

メディーパー京都
Medi
PAPER
KYOTO
2013.5 第166号(通巻410号)

CONTENTS

情勢トピックス	4
医療・社会保障編	4
論点に自由開業やフリーアクセス見直し／国民会議で集中討議 …ほか	
調査・データ編	15
2040年の埼玉・神奈川、高齢者は2倍に／社人研が推計 …ほか	
政策資料	
資料1：「京都府中期的な医療費の推移に関する見通し」中間案	16
協会だより	
理事会記録、5月の催し物(予定)、その他	41



Amis 医賠償等損害保険、ホームページ作成は(有)アミスへ(Tel.075-212-0303)



メッセージツール作成をお手伝いします

地域に根ざす医療をめざして



医院・医療機関の
リーフレット

<参考価格>

※ご相談の上、御見積を提出いたします。

- A4判三つ折カラー刷り
500部 ¥120,000 ~
- B5判4頁カラー刷り
500部 ¥135,000 ~

医療機関のリーフレットは、診療科目・時間・設備、理念などを

患者様、地域の皆様に広げるツールです。

きかんしコムでは、リーフレットその他、広報誌、web サイトなど、

信頼される医療をめざすツール制作を、お手伝いします。

社会を動かす宣伝力。

きかんしコム

〒601-8205 京都市南区久世殿城町330-1
TEL.075-935-1115(代) FAX.075-935-5100
e-mail: com@mediapark.co.jp http://www.mediapark.co.jp

エッセイ集や自分史などの自費出版、お気軽にご相談ください。

株式会社 つむぎ出版

TEL.075-252-1788

FAX.075-254-2341

e-mail: tsumugi-pub@nifty.com

情 勢 トピックス

今月の主な動き

T P P 交渉参加については3月15日に安倍首相が表明し、4月12日に日米事前協議の合意文書が発表

された。これに対し3月12日にはJ A 全中や生協などが東京日比谷野外音楽堂で4000人を集めて開いた断固反対の緊急全国集会などの取組みや、京都府議会ははじめ23都道府県会が政府方針をけん制する意見書をあげるなど（共同通信調べ）している。

また社会保障制度改革国民会議の議論では、自由開業・自由標榜制やフリーアクセスなどに踏み込んだ発言もされている。

特定看護師の創設を巡って議論してきたチーム医療推進会議は、3年の議論を経て特定行為に係る研修制度を創設する報告書をまとめることで決着した。

行 事	開始時間	場 所
7日(火) 各部会	午後 2 時	
9日(木) 医院継承講習会	午後 2 時	ルームA・B・C
10日(金) 保険審査通信検討委員会	午後 2 時	ルームA
第648回社会保険研究会	午後 2 時	ルームA・B・C
11日(土) 京都市身体障害者リハビリテーションセンター がなくなるって？ホント？「どうなるの？京都の リハビリテーション」	午後 2 時	京都新聞文化ホール
14日(火) 定例理事会	午後 2 時	ルームA
15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
16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B
18日(土) 医療・福祉・介護シンポジウム「京都の開業医が 展望する地域ケア」	午後 2 時	ハートピア京都
19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
税理士との相談日	午後 2 時	アミス
22日(水) 金融共済委員会	午後 2 時	ルームA・B・C
23日(木) 税務記帳講習会	午後 2 時	ルームA・B・C
24日(金) 環境対策委員会	午後 2 時30分	ルームB
28日(火) 定例理事会	午後 2 時	ルームA
30日(木) 指導・監査対策講習会「指導・監査・取消処分 の実態—その時、あなたはどうか対応しますか？」	午後 2 時	登録会館大ホール

5月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
6月30日(日) T P P 参加反対京都府民集会（仮称）	午後 2 時	大谷ホール
7月28日(日) 第66回定期総会	午後 1 時	京都ホテルオークラ

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。お申込みは協会・総務部会まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲43-45ページ

情勢トピックス

医療・社会保障運動トピックス

政策解説資料

協会だより

医療・社会保障編

国民会議

論点に自由開業やフリーアクセス見直し／国民会議で集中討議

社会保障制度改革国民会議は3月27日、四病院団体協議会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、全国老人福祉施設協議会、民間介護事業推進委員会の6団体を交えて医療・介護分野の集中討議を開始した。地域・診療科の偏在問題や、自由開業・自由標榜制の課題、フリーアクセスなどをめぐって踏み込んだ発言が相次いだ。

自由討論が始まると永井良三委員（自治医科大学長）が先鞭をつけ、病院団体に対して「医師の配置や地域における病院の配置、機能分化をどう進めるべきか」と質問。これに対して四病協から日本病院会の堺常雄会長が「診療報酬と医療法の両輪で進めるのが良い。病院が各都道府県に毎年提出しているデータが活用されていない。医療計画に地域内の需要と供給のバランスを盛り込むべき」と述べた。さらに、「2013年の医療計画に盛り込むのは無理だし、18年では遅すぎる。例えば国民会議が、次期医療計画を前倒しで策定し、それまでに必要なデータを提出するようにと約束すれば一歩前進するのではないか」と提案し、国民会議に主導するよう要請した。

●地域で診療所と専門医に上限を

自由開業制と自由標榜制については日本精神科病院協会の山崎學會長が問題提起。「病院勤務医と開業医の数がアンバランスだ」と指摘し、「診療所の自由開業制をこのまま続けるのか。人口当たりで循環器なら何人というように、保険医療機関として制限をある程度かけなければ問題解決しない」と述べた。医師の研修履歴が患者に分からない自由標榜制も問題視した。

これを受けて遠藤久夫委員（学習院大経済学部教授）は「病床だけではなく、地域の診療所の上限を決め、さらに、専門医の上限も入れる。専門医を取らなければそれなりの報酬をもらえず、自由標榜が厳しくなれば専門医を採るようになる。そうして地域偏在と診療科偏在をコントロールするという理解

でよい」と確認すると、日病の堺会長は「おおむね良い」と返答。ただ、「かなりの抵抗があるだろう」と述べた。遠藤委員は「基本的に計画配置はやむを得ないと思っている」とした。

フリーアクセスについては堺会長が「世界に冠たるシステムであり、いきなりやめるのは難しい。かかりつけ医と連携すべき」と指摘。日本歯科医師会の大久保満男会長は「医療関係者が病院と開業医の役割分担を議論しなければ、フリーアクセスの存続が危ぶまれる。われわれには努力が必要だ」と訴えた。（3/28MEDIFAXより）

全医師が日医へ加入を／国民会議で今村副会長

日本医師会の今村聡副会長は3月27日の社会保障制度改革国民会議に出席し、医療政策について国民に理解を求めるためにも、地域医療を担う医師全員が加入する組織が必要と提言した。世界医師会が認める日本の医師団体は日医だけと説明し、日医への全医師の加入について「何らかの形を考えていきたい」との方針を示した。

大島伸一委員（国立長寿医療研究センター総長）から、医療関係団体が医師の偏在解消などの施策を積極的に打ち出すべきと提言を受けた今村副会長は、地域の医師の意見集約と施策の実行のために日医への全医師の加入を提案。「全ての医師が日医に加盟し、行政と地域の声を聞くことで、その地域にどれくらいの医師数が必要か言えるようになる。そうでなければ既得権益を守るためと誤解されてしまう」と述べた。

日本精神科病院協会の山崎學會長が問題提起した自由開業制の見直しに対しては、過去に医師会が開業に一定の制限をかけていたことがあると説明し、現在は「職業選択の自由」などの理由で制限するのは難しいとの見解を示した。ただ、個人的な考えとした上で「同じ診療科の診療所が集まっている状況をよしとはしていない。今後、提言していかなければいけない」と述べた。

●国民への啓発も必要

権丈善一委員（慶應大商学部教授）が意見を求めた医療のフリーアクセスについては「問題が生じているのは確か」との見解を示したが、強制的なゲートキーパーの仕組みには反対。「緩やかなゲートキーパーとしてかかりつけ医がいる」と述べ、地域の開業医が担っているかかりつけ医機能を評価すべきと

提言した。日本の医療制度が海外から高い評価を受けている事実を国民に啓発する必要もあるとした。

病診連携については「病院経営が医療連携だけで成り立つような診療報酬にしてもらわなければならない」と指摘。「高齢者はかかりつけ医と病院の専門医が2人で連携しながら医療を行っていく。通常の医療はかかりつけ医が行い、病院の専門医がフォローアップする形にすればよい」と述べた。

（3/28MEDIFAXより）

「薬価下げ財源、本体に回さぬよう」／健保連、国民会議で提示

社会保障制度改革国民会議は4月4日、健保連、協会けんぽ、国保中央会、全国後期高齢者医療広域連合協議会の4団体を交えて議論した。健保連は提出資料の中で、診療報酬本体の改定率を、賃金・物価動向や医療保険財政の状況を踏まえたものにすべきと主張。薬価改定で生じる財源は診療報酬本体の引き上げに使わず、確実に国民に還元するよう求めた。

健保連は医療費適正化の必要性を打ち出し、薬価改定財源を本体に回さないことを求めるなど、診療報酬の抑制が必要との姿勢を見せた。医療の効率化・重点化を目指した診療報酬改定にすべきで、保険収載の判断や報酬・価格を決める際に、費用対効果による評価を反映させるべきとした。医療費適正化には後発医薬品の使用促進やスイッチOTCの推進が必要との立場も示した。

会議後に記者会見した遠藤久夫委員（学習院大経済学部教授）は「時間が限られていたので、具体的に診療報酬の在り方には触れていないし、やりとりもない。ここに書かれている内容は、健保連が中医協などでおっしゃっている内容だと私は理解している」と述べた。

健保連は医療提供体制にも言及。病院・病床の機能分化を進め、身近な医療機関で総合的な視点に立ち診療する「総合診療医」を早期に養成すべきと提案した。平均在院日数の短縮を実現するために、診療報酬上の評価見直しが必要との見方も示した。

協会けんぽは資料の中で、国庫補助率を法律本則の上限20%に引き上げることや、70-74歳の窓口負担を法律上の2割に戻すことなどを主張。国民会議に対して、消費税引き上げに伴う増収分を中小企業の加入者の医療保障に重点的に配分するよう要望した。

国保中央会は、持続可能な医療保険制度のため、将

来的には医療保険制度の一本化が必要と指摘。当面は国保の都道府県レベルの広域化を進めるべきとした。

全国後期高齢者医療広域連合協議会は、国保の広域化に合わせて後期高齢者医療との一体的・安定的な運営を実現するため、国保財政の基盤強化が必要とした。（4/5MEDIFAXより）

特定行為

「看護師の特定行為」で研修制度創設／厚労省、保助看法改正へ

厚生労働省は、看護師が診療の補助として医師の包括的指示に基づく特定の医行為（特定行為）を実施するための研修制度創設に向け、保健師助産師看護師法改正の作業に着手する。厚労省の「チーム医療推進会議」（座長＝永井良三・自治医科大学長）が3月29日、保助看法改正が必要となる「特定行為に係る看護師の研修制度案」について「構成員の大勢がおおむね妥当との意見」とする報告書を取りまとめたことを受け、厚労省医政局の原徳壽局長が「制度化に向けて作業を進めていきたい」と説明した。

●研修修了を看護師籍登録

厚労省は新たな研修制度の柱に▽あらかじめ定めるプロトコル（教科書的対応）に沿って実施する特定行為を明確化▽特定行為を実施するための研修修了実績を看護師籍に登録一の2点を位置付ける。そのため保助看法を改正し、具体的な特定行為の範囲は省令で規定する。特定行為の追加・改廃は、医師、歯科医師、看護師らによる常設の審議の場で決定する。

研修制度の具体的な内容や制度創設時の特定行為の範囲などについては、「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」（座長＝有賀徹・昭和大病院長）が引き続き検討して決定する。

●日医の反対意見も記載

看護師の業務範囲見直しをめぐるチーム医療推進会議での議論は約3年にわたった。その間、「特定看護師の創設」は「特定行為実施のための能力認証制度」に変わり、最終的に「研修制度」で決着した。ただ、反対あるいは慎重な対応を求める意見も根強く残った。会議の大勢は研修制度創設に賛成したものの、報告書には日本医師会の構成員が「チーム医療の推進、医療安全の確保の観点から、多くの問題点がある」として反対の意見も記載することになり、

6項目で構成する「特定行為に係る看護師の研修制度案に対する日本医師会の意見」も報告書に盛り込まれた。

一方、日本看護系大学協議会の構成員は「研修制度の在り方を十分審議した上で制度化を判断すべき」とし、慎重な対応を求める意見も併せて記載した。

報告書を取りまとめた29日の議論でも、日医常任理事の藤川謙二構成員は「日赤グループ、医労連グループ、看護系大学協議会、地域の看護協会の現場の人たちに聞いても、看護界の中でも反対が多いことが分かっている」と強調。「この議論は続けていかないとチーム医療が現場で混乱する。一部の推進派の意見だけで（判断するのは）、ちょっと現場は厳しいのではないかというのが日本医師会の見解」と述べた。（3/30MEDIFAXより）

産業競争力

日本の医療技術やサービス、丸ごと輸出／成長戦略の柱に

政府の産業競争力会議は3月29日、「国際展開戦略」について議論し、日本の医療技術や医療関連製品、医療機関、医療サービスや医療インフラなどをパッケージとして海外に売り込んでいく方針を固めた。政府がまとめる成長戦略の柱にする。アジアなどの新興国では医療・介護ニーズが高まっており、日本製の医薬品や医療機器、疾病予防技術、医療関連サービスなどを売り込むチャンスがあると判断した。

●医療システムと合わせ海外攻勢

特徴的なのは、すでに存在している海外市場に後から参加して利益の分配を狙うのではなく、海外に新しい市場を創出し、その分野で日本がマーケットリーダーの地位を固めていこうという姿勢を打ち出している点だ。医薬品や医療機器のメーカーが単独で海外進出するのではなく、日本政府が後押しし、日本の医療システムと合わせて海外攻勢をかける。政府の経済協力なども活用する。

売り込み役を担う「国際医療協力推進中核組織」を設立し、日本製医療の国際展開を後押しする。外国人患者の受け入れを行っている一般社団法人「メディカルエクセレンスジャパン」がその中核を担う。

行政もこれを支援する。厚生労働省内に「医療国際展開戦略室（仮称）」を設置し、国別、疾患・分野別に、企業や医療関係者と関係省庁が一体となって海外進出を図る。人材交流を通じた規制・制度の国

際調和も進める。

会議に出席した安倍晋三首相は「新興国などの医療・介護に貢献しつつ、日本が育んだ医療技術やサービスを国際展開することは、この分野が成長産業になるためのカギ。医療機関や関連企業による具体的な国際事業を支援する組織母体を創設する。経済協力をはじめ、あらゆる手段を動員して、日本の医療の国際展開をする」と述べた。

「健康長寿社会の実現」も議題に上がった。医療サービスの向上と産業振興を両輪で進めていくという構想。会議中、安倍首相は、再生医療や医療機器の特性を踏まえて承認審査の仕組みを見直す「薬事法改正案」と「再生医療安全性確保法案」を本国会に提出する考えを表明した。再生医療の迅速な実現を図り、医療機器の開発速度を速めるための規制改革に取り組む姿勢を示した。

安倍首相は、医薬品業界が求めている“日本版NIH”についても早急に具体策をまとめる考えを示した。研究と臨床がつながっていないことや、臨床データの集約が十分にできていないことを問題視した上で、「研究と臨床の橋渡しや、研究費の一元配分、さまざまな臨床活動の司令塔機能が必要。これにより研究と臨床がつながるとともに、大規模な臨床データの確保も可能になる。そのために具体的な方策を早急に取りまとめる」と述べた。

医薬品のインターネット販売の規制など、新しいIT社会の実現に向けた規制改革やルール作りに取り組む姿勢も示した。（4/1MEDIFAXより）

医療法人は株式会社で事業拡大を／産業競争力会議で民間議員

政府は3月22日、産業競争力会議（議長＝安倍晋三首相）の下部組織に当たる「テーマ別会合」を開き、医療分野を含む「健康長寿社会の実現」について議論した。会合では民間議員が、国民が健やかに生活し老いていける社会を実現しつつ、同時に国を富ませる方策を「民間議員ペーパー」にまとめて提出。これを基に5人の民間議員と関係官僚で意見を交わした。意見交換の中では、医療法人が株式会社を設置して事業を拡大できるようにすべきではないかとの発言もあった。意見書の内容や、発言者の氏名、配布された資料などは公開されていない。会合後、内閣官房日本経済再生総合事務局の田中茂明内閣参事官が審議内容を説明した。

田中参事官によると、疾病予防や早期治療を推進

する観点から、保険者に対して後期高齢者支援金の加減算措置を拡大できないかという意見が出された。また、再生医療や医療機器の開発促進策、基礎研究への投資拡大や研究実績を実用化・商業化に結び付けるための橋渡し研究の拡充、医薬品・医療機器の承認審査体制強化策などが指摘された。省庁の垣根を越えて予算と権限を集中し、国全体で臨床研究を推進する際の司令塔機能を担う、いわゆる“日本版NIH”の必要性を求める意見が相次ぎ、閣僚からも肯定的な発言が出たという。

医療・介護分野では、高齢者向けサービスのアクセス改善を求めた。高齢者向け賃貸住宅の整備や、特別養護老人ホームの待機問題解消策なども提言された。また、健康商品の購入者に「ヘルスケアポイント」を付与して、将来的に介護保険制度の受給権につなげる仕組みを導入してはどうかという意見もあったようだ。

産業競争力会議では、民間投資を呼び込むための成長戦略を練っている。首相が議長を務めているが、日程的な制約が大きいと、下部組織としてテーマ別に審議できる場をつくった。テーマ別会合では民間議員ペーパーを踏まえて民間議員と閣僚級が意見を交わす。テーマ別会合は7分野あり、最終的には親会議に当たる産業競争力会議で結論を得て、政府の成長戦略に反映させる方針だ。

会議の出席者は次の通り。【閣僚】▽甘利明経済再生（一体改革）担当相▽菅義偉内閣官房長官▽田村憲久厚生労働相▽茂木敏充経済産業相▽下村博文文部科学相【民間議員】▽主査・佐藤康博（みずほフィナンシャルグループ社長）▽副主査・新浪剛史（ローソン社長）▽岡素之（住友商事相談役）▽長谷川閑史（武田薬品工業社長）▽橋本和仁（東京大学大学院工学系研究科教授）（3/25MEDIFAXより）

未収金

未収金額が増加に反転、日病調査で／病院当たり年間1108万円

四病院団体協議会が2006年と10年に行った調査で減少傾向を示していた病院の未収金は、日本病院会が実施した12年調査で1病院当たり1108万円に上り、増加傾向に転じていることが明らかになった。この額を基に、11年4月から12年3月までに全国8571病院で発生した1年間の累積未収金を推計すると935億円となり、3年間では2147億円に上るとした。日

病は、患者への啓発活動などを重ねていくことが重要と指摘。今後、四病協としての広範な調査も必要とした。

日病の今回の調査は12年9月7日～10月26日の調査期間に、会員病院2375施設を対象に▽11年4月～12年3月の1年間▽09年4月～12年3月の3年間—の未収金の発生状況を調べた。回答病院は650施設。

四病協の過去の調査では、1病院当たりの年間未収金額は06年調査で715万9624円だったのが、10年調査で548万2217円に減少していた。しかし日病の12年調査では1108万3782円となり、10年調査から倍増する結果となった。

日病の12年調査では、近年の未収金発生が「増加した」とした回答が128施設、19.7%で約2割を占めた。病床規模と未収金発生額が比例していたほか、病院機能別では、一般病院の未収金額が最も高く、以下、精神科病院、ケアミックス病院、療養型病院の順だった。未収金の発生原因（重複回答）は、「生活困窮」が96.5%ではほぼ全ての病院で経験していた。このほか「悪質滞納」が78.5%、「保険未加入」63.5%、「時間外・休日退院」57.5%、「診療上のトラブル」53.1%などとなった。

●保険者徴収は2.2%と低調

病院が実施している未収金の回収方法は「電話催促」「債権回収業者の利用」や「回収専門部署の設置」「裁判所による支払督促」などだった。一方、厚労省が10年の保険局長通知で実施基準を明確化した「保険者徴収」については、2.2%の病院しか活用しておらず低調な結果となった。理由について日病は、未払い一部負担金の額が実施基準の60万円以上かどうかの確認や、療養終了から6カ月後に少なくとも1回は自宅訪問するなどの条件が厳しく、活用が困難だったと分析している。

日病は「マイナンバー制」の医療現場での活用など厚生行政と連携を図りながら、未収金支払いの催促を無視する患者については「医療適用から外すなどの総合的な仕組みづくりの中で、この問題の解決を図ることも考えられる」としている。

（3/26MEDIFAXより）

中医協

「薬剤師へのインセンティブ」に厳しい目／後発品促進で中医協総会

薬剤師にはこれ以上のインセンティブは必要ない

一。厚生労働省が4月10日の中医協総会に報告した後発医薬品の使用促進ロードマップに関する議論の中で、診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）が言い放った。三浦洋嗣委員（日本薬剤師会副会長）は、後発品の説明に時間がかかることや在庫管理の経済的負担について説明したが、嘉山孝正委員（全国医学部長病院長会議相談役）に「薬剤師が後発品の説明をするのは当たり前」と反論されるなど、薬剤師へのインセンティブに批判の目が向けられた。

厚生労働省が中医協に報告したのは、5日に公表した「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」。2013-17年度の5年間で後発品の数量シェアを60%（旧計算方式で34.3%）以上にする数値目標が入っている。12年度までに数量シェア30%を目指すとした旧アクションプログラムから、数量シェアの計算方法を変更。海外先進国との比較をしやすいするため、後発品のある先発品をベースにする計算方式を採用した。

ロードマップは医療保険制度上の課題として「医師、歯科医師、薬剤師の後発医薬品への理解が進むような、さらなるインセンティブの検討が必要」と記載している。冒頭の鈴木委員の発言はここを指摘したもので「薬剤師さんはもういいんじゃないかという気がする。その辺は今後議論していくことになるのだろう」と問題意識を示した。

三浦委員は即座に反論。「現場では今でも『後発品って何?』という人が多い。患者の理解度は千差万別で説明には相当な時間がかかる。在庫をそろえる経済的な費用負担も大きい」とし、医療保険制度上のインセンティブが薬剤師にも必要であると主張した。しかし嘉山委員が「それはおかしい。薬効やジェネリックの説明をするのは薬剤師の当然の義務」と指摘し、説明業務はインセンティブの対象ではないとの認識を示した。

三浦委員は「返す言葉もない」と応じたが、薬剤師が現場で、患者の具体的な話を聞いた上で後発品を勧めている現状があることについて理解を求めた。

この関連では安達秀樹委員（京都府医師会副会長）が「後発品に積極的でない大きな理由の一つが品質不安だと示した後に、インセンティブで促進を図れと言われると非常にばかにされた感じ」と語り、インセンティブを利用する発想自体に不快感を示した。

