

Medi

メディーパー京都

PAPER

KYOTO

2014.3

第177号(通巻421号)

CONTENTS

情勢トピックス	3
医療・社会保障編	4
改革の進捗を検証／社保改革推進本部が初会合 …ほか	
調査・データ編	13
出生率、最低は京都・東山区／08年から5年間の厚労省統計 …ほか	
政策資料	
資料1：第1回社会保障制度改革推進本部資料	15
協会だより	
4月の催し物(予定)、その他	29



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



いつでも どこでも ご相談に応じます！

各種専門家との相談体制のご案内

税理士・社会保険労務士・建築士・ファイナンシャルプランナー・
弁護士・廃棄物処理コンサルタント

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

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

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

＜弁 護 士＞	
筋 立明 弁護士	京都中央法律事務所
江頭 節子 弁護士	京都中央法律事務所
松尾 美幸 弁護士	京都中央法律事務所
赤井 勝治 弁護士	赤井・岡田法律事務所
石川 寛俊 弁護士	石川寛俊法律事務所
鵜飼万貴子 弁護士	米田泰邦法律事務所
小笠原伸児 弁護士	京都法律事務所
竹下 義樹 弁護士	つくし法律事務所
富永 愛 弁護士	富永愛法律事務所
新阜創太郎 弁護士	つくし法律事務所
西村 幸三 弁護士	西村法律事務所
本田 里美 弁護士	つくし法律事務所
三重 利典 弁護士	葵法律事務所
若松 豊 弁護士	赤井・岡田法律事務所
＜廃棄物処理コンサルタント＞	
中島 智之 代表取締役	（株）エコロジー・ソリューション

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

情勢トピックス

今月の主な動き

すでに国会に提出された医療・介護一括法案は、3月中にも審議入りするとされているが、2月14日には政府に設置された「社会保障制度改革推進本部」の初会合が開かれ、プログラム法に盛り込まれた社

会保障制度改革の進め方などを確認。今後は、社会保障制度改革国民会議の後任組織に当たる「社会保障制度改革推進会議」と擦りあわせながら検討する。

医療法を改正して創設する病床機能報告制度の報告方法について、厚労省が示した案におおむね合意した。手術件数や処置件数などは「レセプト情報・特定健診等情報データベース」を活用して集計し、人員配置や医療機器などの設備に関する情報は全国共通のサーバーへ送る。集めた情報を都道府県が活用できるようにすることで、都道府県へ報告したとみなす。

行 事	開始時間	場 所
1日(火) 各部会	午後2時	
2日(水) 税理士との懇談会	午後2時	ルームA
8日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
10日(木) 奥様向けセミナー	午後2時	ルームA・B・C
12日(土) 舞鶴医師会との懇談会	午後2時30分	舞鶴メディカルセンター
13日(日) 環境ハイキング 「京都西山にスプリングエフェメラルを求めて」	午前9時	阪急桂駅改札口集合
16日(水) 新しく医療機関に勤められた方のための研修会	午後2時	ルームA・B・C
17日(木) 新しく医療機関に勤められた方のための研修会	午後2時	ルームA・B・C
20日(日) 九条の会アピールを支持する医療人の会総会・講演会 「自民党改憲草案の検証」	午後2時	池坊学園こころホール
22日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
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	テルサホール（京都テルサ） 舞鶴メディカルセンター(サテライト開催)
26日(土) 反核京都医師の会総会・「原発のない国」への道 —「緑の思想」とライフスタイル	午後2時	ルームA・B・C
2014年4月リハビリ新点数検討会	午後2時	池坊学園5階52教室
30日(水) 保険講習会A（保険基礎知識・審査対策）	午後2時	ルームA

4月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
5月10日(土) 第15回文化講座「日本酒講座」 ～日本酒の奥深さに触れる～	午後2時30分	松本酒造
5月17日(土) コミュニケーション委員会	午後2時30分	ルームA・B・C
5月24日(土) 専門医会長との懇談	午後5時30分	ルームA
5月31日(土) 第652回社会保険研究会 レセプト画面審査：最近の状況	午後2時	ルームA・B・C

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31～32ページ

医療・社会保障編

社会保障

改革の進捗を検証／社保改革推進本部が初会合

社会保障制度改革の進捗を検証するため政府に設置された「社会保障制度改革推進本部」の初会合が2月14日、閣議前に開かれた。今後、同推進本部を中心に、2013年成立した社会保障制度改革に関するプログラム法に盛り込まれた取り組みを総合的かつ計画的に進めていくことを確認したという。

初会合では、田村憲久厚生労働相が社会保障制度改革の実施状況や今後の進め方を説明した。同推進本部の副本部長を務める甘利明経済再生（一体改革）担当相は会合後の記者会見で、今後の効率化策について、プログラム法に基づき最小のコストで最大の効果を発揮できるよう関係閣僚らと検討する意向を示した。プログラム法は、社会保障制度改革国民会議の後任組織に当たる「社会保障制度改革推進会議」の設置も定めており、効率化策は同推進会議とも擦り合わせて検討する考え。

同推進本部はプログラム法に基づき設置され、首相が本部長、甘利担当相が副本部長を務める。このほか本部員の▽麻生太郎財務相▽菅義偉内閣官房長官▽新藤義孝総務相▽田村厚労相▽森雅子少子化担当相一で構成する。（2/15MEDIFAXより）

中医協

中医協公益委員に田辺氏と松原氏／国会が同意

衆参両院は2月14日にそれぞれ本会議を開き、中医協の公益委員に田辺国昭氏（東京大大学院法学政治学研究科教授）と松原由美氏（明治安田生活福祉研究所主席研究員）を充てる人事に同意した。田辺氏の人事は衆参いずれも全会一致、松原氏はいずれも賛成多数で認められた。

任期は田辺氏が4月8日から2年間。松原氏は3月2日から2年間。現在、公益委員を務めている牛丸聡氏（早稲田大政治経済学術院教授）の後任が田辺氏、関原健夫氏（日本対がん協会常務理事）の後任が松原氏となる。（2/15MEDIFAXより）

「同一建物」の減算、対象を明確化／「医師来ない」の懸念払拭へ

2014年度診療報酬改定で実施する「同一日同一建物」への訪問診療の適正化で、厚労省は訪問診療料の減算について▽往診を実施した患者▽末期の悪性腫瘍患者▽死亡日からさかのぼり30日以内の患者一は、減算患者に数えない措置を取る方針を決めた。同一建物の訪問診療の減算によって「医師が来なくなる」との現場の懸念を払拭するための措置。サービス付き高齢者住宅などの集合住宅に医師が訪問しなくなる事例が発生した場合は、医師会などと連携して迅速に対応する。

3月5日の14年度改定官報告示に合わせて、厚労省が地方厚生局や都道府県の医療保険事務担当者を対象に開いた改定説明会で明らかにした。

同一日の同一建物訪問では、在宅時医学総合管理料（在総管）と特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）も減算されるが、この減算は「同一建物以外」の訪問診療を月1回でも行った患者は対象外とする。同一世帯の夫婦の診察も例外とする。

14年度改定では、いわゆる「患者紹介ビジネス」への対応のため、同一日の同一建物での複数訪問診療を適正化する。訪問診療料、在総管、特医総管を大幅に引き下げる措置で、高齢者施設から「医師が来なくなる」などの懸念が出ていた。

保険局医療課の宇都宮啓課長は3月5日の説明会で「真面目に訪問診療をしているところへの影響という話があり、現場と話し合った」と述べ、不安払拭につながる複数の要件を説明。「集合住宅関係で一番の心配は医師が来なくなること。そうした事態が発生すれば直ちに医師会などから紹介していただく」と医師確保策にも言及した。

宇都宮課長はまた、「訪問診療は通院困難な事例で可能。このことを明確にして、適切な診療を行っていただきたい」と求めた。

●1人の患者のみ診療は減算されず

医療課の一戸和成課長補佐も同一建物適正化について説明した。「施設に訪問すると、1人の患者のみでも減算されるという誤解が生じている」と述べ、何人居住している施設を訪問しても1人の患者のみを診療する場合は減算されないと強調した。

往診を実施した患者を減算患者にカウントしないことについては、具体例を挙げて説明。「例えば午前中に訪問診療で計画的に患者を診療し、午後に別の訪問診療をしている患者が急変して往診した場合は

同一建物減算の患者数から除外される」と話した。
（3/6MEDIFAXより）

栄養管理加算、病院の経過措置3カ月延長／改定説明会で厚労省

厚生労働省は3月5日、地方厚生局と都道府県の医療保険事務担当者らに対する2014年度診療報酬改定説明会を開き、解釈が難しい項目について質疑応答に応じた。回答できなかった部分は、今後の疑義解釈や通知などで回答していくと答えた。

厚労省は、前回12年度改定で栄養管理実施加算が入院基本料に包括されたことに伴う2年間の経過措置について、6月30日まで3カ月間延長することを明らかにした。経過措置の対象は280病院。経過措置終了後、常勤の管理栄養士を配置できれば通常の入院基本料の算定になるが、非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士の配置では入院基本料から1日につき40点の減算となる。それ以外は、特別入院基本料の算定になる。

「3カ月間延長に伴う新たな届け出は必要か」との質問に対し、厚労省は「届け出の必要はない」と回答。新たな40点の減算措置では「月の途中で管理栄養士が確保できた場合、減算措置の解除はいつからか」との質問に、「通常の届け出と同様に翌月の1日からになる」と回答した。

●在宅後方支援病院の受け入れ実績は4月から

説明会で医科関連の質問は300項目（重複あり）に及んだ。「地域包括ケア病棟入院料」では、届け出に関するものが多く、厚労省は「200床未満の病院は、病棟入院料を複数の病棟で届け出ても構わない。病室単位は1病棟に限るが、病棟単位は何病棟でも認められる」「200床以上の医療機関も、算定制限を設けていないため、病棟単位であれば何病棟でも届け出が可能だ」とした。

「在宅療養後方支援病院」としての年3件以上の受け入れ実績が、地域包括ケア病棟入院料の算定要件に入っていることについては、「3月31日時点で3件の実績があった場合は要件を満たすことになるか」との質問が出た。厚労省は「基本的に、在宅療養後方支援病院には、在宅の医療機関と連携して情報を共有するとの新たな要件が付けられているため、今の段階で満たすような患者はいないと思う。4月以降の実績でカウントしてもらいたい」と回答した。

地域包括ケア病棟の専従リハビリテーション職員が疾患別リハビリの専従者と兼務することについて

は「認められない」とした。

●地域包括診療料、包括再開時は同意書を

主治医機能を評価する「地域包括診療料」については、「4つの疾患を院内処方にして、他の疾患を院外処方にする扱いは可能か」という質問があった。厚労省は「可能だが、処方箋を出せる薬局の要件がある。単純に門前薬局に出せるわけではない」と回答。「地域包括診療料の連携薬局は1カ所でよいのか」との質問には、「渡された薬局のリストの中で、患者がそこでいいと言えればよい」とした。地域包括診療料は、月によって出来高算定も可能なことから、厚労省は「出来高から再度、包括を算定する場合は、患者の同意書が必要になる」とし、注意するよう求めた。

また、「4疾病のうち、2つの疾病ずつで2医療機関が分けて診る場合、明細書に書かなければ重複が分からないだろう」との意見もあった。これには「記載要領でどの2疾患を診ているか書いてもらうよう考えたい」とした。

「担当医を決めることになっており、原則は担当医が診るが、夜間、緊急時に来院したときにも担当医でなければ駄目か」との質問に対しては「夜間、緊急時まで縛るつもりはない」とした。

●短期滞在手術等基本料3は有床診不可

一方「12年度改定での経過措置型7対1病院が、いったん10対1に降りて、再度7対1の届け出を行う場合、実績が年度をまたぐ場合は旧基準でよいのか」との質問に対しては、「新基準を満たすべき」と回答。

14年度改定では「短期滞在手術等基本料3」について、7対1の要件の厳格化の一環として21種類の手術・検査を対象とし、包括範囲を全診療報酬点数（1入院払い）とする。これに関連し「診療所については、短期滞在手術等基本料3を算定せず出来高算定とするが、有床診も同等の扱いか」との質問に対しては「有床診でも基本料3を算定できないが、基本料1、2はこれまで通り算定できる」とした。

総合入院体制加算をすでに算定している病院は、地域包括ケア病棟入院料を届け出ることができるかとの質問には、「新規の総合入院体制加算1、2ともに認めないことから、届け出済みの病院についても地域包括ケア病棟入院料の届け出はできない」とした。

有床診療所の看護補助配置加算について、看護職員を看護補助者と見なすことは可能かとの質問に対

し、「可能。ただし、（看護師をダブルカウントして）看護配置加算を届け出ることとはできない」とした。

●在宅復帰機能強化加算、「1カ月以上」は居宅訪問で確認

療養病棟の「在宅復帰機能強化加算」の要件である「退院患者の在宅生活が1カ月以上継続していること」の確認方法については「保険医療機関の職員が患者の居宅を訪問し、見てくるよう通知している。1カ月以上継続しなかったらどうするのかについては、1カ月以上継続する見込みがあればよい」との解釈を示した。

回復期リハビリテーション病棟入院料1の専従医師は、外来勤務を週1日ならでいいのかとの質問に対しては「認められない。病棟張り付きになる」とした。さらに、「専従の社会福祉士は当該病院の退院調整業務しかできない」「社会福祉士をMSWに変えることはできない」と説明した。

（3/6MEDIFAXより）

7対1の退院患者割合「転棟患者含めず」／厚生省・改定説明会

2014年度診療報酬改定で7対1入院基本料の算定要件に新設される「退院患者割合75%以上」の計算式について、厚生労働省は転棟患者は含めないことを明確化した。具体的には「直近6カ月間に、自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、療養病棟、居住系介護施設等、介護老人保健施設に退院した患者（転棟患者を除く）」÷「直近6カ月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者（死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く）」で計算する。厚生労働省が3月5日に開いた14年度診療報酬改定説明会で示した。

