2014年（平成26年）4月25日　毎月5日・20日・25日発行　京都保険医新聞　第2891号

メディペーパー京都

Medi PAPER KYOTO

2014.4　第178号（通巻422号）

CONTENTS

情勢トピックス 3
医療・社会保障編 3
医師・患者の合意で“混合診療”可能に／規制改革会議が提案　…ほか
調査・データ編 27
特養への入所希望、全国で52.4万人／在宅の要介護４・５は8.7万人　…ほか
政策資料
資料１：第29回規制改革会議資料より 29
資料２：社会保障制度改革の基本的方向性 32
協会だより
5月の催し物（予定）、その他 41

休業補償、医賠責等損害保険
自動車・火災保険も
（有）アミスへ（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

<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 ～

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。

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

情勢トピックス

今月の主な動き

4月1日より2014年度診療報酬改定、消費税8％への増税などが実施された。今次改定による「同一建物」減算による混乱が広がった。

規制改革会議は3月27日、医師と患者が合意し、書面で契約するなど一定の手続きを取れば、保険適用外の医療行為と保険診療を組み合わせて実施できるようにする「選択療養（仮称）」を提案した。これに対し、各界から反発の声が広がっている。

国家戦略特別区域諮問会議は3月28日、全国6カ所を国家戦略特区に指定する案と特区内で実施する規制緩和策についておおむね了承した。4月下旬までに特区に指定する範囲を政令で定める。

財務省は3月28日の財政制度等審議会・財政制度分科会に、受診時定額負担の再提起など医療費等抑制に向けた考え方を示した。

医療・社会保障編

混合診療

医師・患者の合意で“混合診療”可能に／規制改革会議が提案

政府の規制改革会議は3月27日、医師と患者が合意し、書面で契約するなど一定の手続きを取れば、保

5月の保険医協会の行事予定

	行事	開始時間	場所
1日㈭	（事務局休務日）		
10日㈯	**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**
13日㈫	定例理事会・部会	午後2時	
14日㈬	**ミーミーサロン（奥様セミナー）**	**午後2時**	**ルームA**
15日㈭	**税務記帳講習会**	**午後2時**	**ルームA**
	保険講習会B（医療法立入検査・新規個別指導対策）	**午後2時**	**ルームB**
17日㈯	コミュニケーション委員会	午後2時30分	ルームA・B・C
18日㈰	**新規開業予定者講習会**	**午後2時**	**ルームA・B・C**
21日㈬	金融共済委員会	午後2時	ルームA
	医療事務担当者勉強会	**午後7時**	**ルームA**
	TPPネット公開学習会「いのちに関わるTPP　生活はどう変わる？」	**午後6時30分**	**コープイン京都**
24日㈯	専門医会長との懇談会	午後5時30分	ルームA・B・C
25日㈰	**講演会「大転換する医療制度−医療者はどう生きるか−」**	**午後2時**	**京都ガーデンパレス2階　祇園の間**
27日㈫	定例理事会	午後2時	ルームA
29日㈭	**有床診療所懇談会**	**午後2時**	**ルームA・B・C**
31日㈯	**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

	行事	開始時間	場所
6月21日㈯	**ジャズを楽しむ会**	**午後6時30分**	**ル・クラブ・ジャズ**

※「ルームA、B、C」、「応接室」及び「アミス」は京都府保険医協会事務所内の会議室の名称です。
※法律相談室は必要な時に随時開催いたします。お申込は協会・総務部会まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲43〜45ページ

険適用外の医療行為と保険診療を組み合わせて実施できるようにする「選択療養（仮称）」を提案した。同会議内の勉強会で6回にわたって議論し、新制度の論点整理をまとめた。現行の保険外併用療養費制度には、保険収載を目的とした「評価療養」と、差額ベッドなどの「選定療養」の2種類があるが、選択療養を3番目の枠組みとして創設するよう厚生労働省に求めた。

規制改革会議が打ち出した選択療養案によると、現行の保険外併用療養では対象となる診療をリスト化しているが、選択療養ではリスト化せず、患者ごとに個別に適用する。どの医療機関でも実施可能。患者が未承認薬などの保険外診療を望む場合、医師は保険外診療の「診療計画書」を策定する。その上で患者に対し、新たな医療技術を実施する必要性とリスクを書面で十分に説明し、患者の納得を得た上で、書面で了承を取る。これらの書類や、保険外診療の術後経過（予後）はデータベース化する。もし保険外診療に一定の汎用性や有効性が認められれば、評価療養の対象に組み込むなどして、保険収載につながる道もつくる。患者ニーズに応えるため、選択療養に該当するかどうかを極めて短期間で判断できる仕組みにする。

無用な診療を行わせないためのモラルハザード対策も検討する。医師と患者の間で「診療契約書」を作成して保険者に届け出る仕組みなど、いくつかのアイデアを検討している。規制改革会議は医療現場の実態を踏まえて引き続き検討し、早期に結論を出す構え。

●「混合診療の全面解禁ではない」

規制改革会議は選択療養について「国民皆保険の維持が前提だ。現行の保険外併用療養費制度の中で実現できる」とし、「混合診療の全面解禁ではない」と主張している。岡議長は「すでに実施されている自由診療の中から保険外診療を選ぶ。現在、自由診療を受けている患者の経済負担を和らげるのが目的であり、何もかも認めるわけではない」と述べた。選択療養にふさわしくないものを除外する仕組みは今後検討する。

●厚労省は同意せず

岡議長によると、厚労省からは神田裕二大臣官房審議官らが規制改革会議に出席した。選択療養の創設には同意しなかったが、現行の保険外併用療養費制度をさらに改革する必要性は認めたという。厚労省は選択療養案をいったん引き取り、厚労省内で検討すると応じたようだ。

岡議長は「6月までに実現を目指す。大きな考え方の転換であり、楽観視はしていない。厚労省とは合意できていないが、会議の考え方は受け止めてもらった。期待している」と語った。最短なら2015年の通常国会で法改正を行うことになる。

（3/28MEDIFAXより）

「疑わしい医療除外」選択療養でルール／規制改革会議

政府の規制改革会議は4月16日、新たな保険外併用療養の仕組み「選択療養」を設ける上での大まかな手続きやルールをまとめた。合理的な根拠が疑わしい医療などを除外することや、患者と医師の情報の非対称性を埋めるための仕組みづくり、併用による安全性･有効性を確認することを打ち出している。規制改革会議が6月ごろにまとめる答申に選択療養を盛り込むことを目指し、今後、厚生労働省と調整を進める。

選択療養は、患者が希望する診療について、個別に保険診療との併用を認めるための仕組み。患者にとって、より迅速に保険外併用療養費の支給が受けられる仕組みを構築することを目指しており、現行の保険外併用療養費制度の中で、評価療養や選定療養とは別に設ける。規制改革会議は会合で、選択療養を制度化するための手続きやルールについて議論し、大まかな枠組みをまとめた。

合理的な根拠が疑わしい医療や、患者負担を不当に増やす無用な医療を排除するため、選択療養の対象から除外する要件を設定する。▽国際的に認められたガイドラインに掲載されている▽一定レベルの学術誌に掲載・査読された2編以上の論文がある▽倫理審査委員会の承認を得ている―の3要件をいずれも満たさない場合は対象から外す。保険外診療のための入院・検査など、最初から保険外診療を目的とする場合、代替可能な保険診療を受診せずに保険外診療を受けるケースも対象外とする。

患者と医師の情報の非対称性を埋めるよう、仕組みづくりも進める考え。患者や医師が選択療養を希望する場合、事前に「診療計画」を策定し、前出の3要件のいずれかを満たすことを証明するエビデンスと、患者の「選択書面」を添付して申請。今後、制度化を検討する「全国統一的な中立の専門家による評価」を通じて申請内容を精査する。この評価結果は、患者本人に情報提供して医師との情報の非対

称性解消に役立てる。

どのような病態にどのような保険診療と保険外診療を併用するのか、患者が理解・納得できるよう、診療計画には▽患者の疾患・病態▽保険外診療の目的・内容―などを記載するよう求める。

選択療養の対象とする保険外診療については、それ自体の一定の安全性・有効性だけでなく、保険外併用を行っても診療全体の安全性・有効性に支障がないよう確認を求める。患者ごとに選択療養を適用するかどうか判断する理念を踏まえ、安全性・有効性の確認はできるだけ迅速に進める。

●選択療養の評価療養化も

選択療養の実施実績を蓄積し、評価療養に移行すべきかどうか検討も行う。これにより、最終的な保険収載に向けた新たなルートづくりを目指す。

選択療養によって蓄積されたデータの有効活用も進める。入院期間の増減、保険診療への影響を把握することで選択療養自体を評価。さらには保険制度の見直しにも役立てる。（4/17MEDIFAXより）

規制改革会議の「選択療養」に反対相次ぐ

規制改革会議の提案した「選択療養」には医療界や保険者などから反発が広がっている。京都府保険医協会はNHK報道をきっかけに、３月25日に「国民皆保険を破壊する規制改革会議の混合診療解禁策に反対する」理事長談話を発表している。以下、メディファクスが報道した意見をまとめた。

●規制改革会議の「選択療養」に慎重姿勢／田村厚労相

田村憲久厚生労働相は３月28日の閣議後会見で、規制改革会議が提案した「選択療養制度」の創設に慎重な姿勢を示した。田村厚労相は、規制改革会議がどのような医療技術を想定しているのか分からないとしつつ「どう見ても有効性が認められないようなものもある。患者と医師が合意したからといって、それを保険外併用療養でというのはなかなか難しいのではないか」と述べた。

また、「患者と医師が同意しなければ、そもそも治療行為自体が成り立たない。それは大前提だ」とし、「海外先進国で広く使われている抗がん剤などが、日本国内では保険外併用療養費制度の適用にならないことについては、タイムラグを早めることをわれわれも考えている。そうした思いは一緒だ。今まで以上に、安全性を担保しながら早く提供できる努力をしたい」と述べた。（3/31MEDIFAXより）

●選択療養に「悪徳医師が必ず現れる」／羽生田議員が警鐘

羽生田俊参院議員は３月28日、規制改革会議が提案した「選択療養」に対して異議を唱えた。羽生田氏は「制度を利用して儲けようとする悪徳医師が必ず現れる。事故や問題が起きなければ理解ができないのか。反省がないのか」と警鐘を鳴らし、「新たな保険外併用療養費制度をつくることは間違いだ」と強調した。

さらに羽生田氏は、日本の医療は世界最高水準であるとし「外国で使われている薬や治療法が、あたかも日本の医療を超える素晴らしいものだと思うこと自体が間違いだ。最大限譲歩して、海外で行われている、優れていると思われる治療法への対応は、現行の評価療養を活用すれば十分に対応可能だ」と主張。承認までの期間が長いという規制改革会議の指摘に対しては「期間短縮するよう改善すればよい」と一蹴した。評価療養については「治療法や薬に対して、国がある程度の効果と安全性を確認している。これにより国民の安全が守られている」とし、優れた制度だと強調した。（3/31MEDIFAXより）

●規制改革会議の新たな保険外併用「のめない」／日医・横倉会長

日本医師会長で日本医師連盟委員長の横倉義武氏は３月22日、日医連医政活動研究会（北海道ブロック研究会）に出席し、政府の規制改革会議が検討している新たな保険外併用療養の仕組みについて「私たちとしてはのめない」と述べ、反対する考えを示した。反対の理由として、将来的に公的医療保険の給付範囲が縮小する恐れがあることを挙げた。（3/25MEDIFAXより）

●保険者３団体も「選択療養」反対／患者に健康上の不利益

健保連、国保中央会、全国健康保険協会（協会けんぽ）の保険者３団体は４月３日、政府の規制改革会議が提案した「選択療養」に対する見解を出した。「選択療養」は患者と医師が合意すれば混合診療が原則可能となるため、実質的に有効性・安全性の確認が不十分な医療を広く患者に提供し、健康上の不利益をもたらす可能性があるとして「反対」を表明した。

当事者間の合意のみで成立した診療費を医療保険がカバーする仕組みは、医療保険制度の原則や財政運営を行う医療保険者の責任の範囲を超えるものだと主張。患者と医師の間には情報の非対称性がある

として、当事者間の合意に委ねる仕組みにも問題があると指摘した。

その上で、保険診療と保険外診療の併用範囲拡充を求める患者ニーズに対しては、先進医療制度の運用見直しによる迅速化などで対応すべきとした。（4/4MEDIFAXより）

●「選択療養」与党でも反発相次ぐ／自民・特命委役員会

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4月4日の役員会で、政府の規制改革会議が提案した「選択療養」などについて、規制改革会議の事務担当者から概要の説明を受けた。参加した厚生労働関係議員からは「市場原理主義で医療をやられたら、たまらない。最初から論外」（尾辻秀久氏）など反発が相次いだ。

会議は非公開で行われた。退席後に取材に応じた尾辻氏は「とりあえず（規制改革会議側の）話は聞いたが、どう聞いてもばかばかしい話だと、言い方は違うがみんな言っていた」と、議論が選択療養に対して批判的に進んだことを明らかにした。鴨下一郎氏も「支払い側の議論が（規制改革会議の中で）されていない。保険者が納得できる話ではないと指摘した」と述べた。

規制改革会議が選択療養をはじめ医療関連のさまざまな規制緩和策を打ち出していることを受け、与党として注意を払うために今回の役員会を開催したとみられる。役員会には厚生労働省から神田裕二大臣官房審議官、木倉敬之保険局長らが出席した。（4/7MEDIFAXより）

●「保険診療目指すことが前提」／田村厚労相

政府の規制改革会議が提案した「選択療養」をめぐり医療界や保険者の反発が広がっていることについて、田村憲久厚生労働相は4月4日の閣議後会見で「わが省としては、以前から安全性と有効性が一定程度認められる中で、保険診療を目指してもらうことが前提になっている」と強調した。その上で、この前提条件を念頭に、選択療養といった仕組みにとらわれることなく、日本で保険外併用できない医薬品や医療技術を少しでも早く併用できるようにしてほしいという患者の思いに応えられる制度づくりに努める考えを示した。（4/7MEDIFAXより）

●難病患者団体も「選択療養」に反対／厚労相と岡議長へ要望書

日本難病・疾病団体協議会は4月3日、規制改革会議が提案した選択療養制度（仮称）に反対する要望書を、田村憲久厚生労働相と岡素之議長宛に提出した。「選択療養」の導入は事実上の“混合診療の解禁”で、多くの患者が最先端医療を受けられなくなる恐れがあるとし、患者団体の声を聴くよう求めている。

ＪＰＡは、岡議長が記者会見で「（難病を抱える人が）自分が選んだ治療法が混合診療とみなされることで、保険給付を受けられるようにしてあげたい」と述べたとの報道を引用し、難病患者のためと言うなら、当事者であるＪＰＡが十分に納得してから決めるべきだと主張した。

その上で要望書には“混合診療の解禁”は保険の効かない自由診療を公認することであり、患者の治療の選択肢を狭め、信頼できる治療の根拠すら患者には分からなくなり、国民の医療不信を際限なく助長すると説明。制度案では▽診療計画書の策定▽必要性・リスクの説明▽患者の承諾―を条件に挙げているが、わらにもすがりたい思いの患者にとって、対等なインフォームドコンセントがどれほど担保できるか疑問とした。

過去に医師が自由に投薬できることによって、多くの難病患者が生命と健康に大きな被害を被った経験があるとし、そうした時代への逆戻りは許されないと指摘。政府は“混合診療の原則禁止”の方針を堅持し、誰もが安心して最新の治療を受けられるよう「必要な医療は保険で」との原則を堅持した国民皆保険制度のさらなる拡充を求めた。（4/8MEDIFAXより）

●選択療養「到底容認できない」／日医・中川副会長

日本医師会は4月9日、政府の規制改革会議が提案した「選択療養」について、有効性や安全性を確認するための仕組みが不明確であることや、将来の保険収載を前提にしていない点を挙げ、導入に反対する考えを示した。中川俊男副会長が定例会見でこれらの問題点を指摘した上で「日医は現行の保険外併用療養費制度、特に評価療養の機動性を高めることで対応すべきで、選択療養の導入は到底容認できない」と述べた。

中川副会長は現行の先進医療について、先進医療Ａ・Ｂは将来の保険導入を前提に、いずれも安全性や有効性の確保を重視している一方、選択療養の場合は、安全性などを客観的に検証する枠組みがない点を問題視。副作用や医療事故が起きた際の問題点の見極めが困難になることで、公的医療保険制度に対する信頼を失う可能性があると指摘した。

これまでの規制改革会議で示された論点整理の中で「一定の汎用性や有効性が認められれば評価療養の対象にしたり、保険に収載してはどうか」と明記された点も挙げ、「安全性」に言及しない規制改革会議の姿勢も疑問視した。（4/10MEDIFAXより）

国会

薬価財源、フィクションはどちら？／財務副大臣と小池氏が応酬

3月13日の参院厚生労働委員会では、2014年度の診療報酬の改定率決定過程で焦点となった薬価財源の切り離しをめぐり、小池晃氏（共産）と古川禎久財務副大臣の間で激しいやり取りがあった。

まず、小池氏が14年度予算編成に向けた財政制度等審議会の建議をやり玉に挙げ「薬価マイナス改定分の診療報酬本体への振り替えを『合理性がない』『フィクションだ』と言っている。こういう指摘は初めてだ。この振り替えは、1972年の中医協の建議以来、国会の審議でも歴代の厚生相がこれを認める答弁をしてきた。これがどうしてフィクションなのか。財政審の建議こそフィクションだ」と批判。

これに対し古川財務副大臣は、財政審の建議を引用しながら答弁。「薬価を直近の市場実勢価格に置き換える薬価のマイナス改定は、過大な予算要求の当然の時点修正であり、歳出としていまだ実現していないものの下方修正から何らかの財源が生み出されることはない。従って、診療報酬本体の増額に流用すべきとして、これを財源と考えることはフィクションである。このような主張と裏腹の関係にあるネット改定率の概念は、なくすべき」との建議に基づき、財務省として14年度診療報酬改定の対応を進めたと説明した。

さらに、「ご指摘の中医協の建議、旧厚生相の国会答弁は、あくまでもその時点における要求省庁やその諮問機関のご意見が述べられたものに過ぎない」と切り返した。

それでも小池氏は「今まで財務省だって『振り替えは駄目』と言ってこなかった」と反論。97年の消費増税時は、通常の改定年ではないのに薬価改定を行い、診療報酬を引き上げる財源にしたとし「これは財務省も認めてやったはずだ」と指摘した。さらに、「小泉内閣の時の骨太方針で（社会保障費の自然増を）2200億円削減した時も、薬価・材料費の引き下げ分960億円を計上している。これだって財務省は知っているはずだ。『薬価の引き下げは、市場実勢価格を上回る過大要求の時点修正だ』というのであれば、こんな扱いはできるはずがない」と非難した。

古川財務副大臣も引き下がらずに反論。「ご指摘の72年の中医協の建議には『薬価調査は毎年4月を調査月として実施して、薬価の適正化を図るべき』との記載もある。中医協の建議やご指摘のあった旧厚生相の答弁、あるいは首相の答弁は、その時々の状況に応じて発言されたものだが、小池氏がご指摘になられた趣旨のものではない。事実の認識に齟齬があると思う」などと応じた。（3/14MEDIFAXより）

「同一日同一建物」の適正化、必要に応じて見直す／田村厚労相

2014年度診療報酬改定で、同一建物居住者に関わる診療報酬が大幅に減算されることについて、田村憲久厚生労働相は3月13日の参院厚生労働委員会で、患者が必要な医療を受けられなくなる事態が生じた場合の対応策に言及した。「例えば地区の医師会の方々と相談して、そういう患者のところへ行ってもらうなどの努力は、私たちもする」と説明。それでも患者が必要な医療を受けられないケースにも踏み込み「（過去には）途中で改定をしたこともないわけではない。その時には中医協に諮ることはある」と述べ、必要に応じて対策を進める考えを示した。小池晃氏（共産）の質問に答えた。

今回の大幅な減算は、いわゆる「患者紹介ビジネス」への対応策として導入される。小池氏は「（大幅減算によって）真面目に在宅医療に取り組む医師が、施設への訪問診療から撤退する事態が広がってもいいのか」と批判。「保険医療機関側には診療報酬でペナルティーを科しながら、施設側や仲介料をもらっている仲介者には何のペナルティーも科されない。施設側や仲介者の問題への手だてを取るべき」と主張した。

田村厚労相は「中医協の意思は尊重したい」と述べたが、答弁では、施設側や仲介者へのペナルティーにまでは踏み込まなかった。（3/14MEDIFAXより）

事故調「2年以内の見直しは可能？」／民主・足立氏が追及

民主党の足立信也氏は3月13日の参院厚生労働委員会で、今通常国会に提出されている医療と介護に関する一括法案に盛り込まれている医療事故調査制度の創設について、2年以内に制度を見直す検討規

定が設けられている点を問いただした。

検討規定では、医療事故調査の実施状況を勘案し、医師法21条の規定による届け出などを含めて検討を加え、法律の公布後２年以内に「法制上の措置その他の必要な措置を講じる」としている。

これを踏まえ、足立氏は「（事故調の）施行は2015年の10月。仮に14年６月に法律が成立し（公布後）２年以内に見直すのであれば、（事故調の発足から）見直し時期の16年の６月まで、８カ月間しかない」と指摘。施行から８カ月間で、実施状況を把握し必要な措置を講じることが可能なのかと疑問視した。

田村憲久厚生労働相は「医師法21条の関連は今までいろんな議論があり、ある程度論点が整理されているので、２年以内という書きぶりにさせてもらった」と説明。法成立から事故調発足までの準備期間も含めると、見直し規定に盛り込まれた対応は可能との見方を示した。（3/14MEDIFAXより）

医療・介護一括法案、審議スタート／衆院本会議

４月１日の衆院本会議で、医療・介護の一括法案（正式名は「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整備等に関する法律案」）の趣旨説明と質疑が行われ、重要法案の本格的な審議が始まった。