●「60%は低い」矢内委員

新ロードマップについては、今日の総会から新たに委員に加わった矢内邦夫委員（全国健康保険協会

東京支部長）が、60%という目標値を「低い」と切り捨てた。「新たなロードマップに期待していたが、残念ながら今回の目標値は少し低い。現在の流れを加速するのではなく、むしろ減速させる方向にあるのではないか」と疑問を呈した。

厚労省医政局の鎌田光明経済課長は「減速させることはないと思うが、国がもっと志を高くして取り組みということは受け止める」と応じた。

（4/11MEDIFAXより）

診療報酬

物価・賃金の上昇に応じ診療報酬も／田村厚労相

田村憲久厚生労働相は4月1日の衆院予算委員会で、国民の給与を上げるための方策を問われ、物価や賃金の上昇に応じて、診療報酬や介護報酬も引き上げることになるとの見通しを示した。日本維新の会の新原秀人氏の質問に答えた。田村厚労相は、物価や賃金の状況、医療経済実態調査の結果なども踏まえ、中医協や社会保障審議会・介護給付費分科会で議論が進むだろうと説明した。

また、田村厚労相は、厚生労働分野にも日本の経済成長を下支えできる産業に育つ可能性を秘めたものがあるとし、iPS細胞を培養するための機器、医薬品などを具体例として挙げた。

（4/2MEDIFAXより）

予防接種

予防接種法改正案が成立／3ワクチン定期接種に

任意接種の子宮頸がん、Hib、小児用肺炎球菌の3ワクチンを2013年度から定期接種化する予防接種法改正案が、3月29日の参院本会議で賛成多数で可決、成立した。水痘、おたふくかぜ、成人用肺炎球菌、B型肝炎の4ワクチンの定期接種化について13年度末までに結論を得るなどとした付帯決議が付いている。

付帯決議に法的拘束力はないが、政府は実現に向け努力することになる。

参院本会議ではまた、4月1日-5月20日までを対象期間とする13年度暫定予算案が賛成多数で可決、成立した。一般会計の歳出総額は約13兆円。

（4/1MEDIFAXより）

新型フル**医師会や病院団体、製薬、卸も一丸で／新型フル特措法13日施行**

新型インフルエンザや新たな感染症が発生しても健康被害を最小限にとどめ、社会・経済の破綻を防ぐことを目的とした特別措置法が4月13日に施行される。新型インフル発生時に政府と共に対策を取る責務を負う「指定公共機関」として、日本医師会や病院団体、医療機関だけでなく、武田薬品工業など複数の製薬企業や日本医薬品卸業連合会を指定するなど、感染拡大を抑制するため医療界が一丸となる態勢を取る。

13日に施行されるのは「新型インフルエンザ等対策特別措置法」。新型インフルのほか、急速に全国に蔓延する恐れのある新感染症を対象疾病にしている。鳥インフルエンザは特措法の対象にはならない。

特措法では、世界のどこかで新型インフルが発生した際、病原性が不明な段階でも政府対策本部を立ち上げる。新型インフルが国内に侵入し病原性が強い恐れがある場合、首相が「緊急事態宣言」を出す。その後は外出の自粛を要請したり、状況に応じて臨時の医療施設を開設し医療を提供するなどの対策を取る可能性がある。

特徴的なのは、新型インフル発生時に国・自治体と並んで責務を負う存在となる指定公共機関の顔ぶれだ。医療関係団体では日医、日本歯科医師会、日本看護協会、日本薬剤師会、日本病院会、全日本病院協会などが指定され、医療機関では国立病院機構や国立国際医療研究センター、日本赤十字社などが選ばれた。

加えて、武田薬品や第一三共、グラクソ・スミスクライン、テルモなど製薬・医療機器企業が指定された。ワクチンや抗インフルエンザウイルス薬を現場に運ぶ立場として卸連も入った。内閣官房新型インフルエンザ等対策室の杉本孝参事官によると、製薬企業などが指定公共機関になるのは「前例がない」。「指定公共機関に特別なことをしてほしいというわけではない。通常業務の範囲内で取り組めることをしてほしい。具体的な要請が行われることもあり得るが強制ではない」（杉本参事官）という。

●新たな行動計画策定へ

12日に施行日政令などの閣議決定をし、13日に施行した後は16日に開催予定の「新型インフルエンザ等対策有識者会議」に政府行動計画案を示す。政府

行動計画は5－6月にも策定し閣議決定する。行動計画の細目事項となるガイドラインも作る。政府の行動計画を参考に都道府県も同計画を作り、市町村もそれに続くことになる。（4/12MEDIFAXより）

TPP**TPP政府対策本部の設置を閣議決定**

環太平洋連携協定（TPP）の交渉参加に向けて、政府は4月5日、TPP政府対策本部の設置を閣議決定した。

同本部は「TPPに関する主要閣僚会議」の下に置かれ、関係業界や与党などとの調整担当、参加各国との交渉実務担当の2チームで構成する。チームを統括する「国内調整総括官」と「首席交渉官」のポストには、佐々木豊成前内閣官房副長官補と鶴岡公二外務審議官をそれぞれ充てた。省庁横断の65人規模で始動し、民間からの起用も含め、国内調整担当で約30人、交渉担当で約70人の計100人体制になる見込み。閣議後会見で、本部長の甘利明経済再生（一体改革）担当相は「国益にかなう最善の結果を追求するため、政府一体となった取り組みを推進する」と述べた。（4/8MEDIFAXより）

「国民の利益損なう」／TPP反対の大学教員

日本の環太平洋連携協定（TPP）交渉への参加に反対する立場の大学教員らが4月10日、東京都内で記者会見を開き、TPPは日本の国民の利益を損なうなどとして、政府に対し参加表明を撤回するよう求めた。

会見したのは「TPP交渉参加からの即時脱退を求める大学教員の会」の呼び掛け人を務める、醍醐聡東大名誉教授（財務会計論）や金子勝慶大教授（地方財政論）、鈴木宣弘東大大学院教授（農業経済学）ら。

醍醐氏らは会見で、TPPへの参加は農業への打撃となるだけでなく、日本の医療制度や食の安全基準などが損なわれる可能性がある」と強調。交渉内容などの情報提供が不足していることへの懸念も指摘した。

同会がまとめたTPP交渉参加からの即時脱退を求める要望書には、全国の大学教員800人以上が賛同。9日に安倍晋三首相らに宛てて政府に提出したという。（4/11MEDIFAXより）

マイナンバー

番号制度、今国会成立なら開始は16年1月／都道府県説明会

内閣官房の社会保障改革担当室は3月21日、政府が国会に提出した「番号制度」法案について、都道府県と政令指定都市の担当課長を対象に説明会を開き、今国会で法案が成立した場合、2016年1月から個人番号の利用を開始すると説明した。

番号制度法案は12年、民主党政権時に国会に提出されたが、衆院の解散で廃案となった。政府は1日に全国民に番号を割り振って納税や社会保障の情報を一元管理するための番号制度関連4法案を閣議決定し、再び国会に提出した。

内閣官房社会保障改革担当室は番号制度の導入スケジュールについて、当初の計画時に想定していた導入スケジュールからは1年遅れになると説明。今国会で法案が成立すれば2年後の15年10月に国民への番号通知を始め、16年1月から顔写真付きの個人番号カードの交付と併せて個人番号の利用を開始するとした。個人番号の利用範囲は社会保障と税、災害対策に関する分野とし、法施行から3年をめどに範囲の拡大を検討するとした。社会保障分野は医療保険、介護保険、福祉、年金、労働などがあり、事務・手続きの簡素化や負担軽減、給付過誤、給付漏れ、二重給付などの防止効果があるとした。

（3/22MEDIFAXより）

マイナンバー法案が審議入り／衆院

国民一人ひとりに番号を割り振り、社会保障や税の情報を一元的に管理するいわゆる「マイナンバー」関連法案が3月22日、衆院本会議で趣旨説明と質疑が行われ、審議入りした。

個人を識別するために顔写真の付いた個人番号カードを交付し、行政事務手続きの簡素化で利便性の向上を図る。各行政機関がそれぞれ把握していた所得や社会保障給付情報などを名寄せすることで、所得の過少申告や税の不正還付などを是正する狙いもある。

一方、プライバシー権やなり済まし、高額なシステム整備費などへの懸念がある。

（3/25MEDIFAXより）

マイナンバーに医療情報、「機密性への対応必要」／田村厚労相

一人一人の国民に番号を割り当て、社会保障や税などの情報を一元的に管理するいわゆるマイナンバー関連法案の質疑を行うため、4月11日に衆院厚生労働委員会などの連合審査会が開かれた。当初のマイナンバーの仕組みに医療情報が含まれていない理由について田村憲久厚生労働相は、医療機関の初期投資をどのように賄うのか、また、機密性の高い情報を取り扱うことへの対応などが必要になると説明。「（個人の）医療・健康情報が漏れたら大変なことになる。厳しい対策を取らなければならない」と理解を求めた。日本維新の会の伊東信久氏の質問に答えた。

マイナンバーに医療情報が含まれない点については、甘利明経済再生（一体改革）担当相も「医療に関しては極めてセンシティブな分野」と説明。マイナンバーの運用を始めてから3年間の知見を基に、医療分野への対象範囲の拡大についても議論をしたい考えを示した。

田村厚労相はマイナンバーに医療情報を加えることで生まれる可能性やメリットにも言及し、「個人を特定できない形にしながら『ビッグデータ』として取り扱い、傾向を分析しながらより有効な治療法を導き出していける可能性がある。個人に対しても自身の情報を閲覧すれば、健康管理に役立てることができる」と述べた。（4/12MEDIFAXより）

民間保険

現物給付化要望、「直接支払い」なら可／介護サービスで金融庁

保険会社から要望があった介護や葬儀サービスの現物給付化について、金融庁は4月4日の「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）」に、要望内容は保険金の直接支払いサービスとして行うことが可能との整理案を示した。

金融庁によると、サービスの質の確保などの問題から生命保険については現物給付が認められていないが、直接支払いサービスはあくまで保険金の支払先の変更にすぎず、保険金を受け取る人の同意があれば禁止されるものではないとしている。

これまでのWGの議論では、保険会社による介護や葬儀サービスの現物給付ニーズはあるとする意見

が出ていた。金融庁が示した「議論の整理」では、「現在ニーズがある事項については、全て直接支払いで整理することが可能であり、むしろ、さまざまな検討すべき課題が指摘されている現物給付で整理するよりも、現行の法体系の下でも実現可能である直接支払いで整理し、対応することとしてはどうか」とした。介護分野では、有料老人ホームの入居金や月額の家賃を保険金から支払うことなどが想定されている。

金融庁総務企画局企画課保険企画室の玉川英資総括課長補佐は、介護事業者への影響について「保険会社と提携することで、将来のサービス量の見込みが分かりやすくなるのではないかと」している。

●不妊治療の保険商品化も議論

WGでは、不妊治療の保険商品化も議論した。ただ、商品化の是非も含めて意見はまとまっておらず、次回のWGで引き続き議論する予定。WGの報告書は6月にも取りまとめる。（4/5MEDIFAXより）

IT

IT活用で効率的な医療サービス提供を／日独シンポ

厚生労働省とドイツ連邦保健省、ベルリン日独センターは4月9日、「医療制度における現代の情報基盤」をテーマに日独シンポジウムを開催した。日本の現状を報告した厚労省の唐澤剛政策統括官（社会保障担当）は「質が高く効率的な医療サービスをいかに提供するかは日独共通の課題」と指摘。ドイツ連邦保健省のアネッテ・ビドマン・マウツ政務次官も「日本とドイツが直面している医療制度の課題は、もはやITなしでは克服することはできない」と述べるなど、ITを活用した医療サービスの効率的な提供が両国にとって喫緊の課題になっているとの見方を示した。

医療の情報化について唐澤政策統括官は、▽患者自身が自らの情報に基づいて行う健康管理▽医療機関の地域連携による医療の質向上▽新規の医療技術開発に向けたデータ活用一などの側面からその重要性は高まっていると説明。日本の医療制度の特徴として国民皆保険のほか、フリーアクセスと病院全体の約8割を民間病院が占めることを挙げ、フリーアクセスについては診察を受けた医療機関ごとに患者の情報が蓄積され、医療情報などが散在することにつながるとし、ITの活用でこれらの情報を「患者の

ために有効活用することが必要になる」と述べた。また、医療サービスの提供を多くの民間病院が担っていることも踏まえ、情報の共有化に際しては「個人情報保護を十分に講じた上でどのようなシステムをつくるかが重要な課題」との見解を示した。

●ドイツでは医療情報カードを5000万人に配布

ドイツの現状を報告したマウツ政務次官によると、ドイツは医療情報カードの配布目標数やその期限を法律で定め、2012年末までに公的医療保険の被保険者の約7割に相当する5000万人に顔写真入りの医療情報カードを配布した。現在、このカードは保険証として使われている。今後は、複数の医療関係者の間で患者へのサービス提供の際に安全なコミュニケーションを確保するためのツールとして使用するほか、患者の医薬品使用の安全性を高める目的で活用することも想定しているという。（4/10MEDIFAXより）

被災地特例

被災地特例の延長を通知／保険局医療課

厚生労働省保険局医療課は3月29日、東日本大震災に伴う医療機関への特例措置を9月末まで延長することを受けて、地方厚生局などに対し周知徹底を図るよう事務連絡を出した。

被災3県の医療機関では、4月1日時点で利用している特例措置は同30日までに、4月1日以降に利用を始めた特例措置については速やかに届け出を行うことで、9月末まで措置を利用できる。3県以外での利用については4月末までに届け出を行えば、4月1日時点で利用している措置に限って9月末まで利用できる。

各種特例措置の期限は3月末までとなっていたが、13日の中医協総会で延長が認められた。（4/1MEDIFAXより）

療養費

事務局案通り「ゼロ改定」決定／5月実施の療養費改定

厚生労働省保険局医療課は3月29日、5月1日に実施する療養費改定について、26日に開催した社会保障審議会・医療保険部会の療養費検討専門委員会で提示した事務局案通りに実施すると発表した。改定率は2012年度診療報酬改定の改定率（ネットでプラス0.004%）を踏まえ0.00%となる。

「柔道整復」「あん摩マッサージ指圧」「はり・きゅう」のいずれも療養費の適正化を行う一方で、同規模の評価の引き上げを行う。柔道整復療養費の適正化では、3部位目の施術料を100分の70から100分の60へ引き下げる。受傷初期段階での施術を評価し、初検料や再検料などを引き上げる。頻回施術の理由について文書添付を義務付けるなど、運用上の見直しも行う。近く通知を発出する。（4/1MEDIFAXより）

歳入庁

歳入庁を議論も平行線／3党実務者協議

自民、公明、民主3党の社会保障制度改革に関する実務者協議は3月28日、民主党が他の野党と共同提出する方針の歳入庁設置法案を説明したが、自公が懸念を示し、議論は平行線に終わった。

民主党はみんなの党などと共同で、保険料と税金を一体的に徴収する歳入庁の設置に関する同法案を今国会に提出する方針。長妻昭元厚生労働相らが設置の意義などを説明した。自民党の福岡資麿厚生労働部会長によると、自公は「税務の仕事と保険の徴収の実務は専門性が異なる。窓口を一元化すればよいという話ではない」「保険料と税金の徴収を同一に扱うのはいかがか」などと懸念を示した。また、民主党の法案提出方針に対し、実務者協議の枠組みを離れているとして違和感を表明した。（3/29MEDIFAXより）

介護

介護従事者の賃金1万円上げ法案を登録／民主・次の内閣

民主党は3月26日、介護従事者の賃金を2013年の10月から月額1万円引き上げる「介護従事者等の人材確保に関する特別措置法案」を「次の内閣」に登録した。今後は今国会への提出を視野に入れつつ、野党連携を模索する。

民主党はかねて、介護職の月額給与の4万円引き上げを公約に掲げている。2009年度の介護報酬改定と、その後の介護職員処遇改善交付金（現在は介護職員処遇改善加算）を合わせて24万円の引き上げはすでに行われているとし、同法案の成立で残り1.6万円のうち、まずは1万円の引き上げを目指す。（3/27MEDIFAXより）

乳幼児医療費

乳幼児医療費、全市区町村で援助／母子保健課調査

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課は3月22日、乳幼児などへの医療費援助に関する調査結果を公表した。2012年4月現在の全国の実施状況を調査した結果、47の全都道府県と全1742市区町村で実施している状況が明らかになった。

乳幼児などへの医療費援助は、都道府県が実施要領などに基づいて各市区町村の事業を補助している。

都道府県の実施状況を見ると、対象年齢について「就学前」としていた都道府県が最も多く、30都道府県あった。所得制限を設けている都道府県は32あった。自己負担を設けている都道府県は39あった。

市区町村では、都道府県が定めた対象年齢や所得制限などの補助基準を拡大して援助を行っているところが多かった。（3/26MEDIFAXより）

外科

外科医の労働環境改善に「総合的な施策を」／関連13学会が見解

日本外科学会や日本救急医学会、日本消化器外科学会など外科系関連13学会で構成する外科関連学会協議会は4月11日、福岡市内で開いた記者懇談会で、外科医の労働環境改善の動きを加速させるには、初期臨床研修医制度での外科の必修化や看護師の特定行為の研修制度法制化など、医療制度改革とセットにした総合的な施策が必要との見解を発表した。過去2回の診療報酬改定による手術料の増点で、外科医の待遇改善を進める動きが出てきたことに一定の評価はできるとしながらも、手術件数が増える現状の中で、外科医の労働時間は減少せず、依然として厳しい環境が続いていると指摘した。

「外科医の総意」と題した労働環境改善策は▽次期診療報酬改定での手術料増額▽各病院での外科手術に対する正当な評価と手当▽メディカルクラーク、コメディカルの実質▽初期臨床研修制度の外科の必修化▽看護師の特定行為の研修制度法制化▽医療安全調査機構設立—の6点。外科系関連学会の会員を対象に2012年10月30日～12月10日に行った実態調査の結果に基づいて検討してきた。調査は日本外科学会の会員など2万8000人を対象にインターネットを使って実施した。有効回答数は8316人（回収率

29.7%)。

調査結果によると、病院の手術件数は12年度改定後に全体的に6%強増加している。外科医の1週間当たりの労働時間数は、日本外科学会が11年度に実施した調査（11年度調査）の77.1時間を上回り78.5時間だった。当直回数も改定前（11年度調査）の2.3回から2.4回に増えたほか、当直明けの手術参加が「いつもある」との回答が、改定前（11年度調査）の31.3%から36.0%に増えるなど、当直明けの手術参加が日常化している実態が続いている。当直明けの手術参加については9割の外科医が、手術の質を低下させ医療事故につながると不安を抱いていた。「当直明けは休み」など一定のルール作りを求める意見もあった。

12年度診療報酬改定では、手術料などのアップで病院全体の収支バランスは改善し、外科系診療科の収入も増加した。病院長を対象に、外科に特化した待遇改善策を講じているか聞いたところ、改定前（11年度調査）の12.3%から34.3%にほぼ3倍増という結果になった。

ただ、待遇改善策は、金銭的手当だけでなく医療クラークの配置や当直・オンコール制の回数減少など多様化している。外科医の平均年収は改定前（11年度調査）の1538.4万円から、改定後は1456.3万円に下がり、年収の30%はアルバイトなどで得ていた。

こうした調査結果から日本外科学会の富永隆治理事（九州大教授）は「診療報酬改定による増収が、病院の経営基盤を押し上げることに貢献したことは調査結果からも明らかだ。外科に特化した待遇改善策も進み出そうとしていることは評価できる」とした。その上で、外科医の数が大幅に増えない現状で、増加する手術件数に対応していくには、診療報酬改定の手術料の増額はもちろん、特定看護師などの中間職種の育成が急がれると指摘。「若手医師に外科に参加してもらうには、臨床研修制度の見直しに際して外科の必修化が不可欠だ」と述べ、総合的な戦略が必要と強調した。（4/12MEDIFAXより）

国保中央会

番号制度導入、初期費用など公費負担を／国保中央会と健保連

国民健康保険中央会と健康保険組合連合会は4月10日、今国会に提出された番号制度関連法案に関する要望書を、厚生労働省の唐澤剛政策統括官と木倉

敬之保険局長に連名で提出した。番号制度導入に際し、財政的に困窮する医療保険者は事務作業や費用の負担に耐えられないとし、初期費用や維持費などは全額公費で賄うことを求めた。同じ要望書を9日、内閣官房社会保障改革担当室の中村秀一室長にも提出している。

●番号制度を前提に医療情報基盤構築を

番号制度に基づく医療情報基盤の構築に向けた要望も行った。法案成立後の具体的な進展を見据え、▽医療情報の連携基盤構築に当たって具体的な実施範囲・実施時期を明確化し、医療分野全般のICT化の全体像を示す▽医療機関間の情報ネットワークや医療機関と保険者間の情報基盤をつくるため医療機関側の理解を促す▽番号制度を国民に分かりやすく説明し、情報連携における事前チェック機能や訂正機能の仕組みを検討する一などを求めた。

（4/11MEDIFAXより）

保団連

「TPPの危険な正体」／保団連が見解を掲載

保団連は4月3日、安倍晋三首相が参加を表明した環太平洋連携協定（TPP）交渉を問題視する見解をまとめ、「TPPの危険な正体 国民皆保険が危機に」と題してホームページに掲載した。保団連は、交渉参加により医療が規制緩和されれば国民皆保険が形骸化する危険性などの問題点を挙げた。

見解では、TPPの本質的な目的は参加国の国内制度などを米企業にとって有利に変更することとの考えを示している。TPP交渉の焦点は「薬価決定のプロセスに製薬会社を参加させること」とし、日本の薬価が皆保険制度のない米国並みに高騰すると指摘。また、医薬品の特許保護が強化されれば、先進医療は医療費抑制のため公的医療保険外に留め置かれ、先進医療特約を販売する民間保険会社にとっては有利になるとした。さらに、企業の主張が条項に反映されれば、日本政府が先進医療の保険適用を決めた場合でも、企業利益保護のための提訴が可能となり、適用を取りやめさせることができると言及している。

その他の問題点としては▽すでに合意された条文については新たな参加国に再協議の余地がなく、遅れて交渉に参加した場合、先行参加国の交渉で合意された条文は無条件に受け入れなければならない▽協定発効後4年間は交渉内容や提案文書が非公開▽非関税障壁の撤廃による影響を政府が勘案していな

い—などを挙げている。（4/8MEDIFAXより）

日医

医師の強制配置、同意できない／日医代議員会で横倉会長

日本医師会の横倉義武会長は3月31日の定例代議員会で、自由開業制を国が規制し診療所の開設を制限することについて、同意できないとの立場を示した上で「医師会と行政が話し合いをしながら、適正な配置をどうするのか、早急に議論を進めなければいけない」と述べた。自由開業制の是非などが議論となった3月27日の社会保障制度改革国民会議への対応をただした塩見俊次代議員（奈良）の質問に答えた。

横倉会長は、過去に地域の医師会が適正配置の調整機能を担っていたものの、公正取引委員会による排除措置命令で調整ができなくなった経緯を説明し、「個人的にはこのことが大都市の駅前に特定の診療科が集中するようなひずみを生んだと思っている」と述べた。

