

メディーパー京都
Medi
PAPER
KYOTO
2013.5 第167号(通巻411号)

CONTENTS

情勢トピックス	3
医療・社会保障編	3
■国保運営、都道府県化の流れ加速／国民会議 …ほか	
調査・データ編	20
総人口は2年連続減、老年人口3000万人突破／総務省・人口推計	
政策資料	
資料1：これまでの社会保障制度改革国民会議における 議論の整理(医療・介護分野)(案)	21
協会だより	
理事会記録、6月の催し物(予定)、その他	29



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



できるといいな、[®]
心に限りなく近い表現。企画・デザイン・印刷



販売促進/会社案内/パンフレット
チラシ/カタログ/ポスター/書籍
学校案内/包装紙/パッケージ
紙袋/その他あらゆる印刷物

T A M E K U N I

——— 為 国 印 刷 株 式 会 社 ———

604-8457 京都市中京区西ノ京馬代町6-16 TEL 075.462.7889 FAX 075.464.3923

E-mail : info@tamekuni.co.jp URL : <http://www.tamekuni.co.jp/>

情 勢 トピックス

今月の主な動き

社会保障制度改革国民会議は医療・介護分野について、これまでの議論の取りまとめを公表した。国保の都道府県化、「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療への転換やフリーアクセスや自由開業制の見直しにも言及している。一方、超党派の議員で構成する「国会版国民会議」も中間論点整理をまとめ、「地域ごとの診療報酬」「総合診療医に地域包括ケアを担う報酬（定額の管理料）」などを求めている。また、「成長戦略」を策定する産業競争力会議は取りまとめの議論に入る。

医療・社会保障編

国民会議

■国保運営、都道府県化の流れ加速／国民会議

政府の社会保障制度改革国民会議は4月22日の会合で、4回連続で実施した医療・介護分野の議論をいったん終えた。3月下旬から始まった医療・介護の討議で見えてきたのは、国保運営を現在の市町村単位から都道府県単位に広域化する方向性だ。22日の会合でも多くの委員が賛同した。同時に議論されている後期高齢者支援金への総報酬割の導入もコンセンサスは得られたが、確保できる財源の使途は議論が煮詰まっていない。

行 事	開始時間	場 所
4日(火) 定例理事会・部会	午後 2 時	
7日(金) 保険審査通信検討委員会	午後 2 時	ルームA
11日(火) 定例理事会・部会	午後 2 時	
20日(木) ファイナンシャルプランナーとの相談日	午後 1 時	
20日(木) 雇用管理相談日	午後 2 時	アミス
13日(木) 建築士との相談日	午後 2 時	ルームC
15日(土) 近プロ情勢学習会	午後 4 時	AP大阪駅前
15日(土) ジャズを楽しむ会	午後 6 時	ル・クラブ・ジャズ
18日(火) 定例理事会	午後 2 時	ルームA
19日(水) 金融共済委員会	午後 2 時	ルームA
20日(木) 保険講習A	午後 2 時	ルームA
22日(土) 理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会との懇談会	午後 2 時	ルームA
25日(火) 定例理事会	午後 2 時	ルームA
26日(水) 税理士との相談日	午後 2 時	ルームB
30日(日) TPP参加反対京都府民集会2013	午後 2 時	大谷ホール

6月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
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31～32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

国民会議では、毎年4000億円の赤字を計上している国保を「ラストリゾート」などの表現で重要視した。22日の会合で国保について口火を切ったのは、岩手県知事や総務大臣経験者の増田寛也委員（野村総合研究所顧問）だ。「国保の持続可能性が危ういのは共通認識で、総報酬割で浮いた財源を国保に投入すべきというのが私の立場」と表明。ただ、「前期高齢者の給付に充当すべきという意見もあった。きちんと方向を出さないといけない。保険者を都道府県にするかどうかの重要なポイントだ」とも述べた。駒村康平委員（慶応大経済学部教授）は、最終的に都道府県中心でよいとしつつも、きめ細かな保険事業ができなくなる可能性に触れた。

一部の懸念はあるものの、持続可能性の向上だけでなく「地域医療計画の主体と連動させるべき」との観点からも、国保の都道府県化はおおむね共通認識となりつつある。

●総報酬割はコンセンサス

総報酬割のできる財源については遠藤久夫委員（学習院大経済学部長）が「社会保障審議会・医療保険部会では、前期高齢者の給付費に充てるという議論はあったが、国保に入れるというアイデアは明確に出ていない。財源不足でできなかった高額療養費制度の拡充に使うこともあり得る」とし、使い道は比較考慮すべきとの立場を示した。

会合の最後には財務省の山口俊一副大臣が「総報酬割で浮く公費は財政健全化に充てるのが私どもとしては最も望ましい。いずれにせよ被用者保険制度だけでなく国家財政、あるいは国民皆保険制度全体を俯瞰した上で効果的に活用すべき」と発言した。また、「消費税増収分も、改革効果が具体的に見込まれる分野で使うべき」と牽制した。

浮いた財源の使途は今後の検討事項だが、総報酬割の導入については清家篤会長（慶応義塾長）が終了後の会見で「委員間での異論はない」と述べた。

今回は少子化対策、次々回は年金を想定している。6月前半には再び医療・介護が議題になる見通し。（4/23MEDIFAXより）

■外来定額制、考え方について一定の理解／国民会議で日医・横倉会長

日本医師会の横倉義武会長は4月19日の社会保障制度改革国民会議（会長＝清家篤・慶応義塾長）で、2008年度診療報酬改定で導入されながら後に廃止された「後期高齢者診療料」など外来の定額制への考

え方を問われ、「一定の健康管理をするためのコストとしてあり得ると思う」と条件付きながらも考え方に理解を示した。

08年度改定で新設された後期高齢者診療料は、糖尿病などの慢性疾患を「主病」とする後期高齢者に対して、診療計画書に基づいて継続的な外来医療を提供した場合に評価する包括点数だった。一人の後期高齢者について主病は一つで、原則として一人の患者を一つの医療機関が診るとする厚生労働省の説明に、各地の医師会で登録医制度や人頭払い制度につながると警戒感が広がり、届け出のボイコットにつながった経緯がある。民主党への政権交代後に廃止された。

委員との質疑応答で、宮武剛委員（目白大大学院客員教授）が「かかりつけ医と患者との間で定額の報酬を設定することについての考えを知りたい」と述べ、後期高齢者診療料を挙げて「かかりつけ医が定着するためには一種の定額制が避けられないのではないかと質問した。横倉会長は「当時の日医担当の先生から説明を受けた時、私はそういう方法しかないだろうと理解していた。人頭割りにするといろいろ問題が出てくるが、一定の健康管理のためのコストということではあり得ると思う」と応じた。

後期高齢者診療料をめぐるのは、中医協・支払い側委員の白川修二・健保連専務理事も取材で、理念は間違っていなかったとの認識を示している。

●医師不足対策で「地域医療再興講座」を

横倉会長は国民会議で、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護の提供に関する「医療提供体制の改革」をはじめ、「生涯保健事業の体系化」「医師不足・偏在解消」「収入に応じた負担の公平化」など日医が重視する課題や取り組みを説明した。このうち「一番の問題」と指摘した医師不足・偏在対策では、地域医療に従事する医師の確保に関する試案を提示。▽医師不足地域の医学部に「地域医療再興講座」を設置するなど、大学医学部の役職・身分を保障しキャリアアップにつなげる▽同講座は国が通常の外数（別枠上乘せ）で運営費交付金や私学助成金を全額措置する▽国が同講座の医師の採用を全面的に支援する一などの手順を説明した。

また、個人情報の厳格な管理を前提に国民の健康情報を一元的に管理し、一次予防から三次予防までの保健事業を国民のライフサイクルに応じて「生涯保健事業」として実施すべきと訴えた。

（4/22MEDIFAXより）

■医療提供体制改革、診療報酬か補助金か／国民会議で問題提起

4月19日に開かれた政府の社会保障制度改革国民会議では、権丈善一委員（慶応大教授）と高橋泰・国際医療福祉大大学院教授が共同でプレゼンテーションし、医療提供体制の改革には診療報酬による誘導よりも補助金を活用する方が効果的だと問題提起した。増税した消費税収を財源に「地域医療・包括ケア創生基金」をつくり、改革の実行可能性の高い地域に重点的に財源を付けるなどの内容だが、遠藤久夫委員（学習院大経済学部長）は、診療報酬による誘導と医療法による誘導を連動させることが現実的との見方を示した。

権丈委員は、社会保障・税一体改革による消費増税分の財源を医療・介護に回すには、提供体制をどう改革するか絵を描かねばならないと指摘。改革に使う消費税収の使い方には診療報酬と補助金があるとし「これまで、診療報酬ではなかなかうまくいかなかった」と述べた。今後は消費税を財源とした基金を造成し、地域医療計画と地域包括ケア計画を踏まえて資金の重点配分をすべきと主張。その際「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」を立ち上げて、各地域の医療需要や医療資源など、改革に必要なデータの収集・分析をすることが重要とした。

遠藤委員はそれに対し「補助金政策での誘導に反論はしない」と前置きした上で「診療報酬による誘導は強力すぎるくらい強力」という現実論を展開。同時に「全国一律の診療報酬では地域偏在の解消はうまくいかない」という弱点も語った。

地域偏在の是正につながる可能性があるのは、地域医療計画を内包する医療法との連携だとし「改革を進めるには、まず診療報酬による誘導策をできるだけ使い、その間に地域医療計画と連動させていくという仕組みをつくり上げるのが現実的」と述べた。（4/22MEDIFAXより）

■抜本改革の必要性や国保の広域化も議論／国民会議

社会保障制度改革国民会議は4月19日、医療・介護分野の集中討議を行った。大島伸一委員（国立長寿医療研究センター総長）は医療制度の抜本改革が必要だと主張。「皆保険制度には50年間の制度疲労が出ている。これまではマイナーチェンジで対応してきたが、その程度では無理だ。リセットが必要なくらいだ」と述べ、日本医師会の横倉義武会長の見解

をただした。これに対して横倉会長は「抜本的な医療改革が必要だというのは共通認識だと思う。5－6年前に叫ばれた医療崩壊から立ち直るラストチャンスだと思っている」と応じた。

市町村国保の広域化についても意見が交わされた。横倉会長は「市町村国保は大変な思いで運営している。県単位にすれば安定する」とし、「広域化は望ましい」と発言。また、総報酬割の導入で捻出した財源を国保財政の立て直しに投入することについて見解を尋ねられ、横倉会長は「国保への投入は必要」との見方を示した。

国保の広域化については神野直彦委員（東京大名誉教授）や宮武剛委員（目白大大学院客員教授）らも賛成。宮武委員は、国保の広域化で保険者になった都道府県に新たな地域医療計画による病院の抜本的な再編成を実施してもらい、さらに、地域特性に応じて診療報酬の設定権限の一部を委ねるべきとも主張した。ただ、広域化に関して岩手県知事や総務大臣を務めた増田寛也委員（野村総合研究所顧問）は「赤字構造の解消が必要不可欠」と指摘した。

女性医師の職場環境改善に関する意見もあった。榊原智子委員（読売新聞東京本社編集局社会保障部次長）は「女性医師が働きやすい環境がない。医療者のワークライフバランスを真剣に考えるべき。人材配置の決定ボードがほとんど男性で、環境の変化に対応できていないのではないかと苦言を呈した。これに対して横倉会長も「頭を悩ませているところだ」とし、「若い世代の医師の意見、特に女性の意見をくみ上げる必要がある。今から取り組みたい」と応じた。

介護関連では大島委員が「医療と介護の連携の在り方や認知症への対策、これらに対するより確実で効率的な方法の探索、介護保険のデータの分析・活用等による解決策の模索など、介護分野への資源の投入は避けようがない」と指摘。山崎泰彦委員（神奈川県立保健福祉大名誉教授）も認知症対策の遅れを指摘し、国家戦略として取り組むべきだと述べた。（4/22MEDIFAXより）

■ゲートキーパー機能の仕組みづくりを／国会版国民会議

社会保障制度改革について検討している超党派の議連「国会版社会保障国民会議」は4月11日夜、自民・公明・民主・みんな4党の代表者による世話人会合を開き、中間報告に向けて論点整理を行った。

医療分野ではフリーアクセス制を見直し、地域医療の中でかかりつけ医がゲートキーパー機能を担う仕組みを検討する。

世話人の木原誠二衆院議員（自民）は「医師会の皆さんが地域医療の中で『よし、やってやろう』と思えるような制度を提言したい」としているが、一方で「何でも診療報酬の出来高払いを続けていくわけにはいかないだろう」とも述べた。4月中にも中間報告をまとめ、政府に提出する方針だ。

11日時点の論点整理では▽年金▽医療▽若年者対策—の3分野がメインになっている。介護分野は議論が進んでおらず、現時点ではカバーしていない。5月中旬から下旬にも次回の世話人会合を開き、政府に対する働き掛けの方法などを議論する予定。

医療分野では、地域包括ケア構想が進む中、かかりつけ医がその中心的な役割を果たし、従来のフリーアクセスを見直す中で適切な医療提供体制をどのように確保するかがメインテーマになる。予防医療や再生医療を診療報酬体系の中に取り込んでいくことも検討する。また、財政状況が厳しい国保の広域化も提言に盛り込む。医療情報をどのように集約化していくかについても今後、議連で議論を交わす予定だ。

年金分野は、国民年金の過去債務の解消策がメイン。財政再計算を2013年中に前倒しして実施し、比較的保守的な視点で見つめるよう提言する。ただ、与野党の考え方に隔たりがある年金の制度論までは踏み込まない。

