

## 難病対策関連ニュース

### 難病対策 総合的に患者団体 国会に署名 87万人分

日本難病・疾病団体協議会（JPA・伊藤たてお代表理事）は27日、請願署名87万人分を国会議員に手渡し、難病・小児慢性疾患・長期慢性疾患の総合対策を要請しました。

要請行動に先立ち、国会内で集会を開きました。伊藤代表は、難病対策の法制化の必要性を強調しました。

大阪府枚方市から参加した1型糖尿病の堀田亜希子さん（33）は「子どものころは小児慢性特定疾患の対象で医療費助成など受けられたけど、20歳を過ぎると医療費助成も福祉も就労支援も得られない」と訴えました。

昨年9月に超党派でできた「新しい難病対策の推進を目指す超党派国会議員連盟」の議員らが参加。日本共産党からは田村智子参院議員がかけつけ、「難病対策の対象外になる患者がでないように、当事者の声を聞きながら法案を練り上げたい」と述べました。

請願書は、(1)難病・慢性疾患患者への医療、年金、介護、就労支援、教育などの総合的な対策の実現(2)高額療養費制度の限度額の大幅引き下げ(3)難病などの子どもたちへの支援制度の充実(4)医療の地域格差の解消(5)難病相談・支援センターの充実—を求めています。

### 難病対策は「天命」＝安倍首相が先端医療視察

安倍晋三首相は19日、佐賀、福岡両県を訪問し、近く開業する最先端のがん治療施設「九州国際重粒子線がん治療センター」（佐賀県鳥栖市）や九州大学病院（福岡市）を視察した。

九大病院で難病治療の研究について説明を受けた首相は、自身が苦しんだ潰瘍性大腸炎に触れ「難病への取り組みは私の天命だ」と強調。視察を終えた首相は記者団に「さまざまな規制を一日も早く取り除くことが病に苦しむ人の要望に応えることになる」と語り、新薬認可の迅速化など医療分野の規制緩和を推進する考えを示した。（2013/05/19-19:02）

### 40年を迎える小児慢性特定疾患事業 成人後も5万人が治療継続

2013年05月02日

#### ◎医療費の自己負担分を補助 糖尿病は7,305人が対象

糖尿病などの慢性疾患を抱える小児の家族の医療費負担を軽減することを目的に、医療費の自己負担部分を補助する「小児慢性特定疾患治療研究事業」が1974年に開始され、40年近くが経過した。同事業では、国が小児期に発生する慢性疾患のうち514疾患を小児の難病「小児慢性特定疾患」に指定し、医療費の自己負担分を一部助成している。所得に応じた負担上限額は大人の難病向けと同様で、月最大で1万1,500円となっている。

慢性疾患を抱える小児とその家族は少なくない。これら小児や家族への公的な支援策として、小児の慢性疾患の研究を推進し、その医療の確立と普及をはかるのが、同事業の目的だ。予算額は2010年度は114億円で、対象患者者数は10万8,790人だった（うち糖尿病は7,305人）。厚生労働

省母子保健課の調査によると、小児慢性特定疾患児の1人当たり平均年間医療費は約169万円で、子ども全体(0~19才)の平均(約8万円)と比べ約20倍に上昇している。糖尿病の場合、1人当たり平均年間医療費は47万2,000円(通院の場合)に上る。

#### ◎成人後も治療を続ける対象患者は5万人

厚生労働省研究班(代表者=尾島俊之・浜松医大教授)の全国調査「小児慢性特定疾患のキャリアオーバー患者の実態とニーズに関する研究」によると、「小児慢性特定疾患治療研究事業」の対象患者で、成人後も治療を続けている人は最大で5万人近くに上る。うち6割は医療費の助成を受けていない。成人後に国の難病対策の助成対象となる「特定疾患」は56種類。小児の対象の病気と重なるのは15種類しかなく、糖尿病など多くの疾患は支援対象から外れる。

研究班の調査は、2011年に全国の5640の医療機関を対象に実施された。20歳以降も治療を続けている患者がいると報告したのは640施設で、患者数は計6,356人に上る。研究班が推計した結果、こういった患者は全国で最大4万7,476人に上ると算出された。

小児期の原疾患や合併症を抱えながら思春期や成人期を迎える患者は増えている。現状では必ずしも患者の年齢変化や身体、人格的成熟に合った医療を提供できていないという問題がある。

対象年齢が限られているため、20歳到達時点で、これまでは所得に応じた一部負担のみだった医療費が、保険診療制度にもとづく支払いに変更になることを余儀なくされ、治療の継続に消極的になっているケースがある。これらの患者への医療費負担等の救済策はなく、かねてから問題として指摘されてきた。

#### ◎成人期医療への円滑な移行が課題

20歳を過ぎても多くの慢性特定疾患は治癒するわけではなく、継続的な医療が必要となる。このため患者団体からは、小慢事業を20歳以降も対象とする、あるいは継続する疾患を特定疾患治療研究事業の対象とすべきとの要望が寄せられている。小児期発症疾患の継続診療が必要となる場合、成人期医療への移行が相応しい時期になっても、医療体制が整っていないために、あるいは本人の準備が整わないために、成人期医療への移行が円滑に行われないケースも増えているという。

日本小児科学会は4月に、「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」(案)をホームページに公開し、パブリックコメントの募集を開始した。

提言案では、まず前提として「成人期の小児期発症疾患に対しては、年齢とともに変化する病態の研究、適切な診療法の開発が不可欠である。同時に、病態の変化と人格の成熟に伴い、小児期医療から成人期医療へ移行する間で、これら2つの医療の担い手が、シームレスな医療を提供することが期待される」と指摘。同学会は今後、日本内科学会など成人診療を主に担当する学会と連携し、課題に取り組む姿勢を示している。

### 【社説】新たな難病対策 “仁の心”で救わねば

2013年4月25日

医療費助成の対象疾患を大幅に増やすなど国の難病対策が見直される。ただ、支援を病名で区切る考え方は変わらない。このままでは「谷間」に埋もれた患者は救われず、不公平感はぬぐえない。

原因不明で患者数が少なく、確たる治療法がない。日常生活への影響が大きい。これが難病だ。

世界に五千～七千種あるという。

国（厚生労働省）は今年、対策の大胆な見直しを決め、その柱として、医療費の助成対象をこれまでの五十六疾患から三百以上に増やす。その一方で、症状が軽ければ助成対象から外したり、重症認定の患者でも所得に応じ自己負担を求めていく。

具体的な病名など対策委員会が五月中に報告書にまとめ、法制化を急ぐ。改革で難病指定を飛躍的に増やせば、病苦のみならず生活苦の患者に勇気を与え、支援はぐんと広がりをみせるはずだ。

