だった。28施設が供給を希望した。

調査は4月14日から5月12日の期間で実施。会員の医療機関など1492施設に質問票を送り、1388施設（93%）から回答があった。（5/24MEDIFAXより）

09年度医療給付実態調査を報告／厚労省保険局

厚生労働省保険局調査課は5月31日、2009年度医療給付実態調査報告を公表した。診療報酬明細書と

調剤報酬明細書のデータを基に、医療保険制度加入者の受診状況や医療費を年齢や疾病分類別ごとに分析した。07年度までは「国民健康保険医療給付実態調査」や「医療給付受給者状況調査報告」などを実施していたが、08年度から全ての医療保険制度を対象とした同調査に改めた。09年度は同調査の2年度目に当たる。

患者1人当たりの年間医療費を制度ごとに見ると、協会けんぽ14万6620円、組合健保12万3565円、国民健康保険27万7253円、後期高齢者医療81万7775円となった。

10年3月の1カ月間に1度でも医療機関を受診した人の比率を制度ごとに比較すると、協会けんぽは45.0%、組合健保44.3%、国保52.6%、後期高齢者医療86.2%となった。09年度1年間で1度でも受診した人の比率は、協会けんぽ78.1%、組合健保83.3%、国保83.4%、後期高齢者医療97.8%。

1人当たりの入院費を年代別に比較すると、国保は他の医療保険制度に比べて25歳以上で医療費が高くなる傾向が見られた。入院外医療費では制度間に大きな差は見られなかった。

入院の原因を疾病分類別に分析すると、協会けんぽ、組合健保、共済組合では「がん」による入院が16-18%台を占め、最も多かった。これに対して国保では「精神及び行動の障害」が21%でトップ。後期高齢者医療では「循環器系疾患」が27%で最多となった。

入院外を受診理由を見ると、協会けんぽ、組合健保、共済組合では「呼吸器系疾患」が21-24%台で最多となり、感染症や喘息で受診するケースが多かった。国保と後期高齢者医療では「循環器系疾患」がトップで、それぞれ20.1%、32.1%を占めた。

このデータは厚労省が政策決定する際の基礎資料として用いる。（6/2MEDIFAXより）

子ども・若者白書を閣議決定／政府

政府は2011年版「子ども・若者白書」をまとめ、6月7日の閣議で了承した。政府が実施した30歳未満の子ども・若者層向けの施策や各省庁の統計データを取りまとめた。以前は「青少年白書」と呼ばれていたが、10年から子ども・若者白書に衣替えし、法定白書に位置付けられた。今回がリニューアル後、2回目の作成となる。

統計データを見ると、30歳未満の人口は3723万2000人で、日本の総人口の約29.1%に当たり、1975

年以降ほぼ一貫して減少し続けている。

警視庁データによると、10年に自殺した30歳未満の人数は3792人。これを学識別に見ると、有職者（1434人）が最も多く、無職者（1399人）、大学生（507人）、高校生（204人）、中学生（76人）、小学生（7人）、その他（109人）、不詳（56人）となっている。女子の自殺者は1071人（28.2%）と少なく、大半を男子が占めた。

薬物乱用防止の取り組みにより、若者の薬物事犯の検挙率は大きく低下した。10年データによると、覚せい剤事犯検挙者数は2603人（前年比34人減、1.3%減）、大麻事犯検挙者数は1350人（同441人減、24.6%減）、MDMA等合成麻薬事犯検挙者数は20人（同37人減、64.9%減）となった。検挙率低下の要因に広報啓発活動の成果を挙げている。

学校管理下の災害に対する学校種別医療費給付率の推移を見ると、06年度から09年度にかけて、幼稚園、小学校、中学校では徐々に給付率が低下しているが、高校だけ増加傾向にある。（6/8MEDIFAXより）



介護保険法等改正案、徹底審議を／保団連

保団連は5月13日、今国会に提出された介護保険法等改正案について徹底審議を求める要望書を細川律夫厚生労働相、衆参厚生労働委員会委員宛てに送付した。同改正案審議に当たり▽介護保険サービスの確保は東日本大震災の復旧・復興を優先させる▽地方・中央で公聴会などを開催して団体・市民の声を聞く▽利用料・保険料負担の拡大や給付の削減ではなく、公費負担を拡大し、必要な財源は消費増税ではなく国と自治体の責任と負担で確保▽要支援者への予防給付見直しを撤回して訪問介護における生活援助を拡充し、費用は自治体が全額公費負担で実施し国が責任を持つ▽医療系介護サービスは医療保険に戻し、給付制限をなくす▽介護療養病床は廃止

の延期ではなく、廃止そのものを撤回する▽介護職の処遇改善の費用は全額国庫負担で実施し、対象範囲と支給金額を引き上げる。介護報酬も大幅に引き上げる一の7項目を求めている。

（5/16MEDIFAXより）

2次補正で医療提供体制確保を／保団連が要請書

保団連は5月19日、東日本大震災被災地での被災者医療と医療提供体制の確保を2次補正予算で実施するよう求めた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。

要請書には▽被災者に対する医療の確保に関する要請▽被災した医療機関に対する対策▽医療確保支援のための対策一の3点を盛り込んだ。

被災した医療機関に対する対策では、休業せざるを得なかった期間の休業補償や被災した医療機関の解体・撤去費用への公的助成、二重ローンの回避などを求めた。このほか、医療貸付事業による融資の全期間を無利子にすることや、地域医療再生臨時特例交付金の増額などを要請した。

（5/23MEDIFAXより）

「定額上乘せ案」に断固反対／厚労省案受け保団連

高額療養費の見直しと、その財源を確保するための「定額負担」導入を盛り込んだ厚生労働省の医療・介護分野の改革案を受け、保団連は5月23日「国民の受療権を制限する厚労省の定額上乘せ案に断固反対する」との談話を発表した。

談話では「原則3割という窓口負担の高さは先進諸国でも際立っており、経済的理由で受診抑制を引き起こしていることは保団連や民間シンクタンクの調査でも明らかになっている」と主張。患者負担を増やすことについて「さらに受診が抑制され、重篤化させかねない」と訴えた。「定額負担案」については「疾病の自己責任と受益者負担主義を強める」とし「断じて容認できない」とした。

（5/24MEDIFAXより）

改正介護保険法「徹底審議を」／保団連が要望

保団連は5月26日「介護保険改正法案の拙速な採決をやめ、徹底審議を求める」とする要望書を細川律夫厚生労働相と衆参国會議員に提出した。「今は東日本大震災からの復旧・復興を優先させる時期」と

し、同法案について「いったん棚上げして震災対応の必要な措置をとり、十分な審議を行うべき」と訴えている。

このほか▽医療系介護サービスを医療保険に戻し、医療保険で必要なサービスが受けられるよう給付制限をなくす▽介護療養病床は、廃止の延期ではなく廃止そのものを撤回する一などを求めている。

（5/27MEDIFAXより）

レセプト情報提供に抗議文／保団連

保団連は5月25日、2011年度から試行的な取り組みが始まるレセプト情報と特定健診情報の提供について「直ちに禁止することを求める」とする抗議文を細川律夫厚生労働相宛てに提出した。

抗議文では、仮にナショナルデータベースからデータが漏洩した場合、特定健診の基本情報さえ入手すれば特定個人のレセプト情報を引き出すことが可能になると主張。「危険性に対する措置が講じられないまま、試行的とはいえレセプト情報などの提供が実施されることに強く抗議する」としている。

（5/27MEDIFAX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

9

保守二大政党と 大連立の衝動

菅政権が、脆弱な支持基盤のもとでゆきづまるなか、年末年始をはさんで、大連立を求める声と動きが活発化しました。この声は、大連立の当の対象である民主党・自民党の中からというよりも、その外から、もっといえば、財界やマスコミから声高にいわれるようになりました。「大連立」とは、いうまでもなく、自民党と民主党という保守二大政党が連立政権をつくることです。では一体、なぜいま、大連立の合唱が湧き起こっているのでしょうか。それは、保守二大政党制の動きとどんな関係があるのでしょうか。

2011年正月元旦の新聞社説にはびっくりさせられました。「朝日新聞」と「読売新聞」の二大紙がそろって大連立を呼びかける社説を掲載したからです。

「朝日」の「今年こそ改革を一与野党の妥協しかない」と題した社説は、こう展開しました。少子高齢化のもとでの社会保障の危機克服、財政再建、中国などの成長に立ち向かうためのTPPなど焦眉の課題を実現するには、「政権交代の可能性のある両党が協調する以外には、とるべき道がないではないか」。これら課題実現には両党が一致している。菅政権単独でできないなら大連立以外にない。自民党は菅政権を倒すのはやめろ、民主党はマニフェストを清算して連立しろ—こういった調子です。

「読売」社説はさらに踏み込んで、菅政権のもとでの「暫定的な連立政権」樹立を呼びかけています。民主党と自民党が大連立を組んで、「普天間移設、TPP、消費税率引き上げといった緊急かつ重要な課題を解決」し、そのあと解散して

選挙をやればいいじゃないかというのです。

財界も、経済同友会が同様の主張を強く打ち出しています。今まで、自民党・民主党が競い合う保守二大政党制を実現しろと主張してきたマスコミや財界が、一体どうしたのでしょうか。しかも、「朝日」「読売」そろっての主張とは！

理由は簡単です。菅政権の掲げた構造改革推進・日米同盟回帰のための諸課題は、保守支配層が切望しているにもかかわらず、脆弱な菅政権ではとうてい成立がおぼつかないからです。とすれば、主張を同じくする民主党と自民党が、政局を乗り越えて連立しなければならないというわけです。

保守支配層が大連立でなければできないであろう、待ったなしの課題とは、消費税の税率引き上げ、TPP締結による自由貿易体制づくり、少数政党を淘汰する衆参両院定数の削減、そして普天間基地の辺野古移転などです。これらは、構造改革・日米同盟強化のために緊急不可欠の課題でありながら、いずれも国民に大きな犠牲を強要する施策であるため、野党ばかりでなく、民主党・自民党内からも強い異論があります。そしてこの課題は、どの政権でも単独では強行するのが難しい課題であり、いわんや菅政権ではとうてい実現できない課題ばかりです。そのため、これらの早期実行を切望する財界やマスコミは、その決め手として、大連立を声高に推奨しているのです。

大連立は、保守二大政党制の矛盾の産物といってよいものです。前回述べましたように、保守二大政党制は、大きく保守の路線で一

致する2つの政党—日本では、構造改革と日米同盟強化で一致する政党—が交互に政権を担うことで、構造改革を継続的に遂行し、かつ改革による矛盾の鬱積を政権交代でガス抜きすることをめざした体制ですが、課題遂行の継続と目先の変化のあいだには大きな矛盾があります。

今回の政権交代でも、この矛盾が現れました。国民の不満を吸収するために、民主党政権は自公政権が推進してきた保守の枠組みを逸脱せざるをえず、政治を保守の枠内に戻すために登場した菅政権は、今度は国民の不信を買って、支持率低下に悩んでいるからです。そこで、この矛盾を解決する奇手として出てきたのが大連立なのです。ところが、大連立も万能ではありません。これをやると、国民の前で、保守二大政党はじつは同じ穴のムジナだということが露呈してしまいます。大連立で消費税引き上げは強行できても、次の選挙では民主党も自民党も苦戦するでしょう。国民の多くは翼賛体制を嫌い、別の選択肢を求めて少数政党に向かうことは必定だからです。

ところで、当の民主党も自民党も、こうした大連立には今のところ乗り気ではありません。なぜでしょうか。自民党は、泥船のような菅政権と大連立を結んで政権延命に手を貸すことは愚の骨頂、それより解散あるいは総辞職に追い込んで政権奪還をはかるほうが早道と考えていますから、菅政権下では大連立はしない公算が強い。かたや菅政権も、そうした自民党と組むには、最低でも菅首相の首を差し出し、自民党側から首相を

出すくらいのことをやらねばなりません。が、政権維持至上の菅はやるつもりがないからです。

しかし事態は予断を許しません。なぜなら、菅政権の現状では、保守支配層が切望し、菅政権が実現を約束している消費税引き上げ、TPP、衆参両院定数削減、普天間問題の辺野古決着などはどうてい無理だからです。

それどころか、11年度予算関連法案すら通ることはおぼつかない。そのため保守支配層の圧力は強く、早晚何らかのかたちで大連立に向かわざるをえない公算は高いのです。

ではどんな道すじを考えているのでしょうか。今後の予想はつきませんが、菅政権がゆきづまって総辞職する。次に代表選をふまえて前原政権ができ、前原政権のもとで解散・総選挙になる。民主党は減り、自民党は増えるでしょうが、いずれも過半数にはいかない。たとえ民主党が相対多数を獲得しても、逆に自民党が逆転して多数を握っても、衆参のネジレもなくなる。ここで多数をとったほうのイニシアティブで大連立が登場する可能性があります。あるいは、菅政権が解散・総選挙にもち



込むかもしれません。しかし、選挙のあとは先の結果と同じ、多数をとったほうが主導で大連立という可能性がでています。財界・マスコミが強力に主張しているだけに、こうした危険性は濃厚です。

では、どうするか。いずれにせよ、大連立に向かう前には解散総選挙が濃厚です。このとき、有権者が保守二大政党のいずれもが掲げる課題—消費税引き上げ、普天間辺野古移転、衆参両院定数削減にノーを突きつけばよいのです。そうすれば、保守二大政党は、選挙後も容易に大連立には踏み込めなくなります。いずれにしても、大連立は日本政治を大きく転換する最悪の選択ですから、絶対に止めなくてはなりません。

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』3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

社会保障改革案

第10回社会保障改革に関する集中検討会議 2011年6月2日

社会保障・税一体改革の検討を集中的に行うため、政府・与党社会保障改革検討本部のもとに設置された社会保障改革に関する集中検討会議では、2011年6月2日にこれまでの議論を勘案し、社会保障改革の具体的な方向について取りまとめた。政府は、この改革案より「社会保障と税の一体改革」の最終案を策定し、6月中には成案を取りまとめたいとしている。

② 必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に成え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。

③ 給付・負担両面で、世代間のみならず世代内での公平を重視した改革を行う。

④ 社会保障・財政・経済の相互関係に留意し、社会保障改革と財政健全化の同時達成、社会保障改革と経済成長との好循環を実現する。

2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

(1) 改革の優先順位

厚生労働省案に示す「社会保障制度改革の基本的方向性」(1. 全世代対応型・未来への投資、2. 参加保障・包括的支援(全ての人が参加できる社会)、3. 普遍主義・分権的・多元的なサービス供給体制、4. 安心に基づく活力)を踏まえ、

