

2013.10 第172号(通巻416号)

CONTENTS

情勢トピックス 医療・社会保障編 国民会議の後任「推進会議」設置へ/自民・合同会議、プログラム法案了承 …ほか	3
調査・データ編 12年度医療費、伸び率は1.7%増に鈍化/0.6兆円増の38.4兆円 …ほか	22
政策資料 資料 1: 京都市のリハビリテーション行政の拡充を求める提言	24
協会だより 11月の催し物(予定)、その他	40

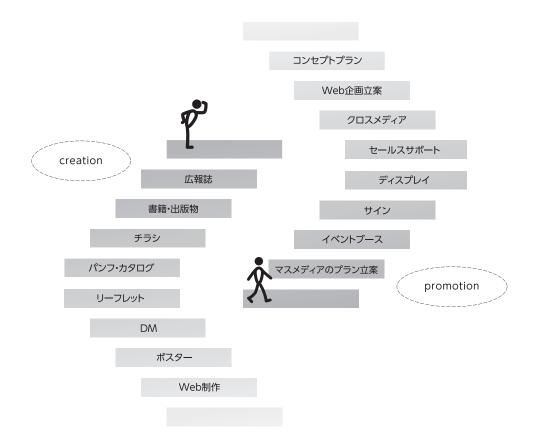


休業補償、医賠責等損害保険 自動車・火災保険も (有) アミスへ(Te1075-212-0303)



Inspiration for you

あなたのためにできること



プラスからはじまる。



T-PLUS/為国印刷株式会社

〒604-8457 京都市中京区西ノ京馬代町6-16 TEL 075-462-7889 FAX 075-464-3923 E-mail: info@tamekuni.co.jp http://www.t-plus-promo.com

法案が提出された。個々の具体的改革については、 すでに社会保障審議会の各関連部会などで検討が始 まっている。さらに国家戦略特区についても法案提 出が見込まれている。

情 ・ ピックス

今月の主な動き

臨時国会が10月15日に開会。安倍首相が10月1日 に消費税増税の4月実施を表明、TPP交渉では6 日に自民党の西川TPP対策委員長が聖域としてき た重要5分野の関税撤廃可否を検討すると表明する など、重要課題が山積する中で開催が引き延ばされ てきた。開会初日には、社会保障改革のプログラム

医療·社会保障編

社会保障

国民会議の後任「推進会議」設置へ/自民・ 合同会議、プログラム法案了承

自民党は10月8日、厚生労働部会・社会保障制度に

	行事	開始時間	場所
1日金	環境対策委員会	午後2時	ルームA
5 日(火)	各部会	午後2時	
8 日金	保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
9 日(生)	コミュニケーション委員会	午後 2 時30分	ルームA・B・C
11日(月)	中京東部医師会との懇談会	午後2時	ルームA・B・C
12日(火)	定例理事会	午後2時	ルームA
16日(±)	「在宅医療点数」の説明会	午後 2 時30分	ルームA・B・C
17日(日)	文化講座「京都のまつり〜現状とゆくえ〜」	午後2時	ルームA・B・C
20日(水)	金融共済委員会	午後2時	ルームA・B・C
20 □ (3)	医事担当者勉強会	午後7時	ルームA
21日休	保険講習会B(新規個別指導·医療法立入検査対策)	午後2時	ルームA
25日(月)	中京西部医師会との懇談会	午後 2 時30分	中京西部医師会事務所 7 F
26日(火)	定例理事会	午後2時	ルームA
28日(木)	医療事務担当者向け講習会(公費負担(福祉)医療制度)	午後2時	ルームA
30日(土)	市民公開講演会 「知らなきゃソン!公的医療保険はこんなに使える」	午後 2 時30分	京都タワーホテル7階「橘」

	行	事		開始時間		場	所
12月 9 日(月)	乙訓医師会との懇話	炎会	午往	後2時	乙訓医的	T会事務所	
12月11日(水)	初心者向け公費負担	旦医療制度説明会 ①	午往	後2時	,,	$A \cdot B \cdot C$	
12月11日(水)	下京東部医師会との	D懇談会	午往	後2時		∃航プリン	
12月12日(木)	雇用管理検討会		午往	後2時	ルーム	A · B · C	
12月15日(日)	鎌仲ひとみ講演会	(仮称)	午前	前10時30分	ルーム	A · B · C	
12月17日火)	初心者向け公費負担	旦医療制度説明会 ②	午往	後2時	ルーム	$A \cdot B \cdot C$	
1271/00		20次则及就仍太()	7718	女亡时	N-AF	- D - C	

- ※「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43~45ページ

今後の予定

月の保険医協会の行事予定

関する特命委員会の合同会議を開き、社会保障制度 改革のプログラム法案を了承した。個別の法律を改 正するのではなく、今後の社会保障制度改革の進め 方や全体像を示したもので、法案の正式名称は「持 続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推 進に関する法律案」。法律の施行期日は公布日。政 府・与党は党内手続きを経て、10月15日から始まる 臨時国会の冒頭に法案提出した。

プログラム法案では、内閣に「社会保障制度改革 推進本部」(本部長 = 安倍晋三首相)と、社会保障 制度改革国民会議の後任組織に当たる「社会保障制 度改革推進会議」を設置することを明記した。設置 期限はともに5年以内。推進本部のメンバーは、首 相や内閣官房長官、財務相、厚生労働相、総務相ら 国務大臣で構成する。社会保障制度改革を総合的・ 計画的に推進し、さらに、検証する役割を担う。一 方、推進会議の委員は首相が任命する20人以内のメ ンバーで構成する。高齢化がピークに達する2025年 を展望しながら社会保障制度を総合的に検討し、首 相に意見具申する。

●8%増税時、医療介護提供体制改革に1000億円

厚生労働省と内閣府は予算要求府省の立場から、 消費税率を8%に引き上げた時の増収分の使い道を 参考資料として示し説明した。予算については年末 に向けて引き続き検討していくことになる。

厚労省によると、税率を上げた直後の14年度増収 見込み額は5兆1000億円で、そのうち1兆4500億円 を社会保障費自然増の安定財源として使う。また、 2兆9500億円を基礎年金国庫負担割合2分の1への 恒久的引き上げの財源に充て、2000億円を消費税率 引き上げに伴う診療報酬などの物価上昇に対応する ための費用として確保する。

これらを差し引き、残った5000億円を「社会保障の充実」に充てる。医療・介護サービスの提供体制改革には1000億円程度を使う。厚労省会計課は「病床機能分化や連携を進めていく上で、診療報酬や新たな補助金でどう対応するかが中心的な課題だ」と説明した。地域包括ケアシステムの構築や介護については「14年度に一定の対応が必要かどうかを年末までに検討していく」とした。

このほか、国保の低所得者保険料軽減措置の拡充 に620億円、15年1月から実施する高額療養費の見直 しに50億円、難病対策・小児慢性特定疾患の医療費 助成に300億円を使う。待機児童解消加速化プランな どの子ども・子育て支援は3000億円、遺族年金の拡 大には10億円を見込む。(10/9MEDIFAXより)

保険料減額など社会保障充実に5000億円/ 経済財政諮問会議

内閣府は10月1日の経済財政諮問会議に提出した 補足資料の中で、消費税率を8%に引き上げた際の 社会保障費の充実額を5000億円程度(公費ベース) とする試算を示した。消費税率の引き上げに伴う社 会保障支出の増加には2000億円程度(公費ベース) を充てるとしている。

2014年度に予定している制度変更が家計に与える影響などを政府が資料として示したもの。10月1日夜の甘利明・経済再生(一体改革)担当相の会見時に公表された。消費税率引き上げで増える税収の3分の2は、基礎年金国庫負担割合2分の1への恒久的引き上げなどに充てる。残りの3分の1を社会保障の充実などに使う。国保に加盟している低所得者向けの保険料減額措置の受け入れ対象者数を増やす予定で、その財源などに充てる予定だ。

 $(10/3MEDIFAX \sharp \vartheta)$

高額療養費の見直し、決着は予算編成で/医療保険部会

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10月7日、高額療養費制度の 具体的な見直し案を議論し、年末の予算編成過程で 決定することにした。厚生労働省は議論を踏まえ、 新たな高額療養費制度を設計する。

高額療養費制度の拡充は、過去に幾度となく議論されてきた。2012年2月に閣議決定された社会保障・税一体改革大綱には「高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。抜本的見直しまでの間も改善が必要で、年間での負担上限導入などを目指す」と記載。医療保険部会が検討したが、13年度での導入には至らなかった。

13年夏になると、社会保障制度改革国民会議が報告書の中で高額療養費制度の見直しに言及。「より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」と記載した。報告書を踏まえ8月21日に閣議決定された社会保障制度改革の「プログラム法案」には「70-74歳の自己負担と併せて高額療養費の見直し」が盛り込まれ、医療保険部会は検討を再開した。

厚労省は会合に、高額療養費の見直しとして3つの案を提示。案1は最も細かく所得に応じた限度額

を分けたもので、15年度満年度ベースで給付費が320億円増加する(保険料130億円、公費190億円)。案2は最も保険料への影響に配慮したもので、給付費増は70億円(保険料マイナス30億円、公費100億円)。案3は、案2をベースにしつつも年収370万-770万円の層の月負担限度額を据え置いたもので、給付費は850億円増える(保険料600億円、公費250億円)内容となっている。国民会議の報告書が抜本改革を求めたことにより「年間上限」の考え方ではなく、細分化の案を示した形だ。

保険者負担については、70歳になった人の自己負担を14年度から順次2割にした場合、19年度にはどの保険者も負担が軽減され、協会けんぽ、健保組合、共済、市町村国保で計990億円の負担減になることも合わせて資料に記載し、高額療養費と70-74歳の自己負担見直しを併せて行えば、数年後には保険者負担の軽減になることも示した。

●小林委員が反発、鈴木委員は「案3」主張

議論では小林剛委員(全国健康保険協会理事長)が「どの案も財政中立ではない」と指摘し、厚労省案に反対した。3つの案とも協会けんぽの財政負担は増加するだけでなく、ほかの保険者と比べて最も増えることに反発した格好だ。保険局の大島一博総務課長は「低所得層の限度額を引き下げる見直しのため、結果的に協会けんぽへの保険料影響が一番大きくなる」と理解を求めた。

鈴木邦彦委員(日本医師会常任理事)は「多くの 負担をしながら子育てなどをしていることを考えれ ば、案3が良い」と発言したが、案の練り直しを求 める声も多く議論は決着しなかった。遠藤部会長が 「公費の使い方は予算編成と強く関係する。今日の意 見を反映しながら予算編成に対応してもらいたい」 とし、了承を取り付けた。3つの案をベースに検討 するが、予算編成の結果や意見を踏まえて制度設計 をするため、どれとも異なる内容になる可能性も残 されたままだ。(10/8MEDIFAXより)

病床機能報告の4区分、医療部会に提示/保 険者側に懸念も

厚生労働省は9月13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、病床機能分化に向けて導入する報告制度で医療機関が選択する区分について▽高度急性期▽急性期▽回復期▽慢性期─の4区分を提示した。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」が合意した内容。保険者側の委員が「2025年を 目指した機能分化の方向性とはかけ離れたものだ」 と懸念を表明したが、それ以上の特段の異論は出な かった。

高智英太郎委員(健保連理事)は「医療提供体制のひずみの象徴ともいわれている7対1問題の実態を正常化させていく糸口、契機につながらなかったという認識。非常に残念に思っている」と述べた。

●診療報酬と整合性必要/宇都宮課長

厚労省保険局医療課の宇都宮啓課長は、報告制度と診療報酬の関係について「不整合になってはいけない」と述べた上で、「高度急性期、回復期、慢性期、そして急性期の一部は今でも整合性が取れている部分はあると思う。そういうところは整合性を維持し、多少、流動的なところは今後、中医協でも議論していただくが、将来的に不整合とならないよう検討していただく」と述べた。

●地域ビジョンのG L で新検討会も

一方、報告制度で収集する情報を活用して都道府 県が策定する地域医療ビジョンの柱として、厚労省 は▽入院・外来別、疾患別患者数など25年の医療需 要▽2次医療圏(在宅医療・地域包括ケアについて は市町村)ごとの医療機能別の必要量▽医療機能の 分化・連携を進めるための施設整備や医療従事者の 確保・養成など、目指すべき医療提供体制を実現す るための施策—の3つを挙げた。

地域医療ビジョン策定のためのガイドラインなど を議論する検討会を新たに設置することも提案。委 員から異論は出なかった。(9/17MEDIFAXより)

在宅医療推進で市町村の役割明確化を/厚労 省、医療部会で論点

厚生労働省は9月13日、第6次医療法改正で「在宅医療の推進」を図るための3つの論点案を社会保障審議会・医療部会(部会長=永井良三・自治医科大学長)に提案した。市町村が果たす役割を医療計画の中で明確化するなどの論点に反対意見はなかったが、全国町村会は十分な議論と丁寧な制度設計を求めた。

厚労省が提示した論点は▽在宅医療、地域包括ケアや介護サービスの観点から、医療計画の中での市町村の役割を明確に位置付ける▽市町村の介護保険事業計画に記載された目標を達成できるよう、医療計画・地域医療ビジョンでも在宅医療の必要量等の推計や、目標達成のための施策の推進体制を確保し

ていくべき▽在宅医療連携拠点事業で蓄積された知 見、ノウハウを整理し情報提供する―の3点。

全国町村会の遠藤直幸委員(山形県山辺町長)は「在宅医療を医療・介護の両面から制度化していこうというのは理解できるが、市町村がどういう役割をどう果たしていけばよいのかイメージしにくい。小規模な市町村で(在宅医療の)担い手が確保されるのか、行政が円滑に実施できるのかなど実施体制の整備が大きな課題と認識している」とし、「市町村が一定の役割を担うのであれば、人材確保の方策などで詳細な検討を行い、丁寧な制度設計をお願いしたい」と述べた。

全日本病院協会長の西澤寛俊委員は、在宅医療・介護連携拠点の機能を介護保険法で制度化してはどうかとの意見が社保審・介護保険部会で出ていることに言及し「在宅医療を医療提供側が主体的に責任を持って行うとすると、どういう形が望ましいのか。在宅医療・介護連携拠点について介護保険法でよいのかなど、医療部会できちんと議論してもらいたい」と求めた。

●在宅関連事業の全体像を/日医・今村副会長ら

一方、日本医師会副会長の今村聡委員は「在宅医療連携拠点事業は在宅医療に熱心な地域や医師会による手挙げで行われているが、全国的に行われていくべきと考えている」とした上で、「在宅医療について行政はさまざまな事業を行う。仕組みが少しずつ異なるが、シンプルな枠組みにして、小児や高齢者に対する在宅医療を同じ枠組みの中で設計できるようにすればよいのではないか」とした。

日本看護協会副会長の菊池令子委員も「訪問看護 は医療保険と介護保険にまたがっている。在宅医療 の必要量については全体を見て設計してもらいた い」とし、医政局や老健局が実施している事業が全 体としてどうなっているのか、在宅介護連携の全容 を示してほしいと指摘した。

日本歯科医師会副会長の和田明人委員は「歯科と 医療の区分けをしているが、在宅医療全体の中で歯 科、医療を総合的に見ていくべきだ」と求めた。 (9/17MEDIFAXより)

地域医療支援センター、医療法位置付け了承 / 社保審・医療部会

厚生労働省の社会保障審議会・医療部会(部会長 = 永井良三・自治医科大学長)は10月4日、「地域医療支援センター」の機能を医療法上に位置付ける法 改正についておおむね了承した。厚労省は、委員から上がった意見を踏まえ、2014年の通常国会への提出を想定している医療法等一括改正案に盛り込む。一括改正案に向けた医療部会の意見書は、年末までに取りまとめる。

地域医療支援センターは現在、厚労省の補助金事業として取り組む自治体のほか、地域医療再生基金を活用した取り組みや、全額自治体負担での設置など多種多様。

地域の医師不足・偏在の解消に都道府県が主体的に取り組めるよう、厚労省が補助金事業をスタートさせたのは11年度で、当初は15カ所だった。12年度は5カ所増の20カ所となり、13年度の10カ所拡充で、北海道、青森、岩手、宮城、福島、茨城、群馬、埼玉、千葉、新潟、長野、石川、静岡、山梨、岐阜、三重、和歌山、滋賀、京都、大阪、奈良、岡山、島根、広島、徳島、高知、愛媛、大分、長崎、宮崎の1道2府27県が補助金事業として設置している。14年度予算の概算要求で厚労省は、12カ所増の42カ所に拡充する費用を盛り込んでいる。

13年度から事業実施要綱を改定し、地域の医師不足病院と県内の中核病院の間をローテーションしながらスキルアップしていくなどのキャリア形成プログラムの作成と実施を事業の一つに位置付けた。

補助金事業以外では、秋田、福井、山口、香川、 鹿児島の5県が地域医療再生基金を活用。東京は全 額自治体負担で設置している。

●知事の医師派遣要請を明確化

厚労省は、既存の地域医療支援センターが地域の 実情に合わせて取り組む機能を阻害しない形で医療 法上に位置付ける方針。都道府県の地域医療対策協 議会が実施すべきと定めた場合、都道府県知事が医 師不足病院への医師派遣を特定機能病院などに要請 できるよう医療法上で明確化する。地域医療支援セ ンターの実質的な機能は、病院や大学、公益法人な どに委託することを可能とした上で、委託を受けた 組織も医師派遣要請に関与できる仕組みとする。

地域医療対策協議会の参加者である特定機能病院 や地域医療支援病院、大学などについては、医師派 遣要請に対し「協力義務」または「協力の努力義務」 の対象とする。委員からは「協力義務とすべき」と の意見が上がった。(10/7MEDIFAXより)

全国に勤務環境改善支援センター/医療部会 が法改正了承

2014年の通常国会に提出する予定の医療法等改正一括法案に盛り込む事項について議論している社会保障審議会・医療部会は10月4日、医療機関での勤務環境改善に向け、医療機関を総合的に支援する「医療勤務環境改善支援センター(仮称)」を全都道府県に設置する法改正について了承した。年末までに取りまとめる医療部会の意見書に盛り込む。

勤務環境改善支援センターは、厚労省が構想する「医療機関の勤務環境改善システム」の一環として設置する。勤務環境改善システムでは、医療機関が自主的にPDCAサイクルで勤務環境改善に取り組むよう促す。国は医療機関が勤務環境改善に自主的かつ計画的に取り組めるよう、改善プロセスに関するガイドラインを策定する。勤務環境改善支援センターには診療報酬や医療制度などに詳しい医業分野のアドバイザーと、労務管理を支援する「医療労働相談員」を配置し、医療機関のニーズに合わせて支援する体制とする。関連事業費として14年度予算の概算要求に3.1億円を計上している。

