

Medi

メディペーパー京都

P A P E R
K Y O T O

2013.9

第171号(通巻415号)

CONTENTS

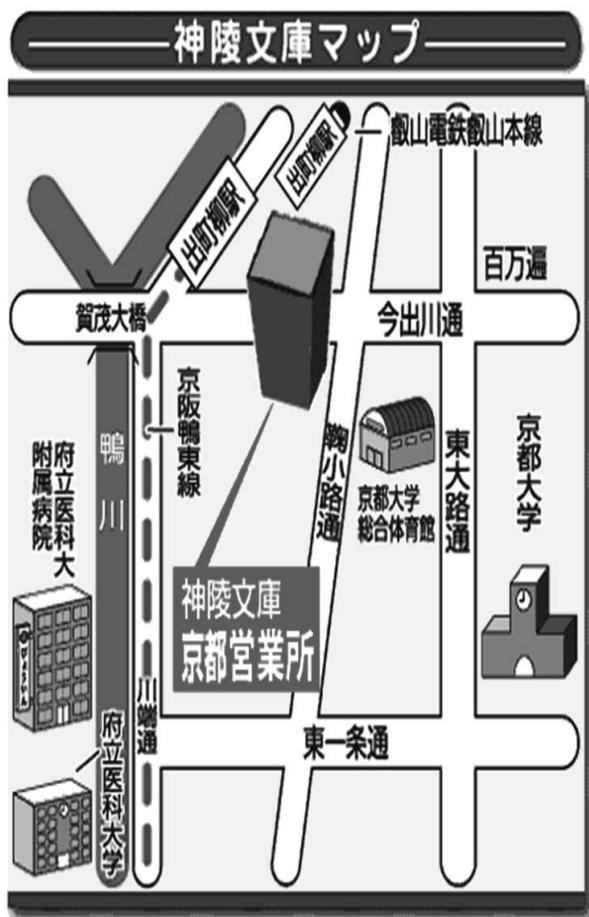
情勢トピックス	3
医療・社会保障編	3
プログラム法案骨子を閣議決定／「法制上の措置」に対応 …ほか	
調査・データ編	19
医療事故報告は過去最多更新、12年は2882件／医療機能評価機構 …ほか	
政策資料	
資料1：京都府内における「窓口での未収金の実態」結果	21
資料2：予防接種に関するアンケート結果一覧	24
協会だより	
10月の催し物(予定)、その他	30



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 (Tel.075-212-0303)



一随日本西高取扱書医学



(株)神陵文庫 京都営業所

〒606-8203
京都市左京区田中関田町2-7
思文閣会館 1階

TEL 075-761-2181
0120-00-0506
FAX 075-751-2920
kyoto@shinryobunko.co.jp

☆御当地京都府下・滋賀県
カバーしております。

<http://www.shinryobunko.co.jp>

医学書の 神陵文庫

当社のホームページPR欄を御覧下さい

メディーパー京都では、毎号巻末に医学書・新刊のご案内をしています。
ファクス用申込書の形式ですので、ぜひご活用下さい。

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の報告書を踏まえ、政府は改革時期を示した「プログラム法案」の大綱を8月21日に閣議決定した。秋の臨時国会へ提出する。高額療養費の限度額見直しや提供体制改革について社会保障審議会などで細部を検討し、改革の個別法案を策定して来年の通常国会から順次、提出する。

厚労省は一般会計の総額を社会保障費の自然増9700億円を含む30兆5620億円とする2014年度予算の概算要求を発表。また田村厚労相は、政府の日本再興戦略や健康・医療戦略などを踏まえ2025年度に向けて予防・健康管理に関する取り組みを推進するこ

とで、医療費・介護費を5兆円規模で抑制できるとの試算を発表した。

医療・社会保障編

社会保障

プログラム法案骨子を閣議決定／「法制上の措置」に対応

政府は8月21日、社会保障制度改革のメニューやその実施時期を示した「プログラム法案」の骨子を閣議決定した。社会保障制度改革推進法は、社会保障制度改革国民会議の審議結果などを踏まえ、政府が8月21日までに改革に必要な法制上の措置を講じるよう定めている。政府は同法の規定に対応する形で骨子を閣議決定した。

骨子は国民会議がまとめた報告書を基に作成し、▽医療制度▽介護保険制度▽公的年金制度▽少子化

行 事	開始時間	場 所
2日(水) 各部会	午後2時	
4日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
5日(土) 政策時局講演会 「安倍政権の医療・社会保障制度改革と地域包括ケアシステムの行方」	午後2時30分	ルームA・B・C
8日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
10日(木) 奥様向けセミナー	午後2時	ルームA
12日(土) 第28回保団連医療研究集会 in 横浜	午後2時	横浜ベイシェラトンホテル&タワーズ
13日(日)	午前9時	
16日(水) 伏見医師会との懇談会	午後2時	伏見医師会館
17日(木) 保険講習会A	午後2時	ルームA
19日(土) 第650回記念 社会保険研究会 医療制度改革のゆくえ -2025年の医療制度の姿を展望する-	午後2時	京都大学医学部記念講堂
金融共済委員会	午後5時	からすま京都ホテル
20日(日) 文化ハイキング	午前9時30分	JR・京阪「東福寺」改札口前
保団連近畿ブロック学習交流会	午後2時	ルームA・B・C
22日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
24日(木) 北・上東・西陣医師会との懇談会	午後2時	ルームA・B・C
27日(日) 新規開業予定者のための講習会	午後2時	ルームA・B・C

10月の保険医協会の行事予定

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

※法律相談室は必要な時に随時開催いたします。お申込は協会・総務部会まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲31～33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

対策の4分野ごとに改革メニューと実施時期を示した。

医療制度については、医療法人間の合併や権利の移転に関する制度見直しなどに向けて、必要な措置を2017年度までをめどに講じると記載しており、政府は関連法案を14年の通常国会に提出することを目指す。

●国民会議の提案、17年度までに実施／プログラム法案骨子

骨子案は、社会保障制度改革国民会議がまとめた報告書を基に作成した。報告書に盛り込まれていない改革メニューは骨子案に入っていない。

このうち医療提供体制では、必要な措置を17年度までをめどに講じると明記し、必要な法案を14年の通常国会に提出することを目指すこととした。

取り組みとしては、病床の機能分化・連携と在宅医療・在宅介護を推進するために必要な▽病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設▽地域医療ビジョンの策定やビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分設定、都道府県の役割の強化など）▽新たな財政支援制度の創設▽医療法人間の合併や権利の移転に関する制度などの見直し—のほか、地域での医師・看護職員などの確保と勤務環境の改善に関する施策や、医療職種の業務範囲と業務の実施体制見直しを挙げた。

医療保険制度では、必要な措置を14年度から17年度をめどに順次講じると記載し、法改正が必要な場合、法案を15年の通常国会に提出することを目指すこととした。

具体的には▽被用者保険者にかかる後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置▽70歳から74歳までの医療費自己負担と高額療養費の見直し▽外来・入院に関する給付の見直し—などを盛り込んだ。

介護保険制度では、要支援者への支援の見直しや、一定以上の所得がある人への利用者負担の見直しなどについて、必要な措置を15年度をめどに講じるとし、必要な法案を14年の通常国会に提出することを目指す。（8/20・22MEDIFAXより）

25年度までに医療・介護費5兆円抑制／厚生省、健康寿命の延伸で

田村憲久厚生労働相は8月30日、政府の日本再興戦略や健康・医療戦略などを踏まえ2025年度に向けて予防・健康管理に関する取り組みを推進することで、医療費・介護費を5兆円規模で抑制できるとの

試算を発表した。田村厚労相は「国民の健康寿命が延伸する社会」を目指すとし、「決して医療費・介護費の削減が一番の目的ではない。患者・国民は重症化を予防でき、医療機関は医療資源を有効活用でき、国も財源が削減できる。三方それぞれハッピーになる。わが省として13年が『予防元年』という意気込みでやっていく」と述べた。田村厚労相を本部長とする「健康づくり推進本部」を設置し、省内横断的な体制を構築していく。

高齢者への介護予防では「地域単位での介護・医療情報の『見える化』推進」を掲げた。要介護認定率の伸びが全国平均よりも低い自治体の取り組みを全国展開・拡大させることで約6000億円の抑制効果を見込む。高齢者の肺炎予防に向けては、誤嚥性肺炎を防ぐ口腔ケアの実施で約1000億円、肺炎球菌ワクチンの接種で約6000億円の削減効果があると推計した。

現役世代の健康づくりでは、レセプトや健診情報などのデータを最大限活用した「データヘルス」を推進し、全ての被用者保険の保険者が保健事業を実施した場合の効果額を約3000億円と想定した。特定健診・特定保健指導では、メタボリックシンドロームの減少で約4000億円、糖尿病の増加抑制で1兆9000億円の抑制を見込む。禁煙の推進では、22年度に成人喫煙率を12%にする「健康日本21」の目標を達成し、25年度まで維持できれば約3000億円の効果があると見ている。

医療資源の有効活用では、後発医薬品の使用促進のためのロードマップの目標（17年度に数量シェア60%以上）を達成し、25年度まで維持した場合に約1兆円の効果があるとした。ICTの活用による重複受診・重複検査などの防止でも約1000億円を見込む。

田村厚労相は5兆円という目標額について「分かりやすく大胆な定量的目標として掲げた」とし、現在のところ削減額を何らかの政策に転用する意図はないとしている。（9/2MEDIFAXより）

国民会議報告書の法制化へロードマップ／医療保険部会で厚労省

厚生労働省は9月9日、社会保障制度改革国民会議の報告書を受け「法制上の措置」の骨子が閣議決定されたことを踏まえ、今後の法制化に向けた検討スケジュールを整理し、社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）に提示した。委員からは高齢者医療の費用負担や全面総報酬

割の議論など、医療保険部会としての十分な議論を求める意見が上がった。

2013年末までに取りまとめて14年度の見直しを目指すものとしては▽高額療養費の見直し（14年度をめどに政令改正）▽国保・後期高齢者医療の低所得者保険料負担軽減措置、国保の保険料賦課限度額引き上げ（14年度税制改正、予算措置、政令改正）▽診療報酬改定の基本方針（14年度改定）一を挙げた。

さらに、15年の通常国会への法案提出を目指し14年4月から議論を開始するものとして▽医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平性の観点からの外来・入院に関する給付の見直し▽所得水準の高い国保組合への国庫補助の見直し▽被用者保険の標準報酬月額引き上げ一を提示した。これらと併せて▽後期高齢者支援金の全面総報酬割▽協会けんぽの国庫補助率や高齢者医療の費用負担の在り方▽国保の財政支援の拡充、保険者、運営等の在り方も検討するとした。

小林剛委員（全国健康保険協会理事長）は「全面総報酬割の導入に伴う公費財源を国保の財政基盤強化のために用いるのは筋違いであり、そのような考えには反対だ」と指摘。「国保の財政支援の拡充などは国保関係者だけの問題ではなく、われわれ被用者保険をはじめ多くの関係者の利害に直結する問題だ。具体的な協議の場は世の中に見える形で進めるべきだ」とも述べ、検討内容を随時、医療保険部会に報告し、問題を共有化できるようにすべきとした。厚労省は「地方団体と十分協議しながら具体的な改革案を固めていきたい。医療保険部会の意見を聞き

「法制上の措置」骨子（医療保険制度関係）の実施スケジュール

法制上の措置（骨子）に盛り込まれた事項については、社会保障審議会医療保険部会等で議論し、平成26年度から平成29年度までを目途に順次必要な措置を講ずる。法改正が必要な事項については、平成27年通常国会に法律案を提出することを旨とする。

「法制上の措置」骨子の文書	実施スケジュール
2. 医療制度 (6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。	
① 医療保険制度の財政基盤の安定化について次に掲げる措置	
イ 国民健康保険（国保）の財政支援の拡充	平成27年法案提出等
ロ 国保の保険者、運営等の在り方に関し、保険料の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国保の運営業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県・市区町村で適切に役割分担するために必要な措置	平成27年法案提出
ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）附則第2条に規定する所要の措置	平成27年法案提出
② 保険料に係る国民の負担に関する公平の確保について次に掲げる措置	
イ 国保及び後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置	平成26年度税制改正、政令改正
ロ 被用者保険に係る後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置	平成27年法案提出
ハ 所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し	平成27年法案提出
ニ 国保の保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ	平成26年度税制改正、政令改正、平成27年法案提出
③ 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について次に掲げる措置	
イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う、70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し	平成26年度予算措置、政令改正
ロ 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し	平成27年法案提出

ながら協議していく」と回答した。

白川修二委員（健保連専務理事）は「高齢者医療の費用負担の在り方に関する検討は最大の鍵。14年度の検討項目だが、なるべく早く検討を進めてもらいたい」と要望。「被用者保険の財政基盤の安定化に向けては、高齢者医療制度の財政構造をどうするかということが最大の鍵」とも説明した。

●診療報酬改定の基本方針は12月
一方、診療報酬改定の基本方針は12月にまとめる。先行して検討してきた「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的考え方について」は、「亜急性期について」としていた項目を「回復期（診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等）について」に変更するなどした最終版を提示した。今後議論する診療報酬改定の重点課題などと併せて改定の基本方針となる見通しだ。（9/10MEDIFAXより）

医療保険部会での検討スケジュール（法制上の措置関連）（案）

対応方針	医療保険部会			地方団体との協議	
	高額療養費の見直し	国保・後期高齢者医療の低所得者保険料負担軽減措置 国保の保険料賦課限度額引上げ	診療報酬改定基本方針	被用者保険の標準報酬月額の引上げ 所得水準の高い国保組合への国庫補助の見直し 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し	後期高齢者支援金の全面総報酬割 協会けんぽの国庫補助率や高齢者医療の費用負担の在り方 国保の財政支援の拡充 国保の保険者、運営等のあり方
25年9月	議論	議論	議論		
12月	とりまとめ	とりまとめ	とりまとめ		
26年4月				議論 (中間まとめ)	議論 (中間まとめ)
12月				とりまとめ	とりまとめ
26年度中を目途に政令改正	26年度中を目途に政令改正	26年度税制改正、予算措置、政令改正	26年度改定	27年常会に法案提出	27年常会に法案提出

高額療養費、高所得者は負担引き上げへ／厚労省

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）は9月9日、高額療養費制度を現行の仕組み以上に個々の負担能力に応じた仕組みに改めるための具体的な議論を始めた。厚労省は、現行の所得区分を細分化し、自己負担限度額を細かくする見直し案を示した。出席委員からは見直しの方向性に理解を示す意見が出た一方、システムの改修や患者負担などの視点で配慮を求める意見が出た。厚労省は2014年度中の政令改正を視野に年内の取りまとめを目指しており、次の見直しに関する会合で具体案を示す方針。

厚労省が示した見直しの方向性によると、70歳未満は「上位所得者（年収約790万円以上）」「一般所得者（年収約210万円～約790万円）」「低所得者（住民税非課税）」の3つのうち、上位所得者と一般所得者の所得区分を細分化する。このうち上位所得者は全ての対象者の月額負担上限額を引き上げる方針。一般所得者のうち、所得の比較的高い人は限度額を引き上げるほか、中間層は据え置き、比較的低い所得層は引き下げる。70歳以上は「一般所得者」と「現役並み所得者」の両区分で細分化を実施する。