横倉会長は日程の調整がつかず、国民会議当日は出席できなかったと説明。医師の強制配置の問題については、日医と四病院団体協議会の懇談会でも過去に議論になったとした。

27日の国民会議では、日本精神科病院協会の山崎學會長が自由開業制と自由標榜制に疑問を示し、勤務医が診療所の開設に向かわないよう一定の制限をかける必要があるとの考えを主張していた。

（4/1MEDIFAXより）

金融庁の規制緩和に警戒感高まる／日医代議員会

金融庁の金融審議会が「保険金直接支払いサービス」と「現物給付型保険」の解禁を検討していることに対して、日本医師会内で警戒感が高まっている。3月31日の日医代議員会では、松家治道氏（北海道）や河村康明氏（山口）が個人質問で「皆保険制度の根幹を崩すことにつながる」と懸念を表明。日本政府が環太平洋連携協定（TPP）への交渉参加を表明したと相まって、米国が日本の保険市場に規制緩和を求める圧力をかけてくる可能性が否定できないと指摘した。

これに対して日医の石川広己常任理事は「現実に現物給付が入ってくるようなところまでは来ていな

い」と現状判断を示しつつも、「注意深く監視し、必要な対応を取っていく」と応じた。

（4/1MEDIFAXより）

民医連

受診遅れで58人死亡／無保険や自己負担できず

全日本民主医療機関連合会（民医連）は3月29日、経済的事情で国民健康保険（国保）の保険料が払えずに「無保険」状態になったり、保険証を持っていても医療費の窓口負担が払えなかったりして受診が遅れ、死亡した人が2012年に25都道府県で58人に上ったとの調査結果を発表した。

民医連は、加盟する病院や診療所の計657施設に、経済的事情で受診が遅れて12年に亡くなった人の事例の報告を求め、回答をまとめた。

受診遅れで死亡した人のうち無保険の人は22人。国保の保険料滞納で有効期間が短くなる「短期保険証」が13人、さらに、滞納が続き保険証を返して医療費全額をいったん払わなければならない「資格証明書」が4人。残る19人は、保険証はあっても医療費が払えずに受診を控えていた。死因の7割近くはがんだった。

58人の約7割は50～60代の男性。職業別では無職が25人、非正規労働者が17人いた。

都道府県別では福岡の7人が最多。北海道、埼玉が各5人、青森、東京、宮崎が各4人だった。

（4/2MEDIFAXより）

調査・データ編

40年の埼玉・神奈川、高齢者は2倍に／社人研が推計

国立社会保障・人口問題研究所は3月27日、高齢者人口は大都市圏と沖縄で大幅増となることなど、2040年までの地域別の将来推計人口を公表した。推計によると20～25年以降は全ての都道府県で人口が減少し、40年には日本の総人口も10年の水準を下回る。

将来推計は5年ごとに公表している。10年の国勢調査に基づく今回の推計では都道府県別・市区町村

別の推計結果を同時に公表した（福島県は全県での推計のみ）。これによると30年後の40年には、65歳以上人口、75歳以上人口のいずれも大都市圏と沖縄県で大幅に増加する。特に埼玉県と神奈川県では40年の75歳以上人口が10年の2倍以上になる。

40年に65歳以上人口の割合が最も大きいのは秋田県で43.8%、最も小さいのは沖縄県で30.3%。同様に75歳以上人口の割合は最大が秋田県の28.4%、最小が東京都の17.4%となる。

●自治体の半数、40年には高齢者率40%超に

市区町村別の推計では、40年の総人口が10年より多くなる自治体は80ある一方、95.2%に当たる1603自治体では10年よりも少なくなる。

65歳以上人口の割合が40%以上を占める自治体は、10年の87から40年には自治体の半数（49.7%）に当たる836となる。同様に50%を超える自治体も1割（9.9%）に当たる167まで増える。

0-14歳人口の割合が10%未満の自治体は、10年の192から40年には自治体の57.6%に当たる970まで増える見通しだ。

従来、将来推計は都道府県別推計を公表した後、1年遅れて市町村別推計を公表してきた。今回は東日本大震災に伴う通常よりも大きな人口の流出入があるため、市区町村別の推計を先に行い、積み上げた結果を都道府県別推計として示した。

（3/28MEDIFAXより）

在宅医療、最大の課題は「医師の確保」／日医総研が調査

日医総研は、郡市区医師会に対して実施した在宅医療の現状に関するアンケートの調査結果を公表した。アンケートによると、人口や広さなど各郡市区医師会が在宅医療を進める規模が大きいほど、推進を後押しする環境が整備されていることが分かった。医師会管轄地域が人口20万人以上のところでは、半数以上の地域に在宅医療専門診療所があるのに対し、3万人未満ではゼロ。日医総研は、人口が極めて少ない地域では、限られた医療・介護資源を活用するための支援が必要との見解を示した。

在宅医療推進の最大の課題については、医師の確保であると指摘。認知症やがんの専門医などを含め、在宅医療を担う医師の養成に合理的なインセンティブを導入する必要性にも言及している。

アンケートは815の郡市区医師会を対象に実施し、回答率は78.2%だった。

●成功の鍵は多職種ネットワーク

近隣地域よりも「進んでいる」と回答した郡市区医師会では、「地域包括支援センターとの連携」や「多職種を対象とした研修会・講習会の開催」など複数の職種で行う事業を実施していた。アンケートの自由記述欄では、顔の見える関係の構築が大切との意見が上がった。一方、小規模医師会からは「厳密な決まりごとを設けないことがポイント」との指摘もあり、規模に見合った方法で進めることが近道とした。（4/9MEDIFAX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

「京都府中期的な医療費の推移に関する見通し」中間案

■ 京都府 2013年4月3日 ■

概要 http://www.pref.kyoto.jp/iryohoken/documents/chukan_gaiyou.pdf
本文 http://www.pref.kyoto.jp/iryohoken/documents/chukan_honbun.pdf

京都府は3月11日、「京都府中期的な医療費の推移に関する見通し」懇話会を開催。第2期となる2013年度からの見通し（素案）を示した。その後、府はこの中間案を公表。現在（4月4日～5月2日）、パブリックコメントを求めている。この関連資料として「医療費の見通しの推計方法（厚生労働省保険局調査課2012年8月6日）」を36ページに、解説資料として協会の論考を38ページに掲載する。

京都府中期的な医療費の推移に関する見通し（第二期）
の中間案について

平成25年4月
健康福祉部

I 策定の趣旨

- 京都府では、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、平成20年度に、5年を期間とする「京都府中期的な医療費の推移に関する見通し」（第一期見通し）を策定
- 第一期見通しが平成24年度末で終了するため、平成25年度からの5年を期間とする第二期見通しを策定
- 策定に当たっては、府民の保健医療水準の向上を第一の目的とし、府民の生涯を通じた健康の維持・増進や保健医療提供体制及び地域包括ケアの確立を図るなど、健康長寿日本一に向けた取組を推進、そうした取組の結果としての医療費の見通しを示す（第一期見通しの考え方と同じ）。

II 主な内容

1 医療費を取り巻く現状と課題

本府における医療費や平均在院日数、特定健康診査・特定保健指導実施率等の状況及び全国との比較

2 健康長寿の実現に向けた目標及び施策等

(1) 府民の健康の保持の推進

○ 達成すべき目標	
・特定健康診査の実施率	②② 41.5% → ②⑨ 70%
・特定保健指導の実施率	②② 12.0% → ②⑨ 45%
・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	25%以上減少（②②→②⑨）
・喫煙率	②② 17.7% → ②⑨ 14.0%
・受動喫煙の機会を有する者の割合	
行政機関	②⑨ 8.0%
医療機関	②⑨ 6.0%
職場	②③ 26.5% → ②⑨ 受動喫煙のない職場の実現を目指す
家庭	②③ 10.5% → ②⑨ 6.0%
飲食店	②③ 38.0% → ②⑨ 26.0%

- 推進すべき施策（対策の方向）
生活習慣病の予防、ライフステージに応じた健康づくり、たばこ対策などの取組の推進

(2) 医療の効率的な提供の推進

- 推進すべき施策（対策の方向）
医療機関の機能分化・連携強化、在宅医療・地域包括ケアの推進、後発医薬品の使用促進

3 医療費の見通し（国提供のツールを基に平成29年度の見通しを算出）

- 自然増のみを推計した場合 9,582億円（②③比 +1,425億円（+17.5%、年+2.7%））
- 平均在院日数の見通しを踏まえて推計した場合
 - ・府実績ベース 9,726億円（②③比 +1,569億円（+19.2%、年+3.0%））
 - ・全国実績ベース 9,700億円（②③比 +1,543億円（+18.9%、年+3.0%））

※医療機関の連携強化、平均在院日数短縮につながる入院医療の機能強化等の充実により増

III 今後の予定

- 4月～5月 パブリックコメント、市町村等意見照会
- 5月 有識者懇話会で最終案議論
- 7月 議会報告、策定・公表

— 目次 —

I	策定の趣旨	… 1
1	策定の背景	… 1
2	策定に当たっての京都府の考え方	… 1
II	医療費を取り巻く現状と課題	… 2
1	医療費の推移及び動向	… 4
2	病床数等の状況	… 6
3	平均在院日数の状況	… 8
4	生活習慣病及びメタボリックシンドロームの状況	… 13
5	人口推移等	… 13
III	健康長寿の実現に向けた目標及び施策等並びに関係機関との連携・協力	… 14
1	府民の健康の保持の推進	… 24
2	医療の効率的な提供の推進	… 33
3	第6次京都府高齢者健康福祉計画の推進	… 33
4	関係機関との連携・協力	… 34
IV	医療費の見直し	… 34
V	公表等について	… 36

京都府中期的な医療費の推移に関する見直し
(第二期)
＜中間案＞

平成25年4月
京 都 府

政策解説資料

I 策定の趣旨

1 策定の背景

平成20年4月に施行された「高齢者の医療の確保に関する法律」において、都道府県には、5年ごとに、5年を一期として、医療費の適正化を推進するための計画（以下、「医療費適正化計画」という。）を策定することが義務付けられています。このため、京都府では、平成20年8月に、5年を期間とする「京都府中期的な医療費の推移に関する見直し」（以下、「第一期見直し」という。）を策定したところです。

この第一期見直しの期間が終了するとともに、国において、第二期医療費適正化計画の策定に係る「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（以下、「基本方針」という。）が示されたことから、この基本方針に基づき、平成25年度から平成29年度までの5年を期間とする「京都府中期的な医療費の推移に関する見直し」（以下、「第二期見直し」という。）を策定し、「府民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」に関する目標及び施策等並びに医療費の見直しを示すこととします。

なお、医療費に関しては、ナショナルミニマムの観点から、健康保険法をはじめとする医療保険各法に基づく社会保険制度として、診療報酬の設定をはじめ制度の設計・実施に関する一元的な責任と権限を国が有しており、都道府県では、国民健康保険及び後期高齢者医療に係る医療費を除き、都道府県単位の医療費総額を把握できません。このため、第二期見直しにおける医療費の見直しについては、第一期見直しに引き続き、国が示すデータと手法により推計することとします。

2 策定に当たったの京都府の考え方

急速な少子・高齢化の進展、生活習慣病の増加など疾病構造の変化、医師の地域偏在など、保健医療を取り巻く環境が著しく変化する中、住み慣れた地域で生涯にわたり安心して生活できる健康長寿社会を構築するには、生活習慣病予防などの取組により府民の生涯を通じた健康の維持・増進を図り、健康寿命を延伸させるとともに、保健・医療・福祉の連携のもと、良質な医療・介護サービスを地域において切れ目なく提供するため保健医療提供体制及び地域包括ケアを確立することが重要です。

第一期見直しにおいても、こうした考え方に立ち、府民の保健医療水準の向上を第一の目的として、健康長寿日本一に向けた取組を推進することとし、そうした取組の結果としての中期的な医療費の見直しを示すこととしました。

第二期見直しの策定においても、こうした考え方を引き続き踏襲することとします。

II 医療費を取り巻く現状と課題

1 医療費の推移及び動向

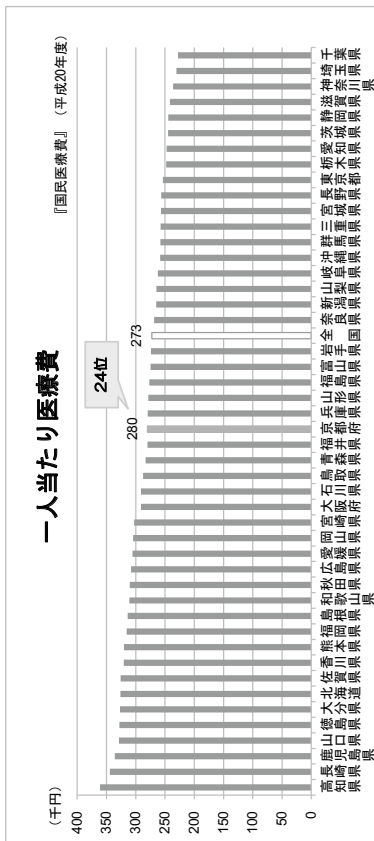
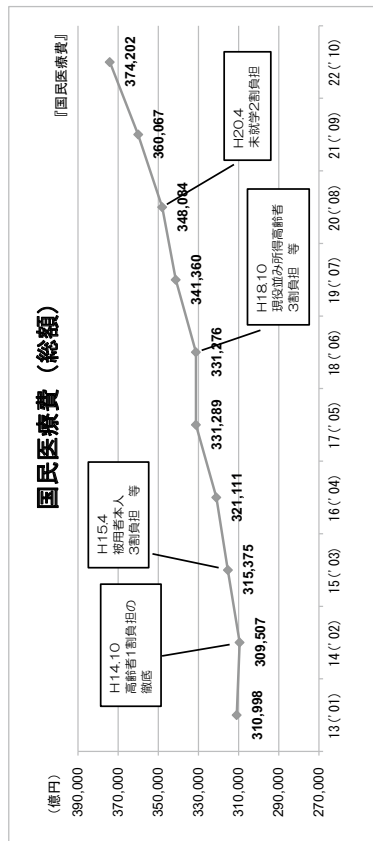
(1) 医療費

全国での医療費を示す国民医療費は、平成22年度の数値で約37兆4千億円であり、前年度と比べて約1兆円、3.9%の増加となっています。

過去5年間で、平均2.5%の増加となっていますが、診療報酬のマイナスイ改革や患者負担の見直し等の制度改正のなかった年度（平成19、21、22年度の3か年度）の伸びはそれぞれ3%を超えており、国民医療費の自然増は毎年約1兆円の規模となっています。

本府では、平成20年度の医療費総額は約7,357億円、一人当たり医療費は約28万円（全国第24位）と全国平均（約27万円）より若干高くなっています。

これについては、後期高齢者医療費の影響が考えられます。



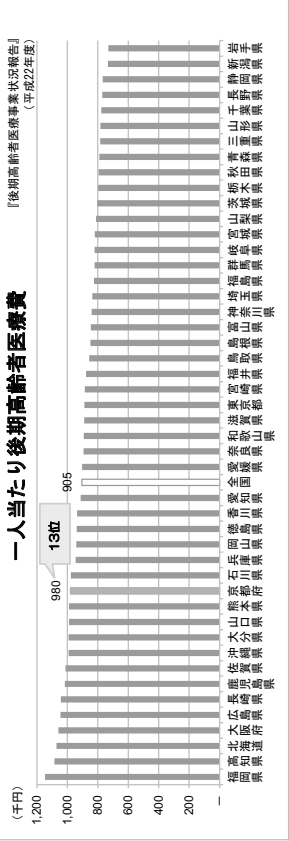
（2）後期高齢者医療費

後期高齢者医療費を見ると、平成22年度後期高齢者医療費は約11兆7千億円で医療費全体の約31%を占めており、一人当たり後期高齢者医療費は、平成22年度全国平均904,795円と前年度比2.6%の増加となっています。

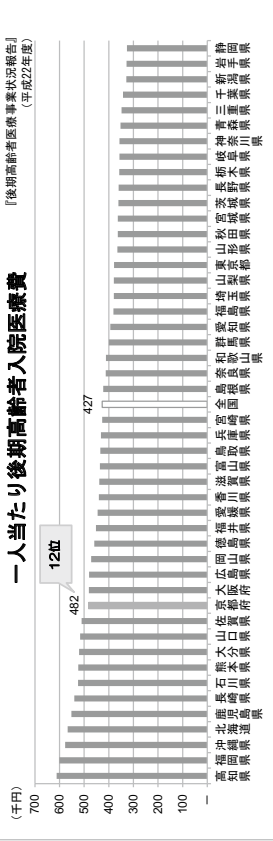
一人当たり後期高齢者医療費は、都道府県間の格差が大きく、全国平均約91万円に対し、最高は福岡県の約115万円、最低は岩手県の約73万円となっています。

本府の一人当たり後期高齢者医療費は979,657円（前年度比2.7%の増加）で全国第13位（入院医療費 全国第12位、入院外医療費 全国第8位）であり、全国平均と比べ高くなっています。

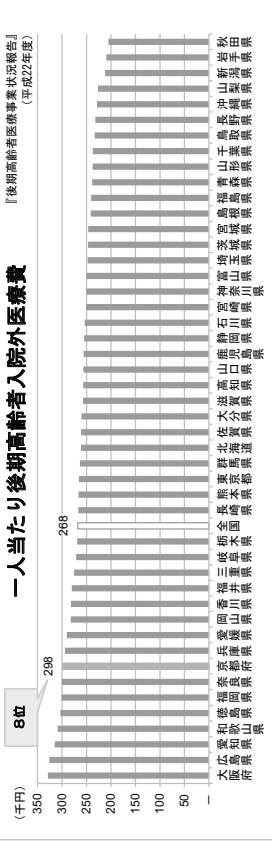
一人当たり後期高齢者医療費



一人当たり後期高齢者入院医療費



一人当たり後期高齢者入院外医療費



2 病床数等の状況

平成23年6月末現在、本府における開設許可病床数は次のとおりです。

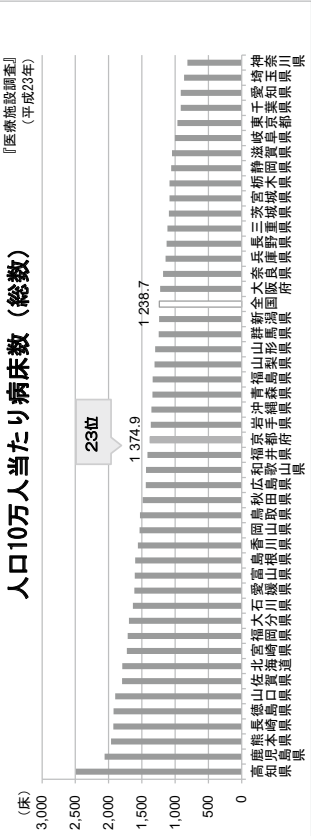
『病院報告』（平成23年）					
全病床	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床
36,298床	23,158床	6,276床	3,383床	6,480床	348床

平成23年医療施設調査によると、人口10万人当たりの種類別病床数については、一般病床が全国703.7床に対し、877.6床と多くなっており、逆に、療養病床は全国258.3床に対し236.5床、精神病床は、全国269.2床に対し246.2床と少なくなっています。療養病床については、全国的に偏在が大きく、人口10万人当たりの最高は高知県の918.3床、最低は宮城県の132.5床となっています。

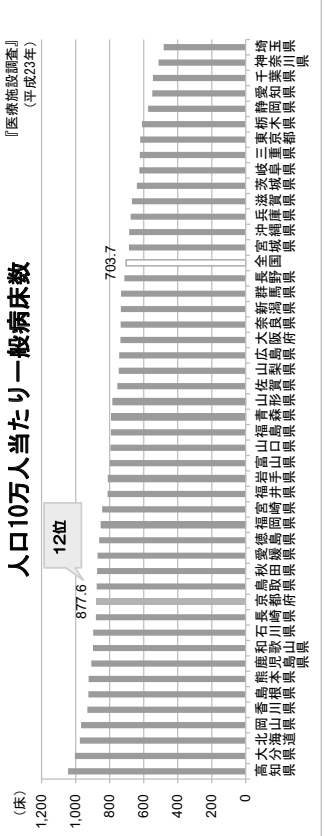
本府は、療養病床のうち介護保険適用の療養病床（以下、「介護療養病床」という。）が全体の5割強を占めており、全都道府県で唯一、医療保険適用の療養病床（以下、「医療療養病床」という。）よりも介護療養病床の方が多くなっています。

また、本府における人口10万人当たりの種類別病床数の推移を見ると、一般病床、療養病床ともに減少傾向にあり、病床数総数も減少しています。

人口10万人当たり病床数（総数）



人口10万人当たり一般病床数



平均在院日数（介護療養病床を含む全病床）

	京都府	全国	全国との差	東京都	東京都との差
平成19年	34.7日	34.1日	+0.6日	26.4日	+8.3日
平成20年	34.4日	33.8日	+0.6日	26.0日	+8.4日
平成21年	33.7日	33.2日	+0.5日	25.5日	+8.1日
平成22年	33.0日	32.5日	+0.5日	24.9日	+8.1日
平成23年	32.5日	32.0日	+0.5日	24.7日	+7.8日

平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）

	京都府	全国	全国との差	東京都	東京都との差
平成19年	30.7日	31.7日	-1.0日	24.6日	+6.1日
平成20年	30.6日	31.6日	-1.0日	24.3日	+6.3日
平成21年	30.1日	31.3日	-1.2日	23.9日	+6.2日
平成22年	29.6日	30.7日	-1.1日	23.5日	+6.1日
平成23年	29.1日	30.4日	-1.3日	23.3日	+5.8日

平成23年度病床種類別平均在院日数（療養病床には介護療養病床を含む。）

	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
京 都 府	20.5日	204.6日	323.1日	54.8日	12.3日
全 国	17.9日	175.1日	298.1日	71.0日	10.0日
東 京 都	15.6日	201.7日	215.6日	66.6日	8.9日

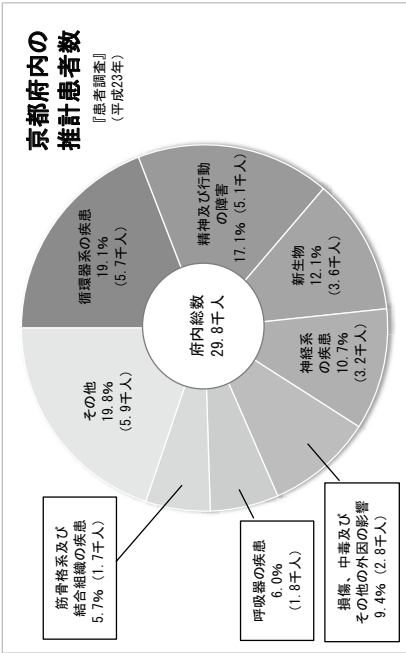
平均在院日数とは、入院患者の入院日数の平均値を示すもので、病院報告では、次の計算式で算出することとされています。

