

今月の主な動き

12月16日に投開票が行われた第46回衆議院議員選挙は自民党が294議席と単独過半数を確保。自公の議席数は3分の2（参院で否決された法案を再可決できる320議席）を超える325議席となった。自公は政権に復帰し安倍晋三内閣が誕生する。民主党は改選前の230議席から57議席に大きく後退。日本維新の会が54議席を獲得し第三党に躍り出た。これにより改憲を主張する自民と維新を合わせた議席も3分の2を超えた。

社会保障制度改革推進法により首相直轄の「政策決定機関」として規定されている社会保障制度改革国民会議が11月30日に議論を開始した。設置期限の来年8月21日までに結論を出し、必要な法制上の措置を取るとしている。

情勢トピックス

医療・社会保障編

国民会議

どの政権でも変わらない社会保障制度を／国民会議が初会合

社会保障制度改革国民会議（会長＝清家篤・慶応義塾長）の初会合が11月30日、首相官邸で開かれた。設置期限の2013年8月21日までに、社会保障制度を

行 事	開始時間	場 所
8日(火) 定例理事会・各部会	午後2時	
9日(水) 建築士との相談日	午後2時	ルームB
11日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
12日(土) 左京医師会との懇談会	午後2時30分	京都ホテルオークラ
16日(水) 医事担当者勉強会	午後7時	ルームA
ファイナンシャルプランナーとの相談日	午後1時	ルームB
17日(木) 保険講習会B	午後2時	ルームA
雇用管理相談日	午後2時	ルームC
18日(金) ICT検討委員会	午後2時30分	応接室
19日(土) 税理士との懇談	午後2時	ルームA
22日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
金融共済委員会	午後2時	ルームA
23日(水) 税理士との相談日	午後2時	アミス
24日(木) 京都市屋外広告等に関する説明会	午後2時	ルームA・B・C
27日(日) 新規開業予定者のための講習会	午後2時	ルームA・B・C
31日(木) 第184回定時代議員会	午後2時15分	メルバルク京都5階

1月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
2月2日(土) 綾部・福知山医師会との懇談会	午後4時	福知山市民中央保健福祉センター集団指導室
2月7日(木) 下京西部医師会との懇談会	午後2時30分	下京西部医師会事務所
2月15日(金) 西京医師会との懇談会	午後2時	京都エミナース
2月16日(土) 綴喜医師会との懇談会	午後2時30分	新田辺駅前C I Kビル
2月21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23日(土) 相楽医師会との懇談会	午後5時	ホテルフジタ奈良

今後の予定

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

※法律相談室は必要な時に随時開催いたします。お申込は協会・総務部会まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲61～63ページ

将来にわたって持続可能なものにするための結論を出す。政府は議論の内容を踏まえて順次法案を作成・審議し、成立させる構えだ。（資料後掲32ページ）

会合には委員のほかに、野田佳彦首相や岡田克也副総理、三井辨雄厚生労働相、城島光力財務相、榎床伸二総務相、中塚一宏少子化対策担当相ら関係閣僚も出席した。野田首相は冒頭の挨拶で「社会保障改革は道半ばだ」とし、設置期限内に議論してほしいと要請。続いて岡田副総理は「選挙のたびに社会保障が過度に争点化し、政権ごとに制度の根本が変わるのでは国民生活の安定につながらない。どの政権でも長くたえられる社会保障制度に向けて、専門家を中心に具体策を議論してほしい」と述べた。

初会合では国民会議の進め方が議題になった。日本医師会など関係団体から意見聴取する可能性も高まっている。意見交換の場面で岡田副総理は「医師会など関係者は国民会議の委員に入れないと判断したが、必要に応じて話を聞くことはあり得る。清家会長の判断次第だが、意見聴取は必要だと思う」と発言した。国民会議の運営規則では「会長が必要と認めるときには委員以外からも意見を聞くことができる」と定められている。清家会長は終了後の会見で「国民会議の議論で関係者の意見を聞く必要があるということになれば意見聴取する。だが、国民会議は専門家の視点で論理的・実証的な議論をするところであり、関係者の利害を調整する場ではない」ともくぎを刺した。

会長代理に就任した遠藤久夫委員（学習院大教授）は「医療問題全般を取り上げるという印象を持ったが、医療だけは幅が広い。どのレベルまで国民会議で議論するのか。各審議会との関係性を整理しなければ8月までに結論を出すのは難しい」と指摘。これに対して岡田副総理は「国民会議の下に医療分科会をつくり、論点整理してもらおうというのも考え方だ。そういった進め方についても議論してほしい」と応じた。清家会長は「3党協議や国民会議の議事を見ながら決める」との考え方を示した。

出席各委員からは医療に関する発言が相次いだ。永井良三委員（自治医科大学長）は「医療ではデータを集めて、後日フィードバックできる制度が必要だ」と提案。大島伸一委員（国立長寿医療研究センター総長）は「20世紀の医療は病気を治すものだったが、今後の高齢化社会では治すだけでなく終末期や緩和もある。短期的な問題と中長期的な問題を同時に考えていくべきだ」と指摘した。伊藤元重委

員（東京大大学院教授）は「医療と介護は給付も大切だが、従事者の雇用問題も大事」と発言。このほかにも「社会保障の全体像が見える議論を」「国民に理解を求めると同時に、共感を得られるような結論が必要」「社会保険と税財源の役割分担をすべき」などの意見があった。（12/3MEDIFAXより）

社会保障制度改革国民会議の委員名簿（五十音順）

▽伊藤元重（東京大大学院経済学研究科教授）
 ▽遠藤久夫（学習院大経済学部教授）▽大島伸一（国立長寿医療研究センター総長）▽大日向雅美（恵泉女学園大大学院平和学研究科教授）
 ▽権丈善一（慶応義塾大商学部教授）▽駒村康平（慶応義塾大経済学部教授）▽榎原智子（読売新聞東京本社編集局社会保障部次長）▽神野直彦（東京大名誉教授）▽清家篤（慶応義塾長）
 ▽永井良三（自治医科大学長）▽西沢和彦（日本総合研究所調査部首席主任研究員）▽増田寛也（野村総合研究所顧問）▽宮武剛（目白大大学院生涯福祉研究科客員教授）▽宮本太郎（北海道大大学院法学研究科教授）▽山崎泰彦（神奈川県立保健福祉大名誉教授）

「首相直轄の政策決定機関」 ついに議論開始 ／国民会議

社会保障制度改革推進法により首相直轄の「政策決定機関」として規定されている社会保障制度改革国民会議（会長＝清家篤・慶応義塾長）が11月30日、ついに議論を開始した。総選挙の結果で政権の枠組みがどのような形になっても、独立した機関として議論の結果は政府の政策に大きく影響を与えることになる。初会合では公的年金制度、医療保険制度、介護保険制度、少子化対策の4項目それぞれの質向上と持続可能性について議論するだけでなく、4項目全てに共通する課題についても総合的な議論が必要との問題意識で一致した。

●「両論併記」でなく「結論」

国民会議は推進法で主任の大臣を内閣総理大臣とする独立した行政機関として規定されており、内閣府によると厚生労働省の社会保障審議会などよりも高位の位置付けとなる。政府は国民会議の審議結果を踏まえて社会保障制度改革に必要な法制上の措置を取るとしており、「両論併記ではなく結論を出してもらう場」（岡田克也副総理）として、厚労行政にも

影響を及ぼすことが予想される。

清家会長は初会合後の記者会見で「どの点を重視するということではなくニュートラル」と議論のスタンスを説明し、「専門家として論理的、実証的に議論して結論を出す」と決意を述べた。

●「雇用の問題」「2025年以降の絵姿」も

国民会議で検討する各4項目の制度について、質向上と持続可能性を議論することはもとより、4項目全てに共通する課題についても総合的に議論する。初会合で委員から指摘のあった共通課題は▽社会保障制度の財源としての消費税と保険料をどのように機能させるか▽医療・介護サービス提供側の雇用の問題▽給付と負担の連動・バランス・範囲▽25年以降も想定した絵姿。（12/3MEDIFAXより）

国民会議で診療報酬の長期プラン／遠藤会長代理が検討を提案

社会保障制度改革国民会議（会長＝清家篤・慶応義塾長）の第2回会合が12月7日、首相官邸で開かれた。厚生労働省で医療・介護・年金・少子化対策などの審議会部会長を務める委員が各分野の論点や課題などを報告した後、自由討論を行った。遠藤久夫会長代理（学習院大経済学部教授）は「国民会議で診療報酬の長期スパンを考えるとという方法もあり得るのではないか」と提案した。（資料52ページ）

医療分野の意見交換では宮武剛委員（目白大大学院客員教授）が「年金や少子化対策に比べ、医療や介護は機能強化や負担の在り方の議論が不明確。国民会議でクリアにすべきだ」と指摘した。これを踏まえて遠藤会長代理は、法改正で医療機能を強化する方法もあるが、診療報酬で対応する方法もあると指摘。急性期や在宅医療に手厚く点数を付けた過去の改定を引き合いに「診療報酬を通じて機能強化している」とし、「現在は医療保険部会と医療部会で改定の基本方針を作り、中医協で個別の価格を決めているが、国民会議で診療報酬の長期スパンを考えるとやり方もあり得るのではないか」と述べた。

遠藤会長代理は国民会議終了後の会見で、この点について「医療保険部会と医療部会の上部組織として、国民会議が何らかの長期的な方向性を考えることはあり得るというレベルのことを申し上げた。過去に急性期の病院を救うために厚く手当てしたことがあったが、やろうと思えば同じようなことができるというニュアンスだ」と述べた。ただ、「まだ国民会議で合意したわけではない」とも述べ、「長期スパン

がどれくらいを指すのかも含めて今後の検討課題だ。増税に伴ってというレベルの話なのか、さらに、長期的な人口統計の変化を見ながらなのか。現時点で何らかの考えがあるわけではない」とし、今後の議論次第だとした。

医療分野の議論では、このほかにも委員から「高齢者は複数の疾病を抱える。1人の医師が総合的に高齢者を診療すれば多剤投与を防げるし、適切な医療も提供できる。患者1人当たりの医療費も節約できる」（大島伸一・国立長寿医療研究センター総長）、「今後、急激に人口が減少する。在宅医療と地域包括ケアの境目を少ない人材でも支えられる体制づくりが必要」（増田寛也・野村総研顧問）などの意見があった。

国民会議の進め方をめぐり、清家会長は終了後の会見で医療や介護などの各分野を検討する場合、意見集約する「分科会」形式ではなく、「ワーキンググループ」か「研究会」形式を取る考えを示した。「決定するのはあくまでも国民会議だ」とし「必要だと判断すれば設置する」と述べた。医療法や保健師助産師看護師法の改正案については、厚労省が取りまとめた後、国民会議に報告することになりそうだ。（12/10MEDIFAXより）

介護は「2号保険料」「利用者負担」で議論／国民会議

12月7日の社会保障制度改革国民会議は、厚生労働省社会保障審議会・介護保険部会長の山崎泰彦委員（神奈川県立保健福祉大名誉教授）の報告に基づき、介護分野についても議論した。委員からは、40-64歳の第2号被保険者が負担する保険料（介護2号保険料）に総報酬割を導入すべきとの意見が複数上がった。介護サービスを利用する際に支払う利用者負担について、一定以上の所得がある人の負担の引き上げを検討すべきとの意見も上がった。

介護2号保険料については、なぜ総報酬割を導入していないのかとの質問があり、山崎委員が、総報酬割を導入した場合、財政支援として協会けんぽへの国庫補助分を健保組合が肩代わりするような図式になると説明。ただ、「結果的に健保組合全体の負担は増えるが、健保組合の中でもかなりの保険者で負担減になると思う」との見方も示した。

介護サービスを利用する際に支払う1割の自己負担に関しては、遠藤久夫会長代理（学習院大経済学部教授）が個人的シミュレーション結果による分析

とした上で、自己負担があるために所得の高い人の方が介護サービスを多く利用できる」と指摘。その上で「不平等だと思う」と述べ、要介護度別かつ所得階層ごとのサービス利用状況のデータを基に議論すべきとした。これに対し厚労省の原勝則老健局長は、現時点で該当する資料があるかどうか不明とした上で「出せるか調べたい」と引き取った。
(12/10MEDIFAXより)

国民会議委員、選外で「遺憾の意」／三師会の各会長

日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の3会長は11月27日、社会保障制度改革国民会議の委員が内定したことを受け、各団体役員が委員として参画できなかったことに「遺憾の意」を表明した。城島光力財務相への要望後の会見で見解を示した。

●議論の内容注視／日医・横倉会長

日医の横倉義武会長は「医療全般の代表と言えば日医であり、参画させてほしいとお願いしてきた」とした上で、「一部の政治家の中で医師会を利益団体、事業者団体と言う人がおり、見送られた」と無念さをにじませた。今後の対応については「議論の内容を注視し、そのときそのときに発言させていただきたい」と述べた。

●医師の委員には一定の評価／日歯・大久保会長

日歯の大久保満男会長は「ステークホルダーということで除外されたことは大きな遺憾の念を持っている」と述べ、「三師会はあらゆる場で自分たちの利益だけを主張してきたつもりはない」と強調した。

大島伸一・国立長寿医療研究センター総長や永井良三・自治医科大学長が委員となったことについては「医師の医療関係者が入ったことは一定の評価をしている」と述べた。国民会議の議論は2013年8月が期限になっていると指摘し「中身の議論を大至急して、しっかりした結論を出してほしい」と期待した。

●委員追加があれば検討を／日薬・児玉会長

日薬の児玉孝会長は「現場は『1 + 1 = 2』とはいかない。直接患者、国民と接している人の声を入れるべきではないか」と述べた。ただ、「政局が変わっていく中で、もし機会があって、国民会議に何人かプラスということがあれば、ぜひ検討してほしい」と今後の展開に期待を寄せた。

(11/28MEDIFAXより)

高齢者医療費「抑制では理解得られない」／国民会議委員の遠藤氏

政府の社会保障制度改革国民会議の委員に選任された学習院大の遠藤久夫教授（社会保障審議会・医療保険部会長）は11月27日、高齢者医療費について「適正化」を前面に打ち出した議論は国民的コンセンサスを得られないのではないかと考えを述べた。東京都内で開催されているアジア・エイジング・サミット2012（国立長寿医療研究センター主催）のシンポジウムで話した。

後期高齢者の1人当たり診療費は若人の4.7倍になっていることについて遠藤氏は、他の国と比べて比率が高いが、本当に不必要な医療があるのかはエビデンスに乏しく判断が難しいとの認識を示した。

その上で、高齢者の医療費問題について「適正化という形で議論するのは適切ではない。結果的に国民的コンセンサスを得られないような気がする」と指摘。医療費抑制を前面に打ち出した議論や、抑制につながると想像させる議論は国民から否定的に捉えられることがあり、頓挫しかねないとの懸念を示した。

一方で「生き方や死に方の問題としての議論はいくらでもできる」と述べ、高齢者医療の問題については、学会や患者の立場からの議論が有効ではないかと指摘した。学会がガイドラインを作ったり啓発したりしながら、議論を主導することが問題解決の糸口になるとの方向性を示した。

(11/28MEDIFAXより)

機能分化

機能分化へ「報告内容」の議論開始／厚労省、有床診も対象

厚生労働省は11月16日、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の初会合を開いた。学習院大の遠藤久夫教授を座長に選出し、病床の機能分化を推進するために導入する「報告制度」の具体的な内容について議論を開始した。厚労省は、有床診療所も報告制度の対象になるとの見解を示した一方で、療養病床については検討会での議論を求めた。

新しい仕組みでは、各医療機関が病棟ごとの医療機能を都道府県に報告する。同検討会は、各病棟が担う医療機能をどのような類型に分けるかを決め、その類型ごとに報告を求める具体的な事項を定め

る。どのような病棟を「急性期」とするのかなど、定義付けも焦点の一つだ。

会合では、厚労省が示した論点に基づいてフリーディスカッションした。厚労省が示した論点は▽「急性期」「亜急性期」「回復期」など医療機能ごとの主な患者像や、求められる医療の内容は何か▽各医療機関が病棟の医療機能を選択する際の判断基準はどのようにすべきか▽考えられる医療機能として「急性期」「亜急性期」「回復期」のほかに「地域一般」「障害者・特殊疾患」など、位置付けるべき医療機能にはどのようなものがあるか▽医療機関がどのように病床機能の情報を提供し、都道府県がどのようにその情報を公表すれば患者や住民に分かりやすい病床機能情報となるか—の4点。

三上裕司構成員（日本医師会常任理事）は「病状が軽症でも早期であれば『急性期』なのかどうかや、重度慢性期のように十分な人員配置が必要な状態をどう位置付けるのかも議論すべき」と提案した。「急性期から慢性期まで全てをみる病床も存在する」とも指摘し、社会保障・税一体改革の改革シナリオで2025年度に20万床程度を見込んでいる「地域一般病床」についても議論すべきとした。

日野頌三構成員（日本医療法人協会会長）の代理で出席した同協会の加納繁照副会長は「75歳以上高齢者と若年層では急性期の疾病構造が異なる」と指摘し、75歳以上の高齢患者の急増が見込まれる状況を見据えた検討が必要との考えを示した。

松田晋哉構成員（産業医科大教授）は、医療機能ごとに報告を求める事項はレセプトコンピューターのデータを分析して検討できるとの考えを示した。

●医療法等改正案「13年の通常国会に」／吉岡総務課長

医政局総務課の吉岡てつを課長は「医療提供体制全般について、法制化が必要な事項をまとめて『医療法等の改正案』として、できれば次の通常国会に提出したい」との考えをあらためて表明した。その際は報告制度の法律案も含まれるとし「法律の案ができれば1月か2月になると思うが、この検討会でも確認してもらおう」と述べた。

●検討会の構成員

▽相澤孝夫・日本病院会副会長▽安部好弘・日本薬剤師会常務理事▽遠藤久夫・学習院大教授▽尾形裕也・九州大大学院医学研究院教授▽高智英太郎・健康保険組合連合会理事▽齋藤訓子・日本看護協会常任理事▽西澤寛俊・全日本病院協会会長▽花井圭子・

日本労働組合総連合会総合政策局長▽日野頌三・日本医療法人協会会長▽松田晋哉・産業医科大教授▽三上裕司・日本医師会常任理事▽山口育子・NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長▽山崎理・新潟県福祉保健部副部長（五十音順、敬称略）（11/19MEDIFAXより）

医療保険

協会けんぽ特例措置、期限切れで議論開始／医療保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）は11月7日、全国健康保険協会（協会けんぽ）の財政措置を議題に挙げ、2012年度までの特例措置が切れた後の当面の対応について検討を開始した。部会では年末の予算編成に向け▽協会けんぽの財政問題への対応▽70-74歳の患者負担の取り扱い▽高額療養費制度の財源を含めた改善—を主な課題とし、12月にかけて集中的に議論し、意見の取りまとめを行う。

国は、協会けんぽの財政再建を目指して10年7月から12年度までの特例措置で▽国庫補助率13%から16.4%への引き上げ▽後期高齢者支援金の3分の1への総報酬割の導入▽単年度収支均衡原則の緩和—などを行った。法律上の手当てを行わずにこれらの措置が12年度いっぱい終了した場合、国庫補助率は13%に、後期高齢者支援金の負担方式は加入者割に戻る。厚労省保険局保険課は特例措置終了後の保険料率について「全国平均で0.4%程度上がる影響がある」とも説明した。また、議論のたたき台として準備金の取り扱い（維持・取り崩し）や国庫補助率、後期高齢者支援金の負担方式によって財政状況がどのように推移するかのシミュレーションを示した。（11/8MEDIFAXより）

70-74歳の段階的2割負担など提案／厚労省

厚生労働省保険局は70-74歳の患者窓口負担について、毎年度の予算措置によって「1割負担」を維持してきた特例措置について、2013年度から法律で定める「2割負担」に戻す方向も含めて検討に入った。11月16日に開いた社会保障審議会・医療保険部会で「世代間の公平を図る観点から見直しを検討する」とした社会保障・税一体改革大綱や、10年12月の高齢者医療制度改革会議最終取りまとめを踏まえ、論点として70歳に到達する人から段階的に本来

の2割負担とする案などを示した。出席委員の意見を踏まえ、13年度予算編成に向けて引き続き検討を進める。

保険局高齢者医療課は特例措置見直しの論点を示し、対象者について▽70歳に到達した人から順次2割負担とする▽施行日から70-74歳の全対象者を2割負担とする一の2つの考え方を示した。70-74歳の高額療養費についても、低所得者への対応として自己負担限度額について検討することを部会に求めた。

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、窓口負担割合の引き上げが受診抑制につながるとの懸念を示し「引き続き1割負担にとどめるべき」との意見を示した。鈴木委員は「引き上げ」で最も懸念されるのは外来の受診抑制だとし、医薬品処方日数の上限撤廃に伴う受診抑制によって「患者の容体悪化に気付かない」「服用忘れ・中断で症状が改善しない」などの問題事例が報告されていると説明。「受診抑制につながることは避けるべき」と主張した。

医療提供側では堀憲郎委員（日本歯科医師会常務理事）も「1割維持」を主張した。ただ出席委員からは、70歳になった人から順次2割負担とする場合、一般的には3割負担の人が2割負担になるため、鈴木委員の主張する「引き上げ」には当たらないとの反論もあった。

齋藤訓子委員（日本看護協会常任理事）は「本則通りの2割はやむを得ない」とした。

支払い側では白川修二委員（健保連専務理事）が「13年度から2割で実行すべき」とし、小林剛委員（全国健康保険協会理事長）は段階的に2割負担とする考えを支持した。

当事者側は川尻禮郎委員（全国老人クラブ連合会理事）が「反対ばかりしてはどうにもならない」と述べ、応分の負担に理解を示した。樋口恵子委員（NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長）も世代間公平の観点から1割負担の凍結には反対だとし、段階的に2割負担とする案に賛意を示した。（11/19MEDIFAXより）

70-74歳負担など引き続き意見聴取／医療保険部会

厚生労働省は11月28日、社会保障審議会・医療保険部会を東京都内で開き、2013年度予算編成に向けて70-74歳患者負担の2割化や全国健康保険協会（協会けんぽ）への財政支援措置などについて引き続

き検討を行った。厚労省は健保組合の法定準備金について、現行で3カ月分となっている準備金を約2カ月分とすることを提案し、13年度からの見直しを目指す考えを示した。

70-74歳の患者負担については、11月16日の前回会合に引き続き出席委員から意見を求めた。医療提供側委員では鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は前回同様、負担割合が1割から2割に引き上げになる対象者の受診抑制について懸念を表明。堀憲郎委員（日本歯科医師会常務理事）は他の先進諸国に比べて窓口負担が重いとの認識を示し、現状維持を主張した。

前回厚労省が示した70歳に到達した人から本則の2割負担とする案については当事者を代表する川尻禮郎（全国老人クラブ連合会理事）や公益委員から「やむを得ない」と支持する意見が出る一方で、齋藤正憲委員（経団連・社会保障委員会医療改革部会長）や山下一平委員（日本商工会議所社会保障専門委員会委員）といった経済界を代表する委員らは、低所得者に配慮した上で早急に本則の2割に戻すべきとの意見をあらためて示した。

●協会けんぽ特例措置延長に理解

12年度で期限切れとなる協会けんぽの特例措置についても引き続き議論した。13年度の保険料率が10.0%を超えることがないように必要な措置を行うことへの異論はなく、国庫補助率を20%へ引き上げることや政令改正が必要となる準備金の取り崩しへの積極的な意見もあった。一通り出席委員が意見を示した後、遠藤部会長は「(特例措置の)延長はやむを得ないのではないかという意見と受け止めた」と述べ、「国庫補助率16.4%」「後期高齢者支援金の3分の1での総報酬割」の延長に理解を示した。

●健保組合の準備金、約2カ月分に圧縮

健保組合の法定準備金についても議論を行った。現行の健康保険法・同法施行令により、インフルエンザのまん延といった医療費の変動リスクや健保組合の解散への備えとして、健保組合は医療給付費・後期高齢者支援金等拠出金の3カ月分を準備金として積み立てなければならない。厚労省は医療費変動リスクや解散時のリスクを見直し、準備金を約2カ月分に圧縮することを提案した。大島一博保険課長は13年度から適用できるよう手続きを進めたい考えを示した。

健保組合の財政状況は厳しく、12年度予算では全組合の約9割が赤字となる見込みを示している。準

備金の積み立ては財政運営の大きな負担になっていることから、健保連が見直しを求めている。(11/29MEDIFAXより)

「年間上限」「年収300万以下対策」新設／高額療養費で厚労省提案

厚生労働省保険局は11月16日、高額療養費制度の見直しに向けて検討を始めた。社会保障審議会・医療保険部会で、保険局保険課は全ての所得層に自己負担の年間上限額を設定し、低所得者への対応策として70歳未満の年間上限額に新たに年収300万円以下の区分を設けることを提案した。

保険課が提案した自己負担の年間上限額は▽「上位所得者」となる標準報酬月額53万円以上の被用者保険被保険者など＝120万600円▽年収が約300万円を超える一般所得者＝63万9900円▽一般所得者のうち年収が約300万円以下（標準報酬月額22万円以下の被用者保険被保険者など）＝53万2800円▽低所得者（住民税非課税）＝32万7600円―とした。月単位での上限額は現行通りとする考え。一般所得者（年収約300万円以下含む）では、3カ月目までは「8万100円＋（医療費－26万7000円）×1%」となり、4カ月目以降は4万4400円となる。

年間約300万円以下の人の年間上限額は、一般所得者で4カ月目以降に適用される月単位の上限額4万4400円の1年分に当たる。

70歳以上についても70歳未満と同様の考え方で年間上限を設定する方向も示した。

保険課は、こうした見直しに伴う財政影響を約100億円とし、公費負担はこのうち20億円と試算を示した。一方でシステム改修には1年から1年半程度かかるとの見通しを示し、改修費を数百億円程度と見積もった。

●保険者サービスの拡大も

また、保険課は高額療養費の支給手続きについて保険者が一部で実施している対応を紹介した。償還払いでの対応として、協会けんぽでは被保険者が申請手続きを忘れてしまわないよう対象者に申請書を送付したり、約7割の健保組合が被保険者の銀行口座に償還額を自動振り込みするサービスを行ったりしている。保険課は、こうした被保険者に役立つ取り組みについて国が保険者に対して周知徹底を図る考えを示した。

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「制度見直しは必要」としながらも、今回の見直しではシス

テム改修費に対して効果が限定的になる可能性があることから、「（保険者による支給手続きなど）改善できる部分で、今回は対応するしかないのではないかと述べた。(11/19MEDIFAXより)

産科補償、「剰余金」「保険会社」で疑義／医療保険部会

社会保障審議会・医療保険部会が11月7日開かれ、7月の前回会合に続いて日本医療機能評価機構が運営している産科医療補償制度に対して白川修二委員（健保連専務理事）や小林剛委員（全国健康保険協会理事長）らが制度運用に強い疑義を提示した。医療保険部会は、保険局、医政局にまたがる課題として「そう遅くない時期に」に引き続き議論を重ねていくことを決めた。

●透明性の高い制度を

日本医療機能評価機構から上田茂理事が参考人として出席し、産科医療補償制度運営委員会での制度見直しの検討状況について報告した。

白川委員は、前回の会合で問題を指摘した点を含め▽制度設計時の給付対象者500－800人が、200人に満たない現状を踏まえ、掛け金3万円は早急に見直すべき▽過去3年間で毎年200億円ずつの剰余金を今後どう扱うのか▽公的保険制度なのに民間保険会社の大きな利益構造になっており、契約内容を見直すべき―と重ねて指摘した。

