

今月の主な動き

2012年度診療報酬の改定率について、ネットで0.004%とすることで、小宮山厚労相と安住財務相が12月21日夜に合意した。11月の「提言型政策仕分け」を根拠に、財務省は本体マイナス1%の要求を突き付けたが、閣僚折衝の結果、全体でのマイナス改定は回避された。しかし、先発品薬価の0.9%追加引き

下げやビタミン剤の取り扱い見直しも別途行うことが決まった。介護報酬改定はプラス1.2%。

社会保障・税一体改革については、6月末に取りまとめられた「成案」をもとに、12月内の政府・与党素案策定に向けた協議が連日行われた。社会保障部分については受診時定額負担の見送りなどを12月16日に了承し12月20日に決定。12月30日には消費税を含む税制改革についても政府案を決めた。1月6日には、政府・与党社会保障改革本部で「素案」を

2月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
3日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
4日(土) 核戦争防止・核兵器廃絶を訴える京都医師の会 2012年新春学習会 綾部・福知山医師会との懇談会	午後3時 午後3時30分	ルームA・B・C 福知山市中央保健福祉センター
7日(火) 各部会	午後2時	
8日(水) 西京医師会との懇談会 医院・住宅新（改）築相談室	午後2時 午後2時	京都エミナース ルームC
9日(木) 一人医療法人講習会 山科医師会との懇談会	午後2時 午後2時	ルームA・B・C 山科医師会診療センター
14日(火) 定例理事会 ファイナンシャル相談室	午後2時 午後1時	ルームA ルームC
16日(木) 保険講習会A 法律相談室 雇用管理相談室	午後2時 午後2時 午後2時	ルームA アミス ルームB
17日(金) 東山医師会との懇談会	午後2時	東山医師会事務所
20日(月) 白色確定申告書作成会	午後2時	ルームB・C
21日(火) 傷害疾病保険審査会	午後2時	アミス
22日(水) 金融共済委員会 経営相談室	午後2時 午後2時	ルームA アミス
23日(木) 白色確定申告説明会	午後2時	ルームA・B・C
25日(土) 中医協答申説明会（第1次新点数検討会） 相楽医師会との懇談会	午後2時 午後5時	京都烏丸コンベンションホール ホテルフジタ奈良
26日(日) サロンコンサート 文化講習会「ワイン講座」	午後2時30分 午後5時	京都府庁 旧本館正庁 ホテルグランヴィア京都
28日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA

今後の予定

行 事	開始時間	場 所
3月3日(土) 与謝・北丹医師会との懇談会	午後3時	ホテル北野屋
3月10日(土) 綴喜医師会との懇談会 医療安全シンポジウム	午後2時30分 午後4時	新田辺駅前CIKビル・3F 新都ホテル
3月24日(土) 『点数表改定のポイント』説明会（第2次新点数検討会）	午後2時	京都産業会館・シルクホール （北部・舞鶴メディカルセンター）
4月26日(木) 『新点数運用Q&A・レセプトの記載』説明会 （第3次新点数検討会）	午後2時	登録会館・大ホール （北部・舞鶴メディカルセンター）

※「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63～68ページ

情勢トピックス

医療社会保障運動トピックス

渡辺治の政治学入門

政策解説資料

協会だより

正式決定し、閣議報告された。

また、12年度予算案が12月24日の臨時閣議で決定。一般会計90兆3339億円で国債依存度は49%に達した。このうち厚労省予算案は、一般会計で26兆6873億円（対前年度比7.9%減）、社会保障関係費の予算案は26兆2152億円（8.1%減）。

情勢 トピックス

医療・社会保障編

改定

改定率は両論も「反仕分け」で一致／中医協、厚労大臣へ意見書提出

中医協は12月7日、診療側・支払い側双方の思いを盛り込んだ診療報酬改定に対する意見書を取りまとめ、小宮山洋子厚生労働相宛てに提出した。改定率をめぐる溝は最後まで埋まらず、ネットでプラス改定を求める診療側と、プラス改定を拒む支払い側の意見を両論併記する形になった。意見書提出を断念した2年前と異なり、今回は完全に見解が一致せずとも意見書は出すべきとの考えで全委員が一致した。総会では、公益委員が作成した素案を基に、診療側と支払い側が互いに相手の意見を尊重・譲歩し合いながら文章を修正し、最終文面に仕上げた。行政刷新会議の提言型政策仕分けという中医協委員にとって「共通の敵」が現れたことで、かえって各側委員が団結した格好だ。

●仕分け結果を「聞き流す」

意見書では、医療経済実態調査の結果について「病院の医業収支は精神科病院を除き、全般的にやや上昇」「診療所の医業収支は全般的にやや上昇」と記載。さらに、社会保障審議会の基本方針に基づき、医療従事者の負担軽減や、医療と介護の役割分担と連携、在宅医療の充実などに取り組むことで各側が一致したと記した。

ただ、改定率の部分だけは「診療報酬全体（ネット）で引き上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られない」と主張する支払い側の意見と、

「医療費全体（ネット）で底上げを行うべき」という診療側の意見を両論併記した。

また意見書では、十分な議論が行われないまま「本体据え置き・抑制」の判定結果を出した行政刷新会議の提言型政策仕分けに対する見解も明記。まず、中医協自体が社会保険医療協議会法で組織構成や審議・答申事項を定められた法的根拠の明確な審議会であることに触れ、今後も医療の実態や保険財政状況を十分に考慮しつつ、安心・安全で質の高い医療環境を目指し、社保審の基本方針に沿って改定の具体策を検討すると決意表明した。

逆に、法的根拠のない提言型仕分けに対しては「診療報酬本体について据え置きや抑制を求める意見があることも承知している」と記載するにとどめた。実質上、仕分けの判定結果を「聞き流した」ことになる。

また、財務省との折衝を控える小宮山厚労相に対しては「これまでの中医協の議論を踏まえ、改定率の設定に関し、適切な対応を求める」とクギを刺した。（12/8MEDIFAXより）

財務省、「本体マイナス1%」を要求／追加下げ「改定率と別枠」

2012年度の診療報酬改定をめぐる厚生労働省と財務省の政務折衝が12月9日、始まった。財務省の吉田泉政務官によると、厚労省に対して診療報酬本体の1%程度引き下げを要求。財務省が想定している12年度医療費40.7兆円を基に計算すると、薬価の約5000億円（医療費ベース約1.23%）と医療材料の約370億円（約0.09%）の引き下げ分を合わせ、ネットで2.32%程度の引き下げを求めたことになる。厚労省側は具体的な数字は示さず、まずは財務省の提案を持ち帰った格好だ。

両省の政務官が折衝した。財務省は吉田政務官、厚労省は藤田一枝政務官が出席。非公開で10分間程度の短い折衝となった。

折衝後、記者団の取材に応じた吉田政務官は「提言型政策仕分けの結果を踏まえ、厚労省に3つの提言をした」と説明。▽本体マイナス1%程度▽長期収載品の薬価10%程度引き下げ▽市販類似薬であるビタミン剤などの取り扱い—の3点を挙げた。

財務省が本体1%下げの根拠にしたのは、前回改定以降の人事院勧告（マイナス1.7%）と消費者物価指数（マイナス0.5%）による賃金・物価動向だ。診療報酬本体のマイナス1%は「実質、据え置き」（吉

田政務官）との解釈をしている。

長期収載品の追加引き下げ10%の提案は、薬価調査で後発品数量シェアが22.8%にとどまったことが背景にある。13年3月の目標は30%だが、吉田政務官は目標期限に達した時点での後発品シェアについて「まだ25%ほどの見込みしかない」と指摘。「差額の5%を先発品を10%下げることによってカバーしていただきたい」と語った。

●長期収載品の追加引き下げで2400億円、改定率0.59%分

財務省によると、10%引き下げで生まれる財源は約2400億円。しかし、この追加引き下げ分は「薬価改定とは別枠」（新川浩嗣主計官）と説明し、前回改定同様、改定率の計算には含めない方針を示した。12年度の概算要求ベースの医療費は推計40.7兆円で、追加引き下げを改定率に置き換えれば約0.59%になる。仮に本体改定率と長期収載品の追加引き下げが財務省提案通りとなり、追加引き下げ分も改定率の計算に含めた場合、ネット改定率はマイナス2.91%と3%近いマイナスになる。

市販類似薬については、保険から外すことや、自己負担を引き上げることなど「いろいろな方法はあるが、現場に混乱が起きないように格好で検討をお願いした」（吉田政務官）という。

介護報酬は議題にならなかったが、吉田政務官は「おそらく引き続きこちらから何らかの提言をして、折衝に入ることになるだろう」との見通しを示した。（12/12MEDIFAXより）

診療報酬本体の引き下げなど求める／財政審・分科会

財務省の財政制度等審議会・財政制度分科会（会長＝吉川洋・東京大大学院教授）は12月12日までに、

財政健全化に向けた提言を公表した。2012年度診療報酬改定での診療報酬本体の引き下げをはじめ、社会保障・税一体改革成案で示された1.2兆円分の社会保障の効率化などを求めた。

診療報酬は勤務医の負担に配慮した報酬体系にするなど、配分にメリハリを付けるよう求め、賃金や物価の下落を踏まえて診療報酬本体を引き下げよう提言した。

また、現在の社会保障制度を「給付増と負担増のいたちごっこ」と指摘した上で、一体改革成案で示した1.2兆円分の社会保障の効率化を実現させるよう求めた。消費税は10年代半ばまでに段階的に10%に引き上げることで、財政運営戦略に定められた15年度段階での財政健全化目標を達成させるよう示した。（12/13MEDIFAXより）

診療報酬ネット0.004%増で決着／政府、介護は1.2%増

小宮山洋子厚生労働相と安住淳財務相は12月21日夜、2012年度診療報酬の改定率をネットで0.004%のプラス改定にすることで合意した。本体改定率はプラス1.379%で、薬価・材料価格を1.375%引き下げることで捻出する約5500億円などを財源に充てる。合意文書によると、前回改定のように入院・外来の枠は決めず、病院勤務医の負担軽減など3項目に重点配分する。ネットプラスは民主党政権になって2回連続。一方、12年度介護報酬改定はプラス1.2%で着地した。

12年度の医療費を約40兆円で計算すると、本体部分のプラス財源は約5500億円で、薬価・材料引き下げ財源を丸々充てる。引き上げが決まった介護報酬改定の財源について財務省は「従来、介護報酬のプ

News Headline (2011年12月10日～2012年1月10日)

【12月】◆税制改正大綱を閣議決定（10日）◆メキシコ南部で地震、3人死亡・M6.5、首都も強い揺れ（11日）◆シリアのデモ弾圧「死者5千人超」、国連機関が報告（13日）◆厚労省、13年度から65歳までの再雇用義務付け方針（14日）◆福島第1原発、廃炉まで最長40年／経産省・東電の廃炉工程表（15日）◆野田首相、原発事故の収束を宣言（16日）◆ハッ場ダム建設中止を撤回、来年度予算案に予算計上へ（18日）◆金正日総書記が死去（19日）◆診療報酬、全体で0.004%増、介護報酬は1.2増（21日）◆生活保護、最多更新206万人超（22日）◆来年度予算案を閣議決定・一般会計90.3兆円、実質は過去最大規模（24日）◆浅田真央が逆転V・フィギュアスケート全日本選手権（25日）◆政府、避難区域見直し正式決定・2012年3月末をめど（26日）◆東電に一時国有化要求・料金値上げをけん制、経産省（27日）◆治安部隊発砲で11人死亡／シリア（30日）◆特別会計改革法案、通常国会に提出（31日）

【1月】◆オウム真理教元幹部・平田信容疑者を逮捕（1日）◆「新党きづな」旗揚げ、野田政権に対決姿勢・民主党離党の9人（4日）◆台湾女性、台東区のマンションで刺され2人死亡（5日）◆一体改革素案を決定・年度内に増税法案提出／政府・与党（6日）◆ユーロ急落、97円台／欧米市場11年ぶり（7日）◆元教団看護師を名乗る女性が出頭、オウム・平田容疑者がかくまっていたと供述（9日）◆弁護士団が印紙代払い忘れ／イレッサ訴訟2遺族、敗訴確定（10日）

ラス財源のために診療報酬をマイナスにすると申し上げていたつもりはない。介護のプラス改定財源は、厚労省予算全体の中から予算編成の中で調整をしていくことになる」（新川浩嗣主計官）としている。財務省によると、介護報酬1.2%引き上げに必要な国庫財源は約255億円。厚労相と財務相の合意文書では、事業者が人件費に充当するための加算を行うなど必要な措置を講じるとした。

診療報酬本体部分の内訳は、医科がプラス1.55%、歯科が同1.70%、調剤が同0.46%。比率は「1:1.1:0.3」（財務省）となる。前回改定に続き、技術料が占める割合などから歯科が医科を上回る結果になった。

合意文書では本体引き上げ5500億円を▽病院勤務医などの負担軽減・処遇改善▽医療・介護連携と在宅医療の充実▽がん、認知症治療などの医療技術の評価充実—の3項目に重点配分するとした。具体的な内容は年明けからの中医協の議論に委ねられた形だ。（12/22MEDIFAXより）

本体財源は医科4700億円／診療報酬改定

厚生労働省によると、2012年度診療報酬改定の本体改定率プラス1.379%は約5500億円の財源に相当し、内訳は医科がプラス1.55%で約4700億円、歯科がプラス1.70%で約500億円、調剤がプラス0.46%で約300億円に当たる。ネットのプラス0.004%は、保険料ベースに換算した場合、年間1人当たり6円の負担増となる。

薬価・材料価格を合わせた改定率はマイナス1.375%で約5500億円に相当し、診療報酬本体に振り向ける。薬価の改定率は医療費ベースでマイナス1.26%、薬価ベースでマイナス6.00%。財源は約5000億円。材料価格の改定率はマイナス0.12%で、約500億円の財源となる。

厚労省は12年度の保険医療費を約39.9兆円、医科・歯科・調剤の技術料を約30.5兆円、薬剤費を約8.4兆円、医療材料費を約1.1兆円で計算している。

保険局医療課は医科・歯科・調剤の改定比率が「1対1.1対0.3」となったことについて「医療費全体に占める各科技術料の割合が1対1.1対0.3なので、今回はそのまま各科に財源を割り振り、比率を出した」と説明している。08年度診療報酬改定までは「1:1:0.4」の改定比率が続いていたが、医療課はその時点では歯科が低く抑えられていたとの認識。医療課は「割合はその時々状況に応じて変わるものだ」と説

明している。

●追加引き下げ250億円、実質はマイナス改定か

後発品のある先発品（いわゆる長期収載品）の薬価を強制的に引き下げる「追加引き下げ」も行う。政府の後発品使用目標に満たない分を、一定割合で引き下げ、財政調整に充てる特例的な措置で、薬価ベースでマイナス0.9%、約250億円の財源となる見通し。対象品目が長期収載品だけなのか、後発品などそれ以外の品目も含まれるのかについて、医療課は「検討中」としている。追加引き下げで捻出された財源は、診療報酬本体には回らず、国庫に納まることになる。もし約250億円の追加引き下げを通常の薬価改定と合わせれば、薬剤費の圧縮額は約5250億円となる。この場合の薬価改定率は医療費ベースでマイナス1.32%、薬価ベースでマイナス6.25%。材料価格改定と合わせると、医療費ベースでマイナス1.44%となり、実質的に次期改定はネットでマイナス改定とみることもできる。

医療課によると「財務省が最後までこだわったのが追加引き下げ」だという。当初、財務省は長期収載品の追加引き下げを10%で提示していたが、厚労省は「ルールが明確化されていない中で大幅な引き下げは納得が得られない」と主張し続け、最終的には厚労省が提示する約250億円の引き下げだけで押し切った。（12/26MEDIFAXより）

障害福祉サービス費用改定はプラス2.0%

2012年度厚生労働省予算案のうち障害福祉関係では、障害福祉サービス費用の改定率がプラス2.0%（140億円増）となった。改定率の決定を受けて、年明けから「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」で個々の点数についての議論を詰めていく見通しだ。

精神障害者施策に関しては、「地域で生活する精神障害者へのアウトリーチ（訪問支援）体制の整備」に7.9億円を計上。12年度は28カ所で事業を実施する。「精神科救急医療体制の整備」は20億円、「精神障害者の地域移行・地域定着支援の推進」は3.3億円、「災害時心のケア支援体制の整備」は1.1億円となった。

このほか、自殺対策では都道府県や指定都市に設置されている「地域自殺予防情報センター」での専門相談の実施のほか、保健所や産業医、産業保健師との連携強化による自殺対策向上などに3.3億円を盛り込んだ。（12/26MEDIFAXより）

再診料「69点が議論のスタートではない」／ 中医協・安達委員

中医協診療側委員の安達秀樹氏（京都府医師会副会長）は、取材に対して「これまでの改定議論は、どうしても再診料の増減が注目されがちだが、本来は診療所の新たな役割に対してどう評価するかを議論するべきだ。病院医療と同様に、診療所に期待される機能に対して診療報酬を付けることを基本姿勢としてもらいたい」と指摘した。2012年度改定に向けた今後の中医協の協議については「再診料の議論をするならば（現行の）69点が議論のスタートとは必ずしも思っていない」と述べ、10年度改定で引き下げられた再診料（診療所）の回復も一つの課題として取り組む意向を示した。

●外来管理加算の適正化を牽制

診療所の報酬では、再診料、外来管理加算、地域医療貢献加算の評価と、在宅医療への適切な評価が、支払い側との協議のカギになる。支払い側が11年末に提示した次期改定に対する意見書に外来管理加算の適正化を盛り込んだことに対して、安達氏は「平場での議論が行われていない上、（支払い側は）データも提示しておらず、その意図が十分理解できない。全診療科で算定できる現行体系を見直したいということであれば、診療内容の仕分けが必要になる。再診料、外来管理加算、地域医療貢献加算の包括化は（われわれは）考えていない」と牽制。「外来管理加算は、過去のプラス改定の時代にもともと内科加算だったのを全診療科に対象を広め、外来管理加算とした経緯がある。それを見直すためには、議論するためのデータが必要だ」と強調した。

●地域医療貢献加算は「準夜帯電話対応加算」

地域医療貢献加算については、支払い側と診療所ともに次期改定で評価の充実を求めている。安達氏は「地域医療貢献加算は、救急などでの病院勤務医の負担軽減を進めることを目的に設定された。次期改定では、その算定要件をもっと分かりやすくすることで、診療所が地域医療で果たすべき役割を明確にし、多くの診療所で診療報酬を算定してもらいたい」と述べた。その上で「もともとの趣旨はコンビニ受診の多い準夜帯の対応であり、いわば“準夜帯電話対応加算”ともいえるものだった。まずはこの点を明確にした上で、その他の時間帯も含むものや、輪番制などの選択肢を導入する手法も考えられる」と提案した。

さらに、診療所の役割として在宅医療を促進する

ためには、在宅療養支援診療所と一般診療所での看取りなどの診療報酬格差を是正すべきとした。

（1/6MEDIFAXより）

介護報酬改定の審議報告を公表

厚生労働省は12月7日、社会保障審議会・介護給付費分科会が取りまとめた2012年度介護報酬改定の方針を示す「12年度介護報酬改定に関する審議報告」を公表した。11年度末での「介護職員処遇改善交付金」の終了に伴い注目が集まっている介護職員の処遇改善策について、「介護報酬で対応することが望ましい」との見解を盛り込んでいる。

審議報告では、介護職員の処遇改善について「事業者の自主的な努力を前提とした上で、事業者にとって安定的・継続的な事業収入が見込まれる介護報酬で対応することが望ましい」と指摘。介護職員の処遇を含む労働条件については「本来、労使間で自律的に決定されるべき」とした一方、「当面、介護報酬において、事業者における処遇改善を評価し、確実に処遇改善を担保するために必要な対応を講ずることはやむを得ない」とした。ただ、「介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取り扱いとして設ける」としている。

厚労省が12月5日の同分科会に示した審議報告案に、委員らの意見を踏まえて修文が加わった。

（12/8MEDIFAXより）

物件費適正化分とプラス1.2%で処遇改善／ 介護報酬改定率

介護職員に対する処遇改善の継続が焦点となっていた2012年度介護報酬改定の改定率は、プラス1.2%で決着した。必要な国庫財源は約255億円。介護職員の給与を月額1万5000円程度引き上げる「介護職員処遇改善交付金」を介護報酬で飲み込む場合は2%に相当するが、厚生労働省は、物価の下落状況を踏まえると0.8%を引いた1.2%で実質的に介護職員の処遇改善継続に必要な財源は維持できているとの認識だ。

介護報酬は、介護サービスの人件費や物件費を踏まえて設定されている。物価が下落傾向にある経済情勢を踏まえ、市場との見合いで物件費が下がっているとすると、介護サービスにかかる費用のうち物件費分は適正化できることになる。厚労省は、適正化分とプラス1.2%分を踏まえた全体で、交付金と同

程度の処遇改善が可能になるとの見方を示している。

介護職員の処遇改善をめぐっては、交付金が11年度末で終了することから介護報酬で対応する場合の財源確保に注目が集まっていた。プラス改定で必要となる財源について厚労省は、省予算全体の中から確保するとしている。（12/26MEDIFAXより）

一体改革

「事業税非課税」「四段階制」は継続／12年度税制改正大綱を決定

政府は12月10日未明、2012年度税制改正大綱を閣議決定した。診療報酬の事業税非課税措置や自由診療の事業税軽減税率、四段階制などは、今後も検討事項ではあるが12年度は継続される。税制改正大綱を決定したことで、政府税制調査会は今後、消費増税をはじめとする社会保障・税一体改革関連の税制抜本改革の議論を本格化させる。

事業税の非課税措置は「国民皆保険の中で必要な医療を提供する観点や税負担の公平を図る観点を考慮した上で、地域医療を確保するために必要な措置について引き続き検討する」と記載した。自由診療の軽減税率は、税負担の公平を図る観点や、地域医療を確保するために必要な具体的な措置を13年度税制改正で検討する。

四段階制は、小規模医療機関の事務処理負担軽減という特例の趣旨に沿ったものになるよう、厚生労働省が適用実態を精査した上で、13年度税制改正で検討する。

研究開発税制は、試験研究費の増加額に関する控除の「増加型」と、平均売上高の10%を超える試験研究費の一部を控除する「高水準型」の双方を2年間延長することになった。どちらも11年度末で期限切れを迎える時限措置だった。

医療費控除の対象範囲に、介護福祉士などが診療の補助として行う「喀痰吸引」の自己負担分を加えることも決めた。（12/13MEDIFAXより）

消費税問題「ゼロ税率は求めない」／政府税調で辻副大臣

政府税制調査会は12月12日、社会保障・税一体改革の素案に盛り込む税制抜本改革の議論を開始した。厚生労働省の辻泰弘副大臣は、医療機関などの控除対象外消費税の問題を見直すよう求めた。一方

で「ゼロ税率を主張しているわけではない」とも明言した。この問題をめぐって日本医師会などはゼロ税率の導入を求めている。

辻副大臣は会合で「高額投資をする大病院ほど消費税負担が大きい」「診療報酬が公定価格のため、医療機関は自らの判断で価格への転嫁ができない」と主張。診療報酬の消費税分の上乗せ幅については「十分ではなく損税が生じている」とし、「消費税引き上げに当たっては、この損税問題を放置できない」と見直しを求めた。（12/13MEDIFAXより）

税制抜本改革議論を開始／政府税調・作業チーム

政府税制調査会の下に設置された「社会保障・税一体改革作業チーム」は12月13日、非公開で初会合を開き、一体改革素案に盛り込む税制抜本改革の具体像について議論を開始した。成案に記載された内容を整理しつつ、消費税率の引き上げに関する留意点などを討議した。会合後に会見した五十嵐文彦財務副大臣は「今は12月28日が素案をまとめるめど。その前に税調は、一定の方向性を出さないといけない」と述べた。

厚生労働省の辻泰弘副大臣は会合に「社会保障における低所得者対策」とした資料を提出。消費税引き上げに伴う低所得者への影響に対する措置として行う給付を通じた逆進性対策を紹介した。その中の「社会保障制度における低所得者対策の強化」では、高額療養費の見直しに言及。中低所得者の自己負担軽減や、自己負担額に年間上限額を設けることを「改革の具体策」として紹介するとともに、「受診時定額負担」の記載はない。ただ、「見直しには相当規模の財源が必要であり、給付と負担の見直しの中で検討が必要」としている。（12/14MEDIFAXより）

消費税、「当面10%」方針を踏襲／自民・税制改正の考え方

自民党は12月7日の総務会で、2012年度税制改正に関する基本的な考え方を了承した。社会保障費の増大に対応する消費税率の引き上げは、10年の「基本的な考え方」を踏襲する形で「当面10%」とした。

消費税は10年夏の参院選公約でも「当面10%」としており、医療や介護の社会保障給付と少子化対策に充てる。野田毅党税制調査会長は会見で、週明けにも党内で消費増税に関する議論を行う考えを示した。

個別の税項目では研究開発税制の延長・拡充を最優先課題に設定した。このほか、事業税の診療報酬に関する非課税措置は延長を求め、診療報酬の所得計算の特例措置（四段階制）の扱いは「見直しは慎重に検討すべき」とした。（12/8MEDIFAXより）

後期高齢者制度廃止法案、骨子案に論点／民主・合同総会

民主党の社会保障と税の一体改革調査会（細川律夫会長）と税制調査会（藤井裕久会長）の合同総会は12月14日、週内の取りまとめを目指す社会保障・税一体改革の社会保障部分に関する素案骨子案を議論した。後期高齢者医療制度廃止法案の2012年の通常国会への提出について、骨子案に新たな論点として盛り込むことでまとまった。

骨子案は高齢者医療制度の見直しについて▽高齢者医療制度改革会議の取りまとめなどを踏まえて見直し▽高齢者医療の支援金を各被用者保険の総報酬に応じた負担とする措置を検討▽70歳以上75歳未満の患者負担について、世代間の公平を図る観点から見直しを検討と盛り込んでいたが、後期高齢者医療制度の廃止に関する言及はなかった。このため、12月13日の調査会役員会で長妻昭事務局長が「廃止法案について12年の通常国会の提出が明確化されていない」と指摘していた。

また、新たな年金制度の創設をめぐり、骨子案が歳入庁の設置法案に触れていないとの指摘を骨子案に盛り込むことで一致した。ただ、新たな年金制度創設に向けた法案を「13年の国会提出に向け、引き続き検討」とした骨子案の方向性に、歳入庁法案を関連付けるかどうかについては意見がまとまらず、今後も議論することでまとまった。（12/15MEDIFAXより）

政府・与党、定額負担を見送り／民主、一体改革の社会保障部分了承

民主党の社会保障と税の一体改革調査会（細川律夫会長）と税制調査会（藤井裕久会長）の合同総会は12月16日、社会保障・税一体改革大綱の素案骨子のうち、政府側が示した社会保障部分の修正案をおおむね了承した。議論で細川会長らに文言の調整を一任した。受診時定額負担は盛り込まず、政府・与党は導入を見送る方針を決めた。社会保障部分の素案骨子は12月20日に開く予定の関係5大臣会合で固まる。

高額療養費制度の見直しは、財源を確保した上で年間の負担上限額を設定するが、「年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮する」とした。財源として議論に上がっていた受診時定額負担は「患者間で負担を支え合うことになる」などの反発から、政府原案の段階で削除されており、修正案でも盛り込まなかった。（12/19MEDIFAXより）

政府民主、一体改革素案の内容決定／消費税14年8%・15年10%

民主党の税制調査会（藤井裕久会長）と「社会保障と税の一体改革調査会」（細川律夫会長）の合同総会は12月29日、消費税を2014年4月に8%、15年10月に10%へ引き上げることを含め、一体改革の税制抜本改革に関する方針をまとめた。党政策調査会役員会は12月30日、この方針を了承。政府は、党の方針を踏まえて税制調査会で一体改革素案「案」の税部分をまとめ、一体改革関係5大臣会合で素案「案」の全体を了承した。政府・民主党による素案の内容は事実上、確定した。今後、国民新党と協議しながら、年明けの政府・与党社会保障改革本部で素案を正式決定する見通しだ。

●国の消費税収は社会保障4経費に

素案「案」は、消費増税を税制抜本改革の最大の柱と位置付けた。国の消費税収の全てを医療、介護、年金、子育ての社会保障4経費に充てることを法で明確にする方針を掲げ「会計上も予算等において用途を明確化することで社会保障財源化する」と記した。その上で、低所得者への介護保険料・国民健康保険料の軽減措置や、年金加算など「きめ細かな機能強化策」を着実に手掛けるという。

一方、経済に配慮して消費増税を実施する姿勢も示した。税率引き上げ前にさまざまな経済指標を確認し、経済状況などを総合的に勘案した上で「引き上げの停止を含め所要の措置を講ずるものとする規定を法案に盛り込む」とした。