若年者対策では、雇用給付付き税額控除を検討する。単なる生活保護のような形ではなく、企業にも負担をかけない仕組みを考える。

（4/15MEDIFAXより）

■地域ごとの診療報酬など提言／国会版国民会議が中間まとめ

社会保障制度改革をテーマとする超党派議員連盟「国会版社会保障制度改革国民会議」の世話人は4月24日、中間論点整理をまとめ、菅義偉内閣官房長官に提出した。診療報酬を全国一律ではなく各地域に委ねていくことや、総合診療医が地域医療に責任を持ち、定額の報酬を受け取れる制度を導入することを求めている。

国会版国民会議は、中長期的視点から社会保障や財政の在り方を検討するため、超党派の国会議員で2013年2月に発足した。自民、公明、民主、みんな、

維新、生活の6党と無所属も含め、計103人の議員が参加している。

中間整理は医療・介護制度について、短期的改革と中期的改革に分けて記載。短期的改革では、70－74歳の窓口負担を法律通りの2割にすることを求めた。

中期的改革では診療報酬体系の見直しを提案した。各地域が診療・介護行為を工夫して質の向上と費用節約ができるよう、診療報酬の決定プロセスを地域に委ねる方向を目指すべきとしている。

地域包括ケア体制を支える総合診療医を確立して「地域で包括ケアを担う責任に対する報酬」という意味での定額の管理料を付ける制度も必要とした。地域包括ケアでは予防・先制医療の視点を重視し、診療報酬体系で評価すべきとも指摘。保険者を地域単位で再編する必要性にも言及している。

中間整理を菅官房長官に提出後、世話人の河野太郎（自民）、柚木道義（民主）、浅尾慶一郎（みんな）の3氏は厚生労働省内で記者会見を開いた。河野氏は「政府の国民会議の後押しをする、お尻を蹴飛ばす、もう少し頑張れと言う。それが狙い」と語り、柚木氏は「専門家だけでなく、立法府がしっかりコミットしてやるべきことを実現させる。それが国会版国民会議のミッションの一つ」と述べた。

国会版国民会議は今後も継続し、最終的な提言をまとめる。（4/25MEDIFAXより）

■国保運営「県単位の財政調整は必要」／田村厚労相

田村憲久厚生労働相は4月23日の閣議後に会見し、22日の社会保障制度改革国民会議で議論に上った国保運営の都道府県化について「県単位で財政調整していくことは必要だと思っている」との見解を示した。

田村厚労相は、小規模な自治体では医療費の増大を賄いきれない部分があると指摘し、これまでも高齢者医療制度で都道府県単位に集約する形で進めてきた経緯があることも踏まえ、広域化を通じた財政調整をさらに、進める必要があるとの見方を示した。

ただ、保険者が都道府県になった場合、保険料の徴収率が低下する可能性も指摘し、「そこはしっかりと検討しなければいけない」と述べた。

後期高齢者支援金への総報酬割の導入については、「決定したわけではない。今回のものでよしとされるのか、都道府県の意見をしっかりと聞かなければ

いけない」と述べた。また、健康保険組合の財政状況も良好ではないとし、健保連から意見聴取する必要性も指摘した。

●ホールディングス方式「ニーズを含め検討」

国民会議に提案があった、医療機関をグループ化してホールディングカンパニーを創設する制度改革案については、「そのニーズがあるのかも含め、厚生労働省として検討していきたい」と述べた。

（4/24MEDIFAXより）

介護保険部会

■国民会議に「言うべきことは言う」／社保審・介護保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会（部会長＝山崎泰彦・神奈川県立保健福祉大名誉教授）が4月25日に開かれ、政府の社会保障制度改革国民会議が22日までにまとめた医療・介護分野の議論について事務局から報告を受けた。各委員は国民会議の議論に対する意見を述べ、国民会議の委員を務める山崎部会長も「部会独自の立場で、言うべきことは言うべきだと思う」と述べた。

山崎部会長は、介護保険部会でも国民会議の議論について「一定程度尊重しながら、議論する必要がある」と説明。その上で、同部会として「言うべきことは言うべきだ」とのスタンスを示し、「関係団体や利用者の声など、国民会議の議論に何らかの形で反映できるのではないか」と述べた。委員からも、「部会は介護の専門家がいますので、ここから発信することも必要」との指摘があった。

国民会議の議論について、認知症を含め介護分野の議論が浅いことを不満とする声も上がった。山崎部会長は事務局からの報告に認知症についての記述がないことを指摘し、「最終的な報告書には認知症対策の推進を書いていただきたい」と述べた。他の委員からも「軽度者・要支援者について慎重に定義すべき」「重症化予防の『効果』とは何を指すのか」「人材確保のためにも魅力ある職場が必要」などの意見が出た。

厚労省老健局の原勝則局長は、あらためて国民会議と介護保険部会の関係について説明。国民会議が大きな方向性を夏までに議論し、その方向性を踏まえ、同部会で具体的に制度として取り入れる内容を議論するとし、「双方が連携し合いながら議論していくことを考えている」と述べた。

（4/26MEDIFAXより）

競争力会議

■競争力会議の民間ペーパーに異論／民主部門会議

民主党が4月16日に開いた厚生労働部門会議で、政府の産業競争力会議が議論している社会保障分野の内容をめぐり多くの異論が出た。

3月29日に開かれた産業競争力会議では、民間議員が「健康長寿社会の実現」と題するペーパーを提出した。予防医療の重要性を記述した後に「社会保障負担の削減に向けて」と題し、複数の制度改革を提案している。75歳以上の窓口負担を現在の1割から2割に引き上げることや、高額療養費制度の窓口負担上限額について現在1%の比例増部分の引き上げを検討することなどを記載。疾病の種類により自己負担割合を変える考えも示しており「例えば、がんは3割、風邪は7割負担」と例示。その際、自己責任の範囲を考慮して段階的に自己負担増を行うとした。自己負担の最低限度額を設定することも盛り込んだ。

部門会議ではこうした内容について、「将来にわたり7割の給付を維持するという健保法の付則を変えるのか」「高額療養費制度の拡充を訴えてきた民主党政権下の議論と逆行する」など批判的な意見が出た。（4/17MEDIFAXより）

■異次元の規制緩和へ「アベノミクス特区」／競争力会議で竹中氏ら

政府は4月17日の産業競争力会議で「アベノミクス戦略特区」の創設に向けて検討することを決めた。首相主導の特区とし、強力な規制改革の実行体制を敷く。新藤義孝地域活性化担当相と民間議員の竹中平蔵・テーマ別会合主査（慶應大教授）がほぼ同様の提案をした。安倍晋三首相は「既存の特区の現状を検証し、国の主体的な関与を高める方向で、これまでとは次元の違う抜本的な強化を検討したい」と発言した。今後は関係閣僚らが中心となり、対応を急ぐ方針だ。必要な法案提出も検討する。

竹中主査は会合で、全民間議員の意見を極力取り入れた提言「立地競争力の強化に向けて」を提出した。現行の特区制度をリニューアルし首相主導で推進するアベノミクス特区の導入が柱だ。首相をトップとした「特区諮問会議」を設置。さらに、「特区担

当大臣」を任命し、特区ごとに①特区担当大臣②知事・市町村長③民間代表による「三者統合本部」を設置する。大臣や知事らが直接現場のニーズをくみ取り、制度改革の実験場として特区制度を再生していく狙いがある。

竹中主査が提示した資料には、医療の規制緩和なども例示されている。アベノミクス特区のうち「国際先端スーパー特区」では、外国人医師が特区内で診療行為を行える制度の導入をイメージしている。また、「医療ツーリズム特区」では、米国のメイヨークリニックを目標に据えて、国際医療拠点づくりを推進したい考え。具体的には、医療通訳資格制度の試行、病床規制の緩和、医療機器や医薬品の相互承認の推進などに取り組むことなどを想定している。

地域単位ではなく「法人単位の特区」も設け、安全性を十分に確保できる法人（企業や医療法人）に限定して実証的な取り組みも推進するとした。

アベノミクス特区の実施例として、英語対応救急車、英語対応薬剤師、緊急医療相談コールセンターの外国語対応などを列記したほか、医療法人による医療ツーリズムの実施例として「混合診療」も挙げた。

会議終了後に会見した甘利明経済再生（一体改革）担当相は「従来の特区を白紙に戻すわけではない。ただし絞り込みを図り、特区制度に国が強く関与して成果を挙げやすい体制をつくる」と述べた。

このほか、マイナンバー制度やICTを医療に応用することなども提案された。（4/18MEDIFAXより）

■日本の医療圏を広げるべき／競争力会議の民間議員

産業競争力会議が重点的に取り上げる7項目の1つとして「健康長寿社会の実現」について議論しているテーマ別会合（主査＝佐藤康博・みずほフィナンシャルグループ社長）は4月19日に会合を開き、引き続き議論した。会合後に会見した内閣官房の田中茂明内閣参事官によると、民間議員からは、日本の医療制度の国際展開について「ビジネスの観点だけでなく、国際医療協力という観点からも進めるべき」との意見や「日本の医療圏を拡大していくべき」との意見が上がったという。

また、日本で治療や検査を受けたい人を支援する組織として経済産業省が支援し2011年に設立した「メディカルエクセレンスジャパン」の機能強化を求める意見があった。予防・健康サービスについて、

民間が参入できる範囲の明確化や基準の策定が必要との意見も上がった。

民間議員からは保険外併用療養の範囲拡大を求める意見が上がったが、政府側は「安全性と効果を検証して認められるものを入れていくことが必要であり、何でもよいということにはならない」と回答したという。（4/22MEDIFAXより）

■民間議員ペーパー、成長戦略にどこまで反映

産業競争力会議が設置したテーマ別会合が議論を終え、同会議が取りまとめる「成長戦略」に向けた論点が出そろった。4月23日の産業競争力会議後の会見で甘利明経済再生（一体改革）担当相は「今後はこれまでの議論を具体的な政策にしていけるための作業になる」と説明し、成長戦略の取りまとめに向けて同会議を今後5～6回程度開くことになるとの見通しを示した。医療関係ではテーマ別会合「健康長寿社会の実現」（主査＝佐藤康博・みずほフィナンシャルグループ社長）が、議論を整理した資料（民間議員ペーパー）を提出している。今後は民間議員ペーパーが成長戦略にどのように盛り込まれるかが焦点となる。

健康長寿社会の実現について民間議員ペーパーでは▽国民が健やかに生活し、老いることのできる社会の構築▽医療関連産業の活性化、世界最先端の医療が受けられる社会の構築▽良質な医療へのアクセスを通じてすぐに社会復帰ができる社会に向けて▽国民の健康長寿が経済成長につながる社会▽KPI（主要業績評価指標）の5項目に分けて意見を整理している。

安倍首相が検討する方針を示した「予防へのインセンティブ」の具体化を求めているほか、健診受診や健康増進事業に対する税額・拠出金控除など、健診が身近になる環境整備が必要と進言。医療法人がフィットネスなど健康増進事業や配食などの生活支援に円滑に参画できるよう、ガイドラインの策定も求めている。

社会保障負担の削減としては、「病院に行って治せばいい」から「経済合理的なセルフメディケーション」に個人を動かすために、医療・介護での予防へのインセンティブと自己負担の在り方を検討するよう求め、制度設計のロードマップを策定するよう提言している。

2020年までのKPIとしては▽国民の健康寿命を

1歳以上延伸▽メタボ人口を現状比25%減▽特定健診を含む健診受診率80%—も挙げた。このほか、医療関連情報の電子化・共有化の推進や、介護産業での労働力不足への対策など多岐にわたる。

●時間軸と具体的なアクション示す

23日の産業競争力会議後の記者会見で日本経済再生総合事務局の田中茂明内閣官房参事官は、健康長寿社会の実現などの主要課題について「2030年ごろを視野に、望むべき社会像を規定し、そこから逆算して必要な課題を解きほぐし、必要な規制緩和や市場創出の手法を示す」と述べた。「時間軸と、いつどういうイメージのことをアクションとしてやっていくかが必要」との認識も示した。

安倍晋三首相は26日に閣僚懇談会で、6月中旬に予定されているG8（主要国首脳会議）までに成長戦略を策定するよう指示しており、今後は、総合科学技術会議や規制改革会議など、他の関係会議での議論を成長戦略に反映させることなども含め、急ピッチで議論が進んでいく。（5/7MEDIFAXより）

■「事前の個別技術の確認」は不可欠／保険外併用で厚労省見解

田村憲久厚生労働相は4月23日の産業競争力会議に、民間議員のこれまでの提案に対する厚生労働省の考え方を示した。保険外併用療養のさらなる範囲拡大については「これまで医療技術ごとに安全性や有効性が確認されたものは、将来の保険適用に向けた評価を行うために、保険診療と保険外診療の併用を認めている」と説明した上で、一定のルールの下、速やかに先進的な医療を受けられるよう対応するとした。一方で「事前の個別の医療技術ごとの確認なしに、特定の医療機関のみ包括承認を認めることは困難」と指摘した。

医療法人が海外現地法人に出資できることを明確化すべきとの提案には、社会医療法人であれば「出資は可能」とし、一般の医療法人については「海外事業に失敗したとしても地域医療の提供に影響を与えない範囲内で出資可能とすることについて検討」とした。

疾病管理など予防向けサービスの報酬を検討すべきとの指摘には「医療保険制度は、傷病に対する治療を対象としており、予防向け医療を対象とすることは困難」と説明。「保険者による保険事業などが効果的に行われるよう必要な支援を検討」とした。