「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年に向け、効率的で質の高い医療提供体制や地域包括ケアシステムを構築するため、医療・介護分野の法改正や制度改正が数多く盛り込まれた法案。医療界に及ぶ影響も大きく、主なものだけでも▽病床機能報告制度の創設や地域医療構想（ビジョン）の策定などを踏まえた医療機能の分化・連携の推進▽特定行為に関する看護師の研修制度の新設、診療放射線技師らの業務範囲拡大を通じたチーム医療の推進▽医療事故調査制度の創設▽新たな財政支援制度の創設―が挙げられる。

●「一括」の手法に野党の批判集中

多くの制度改正を１つの法案に詰め込む手法への批判は根強く、当初は与党内からも「どさくさに紛れて、役所が重要な話をもぐり込ませようとしているのでは」といぶかる声が聞こえてきた。衆院本会議でも、この手法に対して野党議員からの批判が集中。「都合の悪い法案は１つにまとめてしまう今回のやり方に対して抗議する」（みんな・中島克仁氏）といった声が上がった。

●「一連のサービス、総合的に整備」／安倍首相

これに対し、安倍晋三首相は「急速な少子高齢化のもとで、地域で安心して医療・介護サービスを受けられるようにするためには、急性期の医療から在宅医療・介護まで一連のサービスを総合的に整備することが必要」と答弁。多くの制度改正が盛り込まれていることについても、医療・介護の基盤整備のためには必要な内容だと力説した。

「特定行為に関する看護師の研修制度」や「医療事故調査制度」が法案に盛り込まれていることについても、安倍首相は「医療に対する信頼が高まるとともに、安心して医療を提供できる環境が促進され、将来の医療従事者の確保にもつながっていく。また、在宅医療を支える看護師の確保・養成が図られることになると考えている」と強調。法案を早期に成立させるため、政府として丁寧に説明していく考えを示した。（4/2MEDIFAXより）

地域包括ケアの充実で日医批判／みんな・中島氏

４月１日の衆院本会議で、中島克仁氏（みんな）が地域包括ケアシステムの構築について言及する中で、日本医師会の対応を批判する場面があった。

中島氏は「地域包括ケアシステムの確立を掲げていることは評価するが、そのためには患者のフリーアクセスや医師の開業自由原則など、日本の医療市場改革が必要」と強調。さらに、「高齢者医療と介護保険の一元化や、家庭医制度導入、混合診療の全面解禁は、地域包括ケアの充実、医療費の適正化、患者ニーズの観点からも大変重要。そのいずれにも反対の姿勢を見せる日本医師会の構造的問題を放置したままで、地域包括ケアの充実などあり得ない」と断言し、安倍晋三首相の認識をただした。

●日医は地域医療支える立場／安倍首相

これに対し、安倍首相は「日本医師会は地域医療を支える団体としての立場から、規制改革についての意見をお持ちであることは認識している。さまざまな関係者としっかり議論をしながら、より実効性のある改革となるよう、今後ともしっかりと規制改革に取り組んでいく」と応じた。
（4/2MEDIFAXより）

消費税財源の活用「国民理解へ説明続ける」／田村厚労相

消費税率が４月１日から８％に引き上げられたこ

とを受け、田村憲久厚生労働相は閣議後会見で、消費税増収分の財源の活用方法について、国民の理解が得られるよう説明を続けていく考えを示した。

８％への引き上げによる増収分は約５兆円と見込まれており、このうち社会保障の充実分には約5000億円が回る。田村厚労相は、医療・介護分野では、地域包括ケアシステムの構築や医療提供体制改革などに充実分の財源が充てられると説明。「ただ単に（国民の）負担が軽くなるというだけでなく、必要な医療・介護の体制を整備するところにも財源を使っていく」と強調した。（4/2MEDIFAXより）

消費増税の使い道、医療制度に1849億円／政府答弁書

政府は４月８日、消費税増税の増収分の使い道に関する答弁書を閣議決定した。増収分のうち、社会保障の充実に使用されるのは4962億円で、そのうち医療制度に1849億円が使用されると試算した。民主党の山井和則氏の質問に答えた。

答弁書は、消費税率の５％から８％への引き上げによる2014年度予算の増収見込額が５兆46億円になると明記。そのうち基礎年金国庫負担分の２分の１への引き上げに伴い約３兆円、安定財源が確保できていない既存の社会保障費に約１兆3000億円を充てるとしている。社会保障の充実のための金額は、全体の約9.9％に当たる約4962億円で、分野別に見ると少子化対策約3060億円（約6.1％）、医療制度約1849億円（約3.7％）、介護保険制度約43億円（約0.1％）、公的年金制度に約10億円（約0.02％）となっている。（4/9MEDIFAXより）

「同一建物」減算に質問相次ぐ／参院厚労委

2014年度診療報酬改定で見直された同一建物の複数訪問診療の評価について、４月10日の参院厚生労働委員会で質問などが相次いだ。

西村正美氏（民主）は、同一建物の複数訪問診療の減算により医師が訪問診療に来なくなるという不安を高齢者施設などが抱えるようになったことを踏まえ、厚生労働省が３月31日付で発出した訪問診療の確保が困難な事例が発生した場合の事例報告を求める事務連絡を取り上げて「意見が上がってきたときは迅速に対応し、国民、高齢患者の健康の不利益になることのないようお願いする」と訴えた。

小池晃氏（共産）は、請求の際に添付しなければならない書類が煩雑だと問題視。厚労省の木倉敬之保険局長は、中医協の議論では訪問診療をめぐる不適切事例を受け、訪問内容の記録を確認する必要性が指摘されたことなどを説明した。小池氏は「こうした扱いは経過措置を取り入れるなど、実施を見合わせて検討し直すべき」と食い下がったが、田村憲久厚労相は「本当に必要な医療が受けられない事態が起これば大変。いろいろな情報を集めたい」とかわした。

一方、東徹氏（維新）は「高齢者が多く集まる住宅を訪問して、医師が効率的に診療報酬を受けられるとも聞く」と述べ、小池氏が問題視した書類については「高く評価する」とした。
（4/11MEDIFAXより）

特区

国家戦略特区、東京圏に医学部新設検討／医療の規制緩和は３カ所

国家戦略特別区域諮問会議は３月28日、全国６カ所を国家戦略特区に指定する案と特区内で実施する規制緩和策についておおむね了承した。医療に関する規制緩和は▽東京圏（東京都・神奈川県の全部または一部、千葉県成田市）▽関西圏（大阪府・兵庫県・京都府の全部または一部）▽福岡市―の３カ所で実施。医学部は東京圏に新設することを検討する。今後、与党との調整を経た上で、４月下旬までに特区に指定する範囲を政令で定める。

どのような医学部を東京圏のどの地域に新設するのか、東京圏に何校新設するかは今後検討する。ただ現時点で、東京圏内で医学部新設の提案をしているのは千葉県成田市と国際医療福祉大による「国際医療学園都市構想」のみ。同構想では「医療の国際展開をはかる上での最重要課題ともいえる、海外で病院を実際に運営する際の医師、理学療法士、放射線技師、臨床工学技士、医療経営の専門家などの人材を、同構想を実現することで養成し、政府の成長戦略を強力にサポートする」としている。

すでに東北地方に医学部を１校新設することを決めているため、文部科学省は、仮に特区内で新設するとしても１校に限るよう求めている。記者会見で、新藤義孝総務相は「（特区に医学部を新設する場合は）東北地方の医学部新設の動向に配慮しなければならない」と述べた。

日本医師会が反対する中、医学部新設の検討が盛り込まれたことについては、新藤総務相が「高齢社会

に対応した医療をどのようにつくっていくか。海外の進んだ医療を日本に積極的に取り込む。こういった側面もあると思っている。一般の臨床医を養成・確保することを主目的とした既存の医学部とは、次元の異なる事業内容が求められ、また、期待がかけられて今回の選定に至った」と説明した。

実施する医療関連の規制緩和と取り組みの方向性は以下の通り。特区に指定する地域の、どのエリアでどのような規制緩和を実施していくのか具体的策は今後検討する。

【東京圏】▽外国人向け医療の提供（外国人医師の診療解禁）▽健康・未病産業や最先端医療関連産業の創出（病床規制の特例、外国人医師の診療解禁、保険外併用の拡充）▽国際的医療人材などの養成（医学部検討、病床規制の特例、外国人医師の診療解禁）

【関西圏】▽再生医療など高度な先端医療の提供（病床規制の特例、外国人医師の診療解禁、保険外併用の拡充）▽革新的医薬品、医療機器などの開発（病床規制の特例、外国人医師の診療解禁、保険外併用の拡充）

【福岡市】外国人向け医療の提供（病床規制の特例、外国人医師の診療解禁）

特区諮問会議では、安倍晋三首相が「（東日本大震災の）被災地を含めて、次なる大胆な規制改革提案があれば、それは柔軟かつスピーディーに対応して、事業計画の『深掘り』や新たな地域指定につなげていく」との指示を出し、さらなる特区の指定に意欲を示したという。（3/31MEDIFAXより）

中医協

国家戦略特区で先進医療の新スキーム／中医協総会

中医協総会は3月12日、国家戦略特区の中で運用される先進医療の基本的な枠組みを承認した。国内未承認薬の保険外併用の希望がある場合、より速やかな評価を行い、先進医療の申請から実施まで約6カ月かかっている状況を3カ月に短縮する。国家戦略特区は3月中に5カ所程度決まる見込みとなっている。厚生労働省は今後、先進医療会議の要綱を改正し関連通知を出す。

政府の日本経済再生本部が2013年の10月に決めた「国家戦略特区における規制改革事項等の検討方針」には、最高水準の医療を提供する世界トップクラスの国際医療拠点をつくることや、同拠点における保険外併用療養を拡充することが盛り込まれた。中医協総会は3月12日、その方針を受け議論し、厚労省の示した事務局案を承認した。

特区内の新スキームでは、実施医療機関の要件を「臨床研究中核病院、早期・探索的臨床試験拠点と同水準」であることとする。適否は、一定の基準に基づき、先進医療会議が判断する。1特区内の数は厳選する。

対象になるのは、英・米・独・仏・加・豪6カ国のいずれかで承認されている国内未承認薬などを使った保険外併用で、通常より手厚い事前相談をしたり、先進医療会議と先進医療技術審査部会を合同で開催するなどして期間短縮を図る。

先進医療実施までの期間を短縮する枠組みは、抗がん剤についてすでに用意されている。厚労省の「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」が必要性の高さを認めた抗がん剤の適格性を先進医療会議で判断し、国立がん研究センターが技術的な妥当性などを評価するというもので、これも3カ月程度への短縮を目指している。今回の特区内における新たな先進医療制度は、対象疾患を限定しない。

国家戦略特区は3月中に決まる予定。その中に保険外併用を推進したい特区があれば、その特区内に水準を満たす医療機関があるかどうか先進医療会議が審査することになる。

総会では中川俊男委員（日本医師会副会長）が「評価療養は素晴らしい仕組みだ。速さを求めて仕組みを壊さないよう、慎重にして進めてほしい」と求めた。花井十伍委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）も「特区でいろいろな取り組みをしようと考えているようだが、逆に医療の質を損ねることにならないか」と危惧した。
（3/13MEDIFAXより）

基本小委委員、鈴木・中川・万代氏を了承／中医協総会

中医協は4月9日の総会で、2016年度診療報酬改定に向けた小委員会と部会の委員・専門委員を了承した。診療報酬基本問題小委員会では、診療側、支払側それぞれ7人だった委員数を5人に絞り込み、専門委員も2人から1人に減らすことを確認。公益委員は6人を維持し、基本問題小委の委員総数はこれまでの22人から17人体制となる。

診療側は、医科委員の日本医師会常任理事の鈴木邦彦氏、日本医師会副会長の中川俊男氏、日本病院

会常任理事の万代恭嗣氏の３人に、日本歯科医師会常務理事の堀憲郎氏、日本薬剤師会副会長の三浦洋嗣氏を加えた５人。日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員長の安達秀樹氏、日本精神科病院協会副会長の長瀬輝諠氏は外れた。

支払側は、健保連専務理事の白川修二氏、全国健康保険協会東京支部長の矢内邦夫氏、連合・総合政策局長の花井圭子氏、経団連・社会保障委員会医療改革部会長代理の石山惠司氏に、新任の愛知県半田市長の榊原純夫氏を入れた５人となる。専門委員は、日本臨床衛生検査技師会長の宮島喜文氏が外れ、日本看護協会常任理事の福井トシ子氏１人が務める。

公益委員は、国立社会保障・人口問題研究所所長の森田朗氏、慶應義塾大学総合政策学部教授の印南一路氏、明治学院大学法学部教授の西村万里子氏、早稲田大学政治経済学術院教授の野口晴子氏のほか、新たに東京大学大学院法学政治学研究科教授の田辺国昭氏、明治安田生活福祉研究所主席研究員の松原由美氏が加わった。

基本問題小委員会以外の委員も、公益委員を中心に一部変更する。松原氏が調査実施小委員会、診療報酬改定結果検証部会、保険医療材料専門部会に、田辺氏が診療報酬改定結果検証部会、薬価専門部会、費用対効果評価専門部会に新たに加わる。野口氏は薬価専門部会、西村氏は保険医療材料専門部会の委員をそれぞれ務める。一方、支払側委員では、榊原氏が保険医療材料専門部会、費用対効果評価専門部会に新たに入った。（4/10MEDIFAXより）

財政審

医療費総額管理へ、レセデータ活用で議論継続／財政審分科会

財務省の財政制度等審議会・財政制度分科会は３月28日、社会保障をテーマにヒアリングと議論を行った。医療費の総額管理に向けて、レセプトなどの医療・介護情報をＩＴで統合的に活用する試みについて、今後も議論していく方向性で一致した。ただ、吉川会長は「一律で診療報酬を比例的に抑えることを考えている委員は、いないのではないか」と述べた。

ヒアリングに出席した松田晋哉・産業医科大教授は、まず近年の欧州での医療制度改革について説明。特徴として▽質を落とすことなく、より費用効果的なサービスに利用者を誘導する「代替政策」▽生活圏域でのプライマリーケアを中心とした総合医療介護サービスである「コミュニティケア」▽医療費膨張を抑えるための「緩やかな総額管理」―の３点を挙げた。2025年に向けた日本の医療・介護の提供体制改革も方向性は欧州と合致しているが、「緩やかな総額管理」が必ずしも明確ではないとして、視野に入れる必要性があるとした。

その上で松田教授は「日本のレセプトを中心とした医療データは優れたものである」としつつ、有効活用されていないと主張。最大の阻害要因を「どの主体がどの情報をいかに活用すべきか」のコンセンサスがないこと、とした。国は明確な方針と目的を出し、都道府県がＤＰＣやナショナル・データベース（ＮＤＢ）のデータをＩＴで統合的に利活用して、医療の量・支出目標を設定すべきと提言。これらのデータは、保険者機能の強化や医療の質の管理に活用する仕組みにも利用できるとした。

議論では、総額管理について「ペナルティーなど実効性をどのように担保するかが課題」「保険者ごとに医療費支出について予算をつくることにデータを活用すべき」「保険者が医療費を上げたくない場合に国費に付けまわし、保険者機能が働きにくくなっている」といった意見が出た。厚生労働省の健康づくり推進本部が行っている医療費５兆円適正化の取り組みについては意見が出なかったが、吉川会長は「以前の議論で、厚労省の計画には事後検証がないのが問題だとする意見があった」と振り返った。

また、プログラム法などで定められた政策課題について、委員からは「各都道府県が地域医療ビジョンをつくることになるが、医療費には国費も支出されているので、国として医療ニーズ・医療費の推計をきちんと行うべき」「全面総報酬割を導入する時は、前期高齢者医療への公費投入も検討すべき」「社会福祉法人の内部留保については社会貢献活動よりも、従業員の処遇改善や介護報酬、非課税措置の見直しにつなげるのが筋だ」といった意見が上がった。（3/31MEDIFAXより）

総合診療専門医

研修プログラムの基本骨格でたたき台／総合診療専門医

新たな専門医資格「総合診療専門医」の運用開始に向け「研修プログラムの基本骨格」のたたき台がまとまった。日本医師会、四病院団体協議会、全国

医学部長病院長会議に加え6学会や現場の医師らで構成する「総合診療専門医に関する委員会」が3月28日に合意した。

同委員会は新専門医制度で中核的な役割を担う予定の第三者機関「日本専門医機構」（新機構）の設立準備をしている組織委員会が設置した。たたき台に基づき新機構で引き続き議論し、理事会と社員総会を経て正式に決まる。

基本骨格のたたき台は、医学部卒後2年間の臨床研修（初期臨床研修）を修了した直後の医師を対象にする3年間（36カ月）の研修プログラムで、構成は▽内科6カ月、小児科3カ月、救急3カ月の「基本診療科研修」▽大病院、中小病院、診療所のそれぞれで実際の診療に携わる18カ月の「総合診療に関する専門研修」▽外科、産婦人科、整形外科、精神科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科などで経験すべき必要症例数を定める6カ月の「関連診療科研修」―の3本柱。研修修了後は専門医資格取得のための試験を課す。

12カ月の基本診療科研修では、各科の指導医・専門医の指導下で「病棟管理」「全身管理」「外来管理」の基本的スキルや態度を修得する。救急については、3次救急での研修も要件とする。

18カ月の専門研修では、大・中・小病院と診療所をバランス良く回ることを前提に、▽一定規模以上の病院で臓器に特化しない総合内科などで経験を積む研修＝最低6カ月▽総合診療専門医の「指導医」の下、診療所・中小病院での研修＝最低6カ月―は必修とする。へき地や離島など、医療資源が十分でない地域での研修については、eラーニングでの研修を実績として評価することも検討する。

6カ月の関連診療科研修では、初期臨床研修との連続性を考慮し、それまで各医師が経験を積まなかった診療科などを意識して柔軟なプログラム構築を求める。

●2017年度育成開始へ、14年夏にも運用面まとめたい

同委員会は、17年度に第1期生の研修開始を目標に検討を進めてきた。吉村委員長は「14年夏までに総合診療専門医の指導医基準や、研修を実施する際に中心となる施設の要件、研修プログラム責任者の在り方、研修修了の評価法や受験資格などの運用面をまとめる必要がある」と説明。その上で「まずは制度を開始することが重要。運用しながら問題点を改善できればよいのではないか」と述べた。「総合診療専門医を取得した後のキャリア形成のほか、他の専門医からの『移行型』や、すでに地域で活躍している医師が取得するコースについて、同時進行で検討することが課題だ」とも指摘した。

（4/1MEDIFAXより）

厚労省

新年度の制度変更、診療報酬改定や窓口負担変更など／厚労省

厚生労働省は3月31日、新年度を迎えるに当たり、4月に実施される主な制度変更を取りまとめて公表した。診療報酬改定のほか、70－74歳の患者窓口負担割合の変更、消費増税に伴う介護報酬への上乗せなどを示した。

診療報酬改定では、消費増税への補填分としてプラス1.36％（本体0.63％、薬価・材料0.73％）の改定を実施。本体0.63％分の多くが基本診療料に充てられる。

医療機関での70－74歳の窓口負担は、4月に新たに70歳になる者（69歳まで3割負担だった者）から段階的に法定通りの2割負担とする。3月31日までに70歳に達している者は特例の1割負担を継続するため、個人で見ると負担増にはならない。

4月からはそのほか、国民健康保険と後期高齢者医療の低所得者の保険料（税）を軽減する措置について対象を約500万人拡大する。賦課限度額はそれぞれ引き上げる。「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律」が施行されることで保護者制度が廃止されるほか、医療保護入院の入院手続きも見直す。

消費増税の関連では、診療報酬や介護報酬への影響だけでなく、医薬品医療機器総合機構の調査や対面助言に関する手数料も引き上げる。

（4/1MEDIFAXより）

「同一建物」減算、医療確保困難事例の報告を／厚労省

厚生労働省の保険局医療課と老健局高齢者支援課は3月31日付で、2014年度診療報酬改定での同一建物・同一日の複数訪問診療の適正化に関連し、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの集合住宅で、訪問診療の確保が困難な事例が発生した場合、事例報告を求める事務連絡を地方厚生局と都道府県に発出した。

同一建物の複数訪問診療の減算によって、医師が来なくなるとの懸念が高齢者施設側から出ていた。事務連絡は、集合住宅に訪問診療を行う医療機関の確保が難しい事例を把握した場合は、所定の様式により医療課企画法令第一係まで報告することを求めた。都道府県は地方厚生局都道府県事務所を通じて報告する。報告は▽訪問診療が届かなくなる集合住宅に関する事項▽訪問診療を撤退する医療機関に関する事項▽別の医療機関の確保見込み▽地域の医師会への相談状況―について、できる範囲で行う。

訪問診療を行う医療機関の確保ができない場合、厚労省として日本医師会、全国在宅療養支援診療所連絡会、全国特定施設事業者協議会、サービス付き高齢者向け住宅協会、全国有料老人ホーム協会など関係団体と連携し、地域ごとの実情に応じて地域医師会などから訪問診療を行う医療機関を紹介するなど、適切な在宅医療の確保に取り組むとも記した。（4/3MEDIFAXより）

終末期意識調査検討会の報告書公表／厚労省

厚生労働省は４月２日付で「終末期医療に関する意識調査等検討会」の報告書と、2013年３月に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の結果をまとめた報告書を公表した。意識調査の結果を踏まえ「人生の最終段階」で本人の意思を尊重した医療を提供するための体制構築などを提言。「亡くなる間際の短期間だけでなく、また、命を永らえる治療などの医療だけでなく、歯科医療やケアを含め、最期まで尊厳をもって生きていけるような医療を考える必要がある」と求めた。

●厚労省は相談員養成に着手

終末期医療について厚労省は、患者を支える「相談員」の養成に着手する。14年度にモデル事業を実施。全国10カ所程度の医療機関から看護師や医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）などの医療関係職種を募って研修を行い、研修プログラムの内容を検証する。終末期の患者に対応するための相談体制の在り方についても検討する。（4/4MEDIFAXより）

医師以外の理事長選出「門前払いはＮＧ」／厚労省・指導課長通知

厚生労働省医政局指導課は３月５日付で都道府県宛てに課長通知を出し、医師・歯科医師ではない人が医療法人の理事長になる際の認可に当たり、本来は不必要な要件を設定して候補者を「門前払い」しないよう求めた。政府の規制改革会議が設置した「健康・医療ワーキンググループ（ＷＧ）」で議論になっていた。

