

今月の主な動き

政府は4月10日、2009年度第1次補正予算の策定に向け、総額15兆4000億円の財政支出を伴う「経済危機対策」を決定し正式に公表した。医療関係では、11年度からのレセプトオンライン請求完全義務化への支援などを打ち出した。

政府は3月31日、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」を閣議決定した。レセプトオンライン請求の完全義務化については、今回の再改定で「義務化において原則現行以上の例外規定を設けないこと」と修正し、「原則」の追加挿入で実質的に新たな例外規定を設けることに道筋をつけた。

与党の高齢者医療制度に関するプロジェクトチームは4月3日、高齢者医療制度の見直しに向けた「基本的な考え方」をまとめた。所得が低い被保険者が支払う保険料について、2009年度も8.5割軽減を継続すると明記している。

情勢トピックス

医療・社会保障編

経済危機対策を正式決定／政府

政府は4月10日、2009年度第1次補正予算の策定に向け、総額15兆4000億円の財政支出を伴う「経済危機対策」を決定し正式に公表した。事業費は56兆8000億円。総合的な経済効果として、09年度実質GDP成長率の2%程度の押し上げを見込むほか、需要拡大によって1年間で40万～50万人程度の雇用創出を期待している。医療関係では、11年度からのレセプトオンライン請求完全義務化への支援などを打

行 事	開始時間	場 所
7日(木) 従業員研修1回目	午後2時	未定
8日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	府医師会館305
9日(土) コミュニケーション委員会	午後2時30分	府医師会館305
医療制度検討委員会	午後2時	未定
13日(水) 医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	未定
18日(月) 従業員研修2回目	午後2時	未定
20日(水) 金融共済委員会	午後2時	未定
第628回社会保険研究会	午後2時	府医師会館会208・209
21日(木) 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
23日(土) 九条の会アピールを支持する京都医療人の会講演会	午後2時	京都新聞文化ホール
27日(水) 経営相談室	午後2時	未定
30日(土) 吉田太郎氏講演会	午後2時	大阪府保険医会館M&Dホール

※5月1日(金)は事務局休務

5月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
6月13日(土) ジャズを楽しむ会	午後6時	ル・クラブ・ジャズ
耳鼻咽喉科診療内容向上会	午後2時	府医師会館208・209
7月11日(土) 産婦人科診療内容向上会	午後2時	新・都ホテル
7月16日(木) 第629回社会保険研究会	午後2時	未定

今後の予定

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲73～75ページ

情勢トピックス

医療社会保障運動トピックス

政策解説資料

協会だより

ち出した。

経済対策に必要な財源については、財政投融资特別会計の積立金と経済緊急対応予備費で賄い、足りない部分を建設国債と赤字国債で補う。与謝野馨経済財政担当相は、国債の発行額は合わせて10兆円を超えるとの見通しを示した。

介護従事者の賃金引き上げについては「経営者が取ってしまうのでは」という懸念は大きな誤解。今回は（介護従事者への）賃金の支払い実績に応じて援助するので、実質的に給与が上がる」と説明した。（4/13MEDIFAXより）

オンライン義務化、新たな例外に道筋／規制改革3か年計画を再改定

政府は3月31日、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（資料2、後掲44ページ）を閣議決定した。レセプトオンライン請求の完全義務化については、今回の再改定で「義務化において原則現行以上の例外規定を設けないこと」と修正し、「原則」の追加挿入で実質的に新たな例外規定を設けることに道筋をつけた。このほか「その際、地域医療の崩壊を招くことのないよう、自らオンライン請求することが当面困難な医療機関等に対して配慮する」との記載も追加。完全義務化により廃業に追い込まれる可能性のある医療機関などを念頭に具体的な配慮を求めた。

規制改革3か年計画は2007年6月に閣議決定された。その後、08年3月に改定されている。今回の再改定は、08年12月の規制改革会議の第3次答申で示された具体的施策を盛り込むことなどを主な内容としている。

3か年計画で示された「医療」分野ではこのほか、「DPCデータの活用方策の実施」について09年度の実施を促すとした。「包括払い・定額払い制度への移行促進」については09年度に検討を開始。「質に基づく支払いの更なる推進」については08年度以降、引き続き検討するとした。

このほか、「医師及び他の医療従事者の供給体制の在り方の検討」「遠隔医療の普及・促進施策の実施」などが記載された。（4/1MEDIFAXより）

「8.5割軽減」継続、130億円を補正で対応／与党・高齢者制度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4月3日、高齢者医療制度の見直しに

向けた「基本的な考え方」をまとめた。所得が低い被保険者が支払う保険料について、2009年度も8.5割軽減を継続すると明記。保険料軽減に必要な費用は130億円と見積もり、政府が検討を進めている09年度補正予算に盛り込む方針を示した。

「基本的な考え方」は、年齢区分の見直しについて「65歳で区分するなど年齢区分を見直す方向性について、安定的な財源の確保と併せ、費用負担の在り方や国保との運営の一元化を含めた抜本的な見直しを検討する」とし、都道府県単位で国保と統合するとした外添要一厚生労働相の「私案」にも一定の配慮をみせた。

費用負担の在り方については、健康保険組合などの負担を重くしている前期高齢者医療に公費を投入。拠出金の分担方法も見直すことで、財政状況の厳しい健保組合などの負担軽減を図る方針を示した。健保組合に対する財政支援の拡大についても、補正予算で対応する方向で検討を進める。

医療サービスに関しては、「後期高齢者診療料」や「終末期相談支援料」など、75歳以上の高齢者に限定されている診療報酬項目の見直しに言及。「後期高齢者」や「終末期医療」などの名称に関しても、高齢者の心情にそぐわないとして見直す必要性を指摘した。

受診率向上を図る観点から、現行では努力義務としている75歳以上の特定健診について、保険者の実施義務に変更するとした。70-74歳が支払う窓口負担の2割への引き上げを凍結したことについては、年末までに結論を出す。

「大臣私案」について外添厚労相は、3日の閣議後の会見で「1つの考え方。被用者保険加入の継続など一部分は（与党の見直し案に）入る。党の中でも大臣の私案の方がよいとの議論もある」とし、さらに詰めた議論が必要と指摘した。

（4/5MEDIFAXより）

社会保障と財政で新有識者会議／13日に初会合、骨太09に反映

政府の経済財政諮問会議は4月7日、2009年度第1次補正予算編成を視野に追加経済対策を早急に取りまとめることを確認した。麻生首相は、医療、介護、年金、雇用、子育てなど、社会保障改革と財政に関する工程表などを話し合う「安心社会実現会議」を13日に設置し、議論を開始することも報告した。諮問会議は安心社会実現会議とも連携した上で、10

年度予算編成の基本方針となる「骨太の方針09」の策定に当たる。関係者によると有識者会議は与謝野馨財務相と増田寛也・前総務相を中心に15人前後となる見通し。張富士夫・トヨタ自動車会長、高木剛・連合会長、故宮本顕治・元共産党議長の長男で北海道教授の宮本太郎氏らが内定している。

同日の諮問会議で民間議員は「経済危機克服のための道筋について（Ⅱ）」と題する資料を提示。世界同時不況からの脱却を目指し、09年度補正予算の編成に向けて「必要となる“需要創出の規模”は、おおむね10兆円台とみられる」と提言した。

麻生太郎首相は席上、「新しい経済対策では政策を総動員し、景気の底割れを防ぐとともに、未来への成長につなげていきたい。対策をまとめる際、（3月に官邸で開催した）『経済危機克服のための有識者会合』の意見をできるだけ盛り込む」と述べた。

（4/8MEDIFAXより）

2020年に環境・医療で400万人雇用創出／首相「未来開拓戦略」表明

麻生太郎首相は4月9日、都内の日本記者クラブで記者会見し、環境、医療、介護などの分野で経済成長や雇用創出を図る「未来開拓戦略」を明らかにした。

「低炭素革命」や「健康長寿社会」の実現、アニメなど「日本の魅力発揮」の3つを柱に「官民による集中的な投資と大胆な制度改革を実行する」と強調。今後3年間で40兆～60兆円の需要と、140万～200万人の雇用を創出。2020年には実質GDP（国内総生産）を120兆円押し上げ、400万人の雇用機会をつくるとしている。

首相は「しっかりした医療・介護サービスを提供できれば世界に冠たる活力ある高齢化社会が作れる」と述べた上で、介護労働者の待遇改善や施設の集中整備、地域医療の立て直しに取り組む考えを強調した。（4/10MEDIFAXより）

09年度予算が成立／厚労省分は25兆1568億円

医師確保や救急医療対策などを盛り込んだ2009年度予算案が3月27日成立した。同日の参院本会議は、民主党など野党3党の反対多数で否決したが、憲法で定める予算案の衆院優越の規定を適用。一般会計の総額は88兆5480億円（前年度比6.6%増）で、厚生労働省分は25兆1568億円（同13.7%増）となった。

厚労省分のうち社会保障関係費は24兆6522億円（同14.1%増）を計上。過酷な条件下での診療を強いられている勤務医や産科医に対する支援のほか、ドクターヘリ導入の推進などを実施する。また、人材不足が危惧されている福祉・介護サービス従事者の確保も盛り込んでいる。

消費税を含む税制抜本改革の基本方針を明記した税制改正関連法案など予算関連4法案も同日、参院本会議で否決されたが、衆院本会議で与党が3分の2以上の賛成多数により再可決し成立した。

（3/30MEDIFAXより）

障害者自立支援法の一部改正案を閣議決定

政府は3月31日、障害福祉サービス利用者の負担の見直しや相談支援の強化などを盛り込んだ障害者自立支援法等の一部改正案を閣議決定した。原則1割としているサービス利用者の自己負担を、本人の負担能力などを考慮して算定。地域の相談支援で中核的な役割を担う「基幹相談支援センター」を市町村に設置することができるとしている。施行は2012年4月1日。

政府は31日、障害者自立支援法施行令と児童福祉法施行令の一部改正も閣議決定した。障害者自立支援法が指定する障害福祉サービスと自立支援医療の自己負担の上限月額を引き下げるなどとする特例措置を、12年3月末まで延長する。4月1日に施行。（4/1MEDIFAXより）

構造改革特区で19件認定／内閣府

内閣府は3月27日、地域を限って規制を緩和する

News Headline （3月14日～4月10日）

【3月】◆群馬県・老人施設火災で10人死亡（19日）◆成田空港・貨物機が着陸失敗、炎上（23日）◆千葉県知事に森田健作氏（29日）◆千葉県銚子市・岡野俊昭市長が失職（29日）◆横浜地裁・横浜事件で免訴（30日）◆国交省が大戸川ダム建設「凍結」（31日）◆イスラエル・右派政権発足（31日）

【4月】◆北朝鮮・ミサイル発射（5日）◆「核なき世界構想」オバマ米大統領が宣言（5日）◆イタリア中部・M6.3の地震（6日）◆政府・追加経済対策を決定（10日）

構造改革特区について、医師確保のために臨床研修医の2年間を地方公務員として臨時任用できるようにする北海道留萌市の「医師臨床研修推進特区」など19件を認定したと発表した。

【共同】（3/31MEDIFAXより）

都道府県別料率の変化幅、10分の1に／健保法施行令を一部改正

政府は3月24日の閣議で、協会けんぽ（旧政管健保）の保険料率が全国一律から都道府県別に移行することに伴う保険料率の算定方法などを定めた「健康保険法施行令の一部を改正する政令」を決定した。保険料率が都道府県別に移行するのは2009年9月で、被保険者の10月支払い分から適用する。

移行に伴う保険料の激変を緩和するための経過措置については、引き上げ幅・引き下げ幅を10分の1とすることとし、13年9月までの4年間適用する。（3/25MEDIFAXより）

産科医療補償制度「剰余金は生じない」／政府答弁書

政府は4月7日の閣議で、産科医療補償制度の収支について「大幅な剰余金は生じない」とする答弁書を決定した。糸数慶子氏（無所属）の質問に答えた。

糸数氏は、年間分娩数を約100万件として試算すると保険料収入は年間約300億円になるとした上で、年間の補償対象者が800人の場合、年間補償金総額は約240億円と指摘。多額の剰余金が発生するとして、その用途を明確にするよう求めた。

これに対し、厚生労働省は年間の補償対象者を最大800人前後と推計した上で「制度運営に要する事務経費を勘案すると大幅な剰余金は生じない」と説明した。（4/8MEDIFAXより）

難病患者居宅生活支援「対象見直し考えない」／政府答弁書

政府は4月7日の閣議で決定した答弁書で、「難病患者等居宅生活支援事業」の対象者を疾患によって決定していることについて、「見直すことは考えていない」とする見解を示した。谷博之氏（民主）の質問に答えた。

同事業では、難病患者らに対してホームヘルプサービスや日常生活用具を給付している。谷氏は、同事業の対象者を「疾患の種別で規制するのではなく、

同じような社会的、日常生活の制限が継続していることに着目して支給決定すべきではないか」と指摘した。

これに対し、答弁書は「対象者は、限られた財源の中で難病対策を重点的かつ効果的に推進するという観点から対象疾患等で限定している」とし、見直す考えはないとした。（4/8MEDIFAXより）

「完全オンライン化」方針に変更なし／規制改革会議が見解

政府の規制改革会議は4月2日、「規制改革推進のための3か年計画」の再改定でレセプトオンライン請求義務化の文言が修正されたことに対する見解を発表した。見解では「政府として、2011年度当初からの原則完全オンライン化に向けて進めていく方針に変更はない」と明記。オンライン請求の義務化は、医療のIT化によって質のよい医療を提供する医療政策の根幹との認識を表明した。

政府は3月31日、「規制改革推進のための3か年計画」に記載されているレセプトオンライン請求の完全義務化について「義務化において原則現行以上の例外規定を設けないこと」との表現に修正。「原則」を追記することで、実質的に例外規定を拡充する余地を持たせた。また、「その際、地域医療の崩壊を招くことのないよう、自らオンライン請求することが当面困難な医療機関等に対して配慮する」とも明記。完全義務化に対応できない医療機関が廃業に追い込まれないよう配慮する表現とした。

規制改革会議の見解では、政府がオンライン請求義務化の文言を修正した狙いについて、オンライン請求を自ら行うことが困難な施設に対する配慮であり、あくまでオンライン化の促進が前提と説明。「配慮」によって「医療の質の向上に不可欠なレセプトオンライン請求化への取り組みを後退させることがあってはならない」とした。（4/3MEDIFAXより）

医療分野の情報化を推進／09年度規制改革会議の集中テーマ

政府の規制改革会議は4月2日、2009年度に集中的に取り組むテーマとして医療や介護を挙げた。医療や介護の分野は、規制改革によって雇用の増大や内需拡大を図ることができる成長分野と位置付けた。医療の分野では、レセプト請求の原則オンライン化をはじめとした医療のIT化を推進。質の良い医療を追求する観点から、医療情報の整備を進める

方針を示した。

このほか医療分野では、包括払いの推進やDRG／PPS（診断群別定額払い）の拡大をはじめとした診療報酬体系の在り方について議論する。また、医師と看護師の役割分担や医師養成の在り方、救急医療体制の整備などを集中テーマとして列挙した。

介護分野は、人材不足が指摘されている介護従事者の養成と確保対策に言及。資格要件の在り方や有資格者の活用などを議論する。介護サービスを強化するためには、介護報酬改定の効果を分析し、次期改定でのさらなるインセンティブを検討する必要があると指摘した。

また、同日は、09年度の運営方針を改定。「日本の実体経済は極度の収縮に見舞われている」との認識を示した上で、雇用の維持・増大と内需拡大に向けて「無用の諸規制を排除することが成長の極めて有効な推進力になる」とした。（4/3MEDIFAXより）

オンライン化で診療所などに支援策を／諮問会議の民間議員も指摘

3月25日の経済財政諮問会議で民間議員は、「情報通信分野における成長戦略について」と題する資料を示した。情報通信技術（ICT）の市場規模は約100兆円（2006年度現在）で、経済成長に貢献しているほか、雇用誘発効果も高いと指摘。論点の1つとして、ICTの活用が遅れている分野への抜本的な普及策が必要として、11年度のレセプトオンライン請求の義務化問題を取り上げた。

具体的には「11年度までのレセプトオンライン化を確実に実施するため、診療所や薬局などへの支援策を講じるべき」と提案した。

民間議員らは同日の会議で「11年度の実施の計画は崩すことなく完遂してほしい。もちろん地域への配慮は必要だと思う」「レセプトオンライン化は支援措置がないと大変困難になる」「必要があれば支援すべき。レセプトオンライン化（の目標年次）を遅らせる理由はない」などと発言した。

資料では「社会保障カードの実験的導入などとの整合性を確保しつつ、『電子私書箱』構想の実現に向けた工程表を作成すべき」とも提言した。（3/26MEDIFAXより）

消費増税、景気立て直し前提に「必ず実施」／麻生首相

麻生太郎首相は4月10日の会見で、経済対策と財

政規律の関係について「大胆な財政出動をするからには財政責任も果たさなくてはならない。子どもたちへ先送りをしないため、消費税を含む税制抜本改革は、景気の立て直しを前提に必ず実施する」と強調した。（4/13MEDIFAXより）

抗がん剤の審査迅速化など推進／舛添厚労相、経産・文科相と合意

舛添要一厚生労働相と二階俊博経済産業相、塩谷立文部科学相は3月19日、会談し、がん対策の推進に向けて抗がん剤の承認審査の迅速化やバイオベンチャーに対する支援などの施策を3省が連携して進めていくことで合意した。さらに、これらの施策を政府の経済財政諮問会議で策定を進めている成長戦略に盛り込む方針も確認。今後は3省の事務方で具体化に向けた調整を行う。

同日の会合で3大臣は、3省で協力して進めるべきがん対策として、「がん研究の推進」「バイオベンチャーの支援」「治験・臨床研究体制の整備」「薬事審査の機能強化」を取り上げ、具体的な施策について協議。①スーパー特区で行われている最先端のがん研究に対する集中的な財政投入②バイオベンチャーに対するリスクマネーの供給③治療技術や医療機器の研究・開発を企業と大学が共同で行う拠点の整備④がん研究の成果を速やかに実用化するための治験拠点の整備⑤抗がん剤の審査のための体制強化—の5つの施策を3省が連携して進めていくことで合意した。（3/23MEDIFAXより）

公立病院の再生へ「基金」設立／舛添厚労相、追加経済対策で

舛添要一厚生労働相は4月2日の参院厚生労働委員会、政府・与党が検討している追加経済対策に地域医療の再生に向けた「基金」の設立を盛り込む考えを示した。石井準一氏（自民）の質問に答えた。

石井氏は「公立病院の崩壊や民間譲渡をめぐり、全国各地で市長と住民の間で政治問題に発展する例が相次いでいる」と報告。このような事態が生じる背景として「医師不足による患者減、収入減に陥った病院に、自治体ガリストラの矛先を向けざるを得ない状況がある」と説明した。

これに対し、舛添厚労相は「（追加経済対策で）大きなファンドを組むための折衝をやりたい」と述べた上で、公立病院の存続に向けて「総務省とも連携を取らなければいけない」とした。

（4/3MEDIFAXより）

要介護認定の内部文書「確認でき次第、公表」／舩添厚労相

共産党の小池晃参院議員が、要介護認定の軽度化が介護給付費の抑制につながると明記された厚生労働省の「内部文書」の存在を指摘したことを受け、舩添要一厚生労働相は4月7日の閣議後の会見で「どういう文書だったか確認でき次第、公表したい。内部でいろいろな会議を行うため、そこでの文書だろうと思うが分からない」と話した。

小池氏は2日の参院厚労委で「介護報酬改定に係る平成21年度予算要求関係スケジュール（案）」とする厚労省の「内部文書」を提示。要介護認定で「非該当」とした1次判定が2次判定で重度化する割合を10%減らせば、約84億円縮減できると記述されているとした。

また、別の文書の「要介護認定平成21年制度改正案」も挙げ、要支援2と要介護1について軽度者を増やす方針が示されていると指摘。「要介護認定見直しは給付費抑制を狙ったもの」とし、4月施行の中止を求めた。（4/8MEDIFAXより）

代行請求支援や軽減措置を検討／オンライン義務化で舩添厚労相

レセプトオンライン請求の完全義務化に新たな例外規定を設けることを可能とする「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」が閣議決定されたことを受け、舩添要一厚生労働相は4月1日の衆院厚生労働委員会で、「代行請求などいろいろなお手伝いをし、また、軽減措置も考えていきたい」と述べ、義務化によって地域の医療機関が廃業に追い込まれることのないよう配慮するとした。内山晃氏（民主）の質問に答えた。

水田邦雄保険局長も「本来、ご自身でオンライン請求していただくのが筋だが、手間や費用の面で賄えない場合には代行請求の道も開いている」と述べ、代行請求への支援策を検討していると説明した。

（4/2MEDIFAXより）

HPVワクチン公費負担に前向き姿勢／舩添厚労相

自民・公明両党のワクチン予防議連は3月31日に舩添要一厚労相と面談し、子宮頸がん対策と予防接種制度の抜本改革を柱とする提言書を手渡した。議

連からは、坂口力会長、鴨下一郎会長代理、清水鴻一郎事務局長が同席した。

提言書を受け取った舩添厚労相は、HPV（ヒトパピローマウイルス）ワクチンの自己負担軽減措置について「すぐに医療保険を適用するわけにはいかないと思うが、少子化対策の一環として予算措置することは可能かと思う」と述べ、公費負担に前向きな姿勢を示した。

鴨下氏は「予防接種法が現状に対応できていない」と指摘し、ワクチンの研究開発や予防接種のしやすさなど「全体的に課題がある」と指摘。これに対して舩添厚労相は「産業振興と安全使用の両面をどうするか考えたい。産業振興の観点では、優れたワクチンを開発し、海外に輸出してもらいたい」と期待感をにじませた。

提出した提言書では①がん対策推進計画に「子宮頸がんの検診と予防ワクチン接種の推進」を盛り込み、各自治体が策定する計画に反映させる②HPV検査と細胞診の併用を推奨する③HPVワクチンと検診について十分に啓発し、費用負担軽減措置を導入する一〇三項目を2009年度中に措置するよう求めている。ワクチン行政改革の必要性にも触れており、厚生労働省のワクチン行政一元化や、「ワクチン接種推進基本法」の制定もしくは「予防接種法」の抜本改革といった法的措置の必要性も盛り込んだ。

（4/1MEDIFAXより）

2200億円撤回「各党で一致、その方向に」／与謝野財務相

与謝野馨財務相（経済財政、金融担当相）は3月26日の参院予算委員会で、社会保障費の自然増2200億円削減を撤回すべきとの質問に対し、「自民党も民主党もほかの政党も、この点についてはほぼ一致しているのではないかと。各党が一致していれば、政策はそういう方向に行くのではないかと思う」と述べ、2200億円削減を継続することは難しいとの認識を示した。民主党の蓮舫氏に対する答弁。

（3/27MEDIFAXより）

オンライン化や特養への転換を支援／経済危機対策、総額15.4兆円

自民党は4月9日、2009年度第1次補正予算に向けた「経済危機対策」を了承した。財政支出は15兆4000億円程度で、事業規模は56兆8000億円程度に達する。うち医療関係の施策を盛り込んだ「健康長寿・

子育て」は、財政支出が2兆円程度、事業規模が2兆8000億円程度。11年度のレセプトオンライン請求義務化に向けた支援や、医療療養病床から特別養護老人ホームなどへの転換支援など、懸案事項への対策を打ち出した。公明党も同日、対策をおおむね了承した。

財源は、財政投融资特別会計の積立金や、建設国債、経済緊急対応予備費を充てるほか、不足する場合には、赤字国債の発行も視野に入れる。政府・与党は27日にも、09年度補正予算案と税制改正関連法案を国会に提出する予定だ。

今回の対策の骨子は①緊急的な対策—「底割れ」の回避②成長戦略—未来への投資③「安心と活力」の実現—政策総動員④税制改正—からなる。具体的な対策は、自民党の日本経済再生戦略会議がまとめた報告から多くを採用した。

医療関係では、地域の医療課題の解決に向けて策定する「地域医療再生計画」に基づき、都道府県が医療圏単位で医療機能の強化や医師確保に向けた取り組みを支援するとした。また、大学病院の機能強化や、災害拠点病院の耐震化をはじめとする「医療機関の機能・設備強化」にも取り組む。IT化の推進では「レセプトの完全オンライン化を前提とした支援」と明記したほか、遠隔医療の推進にも言及した。

また、新型インフルエンザワクチンの開発・生産体制を抜本的に強化し、全国民分のワクチンの開発・生産期間について、現行では最大2年間かかるところを、約半年に短縮する体制を5年以内に敷く。生活習慣病の原因解明や予防・治療法の確立を目指し、大規模疫学調査データとゲノム情報を融合した研究も推進する。

介護関係では、職員の処遇改善やスキルアップに取り組む事業者に対し3年間助成するほか、地域介護拠点の整備に対する助成・融資を3年間、拡大することなども提示した。福祉・介護人材のキャリアアップ支援として、離職者に対する職業訓練を無料化するほか、それぞれの求職者に合わせた職場紹介と定着支援を図る。子育て・教育支援の一環として、女性特有のがん検診について自己負担の免除を打ち出した。

このほか、後期高齢者医療制度の被保険者のうち所得が低い高齢者の保険料について、08年度に引き続き09年度も8.5割軽減を継続すると明記した。（4/10MEDIFAXより）

医師派遣機能の強化へ奨学金／医療分野の経済危機対策

自民・公明両党は4月9日にまとめた経済危機対策に、中長期的な成長を目指した医療分野の具体的施策を示した。医師確保のための奨学金を活用することで、医師が不足している地域や診療科に対する医師派遣機能を強化するほか、医師事務作業補助者を集中配置することによって、勤務医や看護師の勤務環境の改善に取り組む。

また、地域医療の再生に向けて救命救急センターや新生児集中治療室（NICU）の拡充を明記した。NICUや回復期治療室（GCU）の後方病床として、重症心身障害児施設の整備も盛り込んだ。

大学病院の周産期医療体制や救急医療環境などを強化する方針も打ち出した。国立高度専門医療センターへの先端医療機器の整備や財務基盤の安定化に取り組むことも明記した。

このほか、社会保障カード（仮称）の導入に向けた環境整備など医療のIT化を進める方針を盛り込んだ。健保組合に対しては、IT化を推進するための財政支援を実施する。

さらに、難病患者の負担軽減を図る観点から、医療費助成制度の対象疾患を拡大。緊急性の高い疾患を新たに同制度に追加する方針を示した。（4/10MEDIFAXより）

3年間で介護人材30万人を確保／日本経済再生への戦略プログラム

自民党の日本経済再生戦略会議は3月30日、雇用対策など当面の緊急課題をまとめた「日本経済再生への戦略プログラム」（中間報告）を大筋で了承した。今後3年で、介護人材30万人の確保をはじめとして200万人分の雇用を確保・創出する。中長期的に3％程度の成長を目指すとした。

対策の規模は過去最大級とするものの、「〇〇兆円」と具体的な数値の記載は見送った。中間報告は31日に政審、総務会での了承を経て、同日中に麻生太郎首相に提出。政府・与党が検討を開始する追加経済対策に反映する。

緊急対策については、100年に1度の経済危機への対応策として、職業訓練中の生活支援などの緊急雇用対策などを充実させるほか、中小企業の資金繰り支援などにも着手する考えを示した。

また、中長期対策としては戦略プログラムを牽引する優先的な主要10施策を取り上げた。医療関係で

は「健康長寿と子育てを支える質の高い生活コミュニティの形成」を掲げ、地域医療の再生と最先端医療技術の革新や、介護拠点の整備と処遇改善を通じた介護人材30万人の確保の必要性を示した。

この戦略プログラムを加速するための制度改革にも言及しており、地域医療を再生するための「基金」を創出するアイデアも1つの例として提示した。

主要10施策の推進と同時に「12分野別施策メニュー」も明示。「フロンティア分野」として、最先端の医療技術の取り組みを、「地域を中心とした現場力の再生」として、救急医療でのいわゆる「たらい回し」の解消など、医療・介護・保育・少子化分野をそれぞれ取り上げた。（3/31MEDIFAXより）

地域医療再生へ「基金」、医師派遣システム強化／経済再生戦略

自民党の日本経済再生戦略会議が3月30日にまとめた「戦略プログラムを牽引する主要10施策と達成目標」では、地域医療の再生に向けて、2次医療圏を基本に新たに「地域医療再生計画」を策定することなどを柱とした「健康長寿の質の高い生活コミュニティの形成」も盛り込んだ。地域医療再生のために「基金」を設置し、施設整備、医師派遣システムの強化による医師不足解消などの取り組みを強力に支援する。

中間報告では、地域医療の現状について、医療機能が細切れで医師の専門性が発揮できず、処遇面の課題なども相まって地域での医師不足が深刻化していると分析。結果として、住民が満足なサービスを受けられていないと指摘した。

その上で、新たに地域医療再生計画を策定し基金も創設するとした。基金は、大学病院など基幹病院に対し、奨学金の設定や寄付講座を支援するほか、地域の病院に対しては、産科の強化などに協力することで、患者の安心につなげるという構想。

また、3年以内に医師事務作業補助者2万人規模の雇用創出も検討。こうした取り組みを通じ、医療分野で3年間で18万人、2025年時点で最大112万人の雇用創出を図るとした。

一方、介護分野では、施設の入居待ちが大量に存在するほか、療養病床廃止に伴う受け皿づくりの必要性を指摘。さらに、他産業と比較して低水準の賃金体系で、能力や実績に応じたキャリアパスが見えづらいなどの課題を列挙した。

その上で、介護拠点を3年間前倒して集中的に整

備するほか、処遇改善に向けた緊急措置と介護職員のキャリアパスを提示するとした。こうした対策を通じて、12年度の介護報酬改定時に「キャリアアップに対応した介護報酬体系を構築」するとした。3年間で30万人の雇用創出を目指すほか、入居待機者解消にも取り組む。

また、3年以内に医療機関・薬局のレセプトオンライン化を実現するほか、3年以内をめどに社会保障カードを導入するとした。

このほか、全国民分の新型インフルエンザワクチンの開発・生産期間を半年に大幅短縮する体制を5年以内に整備する目標も盛り込んだ。

（3/31MEDIFAXより）

救命センター23施設増、NICUも500床増／経済再生戦略

自民党の日本経済再生戦略会議が3月30日にまとめた「戦略プログラム12分野別施策メニュー」では、直ちに事業化するプロジェクトとして、3年間で救命救急センターを23施設増やし237カ所まで拡充することなどを盛り込んだ。

新生児集中治療室（NICU）についても2500床から3000床まで増床する。また、災害拠点病院や社会福祉施設の耐震化を図るほか、土砂災害の危険性がある病院や老人ホームへの対策も掲げた。

救急医療については、高規格救急車や消防団救助資機材搭載型車両の整備を集中的に推進。検討中のプロジェクトとしては、IT技術を活用した救急・周産期医療情報ネットワークの構築に言及。救急現場と消防機関、医療機関の間で情報を効率的に共有するシステムを検証し、いわゆる「たらい回し」などの解消を目指す。

さらに、地域医療の連携に向けて、電子カルテの導入補助や遠隔医療の推進、高速ブロードバンド網を整備する。遠く離れた住民の健康状態情報をサービス事業者が共有して遠隔地から見守るシステムの構築も図る。（3/31MEDIFAXより）

