

Medi

メディペーパー京都

P A P E R
K Y O T O

2013.7

第169号(通巻413号)

CONTENTS

情勢トピックス	3
医療・社会保障編	3
地域包括ケア実現へロードマップを／国民会議 …ほか	
調査・データ編	17
延命医療「行わず自然に任せて」9割／内閣府調査 …ほか	
政策資料	
資料1：京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方について〈答申〉	20
資料2：リハビリテーション行政の在り方に関する検討専門分科会の答申案	39
とりまとめにあたっての緊急意見	
協会だより	
8月の催し物(予定)、その他	41



休業補償、医賠償等損害保険
自動車・火災保険も
(有) アミスへ (Tel075-212-0303)





つみかさねが、

人生をつくる。

私たちは、知っています。



三井生命保険株式会社 京滋支社

〒600-8418 京都府京都市下京区烏丸通松原下ル五条烏丸町409 三井生命ビル1F
TEL:075-361-4332 <http://www.mitsui-seimei.co.jp/>

情勢 トピックス

今月の主な動き

参院での安倍晋三首相に対する問責決議を可決し、第183回通常国会が6月26日に閉幕。7月4日公示、21日投開票で参議院議員選挙が行われた。2012年の衆院選で自民党が政権与党に返り咲いてから初めて行われる全国規模の国政選挙。「アベノミクス」のほか社会保障、TPP、改憲問題などでたたかわれた。

社会保障については国民会議の設置期限である8月21日に向けて急ピッチで取りまとめ作業が行われる。また、厚労省が秋の臨時国会への提出を想定している医療法等改定案について、社会保障審議会・医療部会が議論を開始。同案に盛り込む12項目が提示された。

医療・社会保障編

国民会議

地域包括ケア実現へロードマップを／国民会議

政府の社会保障制度改革国民会議(会長＝清家篤・慶應義塾長)は6月13日、地域包括ケアシステムの構築をめぐり意見を交わした。重要性は認識されても具体的なイメージが湧かないことや、国民的な盛り上がりがないこと、地域ニーズの正確な把握など、複数の課題が浮上。委員からは、地域包括ケアシステムを構築するまでのロードマップ作成を求める声上がり、厚生労働省老健局の原勝則局長は「考えてみたい」と応じた。

事務局は、さらに議論すべき事項として、介護サービスの提供体制や医療給付の重点化など5テーマを示した。冒頭に原局長が厚労省の目指す地域包括ケアシステムを説明した後、これまで比較的触れられ

行 事	開始時間	場 所
6日(火) 各部会	午後2時	
9日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
15日(木) 事務局休務日		
16日(金) 事務局休務日		
21日(水) 金融共済委員会	午後2時	ルームA・B・C
22日(木) 医事担当者連絡会議	午後2時30分	ルームA
24日(土) 第649回社会保険研究会	午後2時	ルームA・B・C
29日(木) 保険講習会A	午後2時	ルームA
31日(土) 産婦人科診療内容向上会	午後4時30分	京都ホテルオークラ

8月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
9月5日(木) 開業医向け経営対策セミナー	午後2時	ルームA・B・C
9月12日(木) 従業員研修会(中級)	午後2時	ルームA・B・C
10月19日(土) 第650回社会保険研究会(記念研究会)	午後2時	登録会館大ホール

今後の予定

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

※法律相談室は必要な時に随時開催いたします。お申込は協会・総務部会まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後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

ることが少なかった介護問題に議論は集中した。

地域包括ケアシステムは、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で生き続けられるよう、医療、介護、生活支援などを一体的に提供するシステム。中学校区程度を1単位として、2025年ごろの構築を目指している。医療との関連も深く、病床機能に応じた医療資源の投入により入院医療を強化。早期退院する患者を地域で受け入れる。

地域包括ケアに関連する資料の提出をかねて求めている宮武剛委員（目白大大学院客員教授）は「中学校区でネットワークを構築すれば1万カ所になる。地域包括ケアシステムの構築は介護保険創設時に匹敵する大事業だが、盛り上がりも高揚感も感じられない」と苦言を呈した。宮武委員は実現に向けた課題を▽省庁と部局の壁を取り払う推進本部の設置▽地域特性に応じた構築を目指し地域の実践例の収集▽地域ニーズの把握一の3点を整理した上で「3年ごとの介護保険事業計画はあるが、25年を目標にしたロードマップを中央でも地域でも作ることをお願いしたい」と求めた。

原局長はロードマップの作成について「考えてみたい」と回答。現在、全国から具体的な事例を集めていることも明かし「まとまったら、優れた市町村の首長さんに発表してもらうなどして普及させたい」と意欲を見せた。

●医療のパラダイム転換

大島伸一委員（国立長寿医療研究センター総長）は、地域包括ケアに対する医師の関わりを語った。「これまでの治す医療から、治して生活を支える医療に変わる。今後、高齢者について強調するときは、医療と介護の目的はほぼ同じだ。健康や生活を支援するために体の状況をどうケアするかの視点で、地域包括ケアにどう貢献できるかが医療の役割だ」とし「医師にとって、ものすごく大きなパラダイム転換」と訴えた。

●医師国保は解散し健保組合設立を／国民会議で権丈委員

事務局が示した国保組合の概要についての資料に関連し、権丈善一委員（慶應大教授）が「医師国保を解散して国庫負担を国に返上し、医療関係者は自ら健保組合をつくるべき」というアイデアを披露した。

権丈委員は、医師国保に国庫補助が入っていることを「正当性がない」と批判。医師国保に加え、歯科医師国保、薬剤師国保の加入者がそろって健保組

合をつくれば、計64万人で健保連の中でも最大規模になるとし「いずれは医療者が、支払い側委員として中医協に出席する。これは医療界が前向きな未来に進む明るい話だ」と訴えた。

（6/14MEDIFAXより）

国民会議が取りまとめ作業へ／医療・介護の起草委員は権丈氏

政府の社会保障制度改革国民会議が、報告書の取りまとめに着手する。6月24日に開いた会合の最後に、清家会長が打ち出した。医療・介護分野は権丈善一委員（慶應大教授）が起草検討委員を務め、清家会長と遠藤久夫会長代理（学習院大経済学部長）が全体を集約する。7月上旬の次回会合で「素案の骨格」を示す。過去の会合で委員が提出した資料も素案策定に当たり考慮される。参院選の期間中も必要に応じて会合を開き、設置期限の8月21日までの取りまとめを目指す。

●初再診の紹介状なし外来負担「経営に影響」

24日の会合では厚生労働省の原徳壽医政局長が、医療機能の分化や、総合的な診療能力を持つ医師に関する議論の経緯を説明した。西沢和彦委員（日本総合研究所調査部首席主任研究員）は「地域包括ケアを進めるには、国民が用語の共通認識を持てるようにすることが重要」と述べ、厚労省の過去の議論で浮上してきた「家庭医」「かかりつけ医」「総合診療医」「総合診療専門医」などの用語を統一すべきと指摘した。

遠藤会長代理は国民会議で深い議論ができていない分野として医療給付の重点化を挙げ、70-74歳の患者の自己負担について、新たに70歳になった人から順次、本則の2割にすべきと表明した。外来受診の自己負担については、国民会議で提案された初診・再診の両方に一定額（例えば1万円）を支払う考えについて「病院ごとではなく公定価格で決めるという点で、現行の選定療養より厳しい。定額負担という具体的なところまで決め付けてよいかは議論の余地がある」と述べた。「この制度を導入すれば外来患者は減るだろう。勤務医負担は減るが、病院収入も減る可能性がある。診療報酬上、それをどう補填していくかという誘導策も同時に考えねば、対象病院の経営に影響が出る可能性がある」と、診療報酬上の問題意識も提起した。

●総論と分野横断内容は遠藤氏

一通り議論が終了した後、清家会長が国民会議の

設置期限を踏まえ「次回以降は報告書素案の起草作業に入りながら、議論を深めて集約を図る」と宣言した。素案の起草委員として、医療・介護は権丈委員、年金分野は山崎泰彦委員（神奈川県立保健福祉大名誉教授）、少子化対策は大日向雅美委員（恵泉女学園大大学院教授）を任命。総論と分野横断的な内容の起草作業は遠藤会長代理が担当する。清家会長と遠藤会長代理でそれらを集約し、次回会合では素案の骨格を示す。（6/25MEDIFAXより）

国民会議「残り2カ月」、審議加速へ／内閣官房・中村室長

内閣官房社会保障改革担当室の中村秀一室長は6月22日、レギュラトリーサイエンス学会のシンポジウムに登壇し、議論のテーマが2巡目に入った社会保障制度改革国民会議について「設置期限まで残り2カ月となり、取りまとめに向けて審議を加速させなければいけない」との考えを示した。今後の社会保障の在り方については「国民のニーズの変化を適切に捉え、社会保障としてきちんと応えられるように提供体制を改革し、皆保険制度を守っていかなければならない」と強調した。

中村室長は、社会保障制度改革国民会議では「限られた資源を適切に利用しながら、最小の費用でやっていく医療を目指すべきではないか」「これまでは治す医療で邁進してきたが、高齢者が増えて『医療観』も変化し、地域で治し、支える医療に変えていかなければならない」とする議論も出ていることを紹介。公的保障を小さくすれば私的保障が大きくなり、企業などの負担も大きくなることを踏まえ、「公的、私的でどうバランスを取るかは、国民の選択だと思う」とコメントした。

フロアから出された「将来的に日本は国民皆保険制度を維持すべきなのか、やめるべきなのか」との質問に対し、中村室長は皆保険を維持することについて否定的な議論は有識者や政党などからほとんど出ていないとし、「維持すべきか否かというよりも、維持していかなければならないという問題設定の中で、どのように維持するかを考えていかなければいけない」と述べた。その上で、何を最重要視するかは、あらためて検討する必要があるとし、「皆保険制度に期待することは人によってさまざまな広がりがあり、多くの国民が『ここだけは』というところをベースに、それ以外の周辺領域を応用問題として考えていければよい」との考えを示した。

（6/25MEDIFAXより）

医療法

医療法改正案、医療部会で議論開始／秋の臨時国会に提出へ

社会保障審議会・医療部会（部会長＝永井良三・自治医科大学長）は6月20日、厚生労働省が秋の臨時国会への提出を想定している「医療法等の一部を改正する法律案（仮称）」について議論を開始した。厚労省は同改正案に盛り込む12項目を提示。委員からは、病院病床の機能分化に向けて在宅医療の重要性について意見が集中した。

山崎學委員（日本精神科病院協会会長）は「在宅医療推進の担い手が、病院勤務医なのか診療所の医師なのかが明確でない」と指摘。田中滋部会長代理（慶応大大学院教授）は「（在宅医療の推進は）医療計画だけでは不十分。市町村が担う地域包括ケアシステムとのリンクを明確にすべき」と述べた。高智英太郎委員（健保連理事）も「サービス提供面で必要十分な供給が間に合わなくなる」と早急な対応を求めた。

今村聡委員（日本医師会副会長）は、在宅医療の必要数と現時点で提供できる数、5年後や10年後の提供可能数の推計などを把握して初めて、具体的な対策が検討できるとし、現状については「地域の医師会で把握しなければならない」と述べた。

●都道府県の権限強化も相上

厚労省医政局総務課の吉岡てつを課長は「都道府県に『こういう権限が必要』ということであれば、今回の改正で検討する」と述べ、医療部会での議論の結果次第では医療提供体制に関する都道府県の権限強化も同法案に盛り込む方針を示した。

●地域医療ビジョン策定、前倒しに疑義

病院病床機能分化の推進に向けた報告制度の運用開始と、報告制度で収集する情報に基づいて都道府県が地域医療ビジョンを策定するまでのスケジュールが、当初の計画より前倒しとなったことには疑義が出た。

西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は、本来は報告制度で集まる情報を十分に吟味した上で、地域医療ビジョンの策定に向けて国が示すガイドライン（GL）に反映させるべきだとし、スケジュール前倒し後の詳細な工程表の提示を求めた。中川俊男委員（日医副会長）も、報告制度の運用開始前に国が

GLを策定することになった点を問題視。「なぜ拙速に急ぐのか」と述べ、報告制度の運用後にGLを策定する当初のスケジュールでは遅いとされる理由について説明を求めた。

吉岡課長は「これからは医療の充実化と効率化を同時に進めなければならない」と述べ、早急な対応が必要として理解を求めた。

●医療法等改正案は12項目が柱／厚労省

厚生労働省が6月20日の社会保障審議会・医療部に提示した「医療法等の一部を改正する法律案」の柱となる12項目は次の通り。

▽病院病床の機能分化・連携を推進するための報告制度の創設▽在宅医療推進のため医療計画に達成すべき目標などを記載するよう義務づけ▽特定機能病院の承認の更新制導入▽医師確保対策として地域医療支援センター（仮称）設置を都道府県の努力義務とする規定を創設▽看護職資格保持者を対象に都道府県ナースセンターへの届出制度を創設▽勤務環境の改善に自主的に取り組む医療機関への支援として医療勤務環境改善支援センター（仮称）を創設▽チーム医療の推進として特定行為実施のための研修制度の創設と診療放射線技師の業務範囲拡大、歯科衛生士の業務実施態勢見直し▽医療事故調査制度の創設▽医療法に臨床研究中核病院（仮称）を位置づけ▽一定の条件下における教授・臨床研究目的の診療の容認など、外国医師等の臨床修練制度の見直し▽歯科技工士国家試験の見直し▽持分なし医療法人への移行の促進。（6/21MEDIFAXより）

参院選

自・民・共が「皆保険堅持」／各党公約、維新・みんなは“混合診療”

7月4日公示21日投開票の参院選に向け主要政党の公約や政策が出そろった。主要6政党（自民、公明、民主、日本維新の会、みんな、共産）の医療分野の公約（7・8ページ）をまとめたところ、国民皆保険については自民、民主、共産が堅持する姿勢を強調。一方、維新とみんなは堅持するかどうかは言及せず、それぞれ“混合診療”の「適用範囲拡大」「解禁」と打ち出した。

維新とみんなは“混合診療”について触れているが、「全面解禁」とは表現していない。政府の成長戦略には「最先端医療迅速評価制度（先進医療ハイウェイ構想）」（仮称）を推進し、先進医療の対象を

大幅に拡大することが盛り込まれており、双方の政策の違いは明確ではない。

2014年度に予定されている診療報酬改定については、民主と共産の2党が「引き上げ」を主張。特に民主は「過去2回の診療報酬改定で連続してプラス改定を勝ち取った」と実績をアピールし、「プラス改定」とは明言できない政権与党との差別化を図りたい考えだ。

医療保険財政は危機的な状況に置かれているだけに、与野党間で医療費を重点化・効率化する方向性に大差はない。自民が「健康寿命の延伸に向け、予防医療、食事・運動指導を推進」と記載したのに対し、民主は「予防医療、運動器障害対策を充実させ、健康寿命を伸長」、維新は「予防医療を保険制度化」、みんなは「健康づくり、予防医療、重症化予防に注力」する姿勢を示した。公明は「ICT関連技術を活用した遠隔医療の確立」を掲げた。

消費増税に対するスタンスは、政権与党を経験したことがあるかどうかで考え方の違いが鮮明だ。自民と民主は「消費税は全額、社会保障に使う」（自民）、「消費税引き上げによる増収分は全て社会保障の財源に充てる」（民主）と訴えているが、みんなは「14年4月の増税は凍結」、共産は「消費増税の実施を中止」と主張した。

医療関係者が注目する環太平洋連携協定（TPP）は、与党以上に積極的な野党も見られる。与党は、自民が「TPPなどの経済連携交渉は、交渉力を駆使し、守るべきものは守り、攻めるべきは攻めることにより、国益にかなう最善の道を追求する」、公明が「TPP交渉と並行して日中韓の自由貿易協定（FTA）や東アジア地域包括的経済連携（RCEP）などに主導的に取り組む」と記載。これに対し、維新は「攻めの交渉で国益を勝ち取る」、みんなは「交渉においては自由貿易ルールの厳守を主張。TPPのみならず、日中韓FTAなどを推進し日本の国益を最大化」と主張している。（7/2MEDIFAXより）

●6党の参院選公約比較

	医療保険制度、診療報酬	医療提供体制	重点化・効率化、疾病対策
自 民	国民皆保険を堅持。	医師の診療科目別・地域別の偏在是正。診療所の機能強化。医師らの人材や高度医療機器など医療資源の確保と適正配置を図り、地域で必要な医療を確保。	健康寿命の延伸に向け、予防医療、食事・運動指導を推進。再生医療の総合的な推進、がん対策のさらなる充実など。
公 明	70歳未満の年間所得300万円以下世帯（住民税非課税世帯除く）の医療費の負担上限額を現行の月約8万円から約4万円に引き下げ。	放射線療法・化学療法の普及と専門医の育成。全てのがん担当医への緩和ケア研修推進。	I C T関連技術を活用した遠隔医療の確立。がん、循環器疾患、糖尿病などの予防対策推進。がん検診率50%以上の達成。がん登録の義務化。
民 主	診療報酬の引き上げに取り組む。国民皆保険を堅持。国保の都道府県単位化など医療保険の一元的運用。高齢者医療は、年齢で差別する保険制度を廃止。	医師、看護師不足対策に取り組み、医療従事者の労働条件を改善。チーム医療の強化、有床診療所の活用による地域医療の充実。	難病対策を拡充。予防接種の安全性を確保しつつ、定期接種対象を増やし、ワクチン開発を支援。予防医療、運動器障害対策を充実させ、健康寿命を伸長。
維 新	年齢で負担割合に差を設けるのではなく、所得に応じて負担割合に差を設ける。混合診療（治療方法を患者が選べる医療）の適用範囲を拡大。		予防医療を保険制度化。処方せんのI T・オンライン化。電子カルテの導入促進。ビッグデータ（匿名医療情報）を活用した疾病対策の促進。
みんな	混合診療を解禁。介護保険との整合性を視野に、医療介護一体化保険制度の創設を目指す。医療保険制度を段階的に一元化。	医学部新設の規制を緩和。かかりつけ医と専門医の役割分担を明確化。医療・介護施設の適正に運営できると認められる法人への門戸開放。	幼児医療の無償化。医療のI T化推進。疾病と医療費の動向、受診行動などを的確に把握し、機動的に医療政策を立案。健康づくり、予防医療、重症化予防に注力。
共 産	診療報酬は大幅増額。医療従事者の労働条件改善。産科・小児科、救急医療の充実などにかかわる部分を抜本的に増額。高薬価や医療機器にメスを入れ、医療充実に回す。	療養病床削減を中止。7対1基準の報酬を取得できる病院を限定・選別するのをやめ、施設基準を満たす全病院が継続・取得できるようにする。	医療費適正化計画による都道府県の医療費削減競争をストップ。がん専門医の配置や専門医療機関の設置を進め、所得や地域にかかわらず高度な治療を受けられる体制を確立。