加えて、事務経費で保険会社に有利になっていると問題提起し「契約は保険会社5社となっているのに、そのうちの1社が3分の2のシェアを占めていることは、公的保険制度の観点からも許容できない。見直すべきだ」と述べた。

小林委員は「補償対象範囲、補償水準、掛け金の水準、剰余金の使途などを機構の運営委員会で議論し、医療保険部会に報告・理解を得て進めていくというのはおかしい。制度については、医療保険部会が議論すべき場である」と問題視した。

樋口恵子委員（高齢社会をよくする女性の会理事長）は「産科医療補償制度は続けていくべきだ」とした上で、「制度運営は誰が主体なのか見えない。保険会社についても透明性の確保が大事。保険会社は実名を挙げるべき」と疑問を示した。菅家功委員（連合副事務局長）は「制度については医政局が対応すべきだ」とした。

●評価機構「厚労省と相談し進める」

同機構の上田理事は「産科医療補償制度は全国的

にデータがない中での制度設計だった。補償対象者が推計値を上回る可能性もあったので、対策も講じたが、委員の指摘があった制度運営益の問題、保険会社の事務経費の問題については厚生労働省、保険会社と相談して進めていく」とした。剰余金の使途については「将来の保険料に対して掛け金を下げるべきとの意見や、保険対象範囲や補償水準の見直しに活用すべきなどの意見もある。制度全体の在り方の中で議論をしていきたい」とした。「保険対象範囲、補償水準の見直しなどを考慮すると2015年をめどに制度の見直しを進めたい」とも述べ、厚労省と相談しながら進めていくとした。

遠藤部会長は「この問題はまだまだ解決されていない。運営上の透明性、ガバナンスをどうするのか明確にすべき。保険会社への委託についても疑義があり、議論していくべきだ」と整理。厚労省も「医政局とまたがる課題であり、今後、事務局で議論を整理し、そう遅くない時期に議論をしてもらいたい」とした。（11/8MEDIFAXより）

総報酬割「全面導入」で議論開始／後期高齢者支援金

社会保障審議会・医療保険部会は11月16日、2013年度予算編成に向けた議題として、被用者保険の保険者が負担する後期高齢者支援金（支援金）について総報酬割の全面導入の是非を議論した。

協会けんぽの財政を支える目的から12年度までの3年間については特例措置として、支援金の3分の1に総報酬割を導入している（残りは加入者割）。特例措置の時限が切れる13年度以降の負担方法について、厚労省保険局は加入者割と総報酬割の違いを説明。全面総報酬割では、加入者の総報酬額に応じた負担となるため、支援金は保険者の財政力に応じた負担で賄われることになるとした。

総報酬割3分の1の導入で、健保組合・共済組合は負担増となった。白川修二委員（健保連専務理事）は「総報酬割に反対はしていない」と強調する一方、全面総報酬割となった場合、協会けんぽにとっては、特例措置を含む国庫補助相当額の負担軽減（約2100億円）が発生すると指摘。国庫補助は協会けんぽと他の被用者保険との報酬差を埋めるための措置であり、総報酬割の全面導入で本来の目的が消滅すれば「財務省に召し上げられて、他の項目に使われかねない」と懸念を表明した。協会けんぽの負担軽減で発生する財源を、前期高齢者納付金への公費負担に充

てるよう求めた。

この議題について、鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「全面導入に理解をいただきたい」との意見を示した。

総報酬割については2月に閣議決定された社会保障・税一体改革大綱で、検討することとされていた。医療保険部会では13年度予算編成に向けて継続審議する。（11/19MEDIFAXより）

事業主への立ち入り調査権、協会けんぽに付与／厚労省が提案

厚生労働省は11月16日の社会保障審議会・医療保険部会で、不正請求の防止を進めるため保険者である全国健康保険協会（協会けんぽ）に立ち入り調査権限を付与することを提案した。厚労省によると近年、傷病手当金を不正請求するなど事業主による不正事案が発生しているという。不正受給を防止する観点から、行政権限として事業主に対して立ち入り調査を行う権限を付与することを提案。委員から反対はなかった。

健保組合については、役員の任命・解任に際して厚生労働大臣が関与できないなどの事情から、厚労省は行政権限の付与は難しいと説明した。

一方、傷病手当金の見直しについて厚労省は、支給上限額を設定する案を提案したが、白川修二委員（健保連専務理事）を含め複数の委員から反対意見が出され、引き続き検討していくことになった。（11/19MEDIFAXより）

労災と健康保険の“すき間”問題で厚労省案／医療保険部会

厚生労働省保険局は11月28日の社会保障審議会・医療保険部会で、労災保険と健康保険の“すき間”を埋める見直し案を提示した。シルバー人材センター会員やインターンシップの救済が目的。

現在の労災保険は「労働者」の「業務上」の事故に対して給付されるが、業務の「請負」では雇用関係がないため、労災保険の給付対象にならない。また、健康保険は「業務外」の負傷に支払われるため、「業務上」で起きた負傷には給付されない。こうした制度上の“すき間”に陥った人から訴訟も起きていた。

この問題に対処するため、厚労省は、西村智奈美厚生労働副大臣らがプロジェクトチーム（PT）で対策を検討。10月29日には「健康保険における業務“上・

外”の区分を廃止し、シルバー人材センターの会員やインターンシップなど、労災保険の給付を受けられない人は健康保険の対象にする。その上で医療保険部会で審議し、結論を得る」とする方針を取りまとめていた。

医療保険部会で厚労省保険局は、同PTの取りまとめのほかに具体的な見直し案も提示。まず労災保険と健康保険の適用関係を整理するため、「労災保険優先」の原則を再確認する疑義解釈通知を出す方針を示した。健康保険法では、労働者が業務で負傷した場合、まず労災法を適用し、健康保険は給付しないことが定められている。保険局は「労災が疑われる事例で健康保険の給付が申請された場合、労災保険の請求を促し、健康保険の給付を留保できる」という疑義解釈通知を出す考え。

労災保険の給付対象にならない役員が業務で負傷したケースについては、「これまで通り5人未満の法人の役員などのみ健康保険から給付する」案と、「全役員を健康保険で給付する」案を並べて提示した。前者では、労災保険と健康保険でカバーできない人が残ってしまうため、中小企業が任意で特別加入できる労災保険を周知していくことになる。後者では、使用者側の補償は全額使用者側で負担すべきという考え方となじみにくいなどの問題点が残る。

このほか、労災保険と健康保険がともに支給されなかった過去の事例にもさかのぼって救済する必要があるかどうかや、法改正の是非などが論点に上った。(11/29MEDIFAXより)

政府税調

四段階制、一定額以上は見直しも／政府税調で厚労省

診療報酬が年間5000万円以下の個人立医療機関や医療法人に適用される四段階制所得計算の特例措置について、厚生労働省は11月12日に開かれた政府の税制調査会で、日本医師会・日本歯科医師会が実施したアンケート調査の結果を踏まえ、特例措置を基本的に維持することが適当として存続を主張した。一方で、美容形成外科などに見られる自由診療収入も含めた収入額が一定額以上である場合については特例措置の適用対象から除外する方向で見直しを行うと提案した。

日医・日歯が6月から8月にかけて個人立診療所を対象に実施したアンケート調査(有効回答数3189)

では、▽特例措置の適用者には高齢層や診療報酬2500万円以下の小規模医療機関層が多い▽実額経費を計算している割合は、70歳以上の高齢医師では55.0%で、医師全体の70.5%に比べて相当程度低い—などが分かった。特例措置が廃止された場合の影響について、39.9%が「事業が継続できなくなる恐れがある」と答え、特に70歳以上では57.1%、診療報酬2500万円以下では48.1%と高かった。

説明を行った厚労省の櫻井充副大臣は「社会の実態を踏まえた上、税制を議論いただきたい」と前置きした上で、全国には70歳以上の高齢医師が一人で地域医療を支えている地区が75市町村141地区に及ぶとして地域医療への影響を勘案すべきと主張した。

一方で会計検査院の指摘通り、特例措置適用者の中には多額な診療報酬を得ている者もいるとして、自由診療分を含めた収入額が一定額以上の者については、事務処理負担の軽減を図る特例措置の趣旨を踏まえて除外する方向で見直したいと述べた。

網屋信介財務政務官は地域医療に対する危機感共有しているとしながらも、第三者に説明できるように詳細なデータを示すよう求めた。今後は政務折衝の場などで議論をすることになる。

●事業税の非課税・軽減措置の存続も

厚労省は診療報酬に関わる事業税の非課税措置と、医療法人の診療報酬以外に関わる事業税の軽減措置について存続を求めた。櫻井副大臣は医療法人への軽減措置は官民格差を埋めるための必要な措置であるとあらためて強調した。医療法人の法人税・住民税への負担は公立病院に比べて1施設当たり年間約2400万円多く、補助金や行政からの負担金などは約6億2000万円少ないことなどを説明し、自らの医師としての経験を交えながら官民での不公平を是正する必要があると訴えた。

(11/13MEDIFAXより)

新仕分け

新仕分け、在宅医療などライフから4事業／政府

内閣府の藤本祐司副大臣は11月8日の行政刷新会議後に会見し、16-18日に開く「新仕分け」で、日本再生戦略のライフ分野のうち「在宅医療の充実強化」など4事業を対象とすることを明らかにした。藤本副大臣は「新仕分けの趣旨は予算に反映させる

ことなので、時間が短い中しっかり反映させたい」と意気込みを語った。

新仕分けでは、日本再生戦略、社会保障、復興関連事業を三大テーマに全42事業を対象とする。内訳は日本再生戦略が21事業（グリーン11、ライフ4、農林漁業6）、社会保障が4事業、復興関連が17事業。

ライフ分野で在宅医療のほかに対象となるのは、「臨床研究中核病院の整備」「国立高度専門医療研究センターにおける橋渡し研究等推進事業」「個別化医療推進のための患者ゲノムコホート研究推進事業（バイオバンク事業）」。藤本副大臣は日本再生戦略関連の事業について「国、地方、民間などの役割が適正か、重複していないかといった視点で必要な事業は取り上げる」と説明した。

社会保障では主に生活保護を取り上げる。医療扶助などの保護費負担金のほか、市販品類似薬に関する医療給付費を議論の対象とする。藤本副大臣は「ジェネリック医薬品の話も有識者から出てくると思う」と述べた。（11/9MEDIFAXより）

生保受給者には「後発品の原則化」／新仕分け

政府の行政刷新会議の「新仕分け」は11月17日、生活保護の医療扶助を取り上げ、受給者に対する後発医薬品使用の「原則化」に取り組む仕分け結果をまとめた。岡田克也副総理は受給者に対する後発品使用の義務化を要求したが、後発品と先発医薬品の差額を自己負担とする参照価格制度の導入も含めた原則化に落ち着いた。

医療扶助に関する仕分け結果には、財務省が提案した「後発品の原則化」に加え、医療供給側が生保受給者の受診抑制をさせるための取り組みを実施すべきだとの趣旨が盛り込まれた。また、現在はゼロとなっている自己負担の導入は、大がかりな制度改正になるため、政府でさらに検討を深めるべきだとの結論になった。

仕分けをめぐる自由討議の中で岡田副総理は、「一般の患者まで広げようとは思わないが、生活保護の場合について（先発品を選ぶ）そこまでの自由が果たしてあるのかどうかという私はそうではないと思っている」などと二度にわたって受給者に対する後発品使用の義務化を主張したが、賛同は広がらなかった。（11/20MEDIFAXより）

予算案

日本の医療を世界へ発信／13年度予算基本方針の骨子

政府は11月30日、2013年度予算編成の基本方針骨子を決めた。日本再生戦略で示したライフなど重点3分野への重点化を図りつつ、府省の枠を超えた大胆な予算の組み替えをすることで、歳出の大枠71兆円を堅持する。ライフ分野では、最新の医療環境を整備したり医療関連市場の活性化を図る。日本の医療を世界へ発信することも目指す。iPS細胞の再生医療への応用支援や個別化医療の実現推進なども記載した。

骨子は、政府の「予算編成に関する閣僚委員会」が11月30日に決めた。日本再生戦略で示された「20年までに、医療・介護・健康関連サービスに見合う新市場50兆円と新規雇用284万人の創出」などの実現に向けた最初の本予算編成にしたい考えだ。革新的医薬品の創出に向け、創薬支援ネットワークを構築することなどを骨子に盛り込んだ。

予算編成の基本原則としては、東日本大震災からの復興と福島の再生を最優先課題に掲げた。各府省の概算要求の総額は73.4兆円で、歳出の大枠71兆円を上回っていることから、「大胆な予算の組み替えが不可欠」と指摘。組み替えに当たっては事業仕分けの内容を順守することも記載した。

予算編成では、総選挙後の新政権がこうした基本方針をどのように捉えるかがポイントになる。（12/3MEDIFAXより）

iPS細胞、再生医療応用を支援／13年度予算・基本方針骨子案

政府は2013年度予算編成の基本方針の骨子案を固めた。7月に発表した日本再生戦略に沿ってライフ（健康）、グリーン、農林漁業の各分野に対する予算配分の重点化を図る一方、優先度の低い一般の予算要求は可能な限り削減し、国債費などを除いた歳出の大枠を71兆円に抑えたい方針だ。ライフ分野では、iPS細胞の再生医療への応用支援や個別化医療の実現化などを推進する。11月30日にも予算編成に関する閣僚委員会が骨子を決定する見通し。ただ、12月16日に衆院選を控えており、選挙後の政権の枠組みによって予算編成の方向性が変わる可能性もある。

ライフ分野では、6月にまとめた医療イノベーション5カ年戦略の実現を図るとともに、日本再生戦

略で20年までの目標として掲げた同分野での50兆円の需要創造、284万人の新規雇用の実現化を目指す。そのため革新的医薬品・医療機器の創出や再生医療・個別化医療の実現に向けた施策を進め、最新の医療環境の整備、医療関連市場の活性化、日本の医療の世界発信を図る。アカデミアなどの優れた研究成果を医薬品の実用化につなげるため、創薬支援ネットワークの構築も進める。

i P S細胞などの再生医療への応用については、基礎研究から実用化までを支援し、世界に先駆けた再生医療の本格的実用化を進める。i P S細胞の創薬研究ツールとしての活用に向けた支援も進め、新薬開発の効率性向上を図る。

全般としては無駄の排除を徹底する姿勢で、行政刷新会議による「新仕分け」や行政事業レビューの結果などを予算編成に反映させる構えだ。政府は13-15年度の中期財政フレームで各年度の歳出の大枠を71兆円とする方針を示しているが、9月に公表された各府省の概算要求総額は73兆3553億円だった。(12/3MEDIFAXより)

TPP

TPP交渉へ日米間協議を加速／野田・オバマ首脳会談

11月20日にカンボジアのプノンペンで行われた野田佳彦首相とオバマ大統領との日米首脳会談で、野田首相が環太平洋連携協定（TPP）への交渉参加に向け、日米間協議を加速させたい意向をオバマ大統領に直接伝えた。岡田克也副総理が11月20日の定例会見で明らかにした。オバマ大統領も基本的に理解を示したという。

野田首相はTPPについて「自分の基本的な考え方は変わっていない。その上で、課題を乗り越えるべく日米間の協議を加速していきたい」と述べたもよう。野田首相は国会などの場で「国益の確保を大前提として守るべきものは守りながら、TPP協定と日中韓自由貿易協定（FTA）、東アジア地域包括的経済連携協定（RCEP）を同時並行的に推進する」と所信表明している。(11/21MEDIFAXより)

施設基準届

有床診の減少が顕著／厚労省、11年の施設基準届け出調査

厚生労働省は11月14日の中医協総会（会長＝森田朗・学習院大法学部教授）に、全国の地方厚生局への施設基準の届け出調査結果を提示した。厚労省は毎年7月時点の届け出状況を調査しており、2011年7月の調査結果を示した。有床診療所入院基本料の届け出数は08年7月には8022施設（10万2064病床）あったものの、11年7月には6898施設（8万9668床）となり、3年間で約1000施設、1万2000床減少していた。

有床診については、有床診療養病床入院基本料の届け出数も08年7月の1247施設、1万443床から、11年7月は984施設、8507床と大幅に減少している。

在宅医療の重要性が増す中で、在宅療養支援診療所（在支診）については09年の1万1955件が11年には1万4841件と着実に伸びている。ただ、在支診については、届け出数と算定数が連動しない実態も明らかになっている。

在宅療養支援病院は、10年度診療報酬改定で大幅な要件見直しが行われ、10年の335施設が11年には442施設に増えた。このほか、12年度の改定で組み換えが行われた時間外対応加算の前身である地域医療貢献加算は、10年の1万9556件が11年は1万9924件に増えている。

●診療時間外の選定療養は減少傾向

11年7月時点で、診療時間外の診療を選定療養費の対象にしている医療機関は187施設で、患者から徴収する特別の料金の最高金額は1万500円、平均額は2024円だった。診療時間以外の診療に対する選定療養費の採用は、準夜から深夜にかけて来院する軽症患者に対応する医療者の負担軽減を図る方策として増加傾向を示していたが、09年の249件をピークに、10年は233件に、11年は187件と減少。187件は08年と同等の報告件数。ただ、徴収額についてはピーク時の09年の最高金額が1万円、平均額が1945円で、ともに11年が上回っている。(11/15MEDIFAXより)

予防接種法

予防接種法改正案提出へ、市町村と調整／政府答弁書

政府は11月9日、HPV、Hib、小児用肺炎球

菌の3ワクチンを定期接種化する予防接種法改正案を早期に国会提出できるよう、市町村と調整を進めているとする答弁書を閣議決定した。田村智子参院議員（共産）の質問に答えた。

定期接種化に必要な財源の確保や費用負担の在り方については、年少扶養控除の廃止に伴う地方増収分などを考慮しつつ、市町村の意見も聞きながら検討するとした。

不活化ポリオワクチンの価格については、製造販売業者3社に対して価格への配慮を求めており、引き続き粘り強く働き掛けていきたいとした。不活化ポリオワクチン以外のワクチンの価格についても、厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会の提言を受けて、今後どのような対応が可能か検討していきたいとした。（11/9MEDIFAXより）

民間保険

不妊治療の保険商品化に慎重論／金融審議会WG

金融庁の金融審議会「保険商品・サービスの提供等の在り方に関するワーキング・グループ(WG)」は11月12日、不妊治療への民間保険サービスなどをめぐって論点整理を行った。WGの委員からは、不妊治療の保険商品化に慎重論が出ている。

保険業界からオブザーバーとして参加した明治安田生命保険の梅崎輝喜調査部長は、不妊治療の保険商品に関する具体的なイメージを提示。民間医療保険や疾病を保障する医療系特約の中に「特定不妊治療給付金」を設定し、疾病が原因ではない不妊治療を受けた場合に、給付金を支払うスキームを提案した。ただ、不妊治療を受けたいと考えている人が、治療直前にこの保険に入ると支払いが増え、保険商品として成り立たなくなってしまう。そのためモラルハザード回避策として▽契約後は一定の保障対象外期間を設ける▽不妊治療中の人や、一定期間内に不妊治療を受けていた人とは契約しない▽不妊治療の給付回数や支払期間、年齢などで制限を設ける—といったアイデアも示した。

しかしWGでは、不妊治療をサポートすること自体には理解を示す意見があったものの、「契約者があらかじめ得をしたり、損をしたりすることが分かってしまう保険商品の設計には問題がある」などといった慎重論も多かった。また、「例えば契約後5年間は給付されないなどとした場合、あまり使われない

制度になるのではないか」といった意見もあった。WGでは今後も不妊治療の保険商品化について議論を続ける。

●医療機関への直接支払いは議論なし

民間保険会社から医療機関への保険金直接支払い方式についても、梅崎氏が提示した資料の中で紹介されたが、この件について具体的な議論は行われなかった。現行の保険業法では「現物給付」は認めていない。だが現物給付と似たスキームとして「保険金の直接支払い」が考えられており、法律上は直接支払いが可能かどうか、不明確なままになっている。医療機関への直接支払いは、現物給付と保険金直接支払いのスキームを整理するための材料として紹介された。

梅崎氏は、直接支払いが顧客に与えるメリットの一例として、「保険金として治療費などが医療機関などに直接支払われれば、被保険者が医療や介護などのサービスを受ける際、自ら事前に治療費などを工面しなくてもキャッシュレスで対応できるようになる」「キャッシュレス化で一時的な資金負担を回避できるようになり、比較的高額な医療や、全額自己負担になるような自由診療でも、患者が希望する医療サービスを容易に受けられるようになる」と資料に盛り込んだ。（11/13MEDIFAXより）

レセプト情報

レセプト情報提供、13年度以降の運用で論点提示／厚労省

厚生労働省の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」（座長＝山本隆一・東京大大学院情報学環准教授）は11月7日、レセプト情報・特定健診等情報データベースの第三者利用について、2013年度以降の運用の在り方を議論した。データを第三者に提供する取り組みは12年度で試行期間が終了する。会議では、13年度から試行期間の枠組みを外す方向で意見がほぼまとまった。ただ、「試行期間だけでは運用の問題点が全て洗い出せていない」との指摘も踏まえ、その前提として運用ルールの随時見直しを行うことを確認した。（11/8MEDIFAXより）

特定行為**包括的指示では看護師が病態確認／能力認証制度で厚労省**

厚生労働省は11月20日、「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ（WG）」（座長＝有賀徹・昭和大医学部教授）の会合に、能力認証制度で一定の研修を受けた看護師が医師の「包括的指示」に基づき診療の補助として特定の医行為（特定行為）を行うまでの流れをまとめた資料を提出した。包括的指示の対象になった患者については看護師が病態を確認し、特定行為を実施するか医師に再び指示を求めるかを判断するとした。

包括的指示が成立する条件としては▽事前に作成されたプロトコル（教科書的対応）を適用する患者が医師により特定されている▽病態の範囲が明確に示されたプロトコルに基づき、看護師が理解できる指示内容である▽対応可能な範囲を逸脱した場合は早急に医師に連絡を取って指示が受けられる体制が整えられている一を挙げた。

包括的指示に基づき、医師が特定した患者について、看護師がプロトコルに規定されている病態の範囲にあるかを確認し「特定行為を実施する」か「医師の指示をあらためて求める」か判断することが想定できるとした。

厚労省は、現在すでに一般の看護師が実施している法的には“グレーゾーン”とされる医行為を想定し、医師の「具体的指示」に基づいて特定行為を実施するまでの流れも示した。具体的な指示に基づく場合、患者の病態は医師が全て確認し、看護師が特定行為を実施するとした。

●あらためて反対意見／日医・藤川常任理事

会合に参考人として出席した日本医師会の藤川謙二常任理事は、医師の具体的指示で一般の看護師がプロトコルに基づき安全に行える特定行為を認め、看護師全体の水準を向上させる方向性には理解を示した上で、「包括的指示を出しても、さまざまな合併症があり、プロトコルに収まらないのが現状」と述べ、包括的指示に基づいて看護師に特定行為を認める枠組みにあらためて反対した。

これに対し竹股喜代子構成員（亀田総合病院看護部長）は「医師もコメディカルも少ない地方の病院は総力戦でやっている」と理解を求め、秋山正子構成員（ケアーズ白十字訪問看護ステーション統括所長）も「在宅でも、都内は連携できる医師は多いが、

医師の少ない地域では、目の前で患者の状態が変わる中で、グレーでやってきた」と述べた。

（11/21MEDIFAXより）

在宅医療の実態踏まえた能力認証を／チーム医療推進会議

厚生労働省の「チーム医療推進会議」（座長＝永井良三・自治医科大学長）は11月21日、看護師が診療の補助として特定の医行為（特定行為）を行う場合の「医師の指示」について議論した。構成員からは、医師が近くにいない状態で判断を求められる在宅医療の現状を踏まえた制度にすべきとの意見が上がった。

厚労省は、チーム医療推進の観点から、現在は法的に“グレーゾーン”とされる診療の補助としての看護師の医行為について、「特定行為」として法的に認める枠組みを検討している。これまでの議論では、医師による「包括的指示」だけで看護師が特定行為を実施するには、新たな能力認証制度の枠組みで国が指定する研修（指定研修）を修了する必要がある。一方、「具体的指示」の下であれば、看護師がこうした研修を修了している必要はない。会合で厚労省は、看護師が特定行為を実施するまでの流れについて、医師の指示が「包括的」か「具体的」かで分けた資料を提出した。

包括的指示の場合は、事前に作成したプロトコル（教科書的対応）を適用する患者を医師が特定し▽特定行為を実施する際の確認事項と行為の内容▽医師への連絡体制一などを決め、看護師が病態を確認して「特定行為を実施する」か「医師の指示をあらためて求める」か判断する。一方、具体的な指示の場合は、医師が常に病態を確認できる状況で看護師が特定行為を実施する。（11/22MEDIFAXより）

多死社会の看取り「5－10年の改定で道筋」／井上企画官

厚生労働省保険局医療課の井上肇企画官は11月17日、病院の在宅医療への関わりについて「今後5－10年の診療報酬改定で道筋をつけていくことになる」との方向性を示した。札幌市で開かれた日本医療経営学会学術集会のシンポジウムで述べた。

多くの国民が「自宅で最期を迎えたい」と望んでいるものの、在宅療養中の患者が容体悪化によって病院に入院すると、こうした望みはかなえられなくなる一。井上企画官はこうした意見があることも踏

まえ、「病院が在宅医療に関わることは、在宅での看取りを困難にするのか」という命題を提示。「在宅や地域での看取りが増えていく中で、病院の役割としてどう介入できるか、あるいは介入しない方がよいのかについて、われわれも道筋が見えないのが現状だ」と話した。その上で、医療現場の意見も踏まえながら、診療報酬改定を通じて方向性を定めていかなければならない課題の一つとの認識を示した。

●地方、都会にそれぞれの課題

シンポジウムで井上企画官は今後10-30年の医療・介護を見通し、単なる高齢化ではなく後期高齢者が急増することを念頭に置いた対応が必要と強調。「団塊ジュニアを見送る2050年までが山だ」とした。50年には人口の8割が都市部に集中するとの予測を踏まえ、全国一律の政策では対応できないとの考えも示した。

また、20世紀は地方での高齢者へのケアが医療・介護の中心課題となっていたとする一方、21世紀は都会の集合住宅などで孤独に老いていく高齢者へのケアが課題となっていると分析。さらに現代社会は、地域社会が消滅に向かう地方での「撤退戦」と、地縁・血縁によるつながりがない都会での「新たな地域包括ケアの創出」という課題に直面していると指摘し、「それぞれの課題に向き合う診療報酬・介護報酬制度でなければならない」と述べた。

(11/20MEDIFAXより)

医療費の伸び「高齢化よりも高度化」／中村 社保改革室長

内閣官房社会保障改革担当室の中村秀一室長は11月18日、年率3%程度の伸びを見せる国民医療費について、医療の高度化に伴う伸びが高齢化による伸びを上回っていることから「医療費問題を考える上では、医療の高度化がずっと大きな問題になってくる」と指摘した。第1回全国医療経営士実践研究大会の講演で述べた。

国民医療費の伸びは、おおむね3%台で推移しており、このうち人口の高齢化に伴う影響が1.5%前後、医療の高度化などの影響が1-2%台とされている。中村氏は経済成長率よりも医療費の伸び率が上回る状況が続くとした上で、「皆さんが考えているほど高齢化の影響は大きくなく、医療の高度化などによる影響の方がずっと大きいということがあるのではないか」と指摘した。