●診療報酬による経営支援が必要

西澤寛俊委員(全日本病院協会長)は「良質な医療を提供し続けながら勤務環境を改善するには、経営支援がなければ難しい」と述べた。その上で「財源」と「人手」に着目した経営支援が重要との考えを示し、「お金の面は診療報酬で付けていただきたい」と求めた。

今村聡委員(日本医師会副会長)は、勤務医の労働環境改善は最優先課題とした上で、労働基準局の取り締まりではなく自発的に取り組むためには経営の安定化が大前提になると強調した。

 $(10/7MEDIFAX \sharp b)$

消費税

消費税10%は「適切に決断」/安倍首相が表明、14年4月に8%に

安倍晋三首相は10月1日、当初の予定通り2014年4月から消費税率を8%に引き上げることを表明した。安倍首相は10月1日夜の会見で「安定財源を確保し、社会保障制度を維持強化していく。消費税収は社会保障にしか使わない。当然、歳出の無駄は不断に削減していく」との考えをあらためて示した。ただ、15年10月に予定されている税率10%への引き

上げについては「経済状況を総合的に勘案しながら、 引き上げの判断時期も含めて適切に決断する」と述 べた。

安倍首相は「成長への自信を取り戻し、国の信認を維持し、社会保障制度を将来に引き渡すことが私の内閣に与えられた責任だ」と述べた。増税によって景気の腰折れを防ぐために実施する「経済政策パッケージ」については、「目先の経済を押し上げる一過性の対策ではない」と強調。「将来にわたって賃金を上昇させ、雇用拡大する未来への投資だ」と語った。

●経済政策パッケージも閣議決定

政府は10月1日夕の臨時閣議で「消費税率および 地方消費税率の引き上げとそれに伴う対応につい て」を閣議決定。その中に、増税後の景気下振れリ スクへの対応策となる経済政策パッケージも盛り込 んだ。成長戦略関連施策の実行や、「耐震改修投資促 進税制」の創設を含む減税措置、企業の利益を国民 の所得増加につなげるための政策などに取り組む。 さらに、5兆円規模の「新たな経済対策」も12月上 旬に策定する。産業競争力強化策や、高齢者・女性・ 若者向け施策、被災地の復興、耐震化・老朽化対策 などが柱。これらの施策を実行するため、13年度補 正予算も編成する。

社会保障制度改革の「プログラム法案」を、次期 臨時国会の冒頭に法案を提出することも明記した。 国保などの低所得者保険料軽減措置の拡充といった 施策に取り組む。

臨時国会には、国家戦略特区関連法案や、産業競争力強化法案も提出する。産業競争力会議や規制改革会議の議論を通じて規制・制度改革を進め、▽戦略地域単位▽企業単位▽全国単位一の3層構造で改革を加速化する。国家戦略特区として「医療等の国際的イノベーション拠点整備」を推進し、特例的な措置を組み合わせることで経済成長の起爆剤となる、世界で一番ビジネスをしやすい環境をつくる。国際医療拠点における病床規制の特例による病床の新設・増床の容認や、保険外併用療養の拡充などを検討し、具体化を図る。

継続審議になっている薬事法等改正法案と再生医療等安全性確保法案については、法案提出時期を次期臨時国会とは明言しておらず、「早期成立を目指す」とした。(10/2MEDIFAXより)

低所得者向け現金給付、14年4月の消費増税 時に/総額3000億円

政府は9月18日、消費税増税の負担を和らげるた め、所得が少ない人に現金を配る「簡素な給付措 置」の概要を固めた。住民税の非課税世帯(約2400 万人)に1人当たり1万円を一時金として支給する。 このうち年金や児童扶養手当などを受給している世 帯(千数百万人)は、5000円上積みして1万5000円 とする方針だ。支給総額は当初見込みの約2400億円 から約3000億円に拡大する。

安倍晋三首相は10月1日、消費税率を予定通り 2014年4月に8%へ引き上げると表明する方針。14 年4月には年金などの支給額が下がるため、現金給 付で家計への影響を軽減する狙いがある。増税に備 えた政府の経済対策が企業関連に偏っているとの批 判にも配慮したとみられる。

現金給付は、9月末にかけて与党の税制協議会な どで議論し、増税が決まれば関連経費を13年度補正 予算に計上する。支給時期は調整中で、政府は厚生 労働省に設ける担当部署を中心に全国で実施する考 えだ。

低所得者対策では、消費税率を15年10月に10%に する際、食料品などの税率を低く抑える「軽減税率」 の導入を与党が協議しており、現金給付はそれまで のつなぎ的な対応と位置付けている。低所得者が食 料品にかける費用などから、14年4月-15年10月の 増税による負担増は1万円程度と試算した。

年金の支給額は、本来より2.5%高い「特例水準」 として支給している部分を13年10月分から3段階で 減らすことが決まっている。14年4月には2段階目 の引き下げが予定され、ひとり親家庭向けの児童扶 養手当も同様に減額されるため、年金受給者らの負 担軽減策はより手厚くするべきだと公明党などが主 張していた。

経済財政諮問会議の民間議員は、増税による家計 の負担増は約6兆円と試算している。政府は住宅取 得の支援策も実施する予定だが、国民には増税の延 期や税率見直しを求める声が根強い。

(9/20MEDIFAXより)

中医協

報告制度と診療報酬、整合性めぐり見解割れ る/中医協総会

中医協総会(会長=森田朗・学習院大教授)は9

月25日、導入に向けて厚生労働省医政局が検討して いる病床機能報告制度の分類と診療報酬上の評価に ついて「全くイコールにはならない」とする支払い 側と、双方の整合性を求める診療側とで認識が異な る現状が明らかになった。

病床機能報告制度で医療機関が選ぶ区分は「高度 急性期 | 「急性期 | 「回復期 | 「慢性期 | の4分類で、 亜急性期は入っていない。また、社会保障審議会の 医療保険部会と医療部会の議論を基にまとめられた 「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」では、項目立てが「回復期 (診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)」という 記載となっている。

●「イコールではない」/白川委員

支払い側の白川修二委員(健保連専務理事)は「医 療部会で議論されている 4 分類の病床機能報告制度 は尊重されるべきだが、診療報酬上の機能区分とは イコールではない」との解釈を示した。白川委員は 「『基本的な考え方』では"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"とされている が、医療部会で了承された医療機能4分類には亜急 性期機能は入っていない。区分に合わせてというこ とは、診療報酬の亜急性期入院医療管理料はおかし いと言っているのか」と疑問を提示。「報告制度を 尊重しないといけないが、報告制度はあくまでも報 告制度であり、診療報酬上の機能区分、手当とはイ コールではない。事務局で確認してもらいたいしと 述べた。

●診療報酬の先走りは現場が混乱/鈴木委員

一方、診療側の鈴木邦彦委員(日本医師会常任理 事)は「病床機能報告制度は、地域医療ビジョンか ら地域医療計画に反映されるものであり、当然、診 療報酬と整合性が取れないといけない。診療報酬で 先走って進めることは現場を混乱させることにな る」と述べ、亜急性期病棟など診療報酬上の対応に ついて慎重な対応を求めた。安達秀樹委員(京都府 医師会副会長) も「今回の『基本的な考え方』の中 で、回復期については中医協総会ではまだ了承して いない入院分科会の中間まとめの内容が反映されて いるが、どういうことか」とし、分科会の中間まと めの内容を含めた入院医療に関する議論が中医協総 会で必要と指摘した。

厚労省保険局の宇都宮啓医療課長は「医政局の病 床機能報告制度は、法改正を伴う制度としてつくら れていくと理解している。14年4月の診療報酬改定 に間に合うようなものではなく、診療報酬としては 先立って、入院医療分科会の議論や前回診療報酬改 定での急性期入院医療の検証を進め、14年の改定を 行う」と説明。「ただ、医政局の報告制度も診療報酬 改定も、25年の医療のあるべき姿を目指すものであ り、(将来的に)整合性は取っていくべきだ。少なく とも現時点では完全に一致するものではない」との 解釈を示し理解を求めた。さらに、厚労省は、入院 医療については13年度調査結果の議論も含めて分科 会の最終報告書を作成し、今後、中医協総会で議論 してもらうと回答した。(9/26MEDIFAXより)

基本診療料と個別の組み合わせで/8%時上 乗せで中医協に報告

中医協総会(会長=森田朗・学習院大教授)は9月25日、「医療機関等における消費税負担に関する分科会」の中間整理について、田中滋分科会長(慶応大大学院教授)から報告を受けた。中間整理では消費税率8%時について、高額投資への対応は診療報酬と別建てとはせず診療報酬改定で対応するとした。田中分科会長に一任されていた上乗せの対象項目については「医療経済実態調査の結果等を踏まえ、基本診療料・調剤基本料への上乗せによる対応を中心としつつ"個別項目"への上乗せを組み合わせる形で対応することを基本にする」と記載した。

中間整理を踏まえ、支払い側の矢内邦夫氏(全国健康保険協会東京支部長)は「消費税対応の基本的な考え方は、財政影響を見極めた上で、基本診療料と個別項目の組み合わせが必要である。具体的には今後のデータを見て申し上げたい」とし、上乗せ対象項目を組み合わせるとの修文が行われたことを評価した。消費税分科会では、支払い側が基本診療料と個別項目の組み合わせを強く主張していた。

診療側の安達秀樹委員(京都府医師会副会長)は「2015年10月には10%の引き上げとされているが、政治状況次第ではどうなるか分からない。10%にならず当面8%でいくことになった場合、ずっと非課税でいくのか。8%が(14年4月予定という)時間的制約から非課税ということであれば、8%になった段階でも分科会として税制改革の議論をしていくのか」と質問。田中分科会長は「抜本的な税制対応については分科会で話し合うべき課題ではない。財務省の議論だ」と回答した。(9/26MEDIFAXより)

金曜入院・月曜退院の適正化策は継続の方向/中医協・入院分科会

2012年度診療報酬改定で導入された「金曜日入院、 月曜日退院の多い医療機関に対する土日入院基本料 の減算」と「正午までの退院の多い医療機関に対す る退院日の入院基本料の減算」について厚生労働省 は9月30日、中医協「入院医療等の調査・評価分科 会」(分科会長=武藤正樹・国際医療福祉大大学院教 授)に、次期診療報酬改定後も継続していくかどう かを論点として提案した。

全日本病院協会副会長の神野正博委員(社会医療法人財団董仙会理事長)は「悪しき医療機関はなかったということなので、やめてもよいのではないか」と述べた。健保連理事の髙智英太郎委員は「有意な差がないということであれば、要件の厳格化も必要ではないか」と指摘した。

こうした意見に対し厚労省は「届け出自体がゼロ というわけではないので、こういう規定は一定程度 は必要と考えている」と回答した。

 $(10/1\text{MEDIFAX} \downarrow b)$

過剰な訪問診療「防ぐ仕組み必要」/田村厚 労相

田村憲久厚生労働相は10月8日の閣議後会見で、 高齢者施設に入居中の認知症患者に必要以上の訪問 診療が提供されているとした朝日新聞の報道を受 け、過剰な訪問診療を防ぐ仕組みを検討する必要が あるとの考えを示した。具体策として、一定回数以 上の訪問診療を提供する場合は本人の同意を得るこ となどを挙げた。

田村厚労相は、報道内容を確認した限りでは不適切な可能性があるとした上で、「回数が多い場合、本人の同意とか、書類を提出していただくとか、そういう対応をしながら防げるようにしていかなければいけない」と述べた。

併せて不適切な訪問診療となるケースについて、 具体的に例示することも含め、周知することが必要 との考えも示した。「サ高住(サービス付き高齢者向 け住宅)や有料老人ホームなどの施設に、『こういう ようなやり方は駄目ですよ』と通知で案内を出させ ていただくことも必要」とする一方、「悪意でやって いる方、業者もいると思うが、安易にそういう手口 に乗っていただくのも困る」とも述べた。

 $(10/9MEDIFAX \sharp b)$

介護保険

特養の入所、要介護3以上に限定/厚労省、介 護保険部会で提示

厚生労働省は9月18日、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)に、特別養護老人ホームの入所要件を要 介護3以上に限定する案を提示した。方向性に賛同 する声があった一方、反対の声も複数上がった。

社会保障制度改革国民会議がまとめた報告書に は、特養は中重度者に重点化を図ることや、併せて 軽度の要介護者を含めた低所得高齢者の住まい確保 を進めることが盛り込まれた。これを受け厚労省は ▽特養への入所を要介護3以上に限定する▽特養に おける看取り体制の強化▽要介護1、2を含めた低 所得高齢者の住まい確保―を論点として提示した。

小林剛委員(全国健康保険協会理事長)は、介護 保険を今後も持続可能な制度にするためには、めり はりのある対応は避けられないとして「特養に関し ては重度者への重点化を進めるべき」と述べた。齊 藤秀樹委員(全国老人クラブ連合会理事・事務局長) は、特養待機者が多い中、入所者を限定する方向性 については理解できるとしつつも、現在要介護1、 2で入所している人へ配慮する必要性を指摘した。

一方で桝田和平委員(全国老人福祉施設協議会介 護保険事業等経営委員会委員長)は、地域の事情に よっては特養がセーフティーネットの役割を果たし ていることや、身体機能は高いものの認知症のBP SDなどで在宅生活が難しいために特養に入所して いる軽度者がいると指摘し、要介護3以上に限定す ることに反対を表明した。結城康博委員(淑徳大教 授)は「現場では要介護1までが軽度、中度が2、 3、重度が4、5というのが一般的な理解」とした 上で、要介護認定の結果には地域間格差があるとも 指摘し、入所要件を見直す場合は要介護2以上にす べきだと述べた。

厚労省老健局高齢者支援課の高橋謙司課長は、 2009年に集計したデータを用いて、特養の入所申込 者数42.1万人のうち、要介護4、5で在宅生活を送 る特養申込者が6.7万人いると説明。「こういう状況 を踏まえると、重度に限定していくことが必要だと 考えている」と述べた。

●介護療養の機能も論点

厚労省は、介護療養型医療施設の17年度廃止を踏 まえ、介護療養病床が果たしている機能の在り方に

ついても論点に挙げた。高杉敬久委員(日本医師会 常任理事)は、地域特性によって転換できない介護 療養病床もあると指摘し「制度を変えていくときに、 変えてはいけないこともあるし、見直すことも必要 だと思っている」と述べた。伊藤彰久委員(日本労 働組合総連合会生活福祉局長)は「方針をころころ 変えず、17年度末の廃止に向けた対応を取るべき | と述べた。(9/19MEDIFAXより)

訪問看護、小規模STを支援するST整備も /介護保険部会

9月18日の社会保障審議会・介護保険部会では、 在宅サービスの議題として訪問看護も取り上げた。 厚生労働省は、安定的に看護サービスを提供する体 制の確保に向けて、小規模な訪問看護ステーション (訪看ST) を支援する機能を持つ訪看STの整備 や、訪問看護師の定着支援を論点として提示した。

齋藤訓子委員(日本看護協会常任理事)は、訪看 STの半数近くが看護職員5人未満の小規模事業所 であるという実態の中で、地域の大規模な訪看ST が「基幹型訪問看護ステーション(仮称) となり、 小規模な訪看STに対して夜間緊急時や重度者の対 応を支援するほか、人材育成を行う仕組みが必要だ と提案した。また、人材確保は大きな課題だとして 「今までは事業所の努力で採用してきたが、そういっ た努力は限界に来ていると思っている」と述べ、国 策としての対応を求めた。

齊藤秀樹委員(全国老人クラブ連合会理事・事務 局長) は「在宅の重度化対応では、訪問看護が核に なると思うが、慢性的に人手が不足している」と指 摘。サービス内容の一部には介護職と重なっている ものもあるとして、連携と役割分担についてさらに 検討する余地があると指摘した。

(9/19MEDIFAXより)

「一定以上所得者」は2割負担に/介護保険部 会で厚労省案

厚生労働省は9月25日の社会保障審議会・介護保 険部会に▽一定以上所得者の利用者負担の引き上げ ▽補足給付の見直し▽1号保険料の低所得者軽減― の改革案を示した。一定以上所得者の介護保険の利 用者負担については、1割から2割に引き上げる案 を提示。委員からは引き上げそのものに対してはお おむね賛同が得られたものの、事務局が提示した「一 定以上所得者」の水準に対しては反対する意見も多

く出た。

厚労省は、一定以上所得者の水準として▽被保険 者全体の上位約20%に該当する合計所得金額が160 万円以上の人 (年間の年金収入280万円相当以上) ▽ 住民税課税者の被保険者の上位約50%に該当する合 計所得金額が170万円以上の人(年間の年金収入290 万円相当以上) 一の2案を提示した。高額介護サー ビス費の限度額についても基本的には据え置くが、 一定以上の所得があり、医療保険の現役並み所得に 相当する人については限度額を4万4400円に引き上 げる案を示した。合計所得金額とは、給与所得控除 や公的年金控除をした後で、基礎控除や人的控除を する前の所得金額を指す。

事務局が提示した水準に対し「少なくとも医療保 険で1割負担になっている人が介護保険で2割負担 になることは到底考えていない。水準は高齢者の認 識と乖離している」(齊藤秀樹委員・全国老人クラブ 連合会理事・事務局長)、「医療保険制度における現 役所得者の基準である383万円の水準を導入すべき」 (結城康博委員・淑徳大教授) と事務局案に反対する 意見のほか、「被保険者全体の2割程度が該当する水 準がおおむね妥当」(布施光彦委員・健保連副会長) と事務局案に賛同する意見もあった。また、より詳 細な検証を求める声もあった。

厚労省老健局介護保険計画課の榎本健太郎課長は 「20%ありきというよりも、20%というところで引い てみると、このモデル設定ができるということでお 諮りをした。さまざまな意見があるが、そういう中 でどういうふうにラインを引いていくかが今後の検 討課題」と述べた。

●補足給付、資産勘案を

厚労省は、特別養護老人ホームに入所する低所得 者の食費や居住費を給付する補足給付制度につい て、預貯金や不動産といった資産も勘案すべきとの 案を示した。現行は本人が属する世帯の課税状況や 本人の年金収入・所得のみを勘案している。具体的 には、補足給付の対象外になる貯蓄の基準として単 身で1000万円、夫婦で2000万円を想定し、保有状況 は自己申告を基本とする。また、一定額の貯蓄がな い場合も、固定資産税評価額で2000万円以上の不動 産がある人は対象外とする。

委員からは方向性に賛同する声のほか、市町村の 事務負担への懸念や不動産を勘案することの難しさ への指摘もあった。

●低所得者の負担軽減

1号被保険者が支払う介護保険料については、低 所得者の負担を軽減するために公費を投入し、負担 割合を現行よりも引き下げる案を示した。また、能 力に応じた負担を求める観点から、標準で6段階と なっている介護保険料の段階設定を9段階に細分化 することも提案した。(9/26MEDIFAXより)