	環太平洋連携協定(T P P)	消費税など	その他(重点的な項目のみ)
自 民	T P P などの経済連携交渉は、交渉力を駆使し、守るべきものは守り、攻めるべきものは攻めることにより、国益にかなう最善の道を追求する。	消費税については全額、社会保障に使う。	社会保障制度改革国民会議の審議結果などを踏まえ、医療・介護・年金制度などの社会保障制度について必要な見直しを行う。
公 明	T P P 交渉と並行して日中韓の自由貿易協定(F T A)や東アジア地域包括的経済連携(R C E P)などに主導的に取り組む。	健康・医療・介護など成長分野での研究開発に対する研究開発促進税制の税額控除率引き上げ。	
民 主	T P P については、国民皆保険の堅持などの国益を確保するため、脱退も辞さない厳しい姿勢で臨む。	消費税引き上げによる増収分は、全て社会保障の財源に充てる。	税金と医療・年金の保険料、雇用保険の保険料をまとめて扱う歳入庁の設置。
維 新	参加。自由貿易圏を拡大する。T P P は攻めの交渉で国益を勝ち取る。	消費税の地方税化と地方間財政調整制度の創設。	医療法人など特殊な法人に特権を認めず、競争原理を導入。歳入庁を創設し、所得課税、社会保険料の徴収漏れを防ぐ。リビング・ウィル（選択的終末期医療）の制度化。
みんな	交渉においては、自由貿易ルールの厳守を主張。T P P のみならず、日中韓F T Aなどを推進し、日本の国益を最大化。	2014年4月の消費増税は凍結。	税金と社会保険料を一元的に管理する歳入庁を内閣府に設置。税金と社会保険料を合わせた「社会保障個人口座」を使い、個人の選択による自前のセーフティネットの構築を可能に。
共 産	T P P による国民皆保険解体を許さない。国民皆保険の制度と理念を守る。	消費増税の実施を中止。保険診療に「ゼロ税率」を適用。社会保険診療報酬にかかる事業税の非課税措置を継続。	株式会社による医療経営の解禁を許さない。医学部定員を1.5倍に。医療事故を検証する公正中立な調査機関の設置を目指し、超党派で合意形成を図る。

先進医療の拡大「公的保険に影響ない」／安倍首相、党首討論で

安倍晋三首相は7月3日、日本記者クラブ主催の党首討論で、政府の規制改革実施計画に先進医療の対象範囲を大幅に拡大することが盛り込まれた点について「いわゆる混合診療だが、これは先端医療について範囲を増やしていくもので、今の公的医療保険制度には、ほとんど影響はないと言っていい」と強調した。

生活の党の小沢一郎代表が「政府は『規制改革実施計画』で混合診療を拡大していくと打ち出しているが、これは結局、国民皆保険制度を崩壊させることになるのでは」と質問したのに対し答えた。

規制改革実施計画は6月に政府が閣議決定した。その中で「保険診療と保険外の安全な先進医療を幅広く併用して受けられるようにするため、新たに外部機関などによる専門評価体制を創設し、評価の迅速化・効率化を図る最先端医療迅速評価制度（仮称）を推進することにより、先進医療の対象範囲を大幅に拡大する」としている。安倍首相は「先端医療の分野では（保険外併用療養が）相当拡大していく。これでかなり患者の需要が満たされると思っている」とも述べた。

●維新・みんなは「混合診療全面解禁」を主張？

混合診療については、日本維新の会の橋下徹共同代表も構造改革に言及する中で「保険外併用療養費制度は後に保険適用させることが前提になっているが、自由診療を拡大していこうというのが混合診療の解禁だ」などと述べ、全面解禁に積極的な姿勢を示した。「混合診療の解禁」を掲げるみんなの党の渡辺喜美代表も「電力、農業、医療の3分野は成長分野でありながら成長できていない」と批判した。

党首討論では環太平洋連携協定（TPP）にも話題が及び、小沢氏は「皆保険の崩壊を招きかねない」と懸念を表明。安倍首相は「TPPにおいて『混合診療を進めなければいけない』ということになっていない」と説明した。

●高齢者の2割負担「理解進むことが重要」

一方、安倍首相は70歳から74歳までの高齢者の医療費の自己負担割合について「本則は2割だが、対象者を含めて高齢者の混乱が起きないように理解が進むことが重要だ。だんだん理解は進んできたのかと思うが、（本則に戻す時期を）適時適切に判断していきたい」と述べた。（7/4MEDIFAXより）

成長戦略

「健康・医療戦略」を閣議決定／日本版N I Hの方針も明記

政府は医療分野の成長戦略に当たる「健康・医療戦略」を6月14日に取りまとめ、閣議決定した。2012年6月に医療イノベーション会議が策定した「医療イノベーション5か年戦略」の中で実行すべきものは速やかに実行し、新たに追加すべきものを盛り込むという方針で充実・リニューアルした。主な施策は政府が閣議決定した成長戦略「日本再興戦略」と重なっている。

柱となる施策は▽医療分野の研究開発で司令塔機能を担う「日本版N I H」の創設▽医療の国際展開▽健康寿命延伸サービスの創出▽ICTの利活用の推進一など。

日本版N I Hは内閣に推進本部を置き、首相や閣僚をメンバーにする。その上で「医療分野の研究開発に関する総合戦略」を策定し、がんや認知症、再生医療などの分野で研究開発の重点化や目標決定などを行う。その後は内閣官房健康・医療戦略室を中心にPDCAを実行していく。予算編成過程では、これまで各省庁で計上していた予算を一元化し、総合戦略に基づいて戦略的・重点的に予算を配分する。研究テーマの選定や研究の進捗管理、事後評価など、事務レベルで中核的な機能を果たす独立行政法人も設置する。ただし独法設置の際には「スクラップ・アンド・ビルド原則」を導入し、公的部門は肥大化させない。（6/17MEDIFAXより）

中医協

早くも再診料が議論に、診療側は「2点上げ」／中医協総会

中医協総会（会長＝森田朗・学習院大学教授）は6月12日、厚生労働省が示した診療所機能の評価に関連し、再診料（69点、診療所と200床未満の病院が対象）をめぐる議論が早くも始まった。診療側は、前々回の2010年度改定で病院の再診料と点数を統一するために引き下げられた診療所の再診料2点を元に戻すよう要求。支払い側は、ほぼ静観の構えを取った。

同日は外来医療を議論した。厚労省は「主治医機能の強化」と「診療所の機能と初・再診料」の2つに関する資料を提示。診療所の機能と初・再診料では「診療所機能を勘案した外来機能の評価の考え方」

を論点とした。

診療所の機能について厚労省は「一般的な医療の提供に加え、専門的医療の提供もしている。時間外や救急の対応、禁煙指導、がんの早期発見などを含め、医療の重要な役割の一端を担っている」と記載。安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は「現状の機能を認めていただいた」と謝意を表した上で、「論点については再診料を戻していただくことに尽きる」と求めた。このほか診療側委員は「総合的かかりつけ医には71点に戻すことが必要」（嘉山孝正委員＝全国医学部長病院長会議相談役）、「再診料には人的・物的コストも入っている。まずは回復してほしい」（鈴木邦彦委員＝日本医師会常任理事）と主張。西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「診療所を上げるときは、当然、中小病院も同じことが前提だ」とし、診療所と病院の点数を別々に設定すべきではないと念押しした。

●包括化の議論もすべき／白川委員

支払い側は白川修二委員（健保連専務理事）が「再診料とそれに絡むさまざまな加算を含めて、どの項目を包括化するか議論もすべき」と指摘。安達委員は、引き下げありきの包括でなければ議論はできるとの姿勢を示しつつも「外来は診療形態がそれぞれ異なり、包括できる範囲は意外と狭いのではないかと慎重な見方をした。

従来は改定作業が大詰めの時期に論じられる再診料が6月に議論されるのは異例。厚労省保険局は「診療所の機能が分かる資料が欲しいと要望があったので、初・再診料という評価も一緒に示した」と説明。診療所の機能に基づく自由な意見交換だとした。

●主治医機能、健康相談をどう評価？

主治医機能については厚労省が「期待されること」として、アクセスのしやすさや服薬管理、検診などの受診勧奨、気軽な健康相談、介護保険制度への理解、在宅医療の提供、24時間対応などを挙げた。

論点としたのは、主治医機能を持つ医師が、複数の慢性疾患を持つ患者に継続的・全人的な医療を行うことへの「総合的評価の考え方」。厚労省保険局の宇都宮啓医療課長は「今の診療報酬では検診や健康相談は評価の対象外。こうした重要な機能をどう評価すべきかという意味で『総合的に評価する』と表現した」と総会で述べた。（6/13MEDIFAXより）

消費税8%時の対応で具体的議論を開始／中医協・分科会

厚生労働省は6月21日の中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」（分科会長＝田中滋・慶応大大学院教授）に、消費税8%時点の診療報酬による対応案を提示した。1点単価の引き上げ案は診療・支払いの各側ともに反対。診療側からは、原則課税など抜本見直しを見越して、8%時の対応は過渡的なものとの意見もあった。

厚労省は基本的な考え方として「診療報酬本体分について、医療経済実態調査等のデータから医療機関等の消費税負担額を算出し、医科、歯科、調剤ごとにそれに見合う手当（消費税3%対応分）を行う」と提案。具体的な手当て方法としては▽案1＝基本診療料・調剤基本料に消費税対応分を上乗せ▽案2＝消費税負担が大きいと考えられる点数項目に代表させて消費税対応分を上乗せ▽案3＝1点単価に消費税対応分を上乗せーに加え「高額投資の加算」の4案についてメリットとデメリットを示した。薬価と特定保険医療材料価格については、消費税対応分が含まれていることを明確化するため▽案1＝告示等で区分して表示▽案2＝案1に加え、患者への明細書等で区分して表示ーの2案を提示した。

●初・再診料の病診格差は認めない／白川委員

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「案3の1点10円を変えるような手段は取るべきでない。社会的影響が大きい。公平性を考慮すると従来の案2と案1の組み合わせが必要ではないか」と述べた。その上で「案1については、診療所が初・再診料、病院は入院基本料への上乗せは今の段階で議論すべきでない。実調の結果を見て、財源の規模感を踏まえて検討すべきだ。診療所と病院は初・再診料が同一点数であり、増税によって点数を変えることには反対だ」と述べた。高額投資の加算も反対とした。

●8%の対応は過渡的なもの／今村委員

今村聡委員（日本医師会副会長）は「10%時点での抜本的な税制対応を議論してもらっている」とした上で「8%の対応は過渡的なもので、あまり精緻な仕組みをつくる要請はないのではないか。全ての医療機関、医科・歯科・薬価に公平にということとは難しいかもしれないが、3%アップによる大きな凸凹が無いように対応してほしい」と述べた。

その上で「案3は、日医としてはないだろうと考えている。案1か、案1プラス案2か、課税転換を

考えれば、補填する部分にこだわる必要はあまりないのではないか」と指摘。「薬価については精緻な金額の表示は混乱を招くと考えている。補填されていることが何らかの形で分かるような表示を工夫してほしい」と述べた。

一方、病院団体から出ている委員らは即答を避け、次回にも見解を示すとした。(6/24MEDIFAXより)

先進医療費の年間総額100億円／中医協総会

厚生労働省は6月26日の中医協総会(会長=森田朗・学習院大教授)に、2011年7月1日-12年6月30日の1年間に実施された先進医療の実績を報告した。先進医療A・Bの費用の総額(自己負担)は約100億円で、保険外併用療養費の総額は約45.9億円だった。12年6月30日現在で先進医療AとB合わせて102種類の技術が実施されており、実施医療機関数は554施設、患者数は1万4483人だった。

内訳では、先進医療Aの費用は約97.7億円、保険外併用療養費は約36.8億円。12年6月30日現在の技術数は63種類、実施医療機関数は435施設、患者数は1万3743人。

先進医療Bの費用は約2.3億円で、保険外併用療養費は約9.1億円。技術数は39種類、実施医療機関数は119施設、患者数は740人。

総会ではまた、5種類の臨床検査の保険適用を承認した。髄液中の肺炎球菌莢膜抗原を検出する「肺炎球菌莢膜抗原定性(髄液)」などE3(新項目)が4件を占める。残り1件は「E2」(新方法)。5件とも保険収載は7月の予定。

13年度調査として「歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価についての影響調査」の調査票案も承認した。(6/27MEDIFAXより)

「実績乏しい強化型」の在り方は／在支診・在支病で中医協総会

厚生労働省は6月26日の中医協総会(会長=森田朗・学習院大教授)に、2012年度診療報酬改定で新たに導入した機能強化型の在宅療養支援診療所(強化型在支診)と在宅療養支援病院(強化型在支病)の実績(12年4-9月)を提示した。緊急往診や看取りを全く行っていない強化型がある一方で、半年間で緊急往診5回以上、看取り2回以上の実績のある一般の在支診・在支病が存在した。強化型では緊急往診は主治医が行っていることがほとんどだった。

こうした結果から厚労省は▽強化型の実績が乏しい場合、医療機関連携の在り方をどう考えるか▽緊急往診や看取りなどで一定程度の成績を確保している一般の在支診・在支病の評価をどう考えるか—などを論点に挙げた。

●実績だけでなく「面」で評価を／診療側

西澤寛俊委員(全日本病院協会会長)ら診療側委員は、6カ月間のデータだけで強化型の実績を評価することは難しいと主張。西澤委員は「在宅医療の充実が重要だ。強化型は、看取りや往診がないから問題ということではなく、グループとして面として評価すべきだ」とした上で「ただ、常に実績がないのに強化型に入っていることがよいとはいえない。強化型の面としての広がり育てていくことが必要だ」と述べた。

鈴木邦彦委員(日本医師会常任理事会)も「強化型の仕組みをつくるには時間がかかる。地域包括ケアの構築とともに郡市医師会の取り組みを見守ってもらいたい」とした。

安達秀樹委員(京都府医師会副会長)は「在支診や在支病以外の診療所や病院でも在宅医療を推進している現状を十分認識してもらいたい」と述べ、京都府医師会や京都私立病院協会などが展開している在宅医療に関する取り組みを紹介した。

●緊急往診ゼロに問題意識／白川委員

これに対して支払い側の白川修二委員(健保連専務理事)は、強化型で体制整備が進められている段階にあることには一定の理解を示しながらも「緊急往診をほとんど主治医が行っているのは、チーム連携がうまく進んでいないからではないか。緊急往診ゼロ回という強化型の比率が高すぎるような気がする。次期診療報酬改定に向け議論していく」と問題意識を示した。

在支診と在支病の必要数についても言及し「都道府県の医療計画の中で在宅医療が検討項目に盛り込まれれば、目標数を把握することができるのではないか。今後の診療報酬改定論議で参考にしていけるべきではないか」と述べ、在支診・在支病についても適正数を把握しておく必要があるとした。

厚労省保険局医療課の宇都宮啓課長は、強化型を拡大していく必要性を示しながらも「だからといって実績がなくてよいのか。実のあるもの(制度)にしていくにはどうしていくか、(今後も)中医協で議論していただく」とした。

このほか厚労省は高齢者住宅での在宅医療の課題

なども提示した。(6/27MEDIFAXより)

精神保健福祉

改正精神保健福祉法が成立 衆院厚労委で付帯決議

衆院は6月13日の本会議で精神保健・精神障害者福祉法改正案を賛成多数で可決した。同改正案は参院先議のため、すでに参院で可決しており、成立した。一部を除き2014年4月から施行する。

12日には衆院厚生労働委員会で可決し、合わせて10項目に上る付帯決議も採択した。

同改正案は精神障害者の医療保護入院について、保護者への負担が集中しすぎるとされていた保護者制度を廃止し、家族のいずれかの同意で行うことができるよう改める。ただ、同委員会の審議では「親権者や成年後見人が反対していても、家族の誰かが同意すれば医療保護入院を認めるというのはおかしい。『家族のいずれかの同意』は削除すべき」などとする声が上がっていた。こうした指摘を踏まえ、付帯決議には医療保護入院について「親権を行う者、成年後見人の権利が侵害されることのないよう、(家族のいずれかの) 同意を得る優先順位などをガイドラインに明示し、厳正な運用を促すこと」と明記した。非自発的入院を減らすため、「家族のいずれかの同意」とした要件も含め、国や自治体の責任、精神保健指定医の判断など、幅広い観点で速やかに検討することも求めた。(6/13MEDIFAXより)

ワクチン

子宮頸がんワクチン、勧奨差し控えへ／副反応検討部会が決定

厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会の副反応検討部会（座長＝桃井眞里子・国際医療福祉大副学長）は6月14日、子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）の副反応について議論し、定期接種の積極的な勧奨を一時差し控えるとの結論を出した。極めて少数の慢性疼痛が長引く症例があることを理由とし、頻度や医学的評価を明らかにした上で再度、検討する。

厚生労働省が、全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会が提出したカルテや、海外の疼痛関連症例など新たなデータを提示。前回同様、部会の総意として、明確な因果関係はなく、接種とは関連ない事例が散

見されるとした。しかし桃井座長ほか一部の委員が慢性疼痛の症例を問題視。最終的に、利益相反で議決権のない委員を除く5人による多数決の結果、勧奨差し控え3票、継続2票となった。

委員からは、2005年－10年に日本脳炎の予防接種勧奨を差し控えた際、国民の接種が減少したことから、中止ではないことをしっかり伝えるべきとの意見が上がった。桃井座長は「安全性に問題があって接種しない方がよいとの結論ではない。より安心して接種してもらうための措置」としている。

部会の決定により厚労省は、対象期間の通知や、学校現場での推奨リーフレットの配布は一時中断するとしたが、接種を実施していることは引き続き伝えていくとしている。次回の議論に向け、サーバリックスとガーダシルの2剤について副反応比較を行うためのデータを集めることになる。

(6/17MEDIFAXより)

マイナンバー

マイナンバーの経済波及効果を試算／年間2兆7858億円

日本生産性本部が事務局を務める「わたしたち生活者のための『共通番号』推進協議会」（代表＝北川正恭・早稲田大大学院教授）は6月17日、共通番号を導入した場合の経済波及効果の見込み額を発表した。行政全般や医療・福祉、電気・ガスの使用料金明細などにも活用した場合、年間2兆7858億円に及ぶと試算している。

今回の試算は、共通番号導入により官民各分野でのコスト削減効果は年間約1兆1500億円とする試算を前提にはじき出した。2005年の産業関連表で他産業への波及効果を測定し、これに雇用者の所得増・消費増、経済成長予想などを反映させて総合効果とした。ただ、6月24日に成立したマイナンバー関連法では、利用範囲が社会保障と税および災害の分野に限られているため、現状では行政分野での年間約3000億円の経済効果にとどまる見通し。3年間利用した後、効率性や利便性、安全性を確認し、それまでに明らかになった課題を解決した後、あらためて利用範囲の拡大が検討されることになる。

試算を行った同協議会主査の須藤修・東京大大学院教授は「(同協議会) 幹事である永井良三・自治医科大学長によると、医療分野で使われると重複診療などが大幅に解消されて1兆円を超える削減効果も

あるという。厚生労働省から福祉分野での活用が提示されれば、さらなるコスト削減も見えてくる」とし、医療・福祉分野の経済効果がさらに増える可能性を示唆した。また「安倍政権の経済政策が成功すれば、さらに高い数値になる」とした。

4日に内閣情報通信政策監（政府CIO）に就任した遠藤紘一氏（リコージャパン元会長）は「どんなことをやっても情報の漏洩・悪用の確率をゼロにすることはできない。税・社会保障分野でも民間の情報などを使うので、最初の3年間で問題が起きたときに素早く対応して次に広げる予定」と述べた。「災害時のデータ保護や、生活保護を本来需給すべき人を判明させるといった、安心・安全社会の構築という側面も評価できる」との考えも示した。（6/18MEDIFAXより）

社会保障

地域包括ケアの定額管理料など提言／国会版国民会議

超党派の議員連盟「国会版社会保障制度改革国民会議」は7月3日、社会保障制度改革に対する提言の最終取りまとめを公表した。医療・介護については短期と中期に分けて改革案を整理。短期的改革としては、70-74歳の医療費自己負担を早急に本来の水準に戻すことが不可欠とした。介護保険については、施設介護の自己負担を2割に引き上げ、捻出した財源で在宅サービスや居宅系サービスの充実を図る必要があるとした。高齢者の介護サービス利用料も、自己負担を2割に引き上げるべきとしている。

