

今月の主な動き

レセプトオンライン請求が2009年度から義務化される医療機関のうち、オンライン請求に対応できない医療機関について、最大で10年3月末まで書面などによる従来どおりの請求を認める改正省令が5月8日、施行された。

しかし、同日付の保険局長通知では、「猶予期限」を「半年以内を目途に設定予定」とし、「設定期限以降、オンライン請求を行わない保険医療機関等には、診療報酬は支払われない」と明記。猶予措置となった病院等には、診療報酬請求時に、オンライン請求の準備状況等の書類提出が定められた。

厚生労働省は4月30日付で、11年度の実用化を目指して検討を進めている「社会保障カード（仮称）」の基本計画となる報告書を公表し、意見募集を始めた。

厚労省は4月27日の臨時閣議で、09年度第1次補正予算案を決定し、国会に提出した。厚労省分は総額4兆6718億円で補正予算としては過去最大の額となった。

新型インフルエンザの流行が世界的に拡大している問題で、世界保健機関（WHO）は4月29日深夜（日本時間30日早朝）、警戒レベルを「フェーズ5」に引き上げると発表した。

情勢トピックス

医療・社会保障編

オンライン請求義務化の延長、改正省令が施行

レセプトオンライン請求が2009年度から義務化される医療機関のうち、オンライン請求に対応できない医療機関について、最大で10年3月末まで書面などによる従来どおりの請求を認める改正省令が5月8日、施行された。

対象となるのは5月10日時点でオンライン請求ができない医療機関で、10年3月末までの間で「オンライン請求が行える体制の準備に必要な期間を勘案して厚生労働大臣が定める日」までの間は書面などによる請求を認める。

09年度からオンライン請求が義務化されるのは、400床未満の病院で①レセプトコンピューターで電子請求をしている②レセプトコンピューターにレセ

行 事	開始時間	場 所
5日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	府医師会館305
10日(水) 医療制度検討委員会	午後2時	未定
11日(木) 医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	未定
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
ファイナンシャル相談室	午後1時	未定
18日(木) 法律相談室	午後2時	未定
雇用管理相談室	午後2時	未定
金融共済委員会	午後2時	未定
24日(水) 経営相談室	午後2時	未定

6月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
7月16日(木) 第629回社会保険研究会	午後2時	未定
8月9日(日) 第62回定期総会	午後1時	ホテルグランヴィア京都
創立60周年記念講演会&懇親会	午後3時30分	

今後の予定

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲37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

プト文字変換ソフトの適用が可能な場合—と、レセプト作成業務を電算化している薬局。

しかし、同日付の保険局長通知では、「猶予期限」を「半年以内を目途に設定予定」とし、「設定期限以降、オンライン請求を行わない保険医療機関等には、診療報酬は支払われない」と明記。猶予措置となった病院等には、診療報酬請求時に、オンライン請求の準備状況等の書類提出が定められた。

（5/11・14MEDIFAXより）

社会保障カードの基本計画まとまる／近く実証実験先の募集開始

厚生労働省は4月30日付で、2011年度の実用化を目指して検討を進めている「社会保障カード（仮称）」の基本計画となる報告書（資料1、後掲30ページ）を公表し、意見募集を始めた。09年度中に基本計画にのっとった実証実験を実施するため、近く自治体からの企画募集を始め、夏を目途に実施する自治体を固める考えだ。

実証実験は、基本計画の中でカードの交付主体と想定している市町村単位で実施する。カードは健康保険証、介護保険証、年金手帳の3機能を果たすものとして検討しており、厚労省は「実証実験でも医療機関での利用を盛り込んだ企画であることが望ましいと考えている」としている。09年度の当初予算では2カ所程度での実施を想定した事業費を計上している。現在、国会審議中の補正予算案では、さらに6カ所程度で実施する費用を盛り込んでおり、厚労省は当初予算分の事業から先行して募集を始める方針だ。

基本計画では、医療機関が来院者から提示されたカードを利用して、各医療保険者が所有する資格情報データベースにアクセスし、資格内容などを確認できるようにする。訪問看護や往診などでカードを使う場合など、オンライン資格確認が困難な場合などに備え、医療・介護分野でのみ用いる可視化された「保健医療番号（仮称）」について検討する必要性も指摘している。

また、意識不明の患者など、医療機関の窓口で暗証番号による本人確認が困難な場合は、医療機関の職員が券面情報で本人のカードであることを確認する必要があると指摘。その際に医療機関の職員を認証する方法についても検討すべきとしている。

（5/8MEDIFAXより）

09年度補正予算案、国会に提出／厚労省分「地域医療再生計画」が目玉

厚生労働省は4月27日の臨時閣議で、2009年度第1次補正予算案を決定し、国会に提出した。厚労省分は総額4兆6718億円で補正予算としては過去最大の額となった。「地域医療・医療新技術」分野には総額7684億円を計上し、都道府県が2次医療圏ごとに策定する「地域医療再生計画」に基づく財政支援などを行う。同計画は5年間をめどに策定し、国は計画を審査した上で補助する方針だ。

「地域医療再生計画」の策定は医師不足解消などが目的で、3100億円を計上。国は都道府県が設置した「地域医療再生基金」（仮称）を通じて、同計画に盛り込まれた事業への財政支援を行う。事業内容は①医師事務作業補助者の集中配置②大学病院と連携した医師派遣機能の強化③多様な勤務形態導入による勤務医・看護師らの確保④NICUと救命救急センターの拡充—などで、地域の実情に応じてこれら以外も対象とする。