計算式にある療養病棟は、在宅復帰機能強化加算の届け出病棟に限る。介護老人保健施設は、在宅強化型老健施設と在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届け出施設に限る。

新設される地域包括ケア病棟入院料の施設基準の一つである「リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供している」については保険局医療課の一戸和成課長補佐が「全員にリハビリをせねばならないわけではなく、リハビリをやらねばならない患者には1日平均2単位以上するという。どのような患者にやらねばならないかは医師の判断」と説明した。

病室や機能訓練室などの面積の測定方法も、14年

度改定で決着させる。「壁芯」ではなく「内法」による測定で面積基準を満たすよう定める。15年4月1日以降の新規の届け出は、内法による測定を義務付ける。

向精神薬の多剤投与適正化では、1回の処方につき抗不安薬と睡眠薬は3種類以上、抗うつ薬と抗精神病薬は4種類以上が多剤投与と見なされ処方せん料などが減算される。抗うつ薬と抗精神病薬に限り、精神科の診療経験を十分に有する医師が処方した場合は多剤投与として扱わない規定が入った。

医薬品購入価格の妥結率が毎年9月末時点で50%以下の場合に200床以上の病院などの基本料を減算する未妥結減算ルールについては、11月1日から翌年10月31日までの期間を減算する。ただし、初回は1月1日からの減算とする。

●DPC対象は1585病院、49万床

診療報酬改定説明会では、医療課の佐々木健企画官がDPC制度関連について説明した。DPC対象病院は14年4月1日で1585病院、約49万床となる見込みで、全一般病床の約55%に達するとした。

●届け出は4月14日までが原則／柔軟対応も

改定後の点数を4月1日から算定するためには、4月14日までに届け出が必要となる。これについて一戸課長補佐は「必ず漏れるところが出てくる。原則4月14日ではあるが柔軟に対応させていただく」と述べ、会場に集まった地方厚生局や都道府県の医療保険事務担当者にも「4月14日に間に合わなかった届け出を切り捨てるのではなく、柔軟に対応してほしい」と呼び掛けた。（3/6MEDIFAXより）

控除対象外消費税「中医協の外で解決を」／中医協・森田会長

中医協の森田朗会長（学習院大教授）は2月24日、2014年度診療報酬改定の答申をまとめたことを受け取材に応じた。公益裁定した消費増税への補填について「合理的・公正に個別項目に付ける方法がなかったため、基本診療料にほぼ全額補填する裁定案を出した」と説明。「率直に言って、個別の医療機関が負担した消費税を、患者個人が支払う診療報酬で還元するのは不可能だ。中医協の外で話をつけてほしい」とも述べ、10%引き上げからは診療報酬以外の手法での解決に期待をかけた。

森田会長は中医協会長として2度目の答申をまとめた。今改定の議論は比較的スムーズに進んだ印象があるが、その理由として▽事務局が早期から論点

を洗った▽データに基づく議論が増えた▽高度急性期の絞り込みについて、1号・2号間で大きな齟齬がなかった—の3点を挙げ「病床機能の分化と在宅医療の推進という大テーマそのものは、当初から共通認識が醸成されていた。ねじれない政治的な安定も寄与した」と語った。

増税補填については「診療報酬では制度的に不可能。中医協の外で決着してほしかったが、無理筋の話はどう通すかということになった」と本音を吐露。「事務局も含め、補填すべき個別項目を特定する知恵が出なかったことと、時間的制約もあり苦渋の決断をした」と理解を求めた。控除対象外消費税の解決に向けては「課税して所得に応じた再配分などで調整する方が合理的だろうが、それは中医協の話ではない」と私見を述べた。

個別改定項目では、「地域包括診療料」の新設と「短期滞手術等基本料3」で21種類の手術・検査を入院1件当たりの全包括としたことについて「思い切った。ある意味大きな転換点だ」と評価した。

●公益委員「もう少し発言してもよい」

改定議論の過程では、診療側から「公益委員の発言が多すぎる」という趣旨の指摘があった。森田会長は公益委員の在り方について「財源の話でよく出る答えは『公費を増やせ』だ。ならば、保険者や診療側の利益だけでなく、国民の利益について誰かが言わねばならない。私は、もう少し公益が発言してもよいと考えている」と主張。総会と分科会・部会の関係についても言及し「基本的な共通項は専門家も入れた分科会などの検討に委ね、その答えをベースに総会で議論すべき。分科会などの合意事項は原則的に蒸し返すべきではない」との認識を示した。

●費用対効果「拒否は困難、入れ方の問題」

14年度改定では導入されなかった費用対効果評価についても問題意識を示した。中医協総会の議論の結果、武田薬品工業の肥満症治療薬「オプリーン錠」の薬価収載が保留になったことについて「費用対効果に直結する話」と指摘。「これまでは薬事承認されれば、ほぼ自動的に保険収載されていたが、収載する必要があるのかという問題になった。慎重なルール作りが必要な部分だ。薬価が付かなければ、医師が処方したくて患者も使いたいとなった場合に、いわゆる混合診療の話になる可能性もある」と述べた。

今後の費用対効果に関する議論については「どのような形で薬価などに反映させるかという仕組みを検討する必要がある。どこで価格を決めるのか、デー

タをどう集めるのか、どこで審査するのかという大変な話になるが、こうした制度面の話をしないといけない。財政制約が厳しくなる状況で、拒否することは難しいだろう。導入手法の問題だ」とし、次回改定以降の重要事項に挙げた。
(2/25MEDIFAXより)

報告制度

報告制度での報告方法、おおむね合意／厚労省・検討会

厚生労働省の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」は2月26日、医療法を改正して創設する病床機能報告制度の報告方法について、厚労省が示した案におおむね合意した。手術件数や処置件数など、提供している医療の内容については既存の「レセプト情報・特定健診等情報データベース」（NDB）を活用して集計し、看護配置などの人員配置や医療機器などの設備に関する情報は厚労省が整備する全国共通のサーバーへ送る仕組みとする。集めた情報を都道府県が活用できるようにすることで、都道府県へ報告したとみなす。

NDBを活用する仕組みは「病院」単位で集計を始める。「病棟」単位で集計するには、新たに定める「病棟コード」を医療機関がレセプトに付記して診療報酬請求することになるため、システム改修が必要となる。このため、医療機関側の負担に考慮し、2016年度の診療報酬改定時など、必然的なシステム改修が発生するタイミングで導入する。導入する時期は、安倍晋三首相が14年末に判断する予定の消費税を10%に引き上げるタイミングの可能性もある。

●レセプト集計の期間は継続議論

NDBを活用する仕組みで何カ月分のレセプトを集計するかについては、意見が分かれたため、次回も引き続き議論する。厚労省は、データの差が発生しないように3カ月程度のレセプトデータを集計することが望ましいとした上で、制度開始当初は7月1カ月の審査分の集計を提案した。

相澤孝夫構成員（日本病院会副会長）は、季節による病床稼働率などに地域特性があるため、特定の1カ月分のデータでは医療機関の実態を正確に把握することは難しいと反対。「3カ月分にするとしても連続した3カ月では正しくない」とも述べた。西澤寛俊構成員（全日本病院協会会長）は相澤構成員に同意した上で、検討の必要性を指摘した。高智英太郎

構成員は「制度開始当初は1カ月分のレセプトで致し方ないが、3カ月分のデータ集計が望ましい」と述べた。

一方、中川俊男構成員（日本医師会副会長）は、制度開始当初は1カ月分の集計とすることに賛意を示した。「正確なデータということであれば通年であるべき」との考えを示した上で、「気が付いていない問題が出る可能性もあり、初年度は1カ月分でやってみて、検証しながら着実に進めるべき」と強調した。

看護配置などを全国共通サーバーに送る仕組みについては、厚労省が7月1日時点の状況を報告することを提案。目立った反対意見は出なかった。（2/27MEDIFAXより）

病床機能、直近5年後の予定も報告／厚労省案

医療法を改正して創設する病床機能報告制度で、医療機関が病棟ごとに報告しなければならない「今後」の医療機能について、厚生労働省は「直近5年後程度の予定」について報告を求めることを想定している。2月26日に開いた「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、現時点での見解として示した。将来の医療機能の選択については、さまざまな要因から医療機関が方針を変更する場合も考えられることから、方針を転換した場合は随時、都道府県への報告を求めるとの方向性も示した。

報告制度では、医療機関が自主的に病棟ごとの「現状」と「今後」の医療機能について▽高度急性期▽急性期▽回復期▽慢性期—の4区分から選び、報告する。これまでの議論では、「今後」について明確な時期が示されていなかった。

会合では構成員から、2014年度の診療報酬改定でさまざまな方向性が示されており、医療機関が将来の見通しを立てることは困難との指摘があった。

●病棟ごとの「主とする診療科」に疑義

厚労省は、報告制度で医療機関に報告を求める具体的な項目案も示した。原則として報告制度の対象となる全ての医療機関に同じ項目での報告を求める方針。報告件数がゼロ件の場合は、その旨を報告する。これまでは、各医療機能区分ごとに報告項目を設定する方向性を示していた。報告項目は、既存の「レセプト情報・特定健診等情報データベース」（NDB）を活用して自動的に集計する項目と、医療機関が別途、厚労省が整備する全国共通サーバーに報

告する項目に分かれる予定。

医療機関が別途報告する項目としては、「病棟」単位での報告を求める25項目を挙げたほか、16項目は「病院」単位での報告も求めることを提案した。「病院」単位と「病棟」単位の両方で報告を求める項目として挙げたのは▽看護師・准看護師・看護補助者・助産師数▽理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数▽薬剤師数—の3項目。「病棟」単位での報告を求める項目案としては、「主とする診療科」「入棟前の場所別患者数」「退棟先の場所別患者数」などが挙げた。

「主とする診療科」については構成員から、「複数診療科で1病棟を利用している場合もあり、1つに絞るのは難しい」との意見や、「1病棟複数の診療科とすることで問題があるのか」との疑義が出たことを受け、厚労省が検討する方針を示した。（2/27MEDIFAXより）

報告制度、有床診の必須は12項目／厚労省案、多機能は任意項目で

厚生労働省は2月26日、医療法を改正して創設する病床機能報告制度で、有床診療所については必須項目を病床数や人員配置、入院患者数など12項目に絞る案を「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」に示した。「リハを要する状態にある患者の割合」「往診患者数」などは任意とする。厚労省は任意項目を報告することで、有床診が担っている複数の機能を示すことができるとした。

厚労省が必須項目として提案したのは▽医療機能（現状と今後）▽許可病床数▽稼働病床数▽病床種別（一般病床か療養病床か）▽2001年3月1日施行の第4次医療法改正で、経過措置として認められた患者1人当たり床面積4.3平方メートル以上の一般病床数▽看護師・准看護師・看護補助者・助産師数▽理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数▽薬剤師数▽主とする診療科▽新規入棟患者数▽在棟患者延べ数▽退棟患者数—の12項目。

病院が病棟ごとに選択する▽高度急性期▽急性期▽回復期▽慢性期—の医療機能区分については、有床診を1病棟と見なし、いずれか1つの選択を求めるとの方針もあらためて示した。

（2/27MEDIFAXより）

総合診療専門医

総合診療専門医の研修プログラム、3月に骨格／吉村委員長

新専門医制度の創設に向け、日本専門医機構（仮称）の立ち上げ準備を進めている組織委員会が設置した「総合診療専門医に関する委員会」は、3月に総合診療専門医を育成する研修プログラムの骨格を発表する。組織委員会の吉村博邦委員長（北里大名誉教授）が2月20日、顧問を務める全国医学部長病院長会議の記者会見で明かした。同機構は、新専門医制度の第三者機関として研修プログラムの評価・認定などの機能を担う予定だ。

総合診療専門医の医師像については「地域を支える診療所や中小の病院で活躍する医師で、頻度の高い疾患の初期対応を担当する。必要があれば専門医に紹介し、紹介が不要であれば継続医療を担う。加えて、高齢者対応として介護も含めた複数疾患への対応と看取りを担う」との内容で組織委員会で合意したと説明した。

●連合学会の家庭医研修をベースに検討

研修プログラムの検討状況については、委員長私案をたたき台に議論しているとし「日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医の研修プログラムをベースに、関連学会の英知を集めて作る」との方向性を示した。その上で「基本となる内科、小児科、救急の3科は、各領域の専門医制度と一緒にきちんとトレーニングする。その後は診療所や中小病院で研修し、ある程度大きな病院で臓器に特化しない総合内科などで経験も積んでもらう。さらに、外科や産婦人科、整形外科、精神科などの関連領域は、各専門医制度との連携はしないものの、併せて学んでもらい、試験をする」と説明した。

●2017年度から養成スタートしたい

研修プログラムの骨格を発表した後のスケジュールについては、17年度に第1期生の研修開始を目指すとの方針も示した。吉村委員長は、14年夏をめどに総合診療専門医の研修を実施する際の組織や、研修責任者、指導医の基準などをまとめた上で「15年4月に初期研修が始まる研修医が2年終わって（総合診療医の育成プログラムに）入れるようにしたい」と述べた。

吉村委員長は会見で、総合診療専門医の取得方法や総合診療専門医取得後に他の専門医資格を取得するためのキャリアパスなどを多様化させたいとの考

えも示した。「他の専門医を取った後に地域で活躍したいという人たちのためのプログラムや、総合診療専門医取得後に消化器や循環器など他の専門医に行けるようなキャリアパスを検討する」と述べた。

