

今月の主な動き

政府・与党は6月30日、「社会保障改革検討本部」（本部長＝菅直人首相）の会合を開き「社会保障・税一体改革」の成案を決定した。「70～74歳の2割負担」を削除して「高齢者医療制度の見直し」と表現し、例として「自己負担割合の見直し」を挙げるなど民主党の「社会保障と税の抜本改革調査会」の主張を取り入れた。消費増税は「2010年代半ばまでに段階的に10%まで引き上げ」という記載で着地。閣議決定は、今後進める与野党協議で合意した後に行う。

社会保障改革検討本部はまた、会合で「社会保障・税番号大綱」も決定した。11年秋以降、速やかに国

会に法案を提出する。

更に、社会保障給付や負担の在り方を検討してきた経済産業省の産業構造審議会・基本政策部会は6月29日、社会保障と税の一体改革に関連し、社会保障給付の効率化策などを盛り込んだ提言をまとめている。負担の在り方では、負担能力の高い高齢者の公的保険の自己負担割合を拡大すべきと指摘。財源確保のために増税を行う場合は、消費税を引き上げるべきとしている。

東日本大震災における被災市町村の復興に当たっては、政府の「東日本大震災復興構想会議」が6月25日、医療、介護、福祉などが一体的に提供される地域包括ケアの体制整備を行うことを盛り込んだ「復興への提言」をまとめた。

行 事	開始時間	場 所
2日(火) 各部会	午後2時	
5日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
10日(水) 医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	ルームC
	午後2時	応接室
18日(木) 保険基礎知識・審査講習会（保険講習会A）	午後2時	ルームA
	午後2時	ルームB
	午後1時	ルームC
19日(金) 手話サークル	午後2時	ルームB
20日(土) 保団連病院有床診療所セミナー	午後6時30分	大阪保険医協同組合M&Dホール
21日(日) 保団連病院有床診療所セミナー	午前10時	大阪保険医協同組合M&Dホール他
	午後2時	大阪・難波御堂筋ホール9F
23日(火) 傷害疾病保険審査会	午後2時	アミス
24日(水) 経営相談室	午後2時	アミス
	午後2時	ルームA・B・C
25日(木) 医事担当者連絡会議	午後2時	ルームA

8月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
9月1日(木) 中級コース・接遇マナー研修会	午後2時	ルームA・B・C
9月3日(土) 第642回社会保険研究会	午後2時	ルームA・B・C
9月15日(木) 新規個別指導・医療法立入検査講習会（保険講習会B）	午後2時	ルームA
10月15日(土) 「社会保障基本法」シンポジウム	未定	ハートピア京都
11月26日(土) 中級コース・接遇マナー研修会	午後3時	みやづ歴史の館

今後の予定

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

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲47～48ページ

情 勢 トピックス

医療・社会保障編

一体改革案を決定、消費税10%明記／高齢者2割負担は削除

政府・与党は6月30日、「社会保障改革検討本部」（本部長＝菅直人首相）の会合を開き「社会保障・税一体改革」の成案を決定した。「70～74歳の2割負担」を削除して「高齢者医療制度の見直し」と表現し、例として「自己負担割合の見直し」を挙げるなど民主党の「社会保障と税の抜本改革調査会」の主張を取り入れた。消費増税は「2010年代半ばまでに段階的に10%まで引き上げ」という記載で着地。増税には経済状況の好転を「前提」ではなく「条件」とする。閣議決定は、今後進める与野党協議で合意した後に行う。税制抜本改革に必要な法制上の措置は11年度内にするが、消費税の引き上げは選挙後となる。

●OECD水準踏まえた制度設計

「受診時定額負担」についても抜本改革調査会の主張をくんで、低所得者に配慮する文言を盛り込んだ。社会保障改革の基本的考え方として「OECD先進諸国の水準を踏まえた制度設計を行う」との記載が入ったが「総医療費のGDP比をOECD並みにする」といった踏み込んだ記載にはならなかった。

与謝野馨社会保障・税一体改革担当相は検討本部終了後の会見で「私から党側に対し『10年代半ばというのは、14～16年度ということではどうか』と尋ね、それでよいと確認した」と説明。与謝野氏は常々、「15年度までに」の明記は堅持すると主張していたが「15年度にプラスマイナス1ということ。後退はしていない」と述べた。

成案は、消費増税5%のうち、実質的な社会保障の機能強化といえる「制度改革」に充てる分を1%相当と明記した。6月29日の抜本改革調査会では玄葉光一郎政調会長が「1%にプラスアルファはあり得る」としていたが、与謝野氏は「配分はこれから全てのことをやるときに大きなフレームを示してい

る。この大きなフレームを変えることはない」と、5%の割り当ては変更しないと言い切った。

閣議決定を先送りすることへの批判に対しては「7月1日の閣議に成案を報告し、この成案で与野党協議に臨むということが了解される。政府も与党も責任を持って決めた案であることは公知の事実」と主張した。

●番号制度の名称は「マイナンバー」

社会保障改革検討本部はまた、会合で「社会保障・税番号大綱」も決定した。11年秋以降、速やかに国会に法案を提出する。番号の名称は「マイナンバー」に決まった。（7/1MEDIFAXより）

被災地で地域包括ケア体制を整備／復興構想会議が提言

政府の「東日本大震災復興構想会議」（議長＝五百旗頭真・防衛大学校長）は6月25日、被災市町村の復興に当たり、医療、介護、福祉などが一体的に提供される地域包括ケアの体制整備を行うことを盛り込んだ「復興への提言」をまとめた。

提言では医療サービスについて、被災地が医師不足に悩む地域であることを考慮し「医療機能の集約・連携を推し進めるべき」と指摘。今後の危機管理のため、カルテなど診療情報の共有化を進めることも求めた。また、医療や介護分野は雇用創出力が高く、復興に向かう地域の基幹産業の一つに位置付けられると言及している。

大学病院を核とする医師や、高度医療を担う人材育成のための教育体制整備も進める。こうした被災地での取り組みを、少子高齢化社会のモデルに位置付けるとともに、被災地以外でも地域包括ケアモデルに転換するのが望ましいと提唱した。地元企業と連携して創業や橋渡し研究を行い、新たな医療産業の創出にも努める。

原発事故に見舞われている福島県では、放射性物質汚染が健康に与える影響を長期的に調査し、今後の医療の在り方を検討する。その上で、長期的な健康管理や、最先端の研究・医療を行う施設を福島県に整備すべきとした。福島県に医療産業を集積することも記載。世界をリードする医薬品などの研究開発、製造拠点をつくるため、特区を活用する。特区では産学連携で先端的な医療機関を整備するほか、最先端の医薬品・医療機器の研究開発を手掛ける。

復興財源に関しては、歳出の見直しとともに、臨時増税措置として所得税などの「基幹税を中心に多

角的な検討を速やかに行う」と明記した。
（6/28MEDIFAXより）

医療分野の個人情報保護は特別法で保護／番号制度で大綱案

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」は6月28日、細やかな社会保障給付の実現などを目的に導入を目指す「社会保障・税番号」の大綱案をまとめた。医療分野の情報は、特別法を整備して保護する方針を打ち出した。大綱案は、月内にも予定される「社会保障改革検討本部」の会合に提出する。その後パブリックコメントを募集し、2011年秋以降に「番号法案」を国会へ提出。14年6月に番号を公布し、15年1月から、まずは社会保障と税務分野のうち可能な範囲で番号の利用を始める。

番号制は、政府・与党が大詰めの調整をしている「社会保障と税の一体改革」を実現するための前提となる制度で、医療・介護などの自己負担の合計額に上限を設定する「総合合算制度」の実施にも欠かせないインフラとなる。番号を利用するのは、医療・介護保険・年金・福祉・労働保健・税務の6分野で、災害時の本人確認や医療情報の確認などにも活用する。

個人情報の保護では、番号法案成立後、番号を扱う行政機関などを監督する第三者機関を早期に設立する。病歴など医療分野の情報については、流出を厳格に防ぐと同時に、厳しく管理し過ぎると医療連携時の情報のやりとりなどに差し障る可能性があるため、「特別法」を番号法と合わせて整備する計画だ。

また、大綱には18年をめどに利用範囲の拡大を含めた番号法の見直しを検討することも盛り込んだ。この時点から民間企業が番号を利用できるようにな

る可能性がある。しかし会合終了後に記者会見した峰崎直樹内閣官房参与は「今日の議論で、生命保険会社の番号活用に関する意見が出たが、番号を利用して（顧客の）家系にがんにかかった人がいるかを調べるなどの利用は難しいと言った」と述べた。
（6/29MEDIFAXより）

社会保障給付の効率化策を提言／経産省審議会

社会保障と税の一体改革に関連し、社会保障給付や負担の在り方を検討してきた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6月29日、社会保障給付の効率化策などを盛り込んだ提言をまとめた。

提言を含む部会の中間取りまとめに盛り込まれた主な効率化策は▽軽微な療養に対する保険免責制の導入▽後発医薬品、後発品のある先発医薬品の薬価や自己負担の見直し▽市販品類似薬の公的保険適用からの除外▽軽度の要介護者の保険給付対象からの除外―など。民間の活力を活用するため、新たな民間サービスの創出や医療提供体制の重点化、IT利活用の促進なども盛り込んだ。

一方、負担の在り方では、負担能力の高い高齢者の公的保険の自己負担割合を拡大すべきと指摘。財源確保のために増税を行う場合は、消費税を引き上げるべきとしている。

中間取りまとめは、経済成長と社会保障の好循環を形成することに主眼を置き、成長戦略の重要性を強調。女性や高齢者を含む全世代の就労促進やライフイノベーションの推進、高齢者の消費活性化などを提案している。（6/30MEDIFAXより）

News Headline (2011年6月14日～7月11日)

【6月】◆原発賠償法案を閣議決定（14日）◆介護保険法が改正、24H対応も（15日）◆海江田経産相が原発安全宣言（18日）◆大阪市長が「脱原発」を宣言（18日）◆復興基本法、賛成多数で成立（20日）◆岡田氏、会期70日延長を提示（21日）◆千葉女子大学生殺害、被告に死刑求刑（22日）◆臓器売買の疑い、医師ら逮捕（23日）◆小笠原、世界自然遺産に決定（24日）◆復興構想会議、首相に提言提出（25日）◆「平泉」世界遺産へ登録、被災地思い涙（26日）◆細野原発相など内閣人事発表（27日）◆東電総会、原発撤退議案は否決（28日）◆B型肝炎訴訟、和解調印（28日）◆一体改革案、消費増税 2010年代半ばで合意（30日）
【7月】◆電力使用制限令発動、37年ぶり（1日）◆玄海町長、原発再開同意を伝達（4日）◆松本復興相辞任、被災知事への暴言で引責（5日）◆九電「原発賛成」やらせメール、関連会社に依頼（6日）◆玄海町長、再開了承撤回を九電社長に電話通告（7日）◆脱原発法が成立、国内17基、順次停止へ／ドイツ（8日）◆南スーダンが独立（9日）◆平野復興相、被災地訪問・信頼関係再構築に意欲（9日）◆3・11後、被災地へ初津波「まだ恐怖心」・三陸沖震源の地震（10日）◆放射性物質・焼却灰から7万ベクレル超を検出／千葉・柏（11日）◆放射能汚染牛肉が流通（11日）

控除対象外消費税など個別案件は成案策定後／政府税調

政府の税制調査会は6月10日の会合で、社会保障と税の一体改革を実現するための財源確保に向けた税制抜本改革について議論した。主要税目に関する改革の方向性を、一体改革の成案に盛り込むことを目指す。医薬品などを購入した際の消費税を医療機関が負担している「控除対象外消費税」など個別の問題については、成案の策定後に検討を深める。

消費税だけでなく、所得税、法人税、資産税など主要税目ごとに整理した論点を議論した。所得税では各種所得控除の見直し、法人税では実効税率の引き下げ、資産税では税率構造を見直して負担の適正化を図るなどの内容。一方、消費税については、税率引き上げの時期や幅といった具体的スケジュールについて成案決定後の検討事項にする方針を打ち出した。控除対象外消費税の問題は具体的に言及されていないが、終了後の会見で財務省の五十嵐文彦副大臣は「そうした個別の話は成案決定後」と述べた。

会合ではまた、総務省の逢坂誠二政務官が、改革案に記載されている「消費税は、その全額を年金、医療、介護、少子化に対する施策に使う」という文言について、「地方に渡っている消費税は障害者福祉にも充てられている。もしそれができなくなるのであれば大きな問題」と強い危機感を示す場面もあった。

今回は、社会保障改革案に対する税調としての意見案のたたき台を示して議論する。

（6/13MEDIFAXより）

東北メディカル・メガバンク構想を了承／医療イノベ会議

政府は6月16日、首相官邸で第2回医療イノベーション会議を開き、東日本大震災の復興プランを盛り込んだ「医療イノベーション推進の基本的方針」を了承した。高齢化社会を迎える中で、医学分野の技術革新と医薬品・医療機器の産業振興を目指す。震災復興の予算に絡めながら政策を実現したい考えだ。

会合では、東北大学大学院医学系研究科長の山本雅之氏が、東北地方の公的病院復興策と基礎医学の振興策を連動させた「東北メディカル・メガバンク構想」を提唱し、大筋で了承された。東日本大震災で壊滅的被害を受けた東北地方の公的病院をゼロから建て直す際に、ゲノム医療などにも対応できる最先端の医療機関として再構築を図る構想。住民の診療

情報と診療サンプルを保管し、患者のゲノム情報と合わせて一元的に管理する「複合バイオバンク」を立ち上げる。コアセンターは東北大に設置する計画。ただしバンクの利用権限は東北大に限らず、日本全国の研究者がアクセスできるようにして生命科学の底上げを図る。

海外に引けを取らない最先端システムを東北地方に構築することで、将来訪れる個別化医療の時代に活躍できる医師を育てていく。人の移動が比較的に少ない東北地方の利点を生かして大規模コホート研究に取り組み、疾病と遺伝・環境素因との関係を明らかにしていく。また、被災地に研究基盤を整備することで、医師が働きたくなる環境を整え、医師不足の解消も目指す。得られた研究成果は医療行為や疾病予防として地元住民に還元する。さらに研究成果を産業応用し、日本の経済成長にもつなげていきたい考えだ。

会合には枝野幸男官房長官をはじめ、仙谷由人官房副長官、関係官庁の政務三役や、与党、大学、産業界の関係者らが出席した。医学や産業の発展に関するフリーディスカッションでは、「基礎研究分野に進む医師をどのように確保していくかが重要」などの声が上がった。

●「創業支援機構」創設へ財政支援を検討

また、大学や研究機関に眠っている創業シーズを実用化につなげていく「創業支援機構」の創設に向けて財政支援を検討することも了承された。ただ、「類似機関の見直しを前提に」という条件が付いた。医療イノベーション推進室の中村祐輔室長は会議終了後の会見で、創業支援機構の実施母体について「例えば厚生労働省の所管で言えば、医薬基盤研究所などが類似機関に当たる」と説明した。

（6/17MEDIFAXより）

改正RFO法が成立／3年以内に新機構に移行

社会保険病院や厚生年金病院の安定運営を図る年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）法改正案は6月17日、参院本会議でみんなの党を除く賛成多数で可決、成立した。議員立法である改正法は近く公布される。公布と同時に改正法の一部が施行され、2012年9月末までと定められていたRFOの存続期限は撤廃される。公布から3年以内の本格施行時に、整理合理化を目的としたRFOは、病院運営などを目的とした地域医療機能推進機構に移行する。自公政権時の08年10月、社保・厚年病院が旧社会保険庁

からR F Oに移管されて以降、病院を取り巻く状況は2年8カ月ぶりに大きく転換した。

改正法の本格施行の日程は、公布から3年を超えない範囲で政令で定めることになっている。本格施行後、新機構は地域で必要とされる医療・介護が確保される場合、病院などを譲渡できるが、譲渡の際は地元の都道府県知事と市区町村長の意見を聞かなければならない。新機構による病院などの新設は認められていない。災害時などに厚生労働大臣の要求で新機構が必要な措置を取る場合を除き、政府は新機構の業務の財源に充てるための交付金は支出しない、と定めている。（6/20MEDIFAXより）

R F Oの存続期限を撤廃／6月24日に改正法一部施行

政府は6月21日の閣議で、社会保険病院や厚生年金病院の安定運営を図る年金・健康保険福祉施設整理機構（R F O）法改正法を6月24日に公布することを決めた。公布日に改正法の一部を施行し、2012年9月末までと定めていたR F Oの存続期限を撤廃する。

公布から3年以内に改正法を本格施行し、それに伴い、整理合理化を目的としたR F Oは病院運営などを目的とした地域医療機能推進機構に移行する。本格施行の日程は政令で定めることになっている。（6/22MEDIFAXより）

改正母体保護法、6月24日に施行

政府は6月21日の閣議で、改正母体保護法を6月24日に公布することを決めた。改正法は公布日に施行し、都道府県医師会が一般社団法人に移行した場合でも人工妊娠中絶を行える医師を指定することが可能になる。（6/22MEDIFAXより）

障害者虐待防止法が成立／12年秋から施行

医師や医療機関に対し、障害者虐待の早期発見や、虐待を受けた障害者の保護への協力などを求めた障害者虐待防止法案が6月17日、参院本会議で全会一致で可決、成立した。議員立法である同法は近く公布され、2012年10月1日から施行される。

同法は障害者への虐待を禁ずるとともに、養護者・障害者福祉施設従事者・雇用主らによる障害者虐待を発見した場合、市町村などへの通報を義務付けている。

医師や医療機関などは虐待を発見しやすい立場に

あることを自覚し、虐待の早期発見に努める必要がある。また、虐待を受けた障害者に対する国や自治体の保護・自立支援などに協力するよう努めなければならない、と定めている。

医療機関の管理者に対しては、医療機関を利用する障害者への虐待を防止するため、虐待への対処措置、相談体制の整備、職員への研修などを求めている。（6/20MEDIFAXより）

特区の工業地域で病院建設可能に／総合特区法が成立

特定地域に対して規制の特例を設けるだけでなく、税制・財政・金融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6月22日、参院本会議で共産、社民両党を除く賛成多数で可決、成立した。近く公布され、8月ごろ施行される見通し。特区に関する募集は8月以降になりそうだ。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、いずれの特区でも工業地域に病院を建てるのが可能になる。地域活性化特区では、特別養護老人ホームの数が不足している場合、P F I（民間資金を活用した公共施設等の整備）方式で民間事業者が特養を設置できるようになる。

総合特区は従来の構造改革特区よりも強力な規制・制度改革で地域活性化や国内成長を目指す仕組み。特区内での特例は、特区地域と国による個別の協議会での議論を土台に、国が法令などの改正を検討するのが基本だが、総合特区法自体に特区に対する10の特例が盛り込まれている。建築基準法の特例も含まれており、例えば工業地域で用途地域を変更せずに病院、学校、ホテルなどを建てるが可能になる。