サ高住の住所地特例、慎重論も/社保審・介 護保険部会

厚生労働省は10月2日の社会保障審議会・介護保 険部会に、「住所地特例」の対象にサービス付き高齢 者向け住宅(サ高住)を加えることを提案した。委 員からは賛同する声があった一方で、拡大に向けて 検討すべき課題も多く指摘された。反対意見もあっ

住所地特例は、被保険者が施設に入所するため住 所を移した場合でも、前の自治体が引き続き保険給 付を負担する制度。サ高住は2012年に創設されたが、 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸 型のサ高住は住所地特例の対象外となっている。特 定施設入居者生活介護の指定を受けているのは約 5%、賃貸借方式を取っているのが88%のため、大 半が住所地特例の対象外となっており、一部の市町 村から財政負担に関する懸念が出ていた。

厚労省は▽有料老人ホームに該当するサ高住を住 所地特例の対象にする▽現行、住所地特例対象者は 地域密着型サービスや地域支援事業を利用できない が、利用できるようにする―を提案した。

結城康博委員 (淑徳大教授) は、おおむね賛同す るとしつつも「サ高住で住所地特例を使うことは諸 刃の剣」と指摘。供給が過度な需要を生むというよ うな要素を忘れてはいけないとし、何らかの対策を 検討する必要性を指摘した。鷲見よしみ委員(日本 介護支援専門員協会長)も必要性を示した上で「地 域密着型サービスの検討を踏まえると、運営推進会 議など第三者が関与する機能の強化が必要」と述べ た。

一方、都道府県の立場から発言した小島誉寿参考 人 (神奈川県保健福祉局福祉部高齢社会課長) は 「市 町村にとっては住所地特例を適用するとなると、当 然事務が煩雑になる」と指摘。住所地特例は例外中 の例外として扱うべきだとして「安易に拡大するこ とについては反対」と表明した。

●納付金の総報酬割、後期医療見て検討

会合では、介護納付金の総報酬割と介護サービス

情報の公表制度についても取り上げた。厚労省は、 介護納付金について、第2号被保険者の中でも負担 の応能性をできる限り高める必要があると指摘。介 護納付金の総報酬割導入は、後期高齢者医療制度で の検討を踏まえて検討すると提示した。導入する方 向について委員からは、これまでの議論と同様に賛 否両方の意見が出た。

介護サービス利用者が事業所・施設を選択するた めの介護サービス情報の公表制度について厚労省 は、地域包括ケアシステム構築の観点から地域包括 支援センターや生活支援サービスについても情報発 信することを提案した。

また、「都市部の高齢化対策に関する検討会」が取 りまとめた報告書の報告もあった。今回で検討事項 については議論が一巡した。次回からさらに議論が 必要な項目について議論を行う予定。

 $(10/3MEDIFAX \downarrow b)$

介護人材の確保策で意見交換/厚労省事業の 介護事業者懇談会

介護人材の確保策について検討する厚生労働省 「介護人材確保の推進に関する調査研究事業」の介護 事業者懇談会が10月8日に開かれ、介護関連の13団 体が意見交換した。出席者からは、2025年度に237-249万人とされている介護人材の必要数を確保でき るか懸念する声も上がった。

同事業は日本総合研究所が受託し、事務局を務め ている。会合には厚労省老健局の原勝則局長ら幹部 職員も出席した。同事業で具体的な議論の場となる 検討委員会の委員も出席して意見を述べた。

冒頭に挨拶した原局長は「地域包括ケアシステム の構築を目指して努力をしていかなければいけな い。このシステムを作っていく上で大事なことは、 サービスを提供する人材の確保」と述べ、地域包括 ケアシステムのためにも介護人材の確保が重要課題 になっていることを強調した。

厚労省の推計値では、12年度に149万人の介護職員 は15年度に167-176万人、25年度に237-249万人が 必要になるとされている。意見交換では、全国特定 施設事業者協議会の国政貴美子副代表理事がこれら の推計値に言及し、「他業種との競争力を持たない と、この数字が出せるとは思えない」と指摘。全国 老人福祉施設協議会・介護人材対策委員会の河原至 誓幹事も「事業者が人材を取り合っては、100万人は 増えない。他職種から入ってくる人材を増やすこと

が一番大事」と述べた。外国人に門戸を開く必要性 も指摘した。

検討委員会委員を務める上智大の藤井賢一郎准教 授は「目先の人数が足らないからといって、外国人 に頼ろう、給料を上げようということをやって本当 にマクロ的に大丈夫なのか」と懸念を示した。介護職 の給与を上げて外国人が参入すれば、介護職は外国 人が行う大変な仕事というイメージにならざるを得 ないと指摘。誰でも行える仕事に給料を高く付ける ことは、労働市場でも無理があるとの見方を示した。

厚労省老健局振興課の朝川知昭課長は、現状では 介護人材が1年当たり7-8万人増えていることを 指摘し、「現状のペースをいかに維持、向上できるか が重要」とコメント。ただ、若年層は減少している 実態があることを踏まえ、「今までの対策だけでは不 十分だと認識し、施策の充実を検討していく」と述 べた。(10/9MEDIFAXより)

厚労白書

テーマは初の「若者」、社会保障に不安も/ 13年版厚労白書

政府は9月10日、2013年版厚生労働白書を閣議決 定した。若者を取り巻く社会経済の変化を背景に、 第1部のテーマには「若者の意識を探る」を掲げた。 厚労白書で個別テーマに「若者」を設定したのは初 めて。若者を対象に実施した意識調査では、日本の 未来について財政悪化や社会保障制度に不安を感じ ている人が多かった。

白書には、若年層(15-39歳)を対象にした意識 調査の結果を盛り込んだ。調査は三菱総合研究所に 委託して13年3月に実施したもので、3133人から回 答を得た。

現状の生活への満足度を尋ねたところ、「満足し ている」が8.9%、「どちらかといえば満足している」 が54.4%となり、約6割が満足している結果となっ

一方で、日本の未来に不安を抱く若者が多いとい う結果も出た。日本の未来は明るいかとの問いに対 し、「(どちらかといえば) そう思う | は19.2%にと どまったのに対し、「(どちらかといえば) そう思わ ない」は45.1%で半数近くを占めた。そう思わない 理由について複数回答で最も多かったのが「高齢化 によって財政が悪化し、医療や年金等の給付額が下 がったり、税金や社会保険料等の負担額が上がった

りして生活が苦しくなる | で72.9%にも上った。そ の次に多かった回答が、「少子高齢化や新興国の台 頭等によって、日本経済が停滞し、生活水準が下が る」で60.9%だった。

白書の第2部「現下の政策課題への対応」では、 厚生労働省所管の施策を報告した。

(9/11MEDIFAXより)

医療安全

第三者機関の役割や機能/医療安全調査機構 が検討開始

日本医療安全調査機構(髙久史麿代表理事)は厚 生労働省が検討を進めている医療事故調査制度で中 心的な役割を果たす第三者機関に指定されることを 目標に、その役割や機能などについて検討を開始し た。年度内にも提言として意見を取りまとめ、関連 する法改正に反映させたい考え。厚労省は医療事故 調の運用などに関するガイドラインの作成を予定し ており、その内容に取り入れられることも目指す。 議論の場となる推進委員会(委員長=木村壮介・同 機構中央事務局長)が9月に開いた初会合では、委 員長提案に基づき、第三者機関の基本理念や診療関 連死の考え方などについて議論した。10月3日の同 機構運営委員会で木村委員長が報告した。

第三者機関の機能・役割については、▽医療事故 報告の受付・相談対応▽院内調査の支援▽院内調査 報告書の審査・分析・集計▽再発防止策の還元▽遺 族または医療機関の求めに応じて行う医療事故に係 る調査受付・実施▽調査・評価に関わる人材の育成 一の項目ごとに議論を進める。医療事故報告の受付・ 相談は、24時間以内の「第一報」、院内調査委員会か ら事例の詳細報告と調査計画書の提出を求める「第 二報」、院内調査委員会が最終報告書を提出する「第 三報」の手順に従って応需体制などを検討している。

●重要課題に剖検体制

木村委員長は、医療事故調の重要課題に剖検体制 を挙げ、同推進委にワーキンググループを設置して 集中的に検討する考えを示した。また、院内事故調 **査の現状を調査するため、同機構が受託している厚** 労省のモデル事業の調整看護師らの報告などを分析 し、医療事故の内容や調査の記録様式、外部の専門 家などの支援体制などについて検証する方針も明ら かにした。(10/4MEDIFAXより)

|医療費|

医療費5兆円適正化へ、課長級幹事会と5W T設置/厚労省

厚生労働省は「2025年度までに医療費・介護費を 5兆円規模で抑制」という目標達成に向け、省内横 断組織として担当課長級が集まる「幹事会」と、課 長補佐級による5つの作業ワーキングチーム(WT) を設置する方針を固めた。作業WTは「高齢者」「現 役世代」「心の健康」―など5チームになる見通し。 9月18日に発足する「健康づくり推進本部」(本部長 =田村憲久厚生労働相)の下に置く予定。

政府の日本再興戦略や健康・医療戦略などを踏ま えつつ、予防・健康管理の取り組みを推進するため、 省内各課の事業を総合的に進める体制を整える。政 務三役と部局長で構成する健康づくり推進本部の下 に、各局の総務課長と担当課長が出席する幹事会を 設ける。さらに、その下部組織として、課長補佐級 を中心とした5つの作業WTをつくる方針。

WTのメンバーは、各テーマに関わっている担当 課から集める。「心の健康」チームでは、地域と職域 の両面からのアプローチが必要になるため、産業保 健を担当する労働基準局安全衛生部労働衛生課や、 保健所を管轄する健康局がん対策・健康増進課、心 の健康支援室を持つ社会・援護局精神・障害保健課 の混成チームとなるもよう。「現役世代」チームは、 各種がん検診と特定健診を同時に受診させる施策を 練り、受診率の向上を図ることになりそうだ。

●三浦雄一郎氏や有森裕子氏ら健康大使に

健康づくりや疾病予防活動を国民運動として盛り 上げるため、厚労省は広報活動にも力を入れる。田 村厚労相は、冒険家の三浦雄一郎氏、マラソンラン ナーの有森裕子氏、歌手の平原綾香氏の3人を9月 17日付で「いきいき健康大使」に任命。各年齢層の 代表として、イベントなどを通して健康づくりの普 及・啓発活動でサポートしてもらう。こうした広報・ キャンペーン費用として、14年度概算要求に盛り込 んだ「健康日本21推進費」(2.9億円)を充てる。い きいき健康大使の任命は9月18日の推進本部でも報 告する予定。(9/18MEDIFAXより)

マイナンバー

マイナンバーで討議グループ設置/政府税調 政府の税制調査会(会長=中里実・東京大大学院 教授)は10月8日、安倍晋三首相から諮問を受けた 「国際課税」「マイナンバー、税務執行」のテーマにつ いて、総会の下に2つのディスカッショングループ (DG)を設置することを決定した。マイナンバーD Gの座長には、神野直彦委員(東京大名誉教授)が 就く。

会議では、内閣官房社会保障改革担当室の向井治 紀審議官からマイナンバー制度についてヒアリング した。中静敬一郎委員(産経新聞取締役論説委員長) は「厚生労働省がカルテとの連携は外すとしている が、国民に使いやすい制度として省庁間縦割りを廃 した望ましい姿を政府税調が出すべきだ」と指摘。 向井審議官は「病院カルテの問題は根が深い。私た ち(官邸)は当然入れたいが、弁護士会・医師会の 反対は強い。しかし地方自治体の条例では可能にな るので、そこから広げた方が早いかもしれない」と の見解を示した。

中里会長は終了後の会見で、DGの委員の振り分 けや取りまとめ時期については未定とし「消費税・ 法人税などの基幹税も含めて、中長期的テーマを任 期の3年かけて答申していく」と述べた。

マイナンバーDGは、第1回会合を11月8日に開 催する予定。議題・テーマとしては▽申告等の利便 性向上▽所得把握の適正化▽他の行政分野との連携 一などを想定している。(10/9MEDIFAXより)

規制改革

健康・医療WGの検討対象9項目を決定/規 制改革会議

政府の規制改革会議は9月12日、同会議の健康・ 医療ワーキング・グループ (WG) で検討対象にす る9項目を決めた。株式会社の医療経営参入解禁も 視野に入れた「医療機関の業務・ガバナンス等の見 直し」などが盛り込まれており、9項目のうち6項 目は年内の意見集約を目指す。残りは2014年6月を 区切りとする第2期中に意見を取りまとめる計画。

同会議は13年6月に答申を取りまとめた後、7月 から14年6月までを政権交代後の「2期目」と位置 付け、議論を始めている。

健康・医療WGで検討する9項目のうち、年内に 意見集約を目指すのは▽最適な地域医療の実現に向 けた医療提供体制の構築▽医療機関の業務・ガバナ ンス等の見直し▽在宅医療・在宅介護の推進▽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 割分担の見直し一の6項目。

残りの3項目▽医療関連従事者の役割分担の見直 しや必要な人材の確保▽医薬品・医療機器に係る治 験前臨床試験の有効活用▽セルフケア領域に適する 医療用検査薬等の見直し―については、14年6月ま でに意見をまとめる。

9月5日、健康・医療WGは検討対象として10項 目をリストアップしたが、厚生労働省が医療法改正 案を14年の通常国会に提出する予定であることを踏 まえ、今回新たに「最適な地域医療の実現に向けた 医療提供体制の構築」を加えた。

それを合わせた11項目のうち、最優先項目と位置 付ける「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 ティング確立」は主に本会議で扱うため、健康・医 療WGの検討対象から外れて9項目になった。

また、一部の項目では、意見集約の目標時期を9 月5日の段階から変更した。医療法改正と関連する 「医療機関の業務・ガバナンス等の見直し」「在宅医 療・在宅介護の推進」は、年内の意見集約を目指す。 一方、「医薬品・医療機器に係る治験前臨床試験の有 効活用」は緊急性を考慮して、年内の意見集約対象 から外した。

同会議の岡素之議長(住友商事相談役)は9月12 日の会見で、さらなる規制改革の実現に向け、委員 と精力的に検討を進める考えを示した。

●省庁に新たな検討要請も

一方、同会議は国民からの提案を受け付ける「規 制改革ホットライン」に届いた声を基に、各所管省 庁に対する新たな検討要請を行った。健康・医療W G関連では▽訪問看護ステーションの看護職員配置 基準の緩和▽短期入所生活介護事業者の指定に係る 基準の緩和▽軽費老人ホームA型・B型の入所定員 等の緩和▽離島地域への事業者参入を促進するため の介護報酬算定基準の緩和―などが含まれている。 (9/13MEDIFAXより)

医療分野6項目のフォローアップ方針決定/ 規制改革会議

政府の規制改革会議は9月19日、2013年6月の答 申で示した規制改革の取り組みのうち、重点的フォ ローアップ事項に掲げる12項目について、今後どの ように進捗を管理していくかの方針を決めた。この うち健康・医療関連分野は6項目。これまでに打ち 出した改革メニューの進展を見守りつつ、必要に応 じて所管省庁への要請などを行う。

答申を踏まえて6月に閣議決定された規制改革実 施計画では、全社会福祉法人の13年度分以降の財務 諸表を14年度当初から公表し、より効果的に公表さ れるための具体策を13年中にまとめるとしている。 これに対し規制改革会議は、具体策を議論している 厚生労働省の検討会の状況を注視し、必要に応じて 意見表明する方針。

再生医療の推進をめぐっては、国会で継続審議と なっている再生医療安全性確保法が成立した後、細 胞培養・加工の品質管理基準や健康被害の補償方法 に関する厚労省の検討状況を確認。特に品質管理基 準について、再生医療に見合ったものになっている かどうか規制改革会議の事務方が確認する。

また、国会で継続審議となっている改正薬事法が 施行される際、再生医療製品の「条件・期限付き承 認」が合理的で利用しやすい制度となるよう取り組 む。申請時に過剰なデータ提出を求められないか、 などに留意するという。

このほか健康・医療分野では▽医療機器に関する 規制改革の推進▽一般用医薬品のインターネット等 販売規制の見直し▽認可保育所への株式会社・NP ○法人の参入、保育士数の増加▽健康食品をはじめ とする保健機能を有する成分を含む加工食品および 農林水産物の機能性表示の容認一の4項目が、重点 的フォローアップ事項に掲げられている。

(9/20MEDIFAXより)

民間業者の特養設置など検討項目に追加/規 制改革会議

政府の規制改革会議は10月4日、民間業者にも特 別養護老人ホームの設置を認めることなど3つの観 点を、健康・医療ワーキング・グループでの検討に取 り入れることを確認した。同会議は、7月から2014 年6月までを政権交代後の「2期目」と位置付けて 議論を続けており、今回の観点も踏まえて方策を検 討する。

残る2つの観点は▽社会福祉法人の役員に就任で きる同族の人数制限▽社会福祉法人が運営する認可 保育園の財務状況の透明化。

すでに規制改革会議は、2期目の最優先項目の一 つに「介護、保育事業における経営主体間のイコー ルフッティング(対等に競争できるように条件を同 一にすること)の確立」を掲げている。また、「1

期目 | の答申を踏まえて閣議決定された規制改革実 施計画では、全社会福祉法人の13年度分以降の財務 諸表を14年度当初から公表する方向性が打ち出され た。これらの中に、今回の3つの観点も取り入れな がら対応を進めるという。

このほか「テレビ電話など情報通信技術を活用し た医薬品の登録販売者制度の見直し について、検 討することができないかどうか精査する。

 $(10/7MEDIFAX \sharp h)$

戦略特区

増床特例と保険外併用拡充は合意/国家戦略 特区で政府

日本経済再生本部(本部長=安倍晋三首相)は10 月1日、国家戦略特区で実施する規制・制度改革に ついて、関係省庁と合意できた項目を発表した。医 療関連では「国際医療拠点における病床規制の特例 による病床の新設・増床の容認」と「保険外併用療 養の拡充」を挙げた。内閣官房日本経済再生総合事 務局の赤石浩一次長によると、俎上に載っていた医 学部の新設については、現時点で関係省庁などと合 意できていないため外れたが、今後、特区で実施す る項目として盛り込まれる可能性はあるという。

病床の新設・増設の容認では、法律事項とするか も含め具体的な内容を検討中。保険外併用療養の拡 充については、赤石次長が、現時点でのイメージと した上で「海外で一般的に使われている医療技術や 医薬品などの使用を、特区内でいち早く認めるため の審査体制から始めることになるのではないか」と 説明した。

