

今月の主な動き

社会保障国民会議は11月4日、最終報告書を取りまとめ、在るべき医療・介護の姿の実現に向けた工程表を明示する必要性を指摘した。工程表の策定作業は、社会保障・税財政改革の中期プログラムの策定作業と並行して、新たに立ち上げる懇談会などで進め、年内をめどに取りまとめる方針だ。

麻生太郎首相は10月30日、「新たな経済対策に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議」を開き、2009年度の介護報酬改定について「3.0%引き上げ」を実施することを明記した追加経済対策

を取りまとめた。

厚生労働省が10月30日に発表した「資格証明書の発行に関する調査」によると、国民健康保険料を滞納したために、医療費を一時的に全額負担しなければならない資格証明書を発行された世帯のうち、中学生以下の子どもがいる世帯は1万8240世帯、人数にして3万2903人いることが分かった。京都府内では、90世帯、135人。

調査結果を受け厚労省は、子どもが受診を控えることがないよう短期被保険者証を交付するなど、きめ細かい対応を市町村に求める通知を同日付で発出した。

行 事	開始時間	場 所
5日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	府医師会館305
7日(日) 「出直せ介護保険！」シンポジウム	午後1時	京都商工会議所ビル・講堂
「香りの歴史～源氏物語千年紀にちなんで～」	午前10時30分	香老舗・松榮堂(烏丸通り二条上ル東側)
8日(月) 乙訓医師会との懇談会	午後2時30分	乙訓休日応急診療所3F
10日(水) 医院・住宅新(改) 築相談室	午後2時	未定
11日(木) 在宅医療点数説明会(第625回社会保険研究会)	午後2時	府医師会館101
12日(金) 環境対策委員会	午後2時	分室3F
17日(水) 金融共済委員会	午後2時	弥生会館
18日(木) 「届出医療の活用と留意点」説明会	午後2時	府医師会館208・209
ファイナンシャル相談室	午後1時	未定
法律相談室	午後2時	未定
雇用管理相談室	午後2時	未定
24日(水) 経営相談室	午後2時	未定

12月の保険医協会の行事予定

※年末年始に伴い、12月28日(日)ー1月4日(日)は事務局休務となります。

行 事	開始時間	場 所
2009年1月10日(土) 左京医師会との懇談会	午後2時30分	ウェスティン都ホテル京都
1月14日(水) 宇治久世医師会との懇談会	午後2時30分	うじ安心館3F
1月15日(木) 第626回社会保険研究会	午後2時	未定
1月22日(木) 第176回定時代議員会	午後2時15分	府医師会館101
1月24日(土) 与謝・北丹医師会との懇談会	懇談会：午後3時 懇親会：午後4時30分	プラザホテル吉翠苑
1月30日(金) 右京医師会との懇談会	午後2時	右京医師会館
1月31日(土) 亀岡市・船井医師会との懇談会	未定	ガレリアかめおか

今後の予定

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲43ー45ページ

情勢トピックス

医療社会保障運動トピックス

政策解説資料

協会だより

情勢 トピックス

医療・社会保障編

大胆な改革、実現に向け「工程表」策定へ／ 国民会議が最終報告書

社会保障国民会議は11月4日、最終報告書を取りまとめた（資料2、後掲49ページ）。6月の中間報告以降、サービス保障分科会がまとめた2025年の医療・介護費用推計などを踏まえ、在るべき医療・介護の姿の実現に向けた工程表を明示する必要性を指摘した。会議に出席した麻生太郎首相は吉川座長や3分科会の座長に対し、引き続き工程表策定に参加するよう協力を求めた。工程表の策定作業は、社会保障・税財政改革の中期プログラムの策定作業と並行して、新たに立ち上げる懇談会などで進め、年内をめどに取りまとめる方針だ。

報告書では、費用推計の「背景にある哲学」として、機能分化や急性期医療を中心とした人的・物的資源の集中投入、入院期間の短縮化と在宅医療・介護の大幅な充実などにより、「利用者・患者のQOLの向上を目指すもの」と強調。この哲学に基づいた提供体制が実現されれば「現在の医療・介護とは格段に異なる質の高いサービスが効率的に提供できることになる」とした。

改革実現に向けた課題として、①サービス供給体制の計画的整備、②専門職種間の役割分担に関する制度の見直し、③診療報酬・介護報酬体系の見直し、④マンパワーの計画的養成・確保、⑤サービス提供者間・多職種間の連携・ネットワークの構築、⑥サービスの質の評価などを挙げ、「相当大胆な改革が必要」と指摘。「実現されるサービスの姿を分かりやすく国民に示し、一つひとつ確実に実現していくことが必要」と求めている。

医療・介護の改革に年金や少子化対策などを加えた場合、基礎年金を社会保険方式とすると、追加的に必要な公費負担は消費税率換算で15年に3.3－3.5%、25年に6%程度になる。税方式の場合は15年に

6－11%、25年に9－13%となる。25年時点の医療・介護に関する保険料負担については、現在との比較で対GDP比1.5－1.7%の引き上げが必要になるとした。高齢化などにより「負担の増加が避けられない」とした上で、安定財源の確保に向けた改革に真剣に取り組むよう求めている。さらに、国民レベルで給付と負担を分かりやすく示すために社会保障番号制の検討についても必要性を指摘している。（11/5MEDIFAXより）

補正予算が成立／厚労省分は3498億円

2008年度補正予算案は10月16日の参院本会議で、自民、公明、民主党などの賛成多数で可決、成立した。補正予算の総額は1兆8081億円。このうち厚生労働省分は3498億円。与党プロジェクトチームで見直しを図った高齢者医療制度の改善策が2528億円で、厚労省分の大半を占めた。新型インフルエンザ対策の強化として、抗インフルエンザウイルス薬「タミフル」「リレンザ」、ワクチンの備蓄などに491億円を確保した。医療体制の確保に向けては、医療クラークを設置する病院への支援などに78億円を計上した。（10/17MEDIFAXより）

「全世代の納得と共感」が必要／後期高齢者 医療制度で政府答弁書

政府は10月10日に閣議決定した答弁書で、現状の後期高齢者医療制度では高齢者医療を支える費用負担について、若年世代と高齢者世代の双方に負担が重いとする意見があるとの見方を示した。また、全世代の納得と共感が得られる枠組みについて検討する必要性を指摘した。藤末健三氏（民主）の質問に答えた。

一方、山井和則氏（民主）からの「舛添要一厚生労働相が9月30日の会見で県民健康保険構想を明らかにする前に担当部局に相談があったのか」との質問主意書に対する答弁書では、担当部局に事前相談はなく、会見直後に同構想の論点整理を担当部局に指示していたと説明した。また、後期高齢者医療制度の見直しを検討する中で「後期高齢者」という呼称も検討対象になるとの考えを示した。（10/14MEDIFAXより）

入院時医学管理加算の要件「現時点で見直 しない」／政府答弁書

政府は10月14日に閣議決定した答弁書で、2008年

度診療報酬改定で大幅に再編された「入院時医学管理加算」の施設基準について「現時点で見直すことは考えていない」との見解を明らかにした。小池晃氏（共産）の質問に答えた。

小池氏は新管理加算の届け出状況について、厚生労働省の想定を「相当下回っている」と指摘し、従来算定していた旧管理加算がなくなることによる減収減益や勤務医の過重労働に拍車がかかることに懸念を示した。その上で施設基準について、「勤務医の過重労働が続いている急性期病院に対する支援という本来の役割が果たせるよう、次の診療報酬改定を待たずに見直すべきでは」とただした。見直しまでの間の急性期病院への支援策として、旧管理加算を復活させる必要性も訴えた。

これに対し答弁書では、新管理加算の施設基準は「産科、小児科、精神科などを含む総合的かつ専門的な急性期医療の確保のための体制整備という観点からも、勤務医の負担軽減という観点からも適切なもの」との見解を示した。旧管理加算の復活についても否定した。

同加算は、十分な人員と設備を配置し、総合的で専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能を持つ医療機関を評価する点数で、1日につき120点、14日を限度に算定できる。産科、小児科、内科、整形外科、脳神経外科の入院医療を提供できることや、勤務医の負担軽減のための計画を策定することなどが要件。全身麻酔件数が年間800件以上あることも必要など、急性期医療に関する実績も求められる。厚労省は同加算の届け出数を150—170病院と想定していたが、メディファクスが実施した届け出状況に関する調査では、7月1日時点で88施設となっている。（10/15MEDIFAXより）

健保組合の負担、前年度比1800億円増／後期高齢者制度の導入で

政府は10月14日の閣議で、後期高齢者医療制度の

導入により2008年度の健康保険組合の負担が前年度と比べ1800億円増えるとする答弁書を決定した。山井和則氏（民主）の質問に答えた。（10/15MEDIFAXより）

インドネシア人看護師の月給、最高は21万1300円／政府答弁書

政府は10月17日の閣議で、経済連携協定（EPA）に基づき来日したインドネシア人看護師候補者の月給の最高額は、2008年7月時点で21万1300円とする答弁書を決定した。介護福祉士候補者の最高額は19万7550円とした。山井和則氏（民主）の質問に答えた。

インドネシア人看護師・介護福祉士候補者の給与は、受け入れ機関の日本人職員と同等以上であることとされている。答弁書によると、候補者と受け入れ機関の雇用契約に基づく08年7月時点の給与額は看護師候補者の月給平均額が約15万7000円、最低額が11万6000円だった。介護福祉士候補者は平均額が約16万1000円、最低額が12万円で、平均額は介護福祉士候補者が看護師候補者を上回った。

給与の時給制を採用しているのは看護師・介護福祉士候補者の受け入れ機関各4施設で、平均額は看護師約940円、介護福祉士約760円。日給の採用機関は介護福祉士候補者受け入れ機関の1施設で1万400円だった。（10/21MEDIFAXより）

うつ病以外の精神疾患対策を推進／自殺総合対策大綱を一部改正

政府は10月31日の閣議で、自殺総合対策大綱の一部改正を決定した。今回の改正では自殺を予防するための当面の重点施策として、うつ病以外の精神疾患などによるハイリスク者対策の推進を盛り込んだ。自殺の危険因子となる統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症などについて調査研究を進め、継続的に治療・援助を行うための体制整備と、自助活動

News Headline （10月11日～11月7日）

【10月】◆米・北朝鮮のテロ支援国家指定解除（11日）◆三浦元社長自殺で、ロス銃撃事件捜査終結（11日）◆海自・15人相手の格闘訓練で3等海曹死亡が発覚（12日）◆マルチ問題で民主・前田雄吉議員が離党（15日）◆中国製インゲンから殺虫剤（15日）◆ピザ原料にメラミン（20日）◆東京都内・搬送拒否の妊婦死亡が発覚（22日）◆カップめんから防虫剤成分を検出（23日）◆米・シリアに越境攻撃（26日）◆麻生首相・追加経済対策を発表、3年後の消費税率引き上げも表明（30日）◆日銀0.2%利下げ（31日）◆論文問題で防衛省・田母神俊雄航空幕僚長を更迭（31日）

【11月】◆米大統領にオバマ氏（4日）◆東京地裁・収賄などの罪で前防衛事務次官の守屋被告に実刑（5日）◆パナソニック・三洋電機を子会社化（7日）

を支援する方向性を明記した。
（11/4MEDIFAXより）

「3年後に消費税を増税」／麻生首相「中福祉・中負担なら、やむを得ない」

麻生太郎首相は10月30日、追加の経済対策を決めた政府・与党会議の終了後の会見で「大胆な行政改革を行った後、様子を見て3年後に消費税の引き上げをお願いする」と明言した。社会保障の在り方について「私は中福祉・中負担を目指す。中福祉でありながら低負担はできない」と発言。「将来の世代に多くの借金を残すことをやめるため、増税はやむを得ない」と述べた。

与謝野馨経済財政担当相も会見を開き、麻生首相の発言の真意などを解説した。首相が示した「3年後」について、2012年度から引き上げるのかとの質問に対して「首相が景気が全治3年と言ったとき、景気が悪くなった去年から数えるか、今から数えるのか、両説まちまちだ」と述べるにとどめた。

今回の追加経済対策の事業規模は26兆9000億円程度で、国費は5兆円程度となる。「国民生活と日本経済を守る」という最終目標に向けて、サブプライムローン問題を背景とした金融経済変動への対応策から「生活安心確保対策」までを網羅。介護人材の確保や医療対策の推進に向けた生活安心確保対策には国費ベースで5000億円を計上した。財源は赤字国債に依存せず、財政投融资特別会計の金利変動準備金などを活用する。

医療対策の推進に向けては、災害派遣医療チームの設備整備、看護師・助産師の高度技能取得の推進、地域の中核的医療機関として位置付けられている大学病院の機能充実を図るとした。また、パンデミックワクチン製造能力を向上させるなど、新型インフルエンザ対策の強化も盛り込んだ。

追加経済対策はさらに、持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム策定についても言及している。社会保障安定財源の確保に向けては経済状況の好転後に、「給付に見合った負担という視点、費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点から、消費税を含む税制抜本改革を速やかに開始し、10年代半ばまでに段階的に実行する」とした。（10/31MEDIFAXより）

後期高齢者制度「75歳」「天引き」は問題／麻生首相

麻生太郎首相は10月15日の参院予算委員会で、後期高齢者医療制度の問題点として、75歳から異なる制度に強制加入することにしたことと、保険料の天引きの2点を挙げ、舛添要一厚生労働相がこの2点の見直しに向けて検討を進めていることに理解を示した。民主党の福山哲郎氏の質問に対して答えた。

麻生首相は後期高齢者医療制度の加入者を75歳で区切ることにに関して「65歳で切られるのは定年があるからそこそこ理解はできる。ただ、なぜ75歳なのか」と述べ、現行制度の年齢区分が納得できないとの反発に理解を示した。

また、企業の労働組合費の天引きを例に挙げ、利便性の観点から「（保険料の）天引きは手段としては悪くなかったのではないかとしながらも、（国民の）理解は得られなかった」と指摘した。

舛添厚労相は「10月15日の天引きで、5%の人は自ら手を挙げてやめている。銀行からの口座振替ができるようにした」と述べ、保険料天引きに対する不満に関しては改善されつつあるとの認識を示した。（10/16MEDIFAXより）

救急や医師不足、早急な医療提供体制の整備を／舛添厚労相

舛添要一厚生労働相は11月7日、衆院の厚生労働委員会で所信表明を行い、救急医療や医師不足の問題について「安心と希望の医療確保ビジョン」に基づいて医療提供体制を早急に整備する考えを示した。

舛添厚労相は救急搬送に関して、都内の8病院で受け入れを断られて脳内出血で死亡した妊婦の問題を教訓として、救急患者を確実に受け入れられる実効性のある体制をつくると明言。病院勤務医の過重労働にも言及し、処遇改善に向けた対策を実施する考えを示した。さらに医療リスクに対応できるよう、死因究明制度創設に向けた検討を進めるとした。

人材不足が指摘されている介護従事者については、処遇改善や人材確保に取り組むとした。また、社会保障カードの導入や新型インフルエンザ対策、妊婦健診の無料化についても言及した。（11/10MEDIFAXより）

妊婦死亡問題「社会保障費削減が背景」／舛添厚労相

舛添要一厚生労働相は10月27日、複数の病院に受

け入れを断られた後に妊婦が死亡した問題に関して、民間病院に比べて公立病院の勤務医の処遇が悪いと指摘した上で、社会保障費の年2200億円の削減をあらためて問題視した。舛添厚労相は「これからの予算編成過程、税制改正過程で必ず予算を獲得していく。社会保障費の削減は大きく方針転換すべき」と強調した。

2009年度予算の概算要求基準で設定された2200億円削減への対応については、3300億円の「重要課題推進枠」から1500億円の獲得を目指すとあらためて主張したほか、たばこ税が導入された場合はそれを充てるとした。（10/28MEDIFAXより）

「大胆な改革」で公費負担は約14兆円増／国民会議推計、消費税は4%上げ

政府は10月23日の社会保障国民会議サービス保障分科会に2025年に必要とされる医療・介護費用の推計を示した（資料3、後掲74ページ）。急性期医療の重点化や在宅医療、介護の強化などの改革を進める3段階の「改革ケース」を想定して試算した結果、現状（07年度）で約41兆円（GDP比7.9%程度）の医療・介護費用は25年に約91兆－94兆円（同11.6－12.0%）となり、改革をしない場合（現状投影ケース）の約85兆円（同10.8－10.9%）を上回った。

25年の医療費は改革ケースで67兆－70兆円、現状投影ケースで66兆－67兆円。介護費用は改革ケースで23兆－24兆円、現状投影ケースで19兆円となった。

医療・介護費用の伸びを現状の財源構造に当てはめた場合、追加的に必要となる公費負担分の財源は3つの改革ケース「穏やかな改革」「大胆な改革」「さらに進んだ改革」のいずれも約14兆円となり、消費税率に換算すると4%程度の引き上げが必要となる。現状投影ケースでは約11兆円の公費負担の追加財源が必要で、消費税率換算で3%程度となる。保険料負担分の追加財源は、改革ケースの場合「政管健保の保険料率を2%程度引き上げに相当する」としている。

改革ケースのうち、急性期医療の職員を倍増させ、平均在院日数を10日に短縮する「大胆な改革」の場合、医療費に占める入院の割合は現状の40%から48%に上昇。外来や訪問診療の割合は現状の60%から52%に下がる。医療・介護費の合算で見ても、急性期と亜急性期・回復期等の割合は現状の26%から30%に上がる一方、外来や訪問診療の占める割合は現状の50%から38－39%に下がる計算となる。

ただ、病院は急性期医療への特化を図るため、病院の外来の割合は現状の18%から7%に大きく下がるのに対し、診療所は現状の32%程度が維持される見通しだ。長期療養の占める割合も3%程度で推移することになる。

介護費用に占める各種サービスの割合は「大胆な改革」の場合、小規模多機能型居宅介護が1%から8%に上がる一方、特別養護老人ホームなどの介護施設は44%から34%に下がる。在宅介護は45%から47%に、有料老人ホームやグループホームなどの居住系サービスは10%から11%に、それぞれ上がる。医療・介護費合算では、在宅介護の割合が8%からほぼ2倍の14%となり、介護施設の割合は8%から9%に、居住系サービスは2%から3%に上がる。（10/24MEDIFAXより）

介護職員は2.2倍、看護職員も1.5倍に／国民会議の推計

政府は10月23日の社会保障国民会議サービス保障分科会で、2025年の医療・介護費用推計とともに、サービス提供に必要なマンパワーや病床数などの提供体制の試算も示した。改革ケースでは、急性期の職員の重点化を図ることから、07年より医師は1.2倍程度、看護職員を1.5倍程度増やす必要性を指摘。医療と介護の連携を図る観点から、介護職員は2.2倍程度増やし255万人余りが必要となると試算した。

3つの改革ケースのうち、急性期病床の平均在院日数を10日に短縮するなど「大胆な改革」をした場合、医師数は32.1万－33.5万人程度が必要と予測。看護職員は194.7万－202.9万人程度、その他の医療職員も1.5倍の108.1万－113.5万人程度が必要と見込んだ。医療と介護の連携強化に伴い、現状の2倍程度の利用者が見込まれる介護の従事者は訪問介護員などの介護職員を2倍以上に増員するほか、介護支援専門員や相談員なども2.5倍程度の73.6万人が必要とした。

病床数については「大胆な改革」の場合、急性期67万床、亜急性期・回復期等44万床が必要となり、合わせて07年時点の一般病床103万床より8万床の増床が必要となる。医療療養病床は07年の23万床を維持する。

急性期、亜急性期・回復期等、医療療養の25年の全病床数は、改革をしない「現状投影ケース」では、07年の1.4倍に当たる172万床までの増加が見込まれる。これに対し改革ケースでは全病床数が134万－

153万床で、3つのいずれの改革ケースでも07年の126万床より増える見通しだ。
（10/24MEDIFAXより）

社会保障と税財政で一体改革プログラム／諮問会議、年内に策定

政府の経済財政諮問会議は10月17日、麻生内閣発足後初の会合を開いた。同日は、社会保障と税財政の一体改革についてまとめた民間議員ペーパーを基に議論を深めた。民間議員ペーパーは、社会保障制度の持続可能性を確保するため「中長期社会保障・税財政一体改革プログラム」を年内に示す必要があると指摘。具体的には、皆年金・皆保険制度の堅持と、社会保障制度を維持するための安定財源の確保に向けた道筋を示すべきとした。

同日の会合は、サブプライムローン問題を契機とする世界的な金融危機への対応策と、社会保障制度と税財政の一体改革をテーマに議論した。

民間議員は「社会保障・税財政一体改革への道筋の明確化に向けて」と題する資料を提出。日本の社会保障制度について「国際的にみても中福祉の給付水準を維持している」と分析。一方、高齢化が進む中で給付と負担のバランスに対し国民が懸念を抱いているとして「その解決は極めて重要な課題」と位置付けた。その上で、税制調査会、社会保障国民会議と連携し「中長期社会保障・税財政一体改革プログラム」を年内に提示する必要があるとした。

今後の主な論点としては、①目指すべき福祉と負担の在り方・水準—「中福祉・中負担」へのコンセンサス—、②社会保障給付の性格に見合う安定財源の在り方、③社会保障部門、非社会保障部門の財政運営の進め方、④社会保障部門の「範囲」—を挙げた。（10/20MEDIFAXより）

最大で消費税率13%分の追加財源必要／諮問会議で吉川氏が提案

社会保障国民会議の座長を務める経済財政諮問会議民間議員の吉川洋氏（東京大大学院教授）は10月31日の諮問会議で、国民会議の各分科会がまとめた推計に基づいた「社会保障の機能強化のための追加所要額（試算）」と題した資料を提出した。消費税率換算で最大13%程度の追加財源が必要とした。

吉川氏の提出資料では、サービス保障分科会が示した2025年度の医療・介護費用推計で指摘した消費税率換算4%程度に加え、基礎年金や少子化対策な

どで、基礎年金の国庫負担割合引き上げ分を税方式とした場合は消費税率換算で9—13%、社会保険方式とした場合は同6%程度の追加財源が必要と指摘した。

吉川氏ら民間議員は、中期プログラムの具体化に向けた意見も提出した。プログラムが目指すべき「中福祉・中負担」の社会保障制度は、①将来にわたり全国民が年金を受け取れる、②全国民に必要な医療・介護サービスの機会と質を保証する、③負担は国民に「還元」され、必要な財源は国民全体で広く薄く賄う—などに重点を置く必要性を指摘した。社会保障に関する安定財源を、ほかの部門の財源と厳密に区分経理することで、国民への還元を明確化することができるなどの長所を挙げた。
（11/4MEDIFAXより）

高度医療の積極運用は「実質的な混合診療拡大」／規制改革会議

甘利明規制改革担当相は10月24日の規制改革会議に、高度医療評価制度の積極的な運用による「混合診療の拡大」を提案した。甘利規制改革担当相は、2008年4月に導入した同制度で保険診療との併用が認められたのは10月時点で1件に過ぎないことを指摘。同制度で適用対象となる医療技術の拡大を図り、臨床レベルで保険診療と併用させ、実質的に混合診療を広げていくべきとの考えを示した。

高度医療評価制度は未承認・適応外使用の医薬品や医療機器の使用を含めた先進医療技術の臨床使用を認め、保険との併用を可能とする仕組みだ。厚生労働省の高度医療評価会議は10月2日、東京医科大学から申請があった「ロボット支援手術による根治的前立腺全摘除術」を条件付きで適用対象とすることを承認。今後、先進医療専門家会議での承認を経て、保険との併用が認められる見通しとなった。

ただ、規制改革会議の松井道夫・医療タスクフォース主査は、混合診療を同制度に依存することなく拡大させていく方針に変化はないことを強調。「現時点で混合診療を認める制度があるので、具体的な対応としてこれを活用する」と述べた。草刈隆郎議長（日本郵船会長）も「1件しか適用がないのではしょうがない」と述べ、混合診療の全面解禁を求めた。

また、一般用医薬品のインターネット販売を「第3類医薬品」に限定しようとする厚生労働省の改正薬事法省令案を問題視する立場から、同日の会議に出席した甘利明規制改革担当相に外添要一厚労相と

協議するよう要請した。省令案に対する意見募集は16日に締め切られており、同会議では11月中にも省令が決まることに危機感を強めている。

（10/27MEDIFAXより）

雇用保険の国庫負担、撤廃に言及／行政支出点検会議

2009年度予算編成に向けて厚生労働省などの無駄な支出の改善を検討している「行政支出総点検会議」の第2ワーキングチーム（WT）は10月20日、厚生労働省に対し雇用保険に関する国庫負担撤廃の必要性などを指摘した。

会議終了後に会見した第2WT主査の大塚宗春氏（早稲田大学教授）は、国庫負担撤廃について「厚生労働省側はすぐにイエスとは言わない」と述べ、今後厚生労働省に雇用保険の積立金規模に関する詳細な説明を求める方針を示した。雇用保険の保険料率引き下げについても、引き続き求めていく。

（10/21MEDIFAXより）

自民「まずは財源確保」、民主「削減は取りやめ」／三保連の質問状に回答

総選挙を控え三保連が送付した公開質問状への回答で、民主党は「社会保障費2200億円の削減を取りやめる」と削減撤廃を明言したのに対し、自民党は社会保障費削減について「安定的な財源を確保していくことが重要」と削減撤廃にまで踏み込んだ回答を避けていたことが10月21日、分かった。三保連を構成する内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合、看護系学会等社会保険連合は、それぞれのホームページで両党から届いた回答の全文を公開する。

両党への質問は、①社会保障費の毎年2200億円の削減を取りやめるか、②対GDP比医療費について、OECD加盟25カ国中22位の現状から18位以上にまで拡大することを公約できるか、③医療費増の財源はどこに求めるか—の3点。自民党の麻生太郎総裁と民主党の小沢一郎代表にあてて送付した。三保連によると、こうした試みは学会関係では初めて。

両党からの回答では、社会保障費2200億円の削減について民主党は「財政削減を目的とした社会保障制度の見直しは、国民の生活を脅かしかねない。社会保障費2200億円の削減を取りやめ、医療・介護・年金などの社会保障費を拡充する」と回答。一方、自民党は「社会保障制度が国民の暮らしを支えるセー

フティーネットとしての役割を維持していくためには、給付の合理化・効率化を進めることも必要だが、それにも増して安定的な財源確保が重要」とし、削減撤廃とは明記せず財源確保が先決との認識を示した。

対GDP比医療費のアップを公約できるかどうかについて、自民党は「具体的な公約とすることは難しい」とした上で、「医療費の増大やこれに伴う財政支出の増大は避けられず、安定的な財源を確保していくことが重要」と記した。民主党は「国民皆保険制度を守るためには、国の支出を集中的に増やす必要がある。医師不足解消のため医師養成数の拡充や休職中の医師の復職支援、国保の財政支援に財源を投入する」と答えた。

最後の質問の財源については、自民党が「消費税を含む税体系の抜本的改革を進めていくことが必要」としたのに対し、民主党は増税には触れず、独立行政法人や公益法人を抜本的に見直し補助金を削減するとしたほか、財政投融资特別会計や外国為替資金特別会計の積立金などいわゆる「埋蔵金」の一部を活用すると説明した。（10/22MEDIFAXより）

「ゼロ税率が現実的」損税問題解決へ意欲／自民・丹羽氏

自民党の丹羽雄哉元総務会長（元厚生相）は10月23日、地元の茨城県つくば市内で開かれた日本臨床整形外科学会の講演会であいさつし、消費税の損税問題について「われわれは、医療機関が仕入れの際に支払った消費税が還付される、いわゆるゼロ税率方式が現実的ではないかと考えている」として、問題解決に強い意気込みを示した。

現在、社会保険診療は消費税非課税扱いとなっているため、医療機関が医薬品などを購入する際は消費税を支払うものの、患者からは消費税を徴収することができない。（10/24MEDIFAXより）

民主が経済・金融危機対策を発表／医学部定員の1.5倍増など

政府・与党の追加経済対策に対抗する形で民主党は11月5日、「経済・金融危機対策」を発表した。社会保障関係では、約1.9兆円の財源を投じ後期高齢者医療制度の廃止後の国保への財政支援や医師不足対策などを実施する。

医療では、後期高齢者医療制度を廃止し、元の老人保健制度に戻す。保険料の地域間格差の大きい市

町村国保には公的資金を注入し手当てする。医師不足対策では、中長期的には医学部の定員を今の1.5倍に増やす。また、当面の手当てとして勤務医の処遇改善なども行っていく。国保保険料の滞納世帯のうち18歳未満は保険証を取り上げず、国保の無保険の子どもをゼロにする。

介護では、待遇の悪い介護労働者の賃金を月額2万円程度引き上げ、合わせて療養型病床の削減計画を廃止し、安心して介護を受けられる体制を整備する。

対策全体の規模は初年度は8.4兆円、2、3年後はそれぞれ14兆円、4年後には20.5兆円を投入して内需拡大策を実行。国の経済構造を内需主導型に転換していく。特別会計を含む国の総予算をゼロベースで見直して財源を捻出するとしている。

（11/6MEDIFAXより）

被保険者証返還、18歳未満は対象外に／民主 NC、救済法案提出を了承

国保の保険料を滞納したため被保険者証が取り上げられ、子どもに受診抑制が起こっているとされる問題について、民主党次の内閣（NC）は10月29日の閣議で、18歳未満を被保険者証返還の対象から除く「国民健康保険法の一部を改正する法律案要綱（案）」を了承した。直嶋正行政策調査会長は閣議後の記者会見で「早急に法案化して国会に提出したい」と述べた。

国保保険料の滞納が1年以上続いた場合、市町村国保は被保険者に被保険者証の返還を求め、代わりに被保険者資格証明書を発行する。滞納分の保険料を払うなどの改善が見られるまで、医療費は一時的に全額自己負担となる。このため滞納について責任のない子どもまで医療を受けるのが困難となる現状が指摘されている。（10/30MEDIFAXより）

保険料安くなるのは「後期高齢者の61%」／ 厚労省推計

民主党厚生労働部門会議が10月15日開かれ、後期高齢者医療制度が導入されたことで75%の後期高齢者は保険料が安くなるとの麻生太郎首相の7日の国会答弁に対し、民主党議員から「後期高齢者全体の話ではなく一部の推計を述べたものだ」と批判が相次いだ。部門会議に出席した厚生労働省保険局高齢者医療課の吉岡てつを課長は「首相は国保から同制度に移った世帯で負担が減っている割合を示したも

のだ」と説明。「後期高齢者全体では61%の人が保険料が安くなる」との粗い推計を明らかにした。

麻生首相は7日の衆院予算委員会で同制度の保険料負担に関して「今の案で70—75%の方々は今までの掛け金より安くなる」と述べた。15日の部門会議で長妻昭衆院議員は「計算の前提条件を示さないでみんな7割だと首相は言っている」と述べ、国民に間違った理解を与えていると指摘した。

吉岡課長によると、国保の代表的な8割の世帯で計算すると、同制度への移行によって75%の世帯で負担が減る。ただ、計算には、国保の残る2割の世帯と被用者保険の被保険者35万人、被扶養者200万人は含まれていない。

吉岡課長は、制度導入によって仮に国保加入者の75%が負担減になり、被用者保険の被保険者と被扶養者の全員の保険料が高くなると想定した場合、後期高齢者全体で見ると61%の人が保険料が安くなるとした。（10/16MEDIFAXより）

08年度改定の影響調査項目を了承／中医協・ 検証部会

中医協・診療報酬改定結果検証部会は11月5日、2008年度診療報酬改定の影響を調べる特別調査の調査項目を大筋で了承した。11月には調査を開始し、09年3月には報告書を作成する予定だ。特別調査の対象となるのは、①病院勤務医の負担軽減、②外来管理加算の意義付けの見直しの影響、③後発医薬品の使用状況、④後期高齢者診療料の算定状況、⑤後期高齢者終末期相談支援料の算定状況—について。

現在凍結されている後期高齢者終末期相談支援料に関する一般診療所向けの調査は、凍結前に算定していた可能性が高い在宅療養支援診療所と内科を標榜する診療所を対象とし、支援料算定の妥当性などを尋ねる。終末期の診療方針に関する話し合いの状況や具体的内容を担当看護師に尋ねるほか、20歳以上の国民に終末期の治療方針に関する話し合いや文書提供などについての意見を聞く。

（11/6MEDIFAXより）

DPCデータに基づく「連続的な評価」を提 案／DPC分科会で厚労省

厚生労働省は11月7日の中医協・DPC評価分科会で、調整係数に代わる新たな機能評価係数に関する7項目の基本的考え方案を提示し、大筋で了承された。従来の出来高払い方式で用いられているよ

うな、一定の症例数などを満たした場合に評価する手法だけでなく、DPCデータを活用できる制度の特徴を生かし、データに基づいて細かく評価する「連続的な評価」の検討などを盛り込んでいる。中医協の基本問題小委員会に報告するとともに、各論については引き続き議論を進める。

厚労省によると「連続的な評価」の導入は、症例数などに基づいて評価した場合、医療機関が高い評価を得ることを目的に症例数を増やすことを避ける狙い。導入した際に診療内容に大きな変容が起こらないよう、係数に上限値を設けることなどを検討する必要性も指摘している。（11/10MEDIFAXより）

5分ルールで応酬「議論の場を」と日医／「蒸し返し」と支払い側

「問題があるなら2年に1回の改定にこだわるべきでない。早急にデータに基づき議論を」と再改定も視野に入れた検討を主張する診療側に対し、「公益委員の裁定でいったん決まったことを蒸し返すべきではない」と押し返す支払い側。11月5日の中医協総会は、2008年度診療報酬改定で「5分ルール」が導入された「外来管理加算」をめぐる、各側委員が激しく意見をぶつけ合った。結局、同加算を個別に議論することは却下されたものの、08年度改定の付帯意見に盛り込まれている「基本診療料の在り方の検討」を議論する中で、日医による同加算の影響調査の結果を提出することは了承された。

口火を切ったのは藤原淳委員（日本医師会常任理事）。「5分ルールによって現場では算定困難となり減収となっている。日医の緊急レセプト調査でも予想を超える影響が出ている」と述べ、中医協の改定結果検証部会の検証項目としてだけでなく、総会や診療報酬基本問題小委員会でも「5分ルール」の議論をすべきとの考えを主張した。

これには、支払い側の対馬忠明委員（健保連専務理事）が反論した。対馬委員は「08年度改定で400億円の財源を病院に回すため、診療所の再診料を下げる」との議論があったが、診療側が反対したため、代わりに公益委員の裁定で外来管理加算の見直しが決まった。時間要件は賛成ではないが、判断せざるを得なかった。これが問題というなら、診療所の再診料の引き下げ議論をまたしなければならない」と批判。さらに「想定以上の減収というが、逆に想定以上に増収となった項目もあるのではないかな。個別の議論ではなく、基本診療料の在り方を検討する中

で議論すべき」とも主張した。

竹嶋康弘委員（日医副会長）は「公益裁定によって決まったことは事実。中医協で決めたことを軽々しく変え難いことも事実。しかし、医療の現場は生きている。型通りに2年に1回でなく、できるだけ急いで検証してほしい。患者と常に接している医療現場からの情報をぜひ提示したい」と述べ、日医の調査データの中医協への提出を要望した。

「再改定含み」の議論を求める診療側に対し、支払い側の松浦稔明委員（香川県坂出市長）は「あれだけのエネルギーを使って議論したのに、再び議論するのは反対」と「5分ルール」を議論することに難色を示した。ただ、遠藤久夫会長（学習院大学教授）は各側の意見を勘案し「調査データを出してもらって議論することはよいと思う。基本診療料の在り方の議論の中で出していただく。しかし、どう扱うかは今後の議論」と述べ、あくまで基本診療料全体の見直しの中で「5分ルール」を議論すると総括した。（11/6MEDIFAXより）

医療安全調査委法案は提出見送り／今臨時国会で厚労省

厚生労働省は現在開会中の臨時国会に、社会保障費の自然増2200億円の圧縮策として政管健保の国庫負担を削減するため健康保険法などの特例措置を定める「平成20年度における政府等が管掌する健康保険の事業に係る国庫補助額の特例及び健康保険組合等による支援の特例措置等に関する法律案」など合計8件の法案を提出する予定だ。診療関連死の死因究明を行う第三者機関を創設する「医療安全調査委員会設置法案（仮称）」は提出を見送った。厚労省が10月15日の参院自民党・政策審議会で明らかにした。

今臨時国会提出（予定）の法律案は合計33件（新規14件、継続19件）で、うち厚労関係は8件（新規2件、継続6件）。（10/16MEDIFAXより）

サリドマイド製剤など32品目承認／厚労省

厚生労働省は10月16日、藤本製薬のサリドマイド製剤「サレドカプセル100」など、新薬32品目（一部変更承認を含む）を正式承認した。年内にも薬価収載される見通し。

サレドカプセルは、厳格な安全管理手順の順守が承認条件。厚労省は安全確保を徹底させるため、承認条件の具体的な内容や、適正使用推進に向けた厚

労省の取り組みなどを示した同日付の2課長通知（審査管理課、安全対策課）を各都道府県などに送付した。（10/17MEDIFAXより）

外来管理加算、家族への問診も診察時間に／厚労省が疑義解釈

厚生労働省は10月15日付で、2008年度診療報酬改定の疑義解釈（その5）を地方厚生局などに事務連絡した。外来管理加算について、小児や認知症患者など本人に問診することが困難な場合は、家族らへの問診や説明の場合でも算定できるとした。家族などに対する問診や説明の時間も診察時間に含める。

外来管理加算は08年度診療報酬改定で、患者に対する丁寧な問診、診断、説明など「おおむね5分を超える直接診療」をした場合に算定できるとしている。

疑義解釈ではこのほか、入院時医学管理加算の施設基準となっている「治癒」の定義として、「退院時に、退院後に外来通院治療の必要がまったくなく、またはそれに準ずると判断されたもの」との見解を示した。（10/21MEDIFAXより）

周産期医療と救急医療の連携強化へ／厚労省、妊婦死亡問題受け懇談会

都立墨東病院などで受け入れを断られた妊婦が脳内出血で死亡する事例が発生したことを受け、厚生労働省は周産期の救急医療体制の強化を図る目的で「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」を新たに設置し、11月5日に初会合を開いた。同日の懇談会には舩添要一厚生労働相も出席した。今後、周産期医療と救急医療の確保、さらに両者が連携するための基本的枠組みを検討し、2009年度予算案も視野に入れて12月中をめどに意見の取りまとめを行う。

同日は岡井崇・昭和大医学部産婦人科学教室主任教授を座長に選出した後、周産期医療と救急医療の連携にかかわる問題点について各構成員が意見を述べた。

懇談会は今後、3－4回の会合を通じて議論を深める。次回は周産期医療と救急医療の連携が適切に行われている地域から事例紹介を求める予定。

（11/6MEDIFAXより）

社会保障カードの議論整理を公表／厚労省

厚生労働省は10月28日、「社会保障カード（仮称）

の在り方に関する検討会」のこれまでの議論の整理を公表した。8月29日の同検討会で提示した議論の整理案を修正。具体的には、社会保障カードの実現に当たっての検討課題として、医療や介護の保険証として利用する場合と、年金記録などの情報を閲覧するために利用する場合との違いなどを追加した。厚労省は2008年度中に社会保障カードに関する基本計画を策定する予定だ。

本人を特定する鍵となる情報（本人識別情報）については「医療・介護の現場では、保険者間の移動や姓の変更といったライフイベントの影響を原則受けない本人の識別番号を導入すべき」「紙処理とコンピューター処理が混在することが予想されるため、医療・介護現場で用いる識別番号は可視化して表示されるべき」などの意見があったと記述。その上で、医療・介護現場で混乱を招かないために、可視化された識別番号の必要性や、その番号を制度を越えて運用しないことを担保する仕組みを検討する必要があるとした。

また、カードの導入に当たって、年金・医療・介護の3制度を一体的に扱う統一的な番号の導入を前提にしたかのような議論をすべきではないという意見も追加した。

今回の議論整理の位置付けについては、いくつかの仮定を基にした議論を整理したもので「現段階で検討会としての一定の結論を得たものではない」と明記した。（10/29MEDIFAXより）

凍結の「相談支援料」も今後議題に／終末期の在り方懇が初会合

厚生労働省の「終末期医療のあり方に関する懇談会」は10月27日、初会合を開き、望ましい終末期医療の在り方に関する検討を始めた。この日は、これまでの終末期医療に関する議論の経過や、厚労省が2008年実施した意識調査の結果報告を受けて自由討論をした。委員からは、厚労省が07年4月にまとめた終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（GL）の問題点に対する指摘や、意識調査結果の解析を求める意見が相次いだ。意思決定のプロセスや凍結された終末期相談支援料の在り方についても議題に上る見通しだ。

会議の冒頭で、舩添要一厚生労働相は08年度診療報酬改定で創設された「後期高齢者終末期相談支援料」が凍結された経緯について説明し、「人生の終わりをどうつくるか国民全体で考える場があっ

いと考えていた。次は国民全体の理解を得た上でやるべきだと思っている」と述べた。厚労省の審議会などでの終末期医療に関する議論は「対外的には国民全体に伝わっていない」と指摘。「終末期は医療だけでなく、家族や社会全体の問題。論点を提示してもらっただけでも意義があると思う」と訴えた。（10/28MEDIFAXより）

医師不足、周産期センターにしわ寄せ／妊婦死亡問題で厚労省、調査結果公表

都内で起きた脳内出血の妊婦死亡問題に関して厚生労働省は11月7日、聞き取り調査の結果を明らかにした。同日開かれた民主党の周産期医療再建ワーキングチームの初会合で厚労省の担当官が説明した。周産期母子医療センターは給与面などでの待遇が悪く人材が集まらないことや、医師不足で産科を閉鎖する病院が多いため、センターにしわ寄せがきているなどの実態が浮き彫りとなった。

調査は厚労省が東京都と総務省消防庁との合同で、受け入れ拒否をした8病院と搬送を依頼したかかりつけ産婦人科医院を訪問し、聞き取りを行った。

調査結果によると、病床が常に満床になっている原因としては、①分娩を取りやめる病院が多い中、センターに正常分娩からハイリスクまでの分娩が集中している、②多胎などハイリスク妊娠の割合が上がっており、少しでもリスクがあるとセンターに紹介されてくる—ことなどが挙げられた。ハイリスク妊産婦を受け入れる体制を確保するため、正常分娩を制限することや、病床稼働率が低くなくても経営的に成り立つような支援が必要との指摘もあった。このほか母体の救命のため、救命救急センターや脳外科などを備え、必ず受け入れられる仕組みを検討すべきとの提案もあった。

今回の事案で手間取った搬送調整については、搬送調整を選任で行うコーディネーターを求める声や、搬送調整の情報交換を行う専用電話の設置が必要との声も出た。

医師確保については、①センターは訴訟リスクが高く拘束時間が長い割に、給料がよくないため人材が集まらない、②人材が集まるよう医師の手当を手厚くする補助を行い、交代勤務制が組める体制をつくるべき—などの意見が出た。

（11/10MEDIFAXより）

未加入先の出産は据え置き／補償制度で一時金支給額

厚生労働省は11月5日、産科医療で「無過失補償制度」が2009年1月導入されるのに伴い、現行の35万円から38万円に支給額を引き上げる予定の「出産育児一時金」について、同制度に加入していない病院や診療所、助産所で出産した人には、引き上げ分の3万円を支給せず現行額に据え置く方針を決めた。

お産を扱う病院など約3300カ所の加入率は現在95%。厚労省は100%加入させ、安心して出産できるよう妊産婦全員をカバーしたい考えだ。

無過失補償は、出産事故で脳性まひの子が生まれた場合、医師に過失がなくても妊産婦に計3000万円を支払う制度。医療機関が負担する制度の掛け金3万円が転嫁され出産費用が高くなる見込みで、その分の出産育児一時金引き上げが決まっていた。一時金は公的医療保険から支給される。【共同】

09年度の医学部定員、過去最多の8486人に／文科省、定員増計画73大学504人

文部科学省は11月4日、「骨太方針2008」に盛り込まれた医学部入学定員増に基づき、73大学から504人分の09年度の入学定員増計画の申請があったことを明らかにした。「緊急医師確保対策」に基づく増員計画と合わせると77大学693人分の定員増となり、合計の入学定員は過去最多だった1981—84年を200人余り上回る8486人に上る。

骨太方針08に基づく増員を申請したのは、国立39大学199人分、公立8大学49人分、私立26大学256人分。増員計画とともに大学側に提出を求めた地域医療への貢献に関する計画として、「ホームステイ型研修をはじめとした地域住民とのふれ合いを重視した地域医療教育の充実」（福島県立医科大）、「『生命誕生の喜び』体験実習や『子育て体験・乳児発達観察』実習など、小児・産科・救急医療などへ進むきっかけを与える機会の早期創設」（信州大）などが寄せられた。