地域活性化特区では、特養の経営主体を市町村や社会福祉法人などに制限している老人福祉法を緩和する。都道府県老人福祉計画で定める特養の必要入所定員総数を下回る地域では、P F I法に基づく民間事業者が特養を建てたり運営したりすることができ

る。特区内では、政令・省令の規制について特例を設けることが可能だ。特区を持つ自治体は条例を制定することで、政省令の規制に対して特例を設けられる。また、内閣府と担当の省が共同省令をつくる形で、省令の規制を緩和できる仕組みだ。

●参院内閣委、「良質な介護」求める付帯決議

参院本会議に先立ち、6月21日に開かれた参院内

閣委員会は総合特区法案を全会一致で可決した。PFI方式による特養設置について「利用者保護の観点に立ち、継続して良質な介護サービスが提供されるよう万全を期すこと」を政府に求めた付帯決議も全会一致で可決した。（6/23MEDIFAXより）

2次補正予算案を閣議決定／二重ローン対策など

政府は7月5日、東日本大震災の復旧対策や被災者支援などに充てる2011年度の第2次補正予算案を閣議決定した。7月半ばに国会に提出する予定。予算総額は1兆9988億円。全額を10年度決算剰余金で工面し、追加国債は発行しない。

厚生労働省の予算案としては▽二重債務問題への対応▽東京電力福島第一原子力発電所の緊急作業従事者の被ばく管理データベースの構築▽児童福祉施設等の園庭の放射線量低減策の実施—の3項目が盛り込まれた。厚労省予算総額は45億円。

二重債務問題には40億円を計上する（本紙既報）。震災前の借入金に加えて、被災後にも施設再建費用がかさむ、いわゆる“二重ローン”対策の一環として行う。被災した医療施設や社会福祉施設などの再建を支援するため、福祉医療機構が行う医療・福祉貸し付けの財務基盤を強化し、医療機関への貸し付け条件を緩和する。震災前からの旧債務について償還期間を最大5年以内で延長するほか、旧債務の金利についても状況に応じて積極的に条件変更する方針。

災害復旧に活用するための新規貸し付け条件もさらに緩和する。病院の償還期間は現在は30年だが、最大39年まで延長させる。返済開始までの据置期間は、現在の2年6カ月を5年に延ばす。無担保貸し付けの限度額も、現在の1000万円から3000万円に上限を引き上げる。

原子力発電所作業員の被ばく管理データベースには8900万円の予算を計上する。厚労省は6月27日に作業員の健康管理問題を考える「東電福島第一原発作業員の長期健康管理に関する検討会」を立ち上げており、この議論を踏まえながら、労働者がどのような作業に従事したか、被ばく線量はどの程度かなどのチェック項目を決めていく。データベースの作成は外部委託する方針で、予算はデータベースの構築費用に充てる。

保育所などの園庭から放射線が毎時1マイクロシーベルト以上観測される場合に行う表土除去処理事

業についても国が財政支援することにした。予算額は4億6000万円。対象となるのは、全国の保育所や乳児院、情緒障害児短期治療施設、児童厚生施設など。放射線の検出量が高いほど、国の財政支援補助率も大きくなる。国の補助率は3分の1から10分の9まで。（7/6MEDIFAXより）

福島県民の長期健康調査実施／2次補正で基金創設

7月5日に政府が閣議決定した2011年度第2次補正予算案のうち、福島第一原子力発電所事故の対応で2754億円を計上した。このうち福島県の住民の健康を守る事業を行う「福島県原子力被災者・子ども健康基金（仮称）」の創設に962億円を拠出し、全県民の長期健康調査や子どものがん検診の実施などに充てる。

基金のうち、経済産業省は健康管理・調査事業として782億円を計上。今後30年にわたる全県民の健康調査をはじめ、中学生以下の子どもに対して10年程度の長期的ながん検診を行う。

原発事故の対応ではこのほか、文部科学省が福島県外を含めた公立・私立学校校庭の放射線低減事業に45億円を計上。毎時1マイクロシーベルト以上の約400校に対し、財政支援を行う。（7/6MEDIFAXより）

中医協・森田会長の委員再任、衆院も了承

衆院本会議は6月14日、中医協に関する同意人事案件で、会長の森田朗氏（東京大大学院教授）の公益委員再任と、石津寿恵氏（明治大教授）の公益委員新任を全会一致で了承した。参院は6月13日の本会議で了承している。

森田氏は2009年6月に公益委員に就き、11年4月から会長を務める。石津氏は、公益委員を務めた小林麻理氏（早稲田大大学院教授）の後任となる。（6/15MEDIFAXより）

安全データのパッケージ化を提案／レセプト情報提供有識者会議

厚生労働省は6月20日の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」（副座長＝山本隆一・東京大大学院情報学環准教授）に、個人が特定できないような安全性の高いレセプト情報・特定健診情報をあらかじめ「基本データセット」としてパッケージ化し、希望者に効率的に提供する仕組みの導入を提案し

た。レセプト情報を試行的に提供する2011-12年度中の完成を目指す。

11-12年度の試行期間では、受け付けた申請ごとに、提供するレセプト情報などを個別に検討し、有識者会議に諮ることになっている。ただ、個別の検討では審査にかかる期間や事務コストが膨大になることが考えられるため、将来的に①個人の特定可能性について十分に配慮されている②学術研究にも活用できる形式—という要件を満たしたデータ形式をあらかじめ設定することを提案。利用者の利便性や、審査の効率化につながるとした。

すでに「社会医療診療行為別調査」や「医療費の動向（メディアス）」などを公表していることを踏まえ、これらの政府統計と異なるレセプト情報特有の性質を生かしたデータセットとすることが望ましいとした。

厚労省は、有識者会議での議論に加え、統計の専門家や学会などの意見などを参考にしながら検討を進める考えだ。

●医療計画策定にもレセプト情報活用を

この日の会議では松田晋哉委員（産業医科大医学部教授）が、レセプト情報を活用し2次医療圏ごとの傷病構造や医療提供体制を把握する目的で実施した「ナショナルデータベースを用いた医療計画策定のための基盤資料の作成に関する研究」の途中経過を報告した。貝谷伸委員（全国健康保険協会理事）は「多くの行政、自治体がこのような手法を活用し、客観的分析に基づく医療計画が作られればありがたい」と指摘。「できるだけ多くの都道府県で研究成果が生かされるよう、配慮してほしい」とレセプト情報提供に関する柔軟な運用を求めた。厚労省は「データベースの集計公表形式の一環として、分析したデータを定型的に出していくことはあり得るかもしれない。あるいは、医療計画に使うという特定の目的で厚労省の所管部局から有識者会議に諮り、13年度から始まる医療計画の策定に間に合うように集計結果を提供することは可能では」とした。

●10人未満は公表認めない／公表形式の基準案

厚労省はこの日の会議に、レセプト情報などを活用して実施した研究の成果を公表する際の「一応の基準（案）」を示した。前回（3月3日）の会議に示した基準案に、委員の意見などを踏まえ修正を加えた。原則として、患者・受診者の集計単位が10人未満となる公表形式を認めないことや、集計方法によって該当医療機関が2以下となる場合は、医療機関

が特定される可能性が高いことから、10人以上であっても公表できないなどの規定を盛り込んだ。

（6/21MEDIFAXより）

レセプト情報提供のスケジュール公表／厚労省

厚生労働省は6月30日、2011年度から試行するレセプト情報の提供に関して、希望者向けに今後の日程を公表した。事前相談、申出書の提出、事前審査、有識者会議審査を経て、レセプト情報の提供可否を決定する。

事前相談の実施期間は7月19日-8月19日の1カ月間で、5月10-11日の事前説明会に出席した情報提供希望者が対象。事前相談では形式的な要件や添付書類などの必要書類を確認することになるため、事前に厚労省ホームページに掲載している「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」などを読み、提供依頼申出書と必要書類を可能な限り作成・用意する必要がある。

事前相談後は、提供依頼申出書と添付書類の原本を厚労省保険局総務課保険システム高度化推進室宛てに送付する。申し出受付期間は8月29日-9月2日。

事前審査は9月5日-10月21日に行い、審査を終えた申出書は有識者会議で審議し、提供の可否を決定する。有識者会議は10月下旬から11月上旬ごろの開催を予定している。（7/4MEDIFAXより）

9月6日に控訴審初弁論／イレッサ訴訟

肺がん治療薬「イレッサ」に重大な副作用の危険があることを知りながら適切な対応を怠ったとして、患者3人の遺族が国と輸入販売会社アストラゼネカ（大阪市）に損害賠償を求めた訴訟で、東京高裁（園尾隆司裁判長）は6月7日までに、控訴審第1回口頭弁論を9月6日に開くことを決めた。

3月の東京地裁判決は、イレッサ承認時の「添付文書」で副作用の記載が不十分だったと指摘。「副作用による死亡の可能性を記載するよう指導しなかった」と国の責任も認め、患者2人の遺族に対し、計1760万円を支払うよう命じた。2002年10月に「緊急安全性情報」が出た後に服用を始めた患者1人への賠償責任は否定した。

国とア社、原告の遺族全員の双方が控訴した。

大阪地裁でも同様の訴訟が起こされ、ア社と原告側が一審判決を不服として大阪高裁に控訴している。（6/9MEDIFAXより）

医療経済実調、被災地に誤送付／「施設全壊、回答できない」

医療経済実態調査（実調）の調査業務を請け負っている、みずほ情報総研と印刷会社の研恒社が、誤って被災地の医療機関に調査票を送っていたことが明らかになった。6月9日午後、被災した宮城県の薬局から、みずほ情報総研の実調運営事務局に対して「災害で薬局が全壊しており、回答できない」との連絡が寄せられて判明した。厚生労働省は下請けの両社に対して、医療機関にお詫びし調査票の破棄依頼などの対応を取るよう指示。再発防止策も徹底するよう注意した。

実調の実施をめぐるのは、6月3日の中医協臨時総会で、被災地に配慮し▽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などを調査対象から外すことと、その他の被災地には事前に電話で協力要請した上で調査票を送ることを決めていた。こうした地域に誤配送したことから、中医協で問題視される可能性もある。

実調の実務は、厚生労働省がみずほ情報総研に委託。みずほ情報総研が研恒社に調査票の印刷・発送業務を再委託していた。みずほ情報総研は5月31日時点で、研恒社に事前準備用の発送対象リストを渡していた。ただ、その時点では中医協で被災地への配慮策が正式決定していなかったため、研恒社は被災地分も含めて調査票を準備した。発送予定数は8874件。内訳は、無条件で発送する被災地以外の施設が8090件、被害が甚大なため発送除外する施設が99件、電話確認した上で発送する施設が685件だった。

中医協は6月3日の臨時総会で正式に実調の実施を決めた。しかし研恒社はその時点で、本来発送しないはずの99件分についても封入作業を進めてしまった。

発送開始日の6月7日に、依頼状の一部に不備が見つかり、発送業務をいったん待機することになった。その後、研恒社の営業担当者が同社の発送担当者に待機解除を伝えたが、発送担当者は「保管していた発送除外分も発送する」と受け取り、誤って被災地に送ってしまったという。みずほ情報総研と研恒社の営業担当者までは、被災地への配慮策が伝わっていたが、研恒社の営業担当者と発送担当者の間できちんと情報伝達できていなかったもようだ。誤送付数は、発送除外分が49件、要電話確認分が365件。

この事態を受け、厚生労働省は両社に対し、誤送付し

た医療機関にお詫びするよう指示。さらに発送除外地域の医療機関には調査票の破棄要請を、要電話確認地域の医療機関にはあらためて調査依頼するよう両社に求めた。まだ配達していない医療機関もあるため、みずほ情報総研が指示の確認を徹底した上で、研恒社が発送する。厚生労働省はみずほ情報総研に対し、実施体制の再確認と改善策の作成・提出も求めた。（6/13MEDIFAXより）

実調の発送除外施設数を修正／厚生労働省

厚生労働省は6月22日の中医協総会で、医療経済実態調査の誤送付数を修正した。6月10日に公表した第1報では、被害が甚大なため発送除外する施設は99件としていたが、これを18件に改めた。18件のうち10件は発送途中で回収できた。このため、実際に被災地の医療機関に送られたのは8件となる。

また、電話確認した上で発送する施設数は当初685件と発表していたが、これを895件に修正した。発送途中で回収できたのは71件。医療機関に送付されてしまったものは824件だった。

（6/23MEDIFAXより）

11年度末廃止の特別医療法人、残り45法人／厚生労働省

厚生労働省は6月27日、2011年3月末現在での医療法人数を公表した。全国4万6946法人（10年3月末に比べ957法人増）のうち、医療法人財団は390法人（同3法人減）、医療法人社団は4万6556法人（同960法人増）だった。社団のうち「出資持ち分あり」は4万2586法人（同316法人減）、「持ち分なし」は3970法人（同1276法人増）だった。

持ち分なし医療法人社団の増加は、一人医師医療法人などの新規設立に加え、持ち分ありから持ち分なしへの定款変更・合併の影響などがあるとみられる。医療法改正に伴い、07年4月から持ち分ありの医療法人社団の新設は認められていない。

租税特別措置法に基づいて軽減税率が適用となる特定医療法人は383法人で、08年3月末の412法人をピークに減少している。

11年度末に廃止となる特別医療法人は、10年3月末の54法人からは減ったものの、45法人が残っている。一方、特別医療法人の受け皿となる社会医療法人は、10年3月末には85法人だったが、120法人に増えた。（6/29MEDIFAXより）

高1も7月10日から接種再開／子宮頸がん予防ワクチン

厚生労働省は7月10日から、高校1年生への子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業を再開する。6月30日付で健康局結核感染症課と医薬食品局血液対策課が連名の事務連絡を各都道府県に出した。

子宮頸がん予防ワクチンの日本国内への供給量が確保されてきたため、厚労省は6月10日から高校2年生への接種を再開していた。今回、高校2年生への接種に一定のめどがついたため、高校1年生でも再開することにした。

初回接種の差し控え指示が出ている他の学年については、必要な供給量が確保できた段階で、あらためて厚労省が連絡する予定。（7/4MEDIFAXより）

HTLV-1 対策推進協議会が初会合／厚労省

厚生労働省のHTLV-1対策推進協議会は7月5日、初会合を開き、10年12月に取りまとめられたHTLV-1総合対策について厚労省が現状報告したほか、総合対策の実現に向けて委員らが意見交換した。座長には渡邊俊樹委員（東京大大学院新領域創成科学研究科教授）が就いた。

HTLV-1（ヒトT細胞白血病ウイルス1型）はATL（成人T細胞白血病）やHAM（HTLV-1関連脊髄症）という重篤な疾患を発症する原因となることから、10年9月、政府が「HTLV-1特命チーム」を設置し、12月に「HTLV-1総合対策」を取りまとめた。総合対策では、厚労省に「HTLV-1対策推進協議会」、都道府県に「HTLV-1母子感染対策協議会」を設置し、関係団体との連携を図りながら対策を推進していくとしている。

意見交換では、林寛子委員（中日新聞編集局次長）が「対策は割合スピーディーに進められている印象があるが、もっと一般の方に知っていただかなくてはならない」、山野嘉久委員（聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター准教授）が「厚労科研で情報提供ツールの開発をしたが、どうすれば一般に関心を持ってもらえるのか」と指摘し、一般への普及啓発が重要だとした。渡邊座長は「ATLの患者ご本人や家族の声を吸い上げていくことも必要」との認識を示した。

●HTLV-1 母子感染対策協、11年度中に36都道府県で設置

会合で、厚労省は総合対策の取り組み状況として、

都道府県のHTLV-1母子感染対策協議会が、すでに設置済みのものも含めて11年度中に36都道府県で設置される見通しであると報告した。また、妊婦健診でのHTLV-1抗体検査の実施状況は、受診券方式で実施している1286市区町村全てで抗体検査を実施している。（7/6MEDIFAXより）

原発作業員の健康管理で議論スタート／厚労省検討会

福島第一原子力発電所作業員の健康管理を考える厚生労働省「東電福島第一原発作業員の長期健康管理に関する検討会」（座長＝相澤好治・北里大副学長）の第1回会合は6月27日、国が管理するデータベースの構築などで議論した。7月にも検討内容を中間報告としてまとめる見通し。

厚労省はこれまで緊急時の被ばく線量限度は100ミリシーベルトから250ミリシーベルトへ引き上げる対応を取っており、同検討会では健康被害が懸念される作業員の健康管理の在り方について検討を進める。

健康管理の手段として、厚労省は国の運営によるデータベースの構築を提言した。放射線管理手帳や東京電力による線量データ、健康診断結果などを管理し、作業員の健康相談、大学の疫学研究などに生かしたい考え。検討会は今後、データベースに盛り込む内容や個人情報の扱いなどで議論を進める方針。

検討会はこの他、健康管理の期間や実施主体、労働安全衛生法に基づく健康管理手帳制度との関係などについて意見を交わす。（6/28MEDIFAXより）

ホットスポットの避難者も一部負担金免除／厚労省

厚生労働省は6月21日付で、特定避難勧奨地点から避難した住民を対象に、医療機関で支払う一部負担金を免除するとした事務連絡を都道府県などに宛てて発出した。政府が年間の積算放射線量が20ミリシーベルトを超えると推定される「ホットスポット」を特定避難勧奨地点に指定することを受けた措置。ただし7月1日からは被保険者証と一部負担金等の免除証明書の提示が必要になる。

6月30日の政府発表によると、特定避難勧奨地点の対象地域は以下の通り。▽福島県伊達市の霊山町上小国地区32世帯▽下小国地区54世帯▽石田地区21世帯▽月舘町相葎地区6世帯—の合計113世帯。（7/1MEDIFAXより）

災害時の救急体制を重点検討／総務省消防庁の救急検討会

総務省消防庁は6月9日、2011年度初となる「救急業務のあり方に関する検討会」（座長＝山本保博・東京臨海病院長）を開き、11年度は東日本大震災の発生を踏まえて救急業務の在り方を検討することを決めた。検討会に「災害時における救急業務のあり方に関する作業部会」を設置し、消防と医療との連携や、消防防災ヘリとドクターヘリの連携などについて専門的に審議することも決めた。報告書は12年1月をめどに取りまとめる。

10年度の救急出動件数は546万件と過去最高を記録した。件数は今後も増加する見込みであることから、11年度の検討会では対応策を審議するとともに、大規模災害時の救急業務の在り方について制度見直しを検討する。

事務局の救急企画室は、救命率の向上に向けた検討事項として▽救急搬送体制の強化▽消防と医療との連携▽消防防災ヘリとドクターヘリなどとの連携▽市民による迅速な応急処置体制▽救急資源の最適配置▽救急救命士の処置範囲拡大▽救急隊員の教育体制強化▽救急業務の高度化（ICTやビデオ喉頭鏡の活用）―の8項目を示し、被災地での救急出動件数や搬送人員などの実態調査を実施した上で検討を進めることを提案した。検討会はこれらを了承した。実態調査の結果は8月に開催予定の次回会合で事務局が報告する。大規模災害時の対応に参考となる調査項目については急いで調査することとした。