オンライン代行請求、費用負担軽減を／自民・特命委員会

自民党の「日本の活力創造特命委員会」は3月24日、2009年度補正予算の編成をにらみ、レセプトオンライン請求義務化に対する医療機関の支援策などを盛り込んだ「日本の活力総合戦略」をまとめた。今後、同党の日本経済再生戦略会議に報告する。

11年度から原則義務化されるレセプトオンライン請求の義務化については、「診療所・薬局などにおいて、レセプトオンライン化に必要な設備投資や代行請求を利用する際の費用負担を軽減し、オンライン化を促進する」と明記した。IT化関連では、医療計画に基づく医療機能の分化、連携を促すため、電子カルテや遠隔医療システムなどの医療機関への導入促進策を講じるべきとした。

（3/26MEDIFAXより）

オンライン化「十分な配慮を」／自民・厚労関係幹部会

自民党の丹羽雄哉・元総務会長（元厚生相）や鈴木俊一・社会保障制度調査会長（元環境相）ら厚生労働関係の幹部議員は3月19日、会合を開き、2011年度から原則的に義務化が予定されているレセプトのオンライン請求によって、地域の医療機関などが廃業に追い込まれないよう十分配慮することで意見が一致した。今後はオンライン請求義務化が明記されている「規制改革推進のための3か年計画」の閣議決定の見直しに向けて、具体的な対応策など詰めの作業を行う。

公明党の医療制度委員会（委員長＝福島豊・衆院議員）も同日、オンライン請求義務化によって、地域医療がこれ以上崩壊することがないように、厚生労働省の担当者に柔軟な対応を求めた。

（3/23MEDIFAXより）

処遇改善の報告を義務付け／野党4党、介護報酬10%増法案を提出

野党4党（民主・共産・社民・国民新）は3月26日、介護報酬を10%引き上げることと柱とした「介護労働者の人材確保に関する特別措置法案」を参院に提出した。政府の介護報酬改定3%増に新たに7%増を追加し、介護職員の給与増など処遇改善を図る。

野党4党は、介護職員の賃金引き上げには3%増では不十分だと判断。1人当たり月額4万円の賃金引き上げを実現するために7%増を加え、計10%増の大幅な介護報酬引き上げを求めている。

法案によると、介護報酬増が賃金引き上げに反映されたかどうかを確認するため、事業者に対して、市町村に処遇改善の実施状況を報告するよう義務付ける。さらに、事業者が改善策を講じなかったり不正を行ったりした場合には、市町村が助言や勧告、

立ち入り検査、介護報酬の支給停止などをできるようにした。

介護報酬引き上げの財源は全額国費を投入する。保険料の引き上げは行わず、利用者負担も上がらないようにする。介護保険制度の抜本的な見直しが行われて介護人材の確保に支障がなくなった段階で、この法律を廃止する。（3/27MEDIFAXより）

医師不足対策に5000億円／民主、総額20兆円超の緊急経済対策

民主党は4月8日、医師不足対策に5000億円を投入するなど2年間で総額20兆円超となる緊急経済対策を発表した。医療関係では医師、看護師の不足解消や介護労働者の賃金アップ、病院の耐震化などを挙げている。財源は埋蔵金の活用や国の非効率な事業を「ゼロベース」で見直すことなどで捻出するとしている。

社会保障関係には4.5兆円を投入する。医師不足対策では、救急や周産期などでの勤務医の待遇改善を図るため助成を拡充。就業環境の改善によって潜在看護師の就労促進を図るほか、コ・メディカルや事務員の増員を通じて医師などの負担を軽減させる。

また、介護報酬を7%アップさせて介護職員の処遇改善を図るほか、ドクターヘリの導入促進や、中学生までの医療費無料化、新耐震基準を満たしていない病院の耐震化などを加速させる。

（4/9MEDIFAXより）

自立支援医療「応益」から「応能」へ／民主・障がい者政策中間報告

障害者の自立支援医療の定率1割負担を廃止し、利用者の所得能力に合った負担にすることなどを柱とした民主党の「障がい者政策PT中間報告」が3月18日、同党の次の内閣閣議で了承された。同党は今後、中間報告を基に法案の提出も視野に検討を進める。

中間報告では、現行の障害者自立支援法は国民的な合意が得られないまま利用者負担が増額するなど混乱を招いたと指摘。さらに、政府・与党が行った利用者負担の引き下げなど、激変緩和措置は小手先の改革で抜本的な制度改正が必要としている。

中間報告では定率1割負担（応益負担）を廃止し、更正医療、育成医療について自立支援法以前の負担水準を勘案し、利用者の所得能力に合った応能負担とすることを求めている。

また、現行の難病対策について、難病の調査研究や患者の医療費負担の軽減を柱とした法制度を整備する。諸外国と比べGDP比で国民負担率が低いとされる障害者関係予算を充実するため、財政的な数値目標を定めるとしている。（3/19MEDIFAXより）

中医協支払い側委員に伊藤文郎氏／松浦氏の後任

厚生労働省は4月5日付で、中医協の新たな支払い側委員に愛知県津島市長の伊藤文郎氏を任命する人事を発令した。3期6年にわたり支払い側委員を務め、任満期により4日付で退任した松浦稔明氏（香川県坂出市長）の後任となる。任期は2年。（4/7MEDIFAXより）

医療職種の役割分担「検討の場、設置を」／医道審、8年ぶり開催

厚生労働省は3月18日、医道審議会を開いた。医道審を開くのは2001年の初会合以来2回目で、08年から薬剤師分科会が加わり8分科会となった。会長には金澤一郎・日本学術会議会長を選出した。

同日は、医師と看護職員の役割分担について構成員から意見が集中した。

金澤会長は「この問題はきちんと議論したほうがいい」と話し、医師と他職種の役割分担や看護師の裁量権拡大について検討の場を設置すべきとした。

厚労省は同日の会合で、分科会の活動状況などを報告した。医道審は現在、①医道分科会②医師分科会③歯科医師分科会④保健師助産師看護師分科会⑤理学療法士作業療法士分科会⑥あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師分科会⑦薬剤師分科会⑧死体解剖資格審査分科会—の8分科会を設置。各職種の分科会には、国家試験改善や国試出題基準改定、臨床研修などの部会が設置されている。

これまで医師分科会には「医師臨床研修検討部会」と「医師臨床研修部会」が設置されていたが、新医師臨床研修制度の創設について検討していた医師臨床研修検討部会は臨床研修部会に統合する。

厚労省は、2月にまとめた「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」報告書など臨床研修制度の検討状況についても報告した。

（3/19MEDIFAXより）

後期高齢者「名称変更速やかに」／高齢者医療の検討会、議論の整理

外添要一厚生労働相が設置した「高齢者医療制度に関する検討会」は3月17日、事務局が示した「議論の整理」案を大筋で了承した（資料1、後掲38ページ）。「後期高齢者医療制度」などの名称を速やかに見直す必要性を指摘したが、年齢区分や財政調整の在り方などの主要課題については委員の意見を列挙し、「選択肢を具体的に示し、今後の国民的な議論に供する」としている。

制度見直しについては、与党のプロジェクトチーム（PT）も近く方向性をまとめることになっている。外添厚労相は「与党PTの方向性も踏まえ、政府・与党一体となった案に取りまとめたい」と述べた。

「議論の整理」では、年齢区分について「やむを得ない」とする意見とともに、①全年齢による財政調整②前期高齢者の財政調整を後期高齢者にも拡大③後期高齢者医療制度の対象を65歳以上に拡大④75歳以上の被用者保険本人を被用者保険に残す—などの意見を列挙した。

後期高齢者医療制度の医療サービスについては「新たな医療サービスの提供が十分でなかったことが、高齢者の不満の原因の1つ」とし、高齢者担当医やきめ細かな訪問医療、医療と介護の連携などを課題に挙げた。（3/18MEDIFAXより）

大臣のガバナンス強化に意欲／舛添厚労相、在り方懇の最終報告で

厚生労働行政の在り方に関する懇談会は3月30日、最終報告を取りまとめた。厚労省の組織の在り方として、意思決定から運営・管理までを適切に行うシステム（ガバナンス）の強化などをうたっている。会合に出席した舛添要一厚労相は「大臣のガバナンス強化は、ぜひ制度として実現させたい」と意欲を示した。

報告書は2008年12月に公表した中間報告後、検討課題となっていた行政組織・体制の在り方に関する提言を追加した内容となっている。基本的視点としてガバナンス機能の強化のほか、①現下の新しい政策課題に取り組むことができるようにする体制②既存組織の活用などによる組織の肥大化の防止③政府全体としての効率化の一層の推進と各府省への配分の見直しなどを据えた。具体的な提言として、大臣が主宰する「政策推進会議」の設置や補佐スタッフの充実、政策統括官組織の強化、プロジェクトチ

ームや対策本部の活用などを挙げている。

医療・介護関連では、医政、保険、老健の3局が統一された方針の下に政策を立案・実施する組織体制の必要性を指摘。12年の診療報酬・介護報酬同時改定を見据え、速やかに体制整備を図るよう提言している。また、医療職種に着目して編成されている現在の組織について「利用者（患者）の立場に立った行政を進めるという視点から、資格の管理だけでなく、その資格が行うサービスの向上について正面から取り組む体制とすべき」としている。

持続可能な社会保障構築と安定財源確保に向けた「中期プログラム」の取りまとめを受け、「給付と負担の適切な関係を前提とした安定財源の確保、区分経理を前提とした予算・決算の仕組みの検討」などに早急に取り組むべきだとした。

厚労省は、行政運営に関する提言をまとめた中間報告を受けて、改革の工程表を公表し具体化に取り組んでいる。今後は最終報告に盛り込まれた内容を工程表に落とし込むとしている。（3/31MEDIFAXより）

医療機関での職員認証の必要性／社会保障カード活用のシナリオ

「社会保障カード（仮称）の在り方に関する検討会」の作業班が4月2日の同検討会で、社会保障カードの医療機関での活用に関するシナリオを示した。患者の提示したカードを利用して医療機関の職員が保険資格確認をする場合、保険者の所有するデータと医療機関を中継する「中継データベース（DB、仮称）」が、担当した医療機関職員を認証する必要があると指摘した。

認証の具体的な方法として①中継DBが直接、医療機関職員を認証する②医療機関内のシステムが職員認証し、中継DBが医療機関の認証を行う一を挙げた。作業班班長の山本隆一委員（東京大大学院准教授）は「班内では②の案が妥当とする意見が多い」と述べた。

シナリオでは医療・介護分野の共通番号として「保健医療番号」をカード券面または別紙に記載することの有用性も指摘している。地域医療連携での共通IDとしての利用が可能となるほか、保険者間の異動変更時の事務処理、医療保険者と介護保険者の連携事務処理の簡素化などのメリットを挙げている。

保健医療番号はカード内のICチップには収録せず、通常の保険資格確認でも利用しないとしているが、長期入院患者などの場合には、事前の資格確認

の際に取得した保健医療番号を利用して、被保険者資格の有無など最低限度の情報を確認できる仕組みも検討すべきだとした。

保健医療番号が可視化されることによる個人情報面でのリスクも指摘し、「制度的・技術的な対応を検討する必要がある」とした。

保健医療番号を使った保険請求は「想定していない」としたが、将来的に環境を整備する場合は、番号を所有者本人の意思で変更できるかどうかについても併せて検討する必要性を指摘した。

（4/3MEDIFAXより）

日本脳炎、幼児の定期接種再開へ／検討会が提言、新型ワクチンで

厚生労働省の予防接種に関する検討会は3月19日、2月に正式承認を受けた乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン「ジェービックV」を定期予防接種ワクチンとして対象に加え、第1期（標準年齢3～4歳）に限り定期化する必要があるなどとする提言をまとめた。厚労省は同日、予防接種実施規則を改正する省令案を提示。3月末からパブリックコメントを募集し、2009年夏の流行期までに再開させたい考えだ。

日本脳炎の定期接種をめぐっては、現行のマウス脳由来のワクチンと急性散在性脳脊髄炎（ADEM）との間に因果関係があるのではないかと指摘され、05年5月に厚労省が積極的な接種勧奨を差し控えるよう通知。以降、定期接種は事実上中断している。

提言では、積極的な接種勧奨の差し控え以降、接種を受けられなかった幼児で日本脳炎に対する抗体保有率が低くなっている一方、国内でも罹患のリスクは依然として存在すると指摘。「ジェービックV」を速やかに定期接種のワクチンとして使用できるようにすることが必要とし、日本脳炎ワクチンの接種を一度も受けたことがない3～6歳の子どもに優先的に接種することが望ましいとした。

ただ、供給量が限られていることなどから、「現段階においては積極的に勧奨する段階には至っていない」とし、自治体に対して積極的な接種勧奨は求めない方針だ。また、第2期（標準年齢9歳）については有効性や安全性が確立していないとして、定期接種のワクチンに位置付けることは困難と明記。現行のワクチンは当面存続させ、「ジェービックV」については、知見を収集して検討を続けるとした。

（3/23MEDIFAXより）

再生医療提供の枠組み、議論開始／厚労省検討会

増加が予想される再生医療製品を広く迅速に患者に提供するための仕組みを検討する厚生労働省の「再生医療における制度的枠組みに関する検討会」の初会合が4月6日、開かれた。2009年度は、患者から採取した自家細胞を別の医療機関で培養・加工することについて検討する。加工医療機関の細胞加工施設（CPC）の施設基準や人員基準などが主な論点となる。座長には、永井良三委員（東京大大学院医学系研究科循環器内科教授）が選出された。

検討会は、2月に開かれた「革新的創薬等のための官民対話」で舛添要一厚生労働相が設置を指示した。再生医療を進める上で最適なルールを整理し、実用化を後押しするのが目的。（4/7MEDIFAXより）

「救急医療体制の整備」など重点評価／厚労省の09年度政策評価

厚生労働省の「政策評価に関する有識者会議」は3月16日、2009年度に実施する政策評価について同省から報告を受けた。09年度の事後評価の重点課題として救急医療体制の整備や医師養成数の増員など20課題を挙げた。

厚労省は08年度内に事後評価の実施計画を策定し、7月下旬～8月にかけて、08年度に行った施策の事後評価結果を取りまとめる予定だ。

重点課題にはこのほか、高齢者医療制度の見直しや医療研究の活用、レセプトの電算化とオンライン請求の普及促進などが入った。

厚労省は各年度の施策を評価する「事後評価の実施計画」を毎年策定している。09年度は達成水準の明確化やアウトカムの指標化の観点から評価の見直しを実施。施策目標の下にある個別目標を整理・統合し、従来の199項目から155項目に減らすなどした。（3/17MEDIFAXより）

高度医療、診療所も実施可に／評価会議、要件見直し了承

厚生労働省の高度医療評価会議は、3月26日、「高度医療評価制度」の実施機関の要件などに関する見直し案を了承した。①緊急時対応が可能な体制②医療安全対策に必要な体制—を持つ場合、診療所でも実施を可能とする。

同制度は、薬事法上未承認などの医療機器・医薬

品を用いた先進医療技術について、一定の条件の下に保険診療との併用を認める仕組み。

（3/27MEDIFAXより）

公共的な空間、原則全面禁煙に／厚労省検討会が報告書

厚生労働省は3月24日、「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会」の報告書を公表した。基本的な方向性として、多くの人が利用する公共的な空間は原則として全面禁煙にすることを求める一方、喫煙者や飲食・旅館などの業者に配慮し、「社会情勢の変化に応じて暫定的に喫煙可能区域を確保することもとり得る方策の1つ」とした。

報告書では、施設や区域で具体的に進めるべき施策として、①国と地方公共団体は、全面禁煙とすべき施設・区域を示す②国は受動喫煙防止対策の取り組みについて、進捗状況や実態を把握する③施設管理者や事業者は、全面禁煙が難しい場合でも、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努める④喫煙可能区域を確保した場合には、そこに未成年者や妊婦が立ち入らないようにする措置を講ずる⑤従業員を健康被害から守るための対応について検討を深める—などが必要と指摘している。

また、今後の課題として、職場での受動喫煙防止対策の検討や、たばこ価格・たばこ税の引き上げによる喫煙率低下の実現などを挙げている。

（3/26MEDIFAXより）

4月1日付で8健保組合が解散

厚生労働省は3月27日、2009年4月1日付で8つの健康保険組合が解散すると発表した。

解散するのは、埼玉県内の運送業者500社でつくる「埼玉県トラック」や福島県の観光サービス業「常磐」など8組合。厚労省保険局保険課は解散理由について、①従来も保険料率が協会けんぽ以上だったため健保組合を維持するメリットが薄れていた②今後も標準報酬の伸びが期待できない中で医療費の増加や医療保険制度の改正による納付金などで財政が厳しい③組合規模が小規模—の3点を挙げている。

8組合が解散することにより、09年4月1日現在の健保組合の総数は1485となる。

（3/30MEDIFAXより）

社会医療法人、08年度の認定は34法人

厚生労働省は3月31日、社会医療法人制度がスタ

ートした初年度の2008年度の認定は、21道府県・34法人だったことを明らかにした。4月1日には、神奈川と埼玉にまたがる社会医療法人も認定される見通しだ。これで4月1日時点での認定は10法人増えて27都道府県・44法人となる。2年目に入る社会医療法人制度について厚労省は「今後も都道府県から報告が上がってくることが予測される。順調に推移している」（医政局指導課）としている。

初年度の業務区分で最も多いのは、圧倒的に救急医療。しかし、認定要件を何とかクリアした法人から、救急搬送件数が3000件を超える法人までばらつきが大きいのが実態だ。

初年度認定分の法人形態の内訳は、一般医療法人が5法人、特定医療法人が16法人、特定・特別医療法人が11法人、特別医療法人は2法人だった。制度スタート時点では、特定・特別医療法人から順次、社会医療法人への移行が予測されたが、実際には一般医療法人からの参入が予想以上に早い時期から進み、へき地医療を業務区分にした診療所の社会医療法人への移行も始まった。（4/1MEDIFAXより）

医療法人の「日中一時支援事業」を容認／厚労省が通知

厚生労働省医政局は、障害者らの一時預かりなどを行う「日中一時支援事業」を医療法人の付帯業務として認めることを決め、3月31日付で局長通知を都道府県に発出した。構造改革特区での要望を踏まえ、同事業を「保健衛生に関する業務」に加えた。児童福祉法一部改正に伴い第二種社会福祉事業となった「乳児家庭全戸訪問事業」など5事業についても、付帯業務として認める。施行は4月1日。

日中一時支援事業は、家族の休息などを目的に障害者らの日中の活動を支援する事業。2006年の障害者自立支援法の施行前は第二種社会福祉事業に位置付けられ、医療機関による実施も認められていたが、法施行により実施できなくなっていた。このため岐阜県が構造改革特区（第13次）で医療機関でも実施できるよう規制の見直しを要望していた。

児童福祉法改正で、全医療法人が実施できる「第二種社会福祉事業」に加わったのは、①乳児家庭全戸訪問事業②養育支援訪問事業③地域子育て支援拠点事業④一時預かり事業⑤小規模住居型児童養育事業一の5事業。

このほか、従来「保健衛生に関する業務」にあった「乳幼児健康支援一時預かり事業」は「病児・病

後児保育事業」に名称変更した。（4/10MEDIFAXより）

厚労省、専認機構へ財政支援／専門医制の「客観的な評価機関」

厚生労働省は、各学会の専門医制度を客観的に評価できる機関として日本専門医制評価・認定機構（専認機構）を支援する方針を決めた。2009年度から財政的な支援を開始する。予算規模は2000万円。厚労省は「専門医の質が担保された上で適正な配置が行われなければ、専門医制度に基づく国の施策に対して国民の理解は得られない」（医政局総務課）としており、専認機構に対して、専門医認定制度の確立をはじめ、認定基準の是正や研修施設の評価について検討するよう求めている。

現行の専門医制度について、厚労省は①専門医の質②専門医の数③専門医制度の位置付け④専門医制度の認知一の4点を課題としてとらえている。「専門医制度の位置付け」については、初期臨床研修終了後の後期研修と専門医制度との関係がいまいな点に問題意識を持っている。

また、学会によって認定基準が異なる現状についても是正が必要と考えているほか、必要な専門医数が不明・未検証であることが、産婦人科や外科など特定の診療科で医師不足を招いた原因の1つではないかとみている。

こうした課題を是正するため厚労省は、専門医の必要数・適正数を明確化する基盤づくりを支援する方針。将来的には、各学会の専門医の必要数・適正数を一括するデータベースの構築を目指すとしている。

さらに、厚労省は必要数・適正数とは別に、専門医の「養成数」についても明らかにすべきとしており、①医療機関は、現状の症例数や指導体制などから養成できる専門医数を明らかにする（後期研修医募集に当たって適切に対応する）②専認機構と各学会は、症例数・地域偏在を考慮し、専門医研修施設の配置や、施設ごとの養成数の検討に関与する—ことなどが必要としている。（4/9MEDIFAXより）

時間外の特別料金徴収、増加傾向／厚労省、選定療養の届出調査

救急外来患者の時間外受診の増加を受け、軽症の救急患者に対して時間外の診療自粛を促すため、特別料金を徴収する病院が増えている。厚生労働省が

3月25日の中医協総会で報告した選定療養の届出状況では、2005年7月で123施設だったのが08年7月には212施設に増加した。

時間外診療での選定療養の届出は、山形大病院や群馬大病院など国立大学病院をはじめ、岡山赤十字病院、徳島赤十字病院、前橋赤十字病院などの公的病院、焼津市立総合病院、藤枝市立病院などの自治体病院で広がっている。

厚労省の届出調査によると、200床以上病院での初診の特別料金についても、05年7月の1134病院から08年7月は1180病院と増加傾向となっている。

一方、入院期間が180日を超える入院での特別料金を徴収している施設は、05年7月に7253施設あったのが、08年7月には4297施設と減少傾向が顕著だ。徴収料金（1人1日当たり）の最高額は6360円となっている。（4/10MEDIFAXより）

ハローワークに「福祉人材コーナー」／医療・介護の人材確保を強化

厚生労働省は4月8日、医療や介護などの福祉分野の人材確保を強化するため、各都道府県の主要なハローワーク54カ所に「福祉人材コーナー」を設置すると発表した。4月から順次設置を進める。

福祉人材コーナーでは、福祉分野への就業を希望する人を対象に、セミナーや事業所の見学会を開催するほか、事業者に対しては求人充足に向けたコンサルティングや雇用管理の改善、人材確保に関するセミナーを行う。（4/9 MEDIFAXより）

高齢者医療制度「理解進んでいる」／水田保険局長

厚生労働省の水田邦雄保険局長は3月17日の参院厚生労働委員会で、後期高齢者医療制度について「最近の世論調査の結果を見ると、制度に対する一定程度の理解が進んできている」と述べた。古川俊治氏（自民）の質問に答えた。

水田局長は「日経新聞、日本医療政策機構の世論調査で70歳以上の高齢者の過半数が現行制度のままの存続、あるいは見直して存続という調査結果だった」と述べ、制度は定着してきているとした。

理解が進んだとする理由については、低所得者に対する保険料の軽減措置や保険料の支払い方法を口座振替も可能にしたことや、新聞・テレビによる広報の実施などを挙げた。その上で「高齢者の心情にも配慮しつつ、より良い制度への改善に向けて、引

き続き幅広い議論に努めていく」とした。（3/18MEDIFAXより）

次期改定も「病院に軸足」／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3月21日、北海道病院協会の研修会で講演し、次期診療報酬改定の方針について「前回の改定もそうだが、病院に軸足を置いた改定の方針は変わらないだろう」と述べた。

その上で、「どの診療科がどの程度厳しい状況に置かれているのか、その状況を解消するには診療報酬のどの項目を改定すればよいのか、データを示して取り組む必要がある。そのためには部門別収支を将来的に出していかなければならない」と述べた。（3/24MEDIFAXより）

地域医療損なわないよう留意を／社保病院で専門家会議が報告書

社会保険庁の「社会保険病院等に関する専門家会議」は3月23日、報告書を取りまとめた。同会議は社会保険病院や厚生年金病院の整理合理化を進める際、病院経営の評価や地域医療で担う重要な病院機能を検討する目的で2007年11月に設置した。報告書は社会保険病院などが地域医療に果たしてきた役割を評価し、社保庁に対しては今後の改革に向けて、各病院の経営面、機能面の評価も踏まえながら、地域の医療提供体制を損なわないことや、安定的な経営に留意することを求めている。

ただ、社会保険病院と厚生年金病院の63病院は08年10月から年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）が保有し、3月6日には厚生労働省がRFOに具体的な売却方法を通知で指示している。（3/24MEDIFAXより）

財政審、骨太09へ議論開始／社会保障と財源で海外調査へ

財政制度等審議会は3月17日、財政制度分科会・財政構造改革部会を開き、2010年度の予算編成に向けた議論を開始した。政府が6月までにまとめる「骨太の方針09」を念頭に当面の財政運営の在り方について審議を重ね、考え方を取りまとめる。有識者ヒアリング、海外調査、地方懇談会を積極的に活用し、重要課題を中心に審議する考えだ。

事務局は同日の会議に、「当面の運営方針について」（案）を提示。今後の審議事項として、①景気後

退下における財政運営②高齢化の下での社会保障制度とその財源③地方行財政の在り方と地域の活性化④その他の重要事項—を取り上げた。

このうち社会保障制度とその財源については、2月下旬－3月下旬にかけて、北米（アメリカ、カナダ）、欧州（イギリス、ドイツ、フランス、イタリア、スウェーデン、EU）で海外調査を実施。その結果を参考にして、審議を進める考えを示した。

海外調査では、各国の社会保障費支出状況や将来見通し、財政状況に与える影響を把握するほか、制度の財源構成についても調査する。さらに、制度効率化のための取り組みや今後の改革の予定のほか、給付水準・負担の在り方についてのスタンス・国民意識についても研究する。（3/18MEDIFAXより）

N I C U増床に「財政支援を」／東京都が厚労相に緊急要望

東京都は3月17日、舩添要一厚生労働相に対し、新生児集中治療管理室（NICU）の整備促進に向けて診療報酬の大幅な引き上げと国庫補助の充実などを求める緊急要望書を提出した。厚生労働省を訪れた猪瀬直樹副知事に対し、舩添厚労相は「背景の問題は山ほどある。医療体制全体の抜本的な見直しが必要で、今後検討を進めたい」と答えた。

都は要望書の中で、NICUの収支が現在の運営費補助金投入後も1床当たり700万円以上の赤字が生じているとする収支モデル分析の結果を示した。その上で、NICUの診療報酬を実態に合わせて引き上げることや、総合周産期母子医療センターの国庫補助の算定基準にNICU数を加えること、地域周産期母子医療センターに対してもNICU数を算定基準とした国庫補助制度を創設することなどを求めた。

舩添厚労相との会談で猪瀬副知事は、厚労省の懇談会が取りまとめた報告書でNICUを最大で現状の1.5倍程度に増やす方針が盛り込まれたことについて、「ベッドを増やしても赤字が増えるだけ。インセンティブが必要だ」と指摘し、財政支援を強く求めた。（3/18MEDIFAXより）

オンライン請求問題で三師会の請願採択／兵庫県議会

兵庫県議会は3月24日の本会議で、レセプトのオンライン請求義務化について慎重な対応を求める意見書を採択し、同日付で関係省庁などに送付した。

兵庫県医師会、兵庫県歯科医師会、兵庫県薬剤師会の三師会は2月25日に同県議会に対し、意見書の採択を請願していた。

意見書は、オンライン請求の義務化によって廃院に追い込まれる医療機関が現れ、地域医療がさらに危機的な状況に陥ると懸念。実施時期の延期や支援措置の検討など、国に対して慎重できめ細かな対応を求めている。（4/5MEDIFAXより）

市立病院休止でリコール成立、市長失職／千葉・銚子の住民投票

千葉県銚子市の市立総合病院の休止問題を争点に、岡野俊昭市長のリコール（解職請求）の是非を問う住民投票は3月29日投票、即日開票の結果、賛成票が有効投票の過半数に達しリコールが成立、岡野市長は失職した。

リコールに賛成が2万958票、反対が約半分の1万1590票だった。

地域の公的医療の存続を望む住民の強い意思が示された形だ。全国の公立病院の7割は赤字経営に苦慮しており、各自治体に大きな影響を与えそうだ。投票率は56.32%。

50日以内に出直し市長選が行われる。

岡野市長は2006年7月、病院存続を公約に掲げ初当選したが、国の臨床研修制度による派遣医師の引き揚げで医師が激減。病院は経営難に陥り、08年9月末に休止した。

ベッド数393を持つ地域の中核病院の休止決定に、市民の会がリコール運動を展開。09年2月、有権者の3分の1を超える約2万3000人分の署名を集め、リコールの本請求をした。

市民の会は「病院休止は計画性を欠き、6000人を超える“医療難民”を生み出した」などと主張。市長は「市の財政状況は厳しく、追加支援は不可能でやむを得ない決断。民営による再開を目指し、新たな受け入れ先の選定も進んでいる」と反論していた。【共同】（3/31MEDIFAXより）

「総合周産期」返上を打診／愛育病院、医師確保困難で

東京都から早産などハイリスクの妊産婦を24時間体制で受け入れる「総合周産期母子医療センター」に指定されている愛育病院が、複数の医師による当直が困難なことなどから、都に指定の解除を打診したことが3月25日、都や病院への取材で分かった。

愛育病院は必要な医師数が少なくて済む「地域周産期母子医療センター」への指定見直しを希望し24日、都に意向を伝えた。都は医療体制に大きな影響が出るため、病院側と協議している。愛育病院によると、15人の産科医のうち3人が子育てなどのため夜間勤務ができないという。

3月中旬、三田労働基準監督署は労働基準法に基づく労使協定（36協定）を結ばず、医師に長時間労働をさせていたとして、是正を勧告。これを受け病院側は「各医師に法定の労働時間を守らせると、医師2人による当直は難しい」（中林正雄院長）と判断した。

都の基準では、「総合」は新生児集中治療室（NICU）などを備え、24時間複数の産科医が勤務することが必要。一方「地域」では夜間、休日での複数医師勤務は求められていない。

都は、愛育病院を含む9病院を「総合」に、14病院を「地域」にそれぞれ指定。都内を8ブロックに分けているが、都は「愛育病院のブロックに総合は1つしかない。ほかの病院がすぐ代わりを務めることも難しい」と困惑している。愛育病院が取り扱う分娩数は年間約1800。【共同】（3/27MEDIFAXより）

救急医4人が一斉辞職／鳥取大、激務や人員不足

鳥取大病院救命救急センター（鳥取県米子市）の八木啓一教授ら救急医4人全員が3月末、一斉に辞職する。激務による心身の疲労や人員不足、病院への不満などが理由。八木教授は「体力、気力が限界。辞めて訴えるしかなかった」としている。

センターは、生命の危険がある重症患者を24時間態勢で受け入れる3次救急医療機関。

八木教授と准教授、若手医師2人が所属する救急災害科は、2006年秋に医師2人が辞職して以降、負担が増加。若手医師は、地域の病院への応援を含め月約10回の当直が常態化していたという。

04年から臨床研修先を自由に選べるようになった影響で、鳥取大病院は研修医が都市部に流出するなどして激減。研修後に救急災害科を希望した医師は「1人だけ」（八木教授）だった。

ほかの診療科からの応援医師3人と計7人で当直を回していたが、若手医師2人が08年夏「ここにいたら忙殺される。外で腕を磨きたい」と辞職を申し出て、八木教授と准教授も辞意を固めた。