中村氏は、2010年の国民医療費は皆保険制度が創

設された1961年に比べて70倍程度となっており、対国民所得で見ると10.7%になっていると説明。他方、OECDの統計による総医療費（総保健医療支出）の対GDP比は、09年にOECD加盟国平均が9.5%、日本は8.5%で加盟国中24位だった。日本の医療費水準はこうした国際比較に基づいて低いと指摘されてきたが、中村氏は「時間の問題で、OECDの平均に乗ってしまう」と見通した。さらに、「負担に見合うサービスが提供されているかということがこれからの医療の大きな論点になるだろう」との見方も示した。(11/20MEDIFAXより)

自治体病院

「開業規制」「科別医師数規制」を提案／自治体病院全国大会

全国自治体病院開設者協議会や全国自治体病院協議会、全国知事会など10団体は11月27日、東京都内で開催した自治体病院全国大会2012で、連名で要望書を取りまとめた。医師確保対策では、開業規制や診療科別の医師数規制について導入を検討するよう提案した。要望は全16項目で、関係省庁などに提出する。

要望書は、医師の適正配置の仕組みがないことが地域偏在や診療科偏在による医師不足の一因であると指摘。各都道府県に設置されている地域医療対策協議会を活用して2次医療圏単位で必要な医師数を算出し、需給調整を行える仕組みが必要と提言した。さらに、専門医師数の制限や医師不足地域への一定期間の勤務義務付けなどの対策も講じるよう求めた。地域医療支援センター設置への支援なども盛り込んだ。

診療報酬関連では、地域医療支援病院の承認要件緩和などを提案。次期診療報酬改定に当たっては自治体病院が担っている診療機能を評価し、診療報酬を大幅に引き上げるよう要望した。医療技術を適正に評価し、医療機関の機能的コストなどを反映した診療報酬体系にすることを求めた。

医療基本法の早急な制定や医療機関の控除対象外消費税の抜本的改善、東日本大震災復興への対応なども盛り込んだ。(11/28MEDIFAXより)

消費税**地裁判決、消費税非課税に「合理性」／「改定で配慮」は大臣の義務**

社会保険診療報酬が消費税非課税なのは憲法違反であるとして、兵庫県民間病院協会の4つの医療法人が消費税負担に対する賠償を国に求めた訴訟で、神戸地裁（榎村明剛裁判長）は11月27日、原告の訴えを棄却した。判決では「社会保険診療等を非課税取引とする消費税法の規定は合理性を有する」と指摘した。一方で、厚生労働大臣には医療機関の消費税負担に配慮した診療報酬改定をすべき義務があると指摘した。

判決では、医療機関が仕入税額相当額を転嫁する方法として法制度上、診療報酬改定が想定されているとし「その仕組みにおいて代替手段として機能し得るものである限りにおいて憲法に違反するとはいえない」と判断した。

その上で、厚労大臣に対し「医療法人等が負担する仕入税額相当額の適正な転嫁という点に配慮した診療報酬改定をすべき義務を負うものと解するのが相当」とし、改定での配慮は大臣の義務と指摘。「配慮が適切に行われていない場合には、診療報酬改定は、裁量権を逸脱または乱用するものと評価することができる」とした。

2008年度と10年度の改定については「消費税が医療法人等に与える影響についても議論されていることが推認される」とし、「医療法人等が負担する仕入税額相当額の適正な転嫁について一定程度の配慮をしていたものと認めるのが相当である」と指摘した。

原告による損失補償請求については「原告ら主張の負担が存在するとしても、一般的に当然受忍すべきものとされる制限の範囲を超えているということはできず、これをもって直ちに原告らが特別の犠牲を負うものとは認めがたい」として退けた。

●大臣の配慮義務「画期的な踏み込み」

原告代理人である吉村幸祐弁護士は「非課税は違憲だとする主張が認められず、この判決の結論は遺憾」と不満を示した。ただ判決で、厚労大臣は医療法人の消費税負担に配慮した診療報酬改定をすべき義務を負うとしたことについては「この点は画期的な踏み込みと捉えてよいのではないか」と一定の評価を示した。その上で「診療報酬改定によっても多くの医療法人が多大な負担を強いられているのが現状であり、この現状を十分に理解せず、適正な評価

が行われなかったことは誠に残念」とコメントした。

兵庫県民間病院協会は12月3日の臨時理事会で控訴しない方針を決定した。

（11/28・12/4MEDIFAXより）

消費税問題「軽減税率の提案を」／民主党・仙谷副代表

民主党の仙谷由人副代表は11月28日、東京都内で開かれた医療フォーラムで講演し、医療機関の控除対象外消費税問題の解決に向けて医療界から具体的な軽減税率を提案すべきと主張した。ゼロ税率課税については「全体的バランスから考えても（財務当局を）通りにくい」とし、「医療機関として、むしろ軽減税率を自分の方から示し、還付を受けるのはこの範囲だと打って出るべき」と提言した。

仙谷副代表は、医療機関の控除対象外消費税を診療報酬で補填する方法について、「消費税分が加味された改定率になっているかはなかなか怪しい」と疑問を呈した。ただ、ゼロ税率課税については患者負担分の切り分けなどを考えても実現は難しいとの見方を示し、その上で「この際、医師会をはじめ軽減税率として1%から数%を提案して、還付請求できる制度に移行しないと取り返しのつかないことになると思っている」と述べた。

●TPP、皆保険訴訟はあり得ない

環太平洋連携協定（TPP）については、国家と投資家の間の紛争解決手続きに関するISD条項に基づく国民皆保険への訴訟を懸念する声があるとした上で、「これをやめろという訴訟を米国の製薬企業、生命保険会社がやるとはとても考えられない」との見方を示した。さらに、「そのことが通るといような国際的な法律環境にないことも間違いない」とし、懸念を疑問視した。国民皆保険との関連では、「今のところそういう話はTPP交渉では持ち出されていない」とも述べた。

社会保障・税一体改革にも言及し、「歴史的に正しい選択であったと確信している」と述べ、その実現に向けて一歩踏み出した成果を強調。「皆保険によって担保されているフリーアクセスとレベルの高い医療提供体制を何とか維持しなければいけないと考えている」とする一方、「今の医療を持続するには一人一人が支える力をもう少し出し合うことが必要ではないかと思う」とも述べ、患者自己負担の検討も求められるとの考えを示した。

（11/29MEDIFAXより）

指導監査**不正請求の返還、患者への周知を検討／医療指導監査室長**

厚生労働省保険局医療課医療指導監査室の泉陽子室長は11月14日、医療機関の不正請求により患者に金銭的な損害があった場合の診療報酬の返還について、厚労省では損害額の確定を行っていないと述べた。その上で、損害額の確定には不正請求を行った医療機関で患者が受けたサービスのうち、どの点が不当かを整理する必要があるとする考えを示した。患者自身が払い過ぎに気付いていないこともあり得るとし、周知方法を早急に検討したいと述べた。中医協総会で出席委員からの質問に答えた。

泉室長は、被保険者（患者）に金銭的損害が発生した場合は損害額は返還されるべきであり、国の指導情報についても患者に伝えるべきだと答えた。ただ、指導情報については「不正請求を行った医療機関が自主的に伝えるべきだが、必ずしも期待できない面もある」とし、保険者の協力を得ることを含めて患者への周知方法を早急に検討したいと述べた。

保険医療機関の指定を取り消された医療機関については原則5年間は再指定しない規定がある。泉室長は、不正請求で指定取り消しとなった医療機関が再申請する際の手続きに関連して、不正に得た収入を患者に返還したかどうかを確認する仕組みが現行システムにはないとも説明した。

（11/15MEDIFAXより）

指導監査選定で「在支診分離」、恒久化も／日医・鈴木常任理事

指導監査に関する日本医師会と厚生労働省の協議の結果、2012年度から、在宅医療の高点数保険医療機関の選定で「診療所枠」から在宅療養支援診療所を独立させた。日医の鈴木邦彦常任理事は11月17日、取材に答え「全国からの意見を踏まえて試行実施に踏み切った。今後も問題がなければ恒久化していきたい」と表明した。

鈴木常任理事は「日医としては、指導大綱で高点数保険医療機関を集团的個別指導などの選定基準に規定している点に対して、理解できないと主張してきた。高点数保険医療機関として集团的個別指導を受けた保険医療機関のうち、翌年度も高点数保険医療機関に該当するという点だけで個別指導の対象にすることは、現場からの不満も強い。不正請求

の場合と、正当な診療の結果として高点数になった場合は、きちんと分けて判断すべきだ」とし、今後も厚労省と緊密な協議を継続する考えを示した。

●愛知県医、高点数基準の導入を拒否

医療機関に対する指導監査の問題については、11月17日に富山市で開かれた中部医師会連合社会保険特別委員会でも議論された。愛知県医師会は個別指導について2009-11年度の中部7県と大都市圏（6都府県）の推移を報告。11年度に東京で個別指導が行われた77件のうち1件当たり高点数で選定されたのは8件、神奈川は59件のうち6件だった。一方、中部では、岐阜が個別指導37件のうち1件当たり高点数による選定が18件、福井は16件のうち13件だった。

愛知県医は「東海北陸厚生局からは、12年度から選定基準に1件当たり高点数を入れたいとの申し入れがあったが、断固拒否している段階だ」とし、▽萎縮医療につながりかねない▽個別指導対象の数値目標（4%）の根拠が明確でない—などを問題視した。数値目標の在り方については日医と厚労省が十分協議するよう求めた。（11/20MEDIFAXより）

指定取消**指定取り消し「期間短縮へ全力」／茨城県の橋本知事**

茨城県の橋本昌知事は11月29日の定例会見で、12月1日に保険医療機関の指定取り消し処分を受ける東京医科大茨城医療センターについて、厚生労働省本省に取り消し期間の短縮を求めた際に、厚労省側からは「きつい反応」があったと振り返った。「（取り消し期間が）長期に及ぶことが心配。できるだけ短くしてほしい。全力で働き掛けていく」とも話した。来週中にも副知事が関東信越厚生局に出向いて事情説明を行い、取り消し期間の短縮を求める。会見はインターネットを通じて公開した。

橋本知事は22日に地元の首長ら関係者と共に厚労省を訪れて三井辨雄厚生労働相や木倉敬之保険局長らと面会し、同センターが地域医療や政策医療に貢献していることなどを説明した。保険局長との面会では「（不正請求の）再発防止をしっかりとやらなければならないということを含めて、きつい反応があった」とし、取り消し期間短縮の必要性について、きちんと理由を説明できるのかとの厳しい指摘があったことを明かした。

再発防止策について県は、同センターと体制整備に向けた協議を進めている。同センターでも近く、外部の有識者を交えた保険診療検証委員会を設置。センター内には医療保険室を設置し再発防止体制を強化する。

橋本知事によると保険者との調整により、同センターへ診療報酬を支払う保険者のうち4分の3を占める市町村国保・協会けんぽ・共済組合は「療養費払い」で対応することがほぼ決定している。健保組合については同センターが個別に依頼しているため、把握していないとした。(11/30MEDIFAXより)

ワクチン

ワクチン接種と突然死／厚労省が疫学調査開始

厚生労働省医薬食品局はワクチン接種と乳幼児の突然死に関する疫学調査を開始する。医療機関から原因不明で突然死した乳幼児の症例を収集し、性別・年齢（月齢）が同じ乳幼児の対照例と比較してワクチン接種歴などに差があるか検証する。すでに海外では同様な疫学調査が実施されているが、これまでは日本ではなかった。調査は国立感染症研究所が中心となって実施し、12月中にも開始する見通し。

医薬食品局によると、調査結果の分析には症例数を最低でも300例は収集する必要があるという。ただ、乳幼児の突然死は年間150例ほどと少なく、そのため同省は11月29日付で日本小児科学会と日本小児救急医学会に調査協力を求める依頼書を発出した。

医薬食品局は新たに検討会を設置し、調査の進捗状況などを評価する。2013年1月にも検討会を立ち上げ、初会合を開く予定だ。(12/3MEDIFAXより)

勤務医

兵庫県医「勤務医医師会」設立へ／勤務医担当理事連絡協で報告

都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会は11月30日、東京・本駒込の日本医師会館で開かれ、「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」をテーマに議論した。兵庫県医師会の妹尾栄治常任理事は「勤務医医師会」の設立へ向けた動きを紹介。意見聴取などを目的とした「研修医・勤務医懇話会」を10月に開催した上で、2013年4月にまず「研修医会」を発足し、14年4月以降に勤務医医師会の設立を目指すロードマップを示した。

既存の郡市区医師会との混乱を避けるため、管理的な地位に就いていない未入会の勤務医（研修医・専攻医）を対象に想定しているという。兵庫県全域の勤務医を対象に郡市区医師会と同等の位置付けにするとした。「負担のない濃厚な活動」を目標に、県医による事務局機能の代行や、意見集約・協議などにインターネットを活用することなどを提案した。

●強制加入か任意加入か、「いずれは方向を」／日医・今村副会長

一方、勤務医の加入率向上策について日本医師会の今村聡副会長は、強制度の度合いによって「完全強制加入（例＝医師法に規定）」「実質的強制加入（例＝保険医の指定）」「加入していないと不便な状態（例＝日医認証局の利用、生涯教育制度の専門医の要件とする）」などがあるとし、「いずれは方向を打ち出した中で、どうするかという話にできれば」と述べた。「組織の力が大きければ、組織全体の発言力、実現力が増す。国を動かす力が強くなる」と協力を求めた。

大都市でありながら日医への加入率が71%と高い大阪府医師会の上田真喜子理事は「医学・医療の諸問題を解決するには、開業医と勤務医の両者の連携を基盤にした部会・委員会活動が重要」と提言した。大阪府医では部会・常置委員会の委員のうち、勤務医が33.2%を占める。勤務医部会は11地域のブロック委員会を基盤として活発に意見交換していると報告した。

日医加入率が95%と全国一高い鹿児島県医師会の中村一彦常任理事は「秘策はない」と述べた上で取り組みを紹介した。鹿児島県医では「勤務医協」を設置。地元百貨店で5%割引で買い物ができるなどの特典があるドクターズカードなどを発行している。勤務医からの聞き取りでは「『実益』で入ったが、今は勤務地の医師会に移り、仕事がしやすい」などの意見があったという。

協議では医師会加入によるメリットや勤務医が参加しやすい環境整備などをめぐって意見を交換した。(12/3MEDIFAXより)

業過罪

医療行為は業過罪の対象になるか／全国医師連盟シンポ

全国医師連盟が東京都内で12月2日に開いた「医療事故調シンポジウム」では、医療行為が刑法第211

条で規定されている業務上過失致死傷罪（業過罪）の対象になり得るか否かで討論者らが議論を交わした。

厚生労働省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」の構成員を務める有賀徹・昭和大病院長は、「ヒューマンエラーもそれを導くような職務環境であればシステムの不全。一人一人の責任追及にはなりにくい」と指摘。「業務上過失致死・傷害という罪は私たちの業界にあるのだろうか」と問題提起した。

医師と弁護士の資格をもつ浜松医科大医学部医療法学の大磯義一郎教授は「故意の重過失を刑事訴追すべきと判断した瞬間に、中等度の過失と重過失の間にグレーゾーンが入り、その判断のために取り調べが必要になる」と指摘。ただ、グレーゾーンの中での区別は非常に難しく、刑事罰を念頭に置いた取り調べでは訴追すべきではないケースもその対象になることを懸念し、刑事罰となりうることに疑問を呈した。また、「美容整形やレーシックなど、本質的な医療とは異なるところでの診療は違う規律、規範で括らなければならないと思ってきた」との見方を示し、「友達を連れてくれば割引、という種類の診療と、寝ずに働いて地域の救急医療を支えている話を同じ規範で規律しようとするのは問題だ」と訴えた。

ビデオメッセージを寄せた厚労省の梅村聡政務官も、個人的な考えとした上で、「医師という立場からは医療行為そのものを業務上過失致死傷罪から外してもらいたいというのが本音」と話した。ただ、「刑法211条に手を入れていくのは大きな作業で、なぜ医療だけ対象外にするのかということになりかねない」と指摘し、「医療者が故意や隠ぺいの事案を厳正に処罰し、それ以外は刑法にかからないという医療法や医師法で整理ができれば100点」との見方も示した。

●「刑事罰は残すべき」ハートクリニック・佐藤院長
一方、ハートクリニックの佐藤一樹院長は、「社会的に許せず、どうにかして処罰するという観点で業務上過失致死となる事案がある」と指摘。かつて東京女子医科大付属日本心臓血管研究所循環器小児外科に助手として勤務した際、医療事故について院内調査委員会が報告書に誤った記載をしたことで7年間、刑事裁判の被告人となり、冤罪被害者となる可能性があった経験がありながら、「業務上過失致死傷罪を変えようという考えはない」と主張した。佐藤院長は「医者でも悪い医者は本当に悪く、クロに近い過失もある」とも述べ、医療行為を業過罪の対象から外すべきではないとの考えを示した。

（12/4MEDIFAXより）

医科大

医科大開設の検討チーム／同志社、自治体と連携

同志社大などを運営する学校法人「同志社」（京都市上京区）は11月30日、医科大や医学部の開設を検討するチームを設置したと発表した。

記者会見した八田英二理事長によると、東日本大震災の被災地での医師不足が深刻であるとして、主に東日本の自治体と連携した医科大の新設を検討。大学の新設ではなく、医学部の開設という形も議論する。既に北海道函館市など複数の自治体から打診があるという。

八田理事長は「医学部を含む総合大学をつくるのが建学者の新島襄の夢だった。建学の精神に基づいた大学をつくれるようにしたい」と述べた。

これまでも、医学部開設の情報収集をするプロジェクトチームはあったが、より具体的な課題を検討するため新たに八田理事長を責任者とするチームを編成。財政的な負担や運営形態、医学部設置を抑制してきた文部科学省への働き掛けなどを検討する。

文科省は30年以上、医学部の新設を認めていないが、2010年12月、医学部新設などを論議する専門家会議を設置、医師不足の解消に向けた議論を進めている。【共同】（12/4MEDIFAXより）

有床診

有床診の診療科別収益など調査へ／民主・有床診議連

櫻井充厚生労働副大臣は11月29日、自身が会長を務める民主党の「有床診療所を応援する議員連盟」の中で、次期診療報酬改定に向けて有床診療所の実態調査をする考えを示した。調査項目などは厚生労働省と全国有床診療所連絡協議会などが相談しながら決めていくが、診療科別の収益状況などを調べる構えだ。

同議連は櫻井副大臣が会長を、梅村聡厚労政務官が事務局長を務めている。梅村事務局長は冒頭、「櫻井会長と私が野田改造内閣で政務に入ったため、本来なら（役職を）交代しないといけない」としつつも、衆院が解散して衆院議員が議員の立場を失っていることなどを挙げ「緊急避難的にこのままやらせ

てほしい」と理解を求めた。

●有床診、医療法に位置付けを／連絡協

議連では全国有床診療所連絡協議会が、有床診療所の理念や位置付けを第6次医療法改正で書き込み、将来も必要な医療施設であることを明確にすることと、次期診療報酬改定で入院基本料を見直すことを要望した。次期改定に関連しては日本医師会も、中医協で有床診の入院基本料の在り方を検討すべきと要望した。（11/30MEDIFAXより）

経団連

「外来の包括化」「給付費の総額管理」を／経団連が提言

日本経済団体連合会は11月20日、「社会保障制度改革のあり方に関する提言」を公表した。2025年までに年間の社会保険料負担が勤労者1世帯当たりで25万円程度、事業主総額で約12兆円増加することが見込まれることを踏まえ、社会保障給付の一層の効率化と重点化、さらに、自助・共助・公助の役割分担の明確化を軸とする社会保障制度改革の検討が必要とした。

提言では、給付の重点化・効率化に向けた具体策を医療、介護、年金、子育ての分野ごとに提示した。

医療については▽後発医薬品の使用促進▽保険請求の不正に関わる指導・監査の強化▽70～74歳の患者負担を現行の1割から2割に本則化▽一部の高度医療の適用除外・保険免責制の検討など医療保険の給付範囲の見直し▽医療の標準化と外来診療を含む診療報酬の包括化の推進▽医療保険給付費の総額管理制度の検討一を挙げた。

介護については▽軽度者の訪問介護給付から生活援助を除外▽予防給付を再編し自治体独自の高齢者福祉事業で吸収▽低所得者の特別養護老人ホーム利用料などが補填されている「補足給付」を除外して税で対応▽所得や要介護度に応じた負担率の設定▽ケアプランの作成へ利用者負担の導入▽特別養護老人ホームの利用者を重度者と低所得者に限定▽区分支給限度基準額の引き下げの検討一を挙げている。

●総報酬割の全面導入には反対

喫緊の課題としては保険者財政の窮迫を挙げ、保険料負担への総報酬割の全面導入には医療・介護ともに反対とした。高齢者医療給付、介護給付への税投入割合の拡充なども求めた。

（11/22MEDIFAXより）

フランス

医師が医療費抑制計画に抗議、無期限デモ／フランス首都

フランスの首都パリで11月12日、数百人の医師が政府の医療費抑制計画に抗議して無期限の抗議デモを行い、多数の診療所などが休診したため、救急センターなどに駆け込む患者が続出した。

フランスでは政府管掌保険制度に基づき医師に支払われる医療費は固定されており、医師がそれを上回る医療費を請求する場合は、患者が自己負担するか、保険でカバーする仕組みになっている。政府は医師が請求する追加医療費に上限を設ける計画。

フランスの医療制度は各国から高い評価を受けているが、デモに参加した医師は長時間勤務や医療費抑制計画に不満を表明、徐々に米国的な自由診療方式に移行するのではないかと懸念している。【パリAP＝共同】（11/15MEDIFAXより）

マニフェスト

TPP交渉、国民皆保険は「必ず守る」／民主・政権公約

民主党は11月27日、12月16日投開票の衆院選に向けた政権公約（マニフェスト）を発表した。医療・介護関連の公約は素案の表現をほぼそのまま盛り込んだが、環太平洋連携協定（TPP）の交渉参加に当たっては「必ず守る」と約束した対象に「国民皆保険」を新たに明記した。

マニフェストは東日本大震災からの復興を最重要課題とした上で、社会保障や経済、エネルギー、外交・安全保障、政治改革の5つを重点政策に位置付けた。個別政策で数値目標の明記を減らし、党の理念を説明した内容が目立つ内容になった。野田佳彦首相は記者会見で「数値を細かく規定することで、逆にそれが“縛り”になって柔軟性に欠ける部分があった」と述べ、政策実現の現実性を直視した結果であると説明した。

TPPはアジア太平洋自由貿易圏（FTAAP）の実現を目指し、日中韓自由貿易協定（FTA）、東アジア地域包括的経済連携（RCEP）と同時並行的に進めるとの従来の表現に、新たに「政府が判断する」と書き加えた。また、国益の確保を大前提とした上で、「必ず守る」とした対象に「農業」「食の安全」「国民皆保険」を掲げて慎重派に配慮した。

医療・介護関連の各政策は、素案とほぼ同じ内容が盛り込まれた。救急・産科・小児科・外科など地域の医師不足対策に引き続き取り組み、質の高い入院医療が受けられるようにすることや、予防接種の充実などに取り組む。高額療養費制度は長期間の治療をする患者の負担軽減を図る。高齢者医療制度は後期高齢者医療制度を廃止して都道府県が国保の財政運営を担う「民主案」について、社会保障制度改革国民会議の議論を経た上で実現を目指す。介護は在宅医療・介護の提供体制を整備し、特に認知症の人と家族への支援を充実すると明記。介護報酬改定などで労働者の賃金を引き上げ、人材確保に努める。

消費税率引き上げによる増収分は全て社会保障財源に充て、給付の重点化に取り組みながら毎年の自然増分を確保することも明記した。

(11/28MEDIFAXより)

TPP、判断基準に「皆保険堅持」／自民が公約、「課税化」検討も

自民党は11月21日、衆院選の政権公約をまとめた。「日本を、取り戻す。」と題し、復興・防災、経済成長、社会保障などの分野で計328項目の公約を掲げた。消費税は「全額社会保障に使う」と明記し、医療への課税は医療機関や薬局の税負担の検証を踏まえて「引き続き検討」とした。生活保護制度改革は医療費扶助の抑制・適正化として後発医薬品の使用義務化に取り組む。環太平洋連携協定(TPP)は「聖域なき関税撤廃」を前提とした交渉参加には反対とし、交渉参加の判断基準に国民皆保険制度の堅持を挙げた。

公約は持続可能で質の高い医療の実現に向けて11施策を列挙。「臨床研修医制度の見直し」「勤務医の処遇改善」「有床診療所などの機能強化・充実」「総合診療医の育成とかかりつけ医の導入」「救急医療機関の機能充実」「必要な医学部定員の確保」などを示した。このほか終末期医療などを想定し、患者の意思がより尊重される医療の実現に向けて見直しを進めるほか、予防医療総合プログラムの策定、検診を定期的に受診した場合に医療費の自己負担を軽減する誘導策の導入も明記した。

消費税の課税の在り方は、医療機関などの税負担の検証を踏まえて検討する。医療提供者の高額投資に対する税負担は「医療保険制度において、他の診療行為と区分して手当てをする具体的な手法を税率8%引き上げ時までには検討し、結論を出す」とした。

医療行為全般に対する税制上の配慮は「検討」にとどめた。

生活保護制度改革では、医療費扶助の適正化にも触れ、後発品の使用義務化とレセプト電子化によるチェック機能の強化を掲げた。

TPP交渉参加については「政府が国民の知らないところで、交渉参加の条件に関する安易な妥協を繰り返さぬよう、わが党として判断基準を政府に示している」とし、判断基準として▽聖域なき関税撤廃を前提にする限り交渉参加に反対▽国の主権を損なうようなISD条項は合意しない—などとともに「国民皆保険制度を守る」を挙げた。

国保の運営安定化や保険者機能の強化に向け、運営単位を市町村単位から都道府県単位に広域化する。共済健保と協会けんぽの統合も進め、被用者保険料率の平準化も目指す。高額療養費は限度額の引き下げを行い、社会保障番号の導入に合わせて医療・介護の総合合算制度を創設する。高齢者医療制度は「現行制度を基本」とし、必要な財源確保を前提に「国保、協会けんぽ、組合健保などの保険料率の上昇を抑制するなどして国民皆保険制度を守る」とした。(11/22MEDIFAXより)

●自民党政権公約（社会保障関連・要旨）

▽「自助」「自立」を第一に、「共助」と「公助」を組み合わせる▽社会保障は社会保険制度を基本とする▽公立病院の経営健全化と地域医療の充実▽全国でドクター・ヘリコプターの運用ができる体制整備▽がん対策の充実▽ワクチン施策の推進（ワクチンの研究開発促進、供給体制整備、新たなワクチン政策の確立）▽医療事故による死亡を含む死因究明制度の在り方を検討。死亡時画像診断システム整備事業の推進▽精神科医療の一層の推進（共生社会の実現や長期在院者対策）▽認知症対策の推進（地域ケアと施設ケアを統合した医療介護総合モデル体制の確立）▽看護職の処遇改善推進▽ヒトT細胞白血病ウイルス・難病・結核・腎疾患対策の推進▽薬局・医療機関の薬剤師の機能、役割拡充と活用▽リハビリテーションの提供体制強化（チーム医療推進や老人保健施設の在宅復帰機能、在宅支援の強化）▽漢方医学の推進▽再生医療を国民が迅速・安全に受けるための総合的施策の推進▽統合医療の推進▽介護保険サービスの充実と保険料の抑制（介護サービスの範囲の適正化などを通じたサービスの効率化・重点化、介護報酬の確保などで従事者の処遇改善を図る）▽介護支援専門員の積極活用▽在宅介護の支援

