

## 今月の主な動き

政府は12月3日、臨時閣議で「2009年度予算編成の基本方針」を決定。基本方針の原案では、09年度予算の概算要求基準(シーリング)を「堅持」するとしていたが、与党との調整の結果、「維持」にトーンダウンし、景気状況に応じて臨機応変に対応する考え方を盛り込んだ。

財務省の財政制度等審議会は11月26日、09年度予

算編成に関する建議を中川昭一財務相に提出。建議では、「骨太方針06」に盛り込まれた5年間の社会保障費2200億円削減は引き続き継続するとし、09年度予算では「雇用保険の税負担の見直しと後発医薬品の使用促進など、改革努力を行うべき」とした。

06年度の社会保障給付費は89兆1098億円で過去最大となったことが11月18日、国立社会保障・人口問題研究所のまとめで分かった。ただ、対前年度の伸び率は1.5%増で統計開始以来、3番目の低さ。

行 事	開始時間	場 所
9日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	府医師会館402
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
14日(水) 医院・住宅新(改)築相談室	午後2時	未定
宇治久世医師会との懇談会	午後2時30分	うじ安心館3F(宇治市保健消防センター)
15日(木) 第626回社会保険研究会	午後2時	府医師会館404・406
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
16日(金) 環境対策委員会	午後2時	分室3F
21日(水) 金融共済委員会	午後2時	弥生会館
22日(木) 第176回定時代議員会	午後2時15分	府医師会館101
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
25日(日) 新規開業予定者のための講習会	午後2時	ばるるプラザ
28日(水) 経営相談室	午後2時	未定
30日(金) 右京医師会との懇談会	午後2時	右京医師会館
31日(土) 亀岡市・船井医師会との懇談会	午後2時30分	ギャラリーかめおか

1月の保険医協会の行事予定

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

行 事	開始時間	場 所
2月5日(木) 山科医師会との懇談会	午後2時30分	山科医師会診療センター
2月6日(金) 下京西部医師会との懇談会	午後2時30分	医師会館404・405
2月7日(土) 綾部・福知山医師会との懇談会	懇談会：午後4時 懇親会：午後6時	福知山保健福祉センター
2月8日(日) 京響サロンコンサート	午後2時	カフェレストラン「赤マンマ」
2月14日(土) 相楽医師会との懇談会	懇談会：午後4時 懇親会：午後6時30分	ホテルフジタ奈良
2月16日(月) 西京医師会との懇談会	午後2時30分	京都エミナース
2月21日(土) 綴喜医師会との懇談会	午後2時30分	新田辺駅前CIKビル

今後の予定

太字は一般参加の行事、詳細は後掲69 - 73ページ

# 情勢 トピックス

## 医療・社会保障編

### シーリング「堅持」から「維持」に後退 / 09年度予算基本方針を閣議決定

政府は12月3日、臨時閣議で「2009年度予算編成の基本方針」を決定した(資料1、後掲34ページ)。基本方針の原案では、7月末に閣議了解した09年度予算の概算要求基準(シーリング)を「堅持」するとしていたが、与党との調整の結果、「維持」にトーンダウン。世界の金融資本市場について「100年に一度と言われる危機に陥っている」とも加筆し、景気状況に応じて臨機応変に対応する考え方を盛り込んだ。

閣議決定した基本方針は「社会保障費2200億円削減などの歳出改革路線は、世界経済の悪化を踏まえて一時棚上げすべき」とする自民党をはじめ、与党からの強い意向を受け、原案の記載を大幅に修正した。

年金・医療の経費などに関しては、原案で「新たな安定財源が確保された場合には、その取り扱いを検討する」としていたが、「新たな安定財源の確保について検討する」とし、たばこ税を念頭に置きながら積極的に安定財源を探す考えを盛り込んだ。

11年度の基礎的財政収支(プライマリーバランス＝PB)の黒字化に向けては「目標を達成すべく努力する」としたほか、「国民生活と日本経済を守ることを最優先し、必要な対応を図る」との原案表記をそのまま採用し、努力目標に引き下げた。

中期プログラムの策定については、原案のまま、年末に取りまとめる方針を提示。社会保障安定財源の確保に向けては「消費税を含む税制抜本改革を速やかに開始し、時々々の経済状況をにらみつつ、10年代半ばまでに段階的に実行する」とした。

社会保障関係については、産科・小児科をはじめとする医師不足対策や、救急や周産期医療体制の整備、後期高齢者医療制度の見直しなどをあらためて

指摘。こうした原案で記載されていた内容のほか、「女性医師の就労支援」や「地域医療・慢性期医療の推進」なども付け加えた。

与謝野馨経済財政担当相は3日の臨時閣議の後に会見し、09年度予算編成の基本方針について「シーリングを『維持』していくことがはっきり書かれている。小泉内閣以来の路線変更ではない」と述べ、歳出削減路線の撤回ではないとした。また、「骨太方針06の精神がそのまま継承されている」との見方も示した。(12/4MEDIFAXより)

### 2200億円削減は「雇用保険」と「後発品」/ 財政審が建議

財務省の財政制度等審議会は11月26日、2009年度予算編成に関する建議を中川昭一財務相に提出した。建議では、11年度の基礎的財政収支の黒字化目標について「取り組みを怠ってはならない」とし、「目標を堅持する」とした過去の建議からトーンダウンさせた。「骨太方針06」に盛り込まれた5年間の社会保障費2200億円削減は引き続き継続するとし、09年度予算では「雇用保険の税負担の見直しと後発医薬品の使用促進など、改革努力を行うべき」とした。

現在の国際金融情勢が大混乱していることを踏まえ、建議は政府・与党が10月30日にまとめた追加経済対策「生活対策」による大規模な財政支出を「緊急避難的措置」と位置付けており、将来的には財政規律を守るべきとの考えが基本スタンス。

今後の社会保障の安定財源の確保については「消費税がその中核を担うにふさわしい」とした07年の政府税制調査会の答申を踏襲し、「答申の考え方に沿って可及的速やかに対応すべき」とした。追加経済対策に、持続可能な社会保障制度構築と安定財源確保に向けた中期プログラム策定が盛り込まれていることにも言及。ただ、「財政健全化の視点を踏まえ、10年代半ばを視野に、社会保障の安定財源の確保へのしっかりとした道筋と、そのための具体的な税制改革の在り方を盛り込むべき」との表記にとどめた。

医療については、医師不足や救急での「患者たらい回し問題」の解消に向け、「病院と診療所間の診療報酬の配分の在り方や医師の配置などに関する規制の在り方の見直し」を挙げた。介護では、09年度改定で報酬を3.0%引き上げることで、従事者の処遇改善を着実にを行うべきとしたほか、人材確保に向けては専門性などを踏まえたキャリアアップの仕組

みを構築するよう求めた。

2200億円削減のメニューと位置付けた後発品使用促進については、国としての普及啓発や、患者(被保険者)に後発品の使用を促す保険者努力の評価などを検討課題に挙げた。雇用保険については、雇用情勢の極端な悪化に留意しつつも「税負担については、廃止を含め、その在り方にまでさかのぼった抜本的改革を行うべき」と指摘した。

また、08年度の実施が見送られる可能性が大きい健保組合などによる旧政管健保(現・協会けんぽ)への支援金の考え方については「09年度においても、被用者保険全体として、負担の公平化を図る取り組みを行うことが適当」とした。

(11/27MEDIFAXより)

### オンライン請求の手挙げ方式「適当でない」 / 政府答弁書

日本医師会と日本歯科医師会、日本薬剤師会が共同声明として、レセプトオンライン請求の完全義務化を撤廃し、医療機関や薬局の自主性に委ねる「手挙げ方式」とすべきと主張していることに対し、政府は11月11日の閣議で決定した答弁書の中で「すべての保険医療機関等がオンライン請求を行うことによって、初めて医療保険事務全体の効率化を図ることが可能となるものであり、個別の保険医療機関等の判断に委ねることは適当でない」と明記し、手挙げ方式は採用しないとの見解を示した。

答弁書はさらに、オンライン請求義務化の施行までに十分な準備期間を設けている、レセプトコンピューターを使用していない小規模な保険医療機関では一定の猶予期間を設けている、事務代行者を介してのオンライン請求を認めているの3点を挙げ、「すべての保険医療機関がオンライン請求の義務化に対応することは十分に可能であると考えている」とした。辻泰弘氏(民主)の質問主意書に対し答えた。(11/12MEDIFAXより)

### 疾病告知の意思確認制度化「考えていない」 / 政府答弁書

死に至るような病気と診断された場合、告知を受けるかどうかの意思をあらかじめ患者に確認する制度について、政府は12月5日に決定した答弁書で「現時点では構築する考えがない」との見解を示した。櫻井充氏(民主)の質問に答えた。

櫻井氏は後期高齢者医療制度に関連し、どのような治療を受けるかを判断する際、患者は自分の疾患によって決定しているとし、告知を受けるかどうかの意思を確認する制度の必要性について政府の見解をたじた。(12/8MEDIFAXより)

### 産婦人科医の労基法違反調査「実施の考えない」 / 答弁書で政府見解

政府は11月14日の閣議で決定した答弁書で、産婦人科医の勤務実態について労働基準法違反かどうかの観点から新たな調査を実施する考えはないとする見解を示した。山井和則氏(民主)の質問に答えた。

山井氏は、産婦人科医の月間平均在院時間が301時間だったなどとした日本産科婦人科学会の調査結果を取り上げ「労基法に違反しているのではないか」と見解をたじた。

これに対し、答弁書は「産婦人科医が勤務する事業場で労基法に規定する協定が締結されているかどうか明らかでない」などとして明確な答弁を避けた。さらに、「産婦人科医が勤務する事業場も含め、申告があった場合など労基法違反の疑いがある事業場には臨検などを実施している」とし、新たな調査の可能性を否定した。(11/17MEDIFAXより)

### 産科補償で出産育児一時金引き上げで政令改正 / 閣議決定

政府は12月2日の閣議で、産科医療補償制度創設に伴い出産育児一時金を引き上げるため、健保法施行令などの一部を改正する政令を決定した。同制度に加入する分娩機関で分娩した場合、出産育児一時

## News Headline (11月8日~12月5日)

【11月】 ロシア原潜で事故(8日) 近畿4知事、大戸川ダムの建設計画反対を発表(11日) 与党、定額給付金を決定、給付額は1人当たり1万2000円で、18歳以下と65歳以上に8000円加算(12日) 台湾・陳水扁前総統を逮捕(12日) 元厚生次官ら殺傷(18日) 郵政民営化見直し(19日) タイ・バンコクで空港占拠(25日) インド・ムンバイで同時テロ(26日) 厚労省調査・3万人が失業見通し(28日) 年金記録改ざんは組織的(28日)  
【12月】 タイ・選挙違反事件をめぐるソムチャイ政権崩壊(2日)

金に最大3万円を上乗せして支給する内容だ。

施行は2009年1月1日から。  
(12/3MEDIFAXより)

#### 自己負担増凍結の継続で政令改正を決定 / 閣議

政府は11月18日の閣議で、「高齢者の医療の確保に関する法律施行令等の一部を改正する政令案」を決定した。70 - 74歳の人で1割負担から2割負担となる医療費自己負担増を、2009年度も引き続き凍結するための経過措置を定める。

また、家計負担の変動を抑えるため、後期高齢者医療制度への移行に伴い、新たに現役並み所得者となった人について、3割となる一部負担の割合を従来と同様に1割とすることなどの改正を行う。  
(11/19MEDIFAXより)

#### 地域医療改革で推進本部 / 首相を本部長にアピール

政府は12月2日、麻生太郎首相を本部長とする「地域医療改革に関する推進本部」を近く設置し、医師不足の深刻化などによる医療崩壊を食い止めるための対策を検討する方針を決めた。河村建夫官房長官が同日の男女共同参画推進連携会議で明らかにした。政府一丸となって医療問題に取り組む姿勢をアピールする狙い。

メンバーには河村氏のほか舩添要一厚生労働相や塩谷立文部科学相、鳩山邦夫総務相らを想定。救急搬送システムの改善や周産期医療体制の整備なども幅広く議論する見通し。

【共同】(12/4MEDIFAXより)

#### 医師の手当増額、人事院勧告を完全実施 / 政府

政府は11月14日の給与関係閣僚会議と閣議で、国家公務員の月給と期末・勤勉手当(ボーナス)を据え置く一方、国の医療機関で働く医師の手当増額を求めた2008年の人事院勧告の完全実施を決めた。月給、ボーナスとも据え置くのは06年以来、2年ぶり。

政府は関連法案の今国会提出を目指す。ボーナスは年4.5カ月。給与の据え置きにより、一般行政職の平均年収は644万3000円(41.1歳)となる。

医師の手当増額は、国立がんセンターを含む高度専門医療センターなどの医師確保が目的。ほぼすべての勤務医が対象となる初任給調整手当を平均で年間約127万円引き上げ、民間医療機関との格差を縮める。

また、1日8時間としている所定勤務時間を09年度から15分短縮して7時間45分とする。このほか、本省勤務の若手職員に対する手当も新設する。

【共同】(11/17MEDIFAXより)

#### 消費税言及避けるも「社会保障安定財源の確保を」 / 政府税調が答申

政府税制調査会は11月28日、2009年度税制改正の答申を取りまとめ、麻生太郎首相に提出した。社会保障については「社会保障国民会議の最終報告が、あらためて示しているように、高齢化の進展などにより社会保障給付が経済の伸びを上回って増加していくことは明らかだ」と強調。当面は、景気対策を優先せざるを得ないにしても、将来世代に負担を付け回ししないため「年金・医療・介護などの社会保障給付などに必要な財源を安定的に確保することは、国民の安心のために喫緊の課題だ」と訴えた。その上で政府に対し、追加経済対策(生活対策)で年末までに策定するとしている「中期プログラム」で、税制の抜本改革の実施時期を明らかにするよう強く迫っている。消費税については、言及を避けた。

答申では、税制の抜本改革を進めるに当たり、とりわけ社会保障の安定財源確保について「受益(給付)と負担の関係を国民に分かりやすく示し、国民の理解を得ながら改革を実現する必要がある」と指摘。政府の「中期プログラム」を踏まえ、政府税調は「社会保障の機能強化・効率化と国・地方を通じた安定財源の確保とその在り方」などについて、さらに議論を深めるとした。(12/1MEDIFAXより)

#### 12年度ダブル改定で「連携の体系的見直し」 / 社会保障機能強化の工程表案

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12月3日の諮問会議で、国民会議の報告書に基づいた「社会保障の機能強化の工程表」のイメージとなる資料を提出した。2012年度の診療・介護報酬改定で医療・介護の連携体制の「体系的見直し」に取り組むことなどを打ち出している。

資料では、09年度の介護報酬改定で介護従事者の処遇改善と確保、10年度の診療報酬改定で救急、産科などの体制強化などに取り組むことに言及。さらに、12年度の診療報酬改定では「急性期の機能分化推進」「地域包括ケアの推進と在宅医療の強化・充実」、同年度の介護報酬改定では「医療との連携強

化」「在宅介護の強化・充実」を図るとしている。

医師などの人材確保に向け、12年度までに臨床研修制度の見直し、医師と看護師などとの役割分担の推進などの制度の見直しを図ることなどもうたっている。(12/4MEDIFAXより)

### 景気下降局面での消費税増税は回避で一致 / 諮問会議

経済財政諮問会議は12月3日、消費税増税を含む税制抜本改革の時期について、景気が下降局面に入ったタイミングでの増税を避けることで一致した。増税によって景気後退を助長するのを避ける狙いだ。

ただ、景気の回復を確認して税制抜本改革の準備をするのでは遅いと指摘し、制度的な準備は2009年にかけて進める必要性を訴えた。さらに、潜在成長率の発揮が見込まれるかどうかなどを基準として経済変動に柔軟に対応する仕組みを組み入れることを、中期プログラムに盛り込むことなどを求めた。

(12/4MEDIFAXより)

### 15年度の消費税率13.3 - 13.5% / 諮問会議で民間議員が提示

政府の経済財政諮問会議は11月20日、社会保障・税財政一体改革をテーマに議論した。民間議員は改革の「中期プログラム」について、中福祉・中負担を目指す、安心強化と財源確保の同時進行、安心と責任のバランスの取れた安定財源の確保の3原則に基づいて策定すべきとする資料(民間議員ペーパー)を提示。同日の会議で大筋合意した。

民間議員ペーパーは「目指すべき中福祉、中負担のいずれの面でも満足な状態にない」とし、「ほころびの指摘される現状の社会保障の水準を維持するために必要な負担すらなされていない」と断じた。

その上で安定財源確保が必要な項目として、基礎年金国庫負担の引き上げ、社会保障国民会議が示した機能強化などに伴い必要となる公費負担増、

次世代への負担拡大、負担先送り解消のために必要となる公費負担増を挙げた。中福祉・中負担の社会保障制度確立に向け、こうした公費負担増を消費税で賄うと2015年度に税率は13.3 - 13.5%に達すると試算した。(11/21MEDIFAXより)

### OTCネット販売規制強化の撤回を / 規制改革会議が見解

政府の規制改革会議は11月11日、一般用医薬品の

インターネット販売の対象を、最も副作用のリスクが低く、情報提供が義務化されていない「第3類医薬品」に限定する厚生労働省案の撤回を求める見解を発表した。草刈隆郎議長(日本郵船会長)は同日の会見で、厚労省がネット販売規制の根拠となるデータを明示しない場合には、厚労、規制改革担当の両大臣間の折衝に発展することもあり得るとの見方を示した。(11/12MEDIFAXより)

### 失業保険積み立ては過剰 / 無駄ゼロ会議、厚労省に見直し要求

政府の「行政支出総点検会議」(無駄ゼロ会議)の作業チームは11月11日の会合で、失業保険を扱う労働保険特別会計(雇用勘定)の約5兆円の積立金が失業率見込みに比べて過大であるとして、所管の厚生労働省に見直しを求めた。このため、2009年度の国庫からの資金投入も不要だと伝えた。

会合では、同特会を含め、13特会・勘定について剰余金の活用策や積み立て水準の見直し、国民への十分な説明を所管省庁に要請した。

無駄ゼロ会議は、歳出削減を目的に08年7月、官房長官の下に設置した。メンバーは座長の茂木友三郎キックマン会長ら10人。

(11/12MEDIFAXより)

### 後期高齢者制度の廃止法案、衆院厚労委で審議入り

野党4党(民主・共産・社民・国民新)提出の後期高齢者医療制度廃止法案が11月19日、衆院厚生労働委員会で審議入りした。法案は6月に参院で可決されたが、衆院では審議されず継続審議となっていた。廃止法案は、制度の対象者を75歳以上と年齢で区切ることに合理的な理由がないとして、2009年4月から旧制度の老人保健制度にいったん戻すことを求めている。(11/20MEDIFAXより)

### 「国保無保険児童救済法案」を衆院に提出 / 野党4党共同

野党4党(民主・共産・社民・国民新)は11月27日、「国保無保険児童救済法案」を共同で衆院に提出した。法案は、国保保険料の滞納未済に被保険者証の返還を求める際、18歳未満については返還対象から除くことが柱。4党は法案審議の過程で、与党に理解を求めていく。

民主党の山井和則衆院議員によると、与党と水面

下で法案の共同提出の道を探っていたが調整がつかなかった。このため法案審議の過程で、法案を修正することも含めて理解を求めていくという。

山井氏によると、この法案を通すと悪質な滞納を助長しかねないとの指摘が与党側から寄せられたという。このため民主党は、悪質な滞納世帯には市町村が徴収措置を行えるようにするとの付則を法案に加えた。

民主党の推計によると、仮に全国で3万2903人いる中学生以下の無保険児を救ったとしても、新たに国保財政にかかる負担は16億円(同党推計)で、国保財政全体の0.01%に過ぎない。民主党は「子どもは保険料を滞納する悪質な親の元に生まれるかどうか選ぶことができない」として、一律の救済を求めている。(11/28MEDIFAXより)

### 麻生首相、不適切発言で陳謝 / 参院本会議

麻生太郎首相は11月26日の参院本会議で、19日の全国都道府県知事会議での医師に対する不適切発言について「反省している」と述べ、あらためて陳謝した。西島英利氏の質問に答えた。

麻生首相が医師に関して「社会的常識がかなり欠落している人が多い」と述べた問題について、西島氏は「国民は耳を疑い、当事者である医者も日本医師会を通じ総理に対して抗議を表明した」と述べ、あらためて発言の真意を尋ねた。

麻生首相は「まことに軽率であり申し訳なく、反省している」と述べ、知事会議の翌日に唐澤祥人日医会長と会談し、発言を撤回した上でおわびしたと説明した。

また、同日は、政府提出の児童福祉法等の一部を改正する法律案が全会一致で可決成立した。法案は児童養護施設内の体罰など虐待を防止するため、職員らに通告義務を課すなどの内容となっている。09年4月1日から施行される。

(11/27MEDIFAXより)

### 「何もしない人の分なぜ払う」 / 医療費で麻生首相が発言

麻生太郎首相が11月20日の経済財政諮問会議で、「たらたら飲んで、食べて、何もしない人(患者)の分の金(医療費)を何で私が払うんだ」と発言していたことが26日に公開された議事要旨で分かった。

20日の諮問会議では、社会保障制度と税財政の抜本改革などを議論した。首相は同窓会に出席した経

験を引き合いに出し「(学生時代は元気だったが)よぼよぼしている、医者にやたらにかかっている者がいる」と指摘した。

その上で「今になるとこちら(麻生首相)の方がはるかに医療費がかかってない。それは毎朝歩いたり何かしているからだ。私の方が税金は払っている」と述べ、努力して健康を維持している人が払っている税金が、努力しないで病気になった人の医療費に回っているとの見方を示した。

さらに、「努力して健康を保った人には何かしてくれるとか、そういうインセンティブ(動機付け)がないといけない」と話した。

【共同】(11/28MEDIFAXより)

### 首相、医療費発言でおわび

麻生太郎首相は11月27日、自身が経済財政諮問会議で「何もしない人の分の金(医療費)を何で私が払うんだ」と発言したことについて「今、病の方の気分を害したならおわびします」と陳謝した。官邸で記者団の質問に答えた。

首相は「(病気の)予防をきちんとすべきだというのが趣旨だ。予防に力を入れると医療費全体が収まる」と釈明。「ただ、先天的な(病気の)人や追突事故をされた人もいるから」と述べた。

【共同】(11/28MEDIFAXより)

### 高齢者制度、政府・与党で一体的に見直し / 舛添厚労相と自民幹部が会合

自民党の保利耕輔政調会長と厚労関係議員、舛添要一厚労相らは12月5日、都内のホテルで後期高齢者医療制度の見直しに向けた会合を開いた。制度の見直しは9月に決めた自民・公明の政権合意に盛り込まれていたが、これまでは年内に総選挙が実施されることを想定し、党としての見直し議論は選挙後に行うことにしていた。しかし、総選挙が先送りされたことから、選挙前までに見直しの方針を固めることとし、大臣直属の検討会を設置して見直し議論を進めている厚労省と与党が一体的に検討を進めることで一致した。(12/8MEDIFAXより)

### 3師会にレセプトの代行オンライン請求を / 舛添厚労相

舛添要一厚生労働相は12月4日の参院厚生労働委員会、日本医師会と日本歯科医師会、日本薬剤師会がレセプトの代行オンライン請求ができるよう調

整に入る考えを明らかにした。石井みどり氏(自民)の質問に答えた。

石井氏は「(レセプトの)オンライン請求に対応できない方々は廃院するか診療を休止する方が多い。この方々が限界の地域医療を必死になって守っている」と述べ、オンライン請求を義務化すれば、地域医療はさらに崩壊すると指摘した。

これに対し舛添厚労相は、3師会が代行請求できるようにした上で、「ぜひ(完全義務化の)目標を達成したい」と意気込みを語った。

厚労省の水田邦雄保険局長は、10月末時点で電子化されたレセプトの割合は51.2%だったと報告。医療保険事務の効率化に向けて、すべてのレセプトの電子化が必要との認識を示した。

(12/5MEDIFAXより)

### 中医協の在り方「見直す時期」/舛添厚労相「ドクターフィー導入を」

舛添要一厚生労働相は11月22日、都内で開かれた全日本病院学会東京大会で特別講演し、民主主義の観点から中医協の在り方を見直す時期に差し掛かっているとの認識を示した。さらに、医師不足対策の一環として診療報酬へのドクターフィーの導入に前向きな考えも示した。

舛添厚労相は講演後の質疑応答で、医師不足対策について「私は診療報酬にドクターフィーという考え方を入れないと、医師を集めることができないと考えている」との問題意識を表明。さらに出産については「正常分娩から異常分娩になると保険適用となる。(さまざまな議論はあるが)全部保険でみるシステムにした方がシンプルかもしれない」と述べた。

その上で中医協の在り方について「民主主義という観点から見たら、中医協の在り方を見直すことを考えている。今、私が話していることが即、中医協の議論の中に反映できるシステムをつくらねばならない」と強調。さらに、「今のような案も含め、きちんと議論する場が1カ所だけというのは是正する必要がある時期にきているのではないかと」も述べ、中医協で診療報酬を議論する現行の仕組みを見直す必要性を指摘した。(11/26MEDIFAXより)

### 助産所での妊婦検診も公費負担の対象/舛添厚労相

舛添要一厚生労働相は11月25日の参院厚生労働委

員会で、助産所で行われた妊婦検診も公費負担の対象となることをあらためて通知で周知徹底させることを表明した。南野知恵子氏(自民)の質問に答えた。

南野氏は、助産所での妊婦検診を公費負担の対象にしていない都道府県があると指摘。助産所も公費負担の対象に含まれると厚労省は通知しているにもかかわらず、現場に十分に伝わっていないとして舛添厚労相に対応を求めた。舛添厚労相は「妊婦検診の公費負担の問題で誤解があれば解く必要がある」と述べ、妊婦検診の14回すべてを無料にする事業を始める際の通知に併せ、助産所の活用もあらためて周知させるとした。(11/26MEDIFAXより)

### 保険料の上限引き上げに否定的見解/舛添厚労相

舛添要一厚生労働相は11月14日の衆院厚生労働委員会で、日本医師会が提案している高額所得者に対する保険料の上限引き上げに否定的な考えを示した。舛添厚労相は、保険料の上限を引き上げるより、医療費に占める税の割合を増やす方が合理的との見解を示した。長崎幸太郎氏(自民)の質問に答えた。

長崎氏は、日医が提示している保険料の上限を引き上げる案を紹介し、「現行制度では、高額所得者が優遇されている」と指摘した。

舛添厚労相は「高所得者であろうがなかろうが、病院にかかったときに受けるサービスと価格は診療報酬体系で決まっているから同じ」と述べ、「一定の上限を設けた方が国民的なコンセンサスを得られるのではないかと」反論した。

さらに、「所得に対する累進的な課税があるので、そちらで高額所得者は負担している。保険料の比率を3にして、税の比率を7にする。そういう大きな仕組みの中でやる方が合理的だ」とした。

(11/17MEDIFAXより)

### 「二階発言」で紛糾、経産省局長が大臣発言を撤回/参院厚労委

妊婦が都立墨東病院などで受け入れを断られて死亡した問題について、二階俊博経済産業相が「医師のモラルの問題」などと発言したことをめぐり、11月13日の参院厚生労働委員会は質疑がストップするなど紛糾した。結局、経済産業省の近藤賢二商務情報政策局長が、大臣の発言を撤回した。足立信也氏(民主)が追求した。

二階経産相は10日、舛添要一厚生労働相と妊産婦死亡事故の再発防止に向けて会談した中で「政治の立場で申し上げるなら、何より医師のモラルの問題だ。忙しいだの人が足りないだというのは、言い訳に過ぎない」と発言したとされる。足立氏によると、この発言をめくり、日本医師会など医療関係者から多数の抗議文が寄せられているとし、二階経産相の真意をたじた。

二階経産相は経済産業委員会出席のため欠席。代理出席した近藤商務情報政策局長は「発言の真意は、今回のような悲しい出来事を2度と繰り返してはならず、そのために厚労省、経産省を挙げてITを活用して情報システムを構築し、導入を促進させたいということだった。その際、医師も忙しくて大変なのは理解できるが、専門的な立場から全面的に協力してもらいたいという趣旨だった」と弁明。「今回の発言が医療関係の皆さんに不快な思いをさせたのであれば、おわび申し上げます」とも述べ、事態の収束を図った。

ただ、足立氏は矛を収めず、「政治の立場」や「医師のモラルの問題」との発言の真意について再度、説明を求め、一時審議が中断した。

審議再開後の冒頭、二階経産相と打ち合わせた近藤局長が「医療に携わる皆様に誤解を与えたことをおわび申し上げ、発言を撤回したい」と大臣発言を取り下げた。(11/14MEDIFAXより)

## ドクヘリ推進で超党派議連が設立/全国配備推進で決議

超党派の国会議員139人でつくる「ドクターヘリ推進議員連盟」が11月20日、設立総会を開いた。総会ではドクターヘリの全国的配備の推進に関する決議を了承。決議文は中川昭一財務相と鳩山邦夫総務相に提出する。

決議文では、各都道府県へのドクターヘリの配備を進めるために必要な予算の確保と、導入に関する地方交付税措置の充実を盛り込んだ。当面の議連としての活動は、2009年度予算の十分な確保に向けて取り組んでいくという。

会長には自民党の丹羽雄哉元総務会長(元厚生相)が就任した。このほかの役員には、幹事長に民主党の大久保潔重参院議員、事務局長には自民党の木村仁元消防庁長官が就任した。

ドクターヘリは08年10月末時点で、全国に13機が13道府県に分散して配備されている。厚生労働省は

ドクターヘリ導入推進事業として、09年度の概算要求で約21億円(24機分)を計上している。(11/21MEDIFAXより)

## 天引きと口座振替、09年4月から選択制に/与党・高齢者医療制度PT

与党の「高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム」(PT)は11月18日、年金からの天引きが原則となっていた後期高齢者医療制度の保険料徴収について、誰でも口座振替での保険料の支払いを可能とする方針を決めた。年金収入額によらず、保険料の支払い方法を口座振替とするか年金からの天引きとするかを選択できる。2009年4月から実施する。

現行制度で後期高齢者医療制度の保険料を口座振替で納付できる人は、国保の保険料を確実に納付していたか、年金収入が180万円未満の高齢者で世帯主や配偶者の口座振替で納付する人に限られている。同日のPTで、これらの条件を撤廃することで一致した。

また、09年度以降は、年金収入が153万-210万円程度の高齢者が支払う保険料の軽減率を段階的に設定する方針だったが、08年度と同様に一律5割軽減にすることとした。このほか、年金収入が80万円以下の高齢者の保険料を7割軽減から9割軽減とするための財源を、09年度も国費で賄うことをあらためて確認した。(11/19MEDIFAXより)

## 自民・厚労部会など、2200億円削減撤廃で決議/09年度予算編成で

自民党の厚生労働部会と社会保障制度調査会、雇用・生活調査会は11月27日、合同会議を開き、2009年度の予算編成で社会保障費の自然増2200億円の削減を行わないよう求める決議を採択した。後藤茂之厚労部長は会議終了後、「2200億円の圧縮は限界にきている。到底受け入れられるものではない」と述べ、09年度の予算編成過程で2200億円の削減に断固反対する姿勢を強調した。削減の撤廃を求める決議文は、鈴木俊一社会保障制度調査会長、長勢甚遠雇用・生活調査会長とともに保利耕輔政調会長へ提出する。(11/28MEDIFAXより)

## 日本ケアマネジメント議連が設立総会/ケアマネの評価確立など決議

自民党の国会議員でつくる「日本ケアマネジメント推進議員連盟」が12月3日、設立総会を開いた。

介護支援専門員(ケアマネジャー)の支援が目的で、総会では介護支援専門員の社会的評価の確立などに関する決議を了承した。会長には尾辻秀久参院議員会長が就任。このほか役員として、鴨下一郎衆院議員、田村憲久社会保障制度調査会・介護委員長らが参加した。同議連によると、現時点で自民党の国会議員49人が入会しているという。

決議文では「介護支援専門員は介護保険サービスの要となる」とした上で、居宅介護支援事業所の経営の独立性や安定化、介護支援専門員を含めた介護従事者の人材確保策の推進などを盛り込んだ。

(12/4MEDIFAXより)

### 障害者自立支援法、抜本的な見直しへ / 自民・障害者福祉委

自民党の社会保障制度調査会障害者福祉委員会は11月20日、障害者自立支援法の抜本的な見直しに向けて意見交換した。障害者自立支援法は2006年4月から施行されており、3年をめぐりに見直すことになっている。同委員会は09年度の見直しに向けて、07年12月に与党の「障害者自立支援に関するプロジェクトチーム」(PT)が作成した報告書に沿って議論を進めた。主な検討事項として、利用者負担の在り方や障害程度区分の見直し、就労の支援などが挙げられている。(11/21MEDIFAXより)

### 消費税引き上げ時には損税問題解決 / 西島参院議員が指摘

自民党の西島英利参院議員は11月15日、三重県四日市市内で開かれた中部医師会連合委員総会で中央情勢報告を行い、診療報酬などに対する消費税の非課税措置について「今度の消費税引き上げの時には、医療費に対しても消費税をかけるということで考え方がほぼ一致している」と述べた。

診療報酬などに対する消費税の非課税措置については、日本医師会がゼロ税率または軽減税率による課税制度に改めることを2009年度の税制改正要望に盛り込んでいる。また、自民党の丹羽雄哉元総務会長(元厚生相)は10月、講演会でのあいさつで、ゼロ税率方式が現実的だと述べている。

(11/18MEDIFAXより)

### 民主政権なら医療費の対GDP比9.4%に / 民主・鈴木氏

民主党の鈴木寛参院議員は11月22日、患者会の有

志で構成する「患者の声を医療政策に反映させるあり方協議会」が都内で開いた会合で講演し、民主党が政権を取った場合には医療費を増額すると強調した。鈴木氏は「今のベースよりも、医療だけで1.8兆円程度。介護も含めると1.9兆円程度の医療費を増やす」と述べた。財源は「天下り団体への税金投入を見直すことで賄う」とした。

鈴木氏は、将来的に高齢化がさらに進み高齢者医療費が増加するほか、医師数増加や医療クラークの配置などで人件費がかさみ、相当な医療費増が見込まれると指摘。民主党が政権を取った場合は、医療費を現在よりも1.8兆 - 1.9兆円程度増やした上で、4年間で日本の総医療費の対GDP比を現在の8%程度から、OECD平均の9.4%まで引き上げる考えを示した。(11/26MEDIFAXより)

### 後発品変更へ努力不足を指摘 / 中医協総会

中医協は11月19日の総会で、日本薬剤師会がまとめた後発医薬品使用状況調査結果(中間報告)を議論した。調査では後発品に変更可能な処方せんの割合は59.8%を占めたものの、実際に後発品に変更されたのは処方せん全体の3.4%にとどまった。変更不可の処方せんを発行している医療機関も26.8%を占めた。支払側委員からは「努力しているのは分かるがまだ不足しているように感じる」などと、使用推進へのさらなる取り組みを求める声が上がった。

