

Medi

メディペーパー京都

PAPER

KYOTO

2014.1

第175号(通巻419号)

CONTENTS

情勢トピックス	3
医療・社会保障編	4
改定率決着、通常分で本体0.1%増／ネットは実質マイナス1.26% …ほか	
調査・データ編	29
医療は34兆634億円、前年度比3.5%増／11年度社会保障給付費 …ほか	
政策資料	
資料1：医療法等改正に関する意見	32
資料2：介護保険制度の見直しに関する意見	43
協会だより	
2月の催し物(予定)、その他	62



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)





Mucosta
20th
Anniversary

Protection & Healing

しっかり守って、きれいに治す。

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

ムコスタの特徴

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

* NSAIDs: non-steroidal anti-inflammatory drugs (非ステロイド性抗炎症薬)

** QOUH: Quality of ulcer healing (潰瘍治癒の質)

*** 胃 炎: 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

〔効能・効果〕及び〔用法・用量〕

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

〔使用上の注意〕—抜粋— 重大な副作用

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

*:自発報告において認められた副作用のため頻度不明。

◇その他の使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

胃炎・胃潰瘍治療剤

薬価基準収載

日本薬局方 レバミピド錠

ムコスタ®錠100mg

Mucosta® tablets 100mg



製造販売元

大塚製薬株式会社

Otsuka 東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先

大塚製薬株式会社 信頼性保証本部 医薬情報センター

〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

胃炎・胃潰瘍治療剤

薬価基準収載

レバミピド顆粒

ムコスタ®顆粒20%

Mucosta® granules 20%

(‘10.05作成)

情勢トピックス

今月の主な動き

政府は12月24日、2014年度政府予算案を決定。一般会計予算案は95兆8823億円（前年度比3兆2708億

円、3.5%増）で、厚生労働省予算案の一般会計総額は30兆7430億円（同1兆3115億円、4.5%増）となった。これに先立ち、20日に麻生財務相と田村厚労相による診療報酬改定についての折衝が行われ、全体で0.1%増（実質1.26%減）とすることや、消費税増税分を活用した新たな財政支援制度として基金を創設することで合意した。

厚生労働省は通常国会への提出を目指している医療法と介護保険法の改定に向けた社会保障審議会の医療部会と介護保険部会の意見書を公表した。

行 事	開始時間	場 所
1日(土) 綾部・福知山医師会との懇談会	午後4時	福知山市中央保健福祉センター
3日(月) 右京医師会との懇談会	午後2時	右京医師会館
4日(火) 定例理事会・各部会	午後2時	ルームA
6日(木) 東山医師会との懇談会	午後2時	東山医師会事務所
7日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
8日(土) 綴喜医師会との懇談会	午後2時30分	新田辺駅前CIKビル・3F
13日(木) 山科医師会との懇談会	午後2時	山科医師会診療センター
白色確定申告説明会	午後2時	ルームA・B・C
14日(金) 西京医師会との懇談会	午後2時	京都エミナース
15日(土) 近畿総決起集会	午後3時	御堂会館（大阪市中央区）
京響メンバーによるサロンコンサート	午後2時30分	ルームA・B・C
16日(日) 第3回ワイン講座	午後5時30分	ホテルグランヴィア京都「ラ・リサータ」
17日(月) 白色確定申告書作成会	午後2時	ルームB・C
19日(水) 金融共済委員会	午後2時	ルームA
22日(土) 相楽医師会との懇談会	午後4時30分	ホテルフジタ奈良
25日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
27日(木) 保険講習会A（保険基礎知識・審査対策）	午後2時	ルームA

2月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
与謝・北丹医師会との懇談会	午後3時	ホテル北野屋ハーモニーホール
3月8日(土) バイバイ原発3・8きょうと	午後1時30分	円山野外音楽堂
バイバイ原発3・8きょうと講演会	午後5時30分	池坊学園こころホール
3月12日(水) 奥様向けセミナー	午後2時	ルームA・B・C
3月15日(土) 医療安全シンポジウム	午後4時	新・都ホテル
3月23日(日) 「点数表改定のポイント」説明会 （第2次新点数検討会）	入院：午前10時～12時30分 入院外：午後2時～4時30分	テルサホール（京都テルサ内）
3月27日(木) 「点数表改定のポイント」説明会 （第2次新点数検討会・舞鶴会場）	午後（時間未定）	舞鶴市役所西支所3F 林業センター会議室
医療法人講習会	午後2時	ルームA・B・C
3月29日(土) 亀岡市医師会との懇談会	午後3時	ガレリアかめおか
4月24日(木) 「新点数運用Q&A・レセプトの記載」説明会 （第3次新点数検討会）	午後2時～4時30分	テルサホール（京都テルサ内）

今後の予定

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

※法律相談室は必要な時に随時開催いたします。お申込は協会・総務部会まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲64～68ページ

情勢トピックス

医療・社会保障運動トピックス

政策解説資料

協会だより

医療・社会保障編

改定率

改定率決着、通常分で本体0.1%増／ネットは実質マイナス1.26%

2014年度診療報酬改定の改定率は12月20日、消費税率引き上げに伴う補填分を除いた通常改定分で、本体プラス0.1%で決着した。薬価と材料価格はマイナス1.36%で、ネット改定率はマイナス1.26%となった。一方、補填分の改定率は全体でプラス1.36%（本体0.63%、薬価・材料0.73%）。通常分と補填分を合わせて全体改定率を計算した場合は、ネットプラス0.1%となる。

このほか病床の機能分化などに活用する基金を造成し公費900億円を注ぐことも決まった。改定率とは別建てで、7対1病床からの移行に使える公費200億円（国費約140億円）も確保した。改定率で0.15%に当たる。

厚生労働省によると14年度の見込み医療費は41.3兆円。補填分込みの本体プラス0.73%（通常分0.1%＋補填分0.63%）は医療費ベースで約3000億円の財源となる。「医科：歯科：調剤」の配分比率は、補填分を加味しなければ前回同様「1：1.1：0.3」。補填分込みでおよそ「1：1.2：0.3」となった。

●増税補填は満額確保

さまざまな見方ができる改定率となった。消費増税の補填分は、財務省が主張していた1.23%ではなく厚労省主張の1.36%を満額確保。医療機関に増税負担が生じない形をつくることには成功した。ただ、補填分を除いた通常改定分の本体改定率は、前回改定のプラス1.379%と比べ、0.1%（医療費ベース400億円）の微増にとどまり、通常改定分ではネットマイナス1.26%と厳しい数字になった。

●実質本体改定率は0.25%か

ただ、7対1病床からの移行に使える公費200億円は、改定率に換算すると約0.15%。経過措置とはいえ、実質的な本体改定率はプラス0.25%という表現もできる。さらに、基金900億円（国費600億円、地方300億円）は診療報酬とは異なるが、仮に改定率に換算すれば0.65%に当たる。これが一体改革への対

診療報酬改定について

平成26年度の診療報酬改定は、以下のとおりとする。

※（ ）内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

1. 診療報酬本体

改定率	＋0.73%	（＋0.63%）
各科改定率	医科	＋0.82%（＋0.71%）
	歯科	＋0.99%（＋0.87%）
	調剤	＋0.22%（＋0.18%）

2. 薬価改定等

改定率	▲0.63%	（＋0.73%）
薬価改定	▲0.58%	（＋0.64%）
材料価格改定	▲0.05%	（＋0.09%）

なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。

応で使われることになる。

田村憲久厚生労働相は改定率決定後の記者会見で「難病、がん、認知症、精神疾患への対策や、医療提供体制の整備などに対応するため、できる限り診療報酬本体に上乗せしようと交渉してきた」と振り返りつつ「消費税が上がる中で、国民負担が増えるという心配もあった」と打ち明けた。その上で「財政支援の制度として新たな基金を組む。これを使って今のような諸課題に対応させていただきたい」と述べ、基金900億円による対応は国民負担を生じさせない方法として意義があると評価した。（12/24MEDIFAXより）

本体財源、通常改定分で医科400億円／診療報酬改定

厚生労働省によると、2014年度診療報酬改定の増税補填分を含めた本体改定率プラス0.73%（通常改定分0.1%＋増税補填分0.63%）は約3000億円の財源規模となる。内訳（補填分込み）は医科がプラス0.82%で約2600億円、歯科がプラス0.99%で約300億円、調剤がプラス0.22%で約200億円だ。医科の約2600億円のうち、増税補填分が約2200億円を占めるため、通常改定分は約400億円となる。薬価・材料価格の引き下げ額は、補填分を考慮すると改定率でマイナス0.63%、金額で2600億円になる。

●後発品の価格設定見直しも

今回の改定では、このほか「別途、後発医薬品の価格設定の見直しなどの措置を講ずる」ことが示さ

2013年社会保障・医療の主な動き		その他の動き
1月	(9日) 経済財政諮問会議が3年半ぶりに再始動 (27日) 政府、生活保護費の基準額引下げ決める	(16日) アルジェリア人質事件
2月		
3月	(15日) 安倍首相、TPP交渉参加を表明 (29日) 子宮頸がん、Hib、小児用肺炎球菌の3ワクチンを定期接種化する予防接種法改正案が成立(4月1日施行) (29日) チーム医療推進会議が特定行為を行う看護師研修制度の創設を提言する報告書	(14日) 中国、習近平氏が国家主席に
4月	(15日) 新型インフルエンザ等対策特別措置法が施行 (22日) 新たな専門医制度の創設に向け「専門医の在り方に関する検討会」最終報告書を公表	(4日) 日銀が量的・質的緩和を決定 (21日) 京都第二外環状道路が開通
5月	(24日) 「マイナンバー法」が成立 (29日) 「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」が医療事故調創設に向けた意見を取りまとめ	
6月	(12日) 産業競争力会議が成長戦略案まとめ (14日) 政府が「骨太方針」と「日本再興戦略」を閣議決定 (14日) 厚労省がHPVワクチン接種の積極的勧奨を一時中止	(5日) 米英紙報道で米当局の通信監視発覚 (22日) 「富士山」を世界文化遺産登録
7月	(3日) 「国会版社会保障制度改革国民会議」が提言を公表 (9日) 京都市社会福祉審議会がリハセン附属病院廃止などを答申 (11日) 京都府立医大、高血圧治療薬のデータ操作で謝罪	(3日) エジプトで軍クーデター (21日) 参院選で自民圧勝
8月	(2日) 内閣官房に日本版NIHの本部機能になう「健康医療戦略推進本部」発足 (6日) 社会保障制度改革国民会議が報告書	(15日) 福知山花火大会で露店爆発 (20日) 福島第一原発で300トンの汚染水漏れが判明
9月	(30日) 厚労省検討会がバルサルタン論文不正問題で中間報告	(7日) 東京五輪の開催決定 (10日) 米がシリア軍事攻撃を見送り (15日) 大飯4号機停止で原発ゼロに (16日) 台風18号で桂川や由良川氾濫 (19日) 山田京都府知事と中山京丹後市長が「Xバンドレーダー」受入れ表明
10月	(1日) 消費税率8%への引き上げ決定 (11日) 福岡市の有床診療所火災で10人死亡 (29日) チーム医療推進会議が特定行為41種類を選定	ホテルなどで食材偽装の発覚相次ぐ
11月	(27日) 医薬品医療機器等法、再生医療安全確保法が成立 (29日) 財政制度等審議会が5年ぶりの建議	(8日) フィリピン台風被害甚大 (23日) 中国が尖閣含む防空識別圏
12月	(5日) 社会保障制度改革プログラム法が成立(公布、施行は13日) (7日) 国家戦略特区法が成立 (6日) 改正生活保護法と生活困窮者自立支援法が成立 (13日) 難病・小慢とも報告書取りまとめ (19日) 社保審医療部会が「医療法等改正に関する意見」 (20日) 社保審介護保険部会が「介護保険制度の見直しに関する意見」 (20日) 診療報酬改定率ネットプラス0.1%で決着、実質ベースではマイナス1.26%	(6日) 特定秘密保護法が成立 (13日) 北朝鮮が張成沢氏を処刑 (17日) 国家安全保障戦略を閣議決定 (19日) 猪瀬都知事が徳洲会選挙違反絡みで辞職 (23日) 陸自弾薬の韓国軍へ無償譲渡 (26日) 安倍首相が靖国参拝、米国からも批判 (27日) 仲井真沖縄知事が辺野古承認

れた。厚労省によると、中医協で議論された初収載の後発品薬価を、現在の「7掛け」から「6掛け」に引き下げることなどを指しているという。

厚労省が配布した資料には当初、後発品の価格設定見直しだけでなく「うがい薬のみの処方保険適用除外などの措置を講ずる」と記載されていたが、その後、配り直した資料では削除された。厚労省は「議論されているわけではない。単なる間違いだったため削除した」と説明している。

（12/24MEDIFAXより）

医療・介護の充実に1892億円／消費増収分5000億円の内訳

2014年度の消費税増収分で「社会保障の充実」に充てる約5000億円の内訳が固まった。医療・介護の充実に1892億円、子ども・子育て支援の充実に3059億円、年金制度の改善に10億円を充てる。

医療の提供体制改革では「消費税財源の活用による診療報酬改定」に353億円（うち国分249億円、地方分105億円）を付ける。病床の機能分化・連携、在宅医療の推進、医療従事者の確保・養成のための「新たな財政支援制度（基金）の創設」には、消費税から544億円（うち国分362億円、地方分181億円）を充て、消費税以外からの公費360億円の上乗せと合わせて904億円（うち国分約600億円程度、地方分約300億円）の規模となる。

医療保険制度改革では「国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充」に612億円（全て地方分）、「高額療養費制度の見直し」に42億円（うち国分37億円、地方分5億円）を回す。

また、認知症に関する地域支援事業の充実など「地域包括ケアシステムの構築」には43億円（うち国分22億円、地方分22億円）、「難病・小児慢性特定疾患に係る公平・安定的な制度の確立等」に298億円（うち国分126億円、地方分172億円）を充てる。

（12/24MEDIFAXより）

「新たな基金」初年度904億円は全額医療に／厚労省が方針

厚生労働省は、医療・介護サービスの提供体制改革に向けて都道府県に新たな基金を創設する「新たな財政支援制度」（新基金）の財源について、初年度の2014年度は医療提供体制改革に向けた事業に全額配分する方針を決めた。新基金の財源は、国と都道府県の負担を合わせて公費904億円。介護に関連する

事業は「介護基盤緊急整備等臨時特例基金」と「介護職員処遇改善等臨時特例基金」の期限が14年度まで延長されることから、15年度から新基金の対象とする。

新基金は、病床の機能分化・連携など都道府県が今後策定する地域医療ビジョンの実現に向けた事業や、医師・看護職・介護職確保の事業などを支援対象とすることを想定している。具体的な事業については今後、国が基本方針や交付要綱を定める。都道府県は、医療・介護サービスの提供体制改革に向けた「整備計画」を策定し、財源の配分を求める。

●従来の補助金事業、新基金で拡充・強化

厚労省は、既存の補助金事業を廃止し、新基金の対象として拡充・強化することも検討している。地域医療に必要な人材の確保や、産科・小児科など不足している診療科医師の確保、女性医師への復職支援や、新人看護職への研修、看護師養成所への財政支援など、新基金の目的と重なる約30事業を引き継ぐ構想。これまでの補助金事業では、国庫補助率が事業ごとに異なっていたが、14年度から新基金の対象となることで国庫負担分は一律「3分の2」に引き上がる。

新基金の対象事業とすることで運用面の安定化も図る。個別の補助金事業は「裁量的経費」として毎年度の予算編成で一律1割削減などの対象となるが、新基金の予算は「義務的経費」のため、削減の対象外となり、安定的な財源確保が見込めるという。

新基金の配分については、公平性・透明性を確保するために医師会など関係者が関与する仕組みも検討している。関係者が集まる協議を経て都道府県が「整備計画」を策定することで、公私の医療機関に公平な配分にする狙いだ。

新基金の財源をめぐっては当初、消費税増収分を充てることになっていたが、14年度予算案では消費税増収分を財源とする544億円に加え、消費税収以外の一般財源から360億円が上積みされた。この上積み部分を念頭に別途、地域包括ケアの中心となる「かかりつけ医機能」を担う民間の医療機関を中心に配分することなどを検討している。

（1/16MEDIFAXより）

医療法**病棟の医療機能、電子レセプトに入力／報告制度で厚労省提案**

医療法を改正して導入する病床機能報告制度について、医療機関が都道府県へ報告する手法の具体的な検討が始まった。「病棟単位」でどのような医療が提供されたかについては、電子レセプトを活用し、患者が入院していた病棟の医療機能情報（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）を医療機関が入力する手法を採用する方向となった。厚生労働省が12月27日の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大経済学部学長）で提案し、反対意見は出なかった。電子レセプトを導入していない医療機関への対応についても検討する。

報告制度では、医療機関が病棟単位の医療機能を▽高度急性期▽急性期▽回復期▽慢性期一のいずれかから選択して都道府県に報告する。加えて「病棟の人員配置や構造・設備」「具体的な医療の内容」なども報告する方向で検討している。厚労省は、現行のレセプト様式を工夫することで、病棟単位で提供している「具体的な医療の内容」を把握する手法を提案した。

●機能ごとに9桁のコードを入力

厚労省の提案は、医療機関の経済的・人的負担を軽減する観点から、電子レセプトを活用し、病棟の情報を入力する仕組み。例えば「5階東 高度急性期」の病棟は「190610004」、「8階西 回復期」は「190630001」など9桁のコードを設定し、電子レセプト作成時に入力するイメージ。

電子レセプト情報の収集については医療法で使用目的を規定することや、国が全国共通のサーバーを整備することを前提に、厚労省が▽医療機関が電子レセプトを匿名化した上で都道府県に必要なデータを送付する▽既存の「レセプト情報・特定健診等情報データベース」（NDB）を活用することで都道府県に報告したものとみなす一の2案を提示した。構成員からは、医療機関への負担軽減の観点で、NDBを活用する案を支持する意見が多数を占めた。

●システム改修は改定のタイミングで

電子レセプトを活用して病棟ごとの医療内容を収集する場合に必要なレセプトコンピューターの改修のタイミングについては、医療機関の負担を軽減する観点から、2014年4月の次期診療報酬改定に

合わせることを提案した。構成員からは、周知期間が不十分な可能性があるとの懸念が示されたため、次回以降の会合で、システム改修が14年4月に間に合わないことを想定した対応や今後のスケジュールなどについて議論する。厚労省は報告制度を14年度中に開始する予定で医療法改正の作業を進めている。（12/27MEDIFAXより）

医療法等改正案作成へ、医療部会の意見書公表／厚労省

厚生労働省は12月27日、2014年の通常国会への提出を目指している医療法等改正案作成に向けた社会保障審議会・医療部会の意見書を公表した。医療部会が12月19日の会合で、座長一任とした一部修正を反映した内容。医療機関の機能分化・連携推進に向けた病床機能報告制度の創設や、25年の医療提供体制に向けて都道府県が策定する地域医療ビジョンを医療計画に位置付けることなど、重要案件が目白押しの内容となっている。（12/27MEDIFAXより）

医療制度の大改正、厚労省は「一括法案」で調整／次期通常国会

厚生労働省は1月24日召集予定の次期通常国会に、医療法改正案や介護保険法改正案の内容を1本の法案にまとめて提出する方向で調整している。医療法、介護保険法、保健師助産師看護師法の改正のほか、医療計画と介護保険事業支援計画の整合性を確保して新たな基金を創設する取り組みをカバーする内容まで盛り込む方針だ。ただ、自民党内には一括審議への反対論もある。医療制度の大改正を審議する次期通常国会開幕へ向け、法案の提出方法をめぐり流動的な状況となっている。

医療・介護関連の提出予定法案の仮称は「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の一部改正案」で、主な目的は地域包括ケアシステムの構築だ。医療法関係では病床機能の報告制度導入や、都道府県による地域医療ビジョンの策定、医療事故調査制度の創設などがある。介護保険法関係では、在宅医療と介護の連携や認知症施策の推進など地域支援事業を充実させるほか、低所得者の保険料軽減措置を拡充する。

このほか、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置したり、医療計画のサイクルを介護に合わせ5年から6年に変更する。看護師が診療の補助として実施する「特定行為」も明確化する。施

行期日は介護保険法の関係を除き、公布の日から6カ月以内の政令で定める日を予定している。

医療・介護の一括法案は審議の優先度が高い重要な予算関連法案だ。成立すれば、数多くの案件が盛り込まれた大改正になる。次期通常国会では今後の医療制度をめぐる激しい論戦が繰り広げられそうだ。

厚労省は、厚生労働大臣が難病施策の基本方針を策定したり、難病への新たな医療費助成制度を確立させる「難病の患者に対する医療等に関する法案」も提出し、疾病対策を進める。小児慢性特定疾患への医療費助成制度の確立を盛り込む「児童福祉法の一部改正案」と一括審議できるよう調整中で、両法案とも2015年1月1日の施行を予定している。どちらも予算関連法案だ。

●基盤研は「医薬基盤・健康・栄養研究機構」へ

このほか、民主党政権時から積み残しになっていた「労働安全衛生法の一部改正案」も提出する方針だ。胆管がんなど近年の労働災害を踏まえ、労働災害を未然に防止する仕組みを充実させる内容を盛り込んでいる。メンタルヘルス対策については過去に提出した際と同様の内容となる。

医薬品関係では「医薬基盤研究所法の一部改正案」を提出する。基盤研と国立健康・栄養研究所を統合し、新たに「独立行政法人医薬基盤・健康・栄養研究機構」とする内容。医療・介護の一括法案などの審議による国会の時間切れを避けるため、安衛法改正案と基盤研法改正案は、参院で先に審議することを希望している。（1/7MEDIFAXより）

社保審

医療法改正へ、意見書取りまとめ／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12月19日、厚労省が2014年の通常国会への提出を目指している医療法等改正案に対する医療部会としての意見書を了承した。議論を踏まえた修正は部会長一任とした。厚労省は意見書に沿って法案を作成する。

医療機関の機能分化・連携推進に向けた病床機能報告制度の創設や、25年の医療提供体制に向けて都道府県が策定する地域医療ビジョンを医療計画に位置付けることなどが柱。医療計画を5カ年計画から6カ年計画に改め、市町村が3年周期で作成している介護保険事業支援計画との一体性を確保すること

も盛り込むなど、地域包括ケアシステム構築と在宅療養の推進に道筋を付ける内容となっている。

（12/20MEDIFAXより）

病院や有床診、新たな責務を医療法に規定／医療部会で厚労省提案

厚生労働省は12月11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、医療機能の分化・連携推進に向け新たに都道府県が策定する地域医療ビジョンの実現に向け、国や都道府県、病院、有床診療所、患者・国民の役割や責務について医療法で規定することを提案した。特段の反対意見は出なかったが、患者・国民について規定する事項を「責務」とすることについては賛否両論が出た。

厚労省医政局総務課の土生栄二課長は「報告制度と地域医療ビジョンの導入に着目した責務規定を設けてはどうか」と提案した。その上で、医療法がすでに努力義務として規定している国や医療機関、医師の責務などについて「そのときの（医療法）改正事項に応じて規定を整理してきた経緯があり、徐々に建て増してきた感もある」と述べ、新たな規定を設けるのと併せて修正を検討する考えも示した。

●適切な受診を国民の責務に／反対意見も

患者・国民については、医療機関の機能に応じた適切な受診や、過度な受診を控えること、服薬管理に努めることを責務として規定する必要があるとの意見が上がった。一方、国や医療従事者に比べ、国民が持っている医療に関する情報は一定ではないとし「責務とするのは難しい」と反対する意見も出た。（12/12MEDIFAXより）

医療計画、次期18年度から「6カ年計画」に／厚労省が提案

厚生労働省は12月11日、社会保障審議会・医療部会に、現在は都道府県が5年周期で策定している医療計画について、医療法を改正して次期計画が始まる2018年度からは6年周期とする案を示した。14年の通常国会への提出を目指している医療法等改正案作成に向けた医療部会の意見書案に盛り込み、示した。市町村が3年周期で作成している介護保険事業支援計画との一体性を確保する狙い。委員からは賛成意見が上がり、反対意見はなかった。同意見書は次回会合での取りまとめを目指す。

●在宅医療の整備目標も

在宅医療など介護保険と関係する部分は6年の中

間に当たる3年で見直すとの案も示した。在宅医療と介護の連携については、主体となる市町村の役割を医療計画の中で明確に位置付けるとの考えも示した。

さらに、国・都道府県・市町村が、医療・介護・保健福祉分野の関係者を集めて協議した上で医療・介護サービスに関する整合的な基本方針や計画を策定するとの構想も盛り込んだ。医療計画で、在宅医療を提供する体制の整備目標を定める必要性にも言及した。

●報告制度、医療事故調など創設へ

意見書案ではこのほか、これまでの医療部会での議論を踏まえ▽病床機能報告制度の創設▽都道府県による地域医療ビジョンの策定と実行性を高めるための権限強化▽医師の地域・診療科間の偏在解消に向けて地域医療支援センター機能を医療法に明記▽看護職確保策として資格保持者が離職する際などにナースセンターに届け出・登録することを義務化▽医療機関の管理者が勤務環境改善に向けたPDCAサイクルを回す「勤務環境改善マネジメントシステム」の創設▽医療機能の分化・連携の推進と、介護サービスなどを充実するために新たな財政支援の仕組みを創設▽看護師が一定の医行為を診療の補助として実施するための研修制度創設▽診療放射線技師らの業務範囲の見直し▽持分なし医療法人への移行を希望する医療法人を国が認定した上で支援する制度の創設▽医療事故調査制度の創設▽社団と財団の医療法人の合併を可能とする法改正▽厚生労働大臣が臨床研究中核病院を承認する制度創設▽「教授・臨床研究目的」で来日した外国人医師に国内での診療を認める法改正—などを盛り込んだ。

（12/12MEDIFAXより）

持分なしへ国主導の移行計画認定制度／厚労省、医療部会で提案

厚生労働省は12月11日、持分なし医療法人への移行促進策について、計画的に移行に取り組もうとする医療法人を国が認定し支援する「移行計画認定制度」を導入する案を提示した。反対意見はなく、おおむね賛同された。

移行計画認定制度は▽厚労省が移行について計画的な取り組みを行う医療法人を認定する仕組みを法律に位置付ける。認定については、移行を検討する旨を記載するための定款変更や移行計画の作成などを要件にする▽認定された医療法人に対し厚労省は

指導・助言等の支援を行う。支援策については、補助制度、融資制度、税制措置について検討する▽厚労省は「出資持分のない医療法人への円滑な移行マニュアル」の活用など周知を図る—というのが主な内容。

持分なし医療法人への移行は、第5次医療法改正に伴う医療法人制度改革から始まったが、法改正後、持分なし医療法人に移行したのは2007-12年度で224法人にとどまっているのが実態。11年度に日本医師会と四病院団体協議会が行ったアンケート調査では、持分なし医療法人への移行の意思があるのは、病院を経営している医療法人の33.8%だった。（12/12MEDIFAXより）

中医協

勤務医への手当を加算の要件に／中医協、負担軽減策で厚労省案

厚生労働省は12月6日の中医協総会（会長＝森田朗・学習院大学教授）に、病院勤務医などの負担軽減に関する見直し案を提示した。時間外・休日・深夜に実施する処置（1000点以上）や手術について評価（加算）を充実させ、充実させた加算を算定する際は▽予定手術前の当直の免除や交代勤務制の導入、時間外・休日・深夜の対応に対する手当▽採血・静脈注射・留置針によるルート確保について他業種との役割分担の推進—を要件とする案を示した。勤務医に対する手当の支給を加算の要件とするのが特徴だ。

●勤務医の負担軽減、医師配置の是正も必要

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「勤務医の負担軽減は2回の改定で工夫を重ねてきたが、医師自身が改善効果を実感していないとの調査結果は残念だ。医師配置の偏在などを是正しないと本質的な改善にはならないだろうと認識している。一方、コメディカルなどのサポートを充実させることで一定の効果が上がっているようだ」と評価し、大筋で厚労省案を了承した。

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は厚労省案を否定はしなかったものの、医師の偏在を是正することが必要との認識を示し、勤務医の負担軽減策によって大病院への医師集中につながるのではないかと懸念を示した。

支払い側、診療側ともに勤務医の負担軽減策に反対はしないものの、診療報酬で対応することへの限

界も吐露した。（12/9MEDIFAXより）

「72時間のみ」緩和策、13対1・15対1にも／中医協、支払い側は反発

厚生労働省は12月6日の中医協総会に、次期診療報酬改定に向けて勤務医と看護師の負担軽減策を提案した。支払い側と診療側で意見が対立したのは、13対1・15対1入院基本料の算定病棟について、施設基準のうち看護職員1人当たりの「月平均夜勤72時間以下ルール」のみが満たせない場合の点数の大幅減を緩和する提案だった。

現行の仕組みでは、7対1（1566点）と10対1（1311点）の算定病棟については、72時間ルールのみを満たせない場合、特別入院基本料（575点）への脱落を免れ、7対1特別入院基本料（1244点）、10対1特別入院基本料（1040点）を算定できる。（12/9MEDIFAXより）

機能強化へ消費増税の活用を／次期改定の基本方針で安達委員

厚生労働省は12月6日の中医協総会に、「2014年度診療報酬改定の基本方針」を報告した。医療機関の機能分化と在宅医療の充実を重点課題とし、入院医療・外来医療・在宅医療のそれぞれの着目点を挙げている。重点課題の冒頭に「一体改革では、消費増税の財源を活用して医療の機能強化と効率化に取り組むこととされている」と記載されたことを受け、安達秀樹委員（日本医師会・社会保険診療報酬検討委員会委員長）は「ここが一番重要だ。消費増税財源を活用した改定をしてほしい」と求めた。

基本方針は、社会保障審議会の医療保険部会と医療部会で検討された。前回改定時の基本方針で重点課題に入っていた「医療従事者の負担軽減」は、一定の改善が見られつつあることから、今回は重点課題ではなく「改定の視点」に盛り込まれた。白川修二委員（健保連専務理事）は、負担軽減を目指す医療従事者について「病院勤務の医療従事者」などとするよう求めていたが、一定の範囲を示すような記載はしなかった。

また、「将来を見据えた課題」の最後に、医療機関や薬局の「未妥結・仮納入」への対応や、医療機関の実態をより適切に把握すること、厳しい状況にある診療科の評価などについて、検討を進める必要があることを追記した。（12/9MEDIFAXより）

薬価乖離率は約8.2%、財源約5600億円／薬価本調査

厚生労働省は12月6日の中医協総会に、2013年の9月取引分を対象にした薬価本調査の速報値を報告した。平均乖離率は約8.2%だった。14年度の薬剤費を9兆円と仮定し、平均乖離率から調整幅2%を引くと市場実勢価格に基づく引き下げはマイナス約6.2%で、約5600億円。この引き下げ財源が診療報酬本体の引き上げに充当されるかどうか今後の焦点となる。