医療法人の理事長は医師か歯科医師の理事から選出するのが原則だが、都道府県知事が認めれば、それ以外の人でも就くことができる。候補者の経歴や理事会構成などを勘案し、適切で安定的な法人運営を損なうことがないと認められる場合に、都道府県医療審議会の意見を聞いた上で知事の認可が行われる。

しかし一部の都道府県では、理事としての経験年数や、財務状況が黒字であることなどの要件を定め、候補者を総合的に判断せずに入り口で締め出す例があると指摘されていた。（3/10MEDIFAXより）

スプリンクラー

有床診と小規模病院は同時に義務化／スプリンクラー設置で消防庁

総務省消防庁は３月27日、「有床診療所火災対策検討部会」の名称を「有床診療所・病院火災対策検討部会」に変えた上で、有床診療所と延べ面積3000平方メートル未満の小規模病院の消防設備基準を同時に見直す意向をあらためて示した。消防庁は、有床診では義務化を免除する診療科などを定める意向だが、小規模病院については診療科で区別するのは困難との見解を示した。現行は3000平方メートル以上の病院に設置義務がある。

●全病院義務化「地域医療に影響大」／日医・藤川常任理事

藤川謙二委員（日本医師会常任理事）は、3000平方メートル未満の小規模病院にも義務化を拡大した場合は「対象は約5000病院になる」として「地域医療への影響が大き過ぎる」と指摘。日医として200床未満の病院を対象に調査を実施すると表明し「４月中にまとめるので待ってほしい。現場も見た上で議論してほしい」と求めた。

安藤高朗委員（四病院団体協議会）は、義務化の場合、既存施設への金銭的援助は不可欠とした上で「厚生労働省が現在確保している101億円だけでは足りない。継続的な補助金確保が担保されていない状況では、不安が広がるばかりで地域医療の崩壊につながりかねない」と懸念を表明。「十分な経過措置を設ける前提で、免除する範囲もきちんと議論すべき」と訴えた。

消防庁は次回以降の会合で病院の消防設備基準の見直しについて集中的に議論する方針を示した。

●設置面積1000平方メートル未満なら簡易型でOK

消防庁は、手術室などスプリンクラー散水口の設置が免除されている部分を除く延べ床面積が1000平方メートル未満の場合は、簡易な仕組みで水圧も低い「水道連結型スプリンクラー」の設置でも差し支えないとする案も示した。ただし、手術室など除外部分の延べ面積は施設全体の延べ面積の半分以下でなければならない。さらに、除外部分とそれ以外の部分は準耐火構造の壁と床で防火区画し、開口部には防火戸か防火シャッターの設置を求めるとした。（3/28MEDIFAXより）

報告制度

病床機能報告制度、報告項目もおおむね了承／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3月27日、医療・介護一括法案で2014年度に開始を予定する「病床機能報告制度」の報告項目について、厚労省が提示した案をおおむね了承した。厚労省は出された意見を踏まえて修正し、あらためて完成版を次回会合に示す。

医療機関が提供する医療の内容を把握するための報告項目は、既存の「レセプト情報・特定健診等情報データベース」（ＮＤＢ）を活用して自動集計する項目と、厚労省が整備する全国共通のサーバーに設備や人員配置、患者の状況などについて医療機関に別途報告を求める項目で構成する。会合で、ＮＤＢを活用する情報は７月１カ月の審査分を集計対象とし、全国共通のサーバーに集める情報は７月１日時点の状況について報告することを決めた。

医療機関が報告する項目には、「病院」単位と「病棟」単位がある。双方で報告を求める項目は、「看護師、准看護師、看護補助者、助産師の数」と「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士の数」とした。

病院単位の項目には、▽ＤＰＣ群▽在支病や在宅療養後方支援病院の届け出の有無▽二次救急施設の指定や救急告示の有無▽ＣＴやＭＲＩ、ＰＥＴなど医療機器・装置の有無▽退院調整部門の状況―などがある。

病棟単位では、▽現在と将来の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）▽主たる診療科▽許可・稼働病床数や病床種別▽新規入棟患者数▽在棟延べ患者数▽退棟患者数▽入棟前の場所別患者数▽予定入院、緊急入院の患者数▽退棟先の場所別患者数▽退院後に在宅医療を必要とする患者数▽分娩数▽一般病棟用の患者重症度や医療・看護必要度を満たす患者割合▽リハビリテーションを要する患者割合―などについて報告を求める。主たる診療科については「複数診療科で使用することが基本となっている病棟」であることが分かるよう選択肢を設ける。

病棟単位の報告項目のうち、入棟前の場所別患者数については、①院内の他病棟からの転棟②家庭からの入院③他の医療機関からの転院④介護・福祉施設に入所中⑤院内の出生⑥その他―に分類した報告を求める。退棟先の場所別患者数については、①院内の他病棟への転棟②家庭への退院③他の医療機関への転院④老健への入所⑤特養への入所⑥社会福祉施設に入所⑦終了（死亡を含む）⑧その他―に分類する。（3/28MEDIFAXより）

有床診の報告項目は「必須」と「任意」／厚労省・検討会

医療・介護一括法案に盛り込まれた2014年度開始予定の「病床機能報告制度」で、有床診療所が報告する項目は「必須」と「任意」に分けて構成することになった。また、病院の報告項目は「病院」単位と「病棟」単位ごとに定めるのに対し、有床診は「１施設＝１病棟」とみなす。３月27日に開かれた厚生労働省の「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」で決まった。

有床診の報告を必須とする項目は▽現在と将来の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）▽許可病床数、稼働病床数▽一般か療養かの病床種別▽看護師、准看護師、看護補助者、助産師の数▽主とする診療科▽新規入院患者数▽在棟患者延べ数▽退棟患者数▽有床診の病床の役割―などとする。

有床診の病床の役割については、①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能②専門医療を担って病院の役割を補完する機能③緊急時に対応する医療機能④在宅医療の拠点としての機能⑤終末期医療を担う機能―の５つから複数選択可能とする。

●医療機能区分の選択で３例提示

有床診も、病院の各病棟と同様、４つの医療機能

区分から１つを選択して報告することが求められる。厚労省は、有床診が選択する際の具体例を示した。あくまで自主的な選択のための参考とした上で、▽産科や整形外科などの単科で手術を実施している場合＝急性期▽在宅療養中に急変した患者や、急性期経過後の患者を受け入れるなど幅広い病期に対応している場合＝急性期か回復期▽病床が全て療養病床の場合＝慢性期―の３例を挙げた。有床診については、複数の医療機能を担っている場合が多く、同検討会の構成員から１つを選択することは困難とする意見が出ていた。（3/28MEDIFAXより）

精神

特定秘密保護法の適性評価制度に反対／精神神経学会

日本精神神経学会は３月15日付で、「特定秘密保護法における適性評価制度に反対する見解」を発表した。同法は精神疾患を有する人たちへの人権侵害をもたらし、安心して精神科医療を受けることを不可能にすると指摘し、医療の根幹をおびやかす危険性が高いと危惧を表明した。

特定秘密保護法は、「行政機関の長」が特定秘密を取り扱う業務を行う者に「適性評価」を実施すると規定し、適性評価の対象者に行う７項目の調査の中に「薬物の濫用及び影響に関する事項」「精神疾患に関する事項」を明示している。同学会はこれらに関連し、精神科医療機関や医師などの職種に詳細な情報提供の要請が行われることが予想されると指摘。同法の適性評価制度は▽精神疾患、精神障害に対する偏見、差別を助長し、患者、精神障害者が安心して医療・福祉を受ける基本的人権を侵害する▽医療情報の提供義務は、医学・医療の根本原則（守秘義務）を破壊する▽精神科医療全体が特定秘密保護法の監視対象になる危険性が高い―と訴えた。（3/24MEDIFAXより）

長期入院精神障害者の地域移行、新たな議論開始／厚労省・検討会

厚生労働省の「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」は３月28日、名称を「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」に変更し、新たな議論を開始した。長期に入院する精神障害者の地域移行に向けた具体的方策について、６月にも取りまとめを行う。

同検討会は2013年12月、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」案をまとめた。厚労省は３月７日、指針として告示した。同指針に「地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、さまざまな関係者で検討する」との文言が盛り込まれたことを踏まえ、同検討会を名称変更し、新たな形で議論を再開した。構成員に変更はない。

厚労省は今後の議論に向けて、長期入院患者の実態や地域の受け皿としての既存施設の種類やサービス量について具体的な検討を求めたほか、長期入院患者などを対象に行っている地域移行に向けた意向調査の結果を踏まえて議論する方向性も示した。これまでも議論されてきた「病床転換」の可否の方向性についても検討するとした。（3/31MEDIFAXより）

改正精神保健福祉法、遺漏ない準備を／厚労省、４月施行

改正精神保健福祉法の４月施行を前に、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部は３月７日の障害保健福祉関係主管課長会議で、都道府県、政令指定都市、中核市の担当者に、円滑な施行に向けた準備を求めた。改正法で策定が規定された「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」は３月７日付で、大臣告示として公表した。

2013年６月に成立した改正法では、精神障害者の地域移行を促進する同指針の策定のほか▽保護者制度の廃止▽医療保護入院の手続き見直しと病院管理者に対する退院促進措置の義務化▽精神医療審査会の見直し―が盛り込まれた。精神医療審査会に関する見直しの一部を除き、４月１日から施行する。

改正法に伴い、都道府県と指定都市が精神科病院に対して毎年度実施している実地指導の項目も見直す。

●難治性精神疾患のモデル事業、14年度に

入院が長期化しやすい精神病床に入院中の難治性患者は、クロザピンなどの専門的治療により地域移行する例もあるとして、厚労省は14年度に治療体制の構築に向けたモデル事業を実施する。単科精神科病院では副作用発現に伴う緊急事態に対応できないため、血液内科などがある医療機関との間に支援ネットワークを構築する。１ネットワーク当たり約

６病院で構成し、全国で８カ所程度で実施する予定。

●医療観察法の指定医療機関、地域偏在も

厚労省は、医療観察法（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律）に基づく指定医療機関の整備状況について、地域ごとに偏在が生じているとして、引き続き必要病床の確保に努めることを自治体担当者に求めた。予備病床を含めて全国で800床程度を目標に整備を進めており、これまで国関係で15カ所･487床、都道府県関係で15自治体・304床の合計791床を整備している。（3/10MEDIFAXより）

介護

介護職員の給与１万円引き上げを／野党６党が法案提出

民主・みんな・結い・共産・生活・社民の野党６党は３月28日、介護従事者や障害福祉サービス従事者の給与を平均して１カ月当たり１人１万円引き上げる「介護従事者の人材確保に関する特別措置法案」を衆院に提出した。維新を除く全ての野党が同法案に賛同した。介護・障害福祉施設従事者の労働力を確保するのが狙い。

介護従事者人材確保法案は、2015年度介護報酬改定での処遇改善を待たずして、介護職員らの給与を引き上げるための法律。介護・障害福祉従事者処遇改善助成金の全額を国から都道府県に交付し、都道府県から各施設に助成金を支給する。法律公布日から３カ月以内に施行する。

野党によると、賃金改善の対象者数は介護従事者が96.4万人、障害福祉従事者が25.8万人で合わせて122.2万人。12カ月分の賃金を引き上げた場合、必要予算は介護で1156億円、障害福祉で310億円、合わせて1466億円になる。14年度内の予算執行を目指しているため、野党は消費税率引き上げ後の補正予算に計上するよう求める構えだ。補正予算のため、予算要求は単年度になる。もし15年４月の介護報酬改定で賃金が上昇し、優れた人材の確保に支障がなくなれば、同法は廃止される。

これに伴い、国会で継続審議になっている従来の「介護従事者人材確保法案」は廃案にする。従来の法案とは、障害者施設の給与引き上げも求めている点が異なる。（3/31MEDIFAXより）

規制改革

検査薬スイッチ化で意見書取りまとめ／規制改革会議

規制改革会議は３月17日、医療用検査薬を一般用検査薬へ転用（スイッチ化）するための仕組みづくりに向けて意見書を取りまとめた。個別製品ごとにスイッチ化を検討するのではなく、対象となる検査項目や判定方法をあらかじめ定めておき、業者が申請する仕組みを提案している。同会議の「健康・医療ワーキンググループ（ＷＧ）」が６日にまとめた論点を修正なしで盛り込んだ。

検査薬のスイッチ化については、厚生労働省が2014年中に仕組みを構築する方針を示している。会議後に記者会見した同ＷＧの翁百合座長（日本総合研究所理事）は「４月から検討が始まる。厚労省からは、公開の会議で検討すると説明を受けている」と述べた。

●社福とのイコールフッティング、引き続き議論

会議では、補助金や税制優遇措置のある社会福祉法人と一般法人が競合する介護･保育事業について、社福法人の経営管理強化と競争条件均衡化（イコールフッティング）を引き続き議論した。会議後に記者会見した岡議長によると、イコールフッティングについては、社福法人しか特養を運営できない現状に問題意識を示す意見が上がったほか、社福法人の利益の一定割合は社会貢献への拠出金とする規定を検討すべきとの意見が出たという。経営管理の強化について厚労省は、社福法人の財務諸表を統一するために作成中の「標準様式」を説明。標準様式は、３月28日までパブリックコメントを募集する。（3/18MEDIFAXより）

非営利ホールディング創設へ検討開始／厚労省検討会、14年内に結論

複数の医療法人や社会福祉法人の一体的な経営を可能にする仕組みとして、政府の産業競争力会議が提案している「非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）」について、厚生労働省は４月２日の「医療法人の事業展開等に関する検討会」で、2014年内に結論を出すとの方針をあらためて示した。具体的な内容については必要な調査などを実施した後、厚労省がたたき台をまとめ、同検討会に示した上で議論を求めるとの計画も明らかにした。

厚労省は会合に、産業競争力会議での検討状況や

論点を示した上で、検討の方向性として▽社会に対してどのように貢献していくのか明確化した「理念」を共有する▽理念を実現するための意思決定を共有する▽意思決定を実現するためにヒト・モノ・カネを有効活用できるようにする―の３点を示した。「医療法人の形態の一つ、連携を取るための選択肢の一つとなり得るのであれば認めてはどうかということで検討したい」との見解も示した。

●本当に必要なのか？　新法人形態に異論相次ぐ

委員からは、必要性や利点が不明確であるとの意見や、医療提供体制を改革するために必要な対応策の議論がないままに医療法人の新しい形態をつくることだけが目的化している議論には賛成できないとの意見が続出した。

今村定臣委員（日本医師会常任理事）は「ホールディングに銀行がついて資金提供できるようになれば、企業による医療法人の経営だ」と指摘し、産業競争力会議での議論は地域密着型の医療提供体制とかけ離れた考えだと批判。「営利の『持ち株会社』を想起させる名称自体、地域医療に携わっている者として違和感がある」と述べ、名称の変更が必要とも訴えた。

山崎學委員（日本精神科病院協会長）は「税制が異なる医療法人が１つになった場合の税制がどうなるのかや、決算の仕方、（医療法人と密接に関係して医療系サービスを提供する）ＭＳ法人との関係が不明確」と指摘。「人材の有効活用でも、医療と介護で報酬体系が異なる点が障壁になる。経営効率化にはならない」との認識も示した。

西澤寛俊委員（全日本病院協会長）は「皆保険制度を維持し、改革にも対応しなければならないという目的を達成する唯一の手段なのか」と疑問を呈した上で、「他の形では駄目なのかというような議論が抜けている。形をどうするかの議論だけになってしまっている」と述べ、根本的な議論を優先させるべきと主張。大道道大委員（日本病院会副会長）も、医療機関の連携や効率化がなかなか進まないのは医療法人の経営が、厳しい規制の中にあるためと指摘した上で、「そういう（障壁となっているような）規制を挙げて解決する方が本筋」と強調。「既に力のある法人が事業を広げる場合は有利だと思うが、病院団体としては違和感がある」と述べた。

（4/3MEDIFAXより）

医療扶助

医療扶助、重複処方の改善策検討を／会計検査院が厚労省に

会計検査院は３月20日までに、生活保護の実施状況を検査し、結果を報告書にまとめた。医療扶助については、向精神薬の重複処方が改善されない被保護者への指導が効果的に行われるよう、厚生労働省に方策を検討することを求めている。

検査は、511の都道府県・市町村における2011年度の保護費を対象に実施。検査対象となった金額は２兆6445億円超（うち国庫負担金相当額は１兆9833億円超）に達し、11年度の保護費全体の75％超を占めた。医療扶助は、特に入退院に関連した手続きや薬剤の処方に問題がないかを調べた。

210の自治体について、11年11月分の電子レセプトなどを基に、精神科の一般的な治療薬５成分（▽トリアゾラム▽ゾルピデム酒石酸塩▽ブロチゾラム▽フルニトラゼパム▽エチゾラム）を複数の医療機関から処方された患者を調べたところ、該当する被保護者は延べ4328人に上った。

さらに、添付文書に記載されている用法用量を基準に換算し、１カ月間で30日分に相当する量を上回る処方を受けていた被保護者は、３分の２相当の延べ2871人に上った。このうち180日分相当量以上の処方を受けていた被保護者も延べ63人いた。中には最大で医療機関20カ所から処方を受けた被保護者もいた。

●受け入れ先なく長期入院に

一方、10年度または11年度の長期入院患者で、医療扶助による入院を続ける必要がないことが明らかなのに、退院などに至っていない1199人の疾病を分析したところ、「精神および行動の障害」に分類された被保護者は667人と半数を超えていた。退院などに至っていない1199人のうち、５割近くが５年間以上入院していることも分かった。

退院などに至らない理由を調べると、介護施設や福祉施設などへの入所が適切だと考えられるのに受け入れ先がない被保護者が662人と半数超に上った。

これらの結果を踏まえ会計検査院は、自治体が病状の把握や退院後の受け入れ先を確保できるよう、体制を整備する必要性を指摘。厚労省に対し、退院を促進するための指導の充実や、その他の施策との連携を図るよう検討を促した。

報告書では、高頻度入院者や頻回受診者にも言及。

厚労省に対し、高頻度入院者の実態のさらなる把握に努め、対応方針を検討するよう要望した。頻回受診者についても、自治体の台帳整備や訪問指導などを充実させ、受診の適正化に努めることを求めた。（3/24MEDIFAXより）

医療事故

ガイドライン研究班の議事録公開を／医療事故調で有志団体

医療法改正案に盛り込まれている医療事故調査制度に警鐘を鳴らす「現場の医療を守る会」は4月2日、厚生労働省内で会見し、医療事故調の具体的な運用に向けたガイドラインを策定する厚労省研究班の議論内容を公開するよう求めた。

坂根氏は、今回の法制化は再発防止を目的としながらも、処罰や訴訟に流用されない仕組みが担保されるかどうか分からないと疑問視。過酷な現場の医療者が一番の当事者にもかかわらず、意見を求められることもなく、制度の概要は知らないままだとして危惧した。その上で、ガイドラインを策定する研究班がいかに細部を決めるかが重要で、日本の医療に決定的な影響を与えると主張。研究班メンバーや議事録が非公開となっていることを問題視した。

東京女子医大事件の当事者でもある佐藤一樹氏（いつき会ハートクリニック院長）も「原因究明・再発防止の文言を隠れみのに、医療紛争の究明を意識した論議が進んできた」と述べ、刑事事件による刑罰・制裁・懲罰・処分を医療者に行うことに反対を表明した。一方で「医療者も民事訴訟の覚悟は必要」とし、民事紛争を救済するのであればその趣旨を明確にした新しい組織をつくるべきだと主張した。

また、医療事故調査報告書を作るメンバーが、偏った事実認定をする立場にある弁護士・医師・医療事故被害者のほか、事実認定に慣れていないメディア関係者・有識者だけになってしまう可能性を危険視。医療の安全・再発防止の専門家を加えるべきとし、厚労省研究班にも同様の人材が必要とした。

同会は医療界が一致団結するきっかけとして、現場の医師や弁護士、議員ら67人が発起人となりメーリングリストを立ち上げたことも発表した。（4/3MEDIFAXより）

老人ホーム

養護老人・軽費老人ホームに新たな役割提案／厚労省・調査研究

厚生労働省の2013年度老人保健健康増進等事業「養護老人ホーム・軽費老人ホームの今後のあり方も含めた社会福祉法人の新たな役割に関する調査研究」の検討委員会は3月13日、地域包括ケアシステムにおける養護老人ホームと軽費老人ホームの新たな役割について記載した報告書を大筋でまとめた。介護ニーズ以外に生活する上で困難を抱える高齢者の増加を背景に、ソーシャルワークを生かした専門的支援機能の強化が求められるとした。

養護老人ホームは措置施設として、市町村が居宅生活が困難な高齢者を入所させ、社会的活動に参加するための指導や訓練などの援助を行う。11年10月現在、全国893施設（定員6万752人）に5万6381人が入所している。一方、軽費老人ホームは契約施設で、居宅生活が困難な高齢者が入所し、無料もしくは低額料金で食事提供など生活上必要なサービスの提供を受けている。全国2001施設（定員8万5220人）に7万9648人が入所している。検討委員会は養護老人・軽費老人ホームを運営する社会福祉法人からのヒアリングや自治体へのアンケート調査、さらに、検討委員会が設置した作業部会での議論を踏まえ、両施設の今後の役割について提案した。

報告書は、孤立や社会的排除、虐待、生活困窮など多様な生活課題を抱えた地域の高齢者に対する支援に向け、これまでの介護ニーズとは異なる側面での対応が不可欠だと指摘。両施設がこれまで行ってきた入所者への「居住支援」と「生活支援」に加え、地域にいる支援対象者も視野に入れた専門性の高いソーシャルワークが求められるとした。

両施設に共通して求められる機能には▽ソーシャルワークの強化▽ソーシャルワーク機能向上▽居住支援機能、生活支援機能の強化▽自治体、地域住民らの連携強化―を挙げた。ソーシャルワークの強化では「老人介護支援センター」を付属させて相談・調整機能を担うことや、地域の高齢者にも居場所を提供する「地域支え合いセンター」を併設整備することを提案した。