① 子ども・子育て支援、若者雇用対策

② 医療・介護等のサービス改革

③ 年金改革

④ 制度横断的課題としての「貧困・格差対策(重層的セーフティネット)」「低所得者対策」

についてまず優先的に取り組む。

(2) 個別分野における具体的改革

個別分野における具体的改革項目については、

① 5月23日及び30日に総理から示された「安心」3本柱、「支え合い」3本柱、「成長」3本柱について、着実な実行を図る。

② 負担と給付の関係が明確な社会保険(＝共助・連帯)の枠組みの強化による機能強化を基本とする。

③ ①及び②を前提に、社会の分断・二極化、貧困・格差の再生産の防止の観点から、社会保険制度において適用拡大や低所得者対策を実施するなどにより、セーフティネット機能の強化を図る。

2

社会保障改革案

社会保障改革に関する集中検討会議では、本年2月の会議発足以降、震災での中断を挟み、本日を含め10回、非公式な準備作業会合を含めれば14回にわたり、社会保障改革のあり方について精力的な議論を重ねてきた。

本改革案は、2月以来前回の会合における各委員からの意見、関係団体・マスコミ、関係各省・有識者からのヒアリング、5月12日提出の厚生労働省改革案、前回及び前々回会合において総理が示した事項、与党(民主党・国民新党)報告等を総合的に勘案し、社会保障改革の具体的な方向について取りまとめたものである。

I 社会保障改革の全体像

1 社会保障改革の基本的考え方

現行社会保障制度の基本的枠組みが作られた1960年代以降今日までの社会経済諸情勢の大きな変化を踏まえ、国民の自立を支え、安心して生活ができる社会基盤を整備するという社会保障の原点に立ち返り、その本源的機能の復元と強化を図る。

具体的には、社会保障国民会議、安心社会実現会議以来の様々な議論の積み重ねを尊重し、昨年12月の社会保障改革に関する有識者検討会報告で示された「3つの理念」「5つの原則」を踏まえ、必要な社会保障の機能強化を確実・実施し、同時に社会保障全体の持続可能性の確保を図るため、以下の諸点に留意しつつ、制度全般にわたる改革を行う。

① 自助・共助・公助の最適バランスに留意し、個人の尊厳の保持、自立・自助を国民相互の共助・連帯の仕組みを通じて支援していくことを基本に、格差・貧困の拡大や社会的排除を回避し、国民一人一人がその能力を最大限発揮し、積極的に社会に参加して「居場所と出番」を持ち、社会経済を支えていくことのできる制度を構築する。

1

④ 世代間のみならず、世代内(特に高齢世代内)での公平の確保、所得再分配機能の強化を図る観点から、給付・負担両面での見直しを行う。

⑤ 医療・介護・保育等のサービス分野における多様な主体の参加、「新しい公共」の創出など、成長に貢献し、地域に根ざすサービス提供体制の実現を図る。

といった点を基本に、必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に実施する。

個別分野ごとの充実項目、重点化・効率化項目の内容及び改革の工程は、別紙1「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」の欄 A～C に示すとおりであり、各改革項目の記述に当たっては、可能な限り具体的な数値目標を示すとともに、成長戦略に関係の深い項目についてはその旨付記した。

<個別分野における主な改革項目(充実/重点化/効率化)>

I 子ども・子育て

○ 子ども・子育てで新システムの制度実施に伴い、保育等の量的拡充や幼児保育一体化などの機能強化を図る。

・ 待機児童の解消、質の高い学校教育・保育の実現、放課後児童クラブの拡充、社会的養護の充実

・ 保育等への多様な事業主体の参入促進、既存施設の有効活用、実施体制の一元化

II 医療・介護等

○ サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。

・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強

・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防

○ 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。

a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化と併せ財政基盤を強化

b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化

・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化

・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化

c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化

・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討

d) その他

・ 総合合算制度、高齢者医療制度の見直し、低所得者対策・逆進性対策等の検討

・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し、高齢者医療費支援金の総報酬割導入、70～74歳2割負担

III 年金

○ 国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、「新しい年金制度の創設」実現に取り組む。

・ 所得比例年金(社会保険方式)、最低保障年金(税財源)

○ 年金改革の目指すべき方向性に沿って、現行制度の改善を図る。

・ 最低保障機能の強化・高所得者の年金給付の見直し

・ 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大、第3号被保険者制度の見直し、在職老齢年金の見直し、産休期間中の保険料負担免除、被用者年金の一元化

・ デフレ下のマクロ経済スライド、支給開始年齢の引上げ、標準報酬上限の引上げ

○ 業務運営の効率化を図る(業務運営及びシステムの改善)。

IV 就労促進

○ 全員参加型社会の実現のために、若者の安定的雇用の確保、女性の就業率の向上、ワーキングプアの解消、年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり、障害者の雇用促進に取り組む。

II 改革後の社会保障費用の推計

1 機能強化（充実と重点化・効率化の同時実施）にかかる費用

子ども・子育て、医療・介護等及び年金の各分野ごとの充実項目、重点化・効率化項目にかかる費用（公費）の推計は別紙1の欄D及びEに示すとおりである。

改革全体を通じて、2015年度において

充実による額 3.8兆円程度
重点化・効率化による額 ～▲1.2兆円程度

を一つの目的として、機能強化（充実と重点化・効率化の同時実施）による追加所要額（公費）は、約2.7兆円程度と見込まれる。

2015段階における各分野ごとの追加所要額（公費）は、

I 子ども・子育て 0.7兆円程度
（税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討）
II 医療・介護等 ～1.6兆円弱程度

（総合合算制度～0.4兆円程度を含む）

III 年金 ～0.6兆円程度

〔再掲〕貧困・格差対策 ～1.4兆円程度

（総合合算制度～0.4兆円程度を含む）

と見込まれる。

2 改革後の社会保障給付にかかる公費（国・地方）全体の推計

2015年度における、今回の社会保障改革実施後の社会保障給付にかかる公費（国・地方）全体の額は別紙2に示すとおり47.4兆円と見込まれる。

このうち、年金・医療・介護及び子ども・子育て分野にかかる費用は42.0兆円と見込まれる。

○ ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現を図る。

○ 雇用保険・求職者支援制度の財源について、関係法の規定を踏まえ検討する。

V I～IV以外の充実、重点化・効率化

・ サービス基盤の整備、医療イノベーションの推進、第2のセーフティネットの構築、生活保護の見直し（充実、重点化・効率化）、障害者施策・難病対策の検討、震災復興における新たな安心地域モデルの提示

〔再掲〕貧困・格差対策 ～ 重層的なセーフティネットの構築

○ 短時間労働者に対する社会保険の適用拡大

○ 社会保険制度における低所得者対策の強化

・ 市町村国保・介護保険における低所得者への配慮、高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）、総合合算制度、年金制度における最低保障機能の強化

○ 第2のセーフティネットの構築

・ 求職者支援制度の創設、複合的困難を抱える者への伴走型支援

○ 生活保護の見直し

(3) 社会保障・税に関わる共通番号制度の早期導入

社会保障・税に関わる番号制度は、主として、真に手を差し伸べるべき人に対する社会保障を充実させ、効率のかつ適切に提供することを目的に導入を目指すものである。その導入により、国民の負担の公正性を確保するとともに、国民の利便性の更なる向上を図ることが可能となるほか、行政の効率化・スリム化も可能となる。

その導入に当たっては、制度面とシステム面の両面で十分な個人情報保護策を講じるとともに、費用と便益を示し、国民の納得と理解を得ていく必要がある。

6月には「社会保障・税番号大綱（仮称）」を策定し、今秋以降可能な限り早期に国会への法案提出を目指す。

Ⅲ 社会保障・税一体改革の基本的姿勢

1 社会保障の安定財源確保の基本的枠組み

(1) 消費税収を主たる財源とする社会保障安定財源の確保

民主党「税と社会保障の抜本改革調査会」中間整理等、社会保障財源のあり方に関する累次の報告や関係法律の規定を踏まえ、国民が広く受益する社会保障の費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点などから、社会保障給付に要する公費負担の費用は、消費税収(国・地方)を主要な財源として確保する。

消費税収(国・地方)の使途は、現在は国分が予算総則上高齢者三経費に充てられているが、今後は、高齢者三経費を基本としつつ、その全額の使途を「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要する費用」(「社会保障四経費」、平成21年度税制改正法附則104条)に拡充する。

(2) 消費税収の使途の明確化

消費税収(国・地方)は全て国民に還元し、官の肥大化には使わない¹こととし、消費税を社会保障の目的税とすることを法律上、会計上も明確にすることを含め、区分経理を徹底する等、消費税収(国・地方)の使途を明確化する(消費税収の社会保障財源化)。

さらに、将来的には、社会保障給付にかかる公費全体について、消費税収(国・地方)を主たる財源として安定財源を確保することによって、社会保障制度の「一層の安定・強化につなげていく。

(3) 国・地方を通じて社会保障給付の安定財源の確保

上記(1)及び(2)の改革を進めるに当たり、国民一人一人に包括的な支援を行うという社会保障の考え方からすれば、地域住民に身近なところでサービス設計し、実行する地方自治体の役割は極めて重要であり、地方による分権的な社会保障は、社会保障の信頼を大きく高める。消費税収(国・地方)の具体的充

¹ 有識者検討会報告において引用されている「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(平成20年12月24日閣議決定参照)

当先となる社会保障給付における国と地方の役割分担に応じた消費税収(国・地方)の配分を実現し、国とともに社会保障制度を支える地方自治体の社会保障給付に対する安定財源の確保を図る。

また、地方自治体が地域の実情に応じて住民合意の下に提供するサービスに関しては、独自に財源が確保できるよう、地方自治体の課税自主権の拡大・発揮について検討する。

(4) 消費税率の段階的引上げ

上記(1)～(3)及び改革後の社会保障費用の推計を踏まえ、社会保障給付の規模に見合った安定財源の確保に向け、まずは、2015年度までに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する。

2 社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成

未来への投資である社会保障のコストを、将来世代に先送りすることは許されない。現在の社会保障給付の財源の多くが赤字公債、すなわち将来世代の負担で賄われている。このような状況は、社会保障のあり方としても、危機的とも言える国・地方の財政状況からもこれ以上放置することはできず、「現在の世代が受ける社会保障は現在の世代で負担する」²との原則に一刻も早く立ち戻る必要がある。

今回の社会保障改革の目指すところは、「社会保障の機能強化」と「機能維持—制度の持続可能性の確保」である。社会保障改革の財源確保と財政健全化は相反する課題ではなく、両者を同時達成するしか、それぞれの目標を実現する道はない。³

このような考え方に立って、社会保障・税一体改革においては、改革後の社会

² 民主党「税と社会保障の抜本改革調査会」中間整理

³ 「社会保障強化だけが追求され財政健全化が後回しにされるならば、社会保障制度もまた遠からず機能停止する。しかし、財政健全化のみを目的とする改革で社会保障の質が犠牲になれば、社会の活力を引き出すことはできず、財政健全化が目指す持続可能な日本そのものが実現しない。」(有識者検討会報告)

V 社会保障・税一体改革のスケジュール

社会保障改革については、税制抜本改革の実施と併せ、別紙1に示された工程表に従い、各分野において遅滞なく順次その実施を図る。

税制抜本改革については、経済動向等を踏まえつつ遅滞なく消費税を含む税制抜本改革を実施するため、平成 21 年度税制改正法附則 104 条に示された道筋に従って平成 23 年度中に必要な法制上の措置を講じる。

上記のスケジュールに基づき、国民の理解と協力を得ながら社会保障と税制の改革を一体的に進める。

VI 経済成長との好循環の実現

成長と安心、社会保障と経済成長は車の両輪であり、持続的な経済成長がなければ社会保障の財政的安定も実現できない。社会保障は需要・供給両面で経済成長に寄与する機能を有しており、医療や介護分野での雇用創出や新たな民間サービス創出のための環境整備、ICTなどのテクノロジーを活用した社会保障費用の最適化、サービスの質の向上、医療イノベーション、ライフイノベーションの推進、ドラッグラグ・デバイスラグの早期解消、先進医療制度の運用改善、民間企業を含めた多様な事業主体の新規参入促進、「新しい公共」の創出など、利用者・国民の利便の向上と新たな産業分野育成の観点からの諸改革を進める。

保障給付にかかる費用を踏まえつつ、その安定財源を確保していくことを通じて、財政健全化を同時に実現する。

《2015 年度における姿》

具体的には、まずは、2015 年度までに段階的に消費税率（国・地方）を 10%まで引き上げ、上記Ⅱ－1で示す「機能強化」にかかる費用、高齢化の進行等により増大する費用及び基礎年金国庫負担2分の1を実現するために必要な費用（社会保障国民会議では、この3つの経費を合計して「機能強化」として試算している）、後代に付け回しをしている「機能維持」にかかる費用及び消費税率引上げに伴う社会保障支出等の増加に要する費用を賄うことにより、社会保障の安定財源確保を図る（別紙3）。

これにより、2015 年度段階での財政健全化目標⁴の達成が見込まれ⁵、「社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成」への一里塚が築かれる。

IV 税制全体の抜本改革

社会保障・税一体改革においては、所得、消費、消費、資産にわたる税制全般の改革を実施していく。

（注）今後、社会保障・税一体改革の成案に向け、税制調査会において、平成 22 年度・平成 23 年度税制改正大綱等に示された方針を踏まえ、残された税制抜本改革の課題等の審議を行い、包括的な税制抜本改革の姿を示す。

⁴ 「財政運営戦略」（平成 22 年 6 月 22 日閣議決定）において、国及び国・地方の基礎的財政収支赤字の対GDP比を、2015 年度までに2010年度水準から半減し、2020 年度までに黒字化させた上で、2021 年度以降において、国・地方の公債等残高の対GDP比を安定的に低下させることとされている。

⁵ 財政健全化目標の達成所要額は、内閣府「経済財政の中長期試算」（平成 23 年 1 月）を前提としている（年次に改訂）。

社会保障改革の具体策、工程及び費用試算

別紙1

	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
I 子ども・子育て	○ 子ども・子育て新システムの制度実施に伴う保育等の量的拡充、幼保一体化などの機能強化 ・ 0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等（待機児童の解消） ・ 質の高い学校教育・保育の実現（幼保一体化の実現） → 3歳未満児の保育の利用率 2010年 23%→2014年 35%(2017年 44%) ・ 総合的な子育て支援（家庭や地域における養育の支援）の充実 ・ 放課後児童クラブの拡充 → 放課後児童クラブの利用児童数 2010年 81万人→2014年 111万人 ・ 社会的養護の充実 ⇒ ○ 女性の就業率の向上 ☆ ○ 保育等の従業者の増加 ☆ → 女性（25～44歳）の就業率 2009年 66% → 2020年 73% ・ 制度・財源・給付について包括的・一元的な制度を構築	・ 指定制の導入による保育等への多様な事業主体の参入促進 ☆ 質を確保するための基準と併せて質の改善を図る ・ 幼稚園などの既存施設の有効活用や、小規模保育、家庭的保育などの多様な保育の推進 ・ 国及び地方における実施体制の一元化（「子ども家庭省（仮称）」の創設等）	新システム具体案を早期にとりまとめ ↓ 税制抜本改革とともに法案提出	0.7兆円程度 ※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討	1兆円超程度 ※ 左記の措置に係る所要額については、新システムの検討において今後検討
子ども・子育て計	充実計 (2015年) 0.7兆円程度 ※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討	重点化・効率化計 (2015年) -		0.7兆円程度 ※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討	1兆円超程度 ※ 左記の措置に係る所要額については、新システムの検討において今後検討