増員計画は今後、文科省の「大学設置・学校法人審議会」への諮問・答申を経て正式に決定する。（11/5MEDIFAXより）

公務員給与、医師は増額へ／33道府県で据え置き勧告

地方公務員の月給、期末・勤勉手当（ボーナス）など、給与に関する2008年度の人事委員会勧告が10

月17日、すべての都道府県と政令指定都市で出そろった。共同通信の集計では33道府県、10政令市が国家公務員についての人事院勧告と同様、給与据え置きを勧告した。

年収ベースで引き上げの勧告は埼玉など12県と北九州市。一方で東京都、鳥取県と、仙台、静岡、浜松、名古屋、大阪、広島は6政令市が引き下げを勧告した。

また、公立病院の医師不足が深刻化する中、東京都と福岡県を除く45道府県と、札幌など12政令市で、民間病院との給与格差是正のため、医師の初任給調整手当の引き上げを求めた。人事院は同手当について年間約127万円の引き上げを勧告している。

地方公務員給与は06年10月、総務省が地域の民間給与を基準として重視するよう通知してから自治体間の勧告のばらつきが顕著になった。埼玉県は、県内の民間平均より月給が約3900円低いとして、平均年収で6万5000円の引き上げを勧告。民間より月給が約1万1500円高い鳥取県は平均年収で約19万5000円の引き下げ。名古屋、大阪、広島の3市も年収で4万円台の引き下げを勧告した。

大阪府では据え置きを勧告、橋下徹知事が8月から実施した今後3年にわたる給与削減を事実上容認した。【共同】（10/20MEDIFAXより）

レセプト点検効果額、目標値上回る／社保庁・社会保険事業運営評議会

社会保険庁の社会保険事業運営評議会が10月27日に開かれ、2007年度事業実績報告書案の報告を受けた。社保庁は近く同報告書を厚生労働省に提出する。

報告書案によると、政管健保のレセプト点検調査による医療費適正化に数値目標を掲げて取り組んだ結果、被保険者1人当たりレセプト点検効果額は外傷以外の受診による内容点検で928円となり、目標値の806円を122円上回った。社保庁は、保険医療機関単位に3カ月程度の連続した複数月のレセプトを抽出して行う総覧点検を継続して行ったことで、過誤調整の件数が増加したことなどが要因と指摘した。

ただ、外傷などによる受診のレセプトを対象とする外傷点検については、交通事故などによる疾病が減少傾向にあったことなどにより、07年度の点検効果は目標値を55円下回る409円にとどまった。

船員保険については、内容点検の点検効果は目標値を138円上回る1311円だった。外傷点検は788円で、目標値を80円下回った。（10/28MEDIFAXより）

医師確保や災害対応強化を／北海道、東北知事会議

北海道と新潟県、東北6県の知事で構成する北海道東北地方知事会議が11月6日、青森市のホテルで開かれ、地震など自然災害への対応や、医師確保策の強化などを国に求める緊急提言をまとめた。

岩手・宮城内陸地震などがあった岩手県の達増拓也知事は「山間部を中心に被害が甚大だったが、林地の復旧支援の仕組みが不十分」として、災害復旧での地方の負担軽減や激甚災害指定基準の見直しを求めた。

地方の医師不足について新潟県の泉田裕彦知事は「地方と都市部の差は厳然としている」と指摘。福島県の佐藤雄平知事も「研修医が東京に一極集中しており、卒後臨床研修制度の見直しが大事」と主張した。【共同】（11/10MEDIFAXより）

国の責任で医師不足解消を／関東知事会がアピールへ

関東地方知事会（10都県）は10月29日、千葉市内で会議を開き、東京都内で診療拒否された妊婦が出産後に死亡した問題などを受け、医師不足を国の責任で解消して医療体制を充実するよう政府に緊急アピールを出すことで合意した。

会議で石原慎太郎東京都知事は「東京は産科も小児科も給料を上乗せしているが、とても追いつかない」と医師不足の現状を指摘。各知事からは「医師不足を招いた責任を（国は）自覚すべきだ」（上田清司埼玉県知事）、「医者が増えると医療費が増えるという考え方は自重してもらいたい」（堂本暁子千葉県知事）などと批判が相次いだ。

会議ではこのほか関東地方の主要港と内陸部を結ぶ道路網の整備など、12項目の国への要望事項を決めた。【共同】（10/31MEDIFAXより）

周産期の拠点に医師派遣へ／都が約500億円規模の補正予算

東京都は10月31日、金融危機と妊婦死亡事故を受けて、リスクの高い妊婦を受け入れる周産期医療の拠点病院に地域の医師会から産科医を派遣することや、公共工事の前倒しなどを盛り込んだ総額約500億円規模の第2次補正予算案を、12月の定例都議会に提案する方針を固めた。

資材価格の高騰などで中小企業の経営環境が悪化しており、都は中小企業向けの制度融資の拡充や新

銀行東京の減資対応などを盛り込んだ935億円の補正予算を編成したばかりだった。

【共同】（11/4MEDIFAXより）

太田市が後期高齢者制度で助成／年5000円を支給

群馬県太田市は11月6日までに、後期高齢者医療制度で負担が増えている75－79歳の市民を対象に年1回、一律現金5000円を支給する「元気支援金支給制度」を始めると発表した。2年間の暫定措置で、25日から支給する。

支給対象となるのは7652人（10月1日現在）で、年間総額約3800万円。後期高齢者医療制度の保険料は県単位で決められ、市町村が直接保険料を減額することができないため、激変緩和措置としてほかの方法での助成となった。

太田市はすでに「長寿祝金」として80歳以上に6000円、88歳以上に8000円を支払っていたが、79歳以下は対象外だった。【共同】

宿直明けに倒れた24歳看護師、過労死認定／労基署、残業月100時間

東京都済生会中央病院（東京都港区）で2007年5月、宿直明けに意識不明になり、死亡した看護師高橋愛依さん（当時24）について、三田労働基準監督署（同区）が過労死として労災認定していたことが分かった。認定は10月9日付。

代理人の川人博弁護士によると高橋さんは06年4月から同病院に勤務。07年5月28日午前7時30分ごろ、手術室の中でストレッチャーに突っ伏しているのを同僚が発見。同日夕、死亡した。持病はなく、死因は致死性不整脈とみられるという。

高橋さんが働く手術室はもともと26人態勢だが、07年3月末には18人になった。新人が補充されたが人員不足の状態は続き、高橋さんは4月から5月にかけて、25時間拘束の宿直勤務を8回こなしたほか、土日に働くこともあり、残業は月約100時間だった。

4月中旬には、10日間に3回宿直があり、3回目の明けの勤務中に倒れ、翌日午前から勤務したこともあった。病院の就業記録では、残業は4月は33時間、5月は15時間だった。

発症前2－6カ月間の時間外労働が、月80時間以上だと過労死の危険があるとされる。同労基署は「残業時間は基準より少ないが、不規則勤務や緊急手術などの過重性を総合的に判断し、認定した」と

説明したという。

高橋さんは日記に「忙しい」「もう無理」と書き残していた。父親は「娘の労災認定により、あるべき労働環境への改善に近づくとともに、認定の在り方も少しずつ変わっていくと信じています」とコメントした。

病院側は「労災認定は真摯に受け止めている。看護師の勤務が過重にならないように態勢を検討している」としている。（10/20MEDIFAXより）

病院賠償、2審も認めず／小児科医の過労自殺訴訟

東京の小児科医中原利郎さん（当時44）のうつ病による自殺をめぐり、遺族4人が勤務先の病院を運営する立正佼成会に対し、計1億2000万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決で、東京高裁は10月22日、請求を退けた1審判決を支持、遺族の控訴を棄却した。

中原さんの自殺は過労が原因として労災認定されているが、鈴木健太裁判長は「うつ病の症状もみられたが、中原さんは業務をそれなりに処理し、無断欠勤もなかった。産業医への相談もなく、精神的な異変を病院側は認識できなかった」と指摘。安全配慮義務違反による賠償責任は生じないと判断した。

遺族側弁護士は「労災が認められたのに、使用者の責任が否定されたのは珍しい」としている。

遺族側は、今回の訴訟のほか労災認定を求める訴訟も提起。東京地裁は2007年3月、自殺を労災と認める判決を言い渡し、そのまま確定した。

しかし、約2週間後にあった今回の訴訟の東京地裁判決は、自殺原因を過労と認めずに請求を棄却。遺族が控訴していた。

鈴木裁判長は「自殺の4－5カ月前には最大月8回の当直など過重な勤務をし、全国的な小児科医不足の中で医師の減少にも直面。著しい負担があった」として、過労が自殺原因のうつ病を引き起こしたと認めた。

判決によると、中原さんは1987年4月から、東京都中野区の立正佼成会付属佼成病院に勤務。99年1月末に小児科部長代行となり、同年3月から6月の間にうつ病を発症、8月に病院屋上から飛び降り自殺した。【共同】（10/24MEDIFAXより）

外国人看護師・介護士の定住促進を／経団連が労働力不足で提言

日本経団連は10月14日、少子化で日本の労働人口が減少すると予想されるため看護師、介護士など一定の技能を持つ外国人労働者の定住を認めるよう政府に求めた提言を発表した。経団連はこれまで研究者など高度な技術、知識を持つ人材の定住促進を要望してきたが、製造、建設などの分野を含む技能労働者にも定住の門戸を広げるべきだとした。

外国人労働者の移民受け入れについての法整備に加え、本人・家族への日本語教育の充実、住宅確保や医療、年金など社会保障制度の改善といった定住支援策も求めた。【共同】（10/16MEDIFAXより）

医療費分析にも積極的に取り組む／協会けんぽ

政管健保の運営を社会保険庁から引き継ぎ、10月1日に発足した全国健康保険協会の第1回運営委員会が23日に開かれた。田中滋・慶応大大学院教授を委員長に選出したほか、今後の審議予定について、2009年度の事業計画と予算を09年2月末までにまとめる方針を確認した。

小林剛理事長はあいさつで、医療制度改革を着実に進めるためにも今後、同協会には保険者機能を十分発揮することが強く求められるとの考えを強調。一方、同協会が運営する協会けんぽの被保険者証の印字の不具合や事務処理の誤りなど、発足直後の不手際についてあらためて陳謝した。

田中委員長は同協会の事業内容について説明を受けた後、調査分析の取り組みをさらに充実させることを強く求めた。これを受け同協会の貝谷伸理事は、新たな業務システムの導入で収集できるデータ項目を増やすこともできるとし、保険者機能の強化を図る延長線上で医療費分析に力を入れる考えを強調した。また、データ分析は外部の人材にも積極的に協力を求めていく意向を示した。

（10/24MEDIFAXより）

支援金は08年度限りの決断／健保連の対馬氏「09年度以降は断固反対」

健保連の対馬忠明専務理事は11月7日の会見で、旧政管健保への支援金として組合健保などに負担を求める特例法案が今臨時国会で成立しない見通しとなったことについて、「具体的なスケジュールにのっていないと聞いている。国会審議の状況を見守りたい」とだけ述べた。また、仮に厚生労働省の2009年

度の予算編成過程で再び同様の負担を求められた場合について「08年度限りの決断だった。次年度以降については断固反対。徹底して戦う。ここは揺らぐことはない」と強調した。

特例法案が成立せずに約1000億円が補正予算によって賄われ、健保連が09年度以降の負担も拒否することになると、社会保障費2200億円の削減のために、被用者保険間の財政調整を名目として浮上した支援金負担は消えることになる。

一方、後期高齢者医療制度の見直しに向けた「舛添私案」に関しては「国保と後期高齢者医療制度を統合し、都道府県単位とするのがポイントだろうが、これまでの議論では都道府県単位には知事らの反対が強かった。利害関係者の議論と学者の議論は違う。現実問題として成り立つのか」と述べ、有識者を中心とする大臣直属の検討会で議論を進めていく手法に疑問を呈した。（11/10MEDIFAXより）

オンライン請求の義務化撤廃で共同声明／三師会の会長が合同会見

日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の三師会は10月22日、合同の記者会見を開き、2011年度に予定するレセプトオンライン請求義務化の撤廃を求める共同声明を発表した。唐澤祥人日医会長は「レセプト請求のオンライン化を義務として強引に押しつけては、医療安全や医療の質の向上に向けてITを上手に活用することにならない」と批判。義務化によって一部医療機関が廃院に追い込まれかねない状況にあるとし、地域医療崩壊につながると強い危機感を表明した。

共同声明では、医療へのITの活用は本来、医療の質の向上、医療安全に資するものであるべきと強調。国はこれらの点をかんがみることなく、レセプト請求を例外なくオンラインに限定し、医療機関などに新たな投資と負担を強いようとしていると批判した。さらに、レセプトオンライン請求の完全義務化が進めば地域の医療機関を撤退に追い込み、地域医療崩壊に拍車をかけることは明らかと断言。義務化を撤廃し、レセプトオンライン請求は医療機関などの自主性に委ねることを強く求めた。

共同声明は同日中に舛添要一厚生労働相、大村秀章厚生労働副大臣、尾辻秀久自民党参院議員会長に提出した。唐澤会長によると、舛添厚労相は声明について理解したとする一方、今後の対応については議論があるとの認識を示したという。尾辻会長から

は声明に対し前向きに取り組む意向が示された。

日医の調査によると、レセプトオンライン請求の完全義務化が進めば、医科では8.6%の医療機関が廃院するしかないと回答している。

（10/23MEDIFAXより）

国民会議の最終報告「医療費亡国」の大転換に／分科会座長の大森氏

社会保障国民会議サービス保障分科会座長の大森彌・東京大名誉教授（社会保障審議会介護給付費分科会長）は10月17日、茨城県東海村で開かれた「介護保険推進全国サミット」で講演し、10月末にまとまる予定の国民会議の最終報告について「これまで、医療費が高まると日本の国が崩壊するというばかりの前提の議論があった。これが（最終報告で）決定的に変わる」と強調した。

さらに、「福祉国家が大きくなると経済成長は鈍化するという、国際社会ではまったく通用しないことを平気で言うような人がかつてはいた」とし、これまでの社会保障費の削減方針を転換すべきと主張した。

大森氏は「（社会保障の上で）やはり小泉構造改革がひどかった。あの人は一体何をした人なのか。普通の人なら評価するはずがない」と述べ、社会保障費削減の発端となった小泉純一郎・元首相の構造改革を強く批判した。一方、社会保障国民会議を立ち上げた福田康夫・前首相については「これまでの総理が手掛けなかった社会保障に手を掛けた人だった」と評価する姿勢を示した。

大森氏は国民健康保険の今後の在り方について「すべての市町村が参加しなければ生きていけない仕事こそが、広域自治体としての都道府県の仕事だ」とし、国保と後期高齢者医療制度をワンセットとして都道府県単位で動かすべきとの認識を示した。その上で、舛添要一厚生労働相が示した私案に対し「厚労大臣が頑張っておられるなら応援したい」と述べた。

現行の後期高齢者医療制度に対しては「内容は悪くはないが、政治的に廃止が争点になったからには持たないだろう。見直さざるを得ない」と述べた。（10/20MEDIFAXより）

時間外の軽症受診に上乘せ／群馬大、4200円

群馬大病院（前橋市）は10月29日、夜間や休日の正規の診療時間外の救急受診について、軽症患者か

らは診療費のほかに4200円を12月1日から徴収すると発表した。診療時間外は医師が手薄なため、軽症患者の受診を減らし、緊急性のある重症患者の受け入れを強化する狙い。同病院によると、国立大の付属病院では山形大に次いで2例目。①入院が必要、②他院から紹介状を持参、③緊急処置が必要と医師が判断一のいずれかに該当するケースは徴収しない。同病院が2007年度に受け入れた時間外受診の救急患者は約7600人だが、約半数は緊急性の低い患者だったという。【共同】（10/31MEDIFAXより）

7カ所診療断られ妊婦死亡／緊急対応指定の都立病院

体調不良を訴えた東京都内の妊婦（36）が都立墨東病院（墨田区）など7カ所の医療機関に診療を断られた後、最終的に救急搬送された墨東病院で赤ちゃんを出産後、脳内出血の手術を受け、3日後に死亡していたことが10月22日、分かった。赤ちゃんは無事だった。

墨東病院は、緊急対応を必要とする妊婦や新生児を受け入れる都が指定した医療機関。当直に当たる産科医師の1人が退職し、妊婦が搬送された10月4日の土曜日は研修医1人が当直していた。都は、指定医療機関としての態勢に不備がなかったか経緯を詳しく調べる。

都によると、妊婦は吐き気などを訴え、江東区のかかりつけの産婦人科医院を訪れた。医院は緊急な措置が必要と判断し、墨東病院への搬送を手配。しかし、墨東病院は産科の当直医が1人しかいなかったため対応できず、いったん断った。

妊婦の診療がほかの6カ所の医療機関にも断られたため、医院が再度依頼し、約1時間後に墨東病院が受け入れを決めた。墨東病院は医師1人を呼び出して対応。妊婦は、帝王切開で赤ちゃんを出産後、脳外科で脳内出血の手術を受けた。

墨東病院の産科医師は、7月からは常勤3人、研修医3人で当直に当たった。平日の当直は2人だったが、週末は1人で、妊婦が搬送された当日の当直は30代の研修医1人だった。

重大なケースになると、別の医師を呼び出していたという。

都は「限られた人材で精いっぱい対応した。痛ましいことで救えなかったのは残念」と話している。墨東病院は、救急患者の診察や緊急手術、救命措置などに当たる「東京ER」を開設。産科は直接は対

象外だが、石原慎太郎都知事は「あってはならないことで残念。経緯を調査したい」と話した。

2007年8月には、買い物中に腹痛を訴えた奈良県の妊婦の搬送先がなかなか決まらず、10カ所目に打診した大阪府の病院に運び込まれたが、死産となった。【共同】（10/23MEDIFAXより）

介護保険編

次期介護報酬改定は3.0%引き上げ／初のプラス改定へ、財源規模は約2300億円

麻生太郎首相は10月30日、首相官邸で「新たな経済対策に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議」を開き、追加経済対策を取りまとめた。追加対策には、2009年度の介護報酬改定について「3.0%引き上げ」を実施することを明記した。3.0%引き上げによる国庫負担分の約600億円は、09年度当初予算に盛り込まれる予定。プラス改定による国庫負担分をめぐっては財務省の反発があったものの、「断固プラス改定」という自民党の強い意向に財務省が折れた格好だ。

改定率をプラス3.0%とした根拠について、厚生労働省は「06年度改定以降の賃上げ率や物件費を加味した上昇分が1%弱。それを上回る率ということで3%になった」（老健局総務課）としている。3.0%引き上げによる財源規模は介護給付費と被保険者の1割負担分を合わせて約2300億円。介護従事者の処遇改善をめぐっては、民主党が07年、平均賃金が一定以上の認定事業所の職員に対し月額2万円賃上げする案を示し、財源規模は約900億円としていたが、政府・与党は民主党の財源規模を上回る対策を示すことで、「介護従事者の処遇改善」を強くアピールする狙いがあったとみられる。

追加経済対策で、介護報酬改定の3.0%の引き上げが決まったことを受け、政府は介護保険料の急激な上昇を抑制する措置として約1200億円を投じる。09年度は改定による上昇分の全額を、翌10年度は上昇分の半額について、被保険者の負担を国費により軽減する。

介護保険料の軽減に当たっては、65歳以上の第1号被保険者の保険料分は市町村に基金を設置。40—64歳の第2号被保険者については保険者団体などに

交付する。今回の軽減措置はプラス改定による負担増分のみで自然増分は含まないが、自治体で積み立てている介護保険準備基金からも補てんするため、第4期介護保険料は1号・2号被保険者ともに100—200円程度の引き上げにとどまる見通しだ。

追加経済対策では、次期介護報酬改定の3.0%引き上げに加え、介護福祉士の修学資金貸付金事業の拡大や、母子家庭の母親に対する介護福祉士・看護師の資格取得の支援、外国人看護師・介護福祉士候補者への日本語研修も盛り込んだ。こうした対策によって、介護人材などを10万人程度増強するとした。（10/31MEDIFAXより）

第2号被保険者の負担率は30%に／第4期介護保険事業計画で政令改正

政府は10月21日の閣議で、介護保険法施行令と国庫負担金の算定などに関する政令の一部改正を了承した。税制改正に伴う介護保険料の激変緩和措置の終了により、保険料額が上がる人に対し、2009—11年度まで同水準の軽減措置を講じる。また、第4期介護保険事業計画（09—11年度）での第2号被保険者（40—64歳）の負担率を30%とする。施行は09年4月1日。

介護保険料の軽減措置の対象となるのは保険料負担段階が「第4段階」で、前年の公的年金などの収入額と所得の合計額が80万円以下の第1号被保険者。第4期計画期間中、市町村の判断で保険料を引き下げることができる。第2号被保険者の介護保険財政の負担割合は、第3期計画（06—08年度）の31%から、30%に改める。（10/22MEDIFAXより）

3.0%増、給与に反映する方法を検討／次期介護報酬改定で厚労省

厚生労働省は10月31日の「安心と希望の介護ビジョン会議」に、政府・与党の追加経済対策に盛り込まれた介護報酬3.0%引き上げに伴う介護保険料の軽減措置について説明した。委員からは「3%引き上げ分が介護従事者の賃金に反映される仕組みが必要」との意見が相次いだ。厚労省老健局老人保健課の鈴木康裕課長は「どのくらい処遇が改善されるかは地域差などによりかなり異なる。一定の額ということは難しい」と述べた上で、改定率のアップが賃金に反映される方法を検討して次期改定に盛り込み、2009年度にはその検証調査を行う方向性を示した。

介護保険料の軽減措置について、厚労省は3.0%

引き上げに伴う保険料増を、①09年度は上昇分全額、②10年度は上昇分の半額一を国費により軽減すると説明。追加経済対策により、09年度は800億円、10年度は400億円の計1200億円を軽減措置に充てるとした。石川良一委員（東京都稲城市長）は「軽減措置も含め、介護報酬引き上げについて被保険者の理解を求める説明責任がある」と国に対応を求めた。（11/4MEDIFAXより）

通所リハビリ「短時間・個別特化型」を創設へ／次期介護報酬改定

厚生労働省は10月30日の社会保障審議会・介護給付費分科会で、医療保険で維持期リハビリテーションを行っている利用者が、同じ医療機関で介護保険適用の通所リハビリを受けられるよう基準や要件を見直す案を提示した。また、介護保険での通所リハビリ機能を強化するために、現在2時間以上の集団型が中心の通所リハビリに、2時間未満の「短時間で個別に特化した」制度を創設する方針を示した。

2006年診療報酬改定では、急性期・回復期リハビリは医療保険、維持期リハビリは介護保険が担当すると明確化したが、維持期リハビリについて「お預かり機能」に終始し、内容が不十分「急性期や回復期リハを受けた医療機関で継続して受けたい」などの理由から、介護保険での通所リハビリを敬遠する動きがみられた。このため、診療報酬では07年4月に維持期リハビリの医学管理料を創設。08年度改定では同医学管理料を廃止した上で、疾患別リハビリの算定上限日数を過ぎても月13単位まで算定可能とし、介護保険の維持期リハビリについては09年度介護報酬改定で見直すとしていた。（10/31MEDIFAXより）

訪問介護「短時間頻回」や「夜間」強化へ／次期介護報酬改定

厚生労働省は10月30日、社会保障審議会・介護給付費分科会を開き、2009年度介護報酬改定に当たっての居宅系サービスについて議論した。訪問介護については、サービスの効率的な提供の観点から、短時間の頻回訪問や夜間訪問介護を盛り込む案を提示した。

また、訪問介護員の研修や介護福祉士の雇用に取り組む事業所を評価する「特定事業所加算」が普及していない実態を踏まえて、要件を見直す方針を示した。厚労省は次回の会合で、居宅介護支援や地域

密着型サービスなど残りの居宅系サービスについて議論する予定だ。

特定事業所加算は、06年度から質の高いサービスを評価する目的で導入したが、08年4月審査分で訪問介護請求事業所の算定が4.6%にとどまるなど普及していない状況。加算の要件を満たしていても届け出をしていない事業所に対し、厚労省が行った調査によると、算定しない理由として「利用者の負担増への理解が得られず利用者の減少が予想される」「支給限度額を超過し利用回数の減少が予想される」など利用者側の視点を挙げる意見が多かった。

このため厚労省は、特定事業所加算の普及に向けて、利用者の視点に立った要件への見直しを提示。具体的には、サービス提供責任者が緊急時対応を行うなどの案を示した。（10/31MEDIFAXより）

褥瘡ケア、訪問看護の特別管理加算対象へ／次期介護報酬改定

厚生労働省は2009年度介護報酬改定に向けて、訪問看護の特別管理加算の対象に褥瘡ケアを追加する考えを10月30日の社会保障審議会・介護給付費分科会に示した。ただ、日本医師会の三上裕司常任理事は「褥瘡は入院して集中的に治療した方がよい」と述べるなど対象拡大に疑問を呈した。

日本褥瘡学会のまとめによると、訪問看護を利用する褥瘡患者のうち、重度とされるステージⅢとⅣの患者が42.5%を占める。また、国保中央会の調査研究では、褥瘡ケアの処置時間は、現時点で特別管理加算の対象となっている疾患のケアに要する時間よりも長い。さらに、褥瘡ケアには専門的な知識・技術が必要とされていることから、08年4月の診療報酬改定でも、特別訪問看護指示書を1月につき2回まで交付できるように算定拡大が図られるなど、褥瘡ケアに対する訪問看護のニーズは高い。これらの点を踏まえ、厚労省は次回改定で、褥瘡の処置を特別管理加算の対象としたい考えだ。（10/31MEDIFAXより）

介護給付適正化事業、伸び抑制で効果／07年度厚労省調査

厚生労働省は10月15日、2007年度の「介護給付適正化推進運動実施状況調査結果」と「介護給付適正化事業の効果」を公表した。何らかの介護給付適正化事業を実施している保険者は98.5%に上り、ほとんどの保険者で取り組みが進んでいることが分かつ

た。居宅介護給付額の伸び率を見ると、何らかの適正化事業を実施している保険者は、何も実施していない保険者より約5ポイント伸び率が抑制されており、介護給付適正化で一定の効果が見られた。

調査結果によると、07年度に何らかの適正化事業を実施したのは1636保険者（98.5%）で、前回調査（99.4%）より0.9ポイント減少したものの、ほとんどの保険者で実施していた。主要適正化5事業すべてを実施しているのは217保険者で、前回調査（135保険者）と比べ82保険者の増加。一方、いずれも実施していないのは25保険者で、全体に占める割合は1.5%にとどまった。主要適正化5事業別では、「要介護認定の適正化」は87.5%、「住宅改修・福祉用具実態調査」は75.0%が実施していた一方、「ケアプランの点検」は最も実施率が低く38.0%にとどまるなど、適正化事業によりばらつきが見られた。

介護給付適正化事業の効果を見ると、何らかの適正化事業を実施している保険者の居宅介護給付額の伸び率は3.05%で、何も実施していない保険者の伸び率（8.18%）より5.13ポイント低く、適正化事業により給付額の伸びが抑制されていることが分かった。また、主要適正化5事業すべてで実施保険者の居宅介護給付額の伸びが抑制されており、特に保険者の規模が大きくなるにつれて、給付額の伸びが抑えられる傾向が見られた。

適正化事業の実施別に居宅介護給付額の伸びを見ると、最も低いのは「介護給付費通知」2.49%で、次いで「ケアプランの点検」2.57%、「医療情報縦覧点検」2.90%の順だった。（10/16MEDIFAXより）

有老ホーム、7年で7.6倍に／厚労省調査

2007年の有料老人ホーム数は2671施設で介護保険制度開始当初（00年）の7.6倍に増えていることが、厚生労働省が10月16日に公表した「社会福祉施設等調査結果の概況」で明らかになった。定員数や在所者数も約4倍に増えており、厚労省は「有料老人ホームに対するニーズが引き続き増えている」とみている。

00年の有料老人ホーム数は350施設だったが、介護保険制度開始後は急激に増えており、07年は初めて2000施設を突破した。07年の定員数は14万7981人で00年（3万7467人）の3.9倍、在所者数は11万4573人で00年（2万6616人）の4.3倍に増えていた。

老人福祉施設の常勤換算従事者数は5万625人で前年より3967人減少した。保健師・看護師や介護職

員の減少が目立った。厚労省は従事者数の減少について、高齢者の各種相談などに応じる「老人福祉センター」が、06年の介護保険法改正に伴い創設された「地域包括支援センター」に移行し、調査対象となった影響が大きいと分析している。

調査は86種類の社会福祉施設などと障害福祉サービス事業所を対象に、07年10月に実施した。（10/17MEDIFAXより）

介護サービス情報公表、手数料平均は4万4359円／厚労省が担当者会議

厚生労働省は11月4日、介護サービス情報公表制度の担当者会議を開き、2008年7月16日現在の「情報公表手数料設定の状況」について説明した。公表制度で事業者が支払う手数料の平均額は合計4万4359円で、07年度調査に比べ9675円下回った。都道府県別でも減額改定をした自治体が約7割に上った。

一方、都道府県別の最高額と最低額では約2万3000円の格差があった。厚労省は、手数料の見直しに向けた取り組みは行われているものの、依然として都道府県によって大きな差があるとし、引き続き手数料の適切な検証を求めた。

介護サービス公表制度をめぐっては、事業者が支払う手数料が高額で事業者負担が大きいとの指摘があり、厚労省は各都道府県に対し、手数料水準の適正化を求めてきた。調査結果によると、手数料の全国平均は公表事務手数料が1万674円、調査事務手数料が3万3685円。合計手数料を都道府県別にみると、最高額が島根の6万円、最低額が千葉の3万6633円だった。

手数料の見直しを行った都道府県は公表事務手数料が32自治体（68%）、調査事務手数料が35自治体（74%）で、いずれも約7割が見直しを行っていた。（11/5MEDIFAXより）

若年性認知症、約4割が「介護保険サービス利用なし」／東京都調査

東京都が10月16日に発表した「若年性認知症生活実態調査」によると、アルツハイマー病やピック病を65歳未満に発症した若年性認知症患者の38.3%が、介護保険制度によるサービス・支援を利用していないことが分かった。障害者自立支援法によるサービス・支援は「利用していない」が91.5%に上り、うち「サービスを知らなかった」との回答は5割を超えた。東京都は「要介護度や認知症の進行度によ

て介護サービスの利用状況は違う。きめ細かい対応が必要」としている。

調査は2008年2月下旬～3月に、都内在住の若年性認知症患者とその家族に実施。同意を得た50世帯に訪問調査を行い、47世帯から回答を得た。患者は男性が51.1%（24人）、女性が48.9%（23人）。年齢構成は60代（61.7%）が最も多く、50代（31.9%）、70歳以上（4.3%）、40代（2.1%）の順で、平均年齢は61.6歳だった。「認知症ではないか」と周囲が気づいた年齢は「50代」が68.1%を占めた。

介護保険サービスを利用していた患者は28人で、サービス別に見ると「通所介護（デイサービス）」38.3%、「訪問介護」23.4%、「短期入所生活介護（福祉系ショートステイ）」21.3%、「認知症対応型通所介護」8.5%などだった。利用者の要介護度別では、「要介護5」32.1%（9人）が最も多かった。

サービスを利用していないとした18人（38.3%）に理由を聞いたところ、「知らなかった」と回答したのは2人（11.1%）だった。

一方、障害者自立支援法によるサービスは91.5%（43人）が利用しておらず、うち55.8%（24人）が「（サービス内容を）知らなかった」と回答するなど、障害者自立支援法のサービスの認知度が低いことが分かった。

このほか、患者の現在の就業状況を聞いたところ、「働いていない」が87.2%（41人）を占めた。うち75.6%は若年性認知症になる前は就業しており、認知症になったことで退職しているケースが多いことが分かった。東京都は「若年性認知症患者は働き盛りの人が多いので、就労支援を行う必要がある」としている。（10/23MEDIFAXより）

3.0%増では崩壊止められない／次期介護報酬改定で保団連

保団連は10月31日付で、政府の追加経済対策で2009年度の介護報酬改定の3.0%引き上げが明記されたことに関する要望書を、麻生太郎首相と舛添要一厚生労働相に提出した。3.0%の引き上げでは「介護崩壊は食い止められない」とした上で、軽度者の介護給付制限（介護予防給付の創設）の廃止や報酬の引き上げ財源をすべて国庫負担の増額で賄うことなどを要望した。

要望書によると、過去2回のマイナス改定に加えて、06年介護保険制度改正での軽度者への介護給付制限を勘案すると、これまでの介護報酬のマイナス

幅は10%以上になると指摘。09年度改定では3.0%の引き上げと併せて、介護保険施設の居住費・食費を保険給付に戻すなどの対策を求めている。

また、追加経済対策に当たって麻生首相が「3年後の消費税引き上げ」を明言したことに対しては「社会保障理念に逆行するもの」とし、消費税引き上げではなく、先進諸国並みに国と企業負担を強化すべきと主張した。（11/5MEDIFAXより）

京 都 編

介護や就労重点支援／京都市・障害者福祉計画策定

京都市は11月3日までに、2012年度を目標とする障害者保健福祉推進計画「支えあうまち・京のほほえみプラン」を策定した。緊急時におけるホームヘルパーの派遣や就労支援など、障害者への具体的な支援策を盛り込んだ。

市は12年度までを計画期間とする「市障害者施策推進プラン」を03年度に策定したが、障害者自立支援法の施行などで障害者を取り巻く環境が変化したことから、計画を練り直した。

新計画では重度障害者の家族が病気などで介護できなくなった場合、市が民間事業所に委託するなどしてホームヘルパーを派遣することや、関係機関や企業と「就労支援ネットワーク」を構築し、障害者のニーズに合った就労支援をすることなどを新たに盛り込んだ。

このほか、障害のある学生が通学しやすい道路環境のバリアフリー化や、聴覚障害者らの学習を支援するボランティアの充実も図っていく。

実態反映せず現場から異論／府の介護・福祉人材確保中間案

介護や福祉を担うヘルパーらの人手不足に対応しようと、京都府は「介護・福祉サービス人材確保プラン」中間案をまとめ、公表した。京都ジョブパークとの一体運用する就労拠点整備などが案の柱だが、府内のヘルパーらでつくる団体から「なぜ離職が多いのか、当事者や労働者の声を聞き、調査をしてほしい」と見直しを求める声が出ている。

府によると、府内の介護・福祉分野従事者数は

2006年度で5万5000人で、離職率は17%と高く、事業所は採用難に直面している。非正規雇用の人が居宅系サービスでは8割を占め、雇用環境の悪さも指摘されている。

中間案は、国に介護労働の報酬水準の適正化を求めるほか、府の事業として▽府福祉人材・研修センターと京都ジョブパークの機能統合▽専門性向上のための研修ネットワーク構築▽事業所への経営コンサルタント派遣一を盛り込んだ。

「府プランは実態見ず」／障害者団体が待遇改善など申し入れ

京都府がまとめた「介護・福祉サービス人材確保プラン」の中間案は現場の声を反映していないとして、府内の障害者福祉関係2団体のメンバーが11月6日、京都市上京区の府庁を訪れ、賃金アップなどを求める要望書を提出した。

市内の障害者への訪問ヘルパーらでつくる団体「かりん燈」と、在宅で暮らす障害者らの「主体的に生きる重度障害者の会」（伏見区）の2団体で、府福祉・援護課に対し、同会代表の木村善男さんが「ヘルパーがいないと生きていけない。ヘルパーが辞めていくことに恐怖を感じる毎日だ」と訴えた。

また、ヘルパーの男性は「低賃金・重労働で休みも取れない。長続きせず辞めていくのは現場の人が大切にされていないからだ」と話し、府独自に介護報酬を上乗せするように求めた。

プラン検討委のメンバーに介護労働者や福祉サービス利用者が入っていないことにも不満を示し「現場の生の声をなぜ聞かないのか」とただした。福祉・援護課は「配慮が足りなかった。今後立ち上げる人材プラットホームには利用者団体にも参加してもらう」とした。

京都市立病院と京北病院を一体化／独立行政法人に、審議会が答申素案

京都市の病院事業の経営形態について審議している市医療施設審議会は10月30日、市立病院（中京区）と京北病院（右京区）を一体化し、1つの「地方独立行政法人」で2病院を運営する方式に移行するのが最適とする答申素案をまとめた。

現在、市の病院事業は予算決算に議会の議決が必要で、病院独自の責任と権限が弱く、医療技術の進歩や経営環境の変化に機敏に対応するため、経営の在り方を検討している。

素案では、地方公営企業法を全面的に適用して市直営のまま経営に一定の権限を持つ「管理者」を置く方式と、地方独立行政法人化で職員を非公務員とする2つの方式に絞って検討した。

その結果、医療レベルの確保や感染症対策などの政策医療の確保では2つとも変わらないものの、独法化では理事長が労働条件の設定や予算管理に権限を持ち、現状よりも自由度の高い運営や素早い意思決定が可能になるとして、課題解決に最適だとした。

「無保険」の子どもに保険証／京都市方針、11月中に全員交付

京都市は11月5日、国民健康保険料の滞納で実質的に「無保険」となっている世帯の中学生以下の子どもに対し、受診抑制を避けるため、11月中に全員に保険証を交付する方針を明らかにした。

国保料を1年以上滞納すると保険証が「資格証明書」に切り替わり、医療費をいったん全額支払わねばならない。厚生労働省が10月、公表した調査結果でこうした「無保険」世帯の中学生以下の子どもが全国で約3万人に上り、市内でも2008年9月末で65世帯、105人が無保険となっている。

市は「正当な理由がない滞納は許されないが、子どもに責任はない」として、全員に交付することにした。他の政令市でも同様の動きが始まっており、1年間を期限とする短期保険証の交付を検討している。

健康調査要望、国が放置／60年前の京都ジフテリア予防接種禍

京都市で60年前、ジフテリアの予防接種を受けた乳幼児68人が死亡した「京都ジフテリア予防接種禍事件」で、2007年春に後遺症の健康調査を国に要望した被害者グループに対し、国は1年半たった現在まで回答せず、事実上放置していることが、11月3日に分かった。戦後の「薬害第一号」とされる事件の被害者の中には、今も後遺症の疑いのある手足のまひなどに苦しむ人もおり、国に誠意ある対応を求めている。

また、国側が事件の翌年、敗訴が濃厚な民事裁判を回避するために「相当額の慰謝料を支払い、訴訟提起を防ぐのが得策」とする内部文書を作成していたことも、被害者グループの調査で判明した。被害者側は「責任をうやむやにする国の体質は今も昔も変わらない。後遺症に悩む人は多いはず。高齢化が

進む前にきちんと診察してほしい」と訴えている。

予防接種の実施主体の京都市が事件の23年後に実施した被害者アンケートでは、回答者221人の約4割が、手足のまひなど何らかの異常があると答えた。しかし、医師による診断などは行われなかった。

厚労省は「古い事件で詳細が分からず、何ができるのか精査している。健康調査は京都市などの協力が無いと困難」としている。ただ、まだ調査を含めて市とは対応を協議していない。

一方、国の内部文書は、法務庁（当時）が1949年2月に厚生省次官（同）にあてた意見書で「（国家賠償訴訟が起きれば）国が勝訴する見込みは薄い。相当額の慰謝料を払い、これ以上の慰謝料請求の権利を放棄させ、訴訟提起を防ぐのが得策」と記されている。

予防接種を進めた国、京都府、京都市は同年、被害者に慰謝料などの補償金を払って和解した。民事裁判は起こされなかった。

【京都ジフテリア予防接種禍事件】1948年11月4・5日にジフテリアの予防注射を受けた京都市の乳幼児606人が発症し、うち68人が死亡した。同時期に島根県でも16人が死亡した。ワクチンにジフテリア毒素が残存していたのが原因。国がワクチンを抜き取り検査したが、有毒ワクチンはすり抜けていた。大阪市のメーカーの所長らが禁固刑を受けた。

申請、初日に100件超す／京都市の生活資金緊急貸し付け

原油高騰などによる物価高対策として、京都市が10月15日から受け付けを始めた低所得者向けの緊急貸し付けの申請件数が、初日に100件を超えた。高齢者が多いが、派遣労働者や若年層からの申請も目立った。

市が食品や日用品の購入にも使える貸し付けを行うのは今回が初めて。世帯の収入合計が生活保護基準の1.5倍以内で、被保護世帯でないなどの条件があるが、1世帯当たり5万円を上限に貸し付けを始めた。

15日の申請件数は113件で、条件により実際に貸し付けを受けられるのは100人前後になるという。市が毎年行う夏季と歳末の貸付制度では1800件前後の利用があるが、ほぼ同じペースの利用が見込まれる。

高齢者が大半になる夏季歳末貸し付けと比べ、派遣労働者や母子世帯からの申請が目立つほか、20代からの申請もあり、生活保護基準に該当しない所得層でも当面の生活費に困窮する実態がうかがえる。市地域福祉課は「経済的に不安定な社会情勢を反映している」としている。

「自立支援法は違憲」／障害者29人一斉提訴、京など8地裁

福祉サービスを利用する障害者に原則1割の自己負担を課す障害者自立支援法は、法の下での平等を定めた憲法に反するなどとして、京都や滋賀など8都府県の男女29人が10月31日、国と各自治体に負担廃止や損害賠償などを求める訴えを全国8地裁に一斉に起こした。

京都府の原告は、福知山市天田の稲継学さん、滋賀県は、草津市青地町の橋田直子さんら4人。いずれも知的障害があり、障害者更生施設に通ったり、居宅介護サービスを受けるなどして、生活している。

訴状によると、5人は法施行後、それまで無料だった施設の利用率（月額約7000～1500円）や昼食代、施設への移動費（月額数1000円）が必要になった。居宅介護や行動援助などのサービス利用時間の上限も行政に決められている。

全国弁護士団長の竹下義樹弁護士（京都弁護士会所属）は「生活に必要な支援を、障害者の利益になる『サービス』にとらえて自己負担を求めるのは根本的な間違い。個々の生活の中身を行政が決めるのは人権侵害だ」と訴える。

調査・データ編

無保険の子どもは3万2903人／厚労省、短期証の発行など市町村に要請

親が国民健康保険料を滞納したため被保険者証の返還を余儀なくされ、医療費を一時的に全額負担しなければならない中学生以下の子どもが全国で3万2903人いることが10月30日、厚生労働省が発表した「資格証明書の発行に関する調査」で分かった（資料1、後掲34ページ）。調査結果を受け厚労省は、子どもが受診を控えることがないように短期被保険者証を交付するなど、きめ細かい対応を市町村に求め

る通知を同日付で発出した。

親の保険料の滞納で責任のない子どもまで医療にかかれなとの一般紙などの報道を受け、厚労省は今回初めて、被保険者資格証明書の交付世帯の子どもの人数を調査した。9月15日時点での交付世帯は33万742世帯で、うち子どものいる世帯数は1万8240世帯。中学生以下の子どもは3万2903人いることが判明した。

調査結果を受け、厚労省は子どものいる滞納世帯に資格証明書を交付する場合の留意点を通知した。通知では資格証明書を機械的に交付するのではなく、事前に戸別訪問などを行い、特別な事情がないか把握することを求めている。また、可能な限り短期被保険者証を活用して滞納者と接触することや、必要な治療を親が拒む「医療ネグレクト」などがあった場合には児童相談所などと連携を取ることを求めている。

さらに、資格証明書が交付された場合でも、「医療費が支払えず子どもが医療機関を受診できない」と世帯主が市町村の窓口へ訴えた場合には、速やかに世帯の短期被保険者証を交付するよう求めている。（10/31MEDIFAXより）

特定疾患医療受給者が60万人突破／厚労省まとめ、1年間で3万人増

厚生労働省が10月17日に発表した2007年度保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）結果の概況によると、07年度末の特定疾患医療受給者証の所有者は61万5568人で、06年度末の58万5824人から1年間で約3万人増加した。特定疾患医療受給者証は、特定疾患の患者が治療研究事業対象者として認定されると交付され、医療費の一部が助成される。

疾患別では潰瘍性大腸炎が9万6993人（前年度末9万627人）で最も多く、パーキンソン病関連疾患9万2009人（同8万6452人）、全身性エリテマトーデス5万5021人（同5万3825人）と続いた。

精神保健福祉関係では、措置入院患者数はここ数年は減少傾向にあったが、07年度末の患者数は前年度に比べ4人増え1774人となった。精神障害と認められた場合に交付される精神障害者保健福祉手帳の交付者数は55万8475人で前年度より4万6325人増加した。

薬事関係では、07年度末の薬局数は5万2539カ所で前年度に比べ587カ所（1.1%）増加した。人口10万人当たりの薬局数を都道府県別に見ると、佐賀が

61.5で最も高く、次いで広島55.3、山口53.0だった。最も低いのは福井の28.7で、富山31.8、埼玉32.8と続いた。（10/20MEDIFAXより）

すべての病床で在院患者数が減少／病院報告08年4月

厚生労働省が10月9日に発表した2008年4月分の病院報告（概数）によると、病院の在院1日平均患者数の総数は132万579人となり前月と比べ2万3436人減少した。

病床別に見ると、一般病床は69万3011人で前月比1万8684人減。療養病床は30万9502人で前月比3261人減だった。介護療養病床も前月と比べ2381人減の9万1656人となり、すべての病床で患者数が減少した。外来患者数は1万4623人増加し、145万4899人だった。

一方、病院の平均在院日数は33.7日で前月比0.5日減少した。病床別の内訳は一般病床18.8日（0.5日減）、療養病床166.8日（5.0日減）、介護療養病床270.2日（10.1日減）とすべての病床で減少した。