両施設がそれぞれ独自に求められる機能についても言及。養護老人ホームについては「施設機能の高度化」が必要になるとし、地域移行が困難な入所者への「伴走型支援」、地域移行が可能な入所者への

「出口支援」に期待を示した。軽費老人ホームについては、地域ニーズに沿って柔軟に支援する機能の確保が求められるとした。

●社福の最大ミッション「地域ニーズへの対応」

報告書は、両施設を含む老人福祉施設の運営に当たる社会福祉法人の使命と課題にも触れた。最大のミッションは「地域包括ケアなど多様化する地域ニーズに応えること」であるとし、今後の課題として▽支援の視点を施設内から地域へ広げる▽過去の収支差額の集積の活用▽法人の経営理念に基づく事業展開―を挙げた。（3/14MEDIFAXより）

小児在宅

小児の在宅療養支援、全国展開に取り組む／厚労省・佐々木室長

厚生労働省医政局指導課の佐々木昌弘・在宅医療推進室長は3月6日、医療必要度の高い小児患者の在宅療養を支える体制の全国展開に取り組む考えを示した。厚労省は新生児集中治療室（ＮＩＣＵ）に入院して人工呼吸器が外せない小児患者でも在宅療養ができるように支える体制を検討するためのモデル事業を2013年度に実施しており、その報告会の挨拶で、今後の方向性として小児の在宅療養支援の全国展開を打ち出した。

佐々木室長は、社会保障審議会・医療部会が13年末にまとめ、今国会に提出した医療・介護一括法案につながった報告書に言及し、「20ページのうち在宅医療については4ページを割き、小児在宅については現在実施しているモデル事業を引用している」と説明。「厚労省は目下、一括法案が成立するよう全力を尽くすが、その先の視野には、小児在宅の全国展開がある」と述べた。「現在、地域包括ケアの定義は“高齢者が住み慣れた地域で”ということが強調されているが、高齢者だけでなく、広く国民が日本で生まれて良かったと言えるために必要な考え方だ」とも述べた。

小児在宅のモデル事業は現在、8都県が取り組んでおり、厚労省は実施主体となる都道府県をあらためて公募した上で、14年度も同様の事業を実施する予定。

●全国共通のサービス提供が必要／成育医療センター・中村氏

報告会では、国立成育医療研究センター総合診療部在宅診療科の中村知夫医長が、医療必要度の高い小児患者の在宅療養を支えるため、全国共通のサービス提供を目指すべきと提言した。中村氏は同モデル事業の進捗状況管理や実施効果などを評価する役目を担う。8都県を直接訪問した上での評価結果に対する見解などを示し、「例えば何か1つのサービスを使うにしても市町村によって対応に差がある、都道府県によっても違うとなると大変だ。『このサービスは全国どこでも受けられる』というように統一化すれば取り組みやすくなるのではないか」と述べた。さらに、「小児患者への対応をある程度、普遍化する必要がある。現在は一つ一つ（個別で）対応する手作り感が強く、（取り組む人が）皆疲れてしまう」との見方も示した。（3/7MEDIFAXより）

人事

社会保障改革担当室長に宮島氏／内閣官房、中村氏は退官

内閣官房社会保障改革担当室長の中村秀一氏が2月28日付で退官し、後任に前厚生労働省老健局長の宮島俊彦氏が就任した。就任は3月3日付。（3/14MEDIFAXより）

社会保障・人口問題研究所長に中医協会長の森田氏

国立社会保障・人口問題研究所長に中医協会長を務める森田朗氏が4月1日付で就任する。厚生労働省が3月31日に発表した。前任の西村周三氏は3月31日付で定年退職した。（4/1MEDIFAXより）

米国

米医療保険、目標を達成／大統領が“勝利宣言”

オバマ米大統領は4月1日、医療保険改革法に基づき2013年10月から始まった保険加入の登録者が、当面の目標とされた700万人を超えたと発表した。共和党は改革に反対しているが、大統領は「改革撤廃という議論は終わった。改革は既に浸透した」と“勝利”を宣言した。

医療保険改革はオバマ民主党政権の看板政策。3月31日が最初の登録期間の締め切りだった。

ただ、米国内の無保険者は4000万人を超えるとされ、保険加入を原則的に義務づける改革は緒に就いたばかり。巨額の予算や「個人の自由」の侵害を問題視する共和党は、医療保険改革の是非を11月の中

間選挙でも争点に据える構えで、今後も政争の具となりそうだ。

登録開始当初は手続きを行うウェブサイトの不具合などトラブルが相次ぎ、大統領の支持率低下の要因にもなった。政府はサイトの復旧を急ぐ一方、問題があった運用基準の変更や、芸能人を起用した宣伝などで巻き返し、なんとか目標達成にこぎ着けた。

民主党の悲願だった医療保険改革法は10年3月に成立。12年6月には連邦最高裁で合憲判決が出たが、共和党はその後も改革の撤廃や修正を求めている。（4/3MEDIFAXより）

韓国

韓国医師会スト低調／政権が抑え込み

韓国の医師でつくる大韓医師協会は3月10日、朴槿恵（パク・クネ）政権が掲げる遠隔医療推進の方針などに反対し、事実上のストライキに当たる「集団休診」を行った。だが、政府が同調した医師には罰則を科すと警告したため、保健福祉省の集計で、休診した医院は全体の29%、総合病院や大学病院で集団休診に同調した医師も一部にとどまった。

朴大統領は「国民に被害を与える行動の責任を必ず問う」と述べ、厳しい処分を予告。医師協会は3月下旬にも集団休診を呼び掛けているが、政権の強硬姿勢で抑え込まれそうだ。朴氏は政策への反対に厳しく対応する政権運営を続けている。（3/12MEDIFAXより）

自民

自民議員が「国民医療懇談会」立ち上げ／日医と定期的に意見交換

自民党の国会議員が「国民医療懇談会」を立ち上げ、3月18日に東京都内で初会合を開いた。会合には日本医師会の常勤役員も出席。医療を取り巻くさまざまな課題をテーマに、今後、両者が定期的に意見交換していくことを確認した。

会合に出席した同党国会議員は▽高村正彦氏▽鴨下一郎氏▽武見敬三氏▽上川陽子氏▽菅原一秀氏▽福岡資麿氏▽山下貴司氏▽羽生田俊氏―。このほか懇談会には、加藤勝信氏も名を連ねる。300人超の国会議員が加入する大型議員連盟として、2014年度診療報酬改定の改定率決定の際に注目を集めた「国民医療を守る議員の会」の主要メンバーを軸にしており、今回の懇談会は「300人議連」の幹部会のような位置付けになるという。

日医からは会長の横倉義武氏、副会長の中川俊男氏、今村聡氏、松原謙二氏をはじめ13人の全常勤役員が出席した。

取り上げるテーマは▽国家戦略特区を通じた規制緩和▽政府の規制改革会議が検討する規制緩和策▽死因究明▽尊厳死▽医療事故調査制度▽控除対象外消費税―などとみられる。今後、月1回程度のペースで意見交換を重ね、両者の意思疎通を図る。（3/19MEDIFAXより）

政府の成長戦略、性急な取り組みに「待った」／自民・厚労部会

自民党の厚生労働部会は3月17日、厚労分野に関する成長戦略関係の議論の動向について政府側から説明を受けた。出席議員からは改革の効果や議論の進め方などに注文が出るなど、性急な取り組みに「待った」をかける意見があった。

同党「社会保障制度に関する特命委員会」で委員長を務める野田毅衆院議員は産業競争力会議や規制改革会議で議論するテーマに触れ、「（関係者は）一生懸命、絵を描いている印象。頭の中だけで（議論が）走っているのではないか」と苦言を呈し、現場のニーズを重視した議論が行われているか疑問視した。元厚生労働相の尾辻秀久参院議員は産業競争力会議が「患者ニーズの充足、競争力強化などのための保険制度改革」として指摘した「選定療養の対象拡充を含めた見直しを行う仕組みの構築」「費用対効果の低い医療技術が継続的に保険外併用可能となる仕組みの検討」など9項目のテーマを挙げ、「改革というより、見直し程度のものが並んでいる」と言及。一方で「われわれには『見直し』程度だと説明しつつ、実際は『改革』として大きな事をしようと考えているのではないか」と述べ、厚労関係議員の中に強い不信感があると訴えた。（3/18MEDIFAXより）

保団連

「同一建物居住者」への大幅減算は中止を／保団連

保団連は3月10日、2014年度診療報酬改定で同一建物居住者に係わる診療報酬が大幅に減算されることについて、地域で在宅医療に取り組む医師から批判の声が寄せられているなどとして中止を求める要

請書を田村憲久厚生労働相らに送付した。

厚生労働省は3月5日に公表した通知で、施設への訪問診療で減算対象にしない患者や減算に当たらない診療形態を示した。ただ、保団連は「この内容では施設や在宅患者から次々と寄せられる医療要求に応じることは困難で、実態に合わない運用規定」と批判。医療機関も影響を受けるが、本当に被害を受けるのは在宅医療が受けられなくなる患者だとし、同一建物居住者に対する大幅減算の中止を求めた。併せて「不適切事例」については、患者紹介ビジネスを行う民間業者への指導・監督を強化するなど、診療報酬以外での対応を行うべきと主張した。（3/10MEDIFAXより）

医療・介護一括法案の「廃案」を／保団連会長談話

保団連は4月9日、国会審議中の医療・介護一括法案の廃案を求める談話を発表した。法案について「医療法や介護保険法などいくつもの重要項目を一括して審議するもの」とし、「このような法案審議の進め方は、前例のない乱暴なもので到底容認することはできない」と批判。審議入りに断固抗議し、廃案にするよう強く求めている。

同法案は4月1日の衆院本会議で趣旨説明、質疑に入っており、近く衆院厚生労働委員会での本格審議が始まる見通しとなっている。（4/10MEDIFAXより）

日医

「混合診療の全面解禁」は一種の幽霊／日医シンポジウム

日本医師会の医療政策シンポジウムが3月13日、東京・本駒込の日医会館で開かれ、パネルディスカッションでは横倉義武会長や有識者が規制改革に関して意見を交わした。「混合診療の全面解禁」については、国民の健康と命を守るための規制は必要であり、かえって公費負担も増大するとして疑問視する意見が相次いだ。

シンポジウムにはジャーナリストの堤未果氏、ノンフィクション作家の関岡英之氏、慶応大教授の土居丈朗氏、医療介護福祉政策研究フォーラム理事長の中村秀一氏が登壇し、横倉会長とともにディスカッションに臨んだ。

横倉会長は政府の規制改革会議などで医療の規制改革に対する意欲的な意見が出ている点に触れ、医療本体の規制は国民の健康を守る意味での規制であり、医療機関を守るためのものではないと強調。「政府は医療の周辺の改革を通じてイノベーションを進めているが、これとは分けて考えてもらいたい」と述べた。

米オバマ政権が進める医療保険制度改革（オバマケア）のさまざまな欠点を指摘した堤氏は「お金を持っている人には天国のような国」と米国医療の“ゆがみ”を紹介。「日本政府が米国の医療政策を追いかけているとは思わないが、国家戦略特区で医療の大幅な規制緩和をしていくなど『矛盾している米国型』に進むような審議が行われている」と警戒感を示した。

関岡氏は「規制改革を議論するところに、日医や医療従事者がメンバーとして参加していない。一方で薬のインターネット販売を手掛ける立場が委員として参画している」として、政府の議論の進め方自体を疑問視。規制改革会議の岡素之議長（住友商事相談役）が1月21日の記者会見で「会議としては、現制度の量的拡大にとどまることなく、ステージの違う質的改革を求めていきたい」と述べたことに触れ、政府は混合診療の全面解禁を目指していると分析し「政府は自由診療を進めたいのだろう。自由診療自体を否定するつもりはないが、制度を変えるには社会的影響が大きいので、慎重な吟味が必要」と述べた。

土居氏も混合診療の全面解禁は反対との立場を示して「より少ない負担でより良い医療が受けられるのかといえば決してそうではない。財務省などがその辺に気付き、全面解禁は公費の投入を増やしかねないので、いかがなものか、というようなことになれば議論も歯止めが利くのでは」と述べ、全面解禁の短所を広く知ってもらうことが肝要だとの認識を示した。

中村氏は自身が事務局長を務めた社会保障制度改革国民会議の議論を振り返り、「経済団体も参加したが、国民会議の委員から切り込まれると（規制改革について）実のある回答がなかった。間違った前提を思い込んでおり、議論の土俵を現実的なものにすべき。規制改革は村山政権時代から議論し始め、その時から混合診療が挙がっていたが、メリットとして何が得られるかはっきりしない。一種の幽霊みたいなもの」と切り捨てた。（3/14MEDIFAXより）

特区は日本の医療揺るがす問題／日医・対策委が見解

2012年に設置された日本医師会の特区対策委員会がこのほど、特区構想に対する見解を初めてまとめた。「医療分野に関する特区構想は日本の医療制度を根底から揺るがしかねない多くの問題を含んでいる」との立場に立ち、「株式会社の医療機関経営への参入」「保険外併用療養」など20以上の個別分野について意見を示した。日医の石川広己常任理事は3月19日の定例会見で「今の特区の現状と私たちの立場を示した」と述べた。

見解では、「株式会社の医療機関経営への参入」に対して、「医療は非営利」とした医療法の原則規定を挙げ「営利目的の株式会社が参入することに絶対反対」との立場を強調。地域住民のみならず、国民全体に不利益をもたらすことになると指摘し、容認できないとの姿勢を示した。国民に不利益をもたらす理由として▽営利目的の株式会社が参入しては地域医療の継続性が確保できない▽所得によって受けられる医療に格差が生じ、医療費が高騰する▽混合診療全面解禁への布石と国民皆保険の崩壊につながる―を挙げた。

保険外併用療養をめぐっては現行制度の仕組みを維持し、今後も先進医療などは全て評価療養の対象とし、有効性や安全性、効率性、社会的な妥当性が確保された段階で公的医療保険に速やかに収載することを基本にすべきと明記。「保険外併用療養の拡大によって先進医療などを公的保険に組み込むインセンティブが働きにくくなるなら本末転倒だ」と指摘した。

医学部新設をめぐっては、新設への期待ばかりが先行し、緊急的に対応すべき医師確保や医師偏在解消策が進まないことに懸念を示した上で、政府に対し、東日本大震災の被災地をはじめとした地域の医師確保策推進を求めた。

外国人医師の対応については、いわゆるクロスライセンスが進むことなどへの懸念を示した上で「外国人であろうとなかろうと、日本人患者と十分なコミュニケーションを保持し、良質な医療を提供することが可能か否かの一点に集約するべき」と指摘。病床の特例措置に対しては「特例は特例として基準病床数に関する既存の規制は可及的に継続すべき」とした。

このほか、再生医療やＰＭＤＡ、薬剤師の業務など幅広い分野で見解を示した。

（3/20MEDIFAXより）

地域特性に応じた在宅医療提供体制を例示／日医・地域医療対策委

日本医師会の地域医療対策委員会はこのほど、郡市区医師会が在宅医療連携拠点の役割を担うべきとする考え方や、在宅医療の提供体制を例示した報告書をまとめた。３月19日、日医の鈴木邦彦常任理事が会見で発表した。

在宅医療を推進するため、入院、外来を含めて地域の医療提供体制を見直していく必要があるとし、行政や中核病院、地域の医療機関、介護事業者など医療・介護に関与する全ての関係者が集まり、急性期・亜急性期・慢性期の医療と在宅医療・介護について役割分担と連携方法を決める場が必要になると解説した。その際、地域の郡市区医師会がリーダーシップを発揮し、地域医療の機能分化を図っていくべきと訴えた。都道府県医師会には、郡市区医師会とコミュニケーションを図りながら地域の問題を拾い上げ、その解決に向けて都道府県行政を動かす取り組みを要請した。

「どのように在宅を推進する体制をつくるべきか」という地域の声に応えようと、地域の特性を踏まえて取り組めるモデルケースを設定した。「開業医が１人で在宅医療を実施（Ａ）」「開業医が主治医・副主治医制で在宅医療を実施（Ｂ）」など、サービス提供体制についてＡからＦまで６つのパターンを示し、「人口20－30万人以上の大規模都市型はＢ＋Ｃ＋Ｄ＋Ｅ＋Ｆの積極的な参加が必要」とするなど、大規模都市型、中都市型、小都市型、過疎地型のそれぞれに応じた選択例を提示した。

鈴木常任理事は「在宅医療提供体制に関して選択例を示したことは今回の報告書のポイントの一つ。各地域で参考にしてほしい」と述べた。
（3/20MEDIFAXより）

低線量被ばくと熱中症対策で提言／日医・環境保健委が答申

日本医師会の石川広己常任理事は３月12日の定例会見で、環境保健委員会がこのほどまとめた答申について説明した。答申は、環境における低線量被ばくと地球温暖化による健康影響について考察し、リスクを抱える住民などと関わる際のリスクコミュニケーションについて構築方法を提案している。

低線量被ばくについては、医師として行うＸ線検

査やＣＴ検査にも留意することを求めた。男性医師集団100人が放射線業務を28歳から開始し、22.5マイクロシーベルト／年の実効線量を５年間続けて被ばくすると１人はがん死するというデータもあり、医師にとって身近な健康問題として認識する必要性を指摘した。

リスクコミュニケーションとの関連では、2013年６－７月に日医会員1315名から回答を得たアンケート調査結果を盛り込んだ。放射線による健康への影響について質問を受けたことがあるという回答の割合は▽保育園医・幼稚園医22.2％▽学校医20.4％▽産業医24.5％▽その他の医師15.7％―という内訳。都道府県別にみると、福島県と栃木県で60％を超えていた。質問者の属性についてその割合をみると、小学生以上の子を持つ父母が44.7％と最も多く、乳幼児の子を持つ父母が43.5％、高齢者女性が37.3％などと続いた。

一方、熱中症については、診察または質問を受けたことがあると回答した割合は▽保育園医・幼稚園医73.7％▽学校医65.1％▽産業医80.0％▽その他の医師48.2％―となっている。都道府県別では秋田県81.8％、和歌山県75.0％、千葉県74.2％、群馬県74.1％、茨城県72.7％などが高かった。熱中症対策の対象者には高齢者を挙げる割合が大きかった。

熱中症について石川常任理事は「全国的に多くの質問などを受けている。医師は適切な対応を知っていなければならない」と指摘した。環境保健委が14年度、環境保健分野で医師が知っておくべき知識をまとめた冊子を作成することや、PM2.5の問題を取り上げることも報告した。（3/13MEDIFAXより）

安定ヨウ素剤の服用、医師の説明でガイドライン策定／日医

日本医師会は甲状腺被ばくを防ぐ安定ヨウ素剤を安全に服用してもらうため、医師が住民に説明する際の要点などをまとめたガイドラインを策定した。地方公共団体が安定ヨウ素剤を配布する際に開く住民説明会で、医師が説明する際に伝えるべき予防効果や副作用、服用回数などを盛り込んだ。日医の石井正三常任理事は３月12日の定例会見で「国民の生命を守るため、全ての医師に読んでもらいたい」と呼び掛けた。

原子力規制委員会の原子力災害対策指針では、原発からおおむね５キロ圏の「ＰＡＺ」（予防的防護措置準備区域）などにある地方公共団体は住民に安定ヨウ素剤を配布する体制を整備し、事前配布を行う際は住民説明会で医師が安定ヨウ素剤の予防効果や副作用などを説明するよう求めている。これに関する医師の具体的な対応策をまとめるため、日医救急災害医療対策委員会災害医療小委員会と日医総研が原子力規制庁の助言を受ける形でガイドラインを策定した。

ガイドラインの内容は、安定ヨウ素剤の副作用や相互作用に注意が必要な薬剤の紹介に加え、ＰＡＺ内外で行政が服用を決定するプロセスや服用回数、住民説明会の事前配布までの流れなど多岐にわたる。

原子力事故発生を受けて服用するまでの要点も示しており、行政から服用の指示が出る基準や服用時期と効果などを盛り込んだ。服用する時期などについて、医師や地域医師会が医学的知見から地域の行政に助言することも重要などとした考え方も示した。

石井常任理事は、住民の被ばくリスクを軽減するため、ガイドラインが広く活用されることに期待を示した。（3/13MEDIFAXより）

主治医機能、「服薬管理は医師の業務」明確化／日医・横倉会長

日本医師会臨時代議員会が３月30日開かれ、横倉義武会長は、2014年度診療報酬改定で新設された「地域包括診療料」と「地域包括診療加算」について「日医が主張してきたかかりつけ医機能の評価に新たな道筋をつくることができた」との認識を示した。その上で算定要件の服薬管理について「医師の業務であるということを明確にした」と強調した。

東京都の近藤太郎代議員の代表質問に答えた。近藤氏は、地域包括診療加算の算定要件について「時間外対応加算１もしくは２を算定していればよいという点が大きなポイント。地域のかかりつけの医師たちに地域包括ケアに参入してほしいとの厚生労働省のメッセージ」とした。その上で「日医として全国の多くの診療所が地域包括ケアに携わっていくよう働き掛けてほしい」と要請。「多くの診療所がこの加算を届け出ることは、世の中への大きなインパクトになると思う」と述べた。

●人頭制・外来包括・登録医制「全く考えていない」

一方、08年度改定で導入され、その後廃止された後期高齢者診療料と同様、患者と医療機関を１対１の関係で縛る登録医制につながるのではないかとの疑念が、群馬県医師会の田中義代議員や山口県医師会の吉本正博代議員、北海道医師会の今眞人代議員

から指摘された。

田中氏は「08年度に導入された後期高齢者診療料で主治医を1カ所に決めろということで、当時、日医は反対したが、今回は受け入れている。これは大きな問題と思うがどうか」と日医の対応をただした。横倉会長は「今回は対象4疾病に絞られている。その他の疾病は自由に受診できる仕組みだ。後期高齢者診療料の反省を基に制度設計した」と説明し、「厚労省は当初、包括診療料だけを考えていたが、それでは以前のような混乱が起きるということで、地域包括診療加算を設定してもらった。日医の意見を通してもらった」と述べ、加算の設定は日医が強く要望し実現できたと振り返った。