「☆」成長戦略に特に関係が深い項目

1

	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
II 医療・介護等	○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備～ ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入、亜急性期・慢性期医療の機能強化等による入院医療の機能強化、精神保健医療の改革、医師の偏在是正等） ・ 在宅医療の充実等（診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護等の計画的整備等） (8,700億円程度) → 高度急性期の職員等：2025年に現行ベースより2倍増 一般急性期の職員等：2025年に現行ベースより6割程度増 在宅医療等：2011年 17万人/日 → 2025年 29万人/日	・ 平均在院日数の減少等 (▲4,300億円程度) → ○平均在院日数：2011年 19～20日程度 → 2025年 高度急性期：15～16日程度 一般急性期：9日程度 ○病床数：概ね現状水準 ○精神医療：2025年に在院日数1割程度減少	・ 2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し ・ 基盤整備のための一括的な法整備：2012年目途に法案提出 ・ 2025年頃までに医療・介護サービスのあるべき姿を実現	0.4兆円程度	1.3兆円程度
①	・ 地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実等 ・ 施設のユニット化 (2,500億円程度) → GH、小規模多機能：2011年 21万人/日 → 2025年 77万人/日 居住系・在宅介護：2011年 335万人/日 → 2025年 510万人/日 ・ 上記の重点化に伴うマンパワー増強 ☆ (2,400億円程度) → 医療介護従事者：2011年 462万人 → 2025年 704～739万人 (1.6倍程度)	・ 介護予防・重度化予防 ・ 介護施設の重点化（在宅への移行） (▲1,800億円程度) → 要介護認定者数：2025年に現行ベースより3%程度減少		△0.1兆円程度	△0.6兆円程度
医療・介護①小計	充実計 (2015年) ～1.4兆円程度	重点化・効率化計 (2015年) ～0.7兆円程度		(上記の機能分化等が全て実現する場合の試算) ～0.6兆円程度	～2.3兆円程度

2

	A 充実 (金額は公費 (2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費 (2015年))	C 工程	D 所要額 (公費) 2015年	E 所要額 (公費) 2025年	
Ⅱ 医療・介護等 ②	○ 保険者機能の強化を通じた医療・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、逆進性対策		税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出 ↓ 順次実施	～0.3兆円程度 …被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討	—	
	a 被用者保険の適用拡大と 国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 → 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 (=完全実施の場合▲1,600億円) ・ 市町村国保の財政運営の都道府県単位化と併せ財政基盤を強化 (低所得者保険料軽減の拡充等 (～2,200億円程度)) ※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動					
	b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化 ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化 (～1,300億円) ・ 介護納付金の総報酬割導入 (完全実施すれば▲1,600億円) ・ 軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化 ※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動					
	c 高度・長期医療への対応 (セーフティネット機能の強化) と給付の重点化 ・ 長期高額医療の高額療養費の見直し (長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等) による負担軽減 (～1,300億円程度) ・ 受診時定額負担等 (高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円) ※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動					
	d その他 ・ 総合合算制度 (番号制度等の情報連携基盤の導入が前提) ・ 高齢者医療制度の見直し (高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み) ・ 低所得者対策・逆進性対策等の検討 ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し (医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す) ・ 国保組合の国庫補助の見直し ・ 高齢者医療費の支援金の総報酬割導入 ・ 70～74歳2割負担					
医療・介護②小計	充実計 (2015年)	1兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年)	～0.5兆円程度 (改革の内容により変動)	～1兆円弱程度	—
医療・介護計	充実計 (2015年)	～2.4兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年)	～1.2兆円程度 (改革の内容により変動)	～1.6兆円弱程度	～2.3兆円程度

	充実 A (金額は公費(2015年))	重点化・効率化 B (金額は公費(2015年))	工程 C	所要額(公費) D 2015年	所要額(公費) E 2025年
Ⅲ 年金 (注2)	【新しい年金制度の創設】 「所得比例年金」と「最低保障年金」の組み合わせからなる一つの公的年金制度にすべての人が加入する ○ 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 ・ 保険料は15%程度(老齢年金に係る部分) ・ 納付した保険料を記録上積み上げ、仮想の利回りを付し、その合計額を年金支給開始時の平均余命などで割って、毎年の年金額を算出 ○ 最低保障年金(税財源) ・ 最低保障年金の満額は7万円(現在価額) ・ 生涯平均年取ベース(=保険料納付額)で一定の収入レベルまで全額を給付し、それを超えた点より徐々に減額を行い、ある収入レベルで給付額をゼロとする ・ 全ての受給者が、所得比例年金と最低保障年金の合算で、概ね7万円以上の年金を受給できる制度とする		国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、実現に取り組む		
	【現行制度の改善】 ○ 最低保障機能の強化 ・ 低所得者への加算 ・ 障害基礎年金への加算 ・ 受給資格期間の短縮 } (0.6兆円程度) ※ 低所得者・障害基礎年金への加算については、加算対象者・加算水準・資産調査の有無等によって財政規模が変動 ※ 上記金額は、年収65万円未満(単身の場合)の者等に対して、月額1.6万円(7万円と老齢基礎年金の平均額5.4万円の差)を加算する等の前提	+ ○ 高所得者の年金給付の見直し 低所得者への加算と併せて検討 なお、公的年金等控除を縮減することによって対応することについても併せて検討 ※ 高所得者の年金給付の見直しについては、減額対象者によって財政規模が変動 ※ 仮に、年収1,000万円以上から減額開始(1,500万円以上は公費負担分を全額減額)とすると▲450億円程度公費縮小	税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出 ↓ 順次実施	～0.6兆円程度	～0.7兆円程度

4

	Ⅲ 年金	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
		● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 → 例え雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 ● 第3号被保険者制度の見直し ・新しい年金制度の方向性（二分二乗）を踏まえつつ、不公平感を解消するための方策について検討 ● 在職老齢年金の見直し ・60歳代前半の者に係る調整限度額を、60歳代後半の者と同じとすることを検討 ● 産休期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化 (●は公費への影響なし) 【業務運営の効率化】 業務運営及びシステムの改善	○ デフレ下のマクロ経済スライド ・仮に、特例水準を3年間で解消すると、年金額が▲2.5%削減され、毎年0.1兆円程度公費縮小 ・その後、仮にデフレである年にも▲0.9%のマクロ経済スライドをすれば、毎年0.1兆円程度の公費縮小 ※ デフレでない年のマクロ経済スライドの発動による給付抑制は、現行制度で織り込み済み ○ 支給開始年齢引上げ ・先進諸国（欧米）の平均寿命・受給開始年齢を十分参考にし、高齢者雇用の確保を図りつつ、68～70歳へのさらなる引上げを視野に検討 ・厚生年金の支給開始年齢引上げスケジュールの前倒しを検討 ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小 ● 標準報酬上限の引上げ ・健康保険制度を参考に見直しを検討	2012年以降速やかに 法案提出 ↓ 順次実施 ※ 今後、「現行制度の改善」全体について、検討の場とスケジュールを明確化した上で、法案提出に向けて検討		
年金計		充実計 (2015年) 0.6兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年) 影響額は改革の内容により変動		～0.6兆円程度	～0.7兆円程度

2015年度の上記の所要額(公費)合計 = 約2.7兆円程度
(充実3.8兆円程度、重点化・効率化～▲1.2兆円程度を一つの目途)

5

	Ⅳ 就労促進	充実、重点化・効率化	工程
		○ 全員参加型社会の実現 ☆ ・ジョブ・カードの活用等による若者の安定的雇用の確保 ・女性の就業率のM字カーブの解消 ・超高齢社会に適合した雇用法制の検討など年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり ・福祉から就労への移行等による障害者の雇用促進 ○ 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 ・非正規労働者の公正な待遇確保に横断的に取り組むための総合的ビジョンの策定 ・有期契約労働者の雇用の安定や処遇の改善に向けた法制度の整備の検討 ・長時間労働抑制やメンタルヘルス対策による労働者の健康・安全の確保 ○ 雇用保険・求職者支援制度の財源の検討	○ 就労促進策の継続的推進 ○ 総合的ビジョン：2011年に策定 ○ 法制度整備：2011年度 労働政策審議会で結論、所要の見直し措置 ○ 労働安全衛生法改正法案について、早期国会提出に向け検討 ○ 雇用保険法、求職者支援法の規定（注3）を踏まえ検討
	Ⅰ Ⅲ Ⅳ 以外の 充実、 重点化、 効率化 項目	○ サービス基盤の整備 ・あるべき医療・介護サービス提供体制の実現、こども園・保育サービス・放課後児童クラブ等のサービス目標達成に必要な基盤整備 ○ 医療イノベーションの推進 ☆ ・国際水準の臨床研究中核病院等の創設 ・日本発のシーズを実用化につなげるための実務的な相談支援 ・独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)の体制強化 ・保険償還価格の設定における医療経済的な観点の踏まえたイノベーションの評価等のさらなる検討 ○ 第2のセーフティネットの構築 ・求職者支援制度の創設 ・求職者支援制度をはじめとした第2のセーフティネット施策の切れ目ない連携 ・生活保護受給者等に対する就労支援 → プログラム参加者数及び就労・増収者の増加 ・住宅支援の仕組みの検討 ○ 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 ・不正受給対策の徹底 ・客観的データに基づく生活保護基準の検討 ○ 障害者施策 ・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、障害者の地域移行や地域生活の支援について検討 ○ 難病対策 ・長期高額医療の高額療養費の見直し（再掲）など難病医療費の支援のあり方の検討 ○ 震災復興 ・新たな安心地域モデルの提示	○ 計画的・集中的基盤整備 ○ 臨床研究中核病院等：2011年度から3年間で1.5カ所程度創設 ○ 臨床研究中核病院等に対し、継続的に研究費を重点配分 ○ PMDAの審査体制等の強化：2013年度末までに常勤数を751名に増員（2011年4月1日現在648名）。引き続き、合理化・効率化を図りつつ、さらなる強化策を検討 ○ 先進医療制度の申請・審査手続きの効率化：2011年度からの実施に向け検討 ○ 求職者支援制度：2011年度創設 ○ 引き続き総合的に推進 ○ 事業の継続実施 ○ ワンストップ・伴走型の市町村主導の専任機関の設置（順次設置） ○ 関連制度の改革と併せ検討 ○ 生活保護基準：基準部会（2011年4月開始）において、2012年末までに検証を実施 ○ 生保基準以外：国と地方の協議の開催（2011年5月開始）→必要に応じて法案提出 ○ 障がい者制度改革推進本部の検討を踏まえ、障害者総合福祉法（仮称）の2012年法案提出 ○ 引き続き制度横断的に検討 ○ 震災復興の検討の中で対応

(注1)費用試算は、厚生労働省の「社会保障制度改革の方向性と具体策」(平成23年5月12日)及びその関連の医療・介護に係る推計等の他、社会保障改革に関する集中検討会議での提案も盛り込んで機械的に試算したもの。
(注2)基礎年金国庫負担2分の1削減については、税制抜本改革により措置する。税制抜本改革実施までの各年度分の繰り入れも適切に行われるよう、必要な措置を講ずる。
(注3)雇用保険法：雇用保険の国庫負担については、引き続き検討を行い、できるだけ速やかに、安定した財源を確保した上で、国庫負担に関する暫定措置を廃止する。
求職者支援法：法施行後3年を目途とした特定求職者の就職に関する支援施策の在り方についての検討を行うに当たっては、その支援施策に関する費用負担の在り方について速やかに検討する。

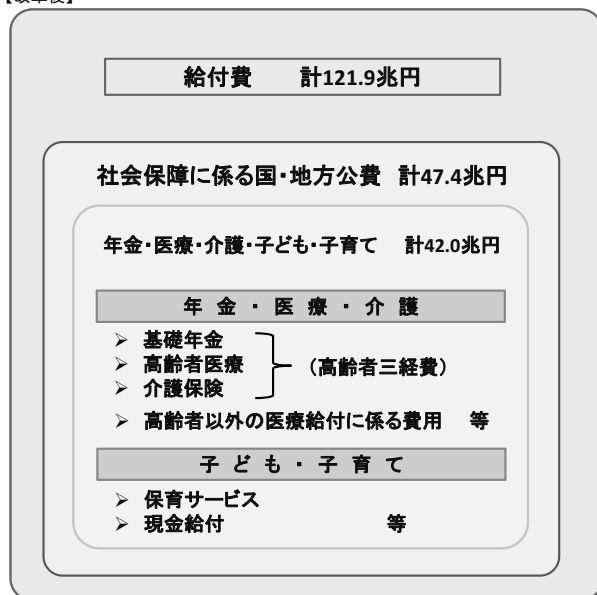
6

（再掲） 貧困・格差対策 と重層的なセーフティネットの構築	A 充実 （金額は公費（2015年））	D 所要額（公費） 2015年
	1. 社会保険の適用拡大 a 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 b 被用者保険の適用拡大と 国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大（完全実施の場合△1,600億円） 2. 社会保険制度における低所得者対策の強化 a 市町村国保の財政運営の都道府県単位化と併せ財政基盤を強化（低所得者保険料軽減の拡充等（～2,200億円程度）） ※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動 b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化 ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化（～1,300億円） ※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動 c 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化 ・長期高額医療の高額療養費の見直し（長期高額医療への対応、所得区別の見直しによる負担軽減等）による負担軽減（～1,300億円程度） ※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動 d 総合合算制度（番号制度等の情報連携基盤の導入が前提） e 年金制度の最低保障機能の強化 ・低所得者への加算 ・障害基礎年金への加算 ・受給資格期間の短縮 （0.6兆円程度） ※ 低所得者・障害基礎年金への加算については、加算対象者・加算水準・資産調査の有無等によって財政規模が変動 ※ 上記金額は、年収65万円未満（単身の場合）の者等に対して、月額1.6万円（7万円と老齢基礎年金の平均額5.4万円の差）を加算する等の前提 3. 第2のセーフティネットの構築 a 求職者支援制度の創設（費用負担の在り方の検討を含む） b 複合的困難を抱える者への伴走型支援 c 生活保護受給者等に対する就労支援 d 住宅支援の仕組みの検討 4. 最後のセーフティネットである生活保護の見直し（充実、重点化・効率化） ・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 ・不正受給対策の徹底 ・客観的データに基づく生活保護基準の検討	～0.3兆円程度 …被用者保険の適用拡大、総報酬制と併せて検討 ～0.1兆円程度 …受診時定額負担等と併せて検討 総合合算制度 ～0.4兆円程度 ～0.6兆円程度 …高所得者の年金給付の見直しと併せて検討
		～1.4兆円程度 7