中期的改革については、地域包括ケア体制を確立させることが必要と指摘。診療報酬については従来の出来高制ではなく、地域包括ケアを担う責任に対する報酬として定額の管理料が必要としている。全国一律の診療報酬・介護報酬体系も抜本的に見直し、地域ごとに工夫して質の向上と費用の節約が両立できるように、報酬体系の決定プロセスを地域に委ねる方向を目指すべきと指摘した。また、フリーアクセスに加えて「ライト（適切な）アクセス」を保障することも求めた。チーム医療の推進や予防・先制医療の充実、生涯保健事業の体系化、医療計画や介護計画などの改定時期がずれていることの修正、保険者機能の再編などの必要性も指摘した。

薬価制度については、新薬の保険適用が医療保険財政に与える影響なども想定し、基礎的な医療と先

進的な医療の棲み分けが必要とした。

このほか、厚生労働省から旧労働省関連部局や社会保障制度改革の企画立案機能を切り離す省庁再編案や、国会内に社会保障制度改革の超党派協議会を置いて法定化することも盛り込んだ。（7/4MEDIFAXより）

国会

第183通常国会が閉幕／生活保護法改正案は廃案

第183回通常国会が6月26日に閉幕した。参院本会議では安倍晋三首相に対する問責決議を野党の賛成多数で可決したため、医療扶助の適正化を盛り込んだ生活保護法改正案などは廃案になった。

●生活保護改正法案、秋以降に再提出／廃案受け田村厚労相

田村憲久厚生労働相は6月26日、「生活保護法の一部を改正する法律案」と「生活困窮者自立支援法案」が今通常国会で廃案になったことを受け厚生労働省内で会見に応じ、両法案の基本路線は維持したまま、秋以降に再度提出を目指す考えを示した。

田村厚労相は、野党を批判するつもりはないとした上で「ねじれ国会でなければ通っている。国民の生活にはマイナスだ。本当に残念」と述べた。会見後、記者団に対し「（民主党の）代表が、海江田（万里）さんがこういう法律は通したいという思いを言っていたが、ねじれの中でこうなってしまう」とし、「国民のためには安定した政治にならないといけない」と述べ、ねじれ国会解消に向けた次期参院選への決意をにじませた。（6/27MEDIFAXより）

●予防接種法など7法が成立／第183回通常国会

6月26日に閉会した第183回通常国会で、衆参厚生労働委員会による審議を経て成立した政府提出の法案は計7法だった。成立した法律は以下の通り。

▽改正予防接種法▽改正健康保険法▽改正戦没者等の妻・父母等に対する特別給付金支給法▽改正駐留軍関係離職者等・漁業離職者臨時措置法▽改正厚生年金保険法▽改正障害者雇用促進法▽改正精神保健福祉法。

このほか、マイナンバー制度関連3法案も成立した。

議員立法では、再生医療総合推進法や、脱法ドラッグ規制強化を目的とした改正麻薬向精神薬取締法・薬事法などが成立した。

●再生医療新法や薬事法など5法案は継続審議

一方、再生医療を促進するための薬事法改正案などは継続審議になった。これらは秋の臨時国会で対応を協議することになる。継続審議になった5法案は以下の通り。

▽薬事法改正案▽再生医療安全性確保法案▽介護従事者等人材確保特別措置法案▽アレルギー疾患対策基本法案▽医療機器研究開発促進法案。

参院では安倍晋三首相への問責決議が可決された影響で、生活保護法改正案と、生活困窮者自立支援法案の採決が見送られ、廃案になった。

(6/28MEDIFAXより)

臨床研修

医学部地域枠、本格議論が必要／臨床研修部会、15年度見直し後に

厚生労働省の医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会（座長＝桐野高明・国立病院機構理事長）は6月27日、地域医療に従事する意欲のある医学生を集める目的などに活用されている「地域枠」について議論し、2010年度の医学部定員増に伴う状況などを見極めた上で、今回の見直しでは現状を維持しあらためて議論すべきとの意見が大勢を占めた。地域枠について、別に検討の場が必要との意見もあった。同検討会は15年度の臨床研修制度の見直しについて年内の報告書取りまとめに向け議論している。

地域枠は、大学が自主的に設定する場合と、各都道府県が地域の医師不足解消を目的に設定するケースがある。卒後勤務地の制限や奨学金返済義務の有無など、さまざまな形態があり、厚労省や文部科学省も詳細な全容を把握しきれていない。会合で厚労省は、現時点で地域枠を全国一律に定義付けるのは困難との考えを示した上で、将来的には臨床研修制度での位置付けなどの検討が必要になるとした。桐野座長も、医学部定員増に伴って卒業生もかつての7000人規模から9000人規模となり地域枠による影響も出てくるとし「個人的には少しずつ効果の様子を見ながら徐々に見ていくべきだと思う」と述べた。

●別途検討の場を

構成員からは「さまざまなスキームがある。まとめていただけないか」(小川彰構成員＝岩手医科大理事・学長)、「どの程度の地域枠を持ってよいなど、考え方を国が示すべき」(中島豊爾構成員＝岡山県精神科医療センター理事長)、「文科省とも協力して詳

細に報告すべき。国としても別途検討の場を設けて検討すべき」(小森貴構成員＝日本医師会常任理事)などの意見が上がった。

医師臨床研修制度での都道府県の役割や、研修の中断・再開・修了などについても議論した。各都道府県の地域医療対策協議会が、臨床研修に進む医学生と臨床研修施設とのマッチングを微調整できるような権限の強化を検討すべきとの意見などが上がった。研修の中断などに関連して、女性研修医の妊娠・出産・育児への配慮・支援が必要との指摘もあった。

京都府、青森県、東京医科歯科大、全国自治体病院協議会の代表者が臨床研修制度の見直しについて意見を述べた。京都府は、募集定員の激変緩和措置廃止に伴う定員減少率への配慮を求めた。東京医科歯科大医学部付属病院の田中雄二郎院長は、大学を含めた臨床研修病院群の創設などを求めた。全自病は弾力化プログラムへの反対意見などを述べた。

(6/28MEDIFAXより)

TPP

TPP交渉、初参加に向け体制強化／政府対策本部

7月にマレーシアで開かれる環太平洋連携協定(TPP)交渉会合に向け、TPP政府対策本部が体制を強化する。現時点で70人の体制を7月1日に110人程度まで増員。同対策本部の交渉チームを統括する鶴岡公二首席交渉官を7月22日付で政府代表に任命し、各国との交渉に臨む。

28日の閣議後会見で甘利明経済再生(一体改革)担当相が明らかにした。このほか、駐パキスタン大使を務めた大江博氏を首席交渉官代理に任命し、21分野の交渉を担う交渉官についても18人の人事を固めた。

日本はマレーシアの会合から初めてTPP交渉に参加する。交渉チームは参加各国との交渉実務を担う。公的医療保険を含む金融サービス分野の交渉官には、金融庁出身の渡部康人氏が就任する。渡部氏は近日着任の予定で、そのほか17人の交渉官の人事は7月1日に発令される。

交渉官18人の出身省庁は、外務省9人、農林水産省3人、経済産業省2人で、財務省、総務省、厚生労働省、金融庁がそれぞれ1人となっている。厚生労働省出身の原田浩一氏は労働分野を担当する。交渉官については経産省からさらに1人追加し、計19人に

なる見通し。

110人程度に増強される同対策本部のうち、交渉チームは約80人、国内の関連業界などとの調整担当者は約30人になるという。

会見で甘利担当相は「交渉官には各省の立場を離れ、オールジャパンで最強の交渉チームとして、国益実現のために全力で働いてもらう」と語った。
(7/1MEDIFAXより)

厚労省

事務次官に村木氏、健康局長に佐藤氏／厚労省幹部人事

厚生労働省の幹部人事（局長以上）が6月28日、決まった。厚生労働事務次官に村木厚子氏（社会・援護局長）を起用する。社会・援護局長の後任に岡田太造氏（同局障害保健福祉部長）が昇格し、健康局長は2010年度診療報酬改定を取り仕切った佐藤敏信氏（環境省総合環境政策局環境保健部長）が務める。省内ナンバー2の厚生労働審議官に榮畑潤氏（医薬食品局長）が就き、医薬食品局長は今別府敏雄氏（企業年金連合会審議役）に決まった。発令は7月2日付。

村木氏は09年に厚労省の文書偽造事件で逮捕、起訴されたが、裁判で無罪が確定した。57歳と若く、金子順一事務次官から2代続いて旧労働省出身者が事務次官に就くのは異例。田村憲久厚生労働相は28日、人事を発表した閣議後の会見で、村木氏の事務次官起用の背景に女性を責任のある立場で登用する安倍内閣の方針があることを明かした。

田村厚労相は村木氏について「非常に頭の回転の速い方。政治家にも物をはっきり言う人で、私は全幅の信頼を置いている。何よりも、非常に厳しい検査の追及に耐えて真実を訴えた。信念が本当に強い。大改革をやらねばならないこれからの医療や介護などで、力を十分に発揮いただけると期待している」と評価した。

健康局長に決まった佐藤氏は、民主党政権に代わった直後の10年度診療報酬改定を保険局医療課長として取り仕切った経験を持つ。山口大医学部卒で1983年の入省。

金子事務次官、大谷泰夫厚労審議官、矢島鉄也健康局長は辞職する。(7/1MEDIFAXより)

医療事故

医療事故調への積極提案で推進委／医療安全調査機構

日本医療安全調査機構の運営委員会（座長＝樋口範雄・東京大教授）は7月3日、厚生労働省が制度化に向けて準備を進めている医療事故調査制度で、同機構が果たす役割などを具体的に議論するため「推進委員会」を新たに設置することを決めた。推進委の議論を踏まえ、厚労省に対し積極的に提案していく方針だ。

会合に出席した医療安全調査機構の高久史磨代表理事（日本医学会長）は、医療事故調の第三者機関が担う機能について「（同機構の）地域事務局の力と中央を合わせれば何とかカバーできる」との見方を示し、第三者機関は同機構を母体にすべきとの考えをあらためて強調した。

運営委員会の樋口座長も「第三者機関に名乗りを上げるべきだ」と同調し、厚労省に対し積極的な働き掛けが必要との考えを示した。

医療事故調の将来像も議論

樋口座長は、新たに設置する推進委では医療事故調の将来像についても議論すべきとの考えを示した。厚労省が準備を進めている医療事故調は予期しない診療関連死を対象としてスタートするものの、段階的に対象範囲の拡大を検討するとされており、樋口座長はこの部分について議論する必要があると指摘した。

推進委に関してはこのほか、医療事故調の運用面などを決めるガイドラインに同機構の意見が反映されるよう積極的に取り組むべきとの意見や、医療事故調を創設することで必要な病理解剖を実施できる体制を整備し、医療から司法解剖例をなくすことを目標に掲げるべきなどの意見が上がった。

(7/4MEDIFAXより)

死因究明

内閣府の死因究明検討会が中間報告

診療関連死以外の死因究明を検討する内閣府の死因究明等推進計画検討会は6月17日、事務局が提示した中間報告書案について座長一任の了承を得た。中間報告書には「人材の育成」と「施設等の整備」で各省庁の合意が得られたものを提言として盛り込んだ。近日中に修正した後、親会議の死因究明等推

進会議委員に個別に報告し、今後も年末の報告書取りまとめに向け議論を重ねる予定。

「人材の育成」では、文部科学省が法医学に関する実践的能力の定着を図り、厚生労働省は臨床研修制度での到達目標の達成を図るとした。また、日本医学放射線学会が中心となって死亡時画像診断能力が評価できるような専門医認定制度を設ける。検案に携わる医師の組織化を日本医師会が促進するとの提案も盛り込んだ。

「施設等の整備」では、小児死亡例での死亡時画像診断について厚労省と警察庁が連携を図り、医療機関内の死亡時画像診断の情報をモデル的に収集・分析して、有用性を検証する。厚労省は、身元確認に資する歯科の電子カルテなどの標準化に向けて検討する。

同検討会では今後、「制度の整備」にも議論が及ぶ。米国や豪州のように法律や法医学の専門知識を持つ職種が初動を指示する制度に変更するなどの将来構想も検討する予定だ。（6/18MEDIFAXより）

保団連

皆保険の空洞化は許さない／保団連、代議員会で決議

保団連は6月30日に開いた代議員会で「皆保険の空洞化・社会保障解体を許さず、社会保障と平和を守る政治を求める決議」を採択した。決議では「安倍政権は、生活保護バッシングを突破口にして、国の社会保障支出を聖域なく削減し、給付抑制と市場・営利化拡大を推し進めようとしている」と指摘。「施設から地域へ」「医療から介護へ」の強引な誘導や、フリーアクセスを制限しようとする動きも強まっているとし、皆保険の変質・空洞化を断じて認めることはできないと強調した。その上で▽公的保険給付の範囲縮小を目指す社会保障制度改革推進法を廃止▽実質現物給付型の民間保険解禁などの規制緩和をやめる▽医療崩壊を食い止めるため、診療報酬の不合理を是正し、大幅なプラス改定を実現する—など13項目を決議した。（7/3MEDIFAXより）

日医

医師の大同団結に向けた指標／日医綱領、代議員会で採択

日本医師会は6月23日、東京都内の日医会館で公

益社団法人として初めて定例代議員会を開き、国民皆保険を基盤にした日医の基本的姿勢を表す「日本医師会綱領」を採択した。横倉義武会長は出席した代議員に「医師会が何を目標とするのかを明確にした指標」「医師の大同団結に向けた指標」と説明し、幅広い浸透を呼び掛けた。

綱領は日医綱領検討委員会の答申を受けたもので、日医の基本的な方向性を広く国民に約束し、あわせて綱領を踏まえた行動を医師会員に要請する内容。「日本医師会は医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指す」と明記した上で、▽国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支える▽国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築く▽医学・医療の発展と質の向上に寄与する▽国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守る—の4つの条文を示し、誠実な実行を約束した。日医は2000年4月の定例代議員会で医師個人の規範となる「医の倫理綱領」を採択しており、今後は両綱領を「車の両輪」として進めたい考えだ。

条文1つ目の「国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支える」は、国民の健康に役立つ生涯保健事業を体系化して進めることや、地域の医療を取り巻く社会活動や行政活動に積極的に関わる「かかりつけ医」の取り組みを想定している。

2つ目の「国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築く」では、国民、医療提供者にとって望ましい医療体制の構築に向けて、かかりつけ医を中心に切れ目のない医療・介護を提供し、国民の健康と安心を支える意思を明示した。

また「医学・医療の発展と質の向上に寄与する」との文言は、日医と日本医学会が共に医学・医療の発展に寄与する姿勢を示した。

4番目の「国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守る」では、半世紀にわたり国民の生命・健康を守り続けてきた国民皆保険を今後も社会保障体制として確立させていくことへの意思を明記したもので、「国が誤った政策を取るようなことがあれば、それを是正し、わが国を正しい方向へ導くことこそが、国民の生命と健康を預かるわれわれ医師会の役割」（横倉会長）との思いを込めた。

横倉会長は代議員会後の会見で「綱領は日医が組織として国民に約束すること」と意義を強調。「公益性を高め、国民の健康を守る専門家集団として今後も頑張っていきたい」とも述べ、誓いを新たに

た。(6/24MEDIFAXより)

TPPはじめ規制改革を不安視／日医代議員ら「強い日医を」

6月23日に開かれた日本医師会の定例代議員会では、26日で発足から半年となる第2次安倍内閣に対して、環太平洋連携協定（TPP）をはじめ規制改革に関する政策を不安視する意見が相次いだ。一方、国への要望や提言を確実に実現させるために「強い医師会」を求める意見もあった。

TPPをめぐるのは、関連質問も含めて多くの代議員が質問に立ち、7月の交渉入りを目前に関心の高さをうかがわせた。「TPPに参加すれば、自由主義経済の米国を相手に、皆保険制度を将来的に全て守るのは困難ではないか」（北海道医・深澤雅則代議員）、「安倍晋三首相が米国からTPP参加を突きつけられた場合、TPP参加は必然だ」（滋賀県医・関川浩嘉代議員）、「政府は国益に反すれば脱退すると言っているが、本当に可能なのか。政府はどの程度の国益を想定しているのか」（奈良県医・塩見俊次代議員）など、TPP参加を懸念する意見が相次いだ。

●最終的には国民運動に

大阪府医の茂松茂人代議員が「TPP参加の流れになれば、国民運動の手法も取らなければいけないのではないかと質問すると、羽生田俊副会長が「現段階で関連情報が乏しいので具体的な案は提示できないが、最終的には国民運動をしなければならない」と応じる場面もあった。

政府で検討が進む医療関連施策では、兵庫県医の足立光平代議員が「成長戦略や骨太の方針などで国民の命を守れるのか」と危険視。「社会保障制度改革国民会議などに見られる公的医療の制限と管理医療への転換」「行政主導によるICT化」など、規制緩和が誤った方向に進まないよう注意するべきとの意見が出た。

●組織率の向上を

こうした不安に対応する手だてとして、早く「強い医師会」を実現させ、確実な政策提言につなげるべきとの主張もあった。埼玉県医の金井忠男代議員は政府の規制改革を危惧した上で「強い医師会をつくるため、入会に何らかの強制力を持った方策も考えるべきではないか」と組織率向上の重要性を主張。「会費を大きく下げる抜本的措置も必要ではないか」（兵庫県医・田中良樹代議員）との提案もあった。

●参院選での力こそ国民運動

横倉義武会長は代議員会の最後に、2013年秋にはTPPをはじめ医療法改正や、同法改正に伴う規制改革で動きがあるとの見通しを示した上で「政治的に、13年の秋は大きな時期になる。7月の参院選でわれわれがどれだけの力を発揮できるかが最大の国民運動だ。この国民運動で十分に力を発揮できなければ、13年の秋は厳しくなる。全力を挙げて戦いたい」と気を引き締めた。(6/24MEDIFAXより)

調査・データ編

延命医療「行わず自然に任せて」9割／内閣府調査

内閣府が6月14日に発表した「高齢者の健康に関する意識調査」によると、自分が病気で治る見込みがない場合「延命のみを目的とした医療は行わず、自然に任せてほしい」と回答した人が91.0%に上った。「少しでも延命できるよう、あらゆる医療をしてほしい」は5.1%だった。

同調査は5年ごとに実施しているもので、2012年は全国の55歳以上の男女3000人を対象に実施。1919人から有効回答を得た。

65歳以上回答者の延命医療に関する意識を時系列で見ると「延命のみを目的とした医療は行わず、自然に任せてほしい」と回答した割合は、02年度が81.1%、07年度が87.7%、12年度が91.1%と増加傾向にある。

●認知症、行政に期待

国や地方自治体に力を入れてほしい高齢者の健康管理について複数回答で聞いたところ、最も多かったのは「認知症」で36.0%だった。このほか「寝たきりの予防方法」29.8%、「介護の方法」29.7%、「がん、心臓病、脳卒中など生活習慣病」22.9%と続いた。(6/18MEDIFAXより)

事前指示書、賛成多数も作成は3.2%／厚生省の終末期意識調査

厚生労働省は6月27日の「終末期医療に関する意識調査等検討会」（座長＝町野朔・上智大教授）に、一般国民や医療従事者を対象に実施した終末期医療に関する意識調査結果の速報を示した。終末期に受けた治療内容をあらかじめ記しておく「事前指示

書」の作成に賛成する意見が多数を占めたが、実際に作成しているのは「賛成」と回答した一般国民の3.2%にとどまった。

「人生の最終段階における医療に関する意識調査」は一般国民、医師、看護師、施設介護職員、医療機関や介護老人福祉施設の施設長を対象に2013年3月に実施。全対象者数1万8800人のうち36.7%に当たる6902人から回答を得た。