病院は後任の教授を確保したが准教授は未定。ほ

かの科の医師を救急災害科に所属変更するなどし、4月以降の患者受け入れに支障はないとしている。

母校の鳥取大で後進を育てるのが夢だったという八木教授は「鳥取を見捨てるようで、地元の人に非常に申し訳ない」と複雑な心境を明かした。

【共同】（3/31MEDIFAXより）

安楽死を合法化／ルクセンブルク

ルクセンブルクは3月17日、厳格な条件付きで安楽死を容認する法律を公布した。欧州連合（EU）の加盟国で安楽死を合法化したのは2002年のオランダ、ベルギーに続き3カ国目。

同法をめぐっては08年12月、ルクセンブルク議会で法案成立後に元首アンリ大公が「良心に反する」として署名を拒否。政府と議会は、法公布について「元首の承認」を必要とした憲法条文を改正して公布にこぎ着けた。

【ブリュッセル3月18日共同】（3/23MEDIFAXより）

産科補償制度の運営経費は45.2億円／対保険料割合14.3%、09年度予算

日本医療機能評価機構は3月25日、産科医療補償制度運営委員会を開き、2009年度の収支予算を報告した。事務コストなど運営経費は45.2億円を見込んでおり、保険料総額315.7億円に占める割合は14.3%になるとした。08年12月の前回会合では17%程度としており、事務コストは若干絞られた格好だ。

運営経費45.2億円の内訳は、評価機構が11.3億円（登録事務手数料除く）、保険会社が33.9億円。保険料総額に占める運営コストを14.3%に抑えることから、支払い保険金（補償金）は85.7%となる。損害保険会社全社の決算（07年度）によると、保険料に占める支払い保険金割合は62.8%で、産科補償制度よりも低い。評価機構は、国などの支援によって運営経費は削減できるとした。

補償対象となる脳性麻痺児を適切に診断するための「診断協力医」は現在、約300人に委嘱手続きを進めていると報告した。評価機構は補償請求用の専用診断書と合わせて診断医用マニュアルを作成中で、6月に行う「診断協力医」を対象とした研修会で完成版を配布する予定だ。（3/26MEDIFAXより）

調剤報酬オンライン請求を支援／支払基金、5月請求分から

社会保険診療報酬支払基金は3月16日の定例会見で、薬局による調剤報酬のオンライン請求を支援する業務を開始すると発表した。オンライン請求の事務代行者となる各都道府県薬剤師会の委託を受け、調剤レセプトデータを支払基金の各支部からオンラインで本部に送信する業務を請け負う。レセプトコンピューター導入の薬局で2009年4月診療分から、オンライン請求が義務化されることを見据え、5月請求分から対応する。

各都道府県薬剤師会がオンライン請求の事務代行者となる場合、自らレセプトデータを支払基金本部に送信する必要があるが、そのための設備や回線、マンパワーの確保が難しいなどの理由で対応できないことも想定されている。支払基金はこうしたケースを支援する。

業務委託に関する支払基金との契約は、日本薬剤師会が一括して結ぶことにしている。手数料は薬局当たりの単価を設定する見通し。

支払基金は業務実施に向け、「オンライン請求を代行する者の委託を受けて行う請求支援事務実施要綱」を決めた。（3/17MEDIFAXより）

電子レセの進展で「最大の変革期」／支払基金・中村理事長

社会保険診療報酬支払基金の2008年度全国基金幹事長会議が3月25日、開かれた。中村秀一理事長は電子レセプトの急速な進展を踏まえ「支払基金は最大の変革期を迎えた」と強調。レセプトオンライン請求が義務化される11年度を見据え、09年度以降の2年間は特に電子レセプトに対応した新しい審査支払い業務の確立に向けて集中的に取り組む意向を示した。

中村理事長は理事長説示の中で、支払基金が受け付けたオンライン請求の割合は08年10月の12.8%から、09年2月には28.6%に倍増したと報告。また、オンライン以外の電子媒体を含めた電子レセプトによる受け付けが08年10月の51.2%から09年2月には57.6%に達しているとし、「すでに電子レセプトと紙レセプトの割合は6対4となりつつある」と述べた。

その上で、09-11年度の支払基金の基本方針に盛り込んだ「電子レセプトに対応した新たな審査支払い体制の構築」について、特に①コンピューターを活用した審査支払い機能の拡充②現行の審査支払い

体制からの円滑な移行—に努力を傾注する考えを強調。レセプトオンライン化で審査の透明化を図り、支部間の差異解消につなげていく意向も明らかにした。

紙レセプトから電子レセプトへの移行に伴い、支払基金の業務の重点が「請求支払い業務」から「審査業務」に移行することが見込まれることから、業務処理体制や組織運営の見直しに取り組む方針も示した。組織運営については、特にシステムの安定的運営や障害発生時の対応に配慮する考えを示した。

全国組織としての機能強化を図り、本部と47支部が一体的運営に当たるとの方向性も示した。新たに「全国基金研究発表会」を09年7月に開催する計画もあり、各支部が日常的に取り組む審査の充実や運営上の方策などを発表し意見交換する。

事業実績などの分析・評価への取り組みも強化し、実際の運営管理に役立てる。情報開示を積極的に進め、支払基金としての説明責任を果たす方針も示した。

また、「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」を設置する考えをあらためて報告。電子レセプトに対応した新しい審査体制のあるべき姿について検討する意向を示した。（3/26MEDIFAXより）

医療紛争相談センター開所／医師と弁護士協力、全国初

千葉県の弁護士や医師、大学教授らで構成する特定非営利活動法人（NPO法人）「医事紛争研究会」は4月2日、医療事故の和解の仲介に入る「医療紛争相談センター」を6日に開所すると発表した。

センターは裁判外紛争解決手続き（ADR）の機関。医療事故が起きた際に患者と医療機関の双方から相談を受け付けて助言を行い、調停が可能かどうか話し合う。調停に進んだ場合、外科や内科など9人の専門医のうち1人と弁護士、学識経験者の3人が調停委員となって和解を目指す。

同研究会によると、医師と法律の専門家が共同で和解の手続きを実施するADR機関は全国で初めて。相談料は無料で、和解した場合は和解金に応じた手数料を受け取る。【共同】（4/5MEDIFAXより）

介護保険編

老健など施設整備に3000億円／介護分野の経済危機対策

政府・与党が4月10日に発表した経済危機対策では、介護拠点の緊急整備として特別養護老人ホームや老健施設などの施設整備助成金の拡充に約3000億円を投じる。定員29人以下の小規模施設については市町村交付金を増額し、定員30人以上の大規模施設は地方財政措置を拡充する。これにより第4期介護保険事業計画上の増床分12万床に加えて、約4万床を増やす見通しだ。厚生労働省は2009年度補正予算案が成立し次第、緊急整備に着手する。政府・与党はこれら介護分野の経済対策で、今後3年間で介護人材約30万人の雇用創出を目指す。

助成対象となるのは▽特別養護老人ホーム▽老人保健施設▽ケアハウス▽認知症高齢者グループホーム▽小規模多機能型居宅介護事業所。小規模施設に助成する市町村交付金は09年度補正予算で対応する。現在1床当たり200万円の単価を150万円程度上げる見通し。このほか開設等経費として1床当たり60万円程度を充てる見通しだ。

大規模施設対象の地方財政措置は、1床当たり225万円から、各都道府県の実事業費に応じた引き上げを図る。大規模施設についても開設等経費を設ける。

介護職員の賃金を月額1万5000円相当上乗せする「介護職員処遇改善交付金（仮称）」は3年間で約4000億円を充てる。厚労省老健局は「あくまで当面3年間の緊急経済対策として行うが、その後の対応については今後検討する」としている。

助成対象となる介護事業所には、介護報酬総額に各サービスごとの交付率を乗じた額が交付される。申請するためには、交付金を受けることによって見込まれる賃金引き上げ額を上回る処遇改善計画を提出しなければならない。交付金は09年10月サービス分から実施し、申請する事業者はそれ以前に処遇改善計画を提出することになる。

10年度から交付の要件に加わる「キャリアパスに関する要件」について厚労省は「ある程度の経験や資格の上で管理職に到達するなど、キャリアアップのプロセスを示すことが想定される」としている。

要件を満たさない事業所は10年度から交付率が下がる。

このほか、雇用保険の受給資格のない離職者らを対象に社会福祉施設などで行う職業訓練については、6カ月－1年程度で1人当たり約10万円の奨励金を想定している。（4/13MEDIFAXより）

新要介護認定の検証に着手／厚労省検討会、13日に初会合

厚生労働省は4月13日に「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」の初会合を開き、4月から施行した新要介護認定制度の検証を始める。新制度をめぐって「要介護認定の軽度化につながる」などの声が上がっているため、実施状況を把握し、客観的なデータや現場の声に基づいた検討を行う。

初会合では、要介護認定の見直しの経緯や検証内容などを議論する予定。取りまとめ時期について厚労省は「未定」（老人保健課）としている。

【要介護認定の見直しに係る検証・検討会メンバー】（敬称略）

池田省三（龍谷大教授）▽石田光広（東京都稲城市福祉部長）▽木村隆次（日本介護支援専門員協会会長）▽高橋紘士（立教大教授）▽高見国生（認知症の人と家族の会代表）▽田中聡子（大慈厚生事業会ケアハウス大慈施設長）▽田中滋（慶応大教授）▽対馬忠明（健保連専務理事）▽筒井孝子（国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室長）▽野中博（博腎会野中医院長）▽樋口恵子（高齢社会をよくする女性の会理事長）▽本間昭（日本認知症ケア学会理事長）▽三上裕司（日本医師会常任理事）▽結城康博（淑徳大准教授）

（4/13MEDIFAXより）

待機解消へ介護施設20万床整備を／自民・議連「15万人雇用創出も」

自民党の「介護福祉議員連盟」は3月26日の会合で、「介護保険制度再構築、施設入所待機者解消のための緊急決議」を採択した。決議では、介護保険施設入所待機者が45万人に達していると問題視。緊急的に20万床の介護施設整備を行えば、2兆円規模の景気対策と15万人の雇用創出にもつながると訴えた。

また、決議では、「入所待機者45万人」の実態把握

と分析が必要としたほか、無認可・無届けの高齢者施設の実態把握に努めるべきとした。

（3/27MEDIFAXより）

要介護認定の新基準、3項目で修正へ／厚労省

厚生労働省は3月17日、2009年4月から施行する新要介護認定制度の認定調査の判断基準を、一部修正する方針を決めた。新制度に当たって作成した「認定調査員テキスト」にある認定調査項目の判断基準では「要介護認定が軽度に判定される」との反発を受け、「移乗」「買い物」「金銭の管理」の3項目の判断基準を修正する。

老健局老人保健課の鈴木康裕課長はメディファックスの取材に対し「（新制度の）調査項目数や新しいデータの反映などは審議してきたが、判断基準の選択肢や特記事項について利用者への説明が足りないとの指摘があった。利用者を不安にさせたり、誤解を生じさせてはならない」と修正の経緯を説明した。その上で「（調査員の）推量によるばらつきを減らすという考え方自体は変わっていない」と述べ、要介護認定の見直しの方向性には変更はないとした。

認定調査項目の「移乗」については、寝たきり状態で車いすなどへの「移乗」の機会がないために「自立」と判断されることに反発が起こっていた。このため今回の修正では、寝たきりの場合のシーツ交換や体位変換も「移乗」の定義に含めて、「全介助」と判断するようにする。「買い物」については、認知症の人が無駄な買い物をしたり、代金を支払わなかったりした場合に家族らが行う返品や支払いを「介助」に含める。同様の趣旨で「金銭の管理」についても判断基準を改める。

このほか、「介助」を判断基準としている16の調査項目について、介助が行われていない場合に一律に「自立」とすることに不安の声が上がっていたことを受け、「自立（介助なし）」などを「介助されていない」に変更する方向で検討する。鈴木課長は「ネグレクト（介護放棄）など、介助されていないが介助が必要というレベルがあるため修正する。（ネグレクトなどの）客観的事実を特記事項に記入することで、より適切な判断につなげてもらいたい」としている。（3/18MEDIFAXより）

介護サービス情報公表制度が完全施行／厚労省

厚生労働省老健局振興課は3月27日付で、介護サービス情報公表制度の一部改正について都道府県に

通知した。新たに15サービスを追加し、ほぼすべての介護サービスが情報公表制度の対象となった。2009年度介護報酬改定で通所リハビリテーションの「みなし指定」を受ける病院・診療所は、09年度に限り情報公表制度の対象外となる。施行は4月1日から。

従来の35サービスに加えて新たに対象となったサービスは、▽療養通所介護▽夜間対応型訪問介護▽小規模多機能型居宅介護▽認知症対応型共同生活介護▽介護予防小規模多機能型居宅介護—など15サービス。居宅療養管理指導と介護予防支援、特定施設（養護老人ホーム）については、利用者が情報提供を通じて事業所を選択する趣旨になじまないことから対象外とする。

病院などの「みなし指定」の取り扱いについては、みなし指定扱いとなった最初の年は情報公表制度の対象外とする。今改定でみなし指定扱いとなった病院・診療所の通所リハビリも09年度は対象外となるが、改定前から介護保険の通所リハビリを実施し、介護報酬収入が100万円以上ある施設は公表対象となる。

このほか、事務負担の軽減のために訪問調査員を「2人以上」から「1人以上」へ変更する。

（4/2MEDIFAXより）

「主治医意見書記入の手引き」改訂／厚労省、新要介護認定で

2009年度の要介護認定見直しに当たって、厚生労働省は「主治医意見書記入の手引き」を改訂し、3月31日付で通知した。新制度では主治医意見書の重要性が増した上で、申請者の状態や介護の手間、頻度などを「特記すべき事項」に具体的に記載するように求めた。

新制度では認定調査票の特記事項や主治医意見書によって必要な介護を判断し、認定調査員ごとの判定のばらつきを解消するとしている。

主治医意見書ではこのほか、「医学的管理の必要性」の項目に「看護職員の訪問による相談・支援」を追加。医療機関や訪問看護ステーションの看護職員が訪問し、療養上の相談・支援を行う際にチェックする項目で、09年度介護報酬改定で新設した看護職員による居宅療養管理指導の算定要件となる。

（4/3MEDIFAXより）

介護報酬プラス改定で約13万人が限度額超えか

2009年度の介護報酬プラス改定の影響で、在宅で介護サービスを利用する約13万人が介護保険の支給限度額を超えて自己負担額が増える可能性のあることが4月9日、厚生労働省が民主党の会合に提出した介護給付費実態調査で分かった。

在宅の介護サービスは、要介護度によって保険内で受けられるサービスの支給限度額が決まっている。実態調査の08年4月審査分によると、サービス利用者259万2100人のうち4万1100人（1.58%）が支給限度額を超えていた。限度額を超えた分の介護サービスは保険対象外で自己負担となる。

また、月1000円程度サービスが増えると支給限度額を超えてしまう境界線上にいる人は計8万6900人（3.35%）いた。

介護報酬改定の3.0%アップによって、08年4月に限度額を超えていた4万1100人と、限度額前後の8万6900人の計約13万人が自己負担額が増える可能性があるとした。（4/10MEDIFAXより）

09年秋に介護従事者の給与水準を検証／報酬改定で宮島局長

厚生労働省老健局の宮島俊彦局長は3月17日の参院厚生労働委員会で、2009年度介護報酬改定での3.0%引き上げによる介護従事者の処遇改善について「秋をめどに介護報酬改定前後の勤務状況について調査し、給与水準について事後的な検証を行う」と述べた。川合孝典氏（民主）の質問に答えた。

川合氏は、介護従事者の給与について「平均的な業種の方に比べて、ほぼ年収で150万円近く低い」と問題視。さらに介護報酬3.0%の引き上げでは給与の増加が見込めないとした上で「今後はどういう方向で介護従事者の処遇を改善していくのか」と述べ、介護従事者の処遇改善策を求めた。

これに対し宮島局長は、介護報酬改定後の介護従事者の給与水準を調査するとして「処遇改善に向けた取り組みを事業主などに促していくような業界指導体制を考える」と述べた。

舩添要一厚生労働相は、介護従事者の給与が低い一因として「キャリアアップのシステムがないことが原因」と指摘。介護従事者の処遇改善に向けて「総合的な対策を取っていききたい」と述べた。

（3/18MEDIFAXより）

介護ロボの安全基準策定を／経産省提言、購入支援も

経済産業省は3月25日、介護施設や家庭での介護ロボットの実用化を目指し、安全基準の策定を急ぐべきだとする報告書をまとめた。普及促進に向け補助金など購入支援の対象とすることも検討課題とした。高齢化に直面する日本では介護の担い手不足が懸念され、補助作業を行う介護ロボットの需要は高まっている。だが、具体的な安全基準がないため普及が進んでいない。【共同】（3/27MEDIFAXより）

介護サービス、給付と負担で国民的議論を／経済同友会

経済同友会は4月9日、「サービス産業の生産性を高める3つの改革」と題した提言を発表した。

介護サービス関連では、2009年度介護報酬改定は介護従事者の人材確保・処遇改善が打ち出されながら十分とはいえないと指摘。要介護・要支援認定者数の増加スピードが加速する状況も見据え、中・長期的視点から、給付と負担のバランスを含めた国民的議論を促した。（4/10MEDIFAXより）

介護予防事業「聞いたことない」6割／厚労省研究班が意識調査

「介護予防事業」という言葉を聞いたことがない人は、40～79歳の一般の人の約6割に上ることが3月30日、厚生労働省研究班が行った「介護予防事業に関する意識調査」で分かった。要支援・要介護状態になる可能性が高い「特定高齢者」に至っては7割が「聞いたことがない」と回答した。

調査結果は同日に都内で開かれた「介護予防の普及・啓発を考える」シンポジウムで報告された。同研究班の山縣然太郎・山梨大大学院教授は「介護予防の取り組みは目に触れているものの、心に響いていない状況」と指摘。同研究班は介護予防事業のポイントや利点をまとめた資料「介護予防虎の巻」を作成し、介護予防事業の普及啓発を図る。

調査は2009年1月30日～2月13日に40～79歳の5000人を対象に行い、2499件（回収率50.0%）の回答を得た。対象者のうち要介護認定を受けている人は5%程度。介護予防についての印象や、介護に対する不安などを聞いた。

介護予防事業という言葉「聞いたことがない」と回答した人は58.3%。73.4%が介護予防に対し「全体的に良い印象」としたが、55.9%が「楽しくなさ

そう」と答えた。

一方、「特定高齢者」という言葉を「聞いたことがない」としたのは70.2%に上った。特定高齢者の印象については81.7%が「悪い印象」と回答。「内容が想像できない」としたのは69.4%で、名称や事業内容が普及していない実態が明らかとなった。特定高齢者を把握する「生活機能評価」についても、81.6%が「聞いたことがない」と回答した。

「特定高齢者」を別の言葉で言い換えるとしたら何がいいかとの質問では、「はつらつシニア」（18.2%）が最も多く、「優先介護予防高齢者」（17.2%）、「元氣応援高齢者」（14.8%）、「健康づくり高齢者」（13.8%）などが続いた。

自ら介護を受ける可能性について聞いたところ、「将来介護が必要となると思う」（42.4%）と「今は分からない」（46.1%）がほぼ二分した。また、80.3%が「介護が必要となることに不安がある」とし、理由では「家族に迷惑がかかる」が83.6%を占めた。

心身の機能低下については「予防も改善もできる」「適切な方法であればある程度予防・改善できる」などを合わせて、89.8%が「予防可能」と答えた。

（3/31MEDIFAXより）

特定高齢者施策の導入で費用対効果／介護予防継続評価事業

厚生労働省の「介護予防継続的評価分析等検討会」は3月26日、介護予防関連事業の効果などを検証する「継続的評価分析支援事業」での特定高齢者施策の費用対効果分析について報告した。特定高齢者施策の結果、導入後に約2000万円の費用が減少することが分かった。

厚労省は同事業の結果を基に「介護予防の有効性などの評価」の取りまとめ案を提示。特定高齢者施策と新予防給付はともに介護予防効果が見られ、高い費用対効果が上がっているとした。2009年度からは高い効果が見込まれる介護予防事業のモデル事業を行い、引き続き効果の検証を行っていく予定だ。

同事業の分析結果を受け、大久保一郎委員（筑波大大学院教授）は「新予防給付と特定高齢者施策の導入で約1880億円ほどの費用の節約になる」と述べ、介護保険にかかる費用総額の3%弱が削減される見込みを示した。

同事業では06年度から全国83市町村に対し、新予防給付と特定高齢者施策について介護予防効果と費用対効果を調べた。特定高齢者施策の費用対効果は、

サービスを受けている特定高齢者1000人を対象に施策導入前（05年4月－06年3月）と導入後（07年1月－12月）のレセプトデータなどから分析。施策導入前の費用4108万6000円に対し、導入後は2116万2000円で、施策導入により1992万4000円の費用が減少するとした。1人当たりで換算すると、年約2万円の費用削減になる。

高齢者1人当たりの費用単価が変化した影響か、介護予防効果によるものかを分析するため、施策導入前後で費用単価が変わらなかったと仮定した調査も実施。この場合も導入後に1903万円減少し、費用対効果が見られた。

新予防給付と特定高齢者施策の介護予防効果はすでに報告されており、新予防給付は統計上有意な効果が、特定高齢者施策は有意ではないが一定の効果が見られた。新予防給付の費用対効果についても費用減少を確認した。

同日は属性やサービス別の介護予防効果分析も報告。運動器機能や口腔機能の向上サービスを受けている人は日常生活自立度が改善しやすく、認知症予防につながるなどが分かった。

（3/27MEDIFAXより）

能力開発の研修、技能向上に効果／介護事業所の8割が実施

介護サービス事業所の約8割が、介護労働者の能力開発を目的とした研修を実施していることが、介護労働安定センターがこのほど行った「介護労働者のキャリア形成等に関する実態調査」で分かった。研修後に「職員の技能、技術の向上を図ることができた」と回答した事業所は7割に上った。同センターは「早期離職防止や定着促進などの方策として研修は有効」としている。

調査は同センター内に設置された「介護労働者のキャリア形成に関する研究会」が介護事業所や介護労働者などを対象に実施。事業所調査は2008年11－12月にかけて行い、1534事業所（有効回答率30.7%）から回答を得た。

介護職員に「研修を実施している」と回答した事業所は88.5%だった。社内研修では「採用時研修・新人教育」（81.7%）が最も多く、社外研修では「中堅職員研修」（52.7%）、「採用時研修・新人教育」（40.2%）の順。研修担当者を選任しているのは62.1%で過半数を超えた。研修後は55.1%が「仕事へのモチベーションが上がった」と回答しており、研修が

一定の効果を上げていることが分かった。

一方、介護労働者1395人を対象に行った調査では、介護福祉士の資格について「取得する予定がない」が53.4%を占めた。理由は「自分の年齢を考えると必要性を感じない」（54.7%）が最も多かった。同センターは回答者の約4割が「50-59歳」だったことが影響しているとした上で、「キャリアアップに積極的な人と消極的な人の2つの階層が存在している」と分析している。

介護の質向上を目的に06年度に導入した「介護職員基礎研修」の実施状況についても調査し、民間の教育訓練機関140機関が回答した。500時間研修については93.9%が「計画も実施もしなかった」と回答。実施した場合の定員充足率も「80%以上」は33.3%にとどまるなど、取り組みが進んでいない実態が分かった。同センターは「民間の教育訓練機関の場合、受講料が高いことも影響しているのではないか」としている。（4/8 MEDIFAXより）

京 都 編

介護施設充実に重点／京都市が「長寿すこやかプラン」

京都市は、2011年度までの高齢者福祉施策の方針を盛り込んだ「市民長寿すこやかプラン」を策定した。11年度末までに医療機関の介護療養病床が廃止されることから、老人保健施設などへのスムーズな転換や地域介護サービスの向上を掲げている。

プランは、今後3年間の介護保険事業や高齢者福祉対策の指針で、高齢者をめぐる環境や制度変更を考慮して3年ごとに改訂している。

市によると、計画最終年度の11年度に、65歳以上人口は08年度比約2万人増の約34万人となり、市人口全体の23.7%を占める。これに伴い、要支援・要介護認定者数も10年度に6万人を超える見通し。

認定者数が増加する一方、長期入院の患者が利用する療養病床を、国が医療費削減のために再編し、介護保険適用型の療養病床が11年度までに全廃されるため、同年度に介護老人保健施設を200人増の3761人分、介護老人福祉施設（特別養護老人ホームなど）を500人増の4931人分にそれぞれ増やし、高齢者の受け皿を確保する。

また、要支援・要介護認定者の増加を抑えるため、介護予防に力を入れ、新たに食事による健康増進をテーマにした教室を定期的に開催していく。

計画は冊子にまとめ、13日から市役所案内所や各区役所などで無料配布する。

国の改革案、府対策協で反発相次ぐ／研修医定員「偏在、解決せず」

研修医数に都道府県ごとの上限を設けて医師偏在の解消を目指す厚生労働省の改革案に対し、京都府は3月26日、府医療対策協議会を京都市上京区で開き、対応を協議した。全国で最も厳しい削減率を強いられることから、京都大付属病院や府立医大、府医師会から「実情がまったく分かっていない」「医師偏在問題の解決にならないうえ、救急がますます厳しくなる」など反発が相次いだ。

医療対策協議会で府は、研修医制度の見直し案で、京都府の定員上限が現在の353人から大幅減の190人（経過措置247人）となる試算を報告した。

その上で、「京都府の定員削減率30%（削減率2位の大阪府は13%）は全国でも突出しており、医師不足の拡大が懸念される。都市部でも当直などで研修医の果たす役割は大きく、定数減で救急医療態勢がより過酷になる」と問題点を指摘した。

この報告を受け、京都大付属病院の中村孝志病院長は、京都大病院から約8割の医師が府外の病院などで勤務していることを挙げ、「厚労省案は研修医を終えた医師が府県の壁を越えずに地元定着する前提だが、大学病院は地方を越えて活動している。今回の案は日本の医療を悪くし、医師偏在の解決にもならない」と批判した。

また、府立医大の山岸久一学長も「全国一律で研修医枠を調整するのではなく、ブロック単位とすべきだ」と見直しを求めた。

全国レベルで活躍する医師を輩出している大学病院が強く反対の姿勢を示したことで、厚労省案に対する反発が広がるのは確実だ。

京都は2500人突破／非正規労働者の失職増加

厚生労働省の調査によると3月31日、京都府では、2008年10月から6月までに職を失ったり、失う見通しの非正規労働者が78事業所の2550人で、2月の前回調査に比べ371人、17.0%増えた。派遣は1962人、契約・期間社員は541人。増加分すべてが派遣だったが、京都労働局は「雇用調整助成金の事務作業に忙

殺され、実数をカウントしきれていない」と説明し、実態はさらに多い可能性を示した。

京丹波町病院スタート／看板の除幕式

京都府京丹波町和田の国保瑞穂病院が4月1日、国保京丹波町病院に改称し、病院前で新しい看板の除幕式を行った。併せて同日、同病院を含む町営の3医療機関で新たな診療体制がスタートした。

また、同町質美の質美診療所が同日から京丹波町病院付属となった。

診療体制の変更点は次の通り。

【京丹波町病院】療養病床8床を一般病床化し、全47床がすべて一般病床に▽皮膚科診察が第2、4水曜から第2、4火曜に。

【同病院付属質美診療所】診察日が月、水、金曜の週3回から火、金曜の週2回に。

【和知診療所】時間外の救急受け入れ中止▽一般病床を休止▽夜間診察を木曜から月曜に。

発達障害児支援へ「センター」開設／南丹市、相談や訓練を総合実施

南丹市は4月1日、発達障害児を中心に障害児や保護者を支援する各種事業を行う「市子育て発達支援センター」を同市園部町船岡に開設する。府南丹保健所によると、発達障害に重点を置いて、専門家の相談、障害の軽減や生活能力の向上を図る訓練、保護者への援助などを総合的に実施する施設は府内でも珍しいという。

専門医や作業療法士、言語聴覚士による心理相談や言語相談、クリニックなどがある「発達支援相談」（市直営）、未就学児の生活習慣やコミュニケーション能力をはぐくむ「療育」、放課後や長期休暇に就学児の見守りや日常訓練を行う「日中一時預かり」（ともに民間委託）の3事業を行う。

「発達支援相談」は1日から始め、「療育」と「日中一時預かり」の両事業は4月末の開始を予定している。

調査・データ編

後期高齢者診療料、算定施設は1割／08年度改定影響調査

厚生労働省は3月18日の中医協・診療報酬改定結果検証部会で、2008年度改定の影響を調べる特別調査のうち、後期高齢者診療料の算定状況などについての結果を報告した。後期高齢者診療料の施設基準を届け出ている医療機関のうち実際に算定していたのは1割にとどまり、算定が広がっていない状況が明らかになった。

算定していない理由（複数回答）は、①患者が後期高齢者診療料を理解することが困難（61.6%）②必要な診療を行う上で現行点数（600点）では医療提供コストを賄うことができない（51.9%）③ほかの医療機関との調整が困難（52.7%）一が上位となった。

算定している医療機関に対して、今後算定を増やすかどうか聞いたところ、「維持」が50.5%で最も多く、「減らす」が24.3%で続き、「増やす」は18.0%だった。

算定による効果については、「心身の状況や疾患の経過についての継続的な管理」に関しては、「効果あり」が37.5%、「効果なし」が34.6%と、「効果あり」が若干多かったが、「ほかの医療機関への受診状況や診療スケジュールの把握」では「効果あり」が29.2%、「効果なし」が38.8%、「ほかの医療機関との診療、検査、投薬の重複を回避すること」では「効果あり」が28.2%、「効果なし」が38.8%と、「効果なし」とする割合の方が高かった。

通院回数や検査頻度を前年と比較した場合、「変化なし」がおおむね8割を占めた。「3カ月間の総通院回数」「検尿の頻度」「血液検査の頻度」「心電図検査の頻度」は「減少」が「増加」を上回った一方、「生活機能の検査頻度」「身体計測の頻度」は「増加」が「減少」を上回った。

患者を対象とした調査では、27.1%が算定に満足と答えた。算定後良かった点（複数回答）については「治療方針など今後のことが分かりやすくなった」（35.3%）、「良かったことはない」（31.8%）、「医師から受ける病状などの説明が分かりやすくなった」

（31.3%）の順。算定後に気になった点（同）は「ない」（49.7%）、「説明があれば定期的に書類をもらわなくていい」（33.3%）、「診療時間や待ち時間が長くなった」（18.6%）の順で多かった。

後期高齢者診療料に関しては、届け出医療機関3500施設に調査票を郵送し、08年11月の状況について尋ねた。回答は1100施設で、回収率は31.4%だった。改定結果検証部会の調査検討委員会が今後、調査結果を分析して報告書をまとめ、同部会に諮る。（3/19MEDIFAXより）

「5分ルール」で診察・待ち時間増加／08年度改定結果特別調査

3月18日の中医協・診療報酬改定結果検証部会では、外来管理加算の見直しと終末期相談支援料の算定状況に関する特別調査の結果も報告された。いわゆる「5分ルール」が適用された外来管理加算見直しによる影響で、診察時間や待ち時間の長時間化を指摘する意見が多い一方、詳細な身体診察や患者の理解度に関する効果には否定的な意見が多かった。