薬価改定では市場実勢価格による改定以外にも、市場拡大再算定など薬価を引き下げるルールや、医療上の必要性が高い既収載品などを対象にする「不採算品目再算定」のように薬価を引き上げるルールがある。そうした複数のルールの結果を5600億円から差し引きした金額が、正確な薬価の引き下げ額となる。

投与形態別の乖離率は、内用薬が8.8%、注射薬が6.8%、外用薬が7.2%、歯科用薬剤が0.7%だった。

厚労省はまた、特定保険医療材料価格調査（材料価格本調査）の平均乖離率が約8.9%だったことも報告した。一部の製品を除き、5－9月の取引分を対象にした。

●妥結率の低さに問題意識 白川委員

厚生労働省によると、薬価調査をした9月時点の価格妥結率は73.5%だった。白川修二委員（健保連専務理事）は「約26%が未妥結。この要因は何なのか」と、薬価調査の信頼性を損ないかねない妥結率の低さに問題意識を示した。（12/9MEDIFAXより）

無料明細書の発行義務付けを拡大／中医協総会

中医協総会は12月11日、明細書の発行について議論した。電子レセプト請求の義務付け対象となっている400床未満の病院も、一定の経過措置を設けた上で明細書の無料発行を義務付ける方向となった。ただ、400床未満を一律に扱うことに診療側から疑義が出ており、対象となる病床数は確定していない。

医療費の具体的な内容を患者に情報提供するため、厚生労働省はこれまでの改定で明細書発行の義務化や無料化を進めてきた。前回改定では電子レセプト請求の義務付け対象となっている400床以上の病院について、2014年4月以降は明細書を無料発行することを義務付けた。ただ、14年3月までは▽明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用▽自動入金機の改修が必要一という「正当な理由」が

ある場合は例外とされている。

厚労省は前回改定時の付帯意見に、明細書の無料発行をさらに促進させることが記載されていることなどを受け、14年4月から、400床未満の病院にも明細書の無料発行義務付けを提案した。ただし一定の経過措置期間を置き、その間は「正当な理由」があれば例外とする。

方向性に大きな反論はなかったが、診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「400床未満では幅がありすぎる。例えば真ん中の200床で線を引くのはどうか」と、200-399床を対象にすべきと提案した。

厚労省はこのほか、「正当な理由」の大半が「明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している」ことだったことを受け、今後はそうした医療機関にレセコンの改修時期を届け出ってもらうことも提案。診療側から難しさを指摘する声が出た。

厚労省は有料明細書の金額についても論点を示した。「正当な理由」を届け出ている医療機関は、明細書を有料で発行することもできるが、厚労省は保険局長通知で「1000円を超える額はふさわしくない」と指導している。総会に、最大で5250円を徴収している医療機関があることを例示し「1000円超を徴収する場合は、患者に分かるように料金設定の根拠を提示する」とした。厚労省の調べでは、有料明細書の平均額は464円だった。（12/12MEDIFAXより）

胃瘻増設前の嚥下機能評価や閉鎖術を評価へ／中医協総会

厚生労働省は12月11日の中医協総会に、胃瘻増設前の嚥下機能評価や胃瘻閉鎖術を評価する方向性を示した。

厚労省によると、胃瘻造設患者は70歳以上が多く、その一方で、原則全例に嚥下機能評価を実施してから胃瘻を造設する施設は25.8%にとどまっている。胃瘻造設術には嚥下機能評価についての要件が定められていない。このため厚労省は▽胃瘻の造設前の嚥下機能評価の実施や、造設後の連携施設への情報提供の推進をどう考えるか▽いったん経口摂取不可とされた患者について、十分な嚥下機能訓練などを行い、高い割合で経口摂取可能な状態に回復させることができている医療機関での胃瘻閉鎖術や摂食機能療法の評価についてどう考えるか—との論点を提示した。

診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は

「現場では胃瘻造設前後の摂食・嚥下機能訓練がされているかが極めて大事になっている。胃瘻造設前の摂食・嚥下機能評価の推進や、胃瘻閉鎖に積極的な医療機関の評価、在宅の胃瘻患者の経口摂取に向けた取り組みへの評価などを提案したい。医療機関の連携なども考えていくべきだ」と述べ、日本の胃瘻の在り方を見直していくのが現実的ではないかとした。

万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）も「日本の医療現場も胃瘻を作って、そこからいかに離脱させるかという方向に変わってきたので、その方向をぜひ推進してもらいたい」と述べた。

支払い側の花井圭子委員（連合総合政策局長）は、厚労省の論点で示された内容について「評価・推進する方向性でいい」と答えた。

（12/12MEDIFAXより）

HCUとICU、重症度・必要度見直しに慎重論／中医協総会

中医協総会は12月11日、ハイケアユニット（HCU）入院医療管理料と特定集中治療室（ICU）管理料の重症度・看護必要度の見直しについて議論した。診療側委員からは慎重な対応を求める意見が上がり、森田会長は「今後、さらに議論を詰めていく」とした。

重症度や看護必要度の評価票は「モニタリングおよび処置等」（A項目）と「患者の状況等」（B項目）で構成されており、HCU入院医療管理料の基準は「A項目が3点以上、またはB項目が7点以上の基準に該当する患者割合が8割以上」、ICU管理料の基準は「A項目が3点以上、またはB項目が3点以上の患者が9割以上」となっている。厚生労働省は、A項目かB項目のいずれかの基準を満たせばよい「A項目またはB項目」の現行ルールから、7対1入院基本料で導入されている看護必要度の要件のように「A項目かつB項目」への変更などを提案した。

厚労省は、「A項目かつB項目」に変更した場合、算定できる医療機関は減少するとの試算も示し、一定の経過措置や患者割合の緩和を提案した。

（12/12MEDIFAXより）

画像診断管理加算、外部委託は認めず／中医協総会

厚生労働省は12月11日の中医協総会に、次期診療

報酬改定から、外部機関に画像の読影や報告書の作成を委託している医療機関に対しては、画像診断管理加算の算定を認めないとする案を提示した。支払い側、診療側から反対意見はなく、了承された形だ。

自施設での画像診断に関する体制を評価する加算として、画像診断管理加算1（70点）と同加算2（180点）、遠隔画像診断による画像診断管理加算1（70点）と同加算2（180点）が設定されている。厚生労働省保険局医療課の宇都宮啓課長は「撮影した画像の読影や報告書の作成を外部に委託することで画像診断管理加算を算定する事例が増えている。施設基準の規定などがない外部機関に画像の読影・報告書の作成を委託することは加算の趣旨に沿ったものとは言えない」と説明した。

●不適切事例は学会にも指導を／安達委員

診療側の安達秀樹委員（日本医師会・社会保険診療報酬検討委員会委員長）は「画像診断の件は想定できなかった。一定の専ら担当する常勤医がいて、一定の信頼が担保できるということで点数が設定されているのに、外部委託して信頼性も担保できないままに、ただサインだけするということはあり得ない話だ。どのくらいの数があるのか」と質問。宇都宮課長は「なかなか全体の把握は難しい。情報提供が積み重なっているという状況だ」と回答した。

安達委員は「確かに実態の把握は難しいと思う。これは診療報酬で対応するだけではなく、加算の導入を主張した学会に対して、学会の倫理的問題として監督官庁から指導・警告をしていただくことも必要ではないか」とし、不適切事例に対して厳しい対応を厚労省に求めた。

支払い側の伊藤文郎委員（愛知県津島市長）も、外部委託かどうかを区別できるよう施設基準で工夫するような、一定の対応を検討するよう厚労省に求めた。（12/12MEDIFAXより）

「中医協こそ責任ある検討の場」／意見書を了承、改定率は両論

中医協総会（会長＝森田朗・学習院大教授）は12月11日、厚生労働大臣に宛てた次期診療報酬改定の意見書を取りまとめ、森田会長が木倉敬之保険局長に提出した。改定率は支払い側のネットマイナスと診療側のネットプラスを両論併記し、厚労大臣に対し「改定率の設定に関し適切な対応を求める」という文言でまとめた。

中医協こそが今後も責任を持って診療報酬改定の

具体的な検討をする場であることも明記した。改定内容に踏み込もうとする財務省や、診療側委員が危惧していた「中医協不要論」に対して声を上げた格好だ。

意見書は公益委員が作成し、12月11日の会合で支払い側、診療側の了解を得た。医療機関の機能分化や在宅医療の充実という基本方針に基づき協議を進めるという基本認識については、支払い側と診療側で意見が一致したと記載した一方、次期改定への臨み方については各側で相違があるとした。

支払い側の意見では、医療機関の経営状況は安定しているとして、薬価引き下げ分を本体引き上げに充てる手法は中止すべきとの内容を記載。診療側では、薬価下げ財源を改定財源に使うべきとの主張や、消費増税への対応は完全に補填するよう求める意見も記載した。「増税分と通常改定分は明確に区分して対応すべき」との意見も載せた。

中医協については「医療の実態や医療保険財政等の状況を十分考慮しつつ、診療報酬改定の責任を果たしてきた」との認識を記載。「医療制度全体を見渡す幅広い観点から、膨大な時間を費やしてデータに基づいた真摯な議論を積み重ね、診療報酬改定に取り組んできており、これからもそのように取り組み続ける。今後とも本協議会こそが、責任をもって診療報酬改定の具体的検討を行う場である」と書き込んだ。

意見書の最後には、さまざまな医療問題を解決するためには、診療報酬だけでなく幅広い医療施策が必要なことも指摘している。

意見書は、事務局から大臣に提出される。
（12/12MEDIFAXより）

薬価財源外しなら「大激変」／中医協総会で診療側委員

厚生労働大臣宛ての次期改定に向けた意見書をまとめた12月11日の中医協総会では、診療側から改定財源を危惧する声が上がった。安達秀樹委員（日本医師会・社会保険診療報酬検討委員会委員長）は、政府は診療報酬に使う消費増税の財源を最低限に抑えようとしているのではないかとし、中川俊男委員（日本医師会副会長）は「薬価や材料の引き下げ財源を本体改定の財源にしないのは、私の認識では大激変だ」と訴えた。

次期改定の意見書には、最後の部分に「我が国の医療が抱える様々な問題を解決するためには、診療

報酬のみならず、幅広い医療施策が講じられることが必要であり、この点についても十分な配慮が行われるよう望む」と記載された。安達委員がこの文書の趣旨を問うと、保険局医療課の竹林経治・保険医療企画調査室長が、過去の意見書の文言を踏襲したためだと説明した。

●基金への財源投入の考え方が顕著／安達委員

それを受け安達委員は「消費増税財源を全額社会保障に使うのが3党合意だが、改定率の財源について、水面下の話が漏れ聞こえてくる」と語り、「診療報酬に充てる増税分は、例えば控除対象外消費税への対応部分だけなど最低限にする。あとは診療報酬ではなく再生基金などへ財源投入をし、それをもって医療への税投入をしたことにしようという考え方が非常に顕著に出ている」と述べた。意見書の最後に「診療報酬のみならず」という文言があることなどを指し「ただ単に従来の踏襲として入れることについて、非常に強い違和感がある」と懸念を表明した上で、意見書を了承した。

中川委員は意見書を了承した上で「近年の診療報酬改定で、薬価・材料引き下げ財源を全体の改定財源にしなかったことはあるか」と事務局に質問した。保険局医療課の宇都宮啓課長は「(改定率が)トータルでマイナスになったときに、結果として薬価財源が入っていると解釈するのか、しないのかという見方はある」と回答した。

中川委員は「薬価・材料引き下げ財源を本体改定の財源にしないのは、私の認識では大激変で、極めて異例という認識だ」と声を上げ、薬価財源切り離しに異を唱えた。(12/12MEDIFAXより)

「実質マイナス改定率」に怒りの抗議／中医協総会で診療側

中医協総会が12月25日開かれ、次期診療報酬改定の改定率（本体改定率プラス0.1%）について、診療側が「今回の改定率には怒りを覚え、強く抗議する」との見解を示した。

口火を切った安達秀樹委員（日本医師会・社会保障診療報酬検討委員会委員長）は「歯ぎしりするほど悔しい。薬価改定率がマイナス0.63%（補填分込み）、診療報酬本体の消費税対応分0.63%と同じ数字だ。偶然ではないはずだ。税に関わる非課税分の対策は当然、税収増で賄われるのが、国家財政の基本的運用の常識だろう。それを充てずに薬価引き下げ分で充当した。国家財政の運用上、税収の運用上、

ルール違反に限りなく近い対応だ。この対応に対して、われわれは極めて厳しい批判をしたい」と述べた。

さらに、「全体改定率は0.1%で、考えようによっては、消費税非課税による医療機関への手当て1.36%のうち、1.26%は医療機関が持ちなさいと言われたに等しいという解釈が成り立つかもしれない。実質上1.26%の引き下げだ。病院の損益分岐点が97%になろうとしているときに、1.26%の引き下げは損益分岐点が限りなく100%に近づくことだ」とし、「過去2回のプラス改定でまだ回復していない医療に対してのマイナス改定は、医療崩壊を加速させることを予見させる。こうしたことに対する政府見解がないことについて激しく抗議をする」と強調した。

中川俊男委員（日本医師会副会長）も「私は医療部会で厚労省に対し、従来の改定と消費税対応分を明確に切り分けた予算編成をお願いした。ところが、今回の予算編成は分かりにくい形で行われ、非常に悔しい思いをしている。薬価引き下げ財源は、社会保障給付費国庫負担2200億円の削減のときでも財政当局が改定財源と認めてきたものだ。これを手放すとなればZ2（長期収載品の特例的引き下げ）を設定した議論はどうなるのか、はなはだ心配になる」とし、厚労省に対し「健康保険法で薬剤は診察等と不可分と明記されている。今後の改定において、薬価引き下げ財源を本体の改定財源にしないということが前例にならないよう全力で阻止していただきたい」と強く求めた。支払い側委員からは、改定率は閣議決定された事項であるとして発言はなかった。(12/26MEDIFAXより)

「うがい薬のみ処方保険外」に異論続出／中医協総会

「文脈的に無理」「中医協らしくない」―。厚生労働省が12月25日の中医協総会に提案した「うがい薬のみの処方を保険の対象から外す」ことについて、診療側、支払い側の双方から異論が相次いだ。厚労、財務両大臣の予算折衝ですでに合意している案件だが、森田会長は「さらに検討する」と引き取った。

田村憲久厚生労働相と麻生太郎財務相は、診療報酬の改定率を含む2014年度予算案の大臣折衝の中で、うがい薬のみを単剤処方する際に保険適用から除外することで合意した。本来なら、中医協での議論を踏まえた上で決まる話だが、ぎりぎりの予算折衝を繰り返す中、トップダウンで決定した形だ。財

政効果は国費ベースでマイナス約61億円。予算案は12月24日に閣議決定されており、覆すのは不可能ともいえる。

厚労省は総会に、うがい薬のみの処方を保険対象外にすることを提案。過去に政府の行政刷新会議や行政改革推進会議が、市販類似薬の保険外しを進めるべきだと進言し、うがい薬が例示されていたことを根拠に挙げた。保険局医療課の宇都宮啓課長は「うがい薬のみの処方、なかなか考えにくく、保険から外す提案をした」と説明した。

厚労省の提案に中川俊男委員（日本医師会副会長）は「文脈的に無理がある。診察し、うがい薬だけで良しとするのは名医だ。保険外は非常におかしい」と反論。環太平洋連携協定（TPP）交渉に関した国民皆保険堅持の3条件の第一番目に「公的医療給付範囲を縮小しない」を掲げる日医の主張も説明し「その突破口になる。賛成できない」と明言した。

●中医協にはデータが必要

中川委員はまた、「こうした流れでは、医療用薬の安易なOTC化は進めるべきではないという態度を取らざるを得ない」と述べ、スイッチOTC化の促進に影響すると指摘。堀憲郎委員（日本歯科医師会常務理事）は「抜糸や切開など出血を伴う処置があると、単独でうがい薬を処方することは少ない」と歯科治療の現場から慎重な検討を求めた。

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「私は推進会議と似た意見」として、12年度改定でビタミン剤を単なる栄養補給目的で処方した場合に保険から外すよう見直したことに触れた。しかし「今回の提案では単にうがい薬のみを処方するのがどのようなケースか想像できない。中医協で提案するなら、いろいろなデータを示して議論せねばならない。刷新会議が指摘したから提案するというのでは、中医協らしくない」と不満を述べた。

森田会長の判断で議論は14年に持ち越されたが、大臣同士の決定事項であり、厚労省は事務方として、合意形成に向けた努力を続けることになる。（12/26MEDIFAXより）

回復期リハ、専従医師配置の効果を確認／中医協総会

厚生労働省は12月25日の中医協総会で、委員から資料提示を求められていた項目について回答した。森田会長は、14項目の課題の中で4項目を除き10項目のテーマは了承するとした。保留となったのは▽

回復期リハビリテーション病棟入院料1▽精神科身体合併症管理加算▽うがい薬▽基準調剤加算一で、今後引き続き検討するとした。

回復期リハビリについては、現行は「専任医師」の配置が要件となっているが、これを「専従医師」に変えた場合、専任医師を配置している病棟よりも患者に改善傾向が見えるとのデータを提示した。これに対して鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「専従医師と専任医師の効果の違いは分かったが、セラピスト（リハスタッフ）の差はどうか」としデータ提示を求めた。厚労省は対応すると回答した。

●医薬品価格交渉の妥結率、診療報酬に反映も

医薬品の価格交渉の妥結率をめぐる問題も議論した。厚労省は、200床以上の病院と20店舗以上の薬局で極端に妥結率が低いところが多く、病院全体と保険薬局全体の妥結率の平均値を大きく下げているとした。

こうした現状を踏まえ厚労省は△妥結率を地方厚生局に届け出させることとしてはどうか▽著しく低い妥結率となっている場合、例えば診療報酬の基本料の引き下げなどの対応を検討してはどうか。対象は200床以上病院や、同一法人の保険薬局の店舗数などに着目してはどうかと提案。大きな反対はなく、具体的な仕組みづくりなどについて、引き続き議論していくことになった。（12/26MEDIFAXより）

診療側「主病は1つ」是正を／支払い側は「1患者1医療機関」

12月25日の中医協総会に支払い側委員が提示した2014年度診療報酬改定に対する意見では、限りある財源を効率的かつ効果的に配分することを主眼にするとし「一般病床における長期入院の是正による入院期間の短縮、主治医機能の強化による外来受診の合理化・効率化、後発医薬品の使用促進など医療費適正化を図る」との基本的姿勢を示した。

●主治医機能は外来管理加算の包括を／支払い側

外来医療の機能分化では、中小病院と診療所の外来については、主治医機能を強化し、高齢者を中心に複数の慢性疾患を持つ患者に対し全人的かつ計画的に診る評価を導入すべきだとした。具体的には複数の生活習慣病と認知症を罹患している患者1人に対し1医療機関が算定することを前提に、服薬管理や24時間対応などを要件とし、「外来管理加算や指導料などを包括化した評価体系」を提案している。

入院医療の機能分化については、7対1入院基本

料を届け出る医療機関は「複雑な病態を持つ急性期の患者に対し、一定の期間集中して高度な医療を提供する医療機関」と明確に位置付けるべきとし、10対1入院基本料も含めて特定除外制度を廃止し、急性期病床にふさわしい患者に特化した医療の提供を提唱。「重症度・看護必要度の見直し」や「DPCデータの提出」などを要件とすべきとした。

現行の仕組みでは、入院基本料の看護職員月平均夜勤時間「72時間ルール」のみを満たせない場合、7対1（1566点）と10対1（1311点）の算定病棟については、特別入院基本料（575点）への脱落を免れ、7対1特別入院基本料（1244点）、10対1特別入院基本料（1040点）を算定できる。支払い側は、13対1と15対1の算定病棟については、7対1や10対1のような特別入院基本料を創設すべきでないとした。

このほか、廃用症候群に関する疾患別のリハビリテーションが適切に実施されるよう運用の厳格化を進めるべきとした。薬剤の7種類規制は堅持を求めている。

●初・再診料の引き上げ要望／診療側

一方、診療側は、初・再診料の引き上げを求めているほか、外来診療料と再診料の同一化を挙げている。外来診療料は、検査・処置等が包括化されているため、出来高算定できるよう求めている。

入院基本料の適切な評価や入院患者の他医療機関受診の取り扱いの見直し、72時間ルールの緩和なども挙げている。

医学管理では「主病は1つという考え方の是正」を掲げた。主治医機能の評価には直接は言及していないが、主治医機能を評価する際に「主病は1つ」の考え方は採用しないよう求めていくとみられる。

このほか、医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大や、在宅療養支援診療所・病院（強化型・従来型）とそれ以外の診療所・病院との在宅点数格差是正、薬剤の7種類規制の廃止などを盛り込んだ。（12/26MEDIFAXより）

初・再診「8点・2点」「12点・3点」増の2案／診療所の消費税補填

厚生労働省は1月8日の中医協・医療機関等における消費税負担に関する分科会（分科会長＝田中滋・慶応大経営大学院教授）に、消費税率8%時の診療報酬本体への補填として、診療所について「初診料8点増、再診料2点増」とする案1と「初診料12点

増、再診料3点増」とする案2の2通りを示した。いずれの案でも有床診の入院基本料は2%程度引き上げる。診療側委員は「12点・3点」に賛同したが、支払い側は、補填財源のほぼ全てを初再診の引き上げで使い切る案2が提示されたことに不快感を示した。

2014年度診療報酬改定の改定率の消費税対応分は、本体0.63%増、薬価0.73%増。0.63%は約2600億円の財源で、医科には約2200億円が回る。厚労省は2200億円の医科財源を、病院に1600億円、診療所に600億円配分する考えを提示。病院・診療所の医療費の相対比（69.3%・30.7%）に、それぞれの課税経費率（本体分）を掛けて計算した。

診療所600億円の配分方法では2つの案を示した。約3分の2（400億円）を基本診療料に充て、残りを医療機器を使う検査・処置・手術などの個別項目に回す「案1」と、600億円ほぼ全額を基本診療料に配分し、残り財源があれば個別項目に乘せる「案2」を示した。

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「分科会の中間整理では、基本診療料への対応を中心としつつ個別項目への上乗せを組み合わせで対応することになった」と述べ、「なぜ財源が余った場合に個別項目に乘せるという案2が出てくるのか。何のための中間整理か」と憤りを見せた。ほかの支払い側委員も同調。白川委員は「再診料が3点上がれば、現在の69点から4%上がる。増税幅を超えている」とも指摘した。

診療側は今村聡委員（日本医師会副会長）が「抜本的な解決を目指す10%引き上げまでのやむを得ない対応で、シンプルな方法がよい。案2を支持したい」と表明。ほかの診療側委員も同様の考え方を示した。白川委員は「配分について、かたくなに頑張る気はなく、基本的には診療側が納得できる形でよい」とも述べたが「患者に、なぜ4%も上がるのかと問われたら答えられない。全部これ（基本診療料）に乘せたらそうなったという理屈はおかしい」と繰り返し反論した。分科会は点数配分を決める場ではないため、田中分科会長は、両論が出たことを中医協総会に報告すると引き取った。

●再診料と外来診療料「そろえるかどうかは改定議論」

厚労省は病院1600億円の配分についても考え方を示した。中間整理に従うと、診療所に乘せた点数と同じ点数（「8点・2点」または「12点・3点」）を

初・再診料（外来診療料）に乘せ、余った財源を入院料に回すことになるため「仮に案2が通れば、財源の9割弱（約1400億円）が入院料に配分され、平均的には入院料が2%弱引き上げられる」とした。ただ、「外来診療料の点数を再診料とそろえる考え方もあり得る」と問題提起。外来診療料は現行70点で再診料よりも1点高いため、増税対応の引き上げも1点抑えて再診料と同額にするという考えだ。

これについては「同じにするかどうかは診療報酬改定の中で議論すべき」などの意見が出た。消費税対応ではなく、通常部分の改定議論にゆだねる方向だ。（1/8MEDIFAXより）

14年度改定を諮問、パブコメの募集開始／中医協総会

中医協総会は1月15日、田村憲久厚生労働相の2014年度診療報酬改定に関する諮問を受け、2月中旬の答申に向け議論を進めた。14年度改定の基本方針とこれまでの議論を整理した「現時点の骨子」について、パブリックコメントの募集を開始することを了承。総会で委員から指摘された部分を修正した上で速やかに募集を開始する。

●骨子案、キーワードは「機能分化の強化」

厚生労働省が提示した現時点の骨子案は、改定の基本方針に則して整理した。重点課題の「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」では、入院、外来、在宅、医療機関相互の連携、医療・介護の連携評価を取り上げた。また、4つの視点「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」「患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点」「医療従事者の負担を軽減する視点」「効率化余地がある分野を適正化する視点」に沿って、これまでの議論を整理。「消費増税8%への引き上げに伴う対応」も盛り込んだ。

●7対1・10対1の特定除外見直し明記

入院医療については、高度急性期と一般急性期を担う病床の機能を明確化しそれらの機能に合わせた評価を進めるとした。具体的には、7対1・10対1一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料を算定する病棟でも、特定除外制度の見直しを行う。このほか7対1病床の機能分化に関する対策として▽「重症度・看護必要度」の評価項目の見直し▽短期滞在手術基本料の対象手術を拡大し、一部の検査も対象に、平均在院日数の計算方法を見直す▽7対1入院基本料算定病棟に在宅復

帰率の基準と、DPCデータ提出の基準を新設する一を挙げた。高度急性期の評価については、総合入院体制加算を算定し総合的かつ専門的な急性期医療を担い、一定の実績等を有する医療機関について、より充実した評価を行う。

急性期病床と長期療養を担う病床（療養病床）の機能分化については、透析患者や超重症児（者）等の受け入れを促進するため、療養病棟に対する評価を新設する。超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算について、療養病棟等での算定対象患者の拡大と、一般病棟の算定日数の見直しを行う。

●亜急性期は評価体系全般の見直し

「亜急性期入院医療管理料」は、急性期後・回復期を担う病床を充実させるため▽一定の重症度・看護必要度基準を満たす患者の診療実績▽在宅療養支援病院、2次救急病院または救急告示病院等であること▽在宅復帰率の実績▽診療内容に関するデータの提出一などの施設基準を設定した上で、評価体系全般の見直しを行うとした。これまでの中医協の議論では、7対1の要件厳格化に伴う受け皿として「亜急性期病棟」を創設する方向となっている。

「回復期リハビリテーション病棟」に関しては、入院料1を算定する病棟について▽専従医師および専従社会福祉士を配置した場合の評価の新設▽休日リハビリテーション提供体制加算を入院料に包括して評価する一などを挙げた。

「有床診療所」については、地域包括ケアの中で複数の機能を担う有床診療所については、入院基本料の評価の見直しを検討するほか、12年度改定で入院基本料に包括された栄養管理実施加算については包括化を見直し、栄養管理に関する評価を再度設けるとした。

●不適切な患者紹介を禁止

「外来医療の機能分化・連携の推進」では、中小病院と診療所の主治医機能を評価するとしたほか、特定機能病院や地域医療支援病院以外の500床以上の病院についても、紹介率・逆紹介率を高める取り組みを進める。紹介率・逆紹介率の低い大病院については長期投薬の適正化を検討する。

「在宅医療」では、機能強化型在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院に関する施設基準について、実績要件の見直しを行う。複数の医療機関が連携している場合について、各医療機関それぞれの実績に関する基準を新設する。また、保険医療機関等が経済的誘引により不適切に患者紹介を受けること

を禁止するとした。

「DPCに基づく急性期医療の適切な評価」については、14年度を含め3回の診療報酬改定で段階的に調整係数を基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換えることになっており、14年度改定でも調整部分の50%を機能評価係数Ⅱに置き換える。機能評価係数ⅠとⅡについても必要な見直しを行う。

このほか大規模薬局の調剤報酬の適正化なども挙げた。

「消費税への対応」については、補填について基本診療料・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」を組み合わせる形で対応することを基本にするという内容にとどまっている。

(1/16MEDIFAXより)

7対1の特定除外見直し検証、付帯事項へ／中医協総会

中医協総会が1月15日開かれ、厚生労働省が提示した「現時点の骨子案」について議論した。パブリックコメントの募集に当たって、一部を削除・修正することになったほか、7対1・10対1入院基本料の特定除外制度の見直しについては、改定後に検証することを2014年度診療報酬改定の付帯決議に盛り込む方向となった。

診療側の中川俊男委員（日本医師会副会長）は「骨子案では、13対1、15対1一般病棟入院基本料以外の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料を算定する病棟においても特定除外制度の見直しを行うと記載されている。これでは7対1、10対1が、13対1、15対1と全く同じように見直されると読める。中医協の議論でわれわれは、特に7対1では、がん診療、脳疾患で明らかに異なると主張してきた」とし、厚生労働省の認識を質問した。保険局医療課の宇都宮啓課長は「基本的に7対1、10対1でも、13対1、15対1と同様に、出来高で算定し平均在院日数に含めるか、もしくは療養病棟入院基本料の算定にするか選択肢を示した。現場で激変が起きないように、何らかの激変緩和措置は必要と考えている」と回答した。

中川委員は「16年度改定の議論の際に今回（14年度）の改定内容が検証できるようにしてもらいたい」と要求。宇都宮課長は「検証が必要なものについては、付帯事項の中で記述している。この事項（特定除外の見直し）について検証が必要ということであれば付帯事項にすることはできる」と応じた。中川

委員は「検証という言葉に収斂させないで、今後も迅速な検討をお願いしたい」とした。激変緩和策などは、今後の個別改定項目の議論で詰める。

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「項目建てや見直し内容については、よいのではないかな。詳細は短冊（個別改定項目の概要）で議論を進めたい」と述べ、おおむね了承できるとの考えを示した。

●大規模病院の分割調剤試行に「待った」

一方、長期投与された患者の残薬の状況を把握し保険薬局で適切な薬学的管理・指導を行う必要があるとの考えから、骨子案には当初、特定機能病院および500床以上の地域医療支援病院で長期処方された場合の分割調剤の試行導入が盛り込まれていたが、議論の結果、削除されることになった。

診療側の安達秀樹委員（日医・社会保険診療報酬検討委員会委員長）と鈴木邦彦委員（日医常任理事）は、中医協で議論が固まっていない内容を盛り込むことに反対を表明。安達委員は「30日処方で残薬が多ければ、分割調剤の前に受診勧奨すべきだ」とし、厚労省の提案は容認できないとした。診療側の意見を踏まえ白川委員は「パブコメから削除すべき」とし、中医協として最終的に骨子から削除することになった。