税全体では、所得再分配機能を回復させる観点から「特に高い所得階層」に絞って一定の負担増を求める方針だ。所得税では15年分から、課税所得が5000万円を超える層の税率を引き上げて45%とする。

また、社会保障・税番号（マイナンバー）の導入を見据え、総合合算制度や給付付き税額控除など、再分配に関する総合的施策を導入する方針も示した。施策実現に至るまで、暫定的に「簡素な給付措置」も実施する。（1/6MEDIFAXより）

消費税問題、「診療報酬で手当て」継続／高額投資は別途検討

政府の「社会保障・税一体改革に関する関係5大臣会合」は12月30日、消費増税を含む一体改革の素案「案」をまとめた。控除対象外消費税への対応策として、医療機関が行う仕入れについては従来通り診療報酬で手当てとする一方、病院の建て替えや高額医療機器の購入などが想定される高額投資については、新たに一定の基準を設けた上で何らかの手当てを検討すると盛り込んだ。課税した上でゼロ税率とする措置は見送られた。（1/6MEDIFAXより）

政府・与党、一体改革素案を最終決定／野党に協議呼び掛け

政府・与党社会保障改革本部（本部長＝野田佳彦首相）は1月6日、社会保障・税一体改革素案を最終決定した。改革本部終了後の閣議に素案が報告され、素案をめぐって野党に協議を呼び掛けることが了承された。

改革本部に出席した野田首相は「素案で終わっては意味がない」と述べ、与野党協議を経て大綱をまとめ、関連法案を2011年度内に提出する姿勢を示した。消費増税の前提として議員定数削減や公務員の人件費カットを求める声があることを踏まえ、野田首相は一体改革について「政治改革や行政改革、経済再生とも一体となって取り組んでいく大きな改革」と位置付けた。

素案は、政府・民主党が11年末にまとめた素案「案」の中の年号表記などを一部修正したが、実質的な内容は同じだ。11年6月にまとめた一体改革成案と同様に「閣議報告」という形になった。（1/10MEDIFAXより）

予 算

12年度予算編成、基本方針骨子固める／政府・国家戦略会議

政府・国家戦略会議（議長＝野田佳彦首相）は12月12日、2012年度予算編成の基本方針骨子を固めた。12年度予算を「日本再生元年予算」と位置付け、経済成長と財政健全化の両立を目指す。社会保障・税一体改革成案の具体化に向けた検討を進める方針も明記した。予算編成に関する閣僚委員会に骨子を示し、基本方針を決定する。（12/13MEDIFAXより）

12年度予算編成の基本方針を閣議決定／政府

政府は12月16日、2012年度予算編成の基本方針を閣議決定した。12年夏までに日本再生戦略を取りまとめることや、経済成長と財政健全化を両立するために社会保障・税一体改革成案を受けた検討を進めることなどを予算編成上の基礎に据えた上で、7つの基本方針を示した。

基本方針は「東日本大震災からの復興」「経済分野のフロンティアの開拓」「分厚い中間層の復活」「農林漁業の再生」「エネルギー・環境政策の再設計」の5つの重点分野を中心に取り組むことを明示。地域主権改革の推進、既存予算の不断の見直しも併せて図る。（12/19MEDIFAXより）

「マイナンバー法」12年の通常国会に提出へ／政府検討会が法案概要

政府の「社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会」（座長＝古川元久社会保障・税一体改革担当相）は12月16日、番号制度法案の概要をまとめた。法律の通称名を「マイナンバー法」とし、2012年の通常国会への提出を目指す。

番号制度の利用は、社会保障分野、税分野、防災分野から開始する。医療分野では、まず医療保険者の手続きで利用するとした。医療保険者の手続きでは、保険料の徴収などで番号制度を利用することが考えられるが、具体的な利用範囲はこれから議論して詰めていく。

病歴や診療情報などの医療分野情報は、医療連携や個人情報保護などの観点から他の情報と異なる対応が求められるため、番号制度法案とは別に厚生労働省で特別法案を作り、13年の通常国会に提出する方針を示した。

マイナンバーの利用は15年1月から開始。マイナンバー法は内閣府が所管し、個人番号の通知と番号カードの所管は総務省、法人番号の通知などの所管は国税庁とした。（12/19MEDIFAXより）

ワクチン継続など2.5兆の4次補正予算案決定／政府・閣議

政府は12月20日、総額2兆5345億円の2011年度第4次補正予算案を閣議決定した。厚生労働省関係では、子宮頸がんワクチンなど3ワクチンの接種を公費助成する基金の1年間延長で526億円などを盛り込んだ。年明けの通常国会に提出する。

予算案は、高齢者医療の負担軽減に活用している

基金を1年間延長するための費用として2719億円を計上した。うち約2000億円は、70-74歳の窓口負担を1割に維持するために使われる。妊婦健康診査支援基金の1年間延長に181億円を充て、障害者自立支援対策の基金を1年間延長するために152億円を措置する。生活保護費などの負担金に充てる1339億円と、新型インフル対策の91億円も盛り込んだ。

安住淳財務相は閣議後会見で4次補正予算案について、「新規に国債を発行することはない。社会保障関係の必要経費をかなり積むことになる」と説明した。（12/21MEDIFAXより）

重点枠、在宅医療・介護推進は18億円に減額査定／12年度予算案

2012年度予算案の重要課題を検討する「予算編成に関する政府・与党会議」は12月22日、12年度予算で設けられた特別枠「日本再生重点化措置」の対象事業と金額を決めた。厚生労働省は特別枠に総額1059億円を要望していたが、約220億円の配分にとどまった。3事業で計127億円の要望を出していた在宅医療・介護の推進は、18億円に減額された。ライフイノベーションの推進は、4事業で115億円程度が認められた。医療情報を蓄積するためのサーバーを設置する病院に費用を補助する「医療情報連携の基盤整備」はゼロ査定で落選した。

9月に閣議決定した概算要求組み替え基準では、特別枠は7000億円程度の予定だった。しかし、予算編成過程で歳出削減を徹底して捻出した財源を上乗せし、1兆578億円の枠を確保した。財務省の藤田幸久副大臣は会見で「概算要求段階で想定したよりも、一層の予算重点化を実現できた」と述べた。

在宅医療・介護の推進には3事業が含まれている。人材育成のための研修費用で1億900万円、訪問看護ステーションの拠点整備、在宅医療連携拠点の支援で11億7000万円、がんや難病の在宅患者支援の体制整備で5億2000万円を確保した。

ライフイノベーション推進には、臨床研究中核病院の整備に充てる24億円などが盛り込まれている。同中核病院に予算は付くが「効果的な支援方法を検証するための試行として、箇所数を絞り込んで措置」とした。厚生労働省が要望していた10カ所の整備は、12年度予算では不可能になる。

このほか小児がん対策を進めるために拠点病院の体制整備をする事業に2億8000万円を措置する。厚生労働省は10カ所程度の整備を要望しているが、単価の

圧縮を条件に認めた。新型インフルエンザ対策の強化として、抗インフルエンザウイルス薬などの備蓄経費で要望していた134億円はゼロ査定に終わった。

財務省主計局の可部哲生総務課長は「重点枠で落選した事業が、通常枠で認められることはないだろう」と説明した。政府は12月24日に12年度予算案を閣議決定する。（12/26MEDIFAXより）

12年度厚労省予算案、一般会計26兆6873億円／実質4.3%増

厚生労働省の2012年度予算案が12月24日の閣議で決まった。厚労省予算案は一般会計で26兆6873億円（対前年度比7.9%減）。ただ、この中には東日本大震災復興特別会計や年金交付国債などの諸費用、子ども手当の見直しによる減額分が計上されていないため、これらを合わせた実質的な予算案は前年度に比べて1兆2064億円増（4.3%増）となる。「日本再生重点化措置」の厚労省配分額は、1059億円の要求に対して220億円が認められた。ライフ・イノベーションの推進費用などが柱。

社会保障関係費の予算案は26兆2152億円で8.1%減。医療費は自然増が認められたため、10兆2442億円（3.2%増）に増える。介護は2兆3392億円（6.1%増）、年金は8兆1037億円（22.0%減）、福祉等は5兆3079億円（7.6%減）、雇用は2202億円（13.5%減）。

医療費の国庫負担予定額を保険制度別に見ると、協会けんぽ1兆1822億円（714億円増）、国保3兆2435億円（1267億円減）、後期高齢者医療4兆1900億円（2721億円増）、公費負担医療1兆5805億円（1051億円増）となる。

●高額療養費の見直し、12年度実施難しく

焦点となっていた高額療養費制度の見直しは、12年度からの実施が難しくなってきた。保険局は実施時期について「引き続き検討」としているが、12年度の本予算案では財源を確保していない。政府内では「4月1日から高額療養費制度を見直すのは到底無理。制度がその後も続くことを考えれば、補正予算での計上も難しい」との声が聞かれる。

東日本大震災の被災者に対する医療保険一部負担金の免除措置は、2月末に期限切れを迎えた後の延長分として98億円を計上。同様に介護保険でも44億円を盛り込んだ。対象者は福島第一原発周辺の「警戒区域等の住民」とされている。その他の地域が延長の対象になるかどうか、保険局は「引き続き検討することになる」とした。

●介護2号保険料への総報酬割、12年度は見送り

介護報酬の財源として検討してきた介護2号保険料への総報酬割は、12年度からの導入を見送った。

●栄養目的ビタミン剤の保険外し拡大

新たな薬剤費の適正化策も行う。後発医薬品の使用が進まないため実施する薬価の「追加引き下げ」は、長期収載品のほかに後発医薬品でも実施する。提言型政策仕分けの判定結果を踏まえて市販品類似薬の見直しも行う。現在、ビタミンBとCは、単なる栄養補給のための投薬を保険給付対象から外している。この対象範囲をビタミンAやEといったその他の脂溶性ビタミンまで広げ、薬剤費の抑制を図る。また、生活保護受給者には後発医薬品の服用を勧める。（12/26MEDIFAXより）

一般会計は90兆3339億円／政府、12年度予算案を閣議決定

政府は12月24日の臨時閣議で、2012年度予算案を決定した。一般会計の総額は90兆3339億円で、6年ぶりに前年度予算を下回った。しかし特別会計で計上した東日本大震災の復興費用3兆7754億円と、基礎年金の国庫負担割合を2分の1にするための予算を今後の税制抜本改革で確保した財源で償還する「年金交付国債」約2.6兆円を加えれば、過去最大の予算となる。

社会保障関係費は26兆3901億円。11年度当初費28兆7079億円から8.1%減だが、これは年金交付国債を一般会計に計上していないため。含めると約29兆円で、11年度当初費を超える。予算案はまた、新規国債発行額（約44兆2000億円）が税収（約42兆3000億円）を上回った。逆転は4年連続。12年度予算案の国債依存度は49%に達し、歳入の半分以上を借金で賄うことになった。

安住淳財務相は予算案決定後の記者会見で「予算の国債依存の体制は、そろそろ限界に来たと思う。税と社会保障の一体改革を実現し、消費税などの引き上げをぜひやらせていただきたい」と強調した。税収構造を見直して高齢化社会などへの備えを万全にする必要性に言及し「成長型予算から、成熟型予算に転換を図らねばならない時に来たと、この予算編成を通じて感じた」と振り返った。

（12/26MEDIFAXより）

在宅推進・ライフイノベーション予算で改革一歩前進／厚労省医政局

厚生労働省医政局の2012年度予算案は、11年度予算より70億1800万円少ない1625億8700万円（前年度比4.1%減）となった。医政局では、特別枠で要求した「在宅医療・介護推進プロジェクト（在宅推進プロジェクト）」や、臨床研究中核病院の整備費、地域医療支援センター拡充などの社会保障・税一体改革実現に向けた関連予算について一定の予算を確保したことから、「必要な予算を確保できた」と説明している。

9月の概算要求では特別枠として「在宅推進プロジェクト」に127億円（医政局分61億7000万円）、ライフ・イノベーション推進に388億円（同194億4000万円）を要求したが、医政局が確保した12年度予算は在宅推進プロジェクト14億3000万円、ライフ・イノベーション推進事業47億4000万円となった。

●在宅推進プロジェクト、厚労省全体で35億円

在宅推進プロジェクトは厚労省全体で35億円を計上し▽在宅チーム医療の人材育成（1.1億円）▽多職種協働による在宅患者支援に向けた拠点整備（23億円）▽個別疾患に対応したサービス充実・支援（11億円）を確保した。新規事業として▽在宅医療拠点薬局の整備▽栄養ケア活動支援▽複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応サービス、訪問看護ステーション大規模化などの支援▽国立高度専門医療研究センターでの個別疾患研究一なども盛り込んだ。

●臨床研究中核病院の整備に34億円

ライフ・イノベーション推進事業では、革新的医薬品・医療機器創出に向けた臨床研究中核病院の整備・機能強化に34億円を充てる。新規事業として5カ所を整備するうち、1カ所は復興庁が計上する東日本大震災復興特別会計（仮称）で被災地に整備する。

●地域医療支援センター、5カ所整備し20カ所に

都道府県への設置を進めている「地域医療支援センター」については、11年度新規事業として整備した15カ所に加え、12年度にはさらに5カ所を整備して全国で計20カ所とする。（12/26MEDIFAXより）

「24時間」「複合型」など推進に57億円／老健局予算案

2012年度の厚生労働省予算案で、老人保健福祉関係は11年度比1321億円増の2兆4273億円となった。うち老健局計上分は同1234億円増の1兆9658億円。

在宅療養を支える医療と介護の連携拠点整備やネットワークづくりを目指す2つの新規事業のほか、訪問看護の充実、東日本大震災への対応分も盛り込んだ。

新規事業の「在宅医療・介護の推進」には57億円を計上。12年度からスタートする24時間型サービスや、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせる複合型サービス、訪問看護ステーションの大規模化、同サテライト型事業所の開設を推進する。また、低所得高齢者の住まい対策として、小規模養護老人ホームや都市型軽費老人ホームなどの整備も進める。

新規の「地域ケア多職種協働推進等事業」には7.7億円を計上。医療・介護などの多職種連携機能の強化として、地域ネットワークの構築や地域ケア会議を運営する人材、地域保健を担う医師、保健師、管理栄養士、OT、PTなどの人材確保を支援する。

このほか、訪問看護の充実に2.2億円、東日本大震災への対応として介護保険制度の利用者負担減免等の特別措置44億円（他局計上分2億円含む）も盛り込んだ。

●介護基盤緊急整備等臨時特例基金の期限を12年度末まで延長

厚労省は「介護基盤緊急整備等臨時特例基金」の実施期限を12年度末まで延長（被災10道県は既に延長済み）する。新たな積み増しはなく新規の予算計上はないが、老健局によると、11年9月に実施した各自治体への聞き取り調査の結果、11年度末の同基金残高が600億円程度になる見通しであるため、これを活用する。新たに、12年度からスタートする「24時間型サービス」と「複合型サービス」の整備にも充てられるようにする。同基金は、地域密着型の特養やグループホームの整備費として09年度にスタートし、11年度末で終了予定だった。

（12/26MEDIFAXより）

がん対策に357億円、難病対策に2132億円／健康局予算案

厚生労働省健康局の2012年度予算案は、11年度当初予算の2688億円から、681億円増の3369億円となった。がん対策には11年度当初予算額より14億円増の357億円、難病対策では37億円増の2132億円を計上した。

●小児がん拠点病院整備などへ4億円／10カ所ほどを予定

がん対策では、小児がん対策の推進に「日本再生重点化措置」による特別枠も合わせて4億円を計上した。小児がん拠点病院の設置に向けて体制を整備する小児がん拠点病院機能強化事業をはじめ、小児がん緩和ケア研修事業や拠点病院のあり方調査事業などを新設し、小児がん患者の集約化を図る。拠点病院は10カ所ほどを予定している。

働く世代に大腸がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診の無料クーポン券を送付するがん検診推進事業には105億円を計上した。がん登録の推進とがん医療に関する相談支援・情報提供体制の整備やがん研究の推進では予算を増額した。

●特定疾患治療研究事業に350億円

難病対策では、特定疾患治療研究事業に350億円を計上。都道府県の超過負担縮減のため、11年度当初予算額（280億円）から大幅に増加した。

新型インフルエンザなどの感染症対策は、9億円減の140億円となった。改定された新型インフルエンザ行動計画を踏まえて、国と都道府県などが連携して発生に備えた訓練や演習などを実施するための経費として300万円を計上している。

（12/26MEDIFAXより）

社会保障・税番号整備に29.8億円／総務省予算案

総務省は2012年度予算案で、社会保障・税番号（マイナンバー）の整備に向けて29億8000万円を計上した。ICT（情報通信技術）を活用する姿勢も打ち出し、被災地でのICT活用による新たなまちづくりなどに向けて60億2000万円を計上。一部は「東北メディカル・メガバンク」構想に用いられる。教育・医療・環境分野などでのICT利活用推進に19億6000万円を積んだ。

総務省は番号制度の整備について、制度導入に向けた地方自治体のシステム構築や、住民基本台帳法など関連法改正に向けて検討していく方針だ。

ICTを活用した「東北メディカル・メガバンク」構想では、中核病院と診療所などの情報ネットワーク構築を図る。教育・医療・環境分野などでのICT利活用については、分野横断的にデータをやり取りして活用するための基盤整備を目指す姿勢だ。

（12/27MEDIFAXより）

サービス付き高齢者住宅の整備補助で355億円／国交省予算案

国土交通省は2012年度予算案で、厚生労働省と共管で設けた「サービス付き高齢者向け住宅制度」の推進に前年度比9%増の355億円を計上した。サービス付き高齢者向け住宅の新築費や、既存建築物のバリアフリー化など、同制度の基準に合わせた改修費の一部を補助する。補助率は、新築の場合10分の1、改修の場合は3分の1など。それぞれ上限額は住宅部分が1戸当たり100万円、生活支援施設部分は1施設当たり1000万円。（12/27MEDIFAXより）

中医協

入院基本料等加算、2回の改定で段階的整理／中医協で厚労省案

厚生労働省は12月7日の中医協総会に「入院基本料等加算」の見直し案として、次期診療報酬改定で算定率の低い加算について施設・患者要件の見直しを進める一方で、次々期診療報酬改定までに算定率の分母となる病態や治療法などの実態を個別に調査した上で、加算としての役割を終えたと考えられるものは廃止も含めて判断すると提案した。

次期と次々期の2回の改定で対応していく算定率の低い加算について、厚労省は▽患者の病態が算定要件となっている加算▽治療法が算定要件となっている加算▽制度が算定要件となっている加算—に分類した。

算定率の計算については「各入院基本料等加算が算定された回数」を分子とし「同加算が算定可能な入院基本料、特定入院料が算定された回数」を分母として計算しているため、分母を大きく見積もっている可能性が高いと指摘。各入院基本料等加算がターゲットとしている特定の病態や治療法、制度に対して、実際にどの程度算定されているかを計算するためには、分母となる病態や治療法などの実態を個別に調査する必要があると説明した。こうした対応は次々期改定に向けた課題になるとした。

●療養病棟療養環境加算は廃止の方向

また総会では、次期改定での対応策として「栄養管理実施加算」と「褥瘡患者管理加算」を入院基本料の要件として一体評価の中に含めるほか、「療養病棟療養環境加算」「診療所療養病床療養環境加算」については医療法上の要件を下回るものとして加算を廃止する方向性を提案した。

栄養管理実施加算の算定率は2008年が95.4%、10年が97.9%で、ほぼ98%に近い病院が算定している。褥瘡患者管理加算も10年の算定率が90%に上り、栄養管理実施加算と同様に多くの病院で算定している現状にある。このため診療報酬項目の簡素化の観点から、入院基本料、特定入院料の要件として一体的に評価するとした。

また、「療養病棟療養環境加算」「診療所療養病床療養環境加算」については、施設基準が医療法上の構造設備基準を一部下回っていることから、加算を廃止する方向を提案した。

厚労省案に対して加算の整理・統合を強く求めていた白川修二委員（健保連専務理事）は「事務局案におおむね賛成だが、次期改定での統合・整理が3項目にとどまったことは残念だ」と述べた。これに対して西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算を算定している医療機関数はどのくらいなのか。地域別も含めて提示してもらいたい」とし、医療法上の経過措置との関係などを精査した上で、慎重に判断する必要があると指摘した。（12/8MEDIFAXより）

急性期看護補助体制加算「25対1」創設へ／中医協総会

厚生労働省は12月7日の中医協総会に、次期診療報酬改定に向けて、看護職員の負担軽減と処遇改善に資する計画の策定を「急性期看護補助体制加算」の要件とすることを提案した。勤務医の負担軽減計画の「看護職員版」。同加算については、現行報酬体系の「50対1」「70対1」の配置を上回る「25対1」の創設も提案。各側委員から反対がなかったため、具体化に向けて要件などを詰めていく。病院勤務医の負担軽減策の追加提案もあり、おおむね了承された。次期改定での病院医療従事者の負担軽減策の大枠が固まった。

●「みなし看護補助者」は一定の適正化

急性期看護補助体制加算は、もともと病院勤務医の負担軽減の観点から「勤務医」が行っている業務の一部を「看護職員」に担ってもらうため、「看護職員」でなければならない業務に専念できるよう「看護補助者」の配置を評価するため2010年度改定で新設した。ただ、看護補助者の数を算出するに当たっては、入院基本料等の施設基準で必要な数を超えて配置している看護職員を看護補助者とみなして差し支えないことになっている（みなし看護補助者）。

厚労省は「より役割分担を進めていくには、みなし看護補助者ではなく、看護補助者を配置することに対する評価であることを明確にすることから、必要以上に看護職員を雇用しているみなし看護補助者については、適正化を進めさせてもらいたい」と提案。反対意見はなかった。このほか、夜間看護補助者の配置も評価するとした。

●医師事務作業補助体制加算100対1は廃止へ

一方、病院勤務医の負担軽減に向けて厚労省は、「医師事務作業補助体制加算」について、医療現場の意向を踏まえ「50対1から25対1までの評価を刻む」とする一方で、算定割合が低い「100対1」の廃止と、「75対1」の適正化を進めることを提案した。

また、一定以上医師が配置されている小児、産科、救急関係の入院料（救命救急入院料など）では、交代勤務制の導入を検討事項に挙げたほか、当直後の予定手術に対する配慮も、勤務医の負担軽減計画の項目の一つとすることを提案した。これまで負担軽減計画で任意項目となっていた医師・看護師等の業務分担などについても、必須事項として記載を義務付けることも提案。了承された。

今回の提案に対して西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「医師事務作業補助体制加算100対1を廃止し、75対1の点数を引き下げるのであれば、50対1についても中小病院が算定できるよう年間の緊急入院患者数などを配慮すべきだ」と述べ、新たに療養病棟や精神科病棟でも算定できるよう対象を拡大すべきと指摘した。

看護師の負担軽減の必要性が診療報酬の中で明確化されることについては、福井トシ子専門委員（日本看護協会常任理事）が「次期改定は、この方向で賛同する」とし、今後も継続して検討するよう求めた。（12/8MEDIFAXより）

早期リハビリに重点評価／中医協総会

厚生労働省は12月7日の中医協総会に、2012年度診療報酬改定で発症や手術後、より早い段階からのリハビリテーション開始を重点的に評価する案を示した。早期からのリハビリ提供を評価する現行の「早期リハビリテーション加算」について、発症か術後14日目を区切りに段階的な評価に見直す。厚労省の提案に対し、委員から大きな異論はなかった。

厚労省によると、発症後1～2週間の超早期リハビリの介入効果は大きく、急性期病棟の病室等でリハビリが提供されている。現在、同加算では発症か

手術後45日以内のリハビリ提供を一律45点（1単位につき）で評価しているが、厚労省は、14日目までの評価をより手厚く見直すことを提案。相対的に15～45日目までの評価を低くし、全体を調整するとした。

回復期リハビリテーション病棟については、手厚い人員配置などの充実した体制で、より重症な患者らを受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分に行っている場合の評価も提案。

医療から介護への移行をめぐることは、運動器リハビリや脳血管疾患等リハビリについて、標準的算定日数を過ぎた後も医療保険で維持期リハビリを実施する場合は維持期としてふさわしい評価とし、介護保険でのリハビリの充実状況を踏まえながら必要性を検討していくとした。

●外来リハビリ、医師の診察頻度で緩和案

現在、外来リハビリではリハビリ提供時の医師の診察が必須となっているが、厚労省が示したデータによると、専門医が毎回ではなく一定頻度の診察でリハビリ効果を評価できると考える患者は約9割を占めるという。厚労省は、患者の状態が安定している場合、医師の包括的な指示の下、リハビリスタッフがリハビリを提供し、医師が毎回は診察せずにカンファレンスなどでリハビリ効果や進捗状況を確認できるようにする案を提示。委員からは「選択制で選べるようにして、評価も平等になるようにしてほしい」鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）との声が上がった。（12/8MEDIFAXより）

薬剤師の病棟業務の評価、大筋了承／中医協

厚生労働省は12月7日の中医協総会に、2012年度診療報酬改定で、病棟に従事する薬剤師が勤務医などの負担軽減のほか、医療安全や薬物治療の質向上、薬剤費削減などにつながる業務を行った場合に診療報酬上評価することを提案し、大筋了承された。今後、具体的な算定要件について議論していく。

厚労省は、勤務医などの負担軽減策についての結果検証特別調査で、現在、薬剤師が病棟での業務を行っている施設が半数に満たず、行っている施設でも病棟での業務従事時間は多くの病棟で週8時間未満との結果を提示。薬剤師が十分に活用されていないとした。

一方、薬剤師を病棟での業務に従事させることで、勤務医と看護職員の負担軽減につながったとの調査結果のほか、持参薬の鑑別業務が医療安全や薬剤費

の節減などでも一定のメリットがあったとの結果を提示。病棟に一定以上従事する薬剤師が、勤務医などの負担軽減のほか、医療安全や薬物療法の質の向上、薬剤費の節減などにつながる業務を行った場合、診療報酬上評価することを提案した。

総会で、診療側の三浦洋嗣委員（日本薬剤師会常務理事）は「一定時間、薬剤師が病棟にいることでチーム医療が推進できる」と強調。支払い側の花井十伍委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）も「薬剤師が病棟にいるメリットは計り知れない。ぜひ、この件については積極的に考えていただきたい」と述べた。

一方、診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、薬剤師の病棟配置の重要性は認識しているとした上で、「（病棟での業務従事時間ではなく）業務内容を中心に（算定要件を）考えてほしい」と要望。こうした意見を踏まえて、中医協で算定要件について検討していく。（12/9MEDIFAXより）

次期改定へ機能評価係数Ⅱの分科会案まとめる／DPC分科会

中医協・DPC評価分科会（分科会長＝小山信彌・東邦大医学部教授）は12月9日、次期診療報酬改定に向け、地域医療への貢献などを評価する「地域医療指数」を含む既存6項目の機能評価係数Ⅱの見直しに関する分科会案をまとめた。12月14日の次回分科会では、中医協総会への中間報告の文案について議論する方針だ。

提案では、機能評価係数Ⅱの中で「地域医療指数」については、次期改定で地域医療計画等での一定の役割を10項目で評価する。これによって病院群の役割や機能の違いに着目した機能分化を促進する仕組みが導入される。例えば「脳卒中地域連携」の項目については、大学病院本院群、高診療密度病院群では「地域連携診療計画管理料を算定した患者数」と「医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例えば脳梗塞など）の患者数」の比率で実績評価することを提案。その他病院群では「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）」または「地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」を算定している患者数と医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例えば脳梗塞など）の患者数の比率で実績評価。大学病院本院群、高診療密度病院群に連携計画管理の役割をより重点的に求めている。

「救急医療」の項目では、大学病院本院群、高診療

密度病院群では救命救急センターの指定を重点的に評価する。その他病院群は、2次救急医療機関で病院群輪番制に参加している病院などを評価し機能分化と連携を評価している。こうして10項目の実績評価を積み上げ、7ポイントを上限として評価する。

地域医療指数の中に新設する「定量評価」は、所属医療圏で発生した患者数に占める自院患者数の比率で評価する。大学病院本院群と高診療密度病院群では、所属地域での患者数とその3次医療圏で発生する患者数の比率で評価する。DPC対象病院に入院した患者のうち、小児（15歳未満）と15歳以上に分けて評価する。

地域医療指数に投入される財源は、体制評価に2分の1、定量評価の15歳未満と15歳以上にそれぞれ4分の1ずつ配分する予定だ。

これらの提案に対して榎村暢一委員（手稲溪仁会病院副院長）は、「脳卒中地域連携」などについて「（大学病院本院群、高診療密度病院群で）地域連携診療計画管理料を算定していること自体はポイント評価にしないのか」と質問。厚生労働省は「連携体制については施設基準だけでは評価しない」と回答した。