外来管理加算見直しの影響で「診察時間が長くなった」と答えたのは病院の44.6%、診療所の34.8%、「患者の待ち時間が長くなった」と答えたのは病院の43.5%、診療所の37.4%だった。また、「診察時間の延長が多くなった」と答えたのは病院の35.0%、診療所の28.6%となった。「患者への分かりやすい丁寧な説明をするようになった」と答えたのは病院の34.3%、診療所の25.8%だった。

より詳細に身体診察などを行うようになったかどうかについては病院の31.4%、診療所の41.5%が「当てはまらない」と回答。症状や説明内容に対する患者の理解度が高まったかどうかについても病院の27.5%、診療所の36.8%が「当てはまらない」と答えた。

同加算の算定要件となっている「懇切丁寧な説明」については病院の42.6%、診療所の49.6%が、「問診」や「身体診察」などの場面ごとに「異なる頻度で実施すべき」と回答した。自由記述形式で求めた見直しによる経営上の影響として「外来管理加算を算定できなくなった患者が増えたため減収となった」が228件で最多だった。

後期高齢者終末期相談支援料に関する患者の意識調査では、同支援料の支払いを「好ましい」と答えたのが34.1%、「好ましくない」が27.5%だった。75歳以上の患者に限ると、「好ましい」と「好ましくない

い」がいずれも28.6%で、賛否が分かれている状況が浮き彫りになった。

病院では、同支援料を診療報酬で評価することは「妥当」と答えた割合が「診療報酬で評価する性質のものではない」との回答を上回ったが、在宅療養支援診療所では「診療報酬で評価する性質のものではない」の割合の方が高かった。調査対象のうち、2008年4～9月に算定した病院は9件、在宅診療は1件だった。（3/19MEDIFAXより）

後発品促進に「改善の余地」／中医協・改定結果検証部会

厚生労働省は3月25日の中医協・診療報酬改定結果検証部会に、2008年度改定で実施した後発医薬品使用促進策の影響調査結果を報告した。調査結果では、後発品への変更が可能な処方せんが65.6%を占めたものの、実際に変更されたのは6.1%にとどまり、74.8%は理由なしに変更していなかった。「後発品が薬価収載されていない」「患者が希望しない」のいずれかの理由で変更しなかったのは計19.1%だった。同日の検証部会では、薬局の取り組みに改善の余地があるとする意見が相次いだ。

調査は、全国の保険薬局2000施設を対象に実施。08年12月の1カ月の処方せん48万6352枚（回答371施設）について、処方せん様式再変更の影響などを調べた。

中医協会長を務める遠藤久夫委員（学習院大教授）は同日の部会で、今回の結果について「（06年度改定時の影響調査結果と比べると）薬局の行動も変わってはいるがまだのようだ」と述べ、薬局の取り組みに改善の余地があるとの認識を示した。特に7割以上が理由なしに変更していない状況については「在庫がないのか、患者に説明していないのか原因を考える必要がある」と述べた。（3/26MEDIFAXより）

入院時医学管理加算は88施設／08年7月時点、厚労省まとめ

厚生労働省は3月25日の中医協総会に、2008年7月1日時点の施設基準の届け出状況を提示した。十分な人員と設備を配置し、総合的で専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能を持つ医療機関を評価する入院時医学管理加算は88施設が届け出た。

厚労省は同加算を算定できる医療機関を「地域の急性期医療の最後の砦」と位置付け、150施設程度の

届け出を想定している。

このほか08年度改定で新設された加算を見ると、医療クレークの配置を評価する医師事務作業補助体制加算が730施設、超急性期脳卒中加算が651施設、ハイリスク妊娠管理加算が1722施設だった。（3/26MEDIFAXより）

1日平均外来患者、3カ月ぶり減少／病院報告08年11月

厚生労働省は3月30日、2008年11月分の病院報告（概数）を発表した。病院の1日平均外来患者数は137万3858人（前月比12万1146人減）で、3カ月ぶりに減少した。

病院の1日平均在院患者数は131万4321人で、前月に比べて259人増加。病床別に見ると、一般病床が3786人増加して69万516人となった一方、療養病床は2498人減の30万6465人、精神病床は954人減の31万3677人となった。

病院の月末病床利用率は79.8%で、前月から1.0ポイント減少。1.6ポイント減となった一般病床（73.0%）などすべての病床種別で減少した。

一方、病院の平均在院日数は33.9日（1.2日増）で、すべての病床種別で増加。18.9日増の精神病床（322.9日）、13.9日増の介護療養病床（301.6日）などで伸びが大きかった。（3/31MEDIFAXより）

総病床数、前月比で1201床減／医療施設動態調査12月分

厚生労働省が3月16日に発表した「医療施設動態調査」（2008年12月末概数）によると、病院・診療所を合わせた総病床数は175万7298床で前月と比べて1201床減少した。病院の療養病床数は34万496床で49床減少。療養病床を持つ病院は4076施設で前月と同じだった。

病床数は感染症病床と歯科診療所を除くすべての区分で減少した。病院病床数は前月より870床減の160万9698床で、一般病床は90万8380床（前月比426床減）、精神病床は34万9580床（同245床減）。一般診療所病床数は14万7430床（同331床減）で、うち療養病床数は前月比90床減の1万7465床だった。

医療施設の総数は、前月から53施設減り17万6573施設だった。病院は8790施設（前月比6施設減）、一般診療所は9万9682施設（同19施設減）。療養病床を持つ一般診療所は1713施設で前月より9施設減少した。有床診療所は1万1621施設（前月比34施設減）。

（3/18MEDIFAXより）

緩和ケア研修、7割が未実施／がん拠点病院の指定要件

がん診療連携拠点病院の約7割が、指定要件として定められた2次医療圏での緩和ケア研修を定期的実施していないことが3月19日、厚生労働省のまとめで分かった。

厚労省は都道府県に対し、毎年10月末現在の拠点病院の現況報告を求めている。2008年10月末の指定要件の充足状況に関する回答をまとめた。08年4月1日現在の拠点病院数は351病院。

厚労省健康局がん対策推進室によると、充足率が低かった指定要件は「2次医療圏での緩和ケア研修を定期的実施している」（108病院、30.8%）のほか、「院内がん登録の集計結果を毎年がん対策情報センターに情報提供している」（162病院、46.2%）、「緩和ケアチームに専門的な知識と技能を持つ常勤の専従看護師がいる」（204病院、58.1%）、「相談支援に関して患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組んでいる」（212病院、60.4%）、「外来で専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備している」（240病院、68.4%）などだった。

一方、すべての病院が満たしていたのは、「相談支援を行う部門を設置している」「『標準登録様式』に基づく院内がん登録を実施している」など3項目しかなかった。（3/23MEDIFAXより）

未届け有老ホームは全国で579施設／厚労省調査

厚生労働省は3月31日、老人福祉法に基づく有料老人ホームの届け出をしていない高齢者施設について47都道府県から合計579件の報告があったと発表した。

厚労省老健局振興課は群馬県渋川市の高齢者施設「たまゆら」の火災事故を受け、有料老人ホームに該当しながら老人福祉法に基づく届け出がない施設について、各都道府県に3月27日時点で把握している施設数などの報告を求めた。今回の報告結果は579件とされたが、振興課によると追加調査を行っている都道府県もあり、件数の変更があり得る。

また、サービス提供の有無などの実態が不明な施設なども含まれているとされ、各都道府県は今後、実態把握を行う予定。

厚労省は2007年にも2月26日時点の未届け有料老

人ホームの件数などを調査し、結果は377件だった。うち有料老人ホームに該当するとされた施設は267件で、09年3月27日までに195件の施設が届け出を済ませていた。72件の未届け施設が残っていたことになり、「たまゆら」もこの中に含まれていた。（4/1MEDIFAXより）

非正規19万2061人失職／厚生省調査

企業の大規模な人員削減などによって2008年10月から6月までに職を失ったり、失う見通しの派遣社員ら非正規労働者が19万2061人に達したことが3月31日、厚生労働省の調査で分かった。08年10月から3月までの失職者を調べた2月の前回調査より21.7%増加。正社員のリストラも加速、08年10月から4月までの失職者は1万2502人で25.4%増だった。

09年春卒業で、企業から採用内定を取り消された高校生や大学生らは過去最悪の1845人で、2月調査より17.2%増加した。

失職する非正規労働者のうち、派遣社員が12万5339人と65.3%を占めた。契約社員は3万9195人、請負社員は1万5556人だった。

月別では、3月の失職が3万6844人と、2月調査の約1.9倍に増加。最も多い月は08年12月の4万8111人だった。

派遣契約の中途解除で派遣先の仕事を失った人のうち、新たな就職先の確保などで雇用が維持された派遣社員は3210人で、動向が判明した人の10.5%にとどまった。【共同】

1月の生活保護受給約162万人／前年比約6万人増

全国で生活保護を受給している人が、2009年1月時点で161万8543人に上ったことが4月2日、厚生労働省の集計で分かった。不況の影響で、前年同月に比べ約6万2000人増えた。

08年12月から09年1月にかけて東京・日比谷公園の「年越し派遣村」に集まった人たちが雇用保険の失業給付を受けられず生活保護の受給を申請するなど、各地で職を失った非正規労働者らが生活保護を求める動きが広がった。生活が苦しい一人暮らしの高齢者や母子家庭も受給を申請したとみられる。

1月の受給者数は08年12月より約1万2000人増加した。

受給世帯数は、前年同月より約5万2000世帯増え、

約116万8000世帯となった。【共同】

自殺者、11年連続で3万人超／3万2249人、警察庁発表

警察庁は4月2日、日本国内で2008年1年間に自殺した人は前年に比べ844人（2.5%）減り、3万2249人だったと発表した。3万人を超えるのは1998年以来、11年連続。

自殺防止活動をしている民間団体などが迅速に実態を把握できるよう、例年より早く総数を公表し、年間の月別データも初めてまとめた。原因や動機などの詳細は5月中をめどに発表する。

警察庁によると、男性は647人（2.8%）減の2万2831人、女性は197人（2.0%）減の9418人。

警察庁は自殺対策などに役立てるため、07年から自殺統計原票を改正し、動機の項目などを細かく設定。09年から月別データの公表も始めた。【共同】

08年医療事故報告、過去最多の1440件／報告義務施設で

日本医療機能評価機構は3月24日、2008年の医療事故情報収集等事業の報告状況を公表した。報告義務のある医療機関（272施設）からの報告数は1440件で、前年を13.7%上回り過去最多となった。

特に、国立病院機構からの報告数が728件で半数以上を占めた。同機構は「国立病院機構からの報告数はここ数年で2倍程度に増えている。リスクが高まったというより、医療安全に対する組織的な取り組みへの意識が高いということ」と分析している。義務対象医療機関のうち報告が1件もなかったのは69施設。51件以上の報告が3施設からあった。

事故の程度別内訳は「障害の可能性（低い）」が30.7%で最も多く、「死亡」は8.0%だった。事故の概要別では「療養上の世話」40.6%、「治療処置」25.0%、「医療用具等」9.7%の順だった。関連診療科（複数回答）は整形外科の193件、内科の148件、循環器内科の123件の順で多かった。

同事業では、医療法施行規則で事故報告が定められた医療機関のほかに、任意で事故を報告する参加登録申請医療機関からの報告も受け付けている。08年12月末現在の参加登録申請施設は283施設で、08年の報告数は前年より31.3%減り123件となっている。このため、同機構と厚生労働省医政局総務課は24日までに、日本医師会など主要医療関係団体に対し、同事業への参加と積極的な事故報告を呼び掛けるこ

とを求める通知を送付した。（3/25MEDIFAXより）

産科補償制度、加入機関が100%に／医療機能評価機構

1月からスタートした産科医療補償制度への加入医療機関が100%となり、分娩機能を持つ産科病院・診療所の全施設加入を達成した。3月19日に京都市内で開かれた日本予防医学リスクマネジメント学会学術総会のパネルディスカッションで、日本医療機能評価機構・産科医療補償制度運営部の後信技監が明らかにした。（3/23MEDIFAXより）

健保組合09年度予算、赤字は6152億円／過去最大の前年度と同水準

すべての健康保険組合（1485組合）の2009年度経常収支赤字額は、過去最大だった前年度予算とほぼ同水準の6152億円となる見通しであることが4月10日、健保連の発表した09年度健保組合予算の早期集計で分かった。保険料収入に占める高齢者医療制度などへの納付金・支援金の割合は45.2%で、依然として納付金などの負担が財政を圧迫する傾向が顕著となった。

回答のあった1304組合（回答率88%）の予算状況を全組合分に引き伸ばして試算した。納付金などの支出は総額で2兆7512億円で前年度予算より2.42%減ったものの、後期高齢者支援金は1兆2723億円（前年度予算比13.1%増）、前期高齢者納付金は1兆1065億円（同6.6%増）といずれも増加。一方、収入は保険料率が0.046ポイント上がり7.412%となったが、平均標準報酬の減少などの影響で保険料収入が前年度予算比0.72%減の6兆798億円となった。同日、会見した対馬忠明専務理事は「平均標準報酬などは景気低迷によって、実際には予算より低くなる可能性もある」と危機感をにじませた。

経常収支が赤字となる組合は全体の91.6%に当たる1360組合。協会けんぽの8.2%より料率が高い組合は全体の18.5%に当たる241組合だった。

（4/13MEDIFAXより）

済生会病院の08年度決算、赤字決算の病院拡大

病院の経営環境の厳しさが増す中で、社会福祉法人恩賜財団済生会は、2008年度の黒字決算病院が例年実績を大きく下回り、1ケタにとどまる見通しであることが明らかになった。07年度決算では、82病

院のうち38病院（46.3%）が黒字決算だったが、08年度決算では累積赤字も増えていることが予測されている。

済生会本部の松原了常任理事はメディファックスの取材に対し、済生会病院グループの最近5年間の経営動向について「5年前の03年度は、79病院のうち55病院（69.6%）が黒字決算だったが、年々減少傾向が続いている。済生会本部としても経営改善に向けた戦略を継続的に検討している」と話した。

近年の病院経営が厳しい要因としては、外来・入院患者数の減少傾向が大きいと指摘。そもそも外来診療については、地域医療機関との連携を重視して紹介制を採用している施設が多く、外来患者総数の減少傾向は予測はされていた。しかし、全施設の傾向として初診外来患者が増加せず、新規入院患者数の減少傾向に歯止めがかからなかったという。

また、済生会グループでは、82病院のうち49病院がDPC対象病院に参入し、平均在院日数の短縮が進み、病床稼働率が低下している。松原常任理事は「入院患者数と救急患者数の減少傾向は、従来黒字基調だった病院でも表面化している」とし、高齢者の受診抑制が全国的に進んでいるのではないかと見ている。

さらに松原常任理事は「済生会病院のうち350床以上の規模の病院や3次救命救急センターに指定されている病院は全体の約3割程度。むしろ地域医療を支える150床から350床程度の“生活密着型”の一般病院が多い」と指摘。08年度診療報酬改定では、急性期に特化した病院に手厚く配分された一方で、高齢患者の急性期支援などで地域医療を支える中小規模病院の収入アップにつながる内容ではなかったと見ている。このため次期診療報酬改定では、150～300床規模の生活密着型の病院でも安定的経営を維持できるように改定を求めているとしている。

（4/2MEDIFAXより）

民間病院の4分の1が赤字／日医総研WP、診療所では3分の1

日本医師会総合政策研究機構はこのほど、「赤字民間医療機関のマネジメント上の課題」をテーマにワーキングペーパー（WP）をまとめた。2007年度の決算データから、民間の医療機関のうち病院では約4分の1、診療所では約3分の1が赤字だったと指摘。日本の医療提供体制は「民主導」であり、民間医療機関が国民の健康を維持するため極めて重要な

国家戦略上の資源になっているとし、医療費抑制策の見直しなど、売上総利益の確保に向けた政策的対応が求められると提言した。

WPは、TKC全国会発行の「TKC医業経営指標（M-BAST）08年度版」から得られた民間の病院685施設、診療所3178施設の07年度決算データを調査対象に分析した。TKC全国会は会員数約9600人の税理士・公認会計士の全国ネットワークで、株式会社TKCの会計システムを使用した財務データに基づき、TKC医業経営指標を集計している。

病院は、黒字が509施設（74.3%）、赤字が176施設（25.7%）で、赤字病院は全体の約4分の1。診療所では、黒字が2104施設（66.2%）、赤字が1074施設（33.8%）で、約3分の1の診療所が赤字だった。赤字医療機関は病院・診療所ともに、事業規模が黒字医療機関よりも小さかった。赤字医療機関の従業員数・医業収益高・総資産はすべて黒字医療機関を下回る結果を得た。

一方、赤字病院の従業員1人当たりの生産性は、黒字病院をわずかに上回ることも明らかになった。ただWPは、仕入れや人件費などの面で、赤字病院は黒字病院と比べて効率性を損ねていることがうかがえると指摘している。

従業員1人当たりの売上総利益を見ると、赤字病院は黒字病院との比較で96.5%にとどまり、従業員1人当たり人件費は赤字病院が黒字病院を上回った。

赤字医療機関は黒字医療機関よりも過大な借入れをしていることも分かった。WPは、経営不振に陥る民間医療機関から「過去の過剰投資に対する弁済が経営を圧迫している」と指摘する声が多く上がっていると指摘。今回の分析データはそれを裏付けているとした。

ただ、民間の医療機関の資金調達は金融機関からの借入れなど間接金融にほぼ限定され、特にバブル期に過大評価された土地建物を担保に安易な融資が行われていた側面もあると指摘。別途検討する必要があるとした。（4/10MEDIFAXより）

在支診「看取り」までは不十分／日医総研が調査、算定施設は9割

在宅療養支援診療所（在支診）で実際に在宅医療関連の診療報酬を算定している施設は9割に上り、在宅医療の担い手として裾野を広げている実態が、日医総研の調査で分かった。ただ、在宅末期医療総

合診療料を算定している在支診は7.2%にすぎなかったほか、在宅患者緊急時等カンファレンス料に至っては3.0%にとどまるなど、「看取り」まで含めた体制は不十分であり、在支診に期待されている機能が必ずしも発揮できていないことも分かった。

こうした実態について日本医師会の藤原淳常任理事は4月1日、メディファックスの取材に対し「在宅医療の推進に向けては、地域の関係機関が連携するためのシステムの構築が不可欠」と指摘。さらに「家族の負担軽減に配慮した社会的な支援も必要」と強調した。

日医総研は在支診の現状や今後の課題を把握するため「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」を2008年9-10月に実施。在支診の届け出を行っている5276施設を調査対象とし、1808施設から有効回答を得た（有効回答率34.3%）。

厚生労働省保険局医療課のまとめによると、在支診の届け出数は08年7月1日時点で1万1450施設に達している。在支診をめぐるのは、これまで「実際に機能しているかは疑問」との指摘もあったが、今回の調査では、回答した在支診の91.0%から「算定あり」との回答を得た。

ただ、在支診は24時間体制での往診や訪問看護が求められているにもかかわらず、回答した在支診の72.4%は在宅担当医師が1人体制であり、診療体制が十分とは言えない実態が浮き彫りとなった。オンコールを含めた1週間の待機日数をみると、医師1人当たり「7日」との回答が最も多く、73.5%だった。

地域の病院や診療所、訪問看護ステーションなどとの連携では、連携病院の数が「1施設」が42.1%、「2施設」が25.9%、「3施設」が15.9%の順だった。4施設以上の多くの病院と連携しているケースも16.1%あった。一方、連携診療所の数は「1施設」が44.8%で最も多く、次いで「なし」の25.6%が多かった。連携病院は「なし」との回答はなかったことから、診療所間での連携が病院との連携と比べて進んでいない現状も見取れた。

日医総研は、連携体制の構築は個々の施設の努力だけでは限界があるとし、「各地域の医師会などを中心に、24時間体制の仕組みを検討する必要がある」と指摘している。（4/2MEDIFAXより）

産科医の勤務時間、日本が最長／日医、14カ国にアンケート調査

世界医師会加盟国のうち、産科医の1週間当たりの平均勤務時間は、日本が74時間で最も長いことが4月1日、日本医師会の調査で分かった。産科医の勤務環境がよい国ほど学生の産科人気が高い傾向があることも明らかとなり、同日会見した日医の石井正三常任理事は「産科医確保のためには、医師や医療スタッフの体制の再検討による勤務環境の改善が急務」と述べた。

調査は2008年、世界医師会加盟17カ国にアンケートを送付。うち14カ国から回答があり、日本を含めた15カ国で集計した。

調査結果によると、産科医の1週間当たりの平均勤務時間は日本が最も長く、2番目に長い米国（65時間）とも約10時間の差があった。勤務時間が短かったのは、デンマーク（37時間）、英国（44時間）などだった。

さらに、シンガポールや英国など、産科医の勤務環境がよいと答えた国では、産科医に対する学生の人気が高く、韓国やフランスなど勤務環境が悪いとした国では産科への人気も低かった。

産科医の充足状況では、11カ国が産科医の不足や偏在があると回答した。このうち総数が不足している上に地域偏在があるとしたのは日本やカナダなど4カ国。産科医の不足や偏在はないと答えたのは、ドイツやデンマークなど4カ国だった。

産科医が不足・偏在している理由については、女性医師の割合が増加していることや訴訟の増加、若い医師の勤務意識の変化などを挙げる国が多かった。（4/2MEDIFAXより）

診療科目ごとの充足度に地域差／近医連が調査

近畿医師会連合の地域医療担当理事連絡協議会は、このほど、1月に実施した「地域医療の現状および医療崩壊に対する調査」の結果をまとめた。京都府医師会が2府4県の郡市区医師会（146医師会）、職域医師会（2医師会）などを対象にアンケート調査したもので、結果を近畿の2次医療圏を俯瞰できるマップで図示するなど、近畿の医療供給状況の現状が一目で分かる報告書も策定した。

アンケートには、136医師会（91.9%）が回答。大阪（81.0%）、京都府（95.8%）以外の4県は全医師会が回答を寄せた。現時点での地域状況の印象を聞いた内容となっているが、診療科目ごとの充足度な

どに関しては地域差が表面化している。

主な結果を見ると、「急性期医療・一般医療」では、「入院受け入れ状況の5年前との変化」については64.8%が「悪化、やや悪化」と回答したが、地域差も大きく、滋賀の33.3%に対し、兵庫は84.9%に達した。不足している診療分野は、産科・小児科に不足感が強く、認知症拠点や緩和ケア、在宅医療支援なども不足感が高まっている状況が見て取れた。周産期救急を除いて府県間で差が大きく、認知症拠点施設は大都市部で不足感があり、緩和ケアは郡部で不足感が強い。

「慢性期医療」では、療養施設の不足感が大きく、ほぼ全域で「受け入れは悪化している」との認識が示された。ただ、これも地域間差があり、京都は95.7%に対し、奈良は61.6%にとどまった。

「医療崩壊の具体例」については、83医師会が「経験あり」と回答。多くが公立病院など、基幹的役割を果たしている施設の閉院や縮小に伴うものだった。このほど開かれた地域医療担当理事連絡協議会の会合では「比較的、充足度が高い内科でも、公立病院廃止などで一気に瓦解してしまう危険をはらむ。現状はどの診療科も危ういバランスの上に立っている」との意見が示された。

地域医療体制の確保に向けては、81の地域医師会が「具体的な取り組みを行っている」と回答。病診連携協議会の設置、地区医師会員の病院への派遣、輪番制度の維持、救急システムへの積極的参加などが挙げられた。同協議会の会合では、「かなりの医師会が実行しているのに無力感がある」として、国や市民に対して情報発信する必要性を指摘する声もあった。（3/24MEDIFAXより）

オンライン義務化、9割が反対／富田林医師会が調査

大阪府の富田林医師会はこのほど、全国郡市区医師会に行った「レセプトオンライン請求完全義務化」に関するアンケート調査結果をまとめた。また、この問題について国会議員に賛否を尋ねた調査も同時にまとめた。

郡市区医師会へのアンケート調査は、全国947医師会に送付し、51.6%の489医師会が回答した。義務化への考え方については、92.0%が反対、2.0%が賛成とした。義務化が実施された場合の地域医療への影響については、85.1%が「地域医療崩壊に拍車を掛ける」と回答、「影響はない」は5.5%だった。

義務化が憲法の下での平等に違反しているかとの問いには、49.5%が「違反」とし、「違反ではない」が14.3%だった。

自由意見では「義務化に対応できない医療機関が1割を超える」「制約医療が進み、患者には不都合」「IT産業への利益供与」といった意見に加え、「政権交代の実現で阻止する」などの声もあった。

国会議員に対する調査については、51人が賛否に対する回答を寄せ、「義務化撤廃」に対して、33人が賛成し、2人が「撤廃すべきではない」とした。残りのうち、15人はその他の意見があるとし、1人は回答を控えた。

撤廃に賛成とした議員33人のうち自民党が9人、民主党・共産党がそれぞれ7人だった。「撤廃すべきでない」の2人はいずれも自民党の衆院議員だった。（3/25MEDIFAXより）

日本、無保険失業者の比率77%／先進国で最悪、ILO報告書

日本で失業保険の給付を受けていない失業者の割合は77%に上り、先進国の中で最悪の水準にあることが、国際労働機関（ILO）が3月24日発表した報告書で分かった。派遣労働の規制緩和などを急速に進める一方、非正規雇用者のセーフティーネット整備がおろそかなため、日本の労働者が国際的にも極めて厳しい状況に置かれている事情が浮き彫りになった。

報告書は新興市場国を含む主要8カ国を取り上げた。このうち最も「無保険失業者」の比率が高いのはブラジルで93%、次いで中国が84%で日本は両国に続く高さ。4位の米国は57%にとどまり、ドイツやフランスは10%台。主な先進国で日本の突出ぶりは明らかだ。

ILOは先進国が加盟する経済協力開発機構（OECD）諸国のうち「半数の国で50%以上に上る」とも指摘。ILO幹部は日本の突出ぶりについて「失業保険の受給まで待たされる期間が長く、受給できる期間が短いことが影響している可能性がある」との見方を示した。【ジュネーブ3月25日共同】

環 境 編

原発稼働率低迷、再処理難航／「原子力、期待に応えず」

原子力委員会は3月24日、原発の設備利用率（稼働率）が低迷し、核燃料サイクルの中核となる使用済み核燃料再処理工場（青森県六ヶ所村）の試運転が難航するなど「原子力が社会の期待に十分にできていない」とする2008年版原子力白書を閣議に報告した。

白書は、08年は国際会議などを通じ、原発は地球温暖化防止に有効という認識が広まった年と位置付けた。だが07年の新潟県中越沖地震で東京電力柏崎刈羽原発が長期停止し、利用率は60.7%（07年度）にとどまると指摘。耐震安全性を確認し、効率的な運転をすべきだと強調した。

再処理工場は、高レベル放射性廃棄物のガラス固化体製造がうまくいかず、試運転がたびたび中断しているが「今後もさまざまな故障、トラブルが予測される」として克服するよう求めた。

候補地が決まらない高レベル廃棄物最終処分場の立地可能性調査に自治体が応募を検討できる環境づくりや、高速増殖炉原型炉もんじゅ（福井県）の運転再開のために日本原子力研究開発機構の組織や技術の整備を提言した。【共同】

原発審査体制の課題提示／原子力安全白書

国の原子力安全委員会は3月31日、2007年の新潟県中越沖地震による東京電力柏崎刈羽原発の損傷を受け、「事業者の申請内容について、安全審査で適切に検討する体制づくりが必要」などとする07、08年版原子力安全白書を閣議に報告した。

従来の審査体制が十分でなかったことを事実上認める内容。

白書は「設計時の想定を大きく上回る揺れが観測され、原子炉周辺設備を中心に影響を受け、国民に不安や懸念を与えた」と記述。

「安全委は、柏崎刈羽の設置許可時の安全審査は最善を尽くしたと考えている」としたが、審査で申請内容をチェックし、想定外の事態を防止する体制は十分かという（専門家などからの）問題提起があり、

安全審査の中立性や透明性の確保などで充実、強化を進めていると“釈明”した。

また、「地震は自然現象で、全容は把握できていない。自然現象に謙虚に学び、常に最新の知見を安全確保に反映すべきだ」と強調している。

中越沖地震の震源とされる海底断層について、6、7号機の安全審査では長さが最大8キロとしながらも活断層とはせず、03年に東電が約20キロの活断層と再評価したが公表しなかった経緯を記した。中越沖地震後、東電や国は約36キロと評価を変えた。

中越沖地震後の対応に迫られたため、07年版白書は発行せず、今回2年分をまとめた。【共同】

志賀原発停止の1審判決取り消し／控訴審で住民逆転敗訴

北陸電力の志賀原発2号機（石川県志賀町）の耐震性に不備があり、震災で被ばくする恐れがあるとして、周辺住民らが北陸電に運転差し止めを求めた訴訟の控訴審判決で、名古屋高裁金沢支部の渡辺修明裁判長は3月18日、原子炉の耐震性は妥当と判断、運転停止を命じた1審金沢地裁判決を取り消し、住民側の請求を棄却した。

住民側は逆転敗訴。住民側は判決を不服として最高裁に上告する。

渡辺裁判長は、2号機の安全対策が2006年の1審判決後に改定された国の耐震指針に適合していることを認定。「活断層や、地震動の評価は妥当で、能登半島地震や新潟県中越沖地震の影響に照らしても、事故により住民らが被ばくする具体的危険性は認められない」と指摘した。

1審判決は、当時の耐震指針の妥当性を否定し、国内の商業用原子炉で初めて運転停止を命令。控訴審では、新指針に基づく原発の耐震性や地震規模の再評価に対する判断が焦点となった。

渡辺裁判長は「未知の断層による地震を最大マグニチュード（M）6.8と想定した北陸電の評価は妥当で、評価方法も最新の知見を採用している」として、M7.3を想定すべきだとした住民の主張を退けた。

原告は石川など16都府県の128人。住民側は、1審後に改められた新指針や地震の想定は不十分と指摘。07年の能登半島地震では原発が設計時の想定0.2倍近い揺れに見舞われたと危険性を訴えてきた。

【共同】

上関原発2号機の着工延期／中国電力の経営計画

中国電力は3月27日、2009年度の経営計画で、山口県上関町に建設を計画している上関原発2号機の着工を、従来の計画より2年延期すると発表した。

これまでの計画では1号機と2号機の工事期間が2年間重複するため、工事の安全性を考慮し延期することにした。15年度に着工し、20年度の運転開始予定。1号機は10年度着工、15年度の運転開始の計画を維持する。

2号機の着工延期は今回で5回目。記者会見した山下隆社長は「1号機の工事内容を詳細に検討した結果、安全な実施には延期が必要と判断した」と説明した。

09年度の設備投資額は2107億円で、島根原発3号機（松江市）の建設や、上関原発1号機の予定地造成工事に取り掛かるため、08年度に続き高水準の計画。販売電力量は614億キロワット時を見込む。2年連続で前年度実績を下回る見通しだが、10年度以降はオール電化住宅の普及などで回復するとしている。【共同】

東電のCO₂排出量3割増／07年度、原発停止で石炭依存

政府は4月3日、温室効果ガスの排出が多い企業の2007年度の排出量データを公表した。

発電に伴って出る二酸化炭素の排出を、電力の利用者ではなく電力会社の排出とみなした場合、最も多かったのは東京電力の約9253万トン。前年度と比べ3割強の増加で、新潟県中越沖地震による柏崎刈羽原発の停止に伴い、排出が多い石炭火力発電所の稼働を増やしたことが主な要因だという。