新たな作業部会の部会長には、杏林大医学部救急医学教授の山口芳裕委員が就任した。福島県原子力災害対策センター（オフサイトセンター）で医療顧問の任務に当たっている山口委員は電話で会合に参加し、「今回の災害に当たり、消防と医療の連携の大切さを痛感したところだ。今回の経験・知見や反省を踏まえて実りある作業部会としたい」と述べた。

会合では有賀徹委員（昭和大学医学部付属病院長）が、人命を救う観点から消防本部の指令圏域を広域化する必要があると指摘し、広域化に向けた議論を継続するよう求めた。松元照仁・救急企画室長は消防組織法の改正で広域化を進めていると説明するとともに、行政的にも大きなメリットが望めるとして「作業部会で検討する専門的事項として、広域化の効果について調査することもできる」と答えた。

また、災害時の自衛隊・警察・消防・自治体・医師会・医療現場（DMAT・JMAT）などの情報

共有の在り方や通信手段の一体的な確保についても多数の意見が出た。（6/10MEDIFAXより）

6月中に各府省へ要望書提出／全国市長会

全国市長会長の森民夫・長岡市長（新潟）は6月8日、東京都内で開いた年次総会で、医療保険制度、介護保険制度などの課題について全国市長会各支部から上がった議案を整理し、6月中にも各府省に提言書を提出することを明らかにした。このうち重点項目については、全国市長会の役員が大臣らと面談して要望する。

●状態固定要介護者の認定期間延長などを要望

提言書の内容は、医療、介護、少子化対策、廃棄物処理など多岐にわたる。介護保険制度に関しては、6月6日に開いた各領域の議案について整理・検討する分科会で「状態が固定化した要介護5の認定期間を無期限化し、審査対象外とすることを検討したい」として追加要請があった項目を「状態が固定化した要介護5等の高齢者の認定期間を延長し、事務の効率化を図ること」として盛り込んだほか、介護職以外にも拡大した処遇改善交付金事業の恒久化などを求める。

医療保険制度に関しては▽国の責任による財政基盤の拡充・強化を図った上で国保の再編・統合などを行う▽市町村事務の効率化▽特定健診・保健指導、産科医療補償制度などの見直し▽後期高齢者医療制度の保険料上昇抑制を国の責任で行う―などを求める。（6/9MEDIFAXより）

原発災害対応で長期的健康管理／福島県復興ビジョン提言案

福島県が東日本大震災と東京電力福島第一原子力発電所事故からの復興ビジョン策定に向けて設置した福島県復興ビジョン検討委員会（座長＝鈴木浩・福島大名誉教授）は7月2日、「福島県復興ビジョンについての提言（案）」をおおむね了承した。提言案は基本理念に「原子力に依存しない、安全・安心で持続的に発展可能な社会づくり」を打ち出し、「脱原発」の姿勢を明確に示した。原子力災害対応の施策例では、放射線の影響に関する長期的健康管理や最先端の研究・医療を行う施設を県内に整備することなどを示した。

提言案の主要施策は▽緊急的対応▽ふくしまの未来を見据えた対応▽原子力災害対応―の3本柱で構成する。

「緊急的対応」では、地震・津波による被害に原子力災害を伴うことで医療・福祉などに関する応急的な取り組みにも相当程度の期間を要することを想定し、応急的な復旧・生活再建支援についても復興ビジョンの重要な要素として位置付けることを強く求めた。

「ふくしまの未来を見据えた対応」では、施策例として「放射線に関する情報の迅速な提供やきめ細かな健康診断など」を挙げ、安心して子どもを育てられる環境整備に取り組む方針を示した。

「原子力災害対応」では「原子力災害の影響についての研究、放射性物質による汚染を克服する研究および除染の実施、県民の健康を守るための長期的取り組みを進めることが求められる」とし、▽県民の健康調査▽健康被害の早期診断▽治療体制の整備—を施策例に盛り込んだ。

提言案は、7月2日の同検討委で出された意見などを踏まえて細部を修正する。7月中旬をめぐって提言を取りまとめ、佐藤雄平・福島県知事に提出する予定だ。（7/5MEDIFAXより）

患者への経済負担は問題／一体改革に3師会が意見書

6月17日の政府・与党社会保障改革検討本部に提出された「社会保障・税一体改革成案（案）」に対し、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会は、与謝野馨社会保障・税一体改革担当相、民主党の岡田克也幹事長、藤村修幹事長代理、細川律夫厚生労働相らに3会長連名で意見書を提出した。

社会保障の強化に向けて医療・介護に相当の資源を投入することについては評価できるとする一方、受診時定額負担の導入や70-74歳の患者一部負担の2割への引き上げなどで、患者に経済的負担を求めることは問題だと指摘した。

政府案が示した「地域一般病床」の提案は評価した。医療・介護提供体制については、地域の実情や家族の在り方などを考慮する観点から地方によって幅のある地域設定を行い、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局・薬剤師などに相談しながら、身近で多様な選択ができる提供体制を整備するよう求めた。

医行為の一部を他職種に委譲する「タスクシフティング」への警戒心も示し、医療・介護の質の低下を招きかねないとして「緊急事態での場所・時間を限定した特例としてのみ適用すべき」とした。

平均在院日数については、これ以上の短縮化は進めるべきではないとした。

財源確保への意見では、保険料や税財源から確保すべきとし、消費税率を見直す場合は控除対象外消費税の問題を解決することを求めた。（6/20MEDIFAXより）

共通番号、災害時の活用を提案／「共通番号」推進協

「わたしたち生活者のための『共通番号』推進協議会」（代表＝北川正恭・早稲田大大学院教授）は6月20日、被災者データベースの構築やバーチャル自治体の実現などを盛り込んだ「災害時における共通番号の活用」に関する提案を発表した。

提案では、共通番号を活用することによって、被災者の人数・年齢・性別などを避難所ごとに速やかに正確に把握できる被災者データベースを構築できると指摘。被災者データベースと共通番号を連携させることで、緊急時には医療機関の電子カルテ情報を取得し、持病を持つ被災者に必要な医薬品を提供したり、入院患者の適切な受け入れ先病院を選定できるようにするとした。

同協議会は、東日本大震災の際に共通番号制度が導入されていれば、被災者や自治体職員、医療・介護関係者の事務処理が軽減されたと考えられるとした上で、政府が今後公表する「社会保障・税番号大綱」に民間活用について明記するよう求めた。

（6/21MEDIFAXより）

一体改革成案受け対応検討へ／四病協

日本病院会の堺常雄会長は7月5日、本紙の取材に応じ、政府与党の社会保障・税一体改革成案への対応について四病院団体協議会の総務委員会で検討を進めていることを明らかにした。堺会長は「四病協としてあるべき日本の社会保障の姿を検討することは重要な課題であり、成案の改革シナリオの実効性、影響などについて本格的に議論していくことに意義がある」と述べた。総務委員会では各団体から2人の委員で構成している。総務委員会の中で検討していくか、あるいは新たにプロジェクトチームを設置していくかなどをまとめ、次の総合部会に提案する予定だ。（7/6MEDIFAXより）

総合入院体制加算の緩和など453項目／全自病、次期改定への要望

全国自治体病院協議会の邊見公雄会長は6月9日、全自病の常務理事会後の会見で、2012年度診療報酬改定に向けて、改正・新設で453項目の要望をまとめたことを明らかにした。総合入院体制加算の要件緩和を盛り込んだほか、10年度改定と比較して項目数は全体で1割ほど増え、リハビリテーションに関しては30項目と前回改定に比べ2倍となった。邊見会長は「次期改定への期待は大きい。中小病院は前回の改定でほとんど恩恵がなく、次は自分の番だと思って指をくわえて待っている」とした上で、12年度改定は「肅々と行いたい」とした。

会見で改正・新設項目での焦点を問われた邊見会長は、総合入院体制加算を挙げ「加算が取りにくく、算定は全国で170程度。茨城のような大きな県でも算定している病院はなく空白の県もある。算定している病院のない2次医療圏も多い」と指摘。算定要件の緩和を盛り込んだとした。

栄養サポートチーム加算については「要件の専従を専任にしていきたい。中小病院ではやっていけない」と主張。同加算について中島豊爾副会長は「精神科は除外されている」とし「（他の）著しく合理性を欠く精神科排除項目について全部なくしたい」と強調した。

●1.53%の返還は「財務省の思うつぼ」

消費税について邊見会長は、非課税となっている社会保険診療報酬についてゼロ税率の課税を求めていくことで一致したとした。四病院団体協議会が、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「国へ返す必要がある」としていることについては、「四病協の理論を実行すれば財務省の思うつぼ」とし、中川正久副会長は「医療への非課税を課税に変えるのは、消費税が上がるのがチャンス」とした。

●臨床研修「2年に戻すべき」

また、邊見会長は、日本医師会が1月に示した医学教育改革案（4月に修正第2版）で、初期臨床研修の1年目にプライマリーケア能力の獲得に一定のめどを付けることを目指すとした点について「医師不足と卒後臨床研修を短絡的に結び付けるからややこしくなる」と批判した。国が10年度からの制度見直しで必修科目を7科目から3科目に絞り、2年目から専門の診療科で研修できるようにしたことについても「元に戻すくらいがよい。2年間びっしり

（研修を）やらないと総合医は育たない」と述べた。

末永裕之参与は、2年間で基本的診療能力を修得することを目指して必修化した当初の初期臨床研修制度の理念を評価し「いろいろな患者を診ることができる医師が育っているはずだ」として、検証もなく制度を見直したり、見直そうとする動きには問題があるとの考えを示した。日医案についても「限りなく1年でよいというような研修スタイルで、促成栽培的だ」とし、「日医が何を目的としているのかが分からない」と述べた。（6/10MEDIFAXより）

看保連、次期同時改定で要望書提出／

看護系学会等社会保険連合（代表＝井部俊子・聖路加看護大学長）の2012年度診療報酬改定と介護報酬改定に関する要望内容が6月30日、本紙の取材で明らかになった。診療報酬改定に関する要望書については6月27日に厚生労働省保険局医療課の鈴木康裕課長に提出し、各要望事項について説明している。介護報酬改定の要望事項は厚労省老健局長宛てに提出している。

次期診療報酬改定に対する考え方について看保連は、急性期医療に資源を集中投入し、在宅医療・療養への転換を促進するといった大胆なシフトチェンジにより、社会のニーズに応じた医療の提供が求められるとしている。看護は入院医療と在宅医療・療養をつなぐ役割を担っていることから、次期改定では、看護師が果たしている在宅医療・療養を推進する機能について重点的に評価するよう求めている。

具体的には▽在宅医療・療養を推進する看護師の機能への評価▽新たなチーム医療への評価▽在宅療養を支える訪問看護への評価▽医療の安全性を高める機能への評価▽算定要件の拡大－を求めている。

●在宅療養指導料「看護師の判断でも算定を」

中でも看護師による在宅療養指導に対する評価については、現行の「在宅療養指導料」が、「在宅療養指導管理料」を算定している患者または入院中の患者以外の患者で、器具を装着し管理を要する患者に対して指導を行った場合にだけ算定が可能となっている点に着目した。医療現場では、医師が短い診療時間の中で患者の生活背景に即した在宅療養指導を行うことは困難で、実際にはその役割を看護師が担い、多くの病院では、各専門分野に精通した看護師が在宅療養指導を担当していると指摘。こうした看護師の技術力は高度と主張し、在宅療養指導料については、在宅療養指導管理料を算定していなくても

看護師の判断で在宅療養指導を行った場合でも算定できる道を開くよう要望している。

さらに、在宅療養を支える「訪問看護への評価」については、医療ニーズが高い退院後の患者については、退院後2カ月間にわたり医療保険による訪問看護ができるよう要望している。また、訪問看護で24時間対応が可能となるよう「24時間対応体制加算」や「24時間連絡体制加算」の点数アップなどを要望している。

一方、新しいチーム医療への評価については、慢性腎臓病（CKD）患者へのサポートチームによる療養指導への評価などを挙げている。CKD患者への療養指導は、特定の医療職が行うのではなく、医師、看護師、薬剤師、栄養士など多職種がチームで行う方が改善することがエビデンスとして明らかと指摘。CKD患者（ステージ1-4）に対するサポートチームによる療養指導を診療報酬で新規評価するよう求めている。（7/1MEDIFAXより）

後期高齢者医療制度の要望書を提出／広域連合長会議

全国後期高齢者医療広域連合協議会は6月8日、後期高齢者医療制度に関する要望書を取りまとめ、大塚耕平厚生労働副大臣に手渡した。要望書では、新制度創設に当たっての要望と、現行制度に対する要望を整理している。

新制度に関する要望事項では、運営主体を都道府県とし、市町村との役割分担を明確化するよう求めた。また、国が制度移行に必要な財源を確保し、新制度への移行スケジュールも早急に示すよう要望している。さらに現在の後期高齢者医療制度を施行した際の混乱を教訓に、十分な周知期間を確保した上で、関係者の納得が得られるようにすべきとも指摘している。

財源についても触れており、世代間と保険者間の負担調整や、被保険者の負担軽減への財源として国費を拡充することや、現在の保険料軽減率を法定化することなどを求めた。電算処理システムの構築に当たっては、完成度が高く安定した運用ができ、予防医学や保健事業などにも活用できるものにするなど、システム移行のための準備期間の確保、データ移行経費の全額国費負担なども求めた。

現行制度に対する要望事項としては、被保険者の保険料負担を抑制する措置を講じることや、保険料軽減措置を現行制度廃止年度まで継続し、必要な財

源を国が確保することなどを求めた。また、東日本大震災の被災者に対する一部負担金と保険料の免除措置については、保険者への財政支援を特別調整交付金ではなく、全額を補正予算で措置するよう求めた。（6/9MEDIFAXより）

医師の技術評価に「総合負荷・貢献度」／全社連、医療課に提出

診療によって医師にかかる負荷と、診療が患者の社会復帰などにどれくらい貢献したかを合わせて評価する「総合負荷・貢献度」を数値化し、診療報酬での適切な医師の技術評価につなげようという研究結果がまとまった。研究で取り上げた92疾患のうち、最も医師の負荷が大きく患者への貢献度が高かったのは劇症肝炎だった。次いで重症急性膵炎、急性心筋梗塞、成人呼吸窮迫症候群、急性白血病が上位5疾患となった。2011年度の全国社会保険協会連合会共同研究「診療報酬における医療技術の評価」（班長＝齊藤寿一・社会保険中央総合病院名誉院長）の研究班が検討してきたもので、結果は6月9日、厚生労働省保険局医療課に提出した。

研究班は、全社連の51病院の医師を対象に、入院医療での92疾患について医師の医療技術評価に関する意識調査を行った。対象医師1119人のうち725人が回答した（回答率64.8%）。回答医師の内訳は内科系が51%、外科系が49%だった。

調査では、内科系・外科系の主要92疾患の中から各医師が専門領域に近い5疾患以内を選択。▽各疾患の診療に必要な経験年数の下限▽入院後1週間の1日病棟活動時間—を記載してもらった。

個別の診療行為の負荷については▽問診▽診察▽検査決定▽治療方針決定▽説明と同意取得—など16項目にわたる各行為に対する負荷について「極めて大きい」（評価点5）から「極めて小さい」（評価点1）までの5段階で評価してもらった。

「患者への貢献」では▽救命的な貢献▽社会復帰の促進▽在院期間の短縮—など5項目について5段階評価した。

これらの結果を基に診療担当医師から見た各疾患の「医師の総合負荷・貢献度」を算出。診療担当医師の病棟活動時間などを基に1日当たり医療技術評価点を試算したところ、劇症肝炎は5331点、重症急性膵炎4725点、急性心筋梗塞4557点などとなった。研究班は、現行の点数体系では各疾患の医療技術評価は検査、処置、手術など特掲診療料の中で断片的に

評価されているものの、問診、診察、疾病想起、予後見通し、説明と同意取得など、最も基本となる医療技術は適切に評価されていないのが実態としている。（6/10MEDIFAXより）

「実調データの信頼性揺らぐ」／誤送付問題で中医協

医療経済実態調査（実調）の粗雑な事務処理に中医協委員の不信感が募り、過去の実調データの信頼性まで問われかねない事態になっている。中医協は6月22日の総会で、被災した医療機関に調査票を誤送付した問題について意見を交わした。しかし、電話で確認した上で調査票を送付する施設のリストから、郵便番号の上2桁が「02」で始まる岩手県の医療機関が漏れていたことが新たに発覚。厚生労働省は陳謝した後、対応策を示したが、中医協委員の怒りは収まらなかった。

総会の冒頭、外口崇保険局長は「管理監督責任を深刻に受け止めている。中医協委員や関係者に多大な迷惑を掛けたことを大変申し訳なく思い、おわびを申し上げる」と謝罪した。さらに厚生労働省は▽節目ごとに委託先に職員を派遣して状況確認する▽現場では口頭連絡ではなく文書による指示を徹底させる▽ダブルチェックや上長によるチェックの徹底—などの管理体制強化策を打ち出した。

しかし、中医協委員からは「あってはならないこと」（森田朗会長＝東京大大学院教授）、「あきれて物と言えない」（西澤寛俊委員＝全日本病院協会会長）などの批判が相次いだ。さらに鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）や安達秀樹委員（京都府医師会副会長）からは「単純な人為ミスを起こす委託先は信用できない。過去の実調データの信頼性も揺らぐ」との厳しい指摘が飛び交い、支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）も「真摯に反省してほしい」と厚生労働省に促した。ただ、白川委員は実調の重要性が依然として高いと指摘。「当初のスケジュール通りに集計・分析してほしい」とクギを刺すと、厚生労働省保険局も「10月に調査報告できるよう進めたい」と応じた。

結局、総会では、被災地の医療機関向けに中医協委員連名の謝罪文を作成することや、不祥事を検証する組織を設置することを決めた。中医協委員の他に外部委員も交え、原因究明と再発防止策、実調データの信頼性を検証する。厚生労働省は過去のデータの信頼性を確保するため、現存する記録を基に、当時

の入力作業のチェック項目が守られていたかなどを再評価する方向で想定している。

調査会社の選定方法に対しても不信感があらわになった。西澤委員は「入札時の文書や、何社が応募したか、どのような基準で選んだかなど、過去3～5回分くらいの資料を示してほしい」と厚生労働省に迫った。今回ミスをしたみずほ情報総研については「委託先を代えるべきだ」などの厳しい指摘が相次いだ。が、厚生労働省は総会后、記者団に対して「みずほ情報総研を代えた場合、今回の実調のデータを使うのが難しくなるかもしれない」とコメント。スケジュールを考慮すれば、委託先の変更は困難との見方を示した。（6/23MEDIFAXより）