吉本氏も「登録人頭割定額制」に結び付くのではないかとの懸念を表明。今氏も「人頭割・外来包括化・登録医制」などの導入につながると問題意識を示した。

こうした質問に対し鈴木邦彦常任理事は「日医は、地域包括診療料および地域包括診療加算について、かかりつけ医機能の評価の第一歩として認めた。かかりつけ医機能の評価は、医療提供体制の根幹に関わる重大な問題なので慎重に進めるべき」とし、「日医は人頭制・外来包括化・登録医制などは全く考えていない」と回答した。（3/31MEDIFAXより）

選択療養「内容を厳しく精査している」／日医・横倉会長

日本医師会の横倉義武会長は3月30日の日医臨時代議員会で、政府の規制改革会議が提案した「選択療養」の創設について「簡単にＯＫというものではないだろう。内容を厳しく精査している」と述べ、警戒感を示した。

規制改革会議はこのほど、医師と患者が合意し書面で契約するなど一定の手続きを取れば、保険適用外の医療行為と保険診療を組み合わせて実施できるようにする「選択療養」を提案。現行の保険外併用療養費制度の「評価療養」「選定療養」に続く、3番目の枠組みとして創設するよう求めている。

横倉会長は「選択療養は保険適用を前提としないという議論が初めはあったようだ。それならば、われわれとして全面反対だという話をして、少しずつ（内容が）変わってきているところだ。まだまだ油断していない」とし、今後の方向性に注視しているとした。木下成三代議員（徳島）の質問に答えた。（3/31MEDIFAXより）

知事からペナルティー「本来あってはならない」／日医・横倉会長

日本医師会の横倉義武会長は3月30日の日医臨時代議員会で、病床機能報告制度の創設や地域医療ビジョンに基づく病床数の整備に触れ、医療機関の自主的な機能分化・連携が進まない場合、都道府県知事が医療審議会の意見を聞いた上で不足している医療機能の病床への転換などを要請できることについて「本来なら医療は拘束もなく、やりたいようにやれるのが望ましいが、高齢社会の中での適切な医療提供体制を考えなければならない。そういう意味で、ある程度は病床機能報告制度をつくることは理解しなければならない。だが、その結果として知事からのペナルティーはあってはならない。政府にも強力に訴えたい」と述べた。

塩見俊次代議員（奈良）が「国が向かう方向は、医療に新たな規制を設け、医療をコントロールする考えがあるようだ。今回の医療法改正では、将来の医療を守るために都道府県知事からのペナルティーは認めてはいけないのではないか」と述べ、機能分化・連携が進まない場合の知事の持つ権限について懸念を示した。これに対し横倉会長は「各地域の病院の機能を知っているのは地域の医師会の先生なので、医師会でそこをコントロールするのが大事」と呼び掛けた上で、「行政が強権的に『この病院はどうか』などとするのはあってはならない。そういう意味でペナルティーの話は本来的にはあってはならない」と指摘した。

池田琢哉代議員（鹿児島）も都道府県知事に過度な権限が付与された場合は混乱を招かないかと指摘。これに対し中川俊男副会長は「都道府県医師会や郡市区医師会には、当該行政との関係を早急につくってもらい、風通しの良い関係で協議してもらいたいと考えている」と応じた。（3/31MEDIFAXより）

未収金問題、ＰＤＣＡで検証を／日医・今村副会長

日本医師会の今村聡副会長は取材に応じ、厚生労働省の検討会が2008年にまとめた医療機関の未収金問題に関する報告書に触れ、盛り込まれた対策が機能しているのか検証すべきとの認識を示した。「報告書には、提案された対策の効果を検証する必要がある、と盛り込まれている。ＰＤＣＡ（計画、実行、検証、改善）サイクルに基づいて、一度検証することが大切ではないか」と述べた。

厚労省の「医療機関の未収金問題に関する検討会」の報告書は08年7月に公表され、保険者徴収制度の適切な運用に向けた実施基準の明確化や周知徹底の必要性に言及したほか、未収金を発生させないために①国保部分と福祉部門の連携強化②無料低額診療事業の検討③入院保証金の解釈の周知徹底―をはじめとした未然防止策などを盛り込んだ。これらを受け、厚労省はこれまで、患者一部負担金の未払い額が60万円超の場合を保険者徴収の対象とすることを盛り込んだ保険局長通知を出すなどしている。

同検討会に委員（当時は日医常任理事）として参加していた今村副会長は「往々にして『こういう対応を考えました』という話で終わりがち。（対応策が）機能したのか否かが検証されないままでいるのは、おかしいのではないかという思いがある」と指摘した。

●改善はアベノミクスで？　施策の効果？

報告書の公表から時間が経過している点などを挙げながら「厚労省でさまざまな立場が集まって検討したので、どのように（状況が）変わったのかについて、一度は公の場所できちんと評価した方がよいのではないか」「状況が改善したのは例えば昨今のアベノミクスによるのか、取り上げられた施策によるのか、病院の自主的な取り組みが進んで未収が減ったのか、などを検証するべき」と述べ、問題の現状把握に加え、社会的な背景なども調べる必要性があると訴えた。

検証する方法については「オフィシャルの権威が関与した形でやるべき」とし、公的な権限を与えられていれば必ずしも検討会の開催にはこだわらないとの考えを示した。「厚労省の検討会が未収金の現状を把握した上で08年に具体的な解決策を提示した。だからこそ一つ一つのメニューを検証すべき。その後の効果が分からず、現状（の未収金問題）が見えていないのが問題」とも述べ、必要に応じ現状把握のための調査を日医独自で行う考えも示した。

（4/1MEDIFAXより）

行政と協働し住民力アップを／日医・介護保険委が答申

日本医師会の介護保険委員会はこのほど「生活を途切れさせない医療と介護－地域医師会の使命－」をまとめ、「在宅医療ケアと地域づくり」「医療と介護の一体的推進」「地域医師会等の役割」「後方支援と医療機関の役割」「かかりつけ医の役割」に関して見解を盛り込んだ。このうち「地域医師会等の役割」では、社会保障制度改革国民会議の報告書を踏まえた地域医師会の役割を展望。地域医師会と行政が協働し、住民力や地域力を高めていくべきだと提言した。

3月26日の日医定例会見で高杉敬久常任理事が発表した。答申は国民会議の報告書に「公助は自助・共助の後に行われる」と書かれたことに注目。行政サービスなどの依存度を下げ、地域や地域住民の主体性の下で社会保障施策が進められると指摘した。今後、各地域で地域医療ビジョンが策定され、地域特性に基づいた地域主体の取り組みが求められるとし「地域医師会と行政が協働して、目指す地域づくりに向けて、住民力や地域力を引き出す取り組みが望まれる」とした。

答申はかかりつけ医の役割にも言及。「生活の場で必要なときに必要な医療にアクセスできる」という“緩やかなゲートキーパー機能”を持つかかりつけ医のマネジメント機能が在宅医療ケアに必須だとし、「かかりつけ医の浸透を図る一方で、かかりつけ医の役割を再認識し、日常生活の中で患者の在宅医療ケアを継続して行える医療機関を医療関係者、住民に分かりやすく広報すべき」と提言した。また、機能分化の観点から、かかりつけ医は200床未満の中小病院であれば機能を果たせるとした。

（3/27MEDIFAXより）

今後の社会保障構築で日医の貢献期待／医療政策会議が答申

日本医師会の医療政策会議はこのほど、横倉義武会長が諮問した「日本における社会保障のあり方－欧州の社会保障の比較・検証から－」について、報告書をまとめ答申した。報告書は、ヨーロッパの政策を踏まえつつ、日本の社会保障制度を時代に合わせさらに時代を先取りして構築していくために、日医がこれまで以上に力を発揮し貢献する姿を期待するとまとめている。石川広己常任理事が、4月2日の定例会見で報告した。

報告書は、第1章「医療・介護の一体改革、2025年をめざして―医療専門職集団に求められているもの―」（権丈善一委員・慶応大教授）、第2章「社会保障制度の本質機能―歴史から学ぶ―」（田中議長）、第3章「ヨーロッパにおける近年の医療制度改革の動向―イギリス・フランス・オランダを中心に―」（松田晋哉委員・産業医科大教授）からなる。

第１章では、社会保障制度改革国民会議の報告を紹介しながら、医療サービスの本質や制度設計を論じた。第２章では、ヨーロッパでの社会保障制度の始まりの背景になった資本主義経済の発達や工場労働者の増大のほか、「富国強兵策」との関係などを論じた。第３章では「社会の高齢化と低経済成長下において医療保障制度をいかに持続可能なものにしていくか」という課題を取り上げた。英国、フランス、オランダ３国の医療制度の概要や近年の改革についても記した。（4/3MEDIFAXより）

「延命処置の中止」、法規定は慎重に／日医・生命倫理懇が答申

日本医師会の第13次生命倫理懇談会はこのほど、「今日の医療をめぐる生命倫理―特に終末期医療と遺伝子診断・治療について―」をまとめ、横倉義武会長に答申した。松原謙二副会長が４月２日の定例会見で報告した。

答申では、超党派の議員連盟による終末期医療の法制化に向けた動きに関連し、許容される「延命処置の中止」を法律によって規定することは、法律で規定する以外の行為は許されないという解釈を医療現場に生じさせ、結果的に患者の権利が制約されると指摘。法制化の前にリビング・ウィルなど患者の意思を尊重した終末期医療の体制整備と、厚生労働省や日本医師会などのガイドラインの実効的実施に向けて一層の努力を払うべきと明記した。

また、遺伝子診断・治療については、出生前遺伝子診断と遺伝子診断の商業化についてまとめた。遺伝子診断の商業化では、遺伝子検査ビジネスを規制・監督する法整備は全くなく、遺伝子差別防止の対策も取られていないと指摘した。ただ、国民総医療費の抑制効果が期待でき、健康増進に役立つ可能性もあるとし、法規制を含めた適切な実施体制の構築が急務だとした。（4/3MEDIFAXより）

「医療基本法」日医案を発表／早期の立法化目指す

日本医師会は４月９日、医療関係法令の「親法」の位置付けとなる「医療基本法（仮称）案」の日医案を発表した。医療関係者や患者の権利、責務については詳細な規定や罰則を設けず、基本法として一般的な権利や責務を定めた。

日医の医事法関係検討委員会がこのほど最終報告として日医案をまとめ、４月８日の日医常任理事会でその内容を了承した。今後、日医の見解として法制化に向けた対外的な取り組みを進める。今村定臣常任理事は会見で「今後は患者団体や市民団体とも協調しながら、早期の立法化に向けて国会議員らへの働き掛けを進めたい」と述べた。

医療基本法の検討は、日医の同委員会が2010年３月に制定を提言して以降、医療界の内外で議論が続いていた。12年３月には同委員会から草案が示され、日医や全国のブロック医師会などで意見交換を行ってきた。（4/10MEDIFAXより）

外来はかかりつけ医中心の機能分化を／日医・病院委が報告書

日本医師会の石川広己常任理事は４月９日の定例会見で、病院委員会がこのほどまとめた報告書について説明した。病院の外来診療は外部環境に合わせてかかりつけ医中心の機能分化を進めるべきとし、一部負担金の追加徴収の在り方にも踏み込んで記載した。

報告書は社会保険診療報酬支払基金のデータから、生活習慣病については診療所の方が大学病院や一般病床200床以上の病院に比べて効率的に医療を行っている可能性が示唆されたと説明。医療資源を有効活用するため、外来機能はかかりつけ医を中心に構築し、地域に根付いた中小病院・診療所がその機能を持つべきと指摘した。一方、高度急性期医療を担う大学病院など高機能病院については、急性期や病状が安定しない時期に適切な診断を行い、治療方針の決定までの時期を担当する「専門外来」として機能分担することが適当としている。

外来の機能分化を誘導するため、患者行動に影響を与える方策として、公的医療保険制度の範囲内で患者の一部負担金の追加徴収に強制力を持たせることも提言した。高機能病院の外来にも定型的な患者は多いとし、初診と同様、再診にも一部負担金の追加徴収を義務化することが重要とした。追加徴収の金額の目安として、紹介状なしの場合で初診１万円、再診5000円を示した。（4/10MEDIFAXより）

調査・データ編

特養への入所希望、全国で52.4万人／在宅の要介護４・５は8.7万人

厚生労働省が３月25日に公表した「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」によると、特別養護老人ホームへの入所を申し込んでいる人は全国で52.4万人に上り、同様の調査をした2009年から約10万人増加した。このうち、入所の必要性が高いとされる要介護４・５で在宅生活を送る人は8.7万人で、全体の16.5％を占めた。

各都道府県が、１人で複数施設に申し込んでいる場合や申し込んだまま亡くなった場合などをできる限り排除し、入所申し込み状況を集計した。原則として13年10月時点について調べたものの、調査時期は各都道府県により異なるほか、重複を含んだ集計もあった。

入所申込者52.4万人を要介護度別に見ると、要介護４・５が21.9万人（全体の41.8％）で最も多く、要介護３は12.6万人（同24.1％）、要介護１・２（要支援などを含む）が17.8万人（同34.1％）だった。

入所申込者のうち、自宅で生活を送る人は26.0万人、医療機関や介護老人保健施設、有料老人ホームに入所している人など在宅でない人は26.4万人だった。

調査結果について厚労省老健局高齢者支援課担当者は、将来の不安から早めに申し込んでいる人などもおり、今すぐに入所が必要な人の数字ではないと説明。その上で「当然必要性が高い人もおり、そういう人は各保険者の中で判断して、必要な方から入っていただくことになる」と述べた。前回09年調査からの約10万人の増加については「大きな要素を占めるのが高齢化率の伸び」と説明した。
（3/26MEDIFAXより）

乳幼児の医療費援助、全都道府県と市区町村で実施／厚労省調査

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課は３月24日、乳幼児などへの医療費援助に関する調査結果を公表した。2013年４月１日現在で、全ての都道府県と市区町村が乳幼児などへの医療費援助を実施していた。結果は、４月１日付の課長通知で各都道府県母子保健主管部（局）長宛てに送付している。

医療費援助の対象年齢を見ると、都道府県では通院・入院ともに「就学前」が最も多く、市区町村では通院・入院ともに15歳年度末（中学生まで）が最も多かった。

所得制限については、都道府県では「所得制限なし」が17、「あり」が30。市区町村では「なし」が1349、「あり」が393だった。

一部自己負担は、都道府県で「なし」が８、「あり」が39だった。市区町村では「なし」が984、「あり」が758だった。（3/25MEDIFAXより）

医療事故の年間報告件数、過去最多の3049件／医療機能評価機構

日本医療機能評価機構は３月26日、2013年の「医療事故情報収集等事業」の報告件数が単年集計を始めた05年以降最多の3049件になったと発表した。年間集計では12年の2882件がこれまでの最多記録だった。

後信執行理事は記者会見で、報告件数の過去最多更新について「結果が悪かった医療の情報も提供し、透明性を高めようとする文化が根付いてきている」と分析。「７－９月に約２カ月間、システム改修で報告の受け付けを停止したが、年間報告件数は過去最多になった。負担のある中で入力作業をしていただいた。事業への理解に深く感謝し、引き続きご協力をお願いしたい」とも述べた。

●「死亡」は8.0％

同事業における報告期日（医療事故発生から２週間以内）までに確定した「事故の程度」の割合では「障害残存の可能性がある（低い）」が27.6％と最も多く、以下「障害残存の可能性なし」27.3％、「障害なし」23.7％、「障害残存の可能性あり（高い）」9.7％、「死亡」8.0％と続いた。転帰未確定による「不明」は3.7％だった。

関連する診療科の割合では「整形外科」の12.5％が最も多く、「外科」7.7％、「内科」6.6％、「消化器科」6.3％などと続いた。「事故の概要」では「療養上の世話」の37.8％が最も多く、そのほか「治療・処置」26.5％、「薬剤」7.6％、「ドレーン・チューブ」6.4％などが多い。

●四半期報告も過去最多948件

12年第４四半期（10－12月）の医療事故とヒヤリ・ハット事例をまとめた報告書も併せて公表した。

同期の報告件数も過去最多で948件だった。内訳は、国立病院など「報告義務対象医療機関」（274施設）が799件、任意で報告する「参加登録申請医療機関」（689－691施設）が149件だった。

四半期ごとにまとめている「個別テーマの検討状況」では、▽血液浄化療法（血液透析・血液透析濾過・血漿交換など）の医療機器の関連▽薬剤自動分包機の関連▽造血幹細胞移植に関するＡＢＯ式血液型の誤認▽はさみを使用した際、誤って患者の皮膚や医療材料などを傷つけた事例―の４テーマについて分析結果を示した。（3/27MEDIFAXより）

「これまで通り訪問診療続ける」が46%／高齢者施設が調査

2014年度診療報酬改定で、一日に同じ建物に住む複数の患者を訪問診療した場合、「訪問診療料」「在宅時医学総合管理料（在総管）」「特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）」が減算される。訪問診療を受ける側の有料老人ホームなどの事業者で構成する全国特定施設事業者協議会はこのほど、改定が訪問診療の方針に与える影響を調査し、３月13日に結果を公表した。

緊急調査は、会員施設を552法人を対象に２月27日から３月７日にかけて実施。高齢者施設が連携医療機関から聞き取った204件と、高齢者施設への訪問診療に携わる医療機関が直接答えた77件の合わせて281件の回答を得た。

今後の高齢者向け住まいの入居者に対する訪問診療の方針を複数回答で尋ねたところ、「これまでどおりの体制で訪問診療を続ける」が46.3%で最も多かった。一方で「体制の見直しや診療の効率化等を行い、訪問診療を続ける」との回答も42.0%あった。このほか「一部の高齢者向け住まいへの訪問診療を止める」7.5%、「医療機関自体を廃院する」2.8%、「高齢者向け住まい全般への訪問診療を止める」2.5%と続いた。

診療の効率化策については▽対象者を分散して訪問し、効率化を図る▽複数の医師体制から単一の体制（眼科・皮膚科医などはなくす）への変更▽新規入居者は外来扱いとし、訪問診療を月２回から３カ月に１回に変更―など、さまざまな意見が寄せられた。

特定協は、厚生労働省が３月５日に示した「一定の緩和策」について、一定の場合には従来通りの特医総管を算定できるが、大幅な引き下げ自体は見直されていないとし「引き続き特定施設入居者に適切な医療が届き、安心して最期を迎えることができるのか懸念が残る」との見解を示した。

●緊急相談窓口を開設

訪問診療を行う医療機関の廃業や撤退によって、訪問診療を受けられない可能性がある会員事業者向けに、特定協の中に緊急相談窓口を設置した。寄せられた相談に対して、医療機関の斡旋や紹介を検討するという。（3/17MEDIFAX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。

第29回規制改革会議資料 より

資料1

■ 規制改革会議　2014年4月16日 ■

http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/committee2/140416/item1.pdf

規制改革会議は3月27日、保険外併用療養費制度に新たに「選択療養（仮称）」を提案。4月16日には「選択療養」を設ける上での大まかな手続きやルールをまとめた資料を提示した。

政策解説資料

資料1

「選択療養（仮称）」における手続・ルール等の考え方（案）
（論点整理②）

平成26年4月16日
規制改革会議

3月27日の「選択療養制度（仮称）の創設について（論点整理）」に記載した通り、「選択療養（仮称）」は下記を目的とするものである。

・治療に対する患者の主体的な選択権と医師の裁量権を尊重し、困難な病気と闘う患者が治療の選択肢を拡大できるようにすること
・そのため、一定の手続・ルールの枠内で、患者が選択した治療については極めて短期間に保険外併用療養費の支給が受けられる、患者（国民）にとってやさしい新たな仕組みを構築すること

上記において今後の検討課題とされた手続き・ルールを中心に、「申請」を通じた具体的な仕組みのあり方について、以下のとおり新たな論点を整理する。

1．合理的な根拠が疑わしい医療等を除外する

困難な病気と闘う患者の治療の選択肢を拡大するという「選択療養（仮称）」の趣旨に沿って、合理的な根拠が疑わしい医療や患者負担を不当に拡大させる医療（以下、「無用な診療」という。）を除外するため、次の①～③のいずれかに該当する場合は「選択療養（仮称）」の対象からはずすこととすべきではないか。

①次に掲げるいずれの要件も満たさない
・国際的に認められたガイドラインに掲載されている
・一定レベルの学術誌に掲載された査読された2編以上の論文がある
・倫理審査委員会の承認を得ている
②保険外診療のための入院・検査など、最初からもっぱら保険外診療が目的である
③代替できる保険診療の受診を経ずに保険外診療が選ばれる

2．患者と医師の情報の非対称性を埋める

（1）患者及び医師は、「選択療養（仮称）」を希望する場合、事前に「診療計画」を策定し、上記1の①のいずれかの要件を満たすことを証明する「エビデンス」と下記（2）の患者の「選択書面」を添付して申請し、下記4の全国統一的な中立の専門家による評価を受けるものとすべきではないか。

また、そのうえで、その評価結果を患者と医師の情報の非対称性の解消に役立てるため、患者本人に情報提供する仕組みを併せて設けるべきではないか。

（2）なお、上記（1）の「診療計画」は、患者のどのような病態に対して、どのような保険診療と保険外診療を併用するのかを患者が理解し、納得できるようにするために必要な事項が記載されたものでなければならない。医師は、患者に対して、「診療計画」と「エビデンス」を用いて十分に説明し、患者はこの説明を納得した上で書面により併用を選択することを前提とする。

＜「診療計画」に記載する事項の例＞
①患者の疾患、病態
②保険外診療の目的、内容
③当該併用の有効性（または必要性）
④当該併用の安全性（またはリスク）
⑤当該併用に係る費用
⑥万一の健康被害等への対応、他医療機関との連携等

3．併用することの安全性・有効性を確認する

（1）「選択療養（仮称）」は、上記1により、無用な診療を除外することを前提に、その保険外診療の一定の安全性・有効性とともに、併用しても診療全体の安全性・有効性に支障が生じないことを確認すべきではないか。

（2）「選択療養（仮称）」の申請がなされた保険外診療の安全性・有効性の確認は、その診療が「患者発」で個別に適用されるべき趣旨を踏まえて、できるだけ迅速に行われるべきではないか。