病床の月末利用率は80.2%で前月から0.4ポイント減少した。介護療養病床は前月から0.5ポイント増し93.7%だった。（10/14MEDIFAXより）

在院患者数が3カ月連続で減少／病院報告08年5月

厚生労働省が11月5日に発表した2008年度5月分の病院報告（概数）によると、病院の1日平均患者数は前月比1万8008人減の130万2571人となり、3カ月連続で減少した。

病床別に見ても、一般病床の患者数は67万7008人で、前月と比べて1万6003人の減。療養病床は前月比1874人減の30万7628人、介護療養病床は853人減の9万803人、精神病床は138人減り31万4235人と軒並み減少した。結核病床は9人増の3659人だった。外来患者数も前月より6万3283人減少し、139万1616人だった。

一方、病院の平均在院日数は前月比0.9日増え34.6日となり、すべての病床区分で前月より増加した。一般病床は0.4日増の19.2日、療養病床は8.9日増の175.7日、介護療養病床は20.7日増え290.9日だった。

病院の月末病床利用率は前月と比べ1.0ポイント減少し79.2%だった。特に一般病床での減少が目立ち、1.7ポイント減の71.9%となった。（11/7MEDIFAXより）

心の健康対策・喫煙対策ともに実施率上昇／07年労働者健康状況調査

産業医や保健師の配置など心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組む企業が3割を超えたことが、厚生労働省がこのほど発表した「2007年労働者健康状況調査結果の概況」で分かった。02年の前回調査と比べ約10ポイント上昇しており、事業所規模が大きいほど実施率は高かった。喫煙対策に取り組む企業は7割を超え、前回調査より約16ポイント上昇していた。

調査は常用労働者を10人以上雇用する民営事業所を対象に、07年10月31日現在の労働者の健康確保対策などを調べた。9634事業所（有効回答率70.8%）、労働者1万1440人（同64.3%）から回答を得た。

メンタルヘルスケアに取り組む事業所は33.6%で、前回調査（23.5%）と比べ10.1ポイント増加した。事業所規模別にみると、労働者5000人以上は100.0%、1000－4999人は95.5%とほとんどの事業所が実施しており、規模が大きいほど実施率が高かった。

喫煙対策に取り組む事業所は75.5%（前回59.1%）で、労働者100人以上の事業所では9割を超えた。取り組み内容をみると「喫煙コーナーを設け、それ以外は禁煙にしている」が50.2%で最も多く、次いで「喫煙室を設け、それ以外は禁煙」37.0%、「会議、研修などの場所を禁煙」32.5%の順。「事業所全体を禁煙にしている」は24.4%で、前回調査（14.2%）と比べ10.2ポイント上昇した。

（10/15MEDIFAXより）

自宅での療養「困難」が増加／厚労省のリビングウィル調査

厚生労働省が2008年度、実施したリビングウィルに関する調査では、「自宅で最期まで療養できると考えるか」の質問に対し、一般国民の66.2%（前回2003年調査と比べ0.7ポイント増）が「実現困難」と答えた。主な理由（複数回答）は、一般国民の間では「介護してくれる家族に負担がかかる」79.5%、「症状が急変したときの対応に不安」54.1%、「経済的に負担が大きい」33.1%などだった。

自分の死期が迫った時に延命治療を「望まない」「どちらかという望まない」と答えた一般国民は71.0%で前回より3.0ポイント低下し、「分からない」が前回より2.8ポイント上がり、14.7%となった。

（10/27MEDIFAXより）

リビングウィル法制化、医師と国民の意識乖離／厚労省調査

終末期医療に関して、本人の意思確認ができない場合にあらかじめ記した書面による確認（リビングウィル）の法制化を望む医師が、5年前と比べて増えている一方、一般国民の間では減る傾向となっていることが、厚生労働省が2008年実施した調査で分かった。書面による意思確認に賛成する割合は、医師、一般国民ともに増加傾向だが、書面の法制化に関する両者の意識の乖離は拡大する傾向が見られる。

厚労省は国民5000人、医師約3200人など計1万4000人余りから、終末期医療に関する考えを尋ねた。調査結果によると、リビングウィルに賛成した人のうち「法制化すべき」と答えた医師は54.1%で前回調査時（03年）より6.4ポイント上昇したのに対し、一般国民は33.6%で前回より3.6ポイント低下した。「法制化しなくても、医師が家族と相談の上で希望を尊重して治療方針を決定すればよい」と答えたのは、医師の44.6%、一般国民の62.4%だった。法制化を望む看護師は前回より0.4ポイント上がり44.0%、介護職員は1.7ポイント下がり36.6%だった。

法制化するかどうかにかかわらず、書面による確認自体に「賛成」と答えたのは、一般国民の61.9%（前回比2.8ポイント増）、医師の79.9%（同4.6ポイント増）、看護師の82.5%（同7.3ポイント増）、介護職員の81.6%（同5.9ポイント増）だった。医師が書面内容を「尊重する」「尊重せざるを得ない」と考えている一般国民は38.8%（同2.7ポイント増）。書面内容を「尊重する」「尊重せざるを得ない」とした医師は83.4%（同8.8ポイント増）だった。

（10/27MEDIFAXより）

後期高齢者制度、162市町で誤って天引き／約2万4000人の高齢者から

後期高齢者医療制度や国民健康保険に加入する高齢者の年金からの保険料天引きで10月15日、本来対象外の高齢者から誤って天引きするなどした自治体が28道府県162市町あったことが共同通信のまとめで分かった。10日に厚生労働省が公表した30市町から130以上増えた。自治体や社会保険庁の事務処理のミスなどが原因。誤徴収された人は約2万4000人に上った。共同通信が、15日夕に各都道府県の後期高齢者医療広域連合や国民健康保険団体連合会などに聞いて、まとめた。

誤徴収されたのは、政府・与党が6月に決めた低

所得者への軽減措置で10月から天引きが中止されるはずの人や、一定の要件を満たし天引きに代えて口座振替に変更したのに、自治体側が手続きを忘れたり、社保庁のシステムの制約で変更できなかった人ら。

誤徴収した自治体の多くは、後日、本人の銀行口座に保険料を振り込むなどして返還するが、香川県の多度津町、小豆島町では15日中に全員に返還した。

自治体担当者からは「新しい制度が定着するには時間がかかる。途中での変更はやめてほしい」とのぼやきも漏れた。【共同】（10/17MEDIFAXより）

後期高齢者の保険料見直しで年間7000円軽減／厚労省調べ

後期高齢者医療制度の保険料軽減策を行った場合、対象となる低所得者の2008年度の保険料は全国平均で1人当たり約7000円安くなることが厚生労働省の調べで分かった。同省が11月7日の民主党・厚生労働部門会議で示した。

08年4月1日時点での1人当たりの保険料の平均額は年間7万2000円。6月に政府・与党が決めた保険料軽減策を講じた場合は9.7%減の6万5000円になるとした。

政府・与党の低所得者向けの保険料軽減策は、すべての被保険者が負担する「均等割」を7割から8.5割に軽減するほか、年間の年金収入が153万～210万円程度の高齢者に対し50%程度を軽減する。（11/10MEDIFAXより）

常勤3人以下が6施設／周産期拠点病院の産科医

厚生労働省は10月24日、産科医療の拠点となる全国の「総合周産期母子医療センター」のうち、常勤の産科医数が3人以下なのは東京都立墨東病院を含め6施設に上るとの調査結果を公表した。妊婦が複数の病院に受け入れを断られ、いったん拒否した墨東病院で死亡した問題を受け、同日開かれた民主党の厚労部門会議で同省が明らかにした。

センターの運営に関する国の指針では「当直時でも複数の産科医の確保が望ましい」としており、会議では「3人で当直を回すのは困難」との指摘が出た。

調査は4月1日時点でセンターに指定されていた73施設（現在は74施設）を対象に実施。

厚労省は各センターでどのように当直態勢を組ん

でいるのか、近く実態を調査する方針。

総合周産期母子医療センターは胎児集中治療管理室などを備え、ハイリスクの妊婦を受け入れる。地域での産科医療の拠点的役割が求められ、24時間態勢で運営されている。【共同】

梅毒が2年連続で急増／母子感染も増加懸念

一時は年間500人程度まで減った梅毒の患者報告が、2006年以降は2年連続で前年より約100人も増えたことが、国立感染症研究所のまとめで10月20日、明らかになった。妊婦から胎児に母子感染し、重症化や後遺症の恐れがある先天梅毒も、今後増加が心配されるという。

感染研が01～07年の全国の医療機関からの報告を分析したところ、減少傾向で03年には509人だった患者数が04年に増加に転じ、06年は637人、07年は737人と、いずれも前年を約100人も上回った。

患者の約4分の3は男性。年齢は、男性が20～40代前半、女性では10代後半～30代が多い。先天梅毒は00年以降、年間3～10人で推移してきたが、08年は8月下旬までに既に7人が報告されたという。

感染研感染症情報センターの多田有希室長は、特に先天梅毒の増加を警戒。「妊婦が感染していても、早くから薬で治療を始めれば赤ちゃんへの影響は防げる上、先天梅毒も早期診断で根治できる。妊婦は必ず健診を受け、妊娠中もコンドームの着用など感染予防に努めてほしい」と話している。【共同】

ネット検索、機能せず73％／妊婦と赤ちゃんの搬送先

緊急処置の必要な妊婦や赤ちゃんの搬送先をインターネットで検索する全国のシステムのうち、73％について現場の医師が「十分機能していない」と感じていることが10月25日までに、各地の総合周産期母子医療センターなどでつくる「全国周産期医療連絡協議会」の実態調査で分かった。

東京都内の妊婦が8カ所の病院に受け入れを断られ、脳内出血で死亡した問題でもこのシステムが最新情報を反映せず、役立たなかった。

システムは都道府県単位で整備、運用。調査は07年9月、協議会に参加する周産期医療施設にメールで依頼し、各都道府県ごとに1施設以上から回答を得て、それぞれの地元の現状を分析した。

調査結果によると、空きベッド情報を検索するインターネットシステムがあるのは37自治体。うち27

（73%）に関する評価は「十分機能していない」だった。

理由は「情報更新がうまくいかない」（11）が最多。「電話の方が確実」（8）、「ほとんど満床なので意味がない」（3）などが続いた。「必要性が感じられない」（2）もあった。「こうしたシステムは存在しない」は（6）。ほかに電話やファクスで対応する地域もあった。【共同】

月間在院時間、最高で505時間／日産婦が調査「産科勤務医の過酷な実態」

一般病院に勤務する産婦人科医の1月当たりの在院時間は平均292時間に上ることが10月31日、日本産科婦人科学会の調べで分かった。大学病院勤務医はさらに多く平均341時間で、最も長かったのは30代前半医師の505時間だった。調査に当たった同学会の産婦人科医療提供体制検討委員会の海野信也委員長は「産婦人科医の過酷な勤務実態が調査結果から見て取れる」としている。

日産婦は一般病院の勤務医221人、大学病院の勤務医76人について、2008年6月から8月にかけての月間の勤務実態を集計した。仮眠などを含め勤務医が病院内にいる時間を月単位でまとめた。

一般病院のうち、当直体制のある病院では在院時間は平均301時間で、当直回数は平均4.2回だった。また、当直体制を取っていない病院の在院時間は緊急呼び出しで待機している「オンコール時間」を含め350時間だった。

大学病院では、非常勤施設でのアルバイトを含めた勤務医の月間の在院時間は341時間、当直回数は平均5.8回だった。週当たりに換算すると85時間勤務していることになる。当直回数が最も多かったのは30代前半の医師で月15回だった。（11/4MEDIFAXより）

「診療報酬を処遇改善に還元」は1割／産婦人科医会、分娩施設を調査

「ハイリスク分娩管理加算」「ハイリスク妊娠管理加算」など2008年度診療報酬改定で重点評価された増収分を、産科医の待遇改善に還元している病院は1割に満たないことが、日本産婦人科医会の全国調査で分かった。11月1日に東京都内で開かれた日本産科婦人科学会と厚生労働科学研究班による公開市民フォーラムで発表した。

同医会が08年6月16日から7月末日までを対象期

間として実施した調査では、全国の分娩取り扱い病院は1177施設で、1年前に実施した前回調査時点の1281施設から104施設減少していた。今回の調査は1177施設を対象に実施し、853施設から回答を得た（回収率72.5%）。1施設当たりの年間分娩数は07年の446.3から08年は481.6に増加し、1施設当たりの医師数も4.5人から4.9人に増加した。

08年度改定で重点評価された「ハイリスク分娩管理加算」「ハイリスク妊娠管理加算」「ハイリスク妊産婦共同管理料」を、産科医の待遇改善に還元したと回答した病院は66施設（7.7%）で、今後予定している26施設（3.0%）を含めても92施設（10.8%）にとどまった。

一方で産科医への分娩手当の支給は、07年調査で61施設（7.7%）だったのに対して、今回の調査では230施設（27.0%）に大幅に増加したほか、特別手当を設定している病院も41施設（5.2%）から110施設（12.9%）に増えていた。（11/5MEDIFAXより）

産科医、55%が定数割れ／総合母子医療センター

緊急処置の必要な妊婦や赤ちゃんを受け入れる全国の「総合周産期母子医療センター」（計75施設）のうち、共同通信の緊急調査に回答した60施設中55%は必要な産科の常勤医数を確保できずに定数割れに陥っていることが10月29日、分かった。

当直の産科医が1人態勢のセンターが半数を占め、全体の90%以上が産科医確保に「苦労している」とした。

センターに指定されている東京都立墨東病院など8病院に受け入れを断られた妊婦の死亡判明から1週間。母子の命を救う「最後のとりで」とも言えるセンターの中には、東京以外でも綱渡り診療を余儀なくされているところが少なくない現状が浮かんた。

調査は23日から全センターを対象に質問用紙を配布して実施。匿名を条件に医師数や診療上の不安を尋ね、60施設（回答率80%）からファクスで回答を得た。

定数は各病院が望ましいと考える医師数を独自に定めるもので、それより産科の常勤医数が下回っているのは33施設（55%）。うち4施設は定数の半分以上下だった。定数を満たすのは17施設（28%）で、残る10施設は定数なし（9）と無回答（1）。【共同】

オンライン請求、病院の17.4%に普及／支払基金まとめ、9月末現在

社会保険診療報酬支払基金は10月28日の定例会見で、レセプトオンライン請求の普及状況を発表した。9月末現在で医科病院のうちオンライン請求に移行している病院は17.4%で、医科診療所では1.7%の施設が移行していた。一方、レセプト電算処理システムの普及状況では、医科病院の40.8%の施設が導入していた。医科診療所も21.5%に達した。支払基金は「レセ電については加速度的に増えてきている」としている。（10/29MEDIFAXより）

28国立大病院が実質赤字／「妊婦死亡、明日にも」

全国の国立大病院は法人化後の運営費交付金削減などによって2007年度は全体の62%に当たる28病院が実質赤字に陥り、09年度には33病院まで増えるとの試算を27日、国立大学付属病院長会議が公表した。82%の病院長がこうした経営悪化によって「医療の質や安全性が低下する」と危機感を抱いているという。

会見した同会議メンバーは東京都で起きた妊婦死亡について「別の地域で明日起きてもおかしくない」と指摘。「国立大病院は地域医療の最後のとりで。崩壊すれば日本の医療崩壊につながる」として、不足する産科医や小児科医養成への予算措置や運営費交付金の充実などを訴えた。

国立大病院の07年度決算については文部科学省が既に「16病院が実質赤字」と公表している。同会議は実態をより反映するよう現金収支に着目して独自に試算した結果、歯学部系病院なども含めた45病院中、28病院が総額76億円の実質赤字だった。病院建設時の借入金返済などが経営を圧迫する一方で運営費交付金は削られ、このままでは08年度は30病院、09年度は33病院が実質赤字に陥る見通しという。

【共同】（10/29MEDIFAXより）

一般病床のみの病院、半数近くが赤字／全日病調査

全日本病院協会は10月30日、2008年度の病院経営調査結果を公表した。「一般病床のみの病院」では、半数近くの病院が総収支で赤字となったほか、医業収支率、総収支率の平均がいずれも99.6%となり、調査開始以来初めて平均が赤字となった。会見した猪口雄二副会長は「本体0.38%引き上げとなった08

年度診療報酬改定では、産科や小児科など地域の基幹的病院に配分されやすくなっており、特に急性期の民間病院は極めて厳しい経営状態となっている」と分析している。

全病院の平均医業収支率は102.3%、総収支率は102.0%で、いずれも前年度より1.9ポイント悪化した。医業収支率は1993年の101.4%に次いで低い水準となった。

全病院に占める総収支赤字病院の割合は34.4%。一般病床のみの病院で46.4%で、「療養病床のみの病院」の24.3%や「一般・療養病床併設型病院」の27.6%などと比べて高かった。「一般・精神病床併設型病院」のうち赤字となったのは66.7%だった。

7対1一般病棟入院基本料を算定する病院の平均医業収支率は99.0%となり、看護体制の整備に伴う人件費が収益増を上回っていることをうかがわせた。

病床規模別では、200床未満の病院の平均医業収支率が104.6%だったのに対し200床以上では100.2%と、大規模病院が厳しい経営を迫られている状況が浮き彫りとなった。DPC対象でない病院の平均医業収支率は104.2%だったが、DPC対象病院では98.6%と、DPC対象病院が赤字となった。全日病は「客対数が少ないので一概には言えないが、DPC対象病院は一般病床かつ大規模病院が多いため」と分析している。

医業支出に占める給与費の割合は54.3%（同0.6ポイント上昇）、医薬品費の割合は11.9%（同0.2ポイント上昇）となった。病床利用率は84.2%（同1.2ポイント低下）、1病院当たりの月間外来患者数は5094人（同318人減）だった。入院患者1人当たりの1日の金額は3万334円（同545円増）、外来患者1人当たりの1日の金額は9759円（同376円増）となった。

会員の500病院を対象に、08年5月の医業収支、総収支などを尋ねた。288病院（回答率57.6%）から回答があった。（10/31MEDIFAXより）

DPC導入で経営改善は79.8%／日病・アンケート調査報告

日本病院会は10月29日、「DPCについてのアンケート」の調査報告を発表した。DPC導入後5年が経過し、問題点も明らかになりつつあるとの考えから、入院医療の包括払い方式の今後の在り方を探る目的で現行のDPC方式の利点と問題点をアンケート方式で調べた。

日病加盟のDPC対象病院400施設にアンケート用紙を2008年6月に送付し、273施設から回答を得た。08年4月時点のDPC対象病院は534施設で、回答病院はそのうちの約半数に相当する。

調査結果によると、DPC対象病院となったことで「大きく増収となった」「増収となった」「若干増収となった」と回答した病院は全体の79.8%に達し、現時点でのDPC導入は経営改善につながる傾向を示した。ただ、医療の質の変化については「何とも言えない」との意見が64.8%を占めた。

DPC導入でもたらされた変化については、複数回答で63.4%の病院が「平均在院日数の短縮」を挙げた。このほか「後発医薬品への切り替えが進んだ」（62.6%）、「外来での検査の増加」（54.6%）、「収入の増加」（49.8%）、「業務の多忙化」（48.0%）などが多かった。（10/30MEDIFAXより）

小児科認定医の常勤施設は42%／救急医学会、全国の救命センター調査

重症患者らを24時間体制で受け入れる全国の救命救急センターを対象に、日本救急医学会の小児救急特別委員会が2007年実施した調査で、回答した138施設のうち、日本小児科学会が「専門医」として認定した小児科医が常勤しているのは42%と半数以下にとどまることが分かった。小児科医確保の難しさなどを背景に小児診療を実施していないところも13%あり、患者の受け入れ拒否が問題になっている産科と同様、医師不足の影響もうかがわれた。

救命救急センターは一般病院では対応が難しい重症患者の「救命のとりで」と位置付けられており、特別委は同センターの小児救急の質について「さらなる向上が必要」としている。

調査は07年9－11月にかけて、全国の救命救急センター202施設（同8月時点）を対象に実施。回答した138施設のうち、一定以上の診療能力があるとして小児科学会から認定された小児科医が常勤しているのは、58施設にとどまった。

全体の87%が小児の救急診療を担っていたが、認定医以外も含めて常駐の小児科医が重症児に対応できるとしたのは67%。小児患者が優先的に使用できる集中治療室（ICU）があるとしたのは20%だった。

小児の救急患者は不慮の事故による外傷、家庭内での誤嚥などのほか、ウイルスや細菌感染によるけいれん、脳症など中枢神経系の病気が多いとされる。

本人が症状を正確に伝えることが難しく、軽症に見えても容体が急変することもあり、経験豊富な認定医による診療が望ましいという。

【共同】（11/5MEDIFAXより）

手術室ビデオ録画は2割のみ、費用面に課題も／麻酔科学会が調査

日本麻酔科学会は、2007年度の厚生労働科学特別研究で実施した手術室の映像情報などの記録や共有化に関するアンケート結果をまとめた。08年8月に被告医師に無罪判決が言い渡された福島県立大野病院事件で、被告弁護士と死亡した患者の遺族双方が「手術経過のビデオ記録」の必要性を指摘するなど、手術の映像記録化促進を求める声が高まっているが、アンケートの結果では、通常の手術で手術室全体を録画しているのは2割にとどまり、設備などに必要な費用の確保などが課題に挙がった。

同学会は08年1月、学会認定の医療機関1093施設を対象にアンケートを実施し、621施設から回答を受けた。

すべての手術室で手術室全体を録画しているのは21.5%、一部の手術室で録画しているのは6.0%だった。録画した映像を過去の記録として保存しているのは27.6%だった。未設置の施設に設置していない理由を聞いたところ「費用」が50.7%を占めた。今後設置の予定は、「ある」の6.9%、「検討中」の13.4%よりも、「なし」の49.8%、「未定」の29.9%の方が多かった。

顕微鏡・内視鏡手術の患部の映像モニターについては、全手術室での設置と一部の手術室での設置を合わせて96.9%に上ったが、過去の映像を呼び出せるのは51.3%だった。設置していない理由では「費用」が過半数の55.0%を占めた。

（10/28MEDIFAXより）

脳血管疾患や虚血性心疾患で医療費抑制傾向／日医総研WP

高齢者の1人当たり医療費が高く長期療養を要する疾病では、平均在院日数短縮などの影響により、医療費が抑制されている実態がうかがえる。こうした調査結果が、日医総研ワーキングペーパー（WP）「国民医療費の伸びの要因分析」から浮き彫りになった。高齢化により医療費が増える見込まれている脳血管疾患や虚血性心疾患（いずれも入院）は、高齢者の受療率低下が顕著であり、実際の医療費は人

口増減と高齢化から計算した医療費を下回ったとしている。WPは医療費の伸びについて「国は、きめ細かいエビデンスも踏まえて検討し、行き過ぎた抑制については転換すべきだ」と結論付けている。

同WPは、厚生労働省が医療費の伸びを「医療の高度化などの自然増」と説明していることに對し、「実際には疾病構造や受診率の変化、背景にある医療制度改革などのすべての要因が含まれるため、『医療の高度化』を強調するのは不適切だ」と指摘。人口増減と高齢化から推計される医療費の伸びと、実際の医療費の推移を比較し、要因が「医療の高度化」なのかどうか検証した。

人口増減と高齢化から推察される医療費は、2000年度の年齢階級別国民1人当たり医療費を、06年度までの年齢階級別人口にそれぞれ乗じて算出。00年度を100とした時の06年度までの数値を「人口増減と高齢化によって伸びるべき医療費」とし、同様に00年度を起点とした「実際の医療費」との乖離を比較した。

その結果、脳血管疾患や虚血性心疾患（いずれも入院）は、年齢が上がるにつれて1人当たり医療費が高くなり、高齢化による医療費増が見込まれた。ただ、06年度の「人口増減と高齢化によって伸びるべき医療費」は脳血管疾患の121.0、虚血性心疾患の116.6に対して、「実際の医療費」は脳血管疾患が114.4、虚血性心疾患が103.5で、「実際の医療費」は「人口増減と高齢化によって伸びるべき医療費」を下回っていた。

これらの原因としてWPは、入院受療率の低下を指摘。脳血管疾患の人口10万人対入院受療率の推移を見ると、総数は99年で172.0人、02年で178.0人、05年で183.0人と微増傾向なのに対し、75歳以上では1566人、1462人、1332人と低下している。また、虚血性心疾患では、総数が23.0人、19.0人、16.0人と減少しているものの、75歳以上では169人、122人、92人と落ち込みが大きかった。

WPはまた、悪性新生物や精神・行動の障害についても分析している。悪性新生物は入院で、平均入院日数の短縮が進む一方、入院外の患者が増加したと指摘。入院外では、ほかの傷病に比べて高齢者の単価が上昇しているのが特徴的で、外来化学療法など医療の高度化の影響もあると推察している。また、精神・行動の障害では、とりわけ入院外で若年層の受療率が増加し、医療費が上昇していることから、若年層への対策が重要な疾病の1つだとしている。

（11/10MEDIFAXより）

喫煙者率25.7%と最低／08年、男性初の40%割れ

日本たばこ産業（JT）が10月23日発表した2008年の全国たばこ喫煙者率調査によると、たばこを吸う成人の割合は、前年に比べて0.3ポイント減の25.7%と13年連続で過去最低となった。

男性の喫煙者率は0.7ポイント減の39.5%で1965年の調査開始以降、初めて40%を割り込んだ。男性の喫煙人口は1984万人と推計され、2000万人を初めて下回った。女性は0.2ポイント増の12.9%だった。

年代別では男性が40代（47.8%）、女性が30代（19.3%）が最も高かった。

たばこを吸う人が減少している理由についてJTは「健康に対する意識の高まりや喫煙をめぐる規制の強化などが考えられる」と分析している。

調査は5月に実施し、2万人から回答を得た。

【共同】（10/27MEDIFAXより）

環境編

原発労働者を労災認定／悪性リンパ腫で

原子力発電所で放射線漏れの有無を調べる作業に従事、悪性リンパ腫で死亡した沖縄県うるま市の喜友名正さん（当時53）について、淀川労働基準監督署（大阪市）は10月27日、労災と認定、遺族補償の支給を開始することを決めた。喜友名さんの遺族の代理人を務める弁護士が明らかにした。放射線業務従事者が悪性リンパ腫で労災認定されたのは初めて。

【共同】（10/29MEDIFAXより）

保安院が「もんじゅ」批判／原子力機構は組織の風土改善を

経済産業省原子力安全・保安院は10月22日、停止中の高速増殖炉原型炉もんじゅ（福井県敦賀市）の運転再開に向けた日本原子力研究開発機構の取り組みについて、「外部からの指摘を真摯に受け止め対応する姿勢が不十分。素直に学ぶ謙虚な姿勢がない」と批判する見解を明らかにした。

保安院は安全上の問題も指摘。「組織の風土」の問題点を検討、改善するよう求めており、原子力機

構が目標とする2009年2月のもんじゅ運転再開は極めて困難になった。

保安院は9月に、もんじゅを特別保安検査。以前さびに気付いたが管理していなかった排気ダクトで腐食による穴が見つかり、保安院は「劣化の兆候があっても積極的に補修せず、保守管理の方法や頻度を明確に定めていない」と指摘。

「劣化やトラブルの情報を内部で共有し取り組む姿勢がない。もんじゅは建設後、長期間経過し、劣化について管理の考え方、体制を見直す必要がある」とずさんな態勢を改善するよう求めた。【共同】

山口県、上関原発埋め立て許可／中国電力に

山口県は10月22日、中国電力が同県上関町で進める上関原発の用地造成に向けた公有水面埋め立てを許可した。中国電力は今後、陸地部分の開発許可も得て、工期3年を予定する用地造成に取り掛かる。2009年春には国に原子炉設置許可申請をする構えだ。

中国電力の山下隆社長は許可を受け「計画は大きな節目を迎えた。地元の理解に感謝したい」と話した。

一方、周辺で漁業を営む同町祝島の反対派住民は反発。20日に埋め立て許可差し止めを求める訴訟を起こした原告団代表の山戸貞夫さんは「県は県民を守る本来の仕事を放棄した。今後あらゆる手段で抗議する」と語った。

中国電力は08年6月、予定地33万平方メートルのうち、海面14万平方メートルの埋め立てを申請。地元の上関町は9月に埋め立てへの同意を県に伝え、県は「地元の選択を尊重する」としていた。

【共同】

原発ごみに“不良品”／固化体に想定外の化合物

試運転中の日本原燃の使用済み核燃料再処理工場（青森県六ヶ所村）で製造した高レベル放射性廃棄物の「ガラス固化体」に、想定していなかった化合物を含む“不良品”があることが10月30日、分かった。製造の際に温度管理に失敗したのが原因という。

固化体は、地下の最終処分場に埋め捨てる計画で現在、候補地を公募中。この化合物は水に溶けやすいが、原燃は「周辺に影響はない。普通の固化体と同じ」としている。ただ、埋設した際の環境影響評価を日本原子力学会に委託した。

原燃によると2007年11月に始めた固化体製造で、

溶融炉で通常より粘り気がない「低粘性流体」ができた。モリブデンや硫黄、ナトリウムを主成分とする化合物で、ガラスより重く、容器へ最初に流れ落ちやすい。最大で固化体重量（約500キロ）の約0.1%。10月上旬までの調査で、固化体60本のうち35本に含まれると判明した。

埋設する固化体の中身に関する国の安全基準は現在はない。【共同】

CO₂排出量取引制度を正式決定／政府の温暖化対策本部

政府は10月21日の地球温暖化対策推進本部会合で、二酸化炭素（CO₂）の排出量取引の試行制度の内容を正式決定した。

企業が任意に参加し、削減目標を自主的に設定できるのが特徴。目標は企業側が政府に申請し、妥当性の審査を受ける。同日中に募集を開始、12月中旬に締め切る。

排出総量のほか、単位生産量当たりの排出量も目標として認めるため、目標を達成しても、生産量が増えれば総量が減らない場合もあり、実際の排出削減につながるかを疑問視する声がある。

制度では、目標以上に削減した企業からの排出枠や、中小企業の削減で生じた排出枠などを購入し、自らの目標達成に利用することが可能。

環境保護団体などは、政府が目標を決め、企業などに参加を義務付ける制度の本格導入を求めているが、政府は導入を明言していない。【共同】

ペットボトル回収率は69.2％／07年度、過去最高を更新

環境省などは10月28日、2007年度に民間事業者と市町村が回収した使用済みペットボトルは39万6529トンで、販売量に対する割合（回収率）は前年度よりも2.9ポイント増の69.2%と、過去最高を更新したと発表した。

飲料などの業界団体でつくるPETボトルリサイクル推進協議会によると、07年度に販売されたペットボトルは、前年度比で5.4%増の57万3198トン。回収率について協議会は「販売量の増加に対応して着実に回収できている」としている。

回収の内訳は、市町村が容器包装リサイクル法に基づき07年度に分別収集したペットボトルは前年度比5.7%増の28万3441トン。民間事業者が鉄道の駅や空港などで回収したのは22.6%増の11万3088トン

に達した。

07年度にペットボトルを分別収集した自治体は1765市町村で、全市町村の97.2%を占めた。

【共同】



10・19中央集会に5000人／STOP！医療・介護崩壊

保団連も参加する実行委員会（12団体が構成）が主催する「STOP！医療・介護崩壊 増やせ社会保障費10・19中央集会」が10月19日、東京・日比谷公会堂で開かれ、全国から約5000人が参加した。

集会では、参加者が「医師・看護師・介護士を増やして、安全・安心の医療、介護の実現を！」と次々と舞台に立ってリレー発言を行った。また、済生会栗橋病院の本田宏副院長、6月に発足した全国医師連盟代表の黒川衛氏、労働者福祉中央協議会の笹森清会長らが連帯の挨拶をした。

集会は最後に「解散・総選挙は間近い。国民のいのち、健康を最優先にする政治への転換を実現する絶好のチャンス。声を上げよう」とする集会アピールを採択し、都内をパレードした。

政党からは、日本共産党の小池晃参議院議員が会場挨拶、社会民主党の福島みずほ党首、国民新党の自見庄三郎副代表がメッセージを寄せた。なお、当日会場で挨拶を予定していた民主党の鈴木寛参議院議員からは、所用で急遽欠席するとの連絡があり、集会への賛同の意志が伝えられた。

同集会は「医師・看護師・介護士を増やして、安全・安心の医療介護を」のスローガンの下、一昨年から開かれており今年で3回目。

賛同は、労働組合、患者会、各地医師会、歯科医師会など39団体、香山リカ、大谷昭宏、稲川淳二、湯浅誠各氏ら個人12人からも賛同が寄せられた。

反貧困大集会を開催／「怒ってる会」が分科会を担当

「反貧困世直しイッキ！大集会」が10月19日、東京・明治公園で開かれ、市民団体、労働組合、弁護士など2000人が集まった。反貧困ネットワークが主催した集会で、保団連が参加する「後期高齢者医療制度に怒ってる会」は「後期高齢者医療制度」分科会を担った。

集会では、主催者を代表して、宇都宮健児弁護士が「貧困をなくすために、まず垣根を越えてつながろう」とアピールした。全国各地を3カ月にわたって踏破したキャラバンの到着・解散式に続いて、社会保障、食の危機、多重債務・消費者問題など12の分科会が持たれ、青空討論が繰り広げられた。

「後期高齢者医療制度」分科会では、まず各界からリレートークが行われ、最初に障害者インターナショナル日本会議のALS患者の方が、「障害者は65歳以上から後期高齢者医療制度に加入となる。本人の選択とされるが、移らなければそれまでの医療費の助成制度が制限されたり、打ち切られる道県が十数ある。高齢者、障害者、働けない人間には医療はある程度のところで我慢してもらうしかないと考えような政治を根本的に変えよう」と発言した。

労働者福祉中央協議会の高橋均事務局長は「人は年相応に病気になるから、皆でバックアップすべきだ。年寄り早く死ぬというこの制度には我慢ならない。制度を撤廃して、皆が安心して生涯を全うできる国にしていくために引き続き頑張っていきたい」と意気込みを語った。

医師の立場からは、土岐昌弘保団連理事が報告。訪問診療の経験から「介護保険が医療費削減ありきで行われてきたが、終末期相談支援料に至っては、どうせ死ぬなら『どのように死なせていくか』という項目だ」と後期高齢者医療制度を批判した。

締めくくりでは、怒ってる会を代表して保団連・住江憲勇会長が「自助、共助、社会保険という形で発展してきた社会保障の歴史に真っ向から戦いを挑んできている政治に対して、私たちは毅然とした態度で闘おう」と廃止に向けての更なる奮闘を呼びかけた。

撤廃する会、怒ってる会など、国会前で集会

10・15ショックのまだ覚めやらぬ10月22日、国会前にて労働者福祉中央協議会、日本高齢退職者団体連合会などが参加する「後期高齢者医療制度の撤廃

を実現する会」、後期高齢者医療制度に怒ってる会は、後期高齢者医療制度の廃止を求める集会を行った。国会座り込み運動に続いて行われた集会では、野党の国会議員、各団体がリレートークを行い、引き続き垣根を越えた連帯で運動を強めつつ、解散総選挙に向けて後期高齢者医療制度の廃止を目指す姿勢を確認した。

竹下財務副大臣に要請／大阪

保団連の住江憲勇会長と大阪府保険医協会事務局は、10月31日、財務省の竹下亘副大臣（自民党）と懇談した。大阪協会が「勤務医の労働改善と医療崩壊をくいとめる要請」として行ったもの。

住江会長は、大阪協会が集めたアンケートに寄せられた勤務医・開業医の声を紹介しながら、「勤務医が子どもに医者にはなるなというくらいの労働実態がある。また、開業医からも勤務医の労働改善を求める声が多数寄せられている。OECD加盟国平均水準の医師数にするよう、ご尽力をお願いしたい」と述べた。これに対し、竹下副大臣は、ご子息が研修医であることなどから、「研修医・勤務医の厳しい労働実態については聞いている。私の地元でも医師不足は深刻だ。一次補正予算でも医療体制確保対策費として140億円の地方財政支援を決めたところで、これから目に見えた動きが出てくるのではないか」と述べた。

今回の副大臣への要請は、勤務医の労働実態の深刻さや、医師不足、公的病院への財政支援の必要性、社会保障費2200億円削減の撤回などについて、竹下副大臣とおおよそ方向性が一致していることが確認された。しかし、後期高齢者医療制度については、「廃止はない」との態度を崩さなかった。

この日の要請行動では、同趣旨の要請を内閣府と厚生労働省にも行い、それぞれ麻生太郎首相、舛添要一厚労相宛の要請書を提出した。

また、保団連として、「後期高齢者医療制度廃止法案の衆議院での審議入りと可決を求める要請」と「医師、看護師不足など医療の危機打開のために診療報酬引き上げと患者負担の軽減を求める要請」を合わせて行った。

混合診療の全面解禁を阻止／保団連が決議

保団連は10月26日、混合診療の全面解禁に反対し、国民皆保険制度の堅持と保険給付の拡大を求める決議をまとめた。決議は同日開かれた「医科歯科混合

診療問題を考えるシンポジウム」で取りまとめた。決議では、混合診療が全面解禁されれば患者負担が増大し公的医療費が抑制され、難病患者らが求める先進医療技術の保険導入が遅れると指摘。混合診療の全面解禁を阻止する運動を進めるとした上で、①臨床研究段階の医療に「保険外併用療養費」として公的医療費を投入しない、②患者一部負担の軽減、③安全性の確立した医療の速やかな保険導入一などを実現すべきとした。（10/28MEDIFAXより）

記事文末に（MEDIFAXより）と記載しているものは、契約に基づき株式会社じほう発行の「MEDIFAX」より転載・一部改変を許諾されたものです。

資料1

「資格証明書の発行に関する調査」の結果等について

厚生労働省 2008年10月30日

親の保険料の滞納で、責任のない子どもまで医療にかかれなとの一般紙などの報道を受け、厚生労働省が初めて、資格証明書の発行に関する調査を行い、被保険者資格証明書の交付世帯の子どもの人数を調査し、10月30日に結果を公表したもの。9月15日時点での交付世帯は33万742世帯で、うち子どものいる世帯数は1万8240世帯。中学生以下の子どもは3万2903人いることが判明した。

調査結果を受け、厚労省は子どものいる滞納世帯に資格証明書を交付する場合の留意点を通知している。

② 資格証明書発行前における滞納者との接し方（保険者数）

文書催告	電話催告	訪問	休日		時間外		その他
			電話催告	訪問	電話催告	訪問	
1,578	1,206	1,259	392	470	1,013	997	616
88%	67%	70%	22%	26%	56%	55%	34%

※ 数値は、自治体の報告を単純に合計したものである。

※ 下段は総保険者数（1,788）に占める取組みを実施している保険者の割合

③（都道府県別）資格証明書の発行に関する調査・集計表（別添2）

④ 滞納者との接し方（別添3）

平成 20 年 10 月 30 日
照会先：保険局国民健康保険課
森、角田
(代表) 5 2 5 3 - 1 1 1 1 内線 3 2 5 8
(直通) 3 5 9 5 - 2 5 6 5

「資格証明書の発行に関する調査」の結果等について

1. 「資格証明書の発行に関する調査」の結果を受け、本日、各都道府県に対し、資格証明書の交付に際しての留意点について通知をいたします。(別添1)

2. 「資格証明書の発行に関する調査」の結果について

① 資格証明書交付世帯における子どもの数

滞納世帯数	交付世帯数	子どものいる世帯数	資格証明書交付世帯のうち			
			乳幼児数	小学生数	中学生数	中学生以下計
3,845,597	330,742	18,240	5,522	16,327	11,054	32,903

※ 数値は、自治体の報告を単純に合計したものである。

(参考)

- ・滞納世帯数/国保世帯数(2,083万世帯) = 18.5%
- ・資格証交付世帯数/国保世帯数 = 1.6%
- ・資格証明書交付世帯に中学生以下の者の数/国保被保険者である中学生以下の者の数(0歳~15歳:370万人) = 0.9%

※ 資格証明書乳幼児数/乳幼児被保険者数(0~6歳:147万人) = 0.4%

資格証明書小学生数/小学生被保険者数(7~12歳:148万人) = 1.1%

資格証明書中学生数/中学生被保険者数(13~15歳:75万人) = 1.5%

(注) 年齢階級別被保険者数は、平成18年度「国民健康保険実態調査報告」による

別添1

子どものいる滞納世帯に対する資格証明書の交付に際しての留意点
(概要)

(1) 予防的対応

① 事前通知及び特別事情の把握の徹底

滞納者が資格証明書について理解することなく、資格証明書が交付されることがないよう、可能な限り滞納者との接触を図り、その実態把握に努めるとともに、滞納者に対し滞納が継続すれば資格証明書の交付を行うこととなる旨の周知を図る。

その際には、納付相談の奨励に加え、生活保護や多重債務問題等の片内相談窓口の周知も併せて行い、滞納者の相談機会の確保に努める。

② 短期被保険者証の活用

資格証明書の交付までには、可能な限り、短期被保険者証の活用により、滞納者との接触の機会の確保に努める。

(2) 福祉的対応：養育環境に問題のある世帯に対する対応

実情把握の際、養育環境に問題のある世帯を把握した場合などには、児童相談所や市町村の福祉部局とも密接な連携を図る。

(3) 緊急的対応：緊急的対応としての短期被保険者証の発行

世帯主から市町村の窓口において、子どもが医療を受ける必要が生じ、かつ、一時払いが困難である旨の申し出があった場合には、緊急的措置として、その世帯に属する被保険者に対し、速やかに短期被保険者証を交付するものとする。

保国発第1030001号
雇児総発第1030001号
平成20年10月30日

都道府県民生主管部（局）長 殿
〔都 府 県
指 定 都 市
各 児童相談所設置市〕

児童福祉主管部（局）長 殿

厚生労働省保険局国民健康保険課長

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長

被保険者資格証明書の交付に際しての留意点について

国民健康保険における被保険者資格証明書（以下「資格証明書」という。）の運用については、下記のとおり、その留意点をまとめたので、その内容を御了知いただくとともに、貴管内市町村等関係者への周知徹底について遺憾なきよう配慮されたい。

なお、本通知については、社会・援護局保護課と調整済みであることを申し添える。

記

1 資格証明書の交付に係る一般事項

資格証明書については、事業の休業止や病気など、保険料を納付することができない特別の事情がないにもかかわらず、長期にわたり保険料を滞納している方について、納付相談の機会を確保するために交付しているものであり、機械的な運用を行うことなく、特別の事情の有無の把握を適切に行った上で行うこと。

一方、国民健康保険においては収納率の向上はその保険運営上極めて重要であり、悪質な滞納者については、従前どおり、滞納処分も含めた収納対策の厳正な実施に努めること。

2 子どものいる滞納世帯に対する資格証明書の交付に際しての留意点

子どものいる滞納世帯に対する資格証明書の交付についても、1のとおり、機械的な運用を行うことなく、特別の事情の有無の把握を適切に行った上で行うことが

別添

滞納者との接触を図る取組みの具体例について

◎比較的多数の市町村で類似の取組みが実施されているもの

＜滞納者と接触を図るための具体的な取組み＞

全庁的な情報の共有

- ◎他課(税・上下水道・福祉・公営住宅・保育料)と滞納者についての情報の共有を図っている。
- ◎庁内で滞納者の情報共有のため、収納対策のプロジェクトチームを設置している。
- ◎転出時、社保加入時等、滞納者との接触があった際に収納担当に権限をとっている。
- ◎生活困窮者を対象に、福祉担当課と連携し情報の共有化を図っている。
- ◎保険給付以外の町単独の給付関係については申請後納付状況の調査を行い、滞納世帯には支給せず税担当部署と相談するように調整している。

徴収体制の強化

- ◎徴収嘱託員を増員するとともに、徴収専門の担当を設置している。
- ◎毎月25日の納期限の日に午後8時まで、納税説明会を開催したり、休日窓口を定期的に設置するとともに、年に数回、滞納者を対象に納税相談等の機会を作り、相談しやすい環境を整備している。
- ◎全職員で構成する滞納整理本部を設置し、滞納者の全戸訪問、分納誓約書の提出を求めている。
- ◎収納対策の特別強化月間を設け滞納者宅を臨戸したり、特別滞納整理として管理職が接触を試みている。

催告・訪問の強化

- ◎電話催告、通常臨戸を行っている。
- ◎アパートなどの場合には大家に、給与取得者の場合は、勤務先に訪問している。
- ◎過去の交渉履歴から接触の可能性が高い時間帯に重点的に訪問している。
- ◎徴収強化期間に夜間電話催促、夜間訪問徴収を実施している。
- ◎滞納者の中には社保加入を届出していない被保険者や所得未申告者がいるので、資格・賦課の適正化をはかる観点から、郵便文書・電話で接触を図っている。

その他

- ◎短期証の有効期限を1か月にして接触する機会を増やす努力をしている。
- ◎広報誌、街頭放送等による納付啓発の実施、滞納者へ相談はがきを送付している。
- ◎高額療養費・出産育児一時金等の保険給付や、他の公金等の支給時に相談を行っている。
- ◎金融機関に預貯金調査を行い、口座があれば差押予告を送付している。