▽障害者総合支援法の推進▽柔道整復師の活動支援（柔道整復療養費の適正見直し、卒後臨床研修の制度化。柔道整復師の業務に関する算定基準の明確化と法整備）▽心理職の国家資格化▽国立大学法人運営費交付金など基盤的経費の安定確保▽イノベーション実現に向けた研究開発税制などの制度改革▽医薬品・医療機器の審査体制の充実強化

診療報酬は充実、「救急医療基本法」も／公明党マニフェスト

公明党は次期衆院選のマニフェストで、産科・小児科・麻酔科などの医師不足解消のため、診療報酬を充実することを打ち出した。救急医療の基盤強化を盛り込んだ「救急医療基本法」の制定も急ぐ。消費増税の関連事項では、税率が8%に引き上がる段階からの軽減税率導入を目指す。

公明党は11月17日にマニフェスト（衆院選重点政策）を発表した。「7つの日本再建」と銘打ち、社会保障や震災復興、経済政策など7つの柱と具体策を記載している。

医師不足では診療報酬の充実だけでなく、医師の養成体制や派遣システムの強化なども行い、不足地域の解消に取り組む。救急医療基本法には、ドクターヘリの全国配備や災害時の対応などを盛り込むとした。

医療関係ではこのほか、がんや難病対策の強化・拡充や再生医療の推進に言及。ワクチン助成の充実も記載した。高額療養費制度は年間上限額を新設するほか、70歳未満で年間所得300万円以下の世帯について、医療費負担の上限額を現在の月約8万円から約4万円に引き下げる。国保と協会けんぽは「国民皆保険を支えている」と位置付け、公費投入を拡大して財政強化を図ることも掲げた。

介護の関連では、在宅支援サービスの強化や介護従事者の処遇改善をするために、新たな基金を創設すると明記した。介護保険を利用せずに暮らしている65歳以上の高齢者に対し「お元気ポイント」を導入し、介護保険料を軽減する仕組みづくりもする。

マニフェストではこのほか、うつ対策や子育て施策なども取り上げている。

医療を新たな成長分野と見なして重点的な投資をし、健康・医療産業で経済成長を目指す方針も示した。日本発の革新的新薬が生まれるよう研究開発を促進し、創薬ベンチャーの育成も図る。バイオマーカーを用いた予防医療を進めるほか、先端医療の研

究や実用化の促進に必要な法整備もする。

●TPPは「国会に審議の場を」

環太平洋連携協定（TPP）問題については「十分な国民的議論も、国益に関するコンセンサスもできていない」と指摘。農業だけでなく、医療や保険など国民生活に幅広い影響を及ぼす問題のため「国会に調査会もしくは特別委員会を設置し、十分に審議できる環境をつくるべき」という表現にとどめている。（11/21MEDIFAXより）

医学部新設を明記、NP導入検討も／みんなの党公約

みんなの党は11月28日、消費増税の凍結、環太平洋連携協定（TPP）の交渉参加などを盛り込んだ衆院選公約を発表した。社会保障関連は医学部新設、医療行為を認める看護師（ナースプラクティショナー）の導入検討を盛り込んだ。

医師数を経済協力開発機構（OECD）加盟国平均となる人口1000人当たり3人を目指し、医学部やメディカルスクールの新設を解禁する。かかりつけ医と専門医の役割分担の明確化も進める。健康保険制度を段階的に一元化し、安定的な制度運営のために運営規模を地域主権型道州制を想定した規模の単位で整える。健康保険料の月収上限を撤廃し、所得に応じた負担にする。医療行為が認められたナースプラクティショナー資格の導入検討も提言した。

このほか、医療事故調の早期設置、薬害防止の第三者機関を厚生労働省と切り離して設置することも明記。訪問看護ステーションの一人開業など規制緩和を実施するほか、介護職員の待遇改善も目指す。

消費税は「増税の前にやるべきことがある」として、まず国会議員定数や国家公務員数の削減などの改革に着手する。TPPは速やかな交渉参加を明記し、東アジア包括的経済連携構想（CEPEA）など他の経済連携も推し進める。

（11/30MEDIFAXより）

診療報酬を市場化、混合診療も解禁／維新“骨太の公約”、政策実例も

日本維新の会の石原慎太郎代表と橋下徹代表代行は11月29日、衆院選に向けた公約「骨太2013-2016」を東京都内で発表した。基本理念に「経済・財政を賢く強くする」「社会保障を賢く強くする」などを挙げ、徹底した競争政策を実施するとして、医療・福祉の成長産業化を掲げた。こうした“骨太の理念”

を踏まえた具体的な方向性を「政策事例」として別に示し、診療報酬点数の決定を市場に委ね、混合診療を解禁するとした。

●「制度設計は官僚の仕事」

橋下代表代行は「政策事例」の位置付けについて「骨太の大方針を前提にすればこういう考えになる、という意見を出し合った」「政治家が（制度を）カチッと最初から最後まで決められるなんて、そんな甘いものではない。制度設計（の詳細）は行政官僚の仕事」と述べ、あくまで基本理念に沿ったアイデアを示したもので、議員間や専門家との議論で内容が変わる余地はあると説明した。

●TPPは条件付きで交渉参加

公約「骨太2013-16」では、経済・財政や社会保障、国家システムなど5分野を「賢く強くする」として、それぞれで基本理念を示した。「経済・財政」の現状認識として「一般会計の税収40兆円に対し、一般会計歳出100兆円。維持不可能」と指摘し、財政金融一体のマクロ経済政策の実施や医療・福祉の成長産業化を挙げた。環太平洋連携協定（TPP）については「交渉参加」としたが、「国益に反する場合は反対」と条件を付けた。

「社会保障」については、年金・医療の持続可能性に不安があり、消費税で社会保障を賄うのは不可能との認識を提示。競争政策を徹底するためのセーフティーネットの構築や、社会保険料の公平・公正な徴収、社会保険の受益と負担の均衡、税投入を低所得者対策や最低生活保障に限定するなどの理念を列挙した。

●窓口負担割合は所得に応じて

こうした基本理念を前提とした政策アイデアを「政策事例」として別途、提示。医療・福祉の成長産業化の例として「診療報酬点数の決定を市場に委ねる制度へ」と明記し「混合診療の解禁」も打ち出した。

社会保障関連ではこのほか、高齢者向け給付を適正化すると提案。医療費自己負担割合を一律化するとし「年齢で負担割合に差を設けるのではなく、所得に応じて負担割合に差を設ける」とした。その上で「低所得者に対してのみ負担軽減」と記した。

(11/30MEDIFAXより)

医療保険制度の一元化を／日本未来の党が公約

日本未来の党は12月2日、16日投開票の衆院選に向けた公約を発表した。社会保障関連では国民皆保険の堅持をうたい、医療保険制度の一元化を進める

方針を示した。

●TPPに反対「医療保険が米国ルールに」

経済の発展で雇用に安心を与え、併せて年金や医療制度の充実も目指すことを明記。医療や福祉分野などの振興で雇用を創出するほか、地域包括ケア・在宅介護支援体制の強化、後期高齢者医療制度の廃止も盛り込んだ。外交は「主権国家の権利の堅持」を掲げ、環太平洋連携協定（TPP）は医療保険などを米国のルールに合わせるものだと参加交渉に反対。一方、自由貿易協定（FTA）や経済連携協定（EPA）は積極的に推進するとした。

●消費増税は凍結、損税の欠陥は是正

また、デフレや個人所得の低下が続く中での増税は「ますます消費を冷え込ませる」として、消費増税は凍結を宣言。「業界・業種で損税・益税が出る現行消費税の欠陥を是正する」とも記した。

(12/4MEDIFAXより)

消費増税やTPPに反対／社民・公約、診療報酬は「抜本的増額」

社民党は11月22日、衆院選選挙公約を発表した。消費増税を撤回するための「消費増税法廃止法案」の制定や国民皆保険の堅持などを掲げた。

環太平洋連携協定（TPP）は混合診療の解禁につながるとして「断固反対」を打ち出した。また、地域医療の再構築として診療報酬の「抜本的増額」を宣言し、採用枠の設定なども行うことで産婦人科や小児科、麻酔科などの医師不足を解消させる。医療従事者や介護職などの労働条件の改善と人材育成、がんや肝炎、難病の対策も盛り込んだ。介護では特別養護老人ホームや小規模多機能施設の増設、在宅生活の支援強化で施設待機者をなくすことも掲げた。共通番号制度（マイナンバー）はプライバシー保護を理由に反対するものの、使用目的を絞った番号制度を導入する方針。

後期高齢者医療制度を廃止し、70-74歳の窓口負担は一律で1割負担にとどめる。

(11/26MEDIFAXより)

窓口負担、現役世代は2割に引き下げ／共産党、総選挙政策

日本共産党は11月26日、12月の衆院選に向けた総選挙政策を発表した。医療費の窓口負担を現役世代は2割に引き下げ、高齢者は1割を維持するなど、患者負担軽減策が目立つ内容。診療報酬は引き上げ、

医師・看護師を増員することも盛り込んだ。

消費増税は中止し、税制改革と経済改革で社会保障財源を確保して財政を立て直すことも記載した。生活保護費の切り下げには反対する。特別養護老人ホームを増設して待機者をゼロにすることも掲げている。環太平洋連携協定（TPP）には「絶対反対」の立場だ。

民主・自民・公明の3党合意で成立した「社会保障制度改革推進法」については、同法に基づいて今後、医療費の窓口負担や国保料の値上げが行われると批判。社会保障をまず再生し、その上で先進水準の社会保障となるよう抜本的に拡充するとした。

（11/29MEDIFAXより）

医療・介護データベースを公開／新党改革、公約集

舛添要一元厚生労働相が代表を務める新党改革は11月27日、衆院選の公約集となる「約束2012」を発表した。社会保障の充実を図る「ますぞえプラン」を実践し、医師・看護師不足の解消や、救急医療・周産期医療体制の整備と充実に取り組むと訴えた。認知症対策や、がん撲滅のほか、医療・介護関連のデータベース公開を政治主導で実現することも打ち出している。

介護士の努力を正しく評価する仕組みを導入し、待遇改善やキャリアパスの充実を図ることも記載した。高齢者向け住宅の供給数を増やし、入居希望者の要望を満たすことにも取り組む。生活障害を含めた認知症の早期発見と早期アプローチができる仕組みづくりも進める。がん撲滅に向けた研究開発には全力を傾けると強調した。

医療・介護の質向上やサービス料の納得感と透明性を高めるため、医療・介護関連データベースを公開・連結することも盛り込んだ。「既存勢力の反対」があっても、政治主導で実現すると掲げた。消費税率は「2020年頃には10%以上にしないと財政が立ちゆかない」としながら、今の経済状況下では引き上げるべきではないという立場だ。

環太平洋連携協定（TPP）については、国益を十分に守ることを前提に交渉参加を慎重に検討するとした。（11/29MEDIFAXより）

日医連

都道府県医連の推薦を追認／日医連、特定政党は支持せず

日本医師会の政治団体「日本医師連盟」の横倉義武委員長（日医会長）は11月21日の会見で、衆院選の推薦候補について「都道府県医師連盟で挙げていただく候補者については、原則として日医連も認めるという方向で考えている」との方針を示した。都道府県医連から日医連への推薦の締め切りは11月26日。都道府県医連からの推薦を受けて日医連の推薦を決定する。

●TPPを踏み絵とせず

横倉委員長は政策協定で確認すべき政策として「必要な時に適切な医療を行える医療提供体制を守る」「公的医療保険による国民皆保険の堅持」の2点を重要項目に挙げた。医療機関の控除対象外消費税問題の解決、環太平洋連携協定（TPP）を代表とする医療の営利産業化への反対も掲げた。

政党によってはTPP交渉参加を推進する党もあり、今回の衆院選の争点となる可能性が高い。TPPを推進する立候補者を都道府県医連が推薦した場合について横倉委員長は「TPPのみならず、（立候補者の政策が）医療の過度の営利化、市場化とならないように話し合いをしていただきたい」と述べ、都道府県医連で協議ができていることを前提にTPPへの対応だけで日医連の推薦の可否を決めない方針を示した。（11/22MEDIFAXより）

調査・データ編

勤務医の負担「増えた」44%／全国医師ユニオン調査

勤務医の労働組合である全国医師ユニオンは11月18日、「勤務医労働実態調査2012」の集計速報値を公表した。それによると、過去2年間で勤務医の業務負担が「増えた」と感じている人は44%に上ることが分かった。「変わらない」は39%、「減った」は17%にとどまった。ユニオンは「多くの医療機関で労働基準法が無視され、長時間労働問題はほとんど解決していない。厚生労働省は勤務医負担軽減策を進め

たとしているが、現場の負担感は増加している」とし、根本解決のために医師数を増やすべきだと主張している。

調査はユニオンが日本医療労働組合連合会に呼び掛け、2012年4月に実行委員会を立ち上げて実施した。国内の主要学会に調査協力を呼び掛け、医師不足が深刻とされる診療科関連の日本小児科学会、日本救急医学会、日本麻酔科学会、日本神経学会の4学会がアンケートに応じた。調査期間は12年6-10月。有効回答数は2108件だった。

ユニオンが調査結果を分析したところ、全ての地域と診療科で勤務医の業務負担が増加している傾向が見られた。長時間労働と大きく関係する当直について尋ねたところ、回答者の89%は「交代制勤務がない」と答えた。また、当直明け後に「1日勤務」している医師も79%に上った。

当直や日直の勤務内容を尋ねたところ、「通常業務はほとんどなし」は15%にとどまり、「通常より少ない」は53%、「通常と同じ」は32%に達した。「自分の病院で医師不足を感じている」との回答は83%。医師養成数については「OECD並みに増やすべき」が25%、「もう少し増やすべき」が38%だった。「現在の養成数で十分」は24%、「分からない」は13%となった。

「残業代を全額請求している」と回答した人は30%にすぎず、「労務管理に関して詳細な契約書がある」と答えた人も25%にとどまった。ユニオンは今後も集計結果の分析を行い、13年3月をめどに詳細をまとめて政策提言する方針だ。

(11/20MEDIFAXより)

患者の経済的理由で治療中断、大幅増／保団連調査

保団連が会員を対象に行った調査で、この半年間で患者の経済的理由が原因で治療を中断する事例があったとの回答が、2年前に比べ20%近く増加しているとの結果が出た。2012年に治療中断事例があったとする会員は2年前の38.7%から56.0%に上昇。医科で49.6%、歯科で64.0%となっており、保団連は命に影響しないことから歯科治療を中断する傾向が高いとみている。また、検査や治療・投薬について経済的理由で患者から断られた事例のあった会員は、2年前の43.1%から56.4%に増加。患者一部負担金の未収があった会員も、2年前の48.2%から55.1%に増加している。

調査は12年9月に保団連の医科・歯科開業医会員（病院・勤務医会員を除く）を対象に郵送で回答を得た。有効回収率は34.7%で、有効回答数は2976名となっている（医科1646名、歯科1330名）。

患者窓口負担に関する意識調査では、子供が「ゼロ割負担」、現役世代が「3割負担」、高齢者は「1割負担」とすべきとの意見がそれぞれ最も多かった。保団連は70-74歳の患者負担1割の継続に向けて、要望書を政府に提出するなど窓口負担をなるべく少なくするよう主張している。三浦清春理事は「診療報酬の多少の引き下げでは、窓口負担への影響は小さく、医療提供者の疲弊も生じる」と診療報酬での調節は好ましくないとの見解を示した。

●消費税、「ゼロ税率」最多も「軽減税率」が増加

医療に関わる消費税については、「診療報酬で補填されていない」と答えた会員が医科・歯科ともに7割を超えた。対策としては「ゼロ税率の適用」が前回4年前と同様に6割ほどで最も多かったが、12年の調査では軽減税率を求める声が医科で5.3ポイント増え15.9%に、歯科で9.1ポイント増加し19.2%となった。

新たに導入された「一般名処方加算」については、算定した会員と算定しなかった会員がともに4割程度と拮抗した。保団連は院外処方と院内処方を区別しなかったことが影響したとし、加算についての評価は未定としている。

共通番号（マイナンバー）制度も、「賛成およびどちらかと言えば賛成」と「反対およびどちらかと言えば反対」がそれぞれ4割程度と拮抗した。保団連は、医療を切り離せば利便性が高いとの声がある一方で、技術的には医療の組み込みはいつでも可能と懸念を示している。

TPPに日本が参加することについては、4割以上が「反対およびどちらかと言えば反対」としているものの、「賛成およびどちらかと言えば賛成」「どちらとも言えない」も3割近く存在した。

(11/9MEDIFAXより)

医療扶助に一部負担、医師の7割以上が賛成／ケアネット調査

医師・医療従事者向け情報サイトを運営するケアネットが行った意識調査で、医師の7割以上が生活保護受給者の医療費一部負担に賛成するとの結果が出た。一方で「いったん支払ってもらって後日に返還」「受診施設の限定」といった違う方法を考えるべ

きとの意見が15.6%、現状のままでよいとする意見は11.3%あった。勤務形態別で見ると、病院医師の76.2%、一般診療所医師の64.9%が一部負担に賛成しており、窓口業務まで管理する一般診療所医師がやや低い結果となった。

調査は2012年10月にケアネットのサイトの会員を対象にインターネットで回答を得た。有効回答1000人の世代別の内訳は▽30代以下17.0%▽40代35.8%▽50代35.9%▽60代以上11.3%—。勤務形態別では病院医師72.2%、一般診療所医師26.8%となっている。

●後発品義務付けも半数以上が賛成

生活保護者への後発医薬品の使用を義務付ける案については、全体の54.1%が賛成、28.9%が現状維持でよいとした。ただ、一般診療所医師に絞ると、賛成40.3%、現状維持37.3%と意見が割れている。(11/8MEDIFAXより)

病院勤務医数、在医学部医療圏の周辺で低い傾向／日医総研WP

人口当たりの病院勤務医数は大学医学部のある2次医療圏で多く、その周辺の2次医療圏はむしろ少ない傾向にあることが、日医総研がまとめたワーキングペーパー（WP）で明らかになった。中でも東京23区から横浜市にかけて京浜圏とその周辺でこうした傾向が顕著だった。全国的には「不足地域と過剰地域が全国に偏在している」と分析している。

WPは全国349の2次医療圏別に人口変化と医療資源に基づく分析データをまとめた。日本医師会の横倉義武会長は9月の関東甲信越医師会連合会定例大会で、2次医療圏ごとの分析について「医療計画を作る際の参考にしてほしい」と述べている。

診療所を除いた病院医療資源（病床、勤務医、看護師など）の偏差値も示し、相対的な位置付けを明らかにした。2035年までの人口増加率や医療介護需要の増加予想も、2次医療圏ごとに示した。人口の流出も地図上に図示した。11年3月以前のデータのため東日本大震災と原発事故の影響は反映されていない。

2次医療圏を大都市型（人口密度が1000人/km²以上、または人口が100万人以上）、過疎型（人口密度が200人/km²以下、かつ人口が20万人以下）、地方都市型（大都市型にも過疎型にも属さない）に分類すると、大都市型が73医療圏、地方都市型が131医療圏、過疎型が145医療圏で、過疎型が最も多い結果となった。大都市型は国内の面積の7%にすぎない

ものの、人口の53%が居住していた。一方、過疎型は面積の57%を占めながら、人口は13%だった。

人口当たりの病院病床数（一般病床、療養病床、精神病床、感染・結核病床の合計）の偏差値は、北海道、東北北部、北陸、中国、四国、九州（沖縄県を除く）では多くの医療圏で高く、関東、甲信越では低い方が多数を占めた。

人口当たりの一般病床数の偏差値は、北海道、東北、北陸、中国、四国、九州（同）の多くの医療圏で高かった。一方、関東、東海では低い医療圏が多い。東北で偏差値が高くなった理由については「一般病床を療養病床的に使用している場合が多い」と分析している。また東北では、療養病床について偏差値が低い医療圏が多かった。関東（特に東京都と横浜市）、甲信越、関西でも療養病床が低い医療圏が多かった。

人口当たりの回復期（リハビリテーション）病床数の偏差値は、四国、九州・沖縄の多くの医療圏で高く、東北南部、関東、甲信越、関西の多くの医療圏で低かった。人口当たりの総療法士数（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の合計）も中国、四国、九州・沖縄の多くの医療圏で高く、東北、関東、東海の多くの医療圏で低かった。リハビリに関する指標は西高東低の傾向が強く、中でも四国と九州・沖縄で高い傾向が顕著だった。

人口当たりの総看護師数は、北海道、中国、四国、九州・沖縄の多くの医療圏で高く、関東、東海の多くの医療圏で低かった。都市部よりも過疎地域に人口当たりの看護師数が多い医療圏が見られた。(11/8MEDIFAXより)

医療は32兆3312億円、4.8%増／10年度社会保障給付費

国立社会保障・人口問題研究所は11月29日、医療保険や介護保険、年金、雇用保険、生活保護などの社会保障制度に関する1年間の支出を取りまとめた2010年度版「社会保障費用統計（旧・社会保障給付費）」の概況を公表した。国際労働機関（ILO）基準で集計した社会保障給付費の内訳を見ると、医療は32兆3312億円（前年度比4.8%増）で、社会保障給付費全体に占める割合は31.2%だった。高齢化や医療の高度化、診療報酬の改定率がネットでも0.19%増になったことなどが影響したとみられる。年金は52兆4184億円（1.3%増）で、構成比は50.7%。福祉その他は18兆7384億円（8.4%増）で、構成比は18.1%。

一方、社会保障財源に目を向けると、収入総額は112兆1707億円だった。内訳は、社会保険料が57兆8468億円で、構成比は51.6%、対前年度伸び率は4.4%増。また、公費負担は40兆830億円で、構成比は35.7%、伸び率は2.3%増だった。

●国際比較可能なOECD基準の社会支出を掲載

この統計資料は、11年度まで「社会保障給付費」として集計していたが、12年7月に総務大臣告示で基幹統計に指定され、国際比較できるよう見直す必要があったため、内容を充実し、統計の名称も「社会保障費用統計」に改めた。大きく変わった点は、今回から「社会支出」の項目を載せたこと。09年度版までの社会保障給付費は、ILOが定めた基準で個人に返るものだけを集計していたが、従来の方法では国際比較ができなかった。今回から追加した社会支出は経済協力開発機構（OECD）基準で集計されており、国際比較が可能。施設整備費など直接個人に渡らない支出や就学前教育、自動車賠償責任保険、生活保護以外の住宅関係費なども含まれており、集計範囲が広がる。

OECD基準でまとめた10年度の社会支出総額は110兆4541億円（前年度比1兆5914億円増、1.5%増）。社会支出の内訳は、高齢（47.3%）、遺族（6.3%）、障害・業務・災害・傷病（4.8%）、保健（31.7%）、家族（5.5%）、積極的労働市場政策（1.2%）、失業（1.3%）、住宅（0.7%）、その他の政策分野（1.1%）。医療や公衆衛生は保健に含まれる。保健の前年度伸び率は3.0%だった。国民1人当たりの社会支出は86万2500円。

ILO基準でまとめた社会保障給付費の総額は103兆4879億円（3兆6272億円増、3.6%増）。国民1人当たりの社会保障給付費は80万8100円。（11/30MEDIFAXより）

社会的入院、34歳以下でやや増加／11年患者調査

厚生労働省は11月27日、2011年の「患者調査の概況」を公表した。3年ごとに実施している調査だが、今回は東日本大震災の影響で宮城県の石巻医療圏と気仙沼医療圏、福島県で調査を実施していないため3年前の08年調査と単純比較はできないが、推計入院患者数全体のうち、いわゆる“社会的入院”とされる割合が34歳以下でわずかな増加が見られた。35歳以上ではわずかに減少。前回調査では全年齢階級で減少していた。

今回の調査は病院6428施設、一般診療所5738施設、歯科診療所1257施設を利用する入院・外来患者約233万5000人が対象となった。入院・外来患者については病院・診療所ごとに指定した10月の1日間を調べ、退院患者については9月1-30日の1カ月間を調べ、全国（調査未実施地域を除く）に置き換えた患者数などを推計した。

調査に基づく1日の推計入院患者総数は約134万人。このうち“社会的入院”とされる「受け入れ条件が整えば退院可能」な入院患者が占める割合は、前回調査比2.0ポイント減の13.5%だった。年齢階級別で見ると「0-14歳」の推計入院患者数2万9400人で社会的入院割合は6.1%（前回調査比1.4ポイント増）、「15-34歳」では6万1300人で9.5%（1.1ポイント増）、「35-64歳」は33万2200人で11.7%（1.4ポイント減）、「65歳以上」は91万4900人で14.7%（2.7ポイント減）だった。75歳以上で区切った場合の推計入院患者数は66万1600人で社会的入院は15.5%（3.3ポイント減）。（11/28MEDIFAXより）

「インフル予防接種しない」が53.8%／民間意識調査

医療情報サイトなどを運営するQ Life（東京都世田谷区）が11月21日に発表した「世帯所得別のインフルエンザの予防ならびに治療行動に関するアンケート」によると、今シーズンにインフルエンザの予防接種を「しない」つもりと答えた人は53.8%で半数以上に上ることが分かった。

調査は11月9日から11月10日まで、インターネット上で実施した。世帯ごとの所得が「401万-600万円」「601万-800万円」「801万-1000万円」「1001万円以上」の階級ごとに、それぞれ250人から回答を得た。

今シーズンに予防接種をするか尋ねたところ、「しないつもり」が53.8%で、「既にした」11.4%と「するつもり」34.8%の合計をやや上回った。「しないつもり」と回答した人の割合を所得階級別に見ると、「401万-600万円」58.4%、「601万-800万円」54.8%、「801万-1000万円」52.4%、「1001万円以上」49.6%となり、世帯所得が低いほど予防接種をしない傾向が強かった。

●「値段高い」6割

予防接種の値段については、「高い」と回答した人が60.2%に上った。「適正」は38.4%、「安い」は1.4%だった。所得階級別に「高い」と回答した人の割合

を見ると、「401万－600万円」67.2%、「601万－800万円」63.2%、「801万－1000万円」59.2%、「1001万円以上」51.2%となり、こちらも所得による傾向が浮き彫りになった。（11/22MEDIFAXより）

医療自己負担に賛成半数／生活保護で首長意識調査

生活保護受給者の医療費について、都道府県庁所在地と政令指定都市の首長の57%が一部自己負担の導入に賛成していることが11月22日、共同通信のアンケートで分かった。ジェネリック医薬品（後発薬）使用の原則化を求める意見は63%に上った。

過去最多の更新が続く生活保護費は2012年度当初予算ベースで約3兆7000億円。うち半分を医療費（医療扶助）が占め財政を圧迫している。保護費の4分の1は都道府県と市区町村が負担しており、無料で受診できる現状の見直しを求める声が地方自治の現場に根強いことが浮き彫りになった。民主、自民両党は制度見直しを検討中だが主張に隔たりもあり、衆院選の争点に浮上する可能性がありそうだ。

アンケートは11月、道府県庁所在地と東京都庁のある新宿区、政令指定都市の計52市区の首長に実施。福島、岐阜、高知を除く49市区長から回答を得た。

医療費自己負担に賛成したのは28人（57%）、反対は10人（20%）。賛成理由では「不要不急の受診を抑制できる」が12人で最多だった。反対したうちの5人は「必要な受診まで抑制する恐れがある」と懸念を示した。

後発薬の使用原則化は31人（63%）が賛成。2人（4%）が反対した。

基本的な生活費に当たる生活扶助の支給基準に関しては「引き下げるべきだ」15人（31%）、「維持すべきだ」4人（8%）のほかは、意見を保留。引き上げの意見はなかった。

不正受給対策で、厚生労働省が検討している項目のうち必要と思う手段を二つ尋ねたところ、罰則引き上げと、指定医療機関への指導や検査の強化が多数を占めた。

同様に必要な生活困窮者支援策を聞くと、仕事と住居を失った人に家賃を補助する「住宅手当制度」の恒久化と、職場体験や軽作業従事を通じて自立を促す「中間的就労」が上位を占めた。