自分で判断できなくなった場合に備え、どのような治療を受けたいかなどを記載した事前指示書をあらかじめ作成することへの賛否を尋ねたところ、一般国民の69.7%が賛成と回答した。医師では73.4%、看護師は84.7%、施設介護職員は83.8%となった。一方で、事前指示書の作成に賛成と回答した人に対し、作成状況を尋ねたところ一般国民では3.2%にとどまった。医師も5.0%、看護師と施設介護職員ともに3.5%という結果だった。

委員からは、事前指示書の作成に賛成する割合と実際に作成している人の割合にギャップが生じていることに関連した意見が多く出た。

●終末期を過ごしたい場所は

「末期がん」「認知症」など5つのケース別に終末期を過ごしたい場所を尋ねた項目では、ケースごとに差が出た。一般国民では「末期がんであるが、食事はよく取れ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様に保たれている場合」については、居宅が71.1%で最も多く、医療機関は19.0%、施設は8.2%だった。一方「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」では、施設が59.2%で最も多く、医療機関が26.8%、居宅が11.8%となった。また「交通事故により半年以上意識がなく、管から栄養を取っている状態で、衰弱が進んでいる場合」は医療機関が71.5%で最も多かった。

委員から、全体の調査結果について▽年齢▽病床種別▽看護師の勤務先類型▽回答者の居住都市規模一などを考慮して分析する必要があると指摘された。次回会合では、厚労省が委員からの意見を踏まえたクロス集計結果を提示し、報告書のまとめ方についても検討する。(6/28MEDIFAXより)

医科入院1日当たり3086.9点、5.6%増／12年診療行為別調査

厚生労働省は6月27日、2012年の社会医療診療行為別調査の結果を発表した。医科入院でのレセプト

1日当たりの点数は前年度比5.6%増の3086.9点で、1件当たりは同3.0%増の4万8962.8点だった。診療報酬改定があったことや、医療の高度化・高齢化に伴う自然増などが増加の背景にある。

診療行為別に1日当たり3086.9点の内訳を見ると「入院料等」が1105.7点(35.8%)を占め、次いで「診断群分類による包括評価等」が906.6点(29.4%)、「手術」が530.5点(17.2%)と続いている。

医科入院外(外来)は1日当たり点数が785.5点(同2.5%増)で、一件当たり点数が1314.9点(同1.8%増)だった。診療行為別では1日当たり点数のうち「投薬」が152.2点で19.4%を、「検査」が135.7点で17.3%を、「初・再診」が126.1点で16.1%を占めた。また、厚労省大臣官房統計情報部の社会統計室によると、12年度改定で導入された再診料同一2科目の算定回数は60万7612回だった。

レセプト1件当たり使用薬剤の種類も発表した。院内処方では1件当たり3.66種類、院外処方では3.87種類だった。年齢が高くなるほど薬剤数は増え、75歳以上の院内処方では23.8%が7種類以上、院外処方では26.1%が7種類以上になっている。

後発医薬品の使用状況は数量ベースの総数で26.9%だった。後発品のない先発医薬品も計算式に含まれているが、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬、漢方製剤は除外している。

(6/28MEDIFAXより)

自殺者数が3万人下回る、15年ぶり／自殺対策白書

政府が6月18日に閣議決定した2013年版自殺対策白書によると、12年の自殺者数は15年ぶりに3万人を下回り、2万7858人(対前年比2793人減、同約9.1%減)と大幅に減少した。男性の自殺者数は1万9273人、女性は8585人。自殺の原因別に見ると、動機の上位に並ぶ▽健康問題▽経済・生活問題▽家庭問題▽勤務問題一などで軒並み減った。

自殺者を10歳ごとに階層化して推移を見ると、60歳以上の自殺死亡率が大きく減少した。50代の自殺死亡率も5年前や10年間に比べて減っている。逆に20代の自殺死亡率には歯止めがかかっていない状況が浮き彫りになった。

都道府県別に見ると、ほぼ全ての都道府県で自殺死亡率が低下した。自殺対策に先駆的に取り組んできた秋田、青森、岩手などは、09年に比べて大幅に自殺死亡率が改善した。地域間格差は縮小している

傾向がうかがえる。(6/19MEDIFAXより)

精神障害による労災認定、12年度は過去最多の475件／厚労省

厚生労働省が6月21日に公表した2012年度「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」によると、精神障害による労災認定件数は過去最多の475件だった。自殺につながったケースも、未遂を含めて93件に上った。産業分類の医療・福祉で精神障害による労災認定は52件となり、11年度から13件増加した。

精神障害による労災認定件数を「日本標準産業分類」の中分類別に見ると、最も多かった業種は医療・福祉の「社会保険・社会福祉・介護事業」で33件、次に運輸業・郵便業の「道路貨物運送業」で32件だった。医療・福祉の「医療業」は18件で、6番目に多かった。

精神障害の労災請求件数は1257件で、11年度から15件減少した。医療・福祉の「社会保険・社会福祉・介護事業」が最も多く、111件だった。次に「医療業」が多く、87件だった。

職種別に請求件数を見ると、医療・福祉関係では「保健師・助産師・看護師」が47件、「介護サービス職業従事者」が44件、「社会福祉専門職業従事者」が34件—などだった。

精神障害による労災認定475件の内容を具体的にみると、多い順に「仕事内容・仕事量の（大きな）変化を生じさせる出来事があった」が59件、「（ひどい）嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」が55件、「悲惨な事故や災害の体験、目撃をした」が51件—などとなっている。

●脳・心臓疾患は338件

脳・心臓疾患による労災認定件数は11年度から28件増の338件だった。業種別に見ると、運輸業・郵便業の「道路貨物運送業」が71件で最も多く、次に建設業の「総合工事業」が22件と続いた。

(6/25MEDIFAX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

京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方について〈答申〉

■ 京都市社会福祉審議会 2013年7月9日 ■

http://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/cmsfiles/contents/0000152/152082/01_rihabiritoushin.pdf

京都市社会福祉審議会（森洋一委員長）は7月9日、京都市長に「京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方について（答申）」を提出。京都市身体障害者リハビリテーションセンターの附属病院と補装具製作施設の廃止の方向性を盛り込んだ。1日に開催された同審議会の議論を受けて若干の訂正を加えての答申となった（詳細な経過は京都保険医新聞7月20日号に掲載）。答申書の要点は、◆行政は自ら個別支援を行うよりも、「専門性を向上させるための支援」に重点を移すことが必要◆（補装具製作施設は）公が直接製作を行うのではなく、更生相談所に統合し、民間事業者への技術的指導や相談対応を行う機能への役割転換を図りたい◆公設公営病院としての現在の附属病院が果たす役割は相対的に低下してきたことは否めない◆次の機能に重点を置いたセンターに再編成し、充実させていくことが求められる①障害のあるすべての市民のための総合相談窓口機能②障害・高齢を問わない地域リハビリテーション推進機能③高次脳機能障害者に特化した障害福祉サービス提供機能——。

写

平成25年7月9日

京都市長 門川 大作 様

京都市社会福祉審議会
委員長 森 洋一「京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方及び
敬老乗車証制度の今後の在り方について」
〈 答 申 〉

平成24年10月30日に諮問がありました標題の件につきましては、下記のとおり意見をとりまとめましたので、ここに答申いたします。

記

別記1 「京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方について（答申）」

別記2 「敬老乗車証制度の今後の在り方について（答申）」

別記1

京都市におけるリハビリテーション 行政の今後の在り方について ＜答申＞

目次

1	はじめに	・・・	1
2	京都市のリハビリテーションの現状	・・・	2
3	地域リハビリテーションの推進の状況	・・・	9
4	公民の役割分担に基づくリハビリテーション行政の方向性	・・・	11
5	京都市身体障害者リハビリテーションセンターの状況	・・・	21
6	京都市身体障害者リハビリテーションセンターの今後の在り方	・・・	28
	参考資料	・・・	31

平成25年7月9日
京都市社会福祉審議会

2 京都市のリハビリテーションの現状

諮問事項の審議に際しては、まず、リハビリテーションを取り巻く環境の変化について確認するため、以下のとおりリハビリテーションの現状分析を行った。

(1) リハビリテーション医療の状況

センターが開設された昭和50年代は、リハビリテーションの黎明期であり、診療報酬の評価が低く、国公立の医療機関や都市部から離れた温泉保養型の病院などでリハビリテーション医療が行われるに過ぎなかった。

しかし、その後、リハビリテーション科を標ぼうする病院は増加し、京都市においては、昭和59年には36箇所であったものが平成23年には69箇所と約2倍に増えている。

表1 リハビリテーション科を標榜する一般病院数の推移（医療施設調査結果）

	昭和59年	昭和62年	平成5年	平成11年	平成17年	平成23年
全国	2,592	3,207	4,117	4,520	5,093	5,104
京都府	60	79	76	99	111	116
うち京都市	36	51	48	60	67	69

注 昭和58年以前は診療科別統計資料なし。各年10月現在

また、京都市内のリハビリテーション施設基準[※]の届出を行っている病院は、脳血管リハビリテーション58箇所、運動器リハビリテーション68箇所となっている（平成24年4月現在）。

※ リハビリテーション施設基準とは

診療報酬制度において設けられ、4つの疾患（脳血管、運動器、呼吸器、心大血管）別に、「20分1単位」当たりの点数、専任の常勤医師や専門職員の配置数、機能訓練室の面積や訓練器具等などの基準がそれぞれ規定されている。

算定日数は、発症、手術又は急性増悪から、脳血管リハビリは180日以内、運動器リハビリは150日以内となっている。

(2) リハビリテーションの流れ

現在のリハビリテーションの流れは、図1のとおりである。ここでは、主に中途障害の方の発症や受傷から在宅生活までの流れを示している。

1 はじめに

京都市において身体障害者リハビリテーションセンター（以下「センター」という。）が設置されたのは、昭和53年6月であった。

リハビリテーションの概念を「医学的リハビリテーションを含め、身体的、精神的、経済的、職業的に自立を目指す」ものとして広義に定義し、センターが開設されたことは、リハビリテーションの黎明期ともいえる当時としては先進的であった。

しかしながら、リハビリテーションを取り巻く環境はこの30数年の間に大きく変化し、リハビリテーション医療においては、リハビリテーション科を標ぼうする病院数は倍増したほか、医療機関で働いた療養士も大幅に増えるなど、目覚ましい発展を見せており、国においても、平成12年の介護保険制度の創設や、平成18年には障害者自立支援法が施行（平成25年4月に「障害者総合支援法」に改正）され、また、診療報酬制度の改定が主に2年に1度行われてきたほか、高齢者を地域で支える地域包括ケアシステムの推進など、大きな制度改正が行われている。

このようなか、京都市においては、センターの開設以来、附属病院の外來診療科目の増設や入院病床の増床、地域リハビリテーション推進事業の開始など、その都度、センターを中心として、障害のある市民のニーズに応えるための取組を進めてきたが、センター開所後30数年が経過する中、リハビリテーションを取り巻く環境の変化に対して、京都市全体のリハビリテーション行政を今後どのように進めていくべきか、検証する時期に来ている。

こうした問題意識のもと、平成24年10月30日に当審議会に対し、京都市長から「京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方」について諮問され、諮問事項を集中的に審議するため新たに設置した「リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会」のもとで、平成24年12月11日から平成25年6月18日までの計6回、審議を行い、リハビリテーションを取り巻く状況や、市民の役割分担を踏まえたリハビリテーション行政の方向性と京都市におけるリハビリテーションの拠点施設であるセンターの今後の在り方について分析・検討を行い、その結果をここに答申として取りまとめた。

当審議会としては、本答申が、京都市におけるリハビリテーション行政の更なる推進と、障害のある市民をはじめとする京都市民の福祉の一層の向上のため、京都市においてしっかりと受け止め、真摯に取り組んでいただくよう求める。

また、今回の審議に当たっては、活発な議論を進める中で、リハビリテーションをはじめ、今後の福祉施策全般の推進に当たり、公としての京都市が果たすべき役割に関して、その基本的な視点を確認したところである。

これを踏まえ、京都市においては、今後の福祉行政をしっかりと推進していくよう期待するものである。

在宅を拠点とした訪問系・通所系のサービスのほか、在宅復帰に向けた支援を行う障害者支援施設や介護老人保健施設など、主に福祉・介護のサービスの提供者によって担われる。

○地域リハビリテーションとは…
すべての障害のある人々や高齢者が、住み慣れた地域で、より高い生活の質を目指して、いきいきとした生活を送るために、医療や保健、福祉及び生活に関わるあらゆる人々、機関・組織が協力し合って行う活動をいう。

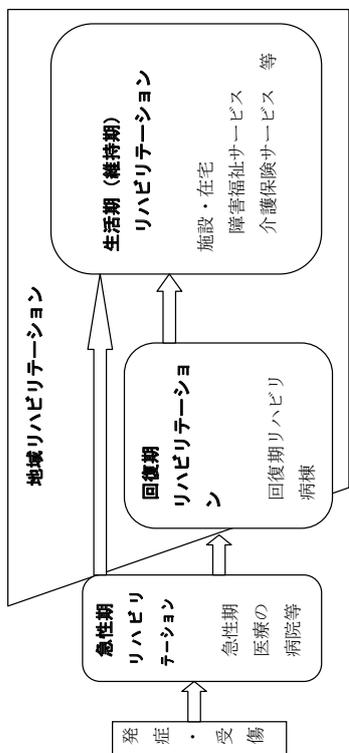
(3) 回復期リハビリテーションの状況

平成12年に、在宅復帰を促進させるため、回復期リハビリテーション病棟制度※が新設され、急性期リハビリテーションを終えると、在宅へ戻れる方以外には、回復期病棟において、機能回復訓練を受けることとなった。

回復期病棟では、疾患ごとの診療報酬算定日数制限や退院患者の在宅復帰率などの基準が設けられている※ため、集中的な訓練に取り組み、在宅生活への復帰に、大きな役割を果たしている。

- ※ 回復期リハビリテーションを要する状態と算定上限日数（診療報酬制度）
- 1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
算定開始日（発症又は手術後2箇月以内）から起算して150日以内ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭蓋損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して180日以内
 - 2 大腿骨、骨盤、脊椎等の骨折や多発骨折の発症後又は手術後の状態
算定開始日（発症又は手術後2箇月以内）から起算して90日以内
 - 3 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有し、手術後又は発症後の状態
算定開始日（発症又は手術後2箇月以内）から起算して90日以内
 - 4 大腿骨、骨盤、脊椎等の神経、筋又は韧带損傷後
算定開始日（損傷後1箇月以内）から起算して60日以内
 - 5 股関節又は膝関節の置換術後の状態
算定開始日（損傷後1箇月以内）から起算して90日以内
- ◇その他の主な基準
新規入院患者のうち2～3割以上が重症の患者であること
退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者以外が6～7割以上であること
重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること

図1 リハビリテーションの流れ



急性期や回復期においては、リハビリテーション医療が中心であり、医療機関による治療、訓練等が行われる。その後の生活期においては、主に福祉、介護による在宅を中心としたサービス提供機関による機能の維持や減退防止、さらには社会参加を目指した支援が行われる。

○急性期リハビリテーションとは…

疾病や外傷の発症（発生）当初の延命措置や内科的、外科的な治療が行われている時期に並行して行われるリハビリテーションであり、急性期医療を行う医療機関で行われる。廃用症候群※などの二次障害の予防、早期離床を目指す、機能回復や基本動作訓練が行われる。軽度の場合は、急性期から直接自宅に復帰される方もおられる。

※ 廃用症候群とは

病氣や外傷のために余儀なくされる安静や不動により引き起こされ、心肺機能低下、関節拘縮、筋萎縮、褥そう、うつ傾向などの症状がある（生活不活発病ともいわれている）。

○回復期リハビリテーションとは…

原疾患が安定期に入った時期において、ADL（日常生活動作）能力の向上といった改善が期待できる患者に対し、機能回復訓練を主眼としたリハビリテーション医療を中心のかつ能動的に行い、在宅復帰を目指す。

○生活期（維持期）リハビリテーションとは…

急性期や回復期の医療が一旦終了し、それまでのリハビリテーションによって獲得された機能や能力が低下することをできる限り防ぎ、身体的、精神的かつ社会的に最も適した生活を獲得することを目的として行われる。

表3 京都市における障害福祉サービス事業の推移（京都市保健福祉局）

	平成19年度		平成23年度		増加状況（倍）	
	利用者 延人員	給付費 （百万円）	利用者 延人員	給付費 （百万円）	利用者 延人員	給付費
居宅介護等	19,035	2,302	45,878	4,805	2.4	2.1
生活介護	9,125	1,300	26,941	5,061	3.0	3.9
療養介護	525	82	472	79	0.9	1.0
児童デイサービス	2,394	67	5,434	168	2.3	2.5
短期入所	2,840	157	4,946	241	1.7	1.5
施設入所支援	2,961	227	12,078	1,323	4.1	5.8
共同生活介護	2,348	223	4,010	551	1.7	2.5
旧法施設支援	25,372	4,599	10,435	2,090	0.4	0.5
共同生活援助	942	53	1,060	72	1.1	1.4
就労移行・継続支援	3,120	345	20,240	2,290	6.5	6.6
自立訓練	357	38	1,911	206	5.4	5.4
合 計	69,019	9,393	133,405	16,886	1.9	1.8

表4 京都市における主な介護保険サービスの推移（京都市保健福祉局）

サービス種別	平成19年度		平成23年度		増加状況（倍）	
	利用回数 又は人数	給付費 （百万円）	利用回数 又は人数	給付費 （百万円）	利用 状況	給付費
訪問介護	55,196回/週	7,886	55,053回/週	9,020	1.0	1.1
訪問入浴	821回/週	478	1,136回/週	719	1.4	1.5
訪問看護	5,138回/週	1,880	6,515回/週	2,269	1.3	1.2
訪問リハビリ	897回/週	216	4,200回/週	619	4.7	2.9
通所介護	19,097回/週	8,070	24,302回/週	10,359	1.3	1.3
通所リハビリ	7,881回/週	3,571	7,998回/週	4,267	1.0	1.2
短期入所生活介護	20,562日/月	2,098	23,762日/月	2,528	1.2	1.2
短期入所療養介護	7,448日/月	889	6,467日/月	889	0.9	1.0
介護老人福祉施設	4,247人	12,753	4,659人	14,470	1.1	1.1
介護老人保健施設	3,214人	10,242	3,362人	11,540	1.1	1.1
介護療養型医療施設	2,579人	11,972	2,335人	10,832	1.0	0.9
合 計	—	60,055	—	67,512	—	1.1

注 利用回数（日数）又は人数は、当該年度の次年度4月現在

しかしながら、一方で、現行の診療報酬体系のもとでは、算定日数制限を超えた入院及び訓練を継続することは経営上回避せざるを得ない病院が多い状況にあるため、定められた期間を過ぎてもなお回復しきれない患者に対し、適切なリハビリテーションをどのような形で継続させていくのかが課題となっている。

現在、京都市における回復期リハビリテーション病棟の病床数は、712床、人口10万人当たり48.4床であり、全国平均並みには確保されている（表2）。

なお、京都市内における回復期病床を持つ病院は、すべて民設民営となっている。

表2 人口10万人当たりの回復期病床数（平成24年10月現在）

	推計人口	回復期病床数	人口10万人当たり
全国	約1億2753万人	64,955床	50.9床
京都府	2,627,394人	1,002床	38.1床
うち京都市	1,472,578人	712床	48.4床
うち京都市外	1,154,816人	290床	25.2床

（資料）全 国：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会ホームページから
京都市内：京都府リハビリテーション支援センターホームページから

（4）生活期（維持期）リハビリテーションの状況

急性期や回復期での機能回復訓練を終了すると、病院のソーシャルワーカー、介護保険制度に基づくケアマネジャー、障害者福祉制度に基づく相談支援専門員等により、その後の在宅生活に係るプラン等が立てられ、生活期（維持期）リハビリテーションに引き継がれる。