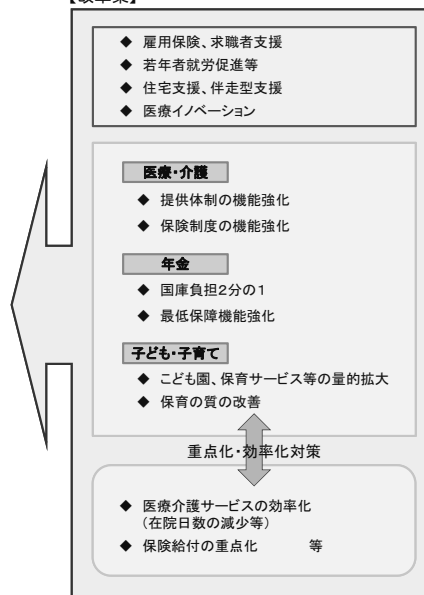
改革後の社会保障給付の全体像(2015年度ベース)

別紙2

【改革後】



【改革案】



※ 消費税収（国・地方）の用途は、現在は国分が予算総則上高齢者三経費に充てられているが、今後は、高齢者三経費を基本としつつ、その全額を「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要する費用」（「**社会保障4経費**」、平成21年度税制改正法附則104条）に拡充。本経費は2011年度予算ベースでは32.0兆円。

※ 給付費には、別紙1「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」における「Ⅱ 医療・介護等②」「保険者機能の強化を通じた医療・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、逆進性対策」（所要額（公費）～1兆円弱程度）及び「Ⅲ 年金」（所要額（公費）～0.6兆円程度）にかかる費用は含まれていない。

社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

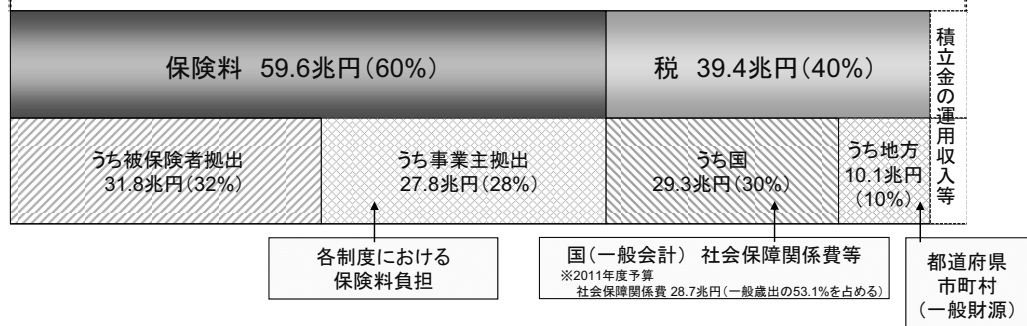
社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

【給付】

社会保障給付費



【負担】

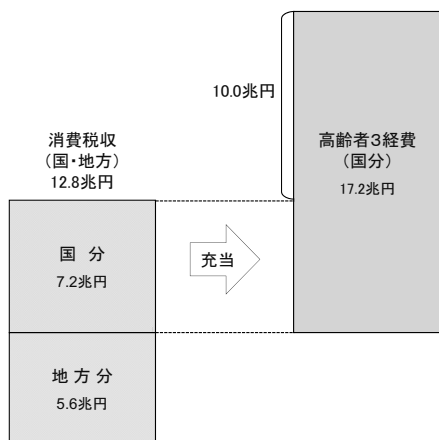


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障の安定財源確保の基本的枠組み

別紙3

予算総則上、消費税の収入(国分)は高齢者3経費(基礎年金、高齢者医療、介護保険)に充てることとされている。



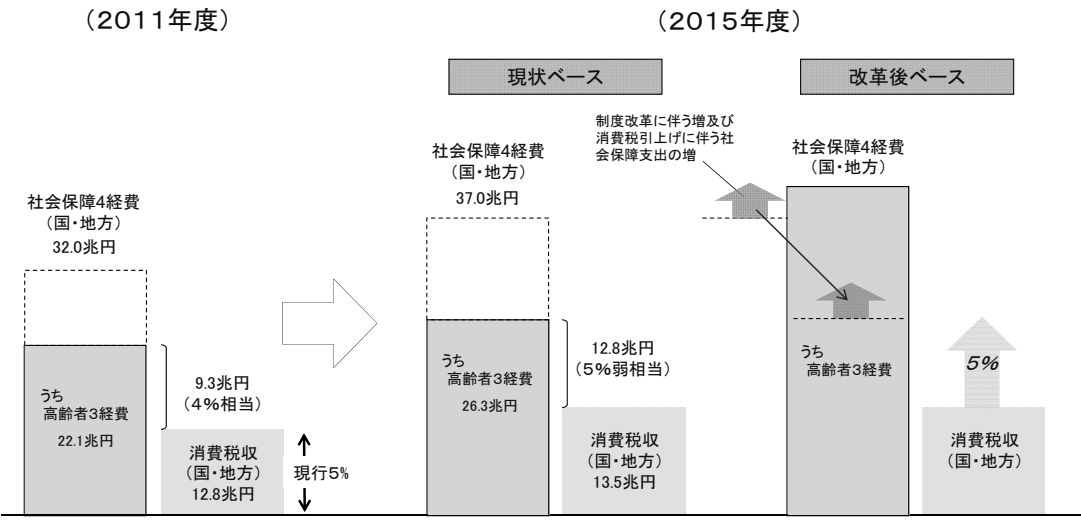
平成21年度税制改正法附則104条

「消費課税については、その負担が確実に国民に還元されることを明らかにする観点から、消費税の全額が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要する費用に充てられることが予算及び決算において明確化されることを前提に、消費税の税率を検討する」

⇒「高齢者3経費」を基本としつつ、今後は、その全額の使途を「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要する費用」に拡充することが、消費税率の検討の前提。

(注) 計数は2011年度(当初予算ベース)。

社会保障給付と消費税込収（国・地方）の対立関係



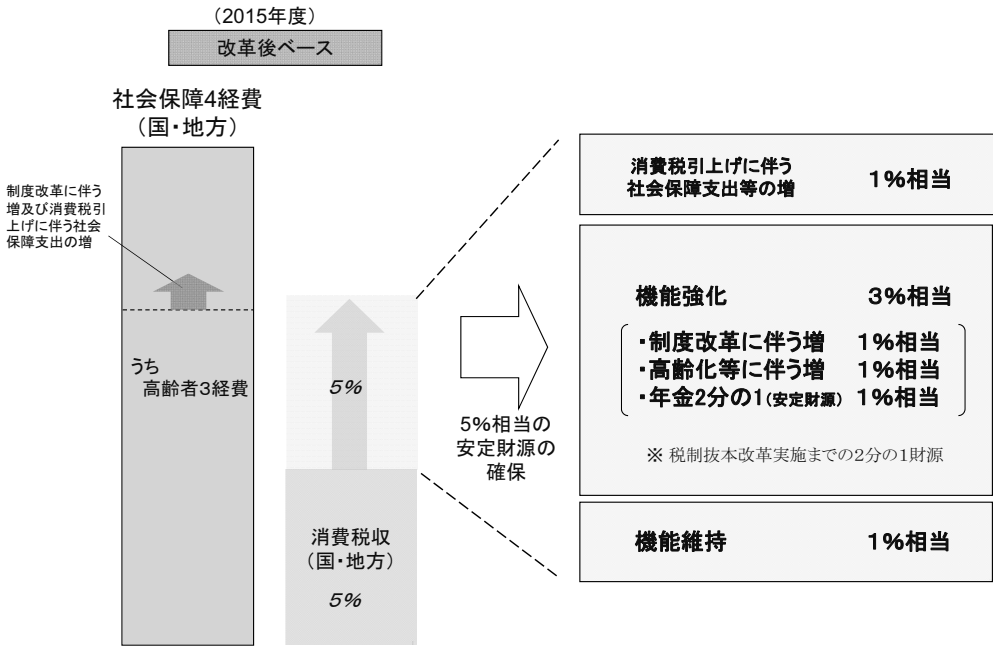
(注1) 消費税込収(国・地方)を充当する社会保障給付の具体的範囲(2015年度時点)は、高齢者3経費を基本としつつ、今後検討。当該範囲における社会保障給付における国・地方の役割分担に応じ、消費税込収を国・地方に配分。

(注2) 社会保障4経費とは、社会保障給付公費負担のうち「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要する費用」(平成21年度税制改正法附則104条)をいう。所要額は厚生労働省による推計(2011年5月時点)。

(注3) 2015年度の消費税込収は、内閣府「経済財政の中長期試算」(平成23年1月)に基づく推計(年央に改訂)。

2

社会保障改革の安定財源の確保



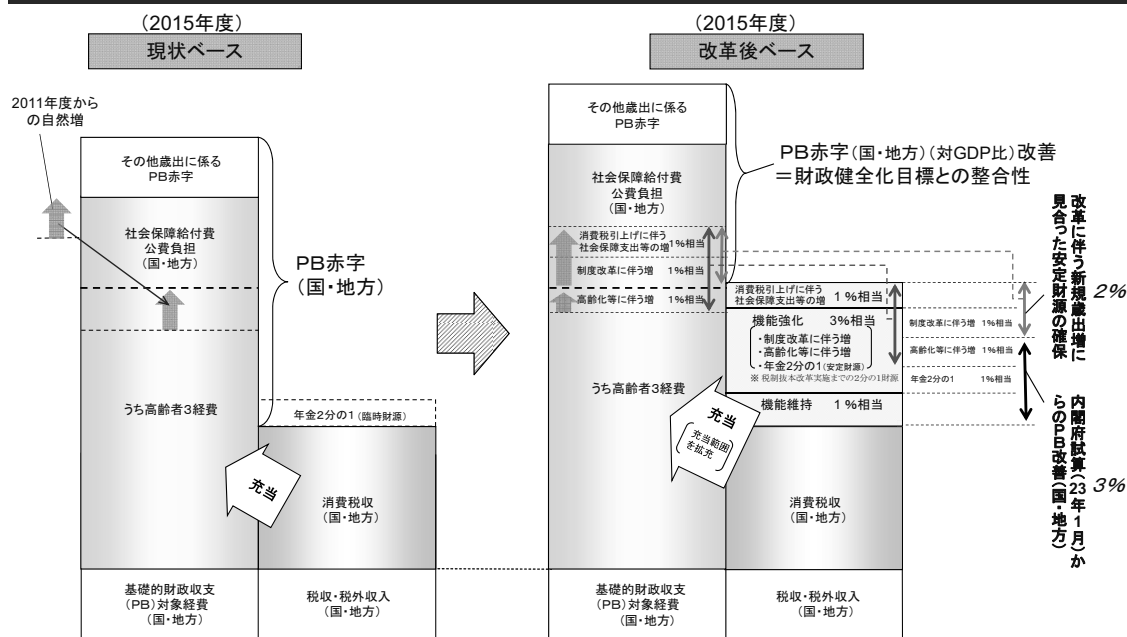
(注1) 消費税込収引上げに伴う社会保障支出等の増には、消費税を引き上げた場合に増加する国・地方の物資調達にかかる支出も含まれる。所要額は、財務省推計(2011年5月時点)であり、今後各年度の予算編成過程において精査が必要。

(注2) 高齢化等に伴う増は、いわゆる自然増のうち経済成長による伸びを超える増加のことである。

(注3) 機能強化の額は、厚生労働省による推計(2011年5月時点)。機能強化の具体的な内容は、別紙1のとおり。

3

社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成

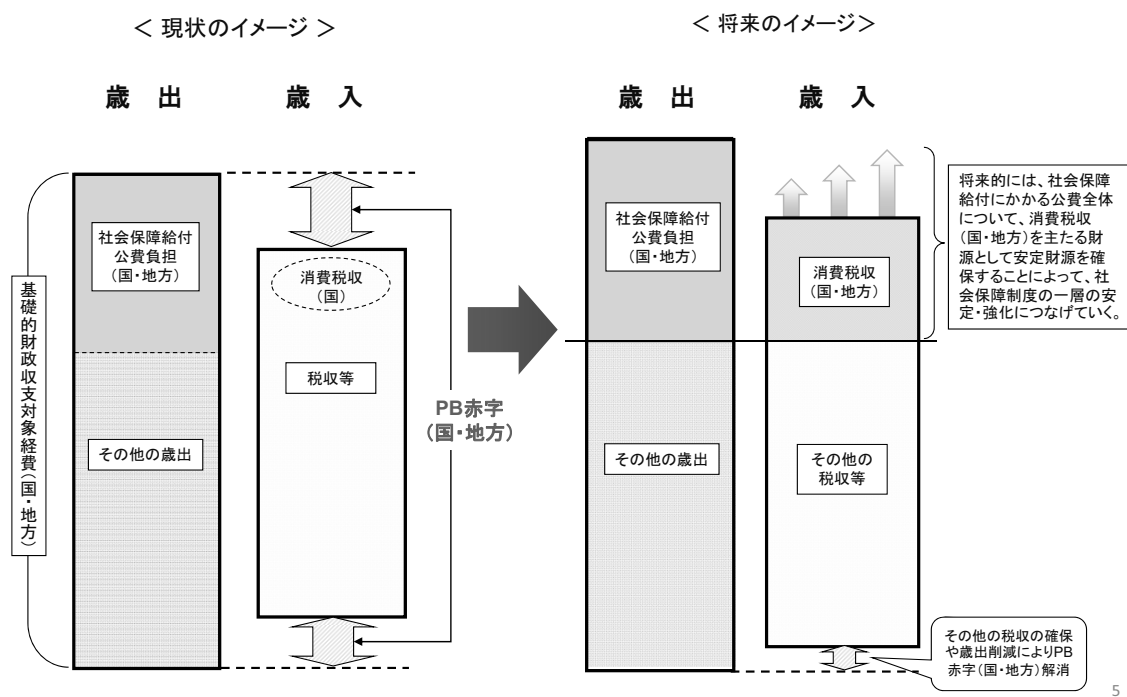


- (注1)「財政運営戦略」(平成22年6月22日閣議決定)における財政健全化目標において、国・地方及び国の基礎的財政収支赤字の対GDP比を、2015年度までに2010年度の水準から半減し、2020年度までに黒字化することとされている。内閣府試算(平成23年1月)の2015年度の試算結果からは、消費税率換算で約3%のPB(国・地方)の改善が必要。
- (注2)消費税率(国・地方)を充当する社会保障給付の具体的範囲(2015年度時点)は、高齢者3経費を基本としつつ、今後検討。当該範囲における社会保障給付における国・地方の役割分担に応じ、消費税率を国・地方に配分。
- (注3)改革後ベースにおける「高齢化等に伴う増」は、いわゆる自然増のうち経済成長による伸び(「機能維持」に含まれる)を超える増加のことである。