このほか「医療機関の設備強化」として2096億円を計上し、災害拠点病院などの耐震化への費用助成や、福祉医療機構による医療貸付の限度額と貸付利率などの優遇を図る。

「レセプトオンライン化への対応」では、オンライン請求を行う医療機関や薬局への設備投資支援に291億円を充てる。内訳はレセプトコンピューター導入費用に277億円、すでに電子レセプトを導入している機関への支援に13億円、代行送信している薬局などへの支援に1億円。

11年度中をめどとした「社会保障カード（仮称）」の実施に向けた環境整備では71億円を計上し、実証実験を行う医療保険者数を5～6カ所追加する。「高齢者医療の安定的な運営」（156億円）では、後期高齢者医療制度での低所得者の保険料軽減（131億円）や、健保組合のIT化の推進（25億円）を盛り込んだ。

このほか「介護職員の処遇改善・介護拠点整備」では8443億円を計上。特別養護老人ホームや老人保健施設の整備に対する助成の拡充や、消防法施行令改正でスプリンクラー設置が義務付けられた有料老人ホームなどへの助成を行う。介護従事者の処遇改善に向けては、介護職員1人当たり月額1万5000円程度の賃金引き上げを行う「介護職員処遇改善交付金」に3年間で3975億円を投じる。

また、文部科学省の09年度第1次補正予算案は計

1兆3174億円となった。このうち「地域医療の期待に応える大学病院の機能強化」には370億円を計上。大学病院（79病院）の約1100人（100床当たり2人）の医療補助者の配置促進で30億円を充てる。

医療補助者1人につき270万円程度の補助となり、月給にすると20万円相当。補助額はこれまでの実績や病院の規模、新規入院患者数などを勘案して決める方針。文科省は「特定機能病院は診療報酬の医師事務作業補助体制加算が算定できないため、それに相当する分との位置付け」（高等教育局医学教育課）としている。

また、NICUなど周産期医療の環境整備には39億円を充てる。09年度当初予算では、NICUを持たない大学病院などへの整備に10億円を計上していたが、補正予算ではこれを拡充し、さらに、16大学病院での緊急整備を図る。文科省は国立大病院の「周産期医療体制整備計画」を策定し、4年間で①NICU未設置大学の解消②半数の国立大病院で周産期医療に関する病床を20床以上確保—を目指すとしている。

このほか、国立大病院の放射線治療・救急医療機器などの整備（300億円）や、私立大附属病院の設備整備への支援（1億円）を盛り込んだ。（4/28MEDIFAXより）

新型インフル「フェーズ5」に／パンデミック、目前に迫る

新型インフルエンザの流行が世界的に拡大している問題で、世界保健機関（WHO）は4月29日深夜（日本時間30日早朝）、新型インフルの警戒レベルを「フェーズ5」に引き上げると発表した。フェーズ5は、人から人への感染が2カ国以上で起きており、パンデミックが目前に迫っていることを示すもの。WHOのチャン事務局長は同日発表した声明で、「すべての人類が恐怖にさらされる」とし、強い警戒感を示した。

チャン事務局長は声明で、「各国はインフルエンザ様疾患と肺炎の異常な発生に対し、強い警戒態勢を持続すべき」とし、サーベイランスの強化と早期発見、保健施設での感染管理などを求めたが、渡航制限や国境封鎖などは勧告していない。

警戒レベルが引き上げられても、日本国内の対策に変わりはなく、引き続き水際対策の徹底と国内での患者発生に備えた準備を進める。

厚生労働省健康局結核感染症課は同日、新型インフルの症例定義を定め、都道府県などに通知した。渡航歴などがある人で迅速診断キットによる検査結果が「A型陽性、B型陰性」となった場合は、疑い例として報告することなどを求めている。

症例定義によると、新型インフルの臨床的特徴は気道炎症に加え、突然の高熱、全身倦怠感、頭痛、筋肉痛など。①10日以内に新型インフル患者に直接接触または2メートル以内に接近するなど濃厚接触をした人②10日以内に新型インフルに感染している動物と濃厚接触した人（疑い含む）③10日以内に新型インフルを含む患者由来の検体に、防御不十分な状況で接触した人（疑い含む）④10日以内に、新型インフルが流行している国や地域に滞在または旅行した人—で38度以上の発熱と急性呼吸器症状がある場合、迅速診断キットで検査を実施。A型が陽性でB型が陰性となれば、疑い例として報告する。

さらに、疑い例については、①分離・同定による病原体の検出②検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子検出③中和試験による抗体の検出—のいずれかにより、豚インフルエンザH1N1と診断した場合は確定例と判断。これらの検査は地方衛生研究所で行い、最終的な確定検査は国立感染症研究所で行う。（4/30MEDIFAXより）