厳しい財政事情、より多種の難病患者を救える点など、自己負担増などもある程度やむを得まい。だが問題は、そこからこぼれ落ちる、制度の「谷間」の患者たちが、なおいることである。

「慢性疲労症候群（CFS）」一。岐阜県可児市の塚本明里（あかり）さん（23）が、この病に侵されたのは高校二年の春だった。教室で試験問題に向かっていったとき、突然、机に突っ伏し動けなくなった。

これを境に、日に日に体調が悪化。微熱、筋肉や関節の痛み…。典型的な症状が「体を脱ぎたい」ほどの耐えがたい疲労感だった。一年半後。十六人目に出会った医師が病名を告げてくれた。

のちに彼女は全身がこわばるように痛む線維筋痛症も併発。二日ごとの麻酔のため正規の仕事もできず、横になっている日が多い。

が、あるきっかけで写真集のモデルに選ばれ生き方も前向きに。「私が広告塔になる」と、明里さんは自助グループもたちあげた。

彼女の二つの病気は、今は難病指定外だ。「病名に『慢性疲労』とあるから『寝れば治る』と偏見でみられる」。四月に施行され、福祉サービスも受けられる障害者総合支援法も枠外だった。

「公平性」と「難病は誰でもかかりうる」の考え方は、新たな対策のかなめのはずである。

病名で線引きするのではなく、病状や生活実態に合わせ、その身に立つ“仁の心”で、谷間の患者を一人でも多く救い上げてほしい。

「ふつうに生きたいだけ」

明里さんら患者たちの切実で、しごく当たり前の夢である。

## 国の難病対策見直し、患者支援の多重化必要

読売新聞 4月5日（金）配信

国の難病対策が大きく見直されることになった。医療費の助成対象疾患を大幅に増やすのをはじめ、不公平感の解消を目指す。

ただ、支援対象の病名による線引きは変わらないだけに、対策の「谷間」に置かれる患者をいかに救うかが課題となっている。

厚生労働省は今年1月、難病対策の大幅な見直しを決めた。今秋にも国会に法案を提出し、早ければ2014年度の具体化を目指す。

主な見直しポイントは、医療費の助成対象を56疾患から300以上に増やすとともに、助成対象疾患の患者でも、症状の程度が一定以上の場合に助成することとし、全額公費負担だった重症患者にも所得に応じた自己負担を求めることだ。

助成対象を具体的にどうするかは今後、第三者委員会が検討する。患者の少なさや一定の診断基

準があることなどの条件がある。

助成対象疾患が大幅に増えることは、これまで支援を受けられなかった患者にとって朗報だ。

一方、対象疾患でも軽症者や、自己負担ゼロだった重症者は負担増となるが、厳しい財政事情を考えると、受け入れざるを得ない面があるだろう。

ただ、医療費助成をはじめとした支援の対象を病名で決める仕組みは変わらないだけに、困難な状況でも支援を受けられない患者を残すことにもつながる。

実際、多くの患者が不安を抱いている。例えば、現状では対象でない血管奇形を患う神奈川県男性（25）。右足の血管奇形で10回以上の手術や治療を繰り返してきた。21歳で右足を切断。ようやく障害者福祉制度の対象になったが、「そこまでいかないと何の支援もなかった」。

皮肉にも、姉は医療費助成の対象である潰瘍性大腸炎で、助成を受けて治療し、症状は改善した。「姉も大変だったが、もっと大変な病状なのにサポートがないのは疑問だった。病名による線引きには矛盾を感じる」と、男性は訴える。

やはり助成対象外の線維筋痛症で、疲労感や激しい痛みの症状がある大阪府の女性（39）は「せめてホームヘルプなどの生活支援があると助かる。病名より、生活の支障の程度によって支援が受けられるようにできないか」と話す。

医療費や研究費の助成対象疾患かどうかは、福祉サービスなど他の支援が受けられるかどうかをも左右してしまう。難病患者の生活支援制度としては、ホームヘルプなどのサービスが受けられる居宅生活支援事業がある。しかし、これも受けられるのは医療費や研究費の助成対象130疾患と関節リウマチの患者に限定され、利用率は1～2割に低迷していた。

今月施行された「障害者総合支援法」の対象に難病患者が入ったことで、この事業は廃止されたが、同法に基づく福祉サービスの対象も、当面は同事業と同じとされている。

日本難病・疾病団体協議会の水谷幸司事務局長は「病状の客観的評価ができない病気に医療費助成が難しいのはわかるが、福祉サービスは生活実態に合わせて受けられるようにすべきではないか」と指摘する。

病名がわからない患者はさらに救われぬ。地元で詳しい医師がおらず、診断がつかずに何年も病院を転々とする患者は少なくない。

新たな対策の下では、各都道府県に難病治療の拠点病院を指定し、地域の情報共有を進めるといふ。情報網を生かし、さまよう患者を減らさなければならない。

助成対象に指定されない疾患だと、医療費だけでなく福祉サービスや就労支援などあらゆる支援からこぼれ落ちるのでは、不公平感の解消は難しい。

幾重もの支援網があり、最低でもそのどれかで救われる柔軟な対策が求められている。（医療部 高梨ゆき子）

## 数千疾患は対象外 「行き届かない」／難病130種類追加し改正支援法施行

2013年04月02日

障害者自立支援法の一部を改正した「障害者総合支援法」が4月1日から施行された。改革の目玉は130種類もの難病を対象に加えたこと。障害者手帳を持たないため、障害福祉サービスを受

けられなかった難病患者の生活向上に結びつく可能性がある。ただし、難病は数千疾患あるとの説もあり「病気の種類を限定する限り、支援は行き届かない」と批判する声もある。

これまで自立支援法に基づくヘルパー派遣など障害福祉サービスを受けようとする場合、身体障害者手帳などを取得する必要があった。しかし、難病患者は症状が常に悪いとは限らず、不調の原因が痛みや疲れやすさといった数字や外見ではつかみにくい場合が多いため、手帳取得が難しい。

こうした事情を考慮し、手帳を持っていなくても患者がサービスを受けやすい仕組みにしようというのが新法。対象になった130疾患の患者は、病名が分かる診断書などがあればサービスの申請ができる。新しく制度の対象になった「関節リウマチ」を患う中島薫行（しげゆき）さん（76）＝佐賀市＝は「患者の生活の質向上につながる可能性があり、ありがたい」と歓迎する。

その半面、数百～数千ともいわれる多くの難病は対象外。その一つの線維筋痛症を抱える吉田裕子さん（42）＝熊本市＝は6年前、激しい痛みなどから寝たきりに近い状態になったが、身体障害者手帳の取得は認められなかった。「病名ではなく、一人一人の生活を見て支える制度にしてほしい」と求める。