薬価調査の実施了承、被災地域は除外／中医協

中医協は6月22日、2011年度中に薬価調査（本調査）を実施することを了承した。11年度中の1カ月間の取引を対象とするが、調査の対象月や実施時期については、取引価格に影響を及ぼす可能性があるため事前には公表しない。

調査の規模は前回とほぼ同じで、販売側（卸や販社の営業所など）が約6000カ所、購入側が病院約900カ所、診療所約1000カ所、保険薬局約1600カ所。前回は09年9月の取引分を09年10月に調べた。

また、3月に東日本大震災が起きたため▽日本損害保険協会が認定した全損地域▽原子力災害対策特別措置法の規定による避難のため、立ち退きまたは屋内退避の指示を受けた地域—に調査票を送らないなど、被災地に配慮した対応も行う。

厚生労働省は、前回の本調査の結果を基に、全体の取引件数、薬価ベースの金額に占める岩手、宮城、福島の3県合計の割合が、いずれも約5%だったと説明。前回の全体の平均乖離率（約8.4%）についても3県を除いた場合でも約8.4%だったとし、今回3県分が調査から外れたとしても全体の数値に大きな変化は出ないとの見方を示している。

一方、安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は、薬価調査を行うことが12年度の診療報酬改定につながるのかどうか質問。これに対し厚生労働省は、調査を実施するからといって、12年度の診療報酬改定の実施に直結するものではないと回答した。

（6/23MEDIFAXより）

部門別収支調査を簡素化／中医協コスト調査分科会

中医協・医療機関のコスト調査分科会（分科会長＝田中滋・慶応大大学院教授）は6月30日、2011年度の「医療機関の部門別収支に関する調査」の実施案を了承した。調査項目を簡素化して医療機関の負担を減らし、回答数の増加を図る。実施案は7月中旬の中医協総会に報告する。その後、8－9月ごろに調査対象施設を選定し、9－10月ごろに調査を行う。12年1－2月ごろに集計・分析し、3月に結果を集計する予定。

同調査は医療機関の負担が大きく有効回答数が少ない。10年度調査では1738病院に調査協力を依頼し、366病院が応じたものの、期日内に集計できた病院は187施設にとどまった。調査に応じた病院に回答が難しかった点を尋ねたところ、職種別給与データについて「人数や給与、賞与を職種別に分けるのが難しい」という声が多かった。このため11年度調査では、病院長や医師、看護師といった10職種区分を減らすことにした。

医師が担当した診療科や入院・外来などの勤務時間割合に関する設問についても「既存データを活用できない」という声が出ていたことから、勤務時間割合の調査が困難な場合には代表者が診療科医師全体の記入をできることにした。

レセプト調査関連では、レセプトデータに診療科コードが入力されていない病院があったことから、Eファイル（診療明細情報）のほかに、3桁の診療科コード形態を持つDファイル（包括診療明細情報）も求めることにした。（7/1MEDIFAXより）

有床診の法制上の位置付け必要／日医・有床診担当理事協

日本医師会は6月22日、日医会館で都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会を開き、検討委員会がまとめた中間答申を報告した。有床診療所の施設体系としての理念を示し、法制上の位置付けが必要とした。

日医の「有床診療所に関する検討委員会」の大道久委員長（社会保険横浜中央病院長）が報告した。理念として▽かかりつけ医自ら外来・在宅と一連で入院医療を実践する医療施設▽地域に密着して地域医療・地域ケアを支える患者主体の入院施設▽専門医療を提供するための小規模入院施設—の3項目を提唱し、「医療法上に明確に位置付ける必要がある」

とした。

具体的な位置付けとしては▽「診療所病床」は外来医療・在宅医療と一連で入院医療を実践する19床以下の小規模病床▽1人以上の医師と必要数の看護職員を配置▽病床区分を設けず、急性期、慢性期、終末期医療に柔軟に対応し、地域ケアも支援する▽小規模施設にふさわしい独自の診療報酬体系▽基準病床数の柔軟な運用と医療計画における役割の明確化—の5項目が必要とした。

会場からは診療報酬の引き上げを求める意見のほか、介護保険への対応について質問が寄せられた。有床診の認知度を上げる必要性を求める声や、入院基本料の低さを積極的に伝えていくべきとする声もあった。

原中勝征会長は冒頭、有床診の役割がますます重要になるとし「有床診は執行部が最も重要と考えている医療機関の一つ。皆さまの意見を聞かせていただきたい」と述べた。（6/23MEDIFAXより）

在宅医療連絡協を設置へ／日医と病院団体、連携の在り方検討

日本医師会と病院団体などは、地域包括ケアを推進する際の医療提供体制について議論する在宅医療連絡協議会を立ち上げる。在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）だけでなく、有床診療所や一般の診療所なども巻き込んだ地域での在宅医療の在り方を検討する。担当する日医の鈴木邦彦常任理事は本紙の取材に「意見がまとまれば提言という形も考えていきたい」と話した。7月21日に初会合を開く。

在宅医療については病院団体の中で主に在支病の在り方について検討が進んでいる。四病院団体協議会の「在宅療養支援病院に関する委員会」は10項目、日本慢性期医療協会の「在宅療養支援病院部会」は5項目の提言をそれぞれまとめ、意見の擦り合わせを行っている段階だ。鈴木常任理事は「各団体のいろいろな取り組みがある」とし「在支診、在支病、さらに在宅に関わっていききたいという医師も含めて、地域でどう連携を図っていくか検討する必要がある。それが日医の役割だ」と説明した。

連絡協議会については「実質的に意見を交換したり、擦り合わせする場としたい。まずは取り組みを共有することが必要。その中で連携する上での問題点を考え、どうしたらよいか考えていきたい」と述べた。日医からは鈴木常任理事のほか、横倉義武、

中川俊男両副会長らも出席する。

委員は次の通り（敬称略）。

▽天本宏（医療法人財団天翁会理事長）▽猪口正孝（東京都医師会理事）▽太田秀樹（社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長）▽梶原優（日本病院会副会長）▽片山壽（尾道市医師会長）▽武久洋三（日本慢性期医療協会会長）（7/5MEDIFAXより）

「5対1看護」「64時間」を警戒／省内PT報告書で病院団体

厚生労働省「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム」（省内PT）の報告書の発表を受け、「診療報酬上の対応」を警戒していた病院団体の幹部らは、本紙の取材に対し「『看護配置5対1』や『月平均夜勤64時間』を納得させる内容ではない」と口をそろえた。6月22日の四病院団体協議会でも意見交換する見通しだ。

●全職種にも取り組みを

日本病院会の堺常雄会長は「労働基準法の順守への言及はチーム医療に関わる医師など全職種の問題と捉え、ポジティブに受け止めたい」と語った。「看護師等（保健師、助産師、看護師、准看護師）にとどまらず、チーム医療に関わる全職種に対しても同様の取り組みを期待したい」とも述べた。その上で労基法での医師の勤務時間の過酷さもクローズアップされるとし「看護師等の省内PTの報告書だが、結果的に医師などチーム医療を支える職種の課題が少しでも『見える化』できればいいと認識している」と述べた。

●時間管理者・研修会「効果的ではない」

一方、全日本病院協会の西澤寛俊会長は「すでに病院では、組織的に労基法を順守しているにもかかわらず、労働時間管理者の配置や、関連の研修会などが盛り込まれている。すでに病院団体でワーク・ライフ・バランスの確保についても取り組んでいる」と指摘した。「看護師等に限定しての省内PTの報告書は、チーム医療の重要性がいわれている中で違和感を感じる」とも語った。「常勤看護師等の離職率が11.2%に対して、専門・技術的従事者の離職率は12.7%で、ほぼ同水準」との報告書の内容については「これは、ほぼ同水準ではなく、常勤看護師等の離職率が有意に低いと解釈できる」と指摘。「看護師等の労働環境の改善を図るには、看護師を増やすことが第一義であり、労働時間管理者の配置や研修会

の開催が効果的な方策とは思えない」との認識を示した。

●医師の勤務環境改善が重要

日本医療法人協会の加納繁照会長代行も「看護師等の離職率11.2%は一般労働者の離職率16.4%に比べて顕著に低い。看護師は、医師の勤務環境に比べると、病院の中で優遇されている」とし、医師の勤務環境の改善も極めて重要な課題とした。さらに「報告書では、ヒアリングをした病院で紹介手数料を払う民間の職業紹介業者を利用している状況が多く見られたと言及しているが、民間病院としてはこの点が最も深刻な問題であり、重く受け止めてもらいたい」と指摘した。

●了承はしていない

日本精神科病院協会の山崎學會長は「報告は受けたが、了承したものではない」とし、「月平均夜勤72時間ルール」の緩和を重ねて要望するよう四病協に提案していく」と述べた。（6/20MEDIFAXより）

TPP参加・医療ツーリズム推進に反対／北海道医

北海道医師会、北海道歯科医師連盟、北海道薬剤師会、北海道看護協会の医療4団体と民主党北海道との「国費予算編成に向けた政策懇談会」が7月2日、札幌市内のホテルで開催され、北海道医（長瀬清会長）からは、混合診療の全面解禁、医療ツーリズムの推進、環太平洋経済連携協定（TPP）への参加は「いずれも所得格差による受診抑制や国民皆保険制度崩壊へとつながる」として、医師会として強く反対すると主張。さらに長瀬会長は、医療を新成長戦略の柱の一つに据えて産業化を推し進める民主党の政策について触れ、「国民皆保険制度を絶対に崩壊させることのないように」とくぎを刺した。

北海道医の要望事項は以下の8項目。①地域医療の確保と国民皆保険制度の堅持②診療報酬の是正と受診抑制への対応③救急医療体制の充実・確保④労働者等を取り巻く環境対策⑤ワクチンの定期予防接種⑥看護職員および実習施設の確保・充実⑦看護師等養成所運営費補助金の維持⑧事業税非課税措置の存続と社会保険診療報酬等に対する消費税非課税制度の改善。（7/5MEDIFAXより）

医師派遣システムの構築を提言／被災者支援連絡協が要望

医療関係団体でつくる被災者健康支援連絡協議会

は6月14日、松本龍防災担当相に要望書を提出した。要望には医療支援のための医師派遣システムの構築や精神的ケアの中核となる「地域こころのケアセンターの設置」などを盛り込んだ。提出後に原中勝征代表（日本医師会長）と横倉義武事務局長（日医副会長）が会見した。原中代表によると松本防災担当相は「積極的に意見を取り入れて支援していきたい」と前向きに回答したという。

要望は▽情報共有のための連携支援システムの構築▽被災者の継続的健康管理▽被災地の復興へ向けた諸課題▽財政的支援に係る方策▽その他—の5項目。

連携支援システムの構築では、被災県を通じた国による情報の一元化とその提供、身元確認についての検索ソフトの開発と全国統一化などを提言した。継続的健康管理では、避難所、仮設住宅での健診、リハビリテーション、栄養保持などの重要性を強調。看護職、栄養士、リハビリ専門職の適正配置を求めた。

復興への諸課題では、機能的・総合的な医療・介護の復興などを要望した。財政的支援では、被災地支援に参加した医療チームに対する災害救助法での費用補填のほか、被災した医療機関などを再建するため国の財政的補助が必要とした。原発事故の影響を受けている福島県の医療機関への補償にも言及した。その他では、薬剤や物資の調達・輸送の体制整備などに触れた。（6/15MEDIFAXより）

「復興への提言」具体化へ意見／被災者支援連絡協

医療関係団体でつくる被災者健康支援連絡協議会（代表＝原中勝征・日本医師会長）は7月4日、日医会館で会合を開いた。各団体は、政府の「東日本大震災復興構想会議」がまとめた「復興への提言」の具体化に向けた意見を発表した。事務局長を務める日医の横倉義武副会長は会合終了後、「早急な対応が必要なことについては、できるだけ早く要望を取りまとめて提出したい」と述べた。

この日は厚生労働省の担当者が「復興への提言」を説明した。各団体からは、医療、介護施設の自立支援のための取り組みを求める声が上がった。日本看護協会は仕事場を失った会員も多く、就業先のマッチングが課題になっているとした。日本放射線技師会からは、被ばくした可能性のある被災者の健康管理の窓口を一本化してほしいとの要望があった。

会合には顧問を務める梅村聡参院議員も出席し、震災対応への各団体の協力を感謝を述べた。（7/6MEDIFAXより）

復興の施設整備、補助金の対象拡大を／四病協と全老健が要望

四病院団体協議会と全国老人保健施設協会は6月27日、東日本大震災で被災した医療施設などの復旧に関する施設整備の補助金の対象範囲の拡大と、設立主体による国庫補助率の格差是正などを求める要望書を厚生労働省の阿曾沼慎司事務次官に提出した。四病協と全老健は、阿曾沼事務次官に被災地の窮状を説明するとともに、第2次補正予算での対応を求めた。

5月2日に成立した2011年度第1次補正予算では、被災した医療施設などの災害復旧に係る補助金の交付対象が公的医療機関や救急指定病院など一部の医療機関だけとなっていたことから、全ての医療施設を対象とするよう見直しを求めている。

医療施設・社会福祉施設などの災害復旧に係る補助金の国庫補助率については、第1次補正予算で医療施設は公的医療機関が「2分の1」から「3分の2」に引き上げられただけだった。社会福祉施設では、介護老人保健施設などの国庫補助率が「3分の1」から「2分の1」に、グループホーム・ケアホーム、障害者支援施設は「2分の1」から「3分の2」に引き上げられた。四病協は、設立主体によって災害復旧にかかる費用に格差があるとは考えられないとして「国庫補助率は一律に3分の2に引き上げるべきだ」としている。大震災による敷地内の地盤沈下による被害や、土地の整備に関する費用についても補助の対象にするよう求めている。

医療機関・社会福祉施設の二重債務問題については、福祉医療機構などを活用した支援策（旧債務の据え置き期間・償還期間の延長、利子補給など）を講じるよう要望したほか、国庫補助の協議に関する事務の効率化、迅速な支給も求めた。

●窓口負担免除の対象拡大も要望

四病協は、福島県病院協会からの要望を受け、医療保険の窓口での被災者の一部負担免除に関する要望書も阿曾沼事務次官に併せて提出した。

今回の大震災による医療保険の窓口での一部負担の免除については、5月18日付事務連絡でのQ&Aや6月14日付の事務連絡による特例措置で具体的な内容が明示されている。しかし、対象者が原発事故

の被災者については、避難指示、計画的避難区域、緊急時避難準備区域に住民票のある住民に限定されている。福島県協会は、住民票がなく原発事故によって避難を余儀なくされた入院患者や、原発事故で事業を休業、または大幅な縮小を余儀なくされた事業所の従業員が対象から欠落していると問題視していた。

四病協は、一部負担の免除対象者に「実生活の住所地の該当者および勤務する事業所が避難指示、計画的避難区域、緊急時避難準備区域にあり、事業を休業・縮小を余儀なくされた従業員」を含めるよう要望。一部負担金等の免除の手続きの簡素化についても、併せて求めている。（6/28MEDIFAXより）

医療チーム派遣で体制を強化／福島第一原発

福島第一原子力発電所の事故で、東京電力は5、6号機サービス建屋1階に救急対応の医療施設を開設した。7月1日、医師と看護師らでつくる医療チームが現地に向かった。

医療チームの派遣は広島大に設置した救急医療体制ネットワークが調整を担い、国立大などの協力を得て取り組む。チームは救急や被ばく医療などの専門医らで構成し48時間勤務で次のチームと交代する体制。派遣は9月まで行い、その後の計画は検討する。

施設には治療用ベッドや救急医療用の器材を整え、被ばくによる傷病や熱中症、外傷、心疾患などの初期医療を担う。産業医科大、労働者健康福祉機構が派遣している医師と合わせた医師の複数配置が実現し、特に多発が懸念される熱中症の対応で期待がかかる。（7/4MEDIFAXより）

震災サポート体制で提言／日本うつ病学会

日本うつ病学会は7月1日、東日本大震災の被災者やその支援者らに向けて、継続的な心のケアが必要とする提言をまとめ「第8回日本うつ病学会総会」で発表した。

提言では被災者に対して、悲しみ、ストレス・疲労が心の不調につながることをないように、悲しいことや困っていることがあれば、各地の保健センターや精神保健福祉センター、各種医療機関、災害支援の「こころのケアチーム」などに早めに相談するよう呼び掛けた。今後の支援についても「長期にわたる多面的なメンタルヘルス対策が必要」と指摘。「災害支援と生活支援、メンタルヘルス対策は常に一

体のものとして意識され、ケアや対策が講じられなければならない」とした。

継続的な支援体制づくりについては▽支援者の交代制やチーム制の導入▽国や地方公共団体・諸団体が連携し、地域の実情や復興のプロセスに合わせ、現場での支援活動がより円滑に進むよう配慮する▽支援者自身が相談やケアを利用できるようにする—などを提言した。（7/5MEDIFAXより）

介護保険編

3種類の研修カリキュラム概要案／たん吸引検討会で厚労省

厚生労働省は6月30日の「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」（座長＝大島伸一・国立長寿医療研究センター総長）に、介護職員らがたん吸引と経管栄養を実施できるようにするための研修カリキュラムの概要案を提示した。試行事業の結果を踏まえ、合計3類型設けることを想定している。

厚労省が示した案では、不特定の利用者を対象とするための研修を▽たんの吸引および経管栄養の対象行為全てを行う類型▽気管カニューレ内のたん吸引と経鼻経管栄養以外を行う類型の2つに分け、特定の利用者のみに実施するための研修と合わせた3類型とした。

研修カリキュラムの概要案では、全ての類型で、テキスト学習とシミュレーター演習で構成する「基本研修」と、医師の指示に基づき看護師等の指導下で行う「実地研修」の組み合わせで行うとした。（7/1MEDIFAXより）

委員による確認前の法案提出に疑義／たん吸引検討会

6月15日に成立した改正介護保険法が国会に提出される前の段階で、介護職らにたん吸引などの実施を認める部分を「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」（座長＝大島伸一・国立長寿医療研究センター総長）の委員らが最終チェックできなかったことに不満の声が上がっている。同30日の検討会では、政府の制度設計プロセスに疑問の声も上がるなど会合は紛糾。大島

座長が自身の責任問題に言及するまでに至った。

改正法案を国会に提出する際の検討会委員への連絡は大島座長だけに行われた。大島座長によると、その際、条文などに関する詳細な説明はなかった。厚労省は会合で、全委員に連絡しなかった点を陳謝した一方で、たん吸引などを認める部分の法律案は、同検討会が10年12月13日の会合で了承した中間取りまとめが骨子になっていると説明。制度の詳細は、同検討会の議論に沿って今後、政・省令やガイドラインで定めるとした。