議論では所得に応じた見直しに理解を示す意見が目立った。このうち、白川修二委員（健保連専務理事）は財源をめぐり「われわれは財政中立を求める。今回は財源を他から手当てせず、あくまで高額療養費の中で検討するのか」と質問すると、厚労省保険局の大島一博総務課長は「財政中立というより、高額療養費制度を充実させる方向で提示させてもらいたい」と応じた。このほか、所得の把握や申告などで患者に負担が出る可能性を懸念する意見（堀憲郎委員・日本歯科医師会常務理事）や、制度化に伴うシステム改修で配慮を求める意見（岩村正彦部会長代理・東京大大学院教授）などが出た。

高額療養費の見直しをめぐっては、社会保障制度改革国民会議の報告書で「高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である」と盛り込まれているほか、政府が閣議決定した社会保障制度改革のメニューやその実施時期を示した「プログラム法案」の骨子でも見直しに触れている。（9/10MEDIFAXより）

改定基本方針の項目立て、「亜急性期」を「回復期」に／厚労省

厚生労働省保険局医療課は9月6日、「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」を取りまとめた。日本医師会と四病院団体協議会の合同提言のほか、厚労省医政局の病床機能に関連する検討会で4つの病床機能分類が固まったことを踏まえ、これまで社会保障審議会の医療保険部会と医療部会に提示していた「基本的な考え方（案）」を修文。入院医療の項目にあった「亜急性期等について」を「回復期（診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等）」とした。

病床の機能分化をめぐっては、日医と四病協が病期に基づいて▽高度急性期▽急性期▽回復期▽慢性期一の4区分とする案を提示しており、医政局の検討会でも最終的に日医・四病協の合同提言と同じ4区分で決着している。これらの4区分は、あくまで病床機能の報告制度として検討されたもので、診療報酬とは連動しないとされているが、一方で診療報酬改定との整合性を求める声も上がっている。

今回、医療課がまとめた「基本的な考え方」の「回復期（診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等）」の項目では、▽急性期病床からの患者の受け入れ▽在宅・生活復帰支援▽在宅患者の急変時の受け入れ一の3つの機能や、対象患者像を明確化にし、回復期（診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリテーション病棟入院料など）の病床の機能に応じた評価について検討を行うことが必要と明記した。

その上で、医療部会や医療保険部会などで「在宅患者の急変時の受け入れ」が議論になっていたことから、「在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくいいため、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった」との文章を追加した。

さらに、急性期を脱した患者の転院先が見つからない状況もあるとして、「急性期後の病床等の充実が求められる」との文言も新たに加えた。（9/9MEDIFAXより）

紹介なし定額負担、議論は14年4月以降／15年の法案提出目指す

厚生労働省は、社会保障制度改革国民会議の報告書に盛り込まれた「紹介状を持たない患者が大病院

を外来受診した際に一定の定額負担を求める仕組み」について2014年4月以降、社会保障審議会・医療保険部会で具体策の検討に乗り出す。15年の通常国会に法案を提出できるよう結論を出す。定額負担の金額、対象となる病院の規模、初診料や外来診療料（200床以上病院の再診）を保険給付から外すかどうかなどが議題になる見込みだ。

国民会議の報告書では、医療機関の役割分担を図るため「緩やかなゲートキーパー機能」の導入が打ち出された。大病院の外来は紹介患者中心とし、一般的な外来受診はかかりつけ医に相談することを基本とするシステムを定着させる。その実現に向けて提案されたのが、紹介状を持たない患者が大病院を受診した際に、一定の自己負担を公定価格として求める制度。現在の選定療養を大きく推し進める内容といえる。

財源論から浮上したかつての「受診時定額負担」とは異なり、医療提供側からも求められている「外来の機能分化」を目的とする同制度の具体化に向け、主な論点に浮上するのは▽自己負担額▽大病院の病床規模▽初・再診の保険給付の取り扱い一だ。

自己負担の金額は、国民会議の議論では「例えば1万円」と示されていたが、あくまで例示であり現状では決まっていない。医療機関の役割分担実現に適した金額を議論していくことになる。

病床規模については、現在の選定療養が200床以上の病院を対象にしていることと、12年度診療報酬改定で、前年度の紹介率が40%未満で逆紹介率が30%未満の▽特定機能病院▽500床以上の地域医療支援病院一を対象に、紹介状なし患者の初診料を270点から200点に減額する措置を取ったことが参考になる。大学病院などを対象にする発想で500床以上とするのか、選定療養と同様の200床以上で導入するのかなどを軸に議論される見込み。200-500床の間の病床数で区切ることもあり得る。

初診料や外来診療料の取り扱いも議論になる。現行の選定療養の枠組みでは、患者から特別料金を徴収するかどうかの判断は医療機関に任されており、初診料の点数を下げる12年度改定のような方法では「むしろ患者は自己負担が下がり病院に来やすくなる。診療報酬の対応ではこうしたジレンマがある」（保険局）。今後は初診料と外来診療料の双方、あるいは初診料のみを保険給付せず、その分を患者から徴収する定額負担金で賄う議論も行われそうだが、どのような結論になっても、検討開始が14年4月

降のため14年度改定の案件にはならない。（9/6MEDIFAXより）

在宅医療推進へ、国と都道府県に新たな会議体／厚労省方針

厚生労働省は、在宅医療を推進する体制を整備するため国と都道府県それぞれに新たな会議体を設置する構想だ。2014年度予算の概算要求で2億9500万円を計上した「在宅医療提供体制の整備」として実施したい考え。在宅医療に参入する医師を増やすため、病院関係者が対象の研修も実施する計画だ。

●国には推進会議、都道府県には推進協議会

在宅医療を推進する体制として、国は各都道府県の担当者、都道府県医師会などで構成する「在宅医療推進会議」を設置する。各都道府県での在宅医療推進の取り組みを把握し、好事例を共有することで在宅医療推進策の均てん化を図る狙い。

各都道府県には、市町村、郡市医師会、都道府県医師会、在宅医療関係者、訪問看護関係者、介護関係者らで構成する「在宅医療推進協議会」の設置を求める。在宅医療の現状・課題や在宅医療推進のための取り組み状況などを把握した上で、課題解決に向けた方策などを決める体制とする。

●医師養成は司令塔役を委託

在宅医療に参入する医師を増やすための研修は▽実際に在宅医療へ参入する医師を養成する▽在宅医療に対する病院関係者の理解を深める一の2本立て。医師養成研修は、在宅医療のノウハウを持つ医療機関や研究機関など1カ所に司令塔としての役割を委託し、教材の策定から研修の進捗管理、研修実施後の有効性評価などを任せる。

病院関係者への研修は、在宅医療への理解を深めてもらうことで退院支援や急変時の入院を円滑化するのが狙い。関心を持ってもらうことで、将来的に在宅医療や訪問看護への参入を考える人を増やすきっかけづくりを進める狙いもある。研修担当者が病院を訪問して実施する計画だ。

厚労省は12年度、多職種協働による在宅医療のチームリーダーを養成する研修を国立長寿医療研究センターに委託して実施。各都道府県の行政担当者、医師会関係者、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなどの約250人を「都道府県リーダー」として養成し、各都道府県リーダーは各地域で「地域リーダー」を約150人養成する研修事業に取り組んだ。13年度は地域リーダーが各地域

の多職種に対する研修に取り組んでいる。14年度の事業として計画している在宅医療に参入する医師を増やすための研修は、都道府県リーダーや地域リーダーに中心的な役割を担ってもらおう考えた。

(9/6MEDIFAXより)

医療法改正案、今秋の提出方針を変更／仕切り直し14年通常国会へ

今秋の臨時国会への提出に向けて検討を進めてきた医療法改正案について、厚生労働省は8月9日、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）に、法案提出時期を遅らせ、2014年の通常国会への提出を目指す方針を示した。より慎重に議論を進めるため、委員から異論はなかった。

厚労省は「医療法等改正法案等に係る今後の審議日程等について（案）」と題した資料で、今後の審議スケジュール案として、9月以降は月2回の頻度で医療部会を開き、11月中をめどに意見を取りまとめたいとの考えを示した。仕切り直しの理由について、厚労省医政局総務課の土生栄二課長は「何人かの（医療部会委員の）先生方から慎重な議論を求める意見を頂戴したため」と説明した。

報告制度を検討している厚労省の「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」では、病院が選択する機能分類について意見が一致していない。厚労省は「急性期機能」「検討中（＝亜急性期＋地域多機能）」「回復期リハビリテーション機能」「長期療養機能」の4分類を示しているが、日本医師会と四病院団体協議会は合同で「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」とする4分類を提案している。

●医療法人の見直し、まず新検討会で

厚労省は会合で、現時点で想定している関連法改正に向けた主要な検討テーマとして▽病床の機能分化・連携▽在宅医療の推進、介護との連携を含む地域包括ケアシステムの構築▽医師、看護職員などの確保や勤務環境改善▽チーム医療の推進▽医療提供体制の改革を実現するための方策▽医療事故調査制度▽特定機能病院の承認の更新制▽臨床研修中核病院（仮称）の位置付け▽持分なし医療法人への移行促進一などを示した。

社会保障制度改革国民会議の報告書で言及された医療法人間の合併や権利の移転などに関する制度の見直しについては、すでに設置の方針を示している新たな検討会でまずは議論するとした。

(8/12MEDIFAXより)

医療部会も一体改革部分の中間整理／14年度診療報酬改定方針

社会保障審議会・医療部会は8月9日、2014年度診療報酬改定の基本方針策定に向けて社会保障・税一体改革関連部分に関する意見をまとめた中間整理案を大筋で了承した。会合で挙げた意見や、委員からの追加意見も反映した上で、社保審・医療保険部会と調整し、中間整理の確定版とする。

●機能分化や病床整備の表現に異論も

厚労省は8月9日午前の医療保険部会にも提出した「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について（案）」を示し、意見を求めた。

相澤孝夫委員（日本病院会副会長）は「急性期病床では、急性期を脱した患者の転院先が見つからずに、次の救急患者を受け入れられない状況もある」と記載されていることなどに反論。「見つからないのではなく（受け皿を）つくっていないからだ」と指摘し、「一般病床の入院を適切にするためにも、在宅までのスムーズな病床整備が必要」と述べた。

「急性期病床における長期入院患者の評価の適正化」と記載されたことにも触れ、「次に移る体制がないままだと（医療機関の経営者は）首を絞められるだけ」とし、受け皿整備の必要性を強調した。

生産年齢層を主な対象とするこれまでの医療から、高齢者が主な対象となる医療への変化に合わせて「急性期治療後も継続するQOL維持・改善などを含んだ慢性疾患モデルを急速につくる必要がある」と述べ、財政的・制度的支援を求めた。

西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は、入院医療について「7対1病床が急速に増え」と記載された点を問題視し、「7対1入院基本料（を算定する病院が急速に増えている）とすべき。実際の人員配置は（傾斜配置によって）病棟ごとにさまざま。実態を踏まえた書き込みにしていただきたい」と述べた。

また、「急性期病床の平均在院日数の短縮」が検討事項に挙げられていることなどに触れ、「急性期の在院日数を減らすなら、今よりもっと看護師を増やさなければならない」とし、「きちんと将来像を見せないと医療機関は不安な気持ちになる」と述べた。人員体制は労働環境に大きく影響するとも指摘し「いろんな視点で考えた長期ビジョンを示していただきたい」と求めた。(8/12MEDIFAXより)

急変患者はまず「急性期病床」で／医療部会で日医・中川副会長

日本医師会の中川俊男副会長は8月9日、委員として出席した社会保障審議会・医療部会で、病床機能を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4分類とする日医と四病院団体協議会の合同提案について説明した。

合同提案のポイントとしては▽厚労省の分類案のように「主として」との表現を使っていない。例えば6割が急性期病床で4割が回復期病床の場合、主として担う機能となると、急性期病床の情報しか得られない。報告は「急性期病床6割・回復期病床4割」との表現です。▽急性期病床には、在宅や介護施設等の患者の急性増悪(サブアキュート)や2次救急を包含する▽回復期病床は、急性期経過後も引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供するポストアキュートの機能を持つ一などを挙げた。

在宅や介護施設の患者の急性増悪への対応は、日医・四病協の合同提案では「急性期」に、中医協・入院分科会の中間まとめでは新たに創設を目指す「亜急性期病棟」となっている。中川委員は「高齢者が急性増悪した時に急性期病床に入らず、最初から亜急性期病床で受けるようなケースが出てくるのではないか」と述べ、亜急性期病棟の提案に反対の意向を示した。

中川委員は、合同提案の中で示した「かかりつけ医」の定義や機能についても説明。「報告制度をしっかり構築し、都道府県で分析し、地域に応じた医療提供体制を構築してほしい」と述べた。

●救急医療は厳しく亜急性期で／健保連・高智理事

こうした説明に対し健保連理事の高智英太郎委員は「現状の厳しい状況の中で高齢化に伴い急変する患者が増えていくことを考えれば、救急医療体制は厳しく、亜急性期病床で受けることはむしろ必要ではないか」と質問した。中川委員は「われわれは急変した患者を、救命救急センターで診るべきと言っているわけではない。急性期病床で診て、その結果として急性期以外でよい、ということであれば、次の施設ということになる」とし、地域のさまざまな状況に対応した医療提供体制を検討していくことが必要とした。

NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長の山口育子委員は患者の立場から、日医・四病協の合同提案に一定の評価をした上で「かかりつけ医の定義は理想的だが『やっています』『目指しま

す』では安心できない。患者が選ぶ際の指標などを考えての提案なのか」と質問。中川委員は、かかりつけ医は日医の生涯教育システムで最新の医療情報を身に付けながら適切な医療を提供しており、広報機能を充実させていきたいとした。(8/12MEDIFAXより)

次期改定へ一体改革部分を中間整理／医療保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会(部会長=遠藤久夫・学習院大教授)は8月9日午前、2014年度診療報酬改定の基本方針策定に向け、社会保障・税一体改革関連部分の中間整理をした。同日午後の医療部会の意見も反映し、次期改定における一体改革関連の基本的考えをまとめる。

事務局の保険局医療課は会合に、医療保険部会と医療部会でのこれまでの議論を整理した「次期診療報酬改定における一体改革関連の基本的な考え方(案)」を示した。「基本認識」と「次期改定の一体改革関連の基本的考え方」に分かれている。

基本認識では次期改定について、前回改定に引き続き「入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む必要がある」と明記した。分化や連携は「病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう」検討すべきと記載。「地域完結型」の医療提供を促進する評価が必要なことも打ち出した。

基本的な考え方は「入院医療」「外来医療」「在宅医療」「医療機関の連携や医療・介護のネットワーク」(NW)別に示した。入院では、急性期病床や亜急性期病床の機能明確化や、有床診療所の評価の検討を記載。外来では、かかりつけ医機能の評価や、大病院の紹介外来をさらに推進する方策の検討を示し、在宅ではかかりつけ医を中心にした在宅医療提供体制の構築の重要性に言及。連携・NWの部分では、地域ごとに地域完結型の医療NWを構築する必要があるとした。宇都宮啓医療課長は「両部会の考え方でできた中間整理を、政府・与党が議論する際の説明に使いたい」とした。