（2/21MEDIFAXより）

窓口負担

窓口負担と保険料の免除を1年延長／福島第一原発付近の住民

厚生労働省は、東京電力福島第一原子力発電所に近い福島県南相馬市、田村市、川内村の一部地域から避難している住民を対象に国の全額補助で実施している窓口・利用者負担と保険料の免除について、期間を延長することを決めた。国保、後期高齢者医療、介護保険が対象。早ければ2月中に都道府県と各保険者へ事務連絡を発出する。健康保険組合と協会けんぽについては、各保険者が判断し、国が保険者の財政状況に応じて財政支援する予定。

免除期間は、原子力災害対策本部が放射線量を基準に設定している▽帰還困難区域▽居住制限区域▽避難指示解除準備区域▽特定避難勧奨地点一の全住民と、以前に緊急時避難準備区域か特定避難勧奨地点の指定を受けていた上位所得層（国保では年収約840万円以上）以外の住民で、2015年3月末までの1年延長となる。（2/18MEDIFAXより）

国保

国保、保険料軽減を拡大／4月から、高所得は負担増

政府は2月14日、自営業者らが加入する国民健康保険（国保）で、保険料を軽減する低所得世帯の範囲を拡大し、高所得世帯の保険料の上限額を引き上げるとした改正政令を閣議決定した。4月から実施する。

国保の保険料は、定額部分と、支払い能力に応じた部分の合計で、定額部分が収入に応じ軽減される。

夫婦と子ども1人の3人世帯の年収でみると、2割軽減になる対象は「223万円以下」から「266万円以下」に、5割軽減は「147万円以下」から「178万円以下」にそれぞれ拡大される。約400万人が負担減となる。

保険料の上限額は年間65万円から2万円増の67万円に見直す。単身で給与収入が1000万円以上の人

該当。40～64歳の人が国保を通じて納める介護保険の保険料上限も、12万円から14万円に上げる。
(2/18MEDIFAXより)

規制改革

ホールディングへ参加は「持分なしに限定」 ／規制改革会議WG

政府の規制改革会議は2月18日、「健康・医療ワーキンググループ」の会合を開き、「医療機関のガバナンスと業務」について論点をまとめた。医療機関の非営利ホールディングカンパニー型法人制度に参加できるのは、持分なしの医療機関だけに限定するよう提言することでまとまった。

事務局の内閣府規制改革推進室の提案では、非営利ホールディングカンパニー型法人について「医療法人だけでなく社会福祉法人の参加も認めるべきではないか」というもので、持分なしに限定はしていなかった。議論の中で「持分なしに限定した方がガバナンスがうまくいく」「非営利の冠を掲げている以上、非営利を徹底した形にすべき」という考えが示され、意見が一致した。社会福祉法人は持分がないので認める方針。

論点案はそのほか、一定の要件を満たす医療法人では、医師・歯科医師以外の者が理事長になる際の認可を不要とし、届け出制にするよう求める方針を盛り込んだ。現在でも、医師・歯科医師でなくとも都道府県知事が認めれば理事長に就くことはできるが、より促進できるよう、通知などで対応することを想定している。

経営の透明性を高めるために、一定規模以上の医療法人に外部監査を義務付けることや、医師・歯科医師以外が医療法人の理事長の場合のみに行われている「理事長が反社会的勢力でないかどうか」の確認を、医師・歯科医師が理事長の場合でも行うことも盛り込んだ。

業務範囲の拡大では、医療法人が何をどのような場合に誰に対して販売してよいか明確ではないと指摘。明確化と範囲の拡充の検討を提言する。論点ではコンタクトレンズやサプリメントの販売を示した。(2/19MEDIFAXより)

新型インフル

集団的予防接種の手引き作成／新型インフルで厚労省

厚生労働省健康局の結核感染症課は3月4日の全国健康関係主管課長会議で、新型インフルエンザなどの集団的予防接種に向けた手引きの暫定版を提示し、説明した。手引きは近日中に厚労省HPで公表する予定。

新型インフルエンザ等特措法と政府行動計画は、新型インフルの予防接種で住民への接種の実施主体を市町村としており、手引きは市町村の参考にしてもらうため、岡部信彦・川崎市健康安全研究所所長を分担研究者とする厚生労働科学研究で作成した。

住民への接種では、ワクチンは10mlなどのマルチバイアルで供給されることが想定され、原則的に集団的予防接種で100人以上を単位とする接種体制の構築が求められるとした。対象者には、当該市町村の住民基本台帳に登録されている人のほか、▽長期入院・入所者▽里帰り分娩の妊産婦とその同伴小児—なども含める。接種順位は▽医学的ハイリスク者▽小児▽成人・若年者▽65歳以上の高齢者—の4群に分類し、発生後に政府対策本部が決定する。

集団的予防接種には、公民館や体育館などの会場に対象者を参集させて実施する「地域集団接種」と、学校・医療機関・社会福祉施設などで既に形成されている集団に実施する「施設集団接種」がある。地域集団接種の対象は▽妊婦▽未就学児▽高齢者（原則）▽移動可能な在宅医療受療中の患者▽短期の入院者（退院後）▽通所サービス利用者（原則）—などが該当する。施設集団接種では▽学生▽高齢者介護施設の入所者▽長期の入院患者▽移動困難な者が多い通所施設のサービス利用者—などを対象とすることが可能になる。このほか、医療従事者が戸別訪問して実施する「地域訪問接種」があり、▽移動が困難な在宅医療受療中の患者▽移動が困難な障害者（在宅生活者・短期施設入所者）—などが対象となる。

集団的予防接種を実施する際は▽予診を担当する医師1人▽接種を担当する看護師1人▽薬液充填・接種補助を担当する看護師または薬剤師1人—を1チームとして編成する。会場には、接種後の状態観察を担当する看護師など1人、受付・予診票確認・誘導・接種済証発行などの事務を担当する人が複数必要になる。予診から接種までの時間を2分、1日

の実施時間を7時間とすると、2チームで1日420人が接種可能となる。市町村には地域医師会などの協力を得て、対象者数に応じたチーム数の確保が求められている。（3/5MEDIFAXより）

自民

医療・介護・年金の3PT体制で改革推進／自民・特命委員長

自民党「社会保障制度に関する特命委員会」（野田毅委員長）は3月5日の役員会で、医療・介護・年金の3つのプロジェクトチーム（PT）で今後の制度改正論議を進めていくことを決めた。会合は非公開だが、出席者の話を総合すると、短期的には2015年の通常国会に提出する法案の具体的な内容について検討する。25年以降を見据えた長期的な制度設計の必要性を指摘する意見もあった。まずは社会保障制度の長期推計を試算することから始めることになりそうだ。

医療PTの座長は鴨下一郎氏が務める。同PTは13年、診療報酬改定論議のさなかに設置されており、引き続き医療制度改革の議論を進めていく。15年の通常国会に向けた最大の検討課題は、国保の財政基盤の充実だ。後期高齢者支援金の全面総報酬割もテーマになる。13年の社会保障制度改革国民会議は、総報酬割の全面導入で生じる財源を国保の財政補填に転用する方策を打ち出している。協会けんぽの国庫補助率も議題に乗りそうだ。

介護PTは松本純氏が座長を務める。15年4月の介護報酬改定や介護の制度改正論議に取り組む。厚生労働省は会合で「介護報酬改定に向けた審議会の議論は4月からスタートするが、まず介護保険法改正案を成立させ、その議論の過程で浮上した課題を整理しつつ、自民党に相談したい」と説明したもようだ。

年金PTの座長は宮澤洋一氏が務める。年金の財政検証が重要課題だ。

●「ポスト2025」問題も、まずは推計の整備

税・社会保障一体改革は、団塊の世代が75歳以上に達する25年を想定して制度の見直しを行っている。だが、25年はその後も続く超超高齢化社会の入り口に過ぎない。その「ポスト2025」問題を宮澤氏が指摘した。宮澤氏は「推計さえ整備されていないのが問題だ。まずはここから手を付けるべき」と主張したようだ。会合後、出席者の一人は「消費税率

を10%に引き上げた後のことを視野に入れ、党主導であらかじめ長期的な議論をし、制度設計していこうということだ」と語った。

●“混合診療”は取り扱わず

役員会では出席者から、保険外併用療養費制度や混合診療の問題を議論する必要はないか、との問題提起があった。だが、役員会の内部でも議論が沸騰してしまい、收拾がつかなくなってしまったもようで、医療PTの議題は国保の財政基盤充実などの重要課題に絞り込むことにした。（3/6MEDIFAXより）

外保連

帝王切開術引き下げ「努力が裏目に」／14年度改定で外保連

外科系学会社会保険委員会連合（外保連）の山口俊晴会長（がん研有明病院副院長）は3月4日の会見で、2014年度診療報酬改定の手術の評価について「薬価引き下げ財源を手術等の医療技術に充当できず、新技術の保険導入が前回改定の半分程度しか認められなかった」と指摘し、薬価引き下げ財源の引き離しに強い危機感を表明した。手術委員会の岩中督委員長（東京大教授）は、外保連試案で手術時間が短縮し試案価格が下がった帝王切開術が、改定でもそのまま点数が引き下げられている現状に対し「襟を正そうとしている各学会の努力に対し（引き下げ部分だけを切り取っての評価は）極めて残念だ」と指摘した。

帝王切開術の点数の引き下げは、医療関係者からは「産科なのに」と戸惑いの声が上がっている。岩中委員長は「外保連試案は実態に即した試案を作ろうということで、標準化された術式はD群に下げた。試案価格は減ることになるが、各学会が努力してきたものであり、改定で手術点数を下げたよというものではないことは、これまでも厚労省には申し上げてきた」と述べた。

その上で「特に手術時間は、技術革新や材料の進歩で時間短縮される傾向にある。試案価格は減ることになるが、襟を正すためにやってきた。しかし今回は、試案価格の増減に連動してがっちり下げられた。これでは、真面目さが裏目に出了といわざるを得ない」と強調。「帝王切開術は一般病院の手術時間が短縮し、試案では手術時間が2時間から1時間に短縮した。すると途端に2万円の引き下げになってしまった」と説明した。今回の改定では、耳鼻咽喉

科と眼科の手術料が下がっているとも説明し「理由は今後、厚労省に確認したい」と述べた。

●試案の評価、新指標など検討必要／山口会長

帝王切開術などの引き下げについて外保連試案が要因の一つになっていることに対し、山口会長は「現行の評価指標である手術時間、技術度、人数だけでなく、QALYなど費用対効果の新たな指標の導入も検討したい。今後、加盟学会に諮り合意が得られれば具体的に検討を進めていく」と述べた。

一方、山口会長は、実質マイナス改定の中で、手術や処置の休日・時間外・深夜加算が充実されたことに対し「外科医の勤務環境を改善していこうという方向性は評価できる。ただ、要件が厳しいので緩和の方向にもって行ってほしい」とした。

今回の改定では、外保連が新設要望した190件のうち41件の採用（前回91件採用）にとどまった。既存項目も143件の要望で38件の採用（前回79件採用）だった。（3/5MEDIFAXより）

日医

主治医評価で第一歩「早めに検証を」／14年度改定で日医・中川副会長

日本医師会の中川俊男副会長（中医協診療側委員）は2月19日、取材に応え、2014年度診療報酬改定で導入される主治医機能の評価について「実質的にかかりつけ医の評価といえる。小さく産んで大きく育てるということで同意した」と述べた。その上で「日医は外来の包括を認めたわけではない。地域包括診療料（包括評価）と地域包括診療加算（出来高評価）は、医師が処方し服薬を管理することが大事という考え方を取り入れた。7剤投与の減算規定見直しへの突破口にもしていきたい」と強調した。

7対1入院基本料の要件強化に伴う受け皿として想定されている地域包括ケア病棟入院料は、リハビリテーションが包括されたことで厳しい点数になったとの評価が医療現場から出ている。中川副会長は「改定財源が厳しい中で（点数として）不十分なことは認識している。早めに検証をして、支障があれば次期改定に向けて議論をすべきだ」と指摘。「かかりつけ医と地域包括ケアは極めて重要な課題であり、どう評価していくかについて第一歩を踏み出す改定だった。何とか突破口を見いだせたのではないかな。最低限、優しい医療は守れたのか、と自問自答している」と述べた。

●初・再診料、16年度改定の最優先課題

初・再診料については「8%消費増税の補填は、基本診療料を中心に行うということで議論が進められたため、通常の初・再診料をめぐる議論ができなかった。16年度の次期診療報酬改定で議論すべき最優先事項である」とした。さらに、「消費税の補填については公益裁定になった。それ以上の混乱を避けるためにも、今回は、あえて強力に主張することはせず、答申書付帯意見のトップ項目にもってきた」とした。「14年度改定が改定率0.1%にとどまったことが極めて遺憾だ。薬価引き下げ財源を本体改定財源に充当させないという今回の手法を、16年度改定では認めるわけにはいかない」とも強調した。

改定全般については「14年度改定は、中小病院と診療所を評価する改定にしたいと思ってきたが、財源が350億円では、7対1入院基本料を算定してきた中小病院などが影響を受けるのではないかと懸念している」と述べた。その上で「今回の改定は、25年に向けた一体改革の推進をミッションに行われた。その基本的な方向は認めた上で、より適切な医療が提供できる評価の在り方について議論を重ねた」と振り返った。

7対1病床の機能分化で中枢的な役割を果たした中医協の「入院医療等の調査・評価分科会」については、「今後、総会および分科会などが担うべき役割を含めて見直していくことが必要」とした。

●地域の救急医療、基金の活用を

一方、2次救急病院を評価する救急医療管理加算で“減算規定”が設けられたことに対して中川副会長は「2次救急医療の評価の在り方を検討することが必要だ。（14年度改定で減算の対象となる）“その他症例”については、今後、新たな評価項目などを検討してもよいのではないかな」と指摘した。一方で「地域医療において救急医療が円滑に運用されることが重要な課題だ。地域の救急医療のために、基金の活用を検討すべきだ。民間病院も対等に使えることになっている」とし、新たに創設する財政支援制度の活用にも積極的に対応すべきとした。