4．全国統一的な中立の専門家によって評価する

（1）安全性・有効性の確認や、患者への不利益の有無については、全国統一的に、中立的な専門家が評価する制度とすべきではないか。

（2）より迅速な判断を可能とするため、必ずしも「会議」での合議制を前提とせず、例えば、複数の高度な医療機関における専門医相互のネットワーク形成など、柔軟で機動的な連携協議なども検討すべきではないか。

5．評価療養につながる

（1）「選択療養（仮称）」の実績は、患者ニーズとして集積し、複数の実施医療機関における実績を活用して、評価療養への移行を検討することとしてはどうか。それによって保険収載の道が開けるのではないか。

（2）評価療養への移行後に、新たに希望する患者が先進医療として受診できるようにするため、担当する医療機関が「実施医療機関」への申請を行った場合には先進医療の「協力医療機関」に加わり易くすることとしてはどうか。

6．「診療計画」等に記載されたデータを有効活用する

（1）「選択療養（仮称）」によってデータが蓄積されることで、これまで病院やカルテを変える等で実質的に行われていた“混合診療”の明示的なデータが集約され、患者にとっての安全性が高まるとともに、医療技術の進歩につながりやすくなるのではないか。

（2）「選択療養（仮称）」に伴う入院期間の増減等、保険診療への影響を把握し、「選択療養（仮称）」の評価等に反映するとともに、保険制度の見直しに役立てるべきではないか。

（3）万一、偏った医師・医療機関からの不適切な申請が明らかになった場合には、実態を確認の上、健全な保険制度の運用に役立てるべきではないか。

以上

参考

平成 26 年 3 月 27 日
規 制 改 革 会 議

選択療養制度（仮称）の創設について
（論点整理）

現在、国民皆保険制度のもとで、保険外診療と併用した場合には保険診療についても保険適用が原則できないこととされている（いわゆる「混合診療の原則禁止」）。

過去の規制改革において抜本的な見直しが求められた結果として、国が認めた一定の保険外診療については併用できるとする「保険外併用療養費制度」が導入された（健康保険法８６条）が、原則禁止の規制自体は変わっていない。

当会議が目指すのは、困難な病気と闘う患者が、これを克服しようとして強く希望する治療を受けられるよう、診療の選択肢を拡大することである。そのために、保険外診療を併用しても保険給付を幅広く受けられ、保険診療に係る経済的負担が治療の妨げにならない環境を早急に整備する必要がある。

このような観点から、当会議は現行制度の抜本的な見直しを求めて、厚生労働省や関係機関などと様々な議論を重ねてきた。同省からは、現行制度の趣旨は、「安全性・有効性が確認されていない保険外診療を排除することにある」との見解が示された。他方で、現実には様々な保険外診療が行われ、混合診療の原則禁止が安全確保策として機能していない実態や、本来は医師の判断によってなされるべき診療が保険給付の有無によって狭められている問題も考慮しなければならない。

このような議論を踏まえ、当会議は以下の「選択療養制度（仮称）」の創設を提案することとした。この改革案は、国民皆保険の維持を前提とし、現行の保険外併用療養費制度の中で実現可能であり、なおかつ患者のニーズに迅速に応え得るものである。今後、この制度の手続き・ルール等についてさらに検討を重ね、最終的な提案を行うこととしたい。

【目的】

この改革案の目的は、
・治療に対する患者の主体的な選択権と医師の裁量権を尊重し、困難な病気と闘う患者が治療の選択肢を拡大できるようにすること
・そのため、一定の手続・ルールの枠内で、患者が選択した治療については極めて短期間に保険外併用療養費の支給が受けられる、患者（国民）にとってやさしい新たな仕組みを構築すること
である。

【「選択療養制度(仮称)」の新設】（新たな仕組みの考え方）

1　個々の患者が希望する診療について、個別に保険診療との併用を認めるため、保険外併用療養費制度の中に、「評価療養」「選定療養」に加えて、以下のような「選択療養制度(仮称)」を設けることとしてはどうか。

（1）「選択療養（仮称)」とは、患者が自己の選択によって保険診療と併せて受ける保険外診療(評価療養、選定療養を除く)であって、一定の手続・ルールに基づくものをいう。

注)「選択療養（仮称)」は、個々の患者の個別ニーズにそのつど即応するための新範疇であって、先進医療のように対象となる療法や薬剤等を予め個別にリスト化するものではない。また、必ずしも「評価療養」のように保険導入のための評価を行うものではないが、広く使用される実績に応じて保険収載され得るものである。

（2）患者が保険診療と併せて（1）の「選択療養（仮称)」を受けたときは、その保険診療に要した費用について保険給付を認める。

2　「一定の手続・ルール」の考え方

（1）「一定の手続・ルール」については、①患者がその診療を選択するにあたって必要な情報が医師から患者へ十分に提供され、それが書面で確認できること(注)、② 医師のモラルハザードが防止されること、を大前提とすべきではないか。

注）患者が保険診療に付随する保険外診療（未承認薬など）の選択を希望した場合、医師は併用する保険外診療について診療計画書を策定し、患者に対して、(a)必要性と(b)リスクを書面を用いて十分に説明し、患者はこれを納得したうえで、書面により併用を承諾することとする。

（2）手続・ルールの枠組みは、無用な診療に対するけん制効果を働かせるために、①患者・医師間の診療契約書を保険者に届け出ることで保険給付が行われるようにする、②患者から保険者に対して保険給付の切替えを申請し、保険診療に悪影響を及ぼすことが明らかな場合等を除き、保険給付が認められるようにするなど、いくつかの考え方がある。いずれの場合でも、「選択療養（仮称)」に該当するかどうかは極めて短期間に判断できる仕組みとすることが重要ではないか。

（3）そのため、具体的な手続・ルールについては、医療現場の実態を十分踏まえながら、引き続き検討し、早期に結論を得ることとしてはどうか。

3．事後の検証

「選択療養制度（仮称)」において「一定の手続・ルール」のもとで提出された諸資料は、保険外診療の経過（予後）と併せてデータベース化し、一定の汎用性・有効性が認められた医療技術は「評価療養」の対象としたり、保険に収載したりしてはどうか。また、データベースの分析結果を本制度の見直し等に反映させることとしてはどうか。これは、保険外診療の安全性・有効性の確認等、実態を把握する上で、現状より有益な仕組みとなる。

4．施行状況の検討

新しい仕組みの発足後、一定期間内に、その施行状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて制度を見直すこととしてはどうか。

以　上

資料2

社会保障制度改革の基本的方向性

■ 財務省主計局　2014年３月28日 ■

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia260328/02.pdf

財務省は３月28日、財政制度等審議会の「財政制度分科会」を開催し、「社会保障制度改革の基本的方向性」という資料を提示し、受診時定額負担や参照価格制度によるジェネリック推進、保険外併用療養の対象拡大（費用対効果が低い医療技術を保険から外し保険外併用療養の対象とする「逆評価療養」）などを検討課題にあげた。

資料２

社会保障①
（総論、医療・介護、子育て支援）

平成26年３月28日（金）
財務省主計局

社会保障制度改革の基本的方向性

○ わが国社会保障制度は、社会保険方式を採りながら、保険料負担とは別に公費負担（税財源で賄われるべき負担）に相当程度依存。しかも公費負担の財源について、特例公債を通じて将来世代に負担を先送りを続けている（財政悪化の最大の要因）。
○ 2025年には、いわゆる「団塊の世代」がすべて75 歳以上となる「超高齢社会」を迎え、医療・介護のニーズもピークに向かう。
○ 保険料負担の公費負担への付替えは厳に慎むとともに、2025年までに給付と負担の均衡が図られるための改革を段階的に進めていく必要。

社会保障給付費　111兆円（2013年度）⇒149兆円（2025年度見込み）

年度（GDP比）	2013年度	2025年度（見通し）
総額※	22.7%	24.4%
うち年金	11.0%	9.9%
うち医療※	7.4%	8.9%
うち介護※	1.9%	3.2%

※負担能力のベースであるGDPの伸び率を上回って増加。

【Ⅰ．必要な改革】（特に医療・介護分野で重要。P3参照）
イ　公的給付範囲の見直し（P4～P6）
ロ　給付（サービス）提供体制の効率化（P7～P10）
ハ　診療報酬・介護報酬の抑制と抜本的見直し（P11～P13）
ニ　保険者機能の発揮・強化（P14～P15）

給付
均衡が不可欠
負担

保険料負担（62兆円、2013年度）

○ 保険料負担は主として勤労世代が負担。
○ 基本的に現世代で負担は賄われているものの、勤労世代の負担が過重になりがち。

【Ⅱ．必要な改革】
保険料による支え合いの維持・強化
➢ 負担能力に応じた負担（P16）
➢ 支え手の増加（P17）

保険料負担の公費負担への付替え（公費負担割合引上げ等）

公費負担（41兆円、2013年度）

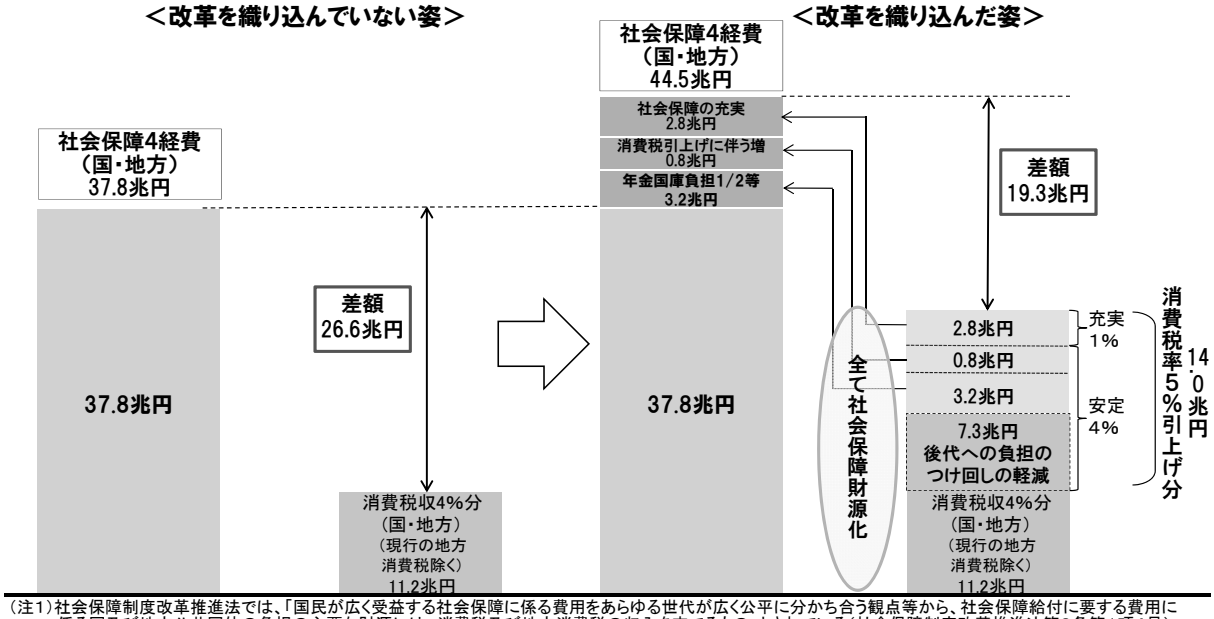
○ 公費負担を賄う税負担は、勤労世代に負担が偏らないもの（主として消費税収）が望ましい。
○ 現世代で負担が賄いきれておらず、将来世代への負担の先送りが続いている。

【Ⅲ．必要な改革】
➢ 社会保障公費負担と消費税収の差額の解消（消費税率引上げ）（P2）

（注）2013年度における社会保障給付費、保険料負担及び公費負担は2013年度当初予算ベース、2025年度における社会保障給付費は「社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年３月、厚生労働省）」における2025年度の公費負担額による。
1

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。



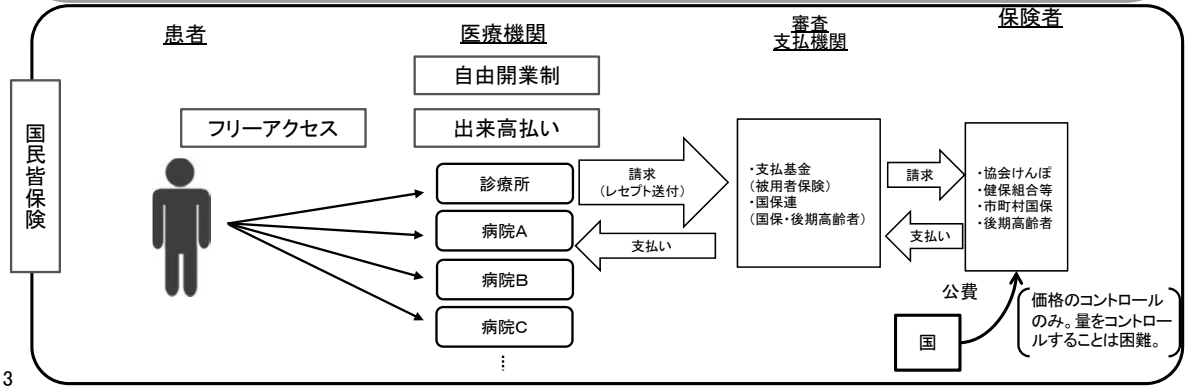
（注1）社会保障制度改革推進法では、「国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるもの」とされている（社会保障制度改革推進法第2条第1項4号）。
（注2）計数は、2017年度時点の見込み。
（注3）上図の社会保障4経費のほか、「社会保障4経費に則った範囲」の地方単独事業がある。
（注4）引上げ分の地方消費税については、地方税法において、社会保障施策に要する経費に充てるとされている。また、引上げ分の地方消費税と消費税に係る交付税法定率分の総額を、地方単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。

2

医療・介護

Ⅰ．給付面で必要な改革

○ わが国の医療制度の特徴は以下の4点。
① 国民皆保険（誰もが保険制度に加入し、保険料を支払う代わりに重い負担なしに医療サービスが受けられる）
② フリーアクセス（患者が医療機関を自由に選べる）
③ 自由開業制（医療サービス提供者は施設基準を満たせばどこでも自由に開業できる。医療法で定められた標榜科目の中から自由に標榜科目を選ぶことができる自由標榜制とセット）
④ 出来高払い（医療機関が医療サービスを行うほど収入も増える診療報酬体系）を中心とした診療報酬点数（公定価格）制。
○ こうした医療制度を維持していくに当たって、以下の点に留意する必要。
・ 患者側にとっては低い患者負担でコストが明確に認識できないまま、フリーアクセスゆえに医療機関にかかりやすい仕組み。
・ 他方で、医療機関側にとっては、できるだけ患者を受け入れて診療行為をすればするほど経営悪化を回避できる仕組みであり、患者と医療機関側との情報の非対称性（医療の内容が患者にとっては分かりにくいという情報格差）も加わって、過剰なサービス供給がもたらされやすいこと。
・ このように医療費の増大を招きやすい構造の下、負担（保険料負担、公費負担）サイドからの歯止めとして、保険者の保険者機能と国による診療報酬の予算統制が重要であること。
○ このような状況の下、医療給付の抑制のためには、主として以下の手法が考えられる。
イ 公的給付範囲の見直し（患者負担の引上げなど）（上記①の見直し）
ロ 医療サービス提供体制の見直し（フリーアクセスの緩やかな制限を含む。上記②・③の見直し）
ハ 診療報酬の抑制と抜本的見直し（診療報酬体系の見直し）（上記④の見直し）
ニ 保険者機能の発揮・強化
○ これらの抑制手段については、介護分野についても基本的に変わらない。



3

公的給付範囲の見直し（患者負担・利用者負担の引上げ）

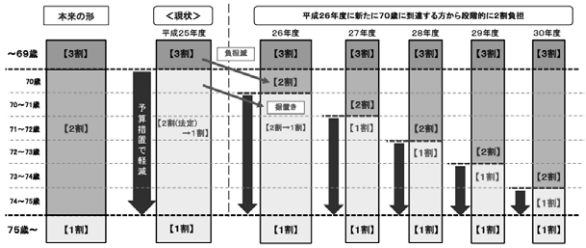
○ 1970年代に老人医療費の無料化が実施された際、高齢者が病院の待合室を憩いの場とする「病院のサロン化」や過剰診療が問題化。このような事態を回避するため、患者の一部負担が導入された（平成13年１月からは定率負担）。
○ 以降、患者負担・利用者負担の引上げは、負担の公平を図りつつ、給付抑制を図る観点から行われてきた。

（注）平成15年4月から現役世代の自己負担割合を3割に統一する健保法等の改正附則では、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり100分の70（＝患者負担3割）を維持するものとする」とされている。

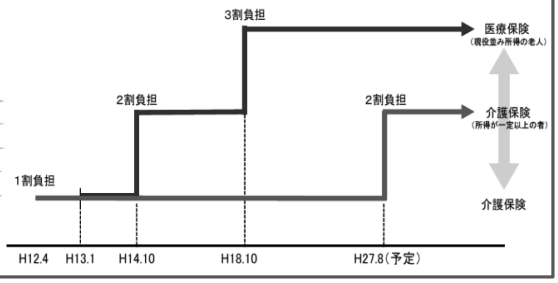
【法案提出済、26年度予算対応】

○ 70～74歳の医療費患者負担（1割→2割）
【26年度予算対応】（26年4月より段階的に実施）

（参考）医療保険制度における患者負担について
75歳以上：1割負担（現役並み所得者3割）
70～74歳：1割負担⇒2割負担（現役並み所得者3割）
70歳未満：3割負担（義務教育就学前2割）



○ 所得が一定以上の者の介護利用者負担（1割→2割）
【法案提出済】（27年8月施行予定）



【課題】

○ 70歳以上の高額療養費制度における外来特例の廃止
・ 70歳未満の患者にはない外来受診向けの患者負担上限の特例（12,000円）を見直す必要（入院の上限は44,000円、一般所得者）。
○ 受診時定額負担
・ 外来受診時に、例えば1回100円など少額の定額負担を求めることを検討する必要（今般の一体改革時に検討されたが、見送られたもの）。
○ 大病院の外来患者負担引上げ（P8において後述）　など

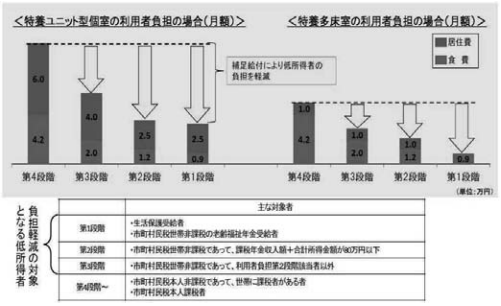
4

公的給付範囲の見直し（その他公的給付範囲の見直し）

○ 公的保険の対象を真に必要なニーズに限定していくことも重要。

【法案提出済、26年度予算対応】

○ 介護における要支援者への支援の見直し（要介護となるおそれがある介護予防給付の利用者）【法案提出済】（27年4月施行予定）
・ 要支援者に対する介護予防給付の主要部分（訪問介護・通所介護）を保険給付対象から除外（事業に移行）
○ 特養の入所者の原則要介護3以上への限定
【法案提出済】（27年4月施行予定）
○ 補足給付の支給要件に資産を勘案する等の見直し
【法案提出済】（27年8月施行予定）
・ 介護施設に入所する低所得者に対する居住費や食費の補足給付の支給に際して資産等を勘案する。
○ 市販類似薬品の保険適用除外【26年度予算対応】
・ うがい薬のみの処方を保険適用除外。

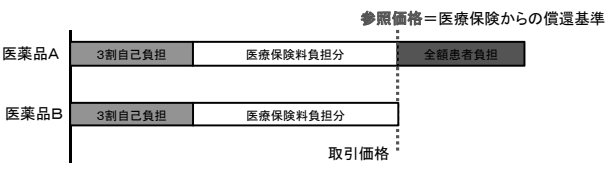


【課題】

○ 先発医薬品の参照価格制度によるジェネリック推進
・ 後発医薬品の使用割合が低いことを踏まえ、先発医薬品についての保険償還額を後発医薬品に基づいて設定し、それを上回る部分は患者負担とする必要。

特許切れ市場における後発医薬品シェア
（数量ベース、2010年）

日　本	約40%
アメリカ	約90%
イギリス	約70%強
ドイツ	約80%強
フランス	約60%強



○ 市販類似薬品の更なる保険適用除外
・ 湿布、漢方薬など

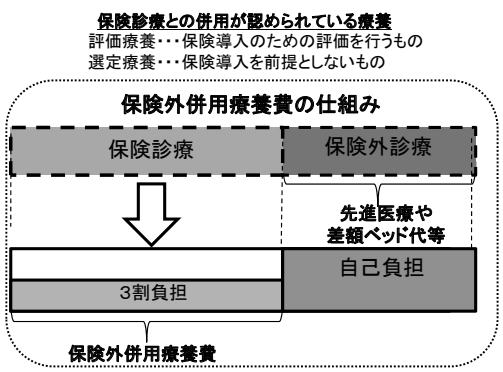
5

【課題】

○ 保険外併用療養の対象の拡大
- 保険外併用療養は、現在、先進医療等の将来の保険適用を前提としたもの（評価療養）と差額ベッド代等のアメニティに係るもの（選定療養）のみが認められている。

（注）産業競争力会議（「成長戦略進化のための今後の検討方針」（26年1月））（抄）
「選定療養の対象の拡充を含めた不断の見直しを行う仕組みを構築する。費用対効果が低いとされた医療技術について継続的に保険外併用療養制度が利用可能となる仕組み等を検討する。あわせて、評価療養において有効性等は認められたものの開発コストの回収が難しく治験が進まない等により保険適用が見込めない医療技術の取扱いについても、保険外併用療養制度上の在り方を検討する。」

- 評価療養について費用対効果を厳しく検証するとともに、一旦保険適用とされた医療技術等についても費用対効果が低いものは保険適用から外し保険外併用療養の対象とすること（「逆評価療養」）を検討する必要。



○評価療養（7種類）
- 先進医療（先進A：66技術、先進B：40技術 平成24年12月時点）
- 医薬品の治験に係る診療
- 医療機器の治験に係る診療
- 薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用
- 薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用
- 薬価基準収載医薬品の適応外使用
  （用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの）
- 保険適用医療機器の適応外使用
  （使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの）