●「地域完結型医療」の定義とは

議論では、政府の社会保障制度改革国民会議の報告書でも打ち出されている「地域完結型」医療について、定義の不明確さを指摘する意見が出た。鈴木邦彦委員(日本医師会常任理事)は「何を意味しているのかははっきりしない。場合によっては地域の医

療機関を一体的に評価することを含むのか。あるいは医療と介護の一体化の意味か」と質問し、趣旨が曖昧なまま議論が進むことに懸念を表明。樋口恵子委員（高齢社会をよくする女性の会理事長）も「地域完結型という言葉のイメージを知りたい」と求めた。

宇都宮医療課長は「地域包括ケアのイメージと近いと思うが、診療報酬でどうするかは今後の議論」と回答。国民会議の会長代理を務めた遠藤部会長は「国民会議でも、地域完結型の具体的な意味については細かく議論をしていない」と答えた。

（8/12MEDIFAXより）

紹介なし大病院受診、保険給付の対象外に／「再診は乱暴」と安達氏

社会保障制度改革国民会議が報告書に盛り込んだ「紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外來受診に、一定の定額自己負担を求める仕組み」について、厚生労働省は紹介状なし患者の大病院受診は保険給付の対象にならない仕組みとする方向で検討していく。対象となる病床規模や患者に求める定額の自己負担額などの詳細は、社会保障審議会・医療保険部会で議論する考えだ。これに対し中医協診療側委員の安達秀樹氏（京都府医師会副会長）は「外來の機能分化を進める必要性は理解できるが、対象は初診にとどめるべきだ。初診で診断を受けた後、引き続き受療する再診患者について、紹介状の有無で保険給付の機会を奪うべきではない」と指摘している。

安達氏は取材に「これまで『外來は診療所』といわれてきたが形骸化している。フリーアクセスの一部制限ともいえるべき国民会議の提案は一步進んだ対応であり、必ずしも乱暴な話ではない」と述べた。その上で「初診はさまざまな疾病・病態の患者が混在する。しかし再診患者は高次医療が必要な患者もおり、紹介状の有無で保険からの給付がなくなるのは乱暴だ」と主張した。

さらに、「初診患者でも例えば複数疾患を抱えた患者などをどう切り分けていくか。制度に落とし込む場合の条件付けは単純ではない」と指摘。「大病院が門前クリニックを設置するなど、地域医療に波紋を起こすことがあってはならない」とも述べた。

●診療所の1日単価は「1000点超」

一方、国民会議報告書の「かかりつけ医に相談することを基本とするシステムの普及、定着」について、安達氏は「生涯教育を充実し、国民・患者の信

頼に足るかかりつけ医にしていくことが必要だ。短絡的なゲートキーパーといった英国のG P制度にならないよう留意しながら、かかりつけ医機能を伸ばす仕組みが必要だ」と述べた。

かかりつけ医機能の充実、次期診療報酬改定でも重要な論点となる。安達氏は「高齢者のかかりつけ医機能の充実、原則出来高払い方式を目指すべきだ」との姿勢を堅持しつつ、「一定の条件が整えば包括の議論に応じることは可能だ」としている。包括点数の前提条件としては▽点数設定は実態に即した内容にする▽大学病院での先進的な医療が必要な患者は、一定期間、かかりつけ医診療と並行受診できるようにする▽他科の診療を阻害せず、急性増悪時には包括の枠から外す一を挙げた。安達氏は「過去の後期高齢者診療料は600点だった。最近では1日当たり出来高ベースで少なくとも1000点はかかっているとのデータを得ている」と述べた。

このほか国民会議報告書に対しては、行き過ぎた効率化に懸念を示した。（8/20MEDIFAXより）

概算要求

厚労省概算要求、30兆5000億円／重点枠に医療アクセスなど

厚生労働省は8月27日、一般会計の総額を社会保障費の自然増9700億円を含む30兆5620億円とする2014年度予算の概算要求を発表した。重点枠で求めるのは1617億円で、良質な医療・介護へのアクセス確保を目指したドクターヘリの拡充や、地域包括ケア推進の関連予算などを盛り込んだ。診療報酬改定や、13年度で期限が切れる地域医療再生基金の取り扱いなどは12月の予算案策定までに検討する。消費増税に伴う社会保障の充実と支出増についても、安倍晋三首相の増税判断を受けた上で予算編成過程で検討する。

14年度予算概算要求額は、自然増を含め13年度当初予算より3.8%伸びた。年金・医療などの経費は29兆1235億円。自然増9700億円の内訳は、医療が最大で3535億円を占める。年金は3047億円、介護が1470億円、福祉等が1680億円だった。

概算要求に当たり発表されたシーリングでは、各省庁の裁量的経費を前年度予算から10%以上削減し、削減後の金額（要望基礎額）の30%以内で重点枠「新しい日本のための優先課題推進枠」の要望ができるルールが設定された。厚労省は13年度予算の

裁量的経費約6000億円の10%に当たる600億円を削減し、残った5400億円の要望基礎額に上限の30%を掛けた1617億円を重点枠で要望した。重点枠は、主に6月に閣議決定された「日本再興戦略」を踏まえた内容となっている。

●「断らない医療機関」で新規23億円

重点枠には▽予防・健康管理の推進▽日本版N I H創設に伴う医療分野の研究開発促進▽医療関連産業の活性化▽良質な医療・介護へのアクセス確保などを盛り込んだ。

予防・健康管理では、レセプト・健診情報を活用した保険者のデータ分析に基づく保健事業の推進で97億円を要求する。良質な医療・介護のアクセスでは、ドクターヘリの運航体制拡充で119億円を要求。新規項目として、長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的でも断らずに受け入れる医療機関の確保で23億円、診療行為や治療結果を一元的に蓄積・分析・活用する関係学会の取り組み推進に4.2億円、研修病院への専門医養成プログラムの作成支援に9.7億円を求める。感染症対策で79億円、地域包括ケアの推進では38億円を計上する。

日本版N I Hの創設とそれに伴う医療分野の研究開発促進では、関連予算を1082億円要求する。内訳は、日本版N I Hの下で革新的な医療技術を研究したり、新薬実用化までのスピードアップを図ることなどで524億円、国立高度専門医療研究センターの体制整備で545億円、がんなどの予防・診断・治療法の開発で13億円となっている。これらN I H関連では、151億円が重点枠の要求に位置付けられている。(8/27MEDIFAXより)

中医協

有床診の栄養管理、見直し論と原則論で平行線／中医協総会

中医協総会（会長＝森田朗・学習院大教授）が8月21日開かれ、2012年度診療報酬改定で入院基本料や特定入院料の要件に包括された栄養管理実施加算をめぐる「有床診療所については管理栄養士の確保が進んでいないことを踏まえ対応を検討する必要がある」とした「入院医療等の調査・評価分科会」の中間まとめに対し、支払い側は見直し論に慎重な姿勢を示した。

白川修二委員（健保連専務理事）は「有床診で管理栄養士の確保が困難を極めていることはデータか

らも承知している。入院患者を引き受けている施設では、食事も治療の一環であることを考えれば管理栄養士の確保は必要だ。ハローワークの活用率が低く、問題は有床診が管理栄養士を確保する努力をどの程度しているかにもある」と指摘した。その上で「管理栄養士を確保しているのが原則。例外は例外として個別に議論すればよい」とし、原則論を重視する考えを示した。

矢内邦夫委員（全国健康保険協会東京支部長）も「栄養管理実施加算の入院基本料への包括から、有床診だけ除外するという安易なことではよいのか」と問題視した。

これに対し、中間まとめに沿って有床診の見直しを進めたいとする診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「有床診が管理栄養士を確保するために（ハローワークなどに）相談している比率が低い状況は、広報が十分ではなかったからだと思うが、基本的に中間まとめに沿って有床診については入院基本料などの要件に包括された栄養管理実施加算を外すべきだ」とし、12年度改定前に戻すことが必要とした。

安達秀樹委員（京都府医師会副会長）も「有床診と管理栄養士の数だけを見た場合は充足しているように見えるが、実情は地方でも都市部に集中している。現状に即した適切な対応が必要だ」とし、「今後、支払い側の原則論も踏まえながら、地域特性を考慮したより現実的な対応を検討していくことが必要ではないか」と述べた。

●医療体制が不十分な医療圏、拡大容認せず／支払い側・白川委員

このほか12年度診療報酬改定では、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な30カ所の2次医療圏に配慮した評価を導入したが、調査の結果、活用している医療機関が限定的だったことを踏まえ、中間まとめでは該当する医療圏の拡大ではなく「現行の評価を継続していくことが妥当」との方向性を打ち出した。西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「（そもそも現在の30カ所の）医療圏の選び方について、もっと検討すべきだったのではないか。（そうしたことが検証できるよう）現場の意見を取り入れた調査項目にしてもらいたかった」と述べたほか、診療側の万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）は「医療提供体制が十分ではない、という概念をもっと広く考えるべきだ」と指摘した。鈴木委員も「まだ議論が十分ではない。検証しなが

ら検討を続けてもらいたい」と述べた。

これに対して支払い側の白川委員は、活用が限定的との調査結果について「当然だ」と述べた。その上で「現行の体系の中で使いづらい部分があれば改善していくが、これを全国に増やしていくことは容認できない」とし、「あくまで特例」との解釈を堅持していく考えを示した。

このほか中間まとめの「おわりに」と題する章に記載された「もはや7対1入院基本料を算定する医療機関のみで患者の必要とする医療を完結することは難しい」との文言について、現状の医療提供体制を反映していないとの意見があった。

(8/22MEDIFAXより)

7対1の厳格化、総会で火ぶた／中医協、診療側から異論噴出

次期診療報酬改定の中心的な課題となる7対1入院基本料の要件厳格化を含んだ入院医療の議論が8月21日、中医協総会（会長＝森田朗・学習院大教授）で始まった。「入院医療等の調査・評価分科会」の中間まとめを同分科会の武藤正樹分科会長が報告。診療側委員は「7対1の削減ありきだ」「7対1算定施設の定義が分かりにくい」「特定除外を見直すにはデータが足りない」など、中間まとめの内容に次々と疑義をぶつけた。今後も事務局の厚生労働省保険局医療課が指摘を踏まえた整理をしつつ議論を続ける。

中間まとめには7対1、10対1の特定除外項目見直しが記載され、7対1の機能を「複雑な病態を持つ急性期の患者に高度な医療を提供すること」と定義している。

「7対1の削減ありきだ」―。診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）が口火を切った。入院分科会では議論が尽くされていないとし、総会でさらに検討する必要性を主張。特定除外の見直しについては「日医と四病協で集計しているデータを近々発表できる。厚労省のデータより例数が多い。13対1、15対1とは違う部分が出る可能性がある」と述べ、7対1、10対1の特定除外廃止に異を唱えた。安達秀樹委員（京都府医師会副会長）も「（厚労省のデータは）特定除外の病態を把握するには数が足りない」と、データ不足を指摘した。

7対1算定機関の機能についても診療側が疑問視した。嘉山孝正委員（全国医学部長病院長会議相談役）は「複雑な病態とはどういうイメージか」と質

問。高齢者で複数の疾患を抱えている人と、高度で先進的な医療が必要な人という2つをイメージさせるとし、現場に合わせた定義を求めた。嘉山委員は「重症度・看護必要度」の追加項目で記載された「10分間以上の指導」についても「時間を設定すると現場が混乱する」と批判。武藤分科会長が「目安の数字」と説明すると、「それなら『十分な』でよい」と切り返した。

●医療課「方向性は変わらず」

疑義を唱える診療側に対し、支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「分科会の出した方向性は論理的には正しい」と発言。診療側の西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「基本的な方向性に反対ではなく、データに信頼性があるかどうかをまず議論すべきということだ」と述べた。

保険局医療課は会合終了後「大きな方向性が変わる議論には恐らくならない。データの解釈や、運用段階で現場に混乱がない形での整理をする議論になるのではないか」と今後を見通した。

(8/22MEDIFAXより)

補填は「基本診療料中心」に慎重論も／消費税分科会が中間整理案

厚生労働省は8月28日、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）に対し、これまでの議論を踏まえ、消費税率が8%にアップした場合の診療報酬による対応について「基本診療料・調剤基本料への上乗せを中心にしつつ、個別項目への上乗せを組み合わせる形で対応する」との基本的な方向を盛り込んだ中間整理案を提示した。「医療機関等の設備投資に関する調査」の結果と共に、9月4日の中医協総会で田中分科会長が報告する。

中間整理案の「基本診療料・調剤基本料への上乗せを中心に」との表現に対しては、支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）が難色を示し、医療経済実態調査（実調）の調査結果が出るまでは基本診療料と個別項目の組み合わせという表記にとどめるべきと強く主張した。

これに対し診療側の西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「これまでも基本診療料・調剤基本料に上乗せすることを中心に考えようという議論があった」とし、議論の流れからも厚労省の整理案を支持した。公益の関原健夫委員（日本対がん協会常務理事）も整理案を支持した。

しかし白川委員は「私もこれまでそう発言したが、課税経費などを実調で確認した上で、どういう割合でやるべきかを考えた方が、より公平な対応が図られると思う。今の段階で（基本診療料を）中心と書き込むことはいかがなものか」と重ねて指摘した。

こうした議論を踏まえ今村聡委員（日本医師会副会長）は「公平感という点では基本診療料という考え方でよいのではないかとした上で、「基本診療料を中心にしつつ」という文言を残した上で、基本診療料と個別項目の割合についても実調の結果を踏まえ今後検討するということがよいのではないかと折衷案を示した。

それでも支払い側の藤原清明委員（経団連・経済政策本部長）は「『中心にしつつ』は削除してもらいたい」とした上で、患者から見た場合、非課税なのに費用負担が増えることへの納得感や公平性に関しては議論されていないと指摘した。

このほか小林剛委員（全国健康保険協会理事長）も「こだわるようだが、基本診療料と個別項目については、実調を踏まえて（個別項目を）増やすということではよいのか」と質問するなど、支払い側委員は強いこだわりを見せた。ただ、最終的には白川委員が「分科会長に一任する」と発言。田中分科会長は各側の意見を踏まえて修正案を示した。

（8/29MEDIFAXより）

規制改革

株式会社の医療経営参入も視野に議論／規制改革WG

政府の規制改革会議が設置する健康・医療ワーキング・グループ（WG）は9月5日、今後の議論に向けて4つの視点と、それぞれの視点ごとにまとめた計10項目の論点を決めた。WGの検討項目となる論点のうち「医療機関の業務・ガバナンス等の見直し」では、株式会社の医療経営参入や収益業務など医療法人に認める業務範囲を見直すことを視野に入れ、議論を深めていくという。

厚生労働省が医療法改正案を2014年の通常国会に提出する予定であることも踏まえ、論点の中で医療法改正に関連する項目と、その他に優先項目と位置付ける項目については年内にWGの意見を取りまとめる考え。残りの論点についても早期の意見集約を目指す。論点は12日に予定されている同会議に報告する。

