

社会保障制度改革推進本部第1回会議2014年2月14日

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

第1回 社会保障制度改革推進本部議事次第 平成26年2月14日(金)

- 1 開会
- 2 総理（本部長）挨拶
- 3 本部の運営について
- 4 一体改革関連提出法案及び平成26年度社会保障関係予算（一体改革関連）について
- 5 閉会

【資料】	
資料1	社会保障制度改革推進本部 名簿
資料2-1	社会保障制度改革の実施状況と今後の進め方 （厚生労働大臣提出資料） http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/dail/siryou2_1.pdf
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) （厚生労働大臣提出資料） http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/dail/siryou2_2.pdf
資料3	社会保障制度改革推進本部の設置について http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/dail/siryou3.pdf

第186回国会提出法律案から

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/186.html>

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（平成26年2月12日提出）

- [概要](#) [138KB]
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-06.pdf>
- [法律案要綱](#) [160KB]
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-07.pdf>
- [法律案案文・理由](#) [660KB]
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-08.pdf>
- [法律案新旧対照条文](#) [1,363KB]
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-09.pdf>
[分割版\[1\]](#) [812KB] [分割版\[2\]](#) [759KB]
- [参照条文](#) [512KB]

照会先：医政局総務課／老健局介護保険計画課（内線2519／2164）

（報道から）

○毎日新聞 **社説：診療報酬改定 入院から地域医療へ** 2014年02月14日 02時32分

とりあえず何かあった時のために入院していた方が安心だと思う患者は多いだろう。病床が患者で埋まっていれば病院も安定した収入が得られる。だが、それでは医療費は膨張するばかりだ。2014年度診療報酬改定では患者7人に看護師1人と最も看護師の配置が厚く、報酬単価も高い病床を削減することが盛り込まれた。ただ、「とりあえずの安心」を求める患者を入院から解放するためには、本当に安心できる地域医療や介護が不可欠だ。

高齢化に伴い複数の慢性疾患を持つ患者は増えている。一つ一つの疾患ごとに専門医療が対処するのはコストがかかり、患者の生活にもよくない。医師や看護師の配置が厚い病院は役割を限定し、その分の財源や医療スタッフを慢性期や回復期の患者に回し、さらには患者が地域に戻れるようにしないと医療財政は破綻する。

今回の診療報酬改定では、生活習慣病や認知症の患者への診察や検査をまとめて引き受ける「主治医」の報酬を新設する。報酬を出来高払いではなく包括払いにすることで、過剰診療をなくし医療費の節約も図ろうというのである。在宅患者が急変時に入院できる24時間対応の病院への報酬を増額、訪問診療などを行う有床診療所の入院基本料の増額も行う。こうした方向性は評価できるが、はたして目的通りの医療体制を実現することができるだろうか。

同じ疾病でも患者の症状や治療効果は個人差が大きく、入院医療の必要性は医師の判断に負うところが大きい。行政の指導や管理に対する医師側の抵抗は強く、病院経営の立場で考えると、現実の必要性よりも報酬単価の高い医療を優先しようとするのは自然な流れだ。

それを行政は調整し制御することができず、過去の制度改革時に駆け込みで病床数は増えてきたのである。家族や地域の支え合いが希薄化し介護施設も不足している現状では、医療的ケアがそれほど必要ない患者の「社会的入院」の潜在的需要は高まるばかりだ。

政府は「地域医療・介護確保法案」を今国会に提出する。消費増税を財源に904億円を投じて各都道府県に基金を設置し、病院や診療所の統合や再編を促し、かかりつけ医と訪問看護・介護が連携する「地域包括ケアシステム」を拡充する。

医療と介護の一体改革が実効性を上げるには、都道府県の責任と権限を強化することが必要で、医療計画に反して病床を増やそうとする病院名の公表、補助金の停止ができるようにすることも必要だ。「主治医」を担う地域医師会の協力が何より必要なのは言うまでもない。

○産経ニュース**社会保障制度改革、政府推進本部が初会合 医療、介護などスケジュール確認** 2014.2.14



「社会保障制度改革推進本部」の初会合で、あいさつする安倍首相 = 14日午前、首相官邸

政府は14日、医療、介護、保険などの社会保障制度改革の進（しん）捗（ちやく）状況を確認する閣僚会議「社会保障制度改革推進本部」の初会合を首相官邸で開いた。平成27年度から高所得者の介護保険自己負担割合を引き上げるなど、改革の実施スケジュールを確認した。

閣僚会議は昨年12月に成立した社会保障制度改革プログラム法で設置が定められていた。本部長の安倍晋三首相は「26年度を改革の第一歩とすべく、司令塔としてしっかり取り組む」とあいさつした。同法は、首相が任命する有識者による「社会保障制度改革推進会議」の創設も定めている。

○しんぶん赤旗 2014年2月15日(土)主張 **医療介護改悪法案 行き場をますます奪うのか**

安倍晋三内閣が、消費税増税と社会保障「改悪」路線を具体化した医療・介護改悪法案を国会に提出しました。地域での医療と介護の「総合的な確保を推進する」とうたう法案には、患者・利用者に大幅なサービス利用制限と負担増を強いる内容が次々と盛り込まれました。安心して医療や介護を受けて暮らすことを願う高齢者・家族の切実な思いに逆らうものです。老後の安心を壊す法案を強行することは許されません。