一方で前回中医協で議論があった「うがい薬」については、骨子案に「治療目的でない場合のうがい薬だけの処方の評価を見直す」と記載されたが、異論は出なかった。

万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）は救急医療管理加算について「算定基準が不明確」と記載されたことに対し、誤解を与えかねないとして文言修正を求めた。

このほか、堀憲郎委員（日本歯科医師会常務理事）から歯科領域について削除や字句修正の指摘があった。(1/16MEDIFAXより)

中医協の審議事項「予算編成時に決めないで」／中川委員

1月15日に開かれた中医協総会では、診療側の中川俊男委員（日本医師会副会長）が、改定率を含む2014年度予算案の編成過程について、意見と要望を述べた。「薬価引き下げ財源が本体に充当されなかったことを今後の前例にしない」「中医協で決める内容を予算編成時の折衝で決めない」「診療報酬と補助金の組み合わせは、基金よりも診療報酬が優位であるべき」の3点。

14年度改定の改定率は、薬価・材料価格の引き下げがマイナス1.36%だった。近年の改定では、この財源をそのまま本体に充てた上でネット改定率をプラスにする手法が取られてきたが、今回は増税補填分を除く通常改定の結果がネットでマイナス1.26%と、薬価下げ分を確保できなかった。中川委員は「薬価財源を本体に回すのは一定のルールだったはず。薬価財源が増税対応で補填した1.36%と相殺され、本体に回らなかったことは極めて遺憾。今回のことを異常事態と認識し、前例にならないようにしてほしい」と求めた。

●7対1見直しで公費200億円削減

さらに10年度改定で、改定率が医科入院と外来に分けて決められたことを振り返り「その後の中医協の議論が非常に限定された」と指摘。「今回も予算編成段階で、7対1入院基本料の見直しで公費200億円の削減が見積もられた。中医協の議論の結果として決定されることを、予算編成時に決めることは極力避けてほしい」とした。

7対1病床の見直しでは、受け皿病床への円滑な移行を進めるための経過措置（1年間）に使う財源として、公費200億円が確保された。ただしこれは7対1病床が一定数削減されることが前提。財務省主計局は、9万床削減で公費200億円の削減効果があると見積もっている。確保された200億円の財源は、削減効果として見積もる200億円によって予算編成過程で相殺されており、公費200億円は改定財源にはならないといえる。中川委員は、予算編成の中で中医協の議論を踏まえるべき項目は、総会で議論をした結果として決めてほしいと求めた。

中川委員はまた、14年度改定の基本方針に「診療報酬と補助金の適切な組み合わせ」と記載されていることに触れ「今回、改定率は公費ベース140億円（本体+0.1%）、補助金は900億円。これは適切な組み合わせとはいえない。社会保障給付費の国庫負担財源にするという消費増税の趣旨からすれば、診療報酬が優位であるべきだ」と主張した。

（1/16MEDIFAXより）

医療保険

ポイントサービス「ルールの検討が必要」／田村厚労相

田村憲久厚生労働相は1月7日の閣議後会見で、医療保険制度とポイントサービスの関係について今

後、ルールづくりを検討する必要があるとの認識を示した。朝日新聞が1月7日付朝刊で報道した歯科診療関連のポイントサービスへの対応を問われて答えた。

田村厚労相は、診療を受けることで取得するポイントを商品券などと交換できる付加的なサービスについて、医療保険制度との関係では省令で禁止されている患者の誘引に該当するか常に問われることをあらためて指摘。その上で「いろいろな新しい技術、サービスが出てきたとき、どれがよいのか悪いのかという問題にも広がっていく話であり、整理をさせていただくことを前提に、今回のケースがどうなのかを含め、対応していかなければならない」と述べた。

●クレジットカードのポイントも要検討

保険調剤の患者一部負担金に対して薬局のポイントやクレジットカードの使用でポイントが付与される問題については「（薬局で）直接、ポイントが付く場合は2012年10月1日に原則禁止としたが、厳しく取り締まる場所まではやっていない」と説明。クレジットカードのポイントについては「カード会社が絡んでいて直接のポイント付与ではないということをやむを得ない状況だが、今後どうするかは検討していく必要がある」と述べた。

歯科診療関連のポイントサービスについては朝日新聞が、歯科医療機関がポイントサービスを展開する事業者と契約し、患者は治療などに関するアンケートに答えるとポイントがもらえるようになると報道した。歯科医療機関は事業者に、ポイント分に相当する料金やポイントサービス利用料などを支払うという。（1/8MEDIFAXより）

介護報酬

介護報酬0.63%プラス／14年度春の消費税対応

2014年4月に予定されている消費税率8%への引き上げに伴い、介護報酬が0.63%プラス改定される。公費ベースで336億円となる。社会保障審議会・介護給付費分科会がまとめた審議報告では、基本単位数への上乗せを基本に、負担が相当見込まれる加算についても上乗せを行うとしている。

消費増税による影響が考えられることから、在宅サービスでの区分支給限度基準額の引き上げも行う。在宅サービスでは要介護度別に区分支給限度基準額が設定されており、基準額を超えた分は全額利

用者の自己負担となる。消費税引き上げで報酬の上乗せを行った場合、上乗せ前と同量のサービスを利用している場合でも基準額を超える可能性があることから基準額を引き上げる。引き上げ額については、14年の介護給付費分科会で議論する。
(12/25MEDIFAXより)

消費税8%対応の介護報酬改定案を了承／介護給付費分科会

厚生労働省の社会保障審議会・介護給付費分科会（分科会長＝田中滋・慶応大大学院教授）は1月15日、田村憲久厚生労働相が諮問した消費税8%引き上げ時の介護報酬改定案を了承した。4月の消費増税に伴い、介護サービス施設・事業所に負担が生じないように0.63%増の介護報酬改定を行う。給付費ベースでは530億円になる。介護報酬改定案は田中分科会長が社会保障審議会の西村周三会長に報告した後、西村会長が田村厚労相に答申した。告示改正などを経て、4月1日から施行する。

基本単位数への上乗せを基本に、消費税負担が相当程度見込まれる加算についても上乗せを行う。2013年度介護事業経営概況調査の結果などから、施設・事業所の課税割合（介護サービス全体で22.1%）を把握し、消費税引き上げ時の影響分を算出した。

基本単位数への上乗せ率は、各サービスの課税割合に税率引き上げ分を乗じて算出した。加算については、課税割合が50%以上を基準に設定し、▽介護老人保健施設と短期入所療養介護の緊急時施設療養費▽介護老人保健施設の所定疾患施設療養費▽介護療養型医療施設と短期入所療養介護の特定診療費の重度療養管理一を対象に上乗せ対応を行う。

具体的に影響額を見ると、要介護2で1日7時間以上9時間未満の通所介護（入浴介助を含む）を月10回利用した場合、現行では通常規模型通所介護が1回811単位、入浴介助加算が50単位で、1カ月当たりの費用は8万6100円（利用者負担8610円）になる。今回の改定で基本単位数は811単位から817単位になり、入浴介助加算は変更がないため、改定後は600円増の8万6700円（利用者負担は60円増の8670円）になる。

●区分支給限度額も引き上げ

厚労省は在宅サービスで要介護度別に設定している区分支給限度基準額の引き上げ額も示した。消費増税に伴う介護報酬改定により、改定前と同じサービスを利用しても基準額を上回る利用者が生じる

こともあるため、その対応策として基準額を引き上げる。居宅介護サービス費等区分支給限度基準額では、要支援1は4970単位から5003単位へ、要介護1は1万6580単位から1万6692単位へ、要介護5は3万5830単位から3万6065単位へ、それぞれ引き上げる。

●伝送・電子媒体による請求を原則義務化

会合では、国民健康保険団体連合会に介護給付費などを請求する方法について、一定期間を置いて伝送や電子媒体による請求を原則義務化するため、省令改正することも報告した。伝送については、インターネットによる請求も可能とする。対応が困難な事業所には例外措置も設ける。

(1/16MEDIFAXより)

介護保険

区分支給限度基準額、引き上げへ／介護保険、消費税8%対応で

12月10日の社会保障審議会・介護給付費分科会（分科会長＝田中滋・慶応大大学院教授）は、消費税率8%引き上げ時の介護保険サービスの対応策の議論の中で、在宅サービスでの区分支給限度基準額の取り扱いについても議論した。消費税率引き上げに伴う介護報酬の上乗せ時に基準額を変更しない場合、利用者への負担増が考えられることから、基準額を引き上げることで取りまとめた。

在宅サービスでは要介護度別に区分支給限度基準額が設定されており、基準額を超えた分は全額利用者の自己負担となっている。厚生労働省は▽消費税率引き上げで報酬の上乗せを行った場合、上乗せ前と同量のサービスを利用している場合でも基準額を超える可能性がある▽現状、基準額を超えているのは中・重度者の比率が高い▽基準額のシステム改修は通常改定の改修と異なり、消費税率10%引き上げ時にも同様の改修を要する可能性がある一との論点を提示。その上で対応方針として、消費税引き上げの影響分について基準額を引き上げることを提案した。

基準額を引き上げるべきとの意見が多数を占めた一方、高智英太郎委員（健保連理事）は利用者への具体的な影響などデータがないと議論ができないとし「データがない中で議論を進めることに危惧を感じる」と指摘した。

施設サービスについては、基準費用額を据え置くことや負担限度額は見直さないことも取りまとめた。(12/11MEDIFAXより)

地域包括ケアシステムの推進へ／社保審・介護保険部会が意見書

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12月20日、1月以降13回に及ぶ会合の議論を終え、次期介護保険制度改革に向けた意見書を大筋で了承した。要支援者への予防給付（通所介護、訪問介護）の市町村事業への移行や一定以上の所得者に対する利用者負担の2割への引き上げ、補足給付の見直しなど、大幅な改革案を盛り込んだ。厚生労働省は意見書を踏まえ、2014年の通常国会への提出を目指し、介護保険法改正案を作成する。

次期制度改革では「給付の重点化・効率化」と「充実」を進める。重点化と効率化を図る中で、利用者負担の見直しも行う。これまで一律1割負担だった介護保険の利用者負担割合を、一定以上の所得がある利用者は2割に引き上げる。一定以上所得者の水準については、事務局が提案した年金収入ベース280万円以上のほか複数案を併記した。特別養護老人ホームなどに入所する低所得者への居住費・食費の補足給付制度については、新たに利用者の預貯金も勘案し、単身で1000万円以上、夫婦世帯で2000万円以上は対象外とすることを示した。

これまで全国一律の基準で実施されてきた要支援者への予防給付は、通所介護と訪問介護のみ、市町村の地域支援事業に移行する。事業単価や利用料は市町村が設定し、柔軟なサービス提供を行えるようにする。国は市町村による事業実施に向けて、ガイドラインを策定する予定。特養の入所要件は、入所待機者に中重度者がいる実態も踏まえ、原則要介護3以上とする。ただ、要介護1・2でもやむを得ない事情がある場合は、市町村が関与した上で入所することを認める。

サービスの充実については、市町村が実施する地域支援事業を見直し、地域包括ケアシステムの推進を図る。地域支援事業に、新たに在宅医療・介護の連携を進める事業を追加する。国や都道府県が支援し、地域の医師会と連携する取り組みが必要とした。これらの連携事業は15年度から施行し、18年度には全市町村で実施することを見込む。このほか地域支援事業には、認知症初期集中支援チームの設置など認知症施策の実施や地域ケア会議の実施も盛り込む。

会合で、大西秀人委員（高松市長、全国市長会介護保険対策特別委員会委員長）は次期改革の鍵を握る市町村の立場から「まとめられた方向性については

了承したい」とコメント。改革案の具体化に向けて医療・介護の連携を今後の課題に挙げ「連携ができないと地域包括ケアシステムは実質的に働かない」とした上で、実効性のある支援策を国に求めた。

他の委員からは、地域支援事業が適切に実行されることへの懸念や、介護人材の確保、認知症施策の着実な実行などを求める意見が複数出された。

●介護保険制度改革の主な項目

▽地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し（在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化、地域包括支援センターの機能強化）

▽地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し

▽小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行

▽住宅改修事業者の登録制度の導入

▽居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲

▽特別養護老人ホームの中重度者への重点化

▽サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用

▽介護サービス情報公表制度の見直し

▽費用負担の見直し（低所得者の1号保険料の軽減強化、一定以上所得者の利用者負担の見直し、補足給付の見直し）

▽25年を見据えた介護保険事業計画の策定（12/24MEDIFAXより）

介護療養病床の廃止方針「撤回の事実ない」／老健局・原局長

介護療養病床を廃止する方針の撤回を政府・与党が決めたとする一部報道があったことについて、厚生労働省老健局の原勝則局長は「介護療養病床については介護老人保健施設などへの転換を進めており、2017年度末までに廃止するというこれまでの方針を撤回した事実はない」と述べた。

介護療養病床については、11年に改正介護保険法が成立し、廃止期限を6年間延長した。その際、「介護療養病床の廃止期限の延長については3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討する」との付帯決議も採択された。

原局長は付帯決議に触れながら「予定通り廃止するか、方針を変えて延長するか、あるいは延長しなくてきちんと残すか。それはあくまで実態調査を踏まえてから検討する」との認識を示した。検討する

際は現在進められている医療提供体制改革の議論の行方も見なければいけないとも指摘し、「介護療養病床だけをどうこうするという議論はできない」と述べた。

介護療養病床の在り方は今回の介護保険法改正のメニューには上がっていない。原局長は、介護療養病床の廃止期限は17年度末であることも踏まえ「その次の介護保険法改正までに検討したい」と説明した。（1/8MEDIFAXより）

予算案

厚生省予算が30兆円突破／14年度政府案

政府が12月24日に閣議決定した2014年度予算案で、厚生労働省予算は一般会計で初めて30兆円の台を突破し30兆7430億円となった。13年度予算比は1兆3115億円増。うち社会保障関係費も初の30兆円台となる30兆2251億円で、13年度比は1兆2854億円増。東日本大震災復興特別会計には484億円（同37億円増）を計上した。

社会保障関係費の内訳は、「医療」11兆1990億円（13年度予算比6403億円増）、「年金」10兆7166億円（同2887億円増）、「福祉等」5兆5016億円（2386億円増）、「介護」2兆6257億円（1340億円増）、「雇用」1822億円（162億円減）となっている。

●医療自然増は概算要求からマイナス337億円

社会保障関係費の自然増部分は8月の概算要求時に比べ、約831億円減の8901億円となった。内訳は、「医療」が337億円減の3198億円、「年金」160億円減の2887億円、「福祉」68億円減の1616億円、「介護」130億円減の1340億円、「雇用」は136億円減のマイナス140億円。保険局によると、主要因は生活保護の医療扶助費用など医療保険制度とは別に掛かる費用を除いた医療費国庫負担3経費の見直しだという。直近の実績を踏まえた見直しの内訳は、協会けんぽ分が81億円増、国保分が280億円減、後期高齢者医療制度分が150億円減。

医療費国庫負担3経費の総額は9兆1667億円。内訳は、協会けんぽ1兆2526億円、国保3兆2852億円、後期高齢者医療制度4兆6289億円。地方の負担分1兆6705億円を含めると10兆8373億円となる。

●優先課題推進枠は約420億円

前年度予算から裁量の経費を10%以上削減した上で要望できた重点枠「新しい日本のための優先課題推進枠」に計上した施策の予算は約420億円となっ

た。8月時点では約1617億円要求していたが、13年度補正予算に約725億円前倒しで計上し、財務省の査定で約470億円削減された。

推進枠に計上していた医療関係の施策では、「救急医療や専門医による診療へのアクセス強化等」として要求した157億円が100億円弱減額の約60億円となったほか、「レセプト・健診情報等を活用したデータヘルス（医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業）の推進」が約62億円減の35億円、要介護認定データや介護保険レセプトデータ、介護・医療関連情報を結合して介護保険総合データベースとして活用する「介護・医療関連情報の『見える化』の推進」が約3.2億円減の4億円などとなった。

（12/25MEDIFAXより）

医療費国庫負担、概算要求から2000億円削減／政府予算案

政府は12月24日、年明けの通常国会に提出する2014年度政府予算案を閣議決定した。医療費国庫負担は8月末の概算要求時に比べて約2000億円削減された。医療費国庫負担は10兆8373億円で、そのうち医療保険給付費は9兆1576億円。医療費2000億円削減の主要因は以下の通り。▽薬価調査結果を踏まえた市場実勢価格の反映（いわゆる薬価財源の切り離し）＝1336億円▽7対1入院基本料算定病床の要件厳格化＝150億円▽うがい薬だけを単剤処方する際の保険適用除外など＝77億円▽足元の医療費国庫負担の伸びの鈍化の反映＝473億円

●7対1は9万床削減

7対1入院基本料算定病床は、要件の厳格化により9万床相当分を受け皿病床に移行させる。ただし地域医療への影響を考慮して経過措置期間を設ける。経過措置期間について財務省は「（厚生労働省所管の）中医協の審議にもよるが、1年間という形で議論が進んでいたように思う」と説明した。

14年度診療報酬改定では、診療報酬本体を0.1%引き上げる。ただ、消費税率引き上げの補填分を除いたネット改定率は、実質的には1.26%のマイナス改定となる。補填分1.36%の内訳は、診療報酬本体分が0.63%で、薬価分が0.73%。

一方、地域医療向けの補助金（基金）は国・地方負担を合わせて904億円を計上する。消費税財源では544億円分しか公費を工面できなかったため、残りの360億円は消費税収以外の一般財源から捻出する。厚労省が「一体改革のために必要」と予算要求した

ことに対して、財務省は補助金の積み増しで応えた格好だ。

予算編成の基本方針に「新たな国民負担につながらないように努める」と記載したことを踏まえ、診療報酬本体の引き上げ幅は小幅にとどめた。診療報酬の引き上げは、税、保険料、患者自己負担という3つの国民負担も増加するが、補助金による医療提供体制の強化であれば、保険料や患者自己負担は発生しない。このため、消費増税に伴う医療の充実が診療報酬ではなく補助金中心で対応した。

●社会保障費30兆5175億円、4.8%増

社会保障費は30兆5175億円（1兆3951億円増、4.8%増）。社会保障・税一体改革を実現するための初年度の予算となる。概算要求に盛り込まれた1兆円の社会保障費自然増は、6500億円に削減された。70～74歳高齢者の医療費1割負担に必要な財源は、従来は補正予算で計上していたが、14年度から当初予算に移す。

14年度政府予算案の一般会計歳出総額は95兆8823億円。そのうち基礎的財政収支（プライマリーバランス＝P B）の対象経費は72兆6121億円。P Bの赤字は前年度予算に比べて5.2兆円改善する見込みで、単年度赤字は18兆円に減少する。14年度の名目GDP成長率は3.3%となる見通し。（12/25MEDIFAXより）

医療提供体制推進補助金に151億円／14年度医政局予算

政府が12月24日に閣議決定した2014年度予算案のうち、厚生労働省医政局は前年度比408億円増の1851億3100万円を計上した。予算規模が大きい施策では、医療機関の機能分化や連携推進など医療提供体制改革を目的とする「新たな財政支援制度」の602億4400万円に次いで、救急・小児・周産期医療体制の整備などに活用できる「医療提供体制推進事業費補助金」の151億円などがある。

医療提供体制推進事業費補助金は、各都道府県が医療計画で定める整備目標に関連する施設の運営・設備整備の経費などに充てる国庫補助金として、地域医療再生基金とは別に06年度から毎年度一定額が確保されている。14年度予算案で計上した151億円は、48億8400万円を上限に、「ドクターヘリ運航体制の拡充」としてドクターヘリの増機などに活用できる。それ以外の約102億円は、個別予算を計上した施策にプラスアルファを上乗せする財源としても

活用できる。具体的には、5700万円を計上した「救命救急センター等への支援」や、7500万円を計上した「周産期医療体制の整備」の事業経費に上乗せする予算を捻出できる。

「救命救急センター等への支援」では、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センター・小児救命救急センターの運営支援や、小児救命救急センターに対する小児集中治療室の整備などを支援する。「周産期医療体制の整備」では、総合周産期母子医療センターとそれを支える地域周産期母子医療センターの新生児集中治療管理室（NICU）や母体・胎児集中治療管理室（MFICU）などへの支援を行うことにしている。

●がん・再生医療など臨床研究中核病院を10カ所認定

このほか医政局の主な施策には、▽革新的な医薬品・医療機器創出のため医療機関10カ所を臨床研究中核病院に認定して、がん・再生医療分野の臨床研究などを推進する「臨床研究中核病院整備事業」に25億2000万円▽医薬品のシーズ数増加と迅速な実用化を図るための体制強化として、早期・探索的臨床試験拠点5カ所、日本主導型グローバル臨床研究拠点2カ所の運営を支援する「早期・探索的臨床試験拠点整備事業等」に13億2000万円▽各地域のメディカルコントロール（MC）協議会に連携・調整役を担う専任の医師「メディカル・ディレクター（仮称）」を配置するモデル事業や「救急を断らない病院」の体制支援などを実施する「救急医療体制強化事業」に8億円一などが並ぶ。（12/26MEDIFAXより）

15年度改正へ、認知症施策・生活支援を拡充／老健局14年度予算案

2014年度厚生労働省予算案で老人保健福祉関係予算は13年度当初予算から1343億円増の2兆7184億円となった。うち2号保険料国庫負担金などを除いた老健局計上分は、社会保障費自然増などによる1237億円増の2兆2212億円。15年度の介護保険制度改革に向けて、14年度から認知症施策や生活支援サービスの基盤強化を拡充する。

14年度消費税増収分による「社会保障の充実」として、認知症に関する地域支援事業の充実に17億円（公費ベースで33億円）と生活支援サービスの基盤整備に5億円（同10億円）を充てる。認知症施策では、多職種が認知症の人やその家族の初期支援を行う「認知症初期集中支援チーム」を新たに100カ所

に設置する。また、認知症の人や家族の相談業務を行うため、現在275カ所に配置されている「認知症地域支援推進員」は470カ所に拡大する。生活支援の基盤整備では、地域資源の開発やネットワーク化を行う「生活支援サービスコーディネーター」を新たに設置する。14年度は全保険者の20%に当たる約320保険者に配置することを想定する。

このほか認知症施策には15億円を計上し、認知症疾患医療センターや身近型認知症疾患医療センターを175カ所から300カ所に拡充する。新規施策として▽介護・医療関連情報の「見える化」の推進事業に4億円▽低所得高齢者の住まい・生活支援事業に1.2億円▽訪問看護の供給体制の拡充事業に5200万円▽高齢者リハビリテーションの機能強化モデル事業に4700万円―を盛り込んだ。15年度介護保険制度改正に伴うシステム改修費には40億円を計上した。

厚労省老健局の原勝則局長は「（社会保障の充実の）認知症施策と生活支援サービスの基盤整備については、介護保険法改正を円滑に進めるためにも、14年度から実施する予算を確保した」と説明。生活支援サービスコーディネーターの配置については、市町村から生活支援サービスの基盤整備ができていないとの声があったとし「15年度を待たずに14年度からスタートしたいとの思いがあった」と述べた。（12/25MEDIFAXより）

難病対策に719億円、前年度比170億円増／14年度健康局予算案

厚生労働省健康局の2014年度予算案は前年度比71億円増の3427億円となった。ただ、東日本大震災復興特別会計分を除く一般会計分は3259億円で、前年度比3億円減と微減した。

大幅に増えたのは難病対策で、総額719億円は前年度比170億円増となった。現行の特定疾患治療研究事業440億円に加え、15年1月施行予定の新医療費助成制度に168億円を計上する。がん対策では、13年度補正予算で「働く世代の女性支援のためのがん検診の推進」として44億円が計上されており、「がんの予防・早期発見の推進」の項目は前年度から59億円減の33億円となった。一方で「がんに関する研究の推進」は42億円増の138億円となっている。

新規事業では、▽新型インフルエンザ等対策特措法に基づいて行う特定接種管理システム構築経費（8500万円）▽がん登録推進法に基づいて国立がん研究センターに委託する全国がん登録データベース構

築等事業（6.1億円）▽自治体・民間団体がソーシャルキャピタルやICTなどを活用して行う健康増進のモデル的取り組みを支援する事業（8500万円）―などがある。（12/25MEDIFAXより）

有床診のスプリンクラー、先行設置に101億円／13年度補正予算

2013年度補正予算案に医療施設の防災対策を推進する費用として盛り込まれた115億円のうち、厚生労働省は101億円を有床診療所などにスプリンクラーを設置する費用補助として活用する。工事面積1㎡当たり1.7万円が上限のため、全国約9000施設ある有床診のうち1割程度が活用できる規模だが、スプリンクラー設置の義務化など有床診の設備基準に関する見直しの方向性を踏まえ、引き続き予算確保に努める。

有床診の設備基準については、10月に福岡市の有床診で起きた火災を契機に、総務省消防庁が有床診療所火災対策検討部会で検討している。厚労省は設備基準の見直しに先行する形で、スプリンクラー設置を希望する施設を補助する予算を確保した。

●災害拠点病院の耐震化は14億円

115億円のうちスプリンクラー設置費用を除いた14億円は、都道府県の要望も踏まえ災害拠点病院の耐震化費用として医療施設耐震化臨時特例交付金に積み増す。厚労省医政局指導課によると、同交付金で災害拠点病院や救命救急センターの耐震化を進めてきたが、都道府県の要望に応え切れていない部分があるという。（12/12MEDIFAXより）

難病

難病・小慢ともに報告書取りまとめ／通常国会に法案提出へ

厚生科学審議会・疾病対策部会の難病対策委員会（委員長＝金澤一郎・国際医療福祉大大学院長）は12月13日、報告書案の取りまとめを行い、おおむね了承した。今後は金澤委員長と事務局で微修正した後、疾病対策部会に提出。報告書を基に新法案を2014年の通常国会に提出し、40年ぶりとなる難病制度の改革を進めていく。

患者の自己負担限度額がまとまったことで、次の焦点は対象疾患の選定に移った。56疾患から約300疾患に大幅拡大する対象疾患や助成要件となる重症度分類などは、新たに設置する「対象疾患等検討委員

会（仮称）」が決める。難病に関する医療の有識者で構成する第三者的組織として、原則公開で審議を行う予定。

患者からはできるだけ早期の新法案施行が求められていることもあり、すでに助成対象である疾患と一部の新対象疾患は、15年1月をめどに施行できるよう調整することになっている。法案審議と並行して国・都道府県の新体制整備が求められるが、▽患者データベース▽「難病指定医（仮称）」指定と研修制度▽「新・難病医療拠点病院（仮称）」の指定・ネットワーク体制▽難病相談・支援センターの機能強化▽就労支援の充実—など項目は多岐にわたる。また、助成の要件を満たさない疾患（パーキンソン病、潰瘍性大腸炎、スモンなど）が対象から外れた場合、別の予算措置などの検討も必要となり、施行までの準備期間は少ないのが現状だ。

●トランジションと教育機関との連携課題／小慢

社会保障審議会・児童部会の「小児慢性特定疾患児への支援の在り方に関する専門委員会」（委員長＝五十嵐隆・国立成育医療研究センター総長）でも、報告書案をおおむね了承し、14年の通常国会に児童福祉法改正案が提出されることになった。小慢の対象疾患については、引き続き同委員会で選定・見直しを行う。

委員からは、小慢で重要課題とされている「トランジション（患児の成人・難病制度への移行）」について、引き続き審議を求める声が上がった。難病の対象疾患が拡大することもあり、進捗状況を踏まえながら総合的な支援を検討していくことになるもようだ。また、教育機関との連携を求める声もあり、都道府県での「慢性疾患児地域支援協議会（仮称）」設置だけでなく、文部科学省と連携した取り組みも課題とされた。

●「助成は当初案から大きく進歩」／JPA伊藤代表理事

報告書の取りまとめに当たって患者団体が会見した。難病対策委員会にも加わった日本難病・疾病団体協議会（JPA）の伊藤たてお代表理事は「法制化で新たな難病対策のスタートを切ることができ、原因究明・治療法開発が進むことを願っている。医療費助成も義務的経費になり、当初案からも大きく進歩した。完全ではないが、今後もじっくり議論していきたい」と成立に期待を寄せた。

（12/16MEDIFAXより）

難病対策見直しの取りまとめ案提示／厚労省・難病対策委

厚生科学審議会・疾病対策部会の難病対策委員会が12月13日に開かれ、厚生労働省が報告書の取りまとめ案を提示した。難病対策の焦点となっていた患者の自己負担限度額については、これまでの高額療養費制度に加え、障害者の自立支援医療（更生医療）も参考に設定する。高額な医療が長期的に継続する患者や、人工呼吸器など生命維持装置を装着した患者への特例も設ける。

取りまとめ案は自己負担限度額について、「一般」とされる通常の医療費助成対象患者の場合、▽生活保護世帯は月0円▽市町村民税非課税で年収約80万円未満の世帯は月2500円▽市町村民税非課税で年収約80万～160万円の世帯は月5000円▽年収約160万～370万円の世帯は月1万円▽年収約370万～810万円の世帯は月2万円▽年収約810万円以上の世帯は月3万円—とした。

高額な医療が長期的に継続する患者と既認定者（経過措置3年）については、市町村民税非課税世帯は「一般」と同様とした。そのほか、▽年収約160万～370万円の世帯は月5000円▽年収約370万～810万円の世帯は月1万円▽年収810万円以上の世帯は月2万円—とした。人工呼吸器等装着者については、所得区分にかかわらず月1000円とした。

新たな助成制度案では、対象疾患は56疾患から約300疾患に拡大する予定。これに伴い、2011年度に約78万人だった受給者数は、15年度には約150万人になると試算されている。費用については、13年度の約1340億円（うち国費440億円）が15年度には約1820億円（同910億円）になる見通し。

●証明書は2種類

「難病指定医（仮称）」または「難病指定医」と連携したかかりつけ医がデータ登録や診察する際に用いる「難病患者登録証明書（仮称）」を発行することも盛り込んだ。助成の有無や重症度にかかわらず全ての対象疾患の患者に発行され、関連情報を記載するほか、相談などの各種サービスを受ける際に活用できるよう検討される予定。登録されたデータは、個人情報保護に配慮しながら、研究機関や医療機関などに幅広く提供する仕組みも構築していく。助成対象者にはこのほか、各都道府県が「医療受給者証（仮称）」を発行する。（12/16MEDIFAXより）

地域支援病院

地域支援病院と特定機能病院、14年4月にも要件見直しへ

地域医療支援病院と特定機能病院の新しい承認要件が、最速で2014年4月1日に施行される見通しとなった。要件見直しについて議論していた厚生労働省の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大教授）が12月25日に報告書を取りまとめた。まとまった内容は法改正が不要なため、厚労省は省令と通知の改正で対応する。両制度とも、新要件案についてのパブリックコメントの募集を経て施行となる。報告書は議論を反映させる細かな字句修正後、早ければ年内にも公表する。