必要であるが、先般協力をいただいた資格証明書の発行に関する報告の結果をみると、その運用には差異が見られるところである。
このため、特に子どもものいる世帯については、資格証明書の交付に際してよりきめ細かな対応が求められることから、以下の事項に留意して取り扱うこと。

(1) 事前通知及び特別事情の把握の徹底

資格証明書が交付されることについて、滞納者が理解することなく行うことがないよう、可能な限り文書だけでなく、電話督促や戸別訪問等の方法により滞納者との接触を図り、その実態把握に努めるとともに、滞納者に対し滞納が継続すれば資格証明書の交付を行うこととなる旨の周知を図ること。

その際には、納付相談の奨励に加え、生活保護や多重債務問題等の庁内相談窓口の周知も併せて行い、滞納者が相談を行いやすい環境を整えることや、相談機会の確保に努めること。また、他部門に相談のあった滞納者の事例について、情報共有ができるよう、庁内の連絡体制の整備に努めること。

また、資格証明書の発行に際しては、市町村の実情に応じ、別添の他市町村の取扱いも参考に、より公正な判断が行われるよう努めること。

(2) 短期被保険者証の活用

短期被保険者証をせずに、資格証明書を交付するのではなく、資格証明書の交付までには、可能な限り短期被保険者証を活用することにより、滞納者との接触の機会の確保に努めること。

(3) 養育環境に問題のある世帯に対する対応

子どものいる滞納世帯に対しては、特に、(1)のとおり、家庭訪問等により実情把握に努めることとするが、その際、市町村の児童福祉担当部局の助言を得つつ、家庭内が著しく乱れている等の実態がみられるなど養育環境に問題のある世帯を把握した場合には、市町村の児童福祉担当部局や児童相談所と密接な連携を図ること。資格証明書発行後においても同様の対応を図ること。

(4) 緊急的な対応としての短期被保険者証の発行

世帯主が市町村の窓口において、子どもが医療を受ける必要が生じ、かつ、医療機関に対する医療費の一時払いが困難である旨の申し出を行った場合には、保険料を納付することができない特別な事情に準ずる状況であると考えると、資格証明書の交付が納付相談の機会を確保することが目的であることにかんがみ、緊急的な対応として、その世帯に属する被保険者に対して、速やかな短期被保険者証の交付に努めること。

資格証明書の発行に関する調査・集計表（平成20年9月15日現在）

別添2

都道府県名	保険者数	世帯数	滞納世帯数	被保険者資格証明書							資格証明書を発行する前に、滞納者と接触を図る取組み							
				交付世帯数	資格証明書交付世帯のうち					文書催告	電話催告	訪問	休日		時間外		その他	
					子どもがいる世帯数	乳幼児数	小学生数	中学生数	中学生以下計				電話催告	訪問	電話催告	訪問		
北海道	173	888,618	144,911	16,864	1,143	403	760	556	1,719	160	138	145	42	49	121	129	60	
青森県	40	258,130	37,372	4,240	532	157	378	252	787	35	28	28	5	6	21	20	30	
岩手県	35	212,376	27,162	1,548	96	16	69	53	138	31	26	29	11	14	24	23	10	
宮城県	36	348,311	101,661	4,231	315	29	215	154	398	34	28	33	10	11	23	24	26	
秋田県	25	185,816	23,013	1,998	128	18	79	63	160	22	19	21	6	6	15	16	3	
山形県	32	179,577	26,331	1,029	68	12	43	39	94	32	30	29	11	11	21	20	17	
福島県	59	306,143	48,899	5,137	452	22	296	238	556	53	45	50	17	16	42	47	35	
茨城県	44	476,848	93,392	7,947	556	141	412	308	861	43	26	27	7	11	17	16	11	
栃木県	31	319,019	70,801	14,165	1,626	715	1,200	737	2,652	31	16	17	2	6	11	11	8	
群馬県	38	346,308	47,187	9,988	979	379	703	418	1,500	36	22	23	5	7	21	19	12	
埼玉県	70	1,196,452	260,881	3,337	158	34	108	81	223	49	31	40	17	23	27	19	26	
千葉県	56	1,022,687	201,211	28,725	1,403	250	1,849	1,222	3,321	53	32	36	17	26	29	22	17	
東京都	62	2,610,579	551,611	30,379	619	182	418	306	906	48	37	35	22	24	26	20	9	
神奈川県	33	1,426,982	262,904	40,565	500	126	2,612	1,648	4,386	27	14	13	4	9	14	10	5	
新潟県	31	350,664	50,603	3,185	225	33	94	68	195	24	20	21	3	4	16	17	10	
富山県	15	161,144	16,557	2,640	164	72	113	56	241	15	14	15	4	3	15	14	10	
石川県	19	165,160	12,245	945	20	0	2	21	23	13	13	13	4	6	12	11	3	
福井県	17	107,911	16,890	2,811	233	79	181	106	366	17	16	16	2	2	15	16	9	
山梨県	28	151,176	27,699	1,363	62	13	33	33	79	22	14	18	5	5	13	10	7	
長野県	81	321,104	43,612	537	20	3	12	15	30	81	81	81	32	30	64	63	49	
岐阜県	42	320,896	51,375	6,389	268	129	265	174	568	40	29	30	7	14	25	25	10	
静岡県	41	607,029	137,251	7,604	535	199	440	310	949	41	23	24	7	5	22	12	17	
愛知県	61	1,076,262	191,279	3,310	178	65	127	87	279	43	28	32	7	14	19	25	8	

＜子どものいる世帯に対する特別な取組み＞

実情の把握

- ◎子どものいる世帯については、他の世帯より頻繁に訪問や面接を行い実情把握に努めている。
- ◎地方単独の医療費助成・児童手当等の担当課と連携し情報の共有を図っている。
- ◎地方単独の医療費助成受給者には、年3回の通知文を送付し、相談の機会が持てるよう配慮しているが、なおも相談のない受給者に対しては戸別訪問を実施している。

資格証明書の交付の厳格化

- ◎少額でも分納するよう説得する。分納誓約の締結により、短期証（1か月）の発行を行っている。
- ◎国保滞納者措置審査会を設置し、審査判定を行っている。
- ◎子どもの病気等緊急を有する時は短期証を発行している。
- ◎交付決定を、町長決裁としている。

＜特別の事情の有無の判断のための取組み＞

公正な判断の確保

- ◎資格証明書交付該当者選定審査会を設置し、判定を行っている。
- ◎課内検討会を開き、判定を行っている。

判断材料の収集

- ◎税・福祉・水道等の担当課と連携し、情報の共有化を図り、判断の資料としている。
- ◎家庭訪問し、収支状況を聞き取る等、納税相談に努めている。
- ◎措置予告通知に特別な事情に関する届出書を同封し、提出を促している。
- ◎滞納者の事情や、問題をデータとして蓄積し、審査の対象にしている。
- ◎住民税の申告内容や、レセプトの治療状況の確認を行っている。
- ◎通院歴、薬の処方箋等の確認や財産調査等を行っている。
- ◎本人の家族・経済状況の調査及びその裏付けとなる近所の方々や民生委員等への聞き取り調査を実施している。

別添3

滞納者との接触を図る取組みの具体例について

◎：比較的多数の市町村で類似の取組みが実施されているもの

＜滞納者と接触を図るための具体的な取組み＞

- 全庁的な情報の共有
- ◎他課（税・上下水道・福祉・公営住宅・保育料）と滞納者についての情報の共有を図っている。
 - ◎庁内で滞納者の情報共有のため、収納対策のプロジェクトチームを設置している。
 - 転出時、社保加入時等、滞納者との接触があった際に収税担当に確認をとっている。
 - 生活困窮者を対象に、福祉担当課と連携し情報の共有化を図っている。
 - 保険給付以外の即単独の給付関係については申請後納付状況の調査を行い、滞納世帯には支給せず税担当部署と相談するように調整している。

徴収体制の強化

- ◎徴収嘱託員を増員するとともに、徴収専門の担当を設置している。
- 毎月25日の納期限の日に午後8時まで、納税説明会を開催したり、休日窓口を定期的に設置するとともに、年に数回、滞納者を対象に納税相談等の機会を作り、相談しやすい環境を整備している。
- 全職員で構成する滞納整理本部を設置し、滞納者の全戸訪問、分納誓約書の提出を求めている。
- 収納対策の特別強化月間を設け滞納者宅を臨戸したり、特別滞納整理として管理職が接触を試みている。

催告・訪問の強化

- ◎電話催告、通常臨戸を行っている。
- アパートなどの場合には大家に、給与取得者の場合は、勤務先に訪問している。
- 過去の交渉履歴から接触の可能性が高い時間帯に重点的に訪問している。
- 徴収強化期間に夜間電話催促、夜間訪問徴収を実施している。
- 滞納者の中には社保加入を届出していない被保険者や所得未申告者がいるので、資格・賦課の適正化をはかる観点からも、勧奨文書・電話で接触を図っている。

その他

- ◎短期証の有効期限を1か月にして接触する機会を増やす努力をしている。
- 広報誌、街頭放送等による納付啓発の実施、滞納者へ相談はがきを送付している。
- 高齢療養費・出産育児一時金等の保険給付や、他の公金等の支給時に相談を行っている。
- 金融機関に預貯金調査を行い、口座があれば差押予告を送付している。

都道府県名	保険者数	世帯数	滞納世帯数	被保険者資格証明書						資格証明書を発行する前に、滞納者と接触を図る取組み									
				交付世帯数	資格証明書交付世帯のうち					文書催告	電話催告	訪問	休日		時間外		その他		
					子どものいる世帯数	乳幼児数	小学生数	中学生数	中学生以下計				電話催告	訪問	電話催告	訪問			
三重県	29	278,066	50,727	8,884	825	336	594	324	1,254	28	18	15	3	4	12	13	10		
滋賀県	26	183,137	22,475	1,512	46	11	39	22	72	25	14	17	3	4	9	14	6		
京都府	26	415,710	43,643	4,113	90	31	58	46	135	26	17	20	5	6	14	10	8		
大阪府	43	1,509,941	339,602	26,674	1,356	316	978	722	2,016	41	35	31	13	15	25	16	26		
兵庫県	41	874,020	178,920	9,933	362	117	318	249	684	38	24	23	12	12	18	15	3		
奈良県	39	207,817	38,845	1,579	58	9	40	29	78	28	21	23	4	7	14	18	9		
和歌山県	28	182,517	37,987	4,543	266	84	224	129	437	25	16	16	3	5	11	13	9		
鳥取県	19	89,622	13,586	1,456	67	20	53	32	105	18	19	18	4	2	13	13	2		
島根県	21	104,295	7,618	1,440	106	40	77	60	177	17	16	16	5	5	14	17	11		
岡山県	27	283,823	66,104	3,915	150	2	90	99	191	18	12	12	6	7	10	11	3		
広島県	23	419,240	76,494	5,365	474	105	363	228	696	22	16	14	8	10	15	13	18		
山口県	20	234,534	29,912	5,492	417	152	320	218	690	20	18	16	5	6	17	17	14		
徳島県	24	112,334	25,197	1,662	144	31	91	69	191	20	13	12	2	3	8	9	3		
香川県	17	146,452	17,648	2,833	118	5	91	45	141	14	5	5	1	2	6	3	1		
愛媛県	20	238,370	30,041	4,115	193	28	151	113	292	17	13	13	4	5	12	13	5		
高知県	34	136,787	20,087	3,553	284	128	203	135	466	33	20	23	4	5	18	18	5		
福岡県	66	769,034	120,587	22,918	1,328	504	948	647	2,099	56	51	46	12	16	52	49	34		
佐賀県	20	124,125	16,605	1,827	161	42	125	93	260	20	19	20	7	9	19	20	12		
長崎県	23	245,371	36,975	2,600	197	56	171	114	341	23	21	21	4	4	19	19	6		
熊本県	48	298,038	64,515	3,252	240	69	191	146	406	35	23	26	8	7	20	23	9		
大分県	18	190,437	25,128	4,786	463	156	326	240	722	16	15	16	8	8	13	14	6		
宮崎県	30	206,147	42,034	3,935	266	93	207	129	429	25	16	19	5	7	18	19	13		
鹿児島県	46	286,734	51,088	5,123	319	91	239	201	531	37	27	33	8	9	20	29	8		
沖縄県	41	254,286	44,932	2,951	30	19	21	19	59	26	27	28	11	10	23	22	3		
合計	1,798	20,830,029	3,845,597	330,742	18,240	5,522	16,327	11,054	32,903	1,578	1,206	1,259	392	470	1,013	997	616		

※ 自治体からの報告を単純に合計したものであり、以下の点に留意が必要。
① 自治体によっては、報告を求めた項目のうち期日までに数値が把握できず、「不明」等と報告されている場合がある。
② 調査は9月15日現在の数値の報告を求めているが、把握できない場合は、把握できる時点の数値が報告されている。

(参考)

滞納世帯数等の推移 (速報値)

○滞納世帯数等の推移

	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
全世帯数	22,833,889	23,713,339	24,436,613	24,897,226	25,302,112	25,508,260
滞納世帯数	4,116,576	4,546,714	4,610,082	4,701,410	4,805,582	4,746,032
割合	18.0%	19.2%	18.9%	18.9%	19.0%	18.6%

(注1)滞納世帯数は各年6月1日現在の状況
(注2)全世帯数は各年3月31日現在の状況
(注3)平成19年は速報値。
(注4)平成19年の滞納世帯数は6月1日現在で国民健康保険の資格を有する世帯とすることを明確化したところであり、前年までとの比較には注意を要する。

○被保険者資格証明書の交付状況の推移

	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
交付世帯数	225,454	258,332	298,507	319,326	351,270	340,285

(注)各年6月1日現在の状況

○短期被保険者証の交付状況の推移

	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
実施市町村数	2,712	2,831	2,913	2,277	1,763	1,743
交付世帯数	777,964	945,824	1,045,438	1,072,449	1,224,849	1,156,381

(注)各年6月1日現在の状況

(出所)厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

＜子どものいる世帯に対する特別な取組み＞

実情の把握

- 子どものいる世帯については、他の世帯より頻繁に訪問や面接を行い実情把握に努めている。
- 地方単独の医療費助成・児童手当等の担当課と連携し情報の共有を図っている。
- 地方単独の医療費助成受給者には、年3回の通知文を送付し、相談の機会が持てるよう配慮しているが、なおも相談のない受給者に対しては戸別訪問を実施している。

資格証明書の交付の厳格化

- 少額でも分納するよう説得する。分納誓約の締結により、短期証(1か月)の発行を行っている。
- 国保滞納者措置審査会を設置し、審査判定を行っている。
- 子どもの病氣等緊急を有する時は短期証を発行している。
- 交付決定を、町裁決として行っている。

＜特別の事情の有無の判断のための取組み＞

公正な判断の確保

- 資格証明書交付該当者選定審査会を設置し、判定を行っている。
- 課内検討会を開き、判定を行っている。

判断材料の収集

- 税・福祉・水道等の担当課と連携し、情報の共有化を図り、判断の資料としている。
- 家庭訪問し、収支状況を聞き取る等、納税相談に努めている。
- 措置予告通知に特別な事情に関する届出書を同封し、提出を促している。
- 滞納者の事情や、問題をデータとして蓄積し、審査の対象にしている。
- 住民税の申告内容や、レセプトの治療状況の確認を行っている。
- 通院歴、薬の処方箋等の確認や財産調査等を行っている。
- 本人の家族・経済状況の調査及びその裏付けとなる近所の方々や民生委員等への聞き取り調査を実施している。

資 格 証 明 書 の 発 行 に 関 する 調 査（平成20年9月15日現在）

											都道府県番号（ 26 ） 都道府県名（ 京 都 府 ）									
保険者 番号	市町村 保険者名	世帯数	滞納 世帯数	被保険者資格証明書						日付	資格証明書を発行する前に、滞納者と接触を図る取組									
				実施 状況	交付 世帯数	資格証明書交付世帯のうち					文書 催告	電話 催告	訪問	休日 電話催告	休日 訪問	時間外 電話催告	時間外 訪問	その他		
						子供のいる世帯数	乳幼児数	小学生数	中学生数											
1	京都市	220,811	20,985	○	3,387	69	26	50	29	※	○	○	○	○	○	○	○	○		
2	福知山市	11,808	1,316	○	173	13	4	7	8		○		○					○		
3	舞鶴市	14,003	1,778	○	136	2	1	1	1		○	○	○			○	○	○		
4	綾部市	6,166	303	○	4	1	0	0	2	H20.8.31	○	○	○							
5	宇治市	26,848	3,117	○	265	2	0	0	2		○	○	○	○	○	○				
6	宮津市	3,830	345	○	0						○	○	○			○	○	○		
7	亀岡市	35,787	1,291	○	77	0	0	0	0		○	○	○	○	○	○	○			
8	城陽市	12,458	1,810	○	11	0	0	0	0	H20.8.31	○	○	○			○	○			
9	向日市	7,865	1,829	○	0					H20.8.31	○	○	○			○				
10	長岡京市	10,916	1,170	○	0					H20.8.31	○	○	○			○		○		
13	大山崎町	2,232	120	○	0					H20.8.31	○	○	○	○	○	○	○			
14	久御山町	3,251	1,004	○	0					H20.6.1					○	○	○			
15	八幡市	11,770	1,990	○	0					H20.8.31	○		○							
16	京田辺市	7,714	757	○	0					H20.8.31	○	○	○							
17	井手町	1,341	605	○	0					H20.8.31	○									
18	宇治田原町	1,296	83	○	0					H20.8.31	○	○	○							
22	笠置町	314	50	○	0					H20.8.31	○									
23	和束町	917	146	○	0					H20.8.31	○		○							
24	精華町	3,859	456	○	0					H20.8.31	○	○	○			○	○			
25	南山城村	614	67	○	0						○	○				○				
40	伊根町	468	0	○	0						○									
48	京丹波町	2,845	1,026	○	60	3	0	0	4		○		○					○		
49	与謝野町	4,277	774	○	0						○	○	○	○	○	○	○	○		
51	京丹後市	10,776	1,048	○	0						○									
52	南丹市	5,378	793	○	0					H20.9.1	○		○							
53	木津川市	8,166	780	○	0						○							○		
都道府県合計				415,710	43,643	26	4,113	90	31	58	46		26	17	20	5	6	14	10	8
※京都市 世帯数 (H20.8.31) 滞納世帯数 (H20.5.31) 交付世帯数 (H20.9.1)																				
滞納者と接触を図るための具体的な取組				「関係公簿等の調査を行い、直近の世帯状況を把握するため、各種催告、訪問を行っている」(京都市)「税・介護保険・国保・後期高齢者の滞納分については独立した課(徴収課)が一括して担当」(福知山)「短期証を発行し、滞納者と接触を図る」(舞鶴)「弁明書の提出を依頼し、未払等の上、弁明の機会を与えている」(綾部)「市税・水道の担当係と情報を共有する」(宮津)「短期証の有効期限を短くして、滞納者との納付相談の機会を増やしている」(向日)「税収納部門と連携し情報の共有を図っている」(長岡京)「保険証更新の際、滞納者に対して納付相談の勧奨を行う(3ヶ月・6ヶ月の短期証交付)。催告書送付時に夜間相談窓口を開設する(保険料の納付に合わせて短期証の更新を行う)」(八幡)「税務課・福祉担当課等と連携し、情報の共有を図る」(京丹波)「税・福祉・水道などの担当課と連携し情報の共有を図る」(与謝野)																
子供のいる世帯に対する特別な取組				「関係公簿等の調査を行い、直近の世帯状況を把握するため、各種催告、訪問を行っている」(京都市)「弁明書の内容により判断を行う」(綾部)「現状は資格証明書の対象者無し。納付相談の結果、ほとんどが短期証の対象となっているため特に対応していない」(八幡)「訪問及び面接により実情を把握する」(与謝野)																
特別な事情の有無の判断のための特別な取組				「特別事情届出書に収入申告書等、当該事情に係る資料等を添付し提出を求める」(京都)「国保担当課・徴収担当課合同の特別事情届出書に関する審査会及び資格証弁明書に関する審査会を開催し、判定を行う」(舞鶴)「決裁により判断を行っている」(綾部)「過去には関係部署の管理職により組織した措置検討会議を開催し、特別事情について検討していた」(八幡)																

協会だより（定例理事会要録から）

2008年度 第10回 2008年10月28日

【特別討議】

1. 刑事介入時の具体的な対応－実践的な話を中心に－
△講師＝京都中央法律事務所 弁護士 蒔立明氏
△担当＝貫戸副理事長（医療安全対策部会）

【各担当部報告】

〈総務部会〉

1. 週間行事予定表の確認
2. 文化ハイキング（10月19日）状況
3. NTT GROUP COLLECTION 2008（10月23日）状況
4. 新規開業会員訪問（10月24日）状況

〈経営部会〉

1. 保団連経税部会（10月10日）状況
2. 保団連近畿ブロック経税担当事務局会議（10月10日）状況
3. 雇用管理相談室（10月16日）状況
4. 第7回保団連共済部会（10月18日）状況
5. 近畿税研集会（10月18日）状況
6. 傷害疾病保険審査会（10月21日）状況
7. 金融共済委員会（10月22日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談（①10月14日、②17日、③21日）状況
2. 法律相談室（10月16日）状況
3. 医療安全管理者研修セミナー（①10月20日、②23日）状況
4. 医療事故案件調査委員会（10月24日）状況
5. 医師賠償責任保険処理室会（10月27日）状況

〈政策部会〉

1. 環境対策委員会（10月17日）状況
2. 第9回地方自治研究全国集会in京都（10月18・19日）状況
3. 反核京都医師の会世話人会（10月23日）状況
4. 立命館大学産業社会学部講演会（10月25日）状況

〈保険部会〉

1. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（10月8日）状況
2. 第23回保団連医療研究集会（10月11・12日）状況
3. 近畿厚生局管内社保担当者会議（10月15日）

状況

【各担当部議事】

〈総務部会〉

1. 前回理事会（10月14日）要録と決定事項の確認
2. 11月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
3. 各部会開催の件
4. 上京東部・西陣医師会との懇談会（10月15日）状況確認の件
5. 有限会社アミス第13期決算報告・監査状況（10月16日）確認の件
6. 会員入退会及び異動に関する承認の件
7. 新規開業未入会会員訪問実施の件
8. 第4回文化講座開催の件

〈経営部会〉

1. 「ケアマネくん」販売店研修大会への出席の件

〈医療安全対策部会〉

1. 第261回関西医事法研究会への出席の件
2. 第38回日本医事法学会総会への出席の件
3. 医療機関向け医療安全研修会講師派遣の件

〈政策部会〉

1. 第12回医療制度検討委員会（10月15日）状況確認の件
2. 反核近畿懇談会事務局会議出席の件
3. 保団連公害視察会出席の件
4. 『京都保険医新聞』新春特集号対談開催の件
5. 第16回環境ハイキング開催の件
6. 「いのち輝く、芸術と社会保障のつどい」第3回実行委員会出席の件
7. 「『ワクチンで防げる病気』正しく理解して、子どもたちを守ろう!!」セミナーへの出席の件
8. 「六ヶ所村ラプソディー」上映会とパネル討論会－食の安全とエネルギー政策から再処理工場を考える－への後援の件
9. 『京都保険医新聞』（第2661号）・『メディーパー京都』第112号（第2662号）合評の件

〈保険部会〉

1. 保団連全国社保担当事務局研修会出席の件
2. 「届出医療の活用と留意点」説明会（舞鶴市会場）開催の件
3. 知っておきたい「在宅医療点数」の基礎知識（説明会）開催の件
4. 「届出医療の活用と留意点」説明会（京都市

会場)開催の件

5. 診療報酬オンライン請求に関する会員署名、患者署名付パンフレット等を活用した取り組みの件
6. 日本薬剤師会「先発医薬品と後発医薬品で適応に違いがある場合の対応について(処方医への疑義照会の徹底のお願い)」通知発出報告の件

《以上27件の議事について承認》

2008年度 第11回 2008年11月11日

【各担当部報告】

〈総務部会〉

1. 週間行事予定表の確認
2. 新規開業未入会会員訪問(10月30日)状況

〈経営部会〉

1. 経営対策セミナー(10月2日)状況
2. 「ケアマネくん」販売店研修大会(11月6・7日)状況

〈医療安全対策部会〉

1. 第22回「医療と法」関西フォーラム(10月24日)状況
2. 医療安全管理者研修セミナー状況
3. 医療機関向け医療安全研修会(10月30日)状況
4. 患者側との懇談(11月7日)状況

〈政策部会〉

1. 近畿反核医師懇談会事務局会議(10月31日)状況
2. 保団連公害視察会(11月2・3日)状況

〈保険部会〉

1. 保団連病院対策事務局小委員会状況(10月25日)状況
2. 保団連2008年度第2回病院・有床診療対策部会(10月26日)状況
3. 医科・歯科混合診療問題を考えるシンポジウム(10月26日)状況
4. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い(11月5日)状況
5. 外科診療内容向上会(11月8日)状況

【部会報告】

1. 各部会(11月4日、保険部会:11月7日)状況と決定事項確認の件

〈総務部会〉

1. 地区懇談会の出席と資料の確認
2. 理事者・事務局新年会の出欠確認

3. 60周年記念事業の具体化

4. 第176回定時代議員会の開催確認
5. 共済制度関係者との忘年懇親会の開催確認
6. 2008年度9月分収支月計表報告
7. 10月度会員増減状況の確認
8. 第1回コミュニケーション委員会の開催確認
9. 新規開業医との懇談会の開催確認
10. 2008年度保団連第3回組織部会の出欠確認
11. 会費未納会員の状況報告
12. 第4回文化講座の開催確認
13. 「香りの歴史」の開催確認
14. 前進座初春特別公演チケット取り扱いの確認
15. 京響サロンコンサートの開催確認
16. 第5回文化講座の開催確認
17. デジタルカメラ教室(文化ハイキング番外編)の開催確認
18. 地区・専門医会会報等の収集及び回覧
19. 次回開催日の確認

〈経営部会〉

1. 地区懇談会の出席と資料の確認
2. 理事者・事務局新年会の出欠確認
3. 保険医年金第52次普及結果(2009年1月1日加入分)報告
4. 医師賠償責任保険2009年度募集についての確認
5. 共済制度関係者との忘年懇親会の開催確認
6. 今後のスケジュール確認

〈医療安全対策部会〉

1. 地区懇談会の出席と資料の確認
2. 理事者・事務局新年会の出欠確認
3. 2008年10月度医事紛争状況の確認
4. 2008年度医事紛争状況の中間報告
5. 全国における医事紛争状況の報告
6. 医療安全シンポジウムの開催確認
7. 代議員月例アンケート結果の確認
8. 調査委員辞任に伴う補充者の確認
9. 医事紛争予防冊子の構成についての意見交換

〈政策部会〉

1. 地区懇談会の出席と資料の確認
2. 理事者・事務局新年会の出欠確認
3. 11月の部会スケジュールの確認
4. 医療情勢についての報告と意見交換
5. 後期高齢者医療制度廃止を求める運動の報告
6. 介護保険シンポジウム2008の開催確認
7. 医師・医学生対象署名の集約状況の確認

8. 厚生労働省「資格証明書の発行に関する調査」・通知への対応の確認
9. 国際シンポジウム「健康権の再検討：近年の国際的議論から日本の課題を探る」への後援確認
10. 非営利・協同総研いのちとくらし主催・地域シンポジウム「日本の医療はどこへいく」宣伝協力の確認
11. 近畿総決起集会の中止確認
12. 『京都保険医新聞』企画の確認
13. 立命館大学産業社会学部講演会の報告
14. 2008年度保団連公害視察会の報告
15. 地球温暖化防止「MAKE the RULE」キャンペーンへの参加確認
16. 環境ハイキングの開催確認
17. 地区懇談会アンケート結果の報告
18. エコキャップ運動の取り組みの確認
19. ヒブワクチンの接種率向上の取り組みの確認
20. 保団連地域医療活動交流集会の参加確認
21. 京都介護ウェブへの協賛の確認
22. 政策課題（社会保障カード・社会保障個人会計制度）の検討

〈保険部会〉（11月7日開催）

1. 地区懇談会の出席と資料の確認
2. 理事者・事務局新年会の出欠確認
3. 第176回定時代議員会の決議（案）起案者の確認
4. 『京都保険医新聞』原稿執筆者の確認
5. 在宅医療点数説明会の開催確認

6. 介護報酬改定スケジュール等の確認
7. 保団連のオンライン請求問題に関する取り組みの確認
8. 京都協会のオンライン請求問題に関する取り組みの確認
9. 先発医薬品と後発医薬品で適応に違いがある場合の対応の検討
10. 個別指導における帯同弁護士組織化についての報告
11. 理事会特別討議（指導・監査問題）の開催確認
12. 指導・監査関係の情報開示請求内容の確認
13. 第3回医療事務対策チーム設立準備会の開催確認
14. 第626回社会保険研究会の開催確認

【各担当部議事】

〈総務部会〉

1. 前回理事会（10月28日）要録と決定事項の確認
2. 地区担当制の活動状況確認の件
3. 2008年度9月分収支月計表報告状況

12月のレセプト受取・締切

基金・国保	9日(火)	10日(水)	労災	12日(金)
	○	◎		◎

※○は受付日、◎は締切日。
受付時間は午前9時～午後5時です。

12月の相談室

薪院・住業 (改)	12月10日(水)午後2時～	担当＝坂本建築士
ファイナンシャル	12月18日(木)午後1時～	担当＝三井生命のFC (ファイナンシャルコンサルタント)
法律	12月18日(木)午後2時～	担当＝筋弁護士
雇用管理	12月18日(木)午後2時～	担当＝本宮社労士
経営	12月24日(水)午後2時～	担当＝藤田税理士

開催日の3日前までに協会事務局へお申込み下さい。30分間無料です。

4. 10月度会員増減状況

△2008年10月31日付会員数=2589人

5. 会員入退会及び異動に関する承認の件

6. 新規開業医との懇談会中止の件

7. 伏見医師会との懇談会(10月31日)状況確認の件

8. 中京東部・中京西部医師会との懇談会(11月5日)状況

9. 前進座初春特別公演チケット取り扱いの件

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談の件

〈政策部会〉

1. 保団連に対する「保団連のあり方を見直し、会費引下げを求める意見書」提出の件

2. 子どものいる世帯への正規保険証交付を求める京都市への要望書提出(11月10日)状況確認の件

3. 世界の子どもたちにワクチンを!「エコキャップ運動」の取り組みについて

4. 地球温暖化防止「MAKE the RULE」キャンペーンへの協力について

5. 京都商工団体連合会共済部会社会保障・医療制度学習会講師派遣の件

6. 「九条の会・医療者の会」第5回講演会参加の件

7. 『京都保険医新聞』(第2663号、第2664号)合評の件

〈保険部会〉

1. 2008年10月度国保合同審査委員会(10月23日)状況確認の件

2. 保険審査通信検討委員会(11月7日)状況確認の件

《以上20件の議事について承認》

介護保険——

このままでいいのでしょうか?
みなさんお越し下さい。

とき

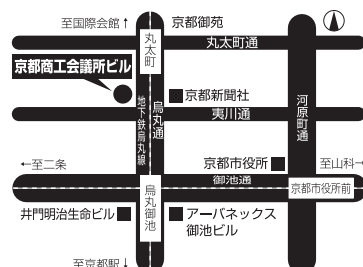
2008年

12月7日(日)

午後1時~4時30分(開場は30分前)

ところ

京都商工会議所・講堂

京都市中京区烏丸九太町下ル西側
TEL 075-212-6400

★参加ご希望の方は電話・ファクス・メールでお申し込み下さい

介護保険
シンポジウム2008

主催 京都府保険医協会

後援: 京都府(申請中) 京都市 京都商工会議所 京都新聞社 読売新聞京都総局 朝日新聞京都総局 毎日新聞京都支局 日本経済新聞社京都支社 NHK 京都放送局 KBS 京都 α-STATION FM KYOTO

「出直せ介護保険!」シンポジウム
保障せよ 医療も介護も

来年4月には介護報酬と保険料が見直され、国は制度自体の変更も考えています。

誰もが安心して、利用できる介護保険制度はどうあるべきか。

みなさんといっしょに考え、意見をまとめるためのシンポジウムです。ぜひご参加下さい!

学習会

介護保険制度の仕組みと使い方

日名隆吉 さん(京都市保健福祉局 長寿社会部介護保険課課長)

基調報告

「介護崩壊」「医療崩壊」の原因は何か?

廣末利弥 さん(社会福祉法人七野会理事長)

シンポジウム

1 医療から介護へ、施設から在宅への流れ、その実態と問題点

阿部未知さん(京都保健会 東九条訪問看護ステーション所長)

2 介護ワーカーの賃金・労働実態とその原因

鈴木太一さん(ケアマネジャー、デイサービスセンター相談員、元養護老人ホーム相談員)

3 「医療なき介護」の矛盾

吉田巖さん(介護老人保健施設じゅんぶう 施設長、元 堀川病院副院長)

4 「地域力喪失」—医療・福祉の実態—

垣田さち子さん(医師・通所リハビリテーション所長)

会場からのご意見をいただくコーナー



地区医師会との懇談会

乙 訓

2008年12月8日(月)
午後2時30分～

乙訓休日応急診療所3階会議室

左 京

2009年1月10日(土)
午後2時30分～

ウェスティン都ホテル京都

宇治久世

2009年1月14日(水)
午後2時30分～

うじ安心館3階

与謝・北丹

2009年1月24日(土)
懇談会：午後3時～
懇親会：午後4時30分～

プラザホテル吉翠苑

右 京

2009年1月30日(金)
午後2時～

右京医師会館

亀岡市・船井

2009年1月31日(土)
未定

ガレリアかめおか

二酸化窒素(NO₂)測定調査にご協力下さい

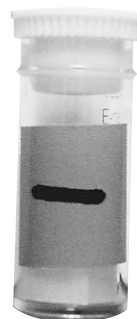
実施日時：12月4日(木)午後6時～5日(金)午後6時

人体に有害な大気汚染の1指標である二酸化窒素(NO₂)の全国一斉「カプセル測定調査」を今年度も実施します。

今年度は、過去5回の調査すべてにご協力いただけなかったところには送付しません。もし、こちらの不手際で届かなかった、もしくは今年度は協力して下さるという医療機関は、お手数ですが事務局までご連絡下さい。調査に使用する器具は白色の封筒でお届けします。同封資料をご確認いただき、ぜひともご協力をお願いします。

木曜午後は休診の医療機関が多いことは承知していますが、全国一斉調査日に合わせて実施するため、何卒ご了承下さいますようお願い申し上げます。結果につきましては、個別にハガキでお知らせさせていただきます。

24時間測定であれば2～3時間の前後は問題ありません。ご不明な点がございましたら、協会事務局までお問い合わせ下さい。

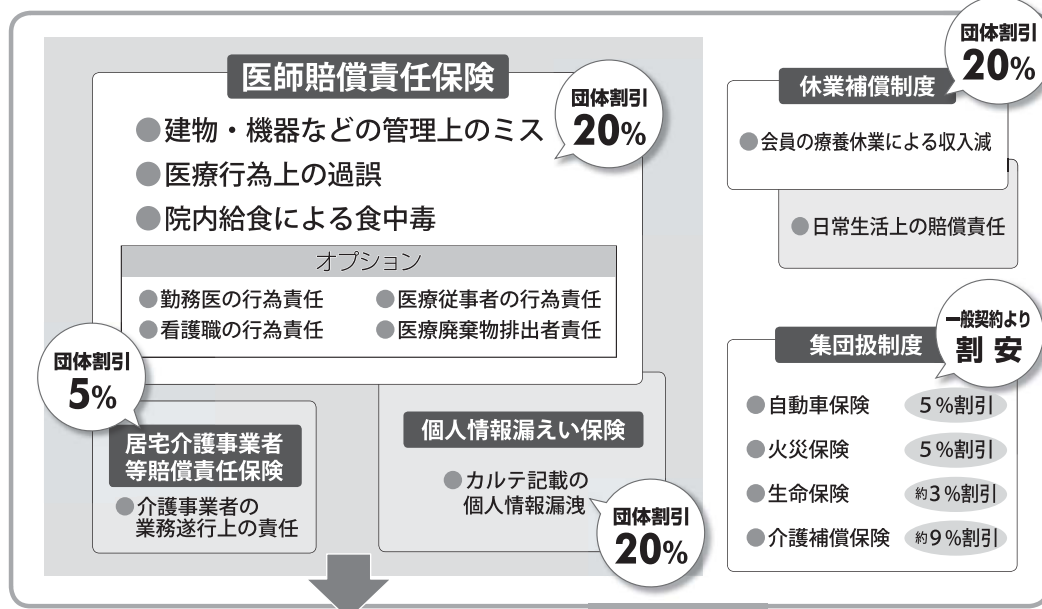


NO₂測定カプセル

地上1.5mの高さに設置して下さい。

医療機関を取り巻くリスクをまるごとサポート

京都府保険医協会では、医療機関や会員医師・医療従事者を取り巻くリスクとしての医事紛争、個人情報漏えい、病気、ケガ、自動車事故、火災等に対する補償を担保する保険制度を各種取りそろえると同時に様々なアドバイスを行っています。



その中でも医業経営に与える影響が特に大きいのが医事紛争です

医事紛争は必ずしも医療過誤によるものとは限りません。医学的な問題より人間関係が原因となるものもあります。患者さん側からのクレームは基本的に全て医事紛争となる可能性を秘めています。

ひとたび、医事紛争が発生すると、その解決のために要する会員の精神的負担は計り知れないものがあります。また、賠償金の支払いとなれば、経済的にも医業経営に大きな支障をきたします。

医事紛争処理のパイオニアとして50年の実績

京都府保険医協会は医療機関にとって最大のリスクである医事紛争を円満に解決し、会員の負担を軽減するために1959年(昭和34年)から活動をはじめ、全国に先駆けて医師賠償責任保険処理室会(略称:処理室会)という紛争処理の機関を1968年(昭和43年)に設置しました。処理室会では事故原因の調査、保険金額等の支払の妥当性やその金額について審議しています。

会員の立場を尊重し、かつ患者さんの救済も行いながら、京都の医療機関の医療安全の水準が向上するよう解決に向けたアドバイスを行っています。医療安全対策50年の歴史の中で培った経験が会員を強力にバックアップします。

予防から解決まで京都府保険医協会が親身にお手伝いいたします



医療機関のリスク対策は保険医協会にお任せください!

➡ ご相談は医療安全対策部会または経営部会まで。☎ 075-311-8888

調査会・処理室会の機能

- ▶「処理室会」に先立って、協会独自に「調査会」を開催
- ▶当該医療機関と懇談して医学的調査を実施
- ▶必要に応じて患者側とも懇談し事情聴取
- ▶調査・検討結果に基づいて責任の有無・割合程度(寄与率)を判定
- ▶適切な保険金額の算出
- ▶和解(示談)交渉についても詳細に助言
- ▶法的な問題についても詳細に助言
- ▶医事紛争の傾向と予防対策についても助言
- ▶「処理室会」(毎月第4月曜開催)でそれぞれのケースを検討

処理室会の構成員

- ▶協会医療安全対策部会担当理事
- ▶協会医療事故案件調査委員
- ▶京都府医師会理事
- ▶協会顧問弁護士
- ▶損保ジャパン担当者(オブザーバー)

京都府保険医協会の
医師賠償責任保険です!

加入して安心!

協会案内の損害保険はすべてアミスの取り扱いです!