○選定療養（10種類）
- 特別の療養環境（差額ベッド）
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診
- 大病院の再診
- 小児う触の指導管理
- 180日以上の入院
- 制限回数を超える医療行為

○ 混合介護の普及・促進
- ケアマネによる混合介護（保険サービスと保険外サービスの併用）の積極的な活用を促進
- 地域における保険外サービスの内容、質、料金等の情報の充実

○ 柔道整復に係る保険適用の厳格化
- 柔道整復士のうち、保険を利用できる者を限定

（参考）柔道整復に係る療養費：4,068億円（22年度）⇔診療所の医療費（8.2兆円）のうち、小児科：3,508億円、産婦人科：2,467億円

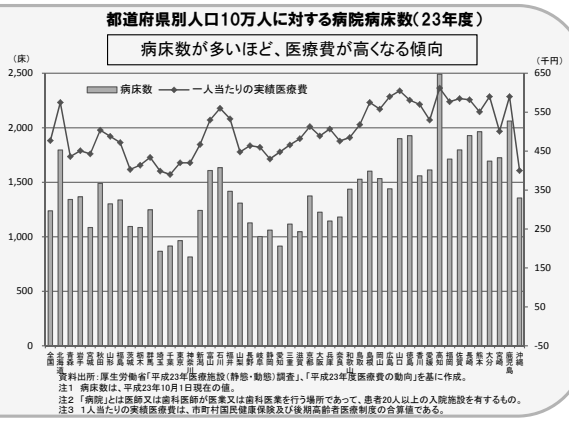
6

給付（サービス）提供体制の効率化（医療・介護サービスの提供体制改革）

○ わが国の医療提供体制は、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、病床の機能分担は不明確であり、世界的に見て長い入院日数など、非効率。

○ 「7対1入院基本料」算定病床の急増など、過剰な供給は需要を誘発。人口10万人当たりの病床数が多ければ、一人当たり医療費も多くなるという傾向は明らかであり、提供体制を効率化すれば給付の抑制に寄与。

○ これにより、質を低下させることなく医療・介護サービスをより効率的に提供することを目指す必要。



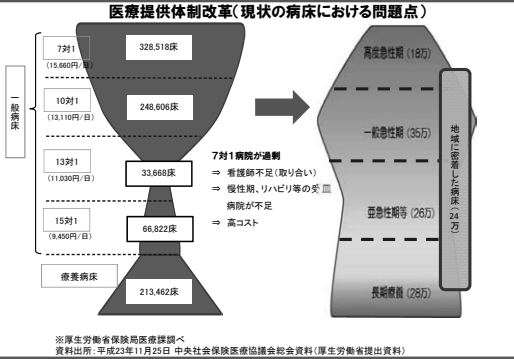
資料出所：厚生労働省「平成23年医療施設（静態・動態）調査」、「平成23年度医療費の動向」を基に作成。
注1 病床数は、平成23年10月1日現在の値。
注2 「病院」とは医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有するもの。
注3 1人当たりの実績医療費は、市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の合算値である。

【法案提出済】

○ 以下の手法により、病床の機能分化・連携を進め、「超高齢社会」に対応した「地域完結型」の医療・介護サービスの提供体制を構築。
- 都道府県が、病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの必要量を定めた「地域医療ビジョン」を策定（27年度から策定予定）
- 「地域医療ビジョン」を実現するために都道府県の権限を強化
  ➢ 過剰な医療機能への転換の中止要請、稼働していない病床の削減要請、要請に従わない医療機関の管理者の変更命令等
- 消費税増収分を活用して、各都道府県に基金を設置し、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護等を推進（26年度から予算措置）。医師・看護師等の医療従事者の確保にも活用。

（注）わが国の提供体制は私的所有が多いため、規制的手法と組み合わせて一定の経済的誘導が必要。

7



※厚生労働省保険局医療課調べ
資料出所：平成23年11月25日 中央社会保険医療協議会総会資料（厚生労働省提出資料）

【プログラム法に基づき検討中】

○ 入院時食事・居住費負担
・ 在宅医療との公平を図る観点から一般病床における入院時の居住費と食費（調理費）の患者負担を引き上げる必要。
○ 大病院の外来患者負担引上げ
・ 医療機関の機能分担の観点から、紹介状のない患者の外来受診に対する患者負担を見直す必要。
○ データの活用による医療・介護サービス提供体制の制御

（参考）社会保障制度改革国民会議報告書（抄）

「医療政策に対して国の力がさほど強くない日本の状況を鑑み、データの可視化を通じた客観的データに基づく政策、つまりは、医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっていることにも留意せねばならない。（中略）

各2次医療圏における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等のデータを基に各地域における医療ニーズを予測し、各地域の医療提供体制がそれに合致しているかを検証した上で、地域事情に応じた先行きの医療・介護サービス提供体制のモデル像を描いていくことであり、こうしたデータ解析のために国が率先して官民の人材を結集して、先駆的研究も活用し、都道府県・市町村との知見の共有を図っていくことであろう。」

医療・介護サービスの提供体制改革に関連する改革

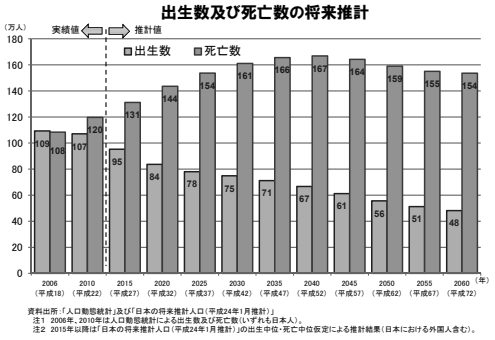
①終末期医療【課題】

○ 2025年には年間で150万人以上が死亡する時代が到来。終末期医療の適正化についても「地域完結型」の医療の構築という医療・介護サービス提供体制改革の一環として取り組む必要。

（注1）社会保障制度改革国民会議報告書（抄）

「超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援することーすなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD（クォリティ・オブ・デス）を高める医療」-も入ってこよう。」

（注2）プログラム法では「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかにすごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする」とされている。



資料出所「人口動態統計」及び「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」
注1 2006年、2010年は人口動態統計による出生数及び死亡数いずれも日本人。
注2 2015年以降は「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果（日本における外国人含む）。

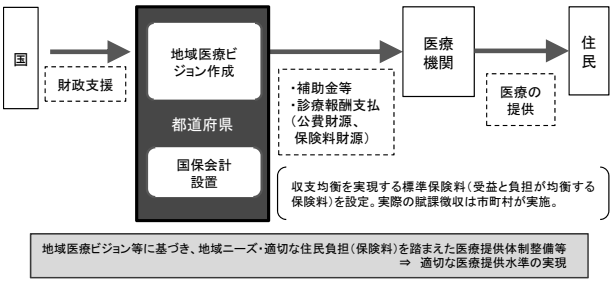
8

②国保の都道府県化【プログラム法に基づき検討中、来年法案提出予定】

○ 医療提供体制の実情や目指すべき方向性は地域ごとに大きく異なっている。また、市町村や2次医療圏を超えた面的な提供体制の整備が必要。都道府県が提供体制の整備に一層の責任を持つ必要。

○ 国保の保険者を都道府県に移行することで、都道府県が、地域医療の提供水準と、標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することが可能となる。

○ 将来的には、急激な人口減少に伴い、相当数の「限界自治体」（人口の50%以上が65歳以上の自治体）が生ずるとされており、保険財政基盤の安定化の観点からも国保の広域化が不可欠。



（国民健康保険の現状の課題）
①保険財政の責任主体と提供体制の責任主体の分離
②年齢構成が高く、医療費水準が高い
③所得水準が低い
④保険料負担が重い
⑤保険料（税）の収納率低下
⑥一般会計繰入・繰上充用
⑦財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在
⑧市町村間の格差

9

③医療法人制度改革【プログラム法に基づき検討中】

○ 地域における病床の再編・連携や医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度を見直すことが重要。

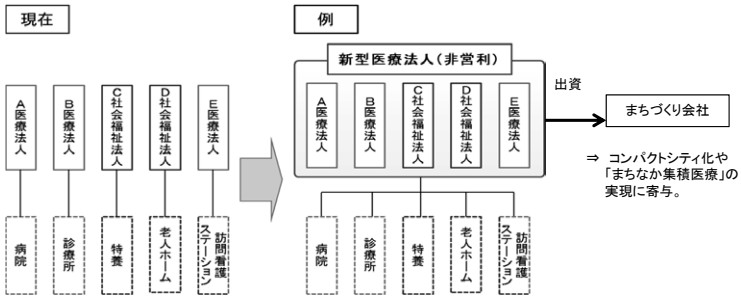
○ 「非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）」の創設により、グループ内での、病床・診療科の設定、医療機器の設置、医療事務、仕入れ、システム等の統合による経営効率化や、グループ内での人事異動による医療・介護従事者のキャリアアップ、処遇改善につながる。また、まちづくり会社やディベロッパーと提携して、医療・介護を中心としたまちづくりを可能とする仕組みも検討（コンパクトシティ化や「まちなか集積医療」の実現に寄与）。

○ これに併せて、社員・理事長の要件や出資規制・合併規制の見直し、附帯業務の拡充等の制度見直しも検討。

（参考）産業競争力会議（「成長戦略進化のための今後の検討方針」（26年1月））（抄）

「複数の医療法人や社会福祉法人等を社員総会等を通じて統括し、一体的な経営を可能とする「非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）」を創設する。その制度設計に当たっては、当該非営利ホールディングカンパニー型法人における意思決定方式に係る高い自由度の確保、グループ全体での円滑な資金調達や余裕資金の効率的活用、当該グループと医療介護事業等を行う営利法人との緊密な連携等を可能とするため、医療法人等の現行規制を緩和するべく検討する。具体的内容について平成26年中に結論を得て速やかに制度的措置を講じる。」

「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」のイメージ



10

診療報酬・介護報酬の抑制と抜本的見直し

【課題】

○ 26年度診療報酬改定では、「当然増」でない「自然増」を見直し。具体的には、薬価改定による「当然減」や「7対1入院基本料」算定病床による高コストの是正を反映。

○ こうした方向性を更に進め、今後とも診療報酬・介護報酬を徹底して抑制する必要。

・ 診療報酬については、薬価改定による「当然減」の反映、「7対1入院基本料」算定病床の削減を継続。

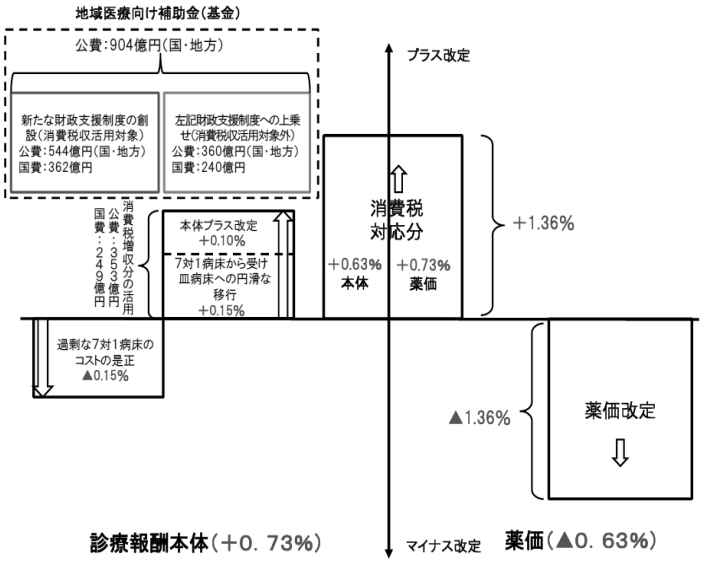
➢ 薬価改定による「当然減」をあらかじめ概算要求に織り込む仕組みを検討する必要。

・ 介護報酬についても「自然増」を検証し、適正化（参考1、2参照）。

○ また、26年度予算では、地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制改革の原資として、新たな財政支援制度が活用されることとなった。

診療報酬・介護報酬については、過度な政策誘導は避け、より包括的で簡素・透明かつ安定的な仕組みとなるよう体系的見直しを進めるとともに、その水準についても、客観的なデータを活用して、合理的に改定していくこととすべき。

平成26年度診療報酬改定について



11

（参考１）社会福祉法人の課題

○ 介護保険施設である特別養護老人ホームの経営主体は社会福祉法人等に限定されており、特別養護老人ホームの約95%は社会福祉法人が経営。原則非課税の税制優遇措置や補助金の交付等、財政上優遇されている。
○ 介護保険制度の導入等により社会福祉事業が措置制度から利用者の契約による福祉サービスへと変容している中、社会福祉法人について、他のサービス主体との競争条件の公平の確保が求められる一方、社会福祉法人としての本来的な意義が改めて問われている。
○ このような状況の下、現在、規制改革会議においては、社会福祉法人に対し収益の一定割合について地域貢献活動への拠出を義務化することが検討されている。

社会福祉法人の税制優遇措置

	法人税	道府県民税	市町村民税
社会福祉法人	○ 原則非課税 ※収益事業により生じた所得に限り、19%課税（平成24年4月1日から平成27年3月31日までの間に開始する事業年度の場合は所得の800万円まで15%）	○ 原則非課税 ※収益事業を行う場合は、 ・均等割　2万円 ・法人税割　法人税の5% ※ただし、収益の90%以上を社会福祉事業の経営に充てるならば、収益事業としては取り扱われない。	○ 原則非課税 ※収益事業を行う場合は、 ・均等割　5万円 ・法人税割　法人税の12.3% ※ただし、収益の90%以上を社会福祉事業の経営に充てるならば、収益事業としては取り扱われない。
株式会社	○ 課税 ・所得の25.5% （ただし、所得の800万円まで19%（平成24年4月1日から平成27年3月31日までの間に開始する各事業年度の場合は15%）。資本金が1億円以下の場合に限る。）	○ 課税 ・均等割　2～80万円 ・法人税割　法人税の5%	○ 課税 ・均等割　5～300万円 ・法人税割　法人税の12.3%

厚生労働省　社会福祉法人の在り方等に関する検討会第1回資料より

社会福祉法（抄）

（申請）
第三十一条　社会福祉法人を設立しようとする者は、定款をもつて少なくとも次に掲げる事項を定め、厚生労働省令で定める手続に従い、当該定款について所轄庁の認可を受けなければならない。
十二　解散に関する事項
3　第一項第十二号に掲げる事項中に、残余財産の帰属すべき者に関する規定を設ける場合には、その者は、社会福祉法人その他社会福祉事業を行う者のうちから選定されるようにしなければならない。

（残余財産の帰属）
第四十七条　解散した社会福祉法人の残余財産は、合併及び破産手続開始の決定による解散の場合を除くほか、所轄庁に対する清算結了の届出の時において、定款の定めるところにより、その帰属すべき者に帰属する。
2　前項の規定により処分されない財産は、国庫に帰属する。

規制改革会議「介護・保育事業等におけるイコールフッティング確立の更なる論点（平成26年2月28日）

2. 財政措置の見直し
介護保険事業など民間事業者と競合するサービスを提供する社会福祉法人には、収益の一定割合（法人税相当額）を一定の社会貢献活動（生計困難者に対する無料・低額の介護や地域福祉への貢献活動など）への支出に充てることを法令等で義務付けてはどうか。

また、これらの義務を着実に履行させるため、地域貢献活動への拠出制度の創設と併せて、義務を履行しない場合は法令違反として業務停止等の対象となることを明確化してはどうか。

12

（参考２）特別養護老人ホーム等の経営状況

○ 介護報酬等を原資としてこれまで積み上げられた内部留保についてもそのあり方を考える必要。財務諸表が公表されていないため正確に把握されていないが、特別養護老人ホームの収支状況は上場企業と比較しても極めて良好であり、巨額の内部留保の存在が指摘されている。
○ 民間企業が経済の好循環に向けて近年にない賃上げを実現しつつある中、介護職員の処遇改善が求められているのであれば、まずは特別養護老人ホーム等において内部留保を活用する必要。
○ 次期介護報酬改定において、介護職員の処遇改善等に活用されない内部留保の存在を勘案しつつ、水準の適正化を図るべきではないか。

フロー・ベース

特別養護老人ホームの**収支は極めて良好**。

	平成20年	平成23年	平成25年
特養	3.4%	9.3%	7.5%（※1）

（平成23年度 介護事業経営実態調査及び平成25年度 介護事業経営概況調査結果（厚労省））

（※1）調査客体1,734施設　有効回答数938施設（有効回答率54.1%）

【参考】民間企業の売上高経常利益率
平成24年度 東京証券取引所決算短信集計　**4.7%**（市場第一部（連結））
平成24年度 法人企業統計　**3.5%**（全産業）
平成24年（平成23年度決算）中小企業実態基本調査　**2.3%**（法人企業）

平均的な特養（定員約70人）では、
収支差　月＋約190万円、年間＋約2,300万円

ストック・ベース

毎年度の収益が累積し、**巨額の内部留保を形成**。

	1施設あたり内部留保額
平成23年12月 厚労省公表（※2）	**3億　782万円**（22年度末）
平成25年 5月 厚労省公表（※3）	**3億1,373万円**（23年度末）（※4）

（※2）1087施設のみの実態把握
（※3）調査対象とした特養は6,104施設。回答のあった2,518施設のうち、内部留保が正確に把握できた1,662施設のみの実態把握。
（※4）実在内部留保（今現在、未使用資産の状態で留保されている額（＝「現預金・現預金相当額」－「流動負債＋退職給与引当金」）と調査時において定義）の額は、1億5,564万円。

特養約6,000施設 → **全体で約2兆円の内部留保（単純推計）**

【参考】平成23年度「高齢者施設専業」社会福祉法人　財務データ（規制改革会議　松山専門委員提出資料（平成25年11月27日））

	厚生労働省所轄　108法人平均	東京都所轄　28法人平均	都内市区所轄　91法人平均
事業収入	1,718百万円	1,244百万円	805百万円
経常収支差額	125百万円	76百万円	32百万円
経常収支率	7.3%	6.1%	4.0%

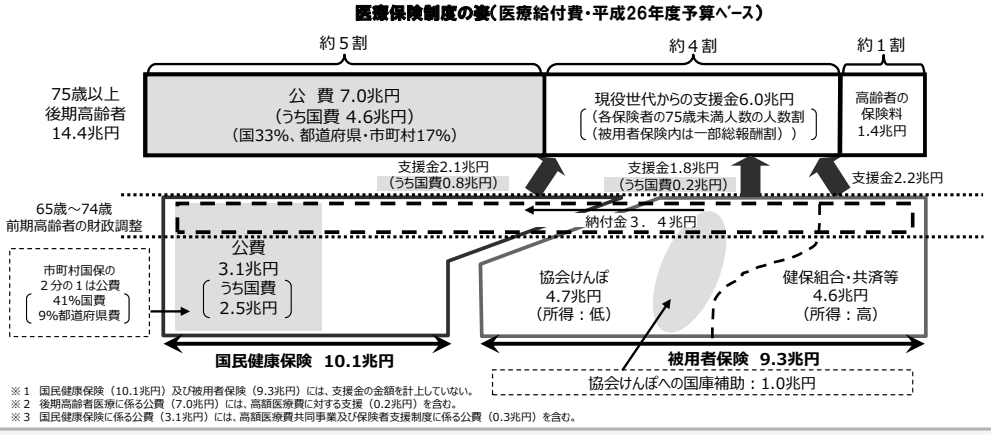
13

保険者機能の発揮・強化

○ わが国の医療保険制度においては、職業・年齢によって加入する保険者が分立（サラリーマン（大企業：健保組合等、中小企業：協会けんぽ）、自営業者：市町村国保、75歳以上：後期高齢者医療）。

○ このため、生涯を通じた医療記録がなく、それに基づいた健康管理が困難。また、被保険者が保険者を選べないため、保険サービスの競争が生じないなど、保険者機能を発揮するインセンティブが生じにくい。

（注）例えば、被用者保険にとってみれば、後期高齢者医療の医療費（支援金）は負担するものの、後期高齢者医療における医療費の適正化を行うための手段を持ちにくい構造となっている。



○ ただし、後期高齢者医療を始めとする現行の保険制度は、長年の議論を経て、75歳以上の高齢者の医療費を現役世代からの支援金、高齢者の保険料、公費で負担するという負担構造を確立させたもの。

○ 従って、現行の後期高齢者医療制度を基本的に活かしつつ、以下のような改革が必要ではないか。

① 国保・後期高齢者医療における保険者機能の発揮・強化（都道府県化）

② 被用者保険における保険者機能の発揮・強化（後期高齢者支援金のインセンティブ）

③ 医療のICT化

14

国民健康保険・後期高齢者医療における保険者機能の発揮・強化【課題】

○ 医療法上、医療費適正化計画の策定主体は、都道府県。

○ 医療保険の約7割は、市町村国保・後期高齢者医療におけるもの（加入者数は全体の40%程度）であり、医療費適正化は市町村国保と後期高齢者医療においてこそ重点的に取り組まれるべき。市町村国保については、プログラム法に則り、財政運営責任を都道府県に移すことで、市町村と適切に役割分担しつつ、保険者機能を強化する予定。後期高齢者医療についても保険者機能の強化を検討する必要。

○ 健康ポイントの付与など、保険者独自の取組みが進んでおり、国として、アウトカムとしての医療費の適正化管理に努めつつ、保険者の医療費適正化へのインセンティブを高めることにより、医療費適正化の実現のための予防や健康増進の具体的な取組みについて、保険者ごとの創意工夫がより有効に発揮されるように環境整備を行うことが必要（P17参照）。

被用者保険における保険者機能の発揮・強化【課題】

○ 現行では、特定健診・特定保健指導（いわゆる「メタボ健診」）の実施率に応じて、0.23%の範囲で加算・減算を実施しているが、今後は、「医療費の効率化の度合い」といった成果（アウトカム）に基づくものとしていく必要。

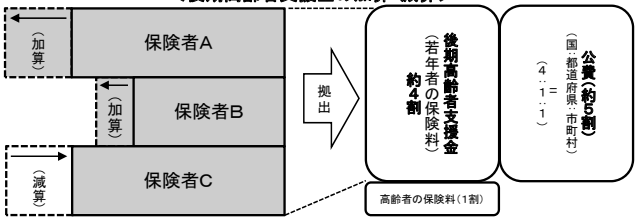
（参考）産業競争力会議（「成長戦略進化のための今後の検討方針」（26年1月））（抄）