平均在院日数

= 年間入院患者延べ数 ÷ {(年間新入院患者数+年間退院患者数) × 1 ÷ 2}

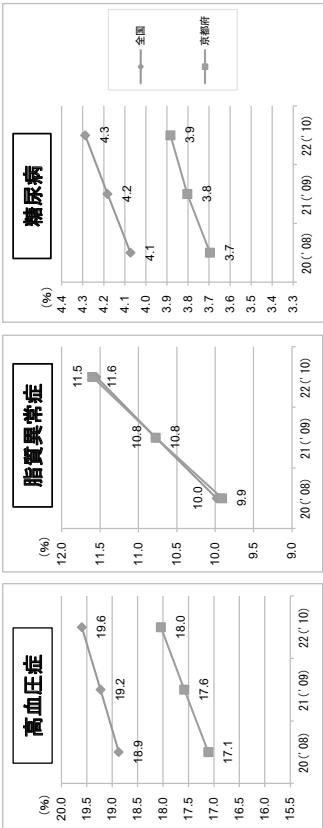
- 4 生活習慣病及びメタボリックシンドロームの状況
- (1) 生活習慣病に分類される疾患の状況
- 平成23年患者調査によれば、府内の推計入院患者数を傷病別に見ると、「循環器系の疾患」が5.7千人（19.1％）と最も多く、次いで、「精神及び行動の障害」が5.1千人（17.1％）、新生物が3.6千人（12.1％）となっています。
- 国保の医療費統計においても、医療給付の費用額（入院＋入院外）は、循環器系の疾患が最も高く、次いで新生物の順になっています。（京都府国民健康保険団体連合会疾病分類別統計（平成24年5月診療分））

また、生活習慣病の中でも、脳血管疾患や虚血性心疾患といった循環器系の疾患の発症の危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病の有病者は増加傾向にあり、メタボリックシンドロームの該当者と予備群は、その発症リスクが高まるとされています。



特定健康診査受診者に占める治療薬服用者割合

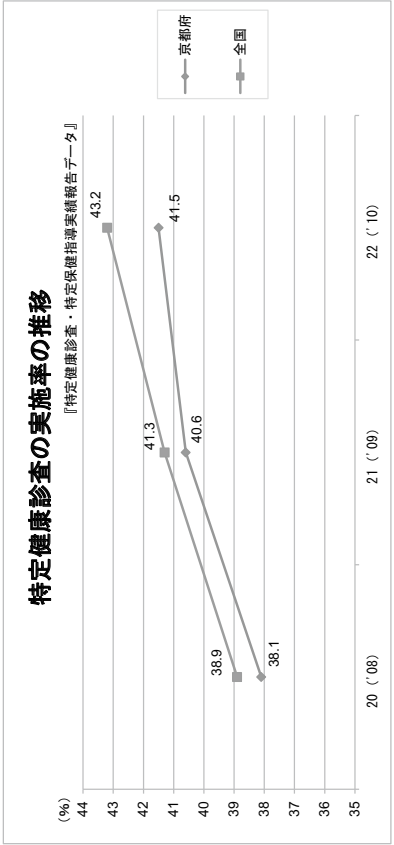
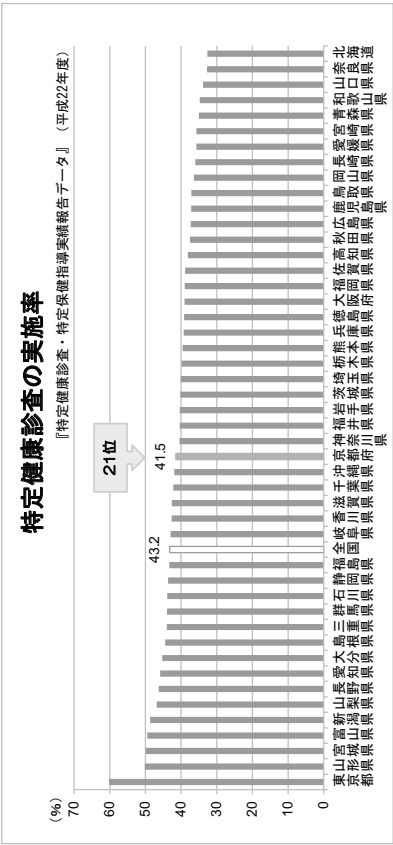
『特定健康診査・特定保健指導要綱報告データ』



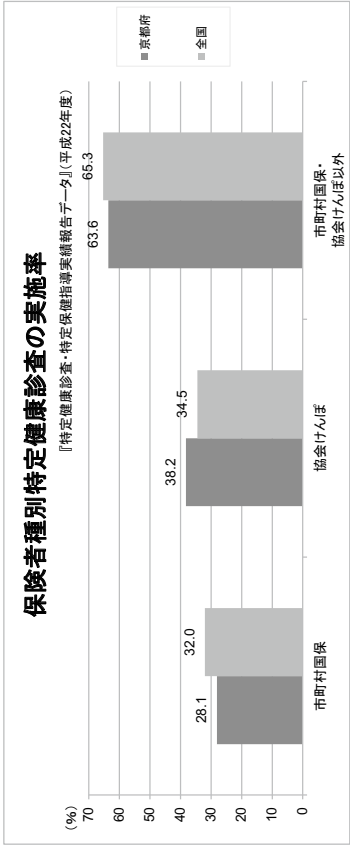
(2) 特定健康診査の実施状況

本府における平成22年度の特定健康診査の実施率（推計値）は41.5%であり、全国平均（43.2%、確報値）を下回っていますが、実施初年度である平成20年度以降、着実な伸びを示しています。

また、保険者種別実施率を見た場合、全国平均では、市町村国保と協会けんぽが30%台前半にとどまっているのに対し、それ以外の保険者では65.3%と高く、事業主健診が義務付けられている被用者保険で受診率が高い傾向にあり、本府でも概ね同様の状況となっています。



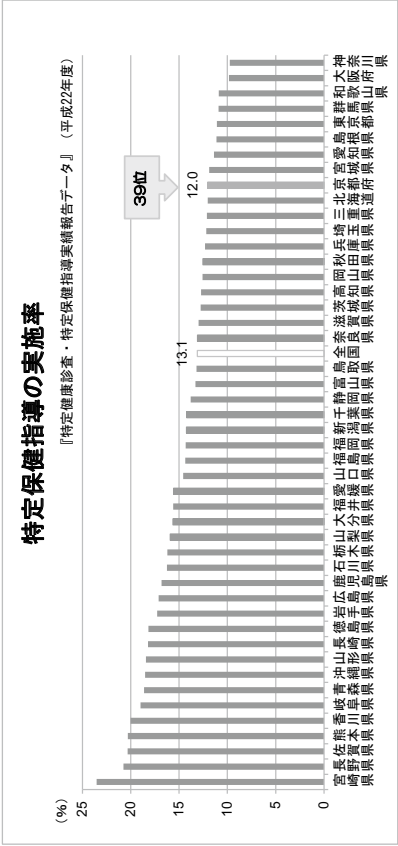
保険者種別特定健康診査の実施率



(3) 特定保健指導の実施状況

本府における平成22年度の特定保健指導の実施率（推計値）は12.0%であり、全国平均（13.1%、確報値）を下回っています。特定健康診査の実施率と同様、実施初年度である平成20年度以降伸びてきていますが、全国第39位と低い状況です。

また、保険者種別に全国平均の実施率を見た場合、市町村国保が19.3%で最も高く、協会けんぽで7.4%、それ以外の被用者保険で12.6%となっており、本府でも概ね同様の状況となっています。市町村国保の実施率が高い理由としては、保健師や管理栄養士といった専門スタッフが比較的多く配置されていることや、服薬中（高血圧症、脂質異常症、糖尿病）による保健指導対象外者の割合が比較的高いことなどが考えられます。

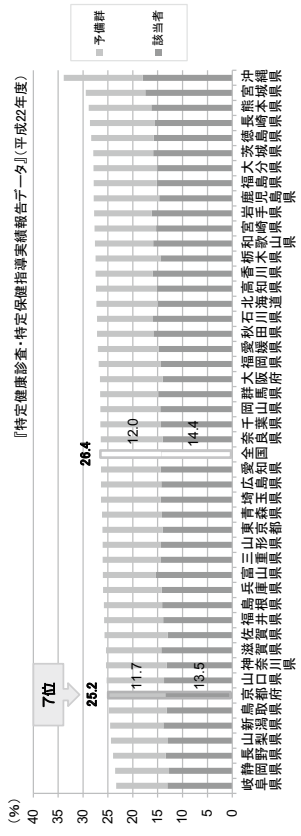


(4) メタボリックシンドロームの状況

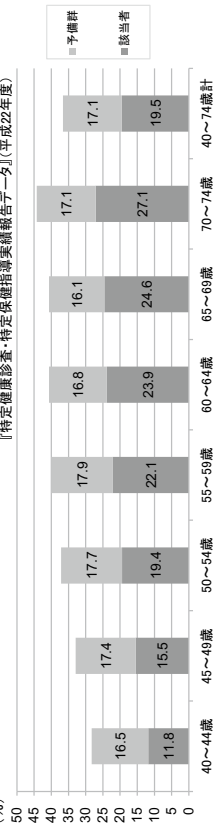
本府における平成 22 年度の特定健康診査受診者に占めるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合（推計値）は 25.2% であり、全国平均（26.4%、確報値）を下回っています。性別に見ると、40～74 歳の男性の約 3 人に 1 人、女性の約 10 人に 1 人が該当者及び予備群となっており、平成 22 年 3 月末の住民基本台帳人口を用いた場合、本府における該当者及び予備群の総数は約 27 万人と推定されます。

なお、平成 22 年度における平成 20 年度対比でのメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は -1.0% となっており、今後は、青年期、壮年期などのライフステージに応じた保健指導などの取組の一層の推進が重要となります。

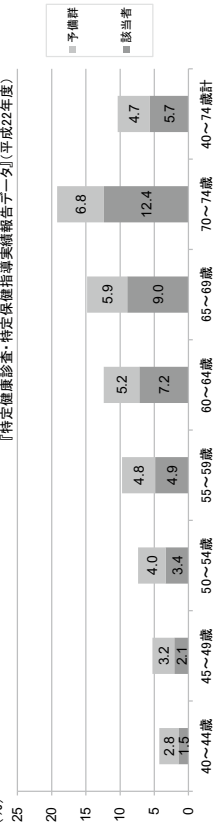
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（40～74歳）



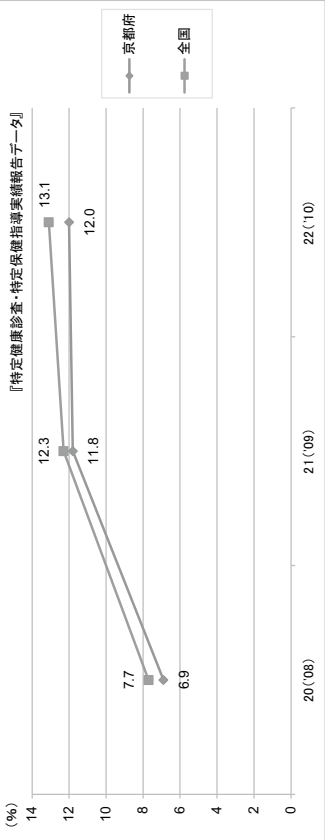
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（京都府・男性）



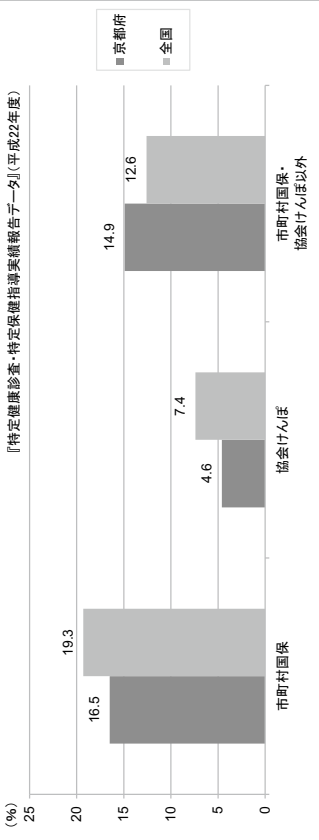
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（京都府・女性）



特定保健指導の実施率の推移



保険者種別特定保健指導の実施率



5 人口推計等

現在、本府の人口は減少傾向にあります。高齢者人口はしばらく増加を続けると予想されており、65歳以上の人口は、平成22年は61万人ですが、平成32年には約74万人になると推計されています。

総人口に占める65歳以上の人口の割合は、平成22年は23.4%、平成47年には32.3%と推計されており、平成22年には、生産年齢人口（15～64歳人口）2.7人で1人の高齢者を支えていたのに対して、平成47年には生産年齢人口1.8人で1人の高齢者を支えることとなります。

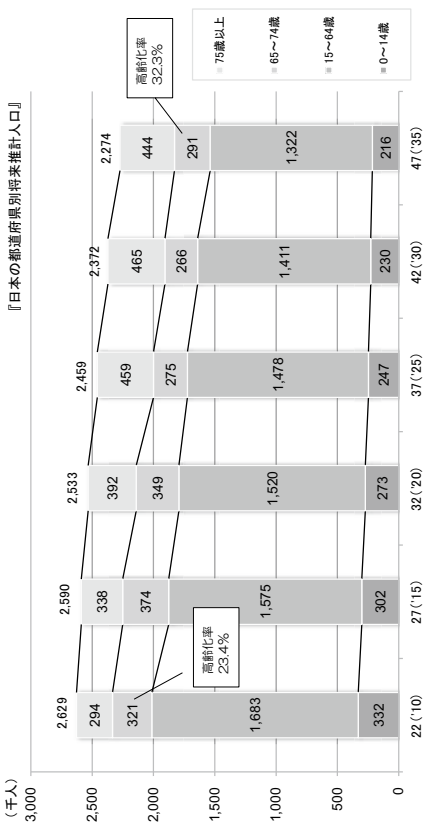
また、こうした高齢化の進展により、高齢者の医療費は、今後高い伸びを示すことが予想されます。

京都府の将来推計人口

	H22	H27	H32	H37	H42	H47
総人口	2,629千人	2,590千人	2,533千人	2,459千人	2,372千人	2,274千人
65歳以上	614千人	712千人	740千人	734千人	731千人	735千人
65歳以上の割合	23.4%	27.5%	29.2%	29.9%	30.8%	32.3%

『日本の都道府県別将来推計人口』（平成19年5月推計）
国立社会保障・人口問題研究所

京都府の将来推計人口



Ⅱ 健康長寿の実現に向けた目標及び施策等並びに関係機関との連携・協力

「Ⅰ 策定の趣旨」及び「Ⅱ 医療費を取り巻く現状と課題」を踏まえ、住み慣れた地域で生涯にわたり安心して生活できる健康長寿社会を構築するため、本府として達成すべき目標及び推進すべき施策等を掲げ、取り組んでいくこととします。

1 府民の健康の保持の推進

生活習慣病は、患者の生活の質を著しく低下させるのみでなく、社会全体の経済損失につながります。

生活習慣病の発症リスクが高いメタボリックシンドロームの該当者及びその予備群については、早期に保健指導を行い、自ら生活習慣の改善に取り組むよう行動変容を促すことで生活習慣病の予防につなげることが大切です。あわせて、生活習慣病を発症した場合にも、重症化を予防することで、生活の質の維持・向上を図ることが重要です。

また、喫煙は、こうした生活習慣病の予防可能な最大の危険因子であるほか、受動喫煙も様々な疾病の原因とされています。

さらに、近年では、生活習慣病と歯周病との関連性が指摘されており、歯の喪失を防ぐためだけでなく、全身の健康を維持するためにも、歯科と内科及び調剤との連携による口腔管理の推進が求められています。

このため、府民の健康の保持の推進に関する目標及び施策について、京都府保健医療計画と調和を図り、次のとおり掲げることとします。

(1) 達成すべき目標

- 特定健康診査の実施率 41.5% (22年度) → 70% (29年度)
- 特定保健指導の実施率 12.0% (22年度) → 45% (29年度)
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率
平成20年度と比べて25%以上減少 (29年度)
17.7% (22年度) → 14.0% (29年度)
- 喫煙率
- 受動喫煙の機会を有する者の割合
 - ・行政機関 8.0% (29年度)
 - ・医療機関 6.0% (29年度)
 - ・職場 26.5% (23年度)
→受動喫煙のない職場の実現を目指す (29年度)
 - ・家庭 10.5% (23年度) → 6.0% (29年度)
 - ・飲食店 38.0% (23年度) → 26.0% (29年度)

(2) 推進すべき施策（対策の方向）

ア 健康づくりの推進
（ア）生活習慣の改善

【基本的な考え方】

少子・高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により健康寿命を全国のトップクラスまで延伸させることを目指し、子どもから高齢者までの全ての世代が、希望や生きがいを持ち健康で心豊かな生活でできる社会を確立します。

また、地域や経済状況の違いによる健康格差を生じさせない社会環境の構築に向けて働きかけを進めます。

そのため、医療機関、行政、教育、民間企業、医療保険者、NPO、府民団体、ボランティア団体などの多くの機関で構成される府民運動の活動母体である「きょうと健康長寿府民会議」「がん対策推進府民会議」を中心として、(1)生活習慣病の発症予防・重症化予防の推進、(2)ライフステージに応じた健康課題への取組、(3)府民の健康を自助・共助・公助による地域や世代間の相互扶助で支える環境づくりを、府民運動として総合的に推進してまいります。

I. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の推進

生活習慣病である、がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）及び要介護の原因である骨折の誘因となる骨粗鬆症に対処するためには、各疾病に応じた取組の目標を設定し、さらに、食生活の改善や運動習慣の定着などによる一次予防、「健診は愛」をスローガンにした各種健（検）診啓発活動による異常の早期発見・早期治療及び糖尿病の進行による腎症など合併症の併発による重症化の予防に重点を置いた、健康づくりの対策を推進します。

①各疾病に応じた取組の目標

- ＜がん＞
 - 健診受診率向上による早期発見・早期治療により年齢調整死亡率を減少
- ＜循環器疾患＞
 - 脳血管疾患や虚血性心疾患の発症の危険因子である高血圧、脂質異常症を予防することにより、死亡率を減少
- ＜糖尿病＞
 - 有病者の増加を抑制し、特定保健指導の指導率向上により血糖値の適正管理、合併症を減少
- ＜COPD＞
 - 健診受診による早期発見と適正な治療により、重症化を予防できるよう、疾病に対する認知度を向上
- ＜骨粗鬆症＞
 - 食と運動の普及啓発、適正な治療により、転倒骨折等による要介護者を減少

②一次予防の推進

- ＜栄養・食生活＞
 - 府民が適正体重を理解し、活動量に見合った食事量や内容、望ましい食習慣の実践ができるよう、関係団体等と協働し知識を普及
 - 健康ばんざい京のおぼんざい弁当シリーズ、減塩や野菜たっぷりなどの料理を提供する健康づくりに取り組む店舗の情報を広く府民に提供
 - 学校・福祉施設の給食や企業の社員食堂等を担う特定給食施設で、利用者に応じ

た食事の提供や栄養の評価が実施されるよう支援

- ・地域において健康や食生活に関する活動を進められる食生活改善推進員などのボランティア組織の活動を支援し、各地域において個人の食生活をサポートできる環境を整備

＜身体活動・運動＞

- ・ウォーキングや軽体操など、気軽に参加し実践できる運動を地域で実施し広げサポーターを育成し、運動習慣を地域に醸成
- ・健康増進施設や民間運動施設を活用し、身近に運動を取り入れやすい環境づくりや、高血圧・糖尿病の重症化予防のための運動の取組を推進

＜休養＞

- ・健康づくりのための余暇の過ごし方、睡眠の質に関する正しい情報を発信
- ・個人にあった睡眠による心身の休養の確保について、職場と連携・協働し、環境を整備

＜飲酒＞

- ・飲酒による身体への影響や適度な飲酒量など、正確で有益な情報を発信
- ・学校教育と協働した未成年者への教育や、市町村・医療機関と協働した妊婦等に対する教育活動を実施

＜喫煙＞

- ・防煙教育等たばこが健康に及ぼす影響についての知識の普及、禁煙支援を行う医療機関・薬局の増加、受動喫煙防止対策を行う施設を増加等、喫煙対策を推進

＜歯・口腔の健康＞

※再掲「(イ) 歯科保健対策」

＜こころの健康＞

- ・精神保健福祉センターや保健所等の心の健康相談を充実するとともに、地域保健の拠点である保健所において、精神保健福祉センターの技術支援を受けつつ、地域・職域連携推進会議や障害者自立支援協議会等を活用して、産業保健や学校保健との連携体制を構築

- ・職場のメンタルヘルス対策について、地域産業保健センター等による労働者への相談・指導とともに、メンタルヘルス対策の導入・改善のための事業所支援等を推進

- ・学校に臨床心理士（スクールカウンセラー）を配置し、児童生徒、保護者、教職員への専門的な助言を行うほか、いじめ対策 24 時間電話相談やメール相談等により、相談機能を充実

- ・精神疾患や精神科医療の正しい理解を府民に広めるため、教育委員会と連携した学校教育における啓発の取組とともに、京都府ホームページでの啓発、パンフレット作成・配布、講演会開催、講師派遣等を実施

③健診受診率向上と疾病の早期発見

- ・がん検診、特定健診・特定保健指導の受診率向上のため、「健診は愛」をスローガンとした啓発活動を医療従事者、企業、職域保健関係者、報道機関等と協働し、未受診や優先順位の高い年齢層を中心に実施
- ・子どもの頃から、がんに対する正しい知識を得るため、学校教育の中に学習機会を取り入れ
- ・がん検診・特定健診のセット化や、夜間・休日検診の充実、検診の広域化などについて、関係機関の調整を図り導入を推進することにより、府民が健診を受けやすい体制を整備

また、引き続き、生涯を通じて府民自らが継続して実行できる健康づくりを支援するため、次のような取組を推進します。

- ・ICTを活用し、府民が自身の健康情報を手元でいつでも見られるようなシステムを構築することで、府民が主体的に健康づくりに取り組み意識を醸成するとともに、個人の状況に合わせた情報提供や健康相談等を実施

ライフステータスの対照の方向性

[illegible]

III. 府民の健康を地域・世代間交流で支え守るための社会環境の整備

府民一人ひとりの健康を支えるためには、社会の幅広い分野の連携が必要です。

京都府の健康づくりを推進するため、「きょうと健康長寿推進府民会議」や「地域・職域連携推進会議」等を推進母体として2つの柱で推進します。

- ナール京都体制により、健康づくり運動を推進します。
- 府民の生活・価値観は多様化しており、各個人の健康づくりをサポートするためには、多くの分野の機関との関わりが必要で、「きょうと健康長寿推進府民会議」や「地域・職域連携推進会議」を中心として、医療・保健分野、教育分野、農林・漁業分野、都市計画分野等の関係機関と、府域全体及び地域特性に応じた健康づくりの取組を更に推進していきます。

18

- ・健（検）診が円滑かつ効果的に実施されるように、がん検診受診率向上部会、地域・職域連携推進会議等において、情報共有・協議を実施
- ・医療保険者協議会と協働し、健（検）診実施状況について評価し、効果的な事業企画・運営ができる人材を育成し、健（検）診の質を向上