（2/19MEDIFAXより）

健保連

主治医機能「将来は包括評価に一本化」／健保連・白川専務理事

健保連の白川修二専務理事は、2014年度診療報酬

改定について取材に応え「主治医機能の定着を優先させるため、包括評価の地域包括診療料と出来高評価の地域包括診療加算の2つの評価体系を認めた。今後の届け出状況などを踏まえ、検証を進めながら、将来的には、地域包括診療料の包括評価に一本化していくべきだ」との基本的な考えを示した。

主治医機能の評価について白川氏は「われわれは包括評価システムで進めるべきと考えており、地域包括診療加算（20点）の出来高システムの創設には反対だったが、主治医機能を定着させることが優先されるため、今回は認めた」と振り返った。

地域包括診療加算について白川氏は、1月29日の中医協総会で、外来管理加算や生活習慣病指導管理料と重複算定できることを問題視し、特に生活習慣病指導管理料をどう位置付けるか議論が必要と指摘していた。白川氏は「日本医師会は外来の包括化には反対という意見だが、われわれはできれば、あらゆることを包括すべきとの基本認識だ。患者にとって分かりやすい点数体系にしていけばいい」とし、包括化への動きを加速させるべきとの考えを示した。「病院と診療所の機能分化は、フリーアクセスが若干制限されるとしても、やらないといけないものだった。14年度改定で主治医機能の評価が初めて診療報酬で手当てされたことは評価している」とも述べた。

●7対1削減、「数千床規模」なら一層対応を

一方、14年度改定では、病床の機能分化の推進にも大きくかじを切った。7対1入院基本料の要件厳格化について白川氏は「2年後、7対1病床が数千床規模の削減にとどまるようであれば、（16年度改定では）さらに、厳しい対応をしていかざるを得ないだろう。今のままでは医療保険財政がもたない」とも語り、25年の一体改革に向け、病床の機能分化の推進は今後も継続的に取り組む課題と位置付けた。

その上で、今後の7対1の評価に関して「今回、『重症度、医療・看護必要度』は対応したが、平均在院日数をどうするか。またわれわれとしては、アウトカム評価をさらに強化すべきではないかと考えている」とし、「データ提出加算の届け出を義務付けたことから、データ分析を進めながら、アウトカム評価指標を検討していければいい。地域医療計画を絡めてアウトカム評価を進めていってよいのではないかと今後の対応について問題提起した。

●初・再診、底上げ議論には乗れない

初・再診料については「われわれは日本の診療所の機能は高いと評価しているが、初・再診料は、診

療所だけではなく病院も含めた全体の底上げ論議になる。医療経済実態調査からも医療機関の経営は安定し、診療報酬の半分は、医療職などの人件費に充てられ、医師給与も高い水準にある。われわれは、底上げ論議には乗れない。今回は特に財源が少なかったが、改定率の問題にかかわらず、医療機関の機能分化や連携、在宅医療の推進などの重点課題に財源を配分すべきと考えている」と述べた。その上で「次期改定で議論すべき最優先課題は、地域医療計画策定のタイミングからも、医療と介護の連携をどうするか。そして病床機能の分化・連携のさらなる促進ではないか」と強調した。

●病床機能再編は一步前進

一方、白川氏は14年度改定論議を振り返り「基本方針に沿って改定を進め、それに対応した医療提供体制の再構築の方向に少しは向かったのかなと、全般的には評価をしている。特に評価できる点は、7対1病床の適正化と後方病床の確保、在宅医療を意識した退院計画立案、患者データの提出など、在宅医療が享受できる体制づくりの大きな流れができた点だ。病床機能再編の第一歩になったかなと評価している」と述べた。

ただ、医療と介護の連携が十分に進んだとはいえないと指摘。「維持期リハビリテーションの問題や、サービス付き高齢者住宅の紹介料の問題、介護施設で急病人が発生した時に急性期病院に搬送するという抜本的改革までには至っていない」とし、14年度改定で進めた医療と介護の連携をさらに充実させていくべきと強調した。（2/24MEDIFAXより）

調査・データ編

出生率、最低は京都・東山区／08年から5年間の厚労省統計

厚生労働省は2月13日、2008年から5年間の「人口動態保健所・市区町村別統計」の概況を公表した。市区町村別の合計特殊出生率を見ると、最も高かったのは鹿児島県伊仙町の2.81、最も低かったのは京都市東山区の0.77となり、最も高い市区町村と低い市区町村の差が2.04となった。

鹿児島県伊仙町に続いて合計特殊出生率が高かつ

たのは、沖縄県久米島町の2.31。以下、沖縄県宮古島市の2.27、沖縄県宜野座村の2.20と続いた。一方、低かったのは京都市東山区に次いで、東京都豊島区の0.81、大阪府豊能町の0.82、東京都中野区の0.85となった。全体を見ると約6割の市区町村が1.3以上1.6未満を中心に分布していた。

比率が100より大きいと全国より死亡率が高いとされる標準化死亡比を見ると、東日本大震災の影響により、男性は岩手県大槌町が192.4で最も高く、大阪市西成区の181.9、岩手県陸前高田市の167.3と続いた。女性も震災の影響から、岩手県大槌町が212.7で最も高く、以下宮城県女川町の196.6、岩手県陸前高田市の177.0となった。（2/14MEDIFAXより）

高齢化対策、日本の知見をASEAN諸国に ／厚労省検討会が報告書

厚生労働省の「国際的なActive Aging（活動的な高齢化）における日本の貢献に関する検討会」は2月18日、これまでの議論や現地調査を踏まえた報告書を大筋でまとめた。今後、日本と同等もしくはそれ以上の速さで高齢社会を迎えることが予測されるASEAN諸国での高齢化対策の課題や、高齢化が進んでいる日本の取り組み、ASEAN諸国に協力する際のアプローチの在り方を整理した。

報告書は▽Active Agingの背景▽ASEAN諸国および日本の高齢化対策とその課題▽今後の国際協力に向けた提言—の観点からまとめた。

ASEAN諸国では、非感染性疾患（NCD＝Non Communicable Diseases）の増加が医療費に与える影響に関心が高く、NCDに対応するための医療提供体制や、予防・健康増進のための社会基盤整備が重要なテーマになると指摘。二次予防の観点から、日本の集団検診や職域検診などのノウハウを提供して途上国で展開するなど、NCD対策の必要性を伝達することが有効な協力になるとした。

また、富裕層や中間層を対象にした高齢者ホームなどの建設が民間資本によって相次いでおり、今後も民間の高齢者ホームの増加が各国で見込まれると指摘。民間施設の整備基準を用意している国はあるものの、基準に対応していない施設も多いとみられるとし、制度設計やサービスの最低基準の策定を支援することで、事業者のサービスの質確保・向上に結び付けることも可能とした。

報告書のまとめに当たり尾身座長は「いずれは日本が世界的なイニシアチブになり得る。アジアは最

初の入り口だが、世界に先駆けて日本がこういうことをやっているという一つのマテリアルができた」と述べた。また、萱島信子委員（国際協力機構人間開発部長）は「国際協力機構としては、高齢者が重要な 이슈になっているので、とっても価値がある」と述べ、今後の活用に期待を寄せた。

厚労省は、意見を踏まえた見直しを行い、報告書を完成させる。（2/19MEDIFAX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

第1回社会保障制度改革推進本部資料

■ 2014年2月14日 ■

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/dail/index.html>

社会保障制度改革の進捗を検証するため政府に設置された「社会保障制度改革推進本部」（本部長＝安倍晋三首相）の初会合が開かれ、今後、プログラム法に盛り込まれた取り組みを総合的かつ計画的に進めていくことを確認。資料の一部を掲載する。

資料1

社会保障制度改革推進本部 名簿

本部長 安倍 晋三 内閣総理大臣

副本部長 甘利 明 社会保障・税一体改革担当大臣

本部長 麻生 太郎 副総理・財務大臣

菅 義偉 内閣官房長官

新藤 義孝 総務大臣

田村 憲久 厚生労働大臣

森 まさこ 内閣府特命担当大臣（少子化対策）

資料 2 - 1

社会保障制度改革の実施状況と今後の進め方

平成26年2月14日



社会保障・税一体改革による社会保障制度改革の実施状況と今後の進め方

○昨年成立した「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」(プログラム法)に沿って、着実に改革を推進していく。

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
少子化対策	○ 子ども・子育て関連3法 成立	● 次世代育成支援対策推進法の改正法案提出 ●--->▲ 施行(予定) ● 雇用保険法の改正法案提出 【予算措置】 ・待機児童解消加速化プラン ・保育緊急確保事業		▲ 新制度 施行 >▲ 施行(予定)	
医療・介護	医療・介護 サービスの 提供体制、 介護保険 制度		● 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 関係法律の整備等に関する法律案提出 【予算措置】 ・診療報酬改定 ・財政支援制度(基金)の創設	▲ 順次施行(予定) 【予算措置】 ・介護報酬改定	【予算措置】 ・診療報酬改定
	医療保険 制度		● 【予算措置】 ・70～74歳患者負担見直し ・国保等の低所得者に対する保険料負担軽減の拡充等 ・高額療養費制度の見直し	● 国保法その他医療保険各法の改正法案提出	順次施行(予定) >
	難病対策・ 小児慢性 特定疾患 対策		● 難病の患者に対する医療等に関する法律案(新法)、 児童福祉法改正法案提出	>▲ 順次施行(予定)	
公的年金 制度	○ 年金関連4法成立	▲	▲ 順次施行	▲	>▲

1

平成26年通常国会提出の社会保障制度改革関連法案

	法案名	主な改正事項	施行期日
少子化対策	次代の社会を担う子どもの健全な育成を図るための次世代育成支援対策推進法等の一部を改正する法律案	次世代育成支援対策推進法の延長、新たな認定（特例認定）制度の創設	平成27年4月1日
	雇用保険法の一部を改正する法律案	育児休業給付の給付率の引上げ（休業開始後6月間につき50%→67%）	平成26年4月1日
医療・介護サービスの提供体制改革等	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整備等に関する法律案	1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係） ①病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等のための新たな基金を都道府県に設置 ②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係） ①医療機関が病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を都道府県に報告する仕組みの創設 ②都道府県は、①をもとに、地域医療体制の将来のあるべき姿を医療計画において策定 ③医師確保支援を行う地域医療支援センターを法律に位置付け 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係） ①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 ②低所得者の保険料軽減を拡充 ③一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ ④低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加 等	公布日。 ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。
難病・小児慢性特定疾患対策	難病の患者に対する医療等に関する法律案（新法）	難病対策、小児慢性特定疾患に係る都道府県の超過負担の解消を図るとともに、公平かつ安定的な医療費助成の制度を確立するため ①対象疾患の拡大 ②対象患者の認定基準の見直し ③類似の制度との均衡を考慮した自己負担の見直し	平成27年1月1日
	児童福祉法の一部を改正する法律案		平成27年1月1日

平成26年度における「社会保障の充実」（概要）

(単位:億円)					
事 項		事 業 内 容	計 (注1)	国分	
				国分	地方分
子ども・子育て支援の充実		待機児童解消の推進と地域の子ども・子育て支援の充実 (「待機児童解消加速化プラン」の推進、保育緊急確保事業の実施)	2,915	1,348 (注3)	1,568
		社会的養護の充実	80	40	40
		育児休業中の経済的支援の強化	64	56 (注4)	8
医療・介護の充実	医療・介護サービスの提供体制改革	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 (1) 消費税財源の活用による診療報酬の改定 (2) 新たな財政支援制度の創設(※)	353 544	249 362	105 181
		地域包括ケアシステムの構築 (認知症に係る地域支援事業の充実等)	43	22	22
		国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612
	医療保険制度改革	高額療養費制度の見直し	42	37	5
		難病・小児慢性特定疾患への対応	298	126	172
	年金制度の改善		遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	10	10
合 計			4,962	2,249	2,713

※ 医療提供体制改革のための新たな財政支援制度（基金）については、上記に加え、公費360億円の上乗せ措置を別途実施。その結果、基金規模は合計904億円。

（注1）金額は公費（国及び地方の合計額）である。

（注2）計数は、それぞれ四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。

（注3）「保育緊急確保事業」の国分（1,043億円）は内閣府、保育所運営費の国分（304億円）は厚生労働省に計上。

（注4）「育児休業中の経済的支援の強化」の国分のうち、雇用保険の適用分（55億円）は厚生労働省、国共済組合の適用分（1億円）は各省庁に計上。

3

資料2-2

社会保障制度改革の実施状況と今後の進め方 (参考資料)

平成26年2月14日



厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

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

【法律の趣旨等】

- 社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」を閣議決定（平成25年8月21日）
- この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして提出（平成25年12月5日成立、同13日公布・施行）

【法律の主な概要】

■ 講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの

- 少子化対策（既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施 等）
- 医療制度（病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70～74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策 等）
- 介護保険制度（地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減 等）
- 公的年金制度（既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方 等）

※ 医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成26年通常国会に、医療保険制度については平成27年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

■ 改革推進体制

上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる社会保障制度改革推進会議を設置

■ 施行期日

公布の日（平成25年12月13日）（一部を除く。）

1

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よる社会保障制度改革の工程表(平成29年度まで)