一方、三上裕司委員（日本医師会常任理事）は、高診療密度病院群の実績要件である「医師研修機能」「高度な医療技術の実施」「重症者診療機能」の3要件の中で、医師の初期研修機能について「福島県で初期研修医の受け入れが減少しており、配慮してもらいたい」と要望した。厚労省保険局医療課の迫井正深企画官は「東日本大震災の影響への一定の配慮をすべきことは認識している。基準自体の緩和を図ることは、なかなかないのではないか」との感触を示した。（12/12MEDIFAXより）

後発品促進で「環境整備の骨子案」了承／中医協総会

中医協は12月14日の総会で、後発医薬品の使用促進を図る「環境整備の骨子案」を了承した。11月30日の中医協総会で厚生労働省が提示した後発品の使用促進策を文章化したもので、処方箋様式の見直しや一般名処方の推進、医療機関が後発品を積極的に使用するための体制評価などが柱。厚労省は年明け以降、制度設計の細部を詰めて提示する。

●変更の可否、医薬品ごとに明示

処方箋様式は、現行の「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄を廃止し、医薬品ごとに

変更してよいかどうかを明示することにした。厚生省は新たな処方箋様式のイメージ図を例示。「個々の処方薬について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には『変更不可』欄に『×』を記載し、『保険医署名』欄に署名または記名・押印すること」と記載されていたが、「×」を書き込む枠は作られていなかった。このため鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「枠を作らなければ混乱する」と指摘。吉田易範薬剤管理官も「具体的な記載方法はまた相談したい」と応じた。

一般名処方を行った場合の処方箋料の算定は、同一成分の医薬品のうち最も薬価が低いもので計算することとした。安達秀樹委員（京都府医師会副会長）が、改定直後などでも最低薬価の医薬品をすぐに打ち出せるのかとレセプトシステム上の課題を指摘すると、吉田薬剤管理官は「医療機関やレセコン企業と相談したい」と答えた。また、白川修二委員（健保連専務理事）は、一般名処方の推進に賛成した上で「療養担当規則に具体的な記載の提案がほしい」と要望した。

医療機関が採用している後発品の品目数の割合が20%以上の場合に評価する「後発医薬品使用体制加算」は、新たに採用比率「30%以上」を加え、2段階で評価することにした。

一方、薬局の「後発医薬品調剤体制加算」は、算定要件である後発品調剤率を、20%以上から22%以上に、25%以上は30%以上に、30%以上は35%以上にハードルを上げる。また、後発品が存在しない漢方製剤と生薬は、後発品調剤率を算出する際に分母から外し、対象外とする。白川委員は「2年後に費用対効果を再検討すべき」と指摘した。

患者向けの情報提供ツールとしては、薬局が手渡す「薬剤情報提供文書」を活用して、後発品の価格や在庫情報、そもそも後発品があるかどうかなどを患者に伝える。薬学管理料の中で評価する。

また、先発品と後発品の賦形剤が異なることなどへの科学的な見解を厚生省や医薬品医療機器総合機構などでまとめ、医療関係者や国民に情報提供することも盛り込んだ。（12/15MEDIFAXより）

次期改定へ検討結果取りまとめ／DPC分科会、12月21日の総会に提示

中医協・DPC評価分科会（分科会長＝小山信彌・東邦大医学部教授）は12月14日、基礎係数設定のための医療機関群を3群に分類することなどを盛り込

んだ2012年度診療報酬改定に向けたDPC／PDPS制度の検討結果をまとめた。12月21日の中医協総会に報告する。12年度改定に関する分科会での協議は終了し、議論は中医協総会に移る。厚生労働省は、12月21日の中医協総会に▽基礎係数設定のための医療機関群の具体化▽機能評価係数Ⅰ・Ⅱの見直しなどの具体化▽算定ルール等の見直し—についての対応案をまとめ、小山分科会長が報告する。

基礎係数設定のための医療機関群は「大学病院本院群」「高診療密度病院群（仮）」「その他急性期病院群」の3群案が、11月18日の中医協総会ですでに了承されていることから、12月21日の総会報告でも医療機関群の3群案を前提とした最終的な整理を示す。

分科会では、12年度改定で対応する機能評価係数Ⅰと同Ⅱについて議論した。機能評価係数Ⅰについては、現行の入院基本料等加算に「地域加算」「離島加算」を追加することを了承。機能評価係数Ⅱについては、機能分化と連携を重視した仕組みづくりの観点から、全医療機関共通の「データ提出係数」と「効率性係数」の2項目と、医療機関群ごとに設定する「複雑性係数」「カバー率係数」「救急医療係数」「地域医療係数」の4項目の検討内容を提示する。

大学病院本院群と高診療密度病院群については外来診療データの提出を必須とするが、その他急性期病院群は任意とする一方、データ提出係数で何らかのインセンティブを付けるよう提案する。これによってDPC調査を通じて入院・外来情報を一体的に把握することが可能になる。

一方、次期改定に向けたDPC／PDPS算定ルールについては、特定入院期間以降に化学療法を実施した場合も「化学療法あり」の診断群分類となり、化学療法に関わる薬剤費がすでに包括点数で評価されているにもかかわらず出来高算定で薬剤費請求する事例が出ていることや、亜急性期入院医療管理料などの特定入院料の取り扱いルールなど、中医協総会で協議すべき事項も書き込む。

さらに、同分科会は「DPCの請求ルールを現行の月単位から、入院から退院までの一連の1入院単位で請求する手法」について、中長期的課題として提示する。厚生省は12年度改定で現行の1カ月当たり請求方式を変更することを提案しているわけではないとした。（12/15MEDIFAXより）

外来機能分化促進へ総合診療医が必要／中医協・支払い側

中医協の支払い側（1号側）と診療側（2号側）は、12月21日の中医協総会に2012年度診療報酬改定に向け改定の具体的項目に対する意見をそれぞれ提示した。改定に対する意見は、例年の改定時でも各側が提示しており、具体的な議論は、年明けの総会でされる。

支払い側の意見は白川修二委員（健保連専務理事）が説明した。慢性期入院医療については、医療区分・ADL区分の低い区分（いわゆる医療区分1）の報酬の減額を挙げ、療養病棟入院基本料の適正化を行うべきと打ち出した。診療側は引き上げを求めており、全く反対の提案となっている。

外来医療の機能分化を推進させるためには、患者を総合的かつ計画的に診る医師「総合診療医」の育成が必要で、診療報酬の評価についても検討を開始すべきとの方向も示すなど、病院・診療所の機能・役割分担と財源配分の見直しを進める提案をしている。

一般病床での90日以上長期入院患者の評価は、13対1、15対1入院基本料について「特定除外項目」の内容を見直すとともに運用を是正すべきとした。すでに厚生労働省が提案しているように「療養病床と同様の包括評価に改める」「平均在院日数の計算対象に加える」などの見直しを行うべきとした。その際、長期入院患者の包括評価の在り方については、療養病床の包括評価と同基準とすることを検討すべきとした。

亜急性期入院医療管理料については、回復期リハビリテーション病棟との関係を整理し、管理料の適正化を行うことが必要とした。厚生労働省がすでに見直し案を提示しており、支払い側は次期改定での実現を求めている。

医療資源が限られた地域の病院に対する手当は、補助金などで対応することを基本とし、診療報酬上の評価の在り方については、患者負担を考慮し、慎重に検討すべきとクギをさした。すでに地域特性については厚生労働省案が提示されているが、実施する場合でも、診療報酬上の要件緩和の対象となる地域を限定すべきとしている。

●複数科受診には慎重論

一方、外来診療での同一医療機関（病院）の複数科受診では、2つ目の初診料が算定できる取り扱いに加えて、再診料にも拡大することについては慎重に検討すべきとしている。複数科受診の評価につい

ては、診療側の病院団体が強く求めている要望項目だが、支払い側が異を唱えた格好だ。

さらに、支払い側は特定機能病院と500床以上の病院の外来医療の縮小は、外来医療の機能分化と勤務医の負担軽減の観点から必要と主張。厚生労働省が提案している紹介状のない患者に対する選定療養費については、患者の受療行動が変化するかどうかは不明確で、影響を検証すべきとしている。

診療所の外来では、地域医療貢献加算について、休日・夜間での病院勤務医の負担軽減に確実につながるよう促進すべきとの方向を提示しているが、外来管理加算については、診療科間で算定状況が異なることを配慮しつつ、「適正化を前提に」検討すべきとした。（12/22MEDIFAXより）

次期薬価改革の骨子了承、長期品等の引き下げが決定／中医協

厚生労働省は12月21日の中医協薬価専門部会に、次期薬価制度改革の骨子案を提示、了承された。骨子では後発医薬品の使用が政府目標と比べ遅れている分を一定程度埋め合わせる必要があるなどとして、「長期収載品等の薬価を一定程度下げる」と明記。部会終了後の総会でも了承されたため、長期収載品等の追加引き下げの実施が決定した。引き下げ率や捻出する薬剤費削減額は厚生、財務両省の大臣折衝で決まる見通し。

骨子の内容は前回12月16日の部会で了承された骨子（たたき台）とほぼ同じだが、前回部会で診療側や支払い側委員から上がった意見を踏まえ表現を若干修正している。

修正点は2カ所。そのうち長期収載品等の引き下げに関する項目では、後発品使用の遅れの責任が製薬企業だけにあるような表現になっているとの指摘などを踏まえ、「使用促進は医薬品業界はもとより行政、医療関係者など国全体で取り組むべき課題だが政府目標に達していない。使用促進は医療費の効率化に有益であることを考慮し、新薬創出加算の議論とは別に製薬業界の負担分として長期収載品等の薬価を一定程度引き下げる」などと修正した。

厚生労働省保険局の吉田易範薬剤管理官は、「製薬企業の負担分」という表現を残した理由について、「後発品使用が目標に達していない分について、全部ではなくその一部を企業に協力してもらうということを明確化するためあえて残した」と説明した。（12/22MEDIFAXより）

12年度医療材料制度改革骨子案を了承／中医協総会

中医協は12月21日の総会で、2012年度保険医療材料制度改革の骨子案を了承した。外国価格参照制度対象国へのオーストラリアの追加や、急激な為替変動に配慮し、外国価格参照制度に基づく再算定で一定の対応を行うことなどを盛り込んでいる。骨子案はすでに中医協・保険医療材料専門部会が了承しており、総会提出の際には、同専門部会委員の意見を踏まえて若干の修正が加わった。

（12/22MEDIFAXより）

再診料・外来管理加算めぐり攻防は／中医協、年明けから具体論

2012年度診療報酬改定に向けて改定率が決定し、年明け以降の中医協での具体的な配分の議論を待つばかりとなった。厚生労働省は年明けの中医協総会に、改定の骨格となる項目案を提示するほか、診療側と支払い側が12月21日の総会にそれぞれ提示した「意見」についての議論を進める。各側の意見に一致点はあるものの、溝のある項目もある。ここ数回の改定論議で終盤戦に必ず争点となってきた再診料については、診療所・中小病院の再診料の水準を以前の診療所の水準に戻すよう求める診療側と、阻止したい支払い側のつばぜり合いが想定される。

診療側の「意見」では、再診料の引き上げのほか、199床までの再診料と200床以上の外来診療料を同一化して外来診療料の検査・処置などの包括化をやめ、出来高算定できるよう求めている。地域医療貢献加算については、要件を分かりやすく見直すことを挙げた。

一方、支払い側の「意見」では、再診料そのものについて言及はないが、再診料の加算である外来管理加算について「診療科間で算定状況が異なることに配慮しつつ、適正化を前提にその在り方を検討すべき」としており、再診料は「適正化」を求める対象となっている。ただ、地域医療貢献加算については「休日・夜間における病院勤務医の負担軽減に確実につながるよう促進すべき」としており、貢献加算をめぐっては促進という点で各側が一致している。

●他医療機関受診の「緩和」は透析などに範囲限定も

一般病棟の長期入院患者については、支払い側が一般病棟13対1・15対1の90日超の入院患者以上に對して▽療養病床と同様の包括評価に改める▽平均

在院日数の計算対象に加える—などの見直しを求めている。これに対して診療側は「特定除外問題」には言及せず、一般病棟15対1入院基本料を最低でも10年度改定で引き下げられる前の点数に回復させるべきとしている。

入院患者が他医療機関を受診した際の減算措置については支払い側が、現行の措置を基本とし、人工透析などやむを得ない場合に限り減算を緩和すべきと指摘。これに対して診療側は、入院元・受診先をそれぞれ適切に評価することを求めているが、次期改定では、精神病床に入院中の患者などについて透析など限定的な範囲で減算の緩和が図られる可能性が強くなっている。

次期改定で重点課題の一つとなる在宅医療については、支払い側が在宅医療に特化した医療機関の在り方や、在宅医療の地域間格差の是正と報酬の在り方を検討すべきと提示。診療側も、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院とそれ以外の在宅点数の格差是正を挙げており、点数の見直しを進める方向では一致している。

さらに診療側は、院内感染対策や院内トラブルに対応する医療専門職の評価なども盛り込んだ。厚労省は、医療安全対策加算の一環として位置付けられている感染防止対策加算を独立させる方向を提案している。（12/27MEDIFAXより）

国 保

市町村国保の都道府県単位化で法案提出へ／4閣僚と与党

藤村修官房長官、川端達夫総務相、安住淳財務相、小宮山洋子厚生労働相の4大臣は12月20日、市町村国保の都道府県単位化を円滑に進めるための国民健康保険法改正案を2012年の通常国会に提出することで合意した。社会保障・税一体改革への対応で、開かれた「国と地方の協議の場」の結果を踏まえて、前原誠司政策調査会長も含めて合意内容を確認した。

市町村国保の都道府県単位化では、レセプト1件80万円以上の高額医療費を保険者共同で負担する「高額医療費共同事業」と、レセプト1件30万～80万円の医療費を保険者で共同負担する「保険財政共同安定化事業」の既存制度を活用する。この2事業はいずれも10年度から13年度までの暫定措置だが、これを15年度に恒久化する。さらに、共同事業の対象

となる医療費を現在の30万円から1円以上に引き下げることで全てのレセプトを対象とし、実質的に保険者財政運営の都道府県単位化を図る。

また、都道府県調整交付金を現在の7%から9%へ2%ポイント引き上げる。都道府県の調整財源が増えれば、損をする保険者に補てんしやすくなり、都道府県単位化が進むようになる。

●特定疾患治療研究の地方超過負担も解消

また4閣僚は、年少扶養控除の廃止に伴う地方税増収分の一部を特定疾患治療研究事業の財源に充てることでも合意した。難病患者の医療費を助成する特定疾患治療研究事業は、予算の範囲内で国が事業費の2分の1を補助することになっている。11年度は、特定疾患治療研究事業費1200億円のうち、2分の1に当たる600億円が国庫補助となるが、実際の国庫補助額は280億円（交付率46.7%）で、必要な補助額を満たしていなかった。このため事業費の都道府県の超過負担が続いており、政府と地方の代表が協議する「国と地方の協議の場」でも、全国知事会や地方公共団体から地方超過負担の解消を求める声が上がっていた。

このため12年度の暫定的措置として、年少扶養控除の廃止に伴う地方税増収分の一部269億円を同事業の財源に充て、都道府県の超過負担解消を図る。この問題の早期の解消を目指すことも4大臣合意文書に明記した。（12/22MEDIFAXより）

提供体制

「流出型」は隣接医療圏と一体化を／医療計画検討会、作成指針で方向性

2013年度から5疾病5事業として実施する新たな医療計画に向け、人口がおおむね20万人未満で患者流出率が高い2次医療圏を流出先と一体化するなど厚生労働省が都道府県に提示する作成指針の方向性が固まった。「医療計画の見直し等に関する検討会」（座長＝武藤正樹・国際医療福祉大学大学院教授）は12月7日、厚労省が示した見直しの方向性を審議し大筋で了承した。厚労省は5疾病目として新たに加わる「精神疾患」の指標案も提示。日本精神科病院協会副会長の長瀬輝誼構成員は「とてもよくできている」と絶賛した。

厚労省医政局指導課医師確保等地域医療対策室は▽2次医療圏設定の見直し▽疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進▽在宅医療（居宅医療）の充実・

強化▽精神疾患の医療体制構築—について見直しの方向性を示した。

2次医療圏の見直しでは、人口がおおむね20万人未満で「流出患者率20%以上」「流入患者率20%未満」の医療圏を「流出型医療圏」とする目安を示し、医療需給状況を踏まえた上で入院医療について隣接医療圏との一体化を検討する必要性を示した。10年4月現在で349圏域ある2次医療圏のうち、流出型医療圏は87圏域（被災3県12圏域）あることも示した。医療圏は1988年には345圏域が設定されており、20年以上ほとんど増減がない。

今回の見直しでは、医療計画で設定した数値目標の達成度を高めるため、PDCAサイクルが機能する仕組みを導入する。都道府県では、定期的な評価を行う組織（医療審議会など）やその評価時期を医療計画に明記して年次推移を評価するとともに、評価結果を公表することになる。数値目標を定める指標については「必須指標（公的統計などで入手できる指標）」「推奨指標（独自調査などで入手できる指標）」に整理するとともに、学会・団体の要望による追加指標についても検討した。

会合では精神疾患を含む5疾病5事業と在宅医療の指標案も示した。（12/8MEDIFAXより）

「急性期病床群」、制度化へ作業グループ／社保審・医療部会で設置合意

厚生労働省の社会保障審議会・医療部会（部会長＝齋藤英彦・国立病院機構名古屋医療センター名誉院長）は12月8日、厚労省が制度化を提案している「急性期病床群（仮称）」認定制度に関して新たな作業グループを設置することで合意した。厚労省は2012年の通常国会に提出する医療法改正法案に制度化を盛り込みたいと考えて、作業グループの11年内設置を目指して調整する。一体改革や次期診療報酬改定に向けた部会としての意見の取りまとめについても引き続き議論した。

会合では「急性期病床群」について3度目の審議を行い、新たに作業グループを設置して集中的に議論を進めることが決まった。齋藤部会長は作業グループ設置について「連携の強化や機能分化を含め、急性期医療への人的資源の集中を図るための具体的方策について議論を進める」と述べた。新たな病床概念については国民や患者の理解を得る必要があるとして、作業グループには地域住民を代表する委員を参加させる考えを示した。委員の人選は部会長が

行う。

作業グループ設置では合意を得たが、急性期病床群認定制度については会合でも医療提供側の委員から注文が相次いだ。

日野頌三委員（日本医療法人協会会長）は一般病床で7対1入院基本料を算定する病棟が過剰になっていると指摘し、診療報酬財源や医療提供体制の観点から一定の制限が必要ではないかとした。西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）も「7対1」の導入で地方の看護師が大都市へ流出したと述べ、検討会では地方での病床区分の在り方について議論するよう求めた。相澤孝夫委員（日本病院会副会長）は認定制度は患者側から見た病院像にも影響するとの見方を示し、認定単位とされる「病棟」だけではなく病院全体をどうするかの議論も必要と指摘した。患者の受療行動の在り方について議論が必要との意見も上がった。

部会では、11年内最後となる12月22日での意見取りまとめに向けて、引き続き事務局がまとめた「医療提供体制の改革に関する意見案」について審議した。病床区分の在り方については、審議した急性期病床群を含む病床の機能分化・強化などを盛り込むとともに、特定機能病院や地域医療支援病院の在り方、臨床研究中核病院（仮称）の創設などについても審議した。（12/9MEDIFAXより）

臨床研究中核病院を法制化、改革意見案に明記／医療部会

厚生労働省は、12月8日の社会保障審議会・医療部会に「医療提供体制の改革に関する意見（案）」を示した。意見案には「臨床研究中核病院（仮称）」を法制上位置付けることや、24時間体制で在宅医療ニーズに対応するため医師、歯科医師、薬剤師、看護師など多職種で連携を図ることなどが盛り込まれ、異論は出なかった。2011年内に再度部会を開いて意見を取りまとめ、12年の通常国会に提出する医療法の改正案に反映させる。

意見案では臨床研究中核病院について、医薬品、医療機器などの研究開発を推進し、医療の質の向上につなげる拠点として創設すべきであり、法制上位置付けることなどについて前向きに検討すべきとしている。

厚労省は11月17日の医療部会で、臨床研究中核病院を医療法に位置付けることを提案している。（12/12MEDIFAXより）

医療計画見直しで報告書を了承／厚労省、作成指針を2月に通知

厚生労働省の「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）は12月16日、2010年12月以来の議論をまとめた報告書「医療計画の見直しについて」を大筋で了承した。報告書は、22日の社会保障審議会・医療部会に提出する。厚労省は医療部会での議論を踏まえ、会合で示した「医療計画作成指針」案に基づいて作成指針改定や省令改正を行う。作成指針は医政局長通知・指導課長通知として12年2月をめどに発出する。

報告書では医療計画の実効性向上を目指し▽2次医療圏の設定▽疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進▽在宅医療体制の充実・強化▽精神疾患医療体制の構築▽医療従事者確保の取り組み▽災害時医療体制の見直し—の6項目について検討会の考え方をまとめた。

今回の見直しにより、13年度から始まる都道府県の新たな医療計画は、現行の4疾病5事業に精神疾患を加えた5疾病5事業となる。在宅医療については医療法改正により在宅医療を担う医療機関の役割を充実・強化し、退院支援や療養支援、急変時対応、看取りが円滑に実施できる体制を整備する方向だ。

2次医療圏の設定についても医療の需給状況や患者の疾病構造といった変化に対応するため、入院患者の流出率・流入率に着目した必要な見直しを都道府県に求める。また、都道府県の医療審議会による1年ごとの評価などを通じてPDCAサイクルを推進することで、目標達成に向けて実効性を伴った医療計画へと一新することにも踏み込んだ。

●「在宅医療連携病院（診療所）」法制化を提案／厚労省

最終会合となった検討会では、精神疾患・在宅医療の各指針骨子について議論した。在宅医療については「在宅医療連携拠点（連携拠点）」や「在宅医療連携病院（連携病院）」「在宅医療連携診療所（連携診療所）」を医療法で法制化し、医療計画で整備する方向性を示した。出席委員からは診療報酬上の「在宅療養支援病院（在支病）」「在宅療養支援診療所（在支診）」とどこが違うのかとの質問が相次いだ。

連携拠点は、地域の実情に応じて病院・診療所・訪問看護ステーション・関係団体（地域医師会など）・保健所・市町村などが主体となる在宅医療の連携拠点で、厚労省では11年度の新規事業としてモデル事業を展開している。医政局指導課の井上誠一課長は

整備イメージを「普通の大きさの市町村で1カ所程度」と説明した。

連携病院・連携診療所は、在宅医療を提供する無床の一人医師診療所を支援することなどを想定した医療機能で、井上課長は現在検討中としながらも▽24時間体制を整えるなど自らも在宅医療を提供するとともに、在宅医療を担う他の医療機関を支援する▽介護する家族への支援を行う▽地域での多職種協働を支援する▽在宅医療を担う人材を育成する—といった要件を示した。（12/19MEDIFAXより）

法制化で診療報酬の評価も視野／急性期病床群WGが初会合

急性期医療への人的資源の集中投入に向けて厚生労働省が医療法での位置付けによる認定制度創設を目指す「急性期病床群（仮称）」について、社会保障審議会・医療部会に設置した「急性期医療に関する作業グループ」（座長＝田中滋・慶応大経営大学院教授）の初会合が12月22日、厚労省内で開かれた。出席した構成員からは「急性期」の定義に共通認識がないとの指摘や、現行の一般病床の中で急性期病床群を区分することが本当に国民のためになるのかといった厚労省案への疑問点が示される一方で、急性期医療への人的資源の投入や患者の受診動向の改善につながるとして評価する意見も上がった。厚労省は急性期病床群認定制度を盛り込んだ医療法改正法案を年明けの通常国会に提出する考えで、2012年1月6日の次回会合を含めて数回の会合を開き、意見を取りまとめた考え。

認定制度創設について厚労省は、急性期医療を担う急性期病床群の機能が明確になるため、国民・患者に医療機関の機能の一部が「見える化」とされたと説明。医療法で位置付ける効果については、診療報酬だけでは十分に対応できない「機能の見える化」「医療計画の推進」が図られるとした。「見える化」では、医療機関が地域の中で担うべき機能を自ら確認・点検することで、医療の質の向上が期待できると説明した。医療計画との関係では、都道府県が認定に関与することで、急性期医療の実態に即した医療計画の策定が期待できるとした。

法制化の必要性についての質問に対し、医政局総務課の池永敏康課長は「医療法は診療報酬を決める上での大きな土台となる法律だ」として将来的な診療報酬上の評価を示唆した上で、診療報酬の算定要件のような細部にわたる基準を定めなくても医療

法で急性期病床群の方向性を示すことは不可欠との考えを述べた。地方で構築された急性期医療から慢性期医療・在宅医療へとつながる医療提供体制が急性期病床群の創設で破壊されるのではないかと懸念に対しては、地方の状況に配慮した制度設計を行う考えを示した。

認定要件には、人員配置基準・構造設備基準・平均在院日数をベースに機能要件を追加するとし、機能要件ではこれまでの説明の通り▽患者の入院経路▽処置内容（手術など）▽疾病・病態—の3要件のうちいずれかを満たすことが必要になると説明した。

認定病院には後方支援部門の設置による退院調整・退院支援を求める考えも示した。（12/26MEDIFAXより）

「公的な認証含めた仕組み」で決着／看護師特定認証で医療部会

社会保障審議会・医療部会（部会長＝齋藤英彦・国立病院機構名古屋医療センター名誉院長）は12月22日、医療部会としての取りまとめである「医療提供体制の改革に関する意見（案）」（改革意見案）について前回に引き続き議論した。看護師特定能力認証制度の「公的認証」をめぐり、削除あるいは大幅な修正を求める委員と、厚生労働省案を支持する委員の間で意見が対立した。協議の結果、今後も継続的な議論が必要との考え方を改革意見案に盛り込む一方で、「公的認証」については「公的な認証を含めた仕組み」との表現に変更するなど、公的な認証を幅広く捉えることができるよう修正する方向で決着した。

医政局医事課は今後、齋藤部会長と相談の上、最終的な修正案を決定するとしている。医療計画の見直しに関する報告についても了承した。

看護師特定能力認証制度は、看護師が実施する上で高度な知識や判断が必要な一定の医行為を「特定行為」として明確化し、教育研修を受け、厚生労働大臣による認証を受けた看護師は「医師の包括的な指示」の下で特定行為を実施することができる仕組み。業務独占・名称独占ではなく、一般の看護師であっても「医師の具体的な指示」と安全管理体制があれば「特定行為」の実施が可能だ。厚労省は保健師助産師看護師法の改正を目指している。

医療部会では、認証制度を議論してきた「チーム医療推進会議」の座長である永井良三委員（東京大

大学院医学系研究科教授）に対し、中川俊男委員（日本医師会副会長）が「なぜ（一般の看護師に対する）具体的指示では駄目なのか。（看護師特定能力認証制度を）国民、患者が本当に望んでいるのか」と説明を求めたことを皮切りに議論が始まった。永井委員はこれまでの検討経緯を含めて説明したが、看護師への「具体的指示」以上に「包括的指示」が持つ重みや、認証制度の必要性について、中川委員らは納得しなかった。

西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）も、認証制度が看護師全体の質の底上げにつながるのか、医療の質的向上につながるのかなど、議論すべき課題は多いと指摘。相澤孝夫委員（日本病院会副会長）は「（認証看護師の）一定以上の能力の範囲が不明瞭な中で公的な認証を決めるのは問題ではないか。将来的な方向性としては理解できることから、議論の余地を残すようにしてはどうか」と提案した。

これに対して患者の立場から海辺陽子委員（NPO法人がんと共に生きる会副理事長）は、現在の医療は不透明であり国民に分かりやすい形で医療が提供されるべきとして、認証制度の具体化と推進を求めた。「患者たちは、きちんと説明がなされれば、認証看護師とそれ以外の看護師を区別するようなことはしない」とも語り、一歩ずつ制度化を進めるよう求めた。

中川委員は、患者に分かりやすい医療の提供は大事であり、その意味からも特定行為自体が明確になっていない中での結論は拙速だと指摘した。（12/26MEDIFAXより）

審査・指導・監査

12年3月から突合点検・縦覧点検開始／支払基金

社会保険診療報酬支払基金は12月9日、2012年3月審査分から支払基金の原審査段階での診療レセプトと調剤レセプトとの「突合点検」、複数月の「縦覧点検」を開始すると発表した。当初は11年1月に取りまとめた社会保険診療報酬支払基金サービス向上計画に基づいて4月からの開始を予定していたが、東日本大震災発生に伴って開始時期を延期していた。支払基金では突合点検の実施方法についての関係者間協議が調ったとして、12年3月審査分（同2月診療分）から突合点検・縦覧点検を実施することを決めた。

突合点検は処方せんを発行した病院・診療所からの医科・歯科レセプトと、調剤を行った薬局からの調剤レセプトとを患者単位で照合する審査で、縦覧点検は同一医療機関が同一患者について月単位で提出したレセプトを複数月にわたって照合する審査となる。