取扱代理店: 有限会社アミス TEL: 075-315-4470 FAX: 075-321-0056

資料2

社会保障国民会議最終報告

■ 社会保障国民会議 2008年11月4日 ■

社会保障国民会議が11月4日に取りまとめた最終報告書。6月の中間報告以降、サービス保障分科会がまとめた2025年の医療・介護費用推計などを踏まえ、在るべき医療・介護の姿の実現に向けた工程表を明示する必要性を指摘している。工程表の策定作業は、社会保障・税財政改革の中期プログラムの策定作業と並行して、新たに立ち上げる懇談会などで進め、年内をめどに取りまとめる方針だ。

社会保障国民会議 最終報告

目次

平成20年11月4日
社会保障国民会議

1 最終報告の位置付け	1
2 これからの社会保障 ～ 中間報告が示す道筋 ～	1
1 社会保障国民会議における議論の出発点	1
(1) 国民の安全と安心を支える社会保障	1
(2) 時代の要請・社会の変化に応える社会保障	1
(3) 全ての国民が参加し支える、国民の信頼に足る社会保障	1
(4) 国と地方が協働して支える社会保障	2
2 社会保障改革の基本的視点	2
3 社会保障の機能強化のための改革	2
(1) 社会保障の制度設計に際しての基本的な考え方	2
(2) 社会保障を支える基盤の充実	3
(3) 高齢期の所得保障	3
(4) 医療・介護・福祉サービスの改革	4
(5) 少子化・次世代育成支援対策	5
(6) セイフティネット機能の強化	5
(7) 制度に対する信頼の回復・国民目線に立った改革の実施	6
3 中間報告後の議論	6
(1) 低所得者対策	6
(2) 能力開発政策	7
(3) 医療・介護費用のシミュレーション	8
(4) 少子化対策の意義と課題	9
(5) 新たな制度体系構築に向けた基本的視点	9

社会保障国民会議 最終報告

平成20年11月4日
社会保障国民会議

社会保障国民会議 最終報告

平成 20 年 11 月 4 日
社 会 保 障 国 民 会 議

4 社会保障の機能強化に向けて 11

5 おわりに ～ 国民会議からのメッセージ ～ 13

1 最終報告の位置付け

社会保障国民会議は、社会保障のあるべき姿と財源問題を含む今後の改革の方向について、国民目線で議論する場として、内閣総理大臣の下に本年1月に設置された。以来、今日まで約10ヶ月、会議の下に置かれた3つの分科会を含め、合計で31回にわたる会議を重ね、社会保障を巡る様々な課題について精力的に議論を行ってきた。この間、5月には公的年金の財政方式に関するシミュレーションを公表し、6月には中間報告をとりまとめたところである。

中間報告においては、今後の社会保障が進むべき道筋として、「制度の持続可能性」とともに「社会保障の機能強化」に向けての改革に取り組むべきことを提起した。

本最終報告は、中間報告及び中間報告において積み残した課題を中心に中間報告後に行った議論を含め、これまでの会議における全体の議論をとりまとめたものである。

2 これからの社会保障 ～ 中間報告が示す道筋 ～

1 社会保障国民会議における議論の出発点

- (1) 国民の安全と安心を支える社会保障
社会保障制度は、私たちの暮らしを支える最も重要な社会基盤。国民の期待に応えられる社会保障制度を構築することは、国家の基本的な責任のひとつである。
- (2) 時代の要請・社会の変化に応える社会保障
社会保障制度を、持続可能なものとしつつ、経済社会の様々な変化にあわせて、その機能を強化していかなければならない。
- (3) 全ての国民が参加し支える、国民の信頼に足る社会保障
社会的な相互扶助の仕組みである社会保障制度は全ての国民にとって必要なもの。給付の裏側には必ず負担がある。国民にはサービスを利用する権利と同時に制度を支える責任がある

- る。
- (4) 国と地方が協働して支える社会保障
社会保障制度の構築と現場での運用の両面において、国と地方公共団体がそれぞれの責任を果たしながら対等の立場で協力し合う関係を築くことが重要である。
- 2 社会保障改革の基本的視点
2000 年以降の医療・年金・介護などに関する一連の「社会保障構造改革」により、社会保障制度と経済財政との整合性、制度の持続可能性は高まった。
しかしながら、今日の社会保障制度は、少子化対策への取組の遅れ、高齢化の一層の進行、医療・介護サービス提供体制の劣化、セーフティネット機能の低下、制度への信頼の低下等の様々な課題に直面している。
「制度の持続可能性」を確保していくことは引き続き重要な課題であるが、同時に、今後は、社会経済構造の変化に対応し、「必要なサービス」を保障し、国民の安心と安全を確保するため「社会保障の機能強化」に重点を置いた改革を進めていくことが必要である。
- 3 社会保障の機能強化のための改革
- (1) 社会保障の制度設計に際しての基本的な考え方
- ① 自立と共生・社会的公正の実現
私たちの社会は、個人の自助・自律を基本とし、一人一人の安全と安心は、相互の助け合い・連帯によって支えられている。社会的な連帯・助け合いの仕組みである社会保障制度は、「所得再分配の機能」を通じて、給付の平等・負担の公平という「社会的公正」を実現するものである。
- ② 持続可能性の確保・国民の多様な生き方の尊重
団塊世代が75歳になる2025年以降を見通し、長期にわたって持続可能な制度の構築を追求する必要がある。同時に、社会保障制度は、人々の暮らしや価値観の変化に対応した制度であるべきであり、個人の職業選択、就労形態や生き方の選択によって制度の適用、給付や負担に不合理な格差が生じるようなことがあってはならない。
- ③ 効率性・透明性
社会保障制度は効率的で、簡素で分かりやすいものであることが必要である。
- ④ 公私の役割分担・地域社会の協働
公的な支えである社会保障制度とともに、一人一人が地域社会の一員として様々な地域社会の支え合い・助け合いの仕組みに参加し、共に支え合っていくことが重要である。
- ⑤ 社会経済の進歩・技術革新の成果の国民への還元
技術革新の成果がサービスの効率化や質の向上に活かされることが必要である。
- ⑥ 給付と負担の透明化を通じて制度に対する信頼、国民の合意・納得の形成
ライフステージの各段階で、自分の人生設計と社会保障がいかに密接に関わりあっているかを分かりやすく明示されることは、社会保障に対する理解を深め、制度への信頼や改革への合意、必要な負担への納得を形成していく上でも非常に重要である。
- ⑦ 当事者として国民全体が社会保障を支えるという視点の明確化
社会保障制度においては、国民一人一人が給付・負担の両面で社会保障の当事者であり、社会保障の給付を受けサービスを利用する権利があると同時に社会保障制度を支えていく責任を負っている。制度運営に参加することも国民の権利であり責任でもあり、その実現が図られるよう政府は常に最大限の努力をすべきである。
- (2) 社会保障を支える基盤の充実
- ① 安定的な経済成長の確保
社会保障は国民生活の安定を通じて経済を支え、経済は社会保障を支えている。安定的経済成長に寄与することは、結局は社会保障制度自身の基盤を支えることにつながる。
- ② 現役世代の活力の維持・強化
社会保障の支え手である現役世代の活力を可能な限り維持強化していくことが不可欠。若者・女性・高齢者など、働く意思のある人は誰もがその能力を伸ばし、社会で発揮できるようにしていくこと、将来に希望を持って安心して働けるよう、雇用機会、能力発揮機会を拡大することが重要である。さらに自助努力を促進する観点から現役時代の金融資産蓄積を促進するための制度拡充も図るべきである。
- ③ ユニバーサル社会の実現
年齢や性別、障害の有無など「にかかわらず、能力と意思のある誰もが、その持てる力を発揮して社会の担い手、支え手として社会活動に参画し活躍できる社会の実現が強く望まれる。
- (3) 高齢期の所得保障
高齢期の所得保障は、自らの勤労所得・財産所得・年金所得の適切な組み合わせが基本になるが、現実には公的年金が高齢期の所得保障の柱となっている。改めて言うまでもなく、公的年金制度の長期的な安定・給付水準の確保は重要な課題である。
- ① 公的年金(基礎年金)の財政方式
基礎年金制度の財政方式については、平成21年度からの基礎年金国庫負担の1/2への引き上げ実施を前提に、基礎年金制度の財政方式について、現行社会保険方式、現行

- る。
- (4) 国と地方が協働して支える社会保障
社会保障制度の構築と現場での運用の両面において、国と地方公共団体がそれぞれの責任を果たしながら対等の立場で協力し合う関係を築くことが重要である。
- 2 社会保障改革の基本的視点
2000 年以降の医療・年金・介護などに関する一連の「社会保障構造改革」により、社会保障制度と経済財政との整合性、制度の持続可能性は高まった。
しかしながら、今日の社会保障制度は、少子化対策への取組の遅れ、高齢化の一層の進行、医療・介護サービス提供体制の劣化、セーフティネット機能の低下、制度への信頼の低下等の様々な課題に直面している。
「制度の持続可能性」を確保していくことは引き続き重要な課題であるが、同時に、今後は、社会経済構造の変化に対応し、「必要なサービス」を保障し、国民の安心と安全を確保するため「社会保障の機能強化」に重点を置いた改革を進めていくことが必要である。
- 3 社会保障の機能強化のための改革
- (1) 社会保障の制度設計に際しての基本的な考え方
- ① 自立と共生・社会的公正の実現
私たちの社会は、個人の自助・自律を基本とし、一人一人の安全と安心は、相互の助け合い・連帯によって支えられている。社会的な連帯・助け合いの仕組みである社会保障制度は、「所得再分配の機能」を通じて、給付の平等・負担の公平という「社会的公正」を実現するものである。
- ② 持続可能性の確保・国民の多様な生き方の尊重
団塊世代が75歳になる2025年以降を見通し、長期にわたって持続可能な制度の構築を追求する必要がある。同時に、社会保障制度は、人々の暮らしや価値観の変化に対応した制度であるべきであり、個人の職業選択、就労形態や生き方の選択によって制度の適用、給付や負担に不合理な格差が生じるようなことがあってはならない。
- ③ 効率性・透明性
社会保障制度は効率的で、簡素で分かりやすいものであることが必要である。
- ④ 公私の役割分担・地域社会の協働
公的な支えである社会保障制度とともに、一人一人が地域社会の一員として様々な地域社会の支え合い・助け合いの仕組みに参加し、共に支え合っていくことが重要である。

社会保険方式の修正案、税方式（複数案）について、客観的・中立的な定量的シミュレーションを実施し、関連資料（バックデータ）とともに公表した。

建設的な制度改革議論を行うためには、共通の土台となる客観的・実証的データに基づく議論が不可欠。このシミュレーション結果がそのような「共通の土台」となる基礎資料として活用され、基礎年金の財政方式に関する議論がさらに深まることを期待する。

② 未納問題への対応

未納はマクロ的には年金財政に大きな影響を与えるものではないが、未納の増加（それによる無年金者・低年金者の発生）は、皆年金制度の理念を脅かす大きな問題。未納者の属性を分析し、

- ・低所得者についての免除制度の積極的活用

- ・非正規雇用者・非適用事業所雇用者への厚生年金適用の拡大・雇用主による代行徴収

- ・確信的不払者（多くは中高所得者）に対する強制徴収の実施

などの属性に対応した実効ある対策を実施することが必要である。

③ 無年金・低年金問題への対応

現行の納付率で将来無年金者が大きく増大することは考えにくいとはいえ、将来にわたって総体的に高齢者の一定割合（約2%）の無年金者は発生。未納対策の徹底とともに、最近増加しつつある生活保護受給者の状況にもかんがみ、基礎年金の最低保障額の設定、弾力的な保険料追納等の措置を検討すべきである。

(4) 医療・介護・福祉サービスの改革

① 医療・介護にかかるとる需要の増大

75歳以上高齢者の増大・家族介護力の低下・地域のサポート力の低下等々により医療・介護サービス需要は増大。需要に応えるサービス確保のための将来の財源確保が大きな課題となることは不可避。

② 不十分・非効率なサービス提供体制

我が国の病院は、人的・物的資源の不足、非効率性が指摘される一方で、救急医療問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足など様々な課題に直面している。これらの課題に対し現段階でできる緊急の対策を講じていくことが必要だが、同時に構造問題の解決への取組が不可欠である。

③ サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じて専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築、人的資源の計画的養成・確保など、効率化するべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために

必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

④ 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し

改革を実現していくためには、安定的な財源の確保・継続的な資金投入が必要だが、同時に医療制度・介護制度内部での財源配分のあり方についての見直しも必要。診療報酬・介護報酬体系そのもの、基本骨格のあり方にさかのぼった検討が必要である。

⑤ 医療・介護に関する将来試算の実施

あるべきサービスの姿はどのようなものなのか、そのことを明らかにしつつ、それを実現し、維持していくためにはどれだけの費用（フロー・ストック）が必要なのかを推計する試算を早急の実施。費用推計試算を踏まえ、財源の確保方策について検討を行う。

(5) 少子化・次世代育成支援対策

① 未来への投資としての少子化対策

少子化は日本が直面する最大の課題。基本は、就労と結婚・出産・子育ての「二者択一」の解決を通じた「希望と現実の乖離」の解消。「仕事と生活の調和の実現」と「子育て支援の社会的基盤の拡充」を車の両輪として取り組むことが重要である。

② 仕事と生活の調和の推進

「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」、「仕事と生活の調和推進のための行動指針」に基づき、全ての働く者について社会全体で働き方の見直しに取り組んでいくことが必要である。

③ 子育て支援サービスの充実

1歳の壁、4歳の壁、小1の壁、小4の壁の解消など利用者視点に立ったきめ細かな運用面での改善が必要。また、施策の担い手となっている市町村レベルでの取組の充実、省庁間の連携の強化を図るべきである。

④ 地域における子育て環境の整備

地域の多様な主体が担い手となり、子ども自身の視点に立つとともに、親を一方的なサービスの受け手とせずその主体性とニーズを尊重し、子育てが孤立化しないように、子ども自身と親の成長に寄り添う形で支援することが重要である。

⑤ 少子化対策に対する思い切った財源投入と新たな制度体系の構築

大胆かつ効果的な財政投入を行うサービス質・量の抜本的拡充を図るべき。同時に、現在様々な制度に分かれている子育て支援関係サービスを再構成し、一元的に提供することのできる新たな制度体系の構築が不可欠である。

(6) セイフティネット機能の強化

社会保障制度が持つリスクヘッジ機能の強化、適時適切なサービス提供の実現という観

点から、①高額療養費制度の改善（現物給付化など）、②低所得者対策の見直し（制度横断的な改革）を行うべき。ITの活用や社会保障番号制の導入検討を積極的に進捗すべきである。

(7) 制度に対する信頼の回復・国民目線に立った改革の実施

① 公的年金制度への信頼回復

現行制度に対する不信は、制度それ自体の問題というよりは制度運営に関わる国に対する信頼の低下に起因する面が大きい。公的年金制度の信頼を回復させ、本来の機能を十全に発揮させるためにも、国は、制度への信頼の回復のために総力をあげて努力すべきである。

② 運用面での改善

社会保障制度に関しては、大きな制度改革も重要だが、地方分権の視点に立ち、現行制度の運用を改善することで解決できる課題も多い。運用改善で対応できる事項については、本中間報告での指摘を踏まえて、政府において早急に対応すべきである（この点は「3. 中間報告後の議論」から生まれた提言についても同様である。）。

3 中間報告後の議論

中間報告においては、セーフティネット機能の強化の一環としての低所得者対策、現役世代の活力の維持・強化のための能力開発政策、医療・介護のあるべき姿を実現していく観点からの医療・介護費用のシミュレーションの実施、新しい次世代育成支援システムのあり方といった論点が、なお引き続き議論を詰めていくべき論点として残された。

中間報告以降、これらの論点について各分科会において議論が行われ、現行制度の問題点と改善のための具体策について、次のとおり意見をまとめた。

(1) 低所得者対策

低所得者への就労支援を行う上で、日本経済の成長、特に中小企業での就労機会の拡大が重要。また、地域ごとに雇用事情が異なることに応じたきめ細かな就労支援施策の実施が必要である。

施策実施に際しては、過去への反省も十分に踏まえ、施策効果を客観的に把握し、施策の改善に不断に反映させる恒久的な仕組みに組み込むべきである。

若年層など現役世代が生活保護を受けざるを得ないときに、そこから抜け出す力をつけるための「ばね板」のような政策が必要。自立支援に向けた「ハローワーク、自治体の取組強

化などに加え、就労インセンティブに配慮した運営や、能力開発が不十分で自立が困難な若者について、基礎的なレベルの訓練や、ジョブ・カード制度の活用等による実践的な訓練の機会の提供等が必要である。

さらに、改正最低賃金法の趣旨に従って最低賃金を引き上げ、労働者の生活を下支えしていくことも重要である。

低所得者対策として各社会保障制度ごとにきめ細かく負担軽減策が講じられているが、制度ごとの体系がバラバラであり、複雑である。国民の視点からみて、分かりやすく利用しやすいものとするよう制度を見直し、各制度の担当者が相互理解に努めるとともに、制度横断的視点に立って、ワンストップサービスなど手続きの簡素化や負担の軽減、必要な事務の効率化のための基盤整備（社会保障番号・カードの検討等）を進めるべきである。

(2) 能力開発政策

① 工程表と不断の施策改善の仕組み

中間とりまとめに記された施策の具体的な推進体制を整備し、工程表を作成して、早急に実施すべきである。

施策実施に際しては、過去への反省も十分に踏まえ、施策効果を客観的に把握し、施策の改善に不断に反映させる恒久的な仕組みに組み込むべきである。

② 能力開発政策体制の強化

職業能力訓練校等のコース・カリキュラムを介護などの今後一層成長が見込まれる分野のウェイトを高めるよう見直すとともに、その内容も就労時に実際に求められる能力の開発につなげるものとするなど、就労ニーズに即した能力開発の実現に向け、至急かつ継続的に取り組むべきである。

職業能力開発政策は、教育、雇用保険を活用した職業訓練はもとより、生活保護との連携をさらに強化する必要がある。また、地域毎に異なる産業・雇用の実態に即し、さらに施策対象を明確化してきめ細かに対応する必要もある。したがって、国が全国的な視点から引き継ぎ責任を果たすことはもとより、地方への十分な財源の確保や、権限移譲も含め、地方がより主体性を持ち、国・自治体・教育界・産業界が一体となって各分野の施策を総合的・有機的に連動させきめ細かに実施運用できる体制を確立すべきである。

③ 職業生涯長期化に対応した能力開発

高齢化が一層進展する我が国において、長期化する一人一人の職業生涯を持続可能で充実したものとしていくための職業能力開発への支援を強力に進めるべきである。

④ 若年時能力開発対策による社会保障の基盤強化

若年時の能力開発の充実、生涯にわたる安定した雇用の大前提となるものであり、

低所得に陥らないようにするためにも重要である。そして、このことは雇用保険制度の支え手の確保・充実にもつながる。若年能力開発対策によって、雇用保険制度の安定的な運営を確保するとともに、社会保障制度については我が国経済社会全体の基盤の強化を図るべきである。

(3) 医療・介護費用のシミュレーション

今回の医療・介護費用のシミュレーションは、現状の医療・介護サービス提供体制の問題点に関する中間報告での指摘を踏まえ、医療・介護サービスのあり姿を実現するという観点から、サービス提供体制について一定の改革を行うことを前提に推計(シミュレーション)を行ったものであり、「医療・介護サービスのあり姿」を具体的に示して行った推計という意味で、これまでになかった推計と言える。

シミュレーションを実施するに当たってのポイントは、以下のとおりである。

- ・ 必要な医療・介護サービスを確保する観点から、大胆な改革を行うことを前提とした。
- ・ 改革シナリオにおいては、サービスの充実強化と効率化を同時に実施することとし、改革の程度に応じた複数のシナリオを実施した。

・ 経済成長、科学技術進歩、効率化要素等、医療費の伸びに影響を与える要因を適正に織り込んだ。

- ・ 2025年までの改革シナリオ達成を前提に、2025年時点での推計結果を示し、併せて、現在の財源構成を前提に、2025年における必要財源の規模も試算した。

シミュレーションの結果については、以下のとおりである(数値は経済前提Ⅱ-1、B2シナリオに基づく改革を行った場合のもの)。

- ・ 医療・介護提供体制について、
 - ：急性期医療の充実強化(効率化・効率化(急性期医療の職員数充実(現在の一般病床全体の平均に比べ倍増の水準に引き上げ)、平均在院日数の短縮(現在の一般病床全体の平均に比べ半減(現状20.3日から10日へ)))
 - ：病院病床の機能分化(現状投影シナリオで一般病床133万床となること、急性期・亜急性期・回復期/リハビリ病床等に機能分化し、急性期67万床、亜急性期等44万床、合わせて全体として現状程度の病床(約110万床)で高齢化需要増に対応)
 - ：在宅医療・在宅介護の充実(訪問診療の充実、居住系サービスの充実等による居住系・在宅介護利用者の増(現状から約43万人日の増)等)
 - ：マンパワーの充実確保(全体で現状の1.7~1.8倍に増加)
- を前提とするほか、
 - ・ 医療費全体について
 - ：経済成長や技術進歩に応じた伸びとともに、

：予防の強化による患者数減(外来患者約32万人/日減)
 ：医薬品・医療機器の効率化等の効率化(伸び率ケース①の場合)を見込んだ。

- ・ 2025年に、医療・介護費用は現状の41兆円(対GDP比7.9%)が、現状投影シナリオで85兆円程度(10.8~10.9%程度)、改革シナリオ(B1~B3)で91~94兆円程度(11.6~12.0%程度)。
- ・ 追加的に必要となる公費財源については、現状投影シナリオで対GDP比+1.4%程度、改革シナリオ(B1~B3)で+1.8~2.0%程度。これを消費税率換算で見ると、現状投影シナリオで3%程度、改革シナリオ(B1~B3)で4%程度。
- ・ なお、途中年次(2015年)時点で見れば、追加的に必要となる公費財源は、改革シナリオ(B1~B3)で対GDP比+0.6~0.7%程度、消費税率換算では1%程度。

(4) 少子化対策の意義と課題

少子化問題は、将来の我が国の経済成長や、年金をはじめとする社会保障全体の持続可能性の根幹にかかわるという点で、最優先で取り組むべき「待ったなし」の課題である。

本年6月の中間とりまとめでは、少子化対策は、将来の担い手を育成する「未来への投資」として位置付け、就労と結婚・出産・育児の「三者択一構造」の解決を通じて「希望と現実の乖離」の解消を目指す、①仕事と生活の調和、②子育て支援の社会的基盤の拡充を「車の両輪」として取り組むことが重要としている。

あわせて、我が国の家族政策関係支出が諸外国に比べて非常に小さいことから、「国が責任をもって国・地方を通じて財源の確保を図った上で、大胆かつ効率的な財政投入を行い、サービスの質・量の抜本的な拡充を図るための新たな制度体系を構築することが必要不可欠」とされている。

(5) 新たな制度体系構築に向けた基本的視点

中間とりまとめで指摘した「新たな制度体系の構築」に関して、保育サービスのあり方や育児休業制度の見直しについては、すでに専門の審議会において、年末に向けて議論が始まっているところであるが、今後の議論に反映させていくため、以下のように課題を整理した。

- ① 仕事と子育ての両立を支えるサービスの質と量の確保等
 新たな制度体系構築に際しては、潜在的な保育サービスの需要に対し、速やかにサービス提供されるシステムとすることが必要。
 働き方の多様化、子育て支援ニーズの深化・多様化を踏まえ、提供者視点ではなく、子どもや親の視点に立った仕組とすることが重要であり、良質なサービスをきちんと選べる

るコスト、さらには児童手当をはじめとする子育てに関する経済的支援の充実も、緊急性の高い保育をはじめとするサービスの充実の優先の必要性にも留意しつつ併せて検討すべき。

少子化対策は「未来への投資」として、国、地方公共団体、事業主、国民が、それぞれの役割に応じ、費用を負担していくよう、合意形成が必要。

4 社会保障の機能強化に向けて

今般、医療・介護費用に関する試算（シミュレーション）を行ったことで、中間報告において示した基礎年金に関するシミュレーション、平成19年12月に政府においてとりまとめた「子どもと家族を応援する日本」重点戦略会議報告とあわせて、社会保障の大宗を占める年金、医療・介護、少子化対策に関して、それぞれの課題や改革の方向性、将来必要とされる財源の規模について、具体的な姿が明らかになった。

基礎年金制度については、財政方式を巡る議論があることから、国民会議では、現行社会保障方式による場合と税方式による場合のそれぞれについて定量的シミュレーションを行った。中間報告でも述べたが、建設的な制度改革議論を行うためには共通の土台となる客観的・実証的データに基づく議論が不可欠であり、このシミュレーション結果がそのような「共通の土台」となる基礎資料として活用され、基礎年金の財政方式に関する議論がさらに深まることを期待するものである。

平成16年の制度改革の効果により現行基礎年金制度の財政は安定しており、シミュレーション結果からは、免除者の増大や納付率低下がマクロの年金財政に与える影響は限定的であることが示された。いわゆる未納問題は現行制度最大の問題であるが、それはマクロの年金財政の問題というよりは、未納の増加（とそれによる無年金者・低年金者の発生）が皆年金制度の理念を脅かし、将来の低年金者・無年金者の増大によって国民皆年金制度の本来機能である「全ての国民の老後の所得保障」が十分に機能しなくなることがより大きな問題であり、その観点から、非正規労働者への厚生年金適用拡大や免除制度の積極的活用などの未納対策の強化、基礎年金の最低保障機能の強化等が大きな課題となる。

医療・介護サービスについては、社会の高齢化に伴い医療・介護サービスを必要とする人が大きく増大していくことから、費用が今後急速に増えていくことは避けられない。他方で現在の医療・介護サービスは様々な構造的課題を抱えていることが指摘されている。この点につ

仕組とする必要がある。また、病児保育などの多様なニーズへの対応も課題。

サービスの抜本的拡充のためにも、

- ・ ニーズの多様化に対応した保育の必要性の判断の仕組（「保育に欠ける」という要件の見直し）
- ・ サービスが必要な人が安心して利用できるような保障の強化（権利性の明確化）を図り、保育所と利用者が向き合いながら、良質で柔軟なサービス提供を行う仕組
- ・ 民間活力を活用する観点からの多様な提供主体の参入
- ・ 一定の質が保たれるための公的責任のあり方

といった見直しの視点を踏まえつつ、専門の審議会において議論を深めていく必要がある。

放課後児童対策について、制度面・予算面とも拡充する必要がある。

身近な地域における社会的な子育て支援機能の強化が必要。

育児休業制度については、短時間勤務制度など柔軟な働き方を支援することが重要。あわせて、男性（父親）の長時間労働の是正や育児休業の取得促進などの働き方の見直しが必要。その際、企業経営者の意識改革とともに、企業内保育施設設置に対する支援も含め、企業にインセンティブを与えるような仕組も重要。

縦割り行政を廃し、サービスを実施する市町村における柔軟な取組を可能とすることが必要。

② すべての家庭の子育て支援のあり方

新たな制度体系の構築に当たっては、育児不安を抱える者への対応など、すべての子育て家庭に対する支援をより拡充することが必要。

安心して子どもを産むことができるための妊娠・出産期の支援の拡充が必要。

母子家庭への支援、社会的養護を必要とする子どもや障害児など特別な支援を必要とする子どもに対する配慮が必要。

地域住民、NPO、企業など、多様な主体の参画・協働により、地域の力を引き出すことが必要。

③ 国民負担についての合意形成

少子化対策は社会保障制度全体の持続可能性の根幹にかかわる政策であり、その位置付けを明確にした上で、効果的な財源投入を行うことが必要。

国民の希望する結婚、出産・子育てを実現した場合の社会的コストの追加所要額は、昨年末、「子どもと家族を応援する日本」重点戦略会議報告において、1.5兆円～2.4兆円と推計されているところ。

また、同試算には含まれていないが、施設整備やサービスの質の維持・向上のためのコスト、社会的養護など特別な支援を必要とする子ども達に対するサービスの充実に必要な

いて中間報告では、救急医療の問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足などの「当面の緊急課題」について現段階で出来るだけの対策を講じていく必要性を指摘しつつ、同時に、これらの問題の背景にある「構造問題の解決への取組」が不可欠である旨指摘した。

今回の医療・介護費用に関するシミュレーションでは、中間報告で指摘されている現行制度の様々な構造問題（サービスの不足・非効率な提供システムなど）について、サービスの充実と効率化を同時に実施する改革を行い、「医療・介護サービスのあり姿」を実現した場合の医療・介護費用について、大胆な仮定をおいて試算を行った。

今回のシミュレーションの背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、できるだけ入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築することにより利用者・患者のQOL（生活の質）の向上を目指す、というものである。

今回事示されている医療・介護の将来費用推計は、そのような前提に立ち、一つ一つのサービスの改革を積み上げて算定しているものであり、この哲学に基づいたサービス提供体制の姿が実現されれば、現在の医療・介護とは格段に異なる質の高いサービスが効率的に提供できることになる。この点は、今回のシミュレーションを理解する上で非常に重要な点であり、できるだけ分かりやすく国民に示していく努力が求められる。

また、もとより、このようなサービスの姿が実現されるためには、安定的な財源の確保のみならず、サービス供給体制の計画的整備や専門職種間の役割分担に関する制度の見直し、診療報酬・介護報酬体系の見直し、マンパワーの計画的養成・確保、サービス提供者間・多職種間の連携・ネットワークの仕組の構築、サービスの質の評価など、制度面を含めたサービスの提供体制改革のための相当大胆な改革が実行されなければならない。

その意味で、このような改革を実際に行っていくに際しては、実現されるサービスの姿を分りやすく国民に示し、国民的合意を得ながら具体的な改革の道筋（工程表）を明らかにし、一つ一つ確実に改革を実現していくことが必要であることは言うまでもない。

さらに、これらに「子どもと家族を応援する日本」重点戦略において示された、少子化対策の充実を図った場合の費用試算を合わせれば、社会保障制度の大宗を占める年金、医療・介護、少子化対策について、その機能を充実強化していく「実現すべき・目指すべきサービスの姿」としてどのようなものがあり、それを実現していくために必要な将来の費用がどの程度のものであるのか、概ね明らかになる。

これに、基礎年金国庫負担を1/3から1/2に引き上げるために必要な費用を加えれば、社会保障の機能強化のために追加的に必要な国・地方を通じた公費負担は、その時点での経済規

模に基づく消費税率に換算して、基礎年金について現行社会保障方式を前提とした場合には2015年に3.3～3.5%程度、2025年に6%程度、税方式を前提とした場合には2015年に6～11%程度、2025年で9～13%程度の新たな財源を必要とする計算になる（経済前提Ⅱ―1（医療の伸び率ケース①）、医療・介護B2シナリオの場合）。

社会保障を支える財源には、公費負担以外に保険料負担がある。年金保険料については、平成16年改正により将来の保険料には上限が設定され、2017年度以降、厚生年金では18.3%（労使折半）、国民年金では16900円（平成16年度価格）に固定される（なお、基礎年金について税方式を前提とした場合には、企業や個人が負担している基礎年金相当分の保険料負担はなくなることになる。）。

医療・介護にかかる保険料負担については、今回のシミュレーションによるサービスの充実と効率化を同時に実現することを前提とすれば、2025年段階で、現行と比較して対GDP比で+1.5～1.7%程度となる。

また、制度に基づく給付・サービス以外に、国のみならず、地方自治体が多様な形で提供する社会保障に関わる給付・サービスがある。地方分権、地域住民のニーズを踏まえた地域の実態に即したサービスの実施という観点からは、このような施策にかかる財源の確保をどのように考えていくかも大きな課題となる。

言うまでもなく、私たちの社会保障を守り、将来世代に負担を付け回しすることなく、信頼できる制度として次の世代に引き継いでいくためには、現在の社会に生きている我々国民がみな、年齢にかかわらず能力に応じた応じた成分の負担に応じなければならない。

社会保障制度を将来にわたって持続可能なものとし、同時に必要な機能の強化を実現していくために、今回のシミュレーションの対象でない障害者福祉等を含め、あるべき給付・サービスの姿を示し、それを実現していくための改革の全体像を明らかにしながら、必要な財源を安定的に確保していくための改革に真剣に取り組むべき時期が到来している。

速やかに社会保障に対する国・地方を通じた安定的財源確保のための改革の道筋を示し、国民の理解を得ながら具体的な取組に着手すべきである。

5 おわりに ～ 国民会議からのメッセージ ～

いままで、社会保障に関し、国民が制度の哲学や理念、具体的運用などについてトータル

えて議論に参加していくことを願ひ、他方、行政には、国・地方を問わず、社会保障に関し国民の参加を可能とする場を設けていくことを提案し、報告の結びとしたい。

に議論する場面は、残念ながらほとんどなかったと言えるであろう。
社会保障制度は非常に国民に身近なものであり、国民は日常生活の様々な場面で社会保障の給付を受け、サービスを利用しているにもかかわらず、少なからぬ負担を税や保険料の形で負担しているにもかかわらず、その全体像がどうなっているか、制度の改革が個人の生活にどのように影響するのか、給付・負担両面での当事者としてきちんと関心を持って議論に参加する場面は、なかなかなかったのではないだろうか。

今般の社会保険庁の不祥事や長寿医療制度を巡る混乱は、極めて遺憾なことであり、国（厚生労働省）は自らへの国民の信頼回復のために総力をあげて努力すべきであることは言を俟たないが、他方で、今回のことは、社会保障がいかに国民の日常生活に直接大きな影響を持つ重要な制度であるかを、政治や行政当局、そして国民自身にも、改めて実感させるものであったということも言えるであろう。

今後、社会の高齢化が進み、負担の増加が避けられない中で、社会保障の機能を強化し、同時に安定的な持続できる制度にしていくためには、大胆な制度改革が不可避であり、そのような改革を実現していくためには、サービスの利用者＝受益者であり、同時に負担者でもある国民が、文字どおり当事者として議論に積極的に参加し、国民の目標で議論を進めていくことが必須である。

そのためには、社会保障制度を、より分かりやすく、利用しやすいものにしていくとともに、社会保障に関する情報・データの開示、国民一人一人のレベルで社会保障の給付と負担を分かりやすく示すための社会保障番号制の導入検討を、国民の合意を得ながら積極的に進めていくことが必要である。

社会保険国民会議は、10ヶ月にわたり、現場の声、地域の声をできるだけ取り入れて議論してきた。現行の社会保障が抱える問題点を指摘しつつ、社会保障の機能強化のための今後の制度改革に向けた議論の土台を示し、社会保障国民会議は、この最終報告をもってその役割を終えることになる。

しかし、社会保障と国民のかかわりに終わりはない。当事者である国民の声が広く取り入れられるかたちで、この社会保障国民会議報告に盛り込まれた提案について、具体的な制度改革の道筋を明らかにし、当事者である国民が運用面での改善が行われているか、制度改革への取組が進んでいるか、引き続き監視し、意見を述べていくことは、この国の社会保障を守り、立て直していくために欠かせない。

社会保障は国民自身のものである。国民各位に、自身の社会保障を守るため、機会をとら

社会保障国民会議最終報告

付属資料

社会保障の機能強化のための追加所要額（試算）

（社会保障国民会議及び「子どもと家族を応援する日本」重点戦略に基づく整理）

2025年度

※下記の追加所要額に加え、基礎年金に係る国庫負担割合の2分の1への引上げ分（消費税率換算1%程度（2009年度で2.3兆円））が必要となる。

	改革の方向性 （新たな施策）	2025年度	
		必要額 （公費ベース）	消費税率換算
基礎年金	○税方式を前提とする場合	約15～31兆円	3 1/2～8%程度
	○社会保険方式を前提とする場合 低年金・無年金者対策の強化 ・最低保障機能の強化 ・基礎年金額の改善 ・受給権確保に係る措置の強化 （免除の活用、厚生年金適用拡大、強制徴収）等	約2.9兆円	1%弱
医療・介護	医療・介護の充実強化と効率化を同時に実施 急性期医療の充実強化、重点化、在院日数の短縮化 （スタッフの充実等） 機能分化・機能連携による早期社会復帰等の実現 （地域包括ケア、訪問介護・訪問看護・訪問診療の充実等） 在宅医療・介護の場の整備とサービスの充実 （グループホーム、小規模多機能サービスの充実等）等	約14兆円	4%弱
少子化対策	親の就労と子どもの育成の両立を支える支援 （3歳未満児の保育サービスの利用率 20%→38～44%） （学齢期（小1～3年生）の放課後児童クラブ利用率 19%→60%） （出産前後に希望どおりに継続就業でき、育児休業を取得 （第1子出産前後の継続就業率38%→55%）） すべての子どもの健やかな育成の基盤となる地域の取組 （望ましい受診回数（14回）を確保するための妊婦健診の支援の充実）等	約1.6～2.5兆円	0.4～0.6%程度
合計	○税方式を前提とする場合	約31～48兆円	8～12%程度
	○社会保険方式を前提とする場合	約19～20兆円	5%程度
社会保障の 機能強化に加え 基礎年金の 国庫負担割合 引上げ分を加味	○税方式を前提とする場合		9～13%程度
	○社会保険方式を前提とする場合		6%程度

（注1）「社会保障国民会議における検討に資するために行う公的年金制度に関する定量的なシミュレーション」、「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション（B2シナリオ）」等に基づく。経済前提は「ケースⅡ-1（医療の伸びはケース①）」を用いた。

（注2）少子化対策に係る追加費用については、「子どもと家族を応援する日本」重点戦略において示した次世代育成支援の社会的コストの推計を基に、現行の関連する制度の公費負担割合を当てはめて算出した。なお、ここには児童手当等の経済的支援の拡充に要する費用は計上していない。

2015年度

社会保障の機能強化のための追加所要額（試算）

（社会保障国民会議及び「子どもと家族を応援する日本」重点戦略に基づく整理）

※下記の追加所要額に加え、基礎年金に係る国庫負担割合の2分の1への引上げ分（消費税率換算1%程度（2009年度で2.3兆円））が必要となる。

	改革の方向性 （新たな施策）	2015年度	
		必要額 （公費ベース）	消費税率換算
基礎年金	○税方式を前提とする場合	約12～28兆円	3.1/2～8.1/2%程度
	○社会保険方式を前提とする場合 低年金・無年金者対策の強化 ・最低保障機能の強化 ・基礎年金額の改善 ・受給権確保に係る措置の強化 （免除の活用、厚生年金適用拡大、強制徴収） 等	約2.6兆円	1%弱
医療・介護	医療・介護の充実強化と効率化を同時に実施 急性期医療の充実強化、重点化、在院日数の短縮化 （スタッフの充実等） 機能分化・機能連携による早期社会復帰等の実現 （地域包括ケア、訪問介護・訪問看護・訪問診療の充実等） 在宅医療・介護の場の整備とサービスの充実 （グループホーム、小規模多機能サービスの充実等） 等	約4兆円	1%強
少子化対策	親の就労と子どもの育成の両立を支える支援 （3歳未満児の保育サービスの利用率：20%→38～44%） （学齢期（小1～3年生）の放課後児童クラブ利用率：19%→60%） （出産前後に希望どおり継続就業でき、育児休業を取得 （第1子出産前後の継続就業率38%→55%）） すべての子どもの健やかな育成の基盤となる地域の取組 （望ましい受診回数（14回）を確保するための妊婦健診の支援の充実） 等	約1.3～2.1兆円	0.4～0.6%程度
合計	○税方式を前提とする場合	約17～34兆円	5～10%程度
	○社会保険方式を前提とする場合	約7.6～8.3兆円	2.3～2.5%程度
社会保障の 機能強化に加え 基礎年金の 国庫負担割合 引上げ分を加味	○税方式を前提とする場合		6～11%程度
	○社会保険方式を前提とする場合		3.3～3.5%程度

（注1）「社会保障国民会議における検討に資するために行う公的年金制度に関する定量的なシミュレーション」、「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション（B2シナリオ）」等に基づく。経済前提は「ケースⅡ-1（医療の伸びはケース①）」を用いた。

（注2）少子化対策に係る追加費用については、「子どもと家族を応援する日本」重点戦略において示した次世代育成支援の社会的コストの推計を基に、現行の関連する制度の公費負担割合を当てはめて算出した。なお、ここには児童手当等の経済的支援の拡充に要する費用は計上していない。

2

社会保障国民会議における検討に資するために行う公的年金制度に関する定量的なシミュレーションについて

(参考)

5月19日 第4回社会保障国民会議 所得確保・保障(雇用・年金)分科会 資料より作成

社会保障国民会議における検討に資するために行う公的年金制度に関する
定量的なシミュレーション(抜粋・要約版)

1. シミュレーションの経緯等

- 社会保障のあるべき姿について国民に分かりやすく議論を行うことを目的として、本年1月、「社会保障国民会議」が設置され、その下に、年金・雇用を議論する「所得確保・保障分科会」など3つの分科会が設置された。
- 「所得確保・保障分科会」においては、公的年金制度のあり方の検討に当たり、「定性的な議論」だけでなく「定量的な議論」も行えるようシミュレーションを行うこととなり、客観的で中立的なシミュレーションとなるよう、分科会で作業の「前提」が整理された(4月30日第3回分科会)。
- (作業前提のポイント)
- ・客観的・中立的なシミュレーションを行うため、試算の基礎データを開示し、第三者が再検証できるようにする
- ・現在各方面から提案されている案を念頭に置き、①現行制度、②社会保険方式を前提にした修正案、③税方式化を前提とした提案、について複数のシミュレーションを行う
- ・「マクロ試算」(基礎年金の将来の保険料負担や国庫負担の財源規模を示した試算)と「ミクロ試算」(個々の家計等に与える影響を示した試算)を行う
- 5月19日の第4回分科会において、シミュレーションの結果が報告された。なお、試算の詳細なデータは以下のURLで公開されている。
- http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/

4

2. シミュレーション結果

(1) マクロ試算(基礎年金の将来の保険料負担や国庫負担の財源規模を示した試算)〔税方式化案のシミュレーション〕

○ 国庫負担1/2を超えて「追加的に必要となる税財源」とその「消費税率換算」は、以下のとおり。

年 度	ケースA		ケースB		ケースC		ケースC'	
	消費税率換算		消費税率換算		消費税率換算		消費税率換算	
2009年度 (移行当初)	14兆円	5%	9兆円	31/2%	24兆円	81/2%	33兆円	12%
	(現行保険料の振替 9兆円 切替時の追加的負担 5兆円)		(現行保険料の振替 9兆円 切替時の追加的負担 0兆円)		(現行保険料の振替 9兆円 切替時の追加的負担 14兆円)		(現行保険料の振替 9兆円 切替時の追加的負担 24兆円)	
2050年度	35兆円	7%	32兆円	6%	42兆円	8%	50兆円	91/2%

* 上記のほか、国庫負担割合を現行から1/2に引き上げるために、消費税率換算で約1%の税財源が必要

(注) 各ケースについては、過去の保険料納付実績の給付への反映について、以下のとおり想定。

ケースA : 過去の納付状況に関係なく一律給付

ケースB : 過去の保険料未納期間に応じて減額

ケースC : 過去の保険料納付相当分を加算(3.3万円相当)して給付

ケースC' : 過去の保険料納付相当分に公費相当分も加算(6.6万円相当)して給付

(2) ミクロ試算(現行制度と税方式化案がそれぞれ家計に与える影響を示した試算)

* マクロ統計であるSNA(国民経済計算)における平成18年度国内家計最終消費支出は約283兆円。一方、今回の試算に用いた家計調査における1世帯当たり消費支出(年間310万円)に世帯数(5,000万)を乗じても約150兆円であり、マクロ統計との対比で明らかに過小。
⇒統計の制約上、家計調査を用いて試算せざるを得ないが、結果の解釈には十分な留意が必要。

《家計》

①勤労者世帯モデル

すべての所得階層において、「基礎年金分の保険料軽減額」 < 「消費税負担の増加額」 ⇒負担増

②自営業者等世帯モデル

概ね、「基礎年金分の保険料軽減額」 > 「消費税負担の増加額」 ⇒負担減

ただし、かなりの高所得者層と、保険料免除の対象となるような低所得層においては、
「基礎年金分の保険料軽減額」 < 「消費税負担の増加額」 ⇒負担増

③年金受給者世帯モデル

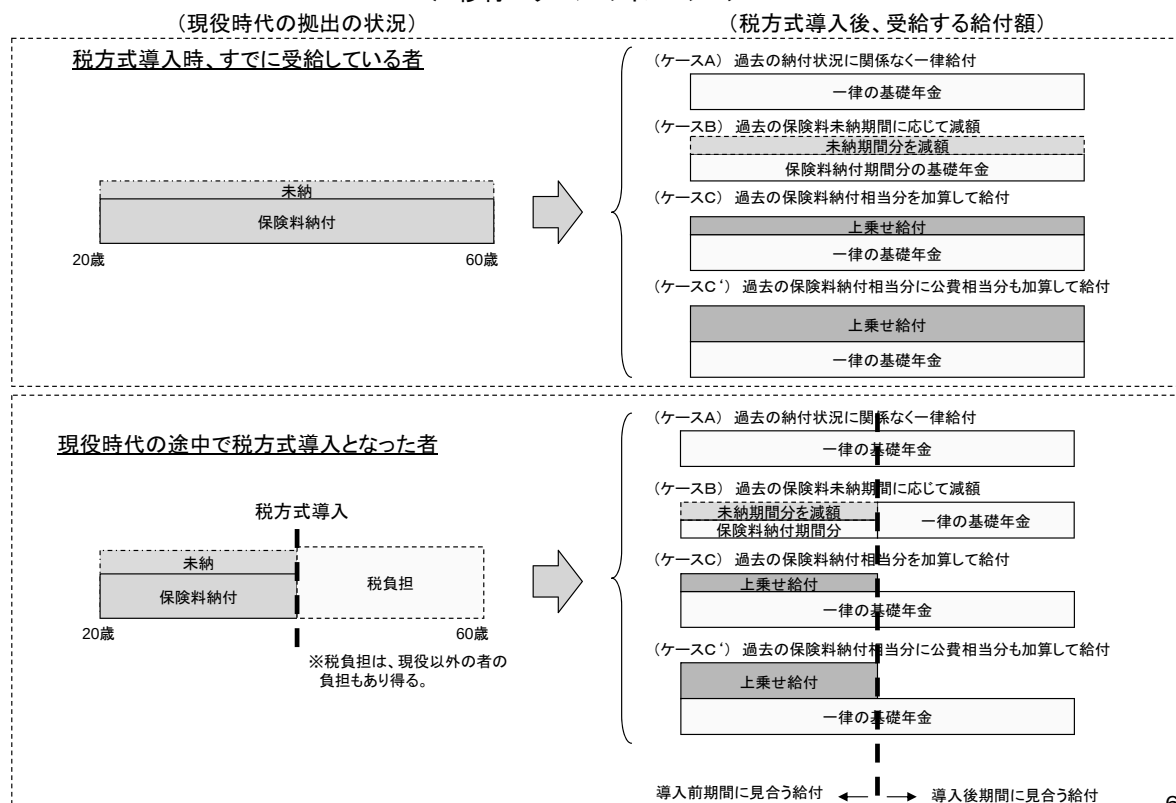
消費税負担が増加 (ただし、上記の「ケースA」「ケースC」の場合は、年金給付も増加する場合あり) ⇒負担増

《企業》

基礎年金分の保険料のうち事業主負担分がなくなる ⇒負担減

5

< 移行パターンのイメージ >



○ マクロ試算のシミュレーション結果(マクロ試算3-1)

各移行パターンごとの追加財源の規模と消費税率換算(ごく粗い機械的試算)

〔経済前提：ケースⅡ-1〕 (平成19年2月暫定試算の「基本ケース」)

- 移行パターンA～Cのそれぞれについて、現行制度の基礎年金国庫負担(1/2分)を超えて追加的に必要になる財源を計算し、その消費税率換算率を算出した。

基礎年金を税方式にした場合の追加財源の規模と消費税率換算について

年度	ケースA		ケースB		ケースC		ケースC'	
	消費税率換算		消費税率換算		消費税率換算		消費税率換算	
2009年度	14兆円 (現行保険料の振替 9兆円 切替時の追加的負担 5兆円)	5 %	9兆円 (現行保険料の振替 9兆円 切替時の追加的負担 0兆円)	3 1/2 %	24兆円 (現行保険料の振替 9兆円 切替時の追加的負担 14兆円)	8 1/2 %	33兆円 (現行保険料の振替 9兆円 切替時の追加的負担 24兆円)	12 %
2015年度	17兆円	5 1/2 %	12兆円	3 1/2 %	28兆円	8 1/2 %	39兆円	12 %
2025年度	20兆円	5 %	15兆円	3 1/2 %	31兆円	8 %	42兆円	10 1/2 %
2050年度	35兆円	7 %	32兆円	6 %	42兆円	8 %	50兆円	9 1/2 %

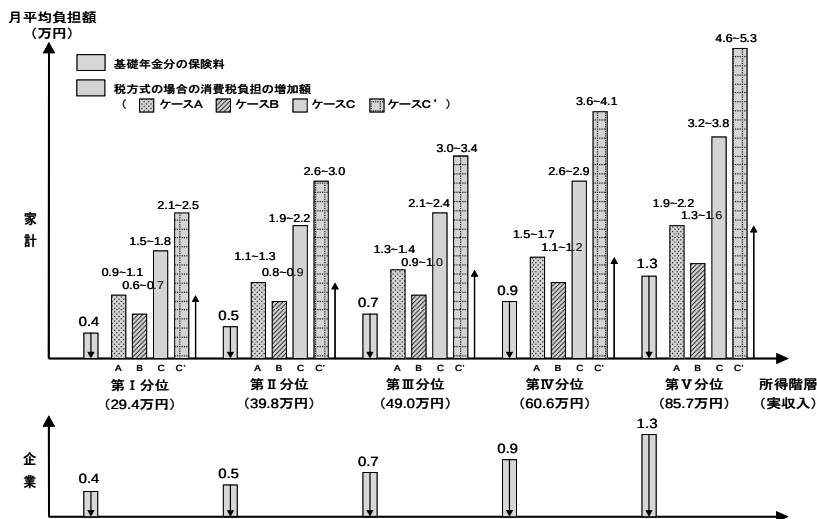
- 平成20年度の予算における基礎年金国庫負担割合は37.3%(1/3 + 40/1000)であることから、上記の消費税率換算の他に、国庫負担割合1/2にまで引き上げるための財源として、約1%が追加的に必要になる。

※ 経済前提: ケースⅡ-1の場合における移行パターンの各ケースごとのシミュレーション結果を示している。
 なお、比較対象とする現行制度における国民年金保険料の納付率の前提は80%の場合としている。経済前提の違いによる影響についてはマクロ試算5-2を参照。