これに対し委員からは不満が噴出。平林勝政委員（國學院大法科大学院特任教授）が「細部をどうするかで大枠も変わる。こういうやり方で本当に良い制度ができるのか」と述べ、「法律で大枠、政・省令で詳細」という従来の制度設計手法自体に問題があると指摘した。たん吸引の制度に関しては「条文では利用者の特定・不特定の区別があいまい。提出前に一度検討できれば何か方策が考えられたかもしれない」と述べ、法改正に比べて変更が容易な省令で利用者の区別を定める設計となっている点を危惧した。

三上裕司委員（日本医師会常任理事）も「（同検討会の）最終取りまとめが出る前に法案が提出されてしまい、検討会がないがしろにされている印象」と不快感を示した。その上で、この日の会合で示された試行事業結果のヒヤリ・ハット事例などから、対象者の違いや、たん吸引などの行為の範囲ごとの難易度の違いが明確になったと指摘し、法律上の区別が必要だったと強調した。

このほか、川村佐和子委員（聖隷クリストファー大教授）や因利恵委員（日本ホームヘルパー協会会長）も制度設計の不十分さを指摘した。

これらに対し大島座長は、国の制度設計プロセスでの有識者や市民の関わり方については模範モデルがないとの認識を示した上で、「（同検討会の役割は）関係者の総意を取りまとめることであり、それを国がどういう判断で法律に反映させるのかは、検討会の責任ではないという認識だった」と述べた。一方で、同検討会の責任の範囲や影響力について確認を怠った点を認め「（そういう点で）收拾できなければ私の責任。座長を辞めることは簡単だが、それで責任が取れるのだろうか」とも述べた。

この日の会合では政・省令で定める制度の詳細に関する議論が不十分だったため、検討会委員の一致した意見として、政・省令策定前の7月中に会合の

追加開催を要求したが、厚労省は、12年度の制度開始に向け、11年秋には政・省令を提示する日程上の都合などを理由に、明言を避けた。

（7/5MEDIFAXより）

医療・介護連携で認知症施策充実を／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6月16日、増加が見込まれる認知症の高齢者に対する支援拡充に向け、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）と小規模多機能型居宅介護事業所の関係者から意見を聞いた。利用者の重度化が進んでいる実態が浮かび上がり、科学的な分析に基づいてケアの在り方を議論すべきなどの声が上がった。

●グループホームでの医療が論点に

厚労省が示した2003年時点の推計によると、日常生活に支障を来すような症状が多少あり、誰かが注意すれば自立できる「日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者は、25年に323万人まで増える見込みだ。一方、グループホームの平均要介護度は重度化傾向にあり、01年の2.23から、10年には2.74まで上昇。グループホームでは看護師の配置が必須ではないが、1人以上の配置や訪問看護ステーションなどとの連携で1人以上確保している場合を評価する「医療連携体制加算」は、10年11月時点で約7割が算定している。厚労省はこれらの状況を踏まえ、認知症に対応するため▽医療と介護、地域それぞれの役割と連携▽グループホームでの医療提供の在り方についてどのように考えるかを論点に挙げ、議論を求めた。

意見陳述のためこの日の会合に出席した日本認知症グループホーム協会副代表理事の岩尾貢氏は「看取りの際、医療連携を伴う集中的なケアが必要になる」とし「死亡日と死亡日前の数日間について、手厚い報酬上の配慮を」と求めた。全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会代表の川原秀夫氏は、利用者の過半数が認知症（Ⅱ以上）であることや、独居や夫婦2人の世帯が約4割を占めている現状を説明した。（6/17MEDIFAXより）

調査・データ編

難病網羅で初の全国患者調査／日本難病・疾病団体協議会

日本難病・疾病団体協議会（JPA）は6月13日、厚生労働省障害者総合福祉推進事業で実施した「難病患者等の日常生活と福祉ニーズに関するアンケート調査」の結果を公表した。JPAによると全国規模で難病を網羅して実施する調査は初めて。

調査はJPA連携団体をはじめとした患者・家族団体33団体の会員を対象に無作為抽出し▽疾患と医療機関の利用状況▽社会福祉サービスの利用状況・利用の意向▽患者プロフィールなどについてアンケートを実施。総回答数1380人で、回収率は46.0%だった。

現在罹患している難治性疾患の最近6カ月の受診状況は「主に通院」が78.3%と最も多く、「入院・通院していない」が4.7%、「入院と通院半々」が4.5%、「主に入院」が3.5%、「主に往診」が2.2%となった。受診している医療機関については「民間病院」が31.7%で最も多く、「大学病院」が17.8%、「公立病院」が16.1%、「国立病院」が14.7%だった。

専門治療を受けることができているかについては、「受けられている」が75.6%となった一方、「受けられていない」との回答も12.1%あった。

現在どのような症状で困っているかを尋ねたところ、「痛み」が41.2%、「倦怠感」が20.2%となったほか、排便・排尿困難やかゆみやむくみなどもそれぞれ10%程度あった。これらの症状の変化や頻度を聞くと「毎日ある」が41.2%、「日によって変化が大きい」が27.8%、「進行している」が19.1%、「1日のうちで変化がある」が18.7%となり、調査報告は「固定した状態での認定を基本としている障害者福祉施策の中で、どのように反映させるかが大きな課題」と指摘した。

報告書は「患者・家族の生活実態調査を行い、障害者自立支援法の制度利用の実態とニーズを把握し、さらに支援対象となっていない疾患の患者・家族に対する支援の課題を明らかにするという目的はある程度達成された」とした上で、「時間や難病患者の人生・疾患特性、地域性や地域の広がりの中から

の生活支援とその制度化を継続研究で調査し、詳細な検討をする必要がある」と指摘した。

（6/14MEDIFAXより）

ADRの申し入れ、半数受け入れ／日病協調査

厚生労働省の医療裁判外紛争解決（ADR）機関連絡調整会議（座長＝山本和彦・一橋大大学院法学研究科教授）は6月13日、各構成員が事例を紹介した。このうち小山信彌構成員（日本病院団体協議会代表）は協力病院団体を通じて実施したアンケート結果を発表した。回答のあった400病院のうちADR機関から相談の申し入れがあったのは20病院で、計24件のうち13件で相談に応じたとし「相談の申し入れに対して、半数以上でADRを受け入れている」と述べた。

調査は国立大学附属病院長会議、国立病院機構など11団体を通じ、約1000病院を対象に2009年度の状況を調べた。400病院から回答があった。アンケート結果によると、相談に応じた13件は手術時の事例が目立った。一方、相談に応じなかった11件について、病院が受理しなかった理由は「数回にわたる説明を行っており、今後も説明を希望する場合には説明する機会は持つが、出向いての説明は不要」「説明に納得してもらえず高額な要求があり、話し合いによる解決は困難」などのほか、「カルテ開示もせずに患者側の申し立てで一方的にADRを行うのは不公平。医療者の精神的・時間的・肉体的負担が増幅する」とする趣旨の回答もあった。（6/14MEDIFAXより）

診療所の再診料、1日当たり1.4%減／10年社会医療行為別調査

厚生労働省が6月23日に発表した「2010年社会医療診療行為別調査」によると、診療所の再診料総点数を診療実日数で割った1日当たり点数は76.4点で前年比1.4%減となった。レセプト1件当たりも2.9%減の134.1点となった。一方、病院の再診料は1日当たりが8.8%増の73.0点、レセプト1件当たりは12.1%増の116.8点と増加した。

厚労省大臣官房統計情報部社会統計課は、10年度の診療報酬改定で最大の焦点となった「再診料の病診格差統一」で診療所の再診料を2点下げたことが要因の一つと見ている。

●外来管理加算は微増

外来管理加算は1件当たり1.4%増、1日当たりは1.5%増となった。10年度改定では「5分ルール」を

撤廃し、簡単な症状の確認のみで継続処方を行った場合は算定できないことにした。統計情報部社会統計課は「簡単な症状確認のみの継続処方の場合に算定できなくなったマイナス面もあるが、5分以内でも算定できるようになったことが微増の要素の一つではないか」としている。

●精神科病院以外で入院日数微減

精神科病院を除き、病院と診療所で入院日数は微減となった。レセプト1件当たりの入院日数は、精神科病院が前年比0.32日増の28.63日だった一方で、総数は0.26日減の16.90日。病院の機能別では、特定機能病院が0.92日減の11.70日、療養病床を有する病院が0.32日減の21.73日、一般病院が0.04日減の12.86日、有床診療所も0.28日減の11.53日だった。

●後発品に一定の伸び

後発医薬品の使用促進に取り組む医療機関を評価するため10年度改定で創設した「後発医薬品使用体制加算」の効果も見られた。処方された医薬品の全種類数に占める後発品の種類数の割合は前年比2.8ポイント増の23.5%となった。後発品については、政府が12年度の数量ベースシェア30%を達成目標として掲げている。（6/24MEDIFAXより）

メンタル不調者、医療・福祉がトップ／労働政策研究機構が調査

医療・福祉業界は他業種に比べてメンタルヘルスに問題を抱えている正社員（正職員）がいる割合が高いことが浮き彫りとなった。調査をしたのは厚生労働省所管の労働政策研究・研修機構。6月23日に公表した「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」で分かった。

調査は農・漁業を除く全国の従業員10人以上の民間事業所1万4000カ所を対象に実施。有効回収数は5250件、有効回収率は37.5%だった。

メンタル不調者がいると回答した事業者の割合は、医療・福祉が76.6%で最も高く、情報通信業の73.0%、製造業の67.9%を上回った。医療・福祉業界のメンタル不調の原因（複数回答）を見ると、「職場の人間関係」が77.4%、「本人の性格の問題」が74.7%、「仕事の責任の増大」が41.4%、「家庭の問題」が31.4%、「仕事量・負荷の増加」が30.2%となった。「職場の人間関係」や「仕事の責任の増大」は他業種よりも比較的高いことが分かった。

全業種を通して見た場合、6割弱の事業所にメンタル不調者がいることも分かった。メンタル不調者

が現れる原因は「本人の性格の問題」が67.7%、「職場の人間関係」が58.4%、「仕事量・負荷の増加」が38.2%、「仕事の責任の増大」が31.7%などとなった。（6/24MEDIFAXより）

7診療科で黒字、5診療科で赤字／中医協分科会・部門別収支調査

中医協・医療機関のコスト調査分科会は6月30日、2010年度「医療機関の部門別収支に関する調査報告書（案）」を了承した。医療経済実態調査では分からない病院内の診療科ごとの収支状況を把握するためのもので、08年度に続く2度目の調査。主要12診療科の収支状況を見ると、7診療科で黒字、5診療科で赤字となった。

黒字は循環器科（医業収益と医業費用の差額割合20%黒字）、眼科（同20%）、脳神経外科（同15%）、外科（同14%）、整形外科（同13%）、泌尿器科（同7%）、小児科（同1%）。逆に赤字だったのは、皮膚科（同マイナス62%）、産婦人科（同マイナス18%）、内科（同マイナス9%）、耳鼻咽喉科（同マイナス8%）、放射線科（同マイナス6%）。

また、外来収支で赤字に、入院収支で黒字となり、トータルで見れば黒字を維持している状況も浮かび上がった。これは2年前と同じ傾向。国公立病院や医療法人といった開設者別に分けても、病床規模別に見ても、外来は赤字、入院は黒字となっている。

同調査の有効回答数は187病院。厚生労働省は「集計対象施設数が少ないため、今回の調査結果を全国の診療科に当てはめてみるのは難しいのではないかとコメントしている。調査結果は7月中旬の中医協総会で報告する予定。（7/1MEDIFAXより）

在宅医療「モチベーション維持が課題」／日医総研WP

日医総研はこのほど、「在宅医療を担う診療所の現状と課題」と題したワーキングペーパーをまとめた。在宅療養支援診療所を届け出ている診療所（届け出あり）とそれ以外で在宅医療を行っている診療所（届け出なし）に分けて現状を分析した。今後の方針として在宅医療を縮小すると回答した診療所は全体で14.2%あり、モチベーションの維持が課題として浮かび上がった。

今後の在宅医療の方針については、全体で「現状維持」が最も多く60.9%、「拡大」が17.2%、「縮小」が14.2%だった。縮小する理由では「年齢や体力」

が最も多く77.0%、次いで「対応できる体制の維持が困難」が37.4%となった。

「届け出あり」と「届け出なし」に分けて見ると、「届け出あり」の今後の方針は「拡大」が21.3%、「現状維持」が61.5%、「縮小」が11.8%。対して「届け出なし」では、「拡大」が10.3%、「現状維持」が59.8%、「縮小」が18.3%と、届け出の有無で差が見られた。

体制について見ると、在宅医の総数は「届け出あり」で1施設当たり1.7人、「届け出なし」で1施設当たり1.2人だった。1施設当たりの在宅患者数は「届け出あり」が28.2人、「届け出なし」が9.7人。在宅医療の業務時間は「届け出あり」が35.1時間、「届け出なし」が11.9時間で、「届け出あり」の患者数と業務時間はともに「届け出なし」の約3倍となった。

受け入れについては「寝たきり、または準寝たきり」を受け入れ可能と回答したのは全体で93.1%、「認知症」77.2%、「呼吸器疾患」72.4%などとなった一方、「小児」は24.0%と低い割合だった。2010年の4-10月の間で在宅看取りを行った診療所は「届け出あり」で63.6%、「届け出なし」で44.8%だった。

調査は「届け出あり」が764施設、「届け出なし」が458施設の計1222施設を分析した。
（7/6MEDIFAXより）

介護給付費7%増の6兆8721億円／09年度事業状況報告

2009年度の介護給付費（利用者負担を除く）は6兆8721億円で、08年度から7.1%増加したことが、厚生労働省が6月29日に発表した「09年度介護保険事業状況報告（年報）」で分かった。65歳以上の第1号被保険者1人当たり給付費は23万8000円で、08年度から4.8%増えた。

第1号被保険者数は2892万人で、08年度から2.1%増加。第1号被保険者のうち要支援か要介護の認定を受けている人は16.2%で、08年度から0.2ポイント増加した。

第1号被保険者の保険料収納額は1兆3816億円（前年度比2.4%増）で、収納率は98.3%（同0.07ポイント増）。収納率が100%の保険者は22保険者で、全保険者に占める割合は1.4%だった。

●施設・居宅ともに受給者増加

施設介護サービス受給者は09年度累計で1001万人（前年度比9万人増）。1カ月当たり平均では、介護老人保健施設32万人（同0.7万人増）、介護療養型医療施設9万人（同0.8万人減）、介護老人福祉施設43

万人（同0.8万人増）だった。

居宅介護（介護予防）サービス受給者数は09年度累計で3431万人（同155万人増）だった。うち要介護2の受給者が20.9%と最も多く、要支援1-要介護2の軽度の受給者が約69.7%を占めた。
（6/30MEDIFAXより）



電子レセ請求、医療機関の正式名称使えず／保団連、矛盾と指摘

地方厚生（支）局長に届け出た医療機関名の漢字がレセプト電子請求の際に規格外で使えない事例があることが保団連の調べで分かった。保団連は、医療機関の業務に支障が出ているとして、正式な漢字を使用できるよう求める要望書を厚生労働省に提出した。

保団連によると、正式名称に使用している「濱」という漢字が規格外で使えないため、レセプトコンピューター内の医療機関名を「濱」に訂正して請求した後、元の漢字に戻す作業をしている医療機関がある。この他「崎」も規格外となる可能性があるという。

保団連は6月10日付で提出した要望書で「レセプト電子請求の際に使用できる文字は、一般的な文字など約6350文字を規定しているに過ぎず、全ての医療機関の正式名称を反映させるには程遠い」と指摘。「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様」や「レセプト電算処理システム電子レセプトの作成手引き」などによると、レセプト電子請求をする際の医療機関の名称は地方厚生（支）局長に届け出た名称となっており、「矛盾が生じている」と批判した。

厚労省保険局は、電子レセプトの普及に伴ってさまざまな問題が出てくると考えているとした上で、保険者や社会保険診療報酬支払基金とも話し合った

上で必要に応じて変えていく必要はあるとしている。（6/14MEDIFAXより）

一体改革成案に「断固反対」／保団連が談話

保団連は6月22日、政府の「社会保障・税一体改革成案（案）」について「社会保障削減と消費税増税の『一体改革』案には断固反対する」との政策部長談話を発表した。

談話では、政府案に盛り込まれた外来受診時定額負担の導入や市販類似医薬品の患者負担引き上げなどについて「早期発見・早期治療を阻害するだけでなく、プライマリケアを担う診療所・中小病院機能を弱体化させる。しかも保険給付7割、患者負担3割という健保法付則の規定を形骸化させようとしている」と批判した。

政府が提示した2025年度の入院医療体制のシナリオで、平均在院日数を大幅に短縮し1日の入院患者を約2割削減することで入院病床総数を現行166万床から159万床に抑制するとしていることに対しては、在宅医療拡充の具体案が全く示されていないと指摘。「現在でも平均在院日数が減少している状況で、これ以上の減少は医療の安全を脅かし、新たな医療難民を生み出しかねない」と主張した。

（6/24MEDIFAXより）

「福祉と防災の国づくり」を／保団連、代議員会で決議

保団連は6月26日の2010-11年度第2回代議員会で、被災者の生活再建と住民合意を最優先にした復興施策を国の責任で行うことや、全被災医療機関の再建に公的支援を行うことなどを盛り込んだ「医療・社会保障の拡充で福祉と防災の国づくりを求める決議」を採択した。

保団連は決議文の中で、東日本大震災から3カ月半が経過したものの災害からの復旧・復興は大幅に遅れているとし「今こそ、国は、国民の生命と生活を守るために最大限の施策を講じなければならない」とした。さらに、政府の社会保障・税一体改革案について「国と大企業の責任を国民に転嫁するものと言わざるを得ない」と批判し、「給付削減・負担増計画は断じて容認できるものではない」と主張した。

また、▽「外来受診時定額負担」など、社会保障・税一体改革案は撤回、「社会保障個人会計」につながる共通番号制の断念▽窓口負担の大幅軽減、高額療

養費制度の負担限度額の引き下げ、診療報酬の改善・引き上げによる医療再生への抜本的転換▽歯科医療立て直しのため、基礎的技術料の大幅な引き上げ▽社会保障財源は大企業・富裕層の応能負担を増やして確保▽震災復興に逆行し、医療の市場化拡大を狙うT P P参加は止める—など11項目の要求実現に向けて「患者、国民とともに邁進することを表明する」と結んだ。（6/28MEDIFAXより）

民間医療機関も補助金の対象に／保団連、震災対応で要請

保団連は6月28日、東日本大震災で被災した民間医療機関に補助金の交付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「医療機関の復旧・復興に向けて第1次補正予算に盛り込まれた対策は、公的医療機関や救命・救急医療などへの部分的な補助に限られているが、民間医療機関への助成なくしては、被災地の医療供給体制の復旧・復興はあり得ない」と主張した。