		25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
少子化対策		・子ども・子育て支援法に基づく保育緊急確保事業、子どものための教育・保育給付及び地域子ども・子育て支援事業（含：待機児童解消加速化プラン） ・社会的基盤の充実 ※次世代育成支援対策推進法（26年度末までの期限立法）の延長を検討				
医療制度	医療サービス等の提供体制	現行医療計画（～29年度） 必要な措置を29年度までを目途に順次講ずる ＊30年度～次期医療計画				
	医療保険	▲ 必要な法律案の26年度通常国会への提出を目指す 【検討事項】 ①病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護の推進 ・病床機能に関する情報を都道府県知事に報告する制度の創設 ・地域の医療提供体制の構想の策定及びこれを実現するために必要な方策（必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等） ・新たな財政支援の制度の創設、診療報酬に係る適切な対応の在り方 ・医療法人間の合併、病院の移転に関する制度等の見直し ②地域における医師、看護師等の医療従事者の確保及び勤務環境の改善 ③医療従事者の業務の範囲及び業務の実施態様の見直し など				
		必要な措置を26年度から29年度までを目途に順次講ずる ▲ 必要な法律案の27年度通常国会への提出を目指す 【検討事項】 ①医療保険制度等の財政基盤の安定化 ・医療保険の財源の確保 ・国保の財政上・財政上の格差を解消する観点から、上記の国保に対する財政支援の拡充により、国保の財政上の格差を解消する観点から、上記の国保に対する財政支援の拡充をはじめとして都道府県が担うことを基本として、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県・市区町村で適切に役割分担するため必要な方策 ・平成25年健保法等改正法附則2条に規定する所要の措置（協会けんぽの国庫補助率や高齢者の医療の費用負担の在り方） ※上記措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方等について、必要に応じ検討 ・支出金等の現行の特例措置が26年度まで終了 ②保険料に係る国民の負担に関する公平の確保 ・国保・後期高齢者医療制度の保険料に係る低所得者の負担の軽減 ・後期高齢者支援金の全面総額削減と、所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直し ・所得水準の低い国保組合に対する国庫補助の見直し ③保険給付の範囲と保険料の標準額の範囲の適正化等 ・低所得者の負担に配慮しつつ、70・74歳の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し ・医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し など				
		難病対策・小児慢性特定疾患対策	必要な措置を26年度を目途に講ずる ▲ 必要な法律案の26年度通常国会への提出を目指す 【検討事項】 ・難病対策に係る都道府県の超過負担の解消 ・公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立 など			
介護保険制度		第5期介護保険事業計画（～26年度） 必要な措置を27年度を目途に講ずる 第6期介護保険事業計画（～29年度） ▲ 必要な法律案の28年度通常国会への提出を目指す 【検討事項】 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 ・在宅医療・在宅介護の提供に必要な関係者の連携の強化 ・高齢者の自立した日常生活の支援と介護予防に関する基盤整備 ・認知症である者に係る必要な施策 ②地域支援事業の見直しと併せて地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し ・後期高齢者支援金の全面総額削減に係る検討状況等を踏まえ、介護納付金の総報酬率について検討し、必要な措置を講ずる ③一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し ④いわゆる補給給付の支給の要件に資産を廃棄する等の見直し ⑤特別養老ホームに係る施設費に対する公費の支給対応の見直し ⑥第一号被保険者の介護保険料に係る低所得者の負担の軽減 ⑦介護報酬に係る適切な対応の在り方 など				
公的年金制度		・基礎年金の国庫負担割合の2分の1への恒久的な引上げ ・遺族基礎年金の支給対象者の拡大 ・年金生活者支援給付金の支給 ・高齢者における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方 ⑧高所得者の年金給付の在り方・公的年金等控除を含めた年金課税の在り方 ⑨高所得者の年金給付の在り方・公的年金等控除を含めた年金課税の在り方 ⑩その他必要な事項				

※ 本工務率は、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に盛り込まれた「講ずべき社会保障制度改革の措置等」のうち、講ずる時期等が明示されている措置や検討事項の内容について記載したものである。

2

次代の社会を担う子どもの健全な育成を図るための次世代育成支援対策推進法等の一部を改正する法律案（概要）

次代の社会を担う子どもの健全な育成を図るため、職場・地域における子育てしやすい環境の整備に向け、次世代育成支援対策推進法の有効期限の延長、一般事業主行動計画の策定・届出義務に係る特例措置の創設、母子家庭及び父子家庭に対する支援の拡充、児童扶養手当と年金の併給調整の見直し等の所要の措置を講ずる。

主な改正事項

1. 次世代育成支援対策の推進・強化（次世代育成支援対策推進法の一部改正）

(法律の有効期限の延長)

① 法律の有効期限を平成37年3月31日まで10年間延長する。

(新たな認定(特例認定)制度の創設)

② 雇用環境の整備に関し適切な行動計画を策定し実施している旨の厚生労働大臣による認定を受けた事業主のうち、特に次世代育成支援対策の実施の状況が優良なものについて、

- ・厚生労働大臣による新たな認定(特例認定)制度を創設

・特例認定を受けた場合、一般事業主行動計画の策定・届出義務に代えて、当該次世代育成支援対策の実施状況の公表を義務付ける 等

2. ひとり親家庭に対する支援施策の充実（母子及び寡婦福祉法、児童扶養手当法の一部改正）

(母子家庭等に対する支援の拡充)

① 都道府県等による母子家庭等への支援措置の積極的・計画的な実施や関係機関の連携等に係る規定の整備など母子家庭等への支援体制の充実を図るとともに、高等職業訓練促進給付金(※)等の公課禁止など母子家庭等への支援の強化を図る。

※ 母子家庭の母等が就職に有利な資格を取得するために養成機関で修業する期間の生活を支援するための給付金。

(父子家庭に対する支援の拡充)

② ①に加え、父子福祉資金制度(父子家庭に修学資金、生活資金等を貸し付ける制度)の創設等、父子家庭に対する支援を拡充するとともに、法律の題名を「母子及び父子並びに寡婦福祉法」に改める。

(児童扶養手当と年金の併給調整の見直し)

③ 児童扶養手当の支給対象とされていない公的年金給付等の受給者等について、公的年金給付等の額に応じて、児童扶養手当の額の一部を支給する。

【施行期日】 1については平成27年4月1日（①については公布日）

2については平成26年10月1日（③については平成26年12月1日）

3

雇用保険法の一部を改正する法律案の概要

現下の雇用情勢を踏まえ、雇用保険制度において、基本手当、就業促進手当、教育訓練給付及び育児休業給付金の給付の拡充並びに暫定措置の新設及び延長等の措置を講ずる。

1. 育児休業給付の充実【平成26年4月1日施行】

育児休業給付（休業開始前賃金の50%を支給）について、1歳未満の子を養育するための育児休業をする場合の休業開始後6月につき、休業開始前の賃金に対する給付割合を67%に引き上げる。

2. 教育訓練給付金の拡充及び教育訓練支援給付金の創設【平成26年10月1日施行】

- 教育訓練給付（受講費用の2割を支給、給付上限10万円）を拡充し、中長期的なキャリア形成を支援するため、専門的・実践的な教育訓練として厚生労働大臣が指定する講座を受ける場合に、
 - 給付を引き上げ（受講費用の4割*）、
 - 資格取得等の上で就職に結びついた場合には受講費用の2割*を追加的に給付する
 ※1年間の給付額は48万円*を上限とする（給付期間は原則2年。資格につながる場合等は最大3年）
 <対象者>2年以上*の被保険者期間を有する者（2回目以降に受ける場合は10年以上*の被保険者期間が必要）
- 教育訓練支援給付金を創設し、45歳未満の離職者が上記の教育訓練を受講する場合に、訓練中に離職前賃金に基づき算出した額（基本手当の半額）を給付する。（平成30年度までの暫定措置）

3. その他

- 就業促進手当（再就職手当）の拡充【平成26年4月1日施行】
 現行の給付（早期再就職した場合に、基本手当の支給残日数の50%～60%相当額を一時金として支給）に加えて、早期再就職した雇用保険受給者が、離職前賃金と比べて再就職後賃金が低下した場合には、6月間職場に定着することを条件に、基本手当の支給残日数の40%相当額を上限として、低下した賃金の6月分*を一時金として追加的に給付する。
- 平成25年度末までの暫定措置の延長【いずれも3年間の延長】
 - 解雇、雇止め等による離職者の所定給付日数を60日間延長する個別延長給付について、要件厳格化*の上で延長する。
 - 雇止め等の離職者（特定理由離職者）について、解雇等の者と同じ給付日数で基本手当を支給する暫定措置を延長する。

（注）*については、法律成立後に省令で具体的に定める事項である。

4

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整備等に関する法律案の概要

趣 旨

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く措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概 要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
- ②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③低所得者の保険料軽減を拡充
- ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、月額上限あり）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

- ①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護士の研修制度を新設
- ②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

5

難病の患者に対する医療等に関する法律案の概要

法案提出の趣旨

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く措置として、難病の患者に対する医療費助成(注)に関して、法定化によりその費用に消費税の収入を充てることができるようにするなど、公平かつ安定的な制度を確立するほか、基本方針の策定、調査及び研究の推進、療養生活環境整備事業の実施等の措置を講ずる。

(注)現在は法律に基づかない予算事業(特定疾患治療研究事業)として実施している。

法律案の概要

(1) 基本方針の策定

- 厚生労働大臣は、難病に係る医療その他難病に関する施策の総合的な推進のための基本的な方針を策定。

(2) 難病に係る新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立

- 都道府県知事は、申請に基づき、医療費助成の対象難病(指定難病)の患者に対して、医療費を支給。
- 指定難病に係る医療を実施する医療機関を、都道府県知事が指定。
- 支給認定の申請に添付する診断書は、指定医が作成。
- 都道府県は、申請があった場合に支給認定をしないときは、指定難病審査会に審査を求めなければならない。
- 医療費の支給に要する費用は都道府県の支弁とし、国は、その2分の1を負担。

(3) 難病の医療に関する調査及び研究の推進

- 国は、難病の発病の機構、診断及び治療方法に関する調査及び研究を推進。

(4) 療養生活環境整備事業の実施

- 都道府県は、難病相談支援センターの設置や訪問看護の拡充実施等、療養生活環境整備事業を実施できる。

施行期日

平成27年1月1日

※児童福祉法の一部を改正する法律案(小児慢性特定疾病の患児に対する医療費助成の法定給付化)と同日 6

児童福祉法の一部を改正する法律案の概要

法案提出の趣旨

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く措置として、小児慢性特定疾病の患者に対する医療費助成に関して、その実施に要する経費に消費税の収入を充てることができるようにするなど、公平かつ安定的な制度を確立するほか、基本方針の策定、慢性疾患児童の自立支援事業の実施、調査及び研究の推進等の措置を講ずる。

法律案の概要

(1) 基本方針の策定

- 良質かつ適切な小児慢性特定疾病医療支援の実施その他の疾病児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針を定める。

(2) 小児慢性特定疾病に係る新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立

- 都道府県・政令指定都市・中核市は、小児慢性特定疾病にかかっている児童等であって、当該疾病の程度が一定程度以上であるものの保護者に対し、申請に基づき、医療に要する費用(小児慢性特定疾病医療費)を支給。
(現行の小児慢性特定疾病医療費助成は児童福祉法に基づく法律補助であるものの裁量的経費。今回、義務的経費化。)
- 医療費助成に要する費用は都道府県等の支弁とし、国はその2分の1を負担。
- その他、適正な医療費助成及び医療の質を担保する観点から、指定医療機関(都道府県等が指定)制度等に関する規定を整備。
➢支給認定の申請に添付する診断書は、指定医が作成。 ➢都道府県等は、支給認定をしないときは、小児慢性特定疾病審査会に審査を求める。

(3) 小児慢性特定疾病児童等自立支援事業の実施

- 都道府県等は、相談支援など小児慢性特定疾病児童に対する自立の支援のための事業(※)を実施。
(※) 必須事業：小児慢性特定疾病児童等、その保護者その他の関係者に対する相談支援、必要な情報提供、助言等
任意事業：①レスパイト(医療機関等における小児児童等の一時的預かり)、②相互交流支援、③就労支援、④家族支援(家族の休養確保のための支援)等

(4) 小児慢性特定疾病の治療方法等に関する研究の推進

- 国は、小児慢性特定疾病の治療研究など、慢性疾患にかかっている児童等の健全な育成に資する調査及び研究を推進。

施行期日

平成27年1月1日

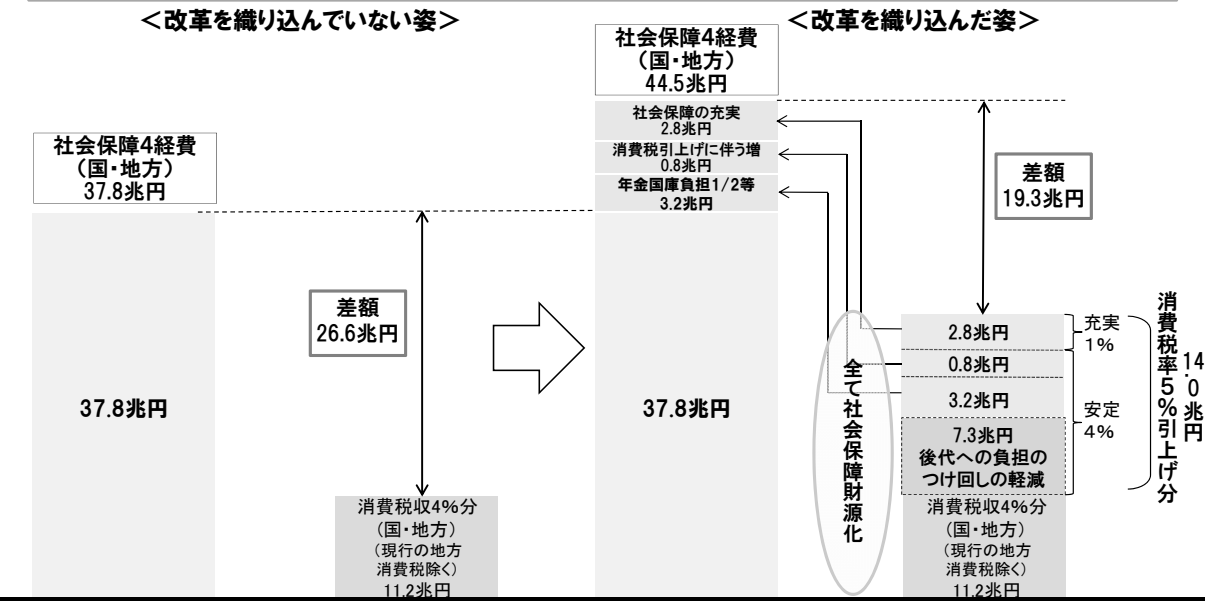
※難病の患者に対する医療等に関する法律案と同日

7

予算関連資料

社会保障の安定財源確保

- 今般の社会保障・税一体改革により、消費税率引上げによる増収分を含む消費税収（国・地方、現行の地方消費税収を除く）は、全て社会保障財源化される。
- 消費税率引上げによる増収分は、消費税率が税制抜本改革法に則り5%引き上げられた場合には、「社会保障の安定化」に4%程度、「社会保障の充実」に1%程度向けられることになる。