また、新法で対象になったからといって、すんなりとサービスを受けられるかは不透明な部分が多い。

支給するサービスの内容は、調査員の聞き取りなどに基づく「障害程度区分認定調査」によって自治体が決める。しかし判定項目は難病患者向けのものではなく、自立支援法のシステムをそのまま運用するため、新たに対象となった難病については、患者のニーズが反映されない恐れもある。

患者に直接の「窓口」となる市町村からも不安の声が出ている。先月7日、佐賀県内の自治体向け説明会が県庁で開かれた際、説明を受けた担当者からは「新たな対象となった難病についての医療的知識がまだないのに、申請に来た患者さんに対応できるのか」「どのくらいの患者が市内のどこにいるのかも分からない」と懸念する声が上がった。

## 4月から難病患者も対象 障害者総合支援法が施行

共同通信社 4月1日(月) 配信

障害者自立支援法を改正し、名称を改めた「障害者総合支援法」が4月1日に施行される。身体障害者手帳を持っていない難病患者も障害福祉サービスを受けられるようになることが柱。パーキンソン病やメニエール病など国が指定する130疾患と関節リウマチの患者が対象に加わる。

難病患者は、身体機能に支障があっても症状が一定しないため、障害者手帳の取得が難しいことが多く、必要な支援が受けられない「制度の谷間」に落ち込んでいたが、これを是正する。

総合支援法では難病患者も「障害者」と定義。外出時の移動支援や、住宅に手すりを付ける際の改修費支給などの障害福祉サービスが新たに受けられるようになる。

サービスを受けるには医師の診断書などを示して市町村に申請。6段階の「障害程度区分」の認定を受け、区分に応じ使えるサービスが決まる。

このほか同法では来年4月から（1）重い障害がある人への訪問介護を身体障害者に限っていたのを知的、精神障害者に拡大（2）手厚い介護が必要な人向けのケアホームを、必要度が低い人が入居するグループホームと一元化—などを予定している。

改正前の障害者自立支援法は2006年に施行。サービス利用時に原則1割の自己負担を課すのは違憲だとして08年、全国各地で障害者が国を提訴、10年に和解が成立した。その際、原告側と国は13年8月までに自立支援法を廃止し、新法を制定することで合意していた。総合支援法について、原告側には「自立支援法と何ら変わっていない」との不満もくすぶる。

## 難病 56 特定疾患患者の生活状況等を調査へー厚労省

薬事ニュース 3月28日(木) 配信

厚生労働省健康局疾病対策課は3月13日の全国健康関係主管課長会議で、特定疾患治療研究事業で医療費助成を行っている56疾患の難病患者の所得や生活状況等の調査を実施する考えであることを明らかにした。

厚生労働省では、医療費補助対象疾患の拡大を含む難病対策の法制化に向けて調整を進めており、同調査は新しい制度に向けての影響を調べるのが目的。疾病対策課は「臨床調査個人票の内容を微修正し、患者の医療情報とともに所得や生活状況等を調査する予定であり、調査の詳細な内容については、今後できるだけ早い段階でお示ししたいと考えている」と都道府県に説明している。調査は4月以降に実施する見通し。

## 高額療養費の拡充進まず 患者のいら立ち募る 「高額療養費制度」

共同通信社 5月14日(火) 配信

高額な医療費がかかった患者の自己負担を、一定額に抑える「高額療養費制度」の拡充が進まない。負担軽減策が浮上しても、財源確保が壁となり、先送りが続く。高価な薬を使い続けるがん患者は、いら立ちを募らせている。

◇薬の自己負担重く 年収300万円の家計圧迫

「民主党政権には期待したが何も決まらなかった。政権が代わり、どうなるのか一層分からなくなった」。慢性骨髄性白血病の患者会を主宰する田村英人（たむら・ひでひと）さん（62）は、高額療養費制度の見直しが暗礁に乗り上げた現状に失望を隠せない。

田村さんは白血病の進行を抑えるため、治療薬「グリベック」を服用し続けなければならない。この薬が高価で、3カ月ごとの窓口支払額は約27万円。あとで申請して高額療養費を受給しているが、それでも自己負担は4万4400円になる。

田村さんは治療開始後、管理職として勤めていた会社を退職した。今は夫婦合計の年収が約300万円で生活は苦しい。医療の進歩によって、かつては治療が難しかった病気にも、グリベックのような有効な新薬が続々と生み出されている。多くの命を救っているが、非常に高価な薬もあって患者の負担は重い。

田村さんは2009年にほかの血液がん患者と連絡会を結成。当時与党だった民主党や厚生労働省に負担軽減を働き掛けてきたが「みんな『重要だ』と言うばかり。何もやってくれなかった」。

政権を奪還した自民、公明両党も動きは鈍い。自民党は昨年末の衆院選公約に「高額療養費の限度額を引き下げる」と明記、公明党も「70歳未満の年収300万円以下世帯の上限額を約4万円

に引き下げる」と掲げたが、議論は進んでいない。

具体化へのネックとなっているのは財源だ。公明党の主張に沿った制度拡充には2千億円以上が必要。民主党政権がほぼ同規模の改革を目指した際には、保険料の引き上げや外来患者の負担増を検討したが、関係者の合意が得られなかった。

自民党厚生労働部会長の福岡資麿（ふくおか・たかまる）参院議員は「消費税を増税しても十分な社会保障費を賄える財源にはならない。全体のパッケージの中で議論しなければならない」と歯切れが悪い。

田村さんらの連絡会の代表で、15歳の息子を白血病で亡くした橋本明子（はしもと・あきこ）さん（61）は「2人に1人ががんにかかる時代に、問題はひとつではないはず。生きるために経済的負担に苦しむ人がたくさんいるという事実、政治家はあまりにも無関心だ」と指摘し、早急な改善を訴えている。

#### ※高額療養費制度

長期入院したり、高額な治療を受けたりしたときに、患者の自己負担額に上限を設ける制度。70歳未満の場合、年収が（1）約200万円以下（2）約200万～約800万円（3）約800万円以上—の3区分があり、それぞれの月間上限は（1）約3万5千円（2）約8万円（3）約15万円。

12カ月間に3回以上制度を利用すると、4回目から上限額がそれぞれ（1）2万4600円（2）4万4400円（3）8万3400円—に下がる。

2010年度の支給額は1兆9千億円を突破し、10年前の2倍以上。高齢化が進むとさらに増えるとみられる。

## 社会保障制度改革国民会議・規制改革会議などニュース

### **8月に改革骨子決定 社会保障で政府方針 見直し法案は来年以降に**

共同通信社 7月8日(月) 配信

政府は5日、社会保障制度改革国民会議の議論を踏まえて医療や介護など制度改革の方向性を示す「骨子」を8月21日までにまとめ、閣議決定する方針を固めた。骨子を基に改革の全体像や工程を記した法案をつくり、秋の臨時国会への提出を目指す。国民健康保険の運営を市町村から都道府県に移す案など、改革のメニューと実施時期を明記する公算だ。