紙レセプトの場合、毎月医療機関から提出されたレセプトは支払基金で審査し、保険者に送付するため、一定の条件で抽出したり、データを蓄積したりすることが困難だった。このため支払基金での原審査は単月点検のみとなり、突合点検・縦覧点検は保険者の申し出や再審査請求に委ねられてきた。一方、電子レセプトでは抽出・データ蓄積が容易なため、支払基金での原審査の段階で単月点検だけでなく、突合点検・縦覧点検が可能となった。

現在の突合点検は保険者が医療機関のレセプト点数に関係なく、調剤レセプトが1500点を超えた場合に実施しているが、厚労省によると3月審査分からは審査支払機関が調剤レセプト点数に関係なく突合点検を行う予定だ。

震災被災地での実施については当面、6カ月間猶予する方針（12月20日発表）。

1月のサービス向上計画で支払基金は、突合点検・縦覧点検の査定件数・査定点数について点検力が高い保険者並み（査定実績で上位3割）を目指すとし、15年度の突合点検では原審査請求1万件当たり査定100件程度、同1万点当たり査定12点程度とする数値目標を立てた。同様に縦覧点検についても同1万件当たり査定35件程度、同1万点当たり査定5点程度とする目標を示した。（12/12MEDIFAXより）

10年度確定返還金額は43.4億円／指導・監査実施状況

厚生労働省保険局は12月22日、保険医療機関などに対する指導・監査の2010年度実施状況を発表した。10年度に医療機関などから返還を求めた額は、前年度から約13億円増の約43億4000万円だった。

指導・監査の実施件数は、個別指導が4061件（前年度比395件増）、監査が159件（同74件増）。医療機関などの指定取り消しは11件（同同数）で、指定取り消し相当は11件（同6件増）だった。保険医などの登録取り消しは13人（同2人減）、登録取り消し相当は7人（同6人増）だった。

厚労省は、医療機関などの指定取り消し処分（指定取り消し相当を含む）の原因について「不正請求

（架空請求、付増請求、振替請求、二重請求）がそのほとんどを占めている」と指摘している。

●診療報酬不正請求など

厚労省が公表した監査結果の具体事例によると、福井県の岩堀病院は、一般病棟入院基本料（15対1）の施設基準である看護職員1人当たりの月平均夜勤時間が72時間以下という要件を満たしていないにもかかわらず、虚偽の届け出を行い、一般病棟入院基本料（15対1）を算定し診療報酬を不正に請求していたという。保険医療機関の指定取り消しとなった。返還金額は1億3340万6000円。

静岡県の旭日小児科医院は、実際には行っていない保険診療を行ったものとして、診療報酬を不正に請求。保険医療機関の指定取り消しと、保険医の登録取り消しとなった。返還金額は5301万3000円。（12/26MEDIFAXより）

経 営

11年度は収支悪化、震災の影響などで／全日病・病院経営調査

全日本病院協会は12月19日、会員病院を対象に実施した2011年度「病院経営調査報告（概要）」を発表した。回答病院全体の医業収支は105.5%（前年度比1.2ポイント減）、総収支も105.4%（同1.1ポイント減）となり、10年度の前回調査より悪化していた。医業収支が赤字の病院の割合は21%（同1ポイント増）となった。全日病は「10年度プラス改定で経営状況は改善されたように見えたものの、11年度調査では全病床種、多くの病床規模で収支が悪化した」と指摘。「原因として、東日本大震災の影響や、医師・看護師不足の長期化、金融機関の融資抑制など、さまざまな要素が考えられる」としている。

調査は会員病院のうち600病院を対象に実施。回答数は360病院、回答率60.0%だった。回答病院の病床数は100－199床が最も多く148病院、50－99床が91病院、200－299床が84病院と続いた。D P C対象病院は105病院、非対象病院が255病院だった。

病床種別の医業収支率は「一般病床のみ」が104.4%（同0.7ポイント減）、「一般・療養併設」107.1%（同2.1ポイント減）、「療養病床のみ」108.4%（同4.3ポイント減）で、いずれも10年度より悪化した。D P C対象病院も104.9%（同0.1ポイント減）と悪化し、特定入院料算定病院も同様の傾向だった。病床規模別の収支率では、病床数が多くなるほど収支率が下

がる傾向があったが、赤字病院の割合は200床未満で高かった。

●収入増も収支率は悪化

10年度と11年度の双方に回答した279病院について見ると、総病床数に変化はなく、入院患者数・外来患者数も横ばいだった。1病院当たりの医業収入は10年度の2億2400万円から11年度の2億3000万円と増加したが、医業収支率は10年度の106.2%から11年度の105.6%と悪化した。入院・外来ともに単価は上がったが、従業員数も増加し、結果として収支率が悪化した。

3月11日に発生した東日本大震災の影響は「人的または物的被害あり」が55病院、「被害なし」が305病院となった。医業収支率は、被害ありが104.1%、被害なしが105.8%で震災の影響がうかがえる結果となった。（12/20MEDIFAXより）

震 災

病院の人員配置基準を緩和／震災復興特区

「東日本大震災復興特別区域法」が12月26日に施行されたのを受け、厚生労働省は、被災地での医療資源の効率的な活用を目指す医療・介護分野の復興特区について概要を示した。復興特区として計画作成できる地方公共団体は、岩手県・宮城県・福島県を含む11道県の中で一定の震災被害があった市町村。特区の認定を受けた区域では病院の人員配置基準などの規制について特例措置が適用される。

特区内の病院では、医療従事者の配置基準への弾力的対応として▽地域の実情に合った「妥当な計算方法」による人員計算▽医師配置の緩和一などの特例措置を行う。通常の人員配置基準算定は、入院患者や外来患者、取り扱い処方箋の数について前年度の平均値に基づいて計算するが、特区では例えば「直近3カ月の平均値」を用いて計算することができるようになる。震災により一時的に多くの患者を受け入れた病院に配慮した措置。適用期間は、最長で法施行後5年となる。

また、医師配置については、病院の医師配置基準を通常の9割相当まで緩和する。最低数は3人。適用開始から3年間の措置となる。

●介護施設の医師配置緩和も

介護関係では、介護老人保健施設について常勤医師の配置を緩和し、外部の医療機関との連携などを条件に施設が実情に応じて適当数を配置できるよう

にする。特別養護老人ホームについても、外部の医療機関などとの連携を条件に医師配置を緩和。訪問リハビリテーションについては、医療機関や老健以外でも訪問リハビリを行う事業所を設置できるよう、開設主体の要件を緩和する。

●地場産業生かした医療機器開発特区

また、復興対策本部は「東北発医療機器等開発復興特区構想」の概要も示した。厚労省が経済産業省との連携で進めるもので、医療機器産業が盛んな東北地方の強みを生かして革新的医療機器の創出につなげたい考え。▽岩手大工学部と岩手医科大医学部との医工連携による「岩手プロジェクト」での内視鏡手術器具の開発▽東北大を医工連携中核病院とする「宮城プロジェクト」での脾臓移植技術の開発▽日本大工学部・福島大理工学群と福島県立医科大との医工連携による「福島プロジェクト」での手術用ロボット開発—を促進するため、医療機器製造販売業の許可基準の緩和や医薬品医療機器総合機構（PMDA）の出張薬事相談などを行う。（12/27MEDIFAXより）

医療情報の連携・保全で中核病院に補助／厚労省予算案

厚生労働省は2012年度の新規事業として医療情報の連携・保全基盤を整備するため、12年度予算案の東日本大震災復興特別会計に9.5億円の事業費を盛り込んだ。地域の医療情報を管理する中核病院や自治体などへの補助事業で、12年度新規事業の目玉の一つ。

医療機関の主要な診療データを外部保存することで、災害時にも過去の診療情報が参照できるようになるため、医療の継続的な提供につながる。厚労省では、連携医療機関の間で相互にデータの閲覧が可能になるとして、地域医療連携への活用も視野に事業を推進する考えだ。（12/28MEDIFAXより）

震災後10年間の復興計画を策定／福島県

福島県は東日本大震災後の復興に向けて今後10年間の具体的な取り組みや主要事業を示す「福島県復興計画（第1次）」を策定し、2011年12月28日に公表した。12項目の重点プロジェクトに「県民の心身の健康を守るプロジェクト」と「医療関連産業集積プロジェクト」を盛り込んだほか、主要事業として多くの医療関連事業を記載した。被害状況を踏まえて県内を「相馬」「双葉」「いわき」「中通り」「会津」

の5エリアに分け、各エリアで重点的に取り組むプロジェクトも記載した。

復興計画の内容について議論した福島県復興計画検討委員会には、医療関係者から横山斉・福島県立医科大付属病院副院長と星北斗・福島県医師会常任理事の2人が参加していた。福島県は今回の復興計画を「第1次」と位置付け、原子力発電所事故の収束状況も見ながら適時見直しを行う方針。毎年度点検を行い、第三者機関の評価を受けて適切な進捗管理に努めるとしている。（1/10MEDIFAXより）

その他

不活化ポリオ導入、12年秋に前倒し方針／小宮山厚労相

小宮山洋子厚生労働相は12月8日、不活化ポリオワクチンを2012年秋にも導入させる考えを示した。厚生労働省はこれまで12年度末の導入を目指してきたが、方針を前倒した。参院厚生労働委員会で明らかにした。

小宮山厚労相は不活化ポリオワクチンの早期導入を求める声が出ていることを挙げ、「12年度の終わりがごろでは遅い。12年度の秋に間に合わせるよう督促をしている」と言及。「4種類混合ワクチンは12月末から順次、承認申請が出る予定。不活化単独のワクチンも申請が出る予定で、可能な限り早く（導入に向けて）取り組む必要がある」とも述べた。

共産党の田村智子氏に対する答弁。
（12/9MEDIFAXより）

生活保護の医療、適正化で国が自治体支援／国と地方の協議

厚生労働省は12月12日、「生活保護制度に関する国と地方の協議」を開き、医療扶助適正化に向け、国による自治体支援の方針を盛り込んだ中間取りまとめを決定した。

中間取りまとめでは、国が以下の取り組みを実施する必要があると記した。

①向精神薬の重複処方や頻回受診など、不適切な受診行動が見られる生活保護受給者に適正受診指導をするため、電子レセプトのシステムに具体的な対象となり得る受給者を抽出する機能を追加する。

②電子レセプトを活用した効果的な取り組みを進める観点から、指定医療機関での医療扶助の状況を総合的に勘案し、適正化対象選定の基準を定める。

③先発薬が処方されている受給者に対し後発品の使用促進を図るため、本人や医療関係者らにさらに働き掛ける。

④医療扶助の適正化に向けた電子レセプトの活用マニュアルを国が作成し、地方自治体に配る。
（12/13MEDIFAXより）

緩和ケア研修、医療従事者も／厚労省、がん対策基本計画骨子案

厚生労働省のがん対策推進協議会（会長＝門田守人・公益財団法人がん研究会有明病院副院長）は12月12日、厚労省が提示した「次期がん対策推進基本計画」の骨子案を議論した。骨子案では、緩和ケアについて、医師だけでなく医療従事者にも基本的な緩和ケア研修を実施する体制を目指すことを盛り込んだ。

診断時からの緩和ケアの実施は、現基本計画でも重点課題として取り上げられている。骨子案では、医療従事者が緩和ケア研修を受講することが「望ましい」と記した。委員からは「受講すること」にすべきだとの意見が上がったほか、「診断時から緩和ケアが必要であることを患者が十分に理解することが重要だ」との指摘もあった。

緩和ケアについてはこのほか、大学などの教育機関で実習を含めた緩和ケア教育プログラムの策定を検討することや、医学部に緩和医療学講座を設置することなども骨子案に明記した。

適応外薬問題についても、解決に向けた施策を明記すべきだとの意見が出た。

小児がん拠点病院（仮称）の整備や、将来的な法制化も視野に医療従事者や研究者などが活用しやすいがん登録を実現することも、目指すべき方向性として盛り込んだ。

次回会合は12月26日を予定しており、引き続き骨子案について議論する。（12/13MEDIFAXより）

医療保護入院で論点案を提示／作業チームで厚労省

厚生労働省は12月14日、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」（第3ラウンド）の「『保護者制度・入院制度の検討』に係る作業チーム」（座長＝町野朔・上智大法学研究科教授）へ医療保護入院に関するこれまでの議論を整理した論点案を示した。構成員らの意見も踏まえた上で、年明けの検討チームに論点案を提示する。

同作業チームでは、医療保護入院を中心とした入院制度について論点整理を実施。これまでの議論から、厚労省は▽地域精神保健医療福祉での対応▽現行の医療保護入院の在り方▽入院中・退院時・退院後の対応▽医療費負担の在り方で論点を整理した。

地域での対応で、治療にアクセスしていない人に対して医療機関側からの介入が必要だとする意見について千葉潜構成員（医療法人青仁会青南病院理事長）は「治療中断者など、強制的に介入することは人権侵害にならないか。介入はどのように担保されるのか、整理が抜けると大変なことになる」と指摘。白石弘巳構成員（東洋大ライフデザイン学部教授）は「これまでは保護者の医療を受けさせる義務によっていた。しかし、保護者の義務がなくなると考えれば、誰も義務として医療機関に連れて行くことはできない」と述べ、議論を詰めていく必要があるとした。

また、磯部哲構成員（慶応大法科大学院准教授）は「保護者の同意がないのなら、制度の目的や趣旨、本人の同意を得る努力、入院期間の制限、更新の必要性判断を客観的に評価する仕組み、入退院の基準、本人からの不服申し立ての手続きなどを議論する必要がある」とした。

●医療保護入院の医療費負担「原則は本人」

また、強制的な入院にかかる医療費を本人が負担することを拒否する可能性があることについて、磯部構成員は「誰が受益するのかに着目すべき」として本人負担が原則との考えを示し、広田和子構成員（精神医療サバイバー）も「他の病気と同じ考え方。精神だけ違うことは社会の理解を得られない。本人が負担すべき」とするなど複数の構成員が同様の意見を上げた。（12/15MEDIFAXより）

「日本再生の基本戦略」を閣議決定／政府戦略会議

政府・国家戦略会議（議長＝野田佳彦首相）は12月22日、「日本再生の基本戦略」をまとめ、12月24日に基本戦略を閣議決定した。基本戦略は、社会保障・税一体改革を具体化し、関連法案を2012年の通常国会に提出する方針などを盛り込んでいる。

●被災地で「東北メディカル・バンク計画」

基本戦略には以下のような施策を盛り込んだ。

【被災地で新成長戦略を先進的に取り組む主な施策】

○東北大を中心とした東北地区の研究活動と連携し

た地域的な医療健康情報の蓄積・共有・活用（東北メディカル・メガバンク計画）

○革新的な医薬品・医療機器等の開発推進

【新成長戦略に絡み、各分野で当面、重点的に取り組む施策】

○ポイント制の早期実施による高度人材の受け入れ推進

○経済連携協定（EPA）に基づく看護師・介護福祉士候補者受け入れの仕組みの改善

○世界レベルの医薬・医療技術のインフラ整備

○次世代医療で世界をリードする体制づくり

○創薬・医療機器開発等で「世界をリードする日本」を実現する戦略の策定

○（総合科学技術会議改組後の）「科学技術イノベーション戦略本部（仮称）」の設立

○産学官連携による「死の谷」の克服や地域の産学官共同研究開発の推進

○行政刷新の取り組みと連携した規制改革の一層の推進

（12/26MEDIFAXより）

労基局に「医療労働企画官」を12年度から新設／厚労省

厚生労働省は労働基準局労働条件政策課に「医療労働企画官（仮称）」のポストを2012年度から新設する。12月24日に発表した12年度の組織や定員の概要に盛り込んだ。

厚労省は12年度予算案に、新規事業の「医療現場での勤務環境の改善に向けた取組の推進」を盛り込んだ。医療機関内での就労環境改善に向けた事業や、都道府県労働局に専門コンサルタントを配置して労務管理改善の相談支援を実施して、看護師など医療従事者の勤務環境を改善する取り組みを拡充する。こうした取り組みに向けて体制強化を図ることが医療労働企画官のポスト新設の狙い。今後、必要な省令改正を行い12年4月1日付で設置する見通しだ。（12/27MEDIFAXより）

12年度の平均保険料率10.00%に／協会けんぽ

協会けんぽの2012年度平均保険料率が固まった。12年度政府予算案に基づく試算で、11年度から0.5ポイント増の10.00%となる。全国健康保険協会が引き上げを求めている国庫補助率は16.4%の据え置きとなった一方、平均保険料率は3年連続の引き上げで2桁台に乗った。同協会が12月26日の運営委員会で

報告した。

保険料負担への影響は、労使折半前で被保険者1人当たり年額1万8718円、月額1560円の負担増。診療報酬1%の改定が保険料率に与える影響を0.09%（満年度）として推計した。

40～64歳の第2号被保険者の介護保険料率については、12年度から0.04ポイント増の1.55%となる見込み。（12/27MEDIFAX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

16

社会保障と税の 一体改革を読み解く

その2 「一体改革」はなぜ出てきたのか

「社会保障と税の一体改革」が登場したのは、2010年秋のことです。菅内閣発足の10年7月参院選に向けたマニフェストには「一体改革」の言葉はなく、端的に消費税引き上げが掲げられていました。ところが、参院選で民主党が大敗北をした後、菅内閣は「一体改革」を提起したのです。この点に注目しましょう。

消費税率引き上げは、大企業の負担を軽減し、大企業の儲けを増やすことをめざす新自由主義・構造改革の常套手段の1つです。ではなぜ菅内閣は、「消費税引き上げ」と言わずに、「社会保障と税の一体改革」というかたちで提起したのでしょうか。

「そんなことあたりまえじゃないか」と考える読者も多いでしょう。そう、消費税引き上げのための口実ではないかとすぐ気づきます。これは半分あたっています。しかしこれだけでは、消費税引き上げの口実に、なぜ社会保障もちだしたのかがわかりません。

じつは、「社会保障と税の一体改革」は、菅内閣が最初に言ったものではありません。福田内閣で提起され、麻生内閣でも言われた政策なのです。

日本で本格的な構造改革の政治が展開されたのは、橋本内閣にさかのぼりますが、構造改革の政治は、じつはすんなりいかず、ジグザグですすまざるをえません。理由は簡単。構造改革で、労働条件切り下げ、社会保障や地方公共事業費の削減、消費税率の引き上げなどを遂行すれば、大企業の蓄積は増大するが矛盾が顕在化し、不満が鬱積して続けられなくなるからです。

橋本内閣が、社会保障構造改革、消費税率引き上げをして、参院選で大敗北。そこで、財政出動をして矛盾を緩和するのに、小渕・森内閣が必要でした。ところが財界が怒り、今度は急進的構造改革を約束する小泉内閣が登場し、じつに5年半にわたり構造改革を強行しました。

大企業が未曾有の利潤をあげた反面、強行された構造改革の矛盾は爆発しました。貧困が眼に見えるかたちで現れ、「ワーキングプア」「ネットカフェ難民」が流行語になりました。その過渡期に登場したのが安倍内閣ですが、安倍は小泉との約束に縛られて、構造改革路線を転換できず、あえなくつぶれてしまいました。そこで、政権維持のため、構造改革の手直しを期待されて登場したのが、福田・麻生内閣でした。

「一体改革」は、構造改革の矛盾の爆発に対する手直しの意味を込めた政策だったのです。このままでは自公内閣が潰れ、構造改革政治自体が止まらざるをえない。とにかく、構造改革の矛盾に対し、財政出動を含め一定の対処をせざるをえない。しかも、小渕・森内閣がやったような、地方に対する公共事業バラマキではダメだ。貧困・格差に直接効果が働くように、社会保障に対する財政出動が不可欠だというものでした。

かといって、その財源を大企業負担に求め、構造改革をやめるわけにはいかない。だから、消費税の大幅引き上げで財源捻出をする。社会保障は一定充実するから、消費税を上げさせろ、というのが「一体」の意味だったのです。

福田内閣は、2008年1月、政府

部内に「社会保障国民会議」を設けて、構造改革の手直し方針の作成に乗り出しました。座長は、小泉構造改革で社会保障費削減を領導したメンバーの1人、吉川洋氏です。にもかかわらず、国民会議は、小泉内閣の経済財政諮問会議の軌道修正を図りました。

会議は、小泉内閣の急進構造改革をあからさまに否定しはしませんでした。しかし、構造改革の一環としての社会保障構造改革による給付削減・負担増の結果、「制度の持続可能性」は増したが、社会保障サービスは劣化した、だから持続可能性と「同時に」、「今後は社会保障の機能強化」をはからねばならないという視点をうちだしたのです。もってまわった言い方ですが、社会保障を充実しないとまずいと言っているわけです。

キーワードは、「持続可能性」と「機能強化」。前者は負担増、後者は充実の意味であることを理解しないと報告の真意はつかめません。これを頭に入れて読んでみてください。

「2000年以降の医療・年金・介護などに関する一連の『社会保障構造改革』により、社会保障制度と経済財政との整合性、制度の持続可能性は高まった。／しかしながら、今日の社会保障制度は、少子化対策への取組の遅れ、高齢化の一層の進行、医療・介護サービス提供体制の劣化、セーフティネット機能の低下、制度への信頼の低下等の様々な課題に直面している。／『制度の持続可能性』を確保していくことは引き続き重要な課題であるが、同時に、今後は、社会経済構造の変化に対応し、必要なサービスを保障し、国民の安心と安全を確保するための『社会保障の機能強化』に重点を置いた改革

を進めていくことが必要である」。

具体的には、基礎年金の国庫負担2分の1化、「不十分・非効率」で「医療崩壊」とまで言われている医療・介護・福祉サービスの拡充、高額療養費制度改善、低所得者対策などが提起されました。

問題は、この財源をどうするかです。国民会議は、何%くらい消費税引き上げをすればまかなえるかを試算して、年金を現行社会保険方式でいく場合には2025年までに6%程度、税方式の場合は9～13%引き上げが必要と試算、さらに医療・介護保険料の引き上げも謳ったのです。

この国民会議の最終報告を待たずに福田内閣は崩壊し、麻生内閣は、福田時代の「国民会議」報告を無視しました。しかし、問題は解決していないどころか、麻生内閣になって、リーマンショックによる世界不況が勃発。そこで麻生内閣も、「安心社会実現会議」を立ちあげ、同様の一体改革を具体化せざるをえなくなりました。

しかし、これを実行する前にその麻生内閣は総選挙で敗北し、政権交代で鳩山内閣が誕生しました。



鳩山内閣は構造改革を止めるためのいくつかの施策を打ち出すとともに、消費税引き上げも凍結してしまいました。財界・財務省の落胆と危機感は、いかばかりだったのでしょうか。

そして、菅内閣がふたたび「一体改革」をもちだしたのです。それはなぜか？ 次回、それを検討します。今回の検討をつうじてここで確認しておきたいのは、登場したときの「一体改革」には、少なくとも社会保障給付を拡充しないとたいへんだという認識にもとづく「積極的」な側面があり、それが「機能強化」論というかたちで表明されていたことです。しかし、菅内閣でそれが、重大な変質を遂げることになります。

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』1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・税一体改革素案

■ 閣議報告 2012年1月6日 ■

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/pdf/240106houkoku.pdf>

政府は12月30日、消費税を2014年4月に8%、15年10月に10%へ引き上げることを含めた一体改革の税制抜本改革に関する党の方針を踏まえて、税制調査会で一体改革素案「案」の税部分をまとめ、一体改革関係5大臣会合で素案「案」の全体を了承。

2012年1月6日に、政府・与党社会保障改革本部が社会保障・税一体改革素案を最終決定した。改革本部終了後の閣議に素案が報告され、素案をめぐって野党に協議を呼び掛けることが了承された。

社会保障・税一体改革素案について

平成24年1月6日
閣議報告

社会保障・税一体改革素案（平成24年1月6日政府・与党社会保障改革本部決定）を別紙のとおり報告する。

社会保障・税一体改革素案

〔平成24年1月6日
政府・与党社会保障改革本部決定〕

はじめに ～ 安心で希望と誇りが持てる社会の実現を目指して ～

（国民の共有財産である日本の社会保障制度）

日本の社会保障制度は、戦後の経済成長にも支えられて急速に整備が進み、1960年代には、国民皆保険・皆年金といった現行の社会保障制度の基本的枠組みが整い、先進諸国に比べ遜色のない制度となっている。医療分野では、患者が保険証1枚で自由に医療機関を受診できるフリーアクセスを実現し、公的年金は老後生活の柱として定着し、平均寿命が世界最長を実現するなど、我が国の社会保障制度は、世界に誇りうる国民の共有財産として、「支え合う社会」の基盤となっている。

（社会保障改革の必要性）

しかしながら、国民皆保険・皆年金が達成されて以降半世紀が経過し、少子高齢化といった人口構成の大きな変化、非正規労働者の増大など雇用基盤の変化、家族形態・地域基盤の変化など、社会保障制度を支える社会経済情勢には大きな変化が生じ、セーフティネットに生じたほころひや貧困・格差の拡大など、新たな課題への対応が求められている。

今後さらに、高齢者数は2040年頃まで増加し続け、一人暮らし高齢者も増加していく。2020年には高齢化率が30%近くに達すると見込まれるなど、我が国の高齢化の水準は世界でも群を抜いたものとなる。半世紀前には65歳以上のお年寄り1人をおよそ9人の現役世代で支える「胴上げ」型の社会だった日本は、近年3人で1人の「騎馬戦」型の社会になり、このままでは、2050年には、国民の4割が高齢者となって、高齢者1人を1.2人の現役世代が支える「肩車」型の社会が到来することが見込まれている。

社会保障制度は、現在でも全体として給付に見合う負担を確保できておらず、その機能を維持し制度の持続可能性を確保するための改革が求められている。今後、人口構成の変化が一層進んでいく社会にあっても、年金、医療、介護などの社会保障を持続可能なものとするためには、給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心という現在の社会保障制度を見直し、給付・負担両面で、人口構成の変化に対応した世代間・世代内の公平が確保された制度へと改革していく

ことが必要である。

今後は、給付面で、子ども・子育て支援などを中心に未来への投資という性格を強め、全世代対応型の制度としていくとともに、負担面で、年齢を問わず負担能力に応じた負担を求めていくなど制度を支える基盤を強化していくことが必要である。こうした取組を通じて、世代間・世代内の公平を実現し、今は主たる負担者であっても高齢になれば主たる受益者となっていく現役世代や、今後生まれてくる将来世代のために、国民の共有財産である社会保障制度をしっかりと維持し、引き継いでいかなければならない。

今回の改革は、これらの状況変化を踏まえ、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、社会保障の機能強化を確実に実施するとともに社会保障全体の持続可能性の確保を図ることにより、全世代を通じて国民生活の安心を確保する「全世代対応型」社会保障制度の構築を目指すものである。

また、社会保障は、子育て、医療、介護などの多くが地方自治体を通じて国民に提供されており、地方自治体の役割も極めて大きいことから、国と地方が一体となって、安定的に実施していくことが重要であり、今回の改革は、国・地方双方が協力しながら推進していく必要がある。

併せて、社会保障給付や負担の公正性、明確性を確保するためのインフラとして、社会保障・税番号制度の早期導入を図っていくかなければならない。

（社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成）

一方、社会保障を支える財政に目を転ずれば、我が国財政は、税収が歳出の半分から増えず、国及び地方の長期債務残高は平成24年度末には対GDP比195%に達すると見込まれる極めて厳しい状況にある。こうした状況を放置すれば、国債市場における我が国の信認が失われ、その結果、金利が大きく上昇し、財政危機に陥る事態にもなりかねない。

現に、こうした財政危機が生じた欧州諸国においては、国内外に保有される国債が信用を失った結果、政府が借入れを継続できなくなり、年金・医療など社会保障分野の給付削減措置が講じられる事態にもなっている。欧州政府債務問題を契機に、世界全体で、財政リスクへの市場の懸念が高まっており、財政健全化は、現在の社会保障の機能を維持していくためにも、直ちに取り組んでいかなければならない課題となっている。

また、我が国においては、今や国の一般歳出に占める社会保障関係費の割合は5割を超えており、税収が歳出の半分から増えない現状に照らせば、社会保障関係費の相当部分を将来世代の負担につけ回していることになる。これに加え、毎年1兆円規模の社会保障の自然増が不可避となっており、今を生き

（素案に基づく改革への取組）

この社会保障・税一体改革素案は、「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）で示された基本的考え方や具体的な改革内容に従って、さらに政府・与党において精力的議論を進めてその内容を具体化したものである。

今後、社会保障の充実・安定化の財源を確保するため、今年度中に税制改正法案を国会に提出することをはじめ、改革に取り組んでいくこととする。

本素案をもって野党各党に社会保障・税一体改革のための協議を提案し、与野党協議を踏まえ、法案化を行う。

4

る世代が享受する社会保障給付について、給付に見合った負担を確保しないままその負担を将来世代に先送りし続けることは、社会保障の持続可能性確保の観点からも、財政健全化の観点からも困難である。