一般用医薬品のインターネット販売については

「現在、厚労省の検討会で検討中。5月中旬から下旬には一定の取りまとめを目指す」とした。

（4/24MEDIFAXより）

規制改革

■再生医療で保険外併用療養活用を提言／規制改革会議

政府の規制改革会議（議長＝岡素之・住友商事相談役）は4月17日の会合で、再生医療と医療機器分野の見解をまとめた。いずれも関連法案の今国会への早期提出を求めた上で、重点課題を提言。再生医療製品については、早期の患者提供を実現するため保険外併用療養費制度を積極的に活用することを要望。

今通常国会では、細胞の培養・加工を医療機関以外の施設に委託できる制度を盛り込む再生医療の新法提出が検討されている。同じく提出が検討されている薬事法改正案でも、再生医療製品の特性に応じた早期承認制度の導入を盛り込むなど、再生医療推進の環境整備を進める方針だ。

規制改革会議は再生医療について、関連法案を早期に提出した上で、細胞の培養・加工の外部委託を円滑に進めるため、委託する医療機関と委託先の企業の責任範囲・内容を明確化すべきと提言。健康被害の発生に備えた補償制度の整備も必要とした。

医療機器については、臨床研究中核病院を指定する医療法改正案の早期提出も必要だと指摘した。

会合ではまた、一般用医薬品のインターネット販売や医療のIT化推進など、14の規制を国際比較して検証することを決めた。検証結果によっては所管官庁に見直しを要請する。（4/18MEDIFAXより）

事故調

■医療事故調、秋の法案提出も視野／厚労省、取りまとめへ前進

厚生労働省は4月18日の「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」（座長＝山本和彦・一橋大大学院教授）に、これまでの議論を踏まえ「院内調査の在り方」など論点ごとに具体案を提示した。これを「たたき台」に議論した結果、多くの部分でおおむね意見が一致。院内調査の手順については各医療機関が参考にできるガイドラインを策定することを決めた。厚労省医政局総務課の吉岡てつ

を課長は、予期しない診療関連死を調査する全国規模の体制構築に向け、次回の会合で制度の骨格を示す方針を明らかにした。会合後、記者団に対し「次回取りまとまるとよいと考えている」と述べた。次回は5月29日の予定。

吉岡課長は会合の中で、医療提供体制を見直すため医療法などの関連法を一括で改正する法案を検討しており、提出時期は秋の臨時国会を想定していると説明。医療事故調の制度化についても意見がまとまれば一括法案に盛り込む方針を示した。

●「まずはスタートしなければ」

会合では、医療側の委員からも患者・家族側の委員からも、全国規模の制度を早く動かすべきとの意見が上がった。全日本病院協会常任理事でもある飯田修平構成員（練馬総合病院院長）は「基本的に全日病としては（厚労省が示した）原案に賛成」とした上で、「まずはスタートしなければならない」と強調した。山口育子構成員（NPO法人ささえあい医療人権センター COML理事長）は、同検討部会で堂々巡りの議論が繰り返されている面があると指摘し「（制度を）始めてみないと見えないことが結構たくさんある」と述べた。

調査の流れについては、医療機関が予期しない診療関連死全件を第三者機関に届け出た上で、院内調査を実施することで一致。遺族側の希望があれば、院内調査は実施せずに第三者機関の調査を求めることも例外的に可能とする。詳細は次回議論する。

院内調査は、外部の医療専門家などの支援を受けながら実施することが基本。専門家の範囲はさらに、議論する。調査費用は原則、国の支援と医療機関側の負担とした。

医療側の委員からは、院内調査で実施する解剖や死亡時画像診断（Ai）について診療報酬での支払いを検討するよう求める意見が上がった。これに対し吉岡課長は「難しい」との見方を示し、解剖は医療安全対策加算での対応を検討し、Aiについては死因究明体制の充実に向けて確保している予算の拡充を検討するとした。（4/19MEDIFAXより）

伸び率抑制

■伸び率抑制「現時点では考えていない」／衆院予算委で安倍首相

安倍晋三首相は4月16日の衆院予算委員会で、社会保障費の自然増を抑制するかどうか問われ「現時

点では伸び率抑制は考えていないが、骨太方針の策定に向けて議論したい」との考えを示した。前原誠司氏（民主）への答弁。

安倍首相は「われわれとしては（社会保障費の自然増に）キャップをかけて抑制するという手段は、現在のところ考えていない。年央までに定める骨太方針の中で社会保障費をどう抑制していくかを議論している。サービスの質を維持しながら、いかに効率化を図るのが課題だ。キャップをかけることの是非も含めて議論したい」と述べた。

また、安倍首相は、70-74歳高齢者の医療費自己負担を1割のまま据え置いている問題にも言及。前原氏が「自己負担を本則の2割に戻すだけで2000億円の増収が見込める」とただすと、安倍首相は「原則ではそうだから、その（自己負担2割に引き上げの）方向に向けて実施していきたい」と応じた。

安倍首相は終末期医療の在り方についても触れ、「尊厳とともに死を迎えたいと多くの人が考えていると思う。終末期医療の問題は財政状況というよりも、どう最期を迎えるべきかという観点から議論すべきではないかと思っている」と述べた。

介護保険制度に関しては、給付範囲と負担の在り方を議論する必要があるとの認識を示した。安倍首相は「2013年から270万人の団塊世代が65歳になり介護保険の対象になる。制度が持つかどうかというのがある」と問題意識を表明。その上で「（介護保険制度導入）当初、厚生省はそれほど利用しないだろうと思っていたが、サービスとして存在すれば、（被保険者は）せっかく保険料を払っているのだから使おうということになる。そういう整理もしっかりと議論していく必要がある」と述べた。

（4/17MEDIFAXより）

診療報酬

■次期改定、「かかりつけ医の評価」も論点／宇都宮医療課長

厚生労働省保険局医療課の宇都宮啓課長は5月7日、取材に答え「次期診療報酬改定における外来医療の論点の一つとして、高齢患者などに対するかかりつけ医機能を支援する評価を検討していきたい」との考えを明らかにした。「地域の患者にとって良い方向に向くよう中医協で議論してもらいたい」と述べた。

宇都宮課長は「地域包括ケアシステムを進める上

でも、かかりつけ医機能の充実は重要な課題だ。特に高齢患者には信頼できるかかりつけ医を持ってもらい、かかりつけ医に健康や病気のことは何でも相談できるような患者中心の地域医療を検討し、それに対する評価も検討する必要があるのではないか」と述べた。「地域の開業医が医師として基本的な各分野の診療能力を備えた上で、診療した患者が自分の専門外であれば、適切な医療機関や医師に紹介できる機能や、医療保険制度のみならず介護保険制度も含めた知識・ネットワークを持ち、必要に応じて適切な介護サービスやケアマネジャーを紹介できるような患者中心のかかりつけ医機能が必要ではないか」とも語った。

かかりつけ医の評価体系については、これまで「老人慢性疾患外来総合診療料」や「後期高齢者診療料」が具体化されたものの、後に廃止されるという経過をたどっている。宇都宮課長は「過去の経緯を十分に踏まえ中医協で議論いただきたい」とした。

●療養型の有床診は「介護保険も活用を」

地域包括ケアシステムを進める上でもう一つの論点となる有床診療所の評価について、宇都宮課長は「地域医療のニーズに応じた機能を果たしている施設を評価すべきと考えている」との基本的な考え方を示した。その上で「特に療養型を担う有床診については、医療保険だけでなく介護保険も十分活用していくべき。前回の介護報酬改定では、有床診でも算定できる複合型サービスや緊急ショートステイなどの評価を創設したところであり、活用を考えてほしい」と述べ、「医療保険依存型」から介護保険も活用する柔軟な対応を求めたいとした。

宇都宮課長は「地域内での入院医療や患者ニーズに適切に対応できると判断される場合、有床診から無床診へ、中小病院から有床診（＋介護老人保健施設）への転換なども選択肢としてあるのではないかな。有床診は1人の医師で運営していくのは厳しいだろう。中小病院もランニングコストなどを考慮すると有床診（＋老健）への転換が一つの選択肢になるのではないかな」と指摘した。ただ、「これは診療報酬というより、医療計画や介護保険事業計画に関連して検討されるべきことだろう」と述べ、各医療機関が地域医療を支えるための機能をどう果たしていくのか熟慮すべき時に来ているとの認識を示した。

（5/8MEDIFAXより）

■次期改定へ内保連、要望項目の取りまとめ進む

内科系学会社会保険連合は、次期診療報酬改定に向けて領域別の要望事項について取りまとめを進めている。内保連はもともと加盟学会ごとに要望書をまとめていたが、関連学会による共同提案を推進するため、次期改定に向けては21の領域別関連委員会が連携を強めていく予定だ。

●「1処方7種類以上」の減算廃止を

内科系診療所委員会は、内科系診療所の診療報酬に対する意見を全国から集約し、重点項目として▽投薬＝1処方7種類以上の内服薬多剤投与の減算は、多種疾患を有する高齢患者が増加する中で、実態に即しておらず廃止すべき▽医学管理等＝特定疾患療養管理料は月2回の算定となっているが、長期処方患者が増加しており、月2回の受診ではなく、1回450点の算定に改めるべき▽初・再診料＝時間外対応加算は、患者の理解のためにも「時間外対応体制加算」に改称すべき—などを中心に要望書を作成していく方針だ。

●小児の在宅医療充実も要望へ

小児関連委員会は、小児の鎮静や在宅医療について積極的に取り組む必要があるとしている。特に小児の在宅医療については、小児看護学会や関連学会とも連携し、要望事項をまとめていく。2012年10月に設置された横断的委員会である「在宅医療関連委員会」では、病院に入院中の患者が退院後にシームレスに在宅医療に移行できるよう、退院前と退院後の病診連携について疾患別に検討を進めている。小児関連委員会は、小児の在宅医療について在宅医療関連委員会と連携を取りながら検討を進めたいとしている。

呼吸器委員会では▽気道過敏性検査▽栄養食事指導料▽複数の免疫染色を用いた肺がんの診断▽呼吸運動装置による排痰誘発法—の保険収載を求めるほか、呼吸器リハビリテーション料、呼吸ケアチーム加算の既収載項目についても見直しを求める予定だ。

悪性腫瘍委員会は、がん薬物療法を内科系技術評価にいかに関与させるかが、次期改定での最大の課題としている。同委員会は全国がんセンター協議会との協議も踏まえて、最終の要望項目を絞り込んでいく。

●「維持期リハ13単位」は継続要望を検討

リハビリテーション関連委員会にはリハ関連18学会が参加している。未収載や既収載など48項目を検

討し、最終的に35項目に絞り込んだ。うち13項目は重点的に検討を進めた。特に疾患別リハの施設基準では、疾患別に点数格差が存在し、1人のセラピストの時間単価が異なることについて整合性を求める意見が強い。

維持期リハについては、現在、月13単位を上限に実施可能だが、介護保険受給者は医療保険から介護保険のリハに移行すべきとの考え方から、次期改定では医療保険による13単位の継続ができなくなる可能性がある。同委員会は次期改定でも13単位は継続できるよう要望していく方向性を打ち出している。(5/2MEDIFAXより)

■次期診療報酬改定「マイナスにすべきでない」／田村厚労相

なぜ次期診療報酬改定で、ネットでのプラス改定を目指すと言えないのか。4月19日に開かれた衆院厚生労働委員会で、民主党の山井和則氏が田村憲久厚生労働相に激しく詰め寄る場面があった。当初、田村厚労相は無難に答弁していたものの、山井氏に何度も食い下がられたため、最後は「マイナスにはすべきでないと思う。さらに、高い目標を持って私は戦っていく」と決意を表明した。

山井氏は民主党政権時代に厚生労働政務官を務めた経験を持つ。まず「民主党政権の時と同じようにネットでのプラス改定を目指すのか」と質問。田村厚労相は「物価や賃金、医療経済実態調査の結果などを鑑みながら総額をどうするのか決めた上で、中医協で細かい部分の診療報酬が決まる。医療が後退せず前に進むよう頑張っていく」と応じた。

山井氏は、これに納得せず「不明確な答弁だ。民主党政権の時は財務省とも戦った。すごいバトルを展開してネットプラスを勝ち取った。田村厚労相がネットでのプラスを目指しているのか、いないのか」と明確な回答を求めた。

田村厚労相は「何をもって『ネットプラス』というのかも考えるが、医療が前に進むために戦っていくということは、どういうことか分かっていたでしょう」と理解を求めつつ、さらに、過去2回の診療報酬改定での民主党の取り組みについて「私も評価させてもらっている」と持ち上げた。

しかし、山井氏は一歩も引かず「全国の医療関係者も固唾をのんで、厚労省や国会議員が医療の現場のことを考えてくれているのかと見守っている。こんなに聞かれてもプラス改定と言えない大臣で医療が

充実するはずがない」と批判。田村厚労相が「マイナスにならないように頑張ると言ってるんですよ」と、怒気を強めるシーンもあったが、「プラスを目指す」とまでは明言しなかった。

(4/22MEDIFAXより)

高額療養費

■高額療養費で「公約違反」と民主が批判／衆院厚労委

政府の産業競争力会議で配布された資料に、高額療養費制度の窓口負担上限額について現行1%の比例増部分の引き上げが盛り込まれ、厚生労働省側が検討する意向を示したことは自民党の公約違反に当たるとして、4月19日の衆院厚生労働委員会で民主党の山井和則氏が批判した。

田村憲久厚生労働相は、低所得者や一定の所得があっても、がんなどの高額の治療を長期間続けた場合には負担感があることから、政権公約に「引き下げる」と盛り込んだと説明。その一方で「高所得者をどうするかというのは、いろんな議論がある。あらゆる考え方がある中で、一応は検討しようとして申し上げた」と述べた。自民党が政権公約で挙げた部分については「引き上げることを検討するつもりはない」と強調した。(4/22MEDIFAXより)