改正消防法案が成立

救急搬送の受け入れ可能な医療機関名の得意分野別のリストを都道府県が作成することなどを定めた

News Headline （4月11日－5月15日）

- 【4月】◆国連安保理・北朝鮮のミサイル発射を非難する議長声明を採択（13日）◆在沖縄米海兵隊のグアム移転協定可決（14日）◆最高裁・痴漢事件で逆転無罪（14日）◆北朝鮮・6カ国協議離脱と核開発を再開する方針を表明（14日）◆郵便制度悪用で逮捕（16日）◆最高裁・和歌山市毒物カレー事件で林真須美被告の死刑確定（21日）◆一般財源化法成立（22日）◆大阪市西淀川区・小4女児不明で母親ら逮捕（23日）◆名古屋市市長に民主系・河村たかし氏が当選（26日）◆新型インフルエンザ拡大、WHO警戒水準「5」に（29日）◆最高裁・30年前の殺人賠償確定（28日）◆米自動車大手クライスラー破たん（30日）
- 【5月】◆新潟県柏崎刈羽原発が運転再開（9日）、非常用炉心冷却設備の試験中にトラブル（11日）◆民主党・小沢代表が辞任（11日）◆鴻池祥肇官房副長官が辞任。後任は、浅野勝人参院議員（13日）◆福岡高裁・福岡3児死亡、危険運転適用で懲役20年（15日）

◎新型インフルエンザを巡る動き（4月24日～5月12日）

日付	世界の動き	日本の動き	京都府・市の動き
4月24日	WHO：メキシコと米国で新型インフルエンザの人への感染が相次いでいると発表。		京都市：新型インフルエンザ発生時の対策マニュアルを策定。医療機関や保健所の対応が中心で、「まん延期」には市内10病院を新型インフルエンザだけ扱う専門病院に切り替え、治療と感染拡大防止の態勢を整える。
4月25日			京都府・市：電話相談窓口を設置。
4月27日	WHO：警戒レベルを「フェーズ3」から「フェーズ4」に引き上げ。		
4月28日		舛添厚労相：新型インフルエンザの発生を宣言 政府：麻生太郎首相を本部長とする対策本部を設置。国内での感染阻止に向けた水際対策や医療態勢の対処方針を決定。 厚労省：都道府県などに対して発熱相談センターの設置を指示。 総務省消防庁：緊急対策本部を設置。全国の都道府県に対し、救急搬送の際にインフルエンザ対策を徹底するよう連絡。	京都府・市・各自治体：「新型インフルエンザ対策本部」を設置。 府、市ともに「発熱相談センター」を全保健所に同日付で設置。 府は、渡航の是非などあらゆる相談に応じる「総合コールセンター」を同日開設。府内に滞在する外国人向けに注意を呼びかけるホームページを立ち上げ、旅行者向けに情報提供する。
4月29日	WHO：日本時間30日、「フェーズ5」に引き上げると発表。フェーズ5は、人から人への感染が2カ国以上で起きており、パンデミックが目前に迫っていることを示すもの。	自民、公明両党のワクチン予防議員連盟：緊急提言をまとめた。国内の新型インフルエンザワクチンの製造能力を高めつつ、並行して、海外からもワクチンを確保する「重層化・複線化」を進めるべきとする内容。	京都府：京都市内で約1000床、市外で約900床を確保できる見通しになったことを明らかにした。医療関係者向けの防護具を約1万セット購入する。
4月30日		厚労省上田博三健康局長：抗インフルエンザウイルス薬の備蓄状況として、「タミフル」が国、都道府県で3380万人分、「リレンザ」が国で268万人分をそれぞれ確保していると報告。さらに、タミフルは契約が済み次第、830万人分が備蓄として上積みされるとしたほか、リレンザも都道府県で133万人分を備蓄する予定だとした。 マスクについても、4月1日現在のメーカー在庫は7600万枚に上ることを明らかにした。	
5月1日		政府新型インフルエンザ対策本部：国内で新型インフルエンザの患者が発生した場合の感染拡大防止策を明記した対処方針を決定。	
5月2日		共同通信：発熱外来が、医療機関に開設されたり、即座に対応できるめどが立ったりしたのは全国で684カ所に上ることが分かった。	京都市：本庁保健医療課に設置している発熱相談センターを、24時間対応に延長。土日祝日も対応する。外国人向けの新型インフルエンザ相談を強化するため、京都市国際交流協会は、6カ国語で電話相談を受け付ける。
5月7日		厚労省新型インフルエンザ対策推進本部：新型インフルエンザへの感染を調べるPCR検査について、全都道府県の地方衛生研究所で実施が可能になったことを明らかにした。	
5月8日	米国イリノイ州シカゴ市在住日本人男児：新型インフルエンザに感染したことが明らかになった。日本人の新型インフルエンザ感染が確認されたのは初めて。	与党の「新型インフルエンザ対策に関するPT」：新型インフルエンザワクチンの製造体制について「政府が決定すれば、6月上旬から中旬には製造を開始できる」との見通しを示した。	
5月9日		厚労省：米国発の航空機で成田空港に到着した3人について、新型インフルエンザに感染していることが確認されたと発表。	
5月10日		厚労省：感染者の3人とともに米国発の航空機で帰国した男性の感染を新たに確認したと発表。国内での感染者はこれで4人となった。	
5月12日	これまでに感染が確認されたのは日本を含む34カ国・地域で5888人に達した。感染者の死亡確認はメキシコ、米国、カナダ、コスタリカの4カ国の計61人。		
	WHOの研究チーム：新型インフルエンザの致死率は0.4%と推定されると、米科学誌サイエンス電子版に発表。		

「改正消防法案」が4月24日の参院本会議で全会一致で可決、成立した。救急搬送の効率化を図ることで都立墨東病院の妊産婦死亡事案など救急患者の受け入れに関する問題に対応する。