この法案が成立すれば、厚生労働省が医療や介護など分野別に審議会での検討を経て、具体的な見直し策を盛り込んだ個別の法案を来年の通常国会以降に順次、提出する。まず手順を定めた上で次に具体論と、改革は「2段階」となる。

自民、公明、民主の3党合意に基づく社会保障と税の一体改革関連法は、8月21日までに「必要な法制上の措置を講ずる」ことを政府に求めている。だが8月中は長期間の国会開催が難しいため法案は提出せず、骨子の決定を「法制上の措置」とみなすことにした。

ただ、年金や高齢者医療で抜本的な法改正を主張している民主党が、今回の政府方針に反発する可能性もある。

有識者で構成する国民会議は参院選後の今月下旬から詰めの議論に入り、8月上旬にも最終報告書をまとめる。これを受け政府は骨子をつくる。

国民会議ではこれまでに国民健康保険改革のほか、地域医療提供体制の再編や、介護保険サービスからの軽度者除外、年金の支給開始年齢引き上げなどが課題に挙げられている。

#### ※社会保障制度改革国民会議

医療、介護、年金、少子化対策といった社会保障制度の将来像を議論する政府の有識者会議。社会保障と税の一体改革関連法のうち社会保障制度改革推進法に基づき設置された。政府は推進法が施行された2012年8月22日から1年以内に、国民会議の検討結果を踏まえ、法制上の措置を講じる必要がある。国民会議の委員は大学教授やエコノミストら15人。13年6月までに16回開かれた。

### **国民会議7月上旬にも素案 国保、都道府県化の公算**

共同通信社 6月25日(火) 配信

政府の社会保障制度改革国民会議は24日、最終報告書の素案を7月上旬にも提示する方針を確認した。素案を作成する起草委員も決定し、8月21日に迫る会議の設置期限に向けて議論を加速させる。素案には国民健康保険(国保)の運営主体を市町村から都道府県に移す案が盛り込まれる公算だ。

清家篤(せいけ・あつし)会長(慶応義塾長)は会議後の記者会見で「7月上旬には、報告書のたたき台となる骨格を議論したい」と述べ、期限内の意見集約に意欲を示した。

また、国保の運営主体については「都道府県になる合意があるが、保険料徴収などは市町村でやってもらわないといけない」とあらためて強調した。



起草委員は、医療、介護分野が権丈善一（けんじょう・よしかず）慶応大教授、年金分野は山崎泰彦（やまさき・やすひこ）神奈川県立保健福祉大名誉教授、少子化分野は大日向雅美（おおひなた・まさみ）恵泉女学園大大学院教授が務める。総論は遠藤久夫（えんどう・ひさお）学習院大経済学部長がまとめる。

## 混合診療、議論再燃も 経済界は全面解禁を要求

共同通信社 6月13日(木) 配信

保険診療と自由診療を併用する「混合診療」の全面的な解禁を求める声があったが、見送られた。政府は、例外的に混合診療を認めている現行の「保険外併用療養費制度」の対象拡大で対応する。ただ依然、経済界には全面解禁を訴える意見が根強く、秋以降に議論が再燃する可能性がある。

保険適用の診療では、患者は医療費の1～3割の窓口負担を支払えば残りは公的保険で賄われる。安全性が未確認などの理由で保険がきかない自由診療は全額自己負担。双方を併用すると、保険診療分も含め全額が自己負担となる決まりだ。

例外が保険外併用療養費制度で、自由診療分は自費だが保険診療分は窓口負担のみで利用できる。対象は、国の審査で安全性が確認された先進医療など一部に限られる。

成長戦略では、先進医療に該当するかの審査を迅速化。現在は約半年かけているのを3カ月程度に短縮する。秋をめどに抗がん剤から始める方針だ。

混合診療の全面解禁には「患者の選択肢が広がる」との見方もある一方、保険外の高額な治療法や薬が増え、患者の所得格差が治療の質に直結する事態を招くとの懸念が消えない。

## 混合診療 今秋に拡大 まず抗がん剤 規制改革原案

毎日新聞社 6月12日(水) 配信

混合診療：今秋に拡大 まず抗がん剤――規制改革原案

政府が14日に閣議決定する「規制改革実施計画」の原案が明らかになった。治療行為の一部に例外的に保険外診療を認める「保険外併用療養費制度」を拡大するよう厚生労働省に要求。新技術が同制度の対象になる「先進医療」かどうかの審査を迅速化するため、外部機関などによる専門評価体制の創設も打ち出した。現行制度の対象拡大で保険診療と保険外診療を組み合わせた「混合診療」の将来的な全面解禁につなげる狙いがある。【宮島寛】

計画は「本年秋をめどにまず抗がん剤から開始する」と実施時期も明記した。

日本では公的保険外の自由診療と保険診療の併用（混合診療）を禁じており、併用を認めるのは例外という位置付けだ。認定の際は技術の有効性や安全性の証明を医療機関が担い、年間審査件数は約40件。期間も1件に6～7カ月かかり、これまでに認められたのは約100技術にとどまる。

外部の評価機関を活用すれば審査の迅速化、効率化が見込める。計画は「最先端医療迅速評価制度（先進医療ハイウエー構想）」（仮称）を掲げる。抗がん剤は次々と新薬が出るため、自由診療の併用が迅速に認められるようになれば抗がん剤の新薬を使いやすくなる。

計画は規制改革を「経済再生の阻害要因を除去し、民需主導の経済成長を実現するために不可欠」

と位置付け、規制改革会議が5日に安倍晋三首相に答申した項目をすべて採用したうえで、「先進医療の大幅拡大」などを追加した。内閣府は各項目の実施状況を年度末ごとに点検し、結果を規制改革会議に報告するとともに、公表する。

ただ首相が「全面解禁」方針を打ち出した一般用医薬品のインターネット販売は、副作用リスクの高い一部の市販薬の扱いを巡って調整が続いており、計画の最終案が固まっていない。

## ■解説

### ◇所得で不平等生む恐れ

日本では公的保険の利かない自由診療と保険診療の併用（混合診療）を禁じ、併用すると医療費は保険診療分も含めて全額自己負担となる。国民負担が伴う保険医療は、有効性や安全性がより厳密に確立されている必要があるためだ。ただし、専門家で作る厚生労働省の「先進医療会議」の審査を条件に、例外的に事実上の混合診療を認める「保険外併用療養費制度」がある。

保険診療と自由診療が併用できれば、保険診療分は1～3割の負担で済み、まだ保険が適用されない先進的な医療も受けやすくなる。とはいえ、利益を受けるのは自由診療分を全額自己負担できる人に限られる。