調査は2008年9 - 10月、全国の2000薬局を対象に実施。450薬局(回収率22.5%)から回答を得た。4月の診療報酬改定で新設された「後発品調剤体制加算」は83.6%の薬局が算定していたが、その多くは調剤率30 - 40%台だった。

支払側の対馬忠明委員(健保連専務理事)は、後発品に変更した割合が処方せん全体の3.4%だったことについて「極めて低いと言わざるを得ない」と問題視。後発品調剤体制加算については「多くの薬局が加算要件をクリアしているが、本当に実態として進んでいるのか」などと指摘。変更不可への組織的な対応についても「(変更可能な処方せんを出すよう)努力をお願いしたい」と注文を付けた。

(11/20MEDIFAXより)

### 「決算データ」による実調を検討 / 中医協、ワーキング設置も

中医協・調査実施小委員会は11月19日、診療報酬改定の前年に行っている医療経済実態調査で医療機

関の決算データを収集するため、ワーキンググループを設置して検討することでほぼ合意した。遠藤久夫委員長は「決算データを使うことが検討に値することは、ほぼ合意に達した。ただ、従来の調査手法に取って代わることになるのか、次期改定に間に合うのか、などについては今後議論したい」と述べた。(11/20MEDIFAXより)

#### D P C対象病院の拡大を了承 / 中医協、09年度に最大で約1400病院に

中医協・診療報酬基本問題小委員会は12月3日、D P C対象病院を2009年度に拡大させることを了承した。09年度からD P C対象病院に移行できるのは、07年度から準備病院となり2年間(通算で10カ月)にわたってデータを提出してきた約700病院。これらのすべての病院が、対象病院へ移行するための要件をクリアした場合、09年度のD P C対象病院は、現行の対象病院718病院と合わせて約1400病院となる。

同日の小委員会では、09年度にD P C対象病院に移行する際の要件について、08年度の要件と同一の基準とすることも了承した。

08年度の要件は、7対1入院基本料か10対1入院基本料を算定している、診療録管理体制加算を算定している、標準レセプト電算処理マスターに対応したデータ提出など。また、「調査期間の(退院患者の全データ数÷D P C算定病床)が8.75以上であること」との基準も設けられている。D P C病床1床当たりで、どれだけ患者数に対応しているかを見る基準で、D P C病床が急性期患者を治療する病床である以上、一定以上の数の患者数に対応すべきとの趣旨で設けられている。

(12/4MEDIFAXより)

#### 被保険者の応能負担による財政調整を / 高齢者医療見直し検討会で権丈氏ら

厚生労働省の「高齢者医療制度に関する検討会」は12月4日、高齢者医療に対する保険者間の財政調整の在り方について議論した。委員からは、高齢者医療に関する被用者保険の被保険者負担について、被保険者の報酬に応じて徴収する仕組みなどを訴える意見が出た。

権丈善一委員(慶応大教授)は、前期高齢者医療に関して行われている財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大すべきと主張。現在の組合健保と協会けん

ぽを合わせた前期高齢者に対する給付金と納付金の合計が保険料率換算で1.7%であり、この方式を75歳以上に拡大した場合には後期高齢者医療制度の公費負担分を除くと4.8%、公費負担分を入れると3.3%になるとの試算を示した。その上で現行の保険料徴収は被保険者の「頭割り」となっていることを問題視し、「報酬に応じた保険料負担にした財政調整を進めてもよいのでは」と述べた。

財政調整の整合性を図るため、現役並み所得のある高齢者の自己負担を1割にすることも主張し、「現役世代はいずれ高齢者になる。この制度を約束してくれる限り、現役世代から見れば負担が増えることも受け入れられるのではないか」と述べた。

この日の検討会では、市町村ごとに国保税や介護保険料に差を付けながら広域連合で運用している高知、福岡両県の担当者から意見を聞いた。舛添要一厚生労働相は「最終的には保険料を都道府県単位で1本にすべきだと思う」と述べた。ただ、「市町村によって国保税の保険料率はまちまちになっており、経過措置が必要。これからの制度設計で柔軟に対応すべきだろう」とした。(12/5MEDIFAXより)

#### 精神保健医療福祉あり方検討会、中間まとめ公表 / 厚労省

厚生労働省は11月20日、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の中間まとめを公表した。同検討会は2008年4月から議論をスタート。9月には論点整理を取りまとめた。その後、09年に予定する障害者自立支援法改正も見据えて論点整理に基づく検討を進め、精神障害者の地域生活への移行と支援に関する事項について中間まとめとして整理した。

中間まとめでは、都道府県による精神科救急医療体制の確保やモニタリングの実施について制度上の位置付けを求めた。また、精神科救急医療と一般救急医療の双方を必要とする患者に適切な医療サービスを提供する観点から、両者の連携を制度の中に取り込む方針を打ち出した。

中間まとめは09年に予定する障害者自立支援法改正も見据え、これまでの検討内容をまとめた。今後、社会保障審議会障害者部会に報告し、09年に予定する同法改正につなげていく。09年以降は今後の精神保健医療福祉施策の全体像の取りまとめに着手する予定だ。(11/21MEDIFAXより)

## 出産育児一時金の見直しで最低保障額を設定 / 厚生労働省方針

厚生労働省は、全国一律の出産育児一時金を地域の出産費用の実勢に応じた体系に改めるのに関連し、「最低保障額」を設定する方向で検討に入った。比較の出産費用が安い地方都市などで実勢に応じて一時金を引き下げると、産科医療機関の経営に影響が出かねないため、一定額を保障することが必要と判断した。具体的な体系は、年末の予算編成に向けて検討する。

一時金は現在35万円。しかし、都市部などでは、これを上回る出産費用が掛かっている。このため舛添要一厚労相は国会質疑などで「20万円しか掛かっていないところ、東京のように50万円近く掛かっているところもある。地域の実勢を反映した形で給付する」などとして、実態に応じて金額を設定する考えを表明している。(11/17MEDIFAXより)

## 一般用医薬品のネット販売「第3類に限定」 / 高井医薬局長

2009年6月1日に施行される改正薬事法に関連し、厚生労働省の高井康行医薬食品局長は11月21日の衆院厚生労働委員会で、一般用医薬品のインターネット販売について「(薬剤師など)専門家による情報提供が不要な第3類医薬品に限定するようにした」と述べた。三井辨雄氏(民主)の質問に答えた。

三井氏は「医薬品の販売は対面販売が原則だ。インターネット販売は大変危険だ」と述べ、医薬品のネット販売を禁止するよう求めた。

高井局長は「(薬剤師など)専門家が対面で情報提供するのを原則としている」と法律の趣旨を説明。一般用医薬品を副作用の高い順に1-3類まで3つに分類し、ネット販売は専門家による情報提供が不要な第3類医薬品に限定するとした。

(11/25MEDIFAXより)

## 在宅医療「社会的コストも踏まえた議論を」 / 佐藤医療課長

厚生労働省保険局医療課の佐藤敏信課長は11月14日、全国公私病院連盟が都内で開いた「国民の健康会議」のパネル討論で、今後の在宅医療の在り方について「日本は本当の意味でのコスト計算を十分にやってこなかったかもしれない」と述べ、今後は社会的コストを含めたエビデンスに基づいた議論を進めるべきだとの考えを示した。

佐藤課長は、これまでの厚労省の認識として「在宅と入院を比較した場合、一般的に在宅のほうが安いと言いつけてきたと思う。しかし、経済学的には正しくない」と指摘。従来は医療・介護費用を抑えることで「とりあえず厚労省の役割を果たしてきたと考えていた」とし、今後、在宅医療を進める場合には「例えば女性が仕事をやめて親の介護をしたり、住宅をバリアフリーにしたりする場合のコストなどを含めて、本当の意味での議論をしていく時代になった」と述べた。

地域的な特性によって医療が抱える課題が異なることを踏まえ、「全国に共通する医療提供のグランドデザインを描くことは難しい」として、都道府県や市町村などの役割の重要性を指摘した。ただ、自治体職員は医療関係以外にも幅広い分野の業務をこなしているため、「必ずしも複雑な医療制度に精通してもらえていない部分もある」ことを課題に挙げた。(11/17MEDIFAXより)

## 周産期救急情報システムでモデル事業 / 厚生労働省、経産省と共同で

都内で発生した妊婦受け入れ拒否問題を受け、舛添要一厚生労働相は11月10日、二階俊博経済産業相と会談し、病床の空き状況などを把握する周産期救急情報システムに関するモデル事業を両省共同で実施する方針を決めた。

舛添厚労相は同日、記者団に対し「例えば国立病院などいくつかのモデル病院を取り上げ、早急に成果を挙げたい。情報ギャップが起らないように、どこに何人医師がいて緊急の場合、誰が対応するかなどの情報伝達システムについて、経産省の持っている技術を現場に投入したい」と話した。

モデル事業の実施時期については「事務方にはすでに指示を出しているから、今日にでもやりたい」と説明。モデル事業は新たな周産期救急情報システムの構築から開始するとみられ、早ければ2008年中にも着手する見込みだ。(11/11MEDIFAXより)

## 削減が主眼の骨太とスタンス違う / 国民会議の吉川座長、財政審で説明

財務省の財政制度等審議会・財政制度分科会財政構造改革部会は11月11日の会合で、社会保障国民会議最終報告について吉川洋座長(東京大大学院教授)から説明を受け、その後ディスカッションした。吉川座長は「国民会議の最終報告は、社会保障のある

べき姿について議論したものと述べ、歳出歳入の観点から社会保障費の自然増をどの程度削減できるかを考えた「骨太の方針」とのスタンスの違いを説明した。

西室泰三会長は終了後の記者会見で、麻生太郎首相が中福祉・中負担の社会保障制度を目指していることへの見解を問われ、「(財政審の)委員のほとんどは賛成している」と回答。その上で「中福祉の内容については、国民会議がこうではないかと(最終報告を)出したのではないかと(一定の理解を示したものの、中負担については「政府税制調査会がまだ会合を開いていないので、負担の議論はできない」と述べた。(11/12MEDIFAXより)

### 病床利用率の交付税への反映「慎重に検討を」 / 公立病院の財政措置で最終報告

総務省の「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会」は11月25日、最終報告を大筋で取りまとめた。交付税措置の際に病床利用率を反映させることについては「2011年度以降の算定での反映に向け、内容や具体的な実施時期などについて慎重に検討の上、結論を得るべきだ」とした。

公立病院を持つ自治体に対する普通交付税措置をめぐっては、1床当たり約50万円を一律に交付している現状について、07年「公立病院改革ガイドライン」を策定した公立病院改革懇談会では、病床利用率が低い場合に警告を与える仕組みを求める意見が出ていた。しかし、今回の報告書では「救急患者の受け入れなどに備えた政策的空床保持の必要性に配慮する措置を検討すべき」とし、病床利用率を勘案した財政措置は将来的な導入に向けた検討を進める方針を示すにとどめた。

最終報告ではこのほか、民間病院より高いとされる病院建物整備に関する交付税措置について、建築単価に上限を設けることもうたっている。また、特別交付税措置の対象で、病床数100床未満で1日平均外来患者数200人未満などが要件となっている「不採算地区病院」については、要件を緩和する必要性に言及。「市町村内で唯一の病院」とする要件についても、市町村合併の進展などをかんがみ、

直近の一般病院まで自動車などで30分以上かかるなど、生活圏内で唯一の病院、国勢調査の「人口集中地区」以外にある病院のいずれかに当たる場合とすることを求めている。

(11/26MEDIFAXより)

### 国立大で新生児ICU増設/周産期医療強化、 塩谷文科相が表明

妊婦の救急搬送が病院に拒否される事態が相次いだ問題を受け、塩谷立文部科学相は12月5日、大学病院での周産期医療を強化する計画を表明した。新生児集中治療室(NICU)の稼働率が9割を超えることから、NICUがない国立大9校の付属病院に2012年度までに最低6床ずつ新設するなどの施設整備を進める。

大学病院(本院)のNICUや母体・胎児集中治療管理室、継続保育室の病床数は、医学部のある国立42校で平均11.4床。公立の16.0床、私立の29.8床を下回る。計画では、4年間で国立大の半数にこれらを最低20床ずつ確保する。

NICUなどには専任医師を常駐させる必要があるため、公私立大を含め、人材確保・養成も支援する方針だ。

周産期医療を行う国公立の大学病院は分院を含め113あり、28が総合周産期母子医療センター(全75施設)に指定されるなど地域の中核として機能している。

文科省の調査では、07年度の大学病院での分娩件数は合わせて約5万件で、2年前より20%増加。早産などリスクの高い分娩も24%増の約2万800件となった。NICUの平均病床稼働率は93%で、「常に満床に近い状態。受け入れを断る原因になっている」(同省大学病院支援室)という。

4割の病院が病床新設・増床を予定していると回答。一方、人材確保や財政が厳しいと訴える大学が多く、「周産期センターでは通常分娩を扱わないなどの役割分担が必要」などの意見も出た。

(12/8MEDIFAXより)

### 割りばし死事故、担当医、無罪確定へ/東京 高検が上告断念

東京都杉並区で1999年、割りばしがのどに刺さった保育園児杉野隼三ちゃん(当時4)が杏林大病院(東京都三鷹市)での受診後に死亡した事故で、東京高検は12月4日、担当医として業務上過失致死罪に問われ、1、2審で無罪となった根本英樹医師(40)について、上告しないと発表した。

遺族にも結論を伝えた。上告期限の5日午前零時で根本医師の無罪が確定。同高検は「憲法違反や判例違反、判決を覆すだけの重大な事実誤認がなかった」と説明している。

医療行為に絡み起訴された医師の無罪が確定した最近の事例は、出産後の女性が死亡した「大野病院事件」の福島地裁判決(2008年8月)があり、医療と刑事責任の問題があらためて議論となりそうだ。

11月20日の東京高裁判決によると、隼三ちゃんは99年7月、盆踊り大会会場で転倒、綿菓子の割りばしがのどを貫き、脳に刺さった。耳鼻咽喉科の当直だった根本医師は傷口に消毒薬を塗り帰宅させたが、隼三ちゃんは翌日、死亡した。

司法解剖で頭蓋内に7センチ余の割りばしが見つかり、警視庁は00年7月、医療ミスが死亡の原因とみて根本医師を書類送検。東京地検が02年8月に在宅起訴した。

1審判決は、医療ミスを認めた上で死亡との因果関係を否定して無罪と判断。高裁判決は診察上の過失も否定した。両親らは上告を求める2390人分の署名を東京高検に提出していた。両親が根本医師らに賠償を求めた民事訴訟でも、東京地裁判決は過失を認めず請求を棄却した。

【共同】(12/5MEDIFAXより)

#### 舛添私案に知事ら反発 / 国保再編なら負担増と

舛添要一厚生労働相が9月に打ち出した後期高齢者医療制度の見直し私案に対し、県知事らが反発を強めている。私案は、市町村単位で運営している国民健康保険(国保)を都道府県単位に再編し、後期医療と一体運営するという内容で、知事らは事務、財政負担が増えることを警戒。舛添氏と与野党の国会での議論もかみ合わず、見直し作業は難航必至だ。

「検討には地方の代表を参加させるなど十分協議を行い、地方に負担を転嫁することのないようにすること」。10府県知事が参加する近畿ブロック知事会が11月6日にまとめた緊急提言には、舛添氏をけん制する文言が並んだ。

私案には国保の運営規模を大きくして財政基盤を強化する狙いがある。だが「県の事務量がものすごく増える」(東国原英夫宮崎県知事)と予想され、国保の財政状況が厳しいことも都道府県側をちゅうちょさせている。「医療制度は全国一律にやらないのか」(橋下徹大阪府知事)との疑問も投げ掛けられている。

舛添氏は、塩川正十郎・元財務相を座長とする直属の検討会を9月に設置。1年かけて具体的な見直し策を練る考えだが、委員には地方自治体関係者が1人もおらず、現時点では知事らの意見聴取も予定

されていない。

「短絡的」(堂本暁子千葉県知事)「遺憾だ」(井戸敏三兵庫県知事)。多くの知事が記者会見などで私案を批判。「地方自治体を巻き込んだ制度改革なのに、まったく相談がない」(松沢成文神奈川県知事)ことへのいら立ちが不満に拍車を掛けているようだ。

ある閣僚経験者は「知事の理解なしで見直しを進めるのは不可能だ。最初にやるべきことは知事と粘り強く話し合うことだ」と指摘した。

舛添氏は身内の自民党を敵視。10日に発売された月刊誌で「わたしの提言を受け入れなかったら、自民党政権は終わる」と力説したが、私案への理解を深めるための党内根回しはほとんどしていない。衆院厚労委の審議を聴いた自民党厚労族議員の1人は「閣僚が『ただの私案』を長々と国会で説明するなんて前代未聞だ」と吐き捨てるように話した。

【共同】(11/28MEDIFAXより)

#### 「国の責任で医師確保を」 / 関東地方知事会が要望

関東地方知事会は12月1日、舛添要一厚生労働相に、国の責任で医師確保と周産期医療の体制整備に早急に取り組むよう要望した。要望では、地域や診療科間の医師数偏在対策、医師の負担軽減のため看護師、助産師などの増員、周産期医療の中核となる病院への診療報酬見直しなども求めた。

【共同】(12/3MEDIFAXより)

#### 保険料の年金天引き維持を / 市長会が厚労相申し入れ

全国市長会は12月4日、75歳以上が対象の後期高齢者医療制度と65 - 74歳の国民健康保険、介護保険の保険料納付方法について、年金から天引きする現在の仕組みを継続するよう、舛添要一厚生労働相らに申し入れた。

厚労省は11月、65歳以上の高齢者の保険料納付について、2009年4月から天引きと口座振替を選択できる仕組みに変更すると市町村に通知。介護保険でも同様の選択制を導入することを検討している。

申し入れは、選択制の導入は、窓口の混乱再発、保険料滞納問題の深刻化、システム改修などの財政負担などにつながると指摘。市町村の意見を聞き、国の審議会などで議論するよう求めた。

【共同】(12/8MEDIFAXより)

## 重症妊婦専門病院を指定へ／妊婦死亡問題で都協議会

脳内出血の妊婦が東京都立墨東病院など8病院に受け入れを断られ死亡した問題を受け、学識経験者でつくる都の協議会は11月28日、会合を開き、脳疾患や心疾患を併発するなど重症に陥った妊婦をすべて受け入れる緊急対応の病院を、都内で指定することを決めた。

協議会は総合周産期母子医療センターと救命救急センターを併設した既存の病院から選ぶ方針。12月予定の次回会合で3、4病院を候補に挙げ、必要な体制の整備など具体策を検討する。

これまでは都内を8地域に分け、それぞれの地域にある総合周産期医療センターが症状の重い妊婦を受け入れていたが、搬送先を探す手間を省き短時間で妊婦を受け入れ診察するため、新たに指定された病院が一括して対応する。

緊急対応の病院は、産科医が窓口となり、手術室や新生児集中治療室(NICU)と連携して対応。ほかの病院でも診療可能と判断すれば、再搬送もする。

緊急対応病院指定とは別に、協議会は産科医の負担を減らすため、母体の搬送調整をするコーディネーターを配置することも検討している。

【共同】(12/2MEDIFAXより)

## 75歳以上の医療費無料化／東京都日の出町、09年4月から

東京都日の出町議会は12月1日の本会議で、75歳以上の高齢者の医療費を無料化するための「お年寄りにやさしい福祉基本条例案」などを賛成多数で可決した。2009年4月から施行する。自治体による無料化は、全国的にも珍しいとみられる。

所得制限は設けないものの、3年以上同町に居住していることが条件。実施時点での対象住民は1870人で、町は初年度の支出額を8500万円程度と見込んでいる。(12/2MEDIFAXより)

## 未熟児受け入れ7病院拒否、10日後に死亡／札幌市で、NICU満床など理由に

2007年11月、札幌市北区の30代の女性が自宅で早産した未熟児の男児が、市立札幌病院など市内の7つの病院に救急搬送の受け入れを拒否され、最終的に運び込まれた病院で10日後に死亡していたことが12月2日、分かった。母親はかかりつけの病院に運

ばれ無事だった。

市などによると、女性は07年11月15日夜、自宅で男児を出産。妊娠27週で体重は1300グラムだった。通報を受けた市消防局が男児を搬送する傍ら、専任医師を常時配置するなどの基準を満たす新生児集中治療室(NICU)を備えた病院を中心に受け入れ先を探したが、満床などの理由で7病院に受け入れを拒否された。

男児は救急車内でいったん心肺停止状態になり、市立札幌病院救命救急センターの医師が途中から同乗して処置。通報から約1時間半後にNICUのない手稲区の病院に運ばれたが、10日後に死亡した。

保健所によると、市内のNICUは6病院で計48床。うち、リスクの高いケースを受け持つ総合周産期母子医療センターに認定された市立札幌病院の07年度の病床利用率は100%で、市内の専門医からは「医師の数とともにNICUの絶対数が足りない」との指摘も出ている。

【共同】(12/3MEDIFAXより)

## 「社会常識が欠落」発言で医療団体、相次ぎ抗議／麻生首相、撤回し陳謝

麻生太郎首相が医師について「社会的常識がかなり欠落している人が多い」などと発言したことに対し、医療関係団体が一斉に抗議の声を上げている。日本医師会の唐澤祥人会長は竹嶋康弘副会長とともに11月20日、首相官邸を訪れ、麻生首相と面会し「発言を撤回し、誠意をもって謝罪していただきたい」とする抗議文を手渡した。麻生首相は「発言は撤回する。皆さんに謝罪する」と述べたという。

問題となったのは、19日の全国都道府県知事会議での麻生首相の発言。これを受け、日医は唐澤会長名による抗議文を提出したほか、北海道医師会、栃木県医師会、全国医師連盟、保団連、民医連などが相次いで抗議文や見解を公表した。

【共同】(11/21MEDIFAXより)

## 肩代わり法案の成立困難で「診療所だけ痛手」／日医「5分ルール」撤廃で攻勢

日本医師会の藤原淳常任理事は11月15日、中部医師会連合委員総会の社会保険特別委員会で、旧政管健保(現・協会けんぽ)に対する2008年度の国庫負担削減のため、健保組合などから08年度単年度で約1000億円の負担を求める特例法案が成立しない見通しとなったことを受け、「(08年度診療報酬改定に向

けた中医協の議論で) 支払い側が主張していた『互いに痛みを分かち合う』という理屈が通らなくなった」と述べ、診療側が「痛み」として受け入れた外来管理加算への「5分ルール」導入の白紙撤回を求める考えを示した。その上で「今度の中医協で、このことを取り上げていかなければならない」と述べた。

特例法案は、08年度予算で社会保障費の自然増を2200億円抑制するための具体策の1つとして、政管健保に対する国庫負担約1000億円の「肩代わり」を健保組合などに求める内容。ただ今臨時国会で成立するめどが立たず、与党関係者などによると補正予算で対応する可能性が濃厚となっている。

08年度診療報酬改定では、病院の負担軽減を目的に診療所から400億円強の財源が移転されたが、その際の中医協での議論で支払い側は「病院の疲弊を救うため、健保組合も支援金を拠出することを承諾した。診療所も痛みを分かち合うべきだ」との主張を展開。診療所の再診料引き下げが最大の焦点となった。しかし、診療側が強く反対したため、最終的に外来管理加算に時間要件(5分ルール)を導入することで決着した。

藤原常任理事は15日の中部医連の特別委員会で「中医協で支払い側は、『外来管理加算については十分に議論した』とか、『5分要件を撤廃しろと言うなら、再診料の議論に逆戻りだ』とか言うてる。しかし、特例法案が成立しなければ、診療所だけが痛手を受ける形になる」と述べ、「支払い側の言い分は通らない状況になりつつある」と指摘した。

また、日医が実施した緊急レセプト調査(4-6月分)から、外来管理加算の見直しによる影響額は805億円と推計されると説明。このデータとともに、現在、実施している外来管理加算の算定に関するアンケート調査の結果を中医協に提出するとした。

藤原常任理事は「調査データを基に、外来管理加算について協議するところまでは取り付けている」とした。(11/18MEDIFAXより)

## 一元化や財政調整に「反対」鮮明に / 健保連

健保連は12月5日、医療保険の一元化や被用者保険間の財政調整に反対する見解をまとめた。会見した対馬忠明専務理事は、2009年度予算編成に向けた旧政管健保への国庫負担の「肩代わり」に関する国からの打診は「現在のところまったくない」とし、今後打診があった場合でも「08年度限りということ

だし、むしろわれわれが支援してほしいくらい厳しい財政状況だ」と応じない姿勢を強調した。

見解は、国庫負担「肩代わり」問題を踏まえ健保連が2月に設置した「財政調整・一元化阻止特別委員会」の最終報告としてまとめた。医療保険の一元化の問題点として「国や都道府県を運営主体とした一元化は、実質的には税を財源として医療保障を行うに等しい。医療保険制度とは言い難く、財政規律や経営努力へのインセンティブを喪失する恐れがある」とした。財政調整についても「所得再分配にほかならないが、所得再分配は税の役割。医療保険で再分配を行えば、高齢化に伴って増加する医療費負担を健保組合加入者により重く課す結果になる」とした。

その上で、高齢者医療制度の対象を65歳以上に統合して公費を投入するなどの制度改革や、国保の賦課限度額の引き上げ、消費税やたばこ税の引き上げによる安定財源確保などを訴えた。

(12/8MEDIFAXより)

## 後期高齢者支援金の加算・減算は廃止を / 国保制度改善強化全国大会

国保中央会や全国知事会、全国市長会などによる国保制度改善強化全国大会は11月27日、都内で開かれ、国保財政基盤強化策の拡充強化、特定健診・保健指導の効率的な推進、特定健診・保健指導の実施率に関する後期高齢者医療支援金の加算・減算措置の撤廃、医師確保対策などを決議した。

(11/28MEDIFAXより)

## メディカルスクールの報告書公表 / 四病協

四病院団体協議会は、「メディカルスクール」に関する検討委員会の報告書を公表した。卒後臨床研修で高い評価を受けている病院を母体とし、北米のメディカルスクールで採用されているカリキュラムを参考にしたカリキュラムを採用することなどを提言している。

メディカルスクールの導入に当たって「全国一律に行う必要はない」とし、医学教育のアウトカムを客観的に比較・検証しながら導入を進めるべきだとした。また、6年間の医学教育を受けた人が医師国家試験を受けられることを定めた医師法や、医学教育のカリキュラムの在り方を規定している学校教育法などの現行法制度の改正も必要だとし、「医療関係者のみならず国民からも支持を得ることが必要」

としている。(12/8MEDIFAXより)

## 疾患別・術式別の死亡率を公開へ / 胸部外科学会、個別病院の成績は公表せず

1986年から心臓外科(胸部大動脈手術を含む)、呼吸器外科、食道外科に関する症例数などを集積してきた日本胸部外科学会は11月21日、3領域の疾患別・術式別の死亡率を国民に公開する方針を発表した。田林暁一理事長(東北大教授)は「日本の胸部外科の手術成績の現状を、正しく認識していただきたいと考え、平均死亡率などを公表することにした」と述べ、同一疾患の手術でも緊急時と計画的手術では死亡率が異なることなどを、広く国民に情報開示していく考えだ。近日中にホームページで公開する予定。初回は2006年学術調査結果を掲載する。

06年版の延べ1800医療機関の調査結果では、体外循環を用いた冠動脈バイパス手術では、計画的な手術で在院死亡率が1.7%に対して、緊急手術による在院死亡率は10.9%で、緊急手術のリスクが明らかに高い。30日以内死亡率も計画的手術では1.1%だが、緊急手術では8.2%となっている。

さらに、胸部大動脈瘤では、急性期(上行大動脈)の在院死亡率12.9%に対して、慢性期の在院死亡率は5.4%で、急性期の病態での手術の死亡率が高い。ホームページにはこうした内容を公開する。

手術成績については、いわゆる「ランキング本」が出回り、患者・家族が手術結果に対して過度の期待を寄せる傾向にあるが、同学会では、個別医療機関の手術成績の公表は予定していないとしている。(11/25MEDIFAXより)

## ニーズ高い医療への配分、総医療費増が必要 / 中医協会長の遠藤氏

中医協会長の遠藤久夫・学習院大教授は11月18日、全国自治体病院開設者協議会などが開いた自治体病院全国大会のフォーラムで講演し、公立病院改革を進める上で医療費の増額が必要との認識を示した。さらに、「社会的ニーズの高い医療に対する配分が乏しいという点で(これまでの診療報酬改定による配分は)非効率だった」と述べ、中医協で配分の適正化に努める意向を示した。

遠藤氏は、現在の公立病院は、民間では不採算とされる機能への期待が高い半面、財政悪化に伴う効率化も求められていると指摘。地域に勤務する医師の確保は「病院あるいは自治体だけの努力だけでは

難しい」と述べ、国などによる支援の必要性を指摘した。その上で、高齢化や技術の進歩、医療安全に対する要求の高まりを考慮すると、近年の医療費水準は「危険水域にある」とし、「公立病院改革も医療費増額がなければうまくいかない。結局、ニーズはあるが効率が悪いものを切り捨てることになってしまう」と述べ、総医療費の増額が必要との認識を強調した。

また、勤務医確保に向けて「例えばへき地に置いたサテライトに、一定期間、医師を派遣する仕組みを持つ病院を診療報酬で高く評価するなどの方策はあるかもしれない」と述べた。ただ「個人的には、へき地医療を診療報酬で評価すると、患者の自己負担が高くなるため、適切だと思っていない。本来は補助金でやるべきだろう」と付け加えた。「全国一律」が原則の診療報酬に地域差を付けることについては「今後の課題としては出てくる可能性はある」と述べたが、「地方は医師を集めるためにはコストがかかるが、土地などは安いという問題もある」と課題を指摘するにとどめた。

(11/19MEDIFAXより)

## キャップ集めポリオワクチン贈る / 世界の子どもたち23万人分

民間非営利団体(NPO)「エコキャップ推進協会」(横浜市)が、発展途上国の子どもにポリオ(小児まひ)ワクチンを贈るため、ペットボトルのキャップを集め、リサイクル業者に売却した利益を寄付する活動を続けている。ワクチン約23万5000人分に当たる約1億8800万個を集め、10月までに約15万5000人分約310万円を寄付した。

活動は2007年に始まった。キャップ800個がワクチン1人分の20円になり、寄付先の「世界の子どもにワクチンを日本委員会」がミャンマーやラオスにワクチンを送る。【共同】

## 介護保険編

介護従事者の医療行為、一部可能にノビジョン会議「療養介護士」創設は見送り

厚生労働省は11月20日、「安心と希望の介護ビジョン」会議で2025年を見据えた施策を盛り込んだビジョンを取りまとめた(資料3、後掲60ページ)。研修を受けた介護従事者が、安全性が確保される範囲内で経管栄養や喀痰吸引を行う仕組みを整備する方向性を示した。医療行為可能な資格として前回提示した「療養介護士」(仮称)は「唐突すぎる」などの意見を踏まえて削除した。

厚労省は09年度予算も視野に入れてビジョンの施策に取り組む方針。舛添要一厚生労働相は「医療確保ビジョンと対になるものにとらえ実現していきたい。財源は厳しいが、セーフティネットの整備は経済の活性化にもつながる」と話した。

ビジョンでは、医療と介護の連携強化に向けて、必要な知識・技術に関する研修を受けた介護従事者が医師や看護師との連携の下、医療ニーズの高い施設で経管栄養や喀痰吸引を一定の範囲内で行える仕組みを整備するとした。将来的に資格や研修の在り方を検討するとしたが、「療養介護士」という具体的な資格制度は明記しなかった。

また、医療と介護のチームケアの観点から、関係機関や団体などによる「地域ケア推進会議」(仮称)を立ち上げるほか、ケアマネジャーらへの医療研修を実施する。制度面からは、患者が退院する際の病院とケアマネジャーらの連絡体制を確立するとした。

介護従事者の処遇改善については、各事業所の労働条件や給与水準、教育訓練などの情報の公表を推進する。公表は基本的にすべての事業者での実施を目指す。このほか、高齢者の地場産業などへの参画を支援する「コミュニティ・ワーク・コーディネーター(高齢者地域活動推進者)」(仮称)を今後10年間で3000人育成することや、要介護高齢者のニーズに対応した慢性期医療基盤と救急医療の整備、訪問リハビリステーションの創設などを挙げた。

(11/21MEDIFAXより)

介護従事者の賃金「一律に上がるものでない」  
/ 3.0%増で政府答弁書

2009年度介護報酬改定の3.0%引き上げが決定したことを受け、舛添要一厚生労働相が「ラフに言うと、現場で働いている人の月給が2万円くらい上がる」と述べていることについて、政府は12月2日に閣議決定した答弁書で、常勤換算で約80万人と見込まれる介護職員の給与に引き上げ分すべてを充てた場合、1人当たり月額2万円を超える水準になるとの趣旨で述べたものとの見解を示した。介護報酬引き上げで介護従事者の賃金が一律に上がるものではないとする考えも併せて示した。

さらに「介護従事者の処遇改善は、有資格者を多く配置する事業者への報酬上の評価などを通じて取り組むことにしている」とした上で、介護従事者の賃金は、雇用形態や勤続年数、事業所の経営状況などに応じて個々の雇用契約で決められるとした。山井和則氏(民主)の質問に答えた。

(12/3MEDIFAXより)

低所得者の補足給付「介護保険会計で支出」  
/ 政府答弁書

政府は介護保険の低所得者対策としての補足給付について、現時点で介護保険会計として支出する方針に変更はないとする見解を示した。大河原雅子氏(民主)の質問に答えた。

大河原氏は、施設サービスなどの居住費・食費の自己負担化による補足給付は、今後、サービス需要が増加する中で介護保険財政を圧迫すると指摘。低所得者に対する補足給付については「介護保険会計ではなく、介護保険外の公費から支出すべきではないか」として政府の見解をただした。これに対し答弁書は「補足給付は介護保険法の他の保険給付と同様に、サービス利用に要した費用に対する給付とされている」として、補足給付の費用負担も介護保険公費で賄うことを確認した。

一方、施設サービス提供事業所はすべて補足給付を導入すべきとの意見に対しては、「利用者自らが基準費用額を超える費用を払って食事や居室の提供を受けることを同意している場合にまで、支給することは適当でない」と回答した。

(12/3MEDIFAXより)

## 介護保険財政安定化基金、拠出率0.04%に引き下げ / 舛添厚労相

舛添要一厚生労働相は11月17日の参院決算委員会で、介護保険財政安定化基金に対する拠出金の率を0.1%から0.04%に引き下げる方針を明らかにした。さらに、十分な基金積立残高がある都道府県は拠出率を0%にするとした。仁比聡平氏(共産)と又市征治氏(社民)の質問に答えた。

介護保険財政安定化基金は介護保険を安定化させるために都道府県に設置したもので、国と都道府県、市町村が3分の1ずつ財源を負担している。

仁比氏は「介護保険は黒字になっている」と述べた上で、「基金が2割程度しか利用されていない」と指摘した。又市氏も「基金が20%しか使われていないのはなぜか」と追及。「厚労省が認める介護保険事業の範囲が狭い。市町村は赤字を出せないで借り入れ申し込みができない」と説明した。これに対し、舛添厚労相は「余剰金が出れば拠出比率を下げるように指導している」と説明した一方、介護報酬改定に向けて介護保険事業の拡大も視野に入れて検討する意向を示した。