4

消費税率(国・地方)の社会保障財源化・区分経理のイメージ

(参考)



5

資料2

「被災地の自治体からの避難者が、予防接種を希望されるときへの対応についてのアンケート」結果概要

東日本大震災を受け、居住の市町村で定期予防接種を受けることが困難な被災者については、避難先の市町村で予防接種を受けることになる。

この取扱いについては、厚生労働省から各都道府県宛に、『東北地方太平洋沖地震に伴う予防接種の取扱いについて』として、避難先市町村に予防接種実施の特段の配慮を願う通知が出されているが、もともと市町村が実施主体であることもあり、取扱いに差異がある状況と考えられる。

これを受け、京都府保険医協会は、「被災地の自治体からの避難者が予防接種を希望されるときへの対応についてのアンケート」を府内全26市町村宛に4月12日付で送付。6月1日付で締切り、25市町村から回答を得た。回収率は96.1%。

なお、京都府の対応としては、府内の被災者に対する定期予防接種については無料。被災地区において、「予防接種実施願」という依頼書が発行可能な市町村に、定期予防接種実施希望の被災者の住民票がある場合は、避難先の市町村宛の依頼書を発行してもらう。不可能な場合については、医療機関にて居住地を確認の上、予防接種を実施するとしている。

【アンケート質問項目】

I. 定期接種

- ①BCG ②ポリオ ③麻疹・風疹 ④三種混合 ⑤日本脳炎

【質問項目】

- 1) 被災地の役所機能がなくなり、依頼書がない場合→具体的にお書き下さい。
2) 貴自治体宛の依頼書を持参された場合
①無料 ②自己負担あり（金額 ） ③その他→具体的にお書き下さい。
3) 協議中 方向性について具体的にお書きください。

II. 任意接種

- ①ヒブワクチン ②小児用肺炎球菌ワクチン ③子宮頸がんワクチン
④水ぼうそう ⑤おたふくかぜ

【質問項目】

- 1) 被災地の役所機能がなくなり、依頼書がない場合→具体的にお書きください。
2) 貴自治体宛の依頼書を持参された場合
①無料 ②自己負担あり（金額 ） ③その他→具体的にお書き下さい。
3) 協議中 方向性について具体的にお書きください。

III. その他

【質問項目】

- 1) 被災者の予防接種や医療について、被災者や医療機関からの問い合わせがありますか？
2) 被災者の予防接種や医療について、お困りになっていることがありますか？

【アンケート結果概要】

I～II

1) 被災地の役所機能がなくなり、依頼書がない場合

I. ①BCG、②ポリオワクチン、③麻疹・風疹、④三種混合、⑤日本脳炎、II. ①ヒブワクチン、②小児用肺炎球菌ワクチン、③子宮頸がんワクチン

- ◆ほとんどの市町村が、災害救助法適用地域（東京都を除く）の住民の場合、本人（保護者）からの申請をもって依頼書があるものとみなす、あるいは、接種実施市町村から予防接種実施願や予診票を発行し、対応するとしている。

II. ④水ぼうそう、⑤おたふくかぜ

- ◆すべての市町村で公費負担での対応がないため、依頼書の有無に関わらず、市町村民と同様に自己負担での接種と回答。

I～II

2) 貴自治体宛の依頼書を持参された場合

I. ①BCG、②ポリオワクチン

- ◆定期接種であるBCG・ポリオワクチンともに、ほとんどの市町村が無料で対応しているが、BCGでは1市町村が「自己負担あり」、1市町村が「協議中」とし、1市町村が「協議中」としている。
- ◆「自己負担あり」の具体的内容では、「依頼書に基づき実施、医療機関の定める額の自己負担あり」。
- ◆「協議中」の具体的内容では、BCG・ポリオワクチンともに「現在、対象の方がいないので、対象が出てきた時に対応協議予定」としている。

I. ③麻疹・風疹、④三種混合、⑤日本脳炎

- ◆自己負担ありとしている市町村の数が増えており、各市町村で対応に差があることが明白となった。
- ◆3つのワクチンともに同じ回答内容となっており、15市町村は無料、5市町村が自己負担あり、2市町村がその他としている。なお、無回答となった3市町村のうち2市町村については、対応を協議中としている。

II. ①ヒブワクチン、②小児用肺炎球菌ワクチン、③子宮頸がんワクチン

- ◆10市町村が無料、6市町村が自己負担あり、3市町村がその他としている。任意接種ということもあり、定期接種より自己負担ありとしている市町村が増えた。
- ◆無回答となった6市町村のうち3市町村は、対応を協議中とし、残り3市町村については、「健康被害の場合の補償の関係でなし」「災害救助法の適用地域については、住民と同等の対応」「現時点では任意接種に関しては、被災者の方を補助の対象としていない」と回答している。

II. ④水ぼうそう、⑤おたふくかぜ

- ◆無料の市町村はなく、すべての市町村で公費負担での対応なし、あるいは自己負担ありと回答している。

III. その他意見欄

- ◆市町村に対し、避難されている被災者から予防接種の件で問い合わせがあったことも判明した。

I. 定期接種					
① B C G					
	1) 具体的内容	2)	具体的内容	3)	具体的内容
1	京 都 市 ※ (集団接種)京都市内居住先の各区保健センター・支所で発行する「予防接種実施願」を受領した場合、各区保健センター・支所で無料で接種。	無料			
2	福知山市 依頼書があるものとみなし、無料。	無料			
3	舞 鶴 市 災害救助法の適応市町村が住民登録地である被災者の申請により、依頼があったものとみなして、無料で実施。(東京都を除く)	自己負担あり	依頼書に基づき、実施。自己負担は医療機関の定める額。		
4	綾 部 市 被災地の住所地自治体との電話確認の後、本人(保護者)から市への申出書の提出(事前申請)により依頼書があったものとみなします。綾部市から予防票を発行。(災害救助法適用地域のみ)	無料	市民と同様。		
5	宇 治 市 災害救助法適用地域の住民の場合、依頼書があったものとみなし、無料で接種できる。	無料			
6	宮 津 市 宮津市民と同様の対応。(集団接種会場にて無料で接種)	無料			
7	亀 岡 市 亀岡市で作成した申出書の提出により、無料で接種可。	無料	集団接種。		
8	城 陽 市 依頼書があるものとみなし、対応。事前申請、要。	無料	集団接種のため。		
9	向 日 市 本市住民と同様に無料で接種できるように対応する方向で検討中。	無料			
10	長岡京市 自治体宛の依頼書を持参された場合と同様。	無料			
11	大山崎町 母子手帳で接種歴を確認し、周診票を発行する。母子手帳がない場合は、保護者に接種歴を確認のため、申請書を記入していただき、周診票を発行する。(災害救助法適用地域のみ)	無料	通常の依頼書で接種する場合と同じ。		
12	久御山町 依頼書がある場合と同様に受けてもらう。	無料			
13	八 幡 市 本人申請。	無料	集団接種。		
14	京田辺市 厚生労働省からの事務連絡(3/14付)に基づき、災害救助法適用地域(東京都を除く)は市民と同様に扱う。	無料			
15	井 手 町				
16	宇治田原町 集団接種で受け入れ。本人負担無料。	無料			
17	笠 置 町 本人申請。	無料			
18	和 束 町 本人の申し出により実施。(具体的には協議中)	無料			
19	精 華 町 被災地からの申し出をもって、住所地の市町村からの依頼があったものとする。	無料			
20	南山城村 住所地確認で対応。(役所機能が壊滅していることの)	無料			
21	伊 根 町			協議中	現在、対象の方がいないので、対象が出てきた時に対応協議予定。
22	京丹波町 被災者からの申し出をもって、居住地の長からの予防接種実施依頼があったものとして、予防接種を実施する。	無料	京丹波町予防接種実施要領に基づき、予防接種を実施する。		
23	与謝野町 災害救助法の適用地域については、住民と同等の対応します。				
24	京丹後市 災害救助法適用地域の住民の場合、依頼書があったものとみなし、無料で接種できる。	無料	災害救助法適用地域(東京都を除く)の場合、市民と同様に無料で接種できる。		
25	南 丹 市 被災地および役所機能の確認後、集団接種。(自己負担無)	無料	集団接種。		
26	木津川市 災害救助法適用地域の方で、依頼書のない場合はBCG集団接種にて対応。	無料	ただし、BCG集団接種会場来所に限る。		

※質問項目1)については、「依頼書の発行が不可能な場合」と訂正。

Ⅰ. 定期接種					
②ポリオ					
1) 具体的内容		2)	具体的内容	3)	具体的内容
1	京 都 市※	(集団接種)京都市内居住先の各区保健センター・支所で発行する「予防接種実施願」を受領した場合、各区保健センター・支所で無料で接種。	無料		
2	福知山市	依頼書があるものとみなし、無料。	無料		
3	舞 鶴 市	災害救助法の適応市町村が住民登録地である被災者の申請により、依頼があったものとみなして、無料で実施。(東京都を除く)	無料	集団接種。	
4	綾 部 市	被災地の住所地自治体との電話確認の後、本人(保護者)から市への申出書の提出(事前申請)により依頼書があったものとみなします。綾部市から予診票を発行。(災害救助法適用地域のみ)	無料	集団接種。	
5	宇 治 市	災害救助法適用地域の住民の場合、依頼書があったものとみなし、無料で接種できる。	無料		
6	宮 津 市	宮津市民と同様の対応。(集団接種会場にて無料で接種)	無料		
7	亀 岡 市	亀岡市で作成した申出書の提出により、無料で接種可。	無料	集団接種	
8	城 陽 市	依頼書があるものとみなし、対応。事前申請、要。	無料	集団接種のため。	
9	向 日 市	本市住民と同様に無料で接種できるように対応する方向で検討中。	無料		
10	長岡京市	自治体宛の依頼書を持参された場合と同様。	無料		
11	大山崎町	母子手帳で接種歴を確認し、問診票を発行する。母子手帳がない場合は、保護者に接種歴を確認のため、申請書を記入していただき、問診票を発行する。(災害救助法適用地域のみ)	無料	通常の依頼書で接種する場合と同じ。	
12	久御山町	依頼書がある場合と同様に受けてもらう。	無料		
13	八 幡 市	本人申請。	無料	集団接種。	
14	京田辺市	厚生労働省からの事務連絡(3/14付)に基づき、災害救助法適用地域(東京都を除く)は市民と同様に扱う。	無料		
15	井 手 町				
16	宇治田原町	集団接種で受け入れ。本人負担無料。	無料		
17	笠 置 町	本人申請。	無料		
18	和 束 町	本人の申し出により実施。(具体的には協議中)	無料		
19	精 華 町	被災地からの申し出をもって、住所地の市町村からの依頼があったものとする。	無料		
20	南山城村	住所地確認で対応。(役所機能が壊滅していることの)	無料		
21	伊 根 町			協議中	現在、対象の方がないので、対象が出てきた時に対応協議予定。
22	京丹波町	被災者からの申し出をもって、居住地の長からの予防接種実施依頼があったものとして、予防接種を実施する。	無料	京丹波町予防接種実施要領に基づき、予防接種を実施する。	
23	与謝野町	災害救助法の適用地域については、住民と同等の対応します。			
24	京丹後市	災害救助法適用地域の住民の場合、依頼書があったものとみなし、無料で接種できる。	無料	災害救助法適用地域(東京都を除く)の場合、市民と同様に無料で接種できる。	
25	南 丹 市	被災地および役所機能の確認後、集団接種。(自己負担無)	無料	集団接種。	
26	木津川市	災害救助法適用地域の方で、依頼書のない場合はポリオ集団接種にて対応。	無料	ポリオ集団接種会場に来所し、実施。	

※質問項目1)については、「依頼書の発行が不可能な場合」と訂正。

政策解説資料

Ⅰ. 定期接種					
③麻疹・風疹					
1) 具体的内容		2)	具体的内容	3)	具体的内容
1	京都市※	無料	京都市内居住先の各区保健センター・支所で発行する「予防接種実施願」を受領した場合、京都市予防接種協力医療機関で無料で接種。		
2	福知山市	無料	依頼書があるものとみなし、無料。		
3	舞鶴市	自己負担あり	災害救助法の適用市町村が住民登録地である被災者の申請により、依頼があったものとみなし、無料で実施。(東京都を除く)		依頼書に基づき、実施。自己負担は医療機関の定める額。
4	綾部市	無料	被災地の住所地自治体との電話確認の後、本人(保護者)から市への申出書の提出(事前申請)により依頼書があったものとみなします。綾部市から予防接種券を発行。(災害救助法適用地域のみ)		市民と同様。
5	宇治市	無料	災害救助法適用地域の住民の場合、依頼書があったものとみなし、無料で接種できる。		
6	宮津市	自己負担あり	市民と同様の扱いにて実施。(市発行の予防接種券を持参し、委託医療機関にて無料で接種)		個別接種にて、実施していますので、接種希望医療機関宛の依頼書を持参して、医療機関にて接種。医療機関が請求する自己負担金を支払い後、住所地で償還払い等の制度を利用。(住所地により異なる。)
7	亀岡市	無料 自己負担あり	亀岡市で作成した申出書の提出により、無料で接種可。		災害救助法適用市町村で、還付制度がない場合のみ無料とする。
8	城陽市	自己負担あり	市民と同様の扱いにて実施。市発行の予防接種券を持参し、医療機関にて、無料で接種。事前申請を要する。		接種。医療機関で決められた金額。
9	向日市	その他	本市住民と同様に対応する方向で検討中。(無料)		災害救助法の適用を受けた地域の住民は、本市住民と同様に無料で接種できるよう対応する。その他の地域からの依頼書は医療機関宛に発行してもらい、接種費用は、依頼元の自治体の制度に従っていただきたい。
10	長岡京市	無料	自治体宛の依頼書を持参された場合と同様。		
11	大山崎町	無料	母子手帳で接種歴を確認し、周診票を発行する。母子手帳がない場合は、保護者に接種歴を確認のため、申請書を記入していただき、周診票を発行する。(災害救助法適用地域のみ)		通常の依頼書で接種する場合と同じ。
12	久御山町			協議中	依頼書がある場合は、住民票のある自治体で費用を負担していただく(立替払い)。依頼書がない場合は、費用を当該負担でうけてもらう方向で協議中。
13	八幡市	無料	本人申請。		本人申請、個別接種。
14	京田辺市	無料 自己負担あり	厚生労働省からの事務連絡(3/14付)に基づき、災害救助法適用地域(東京都を除く)は市民と同様に扱う。		災害救助法適用地域(東京都を除く)は無料。その他地域は、自己負担あり。(医療機関で任意設定)
15	井手町				
16	宇治田原町	無料	個別接種。本人負担無料。		
17	笠置町	無料	本人申請。		
18	和束町	無料	本人の申し出等により実施。(具体的には協議中)		
19	精華町	無料	被災地からの申し出をもって、住所地の市町村からの依頼があったものとする。		
20	南山城村	無料	役所機能が壊滅していることを住所地で確認する。		
21	伊根町			協議中	現在、対象の方がないので、対象が出てきた時に協議対応予定。
22	京丹波町	無料	被災者の申し出をもって、居住地の長からの予防接種実施依頼があったものとして、予防接種を実施する。		京丹波町予防接種実施要領に基づき、予防接種を実施する。
23	与謝野町		災害救助法の適用地域については、住民と同等の対応します。		
24	京丹後市	無料	災害救助法適用地域の住民の場合、依頼書があったものとみなし、無料で接種できる。		災害救助法適用地域(東京都を除く)の場合、市民と同様に無料で接種できる。
25	南丹市	その他	被災地および役所機能の確認後、個別接種。(自己負担無)		依頼自治体の対応に準じる。ただし、委託契約・償還払いがきでない場合は、無料とする。(南丹市が負担)
26	木津川市	無料	災害救助法適用地域の方で、依頼書作成が困難な場合は、無料で市民同様、市内医療機関にて対応。		災害救助法適用地域の方で、依頼書は出せるが、費用負担ができない場合のみ、市民同様市内医療機関にて接種。ただし、自治体が機能しており、当市の医療機関と委託契約ができる場合、または還付ができる場合は除く。