このため、現行制度ではいったん保険診療との併用を認めた自由診療の技術も、あらためて保険適用を検討する。「混合」は一時的なもので、いずれは保険適用し、国民等しく受けられるようにするという原則だ。

ただ、保険適用の対象になれば国が薬価などの公定価格を決める。製薬企業にすれば自由に価格を設定できる自由診療対象のまま保険診療と併用できるほうが利益が出る。すると本来保険が利くはずの薬も自由診療対象のまま残り、保険診療しか受けられない低所得の人は服用できなくなる恐れがある。【佐藤丈一】

## 混合診療拡大も議論へ 規制改革会議の岡議長

共同通信社 6月6日(木) 配信

政府の規制改革会議の岡素之（おか・もとゆき）議長（住友商事相談役）は5日、会議の答申を取りまとめた後に記者会見し「かなりの成果を挙げたが、いろいろな課題が残っている」と述べ、引き続き農業や医療分野の規制緩和を検討する考えを示した。具体的には、保険診療と保険外診療の併用を認める「混合診療」の範囲拡大などを挙げた。

同会議は今回の答申に盛り込めなかったテーマについて、第2期となる7月以降、1年程度かけて検討する方針。

岡議長は今後、「国民の関心の高いテーマに積極的に取り組みたい」と強調。混合診療の拡大のほか、政府が農地集約のために整備を目指す新組織「農地中間管理機構」（仮称）の在り方なども議論するとの見通しを示した。農協改革も検討する可能性を示唆した。

## 首相「診療情報は宝の山」、民間主導で健康ビジネス拡大を

島田 昇 (m3.com 編集部) 6月6日(木) 配信

安倍晋三首相は6月5日、都内のホテルで開かれた内外情勢調査会で講演し、規制改革に重点を置いた「成長戦略」の第3弾を発表した。医療関連では、医薬品のネット販売を解禁するほか、保険外併用療養の対象となる先進医療の拡大、診療情報の民間活用を促し、これを健康関連ビジネスの拡大の起爆剤する方針を語った。医療関連の安倍首相の講演内容は以下の通り。

### ◎医薬品ネット販売解禁とIT戦略

インターネットによる一般医薬品の販売を解禁します。ネットでの取引が、これだけ定着した時代で、対面でもネットでも、とにかく消費者の安全性と利便性を高めるというアプローチが筋です。消費者の安全性を確保しつつ、しっかりしたルールの下で、全ての一般医薬品の販売を解禁します。

次の参議院選挙からは、ネット選挙が解禁となります。これも、「ようやく」という感は否めませんが、IT時代に対応した大きな改革の一つです。まだまだ、日本はITの潜在的な能力を生かし切れていません。社会のイノベーション、革新的なビジネス、生産性の大幅な上昇。ITが持つ「可能性」を存分に引き出さなければなりません。今後も、IT戦略は、私の成長戦略の大きな柱であると考えています。

### ◎先進医療の審査、期間半減に

医療の分野では、最新の医療技術を利用すると、全額自己負担になる混合診療の問題についてご指摘いただいていた。私はこの世界を大きく進化させます。最新の医療技術を、一気に普及させるための新しい仕組みを作ります。これまで、保険外併用療養の対象となる先進医療については、技術の有効性や安全性を証明する手間を申請する医療機関が全面的に負担してきました。それを学会などからの申し出を踏まえ、国が全面的にサポートする形へと切り替えます。審査についても、外部の評価機関を活用することで、期間を半減します。最先端の医療が生まれれば、速やかに先進医療と認定し、保険外併用療養の範囲を拡大します。

外国人医師も日本で医療ができる制度へ

新しく「国家戦略特区」を創設いたします。小泉内閣が始めた構造改革特区は、地方自治体から提案を受けて、一つひとつ、古い規制に風穴を開けてきました。たくさんの特例が、その後に全国展開され、まさに、規制改革の「切り込み隊長」となってきました。今般、私が提案する「国家戦略特区」は、構造改革特区の考え方を、さらに「面的なもの」へと進化させていくものです。

ロンドンやニューヨークといった都市に匹敵する、国際的なビジネス環境をつくります。世界中から、技術、人材、資金を集める都市を作りたい。そう考えています。しかし、この目的を達するためには、一つひとつ規制のモグラたたきをやっても、キリがありません。国際的な街作りには、外国人でも安心して病院に通える環境が必要です。外国人がコミュニケーション容易な医師から診療が受けられるようにし、トップクラスの外国人医師も日本で医療ができるよう制度を見直します。

### ◎健康長寿ビジネス、民間主導で

有名な「タニタ食堂」。計量器メーカーのタニタは、社員食堂で低カロリーメニューを開発するなど、社員の健康管理に取り組みました。その結果は、医療費が業界平均よりなんと2割も低く抑えられた。しかもそれだけではありません。社員食堂が、新たなビジネスとなりました。「丸の内タニ

タ食堂」では、健康を求めるサラリーマンが、毎日行列を作っていると言います。フィットネスや運動指導、そして食事管理。これまで想像もしなかった、健康長寿ビジネスが、民間主導でどんどん生まれつつあります。

しかし、ここでも規制が立ちはだかっています。医療行為との線引きが分かりづらく、どこまでやっていいのかが分かりづらいという問題です。そこで民間の健康・予防サービスに新規に参入しようとする人を公的に認定して、安心して事業ができるようにする新たな仕組みを作り上げます。金融面など、経済的な支援をやるためだけの認定ではありません。事前に確認を受けることで、規制のグレーゾーンを取り除き、適法なビジネスだとのお墨付きを受けることができます。規制を怖れず、どんどんこの分野に飛び込んでもらい、人々の健康ニーズに答えるサービスを提供してほしい。

### ◎疾病治療中心の保険制度を見直し

新規参入に拍車をかけ、健康管理や疾病予防を大きく前進させるため、疾病治療中心の保険制度の運用を見直します。保険を請求するための医療明細書、レセプト業務は保険業務の効率化を目的としたものでした。これを新たな産業を生み出すために活用します。レセプトに詰まっている診療情報を分析・評価すれば、健康管理につながります。さまざまなサービスを生み出し得る宝の山です。全ての健康組合や国保などの保険者に対し、加入者の受診データの分析と評価を導入し、加入者の病歴予防に取り組むように求めていきます。現在の日本の医療費は 40 兆円ほど。1%でも健康予防サービスに振り向けられれば、4000 億円の新たな市場が生まれます。新たな民間の多様なサービスを生み出す金の流れができます。そこから誰もが求める健康長寿社会、10 年後には 60 兆円近くまで増加が見込まれる医療費も、今、官業を開いてくことで、その抑制にもつなげることができると確信しています。