【共同】（11/27MEDIFAXより）

救急外来、患者数減も入院割合は増加／日病が調査

日本病院会は11月26日、2011年度救急医療に関するアンケート調査の結果を発表した。入院患者全体のうち救急外来から入院した患者の割合が前回調査を上回り、救急医療が入院増患の一端を担っていることが分かった。

調査は12年2月7日－3月23日を調査期間に2384施設を対象に行った。回答は726施設で回答率30.5%だった。時間外救急外来患者数は、救命救急センター（ER含む98病院）で09年度の1日平均67人から10年度は1日平均62人に減少した。2次救急病院（593病院）も09年度15.9人が10年度に15.8人となっており、全体的に減少傾向で推移している。

救命救急センター（ER含む81病院）で全入院患者のうち救急外来から入院した患者の比率は、09年度の粗平均値19.4%から10年度調査は20.4%と1.0ポイント増加した。2次救急病院（578病院）では、09年度の粗平均値17.0%から10年度調査で18.2%に増加した。

救急外来患者数が減少傾向にある中で、救急外来から入院した患者割合は増加傾向を示している点について日病は、軽症者の受診抑制が働いている可能性があるとしている。

一方、医師の当直業務に関して労働基準局から指導を受けたことがある病院は、10年度調査で73病院だったが、11年度調査では29病院となった。指導の理由では▽労働基準法に基づく宿日直業務の範囲を超えている▽宿日直の回数が過剰である一などが挙げられた。指導を受け、救急外来を縮小した病院と救急外来を閉鎖した病院がそれぞれ1病院あった。

このほか、2次救急病院の救急外来の原価計算についても調査したが回答数が少なく、原価計算のフォーマットの作成などを課題に挙げた。

●政権の行方「見守る」

堺常雄会長は「われわれ病院団体は、どこが政権を取ろうとも現場の状況をしっかり見ながら、着実に良質で安全な医療を国民に提供しなければならないという課題がある。政権の行方を大きな関心を持って見守っていきたい」と述べた。

（11/27MEDIFAXより）

偏在解消の基礎データへ、三師調査の改良を／日医総研WP

日医総研はこのほど、医師の偏在解消策を検討す

るためのデータ整備に関する提言をまとめたワーキングペーパー（WP）を公表した。厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査（三師調査）」は医師数を把握する基礎データとして最も有効とした上で、調査を精緻化し、都道府県などが偏在解消策や医療計画を策定する際に使い勝手のよいデータとすることが必要としている。

医療計画の策定に当たっては、都道府県が平均在院日数の目標値を設定することになっており、厚労省は平均在院日数の推計ツールを提供する方針。WPは「提示すべきはあくまで基礎データである」とし、都道府県の実情を考慮し画一的なツールで地域の独自性を損なわないよう求めた。

WPが求めた三師調査の改善策の主な内容は次の通り。

▽人口当たり医師数、面積当たり医師数を市区町村別に示す▽診療科別医師数を病院・診療所別に分けて示す▽診療科別医師数について人口当たり医師数を示す。その際、診療科によっては小児人口や出産年齢人口、高齢者人口を考慮する▽診療科別医師数について、主たる診療科と複数回答で選択した診療科の地域別クロス集計表を示す▽専門医の臨床経験などを把握できる項目を追加する▽大学医局などから関連医療機関などへ非常勤で派遣されている場合は、主たる派遣先と日数や時間などを調査する。（11/29MEDIFAXより）

24時間型サービス実施、10月末で68保険者・117事業所／厚労省

厚生労働省によると、4月の介護報酬改定で新設された24時間型の「定期巡回・随時対応サービス」は2012年10月末時点で68保険者・117事業所が実施している。同省が11月28日、同サービスの10月末時点の実施状況を公表した。

厚労省が5月に公表した「第5期介護保険事業計画期間に係る介護サービス量の見込みおよび保険料」では、12年度内に同サービスの実施を見込んでいる保険者は189保険者だった。サービス開始から半年以上が経過し、そのうち約36%が実施していることになる。同省老健局振興課は10月末時点での68保険者という結果について、「半数に近づいており、毎月着々と増えてきている」と述べるなど、肯定的に受け止めている。山形県では12年度の実施についてゼロと見込んでいたが、10月から山形市内で同サービスが始まっている。

10月末時点で実施している117事業所を種類別に見ると、1つの事業所で訪問看護と訪問介護を提供する「一体型」は31事業所、地域の訪問看護事業所と連携してサービス提供する「連携型」は86事業所だった。

●横浜市で18事業所

都道府県別に同サービスを実施している保険者数を見ると、最も多いのが東京都で13保険者。次いで埼玉県の8保険者、愛知県の7保険者、北海道と千葉県の5保険者が続いた。

事業所数が最も多い保険者は横浜市で18事業所。以下、札幌市の12事業所、名古屋市の6事業所、川崎市と鳥取県米子市の5事業所が続いた。（11/30MEDIFAXより）

自身の延命治療「控えてほしい」7割／医師に意識調査

ケアネットが11月30日に発表した「自分自身の延命治療に対する意識調査」によると、自身の延命治療について「控えてほしい」と回答した医師が70.8%に上った。次いで多かったのが「家族の判断に任せたい」の22.3%、「医師の判断に任せたい」は3.4%だった。

調査は11月15-16日、ケアネットの会員医師1000人を対象にインターネット上で実施。事故・病気によって判断力や意思疎通能力を喪失し、回復が見込めない場合の対応を尋ねた。

延命治療に対する自身の考えを「家族に口頭で伝えている」と回答した医師は40.0%、「書面に残している」が6.4%となり、何らかの形で外部に意思表明している医師が半数近くに上った。「希望はあるが表明していない」は43.4%だった。（12/3MEDIFAXより）

11年の救急出動・搬送人員ともに過去最高／消防庁

総務省消防庁が11月30日に公表した「2012年版救急・救助の現況」によると、11年中の救急出動件数は前年から24万3973件増の570万7655件となり、過去最高となった。搬送人員も前年から20万3192人増の518万2729人で、こちらも過去最高だった。同庁救急企画室の日野原友佳子救急専門官は、過去最高となった背景について「高齢化の進展とそれに伴う独居世帯の増加が考えられる」との見方を示した。

救急隊員の数は前年から197人増えて5万9847人

になった。そのうち救急救命士は前年から863人増の2万2930人だった。救急救命士の増加に伴い、自動体外式除細動器による除細動や静脈路確保のための輸液、アドレナリン投与などの救急救命処置の件数も増え、前年から8720件増の11万4860件となった。

●搬送時間、過去最長の38分に

119番通報を受けてから病院に収容するまで搬送にかかる所要時間は、全国平均で前年より42秒長くなり、過去最長の38分6秒になった。日野原救急専門官はその要因について、救急出動件数が増えたことで遠方の救急隊が出動するケースが多くなったことを挙げたほか、「高齢者は複数の病気を持っているため、搬送先の病院選びが難しいという声も聞く」とコメントした。

時間が短縮された地域ではICT（情報通信技術）を活用する例も見られることから、日野原救急専門官は「ICTの活用によって搬送時間の短縮が期待されるのではないか」と話している。

（12/4MEDIFAXより）

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

資料1

第1回 社会保障制度改革国民会議資料

■ 社会保障制度改革国民会議 2012年11月30日 ■

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dail/gijisidai.html

11月30日に開催された社会保障制度改革国民会議の初会合の資料。国民会議の審議項目は、①公的年金制度②医療保険制度③介護保険制度④少子化対策—の社会保障4分野。

資料1

社会保障制度改革国民会議 委員名簿

伊藤 元重	東京大学大学院経済学研究科教授
速藤 久夫	学習院大学経済学部教授
大島 伸一	国立長寿医療研究センター総長
大日向雅美	恵泉女学園大学大学院平和学研究所教授
権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授
駒村 康平	慶應義塾大学経済学部教授
榊原 智子	読売新聞東京本社編集局社会保障部次長
神野 直彦	東京大学名誉教授
清家 篤	慶應義塾長
永井 良三	自治医科大学学長
西沢 和彦	日本総合研究所調査部上席主任研究員
増田 寛也	野村総合研究所顧問
宮武 剛	目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
宮本 太郎	北海道大学大学院法学研究科教授
山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学名誉教授

社会保障制度改革国民会議

第1回 社会保障制度改革国民会議 議事次第

平成24年11月30日（金）
10:00～11:15
於：官邸4階大会議室

1. 開会
2. 議事（会長の選任、会長代理の指名、会議運営規則の決定）
3. 委員紹介
4. 政府側からの挨拶（総理・副総理）
5. 事務局からの説明
6. 意見交換
7. 閉会

【資料】

- 資料1 社会保障制度改革国民会議 委員名簿
- 資料2 社会保障制度改革国民会議運営規則（案）
- 資料3 事務局説明資料

【参考資料】

- 参考資料1 社会保障制度改革推進法
- 参考資料2 社会保障制度改革国民会議関係政令
 - ・社会保障制度改革国民会議令
 - ・社会保障制度改革推進法第十三条の政令で定める日
- を定める政令

参考資料3 社会保障・税一体改革関連参考資料

資料3

資料2

社会保険制度改革国民会議運営規則（案）

（趣旨）

第1条 社会保険制度改革国民会議（以下「国民会議」という。）の議事の手続その他国民会議の運営に関し必要な事項は、社会保険制度改革推進法（平成24年法律第64号）及び社会保険制度改革国民会議令（平成24年政令第224号）に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

（国民会議の招集）

第2条 国民会議の会議は、会長が招集する。

2 会長は、会議を招集しようとするときは、あらかじめ、期日、場所及び議題を委員に通知するものとする。

（会議の議事）

第3条 会長は、国民会議の議長となり、議事を整理する。

（意見の聴取）

第4条 会長は、必要があると認めるときは、国民会議に委員以外の者の出席を求め、意見を聴くことができる。

（会議の公開）

第5条 国民会議の会議は公開とする。ただし、会長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあるときその他正当な理由があるときは、会議を非公開とすることができる。

2 会長は、会議における秩序の維持のため、傍聴人の退場を命ずるなど必要な措置をとることができる。

（議事録）

第6条 議事録における議事は、次の事項を含め、議事録に記載するものとする。

- 一 会議の日時及び場所
- 二 出席した委員の氏名
- 三 議事となった事項
- 2 議事録は公開とする。ただし、会長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあるときその他正当な理由があるときは、議事録の全部又は一部を非公開とすることができる。
- 3 前項の規定により議事録の全部又は一部を非公開とする場合には、会長は、非公開とした部分について議事要旨を作成し、これを公開するものとする。
- 4 会議資料は公開することを原則とする。ただし、資料の提出者の同意が得られない場合には、その旨を明示した上で非公開とすることができる。

（雑則）

第7条 この規則に定めるもののほか、国民会議の議事の手続その他国民会議の運営に関し必要な事項は、会長が定める。

事務局説明資料

平成24年11月30日

社会保障・税一体改革の経緯

自公政権

- 平成20年 社会保障国民会議 ～ 持続可能性から社会保障の機能強化へ
- 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(H20.12)
- 平成21年度税制改正法附則第104条 (H21.3)
- 「政府は、基礎年金の国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保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の見直しを踏まえつつ、(中略)運滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本改革を行うため、平成23年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」

平成21年 安心社会実現会議 ～ 安心と活力の両立

民主党政権

政府・与党における検討

平成22年10月 政府・与党社会保障改革検討本部

平成22年12月 「社会保障改革の推進について」(閣議決定)

「社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る」

平成23年2月～7月 社会保障改革に関する集中検討会議

平成23年6月 「社会保障・税一体改革成案」

- (政府・与党社会保障改革検討本部決定。7月1日閣議報告)
- ・厚生労働省社会保障審議会等における検討
 - ・9月 野田内閣 基本方針 閣議決定 (成案を早急に具体化)
 - ・成案の策定に向けた政府・与党での検討 (政府部内) 関係5大臣会合 (官房長官、一体改革、総務、財務、厚生労働)、政府税制調査会 (民主党内) 社会保障と税の一体改革調査会、税制調査会

平成24年1月6日 「社会保障・税一体改革素案」 (政府・与党社会保障改革本部決定・閣議報告)

1月20日 「一体改革・広報に関する基本方針」(関係5大臣会合)

2月17日 「社会保障・税一体改革大綱」(閣議決定)

大綱に基づく法案作成 → 与党審査

3月30日 子ども・子育て新システム、年金、税制抜本改革

関係法案閣議決定 ⇒ 国会提出

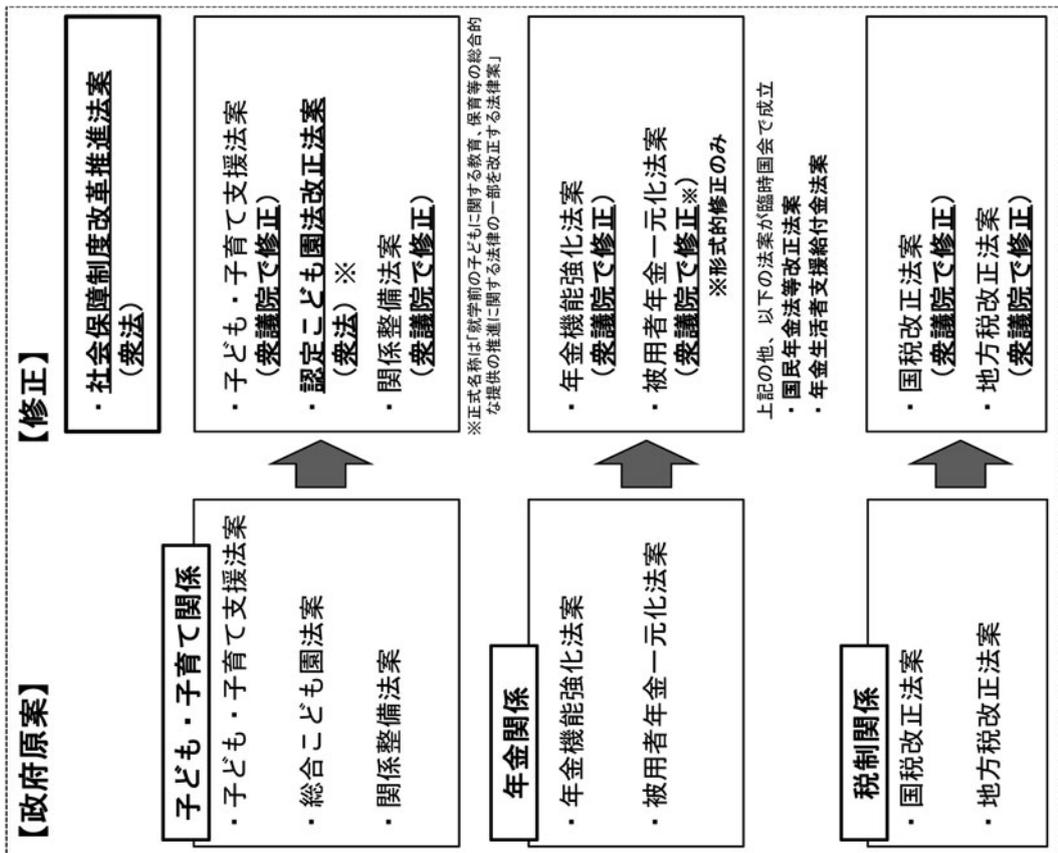
国会審議

- 5月8日 衆議院において7法案の審議開始
本会議 5月8日～11日(3日間)
一体改革特別委員会 5月16日～6月26日
(特別委員会での総審査時間は約129時間)
- 6月8日～15日 民主・自民・公明の3党で実務者協議
- 6月20日 「社会保障制度改革推進法案」、「認定こども園法改正法案」(いずれも衆法) ⇒ 国会に提出
- 6月21日 閣法6法案(年金関係2法案、子ども・子育て支援関係2法案、税制抜本改革(国税・地方税)2法案)の修正案 ⇒ 衆・一体改革特別委員会に提出
- 6月26日 閣連8法案 衆議院において可決
- 7月11日 参議院において8法案の審議開始
本会議 7月11日～12日(2日間)
一体改革特別委員会 7月13日～8月10日
(特別委員会での総審査時間は約86時間)
- 8月10日 閣連8法案 参議院において可決・成立
(8月22日 公布)
- 11月16日 国民年金法等改正法案、年金生活者支援助付金法案
臨時国会において成立

社会保障制度改革推進法のポイント

<p>【目的】（第1条） 平成21年度税制改正法附則104条の規定の趣旨を踏まえ、安定財源を確保しつつ受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、社会保障制度改革の基本的事項を定めるとともに、社会保障制度改革国民会議を設置すること等により、改革を総合的かつ集中的に推進</p>	<p>【基本的な考え方・国の責務】（第2～3条） 社会保障制度改革は、次の事項を基本として行う。国は、改革に関する施策の総合的策定と実施の責務 ① 自助・共助・公助の最適な組合せ、家族相互・国民相互の助け合いの仕組みを通じて自立生活の実現を支援 ② 機能の充実と重点化・効率化を同時に行い、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現 ③ 年金・医療・介護は社会保障制度を基本、国・地方の負担は保険料負担の適正化に充てるとを基本 ④ あらゆる世代が広く公平に負担を分かち合う観点等から、消費税・地方消費税収を充当</p>	<p>【改革の実施及び目標時期】（第4条） 政府は、基本方針に基づき、社会保障制度改革を行う。必要な法制上の措置については、法律施行後1年以内に、国民会議の審議結果等を踏まえて講ずる。</p>	<p>【改革の基本方針】（第5～8条） ① 公的年金制度（今後の公的年金制度については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、国民会議で検討し、結論を得る、年金記録問題への対処及び社会保障番号制度の早期導入） ② 医療保険制度（国民皆保険を維持、国民負担の増大抑制と必要な医療の確保、医療保険制度の財政基盤の安定化等、個人の尊厳と患者の意思を尊重する医療の在り方、今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、国民会議で検討し、結論を得る） ③ 介護保険制度（介護サービスの確保） ④ 少子化対策（人生の各段階に応じた支援、待機児童解消消費等の推進に向けた法制上・財政上の措置）</p>	<p>【社会保障制度改革国民会議】（第9～15条） 社会保障・税一体改革大綱その他既往の方針のみにかかわらず幅広い観点に立つて、基本的な考え方にのっとり、基本方針に基づいて改革を行うために必要な事項を審議するため、内閣に社会保障制度改革国民会議を設置（委員20人以内、総理が任命、国会議員を兼ねることを妨げない、事務局、設置期限は施行日から1年以内）</p>	<p>【生活保護制度の見直し】（附則第2条） 不正受給への厳格な対処等の見直しを早急に行う。生活困窮者対策及び生活保護制度の見直しに総合的に取り組む。</p>
--	--	--	--	---	---

社会保障・税一体改革に係る3党協議に基づく修正について
（全体像）



○社会保険制度改革推進法（平成24年8月22日施行）（国民会議部分抜粋）

（改革の実施及び目標時期）

第4条 政府は、次章に定める基本方針に基づき、社会保険制度改革を行うものとし、このために必要な法制上の措置については、この法律の施行後1年以内に、第9条に規定する社会保険制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえて講ずるものとする。

第3章 社会保険制度改革国民会議

第2章(第5条～第8条)

（社会保険制度改革国民会議の設置）

第9条 平成24年2月17日に閣議において決定された社会保険・税一体改革大綱その他既往の方針のみならず幅広い観点に立って、第2条の基本方針に基づき社会保険制度改革を行うために必要な事項を審議するため、内閣に、社会保険制度改革国民会議（以下「国民会議」という。）を置く。

（組織）

- 第10条 国民会議は、委員20人以上をもって組織する。
- 2 委員は、優れた職員を有する者の中から、内閣総理大臣が任命する。
- 3 委員は、国会議員を兼ねることを妨げない。
- 4 国民会議に、会長を置き、委員の互選により選任する。
- 5 会長は、国民会議の会務を総理する。
- 6 委員は、非常勤とする。

（事務局）

- 第12条 国民会議に、その事務を処理させるため、事務局を置く。
- 2 事務局に、事務局長その他の職員を置く。
- 3 事務局長は、関係のある他の職を占める者をもって充てられるものとする。
- 4 事務局長は、会長の命を受け、局務を掌理する。

（設置期限）

第13条 国民会議は、この法律の施行の日から1年を超えない範囲内において政令で定める日まで置かれるものとする。

（主任の大臣）

第14条 国民会議に係る事項については、内閣法（昭和22年法律第5号）にいう主任の大臣は、内閣総理大臣とする。

（政令への委任）

第15条 この法律に定めるもののほか、国民会議に関し必要な事項は、政令で定める。

※社会保険制度改革推進法第13条の政令で定める日を定める政令（平成24年9月7閣議決定）
社会保険制度改革推進法第13条の政令で定める日は、平成25年8月21日とする。

○社会保険制度改革推進法（「基本的な考え方」部分抜粋）

（基本的な考え方）

第2条 社会保険制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わされるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。
- 二 社会保険の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充ててを基本とすること。
- 四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充ててものとする。

平成24年11月16日 民主党・自由民主党・公明党 三党実務者協議

検討項目

○ 医療の改革

- ① 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保
- ② 医療保険制度において、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を実施
- ③ 医療の在り方について、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備
- ④ 今後の高齢者医療制度にかかるとの改革

○ 介護の改革

介護保険の保険給付の対象となる介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保

○ 年金の改革

- ① 今後の公的年金制度にかかるとの改革
- ② 現行年金制度の改善
(低年金・無年金者対策、厚生年金の適用拡大、被用者年金一元化等)

○ 少子化対策

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施

○ 社会保障制度改革推進法（基本方針部分抜粋）

第2章 社会保障制度改革の基本方針

(公的年金制度)

第5条 政府は、公的年金制度については、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 今後の公的年金制度については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。
- 二 年金記録の管理の不備に起因した様々な問題への対処及び社会保障番号制度の早期導入を行うこと。

(医療保険制度)

第6条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法(大正十一年法律第七十号)、国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)その他の法律に基づく医療保険制度(以下単に「医療保険制度」という。)に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。
- 二 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。
- 三 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。
- 四 今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

(介護保険制度)

第7条 政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス(以下「介護サービス」という。)の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

(少子化対策)

第8条 政府は、急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、単に子ども及び子どもの保護者に対する支援にとどまらず、就労、結婚、出産、育児等の各段階に応じた支援を幅広く行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、待機児童(保育所における保育を行うことの申込みを行った保護者の当該申込みに係る児童であつて保育所における保育が行われていないものをいう。)に関する問題を解消するための即効性のある施策等の推進に向けて、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずるものとする。

確認書（平成24年6月15日 民主党・自由民主党・公明党 三党実務者協議）

確認書

別添の「社会保障・税一体改革に関する確認書」に加え、以下を確認する。

- 1. 今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかわる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議する。
- 2. 低所得高齢者・障害者等への福祉的な給付に係る法案は、消費税率引上げまでに成立させる。
- 3. 交付国債関連の規定は削除する。交付国債に代わる基礎年金国庫負担の財源については、別途、政府が所要の法的措置を講ずる。

平成24年6月15日

民主党

自由民主党

公明党

社会保障・税一体改革に関する三党実務者間合意 [税関係協議結果]
(平成24年6月15日 民主党・自由民主党・公明党)

税関係協議結果（抄）

政府提出の税制抜本改革2法案については、以下のとおり修正・合意した上で、今国会中の成立を図ることとする。

(注) *は法改正に係るもの

- (略)
- 附則第18条について
 - ・ 以下の事項を確認する。
 - (1) 第1項の数値は、政策努力の目標を示すものであること。
 - (2) 消費税率（国・地方）の引上げの実施は、その時の政権が判断すること。
 - ・ 消費税率の引上げにあたっては、社会保障と税の一体改革を行うため、社会保障制度改革国民会議の議を経た社会保障制度改革を総合的かつ集中的に推進することを確認する。
- (*) 「税制の抜本的な改革の実施等により、財政による機動的対応が可能となる中で、我が国経済の需要と供給の状況、消費税率の引上げによる経済への影響等を踏まえ、成長戦略や事前防災及び減災等に資する分野に資金を重点的に配分することなど、我が国経済の成長等に向けた施策を検討する」旨の規定を第2項として設ける。
 - 原案の第2項は第3項とし、「前項の措置を踏まえつつ」を「前2項の措置を踏まえつつ」に修正する。
- (略)

参考資料 1

○社会保険制度改革推進法（平成24年8月22日法律第64号）

目次

- 第一章 総則（第一条—第四条）
 - 第二章 社会保険制度改革の基本方針（第五条—第八条）
 - 第三章 社会保険制度改革国民会議（第九条—第十五条）
- 附則

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、近年の急速な少子高齢化の進展等による社会保険給付に要する費用の増大及び生産年齢人口の減少に伴い、社会保険料に係る国民の負担が増大するとともに、国及び地方公共団体の財政状況が社会保険制度に係る負担の増大により悪化していること等に鑑み、所得税法等の一部を改正する法律（平成二十一年法律第十三号）附則第百四十四条の規定を踏まえ、て安定した財源を確保しつつ受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保険制度の確立を図るため、社会保険制度改革について、その基本的な考え方や他の基本となる事項を定めるとともに、社会保険制度改革国民会議を設置すること等により、これを総合的かつ集中的に推進することを目的とする。

（基本的な考え方）

第二条 社会保険制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。
- 二 社会保険の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること。
- 四 国民が広く受益する社会保険に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点等から、社会保険給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする。

（国の責務）

第三条 国は、前条の基本的な考え方にのっとり、社会保険制度改革に関する施策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

（改革の実施及び目標時期）

第四条 政府は、次章に定める基本方針に基づき、社会保険制度改革を行うものとし、このために必要な法制上の措置については、この法律の施行後一年以内に、第九条に規定する社会保険制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえて講ずるものとする。

第二章 社会保険制度改革の基本方針

（公的年金制度）

第五条 政府は、公的年金制度については、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 今後の公的年金制度については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、第九条に規定する社会保険制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。
- 二 年金記録の管理の不備に起因した様々な問題への対処及び社会保険番号制度の早期導入を行うこと。

（医療保険制度）

第六条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法（大正十一年法律第七十号）、国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）その他の法律に基づく医療保険制度（以下単に「医療保険制度」という。）に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。
- 二 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。
- 三 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるような必要な措置を行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。
- 四 今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する社会保険制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

(介護保険制度)

第七十九条 政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス（以下「介護サービス」という。）の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

(少子化対策)

第八十条 政府は、急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、単に子ども及び子どもの保護者に対する支援にとどまらず、就労、結婚、出産、育児等の各段階に応じた支援を幅広く行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、待機児童（保育所における保育を行うこととの申込みを行った保護者の当該申込みに係る児童であつて保育所における保育が行われていないものをいう。）に関する問題を解消するための即効性のある施策等の推進に向けて、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずるものとする。

第三章 社会保障制度改革国民会議

(社会保障制度改革国民会議の設置)

第九十条 平成二十四年二月十七日に閣議において決定された社会保障・税一体改革大綱その他既往の方針のみにかかわらず幅広い観点に立つて、第二条の基本的な考え方のとおり、かつ、前章に定める基本方針に基づき社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議するため、内閣に、社会保障制度改革国民会議（以下「国民会議」という。）を置く。

(組織)

- 第十一条 国民会議は、委員二十人以内をもって組織する。
- 十二条 委員は、優れた識見を有する者のうちから、内閣総理大臣が任命する。
- 十三条 委員は、国会議員を兼ねることを妨げない。
- 十四条 国民会議に、会長を置き、委員の互選により選任する。
- 十五条 会長は、国民会議の会務を総理する。
- 十六条 委員は、非常勤とする。