④重症化の予防

- ・合併症の治療や管理の行える医療機関や専門医、薬局等に関する情報について「京都健康医療よろずネットワーク」を通じて、医療関係者や患者へ提供
- ・健診で要指導・要医療の判定となった者が、生活習慣改善のための個別サポートを受けられる体制を強化するための地域ネットワーク体制の構築
- ・高齢期において、QOLを維持して生活ができるよう、後期高齢者医療広域連合と連携した高齢者に対する個別の保健指導等を実施

Ⅱ. ライフステージに応じた健康づくり

個々人の生活習慣全体を包括的にとらえたアプローチが望ましいため、様々な専門職や関係機関が連携を図り、別表に基づきライフステージ別に取り組みを進めることとします。なお、各世代毎に留意すべき事項は次のとおりです。

＜小児期＞ 目標：将来の健康なからだ心を作るための健全な生活習慣を身につける

- ・保育園・学校で、野菜栽培、調理、食べるの一連の体験型食育教育を実施し、食に対する関心を高め、健全な食生活を育成
- ・健康長寿を目指し、子どもの時から、健康で丈夫な骨を作るため、カルシウム摂取・運動習慣の定着について、学校・保育所と連携し、普及啓発活動を推進
- ・がん、心疾患など多くの疾患の発症因子であるたばこに対する防煙教育を学校で実施し、たばこが体に及ぼす影響についての知識を普及
- ・う歯予防のため、幼児期のフッ化物塗布、学童期の歯口を実施できる環境整備を市町村、学校教育と連携して実施

＜青・壮年期＞ 目標：生活習慣病予防のための食と運動習慣の定着

定期的な健診受診による、異常の早期発見

- ・肥満・高血圧予防のため、社員食堂や外食産業において「適切な量と質の食事」を選択して摂取できる環境を整備
- ・府民が楽しんで仲間と交流しながら、運動や正しい生活習慣を総合的に継続できる仕組みを構築
- ・職場で健康づくりに取り組める事業所を支援
- ・保険者・企業と連携し、特定健診・がん検診・歯周病健診等の健診受診促進啓発を実施

- ・雇用主や保険者など職域関係者と連携し、精神疾患に関する正しい知識を普及
- ・個人の状態にあわせて効果的に健康づくりを実施することができるよう、保健師や栄養士等に気候に相談できる個別サポートシステムを構築

＜高齢期＞ 目標：疾病をもちながらも、ADLを維持し自立した生活を生きがいを持って送ることができる

- ・身近な地域において、食と運動による健康づくりを推進するグループを育成
- ・個人の状態にあわせて効果的に健康づくりを実施することができるよう、包括支援センターと連携し保健師や栄養士等に気軽に相談できる個別サポートシステムを構築

また、健康づくりくに自発的に取り組む企業や団体等の活動を周知・広報し、企業や団体、自治体等との連携を推進します。

②市町村の健康づくり事業を支援します。

市町村が推進している一次予防の取組をバックアップするために、地域において健康づくり推進の「核」となるNPO法人、住民組織団体、ボランティア団体等を育成し、京都府における健康づくりを自治体と民間活力との協働により体系的に進んでいきます。

(イ) 歯科保健対策

- ★8020運動の推進
 - ・「8020運動」(80歳になっても自分の歯を20本以上保つ)を推進し、歯科保健に関する普及啓発を実施
- ★口腔機能の維持・向上
 - ・食育、口腔機能に影響を与える習癖等の改善や口腔機能訓練等による口腔機能の健全な育成、補綴による口腔機能の維持・回復を推進
- ★歯科疾患予防のための知識の普及
 - ・歯周病と糖尿病、喫煙、早産、脳卒中、心筋梗塞、メタボリックシンドローム等の関連性、眼瞼性肺炎、口腔がん等に関する知識の普及啓発
- ★人材育成
 - ・歯科医療等業務に従事する者等に対する情報の提供や研修の充実を図るとともに、人材育成のための体制づくりなど環境整備を推進
- ★口腔保健支援センター
 - ・医科・歯科・調剤連携、障害者(児)の歯科口腔保健(医療)の充実に向けた支援等の中核となる口腔保健支援センターを新たに設置
- ★ライフステージごとの特性を踏まえた施策の実施
 - <乳幼児期・学齢期>
 - フッ化物塗布・洗口によるむし歯予防の推進
 - ・フッ化物塗布・洗口に関する情報提供や地域・保育所・幼稚園・学校等での取組を支援
 - 学校等における歯科口腔保健指導の実施
 - ・生活習慣、食育、歯口清掃方法や口腔の外傷に関する知識の普及等の実施
 - <成人期・高齢期>
 - 歯科疾患予防のための口腔管理の推進
 - ・かかりつけ歯科医による定期的な歯面清掃、歯石除去、個別保健指導等の受診を啓発
 - 歯間清掃補助用具(デンタルフロスや歯間ブラシ等)使用の普及・啓発
 - 職域、市町等における歯科検診実施の推進
 - ・地域・職域連携協議会を軸に、職域における歯科検診や口腔保健指導の実施を促進
- 歯科と医科及び調剤との連携の推進
 - ・糖尿病や心筋梗塞、脳卒中等の生活習慣病に罹患している患者疾病情報の共有や治療方針の協議、周術期の患者の口腔管理等、歯科診療所と病院・一般診療所及び調剤との連携を推進
- <障害者(児)・要介護者>
 - 障害者(児)や要介護者の歯科診療・口腔ケア体制の充実
 - ・障害者(児)や在宅療養者、介護施設・社会福祉施設等の通所者・入所者などに

- 対する在宅歯科医療、障害者歯科、口腔ケアの充実、研修による人材育成及び口腔機能の維持向上の必要性の啓発等を推進
- ・地域包括ケアシステムにより、地域の病院や主治医を含む医療、保健、障害者福祉、介護関係機関等の関係者との連携体制の構築を推進
 - ・北部地域における、障害者の歯科診療を専門的・集中的に行うため、北部障害者歯科診療拠点を整備
- ★京都府民歯科保健実態調査の実施
- ・歯科口腔保健を推進するための指標を適切に評価するため、おおむね5年ごとに実態調査を実施
- ★災害時における歯科口腔保健のための体制整備
- ・歯科口腔保健の保持のため、速やかに口腔ケア等の対応が行える体制を整備

イ 5 疾病に係る対策 (ア) がん

- ★がんの予防
- ・がんの教育や府民に対する普及啓発の強化・環境整備のため、医療従事者とがん経験者による教育実践チーム(「生命」のがん教育推進プロジェクト)を整備し、教育機関においてがんの病態や予防・早期発見・治療に関する教育が充実されるよう働きかけるとともに、副読本等がんに関する教材を普及
 - ・特に企業や職域保健関係者等と連携したがんに関する知識の普及啓発
 - ・防衛教育等たばこの健康に対する影響についての知識の普及、禁煙支援を行う医療機関・薬局の増加、受動喫煙防止対策を行う施設の増加等たばこ対策の推進
 - ・食塩、アルコールを控える、野菜や果物の摂取、運動等がんの発生リスクを下げる生活習慣の普及
 - ・子宮頸がんワクチンの接種促進、肝炎ウイルス検査の受検機会拡大等、持続感染によるがんの予防対策の推進
- ★がんの早期発見
- ・医療従事者や企業、職域保健関係者と連携した検診受診啓発を実施。未受診者や優先順位の高い層に対する啓発、受診勧奨を実施。メディアを意識した啓発
 - ・セット検診や夜間・休日検診の充実、検診の広域化などについて関係機関との調整を図り、導入を支援・推進するとともに、検診事業者、検診実施医療機関の実施体制を把握し、必要に応じて整備を呼びかけ
 - ・検診方法の見直しにかかる国の議論を踏まえ、見直しがなされた場合、市町村が迅速に導入できるよう支援
 - ・受診率、発見率等のデータを分析し、市町村やがん検診事業者に働きかけるなど、がん検診の精度管理・事業評価を推進

(イ) 脳卒中

- ★脳卒中の予防・早期発見 ※再掲「ア 健康づくりの推進」
- 発症の危険因子である高血圧、脂質異常症を予防することにより、死亡率の減少を目指します。
- ①1次予防の推進
- <栄養・食生活>
 - ・府民が適正体重を理解し、活動量に見合った食事量や内容、望ましい食習慣を実践するための知識の普及
 - ・健康ばんざい京のおばんざいや当シリーズ等健康づくりに取り組み店舗の情報提供

・特定給食施設で利用者に応じた食事の提供や栄養の評価が実施されるよう支援
・食生活改善推進員などのボランティア組織の活動を支援し、各地域において個人の食生活をサポートのできる環境を整備
＜身体活動・運動＞
・運動習慣を地域に醸成
・身近に運動を取り入れやすい環境づくり、高血圧等の重症化予防のための運動の取組を推進
＜休養＞
・健康づくりのための余暇の過ごし方、睡眠の質に関する正しい情報を発信
・心身の休養の確保について、環境を整備
＜飲酒＞
・飲酒による身体への影響や適度な飲酒量など、正確で有益な情報を発信
・学校教育、市町村・医療機関と協働した教育活動を実施
＜喫煙＞
・防煙教育等、禁煙支援を行う医療機関の増加、受動喫煙防止対策を行う施設の増加等喫煙対策を推進
②健診受診率向上と疾病の早期発見
・特定健診・特定保健指導の受診率向上のため、「健診は愛」をスローガンとした啓発活動を未受診や優先順位の高い年齢層を中心にして実施
・夜間・休日健診の充実、健診の広域化などについて導入を推進
・健(検)診が円滑かつ効果的に実施されるように、地域・職域連携推進会議等において、情報共有・協議を実施
・健(検)診実施状況について評価、効果的な事業企画運営ができる人材を育成
③重症化の予防
・健診で要指導・要医療の判定となった者が、生活習慣改善のための個別サポートを受けられる体制を強化するための地域ネットワーク体制を整備

(ウ) 急性心筋梗塞

★急性心筋梗塞の予防・早期発見 ※再掲「ア 健康づくりの推進」
発症の危険因子である高血圧、脂質異常症を予防することにより、死亡率の減少を目指します。
① 1次予防の推進
＜栄養・食生活＞
・府民が適正体重を理解し、活動量に見合った食事量や内容、望ましい食習慣を実践するための知識の普及
・健康ばんざい京のおぼんざい弁当シリーズ等健康づくりに取り組む店舗の情報の提供
・特定給食施設で利用者に応じた食事の提供や栄養の評価が実施されるよう支援
・食生活改善推進員などのボランティア組織の活動を支援し、各地域において個人の食生活をサポートのできる環境を整備
＜身体活動・運動＞
・運動習慣を地域に醸成
・身近に運動を取り入れやすい環境づくり、高血圧等の重症化予防のための運動の取組を推進
＜休養＞
・健康づくりのための余暇の過ごし方、睡眠の質に関する正しい情報を発信
・心身の休養の確保について、環境を整備

＜飲酒＞
・飲酒による身体への影響や適度な飲酒量など、正確で有益な情報を発信
・学校教育、市町村・医療機関と協働した教育活動を実施
＜喫煙＞
・防煙教育等、禁煙支援を行う医療機関の増加、受動喫煙防止対策を行う施設の増加等喫煙対策を推進
②健診受診率向上と疾病の早期発見
・特定健診・特定保健指導の受診率向上のため、「健診は愛」をスローガンとした啓発活動を未受診や優先順位の高い年齢層を中心にして実施
・夜間・休日健診の充実、健診の広域化などについて導入を推進
・健(検)診が円滑かつ効果的に実施されるように、地域・職域連携推進会議等において、情報共有・協議を実施
・健(検)診実施状況について評価、効果的な事業企画運営ができる人材を育成
③重症化の予防
・健診で要指導・要医療の判定となった者が、生活習慣改善のための個別サポートを受けられる体制を強化するための地域ネットワーク体制を整備

(エ) 糖尿病

★有病者の増加を抑制、特定保健指導の指導率向上による血糖値の適正管理、合併症の減少 ※再掲「ア 健康づくりの推進」
① 1次予防の推進
＜栄養・食生活＞
・府民が適正体重を理解し、活動量に見合った食事量や内容、望ましい食習慣を実践するための知識の普及
・健康ばんざい京のおぼんざい弁当シリーズ等健康づくりに取り組む店舗の情報の提供
・特定給食施設で利用者に応じた食事の提供や栄養の評価が実施されるよう支援
・食生活改善推進員などのボランティア組織の活動を支援し、各地域において個人の食生活をサポートのできる環境を整備
＜身体活動・運動＞
・運動習慣を地域に醸成
・身近に運動を取り入れやすい環境づくり、高血圧等の重症化予防のための運動の取組を推進
＜休養＞
・健康づくりのための余暇の過ごし方、睡眠の質に関する正しい情報を発信
・心身の休養の確保について、環境を整備
＜飲酒＞
・飲酒による身体への影響や適度な飲酒量など、正確で有益な情報を発信
・学校教育、市町村・医療機関と協働した教育活動を実施
＜喫煙＞
・防煙教育等、禁煙支援を行う医療機関の増加、受動喫煙防止対策を行う施設の増加等喫煙対策を推進
②健診受診率向上と疾病の早期発見
・特定健診・特定保健指導の受診率向上のため、「健診は愛」をスローガンとした啓発活動を未受診や優先順位の高い年齢層を中心にして実施
・夜間・休日健診の充実、健診の広域化などについて導入を推進
・健(検)診が円滑かつ効果的に実施されるように、地域・職域連携推進会議等において、

2 医療の効率的な提供の推進

急速な少子・高齢化の進展する中、誰もが生活する場所を本人の意思で自由に選択でき、きるようにするためには、地域の実状に応じた医療機関の機能分化と連携強化により、急性期から慢性期を経て在宅復帰するまでの切れ目ない医療を効果的に提供することが不可欠であるとともに、医療・介護・福祉が一体となって在宅医療を支える仕組みづくりが重要です。

また、在宅療養生活においては、薬の重復や併用を避けた適切な薬歴管理も大切であり、かかりつけ薬局（薬剤師）の定着が求められます。

さらに、後発医薬品は先発品に比べ低価格で提供され、医療を受ける人の経済的な負担軽減に貢献するものとして注目されていますが、安全性情報提供体制が十分でない、医薬品の形状・用法等が異なる場合がある、安定供給に不安がある等の意見もあり、医師や医療機関に採用されにくい状況です。

このため、医療の効率的な提供の推進に関する施策について、京都府保健医療計画と調和を図り、次のとおり掲げることとします。

(1) 推進すべき施策（対策の方向）

ア 5 疾病にかかると

(ア) がん

★がん医療体制の充実

- ①手術療法、放射線療法及び化学療法等の推進
 - ・標準治療については均てん化を目指し、機器整備・専門的人材の配置を推進。また、高度な手術や放射線治療、希少がんの治療等については、大学病院等での集約化を目指す、最先端治療の提供体制についても検討
 - ・標準治療の普及のために院内クリティカルパスの普及を推進。また、治療の質を評価するための指標の分析・活用について検討
 - ・がん診療連携拠点病院等による、専門職の確保、チーム医療の推進等の機能強化の取組を支援するとともに、医科歯科連携、栄養サポートチームとの連携、がん領域でのリハビリテーションの実施などの職務間連携をさらに充実。また、がん診療連携拠点病院等以外の医療機関についても、地域保健医療協議会や診療連携に関する会議を活用してその機能の把握に努め、それぞれの特長を活かした連携体制を構築
 - ・京都府立医科大学附属病院と京都大学医学部附属病院の協力・連携のもと、がん診療連携拠点病院等や医療関係団体により構成する「京都府がん医療戦略推進会議」により、地域連携クリティカルパスを作成・普及するなど、連携してがん医療水準を向上
 - ・大学病院の育成機能に対する支援を行うなど、専門的人材の育成・配置を推進
 - ・専門人材の養成講座の運営やがん診療連携拠点病院等の専門人材確保のための研修派遣を支援
- ②緩和ケア・在宅医療
- ・がん診療連携拠点病院等の緩和ケアチームへの精神科医師、認定薬剤師・認定看護師・社会福祉士・心理職の関与等機能を充実。また、院内医療従事者への研修実施や医療従事者の連携により、院内における緩和ケアの体制をさらに強化し、緩和ケアチーム、緩和ケア外来にアクセスしやすい環境を整備
 - ・がん診療連携拠点病院・京都府がん診療連携拠点病院による医師及びコメディカルに対する

情報共有・協議を実施

- ・健(仮)診実施状況について評価、効果的な事業企画運営ができる人材を育成
- ③重症化の予防
- ・健診で要指導・要医療の判定となった者が、生活習慣改善のための個別サポートを受けられる体制を強化するための地域ネットワーク体制を整備

(オ) 精神疾患

<精神疾患>

★予防・アクセス

- ①ライフステージに応じた「心の健康づくり」の充実
- ・精神保健福祉センターや保健所等の心の健康相談を充実するとともに、地域保健の拠点である保健所において、精神保健福祉センターの技術支援を受けつつ、地域・地域連携推進会議や障害者自立支援協議会等を活用して、産業保健や学校保健との連携体制を構築
 - ・職場のメンタルヘルス対策について、地域産業保健センター等による労働者への相談・指導とともに、メンタルヘルス対策の導入・改善のための事業所支援等を推進
 - ・学校に臨床心理士（スクールカウンセラー）を配置し、児童生徒、保護者、教職員への専門的な助言を行うほか、いじめ対策 24 時間電話相談やメール相談等により、相談機能を充実
- ②早期相談・早期診断に向けた取組
- ・精神疾患や精神科医療の正しい理解を府民に広めるため、教育委員会と連携した学校教育における啓発の取組とともに、京都府ホームページでの啓発、パンフレット作成・配布、講演会開催、講師派遣等を実施
 - ・ゲートキーパー養成研修、気軽に話ができる居場所づくり等を進めるとともに、精神保健福祉センターや保健所等の心の健康相談の充実、地域で相談に応じる「こころの健康推進員」の養成、夜間・休日・休日の電話相談の充実等により、身近な相談体制を整備
 - ・かかりつけ医や薬局薬剤師等が必要な場合に精神科医療機関を紹介できるよう、一般科医と精神科医のネットワーク交流会（G-P ネット）、事例検討会、研修会等を通じて、かかりつけ医や薬局薬剤師等と精神科医の連携を促進
 - ・未治療者・治療中断者等を適切に精神科医療や福祉サービスにつなげるよう、医療、福祉等の多職種チームによる訪問支援（アウトリーチ）を充実

<認知症>

★認知症の正しい理解と予防

- 市町村が実施する健康づくりや介護予防など認知症予防につながる事業を支援し、認知症予防の重要性を地域住民に周知
- 認知症に対する正しい理解や知識を深めるため、「認知症サポーター養成講座」等の実施を促進するとともに、小中高等学校の児童・生徒や大学の学生を対象とするなど学齢期からの実施を積極的に展開
- 高齢者の地域生活を支える情報支援ツールとして、介護サービスや福祉ボランティアなどの地域の福祉資源を「見える化」した「高齢者安心マップ」（仮称）に「京都高齢者あんしんサポート企業」など認知症に関する地域資源の情報を掲載し、広く地域住民に周知

緩和ケア研修会を支援

- ・府内の緩和ケアに係る連携体制の強化、病院及び診療所、訪問看護ステーション、薬局等の在宅緩和ケアを提供体制の整備を図るため、在宅緩和ケア等に係る研修の開催や、地域資源の把握、関係者等との情報共有
- ③小児がんへの対応
- ・必要医療機関単位で緩和ケア病棟が整備されるよう、医療施設に働きかけを行うとともに、二次に広げられ病棟整備を支援。また、緩和ケア病棟で勤務する専門性の高い人材を育成

③小児がんへの対応

- ・小児がん拠点病院における集学的医療や緩和ケアの提供、セカンドオピニオンの体制整備等小児がん診療機能等の更なる強化を図るとともに、地域や他府県の小児がんに関わる医療機関との連携体制を強化
- ・小児がん拠点病院における療養支援担当者の配置、小児慢性特定疾患制度による医療費助成や宿泊費補助など、患者・家族の療養環境の更なる整備
- ・小児がん拠点病院を明確化し、小児がん経験者に対する相談支援体制の強化及びその周知。また、就労支援窓口を明確化し、周知するとともに、相談支援センターの連携を強化

★がん患者の視点に立った情報提供・調査研究

- ・がん相談支援センターの相談支援員と院内の診療科、他職種との連携等機能をさらに充実に実。がん相談支援センターやセカンドオピニオン窓口、患者の療養生活を支援する制度の周知。かかりつけ医や看護師等患者に身近な医療従事者との連携を通じ、治療法等に関する情報を提供
- ・患者サロン・連誼会等の患者の療養生活を支える活動について支援
- ・地域の医療機関のがん医療の特長を把握しがん医療マップ（仮称）として、府民に分かりやすいかたちで提供するなど、幅広い情報収集・提供の仕組みや、より利用しやすいセカンドオピニオンの提供体制を整備
- ・がんの病態や治療法、医療機関やがん患者等の療養生活上の悩みなどに對する総合的で、利用しやすい窓口を整備し、専門機関・関係団体と協働し患者等に寄り添いながら対応する体制を整備
- ・企業や患者団体、医療関係団体と連携し、がんに関する情報冊子を広く周知
- ・企業に対し働きながら治療が可能であること等の正しい知識を普及するとともに、産業医、企業人事担当者、労働相談部門、就労相談部門、就労相談支援センター等の関係者の連携を強化し、がん患者の労働に関する相談体制を充実
- ・院内がん登録実施施設に對する研修実施、国立がん研究センターの研修受講支援など、届出票の精度向上。また、院内がん登録実施病院の予後調査を支援するための仕組みを検討
- ・地域がん登録の精度向上のため、引き続き医療機関に届出を呼びかけるとともに、生存確認調査の実施手順についても必要に応じて見直し
- ・がん登録集計データを実施手帳や各団体の取組に活用するため、より詳細なデータを分析・提供するための仕組みを構築

(イ) 脳卒中

★脳卒中中の医療の充実実

①急性期

- ・脳卒中が疑われる患者に対して専門的治療が24時間実施可能で、発症後4.5時間以内の超急性期に血栓溶解療法が実施可能であるなど、脳血管疾患の救急受入のできる地域の病院に血栓溶解療法を行うとともに、救急医療情報システムを充実
- ・医療圏を超えた対応を要する場合には、へり搬送の活用等広域的な救急搬送体制を充

25

- 病院前救護を適切に行えるよう、専門性を高めた認定救急救命士の養成等質の向上を支援

②回復期

- ・ 高次脳機能障害へのリハビリテーション医療の強化
- ・ 先端的リハビリテーション治療の府内導入を促進
- ・ 地域におけるリハビリテーション連携体制を構築
- ・ 脳卒中クリティカルパスの IT 化を促進し、病院間の情報共有の迅速化を図ることに
より、切れない医療の提供を推進