●特区の項目立て、来週がヤマ場

今後は臨時国会への国家戦略特区関連法案の提出 に向け、産業競争力会議のフォローアップ分科会(立 地競争力等、主査=竹中平蔵・慶応大総合政策学部 教授)を中心に、特区内で実施する規制・制度改革 項目を決める。赤石次長は法案提出までのプロセス について「来週が項目立てのヤマ場になる」との見 方を示した上で、「(与党の) 党手続きを月内に終わ らせることができれば、早くて月内、遅くとも11月 上旬には提出できる」との見通しを示した。

戦略特区内の病床、増床特例の対象に/厚労 省が検討方針

厚生労働省は、国家戦略特区での規制緩和につい

て基本的な考え方をまとめ、9月20日の産業競争力 会議の第1回課題別会合に提示した。特区内の国際 医療拠点として高度な医療水準を確保し、相当数の 外国人患者を受け入れる医療機関の病床について、 病床過剰地域でも増床可能な特例病床制度の対象に 加えることを検討すると説明した。政府は、国家戦 略特区を展開するために必要な法案を10月召集予定 の臨時国会に提出する方針。国家戦略特区の指定時 期など具体的なスケジュールも議論する。

特例病床制度は、病床過剰地域であっても、さら なる整備が必要となる一定の病床については病院開 設・増床を認める制度。現行は▽がんや循環器疾患 の専門病床▽小児疾患専門病床▽周産期疾患に関す る病床―など13種類の病床が対象となっている。厚 労省は会合に提出した資料で、国際医療拠点での病 床の新設や増設は現行の特例病床制度でも可能と考 えるとした上で「国際医療拠点である特区で高度な 水準の医療を行うための病床自体を新たに特例病床 制度の対象に加えることも検討」と示した。

●高度な外国人医師に医療行為容認/2014年の 通常国会に

また、国家戦略特区に限らず全国で適用される規 制緩和策として、高度な医療技術を持つ外国人医師 が、日本の医師に自らの技術を教える場合に限り、 日本で医療行為を行うことを認める考えを明らかに した。14年の通常国会に関連法案を提出する。外国 人医師の受け入れをめぐっては、安倍晋三首相が13 年6月の講演で、トップクラスの外国人医師が日本 で診療することができるよう制度を見直すと明言し ていた。

臨床研究中核病院に匹敵する国家戦略特区内の国 際医療拠点では、国内未承認の医薬品などについて 保険外併用を希望する場合、保険外併用療養費制度 の対象と認めるかどうか速やかに評価できる体制づ くりを進めることも検討する。政府の日本再興戦略 に盛り込まれた「先進医療ハイウェイ構想」と併せ て体制づくりを検討する。

●特区で医学部新設「文科省と検討」

一方、特区内で、国際医療拠点と連携した医学部 の新設を認めることについては「地域医療への影響、 医療費への影響などさまざまな課題があり、文部科 学省と連携して検討することが必要」とした。

国家戦略特区は、地域を限定して規制緩和などを 行う仕組み。医療分野では、全国の自治体や団体、 大学、企業がプロジェクトを提案。内閣官房地域活 性化統合事務局によると、今後優れたプロジェクト を採用した上で、そのプロジェクトを国家戦略特区 としてどの地域で展開するか検討する。

 $(9/24MEDIFAX \sharp h)$

大阪が国家戦略特区案を提出/再生医療、が んで部分的保険外併用

大阪府と大阪市は9月11日、政府が進める「国家 戦略特区」提案募集に応じ、健康・医療イノベー ションを筆頭に国際競争力を高めていくプロジェク ト案を内閣官房に提出した。プロジェクト案では、 再生医療や医療機器、次世代がん治療技術などの研 究開発環境を整備し、医療イノベーションを大阪か ら世界に発信するため、医療機関・対象疾病を限定 した保険外併用療養の拡大などの措置を国に求めて

大阪府・市提案のプロジェクト案では、まず2014年 4月に最先端医療融合イノベーションセンターを開 設する大阪大に、免疫・再生医療等の臨床応用(治 験)を行う拠点を整備するとしている。事業効果は 20年までに国内・海外市場を合わせて2576億円(40 年:4兆7851億円)になると試算している。18年度に 国立循環器病研究センターが移設するのに合わせ、 国循を核に企業を集めた「複合医療産業拠点」を吹 田市に形成することも提案。2030年には国循の生み 出す市場規模が1600億円になると見積もった。また、 がん細胞だけを破壊するホウ素中性子捕捉療法(B NCT)の国際研究拠点を大阪に整備する構想も盛 り込み、「関西には必要な技術がそろっており、世界 初の治験も開始している」とした。

これらを行うための規制改革案として▽医療機 関・対象疾病を限定した保険外併用療養の拡大▽治 験終了後、薬事承認までの間の保険外併用療養の拡 大▽外国人医療スタッフによる特区内医療看護の規 制緩和—などを提示。研究開発促進税制による優遇 も求めた。

松井一郎大阪府知事は会見で「ポテンシャルを十 分に生かし、『健康になるなら大阪』といった都市を 目指していきたい。この程度の提案は当然取り入れ てもらわないと。9月13日からのヒアリングで強く 主張していく」と抱負を述べた。

国家戦略特区は日本再興戦略の一環として創設を 検討中。内閣官房の地域活性化統合事務局が、8月 中旬から民間事業者・地方公共団体に対し特区提案 を募集していた。民間投資を呼び込んで日本経済の

再生を後押しし、規制改革の提案を含むものを求め ていた。提出された特区案は「国家戦略特区ワーキ ンググループ」などで検討し、今後設置する予定の 「国家戦略特区諮問会議」(議長=安倍晋三首相)で 決定する。(9/12MEDIFAXより)

|産業競争|

年末めどに検討課題整理へ/産業競争力会 議・分科会

産業競争力会議の医療・介護等分科会は、年末を めどに中間整理を行い、今後の検討課題を絞り込む 方針だ。保険外併用療養費制度の大幅な拡大を含む 「保険給付対象範囲の整理・検討」など中長期的な課 題に加え、6月に閣議決定した日本再興戦略(成長 戦略)の取り組みを深めることもテーマに挙がって いる。分科会は、現場の実務者や有識者からのヒア リングも行いながら、医療・介護分野を成長市場に 変えていくための方策を検討するという。

分科会は9月27日、1回目の会合を開き、事務局 が9月2日の産業競争力会議(本会議)で配布され た資料を基に、中長期的な課題として検討項目を提 示した。例示したのは▽保険給付対象範囲の整理・ 検討▽病床の機能分化、医療法人・社会福祉法人の 合併・再編などを含む「効率的で質の高いサービス 提供体制確立」▽レセプト情報を活用した予防医療 や医療費適正化、医療情報連携ネットワークの全国 への普及・展開など「医療・介護のICT化」▽医 療の国際展開など「公的保険外のサービス産業の活 性化」一の4つ。

また、日本再興戦略に盛り込まれた施策の進展も 確認した。保険外併用療養費制度の拡大をめぐって は委員から「抗がん剤は進んでいるようだが、今後 の具体的な工程表やスケジュール感を議論していき たい」「(代替治療のない患者に例外的に未承認薬を 提供する)コンパッショネートユース制度なども検 討すべき」との声が上がった。

新分野への事業進出が現行の規制に抵触するのか どうか不明確な「グレーゾーン」を解消するための 仕組みづくりについては、「(産業界や医療機関など が参加し年内をめどに設置される)次世代ヘルスケ ア産業協議会が、受け身ではなく積極的にグレー ゾーンを探し、グレーゾーンを解消していくように すべき」「医療機関以外の事業者が健康分野に参入し たり、医療機関が医療以外の分野に参入するために は、医療機関以外がどのようなことをできるのか明 確にすることが重要。次世代ヘルスケア産業協議会 では、医療機関が保有するデータの活用、自治体や 保険者による予防への取り組みのインセンティブ付 与、ネットワーク形成を検討していくべき」といっ た意見が出た。

また、一般用医薬品のインターネット販売解禁を めぐり、委員が「スイッチ化した品目は3年間3000 件の安全性評価を行うことになっているが、この基 準を短縮化できないか」と発言。厚生労働省は「ど んなことができるか考えていきたい」と応じたとい

●国家戦略特区WG、議論明らかにせず

9月27日は産業競争力会議の国家戦略特区ワーキ ンググループ (WG) も会合を開き、特区内で実現さ せたい規制改革テーマについて議論した。9月20日 に産業競争力会議の課題別会合で話題に上ったテー マを踏まえ、委員と担当省庁が意見を交わした。

医療分野では▽国際医療拠点における外国医師の 診察、外国看護師の業務解禁▽病床規制の特例によ る病床の新設・増床の容認▽保険外併用療養の拡充 ▽医学部の新設に関する検討―の4項目について議 論したが、会合後の記者会見で事務局は、WGの意 向を理由に会合でのやり取りの内容を明らかにしな かった。(9/30MEDIFAXより)

政府

副大臣に佐藤・土屋氏、政務官は髙鳥・赤石 氏/厚労省

政府は9月30日、臨時閣議を開き、副大臣、大臣 政務官の人事を決めた。厚生労働省の副大臣は佐藤 茂樹衆院議員(公明)、土屋品子衆院議員(自民)、 政務官は髙鳥修一衆院議員(自民)、赤石清美参院議 員(自民)に決まった。赤石氏は日本衛生検査所協 会の理事を務めている。

また、自民党の厚生労働部会長を務めた福岡資麿 参院議員が、内閣府の政務官に決まった。

(10/1MEDIFAXより)

病床機能報告の4分類は省令で明記/厚労 省・原医政局長

厚生労働省医政局の原徳壽局長は9月29日、2014 年の通常国会への提出を目指す第6次医療法改正案 に盛り込む予定の病床機能情報報告制度について

「基本的に法律には、機能に応じた報告を省令に応じ て行うというような記載になる」とし、社会保障審 議会・医療部会で検討中の4つの機能分類は法律に は書き込まず省令で明記する方向を明らかにした。 東京都内で開かれた日本長期急性期病床研究会の記 念講演とシンポジウムで、参加者らの質問に答えた。

報告制度の医療機能分類について原局長は、社保 審・医療部会で「高度急性期機能」「急性期機能」 「回復期機能」「慢性期機能」の方向で議論が進んで いることを説明。「日本医師会・四病院団体協議会の 高度急性期病床と厚労省の高度急性期機能では(内 容が)少しずれている。医療機関に報告を求めるま でには、医療機能の内容をもう少し明確に示してい く」と述べた。「医療機関から報告を受けた上で、必 要な医療機能分類をどうしていくかについては、も う少し客観的なデータを基に描けるようなものを考 えていきたい」とも述べ、医療機能分類はステップ を踏みながら検討を進めていきたいとした。

さらに、原局長は「病床機能で報告された内容に 基づき地域医療ビジョンが策定されることで、地域 に必要な医療機能が分かる。地域の中で十分議論し てもらい、病院も地域の医療機能にどうマッチして いくかを考え、変わっていただく必要がある」とし、 報告制度によって"地域に合った医療提供体制の構 築"が可能になるとの見通しを示した。

●報告制度と診療報酬「現時点で直接リンクしない」

参加者からは、病床機能報告制度と診療報酬の関 連に対する質問が相次いだ。原局長は「報告制度の 機能区分は自主的に申告してもらうもので、施設基 準に基づく届け出の診療報酬とは、現段階では直接 リンクはしない」とした上で、「報告制度の機能分類 の内容が今後、明確になっていけば (将来的には) 整合性は取れていくのではないか」と述べた。

「医療課長を担当した2008年度改定では高度急性 期からの受け皿として亜急性期入院医療管理料Ⅱを 設定した。その流れは変わらないのではないか。ポ ストアキュートの受け皿をつくることが必要という ことでは皆さん共通しているのではないか。それを いかにうまく表現していくか、中医協で議論される ことだ | とも述べた。

参加者からは「急性期病院では、亜急性期病棟を 導入していくことにアレルギーがある。診療報酬上 のインセンティブが必要だ。厚労省として検討して もらいたい」との意見が出た。原局長は「あまり診 療報酬に左右されてほしくない。自院の機能と関係 ないところまで届け出ようとして機能をゆがめても らいたくない」とした。

●総合診療専門医の合意は大きい

一方、原局長は記念講演で「初期臨床研修制度の 導入とともに、専門医制度の構築は念願だった。長 い時間を要したが新たな段階に入っていくのではな いか」とし、特に総合診療専門医を創設することで 合意できたことは大きいと評価した。

 $(10/1MEDIFAX \sharp h)$

医師の必要数確保も「分布の問題は残る」/ 厚労省・原医政局長

厚生労働省医政局の原徳壽局長は10月4日、日本 医師会と厚労省が共催した社会保険指導者講習会で 講演し、2025年に向けて医師の必要数は確保できる との見通しを示す一方、「医師をどう分布させるかと いう問題は残る」と指摘した。

原局長は、医師数は25年までに30数万人が必要に なるとした上で、現状でも毎年約4000人増加し、14 年以降は医学部卒業生が従来より増えることを指摘 し、医師について「確保数は30数万人になる」と説 明。ただ、医師の偏在が問題視されている状況も踏 まえ、引き続き医師をどのように分布させるかが検 討課題になるとの見方を示した。

一方、看護師数については「確保は非常に大変」 と述べた。現在の150万人を200万人まで増やす必要 があり、自然増で見込まれる180万人強では足りない とし、「潜在看護師の掘り起こしや、辞めていく看護 師を減少させるなどの対策を通じて200万人を確保 していこうとしている」と解説した。

その上で、高齢化に伴って急性期疾患も当然なが ら増えることになるとし、「医師の数も看護師の数 も、今の形のままではうまくいかない」と述べるな ど、医師の必要数はさらに膨らむ可能性があること に言及。医師以外の職種でも対応できる業務につい ては看護師やその他の職種が行う必要もあるとし、 「周りの環境も含めながらチームでやっていく。そう いう役割分担も併せて考えていく」との方向性を示 した。(10/7MEDIFAXより)

東北に医学部新設、検討指示/安倍首相

宮城県の村井嘉浩知事は10月4日、首相官邸で安 倍晋三首相に会い、東北地方の医師不足解消のため、 大学の医学部を同地方に新設するよう要望した。首 相は「十分理解した。検討するよう下村博文文部科 学相に指示する」と応じた。

東日本大震災で医療施設が被害を受けた地域で特 に医師や医療スタッフの流出が深刻で、村井知事は [医師が被災地に集まるようにすることが大切だ]と 医学部新設の意義を強調した。

大学や学部の新設には文部科学省の認可が必要。 実現すれば、大学の医学部新設は1979年の琉球大学 以来となる。(10/7MEDIFAXより)

速やかな財源確保と医療提供体制の改革を/ 慶応大・権丈教授

慶応大商学部の権丈善一教授は10月5日、慶応大 大学院健康マネジメント研究科などが開催したシン ポジウムで講演し、「財政再建と社会保障機能強化 を両立するためには、速やかな財源確保と医療提供 体制の改革を行うしか選択肢はない」と述べた。ま た、消費税率について、将来的には25%程度まで許 容できるとの見解を示した上で、10%程度への引き 上げでは「今後ひたすら社会保障のカットを続けて いくことになる」と指摘し、さらなる消費増税の必 要性を訴えた。

権丈教授は「消費税は他の税に比べて圧倒的に財 源調達力が強く、消費税なくして福祉国家は作れな い」と強調。「それにも関わらず日本は消費税率を 上げずに来た」とし、「消費増税がもっと早ければ、 社会保障をより充実させることに充てることができ た」との認識を示した。

国が現在、国債や借入金などで1000兆円を超える 借金を抱え、金利が1%上がるだけで利払いが10兆 円増える状況にあることも指摘し、消費税率は5% 以上の引き上げが必要になると説明。社会保障制度 改革国民会議で医療・介護分野の起草委員としてま とめた報告書に、消費増税の必要性を盛り込んだこ とに理解を求めた。その上で、報告書には「財政上 の制約がある中で、今ある医療提供体制を効率化さ せて、アウトカムを高めていく方法を延々と書いた」 とも述べた。

講演では過去10年間の社会保障制度改革の取り組 みについて「福田・麻生政権で打ち出した中福祉・ 中負担を目指す方向に、非現実的な民主党政権を経 て、今回の国民会議でようやく戻した」と振り返り、 あらためて「この方向性で行くしかない」と強調。 報告書に対し「抜本改革や混合診療全面解禁などが 足りない」との批判があることについては、「アメ リカ型の所得と医療費が比例する社会を目指してい

る」との見方を示し、「こうした価値判断とは相いれ ず、永遠に対立する。市場に任せると安全性も担保 できず、ルールをもってブロックすることは必要」 と主張した。(10/8MEDIFAXより)

民主党

社会保障総合調査会が始動、将来像取りまと めへ/民主党

民主党・海江田万里代表の直轄組織として新設さ れた6つの総合調査会の1つに当たる「社会保障総 合調査会」(会長=長妻昭元厚生労働相)が9月18 日、第1回の会合を開いた。8月に閣議決定された 社会保障制度改革の「プログラム法案」骨子や、社 会保障審議会・介護保険部会での議論の状況につい て行政からヒアリングを行った。

ヒアリングでは議員の中から、介護保険制度で要 支援者に対する介護予防給付を市町村事業に段階的 に移行させることを懸念する声が上がった。

「今までと同じサービスを受けることができるの か。自己負担額は増えるのか。市町村に(事業を行 う) 受け皿はあるのか。厚生労働省に質問をしたら 『(簡潔に言うと) さっぱり分からない』という回答 だった」「要支援の方が実際にどのようなサービスを 受けているのか、実態を資料で示してほしい。でな ければ現状の何が問題なのかもよく分からない」と いった声が上がった。これに対して厚労省側は「現 在の予防給付は、サービスの種類、内容、運営基準 や単価を国が全国一律で定めているが、基本的にこ れからは生活支援の部分も強化しながら、軽度の方 には、その方にふさわしいサービスを大量に選べる 環境をつくっていきたい」などと答えた。

6つの総合調査会は、国の重要課題に対する政策 をスピーディーに打ち出すために設置した。社会保 障総合調査会は、持続可能な社会保障制度を目指し、 財政健全化も見据えながら年金・医療・介護の各制 度の具体的な将来像をまとめる役割を担う。実質的 には政策調査会の下に設置していた「社会保障と税 の一体改革調査会」を、代表直轄の組織として衣替 えした形となる。

社会保障総合調査会の主な役員は次の通り。▽会 長=長妻昭氏▽事務局長=山井和則氏(元厚労政務 官) ▽顧問=岡田克也氏(党最高顧問)、前原誠司氏 (党行財政改革総合調査会長)、松本剛明氏(党税制 調査会長) (9/19MEDIFAXより)

|保団連|

抗インフル薬、備蓄方法の転換を/保団連が 要望書

保団連(住江憲勇会長)は10月7日、抗インフル エンザ薬の備蓄方法の転換を求める要望書を田村憲 久厚生労働相宛てに送付した。現在備蓄中の抗イン フル薬を有効活用することや、今後出荷する抗イン フル薬は市場流通させる前に1年間分の備蓄を業者 に義務付けることなどを求めた。