※ 消費税率換算に用いた消費税率は、将来、経済成長率と同程度に伸びるものとして計算している。

○ ミクロ試算のシミュレーション結果（ミクロ試算 1～4）

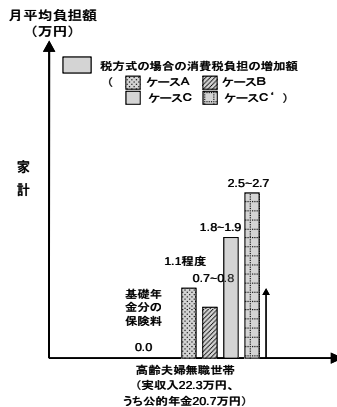
〔勤労者世帯モデルのケース〕



※1 「勤労者世帯」の定義は「世帯主が会社、官公庁、学校、工場、商店などに勤めている世帯」となっており、妻が専業主婦の世帯や共働き世帯など様々な形態の世帯が含まれている。平成19年家計調査では、平均世帯人員3.45人、平均有業人員1.66人となっている。

※2 基礎年金分の保険料は、家計調査における勤労者世帯の公的年金保険料支払額に基礎年金分の保険料割合（4.0%/14.996%）を乗じた額としている。

〔年金受給世帯モデルのケース〕



〔ケースA〕
低年金・無年金だった者の場合は、年金給付額が増加する。

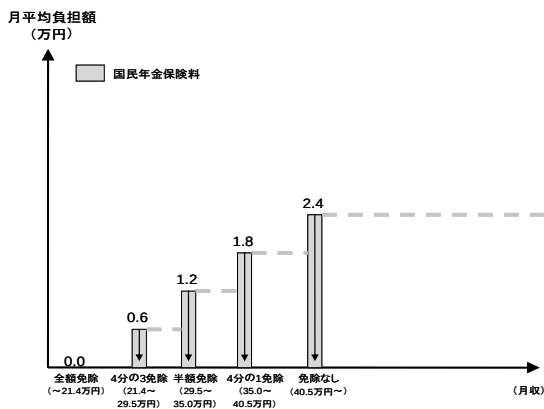
〔ケースB〕
年金給付額に変化なし。

〔ケースC〕
低年金・無年金だった者の場合は満額の基礎年金が支給されるとともに、過去の保険料納付に見合った加算が行われ、年金給付額が増大する。

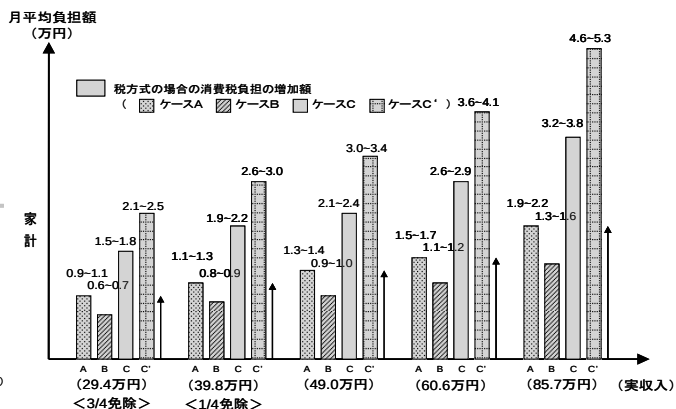
8

〔自営業者等世帯モデルのケース〕

国民年金保険料の軽減額



収入階級別にみた消費税負担の増加額



※1 国民年金被保険者実態調査によると1世帯当たりの国民年金第1号被保険者数は1.7人となっているため、保険料軽減額は国民年金保険料の1.7倍としている。また、保険料免除の適用区分の月収は、4人世帯における免除基準により設定している。

※2 パート・アルバイト等で厚生年金の適用となっていない者の世帯についても、このケースと同様になる。ただし、所得階層が比較的低い世帯が多いものと考えられる。

9

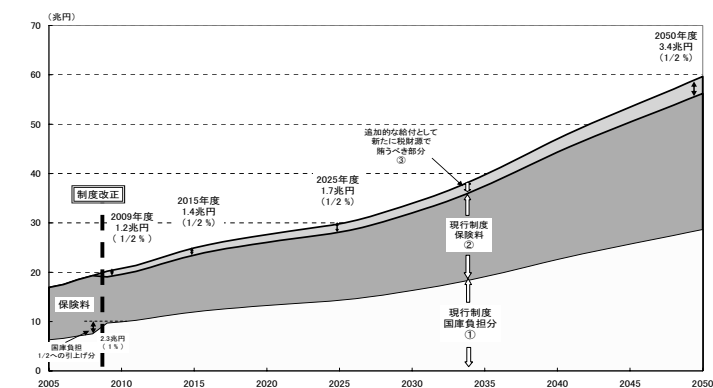
3. 現行の社会保険方式を前提にした修正案の個別の提案内容の影響評価

マクロ試算2-1 基礎年金の満額を7万円に引き上げる案(提案者:読売新聞社)の影響評価

<計算方法>

現行基礎年金額×(7万円-6.6万円)/6.6万円

※ マクロ経済スライドは行う前提になっている。



年度	基礎年金 ①+②+③ 兆円	現行制度 国庫負担 ① 兆円	現行制度 保険料 ② 兆円	追加的な給付として 新たに税財源で 賄うべき部分 ③ 兆円	消費税率換算 %
2009	20	10	9	1.2	1/2
2015	25	12	12	1.4	1/2
2025	30	14	14	1.7	1/2
2050	60	29	28	3.4	1/2

(注) 上記の現行制度保険料は、各制度からの基礎年金拠出金のうちの保険料負担分を示している。

※ 経済前提：ケースⅡ-1、国民年金保険料の納付率80%の場合

10

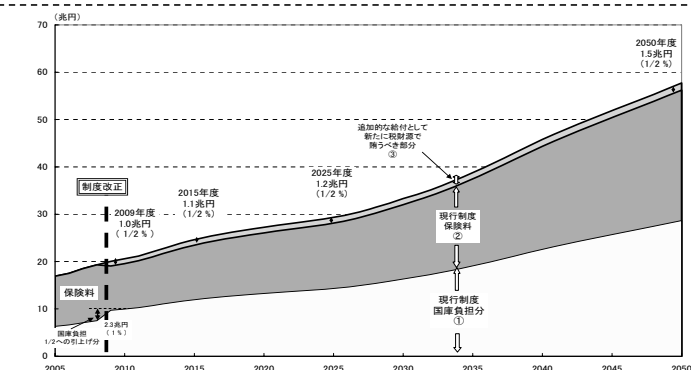
マクロ試算2-2 低年金・低所得の高齢者世帯に5万円の最低保障年金を創設する案(提案者:読売新聞社)の影響評価

(提案者:読売新聞社)

<計算方法>

65歳以上人口全員に支給した場合の基礎年金額と現行基礎年金額との差に、最低保障年金として下支えする部分の割合(約6割)と年収200万円以下の者の割合(約3割)を乗じて算出。

※ 年収200万円の基準は将来の経済成長に合わせて見直され、約3割は変わらないという前提。



年度	基礎年金 ①+②+③ 兆円	現行制度 国庫負担 ① 兆円	現行制度 保険料 ② 兆円	追加的な給付として 新たに税財源で 賄うべき部分 ③ 兆円	消費税率換算 %
2009	20	10	9	1.0	1/2
2015	25	12	12	1.1	1/2
2025	29	14	14	1.2	1/2
2050	58	29	28	1.5	1/2

(注) 上記の現行制度保険料は、各制度からの基礎年金拠出金のうちの保険料負担分を示している。

※ 経済前提：ケースⅡ-1、国民年金保険料の納付率80%の場合

11

社会保障国民会議：医療・介護費用のシミュレーションについて

（参考）

10月23日 社会保障国民会議 第8回サービス保障（医療・介護・福祉）分科会 資料より作成

社会保障国民会議：医療・介護費用のシミュレーションのポイント

シミュレーションのポイント

<必要な医療・介護サービスは確保>

- 今回のシミュレーションでは、「医療・介護サービスのあるべき姿」を実現するという観点から、医療・介護サービス提供体制について大胆な改革を行うことを前提に、推計作業を実施。
⇒このようなシミュレーション（試算）は、我が国では、公的には初めて。

<必要な改革を見込む>

- 国民会議分科会での議論を踏まえ、医療・介護サービス提供体制について、現状投影シナリオと複数の改革シナリオを提示。改革に応じて単価の変化も考慮。
⇒現状投影シナリオでは医療・介護の問題は未解決。改革シナリオではサービスの充実強化と効率化を同時に実施

<経済成長や技術進歩、効率化も見込んで試算>

- その上で、改革による単価の変化、経済成長に応じた伸びの変化等について前提を置き、2025年における医療・介護費用を試算。
⇒改革により全体の費用は増加するが、サービス量の確保・質の向上と効率化を同時実現

<必要な財源も付記>

- さらに、現在の財源構成を前提に、2025年における必要財源の規模についても試算。
⇒参考推計として2015年も付記。必要財源について、消費税率換算数値も付記。

☆ 試算に用いた全てのデータをホームページ上で公開。誰でも検証可能に。

13

医療・介護サービスのシミュレーションの前提(ポイント)

あるべき医療・介護サービスを前提＝改革(再生)への道筋を提示

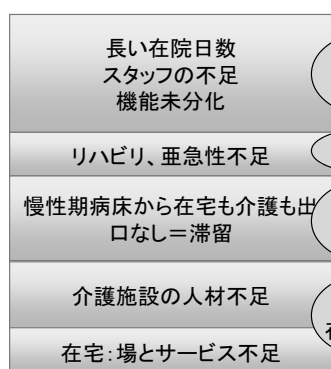
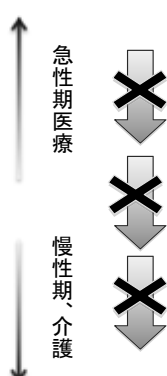
不十分・非効率的なサービス提供体制

- ・病床数が多く在院日数が長い
- ・病床の機能が未分化・勤務医の疲弊
- ・地域医療、特に産科小児科救急の危機
- ・介護サービス不足、従事者不足 等

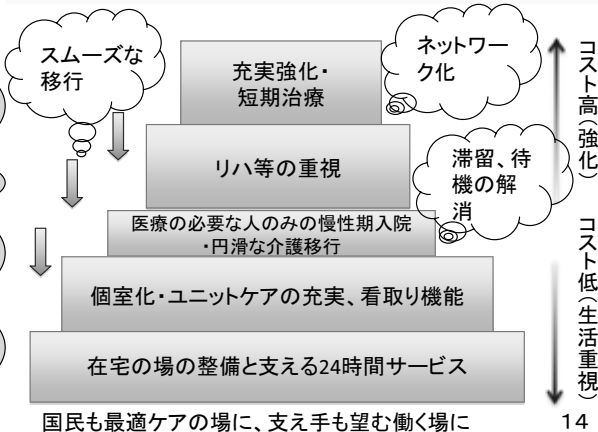
現状のままでは、問題未解決、しかも費用は増加

必要な改革＝必要なサービス強化と効率化を同時実現
→ 必要な医療・介護を効率的に確保

<現状＝非効率な資源利用・非最適化>



<将来＝充実強化かつ効率的な資源利用>



国民も最適ケアの場に、支え手も望む働く場に

14

改革シナリオと現状投影シナリオの比較

Aシナリオ (現状投影)	B1シナリオ (穏やかな改革)	B2シナリオ (大胆な改革)	B3シナリオ (さらに進んだ改革)
急性期医療 一般病床 133万床 平均在院日数 20.3日 人員数 現状のまま	急性期医療 急性病床80万床(重点化) 平均在院日数12日(短縮) 人員数 58%増(増員) (急性病床の20%増)	急性期医療 急性病床67万床(重点化) 平均在院日数10日(短縮) 人員数 100%増(増員)	急性期医療 高度急性病床26万床(重点化) 平均在院日数16日 (困難事例・短縮) 人員数 116%増(増員) (このほか、その他の一般急性病床は、49万床、在院日数9日、人員80%増を見込む。)
介護施設 169万人分	介護施設 146万人分 (機能強化・重点化)	介護施設 149万人分 (機能強化・重点化)	介護施設 149万人分 (機能強化・重点化)
居住系 47万人分 うちグループホーム 25万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分
在宅 小規模多機能 数万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日
マンパワー(医療介護職員計) 551.1～563.8万人	マンパワー(医療介護職員計) 627.8～641.3万人	マンパワー(医療介護職員計) 663.7～678.7万人	マンパワー(医療介護職員計) 669.1～684.4万人
効率化 織り込んでいない	効率化(上記以外) 効率化プログラム等を踏まえ ・予防効果(外来32万人減等) ・毎年0.1～0.3%効率化 ※(伸び率ケース①の場合)	効率化 (同左)	効率化 (同左)

15

シミュレーション結果（2025年）

（経済前提Ⅱ－1の場合）

	現状 (2007)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医療＋介護 対GDP比	7.9 % 程度	10.8～10.9 %程度	11.6～11.9 %程度	11.6～11.9 %程度	11.7～12.0 %程度
対NI比	10.7 % 程度	14.7～14.8 %程度	15.8～16.2 %程度	15.7～16.1 %程度	15.9～16.3 %程度
名目額	41兆円 程度	85兆円 程度	91～93兆円 程度	91～93兆円 程度	92～94兆円 程度
	現状 (2007)	追加的に必要となる財源（GDP比、消費税率換算）			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
自己負担	1.0 %				
保険料	3.7 %	+1.2 % (2 %程度)	+1.5～1.6 % (3 %程度)	+1.5～1.6 % (3 %程度)	+1.5～1.7 % (3 %程度)
公費（※）	3.1 %	+1.4 % (3 %程度)	+1.8～1.9 % (4 %程度)	+1.8～1.9 % (4 %程度)	+1.8～2.0 % (4 %程度)

※2015年の財源構成の粗い推計＝どのシナリオも公費追加財源は消費税率換算1%程度。

16

（参考）医療・介護サービス費用のシミュレーション結果 具体的数値

（経済前提Ⅱ－1の場合）

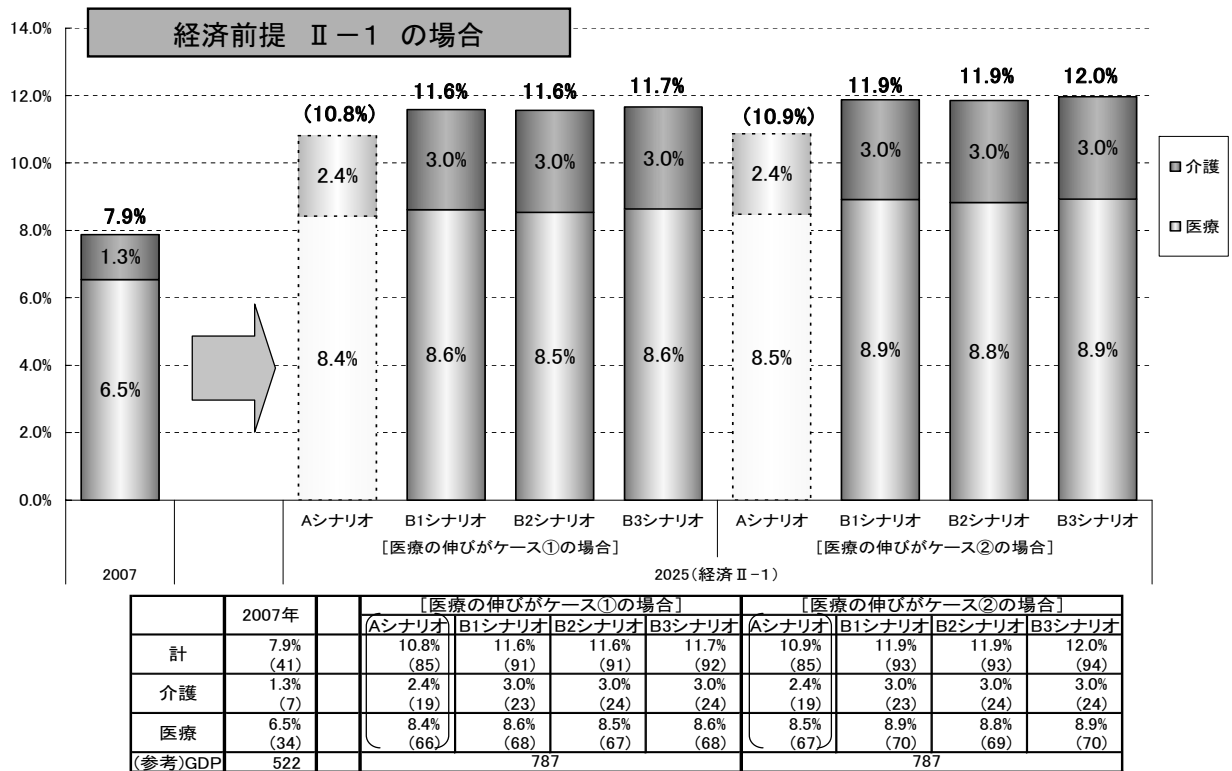
	現状 (2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医療＋介護 対GDP比	7.9 %程度	10.8～10.9%程度	11.6～11.9%程度	11.6～11.9%程度	11.7～12.0%程度
対NI比	10.7 %程度	14.7～14.8%程度	15.8～16.2%程度	15.7～16.1%程度	15.9～16.3%程度
名目額	41 兆円程度	85兆円程度	91～93兆円程度	91～93兆円程度	92～94兆円程度
医療 対GDP比	6.5 %程度	8.4～8.5%程度	8.6～8.9%程度	8.5～8.8%程度	8.6～8.9%程度
対NI比	8.9 %程度	11.5%程度	11.7～12.1%程度	11.6～12.0%程度	11.8～12.2%程度
名目額	34 兆円程度	66～67兆円程度	68～70兆円程度	67～69兆円程度	68～70兆円程度
介護 対GDP比	1.3 %程度	2.4 %程度	3.0 %程度	3.0 %程度	3.0 %程度
対NI比	1.8 %程度	3.2 %程度	4.0 %程度	4.1 %程度	4.1 %程度
名目額	7 兆円程度	19 兆円程度	23 兆円程度	24 兆円程度	24 兆円程度

（注1）年度ベースの数値である。

（注2）「～」の左は、医療費の伸び率として要素の積み上げを用いた場合（ケース①）であり、右は賃金と物価の平均に1%を加えたものを用いた場合（ケース②）である。

（注3）GDP及びNIは、2007年：GDP=522兆円、NI=383兆円、2025年（経済前提Ⅱ-1の場合）：GDP=787兆円、NI=578兆円である。

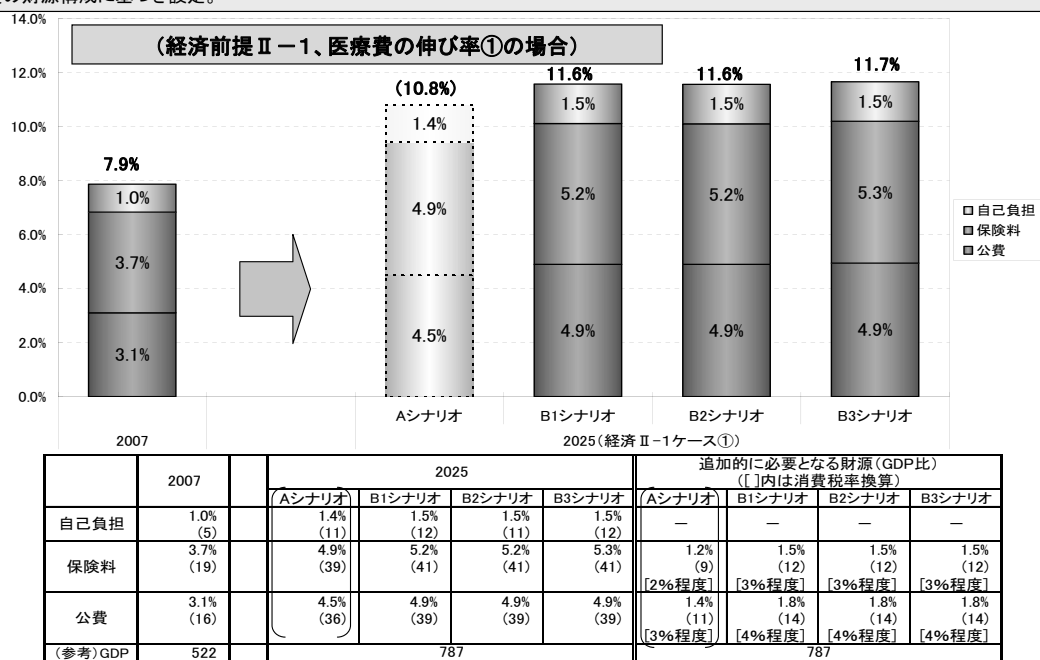
17



18

(附一) 財源構造についての粗いシミュレーション

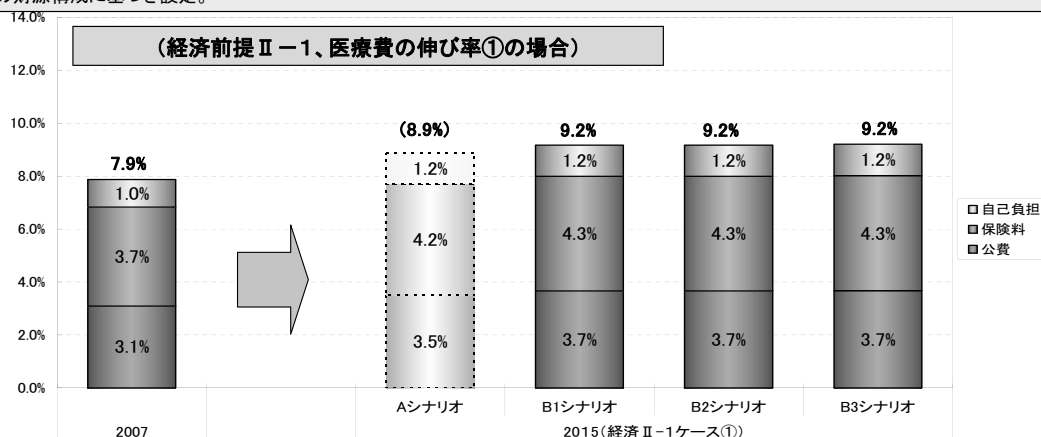
- 医療・介護費用の財源構造は、医療保険制度等の制度によって異なるため、制度加入の前提となる産業構造や就業構造の見直しが必要となるが、ここでは、次のような一定の仮定をおいて粗いシミュレーションを行った。
- ・ 自己負担割合については、「国民医療費」「介護保険事業年報」(厚生労働省)等により、医療14%程度、介護7%程度と仮定。
 - ・ 給付費の保険料と公費の割合については、「社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月推計)」(厚生労働省)における給付費の財源構成に基づき設定。



19

（附－2）途中年次(2015年)の財源構造についての粗いシミュレーション

- サービス提供体制の改革には、病床・施設、マンパワーなど様々な基盤の整備が必要であり、一定程度の時間を要するが、ここでは、ここでは、次のような一定の仮定をおいて粗いシミュレーションを行った。
- ・ 費用については、2007年と2025年とを機械的に補完して設定し、自己負担割合は医療14%程度、介護7%程度と仮定。
 - ・ 給付費の保険料と公費の割合については、「社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月推計)」（厚生労働省）における給付費の財源構成に基づき設定。



	2007	2015				追加的に必要となる財源(GDP比)			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ	([]内は消費税率換算)			
自己負担	1.0% (5)	1.2% (7)	1.2% (8)	1.2% (8)	1.2% (8)	—	—	—	—
保険料	3.7% (19)	4.2% (27)	4.3% (28)	4.3% (28)	4.3% (28)	0.5% (3)	0.6% (4)	0.6% (4)	0.6% (4)
公費	3.1% (16)	3.5% (23)	3.7% (24)	3.7% (24)	3.7% (24)	0.4% (3)	0.6% (4)	0.6% (4)	0.6% (4)
(参考) GDP	522	646				646			

※()内及び「(参考)GDP」は名目額(兆円)である。また、「追加的に必要となる財源(GDP比)」は2007年と2015年のGDP比の差を計上している。

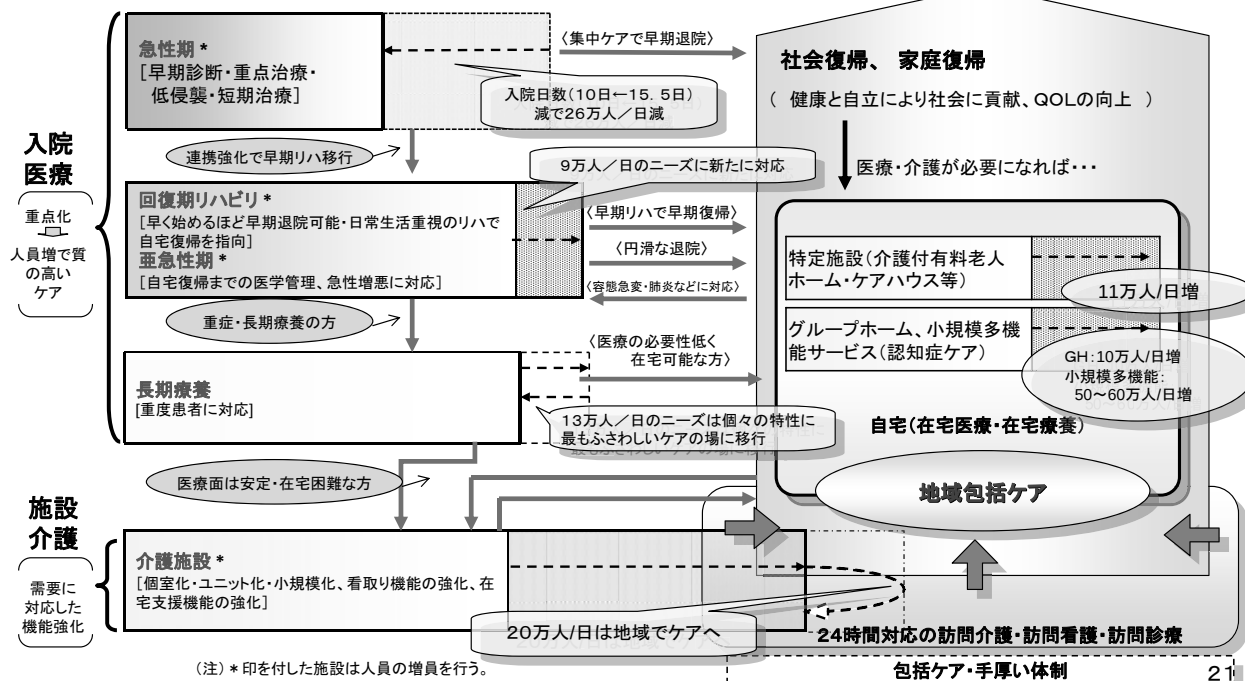
20

（参考）改革のイメージ

〔必要な医療・介護を確保し、質の高い効率的なサービスを実現〕(数字はB2シナリオ)

《入院・入所》

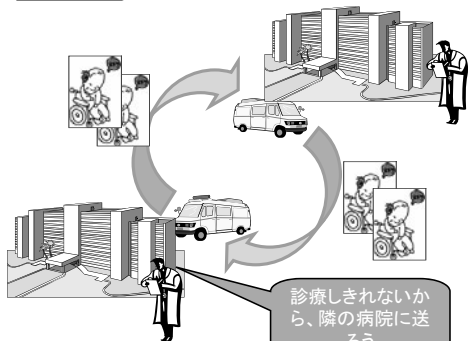
《自宅＝住み慣れた場所》



21

急性期医療の充実・強化— 1 高度急性期病床整備のイメージ

現状

機能が未分化、医師が分散
一般病床約103万床

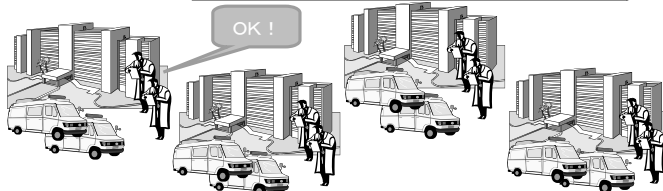
救急体制

救命救急センター：210か所(ERを含む。)
ICU：6,600床
救急搬送患者：約500万人／年

医療の現状

医師もベッドも不足し、たらい回しが発生
医師は通常勤務と当直を繰り返し、疲弊
ERも救急医が足りないで十分な対応ができない
患者も安心できない

改革後

急性期の重点化、強化
約26万床の高度急性期に
一般病床の2.2倍の医師等配置

救急体制

高度急性の重点整備、人員配置倍増等で救急体制も倍増
夜間救急でも複数医師配置で体制十分
(例) ER型救命救急センター：400か所
ICU：13,000床、救急搬送患者：約650万人／年元気でうちに
帰れたよ

医療の将来像

すべての重大な症状の患者が15分以内に
ER型救命救急センターで受け入れ
医師は交代勤務制、看護師なども充実
患者は安心、脳卒中の後遺症率は半減、早期の
社会復帰も増加。車いす、寝たきりの割合が減少

22

急性期医療の充実・強化— 2 重点化・集中化・連携強化のイメージ

現状

地域の病院で対応可能な患者が救命救急
センターに搬送されたり、連携が不十分。
医師の疲弊、治療の質に影響、
社会復帰が遅れるなど

改革後

急性期病院(人員1.6倍～2.2倍)

地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が
進み、連携が強化。
発症から入院、回復期、退院までスムーズにいく
ことにより早期の社会復帰が可能に。

23

地域医療・介護サービスの充実 地域の姿イメージ

現状

- 在宅サービスメニュー、量の不足
- 居住系整備不足

<人口5万人の場合>



2025年の姿

- できる限り住み慣れた地域で暮らし続ける
- 自らの希望と選択でよりよいサービスを受けることができる
- 施設・居住系サービスをスウェーデン並みに拡充
- 24時間対応など多様な在宅サービス
- 施設も地域に密着した小規模化、ユニットケア



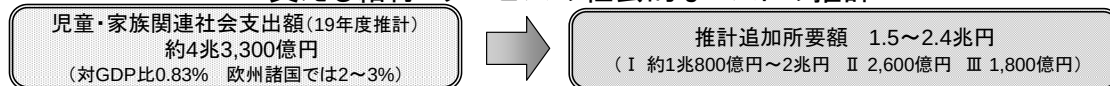
24

仕事と生活の調和の実現と希望する結婚や出産・子育ての実現を支える給付・サービスの社会的なコストの推計について

(参考)

「子どもと家族を応援する日本」重点戦略(平成19年12月) 参考資料より作成

仕事と生活の調和の実現と希望する結婚や出産・子育ての実現を支える給付・サービスの社会的なコストの推計



I 親の就労と子どもの育成の両立を支える支援

関連社会支出額(19年度推計) 約1兆3,100億円 → 追加的に必要となる社会的コスト +1兆800億円～2兆円

- 未就学児のいる就業希望の親を育児休業制度と保育制度で切れ目なく支援(特に3歳未満の時期)
 - ・ 第1子出産前後の継続就業率の上昇(現在38%→55%)に対応した育児休業取得の増加
 - ・ 0～3歳児の母の就業率の上昇(現在31%→56%)に対応した保育サービスの充実(3歳未満児のカバー率20%→38%、年間5日の病児・病後児保育利用)
 - ・ スウェーデン並みに女性の就業率(80%)、保育(3歳未満児)のカバー率(44%)が上昇、育児休業や保育の給付水準を充実した場合も推計
- 学齢期の子を持つ就業希望の親を放課後児童クラブで支援
 - ・ 放課後児童クラブの利用率の上昇(現在小1～3年生の19.0% → 60%)

II すべての子どもの健やかな育成を支える対個人給付・サービス

関連社会支出額(19年度推計) 約2兆5,700億円 → 追加的に必要となる社会的コスト +2,600億円

- 働いているいないにかかわらず一定の一時預かりサービスの利用を支援
 - ・ 未就学児について月20時間(保育所利用家庭には月10時間)の一時預かり利用に対して助成

III すべての子どもの健やかな育成の基盤となる地域の取組

関連社会支出額(19年度推計) 約4,500億円 → 追加的に必要となる社会的コスト +1,800億円

- 地域の子育て基盤となる取組の面的な推進
 - ・ 望ましい受診回数(14回)を確保するための妊婦健診の支援の充実
 - ・ 全市町村で生後4か月までの全戸訪問が実施
 - ・ 全小学校区に面的に地域子育て支援拠点が整備
 - ・ 全小学校区で放課後子ども教室が実施(「放課後子どもプラン」)

26

- ※ 「仕事と生活の調和推進のための行動指針」において、取組が進んだ場合に達成される水準として設定される10年後の数値目標と整合をとって試算している。
- ※ これは、現行の給付・サービス単価(利用者負担分を含まない)をベースにした試算であり、質の向上、事業実施主体の運営モデル・採算ベース、保育所や幼稚園の保育料等利用者負担などの関係者の費用負担のあり方等については勘案していない。
- ※ 児童虐待対応、社会的養護や障害児へのサービスなど、特別な支援を必要とする子どもたちに対するサービスの費用の変化に関しては、この推計には含まれていない。
- ※ これは、毎年ランニングコストとして恒常的に必要となる額を推計したものであるが、これらのサービス提供のためには、この恒常的な費用のほかに、別途施設整備や人材育成等に関するコストを要する。
- ※ 現在の児童数、出生数をベースにした推計であり、この費用は児童数、出生数の増減により変化する。なお、3歳未満児数で見ると、平成19年中位推計では現在と比べて10年後で8割弱、20年後で約3分の2の規模に減少するが、国民の結婚や出産に関する希望を反映した試算では10年後で95%、20年後でも93%の規模を維持する。
- ※ 児童手当については、別途機械的に試算。

27

給付の種類及び現金給付・現物給付別に分類した次世代育成支援の社会的コストの推計

	現金給付		現物給付	
I 親の就労と子どもの育成の両立を支える支援	2,000 ～4,700億円	【追加所要額】 （育児休業給付） 2,800億円	【現行給付】 出産手当金 育児休業給付 保育サービス 放課後児童クラブ 1兆300億円	【追加所要額】 〔保育サービス 放課後児童クラブ〕 8,600億円～1兆5,300億円
《1兆3,100億円 → 2兆3,900億円～3兆3,100億円》			※ 推計の前提にしたがって保育（現物給付）と育児休業給付（現金給付）に機械的に割り振っているが、両者を切れ目なく支援する仕組みの設計によってはこの振り分けは変わってくることに留意。	
II すべての子どもの健やかな育成を支える対個人給付・サービス		【現行給付】 児童手当 児童扶養手当 特別児童扶養手当 出産育児一時金 2兆600億円	【追加所要額】 （一時預かり） 2,600億円	【現行給付】 幼稚園 一時預かり 5,100億円
《2兆5,700億円 → 2兆8,300億円》		※ 児童手当については別途機械的に試算		
III すべての子どもの健やかな育成の基盤となる地域の取組		妊婦健診等 各種地域子育て支援 各種児童福祉サービス 放課後子ども教室 4,500億円	【追加所要額】 （放課後子ども教室） 1,800億円	【現行給付】 妊婦健診 地域子育て支援拠点 放課後子ども教室 1,800億円
《4,500億円 → 6,300億円》				
	《2兆3,400億円 → 2兆5,400億円～2兆8,100億円》		《1兆9,900億円 → 3兆2,900億円～3兆9,600億円》	28

現行の次世代育成支援の給付・サービスの費用構成

- 平成19年度児童・家族関係社会支出（予算ベースの推計値4兆3,300億円）に関して、国、地方公共団体、事業主（保険料事業主負担及び拠出金）、被保険者本人（保険料）に分けて、費用負担の状況を推計したもの。したがって、「推計所要額」に関して、直接この負担割合が適用されるものではない。
- 今後、少子化対策のための給付の充実に当たっては、次世代の負担によって賄うことがないよう必要な財源をその時点で手当てして行うことが必要。また、費用負担の在り方については、給付の性格や施策間の整合・連携を考慮した負担のあり方の検討が必要である。

平成19年度児童・家族関係社会支出（予算ベースの推計値） 4兆3,300億円			
国	地方公共団体	事業主 （保険料、拠出金）	被保険者本人 （保険料）
1兆1,500億円 （27%）	2兆3,400億円 （54%）	5,100億円 （12%）	3,400億円 （8%）

フランスの家族関係支出(2003)の日本の人口規模への換算

・フランスの家族関係社会支出を機械的に日本の人口に当てはめて算出したもの。

・()内の円表示の金額は、為替レートの変動を受けることに留意が必要。

※ 為替レートは、1ユーロ＝149円（平成19年1～6月の裁定外国為替相場）

	フランス(2003)			日本の人口規模に換算(2005)		(参考) 日本の家族関係 社会支出(2003)
	家族関係 社会支出 ①	支出の対象となる 年齢階級人口 ②	1人当たり家族関 係社会支出 ③＝①÷②	支出の対象となる 年齢階級人口 ④	家族関係 社会支出 ③×④	
家族手当 (Family Allowance)	17,569百万ユーロ (2兆6,178億円)	20歳未満 1,566万人 [25.4%]	1,122ユーロ (16.7万円)	20歳未満 2,418万人 [18.9%]	(4.0兆円程度)	9,242億円 ⇒《H19予算》 1.6兆円程度
出産・育児休業 (Maternity and parental leave)	5,382百万ユーロ (8,019億円)	3歳未満 239万人 [3.9%]	2,250ユーロ (33.5万円)	3歳未満 328万人 [2.6%]	(1.1兆円程度)	5,755億円
保育・就学前教育 (Day care / home-help services)	18,782百万ユーロ (2兆7,985億円)	6歳未満 467万人 [7.6%]	4,022ユーロ (59.9万円)	6歳未満 679万人 [5.3%]	(4.1兆円程度)	1兆6,276億円
その他	6,131百万ユーロ (9,135億円)	20歳未満 1,566万人[25.4%]	391ユーロ (5.8万円)	20歳未満 2,418万人 [18.9%]	(1.4兆円程度)	5,576億円
家族関係社会支出計 《対GDP比》	47,864百万ユーロ (7兆1,317億円) 《3.02%》	—	—	—	(10.6兆円程度)	3兆6,849億円 《0.75%》

参考指標

	総人口(2003) ①	GDP(2003) ②	1人当たりGDP ②÷①
日本	1億2,769万人	493.7兆円	387万円
フランス	6,173万人	1兆5,852億ユーロ (236.2兆円)	2.57万ユーロ (383万円)

(資料) OECD : Social Expenditure Database 2007

Eurostat : Demographic statistics

(日本のGDPは国民経済計算(内閣府)、人口は平成17年国勢調査(総務省)、平成15年10月1日現在人口推計(総務省))

30

資料3

医療・介護費用のシミュレーション

■ 社会保障国民会議サービス保障(医療・介護・福祉)分科会 2008年10月23日 ■

政府が10月23日に開催した、社会保障国民会議のサービス保障(医療・介護・福祉)分科会で配布された資料。この日は、医療・介護費用のシミュレーションについて議論された。

資料では、シミュレーションの前提となる考え方を整理した上で、シミュレーションの結果を示している。また、解説資料が提示されている。

シミュレーションの実施に当たっては、必要な医療・介護サービスを確保する観点から、大胆な改革を行うことを前提としている。その結果を踏まえて、今後、国民的議論が行われることが必要としている。

社会保障国民会議における検討に資するために行う
医療・介護費用のシミュレーション

(本体資料)

1

目 次

◆はじめにーシミュレーションの前提となる考え方の整理ー	2
◆医療・介護費用シミュレーションー結果ー	17
Ⅰ シミュレーションA（現状投影シナリオ）及び シミュレーションB（改革シナリオ）	19
Ⅱ オプションシミュレーション	43

はじめに

ーシミュレーションの前提となる考え方の整理ー

1. 本シミュレーションの位置付けについて

- 本シミュレーションは、平成20年9月9日に開催された第7回社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））において決定された「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーションの前提について」（以下「シミュレーションの前提」）に基づいて、**2025年段階における医療・介護費用のシミュレーション**を行ったものである。
- これまでの多くの医療・介護費用の推計は、一定の経済前提を仮定し、将来人口推計と医療・介護費用に係る過去のトレンドを将来に投影して推計を行うこと（プロジェクション）が主流であった。
これに対し、今回のシミュレーションでは、「医療・介護サービスのあるべき姿」を実現するという観点から、**医療・介護サービス提供体制について一定の改革を行うことを前提に**、推計作業を実施することとされている。
- サービス提供体制に関する「改革」の方向性については、社会保障国民会議中間報告（平成20年6月19日）において示されているところであり、「シミュレーションの前提」はこれを踏まえて設定されている。

4

2. シミュレーションの内容や今後の検証について

○ 今回のシミュレーションは、これまでの各種推計とは異なり、サービス提供体制の改革をはじめ、医療・介護費用に影響を与える様々な要因を可能な限り織り込むこととしたため、一つ一つの仮定については、思い切った仮定数値を用いることが不可避となっている。

○ この仮定数値については、今後様々な立場から議論が行われ、検証されていくことが望ましい。このため、今回のシミュレーションに用いたデータ、仮定数値については、以下のURLで全て公開することとした。

<http://kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/>

○ また、特に重要と思われる、病院／施設・在宅サービスの利用者数（機能ごとの利用者数）とそれを担う必要病床数等のサービス量と人員配置、必要となるマンパワー数、各サービスの単価等の数値についても、シミュレーション結果の一環として示している。

○ 将来の医療・介護費用のシミュレーションには、国民が今後のこれらのサービスの在り方をどう考えるかという視点が不可欠である。今回の試算を期に、今後、我が国においても将来的に必要なサービスやそのための費用について、専門家による研究の深化とともに、国民的な議論が行われることが望ましい。

5

3. シミュレーションに示された改革実現に向けた検討

○ 本シミュレーションは、「医療・介護サービスのあるべき姿」の実現を前提としたシミュレーションであり、実際にこのような姿が実現されるためには、安定的な財源の確保のみならず、サービス供給体制の計画的整備や専門職種間の役割分担に関する制度の見直し、診療報酬・介護報酬体系の見直し、マンパワーの計画的養成・確保、サービス提供者間・多職種間の連携・ネットワークの仕組みの構築、サービスの質の評価など、制度面を含めたサービス提供体制改革のための相当大胆な改革が実行されることが必要であり、改革を実際に行う場合には、具体的な改革の道筋（工程表）を明らかにした上で、国民的な議論が行われる必要があることに留意すべきである。

（9月9日 第7回社会保障国民会議第二分科会資料より（一部補足））

6

シミュレーション実施に当たっての基本的考え方

- 医療・介護サービスの将来像を試算することは、多くの要素が複雑にからむことから大変困難ではあるが、今後の国民的議論に資するため、需要、サービス提供、単位費用（単価）の伸びのそれぞれについて、**大胆な仮定をおいて、シミュレーションを行う。**
- 医療・介護の将来需要（ニーズ）については、現在の疾病・要介護状態の発生状況を基礎として今後の高齢化の進展を見込んで計算し、これを基本需要推計（現状需要推計）とする。ただし、
- ・現状は、医療・介護ニーズに対して適切なサービス提供がなされていない（ニーズとサービスのミスマッチが生じている）ことから、一方で過剰需要（供給誘発需要）が生じ、他方で必要なサービスが提供されないなど、全体として非効率な利用状況となっている。
 - したがって、今後、ニーズに対し適切かつ効率的なサービスが提供されれば、入院から在宅への転換など、需要全体の姿も変化すると考えられる。これについては、望ましい提供体制像とともに、改革シナリオとして示すこととする。
 - ・予防について取り組みが進めば、需要総量そのものを一定程度コントロールできる可能性がある。これについては、一定水準の予防効果を織り込むこととし、さらに取り組みが進んだ場合についてオプションシミュレーションとして示す。
- 医療・介護サービス提供体制については、以下に示す複数のシミュレーションを行う。
- ・現在のサービス提供体制を前提として、単純に基本需要推計に対応する提供量をいったん計算し、これを**シミュレーションA（現状投影シナリオ）**とする。
 - ・これに対して、サービス提供体制について選択と集中等による改革を図ることを想定し、これを**シミュレーションB（改革シナリオ）**とする。改革シナリオについては、前提により複数のシナリオを示す（それぞれ**B1、B2、B3**）。
 - ・改革シナリオにおいては、この提供体制の改革により生じる単価の変化も併せて見込む。