（4/27MEDIFAXより）

高額療養費の所得区分、支給対象を追加／健保法施行令を改正

政府は4月24日の閣議で、高額療養費の支給について、所得区分に応じた自己負担限度額の適用対象を一部拡大する健康保険法施行令等の一部を改正する政令を決定した。

公費負担医療の対象療養のうち、特定疾患治療研究事業と小児慢性特定疾患治療研究事業の対象となる療養に関して、高額療養費の支給の自己負担限度額を適用することとし、支給要件や支給額などの規定を新たに設けた。

難病などの治療研究事業は従来、通常の高額療養費支給要件などとは別に、レセプト単位で一律に一般所得区分と同じ自己負担限度額を適用して支給していた。（4/27MEDIFAXより）

オンライン義務化への猶予策「極めて不適切」／規制改革会議が見解

規制改革会議は5月7日、2009年度からのレセプトオンライン請求義務化に対応できない医療機関への猶予策として厚生労働省が示している省令改正案に対する見解を発表した。見解では、オンライン請求義務化は地域医療に悪影響を与えるとする厚労省の主張に対して「その根拠を示しておらず、極めて不適切」と批判。「今回のような措置が再度講じられることがあってはならない」と抗議した。

厚労省は4月21日、オンライン請求義務化により「地域医療に重大な影響を与えることも懸念される」と危機感を表明した上で、09年度からのオンライン請求義務化に対応できない医療機関に対して最大1年間の猶予期間を設ける改正案を提示している。

これに対し、見解では、厚労省の改正案について「猶予措置が講じられることは、政府の方針を逸脱するもの」と切り捨てた。また、義務化の期限に間に合うようオンライン請求に対応した医療機関も多数あると指摘。対応できなかった医療機関と何らかの差異を設けるべきと提案したほか、猶予期限後にオンライン請求できない場合は診療報酬を支払わないことを徹底すべきとした。（5/11MEDIFAXより）

信頼性のある財政再建を／諮問会議で麻生首相

経済財政諮問会議は4月17日、2010年度予算編成の基本方針を示す「骨太の方針09」と、持続可能な社会保障制度構築と安定財源確保に向けた「中期プログラム」の改訂に向けた議論を本格的に開始した。麻生太郎首相は同日の諮問会議で、追加経済対策で大規模な財政出動をした後の財政健全化について「中期の財政責任をきちんと果たさなければならない」とした上で、「多くの借金を次世代に残していくのは問題。信頼性のある財政再建の取り組み方針を検討してほしい」と求めた。

与謝野馨経済財政担当相は諮問会議終了後の会見で、中期プログラムの改訂は「持続可能な財政、持続可能な社会保障制度、負担は広く分かち合う」という3つの思想が根底に流れている。将来の世代に負担を残さないようできるだけ努力する」と語った。

新たな財政再建の目標については「基礎的財政収支（プライマリーバランス・PB）の黒字化の考え方を捨てたわけではない。どういう状況で到達するのが望ましいかがポイント」と述べ、PBの黒字化を到達するまでの道筋を示す必要性を指摘した。また、「具体的な目標を掲げるときは、年次は入ってくる」とした。

また、与謝野経済財政担当相は、「骨太の方針06」で掲げられた社会保障費の自然増から毎年2200億円削減する方針について言及。「誤解してもらいたくないのは、今ある社会保障費から削るという話ではない」と前置きした上で、「高齢化で必要な社会保障費は当然認める。その中でも儉約や効率化を進めて、2200億円くらいは増える分から切っていこう」と説明した。さらに、「2200億円（削減した分）は、必要なところには予算上の措置はしているのも事実」と付け加えた。

麻生首相は同日の諮問会議で、政府の安心社会実現会議と連携していく考えを表明。次回以降の安心社会実現集中審議の内容などを踏まえて「議論の成果は基本方針09や中期プログラムにも反映していきたい」と語った。（4/20MEDIFAXより）

安心社会に向けた優先施策、骨太に反映へ／新有識者会議が初会合

政府の「安心社会実現会議」の初会合が4月13日、首相官邸で開かれた。麻生太郎首相は会議の冒頭、「日本が目指す安心社会の姿とその見取り図、それに照らした医療、保健、介護など各分野の政策目標や

優先施策を示していただきたい」と述べた。今後は月2回のペースで開催して6月までに報告書をまとめ、「骨太の方針」に反映させる考えだ。麻生首相は、成田豊委員（電通最高顧問）を座長に指名した。

この日は15人の委員のうち14人と麻生首相、河村建夫官房長官、与謝野馨経済財政政策担当相らが出席し、意見を述べた。このうち矢崎義雄委員（国立病院機構理事長）は、地域医療の機能強化策として、2次医療圏を中心とした病院の共同運営体制（コンソーシアム）の組織化や、設立母体を超えた病院長らで組織する運営委員会でのニーズに則した医療機能分担や病棟集約、人材育成、人事調整を提言する資料を提出した。

このほかの委員からは、政府、家庭、地域コミュニティ、企業の役割分担を再整理する必要性を指摘する意見が出た。（4/14MEDIFAXより）

医師の超過勤務「是正されるべき」／麻生首相

医師の超過勤務手当が十分に支払われていない問題で、麻生太郎首相は5月7日の衆院予算委員会で「現実問題として各地で今起きている。これは是正されるべき」と述べ、何らかの対応が必要との認識を示した。前原誠司氏（民主）の質問に答えた。