保団連は、7月に田村厚労相が備蓄タミフルの使 用期限を7年から10年に延長する方針を発表したこ とを踏まえ、現在の備蓄方法では巨額の費用をかけ た薬剤を廃棄せざるを得ない状況になることも想 定。備蓄タミフルを季節性インフルエンザの院内感 染防止で予防投与することを提言したほか、1年間 分の備蓄を行う抗インフル薬だけを市場に流通させ るよう要請した。(10/9MEDIFAXより)

日医

刀折れるまで新自由主義と戦う/反TPPで 日医・中川副会長

日本医師会の中川俊男副会長は9月14日、環太平 洋連携協定(TPP)の交渉反対シンポジウムで、 仮に交渉が妥結して国会も批准した場合の対応を問 われ、「日医に入って8年、新自由主義と戦い続けて いる。刀折れ矢尽きるまで戦っていく」と述べた。 また、「日医がコアメンバーとなっている世界医師会 とも日常的に連携しながら対応している」とし、T PPの批准によって医療に関する無秩序な規制緩和 の流れが強まることを阻止する意欲を示した。

中川副会長は講演で、TPPは究極の規制緩和で あり、安倍晋三首相の「国民皆保険を守る」という言 葉では納得できないと発言。日医として考える▽公 的医療給付範囲の維持▽混合診療は全面解禁しない ▽株式会社を医療機関経営に参入させない一の「国 民皆保険」の3条件を提示した。TPPに含まれる ISD条項で、公的医療保険制度が参入障壁として 訴えられ、健康保険法の改正を求められる危険性を 訴えた。

また、1985年のMOSS協議以来の米国からの市 場化要望や、営利産業化に向けた国内の改革を説明。 6月の規制改革会議での答申で、将来的な保険適用 を想定していない選定療養である差額ベッドさえも 拡大を検討していくような文言があったとして、混 合診療の全面解禁に対する警戒感を示した。

質疑では、埼玉県の医師会員から「現場では切迫 感がないので、どういう運動を行えばよいのか、強 いアピールをしてほしい」との要望が出た。中川副 会長は「仮にTPPを批准しても、あまり変化はな いかもしれないが、だまされてはいけない。この規 制緩和の流れは止まらないし、米国は新薬の特許期 間延長など、さまざまな要求を突き付けているので、 安心はできない。われわれもさらに頑張っていきた い」と述べた。

中川副会長が特別スピーチを行ったのは、TPP 交渉参加に反対する大学教員や弁護士、主婦らの団 体が主催するシンポジウム。農業関係者なども参加 した。(9/18MEDIFAXより)

規制改革会議には揺るぎない姿勢で/日医・ 中川副会長、厚労省に要請

政府の規制改革会議「健康・医療ワーキング・グ ループ」(WG)の検討項目に「医療関連従事者の役 割分担の見直しや必要な人材の確保」が入り、医師 や看護師の役割分担の見直しなどを議論する方向が 決まったことについて、日本医師会の中川俊男副会 長は9月13日、委員を務める社会保障審議会・医療 部会で「専門家が入った議論とは到底思えない。厚 生労働省としては揺るぎない姿勢で臨んでほしい」 と求めた。

医療関連従事者の役割分担については、社会保障 制度改革国民会議の報告書に基づくプログラム法案 骨子が「医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の 見直し」として触れているほか、厚労省のチーム医 療推進会議などで議論してきた経緯から、中川副会 長は医療部会で議論すべき事項であると指摘。「厚労 省はどういうふうに捉えているのか」と質問した。

これに対し厚労省医政局総務課の土生栄二課長は 「どういった審議のプロセスか分からないが、通常は 関係省庁とのヒアリングが予定されるので、この医 療部会での議論も踏まえて、しっかりと議論し対応 していく」と述べた。

医療部会では、看護師に特定行為として一部の医 行為を認める制度などについて議論する予定。規制 改革会議の健康・医療WGは、医療関連従事者の役 割分担の見直しや必要な人材の確保について、2014 年6月までに意見をまとめるとしている。

(9/17MEDIFAXより)

紹介なし初診1万円、強制徴収を提言/日医・ 病院委、再診は5000円

日本医師会の病院委員会 (委員長 = 真野俊樹・多 摩大大学院教授)は2013年度の中間報告をまとめ、 外来の機能分化を進めるために、公的医療保険制度 の範囲内で紹介状なしの初診患者から1万円を、再 診患者から5000円を一部負担金として強制徴収する 仕組みを提言した。9月18日の日医の定例会見で公 表した。

同委員会は望まれる外来機能について、日医と四 病院団体協議会が提言した「医療提供体制のあり方」 に基づいて「かかりつけ医機能を中心に構築すべき」 と提言。一方、現状では、軽症疾患であっても高機 能病院を受診する「大病院志向」が根強いと指摘し、 患者への啓発を通じて、高機能の病院は外来を縮小 し専門外来に特化する方向に誘導することが望まし いとした。

外来機能分化を誘導するための方策としては▽患 者への啓発で自発的に外来機能の分化を目指す▽韓 国のように病院規模によって初診料の自己負担割合 を変える▽選定療養の枠組みの中で自己負担金を徴 収する▽公的医療保険制度の範囲内で患者の一部負 担金を拡大する一の4つの案を示した。

このうち「公的医療保険制度の範囲内で患者の一 部負担金を拡大」については、「社会保障制度改革国 民会議で議論されているように、かつて外来薬剤一 部負担が行われていたように公的医療保険制度の範 囲内で、患者の一部負担の拡大という枠組みで制度 化を行う」とし、こうした方法で一部負担金の追加 徴収を義務化することが今回の提言の骨子であると した。

日医の三上裕司常任理事は9月18日の定例会見 で、中間報告が提示した紹介状なし患者の初診1万 円、再診5000円という金額について「受療行動にあ る程度の影響を与え、不必要な大病院の受診を控え てもらうには、この程度ではないかということで設 定された」と述べた。

中間報告では、こうした仕組みを導入することで、 かかりつけ医の機能が強化する一方、高機能病院は 一日当たりの外来患者数が減少しても、外来患者 1 人当たりの単価(追加負担金込み)が増加するため 収入が増える可能性があり、医師に対する外来業務 の負荷が減る効果もあるとしている。

三上常任理事は中間報告の今後の扱いについて 「日医の意見として反映するかどうかは決めていな い」としながらも、今後、中医協などに示す可能性 もあるとした。(9/19MEDIFAXより)

医療めぐる国家戦略特区を懸念/日医・横倉 会長

日本医師会の横倉義武会長は9月25日の定例会見 で、政府が成長戦略の柱に据える「国家戦略特区 | について、「医療に関する国の適正な規制が壊される ことを懸念している」と述べ、医療本体に過度な規 制緩和が迫る可能性に危機感を示した。

国家戦略特区について政府は、民間企業や地方自 治体からの1次募集を締め切っており、各提案の絞 り込みを経て複数の特区を指定する予定。提案の中 には医療に関する内容も含まれ、外国人医師による 医療行為の容認、保険外併用療養費制度の拡大、医 学部の新設などが入っている。

●新自由主義では医療費むしろ高騰

横倉会長は「年々増えている社会保障の安定財源 として消費増税の具体化が検討されているが、給付 の適切な効率化は避けられない」と述べ、何らかの 対応が必要であると理解は示す一方、「新自由主義 の市場メカニズムによる効率化では医療費抑制は不 可能で、むしろ高騰を招く」と医療本体への過度な 規制緩和がもたらす危険性を指摘。安倍政権の経済 政策には「反対していない」としたものの、新自由 主義的な医療制度改革で医療の市場が拡大したとし ても、根本的な問題解決にはつながらないと説明し た。

●命と健康、特区で犠牲に

その上で、政府は国民の命と健康を最重要に据え て政策を進めるべきと提言。「社会保障と経済は相互 作用の関係にある。経済発展が社会保障の財源基盤 を支え、社会保障の発展は生産誘発効果などを通じ て日本経済を下支えしている。国民は特区で命と健 康を犠牲にしてまで、国の経済の強い発展を望んで いるのだろうか。国民の命と健康を最重点に考える 政府であってもらいたいと強く願う」と語気を強め た。

横倉会長は特区の指定に関する個々の提案にも言 及。このうち外国人医師の診療に関する提案は、日 本と他国の医師免許を認める「クロスライセンス」 を求める要望なのか定かではないとした上で「国家 が認証する資格への規制緩和は一方的ではなく、相 手国との相互主義であるべき。クロスライセンスで 外国人医師を受け入れた場合、医療の教育水準の違 いから日本の医療水準が低下する可能性も考えるべ き」と指摘した。

●安全性の確認は極めて慎重に

保険外併用療養費制度の拡大に関しては、日医は 混合診療の全面解禁に反対との立場を明確にした上 で「特区の中で危険な医療を行うことはあってはな らない。安全性の確認は極めて慎重に行うべき。保 険外併用療養費制度の下でより迅速に評価する仕組 みが構築されつつあるので、これをしっかり支援し たい」と述べた。(9/26MEDIFAXより)

8%時の診療報酬対応「薬剤使用量で不公平 ない」/藤川常任理事

日本医師会の藤川謙二常任理事は9月29日、広島 市内で開かれた中国四国医師会連合総会の医療保険 などをテーマにした第1分科会で、消費税率8%時 の対応策として基本診療料に上乗せして補填する案 が出ていることについて「これは、あくまで本体報 酬に関わる提案。薬剤の使用量の多寡で診療科間の 不公平は生じない」と述べた。愛媛県医師会の質問・ 要望に答えた。

愛媛県医は日医への要望・提言として、消費税率 8%時の対応案について「初・再診料に上乗せする 方式では、薬剤の使用が多く外来受診が月1回程度 の診療科と、薬剤使用が少なく月数回など外来受診 の多い診療科では不公平になることが想像できる| とし、仕入れ税額控除が可能な課税制度にする抜本 的な対応を求めた。

藤川常任理事は診療科間の不公平について「若干 の誤解がある」と指摘。薬価や特定保険医療材料の 価格は市場実勢価に消費税率を乗せる仕組みになっ ていることを説明し、「8%引き上げ後も、従来通 りの算定式になることが確認されている。薬剤の使 用量の多寡による診療科間の不公平はない」と答え た。(9/30MEDIFAXより)

日本の介護費用「低コストで充実」/日医、オ ランダ調査で報告書

日本医師会の鈴木邦彦常任理事は9月18日の定例 会見で、オランダで実施した医療・介護に関する訪 問調査の報告書を公表した。日本とオランダでGD P比の介護費用を比較したところ、日本が低コスト で充実した内容だったと指摘している。

報告書によると、現在のオランダの高齢化率は 15%台に過ぎないものの、すでにGDP比の介護費 用は3.6%でOECD諸国中、上位に位置していると 言及。高齢化率が23%になる2050年は7.5-9.2%に 上昇する見通しであるため、オランダ国内では対応 に迫られていると指摘した。一方、日本は50年でも 4%台にとどまる見通しで「わが国こそすでに超高 齢社会なのに、介護費用も低コストで充実した内容 を実現している。50年でも、断トツの高齢化を考え れば抑制されているといえる」と分析した。

また、オランダの医療は全体でドイツ型の社会保 険制度を採用しているのに対し、外来医療は英国・ 北欧型のGP(家庭医)制度を採用していると紹介。 GPにかかるコストは低いというは評判はあるが、 高コストの入院医療と比べて相対的に低い面がある と指摘した。(9/19MEDIFAXより)

調査・データ編

12年度医療費、伸び率は1.7%増に鈍化/ 0.6兆円増の38.4兆円

厚生労働省は9月10日、2012年度の医療保険と公 費負担分の医療費を集計した速報値を公表した。総 額は前年度比0.6兆円増の38.4兆円で、最高額を10年 連続で更新したが、伸び率は前年度の3.1%増から 1.7% 増に鈍化した。医療費の伸び率は09年度から3 年連続で3%台が続いていた。

毎年公表している医療費の速報値は、労災分や全 額自費分などを含まない概算医療費で、費用全体の 推計値である「国民医療費」の約98%に相当する。

医療費の伸びは全体的に鈍化しており、70歳未満 の医療費は19兆円で伸び率は0.6%増(前年度は1.8% 増)。70歳以上の医療費は17兆4000億円で伸び率は 2.8%増(同4.4%増)だった。

70歳以上人口の増加で高齢者の医療費全体は増加 傾向にあるが、70歳以上の1人当たり医療費は前年 度比1000円減の80万4000円で、伸び率はマイナス 0.2%だった。

●受診延べ日数は減少

医療費の単価として見ることができる「1日当た り医療費」は、前年度比400円増の1万4800円で伸び 率は2.6%増。1日当たり医療費の伸び率は3年連続 で低下傾向を示している。1年間の患者数として見 ることができる「受診延べ日数」は、前年度比0.9%

減の26.0億日だった。

● 1 人当たり医療費、北海道と西日本が高い傾向

厚労省は、11年度の1人当たり医療費の地域差を 「市町村国保」と「後期高齢者医療制度」ごとに分析 した結果も公表した。「入院」「入院外+調剤」「歯 科」を合わせた「診療種別計」が全国平均と比べて 最も高かったのは、市町村国保では佐賀県(1.184 倍)、後期高齢者医療制度では福岡県(1.246倍)だっ た。一方、最も低かったのは、市町村国保では茨城 県(0.888倍)、後期高齢者医療制度では岩手県(0.808 倍)だった。全国的には市町村国保、後期高齢者医 療制度ともに北海道と西日本が高い傾向を示した。 (9/11MEDIFAXより)

受療者は自己負担望まない傾向強く/受保連 が調査

受療者医療保険学術連合会(受保連)の在宅医療 ワーキンググループ (WG) の調査によると、高齢 者の療養に対する公的医療サービスの財源負担につ いて、「公費」を増やすことを望んでいる人が50.7% だったのに対し、「個人負担保険料」は減らすべき との回答が31.4%で、受療者は自己負担を望まない 傾向にあった。今回の調査は同WGが7-8月に在 宅療養関連の受療者や家族らを対象に実施し、255人 が回答した。9月14日に開いた受保連・総会シンポ ジウムで同WGの宮崎詩子氏(受領者側)が報告し た。

75歳以上が対象となっている後期高齢者医療保険 制度について「財源不足が理由で公的保険適用とな る治療に何らかの制限が必要になった場合、どのよ うな制限なら受け入れられるか」との問い(複数回 答)に対しては、「給付額の制限」が44.5%で比較的 多いものの、「財源を確保し現行通り」を求める回答 も34.3%を占めた。一方で「治療内容の制限を受け 入れる」が26.9%、「治療回数の制限を受け入れる」 が29.4%だった。貯蓄など費用の準備が「ない」と 回答したグループの方が「ある」と回答したグルー プより、治療内容制限や治療回数制限を受け入れる 割合が高かった。

同WGは「在宅療養費の準備状況にかかわらず、 制限を受けたら工夫はできるが、負担はやはり避け たい、との意見が強かった」とした。

●求められる「多機能型」のかかりつけ医

在宅医療WGの清水惠一郎氏(日本臨床内科医会 常任理事)は「回答結果から在宅ケアに関心がある

一方で不安も感じており、公的な保険の充実を求め ている。在宅療養が必要になった時に相談に行くの は地域支援センターや区役所が多かった」と説明。 「複数疾患を合併している高齢患者に対峙していく には多機能に対応できるかかりつけ医が必要になっ ていく」とし、かかりつけ医機能も変化していくと

清水氏は「高齢患者の個々の疾患の数値だけをよ くするために高額薬剤を使うような治療であっては ならない。これは医学教育から変えていくことが必 要だ」と述べ、医療経済の側面からも受療者が納得で きる対応を相互に検討していくことが必要とした。 (9/18MEDIFAXより)

常勤保健師は都道府県で減少、市区町村で増 加/13年度調査

厚生労働省は10月7日、2013年度保健師活動領域 調査の結果を発表した。地方自治体の常勤保健師は 3万2516人で、12年度から392人増加した。内訳を見 ると、都道府県が4929人(15.2%)で30人減、市区町 村が2万7587人(84.8%)で422人増だった。市区町村 の保健師数は、保健所設置市が7088人(21.8%)、特 別区が1173人(3.6%)、市町村が1万9326人(59.4%) だった。

常勤保健師数を所属部門別に見ると、都道府県で は本庁に710人(都道府県全体の14.4%)、保健所に 3628人(同73.6%)。市区町村では、本庁に9508人(市 区町村全体の34.5%)、保健所に3143人(同11.4%)、 市町村保健センターに1万329人(同37.4%)となっ

保健師活動領域調査には、保健師の所属や職位な どを毎年把握する「領域調査」と、活動内容や活動 時間などを調べる3年ごとの「活動調査」の2種類 があり、13年度は「領域調査」のみを実施した。全 国の都道府県、市区町村を対象に、13年5月1日時 点の状況を調べている。(10/9MEDIFAXより)

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

京都市のリハビリテーション行政の拡充を求める提言

資料1

■ 京都のリハビリを考える会 2013年10月1日 ■

京都のリハビリを考える会は提言をまとめ、京都市ほか関係先に提出した。提言は、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の機能縮小で附属病院廃止を打ち出したことに対して、「公的医療機関・公的福祉施設への期待」「リハ ビリテーション保障 - 制度からみたその変遷 - 」「京都市におけるリハビリテーション行政の基本方針(案)の問題点」「私た ちがめざす京都市リハ行政プラン」を論じた。

京都市のリハビリテーション行政の 拡充を求める提言

京都のリハビリを考える会 2013年10月1日

はじめに

(1) 〈リストラ・プログラム〉としての京プラン

京都市は2012年3月、「はばたけ未来へ! 京プラン実施計画」(以下、京プラン) を策定した。同プランは15年度までの4年間を計画期間にした財政健全化プログラム である。主眼におかれているのは「歳出削減」であり、「一般財源収入は伸びを見込む ことができ」ない「厳しい財政状況に的確に対応するため」、「総人件費の削減や公共 投資の抑制等に全庁を挙げて取り組」むもの。※1 したがって、その性格は〈リストラ・ プログラム〉といえる。

※1 はばたけ未来へ! 京プラン実施計画 冊子3ページ 「持続可能かつ機動的な財政運営の確立」2「達成の道筋」より。

(2) 自治体財政危機をもたらした「構造改革」

日本における新自由主義改革の本格化だった「小泉構造改革」は、「地方分権改革」 の名の下に、「地方自治構造改革」をすすめた。その柱は次の4点だった。①「三位一 体改革」と呼ばれた「国庫負担金・交付税削減」、②広域行政推進(市町村合併の強要)、 ③自治体の市場化とニューパブリック・マネージメント、④公務員制度改革ーこれら が今日、多数の地方自治体の財政危機の背景にはある。