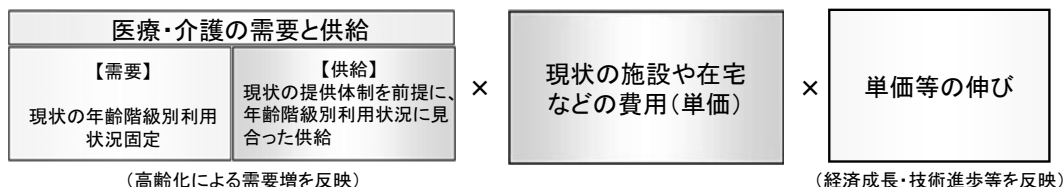
7

- 今後のサービスの単位費用（1治療等当たりの単価）の伸びについては、経済成長との関係が見られること、医療技術進歩による伸びが大きいこと、等の研究成果が出されていることを踏まえ、以下の二つの仮定（ケース）を置いてシミュレーションを行う。
- ・ケース①：医療費の伸びの主要因ごとに一定の仮定をおいた伸び率を使用。（効率化要因についても一定の仮定をおいて織り込む）
 - ・ケース②：国際的にみて、医療費と経済の間に一定の関連性が見られることから、医療費の伸びを経済成長率との関係で分析し、経済成長率に対応した一定の伸び率を仮定して使用
- サービス提供体制の改革には、人材養成等、一定の時間がかかること、また中長期的なシミュレーションが求められていることから、2025年までのシミュレーションを行う。
- 賃金上昇率、物価等の経済前提については、複数の前提を置く。（本国民会議の公的年金制度に関する定量的なシミュレーションの際の経済前提と同じ前提を置く。）
- なお、人的・物的基盤整備に係る費用（ストック費用）については、基本的には単価に反映され、個別の計算は困難であるため、今回は行わない。
- さらに、オプションとして、以下のシミュレーションを行う。
- ・オプション（1）医療・介護予防がシミュレーションB（改革シナリオ）に織り込んだ水準よりもさらに進んだ場合
 - ・オプション（2）介護職員の人件費水準を一律に引き上げた場合

医療・介護サービス費用のシミュレーションのイメージ

(1) シミュレーションA(現状投影シナリオ)

（現状の年齢階級別・サービス類型別利用状況がそのまま続いたとした場合の機械的計算
→ 現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点が解決されないまま今後も推移していくシナリオ）



【前提】

需要：病床ごとの入院、外来・在宅医療、介護施設や居住系サービス、在宅介護サービス等について、仮に、現状の年齢階級別利用状況が続いたとした場合を仮定

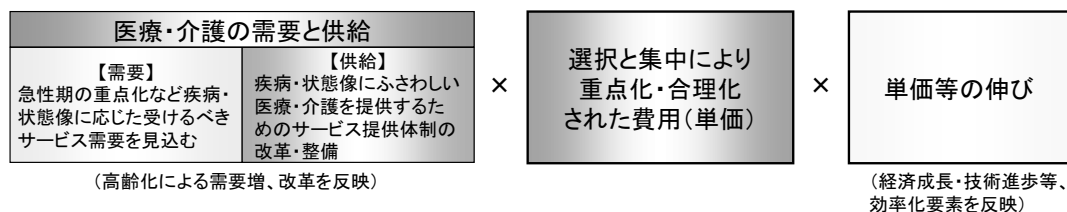
供給：上記のように仮定した需要に見合うよう、現状と同水準で各サービスの供給が行われるとした場合を仮定

単価：現在の各サービスにおける単位当たり費用（例えば入院1日当たり費用）が続くとした場合を仮定

→ 現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点（不明確な機能分化、手薄な人員配置、ニーズに対応したサービス供給の不足等）が解決されず、効率化もなされないまま今後も推移していくこととなる

(2) シミュレーションB(改革シナリオ)

（選択と集中～あるべき姿を踏まえたシミュレーション）



※ 医療・介護サービス提供体制の改革に関して、B1、B2、B3の3通りの改革シナリオを想定

【前提】

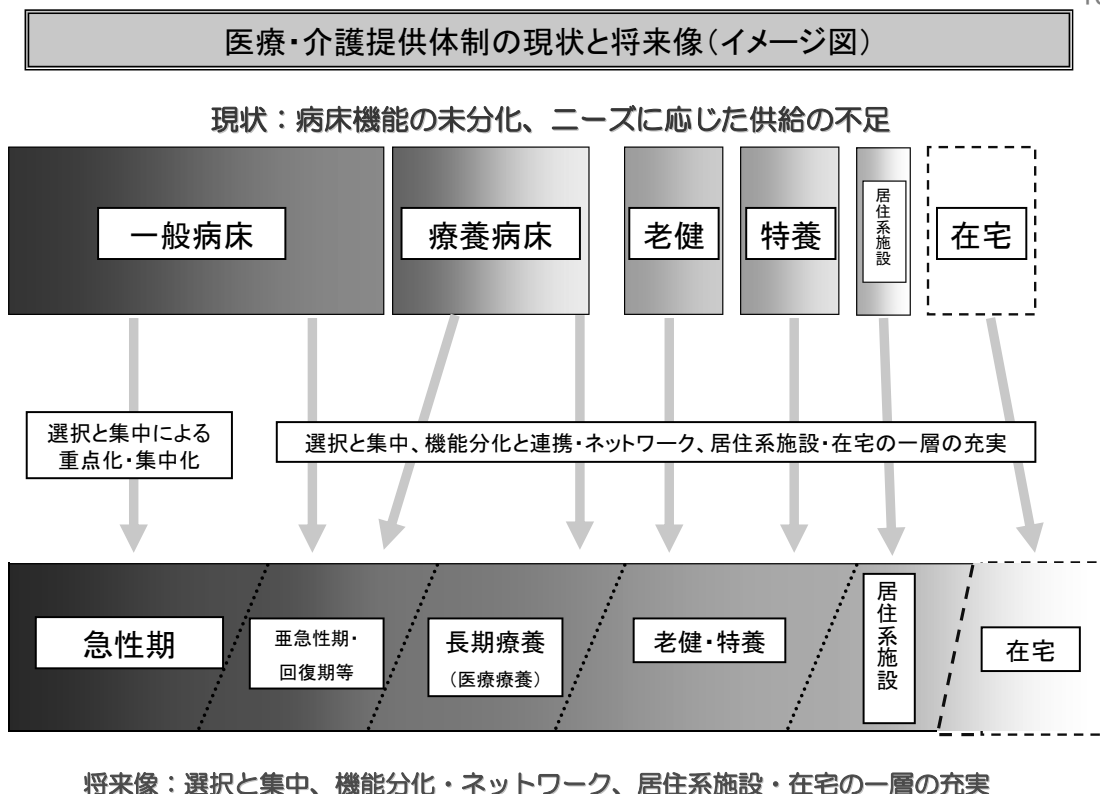
需要：急性期の重点化、在宅医療や介護の強化など、各種サービス提供体制の改革を前提として、疾病や状態像にふさわしい医療・介護のサービスを受けたとした場合における、各サービスごとの利用の見込み

※ 医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム（平成19年5月 厚生労働省）における取組（予防重視の観点やサービスの質向上・効率化の観点）を踏まえて需要を設定

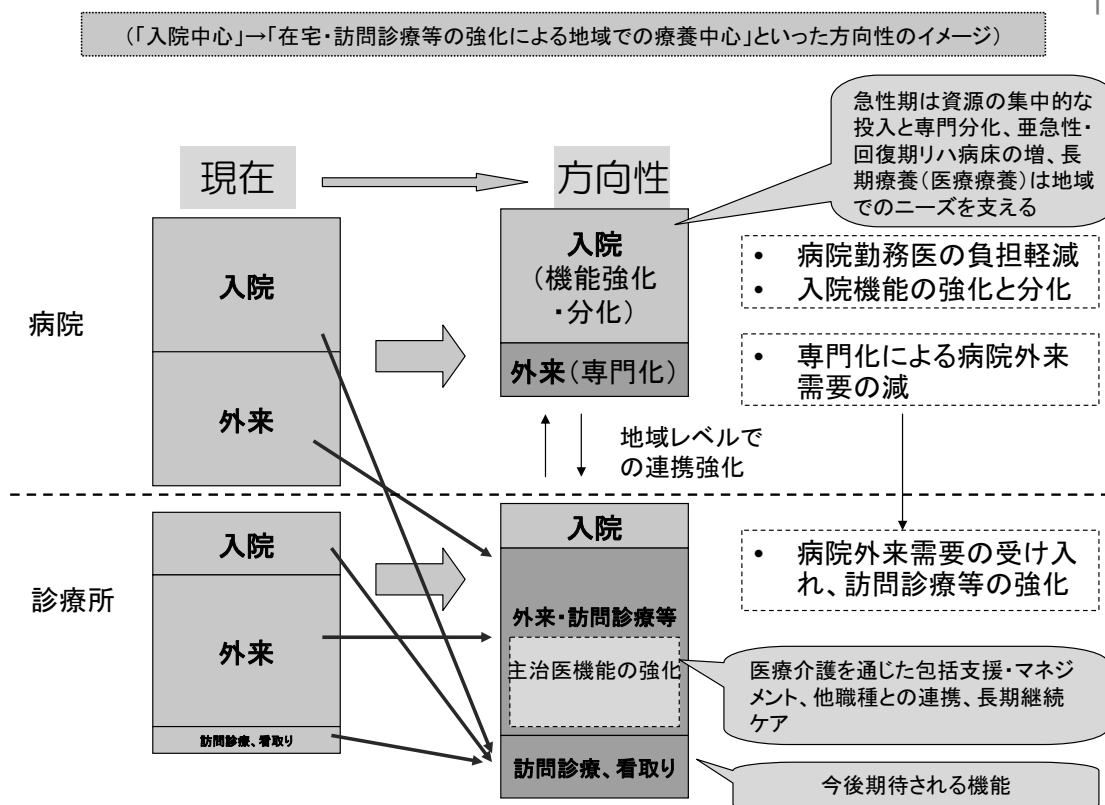
供給：疾病や状態像にふさわしい医療・介護を適用することができるようなサービス提供体制の改革・整備が行われることを仮定

単価：急性期病床における人員配置の重点化など、各サービス提供体制の改革を踏まえた各サービスの単位当たり費用を仮定

10



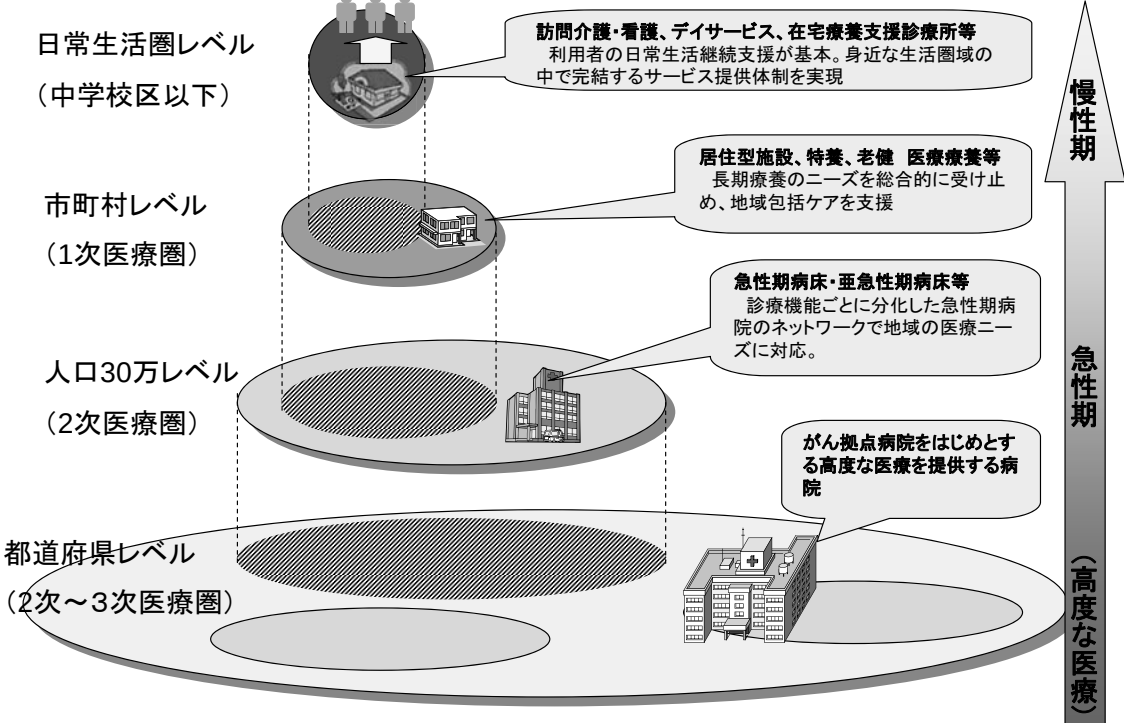
11



医療・介護提供体制にかかる課題 ～地域医療・介護サービスネットワークの構築～

12

機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービス



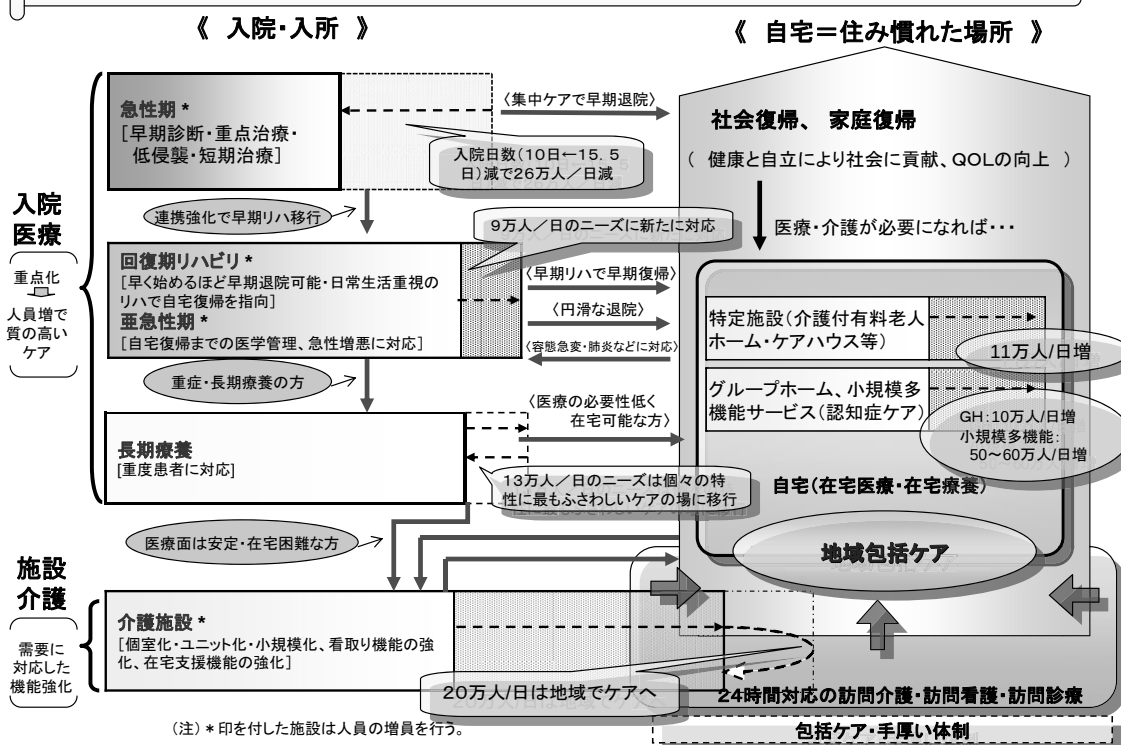
(参考)各改革シナリオにおける主な充実要素、効率化・重点化要素

13

		2025年		
		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・急性期医療の職員58%増、 単価約1.5倍 (増加率や倍率は、現状及びAシナリオの一般病床対比でみた場合)	・急性期医療の職員100%増 単価約1.8倍	・高度急性 116%増/約2.1倍 ・一般急性 80%増/約1.6倍
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・居住系・在宅介護利用者 約37万人/日増加 (増加数は、Aシナリオの居住系・在宅介護利用者数に対する数)	・居住系・在宅介護利用者 約43万人/日増加	(同 左)
	認知症への対応	・グループホーム、小規模多機 能施設の充実 約95万人/日 (Aシナリオでは25+数万人/日)	(同 左)	(同 左)
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2007年の1.6～1.7 倍程度 (Aシナリオでは、2007年に対して1.4～1.5倍程度)	・1.7～1.8倍程度	(同 左)
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大、訪問診療の拡充等各種 サービスの充実 ・各医療機関や介護サービス等の機能分化・強化、在宅医療・在宅介護の推進等のため、各サービス 間の連携強化 など		
効 率 化 ・ 重 点 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	・急性期：平均在院日数12日 病床数80万床 ・亜急性期・回復期等：75日 52万床 (Aシナリオの一般病床では、平均在院日数20.3日[急性15.5日(高度急性20.1日、 一般急性13.4日)、亜急性期等75日]、病床数133万床)	・急性期：平均在院日数10日 病床数67万床 ・亜急性期・回復期等：60日 44万床	・高度急性：16日/26万床 ・一般急性：9日/49万床 ・亜急性期・回復期等： 60日/40万床
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約38万人/日減少 (減少数は、Aシナリオの入院・介護施設利用者数に対する数)	・入院・介護施設入所者 約50万人/日減少	・入院・介護施設入所者 約49万人/日減少
	予防(生活習慣病・介護)	・生活習慣病予防により外来患 者数約32万人/日減少 (対Aシナリオ)	(同 左)	(同 左)
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、2012年まで △0.3%、その後△0.1%程度 (伸び率ケース①の場合)	(同 左)	(同 左)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△10%	・病院医師の業務量△20%	(同 左)

改革のイメージ〔必要医療・介護を確保し、質の高い効率的なサービス実現〕

※数字はB2シナリオ



経済成長と医療・介護費用の伸び、技術革新・効率化の影響を踏まえて設定した単価等の伸び率

○ 高齢化による需要増等とは別に織り込む「伸び」として次の2つのケースを仮定（名目値ベース）

ケース① 医療：経済成長連動の改定 ＋ 医療技術の高度化等 － 薬・機器等に係る効率化等
介護：賃金と物価の伸びの加重平均

＜考え方＞

・医療：医療費の伸びに関連する要因を一定の仮定のもとで積み上げて設定

※1. 第1項：過去の診療報酬改定率と名目経済成長率との間には4～5年程度のタイムラグのもとで高い相関が観測されている。回帰式： $y=0.3335x$ （相関係数(R)0.875, y:改定率, x:5年前の成長率, 切片=0）

※2. 第2項：過去の医療費の伸び率から、人口増減、人口の高齢化、診療報酬改定（近年はマイナスの影響）、制度改正の影響（近年はマイナスの影響）を控除してみれば、概ね2.2%程度と観測。

※3. 第3項：今後の中長期的な薬剤や医療機器についての効率化効果を見込む（2012年ごろまで△0.3%その後△0.1%）。なおシミュレーションAは現状を投影する推計であるためこの項は考慮していない。

→ 医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム（目標期間は基本的に2008年度～2012年度）を踏まえ、後発医薬品の使用促進（2012年度までに数量ベースで30%（後発品のある先発品についてはその処方の半数以上で後発品が使用される水準））をはかることによる医療費（33～34兆円）への影響（当年度△0.2～△0.3%）程度や、コンピューター断層撮影診断（医科点数に占める割合は約2.5%程度）等に係る合理化等（医療費に占める割合自体が僅少で、今後数年で効率化可能な部分は伸び率換算で年△0.1%に満たない程度と考えられる）等を仮定して、設定。

・介護：介護費用の構造を見ると給与費（人件費）が約65%を占めることから、費用の65%が賃金上昇率で、35%が物価で上昇するとして伸び率を設定

ケース② 医療：賃金と物価の伸びの平均＋1%程度

介護：ケース①と同じ

＜考え方＞

・医療：過去、医療費の伸びが経済の伸びを一定程度上回って推移してきたことを、踏まえて設定

※. 近年の医療費の伸びは名目GDPの伸びを平均的に概ね1.5%程度(a)上回って推移。同期間においては、診療報酬改定の影響が概ね△1%程度(b)ある一方で、人口の高齢化による影響が概ね1.5%程度(c)あると考えられ、(a)－(b)－(c)＝概ね1%程度となることを勘案して設定。

・介護：ケース①と同じ

経済前提：社会保障国民会議における検討に資するために行う公的年金制度に関する定量的なシミュレーション（平成20年5月）における経済前提と同じ

※ 名目成長率は、2007年度2.2%、2008年度2.8%、2009年度3.3%、2010年度3.7%、2011年度3.9%、2012年度以降は賃金上昇率マイナス0.5%ポイントを仮定。

足下の経済前提については、2007年1月「進路と戦略」内閣府試算を用い、2012年度以降の長期の前提は、以下の4とおりとする。

足下の前提

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
物価上昇率	0.3%	0.5%	1.2%	1.7%	1.9%	1.9%
賃金上昇率	0.0%	2.5%	3.0%	3.5%	3.8%	4.1%
運用利回り	1.7%	2.4%	3.0%	3.7%	4.1%	4.4%

2012年度以降の長期の前提

	ケースⅠ-1	ケースⅠ-2	ケースⅡ-1	ケースⅡ-2
物価上昇率	1.6%	1.1%	1.0%	1.0%
賃金上昇率	3.7%	2.6%	2.5%	2.1%
運用利回り	4.9%	4.0%	4.1%	3.2%

（注）ケースⅠ-1及びケースⅠ-2は、平成19年10月17日の経済財政諮問会議に示された「給付と負担の選択肢について」の試算における成長ケース及び制約ケースの前提、ケースⅡ-1及びケースⅡ-2は、「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響（暫定試算）：平成19年2月（厚生労働省年金局）」における基本ケース及び参考ケースの前提をそれぞれ踏まえたもの。

医療・介護費用シミュレーション

－ 結 果 －

シミュレーションの内容

I シミュレーションA(現状投影シナリオ)及びシミュレーションB(改革シナリオ)

（医療・介護サービスの需要や供給、経済前提や単価等の伸びについての各種前提のもとでの平成37(2025)年における医療・介護サービス費用等のシミュレーション）

※各シミュレーションの手順と詳細は解説編「サービス提供体制改革の考え方」P15～の「シミュレーションの手順と詳細」を参照

- (1) 医療・介護サービスの需要と供給（一日当たり利用者数等）のシミュレーション
- (2) 入院・施設・居住系サービス基盤（利用者を支えるベッド数・定員数等）のシミュレーション
（附）医療/介護・施設/在宅間の利用者の移動に関するシミュレーション
- (3) マンパワーの必要量のシミュレーション
- (4) 医療・介護サービスごとの単価のシミュレーション
- (5) 医療・介護サービス費用のシミュレーション
（附）財源構造についての粗いシミュレーション
（附）途中年次（2015年）の財源構造についての粗いシミュレーション

II オプションシミュレーション

- (1) 医療・介護の予防がシミュレーションB(改革シナリオ)に織り込んだ水準よりもさらに進んだ場合のシミュレーション
- (2) 介護職員の人件費水準を一律に引き上げた場合のシミュレーション

【このシミュレーションでは、人口は各年10月1日時点、利用者や費用等は年度をベースとして推計を行っている。】

I シミュレーションA(現状投影シナリオ) 及びシミュレーションB(改革シナリオ)

(1) 医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション

20

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	80万人/日	104万人/日 (73万人/日 31万人/日)	56万人/日	47万人/日	高度18万人/日 一般34万人/日
亜急性期・回復期等			47万人/日	40万人/日	36万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(104万人/日)	(103万人/日)	(87万人/日)	(88万人/日)
長期療養(医療療養)	22万人/日	36万人/日	21万人/日	23万人/日	23万人/日
介護施設	84万人/日	169万人/日	146万人/日	149万人/日	149万人/日
特養	42万人/日	85万人/日	76万人/日	78万人/日	78万人/日
老健	42万人/日 (老健+介護療養)	83万人/日	70万人/日	72万人/日	72万人/日
(入院・介護施設小計)	(186万人/日)	(309万人/日)	(271万人/日)	(259万人/日)	(260万人/日)
居住系	25万人/日	47万人/日	68万人/日	68万人/日	68万人/日
特定施設	11万人/日	22万人/日	33万人/日	33万人/日	33万人/日
グループホーム	13万人/日	25万人/日	35万人/日	35万人/日	35万人/日
在宅介護	243万人/日	408万人/日	424万人/日	429万人/日	429万人/日
うち小規模多機能	1~2万人/日程度	数万人/日程度	60万人/日	60万人/日	60万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(268万人/日) (14~15万人/日程度)	(454万人/日) (25+数万人/日程度)	(492万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)
外来・在宅医療	582万人/日	634万人/日	631万人/日	644万人/日	643万人/日
利用者総数(重複あり)	(1036万人/日)	(1397万人/日)	(1394万人/日)	(1400万人/日)	(1400万人/日)
(参考)総人口	1億2,777万人	1億1,927万人			

21

(注1)人数(人/日)は、1日当たりの各サービスの利用者数の計算値である。具体的には、入院や入所はある日の入院・入所者数、在宅介護は、ある月に在宅サービスを受給した者をベースに計算したもの(介護保険の在宅サービスは基本的に受給者個々に作られるケアプランに基づいて提供されるので、ある日における在宅サービスのプランをもっている者と考えて差し支えないものと考えられる)。また、外来・在宅医療はある日に外来・在宅医療を受けた患者数(通院等をしているがその日に医療機関にアクセスしていない者は含まない。)である。

(注2)年間の延受診日数(=延患者数)等に換算するには、シミュレーションの基礎とした患者調査と実績との関係等から、入院や入所は表中の数値に365を乗じればよいと考えられる。在宅介護は、表中の数値に12(月)を乗じれば年間延受給者数(概ね年間延ケアプラン数に相当するもの)と考えられる。また、外来・在宅医療は、表中の数値は「患者調査」におけるある日の患者数に相当するものなので、患者調査の患者数と年間の延受診日数との関係から、病院の外来は約260、一般診療所の外来及び歯科診療所の外来では約330を乗じればよいと考えられる。

(注3)B1~B3の外来・在宅医療は予防による患者の減少を5%程度(約32万人/日)見込む一方、医療機関や介護施設から在宅に移る数(B1:約29万人/日、B2:約42万人/日、B3:約41万人/日)を加えた数である。実際は、これら移る者は、移行後は(毎日ではなく)例えば、週数回という形で外来・在宅医療を受けるものと考えられるので、外来・在宅医療の1日あたり患者数としては、その分減少することに留意が必要。

(注4)精神・感染症等の病床、歯科診療所に係る患者数は、この表には表示していない。

医療・介護サービスの需要と供給（一日当たり利用者数等）の変化

22

	2025年		
	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	▲17万人/日	▲26万人/日	▲21万人/日
亜急性期・回復期等	16万人/日	9万人/日	5万人/日
（急性期増減）	（▲1万人/日）	（▲17万人/日）	（▲16万人/日）
長期療養（医療療養）	▲15万人/日	▲13万人/日	▲13万人/日
介護施設	▲22万人/日	▲20万人/日	▲20万人/日
（入院・介護施設小計）	（▲38万人/日）	（▲50万人/日）	（▲49万人/日）
居住系	22万人/日	22万人/日	22万人/日
在宅介護	16万人/日	21万人/日	21万人/日
（居住系・在宅介護小計）	（37万人/日）	（43万人/日）	（43万人/日）
外来・在宅医療	▲2万人/日	10万人/日	9万人/日

（注1）各利用者数について、Aシナリオからの変化をみたものである。

（注2）外来・在宅医療については、各改革シナリオにおける予防効果（Aシナリオに比べて32万人/日程度患者数が減少）が含まれている一方、居住系サービス利用者で外来・在宅医療を受けている者を含んでいることに留意が必要。

（2）入院・施設・居住系サービス基盤（利用者を支えるベッド数・定員数等）のシミュレーション

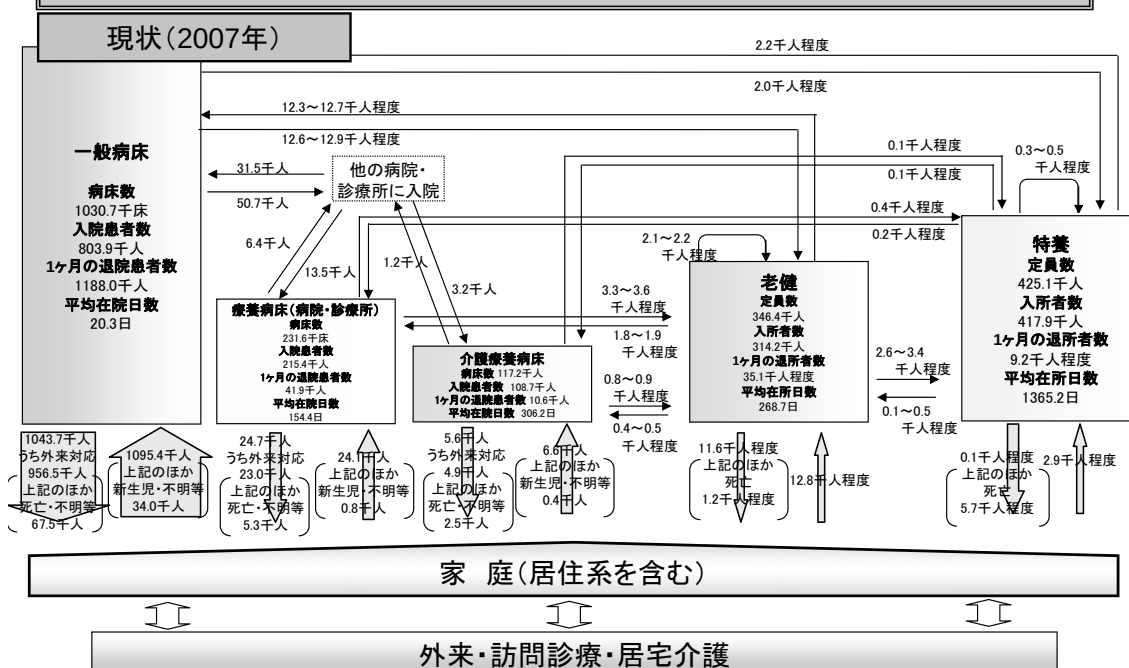
23

	現状（2007年）	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	【一般病床】103万床 78% 20.3日	【一般病床】133万床 78% 20.3日 (参考) 急性：15.5日 高度急性：20.1日 一般急性：13.4日 亜急性期等：75日	80万床 70% 12日 一般病床の職員の 58%増 (急性病床の20%増) 退院患者数 140万人/月	67万床 70% 10日 一般病床の職員の 100%増 退院患者数 141万人/月	・高度急性26万床 退院患者数 34万人/月 70% 16日 一般病床の職員の 116%増 ・一般急性49万床 退院患者数 113万人/月 70% 9日 一般病床の職員の 80%増
亜急性期・回復期等	退院患者数 119万人/月	退院患者数 154万人/月	52万床 90% 75日 コメディカル等を 20%増 退院患者数 19万人/月	44万床 90% 60日 コメディカル等を 30%増 退院患者数 20万人/月	40万床 90% 60日 コメディカル等を 30%増 退院患者数 20万人/月
長期療養（医療療養）	23万床 93%	39万床 93%	21万床 98%	23万床 98%	23万床 98%
介護施設 特養 老健	84万人分 42万人分 42万人分 (老健＋介護療養)	169万人分 85万人分 83万人分	146万人分 76万人分 70万人分	149万人分 78万人分 72万人分	149万人分 78万人分 72万人分
居住系 特定施設 グループホーム	25万人分 11万人分 13万人分	47万人分 22万人分 25万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分

（注）各欄数字については、上段はベッド数など整備数、中段はその平均稼働率、下段は平均在院日数。その下に、人員配置を強化する場合の内容を記載。

（附）医療／介護・施設／在宅間の利用者の移動に関するシミュレーション

24

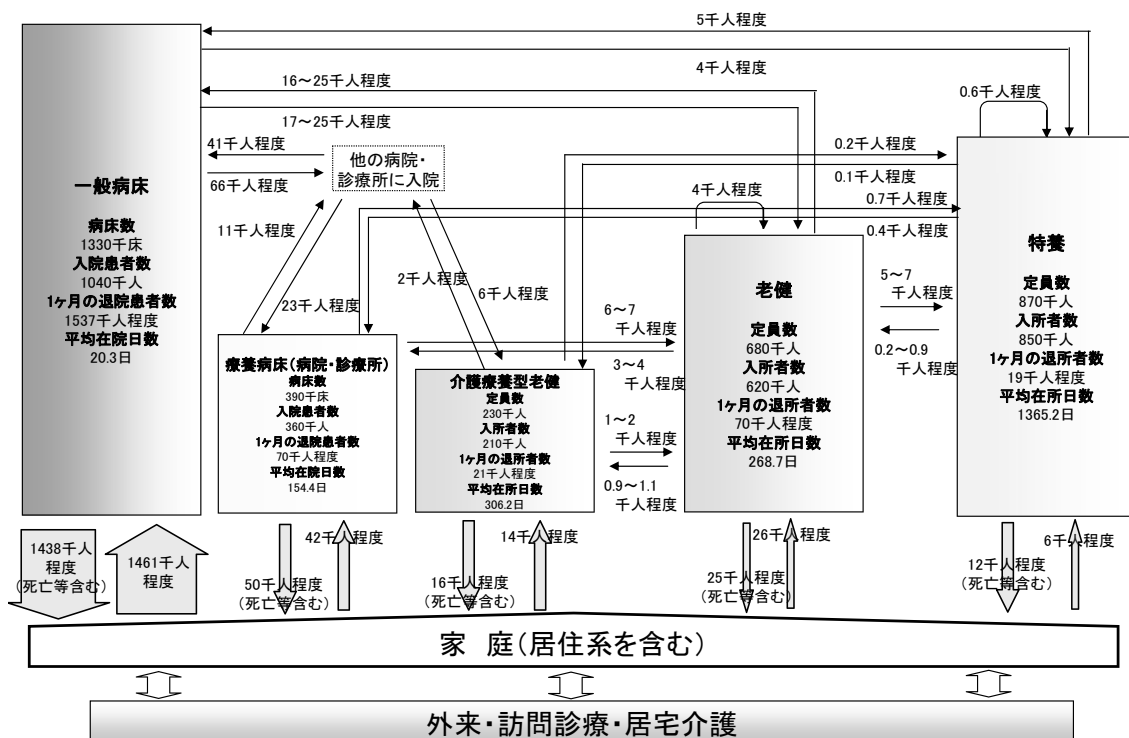


（資料）「患者調査」、「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）等
（作成方法等）

1. 入院・入所者数や平均在院日数は、医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの数値を使用（平均在院日数は調査結果より）。
2. 利用者の移動（入院・入退院・入退所等）数については、「患者調査」及び「介護サービス施設・事業所調査」と、入院・入退院・入退所等の数等が定常状態の場合における関係式（ある日において入院・入所している者の数＝ある日における入（退）院・入（退）所者数×平均在院・在所日数）とに基づき設定。なお、1月は30日として計算。
3. 調査によって各施設等に係る「入所前の場所」と「退所後の行き先」とが完全に一致しないこと等から、数値は一定の幅をもって表示している。
また、特養と医療機関との間の移動については特養の退所者数を基に設定した。

現状投影シナリオ（Aシナリオ）

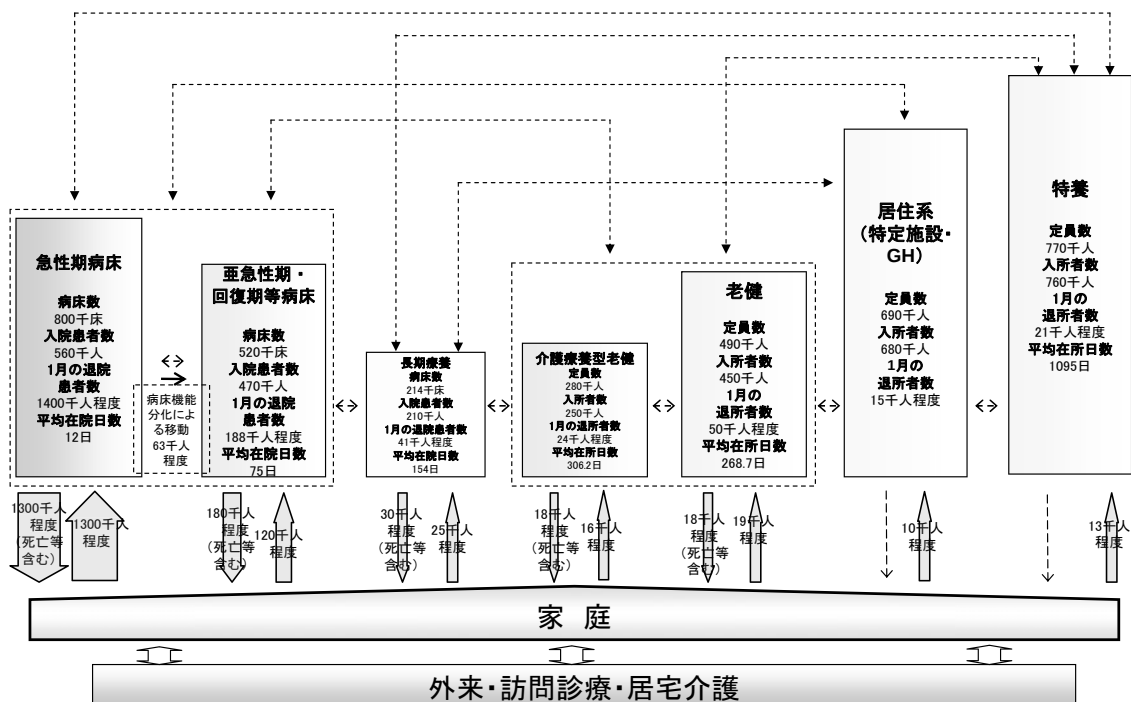
25



※ 2007年における数値を入院・入所者数等の変化に応じて変化させて設定。なお、平均在院・在所日数は変わらないものと仮定。

26

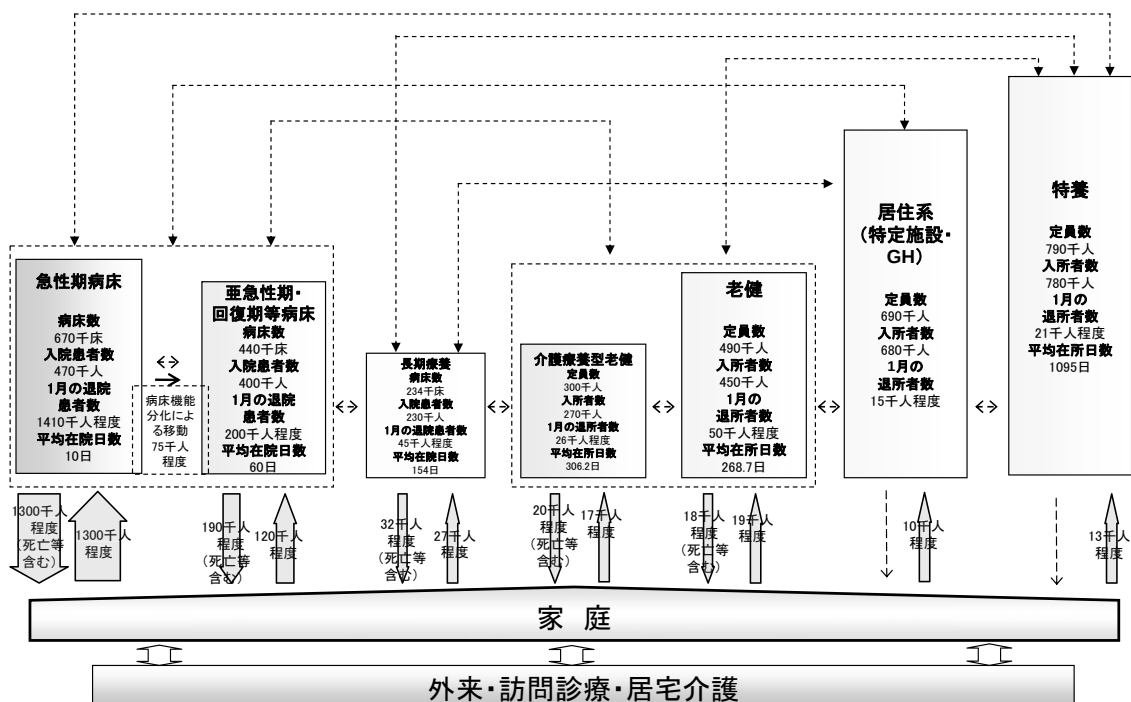
改革シナリオ(B1シナリオ)



※ 2007年における数値を、入院・入所者数等の変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数等を変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在所日数が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、及び、老健等他の施設の機能強化に伴う家庭からの入所増加(退所者対比で6～7割程度)を仮定。また、居住系は、現行特養なみの平均居住期間を仮定し、(特養と同様)退所者対比で6～7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

27

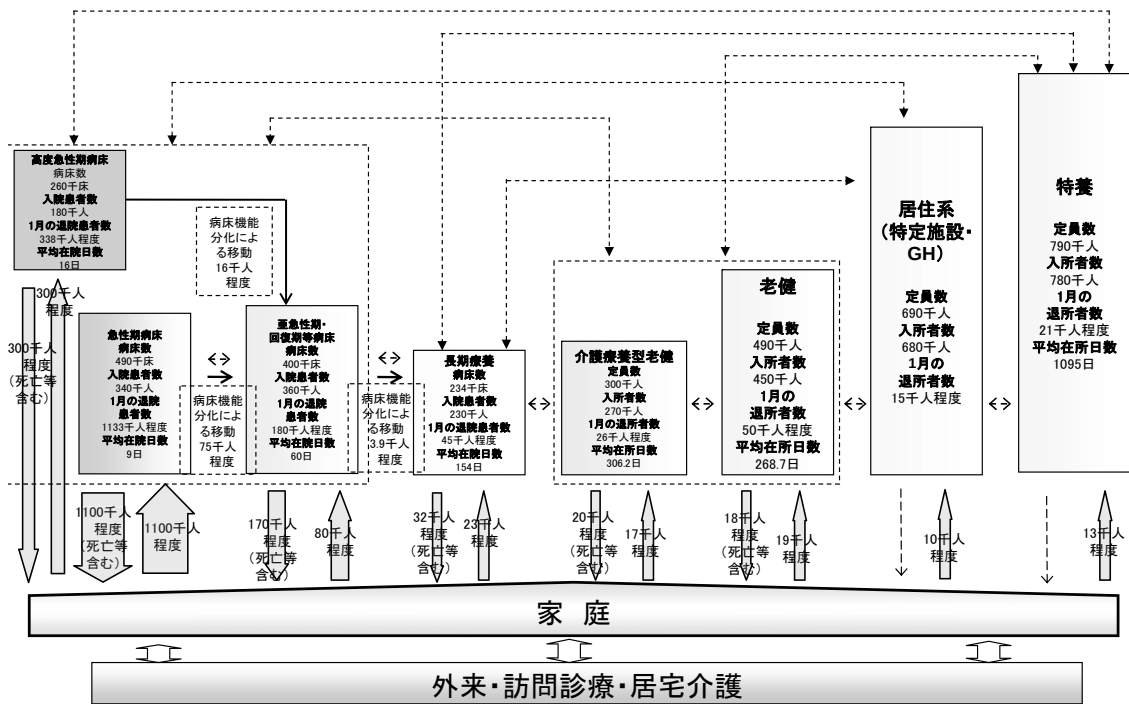
改革シナリオ(B2シナリオ)



※ 2007年における数値を、入院・入所者数等の変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数等を変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在所日数が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、及び、老健等他の施設の機能強化に伴う家庭からの入所増加(退所者対比で6～7割程度)を仮定。また、居住系は、現行特養なみの平均居住期間を仮定し、(特養と同様)退所者対比で6～7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

改革シナリオ(B3シナリオ)

28



※ 2007年における数値を、入院・入所者数等の変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数等を変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在所日数が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、及び、老健等他の施設の機能強化に伴う家庭からの入居増加(退所者対比で6〜7割程度)を仮定。また、居住系は、現行特養なみの平均居住期間を仮定し、(特養と同様)退所者対比で6〜7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

(3) マンパワーの必要量のシミュレーション

29

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医師	27.5万人	32.9万人 ～ 34.3万人	31.7万人 ～ 33.1万人	32.1万人 ～ 33.5万人	32.7万人 ～ 34.1万人
看護職員	132.2万人	169.6万人 ～ 176.7万人	179.7万人 ～ 187.2万人	194.7万人 ～ 202.9万人	198.0万人 ～ 206.4万人
介護職員	117.2万人	211.7万人	250.1万人	255.2万人	255.2万人
医療その他職員	78.1万人	83.4万人 ～ 87.6万人	94.5万人 ～ 99.1万人	108.1万人 ～ 113.5万人	109.6万人 ～ 115.1万人
介護その他職員	30.0万人	53.5万人	71.8万人	73.6万人	73.6万人
合計	385.0万人	551.1万人 ～ 563.8万人	627.8万人 ～ 641.3万人	663.7万人 ～ 678.7万人	669.1万人 ～ 684.4万人

- (注1) 実数の見込みを示したものである。
- (注2) 医師・看護職員・医療その他職員の非常勤の割合については、現行から変動する可能性があるため、5%程度幅のある推計値となっている。
- (注3) 医師及び看護職員については、病床については病床当たりの職員配置を基本に配置増を織り込んで推計し、外来については患者数の伸びに比例させて推計した。また、在宅の看取りケアの体制強化を一定程度見込んだ。さらに、急性期や亜急性期・回復期等の病床に勤務する医師及び看護職員については、役割分担による負担軽減を見込んでいる。医師については、他の職種との役割分担により、B1シナリオでは10%、B2・B3シナリオでは20%業務量が減ることを見込んだ(平成19年度厚生労働科学研究「質効率向上と職業間連携を目指した病棟マネジメントの研究」を踏まえて計算)。看護職員については、医師の業務を分担する分と、他の職員に分担してもらう分とが相殺すると仮定した。
- (注4) 介護職員は施設・居住系については利用者数の伸びを、在宅については利用額の伸びにより推計。Bシナリオでは施設のユニット化推進による職員増を見込むとともに、訪問介護員については非正社員(1月の労働時間61.7時間)が介護職員の非正社員(1月の労働時間120.9時間)並みに勤務すると仮定して推計している。((財)介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」による。)
- (注5) 医療その他職員には、病院・診療所に勤務する薬剤師、OT、PTなどのコメディカル職種、看護補助者、事務職員等が含まれる。
- (注6) 介護その他職員には、介護支援専門員、相談員、OT、PTなどのコメディカル職種等が含まれる。