(資料の提出)

第二十一条 国の関係行政機関の長は、国民会議の求めに応じて、資料の提出、意見の陳述又は説明をしなければならない。

(事務局)

- 第十二条 国民会議に、その事務を処理させるため、事務局を置く。
- 十三条 事務局に、事務局長その他の職員を置く。
- 十四条 事務局長は、関係のある他の職を占める者をもって充てられるものとする。
- 十五条 事務局長は、会長の命を受け、局務を掌理する。

(設置期限)

第十六条 国民会議は、この法律の施行の日から一年を超えない範囲内において政令で定める日まで置かれるものとする。

(主任の大臣)

第十七条 国民会議に係る事項については、内閣法（昭和二十二年法律第五号）にいう主任の大臣は、内閣総理大臣とする。

(政令への委任)

第十八条 この法律に定めるもののほか、国民会議に関し必要な事項は、政令で定める。

附 則

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から施行する。

(生活保護制度の見直し)

第二条 政府は、生活保護制度に関し、次に掲げる措置その他必要な見直しを行うものとする。

- 一 不正な手段により保護を受けた者等への厳格な対処、生活扶助、医療扶助等の給付水準の適正化、保護を受けている世帯に属する者の就労の促進その他の必要な見直しを早急に行うこと。
- 二 生活困窮者対策及び生活保護制度の見直しに総合的に取り組み、保護を受けている世帯に属する子どもが成人になった後に再び保護を受けることを余儀なくされることを防止するための支援の拡充を図るとともに、就労が困難でない者に関し、就労が困難な者とは別途の支援策の構築、正当な理由なく就労しない場合に厳格に対処する措置等を検討すること。

参考資料2

社会保障制度改革国民会議関係政令○社会保障制度改革国民会議令(平成24年9月12日政令第224号)

内閣は、社会保障制度改革推進法（平成二十四年法律第六十四号）第十五条の規定に基づき、この政令を制定する。

（会長の職務の代理）

第一条 社会保障制度改革国民会議（以下「国民会議」という。）の会長に事故があるときは、会長があらかじめ指名する委員が、その職務を代理する。

（議事）

第二条 国民会議は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、議決することができない。

2 国民会議の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

（国民会議の組織の細目）

第三条 この政令に定めるもののほか、国民会議の組織に関し必要な細目は、内閣総理大臣が定める。

（国民会議の運営）

第四条 この政令に定めるもののほか、議事の手続その他国民会議の運営に関し必要な事項は、会長が国民会議に諮って定める。

附 則

この政令は、公布の日から施行する。

○社会保障制度改革推進法第十三条の政令で定める日を定める政令
(平成24年9月12日政令第225号)

内閣は、社会保障制度改革推進法（平成二十四年法律第六十四号）第十三条の規定に基づき、この政令を制定する。

社会保障制度改革推進法第十三条の政令で定める日は、平成二十五年八月二十一日とする。

附 則

この政令は、公布の日から施行する。

参考資料 3

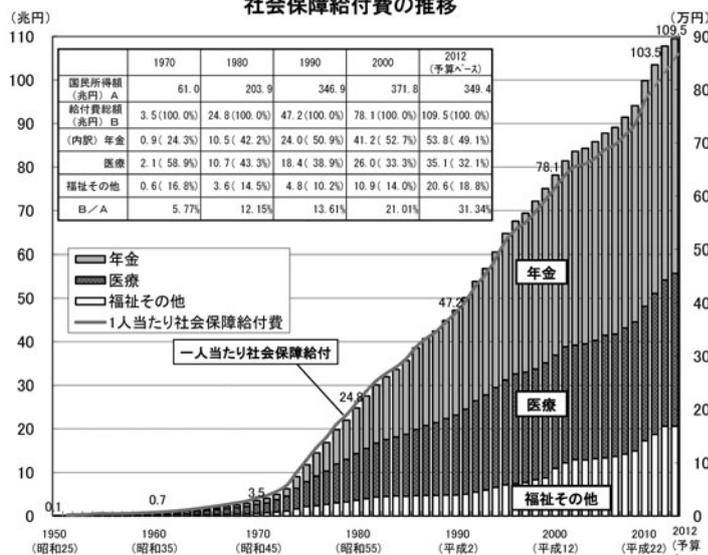
社会保障・税一体改革関連 参考資料

平成 24 年 11 月 30 日

日本の社会保障の現状

日本の年金・医療・介護は、これまでの急速な高齢化に対して、制度改革を行いながら、必要な給付の確保を図ってきました。この結果、社会保障給付費は増加を続け、現在では100兆円を超えています。こうした中、日本の医療は世界第1位の評価を受けるとともに、日本人の平均寿命は世界最長水準となっています。

社会保障給付費の推移



○平均寿命の比較

我が国の平均寿命は世界最長水準

- ・日本 : 83歳 (男性: 80歳、女性: 86歳)
- ・フランス : 81歳 (男性: 78歳、女性: 85歳)
- ・ドイツ : 80歳 (男性: 78歳、女性: 83歳)
- ・イギリス : 80歳 (男性: 78歳、女性: 82歳)
- ・アメリカ : 79歳 (男性: 76歳、女性: 81歳)

(出所)WHO “World Health Statistics 2011”
(注)2009年の値

○我が国医療の評価

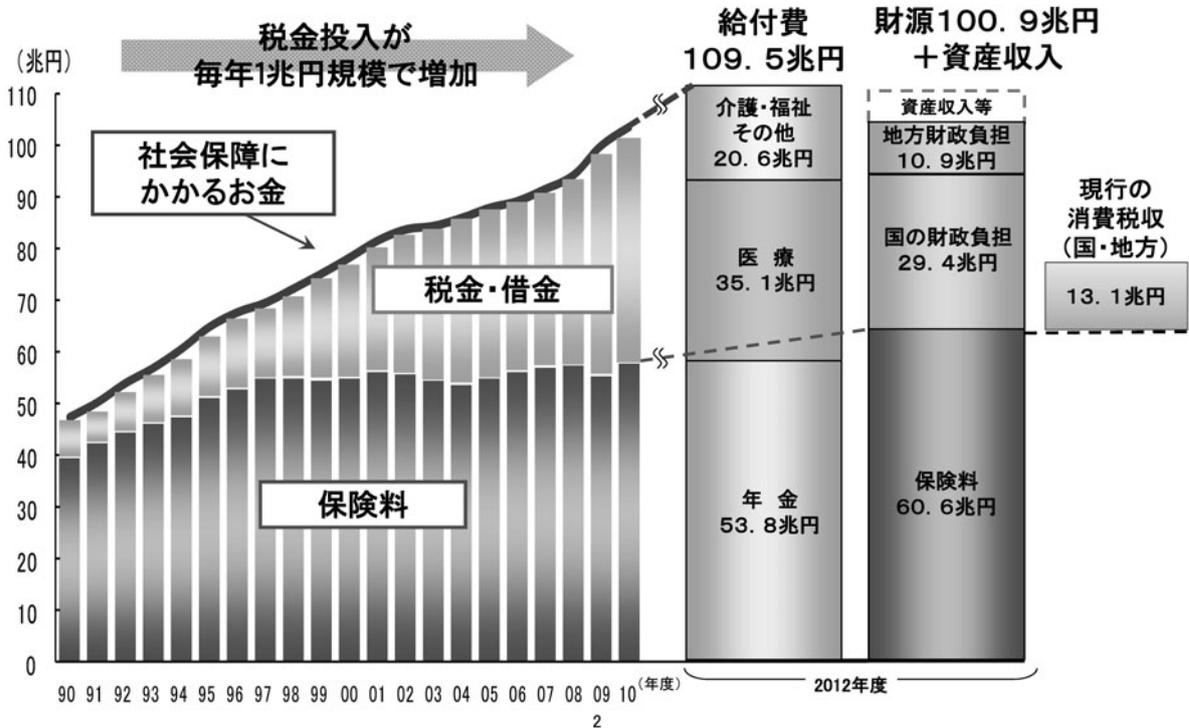
- ・ WHOでも医療の質や平等性という観点から評価して我が国の医療制度は世界第1位。
- ・ Newsweek誌 (2010年9月1日号) などでも高い評価を得ている。

WHO “World Health Report 2000”

- <評価の基準>
- 1位: 日本
 - 2位: スイス
 - 3位: ノルウェー
 - 6位: フランス
 - 14位: ドイツ
 - 15位: アメリカ
- ①健康寿命
②医療サービスへのアクセスの良さ
③医療費負担の公平性 等

資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成22年度社会保障費用統計」、2011年度～2012年度(予算ベース)は厚生労働省推計、2012年度の国民所得額は「平成24年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成24年1月24日閣議決定)」
(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2012年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

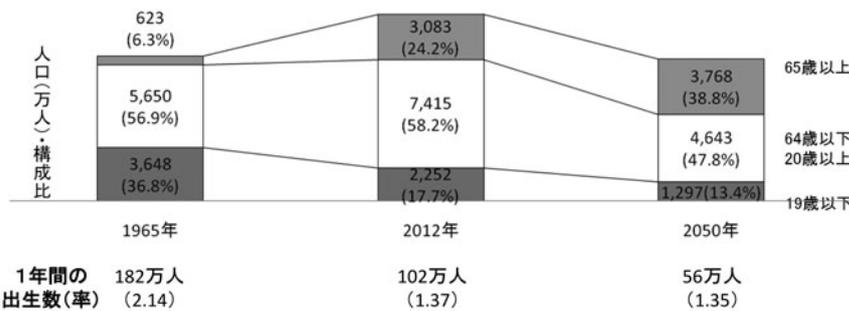
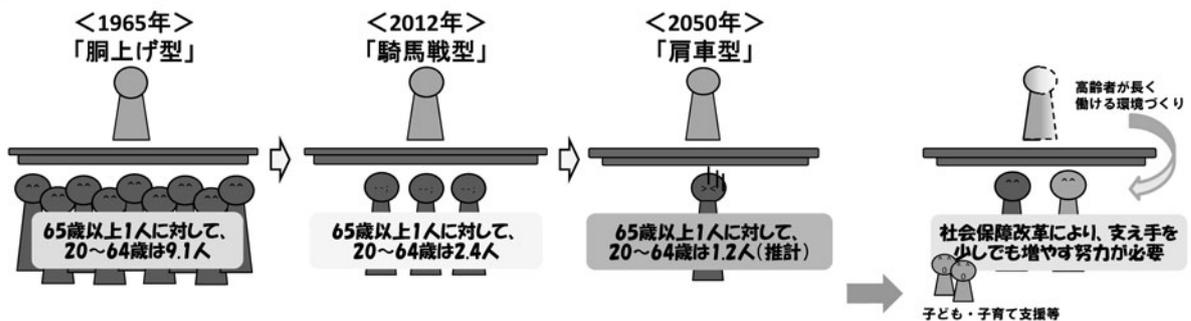
社会保障給付費と財政の関係



政策解説資料

「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れます。



(出所)総務省「国勢調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」「出生中位・死亡中位」、厚生労働省「人口動態統計」

社会保障改革が目指すもの

給付は高齢世代が中心、負担は現役世代が中心という現在の社会保障制度を見直し、現役世代も含めた、全ての人により受益を実感できる「全世代対応型」の社会保障制度を構築します。



全ての人により受益を実感できる社会保障制度へ

4

「一体改革大綱」のポイント

(平成24年2月17日 閣議決定)

〔昨年6月に決定した「成案」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〕

○ 社会保障改革

- ・ 少子高齢化、雇用基盤の変化、家族形態・地域の変化など制度を支える社会経済情勢の変化に対応した社会保障の充実

⇒ 今後は、「全世代対応型」の制度とするとともに、制度を支える基盤を強化

- ・ 子育て・医療・介護・年金など、社会保障各分野について、「成案」を具体化した改革内容（改革項目と工程）を具体的に記載

【改革の方向性】

- ① 未来への投資（子ども・子育て支援）の強化
- ② 医療・介護サービス保障の強化、社会保険制度のセーフティネット機能の強化
- ③ 貧困・格差対策の強化（重層的セーフティネットの構築）
- ④ 多様な働き方を支える社会保障制度（年金・医療）へ
- ⑤ 全員参加型社会、ディーセント・ワークの実現
- ⑥ 社会保障制度の安定財源確保

- ・ 「社会保障の充実」と「効率化・重点化」の同時実施により、2.7兆円程度の機能強化を行う「成案」のフレームを堅持

5

○ 税制抜本改革

- ・ 社会保障改革に必要な安定財源確保と財政健全化の同時達成への第一歩となる税制改革（消費税引き上げ）の実施
 - ⇒ 2014年4月に8%、2015年10月に10%へ段階的に引上げ
 - ※ 法律成立後、引上げに当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
 - ※ 国・地方の配分は、社会保障4経費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（地方分（消費税率換算）は2014年4月から0.92%、2015年10月から1.54%）
 - ※ 社会保障制度の持続可能性を確保し、同時に2020年度以降の財政健全化目標を達成するためには、更なる取組が必要
- ・ 消費税の充当先を「年金・医療・介護・少子化」の4分野に拡大（【社会保障4経費】）
 - ⇒ 消費税込（現行分の地方消費税を除く。）の用途を明確にし、社会保障財源化
- ・ 所得税の累進性を高めるとともに、資産課税の見直しを行い、税制全体としての所得再分配機能の回復を図る

○ 政治改革・行政改革への取組

- ・ 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き上げを実施すべき

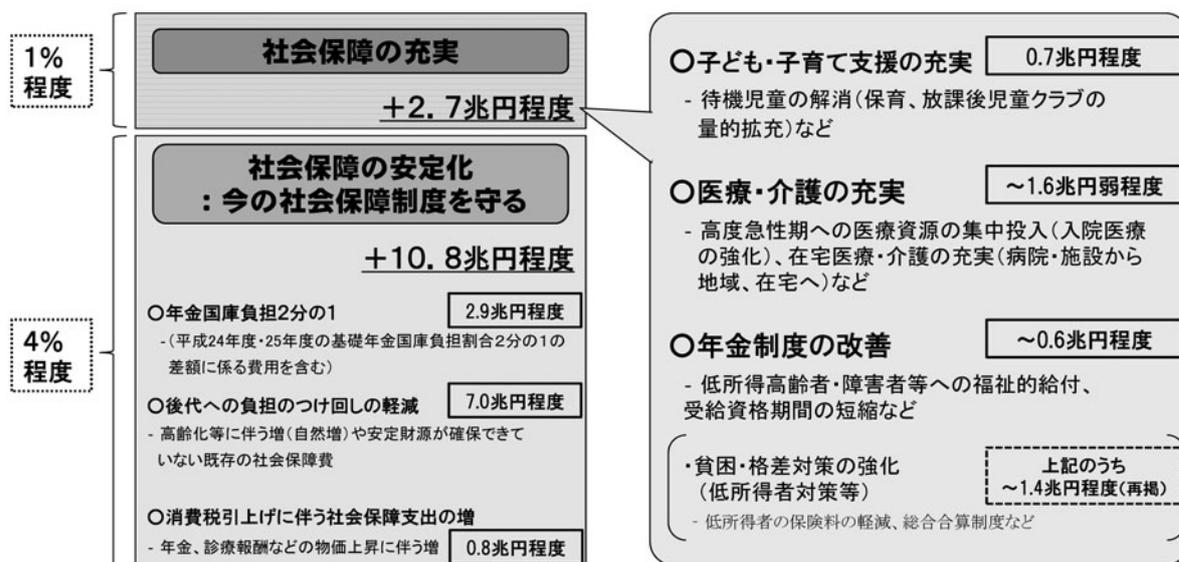
○ 大綱に基づく改革への取組等

- ・ 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、改革に取り組む
- ・ 本大綱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

6

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
 - 消費税込の使い途は、国分については現在高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっているが、今後は、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
 - 消費税の用途の明確化(消費税込の社会保障財源化)
 - 消費税込は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない
- (注) 現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。



7

充実と重点化・効率化の同時実施

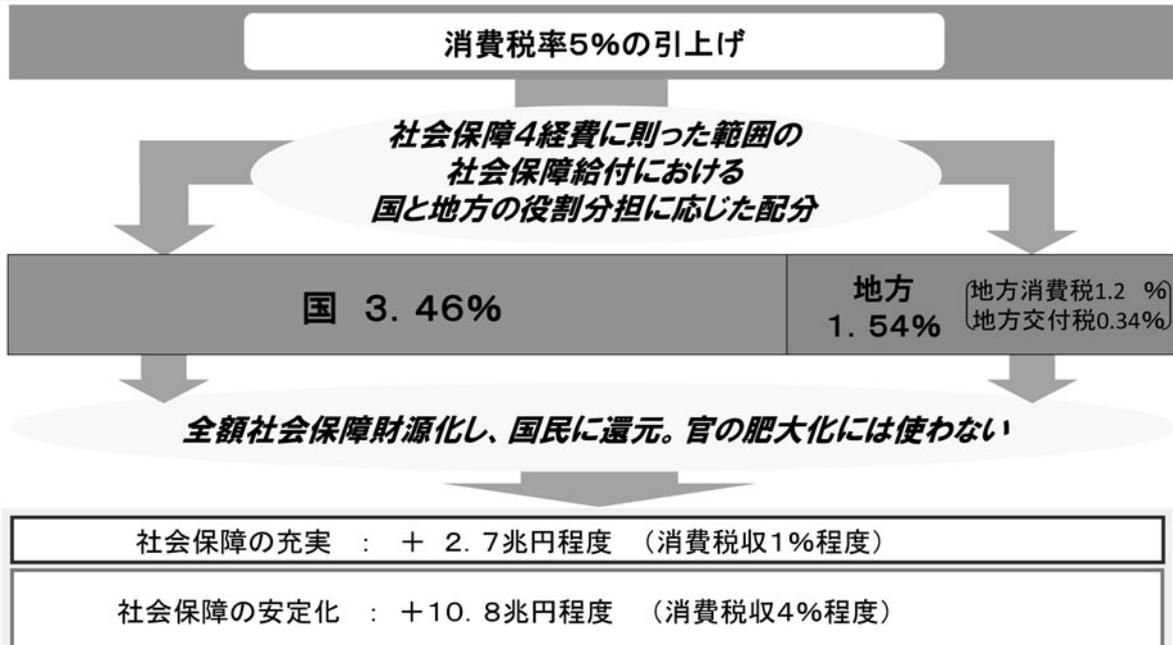
主な改革検討項目		2015年度の所要額（公費）合計 = 2.7兆円程度（～3.8兆円程度～～1.2兆円程度）	
A 充実	～3.8兆円程度	B 重点化・効率化	～1.2兆円程度
【子ども・子育て】 ○ 子ども・子育て支援の充実 ・(例)0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消)	0.7兆円程度		
【医療・介護】 ○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～ ・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度) ・在宅介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築(2,800億円程度) ・上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円程度)	～1.4兆円程度	・平均在院日数の減少等(▲4,400億円程度) ・外来受診の適正化(▲1,300億円程度) ・介護予防・重点化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)	▲～0.7兆円程度
○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆選別対策 a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 ・市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度)) b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮 保険給付の重点化 ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円程度) d その他(総合合算制度～0.4兆円程度)	～1兆円程度	公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円 改正法では、公費への影響は縮小(▲200億円程度)	▲～0.5兆円程度
【年金】 <新しい年金制度の創設(※)> ○ 所得比例年金(社会保険方式) ○ 最低保障年金(税財源) <現行制度の改善> ○ 最低保障機能の強化 ・低所得高齢者・障害者等への福祉給付(5,600億円程度) ・受給資格期間の短縮(300億円程度) ○ 遺族年金の父子家庭への拡大(100億円程度) ● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 ● 産休期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化 ● 第3号被保険者制度の見直しの検討 ● 在職老齢年金の見直しの検討 (●は公費への影響なし)	0.6兆円程度	○ 物価スライド特例分の解消 ・平成25年度から平成27年度の3年間で解消し、平成25年度は10月から実施 ○ 高所得者の年金給付の見直しの検討 ○ マクロ経済スライドの検討 ・単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小 ● 標準報酬上限引き上げの検討 ◆ 支給開始年齢引き上げの検討(中長期的な課題) ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小	

(※)3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

国・地方を通じた社会保障安定財源の確保

消費税率を5%引き上げた増収分については、

- ① 社会保障4経費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。
- ② 全額社会保障財源化し、国民に還元。官の肥大化には使いません。



社会保障改革の全体像

給付は高齢世代が中心、負担は現役世代が中心という現在の社会保障制度を見直し、現役世代も含めた、全ての人により受益を実感できる「全世代対応型」の社会保障制度を構築します。

子ども・子育て

- 子ども・子育て支援の充実
 - ・待機児童の解消、幼児期の学校教育・保育の総合的な提供、地域の子育て支援の充実



医療・介護

- 在宅医療・在宅介護の充実
 - ・地域包括ケアシステム
 - 住み慣れた地域での生活の継続



年金

- 年金の持続可能性の確保（国庫負担2分の1の恒久化）
- 低所得高齢者・障害者等への福祉的給付
- 被用者年金の一元化
- 年金の物価スライド特例分の解消



- 早期社会復帰にむけた医療の充実
- 保険料の低所得者軽減を強化
- 長期で高額な医療の患者負担を軽減
- 後発医薬品の使用促進、給付の重点化

○被用者保険の適用拡大→短時間労働者にもサラリーマンの社会保障

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

- <「分厚い中間層」の復活>
 - 高齢者雇用対策→雇用と年金の接続
 - 若年者雇用対策
 - パートタイム労働対策→均等・均衡待遇の推進
 - 有期労働契約→雇用の安定と公正な待遇



貧困・格差対策強化

- <低所得者対策強化（逆進性対策）>
 - 低所得高齢者・障害者等への福祉的給付
 - 医療・介護の保険料の低所得者軽減を強化
- <重層的セーフティネットの構築・生活保護制度の見直し>
 - 生活保護の見直し（後発医薬品の使用促進など）
 - 生活保護受給者の就労・自立支援（NPOとの連携）



医療イノベーション ○医薬品・医療機器等の創出拠点（中核病院を創設） ○審査体制強化

10

政策解説資料

子ども・子育て支援の充実

- 認定こども園制度の改善
- 認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付等の創設
- 地域の子ども・子育て支援の充実



より子どもを生み、育てやすく

【主な内容】

○ 幼児期の学校教育・保育の総合的な提供

- ・ 保育所と幼稚園の良さをあわせもつ施設（幼保連携型認定こども園）の改善、移行の促進
- ・ 小学校就学前の子どもに対する学校教育や保育の給付を共通に



○ 待機児童対策を強力に推進

- ・ 認定こども園等のほか、小規模保育、保育ママなど多様な保育の充実により、質を保ちながら、保育を量的に拡大

	2012年度	2014年度末	2017年度末
3歳未満児の保育利用率	27%(86万人)	→35%(105万人)	→44%(122万人)
放課後児童クラブ	23%(85万人)	→32%(111万人)	→40%(129万人)

○ 大都市部以外でも地域の保育を支援

- ・ 子どもの数が減少傾向にある地域でも、認定こども園等のほか、保育ママなどの小規模な保育の活用などにより、子どもに必要な保育を提供（地域型保育給付の創設）

○ 家庭・地域の子育て支援を充実

- ・ 市町村が地域の声を聞きながら、子育ての相談や親子が交流する場、一時的に預かってもらえる場を増やすなど、子育て支援を充実

	2012年度	2014年度末～
地域子育て支援拠点	7,555カ所*	→10,000カ所
ファミリー・サポートセンター事業	669市町村*	→950市町村

(* 2011年度交付決定ベース)



※一休改革の充実策では、2017年度末までの量的拡充による所要額を見込んでいる。

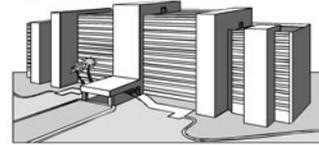
11

医療・介護の充実

高齢化が一段と進む中、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。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・保険者機能の強化など、医療保険・介護保険制度のセーフティネット機能も強化します。

医療・介護サービス保障

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化



- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築



どこに住んでいても、適切な医療・介護サービスが受けられるように

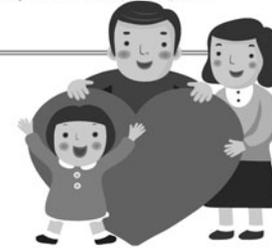
医療・介護保険

- 長期にわたり、高額な医療を受ける患者の負担を軽減



- 低所得者への対応・財政基盤の強化

○ その他、高齢者医療制度の見直しや70～75歳の患者負担の見直しを検討



12

年金制度の改善

- 基礎年金国庫負担2分の1の恒久化

- 低年金・無年金対策の強化

低所得高齢者・障害者等への福祉的給付
受給資格期間の短縮(25年→10年)



- パート労働者への厚生年金の適用拡大

- 官民の年金格差の解消：被用者年金の一元化

公務員共済年金を厚生年金に統合



生き方や働き方に中立的なセーフティネットへ

13

社会保障・税一体改革関連法案 政府案と三党協議に基づく修正の主なポイント

〔社会保障改革関連〕

項目	政府案	三党協議に基づく条文修正等
子育て	<p>幼保一体化</p> <ul style="list-style-type: none"> ○認定こども園法を廃止し、新法により総合こども園制度を創設する ○総合こども園の設置主体には、国、地方公共団体、学校法人、社会福祉法人に加え、株式会社・NPO等の法人を含める ○こども園給付（総合こども園、幼稚園、乳児保育所、届出保育施設（基準を満たした認可外保育施設）を通じた共通の給付）を創設する ○地域型保育給付（小規模保育等への給付）を創設する 	<ul style="list-style-type: none"> ○認定こども園法を改正。幼保連携型認定こども園について、単一の施設として認可・指導監督等を一本化 ○新たな幼保連携型認定こども園の設置主体は、国、地方公共団体、学校法人又は社会福祉法人とする ○施設型給付（認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付）を創設する ※ 私立の保育所については、児童福祉法第24条に則り、委託費として支払う ○小規模保育等を市町村認可事業として創設し、地域型保育給付による財政支援の対象とする
	<p>保育の提供に関する市町村の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村が保育の提供体制の確保義務を担う 	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村が保育所における保育の実施義務を担うとともに、制度全体の実施主体として保育の提供体制の確保義務を担う
	<p>認可制度／指定制</p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村の指定を受けた施設・事業者を対象に給付する（指定制） 	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村の確認を得た認可施設・事業者を対象に給付する ○認可制度を、大都市部の保育需要の増大に機動的に対応できるよう改正 <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法人・学校法人以外に対しては、客観的な認可基準への適合に加えて、経済的基礎、社会的信望等に関する要件を設定 ・その上で、欠格事由に該当する場合や供給過剰による需給調整が必要な場合を除き認可