(3) 京都市は危機脱出を市民サービス低下で乗り切ろうとしている

しかし京都市は、財政非常事態宣言(1996年)以降、財政危機からの脱出を、市民 サービスの低下によるコストカットで乗り切ろうとしてきた。京都市民の生命・健康 に直結する保健・医療・社会福祉分野も例外でない。門川市長が手がけてきたものだ けで、京都市立病院の独立行政法人化、京都市立看護短期大学廃止、行政区保健所の 廃止 (センター化)、京都市急病診療所廃止、洛西ふれあいの里保養施設廃止等、多岐 に亘る。

(4) 自治体リストラの一環としての「市リハセン」機能縮小

今回の、附属病院廃止を目玉とした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)の機能縮小も、そうした流れの延長線上にあるものと見ること ができる。京プランには【大規模事業に係る重点的な点検・分析等の結果(一覧表)】 が掲載されており(冊子 $64\sim66$ 頁)、そのNo.25「障害者福祉施設運営」で、「附属病院 の患者の動向等を踏まえ、ニーズへの的確な対応や効率化など、リハビリテーション に関する施策の総合的な検証のなかでセンターのあり方を検討」とある。ここを起点 に、市長の京都市社会福祉審議会(会長・森洋一京都府医師会長)への諮問(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:2012年10月)、京都市社会福祉審議会への分科会設置(リハビリテーショ ン行政の在り方検討専門分科会・会長:山田裕子同志社大学教授)、そして「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〉」(2013年7月9日)、

「京都市におけるリハビリテーション行政の基本方針(案)」(2013年7月)に至った。

(5) 京都のリハビリを考える会の発足

私たちは、市の動きに対抗すべく、「京都のリハビリを考える会」を結成した。2013 年5月 11 日に私たちの開催した「どうなるの?京都のリハビリテーション」には、多 数の専門職スタッフ・当事者が集まり、市リハセンの歴史と役割を再確認。その機能 縮小=市リハセン潰しを決して許してはならないことを確認した。当日の参加者アン ケートでも、「患者家族です。平成 13 年に発症し、3つ目の病院として入院し現在も 通院中です。障害の受容については、本人の気持ちを確かめるのは難しい状態ですが、 10年経ちやっと落ち着きかけたような気がします。これが受容時間だったのでしょう。 そして、家族は入院・通院し、リハビリを続けることにより、やっと最近受け入れら れた気がします。その他、じっくり時間をかけたリハビリ等々、皆様の意見もよく分 かりました。これからのあり方、先々、私も含め家族・親族がもし・・・と考えた時、や はり公的に専門性のあるリハセン存続を願います」「医療、介護保険で担えない患者さ んをたくさんみてきました。リハセンはこのような患者さんの希望であると感じてい ます。お金の問題だけで、片づけられないからこそ、公的施設が担わなければならな いし、何のために市民税を納めているのか分からなくなりました」等、切実な声が多 数寄せられた。

(6) 京都市の公的責任を再認識する契機に

私たちは、京都市が公的にリハビリテーションを実施する施設が、財政事情だけを 理由に縮小・改変されることを認められない。この提言を、京都市長をはじめ、全市 職員と市会議員の先生方に熟読していただくことを願う。同時に、京都で活躍するリ ハビリテーション関係者、障害のある当事者も含めた京都市民が、これからのリハビ リテーション保障の姿、そして、医療・福祉保障にかかる京都市の公的責任について 再確認していただける契機となるよう、心から願っている。

2. 公的医療機関・公的福祉施設への期待

(1) 日本国憲法根本原則の「最も確実な実現手段」としての地方自治

日本国憲法は、根本原則である国民主権・基本的人権尊重の「最も確実な実現手段」 として地方自治保障を定め、その具体化を諸法律で進めさせる。その基幹法が「地方自 治法」であり、それに基づいた存在が「地方自治体」である*2。

※2 社会福祉辞典(大月書店)より。

(2) 住民の権利と地方自治体の義務

即ち、地方自治体は人権の担い手である。住民の生命・健康を守る施策を展開する ことは、地方自治体に課せられた義務であり、崇高な使命である。保健・医療・福祉 行政は、自治体が義務を履行するものであり、住民に「益」や「恩恵」を与えている わけではない。住民側はただひたすらに権利の主体であり続ける。日本の医療・福祉

の提供は民間(医療法人・社会福祉法人)に委ねられているものの、それも国・自治 体の義務が明確にあってこそ可能なことである。京都市が基本方針案で金科玉条のご とく書いた「福祉施策における公民の役割」論(平成17年2月京都市社会福祉審議会 /「京都市における今後の福祉施策のあり方」)は、誤りである。

(3) 採算性を超えた医療・福祉保障の提供施設

それでは、京都市民にとって、公的医療・福祉施設は、どのような存在であるべき か?それは、「採算性を超えた医療・福祉保障」の提供施設である。つまり、①経営よ りも患者の生命を守り、QOLの向上を優先させてくれる、②福祉の立場でリハを保 障してくれる、③高いレベルのリハを受けられる、④ 民間に率先して、様々なサービ スを展開してくれる。それが、市民の求める公的施設の基本的な姿である。

3. リハビリテーション保障 - 制度からみたその変遷 -

(1) 社会福祉基礎構造改革の影響を強く受けた京都市

京都市が、医療・福祉の保障主体としての義務を見失いつつある背景に、国施策の 変遷がある。その契機の一つに、「社会福祉基礎構造改革」(1997 年に厚生労働省が提 起。00 年 5 月に社会福祉事業法改正により具体化)をあげておきたい。それは、権利 としての社会福祉を「商品購入システム」に変更させるものだった。結果、措置制度 は解体、利用契約制度に移行された。これで「権利としての社会福祉」が、「契約に基 づくサービス受給権」に貶められたのである。それは、地方自治体が社会福祉を保障 する手段を奪う改革でもあった。自己責任に基づく契約が前提とされ、自治体はシス テムづくり、調整・監視役(レフリー論)とされた。これが先に指摘した京都市の誤 った「福祉施策における公民の役割」論の土壌となっている。

(2) 地域保健法成立の影響

あわせてあげておきたいのは、社会福祉基礎構造改革に先立つ 1994 年、保健所法を 実質廃止した「地域保健法」(1997 年4月全部施行)である。これは、市町村公衆衛 生行政に大きな影響を与えた。保健所が事務的管理機関となり、対人保健サービス機 能を保持した総合的な公衆衛生行政拠点機能を失った**3。この時点で、地方自治体の 社会保障機能の低下は始まっていた。そこへ基礎構造改革がとどめを刺した。

※3 本記述は、「保健所・公衆衛生をめぐる状況と課題」(小山高志著・日本の科学者Vo1.45)を 参照した。

(3) 介護保険制度創設と障害者福祉制度改革

社会福祉基礎構造改革を象徴するのが、介護保険制度創設(00年4月)と支援費制 度(03年4月)から障害者自立支援法(06年4月)へつながる障害者福祉改革だった。 介護保険制度は社会福祉改革の「フロントランナー」と呼ばれ、障害者福祉改革のモ デルとなった。新制度における「給付」は、「現物給付」でなく「現金給付」とされた。 制度上、サービスは保障されるものから購入するものに変質させられた。介護保険制 度には要介護認定・区分支給限度額が設けられ、「必要なサービスを保障しないためのシステム」が導入された。そのような仕組みへ、それまで医療保険で給付されていたサービスの移行が行われた。その先鞭がリハビリテーションだった。結果、リハビリテーション保障は、医療保険によるものと介護保険によるものに分断された。なおかつ、「急性期・回復期・維持期」という考え方が導入され、維持期の医療は基本的に介護保険給付へ付け替えるレールが敷かれた。

(4) リハビリ難民を生み出した 06 年診療報酬改定

そうした路線は、診療報酬改定(2006年4月)での、疾患別リハビリテーション体系と一体的に算定日数上限導入という誤った制度を生み出してしまう。どこまでが医療か、どこまでが介護かという線引きに、機械的な形で発症日等からの「日数」が用いられることとなってしまった。これにより、「回復期」が過ぎても回復途上にあり、リハビリテーションが必要なのに打ち切られることや、地域連携クリニカルパスに乗れずに治療が長引くことで、多くの「リハビリ難民」を生み出すこととなり、大きな社会問題になった。日本が誇る免疫学者である故・多田富雄氏らが先頭に立ち、制度改善を求める国民運動が取り組まれたが、残念なことに基本的な枠組みは変えられないまま、今日に至っている。また、その後の診療報酬改定(2008年10月)では「障害者施設等入院基本料」等の要件となる対象患者から「脳卒中後遺症」「認知症」を主たる傷病とする重度肢体不自由者、重度障害者が除外され、当該入院料を算定する病院では、入院患者の「選別」をせざるを得ない状況に陥り、当該入院料を維持できなくなる病院が発生した。この取扱いは現在も続いている。

(5) リハビリテーションをめぐる問題の本質

以上の変遷から、① 国のすすめた「構造改革」により、医療・社会福祉に関する公的な実施義務の曖昧化がはかられ、地方自治体の社会保障能力が著しく低下したこと、② その一方で、介護保険制度がリハビリテーションを吸収してしまい、十分に保障できる制度的な担保が失われたこと。この2つが、リハビリテーションをめぐる問題の本質となっている。これを踏まえずして、リハビリテーション行政を構想することはできない。

4. 京都市におけるリハビリテーション行政の基本方針(案)の問題点

(1) 審議会・分科会の総意を得ていない

1の項で触れたように、今回の市方針(案)は、京都市社会福祉審議会に設置された リハビリテーションの在り方検討専門分科会での審議を踏まえた、「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〉」がベースとなっている。しか し、そもそも答申書が委員の意見を正当に反映しておらず、「附属病院廃止」は、分科 会委員 14 人、審議会委員 50 人の総意ではなかった。

(2) 市当局の誘導は明らかだった

京都市が市リハセン附属病院廃止を最初から目的にして、諮問し、分科会を立ち上 げたことは明らかである。確かに、市当局は分科会で一度も、「附属病院を廃止したい」 と明言しなかった。しかし、会議毎に出される資料やその書きぶりはどう考えても廃 止へと結論を誘導するものだった。不可解だが、第1回分科会時に、市当局は何ら説 明していないのに、委員が附属病院等を廃止することに異存はないとの趣旨で発言す る一幕もあった。

(3) 浮き彫りになった2つの問題と、回答できなかった京都市当局

しかし、分科会は委員全員に対して附属病院廃止への合意を取り付けることが出来な いまま終わった。逆に、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。

1つ目は、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 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だった。つまり、 外来・入院共に現在附属病院にかかっている人たちや、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、繰り返し質問が出された。しかし京都市当局はこれ に正面から回答しなかった。

2つ目は、今後、京都市が目指すという「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) 等に必要な関連職種の専門性が、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質問された。他都市のセンタ 一の実践を踏まえても、病院機能なしに新たな施策展開は難しい。常識として「医療」 を外すことは有り得ない。なぜわざわざ附属病院を廃止するのか。こうした分科会委員 の声に、市当局は最後まで、まともに回答できなかった。

さらに、百歩譲って附属病院の入院機能が廃止されたとしても、「外来機能はどうす るのか?」という質問にも市当局は回答しなかった。

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 態に即した議論には限界があった。加えて、京都市は、分科会委員の思いと矛盾した市 方針のとりまとめを、すべて分科会長へ担わせた。

以上の問題点は、社会保障審議会の答申から、今日の基本方針(案)まで持ち越され てきた根本的な欠陥である。

(4) 赤字=不採算=非効率=無駄遣い=悪=廃止のロジックは稚拙

京都市が一貫して主張するのが市リハセンの歳出超過である。むしろ、歳出超過こ そが、附属病院廃止最大の根拠となっている。しかし、京都市はそもそも「歳出超過」 の何が問題なのかを論理的に説明していない。京都市のロジックは、赤字=不採算= 非効率=無駄遣い=悪=廃止というものである。あまりに稚拙である。地方公営企業

法において、病院事業は「一部適用の事業」である。これは、「病院事業が企業として 能率的に運営されるべき他の公営企業と同様であるが、これらに比べて採算性が低く、 かつ保健衛生・福祉行政など一般行政との関係が密接であることなど若干その性格を 異にするため」と説明されている。市リハセン附属病院は、京都市の保健行政と密接 に結び付き、市民の生命・健康を守るための医療・福祉保障施策の手段として存在し ている。第一、市リハセンは福祉施設であり、原理的には採算性を問われるべきでは ない施設ではないかと考える。

(5) 不採算である社会福祉・医療施策すべてはむだか?

公的医療機関への公的資金投入は当然である(だからこそ公的だとさえいえる)。そ れがなければ赤字になることはわかりきっている。直営ではないが、同じ政令市の名 古屋市総合リハビリテーション事業団の資金収支計算書総括表(2012 年4月1日~ 2013年3月31日)によれば、最大の収入源は医療保険や介護保険の報酬ではなく、「受 託事業収入」(公費)である。

無論、貴重な税源を基に行う事業である以上、無駄を排除し、効率的な運営が心がけ られるべきであることは当然である。

しかし京都市の論理は、不採算だから附属病院の存在が無駄だと述べているに等しい。 社会福祉事業を「赤字だから潰す」式の論理は貧しすぎる。これでは、本来的に不採算 な存在である社会福祉・医療施策すべてが廃止やむなしとなってしまう。

5. 私たちがめざす京都市リハ行政プラン

(1) 2段階の機能拡充プラン

市リハセンが目指すべき方向性を提案する。

提案は2段階で行う。

第1段階は、現在の立地で病床を増やすことなく、リハビリサービスを拡充させる方 策である。

第2段階は、総合施設化を視野に入れたサービス拡充の構想である。

(2) 京都市の障害福祉計画からみたリハビリセンター附属病院のあり方

まず、大前提の問題として、京都市の保健福祉行政において、市リハセンならびに 同附属病院が当面いずれの施策に位置づけられるべきかについて、見解を述べる。

結論から言えば、市リハセンは当面、障害福祉施策上の中核施設として、明確に位 置づけられるべきである。

第3期京都市障害福祉計画における障害福祉の基本理念は「障害のある人もない人 も、すべての人が違いを認め合い支え合う町づくりを推進する」、共生社会の実現とさ れる。

計画の特徴は、1 つにサービス提供者の新規参入を促す支援、2 つに重度訪問系サー ビスのニーズに応えるためのホームヘルパーの研修である。これらは厚生労働省の「施 設から地域へ」の流れに添ったものであり、第3期障害福祉計画の数値目標もそれを物 語っている。

すなわち地域福祉サービスの充実である。

京都市は、「生活介護、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援、短期入 所」の必要量は年々増加の傾向にあるが、自立訓練(機能訓練)や療養介護は2010年 度実績から2014年度見込みまで全く増やす傾向にない(図1参照)。

これは施設から地域の流れの中に、医療が存在していないことを示すのではないか。 市リハセン附属病院には、急性期・回復期病床、在宅のいずれの経路からも、より 快適な自分らしい生活を再び送りたいと願い、医療的機能訓練を求めて入院を希望す る患者が後を絶たない。数ヶ月の訓練を提供すれば、多くの方々は地域に生活に復帰 できる。

京都市はこうした患者の願いを、経営的側面のみを理由に(赤字だから)切り捨て るというのだろうか。

まず経営的側面の赤字を如何にしたら解消できるのかを考えるのが先であろう。 以上のことから、京都市が当面の改革における市リハセンを、障害者福祉施策の中 核に位置づけるべきと提案したい。

図1 第3期京都市障害福祉計画の概要より

日中活動系サービスについての現状分析では、おおむねニーズに応じた日中活動の場や福祉的就労の場を確保できたとし ている。次に必要な量の見込み(一部略)については下記のとおりである。

療養介護とは、「医療が必要で、常に介護が必要な方に、医療機関への入所により、機能訓練・療養上の管理・看護・介護、 日常生活の世話を行うものと定義している。

区分	23 年度実績(人)	24 年度(人)	25 年度(人)	26 年度(人)
生活介護	2670	2750	2833	2918
機能訓練	66	66	66	66
生活訓練	229	239	249	259
就労移行支援	207	217	227	237
就労継続支援(A)	354	364	374	384
就労継続支援(B)	2205	2271	2339	2409
療養介護	21	21	21	21
短期入所	420	433	446	459

(3) 〈第1段階〉当面の機能拡充プラン

ここでは、市リハセン(とりわけ附属病院)の現況を踏まえ、「現在の立地」で、「病 床を増やさず」に、ある程度「採算はさておいて」、患者の受け入れハードルを下げ、 多くの患者にリハビリテーションが提供できるようにするための、現実的な提案を行う。

1) 市リハセンの業務と組織

市リハセンの組織は、4部門に大別することができる。

【身体障害者更生相談所】

専門的な立場から総合 的に評価、判定を行うな ど、センターの窓口とし ての機能を果たす施設。

【障害者支援施設】

病院などで急性期及び 回復期の治療及び訓練を 終えた人に社会復帰また は生活の自立の必要な訓 練を行う施設。

【補装具製作施設】

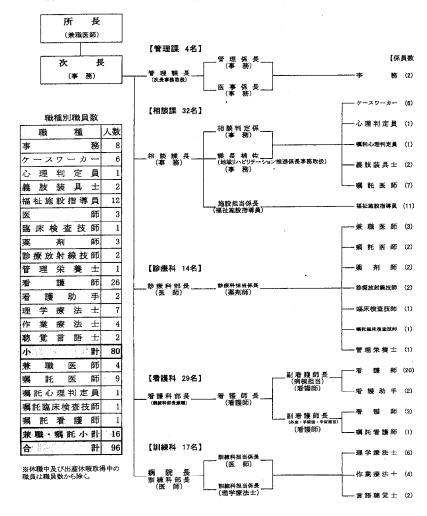
障害のある市民にとっ て不可欠な補装具又は日 常生活用具の製作、研究 及び開発を行う施設。

【附属病院】

整形外科、神経内科及 び泌尿器科を中心とした 外来診療部門並びに障害 者施設等入院基本料を算 定する40床の病棟を備え た治療及び機能訓練(P T、OT、ST等)を実

組織図、人員配置図及び事務分掌

身体障害者リハビリテーションセンター (平成24年7月1日現在)



平成 20 年度事業概要より転載

施して、自宅復帰をめざす施設。

市リハセン附属病院の実態ーどのような患者を受け入れているのかー 2)

① 本来、民間で不十分な障害者医療を公的責任で保障していく視点を持つことが可 能な施設

もともと、障害者リハビリテーション医療は入院期間が長期に亘るため、民間ベース では採算が合わない。

ここで、市リハセン附属病院の実績からその果たす役割を整理してみる。

平成 23 年度(2011年度)の入院患者数 73 人(23年度中に1日以上入院していた 患者)のうち、9ヶ月以上入院していた患者の疾患名と人数は、整形外科領域で34人 中、頸髄損傷が14人である。同様に、神経内科領域では39人のうち、頭部外傷が6