要支援を締め出す

医療・介護改悪法案は、“患者追い出し”につながる病院機能再編などの医療法改定と、利用制限・負担増の介護保険法改定など、本来なら別々の法案として審議すべきものをひとまとめにした異例の法案です。国会の十分な審議を確保するうえからも、きわめて乱暴なやり方です。

政府は、去年の国会で強行した社会保障改悪プログラム法を根拠に、医療関係は今年10月、介護保険関係は来年4月から順次施行の構えですが、日程先にありきで強行すべきではありません。

なかでも介護保険法改定は、2000年に制度発足以来、初めてとなる大改悪が目白押しです。要支援1、2の高齢者が利用する訪問介護や通所介護を、国の基準とする介護保険サービスの対象から切り離し市町村ごとの事業に移すことは、どこでも平等に介護サービスを受けられる国民の権利を覆すものです。訪問・通所介護が市町村の事業になれば、自治体の財政状況などに左右され、いまと同じサービスを受けられない地域が出ます。居住地によって格差が広がることは介護保険への不信を高める結果しか生みません。

年金収入280万円以上の単身高齢者などのサービス利用料を1割負担から2割負担に引き上げる改悪は筋が通りません。対象は高齢者の5人に1人にのびります。月々の保険料で収入による負担を求められたうえ、いざサービスを利用するときまで収入で差をつけられることは保険の建前に反します。医療は1割負担なのに介護は2割負担という人も生まれることも不条理です。病気やけがが治れば基本的に治療が終わる医療と違い、介護はほぼ一生続きます。負担は計り知れません。

いまでも高い利用料負担でサービスを断念する事態が後を断たないのに、それに拍車をかけるものです。特別養護老人ホームの入所を「要介護3」以上に限定することは、入所を待ち続ける高齢者・家族にとってあまりに過酷です。

法案の狙いは、「軽度者」の利用を削減・抑制して公的介護保険にかかるお金を抑え込むことです。しかし、サービスから締め出された「軽度者」の重度化は、公的費用をさらに膨張させます。目先の“費用抑制”による改悪は制度の将来も揺るがすものです。

切り捨て路線転換こそ

医療・介護改悪法案は、国民・家族に「自助・自立」の名で自己責任を迫る社会保障改悪の危険な姿を浮き彫りにしています。

高齢者や家族から「サービスを切られたら生活が成り立たない」「認知症の患者と家族の願いに反する」と怒りが噴出し、地方自治体からも異論が相次いでいます。政府は改悪法案を撤回し、安心の医療・介護の再生・充実にに向けた制度づくりに転換すべきです。

○しんぶん赤旗 2014年2月13日(木)「要支援外し」、病床削減 医療・介護改悪法案を閣議決定

安倍内閣は12日、介護保険の大改悪や病床削減などを盛り込んだ「医療・介護総合推進法案」を閣議決定しました。医療と介護の各法案ごとに徹底審議すべき重大な内容を一本化したもので、まともな国会審議抜きに成立させる狙いです。

介護保険では「要支援者」への訪問・通所介護を介護保険サービスから外し、市町村による安上がりの事業に移行。事業費に上限を設けるなど費用を徹底削減します。特別養護老人ホーム入所者を原則、要介護3以上に限定するなど制度発足以来の大改悪です。

自己負担を1割から2割に引き上げ（年金収入280万円以上）、施設入所者への居住費・食費補助（補足給付）の縮小（単身で貯金1千万円以上）も盛り込んでいます。

医療では、看護師配置が手厚い「急性期」病床を削減し“患者追い出し”を進めます。病床の必要量などを定めた「地域医療ビジョン」を都道府県が策定し、協議。協議が進まなければ知事が要請や勧告を行い、従わない場合は補助金を交付しないなど安上がりの医療提供体制を強引につくる方向です。そのため消費税増税分から約900億円を投入し、各都道府県に基金をつくって推進します。

○しんぶん赤旗 2014年2月13日(木)病床削減 患者追い出し 中医協 診療報酬改定を答申

中央社会保険医療協議会は12日、公的医療保険から医療機関に支払われる診療報酬の2014年度改定案を田村憲久厚労相に答申しました。「入院から在宅へ」という厚労省の方針に沿って病床の大幅削減や大病院の外来縮小など医療費の徹底削減を狙う内容です。

看護配置の手厚い「7対1病棟」（患者7人に看護師1人）や「10対1病棟」については要件を厳しくし、入院が90日を超えると報酬が下がるようにして患者追い出しをすすめます。「7対1病棟」には退院患者の割合などを基準に加えて締め付け、2年間で36万床のうち9万床を減らす方針です。療養・精神病棟についても在宅復帰などを評価に加えて削減をはかります。

大病院の外来診療について、紹介状を持たない受診が多ければ報酬を減らすなど縮小をはかります。

「主治医」の役割を果たす診療所や中小病院向けの「地域包括診療料」を導入。主治医となる医療機関を一つに限定するため、受診する権利が侵害されるなど医療現場を混乱させ、地域医療を衰退させかねない危険性が指摘されています。

うがい薬だけの処方を保険対象外とし、国民皆保険制度の空洞化につながる内容が盛り込まれています。

一方、要介護者の「維持期リハビリ」の介護保険への移行については、「リハビリは医療行為」との批判に押されて医療保険で継続。前回導入された有床診療所の管理栄養士の配置義務付けは撤廃し、加算措置に変えます。

また、消費税への対応では医科で初診料を120円、再診料を30円引き上げるほか、入院基本料も平均2%程度引き上げます。