民間保険

■不妊治療の保険商品化「有意義だが課題も」／金融庁WG

金融庁の「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」は4月19日、原因が特定できない不妊の治療費を保障する民間保険について、これまでの議論を整理した資料を提示した。不妊治療に関する保険サービスは一定の需要が見込まれ、社会的な意義もあるとした一方、モラルリスクや逆選択、データ収集が困難などの課題があり、商品が複雑化しない対応が必要とする内容で、委員らの意見もおおむね一致した。結論は1カ月後をめどに報告書の素案に組み込み、6月中には報告書を金融審議会に上げる予定となっている。

課題は治療直前に保険加入したり、不妊リスクの高い人ばかりが集まると、保険商品として成り立たなくなってしまうことにある。前回までの議論で、回避策として▽契約後は一定の期間は保障対象外とす

る▽保険金の給付回数や給付金額の上限を設ける—などのアイデアが出ている。今回、委員からは「福利厚生として不妊治療の補助制度をすでに導入している企業をサポートする」「団体保険の形にする」といったアイデアも出た。

●「かなり時間のかかる難問」／明治安田生命

オブザーバーである明治安田生命保険の梅崎輝喜調査部長は「商品開発は各社の経営判断事項。当社としては、仮に検討を開始したとしても、課題を解決して販売に至るには、かなり時間のかかる難問である」と述べた。

金融庁の伊野彰洋・保険企画室長は「工夫して課題を克服した商品が出てくれば、府令などの制度面は付いてくる」としている。（4/22MEDIFAXより）

専門医

■新専門医制度創設へ、最終報告書を公表／厚労省

厚生労働省は4月22日、新たな専門医制度の創設に向け「専門医の在り方に関する検討会」（座長＝高久史麿・日本医学会長）が取りまとめた最終報告書を公表した。新専門医制度は内科や外科などの「基本領域」と、より専門性の高い「サブスペシアルティ領域」の2段階制が基本。新たに設立する中立的な第三者機関が運用する。日常的に頻度が高く、幅広い領域について適切な初期対応や継続医療を提供する「総合診療専門医」を新たな基本領域に位置付けることも盛り込んだ。新専門医制度の創設に合わせ、専門医の分布状況などを把握するためのデータベースも構築する方針だ。

同検討会が3月7日の会合で最終報告書案を大筋で了承したことを受け、厚労省は当初、3月中に最終報告書を公表する予定だった。構成員間で最後まで意見が分かれた項目などについて、字句修正の調整で時間を要した。

●将来的な位置付け、法令等でなく「制度等」に

3月7日の会合でも意見が分かれた専門医取得のインセンティブについては、「関係法令等」ではなく「関係制度等」に位置付けるとの文言で決着した。

会合では厚労省が、新専門医を将来的に「関係法令等」へ位置付けることを検討することが望ましいとの原案を示したのに対し、小森貴構成員（日本医師会常任理事）が「制度」への位置付けとするよう求めて反対。池田康夫構成員（日本専門医制評価・

認定機構理事長）が「専門医が医師法や医療法の中でどう位置付けられるかを将来的に検討するということを明記しておくことは必要だ」と指摘し、高久座長も将来的な検討であり「原案通りでよいのではないか」と理解を求めている。（4/23MEDIFAXより）

諮問会議

■「歳出に天井」も「一律抑制」は否定／諮問会議の民間議員

経済財政諮問会議の民間議員4人は4月22日の諮問会議に、「経済再生と財政健全化の両立を目指して」と題した資料（民間議員ペーパー）を連名で提出した。中長期の財政健全化への取り組み方として「マクロ的に歳出の天井を設けることなしに財政健全化は難しい」と指摘したが、「一律の機械的な歳出抑制」は否定。その上で「予算編成において経済成長の実現等の重要課題への重点化を行うとともに大胆なスクラップ・アンド・ビルドを行うことにより、メリハリの効いた財政に」と提言した。

会合後会見した甘利明経済財政担当相は「成長を支える分野、効率化が見込める分野などでメリハリが付いてくる形になろうかと思う」と述べた。「中期財政計画の策定までに少しずつ具体化してフォーカスを絞っていく。その過程に骨太方針がある」と説明。中期財政計画の策定期限は2013年7月の参院選後になるとの見通しを示し、6月にも取りまとめる予定の骨太方針とは「时期的に少しタイムラグが生じると思う」と述べた。

安倍晋三総理は諮問会議で「骨太方針には経済再生の道筋と合わせ、各歳出分野の取り組みなど、財政健全化の基本的方向を盛り込んでほしい」と求めた。民需主導の持続的成長と財政健全化の両立が重要課題とした上で、18－19日にワシントンで開かれた「20カ国・地域（G20）財務相・中央銀行総裁会議」でも「財政の持続可能性を維持することの重要性について確認された」と強調した。

●社会保障と財政健全性は「表裏一体」／民間議員

22日の民間議員ペーパーでは、財政健全化策に重要な観点として、社会保障と財政の健全性が表裏一体の関係にあると指摘。「社会保障の持続性を維持するためには、財政の健全性を確保することが不可欠」とした上で、「社会保障の改革を継続していくことが、財政の健全性を維持することにつながる」と

強調した。

このほか「財政健全化に向けた各歳出分野の考え方」として、「社会保障関係費についても、効率化・重点化の徹底を通じて抑制を検討すべき」と明記。医療・介護関係では▽給付と負担両面における世代間および世代内バランスの適正化▽健康の維持増進▽医療・介護サービス提供体制の重点化・効率化▽電子レセプトの活用等による医療・介護給付の重点化▽外来受診の適正化、後発医薬品の使用促進等▽健保組合等の医療情報の活用による保険者機能の強化—の6項目を挙げた。（4/23MEDIFAXより）

ICT

■超高齢社会、ICTで23兆円の経済効果／総務省会議が提言

総務省の「ICT超高齢社会構想会議」（座長＝小宮山宏・三菱総合研究所理事長）はこのほど、医療・介護情報を患者や医療従事者が共有できる医療情報連携基盤の全国展開など、超高齢社会でICT（情報通信技術）を最大限に活用した施策の方向性を盛り込んだ基本提言を発表した。提言では3つのビジョンを掲げており、新システムやサービスの創出で2020年に最大23兆円の経済効果が生まれるとしている。

ビジョンの1つ目は「健康寿命の延伸と、病気になっても質の高い医療・介護サービスを享受し、住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現」。医療費増大や医師不足といった課題がある中、関係者が円滑に連携できるICTの積極的な活用が必須だとして「医療情報連携基盤の全国展開」を盛り込んだ。関係者で情報共有することによって重複検査の回避や疾病管理による重度化防止を期待している。これまで2次医療圏レベルで構築されてきた基盤を都道府県レベルなどでも展開できるように、技術的な課題や運用ルールを検討する。

また、ICTを活用した健康増進プロジェクトで医療費が削減された例もあるとして、健診データなどを活用した生活習慣病などの予防モデルの構築を目指す。構築に当たっては、自治体や企業が主体となった大規模な社会実証を行う。健康ポイントなどインセンティブの在り方についても検討する。

2つ目のビジョンでは、元気な高齢者が社会参加できる社会を掲げ、買い物支援ロボットや介護現場で使える見守りロボットの実用化を進める必要性を盛り込んだ。

3つ目として「新産業創出とグローバル展開」を挙げた。世界に先駆けて超高齢社会に突入した国として、日本式のICTシステムやサービスを標準化し、海外にパッケージ輸出する方向性も示した。

同会議は12年12月から、超高齢社会に対応するICTの在り方を検討してきており、5月にも報告書をまとめる予定。総務省情報流通行政局情報流通高度化推進室は、各施策のスケジュールについては検討中だが、ロードマップを報告書に盛り込みたいとしている。（4/24MEDIFAXより）

病床機能

■有床診の柔軟性、前向きに議論／厚労省・病床機能報告検討会

厚生労働省の「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」（座長＝遠藤久夫・学習院大学教授）は4月25日、報告制度の対象となる有床診療所と療養病床について、全国有床診療所連絡協議会と日本慢性期医療協会からヒアリングした。

全国有床診療連絡協からは葉梨之紀会長と鹿子生健一副会長が出席。有床診の最大19床の病床は「地域密着の病床」として柔軟な活用を認めるよう求め、各有床診が報告する内容は▽病院から在宅・介護施設への受け渡し▽専門医療で病院の役割補完▽緊急時の対応▽在宅医療の拠点▽終末期医療—のうち1つまたは複数を示すことを提案した。高智栄太郎構成員（健保連理事）は「地域になくてはならない医療機関を継続性あるものにしなければならない」と述べた上で「たたき台としては前向きな提案」と評価した。

●日慢協の主張には「患者像の提示を」

日慢協からは武久洋三会長が出席し、そもそも医療法上の「一般病床」と「療養病床」の区別は不要と主張。「急性期病床群」と「慢性期病床群」に大きく分けることを提案し「長期急性期病床」などについて考え方を説明した。

この提案に対し三上裕司構成員（日本医師会常任理事）は「患者の病期だけでみるより、重症度で分ける方が分かりやすいと思う」と述べた。西澤寛俊構成員（全日本病院協会会長）は「それぞれの患者像が見えないと分からない。一度示していただき議論した方がよいのではないか」と述べた。

（4/26MEDIFAXより）

■地域医療ビジョンの策定、3年前倒しへ／厚労省案を了承

厚生労働省は4月25日、各都道府県が将来的に必要な病床数などをまとめる「地域医療ビジョン」の策定を、当初予定より約3年前倒して2015年度とすることを「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」（座長＝遠藤久夫・学習院大学教授）に提案した。構成員は前倒しをおおむね了承。次回以降、変更になる全体のスケジュールなどを確認した上で正式に決まる見通しだ。社会保障制度改革国民会議が22日に公表した「議論の整理」によると、地域医療ビジョンの前倒し策定を求める意見が上がっていた。

当初、地域医療ビジョンは、同検討会が病院病床の機能分化推進のために検討中の「報告制度」で得られる情報などにに基づき、各都道府県が18年度から策定を開始する予定だった。厚労省医政局総務課の吉岡てつを課長は会合で、報告制度について「2014年度上半期に各都道府県でシステムを構築すれば、下半期から報告制度を実際に開始できる」と述べ、15年度の中ごろ以降、準備が整った都道府県から順次、地域医療ビジョンを策定することが可能と説明した。

●次回会合で厚労省が「報告制度案」

遠藤座長は「効率的に議論することを前提に、報告制度の具体的な事務局案のようなものを提出していただければ、それをたたき台に議論できる」と述べ、厚労省側に事務局案の提出を求めた。吉岡課長は「鋭意努力させていただきます」と回答。遠藤座長は「その案をベースに議論していきたい」と引き取った。

会合では、社会保障制度改革国民会議で医療機能の分化・連携を促すため、消費税増収分で基金を創設する意見が上がっていることについても話題になった。吉岡課長は「具体的にどういうことが想定されているのか把握していない」と述べるにとどめた。

●消費税増収分は「診療報酬と補助金の両方へ」

一方、消費税引き上げ分の使途に対する厚労省としての考えについて吉岡課長は、税率が8%になる14年度時点から「増収分を医療・介護の充実に充てべき」と述べた。

会合後、記者団に対し、増収分について「診療報酬と補助金の両方でもらいたい」と強調した。引き上げられる5%分の使途については、社会保障・税一体改革成案などによると、1%程度に相当する2.7

兆円を社会保障の充実に充てるとされている。うち「医療・介護の充実」には最大で1.6兆円程度を配分することになっている。（4/26MEDIFAXより）

TPP

■TPPは公的保険に悪影響／参院公聴会で元外務省局長

元外務省国際情報局長の孫崎享氏は5月2日の参院予算委員会公聴会に公述人として出席し、環太平洋連携協定（TPP）をめぐる問題で、特にISD条項（国家と投資家の紛争解決条項）への懸念を表明した。TPPが与える日本の公的医療保険制度への影響については「最終的には今のよう国民の健康を守る制度から大きく逸脱していくと思う」と予想した。公述人として意見を述べた後、田村智子氏（共産）の質問に答えた。

孫崎氏はISD条項について「国家の主権を揺るがす重大課題」「企業利益を最優先する」と強調し、最高裁判所の判決をも裁くものだと説明。企業と国家間の紛争の具体例として、医薬品の特許をめぐる米国の製薬企業イーライリリー社が、ISD条項に基づき、カナダ政府に約1億ドルの損害賠償を要求している事例などを紹介した。

また、TPPは基本的に米国的な社会を日本が受け入れるかどうかの選択になるとした上で、米国では年収3万5000ドル以下の人の3割が医療保険に加入していないと指摘。TPPが与える日本の公的医療保険制度への悪影響に懸念を示した。

（5/7MEDIFAXより）

厚労省通知

■特例病床の算定式、初の提示／厚労省、都道府県に通知

厚生労働省は、病床過剰地域でも特例的に病院の開設・増床を認める「特例病床」について、増床が必要な根拠を明確にするための算定式を初めて都道府県に示した。厚労省が注目するポイントをより明確にすることで、事務手続きを簡素化するのが狙い。全国知事会からの指摘などを踏まえ、4月24日付で留意事項を通知した。

新たに示された留意事項は▽特例による増床が必要な理由の明確化▽増床する病床数の根拠の明確化▽特例の要件に該当することの明示▽これまで特例

で認められた病床の利用状況▽都道府県医療審議会の意見書の添付▽医療機関の概要などその他必要な添付書類—の6項目。

増床数の根拠を明確化するために用いる算定式として①特定の疾患（事業）について地域における入院待機患者数×疾患別の平均在院日数÷365日②（増床を行う医療機関の当該疾患（事業）に対応する病床等の病床利用率－100%）×当該病床等の病床数③疾患（事業）別圏域外流出患者数×疾患別の平均在院日数÷365日、疾患（事業）別圏域外救急車搬送流出患者数×疾患別の平均在院日数÷365日④NICU＝都道府県内の総出生数÷（1万人×30床）、GCU＝都道府県内の総出生数÷（1万人×30床×2倍）—を示した。算定式を用いた上で、医療従事者の確保予定や施設構造などを踏まえた増床数を明らかにするよう求めている。