前原氏は奈良県立奈良病院の産婦人科医が県を相手に起こした訴訟で、奈良地裁が当直は「時間外労働」だとして「割増賃金」の支払いを命じた判決を取り上げた。前原氏は「医師の超過勤務をサービス残業として搾取して今の医療費が成り立っている」と指摘し、労働基準監督署が是正勧告を行い病院がサービス残業に対してきちんと賃金を支払うべきだとした。

これに対し、麻生首相は「私は払われてしかるべきなんだと思う」と述べ、超過勤務手当が必要だと認めた。一方で「これをぱっとある日やると、県営、市営ではとても急患はできませんから。困るのは患者ですから」とも述べ、一律に超過勤務手当を支給すると財政状況の厳しい自治体病院などではサービスの低下を招き、結果的に患者に不利益をもたらすとした。麻生首相は「その資金の手当をきちんとしないと危ないことになる。そこは行政側が注意してやらないと難しい」と述べ、慎重な対応が必要になるとした。

全国周産期医療連絡協議会が2008年に行った調査によると、総合周産期母子医療センターの97%で夜間勤務を宿直扱いにしていた。前原氏は「07年に各

労働局が立ち入り調査した医療機関1852施設のうち約8割の1468施設で法違反が見つかった。産科の医師に限った問題ではない。こういったことは是正されるべきだ」とした。（5/8MEDIFAXより）

消費税増税分は社会保障費に／「基本哲学として当然」と麻生首相

麻生太郎首相は5月7日の衆院予算委員会で、消費税を増税して社会保障費の財源とすることは「当然」との認識を示した。園田博之氏（自民）の質問に答えた。

園田氏は、少子高齢化によって「年金・医療・介護で国が負担する分は制度上、増えていく」と指摘。その財源として消費税に言及し「消費税をこれから上げるとしたら、1円たりともほかには使わない。全部を社会保障費に充てるという考えでよいか」と確認を求めた。麻生首相は「社会保障関係費の漸増は長期的に間違いないという前提で考えるとき、基本哲学として（消費税で）対応するのは当然」と述べた。

消費税を増税した場合の財源の使い道に関しては、与謝野馨財務相も同日の衆院予算委で「年金・医療・介護、ならびに少子化対策に全部使う。一銭一厘たりとも行政の肥大化に使わせない」と述べた。（5/8MEDIFAXより）

地域医療の再生「国の飛躍の糧に」／麻生首相

麻生太郎首相は4月28日の衆院本会議で、医療・介護サービスのビジョンについて「国民の生命、健康を支える安心の礎。同時に雇用の創出、国民経済を支えるサービス市場ということで将来的に有望な分野と考えている」との認識を表明した。

さらに、「今回の経済危機対策では、地域医療の再生、介護機能強化に重点的に取り組むことで、わが国の新たな飛躍の糧にする」と胸を張った。太田昭宏氏（公明）の質問に対する答弁。

（4/30MEDIFAXより）

宿直の概念「医療法と労基法で別物」／舛添厚相

舛添要一厚生労働相は4月14日の参院厚生労働委員会で、勤務医の宿直問題について「宿直という概念は、医療法と労働基準法で別物」との認識を表明した。梅村聡氏（民主）の質問に対する答弁。

梅村氏は、東京都から「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3月、医師の時間外労働で是正勧告を受け、指定返上を打診した問題に言及。「(医療現場には)労働基準法を守れないという現状が実際にある。今すぐ立ち入りして宿直許可を取り消せとか、救急告示を返上しろということではないが、ここに切り込まないと勤務医の問題は解決できない」と指摘した。

その上で「医療法の宿直は、緊急の急変に対応するために病院に常駐しているということで、働き方に限界はない。一方、労働基準法では働き方に基準があり、それを超えてしまった場合には、労働基準法上の宿直にはならない」と強調。「2つは別物ではないか」とたどした。

これに対し、舩添厚労相は「2つはまったく別の概念」と認めた。さらに、「私も委員の認識とまったく同じ思い。厚生相として医師不足対策を、もう一方で労働相として(労働基準法対策という)こっちの問題をやらねばならないという矛盾を抱えている中で悩んできたが、発想を逆転して、厚労相を1人の人間がやっているのだから、もっと良いことをやっていきたい」と述べ、問題解決に向けて強い意気込みを示した。(4/15MEDIFAXより)

労基法違反の状況「尋常ではない」／宿直問題で舩添厚労相

舩添要一厚生労働相は4月21日の参院厚生労働委員会で、勤務医の宿直問題について「労働基準法違反の下で働いている状況は尋常ではない」と問題意識を表明した。さらに、「他国の医師と比べても、無茶苦茶な条件で働いていれば、睡眠不足もあり、患者も手術を安心して受けられない。医療提供側もいつミスを起こすか分からないという大変な問題だ。こういうことを本格的に検討したい」と改善に向けての意気込みを示した。足立信也氏（民主）の質問に対する答弁。

舩添厚労相は「厚生省と労働省が一緒になり1人の大臣が所管することで、悪いことばかりでなく良いことがあるとすれば、こういうことについて責任を持って統一的に仕事ができることだ」とした。その上で「労働基準法通りにきちんとやった時、どれぐらいの人が必要で、どれぐらいのコストがかかるのか。具体的にどういう手段、プロセスで進めるかは検討次第だが、みんなの努力で医療制度を再構築しようという方向付けができてきたこともあり、積極的な希望の見える第一歩を踏み出したい」と結ん

だ。(4/22MEDIFAXより)