国民すべてが人生の様々な段階で受益者となり得る社会保障を支える経費は、国民全体が皆で分かち合わなければならない。世代を通じて幅広い国民が負担する消費税の税率を引き上げるとともに、世代内でも、より負担能力に応じて社会保障の負担を分かち合う仕組みとしていくことにより、世代間・世代内の公平性を確保しつつ、社会保障の給付水準に見合った負担を国民全体で担っていかねばならない。

同時に、今回の改革で盛り込まれている社会保障の充実策は、年金庫負担2分の1の恒久化を含め、消費税率の引上げによる安定財源の確保が前提であり、社会保障の機能強化や安定化を図るためにも、それに見合う安定財源を着実に確保していく必要がある。

今回の社会保障・税一体改革は、社会保障の機能強化・機能維持のための安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指すものである。その中で社会保障の安定財源確保を図っていくことなどにより、「財政運営戦略」（平成22年6月22日閣議決定）に定められている2015年度段階での財政健全化目標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」への第一歩が踏み出されることとなる。

財政健全化への取組の道りは長い。今後一層の少子高齢化が進展し、社会保障費が増大していく中で、社会保障制度の持続可能性を確保し、同時に2020年度までに基礎的財政収支を黒字化する等の財政健全化目標を達成するため、更なる取組を行っていくことが必要である。

（経済成長との好循環）

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いる。一体改革により社会保障の安定財源を確保し、安心できる社会保障制度を確立していくことは、人々の将来への不安を減らし、消費や経済活動を拡大させることを可能とすることを通じて、新たな成長の基盤となる。また、現在でも、医療・福祉産業で約700万人もの雇用を生み出しており、今後、高齢化の進展の中にあっても、社会保障分野の安定した財源の確保により、若い世代も含めた雇用の拡大することが見込まれる。さらに、社会保障分野における潜在需要を顕在化させることにより、新たな雇用が生まれる。医療・介護・子育て分野での雇用創出、ライフイノベーションの推進、民間企業を含めた多様な事業主体の新規参入促進などにより、経済成長との好循環を実現する。

3

第1部 社会保障改革

第1章 社会保障改革の基本的考え方

（社会保障の課題）

今日の日本の社会及び社会保障制度は、人口構成の大きな変化、雇用基盤の変化、家族形態・地域基盤の変化、貧困・格差問題、世代間の不公平、孤独・孤立の広がりなどの問題に直面しており、これらへの問題に対応するため、年金・医療・介護・子育てなどの社会保障制度の持続可能性の確保と機能強化が求められている。

さらに、次代の日本を担うべき若年層の雇用環境は極めて厳しい現状である。若い世代がいに夢をもって生きていけるかは、日本の社会の将来の明るさを写す鏡であり、早急な就労支援策、非正規雇用対策が必要である。

資源なき国家日本における最大の資源は「人材」であり、社会保障などの政策対応を通じて、国民一人ひとりの個性と能力が最大限に発揮できるような社会を造り上げていかねばならない。

（目指すべき社会・社会保障制度）

社会保障改革で目指すべき社会は、制度が出産・子育てを含めた生き方や働き方に中立的で選択できる社会、雇用などを通じて参加が保障され、誰もが居場所のある共生の社会、「分厚い中間層」が支える大きな格差のない社会、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、支援を必要とする人の立場に立った包括的な支援体制の構築により、地域で尊厳を持って生きられるような医療・介護の体制が実現した社会である。

今回の社会保障改革では、高齢化が一層進んだ社会においても、我が国が世界に誇る国民皆保険・皆年金を堅持した上で、より受益感覚が得られ、納得感のある社会保障を実現するとともに、世代間の公平の見地から、社会保障制度を「全世代対応型」へと転換することにより、就学前、学齢期、若年層から高齢期までを通じて、一貫した支援の実現を目指す。これらにより、世代を問わず一人ひとりが能力を発揮して積極的に社会及び社会保障の支え合いの仕組みに参画でき、必要な人に必要なサービス・給付が適切に行われる社会保障制度を構築し、現役世代、将来世代に持続可能な社会保障制度を引き継ぐ。

（社会保障の機能強化への取組）

以上のような基本認識の下に、安心で希望と誇りが持てる社会の実現を目指し、地域住民に直接接する地方自治体との役割分担・連携を図りつつ、以下の社会保障制度改革の推進に全力で取り組み、社会保障の機能強化を図る。

第2章 社会保障改革の方向性

第1章の基本的考え方に基づき、以下に示す方向性に沿って各分野の改革を進める。

I 未来への投資（子ども・子育て支援）の強化

子ども・子育て新システムを創設し、子どもを産み、育てやすい社会を目指す。

II 医療・介護サービス保障の強化、社会保障制度のセーフティネット機能の強化

高度急性期への医療資源集中投入など入院医療強化、地域包括ケアシステムの構築を図る。

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を目指す。

III 貧困・格差対策の強化（重層的セーフティネットの構築）

すべての人の自立した生活の実現に向け、就労や生活の支援を行うとともに、低所得の年金受給者への加算など、低所得者へきめ細やかに配慮を行い、すべての国民が参加できる社会を目指す。

IV 多様な働き方を支える社会保障制度（年金・医療）へ

短時間労働者への社会保障適用拡大や、被用者年金の一元化などにより、出産・子育てを含めた多様な生き方や働き方に公平な社会保障制度を構築する。

V 全員参加型社会、ディーセント・ワークの実現

若者をはじめとした雇用対策の強化や、非正規労働者の雇用の安定・処遇の改善などを図る。

誰もが働き、安定した生活を営むことができる環境を整備する。

VI 社会保障制度の安定財源確保

消費税の使い道を、現役世代の医療や子育てにも拡大するとともに、基礎年金国庫負担2分の1の安定財源を確保し、あらゆる世代が広く公平に社会保障の負担を分かち合う。

iii 妊婦健診

II 新たな一元的システムの構築

- (1) 実施主体は基礎自治体（市町村）
- (2) 社会全体による費用負担
- (3) 政府の推進体制・財源を一元化
- (4) 子育て当事者等が参画する子ども・子育て会議（仮称）の設置

III 新システム実施のための財源確保による量的拡充・質の改善

- 潜在ニーズを含む保育等の量的拡充を図る。
- 職員配置の充実等の質の改善を図る。
- 新システム実施までの間も、子ども・子育てビジョンに基づき保育等の計画的基盤整備に取り組むとともに、新システム移行に向けた多様な保育の推進を図る。

<平成24年度の主な関連施策等>

- 待機児童解消のため、保育所等の受け入れ児童数を拡大する（運営費の確保）。
- 安心こども基金の延長等を行う。
- 待機児童解消「先取り」プロジェクトにより新システムを見据えた対策に取り組む（グループ型小規模保育事業、地方版子ども・子育て会議のモデル事業等）。
- 放課後児童対策の充実を図る。

2. 医療・介護等①

（地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化）

- 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になる場合にしつかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

8

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

1. 子ども・子育て新システム

○ すべての子どもへの良質な成育環境を保障し、子どもと子育て家庭を応援する社会の実現に向け、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を行う子ども・子育て新システムを創設する。

☆ 恒久財源を得て、早期に本格実施（それまでの間は、法案成立後、平成25年度を目標に、子ども・子育て会議（仮称）設置や国の基本指針策定など可能なものから段階的に実施）を図る。

☆ 実施主体である地方公共団体をはじめとする関係者と丁寧に協議を行い、理解を得た上で、成案をとりまとめ、税制抜本改革とともに、平成24年通常国会に法案を提出する。

I 給付設計

(1) 幼保一体化

i 給付システムの一体化

- ・ こども園給付（仮称）を創設する（給付の一体化・強化）。
- ・ 多様な保育事業の量的拡大を図る（指定制度の導入）。
- ・ 地域における学校教育・保育の計画的整備を図る（市町村新システム事業計画（仮称）の策定等）。

ii 施設の一体化

- ・ 「総合施設（仮称）」を創設する（学校教育・保育及び家庭における養育支援を一体的に提供）。

(2) 地域型保育給付（新設）

- 小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育に対する給付を新設する。

(3) 延長保育事業、病児・病後児保育事業

(4) 放課後児童クラブ

(5) すべての子ども・子育て家庭への支援

- i 子どものための現金給付
- ii 地域子育て支援事業（仮称）→ 地域子育て支援拠点事業、一時預かり等

7

（1）医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

＜今後の見直しの方向性＞

- i 病院・病床機能の分化・強化
 - ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
 - ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

iii 医師確保対策

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv チーム医療の推進

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

（2）地域包括ケアシステムの構築

- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築に取り組む。

＜今後のサービス提供の方向性＞

- i 在宅サービス・居住系サービスの強化
 - ・ 切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための

24 時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。

- ・ サービス付き高齢者住宅を充実させる。

ii 介護予防・重度化予防

- ・ 要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。

- ・ 生活期のリハビリテーションの充実を図る。

- ・ ケアマネジメントの機能強化を図る。

iii 医療と介護の連携の強化

- ・ 在宅要介護者に対する医療サービスを提供する。
- ・ 他制度、多職種のチームケアを推進する。
- ・ 小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
- ・ 退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

iv 認知症対応の推進

- ・ 認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。
- ・ 市民後見人の育成など権利擁護の推進を図る。

☆ 改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

（3）その他

- 診療報酬・介護報酬改定、補助金等予算措置等により、以下についても、取組を推進する。

- ・ 外来受診の適正化等（生活習慣病予防等）
- ・ ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減
- ・ 介護予防・重度化予防
- ・ 介護施設の重点化（在宅への移行）
- ・ 施設のユニット化
- ・ マンパワー増強

＜平成24年度の主な関連施策等＞

- 上記（１）～（３）を実現するため、平成24年度では主に以下の関連施策等を実施する。

（１）診療報酬・介護報酬改定

- 診療報酬及び介護報酬改定において、以下に取り組む。

i 平成24年診療報酬改定の基本方針 ～2つの重点課題と4つの視点～

a. 2つの重点課題

- 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
- 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

b. 4つの視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
 - ・ がん医療の充実、認知症対策の促進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点
 - ・ 退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実 等
- 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
 - ・ 急性期、亜急性期等の病院機能に合わせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等
- 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
 - ・ 後発医薬品の使用促進 等

ii 平成24年介護報酬改定の基本的考え方

a. 地域包括ケアシステムの基盤強化

- 高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
- 要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住系サービス

b. 医療と介護の役割分担・連携強化

- 在宅生活時の医療機能の強化に向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの対応強化
- 介護施設における医療ニーズへの対応
- 入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進

11

c. 認知症にふさわしいサービスの提供

- 認知症早期診断・対応体制の確立と認知機能の低下予防
- 認知症にふさわしい介護サービス事業の普及 等

d. 質の高い介護サービスの確保

e. 処遇改善等を通じた介護人材の確保

f. その他

- ケアラー（家族介護者）にも配慮したケアマネジメントの機能強化、看取りや認知症への対応などの課題への的確な対応等

（２）医療計画作成指針の改定等

- 平成24年度における都道府県による新たな医療計画（平成25年度より実施）の策定に向け、医療計画作成指針の改定等を年度内に実施する。
 - ・ 医療機能の分化・連携を推進するため、医療計画の実効性を高めるよう、二次医療圏の設定の考え方を明示するとともに、疾病・事業ごとのPDCAサイクルを効果的に機能させるよう見直す。
 - ・ 在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制、人材確保等を記載する。
 - ・ 精神疾患を既存の4疾病に追加し、医療連携体制を構築する。

（３）補助金等予算措置による取組の推進

- 医療サービス提供体制の強化や地域包括ケアシステムの構築に向け、補助金等必要な予算措置を行う。

（４）改正介護保険法の施行

- 地域包括ケアシステムの構築など、「社会保障・税一体改革案」で掲げられた介護のサービス提供体制の機能強化を推進する観点から、平成23年通常国会で成立した介護サービスの基盤強化のための介護保険法等一部改正法を円滑に実施する（24時間対応の定期巡回・随時対応型サービス等）。

3. 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、低所得者対策）

12

○ 働き方にかかわらず保障の提供、長期高額医療を受ける患者の負担軽減、所得格差を踏まえた財政基盤の強化・保険者機能の強化、世代間・世代内の負担の公平化、といった観点から、医療保険・介護保険制度のセーフティネット機能を強化する。

（1）市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充など財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化

○ 低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援分の拡充等により、財政基盤を強化する。併せて、都道府県単位の共同事業について、事業対象をすべての医療費に拡大する。

☆ 財政基盤の強化については、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において、具体的内容について検討し、税制抜本改革とともに実施する。

☆ 「平成24年度以降の子どものための手当等の取扱いについて」（平成23年12月20日付け4大臣合意）の事項については、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において協議した上で、必要な法案を平成24年通常国会に提出する。

（2）短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

○ 4. II（6）の短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大に併せ、被用者保険の適用拡大を実施する。

☆ 被用者保険の適用対象となる者の具体的範囲、短時間労働者が多く就業する企業への影響に対する配慮等の具体的制度設計について、適用拡大が労働者に与える影響や雇用への影響にも留意しつつ、実施時期も含め検討する。平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

（3）長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

○ 高額療養費については、制度の持続可能性の観点から、高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。

○ 他方、こうした抜本的な見直しまでの間も、高額な医療費の負担を少しでも改善することが必要である。このため、平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間の負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。その際、年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮する。

13

（4）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、高齢者医療制度の見直しを行う。

○ 高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。

（注）現在は、平成24年度までの特例として、支援金の3分の1を総報酬に応じた負担とする措置が講じられるとともに、併せて、協会けんぽに対する国庫補助率を13%から16.4%とする措置が講じられている。

☆ 具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。

○ 70歳以上75歳未満の方の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する。

（注）患者負担は、69歳までは3割、70歳以上75歳未満は2割、75歳以上は1割と、年齢に応じた負担割合を設定しているが、70歳以上75歳未満については、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されている。

☆ 平成24年度は予算措置を継続するが、平成25年度以降の取扱いについては平成25年度の予算編成過程で検討する。

（5）国保組合の国庫補助の見直し

○ 保険者間の公平を確保する観点から、所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助を見直す。

☆ 医療保険制度改革の一環として、平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

（6）介護1号保険料の低所得者保険料軽減強化

○ 今後の高齢化の進行に伴う保険料水準の上昇や消費税引上げに伴う低所得者対策強化の観点から、公費を投入することにより、65歳以上の加入者の保険料（1号保険料）の低所得者軽減を強化する。

☆ 具体的内容について検討する。税制抜本改革とともに、平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

（7）介護納付金の総報酬額導入等

○ 今後の急速な高齢化の進行に伴って増加する介護費用を公平に負担する観点から、介護納付金の負担を医療保険者の総報酬に応じた按分方法と

14

すること（総報酬割の導入）を検討する。

また、現役世代に負担を求める場合には、負担の公平性などの観点に立ち、一定以上の所得者の利用者の利用者負担の在り方など給付の重点化についても検討する。

（注）現行は、介護納付金は各医療保険の40～64歳の加入者数に応じて按分されている。

★平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

（8）その他介護保険の対応

○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の観点から、平成24年度介護報酬改定において対応する。

○第6期の介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）の施行も念頭に、介護保険制度の給付の重点化・効率化とともに、予防給付の内容・方法の見直し、自立支援型のケアマネジメントの実現に向けた制度的対応を検討する。

（9）後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

○後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。

○医薬品の患者負担の見直しについては、「社会保障・税一体改革案」に「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」とあることを踏まえ、検討する。

（10）その他効率的で高機能な医療提供の推進

○少子高齢化の進行、経済状況の変化、厳しい保険財政・国家財政という状況の下で、サービス・給付の充実のみならず、効率化できるものは効率化し、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。

・予防医療、チーム医療、本人・家族の意思を尊重した適切な医療の提供を推進する。

（11）総合合算制度

○税・社会保障の負担が増加する中で、低所得者の負担軽減により所得再分配機能を強化する。そのため、制度単位ではなく家計全体をトータル

15

に捉えて、医療・介護・保育等に関する自己負担の合計額に上限を設定する「総合合算制度」を創設する。

★制度実現には、番号制度等の情報連携基盤の導入が前提であるため、平成27年度以降の導入に向け、引き続き検討する。

（12）難病対策

○（3）の長期高額医療の高額療養費の見直しのほか、難病患者の長期かつ重度の精神的・身体的・経済的負担を社会全体で支えるため、医療費助成について、法制化も視野に入れ、助成対象の希少・難治性疾患の範囲の拡大を含め、より公平・安定的な支援の仕組みの構築を目指す。

また、治療研究、医療体制、福祉サービス、就労支援等の総合的な施策の実施や支援の仕組みの構築を目指す。

★引き続き検討する。

4. 年金

I 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年金制度にすべての人が加入する新しい年金制度の創設について、国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、引き続き実現に取り組む。

＜所得比例年金（社会保障方式）＞

○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はゼロ。

○すべての受給者が、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。

16

☆ 具体的内容について検討する。税制抜本改革とともに、平成24年通常国会への法案提出に向けて検討する。

(3) 高所得者の年金給付の見直し

○ (2) の最低保障機能の強化策の検討と併せて、高所得者の老齢基礎年金について、その一部（国庫負担相当額まで）を調整する制度を創設する。

☆ 最低保障機能の強化と併せて実施する。

☆ 具体的内容について検討する。税制抜本改革とともに、平成24年通常国会への法案提出に向けて検討する。

(4) 物価スライド特例分の解消

○ かつて特例法でマイナスの物価スライドを行わず年金額を据え置いたこと等により、2.5%、本来の年金額より高い水準の年金額で支給している措置について、早急に計画的な解消を図る。今の受給者の年金額を本来の水準に引き下げることで、年金財政の負担を軽減し、現役世代（将来の受給者）の将来の年金額の確保につなげるとともに、その財源を用いて社会保障の充実を図るものとする。

☆ 平成24年度から平成26年度の3年間で解消し、平成24年度は10月から実施する。

☆ 平成24年通常国会に法案を提出する。

(5) 産休期間中の保険料負担免除

○ 次世代育成の観点から、厚生年金の被保険者について、育児休業期間に加え、産前・産後休業期間中も、同様に年金保険料は免除し、将来の年金給付には反映させる措置を行う。

☆ 子ども・子育て支援施策という位置付けで、早期に実施する。

☆ 平成24年通常国会への法案提出に向けて検討する。

(6) 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大

○ 働き方に中立的な制度を目指し、かつ、現在国民年金に加入している非正規雇用の将来の年金権を確立するため、厚生年金適用事業所で使用される短時間労働者について、厚生年金の適用を拡大する。

3. (2) の被用者保険への適用拡大と併せて実施する。

☆ 厚生年金の適用対象となる者の具体的範囲、短時間労働者が多く就業する企業への影響に対する配慮等の具体的制度設計について、適用拡大が

☆ 国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、平成25年の国会に法案を提出する。

II 現行制度の改善

○ 新しい年金制度の創設までには、一定の時間を要する。また、新しい年金制度の創設を行っても、新しい年金制度からの年金給付のみを受給する者が出てくるには相当の期間が必要であり、その間は新制度と旧制度の両方から年金が支給されることとなる。このため、新しい年金制度の方向性に沿って、現行制度の改善を図る。

(1) 基礎年金国庫負担2分の1の恒久化

○ 年金財政の持続可能性の確保のため、税制抜本改革により確保される安定財源により、基礎年金国庫負担2分の1を恒久化する。

☆ 消費税引上げ後に消費税財源による国庫負担2分の1を恒久化する。

☆ 平成24年度の基礎年金国庫負担割合は、歳出予算(36.5%)と「年金交付国債」(仮称)により2分の1を確保することとし、必要な法案を平成24年通常国会に提出する。

(注)「年金交付国債」(仮称)の償還は、消費税引上げ後に消費税収により行う。

☆ 平成25年度から消費税引上げまでの間の取扱いを引き続き検討する。

(2) 最低保障機能の強化

○ 年金制度の最低保障機能の強化を図り、高齢者等の生活の安定を図るため、以下の改革を行う。

i 低所得者への加算

低所得者に重点を置いた、老齢基礎年金額に対する一定の加算を行う。その際、保険料納付のインセンティブを阻害しないよう検討する。

ii 障害基礎年金等への加算

老齢基礎年金の低所得者に対する加算との均衡を考慮し、障害者等の所得保障の観点から障害・遺族基礎年金についても、一定の加算を行う。

iii 受給資格期間の短縮

無年金となっている者に対して、納付した保険料に応じた年金を受給できるようにし、また、将来の無年金者の発生を抑制していく観点から、受給資格期間を、現在の25年から10年に短縮する。

☆ 消費税引上げ年度から実施する。

（9）マクロ経済スライドの検討

- デフレ経済下においては、現行のマクロ経済スライドの方法による年金財政安定化策は機能を発揮できないことを踏まえ、世代間公平の確保及び年金財政の安定化の観点から、デフレ経済下におけるマクロ経済スライドの在り方について見直しを検討する。

★ マクロ経済スライドの適用については、（4）による物価スライド特例分の解消の状況も踏まえながら、引き続き検討する。

（10）在職高齢年金の見直し

- 就労意欲を抑制しているのではないかとの指摘がある60歳代前半の者に係る在職高齢年金制度について、調整を行う限度額を引き上げる見直しを引き続き検討する。

★ 就労抑制効果についてより慎重に分析を進めながら、引き続き検討する。

（11）標準報酬上限の見直し

- 高所得者について、負担能力に応じてより適切な負担を求めている観点に立ち、厚生年金の標準報酬の上限について、健康保険制度を参考に見直すことなどを引き続き検討する。

★ 平均標準報酬の動向等を踏まえながら、引き続き検討する。

（12）支給開始年齢引上げの検討

- 世界最高水準の長寿国である日本において、現在進行している支給開始年齢の引上げ（注）との関係や高齢者雇用の進展の動向等に留意しつつ、中長期的課題として、支給開始年齢の在り方について検討する。

（注）現行の引上げスケジュールは、男性2025年まで、女性2030年まで。

★ 将来的な課題として、中長期的に検討する（平成24年通常国会への法案提出は行わない）。

（13）業務運営の効率化

- 現行の年金制度の改善及び新しい年金制度を検討するに際しては、年金制度を運用するための業務処理体制やシステムに関する現在の課題にも適切に対処していくことが必要であり、業務運営やシステムを改善する。
- また、国民年金保険料の納付率の向上を図るため、未納者の属性に応じ、保険料免除の勧奨や強制徴収の強化など、収納対策を一層徹底する。

19

20

労働者に与える効果や雇用への影響にも留意しつつ、実施時期も含め検討する。平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

★ 第3号被保険者制度の見直し、配偶者控除の見直しとともに、引き続き総合的な検討を行う。

（7）被用者年金一元化

- 被用者年金制度全体の公平性・安定性確保の観点から、共済年金制度を厚生年金制度に合わせる方向を基本として被用者年金を一元化する。具体的には、公務員及び私学教職員の保険料率や給付内容を民間サラリーマンと同一化する。

○ 公的年金としての職域部分廃止後の新たな年金の取扱いについては、新たな人事院調査等を踏まえて、官民均衡の観点等から検討を進めるものとする。

（注）企業年金を実施している事業所数は、厚生労働省「平成20年就業条件総合調査」から推計すると37.5%となり（厚生労働省年金局資料による）、すべての企業に企業年金があるわけではない。

★ 平成19年法案をベースに、一元化の具体的内容について検討する。関係省庁間で調整の上、平成24年通常国会への法案提出に向けて検討する。

（8）第3号被保険者制度の見直し

- 第3号被保険者制度に関しては、国民の間に多様な意見があることを踏まえ、不公平感を解消するための方策について、新しい年金制度の方向性（2分2乗）を踏まえつつ、引き続き検討する。

★ 短時間労働者への厚生年金の適用拡大、配偶者控除の見直しとともに、引き続き総合的な検討を行う。

(14) その他

- 遺族基礎年金については、母子家庭には支給される一方で父子家庭には支給されないという男女差を解消すべき、支給要件の判定基準を適正化すべきなどの指摘があることに鑑み、具体的な法的措置について検討する。
- 上記の一体改革による取組を推進しつつ、保険料の事務費への充当の解消を実現するための財源の確保や過去繰り延べられて未返済となっている年金の国庫負担分の返済に必要となる財源の確保について引き続き検討する。

（注）年金保険料の事務費への充当は、平成23年度予算では1,945億円。

- 歳入庁の創設による、税と社会保険料を徴収する体制の構築について直ちに本格的な作業に着手する。

5. 就労促進、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

(1) 高年齢者雇用対策、有期労働契約、パートタイム労働対策、雇用保険制度

- 「全員参加型社会」や「ディーセント・ワーク」の実現、重層的なセーフティネットの構築により、社会保障制度を支える基盤を強化し、「分厚い中間層」を復活させるため、喫緊の課題である高年齢者雇用対策、有期労働契約、パートタイム労働対策、雇用保険制度について、見直しを行う。

☆ 労働政策審議会の議論を踏まえ、必要な法案を平成24年通常国会へ提出する。

<具体的施策>

- 高年齢者雇用対策について、雇用と年金を確実に接続させ、無収入の高齢者世帯が発生しないよう継続雇用制度に係る基準に関する法制度を整備する（平成25年度の老齢厚生年金の支給開始年齢の引上げまでに実施することが必要）。
- 有期労働契約について、有期契約労働者の雇用の安定と公正な待遇を確保するための法制度を整備する。
- パートタイム労働対策について、パートタイム労働者の公正な待遇をより一層確保するため、均等・均衡待遇の確保の促進、通常の労働者への転換の推進等に関する法制度を整備する。

21

- 雇用保険制度について、現下の厳しい雇用失業情勢や景気の下振れリスクに対応するため、平成23年度末までの暫定措置の延長等に関する法制度を整備する。

(2) 総合的ビジョン・若年者雇用対策

- 上記の有期労働契約やパートタイム労働対策についての議論の成果を踏まえつつ、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年度内の策定に向けて検討する。
- 若年者雇用対策については、大学生等の厳しい就職環境を踏まえ、ジョブサポーターによる大学への出張相談の常時実施や年度末時点の未内定者の新卒応援ハローワークへの全員登録・集中支援などマンツーマン支援を徹底するとともに、学生の視野の拡大等による中小企業とのミスマッチを解消する。
- 加えて、就職氷河期世代も含め、フリーターへの正規雇用化支援を一層強化する。

6. 貧困・格差対策の強化（重層的セーフティネットの構築）（一部再掲）

- すべての人の自立した生活の実現に向け、就労や生活の支援を行うとともに、消費税引上げによる低所得者への負担に配慮し、低所得者へきめ細やかに配慮する。

(1) 社会保障制度における低所得者対策の強化（一部再掲）

- 消費税収は全て国民に還元するという観点に立ち、消費税引上げに伴う低所得者への影響に対する措置として、以下の措置を（2）、（3）の措置と併せて講じ、社会保障における給付等を通じたきめ細やかな対策を実施する。
 - i 生活保護基準、各種福祉手当については、物価スライド等の措置により、消費税引上げによる影響分を手当額に反映させる。
 - ii 低所得の年金受給者に対しては、最低保障機能の強化として加算措置を行う。（4. II（2））
 - iii 医療・介護分野においても、市町村国保の保険料、介護1号保険料における低所得者保険料軽減の拡充等により、負担軽減措置を行う。（3.（1）、（6））
 - iv 長期高額医療の高額療養費の見直しについて検討する。（3.（3））

22

7. 医療イノベーション

○ 医療・介護分野は、大きな潜在需要に応えていくことで雇用を生み、また、ライフイノベーションを通じて健康分野を成長産業として位置付けることで、デフレを脱却し、経済成長に結びつけることができるものである。

○ 日本発の革新的な医薬品・医療機器等の創出により、健康長寿社会を実現するとともに、国際競争力強化による経済成長に貢献することを目指す「医療イノベーション」を推進し、以下の取組を推進する。

i 国際水準の臨床研究実施により、日本発の革新的な医薬品・医療機器の創出等の拠点となる、臨床研究中核病院（仮称）等を創設する。

ii 独立行政法人医薬品医療機器総合機構の体制強化や、審査等の迅速化・高度化等を促進する。

iii 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を行う。

★ **予算、診療報酬改定等により推進するとともに、医療法、薬事法等の改正についても検討する。**

8. 障害者施策

○ 障害者が地域社会で安心して暮らすための総合的な障害者施策の充実については、制度の谷間のない支援、障害者の地域移行・地域生活の支援等について検討し、平成24年通常国会に法案を提出する。

また、障害基礎年金への加算（再掲）に加え、障害者の就労を支援し、障害者の所得保障や社会参加の充実を図る。

9. 次世代を担う子ども・若者の育成

○ 手に職をつけ就業につなげるための教育・訓練環境整備や、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を強化する。