生活期においては、障害者総合支援法に規定する障害福祉サービス事業や介護保険法に規定する介護老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションなどのサービスを利用することになる。これらの事業の利用状況等については、表3及び4のとおりである。障害福祉サービス事業においては、この4年間で利用者も給付費も増加しており、とりわけ、居宅介護、生活介護等において大幅に増加している。また、介護保険サービスでは、訪問リハビリテーションの増加が著しく、生活期におけるサービス提供は充実してきている状況にある。

障害福祉サービス事業を公営で行っている事業所は、身体障害者部門では、センター内の障害者支援施設（定員：自立訓練40名、うち入所支援30名）のみである。また、介護保険サービスは公設民設問わずすべて民営で行われて

なお、急性期や回復期を終了してもなお入院加療が必要な場合や、何らかの事情により在宅復帰が困難な場合は、障害者施設等入院基本料適用※の病院や療養病床に引き継がれるが、目標は住み慣れたところでの生活であり、ここでも在宅復帰に向けた取組が行われている。

※ 障害者施設等入院基本料とは
 診療報酬制度において平成12年に設けられ、回復期を過ぎてもなお入院が必要
 な方に対応している。重度の肢体不自由児・者や脊髄損傷等の重度障害者、筋ジス
 トロフィー患者などを対象とし、かつ入院患者数の7割以上という基準となってい
 る。在院日数要件は設けられていない。
 平成20年、患者構成の見直しが行われ、脳血管障害等による障害者の入院は、
 入院患者数3割以下とする基準が加えられた。

障害者施設等入院基本料適用の病院で、リハビリテーション施設基準の届出を
 行っている病院は、市内20箇所、1,508床あるが、公設公営は京都市身
 体障害者リハビリテーションセンター附属病院40床のみであり、全体に占め
 る割合は2.7%である。

(5) セラピストの状況

表5にあるとおり、リハビリテーションに従事するセラピスト※の数は増加傾
 向にあり、急性期、回復期に集中して行われるリハビリテーション提供体制の
 充実につながっている。また、表5の欄外のとおり、それぞれの療養士で組織
 されている各療法士の会員数からみると、その6～7割が一般病院で従事し
 ていることが推察される。今後は、更なる増加やリハビリテーション関係機関
 への就業に向けた取組、特に生活期におけるリハビリテーションサービスの分
 野にもセラピストの活躍の場が広がることが求められる。

表5 京都市・京都市の一般病院に従事するセラピスト数の推移（厚生労働省病院報告）

	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	従事者数 :100床当たり	100床当たり 従事者数	従事者数 :100床当たり	100床当たり 従事者数	従事者数 :100床当たり	100床当たり 従事者数
平成11年	386 (209)	1.1 (1.1)	132 (94)	0.4 (0.4)	33 (21)	0.1 (0.1)
14年	463.1 (306.1)	1.4 (1.4)	198.1 (135.0)	0.6 (0.6)	59.0 (37.0)	0.2 (0.2)
17年	633.9 (413.3)	1.9 (1.9)	315.4 (206.2)	1.0 (0.9)	94.6 (57.7)	0.3 (0.3)
20年	863.5 (550.9)	2.6 (2.5)	430.8 (274.0)	1.3 (1.2)	139.7 (88.7)	0.4 (0.4)
23年	1,134.3 (718.2)	3.5 (3.3)	536.5 (338.1)	1.6 (1.6)	183.1 (113.9)	0.6 (0.5)

注 ・上段は京都市、下段()は内数で京都市。平成11年は実人数、その他は常勤換算数
 ・「一般病院」とは、患者20人以上の入院施設を有する病院のうち、精神科病院と結
 核療養所を除いたものをいう。

(参考) 京都市理学療法士会 会員数 (平成24年6月現在) 1,589人
 京都市作業療法士会 会員数 (平成24年7月現在) 847人
 京都市言語聴覚士会 会員数 (平成24年6月現在) 237人

※ セラピストとは（ここでは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指す。）
理学療法士 (PT) …身体に障害のある方に対し、治療体操その他の運動を行わせ、
 また電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加え、主としてその基本的動
 作能力の回復を図る。
作業療法士 (OT) …身体又は精神に障害のある方に対し、その主体的な活動の獲得
 を図るため、諸機能の回復・維持及び開発を促す作業活動を用いて行う治療、訓練、
 指導及び援助を行う。
言語聴覚士 (ST) …音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある方について、その機
 能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指
 導その他の援助を行う。

障害者施策としての地域リハビリテーションは、身体障害者更生相談所の事務として位置づけられ、身体障害者の更生援護に係る支援技術等の調査研究やリハビリテーション関係職員の資質向上を図るための研修などを実施し、一貫したリハビリテーション活動を推進することを目的としている。京都市においては、センターが、リハビリテーションに係る研修や生活介護事業所、総合支援学校等への派遣研修、調査研究として高次脳機能障害の方を対象としたグループワーク等を行っている（表6）。

これらの事業は高い評価を得ており、年々ニーズが高まってきている。現在、研修事業においては、対象を障害のある児童や高齢者に関連する事業所まで広げているが、更に拡充していくためには、職員を専任配置するなど、体制を整える必要がある。

表6 センターにおける主な地域リハビリテーション推進事業の状況

	平成23年度	平成24年度
身体障害者リハビリ関係職員研修	24講座 延べ547人	27講座 延べ706人
同 初任者向け研修	5講座 延べ60人	6講座 延べ74人
総合支援学校・肢体育成学級教職員研修	4校 25回 延べ221人	10校 30回 延べ218人
総合支援学校新任教職員研修	4校 13人	4校 16人
生活介護事業所等訪問指導事業	11箇所 25回 延べ61件	15箇所 39回 延べ87件
電動車椅子講習会	2回 26人	2回 31人
おはなし広場（言語障害グループワーク）	26回 延べ231人	27回 延べ310人
高次脳機能障害グループワーク	37回 延べ163人	34回 延べ134人
地域リハビリテーション交流セミナー	約150人	約140人

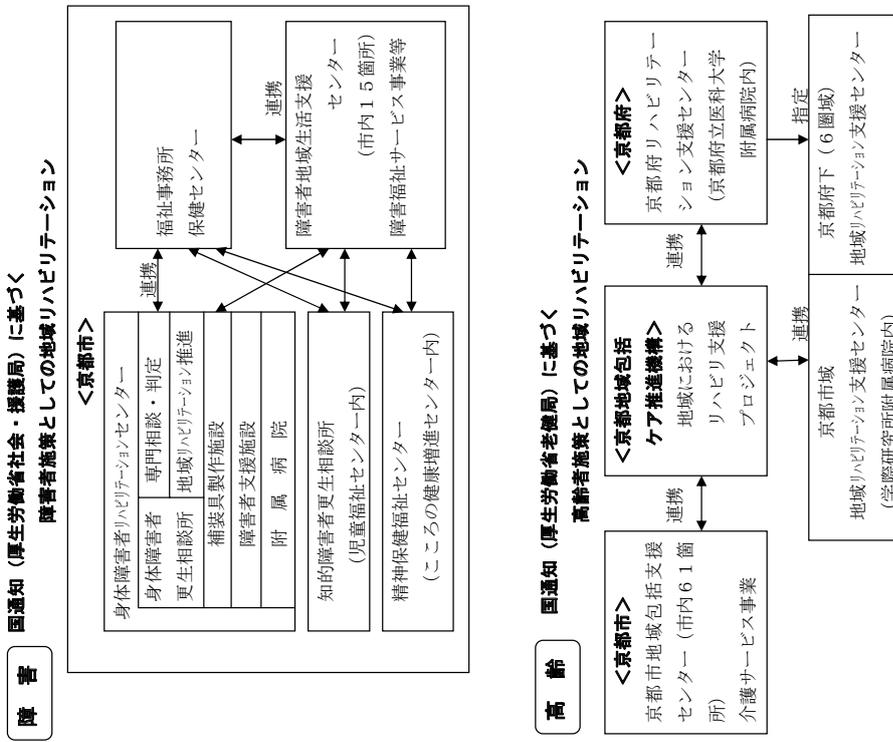
高齢者施策としての地域リハビリテーションは、脳卒中や骨折等により障害を有する方や、高齢者が閉じこもり状態となり、老化に伴う心身機能の低下とあわせて寝たきり状態となることを予防し、リハビリテーションが適切かつ円滑に提供される体制整備を図ることを目的としている。実施主体は都道府県となっており、京都市においては、京都府リハビリテーション支援センターが、リハビリテーションに係る人材の確保・育成、施設の充実を図るとともに連携体制づくりに取り組んでいる。さらに高次脳機能障害支援普及事業にも取り組んでいる。

根拠となる国通知が異なるものの、地域リハビリテーションの推進という同じ目的の達成のためには、行政内部で縦割りに陥らず、障害・高齢を問わず、京都市・京都市が連携して事業を推進していくことが望ましい。

3 地域リハビリテーションの推進の状況

地域リハビリテーションに係る施策は、現在、障害者施策と高齢者施策の2種類の国通知が発出されており、これらに従い、それぞれ取組が図られている（図2）。

図2 地域リハビリテーション推進における関係機関



今回、諮問されたリハビリテーション施策の在り方の検討に当たっては、これまで見てきたように、30数年前は数少なかったリハビリ医療機関やスタッフの増加、ほとんど皆無であった在宅福祉サービスの創設や充実等が顕著となってきたこと、あるいは、その大部分を民間が担っていること等、大きな環境の変化がある。

こうした点を踏まえ、リハビリテーション行政の方向性の検討に当たっては、次の4つの具体的論点を設定し、それぞれ議論の方向性を確認して、以下のとおり審議を行った。

【リハビリテーション行政の今後の在り方に係る4つの論点】

- ① 地域リハビリテーションの推進
⇒ (議論の方向性) 医療や在宅保健福祉サービスの拡充が図られる中で、「リハビリテーション」が効果的に提供される仕組みをどのように構築していくか。
- ② 年齢・障害種別を超えた一体的な施策の方向性
⇒ (議論の方向性) 年齢や障害種別を問わず、リハビリテーションに関する施策が効果的に提供されるような体制整備をいかに図るべきか。
- ③ 新たなニーズへの対応
⇒ (議論の方向性) 回復期以後のリハビリテーションの在り方や、高次脳機能障害のある方への生活支援をはじめ、新たなニーズにどのように対応していくべきか。
- ④ リハビリテーション医療の在り方
⇒ (議論の方向性) 回復期リハビリテーション病棟をはじめとする制度の拡充が図られる中で、リハビリテーション医療の公民の役割分担をどう考えるべきか。

論点① 「地域リハビリテーションの推進」

(1) リハビリテーションのとなえ方

リハビリテーションは、「全人的復権」であり、QOL※の向上をなくして語れないものである。審議に当たっては、リハビリテーションは、機能訓練によって失われた機能を回復させることだけが目的ではなく、障害受容、二次障害の防止、生きがいづくりなど、あらゆる場面で支援により、障害のある市民のQOLの向上、社会参加を促していくものとしてとらえることとした。

※ QOLとは

「Quality of Life (生活の質)」の略。日常生活動作 (ADL (Activities of Daily Living) =生活営む上で不可欠な基本的行動) だけでなく、生活全体の豊さと自己実現を含めた概念。人生の内容の質や社会的に見た生活の質。

4 公民の役割分担に基づくリハビリテーション行政の方向性

「公民の役割分担」の検討に際しては、まず、「公」として重点的に取り組むべきものは何か、という観点から、現在実施している施策について、行政が税金や人員といった資源を投入して実施する妥当性を明らかにする必要がある。

行政施策として実施するその妥当性の根拠は、施策に「公共性」があることに他ならない。すなわち、より良い社会システムの構築に資するという「公共性」と、施策を必要とし、その効果を受ける方がどのくらいいるのかという「公益性」、さらには、施策が日常欠かせないものかどうかという「必要性」の3つの観点から検討し、今、効果を受ける方が少なく、採算性がなくとも「公」が行う必要性があれば、しっかりと取り組まなければならない。

特に、社会的な弱者をつくらない等より良い社会システムを構築していく場合や、今は確保できていない、あるいは今は必要ないが将来必要となる、といった意義が認められる施策は、「公」として、人員も含めて、直接サービスを提供するなど、重点的に取り組む必要がある。

一方で、「公」として行う施策であるからこそ、「民間で代替できるものは代替する」、「最小の経費で最大の効果を得るための徹底した効率化を図る」といった視点に加えて、施策の広がりや常に把握し、社会経済情勢を踏まえ、民間委ねるべきは委ね、「公」はその実施責任を側面から果たしていくといった新たな仕組みづくりを進める等、不断の点検と検証が必要である。

こういった視点は、かつて当審議会が答申した「京都市における今後の福祉施策のあり方」(平成17年2月)の具体像について、個々の事例を基にこれまで審議を重ねた中で整理が図られた「福祉施策における公民の役割」を、今回の活発な審議を通してより深められたものであると考えている。

「福祉施策における公民の役割」

- 行政の役割
 - ・ 福祉施策の方向性を定める計画や重要な意思決定、各施策の基礎となるようなシステムの構築、新しいニーズに基づき先導していかねばならない施策の実施などが、引き継ぎ行政が果たしていくべき役割と言える。
 - ・ ただし、地域における積極的な取組や民間における先駆的な取組などに学び協働し進めべきもの、民間の特性や独創的なアイデアを活かし、柔軟な施策展開を図っていくべきものがあり、これらは行政と民間のパートナーシップで取り組むべきである。
- 民間の役割
 - ・ 制度や施策が定着し、効率的な経済性のメリット、民間のもつ柔軟性を活かしてより利用者の満足度の向上が期待できるものは、民間活力を積極的に導入すべき分野と言える。
 - ・ しかしながら、民間において、効率的な経済性を追求するあまり、利用者の福祉の向上という観点が見えなくなることがないよう、行政として、しっかりと把握し、助言等していく必要がある。

「司令塔」としての役割を果たす人が適正なプランニングを行うためには、さまざまなサービス提供機関の特徴、得意分野といったより細やかな情報を共有・提供する必要がある。

具体的には、リハビリテーション関連情報をネットワーク化し、必要な情報の詳細がいつでも発信可能となるシステムの構築である。既に様々なネットワークが存在しているが、リハビリテーションをキーワードとした、それらを統合するようシステムづくりが求められる。

こうした課題を克服するためには、医療機関でのリハビリテーションが一旦終了した後、生活期のリハビリテーションに円滑に引き継ぐための仕組みづくりを公が担い、総合調整機能を働かせていくことで、障害のある市民や高齢者及びその家族の不安を取り除き、自信を持って生活期に移行していただくことが可能になるとの結論に達した。

ただし、リハビリテーションの流れを経た支援の結果として、どのような生活を得たのか、その満足度はどうであったのかを常に検証していくことは忘れてはならない。

(3) 人材の育成と獲得

ア 人材育成

リハビリテーションに関わる人材の育成は、サービス水準の維持・向上を図るためにも必要である。とりわけ、福祉・介護分野における人材の質的向上は、リハビリテーションの観点でプランニングされた支援を実行するうえで大変重要である。

機能訓練に携わらない職種であっても、利用者への身体機能に配慮した介護はもちろん、スタッフや介護職員等自らの身体を痛めない介助・介護動作などにおける技能・知識や留意点を会得する機会を提供していくことは重要である。特に、居宅介護に従事するヘルパー等は、居宅という限られた空間で、設備もままならない中で介護を行うケースが多いことから、特に育成に力を注がなければならぬ。こうしたニーズの高まりは、センターが実施している身体障害者リハビリテーション関係職員研修事業の受講者の約4割が居宅介護事業所職員であることからみてもうかがい知ることができている（表7）。

そこで、1つ目の論点として、障害のある市民や高齢者が、住み慣れた地域で、いきいきと暮らしていくために、医療や保健、福祉のあらゆる機関が連携し、活動を行っていく「地域リハビリテーションの推進」に着目した。

これまでの京都市のリハビリテーション行政は、相談・医療・障害福祉というリハビリテーションの一貫した流れを経て、障害のある市民一人一人の在宅復帰を目指すという個別支援に重点を置いて取り組んできた。しかし、今日においては、医療や福祉、特に介護の分野において、リハビリテーションに関する個別支援は多数の民間事業者により行われる時代となった。行政としては、自ら個別支援を行うことよりも、民間サービス提供者等による活動が効果的に実施されるとともに、事業者同士の連携がより進むよう、「専門性を向上させるための支援」に重点を移すことが必要である。

(2) リハビリテーションの総合調整機能

(1) に掲げた事業者の支援を行う上で、求められる役割は何かを検証した。リハビリテーションの流れを整理すれば、先に見たように、大きく急性期、回復期、生活期に分けられる。急性期及び回復期は主に医療機関が担い、生活期は主に福祉・介護サービス提供機関が担っている。

京都市内におけるリハビリテーションに関わる医療、福祉、介護の各分野のサービス提供は増加しており、とりわけ、在宅生活を支えるためのサービス供給は、障害福祉分野と高齢福祉分野に関わらず、民間の参入は目覚ましいものがあり、大幅に拡充している（P.6参照）。

しかしながら、審議を進める中で、医療から福祉・介護へと移行していく際に、リハビリテーションの各サービスはうまく流れているのか。在宅へ戻る時、また戻った後も、必要な機関がうまくつながって支援が継続しているのか。あるいは、回復後、再びリハビリテーションが必要となった時、流れに戻ることでできているのか、といった課題が明らかとなった。

例えば、回復期リハビリテーションを終了した方が在宅に戻る際、障害の程度や要介護度に応じ、その後のサービス内容が検討されることになるが、個人の状態に見合った目標の設定を行うための「プランニング」に関わる相談支援員等が持つ力量によって、その後の生活期の内容の充実度、満足度が大きく左右されるといった事態は避けなければならない。どういったリハビリテーションサービスが必要なのか、計画段階からリハビリテーションに携わる職員の意見を取り入れる仕組みが求められる。この点について、高齢福祉分野において、リハビリテーション専門職との共同による生活機能向上のための計画を前提とした訪問介護に対し、介護報酬を引き上げるなどの取組がなされているところである。

また、必要なサービスをどこが提供するのかがについては、地域や事業所によって異なっているのが現状であり、目標に向かうためのサービスを振り分ける

表7 平成24年度京都市身体障害者リハビリテーション関係職員研修における事業所別延べ受講者数（実事業所数：120箇所）

事業所種別	延べ受講者数	構成比%
福祉事務所	39	5.5
保健センター	49	6.9
総合支援学校	24	3.4
身体障害者リハビリテーションセンター	93	13.2
入所・通所事業所	123	17.4
障害福祉関係事業所等	289	40.9
居宅介護事業所	37	5.2
相談支援事業所	30	4.2
介護保険関係事業所等	12	1.7
介護老人福祉施設	10	1.4
その他	706	100.0

注・「総合支援学校」には、肢体育成学校を含む。

- ・「入所・通所事業所」とは、日中支援、入所支援を行っている事業所
- ・「その他」は、募集要領を送付した事業所が所属する法人等傘下の事業所等

また、比較的規模の大きい民間事業者であれば、自ら研修機能を備えている場合が多いが、比較的規模の小さい民間事業者では、研修に費やす時間、設備、ノウハウ等を持ち合わせていない場合があり、研修機能が行き届いていないといえない。リハビリ専門職員の福祉分野への進出、職域拡大も期待されることであるが、公の役割として、研修機能を充実させ、支援従事者の質的向上に資することが必要である。