(注1) 社会保障制度改革推進法では、「国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるもの」とされている(社会保障制度改革推進法第2条第1項4号)。

(注2) 計数は、2017年度時点の見込み。

(注3) 上図の社会保障4経費のほか、「社会保障4経費に則った範囲」の地方単独事業がある。

(注4) 引上げ分の地方消費税については、地方税法において、社会保障施策に要する経費に充てるとされている。また、引上げ分の地方消費税と消費税に係る交付税法定率分の総額を、地方単独事業を含む地方の社会保障給付費の総額と比較し、社会保障財源となっていることを毎年度確認することとされている。

社会保障・税一体改革による社会保障の充実

※ 消費税引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に回ることとなり、基礎年金国庫負担割合の1/2への恒久的引上げ等*による社会保障の安定化のほか、以下の社会保障の充実を予定している。

子ども・子育て	○子ども・子育て支援の充実(待機児童の解消などの量的拡充と質の向上) - 子ども・子育て支援新制度の実施による、幼児教育・保育と地域の子ども・子育て支援の総合的推進・充実 「待機児童解消加速化プラン」の実施 - 新制度への円滑な移行を図るための保育緊急確保事業 - 社会的養護の充実 など	0.7兆円程度
医療・介護	○医療・介護サービスの提供体制改革 ①病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 - 病床の機能分化と連携を進め、発症から入院・回復期（リハビリ）、退院までの流れをスムーズにすることで、早期の在宅・社会復帰を可能にする。 - 在宅医療・介護を推進し、地域での生活の継続を支える。 - 医師、看護師等の医療従事者を確保する。 （新たな財政支援制度の創設、診療報酬に係る適切な対応の在り方の検討・必要な措置） ②地域包括ケアシステムの構築 介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らせるよう、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するため、以下の取組を行う。 i) 医療と介護の連携、ii) 生活支援・介護予防の基盤整備 iii) 認知症施策、iv) 地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し v) マンパワーの確保等 など ○医療・介護保険制度改革 ①医療保険制度の財政基盤の安定化 - 低所得者が多く加入する国民健康保険への財政支援の拡充（国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関する改革の前提として行われる財政支援の拡充を含む） - 協会けんぽに対する国庫補助 ②保険料に係る国民の負担に関する公平の確保 - 国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充 - 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入 ③保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等 - 低所得者に配慮しつつ行う高額療養費の見直し - 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し ④介護給付の重点化・効率化 - 一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し ⑤介護保険の一号保険料の低所得者軽減強化 など ○難病、小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立	1.5兆円程度 ※充実と重点化・効率化を併せて実施
年金	○現行制度の改善 - 低所得高齢者・障害者等への福祉的給付 - 受給資格期間の短縮 - 遺族年金の父子家庭への拡大	0.6兆円程度

* 2017年度時点では、3.2兆円程度の見込み。
(注) 上記の表は、消費税増収分を活用した社会保障の充実について、公費に影響のあるものについて整理したものである。

所要額(公費※)合計 = 2.8兆円程度 ※消費税財源(平年度ベース)

平成26年度の社会保障の充実・安定化について

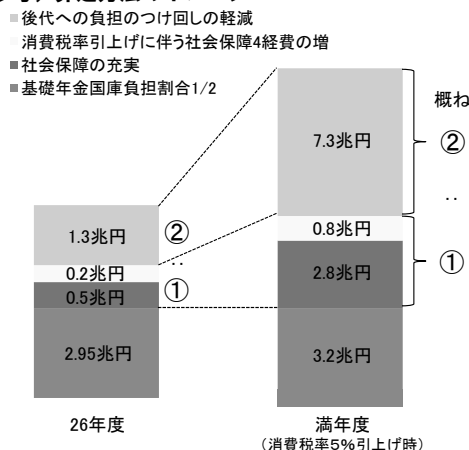
- 消費税率引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に回れる。
- 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指す観点から、平成26年度の増収額5兆円(※)については、
 - ①まず基礎年金国庫負担割合2分の1に2.95兆円を向け、
 - ②残額を満年度時の
 - ・「社会保障の充実」及び「消費税引上げに伴う社会保障4経費の増」と
 - ・「後代への負担のつけ回しの軽減」
 の比率(概ね1:2)で按分した額をそれぞれに回れる。

※ 消費税については、国の会計年度と、消費税を納税する者の事業年度が必ずしも一致しないこと等により、段階的な増収となる。

〈26年度消費税増収分の内訳〉	
《増収額計：5兆円》	
○基礎年金国庫負担割合2分の1 (平成24年度・25年度の基礎年金国庫負担割合2分の1の差額に係る費用を含む)	2.95兆円
○社会保障の充実 ・子ども・子育て支援の充実 ・医療・介護の充実 ・年金制度の改善	0.5兆円
○消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増 ・診療報酬、介護報酬、子育て支援等についての物価上昇に伴う増	0.2兆円
○後代への負担のつけ回しの軽減 ・高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費	1.3兆円

(注) 金額は公費(国及び地方の合計額)である。

(参考) 算定方法のイメージ

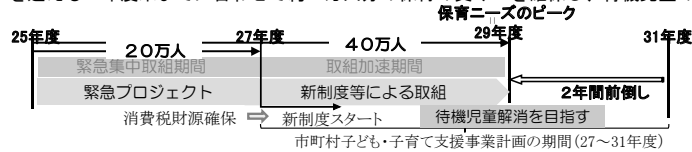


子ども・子育て支援の充実

I. 「待機児童解消加速化プラン」の推進

所要額(公費) 1,841億円

- 子ども・子育て支援新制度の施行(27年度予定)を待たずに、「緊急集中取組期間」(25・26年度)で約20万人分、潜在ニーズを含め、保育ニーズのピークを迎える29年度末までに合わせて約40万人分の保育の受け皿を確保し、待機児童の解消を目指す。



- 消費税財源を活用して以下を実施し、意欲ある地方自治体を強力に支援。(☆はⅡ. 保育緊急確保事業として実施)

- 小規模保育、家庭的保育、幼稚園の長時間預かり保育や、認可を目指す認可外保育施設への支援 ☆
- 保育の量拡大に対応した保育所運営費の確保 ■保育士確保対策(処遇改善) ☆ ■利用者支援 ☆ 等

※加速化プランの推進に必要な保育所整備費等についても、別途適切に確保

Ⅱ. 保育緊急確保事業

所要額(公費) 2,307億円(一部再掲:上記Ⅰ以外の事業分1,074億円)

- 子ども・子育て支援新制度への円滑な移行を図るため、待機児童の多い市町村等が取り組む保育その他の子ども・子育て支援に関する事業を支援(子ども・子育て支援法附則第10条)

1 「待機児童解消加速化プラン」の推進 (上記Ⅰ)

2 新制度に基づく事業の先行的な支援

新制度の下で市町村が実施する、地域子育て支援拠点事業など、地域子ども・子育て支援事業等を先行的に支援。

- 地域子育て支援拠点事業 ■一時預かり事業 ■ファミリー・サポート・センター事業
- 放課後児童クラブの充実(開所時間の延長の促進(小1の壁の解消)) 等

Ⅲ. 社会的養護の充実

所要額(公費) 80億円

- 児童養護施設等の受入児童数の拡大(虐待を受けた子どもなど社会的養護が必要な子どもの増加への対応)
- 児童養護施設等での家庭的な養育環境(小規模グループケア、グループホーム)の推進

Ⅳ. 育児休業期間中の経済的支援の強化

所要額(公費) 64億円

- 男女ともに育児休業を取得することを更に促進するため、育児休業給付の給付率を引上げ(休業最初の6月間につき50%→67%)

平成26年度診療報酬改定ー改定率のポイントー

① 消費税引上げ対応分の満額確保 改定率+1.36%

- ・消費税引上げによる医療機関・薬局の仕入れ負担増に対して、必要額(5600億円＝改定率1.36%)を満額確保
- ・具体的には初診料・再診料、調剤基本料等の引上げにより、広く医療機関・薬局の経営安定に貢献

② 消費税財源を活用した診療報酬本体への上乗せ 改定率+0.1%

- ②-1 保険料等の国民負担の増加を極力避けつつ、消費税財源を活用して、0.1%のプラス改定
- ②-2 その際、急性期病床から受け皿病床へ円滑な移行を進めるため、経過期間中の費用補填を診療報酬本体に上乗せ。+0.15%の改定率に相当
- ※ 医科:歯科:調剤の配分比率は、1:1.1:0.3(消費税引上げ対応分を除く)

③ 医療提供体制改革のための基金の創設 900億円

- ・医療提供体制改革のための基金に公費900億円を確保
- ・全体的に民間への公平な取扱いに配慮。地域包括ケアを担う医療機関等への支援にも活用可能。

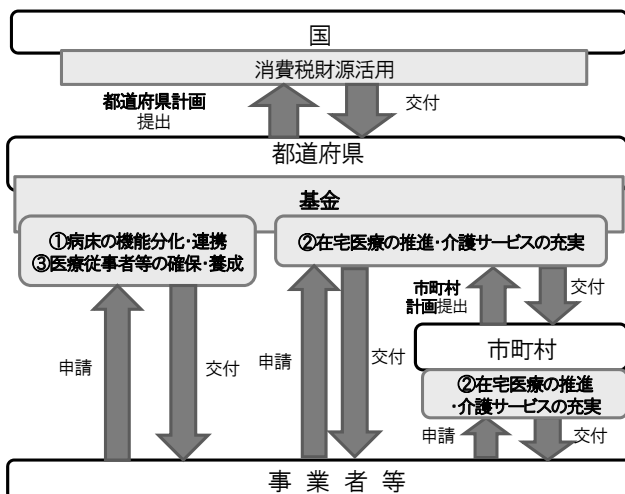
- ◇ 国民の生命と健康を守る医療の実現に向けて、今後、診療報酬の適切な配分や基金の上手な活用により、一層の効果をあげていきたいと考えます。
- ◇ 他方、薬価について、イノベーションを促進する加算等を設けつつ、市場価格を反映した引下げ、長期収載品・後発品の価格見直し等により、国民の負担が増えないよう努力しています。

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度
：公費で904億円

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。
- このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。
- 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した計画に基づき事業実施。
- ◇ 「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設ける。
- ◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療構想（ビジョン）の策定後に更なる拡充を検討。

【新たな財政支援制度の仕組み（案）】



地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み（案）

- ①国は、法律に基づく基本的な方針を策定し、対象事業を明確化。
 - ②都道府県は、計画を厚生労働省に提出。
 - ③国・都道府県・市町村が基本的な方針・計画策定に当たって公正性及び透明性を確保するため、関係者による協議の仕組みを設ける。
- ※国が策定する基本的な方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求める旨を記載するなどの対応を行う予定。（公正性及び透明性の確保）

新たな財政支援制度の対象事業（案）

- 1 病床の機能分化・連携のために必要な事業
(1)地域医療構想（ビジョン）の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業 等
 - 2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
(1)在宅医療（歯科・薬局を含む）を推進するための事業
(2)介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業 等
 - 3 医療従事者等の確保・養成のための事業
(1)医師確保のための事業
(2)看護職員の確保のための事業
(3)介護従事者の確保のための事業
(4)医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業 等
- 国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3

14

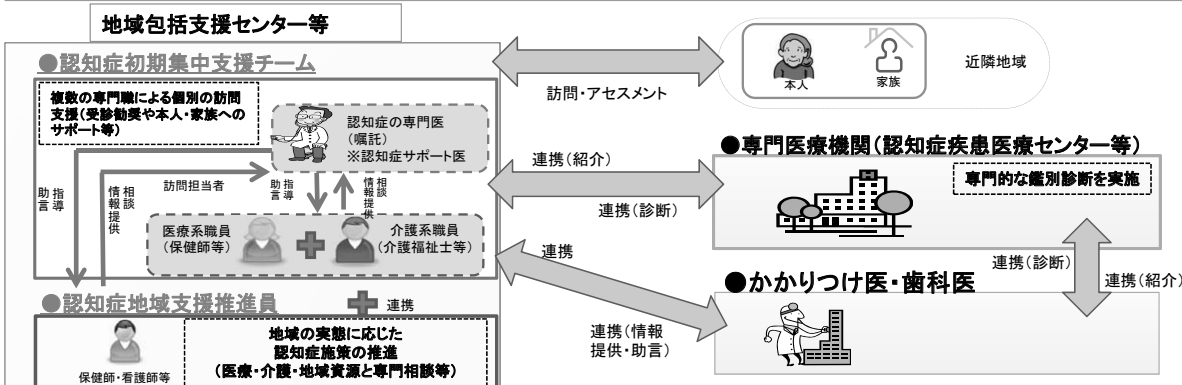
認知症施策・生活支援の充実

介護サービスの充実等は第6期計画が始まる平成27年度から本格実施し、26年度は次の2点を充実。

- ① 認知症施策の充実に向けて、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員などについて介護保険法の地域支援事業に位置づけて安定的な財源を確保し、設置を推進する。