新要件施行後、現在承認を受けている地域医療支援病院が新要件を満たせない場合は、都道府県に2年程度の改善計画を提出し、改善が見られなければ承認取り消しも含めた取り扱いが検討される。特定機能病院は、新要件施行が14年4月1日の場合、同10月5日が要件適合状況を確認する業務報告書の提出期限となる。

●地域支援病院、紹介・逆紹介率と救急搬送で新基準

地域医療支援病院については、紹介・逆紹介率の算定式を「紹介率＝紹介患者数／初診患者数」と「逆紹介率＝逆紹介患者数／初診患者数」に改めた上で、基準は▽紹介率80%以上▽紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上▽紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上—のいずれかとする。

新たな要件として救急搬送患者受け入れ数も設定する。基準値は「救急搬送患者数／救急医療圏人口×1000≥2」か「医療機関の年間救急搬送患者受け入れ数≥1000」のどちらか。救急計画に位置付けられている24時間体制の医療機関が、この基準値を満たしていない場合、▽医療計画を踏まえた救急医療確保の観点▽小児科などの単科病院の場合は地域医療確保の観点—から、知事が適当と認めれば要件を満たしていると見なす。

このほか「地域の医療関連職種が対象の研修を年12回以上主催」も要件となる。

●特定機能病院、「領域特化」は別要件

特定機能病院については、16診療科を標榜する場合と、特定領域に特化した病院とで別の要件を定める。16診療科を標榜する場合は▽医師配置基準の半

数以上が専門医▽「紹介率＝（紹介患者数＋救急搬送患者数）／初診患者数≥50%」「逆紹介率＝逆紹介患者数／初診患者数≥40%」▽年間の英語論文70件以上▽臨床研究を調査審議する倫理審査委員会設置▽利益相反（COI）に関する規定の策定やCOI委員会の設置など必要な措置▽年間30人以上の研修受講者に対し研修統括者を配置—などを求める。特定領域に特化の病院は、10診療科以上標榜などの要件を満たした上で「極めて先駆的な診療」を実施していることなどを社会保障審議会で審議し承認する。（12/26MEDIFAXより）

健康増進

健康増進分野の市場創出、官民で検討／政府の協議会が初会合

政府は12月24日、「日本再興戦略」や「健康・医療戦略」に基づき、健康寿命延伸分野の市場創出・産業育成に向けて、具体的・多面的な対応策を官民一体で検討する「次世代ヘルスケア産業協議会（座長＝永井良三・自治医科大学長）」の初会合を開いた。公的保険外の民間製品・サービスの実態を把握し、需要・供給の両面から課題を抽出した上で、健康増進・医療費削減・経済成長の施策につなげていく。

同協議会では、経済界・学界をはじめ、各地域で健康ビジネスに携わる団体からも委員として参加。医療界からは日本病院会の堺常雄会長、日本慢性期医療協会の武久洋三会長、慶応大医学部の末松誠学部長などが選ばれ、健保連の白川修二専務理事も委員に名を連ねた。

まずは2014年6月の中間とりまとめに向け▽事業環境▽品質評価▽健康投資—の3ワーキンググループ（WG）を設置し、各2－3回の会合で産業界の課題を積み上げる。

●グレーゾーン解消へ、厚労省や日医とも連携

事業環境WGでは、民間の取り組み事例の共有や“グレーゾーン”の解消を目指し、政府が策定する予定のガイドラインに対して改善・拡充などを提言する。グレーゾーンとしては、医師の指導・助言に基づいて民間事業者が行う運動・栄養指導などが例示された。グレーゾーン解消のニーズを類型化し、厚生労働省や日本医師会などとも対応を精査して、ガイドラインに反映することを想定している。

品質評価WGでは、民間製品・サービスに対する評価・認証を導入することで利用促進が可能な領域

を特定し、基準の在り方やスキームなどの検討を行う。健康サービスの品質などを確認・認証する非営利団体が活動している米国の例を参考に、協力可能な機関も検討する。

健康投資WGは、企業などの健康増進・予防の取り組みや投資対効果、業種別の健康状態傾向を把握し、経営層への効果的な働き掛け方を検討していく。先進事例としては、効果的な健康への取り組み・指導を行っている企業を評価し優れた企業に低金利で融資する日本政策投資銀行の「健康経営格付」などがある。

庶務を担う経済産業省ヘルスケア産業課の森田弘一課長によると、医療関係の委員からは「健康を医療だけで保てるわけではないので、自らがコストを払って健康管理を行うことも大事。しかし安全性が大事なので、一律的にやってはいけない。個別性を踏まえた目配りをしてほしい」との意見が出た。

（12/25MEDIFAXより）

ワクチン

水痘と成人用肺炎球菌、ワクチン定期接種化へ／14年9月以降

水痘と成人用肺炎球菌の2ワクチンが2014年度から定期接種化される。厚生労働省健康局結核感染症課によると、ワクチンの供給体制や自治体の接種体制整備を考慮し、2014年9～10月から全国一斉に実施する予定だ。

13年4月から施行されている改正予防接種法には「水痘・おたふくかぜ・B型肝炎・成人用肺炎球菌の4ワクチンを定期接種の対象とすることについて検討し、13年度末までに結論を得ること」とする付帯決議が衆参両院で採択された。厚生省は厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会の予防接種基本方針部会で4ワクチンの接種年齢や接種間隔など技術的な検討を進める一方、地方交付税を通じた自治体への財政支援について総務省や財務省と折衝を行ってきた。その結果、ワクチン供給体制などを含む条件面でクリアできた水痘と成人用肺炎球菌を先行して定期接種化することを決めた。結核感染症課は「水痘ワクチンは国産であり、成人用肺炎球菌ワクチンは20年ほど自治体でも使用されている」としており、安全面における信頼性も2ワクチン先行の理由に挙げている。

水痘は主に集団予防や重篤な疾患の予防に重点が

置かれる「A類疾病」で、地方交付税で接種費用の9割を負担し、1～2歳まで2回接種を行う。一方、成人用肺炎球菌は主に個人予防に重点が置かれる「B類疾病」で、地方交付税での負担は3割。65歳以上の高齢者を対象に、5歳年齢（65歳、70歳、75歳など）ごとに1回接種していく。

同課は14年1月中旬開催予定の予防接種・ワクチン分科会で予防接種法施行令や接種方法、開始時期などについて了承を得た上で、適宜情報提供を行っていくとしている。（12/25MEDIFAXより）

規制改革

在宅専門診療所、認める方向で検討を／規制改革健康・医療WG

規制改革会議の健康・医療ワーキンググループ（WG）は12月18日、「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」と「在宅医療・在宅介護の推進」の2項目を盛り込んだ医療提供体制に関する意見を取りまとめた。12月20日に開催予定の規制改革会議に報告する。

「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」では▽医療計画の在り方の見直し▽医療資源の適正配置▽二次医療圏の範囲の見直し▽病床規制の見直し▽7対1看護基準の見直し▽地域医療支援センターの見直し▽プライマリケア体制の確立▽我が国の医療提供体制の目指すべき方向性の提示—について意見をまとめた。医療計画の見直しについては、地域の人口や年齢構成により必要医師数が決まるとし、実際の医師数や診療科数の需給を管理できる仕組みが必要とした。

「在宅医療・在宅介護の推進」では▽在宅医療専門の診療所▽特別養護老人ホームにおける医療環境の改善▽医薬品・衛生材料の提供—への意見を盛り込んだ。在宅医療専門の診療所については、保険医療機関に「外来応需の体制」が原則求められている点について、在宅医療ニーズに応えるためにも在宅専門の診療所を認める方向での検討が必要とする意見をまとめた。（12/19MEDIFAXより）

非稼働病床は削減する仕組みを／規制改革会議が意見まとめ

政府の規制改革会議（議長＝岡素之・住友商事相談役）は12月20日、下部組織の「健康・医療ワーキング・グループ（WG）」から報告を受け、医療提供

体制に関する意見をまとめた。病床規制の見直しとして非稼働病床を削減する仕組みを提言したほか、医療計画の在り方などを指摘している。まとめた意見は厚生労働省に提言する。

意見は、大きく分けて「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」と「生活の場での医療・介護環境の充実」についてまとめた。

「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」では▽医療計画の在り方の見直し▽医療資源の適正配置▽2次医療圏の範囲等の見直し▽病床規制の見直し▽7対1看護基準の見直し▽地域医療支援センターの見直し▽プライマリーケア体制の確立▽医療提供体制の目指すべき方向性—について提言した。

病床規制の見直しについては、規制によって医療機関の適正な競争が阻害されている実態があると指摘。医療機関ごとの病床稼働状況を調査した上で、非稼働病床の削減方法を検討すべきとした。民間医療機関に対して、都道府県知事が非稼働病床の削減を命じる仕組みの検討も求めた。また、医療計画の実効性向上のため、地域ごとに必要な医師数・看護師数・必要医療機器数・診療科ごとの必要医師数を推計した上で、医療資源の過不足状況を把握し、公表することが必要だと指摘した。

●診療所の外来要件、緩和を

「生活の場での医療・介護環境の充実」では▽在宅医療専門の診療所▽特別養護老人ホームにおける医療環境の改善▽医薬品・衛生材料の提供—についてまとめた。診療所の外来機能要件の緩和に向けた検討が必要だとし、保険医療機関に求められる「外来応需の体制」が、在宅医療を専門で行う意向がある診療所の制約になっていると指摘。在宅医療を主に行う診療所の開設要件を明確にし、診療所の外来機能要件の緩和を検討すべきとした。

●社福経営で論点整理

社会福祉法人の経営管理の強化やイコールフットリング確立に向けた論点も取りまとめた。社福の経営については透明性を高める観点から▽財務諸表の情報開示▽補助金等の情報開示▽内部留保の明確化▽調達の公正性・妥当性の確保▽経営管理体制の強化▽所轄庁による指導・監督の強化—を論点に挙げた。補助金については、社福が国や地方自治体から受けた補助金の状況を厚労省が一元的に把握し、国民に分かりやすく開示することを提案。また、社福の巨額な内部留保が問題になっているとし、厚労

省がその位置付けを明確にした上で、社会貢献に活用するよう促すべきとした。

社副については、論点に沿って議論を継続し、2014年6月までにさらに具体的な提案を行う予定。

（12/24MEDIFAXより）

医師の治療選択で裁量権尊重を／規制改革、保険外併用で方向性

政府の規制改革会議（議長＝岡素之・住友商事相談役）は12月20日、最優先案件の一つとして掲げる「保険診療と保険外診療の併用療養制度」に関する改革の方向性を取りまとめた。患者にとって良い制度にするためには抜本的な改革が必要との前提の下、医師が最適な治療を選択する裁量権を持てるようにすべきと提案。方向性に沿って議論を継続し、遅くとも2014年6月までには最終的な取りまとめを行う。

同会議は現行制度の問題点として、患者の自己選択権が阻害されることや、保険外診療を含む場合に医師が最適な治療を選択できないと指摘。現行の評価療養制度は将来の保険収載を前提に併用が認められているため、商業上の理由で保険収載の見込みがなくなった場合に患者負担が増加する可能性も問題点に挙げた。

●皆保険維持し財政との整合性を

その上で方向性として▽患者が自らの治療に対して納得した上で治療内容を選択できるようにすべき▽医師が専門家として最適な治療を選択する裁量権を持てるようにすべき▽治療法に関する患者の正しい知識が必要▽新たな仕組みでは、国民皆保険の維持を崩すことなく、保険財政の長期的適正化と整合性を持つ改革にするべき—の4点を提案した。

終了後に会見した岡議長は「基本的な考え方は、保険診療を受けたら保険給付されるという国民の権利が最大限尊重されるような状態にすべきということ」と説明し、今後もこのスタンスで審議を続けるとした。

●厚労省との議論、不十分

当初、保険外併用療養については年内で取りまとめまで終了する予定だったが、今回は方向性を示すにとどまった。理由について岡議長は「議論が十分でないことが原因」と説明。所管省の厚生労働省をはじめとした関係者との意見交換が不十分なため、取りまとめに至らなかったとした。

（12/24MEDIFAXより）

保険外併用療養の大幅拡大も／競争力会議分科会の中間整理

産業競争力会議の医療・介護等分科会が12月25日にまとめた中間整理には、保険外併用療養費制度の対象の大幅な拡大も目玉として盛り込んだ。会見で、同分科会の増田寛也主査（東京大公共政策大学院客員教授）は「今までの厚生労働省のスタンスから考えると、大幅な拡大を図っていると評価している。規制改革会議とも、よく連携しながら混合診療（保険外併用療養費制度）の拡大を見ていきたい」と語った。

中間整理の取り組みは▽効率的で質の高いサービス提供体制の確立▽公的保険外のサービス産業の活性化▽保険給付対象範囲の整理・検討▽医療・介護のICT化▽その他—の5つに分類される。

保険外併用療養費制度の拡大は、保険給付対象範囲の整理・検討の中に盛り込まれており▽先進的な医療へのアクセス向上（評価療養）▽療養時のアメニティーの向上（選定療養）▽有効性はあるが保険適用が見込めない医療技術などの保険外併用療養費制度上の取り扱いの検討▽「日本版コンパッションートユース（CU）」制度の導入—の4項目を柱とする。CU制度は、治験の参加基準に満たないものの、重篤な疾患を抱えて治療を求める患者に治験薬を提供する仕組みで、すでに海外で導入されている事例もある。中間整理には「（日本では）2015年度から運用を始める」と記載した。

13年6月に閣議決定された日本再興戦略（成長戦略）には、先進医療の評価の迅速化・効率化を図るための「先進医療ハイウェイ構想」が盛り込まれ、抗がん剤を対象にした運用が13年秋から始まっている。今回の中間整理には、これに続く形で、再生医療や医療機器の審査に特化した専門評価組織を14年度中に立ち上げ、運用を始めることを盛り込んだ。

同時に、国家戦略特区内の国際医療拠点で、医療水準の高い国で承認されている医薬品などを保険外併用できるかどうか評価する仕組みを構築することとした。

患者のニーズに合ったアメニティーの向上を図るため、選定療養について対象の拡充を含めた見直しを行う仕組みを構築することも求めている。

一方、公的保険外のサービス産業の活性化策の一つとして、医療機関が行う公的保険外サービスの促進も盛り込んだ。医療保険の給付と直接関係のないサービスについて、選定療養との関係を整理し、明

確化していく仕組みづくりを進めたい考え。

医療・介護のICT化では▽地域医療連携ネットワークの普及促進▽医療情報システムの標準化や電子カルテに記載されるデータ構造の標準化—などを進めるべきとした。（12/26MEDIFAXより）

内保連

内科技術の診療報酬、提案集を初発刊／内保連、次々期改定見据え

内科系学会社会保険連合（内保連）は、内科系技術の診療報酬評価に関する提案をまとめた「内保連グリーンブック」（ver.1）を発刊した。初版となる今回のグリーンブックは、次々期改定を見据え、DPCⅡ群病院の実績要件として内科系技術の評価を取り上げた。内保連の工藤翔二代表は12月26日、取材に応え「次期改定での導入を目指したが、時間的に間に合わなかった。今後もデータを集積して次々期改定で内科系技術の評価を充実させたい」と述べた。

DPCⅡ群病院となるための実績要件は①診療密度②医師研修の実施③高度な医療技術の実施④重症患者に対する診療の実施—の4つ。2014年度診療報酬改定では、DPC病院Ⅰ－Ⅲ群の設定は変更しないことが決定されており、DPCⅡ群の実績要件も踏襲される方向だ。

内保連は次々期の16年度診療報酬改定で、DPCⅡ群病院の要件のうち③の「高度な医療技術の実施」として、高度な内科系技術を要する26疾患（特定内科診療対象疾患）の診療実績を満たす新基準を追加するよう求めていく計画だ。

26疾患は誰が見ても内科治療上極めて労力を要する重篤な急性疾患・病態で、重症脳卒中、化膿性髄膜炎、急性心筋梗塞、劇症肝炎などをリストアップしている。▽現行の診療報酬点数表による評価が内科系技術の評価として無視できないほど欠落している▽医師の負荷や患者への貢献についてのエビデンスがある—などを指標に選抜した内科系疾患だ。グリーンブックでは、26疾患に対する現場の内科系医師の診療負荷の実態を検証した調査結果なども網羅した。

●DPCⅡ群要件に「高度な内科系技術の3要件」を

現行のDPCⅡ群病院の実績要件「高度な医療技術の実施」は▽手術1件当たりの外保連手術指数▽DPC算定病床当たりの同指数▽手術実施件数—が

指標となっており、外科系の要件となっている。内保連は、特定内科診療対象疾患の実績要件として▽月間症例数▽月間100床当たり症例数▽症例割合—の3基準を一定割合以上確保していることを「高度な内科系技術の3要件」として設定するよう求める考えだ。

工藤代表は「内保連はデータに基づき一つずつ診療報酬評価を提案していきたい。その提案集としてグリーンブックを初めてまとめた。一つのテーマだけを追いかけるのではなく、さまざまなテーマを取り上げていくことが求められている。患者への説明と同意、薬物療法など課題は多い」と述べた。

（12/27MEDIFAXより）

調査・データ編

医療は34兆634億円、前年度比3.5%増／11年度社会保障給付費

国立社会保障・人口問題研究所は12月6日、社会保障給付費のほか、社会保障に関連する施設整備費などを含む「社会支出」を集計した2011年度版「社会保障費用統計」を公表した。11年度の社会保障給付費総額は、前年度比2.7%増の107兆4950億円となり、過去最高を更新した。このうち医療は同3.5%増の34兆634億円で、社会保障給付費の31.7%を占めた。社会支出も過去最高を更新する同2.9%増の112兆437億円となった。

社会保障費用統計は、医療保険や介護保険、年金、生活保護など社会保障制度の給付費を国際労働機関（ILO）基準で集計する。総額のほか、「医療」「年金」「介護対策や障害者対策などを含む福祉その他」の部門別でも集計する。社会支出を経済協力開発機構（OECD）基準に基づき、「高齢」「保健」「家族」などの政策分野別に集計した結果も示す。

11年度の介護対策費をみると、前年度比5.1%増の7兆8881億円となった。社会保障給付費の7.3%に相当する。

社会支出を政策分野別にみると、総額に占める割合は「高齢」が46.5%と最も大きく、52兆1233億円に上った。次いで「保健」が32.4%の36兆2866億円で、「高齢」と「保健」だけで全体の約8割を占める

ことになった。

以下、「遺族」が6.1%で6兆8130億円、「家族」が5.7%で6兆3890億円、「障害、業務災害、傷病」が4.3%で4兆8018億円—などと続く。

●医療・介護自己負担減免費は870億円

11年度は東日本大震災に起因する社会保障関連の主な費用についても、可能な範囲で集計した。災害救助法に基づく支出などを含み、必ずしも東日本大震災に限定した集計ではないという。

ILO基準とOECD基準に合致する法令に基づく制度での費用総額は1兆4430億円だった。このうち、災害救助費は約5200億円、病院や社会福祉施設の建て替えなどの「災害復旧費」は約1000億円、「医療・介護保険の自己負担等減免」は870億円（医療約840億円、介護約40億円）だった。

（12/9MEDIFAXより）

診療所医師が10万人突破／12年三師調査、全体医師数は30万人

厚生労働省は12月17日、2012年12月31日時点の届け出数を集計・分析した「医師・歯科医師・薬剤師調査」（三師調査）の結果を公表した。調査は2年ごとに実施。医師・歯科医師・薬剤師数は全て前回10年調査時よりも増加した。医師数は、前回比8219人増の30万3268人。性別構成は男性が80.3%、女性が19.7%。診療所の医師数が1079人増の10万544人（同33.2%）で、調査開始以来、初めて10万人を突破した。

医師のうち医療施設（病院と診療所）に従事するのは95.2%の28万8850人で、前回比8419人増。病院に従事する医師の全体数は前回比7340人増の18万8306人（構成割合62.1%）で、内訳は医学部付属病院などの医育機関付属病院を除いた病院が13万7902人、医育機関付属病院が5万404人だった。

都道府県別の対人口10万人医師数では、京都の296.7人が最も多く、徳島の296.3人、東京の295.7人などが続いた。最も少ないのは埼玉の148.2人で、茨城167.0人、千葉の172.7人などが続いている。

●医師不足診療科、微増傾向も都道府県別では格差

従事する主な診療科の構成割合は、内科が21.2%と最も高く、整形外科7.1%、小児科5.7%、外科5.6%、精神科5.1%などが高かった。臨床研修医は5.2%。

診療科別構成割合を男女別で見ると、男性は内科が22.3%、次いで整形外科8.4%、外科6.5%、消化器内科4.9%などが多かった。女性も内科が最多の16.5%

で、小児科9.7%、眼科8.5%、皮膚科6.8%などが続いた。

広告可能な専門医資格の取得状況では、最も多いのが外科専門医6.9%で、消化器病専門医5.2%、整形外科専門医5.1%、総合内科専門医5.0%などが多かった。専門医資格取得なしは47.0%だった。

医師不足が指摘されている小児科、産婦人科・産科、外科について、医療施設に従事する医師数は微増傾向が続いている。小児科は470人増の1万6340人、産婦人科・産科は216人増の1万868人、外科は235人増の2万8055人だった。ただ、人口10万人対医師数でこれらの診療科をみると都道府県で格差がある。

●大震災後の福島、医師195人減

今回の調査結果を利用して、東日本大震災前後の岩手、宮城、福島の被災3県の2次医療圏別に、医師・歯科医師・薬剤師数の変化も分析した。医師数では、福島が前回調査比195人減、岩手が27人増、宮城が123人増だった。医師数が増加した2県でも2次医療圏によっては減少している。医師数が減少した福島では、全2次医療圏で医師が減少。減少数の最多は福島第1原発のある南相馬市を含む2次医療圏「相双」の92人減だった。（12/18MEDIFAXより）

糖尿病有病者、過去最高の950万人／12年国民健康・栄養調査

厚生労働省が12月19日に発表した2012年版「国民健康・栄養調査」の結果から、糖尿病が強く疑われる人（有病者）と可能性を否定できない人（予備群）は合わせて約2050万人と推計され、1997年以来初めて減少に転じたことが分かった。糖尿病有病者などの調査は97年以降5年ごとに行っており、前回07年と比べて約160万人減少した。ただ、予備群が約1100万人と前回から約220万人減ったことによるもので、有病者は前回から約60万人増えて約950万人となり、過去最高だった。

糖尿病有病者などはヘモグロビンA1c値などを基に判定している。有病者の割合は、男性15.2%（07年比0.1ポイント減）、女性8.7%（同1.4ポイント増）。予備群の割合は、男性12.1%（同1.9ポイント減）、女性13.1%（同2.8ポイント減）という結果だった。有病者のうち現在治療を受けている人の割合は、男性65.9%（同9.0ポイント増）、女性64.3%（同10.2ポイント増）となり、増加傾向が続いている。

●喫煙者割合は男性が1.7ポイント増

習慣的な喫煙者の割合は20.7%（前年比0.6ポイント増）で、男女別にみると男性が34.1%（同1.7ポイント増）、女性は9.0%（同0.7ポイント減）だった。

飲酒習慣のある人の割合は19.7%（前年比0.5ポイント減）。男女別では、男性が34.0%（同1.1ポイント減）、女性は7.3%（同0.4ポイント減）で、ともに減少した。

一方、1回30分以上の運動を週2日以上、1年以上続けている人の割合は、男性が36.1%（前年比1.1ポイント増）、女性が28.2%（同1.0ポイント減）だった。1日の平均歩数については、男性が7139歩（94歩減）、女性は6257歩（180歩減）で、ともに減少した。「健康日本21」に掲げている目標値（男性9200歩、女性8300歩）には男女とも届いていない。

過去1年間に歯科検診を受けた人の割合は47.8%で、前回調査した09年から13.7ポイント増加した。（12/20MEDIFAXより）

要支援の見直し、改正案の撤回を／民医連が影響調査

全日本民主医療機関連合会は12月18日、今回の介護保険制度改革メニューの一つである要支援者の予防給付の見直しが行われた場合の影響予測調査の結果を発表した。民医連は調査結果から、見直しが実施され、現在のサービスが確保できない場合の影響は重大だとして、介護保険法改正に向けた予防給付の見直しに関わる改正案の撤回を求めた。

影響予測調査は要支援者の給付管理を担当するケアマネジャーを対象に、2013年9月から11月に実施した。見直し後の市町村による地域支援事業では、サービス内容や費用が市町村の裁量に委ねられ、現在の予防給付の水準から大幅に後退することが見込まれるとした上で、利用者の病状や生活全般への影響を尋ねた。分析は、地域支援事業に移行することになる訪問介護・通所介護を利用していた767件について行った。

見直しにより身体・生活機能に与える影響を複数回答で聞いたところ、「外出などの機会が減り閉じこもり気味になる」が66.4%で最も多く、「日常生活ができなくなり、介護度が上がる」の60.8%が続いた。利用者本人や世帯の生活全般への影響については「日常の家事にさまざまな支障が出る」63.4%、「生活全般に対する意欲低下が起こる」「コミュニケーションの減少」「病態の悪化」のそれぞれ62.3%などが多かった。

要介護度認定の妥当性を尋ねたところ、「妥当」は全体で66.2%、「実際の状態よりも低い」は33.8%という結果が出た。

民医連は今回の調査結果を受け、改正案の撤回のほか▽訪問看護、福祉用具貸与を含めた予防給付全体の拡充▽低所得者の利用者負担軽減▽現行の要介護認定制度の抜本的改善—を求めた。今後は14年の通常国会での法改正審議に向け、厚生労働省や衆参院厚生労働委員会委員に働き掛けるとしている。

（12/20MEDIFAXより）

出生数が過去最低更新も減り幅は改善／13年人口動態統計

厚生労働省は1月1日、2013年人口動態統計の年間推計を公表した。出生数は前年の12年確定数から6000人減の103万1000人となり、調査が始まった1899年から過去最低を更新した。ただ、11年は前年比2万498人減、12年は同1万3575人減だったことから、出生数の減り幅は改善している。

死亡数は12年確定数から1万9000人増の127万5000人となり、戦後最高の死亡数を更新。13年の死因別死亡数を見ると、第1位は悪性新生物で36万5000人、第2位は心疾患で19万7000人、第3位は肺炎で12万4000人、第4位は脳血管疾患で11万9000人と推計した。この順位は11年から3年間変わらず。

人口の自然増減数は24万4000人のマイナスと推計し、過去最大の減少幅となった。人口が自然減となるのは7年連続。

厚労省大臣官房統計情報部は「出生数の減り幅が小さくなったので、合計特殊出生率は前年の1.41を下回ることではないのではないか。しかし今後も出生数が減少し、死亡数が増加する傾向は続くだろう」とみている。（1/7MEDIFAX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

医療法等改正に関する意見

■ 社会保障審議会医療部会 2013年12月27日 ■

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000034015.pdf

厚生労働省は通常国会への提出を目指している医療法等改正案作成に向けた社会保障審議会・医療部会の意見書を公表した。医療機関の機能分化・連携推進に向けた病床機能報告制度の創設や、2025年の医療提供体制に向けて都道府県が策定する地域医療ビジョンを医療計画に位置付けることなどを盛り込んだ。

I 基本的な考え方

- 今後、高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中で、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築するためには、医療機能の分化・連携を進め、各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図るとともに、同時に、退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが必要である。
- また、今後、認知症高齢者、単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加していくことも踏まえれば、地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制）を構築することが求められ、そのためには、地域の中で医療と介護サービスが一体的に提供されることが必要であり、医療と介護の連携をさらに推進する必要がある。
- さらに、我が国の医療提供体制については、医療人材の確保の面では、
 - ・医師等の地域間・診療科間での偏在
 - ・医療需要の多様化、医療技術・機器の高度化、インフOrmドコメンセントの実践、医療安全の確保等に伴う医療スタッフの業務増大
 - ・長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務など、厳しい勤務環境といった課題があり、限られた医療資源を有効活用し、良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築するためには、医師等の偏在の是正、チーム医療の推進、看護職員の確保、医療機関の勤務環境の改善等に取り組む必要がある。
- 加えて、医療事故に係る調査の仕組みを確立することや、日本の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進すること、医療法人に関する制度の見直し等、医療を取り巻く環境の変化に対応した改革も求められている。
- こうした課題に対処し、医療提供体制の改革を進めるため、以下に記載した事項について、実効性ある取組を行っていくべきである。

2

医療法等改正に関する意見

平成25年12月27日
社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会においては、平成23年12月22日に、「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめられており、これを受けて、厚生労働省においては、関連する検討会等が設けられ、医療法等の改正に向けての検討が行われてきた。

また、平成24年2月には、社会保障・税一体改革大綱が閣議決定され、社会保障制度改革の方向性が示された。同年8月には、社会保障制度改革推進法が公布・施行され、これに基づき、同年11月に社会保障制度改革国民会議が設置され、社会保障制度改革の内容について、具体的な議論が行われた。この議論については、平成25年8月6日に、社会保障制度改革国民会議報告書として取りまとめられ、これを踏まえ、政府において、同年10月に、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を国会に提出し、同年12月5日に成立したところである。

こうした政府の社会保障制度改革全体の検討を踏まえ、社会保障審議会医療部会においては、本年6月より10回にわたり、医療提供体制の改革の具体的内容について、さらに議論を深めてきたところであり、これまでの議論を踏まえ、医療法等改正に関する意見を以下のとおり取りまとめた。

厚生労働省においては、本部会の意見を十分踏まえ、制度見直しが必要な事項についての法律改正案を次期通常国会に提出する等、改革に早急に取り組む、着実に実施されたい。

1

II 具体的な改革の内容について

1. 医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進について

(1) 病床機能報告制度の創設

- 医療機能の分化・連携の推進にあたっては、地域において、それぞれの医療機関が担っている医療機能の情報を把握し、分析することが必要であることから、医療機関が、その有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病床単位を基本として、都道府県に報告する仕組みを、医療法上の制度として設けるべきである。
- 医療機能の名称は高度急性期機能、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能の4区分とし、一般病床及び療養病床を有する医療機関は各医療機能の内容に照らして、病床ごとにこの中からいずれか1つを選択して、都道府県に報告することとする。ただし、実際の病床には、様々な病期の患者が入院していることから、医療機関が併せて報告する具体的な報告事項については、提供している医療の内容が正確な実績として明らかとなるようなものとする必要がある。
- また、具体的な報告事項については、医療機関にとって極力追加的な負担が生じないように留意しつつ、都道府県での地域医療ビジョンを策定する上で必要な情報と、患者・住民・他の医療機関に明らかにする情報を求めることとすべきである。
- 医療機関から都道府県に報告された情報については、患者・国民に分かりやすい形に工夫して公表し、患者・国民の医療機関の選択に資するようにすべきである。
- また、各医療機能の内容（報告の基準）は、病床単位の医療の情報不足している現段階では具体的な数値で示すことは困難であるため、制度開始当初は定性的なものとするが、今後、報告内容を分析して、定量的なもの（指標）としていくべきである。
- なお、具体的な報告事項やその公表のあり方等については、引