義務化と地域医療に配慮「両立は可能」／オンライン請求で舩添厚労相

舩添要一厚生労働相は4月15日の衆院厚生労働委員会で、地域医療に配慮しながらレセプトのオンライン請求を義務化することについて「矛盾しない。両立は可能と思っている」との見解を示した。高橋千鶴子氏（共産）の質問に答えた。

レセプトのオンライン請求義務化をめぐるのは、3月31日に再改定された「規制改革推進のための3か年計画」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。「原則」を加えることで、新たな例外規定を設ける余地を持たせた。また、「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」との記述も追加した。

高橋氏は、オンライン請求義務化について「例外がないと言っておきながら『地域医療の崩壊を招くことのないように』とは矛盾する」と指摘。「義務化を撤回し、選択の余地を残すしかない」と要求した。

舩添厚労相は「改革のために必要な合理化・効率化はしなければならない」とした上で、「改革の流れについていけない人たちに猶予措置を与える」とし、オンライン請求に対応できない医療機関に対して配慮する考えをあらためて示した。ただ、具体的な支援策は「今後、詰めたい」と述べるにとどめた。

(4/16MEDIFAXより)

オンライン義務化の撤廃「趣旨に合わない」／自民・e-Japan特命委

自民党のe-Japan特命委員会・IT・行政改革推進・国民生活利便性向上・経済活性化プロジェクトチーム（PT）は4月17日、電子政府推進に向けたIT活用について厚生労働省などからヒアリングした。厚労省は、日本医師会などからレセプトのオンライン請求義務化に対して撤廃を求める声が上がっている現状を報告した。これに対し、村上誠一郎委員長（衆院議員）は「この会の趣旨に合わない」と声を荒らげ、オンライン請求についての説明を中断させた。(4/20MEDIFAXより)

障がい者制度改革推進法案を提出／民主が参院に

民主党は4月14日、「障がい者制度改革推進法案」

を参院に提出した。障害者が福祉、医療サービスを受けた場合に支払う原則1割負担を廃止し、利用者の負担能力に応じた自己負担額にすることなどを柱としている。

また、障害者施策の制度改革を推進するため、首相を長とする「障がい者制度改革推進本部」を内閣に設置。推進本部に障害者など20人の委員で構成する「障がい者制度改革推進委員会」を設け、障害者の実情を踏まえた制度改革を行うとしている。

政府も3月31日に改正障害者自立支援法案を衆院に提出している。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するとしている。（4/15MEDIFAXより）

勤務医負担の軽減、乏しい実感／中医協、08年度改定影響調査

厚生労働省は4月15日の中医協・診療報酬改定結果検証部会で、2008年度改定の影響に関する特別調査のうち病院勤務医の負担軽減に関する調査結果を示した。「入院時医学管理加算」「医師事務作業補助体制加算」「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかの施設基準を届け出ている病院のうち、約半数が医師への給与面などの処遇改善に取り組んでいたほか、医師事務作業補助体制の整備や看護師などの業務分担に取り組んでいる病院が多かった。ただ、勤務医にとって、負担軽減に対する実感は乏しい現状が明らかになった。

3加算のいずれかを届け出た全1151施設と勤務医らを対象に調査し、516施設から回答があった（回答率44.8%）。経済面での処遇改善に取り組んでいたのは全体の45%で、このうち75.4%が手当を、36.2%が基本給を増やしたと回答した。基本給を増やした施設のうち医師全員を対象としたのは44.0%、特定の医師を対象としたのは52.4%だった。

一方、勤務医のうち基本給が改善されたと答えたのは12.0%、手当が増えたと答えたのは7.6%だった。白石小百合委員（横浜市立大学教授）は結果について「勤務医と施設側の認識の差に加え、病院内で広く薄く配分された可能性もある」と指摘した。

3加算の要件となっている勤務医負担軽減計画や業務分担による負担軽減の効果は、勤務医や各診療科責任者のおおむね5-6割が「あった」と回答したが、1年前と比べて勤務状況が「改善した」と答えたのは勤務医の14.3%、診療科責任者の13.2%にとどまった。逆に「悪化した」と答えたのは勤務医の

34.8%、診療科責任者の37.8%だった。

医師の1カ月の当直日数は2.78日で前年より0.14日短縮した。ただ、救急科（5.48日）、産科・産婦人科（4.51日）、小児科（3.48日）などが全体の平均を大きく上回る傾向は前年と同様で、変化はなかった。

この日の部会では、08年度改定の影響について09年度に実施する調査項目を決めた。①明細書発行の一部義務化の実施状況②医療機能の分化・連携に与えた影響③回復期リハビリテーション病棟入院料で導入された『質の評価』の効果の実態④歯科外来診療環境体制加算の実施状況⑤ニコチン依存症管理料算定機関での禁煙成功率⑥後発医薬品の導入状況一の各項目で、いずれも5月に調査機関を選定し、7-8月に実施。11月までに結果をまとめる。（4/16MEDIFAXより）

基本診療料、在り方の議論スタート／中医協・基本問題小委

2008年度診療報酬改定の付帯意見に盛り込まれていた基本診療料に関する議論が、4月15日の中医協・診療報酬基本問題小委員会でスタートした。厚生労働省は現状の基本診療料の内容を大まかにまとめた資料を提示。本格的な議論にまでは進まなかったが、診療側委員からは、外来管理加算の見直しに向けた議論を求める意見や、コストを反映した入院基本料への見直しを求める意見が上がった。