岩手県が6月8日の県議会で、災害復旧費補助金等の対象とならない民間医療機関に対して48億円の補助事業実施を決めたことを受け、保団連は全ての被災県で岩手県のような補助事業が実施できるよう、国が財政拠出を行うことを求めた。

医療施設近代化施設整備事業、医療施設等災害復旧費補助金の対象についても、災害救助法で指定された地域に所在する全ての民間医療機関（病院、有床・無床診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、保険調剤薬局）を追加するよう求めた。

（6/29MEDIFAX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

10

衆参両院議員 定数削減問題

2010年7月の参院選へむけて出された民主党のマニフェストに、重大な1項が入っていました。第2節「政治改革」の冒頭、「参議院の定数を40程度削減します。衆議院は比例定数を80削減します」という一文です。このマニフェスト実現のため、菅首相は「年内に成案をまとめる」と言いましたが、例によってまったく口だけ、すすんでいません。しかしこの定数削減は、議会制民主主義の根幹にかかわる重要問題であり、しかも「大連立」が成立する状況になれば間違いなく浮上する課題です。

そこで今回は、大連立に絡みきわめて危険な動きの1つとして、衆参両院定数の削減問題を考えてみましょう。紙幅の関係で衆院比例定数削減にしまります。

衆参両院定数の削減、とくに衆院定数削減問題は、90年代に入ってから以降、保守支配層が構造改革の遂行を求めるようになり、その実現のために「政治改革」を強行して以後登場しました。ねらいは、構造改革に賛成する保守二大政党制を強化し、それ以外の少数政党を人為的に淘汰することで、構造改革を円滑に遂行できる体制づくりをすすめることです。どういうことか、少し説明しましょう。

1994年、「政治改革」の結果新たに小選挙区制が導入され、衆院定数500のうち小選挙区300、比例定数200と決まりました。政治改革のねらいは、構造改革や軍事大国に反対する社会党をつぶして保守二大政党制をつくり、改革を安定的に遂行することでした。そうしたねらいを貫徹するには、500の定員を全部小選挙区での選出にすることが望ましかったのですが、比例

代表選挙区が200入ったのは、「政治改革」を推進した8党派は、小選挙区制になれば消滅の憂き目にあいかねない少数政党でしたから、それに配慮した結果でした。

こうして小選挙区比例代表並立制がスタートしましたが、自民党に対抗する保守第二政党ができなかったことに加え、比例代表選挙区が200もあるために、この新選挙制度は予想通りには機能しませんでした。ようやく機能しはじめたのは、98年に民主党が自民党と政権を競い合う保守第二政党として誕生して以降です。小選挙区では、この2党以外に当選することはきわめてまれとなり、保守二大政党の寡占率が高まったからです。そして、二大政党制が形成・確立されるにしたいがい、二大政党による議席の独占を促進する衆院比例定数削減問題が現実味を帯びはじめたのです。

しかし最初の衆院比例定数削減は、二大政党以外の主唱で実現しました。98年参院選で大敗し、参院で多数を握れなくなった自民党が連立を呼びかけた小沢一郎率いる自由党が、その連立条件に衆院比例定数削減を出し、小沢内閣がそれを吞んで、2000年、衆院比例定数の20削減が成立したのです。当時自由党は少数政党だったのですが、保守二大政党を一貫してめざしていた小沢氏が、保守二大政党制を促進するには純粋小選挙区のほうがよいと判断したからです。この削減は、二大政党化をさらに推進し、小沢自由党自身、03年には民主党に合流し、その流れを加速したのです。

民主党は結党当初から衆院定数削減を主張してきました。1つは、

小選挙区制を純化することで、保守二大政党制を確立するというねらいです。比例代表選に依拠して議員を国会に送り込んでいる公明党や共産党など少数党の議席は、比例定数が削減されることにより減少し、自民・民主党の議席寡占率はいっそう上がるからです。

しかし民主党は、もう1つの理由を前面に掲げてきました。「無駄を省くためにまず自らが身を切る」という、公務員削減・行政改革の一環としての「小さな政府」論の実行です。しかしこの第2の口実は説得力がありません。人口比でみると日本の国会議員の数はけっして多くないし、定数削減して浮くおカネはごくわずかです^(＊1)。それに比して、第1のねらいのほうは切実かつ効果は大きく、実際にはこちらのねらいが本命です。もし比例定数80削減が実現すると、09年8月30日総選挙の得票率で計算しても、共産党は9→4、社民党にいたっては4→0になってしまいます^(＊2)。

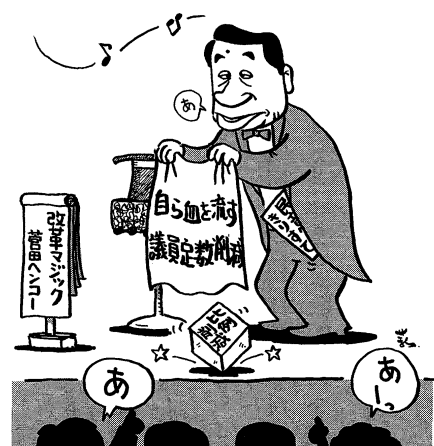
こうした第1のねらいに沿った衆院定数削減は、06年に民主党代表に小沢氏が座ると急速に重視され、マニフェストの中でも重視されるようになりました。09年政策インデックスでは「政権選択可能な選挙を実現するため小選挙区選挙をより重視する観点から」比例定数を削減するというように、露骨に第1のねらいが書かれ、また民主党が政権の座に着くと、国会改革の一環として強力に推進されるようになったのです。

衆参両院定数削減は、政党や議員それ自身の運命に直接かわるだけに、そう簡単には実現しませんが、ねらいは明らかかつ切実で

す。国会を二大政党で独占して、共産党などの示す多様な選択肢を国民の目からシャットアウトすること、それを通じて、構造改革や軍事大国という改革の実行をスピードアップすることです。これまでの連載で明らかにしてきたように、今日、改革の遅れやジグザグに財界や保守支配層の苛立ちは頂点に達しています。

大連立へ向けてのなりふり構わぬ合唱も、こうした焦りからのものです。大連立ができれば、構造改革促進をめざして定数削減は必ず議題になります。

しかし定数削減は、今後の日本の将来、民主的で新しい福祉の政治の実現からみれば、明らかな逆行です。先に述べたように、削減はムダ排除にもならないどころか、小選挙区制で多様な意見が国会に代表されなくなった結果低下している国会機能をさらに地盤沈下させ、多様な勢力、声の代表機能が失われます。求められる改革はまったく逆です。多様な声を代表させない小選挙区制度を廃止すべきです。もとの中選挙区制に戻すことでも今よりはるかに改善されますが、そうした中選挙区制に戻すより、比例代表



制の導入に踏みさるべきです。さらに、国会議員の政策・立法調査活動をより活発にさせるために歳費を引き上げ、秘書団を多く雇えるようにすること、また国会運営を改革して少数政党の発言時間、議案提案権、その他の権限拡充をおこない、より多様な意見と選択肢が国会に反映されるような改革が不可欠です。

当面、大連立による大政翼賛的な政治に反対するとともに、衆参両院定数削減に反対する国民の大運動が必要です。公明党もふくめ、大いに議論して反対の輪を広げ、それを基盤に、逆に国会活性化の改革を打ちだしていくことが大切です。

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』4月号より転載（大月書店発行）

＊1 参考文献 小澤隆一「なぜ、今衆院比例定数削減か？」『憲法運動』2010年12月号

＊2 自由法曹団編著『比例削減・国会改革 だれのため？ なんのため？』（学習の友ブックレット、2010年）



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・税一体改革成案

■ 政府・与党社会保障改革検討本部 2011年6月30日 ■

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kentohonbu/pdf/230630kettei.pdf>

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」に基づき、政府・与党におけるこれらの集中的な検討を経て、社会保障と税の一体改革の具体的方向についての成案が、2011年6月30日に取りまとめられた。政府・与党においては、本成案に基づき更に検討を進め、その具体化を図るとしている。

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 ～「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指して

現行の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、①非正規雇用の増加等の雇用基盤の変化、②地域・家族のセーフティネット機能の減退、③人口、とりわけ現役世代の顕著な減少、④高齢化に伴う社会保障に関わる費用の急速な増大、⑤経済の低迷、デフレスの長期化等厳しい経済・財政状況、⑥企業のセーフティネット機能の減退、といった社会経済諸情勢の大きな変化が生じている。

これらを踏まえ、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っていくことが求められている。

社会保障改革を行うに当たっては、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」①参加保障、②普遍主義、③安心に基づく活力）や「5つの原則」①全世代対応、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負担の先送りしない（安定財源）を踏まえたものとしていくことが重要である。

まず、セーフティネットに生じたほころびや格差の拡大などに対応し、所得の再分配機能の強化や家族関係の支出の拡大を通じて、全世代を通じて安心の確保を図り、かつ、国民一人ひとりの安心感を高めていく。このため、セーフティネットから抜け落ちていた人を含め、すべての人が社会保障の受益者であることを実感できるようにしていく。制度が出生・子育てを含めた生き方や働き方に中立的で選べる社会、雇用などを通じて参加が保障される社会、子どもが家族や社会と関わり良質な環境の中でしっかりと育つ社会を目指す。

社会保障は国民が支え合いの仕組みに積極的に参加することで強固なものとなっていくが、そのためには、サービス不足、就職難、ワーキングプア、社会的疎外、虐待などの国民が直面する現実の課題に立ち向かい、情報開示や必要な効率化などの質の向上を図りつつ、より公平・公正で自助・共助・公助の最適なバランスによって支えられる社会保障制度に改革をしていく。支援を必要とする人の立場に立った、包括的な支援体制を構築し、また、地域で尊厳を持って生きられる

2

社会保障・税一体改革成案

平成23年6月30日

政府・与党社会保障改革検討本部決定

はじめに

社会保障と税の一体改革については、平成22年10月に政府・与党社会保障改革検討本部を設置し、以来、同年11月から12月にかけて社会保障改革に関する有識者検討会を開催、本年2月から6月にかけては社会保障改革に関する集中検討会を開催するなど、精力的に議論を進めてきた。また、この間、与党（民主党・国民新党）においても、民主党社会保障と税の抜本改革調査会等において議論を深め、報告の取りまとめ等を行ってきた。

本成案は、「社会保障改革の推進について」（平成22年12月14日閣議決定）（別紙1）に基づき、政府・与党におけるこれらの集中的な検討の成果をもとに、社会保障と税の一体改革の具体的方向について取りまとめられたものである。政府・与党においては、本成案に基づき更に検討を進め、その具体化を図ることとする。

この改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立つた国民の理解と協力が必要であり、本成案をもって野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

本年3月11日に発生した東日本大震災は、我が国に未曾有の被害をもたらした。この困難を克服していくためには、単なる災害復旧にとどまらず、活力ある日本の再生を視野に入れた復興のための施策を推進していく必要がある。このため、被災地・被災者に十分に配慮し、社会保障・税一体改革については、復興対策との両立を図りつつ取り組むものとする。この中で、未来志向の見地から、被災地を少子高齢化が進む日本の先進的モデルとしていく。

1

よう支える医療・介護が実現した社会を目指す。

そして、より受益感覚が得られ、納得感のある社会保障の実現を目指し、国民皆保険・皆年金を堅持した上で、給付と負担のバランスを前提として、それぞれOECD先進諸国の水準を踏まえた制度設計を行い、中規模・高機能な社会保障体制を目指す。

以上のような改革の基本的考え方にたち、必要な社会保障の機能強化を確実に実施し、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。

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、国民の信頼に応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。

⑤ 国民の視点で、地方単独事業を含む社会保障給付の全体像を整理するとともに、地域や個人の多様なニーズに的確に対応できるよう、地方の現場における経験や創意を取り入れ、各種サービスのワンストップ化をはじめ制度の簡素化や質の向上を推進する。

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

3

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。

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2「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

4

- ・ 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
- ・ 高齢者医療制度の見直し（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、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど）

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
 - ・ 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などの検討
- 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 M 字カーブの解消、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。その際、地域の実情に応じ、関係機関が連携し、就労促進施策を福祉、産業振興、教育施策などと総合的に実施する。
- 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（就労・自立支援の充実、医療扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底、関係機関の連携強化などの重点化・効率化）、総合的

6

- 子ども・子育て新システムの制度実施等に伴い、地域の実情に応じた保育等の量的拡充や幼保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

- 地域の実情に応じた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、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、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・財政基盤の強化
 - 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（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。
 - d) その他
 - ・ 総合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討

5

6月には「社会保障・税番号大綱」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。

II 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2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年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 社会保障給付にかかる公費(国・地方)全体の推計

社会保障給付にかかる現行の費用推計については、そのベースとなる統計が基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、

8

な障害者施策の充実(制度の谷間のない支援、地域移行・地域生活の支援、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

・また、社会保障制度の持続可能性向上のためには、次世代を担う子ども・若者の育成が肝要であり、上記の社会保障制度改革と併せて、雇流動化に対応して、手に職をつけ就業につなげるための教育環境整備や、教育の質と機会均等を確保するための方策、特に生計困難でありながら好成績を修めた学生等への支援の強化に取り組む。

VI 地方単独事業

○ 以上の改革の方向も勘案し、地方自治体は、国費に関連する制度と相まって、地域の実情に応じて、社会保障関係の地方単独事業を実施する。

〔再掲〕貧困・格差対策 ～ 重層的なセーフティネットの構築

○ 就労・生活支援が一体となったワンストップサービス

○ 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(パーソナルサポート、ワンストップサービス等による社会的包摂の推進)

○ 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、国民の給付と負担の公正性、明確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。

7

地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。¹

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)については、このうち国分が現在予算総則上高齢者三経費に充当されているが、今後は、高齢者三経費を基本としつつ、「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)に充当する分野を拡充する。社会保障の安定財源確保に向けて、消費税収の規模とこれらの費用の関係を踏まえ、国・地方合わせた消費税収の充実に努める。

(2) 消費税収の用途の明確化

消費税収(国・地方、現行分の地方消費税を除く)については、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない²こととし、消費税を原則として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、その用途を明確化する(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

¹ 2011年度予算ベースでは、社会保障給付に係る国・地方公費は39.4兆円である。

他方、総務省推計によれば、2011年度で、地方単独事業として社会保障に関連する支出は7.7兆円と見込まれる。

² 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

の一層の安定・強化につなげていく。

(3) 国・地方を通じた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を設計し、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。現行分の消費税収(国・地方)についてはこれまでの経緯を踏まえ、国・地方の配分(地方分については現行分の地方消費税及び消費税の現行の交付税法定率分)と地方分の基本的枠組みを變更しないことを前提として、引上げ分の消費税収(国・地方)については(1)の分野に則った範囲の社会保障給付における国と地方の役割分担に応じた配分を実現することとし、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。

今般の社会保障改革における安定財源確保の考え方を踏まえつつ、Ⅱ-2における総合的な整理を行った上で、地方単独事業に関して、必要な安定財源が確保できるよう、Ⅳ(5)に掲げる地方税制の改革などを行う。

(4) 消費税率の段階的引上げ

上記(1)～(3)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、2010年代半ば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(別紙3)。

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。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」³との原則に一刻も早く立ち戻る

³ 民主党「税と社会保障の抜本改革調査会」中間整理

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」一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。⁴

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、社会保障給付にかかる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。

具体的には、まずは、2010年代半ばまでに段階的に消費税率（国・地方）を10%まで引き上げ、国・地方合わせて、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。

これらの取組みなどにより、2015年度段階での財政健全化目標⁶の達成に向かうことで、「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

税制抜本改革については、社会保障改革の進め方との整合性にも配慮しつつ、平成21年度税制改正法附則104条第3項及び平成22年度・23年度税制改正大

綱（閣議決定）で示された改革の方向性に沿って、以下の考え方により検討を加え、個人所得課税、法人課税、消費課税、資産課税にわたる改革を進める。また、地方に関わる事項については、地方団体の意見に十分配慮して、検討を進めることとする。

(1) 個人所得課税

雇用形態や就業構造の変化も踏まえながら、格差の是正や所得再分配機能等の回復のため、各種の所得控除の見直しや税率構造の改革を行う。給付付き税額控除については、所得把握のための番号制度等を前提に、関連する社会保障制度の見直しと併せて検討を進める。金融証券税制について、金融所得課税の一体化に取り組む。

(2) 法人課税

企業の国際的な競争力の維持・向上、国内への立地の確保・促進、雇用と国内投資の拡大を図る観点から、国際的な協調や主要国との競争条件等にも留意しつつ、課税ベースの拡大等と併せ、法人実効税率の引下げを行う。地域経済の柱となり、雇用の大半を担っている中小法人に対する軽減税率についても、中小企業関連の租税特別措置の見直しと併せ、引下げを行う。

(3) 消費課税

消費税（国・地方）については、本成案に則って所要の改正を行う。いわゆる逆進性の問題については、消費税率（国・地方）が一定の水準に達し、税・社会保障全体の再分配を見てもなお対策が必要となった場合には、制度の簡素化や効率性などの観点から、複数税率よりも給付などによる対応を優先することを基本に総合的に検討する。

併せて、消費税制度の信頼性を確保するための一層の課税の適正化を行うほか、消費税と個別間接税の関係等の論点について検討する。

エネルギー課税については、地球温暖化対策の観点から、エネルギー起源CO2排出抑制等を図るための税を導入する。また、地球温暖化対策に係る諸施策を地域において総合的に進めるため、地方公共団体の財源を確保する仕組みについて検討する。車体課税については、地球温暖化対策の観点や国及び地方の財政の状況も踏まえつつ、簡素化、グリーン化、負担の軽減等を行う方

12

V 社会保障・税一体改革のスケジュール

社会保障・税一体改革にあたっては、「国と地方の協議の場」で真摯に協議を行い、国・地方を通じた改革の円滑かつ着実な推進を図る。

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2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、政府は日本銀行と一体となってデフレ脱却と経済活性化に向けた取組みを行い、これを通じて経済状況を好転させることを条件として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⁸。

上記の「経済状況の好転」は、名目・実質成長率など種々の経済指標の数値の改善状況を確認しつつ、東日本大震災の影響等からの景気回復過程の状況、国際経済の動向等を見極め、総合的に判断するものとする。また、税制抜本改革の実施に当たっては、予期せざる経済変動にも柔軟に対応できる仕組みとする。これらの事項については、政府・与党において参照すべき経済指標、その数値についての考え方を含め十分検討し、上記の法制化の際に必要な措置を具体化する。

以上のスケジュールに基づき、国会議員定数の削減や、公務員人件費の削減、特別会計改革や公共調達改革等の不断の行政改革及び予算の組替えの活用等による徹底的な歳出の無駄の排除に向けた取組みを強めて、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 デフレ脱却への取組み、経済成長との好循環の実現