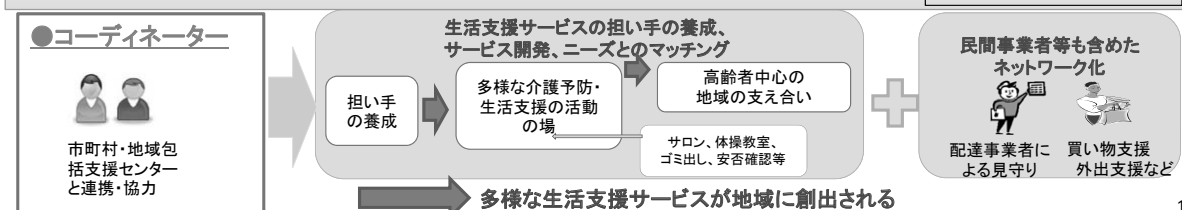
※ あわせて、認知症の人の家族への支援、認知症ケアに携わる多職種の協働研修などの経費を充実

所要額（公費）33億円



- ② 生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行うコーディネーターの配置等について、介護保険の地域支援事業に位置づけて取組を進める。

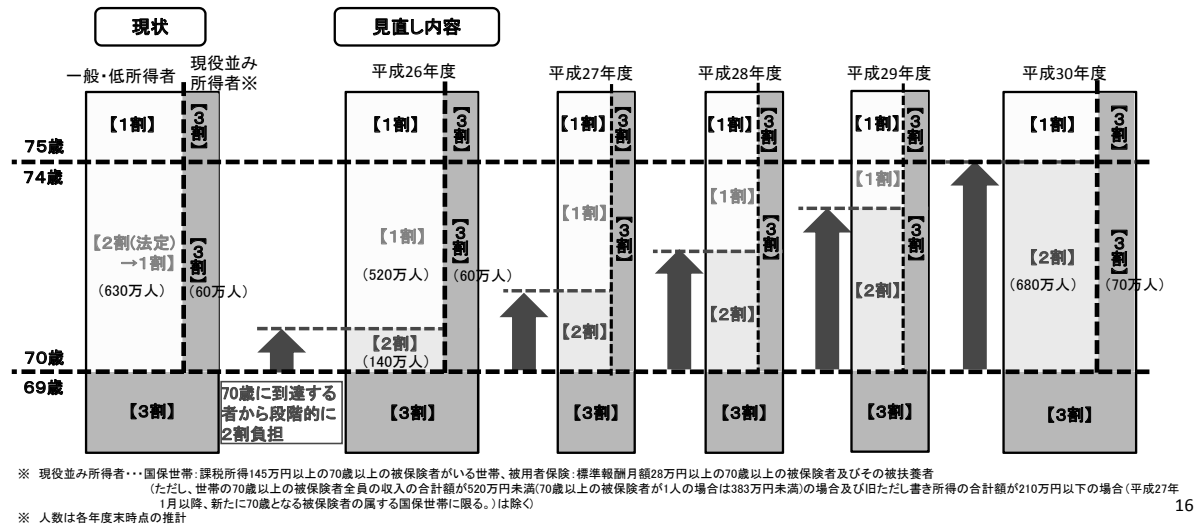
所要額（公費）10億円



15

70～74歳の患者負担特例措置の見直し

- 社会保障制度改革国民会議報告書等を踏まえ、平成26年度政府予算案において以下の見直しを行う。
 - ・ 平成26年4月に新たに70歳になる者（69歳まで3割負担だった者）から、段階的に法定負担割合（2割）とする（個人で見ると負担増にならない）。
 - ・ 平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置（1割）を継続する。
 - ・ 低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く。
- 平成26年度当初予算（案） 1,806億円 （平成24年度補正予算（平成25年度分）1,898億円）
※これまで補正予算に計上していたが、見直しに伴い当初予算に計上。



高額療養費制度の見直し

1. 見直しの趣旨

○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する。（70～74歳患者負担特例措置の見直しに併せて行うもの。）

2. 見直しの内容

(見直し前)

	月単位の上限額（円）
70歳未満	上位所得者（年収約770万円～） 健保：標準53万円以上 国保：旧ただし書き所得600万円超 150,000+ (医療費－500,000) × 1% <多数回該当：83,400>
一般所得者（上位所得者・低所得者以外）	3人世帯（給与所得者/夫婦子1人の場合：年収約210万～約770万円） 80,100+ (医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>

(見直し後)

	月単位の上限額（円）
70歳未満	年収約1,160万円～ 健保：標準83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超 252,600+ (医療費－842,000) × 1% <多数回該当：140,100>
年収約770～約1,160万円	健保：標準53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円 167,400+ (医療費－558,000) × 1% <多数回該当：93,000>
年収約370～約770万円	健保：標準28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円 80,100+ (医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
～年収約370万円	健保：標準26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下 57,600 <多数回該当：44,400>
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>

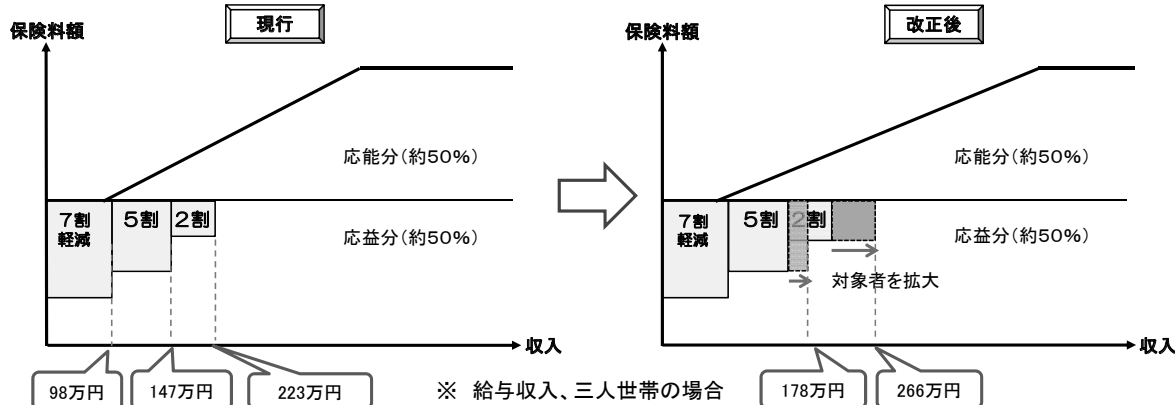
3. 施行日

システム改修等に要する期間を考慮し、平成27年1月を予定。

国民健康保険・後期高齢者医療の低所得者の保険料軽減措置の拡充

○ 国民健康保険・後期高齢者医療の保険料の軽減判定所得の基準を見直し、保険料の軽減対象を合計約500万人拡大する。

＜国民健康保険制度の場合＞ ※さらに保険料が軽減される者 約400万人（平成26年度所要額（公費）：約490億円）



《具体的な内容》

- ① 2割軽減の拡大 … 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。
 （現行） 基準額 33万円＋35万円×被保険者数（給与収入 約223万円、3人世帯）
 （改正後） 基準額 33万円＋45万円×被保険者数（給与収入 約266万円、3人世帯）
- ② 5割軽減の拡大 … 現在、二人世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。
 （現行） 基準額 33万円＋24.5万円×（被保険者数－世帯主）（給与収入 約147万円、3人世帯）
 （改正後） 基準額 33万円＋24.5万円× 被保険者数（給与収入 約178万円、3人世帯）

（参考）

国保制度では、このほか、保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援の拡充についても今後実施する予定。

＜後期高齢者医療制度の場合＞ ※さらに保険料が軽減される者 約110万人（平成26年度所要額（公費）：約130億円）
 後期高齢者医療制度においても同様の見直しを行う

18

難病・小児慢性特定疾病対策に係る公平かつ安定的な制度の確立

○ 医療費助成について、難病の都道府県の超過負担の解消を図るとともに、公平かつ安定的な制度を確立する。

新たな医療費助成制度のポイント

＜医療費助成の法定給付化＞

- 平成27年1月から新制度を開始することとし、財源について義務的経費化（都道府県の超過負担の解消）

＜医療費助成の対象疾患の拡大＞ 対象疾患を大幅に拡大し、第三者的な委員会等において決定。

- 難病（大人） … 現行：56疾患 → 約300疾患（現時点で想定される疾患数）
- 小児慢性特定疾病（子ども） … 現行：514疾患 → 約600疾患（現時点で想定される疾患数）

〔受給者数〕平成27年度（試算）：約165万人（大人：約150万人 子ども：約14.8万人）
 （平成23年度：約89万人（大人：約78万人 子ども：約11万人））

＜自己負担割合＞

- 自己負担割合について、現行の3割から2割に引下げ。

＜自己負担限度額等＞

- 負担上限は障害者医療（更生医療）をベースに設定（原則は2,500～30,000円／月）
- 高額な医療が長期的に継続する患者への配慮（障害者医療（重度かつ継続）と同じ上限設定（最大20,000円／月））
- 高額な医療を要する軽症者への配慮
- 子どもへの配慮（子どもは、大人の2分の1）
- 既認定者への配慮＝経過措置期間（3年間）中の特例（軽症者も全員適用対象（難病の場合）など）

都道府県の超過負担解消を図るとともに、公平で安定的な医療費助成の制度を確立
 （公費所要額は、平成25年度（見込）約1,600億円 → 平成27年度（試算）約2,140億円）

※ 医療費助成の他、治療研究、福祉サービス、就労等の自立支援を総合的に実施していく。

19

遺族基礎年金の父子家庭への拡大

見直しの趣旨

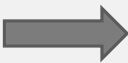
- 全国民共通の給付であり子どもがいる場合に支給される遺族基礎年金について、これまで支給対象が子のある妻又は子に限定されていたため、父子家庭も支給対象に加えることとする。

見直しの内容

- 遺族基礎年金の支給対象について、「子のある妻又は子」に加えて「子のある夫」も対象とする。

現行の支給対象

- 子のある妻
又は
- 子



拡大後の支給対象

- 子のある妻又は夫
又は
- 子

※子に対する遺族基礎年金は、生計を同じくする父母が存在する間は支給停止となる。

- 平成26年4月1日から施行する。
- 施行日以後に死亡したことにより支給する遺族基礎年金から適用する。
- 所要額
平成26年度 10億円

協会だより（定例理事会要録から）

2013年度(平成25年度)2014年 2月25日

1. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（2月4日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 第186回定時代議員会「決議」発送状況
4. 大阪府保険医協同組合での医薬品共同購入状況
5. 新規開業未入会開業医訪問（2月7日）状況
6. 文化講演会会場下見（2月13日）状況
7. サロンコンサート（2月16日）状況
8. 第3回ワイン講座（2月16日）状況

【経営部会】

1. 保団連近畿ブロック共済担当事務局会議（1月29日）状況
2. 保団連近畿ブロック大阪国税局交渉（2月12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
4. 白色確定申告説明会（2月13日）状況
5. 白色確定申告書作成会（2月17日）状況
6. 傷害疾病保険審査会（2月18日）状況
7. 金融共済委員会（2月19日）状況
8. 建築士との相談（2月19日）状況
9. 社労士との相談（2月20日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関向け院内医療安全研修会（1月29日）状況
2. 医療安全担当者スクール開催（2月6日）状況
3. 医療機関側との懇談状況

【政策部会】

1. TPP反対京都ネットワーク学習会（2月7日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 下京西部医師会との懇談会（1月31日）状況確認の件
2. 東山医師会との懇談会（2月6日）状況確認の件
3. 綾部・福知山医師会との懇談会（2月1日）状況確認の件
4. 右京医師会との懇談会（2月3日）状況確認の件
5. 総務部会（2月4日）状況確認の件
6. 2013年度12月分収支月計表報告状況確認の件

7. 会費免除申請の件

8. 会員入退会及び異動（2月4日～2月25日）に関する承認の件

9. 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. 経営部会（2月4日）状況確認の件
2. こども保険ご加入のお願いの件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（2月4日）状況確認の件

【政策部会】

1. 第12回京都のリハビリを考える会（1月22日）状況確認の件
2. 京都市身体障害者リハビリテーションセンター附属病院廃止方針の撤回を求める陳情書提出行動（2月18日）状況確認の件
3. 原発事故・放射線被曝問題について考える委員会（仮称）準備会（1月29日）状況確認の件
4. 保団連 14～15年度第2回理事会（2月9日）状況確認の件
5. いのち奪う暴走政治にストップを！近畿総決起集会（2月15日）状況確認の件
6. 保団連近畿ブロック総会（2月15日）状況確認の件
7. 京都保険医新聞（第2883・2884号）合評の件

【保険部会】

1. 保険部会（2月4日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 3月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 各部会開催の件
3. 地区懇談会開催の件
4. ランニング教室開催の件

【政策部会】

1. 反核京都医師の会世話人会出席の件
2. バイバイ原発3・8きょうと実行委員会開催の件
3. バイバイ原発3・8きょうと関連企画・金子勝氏講演会開催の件
4. 九条の会アピールを支持する京都医療人の会総会・講演会開催の件

IV. 医療政策関連情勢

1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き

- 1) 国をめぐる動き

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整備等に関する
法律案について

V. 診療報酬関連情報

1. 2014年1月度国保合同審査委員会（1月21日）
状況確認の件
 2. 保険審査通信検討委員会（2月7日）状況
 3. 中医協概要報告
- 《以上、32件の議事を承認》