き続き、「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」において検討するとともに、各医療機能の区分とそれぞれの内容等については、今後、報告された内容を分析し、その結果に基づき、必要に応じて、見直しがあり得るものである。

(2) 地域医療ビジョンの策定

- 都道府県においては、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を進め、医療資源の適正な配分を図ることにより、今後、高齢化の進展により増大する医療・介護サービスの需要に対応できる地域医療提供体制を構築するために、地域医療ビジョンを策定することが必要である。
- 地域医療ビジョンについては、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の将来の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものとし、これを都道府県は医療計画の一部として策定することとすべきである。
- 地域医療ビジョンでは、主に以下の内容について定めることとすべきである。
 - ・2025年の医療需要
入院・外来別、疾患別患者数 等
 - ・2025年に目指すべき医療提供体制
二次医療圏等（在宅医療については市町村等を単位）ごとの医療機能別の必要量
 - ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設整備、医療従事者の確保・養成等
- 国においては、今後、地域医療ビジョンのより詳細な内容を検討し、策定のためのガイドラインを作成することとするが、その際には、都道府県、医療者及び医療保険関係者等も参画する検討会を設置し、具体的な検討を行うこととすべきである。
- また、このガイドラインにおいては、二次医療圏等ごとの医療

措置を講ずるべきである。

① 「協議の場」の設置

- ・ 都道府県は、医療機関や医療保険者等の関係者が参加し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」を設置することとする。

- ・ また、この「協議の場」の協議の実効性を高めるため、医療機関に対して、「協議の場」への参加及び「協議の場」での合意事項への協力の努力義務等を設けることとする。

なお、その組織運営は、公平・公正に行われる必要がある。

② 医療保険者の意見を聴く仕組みの創設

- ・ 都道府県が医療計画を策定する際には、医療保険者の意見を聴くこととする。
- ・ その際には、都道府県ごとに設けられている医療保険者による協議会である保険者協議会の意見を聴くことも必要である。

③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（後述）

④ 新たな財政支援の仕組みの創設（後述）

- こうした措置を通じて、医療機関による自主的な取組や医療機関相互の協議を実効的なものとし、機能分化・連携を進め、地域医療ビジョンの必要量に向けて病床数を収れんさせていくことが基本となるものである。

- ただし、仮に、「協議の場」の合意に従わない一部医療機関が現れ、地域医療ビジョンで定めた必要量に照らして過剰な医療機能の病床をさらに増やそうとする場合や、何らかの事情により「協議の場」が機能しなくなり、機能分化・連携が進まない場合等については、これに対処するために、都道府県の役割として、以下の措置を設ける必要がある。

- その際、以下の措置については、都道府県において、合理的な根拠に基づき、運用されることが重要である。

需要の将来推計、医療機能別の将来の必要量を算出するための標準的な計算式等を示すこととするが、必要量の算出に当たっては、都道府県が地域の事情等の合理的な理由に基づき、一定の範囲で補正を行うことができるようにすべきである。

- 地域医療ビジョンの策定スケジュールについては、平成26年度中に病床機能報告制度を開始し、これにより報告された内容を踏まえて、国において、同年度中に地域医療ビジョンのガイドラインを策定するようにすべきである。

それを受けて、都道府県においては、平成27年度から平成28年度にかけて地域医療ビジョンを策定できるようにすべきであるが、その際には、都道府県の業務負担等も考慮しつつ、都道府県が地域の実情を踏まえて、積極的に考えて、各都道府県にふさわしい地域医療ビジョンを策定することができるよう、策定期限については、一定の幅のあるものとすべきである。

- また、地域医療ビジョンは、医療計画と同様に、医療法の規定に沿って、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療審議会及び市町村の意見を聴くとともに、病院団体を含めた幅広い関係者の参画も得ながら、策定されるべきである。その内容については、医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療を適切に推進していく観点から、今後、定期的に見直し、記載された各項目がより精緻なものとなるようにする必要がある。

（3）地域医療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、都道府県の役割の強化等）

- 医療機能の分化・連携については、まずは、病床機能報告制度によって、医療機関がその有する病床で担っている医療機能の現状を国及び都道府県が把握・分析し、その結果を踏まえて、都道府県において策定される地域医療ビジョンによって、二次医療圏等ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が示されることで、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、進められることを前提とすべきである。

- また、国及び都道府県は、医療機関の自主的な取組を支援し、また、医療機関相互の協議を実効的なものとするために、以下の

うこと等ができることとなっている。

② 「協議の場」が何らかの事情により機能しなくなり、医療機関の自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合

- ・ 現行の医療法において、都道府県知事は、医療審議会の意見を聞いた上で、公的医療機関等の一定期間稼働していない病床の削減を命令することができることとなっているが、これに加えて、都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、公的医療機関等以外の医療機関の一定期間稼働していない病床についても、一定期限内までの稼働又は削減の要請を行うことができることとする。
- ・ 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いた上で、公的医療機関については、過剰な医療機能から不足している医療機能への転換や回復期機能等の充実等の指示を行うことができることとする。
- ・ 公的医療機関以外の医療機関については、同様の要請を行うことができることとする。
- ・ 医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、上記①の場合のイ・ロの措置を講ずることができることとする。

(4) 在宅医療の充実、医療と介護の連携の推進等

① 在宅医療の充実

- 医療機能の分化・連携の推進により、入院医療の強化を図ると同時に退院後の生活を支える在宅医療、外来医療及び介護サービスを充実させる必要があるが、また、地域包括ケアシステムの構築のためには、医療と介護の連携をさらに推進し、医療・介護サービスの提供体制を一体的に整備していく必要がある。
- 在宅医療の提供体制は、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、国、都道府県の支援のもと、市町村が主体となって地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等と協働して推進する必要がある。
- 地域包括ケアシステムの構築に必要となる在宅医療の提供体制

8

〔病院の新規開設・既存医療機関による増床〕

- ・ 都道府県知事は、医療計画の達成上必要な場合には、新規開設・増床の許可の際に、不足している医療機能を担うことを条件に付し、事後的にその遵守を求めることとする。

〔既存医療機関による医療機能の転換〕

① 既存医療機関が必要量に照らし過剰な医療機能に転換しようとする場合

- ・ 都道府県知事は、あらかじめ、医療機関に対して、医療審議会での説明や転換計画書の提出を求めた上で、転換にやむを得ない事情がないと認める場合には、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請・指示することができることとする。
- ・ 医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、現行の医療法上の措置（※）に加えて以下の措置を講ずることができることとする。
- イ 医療機関名の公表
- ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
- ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し（注）将来的には、過剰な医療機能の病床への転換について診療報酬による対応を行うかどうかについても検討する必要がある。

- ・ 上記の措置によっても、過剰な医療機能への転換を行った限定的なケースにおいては、一定の手続を経た上で、過剰な医療機能に転換した当該病床に限って、国が保険医療機関の指定を行わないとすることも考えられる。これについては、こうした措置を導入すべきとの意見もある一方、入院患者に与える影響も考慮し、慎重な対応が必要との意見もあることから、今後の機能分化・連携の進捗状況も見ながら、引き続き、検討する必要がある。

※ 現行の医療法においても、管理者が管理をなすのに適さないと認めるときは開設者に対して管理者の変更を命ずることや、公的医療機関の開設者に対して、運営に関して必要な指示を行

7

について保健所を通じて市町村の支援を行うことも重要である。

また、市町村や地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等において、医療と介護の連携体制の構築を進めるにあたり、各市町村で中心的役割を担うリーダーや医療と介護に精通した連携のコーディネーターとなる人材育成等が必要であり、その支援を行っていくことが求められる。

○ さらに、高齢者だけではなく、NICU（新生児集中治療室）で長期の療養を要した小児などについても、在宅において必要な医療・福祉サービス等を受けることができ、地域で安心して療養できるよう、福祉や教育などとも連携し、地域で在宅療養を支える体制を構築することが必要である。

○ 現在、モデル事業として小児等在宅医療連携拠点事業を実施しているが、今後、できるだけ多くの地域で、医療・福祉・教育が十分に連携できるような体制を構築していくことが重要である。また、在宅医療については多様なニーズがあることから、今後構築される在宅医療・介護連携拠点の機能等を活用しつつ、多様なニーズに幅広く対応できるように方向性を目指すべきである。

③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化

○ 医療・介護サービスの提供体制の一体的な整備を進めるため、医療計画について、介護保険事業支援計画との整合性及び一体性の確保の観点から以下の見直しを行うべきである。

- ・ 国が定める医療計画の基本方針及び介護保険事業支援計画の基本指針を整合的なものとして策定することとする。

- ・ 医療計画と介護保険事業支援計画の計画期間が揃うよう、平成30年度以降、医療計画の計画期間を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分は中間年（3年）で必要な見直しを行うこととする。

○ 在宅医療の提供体制や在宅医療と介護の連携を推進するため、医療計画について、以下の見直しを行うべきである。

10

（在宅医療を担う病院、診療所、薬局及び訪問看護事業所等）については、市町村の意向を踏まえ、都道府県と市町村で協議を行い、都道府県は、市町村間の調整及び分析を行った上で、適切な圏域を設定し、医療計画の中に在宅医療の提供体制の整備目標を定めることが必要である。

○ 在宅医療の提供体制の充実に係るこうした都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にする必要がある。

○ また、在宅医療の提供体制の充実にするためには、在宅医療に取り組む人材の確保及び育成を推進する観点から、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や在宅医療に関わる医療従事者の資質向上のための研修等を実施する必要がある。また、副主治医の確保など在宅医療に取り組む関係者の負担軽減の取組や、後方病床の確保や救急医療との連携などのバックアップ体制を構築することも重要である。都道府県は、各関係団体や市町村等がこうした取組を実施していくことができるよう支援する必要がある。

② 医療と介護の連携の推進

○ 平成23・24年度に実施した在宅医療連携拠点事業では、在宅医療の充実と在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築に寄与したなどの効果が得られている。さらに、平成25年度から実施している在宅医療推進事業の成果も踏まえ、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における在宅医療・介護の連携拠点としての機能の構築といった医療と介護の連携の推進について、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、取り組むこととする方向で議論が進められている。

○ 市町村が主体となった取組を進めるためには、国、都道府県においては、これまで在宅医療の提供体制等への関与が少なかった市町村への支援として、これまでの在宅医療連携拠点事業で蓄積されたノウハウや地域の先駆的事例を情報提供すること等が必要である。なお、都道府県は広域的に対応する必要がある調整等に

9

その際には、偏在の状況を客観的に把握し、明確にすることが必要である。

- ・ 医師の偏在の是正については、医師が自らキャリアアップの支援等の環境整備と併せて行うことが重要である。
- ・ したがって、現在、国庫補助事業として実施している地域医療支援センターについて、キャリア形成支援と併せた医師の地域偏在・診療科偏在の解消の取組をさらに進めるため、地域医療対策協議会で定めた施策のうちのこれらの取組を実施する地域医療支援センターの機能を医療法に位置づける。
- ・ 地域医療支援センターの機能は、そのための組織を必要とするものではなく、また、都道府県が自ら行うことに限らず、病院や大学、公益法人等に委託することも可能とする。
- ・ ただし、委託する場合にも、都道府県が適宜、責任を持って状況を把握し、対応することが必要である。
- ・ 都道府県知事が、医師不足病院等への医師派遣要請を病院の開設者等に対して行うことができることを医療法上、明確化する。
- ・ 都道府県知事による医師派遣要請等については、地域医療支援センターの機能を担う者がこれに関与できることとする。
- ・ また、地域医療対策協議会で定めた医療従事者の確保に関する施策その他都道府県において必要とされる医療の確保に関する施策については、現在、公的医療機関にはこれに協力する義務が、医療従事者にはこれに協力する努力義務が設けられているところであるが、医師確保の取組の実効性をもたせるため、当該施策への協力の努力義務の対象とする医療関係者の範囲を広げることとする。
- ・ 具体的には、地域医療対策協議会の参加者となっている医師会、特定機能病院、地域医療支援病院及び大学その他の医療従事者の養成に係る機関等は、相互に緊密に連携しながら、都道府県知事からの医師派遣要請、地域における研修体制の構築を含め、地域医療支援センターの機能が十分に発揮されるよう、都道府県の施策に協力するよう努めることとする。

- ・ 地域医療ビジョンの中で市町村等ごとの将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係る目標や役割分担、病状の変化に応じた病床の確保のあり方を医療計画に盛り込むこととする。

- ・ 在宅医療と介護の連携等に係る市町村の役割を医療計画の中において明確に位置づけ、市町村が主体となって推進していくこととする。

- 国・都道府県・市町村においては、医療・介護サービスに係るこうした整合的な基本方針や計画を策定し、実行していくために、医療、介護及び保健福祉等の関係者による協議を行うこととする。

（５）国、地方公共団体、病院、有床診療所及び国民（患者）の役割・責務

- 病床機能報告制度及び地域医療ビジョンの導入を踏まえた国、地方公共団体、病院、有床診療所及び国民（患者）の一定の役割・責務について、医療法に位置づけることを検討すべきである。

（６）今後の検討課題

- 上記の枠組みにより、医療機能の分化・連携を進めることとするが、今後の進捗状況を勘案し、必要に応じて、更なる機能分化・連携の推進のための方策について、検討すべきである。

- なお、特定機能病院及び地域医療支援病院については、医療を取り巻く様々な環境の変化を踏まえ、早急に承認要件を見直す必要がある。また、今後、医療機関の機能分化・連携の推進の動向等を踏まえ、特定機能病院の更新制度の導入も含め、特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方について検討すべきである。

２．地域の実情に応じた医師・看護師等の確保対策

（１）医師確保対策

- 医師の地域間、診療科間の偏在の是正は重要な課題であり、この解消にさらに取り組むため、以下の施策を実施すべきである。

を更に拡充するとともに、こうした取組では対応できない対象者も含めて、総合的で、きめ細やかな復職支援を実施していく観点から、次の措置を講ずるべきである。

- ・ 看護師等資格保持者のうち今後離職する者その他の一定の状況にある者に対し、住所等の連絡先など必要な情報のナースセンターへの届出・登録を義務化することにより、ナースセンターが看護師等資格保持者の情報を把握できるよう制度的な対応を講ずるべきである。また、その際には、届出・登録義務対象者以外についても幅広く、届出・登録等を行うよう努めることとするとともに、現行法上の看護師籍や業務従事者届出等の行政機関が保有する情報の活用等についても検討する。

- ・ 看護職員の離職後、離職理由が解消した後に、スムーズな復職が可能となるよう、離職中における定期的な情報の提供、離職者のニーズに合った適切な復職研修の実施、地域の病院等との連携体制の強化など、ナースセンターがよりきめ細やかな支援を実施する。

- ・ そのため、看護師等資格保持者（求職者）や医療機関（求人側）がどのような支援を求めているのか等のニーズについて調査研究をする。

- また、ナースセンターによる看護職員確保対策については、医師会や病院団体等も入った中央及び都道府県双方のナースセンター運営協議会等で十分に協議して、進める必要がある。

- 看護職員のワークライフバランスを考慮しつつ、キャリアパスやスキルアップの支援策を講じていくべきである。

（３）医療機関の勤務環境改善

- 医師や看護職員をはじめとした医療従事者の確保を図るためには、医療機関の主體的な取組を通じて、労務管理面のみならず、ワークライフバランスなどの幅広い観点を視野に入れた勤務環境改善の推進による「医療従事者の離職防止・定着対策」を講ずることが必要である。

14

- ・ 専門医の質の向上に向け、各学会が乱立し独自に専門医を認定する現状を改め、今後、学会から独立した中立的な第三者機関が統一的に認定を行う新たな仕組みが、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計されるが、専門医の養成数は、患者数等を基本としつつ、専門医等の分布状況等の地域の実情も総合的に勘案して設定されることが望ましい。国においても、研修施設が地域医療に配慮した養成プログラムを作成すること等に対して、必要な支援を行うべきである。

- ・ さらに、地域医療に従事する医師の確保対策として、平成20年度から医学部入学定員を増加し、平成22年度から「地域枠」が活用されているが、近年の医療の高度化、女性医師の増加及び病院勤務医の負担増をはじめとする医療を取り巻く環境の変化等を踏まえて、医師需給の見通しについて検証を行う必要がある。

（２）看護職員確保対策

- 社会保障・税一体改革においては、一定の条件の下で、2025年に看護職員を約200万人まで増やすとの試算もされており、この場合、今後、約50万人の看護職員を確保していくことが必要となる。そのため、病院、診療所、訪問看護事業所等の在宅サービス及び介護保険施設など、医療や介護の現場等で勤務する看護職員の確保のためには、看護職員の新規養成の拡充や定着・離職防止対策だけではなく、離職した看護職員を復職につなげていくことが重要である。

- しかしながら、看護職員は、医師等と比較しても離職した後の潜在率が高いものの、現在、潜在看護師を把握する仕組みが存在していない。

一方、現在、看護師等人材確保促進法に基づき、都道府県ごとに無料職業紹介事業等を実施するナースセンター制度が存在するが、その利用が進まず、必ずしも十分に機能していない実情にある。

- こうした現状を踏まえ、抜本的な看護職員確保対策を進めていくためには、ナースセンター全体の機能強化を図っていくべきである。その際、ハローワークとの連携促進など、これまでの取組

13

- そのためには、国における指針の策定等を通じて、医療機関の管理者がPDCAサイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設するなどし、勤務環境改善に向けた取組を行うよう努めることとすべきである。

- あわせて、都道府県において、勤務環境改善の取組を行う医療機関の個別の状況やニーズに応じて、きめ細やかに支援を行う総合的かつ専門的な支援体制を構築する等、より医療従事者の定着率を高める必要性が高い医療機関などに対しては、都道府県が、地域の医療関係団体等と連携して、効果的な勤務環境の改善策を積極的に助言・指導するなどの対応ができることとすべきである。

- また、こうした取組が実効的なものとなるよう、経営改善支援という視点を踏まえるとともに、今後、国、都道府県、医療機関等の役割分担について、引き続き、十分に議論を行うことが必要である。

3. 新たな財政支援の仕組みの創設

- 医療機能の分化・連携の推進のための医療機関の施設及び設備の整備、地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機能の分化・連携の推進に伴う介護サービスの充実等については、2025年を展望すれば急務の課題である。これらの課題への対応を、地域の実情にも応じて推進するため、種々の制度改正と併せて、新たな財政支援の仕組みを、消費税増収分を財源として活用し創設すべきである。

- その際、診療報酬・介護報酬と新たな財政支援の仕組みの役割分担を明確にしつつ、両者の特性を踏まえ、適切に組み合わせ、実施していくべきである。

- また、新たな財政支援の仕組みは、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものもあることから、都道府県に基金を造成する仕組みとする方向で検討すべきである。

その際、在宅医療については、市町村の役割を念頭においていた仕

組みとする必要がある。

また、地域において推進すべき歯科医療に関する事業も対象となる。

- なお、この仕組みによる医療機関への補助に当たっては、医療機能の分化・連携の推進、地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機能の分化・連携の推進に伴う介護サービスの充実等という制度の目的に照らして、公的医療機関及び民間医療機関を公平に取り扱うこととすることを含め、地域にとつて必要な事業に適切かつ公平に支援が行われ、透明性が確保される仕組みとすべきである。

4. チーム医療の推進

- 限りある医療資源を有効活用し、良質で適切な医療を安全かつ効率的に提供するためには、各医療職種の高い専門性を前提とし、業務を分担するとともに互いに連携、補完し合うチーム医療を推進していくべきである。

- チーム医療の推進については、チーム医療推進会議において、議論が重ねられてきたものであり、この議論を踏まえ、各医療職種の業務範囲及び業務実施体制等について、以下の見直しを行うべきである。

（1）特定行為に係る看護師の研修制度の創設

- 現在看護師が行っている行為の中には、診療の補助の範囲が明確でないものが存在するため、診療の補助の範囲を明らかにする必要がある。高齢化が進む中、今後地域の医療提供体制を整備し、かつ医療安全を確保する観点から、これらの行為を行うことがで

きる看護師を育成するための仕組みを構築することが必要である。

- そのため、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為（「特定行為」）を明確化するとともに、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコルに基づき、特定行為を実施する看護師に係る研修制度を創設する。

- なお、特定行為の内容については、審議会において、十分に検討されるべきである。
- また、本研修制度の創設や在宅医療の推進の方向性を踏まえ、看護師の基礎教育のレベルアップのための養成課程の見直しについても検討すべきである。

（2）診療放射線技師の業務範囲及び業務実施体制の見直し

- 診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となる造影剤の血管内投与等の行為について、診療の補助として医師の指示を受けて行うものとして、業務範囲に追加する。
- また、厚生労働特別研究事業による調査研究によって、安全性の担保が十分に可能であることが科学的に確認できた胸部X線撮影について、精度管理のための体制や緊急時の連絡体制等が確保されることを条件として、病院又は診療所以外の場所において、健康診断として、胸部X線撮影のみを行う場合に限り、医師又は歯科医師の立会いを求めないこととする。

（3）臨床検査技師の業務範囲の見直し

- インフルエンザの検査の際の鼻腔拭い液による検体採取等については、検査と一貫して行うことにより、高い精度と迅速な処理が期待されることから、診療の補助として医師の具体的指示を受けて行うものとして、臨床検査技師の業務範囲に追加する。

（4）歯科衛生士の業務実施体制の見直し

- 保健所及び市町村保健センター等が実施する付着物等の除去やフッ化物塗布等の予防処置について、歯科衛生士が歯科医師の「直接の」指導（立会い）の下に実施することとされているが、歯科医師の指導の下、歯科医師との緊密な連携を図った上で歯科衛生士がこれらの行為を行うことを認める。

（5）薬剤師の調剤業務等の見直し

- 薬剤師が患者（居宅）において実施可能な調剤業務として、処

方した医師又は歯科医師への疑義照会を行った上で、調剤量の変更を行うことを追加する等の見直しを行うとともに、薬剤の使用方法に係る実技指導について、関係する検討会等において引き続き検討を行うべきである。

5. 医療法人に関する制度の見直し

（1）持分なし医療法人への移行の促進

- 持分あり医療法人に関して、地域医療の担い手として、住民に對し、医療を継続して安定的に提供していただけるようにするため、移行について計画的な取組を行う医療法人を国が認定する仕組みを法律に位置づけ、技術的助言等による支援を行うなどにより、医療法人による任意の選択を前提に、持分なし医療法人への移行促進策を講じていくべきである。

（2）医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し

- 医療法人社団及び医療法人財団の合併に関しては、これを禁止しななければならない理由も無いことから、「医療法人の事業展開等に関する検討会」での検討結果を踏まえて、法整備を行い、必要に応じて活用できるようにすべきである。
- 医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直しについては、中小規模の医療法人を大規模集約する目的ではなく、地域の医療提供体制において医療法人間の横の連携を強化し、病床の機能の分化及び連携など地域医療の再構築を進める観点や、地域医療を提供できなくなるおそれのある医療法人を健全な形で再生するという観点から、「医療法人の事業展開等に関する検討会」において、引き続き検討することが必要である。

6. 医療事故に係る調査の仕組み

- 医療事故に係る調査の仕組みについては、平成24年2月以降、「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」において議論が重ねられ、平成25年5月に「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」が取りまとめられた。

○ この取りまとめを踏まえ、医療の安全を確保するための措置として、医療事故が発生した医療機関（病院、診療所又は助産所をいう。）において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組み等を、医療法に位置づけるべきである。

対象となる医療事故は、診療行為に関連した死亡事例（行った医療又は管理に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産（予期しなかったものに限る。）とする。

○ また、第三者機関が調査報告を収集・分析した結果、再発防止策として重要な事項は、広く周知されるべきである。

7. 臨床研究の推進

○ 日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院（仮称）として医療法上に位置づけるべきである。

○ 具体的には、一定の基準を満たした病院について、厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いた上で、臨床研究中核病院（仮称）として承認し、名称を独占する仕組みとすべきである。

なお、承認後も、質の高い臨床研究を推進していくことができるよう、臨床研究中核病院（仮称）の承認基準の遵守状況について確認を行うべきである。

8. その他の改正事項

（1）外国医師等の臨床修練制度の見直し

○ 医療の分野においても、産業の国際競争力を強化し、医療の質の向上に貢献していくためにも、外国医師等の臨床修練制度について、許可の有効年限の弾力化、厚生労働大臣による指導医認定制度の廃止等の手続・要件の簡素化を図るべきである。

○ また、臨床修練に加えて、教授・臨床研究を目的として来日する外国の医師及び歯科医師について、当該外国の医師及び歯科医師や受入病院が一定の要件を満たす場合には、診療を行うことを

認めることとすべきである。

○ なお、今回の見直しは、外国の医師又は歯科医師免許を日本の医師又は歯科医師免許として認めるものではなく、あくまで一定の目的の場合に医師法の特例を認めるものである点に十分留意すべきである。

（2）歯科技工士国家試験の全国統一化

○ 歯科技工士国家試験を現在の歯科技工士の養成施設の所在地の都道府県知事が各々行うのではなく、国が実施するよう改めるべきである。

○ その際、厚生労働大臣が指定する指定試験機関においても実施できるようになるとともに、歯科技工士の登録の実施等に関する事務を指定登録機関においても実施できるようにすべきである。

(平成25年12月19日時点)

社会保険審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤孝夫	一般社団法人日本病院会副会長
安部好弘	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
荒井正吾	全国知事会（奈良県知事）
今村聡	公益社団法人日本医師会副会長
遠藤直幸	全国町村会（山形県山辺町長）
大西秀人	全国市長会（香川県高松市長）
尾形裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
※加藤達夫	独立行政法人国立成育医療研究センター名誉総長
菊池令子	公益社団法人日本看護協会副会長
高智英太郎	健康保険組合連合会理事
白鳥敬子	東京女子医科大学病院病院長
○※田中滋	慶應義塾大学経営大学院教授
◎※永井良三	自治医科大学学長
※中川俊男	公益社団法人日本医師会副会長
西澤寛俊	公益社団法人全日本病院協会会長
花井圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
樋口範雄	東京大学法学部教授
日野頌三	一般社団法人日本医療法人協会の会長
藤本晴枝	NPO法人地域医療を育てる会理事
藤原清明	一般社団法人日本経済団体連合会経済政策本部長
邊見公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
山口育子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎學	公益社団法人日本精神科病院協会会長
和田明人	公益社団法人日本歯科医師会副会長

◎：部会長 ○：部会長代理
※：社会保険審議会委員

資料2

介護保険制度の見直しに関する意見

■ 社会保障審議会介護保険部会 2013年12月20日 ■

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000033066.pdf

社会保障審議会・介護保険部会が次期介護保険制度改革に向けた意見書をまとめた。要支援者への予防給付（通所介護、訪問介護）の市町村事業への移行や一定以上の所得者に対する利用者負担の2割への引き上げ、補足給付の見直しなどを盛り込んだ。厚生労働省は意見書を踏まえ、来年の通常国会への提出を目指し、介護保険法改正案を作成する。

目次

はじめに

I サービス提供体制の見直し

1. 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し

(1) 在宅医療・介護連携の推進

(2) 認知症施策の推進

(3) 地域ケア会議の推進

(4) 生活支援サービスの充実・強化

(5) 介護予防の推進

(6) 地域包括支援センターの機能強化

2. 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し

3. 在宅サービスの見直し

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

(2) 訪問介護

(3) 訪問看護

(4) 小規模多機能型居宅介護

(5) 複合型サービス

(6) 通所介護

(7) 福祉用具

(8) 住宅改修

(9) ケアマネ・ジメント・居宅介護支援

4. 施設サービス等の見直し

(1) 特別養護老人ホーム

(2) 介護老人保健施設・介護療養型医療施設

(3) 高齢者向け住まい

5. 介護人材の確保

6. 介護サービス情報公表制度の見直し

II 費用負担の見直し

1. 低所得者の1号保険料の軽減強化等

2. 一定以上所得者の利用者負担の見直し

3. 補足給付の見直し（資産等の勘案）

4. 介護納付金の総報酬割

III 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

今後に向けて

介護保険制度の見直しに関する意見

平成25年12月20日
社会保障審議会介護保険部会

はじめに

○ 介護保険制度が施行された2000（平成12）年当時、約900万人だった75歳以上高齢者（後期高齢者）は、現在約1400万人となっており、2025（平成37）年には2000万人を突破し、「後期高齢者2000万人社会」になっていく。都市部を中心に75歳以上高齢者数が急増するとともに、単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加するなど地域社会・家族関係が大きく変容する中で、介護保険制度が目指す「高齢者の尊厳の保持」や「自立支援」をいかに実現していくかが問われている。

○ 「できる限り住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送りながら老いていきたい」。これは、多くの人々に共通する願いである。多くの人々のこのような願いをかなえるためには、介護のサービス基盤を整備するだけでは不十分であり、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を目指した改正が重ねられてきた。

○ まず、2005（平成17）年の見直しでは、市町村単位でサービスの充実とコ－ディネートが図られるよう、地域密着型サービスや地域包括支援センターが創設されるとともに、自立支援の視点に立って、予防給付や地域支援事業が導入されるなど、地域包括ケアシステムの構築に向けて第一歩が踏み出された。

○ そして、2011（平成23）年の見直しでは、地域包括ケアシステムに係る理念規定が介護保険法に明記されるとともに、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支える仕組みとして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスといった新サービスが導入された。また、地域支援事業において、多様なマンパワーや社会資源の活用を図りながら、要支援者と二次予防事業対象者に対して、介護予防サービスや配食・見守り等の生活支援サービスが市町村の判断で実施できる「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設された。併せて、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」が改正され、在宅生活を継続する上での土台となる住まいを必要な社会資本として整備し、居住の確保を保障する取組が進められてきた。

○ このように、順次見直しが行われてきたが、「団塊の世代（1947年から1949年生まれ）」がすべて75歳以上となる2025年までの残り10年余りで、地域包括ケアシステムの構築を実現することが求められている。そして、この間には、社会保障制度改革国民会議の提案のように、疾病構造の変化を踏まえ、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革が行われようとしており、地域医療・介護の一体的なサービス提供体制の見直しが求められている。

- 1 -

○ 介護保険制度は、制度創設以来、「地方分権の試金石」として、市町村自らが高齢者となり保険制度を運営するなど、地方自治体が主体的な役割を果たしてきた。市町村をはじめとする関係者の努力により、介護保険制度は国民に無くてはならないものとして定着してきたが、地域包括ケアシステムについては、高齢化の進展や地域資源に大きな地域差がある中、市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要であり、「地域の力」が再び問われていると言える。社会保障制度改革国民会議の報告書でも、地域包括ケアシステムの構築は「21世紀型のコミュニティの再生」と位置づけられている。