また、舛添厚労相は、次期介護報酬改定で3.0%引き上げることにより、介護従事者の月給が平均2万円上がるほか、マンパワーを10万人程度増やせるとの見通しを示した。(11/18MEDIFAXより)

## 次期介護報酬改定、年内に諮問・答申へ / 給付費分科会・大森分科会長が提案

社会保障審議会・介護給付費分科会の大森彌分科会長(東京大名誉教授)は12月3日、同分科会で「次回、審議報告案について議論した上で、12月いっぱいまで諮問・答申をしたい」と述べ、次期介護報酬改定の諮問・答申を12月中に行うことを提案した。

厚労省が9月の介護給付費分科会で提示した次期改定のスケジュールによると、12月中旬に介護報酬改定の基本的考え方をまとめ、年末の2009年度政府予算編成と合わせて介護報酬改定率を設定し、09年1月下旬に介護報酬改定案を諮問・答申する予定とされていた。しかし、改定率はすでに約2カ月前倒しで決まっており、次期改定に向けた議論は異例の早さで行われる見通しだ。(12/4MEDIFAXより)

## 介護従事者の処遇改善が主眼 / 次期改定の審議報告たたき台

厚生労働省は12月3日、社会保障審議会・介護給

付費分科会に審議報告のたたき台を提出した。次期介護報酬改定は介護従事者の処遇改善に主眼を置き、「介護福祉士の有資格者割合」の評価や、地域ごとの人件費を踏まえた見直しを行う方針を盛り込んだ。分科会は次回、報告案を再度検討する予定だ。

たたき台では、介護報酬3.0%引き上げは介護従事者対策が目的としながらも、「引き上げで賃金が一律に引き上がるものではない」と指摘。処遇改善に当たっては、介護報酬上の対応に加え、介護従事者の処遇情報の公表など総合的対策を講じる方針を示した。

人件費の地域差への対応としては、地域ごとの人件費を踏まえた地域区分の見直しを行う。「介護従事者の専門性への評価や定着促進」に向けた方策は、訪問系・通所系・施設系のサービス群ごとに提示。全サービス群で、介護福祉士の有資格者割合の評価を行うほか、施設系・通所系サービスでは一定の勤続年数者の割合の評価を導入する。さらに、施設系では、常勤職員が一定割合雇用されている事業所に対して評価する。

個別サービスの業務負担への対応としては、介護老人保健施設の夜勤体制やサービス提供責任者の業務負担、認知症対応への評価を行うとした。

委員からは「勤続年数が必ずしも専門性や質の評価に結び付かない」との指摘があったが、厚労省は現時点で介護の質評価の客観的な指標がないと説明。たたき台では、勤続年数や常勤職員の評価は「質評価の指標ができるまでの暫定的措置」と明記した。

介護療養型老人保健施設については、療養病床からの転換が円滑に進むよう適正な評価を行う。具体的には、療養型老健に重度者が入所している実態を踏まえ、医薬品・医療材料費や医師によるサービス提供の評価を手厚くする。また、医療機関と家庭から入所した人の割合の差に関する施設要件について、周辺医療機関の有無などに応じた特例措置を設ける。

短期入所療養介護については、有床診療所の活用を促す観点から、診療報酬で「診療所後期高齢者医療管理料」を算定する一般病床などの算定を可能とする。厚労省の鈴木康裕老人保健課長は「『診療所後期高齢者医療管理料』は面積要件や人員配置基準が療養病床とほぼ同じ」と説明し、2011年度末の介護療養病床廃止後の受け皿になるとした。

通所リハビリテーションは、医療保険との整合性を図るため、短時間・個別のリハビリについての評価を行う。早期かつ集中的なりハビリを充実する観

点から、短期集中リハビリ実施加算を評価。また、1カ月当たりの平均利用延べ人数が900人を超えた場合に適用する「大規模減算」は、規模拡大による効率化の努力を損なわないよう見直す。

このほか、認知症の確定診断の促進に向けて、認知症の疑いのある入所者を老健が認知症疾患医療センターなどに紹介した場合に評価することなどを盛り込んだ。(12/4MEDIFAXより)

### 介護報酬改定率「前倒し」「3.0%増」に厳しい意見 / 給付費分科会

厚生労働省は11月14日、社会保障審議会・介護給付費分科会に、政府の追加経済対策に盛り込まれた次期介護報酬改定3.0%引き上げと、それに伴う介護保険料上昇の軽減措置について報告した。改定率決定の前倒しや引き上げ幅に対し、委員からは「分科会を無視している」「3.0%引き上げの根拠は何か」「介護従事者の処遇に反映されるのか」など厳しい意見が相次いだ。

厚労省老健局総務課の大澤範恭課長は、3.0%増の根拠について「2006年度改定からの賃金と物件費などの上昇率を勘案して1%弱。これを踏まえ、介護従事者対策は緊急課題との認識から3.0%とした」と説明。分科会の位置付けについては「介護保険法などの法令を根拠に諮問を行う。前回は政府が予算編成過程で決めた改定率に基づき個々のサービスの内容を検討した」と述べ、従来通りの手続きであることを強調した。(11/17MEDIFAXより)

### 療養型老健に重度者が入所、実態調査で判明 / 医療サービスの評価見直しへ

厚生労働省は11月28日の社会保障審議会・介護給付費分科会で「療養病床から転換した介護老人保健施設などの実態調査」結果を公表した。療養病床から介護療養型老人保健施設への転換後の入所者は、医療区分1が8割を超える一方、区分3の入所者も少数存在していた。要介護度別に見ても要介護度5が6割を占め、重度者が入所している実態が明らかになった。厚労省は調査結果を受けて、次期介護報酬改定で医薬品費や医療材料費、医師によるサービス提供など医療サービスの評価を見直す方針を示した。

調査は2008年9 - 10月に、療養型老健、病院から転換した従来型老健、経過型介護療養型医療施設、転換予定の療養病床を持つ医療機関を対

象に実施。療養型老健8施設、従来型老健6施設、転換予定医療機関45施設などが回答した。調査実施時点で全国の療養型老健の施設数は8施設、従来型老健への転換は26施設だった。

療養型老健への転換前後の医療区分別の入所者像を見たところ、転換前は医療区分1が74.9%、区分2が18.8%、区分3が6.4%だった一方、転換後は、区分1が8割を超えた。ただ区分3も1.7%存在した。厚労省は療養型老健は「医療区分1 + 区分2の3割」の入所を想定していたが、実際には区分3の重度者も入所していた。

また、療養型老健では医薬品・医療材料費が1人1日当たり1337円かかっていた。介護事業経営実態調査結果(08年度)では介護療養型医療施設1344円、従来型老健722円で、療養型老健は介護療養病床に近い医療コストが発生していた。

同日は療養型老健の施設要件の見直しに当たって、療養病床を持つ医療機関を対象に実施した経営環境などの調査結果も公表した。療養型老健は「医療機関からの入所者の割合が家庭からの入所者の割合を35%以上上回ることを要件としているが、有床診療所や周辺にほかの病院のない地域の医療機関では、医療機関からの入所者と家庭からの入所者の割合にあまり差がないことが分かった。

このほか療養型老健を対象としたアンケートでは、75%が「転換後に医師の負担が軽くなった、または変わらない」とした一方、25%が「転換に伴い医師の負担が大きくなった」と回答した。

(12/1MEDIFAXより)

### 介護療養病床、28%が「転換先未定」 / 2008年度転換意向調査

厚生労働省は11月28日の社会保障審議会・介護給付費分科会に、2008年度の転換意向調査結果(26道府県)を報告した。介護療養病床のうち約3割が11年度までに介護療養型老人保健施設への転換意向を示した一方、転換先を「未定」とした割合は28%に上った。厚労省老健局老人保健課の鈴木康裕課長は「今でも転換先を決めかねているのは問題。介護療養病床の患者の状況を踏まえ、安心して転換する受け皿整備が必要」と述べた。

厚労省は、42都道府県の08年度の転換意向調査結果のうち、療養型老健への転換予定病床数が明記された26道府県の結果を集計。回答病床数は医療療養病床13万1967床、介護療養病床5万7425床だった。

転換予定病床数の集計(11年度末累計)をみると、転換先を療養型老健とした割合は医療療養病床の3%、介護療養病床の29%。転換先を「未定」としたの医療療養の11%、介護療養の28%だった。

一方、医療療養病床への転換意向は医療療養で78%、介護療養で29%を占めた。従来型の介護老人保健施設への転換は、医療療養の1%、介護療養の4%で少数にとどまった。

すでに転換した病床数の内訳は従来型老健が788床、療養型老健が575床。厚生労働省は、療養型老健の病床数は08年度内でさらに増加するとしている。

(12/1MEDIFAXより)

### フリーターら介護業務未経験者の雇用を助成 / 厚生労働省、年50万円まで

厚生労働省は12月1日から、介護関係業務の未経験者を雇用する介護事業者を助成する「介護未経験者確保等助成金」(介護人材確保職場定着助成金の未経験者対策)を開始した。介護業務未経験の「年長フリーター」らを雇用した場合、対象労働者1人につき、1年間で50万円(6カ月ごと25万円)まで助成する。

同制度は2009年度予算概算要求に計上されていたが、政府・与党がまとめた追加経済対策に介護従事者対策が盛り込まれたことを受け、08年度の一次補正予算で前倒して実施することになった。介護人材不足の解消のために、介護業務未経験者も積極的に雇用して定着させることが狙いだ。

対象となる介護従事者は、介護関係以外の前職を辞めて求職中の人や、年長フリーター、主婦などで、これまで介護業務に従事したことのある人や満65歳以上の人、新規卒卒者は除く。事業者側は計3人まで助成を受けることができる。

助成金は、雇い入れ日から1年以上継続して雇用することが確実と認められる介護事業者に対して支払われる。支給対象となる介護事業者は、雇用管理の改善を担当する「介護労働者雇用管理責任者」を置く必要があるほか、雇い入れ日の前日の6カ月前から支給申請までに、雇用保険被保険者を事業者都合で解雇していないことなどが条件となる。

支給を希望する介護事業者は、雇い入れ日から6カ月を満了した日の翌日から起算して1カ月の間に都道府県労働局に申請する。このため、支給は最短期間でも09年6月以降となる見通し。厚生労働省は「労働者を雇い入れて直ちに支給されるものではない」と注

意を促している。(12/3MEDIFAXより)

### 1次判定ロジック、09年4月から全面施行へ / 要介護認定で厚労省検討会

厚生労働省の「要介護認定調査検討会」が11月25日に開かれ、現行の要介護認定「1次判定ロジック」の変更を了承した。厚生労働省は今後、変更後の1次判定ロジックに基づく新認定ソフトウェア最終版を作成し、各市町村に導入。2009年4月からの全面施行を目指す。

厚生労働省は、新認定ソフト最終版のマニュアルを早ければ年内にも配布する。新認定ソフトの配布は09年1月中旬以降となる見通し。その後、09年3月で介護認定の有効期間が満了する人の更新申請を受け付け、同年4月の全面施行を予定する。

(11/26MEDIFAXより)

### 全国平均の介護保険料月約180円アップ / 厚生労働省が推計値

厚生労働省は11月28日、2009年度からの3年間平均の第1号被保険者(65歳以上)の介護保険料が月約180円増になるとの推計値を、同日の自民党社会保障制度調査会・介護委員会に報告した。全国平均の保険料は、約180円アップの月4270円(加重平均)へ引き上げられることになる見込み。

介護保険料約180円の引き上げの内訳は、介護報酬3.0%の引き上げで約70円、自然増分で約110円。政府・与党は10月30日の追加経済対策「生活対策」で、約1200億円を投じ、保険料の急激な上昇を抑制する措置を盛り込んでおり、今回の推計値はこれらの影響も加味したものだ。

各市町村は今後、さらに給付費の見込みなどを精査した上で、保険料基準額を算出し、2-3月の市町村議会で基準額を条例として決定する予定。4月ごろには、保険料基準額を集計して、最終的な全国平均額が公表される見通しだ。

(12/1MEDIFAXより)

## 京都編

### 地域がん連携に4病院/京都府が指定、支援充実へ

京都府内のがん医療水準の均衡を図ろうと、府は12月6日までに、地域の中核的な役割を担う「地域がん診療連携協力病院」に4病院を指定した。国の指定病院のない4つの医療圏で、緩和ケアの充実やかかりつけ医との診療連携を強めていく。

指定されたのは第二岡本総合病院(山城北)、公立山城病院(山城南)、公立南丹病院(南丹)、府立与謝の海病院(丹後)。各医療圏内で一定の病床数やがん診療の実績を持つ施設を選んだ。

府は各指定病院に対して年間300万円を支援し、専門的技術を必要とする緩和ケアの提供や在宅患者に対する支援、がん患者に対する相談窓口の常設、かかりつけ医への研修の充実などを図る。

府内には、国が2006年度に指定した「地域がん診療連携拠点病院」が8カ所あるが、京都・乙訓医療圏と中丹医療圏に偏在し、がん診療体制の地域差が課題になっていた。

### 地域医療充実への対策が急務/南丹市審議会が答申

京都府南丹市での医療体制の確保策や地域医療の在り方を議論してきた市医療対策審議会が答申をまとめ、佐々木稔納市長に12月5日提出した。

審議会は市議や医師会、住民代表などで構成。計5回の会議をまとめた答申は「医師不足 広い市域での医師偏在、医療格差 医療機関への交通アクセスなどの課題を挙げ「地域医療を充実させる対策が早急に求められている」と指摘した。

丹波の中核的医療施設、公立南丹病院は「医師が不足して現在提供している医療の継続さえ不安がある」とし、特に産婦人科、小児科、麻酔科は亀岡市や京丹波町と協力して、医大に医師派遣を要請するといった対応を求めた。

人口が多い地域に医療機関が偏在する現状から、市内にある無医地区をすべて抱える美山町などでは「公的診療所で初期医療ができる体制を将来にわたって確保するための支援が必要」とした。

さらに、バス路線やダイヤの見直しによる交通手段の確保、開業医と総合病院が連携する効率的な医療の確立、訪問診療、訪問看護をはじめ在宅医療の充実も要望。その上で「医療体制の確保を具体化するには行政の財政措置が必要」とした。市はこの答申を基に医療施策を進める方針。

### 京都市、介護保険料下げ/09年度から260円減の見通し

京都市の門川大作市長は11月20日の市議会代表質問の答弁で、2009年度に改定される65歳以上の介護保険料を引き下げの方針を明らかにした。介護サービスの利用減少で生じた剰余金32億円の全額を充てることで、保険料は現行より260円減の4500円程度となる見通し。保険料の引き下げは京都市では初めてとなる。

65歳以上の介護保険料は3年ごとに市町村が改定し、09年度が3回目となる。介護保険制度が00年度にスタートして以来、京都市の保険料は当初の月額2958円から、3866円、4760円と増え続け、現在は全国平均より約700円も高くなっている。

市が保険料引き下げに充てる剰余金は、国が06年度から介護給付費の抑制に乗り出したことで、介護サービスの利用実績が計画を下回ったために生じたものだ。全国でも同様の現象が起きており、06年度末時点で全国の市町村が積み立てた基金は約2140億円に上る。

ただ、高齢者人口の増加に伴い、介護給付費の支出が増えることも予想される。このため、剰余金は将来に備え、基金として取り置くという選択肢もあったが、市介護保険課は「中期的に考えて運営に問題はないと判断した」としている。

この日の代表質問の答弁で、門川市長は「経済が悪化するなか、社会の礎を築いてきた高齢者の保険料増加(の負担)は避けるべきと考えた」と述べた。

### 8病院が累積欠損金/07年度府内公営企業決算

京都府は11月15日、2007年度の府内市町村(京都市除く)公営企業の決算状況を公表した。地方財政健全化法に基づく連結決算導入で10事業が赤字になったほか、公立病院では11病院中、8病院が累積欠損金を抱えるなど厳しい経営状況が続いている。

府内の市町村は、上下水道、ガス、病院などの公営企業計118事業を運営している。

病院事業でも、医師不足の影響で患者数が回復せ

ず、経営環境が悪化し、福知山市民病院、舞鶴市民病院など8病院の累積欠損金は前年度より計約16億円増えた。

## 介護施設で身体拘束が増加 / 京都府調査、職員少なく

京都府は12月2日までに、介護保険入所施設で行われている身体拘束に関する2007年度の調査結果をまとめた。身体拘束をしていた施設は前年度より29施設増え、身体拘束の廃止が困難な理由に「職員が少ない」を挙げる声が目立った。

調査は特別養護老人ホームなど府内401カ所を対象で、330施設が回答した。

身体拘束は緊急でやむをえない場合を除き、原則禁止されているが、160施設で行われ、前年度より29施設増えた。拘束を受けた人は、延べ930人に上った。

拘束方法として、「降りられないようベッドに柵」が最多の392人(42.2%)。「いすから落ちたりしないようベルトをつける」が116人(12.5%)、「点滴を抜いたりしないよう手や指に機能制限手袋」が111人(11.9%)だった。

大半の施設が「本人や家族の承諾を得ている」と答え、委員会の設置や研修会への参加など拘束廃止に取り組んでいた。

ただ、拘束廃止が困難な理由(複数回答可)では、約6割が「職員の少なさ」を挙げたほか、「事故の場合の家族からの苦情や損害賠償請求が心配」「代わりの設備がない」と答えた施設も約4割に上った。

府健康福祉部は「職員が少なくてもできる身体拘束の代替方法はあり、府も事例の収集や普及に努めたい」としている。

## インフルエンザ流行、早め / 京都府内患者数、5年で最速

インフルエンザ流行の兆しが京都府内で例年より早く出始めている。患者数は最近5年間で最も速いペースで増えており、12月2日までに亀岡市や木津川市などの小中学校6校が学級閉鎖した。府は今後の流行拡大に備え、外出後の手洗いやワクチン接種など予防対策を取るよう呼び掛けている。

府によると、11月下旬時点の府内の患者数は111人で、すでに2007年の同時期(59人)を2倍近く上回っている。

学級閉鎖は07年より1週間以上早い11月20日に始まり、2日現在で6校延べ11学級に達している。

## 調査・データ編

### 06年度社会保障給付費、伸び率は過去3番目の低さ / マイナス改定の影響

2006年度の社会保障給付費は89兆1098億円で過去最大となったことが11月18日、国立社会保障・人口問題研究所のまとめで分かった(資料2、後掲40ページ)。ただ、対前年度の伸び率は1.5%増で統計開始以来、3番目の低さだった。同研究所は、06年度の診療報酬改定が過去最大のマイナス3.16%だったことや、05年10月から介護保険施設の食費・居住費が自己負担となったことなどが影響しているとみている。

社会保障給付費の対国民所得比をみると23.87%で、前年度と比べて0.07ポイント減少した。国民所得の伸びに比べて、社会保障給付費の伸びが抑えられたため、対国民所得比が前年度と比べて小さくなったのは1991年以来15年ぶり。

社会保障給付費を「医療」「年金」「福祉その他」に分類すると、医療は28兆1027億円で総額に占める割合は31.5%、福祉その他が13兆6818億円で15.4%、年金は47兆3253億円で53.1%を占めた。対前年度の伸び率は、医療が0.0%減、福祉その他が2.3%増、年金が2.2%増だった。福祉その他のうち、介護対策の伸びは3.1%増だった。

年金保険給付費と老人保健(医療分)給付費、老人福祉サービス給付費、高齢者雇用継続給付費を合わせた高齢者関係給付費は62兆2297億円で社会保障給付費全体の69.8%を占めた。社会保障財源の構成割合を見ると、社会保険料53.8%、公費負担29.8%、資産収入8.4%、その他が8.0%だった。

(11/19MEDIFAXより)

### 医科のレセコン未使用、1万2726診療所 / 政府答弁書

2008年5月の診療報酬請求分で、レセプトコンピューターを使用していない医科診療所は1万2726施設に上ることが、11月11日に政府が閣議決定した答弁書で分かった。

答弁書は、社会保険診療報酬支払基金による08年5月分の集計結果を基にレセコンの使用状況を記載

した。医科については、レセコンを使用している病院が8708施設となっているのに対し、使用していない病院は123施設だった。診療所では7万5902施設がレセコンを使用していたが、使用していない施設は1万2726施設に上った。

歯科では、レセコンを使用している病院は1326施設、診療所は5万5360施設なのに対し、使用していない病院は332施設、診療所は1万4146施設だった。

一方、薬局では、レセコンを使用しているのは4万7060施設、未使用は4558施設だった。

辻泰弘氏(民主)の質問主意書に答えた。  
(11/12MEDIFAXより)

### 後期高齢者の「退院支援報告書」北海道で181件 / 舛添厚労相

舛添要一厚生労働相は11月19日の衆院厚生労働委員会で、一般病棟に入院している後期高齢者が91日目から減額となる「後期高齢者特定入院基本料」について、減額を回避するための条件となっている「退院支援状況報告書」の都道府県別の提出状況(速報値)を発表した。長妻昭氏(民主)の質問に答えた。

都道府県別に見ると、北海道が181件で最も多く、東京175件、愛知136件、福岡96件、大阪67件、宮城58件、広島43件と続いた。

診療報酬では後期高齢者医療制度がスタートする以前から、一般病棟に90日を超えて入院している後期高齢者患者は、後期高齢者特定入院基本料(2008年3月までは老人特定入院基本料、928点)を算定する仕組みとなっていた。10対1入院基本料(1300点)を算定している病院でも91日目からは928点となり372点のマイナスとなる。一般病棟は救急患者や重症患者のための病棟であり、長期入院が必要な患者は療養病床や老健施設に移ってもらうなど病棟の機能分化が狙いだった。

ただ、これまで減額から除外されていた脳卒中の後遺症と認知症の患者は、08年度改定で密度の高い医療の必要性が低いと判断され、特定入院基本料の対象に入った。ところが、患者が行き場を失うとの指摘が上がったため、退院支援の概要を記載した「退院支援状況報告書」を社会保険事務局に提出すれば機械的に減額しないことになった。

(11/20MEDIFAXより)

### 地域・診療科での医師偏在、浮き彫りに / 07年施設調査・病院報告

2007年10月1日現在で、全国の病院の医師数(常勤換算)は18万3828.3人と、前年に比べて1.5%増加していることが、厚生労働省大臣官房統計情報部が12月2日に発表した07年の「医療施設(動態)調査・病院報告の概況」で分かった。都道府県別では、都市部で大幅に増加する一方、地方を中心に14県で減少。「小児科」「産婦人科」を標榜する施設数の減少も続いていることが分かり、医師数の地域間・診療科間の格差があらためて浮き彫りになった。

医療施設(動態)調査は、毎年10月1日から1年間、全国の医療施設の分布や整備実態、診療機能などを調べている。今回は06年10月1日から1年間の医療施設の動向を集計した。一方、病院報告は、全国の病院や療養病床を持つ診療所について、患者の利用状況や従事者の動向を把握することが目的で、患者の状況は07年1月1日から1年間、従事者は07年10月1日現在の状況をまとめた。

病院報告によると、全国の病院の常勤換算医師数は、前年比2637.5人増の18万3828.3人。このうち常勤の医師は14万7472人で、同1659人(1.1%)増加した。

常勤医師数の増減を都道府県別に見ると大阪(同346.7人増)、東京(同340.4人増)、埼玉(同256人増)、千葉(同197.3人増)、京都(同136.6人増)などで大きく増加。一方、茨城(同55.7人減)、鹿児島(同52.4人減)、鳥取(同32.6人減)、島根(同24.2人減)、岩手(同22.5人減)など14県で減少した。

医師の偏在は地域間だけにとどまらない。

医療施設(動態)調査によると07年10月1日現在で「小児科」を標榜する一般病院は、前年と比べて60施設(2%)減の3015施設。「産婦人科」を標榜する一般病院も39施設(2.8%)減り1344施設となった。ともに1994年から減少を続けている。「神経内科」(42施設増)、「リウマチ科」(34施設増)、「形成外科」(27施設増)、「婦人科」(27施設増)などは増加傾向にあり、統計情報部は「特定の地域、特定の診療科に医師が偏在する傾向も続いている」と分析している。

療養病床を持つ病院は、前年比108施設減の4135施設。一般診療所も同284施設減と大きく減少し、1887施設となった。病床数も病院・一般診療所計36万2393床となり、9421床減少。いずれも政府が療養病床再編の方針を決定して以降、2年連続で減少し

ており、統計情報部は「療養病床再編の影響が出てきているのではないか」としている。

医療施設(動態)調査によると、全国の医療施設は17万6192施設で前年に比べて1248施設増加した。このうち、病院は8862施設で81施設(0.9%)減少したが、一般診療所は9万9532施設で923施設増加。精神科病院も4施設(0.4%)増えて1076施設となった。(12/3MEDIFAXより)

## 周産期受け入れ拒否、9割以上が「NICU満床」/厚労省の調査速報

厚生労働省は11月20日の「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」で、総合周産期母子医療センターなどを対象に実施した「周産期医療ネットワークに関する実態調査」の結果(速報値)を公表した。センターで母体や新生児の搬送を受け入れられなかった理由(複数回答)として、いずれも9割以上が「NICU(新生児集中治療管理室)満床」と答えた。

2008年度、母体搬送を受け入れられなかったセンターは、有効回答した74施設中53施設(71.6%)で、受け入れられなかった理由(複数回答)では「NICU満床」が92.5%に上った。2007年度に新生児搬送を受け入れられなかったセンターは有効回答した70施設中42施設(60.0%)あり、「NICU満床」を理由に挙げたのは95.2%だった。

NICUの病床数が12床以下の施設は7割以上あり、07年度の病床利用率が90%を超えている施設は75.7%に上った。また、NICUの当直体制が「医師1人」の施設が84.0%だった。

都道府県を対象にした調査ではNICUが「不足している」と答えたのは約半数の22自治体で、「充足している」は23自治体、「把握していない」は2自治体だった。総合・地域周産期母子医療センターの空床情報の更新頻度は「おおむね1日1回」が20自治体で最も多く、リアルタイムで更新しているのは4自治体だった。(11/21MEDIFAXより)

## 自立支援法の訪問系サービス、年収は258万3000円/08年障害福祉経営実態調査

厚生労働省は「2008年障害福祉サービス等経営実態調査」の結果をまとめ、11月20日の自民党社会保障制度調査会障害者福祉委員会に提示した。06年10月施行の障害者自立支援法に基づくサービス体系(新体系)全体の収支差率は5.4%で、自立支援法施

行前の施設体系(旧体系)の7.0%を下回った。従事者1人当たりの年収は、新体系の訪問系サービスの常勤ホームヘルパーが258万3000円などだった。厚労省は事業種による給与差が大きいために「介護保険やその他福祉サービスと比べても給与水準は低い。人材確保は緊急の課題」としている。調査結果は、自立支援法施行後3年となる09年4月に予定している報酬改定の基礎資料とする。

調査は07年度の収支状況や従事者数、給与などを調べた。調査対象は1万6728施設・事業所で、5047施設・事業所から有効回答を得た(有効回答率39.2%)。自立支援法の全面施行以降、経営実態調査は今回が初めて。

障害福祉サービスなど全体の収支差率は6.1%だった。新体系は訪問系サービスがマイナス4.0%、障害者支援施設が5.4%などで、児童デイサービスはマイナス32.1%と特に収益が悪かった。一方、旧体系は身体障害者入所施設7.3%、精神障害者入所施設0.9%などだった。

1人当たりの年収をサービス別にみると、新体系は訪問系サービス(ホームヘルパー)258万3000円、障害者支援施設(生活指導員・生活支援員)338万5000円など、旧体系は身体障害者入所施設(生活指導員・生活支援員)348万2000円、同通所施設(同)358万5000円、精神障害者入所施設(同)341万2000円などで、職種や事業種による差が見られた。一方、従事者の常勤率は全体81.5%、新体系68.0%、旧体系89.7%などだった。新体系の訪問系サービス(ホームヘルパー)の常勤率は19.3%で、新体系全体の常勤率を引き下げているとみられる。(11/21MEDIFAXより)

## 精神保健福祉センターへの相談「社会復帰」が最多/厚労省調査

厚生労働省は11月13日、精神保健福祉相談に関する調査結果を公表した。2008年9月下旬の1週間に受けた相談内容について、精神保健福祉センター54カ所、保健所271カ所、市町村23カ所から回収した資料をまとめた。相談内容については、精神保健福祉センターが来所・訪問で対応した件数のうち、「社会復帰」の割合が35.4%で最も多く、次いで「日常生活支援」24.6%、「疾患の診断や対応」23.4%などとなっている。「ひきこもり」は19.5%だった。

保健所が受けた相談内容では「日常生活支援」が

33.9%で最も多い。次いで「疾患の診断や対応」23.7%、「医療の継続・中断」22.6%など医療関連の相談が多く、「社会復帰」21.0%、「地域・近隣での他害・迷惑行為」12.4%、「家庭内暴力」10.1%など複雑・困難事例も多かった。

市町村では「日常生活支援」の割合が62.4%と顕著に高かった。「社会復帰」に関する相談も34.6%で多かった。一方で「疾患の診断や対応」11.8%、「医療の継続・中断」11.4%など医療に関連する項目もみられた。

調査は厚労省の「精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する調査研究事業」の一環で、岡部英男・全国保健所長会理事を主任研究員として実施した。厚労省は速報値として同日の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」に資料として提示した。(11/14MEDIFAXより)

### 医師不足の診療科「給与よければ従事」が65% / 厚労省調査の速報値

厚生労働省は11月18日の「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」に、臨床研修に関するアンケート調査結果の速報値を報告した。

調査は全国医学部長病院長会議と臨床研修協議会が共同で実施。医学部6年生、初期臨床研修医、初期研修修了医、指導医を対象に、11日までに67大学、61臨床研修病院から得られた8945人分の回答を集計した。

医師不足の診療科に従事するのに必要な条件を医学生に聞いたところ、「給与・処遇がよい」が最も多く65.0%、次いで「十分な事前研修が受けられる」48.7%、「訴訟が少ない」43.9%、「自由になる時間が多い」40.8%などが続いた。

医師の計画配置に関しては、医学生の49.3%が「反対」と答え、「一定の時期・期間であれば賛成」25.1%、「インセンティブとの組み合わせなら賛成」13.0%などと続いた。(11/19MEDIFAXより)

### 小児集中治療室の全国的な整備を / 厚労省研究班が中間報告

厚生労働省の「乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と提言に関する研究班」は11月18日、1 - 4歳児の死亡率の改善に向けて、小児重症患者を集約できる小児集中治療室の全国整備を検討すべきとする中間結果を発表した。

調査は2005 - 06年に死亡した1 - 4歳の幼児の死

亡原因と死亡場所について分析した。中間報告によると、都道府県別の幼児死亡率が上位に入っている県には、重症患者を受け入れられる小児集中治療室がないと指摘。研究班は、死亡率改善に向けて、医療資源のそろっている大学病院や小児病院に患者を集約化できるような体制整備を提案した。

さらに、慢性疾患のない幼児の死亡原因の4割が事故などの外因性疾患だったことから、小児集中治療室に小児救命救急センターの役割を持たせるような体制も求めた。

医療機関の規模別に死亡原因を見ると、規模が小さいほど事故死などの症例数が多かった。研究班では、緊急の救命措置が必要な症例が大規模医療機関に搬送されないまま小規模医療機関で診療を受けて死亡したと推測している。

研究班によると、日本の年齢別死亡率はすべての区分で先進国の平均を下回っているが、1 - 4歳だけは平均を超えている。(11/19MEDIFAXより)

### 麻しんワクチン接種率、順調に推移 / 厚労省

厚生労働省は12月2日、2008年4 - 9月の麻しん風しん予防接種実施状況を発表した。麻しんワクチン接種率について前回発表した4 - 6月の実施状況と比較すると、中学1年生相当が対象となる「第3期」は38.8%から56.4%と17.6ポイント増、また、高校3年生相当が対象となる「第4期」は29.6%から47.6%と18.0ポイント増となった。同省健康局結核感染症課は、目標とする08年度内での接種率95%に向けて順調に推移しているとの見方を示し、今後、特に受験を控えた冬休み前の接種について、都道府県などを通じて強く働き掛ける意向を示した。

麻しんと風しんの予防接種は06年度から、1 - 2歳と小学校入学前の2回にわたって実施するようになった。ただ07年、麻しんが大流行し、特に1回接種だった時代に十分に免疫が得られなかった10代を中心に患者が広がったことを受け、厚労省は08年度から中学1年生と高校3年生の時期に追加接種を実施することにした。

また、9月までの風しんワクチンの接種率は、第3期は56.4%、第4期は47.6%となっている。(12/3MEDIFAXより)

### 29市が無保険の子一律救済 / 県庁所在地・政令市、親の国保料滞納で

親など保護者が国民健康保険の保険料(税)を滞

納したため「無保険」状態となっている子どもに対し、計50の道府県庁所在地と政令指定都市のうち計29市が保険証を一律に交付する救済措置を既に取りか、近く実施予定であることが11月28日、共同通信のアンケートで分かった。

無保険の子どもの救済が、課題となっている現状がうかがえる。各市は滞納世帯や子どもに通常の保険証のほか有効期間1 - 6カ月の短期保険証を交付。子どもの対象年齢は18歳未満、中学生以下、小学生以下、未就学児などさまざまだ。

厚生労働省は、保護者が保険料を1年以上滞納すると、保険証を取り上げて資格証明書を交付することを2000年度から義務化。資格証が交付されると無保険扱いとなり、医療機関の窓口でいったん全額自己負担を求められ、子どもの受診控えにつながる恐れがある。このため厚労省は10月末、滞納世帯から相談があれば無保険の中学生以下の子どもに短期保険証を交付するよう地方自治体に通知した。

この通知を受け奈良など2市が中学生以下に短期保険証を一律交付するなどの措置を取った。札幌、高松が未就学児から対象年齢を拡大するなど9市が12月から年明けにも対応する。

札幌、高松両市のほかに通知以前から前橋、静岡など18市が独自に救済措置を取っていた。また、山形など3市は、従来の対応努力により無保険の子どもはいないと回答した。検討中や未定と答えた市も多い。

厚労省の9月15日時点の調査では、無保険の中学生以下の子どもは全国に約3万3000人おり、50市では約1万3000人いる。

アンケートは11月中旬に各市の担当者に配布し、対応を尋ねた。東京都は特別区ごとに対応しているため調査対象から除いた。

【共同】(12/2MEDIFAXより)

## 08年度改定で自治体病院の収入0.1%減 / 全自病が調査

自治体病院を対象にした2008年度診療報酬改定影響率調査で、改定直後の4 - 6月の診療収入は1病院当たり前年同期比0.1%の減収だったことが、全国自治体病院協議会の調査結果(速報値)で明らかになった。一般病院は0.1%の減収、精神科病院は0.7%の減収で、プラス改定による大きな変化はなかった。

一方、救急体制別の影響度調査では3次救急は0.6

%の増収だったものの、2次救急は0.3%の減収になり、08年度改定での救急医療の重点配分による影響はほとんどみられなかった。

調査は980の自治体病院が対象で475病院が回答(回答率48.5%)。うち診療体制の変化による収入への影響が大きい病院を除外した353病院を対象に、08年4 - 6月分の診療報酬収入を前年同期と比較した。病院種類別、救急体制別の影響度調査を行ったのは今回が初めて。