発電に伴う分も利用企業の排出とみなすと、最も多いのは新日鉄（約6305万トン）で、以下、JFEスチール（約6254万トン）、住友金属工業（約2368万トン）、神戸製鋼所（約1806万トン）、太平洋セメント（約1455万トン）の順。

業種別では、鉄鋼業が最多で、化学工業、窯業・土石製品製造業と続いた。

排出量の公表で権利や利益が害されるとしてデータが非開示となった事業所はなかった。06年度分は、請求に基づき経済産業省がいったん36事業所の排出量を非開示としたが、一部のデータが地方自治体を通じて一般の人も入手可能なことが判明していた。

【共同】

温暖化防止へ原発活用を勧告／世界の科学者がG 8に

2009年7月にイタリアで開催される主要国（G 8）首脳会議（サミット）を前に、G 8と中国など新興5カ国の学術団体が世界が直面する問題を討議するためローマで開いた「G 8 プラス5 学術会議」（学術団体サミット）は3月27日、地球温暖化防止のため原子力発電の活用を促す共同声明を取りまとめ、閉幕した。

声明は各団体が調整後、「世界の科学者の声」として各国首脳に手渡される予定。温暖化問題への対応のため、スウェーデンやイタリアなどが脱原発政策の転換を表明しており、今回の声明はこうした世界的な原発再評価の動きを後押しすることになりそうだ。

声明は、温暖化防止に向けた低炭素社会への転換に向け「安全で安定した原発の開発と放射性廃棄物処理」が必要と指摘。G 8と新興国の政府に対し、安全な原子力確保のための国際協力を促した。

一方、13年以降の温暖化対策を決定する12月の気候変動枠組条約第15回締約国会議（C O P 15）で、温室効果ガス削減について「50年までに1990年比で50%以上削減」との積極的な目標を設けるよう求めた。会議には日本から日本学術会議の唐木英明副会長らが出席した。【ローマ3月28日共同】

日本、太陽光発電世界3位に転落／08年、スペインに抜かれる

日本の2008年末時点の太陽光発電の総設備容量は200万キロワット弱で、スペインに抜かれ、前年の世界第2位から3位に転落したことが、民間国際団体の再生可能エネルギー政策ネットワーク21（R E N 21）の4月6日までの調査で分かった。

08年に新たに設置された太陽光発電の容量でも前年の3位から4位へと後退し、日本の再生可能エネルギー開発の立ち遅れは鮮明。政策の見直しを求める声が強まりそうだ。

R E N 21によると、08年末の太陽光発電の総設備容量はドイツが1位で540万キロワット。2位は1年で急増し230万キロワットに達したスペイン。

3位の日本は197万キロワットにとどまり、05年にトップの座を奪われたドイツのわずか40%弱と、さらに水をあけられる結果となった。

スペインは08年1年間の新設容量が、大型原発1基分を上回る170万キロワットと世界最大。2位はド

イツ（150万キロワット）、3位は米国（30万キロワット）で、4位の日本は24万キロワットだった。

風力発電の総設備容量でも日本は08年末現在、190万キロワットで、世界トップを争う米国やドイツの12分の1以下と大きく差をつけられた。【共同】

病院のC O₂、前年比4.1%削減／日医プロジェクト委が報告書

全国約1200病院の2007年度の二酸化炭素排出原単位（延べ床面積当たりの二酸化炭素排出量）の前年度比削減率はマイナス4.1%で、年1.0%削減するとした日本医師会の自主行動計画の目標を大きく上回る成果を挙げていることが、日医の「病院・介護保険施設における地球温暖化対策プロジェクト委員会」がまとめた報告書で分かった。

同委員会は報告書で、数値目標の達成について①エネルギー転換工事の推進などによる化石エネルギー使用量の削減②重油・灯油から電力・ガスへのエネルギー転換—の2点が影響したと分析。「今後もエネルギー転換が進むと予想され、自主行動計画で掲げた目標は達成される可能性が高い」としている。

一方、介護保険施設の07年度の二酸化炭素排出原単位は06年度に比べて3.7%増加した。同委員会は「24時間の設備使用などの運営特性ゆえに大幅なエネルギー削減は難しい」と指摘。「自主行動計画は策定せず、引き続き実態把握に努めていくことが現実的な対応」と結論付けた。（4/2MEDIFAXより）

北極の氷30年以内に消滅も／米研究チーム予測

地球温暖化の進行で、夏の北極の海水は2037年までにほぼ完全に消滅すると、米海洋大気局（N O A A）とワシントン大の研究チームが、4月3日付の米地球物理学学会誌に発表した。

2007年に公表された気候変動に関する政府間パネル（I P C C）の第4次報告書は「21世紀後半までに消滅するとの予測がある」としたが、より早く30年以内に現実になるとの指摘だ。

北極の海水面積は07年9月に観測史上最小を記録、08年9月には史上2番目に小さくなった。チームがこれら最新のデータを取り入れ、I P C C報告書で使われている気候モデルで再計算したところ、37年9月にはほぼ消滅するとの結果が得られた。

夏に海が拡大することで吸収された熱が、秋以降に海から大気に放出されて気温が高くなり、それが海水の融解を加速する現象が起きているという。

チームは「温暖化以外の、自然変動による不確実さも考慮に入れると、20年代後半には消滅する可能性もある」と指摘している。

【ワシントン4月3日共同】



医師ら783人原告に追加提訴／レセプトオンライン化訴訟

厚生労働省令で2011年4月から原則義務化されるレセプトのオンライン請求をめぐり、全国の医師らが国を相手取り、オンライン請求義務の不存在確認などを求めている訴訟で、新たに43都道府県の医師・歯科医師783人が3月18日、横浜地裁に追加提訴した。09年1月の1次提訴と合わせ、原告は1744人となった。

訴えなどによると、原告らは「オンライン請求に対応できない医師・歯科医師を切り捨てれば、地域医療に重大な影響を及ぼす」と指摘。「省令は営業の自由を侵害しており違憲」などとして、オンライン請求の義務がないことの確認と、多大な費用負担を迫られたことによる精神的苦痛に対する慰謝料として1人当たり100万円の支払いを求めている。

原告団弁護人の小賀坂徹弁護士によると、原告団への参加申し込みは増加を続けているといい、一定の人数に達した段階でさらに追加提訴を行う方針。

また、1月の第1次提訴以降の動きを紹介。日本歯科医師会や日本医師会医療IT委員会が相次いで、レセプトオンライン請求義務化反対を表明し、国会でも与野党の議員から義務化見直しの声が挙げられ始めるなど、「オンライン義務化で地域医療崩壊が加速し、患者・国民のプライバシーにとっても問題ある制度だという私たちの訴えが大きく広がっている」とし、「4月に提訴が予定されている大阪での訴訟とも協力して、大きな運動にしたい」と述べた。

また、原告団の入澤彰仁幹事長（神奈川県保険医協会理事）も「患者や国民からの声も上がってきて

おり、問題の共有ができるようになってきた。今後とも活動を通して一般社会の人に問題を分かってもらえるようにしたい」とした。

裁判は、第1次と第2次の提訴が併合され、4月末までに第1回期日が開かれる見通しとなっている。

提訴後に横浜弁護士会館で行われた記者会見にはマスコミ10社が集まり、テレビ神奈川がニュース報道したほか、朝日、読売、東京、神奈川などの各紙が報道した。

3・19中央行動を実施

保団連は3月19日、中央行動を実施し、18協会から約70人が参加した。3月4日に行われた「レセプトオンライン請求義務化撤回訴訟国会内集会」と同時に取り組まれた前回の国会行動に引き続き、与野党の幅広い議員に対し、医団連緊急提言の実現とレセプトオンライン請求義務化撤回、自主共済の保険業法適用除外、歯科保険医療の充実などを要請した。

保団連の住江憲勇会長は、高知県保険医協会の沖義一副会長らとともに、自民党の山本有二元金融担当大臣、中谷元衆議院議員（元防衛庁長官）と面談した。

また、後期高齢者医療制度の中止・撤回および廃止を求める請願署名（患者署名）を計1万7013筆、オンライン請求義務化撤回を求める請願署名2653筆分を国会議員に手渡した。また、オンライン義務化撤回を求める会員連名（394人分）の麻生太郎首相宛要請書を内閣府に提出した。

「オンライン義務化の先延ばし」／保団連、規制改革再改定で声明

保団連は4月1日付で「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」の閣議決定に対する声明を発表した。レセプトオンライン請求の完全義務化に新たな例外規定を設けることを可能とする文言修正について「義務化を先延ばしするものでしかない」と主張し、あくまで義務化の撤回を要望した。レセプトオンライン請求について、義務化を「原則」としたことや「地域医療の崩壊を招くことがないよう」と記載したことに対し「オンライン請求義務化の問題点を自ら認めた結果」とし、国会で審議を尽くすべきとした。

さらに、傷病名と医療行為のリンク付けや傷病名コードの統一など「レセプト様式の見直し」を明記

したことについては「コンピュータ審査の推進や医療の画一化、医師の裁量の否定につながるもので、まさに医療費削減を目的としている」と反発した。（4/3MEDIFAXより）

「5分ルール」影響額は1000億円超／保団連が試算「早期撤廃を」

保団連は3月26日、2008年度診療報酬改定で外来管理加算に導入した「5分ルール」について、1000億円を超える大きな財政影響を及ぼしながら、患者も必要性を認めていないとして早期撤廃を求める声明を発表した。

18日の中医協・診療報酬改定結果検証部会で、再診患者に対する同加算の算定割合が診療所で41.0%、病院で41.1%と報告されたことを受け、保団連は、07年の社会医療診療行為別調査から求めた改定前の算定割合を使って5分ルールの財政影響を試算。診療所で1013億円、病院で133億円、合計で1146億円のマイナスに達するとした。08年7月の保団連調査や同年11月の日本医師会調査による影響額を大きく上回るほか、「外来管理加算とデジタル加算を合わせて200億円強」とした改定前の厚労省の予測よりもはるかに大きい数字となった。

保団連は、中医協・検証部会の調査では患者側の診療内容に対する満足度に変化はないとも指摘し、5分ルールの早期撤廃を強く求めた。（3/30MEDIFAXより）

巣鴨、新宿で負担増反対訴え／保団連・住江会長

後期高齢者医療制度が実施されてから1年後にあたる4月1日、保団連も加盟する中央社会保障推進協議会（中央社保協）は、東京・巣鴨の地蔵通り商店街で制度廃止を求める街頭宣伝を行った。

とげ抜き地蔵尊への参拝客や買い物客らが次々と署名に応じた。保団連の住江憲勇会長は民医連の吉田万三副会長らとともに弁士として制度廃止を訴えた。

また、住江会長は新宿駅西口で「消費税廃止各界連絡会」による消費税導入20年の街頭宣伝に参加し、加盟各団体・政党の弁士とともに消費税増税反対を訴えた。

宣伝行動にはテレビ東京、テレビ朝日、フジテレビなどメディアも取材に訪れた。

与党の水俣病特措法案に断固反対／保団連・野本公害環境対策部長が見解

3月13日に与党プロジェクトチームが、水俣病特別措置関連法案を衆議院に提出したことを受けて、保団連の野本哲夫公害環境対策部長は、3月18日、与党法案について見解を発表。「法案は、未認定患者救済とは名ばかりで、被害者を大量に切り捨て、加害企業チッソを救済するためのもの、到底容認できない」としている。

「例外規定」でなく義務化の撤廃を／オンライン化訴訟原告団幹事長

レセプトのオンライン請求義務化に新たな例外規定の追加を可能とする「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」が閣議決定されたことを受け、レセプトオンライン化訴訟原告団の入澤彰仁幹事長（神奈川県保険医協会理事）は3月31日、「小手先の『例外規定』でなく、オンライン請求義務化の撤回こそが保険医の要求」などとする談話を発表した。

談話では、与党内でレセプトコンピューターの導入費用の助成などが検討されていることに対しても「われわれ保険医は、レセプトのオンライン請求義務化撤回を求めているのであって、レセコン導入費用の助成を求めているのではない。しかも、赤字国債発行で費用を賄い、国民に負担を押し付けることは、断じて許されることではない」と主張。あらためてオンライン請求の義務化撤廃を求めた。

（4/1MEDIFAXより）

一般紙社説に談話／オンライン化訴訟原告団幹事長

レセプトのオンライン請求義務化めぐり、全国の医師らが国を相手取りオンライン請求義務の不存在確認などを求めている訴訟の入澤彰仁・原告団幹事長（神奈川県保険医協会理事）は4月10日、「規制改革に再点火し危機を克服せよ」とした日本経済新聞の9日付朝刊の社説に対する談話を発表した。

社説が「電子レセプトがあまねく行き渡れば、実際に行われている治療方法の分析がたやすくなり、医療の質の向上に役立つ」などとしている点に対し、談話では「レセプトには病名と行われた検査や処置が記載されているが、検査結果や処置後の経過などは記載されず、治療方法の分析はできないに等しい」と指摘。「レセプト請求はあくまで医療費の請求であって、紙で提出しようがインターネットで送信しよ

うが、患者が受ける医療に変わりはなく、直接患者の治療に役立つものではない」と、同紙の見解をただしている。（4/13MEDIFAXより）

社会保障費の抑制撤回を／民医連、厚労など3省担当者に要望

全日本民主医療機関連合会（民医連）は3月27日、国会内で財務省と厚生労働省、文部科学省の担当者と面会し、社会保障費2200億円の抑制撤回などを要望した。医療と介護、看護、社会保障全体の4部門に分かれて3省の担当者と話し合った。

社会保障全体では、2200億円の抑制を撤回し、社会保障費を増額することを要望した。医療、看護では医師臨床研修制度の改善や、医師、看護師の増員などを求めた。介護では介護報酬の3.0%増は「雀の涙」だとして大幅な拡充を求め、介護保険の要介護認定についても再考を要請した。

（3/30MEDIFAXより）

新要介護認定、4月施行の凍結を／民医連

全日本民主医療機関連合会（民医連）は3月18日、新要介護認定制度の4月施行の凍結を求める声明を発表した。厚生労働省が17日に認定調査項目の判断基準を一部修正したことに対し「修正されたのは3点のみで、修正内容は不十分」と指摘。現在の認定制度の総合的な検証や国会での審議を求めた。

民医連は、1次判定の段階で軽く認定された結果を2次判定で変更することは困難で、新制度は「軽度判定化」を促進する仕組みになっているとした。さらに、認定調査員や認定審査会を対象とした研修会は2時間程度と短く、新制度に当たっての準備をするには不十分と主張した。（3/19MEDIFAX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

高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理

■ 高齢者医療制度に関する検討会 2009年3月17日 ■

高齢者医療制度に関する検討会が、2008年9月25日以来、7回の検討を取りまとめた最終報告書。各論点について複数案を併記する内容となっている。

1. はじめに

高齢者医療制度は、高齢者医療の安定的な確保を図るとともに、従来の老人保健制度が抱える問題を解決するために、昨年4月から施行された。しかしながら、制度の検討に際して高齢者の意見を十分に聞かなかったこと、その結果として高齢者の心情に配慮していない面があったこと、制度についての説明が不十分であったことなどにより、施行当初は、国民の間に大きな混乱が生じ、強い反発も招くこととなった。

「高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理」

このため、昨年6月、政府・与党として、低所得の方の保険料の更なる軽減、保険料の支払いに関する口座振替の導入をはじめとする様々な改善策をとりまとめ、逐次実施に移されてきたところであるが、高齢者の心情に配慮し、様々な指摘も踏まえて、更によりよい制度に改善するため、昨年9月に、厚生労働大臣の下に、この「高齢者医療制度に関する検討会」が設置され、各般にわたる議論を進めてきた。

検討に当たっては、当事者である高齢者団体や運営主体である広域連合等から意見を聞くとともに、その他の関係団体からも、意見の提出を受け、7回にわたり議論を行ってきた結果、今般、これまでの議論を以下のとおり整理した。

2. 見直しについての基本的考え方

制度の施行から概ね1年が経過している中で、各種調査においては、制度に対する理解は一定程度進んできていることが伺えるものの、高齢者をはじめ、すべての世代の納得と共感がより得られるものとなるよう、必要な見直しを着実に進めていく必要がある。

平成21年3月17日
高齢者医療制度に関する検討会

本検討会において見直すべきとの指摘があった事項については、速やかに対応することが可能な事項、更に十分な議論を経て結論を出すべき事項、今後の税制改正等と併せて対応を検討すべき多額の財源を必要とする事項があるが、こうした短期的な課題と中期的な課題を含めて、今後の国民的な議論に資するための論点を整理した。

3. 制度の見直しに関する論点

（1）高齢者の尊厳への配慮について

「後期高齢者」や「終末期相談支援料」といった名称は、高齢者の尊厳を損なうものであり、その心情に配慮し、速やかに見直すことが必要である。また、「高齢者の医療の確保に関する法律」は、本来、国民の高齢期における適切な医療の確保を図ることを目的とするものであり、こうした法の理念が理解されるよう、高齢者への敬意を具体的に示すべきである。

（2）年齢で区分すること、制度の建て方について

後期高齢者医療制度（「長寿医療制度」）は、心身の特性や生活実態等を踏まえ、75歳という年齢で区分して、公費5割、支援金4割で高齢者の医療を国民全体で支える仕組みである。

このように、75歳で区分することにはやむをえないという意見がある一方、社会保険の理念に反するという意見もある中で、特定の年齢で区分せず財政調整をしてはどうか、65歳で区分してはどうか（その際、後述する都道府県単位の国保を包含するという選択肢を併せて検討してはどうか）、少なくとも75歳以上の被用者保険の本人は被用者保険に残すべきではないかといった意見があった。

いずれも、現行制度の改善が図られる点がある一方で、後述する運営主体との関係を含め、更に検討すべき課題もあり、引き続き議論を深める必要がある。

ア 年齢で区分せず、全年齢で財政調整を行うという考え方

個別保険者の努力では回避できない加入者の年齢構成の相違による負担の不均衡を是正でき、これまでと同じ医療保険制度に加入できることから、全年齢で財政調整を行うべきであるという意見があった。

これについては、所得形態・所得捕捉が異なる被用者保険、国民健康保険の負担調整の具体的な仕組みをどう考えるかといった課題がある。

イ 65歳で区分するという考え方

（7）前期高齢者の財政調整を後期高齢者にも拡大するという考え方

これまでと同じ医療保険制度に加入できることから、前期高齢者の財政調整を後期高齢者にも拡大すべきであるという意見があった。

これについては、旧老人保健制度で行ってきた財政調整を実質的に65歳以上に拡大することとなり、同制度が抱えていた若人と高齢者の費用負担関係が不明確である等の点について、どのように対応するかといった課題がある。

（4）後期高齢者医療制度の対象を65歳以上に拡大するという考え方

年齢区分について、介護保険制度や公的年金制度との整合性が

とれることから、後期高齢者医療制度の対象を65歳以上に拡大すべきであるという意見があった。

これについては、現在の後期高齢者医療制度と同様の制度とした場合、多額の公費を必要とし、また、健保組合等の負担は大幅に軽減されるが国保の負担はほとんど軽減されないといった課題がある。

なお、この考え方については、介護保険制度との統合等を含めて検討すべきとの意見もあった。

ウ 75歳以上の被用者保険の本人は被用者保険に残すという考え方

職業上の属性を加味できることから、75歳以上の被用者保険本人は、被用者保険の被保険者に残すべきであるという意見があった。これについては、

- ① 75歳以上の被用者保険の本人に扶養されている被扶養者などの取扱いをどう考えるか、
 - ② 仮に、75歳以上の被用者保険の被保険者に加え、被扶養者についても被用者保険に加入することとした場合、被用者保険の財政負担が重くなることをどう考えるか、
 - ③ 市町村国保の自営業者など、現役で働いている方との均衡をどう考えるか
- といった課題がある。

エ 一元化について

地域保険と被用者保険を一体で運営する医療保険制度の「一元化」については、各保険者間で所得形態・所得捕捉の状況や保険料

算出方法等に大きな差異がある状況では、諸外国の状況を踏まえても困難であると考える。

（3）世代間の納得と共感が得られる財源のあり方について

後期高齢者医療制度は、高齢者の医療費について、公費・現役世代からの支援金・高齢者の保険料により、国民全体で支える仕組みであり、この仕組みの下で高齢者からの応分のご負担をお願いしていくことについては、高齢者の理解が深まりつつある。

一方、現役世代からの仕送りである支援金や前期高齢者の医療費を支える納付金については、現行制度では、それぞれの保険者の加入者数等に応じた費用負担としているため、財政力の弱い被用者保険の保険者の負担が過重になっている。このため、国保と被用者保険の間は加入者数で均等に分け、被用者保険の中では、財政力の強い保険者が財政力の弱い保険者を支援するものとなるよう、保険者の財政力に応じた応能負担による助け合い・連帯の仕組みにすべきであるという意見があった。

また、後期高齢者医療制度は約5割の公費負担があり、前期高齢者医療制度には直接公費は投入されていないが、今後の公費のあり方をどのように考えるべきか、引き続き検討していく必要がある。この際、前期高齢者医療制度に直接公費を投入することとした場合、多額の公費を必要とし、また、国保よりも健保組合等の負担がより軽減されるといった点や公費の投入は国保を優先すべきといった意見を含め、十分議論する必要がある。

（４）運営主体について

後期高齢者医療制度については、

- ① 広域連合の活動の展開はまだまだ十分ではないことから、まずは、その保険者機能を強化すべきである
- ② 医療費適正化や医療サービスの提供等の政策との有機的な連携を図る必要があることから、都道府県を運営主体とすることが適当であり、そのための環境整備を検討すべきである
という意見があった。

また、後期高齢者医療制度と同じ地域保険である国民健康保険制度は、国民皆保険を支える重要な役割を果たしているものであり、後期高齢者医療制度の運営主体のあり方と併せて、国民健康保険制度の運営主体について検討することが必要であるが、

- ① 同じ地域に2つの地域保険が存在することは本来好ましくなく、市町村国保について都道府県単位化を図り、都道府県又は広域連合が後期高齢者医療制度と一体的に運営すべき
- ② 地域でサービスの提供と利用がおおむね完結する医療の特性と実態にかんがみれば、2次医療圏単位で市町村が共同で運営すべき
- ③ 保険者機能の強化の観点から、保険料徴収と保険給付の主体が一致していることが望ましいので、保険者は市町村のままとし、財政の共同化、調整交付金の配分、都道府県による再保険事業、町村に対する事務の支援等によって運営の安定化を図るべき
という意見があった。

このように、後期高齢者医療制度と国民健康保険制度という地域保険の双方について、財政面や医療サービスとの整合性等の観点から、

運営についての都道府県の関与の強化や財政調整のあり方を含め、更に議論を深めていく必要がある。

（５）保険料の算定方法、支払方法等について

高齢者の保険料については、施行後に低所得の方に対する更なる軽減措置も講じられたところであるが、こうした保険料の仕組みについて、高齢者にわかりやすく丁寧な説明に努めることが必要である。

また、保険料の算定方法については、後期高齢者医療制度により高齢者が公平に保険料を負担することになったという良い面がある中で、再び高齢者や市町村に混乱を生じさせることのないよう、当面、現行の方法を維持すべきという意見があった。

一方で、将来的なあり方としては、

- ① 公平でわかりやすい保険料の仕組みとするため、均等割を廃止し、年金収入153万円以下の方についても所得割（収入割）を賦課する仕組みを検討すべき
- ② 保険料の賦課限度額の上限を見直すことを検討すべき
という意見もあった。

こうした意見や、制度の建て方、財源のあり方、運営主体等についての議論を踏まえつつ、保険料の算定方法についても、更に議論を深めていく必要がある。

さらに、保険料の支払方法については、来年度から、年金からの保険料の支払いと口座振替との選択制を導入することとしているが、社会保険料控除の取扱いについて対象者に更に周知を図るとともに、資格証明書の発行については、高齢者が必要な医療を受ける機会が損な

われることのないよう、慎重な対応等を行う必要がある。

（6）医療サービスについて

介護保険制度を創設したときには、新たな介護サービスが導入されるなど高齢者にとつてのメリットを具体的に示すことができたが、後期高齢者医療制度の導入に当たっては、新たな医療サービスの提供が十分でなかったということが、高齢者の不満の原因の一つであったと考える。

このため、高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心して暮らすことができるよう、高齢者にふさわしい様々なサービスを、それぞれの地域において具体的に提供していくことが重要である。

具体的には、高齢者担当医をはじめ、多様できめ細かな訪問医療、急に病状が悪化した場合でも速やかに入院できる病院の確保、退院後の医療・介護が安心して受けられるための支援などの新しいサービスを普及・定着させることが必要である。併せて、それぞれの地域において、医療と介護の連携を図り、切れ目なく必要な医療や介護が受けられる体制を構築することが必要である。

また、勤務医の勤務環境の改善、他の医療従事者との役割分担・連携等による医師不足への対応、救急医療の充実など、高齢者を含めた国民全体を支える医療提供体制の充実と、それを支える診療報酬の見直しを図るべきである。

さらに、高齢者担当医等の75歳以上に限定された診療報酬体系については見直す必要があるという意見や、75歳以上は保険者の努力

義務とされている健康診査について、実施義務にするなどの見直しを行うべきであるという意見があった。

4. 終わりに

今回の議論の整理においては、各委員それぞれの意見に沿って、制度の見直しの選択肢を具体的に示し、今後の国民的な議論に供することとした。

今後、各方面における議論が更に進められることとなるが、その際には、施行時の混乱等にかんがみ、政府においては、

- ① 国民の医療費に係る負担や、財政調整を含めた高齢者医療制度の仕組みなどを、改めて国民に十分周知すること
- ② 当事者である高齢者の意見を聞く場を設けること
- ③ 現役世代の支援も不可欠である中で、現役世代を含め、すべての世代の納得と共感が得られるための一層の努力を傾注すること等が必要である。

また、高齢者が将来の不安を解消し、安心して生活できるようにするためには、医療制度だけではなく、社会保障制度全体の改革を進めるとともに、将来の姿を明らかにしていくことが必要である。

今回の論点整理をもとに、高齢者をはじめ多くの国民が真に望んでいる、よりよい制度への改善に向けた幅広い議論が深められることを期待する。

「高齢者医療制度に関する検討会」について

<開催状況>

<委員名簿>

岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授	第1回	開催日 平成20年 9月25日 (木) ○フリーディスカッション
岩本 康志	東京大学大学院経済学研究科教授	第2回	開催日 平成20年10月 7日 (火) ○年齢で区分することについて ○広域連合について
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授、元朝日新聞論説委員	第3回	開催日 平成20年12月 4日 (木) ○ヒアリング① ・高知県国民健康保険制度広域化勉強会 ・福岡県介護保険広域連合 ○保険料の算定方法・支払い方法について
川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院教授	第4回	開催日 平成21年 1月19日 (月) ○ヒアリング② ・大雪地区広域連合 ・滋賀県後期高齢者医療広域連合 ○医療サービスについて ○世代間の納得と共感の得られる財源のあり方について
権文 善一	慶應義塾大学商学部教授	第5回	開催日 平成21年 2月24日 (火) ○これまでの議論を踏まえた総括的な議論
塩川 正十郎 (座長)	東洋大学総長、元衆議院議員	第6回	開催日 平成21年 3月11日 (水) ○ヒアリング③ ・全国老人クラブ連合会 ○各関係団体からの意見の提出 ○これまでの議論を踏まえた総括的な議論②
樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長	第7回	開催日 平成21年 3月17日 (火) ○高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理
宮武 剛	目白大学大学院生涯福祉学研究科教授、元毎日新聞論説副委員長		
山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授		

資料2

規制改革推進のための3か年計画（再改定）

閣議決定 2009年3月31日

政府が閣議決定した、規制改革推進のための第3次答申の指摘事項を踏まえた計画の再改定（ここでは医療部分のみ抜粋して掲載）。レセプトのオンライン請求義務化について、「義務化において原則現行以上の例外規定を設けないこと」「地域医療の崩壊を招くことのないよう、自らオンライン請求することが当面困難な医療機関等に対して配慮する」が加えられた。

II 重点計画事項

1 医療

(1) ライフサイエンス分野の規制改革

ライフサイエンスは、我が国のものづくりと科学技術の先進性を兼ね備えた正に日本の底力を発揮できる分野であり、世界をリードできる先端科学技術の進歩の恩恵を広く国民が受けることができるよう、積極的な振興・発展のための施策を速やかに講じていく必要がある。こうした観点から、この分野の成長を阻害する要因を取り除くことは、患者、医師、さらには当該分野に従事するベンチャー企業にとつて福音をもたらす規制改革であり、喫緊の課題である。特に再生・細胞医療分野は、従来は不治・難治とされてきた疾病や障害に苦しむ多くの患者を、より少ない負担で救うことができる画期的な分野であり、国民の健康や医療水準向上に大きく貢献するとともに、我が国の先端技術分野の成長を牽引する分野として大いに期待されている。

一方で、医療や薬事に係る法制度がこのような先端医療分野における様々な技術を従来想定していないため、医療現場における研究や治療の阻害要因となっていることは否定できない。医療の安全を確保するとともに、再生・細胞医療の発展を切実に願っている患者がその恩恵を受けることを妨げられ、世界最先端の研究を牽引する優れた研究者やベンチャー企業がその技術を十分に医療現場に生かすことができない現実も、早急に改められることが期待されている。

また、医療イノベーションの推進に大きな役割を担うベンチャー企業が、優れた先進技術を有している一方、開発・事業化にあたって資金が不足しているのが現状であることから、関係省庁・諸機関が協力し、多様なベンチャー支援制度を検討する。例えば、来年度創設が予定されているイノベーション創造機構（仮称）について、バイオベンチャーの技術・事業の再編を行うなど、事業の革新性に着目した活用と、以下のような制度改革との連携を検討する。

① 医療機器開発の円滑化

臨床研究に用いるために提供される薬事法（昭和35年法律第145号）未承認の医療機器については、薬事法違反となるか否かが十分に明確ではないため、実際は提供が可能であるにもかかわらず、有用な医療機器が臨床研究の現場に提供されない場合があるとの強い懸念がある。これは、臨床研究段階における薬事法の適用範囲が明確でないことが原因であり、可能な限り予見可能性を高め、個別のケースについて薬事法違反となるか否かの判断が可能となるよう、関係者の意見を踏まえつつ、

規制改革推進のための3か年計画（再改定）

平成21年3月31日
閣議決定

薬事法の適用範囲の明確化を図るためのガイドラインを作成する。併せて、この措置について、関係者に十分な周知を行うとともに、ベンチャー企業等からの個別相談に応じる。【平成21年度措置】（Ⅲ医療ク①a）

加えて、臨床研究で得られた成果を円滑に薬事承認につなげるため、臨床研究段階から治験、薬事申請を見据えた薬事相談の積極的な利用を促進する。【平成21年度措置】（Ⅲ医療ク①b）

② 医工連携（医師とエンジニアの役割分担）

自家細胞培養等による加工物の外部委託（医療機関含む）についても、現行の法体系の中でどう取り扱うかが不明確であるとともに薬事法違反となるか否かが十分に明確ではないため、実際は可能な場合があるにもかかわらず、自家細胞培養施設の無い医療機関が再生・細胞医療を提供出来ないとの強い懸念がある。これは、医療法（昭和23年法律第205号）と薬事法の適用範囲が明確でないことが原因であり、このような状況を解消する施策を早急に実施する。