○ 一方、介護サービスの増加に伴って、施行当初は全国平均3,000円を下回っていた65歳以上高齢者の介護保険料（1号保険料）は、既に5,000円弱となっており、今後の高齢化の進展やサービスの更なる充実・機能強化を図っていく中で、2025（平成37）年度には8,200円程度となることが見込まれ、現役世代の介護保険料（2号保険料）も同様に増えていくことから、介護保険制度の持続可能性を高めていくことも強く求められている。

○ このように、今回の制度の見直しは、地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保の2点を基本的な考え方とするものである。

○ 本部会は、2011（平成23）年7月の「社会保障・税一体改革案」を受けて同年10月・11月に4回の審議を行い、その時点における「議論の整理」を行った。その後、2013（平成25）年1月から6月までに4回の意見交換を行い、その結果を社会保障制度改革国民会議に報告した。同年8月には社会保障制度改革国民会議の報告書がとりまとめられとともに、「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」が国会に提出されたことを受け、同法案第5条第2項に掲げられた検討項目を中心に、8月以降、9回にわたって審議を行ってきた。以下、当部会におけるこれまでの審議の整理し、介護保険制度の見直しに関する意見書としてとりまとめる。

I サービス提供体制の見直し

1. 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し

○ 地域支援事業は、平成17年の改正で創設されたものであるが、保険者である市町村が、介護給付や予防給付といった個別給付とは別に、事業という形で、要介護・要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態となつた場合にも可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができ

- 2 -

るよう支援するためのサービスの提供をするものである。市町村は、介護保険事業に係る保険給付を円滑に実施するため、介護給付と予防給付、地域支援事業を一体的に介護保険事業計画を定め、3年を一期とする運営を行っている。そして、この地域支援事業には、保険料財源も投入されているが、給付と一体的かつ密接に事業を実施することにより、効果的・効率的に介護保険事業を実施する仕組みである。

- 現在、地域支援事業は、介護予防事業や介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業で構成されているが、この地域支援事業を任意事業の見直しを含め、地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい良質な質で効率的な事業に重点化しつつ再構築するとともに、必要な財源を確保し、充実・強化を図っていくことが必要である。これにより、以下の(1)から(6)までに掲げる取組を市町村が主体的に取り組むことが可能となり、各市町村が地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築することができる。

(1) 在宅医療・介護連携の推進

- 75歳以上高齢者は、慢性疾患による受療が多い、疾病の罹患率が高い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要としていることから、医療と介護の更なる連携が必須である。また、地域包括ケアシステムの要素の一つは医療であることから、急性期医療からの早期かつ円滑な在宅への復帰を可能とする体制整備や在宅サービスの充実、在宅等での看取りの体制強化などが地域包括ケアシステムの構築の推進のために重要であり、この点においても医療・介護連携が必要である。

- 医療・介護連携については、従来から問われ続けてきた重要課題の一つであるが、「医療」と「介護」とについては、それぞれの制度やこれらを担う専門職が異なり、多職種間の相互理解や情報の共有ができていないことなど、必ずしも円滑に連携がなされていないという課題があった。地域包括支援センターや、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスといった新サービスを導入したこれまでの制度改革も、医療・介護連携に資するものと言える。

- 在宅医療・介護連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面で求められる。医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が多い現状にあるが、今後、在宅医療・介護連携を進めるためには、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション専門職等の医療関係職種と介護支援専門員、介護関係職種といった多職種の連携が重要となるため、地域包括支援センターにおける医療面の対応強化への支援や、医療に関する専門的な知見を有する在宅医療に関する拠点機能の構築及びその拠点を中心

とした連携の強化が必要となる。

- これまでの医療提供体制に関する行政は、都道府県が入院に係る医療を提供する一体の医療圏としての二次医療圏や、三次医療圏を対象として考えてきたが、在宅医療・介護の連携については、介護に係る施策が市町村主体であることやモデル事業を進めてきた在宅医療連携拠点事業の取組を踏まえ、市町村が地域包括ケアシステムを構築する一つの手法として、国と都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ、取り組むことが必要である。

- 具体的には、地域支援事業の包括的支援事業に在宅医療・介護連携の推進に係る事業を追加する。その際には、現行制度では、包括的支援事業を委託する場合は、事業の全てについて一括して委託することとされているが、医療に係る専門的な知識及び経験が必要である業務の趣旨にかんがみ、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要である。

- また、市町村が中心となって取組を進めるため、都道府県と市町村の役割分担、関係者との連携や調整を行う等の市町村の権限を明確にしていく必要がある。円滑な事業の実施のために平成27年度から施行し、市町村の準備期間を考慮して順次実施することとし、平成30年度には全ての市町村で実施することとするほか、小規模市町村では事業の共同実施を可能とすることが求められる。

- さらに、在宅医療・介護連携の推進に係る事業については、医療計画との調和も図りながら、介護保険事業（支援）計画に記載することが必要である。

(2) 認知症施策の推進

- 認知症高齢者数については、要介護・要支援認定を受けている65歳以上の者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者は平成22年で約280万人、平成37年では約470万人に達すると見込まれている。これは65歳以上の約1割にあたり、要介護・要支援認定を受けている65歳以上の約6割となっている。一方、厚生労働科学研究費補助金の研究報告では、上記の認知症高齢者数を含め、平成22年の認知症有病者数は約439万人（認知症有病率推定値15%）と推計されている。また、正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の間）状態の者（MCI: mild cognitive impairment）の有病者数も約380万人（MCI有病率推定値13%）と推計されている。

- このように今後増加する認知症高齢者に適切に対応するためには、医療・介護・生活支援等が包括的に行われるよう体制整備を図ることが必要となるが、これまでの認知症施策は、

年性認知症者への対応、認知症サポーターの普及、市民後見人の育成と支援体制の整備、認知症の普及・啓発を含む認知症にやさしいまちづくり等に積極的に取り組むことが必要である。

- なお、この点に関し、生活の場に必要な医療が提供されて看取りまでできる体制整備を求める意見があった。

（３）地域ケア会議の推進

- 地域ケア会議は、多職種の第三者による専門的視点を交えてケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげるものである。

- 地域ケア会議の推進により、高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備が同時に図られることとなるため、地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの実現に向けた重要なツールと位置づけられる。

- 平成24年度から、地域包括支援センターの設置運営通知を改正し、個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催し、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催しているところであるが、会議の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。

- このため、市町村の地域支援事業の包括的支援事業の一環として、地域ケア会議を実施することを介護保険法に位置づけるとともに、介護支援専門員の協力や守秘義務の取扱い等について制度的な枠組みを設け、一層の推進を図る必要がある。また、地域ケア会議が十分に機能するためには、市町村の人材育成、マニュアル作成、好事例の共有など、国は市町村の支援に取り組むことが必要である。

- なお、この点に関し、地域ケア会議は介護支援専門員と地域のケアマネジメントに関わる多様な専門職等が適切に意見交換するための会議であるということを明確にして推進すべき、市町村長の権限・役割を明確にし、総合調整の権限を新たに付与すべきとの意見があった。

（４）生活支援サービスの充実・強化

- 単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中、高齢者が地域で生活を継続するためには、多様な生活支援ニーズがあり、多様なサービ

- 6 -

- ① 早期受診・対応の遅れによる認知症状の悪化
 - ② 医療機関においても認知症の人への対応が不十分
 - ③ 認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくための介護サービスが量、質の両面から不足
 - ④ 地域で認知症の人とその家族を支援する体制が不十分
 - ⑤ 医療・介護従事者が現場で連携がとれた対応ができていないケースがある
- など、様々な課題が指摘されてきた。

- これらの課題に対応し、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すため、「認知症施策推進5か年計画」が策定され、平成25年度から取組が実施されているが、増加する認知症高齢者に対応するためには、この計画を着実に推進するための制度的な裏付けが必要となる。

- 認知症施策については、早期からの適切な診断や対応、そして認知症についての正しい知識と理解に基づき本人や家族への支援を地域ごとに包括的・継続的に実施する体制を作ることが重要であり、これまでも市町村ごとに取組まれてきているものの、認知症施策の推進を地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が地域包括ケアシステムの構築の一つの手法として取組を進めることが必要である。

- 認知症施策の推進についても、保健医療・福祉に係る専門的な知識及び経験が必要となることにかんがみ、(1)と同様に、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要である。なお、市町村の準備期間を考慮して順次実施することとし、平成30年度には全ての市町村で実施することとするほか、小規模市町村では事業の共同実施を可能とすることが求められる。

- 特に、認知症は早期診断・早期対応が重要であることから、初期の段階で医療と介護との連携の下に認知症の人やその家族に対して個別の訪問を行い適切な支援を行う「認知症初期集中支援チーム」や、地域の実情に応じた医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う「認知症地域支援推進員」の設置に取り組むことが重要となる。また、認知症ケアに携わる多職種の協働研修、認知症カフェ等による認知症の人とその家族への支援など認知症ケアの向上を推進する事業を地域支援事業で推進することも重要である。

- このほか、認知症施策については、専門医療機関の整備、認知症施策を担う医療・介護人材の対応力向上、予防・診断・治療・ケア技術等の確立に向けた研究の推進、家族に対する支援、認知症高齢者とは異なる特徴がある若

- 5 -

スを地域で整備していくことが求められる。

○ 例えば、高齢者のいる世帯では、都市部・地方にかかわらず、買い物に不便を感じている世帯が約5割となっており、一人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていることは、「家の中の修理、電球交換、部屋の模様替え」「掃除」「買い物」「散歩・外出」「食事の準備・調理・後始末」「通院」「ごみ出し」などが上位にあがっている。そして、NP0 等による生活支援サービスの利用者は、要介護者に限らず、要支援者、自立の人も多数含まれる。

○ その一方で、高齢者支援を目的とする 60 歳以上の住民グループ活動は 5.9%、高齢者見守りネットワークを形成している地方自治体は 36.8%にとどまり、住民の互助活動によるサービスや見守り活動は十分と言えない現状にある。

○ このような状況を踏まえれば、まず市町村が中心となって、NP0、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図ることが必要である。具体的には、高齢者等がサービスの担い手となるよう養成し、支援を必要とする高齢者の支援の場につなげ、生活支援サービスを行う事業主体間のネットワークを構築することや、地域のニーズと地域資源のマッチングなどを行うコーディネート者の配置や協議体の設置等について、地域支援事業の包括的支援事業に位置づけて取組を進めることが必要である。

○ これらを通じ、高齢者の中には事業の担い手となる者も現れ、高齢者が社会的役割を持つことにより、生きがいや介護予防にもつながることが期待される。

（5）介護予防の推進

○ 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを旨とするのではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOL の向上を目指すものである。

○ 一方で、これまでの介護予防の手法は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創

出など）が必ずしも十分ではなかったという課題がある。

○ このような現状を踏まえると、これからの介護予防は、機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要である。このような効果的なアプローチを実践するため、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すことが適当である。

○ 具体的には、今後の介護予防事業（一般介護予防事業）については、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、介護予防の理念の徹底の観点から、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する等、機能強化を図る必要がある。

○ さらに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から、国は都道府県と連携しながら技術的支援を行うとともに、全国・都道府県・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるよう、介護・医療関連情報の「見える化」を推進する必要がある。

○ なお、上記のような地域づくりのためには、介護保険制度のみならず、高齢化に対応した地域づくりに向けた国・地方自治体の諸施策が有機的に連携することが不可欠である。

（6）地域包括支援センターの機能強化

○ 地域包括支援センターの設置数は 4,328 か所、サブセンター・ブランチを合わせて 7,072 か所となっている（平成 24 年 4 月末時点）。センターを対象とした調査では、センターの 1/4 は業務量が過大と認識しており、センターの約半数は地域支援ネットワークを活かした介護支援専門員への支援を行っていないと回答している。また、相談件数は、1 センターあたり平成 21 年度 1,745 件が、平成 24 年度 2,264 件と 1.3 倍に増加している。

○ 地域包括支援センターは、行政直営型・委託型にかかわらず、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を動案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要である。

極的に生活支援の担い手となって、支援が必要な高齢者を支える社会を実現することが求められている。

○ また、「1 (5) 介護予防の推進」で述べたとおり、地域に多様な通いの場を作り、社会参加を促進していくことは、高齢者の介護予防にとって極めて重要であるが、趣味やボランティア活動等の社会参加についても、生活支援サービスと同様、地域の中で多様な主体により多様な場を確保していくことが重要である。

○ このような生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加促進の必要性に応えるためには、地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し、サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直すことが必要である。

○ 市町村が中心となって基盤整備を進めつつ、地域支援事業に移行することにより、既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NP0、民間企業、住民ボランティア等による生活支援サービスなど、多様なサービスが多様な主体により提供され、利用者が多様なサービスを選択可能となる。そして、高齢者は支え手側に回ることもでき、地域の中で社会的役割を持つという点で生きたい・介護予防にもつながることとなる。

○ 予防給付も地域支援事業も介護保険制度内のサービスの提供であり、財源構成も変わらないが、訪問介護・通所介護の地域支援事業の移行により、質を低下させることなく多様なサービスを効果的・効率的に提供するとともに、地域における互助の再構築と高齢者の社会参加を通じた自立支援といった好循環を生むことが可能となる。

○ この中で、事業移行後も、既にサービスを受けている者については必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とし、新しくサービスを受ける者については多様なサービスの利用を促進するが、必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とすることが必要である。

○ 予防給付のうち、訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、多様な形態でのサービス提供の余地が少ないことから、市町村の事務負担も考慮して、引き続き予防給付によるサービス提供を継続することが適当である。

○ 新しい総合事業の施行は第6期介護保険事業計画のスタートの平成27年4

- 10 -

○ 高齢化の進展、それに伴う相談件数の増加等を勘案し、センターに対する人員体制を業務量に応じて適切に配置することが必要である。さらに、今後、現在の業務に加え、「在宅医療・介護連携の推進」、「認知症施策の推進」、「地域ケア会議の推進」、「生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化」、「全ての市町村における総合事業の実施」を図る中で、それぞれのセンターの役割に応じた人員体制の強化とその他の財源確保、職員の研修の充実を図ることが必要である。

○ また、これらの新たな業務を行っていく際、地域の中で直営等基幹となるセンターや機能強化型のセンターを位置付けるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効果的かつ効率的な運営を目指すことが必要である。これに関連しては、地域ケア会議の活用のためにも、地域包括支援センターの機能強化、役割分担・連携を更に進める必要があるとの意見があった。

○ 委託型センターに対しては、市町村が提示する委託方針について、より具体的な内容を提示することを推進し、これにより、市町村との役割分担、それぞれがセンターが担うべき業務内容を明確化する必要がある。

○ センターがより充実した機能を果たしていくには、センターの運営に対する評価が必要であるが、現在、評価を実施している市町村は約3割にとどまっており、市町村運営協議会等による評価の取組を法定化するなど、継続的な評価・点検の取組を強化することが必要である。併せて、情報公表制度を活用するなどして、センターの取組について周知を図ることが必要である。

2. 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し

（見直しの背景・趣旨）

○ 「1 (4) 生活支援サービスの充実・強化」でも述べたとおり、一人暮らし高齢者等の急速な増加、家族の介護力の低下、地域を支える若年層の減少などにより、生活支援ニーズの高まりが顕在化する。

○ 特に、要支援者は生活支援のニーズが高く、その内容は配食、見守り等の多様な生活支援サービスが求められており、生活支援の多様なニーズに応えるためには、介護サービス事業者以外にも、NP0、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人など、多種多様な事業主体の参加による重層的なサービスが地域で提供される体制の構築が重要である。併せて、今後の地域における少子高齢化の進行やそれに伴い介護人材の確保が難しくなる状況を考えれば、高齢者は単にサービスの受け手・利用者ではなく、高齢者が積

- 9 -

月からとし、市町村の円滑な移行期間を考慮して、平成29年4月までにはすべての市町村で実施し、平成29年度末にはすべて事業に移行することが適当である。

（新しい総合事業の内容）

○ 新しい総合事業の事業構成は、要支援者と介護予防・生活支援サービス事業対象者（従来の二次予防事業対象者）が利用する訪問型・通所型サービス等の「介護予防・生活支援サービス事業」と、すべての高齢者が利用する体操教室等の普及啓発等を内容とする「一般介護予防事業」とすることが適当である。

○ 新しい総合事業の介護予防・生活支援サービス事業については、以下のとおりとすることが適当である。

- ・ 利用手続は要支援認定を受けて地域包括支援センターによるケアマネジメントに基づきサービスを利用することとともに、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の利用のみの場合は、基本チェックリスト該当で利用可能とする。

- ・ 事業費の単価については、サービスの内容に応じた市町村による単価設定を可能とする。訪問型・通所型サービスについては、現在の訪問介護、通所介護（予防給付）の報酬以下の単価を市町村が設定する仕組みとする。

- ・ 利用料については、地域で多様なサービスが提供されるため、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定する。ただし、既存サービスに相当するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みの下、市町村が設定する仕組みを検討する。利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとする。

- ・ 市町村が事業者へ委託する方法に加え、あらかじめ事業者を認定等により特定し、当該市町村の一定のルールの下、事業者が事業を実施した場合、事後的に費用の支払いを行う枠組みを検討する。

- ・ 利用者個人の限度額管理を実施し、利用者が給付と事業を併用する場合には、給付と事業の総額で管理を行うことを可能とすることを検討する。

○ 一般介護予防事業については、「1(6)介護予防の推進」のとおり、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、住民運営の通いの場を拡大させていくような地域づくり等の取組を推進することが適当である。

○ 市町村による事業の円滑な実施を推進するため、上記の「介護予防・生活

支援サービス事業」と「一般介護予防事業」の内容を、介護保険法に基づく指針で、ガイドラインとして示し、市町村の取組を支援する必要がある。また、ガイドラインには以下の事項等も盛り込むことが適当である。

- ・ 市町村による事業での様々な創意工夫の例や、認知機能が低下している者に対する事業など、事業で対応する際の留意点
- ・ すべての市町村が要支援者のサービス提供を効率的に行い、総費用額の伸びを低減させることを目標として努力すること

○ なお、専門職は、今後増加が見込まれる要介護者に対するサービス提供に従事していくことが重要であるが、もちろん要支援者に対しても、その状態を踏まえたケアマネジメントで専門職によるサービスが必要と判断された者に対してはそれにふさわしいサービスが適切な単価の下に提供されることが適当であり、この点、ガイドラインにも盛り込むことが適当である。また、このガイドラインについては、関係者の意見を聴きつつ、策定されることが適当である。

○ 市町村は介護保険事業計画の中で要支援者へのサービス提供の在り方とその費用について明記することになるが、その結果を3年度毎に検証することと新たな介護保険法に法定化することを検討する。要支援者に対するサービス提供について、各市町村が計画期間中の取組、費用等の結果について検証し、次期計画期間につなげていく枠組みを新たに構築する。

（市町村の事務負担の軽減）

○ 市町村の事務負担の軽減については、毎年度委託契約を締結するといった事務を不要等とするため事業所を認定等により特定する仕組みを導入することともに、審査・支払いに関して国民健康保険団体連合会を活用する。また、介護認定の有効期間の延長についても検討する必要がある。

（効率的な事業の実施）

○ 市町村は、

- ・ 総合事業の移行により、住民主体のサービスの利用を拡充すること
- ・ 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会の実現を図ること
- ・ リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化することにより、重度化予防を推進すること

など、サービス提供を効率的に行い、中長期的には総費用額の伸びが後期高齢者数の伸び程度となることを目安に努力するとともに、短期的には生活支援・介護予防の基盤整備の支援充実と併せ、より大きな費用の効率化を図る必要がある。

○ 総合事業の実施により、既存の介護事業者を活用しつつ、住民主体のサー

3. 在宅サービスの見直し

- 重度の要介護者、単身や夫婦の高齢者のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が今後増加していくことを踏まえ、そのような者の在宅生活を支え、在宅の限界点を高めるためには、訪問介護、訪問看護等の普及に加え、医療ニーズのある一人暮らしの重度の要介護高齢者等でも在宅で生活できるように平成 24 年度に創設された定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスといった新サービスや、小規模多機能型居宅介護などの更なる普及促進を図っていく必要がある。また、これらを適切に組み合わせることができるケアマネジメントが求められている。

- 在宅サービスに関して、
 - ① 個々の事業所単位だけではなく、広く事業所間で連携し事業運営できる仕組みの構築
 - ② 地域で不足している看護職員等の人材を柔軟に配置できるような連携体制の構築
 - ③ 介護事業者が地域における生活支援サービスに積極的に取り組むことができる体制の構築
- という方向で見直しを検討することにより、地域における人材の確保や包括的な支援体制の整備を進めていくことが適当である。

- 各サービスの現状と見直しの方向は以下のとおりである。各サービスの見直しの中には、法改正のみならず、基準の見直しや介護報酬の改定で対応すべきものがあり、引き続き、社会保障審議会介護給付費分科会で議論を行っていく必要がある。

(1) 定期巡回・随时対応型訪問介護看護

- 平成25年9月末日現在、定期巡回・随時対応型訪問看護看護は、166保険
者で335事業所が指定を受け、4,261人が利用している。サービスの普及は
徐々に進んでいるもの必ずしも十分ではなく、更にサービスを普及して
いくためには、市町村、事業者、介護支援専門員等が、サービスについての
理解を深めていくとともに、地域のニーズを正しく把握していくことが重要
である。また、看護職員の確保や訪問看護事業所との連携が参入の障壁の一
つと言われている。

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の普及を図るため、地方自治体や事業者、介護支援専門員、看護関係者を中心に、サービスの普及啓発を行っていることが重要である。また、定期巡回・随時対応サービス事業所と訪問看護事業所との連携の在り方等を検討していくことが必要である。なお、介護サービスと看護サービスを一体的に提供かつ運営がなされている事業所の設置

- 14 -

業の事業費の上限については、円滑な事業移行が図られ、保険料負担者の理解と納得感が得られる事業実施となるよう、費用の効率化の趣旨を踏まえ、以下のとおりとすることが適当である。

- ・ 予防給付から事業に移行する分を賄えるよう設定する。
- ・ 当該市町村の予防給付から移行する訪問介護、通所介護と予防事業の合計金額を基本としつつ、当該市町村の後期高齢者数の伸び等を勘案して設定した額とする。
- ・ 仮に市町村の事業費が上限を超える場合の対応については、制度施行後の費用の状況等を見極める必要があること等を踏まえ、個別に判断する仕組みなどの必要性についても検討する。

(金) 金部

- 今回の見直しの目的・趣旨は、1 (1) から (6) までに掲げたとおり、地域支援事業を充実するとともに、予防給付の見直しに市町村が中心となつて取り組み、地域の多様なニーズに応えながら、地域包括ケアシステムの構築を実現することにあり、以上のとおり、予防給付の見直し全般については、概ね意見の一致を見たと。

- ただし、市町村の円滑な事業運営が進むように国・都道府県は市町村を支援すべき、ガイドラインにサービスの質を一定程度担保できるような内容を盛り込むべき、急激な高齢化が進む中で事業者は費用の効率化に努めるべき、上限が機能せず事業のメニュー・費用がかえって増加することのないよう実効性を確保すべきなどの留意事項を挙げる意見があった。

また、事業費は前年度実績を上回らないことを原則とすべき、現行の地域支援事業・総合事業の財源構成そのものが問題であり市町村の裁量で実施する事業に第2号被保険者の保険料を充てること自体を見直すべきなどの意見があった一方で、抑制のみに着目すべきではなく財源をしっかりと確保すべき、削減減ありきの議論で、サービスの質の低下、専門職の意欲の低下、労働者の処遇の悪化、利用者の状態悪化を招かないよういすべし、財源が厳しい地方自治体の中には供給量と質の低下が進んでいくところが出てくる可能性は否定できないなどの意見があった。このほか、NP0やボランティア等については地域偏在があることからすべての市町村で受け皿の整備ができるか不安との意見、要支援の認定率は地域格差があることから要介護認定を併せて見直す必要があるとの意見があった。

要支援者にはボランティアではなく専門家が予防給付としてサービスを提供すべき、市町村の独自事業とすべき、要支援1のみを事業に移すべきなど、見直しについて異論もあった。

- 13 -

置を促進する方策を検討していくことが必要であるとの意見があった。

（2）訪問介護

○ 訪問介護のサービスの質を高めるためには、訪問介護事業所のサービス提供責任者と介護支援専門員との連携が重要であり、重要な役割を担うサービス提供責任者の積極的な取組が進むようにしていくことが重要である。

○ また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の導入に併せて、平成24年の介護報酬改定で導入された「20分未満の身体介護サービス」は、1日複数回提供できるサービスの選択肢として、その要件等の在り方を検討していくことが必要である。

（3）訪問看護

○ 訪問看護は、地域包括ケアシステムの根幹を成すサービスの一つであり、特に医療ニーズのある重度の要介護者が、住み慣れた地域での在宅生活を継続するための必須のサービスである。近年、利用者数、ステーション数とも増加傾向にあるものの、将来のサービス需要の増大に対して、その担い手である訪問看護職員の確保が十分になされていないという課題がある。将来にわたって、安定的な看護サービスの提供体制を確保するため、その担い手である訪問看護職員の確保を推進する新たな施策の展開が必要である。

○ このため、例えば、以下のような取組を含めた新たな施策を推進する必要がある。

- ① 訪問看護ステーションにおけるICTを活用した情報共有や業務の効率化による現職訪問看護職員の定着支援等
- ② 新卒看護師等への訪問看護に関する普及啓発
- ③ 訪問看護ステーションのサービス向上に資する職員研修の充実（地域における困難事例の共有や解決に向けた技術支援、訪問看護職員の育成のための実地研修体制の構築支援）
- ④ 小規模な訪問看護ステーションの規模拡大に向けた初期支援や実地研修の実施等の機能を持つ拠点としての訪問看護ステーションの整備

○ 更に、これらの取組においては、都道府県が地域の実情を踏まえた訪問看護サービスの確保のための施策を策定し、その内容を介護保険事業支援計画や医療計画に盛り込んでいく必要がある。

○ また、訪問看護はステーションの規模が大きくなるほど効率性が向上すること等で、看護師1人当たりの訪問件数、在宅における看取り件数、夜間・深夜・早朝訪問件数が多く、24時間対応や連絡体制の介護報酬算定率が高く

なっている実情にあることから、利用者のニーズに合わせたサービスの供給量を確保できていることが想定される。このため、訪問看護ステーションの規模拡大を引き続き推進していくことが適当である。

○ なお、より地域の実情を把握している市町村が、訪問看護サービスのニーズを把握し、都道府県と協力していくことが重要であり、現在では都道府県・指定都市・中核市が担っている訪問看護事業所の指定について、市町村へ権限移譲することも含めて検討すべきとの意見や、看護職員の確保が十分でないことを踏まえ、効率的にサービスを提供するため、互いの専門性を考慮しつつ、看護と介護の連携をより推進すべきとの意見があった。

（4）小規模多機能型居宅介護

○ 平成25年8月現在、小規模多機能型居宅介護の利用者は約7.6万人であるが、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、在宅生活の限界点を高めるため、今後もサービスの更なる普及促進を図っていく必要がある。

○ 小規模多機能型居宅介護は、平成18年度のサービス創設以降、登録された利用者に対して「通い」を中心に「訪問」や「泊まり」を提供するサービスとしての役割を担ってきたが、「訪問」の提供が少なく、「通い」に偏ったサービスとなっている事例も見受けられる。

○ 重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加していくことを踏まえると、「訪問」を強化する必要性が高く、さらに今後は、地域包括ケアシステムを担う中核的なサービス拠点の一つとして、地域に対する役割の拡大が求められている。

○ 具体的には、事業者の参入を促すとともに、地域住民に対する支援を柔軟に行うことが可能になるよう、小規模多機能型居宅介護事業所の役割を見直す必要がある。以下のように今後検討していく必要がある。

- ・ これまでのように「通い」を中心としたサービス提供に加え、在宅での生活全般を支援していく観点から、「訪問」の機能を強化する方策
- ・ 登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう、従事者の業務要件の緩和等
- ・ 看護職員の効率的な活用の観点から、人員配置について、他事業所との連携等の方策
- ・ 事業所に配置されている介護支援専門員による要介護認定申請の手続が進むよう周知徹底
- ・ 基準該当短期入所生活介護事業所（指定短期入所生活介護の人員基準等の要件の一部を満たしていない事業所）が併設できる事業所等への小規模

多機能型居宅介護事業所の追加と、専用の居室が必要とされている設備基準の緩和

（５）複合型サービス

○ 複合型サービスは、医療ニーズの高い中重度の要介護者が地域での生活を継続できるための支援を図る目的で平成24年度に創設されたものである。具体的には「通い」「泊まり」「訪問看護」「訪問看護」といった複数のサービスの利用を組み合わせることによって、退院直後の在宅生活へのスムーズな移行や家族の介護負担の軽減を図るとともに、不安が強い看取り期等においても在宅生活の継続に向けた後方支援となり得るサービスである。

○ サービス参入事業所からみた複合型サービス開始後の効果としては、看護職が事業所内にいることで医療ニーズの高い利用者に対しても看護が提供でき、介護職員との連携が促進されたこと等が挙げられているが、医療ニーズを有する在宅利用者を訪問看護サービスで支援する上で、「通い」や「泊まり」を組み合わせることが、必ずしも十分に活用されていないといった課題がある。また、複合型サービスへの参入理由は「従来から医療ニーズの高い利用者が増加していたため」が最も多く、参入時に困難であったことは「看護職員の新規確保」が最も多くなっている。

○ 平成25年10月末日現在、複合型サービスは、78保険者で90事業所が指定を受け、1,432人が利用しているが、地方自治体において複合型サービスの制度、参入メリット等が十分に理解されていない現状もあるため、更なる普及啓発を図る必要がある。同時に、複合型サービスとして求められている医療ニーズへの対応の更なる充実に向けて、医療機関との連携の強化や、地域のニーズに合わせた登録定員の柔軟な運用等も含めた検討を行っていく必要がある。

（６）通所介護

○ 通所介護については、事業内容の自由度が高く、介護や機能訓練に重点を置いたものとレスパイト中心のものがあり、また、事業所の規模やサービス提供時間の長さも異なるなど、様々なサービス提供の実態がある。特に小規模の事業所については、介護報酬単価が高く設定されており、実際に参入事業所数も、小規模事業所の増加が顕著な状況にある。このような実態を踏まえ、その機能に着目した上で、通所介護の事業内容を類型化し、それに応じて介護報酬にメリハリをつけることを検討することが必要である。また、効果的・効率的な事業展開を促進する観点から、サービス提供実態を踏まえた上で、人員基準の緩和を検討することが必要である。