1病院当たりの総収入を病床規模別にみると一般病院の99床以下は0.8%減、200 - 299床は0.2%増、400床以上は0.9%増など、いずれも1%未満の増減にとどまった。入院収入は全体で0.4%の増収、外来収入は0.8%の減収だった。

救急体制別では、3次救急が0.6%、救急告示なしが0.1%とそれぞれ増収となった。一方、減収だったのは2次救急(0.3%減)、初期救急(1.9%減)など。初期救急の減収は、地方の小規模病院が多いためとみられる。

病院種類別にみると、療養病床のみの病院(1.1%増)、こども病院(6.8%増)、専門病院(2.3%増)、リハビリ専門病院(1.4%増)が増収だった。特にこども病院の増収は08年度診療報酬改定で新設された「小児入院医療管理料1」の算定が影響しているとみられる。

逆に減収だったのは、その他一般病院(0.2%減)、ケアミックス病院(1.2%減)などだった。

患者1人1日当たりの収入は、入院が2.6%増、外来が4.0%増といずれも増加した。一方、1病院当たりの延べ患者数は入院が2.2%減少し、病床規模別にみてもいずれも減少。外来の延べ患者数は4.5%減で、精神科病院(0.9%増)以外は減少していた。

一般病院について患者1人1日当たりの収入をみると、入院・外来ともに病床規模を問わず増加した。入院は、400床以上と100 - 199床がともに2.8%増。外来は300 - 399床(5.5%増)が最も増収幅が大きく、次いで400床以上(5.3%増)、200 - 299床(4.7%増)などだった。(11/19MEDIFAXより)

## 42都道府県医が「病院医師が不足」 / 日医・医師確保調査

日本医師会の内田健夫常任理事は12月3日の定例会見で、全国の都道府県医師会と病院を対象に10月に実施した「医師確保のための実態調査」の集計結

果を公表した。都道府県医師会調査では、47都道府県中42都道府県が「病院医師が不足している」と答えた。一方、病院に対する調査では、約2割の病院が医師不足を理由に外来を閉鎖・休止・縮小したと回答した。

都道府県医師会調査の有効回答数は47医師会(100%)。一方、病院調査は2008年度臨床研修プログラムに参加するすべての病院(2433施設)、一般病院(2分の1抽出、2880施設)、精神科病院(5分の1抽出、227施設)を対象とし、有効回答数は合わせて2668施設(48.2%)だった。

都道府県医師会調査では、とりわけ病院医師の不足が深刻だと回答が目立ち、診療所が「不足・やや不足」していると回答した18都道府県すべてが、病院医師も「不足・やや不足」と回答。2次医療圏ごとに見ても、全国335のうち281の2次医療圏で病院医師が「不足・やや不足」(83.9%)していると回答した。

また、医師が不足している診療科を複数回答で聞いたところ、42都道府県が「産科・産婦人科」と「小児科」を挙げて最も多く、以下「救急医療」(40都道府県)、「麻酔科」(37都道府県)などが続いた。医師不足や偏在の対策に関する効果を聞いた問いに対しては、「小児救急電話相談事業(#8000)」「県境を越えた連携」「教育研修の実施」などが効果の高い対策として挙げられた。特に「県境を越えた連携」や「医師派遣システムの構築」については「効果がかなり高い」との回答が多く、内田常任理事は「将来的に各都道府県に広がればよいと考える」とした。

一方、病院調査では、医師不足が原因で生じた問題として「外来の閉鎖・休止・縮小」を挙げたのが487施設(18.3%)、「病棟閉鎖・病床縮小」は253施設(9.5%)、「夜間等の救急対応休止」が189施設(7.1%)だった。それぞれの問題がどの診療科で発生しているのかを聞いたところ、すべての問題で内科がトップ。産科・産婦人科は「病棟閉鎖・縮小」で、小児科は「夜間等の救急対応休止」で多かった。

また、医師が「不足・やや不足」していると考える病院長は71.5%。診療科別では「救急医療」が83.8%、「産科・産婦人科」72.1%、「内科」68.7%、「麻酔科」66.9%などの順だった。

(12/4MEDIFAXより)

回復期リハ病床が5万床突破/質の評価「重症加算」算定は約7割

回復期リハビリテーション病床が11月末時点で5万床を突破したことが、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会が非会員施設も含めて実施した調査で明らかになった。また、会員施設を対象にした調査では、2008年度診療報酬改定で「質の評価」として試行導入された「重症患者回復病棟加算(重症加算)」を算定している病床数が約7割を占めることも分かった。

調査結果によると、11月28日時点での回復期リハビリ病院は全国で920病院に上り、病棟数は1147病棟、病床は5万1313床だった。このうち、回復期リハ協会の会員病院は683病院で、組織率74%となっている。

08年度診療報酬改定では、回復期リハビリ病棟入院料に「質の評価」が導入され、入院料1は1690点、入院料2は1595点となり、「入院料1かつ重症加算」の施設要件を満たせば1740点と3層化された。

会員病院683病院に対する調査によると、質が高いグループと位置付けることのできる「入院料1と重症加算」を算定しているのは443病院で65%を占めた。病棟数で見ると、会員病院全体の900病棟のうち「入院料1と重症加算」の算定は614病棟、68%だった。病床数では、会員病院全体の4万7111床のうち「入院料1と重症加算」の算定が2万8176床で、69%が質の評価基準をクリアしていた。

(12/8MEDIFAXより)

「医療区分1」でも医療必要度の高い患者が増加/慢性期医療協が調査

日本慢性期医療協会は12月3日、「医療保険療養病床入院患者の状態調査」の結果を発表した。同協会の武久洋三会長は会見で、調査結果を踏まえ「医療区分1」の患者について医療を必要とする度合いは2年前より高まったことが示されたと指摘。医療サービスを提供する施設として慢性期病院の存在意義を強調し、急性期病院の患者受け入れを十分に担えることも示しているとの見方を示した。

同協会は、調査に当たって「医療区分1」の患者を、医療を必要とする度合いに応じてさらに5段階に分類し、入院患者に占める各段階の割合について2006年と08年の8月分を比較した。「医療区分1-1から1-5」の5段階の分類で「1-5」がもっとも重く「1-1」がもっとも軽い状態を指す。

調査結果によると「1 - 3」から「1 - 5」を合わせた割合は1.32倍に増加。一方「1 - 1」から「1 - 2」を合わせた割合は1.10倍で、より重い状態の入院患者の方が2年間で増加していた。5段階ごとの結果を見ると「1 - 1」は1.09倍、「1 - 2」は1.12倍、「1 - 3」は1.25倍、「1 - 4」は1.22倍、「1 - 5」は1.41倍となっている。(12/5MEDIFAXより)

### オンライン義務化で「開業医辞める」60歳以上の3割/保団連が調査

60歳以上の開業医の約3割が、オンライン請求が義務化されたら「開業医を辞める」と考えていることが、保団連が実施した「診療報酬オンライン請求義務化に関するアンケート」で分かった。

アンケートは2007 - 08年に、32都道府県の34保険医協会が開業医会員に対して実施。保団連はこのうち東京、大阪、青森、鹿児島など10協会の結果を分析した。

60歳以上の開業医2699人のうち、27.7%に当たる747人が、オンライン請求義務化で開業医を「辞める」と回答。「続ける」と答えたのは50.5%にとどまった。

06年の厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、60歳以上の開業医は約3万6000人。保団連は「ベテラン開業医がオンライン請求義務化により3割廃院すれば、地域医療に壊滅的な影響を与えることは避けられない」と指摘。「個々の医療機関の実情に応じた柔軟な対応をすべきで、オンライン請求の義務化は撤回すべき」と主張している。(12/1MEDIFAXより)

### 急性期病院の9割「療養病床数の維持・増加が必要」/保団連調査

急性期病院の過半数が、救急医療体制の確保のために「少なくとも現状の療養病床数を維持すべき」と考えていることが、保団連の病院・有床診対策部会がこのほど行った「急性期医療機関における療養病床削減に関する影響調査」で分かった。約3割の病院が「現在より病床数を増やすべき」と回答し、全体の約9割が療養病床数の現状維持か増加が必要とした。調査結果を受けて保団連は、11月21日付で介護療養病床廃止の撤回などを求める要望書を舩添要一厚生労働相と衆参厚生労働委員会に提出した。

調査は2008年10 - 11月に急性期病院を対象に実施し、12都府県の247病院から回答を得た。急性期病

院で治療を受けた後の慢性期患者の受け皿となる後方病院(療養病床を持つ病院を含む)について、「現在でも不足している」とした急性期病院は47.1%で、「何とか確保している」(41.2%)と「問題なし」(3.8%)を上回った。

療養病床廃止・削減による救急体制確保は、54.3%の病院が「体制確保のためには現状の病床数維持が必要」とした。「今より病床数を増やすべき」との回答も32.1%に上った。一方、療養病床削減に対し「問題なし」としたのは7.8%にとどまった。

療養病床再編で創設された「介護療養型老人保健施設」については、47.1%が慢性期患者の受け入れ先として「不適」と回答。「患者の急変時に対応可能かどうかで判断する」とした病院は38.9%で、「問題なし」としたのは4.3%だった。

保団連は調査結果を受けて、「このまま介護療養病床が廃止され、医療療養病床が削減されれば、行き場のない医療難民や介護難民が各地であふれることは明らか」と指摘し、21日付で要望書を提出。要望書では、介護療養病床廃止の撤回のほか、医療療養病床について、12年4月以降も現行の看護・看護補助配置を認め、医療区分1をはじめ診療報酬を正當に評価すること、介護療養型老健の介護報酬の引き上げと、従来型老健からの転換を認めることなどを求めた。(11/27MEDIFAXより)

### 訪問リハ、医療機関が広く利用/理学療法士協会らが調査

日本理学療法士協会と日本作業療法士協会は11月12日、2008年春に実施した訪問リハビリテーション実態調査の結果を報告した。調査結果は、独立型の訪問リハビリテーション提供機関は地域の医療機関から広く利用者の紹介を受けていると結論付けている。両協会は、同日開かれた公明党の厚生労働部会と介護保険制度改革委員会の合同会議で説明した。

両協会は、訪問看護ステーションからの理学療法士と作業療法士の訪問状況について、28法人を対象に調査。うち回答があったのは23法人(有効回答率82.14%)だった。調査対象月は08年4月。

指示書を交付した医療機関は2446施設で、病院が34.59%、診療所が65.41%。これまで病院は療法士の雇用が多いと考えられていたが、両協会は、相当数の利用者を訪問リハビリテーション提供機関に紹介していることが分かったとしている。訪問リハビリテーションの利用者総数は4855人。1医療機関当

たりの利用者数は1.98人だった。

指示書を交付した医師は3171人で、医師1人当たりの利用者数は1.53人だった。(11/13MEDIFAXより)

## はしかの世界死亡者が大幅減 / 予防注射の普及活動で

世界保健機関(WHO)や米疾病対策センター(CDC)などは12月4日、はしかによる世界の死亡者が2000年の75万人から07年は19万7000人に、約74%も大幅に減少したと発表した。WHOなどが01年に始めた予防注射の世界的な普及活動が奏功したという。

はしかは麻疹ウイルスによる感染症で、発展途上国では子どもの主要な死因の1つ。世界で毎日約540人が死亡している。

CDCによると、WHO加盟各国ははしかの死者数を00年から10年までに90%減らす目標を設定、60カ国余りの600万人以上の子どもに対する予防注射を支援してきた。

その結果、07年までに約360万人が死を免れ、中東やアフリカでは死者数が1割近くに激減するなどほぼ目標を達成した。一方、東南アジアやインドでは半減にも届かず、地域的な格差があるという。

【ワシントン12月4日共同】

## 環境編

### 07年、温室効果ガスが過去最高 / 世界気象機関調査

世界気象機関(WMO)は11月25日、二酸化炭素(CO<sub>2</sub>)など地球温暖化の原因となる温室効果ガスの世界平均濃度が、2007年に過去最高値を記録したと発表した。

CO<sub>2</sub>は383.1ppmで前年より1.9ppm、メタンは1789ppbで前年比6ppb、一酸化二窒素は320.9ppbで前年比0.8ppb、それぞれ増加した。

近年、増加が頭打ちになっていたメタンが、1998年以来の高い増加量となり、CO<sub>2</sub>も引き続き高い増加傾向を示している。メタンは工場などからの排出のほか、海氷が解けたり、湿地のバクテリア活動が活発になったりしても増加するとされる。

CO<sub>2</sub>の濃度は、産業革命前と比べ37%の増加。過去10年の平均年増加量は2ppmだという。

気象庁による国内3カ所のCO<sub>2</sub>定点観測では、岩手県の綾里で386.6ppm、東京都・南鳥島で384.6ppm、沖縄県の与那国島で386.3ppmと前年値より0.9-1.7ppm増え、いずれも世界平均を上回った。

【共同】

### 排出量は過去最悪と環境省 / 07年度国内温室効果ガス

環境省は11月12日、2007年度の国内の温室効果ガス排出量(速報値)は二酸化炭素(CO<sub>2</sub>)換算で約13億7100万トンで、京都議定書の基準年の1990年度を8.7%上回り、過去最大だったと正式発表した。

07年7月の新潟県中越沖地震による東京電力柏崎刈羽原発の停止が産業や業務、家庭などの部門の排出増に大きく影響し、化石燃料の燃焼によるエネルギー起源のCO<sub>2</sub>は06年度から2.7%増えた。

環境省によると、同原発停止などの影響がなく、単位発電量当たりのCO<sub>2</sub>排出量が06年度と同じと仮定すると、07年度のエネルギー起源CO<sub>2</sub>は0.3%の減少。原発に大きく依存する日本の地球温暖化対策のもろさが露呈した。

原発停止のほか、湯水で水力発電の発電量が減り、代わりにCO<sub>2</sub>排出が多い火力発電所の稼働を増やしたため、全体の排出量は06年度比2.3%増。部門別では家庭部門が同8.4%増、産業部門は同3.6%増。家庭部門は、夏の冷房利用の増加も影響した。

【共同】

### 気候変動条約事務局が報告書 / 30年に2000億ドル追加投資必要

温室効果ガスの大幅削減を達成するには、2030年に世界全体で年間2000億-2100億ドルの追加投資が必要で、干ばつなど既に避けられなくなった温暖化被害への適応には、発展途上国でさらに最大数千億ドルの資金が求められるとの報告書を、気候変動枠組み条約事務局が12月2日までにまとめた。

報告書は「対策を進めるには、民間投資や政府開発援助のほかに新たな資金源が不可欠だ」と指摘している。

報告書は、国際エネルギー機関(IEA)のシナリオに沿って、30年までに世界全体で温室効果ガスの排出量を00年比で25%減らす場合の投資額を試算。

燃費が良い車の導入や新エネルギーへの転換、発

電所などから出る二酸化炭素（CO<sub>2</sub>）を回収し地層に閉じ込める炭素地下貯留の導入などに必要な追加投資額は30年に2000億ドル程度に達し、世界全体の投資額の1.1 - 1.7%を占めると分かった。

【ポズナニ（ポーランド）12月2日共同】

## 太陽光発電で政府が行動計画 / 駅や学校への導入を促進

政府は11月11日、太陽光発電の導入促進に向けた行動計画を発表した。大容量の電力が必要な鉄道の駅、空港などの公的施設や小中学校をはじめとする教育機関への太陽光発電の導入拡大が柱。温室効果ガス削減と国産エネルギーの安定確保に向けた取り組みを加速させるのが狙いだ。

具体的取り組みとして、高速道路のパーキングエリア、鉄道の駅、空港施設などの公的施設に太陽光発電システムを設置する際の補助金の割合を、現在の3分の1から2分の1に引き上げる。また、全国の公立小中学校に、耐震化と合わせて太陽光発電システムを設置するよう働き掛け、コスト削減と環境教育の両立を図る。

このほか、大企業が省エネを支援する見返りに二酸化炭素（CO<sub>2</sub>）の排出枠を得る「国内クレジット制度」の対象に公的施設や学校なども加え、大企業のCO<sub>2</sub>削減の自主行動計画に反映させたり、電力会社が一般家庭の屋根を借りて太陽光発電システムを設置し、グリーン電力を供給する新たなビジネスを支援することなども検討する。【共同】

## 原発反対でウミスズメ原告に / 山口県上関町の住民

中国電力が山口県上関町で計画中の上関原発をめぐる、反対派住民が12月2日、建設予定地の海の埋め立ては周辺海域の生態系に悪影響を及ぼすとして、国の天然記念物カムリウミスズメなど計6種の野生生物を原告に加え、県による埋め立て免許取り消しを求め山口地裁に提訴した。

訴状によると、人が自然の権利を代弁する「自然の権利」訴訟の1つで、野生生物は生態系の象徴。住民側弁護士によると、同種訴訟には国営諫早湾干拓事業（長崎県）をめぐる「ムツゴロウ訴訟」などがあるが、野生生物などが原告と認められた判例はない。

住民らは、中国電力の環境影響評価は生物への影響をあまりにも過小にみており、県の埋め立て許可

は公有水面埋立法に違反するなど主張している。

山口県は10月、中国電力から申請されていた埋め立てを許可した。【共同】



## 後期高齢者医療制度の廃止を求めて署名6万5862筆提出 / 保団連中央行動

保団連は11月13日、中央行動を行い、9協会から48人が参加した。この日の行動で、後期高齢者医療制度の廃止を求める署名（廃止法案の審議・可決を求める署名含む）を11協会6万5862筆提出した。

後期高齢者医療制度廃止法案の審議入りを求めて、保団連として民主党・山田正彦ネクストキャビネット（NC）厚生労働相、日本共産党・穀田恵二国会対策委員長、社会民主党・日森文尋国会対策委員長と面談・要請した。

このうち、日森議員は、「社会保障費2200億円の削減なんてとんでもない。介護療養病床の削減はまさに机上の空論だった。歯科医にもワーキングプアが広がっていると聞いているが、労働が正しく評価されていないなんて問題だ」と述べた。

山田議員は、「『最新医院経営』12月号で対談を載せているが、社会保障費2200億円の削減撤廃はもちろん、政府の療養病床の削減についても間違いであると発言してきている」と保団連の要請に理解を示した。また、子どもの無保険をはじめ広がる貧困と格差の問題に対しては、「我々としては雇用保険等の適用範囲の拡大や埋蔵金の幅広い活用を考えており、ぜひ実現していきたい」と意欲を述べた。また、山田議員には、住江憲勇会長より「後期高齢者医療制度廃止を求める署名」を提出した。

## 麻生首相「一国の総理として失格」 / 医療費発言で保団連

保団連は11月28日、住江憲勇会長の談話を発表。住江会長はその中で「病気にかかっていない人が、

健康保険料や税金を何で私が払うんだと言い出したら、公的な医療保険制度は成り立たない。国民のいのちと健康に責任を持つべき一国の総理として失格と言わざるを得ない」と言い切った。

(12/1MEDIFAXより)

### 「社会保障を口実にした増税を許さない」 / 土岐理事が訴え、消費税各界連

保団連も参加する消費税廃止各界連絡会は11月13日、東京・霞ヶ関の財務省前で消費税増税中止を求める要請行動を行った。

消費税導入以前に比べ、大企業・大資産家に年間7兆円もの減税が行われる一方、国民に対しては小泉改革以来、消費税5%分に匹敵する年間12兆7000億円の税・社会保障負担が押し付けられてきた。こうした中、麻生太郎首相は「追加経済対策」を発表し、3年後の消費税増税を明言した。

今回の行動は、「消費税増税をやめよ、大企業・大資産家に応分の負担を」と訴え、国民的な大運動と呼び掛けるもので、17団体185人が参加した。

保団連からは土岐昌弘理事が、「偽りの口実に国民はだまされない」と、政府・与党の増税論を批判。「いま求められているのは年金、医療、社会保障の充実、家計の応援など、人を大切にする政治だ。弱者により一層の負担を強いる消費税増税は絶対に許されない」と強調した。また、政府・与党が検討している「定額給付金」について触れ、「社会保障費2200億円を削減する政策を続けながら、選挙対策のために2兆円ものお金を使うのはおかしい」、「政府の言っているおかしなことに対して、私たちは共同して声をあげていかなければならない」と呼びかけた。

そのほか女性、年金者の団体、各地域で消費税廃止の運動に取り組む団体などの代表からも訴えが続き、「社会保障を口実とした消費税増税反対」、「大企業・大資産家の減税をやめよ」、「家計を応援する政治を」など財務省に向けて訴えた。

### 労働者、業者、農民など5500人が参加 / 「生活危機突破」決起集会

11月13日、「なくせ貧困！ 守れ雇用！ 生活危機突破11・13中央総決起集会」が、東京・日比谷野外音楽堂で行われた。

集会は、中央社保協や全労連、全商連、農民連など参加する実行委員会の主催で、全国から労働者、業者、農民、医療従事者、青年、年金生活者など

5500人が参加した。

集会では、全労連・大黒作治議長が主催者としてあいさつし、「生活危機突破の要求に基づく共同を国民の中に大きく広げよう」と述べた。日本共産党の志位和夫委員長やエッセイストの海老名香葉子さんが激励のあいさつを行った。

各分野の代表によるリレートークでは、北海道の病院に勤務する看護師のグループが登壇。「医師・看護師不足の影響で休憩も満足にとれず、患者さんに十分な医療を提供したくてもできない」と、地域医療のおかれた状況の深刻さについて発言。また、「定年後さっさと死ねと急かす国」と大書したむしる旗を掲げて登壇した年金生活者の団体の代表は、後期高齢者医療制度の導入で、「お年寄りも肩身の狭い思いを強いられ、満足な医療を受けることもできない」と語り、同制度の廃止をと訴えた。そのほか、貸し渋り、貸しはがしの横行で「年越しできるか不安」と訴えた業者の代表、燃料の高騰で赤字続きの運輸労働者、派遣で働く青年などから次々に切実な声が上がった。

集会では、一人ひとりの参加者が「貧困なくせ」「雇用を守れ」などと書かれたボードを高く掲げて、「国民を大切にするとともに政治にかえよう」などとするアピールを採択。その後、参加者は国会請願や各省庁への要請を行った。

### 保険料減免求め、審査請求 / 後期医療制度で秋田の46人

後期高齢者医療制度の保険料減免を請求した秋田県の男女46人が11月17日、却下処分などを不服として県後期高齢者医療審査会に集団で審査請求した。

請求を呼び掛けた市民団体「秋田県生活と健康を守る会連合会」によると、請求した46人は、収入が生活保護基準を下回っており、本人の介護保険料や家族の国民健康保険料は市町村から減免されている。

このため、支払い能力がないとして県後期高齢者医療広域連合にも保険料減免を求めたが、条例では前年より収入が極端に減った場合などに限っているとして却下されたり、天引きの期日が過ぎても処分内容が通知されなかったりしたという。

【共同】(11/19MEDIFAXより)

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

資料1

# 平成21年度予算編成の基本方針

閣議決定 2008年12月3日

政府は12月3日の閣議で「平成21年度予算編成の基本方針」を決定した。歳出の考え方としては、2009(平成21)年度予算編成にあたっては、「基本方針2006」等に基づき財政健全化に向けた基本的方向性を維持する観点から、「09年度予算の概算要求に当たっての基本的な方針について(08年7月29日閣議了解)」を維持しつつ、重要課題推進枠の活用などにより予算配分の重点化を行うとしている。

また、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」を08年末に取りまとめるとして、その基本骨格を示している。

字化させるとの目標を達成すべく努力するが、歳入環境が急速に悪化している状況も念頭に置き、「金融・世界経済に関する首脳会合」の成果も踏まえつつ、国民生活と日本経済を守ることを最優先し、必要な対応を図る。

## II 平成21年度予算の基本的考え方～経済成長と財政健全化の両立～

### (歳出の考え方)

平成21年度予算編成にあたっては、「基本方針2006」等に基づき財政健全化に向けた基本的方向性を維持する観点から、「平成21年度予算の概算要求に当たっての基本的な方針について」(平成20年7月29日閣議了解)を維持しつつ、「金融・世界経済に関する首脳会合」の宣言(注)も踏まえ、重要課題推進枠の活用などにより予算配分の重点化を行うとともに、世界の経済金融情勢の変化を憂い、国民生活と日本経済を守るべく、「生活対策」に盛り込まれた内需拡大と成長力強化等に向けた税制上の措置とあわせ、状況に応じて果敢な対応を機動的かつ弾力的に行う。また、行政支出総点検等議論を踏まえ、政策の必要性をゼロベースで精査し、行政支出全般を徹底して見直すことにより、財政支出の抑制につなげる。なお、年金・医療等に係る経費等特定の経費に関連して、新たな安定財源の確保について検討する。

予算配分の重点化に当たっては、Ⅲの「生活者の暮らしの安心」、「金融・経済の安定強化」及び「地方の底力の発揮」に施策を集中する。また、各府省は、各施策について成果目標を提示し、厳格な事後評価を行う。政策評価等を活用し、歳出の効率化、合理化を進める。政策の棚卸しにより、従来から整理されず引き継いで行われているような政策は、思い切った見直しを行う。

(注)「金融・世界経済に関する首脳会合」宣言(2008年11月15日)(抄)

「財政の持続可能性を確保する政策枠組みを維持しつつ、状況に応じ、即効的な内需刺激の財政施策を用いる。」

### (「中期プログラム」の策定)

以下を「基本骨格」とし、本年末にとりまとめる。維持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」を、本年末にとりまとめる。

- ① 景気回復のための減税等  
世界経済の混乱から国民生活を守り、3年以内の景気回復を最優先で図るため、景気回復期間中に、減税措置及び定額給付金を税制技術改革を前提に時限的に行う。
- ② 社会保障安定財源の確保

## 平成21年度予算編成の基本方針

平成20年12月3日  
閣議決定

## I 国民生活と日本経済を守る～生活防衛～

### (我が国の金融・経済情勢と見通し)

世界の金融資本市場は、100年に一度と言われる危機に陥っており、金融の激変が世界経済を弱体化させている。我が国経済は、すでに景気後退局面に入っており、輸出、生産、収益が減少するとともに、倒産が増加している。さらに、雇用情勢が悪化しつつあり、実質賃金も減少している。我が国の金融システムそのものは、欧米に比べれば、相対的に安定しているものの、株式・為替市場は大きく変動し、また、企業の資金繰り状況は悪化している。地域経済については、これまで輸出に牽引されてきた地域でも景況感が急速に悪化し、厳しい状況が一層広がっている。

今後の我が国経済については、世界的な景気後退を受けて、外需面に加え、国内需要も停滞し、景気の下降局面が長期化そして深刻化するおそれが高まっている。

### (経済財政政策の基本的視点)

国民生活と日本経済を守る観点から、当面は「景気対策」、中期的には「財政再建」、中長期的には「改革による経済成長」という3段階で、経済財政政策を進める。このため、最優先課題として「金融資本市場の安定確保」に向けて万全の措置をとる。また、「生活者の暮らしの安心」、「金融・経済の安定強化」、「地方の底力の発揮」の3つの重点分野に対する支援を行うとともに、内需主導の持続的成長が可能となるよう経済の体質を転換し、日本経済の「底力」を発揮させる。こうした観点から、「生活対策」を速やかに実施するとともに、平成21年度予算編成においては、「金融・世界経済に関する首脳会合」の成果も踏まえ、世界の経済金融情勢の変化に対応しつつ、切れ目ない連続的な施策実行を図る。

財政規律の維持の観点から、安易な将来世代への負担のつけまわしをせず、国民に温かい効率的な政府を目指すという考え方を基本とし、経済成長と財政健全化の両立を図る。不要不急な経費の削減をはじめとする徹底した見直しを行うなど、歳出改革の取組を継続するとともに、持続可能な社会保障制度の構築とその安定財源確保に向けた中期プログラムを早急に策定する。また、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006」(平成18年7月7日閣議決定。以下「基本方針2006」という。)で示された、国・地方の基礎的財政収支を平成23年度までに黒

綱(第1次)(平成20年6月20日地方分権改革推進本部決定)に基づき取り組む。

同委員会は、仕事及びこれに伴う人員の移譲を含む国の出先機関の抜本的な改革及び地方自治体に対する国の法令による義務付け・枠付けの見直しについて平成20年内に「第2次勧告」を行う。出先機関改革については、政府として、これを実現するための計画を平成20年度内に策定する。

さらに、同委員会は、国・地方の財政状況を踏まえつつ、国庫補助負担金、地方交付税、税源移譲を含めた税源配分の見直しの一体的な改革に向け地方債を含めた検討を行い、勧告する。

これら勧告を踏まえ、「地方分権改革推進法」(平成18年12月15日法律第111号)に基づき、「地方分権改革推進計画」を策定し、「新分権一括法案」を平成21年度中でできるだけ速やかに国会に提出する。

地方分権の進展を図った上で、最終的には、地域主権型道州制を目指す。

### Ⅲ 国民生活と日本経済を守るための予算の重点化・効率化

#### 1 生活者の暮らしの安心

(雇用・社会保障)

世界金融危機は实体经济にも深刻な影響を及ぼしてきており、10月の倒産件数は5年5か月ぶりの水準となる中で有効求人倍率は9か月連続して低下し、雇用状況は悪化している。

このような状況の中で、昨今、派遣労働者等の雇い止め・解雇、新卒者の内定取消など、さらに深刻な問題が生じており、今後、一層の雇用の悪化が懸念される。このため、雇用の場の拡大のための各般の施策を講ずるとともに、労働者の雇用の維持、再就職支援、生活保障のための対策を強化する。

具体的には、雇用保険のセーフティネット機能の強化、中小企業・非正規労働者の雇用維持支援対策の強化、地域において雇用を創出するための交付金の創設、職業能力開発の総合的な支援(ジョブ・カード制度の拡充を含む)、労働者派遣制度の見直し、派遣労働者へのきめ細かな就職支援、住宅確保対策の実施、年長フリーター等を積極的に雇用する事業主に対する特別奨励金の創設等による若者を中心とするフリーター等の正規雇用化及び非正規労働者の正規雇用への転換を推進する。また、女性や高齢者、障害者など働く意欲がある人々の雇用を拡大する。

社会保障については、少子高齢化が進展する中で、経済財政と均衡がとれ、将来にわたり持続可能な制度を構築するため、改革努力を継続し、国民の信頼を取り戻すことが必要である。

社会保障制度については、その機能強化と効率化を図る一方、基礎年金・国庫負担割合の2分の1への引上げに要する財源をはじめ、国・地方を通じて持続可能な社会保障制度とするために安定した財源を確保する必要がある。このため、経済状況の好転後に、年金、医療、介護等の社会保障給付や少子化対策に要する費用の見直しを踏まえつつ、給付に見合った負担という視点及びこれら費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点から、消費税を含む税制抜本改革を速やかに開始し、時々の経済状況を見ながら、2010年代半ばまでに段階的に実行する。その際、国民の理解を深めるため、現在行われている歳入の無駄排除と行政改革を引き続き行うとともに、社会保障給付とその他の予算とは厳密な区分経理を図る。

#### ③ 税制抜本改革の全体像

社会保障の安定財源確保をはじめ、我が国の成長力の強化、社会におけるさまざまな格差の是正など種々の課題に整合的かつ計画的に対応するため、本年末に、個人、法人の所得課税、資産課税、消費課税の各税目の改革の基本的方向性を明らかにした「税制抜本改革の全体像」をわかりやすく示し、これに基づき抜本改革を断行する。

(行政改革)

国民の期待に応える政府とするため、政府の一層の効率化を図る。「廃すべきは廃し、改めるべきものは改める」との姿勢で国・地方を通じて大胆な行政改革を進め、ムダを徹底的に省いて政府の規模を縮小することにより、国民に温かい効率的な政府をつくる。

このため、「行政改革推進法」(平成18年法律第47号)に基づき、民間活動の領域を拡大し、行政機構の整理・合理化を図る観点から、事業の仕分け・見直しを行い、行政のスリム化・効率化を一層徹底し、総人件費改革や特別会計改革(財政投融资特別会計の金利変動準備金の活用等を含む)、資産債務改革等について平成21年度予算に適切に反映するとともに、「独立行政法人整理合理化計画」(平成19年12月24日閣議決定)を着実に実施する。あわせて、公務員制度改革、規制改革、民間活力の活用や市場化テストの積極的な実施、公益法人への支出の3割削減など公益法人の見直し等に取り組む。

行政機関の機構・定員については、国民に温かい効率的な政府をつくるため、大幅な定員削減を行い、小さな政府を目指す。①生活者の安心を支える行政、②日本の国際的地位に見合った外交体制の2つを重点分野として、府省の枠を越えたスクラップ・アンド・ビルドにより、必要な分野に職員を配置する。

(地方分権改革)

「地方分権改革推進委員会」の「第1次勧告」を受けた「地方分権改革推進要

年金については、基礎年金国庫負担割合の2分の1への引上げについて、「平成16年年金改正法」(平成16年法律第104号)に沿って、安定財源のあり方も含め、平成20年末までに結論を得る。また、年金記録問題に着実に取り組むとともに、社会保険庁を廃止して「日本年金機構」を設立し、意欲と能力のある人材による国民に信頼される組織を構築する。

医療については、国民の医療に対する不安の解消を図るため、産科・小児科をはじめとする医師等の不足への対応(医師派遣の推進のための派遣先・派遣元医療機関への財政的支援等)、女性医師の就労支援、都市部を含めた救急医療や周産期医療体制の整備、地域医療・慢性期医療の推進、地域の中核的医療機関としての大学病院等の機能の充実等医療体制の確保に向けた取組を強化するとともに、長寿医療制度の見直しを検討する。また、難病対策を一層推進するとともに、原爆被害対策を総合的に推進する。新型インフルエンザ対策の強化、薬害再発防止のための取組を行うとともに、革新的医薬品・医療機器等の開発・普及を進める。

介護については、平成21年度介護報酬改定(プラス3.0%)等により介護従事者の処遇改善を図るとともに、福祉・介護人材の確保に向けた対策を行う。

あわせて、「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15日)に定めた目標の実施に向けて、実効性のある改革の取組を進める。

少子化対策については、希望するすべての人が安心して子どもを産み、育てながら、働くことができる社会の実現を目指し、「新待機児童ゼロ作戦」(平成20年2月27日)(平成20~22年度)の取組を加速させ、保育サービスや放課後対策の充実を図るとともに、仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)の実現や「生活対策」に基づく妊婦健診の無料化等に取り組むなど、総合的に推進する。

障害者福祉については、「障害者自立支援法」(平成17年法律第123号)について、障害児支援の在り方など制度全般にわたる抜本的な見直しを行うとともに、従事者の処遇改善等に向けて平成21年4月に報酬の改定を行う。

(教育)

「教育振興基本計画」(平成20年7月1日閣議決定)に基づき、我が国の未来を切り拓く教育を推進する。その際、新学習指導要領の円滑な実施、特別支援教育・徳育の推進、体験活動の機会提供、教員が一人一人の子どもの向き合う環境づくり、いじめ・不登校等子どもをめぐる諸問題への対応、学校のICT化や事務負担の軽減、教育的観点からの学校の適正配置、定数の適正化、学校支援地域本部、高等教育の教育研究の強化や国際競争力の向上、私学の振興、競争的資金の拡充など、評価を適切に反映させつつ、新たな時代に対応した教育上の諸施策に積極的に取り組む。