優先項目とした論点のうち、「保険診療と保険外診療の併用療養制度」「介護、保育事業における経営主体間のイコールフットイング確立」は最優先案件と位置付けており、同会議で検討する。「イコールフットイング」とは対等に競争できるように条件を同一にすることを指す。

10項目の論点以外にもWG委員から、医療提供体制の在り方や2次医療圏ごとの病床規制などについて議論するよう追加の要望があり、今後、論点にするかどうか検討する。

2013年6月に取りまとめた答申で示した規制改革の取り組みのフォローアップも行う。健康・医療分野では、▽全ての社会福祉法人の経営情報の公開▽再生医療の推進▽医療機器に係る規制改革の推進▽一般用医薬品のインターネット販売—などについて重点的にフォローアップする。

4つの視点と10項目の論点は以下の通り。（◎は優先項目）

▽患者の利益にかなう最先端の医薬品・医療機器の早期提供（◎保険診療と保険外診療の併用療養制度、◎医薬品に係る治験前臨床試験の有効活用）▽安定的かつ持続可能な医療・介護・保育サービスの提供体制の再構築（◎介護・保育事業における経営主体間のイコールフットイング確立、医療機関の業務・ガバナンス等の見直し、看護師等の業務範囲や業務実施体制の見直し）▽ICTの推進等による効果的・効率的な医療・介護・保育サービスの在り方の見直し（◎レセプト帳票の見直しなど分析可能なデータの整備、◎保険者による直接審査の推進、◎支払基金と国保連の役割分担の見直し）▽国民のニーズの多様化に応える医療・介護・保育サービスの提供等（セルフケア領域に適する医療用検査薬等の見直し、在宅医療・在宅介護における開設要件等の見直し）（9/6MEDIFAXより）

保険外診療と保険診療を併用しやすく／規制改革の最優先案件に

政府の規制改革会議（議長＝岡素之・住友商事相談役）は、国内未承認の医薬品・医療機器を用いる医療技術と保険診療を併用しやすくする規制改革など、「保険診療と保険外診療の併用療養制度」を最優先案件として議論する。年内にも意見を取りまとめる。8月22日の会合で決めた。

岡議長は会合後に会見し、保険診療と保険外診療の併用について「日本再興戦略でも一部取り上げら

れたが、再生医療分野を中心とした取り上げ方をされたと理解している」との見方を示した上で、「今回、取り上げようという併用制度は対象を限定することなく、幅広く取り上げようと考えている」と述べた。

岡議長は会見で、厚生労働省が「先進医療」として認めている現行の保険外併用療養制度の審査迅速化を図る「最先端医療迅速評価制度（先進医療ハイウェイ構想）」（仮称）などを打ち出していることへの評価を求められたが、「評価のしようがない」と明言を避けた。その上で「少なくとも現在の（保険外併用療養制度の運営）評価としては不十分」とした。

規制改革会議の最優先案件は▽保険診療と保険外診療の併用療養制度▽介護・保育事業等における経営主体間のイコールフットイング確立▽農地関連規制の見直し—の3項目。岡議長は意見の取りまとめ時期について、農地関連は秋の臨時国会に関連法案が提出される予定のため9月中をめどとし、他の2項目は年内をめどにまとめると説明。保険診療と保険外診療の併用療養制度の検討については、「国内で開発された先進的な医薬品・医療機器を用いた医療技術、および海外で使用され国内では未承認の医薬品・医療機器を用いた医療技術等を保険診療と併用しやすくする規制改革を利用者の立場で検討する」との方針を示した。医療・健康分野を議論する際の重要な視点として▽最新の医療をできるだけ早く国民に届ける▽関連技術開発などへの国内企業の意欲を高める▽保険財政—の3点が必要との考えも示し、「3つの視点でバランスを見ながらやっていくことが必要」と述べた。

会合では、主要検討課題について掘り下げて議論するためのワーキンググループ(WG)を分野ごとに設置することも決めた。健康・医療WGは翁百合委員（日本総合研究所理事）が座長を務める。同会議の委員以外からも、専門委員として土屋了介氏（がん研究会理事）、松山幸弘氏（キヤノングローバル戦略研究所研究主幹・経済学博士）、竹川節男氏（医療法人社団健育会理事長）の3人が参加する。WGで検討する項目は9月12日の次回規制改革会議で決める予定だ。（8/23MEDIFAXより）

競争力会議に「医療・介護等」分科会／病床機能も検討例に

政府は9月2日、産業競争力会議（議長＝安倍晋

三首相）を開き、日本再興戦略の実行力を高めていくため「医療・介護等」など4つの分科会と、政治決着を図るための「課題別会合」を設置することを決めた。現時点の検討項目（例）には、病床機能分化や、医療法人・社会福祉法人の合併・再編なども含まれている。内閣官房の事務局は分科会を、経済成長の「司令塔」と位置付けている。

新設した分科会は▽雇用・人材▽農業▽医療・介護等▽フォローアップ—の4分野。従来の会議方式では、各構成員の発言時間を短くせざるを得なかった。政府は重要テーマごとに分科会をつくり、メンバーを絞り込むことで議論を深めたい考え。

医療・介護等分科会では、日本再興戦略で掲げた「健康増進・予防、生活支援関連産業の市場規模を2020年に10兆円（現状4兆円）に拡大」「医薬品・医療機器、再生医療の医療関連産業の市場規模を20年に16兆円（現状12兆円）に拡大」の達成を目指す。医療・介護分野をどのように成長市場に変え、質の高いサービスを提供するか、制度の持続可能性をいかに確保するか、といった中長期的な成長を実現するための課題を議論するという。

政府が提出した資料には「検討項目（例）」が記載されている。具体的には▽病床機能分化推進▽医療法人・社会福祉法人の合併・再編の推進▽レセプト情報を活用した予防医療や医療費削減▽医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開▽保険外併用療養の大幅拡大▽セルフメディケーションのさらなる推進▽医療の国際展開の推進—など。内閣官房事務局によると「これはあくまで例示であり、分科会の議論次第で検討内容が変わることも十分にあり得る」という。

医療・介護等分野は9月中に初会合を開く予定。他の分科会では臨時国会前に結論を出す検討項目もあるが、事務局は医療・介護の議論には時間がかかると見ており、年末をめどに中間整理を取りまとめる予定。

医療・介護等分科会のメンバーは次の各氏。

【政府】▽座長＝甘利明経済再生（一体改革）担当相▽座長代理＝菅義偉内閣官房長官、茂木敏充経済産業相▽副座長＝内閣府副大臣、内閣府大臣政務官。このほかに関係閣僚も加わる。

【民間】▽主査＝佐藤康博議員（みずほフィナンシャルグループ社長）▽長谷川閑史議員（武田薬品工業社長）▽新浪剛史議員（ローソン社長）。規制改革会議の岡素之議長（住友商事相談役）は随時必要

な分科会に参加する。(9/3MEDIFAXより)

チーム医療

看護以外の業務拡大、法律関連事項を議論／チーム医療推進WG

厚生労働省は8月26日の「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」(WG、座長=山口徹・虎の門病院顧問)に、看護師以外の医療関係職種の仕事拡大について、関連団体の要望を踏まえ「法律改正に関わる事項」として論点を提示した。議論の対象となったのは▽救急救命士▽診療放射線技師▽理学療法士▽臨床検査技師▽薬剤師—の5職種。議論の結果、各論点ごとに一定の方向性は共有した。

救急救命士については、特定行為を実施する場所として「救急搬送先の医療機関スタッフに患者を引き継ぐまで」とすることができるかどうか検討する。現行は「救急車に乗せるまで」と「救急車内」と規定している。

診療放射線技師については、画像誘導放射線治療(IGRT)による放射線治療の際、肛門内のガスを吸入するために肛門からカテーテルを挿入する手技を業務に加えることについて検討する。検診車でのX線照射の医師立会いについては、リスクなどを検証している厚生労働科学研究費事業の結果を踏まえて検討する。

理学療法士については、「身体に障害のある者」となっている理学療法士の対象に、廃用症候群などを予防する観点から「身体に障害のおそれのある者」を追加するよう日本理学療法士協会が求めている。しかし、理学療法そのものの議論となることから同WGでの検討は見送る。(8/27MEDIFAXより)

介護保険

市町村の役割拡大に懸念も／社保審・介護保険部会が再開

社会保障制度改革国民会議が取りまとめた介護保険制度改革案を受け、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)は8月28日、制度改革に向けて本格的な議論を開始した。厚生労働省は会合に、地域包括ケアシステムの構築に向けて▽介護保険事業計画▽在宅医療と介護の連携▽地域ケア会議▽ケアマネジメント—の論点を提示。市町村の役割を拡大させる改革案

に対し、複数の委員から市町村の責任が過重になることを懸念する意見も出た。

全国市長会介護保険対策特別委員長の大西秀人委員(高松市長)は市町村の立場から、制度改革の方向性について不安や懸念があることを吐露し、「全市町村で機能するシステムが作れるのだろうか、まだよく分からないのが本当のところ」と述べた。一方で、「当事者としてうまくやっていける方向性を考えなければならない」との見解も示し、厚労省に明確な改革スケジュールの提示を求めた。

全国老人クラブ連合会理事・事務局長の齊藤秀樹委員は「包括ケアの構築に向けた論点はいずれも市町村の責任が重いものになっている」と指摘。大きな責任を背負うことになる自治体の能力が懸念材料とし、「自治体をどのようにサポートするかが非常に大事」と述べた。

淑徳大教授の結城康博委員も、今後の介護保険事業計画を策定する上で「一部を除いて市町村の『介護現場力』の低下は否めない」と述べるなど、介護保険制度の運営に関わる市町村の現状に問題意識を表明。今回の制度改革では市町村の『介護現場力』が問われることになるとし、現場を見据えた議論が必要と指摘した。

●地域ケア会議は制度化へ

厚労省は多職種が個別ケースの分析から地域課題を見出す地域ケア会議について、包括的なケアシステムの実現に必要な手段だとして介護保険法で制度的に位置付けることを論点に挙げた。同会議の運営は現在、厚労省の通知に基づく。委員からは、同会議で取り上げる個別ケースとなる利用者の不在や会議の目的実現に向けた人材育成の必要性、さらに、会議自体の周知不足を指摘する意見があった。

居宅介護支援事業者の指定権限を都道府県から市町村に移譲することも論点に挙げられた。市町村が介護支援専門員の育成や支援に、より積極的に関与することが期待されている。権限移譲について賛成の意見が出される一方、市町村の事務負担増を懸念する意見もあった。

同部会は9月4日に開く次回会合で▽生活支援、予防給付▽認知症施策▽介護人材の確保—について議論する。(8/29MEDIFAXより)

在宅医療と介護の連携拠点事業、制度化で全国展開を／厚労省

介護保険制度改革に向けて議論を開始した8月28

日の社会保障審議会・介護保険部会で、厚生労働省は2011年度と12年度にモデル事業で実施した在宅医療連携拠点事業の取り組みを全市町村で実施するため、介護保険制度に取り入れることを提案した。在宅医療と介護の連携をさらに強力に推し進めることが狙い。

在宅医療連携拠点事業は厚労省医政局の所管で実施した。11年度は10カ所、12年度は105カ所の地域で在宅医療と介護の連携拠点を設け、医療側から介護側に連携を働き掛ける取り組みを展開した。厚労省は介護保険制度上に位置付ける場合、市町村による地域支援事業の「包括的支援事業」として、15年度開始の第6期介護保険事業計画実施から実施することを見込む。地域の医師会を中心に▽地域の医療・福祉資源の把握や活用▽在宅医療・介護連携に関わる会議への参加や仲介▽多職種参加型の研修会の実施などの取り組みが想定されている。

在宅医療連携拠点事業について、日本医師会常任理事の高杉敬久委員は医療と介護の融合を目指すものとの理解を示し、「医療の役割が非常に大事になってくる。地域での在宅医療の展開は、われわれが責任を持って進めたいと思う」と主張した。

市町村を代表する委員から連携拠点の早急な制度化を懸念する意見も出された。東京都奥多摩町長の河村文夫参考人は「モデル事業が行われたが、これをもって第6期介護保険事業計画から全市町村で実施することはどうなのか」と述べ、疑問を呈した。その上で「(18年度からの)第7期介護保険事業計画の実施時に必須として実施することを検討し、現段階では任意事業としてやっていただきたい」と述べた。

全国市長会介護保険対策特別委員会委員長の大西秀人委員も、同事業は一部地域のモデル事業として実施されたことを踏まえ、「15年度は任意事業の形で走り出させ、18年度から本格事業化するようなことも考えるべき」と訴えた。

厚労省老健局の朝川知昭振興課長は制度化を提案する背景として、診療報酬や介護報酬によるインセンティブだけでは連携推進が十分に進まないことを説明。「後方支援をしっかりとやる必要があるとの認識から、地域支援事業として位置付けたい」と述べ、理解を求めた。(8/29MEDIFAXより)

難病

難病の医療費助成、11月めどに取りまとめ／厚労省

厚生労働省健康局疾病対策課は8月29日、9月3日から再開する厚生科学審議会・疾病対策部会の難病対策委員会で、医療費助成の対象疾患・対象患者の認定基準や負担割合、月額負担上限などを話し合うことを明らかにした。消費増税の決定を見据えて、予算編成過程の11月をめどに総合的な難病対策の基本的な考え方を取りまとめ、2014年通常国会の法案提出につなげていく。

同課によると、「特定疾患治療研究事業」の13年度の総事業費は1342億円と予測されるが、国と都道府県の負担が半々となっているにもかかわらず、国が440億円しか予算を確保できていないために自治体が超過負担する状態が続いている。

14年度予算での超過負担の解消に向けて、総務・財務・厚生労働の3大臣は13年1月に法制化と必要な措置を進めることで合意した。また、難病対策委員会は▽治療方法の開発や医療の質の向上▽助成対象の疾患・基準などを見直した公平で安定的な医療費助成の仕組み▽国民理解の促進と社会参加施策の充実—の3つの柱からなる提言を取りまとめた。

社会保障制度改革国民会議の報告書でも、消費税増収分を医療費助成に活用し、公平かつ安定的な制度を確立するとされ、21日に閣議決定したプログラム法案の骨子では、必要な措置を14年度をめどに講ずるため、14年通常国会への法案提出を目指すと考えられた。(8/30MEDIFAXより)

税制改正

事業税非課税措置の存続など／厚労省・14年度税制改正要望

厚生労働省は8月27日、2014年度の税制改正要望事項を発表した。社会保険診療報酬に関する事業税の非課税措置や、社会保険診療以外の事業税の軽減措置を存続するよう求める。医療に関する消費税の在り方を検討し、患者の負担に配慮しながら控除対象外消費税問題の結論を得ることも盛り込んだ。いわゆる四段階制の存続については、今回は要望していない。

事業税の非課税措置は、13年度税制改正大綱に「税負担の公平性を図る観点や、地域医療の確保を図る

観点から、そのあり方について検討する」と記載されている。医療機関にとって非課税措置は重要だが、年末に向け議論されることになる。

税制改正要望にはこのほか、医業継続に関する相続・贈与税の納税猶予の特例措置を創設することや、健康の観点からのたばこ税率引き上げなども盛り込んだ。(8/28MEDIFAXより)