※質問項目1)については、「依頼書の発行が不可能な場合」と訂正。

Ⅰ．定期接種					
④三種混合					
1) 具体的内容		2)	具体的内容	3)	具体的内容
1	京都市※	京都市内居住先の各区保健センター・支所で発行する「予防接種実施願」を受領した場合、京都市予防接種協力医療機関で無料で接種。	無料		
2	福知山市	依頼書があるものとみなし、無料。	無料		
3	舞鶴市	災害救助法の適用市町村が住民登録地である被災者の申請により、依頼があったものとみなして、無料で実施。（東京都を除く）	自己負担あり	依頼書に基づき、実施。自己負担は医療機関の定める額。	
4	綾部市	被災地の住所地自治体との電話確認の後、本人（保護者）から市への申出書の提出（事前申請）により依頼書があったものとみなします。綾部市から予防票を発行。（災害救助法適用地域のみ）	無料	市民と同様。	
5	宇治市	災害救助法適用地域の住民の場合、依頼書があったものとみなし、無料で接種できる。	無料		
6	宮津市	市民と同様の扱いにて実施。（市発行の予防票を持参し、委託医療機関にて無料で接種）	自己負担あり	個別接種にて、実施していますので、接種希望医療機関宛の依頼書を持参して、医療機関にて接種。医療機関が請求する自己負担金を支払い後、住所地で償還払い等の制度を利用。（住所地により異なる。）	
7	亀岡市	亀岡市で作成した申出書の提出により、無料で接種可。	無料 自己負担あり	災害救助法適用市町村で、還付制度がない場合のみ無料とする。	
8	城陽市	市民と同様の扱いにて実施。市発行の予防票を持参し、医療機関にて、無料で接種。事前申請を要する。	自己負担あり	接種。医療機関で決められた金額。	
9	向日市	本市住民と同様に対応する方向で検討中。（無料）	その他	災害救助法の適用を受けた地域の住民は、本市住民と同様に無料で接種できるよう対応する。その他の地域からの依頼書は医療機関宛に発行してもらい、接種費用は、依頼元の自治体の制度に従っていただきたい。	
10	長岡京市	自治体宛の依頼書を持参された場合と同様。	無料		
11	大山崎町	母子手帳で接種歴を確認し、周診票を発行する。母子手帳がない場合は、保護者に接種歴を確認のため、申請書を記入していただき、周診票を発行する。（災害救助法適用地域のみ）	無料	通常の依頼書で接種する場合と同じ。	
12	久御山町			協議中	依頼書がある場合は、住民票のある自治体で費用を負担していただく（立替払い）。依頼書がない場合は、費用を当町負担でうけてもらう方向で協議中。
13	八幡市	本人申請。	無料	本人申請、個別接種。	
14	京田辺市	厚生労働省からの事務連絡（3/14付）に基づき、災害救助法適用地域（東京都を除く）は市民と同様に扱う。	無料 自己負担あり	災害救助法適用地域（東京都を除く）は無料。その他地域は、自己負担あり。（医療機関で任意設定）	
15	井手町				
16	宇治田原町	個別接種。本人負担無料。	無料		
17	笠置町	本人申請。	無料		
18	和束町	本人の申し出等により実施。（具体的には協議中）	無料		
19	精華町	被災地からの申し出をもって、住所地の市町村からの依頼があったものとする。	無料		
20	南山城村	役所機能が壊滅していることを住所地で確認する。	無料		
21	伊根町			協議中	現在、対象の方がないので、対象が出てきた時に協議対応予定。
22	京丹波町	被災者の申し出をもって、居住地の長からの予防接種実施依頼があったものとして、予防接種を実施する。	無料	京丹波町予防接種実施要領に基づき、予防接種を実施する。	
23	与謝野町	災害救助法の適用地域については、住民と同等の対応します。			
24	京丹後市	災害救助法適用地域の住民の場合、依頼書があったものとみなし、無料で接種できる。	無料	災害救助法適用地域（東京都を除く）の場合、市民と同様に無料で接種できる。	
25	南丹市	被災地および役所機能の確認後、個別接種。（自己負担無）	その他	依頼自治体の対応に準じる。ただし、委託契約・償還払いがきでない場合は、無料とする。（南丹市が負担）	
26	木津川市	災害救助法適応地域の方で、依頼書作成が困難な場合は、無料で市民同様、市内医療機関にて対応。	無料	災害救助法適応地域の方で、依頼書は出せるが、費用負担ができない場合のみ、市民同様市内医療機関にて接種。ただし、自治体が機能しており、当市の医療機関と委託契約ができる場合、または還付ができる場合は除く。	

※質問項目 1）については、「依頼書の発行が不可能な場合」と訂正。

政策解説資料

I. 定期接種					
⑤日本脳炎					
	1) 具体的内容	2)	具体的内容	3)	具体的内容
1	京都市※	無料	京都市内居住先の各区保健センター・支所で発行する「予防接種実施願」を受領した場合、京都市予防接種協力医療機関で無料で接種。		
2	福知山市	無料	依頼書があるものとみなし、無料。		
3	舞鶴市	自己負担あり	災害救助法の適用市町村が住民登録地である被災者の申請により、依頼があったものとみなして、無料で実施。(東京都を除く)		依頼書に基づき、実施。自己負担は医療機関の定める額。
4	綾部市	無料	被災地の住所地自治体との電話確認の後、本人(保護者)から市への申出書の提出(事前申請)により依頼書があったものとみなします。綾部市から予防票を発行。(災害救助法適用地域のみ)		市民と同様。
5	宇治市	無料	災害救助法適用地域の住民の場合、依頼書があったものとみなし、無料で接種できる。		
6	宮津市	自己負担あり	市民と同様の扱いにて実施。(市発行の予防票を持参し、委託医療機関にて無料で接種)		個別接種にて、実施していますので、接種希望医療機関宛の依頼書を持参して、医療機関にて接種。医療機関が請求する自己負担金を支払い後、住所地で償還払い等の制度を利用。(住所地により異なる。)
7	亀岡市	無料 自己負担あり	亀岡市で作成した申出書の提出により、無料で接種可。		災害救助法適用市町村で、還付制度がない場合のみ無料とする。
8	城陽市	自己負担あり	市民と同様の扱いにて実施。市発行の予防票を持参し、医療機関にて、無料で接種。事前申請を要する。		接種。医療機関で決められた金額。
9	向日市	その他	本市住民と同様に対応する方向で検討中。(無料)		災害救助法の適用を受けた地域の住民は、本市住民と同様に無料で接種できるよう対応する。その他の地域からの依頼書は医療機関宛に発行してもらい、接種費用は、依頼元の自治体の制度に従っていただきたい。
10	長岡京市	無料	自治体宛の依頼書を持参された場合と同様。		
11	大山崎町	無料	母子手帳で接種歴を確認し、問診票を発行する。母子手帳がない場合は、保護者に接種歴を確認のため、申請書を記入していただき、問診票を発行する。(災害救助法適用地域のみ)		通常の依頼書で接種する場合と同じ。
12	久御山町			協議中	依頼書がある場合は、住民票のある自治体で費用を負担していただく(立替払い)。依頼書がない場合は、費用を当町負担でうけてもらう方向で協議中。
13	八幡市	無料	本人申請。		本人申請、個別接種。
14	京田辺市	無料 自己負担あり	厚生労働省からの事務連絡(3/14付)に基づき、災害救助法適用地域(東京都を除く)は市民と同様に扱う。		災害救助法適用地域(東京都を除く)は無料。その他地域は、自己負担あり。(医療機関で任意設定)
15	井手町				
16	宇治田原町	無料	個別接種。本人負担無料。		
17	笠置町	無料	本人申請。		
18	和束町	無料	本人の申し出等により実施。(具体的には協議中)		
19	精華町	無料	被災地からの申し出をもって、住所地の市町村からの依頼があったものとする。		
20	南山城村	無料	役所機能が壊滅していることを住所地で確認する。		
21	伊根町			協議中	現在、対象の方がいないので、対象が出てきた時に協議対応予定。
22	京丹波町	無料	被災者の申し出をもって、居住地の長からの予防接種実施依頼があったものとして、予防接種を実施する。		京丹波町予防接種実施要領に基づき、予防接種を実施する。
23	与謝野町		災害救助法の適用地域については、住民と同等の対応します。		
24	京丹後市	無料	災害救助法適用地域の住民の場合、依頼書があったものとみなし、無料で接種できる。		災害救助法適用地域(東京都を除く)の場合、市民と同様に無料で接種できる。
25	南丹市	その他	被災地および役所機能の確認後、個別接種。(自己負担無)		依頼自治体の対応に準じる。ただし、委託契約・償還払いがきでない場合は、無料とする。(南丹市が負担)
26	木津川市	無料	災害救助法適応地域の方で、依頼書作成が困難な場合は、無料で市民同様、市内医療機関にて対応。		災害救助法適応地域の方で、依頼書は出せるが、費用負担ができない場合のみ、市民同様市内医療機関にて接種。ただし、自治体が機能しており、当市の医療機関と委託契約ができる場合、または還付ができる場合は除く。

※質問項目1)については、「依頼書の発行が不可能な場合」と訂正。

		Ⅱ．任意接種				
		①ヒブワクチン				
		1) 具体的内容	2)	具体的内容	3)	具体的内容
1	京 都 市		無料	被災前の住所が災害救助法適用地域(ただし、東京都を除く)にある人で、京都市内居住先の各区保健センター・支所で発行する「予防接種実施願」を受領した場合、京都市予防接種協力医療機関で無料で接種。		
2	福知山市	依頼書があるものとみなし、無料。	無料			
3	舞 鶴 市	災害救助法の適応市町村(東京都を除く)が住民登録地である被災者の申請により、舞鶴市の行政措置として、無料で実施。	自己負担あり	住民登録地の行政措置として、舞鶴市が依頼を受けて実施。		
4	綾 部 市	被災地の住民自治体との電話確認後、本人(保護者)から市への申出書の提出(事前申請)により依頼書があったものとみなします。綾部市から予診票を発行。(災害救助法の適用地域のみ)	無料			
5	宇 治 市	災害救助法適用地域の住民の場合、本市の接種促進事業にのっとり、無料で接種できる。	無料			
6	宮 津 市	市民と同様の扱いにて実施。市発行の予診票を持参し、医療機関にて、無料で接種。	自己負担あり	接種希望医療機関宛の依頼書を持参して、医療機関にて接種。医療機関が請求する自己負担を支払い後、住所地で償還払い等の制度を利用。(住所地により異なる。)		
7	亀 岡 市	亀岡市で作成した申出書の提出により、無料で接種可。	無料 自己負担あり	災害救助法適用市町村で、還付制度がない場合のみ無料とする。		
8	城 陽 市	市民と同様の扱いにて実施。市発行の予診票を持参し、医療機関にて、無料で接種。事前申請を要する。	自己負担あり			
9	向 日 市	本市住民と同様に対応する方向で検討中。(H24年3月31日まで無料)	その他	災害救助法の適用を受けた地域の住民は、本市住民と同様に無料で接種できるよう対応する。その他の地域からの依頼書は医療機関宛に発行してもらい、接種費用は、依頼元の自治体の制度に従っていただきたい。		
10	長岡京市	自治体宛の依頼書を持参された場合と同様。	無料			
11	大山崎町	母子手帳で接種歴を確認し、問診票を発行する。母子手帳がない場合は、保護者に接種歴を確認のため、申請書を記入していただき、問診票を発行する。(災害救助法適用地域のみ)	自己負担あり	通常の依頼書で接種する場合と同じ。(住所地の自治体の制度に則る)		
12	久御山町				協議中	依頼書がある場合は、住民票のある自治体で費用を負担していただく(立替払い)。依頼書がない場合は、費用を当町負担でうけてもらう方向で協議中。
13	八 幡 市	健康被害の場合の保障の関係でなし。				
14	京田辺市	厚生労働省からの事務連絡(3/14付)に基づき、災害救助法適用地域(東京都を除く)は市民と同様に扱う。	無料 自己負担あり	災害救助法適用地域(東京都を除く)は無料。その他地域は、自己負担あり。(医療機関で任意設定)		
15	井 手 町					
16	宇治田原町	個別接種。本人負担無料。	無料			
17	笠 置 町	本人申請。	無料			
18	和 束 町	本人の申し出等により実施。(具体的には協議中)	無料			
19	精 華 町	被災者からの申し出をもって、住所地の市町村からの依頼があったものとする。	無料			
20	南山城村				協議中	任意接種については、健康被害の対応のこともあいまいになるので、対応しない方向。
21	伊 根 町				協議中	現在、対象の方がいないので、対象が出てきた時に協議対応予定。
22	京丹波町	被災者の申し出をもって、居住地の長からの予防接種実施依頼があったものとして、予防接種を実施する。	無料	平成23年度京丹波町子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業実施要領に基づき、実施する。		
23	与謝野町	災害救助法の適用地域については、住民と同等の対応します。				
24	京丹後市	補助しない。	その他	補助しない。		
25	南 丹 市	被災地および役所機能の確認後、公費負担の実施状況を確認し、公費負担実施であれば個別接種。(自己負担無)	その他	依頼自治体の対応に準じる。ただし、委託契約・償還払いがきでない場合は、無料とする。(南丹市が負担)		
26	木津川市	現時点では、任意接種に関しては、被災者の方を補助の対象としておりません。				