デフレからの脱却を実現するため、政府として強力かつ総合的な政策努力を最

⁸ 平成 21 年度税制改正法附則 104 条第 1 項、政府は、基礎年金の国庫負担割合の二分の一への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保険給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを概算しつつ、平成 22 年度を含む三年以内の景気回復に向けて集中的取組により経済状況を好転させることを前提として、遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、平成 23 年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする。この場合において、当該政府は、二十年代(平成二十二年から平成三十一年までの期間をいう。)の半ばまでに持続可能な財政構造を確立することを旨とするものとする。

向で見直しを検討する。

(4) 資産課税

資産再分配機能を回復し、格差の固定化を防止する観点から、相続税の課税ベース、税率構造を見直し、負担の適正化を行う。これと併せ、高齢者が保有する資産の現役世代への早期移転を促し、その有効活用を通じて経済社会の活性化を図るとの観点から、世代を超えた資産格差の固定化にも配慮しつつ、贈与税を軽減する。また、事業承継税制について、運用状況を踏まえ見直しを検討する。

(5) 地方税制

地域主権改革の推進及び国と地方を通じた社会保障制度の安定財源の確保の観点から、地方消費税を充実するとともに、地方法人課税のあり方を見直すことなどにより、税源の偏在性が小さく、税収が安定的な地方税体系を構築する。また、税制を通じて住民自治を確立するため、現行の地方税制度を「自主的な判断」と「執行の責任」を拡大する方向で改革する。

(6) その他

上記の改革のほか、社会保障・税に関わる共通番号制度の導入を含む納税環境の整備を進めるとともに、国際的租税回避の防止を通じて適切な課税権を確保しつつ投資交流の促進等を図る等の国際課税に関する取組みや国際連帯税等について、検討を行う。

なお、平成 22 年度・23 年度税制改正においては、このような方向性を踏まえ、税制抜本改革の一環をなす緊要性の高い改革に取り組んできたところであり、現在、国会において審議が行われている平成 23 年度税制改正については、引き続き、その早期実現を目指す。

別紙1

社会保障改革の推進について

平成22年12月14日
開議決定

社会保障改革については、以下に掲げる基本方針に沿って行うものとする。

1. 社会保障改革に係る基本方針

- 少子高齢化が進む中、国民の安心を実現するためには、「社会保障の機能強化」とそれを支える「財政の健全化」を同時に達成することが不可欠であり、それが国民生活の安定や雇用・消費の拡大を通じて、経済成長につながっていく。
- このための改革の基本的方向については、民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」や、「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～」において示されている。
- 政府・与党においては、それらの内容を尊重し、社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る。
- また、優先的に取り組むべき子ども子育て対策・若者支援対策として、子ども手当法案、子ども・子育て新システム法案（仮称）及び求職者支援法案（仮称）の早期提出に向け、検討を急ぐ。
- 上記改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、そのための場として、超党派による常設の会議を設置することも含め、素直に、かつ胸襟を開いて野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

2. 社会保障・税に関わる番号制度について

- 社会保障・税に関わる番号制度については、幅広く国民運動を展開し、国民にとって利便性の高い社会が実現できるように、国民の理解を得ながら推進することが重要である。
- このための基本的方向については、社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会「中間整理」において示されており、今後、来年1月を目的に基本方針をとりまとめ、さらに国民的な議論を経て、来秋以降、可能な限り早期に関連法案を国会に提出できるよう取り組むものとする。

大限行うとともに、日本銀行に対しては、引き続き、政府と緊密な情報交換・連携を保ちつつ、適切かつ機動的な金融政策運営により経済を下支えするよう期待する。これにより、我が国経済を本格的な成長軌道に乗せていく。また、社会保障・税一体改革により、社会保障分野における潜在需要を顕在化し、安心できる社会保障制度を確立することが、雇用を生み、消費を拡大するという経済成長との好循環を通じて、成長と物価の安定的上昇に寄与する。

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」の創造など、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。

社会保障改革の具体策、工程及び費用試算

別紙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
子ども・子育て	○ 子ども・子育て新システムの制度実施等に伴う地域の実情に応じた保育等の量的拡充、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、早急に法案提出	0.7兆円程度	1兆円超程度
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	1兆円超程度
「☆」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 <					

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	○ 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 ・財政基盤の強化 （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（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円）ただし、低所得者に配慮。 ※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動				
②	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） ・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、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど）			総合合算制度： 2015年の番号制度以降導入	総合合算制度 ～0.4兆円程度
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

	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
Ⅲ 年金	【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 ・ 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） ・ 生涯平均年収ベース（＝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

	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
Ⅲ 年金 (注2)	● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 → 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 ● 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 ● 在職者年金の見直し 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	○ マクロ経済スライド - 世代間の公平等の観点から見直しを検討 - 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、単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年0.1兆円程度の公費縮小 ※ 物価・賃金が上昇した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安）

5

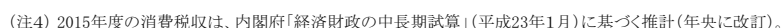
	充実、重点化・効率化	工程
Ⅳ 就 労 促 進	○ 全員参加型社会の実現 ☆ - ジョブ・カードの活用等による若者の安定的雇用の確保 - 女性の就業率のM字カーブの解消 - 超高齢社会に適合した雇用法制の検討など年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり - 福祉から就労への移行等による障害者の雇用促進 - 地域の実情に応じた関係機関の連携と就労促進施策の総合的実施 ○ ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現 - 非正規労働者の公正な待遇確保に横断的に取り組むための総合的ビジョンの策定 - 有期契約労働者の雇用の安定や処遇の改善に向けた法制度の整備の検討 - 長時間労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 - 就業率 2009年 75% → 2020年 80% (若者: 74% → 77%) (女性(25～44歳): 66% → 73%) (高齢者: 57% → 63%) - ジョブ・カード取得者 300万人(2020年) - 障害者の実雇用率 1.8%(2020年) ○ 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を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 - 複合的困難を抱える者への伴走型支援(パーソナルサポート、フジストップサービス等による社会的包摂の推進) - 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 - 医療扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底 - 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 ○ 次世代を担う子ども・若者の育成 - 雇用流動化に対応して、手に職をつけ就業につなげるための教育環境整備 - 教育の質と機会均等の確保(特に生計困難でありながら好成績を修めた学生等への支援の強化)	○ 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15か所程度創設 ○ 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 ○ フジストップ・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 ○ 引き続き総合的に検討

(注1)費用試算は、厚生労働省の「社会保険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、社会保険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である。
 (注2)基礎年金全国庫負担2分の1財源については、税制抜本改革実施までの各年度分の繰入れも適切に行われるよう、必要な措置を講じる。
 (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。

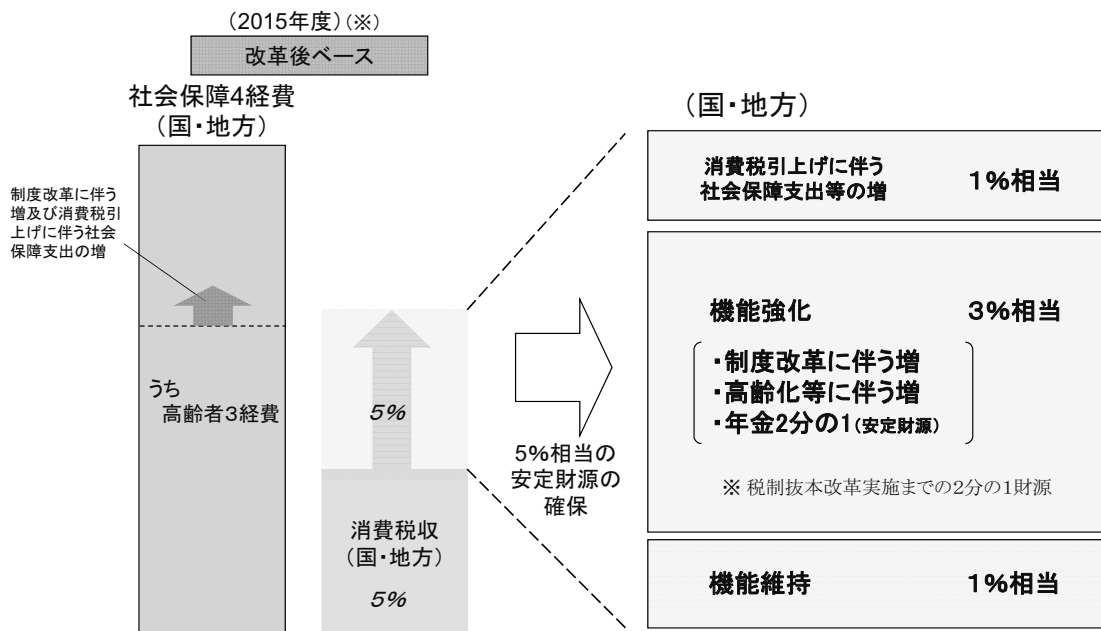
6

政策解説資料

別紙 3



社会保障改革の安定財源の確保



(※) 成案においては、「2010年代半ば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」とされている。

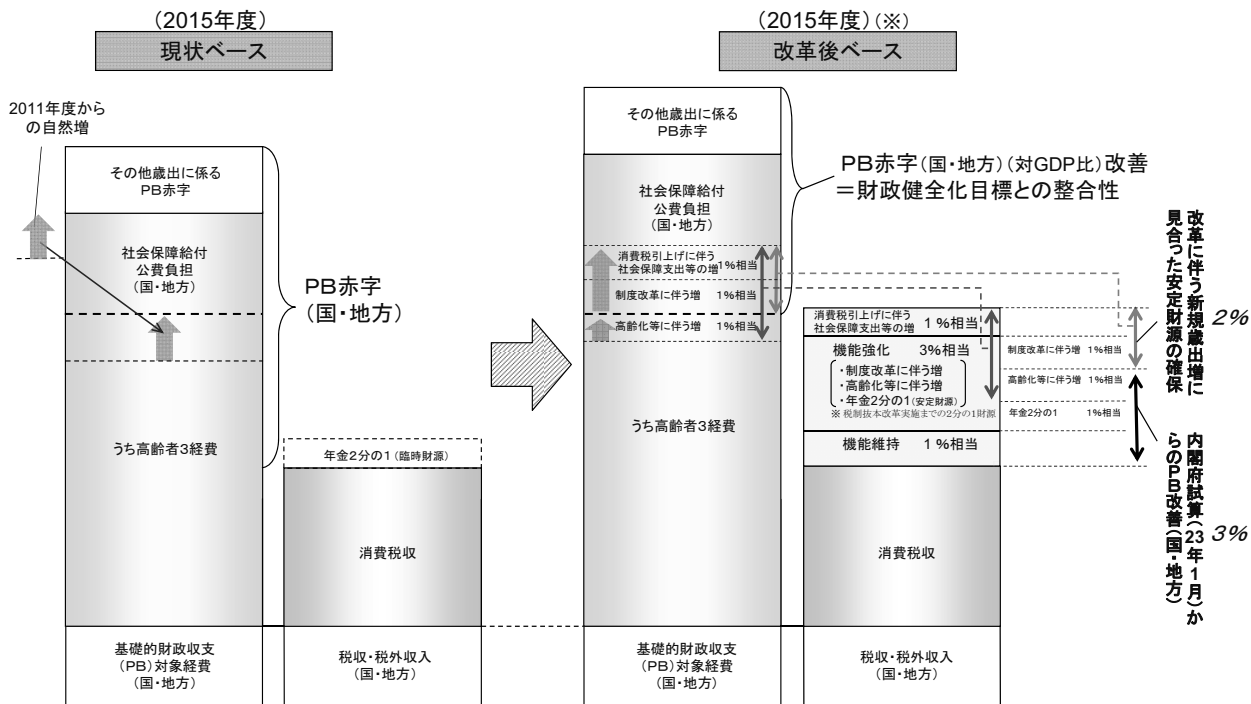
(注1) 消費税引上げに伴う社会保障支出等の増には、消費税を引き上げた場合に増加する国・地方の物資調達にかかる支出も含まれる。所要額は、財務省推計(2011年5月時点)であり、今後各年度の予算編成過程において精査が必要。

(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、厚労省による推計(2011年5月時点)。機能強化の具体的な内容は、別紙2のとおり。

(注4) 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)による。所要額は厚生労働省による推計(2011年5月時点)。また、基本的に地方単独事業を含んでおり、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成



(※) 成案においては、「2010年代半ば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」とされている。

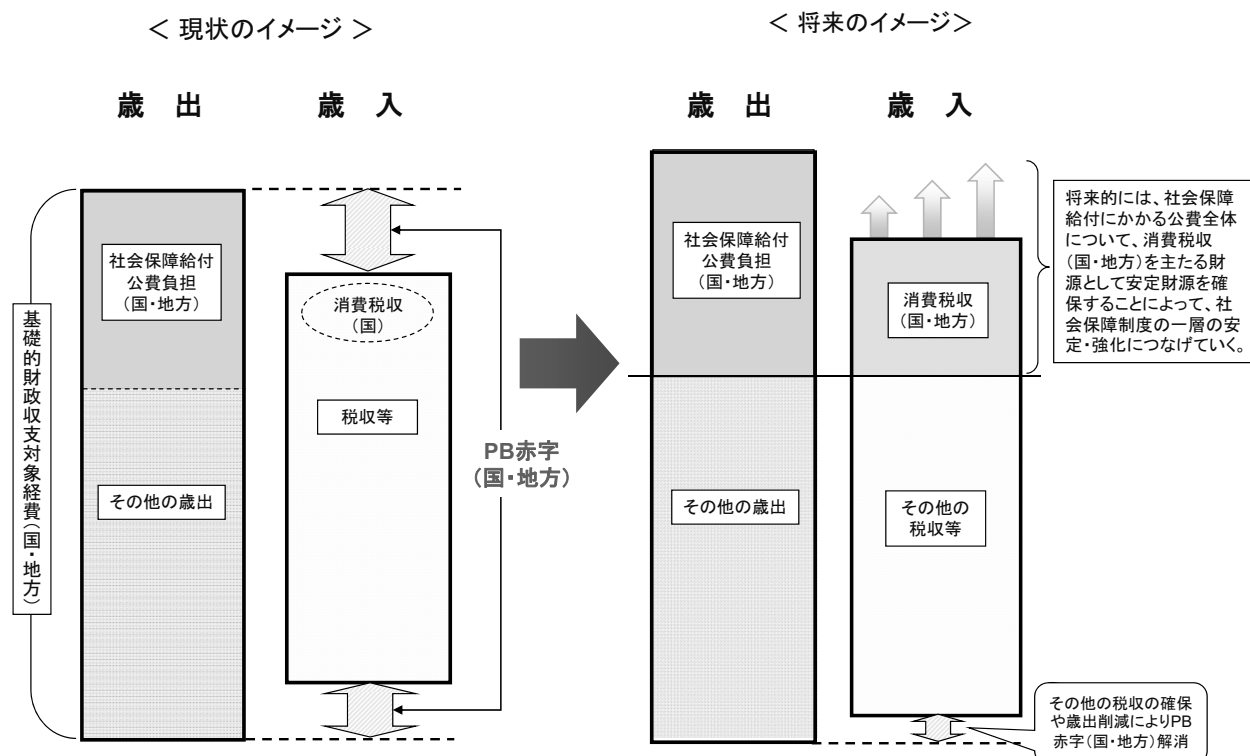
(注1)「財政運営戦略」(平成22年6月22日閣議決定)における財政健全化目標において、国・地方及び国の基礎的財政収支赤字の対GDP比を、2015年度までに2010年度の水準から半減し、2020年度までに黒字化することとされている。内閣府試算(平成23年1月)の2015年度の試算結果からは、消費税率換算で約3%のPB(国・地方)の改善が必要。

(注2) 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。

(注3) 社会保障給付には、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

消費税込（国・地方）の社会保障財源化・区分経理のイメージ

（参考）



資料2

社会保障・税番号大綱（概要）

— 主権者たる国民の視点に立った番号制度の構築 —

政府・与党社会保障改革検討本部 2011年6月30日

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/bangoseido/pdf/110630/honbun.pdf>

2011年1月31日に政府・与党社会保障改革検討本部で決定した「社会保障・税に関わる番号制度についての基本方針」、および2011年4月28日に公表した「社会保障・税番号要綱」を踏まえた検討を重ね、2011年6月30日に社会保障・税番号大綱が取りまとめられた。

政府・与党は具体的に法令その他で措置する制度設計の内容、制度の円滑な導入、実施、定着、利便性の向上に向けた実施計画等について、今後の法案策定作業を念頭に、その方向性を示すものとしている。

社会保障・税番号大綱（概要）①（基本的な考え方）

2. 番号制度で何ができるのか

(1) よりきめ細やかな社会保障給付の実現

- 「総合計算制度（仮称）」の導入
- 高額医療・高額介護合算制度の現物給付化
- 給付過誤や給付漏れ、二重給付等の防止

(2) 所得把握の精度の向上等の実現

(3) 災害時における活用

- 災害時要援護者リストの作成及び更新
- 災害時の本人確認
- 医療情報の活用
- 生活再建への効果的な支援

(4) 自己の情報や必要なお知らせ等の情報を自宅のパソコン等から入手できる

- 各種社会保険料の支払や、サービスを受けた際に支払った費用（医療保険・介護保険等の費用、保育料等）の確認
- 制度改正等のお知らせ
- 確定申告等を行う際に参考となる情報の確認

(5) 事務・手続の簡素化、負担軽減

- 所得証明書や住民票の添付省略
- 医療機関における保険資格の確認
- 法定調書の提出に係る事業者負担の軽減

(6) 医療・介護等のサービスの質の向上等

- 継続的な健康診断・予防接種履歴の確認
- 乳幼児健康履歴等の継続的把握による児童虐待等の早期発見
- 難病等の医学研究等において、継続的で正しいデータの蓄積が可能となる
- 地域がん登録等における患者の予後の追跡が容易となる
- 介護保険被保険者が市町村を異動した際、異動元での認定状況、介護情報の閲覧が可能となる
- 各種行政手続における診断書添付の省略
- 年金手帳、医療保険証、介護保険証等の機能の一元化

現在

1. 番号制度導入の趣旨

背景

- 少子高齢化（高齢者の増加と労働力人口の減少）
- 格差拡大への不安
- 情報通信技術の進歩
- 制度・運営の効率性、透明性の向上への要請
- 負担や給付の公平性確保への要請

課題

- 複数の機関に存在する個人の情報を同一人の情報であるということの確認を行うための基盤がないため、
- 税務署に提出される法定調書のうち、名寄せが困難なものについては活用に限界
- より正確な所得・資産の把握に基づく柔軟できめ細やかな社会保障制度・税制導入の導入が難しい
- 長期間にわたって個人を特定する必要がある制度の適正な運営が難しい（年金記録の管理等）
- 医療保険などにおいて関係機関同士の連携が非効率
- 養子縁組による氏名変更を適用された場合に個人の特定が難しい

番号導入

理念

- より公平・公正な社会の実現
- 社会保障がきめ細やかかつ的確に行われる社会の実現
- 行政に過誤や無駄のない社会の実現
- 国民にとって利便性の高い社会の実現
- 国民の権利を守り、国民が自己情報をコントロールできる社会の実現