警察医

警察医の全国組織、日医主導で発足へ／災害時検案の体制構築も

日本医師会は2014年度、日本警察医会に代わる新たな全国組織を発足させる。警察に協力するための「連絡協議会」を日医の内部組織として設け、都道府県医師会と連携して検案業務に関する人材の確保や能力向上、大規模災害時の迅速な検案活動の実施を進める考え。日医の高杉敬久常任理事が取材に応じ、今後の取り組みを明らかにした。

在宅医療の進展や長寿社会によって独居や身寄りのない高齢者の在宅死が確実に増えると見込まれるほか、犯罪行為の見逃しを防ぐ体制強化のための死因究明関連2法の施行によって、警察活動に協力する医師(いわゆる警察医)が担う役割は大きくなる。ただ、高まる社会的役割に対応するための受け皿組織は現段階で決して十分とはいえないのが現状で、国内唯一の警察医の全国組織である日本警察医会の会員数は伸びず、加盟する都道府県警察医会の数も20余りにとどまっている。若手の後継者不足や待遇面などの課題解決が強く求められているほか、大規模災害時の派遣体制づくりの側面からも確実な組織化が必要とされていることから、警察医会は発展的に解消し、日医がその代わりとなる組織の設置に乗り出すことになった。

日医は今秋にも都道府県医師会の検案担当理事を集めて概要を説明する機会を設け、全国組織の発足に向けた準備を加速させる予定。14年度には日医内部に連絡協議会を発足させ、総会や学術集会を兼ねた大会の開催などをスタートさせるという。警察医を取り巻くさまざまな課題の解決にも力を入れるため、医師会や警察庁、厚労省、日本法医学会などの代表でつくる「業務検討委員会」の発足も予定している。高杉常任理事は「各地で警察医組織の形態が違う。それぞれの自主性を尊重しつつ、医師の質の担保と向上に努めたい。業務検討委では、検討した

内容を提言できるようにしたい」と話す。

●研修会、基礎と上級で質向上へ

日医は12年度から全国の医師や検案関係者を対象にした死体検案研修会を開催し、全ての医師が検案を確実に実施できる体制整備に取り組んでいる。新体制発足後はこれらの仕組みを踏襲する格好で基礎研修会(仮称)を開き、医師の基本技能としての一般知識の醸成を図る。国立保健医療科学院の「死体検案研修」を引き継いで上級研修会(仮称)も開き、日常的に検案を担当する医師の能力向上も目指すという。

高杉常任理事は全ての医師にこれらの研修会への参加を促したい考えを明らかにした上で「警察医の社会的な役割が大きくなる中、医師の誰もが基礎的な知識を持っているようにしたい。義務的な参加までは求めるつもりはないが、できるだけ多くの人に参加してもらえるように周知していきたい」と話している。(8/19MEDIFAXより)

日医・四病協

「亜急性期」外し病床機能4分類／日医と四病協が合同提言

日本医師会と四病院団体協議会は8月8日、医療提供体制の在り方に関する合同提言を公表した。責任を持って切れ目のない医療提供を進めることを日医と病院団体が宣言する内容。病院病床の機能分化に向けて厚生労働省が検討している報告制度については、病床区分を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つに整理する案を提言した。

区分案によると、「高度急性期」は救命救急センターや集中治療室など専門医が常時配置されている病床。「急性期」は急性期医療を提供する機能を持つ病床で、重症・中等症・軽症の病態に対し、各病院の機能に応じた医療を提供する。在宅や介護施設などの患者の急性増悪(サブアキュート)に対応するほか、2次救急も担う。地域包括ケアを推進するため、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援などの機能も持つ。地域の医療ニーズに応じて、多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床が必要で、きめ細かな報告制度を求めた。

「回復期」は急性期経過後で引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能を持ち、ポストアキュートや回復期のリハビリテーションが含まれ

る。「リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。一般病床でも療養病床でもこの機能を報告できることとすべき」とした。

「慢性期」は長期にわたり療養を必要とする患者に医療を提供する。方向性として「地域の高齢化の実情と客観的な将来予測などを踏まえて他の提供体制と合わせて適切に構築されるべきで、介護療養病床の廃止は見直していく必要がある」と示した。

日医の横倉会長は「病院病床の改革に関する具体的な姿を初めて示した」と意義を強調。「シンプルで国民に分かりやすい区分を提言した。その上で病院の機能を地域の客観的な将来ニーズに即して柔軟に組み合わせることで実現していくことを提言している」と述べ、病床報告の観点から簡素な形式に努めたと説明した。

●ポストは回復期、サブは急性期

今回の4区分にない「亜急性期」については、全日本病院協会の西澤会長が「亜急性期にサブとポストがあるなら、それを定規で分けると、ポストは回復期に入っている」と説明。「いわゆるサブは急性期」と説明した。

日医の中川俊男副会長も「強調したいのは亜急性期が消えていること。厚労省は亜急性期病棟をつくり、高齢者は急病になっても軽症急性期に分類したいと考えている。しかし軽症急性期は結果。高齢者が病気になるって、まず急性期ではなく亜急性期に入るようでは差別につながるのではないかと述べた。

●かかりつけ医の定義と機能を明記／

合同提言には、日医が重要視している「かかりつけ医」に対する共通の定義も盛り込んだ。両者でかかりつけ医の定義をまとめたのは今回が初めてで、日医の横倉義武会長は会見で「初めて定義を明らかにし、それを病院団体とともに点検したことは大きい」と意義を強調した。

かかりつけ医は「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義した。

かかりつけ医が担う機能としては▽日常の診療で患者の生活背景を把握し、適切な診療および保健指導を行う。自身の専門性を超えて診療や指導を行えない場合は地域の医師、医療機関などと協力して解決策を提供する▽自己の診療時間外も患者にとって

最善の医療が継続されるように、地域の医師、医療機関などと必要な情報を共有し、互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する▽日常の診療のほかに、地域住民と信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健など地域の医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに、保健・介護・福祉関係者と連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する▽患者や家族に対して医療に関する適切で分かりやすい情報提供をする—とする4つを挙げた。

その上で日医と四病協は率先して、かかりつけ医をはじめとする在宅医療に携わる医師らの養成・研修を支援するとして。新たな専門医制度をめぐる「総合医」や「総合診療医」などの名称については「引き続き議論し、国民がどのように受け止めているかを見極めつつ、あらためて整理する」と明記した。

横倉会長は「かかりつけ医の定義と機能は、われわれ医師自らに厳しい要求水準を課すものでもある」と説明し、かかりつけ医が担う社会的責任の大きさを強調。かかりつけ医に関する国民の理解をさらに深めていく必要があるとも述べた。

●有床診の意義も明記

合同提言は有床診療所の意義も盛り込んだ。有床診が担う機能に▽病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能▽専門医療を担い病院の役割を補完する機能▽緊急時に対応する医療機能▽在宅医療拠点としての機能▽終末期医療を担う機能—を掲げた。地域密着多機能型の入院機能を担うことが期待される点などを挙げ、地域の実情に応じて柔軟に活用できるようにすべきとした。

(8/9MEDIFAXより)

内保連

軽視された医療者の技術料アップを／内保連・工藤代表

内科系学会社会保険連合（内保連）の工藤翔二代表は、取材に応え「次期診療報酬改定に向け、軽視されてきた医療者の技術料の引き上げを厚生労働省に対して要望した。特に抗悪性腫瘍薬などでの医師の処方技術評価の改善や、血液採取料など内科系技術評価の改善などを求めている」と述べた。「国の財政方針と消費税増税の扱いなどによって診療報酬の

増減そのものが不透明な状況だが、引き続き本体プラス改定を要望する」とも述べた。

医師の処方技術評価の改善について工藤代表は「内科系治療技術の根幹である薬物療法における処方技術に対する評価は極めて不十分だ。是正には、注射の処方技術評価をはじめとする抜本的な改善が必要だ。次期改定では第一歩として、がん医療での薬物療法に関する処方技術評価の改善を要望する」とした。中でも抗悪性腫瘍薬に関しては、医薬品副作用被害救済制度の対象外となる重大な副作用が生じる薬剤であるにもかかわらず、月1回に限り70点という「抗悪性腫瘍剤処方管理加算」の設定は、薬剤の重大性からみて処方技術があまりに軽んじられているとし、再評価すべきとした。

●血液採取料「抜本的な再評価が急務」

血液採取料の見直しについて工藤代表は「血液採取料は、前回改定で13点が16点に増点されたが、コーヒー1杯の金額にも満たない点数は医療者の労力と技術をあまりに軽視したものだ」と指摘。採血は日本国内全体で年間約1億回とされる。日本臨床検査振興協議会・医療政策委員会（検査4団体で組織）が2010年に実施した大規模採血コスト実態調査では、採血1件当たりの平均コストは約490円という結果が出ているという。工藤代表は「医療技術の適正評価と安全性の担保のために抜本的に再評価すべきだ」と強調した。

●臨床検査、許認可システムの改善を

さらに内保連は、薬事承認が障壁となって諸外国に比べて遅れている臨床検査について、許認可システムの改善を求めている。治療薬として薬事承認されているにもかかわらず、検査の負荷試験薬としては未承認のものについては一括薬事承認が得られるよう要望しているほか、試薬の薬事承認がないことを理由に採択されない病原微生物の遺伝子検査についての承認ルールの設定も、今後求めていく。

内保連加盟121学会のうち102学会は、14年度診療報酬改定に向けて未収載医療技術140件、既収載医療技術225件、医学管理料等74件などで合計487件を要望提案している。内科系の「高度な医療技術（医療資源必要度の高い技術）」を要する特定内科診療25疾患を、DPC II群病院の実績要件に組み込むことについて、工藤代表は「次々回の16年度改定を目指す」としている。（8/28MEDIFAXより）

調査・データ編

医療事故報告は過去最多更新、12年は2882件／医療機能評価機構

日本医療機能評価機構は8月28日、「医療事故情報収集等事業2012年年報」を公表した。12年の医療事故報告数は、報告義務がある医療機関と任意参加の医療機関を合わせて2882件（前年比83件増）となり、過去最多を更新した。同機構医療事故防止事業部の後任部長は「事故報告への理解が進み、医療安全の文化が育ってきていることが、報告数の増加につながっている」とコメントした。

報告義務がある医療機関では、273施設中213施設から報告があった。報告数は2535件で、前年から52件増加した。事故概要の内訳を見ると、「療養上の世話」が1059件（41.8%）で最も多く、「治療・処置」662件（26.1%）、「薬剤」176件（6.9%）、「ドレーン・チューブ」163件（6.4%）と続いた。事故の程度の内訳では、「障害残存の可能性がある（可能性が低い）」が696件（27.5%）で最も多かった。以下、「障害残存の可能性なし」687件（27.1%）、「障害なし」582件（23.0%）、「障害残存の可能性がある（可能性が高い）」298件（11.8%）、「死亡」180件（7.1%）の順となっている。

任意参加の医療機関を見ると、対象施設数は653施設となり、前年から44施設増加した。医療事故の報告数は347件で、前年から31件増加した。ただ、2010年の578件からは大きく減っている。後部長は、任意参加する医療機関が増えているにもかかわらず報告数が依然低調であることを受け、「医療安全を進めるためには、もっといろんな情報が必要であり、報告する能力が備わることも大切」と指摘し、任意参加の医療機関に積極的な協力を求めた。

●ヒヤリ・ハットも過去最多

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業では、参加する1092施設のうち559施設から69万109件の報告があった。前年から6万2939件増加し、報告数の過去最多を更新した。内訳は「薬剤」が22万8963件で最も多く、「療養上の世話」の15万6655件、「ドレーン・チューブ」の11万636件と続く。

（8/29MEDIFAXより）

介護従事者の不足感増大、事業所の57.4%で 介護労働実態調査

介護労働安定センターは8月16日、2012年度の介護労働実態調査の結果を公表した。介護サービス従事者の過不足状況については「大いに不足」「不足」「やや不足」の合計が前年度調査に比べ4.3ポイント増の57.4%だった。「従業員数が適当」という回答は4.1ポイント減で42.0%だった。

調査は「事業所における介護労働実態調査」と「介護労働者の就業実態と就業意識調査」の2本立て。事業所に関する調査は、介護保険サービスを実施している事業所から1万7500事業所を無作為抽出して調査票を配布し、7511事業所分を集計した。有効回答率は43.5%。また、介護労働者の調査は、訪問介護員、サービス提供責任者、介護職員、看護職員、生活相談員、O T ・ P T ・ S T、介護支援専門員を対象に、1事業所当たり3人の上限で無作為抽出した5万2500人に調査票を配布し、1万8673人分を集計した。有効回答率は36.1%。それぞれ12年10月1日時点の状況を聞いた。離職率と採用率は11年10月1日～12年9月30日の期間の訪問介護員と介護職員が対象。

職種別の不足感は、12年度に続き訪問介護員の67.9%が最も高かったが、12年度調査に比べ2.4ポイントとやや低下。一方、介護職員と看護職員で不足感が増大。介護職員は3.0ポイント増の47.9%、看護職員は2.3ポイント増の42.0%だった。

介護サービスを運営する上での問題点は「良質な人材の確保が難しい」が2.6ポイント増の53.0%。一方「今の介護報酬では人材確保・定着のために十分な賃金が払えない」は3.4ポイント減の46.4%だった。

●離職率17.0%で12年比増

12年度調査では改善傾向を示していた離職率は、0.9ポイント増の17.0%と再び悪化傾向に転じた。採用率は2.3ポイント増の23.3%だった。

介護従事者に聞いた労働条件に関する不満は「仕事内容のわりに賃金が低い」43.3%（0.9ポイント減）が最も多く、「人手が足りない」42.4%（2.2ポイント増）、「有給休暇が取りにくい」35.6%（0.5ポイント減）、「身体的負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）」30.0%（0.8ポイント減）と続いた。仕事を選んだ理由は「働きがいのある仕事だから」が54.9%（0.8ポイント減）と最も多かった。

●職員月給「15万円以上～20万円未満」が最多

職員全体の税込月収を5万円単位で尋ねたとこ

ろ、「15万円以上～20万円未満」が26.3%で最も多かった。正規職員の就業形態別に見ると、「15万円以上～20万円未満」の月給水準が最も多かったのは訪問介護員（34.7%）と介護職員（35.7%）。月給水準「20万円以上～25万円未満」が最も多かったのはサービス提供責任者（37.8%）と介護支援専門員（34.9%）だった。（8/19MEDIFAXより）

国の借金、初の1000兆円／6月末、景気対策で

財務省は8月9日、国債と借入金、政府短期証券を合計した国（政府）の借金残高が、ことし6月末時点で1008兆6281億円となったと発表した。3月末時点と比べ17兆270億円増え、初めて1000兆円の大台を突破した。総務省が推計した7月1日現在の日本の総人口1億2735万人で割ると、1人当たり約792万円になる。