政策解説資料

Ⅱ．任意接種					
②小児用肺炎球菌ワクチン					
1) 具体的内容		2)	具体的内容	3)	具体的内容
1	京都市	無料	被災前の住所が災害救助法適用地域(ただし、東京都を除く)にある人で、京都市内居住先の各区保健センター・支所で発行する「予防接種実施願」を受領した場合、京都市予防接種協力医療機関で無料で接種。		
2	福知山市	無料			
3	舞鶴市	自己負担あり	住民登録地の行政措置として、舞鶴市が依頼を受けて実施。		
4	綾部市	無料			
5	宇治市	無料			
6	宮津市	自己負担あり	接種希望医療機関宛の依頼書を持参して、医療機関にて接種。医療機関が請求する自己負担を支払い後、住所地で償還払い等の制度を利用。(住所地により異なる。)		
7	亀岡市	無料 自己負担あり	災害救助法適用市町村で、還付制度がない場合のみ無料とする。		
8	城陽市	自己負担あり			
9	向日市	その他	災害救助法の適用を受けた地域の住民は、本市住民と同様に無料で接種できるよう対応する。その他の地域からの依頼書は医療機関宛に発行してもらい、接種費用は、依頼元の自治体の制度に従っていただきたい。		
10	長岡京市	無料			
11	大山崎町	自己負担あり	通常の依頼書で接種する場合と同じ。		
12	久御山町			協議中	依頼書がある場合は、住民票のある自治体で費用を負担していただく(立替払い)。依頼書がない場合は、費用を当町負担でうけてもらう方向で協議中。
13	八幡市				
14	京田辺市	無料 自己負担あり	災害救助法適用地域(東京都を除く)は無料。その他地域は、自己負担あり。(医療機関で任意設定)		
15	井手町				
16	宇治田原町	無料			
17	笠置町	無料			
18	和束町	無料			
19	精華町	無料			
20	南山城村			協議中	任意接種については、健康被害の対応のこともあいまいになるので、対応しない方向。
21	伊根町			協議中	現在、対象の方がいないので、対象が出てきた時に協議対応予定。
22	京丹波町	無料	平成23年度京丹波町子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業実施要領に基づき、実施する。		
23	与謝野町				
24	京丹後市	その他	補助しない。		
25	南丹市	その他	依頼自治体の対応に準じる。ただし、委託契約・償還払いがきでない場合は、無料とする。(南丹市が負担)		
26	木津川市				

		Ⅱ．任意接種				
		③子宮頸がんワクチン				
		1) 具体的内容	2)	具体的内容	3)	具体的内容
1	京 都 市		無料	被災前の住所が災害救助法適用地域(ただし、東京都を除く)にある人で、京都市内居住先の各区保健センター・支所で発行する「予防接種実施願」を受領した場合、京都市予防接種協力医療機関で無料で接種。		
2	福知山市	依頼書があるものとみなし、無料。	無料			
3	舞 鶴 市	災害救助法の適応市町村(東京都を除く)が住民登録地である被災者の申請により、舞鶴市の行政措置として、無料で実施。	自己負担あり	住民登録地の行政措置として、舞鶴市が依頼を受けて実施。		
4	綾 部 市	被災地の住民自治体との電話確認後、本人(保護者)から市への申出書の提出(事前申請)により依頼書があったものとみなします。綾部市から予診票を発行。(災害救助法の適用地域のみ)	無料			
5	宇 治 市	被災地の避難者が接種を希望する場合、被災地の自治体の住民であることを確認したうえで、無料で接種する。	無料			
6	宮 津 市	市民と同様の扱いにて実施。市発行の予診票を持参し、医療機関にて、無料で接種。	自己負担あり	接種希望医療機関宛の依頼書を持参して、医療機関にて接種。医療機関が請求する自己負担を支払い後、住所地で償還払い等の制度を利用。(住所地により異なる。)		
7	亀 岡 市	亀岡市で作成した申出書の提出により、無料で接種可。	無料 自己負担あり	災害救助法適用市町村で、還付制度がない場合のみ無料とする。		
8	城 陽 市	市民と同様の扱いにて実施。市発行の予診票を持参し、医療機関にて、無料で接種。事前申請を要する。	自己負担あり			
9	向 日 市	本市住民と同様に対応する方向で検討中(H24年3月31日まで無料)	その他	災害救助法の適用を受けた地域の住民は、本市住民と同様に無料で接種できるよう対応する。その他のちいきからの依頼書は医療機関宛に発行してもらい、接種ひようは、依頼元の自治体の制度に従っていただきたい。		
10	長岡京市	自治体宛の依頼書を持参された場合と同様。	無料			
11	大山崎町	母子手帳で接種歴を確認し、問診票を発行する。母子手帳がない場合は、保護者に接種歴を確認のため、申請書を記入していただき、問診票を発行する。(災害救助法適用地域のみ)	自己負担あり	通常の依頼書で接種する場合と同じ。		
12	久御山町				協議中	依頼書がある場合は、住民票のある自治体で費用を負担していただく(立替払い)。依頼書がない場合は、費用を当町負担でうけてもらう方向で協議中。
13	八 幡 市	健康被害の場合の保障の関係でなし。				
14	京田辺市	厚生労働省からの事務連絡(3/14付)に基づき、災害救助法適用地域(東京都を除く)は市民と同様に扱う。	無料 自己負担あり	災害救助法適用地域(東京都を除く)は無料。その他地域は、自己負担あり。(医療機関で任意設定)		
15	井 手 町					
16	宇治田原町	個別接種。本人負担無料。	無料			
17	笠 置 町	本人申請。	無料			
18	和 束 町	本人の申し出で実施。(具体的には協議中)	無料			
19	精 華 町	被災者からの申し出をもって、住所地の市町村からの依頼があったものとする。	無料			
20	南山城村				協議中	ワクチン数の確保も困難な様子なので、接種は避ける方向
21	伊 根 町				協議中	現在、対象の方がいないので、対象が出てきた時に協議対応予定。
22	京丹波町	被災者からの申し出をもって、居住地の長からの予防接種実施依頼があったものとして、予防接種を実施する。	無料	平成23年度京丹波町子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業実施要領に基づき、予防接種を実施する。		
23	与謝野町	災害救助法の適用地域については、住民と同等の対応します。				
24	京丹後市	補助しない。	その他	補助しない。		
25	南 丹 市	被災地および役所機能の確認後、公費負担の実施状況を確認し、公費負担実施であれば個別接種。(自己負担無)	その他	依頼自治体の対応に準じる。ただし、委託契約・償還払いがきでない場合は、無料とする。(南丹市が負担)		
26	木津川市	現時点では、任意接種に関しては、被災者の方を補助の対象としておりません。				

Ⅱ．任意接種					
④水ぼうそう					
1) 具体的内容		2)	具体的内容	3)	具体的内容
1	京都市	京都市では当該予防接種事業を実施していない。			
2	福知山市	依頼書の有無にかかわらず有料。	自己負担あり		
3	舞鶴市	公費負担なく、対応していない。			
4	綾部市	対応なし。(綾部市では、当該予防接種事業を実施していません。)			
5	宇治市	無料で接種できません。	自己負担あり		
6	宮津市	任意接種なので、本人と医療機関とのやりとりになります。	自己負担あり	任意接種なので、医療機関とのやりとりになります。	
7	亀岡市	亀岡市民と同様で対応なし。			
8	城陽市	任意接種ですので、対応できません。	その他	任意接種ですので、対応できません。	
9	向日市	本市の事業として取り組んでいないため、対応は考えていない。			
10	長岡京市	任意接種扱い。下記設問に該当なし。			
11	大山崎町	任意予防接種のため、対応しない。	その他	任意予防接種のため、対応しない。	
12	久御山町	対象者と医療機関との関係で接種していただくことになる。			
13	八幡市	元々、任意で自費のため、なし。			
14	京田辺市	任意接種のため、市は関与してない。			
15	井手町				
16	宇治田原町	費用助成なし。	自己負担あり		
17	笠置町	任意予防接種のため、対応できない。	その他	任意予防接種のため、対応できない。	
18	和束町			協議中	依頼書の有無にかかわらず、全額自己負担で接種。
19	精華町	町としても任意接種のため、対応がきでない。	自己負担あり		
20	南山城村			協議中	村民の方も任意で医療機関に行かれてる状態なので、村としての対応はしない。
21	伊根町			協議中	現在、対象の方がいないので、対象が出てきた時に協議対応予定。(町民も任意接種で、自費で接種しているので、同様の対応になるかと思います。)
22	京丹波町	町としての公費負担は行っておらず、希望の医療機関にて、実費での接種を受けていただく。	その他	町としての公費負担は行っておらず、希望の医療機関にて、実費での接種を受けていただく。	
23	与謝野町	公費負担で実施しておらず。対応不可。	その他	公費負担で実施しておらず。対応不可。	
24	京丹後市	補助しない。	その他	補助しない。	
25	南丹市	個人で医療機関に予約し、接種。(自己負担)			
26	木津川市	現時点では、任意接種に関しては、被災者の方を補助の対象としておりません。			

Ⅱ．任意接種					
⑤おたふくかぜ					
1) 具体的内容		2)	具体的内容	3)	具体的内容
1	京都市	京都市では当該予防接種事業を実施していない。			
2	福知山市	依頼書の有無にかかわらず有料。	自己負担あり		
3	舞鶴市	公費負担なく、対応していない。			
4	綾部市	対応なし。(綾部市では、当該予防接種事業を実施していません。)			
5	宇治市	無料で接種できません。	自己負担あり		
6	宮津市	任意接種なので、本人と医療機関とのやりとりになります。	自己負担あり	任意接種なので、医療機関とのやりとりになります。	
7	亀岡市	亀岡市民と同様で対応なし。			
8	城陽市	任意接種ですので、対応できません。	その他	任意接種ですので、対応できません。	
9	向日市	本市の事業として取り組んでいないため、対応は考えていない。			
10	長岡京市	任意接種扱い。下記設問に該当なし。			
11	大山崎町	任意予防接種のため、対応しない。	その他	任意予防接種のため、対応しない。	
12	久御山町	対象者と医療機関との関係で接種していただくことになる。			
13	八幡市	元々、任意で自費のため、なし。			
14	京田辺市	任意接種のため、市は関与していない。			
15	井手町				
16	宇治田原町	費用助成なし。	自己負担あり		
17	笠置町	任意予防接種のため、対応できない。	その他	任意予防接種のため、対応できない。	
18	和束町			協議中	依頼書の有無にかかわらず、全額自己負担で接種。
19	精華町	町としても任意接種のため、対応がきでない。	自己負担あり		
20	南山城村			協議中	村として接種の取り組みはしておらず、保護者が医療機関に出向いて接種されている状況なので、関与せず。
21	伊根町			協議中	現在、対象の方がいないので、対象が出てきた時に協議対応予定。(町民も任意接種で、自費で接種しているので、同様の対応になるかと思っています。)
22	京丹波町	町としての公費負担は行っておらず、希望の医療機関にて、実費での接種を受けていただく。	その他	町としての公費負担は行っておらず、希望の医療機関にて、実費での接種を受けていただく。	
23	与謝野町	公費負担で実施しておらず。対応不可。	その他	公費負担で実施しておらず。対応不可。	
24	京丹後市	補助しない。	その他	補助しない。	
25	南丹市	個人で医療機関に予約し、接種。(自己負担)			
26	木津川市	現時点では、任意接種に関しては、被災者の方を補助の対象としておりません。			

Ⅲ. その他			
		1)	2)
1	京都市	被災者の予防接種の方法について→本アンケートに回答した内容を返答している。	
2	福知山市	接種の実施の有無、接種費用について問い合わせがあります。	
3	舞鶴市		
4	綾部市		
5	宇治市	なし。	なし。
6	宮津市	東京から帰省されていた方2名、牛久市の方1名から問い合わせあり。東京からの方1名は、接種間隔期間も充分あり、2・3日後に自宅に戻る予定となっていたが、依頼書にて宮津で接種した。	どこの市町村在住の方を、宮津市民と同じ扱いとすればいいのが、具体的に示していただけると対処しやすいのでは。
7	亀岡市	予防接種希望者から連絡が入り、すでに数件対応しています。	
8	城陽市	予防接種の受け方など。	
9	向日市	災害救助法の適用を受けた地域住民からの問い合わせはないが、自主避難された方の依頼書による予防接種は数件対応している。他の乳幼児健診や健康相談なども利用してもらっている。	
10	長岡京市	なし。	なし。
11	大山崎町		
12	久御山町		
13	八幡市	予防接種や健診の受け方。	予防接種や健診の受け方。
14	京田辺市		
15	井手町		
16	宇治田原町	なし。	
17	笠置町		
18	和束町	なし。	
19	精華町		
20	南山城村	ありません。	ありません。
21	伊根町	なし。	なし。
22	京丹波町		
23	与謝野町	現在のところ、ありません。	現在のところ、ありません。
24	京丹後市	特になし。	
25	南丹市		
26	木津川市		

協会だより（定例理事会要録から）**2010年度（平成22年度）第22回****【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. 第7回ICIT検討委員会（4月21日）状況
4. 新規開業会員訪問（5月2日）状況

〈経営部会〉

1. 第10回保団連共済部会（4月24日）状況
2. 経営相談室（4月27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2回実行委員会（4月17日）状況
2. 第10回近畿反核医師懇談会（5月8日）状況

〈保険部会〉

1. 第6回医事担当者連絡会議（4月28日）状況
2. 指導、監査学習会「京都府における指導、監査の実態～その時、あなたはどうか対応しますか？」（4月27日）状況
3. 保険審査通信検討委員会（5月6日）状況

【各部会報告】

1. 各部会（保険部会：5月6日）状況と決定事項確認の件

①地区懇談会の開催日程及び当面の出席確認の件

②東日本大震災対策の件

③新点数・診療報酬改善対策

- 1) 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」への対応の件

- 2) 診療報酬改善対策委員会の件

④医療IT化問題対策

- 1) 医療IT化問題対策の今後の件

⑤保対策（社保、国保、後期高齢者、労災）

- 1) レセプトの点検の件

- 2) 薬剤師会との懇談会の件

- 3) リハビリ及びリハビリ施設対策の件

- 4) 経営部会「従業員研修会」への協力の件

⑥公費負担医療対策（生保、その他公費、福祉医療）

- 1) 『公費負担医療等の』改訂版発行に伴う説明会の開催の件

⑦審査、指導、監査対策

- 1) 指導、監査に関する相談の件

- 2) 指導対策懇談会（仮称）の開催の件

- 3) 『保険医のための指導、監査対策DVD』の企画の件

- 4) 新規個別指導対策の件

⑧医療施設問題対策（病院・有床診療所対策）

- 1) 施設基準適時調査関係の件

- 2) 医事担当者連絡会議の件

- 3) 入院中の他医療機関受診についての件

⑨研究会関係

- 1) 社会保険研究会の件

【各担当部議事】**〈総務部会〉**

1. 前回理事会（4月26日）要録と決定事項の確認
2. 保団連全国事務局長会議への出席の件
3. 2010年度3月分収支月計表報告状況確認の件
4. Skype会議用のビデオカメラの購入の件
5. 4月度会員増減状況
6. 会員入退会及び異動に関する承認の件