第一に、自家細胞の培養・加工についての臨床研究に関するガイドラインである「ヒト幹細胞を用いる臨床研究に関する指針（ヒト幹指針）」について、臨床研究段階においては医師の立会いがなくとも細胞の培養・加工が可能となるよう改正する。

【平成21年度措置】（Ⅲ医療ク②a）

第二に、医療機関が患者から採取した細胞について、別の医療機関において培養・加工を行った上で患者の診療に用いることが現行の医療法の下で可能であること及びその条件を明示し、周知徹底する。【平成21年度措置】（Ⅲ医療ク②b）

これに加え、再生・細胞医療にふさわしい制度を実現するため、自家細胞と他家細胞の違いや、皮膚・角膜・軟骨・免疫細胞など用途の違いを踏まえながら、現行の法制度にとらわれることなく、臨床研究など実用化への切れ目ない移行を可能とする最適な制度的枠組みについて、産学官の緊密な連携のもとに検討する場を設け、結論を得る。【平成22年度結論】（Ⅲ医療ク②c）

また、「ヒト幹指針」等に基づき厚生労働大臣の承認を受けた臨床研究と同一のものについて、薬事法承認審査のための治験を開始する際には、治験開始前の大臣確認と手続きが重複していることから、当該確認手続きを合理化する。【平成21年度措置】（Ⅲ医療ク②d）

他方、再生・細胞医療にあたって必要となる CPC（Cell Processing Center、細胞培養センター）設備について、厚生労働省は、平成20年度に大学病院等16施設に対して合計約4億円の補助を実施することとしており、引き続き積極的に所要の支援策を検討する。【平成21年度以降逐次実施】（Ⅲ医療ク②e）

また、パイオベンチャー等は医療・薬事行政に関するノウハウを十分に蓄積して

いない場合が想定されることから、今年度からの開始が予定されている、効率的かつ適切な開発を進めるための治験や承認申請に関する一般薬事相談等の取組について、パイオベンチャー等への周知を図り、開発初期の段階からの積極的な利用を促進する。【平成21年度措置】（Ⅲ医療ク②f）

③ 高度医療評価制度の積極的運用

平成20年4月の制度創設以来、高度医療評価会議への申請件数は4件で、このうち既に承認された医療技術は2件、その他は審査結果を踏まえ、申請書等を修正中とされている。また、申請に至らない事前相談中の件数は29件となっている。（平成20年12月12日時点）

本制度は創設から間もなく、現段階において件数の多寡を評価する時期ではないが、今後制度の浸透に伴い事前相談や申請件数が更に増加した場合でも、運営体制が制約条件となることの無いよう、審査体制の強化を図る。さらに、薬事法未承認の医薬品等を用いることから、安全性・有効性を一定程度確保するための確認が不可欠なこと、倫理上の疑義がある場合における慎重な検討が必要なこと等審査期間がある程度長期化せざるを得ない案件があることを踏まえつつも、「いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意」（平成16年）において原則最長3か月とされている先進医療制度と同等の迅速な審査の実現に向けた努力を継続する。【平成21年度以降逐次実施】（Ⅲ医療ク③a）

また、現在は申請可能な医療機関は病院（20床以上の入院施設を有する医療機関）に限定しているが、申請された技術の内容に応じて、診療所（同19床以下のもの）においても、一定の基準を満たした病院と連携することにより、参加可能となるよう必要な施策を実施する。【平成21年度措置】（Ⅲ医療ク③b）

④ 独立行政法人医薬品医療機器総合機構等の機能・体制強化

現在、ドラッグ・ラグを解消するべく、厚生労働省においては、平成19年に「新しい医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」を作成し、新薬の上市までの期間を平成23年度末までに2.5年短縮し、米国並みとすることを目標として、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の審査人員の倍増・国際共同治験への対応の強化などの施策に取り組んでいるところである。

しかしながら、倍増した場合でも、日本の審査人員は200名程度から400名程度に増加するにとどまり米国等に比べると圧倒的に少ないこと、また、新薬の審査において必要とされる非常に高度な医学・薬学の知識を有する人材は一朝一夕で育成できず、長期間に渡る教育・経験が必要であることから、平成23年度末までのドラッグ・ラグの解消という目標の達成を確実にするべく、厚生労働省は現在検討中の

備を推進すること。

- 医療機器の研究開発を推進し、部材供給メーカーの参入を促進するため、品質保証以外の責任を免除する仕組みを構築すること。

(2) 医療のIT化の推進

① IT化の推進による質の医療への転換

ア レセプト様式の見直し

レセプトオンライン請求化により収集・蓄積される診療情報に加え、今年度から特定健康診査が実施されていることにより、健康情報についても収集・蓄積が進むことになる。レセプトオンライン請求化は、審査・支払いの迅速化や審査の精緻化・公平性の担保のみでなく、最終的にはEBMの推進を通じた医療の高度化を目的とするものである。したがって、レセプトオンライン化により、その効果を最大限発揮することができるよう、レセプト様式を見直すとともに、データ活用に向けた環境整備を行う。(Ⅲ医療イ⑩a)

(ア) 傷病名と医療行為のリンク付けの検討【平成20年度検討開始】

傷病名と行った医療行為に対する診療報酬項目のデータを活用することにより、医療機関間・地域間での格差の少ない、質の高い医療を供給することが可能となることが考えられる。代表的・標準的なものについては、傷病名と医療行為のリンク付けについて検討を行うとともに、これらの情報を分析・活用することにより、「標準的な医療」の確立に努める。また、「標準的な医療」が確立されることにより、レセプトの審査基準が明確になり審査の透明性向上、効率化の促進につながる。(Ⅲ医療イ⑩a)

(イ) 傷病名コードの統一の推進【平成20年度以降逐次実施】

現在、レセプトに記載する傷病名は、定められた傷病名コード（レセ電算用マスタ）を用いることが「原則」とされているものの、定められた傷病名コードにない名称が使われていることが多いのが現実であり、このことが、蓄積されたデータの有効な活用の妨げとなっている。

これについては、レセプトオンライン化に合わせて、国際標準コード（ICD-10）の採用も含めて検討を行い、請求時の傷病名コードを統一することを推進し、蓄積されるデータの質の向上と有効活用に取り組む。(Ⅲ医療イ⑩b)

施策を着実に実施するとともに、追加的な施策も検討し、実施する。【平成21年度以降逐次実施】(Ⅲ医療ク④a)

医薬品については、上記のとおり審査体制の増強等は緒に就いたところであるが、一方、医療機器の審査体制については、医師や臨床検査技師、更には臨床工学技士等を含む多様な人材の確保・育成の強化等の整備が不可欠である。医療機器については、「医療機器の審査迅速化アクションプログラム」(平成20年12月11日)に基づき、審査体制の強化（現行35名の審査員を5年で104名まで増員）を着実に実施する。【平成21年度以降逐次実施】(Ⅲ医療ク④b)

また、平成19年10月、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に細胞・組織加工製品の承認審査を扱う生物系審査第二部を創設したところであるが、当該分野の急速な発展の状況を踏まえ、細胞・組織加工の技術・サービス等を迅速に医療現場へ提供するため、各種技術の開発の進捗等に合わせたその体制の更なる充実・強化を図る。【平成21年度措置】(Ⅲ医療ク④c)

上記体制整備に加え、薬事承認を経て市販・流通されることとなった医薬品・医療機器を必要とする人々が安心して使用できるような環境を整え、市販後の感染や副作用が発生した場合のリスク管理体制を強化するため、専門的知見を有する本機構が積極的な役割を担うよう、その体制強化を実現する。【平成21年度以降逐次実施】(Ⅲ医療ク④d)

⑤ スーパー特区（先端医療開発特区）提案における規制改革要望の実現【平成21年度以降逐次実施】

先端医療開発特区については、全国の医療機関等から143件の応募があり、24件が採択されたところである（平成20年11月18日）。採択された案件を着実に実行に移すことは言うまでもないが、当該研究を実施する過程で行われる規制当局との相談を通じて、臨床研究や薬事審査等を取り巻く環境の改善に繋がる規制改革を見出し、それらを着実に実施する。また、応募があった143案件に付随する構造改革要望についても積極的に取り上げ、以下の各案件について取り組む。(Ⅲ医療ク⑤)

- 複数の研究資金による高額の機器の利用を推進するとともに、特定の研究資金で購入した機器を他の研究事業で活用できるよう弾力的な運用を推進すること。

- 大学等における「トランスレーションリサーチ」について、従事する研究者及び研究支援人材の確保・育成に向けて、多様な機会を提供すること。

- 医薬品・医療機器を用いた臨床研究における健康被害を補償する補償保険の整

払いの併用であるため、欧米で一般的であるDRG－PPS（診断群別定額払い）等の定額払いのほうが有効な場合があると考ええる。平成20年度診療報酬改定において、標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動のない15歳未満の鼠径ヘルニアの入院医療について包括支払方式が導入されたものの、導入事例はこの1例にとどまっている。今後、一手術あたりの支払い方式の状況を踏まえつつ、DRG－PPSの対象の拡大や要件の見直しについて検討する。（Ⅲ医療イ⑥c）

また、近年、医療の質についての社会的関心の高まりを受けて、例えばアメリカのメディケアにおいて、質に基づく支払い（Pay For Performance）の一種である、Value Based Purchase（価値に基づく医療サービスの購入）が2009年までに導入される予定であるなど、より直接的に医療の質を評価し支払いの対象とする試みが認められる。

我が国においても、レセプトオンライン化の平成23年度完全実施の決定、DPCの拡大等により、医療内容とその治療結果についての客観的データの分析ができる環境が整いつつある。

したがって、欧米諸国の取組内容、国内における医療情報収集体制の整備状況等を踏まえつつ、質に基づく支払い（Pay For Performance）の導入にむけて、導入時期、方法などについて検討を開始する。（Ⅲ医療エ⑦）

ウ DPCデータの活用方策の実施【平成20年度検討・結論、平成21年度措置】
DPCについてはデータが豊富であることから、医療の質を判断する材料として、有効に利用すべきものである一方、「DPC導入の影響評価に係る調査」のデータの目的外使用については、統計法上の手続きにしたがう必要があり、公開の申請がされた実績はない。韓国、米国などでは、既に一定の要件のもと公開されており、研究、解析や政策提言に活かされている。

したがって、我が国においても、医療の質の向上に向けてデータが活用されるよう、DPCデータの公開ルールの整備を行う。また、併せて現行の公開手続方法について周知する。（Ⅲ医療エ⑧）

（3）医薬品に関する規制改革

①後発医薬品の使用促進

日本における全医薬品中の後発医薬品のシェアは数量ベースで18.7%（金額ベースで6.4%）であり、数量ベースで50%を超えている欧米諸国に対して、低いレベルにとどまっている。厚生労働省においては、後発医薬品の使用促進のため、平成

（ウ）処方せん・調剤レセプトにおける医療機関コードの記載【平成23年度のレセプトオンライン化の過程で検討】

現在、調剤レセプトには、医療機関コードの記載がないことから、保険者において医科・歯科レセプトとの突合を行う際に、手間がかかっている状況にある。

今後、レセプトオンライン化の過程の中で、医科・歯科レセプトと調剤レセプトの突合を容易に行えるよう、処方せん・調剤レセプトに医療機関コードを記載することを検討する。（Ⅲ医療イ⑩c）

（エ）診療行為年月日の記載【平成23年度のレセプトオンライン化の過程で検討・結論、措置】

現在レセプト上には、初診日と当月の診療日数は記載されるものの、実際の診療日の記載はされていない。

オンライン化に合わせて、診療行為年月日の記載を行い、保険者におけるレセプト審査の正確性の向上や重複検査や多重投薬の危険性の指摘等を行いやすくする環境を整備する。（Ⅲ医療イ⑩d）

（オ）情報活用体制の整備【平成21年度までに措置】

レセプトオンライン化が効果を上げることができるよう、オンラインを通じた医療情報・健康情報の収集・蓄積体制を早急に整備するとともに、例えば統計法（平成19年法律第53号）などの取り扱いを参考にしたつつ、その恣意的な利用を防ぐとともに、国の独占利用を排除し、民間への開放を前提とした利用ルールを確立し、国民の健康の増進に資する幅広い分野での利用を図る。

また、医療機関において蓄積された医療情報を共有化し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するため、診療記録等の医療分野における電子化された情報については、外部保存を行うことができる環境整備を進める。（Ⅲ医療イ④b）

イ 包括払い・定額払い制度への移行の促進、質に基づく支払いの更なる推進【包括払い・定額払い制度への移行の促進について平成21年度検討、質に基づく支払いの推進について平成20年度以降引き続き検討】

医療費の支払方式について、出来高払い制による過剰検査・投薬等の弊害を抑止し、医療の質を向上させるためには包括支払い制度を進める必要があると考えられる。日本におけるDPC（診断群分類包括評価）は医療の標準化、在院日の短縮、医療機関の機能分化・連携の促進に資するとされる一方、1日定額、出来高

特許期間終了後の薬価の在り方も含め、後発医薬品の使用促進策について、総合的な検討を行う。(Ⅲ医療カ④b)

(4) 医師及び他の医療従事者の供給体制の在り方の検討

① 医師と他の医療従事者の役割分担の推進

ア 役割分担の更なる推進施策の実施【平成20年度検討開始、逐次措置】

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」(平成19年12月28日付け医政発第1228001号医政局長通知)の内容については、各医療機関において適切な役割分担と協働が推進されるよう、全国厚生労働関係部局長会議等において周知を図るとともに、再度「病院勤務医の労働環境改善の推進について」(平成20年3月21日付け医政局長・保険局長通知)として同内容を含む通知を発出されており、更に周知徹底を図る。

また、「経済財政改革の基本方針2008」(平成20年6月27日閣議決定、以下「基本方針2008」という。)において、「関係職種間の役割分担の見直し(中略)を進める」とされていること、「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめ」(平成20年9月22日厚生労働省)において、「コメディカルが専門性を持ち、キャリアアップできる仕組みが必要であり、同時に、コメディカルの数を増加させることについて具体的な検討が必要」、「チーム医療を実践することや各職種が専門性を発揮し、患者のためのよりよい医療が行われる体制がとられることを前提に、その職種でなくとも行い業務を他の職種に担わせるスキルミックスを進めるべき」とされていることを踏まえて、各医療機関等からの要望や実態を踏まえ、更なる役割分担の推進施策について、速やかに検討し実施する。

具体的には、介護施設内における介護福祉士等の「たんの吸引」や、正常分娩における助産師の更なる活用など、医療従事者等の業務を高度化する施策について、教育・研修の在り方や安全性の確保の観点を含め至急検討を行い、役割分担の更なる推進に向けた制度や解釈の見直しなど必要な措置を講じる。(Ⅲ医療カ⑤b)

イ 専門性を高めた職種の導入【平成20年度検討開始】

海外においては、我が国の看護師には認められていない医療行為(検査や薬剤の処方など)について、専門性を高めた看護師が実施している事例が見受けられる。上記の「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりま

19年の「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」において、後発医薬品のシェアを平成24年度までに30%以上(数量ベース)とすることを目標とし、20年度の診療報酬改定において、種々の施策を実施したところである。また、この目標達成に向け、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、①安定供給、②品質確保、③後発品メーカーによる情報提供、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項、について国及び関係者が行うべき取組を「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」(平成19年10月15日)としてまとめ、現在そのアクションプログラムの着実な実施を図っているところである。

ア 後発医薬品の使用促進策の効果検証及び追加施策の実施【効果検証につき平成20年度措置、追加施策につき平成21年度検討・結論】

上記のとおり使用促進策が実施されているところであるが、慣れ親しんだ薬剤を変更することに対する不安や、薬剤価格の大部分が保険給付されることから、患者・医師ともに後発医薬品へ変更する動機に乏しく、厚生労働省が実施した一連の施策だけでは目標達成につながらないことも懸念される。

したがって、平成20年度診療報酬改定の円滑な実施を進めるとともに、後発医薬品の安心使用促進アクションプログラムを踏まえた後発医薬品の使用促進の環境整備について、引き続き推進する。また、これまでの使用促進策の効果について早急に調査を行うとともに、調査結果を踏まえて医療関係者の使用促進が図られるように、必要な施策を行う。(Ⅲ医療カ④a)

イ 新薬開発のインセンティブと後発医薬品の普及促進に配慮した薬価改定【平成20年度検討開始、平成21年度結論】

現行、特許期間が終了した先発医薬品と後発医薬品の保険償還価格が異なることから、一連の使用促進策にも関わらず、その保険償還価格の多寡に着目して、後発医薬品が敬遠される可能性がある。一方、保険償還価格を同一とした場合に、現状においては患者負担が単純に増加することや、新薬開発のインセンティブが阻害され医薬品産業の国際競争力が低下する恐れがあるとの指摘もある。

しかし、同等性が証明された同一成分の薬剤について保険償還価格を同一とすることは後発医薬品への需要を喚起する根本策になるとの指摘もある。

それらの意見がある中で、薬価制度のあり方については、平成20年度薬価制度改革において、革新的新薬の適切な評価に重点を置くこととし、特許の切れた医薬品については、後発品への置き換えが着実に進むような取組が行われたところであるが、引き続き、新薬開発のインセンティブに配慮するとともに、

とめの内容を踏まえ、早急にこのような海外の事例について研究を行い、専門性を高めた新しい職種（慢性疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。（Ⅲ医療キ⑤c）

② 医師の供給体制の見直し

ア 医師養成の在り方の見直し検討【平成20年度検討開始】

現在、医師となるためには医師国家試験に合格することが必要であり、医師国家試験を受験するためには医学部を卒業することが、医師法（昭和23年法律第201号）上義務付けられている。従って、日本における国立・公立・私立大学医学部の総定員数の増減が、将来的な医師数の増減に直結することになる。

昭和30年代後半には、深刻化する医師不足に対応して、定員の増加を行い、40年代後半には地域医療確保の観点から「無医大県解消構想」が提唱され、この構想に基づき、各都道府県の医学部の増設を推進し、定員の増加が図られた。その後、昭和50年代に入り、将来の医師数過剰が議論されるようになり、60年代には将来の医師の需給の検討を通じて、新たな医師となる者の数を少なくとも10%削減する方針が決定され、以降、医学部の定員は抑制されてきた。

現在深刻化しつつある医師不足問題は様々な要因が複合した結果であると考えられるが、この医師養成数の抑制もその一因である。「新医師確保総合対策」（平成18年8月31日地域医療に関する関係省庁連絡会議）において、10県に限定して医学部定員の上乗せが認められ、また「基本方針2008」に基づき大学医学部定員を過去最大程度まで増員させること（平成21年度8,486人、前年度比693人増）、「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめにおいて「将来的には50%程度医師養成数を増加させることを目指すべき」とされるなど、場当たり的な対応である感が否めない。

上記「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめでは、「医師需要を検証する観点から厚生労働省において必要な医師数について推計し直すべき」とされ、その際「少子高齢化の進展や国民の医療に対するニーズや意識が変化」「高齢化の状況、患者の診療動向、女性医師の増加や働き方に関する意識の変化、医師の勤務実態、世代別の状況、医療提供体制のあり方」などを踏まえることとされているが、このような状況変化は、急に現実化したものではなくこれまでの推計が現実に対応できていなかったことを示すものである。

したがって、長期的に安定した医師の供給、医療の質の向上を図るためにも、当面医学部定員の増員を図るとともに、患者のニーズ・医療従事者の就業環境等、

医療を巡る状況の変化を踏まえ、医師の需給推計を随時見直す仕組みなど、医師養成のあり方について抜本的な検討を行う。（Ⅲ医療キ②a）

イ 多様な人材を受け入れる医師養成の検討【平成20年度検討開始、平成21年度結論】

上記検討を受けて、例えば医師の需給推計の在り方を見直したとしても、現在の医師不足は直ちには解消しないことから、医師不足解消に向けた即効性のある施策の早急な実施が必要である。また、質の高い医師を供給する観点から、高校卒業後すぐ医学部教育を受け医師になる現在の養成課程だけではなく、医療を強く志す人が一般社会で様々な経験を つんだ後でも医師になれるような、多様な人材を養成課程に受け入れる医師養成について、欧米や韓国など諸外国における新たな教育の仕組みを参考に検討する。併せて、現在医療の現場から離れている医師、例えば結婚出産退職をした女性医師などが、医療の現場に復帰することを支援する施策として、再教育システムの充実等を図る。（Ⅲ医療キ②b）

（5）評価療養制度の適切な実施

我が国の公的医療保険制度は、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により担保する」という国民皆保険の理念に基づき、必要な医療を国民全体にあまねく平等に提供することを目的としている。安全性、有効性等が確認され、傷病又は負傷の治療に對して必要かつ適切な医療であれば、速やかに保険導入を進め、誰もが公平かつ低い負担で当該医療を受けることができるようにすることは、患者全体の利益になるものである。

一方、技術の発達、従来は想定されていなかった新しい医療を形作り始めている。今は「医療」として括られていない技術やサービスが、その発達・普及により医療に活用される場面が今後更に増えていくであろうことは明らかである。医療保険制度が、こうした技術の迅速な普及を阻害することにならないように、適切な制度設計と運用が、今求められている。

こうした観点から、平成16年12月15日に厚生労働大臣と内閣府特命担当大臣（規制改革）との間で「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」が取り交わされ、一定のルールのもとで、保険診療と保険外診療の併用を認めることとし、その後、先進医療に係る平成17年の厚生労働省保険局医療課長通知が導入した薬事法承認要件を解除することと併せ、患者の選択肢を可能な限り拡大する観点から、個別の医療技術ごとに実施医療機関について審査を行った上で、国内未承認の薬物、機械器具を用いた先進的な医療技術に関する保険診療との併用を認める「高度医療評価制度」が平成20年4月に創設されたところである。

10 医療関係
ア 情報

事項名	措置内容	改正措置等との関係	実施予定時期		
			平成24年度 検 討 開 始	平成24年度 結 論・一 部措置	平成24年度 以 降 逐 次拡大
①医療機関情 報の公開 (厚生労働省)	医療機関の「治療成績」等のアウトカム情報は、特に患者や国民の情報公開のニーズが大きいが、院内感染発生率、死亡率、平均在院日数、再入院率、院内感染発生率、術後合併症発生率等のアウトカム情報については、地域による情報格差が生じることのないよう、段階的に公開の対象とすることとし、直ちに具体的な取組を開始する。 その方策としては、今後可及的速やかに、例えば十分な客観的データを有すると考えられる国立病院、特定機能病院、地域がん拠点病院などの大規模医療機関におけるアウトカム情報の公開を義務化し、以降、段階的に対象とする医療機関の範囲を拡大すること等について、早急に検討し結論を得て措置する。併せて、医療機関におけるアウトカム情報の公表が促進されるよう、実施可能なインセンティブ策を検討する。	改定・医療ア①			
②診療情報の 開示の促進 (厚生労働省)	平成17年4月の個人情報保護法（個人情報の保護に関する法律、平成15年法律第57号）の全面施行に伴い定められた「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日）にしたがい、診療情報の開示がすべての医療機関で遵守されるよう徹底する。また、患者の要請に係る診療情報の開示を適切に行っていない医療機関に対して指導するよう明確な運用基準を定める等、実効性を確保するための具体的な措置を講ずる 【平成17年厚生労働省医政局総務課長及び医薬品食品局総務課長連名通知】	改定・医療ア②	逐次実施		

今後は、医療の高度化を考慮した上で、先進医療技術を安全かつ低負担で受けたいという患者のニーズ等に対応するとともに、薬事法における承認申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収集の迅速化を図るため、「高度医療評価制度」を積極的に運用していく。

①高度医療評価制度の積極的運用＜（Ⅰ）③に前掲＞

（6）医療関係者による緊急避難的な応急手当に関する実態把握の実施、及び、実態把握を踏まえた対応策の検討【平成20年度実態把握、平成21年度対応策検討】

「規制改革推進のための3か年計画（改定）」（平成20年3月25日閣議決定）において、医療関係者による緊急時・非常時における応急手当への関与を阻害する要因の有無に関する調査など実態把握を行い、阻害要因が明らかなか場合には、その対応策について検討することとされている（平成20年度）ところである。その後、医療機関外における大規模な事故が発生していることを踏まえ、今後速やかに実態把握を行う。また、実態把握の結果を踏まえて、阻害要因が明らかなか場合には、例えば法的解釈に関するガイドラインの提示など、必要な対応策を検討する。（Ⅲ医療ケ⑩）

（7）遠隔医療の普及・促進施策の実施【平成20年度以降逐次措置】

「経済成長戦略」（平成20年6月10日経済財政諮問会議決定）において、「国民の潜在的ニーズが高い健康や生活に関わる産業は今後の成長分野であることから、遠隔医療技術の活用を推進する」こととされていることを受け、「地域医療の充実に資する遠隔医療の推進」を重点計画－2008（平成20年8月20日IT戦略本部決定）の取組として掲げた。具体的には、総務・厚生労働両大臣共同の「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」における「中間取りまとめ」を踏まえ、遠隔医療モデルプロジェクトを実施し、その成果を報告することになっている。

医師不足への対応や地域における最適な医療サービスの提供の確保は、喫緊の課題であり、限られた医療資源を有効に活用し、国民にあまねく良質な医療を提供するためには、遠隔医療の推進と効果的な活用が強く望まれるところである。したがって、「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」の「中間とりまとめ」において示された論点や提言（モデル事業を通じて有効性の検証、遠隔医療の位置付けの明確化、診療報酬の適切な活用、補助金等の財政支援措置の活用など）を踏まえながら、遠隔医療の普及・促進に向けた環境整備を行う。（Ⅲ医療ケ⑪）

Ⅰ IT化、事務効率化

事項名	措置内容	改定報酬等との関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成21年度
①医療分野 I T化のグラ ンドデザイ ンの推進 (厚生労働省)	医療の質の向上と効率化の観点から、医療分野の I T化に関するグランドデザインを推進する支援・助成について、医療費体系の整備の在り方を含め検討し、電子カルデテ等、各種 I T化を統合的に推進する。	改定・医療イ①	逐次実施	
②電子レセプトによるオ ンライ ン請 求化の確 実な推 進 (厚生労働省)	a レセプトオンライン請求化に関して、平成18年の厚生労働省令について (i) オンライン請求化の期限が努力目標ではなく義務であること。(ii) 義務化において原則現行以上の例外規定を設けないこと。(iii) 義務化の期限以降、オンライン以外の手法による請求に対して診療報酬が支払われないことを、医療機関・薬局に周知徹底する。 その際、地域医療の崩壊を招くことのないよう、自らオンライン請求することが当面困難な医療機関等に対して配慮する。 b オンライン請求されたレセプトに関して、診療行為が発生後最長約3ヶ月間かかっている診療報酬の支払までの期間を、保険者側の協力を前掲に短縮すること、診療報酬点数における加算について、オンライン請求の、より効果的イ ンセンティブとなるような見直しを実施することなど、医療機関のオンライン請求化を促す仕組み、すなわち、医療機関へのインセンティブ施策を検討する。 また、医療機関において、オンライン化に適合した請求システムが円滑に導入されるよう、請求システムの標準化、互換性、セキュリティの確保等の環境整備を図る。 審査支払機関に対し、オンラインを導入した保険者と導入しない保険者間の手数料の差を拡大させることについても併せて検討させる。	改定・医療イ②a	平成20年度から順次義務化、平成23年度当初から左記を踏まえ原則完全オンライン化	
		改定・医療イ②b	措置済	

事項名	措置内容	改定報酬等との関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成21年度
③ E B M (Evidence-based Medicine: 根拠に基づく医療)の推進 (厚生労働省)	a 診療ガイドラインの作成支援を一層進め、特に、重要疾患で診療ガイドライン作成の必要のある分野などについて、優先的に作成する等、早急な整備を図る。 また、ガイドラインの普及を促進するとともに、導入効果を評価できる枠組みを作成することが必要であり、傷病ごとの臨床指標 (クリニカル・インディケイター) の開発など、評価のためのツールを整備し、併せて医療の質の向上に向け、クリニカル・インディケイターを活用した評価手法に関する研究などを進める。 さらに、患者が自ら診療内容等を理解し選択しやすくなるためには、国民用の診療ガイドラインを整備する。これらを公正で中立な第三者機関が行うための環境整備を行う。 b 診療ガイドラインの作成支援や、インターネット等によるガイドラインの情報提供サービス等が行われているが、医療の質の向上の観点から E BMの一層の普及を図りつつ、良質な診療ガイドラインを公正かつ中立的に選定し、診療ガイドラインの作成根拠となった医学文献情報等とともにデータベース化し、インターネット等で広く公開する。	改定・医療ア③a	逐次実施	
④医療費の内容が分かる明細付き領収書の発行の義務化 (厚生労働省)	領収書については、記載項目や記載方法等の規格を整備しつつ、まずは保険医療機関等に、行われた医療行為等とその所要費用等の詳細な内容が分かる明細付きの領収書の発行を義務づける。 【平成18年厚生労働省令第27号、平成18年厚生労働省保険局長通知】	改定・医療ア④	逐次実施	

事項名	措置内容	改訂補等との関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成20年度
⑤電子カルテシステムの普及促進 (厚生労働省)	a 厚生労働省の保健医療情報システム検討会が「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」（平成13年12月）で提言した平成18年度までに全国の診療所の6割以上、400床以上の病院の6割以上に電子カルテシステムを導入させるとした目標を確実に達成できるよう、具体的な実行策を明定し、公表する。併せて、電子カルテシステムの導入負担を軽減し、導入が促進されるよう、地域中核病院等にWe b型電子カルテを導入して診療所等の電子カルテ利用を支援する等、具体的な措置を講ずる。	改定・医療イ⑤a	措置済	
	b 電子カルテにおける用語・コードとレセプトにおける用語・コードの整合性を図り、カルテからレセプトが真正に作成される仕組みを構築し、我が国のカルテについて電子カルテ化を積極的に推進することとし、そのための実効性ある方策を講ずる。	改定・医療イ⑤b	逐次実施	
	c 電子カルテシステムが導入された後も、医療機関において継続的に運用されるよう、システム導入後の運用維持も視野に入れ、電子カルテシステムを用いた望ましい診療行為や医療機関の体制の評価を踏まえ、具体的な推進策を策定し、措置する。	改定・医療イ⑤c	措置済	
	d オーダーエントリーシステムの導入、バーコードによる患者誤認防止システムなどのITを使った医療安全対策を一層推進する。	改定・医療イ⑤d	逐次実施	

事項名	措置内容	改訂補等との関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成20年度
③審査支払機関のIT化の推進 (厚生労働省)	社会保険診療報酬支払基金など審査支払機関は、電子レセプトに対応した投資を集中的に行い、一連の審査業務全般にわたって電子的手法を活用した方式を開発するなど、審査の質の向上と効率化を図る。	改定・医療イ③	逐次実施	
④レセプトのデータベースの構築と情報活用体制の整備 (厚生労働省)	a レセプトオンライン請求化に合わせ、平成20年度末までにレセプトデータの収集・分析体制を構築し、平成23年度以降は全国のレセプトデータを収集・蓄積・活用できる体制を構築、運用する。	改定・医療イ④a	結論	平成20年度から措置
	b レセプトオンライン化が効果を上げることができるよう、オンラインを通じた医療情報・健康情報の収集・蓄積体制を早急に整備するとともに、例えば統計法（平成19年法律第53号）などの取り扱いを参考にしつつ、その実態的な利用を防ぐとともに、国の独占利用を排除し、民間への開放を前提とした利用ルールを確立し、国民の健康の増進に資する幅広い分野での利用を図る。 また、医療機関において蓄積された医療情報を共有化し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するため、診療記録等の医療分野における電子化された情報については、外部保存を行うことができる環境整備を進める。	重点・医療（2） ①ア（オ） 〔改定・医療イ④b〕	結論	平成21年度までに措置