歳入不足を補う赤字国債の発行に加え、安倍政権発足後に決定した大型の緊急経済対策や東日本大震災の復興支援などで国債の増発を続けたため、借金の残高が大きく膨らんだ。

国の経済規模を示す2012年度の名目国内総生産（GDP）約475兆円の2.1倍を超えており、国内外から財政健全化を求める声が一段と強まりそうだ。

借金残高の内訳は、国債が3月末時点から8兆9786億円増えて過去最大の830兆4527億円に達した。このうち東日本大震災の復興に充てる「復興債」は、6831億円増の11兆114億円を占めた。

金融機関などからの借入金は522億円減の54兆8071億円、一時的な資金不足を補うために発行する政府短期証券は123兆3683億円と3カ月前より8兆1007億円増えた。

財務省は13年度末に国の借金が最大1107兆円程度に達すると見込んでいる。（8/13MEDIFAXより）

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

資料1

京都府内における「窓口での未収金の実態」結果

■ 京都府保険医協会 2013年9月 ■

京都府保険医協会は2012年9月から13年4月にかけて、会員医療機関を対象に「窓口での未収金の実態」アンケートを実施した。病院の未収金が社会問題としてクローズアップされてきたが、協会が前年度実施した「受診抑制の実態」アンケートで、窓口3割負担の影響により診療所においても未収問題が増加していることから、改めてアンケートを実施したところ、その実態が浮き彫りになった。未収金問題が医療機関の経営・存続を脅かせば、地域医療体制に大きな影響を与え、市民の生命と健康に深刻な影響を与えることから、協会はこの結果を改善につなげていきたいと考えている。調査対象は2056（12年度地区懇の開催地区）、回収数は345（回収率17%）。内訳は診療所313、病院32。

地区別回収数				地区別回収数					
	送付数	回答数	回答率	うち病院		送付数	回答数	回答率	うち病院
京 都 北					伏 見	242	29	12%	2
上京東部	262	46	18%	2	乙 訓	120	14	12%	2
西 陣					宇治久世				
中京東部					綴 喜	84	18	21%	0
中京西部	135	15	11%	1	相 楽	80	27	34%	1
下京東部	78	18	23%	0	亀 岡 市	99	20	20%	2
下京西部	147	14	10%	4	船 井				
左 京	204	45	22%	6	綾 部	82	12	15%	2
右 京	164	33	20%	4	福 知 山	53	9	17%	0
西 京	130	15	12%	3	舞 鶴	67	14	21%	2
東 山					与 謝				
山 科	109	16	15%	1	北 丹				
					計	2056	345		32

※2012年度は中東、東山・宇治久世医師会は懇談会未実施のため送付していない

1、未収の実態

＜診療所＞ 過去1年で窓口負担を当日払わなかった患者については、「ある」が62%で、そのうち1年間未収となっているのは50%（96医療機関）。これは全体では31%にあたる。



件数の分布は5件未満が71%、10件未満が8%、10件以上が11%。最高額は26万円、最高件数は同じ医療機関の125件。その状況を以前と比較して85%が「変化なし」と回答、「減った」8%、「増えた」7%。

＜診療所＞年間未収金の金額と件数（金額多い順）

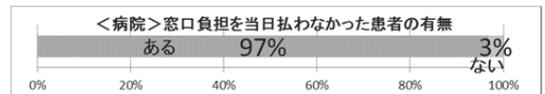
順位	金額	件数	順位	金額	件数
1	264,820円	125件	11	63,960円	10件
2	200,000円	20件	12	60,000円	30件
3	150,000円	10件	13	60,000円	30件
4	147,640円	41件	14	52,950円	12件
5	124,020円	37件	15	48,945円	8件
6	120,000円	15件	16	44,510円	3件
7	100,000円	3件	17	44,000円	3件
8	85,820円	24件	18	37,390円	2件
9	70,000円	30件	19	31,845円	18件
10	64,300円	5件	20	30,000円	10件

＜診療所＞患者1人当たりの金額多い順

順位	金額	期間
1	200,000円	2年間
2	200,000円	10年間
3	127,985円	2年間
4	88,797円	不明
5	56,290円	不明
6	50,000円	不明
7	43,000円	1年間
8	38,000円	1年間
9	36,000円	不明
10	35,840円	1年間

患者一人当たり累積の最高額は、20万円が2医療機関あったが、そのうちの1つは10年かけてのもの。10万円を超えるものは3医療機関。1万円以上は28医療機関。

＜病院＞ 過去1年で窓口負担を当日払わなかった患者については、「ある」が97%で、そのうち1年間未収となっているのは87%（27医療機関、全体で84%）と診療所に比べてもに高率である。件数の分布は5件未満が16%、10件以上が68%を占める。最高金額は1455万円、最高件数は800件に及ぶ。その状況を以前と比較して53%が「変化なし」、「減った」が33%、「増えた」が13%。患者一人当たり累積最高額は690万円（4年間）で、10万円を超えるものは21医療機関、最少額は1.2万円（1年間）だった。



＜病院＞年間未収金の金額と件数（金額多い順）

順位	金額	件数	順位	金額	件数
1	14,554,688円	759件	11	1,142,032円	5件
2	7,800,000円	800件	12	621,362円	44件
3	7,040,761円	不明	13	507,336円	81件
4	6,024,861円	265件	14	410,405円	31件
5	5,300,000円	100件	15	400,000円	4件
6	3,153,000円	109件	16	333,800円	22件
7	2,430,000円	111件	17	255,443円	39件
8	1,791,371円	267件	18	255,179円	8件
9	1,290,357円	67件	19	155,175円	200件
10	1,115,498円	221件	20	148,730円	21件

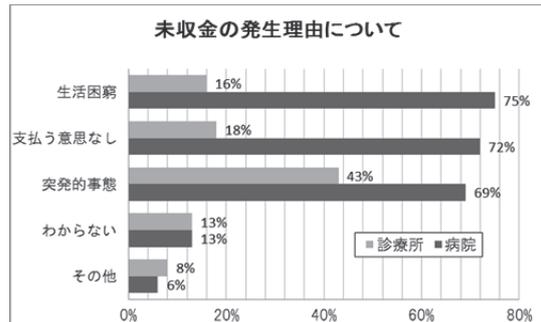
＜病院＞患者1人当たりの金額多い順

順位	金額	期間
1	6,900,000円	4年間
2	2,600,000円	1年間
3	2,295,904円	1年間
4	2,186,770円	8年間
5	1,375,700円	8年間
6	1,000,000円	2年半
7	737,452円	不明
8	500,000円	3年間
9	443,462円	2年間
10	348,162円	1年間

2. 未収金の発生理由

未収金の発生理由については、診療所では、現金を持ち合わせていなかったなどの「突発的事態」が43%と多く、「支払う意思なし」18%、「生活困窮」16%、「わからない」が13%。

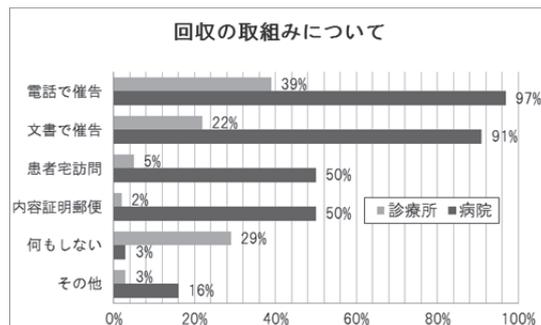
病院では「生活困窮」75%、「支払う意思なし」72%、「突発的事態」が69%と、いずれも高い確率で並んでいる。特に前2者の率の高さが未収につながっているとみられる。



3. 回収の取組み

回収の取組みについては、診療所では電話39%、何もしていない29%、郵便22%、訪問5%、内容証明付郵便の送付は2%。

病院では、電話97%、郵便91%、訪問と内容証明付郵便の送付がそれぞれ50%、何もしていないは3%。診療所に比べ病院の取組みの度合いが圧倒的に高く、経営に対する影響度の違いが感じられる。

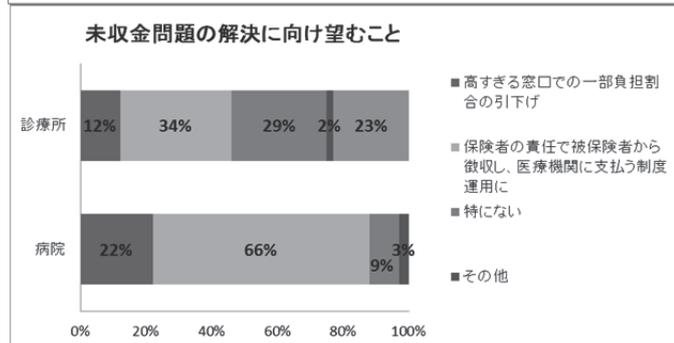
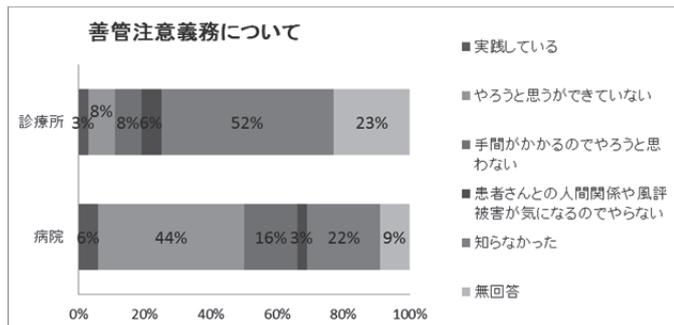


4. 善管注意義務について

保険者徴収の前提となる善管注意義務については、診療所では、「知らなかった」が52%、「風評が気になりやらない」6%、「手間がかかるからやらない」「やろうと思うができない」がそれぞれ8%、「実践」は3%あった。

病院でも「実践」が6%に止まり、「知らなかった」も22%あった。知っているも、「やろうと思うができない」44%、「手間がかかるのでやらない」16%、「風評が気になりやらない」3%であった。

未収金問題の解決に望むことは、「保険者の責任で被保険者から徴収し医療機関に支払う運用」(病66%、診34%)、「自己負担割合の引き下げ」(病22%、診13%)、「特になし」(病9%、診29%)と病院と診療所で差が表れた。



5. 未収金問題の解決に向けて

健保法と国保法は一部負担金の未収金徴収について、善良な管理者と同一の注意を果たした上で医療機関が請求すれば、保険者が処分することができる規定している。しかし具体的には、一部負担金を支払うべきことを告げるだけでなく、その後に請求行動を具体的に起こすこと、書面による請求方式を採用し、内容証明付支払催告状の送付を行うなどが必要とされる上に、その対象についても金額が60万円を超え、保険料滞納処分を実施する状態にあるなど、ハードルの高いものとなっている。今回の結果もそれを裏付けた。

協会は引き続き、保険者徴収を実際に活用できる制度にしていくよう取り組んでいくとともに、少額訴訟など未収金回収に役立つ法的手続についても周知していく。

自由意見より抜粋

<診療所>

- 窓口負担金の減額免除、保険料の引き下げを強く求めます
- 1件あたりの未収は少額のため善管注意義務は利用できず、もっと簡単にできる方法はないのかと思います
- 診療報酬制度について広く一般にわかるような取組があればと思います。保険証の大切さなど医療機関で強制的に徴収することは不可能なので保険者の責任か被保険者にペナルティのかかる方法がないといけない
- 全額保険負担の制度の実現を
- 支払能力があるのに払わない方についてはリストなどがあればいいのと思います
- 当院の未収金の発生事由は生活保護停止の市役所からの連絡が停止日より1カ月半経過後に通知に伴って起こりました。市役所は当人に支払を促して了解されたと報告がありましたが、その後受診もストップし一部負担金の回収ができないままです。このようなケースは時々あります。システムを改める方法はないのでしょうか
- 未収金より保険証の資格喪失後に旧証で受診する患者が多い。転職しても旧証が回収されておらず、延々と旧証で受診している保険者は迅速に旧証の回収を徹底してほしい。また新しい保険証の発行も迅速にしてほしい。証の発行に3～4週かかっているとこがある
- この問題はしばしば発生していました。事務員は、待ってくれと言っている患者になぜ催促するのかと反発していましたので、レジメをつくり法律観点からそれは無銭飲食と同じで悪質な治療費踏み倒しになること、医療行為は医師と患者の契約であるから未払いは患者側の契約不履行であること、当然医院は回収すべきであることを力説しました。またHPで未収金対策マニュアルをプリントアウトし、全国的に倒産している機関をも引用し請求することが正しいことだとわからせました。この回収をしないと増々病院が疲弊、ついには今いる医院も存続の危険があることを訴えました。民事再生法の怖さも教えました。ナースにも説明しました。法的に3年間有効なので請求し続けることが大事です
- 診療所はあまり困っていないと思います。ひどいのは救急病院と思います
- 病院など大きな機関については件数も量も多いと思われるので、何か債権一元管理する機関を設立して、困難な事例につき病院で回収業務に専念しなくてよいようにできればと思う
- 未収金の有無に関わらず、毎日又は週に何度も受診するのは生保又は公費負担で自己負担なしの患者ばかりである。病状により負担割合が減るような制度

を設けるべきである。間接的に未収金を減らすことになるであろう

- 保険請求負担金間違いに対する速やかなレセプトの返却を望む
- 回収すべき保険証を保険者の責任で回収してほしい。資格がないので古い証を使う人がいる
- 窓口負担を現金払いか保険者から徴収かを患者ごとに選択制
- 悪質な未払いはないが、対処しきれない場合の相談窓口が保険者に設置してもらえないか
- 窓口での未収金はありますが保険証の資格が切れているのににも言わず受診され返戻されるのが年2～3件あります。連絡してもおられず未収のままという場合があります
- 保険給付外分の未収金対策があればおしえてほしい
- 窓口での支払の未収というより病名漏れで返戻されてしまった薬剤費等について、患者の負担にさせるわけにいかずそれに対する未収の損が大きい。どちらかといえば目の前の患者より目に見えない保険者の返戻での切り捨ての方が悪質だろう
- 生活保護患者の横柄さが目立ちます。彼らからも一部負担金を徴収する制度にしてほしい
- 土曜日や夜診に初診で医療券を持参されずに来院される方は、福祉への確認もできず、また診察後に現金の持ち合わせもないといわれることがありました。自費診療になる方の未収金に対応苦慮しています

<病院>

- 善管注意義務による請求事例について具体的運用事例の紹介をお願いしたい。保険者による患者への一時貸付（低利）制度を拡充できる財政支援が必要である
- 生活困窮というよりも患者のモラル低下によるところが大きいと思います。所持金があっても出したいなどあるのではないのでしょうか
- 急病で来院し保険未加入、所持金なしで堂々とお金がないという患者に対し診療拒否できないので、何か対策を考えていただきたい。年々増える傾向にあるように思う
- 直接医療機関に入金される制度の整備を望む（本人還付ではなく）
- 保険者の責任範囲は加入者のみになると思うので資格喪失後の保険証回収を徹底してほしいです。その範囲を回収時点までとしてほしいです
- 限度額認定等の制度周知を徹底してほしい。遡及認定についても申請月の1日までとなっていて短い
- MCS（メディカルクレジットサービス）を導入して決済できるような体制や電子マネーなどでの決済が将来的にできるようになれば多少改善するかと考えている