また、平成20年末に策定する「青少年育成施策大綱」に基づく青少年の健全育成、国際競争力の向上などスポーツの振興、日本文化の海外への戦略的発信や文化財の保存・活用、子どもたちの文化芸術体験など文化芸術の振興、留学生30万人計画の実現のため、総合的な施策を推進する。

幼児教育の将来の無償化について、歳入改革にあわせて財源、制度等の問題を総合的に検討しつつ、当面、就学前教育についての保護者負担の軽減策を充実するなど、幼児教育の振興を図る。また、「食育推進基本計画」(平成18年3月31日)に基づき、国民運動として食育を推進する。

(安全・安心)

国民の生活不安の解消のため、消費者庁(仮称)の創設や食の安全対策の強化など消費者政策の抜本的強化、公文書の保存に向けた体制の整備等を推進する。

良好な治安を実現するため現在策定中の犯罪対策の新行動計画(平成20年以内に決定予定)等の趣旨を踏まえ、地域の絆を再生しつつ非行や犯罪から子どもを守る取組、インターネット上の違法・有害情報やサイバー犯罪への対策、情報セキュリティ対策の強化、組織犯罪の資金監視・取締りの強化・違法収益のほく奪、銃砲行政の厳格化を図るほか、振り込め詐欺・悪質商法等の身近な犯罪の撲滅、大麻等薬物乱用対策、テロ等への対策、海上保安の確保、密輸阻止等の水際対策、迅速かつ厳格な出入国審査と不適正な在留活動の防止、刑務所出所者等の再犯防止対策等を図るとともに、刃物を用いた犯罪の未然防止に努める。また、安全・安心な交通空間の確保に努める。

司法制度改革の一環として、平成21年5月に始まる裁判員制度の円滑な実施、民事法律扶助や、適切な弁護報酬の設定等を踏まえたと国選弁護人の確保、弁護士「ゼロワン地域」等の司法過疎地域の解消に対応する日本司法支援センターの体制の充実、犯罪被害者国選弁護制度に基づく援助等を行う。

我が国をめぐる安全保障情勢を踏まえ、弾道ミサイル等の新たな脅威や多様な事態への実効的な対応、任務の国際化への配慮等を図りつつ、防衛調達等の改革を実施し、効率的な防衛力の整備を推進する。また、在日米軍の抑止力を維持しつつ、地元の負担軽減を図るため、米軍再編を着実に実施する。さらに、政府の情報機能の強化を図る。加えて、海賊対策を推進する。

また、地域の暮らしを守る鳥獣害対策を展開する。

2 金融・経済の安定強化

(金融)

「生活対策II」に基づき、国際金融資本市場の安定化に向けて国際協調を推進し、適正な金融商品会計に向けた努力へのサポートを継続するとともに、日本の金融

システムの安定性強化に万全を期すため必要な措置の実施や株式市場活性化を図る。

このため、「金融機能の強化のための特別措置に関する法律」(平成16年法律第128号)の改正により、金融機関への国の資本参加を通じて、地域経済を支援し、適切な金融仲介機能を発揮できるようにする。また、「保険業法」(平成7年法律第105号)の改正により、保険契約者のセーフティネットの確保の観点から、生命保険会社の負担を基本とした上で、生命保険契約者保護機構に対する政府補助を引き続き可能とする。

さらに、金融所得課税の一体化を推進し進め、簡素な制度とすることで、個人投資家が投資しやすい環境を整備する。上場株式等の配当等についての現行税制の3年間延長、金融所得課税の一体化の中で、少額投資のための簡素な優遇措置の創設、企業型確定拠出年金における個人拠出(マッチング拠出)の導入を行う。

#### (戦略的国際協力)

先に開催された「金融・世界経済に関する首脳会合」において発出された宣言を踏まえつつ、危機に対処するため、国際的に協調・連携しつつ、戦略的国際協力のイニシアティブを推進する。

そのためにも、在外公館、マンパワー等の外交実施体制を中核とし、総合的な外交強化を図る。

具体的には、国際社会と共に成長する基盤を確保する観点から、関係国際機関や各国との間で協調・連携を深めつつ、貿易や投資を含め、現下の危機が新興国や開発途上国に与える影響を注視する。更に、国際的な協調を深める中で、世界的あるいは地域的な様々な危機に的確に対処するため、民間セクターとの連携を十分に図りつつ、自由貿易の一層の推進や我が国の既存の国際公約の着実な実施に取り組みむとともに、ODA・OOFの戦略的な活用等、必要に応じ多様な政策手段をタイムリーに講じ、戦略的かつ主体的に国際協力を行う。

#### (中小・小規模企業等支援)

中小・小規模企業等の資金繰り対策のため、「生活対策」に基づき30兆円規模に拡大されたセーフティネットとしての貸付・保証枠や貸付条件の見直し等により、政府系金融機関及び民間金融機関による資金供給の円滑化等に努める。平成21年度予算においても、引き続き軽減税率の限定的引下げ及び欠損金の繰戻し還付の復活を内容とする税制措置、「地域力連携拠点」を活用した新事業展開支援や、事業の継続・発展に向けた事業承継支援、下請取引の適正化など中小・小規模企業等の活性化を図る等の施策を行う。

#### (成長力強化)

中長期的な観点からの内需拡大、成長力強化に向け、企業活力を高める「成長力強化税制」の導入、我が国が強みとし低炭素社会の実現にもつながる省エネ・新エネ対策の推進、金属資源の探鉱開発・有効活用及び資源・科学技術外交の強化等、世界最先端の研究開発促進、企業成長の源泉たる従業員の勤労意欲向上により、日本経済の「底力」を飛躍に結び付ける取組を進める。

具体的には、時間的に即時償却を可能とする省エネ・新エネ設備等の投資促進税制、海外子会社利益の国内還流に向けた環境整備のための税制措置を講じるとともに、国内クレンジット制度の活用を通じた、公共サービスを含めた省エネ・新エネ設備導入促進に向けた連携強化を図る。また、基礎研究の振興を図りつつ、ノーベル賞を受賞するような世界最先端の研究開発を促進するとともに、イノベーションを促進するため、イノベーション創造機構(仮称)やイノベーション特区(仮称)を創設する。加えて、引き続き、サービス産業の生産性向上の支援を行う。

さらに、「経済財政改革の基本方針2008」(平成20年6月27日閣議決定)を踏まえ、すべての人が成長を実感できるように、世界最先端のIT国家化を推進し、世界のダイナミズムを積極的に取り入れることで世界とともに成長することを目指し、質の高い経済連携への取組を加速するとともに、第三期科学技術基本計画や研究開発強化法等を踏まえながら施策の充実・必要な予算の確保に努め、日本経済の強みであるものづくりに代表される技術力やコンテンツ、ブランド等ソフトパワーの維持・発展を図る。また「改革による成長」を強みに推し進める。「新経済成長戦略」(平成20年9月19日閣議決定)を強力に推し進める。

「宇宙基本法」(平成20年法律第43号)に基づく宇宙開発戦略本部の決定等を踏まえ、宇宙開発利用に関する施策の充実・必要な予算の確保に努め、総合的かつ計画的に実施する。

「海洋基本法」(平成19年法律第33号)、「海洋基本計画」(平成20年3月18日閣議決定)に基づき、排他的経済水域(EEZ)等における海洋資源の開発・利用・保全、海洋調査の推進、海洋研究開発の強化等の取組を実施する。

#### (低炭素社会の実現)

「京都議定書目標達成計画」(平成20年3月28日閣議決定)、「低炭素社会づくり行動計画」(平成20年7月29日閣議決定)に基づき、京都議定書目標の確実な達成、世界及び我が国の長期目標の実現に向け、需要と雇用を生む我が国の環境・エネルギー技術を育て、成長と両立する低炭素社会を世界に先駆けて実現する。

このため、規制等と組み合わせた重複のない効果的な手段により、環境モデル都市の支援等環境負荷の小さいまちづくり、省エネ性能の高い住宅や機器、自動車等の普及、太陽光・バイオマス等再生可能エネルギーの導入、CO<sub>2</sub>排出の「見

国産農産物の積極的活用を進める。  
さらに、国産材の住宅等への利用拡大等による林業の活性化や水産物の産地販  
売力の強化、漁業用資材、餌飼料の使用の改善合理化等による水産業の活性化等  
を進める。

こうした取組により、「強い農林水産業」を目指し、地域を活性化させる。このた  
め、食料自給率50%に向けた工程表を作成する。

(住宅・公共投資)

住宅ローン減税(個人所得課税)の延長・拡充等(住宅ローン減税の期限延長、  
最大控除可能額の過去最高水準までの引上げ、環境・高齢化問題等のための省工  
ネ・バリアフリーの住宅リフォーム減税等)について投資型の減税の導入等)、各種  
土地税制の延長・拡充、優良な住宅取得支援制度の充実、容積率の緩和(高度な  
環境対策を行う建築物、優良な都市開発プロジェクト等)などを通じて住宅投資  
等を促進するとともに不動産市場の活性化を図る。また、安全・安心でゆとりあ  
る住生活空間を目指し、「住生活基本計画」(平成18年9月19日閣議決定)に基  
づき、高齢者・子育て世帯等の居住の安定確保、老朽マンションの再生等を図る。  
住宅・建築物等生活空間のバリアフリー化を推進する。

地球温暖化により懸念される集中豪雨の増加等の自然環境の変化も考慮しつ  
つ、大規模な地震や水害・土砂災害等に備え、防災・減災対策を戦略的・重点的  
に進める。その際、学校や住宅等の耐震化の一層の加速、公共施設の震災対策の  
実施、災害時要援護者の避難支援等ハード・ソフトの連携を図る。また、消防等  
地域防災力の向上を図る。

歳出改革を進める中で、今後とも公共投資に関する改革を継続する。地域の自  
立・活性化、国際物流ネットワークの構築等による我が国の成長力強化、防災・  
減災等による安全・安心の確保等を推進するため、真に必要な公共投資を選別す  
る観点から、整備水準や施設の利用状況等を踏まえた事業のメリハリ付けを行  
う。適正価格での契約への配慮を行うとともに、コスト構造改善や入札改革を進  
め、更なる重点化・効率化を図る。地域間の予算配分は整備状況や必要性等地域  
の実情を踏まえて弾力的に行う。

既存ストックの有効活用、効率的・計画的な維持管理・更新による長寿命化、  
PFIを通じて更なる民間活力の活用、規格の見直し等による効率的な公共事業  
の実施に努める。

国・地方を通じて入札談合等の不正行為の排除を徹底するとともに、一般競争  
方式の拡大・総合評価方式の拡充、ダンピング対策の徹底等による入札・契約制  
度の改革に取り組み。また、経済社会状況の最新のデータに基づいたPDCAの  
厳格な実施、事業評価に関する第三者機関の機能の拡充、実績が事前の評価を下  
回る事例の十分な把握等を通じ、不測の見直しを行いつつ計画的に実施し、引き

える化)、環境に配慮した事業活動や金融のグリーン化の推進、環境教育・国民  
運動の展開等、生活や社会の在り方の変革を促す取組をはじめ、革新的技術開発、  
排出量取引の国内統合市場の試行的実施、原子力の推進、森林の整備・保全等の  
森林吸収源対策、京都メカニズムの活用等の取組を加速する。

また、世界で先頭をゆく環境・省エネ国家として、平成21年末の合意に向け、  
ポスト京都議定書の公平で実効ある枠組みづくりを主導するため、セクター別ア  
プローチによる技術移転等の協力、「クールアース・パートナーシップ」等によ  
る途上国支援、原子力の安全で平和的な利用拡大及びアジアにおける低炭素・低  
公害型の経済活動普及のための国際的取組・支援、気候変動に関する研究・観測  
体制の強化、国際海運からのCO2削減に向けた取組、違法伐採対策等を進める。

さらに、自然共生社会や循環型社会に向けた取組を国内外で統合的に推進する。

3 地方の底力の発揮

(地域活性化)

少子高齢化が急速に進行する一方で地方は疲弊し、都市部との格差は拡大して  
いる。窮状にある地方に手を差し伸べ、その「底力」が発揮できるよう、「生活対  
策」に基づいて実施する高速道路料金の大幅引下げなどとあわせて、以下のよう  
に地域の再生に取り組む。

「地方再生戦略」に基づき、地域の成長力強化や生活基盤の確保など地方再生  
に向けた取組を進める。地域企業の事業再生のため、地域力再生機構を早期に創  
設・活用するとともに、第三セクター改革を推進する。商店街等地域商業の活性  
化やICT基盤整備・利活用、デジタル放送への円滑な移行、産学官連携による  
地域科学技術の振興、地域公共交通の活性化・再生、農工商連携の推進、過疎・  
離島地域等の活性化、PFIの活用等によって地域経済活性化を図る。また、平  
成22年に訪日外国人旅行者数を1,000万人とするなどの目標に向け、「観光立国  
推進基本計画」(平成19年6月29日閣議決定)及び観光庁の創設を踏まえ、観光  
立国の実現に向けた取組を推進する。中心市と周辺市町村が協定により役割分担  
する「定住自立圏構想」の実現に向けた取組を各府省連携して進める。

(強い農林水産業づくり)

「21世紀新農政2008」(平成20年5月7日食料・農業・農村政策推進本部決定)  
を着実に実施し、農地の確保と徹底した有効利用、農地の集積、企業型農業経営  
の拡大、米粉・飼料用米等の利用等を推進し、食料供給力を強化する。小規模農  
家を含め水田の有効活用に取り組み農業者への支援を充実する。また、IT技術  
の活用や省エネ促進等の技術に関する施策の強化、都市との共生・対流による農  
山漁村の活性化を推進するとともに、地場農産物の国内外での販路拡大等による

続き事業評価結果の予算への反映を徹底するなど、事前・事後の事業評価の充実及び厳格な適用を実施する。

道路特定財源については、「道路特定財源等に関する基本方針」(平成20年5月13日閣議決定)に沿って見直し、平成20年末までに結論を得て、平成21年度から一般財源化する。

#### (地方財政)

平成21年度予算においても、国の取組と歩調を合わせて、人件費、投資的経費、一般行政経費の各分野にわたり、厳しく抑制を図るとともに、安定的な財政運営に必要となる地方税、地方交付税等の一般財源の総額を確保する。

地域間の財政力格差に対応するため、地方再生対策の考え方に従った交付税配分の重点化を引き続き進め、地方交付税を財政の厳しい地域に重点的に配分する。

道路特定財源の一般財源化に際し、1兆円を地方の実情に応じて使用する新たな仕組みを作る。

地方自治体(一般会計)に長期・低利の資金を融通できる、地方共同の金融機構の創設について検討する。

景気後退や「生活対策」に伴う地方税や地方交付税の原資となる国税5税の減収等について、地方公共団体への適切な財政措置を講じる。

地方公共団体においては、「地方公共団体における行政改革の更なる推進のための指針」(平成18年8月31日)等を踏まえ、より一層積極的に地方行革に取り組む。

資料2

# 平成18年度社会保障給付費

国立社会保障・人口問題研究所 2008年11月18日

国立社会保障・人口問題研究所が11月18日に発表した「平成18(2006)年度社会保障給付費」の概要。06年度の社会給付費は総額89兆1098億円で、対前年度増加額は1兆3270億円、伸び率は1.5%だった。また、社会保障給付費の対国民所得比は23.87%で、前年度に比べて0.07ポイント減少している。国民1人当たりの社会保障給付費は69万7400円で、対前年度比1.5%の伸び率だった。

「医療」「年金」「福祉その他」の部門別にみると、医療は28兆1027億円で、総額に占める割合は31.5%(対前年度伸び率0.0%)だった。その他年金の総額に占める割合は53.1%、福祉その他は15.4%となっている。なお、9つの機能別分類では「高齢」の総額に占める割合が50.1%と最も多く、44兆円6618億円に達することも明らかになっている。

表章記号は次のとおりである

計数のない場合	—
比率が微小(0.05未満)の場合	0.0
推計数が表章単位の1/2未満の場合	0
減少数(率)の場合	△

これは平成18年度の社会保障給付費について、平成20年度にとりまとめ公表したものである。

本資料の内容は国立社会保障・人口問題研究所のホームページ(<http://www.ipss.go.jp>)で公開されている。全文がPDFファイルで、表データはエクセル形式でダウンロードできる。

◎お問い合わせは右担当へ：国立社会保障・人口問題研究所 企画部 第3室  
電話：03-3595-2985 ファックス：03-3591-4912

ISSN 1882-1847

平成18年度

社 会 保 障 給 付 費

平成20年11月



I 社会保障給付費の範囲等

1. 社会保障給付費の範囲は、ILO(国際労働機関)が国際比較上定めた社会保障の基準に基づいて決定されている。

ILOでは、社会保障の基準を次のように定めている。すなわち、以下の3基準を満たすすべての制度を社会保障制度と定義する。

- ① 制度の目的が、次のリスクやニーズのいずれかに対する給付を提供するものであること。
(1)高齢 (2)遺族 (3)障害 (4)労働災害 (5)保健医療 (6)家族 (7)失業
(8)住宅 (9)生活保護その他
② 制度が法律によって定められ、それによって特定の権利が付与され、あるいは公的、準公的、若しくは独立の機関によって責任が課せられるものであること。
③ 制度が法律によって定められた公的、準公的、若しくは独立の機関によって管理されていること。あるいは法的に定められた責務の実行を委任された民間の機関であること。特に、労働者災害補償の制度については、民間機関により実行されていることがあるが、対象の中に含めるべきである。

上記の基準に従えば、社会保障制度として、社会保障制度(雇用保険や労働者災害補償保険を含む)、家族手当制度、公務員に対する特別制度、公衆衛生サービス、公的扶助、社会福祉制度、戦争犠牲者に対する給付などが含まれる。

社会保障給付費は、上記のILO基準に従い、国内の社会保障各制度の給付費について、毎年度の決算等をもとに推計したものである。なお、ILO基準に従えば、児童福祉、老人福祉等の分野で地方自治体が地方の財政のみにより行っている事業等の費用も上記の基準に合致するものであれば社会保障給付費から除外されるものではないが、国内の統計資料の制約から基本的には含まれていない。

ILOは1949年以来19回の社会保障費用調査を実施し、各国から提供された社会保障費データを、「The Cost of Social Security」としてインターネットのホームページで公開している。

(ILO該当URLはhttp://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/areas/stat/cs/index.htm)

- 2. 社会保障給付費の「医療」「年金」「福祉その他」部門別分類は、次のとおりである。「医療」には、医療保険、老人保健の医療給付、生活保護の医療扶助、労災保険の医療給付、結核、精神その他の公費負担医療、保健所等が行う公衆衛生サービスに係る費用等が含まれる。「年金」には、厚生年金、国民年金等の公的年金、恩給及び労災保険の年金給付等が含まれる。「福祉その他」には、社会福祉サービスや介護対策に係る費用、生活保護の医療扶助以外の各種扶助、児童手当等の各種手当、医療保険の傷病手当金、労災保険の休業補償給付、雇用保険の失業給付が含まれる。また、再掲した介護対策には、介護保険給付と生活保護の介護扶助、原簿被験者介護保険一部負担金及び介護休業給付が含まれる。
3. 社会保障給付費の機能別分類は、上記社会保障給付費の範囲1. ①におけるリスクやニーズごとに給付費を集計したものである。
4. 平成18年度における障害者自立支援法の施行を契機に、関係する費用とその機能別分類等についての精査を過去に遡って行い、必要な改訂を行った。

目次

I 社会保障給付費の範囲 .....1
II 平成18年度社会保障給付費の概要 .....2
表1 部門別社会保障給付費
表2 部門別社会保障給付費の対国民所得比
表3 1人(1世帯)当たり社会保障給付費
図1 社会保障給付費の部門別推移
表4 機能別社会保障給付費
表5 機能別社会保障給付費の対国民所得比
図2 機能別社会保障給付費の推移
表6 高齢者関係給付費
III 平成18年度社会保障財源の概要 .....7
表7 項目別社会保障財源
図3 収入、制度、部門、機能、対象者からみた社会保障給付費
統計表
第1表 社会保障給付費の部門別推移 .....11
第2表 社会保障給付費(対国民所得比)の部門別推移 .....12
第3表 社会保障給付費・国民所得の対前年度伸び率の推移 .....13
第4表 1人当たり社会保障給付費と1人当たり国民所得の推移 .....14
第5表 高齢者関係給付費の推移 .....16
第6表 児童・家族関係給付費の推移 .....17
第7表 制度別社会保障給付費の推移 .....18
第8表 機能別社会保障給付費の推移(平成14~18年度) .....20
第9表 平成18年度社会保障費用 .....22
第10表 社会保障財源の項目別推移 .....30
第11表 社会保障財源の項目別推移(平成14~18年度) .....32
参 考: 機能別社会保障給付費の項目説明 .....33

【付録】

OECD基準の社会支出の国際比較 .....37

表3 1人(1世帯)当たり社会保険給付費

社会保険給付費	平成17年度		平成18年度		対前年度比	
	千円	千円	千円	千円	増加額	伸び率
1人当たり	687.0	697.4	10.4	1.5		
1世帯当たり	1,841.9	1,850.8	8.9	0.5		

(注) 1世帯当たり社会保険給付費=(世帯人員総数/世帯総数)×1人当たり社会保険給付費  
によって算出した。

II 平成18年度社会保険給付費の概要

- 平成18年度社会保険給付費の総額は89兆1,098億円である。  
(1) 部門別社会保険給付費をみると、「医療」が28兆1,027億円(31.5%)、「年金」が47兆3,253億円(53.1%)、「福祉その他」が13兆6,818億円(15.4%)である。  
(2) 平成18年度社会保険給付費の対前年度伸び率は1.5%であり、対国民所得比は23.87%である。  
(3) 国民1人当たり社会保険給付費は69万7,400円であり、1世帯当たりでは185万8,000円となっている。

表1 部門別社会保険給付費

社会保険給付費	平成17年度 億円	平成18年度 億円	対前年度比	
			増加額 億円	伸び率 %
計	877,827 (100.0)	891,098 (100.0)	13,270	1.5
医療	281,094 (32.0)	281,027 (31.5)	△ 66	△ 0.0
年金	462,930 (52.7)	473,253 (53.1)	10,322	2.2
福祉その他	133,803 (15.2)	136,818 (15.4)	3,015	2.3
介護対策(再掲)	58,795 (6.7)	60,601 (6.8)	1,806	3.1

(注) ( ) 内は構成割合である。

表2 部門別社会保険給付費の対国民所得比

社会保険給付費	平成17年度		平成18年度		対前年度増加分	
	%	%	%	%	ポイント	%ポイント
計	23.94	23.87	7.53	12.68	△ 0.07	△ 0.14
医療	7.67	7.53	12.68	3.67	0.05	0.02
年金	12.63	12.68	3.67	1.62	0.02	0.02
福祉その他 介護対策(再掲)	3.65 1.60	3.67 1.62				

図1 社会保険給付費の部門別推移

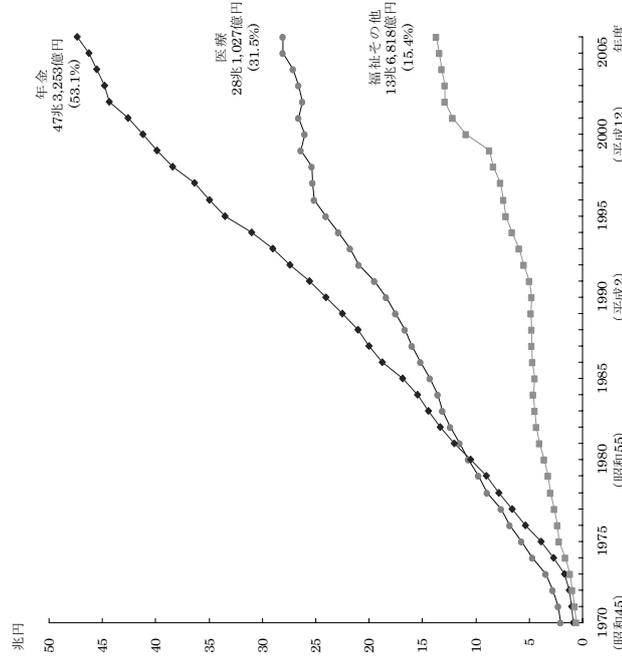


表5 機能別社会保障給付費の対国民所得比

社会保障給付費	平成17年度		平成18年度		対前年度増加分 %ポイント
	億円	%	億円	%	
計	877,827 (100.0)	23.94	891,098 (100.0)	23.87	△ 0.07
高齢	436,042 (49.7)	11.89	446,618 (50.1)	11.97	0.07
遺族	63,684 (7.3)	1.74	64,479 (7.2)	1.73	△ 0.01
障害	22,227 (2.5)	0.61	25,618 (2.9)	0.69	0.08
労働災害	9,704 (1.1)	0.26	9,829 (1.1)	0.26	△ 0.00
保健医療	275,067 (31.3)	7.50	274,696 (30.8)	7.36	△ 0.14
家族	31,306 (3.6)	0.85	30,705 (3.4)	0.82	△ 0.03
失業	13,444 (1.5)	0.37	12,396 (1.4)	0.33	△ 0.03
住宅	3,305 (0.4)	0.09	3,416 (0.4)	0.09	0.00
生活保護その他	23,048 (2.6)	0.63	23,341 (2.6)	0.63	△ 0.00

(注) 平成18年度については、障害者自立支援法の施行に伴い、「家族」や「保健医療」から「障害」に移行した費用があることや、障害者自立支援対策臨時交付金の支出があること等に留意する必要がある。平成17年度以前と単純に比較することができない。

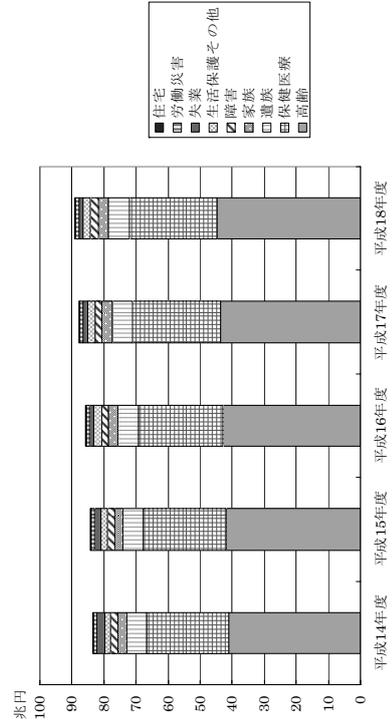
2. 機能別社会保障給付費をみると「高齢」が全体の50.1%で最も大きく、ついで「保健医療」が30.8%であり、この二つの機能で80.9%を占めている。これ以外の機能では、「遺族」(7.2%)、「家族」(3.4%)、「障害」(2.9%)、「生活保護その他」(2.6%)、「失業」(1.4%)、「労働災害」(1.1%)、「住宅」(0.4%)の順となっている。

表4 機能別社会保障給付費

社会保障給付費	平成17年度		平成18年度		対前年度比	
	億円	伸び率	億円	伸び率	増加額	%
計	877,827 (100.0)	1.5	891,098 (100.0)	1.5	13,270	1.5
高齢	436,042 (49.7)	2.4	446,618 (50.1)	2.4	10,576	2.4
遺族	63,684 (7.3)	1.2	64,479 (7.2)	1.2	795	1.2
障害	22,227 (2.5)	15.3	25,618 (2.9)	15.3	3,392	15.3
労働災害	9,704 (1.1)	1.3	9,829 (1.1)	1.3	124	1.3
保健医療	275,067 (31.3)	△ 0.1	274,696 (30.8)	△ 0.1	△ 371	△ 0.1
家族	31,306 (3.6)	△ 1.9	30,705 (3.4)	△ 1.9	△ 601	△ 1.9
失業	13,444 (1.5)	△ 7.8	12,396 (1.4)	△ 7.8	△ 1,048	△ 7.8
住宅	3,305 (0.4)	3.4	3,416 (0.4)	3.4	112	3.4
生活保護その他	23,048 (2.6)	1.3	23,341 (2.6)	1.3	293	1.3

(注) 1. ( ) 内は構成割合である。  
2. 機能別の項目説明は、83頁を参照。  
3. 平成18年度については、障害者自立支援法の施行に伴い、「家族」や「保健医療」から「障害」に移行した費用があることや、障害者自立支援対策臨時交付金の支出があること等に留意する必要がある。平成17年度以前と単純に比較することができない。

図2 機能別社会保障給付費の推移



III 平成18年度社会保険財源の概要

平成18年度の社会保険財源の総額は104兆3,713億円である。

- (1) 項目別割合をみると、社会保険料が53.8%、公費負担が29.8%、他の収入が16.4%となっている。
- (2) 対前年度比は11.1%の減少となった。

表7 項目別社会保険財源

	平成17年度		平成18年度		対前年度比	
	億円 (100.0)	%	億円 (100.0)	%	増加額	伸び率
<b>計</b>	1,173,897	100.0	1,043,713	100.0	△130,184	△11.1
I 社会保険料	547,072 (46.6)		562,016 (53.8)		14,944	2.7
事業主拠出	263,603 (22.5)		269,847 (25.9)		6,245	2.4
被保険者拠出	283,469 (24.1)		292,169 (28.0)		8,699	3.1
II 公費負担	299,525 (25.5)		310,750 (29.8)		11,225	3.7
国	219,857 (18.7)		218,703 (21.0)		△1,155	△0.5
地方	79,668 (6.8)		92,048 (8.8)		12,380	15.5
III 他の収入	327,300 (27.9)		170,947 (16.4)		△156,353	△47.8
資産収入	188,465 (16.1)		87,222 (8.4)		△101,243	△53.7
その他	138,835 (11.8)		83,725 (8.0)		△55,110	△39.7

(注)

- 1. ( ) 内は構成割合である。
- 2. 「他の収入」については、厚生年金等における積立金の運用収入は時価ベースで評価していること等に留意する必要がある。また、「その他」は「積立金からの収入」を含む。

3. 年金保険給付費、老人保健(医療分)給付費、老人福祉サービス給付費及び高齢者雇用継続給付費を合わせた高齢者関係給付費は、平成18年度には62兆2,297億円となり、社会保険給付費に対する割合は69.8%である。

表6 高齢者関係給付費

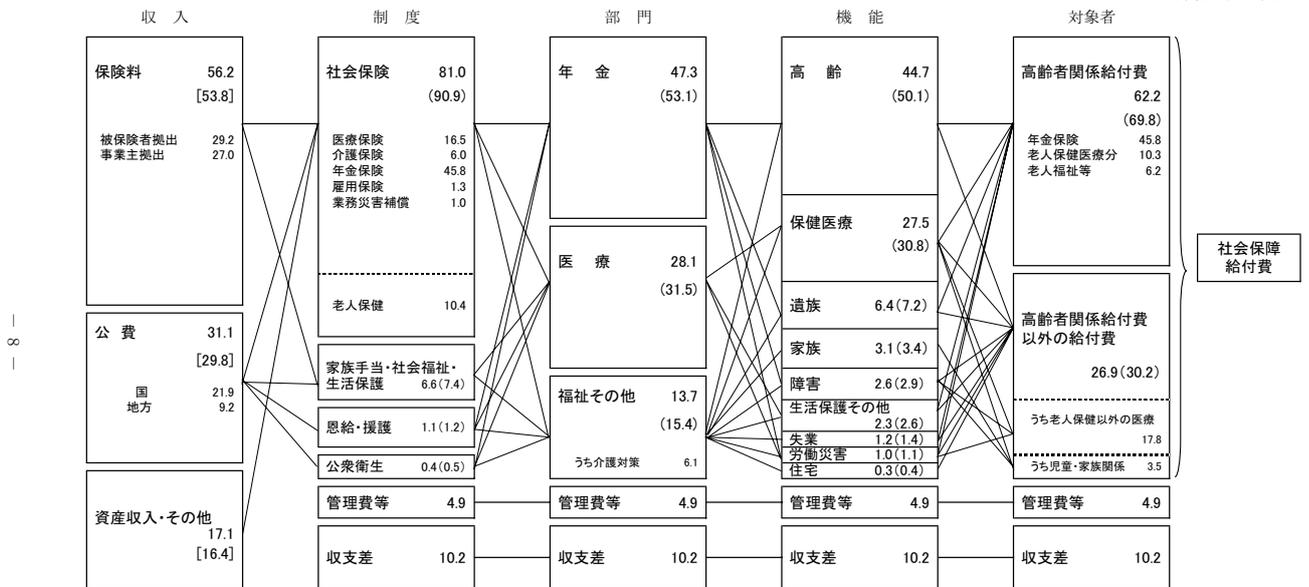
	平成17年度		平成18年度		対前年度伸び率	
	億円 (100.0)	%	億円 (100.0)	%	増加額	伸び率
社会保険給付費	877,827	1.5	891,098	1.5		
年金保険給付費	446,690	2.5	457,716	2.5		
老人保健(医療分)給付費	106,669	△3.6	102,874	△3.6		
老人福祉サービス給付費	58,910	2.9	60,602	2.9		
高齢者雇用継続給付費	1,256	△12.0	1,105	△12.0		
計	613,524 (69.9)	1.4	622,297 (69.8)	1.4		
60歳以上人口	3,434	1.2	3,475	1.2		
65歳以上人口	2,576	3.3	2,660	3.3		
70歳以上人口	1,830	3.7	1,898	3.7		
75歳以上人口	1,164	4.6	1,217	4.6		

(注)

- 1. ( ) 内は社会保険給付費に占める割合である。
- 2. 老人福祉サービス給付費は、介護対策給付費と介護保険以外の福祉サービス費等からなる。
- 3. 高齢者雇用継続給付費は、60歳から65歳までの継続雇用、再就職の促進を図る観点から、60歳時点に比して算金額が25%以上低下した状態で雇用を継続する高齢者に対し、60歳以後の賃金額の15%相当額を65歳に達するまでの間支給するものである。
- 4. 老人保健制度においては、対象年齢を平成14年10月より5年間で段階的に70歳以上から75歳以上へ引き上げるものとなっており、平成18年10月には75歳に引き上げられている。したがって、上記「老人保健(医療分)給付費」の平成17年度と平成18年度の額も対象となる年齢が異なっていることに留意する必要がある。なお、「平成18年度国民医療費(厚生労働省)」によると、平成18年度の75歳以上の国民医療費の対前年度伸び率は1.5%の増加である。

図3 収入、制度、部門、機能、対象者からみた社会保障給付費(2006(平成18)年度)

(単位:兆円、%)



(注)

- 「児童・家族関係」は、社会保障給付費のうち、医療保険の出産育児一時金、雇用保険の育児休業給付、保育所運営費、児童手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当である。
- 平成18年度の社会保障収入は104.4兆円(他制度からの移転を除く)であり、[ ]内は社会保障収入に対する割合。
- 平成18年度の社会保障給付費は89.1兆円であり、( )内は社会保障給付費に対する割合。

統計表

第1表 社会保険給付費の部門別推移

Table with columns for year (年度), total (計), medical (医療), social security contribution (社会保険給付費), and composition (構成割合). It shows data from 1950 to 2006, including sub-categories like pension (年金) and other social security (福祉その他).