〈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. 子どものいのちと健康を守ろう！元気フェスタin京都（4月24日）状況確認の件
2. 福祉国家と基本法研究会「社会保障基本法・憲章2011起草委員会」（5月1日）状況確認の件
3. 環境対策委員会開催の件
4. 生存権裁判最高裁宛署名への協力依頼の件
5. 『京都保険医新聞』（第2784号）合評の件

〈保険部会〉

1. 2011年4月度国保合同審査委員会（4月20日）状況確認の件
2. 東日本大震災被災地支援（5月1～5日）状況確認の件

《以上14件の議事について承認》

2010年度（平成22年度）第23回**【特別討議】**

1. 2012年診療報酬・介護報酬改定に向けた保団連要求（案）の検討

【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. 第8回ICT検討委員会（5月19日）状況

〈経営部会〉

1. 新しく医療機関に勤められた方のための研修会（5月11日）状況
2. 税務記帳講習会開催（5月12日）状況
3. 年金普及会員訪問状況
4. 傷害疾病保険審査会（5月17日）状況
5. 金融共済委員会（5月18日）状況
6. 病院訪問（5月19日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談状況
2. 法律相談室（5月19日）状況
3. 医療事故案件調査委員会（5月20日）状況
4. 医療事故案件調査委員との懇談会（5月21日）状況
5. 医師賠償責任保険処理室会（5月23日）状況

〈政策部会〉

1. 2011年度保団連第1回公害環境対策部会（5月15日）状況
2. 京都社保協運営委員会（5月19日）状況
3. 環境対策委員会（5月20日）状況
4. 環境講演会（5月21日）状況

〈保険部会〉

1. 第640回社会保険研究会（5月14日）状況
2. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（5月18日）状況
3. N病院適時調査院内学習会（5月19日）状況
4. 京都府・京都市生活保護連絡協議会事務打ち合わせ準備会議（5月20日）状況

【各部会報告】

1. 各部会（5月10日）状況と決定事項確認の件

〈総務部会〉

- ①創立62周年記念品の件
- ②第64回定期総会関連の件
- ③2010年度3月分収支月計表報告状況の件
- ④2010年度決算の件
- ⑤2011年度予算の基本方針の件
- ⑥東日本大震災義援金の件
- ⑦2010年度会計監査の件
- ⑧3月度会員増減状況、新規開業入会会員訪問の件

⑨組織担当者交流会の件

⑩保団連勤務医交流会の件

⑪新規開業医のための基礎講習会の件

⑫冷泉家時雨亭文庫について会報誌の件

⑬文化企画（行事）の年間スケジュールの件

⑭ホテルモントレ京都「京都府保険医協会プラン」の件

⑮若手会員や会員ご子息のための交流企画の件

⑯Skypeでの会議用ビデオカメラの購入の件

⑰第8回ICT検討委員会の件

⑱地区医師会報（乙訓医師会報第585号、西京医師会報第238号）回覧の件

〈経営部会〉

①2010年度業務進捗状況および2011年度事業計画の件

②次年度理事の留任の件

③生保担当者との同行訪問予定確認の件

④保険医年金第2弾パンフレット発送予定確認の件

⑤隣接協会への損保ジャパンの医賠拡大の件

⑥損保ジャパン京都支店長との懇談状況確認の件

⑦ペット保険報告の件

⑧3月度代議員アンケート集計結果報告の件

⑨アミス事業関連進捗状況報告の件

⑩今後のスケジュール確認の件

〈医療安全対策部会〉

①紛争状況報告の件

②特別企画座談会「医療安全対策」に対する講師派遣依頼の件

③勧告書発送内容の事前点検の件

④医賠責A型（100万円未満開業医）の他府県、特に近畿ブロック管内での拡大販売の件

⑤医療事故案件調査委員との懇談会の出席状況の件

⑥「医療安全研修DVD」等の販売状況等報告の件

〈政策部会〉

①5月度部会スケジュール確認の件

②次年度方針検討の件

③皆保険50周年講演会確認の件

④福祉国家と基本法研究会確認の件

⑤4月度代議員月例アンケート確認の件

⑥「子どものいのちと健康を守ろう！元気フェスタin 京都」状況報告の件

⑦京都式地域包括ケアと介護保険見直しへの対応確認の件

⑧出版関連事項の確認の件

⑨京都社保協運営委員会及び「介護保険部会」の事務局派遣確認の件

⑩ワクチン問題関連事項の確認の件

⑪反核・平和関連事項の確認の件

⑫環境対策関連事項の確認の件

⑬福島原発事故関連事項の確認の件

【各担当部議事】

〈総務部会〉

1. 前回理事会（5月24日）要録と決定事項の確認
2. 6月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
3. 2011年度理事会等スケジュール（案）確認の件
4. 臨時正副理事長会議開催の件
5. 各部会開催の件
6. 正副理事長会議（5月12日）状況確認の件
7. 岩手・宮城・福島3協会への義援金送金の件
8. 関係団体総会への出席の件
9. 新旧理事者・事務局懇親会開催の件
10. 亀岡市・船井医師会との懇談会（5月7日）状況確認の件
11. 舞鶴医師会との懇談会（4月23日）状況確認の件
12. 会費免除申請の件
13. 会員入退会及び異動に関する承認の件
14. 新規開業未入会会員訪問の件

〈経営部会〉

1. 年金普及会員訪問の件

〈医療安全対策部会〉

1. 社団法人日本眼科医学会の特別企画座談会の講師派遣依頼の件

〈政策部会〉

1. 国会議員要請の件
2. 出版編集会議開催の件
3. 皆保険50周年講演会開催の件
4. 保険医新聞座談会開催の件
5. 第4回地域包括ケア検討委員会開催の件
6. 『京都保険医新聞』（第2785号）合評の件

〈保険部会〉

1. 『公費負担医療等の手引』改訂版編集会議参加の件
2. 岩手県保険医協会主催「在宅医療点数の説明会」への講師派遣の件
3. 中医協総会（5月18日）概況報告の件

〈総会関連議事〉

1. 2010年度下半期各部会会務報告確認の件

《以上、73件の議事について承認》

2011年度（平成23年度）第1回

1. 理事長挨拶
2. 2011年度・2012年度理事者紹介と担当部会、理事会開催日程等の確認
3. 事務局紹介
4. 理事者執務必携の説明

【各担当部報告】

1. 各部会よりの文書報告の確認

〈総務部会〉

1. 保団連全国事務局長会議（5月23日）状況
2. 新規開業未入会会員訪問（5月27日）状況

〈経営部会〉

1. 年金普及会員訪問状況
2. 新しく医療機関に勤められた新入職員のための研修会（5月26日）状況
3. 新規開業予定者のための講習会（5月28日）状況
4. 保団連経税担当事務局小委員会（6月4日）状況
5. 保団連経税部会（6月5日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談（5月31日）状況

〈政策部会〉

1. 今週の医療情報（週刊「医療情報」参照）
2. 医療制度検討委員会（5月19日）状況
3. 介護保険法改正法案に対する政府・国会議員要請（5月24日、25日）状況
4. 出版編集会議（5月26日）状況

〈保険部会〉

1. 全国版『公費負担医療等の手引』編集作業（5月24日～26日）状況

【確認・承認事項】

〈総務部会〉

1. 5月度会員増減状況の件
2. 会員入退会及び異動に関する承認の件

〈政策部会〉

1. 保団連10～11年度第16回理事会（5月22日）状況確認の件
2. 保団連近畿ブロック公害担当者会議「視察会」（5月29日）状況確認の件

【開催・出席確認事項】

〈総務部会〉

1. 6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. 第41回保団連夏季セミナーへの出席の件
- 〈経営部会〉
1. 年金普及会員訪問の件
- 〈医療安全対策部会〉
1. 医療機関側との懇談の件
- 〈政策部会〉
1. 「福祉国家と基本法研究会」幹事会出席の件
2. 第17回保団連理事会出席の件
3. 10～11年度第2回保団連代議員会出席の件
- 《以上、12件の議事について確認》

7月のレセプト受取・締切

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

※○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。

7月の相談室

医院・住宅 新（改）築	7月13日(水)午後2時～	担当＝竹内建築士
ファイナンシャル	7月21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	7月21日(木)午後2時～	担当＝江頭弁護士
雇用管理	7月21日(木)午後2時～	担当＝河原社会保険労務士
経営	7月27日(水)午後2時～	担当＝外村公認会計士

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。

第64回 定期総会

（第181回定時代議員会合併）

7月31日(日) 午後1時～

ホテルグランヴィア京都（JR京都駅中央口）

※参加申込は、返信用ハガキ
で7月16日(土)迄にご返
送下さい。

I 第64回定期総会（第181回定時代議員会合併）（13:00～）

①2010年度活動報告並びに決算報告

②2011年度活動方針（案）並びに予算（案）承認

II 講演「絶望と希望－民主化革命前夜の中東と 日本を重ね合わせる」（15:15～）

講師：天木 直人 氏（元駐レバノン特命全権大使、作家）

III 懇親会（音楽演奏・福引き）（17:00～19:00）

（会員：1,000円、家族・従事者：3,000円）

講演要旨

チュニジア、エジプトの革命をきっかけに中東の民主化が起きようとしていた時、日本を大震災と原発事故が襲った。この二つはまったく無関係のように見えるが、そこに歴史の共通性が見て取れる。その鍵は米国からの自立である。

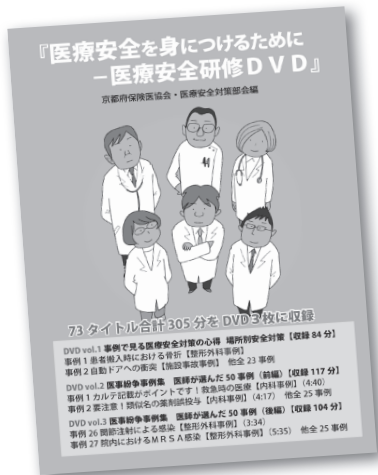
中東は米国の支援を受けた独裁政権が国民を苦しめてきた。中東の民主化は不可能と誰もが思っていた中で、インターネットで結ばれた民衆が不可能を可能にした。翻って日本はどうか。政権交代した後も、米国と官僚によるこの国の支配構造が変わらなかった。格差が広がり、勝ち組が生き残る中で多くの国民は切り捨てられる社会となった。出口が見えない中で大震災と原発事故が起きた。そして国民が目覚めつつある。



講師プロフィール 1947年山口県下関市生まれ。1969年京都大学法学部中退、外務省入省。1972年米国オハイオ州オバリン大学政治学士取得。1988年内閣安全保障室審議官。1990年在マレーシア日本国大使館公使。1993年在豪州日本国大使館公使。1996年在カナダ日本国大使館公使。1997年在米国ミシガン州デトロイト日本国総領事。2001年在レバノン国特命全権大使。2003年8月イラク戦争に反対し事実上の解雇処分を受け外務省を離れる。その後自由な立場から言論活動が続ける。著書「さらば外務省！——私は小泉首相と売国官僚を許さない」（講談社）ほか多数。

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	

『事例で見る医療安全対策の心得』

A4判 177 ページ 定価：2,000円（税込・郵送料別）

京都協会会員：1,000円（税込・郵送料別）

他府県協会会員：1,500円（税込・郵送料別）

京都府保険医協会は、今から半世紀にも遡る1959年度（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。

「事例で見る医療安全対策の心得」は、2002年に初版発行以来、増刷と改訂を続けて、協会出版物のロングセラーとなっています。

ぜひとも本書を有効活用して、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。

本書の特徴

- ①京都府保険医協会・医療安全対策部会の経験豊富な担当理事（医師）が、数ある中から選んだ紛争事例に基づき作成
- 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
- ③京都府保険医協会が実体験してきた現場主義の患者さん対応法の集大成
- ④本屋さんでは手に入らないオリジナル
- ⑤協会主催「医療安全研修会」の公認テキスト

【お申込み・お問い合わせは下記まで】

●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6 3 7

第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階

電話 075(212)8877 FAX075(212)0707

e-mail: info@hokeni.jp



氏名

住所：〒

TEL：

FAX：

『事例で見る医療安全対策の心得』

どちらかをお選び頂き○で囲んで下さい。

①京都府保険医協会会員

②他の保険医協会会員

③一般

() 冊 申し込みます



お申込みFAX番号：075-212-0707



京都府保険医協会 会員の皆様へ

義務設置開始日
6月1日から

住宅用火災警報器

大切な生命と財産を火災から守りましょう！



- ☆ 感度補正機能に加えて、警報器自身が設置環境に合わせた火災判断を自動的に行なう「学習機能」付き。
- ☆ 火災の煙を感知した時は、3段階の大きなスイープ音で警報を発します。音声付は音声をプラスして警報を発します。台所には熱式もあります。
- ☆ AC 電源不要の電池式で、電池寿命は 10 年です。

◎ブザー付ハイガード（3段階のスイープ音）①②

メーカー標準価格 8,715 円 ➡ **会員特別価格 2,800 円**

◎音声付ハイガード（3段階のスイープ音＋音声）③④

メーカー標準価格 9,030 円 ➡ **会員特別価格 3,100 円**



- 1.お申込方法：下記の申込書にご記入の上、有限会社アミスに FAX でお申込ください。
- 2.お 届 け：お申込書到着日より、1 週間程度でお届けします。
- 3.お支払い方法：（有）アミスより別途送付の郵便振込用紙による。
- 4.送 料：3 個までは 630 円、4 個以上は無料。
- 5.お問い合わせ：ホーチキ株式会社 京都支社 ☎075-211-4376 担当 石原・粕谷
〒604-0862 京都市中京区烏丸通夷川上る少将井町 245 番

有限会社アミス 宛 FAX 075-212-0707

住宅用火災警報器「ハイガード」申込書

		申込日	年	月	日
商 品 名		個 数	特別価格(税込)	金 額	備 考
①ブザー付ハイガード（煙式）		個	2,800 円	円	
②ブザー付ハイガード（熱式・台所用）		個	2,800 円	円	
③音声付ハイガード（煙式）		個	3,100 円	円	
④音声付ハイガード（熱式・台所用）		個	3,100 円	円	
送 料（4 個以上は無料）			630 円	円	
合 計				円	
お届先	ご住所 〒				
	お名前 電話 （ ）				

※お客様の個人情報は商品の発送並びに情報の提供のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。