資料2

予防接種に関するアンケート結果一覧

■ 実施：京都府保険医協会 対象：府内全26自治体 回答率 100% ■

1. 風疹の予防接種について（1）

市町村名	風疹の予防接種の助成制度を実施しているか		対象者は何歳以上か	対象者の条件は	助成対象のワクチンは		住民1人あたりの助成金額は		
	実施開始月	申請開始月			MRワクチン	風疹単独ワクチン	助成金額	自己負担額	
京都市	○	25年7月から	25年7月から	19歳以上	妊娠を希望している女性、妊娠している女性の配偶者（事実婚関係にある方を含む）	○		7000円	3500円
福知山市	○	25年6月から	25年6月から	19歳以上	妊娠を希望する女性、妊娠している女性の配偶者で、以下のすべてに該当する人①過去に風しんワクチン、麻しん風しん混合（MR）ワクチン、麻しんおたふくかぜ風しん（MMR）ワクチンのいずれも受けたことがない人、もしくは接種履歴が1回の人②風しんにかかったことがない人③妊娠していない人	○	○	接種費用の3分の2（上限金額風しん単独ワクチン4200円、MRワクチン6400円、円未満切り捨て）	
舞鶴市	○	25年6月から	25年7月から	19歳以上	①妊娠を希望する女性、②妊娠している女性の配偶者	○	○	MRワクチン6370円 風しん単独ワクチン4080円	
綾部市	○	25年6月から		19歳以上	・妊娠を希望している女性、・妊娠中の女性の夫	○	○	3分の2	
宇治市	○	25年4月から	25年7月から	19歳以上	①妊娠を希望する女性②妊婦の配偶者③その他接種を希望する男女	○	○	接種費用の3分の2（100円未満は切り捨て）	
宮津市	○	25年6月から	25年7月から	19歳以上	(1)妊娠を希望している女性(2)妊娠している女性の配偶者	○	○	接種費用の3分の2	
亀岡市	○	25年6月から	25年6月から	19歳以上	1. 妊娠を希望する女性で次のすべてに該当する人・風疹ワクチンまたはMRワクチンを接種していないか1回しか接種していない人・風疹にかかったことがない人 2. 妊娠している女性の配偶者	○	○	MRワクチン6400円 風しん単独ワクチン4000円 (ただし接種費用が助成金額を下回る場合は低い方の金額)	
城陽市	○	25年4月から	25年6月から	19歳以上	妊娠を希望する女性および妊娠している女性の配偶者	○	○	ワクチン接種費用の3分の2（上限なし）	
向日市	○	25年6月から	25年7月から	19歳以上	①妊娠を希望する女性、②妊婦の配偶者	○	○	接種費用の3分の2相当額（上限設定なし）	
長岡京市	○	25年6月から	25年6月から	19歳以上	①妊娠を希望する女性②妊婦の配偶者、①②いずれも風しんワクチン2回接種なし、風しんり患なし	○	○	ワクチン接種費用3分の2	
八幡市	○	25年4月から	25年7月から	19歳以上	八幡市に住所を有し、次の1または2に該当する方 1. 妊娠を希望する女性（妊娠している女性は除く）および配偶者（児の父親）、2. 現在妊娠している女性の配偶者（児の父親）	○	○	MRワクチン7000円 風疹単独ワクチン4500円	
京田辺市	○	25年4月から	25年6月から	19歳以上	19歳から49歳まで、50歳以上の女性で妊娠を希望している方、50歳以上の男性で妊娠している女性の配偶者	○	○	自己負担額の3分の2（上限7000円） ※100円未満の端数は切り捨て	

2013年5月ごろより流行が取り沙汰された風しんについて、京都府が6月補正予算で風しんワクチン接種緊急対策事業費を計上し、議会で承認された。これを受け、保険医協会は風しん予防接種に対する公費助成の取り扱いを確認すべく京都府内全自治体にアンケートを実施した。

また、同アンケートでは、協会が2011年9月より公費助を要請している成人用肺炎球菌ワクチンについても、現況を尋ねた。結果一覧は下掲のとおり。

助成方法について		助成対象となる接種期間はあるか		低所得者対象の減額・免除制度はあるか				減額・免除制度の内容について
現物給付	償還払い	設けている		設けている	設ける予定	設けない	検討中	
○		○	25年7月1日～ 26年3月31日			○		
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			市民税非課税世帯、生活保護世帯は接種費用を全額助成
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			生活保護世帯および市民税非課税世帯の場合MRワクチン9560円、風しん単独ワクチン6132円を助成
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			市・府民税の非課税世帯及び生活保護世帯の方は全額補助
	○	○	25年4月1日～ 26年3月31日	○	25年4月から			以下に該当する方は全額助成としています。①市民税非課税世帯②生活保護受給世帯③中国残留邦人等支援給付受給世帯
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			生活保護世帯、市民税非課税世帯は無料（全額補助）
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			生活保護世帯・市民税非課税世帯の人は、費用免除申請手続きにて上限額MRワクチン9600円、風疹ワクチン6000円の範囲以内で接種費用を助成。
	○	○	25年4月1日～ 26年3月31日	○	25年4月から			市民税非課税世帯に属する人、生活保護世帯に属する人、中国残留邦人等支援給付世帯に属する人は全額助成
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			市民税非課税世帯、生活保護世帯
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			①生活保護世帯②市民税非課税世帯
	○	○	25年4月1日～ 26年3月31日	○	25年4月から			市民税非課税世帯、生活保護世帯は全額助成
	○	○	25年4月1日～ 25年9月30日	○	25年4月から			・平成25年度市民税非課税世帯の方（世帯全員が非課税の場合のみ）、・生活保護世帯の方、・中国残留邦人等給付金受給世帯の方

1. 風疹の予防接種について (2)

市町村名	風疹の予防接種の助成制度を実施しているか		対象者は何歳以上か	対象者の条件は	助成対象のワクチンは		住民1人あたりの助成金額は		
	実施開始月	申請開始月			MRワクチン	風疹単独ワクチン	助成金額	自己負担額	
京丹後市	○	25年6月から	25年7月から	満19歳以上	女性:妊娠を希望する方、男性:妊婦の配偶者。男女とも①次に掲げる予防接種の接種歴が0回または1回の方・麻しん風しん混合(MR)ワクチン、風疹ワクチン、麻しん流行性耳下腺炎風疹混合(MMR)ワクチン②風しんに罹ったことがない方	○	○	接種費用の3分の2以内	
南丹市	○	25年6月から	25年7月から	19歳以上	接種当日、南丹市に住民票を有する19歳以上の者で、女性は妊娠中でない者であり妊娠を予定または希望する者。男性は妊婦の配偶者(胎児の父)。	○	○	MR6000円、風疹4000円(ただし接種費用が助成金額を下回る場合は低い方の金額)	
木津川市	○	25年6月から	25年7月から	19歳以上	女性…妊娠を希望する方、男性…妊娠している女性の配偶者	○	○	接種費用の3分の2(100円未満の端数は切り捨て)	
大山崎町	○	25年6月から	25年7月から	19歳以上	①風しんワクチン接種歴なしか接種歴1回のみ②風しんにかかったことがない③妊娠していない ①～③すべてに該当する町民で妊娠を希望する女性、妊娠している女性の配偶者	○	○	3分の2	
久御山町	○	25年4月から	25年7月から	19歳以上	(1) 妊娠を希望している女性 (2) 妊娠をしている女性の配偶者	○	○	予防接種費用の3分の2を助成	
井手町	○	25年4月から	25年7月から	19歳以上	①妊娠を希望する者②妊娠している女性の配偶者	○	○	全額(府補助対象外の自己負担3分の1は町が独自に助成)	
宇治田原町	○	25年4月から	25年7月から	接種日現在、19歳以上	本町に住所を有する人で、妊娠を希望している女性、妊婦の配偶者	○	○	接種費用の3分の2(上限なし)	
笠置町	○	25年6月から	25年6月から	満19歳以上	(1) 妊娠を希望している女性 (2) 妊娠をしている女性の配偶者	○	○	接種費用の3分の2(100円未満の端数は切り捨て)	
和束町	○	25年4月から	25年6月から	19歳以上	1. 妊娠を希望している女性 2. 妊娠をしている女性の配偶者	○	○	接種費用の3分の2	
精華町	○	25年4月から	25年6月から	19歳以上	・妊娠を希望している女性、・現在、妊娠している女性の配偶者	○	○	接種費用の3分の2(100円未満の端数は切り捨て)	
南山城村	○	25年6月から	25年6月から	19歳以上	・妊娠を希望している女性、・妊婦の配偶者	○	○	予防接種費用の3分の2を助成(100円未満は切り捨て)	
京丹波町	○	25年6月から	25年7月から	19歳以上	19歳以上50歳以下の妊娠を希望する女性、または妊婦の配偶者	○	○	MRワクチン上限6000円、風しん単独ワクチン上限4000円	
伊根町	○	25年6月から	25年7月から	19歳以上	①妊娠を希望する女性②妊婦の配偶者	○	○	接種費用の3分の2	
与謝野町	○	25年6月から	25年6月から	満19歳以上	風しんり患患者と過去に予防接種を2回以上受けた者を除く、妊娠を希望する助成と妊娠している女性の配偶者	○	○	費用の3分の2	

助成方法について		助成対象となる 接種期間はあるか		低所得者対象の減額・免除制度はあるか				減額・免除制度の内容について
現物給付	償還払い	設けている		設けている	設ける 予定	設けない	検討中	
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			市民税非課税世帯、生活保護世帯については全額助成を行います
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			生活保護者には接種費用全額助成
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			生活保護世帯の方は全額公費負担
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			生活保護世帯、町民税非課税世帯は全額助成
	○	○	25年4月1日～ 26年3月31日	○	25年4月から			住民税非課税世帯・生活保護世帯・中国残留邦人などの支援給付受給者世帯の方は全額補助
	○	○	25年4月1日～ 26年3月31日	○	25年4月から			町民税非課税世帯、生活保護世帯は自己負担なし（町民税課税世帯も町独自の助成で結果的に自己負担なし）
	○	○	25年4月1日～ 26年3月31日	○	25年4月から			生活保護世帯、町民税非課税世帯は全額助成
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			生活保護法による生活保護を受けている場合は、接種費用の全額を助成します
	○	○	25年4月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			生活保護を受けている者に全額助成
	○	○	25年4月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			生活保護法による生活保護を受けている場合は、接種費用の全額を助成します
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日			○		
	○	○	25年6月1日～ 25年10月31日	○	25年6月から			生活保護受給者は全額を償還払いとする
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			生活保護世帯および本年度の町民税非課税世帯は全額負担
	○	○	25年6月1日～ 26年3月31日	○	25年6月から			生活保護世帯及び町民税非課税世帯は費用の全額を助成

2. 成人用肺炎球菌予防接種について (1)
【実施自治体】

市町村	助成制度の実施について		対象者は何歳以上か	対象者の条件は	住民1人あたりの助成金額は		助成方法は			再接種も助成対象か		低所得者対象の減額・免除制度は			減額・免除制度の内容について	
	実施している	実施していない			助成金額	自己負担額	現物給付	償還払い	その他	はい	いいえ	設けている	設けない	検討中		
京都市	○		24年9月から	75歳以上	接種日現在75歳以上の方で、心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこうまたは、直腸・小腸・肝臓の機能障害、免疫機能障害による身体障害者手帳の交付を受けている方（ただし過去5年以内に成人用肺炎球菌予防接種を受けた人を除く）	4079円	4000円	○							①市・府民税非課税者は自己負担額2000円、②生活保護受給者・中国残留邦人等支援助給受給者は無料。（「必要書類等」については、25年度秋ごろ改正予定）	
八幡市	○		24年8月から	満70歳以上	満70歳以上の八幡市民（接種日当日）、ただし肺炎球菌ワクチンを5年以内に接種した者、健康保険の適用を除く	4000円		○	市内協力医療機関外	市内協力医療機関では、助成額を4000円を差し引いた金額を患者さんが支払う				○		
京田辺市	○		24年4月から	70歳以上	市に住民登録のある70歳以上の方	4000円		○	市外医療機関の場合	市内協力医療機関は助成金代理受領				○		
宇治田原町	○		23年10月から	70歳以上	本町に住所を有する人で、接種日現在で70歳以上の成人	接種費用の2分の1（上限4000円）		○								生活保護世帯、町民税非課税世帯は全額助成
和束町	○		23年9月から	70歳以上	町民	4000円		○								生活保護を受けている者、全額助成

2. 成人用肺炎球菌予防接種について（2）

【未実施自治体】

市町村	助成制度の 実施について	今後の実施予定は			
	実施していない	検 討 中		予定なし	その他
福知山市	○			○	
舞鶴市	○			○	
綾部市	○			○	
宇治市	○			○	
宮津市	○			○	
亀岡市	○			○	
城陽市	○			○	
向日市	○			○	
長岡京市	○			○	
京丹後市	○			○	
南丹市	○			○	
木津川市	○			○	
大山崎町	○			○	
久御山町	○			○	
井手町	○	○	本年度中に実施の有無にかかわらず、検討する予定		
笠置町	○			○	
精華町	○			○	
南山城村	○	○			
京丹波町	○			○	
伊根町	○				未定
与謝野町	○			○	

3. ヒブ・小児用肺炎球菌ワクチン・子宮頸がんの定期接種について

市町村	無料接種	市町村	無料接種
京都市	○	南丹市	○
福知山市	○	木津川市	○
舞鶴市	○	大山崎町	○
綾部市	○	久御山町	○
宇治市	○	井手町	○
宮津市	○	宇治田原町	○
亀岡市	○	笠置町	○
城陽市	○	和束町	○
向日市	○	精華町	○
長岡京市	○	南山城村	○
八幡市	○	京丹波町	○
京田辺市	○	伊根町	○
京丹後市	○	与謝野町	○

10月のレセプト受取・締切

基金 国保	9日(水)	10日(木)	労災	10日(木)
	○	◎		◎

※○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のご案内

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・廃棄物処理コンサルタント

- ◆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
＜廃棄物処理コンサルタント＞	
中島 智之 代表取締役	(株)エコロジー・ソリューション

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

ただいま
加入受付中!

保険医年金

お早目に
お申込み下さい!

加入申込期間 **10月25日(金)まで** 2014年1月1日付加入です

2012年度実績 **1.390%↑** (2011年度実績 1.308%)

【予定利率 1.259% (2013年9月1日現在)、2012年度配当率 0.131%】

■月払 (満74歳以下の会員)

1口1万円 30口限度 (30万円)

■一時払 (満79歳以下の会員で月払に加入している方)

1口50万円 毎回40口 (2,000万円)

※手数料との関係で1.259%の利率が続くと仮定して、新たにご加入される月払については4年以上、一時払で2年以上の長期にわたって積立されることをお勧めします。詳しくは、本号メディペーパー京都に同封の年金パンフレットをご覧ください。

◎普及担当の生保営業員がご説明に伺った際には、ご面談下さいますようお願いいたします。電話・訪問等が重なる場合がございますが、ご容赦下さい。

受託会社 三井生命(幹事)・明治安田生命・富国生命・ソニー生命・日本生命・太陽生命・第一生命

ご注意ください!