24

v 社会保障の制度横断的な低所得者の負担軽減策として、総合合算制度創設を検討する。（3.（11））

（2）社会保険の適用拡大（再掲）

○ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大（3.（2））

○ 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大（4.Ⅱ（6））

（3）重層的セーフティネットの構築・生活保護制度の見直し

○ 生活困窮者対策と生活保護制度の見直しについて、総合的に取り組むための生活支援戦略（名称は今後検討）を策定する。（平成24年秋目途）

i 生活困窮者対策の推進

○ 第2のセーフティネットの構築に向け、求職者支援制度に併せ、以下の取組を推進する。

a. 生活困窮者に対する支援を実施していくための体制整備・人材確保等を進めるため、国の中期プランを策定する。

b. 生活困窮者の自立に向けた生活自立支援サービスの体系化、民間の生活支援機関（NPO、社会福祉法人等）の育成・普及、多様な就労機会の創出等を図るため、必要な法整備も含め検討する。

ii 生活保護制度の見直し

○ 国民の最低生活を保障しつつ、自立の助長をより一層図る観点から、生活保護法の改正も含め、生活保護制度の見直しについて、地方自治体とともに具体的に検討し、取り組む。

<平成24年度における主な関連施策>

○ 当面の対策として、生活保護制度において、以下の取組を実施する。

i 生活保護受給者の就労・自立支援の充実

○ ハローワークと連携した生活保護受給者に対する就労支援の強化、社会福祉法人やNPOの協力を得て実施する高齢者等の生活支援の充実、生活保護受給世帯の子どもに対する養育相談等を実施する。

ii 生活保護の適正化の徹底

○ 支援が必要な人に対し適切な保護を行う一方で、国民の信頼を損なうような不正・悪質な事例に厳正に対処する。電子レセプトの効果的活用や後発医薬品の使用促進等を通じた医療扶助の適正化、調査手法の見直しを通じた不正受給対策を徹底する。

23

第2部 税制抜本改革

第1章 税制抜本改革の基本的な考え方

1. 税制抜本改革の必要性

（1）「支え合う社会」の回復

我が国の社会保障制度は、世界に誇りうる国民の財産であり、「支え合う社会」の基盤を形作ってきた。しかし今日、人口減少と少子化・高齢化の同時進行、格差の拡大といった時代の趨勢に、社会保障制度が対応しきれず、おらず、「支え合う社会」が揺らいでいる。

社会保障給付にはすべて財源が必要であり、負担なくして受益はない。給付は高齢者世代中心、負担は現役世代中心という現在の社会保障制度を見直し、給付・負担両面で、人口構成の変化に対応した世代間・世代内の公平性が確保された制度へと改革していく必要がある。さらに、社会保障費の公費負担の一部は、借金という形で将来生まれてくる子・孫らの世代に先送りされている。このように財源に大きな穴のあいた社会保障制度を、このまま維持していくことはできない。

国民の共有財産である社会保障制度を維持・充実し、子孫に引き継いでいくことは、今を生きる人々の責務であり、今は主たる負担者であっても高齢になれば主たる受益者となっていく現役世代自身の課題でもある。そのためには、受益も負担も特定の世代に過度に偏ることなく、幅広い国民が納得し、支えていくことのできる制度とする必要がある。子どもからお年寄りまで国民生活の安心を確保する「全世代対応型」の社会保障制度を築き上げるとともに、その財源についても、幅広い国民が負担を分かち合う仕組みを作らなければならない。こうした、受益と負担の分かち合いにより、「支え合う社会」を回復していくことが求められている。

（2）社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成への第一歩

「支え合う社会」の回復が急務となる一方、欧州政府債務問題にみられるように、世界全体で、財政リスクへの市場の懸念が高まっている。我が国においては、「財政運営戦略」を策定し、財政健全化に取り組んでいるところであるが、欧州情勢を踏まえれば、財政リスクを顕在化させないため、「財政運営戦略」の着実な実現に一層力を入れて取り組んでいく必要がある。諸外国においても、我が国よりペースの速い財政健全化計画を立て、付加価値税（消費税）の引上げを含む取組を行っているところであり、一層厳しさを増す我が国財政の健全化は、一刻の猶予も許されない課題である。

今回の税制抜本改革は、こうした状況に対応し、「社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成」への第一歩を踏み出すものであり、これを通じ

26

10. 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の総合的な整理

○ 地方単独事業を含め、財源構成に関わりなくその事業の機能・性格に着目した社会保障給付の全体像を整理する。

- ・ 「社会保障給付費」としては、今後、ILO基準に則り、「法令に基づき事業の実施が義務づけられる個人に帰属する給付」を対象とし、その際には財源構成に関わりなく把握をする。
- ・ 「社会保障給付費」の範囲に入らない①事業の実施が義務づけられていない事業、②個人に帰属する給付以外の給付に類似する事業、③施設整備費等を含め、社会保障に要する費用全体について把握をする。

25

て、2015年度段階での財政健全化目標の達成に向かうこととなる。

財政赤字や債務残高の増大は、企業の資金調達や設備投資を圧迫するとともに、将来の社会保障などへの不安を通じて家計の消費を抑制し、国内の実体経済や国民生活にも大きな影響を与える。社会保障の安定財源確保と財政健全化は、こうした成長の阻害要因を減少させ、人々が安心して消費や経済活動を行うことを可能とし、新たな成長の基盤を築く意義を有する。

一方で、2020年度までには、さらに高齢化が進展し、社会保障費の増加が見込まれる。そうした中で、社会保障制度の持続可能性を確保するとともに、2020年度までに基礎的財政収支を黒字化し、2021年度以降において公債等残高の対GDP比を安定的に低下させていくという財政健全化目標の達成へと向かうためには、名目3%程度、実質2%程度の成長の姿に近づいていくことを目指す「新成長戦略」（平成22年6月18日閣議決定）及び「日本の基本戦略」（平成23年12月24日閣議決定）を着実に実施していくとともに、財政健全化に向けた更なる取組を行っていくことが必要である。

（3）税制抜本改革の基本的方向性

（i）消費税の社会保障財源化

社会保障改革と一体的に実施する今回の税制抜本改革の最大の柱は、社会保障財源を確保するための消費税率の引上げである。消費税は、高い財源調達力を有し、税収が経済の動向や人口構成の変化に左右されにくく安定していることに加え、勤労世代など特定の者へ負担が集中せず、経済活動に与える歪みが小さいという特徴を持っている。社会保障料など勤労世代の負担が既に年々高まりつつある中で、こうした特徴を持ち、幅広い国民が負担する消費税は、高齢化社会における社会保障の安定財源としてふさわしいと考えられる。

我が国においては、高齢化の進展等を見据え、平成元年に消費税を導入し、平成9年に税率の引上げを行った。また、平成11年度予算から、高齢者3経費（基礎年金、老人医療、介護）に国分の消費税収を充てていくいわゆる福祉目的化を行った。しかし、消費税収に比べて高齢者3経費は急速に増加し、更なる高齢化の進展による社会保障費の増加に対応できない状況となっている。

今を生きる世代が享受する社会保障給付について、その負担を将来世代に先送りし続けることは、社会保障の持続可能性確保の観点からも、財政健全化の観点からも困難である。社会保障の機能強化・機能維持のために安定した社会保障財源を確保し、同時に財政健全化を進めるため、消費税について2014年4月に8%、2015年10月に10%へと、段階的に地方分

を合わせた税率の引上げを行う。その際、国分の消費税収について法律上全額社会保障目的税化するなど、消費税収（国・地方、現行分の地方消費税を除く。）については、その使途を明確にし、官の肥大化には使わず全て国民に還元し、社会保障財源化する。

（注）地方分の現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。

また、低所得者に対しては、消費税を充てることとなる社会保障の改革の中で、きめ細かな対策を講じるとともに、社会保障・税番号制度の導入をにらんで、給付付き税額控除の導入に向け検討を進める。

こうした改革を通じて、「支え合う社会」を回復し、人々に安心と活力を与え、経済を活性化させるといふ好循環を確立していく。

（ii）税制全体を通じた改革

今回の税制抜本改革は、社会保障財源の確保のための消費税率の引上げを最大の柱とするが、それにとどまるものではない。①人口減少と少子化・高齢化の同時進行、②格差の拡大、③家族や働き方の多様化、④グローバル化の進展、⑤エネルギー制約・環境問題といった世界的規模の課題、⑥長期的なデフレ・低成長の中での新たな成長戦略の必要性、といった我が国の経済・社会構造と内外の環境の変化に対応し、新たな日本にふさわしい税制全体の姿を実現することを目指す。

消費税とともに車の両輪を成す所得税は、累進的な税率構造による所得再分配機能を持徴としているが、これまで累次の改正により、高い所得階層を中心として負担が大きく軽減されてきており、結果として、所得再分配機能が低下している。このような所得税について、特に高い所得階層に一定の負担増を求めることにより、その累進性を高めるとともに、資産課税について、相続税の基礎控除等の見直しを行い、税制全体としての再分配機能の回復を図る。

さらに、税制に対する国民の信頼を確保するため、社会保障・税番号制度の導入も展望しつつ、「公平・透明・納得」の三原則を基本とし、できるだけ税制を公平かつ簡素で分かりやすいものとする取組を進める。

2. 税制抜本改革の実施と経済への配慮

（1）税制抜本改革のスケジュール

税制抜本改革は、別紙1の工程表に示すスケジュールに沿って、計画的に実施する。

（2）経済への配慮

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ことが必要である。

政府は、累次の補正予算等を通じ、震災復旧・復興、円高対応及び経済活性化に向けた所要の措置を講じてきたところである。また、デフレ脱却によってこれまで抑えられていた需要を回復させるとともに持続的な経済成長を実現することが重要との認識の下、デフレ脱却に向けて日本銀行と一体となっており取り組んできた。引き続き、景気の下振れの回避に万全を期すため適切な経済財政措置を講ずるとともに、「新成長戦略」、更には先般決定した「日本再生の基本戦略」に沿った成長の姿に早期に近づけるため、デフレ脱却と経済活性化に向けた更なる方策を講じ、日本経済の再生に取り組む。また、経済政策としての有効性がある税制措置についても、納税者の納得を得つつ、果敢に実施する。

こうした取組等により、足下の景気は緩やかに持ち直しており、先行きについても、各種の政策効果などを背景に、景気の緩やかな持ち直しの傾向が続くことが期待される。

平成24年度には、復興需要の増加が着実な成長を支え、名目2.0%程度、実質2.2%程度の成長が見込まれ、平成25年度以降においては、復興需要が一段落するものの、民需主導の経済成長への移行によって経済が堅調に推移すると考えられる。ただし、海外経済の動向などから景気が下振れするリスクが存在することには、十分注意する必要がある。

以上を踏まえれば、法案提出時点における総合的な判断として、経済状況は好転していくとの見通しが立てられる。

これを踏まえ、平成21年度税制改正法附則第104条に従い、本素案に沿った各税目の改正内容・時期を盛り込んだ法案を今年度中に提出する。

なお、法律成立後、引上げにあたっての経済状況の判断を行うとともに、経済財政状況の激変にも柔軟に対応できるような仕組みを設けることとする。

具体的には、消費税率引上げ実施前に「経済状況の好転」について、名目・実質成長率、物価動向など、種々の経済指標を確認し、経済状況等を総合的に勘案した上で、引上げの停止を含め所要の措置を講ずるものとする規定を

法案に盛り込む。

（3）今後の改革の検討

2050年以降、高齢化のピークを迎えることを考慮すれば、今後も改革を進める必要がある。今回の改革に引き継ぎ、少子高齢化の状況、財政の状況、経済の状況などを踏まえつつ、次の改革を実施することとし、今後5年を目的に、そのための所要の法制上の措置を講じることを今回の改革法案の附則に明記する。

第2章 政治改革・行政改革への取組

はじめに

議員定数削減や公務員総人件費削減など自ら身を切る改革を実施した上で、税制抜本改革による消費税引上げを実施すべきである。

具体的には、消費税率引上げまでに、国民の納得と信頼を得るため、以下の通り、政治改革・行政改革を期す。

衆議院議員定数を80削減する法案等を早期に国会に提出し、成立を図る。また、独立行政法人改革、公益法人改革、特別会計改革、国有資産見直し等の行政構造改革に向けた取組を進め、民主党行政改革調査会で「行政構造改革実行法案（仮称）」の検討を進めていることを受け、国民新党と連携しつつ、所要の法案を早期に国会に提出し、成立を図る。閣議決定ベースで可能な改革は直ちに実行に移す。

更に、給与臨時特例法案及び国家公務員制度関連法案の早期成立を図る。その他、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。

31

第3章 各分野の基本的な方向性

1. 消費課税

(1) 消費税

消費税率（国・地方）は、「社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成」への第一歩として、2014年4月1日より8%へ、2015年10月1日より10%へ段階的に引上げを行う。

消費税（国・地方）の税率構造については、食料品等に対し軽減税率を適用した場合、高額所得者ほど負担軽減額が大きくなること、課税ベースが大きく侵食されること、事業者の負担が増すこと等を踏まえ、今回の改革においては単一税率を維持することとする。

消費税収（国分）は法律上は全額社会保障4経費（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）に充ててことを明確にし社会保障目的税化するとともに、会計上も予算等において使途を明確化することで社会保障財源化する。消費税収（地方分（現行分の地方消費税を除く。））については、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提として、その使途を明確化する（消費税収の社会保障財源化）。その上で、今般の一体改革において盛り込まれた社会保障の機能強化の一環として、低所得者への年金加算、介護保険料・国民健康保険料の軽減措置等、きめ細かな機能強化策を着実に実施する。

所得の少ない家計ほど、食料品向けを含めた消費支出の割合が高いために、消費税負担率も高くなるという、いわゆる逆進性の問題も踏まえ、2015年度以降の番号制度の本格稼動・定着後の実施を念頭に、関連する社会保障制度の見直しや所得控除の抜本的な整理とあわせ、総合合算制度や給付付き税額控除等、再分配に関する総合的な施策を導入する。

上記の再分配に関する総合的な施策の実現までの間の暫定的、臨時的措置として、社会保障の機能強化との関係も踏まえつつ、給付の開始時期、対象範囲、基準となる所得の考え方、財源の問題、執行面での対応可能性等について検討を行い、簡素な給付措置を実施する。

事業者免税点制度及び簡易課税制度については、中小事業者の事務負担への配慮とこうした制度の趣旨に留意し、制度を維持する。その上で、消費税制度に対する信頼を確保するため、制度の不適切な利用に対処する観点等からの見直しを行う。

今回の改革においては、単一税率を維持することや、中小事業者の事務負担等を踏まえ、いわゆるインボイス制度の導入は行わない。

32

（３）消費税以外の消費課税等

酒税、たばこ税、石油関係諸税等については、個別間接税を含む価格に消費税が課される国際的な共通ルールを踏まえ、国及び地方の財政状況、課税対象品目を巡る環境の変化、国民生活への影響等を勘案しつつ、これまでの税制改正大綱で示された方針に沿って、引き続き検討する。

酒税については、「平成24年度税制改正大綱」（平成23年12月10日閣議決定）で示された方針に沿って、類似する酒類間の税負担の公平性の観点も踏まえ、消費税率の引上げに併せて見直しを行う方向で検討する。

「地球温暖化対策のための税」（石油石炭税の税率の上乗せ）については、地球規模の重要な課題である地球温暖化対策を進める観点から、平成24年度税制改正において、引き続き、実現を図る。

森林吸収源対策や地方の地球温暖化対策に関する財源確保については、「平成24年度税制改正大綱」を踏まえ、検討を行う。

燃料課税については、地球温暖化対策等の観点から当分の間税率が維持されていることや平成24年度税制改正において石油石炭税の上乗せを行うことも踏まえ、引き続き検討を行う。

自動車取得税及び自動車重量税については、「廃止、抜本的な見直しを強く求める」等とした平成24年度税制改正における与党の重点要望に沿って、国・地方を通じて関連税制のあり方の見直しを行い、安定的な財源を確保した上で、地方財政にも配慮しつつ、簡素化、負担の軽減、グリーン化の観点から、見直しを行う。

印紙税については、建設工事請負契約書、不動産譲渡契約書及び領収書について負担軽減を検討する。

2. 個人所得課税

（１）基本的考え方

我が国の所得税については、中堅所得者層の負担累増感を解消する等の観点から、昭和60年代以降、税率構造の大幅な累進緩和を実施してきた。

他方で、近年の給与所得者の所得構造の実態を見ると、平成9年以降、構造変化が認められる。すなわち、平均的な所得水準が下落するとともに、その分布についても全体として下方ヘシフトしている。こうした中で、特に高い所得階層の割合は近年むしろ高まっており、格差が拡大する傾向がみられる。

このように所得構造が変化する一方で、税率構造の累進性が低下したままであることにより、所得税による所得再分配機能は近年、低下している。

34

今般の消費税率（国・地方）の引上げにあたっては、段階的な引上げになることも踏まえ、円滑かつ適正な転嫁に支障が生ずることのないよう、事業者の実態を十分に把握し、より徹底した対策を講じていくこととする（別紙2参照）。

消費者に対する値札等における価格表示に関する「総額表示」の義務付けについては、消費者の利便性の観点や、価格表示方式の切替えに伴う事業者のコスト等を考慮し、これを維持することを基本とする。なお、価格表示のあり方については、「外税」、「内税」などについて様々な議論があることから、事業者間取引や相対取引等における価格表示のあり方を含め、引き続き、実態を踏まえつつ、様々な角度から検討する。

地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像の総合的な整理を踏まえ、引上げ分の消費税取（国・地方）については、「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第104条）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。引上げ分の消費税収の地方分は、消費税率換算で、2014年4月1日から0.92%分、2015年10月1日から1.54%分とし、地方消費税の充実は基本とするが、財政力の弱い地方団体における必要な社会保障財源の確保の観点から、併せて消費税の交付税法定率分の充実に図る。

（２）消費税率の引上げを踏まえ検討すべき事項

今回の改正に当たっては、社会保険診療は、諸外国においても非課税であることや課税化した場合の患者の自己負担の問題等を踏まえ、非課税の取扱いとす。その際、医療機関等の行う高額の投資に係る消費税負担に関し、新たに一定の基準に該当するものに対し区分して手当てを行うことを検討する。これにより、医療機関等の仕入れに係る消費税については、診療報酬など医療保険制度において手当てすることとする。また、医療機関等の消費税負担について、厚生労働省において定期的に検証する場を設けることとする。なお、医療に係る消費税の課税のあり方については、引き続き検討をする。

住宅の取得については、取引価額が高額であること等から、消費税率の引上げの前後における駆け込み需要とその反動等による影響が大きいことを踏まえ、一時的税負担の増加による影響を平準化及び緩和する観点から、住宅取得に係る必要な措置について財源も含め総合的に検討する。

33

び損益通算範囲の拡大を検討する。

（４）贈与税

今後の扶養控除のあり方については、真に担税力の減殺に配慮が必要な方が対象となっているかとの観点や、課税ベースの拡大等を踏まえるほか、今後さらに具体化される社会保障改革の内容や、給付付き税額控除の導入を巡る議論も踏まえた上で、検討する。

いわゆる成年扶養控除については、「平成23年度税制改正大綱」（平成22年12月16日閣議決定）の考え方や、関連する社会保障制度の内容も踏まえながら、改めて検討する。

配偶者控除を巡る様々な議論、課税単位の議論、社会経済状況の変化等を踏まえながら、配偶者控除については、引き続き検討する。

給与所得控除については、平成24年度税制改正において、控除額に上限を設定することとしている。給与所得者の必要経費に比して過大となっていないか等の観点から、実態を踏まえつつ、今後、さらにそのあり方について検討する。

（５）高齢者・年金に関する税制

高齢者の中でも、企業年金を含めて比較的高い年金収入を得ている方や、給与を得ながら年金を得ている方もいるなど、その態様は様々であり、高齢者であっても経済力のある方にはそれに見合った負担を求め、世代内の公平性を確保する必要がある。

また、年金受給者は給与所得者に比べて、課税最低限が高いなど税制上優遇されている状況であり、世代間の公平性の確保も必要である。

こうした観点から、例えば年金収入に応じて控除額が増加していく現行の公的年金等控除について、その仕組みを見直すなど、種々の方策を検討する必要がある。また、老年者控除の復活に係る議論や、配偶者控除の見直しと年金課税との関係、「年金所得」を独立させるなど所得区分の見直しの議論等について、併せて検討を行っていく。

このような年金課税のあり方については、年金の給付水準や負担のあり方など、年金制度そのものと密接に関連する問題であり、今後の年金制度改革の方向性も踏まえた上で、見直していく。

（６）個人住民税

個人住民税のあり方を検討する際には、「地域社会の会費」として住民がその能力に応じて広く負担を分かち合うという個人住民税の基本的性格を

36

今後、消費税率の引上げにより、税制全体としての累進性がさらに低下することも踏まえれば、所得税については、高い所得階層に負担を求めるなど所得再分配機能の回復を図る改革を進める必要がある。

また、税率構造の大幅な累進緩和を含む減税措置を行ってきた結果、所得税の負担水準も全体的に低下している。このため、主要諸外国と比べて、実効税率や国民負担率は相対的に低い水準となっている。所得税の負担水準をこれ以上低下させることについては、慎重に考える必要がある。

（２）税率構造

個人所得課税に消費税を加えた個人の税負担に関し、手当等による受益も含めたネットの負担状況について、所得構造が現在とほぼ同じであった平成元年と比較すると、いずれの所得階層においても負担は低下している。

特に、中低所得の子育て世帯については、「控除から手当て」に則した改革を行ってきたことにより、負担の軽減が実現されている。

また、所得階層ごとの変化をみると、最高税率の引下げを含む累進緩和を進めてきた結果、高い所得階層ほど、負担が大きく低下している傾向がみられる。

一方で、今回の消費税率の引上げや、復興特別所得税による負担増等をも併せ考えれば、幅広い所得層に対して負担増を求めることは慎重に考えるべきである。

したがって、今回、特に高い所得階層に絞って、格差の是正及び所得再分配機能の回復を図る観点から、一定の負担増を求めることとする。

（３）金融所得課税

金融所得課税については、金融所得間の課税方式の均衡化と損益通算範囲の拡大を柱とする、金融所得課税の一体化に向けた取組を進める必要がある。

また、高額な譲渡所得等を得ている者に軽減税率が適用されることが問題であるとの指摘もある。

こうした点を踏まえ、現行法令どおり、上場株式の配当・譲渡所得等に係る10%軽減税率を平成26年1月から20%の本則税率とする措置並びに、非課税口座内の少額上場株式等に係る配当所得及び譲渡所得等の非課税措置（いわゆる「日本版ISA」）を平成26年1月から導入する措置については、経済金融情勢が急変しない限り、確実に実施する。また、円滑にその実施が行われるよう、関係府省は、証券会社・銀行等とともに、所要の準備を進める。

また、平成26年1月から20%の本則税率となることを踏まえ、その前提の下、平成25年度税制改正において、公社債等に対する課税方式の変更及

35

踏まえることが必要である。

税率構造については、平成19年度に3兆円の税源移譲が行われた際に、公益性の明確化、地域間の税源偏在度の縮小、税収の安定性の向上の観点から所得割の税率が10%比例税率化された経緯を踏まえ、比例税率の構造を維持することを基本として検討する。

諸控除等の見直しについては、個人住民税の「地域社会の会費」的性格により明確化する観点から、所得控除は控除項目・金額ともに所得税の範囲内であることや政策的な税額控除は極めて限定的であることを踏まえ、ともに、所得税における諸控除等の見直しや低所得者への影響にも留意しつつ、検討する。

現年課税化については、社会保障・税共通番号制度導入の際には、納税者、特別徴収義務者、地方自治体の事務負担を踏まえつつ、検討する。

3. 法人課税

法人課税については、国際的な協調等にも留意しつつ、企業の競争力の維持・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必要がある。

こうした観点から、平成23年度税制改正において、課税ベースの拡大とともに、法人税率を4.5%引下げ（平成24年度から適用開始）、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、引き下げることとしている。

復興特別法人税課税期間終了後（平成27年度以降）において、実効税率の引下げが実現することとなるが、その後も引き続き、雇用と国内投資拡大の観点から、一般の税率引下げの効果や主要国との競争上の諸条件等を検証しつつ、新成長戦略も踏まえ、法人課税のあり方について検討する。

4. 資産課税

相続税は、基礎控除がバブル期の地価急騰に伴い引き上げられてきた後、地価が下落しても据え置かれているため、課税ベースが著しく縮小している。また、最高税率の引下げを含む税率構造の緩和も行われてきた結果、再分配機能も低下している。

こうした状況を踏まえ、相続税については、その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、平成23年度税制改正法案には、基礎控除の引下げ等を通じた課税ベースの見直し、最高税率の引上げを含む税率構

造の見直し等を盛り込む一方で、高齢者が保有する資産の現役世代への早期移転を促し、消費拡大や経済活性化を図る観点から、直系卑属への贈与に係る贈与税の税率構造の緩和及び相続時精算課税制度の拡充措置を盛り込む。

上記の平成23年度税制改正案は、国会での審議の結果見送られることとなった。本改正事項については、課税ベースや税率構造の見直しなど、全体として資産課税の抜本改革を行うものであることから、一般の一体改革の中で、その実現を図る。平成24年度税制改正において実現を図る、住宅取得等に係る贈与税の非課税措置の拡充・延長に加え、これらの改革を行うことで、消費性向の高い若年世代への資産移転を促進し、需要を喚起する。

事業承継税制については、「中小企業における経営の承継の円滑化に関する法律」の運用状況等を踏まえ、本税制の活用促進策や課税の一層の適正化策について検討を行い、一体改革の相続税改正部分の施行に併せて見直しを行う。

相続税については、老後における扶養の社会化が高齢者の資産の維持に寄与している面もあることも踏まえ、課税方式を始めとした様々な角度から今後そのあり方を検討する。

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。

地方法人特別税及び地方法人特別譲与税は、「税制の抜本的な改革において偏在性の小さい地方税体系の構築が行われるまでの間の措置」であり、一体改革に併せて抜本的に見直す。

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

社会保障・税番号制度の導入に伴い、税務分野において番号制度の適正な利用を確保するためには、納税者や事業者の方々に申告書や法定調書に「番号」を記載して頂くといった手続が必要となる。これらについては、平成24年通常国会への提出が予定されている「行政手続における特定の個人を識別

第4章 税制抜本改革における各税目の改正内容等

1. 消費課税

(1) 消費税

① 税収の使途

消費税の収入については、別に法律で定めるところによるほか、毎年度、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経費に充てるものとする。

(注1) 上記の改正は、平成26年4月1日から適用する。

(注2) 消費税収（国分）の使途については、予算等において明確化することとし、その具体的な方法については引き続き検討を行う。

② 税率の引上げ

消費税の税率を次のとおり引き上げる。

イ 平成26年4月1日 6.3%（地方消費税と合せて8%）

ロ 平成27年10月1日 7.8%（地方消費税と合せて10%）

(注1) 上記の改正は、平成26年4月1日（ロについては平成27年10月1日）以後に行われる資産の譲渡等及び保税地域から引き取られる外国貨物について適用する。なお、工事の請負等について所要の経過措置を設ける。

(注2) 法律成立後、引上げにあたっての経済状況の判断を行うとともに、経済財政状況の激変にも柔軟に対応できるよう、消費税率引上げ実施前に「経済状況の好転」について、名目・実質成長率、物価動向など、種々の経済指標を確認し、経済状況等を総合的に勘案した上で、引上げの停止を含め所要の措置を講ずるものとする旨の規定を設ける。

(注3) 消費税に係る地方交付税率（現行29.5%（消費税率換算1.18%））については、平成26年度から22.3%（消費税率換算1.40%）、平成27年度から20.8%（消費税率換算1.47%）、平成28年度から19.5%（消費税率換算1.52%）とする。

③ 課税の適正化

イ 事業者免税点制度

(4) 資本金1,000万円未満の新設法人に関する免税点制度について、5億円超の課税売上高を有する事業者が直接又は間接に支配する法人（親族、関連会社等を含めた資本の持分比率が50%超の会社）を設立

するための番号の番号の利用等に関する法律」（以下「マイナンバー法」という。）の整備法において、所要の措置を講ずることとする。

また、納税者利便の向上策や、「番号」の告知・本人確認の実効性向上のための措置、法定調書の拡充等については、マイナンバー法及び同法の整備法成立後、納税者・事業者の負担等にも配慮しつつ、引き続き検討する。

国際課税については、国際的租税回避を防止して我が国の適切な課税権を確保すると同時に、投資交流の促進等により我が国経済を活性化するという基本的考え方に立ち、今後とも必要に応じて対応する。