(注) 四捨五入の関係で総数が一致しない場合がある。

第2表 社会保険給付費(対国民所得比)の部門別推移

(単位:%)

Table showing the ratio of social security contribution to national income by department from 1951 to 2006. Columns include year (年度), total (計), medical (医療), pension (年金), other social security (福祉その他), and national income (国民所得).

(資料) 国民所得出所は、昭和29年度以前は経済企画庁「昭和53年版国民所得統計年報」、昭和30-52年度は同「長期調査と主要系列国民所得統計年報」、昭和53-54年度は同「平成12年版国民所得統計年報」、昭和55-平成7年度は内閣府経済社会総合研究所「平成17年版国民所得統計年報」、平成8-18年度は同「平成20年版国民所得統計年報」による。

第4表 1人当たり社会保障給付費と1人当たり国民所得の推移

年度	1人当たり社会保障給付費		1人当たり国民所得	
	実額(千円)	指数 1973年=100	実額(千円)	指数 1973年=100
1951(昭和26)	1.9	3.3	52.5	6.0
1952( 27)	2.6	4.5	60.8	6.9
1953( 28)	3.0	5.2	69.0	7.8
1954( 29)	4.4	7.7	74.7	8.5
1955( 30)	4.4	7.7	78.2	8.9
1956( 31)	4.4	7.7	87.6	10.0
1957( 32)	4.8	8.4	97.6	11.1
1958( 33)	5.5	9.6	102.3	11.6
1959( 34)	6.2	10.8	119.2	13.6
1960( 35)	7.0	12.2	144.5	16.4
1961( 36)	8.4	14.6	170.6	19.4
1962( 37)	9.7	16.9	188.1	21.4
1963( 38)	11.7	20.4	219.5	25.0
1964( 39)	13.7	23.9	247.6	28.2
1965( 40)	16.2	28.2	273.2	31.1
1966( 41)	18.9	32.9	319.6	36.4
1967( 42)	21.6	37.7	375.0	42.7
1968( 43)	24.8	43.2	431.7	49.1
1969( 44)	28.0	48.9	508.7	57.9
1970( 45)	33.7	58.7	586.0	66.7
1971( 46)	37.9	66.1	621.7	70.7
1972( 47)	46.3	80.8	724.9	82.5
1973( 48)	57.4	100.0	879.1	100.0
1974( 49)	81.6	142.3	1,018.1	115.8
1975( 50)	105.1	183.3	1,108.7	126.1
1976( 51)	128.4	223.8	1,242.4	141.3
1977( 52)	147.9	257.9	1,364.7	155.2
1978( 53)	171.7	299.3	1,492.2	169.7
1979( 54)	189.3	329.9	1,569.6	178.5
1980( 55)	211.6	368.9	1,737.3	197.6
1981( 56)	233.8	407.5	1,981.1	204.5
1982( 57)	253.5	441.9	1,854.1	210.9
1983( 58)	267.5	466.3	1,935.9	220.2
1984( 59)	279.6	487.4	2,022.2	230.0
1985( 60)	294.8	513.8	2,158.3	245.5
1986( 61)	317.2	553.0	2,204.8	250.8
1987( 62)	333.2	580.9	2,306.9	262.4
1988( 63)	345.9	603.0	2,477.9	281.9
1989(平成元)	364.3	635.0	2,616.7	297.6
1990( 2)	382.0	665.9	2,819.3	320.7
1991( 3)	404.2	704.6	2,991.8	340.3
1992( 4)	432.5	754.0	2,966.9	337.5
1993( 5)	455.3	793.7	2,955.7	336.2
1994( 6)	483.6	843.0	2,987.6	339.8
1995( 7)	515.4	898.5	2,982.3	339.2
1996( 8)	536.6	935.4	3,026.1	344.2
1997( 9)	550.1	959.0	3,029.3	344.6
1998( 10)	570.3	994.1	2,918.2	331.9
1999( 11)	592.3	1,032.5	2,876.7	327.2
2000( 12)	615.5	1,072.9	2,930.2	333.3
2001( 13)	639.4	1,114.7	2,841.0	323.2
2002( 14)	655.7	1,143.0	2,792.5	317.6
2003( 15)	660.2	1,150.9	2,806.0	319.2
2004( 16)	672.5	1,172.3	2,849.9	324.2
2005( 17)	687.0	1,197.7	2,869.7	326.4
2006( 18)	697.4	1,215.8	2,921.2	332.3

第3表 社会保障給付費・国民所得の対前年度伸び率の推移

年度	社会保障給付費				国民所得
	計	医療	年金	福祉その他	
1951(昭和26)	24.6	24.5	24.9	—	—
1952( 27)	39.7	42.9	36.2	17.6	17.6
1953( 28)	17.5	28.8	4.8	15.1	15.1
1954( 29)	49.0	15.7	94.3	9.8	9.8
1955( 30)	1.4	12.1	△ 7.3	5.8	5.8
1956( 31)	2.4	5.2	△ 0.3	13.2	13.2
1957( 32)	9.3	10.2	8.3	12.3	12.3
1958( 33)	16.6	△ 5.6	39.8	5.8	5.8
1959( 34)	13.7	20.2	9.2	17.7	17.7
1960( 35)	13.4	16.6	10.9	22.2	22.2
1961( 36)	20.6	30.9	12.2	19.2	19.2
1962( 37)	16.7	22.1	11.6	11.3	11.3
1963( 38)	21.6	25.2	17.9	17.9	17.9
1964( 39)	20.2	24.5	15.3	14.0	14.0
1965( 40)	19.0	24.7	14.8	11.5	11.5
1966( 41)	16.4	17.8	19.7	9.2	18.0
1967( 42)	15.9	16.9	17.8	11.0	18.7
1968( 43)	15.9	16.7	18.0	11.4	16.4
1969( 44)	14.6	15.6	18.9	5.7	19.2
1970( 45)	22.6	22.3	23.4	22.2	17.1
1971( 46)	14.2	8.4	19.0	27.7	8.0
1972( 47)	23.8	24.9	21.3	23.9	18.2
1973( 48)	25.6	21.9	35.5	23.4	23.0
1974( 49)	44.2	40.8	47.4	40.8	17.4
1975( 50)	30.4	21.0	45.0	33.5	10.2
1976( 51)	23.3	19.2	37.6	8.8	13.2
1977( 52)	16.3	12.0	23.3	13.0	10.9
1978( 53)	17.1	13.0	19.0	10.3	10.3
1979( 54)	11.2	9.6	14.6	6.8	6.1
1980( 55)	12.7	9.8	16.4	11.2	11.5
1981( 56)	11.3	7.4	15.2	11.5	4.2
1982( 57)	9.2	7.7	10.8	8.6	3.8
1983( 58)	6.2	5.5	8.0	2.7	5.1
1984( 59)	5.2	3.6	7.2	3.5	5.1
1985( 60)	6.1	5.3	9.3	△ 2.5	7.4
1986( 61)	8.2	6.1	11.1	3.9	2.7
1987( 62)	5.6	5.6	6.5	1.4	5.1
1988( 63)	4.2	4.2	5.3	△ 0.1	7.9
1989(平成元)	5.7	5.1	7.1	1.6	6.0
1990( 2)	5.2	4.9	6.7	△ 0.3	8.1
1991( 3)	6.2	6.1	6.5	4.5	6.5
1992( 4)	7.4	7.4	7.0	9.4	△ 0.5
1993( 5)	5.5	4.1	6.0	8.6	△ 0.1
1994( 6)	6.4	4.9	6.8	10.6	1.4
1995( 7)	7.0	5.2	8.0	8.8	0.1
1996( 8)	4.4	4.7	4.3	3.4	1.7
1997( 9)	2.8	0.5	4.1	4.0	0.4
1998( 10)	3.9	0.4	5.5	8.0	△ 3.4
1999( 11)	4.0	3.9	3.9	5.0	△ 1.2
2000( 12)	4.1	△ 1.5	3.2	25.0	2.0
2001( 13)	4.2	2.4	3.3	11.6	△ 2.8
2002( 14)	2.7	△ 1.4	4.2	6.0	△ 1.5
2003( 15)	0.8	1.3	0.9	△ 0.4	0.7
2004( 16)	1.9	2.0	1.6	2.6	1.6
2005( 17)	2.2	3.6	1.7	1.4	0.8
2006( 18)	1.5	△ 0.0	2.2	2.3	1.8

(単位: %)

第6表 児童・家族関係給付費の推移

年度	児童手当計				児童福祉サービス	育児休業給付	合計	出産関係費	総計	
	徳円	対前年度 伸び率	%	対前年度 伸び率					徳円	%
1975(昭和50)	1,829	1,444	385	3,549	—	—	5,378	6,608	—	5.6
1976( 51)	2,333	1,691	642	4,258	—	—	6,591	7,505	13.6	5.2
1977( 52)	2,509	1,695	814	4,802	—	—	7,311	9,013	20.1	5.3
1978( 53)	2,834	1,719	1,114	5,243	—	—	8,076	9,759	8.3	4.9
1979( 54)	3,180	1,785	1,396	5,744	—	—	8,924	10,591	8.5	4.8
1980( 55)	3,560	1,778	1,782	5,998	—	—	9,558	11,197	8.7	4.5
1981( 56)	3,790	1,641	2,149	6,225	—	—	10,014	12,163	8.6	4.4
1982( 57)	4,109	1,660	2,449	6,386	—	—	10,494	12,735	4.7	4.2
1983( 58)	4,365	1,650	2,715	6,138	—	—	10,503	12,763	0.2	4.0
1984( 59)	4,544	1,637	2,908	6,408	—	—	10,952	13,593	6.5	4.0
1985( 60)	4,617	1,589	3,027	6,836	—	—	11,453	14,513	6.8	4.1
1986( 61)	4,604	1,605	3,000	7,635	—	—	12,239	15,401	6.1	4.0
1987( 62)	4,574	1,558	3,016	7,356	—	—	11,931	15,080	△ 2.1	3.7
1988( 63)	4,500	1,488	3,012	7,555	—	—	12,055	15,160	0.5	3.6
1989(平成元)	4,465	1,464	3,011	8,046	—	—	12,511	16,501	2.3	3.5
1990( 2)	4,449	1,391	3,059	8,532	—	—	12,981	16,886	3.1	3.4
1991( 3)	4,439	1,381	3,058	8,927	—	—	13,786	16,870	5.5	3.4
1992( 4)	5,267	2,173	3,094	9,691	—	—	14,958	18,650	10.6	3.5
1993( 5)	5,072	1,942	3,130	10,424	6	—	15,502	19,277	3.4	3.4
1994( 6)	4,928	1,710	3,218	10,768	5	—	15,701	19,925	3.4	3.3
1995( 7)	5,112	1,612	3,500	11,177	327	—	16,616	21,113	6.0	3.3
1996( 8)	5,201	1,536	3,666	13,312	507	—	19,021	23,615	11.8	3.5
1997( 9)	5,304	1,497	3,807	12,809	559	—	18,672	23,259	△ 1.5	3.4
1998( 10)	5,370	1,486	3,885	13,336	603	—	19,310	23,997	3.2	3.3
1999( 11)	5,524	1,547	3,977	14,188	643	—	20,355	24,972	4.1	3.3
2000( 12)	7,116	2,917	4,199	14,963	721	—	22,801	27,419	9.8	3.5
2001( 13)	8,574	4,062	4,512	15,876	1,078	—	25,527	30,133	9.9	3.7
2002( 14)	8,964	4,315	4,649	16,766	1,241	—	26,970	31,513	4.6	3.8
2003( 15)	9,158	4,365	4,792	16,724	1,304	—	27,186	31,626	0.4	3.8
2004( 16)	11,236	5,909	5,327	17,180	1,370	—	29,786	34,229	8.2	4.0
2005( 17)	11,579	6,300	5,279	18,268	1,428	—	31,274	35,637	4.1	4.2
2006( 18)	13,512	8,084	5,428	15,674	1,487	—	30,673	35,391	△ 0.7	4.0

(注) 平成18年度については、障害者自立支援法の施行に伴い、児童福祉サービスの対象から外れた費用があることに留意する必要がある。あり、平成17年度以前と単純に比較することができない。

第5表 高齢者関係給付費の推移

年度	年金保険給付費	老人保健(医療分)給付費	老人福祉サービス給付費	高齢者雇用継続給付費	計		社会保険給付費	対前年度 伸び率
					徳円	%		
1973(昭和48)	10,757	4,289	586	—	15,642	25.0	62,587	—
1974( 49)	19,205	6,652	877	—	26,734	70.9	90,270	44.2
1975( 50)	28,924	8,666	1,164	—	38,754	45.0	117,693	30.4
1976( 51)	40,697	10,780	1,489	—	52,965	36.7	145,165	23.3
1977( 52)	50,942	12,872	1,798	—	65,612	23.9	168,868	16.3
1978( 53)	61,329	15,948	2,060	—	79,336	20.9	197,763	17.1
1979( 54)	70,896	18,503	2,306	—	91,706	15.6	219,832	11.2
1980( 55)	83,675	21,269	2,570	—	107,514	17.2	247,736	12.7
1981( 56)	97,903	24,280	2,822	—	125,004	16.3	275,638	11.3
1982( 57)	109,552	27,450	3,129	—	140,131	12.1	300,973	9.2
1983( 58)	120,122	32,660	3,306	—	156,088	11.4	319,733	6.2
1984( 59)	130,497	35,534	3,467	—	169,498	8.6	336,396	5.2
1985( 60)	144,549	40,070	3,668	—	188,288	11.1	356,798	6.1
1986( 61)	163,140	43,584	4,316	—	211,041	12.1	385,918	8.2
1987( 62)	175,081	46,638	4,278	—	225,997	7.1	407,337	5.6
1988( 63)	185,889	49,824	4,569	—	240,282	6.3	424,582	4.2
1989(平成元)	201,126	53,730	5,106	—	259,962	8.2	448,822	5.7
1990( 2)	216,182	57,331	5,749	—	279,262	7.4	472,203	5.2
1991( 3)	231,909	61,976	6,562	—	300,437	7.6	501,346	6.2
1992( 4)	249,728	66,685	7,456	—	323,869	7.8	528,280	7.4
1993( 5)	266,199	71,394	8,171	—	345,764	6.8	568,039	5.5
1994( 6)	286,248	77,804	9,066	—	373,117	7.9	604,660	6.4
1995( 7)	311,565	84,525	10,902	117	407,109	9.1	647,243	7.0
1996( 8)	326,713	92,166	11,537	369	430,784	5.8	675,402	4.4
1997( 9)	341,699	96,392	12,743	567	451,401	4.8	694,087	2.8
1998( 10)	362,379	101,092	13,797	773	478,041	5.9	721,333	3.9
1999( 11)	378,061	109,443	13,841	954	502,299	5.1	750,338	4.0
2000( 12)	391,729	103,469	14,193	1,086	530,476	5.6	781,191	4.1
2001( 13)	406,178	107,216	14,329	1,250	557,673	5.1	813,928	4.2
2002( 14)	425,025	107,125	14,377	1,437	582,171	4.4	835,584	2.7
2003( 15)	429,959	106,343	14,489	1,489	590,890	1.5	842,582	0.8
2004( 16)	438,143	105,879	14,424	1,389	602,836	2.0	858,660	1.9
2005( 17)	446,690	106,669	14,424	1,256	615,524	1.8	871,827	2.2
2006( 18)	457,716	102,874	14,424	1,105	622,297	1.4	881,098	1.5

(注) 老人保健制度においては、対象年齢を平成14年10月より5年間で段階的に70歳以上から75歳以上へ引き上げる。こととなり、平成13年度以前、平成14年度、平成15年度、平成16年度、平成17年度、平成18年度でそれぞれ対象となる年齢が異なっていることに留意する必要がある。なお、「国民医療費(厚生労働省)」によると、75歳以上の国民医療費の対前年度伸び率は、平成14年度0.5%増、平成15年度3.8%増、平成16年度5.7%増、平成17年度5.7%増、平成18年度1.5%増である。

第7表 制度別社会保険給付費の推移

(単位：百万円、割合%)

年度	1997(平成9)	1998(平成10)	1999(平成11)	2000(平成12)	2001(平成13)	2002(平成14)	2003(平成15)	2004(平成16)	2005(平成17)	2006(平成18)
総計	69,408,687	72,133,280	75,033,754	78,119,108	81,392,881	83,538,384	84,258,195	85,866,002	87,782,748	89,109,794
老人保険	14,665,248	14,360,954	14,436,281	14,572,699	14,791,576	14,839,575	14,711,798	15,276,653	16,141,036	16,534,328
老人保健	9,777,650	10,188,446	11,026,058	10,447,419	10,804,055	10,801,187	10,722,379	10,675,768	10,753,916	10,378,744
介護保険	—	—	—	3,252,114	4,122,775	4,666,117	5,110,400	5,577,221	5,823,169	5,999,798
年金保険	34,169,859	36,237,881	37,806,127	39,172,913	40,617,812	42,502,502	42,995,871	43,814,337	44,668,954	45,771,556
雇用保険等	2,313,828	2,703,379	2,836,289	2,664,958	2,713,358	2,619,154	2,024,562	1,528,279	1,435,313	1,336,550
業務災害補償	1,054,426	1,044,118	1,025,530	1,018,528	1,015,412	982,922	973,367	958,723	953,185	965,993
家族手当	530,420	537,013	553,367	711,649	857,359	896,364	915,765	1,123,641	1,157,903	1,351,217
生活保護	1,606,257	1,682,009	1,814,815	1,929,889	2,060,403	2,186,944	2,365,553	2,552,832	2,592,255	2,635,638
社会福祉	2,915,792	3,082,738	3,312,714	2,186,116	2,315,038	2,460,362	2,469,305	2,539,797	2,504,698	2,600,278
公衆衛生	552,680	537,943	539,865	554,917	560,460	544,067	592,919	535,923	547,416	427,534
恩給	1,599,757	1,547,077	1,486,055	1,419,745	1,350,930	1,280,425	1,204,272	1,131,933	1,058,666	984,098
競争犠牲者保護	222,770	211,723	197,651	188,161	183,654	178,763	172,005	150,895	146,238	124,059
総計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
医療保険	21.1	19.9	19.2	18.7	18.2	17.3	17.5	17.8	18.4	18.6
老人保健	14.1	14.1	14.7	13.4	13.3	12.9	12.7	12.4	12.3	11.6
介護保険	—	—	—	4.2	5.1	5.6	6.1	6.5	6.6	6.7
年金保険	49.2	50.2	50.4	50.1	49.9	50.9	51.0	51.0	50.9	51.4
雇用保険等	3.3	3.7	3.8	3.4	3.3	3.1	2.4	1.8	1.6	1.5
業務災害補償	1.5	1.4	1.4	1.3	1.2	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1
家族手当	0.8	0.7	0.7	0.9	1.1	1.1	1.1	1.3	1.3	1.5
生活保護	2.3	2.3	2.4	2.5	2.5	2.6	2.8	3.0	3.0	3.0
社会福祉	4.2	4.3	4.4	2.8	2.8	2.9	2.9	3.0	2.9	2.9
公衆衛生	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.5
恩給	2.3	2.1	2.0	1.8	1.7	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1
競争犠牲者保護	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1

(注)

1. 老人保健には医療を含む保健事業すべてが計上されている。
2. 家族手当は、児童手当のほか、社会福祉中の児童扶養手当及び特別児童扶養手当を含む。
3. 雇用保険等は雇用保険の総額と船員保険の失業・雇用対策の給付を含む。
4. 老人保健制度においては、対象年齢を平成14年10月より5年間で段階的に70歳以上から75歳以上へ引き上げることとなり、平成13年度以前、平成14年度、平成15年度、平成16年度、平成17年度、平成18年度、平成19年度、それぞれ対象となる年齢が異なっていることに留意する必要がある。なお、「国民医療費(厚生労働省)」によると、75歳以上の国民医療費の対前年度伸び率は、平成14年度0.5%増、平成15年度3.8%増、平成16年度5.7%増、平成17年度5.7%増、平成18年度1.5%増である。

第8表 機能別社会保険給付費の推移(平成14～18年度)

	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
社会保険給付費	892,558,884	84,258,195	85,866,002	87,752,748	89,100,794
Ⅰ 医療	41,017,410	41,770,175	42,822,083	43,604,210	44,681,789
現金給付	36,246,886	36,669,425	37,188,028	37,825,638	38,712,106
早期退職年金	35,190,854	35,987,688	36,724,189	37,614,277	38,511,593
一括給付金	—	—	—	—	—
退職(老齢)給付金	995,544	518,800	402,665	150,926	146,896
その他の現金給付	60,187	62,937	61,174	60,434	53,617
現物給付	4,770,825	5,209,570	5,634,055	5,778,574	5,949,684
Ⅱ 遺族	6,087,924	6,168,727	6,252,736	6,367,958	6,447,860
現金給付	6,086,813	6,168,104	6,252,220	6,367,958	6,447,516
遺族年金	5,966,577	6,048,610	6,147,198	6,261,849	6,398,906
一括給付金	10,299	10,378	11,431	12,228	12,443
その他の現金給付	109,837	109,116	93,591	93,882	76,166
現物給付	711	623	517	427	344
理葬費	—	—	—	—	—
その他	711	623	517	427	344
Ⅲ 障害	2,159,929	2,178,040	2,238,338	2,222,655	2,561,827
現金給付	1,715,825	1,727,152	1,749,186	1,772,131	1,805,230
障害年金	1,689,835	1,680,606	1,702,198	1,725,255	1,758,853
軽度障害年金	—	—	—	—	—
早期退職年金	—	—	—	—	—
一括給付金	350	386	—	—	—
障害給付金	46,140	46,161	46,607	46,521	45,992
その他の現金給付	—	—	—	—	—
現物給付	444,103	450,887	489,152	490,525	796,597
Ⅳ 労働災害	1,001,203	991,219	976,289	970,440	982,875
被保険者に対する現金給付	481,670	473,042	461,604	455,091	453,975
短期現金給付	178,465	172,921	166,465	163,901	163,932
長期現金給付(年金)	235,370	233,322	230,525	227,536	224,877
その他の現金給付	67,834	66,798	64,614	64,034	65,166
遺族に対する現金給付	271,298	271,696	269,540	272,464	287,100
定期給付金	248,466	247,211	245,330	245,308	255,989
その他の現金給付	22,832	23,117	22,930	23,866	31,111
現物給付	248,235	246,581	245,125	242,884	241,891
療養の現物給付	246,046	244,250	242,737	240,272	238,977
その他	2,189	1,331	2,388	2,606	2,914
Ⅴ 国民健康保険	25,829,433	26,026,571	26,536,353	27,506,471	27,467,826
現金給付	942,646	946,971	956,353	967,047	977,984
療養給付	240,733	235,582	243,371	257,934	272,917
出産給付	451,080	443,724	444,084	436,038	471,535
その他の現金給付	217,849	217,409	217,297	220,124	203,237
現物給付(医療)	24,916,582	25,179,973	25,633,654	26,539,426	26,522,556
Ⅵ 児童	2,700,178	2,721,735	2,981,717	3,130,575	3,070,472
現金給付	1,023,623	1,049,291	1,263,761	1,303,815	1,503,028
定型的現金給付	1,023,623	1,049,291	1,263,761	1,303,815	1,503,028
その他の現金給付	—	—	—	—	—
現物給付	1,676,555	1,672,444	1,717,956	1,826,760	1,567,444
Ⅶ 公費	2,547,179	1,947,088	1,444,236	1,344,426	1,239,581
現金給付	2,547,179	1,947,088	1,444,236	1,344,426	1,239,581
正現失業手当	2,152,741	1,631,601	1,212,014	1,093,731	989,361
特別失業手当	242,050	166,847	149,852	182,914	175,511
退職/余剰手当	—	—	—	—	—
その他の現金給付	152,388	148,640	82,370	67,784	64,709
現物給付	—	—	—	—	—
Ⅷ 住宅	250,321	279,623	313,019	330,472	341,646
現金給付	250,321	279,623	313,019	330,472	341,646
家賃補助金	—	—	—	—	—
現物給付	—	—	—	—	—
家主補助金	—	—	—	—	—
その他	—	—	—	—	—
Ⅸ 生活保護その他	1,965,898	2,115,873	2,296,270	2,304,838	2,334,097
現金給付	765,015	823,449	879,120	880,315	887,669
定期的現金給付	759,912	817,534	869,296	872,926	880,911
その他の現金給付	5,103	5,916	9,825	7,988	6,758
現物給付	1,200,883	1,292,424	1,420,150	1,423,523	1,446,428

(注) 1. 第8表は、ILO事務局「第19次社会保険費用調査」の分類に従って算出したものである。  
 2. 平成18年度については、障害者自立支援法の施行に伴い、「Ⅴ国民健康保険」や「Ⅶ公費」の現物給付から、「Ⅲ障害」の現物給付に移行した費用があることや、障害者自立支援法附則特例交付金の支出があること等に留意する必要がある。平成17年度以前と単純に比較することができない。

第9表 平成18年度社会保険費用 ①

(単位:百万円)

	取				入				収入合計			
	拠		出		社会保険 特別税	国庫負担	他の公費負担	資産収入		その他	小 計	他制度からの 移転
	被保険者	事業主	被保険者	事業主								
社会保険												
1.健康保険	3,321,768	3,322,741				897,127		335	24,850	7,606,821	290	7,607,110 1.(A)
(A)政府管掌健康保険	2,917,866	3,552,656			7,996			64,660	415,333	6,958,512		6,958,512 1.(B)
(B)組合管掌健康保険	4,210,293				3,641,430		2,383,103		421,337	10,656,163	2,343,183	12,999,346 2.
2.国民健康保険	832,375									832,375	2,343,183	3,175,558
退職者医療制度(再掲)												
3.老人保健						3,045,795	1,520,767			4,566,562	5,707,810	10,274,371 3.
4.介護保険	1,262,074				1,458,267		1,889,373	206	142,513	4,752,432	1,823,885	6,576,317 4.
5.厚生年金保険	10,491,730	10,491,730			4,870,145			4,278,975	4,543,601	34,676,181	2,582,710	37,258,892 5.
6.厚生年金基金等	455,914	1,119,918			480			1,832,335	6,229	3,414,877	86,717	3,501,594 6.
7.国民年金	1,903,806				1,888,979			299,404	1,732,937	5,825,127	13,619,195	19,444,322 7.
8.農業者年金基金等	160,145				153,458			163,785	19,913	497,301		497,301 8.
9.船員保険	18,999	43,115			4,193			1,323	1,275	68,904		68,904 9.
10.農林漁業団体職員共済組合		22,946			1,791			4,411	774,185	774,185		774,185 10.
11.日本私立学校振興・共済事業団	252,695	247,343			56,101		7,431	123,946	981	688,498	15,694	704,192 11.
12.雇用保険	1,226,381	1,765,778			398,132			13,072	13,161	3,416,525		3,416,525 12.
13.労働者災害補償保険		1,032,229			1,242			105,419	238,859	1,377,750		1,377,750 13.
家族手当												
14.児童手当		210,108			227,047		470,535		3,175	910,865		910,865 14.
公務員												
15.国家公務員共済組合	766,699	1,221,209			162,935			262,569	45,863	2,459,275	235,992	2,695,267 15.
16.存続組合等		456,129			636			14,973	386	472,124		472,124 16.
17.地方公務員等共済組合	2,228,482	3,368,747			3,493		401,994	1,555,127	14,826	7,572,670	340,802	7,913,472 17.
18.旧令共済組合等		230			11,293			195		11,718		11,718 18.
19.国家公務員災害補償		13,515								13,515		13,515 19.
20.地方公務員等災害補償	0	27,344						1,460	2,255	31,060		31,060 20.
21.旧公企企業体職員業務災害		6,745								6,745		6,745 21.
22.国家公務員恩給		34,335			129					34,464		34,464 22.
23.地方公務員恩給		47,904								47,904		47,904 23.
公衆衛生												
24.公衆衛生					434,088		136,960			571,047		571,047 24.
公的扶助及び社会福祉												
25.生活保護					2,006,227		668,009			2,674,236		2,674,236 25.
26.社会福祉					1,526,745		1,726,617			3,253,362		3,253,362 26.
競争犠牲者												
27.競争犠牲者					1,032,522					1,032,522		1,032,522 27.
総 計	29,216,854	26,984,723			21,870,251		9,204,788	8,722,196	8,372,531	104,371,344	26,756,278	131,127,621

第9表 平成18年度社会保険費用 ② (単位:百万円)

	支 給				出 付				
	疾病・出産		医 療	現 金	業 務		災 害	年 金	家 族 手 当
	医 療	現 金			医 療	医 療 以 外 の 現 物			
			3,715,199	322,104			—	—	—
社会保険									
1.健康保険									1.(A)
(A)政府管掌健康保険	3,715,199	322,104	—	—	—	—	—	—	—
(B)組合管掌健康保険	2,863,248	278,991	—	—	—	—	—	—	1.(B)
2.国民健康保険	8,100,850	100,882	—	—	—	—	—	—	2.
退職者医療制度(再掲)	2,675,154	—	—	—	—	—	—	—	—
3.老人保健	10,287,416	—	—	—	—	—	—	—	3.
4.介護保険	—	—	—	—	—	—	—	—	4.
5.厚生年金保険	—	—	—	—	—	—	22,254,094	—	5.
6.厚生年金基金等	—	—	—	—	—	—	1,595,335	—	6.
7.国民年金	—	—	—	—	—	—	15,320,757	—	7.
8.農業者年金基金等	—	—	—	—	—	—	207,413	—	8.
9.船員保険	17,011	2,043	—	—	—	—	2,079	2,330	9.
10.農林漁業団体職員共済組合	—	—	—	—	—	—	—	—	10.
11.日本私立学校振興・共済事業団	92,135	8,956	—	—	—	—	—	—	11.
12.雇用保険	—	95,507	—	—	—	—	—	1,237,252	12.
13.労働者災害補償保険	—	—	223,388	2,777	—	—	484,757	195,786	13.
家族手当	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14.児童手当	—	—	—	—	—	—	—	—	808,401
公務員									
15.国家公務員共済組合	214,505	21,146	—	—	—	—	—	1,664,665	—
16.存続組合等	—	—	—	—	—	—	3,973	42,294	—
17.地方公務員等共済組合	629,598	86,277	—	—	—	—	4,288	4,385,236	—
18.旧令共済組合等	44	1,611	—	—	—	—	6,542	3,796	—
19.国家公務員災害補償	—	—	3,975	19	—	—	6,673	2,847	—
20.地方公務員等災害補償	—	—	7,442	28	—	—	17,105	4,317	—
21.日本公共企業体職員業務災害	—	—	78	—	—	—	6,532	74	—
22.国家公務員恩給	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23.地方公務員恩給	—	—	—	—	—	—	—	34,335	—
公衆保健サービス	—	—	—	—	—	—	—	47,904	—
24.公衆衛生	399,798	104,040	—	—	—	—	—	1,781	—
公的扶助及び社会福祉	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25.生活保護	1,352,118	239	—	—	—	—	—	—	—
26.社会福祉	190,930	—	—	—	—	—	—	—	542,816
職争犠牲者	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27.職争犠牲者	896	—	—	—	—	—	—	—	—
総 計	27,863,748	1,021,797	238,977	2,824	585,971	205,104	46,789,284	1,239,581	1,351,217

第9表 平成18年度社会保険費用 ③

(単位:百万円)

	支				出				小計
	給		付		管理費	運用損失	その他		
	介護対象		その他						
	現物	現金	医療以外の現物	現金					
社会保険									
1.健康保険	-	-	-	13,846	4,051,150	40,304	-	135,847	4,227,301 1.(A)
(A)政府管掌健康保険	-	-	-	10,570	3,152,809	123,461	-	526,814	3,803,084 1.(B)
(B)組合管掌健康保険	-	-	-	37,667	8,239,398	223,037	-	1,097,447	9,559,882 2.
2.国民健康保険	-	-	-	-	2,675,154	-	-	-	2,675,154
退職者医療制度(再掲)	-	-	-	-	10,287,416	-	-	46,606	10,334,022 3.
3.老人保健	-	-	-	-	5,999,798	207,592	-	207,936	6,415,325 4.
4.介護保険	5,947,241	52,556	-	-	22,254,094	51,229	-	81,289	22,386,612 5.
5.厚生年金保険	-	-	-	-	1,595,335	139,738	-	15,872	1,750,945 6.
6.厚生年金基金等	-	-	-	-	15,320,757	129,229	-	51,493	15,501,479 7.
7.国民年金	-	-	-	-	207,413	10,472	-	9,838	227,723 8.
8.農業年金基金等	-	-	-	564	34,223	1,552	-	1,739	37,514 9.
9.船員保険	-	1	-	-	45,701	2,161	-	726,323	774,185 10.
10.農林漁業団体職員共済組合	-	-	-	1,872	340,425	3,766	-	1,194	345,386 11.
11.日本私立学校振興・共済事業団	-	-	-	-	1,394,220	114,956	-	429,019	1,878,195 12.
12.雇用保険	-	1,462	-	-	906,708	46,161	-	166,284	1,119,153 13.
13.労働者災害補償保険	-	-	-	-	-	-	-	-	-
家族手当	-	-	-	67,410	-	1,988	-	6,454	884,254 14.
14.児童手当	-	-	-	-	875,811	-	-	-	-
公務員									
15.国家公務員共済組合	-	70	-	4,052	1,908,411	6,448	-	2,060	1,916,918 15.
16.存続組合等	-	-	-	-	46,582	974	-	4	47,560 16.
17.地方公務員等共済組合	-	836	-	8,170	5,116,660	35,588	-	1,395	5,153,643 17.
18.旧令共済組合等	-	-	-	-	5,451	259	-	6,009	11,719 18.
19.国家公務員災害補償	-	-	-	-	13,515	-	-	-	13,515 19.
20.地方公務員等災害補償	-	-	-	-	28,892	1,747	-	399	31,037 20.
21.旧公共企業体職員業務災害	-	-	-	-	6,684	-	-	62	6,746 21.
22.国家公務員恩給	-	-	-	-	34,335	129	-	-	34,464 22.
23.地方公務員恩給	-	-	-	-	47,904	-	-	-	47,904 23.
公衆保健サービス									
24.公衆衛生	2,317	-	10,926	1	518,863	2,038	-	50,147	571,047 24.
公的扶助及び社会福祉									
25.生活保護	55,585	-	-	1,227,696	2,635,638	38,598	-	-	2,674,236 25.
26.社会福祉	-	-	2,295,482	46,457	3,075,684	17,294	-	160,383	3,253,362 26.
戦争犠牲者									
27.戦争犠牲者	-	-	344	76,166	1,025,917	6,605	-	-	1,032,522 27.
総計	6,005,144	54,925	2,374,161	1,427,059	89,109,794	1,205,325	-	3,724,615	94,039,734