現在ご加入の年金を一部あるいは全部解約し、新たにご加入申込みされる場合は**10月10日(木)**までに解約書類を協会事務局までご提出下さい。保険医年金に関するお問い合わせは、京都府保険医協会・経営部会まで。

新規開業医向け「保険講習会A」のご案内

日時 **10月17日(木) 午後2時～4時**

場所 京都府保険医協会・ルームA

内容 ①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新規個別指導対策
- ②医療法立入検査対策

政策時局講演会

安倍政権の医療・社会保障制度改革と
地域包括ケアシステムの行方

参加費
無料

日本福祉大学学長 二木 立氏



日時 10月5日（土）午後2時30分～4時30分
場所 京都府保険医協会・ルームA～C
定員 60人（事前申込で先着順）

第650回記念 社会保険研究会

医療制度改革のゆくえ

— 2025年の医療制度の姿を展望する —

参加費
無料

講師 学習院大学経済学部長
社会保障審議会医療保険部会長
社会保障制度改革国民会議会長代理

遠藤 久夫氏



日時 10月19日（土）午後2時～4時30分
場所 京都大学医学部記念講堂（旧解剖講堂）（左京区吉田近衛町）
対象 会員・会員医療機関職員
定員 100人（事前申込で先着順）

※日医生涯教育講座対象の研究会です。
※後日のデジタル配信はありません。



文化ハイキング — 秋の東山南部の史跡を巡る



今回の文化ハイキングは、東山にある東山南部の史跡を訪ねて案内人とともに秋の一日を、のんびりと過ごします。

午前中は、二十五菩薩像が汪卷の「泉湧寺即成院」や、運慶作木彫の大仏がある「戒光院」などをめぐります。「ハイアット・リージェンシー京都」で昼食の後、午後は国宝の庫裏が見事な「妙法院」、秀吉ゆかりの「豊国神社」などを訪ねます。

ご家族・スタッフの方々お誘いあわせ、ぜひご参加下さい。なお全行程3km弱あります。坂道もありますので、雨具のご用意とともに軽装で歩きやすい靴でご参加下さい。

日程 10月20日（日）午前9時30分～午後4時頃（雨天決行）

参加費 5,000円（拝観料、昼食代含む）

集合 午前9時30分 JR・京阪「東福寺」改札口前

※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（有）アミス 協賛 京都府保険医協会

先着
定員20人
要申込

奥様向けセミナー

ここが怖いよ! 準備で決まる!! 税務調査

2013年1月から国税通則法が改正され、税務調査の事前通知を納税者に対して行うことが義務付けられました。そのため、医療機関に直接、税務署から電話がかかってくるようになりました。その際、あわてずに対応したいものです。

国税通則法改正で税務調査がどのように変わるのか、また、準備不足や不用意な調査時の受け答えで経費否認されることがないように、資料には掲載できない裏話をたっぷりとお話しします。多数のご参加をお待ちしています。

日 時 10月10日（木）午後2時～4時
場 所 京都府保険医協会・ルームA
講 師 座間 昭男氏（税理士法人日本経営 資産税事業部部長、税理士）

保団連近畿ブロック学習交流会

日 時 10月20日（日）午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会・ルームA～C

●第1部 講演

「福島甲状腺がん多発を受けて健康被害の現状を明らかに！
100mSv閾値説の撤回を求めて！健康相談会—避難者を支えて！」

講 師 医療問題研究会 高松 勇氏

●第2部 避難者団体との交流

発言者 避難者と支援者を結ぶ京都ネットワーク「みんなの手」代表 西山 祐子氏
内部被曝から子どもを守る会・関西 代表 中村 純氏
京都・市民放射能測定所 齋藤 夕香氏

主 催 保団連近畿ブロック公害環境担当者会議・反核平和担当者会議

定員
60人
要申込

協
会
だ
よ
り

開業に必要な情報が盛りだくさんの講習会です!!

新規開業予定者のための講習会

度重なる診療報酬のマイナス改定や患者負担の増加で、開業してからも経営が黒字化するまでの期間が以前に比して長くなるようになってきています。

京都府保険医協会ではこのような状況下で開業を考えておられる先生方を対象に、新規で開業する際にあらかじめ知っておくべき内容や、開業してから1日でも早く医院経営を軌道に乗せるための準備について講習会を開催いたします。

日 時 10月27日（日）午後2時～5時

場 所 京都府保険医協会・ルームA～C

内 容 ①開業後一日も早く軌道にのせるために 一事前準備のポイントー
廣井増生税理士事務所 廣井 増生氏

②先輩開業医からのアドバイス

③地区医師会への入会手続き、保険医協会の共済制度について

参加費 会員：無料、非会員：2,000円

共 催 有限会社アミス

定員
30人
要申込

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）

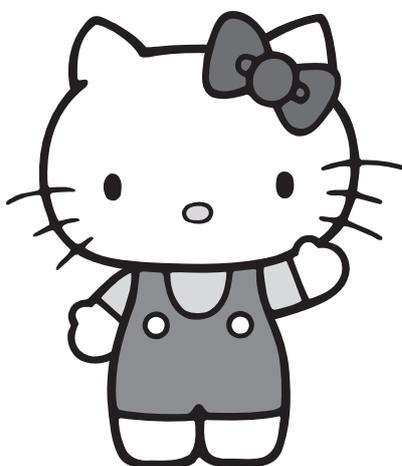
※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(ℓ)して下さい 【医学書・新刊 2013年9月】

<p>医薬品情報書籍の決定版！2013年6月までの最新情報を網羅！好評発売中！</p> <p>日本医薬品集 DRUGS IN JAPAN 医療薬 2014</p> <p><input type="checkbox"/> 書籍版 13,650円 2013年8月刊行</p> <p><input type="checkbox"/> DB版 15,750円 2013年7月刊行</p> <p><input type="checkbox"/> セット版 24,150円 2013年8月刊行</p> <p>日本医薬品集フォーラム編●B5判 3,600頁●じほう</p> <p>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「臨床図鑑」。</p> <p>大好評発売中。</p> <p><input type="checkbox"/> Dr.夏秋の臨床図鑑 虫と皮膚炎 12,600円 夏秋 優・著●AB判 200頁●学研メディカル秀潤社</p>		<p>DVD-ROM版も大好評発売中です！</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 今日の診療ベーシック Vol.23 DVD-ROM for Windows 61,950円 永田 啓・監●DVD-ROM●医学書院</p> <p>大好評「皮膚科診断治療大系」に最新知見を加え、進化した「皮膚科診療カラーアトラス」がついに完結。期間限定の全巻セットをご案内します。</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚科診療カラーアトラス大系 全9冊セット 鈴木啓之・他編●A4変型判/上製+仮製・厚表紙・函入り 各184~192頁●講談社 刊</p> <p>税込定価 373,400円 → 362,250円 (2014年3月末日までの期間特価)</p>	
<p><input type="checkbox"/> ハインズ神経解剖学アトラス (第4版) 7,560円 佐藤二美・訳●A4変型判 352頁●MEDSi</p> <p>病態と治療戦略がみえる</p> <p><input type="checkbox"/> 免疫・アレルギー疾患イラストレイテッド 7,560円 田中良哉・編●B5変型判 359頁●羊土社</p> <p><input type="checkbox"/> MRI応用自在 (第3版) 7,875円 高原太郎・監●B5変型判 480頁●メジカルビュー社</p> <p><input type="checkbox"/> 画像でみる脊椎・脊髄 その基礎と臨床 22,050円 塩田悦仁・監訳●A4変型判 648頁●医歯薬出版</p> <p><input type="checkbox"/> MIMMS 大事故災害への医療対応 現場活動における実践的アプローチ (第3版) 4,935円 MIMMS日本委員会・訳●A4判 178頁●永井書店</p> <p><input type="checkbox"/> FCCSプロバイダマニュアル (第2版) 8,400円 FCCS運営委員会・監●A4変型判 352頁●MEDSi</p> <p><input type="checkbox"/> これでわかる拡散MRI (第3版) 7,770円 青木茂樹・編著●B5判 500頁●学研メディカル秀潤社</p> <p><input type="checkbox"/> 肺癌取扱い規約 (第6版補訂版) <癌取扱い規約> 3,780円 日本肺癌学会・編 ●B5判 80頁●金原出版</p> <p><input type="checkbox"/> 内科系専門医受験者必携！ 症例を診て問題を解いて学ぶ 自治医科大学内科研修トレーニング 7,350円 杉山幸比古・監 ●B5判 472頁●メジカルビュー社</p> <p><input type="checkbox"/> 改訂第4版 医療現場の滅菌 (4版) 3,990円 小林寛伊・編●B5判 240頁●へるす出版</p> <p><input type="checkbox"/> 脳血管障害と神経心理学 (第2版) 12,600円 平山憲造・他編●B5判 560頁●医学書院</p> <p><input type="checkbox"/> なに？これ！ 胸部X線写真 6,720円 池田貞雄・他著●B5判 258頁●金芳堂</p> <p><input type="checkbox"/> これから始める心臓カテーテル検査 7,350円 矢嶋純二・編●A4判 384頁●メジカルビュー社</p>	<p><input type="checkbox"/> これから始めるPCI 6,300円 及川祐二・編●A4判 224頁●メジカルビュー社</p> <p>動画で身につく肝疾患の基本手技</p> <p><input type="checkbox"/> インターベンション治療の秘訣 9,975円 小池和彦・監●B5判 231頁●羊土社</p> <p><input type="checkbox"/> 小児科医の役割と実践 ジェネラリストのプロになる <総合小児医療カンパニア> 8,190円 田原卓浩・編●B5判 256頁●中山書店</p> <p><input type="checkbox"/> 小児心電図ハンドブック 5,880円 高木純一・編●B5判 184頁●中外医学社</p> <p><input type="checkbox"/> ネルソン小児感染症治療ガイド (原書第19版) 3,570円 齊藤昭彦・監訳●B6変型判 296頁●医学書院</p> <p><input type="checkbox"/> 母斑と母斑症 <皮膚科臨床アセット 15> 15,750円 金田眞理・編●B5判 384頁●中山書店</p> <p><input type="checkbox"/> 血管内治療のための血管解剖：外頸動脈 5,670円 清末一路・編著●AB判 144頁●学研メディカル秀潤社</p> <p><input type="checkbox"/> 写真と動画で学ぶ てんかんの手術 12,600円 難治性てんかんに対する手術の極意を伝授 森野道晴・著 ●A4判 160頁●メジカルビュー社</p> <p><input type="checkbox"/> わが国で生まれた心臓血管外科手術 先達の創意工夫に学ぶ 5,775円 川副浩平・責任編集 ●B5判 312頁●メジカルビュー社</p> <p><input type="checkbox"/> 系統小児外科学 (改訂第3版) 24,150円 福澤正洋・他編著 ●B5判 909頁●永井書店</p> <p><input type="checkbox"/> OCT読影トレーニング 10,500円 白神史雄・他編 ●B5変型判 288頁●メジカルビュー社</p> <p><input type="checkbox"/> 眼科診察クローズアップ 9,450円 宇治幸隆・監 ●B5変型判 240頁●メジカルビュー社</p> <p><input type="checkbox"/> 麻酔科医のための 気道・呼吸管理 <新戦略に基づく麻酔・周術期医学> 12,600円 廣田和美・編 ●B5判 312頁●中山書店</p>		
<p>お名前 _____</p> <p>送付先 〒 _____</p> <p>TEL : _____ FAX : _____</p>		<p>医療機関名 _____</p>	
<p>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</p>			



おかげさまで フコク生命は創業90周年



HelloKitty

©1976,1999,2013 SANRIO CO.,LTD. APPROVAL NO.G532211

「ハローキティ」は、フコク生命のイメージキャラクターです。

富国生命保険相互会社 京都支社

〒600-8008 京都市下京区四条通東洞院角長刀鉾町 33 TEL：075-221-7231

☎広-052-1303 (H25.9.3)

すてきな未来応援します

フコク生命

park HOMES 堺町御池

&EARTH 三井不動産レジデンシャル
すまいとくらしの未来へ



外観完成予想図

日本の歴史を見守ってきた 京都御所、その南に暮らす。

- 品格と落ち着きに満ちた、京都御所の南。
- 京の趣を感じる、風雅な建物デザイン。
- 1フロア4邸・内廊下仕様・全邸角住戸

※鳥丸御池周辺の航空写真(2012年7月撮影)に一部CG処理を施しています。※地下鉄「鳥丸御池」駅(約360m)までの徒歩分数は80mを1分とした時間です。※掲載の完成予想図は設計図書に基づいたもので、形状・仕上・植栽・色彩等は実際とは異なる場合がございます。なお、外観形状の細部、設備機器等は表現していません。また、本物件敷地内のみを表現しており、敷地周囲の電柱、標識、ガードレール等につきましても再現していません。また施工上の都合や行政官庁の指導等により、変更が生じる場合があります。予めご了承ください。

■物件概要●名称/パークホームズ堺町御池●所在地/京都府京都市中京区堺町通押小路下る扇屋町650(地番)●交通/地下鉄烏丸線・東西線「烏丸御池」駅徒歩5分●総戸数/38戸●用途地域/商業地域●敷地面積/737.87㎡●建築面積/491.64㎡●延床面積/3,520.72㎡●構造・規模/鉄筋コンクリート造地上10階●建築確認番号/第ERI12012947号(平成24年6月29日付)●住居専有面積/74.21㎡(38戸)●バルコニー面積/15.39㎡(38戸)●間取り/3LDK●駐車場/総戸数38戸に対して敷地内平面2台※敷地内平面2台は来客者用となります。●分譲後の権利形態/敷地は共有、建物は区分所有●管理形態/管理組合結成後管理会社へ委託●管理会社/三井不動産住宅サービス関西株式会社●竣工時期/平成25年7月下旬竣工●入居時期/平成25年10月下旬入居予定●事業主・売主/三井不動産レジデンシャル株式会社・国土交通大臣(2)第7259号・(一社)不動産協会会員・(一社)不動産流通経営協会会員・(公社)首都圏不動産公正取引協議会加盟、関西支店:〒541-0051大阪府中央区備後町四丁目1番3号(御堂筋三井ビル)TEL.06-6205-6031●施工/株式会社熊谷組

モデルルーム公開中

すまいとくらしの未来へ
(事業主・売主) 三井不動産レジデンシャル

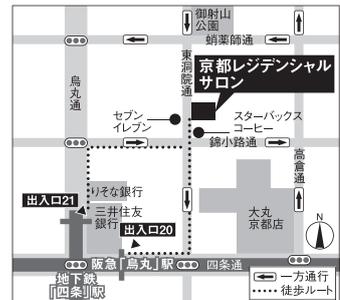
お問い合わせは「京都レジデンシャルサロン」

フリーコール 0120-321-423

31 京都

検索

平日:午前11時~午後6時・土日祝:午前10時~午後6時[定休日:火・水曜日]※携帯電話・PHSからも通話可能です。



※京都レジデンシャルサロンには専用駐車場はありません。ご来場の際には、なるべく公共交通機関をご利用ください。

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