国際連帯税については、これまでの議論や国際的な取組の進展を踏まえ、今後、真摯に検討を行う。

年金給付の支給停止を申し出ることと年金財政に貢献しようとする動きを積極的に評価することも検討する必要がある。

した場合については、当該設立された法人の設立当初2年間については、課税事業者とすると現行の資本金1,000万円以上の新設法人に対する措置と同様の措置を講じる。

(a) (イ)に該当することとなった場合の届出書の提出などについて所要の措置を講じる。

(注)上記の改正は、平成26年4月1日以後に設立される法人について適用する。

ロ 簡易課税制度

簡易課税制度のみなし仕入率については、今般、同制度に関する実態調査を行ったところ、業種によっては、みなし仕入率の水準が実際の仕入率を大幅に上回っている状況にあることが確認された。今後、更なる実態調査を行い、その結果も踏まえた上で、みなし仕入率の水準について必要な見直しを行うものとする。

ハ 中間申告制度

(イ) 中間申告義務のない直前の課税期間の確定消費税額（地方消費税を含む。）が60万円以下の事業者のうち、自主的に中間申告を行う意思を有する事業者について、任意の中間申告（年1回・半期）を可能とする制度を導入する。

(注)上記の改正は、平成26年4月1日以後に開始する課税期間に係るものについて適用する。

(a) 消費税の中間申告（年1回、3回又は11回）に係る確定消費税額の最低額については、消費税額と地方消費税額を合わせた額を現行の最低額と同一とすることを基本として調整する。

(2) 地方消費税

① 地方消費税収の用途

地方消費税収（現行分の地方消費税を除く。）については、その用途を明確化する（社会保障財源化）。

(注)具体的方法については、地方団体の意見を踏まえて検討し、結論を得る。

② 地方消費税の税率等

イ 平成26年4月1日 1.7%（消費税と合せて8%）

ロ 平成27年10月1日 2.2%（消費税と合せて10%）

(注1) 上記税率は消費税率に換算したものであり、法律上の税率は、イに

おいて「消費税額の63分の17」、ロにおいて「消費税額の78分の22」となる。

(注2) 上記の改正は、平成26年4月1日（ロについては平成27年10月1日）以後に行われる資産の譲渡等及び保税地域から引き取られる外国貨物について適用する。なお、工事の請負等について所要の経過措置を設ける。

(注3) 第4章1.(1)②(注2)と同じ規定を設ける。

(注4) 引上げ分の地方消費税収の都道府県と市町村の配分については、現行の1:1を基本とし、また、引上げ分の地方消費税に係る市町村交付金については、人口による配分など社会保障財源化に適した交付基準を検討し、地方団体の意見を踏まえて結論を得る。

③ 検討事項

消費税・地方消費税の賦課徴収に係る地方団体の役割拡大のため、当面は、現行制度の下でも可能な「納税相談を伴う収受」等の取組を進め、その上で、地方団体の体制整備の状況等を見極めながら、消費税を含む税制の抜本改革を実施する時期を目的に、地方団体に対する申告書提出の制度等について、実務上の論点を十分整理して、改めて判断する。

2. 個人所得課税

現行の所得税の税率構造に加えて、課税所得5,000万円超について45%の税率を設ける。

(注) 上記の改正は、平成27年分の所得税から適用する。

3. 資産課税

① 相続税の課税ベース及び税率構造について、次の見直しを行う。

イ 相続税の基礎控除

	現行	改正案
定額控除	5,000万円	3,000万円
法定相続人	1,000万円に法定相続人数を乗じた金額	600万円に法定相続人数を乗じた金額
比例控除	相続人数を乗じた金額	
ロ 死亡保険金に係る非課税限度	現行	改正案
		500万円に、法定相続人（未成年

500万円に、法定相続人の数、障害者又は相続開始直前に被相続人と生計を一にしていた者（に限る。）の数を乗じた金額

ハ 相続税の税率構造	
現行	改正案
税率	税率
1,000万円以下の金額	同 左
3,000万円	10%
5,000万円	15%
1億円	20%
3億円	30%
—	40%
3億円超の金額	50%
—	55%

② 未成年者控除及び障害者控除を次のとおり引き上げる。

イ 未成年者控除	
現行	改正案
20歳までの1年につき6万円	20歳までの1年につき10万円
ロ 障害者控除	
現行	改正案
85歳までの1年につき6万円	85歳までの1年につき10万円
(特別障害者については12万円) (特別障害者については20万円)	

(注) 上記①及び②の改正は、平成27年1月1日以後の相続又は遺贈により取得する財産に係る相続税について適用する。

③ 相続時精算課税制度の対象とならない贈与財産に係る贈与税の税率構造について、次の見直しを行う。

イ 20歳以上の者が直系尊属から贈与を受けた財産に係る贈与税の税率構造

現行	改正案
税率	税率
200万円以下の金額	同 左
300万円	10%
400万円	15%
600万円	20%
—	30%
600万円超の金額	400万円以下の金額
—	600万円
—	1,000万円
—	30%

1,000万円

40%

—

1,000万円超の金額

50%

—

4,500万円超の金額

55%

ロ 上記イ以外の贈与財産に係る贈与税の税率構造

現行	改正案
税率	税率
200万円以下の金額	同 左
300万円	10%
400万円	15%
600万円	20%
1,000万円	30%
—	40%
1,000万円超の金額	1,500万円以下の金額
—	3,000万円
—	50%
—	3,000万円超の金額
—	55%

④ 相続時精算課税制度の適用要件について、次の見直しを行う。

イ 受贈者の範囲に、20歳以上である孫（現行 推定相続人のみ）を追加する。

ロ 贈与者の年齢要件を60歳以上（現行 65歳以上）に引き下げる。

(注) 上記③及び④の改正は、平成27年1月1日以後の贈与により取得する財産に係る贈与税について適用する。

4. 地方税制

地方法人特別税及び地方法人特別譲与税は、「税制の抜本的な改革において偏在性の小さい地方税法体系の構築が行われるまでの間の措置」であり、一体改革に併せて抜本的に見直す。

一体改革による地方消費税の充実と併せて、地方法人課税のあり方を見直すことにより地域間の税源偏在の是正の方策を講じる。その際には、これまでの偏在是正の方策に関する提言等も参考にしながら、国・地方の税制全体を通じた幅広い検討を行う。

5. その他

社会保障・税番号制度の導入に伴う税制上の対応については、平成24年

税制改革 工程表 【別紙1】

	～2011 (H23) 年	2012 (H24) 年	2013 (H25) 年	2014 (H26) 年	2015 (H27) 年
【消費税】					
①社会保険目的税化		● 一体改革法案		■ 26年4月実施	
②税率（国・地方）		●		■ 26年4月 8%へ引上げ	■ 27年10月 10%へ引上げ
③課税の適正化		●		■ 上記②と併せて実施	
【消費税以外の消費税等】					
①酒税		● 23年度改正一削除	● 24年度改正法案 24年10月施行		
②地球温暖化対策のための税			● 24年度改正法案 24年10月施行 (参考) 森林吸収源対策や地方の地球温暖化対策に関する財源確保について及年度税制改正大綱を閣議決定		
③燃料課税					
④車体課税					
⑤車体課税		● 22年度改正 (自動車重量税の負担軽減等)	● 24年度改正法案 24年4・5月 「当分の間税率見直し」 「エコカー減税の拡充」		■ 27年3・4月 エコカー減税期限
⑥印紙税					
【個人所得課税】					
①税率構造		● 23年度改正 (26年1月から本則税率化)	● 24年度改正法案 24年1月施行	■ 26年1月 本則税率（20%）	■ 27年1月施行
②金融所得課税					
③諸控除		● 23年度改正一削除 a) 給与所得控除 の上限設定 b) 上記以外	● 24年度改正法案 24年1月施行		
④高齢者・年金に関する税制					
【法人課税】					
法人実効税率		● 23年度改正等 実効税率5%引下げ 及び復興増徴法案	● 24年度改正 実効税率5%引下げ	● 26年度～ 復興特別法人税（～27年度）	● 27年度～ 実効税率5%引下げ実現 (復興特別法人税の経過から、 今後の引下げの取組等を継続し、 法人実効税率の引き下げを、法人 課税について行なっていく)
【資産課税】					
①相続税・贈与税の見直し		● 23年度改正一削除	● 24年度改正法案 (22年度改正と内容等) (見直し検討)		■ 27年1月施行
②事業承継税制					
【地方税制】					
地方法人特別税・地方法人特別課税					
【その他】					
社会保障・税番号制度		● 番号（マイナンバー）法案 ・ 同整備法案		■ 26年中 「番号」を交付	■ 27年1月 「番号」の利用開始

(参考1) 上記の税制改正にあわせて、第2部第2章に記載している政治改革・行政改革への取組を進めていく。
 (参考2) 東日本大震災からの復興・復興財源を確保する観点から、上記の法人課税に係る措置のほか、個人所得課税について以下の増徴が講じられている。
 ・復興特別所得税（平成25年～平成49年、所得税額の2.1%）
 ・個人住民税均等割の引上げ（平成26年6月～平成36年5月、年1,000円）

通常国会への提出が予定されているマイナンバー法の整備法において、次に掲げる所要の措置を講ずる。

① 申告書・法定調書等の税務関係書類の記載事項に、その提出者（納税者・法定調書提出者等）及び一定の者（控除対象となる配偶者等、法定調書の対象となる支払を受ける者等）に係る「番号」（個人番号又は法人番号をいう。以下同じ。）を追加する。

② 法定調書の対象となる金銭の支払を受ける者等が告知すべき事項に「番号」を追加する。

③ 告知を受けた者が本人確認すべき事項に「番号」を追加するとともに、本人確認書類の範囲に「番号カード」及び「番号の記載のある住民票の写し」等を追加する。

④ その他所要の規定の整備を行う。

(注1) 上記の改正は、原則として、マイナンバー法における「番号」の利用開始日以後の課税期間等に係る申告書、同日以後に提出すべき申請書等並びに同日以後の支払等に係る法定調書及び告知・本人確認について適用する。ただし、所要の経過措置を講ずる。

(注2) 以上につき別紙3参照。

【別紙3】

社会保障・税番号制度導入に伴う税制上の対応

社会保障・税番号制度の導入に伴う税制上の対応については、平成24年通常国会への提出が予定されている「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」（以下「マイナンバー法」という。）の整備法等において、次に掲げる所要の措置を講ずる。

(1) 申告書・法定調書等の記載事項への「番号」の追加

① 税務署長等に提出する申告書等の記載事項

イ 税務署長、国税局長、国税庁長官及び国税不服審判所長又はその職員（以下「税務署長等」という。）に提出する申告書、申請書、届出書の他の税務関係書類（所得税法、相続税法等に規定する調書等（以下「法定調書」という。）を除く。以下「申告書等」という。）に記載すべき事項に、次に掲げる者の「番号」（個人番号及び法人番号をいう。以下同じ。）を追加する。

(4) 当該申告書等を提出する者

(n) 申告書等に記載された所得税の控除対象となる配偶者及び扶養親族

(n) 申告書等に記載された青色事業専従者及び白色事業専従者

(二) その他氏名等が申告書等の記載事項となっている者

ロ 源泉徴収義務者等を経由して税務署長等に提出すべきこととされている申告書等（非課税貯蓄申告書等）を受理した当該源泉徴収義務者等が、当該申告書等に記載すべき事項の範囲に、当該源泉徴収義務者等の「番号」を追加する。

② 税務署長に提出すべき法定調書の記載事項

税務署長に提出すべき法定調書の記載事項に、法定調書の提出義務者、法定調書の対象となる金銭等の支払等を受ける者その他法定調書に記載すべき者（生命保険契約に基づく契約者等）の「番号」を追加する。

③ 税務署長等以外の者に提出する税務関係書類の記載事項

税務署長等以外の者（源泉徴収義務者等）に提出する税務関係書類（非課税貯蓄申込書等）に記載すべき事項に、当該税務関係書類を提出する者の「番号」を追加する。

④ 地方公共団体に提出する申告書等の記載事項

地方公共団体に提出する申告書等に記載すべき事項に、次に掲げる者の

【別紙2】

適正転嫁等への取組について

平成元年4月の消費税の導入時及び平成9年4月の消費税率の引上げ時には、関係府省が連携して、適正転嫁のための広報・相談活動、事業者の優越的地位の濫用防止に向けた取組、乗値上げ防止のための取組等を実施したところであるが、今般の消費税率（国・地方）の引上げにあたっては、段階的な引上げになることも踏まえ、円滑かつ適正な転嫁に支障が生ずることのないよう、事業者の実態を十分に把握し、以下の取組を含め、より徹底した対策を講じていくこととする。

(1) 消費税の円滑かつ適正な転嫁に資するため、事業者等が消費税の転嫁・表示等に関して行う行為についてのガイドラインを策定し、その周知徹底、相談等を行う。

(2) 中小事業者向けに相談窓口を設置するとともに、講習会の開催等を行う。

(3) 取引上の優越的な地位を利用して下請事業者等からの転嫁要請を一方的に拒否すること等のご不正な取引の取締り・監視の強化を行う。

(4) 競争制限的行為による乗値上げを防止するための独占禁止法の厳正な運用や乗値上げ防止のための調査・監督及び指導を行う。

(5) 適正転嫁等への取組を効果的に推進する観点から、関係行政機関相互の緊密な連携を確保し、総合的に対策を推進するための本部を内閣に設置する。

という。）の属する年分以後の所得税及び贈与税の申告書、同日の属する年分以後の所得に係る個人住民税等の申告書、同日以後に開始する事業年度に係る法人税等の申告書、同日以後の相続又は遺贈に係る相続税の申告書、同日以後に開始する課税期間等に係る消費税等の申告書、同日以後に提出すべき申請書、届出書その他の税務関係書類（申告書及び法定調書を除く。）並びに同日以後の金銭等の支払等に係る法定調書及び告知・本人確認について適用する。

② 経過措置

法定調書の対象となる金銭等の支払等のうち、番号利用開始日前の契約の締結等の際に既に告知及び本人確認しているため当該契約の締結等の日以後の金銭等の支払等の都度、告知及び本人確認することを要しないこととされているものに係る「番号」の告知及び本人確認については、上記①にかかわらず、番号利用開始日から3年を経過する日後の最初の金銭等の支払等の時までに行うことができることとする。また、当該期間内に提出すべき当該金銭等の支払等に係る法定調書については、「番号」の告知及び本人確認が行われない限り、当該法定調書に記載すべき事項のうち「番号」の記載は要しない。

「番号」を追加する。

イ 当該申告書等を提出する者

ロ 申告書等に記載された個人住民税の控除対象となる配偶者及び扶養親族

ハ 申告書等に記載された青色事業専従者及び白色事業専従者

ニ その他氏名等が申告書等の記載事項となっている者

⑤ 地方公共団体に提出すべき給与支払報告書の記載事項

地方公共団体に提出すべき給与支払報告書の記載事項に、給与支払報告書の提出義務者、給与支払報告書の対象となる給与等の支払を受ける者その他給与支払報告書等に記載すべき者の「番号」を追加する。

（2）告知及び本人確認すべき事項への「番号」の追加等

① 申告書等の提出の際に告知及び本人確認すべき事項への「番号」の追加
上記（1）①ロの申告書等を提出する者が源泉徴収義務者等に告知すべき事項及び当該告知を受けた者が本人確認すべき事項に、当該申告書等を提出する者の「番号」を追加する。

② 法定調書の対象となる金銭等の支払等の際に告知及び本人確認すべき事項への「番号」の追加

法定調書の対象となる金銭等の支払等を受ける者がその金銭等の支払等をする者に告知すべき事項（告知書に記載して提出すべき事項を含む。）及び当該告知を受けた者が本人確認すべき事項に、当該金銭等の支払等を受ける者の「番号」を追加する。

③ 本人確認書類の整備

告知及び本人確認を行う際に提示すべき本人確認書類について、次に掲げる者の区分に応じ、それぞれ次に定めるものを追加する。

イ 「個人番号」が付番された個人 番号カード又は番号の記載のある住民票の写し

ロ 「法人番号」が付番された法人等 国税庁長官が発行した法人番号の通知書等

（3）その他所要の規定の整備を行う。

（4）施行時期

① 原則

マイナンバー法における「番号」の利用開始日（以下「番号利用開始日」

資料2

医療提供体制の改革に関する意見

社会保険審議会医療部会 2011年12月22日

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001zh6h-att/2r9852000001zhag.pdf>

2011年12月22日、社会保険審議会・医療部会は「医療提供体制の改革に関する意見（案）」を取りまとめた。意見では、医療提供体制の改革に向けた基本的な考え方や個別論点を整理し、厚労省に対し「本部会の意見を踏まえ、医療提供体制の改革に必要な事項について、さらに所要の検討を進め、医療法等の改正を行うなど、改革に早急に取り組み、着実にその実施を図られたい」と求めている。

○ 限りある医療資源の中で、世界に冠たる我が国の医療制度を将来にわたって維持・発展させていくには、現在抱えている様々な課題に取り組みつつ、医療を取り巻く環境の変化に対応した、より効率的で質の高い医療提供体制の構築を目指していく必要がある。

○ 本年6月に取りまとめられた「社会保障・税一体改革案」においても、医療・介護の分野について、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、在宅医療の充実等といった改革項目が示され、政府・与党においては、この改革案に基づき更に検討を進め、その具体化を図ることとされたところである。

○ このような状況の中で、国民が安心して良質な医療を受けられることができるよう、①医師等の確保・偏在の是正、②病院・病床機能の明確化・強化、③在宅医療・連携の推進、④医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進といった視点から、医療提供体制の機能強化に向けた改革に積極的に取り組んでいくべきである。

II 個別の論点について

1. 地域の実情に応じた医師等確保対策

(1) 医師等の人材確保

○ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正は重要な課題である。このため、都道府県が担う役割を強化し、地域の実情に応じた医師確保体制を構築すべきである。

○ 看護職員の不足・偏在も深刻な問題であり、離職防止対策や養成所への補助等により看護職員の確保を図っていくべきである。

○ 病院勤務医の疲弊、女性の医療従事者の増加、看護職員の不足といった現状を踏まえ、負担の大きい医療従事者の労働環境の改

2

医療提供体制の改革に関する意見

平成23年12月22日
社会保険審議会医療部会

社会保障審議会医療部会においては、昨年10月より15回にわたる、医療提供体制の改革について、審議を重ねてきたところであるが、これまでの議論を踏まえ、医療提供体制の改革に関する意見を、以下のとおり取りまとめた。

厚生労働省においては、本部会の意見を踏まえ、医療提供体制の改革に必要な事項について、更に所要の検討を進め、医療法等の改正を行う等、改革に早急に取り組み、着実にその実施を図られたい。

I 基本的な考え方

○ 我が国の医療提供体制は、戦後、医療機関の整備が図られ、50年前に国民皆保険制度を実現して以来、全国民に必要な医療サービスを保証していくため、医療提供体制の一層の充実が図られ、その結果、世界最長の平均寿命を達成するなど、高い保健医療水準を実現してきた。

○ その一方で、急速な少子高齢化の進展、人口・世帯構造や疾病構造の変化、医療技術の高度化、国民の医療に対するニーズの変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化している。しかしながら、我が国の医療提供体制は、機能の分化が十分とは言えず、また、必要な医療サービスが不足している面があるなど、こうした変化に十分に対応できていない。

○ さらに、国際的に見て人口当たりの病床数が多い一方で、人口当たりの医師数は少ないなど医療を担う人材の不足や、医師の地域・診療科偏在などが課題とされ、また、救急患者の受入れの問題、地域医療の困窮など様々な課題に直面している。

1

善に向けた取組が必要である。

（2）医師の養成、配置のあり方

- 実効性のある地域枠の設定や医師の養成過程において診療科を一定程度誘導する等によって、医師の地域間や診療科間の偏在是正を図っていく必要がある。
- 医療技術の高度化・専門化に伴い、医師の専門分化の傾向が見られるが、高齢化の中で第一線の現場で幅広く診ることのできる医師を確保し、地域の医療と介護をつなぐ役割を果たすため、総合的な診療を行う医師を養成し、専門医との役割分担を行う必要がある。
- こうした課題への対応として、総合的な診療を行う医師や専門医の養成のあり方について、国において検討を行う必要がある。

（3）医師確保対策のあり方

- 医師不足地域の医師確保の観点から、キャリア形成支援等を通じて都道府県が地域の医師確保に責任を持って取り組むため、法制化等により、都道府県の役割を明確化すべきである。
- また、都道府県は、医療圏ごと、診療科ごとの医師の需給の状況を把握した上で、より必要性の高いところに医師を供給するなど、きめ細かい対応を行うことが必要である。

2. 病院・病床の機能の明確化・強化

（1）病床区分のあり方

- 患者の疾患の状態に応じ良質かつ適切な医療が効率的に行われ

3

るよう、一般病床について機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るなど、病床の機能分化・強化を図り、もって医療機関が自ら担う機能を選択し、その機能を国民・患者に明らかにしていく必要がある。

- これまでもこうした方向性は様々な機会で示されてきたものの、実現に至っていない状況を踏まえると、その実現に向け、法制化を含め、こうした方向性を明らかにして取り組むことが重要である。
- 急性期医療については、病院医療従事者の負担の軽減や専門医等の集約による医療の質の向上等を図るとともに、患者の早期の社会生活復帰を可能とする観点からも、医療資源を集中化させることにより機能強化を図るべきである。
- 一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策については、別途検討の場を設け、早急に検討すべきである。その際は、人的資源の集中化が求められる医療等について十分な議論が必要である。
- また、機能分化の推進に当たっては、病床の機能の見える化が重要であり、その機能に着目した評価を行うことが重要であるが、評価の具体的な方法については十分な議論が必要である。
- 病床区分のあり方を検討するに当たっては、地域の実情を踏まえ地域に必要な医療機能とは何かという観点からも検討する必要がある。
- 急性期や重急性期等の医療から在宅医療についても機能分化・強化を図っていくとともに、国民・患者にとって分かりやすいものとしていく必要がある。

（2）特定機能病院のあり方

- 特定機能病院が担う「高度な医療」とは、今後の高齢社会にお

4

きに検討すべきである。

（４）地域医療支援病院のあり方

- 当初の地域医療支援病院の理念を踏まえ、地域医療支援病院における外来診療のあり方を見直す必要がある。
- 地域医療支援病院について、地域医療の確保を図る観点から、他の医療機関との連携のあり方等について評価すべきである。
- 地域医療支援病院については、以上の点を踏まえつつ、その役割・機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容等について見直しが必要である。

（５）診療所のあり方

- 地域で切れ目のない医療・介護の提供が必要とされる中、地域住民の身近にある病床としての有床診療所の役割が大きくなる一方、一般的な診療や在宅医療を提供するものから、特殊な診療科を有し、又は専門性の高い医療を提供するものまで診療所の機能は多様である。医療提供体制における地域での有床診療所及び無床診療所の役割や機能を踏まえその活用を図っていく必要がある。

（６）人員配置標準のあり方

- 人員配置標準については、疾病構造の変化等今日の医療提供体制に対応したものに直すことが考えられる一方で、医療が高度化する中で医療の安全を確保するといった観点や勤務医や看護職員等の労働環境への配慮、外来機能についての診療所との役割分担、地域の事情などを踏まえる必要がある。

6

いては、複数の疾患を持つ複雑性の高い患者への対応が必要となる中で、多分野にわたる総合的な対応能力を有しつつ、かつ専門性の高い医療を提供することになると考えられる。

- また、特定機能病院は、一般の医療機関では通常提供することが難しい診療を提供する病院として、地域医療の最後の拠り所としての役割を担っていくべきである。
- 大学病院等大病院について、外来が集中し勤務医の長時間勤務などにつながっているという指摘がある。また、患者が大病院を選ばざるを得ない現状もあるとの指摘もある。貴重な医療資源の効率的な配分及び勤務医の労働環境への配慮の観点から、特定機能病院の外来診療のあり方を見直す必要がある。
- 特定機能病院における研究については、論文数等によって評価することとなっているが、その質の担保のためには、更なる評価の観点が必要である。
- 特定機能病院については、制度発足当初から医療を取り巻く様々な環境が変化している中、以上の指摘を踏まえつつ、その体制、機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容等について見直しが必要である。
- 高度な医療の提供を担う特定機能病院としての質を継続的に確保していくため、更新制度を導入する等、特定機能病院に対する評価のあり方を検討する必要がある。

（３）臨床研究中核病院（仮称）の創設

- 基礎研究、開発段階の臨床研究から市販後の臨床研究までの一連の流れと、そこから新たな基礎研究につながるというイノベーションの循環の中で、医薬品、医療機器等の研究開発を推進し、医療の質の向上につなげていくための拠点として臨床研究中核病院を創設すべきであり、法制上位置づけることなどについて前向

5

3. 在宅医療・連携の推進

（1）在宅医療の推進、医療・介護間の連携

- 今後、高齢者が増加していく中で、在宅医療と介護の連携により、生活の中で最期を迎えることができる体制を整備すべきである。
- 在宅医療を推進するには、複数の医療機関等の連携システムの構築により、24時間体制で在宅医療ニーズに対応できる仕組みを整備するなど、地域としての供給体制を整備することが不可欠である。そのためには、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー等、地域における多職種での連携、協働を進めることが重要である。また、地域の関係機関による協議の場を作るという方向性を明確にすべきである。

- 在宅医療を担う関係者間の調整を行うコーディネーター機能を担うことのできる人材を養成していくことが必要である。

- 在宅医療の拠点となる医療機関について、診療報酬上の位置付けだけでなく、法制上、その趣旨及び役割を明確化すべきである。

- 在宅医療の提供体制を計画的に整備するため、在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担、病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込むべきことを法制上明確にすべきである。

- 訪問看護は在宅医療で重要な役割を果たすが、人員体制が十分で、訪問看護師への負荷が大きく、離職率も高い状況である。そこで、訪問看護を提供する体制の確保・充実が必要である。

- 有床診療所は、入院医療と在宅医療、医療と介護のつなぎ役として重要な役割を担っており、在宅医療の推進のためには、診療所が置かれている地域の状況や特性に即した活用を図っていくべきである。

7

（2）地域における医療機関間の連携

- 医療機能の分化とともに連携が重要であり、地域における医療機関間の連携を更に推進していくための取組が必要である。
- 急性期医療から地域生活への円滑な移行を進める上では、退院後に、地域の診療所や訪問看護ステーションにスムーズにつなぐための退院調整機能を強化することが必要である。
- 医療機関間の連携の促進という観点から、医療情報のICT（Information and Communication Technology）化等により、医療機関間の情報の共有を進めていくことも必要である。

4. 医療提供体制整備のための医療計画の見直し

（1）医療計画のあり方

- 二次医療圏について、二次医療圏間で医療提供体制に格差が見られるため、地域の実情や現在の医療を取り巻く状況等を踏まえ、医療計画作成指針の見直しを行う必要がある。その際、都道府県が見直しについて具体的な検討ができるよう、二次医療圏の設定の考え方をより明示的に示すべきである。

- 在宅医療の提供体制を計画的に整備するため、在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担、病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込むべきことを法制上明確にすべきである。（再掲）

（2）4疾病5事業の見直し

- 増加する精神疾患患者への医療の提供を安定的に確保するため、医療連携体制を計画的に構築すべき疾病及び事業（4疾病5事業）

8

（２）看護師、診療放射線技師等の業務範囲

- 高齢社会が進む中、介護の分野においても高度の医療を必要とする患者が増えてきており、安全性の確保とサービスの質の向上のために、現在看護師が実施している高度かつ専門的な知識・判断が必要とされる行為について、教育・研修を付加する必要がある。
- 現場で患者に寄り添っている看護師が、患者に安全かつ迅速にサービスを提供するために、また、その能力を十分に発揮するためにも、公的に認証することを含め一定以上の能力を認証する仕組みは重要であり、この認証の仕組みの在り方については、医療現場の実態を踏まえたものとする必要がある。併せて、基礎教育内容を見直す等により、看護師全体について、質・量の両側面からレベルアップを図ることが必要である。こうした取組みが患者の安全・安心につながる事となる。
- 診療放射線技師については、教育等により安全性を担保した上で、検査関連行為と核医学検査をその業務範囲に追加することが必要である。
- 薬剤師等他の医療関係職種の業務範囲についても議論を進めべきである。

7. 国民の関与と情報活用

（１）患者中心の医療と住民意識の啓発

- 限られた医療資源を有効に活用する観点から、医療を利用する住民の意識を高めていくことも検討すべきである。

10

に精神疾患を追加すべきである。その際、一般医療と精神科医療との連携や社会復帰という観点での地域との関係機関との連携といった視点が重要である。

- 疾病・事業ごとの医療計画のPDCAサイクルを効果的に機能させることで、計画の実効性を高めることができるように、医療計画作成指針を見直す必要がある。

5. 救急・周産期医療体制の見直し

- 救急医療を担う医療機関の位置付けや支援を検討する上では、救急車の受入実績だけでなく、休日・夜間の診療体制の状況を評価する視点や医療圏ごとに人口に大きな差があることも考慮して評価する視点が必要である。
- 周産期医療については、NICU（新生児集中治療室）の整備だけではなく、在宅医療体制の充実や福祉サービスとの連携強化を図ることで、病院から家庭等への移行を進めていく必要がある。