- ・リハビリテーション従事者の確保・育成

- ・回復期リハビリテーション病棟の設置促進
- ・訪問リハビリテーション事業所開設等の推進

③維持期 ※再掲「在宅医療」

- ・京都市地域包括ケアシステムの実現（医療・介護・福祉の連携強化）
- ・地域包括ケアに資する連携人材の育成
- ・「在宅療養あんしん病院登録システム」の普及定着
- ・複数かかりつけ医による容態にあった医療を受けることのできる環境整備の推進
- ・地域における病診連携を強化するため地域医療支援病院の指定を推進
- ・在宅チーム医療を推進
- ・かかりつけ薬局（薬剤師）の定着支援

④各病期共通

- ・脳卒中に罹患している患者疾病情報の交換や治療方針の協議等、口腔保健支援センターを核として、歯科診療所と病院、診療所との連携を推進

(ウ) 急性心筋梗塞

★急性心筋梗塞の医療の充実

①急性期

- ・急性心筋梗塞が疑われる患者に対して専門的治療が24時間実施可能であるなど、急性心筋梗塞の救急受入のできる地域の病院を明確にするとともに、救急医療情報システムの充実
- ・医療圏を超えた対応を要する場合には、ヘリ搬送の活用等広域的な救急搬送体制を充実
- ・病院前救護を適切に行えるよう、専門性を高めた認定救急救命士の養成等質の向上を支援するとともに、一般市民に対する心肺蘇生やAEDの講習会を実施

②リハビリテーションの充実

- ・地域におけるリハビリテーション連携体制を構築
- ・リハビリテーション従事者の確保・育成
- ・回復期リハビリテーション病棟の設置促進
- ・訪問リハビリテーション事業所開設等の推進

③維持期 ※再掲「イ在宅医療」

- ・京都市域包括ケアシステムの実現（医療・介護・福祉の連携強化）
- ・地域包括ケアに資する連携人材の育成
- ・「在宅療養あんしん病院登録システム」の普及定着
- ・複数かかりつけ医による容態にあった医療を受けることのできる環境整備の推進
- ・地域における病診連携を強化するための地域医療支援病院の指定を推進
- ・在宅チーム医療を推進
- ・かかりつけ薬局（薬剤師）の定着支援

26

(エ) 糖尿病

★糖尿病医療の充実

- ①診療・治療体制の整備、地域医療連携体制の構築
- ・医師、看護師、管理栄養士等や関係団体との連携を強化し、以下の取組を推進
 - ・専門医やそれに準ずるかかりつけ医の人材育成のための研修等を実施
 - ・合併症の治療や管理の行える医療機関や専門医、薬局等に関する情報について健康医療よろずネット」を通じて、医療関係者や患者へ提供
- ②継続治療の促進（重症化の予防や進行の防止）
- ・糖尿病患者・予備群に対するかかりつけ医・産業医と歯科医師・歯科衛生士・栄養士との共同によるきめ細やかな栄養・運動・歯周病の指導・管理を促進
 - ・糖尿病が疑われる者をリスト化した上で、医療機関を受診していない者に対し、受診勧奨等を実施する市町村の取組を支援
 - ・糖尿病病患者に重症化予防プログラムを実施、人工透析への移行や合併症の重症化の予防、遅延を図る市町村の取組を支援

(オ) 精神疾患

<精神疾患>

★治療・回復・社会復帰

- ①精神科医療体制の整備
- ・北部地域及び南部地域において、それぞれの精神科医療関係者の協議会の開催等により、患者の状態に応じて、外来医療、デイケア、訪問診療、訪問看護、入院医療等の精神科医療が適切に提供できる体制を構築
 - ・精神科病床等の医療資源の地域偏在の是正について、精神科医が不足している現状も踏まえつつ引き続き検討
- ②地域生活への移行・定着
- ・地域移行支援・地域定着支援を担う相談支援従事者の養成、退院後のデイケアや訪問支援（アウトリーチ）、精神科救急医療体制を充実するとともに、障害者自立支援協議会等を通じて、精神科医療機関、訪問看護ステーション、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、市町村等と連携・協力して、入院患者の地域移行及び退院患者の地域定着を推進
 - ・精神疾患患者の社会復帰促進のため、はあとふるジョブカフェにおいて相談・企業体験・職業紹介・職場定着等の総合的な就労支援を行うほか、精神科医療機関と障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、はあとふるジョブカフェ等の連携、府庁ゆめこうげんによる雇用、精神保健福祉センターの行う社会適応訓練事業等を充実
 - ・精神疾患患者の「福祉から雇用へ」の移行を支援するため、就労継続支援事業所において精神疾患患者が健常者と共働する環境を整備し、一般就労に向けた個別伴走型支援を実施
 - ・生活や就労に複合的な問題を抱える者等に対して、パーソナルサポーターが一人ひとりに対し、必要な制度やサービスにつなげる、個別的・継続的な伴走型支援（パーソナルサポート事業）を実施
 - ・障害者自立支援協議会の意見等を踏まえ、グループホーム・ケアホーム等の「住まいの場」の確保を図るとともに、生活訓練、就労継続支援、地域活動支援センター等の「活動の場」を充実
 - ・その際、重度障害者も利用できるよう、夜間も含め支援体制を充実したグループホーム・ケアホームの整備に配慮

③患者・家族の視点に立った支援

- ・患者・家族が地域で孤立せず、患者・家族同士のピアサポートを受けられるよう、精神保健福祉センター、保健所等において、精神疾患ごとの特性に応じて、相談支援や患者・家族教室を行うとともに、患者・家族会による「交流の場」を支援

★精神科救急・身体合併症・専門医療・災害時対応

- ①精神科救急医療の充実
- （窓口機能の強化）
 - ・精神科病院・診療所等の精神科医の協力を得ながら、精神科救急情報センターの振分け機能の強化、夜間・休日の電話相談の充実等により、窓口機能を強化（精神科医療機関の自院患者への夜間・休日対応の強化）
 - ・全ての精神科医療機関が精神科救急医療を支えるよう、精神科病院について、自院患者に関する夜間・休日対応の強化（自院患者からの電話への対応、精神科救急情報センターからの電話への対応、医師のオンコール体制、入院対応、連携医療機関の確保等）を推進
 - ・全ての精神科医療機関が精神科救急医療を支えるよう、精神科診療所について、夜診の継続、自院患者に関する夜間・休日対応の強化（自院患者からの電話への対応、精神科救急情報センターからの電話への対応、連携医療機関の確保等）を推進（入院を要する精神科救急医療の体制整備）
 - ・入院を要する精神科救急医療体制について、精神科救急医療圏（北部地域、南部地域）ごとに、精神科救急基幹病院（常時対応施設）及び輪番施設の体制を整備
 - ・精神科救急患者の医療機関への受け入れが円滑に行われるよう、精神疾患に係る傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準、精神科救急の治療後の後方支援医療機関への転院基準の策定を検討
 - ・移送体制の確保について、移送制度を運用しやすいものとするよう国に要望するとともに、保健所の体制の問題も含めて引き続き検討
 - ・精神科病院・診療所等の精神保健指定医の協力を得ながら、措置入院時の措置診療、年末年始等の緊急措置措置入院後の措置診療の体制を確保
 - ・多量服薬・自傷行為を行うパソナリティ障害、BPSD（行動・心理症状）を伴う認知症、行動障害を伴う発達障害等について、精神科救急医療システムの対象化を検討

	精神科救急基幹病院（常時対応施設）	輪番施設
北部地域	舞鶴医療センター	東舞鶴医誠会病院、もみじヶ丘病院
南部地域	洛南病院	いわくら病院、宇治おうばく病院、川越病院、北山病院、京都大学医学部附属病院、京都博愛会病院、京都府立医科大学附属病院、醍醐病院、第二北山病院、長岡病院、西山病院

②身体合併症患者への医療の充実

- （救命救急センター等の役割）
- ・身体疾患が重篤な救急患者について、精神疾患の有無に関わらず、救命救急センターや地域で中核となる二次救急医療機関での受け入れを推進
- ・救命救急センター等で受け入れた重篤患者について、身体疾患が安定した後の精神科医療機関への転院基準の策定を検討（精神科病床を有する総合病院の役割）
- ・身体疾患・精神疾患ともに入院を要する水準の患者について、大学病院を含む精神病

床を有する総合病院での受入れを推進するとともに、身体合併症対応病床の整備を検討		
・大学病院について、がん・白血病等の高度・専門的な医療を要する身体疾患を合併する精神疾患患者の受入れを推進		
・精神病床を有する総合病院が身体合併症患者を受け入れた場合に医療機関経営が成り立つ診療報酬とするよう、国に要望		
（一般医療機関と精神科医療機関の連携強化）		
・身体疾患・精神疾患ともに入院を要する水準の患者について、一般医療機関（二次救急医療機関等）と精神科医療機関が連携を強化して受け入れる取組を推進		
※ 連携強化の内容		
・一般医療機関への精神科医療機関による支援（相談・助言、対診、精神保健福祉士の派遣、転院基準の策定等）		
・一般医療機関への精神保健福祉士等の配置		
・一般医療機関の看護師の精神疾患患者対応力向上のための研修		
・一般医療機関と精神科医療機関の合同症例検討会		
・精神科医療機関への一般医療機関による支援（相談・助言、対診、非常勤医師派遣、転院基準の策定等）等		
・他科受診による入院基本料減額の取扱いを見直し、一般医療機関と精神科医療機関が連携して身体合併症患者を治療しやすい診療報酬とするよう、国に要望		
・身体合併症患者に係る傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準の策定を検討（その他）		
・精神疾患患者が結核等の感染症となった場合や、入院を要する精神疾患患者が人工透析を受ける場合の対応体制を検討		
・精神疾患患者が適切な歯科治療・口腔ケアを受けられるようにするための施策を推進		
	救命救急センター	精神病床を有する総合病院
北部地域	地域で中核となる二次救急医療機関 丹後：京都府立医科大学附属北部医療センター 中丹：市立福知山市民病院 南丹：公立南丹病院	（医療機関名記載の了解を得られた病院） 舞鶴医療センター
南部地域	京都・乙訓：京都医療センター、京都第一赤十字病院、京都第二赤十字病院、洛和会音羽病院 山城北：宇治銘洲会病院 山城南：公立山城病院	京都大学医学部附属病院、京都博愛会病院、京都府立医科大学附属病院
※ 状況に応じて圏域を超えた患者搬送や連携を実施		
③専門的な精神科医療の推進		
・児童精神医療（思春期を含む。）、アルコール・薬物依存症、てんかん等の専門的な精神科医療について、京都府全体で対応できる医療提供体制を整備		
・児童・思春期の発達障害やうつ病等の精神疾患患者に対して集中的・多面的に入院医療を提供するとともに、子ども心の診療に専門的に携わる医師や関係専門職の育成等を行う、拠点機能の整備を検討		

	アルコール・薬物依存症の専門的な入院医療を行う医療機関	
	アルコール依存症	薬物依存症
北部地域	舞鶴医療センター	洛南病院
南部地域	いわくら病院、北山病院、第二北山病院	

※ 「アルコール依存症の専門的な入院医療を行う医療機関」については、例えば「重度アルコール依存症入院医療管理加算」の届出医療機関、アルコール専門病棟を有する医療機関など、専門的な入院医療を提供する医療機関。「薬物依存症の専門的な入院医療を行う医療機関」については、例えば薬物依存症専門病棟を有する医療機関など、薬物依存症の回復プログラム（SMART、OPEN など）を実施し、専門的な入院医療を提供する医療機関（平成 24 年 11 月「保健医療計画への精神疾患医療体制の記載のための調査」）

④災害時対応の充実

- ・災害発生時にも精神疾患患者に対して医療が継続され、避難生活で適切な配慮がなされるよう、京都府地域防災計画に基づき、精神科救護所の設置、巡回診療チームの編成等を実施
- ・被災者の心の健康保持のため、京都府地域防災計画に基づき、医療、保健、福祉、教育等の関係者が連携し、被災者に対する心の健康対策を実施

★うつ病

- ・うつ病に関する正しい理解が促進されるよう、精神保健福祉センター、保健所、学校教育等による啓発を充実
- ・うつ病の早期相談・早期受診を促進するため、精神保健福祉センター、保健所等による心の健康相談、働く人のメンタルヘルス相談、京都府自殺ストレスセンターの相談を強化のほか、かかりつけ医のうつ病対応力向上研修、健康診断を活用したうつ病スクリーニング等を実施
- ・うつ病患者の状態に応じた精神科医療を提供できる体制を整備
- ・うつ病患者の社会復帰促進のため、精神科医療機関と障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、はあとふるジョブカフェ等の連携強化、職場復帰のための事業所支援等を推進
- ・薬物療法の効果がみられない重症うつ病患者に対して、府立洛南病院において、高度磁気刺激装置等を活用し、磁気刺激治療を実施

	うつ病の専門的な入院医療を行う医療機関	
北部地域	東舞鶴区誠会病院、舞鶴医療センター、もみじヶ丘病院	
南部地域	いわくら病院、宇治おうばく病院、川越病院、北山病院、京都大学医学部附属病院、京都博愛会病院、京都府立医科大学附属病院、三誓病院、田辺病院、龍崎病院、第二北山病院、長岡病院、西山病院、洛南病院	

※ 「うつ病の専門的な入院医療を行う医療機関」については、「日本うつ病学会認定治療施設基準（新案）」の「A うつ病治療を担当する施設の基準」に準じて、うつ病の専門的な入院医療を提供する医療機関（平成 24 年 11 月「保健医療計画への精神疾患医療体制の記載のための調査」）

<認知症>

★早期診断・早期対応

- 地域の住民を対象とした啓発活動により、本人、家族や身近にいる地域の住民が早期に気づき、かかりつけ医に相談できる環境を構築
- かかりつけ医の認知診断等に関するアドバイザーとなる認知症サポーター医の養成や、かかりつけ医、看護師等医療従事者に対する認知症対応力向上研修の一層の充実

○「認知症疾患医療センター」などの認知症の鑑別診断を行える医療機関を全医療圏域に設置し、地域認知症医療拠点を整備 ○家庭訪問、アセスメント、家族支援等を一定期間集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」の設置によるアウトリーチ機能（家庭訪問、アセスメント、家族支援等）の充実 ○多職種協働の研修の実施等、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師、地域包括支援センター職員やケアマネジャー等介護従事者が連携の密度を高める仕組みづくりを推進 ★地域での生活を支えるサービスの構築 ○地域ごとに、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかを標準的に決めておく「認知症ケアパス」の作成・普及を促進 ○かかりつけ医、一般病院、専門医療機関、認知症疾患医療センターによるネットワーク体制を整備し、症状に変化があっても途切れず認知症治療が受けられ、できる限り在宅での生活が継続される体制を構築 ○認知症地域支援推進員の設置を促進するとともに、市町村認知症担当者のネットワークの構築による地域サービスの基盤を整備 ○認知症の人に対する口腔ケアの充実、研修による人材育成及び口腔機能の維持向上の必要性の啓発等を推進 ★地域での日常生活・家族の支援の強化 ○巡回相談会を実施し、認知症本人や介護者の負担軽減の支援を推進 ○「認知症サポーター」や「キャラバンメイト」の養成、「京都高齢者あんしんサポート企業」の拡大など、地域の見守りを強化 ○地域の各関係団体や地域住民が参加する徘徊高齢者を想定した捜索・発見・通報・保護などの模擬訓練を、市町村と連携して実施し、地域で見守る基盤を構築 ○認知症コールセンターやキャラバンメイトのいる介護保険事業所等に認知症介護相談窓口を設置し、地域での相談体制を強化 ○「初期認知症対応型カフェ」等を展開し、初期認知症の人の居場所づくりや、医療・介護サービス等を充実 ○認知症の人の家族が、認知症の状態像に応じた理解や知識を深める研修などの場を提供することで、家族自身の認知症対応力向上を促進 ★若年性認知症の人への支援 ○ハンドブックによる啓発や「初期認知症対応型カフェ」による若年性認知症の方の居場所づくりなど、若年性認知症の特性に応じた支援体制を推進 ○認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断と診療等の充実

イ 在宅医療

(ア) 医療・介護・福祉の連携強化、在宅医療提供体制の充実、多様な看取りの体制整備

★医療・介護・福祉の連携強化 ①京都市地域包括ケアシステムの実現 ・行政だけでなく医療・介護・福祉のあらゆる関係団体がオール京都体制で「地域包括ケア」の実現に取り組むための体制として「京都地域包括ケア推進機構」を設立し、制度や組織の壁を越えて連携の強化に繋がる全国モデルとなるような取組を推進
--

・市町村が地域の実情に応じた地域包括ケアを実現するための支援及び市町村圏域をまたがる取組や専門知識を要する取組などの支援も併走型で実施 ・京都地域包括ケア推進機構の構成団体間による医療・介護・福祉のネットワーク構築や各地域包括支援センターや各市町村社会福祉協議会、NPOや地域住民などと積極的に連携するなど、医療・介護・福祉の連携を強化 ②地域包括ケアに資する連携人材の育成 ・医師や看護師に対する基礎的介護知識の研修や、介護職員等に対する基礎的医療知識の研修などを実施し、医療・介護サービスの更なる連携を推進 ・在宅ケアに携わる多職種（医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー等）のチームサポーター体制の構築に向け、地域で在宅チームに携わる地域リーダーを養成 ★在宅医療提供体制の充実 ・あらかじめ、かかりつけ医を持ち、必要な情報を登録しておくことで、在宅療養中の高齢者が体調を崩し、在宅での対応が困難になる前に、スムーズに病院で受診し、入院することで、早期の対応により、病状の悪化や身体への働きをできるだけ防ぎ、退院後、在宅生活を続けるよう医療機関と地域包括支援センターやケアマネジャー等が連携してサポートする「在宅療養あんしん病院登録システム」の普及・定着 ・在宅で療養する高齢者が、いつでも必要な時に適切な医療サービスを利用できるように、複数のかかりつけ医による容態にあった医療を受けることのできる環境整備を推進 ・診療所で安心して在宅医療等に取り組みめるようにするためには病床を持つ病院のバックアップが必要であり、地域における病診連携を強化するため地域医療支援病院の指定を推進 ・在宅医療を複数の医師又は多職種が進められるよう在宅チーム医療を推進 ・京都府立医科大学附属北部医療センターの機能を活用した取組として、総合医療等に豊富な実績を持つ地域の医療機関との相互連携により、地域医療に理解を持つ医師を育成するとともに、長寿研究等の丹後地域をフィールドとした市町等との共同研究等を実施 ・かかりつけ薬局（薬剤師）の定着と訪問薬剤管理指導を実施する薬局の拡充支援 ・在宅療養者、介護施設・社会福祉施設等の通所者・入所者などに対する在宅歯科医療、障害者歯科、口腔ケアの充実、研修による人材育成及び口腔機能の維持向上の必要性の啓発等を推進 ★多様な看取りの体制整備 ・今後迎える多死社会に備え、在宅、施設、病院など多様な看取りを行うためのプランを策定

ウ 医薬品等の安全確保と医薬分業の推進

(ア) 後発医薬品に対する理解の促進

★後発医薬品に対する更なる理解の促進 ・府医師会、府薬剤師会等の医療関係者などからなる「京都府後発医薬品安心使用対策協議会」を開催し、情報・意見交換を行うとともに、府薬剤師会を通じて啓発資料を作成・配布し、患者や府民に対して正しい情報を普及啓発するなど、引き続き、医薬品を使用する患者や府民、医薬品を選択・処方する医療機関、医薬品を調剤する薬局など、全ての関係者の理解が得られる形で、後発医薬品の適正な普及を促進

3 第6次京都府高齢者健康福祉計画の推進

わが国では、高齢化が世界的に例を見ない速度で進行し、これまでに経験したことのない超高齢化社会を迎えようとしています。こうした中においては、高齢者が尊厳を保ちながらそれぞれのライフスタイルによりいきいきと暮らしている環境を整備することが重要です。

このため、第6次京都府高齢者健康福祉計画に掲げる取組を推進します。

重点課題と主な取組

重 点 課 題	主 な 取 組
地域包括ケアの推進 （医療・介護・福祉の一体的提供等）	医療・介護・福祉サービスの一体的提供の推進 在宅療養を支える地域医療の充実 総合的な人材の確保・育成 等
介護予防・健康づくり・リハビリテーションの推進	早い段階からの積極的な介護予防の推進 健康長寿に向けた健康づくりの推進 総合的なリハビリテーションの体制整備 等
高齢者を地域全体で支えるシステムづくり	地域包括ケアに向けた地域ネットワーク体制整備 高齢者を地域全体で支えるための条件整備 高齢者虐待及び権利擁護の対策
認知症高齢者対策の推進	正しい理解と啓発、地域で支える仕組みづくり 医療・介護・福祉サービスの充実と連携強化 家族支援の充実
高齢者の「住まい」の整備促進	住み慣れた地域で安心して暮らせる住まいの確保
高齢者の積極的な社会参加の促進	知識や経験を活かした積極的な社会参加の促進 生きがいを持って生活できる条件整備・地域づくり

IV 医療費の見通し

「Ⅲ 健康長寿の実現に向けた目標及び施策等並びに関係機関との連携・協力」に掲げた目標及び施策等を推進することにより、生涯を通じて府民の健康の維持・増進や、良質な医療・介護サービスを切れ目なく提供するための保健医療提供体制及び地域包括ケアの確立が図られ、それらの結果として、平均在院日数の短縮等が図られると考えられます。

国が示した「都道府県医療費の将来推計ツール」を用いて推計した場合、高齢化の影響や医療の高度化等による伸びを見込んだ本府の平成29年度の医療費の見通しは9,581億5,044万円となり、平成23年度の医療費実績見込み（8,156億9,709万円）と比べて約1,425億円、約17.6%増加することとなります。

この見通しには、平均在院日数の短縮に伴う医療費への影響は含まれていませんが、国のツールは、医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国推計（「社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）」）。以下、「全国推計」という。）を踏まえて、平均在院日数の短縮に伴う医療費への影響を見込むことができるものとなっています。

このため、平成29年の平均在院日数の短縮見通しについて、平成19年から平成23年にかけての本府での実績から試算し、国のツールに当てはめた場合、本府の平成29年度の医療費の見通しは9,726億3,794万円となり、平成23年度と比べて約1,569億円、約19.2%の増となります。

ただし、本府では、介護療養病床を除いた場合の平均在院日数が従来から全国平均に比べて短い上、平成19年から平成23年にかけての5か年では、全国平均を上回る短縮傾向にあり、今後、こうした傾向が鈍化することとも考えられます。

このため、平成29年の平均在院日数の短縮見通しについて、平成19年から平成23年にかけての全国平均の実績から試算し、国のツールに当てはめた場合、本府の平成29年度の医療費の見通しは9,700億385万円となり、平成23年度と比べて約1,543億円、約18.9%の増となります。

なお、平均在院日数の短縮に伴う医療費への影響を見込んだいずれの場合についても、医療費の見通しは、そうした影響を見込まない場合の見通しに比べて高くなっています。これは、国が示したツールが、全国推計の考え方に沿って、平均在院日数の短縮に伴う医療費の減少を見込む一方で、入院減少に伴う外来増や平均在院日数の短縮につながる入院医療の機能強化等の充実に係る医療費の伸びも見込むとともに、この伸び率が減少率を上回る形で設定されていることによるものです。