## マイナンバー法成立 16 年 1 月スタート 役所の手続き簡便に 多額費用、情報漏れ不安 共同通信社 5 月 24 日(金) 配信

国民一人一人に番号を割り振り、年金や納税の情報を一元的に管理するマイナンバー法が 24 日の参院本会議で可決され、成立した。2016 年 1 月から番号の利用がスタートする。国や自治体は国民の情報を把握しやすくなり、役所の窓口での年金受給手続きなどが簡便になる。ただ初期投資だけで約 2700 億円と多額の費用がかかる上、個人情報漏えいなどの不安も強いままだ。

政府は 2015 年秋ごろから全国民に対し個人番号を記載した「通知カード」を郵送。希望者には、番号や名前、住所、顔写真などを記載した IC カードが配られる。

行政機関は現在、国民の情報をばらばらに管理している。番号導入で、所得や年金、医療保険の受給状況などの情報を共有しやすくする。

政府は行政コストが削減できることに加え、個人ごとの状況を把握しやすくなり公平な社会保障給付につながると説明。利用者も年金などの社会保障給付の手続きで、納税証明書などの書類を提出する必要がなくなり、便利になるとしている。

税の過少申告など「税逃れ」の防止にも役立つが、利子収入までは把握できないなど限界もある。

個人情報の漏えいや番号の不正取得による情報の悪用への懸念も消えない。番号制度を導入している米国では番号の不正取得による「成り済まし」犯罪が多発している。

政府は情報の取り扱いを監視する第三者委員会を設置。漏えいに関わった職員に4年以下の懲役、または200万円以下の罰金を科す。

個人番号の利用範囲は当初、社会保障と税、災害対策の3分野に限定。法施行から3年後をめどに利用範囲の拡大を検討することになっている。

#### ※マイナンバー

社会保障や納税などに関する情報を一元的に管理するため、国が全ての国民に割り当てる個人番号。民主党政権は、消費税増税の低所得者対策として検討した「給付付き税額控除」の導入に必要だとして、昨年2月にマイナンバー関連法案を国会に提出。昨年11月の衆院解散で廃案になったが、政権交代で発足した自公政権が内容を一部修正した上で、今年3月にあらためて国会に提出していた。

### 医療改革提言 競争力高めて成長の原動力に（5月8日付・読売社説）

読売新聞 5月8日（水）配信

#### ◆最先端技術を早く役立てたい

日本の医療は、技術で勝って、ビジネスで負ける深刻な状況だ。

優れた技術を持ちながら、医薬品や医療機器の実用化で後れをとっている。

読売新聞が、医療の国際競争力を高め、日本の成長に弾みをつけるための改革案を提言した背景には、こうした危機感がある。

医療関連産業の育成は、政府が6月にまとめる成長戦略の柱の一つだ。具体的かつ実効性のある政策を打ち出してもらいたい。

提言の核心は、医療を産業として強化し、経済成長のエンジンとして活用するところにある。

#### ◆輸入超過は3兆円にも

急速な高齢化で医療・介護の需要が伸び、医薬品や医療機器の輸入額が増えている。一方で、輸出は振るわず、2011年は約3兆円の輸入超過だった。巨額の富が国外に流出している。手をこまねいてはならない。

山中伸弥・京大教授のiPS細胞（人工多能性幹細胞）研究がノーベル生理学・医学賞を受賞したように、日本は基礎研究の分野で世界をリードしている。だが、応用では立ち遅れ、外国製品に頼っているのが実情だ。

「ダビンチ」と呼ばれる手術ロボットを巡るエピソードは、日本の現状を象徴している。

コンピューター制御のダビンチは米国製で、医師の手や指より繊細な動きをする。外科医はメスの代わりにロボットを操作し、より精密な手術が可能になった。今や世界中の病院で使われている。

実は、ダビンチとそっくりな図面を、日本の人工臓器の研究者が1970年代に描いていた。残念なことに、実用化されることなく、その構想は埋もれ、一昨年、研究者の遺品から見つかった。

せっかくの卓越したアイデアが実を結ばないのは、製品化へ制度上の様々な障害があるからだ。それを克服し、日本の医療関連産業を成長させる必要がある。

#### ◆必要な産学官の連携

読売新聞は「医工連携」によって優れた研究成果を生かすよう提言した。技術力を持つ企業に参

入を促し、産学連携を強めるため、政府が果たす役割は重要だ。

海外に比べ、日本では医薬品や医療機器の効果、安全性を調べる治験に時間と費用がかかりすぎ、企業の開発意欲をそいでいる。

例えば、韓国には2000床を超える巨大病院があり、治験に参加する患者を1施設だけで容易に確保できる。これに対し、日本の病院は規模が小さく、治験の環境が整った施設はほとんどない。

新薬開発などを目指し、政府が認定した神戸市の「先端医療産業特区」には研究所や病院、企業が集まるが、病床数は制限され、大規模病院を建設できない。政府は規制を緩和し、治験の中核病院を整備することが急務だ。

医療機器の場合、安全性の審査に医薬品ほど膨大なデータを必要としない。それにもかかわらず、開発から承認までの期間が、日本は米国より約2年も長い。

承認審査は、規制当局ではなく、欧州のように民間の認証機関に任せることも検討すべきだ。

ベンチャー企業などが参入しやすくなるように、研究開発の投資減税の拡充も求められる。

医療技術開発の司令塔も欠かせない。

米国で医療研究開発を統括している国立衛生研究所（NIH）の機能は、大いに参考になるのではないか。政府が「日本版NIH」の設立へ動き出したことは評価できよう。

医学研究者に何よりも求められるのは、医療の産業化へ向けた発想の転換である。

日本の大学では、基礎研究を偏重する風潮が根強い。実際の治療に役立つ臨床研究の成果こそ高く評価されてしかるべきだ。

#### ◆混合診療を拡充せよ

日本の医療は、保険証があれば、どの医療機関にもかけられる国民皆保険制度だ。国民が安心して医療を受けられるよう、読売新聞の提言では制度の堅持を求めた。

ただ、新しい医療技術をすべて保険で賄うのは、財源の制約から難しい。公的医療保険で認められた検査や投薬とともに、保険が適用されない治療を併用する混合診療を拡充する必要がある。