○ これらの小規模の通所介護については、少人数で生活圏域に密着したサービスであることから、地域との連携や運営の透明性を確保するため、市町村が指定・監督する地域密着型サービスに位置づけることが必要である。また、選択肢の一つとして、事業所の経営の安定性を図るとともに、柔軟な事業運営やサービスの質の向上の観点から、人員基準等の要件緩和をした上で、通所介護（大規模型・通常規模型）事業所のサテライト事業所に位置づけることや、小規模多機能型居宅介護の普及促進の観点から小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所に位置づけることも検討する必要がある。

○ 地域密着型サービスに位置づける場合、その施行時期については、平成28年4月までの間とし、条例制定時期は施行日から1年間の経過措置を設けることが必要である。また、市町村の事務負担を少しでも軽減するため、地域密着型サービス事業所の指定の際の市町村長による運営委員会の実施等関係者の意見反映のための措置の義務付けを緩和して努力義務とするほか、移行に際しての事業所指定の事務、運営推進会議の弾力化等、事務負担の軽減を併せて検討する必要がある。

○ また、通所介護の設備を利用して法定外の宿泊サービスを提供している場合については、泊まりの環境が十分でない等の問題点も指摘されている。このため、利用者保護の観点から届出、事故報告の仕組みや情報の公表を行い、サービスの実態が把握され、利用者や介護支援専門員に情報が提供される仕組みとすることが適当である。

○ なお、通所介護と通所リハビリは、高齢者の自立支援を目的としてサービスを提供する機能が期待されており、両サービスについて、整合性がとれた見直しに向けた検討が必要との意見があった。

（７）福祉用具

○ 高齢者の自立支援を図るためには、自らの身体能力等を最大限に活用できるような生活環境の観点から支援することが必要であり、要介護者・要支援者が増加する中、福祉用具の役割は重要となっている。

○ 自立支援により資する福祉用具の利用を図る観点から、福祉用具専門相談員の指定講習内容の見直しを踏まえ、福祉用具専門相談員の要件を、福祉用具に関する知識を有している国家資格保有者及び福祉用具専門相談員指定講習修了者とすることが適当である。その際、現に従事している福祉用具専門相談員については、福祉用具サービス計画に関する知識も含め、常に福祉用具貸与（販売）に関する必要な知識の修得及び能力の向上に努めなければならないとすることが適当である。また、更なる専門性向上等の観点から、福祉用具貸与事業所に配置されている福祉用具専門相談員の一部について、

より専門的知識及び経験を有する者の配置を促進していくことについて検討する必要がある。

- 複数の福祉用具を貸与する場合において、効率化・適正化の観点から、都道府県等に届け出ている福祉用具の価格（利用料）からの減額を認めることを検討する必要がある。また、利用者に適した福祉用具の選択のための情報を提供の一環として、ホームページ上において福祉用具の価格情報の公開の取組を進めることが適当である。

（8）住宅改修

- 「住宅改修を行う事業者に対する指導が難しい」、「事業者により技術・施工水準のバラツキが大きい」という実態を踏まえ、住宅改修の質を確保する観点から、市町村が、あらかじめ事業者の登録を行った上で住宅改修費を支給する仕組みを導入できるようにする必要がある。なお、住宅改修の専門家の育成と活用について推進が必要であるとの意見があった。

（9）ケアマネジメント・居宅介護支援

- ケアマネジメントについては、介護保険部会等において様々な課題が指摘され、ケアマネジメントを担う介護支援専門員について、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」を開催し、平成25年1月に中間的な整理がまとめられた。

- 検討会では、自立支援に資するケアマネジメントを推進するとともに、地域包括ケアシステムを構築していく中で、多職種協働や医療との連携を推進していくため、①介護支援専門員自身の資質向上、②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備、という視点で対応の方向性がまとめられたところであり、提言された項目ごとに具体化に向けて取り組むことが重要である。

- 具体的には、現在、居宅介護支援事業者の指定は、都道府県・指定都市・中核市が行っているが、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるようにするため、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが必要となってくることから、地域でケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援などに市町村が積極的に関わっていくよう、保険者機能の強化という観点から、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に移譲することが適当である。この際、施行時期については、平成30年4月とし、条例制定時期は施行日から1年間の経過措置を設けるとともに、市町村の事務負担の軽減等のために、事業所の指定事務の確認事務の委託を推進するなど、必要な支援を行う必要がある。な

お、権限移譲に関しては、公平中立の観点から都道府県の適切な関与が必要であり、引き続き検討が必要との意見があった。

- また、介護支援専門員実務研修受講試験の受講要件の見直し、介護支援専門員の研修制度の見直しなど、介護支援専門員の資質向上を図り、ケアマネジメンの質を向上させるための取組を進める必要がある。さらに、介護支援専門員の資質向上に当たっては、専門職である介護支援専門員自らが取り組むとともに、主任介護支援専門員の果たす役割が大きいことから、主任介護支援専門員に更新制を導入するなど、主任介護支援専門員についても資質向上を図ることが必要である。

- 福祉用具の貸与のみを行うような簡素なケアプランについては、介護支援専門員による月々のモニタリングの在り方を見直すことを検討する必要がある。なお、この点に関し、状態変化などリスクのあるケースなどもあることから、その見直しに当たってはこの点に留意して検討していくことが必要である。

4. 施設サービス等の見直し

（1）特別養護老人ホーム

- 特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）については、特養入所者に占める要介護3以上の割合は、年々上昇し、平成23年では約88%となっており、入所者の平均要介護度も年々上昇している。在宅で要介護4・5の特養の入所申込者は、平成21年の調査では約6.7万人となっており、重度の要介護者の入所ニーズにどのように応えていくかが大きな課題となっている。

- 重度の要介護状態で、特養への入所を希望しながら、在宅での生活を余儀なくされている高齢者が数多く存在していること等を踏まえると、特養については、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化すべきであり、そのためには、特養への入所を要介護3以上に限定することが適当である。

- 他方、要介護1・2の要介護者であっても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、施設ごとに設置している入所検討委員会を経て、特例的に、特養への入所を認めることが適当である。

- また、制度見直しに伴い、

（2）介護老人保健施設・介護療養型医療施設

○ 地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、介護老人保健施設の在宅復帰支援機能・在宅療養支援機能については、引き続き、強化する必要がある。

○ 例えば、在宅復帰を円滑に進めている介護老人保健施設の特徴として、退所後に必要となる訪問系サービスを施設自ら提供しているということが指摘されており、在宅復帰者の在宅療養継続を更に支援するために、より多くの介護老人保健施設が、入所時から在宅療養まで必要な支援を一体的に実施できる体制を構築する必要がある。

○ 具体的には、地域包括ケアシステムの推進のため、リハビリテーション専門職や看護職員などの専門性を地域に還元することが重要であり、医療専門職が多く勤務する介護老人保健施設のノウハウ等を地域に還元する取組を積極的に行うことが求められる。

○ また、介護老人保健施設を運営する医療法人等が積極的に訪問リハビリテーションを実施し、訪問看護ステーションや訪問介護事業所等も設置し運営することにより、介護老人保健施設を退所した利用者が、地域で継続してケアを受けられることを推進すること等も考えられる。

○ さらに、介護老人保健施設を退所したが、短期間で元の施設に戻るケースが一定程度存在することについて、その実態を更に把握するとともに、適切なケアを効率的に提供する観点から、今後どのような対応が必要とされるかについて検討する必要がある。

○ 介護療養型医療施設については、日常的な医療的ケアを要する要介護高齢者の長期療養を担っており、看取りやターミナルケアの実施も相対的に多い。また、介護老人保健施設の一部も同様の機能を有している。両施設が果たしているこれらの機能の今後の在り方について、引き続き、検討が必要である。

○ なお、介護療養型医療施設の廃止方針については、医療費適正化計画により実効あるものとすることを含め、介護老人保健施設等への転換を着実に進め、計画的に平成29年度末への廃止に向けた対応を取るべきとの意見があった一方で、医療ニーズを伴う要介護高齢者の増加等から廃止時期を延期すべきとの意見があった。

（3）高齢者向け住まい

- 22 -

① 既入所者については、現在、要介護1・2の要介護状態で入所している場合のみならず、中重度の要介護状態であった者が、制度見直し後に、要介護1・2に改善した場合であっても、引き続き、施設サービスの給付対象として継続入所を可能とする経過措置を置くとともに、

② 制度見直し後、要介護3以上で新規に特養に入所した者が、入所後、要介護度が要介護1・2に改善した場合についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、引き続き、特例的に、継続入所を認めることが適当である。

○ その際、特例の要件について、入所判定の公平性を確保するため、各市町村で判断基準に大きな差異が出ないよう、国は指針等で具体的な要件を示すとともに、地域での在宅サービスの提供体制の構築を阻害するような要件設定とならないよう留意すべきである。

○ 一方で、特養の重点化を推進する観点から、地域包括ケアシステムの構築を目指し、在宅サービスの充実や、要介護高齢者の地域生活の基盤である住まいの確保に向けた取組を進めていく必要がある。

○ 併せて、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、特養の有する資源やノウハウを地域の中で有効活用し、入所者に対してのみならず、在宅で暮らす重度の要介護者等に対しても、小規模多機能型居宅介護等の在宅サービスや生活支援サービス等の取組を促進させ、特養を地域におけるサービスの拠点として活用する方策について検討する必要がある。

○ さらに、特養の重点化に伴い、今後、特養においては、医療ニーズの高い入所者への対応とともに、施設内での「看取り」対応が課題となる。看取り体制を一層強化していくため、特に夜間・緊急時の看護体制等、「終の棲家」の役割を担うための機能や体制等の医療提供の在り方について検討する必要がある。

○ 以上のとおり、特養の中重度者への重点化については、概ね意見の一致を見たが、要介護認定の結果に一部地域間格差が見られること等から特養への入所は要介護2以上に限定すべきとの意見や、要介護1・2の受給権・サービスを要介護1・2の受給権・選択権を取り上げなければならないといった意見も一部にあった。

○ このほか、特養については、過去に作られた多床室が数多く存在しており、現在も一定数の地方自治体が本人負担への配慮など地域の実情に応じて条例で多床室の整備を認めているという実態があるが、高齢者の尊厳を保持する観点から、プライバシーの保護に配慮した多床室が必要との意見があった。

- 21 -

の大半が住所地利例の対象外となっている。

- サービス付き高齢者向け住宅が多く立地する保険者の保険料負担を考慮し、その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえると、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅についても、住所地利例の対象としていく必要がある。
- また、従来の住所地利例では、住宅型有料老人ホームのように外部のサービス等を利用しようとする場合に、入居者が住所地の市町村の指定した地域密着型サービスや地域支援事業を事実上使えないという課題があった。サービス付き高齢者向け住宅についても同様の課題が生じる可能性があることから、地域包括ケアシステム構築の考え方に沿って、住所地利例対象者については、住所地利村の指定を受けた地域密着型サービスや住所地利村の地域支援事業を利用できることとし、その費用についても事務負担に配慮しつつ市町村間で調整できるようにする必要がある。なお、医療保険制度においても同様にサービス付き高齢者向け住宅について住所地利例を適用することを検討する必要があると考えられる。

5. 介護人材の確保

- 介護人材は、2025（平成37）年度には237～249万人が必要と推計されており、現在の149万人から毎年6.8～7.7万人の人材を確保していく必要がある。
- そのためには、学卒就職者やハローワーク、福祉人材センターなどを通じて新たに入職してくれる者を確保・増加させるとともに、離職して他産業へ流出していく者が流出せず介護分野に定着するよう取り組むことが重要である。
- 介護人材の確保に当たっては、事業者の意識改革や自主的取組を推進することが重要であるとともに、人材の新規参入の促進と定着を図る取組が必要であり、他の産業に比べて離職率が高いことや平均賃金が低いことなどの課題を踏まえ、
 - ① 介護業界のイメージアップや学童期からの介護についての教育、介護職員の専門性に対する社会的認知度のアップ等社会的評価の向上の推進、多様な人材が就労できるような裾野を広げる取組などの参入の促進
 - ② 研修の受講支援や法人の枠を超えた人事交流の推進などのステップアップを促すキャリアパスの確立
 - ③ 介護職員の負担軽減のための介護ロボットの開発促進・福祉用具の活用

- 単身や夫婦のみの高齢者のみが高齢者世帯が増加し、高齢者のニーズが介護も含めて多様化する中、地域包括ケアシステムの構築に向け、地域生活の最も基本的な基盤である高齢者の住まいの確保は、ますます重要となっている。

- 多様な高齢者向け住まいが整備されていく中で、その選択肢の一つである「有料老人ホーム」や「サービス付き高齢者向け住宅」については、近年、その数が大幅に増加しているが、契約やサービスの利用などに際しては、入居者が不利益を被ることのないよう、適正な運用を図っていく必要がある。この点、特にサービスの利用について、地方自治体は、過剰な介護サービスや質の低い生活支援サービスが提供されることのないよう、事業者に対して適切な指導・監督を行っていく必要がある。なお、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅に対しては、老人福祉法の規定に基づき、入居者の保護を図るための改善命令などを行うことができることについても広く周知する必要がある。
- また、入居希望者が、自らのライフスタイルや将来も含めた介護ニーズに見合った住まいとして適切に選択できるよう、入居することでのどのような医療・介護サービス（外部サービスを含む）等について、事業者自らが自己評価を公表する仕組みを構築すべきとの意見があった。
- 経済上の理由等で高齢者が入所する「養護老人ホーム」や「軽費老人ホーム」については、低所得高齢者や介護保険制度等では対応が難しい処遇難な高齢者の生活を支える機能を一層発揮できるよう、居住環境の改善を図るとともに、生活支援に関する高齢者のニーズに適切に応えるため、当該施設の新たな役割や在り方について検討していく必要がある。
- さらに、低所得・低資産の高齢者が地域で安心して暮らせるよう、低廉な家賃の住まいが確保され、見守り等の生活支援サービス等が提供される環境を整備するための取組を行う必要がある。また、こうした低廉な家賃の住まいの場として、全国で増加傾向にある空家等の既存資源を有効に活用する必要がある。
- 有料老人ホームなどの特定施設は、特養等と同じく、現在、住所地利例の対象となっており、入所前の住所地の保険者が引き続き保険者となっているが、例外として、サービス付き高齢者向け住宅のうち「賃貸借方式のもの」でかつ「特定施設入居者生活介護を提供していないもの」は、特定施設に該当しても、住所地利例の対象外となっており、サービス付き高齢者向け住宅

やICTを活用した情報連携の推進・業務の効率化などの職場環境の整備・改善

④ 処遇改善

の4つの観点から、事業者等とも連携して、国・都道府県・市町村が役割分担しつつ、それぞれが積極的に取り組むべきである。

○ 具体的には、

- ・ 国は、介護報酬改定を通じた処遇改善の取組の推進、キャリアパス制度の確立に向けた取組の推進
- ・ 都道府県は、介護保険事業支援計画を活用しつつ、人材確保に向けた様々な取組の推進
- ・ 市町村は、単身高齢者などが増加する中、必要性が高まる生活支援サービスの担い手を育成・確保するとともに研修を実施することなどを中心に取り組むことが重要である。

○ これまで、介護従事者の処遇改善に重点をおいた平成21年度介護報酬改定、平成21年10月からの介護職員処遇改善交付金の実施、時限措置の処遇改善交付金から安定的な効果を継続させるための介護職員処遇改善加算を新設した平成24年度介護報酬改定といった取組を行ってきた。引き続き、国は平成27年度の介護報酬改定において処遇改善に向けた検討を行うことが必要である。なお、この点に関して、介護職員処遇改善加算は継続すべきとの意見があった一方で、介護報酬の引上げは保険料負担の増大に直結するものであり、事業者の経営実態が改善していることも踏まえ、事業者の更なる自助努力を求めていることを優先すべきとの意見があった。

○ 都道府県は、介護人材の確保に関する事項が介護保険事業支援計画の記載事項となっていることから、特に積極的な政策展開が求められる。地域によって高齢化等人口構成の状況が異なること、介護労働市場は地域密着型であること、地域の関係者が協力して対策を講じていくことが効果的であることなども勘案すると、これまで以上に都道府県が広域的な視点から総合的な取組を推進することが期待される。

○ このためには、まず、必要となる介護人材の推計を行うことが重要であるが、現在推計を実施している都道府県は少数である。推計手法が示されていないために実施できていないところもあることから、国は、都道府県で必要となる介護人材の推計が可能となるワークシートを整備して提供するなど、都道府県の人材確保の取組を支援していく必要がある。

○ また、都道府県レベルで協議会を設置し、介護関係団体等が参画・協働して施策を推進していくなど、都道府県の先進的な取組が既にあり、そこであり、それらを参考にしつつ取組を進めることが重要である。

○ 取組に当たって、介護保険事業支援計画の基となる国の基本指針と、「福祉人材確保指針」・「介護雇用管理改善等計画」との連携が重要であり、国においては、関係部局が連携しながら、必要な見直しを検討することが適当である。また、これらの見直しを踏まえ、都道府県は介護保険事業支援計画を策定することが必要である。

○ なお、都道府県が策定する介護保険事業支援計画に関して、生活支援サービスの担う人材の必要量も記載していくことが必要であるとの意見があった。

6. 介護サービス情報公表制度の見直し

○ 情報公表制度は平成18年度から制度化されたものであるが、介護サービスの利用者やその家族等が介護サービス事業所や施設を比較・検討して適切に選択するための情報を都道府県がインターネット等で提供する仕組みとして、現在、全国約17万カ所の介護サービス事業所の情報が公表されている。

○ 地域包括ケアシステム構築の観点から考えると、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するためには有益な情報である地域包括支援センターと配食や見守り等の生活支援の情報については、現在の公表制度では情報を入手できないことから、これらの情報についても、既に全国に定着している本公表制度を活用し、介護サービスの情報と一体的に集約した上で、広く情報発信していくことが適当である。

○ また、平成23年の改正の際、事業者による雇用管理の取組を進めることを目的とし、都道府県に対して、介護サービスの質及び介護従業者に関する情報について公表を行うよう配慮するとの規定が設けられたが、現在のところ、これらの情報を公表している都道府県は少ない。今後、介護人材の確保が重要となる中、各事業所における雇用管理の取組を推進することが重要であり、現行の従業者等に関する情報公表の仕組みについて、円滑に事業所が情報を公表でききよう見直しを行う必要がある。なお、この点に関し、従業者の処遇に関わる情報として介護プロフェッショナルキャリアアセスメント制度の情報等について公表すべきとの意見があった。

○ さらに、サービスの質の担保の観点から、通所介護の設備を利用して提供している法定外の宿泊サービスについての情報公表も行う必要がある。また、利用者や家族は介護サービスの情報を必ずしもホームページを通じて入手

○ 高齢者自身は第1号保険料の納付と利用者負担により保険財政を支えているが、保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、現役世代に過度な負担を求めず、高齢者世代内において負担の公平化を図っていくためには、第1号被保険者のうち、一定以上の所得のある方について、2割の利用者負担とする必要がある。

- 一定以上の所得の水準については、事務局から
 - ① 第1号被保険者全体の上位20%に該当する合計所得金額160万円（年金収入の場合280万円）以上
 - ② 第1号被保険者のうち課税層（約38%）の上位半分に該当する合計所得金額170万円（年金収入の場合290万円）以上の2案が示された。

○ 高齢者世代内で相対的に所得の高い方に更なる負担を求めるべきであるという点については、概ね意見の一致を見た一方で、介護保険料で負担能力に応じた負担をしており、利用者負担は一律1割とすべきという意見や、利用者負担の引上げによりサービスの利用控えが起きることを懸念する意見も一部にあった。

○ 一定以上所得者の水準については、事務局提案のうち第1号被保険者全体の上位20%に該当する水準という案を支持する意見があったほか、課税層全員又はモデル年金額を水準とすべきといった事務局案より対象を広げるべきとの意見がある一方、現行の介護保険料の第6段階や、医療保険制度の現役並み所得のある者とすべきといった意見など、様々な意見があった。

○ 第2号被保険者で給付を受けける方については、特定疾病になった場合のみ給付を受けるとや、高齢者世代より被扶養者や消費支出が多いこと等を踏まえ、第1号被保険者と同様の見直しは適当ではないとの意見が多かった。

○ また、高額介護サービス費の負担限度額については、要介護状態が長く続くことを踏まえ、基本的に据え置くこととするが、2割負担となる方のうち、特に所得が高い、高齢者医療制度における現役並み所得に相当する所得がある方については、現行の37,200円から医療保険の現役並み所得者の多数該当と同じ水準である44,400円とすることが適当である。なお、この点に関し、現役並み所得者相当に限定するのではなく、2割負担となった一定以上所得者について37,200円を引き上げるべきとの意見も一部にあった。

○ こうした利用者負担等の見直しに当たっては、可能な限り市町村の事務負担が複雑にならないように配慮する必要がある。

するのではないことから、地域の高齢者ボランティア等を活用して、地域包括支援センター等で情報公表システムを用いて利用者や家族に分かりやすく情報提供するなどの工夫も重要である。

II 費用負担の見直し

1. 低所得者の1号保険料の軽減強化等

○ 現行の1号保険料については、所得段階別に原則として6段階設定となっており、世帯非課税である者については、基準額の0.5倍又は0.75倍を標準として軽減されている。今後の高齢化の進行に伴う保険料水準の上昇と消費税率の引上げに伴う低所得者対策強化を踏まえ、基準額に乗ずる割合を更に引き下げ、その引き下げた分について、現行の給付費の50%の公費負担に加えて、公費を投入することが必要である。

○ また、現行の介護保険料の段階設定は標準で第6段階までとなっているが、特例第3・4段階の設定も含めて、現在、多くの保険者で多段階の保険料設定がなされている。保険料負担の応答性を高めるため、特例第3・4段階を標準化しつつ、第5段階以上を細分化し、標準を9段階とすることが必要である。

○ 保険者ごとの第1号被保険者と第2号被保険者の比率の差は、2号保険料を全国プールすることで調整するとともに、第1号被保険者の中でも要介護リスクの高い75歳以上の比率の差は調整交付金で調整している。さらに、調整交付金では第1号被保険者の所得の状況によって生じる差も調整しているが、この所得調整を強化するため、標準6段階を用いている現行の調整方法を上述の保険料設定方法の見直しに併せて標準9段階を用いた調整方法に改めることが必要である。

2. 一定以上所得者の利用者負担の見直し

○ 介護保険制度においては、制度創設以来、所得に関わらず利用者負担を1割としており、高額介護サービス費の負担限度額も据え置かれている。その一方で、高齢化に伴い介護費用が増加し、今後も増加し続けていくことが見込まれる中で、制度の持続可能性を高めることが求められている。

○ 預貯金等の基準としては、単身で1000万円超、夫婦世帯で2000万円超という基準は妥当であるが、負債がある場合や、生命保険のように保険事故が起きるまで活用できない資産については配慮を行う必要がある。

○ 同じ資産であっても、直ちに活用のできない不動産については、預貯金等と異なった取扱いとする必要がある。この点については、一定額以上の宅地を保有している場合、在宅での生活を前提としているショートステイを除き、補足給付の対象外とし、宅地を担保とした貸付を実施することができないが、検討を進めてきた。こうした事業を実施するためには、貸付の対象者や資産の評価の在り方、受給者が死亡した後の債権の回収方法など、事業を実施する上での課題を更に整理するとともに、市町村が不動産担保貸付の業務を委託することができる外部の受託機関を確保することが必要であり、引き続き検討を続けていくことが必要である。

○ なお、社会保障・税番号制度が今後施行されることから、その施行の状況を踏まえ、同制度を通じた預貯金や不動産の資産の把握についても検討を行っていく必要があるとの意見があった。

○ また、同一世帯に課税者のいる非課税者が施設入所等に伴い世帯分離をすると単身で非課税世帯となり、補足給付の対象となる点については、配偶者間には他の親族間より強い生活保持義務があることを踏まえ、世帯分離をしても配偶者の所得を勘案する仕組みとし、配偶者が住民税課税者である場合は、補足給付の対象外とすることが適当である。

○ さらに、遺族年金や障害年金といった非課税年金については、課税収入としては算定されないため、補足給付の段階の判定に当たっても年金収入としては反映されず、老齢年金と同じ年金額でも給付の額を決定する上での取扱いが異なることとなっている。この点については、補足給付の段階の判定に当たって非課税年金も収入として勘案することが適当であるが、障害年金を勘案することを懸念する意見も一部にあった。また、この際、市町村の業務を支えるためには、非課税年金の情報が市町村に提供される仕組みを検討する必要がある。

4. 介護納付金の総報酬額

○ 第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、各医療保険者に加入する第2号被保険者の人数に応じ按分しており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、各保険者の総報酬額に応じたものとしていくことが当部会でこれまでも議論されてきた。

- 30 -

3. 補足給付の見直し（資産等の勘案）

○ 制度発足時の介護保険においては、介護保険三施設（特養、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）及びショートステイに限り、居住費・食費が給付に含まれていた。平成17年10月よりこれらのサービスの居住費・食費を給付の対象外としたが、低所得者が多く入所している実態を考慮して、住民税非課税世帯である入所者については、その申請に基づき、世帯の課税状況や本人の年金収入及び所得を勘案して、特定入所者介護サービス費（いわゆる補足給付）として、介護保険三施設及びショートステイに限り居住費・食費の補助を行っている。

○ こうした経過的かつ低所得者対策としての性格を持つ補足給付であるが、預貯金等の資産を保有していたり、入所して世帯は分かれても配偶者に負担能力があるようなときに、保険料を財源とした居住費等の補助が受けられることについては、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から課題があるため、可能な限り是正していくことが必要である。

○ 資産については、換金しやすい預貯金等とそれが容易ではない不動産を分けて整理することとし、まず、一定額以上の預貯金等がある方を補足給付の対象外としていくことについて、議論を行った。

○ 預貯金等については、本人と配偶者の貯蓄等の合計額が一定額を上回る場合には、補足給付の対象外とすることで概ね意見の一致を見た。

○ ただし、現在のところ預貯金等を完全に把握する仕組みがないことから、実務上は当面自己申告の仕組みにより対応せざるを得ない。この点について、新たな不公平が生まれることを懸念する意見が一部にあったが、社会保障・税番号制度が施行されても直ちに預貯金等の把握が可能となるものではなく、完璧な捕捉の仕組みを前提とするならば、当面補足給付への資産の勘案を実現することはできない。それでは、上述したように在宅で暮らす方や保険料負担者との大きな不公平を放置することとなることから、むしろ現在実施可能な手段を用いて負担の公平化を可能な限り図ることが望ましい。

○ これらを踏まえ、預貯金等の勘案の具体的な実施方法については、市町村の事務負担にも十分に配慮し、本人の自己申告を基本としつつ、補足給付の申請に際し金融機関への照会について同意を得ておき、必要に応じて介護保険法の規定を活用して金融機関への照会を行うこととするとともに、不正受給の際の加算金の規定を設けるなどして適切な申告を促す仕組みとする必要がある。

- 29 -

Ⅲ 2025 年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第5期の介護保険事業計画から、認知症施策、医療との連携、高齢者の居住に係る施策との連携、生活支援サービスといった地域包括ケアシステムの実現に必要な要素を記載する取組が始まっている。
- 第6期以後の介護保険事業計画は、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年に向けて、いわば「地域包括ケア計画」として位置づけ、第5期計画で取組を開始した地域包括ケアシステム構築のための取組を承継発展させるとともに、在宅医療・介護連携の推進等の新しい地域支援事業や新しい総合事業に積極的に取り組み、市町村が主体となった地域づくり・まちづくりを本格化していく必要がある。
- そして、2025年を見据えた対応を進めるためには、各保険者が計画期間中の給付費を推計して保険料を設定するだけでなく、2025年のサービス水準、給付費や保険料水準も推計して記載し、中長期的な視点も含めた施策の実施に取り組むことが必要である。また、在宅医療・介護連携の推進や認知症施策など地域包括ケアシステムを構成する各要素について、当面の施策と段階的な充実のための方針をより具体的に記載することが求められる。このような中長期的な視点に立つた介護保険事業計画の策定を通じ、住民・地方自治体・事業者等が、地域の状況を共有し、自らの地域の将来像を考えるきっかけになると考える。
- 介護保険事業計画の策定を支援する観点からも、国は介護・医療関連情報の「見える化」を推進する必要がある。
- 第5期計画では、約8割の保険者が日常生活圏域ニーズ調査を実施したが、調査結果を十分に活用できなかったという課題もあり、より積極的な活用を促すことが適当である。
- 2025年の地域包括ケアシステムの確立は、医療・介護サービスの一体改革によって実現できるものであり、都道府県が策定する介護保険事業支援計画については、医療計画と一体性・整合性を確保して策定され、地域において、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の確保が進められる必要がある。
- この点に関しては、医療提供体制の見直しの中で、医療計画の計画期間の見直しが検討されるとともに、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に基づき、医療機能の分化・連携の推進等のための医療機関の施設・設備の整備やこれに伴う介護サービスの充実などに係る新たな財政支援の仕組みが検討されており、着実に実施する必要がある。

- 32 -

- 今回の審議でも、
 - ・ 社会保険制度における負担の公平性を考えれば所得に応じた負担とするのが基本である
 - ・ 制度創設時は加入者割が始まったが、現在に至り、比較的報酬の低い協会けんぽの負担が相対的に重くなっており、被用者保険内で負担能力に応じた負担をしていく方向に改めるほうがより適切である
 - ・ 第2号被保険者は自身の親の介護で間接的に介護保険制度の恩恵を受けていることから総報酬割を導入すべき
 - ・ 総報酬割の導入には賛成だが、第2号被保険者の保険料が過度に引き上げられないようにするために、一定所得以上の高齢者に対する利用者負担を2割に引き上げることや補足給付の資産勘案といった対応もセットで行うべき
- 一方、
 - ・ 世代間扶養の意味合いを持つ2号保険料については、費用負担者の理解を得る公平な負担方法として、制度発足時に加入者割とされたのであり、これを総報酬割に変更することは当初の理念を逸脱するのではないかと、総報酬導入によって協会けんぽへの国庫補助約1,200億円が削減されるが、これは国の負担を健保組合に転嫁させているのではないかと
 - ・ 健保組合全体の介護保険料率（単純平均）と協会けんぽの介護保険料率を比較すると、近年その差は縮小しているという実態もある
 - ・ 健保組合は加入者の健康保持・増進のために特定健診・特定保健指導をはじめとする保健事業に積極的に取り組んでおり、健康寿命の延伸や介護予防にもつながっているため、介護保険制度においても健保組合の保険者機能は評価されるべき
 - ・ 医療保険を含めて現役世代の負担は既に限界に来ており、総報酬割による公平性の確保を図る以前に、制度全体の財政負担構造を見直し、現役世代の負担を相対的に減らしていくことが必要である
 - ・ 効率化・重点化に向けた総姿が示されないまま野放図に介護給付費・保険料負担が膨らむことを非常に懸念しており、増加する負担をいかに抑えていくかという議論があったり、増加する負担をいかに抑えるなど、強い反対意見があった。