4 関係機関との連携・協力

府民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進のためには、関係機関との連携・協力が不可欠なことから、本府では、関係機関がそれぞれの役割に沿って、連携・協力しながら施策の推進に当たれるよう調整及び支援を行います。

V 公表等について

医療費の見通しや施策の実施状況等の結果については、府民、関係団体、学識経験者からなる委員会を設置し、意見をいただくとともに、見通しの最終年度の翌年度（平成30年度）に公表することとします。

(参考) 国の「都道府県医療費の将来推計ツール」による推計結果 (単位：千円)				
		平成23年度	平成29年度	
<条件設定>			条件1 (自然増)	条件2 (京都府実績ベース)
平均在院日数(介護療養病床除く全病床)			29.1日	27.3日
入院	平均在院日数短縮の影響を見込まない場合	a	394,787,119	394,787,119
	機能強化等による伸び	b		37,866,425
	効率化に伴う減少	c		▲29,699,371
	平均在院日数短縮の影響を見込んだ場合	d = a + b + c	394,787,119	401,469,254
入院外	平均在院日数短縮の影響を見込まない場合	e	504,755,421	504,755,421
	機能強化等による伸び	f		6,320,445
	効率化に伴う減少	g		
	平均在院日数短縮の影響を見込んだ場合	h = e + f + g	504,755,421	509,926,693
歯科	平均在院日数短縮の影響を見込まない場合	i	58,607,905	58,607,905
	機能強化等による伸び	j		
	効率化に伴う減少	k		
	平均在院日数短縮の影響を見込んだ場合	l = i + j + k	58,607,905	58,607,905
総計	平均在院日数短縮の影響を見込まない場合	A = a + e + i	958,150,445	958,150,445
	機能強化等による伸び	B = b + f + j		44,186,869
	効率化に伴う減少	C = c + g + k		▲29,699,371
	平均在院日数短縮の影響を見込んだ場合	D = A + B + C	958,150,445	970,003,853

資料 1 の関連資料

医療費の見通しの推計方法について（厚生労働省保険局調査課 2012年8月6日）

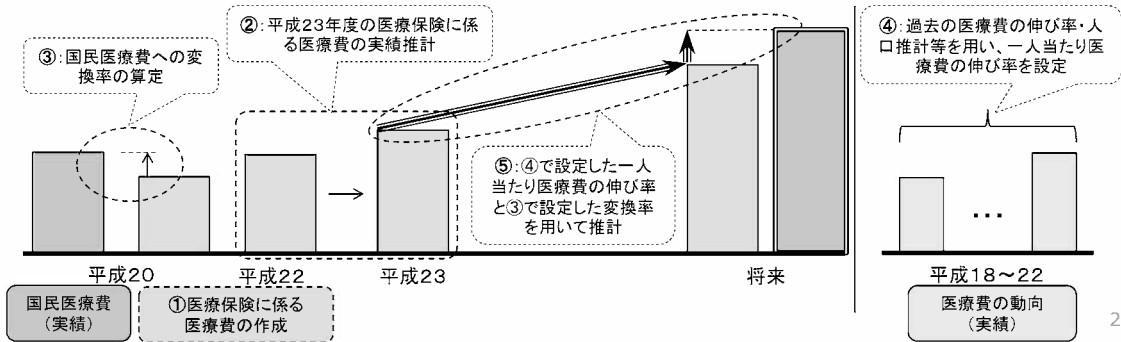
①

都道府県別国民医療費の将来推計について

基本的な構造

- 都道府県別国民医療費の推計手順の概略は以下のとおり。
- ① 事業統計等を基礎として平成20、22年度の医療保険に係る医療費を作成
 - ② ①にて算出した22年度の医療費と「医療費の動向」（平成22、23年度）を用いて医療保険に係る医療費の平成23年度の実績推計を作成
 - ③ ①にて算出した20年度の医療費と「国民医療費（平成20年度）」を用いて公費負担医療等も含めた国民医療費ベースの医療費への変換率を作成
 - ④ 過去の「医療費の動向」に基づく医療費の伸び率や将来の人口推計等を基に適正化の取り組みを行わない場合の将来の一人当たり医療費の伸び率を設定
 - ⑤ ③・④を基に適正化の取り組みを行わない場合の将来の医療費を推計
 - ⑥ 適正化の取り組みの効果を推計

【適正化の取り組みを行わない場合の将来の医療費推計（①～⑤）のイメージ】



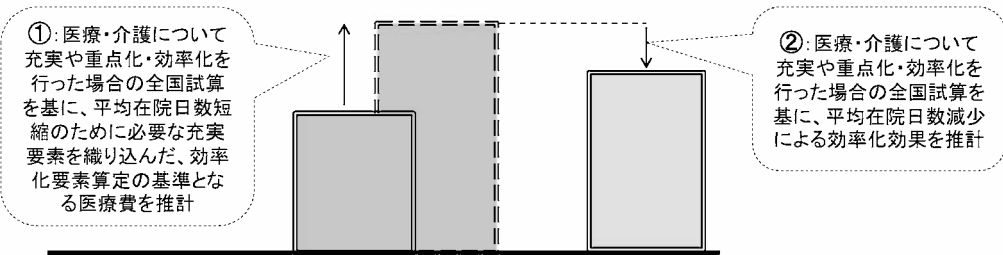
医療費の見通しの推計方法について（厚生労働省保険局調査課 2012年8月6日）

②

都道府県別国民医療費の将来推計について

【適正化の取組の効果の推計のイメージ】

○平均在院日数短縮の取り組みについて



○生活習慣病対策等の取組について

メタボリックシンドローム該当者及び予備群と非該当者では、8～10万円/年の医療費の差があることから、両者の医療費の差が平均して9万円/年であると仮定し、これにメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少者数を乗じることにより効果を推計。

医療費の見通しの推計方法について（厚生労働省保険局調査課 2012年8月6日）

③

【適正化の取組の効果】平均在院日数短縮に伴う充実・効率化について

基本的な推計の考え方

医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国推計（以下「全国推計」という。）における、改革前後の平均在院日数の減少率と現状投影シナリオの医療費に対する改革後の充実額、重点化・効率化額の割合との関係を用いて、都道府県医療費に対する平均在院日数の減少が医療費に与える影響を推計。

1. 各都道府県において平成29年度の平均在院日数の目標（見込み）を設定する。
2. 全国推計における平均在院日数と医療費の関係から両者の関係式を設定。

		2012(H24)年度	2015(H27)年度	2020(H32)年度	2025(H37)年度
平均在院日数(日) (病床計)	現状投影 ①	30.5	30.5	30.5	30.5
	改革シナリオ ②	—	28.3	26.1	24.0
平均在院日数の減少率 ③=②/①-1		—	▲7%	▲14%	▲22%
医療費(現状投影)(兆円) ④		40.6	45.1	52.9	61.0
平均在院日数減少に要する充実(兆円) 注1 ⑤ (医療費に対する影響率) ⑥=⑤/④		—	2.0 (5%)	4.8 (9%)	7.8 (13%)
平均在院日数減少の効果(兆円) 注2 ⑦ (医療費に対する影響率) ⑧=⑦/④		—	▲1.2 (▲3%)	▲3.0 (▲6%)	▲5.5 (▲9%)

(注1)この項目には、平均在院日数減少に伴う入院医療の機能強化と入院減少に伴う外来増等に係る医療費を計上している。

(注2)この項目には、平均在院日数減少に伴う医療費の減を計上している。

(注3)全国推計として、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」を用いている。

平均在院日数の減少率X(③)と充実要素Y(⑥)の関係 $y = -0.61x$

平均在院日数の減少率X(③)と効率化要素Z(⑧)の関係 $z = 0.41x$

※ 介護費用への影響についても上記と同様に考えると、平均在院日数の減少率xとそれに伴う介護費用への影響wの関係は以下のとおりとなる。
 $w = 0.06x$

3. 「2.」にて算定した関係式に「1.」にて設定した平均在院日数の目標から算定される平均在院日数の減少率を当てはめ、平均在院日数減少に伴う影響を推計する。

4

医療費の見通しの推計方法について（厚生労働省保険局調査課 2012年8月6日）

④

平成29年度の平均在院日数の目標(見込み)の設定例について

基本的な推計の考え方

医療・介護について充実や重点化・効率化を行った場合の全国推計（以下「全国推計」という。）における、病床数や平均在院日数の関係等を、都道府県にて設定した充実や重点化・効率化を行った場合の病床数に当てはめることにより推計。

(利用者数=新規入院発生数×平均在院日数というモデル式を用いて推計。)

【推計方法のイメージ】

	入力データ 病床数(A)	仮定 病床利用率(B)	利用者数 (C)	仮定 平均在院日数(D)	新規入院発生数(E)
一般病床	A1	B1(※1)	C1=A1×B1	D1(※1)	E1=C1/D1
療養病床	A2	B2(※1)	C2=A2×B2	D2(※1)	E2=C2/D2
精神病床	A3	B3(※1)	C3=A3×B3	D3(※1)	E3=C3/D3
感染症病床	A4	B4(※2)	C4=A4×B4	D4(※2)	E4=C4/D4
結核病床	A5	B5(※2)	C5=A5×B5	D5(※2)	E5=C5/D5
合計	—	—	X	推計値 X/Y	Y

(※1)病院報告における都道府県別のデータを基礎として、全国推計の改革に伴う各要素の変動等を織り込んで設定。

(※2)病床数が少なく、年度によってばらつきが大きい事などから、病院報告における全国値の複数年の平均を基に設定する。

(※3)全国推計として、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」を用いている。

5

資料1の解説資料

京都府が中期的な医療費の推移に関する見通し（第二期）素案を示す
「医療費推計計算ツール」に込められた国の思惑

京都府は3月11日、「京都府中期的な医療費の推移に関する見通し」（以下、単に「見通し」と表記）懇話会を開催。第2期となる平成25(2013)年度からの見通し（素案）を示した^{*1}。「見通し」は、高齢者の医療の確保に関する法律第9条に基づく、都道府県医療費適正化計画にあたる。しかし、京都府は「府民の保健医療水準の向上」が第一の目的であり、そのための取り組みを推進した結果として医療費の見通しはあるべきとの立場。都道府県が医療費を管理することに慎重な姿勢であり、第1期から「医療費適正化計画」と銘打っていない。

ちなみに、国は地域主権改革第2次一括法を根拠に、第2期都道府県医療費適正化計画に関しては、「医療に要する費用の見通し」を除き、他の記載事項（特定健診・保健指導等の実施率、平均在院日数短縮目標等）をすべて任意記載事項とした^{*2}。

見通し素案の概要

はじめに京都府が明らした見通し「素案」の概要を紹介したい。

必須記載事項である「医療費の見通し」（平成29(2017)年度）は、国の提供した医療費推計ツールを基に以下のように算出した。

	医療費の見通し（2017年度）
自然増	9581億5044万円（2011年度比+1425億円）
府実績ベース平均在院日数短縮効果反映	9726億3794万円（同上 +1569億円）
全国実績ベース平均在院日数短縮効果反映	9700億0385万円（同上 +1543億円）

府は今回の医療費推計について、平均在院日数の短縮効果のみを反映した。

国の方針は、各都道府県における医療費推計に平均在院日数の短縮効果にあわせ、生活習慣病の予防による効果（財政効果）^{*3}を織り込むとしていた。しかし、府は後者については見込んでいない^{*4}。

任意的記載事項については、以下のように設定した。

項 目	見通し（2017年度）	備考
特定健康診査の実施率	70%	第1期見通しの目標を維持
特定保健指導の実施率	45%	第1期見通しの目標を維持
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	25% （2008年度対比）	京都府保健医療計画と調和
たばこ対策【新規】	喫煙率 14.0% 受動喫煙の機会を有する者の割合 ・行政機関8.0% ・医療機関6.0% ・職場 受動喫煙のない職場の実現を目指す ・家庭6.0% ・飲食店26.0%	いずれも京都府保健医療計画から引用
平均在院日数の短縮	数値目標は設定しない	・国提供のツールを用いて医療費推計するために便宜的に算出するのみ ・過去の府及び全国平均の実績から試算
後発医薬品の使用促進【新規】	数値目標は設定しない	数値目標は設定しないが「取り組むべき対策」について、別途、京都府保健医療計画から引用

なお、目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策として、「住民の健康の保持の推進」「医療の効率的な推進」を、京都府保健医療計画（現時点では最終案）の当該部分から引用している。

平均在院日数短縮や後発医薬品使用促進という方針は、いわば国の医療費抑制策の象徴と言えるようなものだ。にもかかわらず、京都府が数値目標を設定しない方針であることは押さえておきたい。なぜなら、府が国の構想する医療費抑制のための提供体制改革へ与しない姿勢であることを意味するからである。まずはその姿勢を評価したい。

国の医療費推計計算ツールとは

その上で、考察したいのは国が何を考えているのか、という点である。

それは、「医療費の見通し」を記述するために都道府県へ提供された「計算ツール」の考え方にある程度顕れている。

そこで、懇話会で府当局が解説した国の「計算ツール」の考え方を整理してみる。

国の計算ツールは、「平均在院日数が短縮すれば医療費が増える」設計になっている。それは前述した2017年度の「医療費の見通し」からも見てとれる。

推計ツールに沿った作業手順は、①最初に自然増の場合の推計値を導き出す^{*5}（9581億5044万円）〈関連資料①（P36）〉、②この値に平均在院日数短縮効果と生活習慣病対策等の取組による財政効果を加味する^{*6}ことで、推計値が導き出されるというもの〈関連資料②③（P36、37）〉。

②は、「一旦増やしてそれから減らす」計算となっている。

「増やす」要素（つまり、充実・医療費増につながる）は、高度急性期への資源集中、回復期等急性期後の体制強化、在宅医療の強化等である。

逆に「減らす」要素（効率化・医療費減につながる）は、平均在院日数短縮による入院医療費の減額である。前述したように府は生活習慣病対策の財政効果を見込まなかったため、結果、平均在院日数を短縮すれば将来医療費は増加するという計算結果となった。

平均在院日数短縮の考え方ー病床数削減で平均在院日数を減らすのが国の方針

以上の医療費推計に用いた平均在院日数の目標（府においては単に「見込み」である）についても、国は推計方法を提示していた〈関連資料④（P37）〉。しかし、この推計方法についても府は採用しなかった。

なぜか。懇話会席上、府担当者は次のように説明した。国の示した推計方法は将来の病床数を今より減少させることで平均在院日数を短縮するとの考えでのプログラムだと推察できる。京都府は、医療機関の役割分担・連携促進で平均在院日数は短くなるものであり、それは患者さんが退院し、在宅や施設に移り、住み慣れた環境の中での療養生活を早く送れるようにしたいというのが目指すべき成果であると考えてきた。この認識から考えると、病床数を減らさなければ平均在院日数が短縮しないプログラムを使用することはためらわれた。結果、あくまでこれは「例示」されたプログラムなので、京都府はこれを使わず、他の方法で5年後の平均在院日数を見込むことにした。

他の方法とは、過去のトレンドをそのまま5年後まであてはめるというもの。京都府における平均在院日数の短縮実績と全国における短縮実績の両方を用いて算出した。すなわち、京都府の2007～2011年の実績は年間▲1.33%、全国ベースでは▲1.04%。この数字を使い試算した医療費の見通しが、前述の医療費推計だった。

国は都道府県を提供体制改革の主導者に仕立てようとしている

全体として、京都府が都道府県による医療費管理をそのまま受け入れず、平均在院日数短縮見通しを導き出す際も独自の考え方で計算したこと、特定健診等の財政効果を見込まなかったこと等、その慎重な姿勢は評価したい。

むしろ、府の作業を通じて私たちが認識せねばならないのは国の姿勢の方である。

国の計算ツールは、一体改革で目指す医療・介護サービス提供体制改革と都道府県単位の医療費抑制路線を同一線上のものとして浮かび上がらせた。

国の医療費推計ツールは、平均在院日数短縮を促すが、それによって少なくとも2017年時点で現状よりも医療費が増加する見通しである。その基本的考え方は、平均在院日数短縮に伴う急性期や在宅医療強化による医療費増と入院日数減による医療費減が相殺され、結果として医療費が増えるという考え方である。これは、一体改革の医療・介護サービス提供体制改革における医療費推計（2015年）と同様の構造である。

また、国が「例示」した平均在院日数短縮「目標」を導き出すためのプログラムは、病床自体の削減を求めているということである。これも、一体改革で示された考え方と同じである。

協会は、社会保障・税一体改革のめざす医療・介護サービス提供体制改革が、都道府県を責任主体として進められる可能性を指摘してきたが、それが裏付けられたといえる。

一体改革がめざす2025年の医療の姿をめざす国の試みは、今まさに都道府県を推進主体に本格化しようとしているのである。

国政策とは違う道の選択を

一方、この日の懇話会では、府が後発医薬品の数値目標を設定しないことを取り上げ、批判する発言が相次いだ。後発医薬品への切り替えを認めない医師がいるなら、行政は監査・指導すべきだとの発言まであった。こうした発言の背景には、国の政策に対する無批判がある。後発医薬品推進も、平均在院日数短縮も、生活習慣病対策も（それ自体の評価はさておいたとしても）、本質にある「医療費抑制路線」が本当に正しいのか？という問いを踏まえずにその政策を評価するわけにはいかない。

国政策とは違う道を選択することが、患者さんの生命・健康を保障する道だという可能性はいつもある。それは、現場医療者や自治体の政策担当者が常に踏まえるべき原則の1つである。

（京都府保険医協会事務局・中村暁）

- ※1 既に府は4月3日に中間案を発表し、パブリックコメントを実施している。
- ※2 これを受けた各都道府県の対応について、厚生労働省が明らかにした24年12月末時点の状況概要は次のとおり。特定健診実施率の「目標値を設定する」都道府県が40、「目標としない」のが1、「未定等」6。特定保健指導実施率も同様。メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の減少率は、「目標値を設定する」が38、「目標値は設定しない」が1、「目標としない」1、「未定等」7。たばこ対策は「目標値を設定する」が21、「目標値は設定しない」13、「目標としない」3、「未定等」10。平均在院日数の減少は、「目標値を設定する」24、「目標値は設定しない」4、「目標としない」4、「未定等」15。後発医薬品の使用促進は、「目標値を設定する」9、「目標値は設定しない」16、「目標としない」12、「未定等」10。
- ※3 国は今計画から生活習慣病対策の財政効果を計画に見込むよう示唆している。曰く、メタボリックシンドローム該当者及び予備群と非該当者では、8～10万円の医療費の差があることから、両者の医療費の差が平均して9万円／年と仮定し、該当者・予備群の減少者数を乗じることで効果を推計するという。但し、府は生活習慣病対策による財政効果を医療費推計に反映させなかった。慎重な姿勢がここでも伺える。
- ※4 厚生労働省は全国高齢者医療・国保課長、事務局長会議（3月1日）で、推計方法を国が提供し、これによることが望ましいとしつつも、合理的な理由があれば、これと異なる推計を行っても構わないとしている（出典：国保実務2013年3月11日第2850号）
- ※5 平成29年時の自然増推計9581億5044億円の算出について、府の説明は次のとおりである。① 医療保険（社保・国保・後期高齢者医療）にかかる医療費（平成20年と22年度）を作成。この医療費には公費負担医療が含まれていない。② 算出した22年度の医療保険医療費を「医療費の動向」（平成22、23年度）を用いて、23年度の医療保険にかかる医療費推計を算出、③ ①で算出した20年度医療保険医療費と「国民医療費（平成20年度）」を用いて、医療保険医療費をどの程度伸ばせば国民医療費に届くかを計算し、そこから公費負担医療も含めた医療費への「変換率」を作成、④ 過去の医療費の伸び率・人口推計等を使い、一人あたりの医療費の伸び率を設定、⑤ 平成23年度の数字に④の伸び率をかけ、そこに変換率をかけることで国民医療費の推計を導き出す。
- ※6 平均在院日数短縮がもたらす財政効果について、国の次のような考え方の計算を示している。例えば27年度の平均在院日数を、何もしなければ現状のまま30.5日で推移すると仮定。これに対し、全国ベースで行う機能強化等の改革で28.3日に減少（▲7.2%≒▲7%）させるとする。この場合、現状投影の医療費推計45.1兆円に対し、在院日数短縮のための機能充実（増加要素）で+2兆円（4.4%≒5%）、入院医療費削減（減少要素）▲1.2兆円（▲2.7%≒3%）と見込む。ここから導き出された方程式が、医療費増影響率＝平均在院日数減少率×-0.61。医療費減影響率＝平均在院日数減少率×0.41となる。

協会だより（定例理事会要録から）

2012年度(平成24年度)第18回 2013年3月12日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（2月26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（2月27日）状況
4. 保団連近畿ブロック事務局長会議（3月4日）状況

【経営部会】

1. 税理士との相談日（2月27日）状況
2. 保険医年金打合せ会（3月5日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療事故案件調査委員会（2月22日）状況
2. 医師賠償責任保険処理室会（2月25日）状況
3. 医療機関向け院内医療安全研修会（2月27・28日）状況

【保険部会】

1. 保険講習会A（2月21日）状況
2. 保団連第5回診療報酬改善対策委員会（2月28日）状況
3. 保団連「再診料アンケート」・京都協会「7剤以上内服薬投与に関する算定制限アンケート」厚生労働記者会での記者会見（3月6日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 西京医師会との懇談会（2月15日）状況確認の件
2. 綴喜医師会との懇談会（2月16日）状況確認の件
3. 山科医師会との懇談会（2月21日）状況確認の件
4. 相楽医師会との懇談会（2月23日）状況確認の件
5. 総務部会（3月5日）状況確認の件
6. 2012年度1月分収支月計表報告状況確認の件
7. 2月度会員増減状況確認の件
8. 会員入退会及び異動（2月26日—3月12日）に関する承認の件

【経営部会】

1. 経営部会（3月5日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（3月5日）状況確認の件

【政策部会】

1. 第55回医療制度検討委員会（2月20日）状況確認の件
2. 政策部会（3月5日）状況確認の件
3. TPP参加反対京都ネットワーク議会陳情（3月6日）状況確認の件
4. メディーパー京都164号、京都保険医新聞（第2850号）合評の件

【保険部会】

1. 保団連第1回社保・審査対策部会（2月24日）状況確認の件
2. 有床診療所懇談会（2月28日）状況確認の件
3. 保険部会（3月5日、8日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談開催の件

【政策部会】

1. 第56回医療制度検討委員会開催の件

【保険部会】

1. 7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関する厚生労働省要請実施の件

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
 - ・生活保護基準引き下げをめぐる一デフレと基準引き下げ、他制度への影響—
 - ・マイナンバー法案について
 - ②地方自治体をめぐる動き
 - ・平成24年度京都府予算について

V. 診療報酬関連情報

1. 2013年2月度国保合同審査委員会（2月19日）状況確認の件
2. 中医協（2月27日開催）（第238回総会、第8回費用対効果評価分科会、第87回薬価専門部会）概要報告の件