現在、混合診療は、高度放射線療法の高粒子線治療など、厚生労働省が指定した約100種類の治療法にしか認められていない。

混合診療の野放図な拡大は避けねばならないが、安全性が確認された再生医療などの先端的医療であれば認めるべきだ。

強い医療産業を育て、医療保険制度もしっかり守っていく。それが患者の利益につながる。

## 社会保障会議 「節度ある医療」へ議論深めよ（4月23日付・読売社説）

読売新聞 4月23日（火）配信

超高齢社会を迎える中で、急増する医療・介護費用の伸びを抑え、信頼される社会保障制度を築くことが急務である。

その方策を議論している政府の社会保障制度改革国民会議が、医療・介護について改革の論点をまとめた。

限りある医療の設備や人材について「国民の財産」と位置付け、適正利用の重要性を強調した。持続可能な医療・介護制度を構築する上で適切な指摘である。

ポイントは、国民会議が「必要な時に適切な医療を適切な場所で、最小の費用で受ける」医療への転換を打ち出したことだ。

日本の医療は、患者側が費用の心配をせずに、いつでも、どの医療機関にもかけられる「フリーアクセス」を特徴としている。

その結果、軽い風邪でも大学病院にかかるなど、無秩序とも言える受診を招いた。これが医師の過重労働にもつながっている。

こうした状況の改善策として、国民会議では、紹介状を持たずに大病院を受診する場合、診察料に加え、1万円程度の保険外の負担を求めるとの案が示された。自己負担を大幅に引き上げるものだ。検討に値するのではないか。

国民会議が示した論点のうち、実現を急ぐべきなのは、価格の安いジェネリック医薬品（後発品）の普及である。

米国、イギリス、ドイツでは、処方薬のうち後発品が占める割合が6-7割に上る。これに対し、日本は4割にとどまる。

後発品の品質は向上しているが、医師の間では、その効能を疑問視する風潮が根強いことも背景にあるだろう。後発品の価格は先発品の2-7割で、普及が進めば医療費の削減につながる。

現在は医療機関の裁量に任されている医薬品の処方について、厚生労働省は後発品の使用を原則とする仕組みを検討すべきだ。

国民会議は、「病院で治す」医療から「地域全体で治し、支える」医療への転換をうたい、在宅医療・介護の充実も求めた。

国民健康保険については、運営主体を現在の市町村から都道府県に広域化する方向で一致した。財政事情が悪化し、保険料が高騰している市町村もあることを踏まえた問題提起だ。

ただ、こうした施策を実現するには様々な角度からの議論が必要だ。国民会議は、社会保障と税の一体改革関連法により、8月までに議論をまとめることになっている。優先順位を決め、実効性ある結論を得ることが肝要である。

## 災害関連ニュース

### **巨大災害に恒久対策 弱者名簿を義務化 迅速復興へ2法成立**

共同通信社 6月18日(火) 配信

東日本大震災で特別措置法の制定に時間がかかり被災地支援が遅れたことを教訓に、巨大災害の発生直後から復旧、復興にとりかかれるようにする2法が17日、参院本会議で全会一致で可決、成立した。対策本部設置や国による復旧事業代行などの制度を恒久化し、高齢者、障害者らの名簿作成を義務付ける。避難先の確保、生活物資の買い占め防止も盛り込んだ。政府は南海トラフ巨大地震や首都直下地震を想定し、具体的な制度づくりに着手する。

成立したのは、あらかじめ復興の手順を定める「大規模災害復興法」と、事前対策から復旧までを盛り込んだ改正災害対策基本法。発生直後の対応を定めた災害救助法と合わせ、防災から復旧、復興にわたる法制度が整ったことになる。

国は東日本大震災クラスかそれ以上の「特定大規模災害」が起きた場合、首相をトップとする復興対策本部を設置し、復興基本方針を定める。災害緊急事態を布告する際は、首相が生活物資の買い占めをしないよう国民に要請できるとした。

被災が大きい自治体が管理する道路や港、河川の復旧は、国や都道府県が代行できるとした。復興に伴う許認可の権限は国と地方による協議会に一本化。国は避難者の受け入れ先となる候補の自治体と調整できる。

市町村は国の基本方針を受け、都道府県とも協力して市街地開発や集団移転などを盛り込んだ復興計画を作成。私有地の立ち入り調査は持ち主の同意がなくてもできるようにした。農地の仮設住宅などへの転用手続きも簡素化する。

さらに東日本大震災で高齢者、障害者の状況が消防団員や民生委員らに十分伝わらず、犠牲が増えたことを反省。市町村が災害弱者の名簿を作り、本人の同意を得てあらかじめ消防機関などに提供する。

生命に関わるような事態では本人の同意なく名簿を消防団などに提供できると明記した。被災者ごとの台帳もつくり、市町村は親族らからの安否照会に回答できるとした。罹災（りさい）証明は迅速に発行する。

### **糖尿病患者を災害時に守るマニュアル作成**

毎日新聞社 3月29日(金) 配信

糖尿病患者：守れ！！ 災害に備え、東京の医師らマニュアル作成

震災など災害時に医療支援の対象から外れがちな糖尿病患者を守ろうと、東京都西部地区の医師らに対応マニュアルを作った。糖尿病患者自身と、専門外の医療者が使うことを想定。日ごろの備えから、発生直後、1週間後——と、長期化にも対応できるよう配慮した。糖尿病に絞った総合的な災害時マニュアルは全国でも初めてという。

マニュアルを作ったのは、医療者のNPO法人「西東京臨床糖尿病研究会」。東京都西部には立川断層帯が南北に走り、マグニチュード7級の「首都直下地震」による被害が懸念されている。



糖尿病患者は、外見が健康な人と変わらないため医療支援から漏れがちで、インスリン製剤の投与が途切れた場合、数時間～1日程度で命にかかわる患者もいる。東日本大震災の際にも、不適切なインスリン投与や食生活の急激な変化で体調を崩す患者が出た。

患者向けのマニュアルは、救援までに時間がかかることを念頭に「自分のことは自分で守る」を目標に掲げた。「配給されたものは何でも食べる」「(注射用の)消毒薬がなくてもインスリンを打つ」など「生き延びる術」を紹介。服用している薬などの写真を携帯電話などに保存しておくことも提案した。医療者向けには、高血糖や低血糖の危険性を解説し、緊急時のインスリン製剤の使い方などを盛り込んだ。糖尿病治療に詳しくなくても、適切な薬剤投与や判断ができる。

同研究会の貴田岡(きたおか)正史理事長は「東日本大震災の経験を踏まえた。マニュアルは会員の医療機関などで配布し、患者向けの勉強会も開きたい」と話す。マニュアルは同研究会ホームページ(<http://www.nishitokyo-dm.net/>)でも近く公開する。

◇糖尿病災害時サバイバルマニュアル(患者向け)の概要

=災害時の基本行動=

- ・3日間は自力で生き延びよう
- ・ピンチの時こそ工夫で乗り切る
- ・見えを捨て、糖尿病で助けが必要と声を大にして言う

=準備=

- ・自分の治療情報をまとめておこう
- =発生時～3日=
- ・まずは生き延びよう(食事、インスリン、低血糖の注意)
- =4日～1週間=
- ・足のけがや感染症に注意。食事は減塩を心がける
- =1週間から1カ月=
- ・できるだけ普段の生活を取り戻す。可能な限り受診を