将来

効果

- 番号を用いて所得等の情報の把握とその社会保障や税への活用を効率的に実施
- 真に手を差し伸べるべき人に対する社会保障の充実
- 負担・分担の公正性、各種行政事務の効率化が実現
- IT化を通じた効率的かつ安全な情報連携を行える仕組みを国・地方で連携協力しながら整備し、国民生活を支える社会的基盤を構築
- ITを活用した国民の利便性の更なる向上も期待

3. 番号制度に必要な3つの仕組み

付番 新たに国民一人ひとりに、唯一無二の、国民で利用可能な、見える「番号」を最新の住所情報と関連づけ付番する仕組み

情報連携 複数の機関において、それぞれの機関ごとに「番号」やそれ以外の番号を付している同一人の情報を紐付けし、紐付けられた情報を活用する仕組み

本人確認 個人や法人が「番号」を利用する際、利用者が「番号」の持ち主であることを証明するための本人確認（公的認証）の仕組み

4. 安心してできる番号制度の構築

国家管理（一元管理）への懸念

- 名寄せ・実合により集積・集約された個人情報への懸念
- 不正利用による財産その他の被害発生への懸念

システム上の安全措置

- 「番号」に係る個人情報の分散管理
- 「番号」を用いない情報連携
- 個人情報の取得及び通信の暗号化
- アクセス制御等
- 罰則強化等

第三者機関の監視

- 法令上の規制等措置
- 目的外利用の制限、閲覧・複写の制限、告知要求の制限、守秘義務等
- 罰則強化等

住民基本台帳ネットワークシステム最高裁合憲判決（最判平成20年3月6日）を踏まえた制度設計

5. 今後のスケジュール

番号制度の導入時期については、制度設計や法案の成立時期により変わり得るものであるが、以下を目標とする。

- H23年秋以降 可能な限り早期に番号法案及び関係法案の国会提出
- 法案成立後、可能な限り早期に第三者機関を設置
- H26年6月 個人に「番号」、法人等に「法人番号」を交付
- H27年1月以降 社会保障分野、税務分野のつち可能な範囲で「番号」の利用開始
- H30年を目途に利用範囲の拡大を含めた番号法の見直しを引き続き検討

社会保険・税番号大綱(概要)②(法整備)

○番号法の構成(イメージ)

I 基本理念

II 個人に付番する「番号」

➢ 「番号」の付番、変更、失効

III 「番号」を告知、利用する手続

➢ 年金分野

・国民年金及び厚生年金保険、確定給付年金及び確定拠出年金、共済年金、恩給等の被保険者資格に係る届出、給付の受給及び保険料に関する手続

➢ 医療分野

・健康保険(国家公務員共済組合法及び地方公務員等共済組合法に関する短期給付を含む)及び国民健康保険法等の被保険者資格に係る届出、保険料に関する手続
・母子保健法、児童福祉法等による医療の給付の申請、障害者自立支援法による自立支援給付の申請に関する手続

➢ 介護保険分野

・介護保険の被保険者資格に係る届出、保険給付の受給、保険料に関する手続

➢ 福祉分野

・児童扶養手当、特別児童扶養手当、特別障害給付金等の支給申請に関する手続
・生活保護の申請や各種届出に関する手続
・母子寡婦福祉資金貸付、生活福祉資金貸付の申請に関する手続

➢ 労働保険分野

・雇用保険の被保険者資格に関する届出、失業等給付の受給、公共職業安定所への求職申込、労災保険給付の支給に関する手続

➢ 税務分野

・国税又は地方税に関する法令若しくは地方税に関する法令に基づく条例の規定により税務署長等又は地方公共団体に提出する書類への記載及びこれに係る利用
・国税又は地方税に関する法令若しくは地方税に関する法令に基づく条例の規定に基づき、税務職員等又は地方公共団体の職員等が適正かつ公平な国税又は地方税の賦課及び徴収のために行う事務に係る利用

➢ その他

・社会保険及び地方税の分野の手続のうち条例に定めるもの
・災害等の異常事態発生時の金融機関による預金等の払戻し等に係る利用

IV 「番号」に係る個人情報

➢ 番号
➢ 左記Ⅲに掲げる手続のために保有される個人情報

V 「番号」に係る本人確認等の在り方

➢ 本人確認及び「番号」の真正性確保措置
➢ 「番号」のみで本人確認を行うことの禁止

VI 「番号」に係る個人情報の保護及び適切な利用に資する各種措置

➢ 「番号」の告知義務、告知要求の制限、虚偽告知の禁止
➢ 閲覧、複製及び保管等の制限
➢ 委託、再委託等に関する規制
➢ 守秘義務、安全管理措置義務
➢ 「番号」に係る個人情報へのアクセス及びアクセス記録の確認
➢ 代理の取扱い
➢ 情報保護評価の実施

VII 「番号」を生成する機関

➢ 組織形態(地方共同法人)
➢ 市町村への「番号」の通知
➢ 情報保有機関との関係(情報保有機関は番号生成機関に対し、基本4情報(住所、氏名、生年月日、性別)の提供を求めることができること。)

VIII 情報連携

➢ 「番号」に係る個人情報の提供等(情報連携基盤を通じて情報の提供が行われること。)
➢ 情報連携の範囲
➢ 住基ネットの基本4情報(住所、氏名、生年月日、性別)との同期化
➢ 情報連携基盤の運営機関

IX 自己情報の管理に資するマイ・ポータル

➢ 設置、機能、運営機関(情報連携基盤の運営機関と同一の機関とする)

X マイ・ポータルへのログイン等に必要ないCカード

➢ 交付
➢ 公的個人認証サービスの改良

XI 第三者機関

➢ 設置等(内閣総理大臣の下に委員会を置く)
➢ 権限、機能(調査、助言、指導等)

XII 罰則

➢ 行政機関、地方公共団体又は関係機関の職員等を主体とするもの
➢ 行政機関の職員等以外も主体となり得るもの
➢ 委員会の委員長等に対する守秘義務違反

XIII 法人等に対する付番

➢ 付番、変更、通知
➢ 検索及び閲覧(法人等基本3情報(商号又は名称、本店又は主たる事務所の所在地、会社法人等番号)に係る検索、閲覧サービスの提供)
➢ 「法人番号」の適切な利用に資する各種措置
➢ 法人等付番機関(国税庁)

○情報の機微性に応じた特段の措置

➢ 医療分野等における個人情報保護法の特別法を整備(医療分野等の特に機微性の高い医療情報等の取扱いに関し、個人情報保護法又は番号法の特別法として、特段の措置を定める法制を番号法と併せて整備。)

協会だより（定例理事会要録から）**2011年度（平成23年度）第2回****I. 文書報告の確認****【総務部会】**

1. 週間行事予定表の確認
2. 京都府視覚障害者協会総会（6月9日）状況
3. 保団連第3回勤務医交流会（6月5日）状況

【経営部会】

1. 年金普及会員訪問状況

【医療安全対策部会】

1. 医療事故案件調査委員の就任要請（6月6日）状況
2. 医療機関側との懇談延期（6月10日）状況

【政策部会】

1. 今週の医療情報
2. 保団連政策部会（6月5日）状況

【保険部会】

1. 保団連第2回社保・審査対策部会（5月29日）状況
2. 保険審査通信検討委員会（6月3日）状況（鈴木副理事長）

II. 確認・承認事項**【総務部会】**

1. 前回理事会（6月7日）要録と決定事項の確認
2. 総務部会（6月7日）状況確認の件
 - ①新年度に向けた事業等の点検・確認の件
 - ②2011年度総務部会方針・予算の検討の件
 - ③総会関連確認事項の件
 - ④第182回代議員会日程の件
 - ⑤理事会の運営の件
 - ⑥月間スケジュール確認の件
 - ⑦2010年度4月分収支月計表確認の件
 - ⑧2011年度会費免除者確認の件
 - ⑨5月度会員増減状況確認の件
 - ⑩新規開業医未入会会員訪問の件
 - ⑪会費未納会員報告の件
 - ⑫新規開業医のための基礎講習会開催企画の件
 - ⑬新たな文化企画（行事）確認の件
 - ⑭ホームページのリニューアルの件
 - ⑮スカイプでの理事会・部会への参加の件
 - ⑯サーバーのリースの件
 - ⑰その他確認事項の件
3. 2010年度4月分収支月計表報告状況確認の件
4. 会費免除者（継続）一括承認の件

5. 会員入退会及び異動に関する承認の件**【経営部会】**

1. 経営部会（6月7日）状況確認の件
 - ①2010年度活動報告点検の件
 - ②2011年度部会方針並びに2011年度予算検討の件
 - ③融資関係確認事項の件
 - ④休補関係確認事項の件
 - ⑤年金関係確認事項の件
 - ⑥医賠関係確認事項の件
 - ⑦居宅介護事業者等賠償責任保険確認事項の件
 - ⑧その他確認事項の件
 - ⑨国税通則法「改正」案の見直しを求める緊急FAX要請の件
 - ⑩東日本大震災被災者への保団連休保災害見舞金の支給の件
 - ⑪今後のスケジュール確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（6月7日）状況確認の件
 - ①紛争状況報告の件
 - ②2010年5月度状況の件
 - ③2010年度最終報告の件
 - ④2011年度部会任務分担確認の件
 - ⑤滋賀協会推薦の(株)デントブレインの講演会の企画の取り扱いの件
 - ⑥部会学習会の企画の件
 - ⑦m3コムの「医療安全対策の心得」継続掲載の件
 - ⑧医療事故案件調査委員の就任要請の件
 - ⑨その他確認事項の件

【政策部会】

1. 政策部会（6月7日）状況確認の件
 - ①6月部会スケジュール確認の件
 - ②2011年度部会任務分担の件
 - ③2010年度活動報告の件
 - ④2011年度活動方針並びに予算検討の件
 - ⑤「福祉国家と基本法研究会」への援助継続の件
 - ⑥福祉国家構想研究会全体会の事務局派遣の件
 - ⑦「福祉国家と基本法研究会」幹事会の件
 - ⑧その他の報告・検討事項の件

【保険部会】

1. 保険部会（6月7日）状況確認の件
 - ①2011年度部会任務分担の件
 - ②2010年度部会活動報告点検の件

- ③2011年度部会方針並びに2011年度予算検討の件
2. 京都府・京都市生活保護連絡協議会事務打ち合わせ（5月24日）状況確認の件
3. 理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会との懇談会（5月7日）状況確認の件
- Ⅲ. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 財団法人京都工場保健会記念講演会・懇談会出席の件

【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. 福祉国家構想研究会出席の件

【保険部会】

1. 保団連「病院・有床診療所セミナー」への講師派遣の件

Ⅳ. 診療報酬関連情報

1. 中医協総会（6月3日）概況報告の件
2. 「リハビリテーション制度のあり方(提言)(案)」の検討の件

Ⅴ. 要討議事項

【総務部会】

1. 2011年度第1回正副理事長会議（6月9日）状況確認の件

【経営部会】

1. 国税通則法「改正」案の見直しを求める緊急FAX要請実施の件
2. 東日本大震災被災者への保団連休保災害見舞金の支給についての組織討議の件

Ⅵ. 特別討議

1. 総会関連議事検討の件
- （1）各部会活動報告の件
- （2）情勢・総括的活動方針（案）の件
- （3）スローガン（案）の件

Ⅶ. 部会開催確認の件

《以上、64件の議事を承認した》

2011年度（平成23年度）第3回

Ⅰ. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（6月14日）要録と決定事項の確認の件
2. 週間行事予定表の確認の件
3. 京都府医薬品卸協会総会（6月16日）状況の件

【政策部会】

1. 今週の医療情報の件
2. 「福祉国家と基本法研究会」幹事会（6月19日）状況の件
3. 福祉国家構想研究会（6月19日）状況の件
4. 京都社会保障推進協議会運営委員会（6月16日）状況の件
5. 原発問題学習講演会「福島第一原発事故の真実」（6月11日）状況の件

Ⅱ. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 総務部会（6月14日）状況確認の件
- ①新年度活動方針の検討・予算化の件
- ②その他確認事項の件
2. 会員入退会及び異動に関する承認の件

【経営部会】

1. 経営部会（6月14日）状況確認の件
- ①2011年度部会方針並びに2011年度予算検討の件
- ②融資関係確認事項の件
- ③年金関係確認事項の件
- ④針刺し事故見舞金制度の件
- ⑤その他情報提供の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（6月14日）状況確認の件
- ①2011年度部会方針並びに2011年度予算の件
- ②高知協会の医療安全研修会（8月28日・日）の講師派遣の件
- ③部会学習会開催の件
- ④医療安全シンポジウムのテーマの件
- ⑤その他確認事項の件

【政策部会】

1. 政策部会（6月14日）状況確認の件
- ①2011年度部会任務分担の件
- ②全国保険医団体連合会（保団連）運動との連携の件
- ③京都社会保障推進協議会（社保協）運動との連携の件
- ④2011年度活動方針案と予算案の検討の件
- ⑤「社会保障憲章・社会保障基本法2011」完成後の取り組みの件
- ⑥今年度の調査活動の件
- ⑦京都式地域包括ケアと介護保険見直しへの対応の件
- ⑧地域包括ケア検討委員会での今後の作業日程の件

⑨医療倫理問題、「人体の不思議展」開催中止を求める運動のその後の件

⑩出版関係確認事項の件

⑪ワクチン問題関係確認事項の件

⑫反核・平和の取り組み関係確認事項の件

⑬調査関係確認事項の件

2. 皆保険50周年講演会（6月11日）状況確認の件

3. 『京都保険医新聞』（第2788号）合評の件

【保険部会】

1. 保険部会（6月14日）状況確認の件

①審査、指導、監査対策確認事項の件

②その他行事予定の確認事項の件

Ⅲ. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 7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. 新規開業医のための基礎講習会の件

【経営部会】

1. 経営相談室開催の件

【政策部会】

1. 地域包括ケアシステム学習会講師派遣の件

2. シンポジウム「3・11後の日本で福祉国家を展望する」出席の件

3. 2011年度第1回保団連地域医療対策部会への出席の件

4. シンポジウム「ビキニ事件の真実と福島原発被災のいま」への出席の件

Ⅳ. 医療政策関連情勢

1. 税と社会保障の一体改革について概要報告の件

Ⅴ. 診療報酬関連情報

1. 「リハビリテーション制度のあり方(提言)(案)」の検討の件

Ⅵ. 特別討議

1. 総会関連議事検討の件

(1) 各部会活動方針

(2) 総括報告

(3) 情勢・総括的活動方針(案)〈継続〉

(4) スローガン(案)〈継続〉

《以上、43件の議事を承認した》

2011年度（平成23年度）第4回

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（6月21日）要録と決定事項の確認の件

2. 週間行事予定表の確認の件

3. 未入会開業会員訪問（6月30日）状況の件

4. 第9回ICT検討委員会（6月17日）状況の件

5. ジャズを楽しむ会（6月18日）状況の件

【経営部会】

1. 第11回保団連共済部会（6月19日）状況の件

2. 金融共済委員会（6月22日）状況の件

3. 2011年度全国経営税務担当事務局会議（6月27日）状況の件

4. 保団連経税担当事務局小委員会（6月27日）状況の件

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談延期（6月21日）状況の件

2. 医療機関側との懇談状況の件

3. 医師賠償責任保険処理室会（6月27日）状況の件

【政策部会】

1. 出版編集会議（6月23日）状況の件

2. 近プロ会議（6月18日）状況の件

【保険部会】

1. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（6月15日）状況

2. 第1回医事担当者連絡会議（6月23日）状況

Ⅱ. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 6月度会員増減状況確認の件

2. 会員入退会及び異動に関する承認の件

3. 10～11年度保団連第2回代議員会（6月26日）状況確認の件

【政策部会】

1. 保団連10～11年度第17回理事会（6月25日）状況確認の件

2. 『京都保険医新聞』（第2790号）・『メディペーパー京都』第144号（第2789号）合評の件

Ⅲ. 開催・出席確認事項

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談の件

【保険部会】

1. 事務局職員医療機関研修実施の件

2. 第641回社会保険研究会へのご参加呼びかけの件

Ⅳ. 医療政策関連情勢

1. 税と社会保障の一体改革について概要報告の件

Ⅴ. 診療報酬関連情報

1. 中医協（第192回総会、第66回薬価専門部会、第47回保険医療材料専門部会）（6月22日）概要報

告の件

Ⅵ. 要討議事項

【総務部会】

1. 会計監査（6月22日）状況確認の件
2. 財政検討会議（6月28日）状況確認の件
3. 2010年決算報告の承認・2011年予算書（案）の
確認の件

Ⅶ. 部会開催状況確認の件

《以上、12件の議事を承認した》

8月のレセプト受取・締切

基金	9日(火)	10日(水)	労災	12日(金)
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。

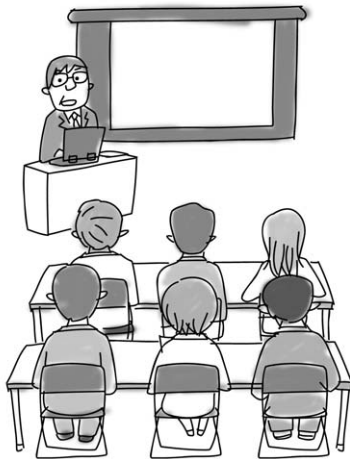
8月の相談室

医院・住宅 新（改）築	8月10日(水)午後2時～	担当＝坂本建築士
ファイナンシャル	8月18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	8月18日(木)午後2時～	担当＝筋弁護士
雇用管理	8月18日(木)午後2時～	担当＝本宮社会保険労務士
経営	8月24日(水)午後2時～	担当＝鴨井税理士

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。

新規開業医向け

「保険講習会A」



主に、新規開業前後の医師、従業員の方を対象にした講習会を開催します。内容は、保険診療の基礎知識とレセプト審査についてです。開業時に知っておきたい基礎的ではあるものの欠くことのできない内容です。新規開業の先生でなくても、ご興味のおありの方は、ご遠慮なくご参加下さい。

日 時 8月18日(木)午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会・会議室

内 容 ①保険診療の基礎知識 ②レセプト審査

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

第642回

社会保険研究会

日常診療で認知症を診る

—アルツハイマーもレビーもこわくない—(仮題)

講 師 はやし神経内科 院長 林 理之氏

日 時 9月3日(土)午後3時～5時

場 所 京都府保険医協会・会議室

共 催 京都府保険医協会 ノバルティスファーマ株式会社

※社会保険研究会の参加は無料、事前申込は不要です。

※審査委員会だよりと日医生涯教育講座の受講証を出席会員にお渡しします。

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	

京都府保険医協会 会員の皆様へ

設置は
お済みですか？
6月1日から
設置義務開始

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段階の大きなスィ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段階のスィープ音）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段階のスィープ音＋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。