特例病床として認められる病床の使い方は▽がんまたは循環器疾患の専門病床▽小児疾患専門病床▽周産期疾患にかかる病床▽発達障害児の早期リハビリテーションなどにかかる病床▽救急医療にかかる病床▽薬物・アルコール中毒性・老人性・小児・合併症を伴う精神疾患にかかる病床▽神経難病にかかる病床▽緩和ケア病床▽開放型病床▽後天性免疫不全症候群にかかる病床▽新興・再興感染症にかかる病床▽治験にかかる病床▽診療所の療養病床にかかる病床—の13種類がすでに示されている。

●有床診の活用もあらためて周知

病床過剰地域での新たな病床の設置については、有床診療所が活用できることも周知した。有床診は、医療計画に位置付けられることを前提に▽在宅医療の推進▽へき地▽小児・周産期など地域で特に必要な医療—のいずれかの理由であれば、都道府県知事への届け出だけで新たな病床を設置できる。

都道府県への通知では、国が設置している医療機関の増床や病床種別を変更することについて都道府県知事が医政局長に意見書を提出する際、今後は都道府県の医療審議会の意見を聞くよう求めた。

（4/30MEDIFAXより）

■療養費改正で通知／厚生省保険局

厚生労働省は4月24日付の保険局長通知2通で、5月1日から適用する柔道整復師の療養費を示した。「初検料」を95円引き上げ1335円に、「再検料」を25円引き上げ295円にする。一方で、3部位目以上の施術に対する施術料を「100分の70」から「100分

の60」に引き下げる。療養費に関する都道府県と柔道整復師の協定書に「健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益提供により、患者が自己の施術所で施術を受けるよう誘引してはならない」との記載をすることも示した。

療養費の改定は、医療保険部会の下に設置した専門委員会で議論した。改定率は0.00%で、初検や再検を評価する一方、3部位目以上の施術料を減額する適正化もセットにすることで決着した。多部位請求の地域差解消が念頭にある。

厚労省は24日付で医療課長通知も地方厚生局などに出した。打撲・ねんどの施術が初検から3カ月超継続する場合、施術の継続が必要な理由を「長期施術継続理由書」に記載して提出する必要があることを示している。不必要な頻回施術を回避する狙いがある。（5/1MEDIFAXより）

不妊治療

■不妊治療の助成範囲、見直しへ議論開始／厚生省

厚生労働省の「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会」（座長＝吉村泰典・慶応大教授）は5月2日、初会合を開き、支援事業の助成対象範囲や給付水準の見直しなど、事業の今後の在り方について議論を開始した。

特定不妊治療（体外受精・顕微授精）は保険適用されていないため、国は費用を一部助成する事業を2004年度から実施している。支援事業では、妊娠の見込みが極めて少ないと診断された夫婦に対し、一部を除き1回15万円を通算5年・10回の範囲で給付しており、所得制限は夫婦合算で730万円となっている。結婚年齢の上昇や晩産化に伴い、支援事業による助成件数は増加傾向にあり、支給実績は04年度の1万7657件から11年度には11万2642件まで増加した。

支援事業の適切な運営に向け、検討会では対象範囲や給付水準の見直し案を議論する。年齢制限は現在設けられていないが「42－43歳を一つの制限にしてもよいのではないか」「年齢によって助成費を変えるのはどうか」などの意見が出た。また、国立生育医療研究センター母性医療診療部不妊診療科の齊藤英和医長は生殖補助医療の現状についてプレゼンテーションし、年齢と生涯不妊率や妊娠後リスクの関係を示したデータなどから「39歳以下」を提案し

た。

●専門資格の位置付けも検討

検討会では、実施医療機関の人員要件や妊娠や不妊に関する正しい知識の啓発方法についても議論する。実施医療機関の基準については、生殖医療専門医や母性看護専門看護師、不妊症看護認定看護師など各学会の専門資格の位置付けなどを含め検討する。

正しい知識については多くの構成員が「足りない」と指摘。学校教育や職場で男女ともに必要な知識を広める必要があるとの意見が上がった。

同検討会はワーキンググループを設置し、検討会の議論のベースとなるたたき台を検討する。

（5/7MEDIFAXより）

産科補償

■分娩は総合的な観察・管理の徹底を／産科補償の再発防止報告書

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・再発防止委員会（委員長＝池ノ上克・宮崎大医学部付属病院院長）は5月7日、重度脳性麻痺を発症し補償対象となった事例のうち、公表済みの原因分析報告書に基づく統計データや提言などをまとめた「再発防止に関する報告書」を公表した。会見した池ノ上委員長は「モニタリングとその評価を継続し、児の健全性を担保しながら分娩を進めていきたい」と述べた。「（同報告書で）総合的な観察・管理を徹底して分娩を進めていくよう提言できた意義は大きい」とも強調した。

報告書の対象は累計188件で、脳性麻痺発症の主たる原因が特定されているのは145件。このうち「単一の原因」は106件で「常位胎盤早期剥離」（48件）、「臍帯因子」（30件）などが多かった。2－4の原因が関与したのは39件で「臍帯脱出以外の臍帯因子」「絨毛膜羊膜炎またはその他の感染」「常位胎盤早期剥離」などが多く挙げられた。「原因が明らかではない、または特定困難」も43件あった。

●背景因子なくとも発症

池ノ上委員長は、単一の原因として最も多かった常位胎盤早期剥離について「背景因子がない事例でも発症し、児の脳障害につながっている実態が浮き上がってきた」とし、「これまでに分かっている背景因子のみにとらわれることなく、幅広く総合的に患者の訴えや検査などをきちんと取り上げ分析し、対応することが必要」と述べた。

原因が特定できなかった事例については、カルテの記載が不十分などの情報不足が理由ではないとした上で「最新の産科医学の先端研究をもってしても判断できないような事例が主な要因」とした。例として子宮内感染症と児の健全性の関係を挙げた。

報告書ではこのほか、5つのテーマ別に産科医療者への提言と、学会や職能団体、国、地方自治体に対する要望を盛り込んだ。取り上げたテーマは▽臍帯離脱▽常位胎盤早期剥離▽子宮収縮薬▽新生児蘇生▽分娩中の胎児心拍数聴取一の5つ。

（5/8MEDIFAXより）

健保連

■「70歳以上は2割負担」、社会保障で提言／健保連

健保連の白川修二専務理事は4月22日の会見で、皆保険制度の維持に向けて70歳以上の窓口負担は原則全て2割負担にするなど、社会保障制度改革に対する健保連の提言を表明した。

白川専務理事は、現役世代の負担を軽減するためにも、70歳以上は全て原則2割負担にするなど患者負担の見直しが必要とした。また、高齢者医療制度の負担構造を変えるために、公費5割投入を目指すべきだと述べた。

後期高齢者支援金の総報酬割については、国庫補助削減分の「肩代わり」なら反対とした。協会けんぽへの特例支援措置を2年間延長する健康保険法の一部を改正する案が衆院厚生労働委員会を通過したことについては遺憾とし、「参院では、さらなる慎重な審議をお願いしたい」と述べた。

診療報酬改定にも触れ、薬価の引き下げ分を診療報酬本体の引き上げ財源にするのではなく、確実に国民に還元すべきだとした。

●後期高齢者診療料「理解してもらえた」

19日の社会保障制度改革国民会議で、日本医師会の横倉義武会長が後期高齢者診療料の考え方に条件付ながらも理解を示したことについて白川専務理事は「一定の理解は示していただけたと理解している」と述べた。

後期高齢者診療料については、対象を後期高齢者とすることでよいのかという問題はあるとした上で、重複検査を避けることができるなど医療費の効率化につながると説明。「できれば次期改定で復活させるべきだと中医協でも述べている」とした。

（4/23MEDIFAXより）

保団連

■医療・介護の直接支払いサービス、金融庁は方針撤回を／保団連

保団連（住江憲勇会長）は4月23日、金融庁が医療・介護サービスへの保険金の直接支払いを認める方針を出したことについて、公的医療保険の縮小につながるとして方針の撤回を求める談話を発表した。

談話は医療機関に医療サービスの費用を直接支払う仕組みについて、実際の運用上、保険業法が禁じている現物給付と何ら変わらないと指摘。さらに、直接支払いの拡大とあわせ、医療機関への提携事業者の勧誘が進み、生命保険会社による医療機関の「囲い込み」も始まると懸念を示した。

また、初期医療から先進医療まで医療サービスを現物給付する民間医療保険が出現し、医療現場で公的医療保険との併用が一般化すれば、公的医療保険の縮小が進む危険性もあるとして方針の撤回を強く求めた。（4/24MEDIFAXより）

日医

■地域で頑張る医師の評価を／国民会議発言で日医・横倉会長

日本医師会の横倉義武会長は4月24日の会見で、19日の社会保障制度改革国民会議（会長＝清家篤・慶應義塾長）で自身が主張した内容や委員との質疑応答を振り返った。外来定額制の必要性を質問した出席委員とのやりとりについて「後期高齢者診療料による定額負担は人頭割りにつながる危険性をさまざまな医療現場から提起されていたので、そのようにならないように十分に留意していただきたい。しかし、かかりつけ医として地域で頑張っている医師の評価については十分な配慮をしていただきたい。高齢者に限らず、一定の健康管理としてというのなら十分に評価してもらわなければならない」との趣旨で発言したと説明した。

●人頭割りは会議の場でも否定

国民会議では、出席委員が2008年度診療報酬改定で導入されながら後に廃止された「後期高齢者診療料」など外来の定額制に関して言及し、横倉会長に「かかりつけ医が定着するためには一種の定額制が

避けられないのではないか」と質問。これに対し、横倉会長は「人頭割りにするといろいろ別の問題が出てくるが、一定の健康管理のためのコストということではあり得ると思う」と応じていた。

横倉会長は会見で「かかりつけ医は全ての国民に持ってもらいたい。かかりつけ医が地域で頑張るわけで、診療報酬上で手当を十分にすべき」と述べ、かかりつけ医は地域で産業医など地域保健の活動をしており、それらの活動を含めて評価すべきだとの認識を示した。「人口が500人程度の地域の中には、医師がいないと人が住めない地域もある。そういう地域でも医療が継続できるために、何らかの仕組みづくりが必要だ」とも述べた。「外来の定額制に関して点数を新たに設けることを容認したのか」との質問には「それは（表現が）行き過ぎている」と否定した。

横倉会長はこれまでの国民会議の議論についても言及した。多くの委員が国保運営を都道府県単位に広域化する方向性に賛成していることについては「国保への財源移管については保険者間の意見調整が重要」と指摘した上で、「現在の市町村単位の国保運営では不十分。負担と給付のバランスが取れていない。少なくとも都道府県単位まで広げてもらいたい」と述べた。

委員間で一定のコンセンサスが得られている後期高齢者支援金への総報酬割の導入に関して、確保できる財源の使途については「行政や専門の方々と議論をしていただきたい」とした。

（4/25MEDIFAXより）

■TPPめぐり「日医の3条件」を説明／横倉会長

日本医師会の横倉義武会長は5月3日、BSフジの番組に出演し、環太平洋連携協定（TPP）に関して日医が掲げた国民皆保険を守るための3条件を説明した。

日医が掲げる条件は▽公的な医療給付範囲を将来にわたって維持する▽混合診療を全面解禁しない▽営利企業（株式会社）を医療経営に参入させないの3つ。横倉会長は「TPPで懸念しているのは薬価が高くなること。特許期間を延ばされることで（国内の）ジェネリック医薬品の採用が遅れ、（値段の）高い薬が継続してしまうのではないかと懸念している」と述べた。「TPPによって安価な薬も入ってくるのではないか」との質問には「そのような期待がで

きるような仕組みをどのように構築するかだ。海外の製薬企業の力が強いと、(現行の) ルールを変えてくるのではないかと懸念している」と疑問を投げ掛けた。

株式会社の医療経営参入をめぐるやりとりでは「株式会社は利益を株主に配当するためにコストの削減に取り組まなければならない、安全な医療の提供、不採算部門の切り捨てがあり得る」と主張した。供に出演した自民党の鴨下一郎国会対策委員長も「医療サービスを向上させる点では意味があるだろうが、医療は供給が需要を掘り起こすこともあり得る。余分な周辺サービスも行われることで需要が掘り起こされ、医療費が膨らんでしまうこともある」として懸念を示し、参入を認めるなら株主配当に強い制限を設けるなどの規制が必要との認識を示した。(5/8MEDIFAXより)

医療関連団体

■「日本長期急性期病床研究会」が発足／日慢協が呼び掛け

日本慢性期医療協会の呼び掛けで、ポスト急性期ケアの充実を目指す「日本長期急性期病床 (LTAC) 研究会」が4月末に発足した。9月29日に設立総会・研究大会を開く予定だ。日慢協の武久洋三会長が30日、取材で明らかにした。武久会長は、急性期処置が終わったポスト急性期ケア病床の確立は国内で喫緊の課題になっていると指摘し、「日本におけるLTACの概念、定義付け、病床機能分化の普及・定着へのロードマップの在り方などを、現場の医療者と有識者が一緒になって議論していこうという研究会だ」と説明した。