現在、京都市における研修事業は、障害福祉分野ではセンターが、高齢福祉分野では京都市長寿すこやかセンターが中心となっており、今後は、より一層幅広い受講対象に対応し、かつリハビリテーションの水準を高める専門的な研修も視野に入れ、共通する部門は統合し、総合的に、かつ効率的に推進していくことが望まれる。

イ 人材獲得

生活期におけるリハビリテーションを担う障害福祉サービスや介護保険サービス等には、セラピストの配置基準が設けられている事業所等もあるが、セラピストに限定しない「機能訓練指導員」の配置といった柔軟な配置基準となっている事業所等もある（表8）。

表8 リハビリ提供事業所等における人員配置基準

種別	訓練に従事する人員配置基準の概略
自立訓練（機能訓練）	看護職員、PT又はOT及び生活支援員の総数を、利用者数を6で除した数。うちPT又はOTを1名以上
自立訓練（生活訓練）	生活支援員を、利用者数を6で除した数
生活介護	看護職員、PT又はOT及び生活支援員の総数を、障害程度区分に応じた配置。訓練に必要な数のPT又はOTの確保が困難な場合は、看護師その他の者を機能訓練指導員として置くことができる。
訪問リハビリ	PT、OT又はSTを1名以上
通所リハビリ	PT、OT若しくはST又は看護職員若しくは介護職員を、利用者20人以下の単位ごとに専従者2名以上、10人以下の単位ごとに専従者1名以上
訪問看護	PT、OT又はSTを実情に応じた数
通所介護事業所	機能訓練指導員（日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するため）の訓練を行う能力を有する者を1名以上
介護老人福祉施設	機能訓練指導員（日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するため）の訓練を行う能力を有する者を1名以上
介護老人保健施設	PT、OT又はSTを、入所者数を100で除して得た数以上
介護療養型医療施設	（病院の場合）PT及びOTを実情に応じた数
「医療型障害児入所施設」	・主として「肢体不自由児」を入所させる場合 児童指導員、保育士、PT又はOT
医療型児童発達支援センター	児童指導員、保育士、看護師、PT又はOT
福祉型児童発達支援センター	・「難聴児」・「重症心身障害児」を通わせる場合以外 児童指導員、保育士及び機能訓練担当職員（日常生活を営むのに必要な機能訓練を担当する職員）。その総数は、児童数を4で除した数以上 ・主として「難聴児」を通わせる場合 児童指導員、保育士、機能訓練担当職員（同上）及びびST。その総数は、児童数を4で除した数以上。ただし、STは4人以上 ・主として「重症心身障害児」を通わせる場合 児童指導員、保育士、看護師及び機能訓練担当職員（同上）。その総数は、児童数を4で除した数以上。ただし、機能訓練担当職員は1人以上

今後は、「機能訓練指導員」など資格職以外のスタッフの配置もされていない福祉分野にもリハビリテーションを浸透させ、サービスの質の向上を目指す体制づくりが必要である。そのために、生活期リハビリテーションサービス分野にもセラピストの活躍の場を広げることが期待する旨は先に述べたとおりであ

るが、ここでいう活躍の場とは、セラピストが直接機能訓練に携わるだけでなく、機能の維持や減退防止に関する知識・技能の伝達、普及を行う場も含まれるものである。

また、リハビリテーションに携わる医師を含めた人材獲得や確保については、京都府リハビリテーション教育センターや福祉職場就職フェア等、京都府とすでに連携している事業について、今後さらに連携を強化していくことが必要である。

（4）市民参画・市民協働

障害のある市民が、さまざまな役割を果たしていく力を発揮するというエンパワメントの考えに基づく社会参加の機会を作っていくことは重要である。特に、障害のある市民自身が同じ立場で障害のある市民の相談に乗り、自立を援助するピアカウンセリングは、相談者・カウンセラー双方にとっても自立を促す場となり有効である。

住み慣れた地域の中でいきいきと暮らせる社会、人間の尊厳を大切にす地域社会、支えたり支えられたりして生きていく地域社会をつくっていくためには、コミュニティワークが重要であり、市民啓発を超えた市民参画、あるいは市民との協働が欠かせない。

地域においても、市民参画、市民協働によるさまざまな連携や支援が行われていくためにも、行政のバックアップが重要となり、地域コミュニティや市民体をも対象にした情報発信や啓発を行う中核的な機能が求められる。

論点② 「年齢・障害種別を超えた一体的な施策の方向性」

（1）3障害一体となった支援

平成18年施行の障害者自立支援法においては、身体、知的、精神の3障害が一体となった障害保健福祉サービス等の提供がうたわれ、平成25年に同法が改正された障害者総合支援法においても、その考え方が受け継がれている。

京都府のリハビリテーションは、これまで、主に身体障害のある市民を対象に行われてきたが、審議において、リハビリテーションを「機能回復訓練」ととどめることなく、障害のある市民のQOLの向上、社会参加を促していくものとされたことから、今後更に、3障害一体という考え方に基づき、障害種別にとらわれないリハビリテーションの提供につながる施策が必要となる。

なお、障害のある児童については、児童福祉法に基づいた支援が行われているが、障害のある児童の長期的な医療や学校教育、さらには18歳を迎えることによる障害者施策への移行が円滑に行われ、適切なリハビリテーションのサービス提供に結びつけるため、3障害を総合的に、かつ切れ目なく支援していくことが望まれる。

（2）相談機能のワンストップ化

福祉サービスの入口となる相談機能においては、総合窓口化に取り組むことが今日的な流れとなってきたが、この場合、単なる窓口の一本化ではなく、それぞれの障害特性を熟知した職員を1箇所に集めることにより、ワンストップで相談を受けられ、後々のサービス支援へ道筋をつける機能を備えた窓口とする必要がある。

さらに、更生相談所業務の一つである医学的、心理的、職能的な判定においても、各障害の専門分野機能を統合することにより、より効率的な運営が可能となる。京都市においても、3障害一体の支援を推進していくため、総合窓口を設置し、市民にとってわかりやすく利用しやすい場、情報収集の場、専門家による助言を受ける場として、より効果的で時機に合った支援を進められることを求めたい。

（3）高齢者も包括したリハビリテーション行政

高齢者に対しては、介護保険制度により、様々なサービスが充実していることは、既に述べたところである。この間、国が、地域包括ケアシステムの推進を施策として打ち出したことを受けて、京都府下においては、平成23年度に京都地域包括ケア推進機構が設立され、京都府、京都市、京都府医師会等によるオール京都体制で、京都式地域包括ケアシステムの実現に向けて、活動されている。

京都市においては、これまで、障害のある市民に対するリハビリテーションが中心であったが、今後は、当機構の施策である「地域におけるリハビリ支援プロジェクト」など、介護や療養が必要となった高齢者を対象としたリハビリテーションにも積極的に取り組むことが、京都市のリハビリテーション行政を進めるうえで重要である。

障害者施策、高齢者施策という枠組みから脱却して、医療、福祉、介護が横断した情報網の整備等に取り組むためにも、京都市における障害福祉・高齢福祉の組織内連携はもとより、京都府・京都地域包括ケア推進機構との連携を一層推進していくことが必要である。

論点③ 「新たなニーズへの対応」

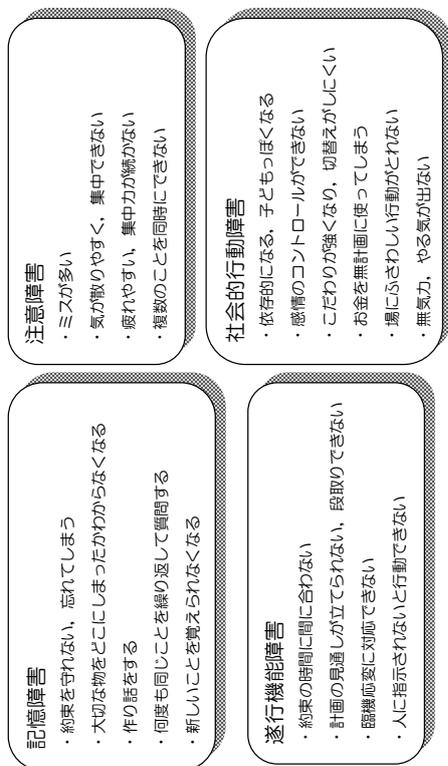
（1）新たなニーズとしての高次脳機能障害

審議において、近年、顕在化している課題として高次脳機能障害が着目された。

高次脳機能障害のある市民に対する支援については、国の施策により、都道府県において高次脳機能障害支援普及事業を実施している。この場合の高次脳

機能障害者は、医学上の解釈ではなく、国が作成した「高次脳機能障害診断基準」に基づき、受傷や疾病の発症に起因する主要認知障害（記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害など）により、日常生活や社会生活に制約がある方を指している（図3）。

図3 高次脳機能障害の主な症状



(2) 高次脳機能障害のある市民への支援

高次脳機能障害のある市民は、センターの入院患者や施設利用者にも多数見受けられるが、センターをはじめとして、当事者や家族の方への支援体制が必ずしも整っていないことから、肢体不自由が改善されてもなお残る症状が社会参加を妨げたままとなっている。

現在、高次脳機能障害の相談支援窓口は京都府に置かれているものの、当事者への支援がまだまだ求められている現状においては、役割分担などを図ったうえで、京都市においても相談支援窓口の設置が望まれるとともに、リハビリテーションの視点からは、自立支援（生活訓練）、入所支援、グループワークや在宅に異つてからの支援としての短期入所支援等にも取り組んでいくことが必要であり、高次脳機能障害に特化したサービス提供拠点の設置が急がれる。

こうした支援は、現段階では民間で十分提供できているという状況にはなく、将来的に民間事業者による支援が質量ともに充実するまでは、公が責任を持って取り組む必要があるといえる。

論点④ 「リハビリテーション医療の在り方」

(1) リハビリテーション医療の状況

センターの開設以来、この30数年の間に医療技術は大きく向上し、リハビリテーション医療も目覚ましい発展を遂げている。リハビリテーション科を標榜し、回復期病棟制度が創設され、リハビリ医療体制が整備されてきた。現在、京都市は、全国平均並みに回復期病床数が確保されているが（P5, 表2）、そのすべてが民間病院である。

また、リハビリテーションを支えるセラピストも増加し、特に医療機関で働くセラピスト数は大幅に増えている（P8, 表5）。

(2) 在宅でのリハビリテーション医療

急性期、回復期を過ぎた後の生活期におけるリハビリテーション医療では、主に介護保険制度に基づく訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等があげられ、これらにより在宅での療養生活が送れる時代になった。ここにも民間活力が導入され、今後も充実していく分野であると考えられる。

(3) リハビリテーション医療への行政の関わり方

リハビリテーション医療は専門分化しており、すべての分野に渡って、各専門医の体制や設備を整えることは極めて困難である。一方で、「この疾患なら、この病院」というように、特定の患者層を集め、特化した医療を提供している病院もある。その理由としては、配置される医師の専門分野によって、受診する患者層に大きく影響するという実情があり、病院経営の難しいことが挙げられる。

こうした状況を踏まえ、今後、京都市が行政としてリハビリテーション医療分野にどう関わっていくのかについては、民間活力が導入されている実情を踏まえ、必要な人材の確保の仕組みづくり等、公として担うべき役割を果たしつつ、個別支援から事業者への専門性向上に向けた支援に切り替えていくという考え方に基づき、民間に委ねられる分野は委ねていく方向が適当である。

表9 附属病院における外来及び入院患者数の推移（昭和54～平成24年度）

年度	延外来患者数	入院患者数	平均病床利用率	備考
昭和54年度	10,176	5,326	73.0%	外来隔日2診療科、病床20床
55年度	12,768	6,067	83.0%	
56年度	18,510	6,272	86.0%	
57年度	18,632	6,279	86.0%	4月 外来1日2診療科
58年度	21,365	6,309	86.0%	
59年度	23,673	6,318	86.5%	
60年度	22,973	6,366	87.0%	
61年度	22,461	2,434	79.5%	増床工事期間中（9～3月）入院なし
62年度	25,161	10,163	69.5%	4月 病床40床に増床
63年度	26,196	11,895	81.5%	
平成元年度	28,977	11,541	79.0%	
2年度	28,316	10,819	74.0%	
3年度	26,026	11,292	77.3%	
4年度	25,045	12,292	84.3%	
5年度	24,142	12,446	85.3%	
6年度	22,812	12,451	85.3%	
7年度	20,631	12,229	83.5%	
8年度	20,270	11,639	79.8%	
9年度	20,124	12,035	82.5%	11月 外来泌尿器科開設
10年度	18,599	11,962	82.0%	10月 在院日数90日以内適用
11年度	17,165	11,890	81.3%	
12年度	15,692	11,891	81.5%	
13年度	16,024	12,038	82.5%	
14年度	15,592	11,656	79.8%	
15年度	16,490	12,009	82.0%	
16年度	15,394	11,052	75.8%	
17年度	14,337	10,798	74.0%	4月 障害者施設等入院基本料適用
18年度	12,019	9,442	64.8%	4月 脳血管・運動器リハ基準適用
19年度	10,627	10,154	69.3%	介護保険と医療保険給付調整改正
20年度	9,935	11,791	80.8%	10月 一般病棟入院基本料適用
21年度	10,150	11,134	76.3%	10月 障害者施設等入院基本料適用
22年度	10,433	10,427	71.5%	
23年度	9,880	10,354	70.8%	
24年度	10,778	10,292	70.5%	

5 京都市身体障害者リハビリテーションセンターの状況

公民の役割分担に基づくリハビリテーション行政の方向性を基に、これまで京都市のリハビリテーション行政を推進してきた「京都市身体障害者リハビリテーションセンター」の機能を検証する。

ここでは、相談から医療、訓練、支援という一貫した総合的なリハビリテーションサービスを提供するという開設以来のセンターのコンセプトに基づき、それぞれの機能ごとに検証を行う。

(1) 相談 ～身体障害者更生相談所～

身体障害者更生相談所は、身体障害者福祉法第11条第2項に基づき、すべての都道府県及び政令指定都市に設置されており、補装具や自立支援医療に係る判定業務、及び福祉事務所からの身体障害者福祉に係る専門的な知見を必要とする相談への対応などの重要な業務を担っている。

現在、身体障害者更生相談所においては、地域リハビリテーション推進事業にも重点を置き、総合支援学校や生活介護事業所への専門職員派遣事業等や、障害者支援に従事する事業所職員等に対する研修事業等を行っている。これらの事業においては、各事業所等からの期待度は高く、かつ高い評価を得ている。このことから、リハビリテーションに携わる職員のノウハウを生かした運営を続けるとともに、[論点②](#)で検討を行った、3障害一体となった総合相談窓口機能の一角として、今後も発展を続けるよう期待したい。

また、[論点⑤](#)で掲げた新たなニーズである高次脳機能障害の専門相談窓口機能を担うほか、これまで取り組んでこられた高次脳機能障害の方を対象としたグループワークの拡充などの実施も期待されることである。

(2) 医療・訓練 ～附属病院～

外来は、現在、整形外科・神経内科・泌尿器科（週1回）の3診療科を標榜している（泌尿器科は平成9年11月に開設）。延べ外来患者数は、平成元年度の28,977人をピークに徐々に減少しており、平成16年度に増加に転じているものの、その後は横ばい、減少となり、平成23年度は過去最低の9,880人となっている。

また、入院は、現在、整形外科・神経内科の2診療科で、病床数は40床である。昭和62年に20床から40床へと増床して以降、延べ入院患者数は11,000～12,000人、平均病床利用率は約80%前後と、ほぼ同じ水準で推移していたが、平成17年度以降は、それぞれ10,000人前後、70%前後に落ち込んでいる。平成24年度の月別の入院の状況は、病床40床に対し、常時30床前後の利用にとどまっている（表9, 10）。

表10 附属病院における月別入院退院の状況（平成24年度）

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	平均
月初在院数	27	30	28	28	31	31	28	26	23	26	29	30	28.1
入院数	6	3	4	7	7	3	5	5	9	8	7	4	5.7
退院数	3	5	4	4	7	6	7	8	6	5	6	9	5.8
月末在院数	30	28	28	31	31	28	26	23	26	29	30	25	28.0
月末病床利用率(%)	75.0	70.0	70.0	77.5	77.5	70.0	65.0	57.5	65.0	72.5	75.0	62.5	69.8

入院患者は、これまで、脳血管障害患者や脊髄損傷患者が多数であったが、急性期及び回復期における集中したリハビリテーションによる早期回復及び在宅福祉サービスの充実により、それぞれの医療機関から在宅復帰される方が多くなってきたことから、附属病院については、重度の方の紹介が多くなってきている。このことが、障害者支援施設も含めて、センターの「一貫した総合的な」サービスの提供の流れに変化を与えているとともに、附属病院の状況を大きく変容させている。

附属病院は、40床すべてについて障害者施設等入院基本料（P7参照）のみを適用しており、脊髄損傷、頭部外傷、神経筋疾患等の患者を中心に機能回復訓練を行うことを目的としている。さらに、附属病院への入院を希望される脳血管障害患者が多数おられるものの、障害者施設等入院基本料を適用している病院においては、診療報酬制度上、脳血管障害患者は入院患者数の3割以下とするという制約があることから、すべてを受け入れることができず、病床利用率の向上が困難となっている。

病床利用率の改善には、専門分化に対応するための多様な診療科目の設置や専門医師の増配置など、規模的に実現困難な対応が求められるが、**【論点④】**の(1)から(3)で指摘したように、現在の民間におけるリハビリテーション医療がすすんで充実していることや、専門分化されている状況を勘案すると、公の役割はむしろ「個別支援」に留まるのではなく、回復期及び生活期リハビリテーションを真に地域リハビリテーションの中に有機的に運用させるために、全体の「専門性向上への支援」や人材確保をはじめとした仕組みづくりに転換していく必要があると考えられる。

(3) 補装具製作 ～補装具製作施設～

補装具製作施設においては、センター開設以来、義肢装具士2名を配置し、義肢及び補装具の製作を行っているが、製作件数は、昭和59年度をピークに減少し続けている。身体障害者福祉法及び障害者総合支援法による京都市の総製作件数に占める割合も下降線をたどっており、ここ10年間は1%前後となつている。特に直近3年間の義肢装具製作件数はわずかなものとなっている（表11）。

表11 義肢装具総製作件数とセンターでの製作件数（昭和59～平成23年度及び平成24年度）

年度	総製作件数	センターでの製作件数(内数)	占める割合(%)
昭和59年度	711	105	14.8
62年度	550	31	5.6
平成2年度	640	26	4.1
5年度	609	26	4.3
8年度	515	22	4.3
11年度	517	17	3.3
14年度	602	11	1.8
17年度	531	3	0.6
20年度	415	10	2.4
23年度	375	1	0.3
24年度	322	0	0.0

注 ・昭和58年度以前は、データ不存在

この原因としては、かつては、センターに入院・入所されている方の補装具を訓練の実施に合わせ製作するとしていたものが、現在、入院患者のほとんどが急性期・回復期を経由しておられるため、センターに入院・入所される前にすでに補装具を民間事業者により製作されていることに起因している。

一方、身体障害者更生相談所における補装具判定業務において、義肢装具士は大きな役割を果たしている。来所判定については、センター医師による処方せん作成補助、製作事業者による見積書作成に当たっての技術的助言、仮合わせ段階と完成後の各点検に従事している。また、書類判定（かかりつけ医による処方）については、見積書の技術的内容点検、納品前の検収（処方と現物との照合）など、製作事業者指導業務に当たっている。

いずれも、障害のある市民が適切な補装具を入手するための技術指導業務であり、このことにより京都市における補装具判定業務は高い水準となっており、それを維持していくためにも、製作事業者への指導に力を移していくことが適当である。