「後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用改善等を着実に進める」

○ 具体的には、インセンティブ指標を保険者ごとの「支出目標」（性別、年齢階級別の構成等の客観的なデータに基づき設定）とし、その達成の程度等に応じて加算・減算率を引き上げる必要（法律上の加算・減算率の上限は10%）。

○ 更に、被用者保険側が後期高齢者医療の運営（医療費適正化の取組）に参画する仕組みも検討する必要。

＜後期高齢者支援金の加算・減算＞



医療・介護のICT化【課題】

○ 保険者機能の発揮・強化のためのインフラとして医療のICT化を進める必要。

○ 具体的には、地域医療介護連携ネットワークの普及（地域でのカルテ・介護情報の共有）が必要。

○ また、電子レセプトを活用し、審査支払機関における審査基準の標準化・厳格化を行い、個々人ごとの受診行動や医療機関ごとの診療行為について、重複頻回受診や問題事例の抽出を、よりシステマティックに行えるようにする必要。

15

政策解説資料

Ⅱ．負担面で必要な改革（保険料による支え合いの維持・強化）

＜負担能力に応じた負担＞

○ 保険料負担について、支え合いの維持・強化のため、「負担能力別」に負担のあり方を切り替えていく必要。

【プログラム法に基づき検討中、来年法案提出予定】

○ 後期高齢者医療支援金における全面総報酬割の導入
- 支援金の2/3が人数割りとなっており、財政力の弱い（所得水準の低い）協会けんぽの負担が他の被用者保険と比べて重いため、協会けんぽに国費を投入している（0.2兆円）（保険料負担の公費への付替え）
- 全面総報酬割とすることで被用者保険者間での負担の公平が図られ、国費投入も不要となる。

○ 所得の高い国保組合への補助の見直し（定率補助の廃止）
- 保険料負担率が、健保組合や協会けんぽよりも低い、国保組合（所得の高い国保組合）に対しても、定率32%もの高率の補助が行われており、これを適正化する必要。

【課題】

○ 介護納付金への総報酬割の導入
- 納付金はすべて人数割りとなっており、財政力の弱い（所得水準の低い）協会けんぽの負担が他の被用者保険と比べて重いため、協会けんぽに国費を投入している（1,500億円）（保険料負担の公費への付替え）
- 全面総報酬割とすることで被用者保険者間での負担の公平が図られ、国費投入も不要となる。

（注）プログラム法では「後期高齢者支援金への全面総報酬割の検討状況等を踏まえ」検討するものとされている。

○ 介護保険被保険者年齢の引下げ
- 第2号被保険者の対象者は医療保険に加入する40歳から64歳。今後とも見込まれる保険料水準の上昇に対し、被保険者の対象年齢引下げを検討する必要。

○ 後期高齢者医療の保険料軽減特例措置の廃止
- 後期高齢者医療制度の円滑な導入のため平成20年度から毎年度補正で措置（26年度からは当初予算化）。「好循環実現のための経済対策」（25年12月5日閣議決定）では「段階的な見直しを前提に検討に着手する」とされており、早期の具体化が必要。

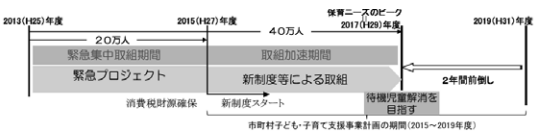
○ 各種低所得者対策における資産の勘案
- マイナンバー制度を通じた預貯金等資産の把握の検討を踏まえ、検討する必要。

16

＜支え手の増加＞

子ども・子育て支援【プログラム法に基づき検討中】

○ 保育のニーズは29年度にピーク。それまでに保育の受け皿を約40万人拡充する「待機児童解消加速化プラン」を着実に実施する必要。
○ そのためには、子ども・子育て新制度施行が必要。
○ 子育て支援の充実（量の拡充・質の改善）のため、国・地方あわせて最大1.1兆円程度の財源が必要とされるが、子育て支援の負担を子どもたちにつけ回すことは考えにくく、財源確保の範囲内で行うことが当然。
○ このうち0.7兆円程度については、消費税率が税制抜本改革法に則って10%に引き上げられた場合に、消費税増収分を活用して確保する予定。ただし、その場合も27年度から消費税増収分が満額確保される訳ではない。また、消費税率の10%への引上げについては、税制抜本改革法に則って、経済状況等を総合的に勘案しながら、本年中に適切に判断していくことになる。
　0.7兆円程度の子育て支援の充実についても、その中で施策の優先順位付けを行う必要。
○ 0.7兆円程度を上回る財源が必要となるのであれば、仕事と家庭の両立支援によるメリットを受ける事業主の負担を求めていくことも含め、財源を検討する必要。



子ども・子育て支援の「量的拡充」と「質の改善」（所要額）
※内閣府、文部科学省、厚生労働省による試算

	量的拡充	質の改善
所要額	4,068億円程度	3,003億円程度～0.6兆円超程度
内容	○認定こども園、幼稚園、保育所、地域型保育の量的拡充（待機児童解消加速化プランの推進等）	○職員配置の改善、職員給与の改善 ○地域子育て支援機能の強化、小規模保育の体制強化等
	○地域子ども・子育て支援事業の量的拡充	○地域子ども・子育て支援事業の新設及び内容充実
	○社会的養護の量的拡充	○社会的養護の充実

量的拡充・質の改善　合計　7,071億円程度～1兆円超程度

【課題】

○女性の活躍
- 子ども・子育て支援（再掲）

○健康寿命の延伸、高齢者が長く働ける環境づくり
- 国民の健康寿命を延伸することは、国民のQOL向上や関連産業の成長の観点からも重要。
- 支え手の増加の観点からは、健康寿命の延伸を高齢者の就労促進につなげていく必要。医療費適正化の観点からも健康増進が必要とされるが、エビデンスは必ずしも十分でない。これまで健康寿命の延伸とともに医療費が増加してきた実態もあり、国として、アウトカムとしての医療費の適正化管理に努めつつ、保険者の医療費適正化へのインセンティブを高めることにより、医療費適正化の実現のための予防や健康増進の具体的な取組みについて、保険者ごとの創意工夫がより有効に発揮されるように環境整備を行うことが適当。

17

協会だより（定例理事会要録から）

2013年度(平成25年度)第19回　2014年3月11日

Ⅰ．文書報告の確認

【総務部会】

１．前回理事会（２月25日）要録と決定事項の確認
２．週間行事予定表の確認
３．大阪府保険医協同組合での医薬品共同購入状況

【経営部会】

１．第１回保団連共済部会（２月16日）状況
２．第１回保団連共済制度運営委員会（３月２日）状況
３．税理士との相談（２月26日）状況

【医療安全対策部会】

１．医療事故案件調査委員会（２月21日）状況
２．第289回関西医事法研究会（２月22日）状況
３．医師賠償責任保険処理室会（２月24日）状況
４．医療機関側との懇談（３月６日）状況

【政策部会】

１．保団連政策部会事務局小委員会議（２月21日）状況

【保険部会】

１．京都府生活保護医療個別指導立ち会い（２月14日）状況
２．京都府生活保護医療個別指導立ち会い（２月17日）状況
３．保団連『点数表改定のポイント』第１次編集作業（２月16～20日）状況
４．中医協答申説明会（録画取り）（第１次新点数検討会）開催（２月22日）状況
５．保団連『点数表改定のポイント』第１次編集会議（２月23日）状況
６．保険講習会Ａ（２月27日）状況
７．京都府生活保護医療個別指導立ち会い（２月28日）状況

Ⅱ．確認・承認事項

【総務部会】

１．綴喜医師会との懇談会(２月８日)状況確認の件
２．山科医師会との懇談会(２月12日)状況確認の件
３．西京医師会との懇談会(２月14日)状況確認の件
４．2013年度第９回正副理事長会議（２月20日）状況確認の件
５．総務部会（３月４日）状況確認の件
６．事務局人事異動の件
７．2013年度１月分収支月計表報告状況確認の件
８．２月度会員増減状況の件
９．会員入退会及び異動（２月25日～３月11日）に関する承認の件
10．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（３月４日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

１．医療安全対策部会（３月４日）状況確認の件

【政策部会】

１．「医の倫理―過去・現在・未来―企画実行委員会～日本医学会総会2015関西に向けて～」第２回実行委員会（２月23日）状況確認の件
２．第64回医療制度検討委員会（２月26日）状況確認の件
３．九条の会アピールを支持する京都医療人の会世話人会（３月１日）状況確認の件
４．政策部会（３月４日）状況確認の件
５．メディペーパー京都176号、京都保険医新聞（第2886号）合評の件

【保険部会】

１．保険部会（３月４日）状況確認の件

Ⅲ．開催・出席確認事項

【経営部会】

１．北部病院訪問の件

【医療安全対策部会】

１．医療機関側との懇談開催の件

【政策部会】

１．第65回医療制度検討委員会開催の件
２．環境ハイキング開催の件

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
　　医療・介護「総合確保法」案について
　２）地方自治体をめぐる動き
　　府および市町村福祉制度の動きについて

Ⅴ．診療報酬関連情報

１．2014年２月度国保合同審査委員会（２月19日）状況確認の件
２．診療報酬改定に関しての意見交換

≪以上、26件の議事を承認≫

2013年度(平成25年度)第20回　2014年3月25日

Ⅰ．文書報告の確認

【総務部会】

１．前回理事会（３月11日）要録と決定事項の確認

２．週間行事予定表の確認

【経営部会】

１．保険医年金打合せ会（３月４日）状況

２．奥様向けセミナー（３月12日）状況

３．北部病院訪問（３月14日）状況

【医療安全対策部会】

１．医療機関側との懇談状況

２．医療安全担当者スクール（３月６日）状況

３．医療事故案件調査委員会（３月14日）状況

【政策部会】

１．ＴＰＰ参加反対京都ネットワーク会議（３月６日）状況

２．保団連近畿ブロック事務局長会議（３月７日）状況

３．福祉国家構想研究会基本法特別部会(３月８日)状況

４．保団連政策部会「第1回医療提供体制再編問題作業チーム会議（電話会議)」（３月12日）状況

【保険部会】

１．保団連『点数表改定のポイント』第２次編集作業（３月10～16日）状況

２．保団連『点数表改定のポイント』第２次役員編集会議（３月15日）状況

Ⅱ．確認・承認事項

【総務部会】

１．ＪＲ運賃改定に伴う旅費改定の件

２．2014年度理事会等スケジュール(案)の確認の件

３．相楽医師会との懇談会(２月22日)状況確認の件

４．与謝・北丹医師会との懇談会（３月８日）状況確認の件

５．会費免除申請の件

６．会員入退会及び異動（３月11日～３月25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

【医療安全対策部会】

１．2013年度医療安全シンポジウム（３月15日）状況確認の件

【政策部会】

１．バイバイ原発３・８きょうと（３月８日）状況確認の件

２．保団連14～15年度第３回理事会（３月９日）状況確認の件

３．京都保険医新聞（第2887号）合評の件

Ⅲ．開催・出席確認事項

【総務部会】

１．４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．ランニング教室参加お誘いの件

【経営部会】

１．「保険医年金」営業員研修会出席の件

【医療安全対策部会】

１．医療機関側との懇談開催の件

２．長野県鍼灸師会向け医療安全研修会への講師派遣の件

【政策部会】

１．出版編集会議開催の件

２．「もうやめよう！ＴＰＰ交渉　3.30大行動」参加の件

３．「医の倫理」実行委員会代表・副代表・事務局長会議開催の件

４．反核京都医師の会第34回定期総会＆講演会出席の件

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

Ⅴ．診療報酬関連情報

１．保険審査通信検討委員会（３月７日）状況確認の件

２．地域包括診療料、地域包括診療加算の評価に関する件

≪以上、25件の議事を承認≫

5月のレセプト受取・締切

基金 国保	9日㈮	10日㈯	労災 （※）	10日㈯
	○	◎		◎

○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

※オンラインの締切日。紙媒体は12日（月）

第29回 保団連医療研究フォーラム「食の安全と命の安心」

分科会・ポスターセッション演題募集

日　程　9月13日（土）～14日（日）
場　所　札幌パークホテル
参加費　医師・歯科医師　8,000円／協会事務局　2,000円
　　コ・メディカル、コ・デンタル　500円
分科会（発表8分、質疑4分）
　第1「在宅医療・介護」、第2「医科診療の研究と工夫」、第3「歯科診療の研究と工夫」、第4「医科歯科連携した研究と日常診療の工夫」、第5「公害、環境、職業病」、第6「医学史、医療運動史、医療と裁判」、ポスターセッション
応募締切　5月31日（最終締切）
　※発表の要旨を800字以上、1000字以内でご提出いただきます。詳細は協会事務局まで。
主　催　全国保険医団体連合会
主　務　北海道保険医会

ただいま加入受付中！

保険医年金

老後保障にこの制度

加入申込期間　6月20日（金）まで
※2014年9月1日付加入です

予定利率　1.259％（2013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）

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

◎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。

※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下さい。

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。

お楽しみがいっぱい

院長夫人のための医業経営情報交流カフェ

ミーミーサロン スタートします！

医院経営をバックアップしている奥様に、より積極的に医院経営に関心を持っていただくために、総務・人事労務・経理などに役立つ情報を提供するだけでなく、とびきり美味しいスイーツあり楽しいおしゃべりありの交流サロンを開設します。

情報提供するのはミーミーサロンに協力いただく税理士事務所や保険会社その他幅広い専門家です。これまで開催してきた奥様セミナーとは趣向を変えて、今まで以上に楽しく・わかりやすく・ためになる出会いの場をご提供します。お誘いあわせの上、多数ご参加下さい。参加はどなたでも歓迎です。

日　時　5月14日（水）午後2時～4時30分

場　所　京都府保険医協会・ルームA

内　容　第1部　どうやってるの？ 気になる他院の労務管理
（経験豊富な特定社労士からの情報提供）
第2部　ミーミーサロン（極上のスイーツと参加者交流）

参加費　1,500円（協会の会員・奥様）　3,000円（非会員）

お申し込みは　FAX 075-212-0707 まで

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したが、同時に診療報酬改定も行われました。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エック項目、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たいと私は考えています。

お申込み・お問い合わせは協会事務局（☎075-212-8877）まで

文化企画　第15回　文化講座

要申込

日　時　5月10日（土）午後2時30分～
集　合　午後2時20分：地下鉄烏丸線「竹田駅・4番出口前」
※現地解散
場　所　松本酒造（伏見区横大路三栖大黒町7）
テーマ　『日本酒講座』～日本酒の奥深さに触れる～
講　師　松本酒造株式会社　代表取締役社長　松本 保博 氏
中畝酒店　大将　中畝 康博 氏
定　員　20人　　参加費　1,000円

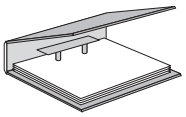
内　容　今回の文化講座は、京都伏見の高瀬川沿いに佇む寛政3年創業の『松本酒造』にて「日本酒」をテーマに開催致します。
まずは、松本酒造の迎賓館である「万暁院」にて、日本庭園をバックにお抹茶をいたきながら蔵元の松本氏より日本酒の歴史や酒造りへの思いなどをお話しいただきます。その後、酒蔵見学を行い、最後は試飲室にて、日本酒を試飲しながら中畝酒店の中畝氏より、お酒の説明と京都の地酒事情などをお話しいただきます。

記帳講習会

要申込

経営内容の把握は正確な記帳から

日　時　5月15日（木）午後2時～4時
場　所　京都府保険医協会・ルームA
講　師　山口　稔 税理士
内　容　記帳の基本：金銭出納帳、銀行帳の作成、記帳練習
持ち物　筆記用具、電卓　　協　賛　有限会社アミス
※白色申告者も2014年1月から記帳が義務化されています



文化企画　ジャズを楽しむ会「クラリネットの魅力」

日　時　6月21日（土）午後6時30分～8時（開場：午後6時）
場　所　ル・クラブ・ジャズ
（中京区三条御幸町西北角　ありもとビル2階、☎075-211-5800）

要申込

参加費　5,000円（フリードリンク・軽食付）、要申込・定員40人
※終了後セッションタイムあり（8時以降セッションタイムの飲食代は各自負担となります）
楽器を演奏される方はご持参下さい。
※駐車スペースはありませんので、公共交通機関をご利用下さい。
主　催　京都府保険医協会　　協　賛　（有）アミス

協会だより

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。

※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4月】　※価格は本体価格です。

新年度を迎え、最新版の電子辞書が続々発売

CASIO電子辞書 XD-U5900MED

□ 医学系12コンテンツを含む＋120コンテンツ

メーカー希望価格　オープン価格 → **68,571円**（神陵文庫特価）

CASIO電子辞書 XD-U5700MED

□ 医学系6コンテンツを含む＋100コンテンツ

メーカー希望価格　オープン価格 → **58,095円**（神陵文庫特価）

医学書院電子辞書　DF-X11001

□ 医学書院　医学大辞典、ステッドマン医学大辞典　他を収録

メーカー希望価格　76,000円　→ **69,523円**（神陵文庫特価）

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

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

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。

脳科学の頂点　2014年4月発売予定　ご予約受付中

カンデル神経科学

□ A４変形判　1,800頁　14,000円

□ ネッター頭頸部・口腔顎顔面の臨床解剖学アトラス（原著第2版）
前田健康・監訳●B5判　680頁●医歯薬出版　11,000円

□ 3次元画像から学ぶCT・MRI断層解剖
似鳥俊明・編著●B5判　448頁●MEDSi　7,000円

□ ジェネラリストを目指す人のための画像診断パワフルガイド
山下康行・著●B5判　732頁●MEDSi　9,500円

□ マンモグラフィ読影アトラス
南　学・訳　●A4変型判　312頁●MEDSi　10,000円

□ 産婦人科の画像診断
田中優美子・著　●B5判　720頁●金原出版　15,000円

□ 病理像との対比と参考症例に学ぶ胸部の画像診断　2. 肺先天異常・肺外傷と胸部肺外構造物
芦澤和人・編著　●A4判　160頁●ベクトル・コア　11,000円

□ 放射線治療学　（第5版）
井上俊彦・編●四六倍判　412頁●南山堂　8,500円

□ 心房細動のトータルマネジメント　治療の常識が変わる！
伊藤　浩・編　●B5判　224頁●文光堂　7,400円

□ 高血圧診療Q＆A155　エキスパートからの回答
北風政史・編　●B5判　442頁●中外医学社　9,000円

□ 達人が教える！PCI・カテーテル室のピンチからの脱出法119
村松俊哉・編　●B5判　592頁●南江堂　12,000円

□ 小児科コミュニケーションスキル
子どもと家族の心をつかむ対話術　＜総合小児医療カンパニア＞
秋山千枝子・編●B5判　264頁●中山書店　7,800円

□ 予防接種　（全訂新版）＜小児科臨床ピクシス　4＞
渡辺　博・編　●B5判　264頁●中山書店　7,500円

□ 脳血管障害の急性期マネジメント　＜脳神経外科診療プラクティス　1＞
清水宏明・編●B5判　304頁●文光堂　15,000円

□ 脳神経外科の基本手技　＜脳神経外科診療プラクティス　2＞
飯原弘二・編●B5判　328頁●文光堂　18,000円

□ 血管外科　基本手技アトラス
古森公浩・編●B5判　266頁●南山堂　8,500円

□ これから始める外科医のための　人工物乳房再建マニュアル
岩平佳子・編著●B5判　144頁●金原出版　9,000円

□ 乳房オンコプラスティック・サージャリー
根治性と整容性を向上させる乳がん手術
矢野健二・他編　●B5変型判　230頁●克誠堂出版　13,000円

□ 骨軟部病変の画像診断　（原書第1版）
吉川秀樹・他監訳　●A4判　852頁●南江堂　30,000円

□ 服部リハビリテーション技術全書　（第3版）
蜂須賀研二・編著　●B5判　1,024頁●医学書院　18,000円

□ 婦人科手術における手術器具の使い方　＜OGS NOW 18＞
小西郁生・編●A4判　180頁●メジカルビュー社　12,000円

□ 黄斑疾患診療AtoZ　＜眼科臨床エキスパート＞
吉村長久・他シリーズ編集　●B5判　444頁●医学書院　17,000円

□ 子どもを診る、高齢者を診る
耳鼻咽喉科外来臨床マニュアル　＜ENT臨床フロンティア＞
山岨達也・編●B5判　368頁●中山書店　13,000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

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

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

大転換する医療制度

―医療者はどう生きるか―

国は、通常国会に提出した「医療・介護総合確保法」や「2014年診療報酬改定」を通じ、今後、地域の医療の在り方を大きく変える改定を構想している。この動きの背景には、アベノミクス第３の矢である「成長戦略」における医療・介護の成長産業化の動きもある。一方で、総合診療専門医構想も準備されている。現場の医療者として、今、国のねらう医療制度改革の全体像を知り、今後の在り方について意見交換する場としたい。

80人限定

日　時　5月25日（日）午後２時～４時30分

場　所　京都ガーデンパレス ２F　祇園の間（御所蛤御門前）

講　演　社会保障制度改革の全体像

医療・介護提供体制改革は何を狙うのか ―解説と批判―（仮題）

岡崎 祐司 氏（佛教大学教授）

発　言　臨床現場から医師は提言する

2014年改定から見える医療の将来像

鈴木　卓　京都府保険医協会副理事長

病院勤務医の立場から

松原 為人 氏（京都民医連中央病院副院長）

都市部（京都市内）で開業する医師から

草田 英嗣 氏（上京東部医師会）

郡部（和束町）で開業する医師から

柳澤　衛 氏（相楽医師会）

主　催　京都府保険医協会

お申込みは協会事務局まで　FAX 075-212-0707

発行所　京都府保険医協会　京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町六三七　第41長栄カーニープレイス四条烏丸六階　電話（二一一二）八八七七番　編集発行人　久保佐世
購読料年八、〇〇〇円（会員は会費に含まれる）　本号に限り六〇〇円