同研究会の会長には上西紀夫氏(公立昭和病院院長)が就任する。副会長には有賀徹氏(昭和大病院院長)、池端幸彦氏(日慢協副会長)、定光大海氏(国病機構大阪医療センター救命救急センター診療部長)の3氏が就く。幹事には堺常雄氏(日本病院会会長)、小山信彌氏(東邦大特任教授)、田中滋氏(慶応大大学院教授)、武藤正樹氏(国際医療福祉大大学院教授)、川渕孝一氏(東京医科歯科大学大学院教授)らが名を連ねている。日慢協が事務局を担当するが、日慢協傘下の研究会とは異なり、議論・研究の内容などは研究会主導で決める。

武久会長は「急性期治療が終了した後も、いたずらに長期間(2-3カ月)、高度急性期病院に継続し

て入院している例が多い。医療費の観点からも極めて問題が大きいと指摘されている。患者の回復を促進する日本独自のポスト急性期ケア病床の確立につなげていきたい」と述べた。

その上で「米国では『Short Term Acute Care (STAC)』の平均在院日数は約5日間。その後、ポスト急性期ケアの継続治療が必要な場合に、LTACで治療する流れで、その平均在院日数は約1カ月とされている。日本の場合は、在宅療養中の慢性期患者の急性増悪にも対応できる病床機能の整備も期待されている」と話した。(5/1MEDIFAXより)

■看護団体も結集、リハ医療を体系的構築へ／関連団体協

リハビリテーション関連の問題を体系的に議論し、政策提言などを旨とする「リハビリ関連団体協議会」は、新たに日本リハビリテーション看護学会などが参加することを承認した。日本リハビリテーション医学会の石川誠理事(回復期リハビリテーション病棟協会会長)が4月30日、取材に答えた。これにより、リハ関連団体協は▽日本リハ医学会▽日本リハビリテーション病院・施設協会▽日本理学療法士協会▽日本作業療法士協会▽日本言語聴覚士協会▽回復期リハ病棟協会▽日本訪問リハビリテーション協会▽全国老人デイ・ケア連絡協議会▽看護団体(日本リハ看護学会、国際リハビリテーション看護研究会)一で構成することになった。

リハ関連団体協は新たに4つの作業部会を設け、機動力を持って活動を進めることも決めた。作業部会は▽リハ医療のグランドデザイン作成部会▽地域包括ケアにおけるリハ検討部会▽報酬改定検討部会▽人材育成検討部会一で、10人程度の委員で各課題について検討を進める。

石川氏は「高齢者以外に身体障害児者・難病・がん患者などを包括した今後のリハ医療に関するグランドデザインを作成していく。地域包括ケアシステムについては、リハの位置付けが明確になっていない部分を明確にしていくことを目的に検討を進める」と説明。人材育成については「PT、OT、STで20万人に近い有資格者が育った現在、最も重要なのは卒後教育体制の構築であり、その強化を図っていく。専門医制度への対応を含めている」とした。

●「維持期13単位」、廃止は時期尚早

報酬改定検討部会については「リハは診療報酬と介護報酬にまたがっており、その整合性に留意して

今後の改定に臨んでいく」とした。2014年の次期診療報酬改定に向けては、2013年夏までに改定事項をまとめる方針。重要な視点については「急性期病院におけるリハへの対応は二極化している。全くりハを行わない施設に比べ、充実している施設では成果が上がっていることから、急性期病棟ごとにPTなどの配置を評価する体系をつくってほしい。いわゆるチーム医療への評価といえる」とし、「回復期リハ病棟ではすでにPTなどの配置が行われている。障害者等の病棟を対象範囲に含めるかなど今後、さらに、詰めていく」と述べた。回復期リハ病棟のプロセスと成果の評価については、算定要件の厳格化を求めていくことも検討していくとした。

維持期リハの「13単位」については「介護保険の短時間通所リハが普及していくには時間を要する。こうした現状を踏まえ、何らかの対応が必要ではないか。2014年の廃止は時期尚早だ」と述べた。2012年度改定では、要介護被保険者などに対する維持期リハは、介護サービスでの充実の状況などを確認した上で、原則として14年3月31日まで提供できるとされた。石川氏は「現場が動くにはもう一ひねり工夫が必要だ。検討部会でも協議していく重要な課題の一つだ」と位置付け、13単位継続の方向で要望していく方針とした。（5/1MEDIFAXより）

年齢別人口を都道府県別に見ると、沖縄県でも老年人口の割合（17.7%）が15歳未満の年少人口（17.6%）を上回ったため、全都道府県で老年人口が年少人口を上回ることになった。老年人口の前年比増加率が高いのは、埼玉県5.2%、千葉県4.9%、神奈川県4.4%などで、首都圏の高齢化が顕著になっている。（4/18MEDIFAX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。

調査・データ編

■総人口は2年連続減、老年人口3000万人突破／総務省・人口推計

総務省が4月16日に発表した人口推計によると、2012年10月1日現在の総人口は前年から28万4000人減（0.22%減）の1億2751万5000人となり、2年連続で大きく減少した。年齢別人口では第1次ベビーブーム期生まれが65歳となり、65歳以上の老年人口に含まれることになった結果、老年人口は初めて3000万人を超え、3079万3000人になった。

都道府県別に人口増減率を見ると、増加は7都県で、最も高いのは沖縄県（0.56%増）だった。以下、東京都（0.25%増）、愛知県（0.15%増）と続く。一方、減少は40道府県に及び、特に福島県（1.41%減）が最も低く、秋田県（1.13%減）も減少率が1%を超えた。東京都の人口は全人口の10.4%を占め、2012年から0.1ポイント上昇している。

資料1

これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）

■ 社会保障制度改革国民会議 2013年4月22日 ■

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai10/siryou1.pdf>

政府は4月22日に社会保障制度改革国民会議を開催し、医療・介護分野について、これまでの議論の整理を行った。基本的な考え方で「いつでも、好きなところで、お金の心配をせずに、求める医療を受けることができる」医療から、「必要なときに、適切な医療を、適切な場所で、最小の費用で受ける」医療へと、大きく転換すべきことを提言するなどしている。

資料1

これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）

■基本的な考え方

- 「いつでも、好きなところで、お金の心配をせずに、求める医療を受けることができる」医療から、「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療に転換すべき。その際、適切な医療の提供とは、疾病や障害に合った適切な場で医療を提供することを基本に考えるべき。
- 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。
- 医療資源を国民の財産と考え、適正に養成、配置し有効に使用できるシステムとする必要があり、個人のすべての要求に応えることは不可能であることを前提に制度を再編すべき。
- 社会保障の改革は、社会保障の持続可能性のみならず、地域経済の持続可能性の観点から重要。
- 社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。
- 地域医療を守るためには、地域医療提供体制の整備と国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」である国民健康保険のあり方を一体的に検討すべき。

	○ 消費増税に見合った社会保障改革が行われるかが重要であり、医療・介護1.6兆円の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。 ○ 一体改革では、改革があたかもすみやかに実行され、その効果もすぐに現れることを前提とした財政計画が立てられていたが、再考の必要が出てくる。例えば、医療提供体制改革により2015年度までに平均在院日数の減少等で4,400億円の効率化が生じることを見込んで、それも財源とした公費の追加が計画されていたが、さすがに2015年度までにその効果を期待することは難しいなど、改革のタイミング、スピードとこれまでの財政計画との調整は行わなくてはならない。
■健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見	○ 健康の維持・疾病の予防に対するインセンティブが働くような仕組みの構築を推進すべき。 ○ 健康寿命の問題は、医療も含め、地域にあった包括的なシステムが必要。各自治体が取り組むべき。 ○ 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。 ○ 高齢者の地域活動により医療費の節減は可能。 ○ 高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。

2

■医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等 【医療・介護の提供体制の在り方】	○ 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成すべき。その際、地域医療ビジョンは、平成30年度とは言わず前倒しで作成。そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間で策定すべき。それに沿った医療機能の分化・連携を促すための基金を創設（財源として消費税増収を活用）し、診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは補助金的手法で誘導すべき。医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法にあてていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していくべき。 ○ 基金による財政支援は、地域医療・包括ケアビジョンの実現に向けて、具体的な地域医療計画・地域包括ケア計画が策定され、計画の実効性確保の手段も整備されることを前提とすべき。 ○ 各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し（国が標準を示しつつ、地域の実情に応じて都道府県が補正を行う）、地域医療計画に盛り込むべき。 ○ 地域包括ケア計画は、市町村が主体となって、地域の高齢化ピーク時までの計画を策定し、介護だけでなく、在宅医療、住まい、生活支援、予防を位置づけるべき。特に「住まい」の確保は、長期療養患者や介護施設からの軽度要介護者の受け皿としても重要。 ○ 医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする、さらには医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、その実効性を高めるための諸施策を講じることとし、これらの方向性を医療法改正で明示すべき。
--	--

3

	○ 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。 ○ 医療法による機能分化と診療報酬による機能分化のそれぞれの特性を生かしながら、これまで以上に相互補完的に連携して医療提供体制の改革を進めるべき。 現状は診療報酬による機能区分のウェイトが大きいように思われるが、地域偏在の是正の視点から医療計画を含めた医療法による機能分化の重要性を見直すべきではないか。 ○ 医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。 ○ 時代によって医療は変わる。医療資源は有限であることを前提に、医療需要に基づいて医療資源を算定し、提供体制の総合計画を定めるべき。 ○ 地域における病院・病床機能の役割分担・連携の望ましい姿を住民や医療提供者等に広く示すものとして、地域毎の医療資源の実態をベースに積み上げて、全体のあるべき姿を作成した実行可能な医療提供体制のビジョンを、都道府県知事が示すべき。具体的な仕組みについては、地方と協議し、地方の理解を得て構築すべき。 ○ 都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、例えば、保険医療機関の指定・取消権限を都道府県に付与するなど、都道府県の役割を拡大すべき。
--	--

4

【外来の役割分担の在り方】 【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】	○ 診療報酬や医療計画など、全国一律の規制等をどこまで緩和するか、地域ごとの医療政策の柔軟性を検討する必要がある。 ○ 地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みを積極的に活用すべき。 ○ 都道府県医療計画の策定や医療機関の開設における医療保険者・市町村の積極的な関与。 ○ フリーアクセスを守るためにも初診時一定病床数（例：200床）以上の一般病床での紹介のない外来受診について、初診時特定療養費に代えて、一定額（例：1万円）の定額自己負担を導入するべき。同様の仕組みを再診時にも検討。この場合、救急車の適正利用についても別途検討する必要。 ○ 患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うとともに、専門医や病院、介護関係者との間の連携の主役を担当するなど、継続的な保健指導や疾病予防活動を行う日本型総合医のあり方を検討するべき。 ○ 医療機関が役割分担を行うこと、一人の医者が総合的に高齢者を診ることなど、フリーアクセスの問題やかかりつけ医への受診体制の変革について結論を出すべき。 ○ 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。
---	---

5

【医療法人制度等の在り方】	○ 市町村が中心となって、地域で医療と介護を一体的に提供できる体制の整備を図るべき。医療・介護の連携・調整の機能は法律上に位置付ける。 ○ 老後の暮らしの質を良くする観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。 ○ 「キュア」から「ケア」重視の生活支援と看取りの体制を確保するため、医療と介護が一体化した地域包括ケア体制を構築するべき。原則、すべての診療所を在宅療養支援診療所とすること等を検討すべき。また、地域包括ケアへの参画を条件に、こうした診療所や、これを利用する患者への優遇策を検討するべき。 ○ 高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを提供する体制が必要であり、都市のコンパクトシティ化と、それに応じて医療・介護施設を含めた必要な都市機能の再配置を行うべき。 ○ 医療機関と在宅患者を結びつけるコーディネーターや支援組織が必要である。 ○ 医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町作りにも参画できるように医療法人制度の見直しを行うべき。 具体的には、医療法人が病院経営の非営利性を担保しつつ付帯事業で住宅建設（サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム）や町のインフラ形成に参加、共同事業を立ち上げることができる道を開き、その際のファイナンスの選択肢として、今後慎重に設計されるべき「ヘルスケア REIT」等を視野に入れるべき。 ○ 地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくため、病院の統合・再編による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅を結合すべき。
---------------	---

6

【人材の確保】	○ 医療法人制度及び社会福祉法人制度については、新しいまちづくりを促進する仕組みの構築が必要であり、具体的には、医療法人制度（及び社会福祉法人制度）の経営統合を促進する制度、医療法人（及び社会福祉法人）の「非営利性」を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度、ヘルスケアも含むコンパクトシティに対する資金調達手段を促進する制度など、総合的な規制の見直しが必要。 ○ 社会福祉法人こそ、経営の合理化、近代化が必要。大規模化や複数法人の連携を推進。加えて、社会福祉法人非課税扱いとされているに相応しい、国家や地域への貢献が求められるべき。低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組むべき。 ○ 看護師確保対策として、免許を「登録制」にし、潜在看護師を把握できる公的システムの確立、養成の拡大、離職防止・定着促進を図っていくべきではないか。 ○ 我が国は医療機関数が多く、フリーアクセスのもとで医療資源を配分すれば、医師不足や看護師不足となりかねない。病院の機能分担と連携を図る必要があり、大都市以外では総合医中心の医療提供体制が必要である。 ○ 介護人材の確保については、処遇改善とキャリアパスの確立が重要。 ○ 医療職種の職務の見直しとチーム医療が重要。 ○ 専門医のトレーニング枠は、地域ごとの調整が必要。 ○ 生産年齢人口の急速な減少の中、看護師や介護職員の確保が課題。
---------	--