事項名	措置内容	改訂編等との関係	実施予定時期	
			平成24年度	平成25年度
⑧遠隔医療等の医療分野のIT化の推進 (厚生労働省)	a 高度な医療サービスを効果的、効率的に提供できるよう、病診連携や病診連携と併せて、遠隔診断等の遠隔医療を推進する。 また、各種データ交換の際のフォーマット、電子的情報交換手順、情報セキュリティ技術等の標準について早急に確立し、積極的な普及策を講ずる。	改定・医療イ⑧a	逐次実施	
	b 病院内のチーム医療と同等な高レベルの処方チェックを可能とすべく、ITを活用した薬局機能の高度化について検討し、今後とも規制改革推進のため、所要の措置を講ずる。	改定・医療イ⑧b	逐次実施	
⑨医薬品・医療材料への標準コード付与 (厚生労働省)	標準コード付与については、医薬品において、既に通知が出され、平成20年9月までに標準コードの整備が図られる予定である。医療材料においても、通知を発出し、標準コード付与の整備を図り、その効果を拡大を図る。	改定・医療イ⑨	措置済	

事項名	措置内容	改訂編等との関係	実施予定時期	
			平成24年度	平成25年度
⑥診療情報等の共有の促進と電子カルテの標準化促進 (厚生労働省)	a 安全で質の高い患者本位の医療サービスを実現するために、個人情報保護など一定の条件を備えた上で、患者情報を複数の医療機関で共有し有効活用ができるよう措置する。	改定・医療イ⑥a	逐次実施	
	b カルテの電子化を促進するに当たっては、医療におけるIT化の推進という方針の下、カルテの互換性・規格の統一、レセプト・カルテ連携のためのコード整備等の技術的な課題を解決のとともに、具体的な導入促進策や各種の促進手段を政府として明確にし、実行する。	改定・医療イ⑥b	逐次実施	
	c 医療機関が他の医療機関など外部に提供する電子的診療情報については、世界的に普及しているデータ交換規約に様式を統一することを目指す。また標準化された電子的診療情報は、患者個人の所有物であるとの原則の下、当該情報について患者個人が自由に管理、あるいは外部組織に保存を委託し、疾病管理に利用するなどその環境整備についても早急に検討を進める。	改定・医療イ⑥c	措置済	
⑦電子カルテ等診療情報の医療機関外での保存 (厚生労働省)	電子カルテ等診療情報の医療機関外での保存については、情報の安全確保等、外部保存受託機関として満たすべき技術及び運用管理上の要件を示したガイドラインを速やかに開示、周知徹底し、診療情報の電子化及び患者の診療継続等のための医療機関間での情報共有を推進する。 【平成17年3月「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」】	改定・医療イ⑦	逐次実施	

事項名	措置内容	改正診療等との関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成21年度
b	現在、レセプトに記載する傷病名は、定められた傷病名コード（レセ電算用マスター）を用いることが「原則」とされているものの、定められた傷病名コードにない名称が使われていることが多いのが現実であり、このことが、蓄積されたデータの有効な活用の妨げとなっている。	重点・医療（2） ①ア（イ）		20年度以降逐次実施
c	現在、レセプトに記載する傷病名は、定められた傷病名コード（レセ電算用マスター）を用いることが「原則」とされているものの、定められた傷病名コードにない名称が使われていることが多いのが現実であり、このことが、蓄積されたデータの有効な活用の妨げとなっている。	重点・医療（2） ①ア（イ）		23年度のレセプトオンライン化の過程で検討
d	現在、レセプト上には、初診日と当月の診療日数は記載されるものの、実際の診療日の記載はされていない。	重点・医療（2） ①ア（エ）		23年度のレセプトオンライン化の過程で検討・結論、措置

事項名	措置内容	改正診療等との関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成21年度
⑩レセプト様式の見直し（厚生労働省）	レセプトオンライン請求化により収集・蓄積される診療情報に加え、20年度から特定健康診査が実施されていることにより、健康情報についても収集・蓄積が進むことになる。レセプトオンライン請求化は、審査・支払いの迅速化や審査の精緻化・公平性の担保のみでなく、最終的にはBIMの推進を通じた医療の高度化を目的とするものである。したがって、レセプトオンライン化により、その効果を最大限発揮することができよう。レセプト様式を見直すとともに、データ活用に向けた環境整備を行う。	重点・医療（2） ①ア（イ）	検討開始	

事項名	措置内容	改訂編等との関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成21年度
	後の各種報告を簡素化すること。 ・認可後に地方厚生（支）局へ提出すべき事項から、保険者が持ち得ない、若しくは入手し難い情報（契約医療機関における当該保険組合加入者以外の患者に係る診療報酬の額及びレセプト件数等）を削除すること。 ・診療報酬点数の範囲内で契約による定められる価格設定が、契約当事者間の合意があれば、より自由に設定できるよう、要件を緩和すること。 ・認可を取消された場合であっても保険者、保険組合加入者の受診機会の継続性の確保のため、当事者間の合意があれば、一定期間、継続的に運用を可能とする猶予措置を講じること。			
③審査支払機関間の競争環境の整備（厚生労働省）	a 更なる受託競争の促進による審査・支払業務の効率化を図るため、保険者が他の都道府県の国保連を含むいずれの審査支払機関にも、医療機関側が十分な準備ができる期間を置いた上で、審査・支払を委託することができ旨、周知徹底する。 b 各審査支払機関における手数料、審査取扱い件数、再審査率、審査・支払部門のコストを示す財務情報など、一定の情報については公開させるとともに、支払基金と各都道府県国保連の審査・支払部門のコストが比較できるよう、それらを示す財務情報を公開する際の統一的なルールを設定する。 c 保険者・審査支払機関間の契約モデルの提示、保険者が指定した審査支払機関にレセプトが請求されるようなインフラの整備、診療報酬点数表等に基づいたレセプトを照合する等の審査ロジックの公開、紛争処理のあり方の見直しを行う。	改定・医療ウ③	措置済	

ウ 保険者、保険運営、審査支払等		実施予定時期	
事項名	措置内容	関係	
		平成19年度	平成21年度
①保険者の自主的運営のための規制緩和等の措置 (厚生労働省)	保険者の自立的な運営のため、各種許認可手続など、一層の規制緩和等の措置を講ずる。	改定・医療 ウ①	逐次実施
②医療機関・薬局と保険者間の直接契約に関する条件の緩和 (厚生労働省)	「規制改革・民間開放推進3か年計画（改定）」（平成17年3月25日閣議決定）における「保険者と医療機関の直接契約が進められるよう、現行の契約条件等について過度な阻害要件がないか」等について保険者の意見を踏まえつつ、条件緩和等について検討する。【逐次検討】との決定を踏まえ、例えば以下のような事項について、保険者からの要望があれば積極的に聴取するとともに、「健康保険法第76条第3項の認可基準等について」（平成15年5月20日 健康保険組合理事会で厚生労働省保険局長通知 保発第05200001号）及び「保険薬局に係る健康保険法第76条第3項の認可基準等について」（平成17年3月30日 健康保険組合理事会で厚生労働省保険局長通知 保発第03300002号）の通知における要件の見直しについて結論を出す。 ・直接契約の対象医療機関や対象薬局の名称等の内容を保険者の組合規約に明記すべきとする要件を廃止すること。 ・認可申請の際にフリーアクセスを阻害していないことを客観的に証明するために保険者に提出が求められている書類の記載内容を簡素化すること。 ・契約医療機関における当該保険組合加入者の受診増が、保険者の責による場合を除き、認可後の監督等の対象事項とされている「契約医療機関による患者のフリーアクセスの阻害行為」には当たらないことを明確化するとともに、契約	改定・医療 ウ②	逐次検討・結論

事項名	措置内容	改訂補等との関係	実施予定時期	
			平成20年度	平成21年度
⑦患者への情報提供等のエージェンツ機能の充実 (厚生労働省)	被保険者への情報提供等、保険者のエージェンツ機能の充実を図るため、以下に示すような内容について、必要に応じ周知を図る。 ・保険者が医療機関に係る情報収集を行い、いよ うな方策を講じるとともに、保険者がそれらの 情報を公表することや、被保険者による評価を 反映すること、また、そうした情報を用いて被 保険者に対して優良医療機関を推奨することを 可能とする等、被保険者の自己選択を支援する 取組。 ・査定減額の際の患者の一部負担金の過払いの問 題等の解消に向け、被保険者の一部負担金に係 る査定減額相当分について、被保険者の代理者 として保険者が医療機関に返金請求を行うこと ができることを周知徹底するとともに、保険者 が被保険者への返金分を代理受領し、被保険者 への返戻を可能とする等、保険者が被加入者の 権限行使をサポートするような取組。	改定・医療 ウ⑦	逐次実施	
⑧所在地変更による健康保険証の再作成の廃止 (厚生労働省)	政府管掌健康保険は、平成18年6月に、「健康保険法等の一部を改正する法律」が国会で成立、公布され、平成20年10月に国とは切り離れた新たな保険者として全国健康保険協会を設立し、主自律の運営のもとに都道府県単位の財政運営を基本として健康保険事業を実施していくこととなっている。平成20年10月に稼働する全国健康保険協会の新たなシステムにおいては、市町村合併等による社会保険事務所の管轄の変更に伴う被保険者証の再作成は必要としないようにシステム的に対応する方向で準備を進めている。なお、上記以外の事業所の所在地を変更した場合の政府管掌健康保険の被保険者証の取扱いについては、一定の条件の下に再作成は不要とする方向で平成19年度内に検討する。	別表4－ 993		措置済

事項名	措置内容	改訂補等との関係	実施予定時期	
			平成20年度	平成21年度
④社会保険診療報酬支払基金の業務の民間開放 (厚生労働省)	健康保険組合における診療報酬の審査・支払に関する事務については、従来、社会保険診療報酬支払基金に委託するよう通知により指導されていたが、現在当該通知は廃止され、健康保険組合自ら又は社会保険診療報酬支払基金以外の第三者の審査支払機関による診療報酬や調剤報酬の審査・支払が可能となっている。 したがって、健康保険組合から直接審査・支払についての具体的な要望が厚生労働省に寄せられた際には、その内容について速やかに検討・結論を出す。 また、オンライン請求などのIT化の進展や、上述した支払基金以外の者による審査・支払の普及等に応じて、特定業務への特化を図るなど、支払基金の業務の民間開放についても推進する。	改定・医療 ウ④	逐次検討・結論	
⑤社会保険診療報酬支払基金の業務効率化 (厚生労働省)	支払基金に対し、オンライン化の進展に合わせ、審査のあり方を含む業務フローの抜本的な見直しを前提とした業務効率化計画（400床以上の病院のレセプトオンライン請求化が義務化される平成20年度から、原則完全オンライン化が実現する平成23年度までの年度ごとの数値目標を含む工程表など）の作成を促し、この計画に基づく審査・支払業務に係る手数料の算出根拠を明らかにし、手数料適正化の数値目標を明示させる。尚、こうした業務効率化計画及び手数料適正化の見通しについては、広く国民の知るところとなるよう、具体的に且つ分かり易くホームページなどで公表させる。	改定・医療 ウ⑤	措置済	
⑥健康保険組合の規約変更の届出制の強化等 (厚生労働省)	健康保険組合の規約変更については、厚生労働大臣の認可制から事後届出制に変更する事項について保険者の意見があれば、それらの意見を踏まえ、その適否について速やかに検討し、届出の対象とする事項の拡大等を図る。	改定・医療 ウ⑥	逐次検討・結論	

事項名	措置内容	改定計画等との関係	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
④価格決定方法の見直し（厚生労働省）	既存薬の効能について、一定の基準に基づいた再評価を実施し、効能が認められなくなったものの承認を取り消すなどの措置を講ずる。	改定・医療 エ④	逐次実施		
⑤中央社会保険医療協議会（中医協）改革の実施（厚生労働省）	中医協については、次のような機能、組織の改革を実施する。また、その運用状況を注視し、必要に応じて見直しを行う。 （第164回国会に關係法案提出） a 改定率を除く診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議については、社会保障審議会にゆだね、そこで「診療報酬改定に係る基本方針」を定め、中医協においては「基本方針」に沿って、具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行うこと。 b 支払側委員及び診療側委員の委員構成については、医療費のシェア、医療施設等の数、医療施設等従事者数、患者数等の指標を総合的に勘案しながら、明確な考え方に基いて決定すること。 c 中医協外で審議・決定された基本的な医療政策に沿って中医協において改定がなされたかどうかを検証すべく、診療報酬改定結果を各観的データによって公益委員が事後評価すること。	改定・医療 エ⑤ a b c			必要に応じ見直し
⑥包括払い・定額払い制度への移行の促進（厚生労働省）	a 現在行われているDPPCについて、その影響・効果を早期に検証し、より精緻化された、実効性のあるDPPCの実施に向けて検証を進める。	改定・医療 エ⑥ a	逐次実施		

事項名	措置内容	改定計画等との関係	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
①競争政策の観点からの医療費体系の見直し（厚生労働省）	競争政策上のインセンティブという観点から患者に対してより良い医療を提供した者がより評価されるという医療費体系の在り方について検討し、所要の措置を講ずる。	改定・医療 エ①	逐次実施		
②医療費体系の在り方（厚生労働省）	医療機関の形態に応じた投資的経費の評価に関する検討を急ぐとともに維持管理経費等の評価についても検討を進め、それらを含めた医療費体系の整備を図る。	改定・医療 エ②	逐次実施		
③診療報酬点数表の簡素化、明確化（厚生労働省）	a レセプトのオンライン請求の基礎となる電子点数表について、平成20年度診療報酬改定に合わせ早期に完成させるとともに、将来的にはオンラインを利用した、迅速かつ適正な審査が実施できるよう、電子化をにらみつつ、引き続き点数計算ロジックをより明確にする。なお、電子点数表の作成に当たっては、出来る限り簡素化し、いつでも、また誰でも、そのままの状態で利用可能なものとする。また電子点数表作成に際しては、病院、保険者、支払基金、国保連それぞれのシステム開発を担う民間と協力して進める。 b 診療報酬体系の見直しについては、医療にかかるコストを適切に把握するための調査を検討するとともに、新技術の導入について学会の調査等の結果に基づく評価を行うなど、医療機関のコストや機能の適切な反映、医療技術の適正な評価等の基本的考え方に立って見直しを進める。 c 算定ロジックの変更等を伴う改定の場合には、実施までの医療機関におけるレセプト電算システムの修正に要する期間についても配慮する。	改定・医療 エ③ a b c	平成20年度点数表の完成、平成23年度までにロジックの整備		
		改定・医療 エ③ b	逐次実施		
		改定・医療 エ③ c	逐次実施		

事項名	措置内容	改定計画等との関係	実施予定時期		
			平成20年度	平成21年度	平成22年度
⑨い かわめる「混 合診療」の見 直し (厚生労働省)	a 先進医療に係る平成17年の厚生労働省保険 局医療課長通知が導入した薬事法承認の要件 を解除することと併せ、患者の選択度を可能な 限り拡大する観点から、個別の医療技術ごとに 実施医療機関について審査を行った上で、国内 未承認の薬物・機械器具を用いた先進的な医療 技術に関する保険診療との併用を認める枠組 みを創設することにより、新たな条件整備を行 う。 b 平成16年の基本的合意が実効性ある形で実 施されているかを検証する為、先進医療の実施 件数と金額を含む調査を行い、その結果を一般 に公表する。	改定・医療 エ⑨ a	措置済		
			逐次実施		
⑩ D P C デー タの活用方 策の実施 (厚生労働省)	医療の質の向上に向けてデータが活用される よう、D P C データの公開ルールの整備を行う。 また、併せて現行の公開手続方法について周知す る。	重点・医療 (2)①ウ		検討・結 論済	措置

事項名	措置内容	改定計画等との関係	実施予定時期		
			平成20年度	平成21年度	平成22年度
b 「規制改革推進のための3か年計画」(平成 19年6月22日閣議決定)に則り、D P C 導入 の検証と並行し、D R G - P P S の導入効果を 参考にして、一入院当たりの包括的・定額払い 制度の試行を次期診療報酬改定において導入 する。	c 平成20年度診療報酬改定において、標準的 な治療方法が確立されており、手術に伴う入院 期間及び費用に大きな変動のない15歳未満の 鼠径ヘルニアの入院医療について包括支払方 式が導入されたものの、導入事例はこの11例に とどまっている。今後、一手術あたりの支払い 方式の状況を踏まえつつ、D R G - P P S の対 象の拡大や要件の見直しについて検討する。	改定・医療 エ⑥ b	措置済		
					検討
⑦ 質に基づく 支払いの更 なる推進 (厚生労働省)	欧米諸国の取組内容、国内における医療情報取 集体制の整備状況等を踏まえつつ、質に基づく支 払い (Pay For Performance) の導入にむけて、 導入時期、方法などについて検討を開始する。	重点・医療 (2)①イ [改定・医 療エ⑦]		検討開始、引き続 き検討	
⑧ 地域医療に 貢献する医 療機関に対 する診療報 酬評価 (厚生労働省)	夜間対応、休日開業、在宅医療、また地域連携 によるそれらの24時間対応等、地域医療に貢献す る医療機関に対する診療報酬上の評価について は、平成18年度診療報酬改定においても一定程度 行われたところであるが、改定後の状況を踏まえ た診療報酬上の評価の在り方について、今後さら に検討し、結論を得る。	改定・医療 エ⑧	措置済		

才 経営の近代化等

事項名	措置内容	改定・医 療の 関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成20年度
①株式会社等 による医療 経営の解雇 （厚生労働省）	構造改革特区における株式会社による医療機 関経営の状況等を見ながら、全国における取扱い などについて更に検討を進める。	改定・医 療①	逐次検討	
②株式会社 による医療機 関経営への 参入等医療 機関経営の 多様化 （厚生労働省）	特区において、株式会社が直接経営する医療機 関が取り扱うことのできる医療行為の範囲につ いては、各地方自治体等から具体的な要望があれ ば精力的に追加の検討を行う。	改定・医 療②	平成19年度以降検討	
③医療法人に おける非営 利性の徹底 とガバナ ンスに係る 経営安定化 （厚生労働省）	医療法人制度改革の趣旨を踏まえ、従来の経過 措置型医療法人においては、社員の持ち分に応じ た払い戻し請求により、安定的な法人運営に支障 が生じるおそれがあり、移行によってこれを一定 予防できるという利点についての理解を広める こと等移行促進を図るための方策を検討し、措置 する。 さらに、医療法人の経営のより一層の近代化・ 安定化を図るため、株式会社の一部が採用してい る社外役員制や経営委員会制等を参考にした、外 部の意見を取り入れるシステムを社団医療法人 においても導入を可能とするための方策につい て検討し措置する。	改定・医 療③	一部措 置済	措置済
④病院におけ る民間参入 の推進 （厚生労働省）	a 国立病院については、廃止、民営化等をする ものを除き、平成16年度からの独立行政法人化 が進められているが、当該業務を継続させる必 要性、組織の在り方について、個別施設の廃止、 民営化等を含め、遅くとも独立行政法人設立後 の最初の中期目標期間終了時に速やかに検討 を行い、結論を得、その結果に基づき、所要の 措置を講ずる。	改定・医 療④a	遅くとも独立行政法人設立 後の最初の中期目標期間終 了時に速やかに検討・結論	

- 368 -

事項名	措置内容	改定・医 療の 関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成20年度
b 社会保険病院、厚生年金病院については、現 在、国が施設を設置し、経営は公益法人等に委 託して行っている。国自らが施設を設置する必 要性は薄れていると考えられる病院について は、現状を精査し、私立医療法人への移譲を含 む整理合理化等所要の措置を講ずる。		改定・医 療④b	逐次実施	
c 労災病院については、平成16年度から独立行 政法人化し、一部について廃止、民営化等をす ることとされているが、当該業務を継続させる 必要性、組織の在り方について、個別施設の廃 止、民営化等を含め、遅くとも独立行政法人設 立後の最初の中期目標期間終了時に速やかに 検討を行い、結論を得、その結果に基づき、所 要の措置を講ずる。		改定・医 療④c	措置済	

- 369 -

事項名	措置内容	改定・医師報酬との関係	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
c	ライフサイクルが短く、機器の改良が逐次行われる等、医薬品と異なる医療機器の特性を考慮し、医療機器の特性を踏まえた審査基準の整備とその運用の円滑化等を図るため、以下のような対応を行う。 ・臨床試験の要否に関する判断基準等における国際的な整合性の確保の検討と推進 ・申請前時点における治験相談等の対話の充実等	改定・医療力②c	逐次実施		
③医薬品の薬価等の見直し（厚生労働省）	規制改革・民間開放の推進に関する第2次答申（平成17年12月21日）の「（4）医療機器等に関する価格差の是正等」の②における医療機器に関する承認審査に関する指摘と同様、医薬品の薬事審査、承認においても、承認審査体制の整備（承認審査の迅速化、医薬品医療機器総合機構の治験相談の改善等）等の課題もあることから、医薬品の安全性の確保に配慮しつつ、承認審査体制の充実、薬効別の臨床評価ガイドラインの作成・整備、海外治験データ利用の円滑化、開発側と審査側とで共有できる客観的な審査ガイドラインの整備等の承認審査の運用の円滑化を行う。	改定・医療力③	逐次実施		
④後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進（厚生労働省）	a 平成20年度診療報酬改定の円滑な実施を進めるとともに、後発医薬品の安心使用促進アクションプログラムを踏まえた後発医薬品の使用促進の環境整備について、引き続き推進する。また、これまでの使用促進策の効果について早急に調査を行うとともに、調査結果を踏まえて医療関係者の使用促進が図られるように、必要な施策を行う。	重点・医療（3）①ア	効果検証措置	追加施策	検討・結論

事項名	措置内容	改定・医師報酬との関係	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
①治験実施体制の整備、促進（厚生労働省）	治験について、治験コーディネーターの養成、治験実施医療機関における治験実施体制の整備を促進するとともに、被験者及び治験実施医師等の治験に関するインセンティブの在り方、治験実施医療機関の治験審査委員会の機能強化に関する方策等について検討し、治験の質の向上を含め、総合的な体制整備・推進策を講ずる。	改定・医療力①	逐次実施		
②医療機器の内外価格差の是正等（厚生労働省）	内外価格差の是正等に向けて、新しい医療機器の持つ医療費削減等の効果や、保険償還価格が開発給付事業者に与えるインセンティブも考慮した総合的な観点から、以下の事項について早急に調査、検討を行い、対策を講ずる。 a 我が国における薬事法の承認審査に要する時間や医療機器の流通実態等のコスト引き上げ要因について、その検証に取組むとともに、外国における実態価格を正確に把握するよう努めること等によって、外国平均価格調整制度の確な運用を図り、不合理な内外価格差を解消していく。 b 医療機器の承認審査体制の充実と運用の円滑化を図るため、以下の施策を講ずる。 ・承認審査体制の充実（医薬品医療機器総合機構の審査業務の効率化、第三者認定制度の対象となる医療機器の拡大、外部専門家の積極的な活用、メディカルエンジニア等の医療機器の専門家による審査の専門性の向上等） ・海外治験データ（海外で実施された同製品等の治験結果等）の利用の円滑化、データ受入方法の明確化と周知徹底 ・GCP（臨床試験実施基準）運用の円滑化 ・開発側と審査側とで共有できる客観的な各種基準の整備と周知徹底等	改定・医療力②a 改定・医療力②b	逐次実施		

事項名	措置内容	改訂補等との関係	実施予定時期		
			平成24年度	平成25年度	平成26年度
⑦医薬品販売に関する規制緩和（厚生労働省）	医薬品について、平成11年3月31日に行った15製品群の医薬品部外品への移行の実施状況を踏まえ、一定の基準（例えば、発売後、長期間経過しないもの、など）に合致し、かつ保健衛生上比較的危险が少ないと専門家等の評価を得たものについて、一般小売店で販売できるよう、見直しを引き続き行う。	改定・医療カ⑦	逐次実施		
⑧保険薬局の開設許可条件の周知徹底	保険薬局が保有または賃借する土地を医療機関に賃貸し、その医療機関に隣接して保険薬局を開局することが可能であることを周知するため必要な措置を講じる。	改定・提案受付・推進WG別表1-1	措置済		
⑨治療および先進医療専門病院の病床規制の除外対象の拡大（厚生労働省）	第Ⅱ相及び第Ⅲ相の臨床試験についても、第Ⅰ相臨床試験に係る病床と同様に、基準病床数制度における特例病床とする。	改定・提案受付・推進WG別表5-992	措置済		
⑩医療機器の承認手続きの一層の円滑化（厚生労働省）	「経済財政改革の基本方針2008」に基づき、関係府省及び産官学等が連携して、審査体制の拡充をはじめとする、審査迅速化アクションプログラム（審査基準等の明確化を含む）を2008年秋に策定する。	別表1-2	20年中措置済		
⑪医療機器の「認証」制度の運用の見直し（厚生労働省）	第三者認証機関による認証を受けた管理医療機器について、事業再編等に伴い製造販売を継続した場合、再度認証を受けることにより認証番号が変更されることになるが、認証番号の変更によって生じる不都合等が円滑な事業再編等の妨げとなる恐れがある。 このような不都合が生じないよう、EU等諸外国における認証制度や類似制度の運用状況等を調査した上で、認証番号管理の在り方や事業再編等に伴う認証手続きの簡素化の可否等につき、検討を行う。	別表3-12			検討・結論

事項名	措置内容	改訂補等との関係	実施予定時期		
			平成24年度	平成25年度	平成26年度
b 薬価制度のあり方については、平成20年度薬価制度改革において、革新的新薬の適切な評価に重点を置くこととし、特許の切れた医薬品については、後発品への置き換えが着実に進むような取組が行われたところであるが、引き続き、新薬開発のインセンティブに配慮するとともに、特許期間終了後の薬価の在り方も含め、後発医薬品の使用促進策について、総合的な検討を行う。	重点・医療カ①イ		検討開始		結論
⑤国際共同治験の促進（厚生労働省）	我が国の医薬品の開発・承認を促進するため、現在推進している国際共同治験をより活用することとし、その治験データの受入基準等を明確化する等、治験が早期かつ効率的に行われるシステムを構築する。	改定・医療カ⑤	措置済		
⑥欧米諸国で承認された医薬品の本邦における承認の促進（厚生労働省）	欧米諸国で承認されているが本邦では未承認の医薬品については、それらの医薬品が迅速に国民に提供されるよう、今後とも、専門家の意見を聞き、医療上の必要が高いと評価されたものを対象に、必要な治験を早期に実施するよう指導することともに、優先的な承認審査等を行うことにより、本邦における迅速な承認を促進する。	改定・医療カ⑥	逐次実施		

事項名	措置内容	改正法附則等との関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成21年度
⑫医薬品・医薬部外品の製造販売承認事務の地方委任品目の拡大 (厚生労働省)	平成11年3月に医薬部外品に新たに指定したものの及び「薬事法施行令第八十条第二項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が指定する医薬品の種類等」(昭和45年厚生省告示第536号)に規定されている漢方製剤の製造販売承認事務の地方委任品目等の整備を行う。	別表5-998		措置

キ 教育、臨床研修、資格、派遣等

事項名	措置内容	改正法附則等との関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成21年度
①派遣規制の見直し (厚生労働省)	a 医療分野における労働者派遣のニーズや紹介予定派遣の運用状況、医療サービスの質等を踏まえつつ、引き続き、できるだけ限定条件をつけることなく、医療従事者の派遣労働を可能とするべく検討し、結論を得る。	改定・医療キ①	措置済	
	b 医療分野における労働者派遣のニーズや紹介予定派遣の運用状況、医療サービスの質や同じチームで働く常勤の職員の負担への影響等を踏まえつつ、医療従事者の派遣労働を可能とすべく検討し、平成19年度中に結論を得る。	別表4-996	措置済	
②専門職医療従事者の充実 (厚生労働省)	患者の多様なニーズに対応するためには、様々な専門性(知識・技術)に基づいた適切な治療やケアが行われることが望まれている。また、そのような状況を踏まえ、医療従事者の専門性についても細分化・機能の分化が進んでいるが、現在、特に、麻酔、病理診断などの分野における医師について不足が指摘されており、その充実に求められている。したがって、このような状況に対応するため、専門職の不足を解消するための方策について検討し、措置する。	改定・医療キ②	逐次実施	

事項名	措置内容	改正法附則等との関係	実施予定時期	
			平成19年度	平成21年度
③医師・医療従事者の質の確保 (厚生労働省)	医療従事者個々の専門性に応じて必要な最新の知識及び技能を修得できるような環境の整備を行う。その方策の一つとして、平成16年度からの医師の臨床研修化に向けた臨床研修制度の改革や生涯教育の充実、研究の促進とその成果の普及などにより、資格取得後の医療従事者の質の確保を図る。	改定・医療キ③	逐次実施	
④医療従事者の資格制度の見直し (厚生労働省)	a 医師免許取得者については、平成18年の通常国会で成立した医師法等の改正における「行政処分を受けた医師等に対する再教育の義務付け」等を実効性あるものとするため、当該制度を厳格に運用し、医師等の免許取得者の資質が確保できるように取り組む。 なお、医療事故の発生予防・再発防止のため、ヒヤリ・ハット事例の収集・分析を引き続き行うとともに、事故発生の原因等の重大な情報を提供する等、国民に対し安心・安全で質の高い医療を提供するための施策を総合的な観点から講ずる。	改定・医療キ④a		逐次実施
	b 医師の資質について専門的且つ客観的に定期的なチェックをするための取組を推進するほか、定期講習の受講等により医療保険制度や医療安全等の最新情報にキャッチアップするための取組、また、医療安全等に関するガイドライン等を提供、改定、周知すること等により医師の知識・技能と資質向上をサポートするための取組について、必要な施策を講ずる。	改定・医療キ④b	措置済	

事項名	措置内容	改正措置等との関係	実施予定時期	
			平成20年度	平成21年度
b	「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日付け医政発第1228001号医政局長通知）の内容については、各医療機関において適切な役割分担と協働が推進されるよう、更に周知徹底を図る。 また、「経済財政改革の基本方針2008」（平成20年6月27日閣議決定）、「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめ」（平成20年9月22日厚生労働省）の内容を踏まえて、各医療機関等からの要望や実態を踏まえ、更なる役割分担の推進施策について、速やかに検討し実施する。 具体的には、介護施設内における介護福祉士等の「たんの吸引」や、正常分娩における助産師の更なる活用など、医療従事者等の業務を高度化する施策について、教育・研修の在り方や安全性の確保の観点を含め至急検討を行い、役割分担の更なる推進に向けた制度や解釈の見直しなど必要な措置を講じる。	重点・医療（4）①ア〔改定・医療キ⑤b〕	平成20年度 20年度検討開始、逐次措置	平成21年度
c	海外においては、我が国の看護師には認められていない医療行為（検査や薬剤の処方など）について、専門性を高めた看護師が実施している事例が見受けられる。「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめの内容を踏まえると、早急にこのような海外の事例について研究を行い、専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。	重点・医療（4）①イ		20年度検討開始