(4) 自立訓練 ～障害者支援施設～

障害者支援施設は、障害者総合支援法に基づく障害者支援施設として、肢体不自由の身体障害者手帳を所持している方で、日常生活動作（衣服着脱、トイレ動作、飲食）が自立している方を利用対象とし、日中支援である機能訓練の定員を40名、うち入所支援が30名となっている。

表 1 2 障害者支援施設における利用者状況の推移（昭和56～平成24年度）

年度	延入所 者数	延通所 者数	合計	附属病院から		備 考 (斜体は附属病院の状況)
				実人員	割合%	
昭和56	177	54	231	55	24	43.6
57	239	48	287	60	11	18.3
58	240	36	276	60	12	20.0
59	292	44	336	66	12	18.2
60	306	23	329	72	15	20.8
61	97	82	179	44	9	20.5 増床工事中(9~3月) 通所のみ
62	240	55	295	60	11	18.3
63	265	29	294	65	21	32.3
職元	270	45	315	57	25	43.9
2	253	45	298	57	26	45.6
3	261	41	302	57	28	49.1
4	266	32	298	59	34	57.6
5	302	48	350	64	21	32.8
6	272	17	289	59	18	30.5
7	290	20	310	62	14	22.6
8	204	20	224	55	18	32.7
9	257	23	280	65	16	24.6
10	260	50	310	77	20	26.0 10月在院日数90日以内適用
11	209	40	249	69	32	46.4
12	210	50	260	71	37	52.1
13	218	39	257	70	34	48.6
14	244	40	284	55	26	47.3
15	301	52	353	68	35	51.5 支援費制度施行
16	218	45	263	49	32	65.3
17	178	18	196	38	18	47.4 4月障害者施設等入院基本料適用
18	89	20	109	26	12	46.2 障害者自立支援法施行
19	90	105	195	38	10	26.3
20	120	55	175	41	8	19.5 10月一般精神入院基本料適用
21	150	58	208	42	18	42.9 10月障害者施設等入院基本料適用
22	102	74	176	37	6	16.2
23	84	113	197	32	7	21.9
24	73	97	170	25	5	20.0

注 利用者数は、月ごとの延べ人数

利用者状況の推移を見ると、附属病院を経由して利用された方も含め、年間50名以上の方の訓練を行っていたが、平成17年度以降、大きく利用者が減少しており、平成24年度における月平均利用率は、機能訓練では35.4%、入所支援では20.3%となっている（表12、13）。

この理由は、附属病院が障害者施設等入院基本料の適用を受けたことにより、重度障害の方の入院が増加し、入院期間の長期化による実退院者数が減少していること、かつ退院時点においても施設利用が可能となる身体状況でない方が多くを占めるようになってきたことから、附属病院から施設に移行できる方が減少したためと考えられる。

その他の理由としては、回復期病棟等における集中した機能回復訓練の実施や介護保険サービス及び障害者の在宅福祉サービスの充実により、日常生活動作の自立されている方が更なる機能訓練までを必要とされなくなったことにあると考えられる。

一方で、センターの障害者支援施設への入所希望者の中には、肢体不自由だけではなく、社会生活を送るうえで、肢体不自由以上に、高次脳機能障害による難しさを有する方が多くみられる。しかし、高次脳機能障害のある方の受入れ・支援体制がないため、肢体不自由を伴わない方は、入所に至らなかったという現状も生じている。

平成23年度の利用者実人員32名のうち高次脳機能障害のある利用者が19名であったことから、徐々にではあるが、センターの障害者施設支援員も高次脳機能障害の方に対する支援のノウハウを獲得してきており、**【論点③】**の検討結果を踏まえ、今後は、民間による支援が充実するまで、高次脳機能障害のある方に対する障害福祉サービスの提供に組み込み、公の役割として先導的に果たしていくことが期待される。

6 京都市身体障害者リハビリテーションセンターの今後の在り方

センターの検証により、リハビリテーション医療の流れの変化や在宅福祉の充実、医療や福祉における民間活力の充実等により、これまでセンターが行ってきた医療、訓練、支援という一貫した総合的なリハビリテーションサービスの提供に影響が出ており、その結果、利用状況及び財政状況に大きな変化が生じていることが明らかとなった。

以下、センターの4つの部門をベースに今後の在り方を示す。

(1) 相談判定業務・地域リハビリテーションの推進

幼少期から高齢期までの障害のある市民の社会生活を支える総合相談窓口化及び地域リハビリテーションの推進という観点から、更生相談所部門の拡充は論を待たないところである。特に、地域リハビリテーションの推進においては、身体障害だけでなく、知的障害、精神障害を合わせた3障害及び高齢者を統合した事業を推進し、民間におけるリハビリテーション医療とも緊密に連携し、総合的な地域リハビリテーションの中核機関とすることを視野に拡充されることを求めたい。また、その際には、新たなニーズである高次脳機能障害のある市民の相談窓口についても合わせて設置を検討されたい。

地域リハビリテーションの推進に当たっては、これまで附属病院や障害者支援施設において培ってきたリハビリテーション専門技術のノウハウを最大限發揮することが求められる。つまりは、福祉分野におけるリハビリテーション提供事業者支援については、資質向上を目的とした座学の研修のみならず、機能訓練指導を行う生活支援員や介護を行うヘルパー等に対し、現場に出向き直接技術的助言・指導を行う等のきめ細かな支援に振り向けいくことが適切であり、また、これまでも大きく寄与されることを期待したい。

(2) 医療業務

先に見てきたように、附属病院においては、度重なる診療報酬制度改定の中、経営の安定化を図りつつ公営病院として求められる市民ニーズに応える努力が続けられてきたが、今日にあっては、「障害者施設等入院基本料」を適用し、重度障害があり、かつ民間病院では対応が困難とされる患者を受け入れ、丁寧な支援が行われている。

一方で、回復期リハビリテーションを中心とした民間病院におけるリハビリテーション医療の拡充や訪問リハビリテーション等の在宅福祉施策の普及等、社会状況が変化の中で、「障害者施設等入院基本料」の適用に伴う診療報酬制向上の入院患者数の制約に伴い、受入れ困難な状況が発生している。このことから、患者数は低迷し続け、収支は大幅な歳出超過となっている。

こうした中、一部の委員からはなお公設公営での役割は大きいとする意見も

表 1 3 障害者支援施設における月別利用者の状況（平成 24 年度）

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	平均
入所支援・機能訓練	8	8	8	8	7	5	6	7	4	4	4	4	6.1
機能訓練のみ	6	6	6	6	9	10	9	8	8	9	10	10	8.1
合 計	14	14	14	14	16	15	15	15	12	13	14	14	14.2
機能訓練利用率 (%)	35.0	35.0	35.0	35.0	40.0	37.5	37.5	37.5	30.0	32.5	35.0	35.0	35.4
入所支援利用率 (%)	26.7	26.7	26.7	26.7	23.3	16.7	20.0	23.3	13.3	13.3	13.3	13.3	20.3

(5) 財政状況

センターの4つの部門のうち、補装具製作施設、障害者支援施設及び附属病院の収支等の状況は、表 1 4 のとおりである。各部門とも歳出超過となっている。

なお、身体障害者更生相談所においては、利用料等の収入を得る性質の部門ではないため、ここでは記載していない。

表 1 4 3部門における収支等の状況（平成 23 年度決算）

	補装具製作施設	障害者支援施設	附 属 病 院
①歳入	1, 170千円	60, 008千円	414, 845千円
②歳出	36, 207千円 (うち人件費 35, 662千円)	141, 750千円 (135, 783千円)	607, 990千円 (451, 538千円)
③差引 (市負担額) ①-②	△35, 037千円	△ 81, 742千円	△193, 145千円
④延べ利用者数・利用者数	2, 833件	5, 050人	20, 234人
⑤延べ利用者数・利用者数当たりの市負担額 ③÷④	12, 367円	16, 186円	9, 545円

注 ・ 事業費に、光熱水費は含まれていない。

- ・ 人件費は、事務事業評価の数値
- ・ 補装具製作施設の利用件数とは、補装具に係る相談・判定件数
- ・ 障害者支援施設及び附属病院の利用者数は、延べ利用者数（日計）

障害のある市民も高齢者も、またその家族も、住み慣れた地域でいきいきとした生活が送れるような地域社会となるよう、京都市における障害福祉・高齢福祉の連携はもとより、京都府との連携を一層推進して取り組まれるとともに、高次脳機能障害という新たな分野での積極的な取組により、引き続きより良いリハビリテーション行政の実現に向け、さらには一層の発展を心から期待する。

あったが、民間におけるリハビリテーション医療やリハビリテーション関連在宅福祉施策が充実してきている状況を踏まえれば、公設公営病院としての現在の附属病院が果たす役割は相対的に低下してきたことは否めない。

（3）補装具製作業務

補装具製作施設については、製作件数等の激減の背景として、他の医療機関での補装具の処方、民間の補装具製作事業者の増加があることは明らかであることから、公が直接製作を行うのではなく、更生相談所に統合し、民間事業者への技術的指導や相談対応へと役割の転換を図りたい。

（4）施設支援

障害者支援施設については、京都市内で唯一の身体障害のある市民を対象にした機能訓練を行う公営施設であるが、対象者をリハビリテーション医療が終了し、かつ日常生活動作が自立した方としていることから、回復期病棟における集中した機能回復訓練や在宅福祉施策の拡充等により利用者が減少している。さらに、附属病院入院患者層の変化と患者の減少が、利用者の減少に拍車をかけている。

今後は、新たなニーズとして顕在化している高次脳機能障害のある市民への障害福祉サービスの提供へと、支援の充実を医学的な観点も含めて図ることで、障害のある市民の在宅復帰や社会参加を目指した支援に努めていただきたい。ただし、民間における支援の拡充状況の把握に常に努め、公民の役割分担の観点から、公の役割として行うべきことの不断の見直しの検討が必要であることに留意されたい。

（5）まとめ ～リハビリテーション行政の拠点として～

以上をまとめると、センターが引き続き、今後も京都市のリハビリテーション行政の拠点として役割を果たしていくためには、次の機能に重点を置いたセンターに再編成し、充実させていくことが求められる。

- ① 障害のあるすべての市民のための総合相談窓口機能
- ② 障害・高齢を問わない地域リハビリテーション推進機能
- ③ 高次脳機能障害者に特化した障害福祉サービス提供機能

「全人的復権」であるリハビリテーションという考えに基づき、障害のある市民や身体機能が低下した高齢者に対し、QOLの向上や社会参加を促していく拠点としていくために、これまでセンターが発揮してきたリハビリテーションに携わる職員による専門性を生かし、取り組んでいただきたい。

また、児童福祉法に基づいた支援が行われている障害のある児童についても、3障害を総合的に、かつ切れ目なく支援していくことが望まれる。

参考資料

資料1 京都市社会福祉審議会委員名簿

◎は委員長、○は副委員長

平成25年7月9日現在(敬称略:五十音順)

Table with 3 columns: 氏名 (Name), 役職名等 (Position), and 所属 (Affiliation). Lists members of the Kyoto City Social Welfare Review Committee.

資料2 リハビリテーション行政の在り方検討専門分科委員会名簿

(敬称略, 五十音順)

Table with 3 columns: 氏名 (Name), 役職名 (Position), and 所属 (Affiliation). Lists members of the Special Subcommittee for Examining the Status of Rehabilitation Administration.

◎: 会長, ○: 会長職務代理者

資料4 諮問書（写）

空

第 70 号
平成24年10月30日

京都府社会福祉協議会
委員長 森 祥一 様

京 都 府 長 門 川 大 作
(担当 保健福祉局長兼福祉部保健福祉総務課)

京都府におけるリハビリテーション行政の今後の在り方
及び敬老乗車証制度の今後の在り方について（諮問）

1 京都府におけるリハビリテーション行政の今後の在り方について
本市におきましては、若体に障害のある前住が、再び住み慣れた地域及び家庭で、自分らしくいきいきと暮らしていただけるよう一貫した体系の下、リハビリテーション施策を実施する総合施設として、統合的に先駆けて、「京都府身体障害者リハビリテーションセンター」を昭和53年に設置しました。
この間、医療制度におけるリハビリ療養の状況変化や、障害者福祉施設における様々な制度改正、更には高齢者を地域で支える「地域包括ケアシステム」など、リハビリテーション行政を取り巻く環境は大きく変わりつつあります。
「京都府身体障害者リハビリテーションセンター」をはじめ、本市のリハビリテーション行政についても、こうした環境の変化に対応し、新たな在り方を検討していく必要があると考えています。

2 敬老乗車証制度の今後の在り方について
本市におきましては、長年におきたり社会に貢献してこられた高齢者の皆様に敬意を表するとともに、様々な社会活動に参加し、生きがいづくりに役立てていただくため、70歳以上の市民の方には、市バス・地下鉄等を自由に乗りいただける「敬老乗車証」を交付しています。
本制度については、民営バスの適用拡大など、改善を希求する要望をいただいている一方で、高齢化の進行に伴い、本制度に要する経費は年々増大しています。
他の都府県においては、様々な施策が行われる中、本市においても、租税の向上や利用者負担の増加を踏まえた持続可能な高齢者のための福祉施策、受益者負担のあり方など、多面的な検討が必要となっております。

こうした点を踏まえ、「京都府におけるリハビリテーション行政の今後の在り方」及び「敬老乗車証制度の今後の在り方」について、諮問いたしますので、よろしくお願ひ申し上げます。

資料3 審議経過

1 社会福祉審議会

開催日	主な審議内容等
平成24年10月30日（木）	・京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方及び敬老乗車証制度の今後の在り方について（諮問）等
平成25年7月1日（月）※	・京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方及び敬老乗車証制度の今後の在り方について（答申案）等 ※ 本答申について、一部委員からは当日の採決に異議が出たが、当審議会として提出を議決した。

2 リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会

開催日	主な審議内容等
平成24年12月11日（火）	・専門分科会長の選出、職務代理者の指名 ・諮問内容及び分科会の位置づけについて ・「京都市リハビリテーション調査研究会報告書」の説明 ・身体障害者リハビリテーションセンター視察
平成25年1月30日（水）	・論点と議論の方向性 ・地域リハビリテーションの推進について ・年齢・障害種別を超えた一体的な施策の推進について
平成25年2月12日（火）	・新たなニーズへの対応について ・リハビリテーション医療について
平成25年3月26日（火）	・福祉施策の公民の役割の観点について ・身体障害者リハビリテーションセンターの機能について
平成25年4月23日（火）	・身体障害者リハビリテーションセンターの機能について ・審議のまとめ
平成25年6月18日（火）	・答申（案）について

資料2

リハビリテーション行政の在り方に関する検討専門分科会の 答申案とりまとめにあたっての緊急意見

■ 京都府保険医協会 2013年6月25日 ■

京都市が、「京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方について」答申案をもとに7月1日に開催される京都市社会福祉審議会に諮るにあたって、協会は京都市社会福祉審議会委員に標記の意見書を送付。答申案の議論において熟慮するよう求めた。

リハビリテーション行政の在り方に関する検討専門分科会の答申案 とりまとめにあたっての緊急意見

京都市社会福祉審議会委員の先生方に、6月18日開催の「第6回リハビリテーション行政の在り方に関する検討専門分科会」で示された「京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方について」〈答申〉案に対する、当協会の意見・見解を以下のとおり、述べさせていただきます。なお、ここで述べる「答申案」は、上記分科会開催時のものであることをあらかじめおことわりさせていただきます。

貴職におかれましては、本答申が、京都市の医療・福祉行政の後退につながるやう、熟慮いただき、作業・検討をいただきますよう、心よりお願い申し上げます。

記

私たちは第1回から6回までの分科会すべてを傍聴してきた。その立場から、第6回分科会で検討された答申案がこれまでの委員の先生方の真摯な議論を、正當に反映していないと考えざるを得ない。

その理由を以下に述べる。

分科会委員全員が附属病院廃止を手放しに承認したのか？

京都市が京都市身体障害者リハビリテーションセンター附属病院（以下、附属病院）廃止を方針として、今回の分科会を招集したことは明らかである。市当局は分科会で一度も、「附属病院を廃止したい」と明言していないが、会議毎に出される資料やその書きぶりですべてを誘導してきた。それどころか、第1回分科会では初端から分科会委員がその方針を代弁してしまう一幕まであった。

しかし、分科会の議論においては、委員全員が、附属病院廃止を承認し、合意したとは思えない。

なぜなら、分科会の委員の良識ある議論が、附属病院廃止に関わる「2つの問題」を浮き彫りにしたからである。

京都市当局は、附属病院の役割を誰が肩代わりするのか明言できず

1つめは、附属病院が担う「在宅復帰の見通しがつきにくい重度の方」の受け入れ（答申案23頁）や、「重度障害があり、かつ民間病院では対応が困難とされる患者を受け入れ、丁寧な支援」（同28頁）を、廃止後に誰が担うのかという問題である。外来・入院共に現在附属病院にかかっている人たちが、今後も発生し続ける診療報酬上の日数制限を超えてもリハビリが必要な人たちの受け皿機能を、市内のどの医療機関が、どのような形

で担うのかに関しては、委員から繰り返し質問が行われた。しかし、京都市当局はまともにこれに回答していない。

市当局は、医療なきリハビリはあり得ないと認識しながら附属病院廃止に強行姿勢

2つめは、より根本的な問題である。今後、京都市が京都市身体障害者リハビリテーションセンター（以下、市リハセン）を通じて目指すという「地域リハビリテーションの推進」や「年齢・障害種別を超えた一体的な施策」（同17頁）、高次脳機能障害に特化した「新たなニーズへの対応」（同18頁）を、行政施策として展開するために必要なリハビリテーション専門職種の質が、病院機能を失くして確保できるのかということである。この疑問も繰り返し委員から分科会で提起された。他都市のセンターの実践を踏まえれば、病院機能なしに新たな施策展開を設計することは難しいと指摘されてきた。

常識として「医療」を外してのリハビリテーション施策は有り得ない。第6回分科会では京都市当局もそれを認めた。

ならば、なぜわざわざ附属病院を廃止するのか。京都市当局は最後まで、委員を納得させるだけの理屈を編み出せなかった。

尚、百歩譲って附属病院の入院機能が廃止されたとして、「外来機能はどうするつもりか？」との質問にも京都市当局は回答できていない。

答申書は文章にすぎないが、施策後退のしわ寄せを受けるのは医療者と当事者である

このように分科会の議論は、市の附属病院廃止方針の正当性を裏付けるものとはならず、逆に京都市の附属病院廃止方針に道理がないことを証明する結果となった。

当局としては、方針を通してしまえばそれで良いのかも知れない。しかし、実際に地域で障害のある人たちの医療保障を実践するのは私たち現場医療者である。そして、何よりも当事者・家族がそのしわ寄せを受けるのである。人命にかかわる方針決定につながる答申書の作られ方としては、問題があると言わざるを得ない。このような答申が社会福祉審議会です承され、市の方針として成立することは断固認められない。

京都市社会福祉審議会は慎重な判断を-最低でも両論併記とすべきである

元々、今回の分科会委員の中に障害当事者や市リハセン従事のスタッフがおらず、実態に即した議論に限界があったのも事実であろう。加えて、京都市のやり方は分科会委員の真摯な思いと矛盾した市方針のとりまとめを、会議運営上すべて分科会長へ担わせるものだった。会長の負担を思えば胸が痛む。

私たちは、京都市社会福祉審議会は本答申案を退け、差し戻すべきだと考える。

それが叶わない場合でも、附属病院廃止方針に対しては、賛否両論あったことは事実であり、最低でも「両論併記」とすべきである。

審議会が自治体の福祉施策における大切な役割を果たされ、分科会での真摯な議論内容が、正しく答申書と行政に反映されるよう、審議会での慎重な議論を望むものである。

以上

2013年6月25日

京都府保険医協会 理事長 垣田さち子

協会だより（定例理事会要録から）

2013年度（平成25年度）第2回 2013年6月11日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（6月4日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 未入会開業医訪問（5月31日）状況