16

年金	<p>基礎年金の国庫負担2分の1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○基礎年金国庫負担割合2分の1を平成26年度から恒久化する 	○政府案通り
	<p>低所得者等への年金額加算／福祉的な給付措置</p> <ul style="list-style-type: none"> ○低所得者等の基礎年金に月6,000円を加算する（その他保険料免除期間に応じた加算もあり） 	<ul style="list-style-type: none"> ○消費税引上げにより増加する消費税収を活用して、新たに低所得高齢者・障害者等へ福祉的な給付措置を実施（税制抜本改革法案公布後6か月以内に法制上の措置を講ずる） ○対象は年金受給者（低所得高齢者、障害者等） ○低所得高齢者への給付額は、月5,000円を基準に保険料納付済み期間に応じて決定（その他保険料免除期間に応じた加算もあり）する旨を三党で確認 ○本措置による所得の逆転が生じないよう、補足的な給付を実施する旨を三党で確認
	<p>高所得者の年金額調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ○高所得者は基礎年金額の2分の1（国庫負担相当分）を限度として支給停止する 	○引き続き検討する
	<p>受給資格期間の短縮</p> <ul style="list-style-type: none"> ○25年から10年に短縮する 	○政府案通り
	<p>短時間労働者への適用拡大</p> <ul style="list-style-type: none"> ○月収7.8万円以上などの一定の要件を満たす短時間労働者に厚生年金・健康保険の適用を拡大する 	<ul style="list-style-type: none"> ○賃金月額を要件を「8.8万円以上」に修正 ○実施時期を半年後ろ倒し、平成28年10月とする ○施行後3年以内の「適用範囲をさらに拡大する」との規定を「検討し、必要な措置を講ずる」との規定に修正
	<p>産休期間中の保険料免除</p> <ul style="list-style-type: none"> ○産前・産後休業期間中の厚生年金・健康保険料を免除する 	<ul style="list-style-type: none"> ○政府案通り ○国民年金保険料の産前産後の免除措置について検討する
	<p>遺族基礎年金の父子家庭への支給</p> <ul style="list-style-type: none"> ○遺族基礎年金の支給対象を父子家庭にも拡大する 	○政府案通り
	<p>被用者年金の一元化</p> <ul style="list-style-type: none"> ○公務員なども厚生年金に加入することで被用者年金を一元化する 	○政府案通り
<p>交付国債</p> <ul style="list-style-type: none"> ○平成24年度の基礎年金国庫負担2分の1に充てるための交付国債の償還に関する規定を定める 	<ul style="list-style-type: none"> ○交付国債関連の規定は削除 ○交付国債に代わる基礎年金国庫負担の財源については、別途、政府が所要の法的措置を講ずる旨を三党で確認 	

17

社会保障制度改革推進法案（議員立法）		○社会保障制度改革の基本的な考え方や公的年金制度、医療保険制度、介護保険制度、少子化対策についての改革の基本方針を規定 ○内閣に社会保障制度改革国民会議を設置する ○改革に必要な法制上の措置については、法律施行後1年以内に、社会保障制度改革国民会議の審議結果等を踏まえて講ずる
--------------------	--	--

※ 民主党・自民党・公明党の三党協議の実務者の確認書においては、「今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議する。」とされている。

※ 社会保障制度改革推進法案（議員立法）においては、政府は、
 ・今後の公的年金制度については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること
 ・今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること
 とされている。

〔税制改革関連〕

項目		政府案	三党協議に基づく条文修正等
消費税率（国・地方） 引上げ時期と幅		○平成26年4月に5%→8%に引き上げる ○平成27年10月に8%→10%に引き上げる	○政府案通り
所得税		○課税所得5,000万円超について最高税率を45%に引き上げる	○最高税率の引上げに係る規定を削除 ○最高税率の引上げなど累進性の強化に係る具体的な措置について検討し、その結果に基づき、平成24年度中に必要な法制上の措置を講ずる
資産課税		○相続税の基礎控除を引き下げ、最高税率を55%に引き上げる ○贈与税の税率構造を緩和する 等	○相続税、贈与税の改正に係る規定を削除 ○相続税の課税ベース、税率構造等、及び贈与税の見直しについて検討し、その結果に基づき、平成24年度中に必要な法制上の措置を講ずる
検討規定	低所得者対策	○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 ○その実現までの間の暫定的・臨時的措置として、簡素な給付措置を実施する	○低所得者に配慮する観点から、給付付き税額控除等の施策の導入及び複数税率の導入について総合的に検討する ○上記の検討の結果に基づき導入する施策の実現までの間の暫定的・臨時的措置として、消費税率が8%となる時から簡素な給付措置を実施する
	その他	○消費、所得、法人、資産課税など多岐にわたる項目についての検討規定	○転嫁対策に関し、政府案に加え、独占禁止法・下請法の特例について必要な法制上の措置を講ずる ○扶養控除や配偶者控除等についての検討規定を削除、歳入庁に係る規定を修正
景気条項		○平成23年度から平成32年度までの平均で名目3%、実質2%の経済成長率をめざす ○種々の経済指標を確認し、経済状況を総合的に勘案した上で、停止を含め所要の措置を講ずる	○税制の抜本的な改革の実施等により、財政による機動的対応が可能となる中で、成長戦略や防災・減災対策などに資金を重点配分するなど、我が国経済の成長等に向けた施策を検討する ○成長率の数値は政策努力の目標である旨を三党で確認 ○引上げの実施は時の政権が判断する旨を三党で確認 ○引上げにあたり、社会保障制度改革国民会議の議を経た社会保障制度改革を総合的・集中的に推進する旨を三党で確認

資料2

第2回 社会保障制度改革国民会議資料

■ 社会保障制度改革国民会議 2012年12月7日 ■

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai2/gijisidai.html>

12月7日に開催された第2回社会保障制度改革国民会議では、医療・介護・年金・少子化対策などの審議会部会長を務める委員から各分野の論点や課題などが報告された。資料はこのうち医療・介護のこれまでの取組状況と今後の課題のみを抜粋して掲載。

資料3

これまでの取組状況と
今後の課題（医療分野）平成24年12月7日
遠藤委員提出資料

医療に係る改革の課題

【医療・介護サービス保障の強化】

1 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見

- ・健康増進の総合的な推進
- ・医療費適正化の推進 等

2 医療サービス提供体制の制度改革

- ・病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進（機能強化）
- ・医師確保対策、チーム医療の推進（人材確保）

3 医療保険の財政基盤の安定化等

- ・市町村国保の財政基盤の安定化
- ・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保等
- ・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等

4 個人の尊厳と患者の意思がより尊重される医療の確保

- ・国民の希望を踏まえた在宅医療の確保
- ・人生の最終段階を本人の希望に応じて穏やかに過ごすことができる環境の整備

5 今後の高齢者医療制度にかかる改革

- ・高齢者医療制度の在り方
- ・70～74歳の患者負担の在り方

健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等

現状と課題

○健康増進の総合的な推進

- ・ 生活習慣病の予防、社会生活を営むため必要な機能の維持等を図る必要がある。
- ・ 日本のがん検診の受診率（概ね20～30%）は、諸外国に比べ低水準。

○医療費の適正化

- ・ 医療費は、高齢化や医療の高度化等により、GDPの伸びを上回って増加。
- ・ 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のため、国及び都道府県が医療費適正化計画を策定することとされている。

※ 平成20～24年度 第1期医療費適正化計画
平成25～29年度 第2期医療費適正化計画

今後の方向性

○健康増進の総合的な推進

- ・ 第二次健康日本21により、生活習慣病の発症予防、重症化予防を図り、健康寿命を延伸する。
- ・ がん検診の受診率について、平成28年度までに50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目指す。

○医療費適正化の推進

- ・ 第2期医療費適正化計画において、平成29年度に向けた医療費の見通しを立て、次のような対策を推進。
 - ・ 特定健診・保健指導の実施による生活習慣病の発症予防
 - ・ 医療機関の機能分化・連携、在宅医療・地域ケアの推進等による平均在院日数の縮減
- ※平成29年度までの全国目標：
特定健診実施率70%
特定保健指導実施率45%
- ・ 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について、診療報酬・介護報酬改定、補助金等予算措置等により、取組を推進する。

2

政策解説資料

医療サービス提供体制の制度改革（機能強化）

現状と課題

- 今後、団塊の世代が高齢期に入り、医療・介護サービスの需要は大きく増大することが見込まれる。
- こうした中、医療サービスの機能の面では、以下の課題が存在。
 - ・ 一般病床の機能分担が不明確。
 - ・ 急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能などが不足。
 - ・ 多くの国民が自宅などでの療養を希望していることを踏まえた、在宅医療の確保、地域包括ケアシステムの構築が必要。

今後の方向性

【病院・病床機能の分化・強化】

- 一般病床の機能分化を推進するため、
 - ・ 医療機関が病床機能の内容（急性期、亜急性期、回復期等）などを都道府県に報告し、
 - ・ 都道府県が、その情報を活用して、医療計画において、地域における病院・病床機能の分化と連携のビジョンを策定。
- 病院・病床機能の分化・連携を確保し、病状等に見合った医療サービスの提供と平均在院日数の減少につながる医療資源の適切な投入を行い、効果的・効率的な医療を提供。

【在宅医療の推進】

- 在宅医療、地域包括ケアを推進するため、医療計画、報酬及び予算面から包括的に取組を実施。
 - ・ 次期医療計画（平成25年度～）において、在宅医療の確保策や、在宅療養者の病状の急変時等における在宅医療の連携体制を新たに記載し、計画的な整備を推進。
 - ・ 診療報酬及び介護報酬において、在宅医療や医療と介護との連携を適切に評価。
 - ・ 医療と介護を地域で一体的に提供できる体制（地域包括ケアシステム）の整備や在宅チーム医療を担う人材育成を推進。
- ※ 上記の機能強化、人材確保等の制度改革を実現するため、今後、医療法等改正法案を提出。

3

医療サービス提供体制の制度改革（人材確保）

現状と課題

- 今後、団塊の世代が高齢期に入り、医療・介護サービスの需要は大きく増大することが見込まれる。
- こうした中、人材確保の面では、以下の課題が存在。
 - ・ 国際的に見て人口当たりの病床数が多い一方で、医師数は少ない（ただし、医師数は毎年4000人程度増加する傾向）。医師が地域間・診療科間で偏在。
 - ・ 医療技術・機器の高度化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等に伴って、医師を始めとするスタッフの業務が増大。

今後の方向性

【医師確保対策】

- 医学部入学定員を増員（平成24年度は8,991名（平成19年度と比較し1,366名増員））し、その中で特定の地域等での勤務を条件付けることができる「地域枠」を設定。平成25年度も引き続き増員予定。
- キャリア形成支援と一体的に地域の医師不足病院の医師確保の支援を行う地域医療支援センターを設置。（平成24年度で、20道府県）。今後さらに拡充。
- 各都道府県に設置された地域医療再生基金（～25年度末）を活用するなど、人材確保を含め、地域の状況に応じた取組を推進。
- 臨床研修医の地域的な適正配置を促進するため、都道府県別の募集定員の上限を設定。
- 医師や看護師が働き続けられる環境等を整備するため、医療現場での雇用環境改善を推進。

【チーム医療の推進】

- 看護師に関する高度な専門知識と技能が必要な行為の明確化と能力認証の仕組みの導入、診療放射線技師や歯科衛生士の業務範囲の拡大、薬剤師など医療関係職種の見直しの検討を図り、効率的で質の高い医療を実現。

※ 上記の機能強化、人材確保等の制度改革を実現するため、今後、医療法等改正法案を提出。

4

医療保険の財政基盤の安定化等

現状と課題

- 市町村国保の財政基盤の安定化
 - ・ 市町村国保は、低所得者や高齢で医療の必要が高い人が多く加入しており、相対的に保険料負担が重い。
 - ・ 市町村国保財政は赤字であり、決算補填等のため市町村の一般会計から多額の法定外繰入れ・繰上充用を行っている。
 - * 法定外一般会計繰入れ・繰上充用：約5,000億円
 - ・ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者が存在し、市町村間の格差がある。
 - * 都道府県内の保険料格差最大：2.8倍（長野県）
- 保険料に係る国民負担に関する公平の確保等
 - ・ 中小企業の従業員を加入者とする協会けんぽは、大企業中心の健保組合と比べて財政基盤が弱く、保険料を賦課する賃金水準も低い。このため、
 - ① 協会けんぽへの国庫補助を行うとともに、
 - ② 高齢者医療の支援金の3分の1について、被用者保険者の負担能力に応じた負担（総報酬割）としている。

今後の方向性

■ 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。

（市町村国保の財政基盤の安定化）

- 以下のような取組を実施。
 - ・ 平成24年国保法改正において、財政基盤強化策の恒久化、財政運営の都道府県単位化（市町村国保のすべての医療費を都道府県単位で共同して負担）などを実施（27年4月1日から）
 - ・ 市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化（～2200億円程度）
- 今後とも、市町村国保の財政基盤の安定化に向けた取組を推進。

（保険料にかかる国民負担に関する公平の確保等）

- 今後の高齢者医療制度にかかる改革の中で、高齢者医療の支援金について、全面総報酬割とすることを検討する。
- 国保組合の国庫補助の見直し

5

医療保険の財政基盤の安定化等

現状と課題

○保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等

(医療費の伸びの増大)

- ・ 医療費は、高齢化や医療の高度化等により、GDPの伸びを上回って増大している。

(高額療養費や難病対策の見直し)

- ・ 医療の高度化に伴い、がん患者など長期にわたって、自己負担の重い患者が生じている。
- ・ また、難病の医療費助成についても、対応が求められている。

今後の方向性

(保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等)

- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、後発医薬品の総合的な使用促進を図るとともに、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。また、医薬品の患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直すことについて検討する。

○ 高額療養費については、

- ・ 制度の持続可能性の観点から、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、改善に必要な財源と方策等について検討する。
難病の医療費助成についても、公平・安定的な仕組みを検討する。

6

個人の尊厳と患者の意思がより尊重される医療の確保

現状と課題

- 今後の高齢化の進展を見据えつつ、疾病を抱えても自分らしい生活を続けられる環境の整備が必要。

○ こうした中、以下の課題が存在。

- ・ 多くの国民が自宅などでの療養を希望していることを踏まえた、在宅医療の確保・地域包括ケアシステムの構築が必要。
- ・ 人生の最終段階を本人の希望に応じて穏やかに過ごすことができる環境の整備が必要。

※ これまでほぼ5年おきに計4回の終末期医療に関する意識調査を実施するとともに（今年度中に新たな調査を実施予定）、平成19年に終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインを作成。

今後の方向性

- 在宅医療、地域包括ケアを推進するため、医療計画、報酬及び予算面から包括的に取組を実施。（再掲）

- ・ 次期医療計画（平成25年度～）において、在宅医療の確保策や、在宅療養者の病状の急変時等における在宅医療の連携体制を新たに記載し、計画的な整備を推進。
- ・ 診療報酬及び介護報酬において、在宅医療や医療と介護との連携を適切に評価。
- ・ 医療と介護を地域で一体的に提供できる体制（地域包括ケアシステム）の整備や在宅チーム医療を担う人材育成を推進。

- 終末期医療のあり方は、国民の死生観に深く関わる課題であり、国民的議論を踏まえつつ対応。

7

今後の高齢者医療制度にかかる改革

現状と課題

- 旧老人保健制度では次の問題あり。
 - ・高齢と現役の負担関係が不明確
 - ・加入制度や市町村により保険料額に高低 等
- このため、75歳以上が独立した後期高齢者医療制度施行(平成20年4月)。
 - ・給付費13.1兆円、加入者約1,500万人(平成24年)
- これに対し、「年齢による差別」と受け止め。
 - ・運用面で可能な限り対応済。
 - ※75歳以上の年齢に着目した診療報酬の廃止等
 - ・平成22年12月、高齢者医療制度改革会議が見直し案をとりまとめ。
 - ※75歳以上は国保又は被用者保険に加入。最終的に全年齢で国保を都道府県単位化等
- 民自公3党合意、社会保障制度改革推進法で規定。
 - 今後の高齢者医療制度の改革については、あらかじめ三党間で合意に向けて協議するとともに、状況等を踏まえ、必要に応じて社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得る。

今後の方向性

- 民自公3党合意及び社会保障制度改革推進法を踏まえ、以下について検討を進める。
 1. 高齢者医療制度の在り方
 - 制度的枠組みの在り方
 - 制度的枠組みにかかわらず検討を要する課題
 - ・支援金(総報酬割の検討(負担の公平化))・保険料・公費負担の在り方 等
 2. 70～74歳の患者負担の在り方
 - 現在1割に凍結(法定は2割)されている70～74歳の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、25年度以降の取扱いを25年度予算編成過程で検討

8

資料4

これまでの取組状況と今後の課題(介護分野)

平成24年12月7日
山崎委員提出資料

社会保障・税一体改革の介護分野の対応状況(平成24年度制度改正にて措置)

大綱の記述	措置事項
地域包括ケアシステムの構築 在宅サービス・居住系サービスの強化 介護予防・重度化予防 医療と介護の連携の強化 認知症対応の推進	<p><在宅でのサービスや生活支援サービスを充実></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険で受けられる新サービスを創設【平成24年4月～】 <ul style="list-style-type: none"> ①24時間、必要ときに訪問介護・訪問看護をセットで提供 ②通い、泊まり、訪問を組み合わせたサービス(小規模多機能型居宅サービス)に、さらに訪問看護も組み合わせたサービスを提供 ○ 介護が必要な高齢者を介護する家族を支援するため、緊急にショートステイが必要になった高齢者のためにベッドを空けている事業所に対する加算や、長時間のデイサービスに対する加算を創設【平成24年4月～】 ○ 市町村が、要介護状態になるおそれがある高齢者等に、介護予防と日常生活の支援(栄養改善を目的とした配食など)をセットで提供する事業を実施【平成24年4月～】 ○ 訪問リハビリを提供するときに、訪問介護の責任者も一緒に利用者宅に訪問して、共同で訪問介護の計画を作成する場合に加算するなど、高齢者の自立に向けたサービスを充実【平成24年4月～】 ○ 病院から円滑に在宅生活に移行することができるよう、ケアマネジャーが、退院時に病院と情報共有を行った場合の加算の見直しや、病院又は診療所の医師等とともに利用者宅を訪問した場合の加算の創設【平成24年4月～】 → 今後も、医療と介護の連携方策について検討を進める(省内に在宅医療・介護推進プロジェクトチームを設置) <p><高齢者の住まいを確保></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 見守りや生活相談などのサービスを提供する高齢者向けの住宅の登録制度を創設し、必要なサービスを受けられる質の高い高齢者向けの住宅を提供【平成23年10月～】 <p><認知症の人を支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 今後認知症高齢者が急増することが予想されることから、平成25年度からの5年間に行う施策をまとめた認知症施策推進5か年計画を作成【平成24年度から調査研究などを実施】 <p><地域での多職種での支援体制></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護や医療などの様々な職種の人たちが集まって、解決困難な課題を抱えている高齢者が自立するために必要な支援を話し合う「地域ケア会議」の普及のため、会議の運営を支援する人や医師などの専門職の派遣を支援する事業を開始【平成24年4月～】 <p style="text-align: center;">  介護が必要な高齢者も、住み慣れた地域での暮らしを続けることができる地域包括ケアシステムを構築 </p>

介護に係る改革の課題

1 地域包括ケアシステムの構築

○ 介護サービス提供体制の充実

○ 認知症対応の推進

○ マンパワーの増強

➡ 今後、介護報酬改定等で対応。

2 介護保険制度の持続可能性の確保

○ 介護給付の重点化・効率化

○ 世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直し

➡ 制度の見直しに向けて検討。

地域包括ケアシステムの構築

現状と課題

<介護サービス提供体制の充実>

- 今後、単身・夫婦のみ世帯の増加、都市部での急速な高齢化が予想される。
 - ・2025年には、世帯主が65歳以上の世帯のうち、単身・夫婦のみ世帯は2/3以上
 - ・首都圏では今後15年間に高齢者人口が30%程度増加
- 一方、介護が必要となった場合に、自宅で介護を受けたいという希望を持つ人は約4人に3人。
- このため、介護が必要になっても、また入院しても早期に退院し、できる限り自宅での生活が継続できる体制づくりが必要。
 - ・2025年に向け、例えば在宅介護 320万人分→463万人分が必要となる。

<認知症対応の推進>

- 認知症の人が、医療・介護サービスを受けながら地域での生活を継続していくための施策の推進が重要。
 - ・認知症高齢者数(2010年は約280万人)は、2025年には約470万人に増加。

<マンパワーの増強>

- 質の高いサービスを提供していく上で、介護分野の人材確保や処遇改善が必要。
 - ・介護職員(2012年は約149万人)は、2025年には約237~249万人必要となる。
 - ・これまでの処遇改善の取組実績

月額+24,000円
21年度介護報酬改定 月額+9,000円
24年度介護報酬改定 月額+15,000円

今後の方向性

<介護サービス提供体制の充実>

地域包括ケアシステムの構築のために必要な措置として、平成24年度施行の介護保険法改正・介護報酬改定等で、在宅サービス・居住系サービス等の提供体制の充実に向けた取組を実施。今後、着実に普及・拡充させていく必要。

(実施した取組み)

- ・24時間対応の訪問サービスを創設(24年4月~)
- ・サービス付き高齢者向け住宅を制度化(23年10月~)
- ・退院時・入院時の医療・介護の連携強化 等

<認知症対応の推進>

平成25年度からの5年間で対象とした「認知症施策推進5か年計画」を作成。今後、認知症施策を早期に包括的に進めていく必要。

<マンパワーの増強>

一体改革の中で必要な財源を確保し介護職員の処遇の更なる改善に取り組むとともに、キャリアパスの確立に向けた取組を進めること等により、介護に必要な労働力を安定的に確保する必要。

介護保険制度の持続可能性の確保

現状と課題

<介護給付の重点化・効率化>

- 要介護高齢者の在宅での生活を支える在宅サービス等の拡充は必要である一方で、高齢化による介護給付費の増が避けられない中、介護保険制度を持続可能なものにするためには、介護給付の重点化・効率化を合わせて実施することが必要。

<世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直し>

- 増大する介護費用を世代間・世代内で公平に負担する観点からの制度的対応が必要。
 - ・制度改革後では、2025年の介護の費用は約21兆円になる見通し(現在の介護の費用は約9兆円)
 - ・制度改革後では、2025年の介護保険料は月額8,200円程度(※)になる見通し(現在全国平均で4,972円)
- ※2012年度の賃金水準に換算した値。

今後の方向性

<介護給付の重点化・効率化>

介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る。

(検討事項)

- 軽度者に対する給付の重点化
 - ・予防給付の内容・方法の見直し
- 介護施設の重点化(在宅への移行)
- 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

<世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直し>

保険料水準の上昇に伴う低所得者対策強化や、増大する介護費用の公平な負担といった観点から、制度の見直しを行う。

(検討事項)

- 介護保険料の低所得者軽減強化
- 介護納付金の総報酬割導入
- 利用者負担の在り方

協会だより（定例理事会要録から）

2012年度（平成24年度）第10回 2012年11月13日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（10月23日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 2012年度保団連全国事務局幹部学習会（10月22日）状況
4. 文化ハイキング（10月28日）状況
5. 新規開業会員訪問（10月29日）状況
6. 未入会開業医訪問（10月30日）状況
7. 第12回文化講座（11月4日）状況
8. 法律相談室（11月6日）状況

【経営部会】

1. 保団連近畿ブロック共済担当事務局会議（10月19日）状況
2. AIRジャパン車いす清掃活動参加（10月20日）状況
3. 年金普及会員訪問（10月23日）状況
4. 医師賠償責任保険料案内のための病院訪問状況

【医療安全対策部会】

1. 法律相談室（10月18日）状況
2. 医療事故案件調査委員会（10月19日）状況
3. 医師賠償責任保険処理室会（10月22日）状況
4. 医療機関側との懇談状況

【政策部会】

1. 保団連近畿ブロック学習交流会（10月20日）状況
2. 避難者と支援者を結ぶ京都ネットワーク「みんなの手」代表との懇談（10月18日）状況
3. 被ばく対策について京都民医連との懇談（10月19日）状況
4. 第2回バイバイ原発きょう実行委員会（仮称）準備会事務局会議（10月29日）状況
5. 2012年度保団連公害視察会（11月3日・4日）状況
6. 出版編集会議（10月29日）状況

【保険部会】

1. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（10月10日）状況
2. 京都老人のターミナルケア研究会（10月20日）状況
3. 京都市内「在宅医療点数」説明会（10月18、24日）状況
4. 第3回医事担当者連絡会議（10月25日）状況

5. 府北部「在宅医療点数」＋「届出医療管理」説明会（10月27、28日）状況

6. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（11月2日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 上京東部・京都北・西陣医師会との懇談会（10月25日）状況確認の件
2. 総務部会（11月6日）状況確認の件
3. 2012年度9月分収支月計表報告状況確認の件
4. 前進座新春公演観劇会参加お誘いの件
5. 10月度会員増減状況の件
6. 会員入退会及び異動（10月23日～11月13日）に関する承認の件
7. 理事者申し合わせ事項について

【経営部会】

1. 経営部会（11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（11月6日）状況確認の件

【政策部会】

1. 第12回ICCT検討委員会（10月26日）状況確認の件
2. TPP参加反対京都府民集会第1回実行委員会（11月1日）状況確認の件
3. 第52回医療制度検討委員会（10月24日）状況確認の件
4. 政策部会（11月6日）状況確認の件
5. 社会保障まると学習会分担金要請の件
6. メディペーパー京都第160号、京都保険医新聞（第2838号）合評の件

【保険部会】

1. 保険部会（11月6日・9日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 正副理事長会議開催の件
2. 保団連財政部会への出席の件

【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. TPP参加反対京都府民集会参加の件
2. 保団連地域医療活動交流集会への出席の件
3. 社会保障まると学習会出席の件
4. 国民皆保険制度と地方自治体における医療保障

施策のさらなる発展を求める要望書に基づく京都府との懇談会出席確認の件

5. 第53回医療制度検討委員会開催の件
6. 「マイナンバーで日本は大丈夫？」開催の件
7. シンポジウム「『人体の不思議展』は何だったか～私たちが明らかにしたこと」開催と会議室使用承認の件
8. バイバイ原発きょうと実行員会事務局会議への出席の件

【保険部会】

1. 2012年日本平和大会への出席の件
2. 和歌山県保険医協会「在宅医療点数の手引」講習会講師派遣の件

IV. 医療政策関連情勢

1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き
 - 1) 国をめぐる動き
 - ・「生活支援戦略」について

V. 診療報酬関連情報

1. 2012年10月度国保合同審査委員会（10月22日）状況確認の件
2. 中医協（第34回調査実施小委員会、第232回総会、第5回費用対効果評価専門部会、第83回薬価専門部会）（10月31日）状況確認の件

VI. 要討議事項

【経営部会】

1. 医業税制の存続・改善を求める要望書提出の件
2. 全国保険医休業保障共済会への社員登録をしないことの承認を求める件

VII. 特別討議

1. 医の倫理問題について（継続）
 - 《以上、31件を承認、1件を継続審議》

2012年度（平成24年度）第11回 2012年11月27日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（11月13日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 未入会開業会員訪問（11月12日）状況
4. 法律相談室（11月13日）状況
5. 保団連全国事務局長会議（11月12日）状況

【経営部会】

1. 保団連近畿ブロック経税部主催税務調査講演会（11月11日）状況
2. 雇用管理相談日（11月15日）状況
3. 第6回保団連共済部会（11月18日）状況

4. 傷害疾病保険審査会（11月20日）状況
5. 金融共済委員会（11月21日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療安全担当者交流会（11月10日）状況
2. 医療事故案件調査委員会（11月16日）状況

【政策部会】

1. 保団連近畿ブロック会議（11月17日）状況
2. 「戦争と医の倫理」国際シンポジウム（11月17日）状況
3. 社会保障まるごと学習会（11月18日）状況

【保険部会】

1. 全国医科社保担当事務局研究会（10月31日、11月1日）状況
2. 鳥取協会「医科社保セミナー『届出医療の活用と留意点』」（11月8日）状況
3. 外科診療内容向上会（11月10日）状況
4. 保険講習会B（11月15日）状況
5. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（11月16日）状況
6. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（11月20日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 2012年度第6回正副理事長会議（11月15日）状況確認の件
2. 会員入退会及び異動（11月14日～27日）に関する承認の件

【政策部会】

1. 保団連12～13年度第10回理事会（11月11日）状況確認の件
2. T P P参加反対京都府民集会（11月23日）状況確認の件
3. 京都保険医新聞（第2839号）合評の件
4. N O 2測定実施の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 12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. 2012年度第1回コミュニケーション委員会開催の件
5. 医療廃棄物に関するセミナー「知って得する、知らない怖い医療系廃棄物の管理」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

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談開催の件
2. 病院内医療安全研修会への講師派遣の件
3. 医療安全対策部会学習会の開催の件

【政策部会】

1. 「マイナンバー導入で日本は大丈夫？」開催の件

【保険部会】

1. 京都府薬剤師会との懇談会開催の件
- IV. 医療政策関連情勢
1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き
 - ①自治体をめぐる動き
- V. 診療報酬関連情報
1. 保険審査通信検討委員会（11月9日）状況確認の件
- VI. 特別討議
1. 2012年度上半期各部会会務報告確認の件
 2. 医の倫理問題について（継続）
- 《以上、17件を承認、1件を継続審議》

1月のレセプト受取・締切

	8日(火)	9日(水)	10日(木)	労災	10日(木)
基金	○	○	◎		◎
国保	○	○	◎		◎

※○は受付窓口設置日、◎は締切日。

受付時間：基金 午前9時～午後5時30分

国保 午前8時30分～午後5時15分

労災 午前9時～午後5時

1月の無料相談日

専門家が無料でご相談に応じます（30分間）。協会事務局へお申込み下さい。

建築士 1月9日(水) 午後2時～ 担当＝竹内建築士

雇用管理 1月17日(木) 午後2時～ 担当＝河原社会保険労務士

ファイナンシャルプランナー 1月17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 随時受付

税理士 1月23日(水) 午後2時～ 担当＝藤田税理士

新規開業医向け

「保険講習会B」のご案内

日時 2013年1月17日(木) 午後2時～4時

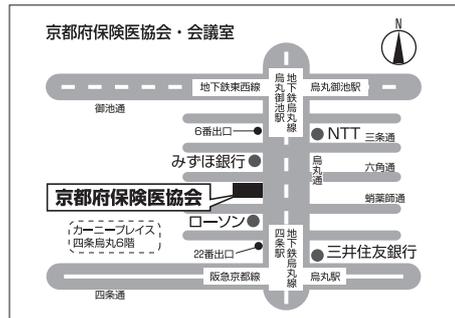
場所 京都府保険医協会 ルームA

内容 ①新規個別指導

②医療法立ち入り検査対策

対象 新規開業前後の医師、従業員の方

(新規開業の先生でなくても、日常診療整備の目的でご参加ください)



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

* 次回（保険講習会A）は①保険診療基礎知識、②レセプト審査がテーマです。

地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地区	時間	場所
2013年 1月12日(土)	左京医師会との懇談会	午後2時30分～	京都ホテルオークラ
2月2日(土)	綾部・福知山医師会との懇談会	午後4時～ (懇親会 午後6時～)	福知山市民中央保健福祉センター ター集团指導室
2月7日(木)	下京西部医師会との懇談会	午後2時30分～	下京西部医師会事務所
2月15日(金)	西京医師会との懇談会	午後2時～	京都エミナース
2月16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
2月21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23日(土)	相楽医師会との懇談会	午後5時～ (懇親会 午後6時30分～)	ホテルフジタ奈良

京都市屋外広告等に関する説明会

日時 2013年1月24日(木) 午後2時～4時

会場 京都府保険医協会・会議室

説明者 京都市 市街地景観課 広告物指導担当課長 則本 和弘氏

申込先 京都府保険医協会 ☎075-212-8877 FAX075-212-0707

☆席に限りがありますので、必ず事前にお申し込み下さい。

☆お申し込みいただいた方には、こちらから質問用紙をお送りします。この件についてご質問のある方は事前にFAXでお送り下さい。

先生の
医療機関は
大丈夫？

京都市内に医療機関を開設するすべての会員が対象です。

開業に必要な情報が盛りだくさんの講習会です!!