《以上、24件の議事を承認》

2012年度(平成24年度)第19回 2013年3月26日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（3月12日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 第13回文化講座（3月17日）状況（増田副理事

- 長)
- 【経営部会】
1. 傷害疾病保険審査会（3月19日）状況
2. 金融共済委員会（3月21日）状況
- 【医療安全対策部会】
1. 医療機関側との懇談状況
- 【政策部会】
1. こども検診医療基金・関西との懇談（3月6日）状況
2. TPP参加反対京都ネットワーク議会陳情（3月15・18日）状況
3. 環境対策委員会（3月15日）状況
- 【保険部会】
1. 第647回社会保険研究会（3月16日）状況
- Ⅱ. 確認・承認事項
- 【総務部会】
1. 右京医師会との懇談会（3月11日）状況確認の件
2. 2012年度第10回正副理事長会議（3月14日）状況確認の件
3. 事務局労組よりの2013年度賃金等に関する要求への対応について
4. 会員入退会及び異動（3月12日～3月26日）に関する承認の件
- 【医療安全対策部会】
1. 2012年度医療安全シンポジウム（3月9日）状況確認の件
- 【政策部会】
1. 第55回医療制度検討委員会（2月20日）状況確認の件
2. バイバイ原発3・9きょうと（3月9日）状況確認の件
3. 保団連理事会（3月10日）状況確認の件
4. 京都府立医科大学附属北部医療センター（与謝

- の海病院）開設に係るシンポジウム（3月10日）傍聴状況確認の件
5. メディペーパー京都165号、京都保険医新聞（第2851号）合評の件
- Ⅲ. 開催・出席確認事項
- 【総務部会】
1. 4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
- 【経営部会】
1. 税理士との懇談会開催の件
- 【政策部会】
1. バイバイ原発きょうと事務局会議出席の件
2. 環境ハイキング～京都西山にスプリングエフェメラルを求めて～開催の件
3. 第2回原発問題学習交流会出席の件
4. 市民公開講演会・反核京都医師の会第33回定期総会出席の件
5. 第4回TPP参加反対京都ネットワーク出席の件
6. 介護保険制度学習会講師依頼の件
7. 京都市のリハビリテーション行政を考えるシンポジウム（仮称）実行委員会結成の件
- 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
- ・社会保障制度改革国民会議の議論
- Ⅴ. 診療報酬関連情報
1. 保険審査通信検討委員会（3月8日）状況確認の件
- Ⅵ. その他
1. 理事長・副理事長・監事選挙立候補状況
- 《以上、24件の議事を承認》

5月のレセプト受取・締切

基金	9日(木)	10日(金)	労災	13日(月)
国保	○	◎		◎

※○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

5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 5月8日（水）午後2時～ 担当＝竹内建築士

雇用管理 5月16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 5月16日（木）午後1時～ 担当＝三井生命 F C
（ファイナンシャルコンサルタント）

法律 随時受付 担当＝顧問弁護士、協力弁護士よりお選びいただけます

税理士 5月22日（水）午後2時～ 担当＝鴨井税理士

医院継承講習会

——相続税法の改正も踏まえて

日時 5月9日（木）午後2時～4時

場所 京都府保険医協会・会議室

講師 ひろせ税理士法人所長 花山 和士 税理士

協賛 有限会社アミス

協会だより

京都市の身体障害者リハビリテーションセンターがなくなるって？ホント？！

どうなるの？京都のリハビリテーション

とき **5月11日（土）**
午後2時～4時

入場
無料

ところ **京都新聞文化ホール**

京都市中京区烏丸通夷川上ル 京都新聞社内

※現在、烏丸通りからの入り口は工事中です。5番出口から地上にあがり、車屋町通りの入り口からお入りください。

市民、医療・福祉関係者が集い、
京都市のリハビリテーションを語り合おう！

主催 どうなるの？京都のリハビリテーション実行委員会
（参加団体：京都府保険医協会、京都障害児者の生活と権利を守る連絡会、京都市職員労働組合民生支部、同リハビリテーション分会、京都社会保障推進協議会、京都府作業療法士会、京都府言語聴覚士会、リハビリセンター活性化に向けた実行委員会、NPO法人京都頸髄損傷者連絡会）

協力 京都地域リハビリテーション研究会

賛同 社団法人中京東部医師会、下京東部医師会、社団法人下京西部医師会、亀岡市医師会、京都府歯科保険医協会、NPO法人京都難病団体連絡協議会、京都母親大会連絡会、京都高齢者退職者協議会、全京都生活と健康を守る会連合会、全国福祉保育労働組合京都地方本部（順不同・敬称略、4月18日現在）

問合せ先 ☎075・212・8877、ファクス：075・212・0707
（京都府保険医協会）

第648回 社会保険研究会

最近の糖尿病診療と保険上の留意点

日 時 5月11日（土）
午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会・
ルームA～C

講 師 和田内科医院院長
京都糖尿病医学会会長
京都府国民健康保険団体連合会審査委員



和田 成雄 氏

共 催 京都府保険医協会・ノバルティス ファーマ(株)

糖尿病治療の問題点としては、食後高血糖の是正と食前低血糖、体重増加、経年的膵β細胞減少などがある。ところがインクレチン関連製剤の登場により、より安全に、より効果的に糖尿病治療を行うことが可能となってきた。DPP-4阻害剤は現在6種、7剤が臨床において使用可能であるが、その位置付けや効果、保険適応を含めた選択基準などを解説したい。また、DPP-4阻害剤は膵作用のみでなく、肝、筋、脂肪組織、中枢、心血管系などに対するpleiotrophic effectを有しており、とくに今回は心、腎に関する作用を紹介したい。

一方、糖尿病診療には様々な保険上の留意点があり、在宅関連、検査、薬剤などに分けて解説する。

医療・福祉・介護シンポジウム

京都の開業医が展望する地域ケア

と き 5月18日（土）午後2時～4時30分
(開場午後1時30分)

ところ ハートピア
京都大会議室

参加費無料
要申込
先着200人

京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375

第1部 基調報告

講師 岡崎 祐司氏（佛教大学教授）

第2部 トークセッション

「最後まで自宅で」、それを支える
地域の力は？

—開業医が本気で語る

第3部 まとめ

京都の開業医が展望する地域ケア



主催：京都府保険医協会／後援：京都市、向日市、長岡京市、大山崎町、八幡市、城陽市、京田辺市、木津川市、和束町、笠置町、南山城村、亀岡市、京丹波町、福知山市、舞鶴市、宮津市、京丹後市、伊根町、京都新聞社、朝日新聞京都総局、産経新聞社京都総局、読売新聞京都総局、毎日新聞京都支局、日本経済新聞社京都支社、KBS京都（4月18日現在、順不同・敬称略）

新規開業予定者のための
講習会

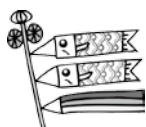
開業に必要な情報が盛りだくさん!!

日 時 5月19日（日）午後2時～5時

場 所 京都府保険医協会・会議室

参加費 会員：無料、非会員：2,000円

共 催 有限会社アミス



① 銀行融資を受ける際の留意点

—資金計画・事業計画の立て方・審査のポイント
京都銀行営業支部業種別専門営業部 係長

東 洋平 氏

② 「雇われる立場」から「雇う立場」へ

～始めが肝心！スタッフ雇用の留意点～

ひろせ税理士法人／株式会社ひろせ総研特定社会保険労務士

河原 義徳 氏

③ 先輩開業医からのアドバイス

村山医院 院長

村山 祐一郎 氏

④ 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

指導・監査対策講習会シリーズ

第2回

指導・監査・取消処分の実態
—その時、あなたはどのように対応しますか？

日 時 5月30日（木）

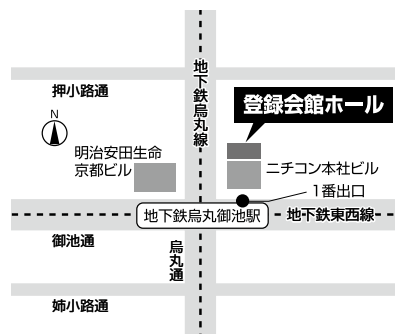
午後2時～4時30分

場 所 登録会館・大ホール

（京都市中京区烏丸通御池上ル二条殿町546-2）

参加費 1,000円（会場代、資料代として）

定 員 120人（定員になり次第、締切）



税務記帳講習会

経営内容の把握は正確な記帳から

日 時 5月23日（木） 午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会・会議室

講 師 山口 稔 税理

内 容 記帳の基本：金銭出納帳、銀行帳の作成、記帳練習

持ち物 筆記用具、電卓

協 賛 有限会社アミス

協
会
だ
よ
り

TPP参加反対京都集会（仮称）

と き 6月30日（日）

午後2時～3時30分（予定）

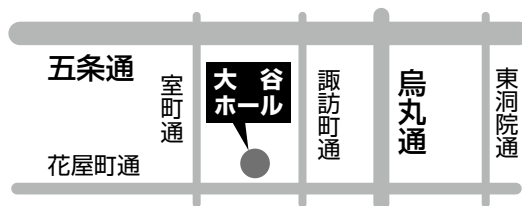
※集会後にデモ行進

ところ 大谷ホール

京都市下京区諏訪町通六条下る上柳町215

主 催 TPP参加反対京都ネットワーク

お問い合わせは協会（☎075・212・8877）まで



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



〈申込書〉 FAX 075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(レ)して下さい

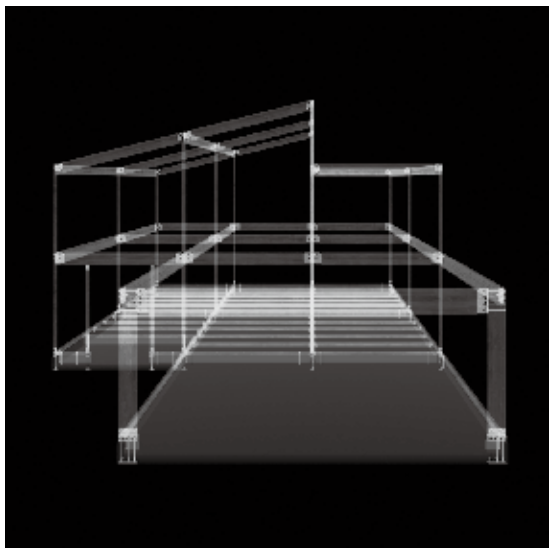
【医学書・新刊 2013年4月】

毎年全面書き下ろし、信頼と実績の治療年鑑 2013年1月発行		全医療関係者必携の医薬品情報書、2013年1月発行	
今日の治療指針 2013 私はどう治療している 山口 徹他・総編集 2,064頁 ●医学書院		☐ 今日の治療薬 解説と便覧 2013 浦部晶夫・他編 ●B6判 1,376頁 ●南江堂 4,830円	
☐ デスク判 (B5) 19,950円		☐ 治療薬マニュアル 2013 高久史郎・他監修 ●B6判 2,500頁 ●医学書院 5,250円	
☐ ポケット判 (B6) 15,750円		比類なき内科学のグローバルスタンダードの(原著最新18版)待望の日本語版	
☐ 今日の臨床検査2013-2014 櫻林郁之介・監 ●B6判 680頁 ●南江堂 5,040円		☐ ハリソン内科学 (第4版) 福井次矢・他監 ●A4変型判 3,500頁 ●MEDSI 31,290円	
☐ 胸部画像診断スタンダード 高橋雅士・他編 ●B5判 352頁 ●MEDSI 6,300円		☐ 変貌する心不全診療 伊藤 浩・編 ●B5判 310頁 ●南江堂 7,560円	
☐ 頭部画像解剖 徹頭徹尾 疾患を見極めるのに診断する 蓮尾金博・編 ●B5判 276頁 ●メジカルビュー社 8,400円		☐ 徹底探索 心エコー 症例と画像で学ぶ心エコー図重要ポイント 古川 裕・監 ●A4判 272頁 ●日本医事新報社 6,930円	
☐ 診療ガイドラインに沿った 肝臓治療の要点と盲点 高山忠利・他編 ●B5判 434頁 ●文光堂 16,800円		☐ 肝臓専門医テキスト 日本肝臓学会・編 ●B5判 510頁 ●南江堂 14,700円	
☐ トワイクロス先生のがん緩和ケア処方箋 薬効・薬理と薬の使い方 武田文和・監訳 ●A5判 752頁 ●医学書院 5,775円		☐ 開業医の外来小児科学 (第6版) 豊原清臣・他監 ●B5判 1,056頁 ●南山堂 23,100円	
☐ 時間内科学 大塚邦明・著 ●B5判 340頁 ●中山書店 9,240円		☐ ハリエツトレンハンドブック ジョーンズ・ホプキンス病院小児科レジデントマニュアル(第2版) 五十嵐 隆・他監訳 ●A5変型判 1,114頁 ●MEDSI 9,240円	
☐ 糖尿病性神経障害 基礎から臨床のすべて <ヴィジュアル糖尿病臨床のすべて> 中村二郎・編 ●B5判 240頁 ●中山書店 7,350円		☐ 内科で役立つ 一発診断から迫る皮膚疾患の鑑別診断 出光俊郎・編 ●B5判 293頁 ●羊土社 6,090円	
☐ Evidence based medicineを活かす 膠原病・リウマチ診療 (第3版) 山中 寿・他編 ●B5判 616頁 ●メジカルビュー社 9,975円		☐ ソリンジャー外科手術アトラス 安達洋祐・訳 ●A4判 520頁 ●医学書院 15,750円	
☐ 今日の神経疾患治療指針 (第2版) 水澤英洋・他編 ●A5判 1,136頁 ●医学書院 15,750円		☐ 縦隔の外科 手術手技アトラス 矢野智紀・著 ●A8判 148頁 ●南山堂 12,600円	
☐ 小脳と運動失調 小脳はなにをしているのか <アクチュアル脳・神経疾患の臨床> 西澤正堂・編 ●B5判 352頁 ●中山書店 12,600円		☐ 炎症性腸疾患の外科治療 佐々木 巖・他編 ●A4判 208頁 ●メジカルビュー社 10,500円	
☐ 胸膜全書 胸膜疾患のグローバルスタンダード 中野孝司・編 ●B5判 416頁 ●医薬ジャーナル社 9,240円		☐ 膝靱帯手術のすべて 越智光夫・編 ●B5変型判 412頁 ●メジカルビュー社 18,900円	
☐ 循環器内科臨床マニュアル 永井良三・他監 ●B6判 478頁 ●南江堂 5,040円		☐ All About 開放隅角緑内障 <眼科臨床エキスパート> 吉村長久・他シリーズ編集 ●B5判 424頁 ●医学書院 17,850円	
☐ SHDインターベンション ハンドブック ストラクチャー・クラブ・ジャパン・監 ●B5判 244頁 ●医学書院 6,825円		☐ 所見から考えるぶどう膜炎 <眼科臨床エキスパート> 吉村長久・他シリーズ編集 ●B5判 308頁 ●医学書院 15,750円	
☐ ガイドライン外来診療 2013 泉孝英・他編 ●B5判 658頁 ●日経BP社 15,750円		☐ 臨床小児麻酔ハンドブック (改訂第3版) 前川信博・監 ●B5判 420頁 ●診断と治療社 6,825円	
★ お待たせしました！改訂版出ました。		★ じわじわとロングセラーです。	
☐ ガイドライン外来診療 2013 泉孝英・他編 ●B5判 658頁 ●日経BP社 15,750円		☐ 誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方 岡田 定・著 ●B5判 200頁 ●医学書院 4,200円	

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

最後は、骨組みの強さ

耐震構法 SE構法



安心と安全が住宅建築のかたちになりました。強度の高い集成材の接合部に、独自の金物を用いる構法は、在来の軸組工法と比較して、断面欠損の少ない強固な接合部を生み出します。

接合部分が強靱であることにより、柱と梁のみで揺るぎない強度の骨組みを生み出すことが出来ます。柱と梁で建築を支える構造を「ラーメン構造」といいますが、SE構法は接合部を強化した堅牢なラーメン構造。骨組み全体で建築を支えるので、まさに家そのものが大黒柱であるといえます。柱や区画の壁が少ないために、光を取り入れる大きな開口部や窓、出入り口、そして広々とした吹き抜け空間が安全に実現できます。

東日本大震災において、SE構法で建てられた建築の地震による倒壊はゼロ。地震国日本を安全・安心に暮らしていくために、耐震構法・SE構法をご活用ください。

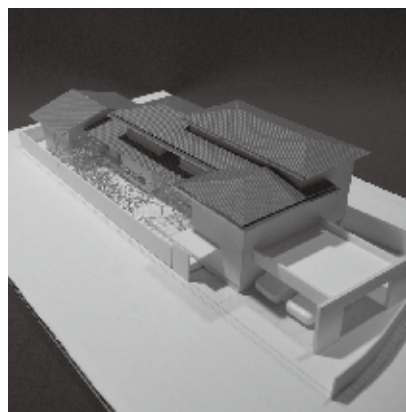
SE 構法でプラン中の物件

「大津の家」 滋賀県大津市

京阪石山坂本線の栗津駅の東に沿う敷地は、駅からの人や車の流れの多い道路から離れて南に伸びる為、比較的静かな環境です。南北に40m近くある敷地はかなりの奥行きを感じます。

2世帯がお互いの生活域を守り、多くの人が集れる住まいです。

建物は敷地一杯にゆったりと配置し、人が楽しみながら歩く動線を作りました。切妻屋根が連なる住まいは和風の落ち着いた佇まいと迫力感を出し、庭の緑の連なりと調和します。内部では吹抜けや大開口の木製サッシで開放的な空間と、クライアントの所蔵する骨董品の展示等が楽しめます。



STUDIO INFORMATION

スタジオインフォメーション

ASJIには現在、全国で約2230名の登録建築家と、その建築家の受け皿となる工務店内に188以上のサービスステーション(=スタジオ)がありますが、その中でも医療建築のスペシャリストを組織してチームを編成しているのが、滋賀県大津市にある大津スタジオ(運営:大輪建設株式会社)です。

建物現況調査には、設計施工の両者の視点から判断するため医療建築家とともに大津スタジオの現場担当者も一緒にお伺いします。

<名称>

アーキテクト・スタジオ・ジャパン 大津スタジオ

滋賀県大津市別保二丁目9番48号

フリーダイヤル: 0800-300-3159 TEL: 077-537-0751 FAX: 077-534-3899

■営業時間: 10~18時 ■定休日: なし

<運営会社概要>

大輪建設株式会社

(建設業許可 滋賀県知事許可 第10030号)

一級建築士事務所登録 滋賀県知事登録 第111号)

■創業: 明治5年1月18日 ■設立: 昭和25年9月25日 ■資本金: 6,200万円



OTSU STUDIO
大津スタジオ[大輪建設株式会社]

〒520-0835 滋賀県大津市別保二丁目9番48号
TEL.077-537-0751 FAX.077-534-3899
info@oowa.co.jp www.oowa.co.jp



0800-300-3159

三井ホームおすすめ土地情報

2013年 春、三井ホームのフラッグシッププロジェクト好評分譲中。

京都屈指の住宅地、下鴨・松ヶ崎。

瀟洒な佇まいの家々が並ぶ成熟の街に

三井ホームの新たなプロジェクトが始まりました。

「三井ホームタウン 下鴨疎水」

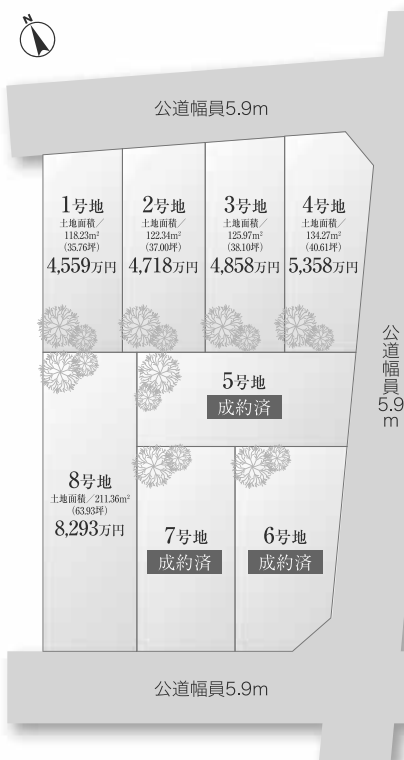
憧憬の街を創造し、下鴨・松ヶ崎ブランドを

さらに高めたいという想いを込めました。

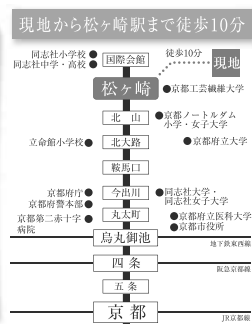
全8区画の宅地が貴方との出逢いを待っています。

注文住宅用地 4,559万円(35.7坪)～

全8区画[今回販売区画5区画]



疏水のそば、静かな佇まいの街並の
三百五十坪を超える邸宅地に
瀟洒な「三井ホームタウン」が誕生しました。
2×4のトップランナーとして、
憧れの下鴨疎水エリアで
皆様と一緒に美しい街並を。
どうぞ、ご期待下さい。



〈三井ホームタウン 下鴨疎水〉[全体概要]●所在地／京都市左京区松ヶ崎西桜木町5番1●総面積／1162.11㎡●総区画数／8区画●土地面積／118.23㎡～211.36㎡●販売価格／4,559万円～8,293万円●地目／宅地●用途地域／第1種低層住居専用地域●建ぺい率／50%●容積率／80%●防火指定／法22条区域●高さ制限／10m高度地区●関係法令／敷地面積最低限度100㎡・山並背景型建造物修景地区・屋外広告物・遠景デザイン保全地区●施設・設備／公営水道・関西電力・都市ガス・公共下水●交通／京都市営地下鉄烏丸線「松ヶ崎」駅徒歩10分●事業主(売主)／三井ホーム株式会社京都支店 国土交通大臣許可(特-24)第8030号 国土交通大臣(10)第2531号(社)日本ツーバイフォー建築協会正会員〒604-8854京都市中京区四条通御前東入ル壬生仙念町1-1ヤサカ四条ビル 電話:075-813-1131●その他条件／本分譲宅地は全て、土地売買契約締結後3ヶ月以内に土地売主である三井ホーム株式会社と建物の建築工事請負契約を締結する事を条件に販売いたします。この期間内に建築しないことが確定した時、または建築工事請負契約が成立しなかった場合には、土地売買契約は白紙となり、受領した金銭は無利息にて全額お返しいたします。(広告有効期限／平成25年5月末日まで)

暮らし 継がれる家
三井ホーム

□宅地建物取引業免許番号:国土交通大臣(10)第2531号
□建設業許可番号:国土交通大臣許可(特-24)第8030号
(社)日本ツーバイフォー建築協会正会員／(社)住宅生産団体連合会会員／
(社)住宅生産振興財団会員／(社)プレハブ建築協会会員／(社)不動産協会会員

三井ホーム株式会社 京都支店 〒604-8854 京都市中京区四条通御前東入ル壬生仙念町1-1

お問い合わせ
お申し込みは

0120-25-1531
Tel.075-813-1131 Fax.075-813-1431