6. 医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進

（１）チーム医療の推進

- 少子化が進む中、限られたマンパワーで効率的かつ安全で質の高い医療を提供するために、各医療職種の役割分担を見直し、チーム医療を推進していくべきである。
- チーム医療の推進にあたっては、各医療関係職種が担う役割の重要性を認識し、適切な評価をするべきである。
- チーム医療の推進のためには、各医療職種間の情報の共有を進めていくことが必要であり、医療情報のICT化等が有用である。

9

（２）広告・情報提供のあり方

- 医療を提供する側と受ける側との間には「情報の非対称性」が存在することを前提に、分かりやすい医療情報の提供を推進していく必要がある。
- 医療機関等に関する医療機能に係る情報の公表にあたっては、国民・患者に分かりやすく情報を提供する観点から、公表情報の内容やその形式を標準化することが重要である。
- 医療機関等のホームページの取扱いについて検討を行い、必要な措置を講じていくべきである。

（３）医療の質の評価・公表のあり方

- 医療の質に関する情報（アウトカム指標やプロセス指標等）については、その内容や標準化等について検討が進められているが、こうした検討を踏まえながら、医療の質に関する情報の公表に向けた取組を進めていくべきである。ただし、全ての分野についての指標を評価・公表することは難しいため、分野を絞ることも検討すべきである。

8. その他

（１）医療法人

- 医療法人に係る制度について、地域医療を安定的に確保する上で重要な主体であるという視点を踏まえつつ、税制上の取扱いを含め、必要な制度の見直しを行うことが必要である。
- 医療法人に対する規制のあり方について検討を行う上では、非営利の法人であるという医療法人の性格を堅持することが重要である。

11

（２）外国医師等の臨床修練制度の見直し

- 医療の分野において、アジアの国々をリードし、貢献していくためにも、臨床修練制度において、厳格な審査を前提として、手続き面の簡素化を図るべきである。
- 臨床修練に加え、教授・研究の中で外国の医師等が診療を行うことを認めるべきである。その際、医師不足対策や医療機関の宣伝という間違った趣旨での利用を制限するため、臨床修練よりも厳格な基準を設け、適切な運用を担保するための仕組みを設けるべきである。
- 今回の見直しは、外国の医師免許等を日本の医師免許等として認めるものではなく、あくまで一定の目的の場合に医師法等の特例を認めるものである点に十分留意すべきである。

12

協会だより（定例理事会要録から）

2011年度 第13回 2011年12月13日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（11月22日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認

【経営部会】

1. 医師賠償責任保険料案内のための病院訪問状況
2. 金融共済委員会（11月24日）状況
3. 北部開催：医院・診療所での接遇マナー研修（中級）（11月26日）状況
4. A I R ジャパン車いす清掃活動参加（11月26日）状況
5. 第6回保団連共済制度運営委員会（11月27日）状況
6. 保団連経税担当事務局小委員会（11月21日）状況
7. 保団連経税部会（11月27日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談（11月21日）状況
2. 医療事故案件調査委員会（11月25日）状況
3. 医師賠償責任保険処理室会（11月28日）状況

【政策部会】

1. 出版編集会議（11月21日）状況

【保険部会】

1. 京都府生活保護医療機関個別指導立ち会い（10月31日）状況
2. 保団連病院・有床診療部会事務局小委員会（11月5日）状況
3. 保団連2011年度第2回病院・有床診療部会（11月6日）状況
4. 医事担当者勉強会（11月16日）状況
5. 保険講習会B（11月17日）状況
6. 第4回保団連社保・審査対策部会（11月19日）状況
7. 保団連審査、指導、監査対策担当者会議（11月20日）状況
8. 京都府生活保護医療機関個別指導立ち会い（11月28日）状況
9. 京都府生活保護医療機関個別指導立ち会い（11月30日）状況
10. 第4回医事担当者連絡会議（11月26日）状況
11. 医療事務担当者向け講習会（11月26日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 正副理事長・アミス役員合同会議（2011年度第7回正副理事長会議）（11月27日）状況確認の件
2. 2011年度第8回正副理事長会議（12月8日）状況確認の件
3. 総務部会（12月6日）状況確認の件
4. 2011年度10月分収支月計表報告状況確認の件
5. 11月度会員増減状況確認の件
6. 会員入退会及び異動（11月22日～12月13日）に関する承認の件
7. 中京西部医師会との懇談会（11月28日）状況確認の件

【経営部会】

1. 第13回保団連共済部会（11月20日）状況確認の件
2. 社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置、診療報酬の所得計算の特例措置（4段階税制）の存続を求める要請（FAX要請）状況確認の件
3. 国税通則法「改正」案の廃案を求める要請（FAX要請）状況確認の件
4. 休業補償制度管理システム変更費用支払いの件
5. 経営部会（12月6日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（12月6日）状況確認の件

【政策部会】

1. 保団連・近畿ブロック会議（11月19日）状況確認の件
2. 「第39回医療研究全国集会in京都」実行委員会準備会（11月28日）状況確認の件
3. 第5期介護保険事業支援計画に関する京都府懇談（11月29日）状況確認の件
4. 第5期介護保険事業計画に関する京都市懇談（11月30日）状況確認の件
5. 医療制度検討委員会（12月7日）状況確認の件
6. 保団連10～11年度第23回理事会（12月4日）状況確認の件
7. 『メディペーパー京都』第149号（第2804号）・『京都保険医新聞』（第2805号）合評の件

【保険部会】

1. 保険部会（12月2・6日）状況確認の件
2. 京都府福祉医療制度検討会第3回傍聴（12月5日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 京響メンバーによるサロンコンサート開催の件
2. 会計半期収支点検開催の件

【経営部会】

1. 医師賠償責任保険料案内のための病院訪問の件

【政策部会】

1. 保団連近畿ブロック反核平和担当事務局会議出席の件
2. さよなら原発3・10京都（仮称）第1回実行委員会への出席の件
3. 「第39回医療研究全国集会 in 京都」第1回実行委員会への出席の件

IV. 診療報酬関連情報

1. 保険審査通信検討委員会（11月4日）状況確認の件
2. 保険審査通信検討委員会（12月2日）状況確認の件
3. 中医協総会概要報告
4. 社会保障審議会介護給付費分科会報告

V. 要討議事項

【総務部会】

1. 保団連第44回定期大会議案に関する検討の件
2. 第182回定時代議員会関連議事検討の件

【保険部会】

1. 「2012年度診療報酬・介護報酬同時改定でマイナス改定を許さない理事会決議（仮称）」採択の件
2. 京都市地域医療課・適正化推進担当が行う生活保護個別指導への対策の件

《以上36件の議事について承認》

2011年度 第13回 2011年12月20日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（12月13日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認

【医療安全対策部会】

1. 法律相談室（12月15日）状況
2. 医療事故案件調査委員会（12月16日）状況
3. 医師賠償責任保険処理室会（12月19日）状況

【政策部会】

1. 保団連近畿ブロック反核平和部事務局会議（12月13日）状況

【保険部会】

1. 知っておきたい「公費負担医療」「保険基礎知識」説明会〈①福知山会場（12月10日）②西舞鶴会場（12月11日）③京都市会場（12月14日）④京都市会場（12月15日）〉状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 全国会長・理事長会議（12月10～11日）状況確認の件
2. 2011年度11月分収支月計表報告状況確認の件
3. 会員入退会及び異動に関する承認の件

【経営部会】

1. 知っておきたい医院のための雇用管理講習会（12月8日）状況確認の件

【政策部会】

1. 保団連近畿ブロック事務局長会議（12月9日）状況確認の件

2月の相談室

医院・住宅 新（改）築	2月8日(水)午後2時～	担当＝坂本建築士
ファイナンシャル	2月16日(木)午後1時～	担当＝三井生命F C (ファイナンシャルコンサルタント)
法律	2月16日(木)午後2時～	担当＝筋弁護士
雇用管理	2月16日(木)午後2時～	担当＝本宮社会保険労務士
経営	2月22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。

2. 「人体の不思議展」民事訴訟を支える第5回弁護士会議（12月9日）状況確認の件
3. 「人体の不思議展」を考える京都ネットワーク損害賠償請求訴訟第1回口頭弁論（12月14日）状況確認の件
4. 第2回「福島第一原発事故から1年 3・10ウォーク」（12月7日）状況確認の件
5. 「福島第一原発事故から1年 3・10ウォーク」実行委員会事務局への参加要請の件
6. 2011年度保団連第3回公害環境対策部会（12月11日）状況確認の件
7. 『京都保険医新聞』（第2806号）合評の件

【保険部会】

1. 京都府作業療法士会「組織化委員会・保険委員会合同研修会」への講師派遣の件

Ⅲ. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 1月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 各部会開催の件
3. 地区懇談会開催の件
4. 第182回定時代議員会開催の件

【政策部会】

1. 「人体の不思議展」民事訴訟を支える第6回弁護士会議出席の件

Ⅳ. 診療報酬関連情報

1. 中医協総会概要報告

Ⅴ. 要討議事項

【総務部会】

1. 保団連第44回定期大会議案に関する検討の件
2. 第182回定時代議員会関連議事検討の件

《以上20件の議事について承認》

2011年度 第15回 2012年1月10日

Ⅰ. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（12月20日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 保団連第3回組織部会（12月17～18日）状況

【経営部会】

1. 医師賠償責任保険料案内のための病院訪問（12月15日）状況
2. 金融共済委員会（12月21日）状況
3. 経営相談室（12月21日）状況

【保険部会】

1. 保険講習会A（12月17日）状況

2月のレセプト受取・締切

基金	9日(木)	10日(金)	労	13日(月)
国保	○	◎	災	◎

※○は受付日、◎は締切日。
受付時間は午前9時～午後5時（基金は午後5時30分）です。

Ⅱ. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 乙訓医師会との懇談会（12月19日）状況確認の件
2. 12月度会員増減状況確認の件
△2011年12月31日付会員数＝2482人
（12月1日～12月31日）
3. 会員入退会及び異動（12月20日～1月10日）に関する承認の件

【政策部会】

1. 地域包括ケアシンポジウム（12月7日）状況確認の件
2. 第1回「バイバイ原発3・10京都」実行委員会結成会（12月21日）状況確認の件
3. 環境対策委員会（12月16日）状況確認の件
4. 『メデイーパー京都』第150号（第2807号）・『京都保険医新聞』（第2808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

【政策部会】

1. 第12回反核医師近畿懇談会出席の件
2. 社会保障・税一体改革と医療制度改革に関する学習会講師派遣の件

Ⅳ. 診療報酬関連情報

1. 中医協総会概要報告

Ⅴ. 要討議事項

【総務部会】

1. 第182回定時代議員会関連議事検討の件
《以上12件の議事について承認》

一人医療法人講習会

第5次医療法改正により、医療法人の公共性・公益性が強く求められるようになりました。
法改正後は一人医療法人設立を控える傾向がありましたが、今後の医業経営の在り方や介護事業の展開を考えた時、法人化することを抜きにして考えることはできません。
一人医療法人を設立するメリット・デメリットを検証したいと思います。

日 時 **2月9日(木)** 午後2時～4時
場 所 京都府保険医協会 会議室 ルームA～C
講 師 **花山 和士** 税理士（ひろせ税理士法人）
内 容 これからの一人医療法人運営について
参加費 無料
協 賛 有限会社アミス



地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地 区	時 間	場 所
2012年2月4日(土)	綾部・福知山医師会との懇談会	午後3時30分～	福知山市中央保健福祉センター
2月8日(水)	西京医師会との懇談会	午後2時～	京都エミナース
2月9日(木)	山科医師会との懇談会	午後2時～	山科医師会診療センター
2月17日(金)	東山医師会との懇談会	午後2時～	東山医師会事務所
2月25日(土)	相楽医師会との懇談会	午後5時～	ホテルフジタ奈良
3月3日(土)	与謝・北丹医師会との懇談会	午後3時～	ホテル北野屋
3月10日(土)	綴喜医師会との懇談会	午後2時30分～	新田辺駅前CIKビル・3F

3ステップでより理解が深まる！

2012年診療報酬改定 新点数検討会の開催案内

2012年度診療報酬改定に対応して、京都府保険医協会では、改定のポイントをわかりやすく解説する点数検討会を2月、3月、4月にわたり3段階で開催します。ぜひご参加ください。詳細の申し込み用紙は、グリーンペーパーに掲載しています。

STEP
1

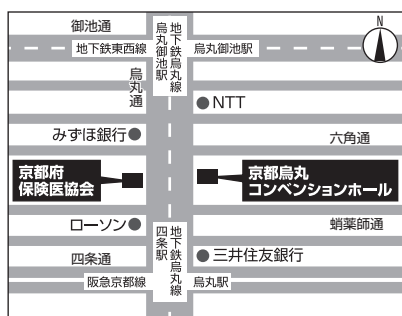
中医協答申説明会（第1次新点数検討会）

厚生労働省から診療報酬改定の答申が2月中旬に出された直後に開催します。新しく設定された点数や変更点など、改定の概要を把握していただき、後に示される細かい取扱い内容に備えていただくことを目的としています。

日 時 **2月25日(土) 午後2時～**
 会 場 **京都烏丸コンベンションホール第1会議室**
 （京都市中京区烏丸通六角下ル七観音町634）
 ※ 地下鉄四条駅・阪急烏丸駅より徒歩3分
 地下鉄烏丸御池駅より徒歩3分
 駐車・駐輪場はありません

資 料 『全国保険医新聞』に掲載の中医協答申
 ※会員に1部無料で送付（2月中旬発行予定）

参加費 会員：無料 非会員：5,500円

STEP
2

『点数表改定のポイント』説明会（第2次新点数検討会）

日 時 **3月24日(土) 午後2時～**
 会 場 ①京都市会場：京都産業会館・シルクホール
 （京都市下京区四条通室町）
 ②北 部 会 場：舞鶴メディカルセンター（舞鶴市北吸1055-3）
 ※北部はデータ配信によるサテライト開催となります。

資 料 『点数表改定のポイント・2012年4月版』
 ※テキストの発送方法は今月号のグリーンペーパーをご確認ください。

参加費 会員：無料 非会員：5,500円



（写真は2010年4月版）

STEP
3

『新点数運用Q&A・レセプトの記載』説明会（第3次新点数検討会）

改定後、初めてのレセプト提出を前に、新点数の運用とレセプト記載について詳しく解説します。

日 時 **4月26日(木) 午後2時～**
 会 場 ①京都市会場：登録会館（京都市中京区烏丸通御池上る東側）
 ②北 部 会 場：舞鶴メディカルセンター（舞鶴市北吸1055-3）
 ※北部はデータ配信によるサテライト開催となります。

資 料 『新点数運用Q&A・レセプトの記載』
 ※テキストの発送方法は今月号のグリーンペーパーをご確認ください。

参加費 会員：無料 非会員：5,500円



（写真は2010年4月版）

白色確定申告書作成会のご案内

- 日 時 2月20日(月) 午後2時～ ※20分ごとの予約制となります午後2時～4時
- 場 所 京都府保険医協会 会議室 ルームB～C
- 担当税理士 外村会計事務所 外村 弘樹 公認会計士・税理士
- 対 象 者 白色申告者（現在税理士が関与していない医療機関）
- 費 用 措置法26条による申告書作成：4万円
※新規開業等の実額計算による申告者作成は、事務量を勘案して決定。
- 持 参 物 税務署より送付された確定申告用紙、収支内訳書、収支内訳書付表、認印、社保・国保振込通知書、前年の確定申告書等
※実額計算の場合、上記の他に収支がわかる資料が必要

白色確定申告説明会のご案内

- 日 時 2月23日(木) 午後2時～4時
- 場 所 京都府保険医協会 会議室 ルームA～C
- 講 師 鴨井 勝也 税理士
- 内 容 ①平成23年度分の確定申告の留意点、②新規開業の留意点
- 参 加 費 無料
- 協 賛 有限会社 アミス

お申し込みは、京都府保険医協会まで。(☎ 075-212-8877)

京響メンバーによるサロンコンサート

古典派の巨匠の名曲を聴く

日 時 2月26日(日) 午後2時30分～4時(開場：午後2時)
場 所 京都府庁 旧本館 正庁
(京都市上京区下立売新町西入 京都府庁内)
※新町通り側 東門よりご入場下さい。

参加費 無料

※演奏終了後に、演奏者とのトークがあります。

※会場は古い建物で暖房があまり効きませんので、暖かい服装でご参加ください。

※ご家族・従業員の方の参加も歓迎いたします。お誘い合わせの上どうぞ。

◆お申し込み・お問い合わせは文化担当(075-212-8877)まで。(定員：先着30人・要申込)

演 奏

バイオリン 田村安祐美
バイオリン 前 智子
ビ オ ラ 金本 洋子
チ ェ ロ 日野 俊介

曲 目

ハイドン「皇帝」より
モーツァルト「ディベル
ティメント」他

核戦争防止・核兵器廃絶を訴える京都医師の会 2012年新春学習会

原発告発ドキュメンタリー映画「**バベルの塔**」上映会
&そうかわ よしひろ
宗川 吉汪氏 講演会

今年はチェルノブイリ事故から26年。日本人はチェルノブイリの悲劇を忘れたように原発を推進してきた。3月11日の東日本大震災はおごり高ぶった人類に対し、鉄槌のごとく福島原発を襲った。あたかも、バベルの塔の伝説を見るように。

この映画は安斎育郎先生、小出裕章先生、深尾正之先生の御三方に5時間に及ぶロングインタビューを行った。また、青森県六ヶ所村の再処理工場や、震災被害の福島県を取材、近隣住民や被災住民から話を伺うことができた。また、福島市では山田國廣先生、細川弘明先生の除染作業を見聞する事もできた。20キロ警戒地区内では牛たちが元気に生きていたのだが…。

「放射能は癌当たりくじ」と安斎先生。

「CO²よりも環境に悪いものを生み出す原発」と小出先生。

「膨大なエネルギーを人間には操作できない」と深尾先生。

原子力発電の基本的問題を分かりやすく解説し、今後の生活を考えるきっかけになる映画です。映画上映のあとは、宗川吉汪先生に、「福島原発で何が起こったか？ 原発抜きでエネルギーをどうする？」をテーマにお話しいただきます。

たくさんの方でご参加をお待ちしております。

日 時 2012年 2 月 4 日(土)

映画「バベルの塔」上映 15:00～16:10

講演会 16:20～18:00

「福島原発で何が起こったか？ 原発抜きでエネルギーをどうする？」

講 師 宗川 吉汪氏（京都工芸繊維大学名誉教授）

要申込み
先着70人



●講師プロフィール

'62～'67 東大理学部生物化学科卒業後、大学院に在籍 理学博士
'68～'74 東大医科学研究所助手 細胞増殖制御の分子生物学的研究
'75～'88 京大ウイルス研究所助教授 ウイルス感染防御に関する研究
'88～'03 京都工芸繊維大学教授 生物化学、細胞分子工学などを担当
'95～ 立命館大学非常勤講師 「生命と情報」、「科学的見方・考え方」
'03～ 生命生物人間研究事務所を主宰 生命科学、生命倫理
'10～ 日本科学者会議京都支部事務局長

会 場 京都府保険医協会 会議室

●アクセス

- ・地下鉄烏丸線・東西線「烏丸御池」駅 6番出口から徒歩3分
 - ・阪急京都線「烏丸」駅、地下鉄烏丸「四条」駅 22番出口から徒歩3分
- ※事務所には駐車場がございませんので、なるべく公共交通機関をご利用ください。
お車で越しの場合は、近くのコインパーキングをご利用ください。

《お申込み先・連絡先》

核戦争防止国際医師会議京都府支部／核戦争防止・核兵器廃絶を訴える京都医師の会

〒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6F 京都府保険医協会気付
TEL 075-212-8877 FAX 075-212-0707 <http://www.healthnet.jp/>

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



〈申込書〉 FAX 075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(レ)して下さい

【医学書・新刊 2011年12月】

- | | | | |
|---|---------|--|---------|
| ☐ カラー図解 神経解剖学講義ノート
寺島俊雄・著 ●A4判 251頁 ●金芳堂 | 4,830円 | ☐ Annual Review 循環器 2012
山口 徹・他編 ●B5判 280頁 ●中外医学社 | 10,290円 |
| ☐ シグナル伝達 生命システムの情報ネットワーク(第2版)
上代淑人・他監訳 ●B5変型判 704頁 ●MEDSI | 9,975円 | ☐ コンプレックスPCI完全攻略
濱崎裕司・編 ●B5判 352頁 ●メジカルビュー社 | 8,400円 |
| ☐ 当直医マニュアル2012 (第15版)
小畑達郎・他編 ●A6変型判 748頁 ●医歯薬出版 | 4,620円 | ☐ ペースメーカー・ICD・CRT/CRT-D
トラブルシューティングからメンタルケアまで
奥村 謙・編 ●B5判 288頁 ●メジカルビュー社 | 7,140円 |
| ☐ 主要症候からみた鑑別診断学 (改訂第2版)
村上義次・他改訂 ●A5判 1,251頁 ●金芳堂 | 12,600円 | ☐ 確実に身につくPCIの基本とコツ 改訂第2版
目で見てわかるデバイスの選択・基本手技と施行困難例へのテクニック
南都伸介・編 ●B5判 355頁 ●羊土社 | 8,925円 |
| ☐ NIRS 基礎と臨床
酒谷 薫・監 ●B5判 278頁 ●新興医学出版社 | 9,450円 | ☐ Annual Review 消化器 2012
林 紀夫・他編 ●B5判 310頁 ●中外医学社 | 10,290円 |
| ☐ 麻酔・集中治療医のための 抗菌薬使用と感染対策
竹末芳生・他編 ●B5判 186頁 ●克誠堂出版 | 7,980円 | ☐ 神経外傷 Minumum Essentialを押さえよう
<NS NOW 17>
新井 一・編 ●A4判 160頁 ●メジカルビュー社 | 10,500円 |
| ☐ Annual Review 糖尿病・代謝・内分泌 2012
寺内康夫・他編 ●B5判 240頁 ●中外医学社 | 10,080円 | ☐ 頭蓋底2:後頭蓋窩・錐体・斜台部
<ビジュアル脳神経外科Anatomy & Surgical Approach 7>
斎藤延人・編 ●A4判 248頁 ●メジカルビュー社 | 12,600円 |
| ☐ Annual Review 腎臓 2012
富野康日己・他編 ●B5判 228頁 ●中外医学社 | 10,080円 | ☐ インストラクション・クラニオフェイシャル・サージャリー(改訂第2版)
菅原康志・著 ●A4変型判 100頁 ●克誠堂出版 | 8,400円 |
| ☐ レジデントのための腎臓病診療マニュアル (第2版)
深川雅史・他編 ●A5判 544頁 ●医学書院 | 5,250円 | ☐ こどもの整形外科疾患の診かた
診断・治療から患者家族への説明まで
亀ヶ谷真琴・編 ●B5判 264頁 ●医学書院 | 9,450円 |
| ☐ Annual Review 血液 2012
高久史磨・他編 ●B5判 266頁 ●中外医学社 | 10,290円 | ☐ 人工股関節全置換術
菅野伸彦・編著 ●B5判 238頁 ●金芳堂 | 12,600円 |
| ☐ 全身性エリテマトーデス臨床マニュアル (第2版)
橋本博史・著 ●B5判 368頁 ●日本医事新報社 | 8,925円 | ☐ 足部疾患の手術 QOLを保つ足
<OS NOW Instruction 21>
岩本幸英・編 ●A4判 240頁 ●メジカルビュー社 | 11,550円 |
| ☐ Annual Review 神経 2012
鈴木則宏・他編 ●B5判 330頁 ●中外医学社 | 10,290円 | ☐ 前置胎盤、前置癒着胎盤 <OGS NOW 9>
小西郁生・編 ●A4判 160頁 ●メジカルビュー社 | 12,600円 |
| ☐ Annual Review 呼吸器 2012
永井厚志・他編 ●B5判 270頁 ●中外医学社 | 10,290円 | ☐ 続・外来小手術 ココが知りたい! Q&A
<新ES NOW 9>
江口秀一郎・編 ●A4変型判 160頁 ●メジカルビュー社 | 12,600円 |
| ☐ 胸部CTの立体解剖
畠中陸郎・著 ●A4判 146頁 ●金芳堂 | 8,400円 | ☐ For Professional 心肺蘇生
<For Professional Anesthesiologists>
横田浩史・編 ●B5判 308頁 ●克誠堂出版 | 8,820円 |

お名前

医療機関名

送付先 〒

TEL :

FAX :

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

協
会
だ
よ
り

〈申込書〉 FAX : 075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに○印を記入してください

【2012年度 年間購読雑誌一覧】

		雑誌名	税込価格	ご注文
総合	1	日本医事新報	¥ 34,335	
	2	j med Mook	¥ 22,050	
	3	※New England Journal of Medicine	¥ 34,650	
内科系	4	内科	¥ 38,000	
	5	Medicina	¥ 37,190	
	6	M. P. (メディカルプラクティス)	¥ 36,750	
	7	診断と治療	¥ 36,500	
	8	治療	¥ 36,960	
	9	レジデントノート (4月～3月)	¥ 49,770	
	10	※Annals of Internal Medicine	¥ 66,885	
	11	※Archives of Internal Medicine	¥ 47,880	
外科系	12	手術	¥ 43,680	
	13	消化器外科	¥ 39,270	
	14	臨床外科 (個人特別割引価格)	¥ 38,640	
	15	※Archives of Surgery	¥ 49,560	
	16	※British Journal of Surgery	¥ 109,620	
消化器	17	胃と腸	¥ 43,190	
	18	消化器内視鏡	¥ 44,100	
	19	臨床消化器内科	¥ 34,230	
	20	※Gut	¥ 64,260	
循環器	21	Heart View(ハートビュー)	¥ 38,010	
	22	心エコー	¥ 31,500	
	23	バスキュラーラボ	¥ 23,100	
	24	コロナリーインターベンション	¥ 15,750	
	25	※Heart	¥ 68,460	
小児科	26	小児内科	¥ 49,560	
	27	小児科	¥ 42,210	
	28	小児科診療	¥ 42,800	
	29	小児科臨床	¥ 39,585	
	30	※Archives of Pediatric & Adolescent Medicine	¥ 47,040	
	31	※Pediatrics	¥ 37,380	

産婦人科・ 周産期	32	産科と婦人科	¥ 37,890	
	33	周産期医学	¥ 44,835	
	34	産婦人科の実践	¥ 43,365	
神経	35	Clinical Neuroscience	¥ 32,550	
画像診断・ 放射線診断	36	画像診断	¥ 40,740	
	37	臨床画像	¥ 40,740	
	38	臨床放射線	¥ 40,215	
	39	※American Journal of Roentgenology	¥ 73,605	
	40	※American Journal of Neuroradiology	¥ 65,940	

		雑誌名	税込価格	ご注文
整形外科	41	整形外科 (別冊含む)	¥ 49,000	
	42	整形災害外科	¥ 39,480	
	43	臨床整形外科	¥ 29,400	
	44	関節外科	¥ 40,740	
	45	Monthly Book Orthopaedics	¥ 35,805	
	46	OS Now Instruction(DVD付)	¥ 46,200	
	47	※American Journal of Sports Medicine	¥ 34,650	
	48	※Journal of Hand Surgery: European Volume	¥ 84,945	
呼吸器	49	※American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine	¥ 122,010	
形成	50	形成外科	¥ 40,950	
	51	PEPARS	¥ 39,900	
脳神経	52	脳神経外科 (個人特別割引価格)	¥ 30,030	
	53	脳神経外科速報	¥ 28,350	
	54	※Journal of Neurosurgery	¥ 102,690	
皮膚科	55	デルマ	¥ 39,585	
	56	皮膚科の臨床	¥ 43,680	
	57	Visual Dermatology	¥ 35,280	
	58	※Archives of Dermatology	¥ 62,160	
泌尿器	59	臨床泌尿器科	¥ 41,780	

眼科	60	あたらしい眼科	¥ 32,382	
	61	眼科	¥ 43,680	
	62	臨床眼科	¥ 42,080	
	63	新ES NOW	¥ 50,400	
	64	※Archives of Ophthalmology	¥ 54,600	
耳鼻科	65	※British Journal of Ophthalmology	¥ 52,395	
	66	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 (個人特別割引価格)	¥ 38,430	
	67	JOHNS	¥ 37,380	
	68	ENTONI	¥ 39,585	
	69	※Otolaryngology- Head & Neck Surgery	¥ 72,240	
麻酔・救急	70	救急医学	¥ 38,640	
	71	INTENSIVIST	¥ 18,480	
	72	※BJA	¥ 108,360	

上記タイトル以外での購読・バックナンバーのお取り寄せも承ります。

雑誌名	出版社	バックナンバー巻号数

お名前	医療機関名
送付先 〒	
TEL :	FAX :
お問い合わせ・申込 京都府保険医協会 TEL075-212-8877 FAX075-212-0707 有限会社アミス TEL075-212-0303	