第9表 平成18年度社会保険費用 ④

	支		支出合計	収支差
	他制度への 移転	支		
社会保険				
1.健康保険	3,253,497	7,480,798	126,313	1.(A)
(A)政府管掌健康保険	2,584,216	6,387,301	571,211	1.(D)
(B)国民健康保険	3,225,493	12,785,375	213,971	2.
退職者医療制度(再掲)		2,675,154	500,404	
3.老人保健		10,334,022	△ 59,651	3.
4.介護保険	609	6,415,934	160,383	4.
5.厚生年金保険	12,017,404	34,404,017	2,854,875	5.
6.厚生年金基金等		1,750,945	1,750,649	6.
7.国民年金	2,504,052	18,005,531	1,438,791	7.
8.農業者年金基金等		227,723	269,578	8.
9.船員保険	25,935	63,450	5,454	9.
10.農林漁業団体職員共済組合		774,185	0	10.
11.日本私立学校振興・共済事業団	251,754	597,140	107,051	11.
12.雇用保険		1,878,195	1,538,330	12.
13.労働者災害補償保険		1,119,153	258,597	13.
家族手当				
14.児童手当		884,254	26,611	14.
公務員				
15.国家公務員共済組合	650,540	2,567,458	127,809	15.
16.存続組合等	532,845	580,405	△ 108,281	16.
17.地方公務員等共済組合	1,825,661	6,979,304	934,168	17.
18.旧令共済組合等		11,719	0	18.
19.国家公務員災害補償		13,515	0	19.
20.地方公務員等災害補償		31,037	23	20.
21.旧公共企業体職員業務災害		6,745	0	21.
22.国家公務員恩給		34,464	0	22.
23.地方公務員恩給		47,904	0	23.
公衆健康サービス				
24.公衆衛生		571,047	0	24.
公的扶助及び社会福祉				
25.生活保護		2,674,236	0	25.
26.社会福祉		3,253,362	0	26.
戦争犠牲者				
27.戦争犠牲者		1,032,522	0	27.
総計	26,872,007	120,911,741	10,215,880	

(単位：百万円)

- (注)
- 第9表については、各制度の年報等による平成18年度決算の数値を、ILO事務局「第18次社会保険費用調査」の分類に従って単純集計したものである。
  - 「老人保健」は、医療・特定療養費の支出及び老人保健施設療養費、老人訪問看護療養費の支出に開するもののみを計上しており、これらを除く保健事業に関するものは、「公衆衛生」に計上している。
  - 国民年金は、福祉年金及び基礎年金を含む。
  - 厚生年金保険及び国民年金の資産収入は、「厚生年金保険及び国民年金における年金積立金運用報告書(平成18年度)」中、年金積立金の運用実績(承継資産の損益を含む場合)を参照して計上している。
  - 厚生年金基金等は、石炭鉱業年金基金を含む。
  - 農業者年金基金等は、国民年金基金を含む。
  - 農林漁業団体職員共済組合は、平成14年4月1日に厚生年金に統合されたが、職域加算部分(3階部分)の給付については、農林漁業団体職員共済組合から支給されている。
  - 公衆衛生は、結核医療等の公費負担医療を含む。
  - 家族手当は、児童手当のほか、社会福祉中の児童扶養手当及び特別児童扶養手当を含む。
  - 平成9年4月より「旧公共企業体職員共済組合」は、短期給付については組合管掌健康保険に継承され、長期給付については厚生年金に統合されたが、一部年金給付については、「16.存続組合等」に引き継がれている。
  - 四捨五入の関係で計に一致しない場合がある。0は百万円単位で四捨五入することであることを示す。
  - 「失業・雇用対策」には高年齢雇用継続給付等を含む。

備考 社会保険費用の項目説明

- 収入項目
  - 資産収入；利子、配当金、施設利用料、賃貸料、財産処分益、償還差益等。
  - 他制度からの移転；政府管掌健康保険が組合管掌健康保険及び国民健康保険から受ける日雇拠出金、国民健康保険が医療保険各制度から受ける退職者医療分にかかる療養給付費交付金、老人保健が医療保険各制度から受ける医療費拠出金、国民年金が年金保険制度から受け取る基礎年金拠出金、年金保険各制度が国民年金から受け取る基礎年金交付金、介護保険が各健康保険の拠出によって支払基金より移転される交付金等。
  - その他の収入；受取延滞金、損害賠償金、手数料、繰入金、繰越金、雑収入等。
- 支出項目
  - 管理費；業務取扱費、事務費、事務所費、総務費、基金運営費、業務委託費、組合会費、旅費等。
  - 運用損失；決算時点が生じた積立金等の評価損等。
  - その他の支出；支払基金事務費、施設整備費、保健施設費、福祉施設費、営繕費、組合債費、保険料等交付金等。
  - 他制度への移転；医療保険各制度から日雇特例、退職者医療及び老人保健への拠出金、年金保険各制度の国民年金に対する基礎年金拠出金、国民年金の年金保険各制度に対する基礎年金交付金、各健康保険から拠出される介護納付金等。

第10表 社会保障財源の項目別推移

年度	被保険者 拠出		事業主拠出		公費負担		国庫負担		資産収入		その他		合計
	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	
1951(昭和26)	568	28.1	578	28.6	738	36.5	478	23.6	260	12.9	22	1.1	2,023
1954( 29)	1,047	23.7	912	20.7	2,238	50.7	1,768	40.0	470	10.6	96	2.2	4,417
1957( 32)	1,383	23.7	2,649	45.4	1,415	24.2	1,068	18.3	346	5.9	148	2.5	5,839
1960( 35)	2,430	26.2	3,860	41.7	2,288	24.7	1,897	20.5	428	4.2	458	2.4	9,260
1961( 36)	3,038	26.3	3,514	30.4	4,053	35.1	3,629	31.4	493	3.7	621	5.4	11,545
1962( 37)	3,633	26.7	4,227	31.0	4,521	33.2	4,019	29.5	502	3.7	787	5.8	13,616
1963( 38)	4,282	26.2	5,119	31.3	5,439	33.3	4,815	29.4	624	3.8	965	5.9	16,353
1964( 39)	5,031	26.3	5,921	30.9	6,415	33.5	5,570	29.1	845	4.4	1,203	6.3	19,137
1965( 40)	6,475	27.0	7,293	30.4	7,792	32.5	6,798	28.3	994	4.1	1,516	6.3	23,996
1966( 41)	7,750	26.9	8,680	30.1	8,946	31.0	7,801	27.0	1,145	4.0	1,938	6.7	28,850
1967( 42)	8,814	26.1	10,213	30.2	10,303	30.5	9,023	26.7	1,280	3.8	2,459	7.3	33,820
1968( 43)	10,580	26.5	11,854	29.7	12,065	30.2	10,607	26.6	1,457	3.6	3,087	7.7	39,933
1969( 44)	13,205	29.2	13,992	30.9	13,588	30.0	11,964	26.4	1,624	3.6	3,925	8.7	45,247
1970( 45)	15,558	28.5	17,043	31.2	16,420	30.0	14,425	26.4	1,995	3.6	4,796	8.8	54,681
1971( 46)	18,638	28.7	20,743	31.9	18,481	28.4	16,285	25.1	2,196	3.4	6,158	9.5	64,978
1972( 47)	21,779	28.0	24,242	31.1	23,097	29.7	20,041	25.7	3,055	3.9	7,535	9.7	77,877
1973( 48)	26,906	27.4	30,131	30.7	30,933	31.5	26,701	27.2	4,232	4.3	9,137	9.3	98,202
1974( 49)	37,219	27.6	41,415	30.7	42,939	31.8	37,328	27.6	5,701	4.2	11,737	8.7	134,988
1975( 50)	44,238	26.4	50,826	30.4	55,421	33.1	48,519	29.0	6,903	4.1	14,641	8.7	167,375
1976( 51)	52,368	26.1	60,324	30.1	66,306	33.1	58,334	29.1	7,972	4.0	17,391	8.7	200,483
1977( 52)	62,801	26.7	70,687	30.1	77,090	32.8	68,003	28.9	9,086	3.9	20,894	8.9	234,987
1978( 53)	71,177	26.4	79,081	29.3	90,384	33.5	80,040	29.7	10,344	3.8	23,815	8.8	269,571
1979( 54)	78,591	26.4	86,247	28.9	100,626	33.7	89,031	29.9	11,595	3.9	27,284	9.1	298,251
1980( 55)	88,844	26.5	97,394	29.1	110,409	32.9	97,936	29.2	12,473	3.7	32,682	9.7	335,258
1981( 56)	100,214	26.8	109,937	29.4	119,044	31.8	105,794	28.3	13,250	3.5	38,830	10.4	374,123
1982( 57)	107,454	26.8	117,678	29.4	125,474	29.9	111,839	27.9	13,635	3.4	44,366	11.1	400,793
1983( 58)	112,755	26.9	124,646	29.7	125,474	29.9	111,057	26.5	14,581	3.5	49,943	11.9	419,642
1984( 59)	118,918	26.7	132,208	29.7	131,142	29.4	115,417	25.9	15,725	4.2	55,581	12.5	445,384
1985( 60)	131,583	27.1	144,363	29.7	138,056	28.4	117,880	24.3	20,179	3.0	62,020	12.8	485,773
1986( 61)	136,729	26.7	155,063	30.3	142,984	27.9	119,920	23.4	23,064	4.5	68,872	13.4	512,442
1987( 62)	143,348	26.9	161,273	30.2	145,322	27.2	127,474	22.8	23,848	4.5	71,981	13.5	533,637
1988( 63)	151,122	26.4	171,707	30.0	162,899	28.4	137,404	24.0	25,495	4.4	74,309	13.0	573,062
1989(平成元)	163,037	27.0	188,134	31.2	153,186	25.4	127,420	21.1	25,766	4.3	77,015	12.8	603,167
1990( 2)	184,985	27.9	210,206	31.7	161,974	24.4	134,559	20.3	27,416	4.1	83,580	12.6	663,678
1991( 3)	200,343	28.3	224,342	31.7	170,286	24.1	141,066	19.9	29,180	4.1	89,374	12.6	707,739
1992( 4)	208,474	28.2	234,789	31.8	180,766	24.5	147,363	19.9	33,403	4.5	90,810	12.3	739,207
1993( 5)	216,892	28.2	242,599	31.6	188,316	24.5	153,403	20.0	34,913	4.5	95,171	12.4	768,405
1994( 6)	225,468	28.3	249,454	31.3	194,766	24.5	156,934	19.7	37,831	4.8	93,630	11.8	795,707
1995( 7)	244,146	28.7	268,075	31.5	207,901	24.4	165,683	19.5	42,219	5.0	98,118	11.5	851,268
1996( 8)	252,511	29.0	274,649	31.5	213,323	24.5	168,348	19.3	44,975	5.2	96,594	11.1	871,223
1997( 9)	262,394	29.1	285,840	31.7	217,552	24.1	171,127	19.0	46,425	5.2	104,424	11.6	901,380
1998( 10)	263,358	29.5	286,449	32.1	219,898	24.6	171,697	19.2	48,201	5.4	89,989	10.1	892,622
1999( 11)	261,087	26.9	284,271	29.3	246,626	25.4	195,064	20.1	51,562	5.3	144,381	14.9	971,035
2000( 12)	266,589	29.6	283,106	31.4	252,184	28.0	197,066	21.9	55,118	6.1	64,976	7.2	901,585
2001( 13)	274,720	30.4	286,537	31.7	266,922	29.5	207,075	22.9	59,847	6.6	43,464	4.8	903,926
2002( 14)	274,731	31.1	284,054	32.2	267,141	30.3	205,520	23.3	61,620	7.0	16,124	1.8	882,219
2003( 15)	273,797	26.1	272,505	26.0	277,854	26.0	211,416	20.9	66,439	6.3	66,439	6.3	810,449
2004( 16)	275,285	27.9	262,256	26.6	288,642	26.3	216,488	21.2	72,154	7.3	70,005	7.1	904,452
2005( 17)	283,469	24.1	263,603	22.5	299,522	25.5	219,857	18.7	79,668	6.8	188,465	16.1	986,333
2006( 18)	292,169	28.0	269,847	25.9	310,750	29.8	218,703	21.0	92,048	8.8	87,222	8.4	1,043,713

(注)

- 第10表は、ILO事務局「第18次社会保障費用調査」の分類(他制度からの移転を除く部分)に従って算出したものである。但し、「社会保障特別税」はわが国では存在しないため表示していない。
- 公費負担とは「国庫負担」と「他の公費」の合計である。また、「他の公費」とは地方自治体の負担を示す。但し、地方自治体の負担とは国の制度に基づいて地方自治体が負担しているものであり、地方自治体が独自に行っている事業に対する負担は含まない。

参考：機能別社会保険給付費の項目説明

社会保険給付費	II.O定義	日本の例
<b>高齢</b>	退職によって労働市場から引退した人に提供される全ての給付が対象	厚生年金、老齢年金 国民年金、老齢年金、老齢福祉年金 厚生年金基金、農業者年金基金等、老齢年金等 各種共済組合；退職共済年金 各種恩給 介護保険の給付および社会福祉の老人福祉サービス等 (注) 高齢者の医療費は「保健医療」を含む (注) 生活保護の医療扶助は「生活保護その他」を含む
<b>遺族</b>	保護対象者の死亡により生じる給付が対象	厚生年金；遺族年金 国民年金；遺族年金および一時金 各種共済組合；遺族年金および一時金 戦争犠牲者；遺族等年金等 (注) 遺族に係る年金給付のうち業務災害制度から支給される給付は「労働災害」を含む
<b>障害</b>	部分的又は完全に就労不能な障害により保護対象者に支払われる給付が対象	厚生年金；障害年金および一時金 国民年金；障害年金 各種共済組合；障害年金および一時金 公衆衛生；予防接種事故救済給付 社会福祉；特別障害者手当、障害者自立支援給付等 労働者災害補償保険、船員保険、公務員の災害補償保険
<b>労働災害</b>	保護対象者の業務上の災害、病気、障害、死亡に対する労働災害補償制度から支払われる給付が対象	
<b>保健医療</b>	病気、傷害、出産による保護対象者の健康状態を維持、回復、改善する目的で提供される給付が対象(傷病で休職中の所得保障を含む)	健康保険制度(組合管理健康保険、政府管理健康保険、国民健康保険)の療養給付・出産給付、傷病手当金等 各種共済組合；短期(医療)給付・出産給付、休業給付 公衆衛生；予防接種事故救済給付・現金給付等 社会福祉；自立支援医療費 (注) 労働災害補償制度から支給される給付は「労働災害」を含む (注) 生活保護の医療扶助は「生活保護その他」を含む
<b>家族</b>	子どもその他の被扶養者がいる家族(世帯)を支養するために提供される給付が対象	雇用保険等の育児休業給付、介護休業給付 児童手当 公衆衛生；家庭介護手当、介護加算 社会福祉；児童介護手当、特別児童扶養手当、児童福祉サービス (児童保護費、児童健全育成事業等)
<b>失業</b>	失業した保護対象者に提供される給付が対象	雇用保険、船員保険；求職者給付、雇用継続給付、雇用安定事業 (注) 雇用継続給付の育児休業給付及び介護休業給付は「家族」を含む (注) 雇用安定事業は、失業者以外に在職者や雇用主対象の給付も含む
<b>住宅</b>	住居費の援助目的で提供される給付(貸付調査を行うもの)	生活保護制度；住宅扶助費
<b>生活保護その他</b>	定められた最低所得水準や最低限の生活必需品を得るために、援助を必要とする特定の個人又は集団に対して提供される現金及び現物給付が対象	生活保護；請扶助費 各種共済組合；災害見舞金等 (注) ただし、生活保護の住宅扶助は「住宅」を含む

(注) II.O定義とは「第19次社会保険費用調査」の基礎である。

第11表 社会保険財源の項目別推移(平成14~18年度)

	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
<b>合計</b>	88,221,872	104,749,205	98,683,283	117,389,728	104,371,344
<b>I 社会保険料</b>	55,878,434	54,630,178	53,754,121	54,707,181	56,201,578
事業主拠出	28,405,372	27,250,489	26,225,584	26,360,251	26,984,723
民間事業主拠出	23,334,507	22,275,300	21,323,333	21,515,951	22,199,162
公的事業主拠出	5,070,865	4,975,189	4,902,251	4,844,301	4,785,562
被保険者拠出	27,473,062	27,379,688	27,528,537	28,346,929	29,216,854
被用者拠出	20,707,898	20,389,369	20,456,230	21,148,942	21,680,537
自営業者及び年金受給者拠出	6,765,163	6,990,319	7,072,308	7,197,987	7,536,317
<b>II 公費負担</b>	26,714,085	27,785,418	28,864,229	29,952,544	31,075,039
普通税	26,714,085	27,785,418	28,864,229	29,952,544	31,075,039
国	20,552,036	21,141,553	21,648,791	21,985,706	21,870,251
地方	6,162,049	6,643,865	7,215,438	7,966,838	9,204,788
目的税	—	—	—	—	—
国	—	—	—	—	—
地方	—	—	—	—	—
<b>III 他の収入</b>	4,770,927	22,044,737	15,794,945	25,807,898	13,194,522
資産収入	1,612,356	15,222,875	7,000,469	15,846,485	8,722,196
その他	3,158,571	6,821,862	8,794,476	6,961,412	4,472,325
<b>IV 積立金からの受入</b>	858,426	288,872	219,988	6,922,106	3,900,205

(単位：百万円)

対前年度比

	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
<b>合計</b>	△ 2.40	△ 18.73	△ 5.84	△ 19.02	△ 11.09
<b>I 社会保険料</b>	△ 0.44	△ 2.23	△ 1.60	△ 1.77	△ 2.73
事業主拠出	△ 0.87	△ 4.07	△ 3.76	△ 0.51	△ 2.37
民間事業主拠出	△ 0.75	△ 4.54	△ 4.27	△ 0.90	△ 3.18
公的事業主拠出	△ 1.39	△ 1.89	△ 1.47	△ 1.18	△ 1.21
被保険者拠出	0.00	△ 0.34	0.54	△ 2.97	△ 3.07
被用者拠出	△ 1.08	△ 1.54	0.33	△ 3.39	△ 2.51
自営業者及び年金受給者拠出	3.47	3.33	1.17	1.78	△ 4.70
<b>II 公費負担</b>	0.08	4.01	3.88	3.77	3.75
普通税	0.08	4.01	3.88	3.77	3.75
国	△ 0.75	2.87	2.40	1.56	△ 0.53
地方	2.96	7.82	8.60	10.41	15.54
目的税	—	—	—	—	—
国	—	—	—	—	—
地方	—	—	—	—	—
<b>III 他の収入</b>	△ 29.17	362.06	△ 28.35	63.39	△ 48.87
資産収入	△ 62.90	844.14	△ 54.01	169.22	△ 53.72
その他	32.20	115.98	28.92	△ 20.84	△ 33.76
<b>IV 積立金からの受入</b>	2.31	△ 66.35	△ 23.85	3,046.59	△ 43.66

(単位：%)

(注) 第11表は、II.O事務局「第19次社会保険費用調査」の分類(他制度からの移転を除く)に従って算出したものである。普通税・目的税の業記はII.O分類によるが、公費負担の財源には他制度からの移転を除く)に従って算出している。

OECD基準による我が国の社会支出

OECD基準による我が国の社会支出は、2005年度で96.2兆円である。政策分野別にみると、「高齢」が最も多く45.1兆円(46.9%)、次いで「保健」31.8兆円(33.1%)、「遺族」6.5兆円(6.7%)の順になっている。

【付録】

OECD基準の  
社会支出の国際比較

我が国の社会保障給付費は、従来からILO基準でとりまとめられており、過去の推移をみる上では重要な指標であるが、同基準の諸外国のデータが1996年以降更新されず、今後も更新される見込みがない。

一方、やや範囲が異なるがOECD基準の社会支出は比較的新しい年次まで諸外国のデータが公表されており、本報告書においても、OECDの推計結果を掲載しているところである。

OECD基準の社会支出は、ILO基準に比べて範囲が広く、施設整備費などの直接個人に移転されない費用も計上されている。

参考表1 日本の社会支出の推移

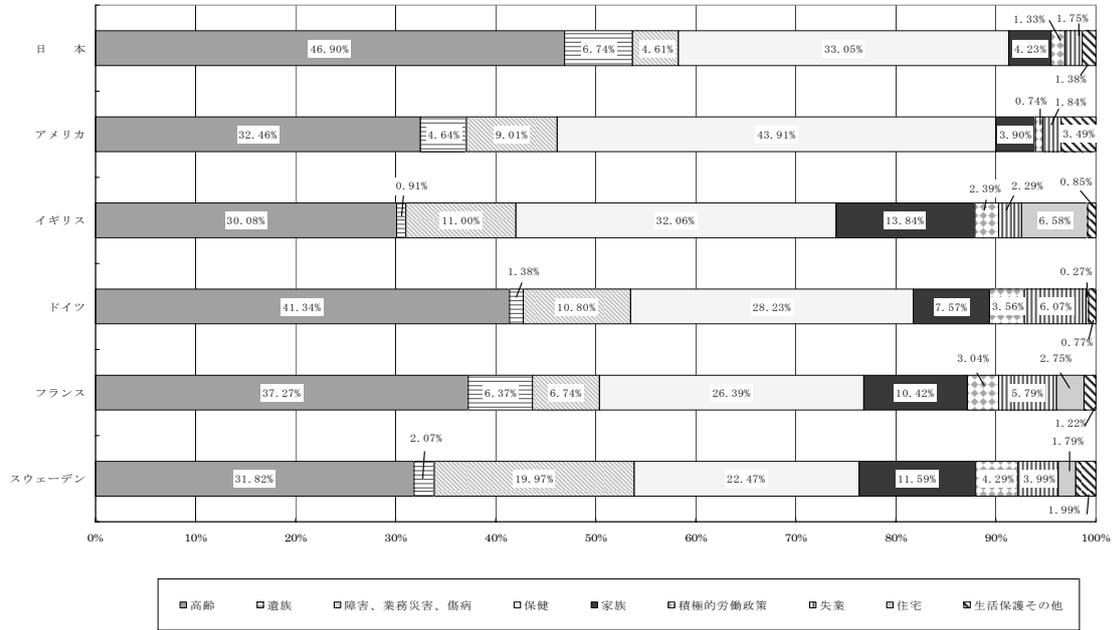
(単位：億円)

	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	対前年度 伸び率(%)
高齢	339,127 (40.6)	373,521 (43.2)	396,816 (43.9)	419,982 (45.7)	429,076 (46.3)	438,909 (46.7)	451,194 (46.9)	451,194 (46.9)	2.8
遺族	58,423 (7.0)	59,814 (6.9)	61,129 (6.8)	61,947 (6.7)	62,780 (6.8)	63,634 (6.8)	64,817 (6.7)	64,817 (6.7)	1.9
障害、業務 災害、傷病	46,951 (5.6)	46,773 (5.4)	48,625 (5.4)	46,184 (5.0)	47,612 (5.1)	46,540 (5.0)	44,376 (4.6)	44,376 (4.6)	△ 4.6
保健	304,066 (36.4)	297,657 (34.4)	305,676 (33.8)	299,071 (32.6)	302,338 (32.6)	306,138 (32.6)	317,950 (33.1)	317,950 (33.1)	3.9
家族	31,634 (3.8)	32,418 (3.7)	35,060 (3.9)	36,443 (4.0)	36,585 (3.9)	39,136 (4.2)	40,735 (4.2)	40,735 (4.2)	4.1
積極的労働政策	14,732 (1.8)	14,653 (1.7)	14,416 (1.6)	14,400 (1.6)	14,888 (1.6)	13,655 (1.5)	12,775 (1.3)	12,775 (1.3)	△ 6.4
失業	31,651 (3.8)	30,648 (3.5)	31,217 (3.5)	28,926 (3.1)	22,201 (2.4)	17,664 (1.9)	16,859 (1.8)	16,859 (1.8)	△ 4.6
住宅	— (—)	—							
生活保護その他	9,512 (1.1)	9,788 (1.1)	10,368 (1.1)	11,346 (1.2)	12,199 (1.3)	13,341 (1.4)	13,285 (1.4)	13,285 (1.4)	△ 0.4
合計	836,096 (100.0)	865,271 (100.0)	903,307 (100.0)	918,300 (100.0)	927,680 (100.0)	939,018 (100.0)	961,991 (100.0)	961,991 (100.0)	2.4
国民所得比	22.9%	23.3%	25.0%	25.8%	25.9%	25.8%	26.2%	26.2%	0.43
国内総生産比	16.7%	17.2%	18.3%	18.7%	18.8%	18.8%	19.1%	19.1%	0.26

(注)

1. ( ) 内は構成割合である。
2. 国民所得比と国内総生産比の対前年度伸び率は、対前年度増加分(単位：%ポイント)である。  
(資料) OECD Social Expenditure Database 2008ed. による。

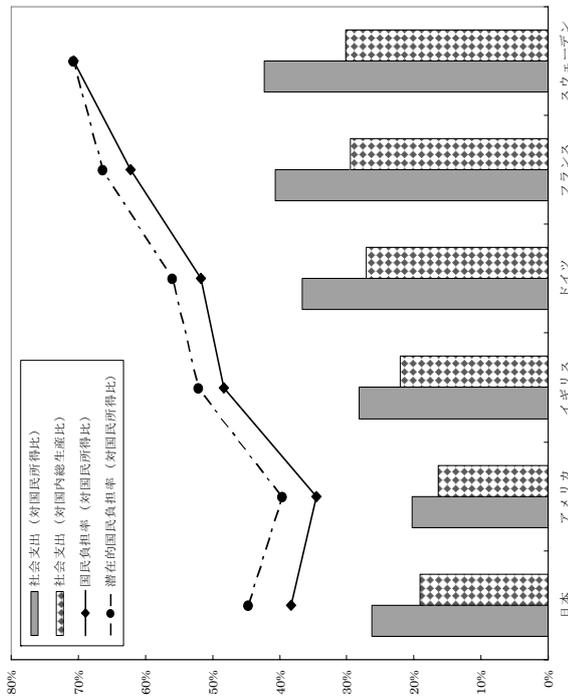
参考図2 政策分野別社会支出の構成割合の国際比較(2005年)



OECD基準の社会支出の国際比較

諸外国の社会支出を対国内総生産比で見ると、我が国は、アメリカよりは大きい、ヨーロッパ諸国に比べると小さくなっている。同時に(潜在的)国民負担率についても同様の傾向がみられる。(参考図1)

参考図1 社会支出と(潜在的)国民負担率の国際比較(2005年)



参考表2 社会支出と(潜在的)国民負担率の国際比較(2005年)

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
社会支出(対国民所得比)	26.24%	20.31%	28.20%	36.65%	40.65%	42.34%
社会支出(対国内総生産比)	19.09%	16.33%	22.03%	27.14%	29.40%	30.12%
国民負担率(対国民所得比)	38.3%	34.5%	48.3%	51.7%	62.2%	70.7%
潜在的国民負担率(対国民所得比)	44.6%	39.6%	52.1%	56.0%	66.3%	70.7%

(注) (潜在的)国民負担率には社会保障以外の負担も含む。  
 (資料) 諸外国は、OECD Social Expenditure Database 2008ed. による。  
 日本の国民所得及び国内総生産については、内閣府経済社会総合研究所「平成20年版国民経済計算年報」による(以下同じ)。(潜在的)国民負担率は、財務省調べ。



資料3

# 安心と希望の介護ビジョン

厚生労働省 2008年11月20日

厚生労働省が11月20日にとりまとめた「安心と希望の介護ビジョン」。超高齢社会を迎える中で、暮る将来の不安を乗り越え、「安心」と「希望」を抱いて生活できる社会を築いていくために、2025年を見据えて取り組むべき施策を提言するとしている。施策は、高齢者自らが安心と希望の地域づくりに貢献できる環境づくり、高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上、介護従事者にとっての安心と希望の実現の3点があげられ、具体的な取り組み内容が示されている。

のつながりを持って生きていきける社会を創らなければならない。住み慣れた地域の中心で暮らす、生きていくか、まずは、私たち一人一人が考え、選択していく必要がある。そして、私たち一人ひとりが、人とのつながりを持って生きていきける社会を創ることによって、世代、心身の状態を超えて一人ひとりが必要とされ、生きがいを持って生きていくことができること共に、介護が必要な高齢者やその家族が社会の中で孤立することを防ぐことを目指さなければならない。

ただし、一人ひとりの多様な選択肢へのニーズに対して、個々人の力(自助)だけでも、全国一律の政府施策や介護保険だけでも十分に対応することはできない。地域コミュニティにおいて一人一人が支え合い、役割を持って生きていくための「共助」の仕組みを整備する必要がある。

そのために、各地域において、その地域の「人財」と潜在的な意欲を養い、「できること」と「必要とされること」を結び付け、高齢者が主体的・積極的に活動するための「場」づくりの担い手役となりたいという意欲ある地域の高齢者や住民(「コエネティック・ユーズ・イター(高齢者地域活動推進者)」(仮称)に対して、先進的事例や様々なノウハウを修得できる機会を提供(今後10年間、年間300人ずつ輩出)し、地域の創意思工夫を活かした「場」づくりを応援していく。

二つ目に、たとえ介護が必要となっても、住み慣れた自宅や地域で住み続けるために、高齢者の生活を支える介護の質を一層高めていく必要がある。

要介護者の自宅での生活を支えるために、24時間・365日安心して在宅生活を送れるような基盤整備を推進していかなければならない。併せて、要介護であっても残存する自らの能力を大切に、その維持・向上を図ることによって、できるだけ自立した生活を旨とするために、リハビリテーションを積極的に推進する必要がある。さらに、利用者が生活を支える介護と医療の継ぎ目を感じることなく利用でき、医療と介護の間に挟まり、どちらからも救済されないということのないよう、両者の連携が十分に確保されている環境を整備していく必要がある。また、要介護高齢者の増加は、慢性期医療ニーズの増加も意味しており、そのニーズに適切に対応できるような基盤確保・ネットワーク整備を進めていく必要がある。

そのために、地域の特性、住民ニーズとサービス整備の状況に応じて、利用者への支援を増やし、財政的にも合理性の高い24時間・365日のサービス提供拠点や安心心の基となる施設(計画的・戦略的な整備や、要介護高齢者のニーズに対応した慢性期医療基盤の確保、救急医療に係るネットワークの整備を進める。同時に、自宅で生活に必要な心と身体機能の回復、悪化の予防を旨とする「在宅生活支援リハビリテ

## 安心と希望の介護ビジョン

平成20年11月20日

超高齢社会を迎え、我が国の将来への不安が広がっている。

今後10年以内に、いわゆる「団塊の世代」である昭和20年代前半生まれが65歳以上の高齢者になり、高齢者数が急増する。これによって、介護・医療・年金にかかる社会保障費が増大することへの不安。全人口が減少し、高齢者が人口の4分の1を占めることによる経済停滞への不安。人生85年時代、老後の長い時間を幸せに暮らせるのだろうかという不安。高齢者を支える介護・医療を担う人材が十分に確保できるのか、また、その仕事にやりがいを感じて働ける人が増えるのかという不安。

一方で、同時に、これまで豊かな超高齢社会に向けて実現してきたことも考えあわせる必要がある。介護保険が始まって以来、「介護は家族がするもの」という考え方が、「介護を社会として支える」基盤が作られ、措置としての福祉から選択できる介護サービスへと変化してきている。その中で、様々な担い手が介護に参画できるようになり、介護職は職業として確立してきた。介護が必要な状態になっても、介護の現場では尊厳をもって自立した生活を送れるような取り組みが始まっており、地域ではお互いを支え合おうという地域活動も始まっている。

暮る将来の不安を乗り越え、「安心」と「希望」を抱いて生活できる超高齢社会を築いていくためには、これまで築いてきた基盤を充実させ、新しい選択肢を積み重ねていく必要がある。

私たちは、「安心」と「希望」の実現に向け、3つの実現すべきことをビジョンとして掲げる。

まず、高齢者の増加を、即ちマイナスと捉える基本的な発想を改める必要がある。これまで高齢者であること、要介護者であることは、社会的弱者であり、保護されるべき存在と考えられてきた。社会に価値を生み出す「生産年齢人口」は15～64歳と定義され、60代、70代は経済社会の負担と考えられる風潮があった。しかし、今日では、60代から新しい仕事を始める人、70代でも地域活動などに動かし、要介護者になっても何らかの役に立ちたいと考える人たちがたくさんいる。

私たちは、たとえ高齢、要介護になっても、最期まで生き生きに選択肢を持ち、人と

にわたって質の高い介護サービスを実現していくには、介護従事者の数を確保すると共に、介護従事者が質の高い仕事をできるような社会全体でサポートしていく必要がある。特に、介護保険は主に保険料と公費で成り立っており、そこから収入を得る介護事業者は、介護従事者の労働条件の整備、専門性とやりがいの向上といった環境づくりに公的な責任があることを強く自覚していかなければならない。介護事業者には、介護従事者の処遇改善に取り組むことによって、優秀な人材の確保や離職率の低下を実現し、高齢者や家族が安心して生活できる地域を実現していくことに貢献しなければならない。

そこで、介護従事者の雇用環境を改善していくために、「各事業所における介護従事者の処遇に関する情報の積極的な公表」を推進する。同時に、「介護従事者の専門性向上などの継続教育の充実」「介護従事者の処遇改善に資する介護報酬の設定」「新規人材の育成」などの環境整備に取り組んでいく。

超高齢社会における「安心」とは、たとえ高齢、要介護となっても多様な生き方や必要なサービスを選択できることであり、超高齢社会における「希望」とは、年齢や心身の状態、所得の多寡や家族の有無に関わらず、一人ひとりが大切にされ、必要とされ、自らの持つ知恵と力を活かせることだと考える。

その実現のために、これまで構築してきた制度、培ってきた人材や地域社会、積み重ねてきた経験を活かし、これからの社会を支える担い手として、自ら人生を開こうとする人たち、地域の共助に参画する人たち、介護を担う人たちが尊重され、その持つ能力を発揮できる環境を作らなければならない。そのために、政府、企業、地域、国民が知恵と力を結集することが、今、求められている。

政府においては、本ビジョンで示した施策を実現するために、計画的に取り組んでいくことを要請する。

一シジョン拠点の整備」、必要な知識・技術に関する研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、医療的なケアのニーズが高まっている施設において、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備、地域包括支援センターを舞台に介護従事者と医療従事者がチームとして要介護者を支援する「チーム・ケアの推進」などに取り組む、介護の質の向上を目指していく。特に、認知症については、介護と医療の連携を進め、認知症の進行と症状、合併症に対する知識を関係者、住民が幅広く共有し、連携して対応できる基盤を整備していく。

また、これらのサービスの裏打ちとなる介護保険のあり方について、医療保険とのより緊密な連携・整合性の確保を図るべく、包括的に議論を行っていく。

介護保険は、高齢者が要介護状態になっても、尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするという、高齢者本人を支援するための制度であるが、そのような高齢者を身近なところで支えている家族に対しても、目を向ける必要がある。

そのために、適切な休息（レスパイト）や、介護サービスの充実などを通じて、要介護高齢者の介護を行う家族の介護疲労や介護負担ができるだけ軽減されるようにするとともに、要介護高齢者の介護を行う家族に対して、適切な介護情報や、介護知識・技術を習得できるような機会を提供していく。同時に、働きながら要介護高齢者の介護をしている家族が、仕事と介護を両立し、無理なく働き続けることができるよう、現行の介護休業制度（長期の休業）に加えて、一日単位で取得できる介護のための短期の休暇制度を設けることを検討するなど、要介護高齢者の家族も支え、家族自身の生活を大切にしていけるようにするための仕組みを整備していく。