- 377 -

事項名	措置内容	改正措置等との関係	実施予定時期	
			平成20年度	平成21年度
c	専門医資格は学会等の医療従事者の自治・自発性の下で、公的にも一定のサポートを行うことを含め、患者から納得が得られる専門分野に係る国際標準にも合致する知識・臨床上の技能等を有する専門医の在り方について、速やかに検討する。 また、プライマリケアにおける総合的な診断力等の一層の向上のための研修内容の充実、全科に係る基本的な診断力を有する総合診療医の有成等についても、公的にもサポートを行うことを含め、プライマリケアを担う医師の知識・技能・資質の在り方についても、速やかに検討する。	改定・医療キ④c	措置済	
⑤医師と他の医療従事者等の間の役割分担の見直し（厚生労働省）	a 諸外国の事例も参考に、看護職の教育の充実と看護職の活躍の機会の拡大について検討し、必要な措置を講ずる。	改定・医療キ⑤	平成19年中 結論、逐次措置	

- 376 -

事項名	措置内容	改正措置等との関係	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
⑩高度技能を有する外国人医師の受入促進 (厚生労働省)	臨床研修制度の運用により、入国する外国人医師又は外国人歯科医師が、医療に関する知識及び技能の習得に加え、これに付随して行う教授を目的として臨床実施することは認められているが、当該制度の周知徹底を図るとともに、臨床研修の許可に係る審査の迅速化を行う等、利用の促進と運用の円滑化のための必要な施策を引き続き講ずる。	改定・医療キ⑩		措置済	
⑪へき地・離島などの地域医療支援のための移動型診療車両における診療手続きの簡素化 (厚生労働省)	「巡回診療の医療法上の取り扱いについて」において規定する診療所開設手続の簡素化を、医療法人等が行う巡回診療についても各都道府県が認めて差し支えない旨を通知する。	改定・提案受付・推進WG別表5-991		措置済	
⑫医師の供給体制の見直し (厚生労働省)	a 長期的に安定した医師の供給、医療の質の向上を図るためにも、当面医学部定員の増員を図るとともに、患者のニーズ・医療従事者の就業環境等、医療を巡る状況の変化を踏まえて医師の需給推計を随時見直す仕組みなど、医師養成のあり方について抜本的な検討を行う。	重点・医療(4) ②ア		20年度検討開始	

事項名	措置内容	改正措置等との関係	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
⑥国家資格取得者の就労制限の緩和 (厚生労働省、外務省、法務省)	EPA交渉における諸外国からの要望も踏まえ、我が国の労働市場への影響や相手国における同様の職種の受入制度を勘案しつつ、EPA交渉において合意した場合には、医療分野の我が国の国家資格を取得した外国人に対しては、就労制限の緩和を図る。	改定・医療キ⑥	逐次実施		
⑦介護福祉士及びあん摩マッサージ指圧師の就労制限の緩和 (厚生労働省、外務省、法務省)	介護福祉士及びあん摩マッサージ指圧師については、EPA交渉における諸外国からの要望も踏まえ、不法就労、不法滞在その他犯罪の防止等に留意し、我が国の労働市場への影響や相手国における同様の職種の受入制度を勘案しつつ、EPA交渉において合意した場合に、我が国の国家資格を有するなどの一定の条件に基づき、速やかに就労が可能となるよう措置する。	改定・医療キ⑦	逐次実施		
⑧医師などの相互受入取決めの推進 (厚生労働省、外務省)	在留外国人の生活基盤の充実という観点から、在留者の多い国々などを中心に検討し、相互受入取決めを行う。	改定・医療キ⑧	逐次実施		
⑨外国人医師等の相互受入時の国家資格の取得要件の緩和 (厚生労働省、外務省)	構造改革特別区域推進本部決定及び対日投資会議決定において、「現行の外国との医師の相互受入れを拡大し、相手国による日本人医師の受入れが無い場合でも、英語による国家試験に合格した外国人医師を、診察対象を当該国民に限定する等の条件の下、受入れる措置を講ずる。(平成15年度中に実施)」こととしたが、実際に諸外国と取決めの締結に向けた交渉を行うに当たっては、交渉の状況に応じて、診察対象を「当該国民」に限らず当該相手国と密接な関係を持つ国の国民なども診察対象に含めることも考慮する。	改定・医療キ⑨	逐次実施		

ク ライフサイエンス分野の規制改革

事項名	措置内容	改正計画等との関係	実施予定時期		
			平成20年度	平成21年度	平成22年度
①医療機器開発の円滑化 (厚生労働省)	a 臨床研究段階における薬事法の適用範囲について、可能な限り予見可能性を高め、個別のケースについて薬事法違反となるか否かの判断が可能となるよう、関係者の意見を踏まえたうえで、薬事法の適用範囲の明確化を図るためのガイドラインを作成する。併せて、この措置について、関係者に十分な周知を行うとともに、ベンチャー企業等からの個別相談に応じる。	重点・医療（１）① 別表５－997			措置
	b 臨床研究で得られた成果を円滑に薬事承認につなげるため、臨床研究段階から治験、薬事申請を見据えた薬事相談の積極的な利用を促進する。	重点・医療（１）①			措置
②医工連携（医師とエンジニアの役割分担） (厚生労働省)	自家細胞培養等による加工物の外部委託（医療機関含む）について、現行の法体系中での取り扱いが不明確であるとともに、薬事法違反となるか否かが十分に明確ではない。 したがって、医療法（昭和23年法律第205号）と薬事法の適用範囲が明確でない状況を解消する施策を早急に実施する。	重点・医療（１）②			
	a 自家細胞の培養・加工についての臨床研究に関するガイドラインである「ヒト幹細胞を用いる臨床研究に関する指針（ヒト幹細胞）」について、臨床研究段階においては医師の立会いがなくとも細胞の培養・加工が可能となるよう改正する。	重点・医療（１）②			措置
	b 医療機関が患者から採取した細胞について、別の医療機関において培養・加工を行った上で患者の診療に用いることが現行の医療法の下で可能であること及びその条件を明示し、周知徹底する。	重点・医療（１）②			措置

事項名	措置内容	改正計画等との関係	実施予定時期		
			平成20年度	平成21年度	平成22年度
b	医師の需給推計の在り方を見直したとしても、現在の医師不足は直ちには解消しないことから、医師不足解消に向けた即効性のある施策の早急な実施が必要である。また、質の高い医師を供給する観点から、高校卒業後すぐ医学部教育を受け医師になる現在の養成課程だけでなく、医療を強く志す人が一般社会で様々な経験を積み、その後でも医師になれるような、多様な人材を養成課程に受け入れる医師養成について、欧米や韓国など諸外国における新たな教育の仕組みを参考に検討する。併せて、現在医療の現場から離れている医師、例えば結婚・出産退職をした女性医師などが、医療の現場に復帰することを支援する施策として、再教育システムの充実等を図る。	重点・医療（４）②イ		検討開始	結論
⑬救急救命士によるアナフィラキシーショック患者へのエピネフリン注射器の使用 (厚生労働省)	救急救命士がアナフィラキシーショック患者へエピネフリン注射器を使用できるよう、「救急救命処置の範囲等について」（平成4年3月13日付指第17号厚生省健康政策局指導課長通知）を改正する。	別表５－9-100		措置済	

事項名	措置内容	改正計画等との関係	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
③高度医療評価制度の積極的運用 (厚生労働省)	a 高度医療評価制度について、今後制度の浸透に伴い事前相談や申請件数が更に増加した場合でも、運営体制が制約条件となることの無いよう、審査体制の強化を図る。 さらに、薬事法未承認の医薬品等を用いることから、安全性・有効性を一定程度確保するための確認が不可欠なこと、倫理上の疑義がある場合における慎重な検討が必要なこと等審査期間における程度長期化せざるを得ない「混合診療」問題に係る基本的合意（平成16年）において原則最長3か月とされている先進医療制度と同等の迅速な審査の実現に向けた努力を継続する。	重点・医療（1） ③			21年度以降逐次実施
	b 病院（20床以上の入院施設を有する医療機関）に限定されている、高度医療実施医療機関の要件について、申請された技術の内容に応じ、診療所（同19床以下のもの）においても、一定の基準を満たした病院と連携することにより、参加可能となるような施策を実施する。	重点・医療（1） ③			措置
④独立行政法人医薬品医療機器総合機構等の機能・体制強化 (厚生労働省)	a 厚生労働省においては、平成19年に「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」を作成し、新薬の上市までの期間を23年度末までに米国並みとすることを目標として、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の審査人の倍増などの施策に取り組んでいる。しかしながら、審査人員を倍増した場合でも、米国等に比べると圧倒的に少ないこと、また、新薬審査に必要とされる知識を有する人材の育成は長期間に渡る教育・経験が必要であることから、平成23年度末までのドラッグ・ラグの解消という目標の達成を確実にするとく、現在検討中の施策を着実に実施するとともに、追加的な施策も検討し、実施する。	重点・医療（1） ④			21年度以降逐次実施

事項名	措置内容	改正計画等との関係	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
c 再生・細胞医療にふさわしい制度を実現するため、自家細胞と他家細胞の違いや、皮膚・角膜・軟骨・免疫細胞など用途の違いを踏まえながら、現行の法制度にとらわれない移行を可能とする最適な制度的枠組みについて、産学官の緊密な連携のもとに検討する場を設け、結論を得る。	d 「ヒト幹細胞」等に基づき厚生労働大臣の承認を受けた臨床研究と同一のものについて、薬事法承認審査のための治験を開始する際には、治験開始前の大臣確認と手続きが重複していることから、当該確認手続きを合理化する。	重点・医療（1） ②			措置
e 再生・細胞医療にあたって必要となるCPC（Cell Processing Center、細胞培養センター）設備について、厚生労働省は、平成20年度に大学病院等16施設に対して合計約4億円の補助を実施することとしており、引き続き積極的に必要の支援策を検討する。	f バイオベンチャー等は医療・薬事行政に関するノウハウを十分に蓄積していない場合が想定されることが、20年度からの開始が予定されている、効率的かつ適切な開発を進めるための治験や承認申請に関する一般薬事相談等の取組について、バイオベンチャー等への周知を図り、開発初期の段階からの積極的な利用を促進する。	重点・医療（1） ②			措置

事項名	措置内容	改正措置等との関係	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
⑤ スーパー特区（先端医療開発特区）提案における規制改革要望の実現（内閣府）（各府省庁）	全国の医療機関等から143件の応募があり、24件が採択された（平成20年11月18日）先端医療開発特区について、採択された案件を着実に実行に移すとともに、当該研究を実施する過程で行われる規制当局との相談を通じて、臨床研究や薬事審査等を取り巻く環境の改善に繋がる規制改革を見出し、それらを着実に実施する。 また、応募があった143案件に付随する構造改革要望についても積極的に取り上げ、以下の各案件について取り組む。 ○複数の研究資金による高額な機器の利用を推進するとともに、特定の研究資金で購入した機器を他の研究事業で活用できるような弾力的な運用を推進すること。 ○大学等における「トランススレーショナルリサーチ」について、従事する研究者及び研究支援人材の確保・育成に向けて、多様な機会を提供すること。 ○医薬品・医療機器を用いた臨床研究における健康被害を補償する補償保険の整備を推進すること。 ○医療機器の研究開発を推進し、部材供給メーカーの参入を促進するため、品質保証以外の責任を免除する仕組みを構築すること。	重点・医療（1） ⑤			21年度以降逐次実施

事項名	措置内容	改正措置等との関係	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
b 医療機器の審査体制については、医師や臨床検査技師、更には臨床工学技士等を含む多様な人材の確保・育成の強化等の整備が不可欠であり、「医療機器の審査迅速化アクションプラン」(平成20年12月11日)に基づき、審査体制の強化（現行35名の審査員を5年で104名まで増員）を着実に実施する。		重点・医療（1） ④			逐次実施
c 平成19年10月、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に細胞・組織加工製品の承認審査を扱う生物系審査第二部を創設したところであるが、当該分野の急速な発展の状況を踏まえ、細胞・組織加工の技術・サービス等を迅速に医療現場へ提供するため、各種技術の開発の進捗等に合わせてその体制の更なる充実・強化を図る。		重点・医療（1） ④			措置
d 薬事承認を経て市販・流通されることがなった医薬品・医療機器を必要とする人々が安心して使用できるような環境を整え、市販後の感染や副作用が発生した場合のリスク管理体制を強化するため、専門的知見を有する独立行政法人医薬品医療機器総合機構が積極的な役割を担うよう、その体制強化を実現する。		重点・医療（1） ④			21年度以降逐次実施

事項名	措置内容	改定・医師の療科	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
④救急搬送業務の民間委託、民間委託推進（総務省）	福祉等で扱う分野の搬送、病院を中心としたいくつかの搬送、長距離の患者搬送、救急警護・警備、催時待機、企業活動に伴う一定の搬送等については、民間を活用することが有効かつ有益である場合が多いと考えられるが、救急搬送業務を行う民間への緊急通行権の付与等、様々な課題が想定されるため、救急搬送業務の民間開放を容易にするための環境整備を図る必要がある。 したがって、救急搬送業務における民間の活用について、課題の洗い出しやその解決のための関係機関による検討・協議の場を設け、その結論を踏まえ、上記に示したような救急搬送業務について民間委託、民間委譲を推進する。	改定・医療科④		措置	
⑤小児医療（小児救急）の充実（厚生労働省）	a 母子保健分野の国民運動である「健やか親子21」において示されている「小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備」の施策を含め、小児救急・小児医療の充実や小児科医の確保策を積極的に推進する。 b 小児救急の逼迫の一因として指摘される小児の健康管理に関する親の知識不足を解消し適切な小児医療の受診を促すため、「健やか親子21」の施策と併せて、小児の健康管理に関する父母への啓発・情報提供等を実施する。	改定・医療科⑤a 改定・医療科⑤b	検討・実施	検討・実施	
⑥医療事故防止システムの確立（厚生労働省）	医療事故防止対策について、行政改革推進本部規制改革委員会の「規制改革についての見解」を踏まえ、医療機関内の安全管理に関するインフラ整備、医療の安全確保に関する社会的なインフラ整備、医療専門職の養成過程の見直し等を含め、有効な対策の在り方について診療報酬上の対応の必要性を含め検討し、医療事故防止システムの確立に向けて総合的な施策を講ずる。	改定・医療科⑥	検討・実施	検討・実施	

事項名	措置内容	改定・医師の療科	実施予定時期		
			平成19年度	平成20年度	平成21年度
①参入規制の緩和（厚生労働省）	平成12年11月成立の改正医療法においては、都道府県知事は医療機関の新規参入を促す方策として、病床数の増加等の許可を受けた後、正当な理由がなく業務を開始しない際の許可取消し、正当な理由がなく休止している際の開設許可等の取消しを可能とするとされており、これらの制度が適切に運用されるよう都道府県に対する情報提供・技術的助言等に努める。	改定・医療科①	適宜実施		
②人員配置標準の在り方（厚生労働省）	医療法の定める人員配置標準について、充足率の低い地域に関しては、充足率の改善のための施策を推進し、人員配置標準が守られるよう努める。	改定・医療科②	逐次実施		
③救急医療の再構築（厚生労働省）	a 24時間体制で上質な救急医療を提供できる体制を早急に整備する。 b 期待される役割を果たしていない救急医療機関については、他の医療機関と役割を交代させる等、救急医療体制が実際に機能するよう、適正な制度の運用管理を行う。 c ドクターヘリを全国的に導入し、救命救急を要する患者が迅速に高度な救急医療を受けられる体制を早急に確立する。 d 救急搬送に関する各組織が効果的に連携して業務を行えるよう、諸外国の状況も参考に、その連携の在り方について検討し、所要の措置を講ずる。	改定・医療科③a 改定・医療科③b 改定・医療科③c 改定・医療科③d	逐次実施 逐次実施 逐次実施 検討・逐次実施		

事項名	措置内容	改訂措置等との関係	実施予定時期	
			平成24年度	平成25年度
⑪遠隔医療の普及・促進施策の実施（厚生労働省、総務省）	医師不足への対応や地域における最適な医療・サービス提供の確保は、喫緊の課題であり、限られた医療資源を有効に活用し、国民にあまねく良質な医療を提供するために、遠隔医療の推進と効果的な活用が強く望まれる。したがって、「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」の「中間とりまとめ」において示された論点や提言（モデル事業を通じた有効性の検証、遠隔医療の位置付けの明確化、診療報酬の適切な活用、補助金等の財政支援措置の活用など）を踏まえながら、遠隔医療の普及・促進に向けた環境整備を行う。	重点・医療（7）	平成24年度	20年度以降逐次措置

事項名	措置内容	改訂措置等との関係	実施予定時期	
			平成24年度	平成25年度
⑦ゲノム医療の積極的推進と国内体制の充実（厚生労働省）	ゲノム医療に関する研究促進とその他の体制の確保について積極的な方策を講ずる。	改定・医療ク⑦	逐次実施	
⑧検疫の民間開放推進（厚生労働省）	検疫業務については、国民の身体、財産を直接侵害するようないかなる実力行使を伴う業務であること、円滑かつ適正に実施できるよう事務処理の明確な基準を定め、かつ、民間の資格要件等について担保措置を整備すること等により、検疫業務の民間開放を推進する。	改定・医療ク⑧	逐次実施	
⑨医療機関と介護サービス事業所の施設の共用化（厚生労働省）	医療機関と介護サービス事業所（施設）とを併設する場合において、建物の玄関、階段、エレベーター等については、各施設の患者等に対する治療その他のサービスの支障がないように十分に配慮し、かつ、どちらかの施設の構造物として、管理責任を明確にした上であれば、共用しても差し支えないこととする。	改定・医療ク⑨	措置済	
⑩医療関係者による緊急避難的な応急手当に関する実態把握、及び、実態把握を踏まえた対応策の検討（厚生労働省）	医療機関外における大規模な事故が発生していることを踏まえ、医療関係者による緊急時・非常時における応急手当への関与を阻害する要因の有無に関する調査など、今後速やかに実態把握を行う。また、実態把握の結果を踏まえて、阻害要因が明らかでない場合については、例えば法解釈に関するガイドラインの提示など、必要な対応策を検討する。	重点・医療（6）〔改定・医療ク⑩〕	実態把握	対応策検討

協会だより（定例理事会要録から）

2008年度 第20回 2009年3月24日

【特別討議】

1. 消費税を福祉目的税化することの問題点について
△担当＝北村理事（経営部会）

【各担当部報告】

〈総務部会〉

1. 週間行事予定表の確認
2. 第66回保団連近畿ブロック事務局長会議（3月9日）状況
3. 第5回文化講座（3月15日）状況
4. 新規開業未入会会員訪問（3月23日）状況

〈経営部会〉

1. 傷害疾病保険審査会（3月17日）状況
2. 金融共済委員会（3月18日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談（①3月10日、②11日、③12日）状況
2. 医療安全シンポジウム（3月14日）状況
3. 日本予防医学リスクマネジメント学会（3月19日）状況
4. 法律相談室（3月19日）状況

〈政策部会〉

1. 環境対策委員会（3月13日）状況
2. 「いのち輝く、芸術と社会保障のつどい」街頭宣伝（3月13日）状況
3. 近畿総決起集会（3月14日）状況
4. 民主党税制政策に関する勉強会（3月15日）状況
5. 出版編集会議（3月17日）状況

〈保険部会〉

1. 保団連『医療系介護報酬改定のポイント』第2次編集作業（3月9日－14日）状況
2. 保団連『医療系介護報酬改定のポイント』第2次編集会議（3月12日）状況
3. 保団連「新介護報酬検討会」（3月15日）状況
4. 第627回社会保険研究会（3月19日）状況

【各担当部議事】

〈総務部会〉

1. 前回理事会（3月10日）要録と決定事項の確認
2. 4月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
3. 各部会開催の件
4. 第10回正副理事長会議（3月12日）状況確認

の件

5. 代議員・予備代議員選挙結果の件
6. 理事長、副理事長、監事選挙実施の件
7. 代議員会議長、副議長選挙実施の件
8. 会員入退会及び異動に関する承認の件
9. 新規開業未入会会員訪問実施の件
10. 写真教室開催の件
11. 舞鶴医師会との懇談会開催の件
12. 新規開業医のための基礎講習会開催の件

〈経営部会〉

1. 三井生命「保険医年金」募集推進会議出席の件
2. 富国生命「保険医年金」募集説明会出席の件

〈政策部会〉

1. 保団連2008－09年度第14回理事会（3月8日）状況確認の件
2. 「いのち輝く、芸術と社会保障のつどい」（3月20日）状況確認の件
3. 反核京都医師の会世話人会出席の件
4. 京都社会保障推進協議会「京都府の地域医療を考えるつどい」講師派遣の件
5. 環境ハイキング開催の件
6. 講演会「原子力発電のほんとのこと小出さんに聞いてみよう」開催の件
7. 緊急団体署名「（大気汚染物質）PM2.5環境基準の設定を求める要請書」への賛同のお願い
8. 「社会保障と雇用を守るための基本法の必要性について考えるシンポジウム」開催の件
9. 『京都保険医新聞』（第2682・2683合併号）合評の件

〈保険部会〉

1. 小児科診療内容向上会開催の件
2. 大阪府保険医協会「レセプトオンライン請求義務化撤回訴訟原告団」結成総会出席の件
3. 眼科診療内容向上会開催の件
4. 医療IT化問題検討会開催の件
5. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い出席の件

《以上28件の議事について承認》

2008年度 第21回 2009年4月14日

【各担当部報告】

〈総務部会〉

1. 週間行事予定表の確認
2. 新規開業未入会会員訪問（3月27日）状況
3. 写真教室下見（4月2日）状況
4. 写真教室（4月12日）状況
5. 第1回保団連組織部会（4月4・5日）状況

〈経営部会〉

1. 保団連近畿ブロック経税担当事務局会議（4月10日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談（①3月24日、②4月1日、③9日）状況
2. 医療事故案件調査委員会（3月27日）状況
3. 第263回関西医事法研究会（3月28日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（3月30日）状況

〈政策部会〉

1. 保団連2009年度第1回公害環境対策部会（4月5日）状況
2. 第18回医療制度検討委員会（4月8日）状況
3. 保団連政策部会（4月11日）状況

〈保険部会〉

1. 医療事務対策チーム設立準備会（3月26日）状況
2. 2009年度第1回保団連社保・審査対策部会（3月29日）状況
3. 小児科診療内容向上会（4月4日）状況
4. 保団連第2回診療報酬オンライン請求問題プロジェクトチーム会議（4月9日）状況
5. 眼科診療内容向上会（4月12日）状況

【部会報告】

1. 各部会（4月7日、保険部会：4月3日）状況と決定事項確認の件

〈総務部会〉

1. 地区懇談会の出欠及び資料等の確認
2. 2008年度1月分収支月計表の報告
3. 3月度会員増減状況の確認
4. 新規開業医との懇談会の開催確認
5. 第2回コミュニケーション委員会の開催確認
6. 第2回開業医とこれからの医療と経営を考えるつどい（仮）についての意見交換
7. 写真教室の開催確認
8. ジャズを楽しむ会の開催確認
9. 保団連全国保険医写真展の広報の確認

10. 地区・専門医会会報等の収集及び回覧

11. 次回開催日の確認

〈経営部会〉

1. 2009年度金融共済委員会の開催曜日の確認
2. 4月末融資残高の照会実施の確認
3. 休業補償制度の検討
4. 保険医年金春募集の確認
5. 年金募集営業員への登録証明書発行についての確認
6. 2009年度医師賠償責任保険更改件数および更改保険料の確認
7. 居宅介護事業者等賠償責任保険の事故受付案件進捗状況の確認
8. 国税局への要望事項に対する回答の確認
9. 京都クレジットサービス提携DCカード利用状況の確認
10. 京都府薬剤師会との懇談会の開催確認
11. 協会ロゴ作成についての意見交換
12. 住宅用火災報知器の斡旋の確認
13. 今後のスケジュールの確認

〈医療安全対策部会〉

1. 地区懇談会の出欠及び資料等の確認
2. 2009年3月度医事紛争状況の確認
3. 2008年度医事紛争状況の中間報告
4. 全国における医事紛争状況の報告
5. 新規開業医との懇談会の開催確認
6. 新入職員研修会の開催確認
7. 調査委員との懇談会の運営確認
8. 2009年度医療安全シンポジウムの開催確認
9. 最近の紛争対応状況についての意見交換
10. 内視鏡穿孔にかかわる問題についての意見交換
11. 医事紛争事例集の内容確認

〈政策部会〉

1. 4月の部会スケジュールの確認
2. 「いのち輝く、芸術と社会保障のつどい」参加者アンケートの確認
3. 京都府医療対策協議会の状況確認
4. 後期高齢者医療制度被保険者に対する資格証明書交付にかかる広域連合に対する意見書の可決状況の確認
5. 着目しておくべき課題（①厚生労働省「高齢者医療制度に関する検討会」②レセプトのオンライン請求義務化③京都府の「医療保険制度等に関する提案」）についての意見交換

6. 社会保障と雇用を守るための「基本法」の必要性について考えるシンポジウムの準備状況の確認と意見交換
7. ヒブワクチン定期接種化に向けた取り組みの確認
8. 保団連近畿ブロック会議の取り組みの確認
9. 環境ハイキングの開催確認
10. 環境ハイキングブックレットの内容確認
11. メイク・ザ・ルールキャンペーンの取り組みの確認
12. 保団連近畿ブロック主催「吉田太郎氏講演会」の開催確認
13. 反核医師の会の取り組みの確認
14. 九条の会アピールを支持する京都医療人の会2008年度総会・講演会の開催確認
15. 『いのちの山河～日本の青空Ⅱ』製作支援状況の確認
16. エコキャップ運動の実施確認
17. ジェネリック医薬品の普及促進策についての市町村アンケートの実施確認

〈保険部会〉

1. 『京都保険医新聞』原稿執筆者の確認
2. 「2010年診療報酬改定に対する要求（案）」の取り扱いの確認
3. 通所リハビリ改定アンケートについての結果等の確認
4. 通所リハビリ改定に関する新聞記事の確認
5. 『2009年介護報酬改定Q & A』事務局編集会議、編集会議、検討会日程の確認
6. 介護報酬改定関連書籍の配布についての確認
7. レセプトオンライン請求義務化撤回訴訟状況の確認
8. オンライン請求義務化に係る情勢の確認
9. 社会保障個人会計・社会保障カードに関する理事会特別討議の運営確認
10. 社会保障カード等に係る今後の活動についての確認
11. レセプトの点検の申し込み状況の確認
12. 『公費負担医療等の手引』2009年秋版の編集確認
13. 「指導、監査、処分取消訴訟支援ネット」の状況報告
14. 指導・監査関係の情報開示請求の報告
15. 保団連「指導大綱見直し及び指導、監査改善要求（案）」の組織討議の確認

16. 適時調査前相談の確認
17. 医療事務対策チーム設立準備会の状況確認
18. 障害者施設入院基本料に関する実態調査の実施確認
19. 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等の取り組みの確認
20. 第628回・629回社会保険研究会の開催確認
21. 各種診療内容向上会の開催確認
22. 「在宅医療講習会」の開催についての検討
23. 当面の行事予定の確認

【各担当部議事】

〈総務部会〉

1. 前回理事会（3月24日）要録と決定事項の確認
2. 2008年度2月分収支月計表報告状況確認の件
3. 3月度会員増減状況
△2009年3月31日付会員数＝2546人
4. 会員入退会及び異動に関する承認の件
5. 第11回（臨時）正副理事長会議（4月2日）状況確認の件
6. 会費免除申請の件
7. ジャズを楽しむ会開催の件

〈経営部会〉

1. 三井生命「保険医年金」募集活動事務局同行の件

〈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. K B S ラジオ「早川一光のばんざい人間」出演（4月11日）状況報告の件
2. 環境ハイキング（4月12日）状況報告の件
3. 「いのち輝く、芸術と社会保障のつどい」総括実行委員会出席の件
4. 「社会保障と雇用を守るための『基本法』の必要性について考えるシンポジウム」準備会議（呼びかけ人会議）開催の件
5. 「社会保障と雇用を守るための『基本法』の必要性について考えるシンポジウム」開催協力団体としてお願いしたい団体への依頼回りの件
6. 九条の会アピールを支持する京都医療人の会世話人会開催の件
7. 九条の会アピールを支持する京都医療人の会総会・講演会開催の件
8. 『京都保険医新聞』（第2685・2686合併号）・『メディペーパー京都』第117号（第2684号）

合評の件

〈保険部会〉

1. 2009年3月度国保合同審査委員会（3月24日）
状況確認の件
2. 専門医会長との懇談会（3月28日）状況確認
の件
3. 保険審査通信検討委員会（4月3日）状況確
認の件
4. レセプトオンライン請求義務化撤回「大阪訴
訟」原告団結成総会（4月11日）状況確認の
件
5. 保団連『介護報酬改定Q & A』事務局編集会
議出席の件

5月のレセプト受取・締切

基金	8日(金)	9日(土)	10日(日)	労災	14日(木)
国保	○	○	◎	災	◎

※○は受付窓口設置日、◎は締切日。
受付時間は午前9時～午後5時です。

6. 保団連『介護報酬改定Q & A』役員・事務局
編集会議出席の件
7. 保団連『介護報酬改定Q & A』検討会出席の
件
《以上25件の議事について承認》

5月の相談室

医院・住宅 新（改）築	5月13日(水)午後2時～	担当＝園建築士
ファイナンシャル	5月21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	5月21日(木)午後2時～	担当＝筋弁護士
雇 用 管 理	5月21日(木)午後2時～	担当＝河原社会保険労務士
経 営	5月27日(水)午後2時～	担当＝山口税理士

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。

加入申込
受付中！

保険医年金

この機会に
ぜひご加入下さい！

加入申込期間 **4月1日(水)～6月19日(金)まで!!** 2009年9月1日付け加入です

予 定 利 率 **1.256%** 2007年度実績 **1.334%**（予定利率1.256% + 配当0.078%）

■月払（満74歳以下の会員、増口は満79歳以下）

1口1万円 30口限度（30万円）

■一時払（満79歳以下の会員で月払に加入している方）

1口50万円 毎回40口（2,000万円）

※手数料との関係で1.256%の利率が続くと仮定して、新たにご加入される月払については4年以上、一時払で2年以上の長期にわたって積立されることをお勧めします。詳しくは、3月31日送付の年金パンフレットをご覧ください。

◎保険医年金普及担当として登録された生保営業員がご説明に伺った際には、ご面談下さいますようお願いいたします。

ご注意ください！

現在ご加入の年金を一部あるいは全部解約し、新たにご加入申込みされる場合は**6月10日（水）**までに解約書類を協会事務局までご提出下さい。保険医年金に関するお問い合わせは、京都府保険医協会・経営部会まで。

憲法漫談

楽しくて
ためになる

地球のすみずみに
憲法の花を

ナオユキさん
（笑工房）



憲法講演会

改憲、構造改革の新局面と
「九条の会」の課題

— 総選挙で改憲、構造改革はどうなる？ —

渡辺 治氏
（一橋大学教授）



5月23日（土）

午後2時～4時30分 開場1時30分

京都新聞文化ホール

（京都市中京区烏丸通夷川上ル）

主催 九条の会アピールを支持する京都医療人の会

お問い合わせ 京都府保険医協会（☎075-311-8888）まで

入場無料 申込不要

定員200人