そして、22日には本格的な議論に入った。藤原淳委員（日本医師会常任理事）は、中医協・診療報酬改定結果検証部会が実施した特別調査の結果を踏まえて、診療所の影響額が804億円に達するとの試算を示し「当初見込みを大きく上回る。現場の声を反映して（5分ルール撤廃の）見直しを提案する」と主張した。これに対し、厚労省側は、個別項目の影響額は秋までにまとめる社会医療診療行為別調査の結果を待つ必要があると指摘。支払い側委員も「基本診療料全体の議論の中で、外来管理加算の位置付けを考えるべきだ」と訴えた。

藤原委員は特別調査の結果について①患者の6割が時間の目安は必要ないと感じている②医師からの説明は9割近くの患者が『変わらない』と答えており、従来、丁寧な説明をしていた③現場医師は時間要件を負担に感じている一などとし、「5分という時間要件にこだわるのは実態に即しているのか」と早急な見直しを主張した。

影響額が見込みを上回るとの指摘に対し、厚労省

保険局医療課の佐藤敏信課長は「個別の影響額は社会医療診療行為別調査の結果が出ないと、現段階で示すことのできる数値はない」と答えた。また、対馬忠明委員（健保連専務理事）は「当初の影響額として示した240億円は高齢者を除いた若人の数値。（日医などが示す試算とは）対象範囲が違う」と主張し、厚労省側も「若人部分と高齢者部分とで分けて、若人部分で240億円と試算した」と説明した。

さらに、小島茂委員（連合総合政策局長）は「議論の進め方として、外来管理加算だけを取り出すよりも、基本診療料全体の中での位置付けを踏まえて影響額を議論すべきでは」と述べた。しかし、藤原委員は「現場では大変な混乱と疲弊をもたらしている。議論とは多少外れることは承知しているが、これほど当初試算との間に狂いが生じると、現場の声を伝えざるを得ない」と主張。「240億円」に高齢者分の影響額が含まれていないとの厚労省の説明については、仮に高齢者分を差し引いても当初見込みを大きく上回ることに変わりはないとし、早期見直しを求める姿勢は譲らなかった。

（4/23MEDIFAXより）

加算算定でも勤務医は厳しい／入院料の議論も始まる

4月22日の中医協・診療報酬基本問題小委員会では、入院基本料など入院料に関する議論も始まった。西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は、2008年度の特別調査のうち勤務医の負担軽減に関する調査結果について「調査対象となっている3加算（入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算、ハイリスク分娩管理加算）を算定しているのは、体制が比較的整っている病院といえる。それでも勤務医が厳しい現状にあることを踏まえて議論すべきだ」と訴えた。

対馬忠明委員（健保連専務理事）は、3加算の要件に勤務医負担軽減計画の策定と周知が盛り込まれているにもかかわらず、計画未策定で算定している病院が多く、計画の認知度が低いことを問題視した。厚生労働省保険局医療課の佐藤敏信課長は「平たく言えば良くないことだと思う」との見解を示すとともに、3月30日付で発出した疑義解釈の中で、計画を策定する予定だけでは届け出を受理できない旨の周知徹底を図ったと説明した。

（4/23MEDIFAXより）

DPC準備病院、09年度も募集へ／中医協・基本問題小委

中医協・診療報酬基本問題小委員会は4月15日、2009年度もDPC準備病院を募集することを了承した。厚生労働省は例年通り6月頃から募集を始める考えだ。

厚労省は、準備病院のうち567病院が09年度中に対象病院に移行することで対象病院の合計が1283病院に達し、12年度までに対象病院を1000病院とする当初の目標を上回ると指摘した。さらに、09年度も募集した場合、2年間の準備期間中に調整係数の段階的廃止が始まる10年度診療報酬改定をまたぐことになり、調整係数の計算に点数の異なるデータを用いることになるなどの課題を挙げ、募集開始の是非について意見を求めた。

西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「09年から参加しようと準備を進めている病院がかなりある。特に自治体病院などは議会の承認も必要で、準備を進めている」として09年度も募集を実施すべきと主張した。ほかの委員からも異論が出なかった。

（4/16MEDIFAXより）

募集定員枠「前年度のマッチ数は確保」／臨床研修新制度で経過措置

厚生労働省は4月23日、医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会を開き、17日までに募集したパブリックコメントを踏まえた新医師臨床研修制度の見直し案を議論した。

厚労省は臨床研修病院の募集定員枠の削減率が大きい場合の経過措置を提示。2010年度の研修医募集で都道府県別の定員上限枠を超えた場合、各病院の募集定員が極端に減少することがないように、09年度の病院のマッチング数を最低限確保できるよう考慮する。

厚労省医政局医事課の杉野剛課長は終了後、記者団に対し「経過措置によって、大都市部でも前年度並みの定員数は確保できる。都道府県の定員上限枠を超えることにはなるが、地域の実情などを踏まえると考慮する必要がある」と述べた。厚労省は今月中に関係省令や通知の改正を行う予定だ。

見直し案では、研修医の募集定員が20人以上の臨床研修病院に対し、将来小児科医と産科医を希望する研修医を対象に、各科2人以上の募集定員を必ず設けることを求めた。これに対し、「小児科と産科を定員総枠の1割とするのは大きい。別枠にすべきだ」

（小川秀興委員・学校法人順天堂理事長）など多数の反対意見が上がった。杉野医事課長は終了後「今月下旬の関係省令・通知改正までに、小児科と産科の募集定員枠の取り扱いについて再検討する」との方針を示した。