7

【医療関連データの収集・分析等】	○ 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要。各地域からの報告内容の妥当性をチェックするとともに、既存データを集約・統合し、足らざるデータは収集することにより、住民、地域医療計画、地域包括ケア計画作成者に提供していくべき。 ○ データを収集して、地域による一人当たり医療費のばらつきの原因や地域の実情の費用対効果を研究すべき。 ○ 保険者がレセプト情報などを使って医療機関の評価を行い、被保険者に伝えることを考えるべき。 ○ 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。 ○ 効果的かつ効率的な医療の提供に資するよう、データを収集・分析し、医療の質の更なる向上につなげることが必要である。保険で承認された医療も費用対効果などの観点から常に再評価されるべき。 ○ 科学的根拠に基づいた医療を提供するべきであり、診療内容の選択の基準を提示できるようにするべき。 ○ 地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する上で、地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理し「見える化」。
-------------------------	--

8

■医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保	○ 健保組合間、健保組合と協会けんぽの間の構造的要因に着目した財政調整に踏み込むべき。 ○ 高齢者医療の拠出金について、総報酬割を導入すべき。被用者間で助け合うべき。 ○ 後期高齢者支援金の負担金に対する全面総報酬割の導入、その際に浮いた公費の投入の国保優先の実現を図る必要。 ○ 後期高齢者支援金の全面報酬割と国保の都道府県化、更には所得の高い被保険者からなる国保組合への定率補助の廃止を一体的に実現すれば、被用者保険者間のみならず市町村間の保険料負担の格差の是正を図ることができることになり、保険制度を通じて「保険料負担に係る国民の負担に関する公平の確保」との『社会保障制度改革推進法』の趣旨を実現でき、消費税率引上げのタイミングにふさわしい内容の改革となる。 ○ 後期高齢者支援金の総報酬割の導入については、浮くとされる国庫負担分を国債残高圧縮への充当（＝将来世代へのツケの先送りの抑制）に使うべきとの意見に加え、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見など、様々な意見があることも踏まえ、浮いた財源の使途も含めて、検討すべき。 ○ 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。
--	--

9

	○ 国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県とするべき。ただし、その際には、保険料徴収・保健事業等引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担する仕組みとすることが必要。 ○ 地域医療提供体制整備の責任主体と、国民健康保険の保険者を都道府県に一本化し、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能な望ましい体制を実現すべき。 ○ 国保の広域化に当たっては、医療費適正化や保険料徴収に対する地域の取組を反映させる仕組みを検討する必要がある。 ○ 広域化によって保険料負担を平準化するに当たり、医療費水準が違うことによって保険料水準が高くなることは不公平でないことに留意すべき。 ○ 市町村国保の広域化については、平成27年度から実施される都道府県単位の共同事業の拡大による保険料の平準化の状況を見ながら、検討することが適当。 ○ 保険財政安定化事業により市町村国保の財政は県単位化されるが、老人保健制度と同様に責任者不在の仕組み。都道府県が地域保険に参画するとともに、都道府県への医療供給に係る統制力と地域特性に応じた診療報酬設定の一部権限委譲も必要である。 ○ 国保の広域化については、リスク分散機能の強化や事務の共同化・効率化といった広域化のメリットを追求しつつ、地域の実態に即応した保険事業（保険料徴収、保健施設活動、医療費適正化対策等）を推進するには、市町村保険者を維持しつつ、都道府県単位の共同事業の改善により対応。
--	---

10

	○ 保険料負担者等の公平感へ配慮するため、所得捕捉の精度に関し、改めて点検・強化を図るべき。 ○ 欧州諸国の低賃金の方の保険料を免除しても、雇用者責任を果たすという制度を日本でも考えるべき。
■医療保険における療養の範囲の適正化等	○ 現世代の負担増・給付抑制によって、将来世代の負担増・給付減を緩和する視点が不可欠である。 ○ 中高所得層高齢者の本人負担の引き上げ、給付範囲の見直し・効率化を図るべき。 ○ 際限ない高齢者向け給付の増大は現役世代の生活設計を破綻させるため、「年齢別」から「経済力別」へ負担の原則を転換すべき。 ○ 低所得者への配慮は当然として、70歳以上の高額療養費、特に外来特例の見直しを行うべき。 ○ 70－74歳の医療費自己負担は法律では2割であるのに、確たる理由もなく暫定的に1割のまま。 ○ 70－74歳の窓口負担について、本則を適用すべき。 ○ 後発医薬品の使用促進をはじめ、医薬品に関する見直し等について、具体的に医療費がいくら減るかといった議論をすべき。

11

■個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備	○ 今後のさらなる高齢者人口の増加の中で、地域包括ケア型医療・介護を進めると、在宅での看取りが増加する。終末期医療のあり方について国民的合意を形成する必要がでてくる。 たとえば、リビングウィルによる延命措置の不開始又は中止について、民事、刑事、行政上の取扱い等々について合意形成する必要。 ○ 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。 ○ 現場で医療提供側と患者側が決めた医療の積上げが全体の医療費になるが、その際の裁量権は大きく、終末期医療のあり方もこれに関連する問題。医療提供側だけでなく、医療を受ける国民側がどう考え、何を要求するかが大きな要素となるのではないかな。 ○ 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。 ○ 死生観・価値観の多様化が進む中、医療保険・介護保険で全てに対応するのは財政的に限界であることを踏まえ、抑制する範囲を皆で決める必要がある。
■高齢者医療制度の在り方	○ 高齢者医療制度の在り方は、地域保険の在り方・再編成と並行して議論すべき。

12

■介護サービスの効率化及び重点化	○ 医療の機能分化のためには、しっかりした地域包括ケアを構築すべき。介護施設利用の適正化のためにも町のインフラ作りの全体的な取り組みが必要。介護は、24時間巡回型介護、訪問看護などで、重度要介護者の在宅生活限界点を高めるべき。サービス付き高齢者住宅（住まい＋生活支援等）を整備し、そのため、空き家・空き施設など既存社会資源を有効活用すべき。 ○ 介護について重点化・効率化が求められており、骨太の方針を示すべき。 ○ 継ぎ目のない「医療」「介護」システム構築の観点からの医療・介護の自己負担・利用者負担の整合性確保が必要。70～74歳の現役並み所得の医療費自己負担3割。ところが、介護に移行すると利用者負担1割。他方、75歳以上の高齢者では「医療」から「介護」へ移行しても1割負担のままであり、全体の整合性を確保していくべき。 ○ 利用者負担の在り方については、一定所得以上の所得がある者や預貯金などの資産を有する者には、応分の負担を求めるべき。 ○ 軽度の高齢者は、見守り・配食等の生活支援が中心であり、要支援者の介護給付範囲を適正化すべき。具体的には、保険給付から地域包括ケア計画と一体となった事業に移行し、ボランティア、NPOなどを活用し柔軟・効率的に実施すべき。 ○ デイサービスは、重度化予防に効果のある給付への重点化などが課題。 ○ 引退後の引きこもりを予防し、地域の人的資源として活躍を促進するため、自治体による各種サポーター養成講座の提供、地域貢献活動の紹介により、地域の助け合い活動を拡大し、保険のカバー範囲を見直すべき。
--------------------------------	--

13

	○ 特別養護老人ホームは中重度者に重点化。軽度者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が新たな課題。 ○ 補足給付は、所得だけではなく、預貯金や不動産などの資産を勘案して給付すべき。また、低所得となる所得や世帯のとらえ方について、遺族年金等の非課税年金、世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう見直すべき。
■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の抑制	○ 介護保険料の低所得者軽減の強化が必要。 ○ 介護保険では、現役世代の保険料負担の公平性は保険料で調整すべきであり、第2号被保険者の介護納付金について、総報酬割を導入すべき。 ○ 介護納付金の総報酬割導入については、負担の公平化の観点から応能負担の強化が課題になるが、後期高齢者医療支援金の見直しとの関連も整理の上で導入。 ○ 後期高齢者支援金の全面総報酬割と合わせて介護納付金の総報酬割の検討も必要。

協会だより（定例理事会要録から）

2012年度(平成24年度)第20回 2013年4月9日

I. 各部会よりの文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（3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. ランニング教室（3月31日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療事故案件調査委員会（3月22日）状況
2. 第284回関西医事法研究会（3月23日）状況
3. 医師賠償責任保険処理室会（3月25日）状況
4. 松江市医師会・島根県保険医協会向け医療安全研修会（3月28日）状況

【政策部会】

1. 出版編集会議（3月21日）状況
2. 「医・食・住・環境」市民シンポジウム 東日本大震災から二年－災害医療とまちづくりを考える（3月30日）状況

【保険部会】

1. 保険講習会B（3月21日）状況
2. 医事担当者勉強会（3月27日）状況
3. 保団連医科社保・審査対策部会事務局小委員会（3月28日）状況
4. 島根協会「医科社保セミナー『施設基準の届出医療－日常管理の要点と適時調査対策』」（3月31日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 理事長、副理事長、監事選挙締切り（3月29日）状況及び無投票当選人の確定の件
2. 新代議員・予備代議員状況確認の件
3. 新代議員会議長・副議長選挙実施の件
4. 理事者申し合わせ事項について
5. 総務部会（4月2日）状況確認の件
6. 2012年度2月分収支月計表報告状況確認の件
7. 3月度会員増減状況の件
8. 会員入退会及び異動（3月26日～4月9日）に関する承認の件

【経営部会】

1. 経営部会（4月2日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（4月2日）状況確認の件

【政策部会】

1. 京都市のリハビリテーション行政－現状と未来

を語る（仮称）実行委員会準備会（4月1日）状況確認の件

2. 政策部会（4月2日）状況確認の件
3. 2012～2013年度 保団連第3回政策部会(医科・歯科合同)（4月6日・7日）状況確認の件
4. 京都保険医新聞（第2853号）合評の件

【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（3月26日）状況確認の件
2. 保険部会（4月2日・5日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 保団連財政部会への出席の件
2. 京都弁護士会「役員等披露宴」への出席の件
3. 下京東部医師会総会懇親会への出席の件
4. ジャズを楽しむ会開催の件

【経営部会】

1. 「保険医年金」営業員研修会出席の件
2. 保団連経税担当事務局小委員会への出席の件

【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. バイバイ原発きょうと実行委員会出席確認の件
2. 第2回京都市のリハビリテーション行政－現状と未来を語る（仮称）実行委員会開催の件
3. 第56回医療制度検討委員会開催の件
4. 第4回T P P参加反対京都ネットワーク開催の件

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) 国をめぐる動き

①生活保護問題について

②看護師の特定行為に関する報告書について

V. 診療報酬関連情報

1. 中医協（第239回総会）（3月13日）状況

《以上、30件の議事を承認》

2012年度(平成24年度)第21回 2013年4月23日

I. 各部会よりの文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（4月9日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認

- 3. 法律相談室状況
- 4. 未入会開業会員訪問（4月10日）状況
- 5. 新規開業会員訪問（4月4日）状況
- 6. 保団連第1回組織部会（4月7日）状況

【経営部会】

- 1. 「保険医年金」営業員研修会出席状況
- 2. 新しく医療機関に勤められた方のための研修会（4月11日・18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. 保団連第1回公害環境対策部会（4月13日）状況
- 2. 第2回原発問題学習交流会（4月14日）状況

【保険部会】

- 1. 小児科診療内容向上会（4月6日）状況
- 2. 消化器診療内容向上会（4月6日）状況
- 3. 保険講習会A（4月13日）状況

Ⅱ. 確認・承認事項

【総務部会】

- 1. 2012年度第11回正副理事長会議（4月11日）状況確認の件
- 2. 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
- 3. 保団連財政部会（4月14日）状況確認の件
- 4. 会員入退会及び異動（4月9日～4月23日）に関する承認の件

【経営部会】

- 1. 税理士との懇談会（4月16日）状況確認の件
- 2. 従業員パンフレット「医院・病院で働く人たちのために」改訂版発行の件

【政策部会】

- 1. 京都保険医新聞（第2854号）合評の件

【保険部会】

- 1. 指導・監査・訴訟支援ネット主催「石川善一弁護士講演会」（3月24日）状況確認の件

Ⅲ. 開催・出席確認事項

【総務部会】

- 1. 5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. 次期理事長の就任挨拶回り実施の件

【経営部会】

- 1. 税理士法人今西総合会計・西村法律事務所共催セミナーへの出席の件

【政策部会】

- 1. 京都市リハ政策に関する民主・都みらい市議員団との懇談開催の件
- 2. どうなるの？京都のリハビリテーション第3回実行委員会出席確認の件
- 3. 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開催の件
- 4. 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開催の件

【保険部会】

- 1. 長崎協会・病院適時調査対策セミナーへの講師派遣の件

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

①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. 2013年3月度国保合同審査委員会（3月21日）状況確認の件
- 2. 専門医会長との懇談会（3月23日）状況確認の件
- 3. 保険審査通信検討委員会（4月5日）状況確認の件
- 4. 第240回中医協総会、第9回費用対効果評価専門部会（4月10日）概要

《以上、20件の議事を承認》

6月のレセプト受取・締切

基金	8日(土)	9日(日)	10日(月)		10日(月)
国保	○	閉所	◎	労災	◎

※○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

6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 6月13日（木）午後2時～ 担当＝坂本建築士

雇用管理 6月13日（木）午後2時～ 担当＝本宮社会保険労務士

ファイナンシャルプランナー 6月13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 6月26日（水）午後2時～ 担当＝山口税理士

ジャズを楽しむ会

ご家族・従業員の方の参加も歓迎いたします。お問い合わせの上どうぞ。

日時 6月15日（土）
午後6時～8時（開場：午後5時30分）

場所 「ル・クラブ・ジャズ」
中京区三条御幸町西北角 ありもとビル2F
☎075-211-5800

演奏 アルトサックスの魅力
横山 未希（as） 角田 浩（p）
中村 尚美（b） 東 敏之（ds）

参加費 5,000円（フリードリンク・軽食付）
※終了後セッションタイムあり（8時以降セッションタイムの飲食代は各自負担となります）。楽器を演奏される方はご持参下さい。
※駐車スペースはありませんので、公共交通機関をご利用下さい。