(3) マンパワーの必要量のシミュレーション(続)

30

改革を行った場合(Bシナリオ)と行わない場合(Aシナリオ)の主な増減理由とその影響の大きさは以下のとおり。

		2025年		
		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医師	病床減(病院) 配置増(病院) 役割分担(病院・急性期等) 専門外来としての位置づけ(病院) 外来患者増(診療所) 在宅看取りケア体制強化 介護サービスの増(専任のみ)	▲0.7万人程度 +1.7万人程度 ▲1.5万人程度 ▲2.5万人程度 +2.0万人程度 — +0.0万人程度	▲2.8万人程度 +5.8万人程度 ▲3.5万人程度 ▲2.5万人程度 +2.0万人程度 +0.2万人程度 +0.1万人程度	▲2.4万人程度 +6.1万人程度 ▲3.6万人程度 ▲2.5万人程度 +2.0万人程度 +0.2万人程度 +0.1万人程度
看護職員	病床減(病院) 配置増(病院) 役割分担(病院・急性期等) 専門外来としての位置づけ(病院) 外来患者増(診療所) 在宅看取りケア体制強化 介護サービスの増(専任のみ)	▲4.6万人程度 +10.7万人程度 ±0万人程度 ▲6.5万人程度 +5.6万人程度 — +5.0万人程度	▲14.9万人程度 +33.8万人程度 ±0万人程度 ▲6.5万人程度 +5.8万人程度 +1.0万人程度 +6.0万人程度	▲12.9万人程度 +35.0万人程度 ±0万人程度 ▲6.5万人程度 +5.8万人程度 +1.0万人程度 +6.0万人程度
介護職員	施設割合の低下・居住系の整備 在宅の単価引き上げ 医療からの移行分 施設のユニット化 非正社員訪問介護員の勤務改善	▲2.0万人程度 +66.9万人程度 +6.5万人程度 +6.0万人程度 ▲39.1万人程度	▲2.0万人程度 +66.9万人程度 +12.8万人程度 +6.1万人程度 ▲40.3万人程度	▲2.0万人程度 +66.9万人程度 +12.8万人程度 +6.1万人程度 ▲40.3万人程度

(4) 医療・介護サービスごとの単価のシミュレーション

31

※各単価は静態価格(2007年価格)である

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	【一般病床】 約110万円/月	【一般病床】 約110万円/月	約170万円/月	約200万円/月	高度 約230万円/月 一般: 約180万円/月
亜急性期・回復期等			約105万円/月	約111万円/月	約111万円/月
長期療養(医療療養)	約50万円/月	約50万円/月	約56万円/月	約56万円/月	約56万円/月
介護施設 特養 老健	約29万円/月 約29万円/月	約29万円/月 約30万円/月	約31万円/月 約31万円/月	約31万円/月 約31万円/月	約31万円/月 約31万円/月
居住系 特定施設 グループホーム	約18万円/月 約27万円/月	約18万円/月 約27万円/月	約18万円/月 約27万円/月	約18万円/月 約27万円/月	約18万円/月 約27万円/月
在宅介護	約10万円/月	約10万円/月	約16万円/月	約16万円/月	約16万円/月
外来・在宅医療 外来等 訪問診療対象者等	約0.8～1.5万円/日 約20万円/月	約0.8～1.5万円/日 約20万円/月	約0.9～1.5万円/日 約20万円/月	約0.9～1.5万円/日 約20万円/月	約0.9～1.5万円/日 約20万円/月

(注1) 介護の単価は、実際には要介護度別の単価であるが、ここでは加重平均値を表示している。また、2025年の老健については、介護療養型老健を含む。なお、2007年の介護療養病床については、約41万円/月である。

(注2) 外来等の単価(診療所と病院とで差があるため幅をもって表示している)は受診1日あたりの費用額(薬局調剤医療費等を含む)であり、訪問診療対象者等については1人1月あたりの費用額である。なお、入院外の1件当たり日数は、病院で1.6日程度、診療所で1.9日程度(厚生労働省「平成19年社会医療診療行為別調査」)であり、ある医療機関を外来受診した患者は、平均的には、当該医療機関を月1.6～1.9回程度受診しているものと考えられる。

30

(5) 医療・介護サービス費用のシミュレーション

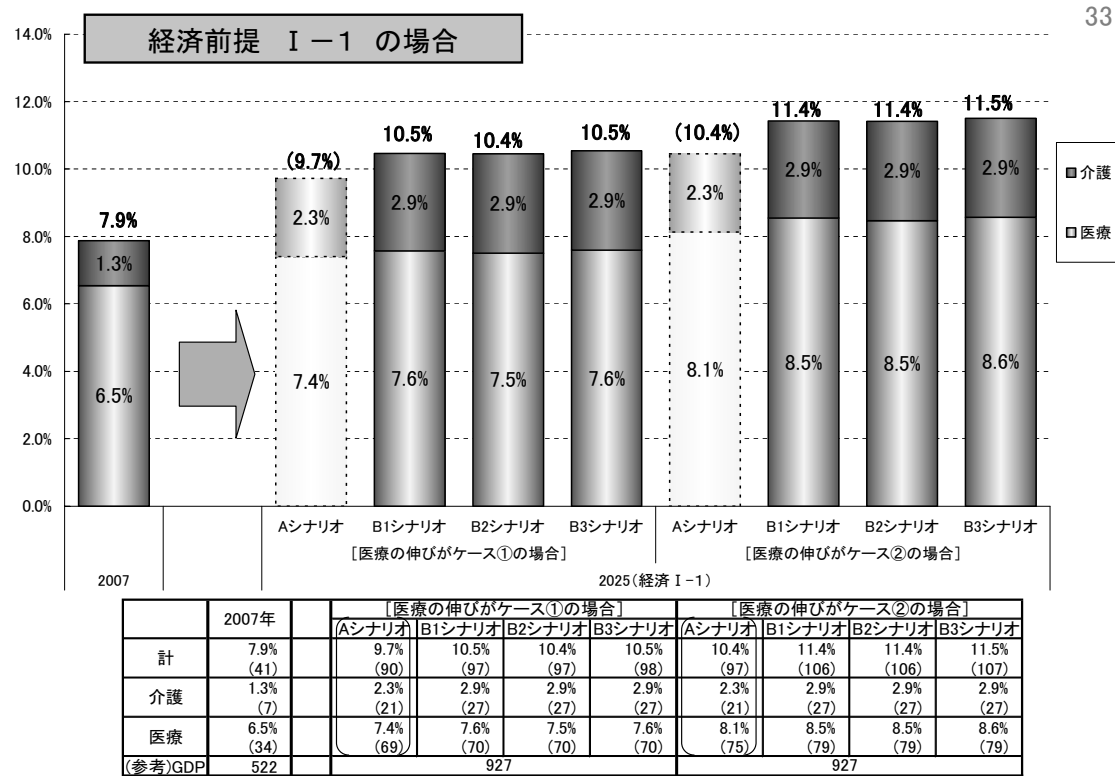
32

総括表

(経済前提Ⅱ-1の場合)

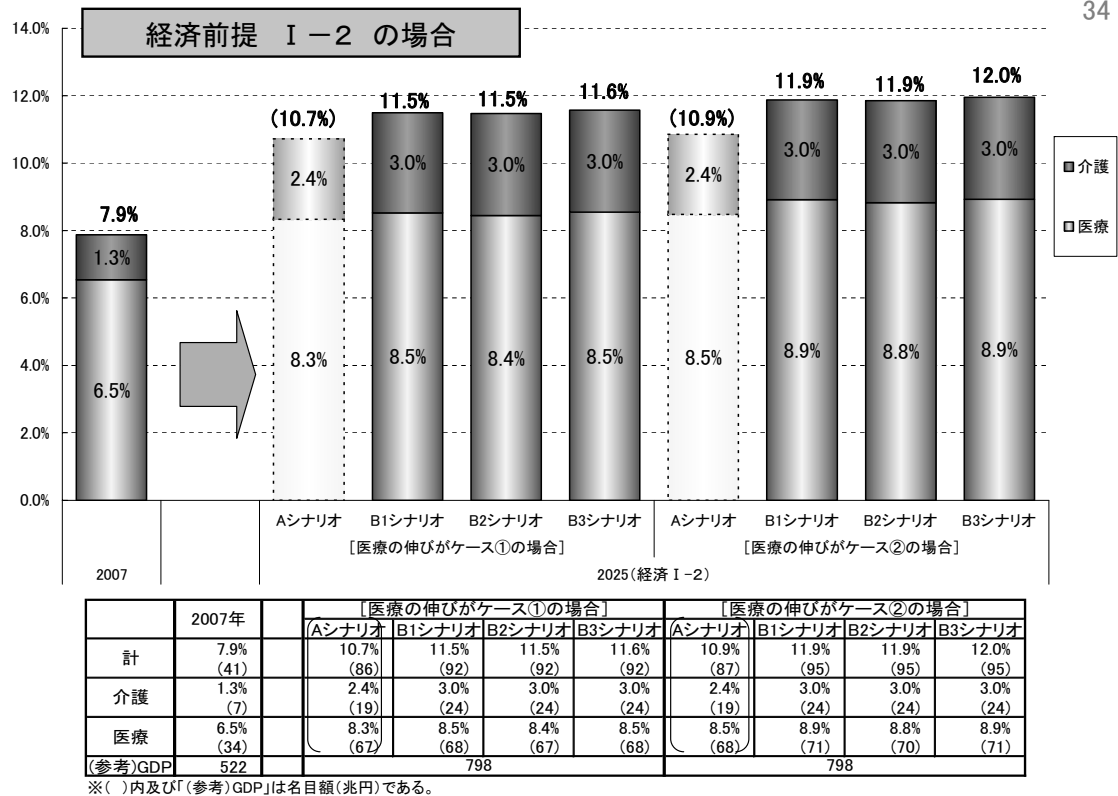
	現状 (2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医療＋介護 対GDP比 対NI比 名目額	7.9 %程度 10.7 %程度 41 兆円程度	10.8～10.9%程度 14.7～14.8%程度 85兆円程度	11.6～11.9%程度 15.8～16.2%程度 91～93兆円程度	11.6～11.9%程度 15.7～16.1%程度 91～93兆円程度	11.7～12.0%程度 15.9～16.3%程度 92～94兆円程度
医療 対GDP比 対NI比 名目額	6.5 %程度 8.9 %程度 34 兆円程度	8.4～8.5%程度 11.5%程度 66～67兆円程度	8.6～8.9%程度 11.7～12.1%程度 68～70兆円程度	8.5～8.8%程度 11.6～12.0%程度 67～69兆円程度	8.6～8.9%程度 11.8～12.2%程度 68～70兆円程度
介護 対GDP比 対NI比 名目額	1.3 %程度 1.8 %程度 7 兆円程度	2.4 %程度 3.2 %程度 19 兆円程度	3.0 %程度 4.0 %程度 23 兆円程度	3.0 %程度 4.1 %程度 24 兆円程度	3.0 %程度 4.1 %程度 24 兆円程度

(注1) 年度ベースの数値である。
(注2) 「～」の左は、医療費の伸び率として要素の積み上げを用いた場合(ケース①)であり、右は賃金と物価の平均に1%を加えたものを用いた場合(ケース②)である。
(注3) GDP及びNIは、2007年：GDP=522兆円、NI=383兆円、2025年(経済前提Ⅱ-1の場合)：GDP=787兆円、NI=578兆円である。

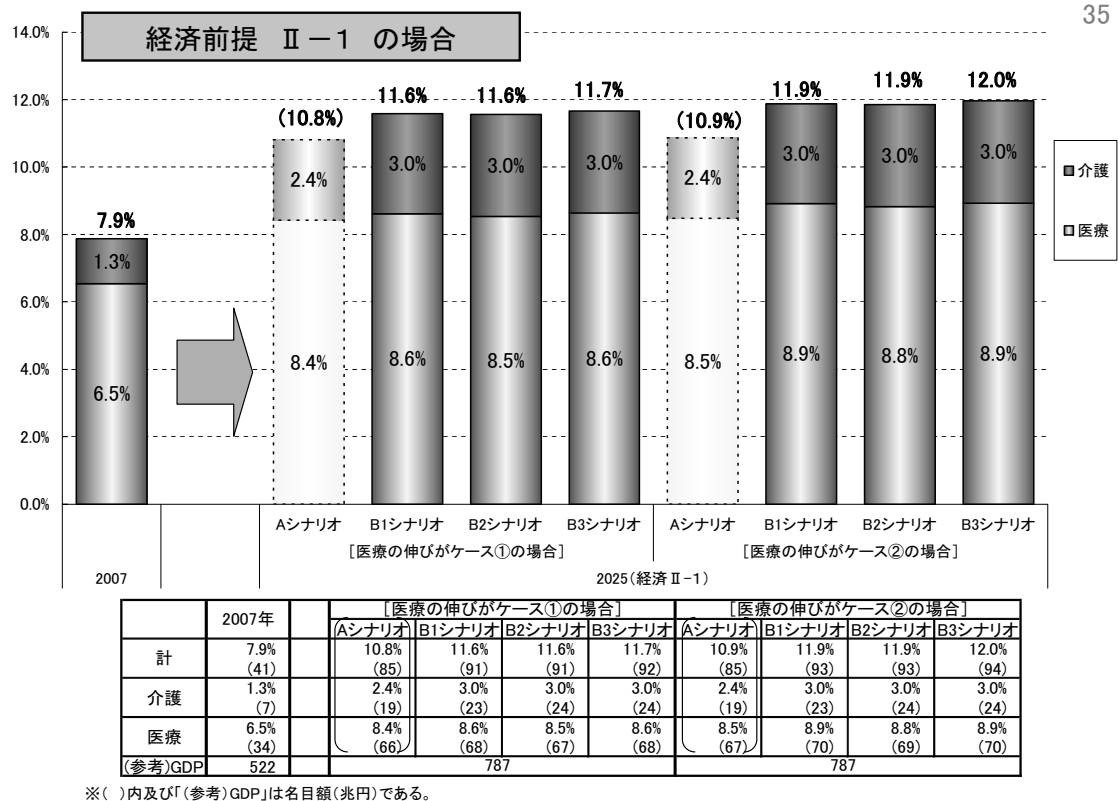


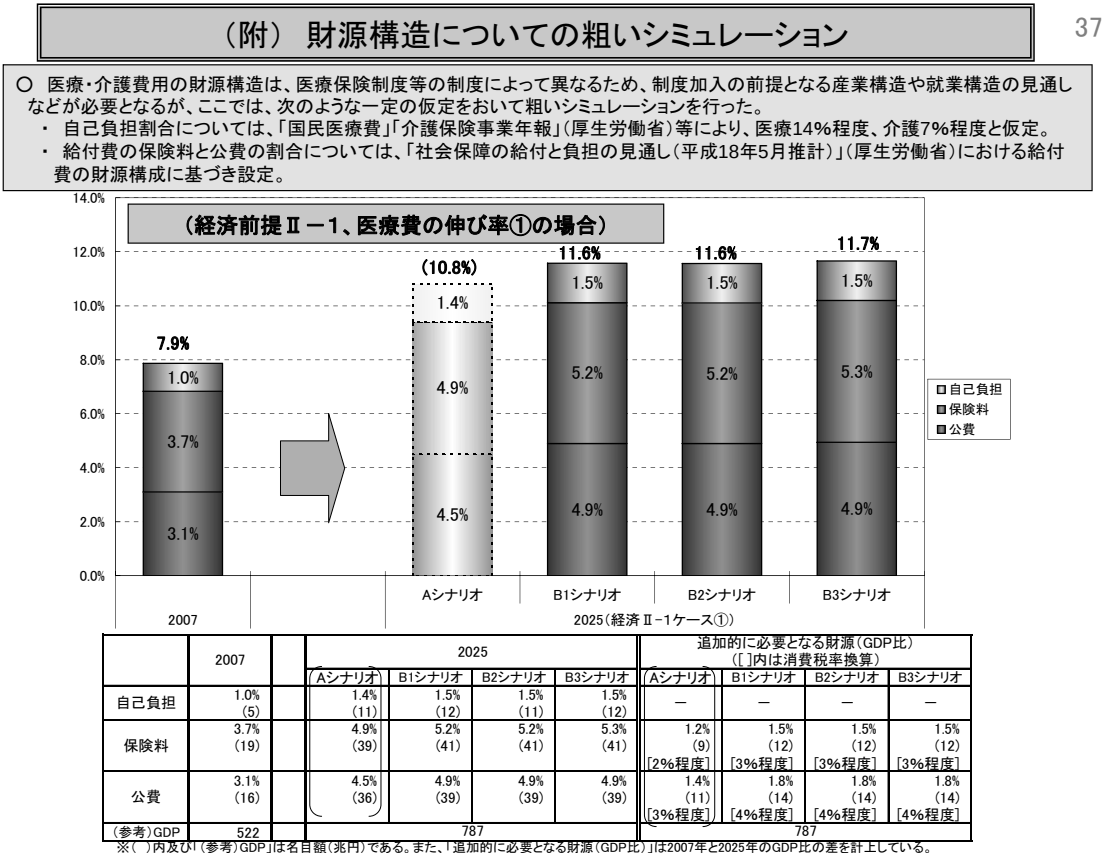
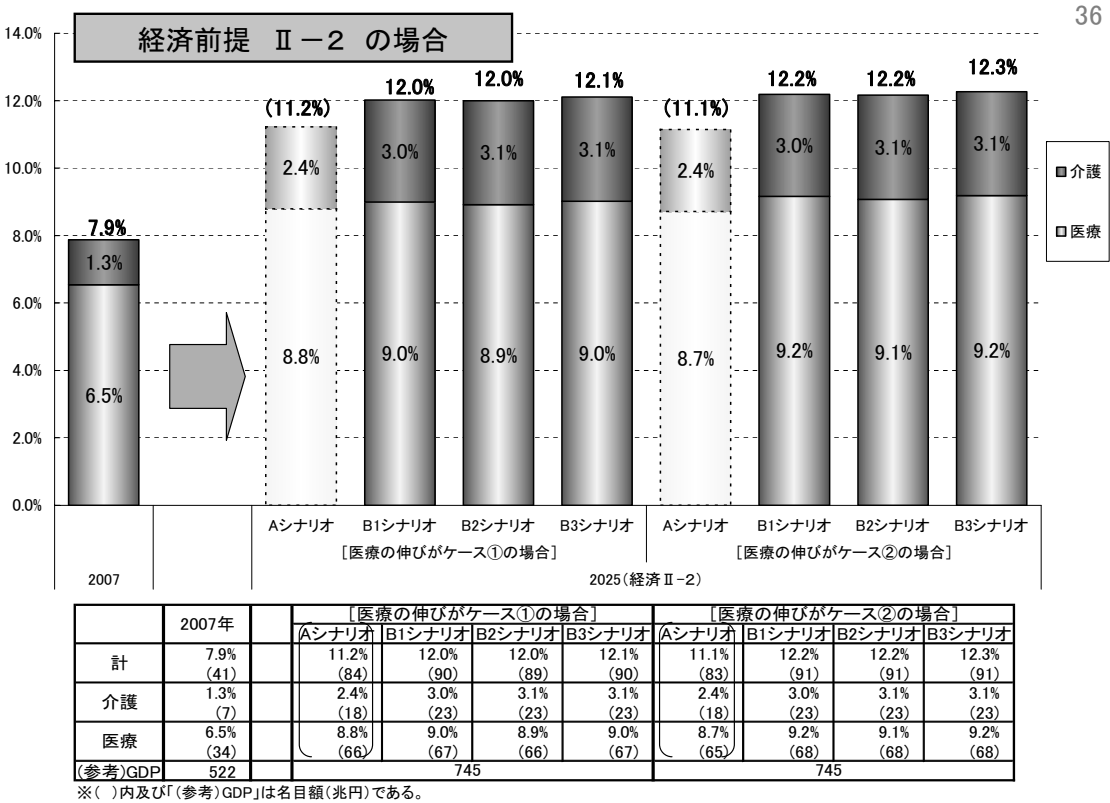
※()内及び「(参考)GDP」は名目額(兆円)である。

34

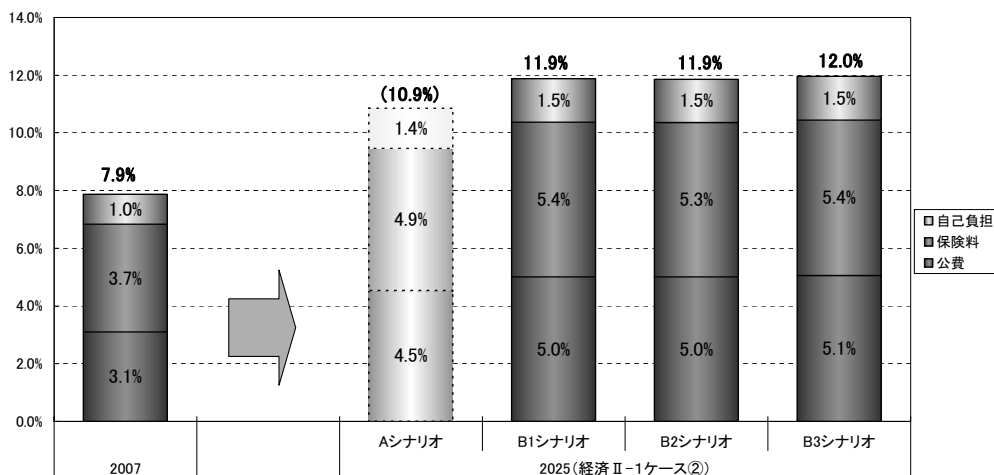


35





(経済前提Ⅱ-1、医療費の伸び率②の場合)

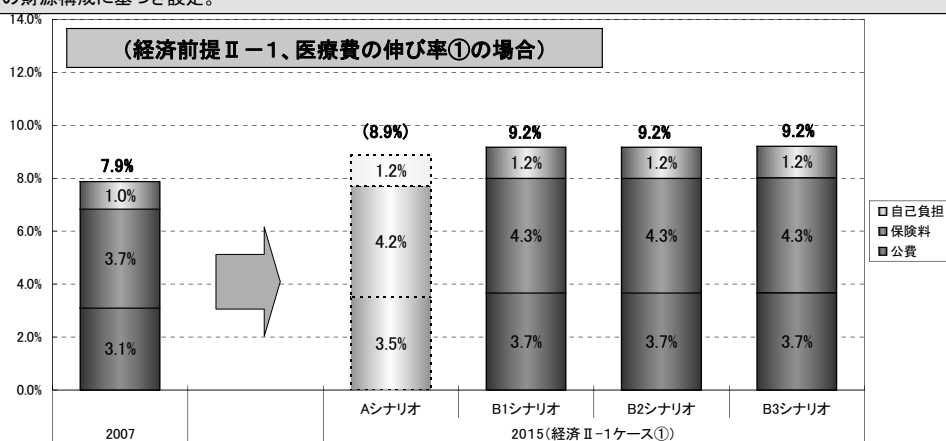


	2007	2025				追加的に必要となる財源 (GDP比) ([]内は消費税率換算)			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ	Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
自己負担	1.0% (5)	1.4% (11)	1.5% (12)	1.5% (12)	1.5% (12)	—	—	—	—
保険料	3.7% (19)	4.9% (39)	5.4% (42)	5.3% (42)	5.4% (42)	1.2% (9) [2%程度]	1.6% (13) [3%程度]	1.6% (13) [3%程度]	1.7% (13) [3%程度]
公費	3.1% (16)	4.5% (36)	5.0% (39)	5.0% (39)	5.1% (40)	1.4% (11) [3%程度]	1.9% (15) [4%程度]	1.9% (15) [4%程度]	2.0% (15) [4%程度]
(参考) GDP	522	787				787			

※()内及び「(参考) GDP」は名目額(兆円)である。また、「追加的に必要となる財源 (GDP比)」は2007年と2025年のGDP比の差を計上している。

(附) 途中年次(2015年)の財源構造についての粗いシミュレーション

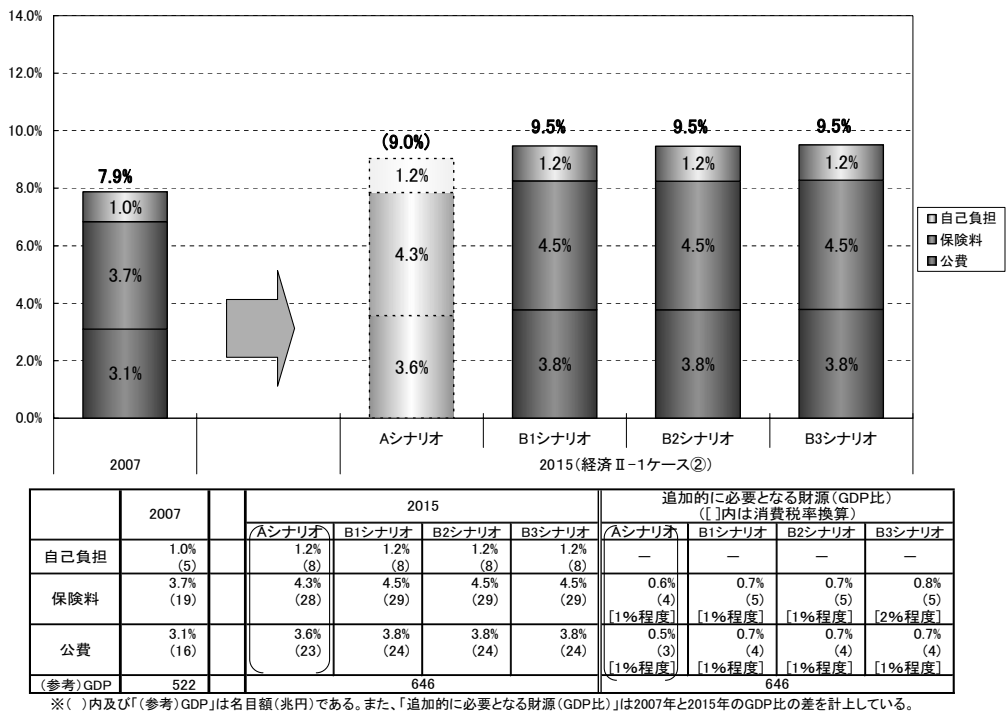
- サービス提供体制の改革には、病床・施設、マンパワーなど様々な基盤の整備が必要であり、一定程度の時間を要するが、ここでは、次のような一定の仮定をおいて粗いシミュレーションを行った。
- ・ 費用については、2007年と2025年とを機械的に補完して設定し、自己負担割合は医療14%程度、介護7%程度と仮定。
 - ・ 給付費の保険料と公費の割合については、「社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月推計)」(厚生労働省)における給付費の財源構成に基づき設定。



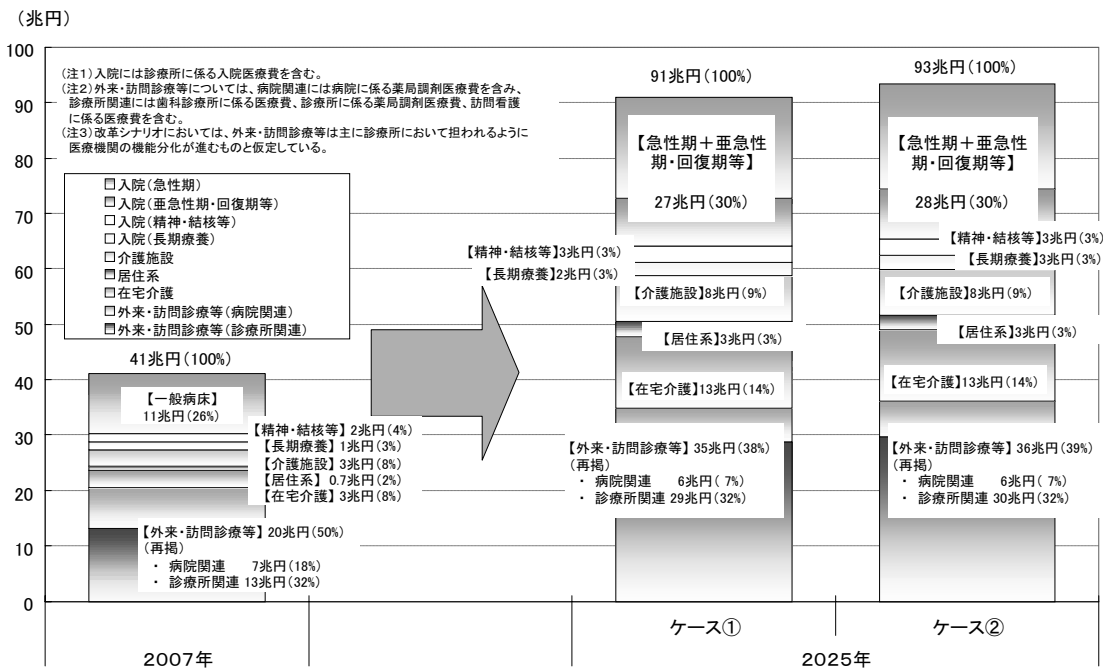
	2007	2015				追加的に必要となる財源 (GDP比) ([]内は消費税率換算)			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ	Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
自己負担	1.0% (5)	1.2% (7)	1.2% (8)	1.2% (8)	1.2% (8)	—	—	—	—
保険料	3.7% (19)	4.2% (27)	4.3% (28)	4.3% (28)	4.3% (28)	0.5% (3) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]
公費	3.1% (16)	3.5% (23)	3.7% (24)	3.7% (24)	3.7% (24)	0.4% (3) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]	0.6% (4) [1%程度]
(参考) GDP	522	646				646			

※()内及び「(参考) GDP」は名目額(兆円)である。また、「追加的に必要となる財源 (GDP比)」は2007年と2015年のGDP比の差を計上している。

(経済前提Ⅱ-1、医療費の伸び率②の場合)

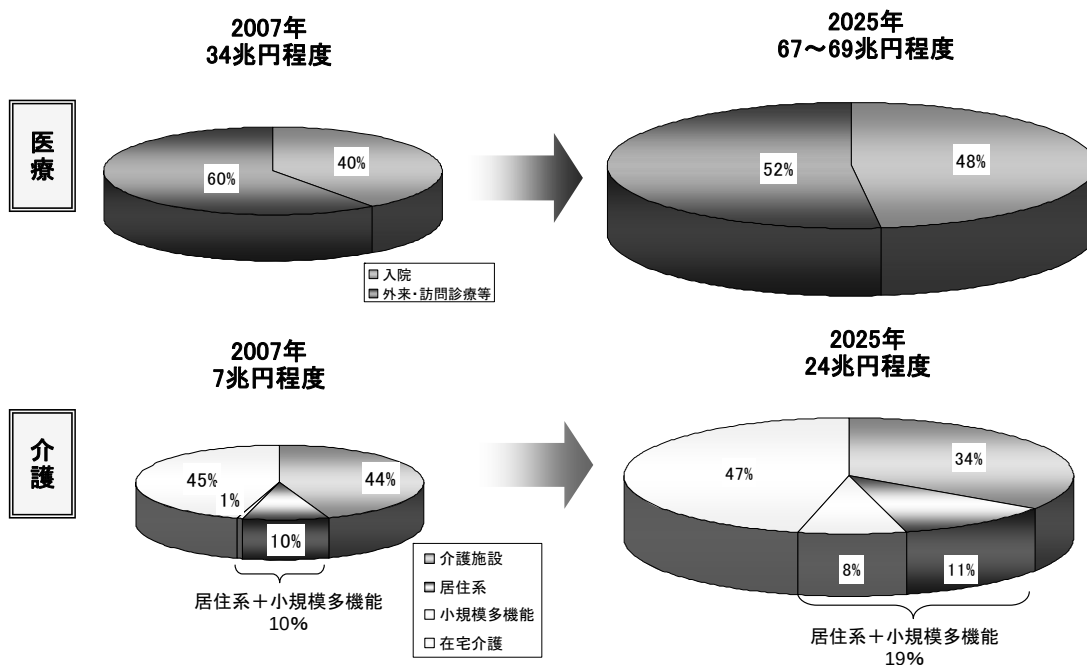


(参考) 医療・介護費用にみるサービス構造の変化
(B2シナリオ、経済前提Ⅱ-1の場合)



42

医療・介護費用別サービスの内訳の変化(B2シナリオ、経済前提Ⅱ-1の場合)



43

Ⅱ オプションシミュレーション

(1) 医療・介護予防がシミュレーションB(改革シナリオ)に織り込んだ水準よりもさらに進んだ場合のシミュレーション

44

- 改革シナリオ(B1、B2、B3)においては、
- ・ 医療については、生活習慣病対策の推進として、2015年までにメタボリックシンドロームの該当者及びその予備軍を25%減少させるという目標を踏まえ、改革シナリオ(B1、B2、B3)における2025年の外来患者数及び外来医療費の(Aシナリオからの)5%程度減少を織り込み。
 (注)主に外来医療費から効果が現れ始めるものと仮定して、外来医療費に占める糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の割合が、概ね2～3割程度であることから、2025年の外来の患者数及び医療費が5%程度(2割程度×25%程度)減少するものと仮定。
 (控えめな仮定となっている可能性がある。)
 - ・ 介護については、2006年度に介護予防が強化された後の2007年度における、性・年齢階級別の要介護認定者等の発生状況を元に将来の要介護認定者数等を計算しており、(現状投影シナリオ(Aシナリオ)においても、)改革シナリオ(B1、B2、B3)においても、制度改正の影響を一定程度反映。
- ただし、生活習慣病予防が進めば、入院も含めてさらに医療費への効果が現れる可能性、介護が必要となるリスクの軽減にも資する可能性があり、また、介護予防が進めば介護が必要となるリスクの軽減、重度化防止に効果がある可能性がある。
- 入院医療に2.5%程度の(適正化)効果が生じ、外来医療に追加的に1%程度、介護に3%程度の効果が生じた場合を仮定すると、医療・介護をあわせて、改革シナリオ(B1、B2、B3)に対して2%程度の効果。
 (注1)入院医療：仮に、入院医療費の2割程度が効果の対象と仮定し、さらに実際の効果はその半分程度と仮定すると、2割×25%/2=2.5%程度。
 (注2)外来医療：仮に、外来医療費の25%程度が効果の対象と仮定すると、25%×25%=6.25%であり、これから、改革シナリオ(B1、B2、B3)で見込んだ部分との重複を差し引くと、追加的効果は概ね1%程度。 $(6.25\% - 5\%) / 0.95$ 。
 (注3)介護予防の効果としては、新予防給付の導入前後で、軽度から中重度へと要介護状態が重度化する割合が、3～4%ポイント程度減少したとの調査研究を勘案して、介護費用全体に対して3%程度の効果を仮定。
 (注4)入院、外来、介護の比率を概ね3/8、3/8、1/4と仮定すると、 $2.5\% \times 3/8 + 1\% \times 3/8 + 3\% \times 1/4 \approx 2\%$ 程度。

⇒ B2シナリオ、経済前提Ⅱ-1の場合

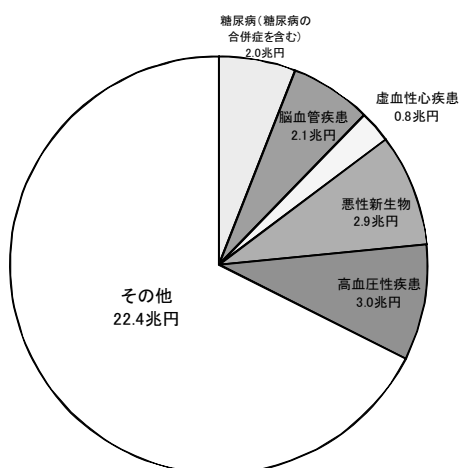
医療・介護費用の対GDP比11.6～11.9%程度に対して、△0.2～△0.3%ポイント程度の影響

参考データ

45

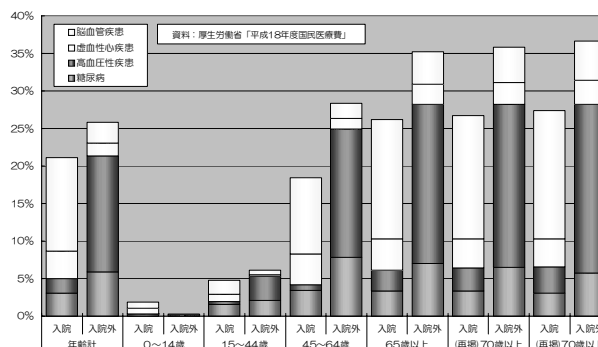
◆国民医療費全体に占める生活習慣病関連医療費◆

国民医療費(平成17年度) … 33.1兆円
 うち生活習慣病関連 … 10.7兆円(約3割)

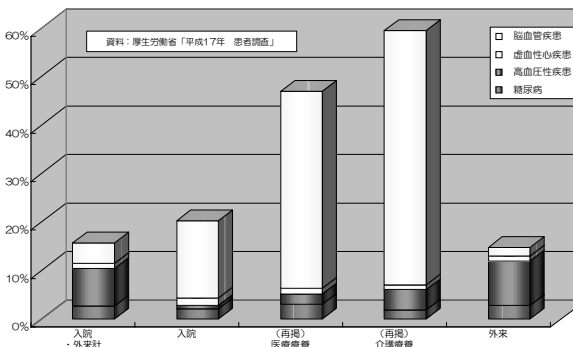


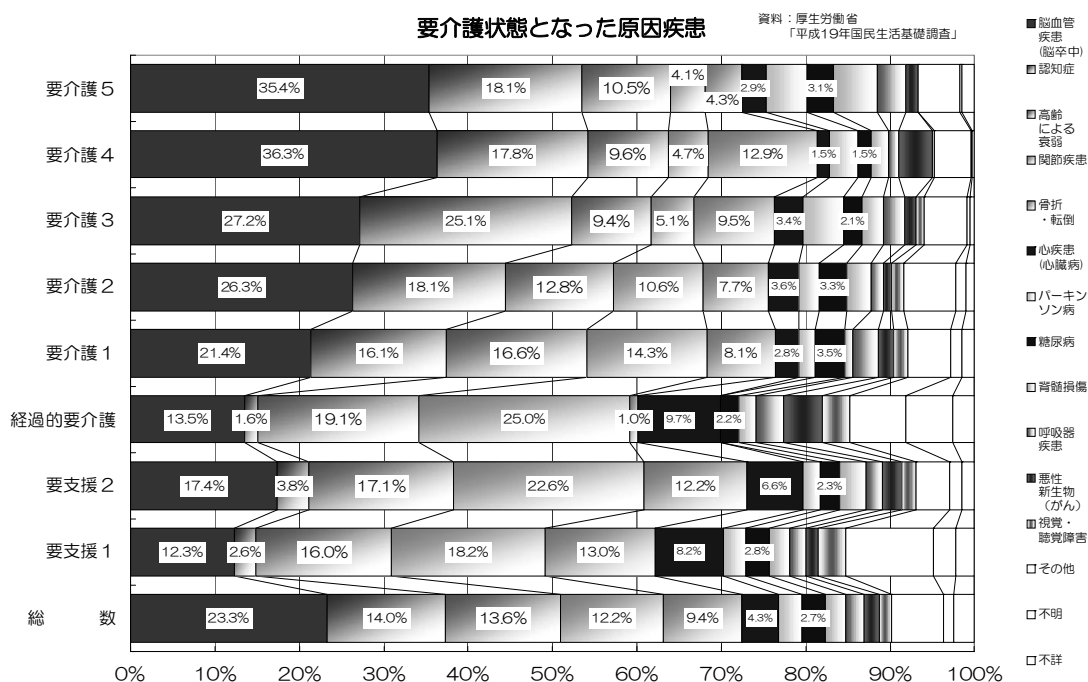
(出所)医療費適正化計画関係資料(厚生労働省)
 ※ 国民医療費等から推計したもの

一般診療医療費に占める、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の割合(平成18年度)



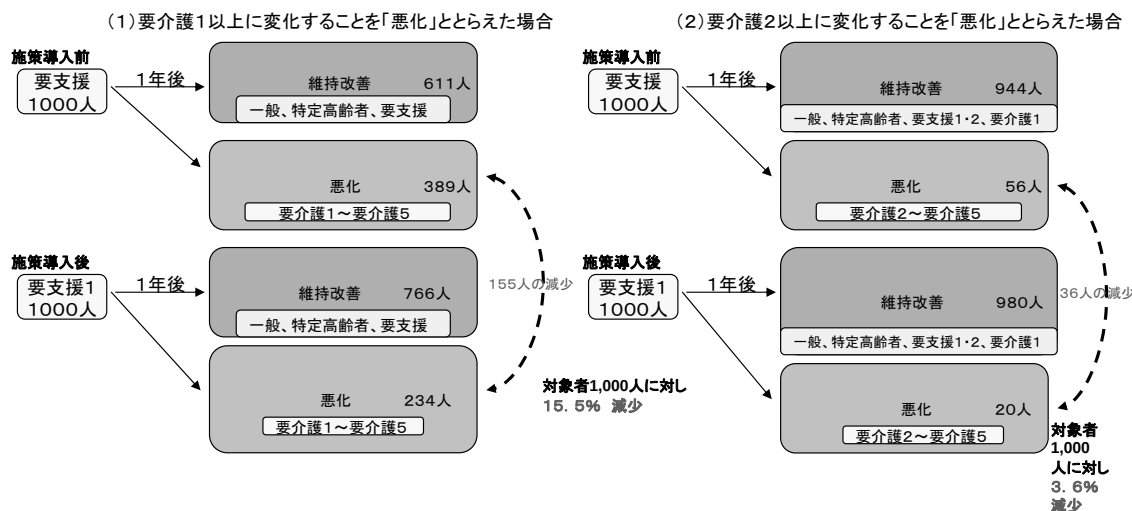
入院・外来患者に占める糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の割合(平成17年)





- 要支援1（施策導入前は要支援）の者の1年後の要介護度の変化をみた調査によると、
 (1) 要介護1以上に変化することを「悪化」ととらえた場合には、新予防給付の導入前後で「悪化」割合が15.5%減少
 (2) 要介護2以上に変化することを「悪化」ととらえた場合には、新予防給付の導入前後で「悪化」割合が3.6%減少
 ○ これは、新予防給付による要介護度の悪化防止効果をみたものであるが、このシミュレーションでは、上記(2)の数値を引用して、2025年における要介護者数全体の抑制効果について（現状の発生率で計算したものから）△3%程度と仮定

要支援1の者（施策導入前は要支援者）の1年後の要介護度の変化についての調査



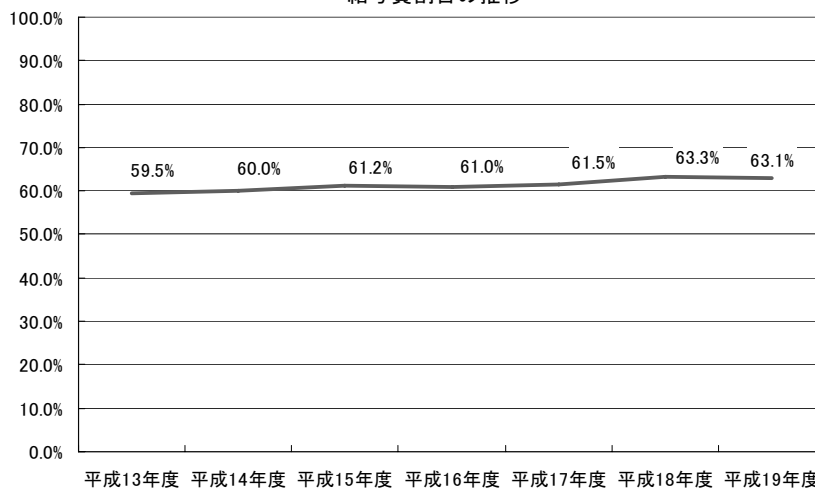
出典：第4回介護予防継続的評価分析等検討会資料より

（2）介護職員の人件費水準を一律に引き上げた場合のシミュレーション

48

- 介護に係る人件費水準を一律に1割程度引き上げるとした場合、
- ・ 介護費用に対する給与費（概ね65%程度）が1割程度上昇
 - ・ 医療・介護費用に占める介護費用の割合、1／4程度
- と仮定し、さらに、他の費用等には影響しないものと仮定すれば、医療・介護費用に及ぼす影響は、概ね1.6%程度（増加要因）。
- B2シナリオ、経済前提Ⅱ－1の場合、医療・介護費用の対GDP比11.6～11.9%程度に対して、+0.2%ポイント程度の影響。

給与費割合の推移



※給与費割合（事業者の収入に対する給与費の割合）を、介護事業経営実態調査、介護給付費実態調査より推計。