【政策部会】

1. 本紙銷夏特集号地域紹介シリーズ「福知山」座談会（6月3日）状況

【保険部会】

1. 指導・監査対策講習会「指導・監査の実態－その時、あなたはどうか対応しますか？」（5月30日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 総務部会（6月4日）状況確認の件
2. 2012年度4月分収支月計表報告状況確認の件
3. 会費免除者（継続）一括承認の件
4. 2013年第1回正副理事長会議（6月6日）状況確認の件
5. 会員入退会及び異動（6月4日～6月11日）に関する承認の件

【経営部会】

1. 経営部会（6月4日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（6月4日）状況確認の件

【政策部会】

1. 政策部会（6月4日）状況確認の件
2. 京都保険医新聞（第2859号）合評の件

【保険部会】

1. 保団連社保・審査対策部会（2013年度・第2回）（5月26日）状況確認の件
2. 保険部会（6月4日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 財政検討会議開催の件

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談開催の件

【保険部会】

1. 稲門会いわくら病院「在宅医療点数に係る院内学習会」への講師派遣の件

IV. 要討議事項

【医療安全対策部会】

1. 医療事故に係る調査の仕組み等のあり方について

V. 特別討議

1. 総会関連議事検討の件
 - (1) 2012年度各部会活動報告
 - (2) スローガン（案）
 - (3) 2013年度基本方針（案）

《以上16件を承認、2件を継続審議》

2013年度（平成25年度）第3回 2013年6月18日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（6月11日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認

【経営部会】

1. 税理士との相談日（6月12日）状況

【政策部会】

1. 第6回TPP反対京都ネットワーク会議（6月5日）状況
2. 避難者子ども健康相談会きょうと実行委員会（6月8日）状況

【保険部会】

1. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（5月15日）状況
2. 保団連診療報酬改善対策委員会（6月6日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 総務部会（6月11日）状況確認の件
2. 会員入退会及び異動（6月11日～6月18日）に関する承認の件

【経営部会】

1. 経営部会（6月11日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（6月11日）状況確認の件

【政策部会】

1. どうなるの？京都のリハビリテーション第4回実行委員会（6月10日）状況確認の件
2. 政策部会（6月11日）状況確認の件

【保険部会】

1. 保険部会（6月11日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【経営部会】

1. 保団連国税庁交渉への出席の件

【政策部会】

1. 京都のリハビリを考える会 対案作成作業部会出席の件
2. 京大原子炉実験所助教・小出裕章氏のレクチャーの件
3. 内部被曝から子どもを守る会との懇談開催の件

【保険部会】

1. 在活（在宅医療点数を活用するための活動）に関する打ち合わせ開催の件

IV. その他

1. ジェネリック医薬品について

V. 特別討議

1. 総会関連議事検討の件
 - (1) 2013年度各部会方針
 - (2) 2012年度総括活動報告
 - (3) 情勢報告
 - (4) 2013年度基本方針（案）
 - (5) スローガン

《以上16件を承認、3件を継続審議》

2013年度(平成25年度)第4回 2013年6月25日**I. 文書報告の確認****【総務部会】**

1. 前回理事会（6月18日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. ジャズを楽しむ会（6月15日）状況

【経営部会】

1. 年金普及会員訪問（6月14日）状況
2. 傷害疾病保険審査会（6月18日）状況
3. 金融共済委員会（6月19日）状況
4. 雇用管理相談日（6月20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. 保団連近畿ブロック本会議・情勢学習会（6月15日）状況

【保険部会】

1. 保団連2013年度第1回病院・有床診対策部会（5月12日）状況

II. 確認・承認事項**【総務部会】**

1. 会員入退会及び異動（6月18日～6月25日）に

関する承認の件

2. 総会関連：基本方針（案）追記の件

【経営部会】

1. 消費税増税中止、医療への「ゼロ税率」適用を求める会員署名の件

【政策部会】

1. 避難者子ども健康相談会きょうと（6月16日）状況確認の件
2. 京大原子炉実験所助教・小出裕章氏のレクチャー（6月18日）状況確認の件
3. メディペーパー京都168号、京都保険医新聞（第2860号）合評の件

III. 開催・出席確認事項**【総務部会】**

1. 7月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 各部会開催の件

【政策部会】

1. 京都のリハビリを考える会出席の件
2. 地域包括ケアシステム学習会講師依頼の件

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) 経済財政運営と改革の基本方針
- 2) 日本再興戦略-JAPAN is BACK-
- 3) 社会保障制度改革国民会議の論議4

V. 診療報酬関連情報

1. 保険審査通信検討委員会（6月7日）状況確認の件
2. 2013年5月度国保合同審査委員会（5月22日）状況確認の件

VI. 特別討議**【1】総会関連議事検討の件**

1. 会計監査（6月20日）状況確認の件
2. 2013年度財政検討会議（6月20日）状況確認の件
3. 2013年度予算書（案）検討の件

《以上18件を承認》

8月のレセプト受取・締切

基金 国保	9日(金)	10日(土)	労災	12日(月)
	○	◎		◎

※○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

いつでも どこでも ご相談に応じます！

各種専門家との相談体制をリニューアル

税理士・社会保険労務士・建築士・ファイナンシャルプランナー・弁護士

- ◆会員の希望される専門家をご紹介します。
- ◆随時、必要な時に相談できます。
ご都合の良い日を各種専門家と日程調整します。

- ◆相談は無料（ただし、1事案1回限り）
1事案につき1回の無料相談を超えてのご相談は、個別相談に移行し有料になります。

＜税 理 士＞	
花山 和士 税理士	ひろせ税理士法人
外村 弘樹 税理士	外村会計事務所
山口 稔 税理士	山口稔税理士事務所
木谷 昇 税理士	木谷昇税理士事務所
乗岡 五月 税理士	税理士法人京都会計
牧野 伸彦 税理士	牧野伸彦税理士事務所
鴨井 勝也 税理士	鴨井税務会計事務所
廣井 増生 税理士	廣井増生税理士事務所
＜社 労 士＞	
河原 義徳 特定社労士	株式会社ひろせ総研
本宮 昭久 特定社労士	本宮社会保険労務管理事務所
＜建 築 士＞	
坂本 克也 建築士	坂本克也一級建築事務所
竹内 秀雄 建築士	園建築事務所
＜ファイナンシャルプランナー＞	
重松 朋聖 法人推進部長	三井生命保険株式会社
その他	関係生保会社、京都銀行のFP

＜弁 護 士＞	
筋 立明 弁護士	京都中央法律事務所
江頭 節子 弁護士	京都中央法律事務所
松尾 美幸 弁護士	京都中央法律事務所
赤井 勝治 弁護士	赤井・岡田法律事務所
石川 寛俊 弁護士	石川寛俊法律事務所
鵜飼万貴子 弁護士	米田泰邦法律事務所
小笠原伸児 弁護士	京都法律事務所
竹下 義樹 弁護士	つくし法律事務所
富永 愛 弁護士	富永愛法律事務所
新阜創太郎 弁護士	つくし法律事務所
西村 幸三 弁護士	西村法律事務所
本田 里美 弁護士	つくし法律事務所
三重 利典 弁護士	葵法律事務所
若松 豊 弁護士	赤井・岡田法律事務所

◆お問い合わせは TEL 075-212-8877
 協会事務局まで FAX 075-212-0707



join us!!

「医事担当者勉強会」を開催しています！

従来の講習会形式の勉強会ではなく、参加者が問題や課題を持ち寄り、参加者みんなで解決策を探っています。医事担当者による医事担当者のための医事担当者勉強会にぜひ顔を出してみてください。普段、疑問に思っていることについて解決の糸口が見つかるかもしれません。

日時 9月18日(水) 午後7時～(1時間程度)

場所 京都府保険医協会ルームA (上記地図参照)

内容 ①参加者からの話題提供
 「病院における紙カルテから電子カルテへの移行の実際」
 ②保険医協会事務局からのワンポイントレクチャー
 「入院料5対策と医療法4対策」

対象 医療機関で医事業務に従事する方

参加費 資料のコピー代のみ (100～300円程度)

申込 不要 (自由にご参加下さい)

※開催は原則奇数月の第3水曜日です。

※警報発令などによる急な中止の連絡は、京都府保険医協会のホームページに掲載いたします。

今回の
テーマは
コレ!!

新規開業医向け「保険講習会A」のご案内

日時 8月29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)。

隔月で開催
しています

※次回 (保険講習会B)

- ①新規個別指導
- ②医療法立入検査対策

経営対策セミナー

「医師の相続対策はいつやるの? 『今でしょ!』」

日時 9月5日(木) 午後2時~ 場所 協会会議室ルームA~C

講師 税理士法人日本経営 資産税事業部部長 税理士 座間 昭男氏

開業医
向け

第649回社会保険研究会

総合診療科症例集

講師 洛和会音羽病院 総合診療科 医員 金森 真紀氏

日時 8月24日(土) 午後2時~4時

場所 協会会議室ルームA~C

主催 京都府保険医協会

※参加は無料、事前申込は不要です。
※日医生涯教育講座対象の研究会です。

今回は、
NHK「総合診療医ドクターG」
でも注目の総合診療科が
テーマです!

〈金森先生からのメッセージ〉

総合診療科では、臓器に限定されない様々な訴えを持った患者様を診察させて頂いております。その中で、非常に教育的であった症例を何例かご紹介させていただきます。症例提示の中で、いろいろとディスカッションをしながら進めていくのが臨床診断の醍醐味です。皆様の積極的なご参加を期待しております。



ゴルフをたしなむ会員・ご家族のみなさま

ゴルファー保険にご加入ですか

保険料は
30%割引でお得!

○保険期間

8月5日(火)午後4時から1年間

○中途でも加入できます

○会員のご家族も加入できます



詳細は5月のメディパック(5月30日発送)に同封の
案内パンフレット(青色の冊子)をご覧ください。

お問い合わせは京都府保険医協会(☎075-212-8877)まで。

こんな時に補償されます!

- ◆ゴルフプレー中に他人に損害を与えた時
- ◆ゴルフプレー中にご自身がケガをした時
- ◆ゴルフ用品に事故があった時
- ◆ホールインワン・アルバトロスを達成した時
など

パネル集

戦争と医の倫理

~日本の医学者・医師の「15年戦争」への加担と責任~

2007年発行のパネル集「戦争と医学」に新たな事実を示す資料などを反映。さらに、最近のドイツ医学界の動向も紹介し、これからの医の倫理を考える視点と課題を新たな項目として補強した、最新版パネル集が発刊されました。

購入をご希望の場合は協会までご連絡下さい。

価格 2,000円
(税込・送料込)

発行 「戦争と医の倫理」の検証を進める会



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



〈申込書〉 FAX 075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(し)して下さい 【医学書・新刊 2013年7月】

医薬品情報書籍の決定版！ 全医家向け医薬品約18,000品目の
2013年6月までの最新情報を網羅！ご予約受付中！

日本医薬品集 DRUGS IN JAPAN 医療薬 2014

- 書籍版 13,650円 2013年8月刊行
- DB版 15,750円 2013年7月刊行
- セット版 24,150円 2013年8月刊行

日本医薬品集フォーラム編 ● B5判 3,600頁 ● じほう

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

□ **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

構想8年！日本の中で出会うであろう虫による皮膚炎のほぼすべてを網羅。
治療、予防対策を虫の生態・生息環境と並置させた、
まさに「臨床図鑑」。大好評発売中。

□ **Dr.夏秋の臨床図鑑 虫と皮膚炎** 12,800円
夏秋 優・著 ● AB判 200頁 ● 学研メディカル秀潤社

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
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グをプレゼント

□ **ハリソン内科学 (第4版)** 31,290円
福井次夫・他監 ● A4変型判 3,500頁 ● MEDSi

初版刊行以来60余年。整形外科専門医の座右の書

神中整形外科学 (第23版)

- 上巻 ● 1,108頁 31,500円
- 下巻 ● 1,320頁 35,700円

岩本幸英・編 ● 四六倍判 ● 南山堂

日常診療に必要な、信頼ある最新情報を網羅。
国内最大級のリファレンス 2013年6月発売

□ **今日の診療プレミアム Vol.23 DVD-ROM for Windows** 81,900円
永田 啓・監 ● DVD-ROM ● 医学書院

□ **今日の診療ベーシック Vol.23 DVD-ROM for Windows** 81,950円
永田 啓・監 ● DVD-ROM ● 医学書院

- キーワードとアルゴリズムで捉える 肝胆膵の実践病理診断 17,850円
中沼安二・他編 ● B5判 252頁 ● 文光堂
- **造血管腫瘍 <腫瘍病理鑑別診断アトラス>** 15,750円
定平吉都・他編 ● B5変型判 300頁 ● 文光堂
- **乳房画像診断最前線** 超音波診断を中心に 8,925円
位藤俊一・編 ● A4判 288頁 ● 南山堂
- **熱傷治療マニュアル (2版)** 16,800円
田中 裕・編 ● B5判 476頁 ● 中外医学社
- **一目でわかる 咽頭表在がんアトラス** 6,930円
武藤 学・他編 ● B5判 150頁 ● 中外医学社
- **認定医・専門医のための輸液・電解質・酸塩基平衡** 7,350円
病態のとらえ方とトラブルシューティング50症例
下澤達雄・他編 ● B5判 256頁 ● 中山書店
- **透析用グラフトのすべて** 7,980円
大平整爾・監 ● B5判 182頁 ● 中外医学社
- **バスキュラーアクセス治療学** 12,800円
大平整爾・監 ● B5判 300頁 ● 中外医学社
- **肺MAC症診療Up to Date** 非結核性抗酸菌症のすべて 7,140円
倉島篤行・他編 ● B5判 270頁 ● 南山堂
- **今さら聞けない心臓カテーテル (改訂第2版)** 6,090円
濱寺裕司・編 ● A5判 404頁 ● メジカルビュー社
- **下肢EVTトラブルシューティング55** 7,350円
横井宏佳・監 ● B5判 256頁 ● 南山堂
- **SHDインターベンション コンプリートテキスト** 14,700円
ストラクチャー・ジャパン・監訳 ● B5判 448頁 ● 医学書院
- **胃癌 <消化管内視鏡エキスパート 2>** 7,350円
藤崎順子・編 ● B5判 166頁 ● 中外医学社

- **IPMNアトラス** 粘液産生膵癌からIntraductal Papillary Mucinous Neoplasm(IPMN)の概念の確立まで 10,500円
関 誠・他編 ● A4判 234頁 ● 医学図書出版
- **小児神経学の進歩 第42集** 6,510円
日本小児神経学会教育委員会・編 ● B5判 140頁 ● 診断と治療社
- **1冊でわかる最新皮膚科治療 <皮膚科サブスペシャリティーズ>** 14,700円
五十嵐敦之・他編 ● B5変型判 328頁 ● 文光堂
- **新しい創傷治療のすべて 褥瘡・熱傷・皮膚潰瘍 <皮膚科臨床アセット 12>** 14,700円
伊 浩信・編 ● B5判 360頁 ● 中山書店
- **両極からみた 次世代の腹腔鏡下直腸癌手術** 13,650円
奥田準二・編 ● A4判 204頁 ● 永井書店
- **整形外科のDay Surgery <OS NOW Instruction 27>** 11,550円
馬場久敏・編 ● A4判 128頁 ● メジカルビュー社
- **心臓リハビリテーション** 9,975円
上月正博・編 ● B5判 512頁 ● 医歯薬出版
- **山王病院不妊診療メソッド** 8,925円
堤 治・監 ● B5判 320頁 ● 金原出版
- **妊娠中の手術・胎児手術 <OGS NOW 15>** 12,600円
竹田 省・編 ● A4判 144頁 ● メジカルビュー社
- **斜視手術 <イラスト眼科手術シリーズ IV>** 8,400円
若倉雅登・監 ● B5判 128頁 ● 金原出版
- **スリット所見で診るコンタクトレンズ合併症** 9,450円
日本コンタクトレンズ学会・編 ● B5変型判 120頁 ● メジカルビュー社
- **裂孔原性網膜剥離-How to treat <専門医のための眼科診療クオリファイ 17>** 15,225円
瓶井資弘・編 ● B5判 400頁 ● 中山書店
- **ペインクリニック診断・治療ガイド 痛みからの解放とその応用 (5版)** 8,400円
大瀬戸清茂・監 ● B5判 648頁 ● 日本医事新報社

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



しっかり守って、きれいに治す。

〔禁忌(次の患者には投与しないこと)〕
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

ムコスタの特徴

- 1.胃粘膜のPG増加作用・フリーラジカル抑制作用を併せ持つ初めての胃炎・胃潰瘍治療剤です。
- 2.NSAIDs(ラット)*や*Helicobacter pylori*(in vitro)などによる胃粘膜傷害を抑制します。
- 3.胃潰瘍のQOUH**を高め、再発・再燃を抑制します(ラット)。
- 4.胃炎***、特にびらん・出血に対する有効性が認められています。
- 5.胃粘膜の炎症を制御し、粘膜機能を改善します。
- 6.副作用発現症例率は0.54%(54/10,047)で、その主なものは、便秘9件、ALT(GPT)上昇5件等でした。(ムコスタ錠100の承認時及び再審査終了時)
また、重大な副作用としてショック、アナフィラキシー様症状、白血球減少、血小板減少、肝機能障害及び黄疸があらわれることがあります。

* NSAIDs : non-steroidal anti-inflammatory drugs (非ステロイド性抗炎症薬)
** QOUH : Quality of ulcer healing (潰瘍治癒の質)
*** 胃 炎 : 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

〔効能・効果〕及び〔用法・用量〕

〔効能・効果〕	〔用法・用量〕
胃潰瘍	通常、成人には1回レバミピドとして100mg(ムコスタ錠100mg：1錠、ムコスタ顆粒20%：0.5g)を1日3回、朝、夕及び就寝前に経口投与する。
下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期	通常、成人には1回レバミピドとして100mg(ムコスタ錠100mg：1錠、ムコスタ顆粒20%：0.5g)を1日3回経口投与する。

**〔使用上の注意〕—抜粋—
重大な副作用**

- 1.ショック、アナフィラキシー様症状(頻度不明*)：ショック、アナフィラキシー様症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2.白血球減少(0.1%未満)、血小板減少(頻度不明*)：白血球減少、血小板減少があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 3.肝機能障害(0.1%未満)、黄疸(頻度不明*)：AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP、Al-Pの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

*：自発報告において認められた副作用のため頻度不明。

◇その他の使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

胃炎・胃潰瘍治療剤 薬価基準収載
日本薬局方 レバミピド錠
ムコスタ®錠100mg
Mucosta® tablets 100mg

胃炎・胃潰瘍治療剤 薬価基準収載
レバミピド顆粒
ムコスタ®顆粒20%
Mucosta® granules 20%

製造販売元
大塚製薬株式会社
Otsuka 東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社 信頼性保証本部 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

(10.05作成)



♡ + α = Smile!

ひとりひとりの 笑顔に応えたい。

皆さまのすこやかな明日のために、全力を尽くすこと。
優れた医薬品づくりを通じて、社会に貢献すること。
それぞれの思いや悩みを受け止め、一緒に解決を考えていくこと。
私たちは、健康への願いや夢に向かって歩む皆さまにとって、
心から信頼のおけるパートナーでありたいと願っています。
私たちは、一丸となって、あなたの笑顔に答えていきます。

〔資料請求先〕



富士製薬工業株式会社

〒102-0075 東京都千代田区三番町5番地7
<http://www.fujipharma.jp>

2011年6月作成

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