## 災害時 難病医療に死角…岡山

読売新聞 3月18日(月) 配信

緊急支援手帳「未活用」7割

岡山県が、県内の難病(特定疾患)患者約5000人を対象に大災害についてのアンケートを行ったところ、8割近くが「自身で災害に備えることが重要」との意識を持つ一方、県が作成し、2011年度から配布している「緊急医療支援手帳」の活用は3割弱にとどまることがわかった。

東日本大震災では、難病患者への支援が行き届かなかったことが課題として浮上。県は緊急時でも必要な処置が受けられるよう、日頃から手帳を携帯することなどを呼び掛けている。

県医薬安全課によると、調査は昨年4-5月、重症筋無力症や悪性関節リウマチ、肥大型心筋症などの特定疾患医療受給者証を交付している人のうち、無作為に4936人を選んで実施。47.9%にあたる2366人から回答を得た。

防災に対する考え（複数回答）を問うたところ、「まずは自分自身で災害に備えることが何より重要」と答えた人が最多で78・1%。「日頃から地域とのつながりを持つことが必要」の50・9%が続いた。

一方、疾患名やかかりつけ医、緊急連絡先などを記しておく「緊急医療支援手帳」については、「活用していない」が44・1%を占め、「活用している」の27・3%を大きく上回った。「手帳が届いていない、どこにあるかわからない」という人も28・5%に上った。未活用の理由を尋ねると、「携帯するのを忘れてしまう」が41・3%、「携帯するのが面倒」が19・9%だった。

日頃の備えでは、「特に対策はしていない」が46・2%。非常用持ち出し品についても、「特に準備はしていない」（38・3%）が最多だった。また、市町村による災害時要援護者の台帳登録も、未登録が85・3%を占め、57・9%が「制度を知らない」とした。

同課は「市町村との連絡を密にして広報体制を強化し、実際の備えを充実してもらえるようにしたい」としている。（竹上史朗）

## 見直し進む医療の備え 備蓄薬増、マニュアル改定

共同通信社 3月19日(火) 配信

東日本大震災の被災地の医療機関や自治体では震災の教訓を受け、災害時の医療体制の見直しを進めている。「想定外の津波被害で従来のマニュアルが役立たなかった」（岩手県の病院関係者）ため、患者の受け入れ態勢の見直しや医薬品の備蓄内容充実などが主な内容だ。

宮城県石巻市の石巻赤十字病院。震災直後、搬送されてくる患者に治療の優先順位を付ける「トリアージ」を行ったが、家族の安否を確認する人や薬を求める人、子どものミルクを求める人が殺到、現場は混乱した。

この反省から同病院では震災後にマニュアルを改定、病院に殺到する人をまず事務職員が振り分ける「プレトリアージ」部門や、薬を求める人専用のブースの設置を決めた。同病院の高橋邦治（たかはし・くにはる）災害救護係長は「患者だけでなく、患者の家族や避難住民も来ることを想定した」と話す。

災害医療でのトリアージの必要性は、政府が18日に公表した南海トラフ巨大地震想定医療機能の対策にも盛り込まれている。

備蓄医薬品のミスマッチも問題に。多くの病院や自治体では外傷薬を中心に備蓄していたが、津波被害で実際に不足したのは糖尿病や高血圧など慢性疾患の薬だった。岩手県宮古市の医院では糖尿病患者のためのインスリンが不足、ヘリコプターを使って緊急輸送してもらった。

宮城県は災害用として、外傷薬を中心に51種類を備蓄していたが、震災後に慢性疾患の薬も加え、82種類に増やした。

# 社会保障制度改革国民会議について

## 1 設置根拠

- 社会保障制度改革推進法に基づき設置。
- 法律に基づく設置期限は平成25年8月21日。

## 2 委員

- 委員として以下の有識者15名を任命（法律上は20名以内）。

(会長) 清家 篤	慶應義塾長	神野 直彦	東京大学名誉教授
(会長代理) 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授	永井 良三	自治医科大学学長
伊藤 元重	東京大学大学院経済学研究科教授	西沢 和彦	日本総合研究所調査部上席主任研究員
大島 伸一	国立長寿医療研究センター総長	増田 寛也	野村総合研究所顧問
大日向雅美	恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授	宮武 剛	目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授	宮本 太郎	北海道大学大学院法学研究科教授
駒村 康平	慶應義塾大学経済学部教授	山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学名誉教授
榊原 智子	読売新聞東京本社編集局社会保障部次長		

※国民会議の事務局は、内閣官房社会保障改革担当室が担当している。

## 3 開催経過

【第1回】平成24年11月30日	<議題>	会長選任等諸手続、各委員からのあいさつ、意見交換 等
【第2回】平成24年12月7日	<議題>	医療、介護、年金、少子化対策の各分野について、厚生労働省の関係審議会部会長を務める委員から現状と課題を説明、意見交換
【第3回】平成25年1月21日	<議題>	これまでの議論の確認、意見交換
【第4回】平成25年2月19日	<議題>	ヒアリング・意見交換（日本経済団体連合会、経済同友会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会）
【第5回】平成25年2月28日	<議題>	ヒアリング・意見交換（1）地方団体（全国知事会、全国市長会、全国町村会）（2）財政制度等審議会
【第6回】平成25年3月13日	<議題>	これまでの議論の確認及び「基本的な考え方」の整理に向けた議論
【第7回】平成25年3月27日	<議題>	関係者を交えての議論（四病院団体協議会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会 全国老人福祉施設協議会、民間介護事業推進委員会、（日本医師会））
【第8回】平成25年4月4日	<議題>	関係者を交えての議論（健康保険組合連合会、全国健康保険協会、国民健康保険中央会 全国後期高齢者医療広域連合協議会）
【第9回】平成25年4月19日	<議題>	委員からのプレゼンテーション及び議論、関係者を交えての議論（日本医師会）
【第10回】平成25年4月22日	<議題>	これまでの議論の整理（医療・介護分野）
【第11回】平成25年5月9日	<議題>	委員からのプレゼンテーション等及び議論（少子化対策分野）

## 4 検討項目 [ 社会保障制度改革推進法に規定、国民会議発足前の3党実務者協議でも合意 ]

### 【医療の改革】

- ① 健康の維持増進・疾病の予防・早期発見等の積極的促進、  
医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用 等
- ② 医療保険制度の財政基盤安定化、保険料負担に関する公平の確保、療養の範囲の適正化等
- ③ 医療の在り方（個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直し、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備）
- ④ 今後の高齢者医療制度にかかる改革

### 【介護の改革】

介護サービスの範囲の適正化等による効率化・重点化、低所得者等の保険料負担の増大の抑制

### 【年金の改革】

- ① 今後の公的年金制度にかかる改革
- ② 現行年金制度の改善（低年金・無年金者対策、厚生年金の適用拡大、被用者年金一元化等）

### 【少子化対策】

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施