人である。このように、民間病院では採算の合わない重度のリハ対象者である脊髄損傷 や高次脳機能障害のある患者が、相対的に長期の入院期間となっている(図2参照)。

図2 平成23年度入院患者の病名別人員及び平均入院期間

主な傷病名	実人員	平均入院期間
整形外科	34	
頚髄損傷	14	1年3ヶ月
その他の脊髄損傷	8	6ヶ月
切断,離断	3	4ヶ月
人工関節置換術(変形性関節症)	5	6ヶ月
(関節リウマチ)	2	7ヶ月
その他の外傷	2	5ヶ月
神経内科	39	
脳出血	7	7ヶ月
脳梗塞	4	4ヶ月
脊髄梗塞	2	4ヶ月
くも膜下出血	3	6ヶ月
頭部外傷	6	10ヶ月
急性散在性脳脊髄炎	2	6ヶ月
パーキンソン病・症候群	4	5ヶ月
その他	11	4ヶ月

出典:第4回リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会(2013年3月26日)資料

② 脊髄損傷の障害者医療を担っている

平成 19年 (2007年) から 23年度 (2011年度) の脊髄損傷の入院患者総数は 76人 であり、5年間の患者総数363人の21%を占めている。そのうち、脊髄損傷の患者の 家庭復帰率は61.8%と高い(図3参照)。

また外来患者の中で脊髄損傷の患者は、5年間で162人であり、1年当たり平均し て32人の新患が市リハセンを利用していることになる。こうした患者たちには包括的 な医療的バックアップが必要である。

すなわちリハビリ科、整形外科、内科、泌尿器科、精神科の充実が欠かせない。 市リハセンはそうしたニーズに確実に応えているといえる。

図3 最近の脊髄損傷の入院・外来患者状況

年度	 脊髄損傷(人)	復帰状況	全体数
19	20(21%)	家庭 13 人, センター施設 1 人, 身障施設 1人, 病院 5 人	95
20	14(15. 9%)	家庭4人,センター施設2人,療護施設1人,病院7人	88
21	11(20. 7%)	家庭 11 人	53
22	21(29. 5%)	家庭 15 人, センター施設 1 人, 療護施設 1 人, 病院 3 人, 老人施設 1 人	71
23	10(17. 8%)	家庭4人,センター施設1人,身障施設2人,病院3人	56
合計5年間	76 人(20.9%)	家庭 47 人(61. 8%)	363

^{*}脊髄損傷入院患者の占める割合は、全入院患者の21%を占めている。

出典:平成24年度事業概要より作成

③ 期間の定めのないリハビリテーションが必要な患者さんの存在

介護保険制度(2000年度施行)、診療報酬改定(2006年4月)で疾患別リハビリテー ション体系と算定日数制限が導入され、リハビリ難民の発生が社会問題になった。

市リハセン附属病院でも、平成23年度(2011年度)入院実人数73人中46人と過半 数が京都市内 18 病院からの転院患者である。入院前の病院の内訳をみると、回復期病棟 のある病院からの転院患者が27人だった。また、市リハセン附属病院と同様の障害者施 設等入院基本料を算定する病院からの転院もある(図4)。この事実はどう説明したら良 いのだろうか。

図4 平成23年度入院患者の入院前の状況

入院前の状況	回復期	障害者施設等	実人員 (人)
京都市内の病院			46
① 京都医療センター			4
② 京都市立病院			5
③ 京大附属病院			1
④ 京都第二日赤			3
⑤ 京都南病院		0	2
⑥ 康生会武田病院		0	1
⑦ みささぎ病院			1
⑧ 相馬病院			1
⑨ 日本パプテスト病院		0	1
⑩ 大原記念病院	0		8
⑪ 京都博愛会病院	0	0	2
⑫ 京都民医連第二中央病院	0		1
③ 洛陽病院	0		1
⑭ 京都武田病院	0	0	1
⑤ 十条リハ病院	0		7
16 洛和会音羽病院	0		2
① 蘇生会総合病院	0		4
⑱ 洛西シミズ病院	0		1

出典:第4回リハビリテーシ ョン行政の在り方検討専門 分科会 (2013年3月26日) 資料

出典:第4回リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会(2013年3月26日)

資料 6-2、資料 10 から作成(京都市)

それは、民間病院では対応しきれないリハビリテーションを必要とする患者が存在す る。こうした患者には、期間の定めのないリハビリテーションを提供する市リハセン附 属病院が望ましい。そのように考える医療機関が存在しているのである。多くの脊髄損 傷や頭部外傷の患者が、期間の定めのないリハビリテーション医療を求めているのであ る。

④ 市リハセン附属病院の家庭復帰状況

市リハセン附属病院を退院する患者のご家庭への家庭復帰率は、平成19年度(2007 年度) から平成23年度(2011年度)までの5年間で平均60%だった(図5)。

この数字は、重度な障害を抱えていてもリハビリテーションを必要とする人にきちん としたリハビリテーションを提供すれば患者のQOLの向上に寄与できるという証明で ある。こうした実績は、京都市民がもし重度な障害を抱えることになっても、市リハセ ン附属病院が最後の砦となり、人々の健康と生活を支えているという安心につながって いると確信できる。

図5 市リハセンを退院した患者の家庭復帰状況

年度	家庭復帰人数	全体入院患者数(人・%)	
19	58	95	61
20	44	88	50
21	33	53	62
22	52	71	73
23	31	56	55
合計 5 年間	218 (人)	363 (人)	100%

^{*1}年当たり、平均43人が家庭に復帰しその比率は平均60%である。

出典:平成24年度事業概要より作成

⑤ リハビリテーション医療制度の欠陥を保障するのは、市民の命と生活を保障する 公的機関である

回復期で終了しない人、パスに乗れない人等、制度の狭間に落とされた人達の命と 生活を保障できる医療機関は市リハセン附属病院だけである。これは、他都市に誇れ る医療機関である。重度障害者の受け入れの幅を広げる、経営的側面をもつ、専門職 の研修の機会を受け持つ等多くの課題があるのは事実であろう。だからこそ、廃止で なく拡充・充実を計ることでそれを克服すべきであろう。

3) 附属病院の特徴

① リハビリ中心の入院ではあるが回復期リハビリテーション病棟とは異なる

京都府内には、20 の回復期リハビリテーション病棟を持つ病院が存在する(2013 年8月1日現在)。回復期リハビリテーション病棟は、その名の如く、積極的にリハビ

リテーションを実施する入院料形態である。附属病院も積極的にリハビリテーション を実施する病院であるが、入院日数に制限のある回復期リハビリテーション病棟から 依然積極的なリハビリテーションが必要な患者を多く受け入れているところから、回 復期リハビリテーション病棟とは異なる役割を果たしてきたことがわかる。実際、直 近1年間で、回復期リハビリテーション病棟のある病院から転院してきた患者は27人 で、全患者の37%を占めている(2011年度)。同一疾患については、たとえ転院して も回復期リハビリテーション病棟入院料の算定期間は延長されないため、算定期間を 終えての回復期リハビリテーション病棟から回復期リハビリテーション病棟への転院 は考えられない。市リハセン附属病院はそのようなニーズを支えてきたのである。

② 障害者施設等入院基本料算定病棟だが、他の病院とは異なる

市リハセン附属病院が現在算定している障害者施設等入院基本料を算定する病棟を 持つ病院は、京都府内に43病院存在する(2013年8月1日現在)。北区から京都市立 病院の北側の敷地に移転予定の京都地域医療学際研究所附属病院は、2013年8月1日 付で当該入院基本料を返上した。移転先の場所柄、市リハセン附属病院の機能を分担 することが期待されていただけに、当てが外れたことになる。さて、障害者施設等入 院基本料病棟は、重度の肢体不自由児(者)や脊髄損傷等の重度障害者(いずれも脳 卒中後遺症及び認知症の患者を除く)等対象患者を7割以上入院させて、比較的長期 に療養する病棟である。しかし、同一の入院基本料であるからといって、入院してい る患者層が同じとは限らない。同入院基本料を算定する病院には、肢体不自由児を中 心とした病院から、高齢者の多い病院までさまざまである。市リハセン附属病院の特 徴としては、次のようなものが挙げられる。リハビリ実施数と在宅復帰率である。

障害者施設等入院基本料算定患者に対する患者1人当たりのリハビリ実施状況は、 平均 0.8 単位*4 である。市リハセン附属病院における患者 1 人当たりのリハビリ実施 状況を考えると、それを大きく上回り、回復期リハビリテーション病棟入院料算定患 者並みと考えられる。

また、入院患者の在宅復帰率は60%と、多くの患者が自宅に復帰していることがわ かる。これも、障害者施設等入院基本料算定患者の平均(約47%*4)を上回っている。 回復期リハビリテーション病棟入院料の基準からみても高いことがわかる。

以上のような特徴を持つことから、これらをより活かせる方向での改革が求められる。 ※4 「障害者施設等入院基本料算定患者に係るアンケート結果」(京都府内の障害者施設等入院基本 料を算定する病院を対象に 2013 年 8 月、京都府保険医協会が実施。対象は 42 病院、回収は 11 病院、 回収率は26%)

4) 当面目指すべき発展・拡充の方向

① MSW (医療ソーシャルワーカー) の配置と退院調整機能の強化

今や、MSW (医療ソーシャルワーカー)を配置することは病院の常識となっている。 退院調整を行う主の担当者・部門が不明確であるということは、各部門の情報を集約す る部門がないということであり、入院日数が意図せず延長され、患者にとっては退院時 期の遅延、病院にとっては次の患者を受け入れることが遅延するなどの悪影響が出る。 当該患者にとって、入院期間が最短となるよう、退院調整を行う機動部隊を配置する必 要がある。

また、入院患者の受け入れもスムーズに行う必要がある。MSW は他の病院と連携、 マーケティングを行いながら、入院候補者を明らかにし、病床の空きが出ないよう管理 すべきである。

② 若干でも収益の拡大を目指す

現在、市リハセン附属病院が算定している入院料は障害者施設等10対1入院基本料 である。当該入院基本料は平均在院日数要件がないため長期に入院患者を受け入れる のは適している。しかし、重度の肢体不自由児(者)や脊髄損傷等の重度障害者(い ずれも脳卒中後遺症及び認知症の患者を除く)等対象患者を7割以上入院させている 必要があり、脳卒中後遺症や高次脳機能障害の患者を積極的に受け入れられないとい うデメリットがある。上記①を実現することにより、一定の平均在院日数の短縮と平 均入院患者数の増加が見込めるが、一般病棟入院基本料に変更できるほどの急激な平 均在院日数の短縮は難しい。

原則増床が不可能な状況で、大きな入院料変更は困難である。

そこで、少しでも収益を上げる方法として、現在の病棟の中に、亜急性期入院医療 管理料の届出を行うことを提案する。

亜急性期入院医療管理料は、40 床ある病床のうち、最大30 床まで届出可能である。 現状では、回復期リハビリテーション病棟から転院してきた患者も受け入れることが でき、対象患者の割合についても基準はなく、高次脳機能障害の患者も受け入れるこ とができる。包括型の入院料ではあるが、リハビリ点数は出来高算定可能である。60 日間の算定制限があるが、その期間は収益増が見込まれる。また、そこが1つの退院 の目安となる区切りにもなる。

亜急性期の60日制限に仮に引っかかったとしても、その時点で、残りの障害者施設 等入院基本料算定病床へ転床してもらうことで、現状と同じ取扱いが可能である。

なお、障害者施設等入院基本料の対象患者割合7割以上の要件は、亜急性期入院医 療管理料算定病床も含めての算出となるが、7割に該当する患者数を増やせば、残り 3割に入院させることができる患者数も増える。

現在は空きとなっているベッドを、上記①の効果で活用し、亜急性期入院医療管理 料を当初算定することによって、若干ではあるが収益増を目指す。

③ 外来機能の拡充と市立病院との連携

市リハセン附属病院において、脊髄損傷等の重度障害者を対象にした泌尿器科外来が 大変好評を得ている。現在入院中若しくは通院中の患者のために、また地域住民により 広く利用してもらうために診療科や機能の拡充は実施したいのはやまやまであるが、し かし、限られたスペースと医師配置の中で、附属病院単独でのこれ以上の診療科の拡充 は現実的でない。そこで、考えなければいけないのは同じ京都市の市立病院の活用であ

る。京都市立病院は多くの診療科を持つ京都市の中核病院である。しかも附属病院と京 都市立病院との距離は約1km。両病院の間をバスで結んだり、安全な歩道を整備する ことで一体的に運用するこができるはずである。

これらのことから、現在の機能を確保しつつ、新たな患者受入が可能となり、収入増 につながることが期待される。全国にある同様の病院、リハビリテーション施設も、医 療保険収入のみで黒字化しているわけではなく、一定の公的資金を投入することによっ て、公によるリハビリテーションの保障を行っているのが現状である。収支改善させる ことはもちろん必要であるが、医療保険収入のみによる黒字化はほぼ不可能であること を、医療保険制度の仕組み(長期入院の患者向け入院料の低価格設定、リハビリテーシ ョンの算定日数上限等)から受け止めた上で、方策を講じなければならない。

④ 総合相談窓口機能

京都市が基本方針案で提案する3障害一体となった相談・支援体制の必要性に異論 はない。但し、それが現在の児童福祉センターに設置された知的障害者更生相談所や、 こころの健康増進センターの相談機能の統合を視野に入れたものであれば、手放しで 歓迎できない。

現在の京都市の姿勢を見れば、総合相談窓口機能設置が梃子となり、児童福祉セン ターやこころの健康増進センターの機構改革が誘発され、またもや市の公的な医療・ 福祉保障機能後退の糸口になる可能性が高い。

総合相談窓口機能設置の前提に、京都市の姿勢を転換することが必要である。 これは、地域リハビリテーション推進に関しても同様である。

「総合調整機能」は必要だが、リハビリテーションを公的に保障するための拠点となる ためには、自らサービス提供する機能が必要であり、それを失っては、単なる管理機関 になってしまうからである。

⑤ 人材育成

市リハセンには、京都府理学療法士会(現在は移転)、京都府作業療法士会、京都府 言語聴覚士会の事務所が置かれ、各士会主催の勉強会が数多く催されている他、数多 くの研修生・実習生が受け入れられてきており、まさに京都府におけるリハビリテー ションに従事する人材を育成する拠点となっている。この機能を失うことは、京都府 内のリハビリテーション全体の質の低下を招くことになり許されない。

(4) 〈第2段階〉将来構想 一総合保健施設化へ一

第2段階として、もう少し長いスパンでの構想に触れておきたい。

京都市に求めたいのは、「総合保健福祉施設」の設置であり、そこへ市リハセンを位 置付ける方向性である。これについては、すぐにでも当事者・市民が参加しての議論を 開始してほしい。

市リハセン附属病院については、受け入れニーズの高い高次脳機能障害の患者や、こ れまで以上の多様な患者を積極的に受け入れるために、それら患者に適した病床を確保 する必要があるため、増床を前提とした入院医療の拡充が必要となる。

たとえば私たちの考える、総合福祉施設は2つの大きな機能を持つことになる。

1つは、制度欠陥の受け皿の役割も果たしながら、民間で受けられない患者(高齢 者の障害者にも対応)のリハビリテーションを担当し、社会復帰・在宅復帰を目指す 機能である。これは、現在の市リハセン附属病院が果たす役割でもある。国制度の欠 陥が改正されない限り、この役割は、公的施設の存在意義の根幹として、決して失っ てはならない。

2つは、地域の医療・福祉・リハビリテーション保障の拠点機能である。 市リハセ ンだけで市民の困難を解決することはできない。行政の保健・福祉部門との連携が必 要となる。基幹型地域包括支援センターの設置、保健所機能や児童福祉センター機能 を併設した、総合的な保健福祉拠点をつくり、その中核施設の1つに、市リハセンを 拠点として位置づけることが考えられる。

これらにより、シームレス化がすすめられ、総合保健福祉施設が、京都市における 地域リハビリテーション拡充と地域包括ケアシステム推進の拠点となる。

訪問サービス、通所サービス、ショートステイ等、リハビリテーション保障にかかわ るさまざまな社会資源をつなぐ公的な中核施設として、地域の核である地域包括支援セ ンターや障害者地域生活支援センターと連携する。

患者・市民にとって、最後の砦であり、なおかつ最大級の安心を保障する施設となる。

京都市の財政が危機的な状況にあったとしても、医療・福祉の保障が公的になされ る必然性がなくなることはあり得ない。

どのような保健・福祉行政を実現するか。その中で、リハビリ行政はどうあるべき か。そして、市リハセンの在り方・機能をどうするか。

これは、京都市民自身が議論し、実現する課題である。

市当局が財政事情で一方的に附属病院廃止に突き進んでいる現状は、京都市民の議 論機会の封殺に等しい。市民のための保健・医療・福祉行政のグランドビジョンを京 都市自身が真剣に検討することを強く求めたい。

京都のリハビリを考える会

京都府保険医協会 京都府作業療法士会 京都府言語聴覚士会 京都障害児者の生活と権利を守る連絡会 リハビリセンター活性化実行委員会 京都社会保障推進協議会 京都市職員労働組合民生支部 京都市職員労働組合民生支部リハビリテーションセンター分会

〈事務局〉

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 F 京都府保険医協会内 TEL 075-212-8877

協会だより(定例理事会要録から)

2013年度(平成25年度)第7回 2013年9月10日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

- 1. 前回理事会 (7月23日) 要録と決定事項の確認
- 2. 第66回定期総会発送状況
- 3. 新規開業未入会開業医訪問状況
- 4. 文化ハイキング下見(8月20日)状況
- 5. 第14回文化講座・講師との打ち合わせ(8月27 日) 状況
- 6. 臨時総務部会(8月29日)状況

【経営部会】

- 1. 「System Cost Care」案内のための病院訪問状況
- 2. 金融共済委員会(7月24日)状況
- 3. 第9回保団連共済部会(7月21日)状況
- 4. 病院向け経営対策セミナー (7月25日) 状況
- 5. 保団連経税担当事務局小委員会(7月27日)状況
- 6. 保険医年金打合せ会(8月6日)状況
- 7. 会員訪問(8月8日)状況
- 8. 金融共済委員会(8月21日)状況
- 9. 税理士との相談(8月28日)状況
- 10. 医師賠償責任保険料案内のための病院訪問(8 月28日) 状況
- 11. AIRジャパン車いす清掃活動打ち合わせ(9 月3日) 状況