お申し込み・お問い合わせは文化担当まで。

☎075-212-8877

FAX 075-212-0707

主催 京都府保険医協会

協賛 （有）アミス

定員 40人
先着

新規開業医向け「保険講習会A」

日時 6月20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保険基礎知識②レセプト審査

対象 新規開業前後の医師、従事者の方

（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下さい）

※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）。

みんなでストップ! 日本を「壊国」に追い込むTPP

TPP参加反対 京都府民集会 2013



日 時 **6月30日(日)** 午後2時～3時45分 集会後パレードを予定

会 場 **大谷ホール**

烏丸通花屋町西入ル
(東本願寺の北隣)



京都駅から徒歩約
10分、地下鉄烏
丸線五条駅8番出
口から徒歩約2
分、市バス烏丸六
条より徒歩約2分
(駐車場はありません)

坂口 正明 全国食健連事務局長
(国民の食糧と健康を守る運動全国連絡会)
が最新の情勢を報告

藤澤 直広 日野町長 からお挨拶
(「TPPから県民のいのちと暮らし/
医療と食を守る県民会議」呼びかけ人)

TPP参加反対京都ネットワーク

連絡先
604-8162 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637
第41長栄カーニープレイス四条烏丸6F 京都府保険医協会 気付
☎075-212-8877 FAX075-212-0707

院内研修の企画にお困りではないですか？

保険医協会の講師派遣事業 —院内研修のお手伝いをします—

保険医協会では、保険診療や医療安全など、院内研修の企画の相談に応じたり、講師派遣を行ったりしています。

医療法や病院機能評価など、さまざまな場面で院内研修が求められているほか、病院スタッフの資質の向上のために必要と考え、自主的に研修を企画される機会も多いと思います。しかし、回数を重ねれば重ねるほど、講師選定や内容の企画に頭を悩ませられることが多いのではないのでしょうか。

そこで、保険医協会が行っているさまざまな事業とノウハウを活かし、講師派遣や企画相談に応じます。ぜひ一度ご相談下さい。講師派遣等に要する費用は、当協会規定によりますが、ご相談に応じます。

(企画例)

- ・全職員を対象にした保険診療に関する講習
- ・研修医を対象にした保険診療に関する講習
- ・医療安全管理に係る職員研修

- ・施設基準適時調査に係る院内学習会
- ・個別指導に関する勉強会
- ・在宅医療点数に関する勉強会
- ・医療政策に関する学習会 など

お問合せ 保険医協会・保険部会 (☎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5月】

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		全医療関係者必携の医薬品情報書、2013年1月発行	
初版以来定価据え置き、廉価を堅持。今ならオリジナルバックをプレゼント		☐ 今日の治療薬 解説と便覧 2013 4,830円 浦部晶夫・他編 ●B6判 1,376頁 ●南江堂	
☐ ハリソン内科学 (第4版) 31,290円 福井次矢・他監 ●A4変型判 3,500頁 ●MEDSI 小児を診る開業医、プライマリ・ケア医の診察室に必携の書！ 第一線の小児科医が実践している独自のノウハウやコツをわかりやすく解説		☐ 治療薬マニュアル 2013 5,250円 高久忠康・他監修 ●B6判 2,500頁 ●医学書院	
☐ 開業医の外来小児科学 (第6版) 23,100円 豊原清臣・他監 ●B5判 1,056頁 ●南山堂		毎年全面書き下ろし、信頼と実績の治療年鑑 2013年1月発売 ☐ 今日の治療指針 2013 19,950円 山口 徹他・総編集 ●2,064頁 ●医学書院 ☐ デスク判 ☐ ポケット判 15,750円	
☐ 関節のMRI (第2版) 15,750円 福田国彦・他編 ●B5判 934頁 ●MEDSI	☐ 肉芽腫性皮膚疾患 サルコイドーシス・他の肉芽腫 <皮膚科臨床アセット 14> 岡本祐之・編 ●B5判 360頁 ●中山書店	☐ 神中整形外科 下巻 (第23版) 35,700円 岩本幸英・編 ●四六倍判 1,320頁 ●南山堂	☐ 神中整形外科 上巻 (第23版) 31,500円 岩本幸英・編 ●四六倍判 1,108頁 ●南山堂
☐ 胸部X線写真の読影 ポータブルを含む各種写真の正しい理解 柳橋民生・著 ●B5判 386頁 ●中外医学社	☐ ダメージコントロール整形外科 四肢多発外傷への対処法 <OS NOW Instruction 26> 金谷文則・編 ●A4判 144頁 ●メジカルビュー社	☐ 産科婦人科疾患最新の治療2013-2015 オンラインアクセス権付 吉川安隆・他編 ●B5判 320頁 ●南江堂	☐ 山王病院 不妊診療マニュアル 堤 治・監 ●B5判 320頁 ●金原出版
☐ スペクトラルCT 基本原理と臨床応用 上野恵子・責任編集 ●B5判 408頁 ●学研メディカル秀潤社	☐ 婦人科がん手術 こんなときどうする？ がんの根治とQOLの改善をめざして <OGS NOW 14> 小西郁生・編 ●A4判 164頁 ●メジカルビュー社	☐ 眼科疾患最新の治療2013-2015 オンラインアクセス権付 大橋裕一・他編 ●B5判 352頁 ●南江堂	☐ 中耳手術アトラス 須納瀬 弘・訳 ●A4判 616頁 ●医学書院
☐ これからの乳癌診療 2013-2014 園尾博司・監 ●B5判 220頁 ●金原出版	☐ のどの異常とプライマリケア <ENT臨床フロンティア> 久 育男・編 ●B5判 276頁 ●中山書店	☐ 解剖を実践に生かす 図解 前立腺全摘術 影山幸雄・著 ●A4判 320頁 ●医学書院	☐ 実践的 泌尿器腫瘍病理診断 カンファレンス形式で学ぶ 寛 善行・他編 ●B5判 312頁 ●中山書店
☐ 単純X線写真の読み方・使い方 黒崎喜久・編 ●B5判 408頁 ●医学書院	☐ 糖尿病の分子標的と治療薬事典 糖尿病・代謝疾患治療薬のターゲット分子と作用機序、薬効のすべて 春日雅人・監 ●B5判 336頁 ●羊土社	☐ ベッドサイド泌尿器科学 (改訂第4版) 吉田 修・監 ●A4判 1,120頁 ●南江堂	☐ 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
☐ 臨床腎臓内科学 安田 隆・他編 ●B5判 1,051頁 ●南山堂	☐ 小児・思春期のIBD診療マニュアル 友政 剛・監 ●B5判 216頁 ●診断と治療社	☐ 予防接種マネジメント <総合小児医療カンパニア> 藤岡雅司・編 ●B5判 216頁 ●中山書店	
☐ EXPERT膠原病・リウマチ(改訂第3版) 住田孝之・編 ●B5判 432頁 ●診断と治療社	☐ ガイドライン外来診療 2013 15,750円 泉孝英・他編 ●B5判 658頁 ●日経BP社		
☐ 関節リウマチ治療実践バイブル 竹内 勤・編 ●B5判 290頁 ●南江堂		☐ ☆ お待たせしました！改訂版出ました。	
☐ この1冊ではじめる 上部消化管内視鏡マニュアル 研修医・初心者のために 赤松泰次・編 ●B5判 160頁 ●南江堂		☐ ☆ じわじわとロングセラーです。	
☐ 肝臓を診る医師のための肝臓病理テキスト 中沼安二・編著 ●B5判 324頁 ●南江堂			
☐ 小児・思春期のIBD診療マニュアル 友政 剛・監 ●B5判 216頁 ●診断と治療社			
☐ 予防接種マネジメント <総合小児医療カンパニア> 藤岡雅司・編 ●B5判 216頁 ●中山書店			
☐ ☆ お待たせしました！改訂版出ました。			
☐ ガイドライン外来診療 2013 15,750円 泉孝英・他編 ●B5判 658頁 ●日経BP社			
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

医療安全対策の心得と医事紛争事例集がDVDになりました!

『医療安全を身につけるために —医療安全研修 DVD—』



京都府保険医協会は、今から半世紀にも遡る1959年度（昭和34年度）から医療安全対策に取り組んできた全国的にも珍しい、長い歴史と経験を有しています。

「医療安全を身につけるために—医療安全研修DVD」は、既に好評を頂いている京都府保険医協会発行の冊子「事例で見る医療安全対策の心得」と「医事紛争事例集—医師が選んだ50事例」に掲載されている事例をDVDに纏めたものです。

日常診療にお忙しい医療従事者の方々に、医療法で定められている「医療安全研修」により手軽に役立てて頂けるものと思います。是非とも有効活用して、日常診療における「安全」と「安心」を一層高めて頂ければ幸いです。

1セット（3枚組全305分） 定価 **10,000円**（税込・郵送料別）

京都協会会員特別価格 **5,000円**（税込・郵送料別）

他府県協会会員価格 **7,000円**（税込・郵送料別）

本DVDの特徴

- ① 「事例で見る医療安全対策の心得」と「医事紛争事例集—医師が選んだ50事例」に掲載されている**全73事例を全て網羅**
- ② 会員からの相談によって京都府保険医協会が実際に対応してきた**リアリティー**ある紛争事例
- ③ このDVDを使用すれば、医療法で定められている**医療安全研修をより効率的に実施可能**
- ④ **講師を呼ぶ余裕がなくてもこのDVDさえあれば従業員研修が可能**
- ⑤ 本屋さんでは手に入らない**オリジナル**

【お申込み・お問い合わせは下記まで】

京都府保険医協会

〒604-8162

京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階

TEL 075-212-8877 FAX 075-212-0707 e-mail info@hokeni.jp

氏名

いずれかをお選び頂き○で囲んで下さい。

住所：〒

① 京都府保険医協会会員

② 他の保険医協会会員

③ 一般

TEL：

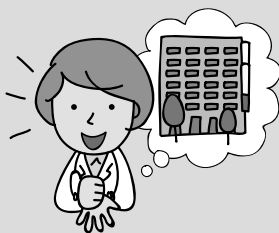
FAX：

『医療安全を身につけるために—医療安全研修DVD』（ ）セット 申込みます

保険診療の知りたい！をサポート！

保険医協会は請求事務・審査等に関する相談と日常診療のお手伝いをしています！
困ったとき…まずは、保険医協会にご相談を！

開業時に知っておきたい情報満載の講習会や、個別の援助を行っています！



- 保険診療の基本的なことが知りたい！
 - ・保険診療の基礎知識講習会
 - ・レセプト審査対策講習会（偶数月開催）
- 開業後受ける行政指導の中身が知りたい！
 - ・新規個別指導対策講習会
 - ・医療法立入検査対策講習会（奇数月開催）
- 初めてのレセプト提出、指導が不安！
 - ・新規開業者対象レセプト提出前チェック（毎月初め）
 - ・新規個別指導に向けた個別相談、援助

開業時からサポート!!

日常診療をサポート

開業後に知りたい情報の提供や、思わず参加したくなる講習会、個別相談などを行っています！

- 請求・減点・返戻で困った！
 - ・電話やFAX等で保険請求の疑問や相談に応じています！
 - ・各科審査委員等で構成する「保険審査通信検討委員会」では、レセプトの減点・返戻の相談に応じています！
 - ・納得いかない減点に対しては再審査請求!!
知っておきたいテクニックをお伝えします！
- 保険診療・審査の最新情報が知りたい！
 - ・『グリーンペーパー』（毎月25日発行）
実際の減点事例を解説する「審査なんでも相談」他、最新の点数表変更情報、改定情報等、内容満載でお届けします！
 - ・保険診療ミニ情報
京都保険医新聞（毎月5、20日発行）に「保険診療Q&A」を、メールマガジンWeb保険医通信（毎水曜配信）に「うっかりしていませんか？」を好評連載中！

- 審査情報も充実！プライマリケアにも役立つ講演会「保険診療」を念頭に置いたひと味違う講演会を適宜開催しています
 - ・社会保険研究会（3月に1回）
 - ・各科別診療内容向上会（各科年1回）
- 充実の講習会・勉強会！
点数改定等、最新の情報や出版物を用いた講習会や勉強会を適宜開催しています
 - ・点数改定時の新点数検討会（3ステップで分かりやすく解説!!）
 - ・公費負担医療説明会
 - ・在宅医療点数説明会
 - ・医療事務担当者向け講習会
 - ・届出医療説明会など
- 個別指導等の行政指導も安心！
顧問弁護士、担当理事、事務局がバックアップ！
指導対策講習会を適宜開催！
新規個別指導等の個別相談、援助（電話、現地など）

充実の書籍ラインナップ！ 保険請求や窓口業務に必要な出版物はすべて取り揃えて、保険医協会からお届けします！



保険審査通信 審査に対する疑問は『グリーンペーパー』裏面「保険審査通信」のご活用を。

立ちどまらない保険。

MS&AD

三井住友海上



事故が起きたときの保険だけではなく
事故を起こさないための保険へ。
スマートフォン。を利用される
すべてのひとに
安全運転・事故防止のサポート、
スマ保 誕生です。

安全運転アプリ、
GK クルマの保険から。
三井住友海上

スマホで スマ保。

〒104-8252 東京都中央区新川 2-27-2 www.ms-ins.com

※ Android OS 2.2以降、iPhone iOS 4.1以降（但しiPhone3Gを除く）

発行所 京都府保険医協会 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町六三七 第41長栄カーニープレイス四条烏丸六階 電話（二二二）八八七七番 編集発行人 久保佐世
購読料年八、〇〇〇円（会員は会費に含まれる） 本号に限り六〇〇円