4月のレセプト受取・締切

基金 国保	9日(水)	10日(木)	労災	10日(木)
	○	◎		◎

※○は受付窓口設置日、◎は締切日。

受付時間：基金 午前9時～午後5時30分

国保 午前8時30分～午後5時15分

労災 午前9時～午後5時

4月1日より普及開始！

保険医 年金



老後保障にこの制度

加入申込
期 間

4月1日(火)～6月20日(金)

※2014年9月1日付加入です

予定利率

1.259% (2014年9月1日現在)

月払 (満74歳以下の会員)

1口1万円 30口限度 (30万円)

一時払 (満79歳以下の会員で月払に加入している方)

1口50万円 毎回40口 (2,000万円)

※手数料との関係で1.259%の利率が続くと仮定して、新たにご加入される月払については4年以上、一時払で2年以上の長期にわたって積立されることをお勧めします。詳しくは、3月末送付の年金パンフレットをご覧ください。

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

受託会社

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

ご注意下さい！

現在ご加入の年金を一部あるいは全部解約し、新たにご加入申込みされる場合は**6月10日(火)**までに解約書類を協会事務局までご提出下さい。保険医年金に関するお問い合わせは、京都府保険医協会・経営部会まで。

開業医の奥様向けセミナー

日 時 4月10日（木）午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会・ルームA～C

内 容 見逃していませんか？ 職場に潜む労務トラブルの影

講 師 社会保険労務士 四方 咲友実 氏

株式会社日本経営 医療事業部部長 田村 弘道 氏

参加費 無料（茶菓子付）

協 賛 有限会社アミス

要申込

楽しく・わかりやすく・ためになる！ 新しく医療機関に勤められた方のための研修会

①日 時 4月16日（水）午後2時～4時

内 容 「医院・診療所での接遇マナー研修・初級編」

講 師 茂木 治子氏（元日本航空客室乗務員）

②日 時 4月17日（木）午後2時～4時

内 容 「医事紛争から見た医療従事者としての心構え」

講 師 林 一資（医療安全対策部会副理事長）

「知っておきたい保険基礎知識（請求留意事項）」

講 師 田中 正明（保険部会理事）

場 所 京都府保険医協会・ルームA～C

対 象 新入職員、研修会はじめての方（定員40人）

協 賛 有限会社アミス

要申込

九条の会アピールを支持する京都医療人の会総会・講演会

自民党改憲草案の検証

解釈改憲や特定秘密保護法等にもふれながら



講 師 伊藤 真 弁護士（伊藤塾塾長・法学館憲法研究所所長）

1958年生まれ。伊藤塾（法律資格の受験指導校）を主宰。1981年司法試験合格。その後、真の法律家の育成を目指し、司法試験等の受験指導にあたる。「憲法を知ってしまった者の責任」から、日本国憲法の理念を伝える伝道師として、講演・執筆活動を精力的に行う。多くの弁護士、著名人とともに、「一人一票実現国民会議」の発起人となり、日本に真の立憲民主主義を実現すべく弁護士として奮闘中。

と き 4月20日（日）午後2時～4時

ところ 池坊学園・こころホール（京都市下京区四条室町鶏鉾町）

主 催 九条の会アピールを支持する京都医療人の会

申込先 京都府保険医協会 TEL 075-212-8877 FAX 075-212-0707

e-mail info@hokeni.jp

入場無料
要申込

市民公開講演会・反核京都医師の会第34回定期総会記念講演

「原発のない国」への道

— 「緑の思想」とライフスタイル —



講師 望田 幸男氏

1931年、山梨県甲府市生まれ。京都大学文学部史学科卒業、同大学大学院文学研究科博士課程を修了。現在、同志社大学名誉教授、非核の政府を求める京都の会常任世話人代表。著書に『グローバリゼーションと市民社会』（文理閣・共著）『ナチスの国の過去と現在』（新日本出版社）『グローバルに考え、ローカルに行動する』（文理閣）など多数。



と き 4月26日（土） 午後2時～

ところ 京都府保険医協会・ルームA～C

主 催 反核京都医師の会

申込先 京都府保険医協会 TEL 075-212-8877 FAX 075-212-0707 e-mail info@hokeni.jp

入場無料
要 申 込
(定員70人)

第652回 社会保険研究会

レセプト画面審査：最近の状況

講 師 医療法人社団 依田医院院長

京都府国民保険団体連合会 審査委員会会長 依田 純三氏

日 時 5月31日（土） 午後2時～4時

場 所 京都府保険医協会・ルームA～C

主 催 京都府保険医協会

※参加は無料、事前申込は不要です。

※日医生涯教育講座対象の研究会です。



〈依田先生からのメッセージ〉

この4月には消費税が増税となりますが、同時に診療報酬改定も行われます。従来からの損税は、財源不足を理由に今回改定でも解消されていません。また最近数年は医療費上昇の抑制策として、レセプト審査が厳しさを増すばかりです。パソコンによる画面審査の導入は次第に精緻さを増し、今では一次審査での点検チェック項目、縦覧・横覧の項目も大幅に拡充しています。一次審査での単純な点検漏れが減ることは有難い反面、規制改革会議等に機械審査強化による審査委員の裁量権を制限しようとする動きもあり、看過できません。現場医療における必要な医師裁量権を、適正なレセプト審査を通じて守っていききたいと私は考えています。

会員医療機関各位

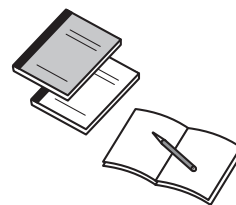
参加してみませんか？ 医療安全担当者スクール

京都府保険医協会
医療安全対策部会

京都府保険医協会は、会員医療機関のご希望に応じて「医療安全研修会」を随時開催していますが「もっと個別の具体的な問題について教えてほしい」「今、抱えている問題に対処できるように助言して貰いたい」との声を現場からお聞きます。また、実際に患者さんからクレームを言われた際に「間違った」対応をされる医療機関も未だに散見されます。

そこで、患者さん対応の窓口として医療安全を任され、御苦勞されている方の、ご負担を少しでも軽減するためにも、是非とも当会の「医療安全担当者スクール」をご利用下さい。必ずお役にたつことと確信しています。

医療安全担当者スクールとは…



【要 項】

△対象者＝会員・医療機関限定

△場 所＝京都府保険医協会事務所

（京都市中京区烏丸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）

△講 師＝医療安全対策部会担当事務局（紛争対応20年・1,300件経験者）

△開催日時・受講回数＝ご相談の上、受講者のご希望に沿います

△テキスト＝事例で見る医療安全対策の心得・第Ⅱ章「医療安全対策の常識と工夫」

△受講費用＝1万円（回数に限らず）

△参加特典＝テキスト10冊進呈（定価2,800円／冊）

【概 要】

①テキスト「事例で見る医療安全対策の心得」第Ⅱ章の完全マスター

患者対応法のマスターを目指します。レッスンはテキストのみでなく、受講者の希望に沿った内容を含めることも可能です。例えば、自院で実際に発生した事例を基に、テキストに沿って分析・評価することも出来ます。

②協会の医療安全対策だけで1年間の研修義務がクリア

このスクールは、医療法で定められている医療安全研修に相当します。協会主催の「医療安全シンポジウム」と合わせて参加されれば、年2回程度と定義されている研修義務がクリアされます。

まずは、医療安全対策部会にお電話を！ TEL 075-212-8877

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3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) 19,000円 ☐ ポケット判(B6) 15,000円	エビデンスに基づく究極の診断学をめざして ジェネラリストのための内科診断リファレンス ☐ B5判 8,000円
薬剤の「今」が分かるベストセラー、好評発売中 今日の治療薬 2014 ☐ B6判 4,600円	聴診器を持つすべての開業医必携！2014年2月より刊行開始！ スーパー総合医 全10冊セット ☐ B5判 全10冊予価 95,000円 → 予約セット価格 90,000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 5,000円	文献管理と論文作成をサポート 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 49,800円 ☐ 通常版 Macintosh版 49,800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 31,000円 5点以上の同時購入が対象です。
『皮膚科診療治療大系』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9巻セット ➡ 345,000円 ☐ 本体価格計 355,616円 (2014年3月末日までの特別価格)	

☐ 決定版 MRI完全解説 第2版 荒木 カ・著 ●B5判 704頁 ●学研メディカル秀潤社	8,800円	☐ 脳神経外科 周術期管理のすべて (第4版) 松谷雅生・他編 ●A5判 784頁 ●メジカルビュー社	9,800円
☐ 新 頭部画像診断の勘どころ (新版) 前田正幸・編 ●B5変型判 408頁 ●メジカルビュー社	8,000円	☐ 胃外科・術後障害研究会編 胃外科のすべて 上西紀夫・編集代表 ●B5判 336頁 ●メジカルビュー社	10,000円
☐ 新 胸部画像診断の勘どころ (新版) 高橋雅士・編 ●B5変型判 500頁 ●メジカルビュー社	9,000円	☐ 大腸外科学書 楠 正人・編著 ●B5判 531頁 ●金芳堂	24,000円
☐ 救急・集中治療医学レビュー2014-'15 最新主要文献と解説 島崎修次・他監 ●AB判 390頁 ●総合医学社	12,000円	☐ 股関節学 久保俊一・編著 ●A4変型判 1,265頁 ●金芳堂	38,000円
☐ デビッドソン内科学 (原著第21版) 福井次矢・監訳 ●B5変型判 1,480頁 ●医歯薬出版	20,000円	☐ ウィリアムス臨床産科マニュアル (改訂第2版) 大庭美子・訳 ●A5変型判 584頁 ●メジカルビュー社	8,500円
☐ 腎疾患・透析最新の治療2014-2016 オンラインアクセス権付 横野博史・他編 ●B5判 422頁 ●南江堂	8,500円	☐ プリンシプル産科婦人科学 1 (第3版) 武谷雄二・他監 ●B5判 952頁 ●メジカルビュー社	13,000円
☐ ESDライブセミナー KINKI ESD Live Seminar on DVD 近畿内視鏡治療研究会・編 ●B5判 32頁 ●金原出版	12,000円	☐ 眼救急疾患スクランブル ＜専門医のための眼科診療クオリファイ 21＞ 坂本泰二・編 ●B5判 380頁 ●中山書店	14,500円
☐ これだけは知っておきたい 脾疾患診療の手引き 花田敬士・編著 ●B5判 296頁 ●中外医学社	8,600円	☐ 緑内障診療クローズアップ 木内良明・編 ●B5変型判 288頁 ●メジカルビュー社	11,000円
☐ ビギナーのための小児内分分泌診療ガイド 有阪 治・編 ●B5判 256頁 ●中山書店	8,500円	☐ 腎癌のすべて (改訂第2版) 田邊一成・編 ●B5変型判 352頁 ●メジカルビュー社	12,000円
☐ 水疱性皮膚疾患 <皮膚科臨床アセット 19> 天谷雅行・編 ●B5判 280頁 ●中山書店	15,000円	☐ 指導医いらずの実践麻酔手技免許皆伝 中田善規・他監訳 ●A4判 456頁 ●MEDSI	10,000円
☐ 入門 頭蓋底手術 側頭骨アプローチのための解剖と手術の実際 鮫島哲朗・著 ●A4判 120頁 ●メジカルビュー社	9,800円	☐ 麻酔科学レビュー2014 最新主要文献集 天羽敬祐・監 ●AB判 304頁 ●総合医学社	9,800円

お名前

医療機関名

送付先 〒

TEL :

FAX :

お問い合わせ・申込 京都府保険医協会 TEL075-212-8877 FAX075-212-0707

有限会社アミス TEL075-212-0303

〒604-8162 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階

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判三つ折カラー刷り

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

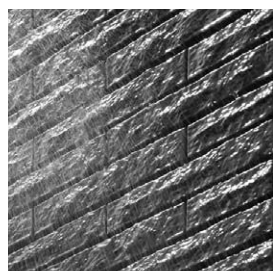
e-mail: tsumugi-pub@nifty.com

<http://ichijo.jp/>

i-smart

「スマート」なライフスタイルをかなえる住まい、それが「i-smart」。

新しい時代を生きるひとのための、新しいコンセプト住宅です。

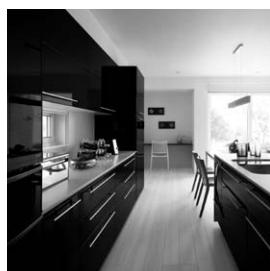
HYDROTECT
Tile

ハイドロテクトタイル



TOTOの光触媒技術「ハイドロテクト」を採用した高性能タイル。太陽の光で汚れを分解し、雨で洗い流す「セルフクリーニング効果」があります。

ハイドロテクトは、TOTO（株）の光触媒技術です。

SMART
Kitchen

スマートキッチン

バリエーションは3タイプ、カラーは4種類をご用意。天板には、純白の人造大理石を採用しました。美しさと使いやすさを両立したカウンターキッチンです。

PANORAMA
Window

パノラマウィンドウ

大きな窓を叶えるために、樹脂サッシをワイドに。豊かな採光と風通しの良さを実現します。高性能タイルとともに、エクステリアの美しさをアピールします。

WAMODERN
Room

ワモダンルーム

「ジャパニーズモダン」に仕立てた和室。

SLIT
Slider

スリッドスライダー

スリットの意匠が美しいスライド建具。

OPEN
Stair

オープンステアー

開放感のあるデザインを採用した階段。

家は、性能。

一条工務店

ECO FIRST

環境省認定

エコ・ファースト企業

お問合せ先
業務推進グループ
(法人)

☎0120-447-812

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

本社：〒135-0042 東京都江東区木場5-10-10
 浜松本社：〒432-8006 静岡県浜松市西区大久保町1227番6
 営業時間：9時～17時／定休日：土・日・祝