- 31 -

- 介護納付金の総報酬割の導入については、後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金の全面総報酬割の検討状況も踏まえつつ、引き続き、検討を行っていく必要がある。

もに、住民・地方自治体・事業者等の「人づくり」でもある。地方自治体の第6期介護保険事業（支援）計画の策定作業に合わせ、どのように地域包括ケアシステムを作っていけばよいのか、厚生労働省は都道府県に対して、そして、都道府県は市町村に対して、きめ細かな支援を行っていく必要がある。

○ また、円滑に制度を運営するためには、保険者の事務が複雑にならないよう留意するとともに、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であることから、着実に実務の詳細設計とシステム改修を進めることが必要である。

○ 併せて、国民に地域包括ケアシステムや制度改正の趣旨・内容を正しく理解してもらうため、国は、地方自治体等と連携・協力しながら、国民に対する丁寧で分かりやすい広報に計画的に取り組むことが必要である。

○ 前述したとおり、介護人材の確保には都道府県も重要な役割を担っており、必要となる介護人材の推計を介護保険事業支援計画に記載し、積極的に取り組むことが期待される。

今後に向けて

○ 第6期に向けて、

- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し（在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化、地域包括支援センターの機能強化）
- ・ 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し
- ・ 小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行
- ・ 住宅改修事業者の登録制度の導入
- ・ 居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲
- ・ 特別養護老人ホームの中重度者への重点化
- ・ サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用
- ・ 介護サービス情報公表制度の見直し
- ・ 費用負担の見直し（低所得者の1号保険料の軽減強化、一定以上所得者の利用者負担の見直し、補足給付の見直し）
- ・ 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

等の法改正項目については、様々な個別意見はあったものの、次期制度改正で速やかに実行すべきであるというのが意見の大勢であった。厚生労働省においては、当部会における意見を十分に踏まえて具体化を図り、法制的な対応を速やかに取られたい。

○ また、法改正のみならず、基準の見直しや介護報酬の改定で対応すべきものがあり、引き続き、社会保障審議会介護給付費分科会で議論を行っていく必要がある。

○ 当部会では、主として当面の見直し項目を中心に議論を進めてきたが、制度改正の実施状況と効果を検証しつつ、引き続き、介護保険制度の持続可能性を確保すべく、給付の重点化・効率化に向けた制度見直しを不断に検討するほか、介護納付金の総報酬割、被保険者範囲の拡大、要介護認定制度の適切な運営、ケアマネジメントの利用者負担の導入、介護保険制度における公費と保険料の関係、保険給付と給付外サービスの組み合わせの在り方などについて検討を行っていく必要がある。

○ 地域包括ケアシステムの構築は、「地域づくり・まちづくり」であるとして

社会保険審議会介護保険部会委員名簿

平成25年12月20日現在

井上由美子	高齢社会をよくする女性の会理事（城西国際大学教授）
○ 岩村正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
内田千恵子	日本介護福祉士会副会長
大西秀人	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（高松市長）
岡良廣	日本商工会議所社会保険専門委員会委員
勝田登志子	認知症のひと家族の会副代表理事
河原四良	U Aゼンセン日本介護クラフトユニオン顧問・政策主幹
久保田政一	日本経済団体連合会専務理事
黒岩祐治	全国知事会社会保険常任委員会委員（神奈川県知事）
小林剛	全国健康保険協会理事長
齋藤訓子	日本看護協会常任理事
齋藤秀樹	全国老人クラブ連合会理事・事務局長
齋藤正身	医療法人真正会理事長
鷲見よしみ	日本介護支援専門員協会展長
高杉敬久	日本医師会常任理事
土居文朗	慶応義塾大学経済学部教授
内藤圭之	全国老人保健施設協会副会長
林正義	東京大学大学院経済学研究科・経済学部准教授
平川則男	日本労働組合総連合会生活福祉局長
藤原忠彦	全国町村会長（長野県川上村長）
布施光彦	健康保険組合連合会副会長
本間昭	認知症介護研究・研修東京センター長
榊田和平	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
◎ 山崎泰彦	神奈川県立保健福祉大学名誉教授
山本敏幸	民間介護事業推進委員会代表委員
結城康博	淑徳大学総合福祉学部教授
（◎は部会長、○は部会長代理）	
（全26名、敬称略、50音順）	

協会だより（定例理事会要録から）**2013年度(平成25年度)第13回 2013年12月10日****I. 文書報告の確認****【総務部会】**

1. 前回理事会（11月26日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 新規開業未入会開業医訪問（11月22日）状況
4. 未入会会員訪問（11月29日）状況
5. 保団連財政部会（11月24日）状況

【経営部会】

1. 保団連経税担当事務局小委員会（11月23日）状況
2. 保団連経税部会（11月24日）状況
3. 医師賠償責任保険料案内のための病院訪問状況

【医療安全対策部会】

1. 医療事故案件調査委員会（11月22日）状況
2. 医師賠償責任保険処理室会（11月25日）状況
3. 医療機関側との懇談（11月28日）状況

【政策部会】

1. 内部被曝から子どもたちを守る会との打ち合わせ（11月22日）状況
2. 保団連公害視察会（11月23～24日）状況
3. 京都社保協自治体キャラバン（11月28日）状況
4. 右京社保協総会記念講演（12月5日）状況

【保険部会】

1. 医事担当者勉強会（11月20日）状況
2. 保険講習会B（11月21日）状況
3. 在宅医療点数に関する講師派遣（11月25日）状況
4. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（11月27日）状況
5. 第4回医事担当者連絡会議（11月28日）状況
6. 医療事務担当者向け講習会（11月28日）状況

II. 確認・承認事項**【総務部会】**

1. 中京東部医師会との懇談会（11月11日）状況確認の件
2. 中京西部医師会との懇談会（11月25日）状況確認の件
3. 総務部会（12月3日）状況確認の件
4. 2013年度10月分収支月計表報告状況確認の件
5. 11月度会員増減状況確認の件
6. 会員入退会及び異動（11月26日～12月10日）に関する承認の件
7. 地区医師会における新規開業等の情報収集の件
8. 大阪府保険医協同組合での医薬品共同購入状況

確認の件**【経営部会】**

1. 経営部会（12月3日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会学習会（11月19日）状況確認の件
2. 医療安全対策部会（12月3日）状況確認の件

【政策部会】

1. 第62回医療制度検討委員会（11月27日）状況確認の件
2. 第10回京都のリハビリを考える会（11月28日）状況確認の件
3. 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～テレビでおなじみ民間医療保険の限界を知る～」(11月30日)状況確認の件
4. 政策部会（12月3日）状況確認の件
5. 12～13年度第23回保団連理事会（12月1日）状況確認の件
6. 京都保険医新聞（第2877号）合評の件

【保険部会】

1. 保険部会（12月3日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項**【総務部会】**

1. サロンコンサート開催の件
2. 第3回ワイン講座開催の件
3. ランニング教室開催の件

【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. 第80回保団連近畿ブロック事務局長会議への出席の件
2. 京都のリハビリを考える会出席の件
3. 福祉国家構想研究会基本法特別部会出席の件

【保険部会】

1. 日本医労連関西ブロック「春闘討論集会」への講師派遣の件
2. 次回改定の向けたりハビリテーション点数に関する要望書提出の件

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

- ・2014年度予算の編成等に関する建議（財政制度審議会）

- ・介護保険制度の見直しに関する意見（素案・社会保障審議会介護保険部会第53回資料）

V. 診療報酬関連情報

1. 2013年11月度国保合同審査委員会（11月21日）状況確認の件
2. 中医協概要報告
 - ・11月15日（第257回総会、第61回保険医療材料専門部会）
 - ・11月20日（第258回総会、第93回薬価専門部会）
 - ・11月22日（第259回総会）⇒歯科のため、省略
 - ・11月27日（第260回総会、第96回薬価専門部会）
 - ・11月29日（第261回総会、第62回保険医療材料専門部会）

VI. 特別討議

【総務部会】

1. 第186回定時代議員会関連議事検討の件
 - ①上半期各部会活動報告（文書報告）
 - ②情勢報告

◎以上、32件を承認。1件を継続審議◎

2013年度(平成25年度)第14回 2013年12月24日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（12月10日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 法律相談実施状況
4. 「薩摩杉のもこもこクリスマスリース講習会」（12月14日）状況
5. 第80回保団連近畿ブロック事務局長会議（12月13日）状況
6. 保団連第3回組織部会（12月15日）状況
7. 第186回定時代議員会会場視察（12月18日）状況

【経営部会】

1. 税理士との相談（12月6日）状況
2. 知っておきたい 医院のための雇用管理講習会（12月12日）状況
3. 金融共済委員会（12月18日）状況
4. 医師賠償責任保険料案内のための病院訪問状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談（12月10日）状況
2. 医療事故案件調査委員会（12月13日）状況
3. 第288回関西医事法研究会（12月14日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（12月16日）状況

【政策部会】

1. TPP参加反対京都ネットワーク会議（12月16

日）状況

【保険部会】

1. 保団連社保・審査対策部会（11月16日）状況
2. 保団連審査、指導、監査対策担当者会議（11月17日）状況
3. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（11月29日）状況
4. 公費負担医療説明会（12月11・13・14・17日）状況
5. 日本医労連関西ブロック「春闘討論集会」への講師派遣（12月14日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 乙訓医師会との懇談会（12月9日）状況確認の件
2. 下京東部医師会との懇談会（12月11日）状況確認の件
3. 2013年度11月分収支月計表報告状況確認の件
4. 会費免除申請の件
5. 会員入退会及び異動（12月10日～12月24日）に関する承認の件
6. 地区医師会における新規開業等の情報収集の件

【経営部会】

1. 京都府保険医協会 休業補償制度規定改定の承認の件
2. 月刊保団連『医院経営と雇用管理』2013年改定版配布の件

【政策部会】

1. 鎌仲ひとみさんと考える「子どもたちの未来のために 私たちがができること」（12月15日）状況確認の件
2. 2015年日本医学会総会に向けての取り組み準備会（12月15日）状況確認の件
3. 京都保険医新聞（第2878号）合評の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 1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. 理事者・事務局新年会開催の件
4. 地区懇談会開催の件
5. 代議員会議長・副議長との事前打ち合わせ開催の件
6. 第186回定時代議員会開催の件

【経営部会】

1. 医師賠償責任保険料案内のための病院訪問の件

【政策部会】

1. バイバイ原発3・8京都事務局会議出席の件
2. 2015年日本医学会総会展示責任者との面談出席の件
- 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
- ・医療法等改正に関する意見（案）について
- V. 診療報酬関連情報
1. 保険審査通信検討委員会（12月6日）状況
2. 中医協概要報告
- ・12月4日（第262回総会）
- ・12月6日（第263回総会、第97回薬価専門部会）
- ・12月11日（第264回総会）
- ・12月13日（第265回総会、第63回保険医療材料専門部会）
- VI. 特別討議
- 【総務部会】
1. 第186回定時代議員会関連議事検討の件

2月のレセプト受取・締切

基金 国保	9日(日)	10日(月)	労災	10日(月)
	閉所	○		○

※○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

- ①情勢報告
- ②上半期総括報告
- ③下半期重点方針
- ④決議（案）
- VII. その他
1. 年末挨拶
- 《以上、27件を承認した》

地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地 区	時 間	場 所
1月31日(金)	下京西部医師会との懇談会	午後2時～	下京西部医師会事務所
2月1日(土)	綾部・福知山医師会との懇談会	午後4時～	福知山市中央保健福祉センター
2月3日(月)	右京医師会との懇談会	午後2時～	右京医師会館
2月6日(木)	東山医師会との懇談会	午後2時～	東山医師会事務所
2月8日(土)	綴喜医師会との懇談会	午後2時30分～	新田辺駅前CIKビル・3F
2月13日(木)	山科医師会との懇談会	午後2時～	山科医師会診療センター
2月14日(金)	西京医師会との懇談会	午後2時～	京都エミナース
2月22日(土)	相楽医師会との懇談会	午後4時30分～	ホテルフジタ奈良

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

協
会
だ
よ
り

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

お申込は協会事務局（☎ 075-212-8877）まで

京響メンバーによるサロンコンサート ロマン派の巨匠の名曲を聴くⅡ日 時 **2月16日（日）** 午後2時30分～4時（開場 午後2時）

場 所 京都府保険医協会・会議室

参加費 1,000円（茶菓付）

協 賛 有限会社アミス

曲 名 ドボルザーク「アメリカ」より、ショパン「別れの曲」他

※演奏終了後に、演奏者とのトークがあります。

※ご家族・従業員の方の参加も歓迎いたします。お誘い合わせの上どうぞ。

定員 **20人**
（要申込）**第3回ワイン講座「ボルドー五大シャトーの飲み比べ」**

（セカンドラベル）

日 時 **2月16日（日）** 午後5時30分～8時30分

場 所 ホテルグランヴィア京都「ラ・リサータ」

参加費 10,000円（食事付）

定員 **40人**
（要申込）**ランニング教室**日 時 **3月30日（日）** 午後2時～

参加費 1,000円（講習料・銭湯代含む）

集 合 午後2時 河原町丸太町 北東角

講 師 佐藤 光子さん（大阪教育大学非常勤講師）

定員 **20人**
（要申込）今年も
あります！**バイバイ原発****3・8 きょうと**日 時 **3月8日（土）** 午後1時30分～ ※のち京都市役所までデモ行進

場 所 円山野外音楽堂

- メイン講師 金子 勝さん（慶応義塾大学経済学部教授）
- スピーチ 避難者からの訴え／福島からの訴え
- アトラクション 制服向上委員会ライブ

メイン集会中は、円山公園しだれ桜周辺でひろば企画を開催します！

主 催 バイバイ原発きょうと実行委員会

関連企画

金子勝さん講演会午後5時30分～
池坊こころホール

参加無料・先着順200人

共 催

京都府保険医協会・京都府
歯科保険医協会・バイバイ
原発きょうと実行委員会

お申込は協会事務局（☎075-212-8877）まで

学習会「TPP交渉の今とこれから」

日 時 2月7日（金）午後6時～8時30分

場 所 ハートピア京都（中京区竹屋町通烏丸東入ル）

18:00～ DVD「誰のためのTPP？—自由貿易のワナ」（37分）上映

18:45～ 講演「交渉現場からの報告」真嶋 良孝氏（農民連副会長）

主 催 TPP参加反対京都ネットワーク、京都食健連

参加費 無料
申込不要

白色確定申告説明会

日 時 2月13日（木）午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会・ルームA～C

講 師 鴨井 勝也 税理士

内 容 平成25年分の確定申告の留意点 新規開業の留意点

協 賛 有限会社アミス

参加費 無料
要申込

白色確定申告書作成会

日 時 2月17日（月）午後2時～

場 所 京都府保険医協会・ルームB～C

講 師 外村 弘樹 税理士・公認会計士

対象者 白色申告者（現在税理士が関与していない医療機関）

費 用 措置法26条による申告書作成：4万円

※新規開業等の実額計算による申告書作成は、事務量を勘案して決定。

持参物 税務署より送付された確定申告用紙、収支内訳書、収支内訳表付表、認印、社保・国保振込通知書、前年の確定申告書等

※実額計算の場合、上記の他に収支がわかる資料が必要

要申込

協
会
だ
よ
り

開業医の奥様向けセミナー

現職塾・予備校講師による受験セミナー

日 時 3月12日（水）午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会・ルームA～C

第1部：中学受験 中央受験センター 講師 宮崎 隆氏（現職塾講師）

第2部：医系受験 中央受験センター 講師 長谷川 弘一氏（医学部受験専門）

協 賛 有限会社アミス

参加費 無料
（茶菓子付）
要申込

医療安全シンポジウム

精神疾患が疑われる患者さんへの対処法

～ 精神疾患の理解を求めて ～

日 時 3月15日（土）

①シンポジウム：午後4時～

②懇親・懇談会：午後6時30分～8時

場 所 新・都ホテル（JR京都駅八条口前）

パネラー（発表順）

NPO団体 NPO法人 ささえあい医療人権センター COML 理事長 山口 育子氏

看護 師 光愛病院 外来師長 坂木 まどか氏

医 師 高木神経科医院 精神科医師 浜垣 誠司氏

弁 護 士 富永愛法律事務所 弁護士 富永 愛氏

参加費 1人2,000円（懇親会費含む）※当日徴収

申 込 FAX（075-212-0707）で3月7日（金）までにお申し込み下さい。

共 催 京都府保険医協会（有）アミス 後 援 京都府歯科保険医協会

医療法上義務付けられている医療安全管理のための研修となり、参加者には参加証を交付します。

家族・従事者も
歓迎！3ステップでより理解が深まる！
2014年 診療報酬改定 新点数説明会

※STEP 2・3 は北部でも開催します。その他詳細はグリーンペーパーをご確認下さい。

STEP1 中医協答申説明会（第1次新点数検討会）

日 時 2月25日（火）（予定）以降、常時閲覧可能

方 法 インターネット配信のみ※¹資 料 『全国保険医新聞』に掲載の中医協答申※¹

STEP2 『点数表改定のポイント』説明会（第2次新点数検討会）

日 時 3月23日（日）

時 間 午前10時30分～12時30分：入院 午後2時～4時30分：入院外

会 場 テルサホール（京都テルサ内）京都市南区東九条下殿田町70 ☎075-692-3400

資 料 『点数表改定のポイント・2014年4月版』※²

STEP3 『新点数運用Q&A・レセプトの記載』説明会（第3次新点数検討会）

日 時 4月24日（木）午後2時～4時30分

会 場 テルサホール（京都テルサ内）

資 料 『新点数運用Q&A・レセプトの記載』※²※¹ 会員に1部無料で送付（2月中旬発行予定）※² テキストの発送方法は追って連絡いたします。

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。



〈申込書〉 FAX 075-212-0707までお送りください。

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

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(レ)して下さい

【医学書・新刊 2014年1月】

※価格は全て税込価格です。

毎年全面書き下ろし、信頼と実績の治療年鑑 好評発売中 今日の治療指針 2014 ☐ デスク判(B5) 19,950円 ☐ ポケット判(B6) 15,750円		龍原 徹先生の名著！2014年2月発売 ご予約受付中 ポケット医薬品集 2014年版 ☐ B6変形判 4,935円	
薬剤の「今」が分かるベストセラー、2014年1月中旬発売 ご予約受付中 今日の治療薬 2014 ☐ B6判 4,830円		臨床現場で必要なものをこの1冊に！2014年1月上旬発売 ご予約受付中 Pocket Drugs 2014 ☐ A6判 4,410円	
網羅性に優れた「治療薬年鑑」好評発売中 治療薬マニュアル 2014 ☐ B6判 5,250円		文献管理と論文作成をパワフルにサポート 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 ☐ 通常版 Windows版 52,290 円 ☐ 通常版 Macintosh版 52,290 円 アップグレード版についてはお問い合わせ下さい。 ☐ Workstation License 32,550 円 5点以上の同時購入が対象です。	
『皮膚科診断治療大系』に最新知見を加え進化して完結 皮膚科診療カラーアトラス大系 期間限定の全巻セット ☐ 税込定価 373,400円 → 362,250円 (2014年3月末日までの特別価格)		☐ 循環器疾患最新の治療2014-2015 オンラインアクセス権付 堀 正二・他編 ●B5判 538頁 ●南江堂 10,500円 ☐ Annual Review 消化器 2014 林 紀夫・他編 ●B5判 296頁 ●中外医学社 11,550円 ☐ 食物アレルギー外来診療のポイント63 小林隆之助・監 ●B5判 208頁 ●診断と治療社 5,040円 ☐ レジデント必修 症例でわかる小児科診療 水谷修紀・編 ●B5判 248頁 ●診断と治療社 5,250円 ☐ 肝臓 <がん研スタイル癌の標準手術> 山口俊晴・監 ●A4判 180頁 ●メジカルビュー社 12,800円 ☐ 子宮筋腫・子宮内腺症・子宮腺筋症 診療マニュアル 女性3大良性疾患を診る 百枝幹雄・編著 ●B5判 208頁 ●診断と治療社 5,480円 ☐ 骨折に対する整復術・内固定術 安全・確実なテクニック <OS NOW Instruction 28> 安田和則・編 ●A4判 192頁 ●メジカルビュー社 11,550円 ☐ 知っておくと役立つ腔の展開法、鉤の使い方と 術後機能温存法 <OGS NOW 17> 平松祐司・編 ●A4判 184頁 ●メジカルビュー社 12,800円 ☐ プリンシプル産科婦人科学 2 (第3版) 武谷雄二・他監 ●B5判 928頁 ●メジカルビュー社 13,650円 ☐ 眼科外来処置・小手術クローズアップ 江口秀一郎・編集代表 ●B5変形判 240頁 ●メジカルビュー社 10,500円 ☐ 眼内レンズの使いかた <専門医のための眼科診療クオリファイ 20> 大鹿哲郎・編 ●B5判 400頁 ●中山書店 15,225円 ☐ 屈折異常とその矯正 (第6版) 所 敬・著 ●B5判 392頁 ●金原出版 9,975円 ☐ 耳・鼻・のどのプライマリケア 佐藤公則・著 ●B5判 336頁 ●中山書店 8,925円	
☐ プロメテウス解剖学アトラス 頭頸部・神経解剖 (第2版) 坂井建雄・他監訳 ●A4変形判 552頁 ●医学書院 11,550円 ☐ 医系免疫学 (13版) 矢田純一・著 ●B5判 869頁 ●中外医学社 8,820円 ☐ ワンランク上の 検査値の読み方・考え方 ルーチン検査から病態変化を見抜く (第2版) 本田孝行・編著 ●B5判 258頁 ●総合医学社 5,880円 ☐ 甲状腺疾患診療マニュアル (第2版) <内分泌シリーズ> 田上哲也・編著 ●B5判 216頁 ●診断と治療社 5,040円 ☐ 内分泌診療のファーストタッチ 鈴木敦詞・他編 ●A5判 360頁 ●文光堂 6,825円 ☐ Annual Review 糖尿病・代謝・内分泌 2014 寺内康夫・他編 ●B5判 216頁 ●中外医学社 10,290円 ☐ Annual Review 腎臓 2014 富野康日己・他編 ●B5判 296頁 ●中外医学社 11,550円 ☐ Annual Review 血液 2014 高久文彦・他編 ●B5判 242頁 ●中外医学社 10,290円 ☐ カラーテキスト血液病学 (2版) 木崎昌弘・編著 ●B5判 688頁 ●中外医学社 27,300円 ☐ 血液疾患最新の治療2014-2016 オンラインアクセス権付 直江知樹・他編 ●B5判 382頁 ●南江堂 9,450円 ☐ Annual Review 神経 2014 鈴木則宏・他編 ●B5判 292頁 ●中外医学社 10,290円 ☐ Annual Review 呼吸器 2014 永井厚志・他編 ●B5判 274頁 ●中外医学社 10,290円 ☐ Annual Review 循環器 2014 小室一成・他編 ●B5判 316頁 ●中外医学社 11,550円		お名前 送付先 〒 TEL : FAX :	

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

〈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○印を記入してください

【2014年度 年間購読雑誌一覧】

	No.	雑誌名	税込価格	ご注文
総合	1	日本医事新報	¥ 34,335	
	2	医学のあゆみ	¥ 85,785	
	3	日本臨床	¥ 34,668	
	4	最新医学	¥ 47,250	
	5	Mebio	¥ 33,384	
基礎医学	6	病理と臨床	¥ 42,000	
	7	臨床病理	¥ 27,660	
	8	実験医学(増刊含む)	¥ 72,012	
	9	細胞工学	¥ 23,112	
内科	10	内科	¥ 38,500	
	11	medicina	¥ 38,040	
	12	M. P. (メディカルプラクティス)	¥ 37,500	
	13	診断と治療	¥ 38,600	
	14	治療	¥ 37,791	
	15	j med	¥ 22,050	
	16	JIM(個人特別割引価格)	¥ 26,330	
糖尿病	17	糖尿病診療マスター	¥ 23,890	
	18	プラクティス	¥ 13,248	
消化器	19	胃と腸	¥ 44,170	
	20	消化器内視鏡	¥ 45,045	
	21	臨床消化器内科	¥ 36,130	
	22	肝胆膵	¥ 42,714	
	23	胆と膵	¥ 41,790	
循環器	24	Heart View(ハートビュー)	¥ 39,216	
	25	心エコー	¥ 32,500	
	26	心臓	¥ 25,740	
呼吸器	27	呼吸と循環	¥ 33,090	
	28	呼吸	¥ 27,027	
	29	日本胸部臨床	¥ 33,600	
	30	呼吸器内科	¥ 32,760	
小児科	31	小児内科	¥ 47,355	
	32	小児科	¥ 43,506	
	33	小児科診療	¥ 46,620	
	34	小児科臨床	¥ 43,680	
	35	小児外科	¥ 45,780	
	36	小児科学レクチャー	¥ 23,000	
産婦人科・ 産科	37	周産期医学	¥ 45,990	
	38	産科と婦人科	¥ 42,500	
	39	臨床婦人科産科	¥ 40,240	
	40	産婦人科の実際	¥ 44,634	
皮膚科	41	OGS NOW	¥ 51,480	
	42	デルマ	¥ 40,491	
	43	皮膚科の臨床	¥ 44,634	
	44	臨床皮膚科	¥ 41,300	
	45	ビジュアルダーマトロジー	¥ 35,952	
精神科	46	精神科治療学	¥ 43,438	
	47	精神医学	¥ 31,270	
	48	臨床精神医学	¥ 49,635	

	No.	雑誌名	税込価格	ご注文
外科	49	消化器外科	¥ 45,324	
	50	手術	¥ 44,460	
	51	臨床外科(個人特別割引価格)	¥ 39,360	
	52	外科	¥ 39,000	
	53	胸部外科	¥ 38,500	
整形外科	54	乳癌の臨床	¥ 15,120	
	55	整形外科(別冊含む)	¥ 49,500	
	56	整形災害外科	¥ 41,787	
	57	臨床整形外科	¥ 30,030	
	58	関節外科	¥ 41,466	
	59	Monthly Book Orthopaedics	¥ 36,630	
	60	脊椎脊髄ジャーナル	¥ 32,787	
	61	臨床スポーツ医学	¥ 37,500	
	62	整形外科サージカルテクニック	¥ 15,408	
	63	整形外科最小侵襲手術ジャーナル	¥ 12,441	
形成	64	形成外科	¥ 40,950	
	65	PEPARS	¥ 40,710	
眼科	66	あたらしい眼科	¥ 32,382	
	67	眼科	¥ 44,460	
	68	眼科手術	¥ 10,080	
	69	臨床眼科	¥ 43,040	
	70	眼科グラフィック	¥ 17,334	
NEW	71	オクリスタ	¥ 38,610	
耳鼻科	72	耳鼻咽喉科・頭頸部外科(個人特別割引価格)	¥ 39,150	
	73	JOHNS	¥ 36,225	
	74	ENTONI	¥ 40,491	
救急・ 麻酔	75	救急医学	¥ 44,676	
	76	INTENSIVIST	¥ 18,876	
	77	救急・集中治療	¥ 35,000	
	78	別冊ERマガジン	¥ 10,000	
	79	ICUとCCU	¥ 40,215	
	80	LiSA	¥ 31,131	
	81	麻酔	¥ 37,380	
	82	臨床麻酔	¥ 34,843	
	83	ペインクリニック	¥ 39,705	
泌尿器	84	臨床泌尿器科	¥ 42,730	
	85	泌尿器外科	¥ 49,875	
透腎析・ 画像診断	86	腎と透析	¥ 47,250	
	87	臨床透析	¥ 34,650	
放射線	88	画像診断	¥ 41,466	
	89	臨床画像	¥ 41,466	
	90	臨床放射線	¥ 42,270	
	91	インナービジョン	¥ 25,200	
神経・ 脳	92	神経内科	¥ 32,760	
	93	クリニカルニューロサイエンス	¥ 33,250	
	94	BRAIN and NERVE	¥ 36,460	
脳外	95	脳神経外科(個人特別割引価格)	¥ 30,670	
	96	脳神経外科速報	¥ 29,532	

※個人特別割引価格でご購読の場合、ご登録に個人名が必要となります。
上記は2014年3月末までの価格です。2014年4月以降のご予約は消費税3%の差額分が加算されます。

お名前	医療機関名
送付先 〒	
TEL :	FAX :
お問い合わせ・申込 京都府保険医協会 TEL075-212-8877 FAX075-212-0707 有限会社アミス TEL075-212-0303	

メッセージツール作成をお手伝いします

地域に根ざす医療をめざして



医院・医療機関のリーフレット

医療機関のリーフレットは、診療科目・時間・設備、理念などを

患者様、地域の皆様に広げるツールです。

きかんしコムでは、リーフレットその他、広報誌、webサイトなど、

信頼される医療をめざすツール制作を、お手伝いします。

<参考価格>

※ご相談の上、御見積を提出いたします。

●A4判三折カラー刷り

500部 ¥120,000 ~

●B5判4頁カラー刷り

500部 ¥135,000 ~

社会を動かす宣伝力。

きかんしコム

〒601-8205 京都市南区久世殿城町330-1

TEL.075-935-1115(代) FAX.075-935-5100

e-mail: com@mediapark.co.jp http://www.mediapark.co.jp

エッセイ集や自分史などの自費出版、お気軽にご相談ください。

株式会社 つむぎ出版

TEL.075-252-1788

FAX.075-254-2341

e-mail: tsumugi-pub@nifty.com

K/S for you.

「もうひとつのメディカル」

医療現場にあって、常に求められるもの、それは高精度・高機能なシステムの確立です。私たち京都医療用酸素株式会社は医療用酸素の供給にはじまり、医療ガス・特殊ガス配管設備、さまざまな医療機器に至るまで、「トータル・メディカル・システム」の構築に一丸となって取り組んでおります。生命の尊さを考えるとき、改めて私たちに与えられた役割の大きさとその使命を再認識します。今後とも地域医療へのさらなる貢献を誓い、日々の研鑽を惜みず力の限りを尽くしてまいります所存です。

**医療用ガス 在宅酸素療法
供給システム 在宅人工呼吸器**

KYOTO IRYOYO SANSO CO.,LTD.

**配管設備 保守点検
設計施工 メンテナンス**



医療用ガス全般・各種関連機器・医療用ガス配管・設備・設計・施工

京都医療用酸素株式会社

本社・工場／京都市伏見区横大路畔ノ内町50番地の8

TEL.075-602-7311（代表）

FAX.075-611-4385