【医療安全対策部会】

- 1. 医療事故案件調査委員会(7月19日)状況
- 2. 医師賠償責任保険処理室会(7月22日)状況
- 3. 第286回関西医事法研究会(7月27日)状況
- 4. 医療機関側との懇談(8月5日)状況
- 5. 医療事故案件調查委員会(8月23日)状況
- 6. 医師賠償責任保険処理室会(8月26日)状況

【政策部会】

- 1. 出版編集会議(8月22日)状況
- 2. TPP参加反対京都ネットワーク拡大会議(9 月5日) 状況

【保険部会】

- 1. 医事担当者勉強会(7月17日)状況
- 2. 保険講習会B (7月18日) 状況
- 3. 2013年度保団連研究・学術活動交流集会(7月 21日) 状況
- 4. 近畿厚生局管内社保担当者事務局会議(8月2 日) 状況
- 5. 第2回医事担当者連絡会議(8月22日)状況

- 6. 第649回社会保険研究会(8月24日)状況
- 7. 保険講習会A(8月29日)状況
- 8. 産婦人科診療内容向上会(8月31日)状況
- Ⅱ. 確認・承認事項

【総務部会】

- 1. 第66回定期総会(第185回定時代議員会合併)(7 月28日) 状況確認の件
- 2. 2013年度第3回正副理事長会議(アミス役員合 同会議)(8月4日)状況確認の件
- 3. 「核戦争に反対する医師の会」(PANW) 主催 「日韓反核医師交流の旅」 (2013年7月13日~15日催行)に参加された飯田 理事(保団連理事)の費用弁償支給の件
- 4. ペシャワール会への団体加入の件
- 5. 理事者のメールによる緊急連絡体制の構築の件
- 6. 総務部会(8月6日・9月3日)状況確認の件
- 7. 2013年度6・7月分収支月計表報告状況確認の件
- 8. 2013年度地区交付金交付の件
- 9. 7月・8月度会員増減状況確認の件
- 10. 会員入退会及び異動 (7月23日~9月10日) に 関する承認の件

【経営部会】

- 1. 経営部会(8月6日・9月3日)状況確認の件
- 2. 休業補償制度改定に関する承認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会(8月6日・9月3日)状況 確認の件

【政策部会】

- 1. 政策部会(8月6日・9月3日)状況確認の件
- 2. 保団連拡大医科政策部会(8月28日)状況確認の件
- 3.731部隊関係者と日本軍遺棄毒ガス被害検診の報 告交流から戦争と医の倫理を考える会(9月2 日)状況確認の件
- 4. メディペーパー京都169・170号、京都保険医新 聞 (第2865号・第2866号・第2868号) 合評の件

【保険部会】

- 1. 保険部会(8月6日・9月3日)状況確認の件
- 2. 理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会と の懇談会(8月10日)状況確認の件
- Ⅲ. 開催・出席確認事項

【総務部会】

- 1. 9月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
- 2. 地区医師会長との懇談会開催の件

【経営部会】

- 1. 「System Cost Care」案内のための病院訪問の件 【医療安全対策部会】
- 1. 医療機関側との懇談開催の件
- 2. 京都府歯科保険医協会への講師派遣の件

【政策部会】

- 1. TPP反対京都ネットワーク自治体訪問の件
- 2. 反核医師のつどい2013in北海道出席の件
- 3. 政策時局講演会開催の件

【保険部会】

- 1. 「医療と法ネットワーク第3回フォーラム」参加
- 2. 京都第一赤十字病院「院内研修会」への講師派 遣の件
- 3. 保団連「病院・有床診療所セミナー」への講師 派遣の件

Ⅳ. 医療政策関連情勢

- 1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き
- ①国をめぐる動き

社会保障制度改革国民会議報告書と協会談話につ いて

V. 診療報酬関連情報

- 1. 2013年7月度国保合同審査委員会(7月22日) 状況確認の件
- 2. 中医協状況報告の件
- 3. 保険審査通信検討委員会(8月9日)状況確認の件

Ⅵ. 要討議事項

【保険部会】

1. 生活保護医療扶助指定医療機関に対する個別指 導、立入検査の運営に関する申入れの件

≪以上38件の議事を承認≫

2013年度(平成25年度)第8回 2013年9月24日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

- 1. 前回理事会(9月10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. 第一生命「保険医年金」営業員研修会(9月3 日) 状況
- 2. 開業医向け経営対策セミナー (9月5日) 状況
- 3. 医院・診療所での接遇マナー研修会(中級)(9 月12日) 状況
- 4. 「System Cost Care」案内のための病院訪問状況
- 5. 傷害疾病保険審査会(9月17日)状況

6. 金融共済委員会(9月18日)状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談状況

【政策部会】

- 1. 新春特集号地域紹介シリーズ・「東山」座談会 (9月4日) 状況
- Ⅱ. 確認・承認事項

【総務部会】

- 1. 台風18号による会員被災者状況確認の件
- 2. 第4回正副理事長会議(9月19日)状況確認の件
- 3. 「会費1号様式②の附属書類」及び「会費2号様 式」の一部変更に関する承認の件
- 4. 会員入退会及び異動(9月10日~9月24日)に 関する承認の件

【経営部会】

1. 月刊保団連『保険医への税務調査』2013年改定 版配布の件

【政策部会】

- 1. TPP反対京都ネットワーク自治体訪問(9月 11日) 状況確認の件
- 2. 京都保険医新聞 (第2869号) 合評の件
- Ⅲ. 開催・出席確認事項

【総務部会】

- 1. 10月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
- 2. 各部会開催の件
- 3. 地区懇談会開催の件
- 4. 有限会社アミス第18期決算報告会・監査開催の件

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談開催の件

【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. 京都のリハビリを考える会出席の件
- 3. 京都介護ウェーブ出席の件
- 4. 特定非営利活動法人和歌山県介護支援専門員協 会定例研修会講師派遣の件
- 5. 「ゆうあいフォーラム」社会保障制度改革学習会 への講師派遣の件
- 6. 近畿ブロック学習交流会出席の件

【保険部会】

1. 理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会と の懇談会開催の件

Ⅳ. 医療政策関連情勢

- 1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き
- V. 診療報酬関連情報

- 1. 2013年8月度国保合同審査委員会(8月21日) 状況確認の件
- 2. 保険審査通信検討委員会(9月6日)状況確認 の件
- 3. 中医協状況報告の件
- VI. その他
- ①台風18号被災理事に対する理事会として見舞金を おくる件
- ②第650回記念社会保険研究会参加要請の件
- ≪以上25件の議事を承認≫

11月のレセプト受取・締切

基金	9日(土)	10日(日)	労災	11日(月)
国保	0	0	刀火	0

※○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。

/ IM	理 +>			
<税	理 エノ			
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□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				

◆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。

<弁 護 士>				
莇 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 (㈱エコロジー・ソリューショ				

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

『モンサントの不自然な食べもの』上映会





日 時 11月9日(十) 午後2時30分開演(2時開場)

京都アスニー(丸太町七本松西入ル)

共 催 京都食健連 TPP参加反対京都ネットワーク

自然界の遺伝的多様性や食の安全、環境への影響、農業に 携わる人々の暮らしを意に介さないモンサント社のビジネ ス。本作は、生物の根幹である「タネ」を支配し利益ばかり を追求する現在の「食」の経済構造に強い疑問を投げかけ る。それがTPPで日本に押し寄せるとしたら…

(上映時間108分)

新規開業医向け「保険講習会B」のご案内

- 11月21日(木) 午後2時~4時 日
- 場 所 京都府保険医協会・ルームA
- 容 ①新規個別指導対策 ②医療法立入検査対策
- 象 新規開業前後の医師、従事者の方 対 (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 (保険部会費 075-212-8877)。



※次回(保険講習会A)

- 1保険基礎知識
- ②レセプト審査

地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地区	時間	場所
11月11日(月)	中京東部医師会との懇談会	午後2時~	協会会議室・ルームA~C
11月25日(月)	中京西部医師会との懇談会	午後2時30分~	中京西部医師会事務所7F
12月 9 日(月)	乙訓医師会との懇談会	午後2時~	乙訓医師会事務所
12月11日(水)	下京東部医師会との懇談会	午後2時~	ホテル日航プリンセス京都

算定もれしやすい在宅医療点数を分かりやすく解説!

「在宅医療点数 | の説明会 一こんな制度、あんな点数を知っていますか?

2012年4月の改定で、従来の在宅療養支援診療所、支援病院に加え、強化型支援診等が新設されました。 京都府内における届出状況やその施設基準と診療報酬の違いを説明するとともに、在宅医療の現場で実際に あった請求事例をもとに、算定の仕方や留意点、取りもれの多い点数などを解説します。今まで気づいてい なかった制度や、算定していなかった点数があるかもしれません。ぜひご参加下さい。

- 日 時 11月16日(十)午後2時30分~4時30分
- 内 容 ①在宅療養支援病院・診療所と強化型在宅療養支援病院・診療所の違い
 - ②高額療養費と現物給付・レセプト記載の留意点
 - ③事例検討 取りもれていませんか? こんな点数あんな点数
- 場 所 京都府保険医協会・ルームA~C
- 対 象 会員・会員医療機関職員 (要申込)
- 参加費 無料(非会員医療機関:5.500円)



第26回 環境ハイキング

~錦秋の西山南部を巡る~(完成した京都第二環状道路)

日 時 11月17日(日)午前9時~午後3時(予定)

※17日が雨天で中止となった場合、12月1日(日)に行います。

※当日の天気予報の降水確率が60%以上の場合は中止

- 集 合 午前9時 阪急長岡天神駅改札口
- **行 程** 約14km・約5時間(途中でのエスケープ可能)

長岡天神駅-0.6km-八条ケ池-0.4km-長岡天神-1km-にそと-1.5km-士御門天皇陵-1km-十三 km-宝積寺-0.7km-大山崎美術館-1.3km-山崎蒸留所-1km-大山崎駅

参加費 無料・交通費自弁 昼食・飲物・雨具などは各自ご用意下さい。

共 催 京都府保険医協会 京都府歯科保険医協会

第14回文化講座 京都のまつり~現状とゆくえ

- 日 時 11月17日(日) 午後2時~4時
- 場 所 京都府保険医協会・ルームA~C
- 講 師 京のまつり研究会 代表 島田 崇志氏

参加費 無料

講演要旨

京都には、祇園祭など伝統あるまつりや行事が数多くある。 これら主なまつり (葵祭、祇園祭、時代祭など) の歴史、現

状、魅力などについて、各地のまつりとも比較しながら、その特色と課題を明らかにする。

特に、まつりを支える人、組織、経費などその内容にも深くふみ込み今後の保存継承のためのあり方を考える。 また、来年から大船鉾の復活もあって、山鉾巡行から17日(前祭)と24日(後祭)になる祇園祭についても、これ までの歴史、観光を含め、あらたな視点からそのゆくえを展望する。





開業医のポケットと心の中からの提言

開業医が展望する 地域ケア

編 京都府保険医協会

定価 900円+税 (送料別)

2013年5月に開催したシンポジウム「開業医が展望する地域包 括ケア」の内容と新たに書き下ろしたものを収載。「地域包括ケア」 の正体を明らかにし、公的保障による地域ケアの未来を展望する 1 ∰!

会員には1冊無料で10月16日付のメディパックにて送付。



知らなきゃソン!

公的医療保険はこんなに使える

~ テレビでおなじみ民間医療保険の限界を知る~

- 日 時 11月30日(土) 午後2時30分~
- 場 所 京都タワーホテル 7階「橘」
- 師 内藤 眞弓氏

(ファイナンシャルプランナー、㈱生活設計塾クルー取締役 一般社団法人FP&コミュニティ・カフェ代表)



講師紹介 (ないとう まゆみ) 13年間の大手生命保険会社勤務の後、FPとして独立。生活設計塾ク ルーのメンバーとして、一人ひとりの事情や考え方に即した生活設計、資金運用 などの相談業務や各 種団体のセミナー・講演等の講師としても活動。著書は「医療保険は入ってはいけない!新版」(ダイ ヤモンド社)「お金のプロがすすめる お金上手な生き方」(コモンズ)等。日本経済新聞電子版『医療 保険特集』連載中。2013年立教大学大学院21世紀社会デザイン研究科修了。

定 員 100人 (事前申込先着順)

窓口での広報にご協力をお願いします!

10月16日付のメディパックに、今講演会のチケット型 チラシを10部同封しました。つきましては、医療機関窓 口での患者さんへの広報にご協力をお願いします。



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。





FAX 075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(レ)して下さい

【医学書・新刊 2013年10月】

好評のDVD-ROM版に加え、WEB版も登場 日常診療に必要な、信頼ある最新情報を網羅	文献管理と論文作成をパワフルにサポート
日市診療に必要は、指検のも取制情報を制能 今日の診療 プレミアム	投稿規定に合わせて参考文献リストを自動で作成 EndNote X7 Win/Mac
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
□ 今日の診療 プレミアムVol.23	□ 通常版 Windows版 52,290 円
DVD-ROM for Windows 81,900 円	□ 通常版 Macintosh版 52,290円
□ 今日の診療 プレミアムWEB Medical e-Shelf版 63,000 円/年	アップグレード版についてはお問い合わせ下さい。
Medical e−Shelf版 63,000 円/年 Windows,Mac,iPhone,iPad,Androidで快適に	□ Workstation License 32,550 円 5点以上の同時購入が対象です。
医薬品情報書籍の決定版!	『皮膚科診断治療大系』に最新知見を加え進化して完結
日本医薬品集 医療薬2014	皮膚科診療カラーアトラス大系
□書 籍 版 13,650円	□ 期間限定の全巻セット
□ D B 版 15,750 円	税込定価 373,400円 → 362.250円
□ 書籍+DB セット 版 24,150 円	(2014年3月末日までの特別価格)
	□ 専門医のための消化器病学 (第2版) 15,750円 小俣政男・他監●B5判 728頁●医学書院
救急レジデントマニュアル (第5版) 相川直樹・監●B6変型判 480頁●医学書院 5,040円	
徹底ガイド 心不全Q&A ブルホスピタルから慢性期まで(第2版)佐藤直樹・編●B5判 272頁●総合医学社	B型肝炎の診療を極める 基本から最前線まで □ <hepatology 1="" practice=""> 8,925円 田中榮司・他編●B5判 220頁●文光堂</hepatology>
□ 骨格系 画像診断 <放射線医学> 5,880円 樹林 勇·他監●A4変型判 236頁●金芳堂	NASH・アルコール性肝障害の診療を極める □ <hepatology 2="" practice=""></hepatology>
科学的根拠に基づく 肝癌診療ガイドライン 2013年版 3,780円日本肝臓学会・編●B5判 224頁●金原出版	日常診療において忘れてはならない皮膚科症候群 □ <皮膚科臨床アセット 20> 15,225円 ±田哲也・編●B5判 368頁●中山書店
□ 抗が ん薬の臨床薬理 ^{相羽恵介・縄●B5判} 731頁●南山堂 15,750円	□ 大腿骨近位部骨折 いますぐ役立つ!手術の実際 7,140円 佐藤克巳・他編●B5判 184頁●金原出版
□ 米国SWOGに学ぶ がん臨床試験の実践 (第2版) 5,250円 福田治彦・他訳●B5判 256頁●医学書院 5,250円	□ 手外科診療ハンドブック (改訂第2版) 12,600円 _{斎藤英彦・他編●B5判 472頁●南江堂} 12,600円
内科学書 (改訂第8版) 小川 聡・他編 ●BS判 3,000頁●中山書店 30,450円	合併症対策 & 知っておきたい他科の手術手技 □ こんなときどうする? < OGS NOW 16 > 12,600円 櫻木範明・編 ● A 4判 160頁● メジカルビュー社
□ 腎臓病薬物療法実践ガイド 8,925円 丹羽利充・編 ●A5判 472頁●中山書店 8,925円	妊娠と高血圧 □ 内科医・産科医のための薬剤療法マニュアル 5,250円 日本妊娠高血圧学会・編 ●B5判 212頁●金原出版
ここまできた白血病/MDS(骨髄異形成症候群)治療 ○ <プリンシブル血液疾患の臨床> 松村 到・編●B5判 356頁●中山書店	□ Q&A 眼科診療のピットフォール6,090円下村嘉一・監 ●B5判 160頁●金芳堂
□ 造血器腫瘍診療ガイドライン 2013年版 5,250円 日本血液学会・編●B5判 350頁●金原出版	□ 眼瞼・涙器手術 <イラスト眼科手術シリーズ V> 8,400円 若倉雅登・監 ●B5判 136頁●金原出版
複雑病変に挑むEVT最新テクニック 浦澤-中・著●B5判 304頁●メジカルビュー社 7,875円	ドライアイ スペシャリストへの道 □ 〈専門医のための眼科診療 クオリファイ 19 〉 15,225円 横井則彦・編 ●B5判 400頁●中山書店
□ 眼でみる実践心臓リハビリテ―ション (3版) 5,670円 安達 仁・編著●B5判 330頁●中外医学社	□ 耳鼻咽喉科 てこずった症例のブレークスルー 10,500円 本庄 厳・編●B5判 256頁●中山書店
お名前	医療機関名
送付先 〒	I.
TIDI DAY	
TEL: FAX:	
1.80.人1.1. 4.3. 专权应归除压协人	TEL 07E 919 0077 FAV07E 919 0707

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



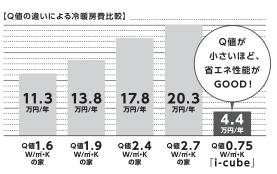
- 条工務店は「省エネ4冠」達成!!

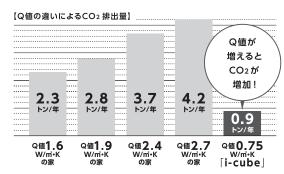
^第「ハウス・オブ・ザ・イヤー・ 回 イン・エナジー」 大賞受賞!

省エネルギー住宅のトップランナーを選定し、優れた環境性能を備えた住宅の普及をめざすのが、 「ハウス・オブ・ザ・イヤー・イン・エナジー」表彰制度です。

その記念すべき第一回の大賞を、一条工務店の「i-cube」が獲得いたしました!







【冷暖房の運転条件・算出方法】弊社モデルブラン(延床面積:45.31坪)/建築地・東京の場合/冷房期間:5月5日~10月23日/冷房設定:全居室(LDK、和窓、主寝室、洋室、洋室2)、エアコン(24時間設定)、室温27℃、温度50%/暖房期間 - 11月2日~4月22日/暖房設定:全館(収納を除く)、床暖房(24時間設定)、温度22℃/電気料金:東京電力「電化上手」の場合の熱付加計算ソフトSMASHによる試算

家は、性能。

条工务店



問い合わせ先・業務推進グループ(法人)

55 0120-447-812

社: 〒135-0042 東京都江東区木場5-10-10 浜松本社: 〒432-8006 静岡県浜松市西区大久保町1227番6

Mail:houjin@ichijo.co.jp/FAX:053-447-8024