新規開業予定者のための講習会

日時 2013年1月27日(日) 午後2時～5時

会場 京都府保険医協会・会議室

内容 ①先輩開業医の事例から学ぶ、開業準備のチェックポイント

株式会社日本医業総研シニアマネジャー 田中 徳一氏

②先輩開業医からのアドバイス いしだクリニック院長 石田 敏博氏

③地区医師会への入会手続き、保険医協会の共済制度について

定員 30人

参加費 会員：無料、非会員：2,000円

共催 有限会社アミス

お申し込みは協会事務局まで FAX：075-212-0707

※当日ご参加いただいた方には『診療所開業 プロの技に学べ!』(株)日本医業総研編著を1冊進呈いたします。

協
会
だ
よ
り

第184回 定時代議員会

京都府保険医協会は第184回定時代議員会を開催します。代議員の方はぜひご出席下さい。

代議員が欠席の場合は、予備代議員の出席をお願いします。

また、京都府保険医協会議事規定第4章第21条により、代議員が議案を提出される場合は、同規定に定められた手続きでご提出下さい。議案書は代議員会開催前に先生のお手元に届くよう準備中です。

日時 2013年1月31日(木) 午後2時15分～4時

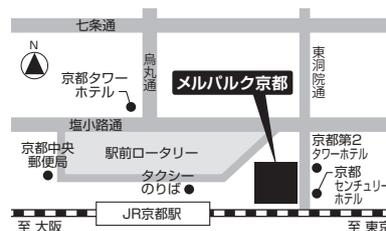
場所 メルパルク京都5F「京極」

対象 会員有床診療所の管理者及び事務長

議題 ①2012年度上半期活動報告

②2012年度下半期重点活動計画

③決議採択、等



院内掲示ひな形集(診療所版) CD-ROMを作成しました!



グリーンペーパーで連載した、「シリーズできますか? 必要な院内掲示(診療所編)」では、必要な院内掲示事項の解説とともに、掲示内容のひな形を掲載しました。ひな形はPDFとWordファイルでも作成し、保険医専用サイト(www.hokeni.jp ID・パスワードともにkyohoi)にアップしておりますが、それをこのほどCD-ROMにまとめました(定価5,500円、会員特別価格1,000円(いずれも税込・送料別))。

CD-ROMには、グリーンペーパーで連載した全9回の内容も縮刷版としてセットしていますので、内容の確認に大変便利です。

必要な院内掲示については、各種規定にそれぞれ記載がなされており、一度にその内容を把握することが難しくなっています。

是非この機会に、このCD-ROM&縮刷版をご利用いただき、院内の掲示事項の整備にお役立て下さい。申込用紙はグリーンペーパー12月号に掲載しています。

お問い合わせ・お申し込みは、京都府保険医協会保険部会まで

電話 **075-212-8877** (代表)

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(し)して下さい

【医学書・新刊 2012年12月】

本文各項目はすべて毎年全面書き下ろし 信頼と実績の最新治療年鑑 2013年1月発売！	復活！医薬品情報の肝を簡潔収載した、必携の一冊。 2013年1月末刊行！																																																								
<table border="1"> <tr> <td> 今日の治療指針2013 私はこう治療している 山口 徹・監修 ● <input type="checkbox"/> デスク判 (B5) <input type="checkbox"/> ポケット判 (B6) </td> <td> デスク版 19,950円 ポケット版 15,750円 </td> </tr> </table>	今日の治療指針2013 私はこう治療している 山口 徹・監修 ● <input type="checkbox"/> デスク判 (B5) <input type="checkbox"/> ポケット判 (B6)	デスク版 19,950円 ポケット版 15,750円	<table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ポケット医薬品集 2013年版 龍原 徹・澤田康文 共著 ●B6変型判 約1,300頁 ●白文舎 </td> <td> 4,935円 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ポケット医薬品集 2013年版 龍原 徹・澤田康文 共著 ●B6変型判 約1,300頁 ●白文舎	4,935円																																																				
今日の治療指針2013 私はこう治療している 山口 徹・監修 ● <input type="checkbox"/> デスク判 (B5) <input type="checkbox"/> ポケット判 (B6)	デスク版 19,950円 ポケット版 15,750円																																																								
<input type="checkbox"/> ポケット医薬品集 2013年版 龍原 徹・澤田康文 共著 ●B6変型判 約1,300頁 ●白文舎	4,935円																																																								
<table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 腎盂・尿管・膀胱癌 <腫瘍病理鑑別診断アトラス> 都筑豊徳・他編 ●B5変型判 262頁 ●文光堂 </td> <td> 15,750円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 医療現場の清浄と滅菌 JanHuijs・著 ●B5判 304頁 ●中山書店 </td> <td> 5,775円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <癌診療指針のための病理診断プラクティス> 中里洋一・編 ●B5判 358頁 ●中山書店 </td> <td> 19,950円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 当直医マニュアル2013 (16版) 小畑達郎・編 ●A6変型判 816頁 ●医歯薬出版 </td> <td> 4,830円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> いざというとき必ず役立つ 小児診療のコツ改訂版 <ジェネラル診療シリーズ> 細谷亮太・編 ●B5判 284頁 ●羊土社 </td> <td> 4,725円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> がん放射線治療計画ハンドブック 小川和彦・他監訳 ●A5変型判 248頁 ●MEDSI </td> <td> 5,460円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 詳説 放射線治療の精度管理と測定技術 高精度放射線治療に対応した実践Q&A 岡本裕之・監 ●B5判 268頁 ●中外医学社 </td> <td> 5,460円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 胃がん(改訂版) <インフォームドコンセントのための図説シリーズ> 笹子三津留・編 ●A4変型判 160頁 ●医薬ジャーナル社 </td> <td> 5,040円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> がん骨転移のバイオロジーとマネージメント 米田俊之・編 ●B5判 400頁 ●医薬ジャーナル社 </td> <td> 8,820円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 臨床放射線腫瘍学 オンラインアクセス権付 最新知見に基づいた放射線治療の実践 日本放射線腫瘍学会・他編 ●B5判 536頁 ●南江堂 </td> <td> 15,750円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> もう困らない！高齢者診療でよく出会う問題とその対応 <ジェネラル診療シリーズ> 木村琢磨・編 ●B5判 276頁 ●羊土社 </td> <td> 4,725円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 内分泌代謝専門医ガイドブック(改訂第3版) 成瀬光栄・他編 ●B5判 426頁 ●診断と治療社 </td> <td> 6,510円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ここが知りたい！糖尿病診療ハンドブック 岩岡秀明・他編著 ●A5判 278頁 ●中外医学社 </td> <td> 3,570円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> CKD(慢性腎臓病)患者と感染コントロール 秋葉 隆・編 ●B5判 276頁 ●医薬ジャーナル社 </td> <td> 5,145円 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 腎盂・尿管・膀胱癌 <腫瘍病理鑑別診断アトラス> 都筑豊徳・他編 ●B5変型判 262頁 ●文光堂	15,750円	<input type="checkbox"/> 医療現場の清浄と滅菌 JanHuijs・著 ●B5判 304頁 ●中山書店	5,775円	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <癌診療指針のための病理診断プラクティス> 中里洋一・編 ●B5判 358頁 ●中山書店	19,950円	<input type="checkbox"/> 当直医マニュアル2013 (16版) 小畑達郎・編 ●A6変型判 816頁 ●医歯薬出版	4,830円	<input type="checkbox"/> いざというとき必ず役立つ 小児診療のコツ改訂版 <ジェネラル診療シリーズ> 細谷亮太・編 ●B5判 284頁 ●羊土社	4,725円	<input type="checkbox"/> がん放射線治療計画ハンドブック 小川和彦・他監訳 ●A5変型判 248頁 ●MEDSI	5,460円	<input type="checkbox"/> 詳説 放射線治療の精度管理と測定技術 高精度放射線治療に対応した実践Q&A 岡本裕之・監 ●B5判 268頁 ●中外医学社	5,460円	<input type="checkbox"/> 胃がん(改訂版) <インフォームドコンセントのための図説シリーズ> 笹子三津留・編 ●A4変型判 160頁 ●医薬ジャーナル社	5,040円	<input type="checkbox"/> がん骨転移のバイオロジーとマネージメント 米田俊之・編 ●B5判 400頁 ●医薬ジャーナル社	8,820円	<input type="checkbox"/> 臨床放射線腫瘍学 オンラインアクセス権付 最新知見に基づいた放射線治療の実践 日本放射線腫瘍学会・他編 ●B5判 536頁 ●南江堂	15,750円	<input type="checkbox"/> もう困らない！高齢者診療でよく出会う問題とその対応 <ジェネラル診療シリーズ> 木村琢磨・編 ●B5判 276頁 ●羊土社	4,725円	<input type="checkbox"/> 内分泌代謝専門医ガイドブック(改訂第3版) 成瀬光栄・他編 ●B5判 426頁 ●診断と治療社	6,510円	<input type="checkbox"/> ここが知りたい！糖尿病診療ハンドブック 岩岡秀明・他編著 ●A5判 278頁 ●中外医学社	3,570円	<input type="checkbox"/> CKD(慢性腎臓病)患者と感染コントロール 秋葉 隆・編 ●B5判 276頁 ●医薬ジャーナル社	5,145円	<table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 現代 児童青年精神医学 (改訂第2版) 山崎晃資・他編著 ●B5判 734頁 ●永井書店 </td> <td> 11,550円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 合併症克服トラブルシューティング <心血管インターベンションエキスパート 6> 及川裕二・編 ●B5変型判 156頁 ●メジカルビュー社 </td> <td> 5,775円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 小児感染症治療ハンドブック 2013-2014 砂川慶介・他編著 ●B6変型判 250頁 ●診断と治療社 </td> <td> 3,360円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 自己炎症性疾患・自然免疫不全症とその近縁疾患 近藤直実・他編 ●B5判 296頁 ●診断と治療社 </td> <td> 6,510円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> NICU必携マニュアル 楠田 聡・監 ●A5判 416頁 ●中外医学社 </td> <td> 6,510円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 思春期の皮膚トラブルFAQ 宮地良樹・編 ●A5判 296頁 ●診断と治療社 </td> <td> 6,090円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 手術動画とシエマでわかる外傷外科手術スタンダード 日本Acute Care Surgery学会・編 ●A4判 291頁 ●羊土社 </td> <td> 14,700円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 周術期感染管理テキスト 日本外科感染症学会・編 ●B5判 240頁 ●診断と治療社 </td> <td> 5,460円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 心不全外科治療の要点と盲点<心臓外科Knack&Pitfall> 許 俊鋭・編 ●B5判 272頁 ●文光堂 </td> <td> 18,900円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 痛みの注射法アトラス 矢吹省司・監訳 ●B5判 192頁 ●南江堂 </td> <td> 5,985円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> カラーアトラス脊椎・脊髄外科 山下敏彦・編著 ●A4判 474頁 ●中外医学社 </td> <td> 33,800円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 骨盤帯 臨床の専門的技量とリサーチの統合 石井三和子・訳 ●B5判 464頁 ●医歯薬出版 </td> <td> 10,500円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 小児麻酔ポケットマニュアル 蔵谷紀文・編 ●B6判 235頁 ●羊土社 </td> <td> 5,040円 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 麻酔前の評価・準備と予後予測 病態に応じた周術期管理のために 澄川耕二・編 ●B5判 288頁 ●克誠堂出版 </td> <td> 8,400円 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 現代 児童青年精神医学 (改訂第2版) 山崎晃資・他編著 ●B5判 734頁 ●永井書店	11,550円	<input type="checkbox"/> 合併症克服トラブルシューティング <心血管インターベンションエキスパート 6> 及川裕二・編 ●B5変型判 156頁 ●メジカルビュー社	5,775円	<input type="checkbox"/> 小児感染症治療ハンドブック 2013-2014 砂川慶介・他編著 ●B6変型判 250頁 ●診断と治療社	3,360円	<input type="checkbox"/> 自己炎症性疾患・自然免疫不全症とその近縁疾患 近藤直実・他編 ●B5判 296頁 ●診断と治療社	6,510円	<input type="checkbox"/> NICU必携マニュアル 楠田 聡・監 ●A5判 416頁 ●中外医学社	6,510円	<input type="checkbox"/> 思春期の皮膚トラブルFAQ 宮地良樹・編 ●A5判 296頁 ●診断と治療社	6,090円	<input type="checkbox"/> 手術動画とシエマでわかる外傷外科手術スタンダード 日本Acute Care Surgery学会・編 ●A4判 291頁 ●羊土社	14,700円	<input type="checkbox"/> 周術期感染管理テキスト 日本外科感染症学会・編 ●B5判 240頁 ●診断と治療社	5,460円	<input type="checkbox"/> 心不全外科治療の要点と盲点<心臓外科Knack&Pitfall> 許 俊鋭・編 ●B5判 272頁 ●文光堂	18,900円	<input type="checkbox"/> 痛みの注射法アトラス 矢吹省司・監訳 ●B5判 192頁 ●南江堂	5,985円	<input type="checkbox"/> カラーアトラス脊椎・脊髄外科 山下敏彦・編著 ●A4判 474頁 ●中外医学社	33,800円	<input type="checkbox"/> 骨盤帯 臨床の専門的技量とリサーチの統合 石井三和子・訳 ●B5判 464頁 ●医歯薬出版	10,500円	<input type="checkbox"/> 小児麻酔ポケットマニュアル 蔵谷紀文・編 ●B6判 235頁 ●羊土社	5,040円	<input type="checkbox"/> 麻酔前の評価・準備と予後予測 病態に応じた周術期管理のために 澄川耕二・編 ●B5判 288頁 ●克誠堂出版	8,400円
<input type="checkbox"/> 腎盂・尿管・膀胱癌 <腫瘍病理鑑別診断アトラス> 都筑豊徳・他編 ●B5変型判 262頁 ●文光堂	15,750円																																																								
<input type="checkbox"/> 医療現場の清浄と滅菌 JanHuijs・著 ●B5判 304頁 ●中山書店	5,775円																																																								
<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <癌診療指針のための病理診断プラクティス> 中里洋一・編 ●B5判 358頁 ●中山書店	19,950円																																																								
<input type="checkbox"/> 当直医マニュアル2013 (16版) 小畑達郎・編 ●A6変型判 816頁 ●医歯薬出版	4,830円																																																								
<input type="checkbox"/> いざというとき必ず役立つ 小児診療のコツ改訂版 <ジェネラル診療シリーズ> 細谷亮太・編 ●B5判 284頁 ●羊土社	4,725円																																																								
<input type="checkbox"/> がん放射線治療計画ハンドブック 小川和彦・他監訳 ●A5変型判 248頁 ●MEDSI	5,460円																																																								
<input type="checkbox"/> 詳説 放射線治療の精度管理と測定技術 高精度放射線治療に対応した実践Q&A 岡本裕之・監 ●B5判 268頁 ●中外医学社	5,460円																																																								
<input type="checkbox"/> 胃がん(改訂版) <インフォームドコンセントのための図説シリーズ> 笹子三津留・編 ●A4変型判 160頁 ●医薬ジャーナル社	5,040円																																																								
<input type="checkbox"/> がん骨転移のバイオロジーとマネージメント 米田俊之・編 ●B5判 400頁 ●医薬ジャーナル社	8,820円																																																								
<input type="checkbox"/> 臨床放射線腫瘍学 オンラインアクセス権付 最新知見に基づいた放射線治療の実践 日本放射線腫瘍学会・他編 ●B5判 536頁 ●南江堂	15,750円																																																								
<input type="checkbox"/> もう困らない！高齢者診療でよく出会う問題とその対応 <ジェネラル診療シリーズ> 木村琢磨・編 ●B5判 276頁 ●羊土社	4,725円																																																								
<input type="checkbox"/> 内分泌代謝専門医ガイドブック(改訂第3版) 成瀬光栄・他編 ●B5判 426頁 ●診断と治療社	6,510円																																																								
<input type="checkbox"/> ここが知りたい！糖尿病診療ハンドブック 岩岡秀明・他編著 ●A5判 278頁 ●中外医学社	3,570円																																																								
<input type="checkbox"/> CKD(慢性腎臓病)患者と感染コントロール 秋葉 隆・編 ●B5判 276頁 ●医薬ジャーナル社	5,145円																																																								
<input type="checkbox"/> 現代 児童青年精神医学 (改訂第2版) 山崎晃資・他編著 ●B5判 734頁 ●永井書店	11,550円																																																								
<input type="checkbox"/> 合併症克服トラブルシューティング <心血管インターベンションエキスパート 6> 及川裕二・編 ●B5変型判 156頁 ●メジカルビュー社	5,775円																																																								
<input type="checkbox"/> 小児感染症治療ハンドブック 2013-2014 砂川慶介・他編著 ●B6変型判 250頁 ●診断と治療社	3,360円																																																								
<input type="checkbox"/> 自己炎症性疾患・自然免疫不全症とその近縁疾患 近藤直実・他編 ●B5判 296頁 ●診断と治療社	6,510円																																																								
<input type="checkbox"/> NICU必携マニュアル 楠田 聡・監 ●A5判 416頁 ●中外医学社	6,510円																																																								
<input type="checkbox"/> 思春期の皮膚トラブルFAQ 宮地良樹・編 ●A5判 296頁 ●診断と治療社	6,090円																																																								
<input type="checkbox"/> 手術動画とシエマでわかる外傷外科手術スタンダード 日本Acute Care Surgery学会・編 ●A4判 291頁 ●羊土社	14,700円																																																								
<input type="checkbox"/> 周術期感染管理テキスト 日本外科感染症学会・編 ●B5判 240頁 ●診断と治療社	5,460円																																																								
<input type="checkbox"/> 心不全外科治療の要点と盲点<心臓外科Knack&Pitfall> 許 俊鋭・編 ●B5判 272頁 ●文光堂	18,900円																																																								
<input type="checkbox"/> 痛みの注射法アトラス 矢吹省司・監訳 ●B5判 192頁 ●南江堂	5,985円																																																								
<input type="checkbox"/> カラーアトラス脊椎・脊髄外科 山下敏彦・編著 ●A4判 474頁 ●中外医学社	33,800円																																																								
<input type="checkbox"/> 骨盤帯 臨床の専門的技量とリサーチの統合 石井三和子・訳 ●B5判 464頁 ●医歯薬出版	10,500円																																																								
<input type="checkbox"/> 小児麻酔ポケットマニュアル 蔵谷紀文・編 ●B6判 235頁 ●羊土社	5,040円																																																								
<input type="checkbox"/> 麻酔前の評価・準備と予後予測 病態に応じた周術期管理のために 澄川耕二・編 ●B5判 288頁 ●克誠堂出版	8,400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 株式会社アミス 〒604-8162 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七親音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階 TEL075-212-8877 FAX075-212-0707 TEL075-212-0303																																																									

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幹旋します）

※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 **【2013年度 年間購読雑誌一覧】**

		雑誌名	税込価格	ご注文			雑誌名	税込価格	ご注文
総合	1	日本医事新報	¥ 34,335		外科	51	消化器外科	¥ 39,270	
	2	医学のあゆみ	¥ 84,987			52	手術	¥ 43,680	
	3	日本臨床	¥ 34,020			53	臨床外科(個人特別割引価格)	¥ 38,640	
	4	最新医学	¥ 47,250			54	外科	¥ 38,500	
	5	MEBIO	¥ 32,780			55	胸部外科	¥ 37,500	
基礎医学	6	病理と臨床	¥ 40,950			56	乳癌の臨床	¥ 15,120	
	7	臨床病理	¥ 27,680		57	整形外科(別冊含む)	¥ 49,500		
	8	実験医学(増刊含む)	¥ 70,560		58	整形災害外科	¥ 40,845		
内科	9	細胞工学	¥ 22,680		59	臨床整形外科	¥ 29,400		
	10	内科	¥ 38,000		60	関節外科	¥ 40,740		
	11	medicina	¥ 37,190		61	Monthly Book Orthopaedics	¥ 35,805		
	12	M. P. (メディカルプラクティス)	¥ 36,750		62	OS Now Instruction	¥ 46,200		
	13	診断と治療	¥ 37,900		63	脊椎脊髄ジャーナル	¥ 32,235		
	14	治療	¥ 36,980		64	臨床スポーツ医学	¥ 36,750		
	15	j med	¥ 22,050		65	整形外科サージカルテクニック	¥ 15,120		
	16	JIM(個人特別割引価格)	¥ 25,410		66	整形外科最小侵襲手術ジャーナル	¥ 12,180		
糖尿病	17	糖尿病診療マスター	¥ 23,400		形成	67	形成外科	¥ 40,950	
	18	プラクティス	¥ 11,988		68	PEPARS	¥ 39,900		
消化器	19	胃と腸	¥ 43,190		眼科	69	あたらしい眼科	¥ 32,382	
	20	消化器内視鏡	¥ 44,100			70	眼科	¥ 43,680	
	21	臨床消化器内科	¥ 35,350			71	眼科手術	¥ 10,080	
	22	肝胆膵	¥ 40,425			72	臨床眼科	¥ 42,080	
循環器	23	胆と膵	¥ 41,790		NEW	73	眼科グラフィック(創刊号+2013年/本誌のみ)	¥ 20,580	
	24	Heart View(ハートビュー)	¥ 38,010		NEW	74	眼科グラフィック(本誌のみ)	¥ 17,640	
	25	心エコー	¥ 31,500		耳鼻科	75	耳鼻咽喉科・頭頸部外科(個人特別割引価格)	¥ 38,430	
	26	バスキュララボ	¥ 23,100			76	JOHNS	¥ 36,960	
	27	コロナリーインターベンション	¥ 15,750			77	ENTONI	¥ 39,585	
	28	Circulation Up to Date	¥ 24,990		救急・麻酔	78	救急医学	¥ 38,640	
呼吸器	29	呼吸と循環	¥ 32,400			79	INTENSIVIST	¥ 18,480	
	30	呼吸	¥ 26,460			80	別冊ERマガジン	¥ 8,820	
小児科	31	日本胸部臨床	¥ 33,600			81	救急・集中治療	¥ 34,000	
	32	呼吸器内科	¥ 32,780			82	ICUとCCU	¥ 40,215	
	33	小児内科	¥ 49,980			83	LISA	¥ 30,450	
	34	小児科	¥ 42,525			84	麻酔	¥ 37,380	
	35	小児科診療	¥ 41,800			85	臨床麻酔	¥ 34,200	
	36	小児科臨床	¥ 43,680		86	ペインクリニック	¥ 38,800		
産婦人科	37	小児外科	¥ 42,420		泌尿器	87	臨床泌尿器科	¥ 41,780	
	38	小児科学レクチャー	¥ 34,000			88	泌尿器外科	¥ 49,875	
	39	周産期医学	¥ 44,835		透腎科	89	腎と透析	¥ 45,780	
	40	産科と婦人科	¥ 39,950			90	臨床透析	¥ 31,500	
	41	臨床婦人科産科	¥ 39,300			画像診断	91	画像診断	¥ 40,740
42	産婦人科の実験	¥ 43,680		92	臨床画像		¥ 40,740		
43	OGS NOW	¥ 50,400		93	臨床放射線		¥ 41,370		
皮膚科	44	デルマ	¥ 39,585		94		インナービジョン	¥ 25,200	
	45	皮膚科の臨床	¥ 43,680		神経・脳外科	95	神経内科	¥ 32,760	
	46	Visual Dermatology	¥ 35,280			96	クリニカルニューロサイエンス	¥ 32,550	
47	臨床皮膚科	¥ 40,390		97		BRAIN and NERVE	¥ 35,670		
精神科	48	精神科治療学	¥ 42,483			98	脳神経外科(個人特別割引価格)	¥ 30,030	
	49	精神医学	¥ 30,600			99	脳神経外科速報	¥ 28,350	
	50	臨床精神医学	¥ 46,830		レジデント	100	レジデントノート	¥ 51,660	

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