三つ目に、介護従事者が働きやすく、介護の仕事に誇りとやりがいを持って生き生きと取り組み続けていくことができるための環境整備に取り組む必要がある。

現在、ホームヘルパー（訪問介護員）の研修修了者は326万人（2006年度時点）に上っているが、2007年度の介護関係職種離職率21.6%は、全産業の平均15.4%（2007年度）を上回っている。また、介護福祉士資格保有者（47万人（2005年）の4割（20万人）が介護等の業務に従事していない潜在的介護福祉士となっている。この要因として、介護従事者の雇用環境が悪く、ワーク・ライフ・バランスが難しく、負担の大きい勤務となっていること、介護分野でのキャリアアップが見えづらいことなどが要因として考えられる。

2025年までに、介護人材が現在の約2倍必要となるという予測もある中、将来

「安心」と「希望」のある超高齢社会を実現するために、  
2025年を見据えて取り組み施策

1. 高齢者自らが安心と希望の地域づくりに貢献できる環境づくり

(1) コミュニティ・ワーク・コーディネーター(仮称)の輩出

○意欲のある地域の高齢者や住民が、主体的・積極的に活動するための場を自ら立ち上げ、推進できる環境を作るため、地域の高齢者や住民の抱える課題(求めていること)と、自らの持てる力を活かしたい高齢者(要介護者を含む)の「できること」を結び付け、高齢者が主体的・積極的に参画するコミュニティ・ビジネスや互助事業などを育成する「キーパーソン」になりたい、という意欲のある地域の高齢者や住民(「コミュニティ・ワーク・コーディネーター(高齢者地域活動推進者)」(仮称))を地域から募集する。

そして、地域独自の「場」づくりに積極的に取り組んでいる先進的事例や、このような取組を成功に結びつけるための様々なノウハウ(暗黙知)を「コミュニティ・ワーク・コーディネーター」が修得できる機会を厚生労働大臣が提供する。

○「コミュニティ・ワーク・コーディネーター」は、年間300人(10年間で3,000人)輩出することとし、それぞれの地域において、地域の創意工夫を活かした「場」づくりに積極的に取り組む。

(2) 地域包括支援センターのコミュニティ支援機能の強化

○地域包括支援センターにおいて、高齢者の生活を総合的に支える中核的役割を担うために、介護、医療の従事者に加え、地域活動者、地域ボランティアを含めた「コミュニティ会議」を開催する。

○要介護高齢者や認知症高齢者等の在宅生活を支援する「地域の守り役」として地域包括支援センターが円滑に機能している好事例を収集し、紹介する。

○地域包括支援センターについて、地域の高齢者やその家族が生活を送る上で、何か困ったことがあった場合の最初の「総合相談窓口」としての位置付けを明確にし、その機能強化を図る。

2. 高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上

(1) 在宅生活を支援するサービスの基盤整備 ～24時間・365日介護の早期実現等～

○地域の特性、地域の介護事業者数、拠点・施設の状態、自治体の緊急通報サービスなどの独自施策を考慮した、在宅サービス拠点や安心となる施設の計画的・効率的・戦略的整備

○なじみのある関係にある事業者からのサービス提供等により、高齢者が住み慣れた地域で24時間・365日安心して生活できるように、訪問介護・訪問看護のネットワーク整備に向けた事業者数の確保と、適切な運営方法の整備

○要介護高齢者のニーズに対応した慢性期医療基盤の確保、救急医療に係るネットワークの整備

○要介護高齢者の家族を支えるため、適切な休息(レスパイト)や、介護サービスの充実、適切な介護情報、介護知識・技術を習得できるような機会の提供、介護のための短期の休暇制度の検討

(2) 在宅生活支援リハビリテーションの強化 ～自らのもてる心身の能力を維持・向上に向けて～

○訪問リハビリテーションの創設、既存施設における在宅生活を常に念頭に置いたリハビリテーションの推進など、在宅生活支援リハビリテーション拠点の整備と質の向上に向けた取組の推進

○「維持すれば十分」などといった関係者の意識改革を促すため、いわゆる「維持期」リハビリテーションの呼称の見直し

(3) 医療と介護の連携強化 ～医療と介護の継ぎ目を感じることのないように～

①関係者間での連携

○介護従事者が質の高い総合的なケアを提供できるようにするために、将来的には、医師や看護師との連携の下に、介護の現場で必要な医療行為を行うことができるようにすることを含め、資格・研修のあり方の検討

○当面、利用者の重症化が進み、夜間も含めた医療的なケアのニーズが高まっている施設において、必要な知識・技術に関する研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、経管栄養や嚥下吸引を安全性が確保される範囲内で行う

体等との協力・連携の下で、その活用を一層促進

(5) 地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備 ～高齢者層に対応した新たな街づくり～

○地域ごとの高齢化の度合いや地域住民のニーズなど、地域特性に応じた高齢者の住まいや終のすみかとしての施設の整備

※ 公的賃貸住宅のケア付き住宅化(生活支援サービスや介護サービスの付いた住宅)や、既存住宅のバリアフリー化の推進、社会インフラの整備、「早めの住み替え」を促す高齢者住宅やケア付き住宅の整備などを地域特性に応じて計画的に整備。その際、福祉政策と住宅政策との緊密な連携、ケアの質の確保という視点が必要

※ さらに、「既に高齢化がある程度進んでいる地方部」と「今後高齢化が急速に進む都市部」という視点だけではなく、都市部の中でも、「医療機関や商業施設等の社会的インフラが充実している街中」、「社会的インフラがある程度整っている大規模団地」、「街中から一歩離れた新興住宅街」という視点を加えることが必要

○高齢者のみの「集住」とならず、地域に常に開かれた場として、多世代交流機能を持つ小規模の住宅や施設の整備

ことができる仕組みの整備

○医療関係者と介護関係者が同じチームの一員として個々の高齢者に最適なケアを提供するチーム・ケアの一層の推進、地域における最適な医療・介護の提供システムを議論するため、関係機関や団体等が一堂に会した「地域ケア推進会議(仮称)」の立ち上げ

○安心・尊敬のある最期を迎えることができるよう、関係職種間の連携による緩和ケアの積極的な推進

○医療関係者・介護関係者の養成課程等における介護・医療職間の協働や連携を学習する実習の実施、ケアマネジャー等に対する医療研修の実施

②制度面での連携

○退院後の在宅生活への移行に係る医療と介護の連携を強化するための病院とケアマネジャー・地域包括支援センターとの間の引継ぎ連絡体制の確立

例) 入院中に胃瘻が造設されたとしても、地域包括支援センターの連絡調整の下、医療関係者と介護関係者が十分な連携を図ることにより、経管栄養を行いつつ、経口栄養への復帰を目指すケア

○医療保険による診療報酬と介護保険による介護給付の連動性・整合性の確保に向けた取組の推進

(4) 認知症対策の充実 ～認知症高齢者を地域で支え、受け入れていくために～

○認知症の進行と症状、合併症に対して、医療と介護が連携して対応できるようにするための地域のかかりつけ医、介護従事者等に対する認知症研修の実施、地域での総合的なケアの提供を進めるための地域レベルでの検討会の設置、認知症医療と介護の橋渡し役としての地域包括支援センターの機能強化

○認知症高齢者の症状、本人の特性、終末期などライフステージに対応した認知症ケアの標準化、介護現場への普及に向けた取組の推進

○認知症高齢者の持てる能力を積極的に評価した、社会との接点づくりの拡大

○認知症高齢者の実態把握、及びその実態把握の結果も踏まえた、小規模多機能型居宅介護など、認知症ケアに対応した介護サービスの基盤整備

○認知症高齢者を地域で支えていくため、住民による「認知症サポーター」の普及

○判断能力が低下した高齢者を虐待や消費者被害などから守り、必要な支援を得ることができるようにする制度である成年後見制度について、弁護士や司法書士、社会福祉士などの専門職や、高齢者の権利擁護のための相談支援を行っている団

### 3. 介護従事者にとっての安心と希望の実現

#### (1) 各事業所における介護従事者の処遇に関する情報の公表

○介護従事者の処遇改善により、介護従事者の士気の向上、ひいては介護の質の向上を促すために、各事業所における介護従事者の労働条件や給与水準、教育訓練など、介護従事者の処遇に関する情報の積極的な公表を推進(基本的にすべての事業者が公表することを旨とする)

○ハローワークにおける公表情報の積極的な活用を推進

#### (2) 介護従事者が誇りとやりがいをもって働くことができる環境の整備

- 介護従事者の処遇改善に資するための介護報酬の設定
- 効果的な事業経営を行うために参考となる経営モデルの作成・提示
- 事業所における介護従事者のワーク・ライフ・バランスへの配慮の促進
- 介護従事者の専門性向上などの継続教育の充実を目的とした、社会人大学・大学院での学習機会の拡大、介護従事者の能力開発等を行う事業者への支援
- 介護の質の評価、ひいては介護従事者の技能の評価に資するようなアウトカム指標のあり方についての検討
- 長期間勤務を推進するための、資格や経験等に応じたキャリアアップの仕組みの構築、介護従事者のキャリア・サポートの充実
- 「介護の日」や国民の積極的な介護体験、介護現場からの積極的な情報発信を通じて、介護職の役割や魅力に対する国民の認識・理解の深化、介護従事者が誇りとやりがいをもって働けるような社会的意識の醸成
- EPAにより入国した外国人介護従事者への適切な処遇
- 介護従事者の負担軽減や介護の質の向上に資するような介護ロボットや福祉用具等の研究開発の推進

#### (3) 介護従事者の確保・育成 ～増大する介護従事者のニーズへの対応～

- 奨学金制度の拡充など、社会福祉士、介護福祉士などの専門職を育成する養成校を志望する学生への支援
- 潜在的介護福祉士等の掘り起こし、現場復帰に向けた再研修の実施

- 離職看護師の介護分野での現場復帰のための再研修の実施、訪問看護ステーション設立支援などの取組
- フリーター等の介護未経験者を積極的に雇用する事業者への支援など、介護未経験者への就業支援
- 高校生向けの説明会、高校生・大学生の介護現場でのインターンシップの拡大など、介護専門職志望者の拡大のための取組
- 福祉人材ハローワーク(仮称)の創設など、人材確保支援の強化

### 安心と希望の介護ビジョン(概要)

平成20年11月20日

超高齢社会を迎える中で、募る将来の不安を乗り越え、「安心」と「希望」を抱いて生活できる社会を築いていくために、2025年を見据えて取り組むべき施策を提言する。

#### 1. 高齢者自らが安心と希望の地域づくりに貢献できる環境づくり

～高齢者や要介護者が最期まで生き方に選択肢を持ち、人とのつながりを持って生きていける社会を創るために～

##### ① コミュニティ・ワーク・コーディネーター(仮称)の輩出

…地域の高齢者が「求めていること」と「できること」を結びつけ、意欲ある高齢者が主体的・積極的に参加するコミュニティ・ビジネスや互助事業等を育成する「キーパーソン」になりたいという、意欲ある地域の高齢者や住民(「コミュニティ・ワーク・コーディネーター(高齢者地域活動推進者)」(仮称)を地域から募集し、先進的事例や様々なノウハウを修得できる機会を提供

##### ② 地域包括支援センターのコミュニティ支援機能の強化

#### 2. 高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上

～たとえ介護が必要となっても、住み慣れた自宅や地域で住み続けるために～

##### ① 在宅生活を支援するサービスの基盤整備

…訪問介護・訪問看護のネットワーク整備、家族への適切な介護情報の提供等

##### ② 在宅生活支援リハビリテーションの強化

…リハビリテーションの拠点整備と質の向上に向けた取組の推進等

##### ③ 医療と介護の連携強化

…必要な研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、施設入所者に対して、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備、緩和ケアの積極的な推進等

##### ④ 認知症対策の充実

…認知症ケアの標準化、成年後見制度の活用等

##### ⑤ 地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備

…地域特性に応じた住宅・施設整備、多世代交流機能を持つ小規模住宅の整備等

#### 3. 介護従事者にとっての安心と希望の実現

～介護従事者が働きやすく、介護の仕事に誇りとやりがいを持って取り組み続けていけるために～

##### ① 各事業所における介護従事者の処遇に関する情報の積極的な公表の推進

##### ② 介護従事者が誇りとやりがいをもって働くことができる環境の整備

…介護従事者の処遇改善に資する介護報酬の設定、ワークライフバランスへの配慮、資格や経験等に応じたキャリアアップの仕組みの構築、介護ロボットの研究開発の推進等

##### ③ 介護従事者の確保・育成

…潜在的介護福祉士等の掘り起こし、現場復帰に向けた研修の実施、介護未経験者の就業支援等

安心と希望の介護ビジョン 構成員名簿

石川 誠 医療法人社団輝生会初任リハビリテーション病院長

石川 良一 稲城市長

太田差憲子 NPO法人バオッコ理事長

駒村 康平 慶應義塾大学経済学部教授

袖井 孝子 お茶の水女子大学名誉教授

鳥羽 研二 杏林大学医学部教授

中村 邦夫 パナソニック(株)代表取締役会長(社団法人シルバーサービス振興会会長)

古川 静子 日本化薬メデイカルケア(株)ディサイバース部長

堀田 聡子 東京大学社会科学研究所特任准教授

◎前田 雅英 首都大学東京都市教養学部長

村上 勝彦 社会福祉法人慧誠会帯広けいせい苑施設長

村田 幸子 福祉ジャーナリスト

◎ 座長

(五十音順、敬称略)  
(H20.10.1現在)

## 協会だより (定例理事会要録から)

2008年度 第12回 2008年11月25日

### 【特別討議】

1. 社会保険庁の解体・再編で審査・指導・監査はどうかわるか。

担当 = 鈴木副理事長 (保険部会)

講師 = 岡山県保険医協会事務局長

園原 健児 氏

### 【各担当部報告】

#### 総務部会

1. 週間行事予定表の確認
2. 新規開業未入会訪問 (11月20日) 状況

#### 経営部会

1. 保団連経税部事務局小委員会 (11月15日) 状況
2. 保団連経税部会 (11月16日) 状況
3. 傷害疾病保険審査会 (11月18日) 状況
4. 金融共済委員会 (11月19日) 状況

#### 医療安全対策部会

1. 医療機関側との懇談 (11月11日、13日) 状況
2. 医療事故案件調査委員会 (11月14日) 状況
3. 第261回関西医事法研究会 (11月15日) 状況
4. 医師賠償責任保険処理室会 (11月17日) 状況
5. 法律相談室 (11月20日) 状況
6. 医療安全研修会 (11月20日) 状況

#### 政策部会

1. 保団連診療報酬改善対策委員会 (11月8日) 状況
2. 第16回環境ハイキング (11月16日) 状況

#### 保険部会

1. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い (11月14日) 状況
2. 第3回保団連社保・審査対策部会 (11月15日) 状況
3. 保団連審査・指導・監査対策担当者会議 (11月16日) 状況
4. 京都府臨床心理士会「医療保険制度に関する研修会」(11月16日) 状況

### 【各担当部議事】

#### 総務部会

1. 前回理事会 (11月11日) 要録と決定事項の確認
2. 12月中の会合等諸行事及び出席者確認の件

3. 下京東部医師会との懇談会 (11月6日) 状況確認の件

4. コミュニケーション委員会 (11月8日) 状況確認の件

5. 京都北医師会との懇談会 (11月12日) 状況確認の件

6. 第6回正副理事長会議 (11月20日) 状況確認の件

7. 創立60周年記念事業の推進の件

8. 各部会開催の件

9. 第65回保団連近畿ブロック事務局長会議への出席の件

10. 全国会長・理事長懇談会への出席の件

11. 会員入退会及び異動に関する承認の件

#### 医療安全対策部会

1. 調査委員による報告会開催の件

2. 「医療安全調査委員会 (仮称) について」講演会への出席の件

#### 政策部会

1. 保団連2008 - 09年度第10回理事会 (11月9日) 状況確認の件

2. 第14回医療制度検討委員会 (11月19日) 状況確認の件

3. 保団連政策部担当役員・事務局小委員合同会議への出席の件

4. 二酸化窒素 (NO<sub>2</sub>) 測定実施の件

5. 介護保険シンポジウム開催の件

6. 九条の会・兵庫県医師の会「映画と講演のつどい」参加の件

7. 『京都保険医新聞』(第2665号)・『メディーパー京都』(第113号(第2666号)合評の件

#### 保険部会

1. 伏見医師会会員対象「在宅医療点数説明会」開催の件

2. 近畿厚生局管内社保担当者会議出席の件

3. 第3回医療事務対策チーム設立準備会開催の件

#### その他

1. 第176回定時代議員会関係議事の検討の件

《以上24件の議事を承認》

2008年度 第13回 2008年12月9日

## 【特別討議】

1. 上半期各部会活動報告について  
担当 = 各部会副理事長
2. 下半期重点活動計画について  
担当 = 関理事長

## 【各担当部報告】

## 総務部会

1. 週間行事予定表の確認
2. 第4回文化講座(11月30日)状況
3. 新規開業未入会会員訪問(12月3日)状況
4. 文化講座「香の歴史」(12月7日)状況

## 経営部会

1. 第8回保団連共済部会(11月23日)状況
2. 第8回まるごと保険医協会デー(3部合同)(11月29日)状況
3. 森永卓郎講演会(11月29日)状況
4. 第3回保団連共済部会(11月30日)状況
5. 第3回全国共済担当事務局会議(12月1日)状況

## 医療安全対策部会

1. 調査委員による報告会(12月2日)状況

## 政策部会

1. 「いのち輝く、芸術と社会保障のつどい」第3回実行委員会(11月26日)状況
2. 出版編集会議(11月27日)状況
3. 保団連政策部担当役員・事務局小委員合同会議(11月29日)状況
4. 「九条の会・医療者の会」第5回講演会(11月29日)状況
5. 保団連地域医療対策部会(合同部会)(11月29日)状況

## 保険部会

1. 保団連全国社保担当事務局研修会(11月25・26日)状況
2. 「届出医療の活用と留意点」説明会 舞鶴市会場(11月28日)状況
3. 知っておきたい「在宅医療点数」の基礎知識(説明会)宮津市会場(11月30日)状況

## 【部会報告】

1. 各部会(12月2日、保険部会:12月5日)状況と決定事項確認の件

## 総務部会

1. 2008年度上半期活動報告の確認
2. 地区懇談会の出席と資料の確認

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及び準備の確認
5. 代議員会議長・副議長との打ち合わせの開催確認
6. 共済制度関係者との忘年会の開催確認
7. 理事者・事務局新年会の出欠確認
8. 2008年度10月分収支月計表報告
9. 会計半期点検の開催確認
10. 11月度会員増減状況の確認
11. 新規開業医アンケートの結果報告
12. 12月の文化活動及び今後の企画の検討
13. 地区・専門医会会報等の収集及び回覧
14. 次回開催日の確認

## 経営部会

1. 2008年度上半期活動報告の確認
2. 地区懇談会の出席と資料の確認
3. 新規開業医アンケートの結果報告
4. 理事者・事務局新年会の出席確認
5. 2008年度下半期の斡旋利率の確認
6. 生保各社の中間決算広報の確認
7. 医師賠償責任保険の対応の検討
8. 税理士との懇談会の日程検討
9. 理事者特別討議のテーマ検討
10. 共済関係団体との忘年会の運営確認
11. 今後のスケジュール確認

## 医療安全対策部会

1. 2008年度上半期活動報告の確認
2. 地区懇談会の出席と資料の確認
3. 2008年11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パネリストの確認
7. 医療安全管理者研修セミナーに関するアンケートの実施確認
8. 産婦人科調査委員交代の確認
9. 共済関係団体との忘年会の運営確認
10. 理事者・事務局新年会の出席確認

## 政策部会

1. 2008年度上半期活動報告の確認
2. 地区懇談会の出席と資料の確認
3. 理事者・事務局新年会の出欠確認
4. 12月の部会スケジュールの確認
5. 介護保険シンポジウムの運営確認
6. 医師・医学生増員要求署名の取り組みの検討
7. 「社会保障基本法の立法化を求める運動」に

対する保団連・各協会の対応報告

- 8. 政策課題(社会保障カード・社会保障個人会計制度)の検討
- 9. 「後期高齢者医療制度被保険者への資格証明書交付についての請願書」提出の確認
- 10. 介護療養型医療施設の存続を求める会主催の大阪国民会議の紹介
- 11. 「後期高齢者医療制度廃止三条河川敷大集会&河原町パレード」の対応確認
- 12. 2008年度保団連公害環境対策部会の参加確認
- 13. 地区懇談会アンケートの記者発表報告
- 14. エコキャップ運動の確認
- 15. ヒブワクチンの接種率向上の取り組みの確認
- 16. 保団連地域医療活動交流集会報告
- 17. 「子どもの資格証」問題への対応確認
- 18. 後期高齢者医療制度普通徴収者収納率アンケートの中間報告
- 19. 次回開催日の確認

保険部会 (12月5日開催)

- 1. 2008年度上半期活動報告の確認
- 2. 地区懇談会の出席と資料の確認
- 3. 理事者・事務局新年会の出欠確認
- 4. 新規開業医アンケートの結果報告
- 5. 第176回定時代議員会の決議(案)起案者の確認
- 6. 『京都保険医新聞』原稿執筆者の確認
- 7. 「2010年度診療報酬改定に向けた意見募集について」の取り扱いの確認
- 8. 介護報酬改定のスケジュール等の確認
- 9. 保団連のオンライン請求問題に関する取り組みの確認
- 10. 医療IT化問題検討会の開催確認
- 11. 「指導、監査、処分取消訴訟支援ネット」への組織及び個人加入についての確認
- 12. 個別指導における帯同弁護団の組織化についての確認
- 13. 指導・監査関係の情報開示請求についての確認
- 14. 適時調査時の指摘事項に関する質問実施の確認
- 15. 急性期医療機関における療養病床削減に関する影響調査報告
- 16. 医療事務対策チーム設立準備会の開催確認
- 17. 障害者施設入院基本料に関するアンケートの実施確認

- 18. 一般病棟入院中の患者の他医療機関受診に関する実態調査の実施確認
- 19. 第626回社会保険研究会の開催確認
- 20. 第627回社会保険研究会の開催確認
- 21. 「在宅医療の実践」シリーズの開催検討
- 22. 次回日の確認

【各担当部議事】

総務部会

- 1. 前回理事会(11月25日)要録と決定事項の確認
- 2. 創立60周年記念誌・執筆担当者会議開催の件
- 3. 2008年度10月分収支月計表報告状況
- 4. 地区担当制活動の状況確認の件
- 5. 11月度会員増減状況

2008年11月30日付会員数 = 2587人

- 6. 会員入退会及び異動に関する承認の件

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. 2008年度保団連地域活動交流集会(11月30日)状況確認の件
- 2. 「出直せ介護保険！」シンポジウム(12月7日)状況確認の件
- 3. 『京都保険医新聞』(第2667・2668合併号)合評の件

保険部会

- 1. 2008年11月度国保合同審査委員会(11月21日)状況確認の件
- 2. 保険審査通信検討委員会(12月5日)状況確認の件
- 3. 「指導、監査、処分取消訴訟支援ネット」への組織及び個人加入の件
- 4. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い出席の件

《以上15件の議事を承認》

1月のレセプト受取・締切

基金 ・ 国保	9日(金)	10日(土)	労 災	15日(木)
---------------	-------	--------	--------	--------

は受付日、 は締切日。受付時間は午前9時～午後5時です。

# 1月の相談室

医院・住宅 新(改)築	1月14日(水)午後2時～	担当 = 竹内建築士
ファイナンシャル	1月15日(木)午後1時～	担当 = 三井生命のF C (ファイナンシャルコンサルタント)
法律	1月15日(木)午後2時～	担当 = 松尾弁護士
雇用管理	1月15日(木)午後2時～	担当 = 河原社労士
経営	1月28日(水)午後2時～	担当 = 牧野税理士

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。

日時 **2009年1月10日(土)** 午後2時～5時30分

場所 立命館大学衣笠キャンパス創思館1F  
カンファレンスルーム

講演 ポール・ハント氏  
(エセックス大学法学部教授、前国連・健康権に関する特別報告者)

調査報告 「日本における健康権保障の現状」 棟居 徳子氏  
(立命館大学人間科学研究所P D研究員)

パネル・ディスカッション

## 「日本における健康権保障の課題」

司会：松田 亮三氏 (立命館大学産業社会学部教授)  
棟居 徳子氏

パネリスト：

ポール・ハント氏  
井上 英夫氏 (金沢大学大学院人間社会環境研究科教授)  
藤原 清吾氏 (弁護士、日本弁護士連合会元副会長)  
垣田さち子氏 (医師、京都府保険医協会副理事長)

主催 立命館大学人間科学研究所 (☎075-465-8358) ほか

後援 京都府保険医協会 ほか

※参加費無料/事前申込不要

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

# 国際シンポジウム

協会  
だ  
よ  
り

## 第176回 定時代議員会

京都府保険医協会は第176回定時代議員会を開催します。代議員の方はぜひご出席下さい。代議員が欠席の場合は、予備代議員の出席をお願いします。また、京都府保険医協会議事規定第4章第21条により、代議員が議案を提出される場合は、同規定に定められた手続きでご提出下さい。議案書は代議員会開催前に先生のお手元に届くよう準備中です。

日 時 **2009年1月22日(木)** 午後2時15分～4時

場 所 京都府医師会館101号室

- 議 題 ①2008年度上半期活動報告  
②2008年度下半期重点活動計画  
③決議採択、等

議案書は代議員方に1月に発送しますので、当日お持ち下さいますようお願い申し上げます。出欠は1月8日までにお知らせ下さい。

京響メンバーによる木管合奏を楽しむ

## サロンコンサート



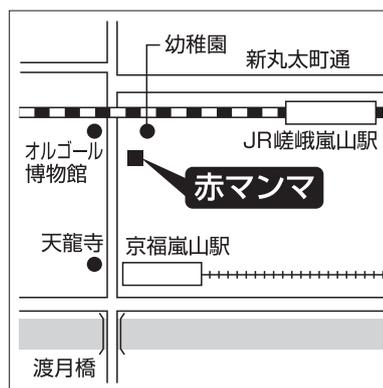
日 時 **2009年2月8日(日)** 午後2時～4時(開場:午後1時30分)

場 所 「カフェレストラン 赤マンマ」

(京都市右京区嵯峨天竜寺瀬戸川町26 ☎075-881-9073)

※駐車スペースはありませんので、  
公共交通機関をご利用下さい。

- 演 奏 フルート:市川智子  
オーボエ:高山郁子  
クラリネット:小谷口直子  
ファゴット:中野陽一朗  
ホルン:垣本昌芳
- 曲 目 モーツァルト:ディベルティメント第14番  
ヨハン・シュトラウス:美しき青きドナウ  
ビゼー:カルメン組曲  
ロジャース:サウンドミュージック 他



参加費 1,000円(茶菓付)

定 員 先着30人(要申込)

※演奏終了後に、お茶を飲みながら、演奏者と交流いたします。

※ご家族・従業員の方の参加も歓迎いたします。お誘い合わせの上どうぞ。

申 込 京都府保険医協会事務局(☎075-311-8888)まで

主 催 京都府保険医協会

協 賛 有限会社アミス

# 京都府保険医協会の出版物のご案内

保  
険

届出医療の活用と留意点  
(2008 - 2009年度版)



2008年10月17日発行  
会員価格4,000円(送料込)

在宅医療点数の手引  
(2008年度改定版)



2008年10月10日発行  
会員価格3,000円(送料込)

病院・有床診療所の  
病床転換の留意点



2008年9月20日発行  
2,000円(送料込)

社会保険診療提要  
(2008年4月版)



2008年4月28日発行  
4,500円(送料別)

※会員には1冊無料で配布しています。

現在品切れ中  
2009年4月に  
追補版を発行予定

薬価基準  
(2008年4月改定版)



2008年3月24日発行  
4,200円(送料別)

※会員には1冊無料で配布しています。

公費負担医療等の手引



2007年11月26日発行  
3,000円(送料別)

※会員には1冊無料で配布しています。

経  
営

医院経営と雇用管理



2007年11月5日発行  
1,000円(送料込)

医院・病院で  
働く人たちのために



2006年6月5日発行  
300円(送料別)

保険医の経営と税務  
(2009年度版)



2009年1月末発行予定  
1,500円(送料込)

医  
療  
安  
全  
対  
策

事例で見る  
医療安全対策の心得



2005年10月24日発行  
500円(送料別)

一  
般  
図  
書

社会保障で  
しあわせになるために



1,500円(送料別)

リハビリテーションの森  
—— ツアーガイド



1,575円(送料別)

ご注文は、京都府保険医協会 (☎075-311-8888) まで

協  
会  
だ  
よ  
り

# 地区医師会との懇談会

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  
京都市東山区三条臈上(☎771-7111)

宇治久世

2009年1月14日(水)  
午後2時30分～うじ安心館3階(宇治市保健消防センター)  
宇治市宇治下居13-2(☎0774-39-9402)

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  
京丹後市峰山町杉谷943(☎0772-62-5111)

右京

2009年1月30日(金)  
午後2時～右京医師会館  
京都市右京区梅津神田町57(☎872-9850)

亀岡市・船井

2009年1月31日(土)  
午後2時30分～ガレリアかめおか  
亀岡市余部町宝久保1-1(☎0771-29-2700)

山科

2009年2月5日(木)  
午後2時30分～山科医師会診療センター  
京都市山科区音羽西林9(☎591-1625)

下京西部

2009年2月6日(金)  
午後2時30分～京都府医師会館404・405  
京都市中京区御前通松原下ル(☎311-8888)

綾部・福知山

2009年2月7日(土)  
懇談会:午後4時～  
懇親会:午後6時～福知山保健福祉センター  
福知山市字天田(北本町二区)35-1(☎0773-23-2788)

相楽

2009年2月14日(土)  
懇談会:午後4時～  
懇親会:午後6時30分～ホテルフジタ奈良  
奈良市下三条町47-1(☎0742-23-8111)

西京

2009年2月16日(月)  
午後2時30分～京都エミナース  
京都市西京区大原野東境谷町2-4  
(洛西ニュータウン内)(☎322-5800)

綴喜

2009年2月21日(土)  
午後2時30分～新田辺駅前CIKビル  
京田辺市田辺中央4丁目3-3(☎0774-62-0093)

## 新規開業予定者のための講習会ご案内 ～すでに開業されている方も歓迎～

診療所を新規に開業するまでには多くのハードルが存在します。

まずは病院を円満に退職することからはじまり、開業予定地の調査・選定、資金計画、スタッフ雇用対策など、勤務医時代には考えられなかった体験をすることとなります。さらに開業までの取り組みによって診療所の経営が左右されるといっても過言ではありません。

また、度重なる診療報酬のマイナス改定や患者負担の増加で、開業してからも経営が黒字化するまでの期間が以前に比して長くなるようになってきています。

そこで京都府保険医協会ではこのような状況下で開業を考えておられる先生方を対象に、新規で開業する際にあらかじめ知っておくべき内容について講習会を開催いたします。

開業を考えておられる先生は是非ともご出席下さい。また開業を具体的には考えていないが将来は開業を予定しているという先生も是非ご参加下さい。ご家族の方でも結構です。

- 日時 2009年1月25日(日) 午後2時～5時
- 場所 メルパルクKYOTO(旧ばるるプラザ) 4階研修室4  
(京都駅正面東側、TEL 075-352-7444)

### ●内容と講師

- ①開業までの準備と開業後の損益分岐点・スタッフ対策について  
～診療圏調査・事業計画・開業後のケーススタディ・スタッフの雇用と定着対策～  
株式会社日本医業総研 シニアマネージャー 田中 徳一 氏
- ②先輩開業医からのアドバイス  
内科・消化器科 岩野医院院長 岩野 正宏 氏(中東)
- ③地区医師会への入会手続き、保険医協会の共済制度について

- 参加費 会員:無料 非会員:2,000円
- 定員 30名

共催 京都府保険医協会  
有限会社アミス

### 新規開業講習会参加申し込み書( 075-321-0056)

「新規開業予定者のための講習会」(1月25日・日・午後2時～)に参加を申し込みます。

医療機関名(勤務先):

担当科目:

氏名:

開業希望時期: 年 月頃 開業希望地:

連絡先: TEL ( ) -

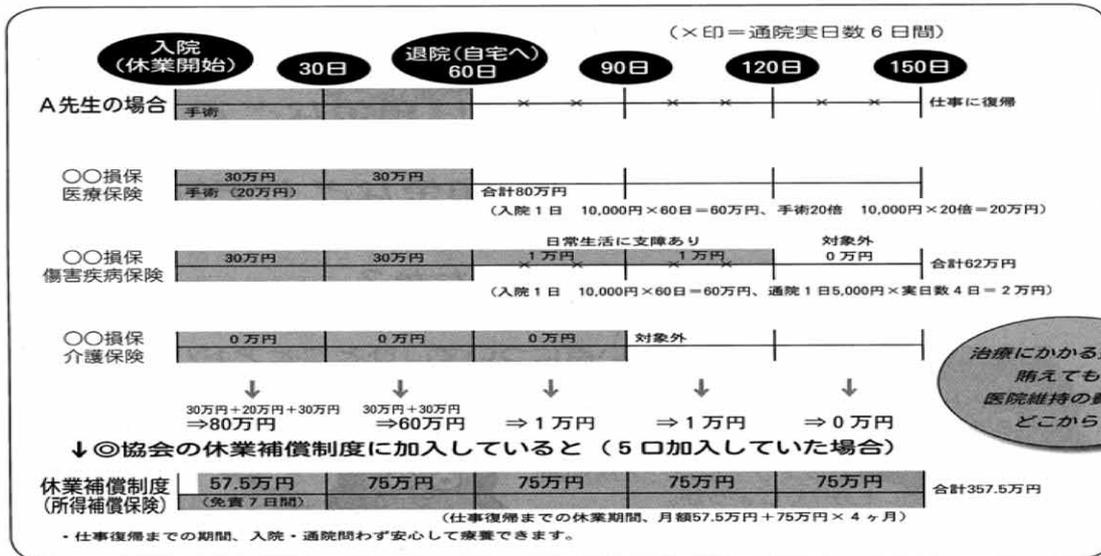
FAX ( ) -

いつでもご加入できます。医院の維持のために！！

万一病気やケガに見舞われた際、月々の医業収入を補償する“安心”の共済制度

# 休業補償制度

- ◆長期療養されても“安心”です！
- ◆月額最高450万円30口まで補償できます！
- ◆1年間、無事故で過ごされた場合は  
お支払いいただいた年間保険料の20%をお返しします！
- ◆融資の際の信用補強に役立ちます！



※なお、現在治療・投薬を受けておられる疾病によっては加入できない場合もあります。  
詳しくはパンフレットをご覧になるか、協会事務局までお問い合わせください。

<お問合せ先> 京都府保険医協会事務局 TEL:075-311-8888  
 <取扱代理店> 有限会社アミス TEL:075-315-4470  
 <引受保険会社> 三井住友海上火災保険株式会社、三井生命保険株式会社(弔慰給付のみ)



お答えします。こんな困りごと

・就業規則を作りたい・・・

・雇用契約はどうやって交わすの？

## 雇用管理相談室(毎月第3木曜日:1回30分無料)

従業員の雇用から日頃の労務管理・退職にいたるまで社会保険労務士による相談室を設置しました。