このほかの修正点については大筋了承された。臨床研修病院群の中核となる大学病院などを「基幹型臨床研修病院」とし、協力型臨床研修病院などと連携して研修を行うとした。基幹型臨床研修病院の指定基準に適合せず、指定取り消しの対象となる医療機関には一定の経過措置を設ける。基準を満たさないものの研修医の応募数が多いケースなどが想定され、各病院の事情に合わせて個別に対応する方針だ。

病院での募集定員枠は過去3年間の受け入れ実績の最大数とする。募集定員の加算要件となる派遣医師は「7年以上15年以下」の臨床経験を有することなどとした。募集定員に加算する数値は10人を上限とする。

パブコメは、医政局医師臨床研修推進室によると100件以上の意見が集まったという。田原克志室長は同日、メディファックスの取材に応じ、賛否両論が集まっているとした上で「検討会で議論していた段階からも賛否両論があり、それら両方を踏まえて見直し案を作成した。今の骨格は変え難い」と指摘した。都道府県ごとに設定された定員上限枠についても「撤廃することは難しい」とし、各病院の募集定員の設定に当たって激変緩和措置を講じる考えを示した。

都道府県ごとの募集定員上限をめぐるのは、地方の自治体や医師会などから反発の声が上がっている。厚労省案で全国で最大の定員削減率（30.8%）となった京都府は、地域医療や医学教育の現場に大きな混乱をもたらすとして、上限枠を撤回した上で再検討するよう求めた要望書を、舛添要一厚生労働相に提出した。要望書は京都府知事、京都市長ら27市町村長の連名。今回の見直し案は、府内の医師不足を一層深刻化させ、医療提供体制の崩壊につながる恐れがあると強い危機意識を表明している。

さらに、京都府立医科大と京都大医学部は県域を越えて医師を派遣していることから、地域ブロック単位での上限設定についても検討するよう求めている。また、京都府は府立医大に年間100億円を超える一般財源を運営費として投入しており、「今回の見直しは、そうした地方自治体の努力を無にするもの」と問題視している。

一方、研修医を大学医局に入局させず、地域の中核病院で臨床研修を受けさせる「名古屋方式」を実施してきた愛知県では、愛知県医師会長や病院協会会長など10団体代表者の連名で、舛添厚労相に見直し案に対する緊急要望書を提出した。今回の見直し案の実施によって、病院の救急医療体制が崩壊する危険性が高く、容認できないとしている。

（4/20・24MEDIFAXより）

厚労省改革の「工程表」改定／組織・体制の改革を追加

厚生労働省は4月28日、省内改革の「工程表」を改定した。厚労省の組織・体制の在り方について、「厚生労働行政の在り方に関する懇談会」が最終報告に盛り込んだ提言を具体化した内容を追加したほか、工程表の進捗状況を点検した上で2009年度の取り組み事項を見直した。

厚労省は同懇談会の中間まとめを受け、省内改革を進めるための具体的な取り組みを時系列にまとめた「工程表」を2月24日に公表。その後、同懇談会の最終報告が3月30日にまとまったことも踏まえ、事務次官をチーム長とする「省内改革推進プロジェクトチーム」で改定作業を進めていた。

新たに盛り込んだ組織・体制に関する改革では「医療・介護の連携」を目指し、医政局、保険局、老健局の各局長を中心に連絡調整の場の設置を求めた。これら3局が統一した方針で進める政策テーマや3局の連携方法、この業務を担うことになる審議官の任務やスタッフとなる企画官の活用など、組織・体制の在り方について検討する。検討結果に基づく具体的な要求は09年度中に実施する。

09年度の取り組み事項の見直しでは、試算に用いたデータを公表し、行政関係者以外でも政策効果などを検証できるようにすることについて、「可能なものから順次実施」と明記している。

（4/30MEDIFAXより）

「窓口無料」でも特別料金は徴収可／選定療養で厚労省が見解

厚生労働省は4月14日、自治体が乳幼児医療費助成制度を導入し乳幼児の窓口負担が掛からない地域であっても、時間外受診に関する選定療養として特別料金を徴収することができるとの判断を示した。メディファックスの取材に答えた。厚労省は「たとえ乳幼児医療費助成制度を導入していても、時間外の

選定療養の考え方とは異なるもので、特別料金の徴収は可能」（保険局医療課）としている。

軽症の救急外来患者の時間外受診を減少させ、可能な限り入院医療に特化することを目的に、時間外の受診者に対して選定療養の特別料金を徴収する病院が増えている。一方で、「子どもの窓口医療費の無料化」を掲げて乳幼児の医療費助成制度を導入する自治体も拡大している。

厚労省の見解では、医療費助成制度のある地域の医療機関は、助成対象患者も含めて特別料金の徴収は可能ということになる。

一方、厚労省は「地域連携小児夜間・休日診療料」を算定している医療機関は、選定療養として時間外の特料金を徴収することはできないとの解釈も示した。

理由について厚労省は「地域連携小児夜間・休日診療料は、急性発症や増悪した6歳未満の患者で、やむを得ず夜間・深夜・休日の時間帯に受診した患者を対象にしているため」（保険局医療課）とし、同診療料の算定と特別料金の徴収を同時に行うことは認められないとした。

医療課のまとめでは、地域連携小児夜間・休日診療料は2008年7月1日時点で全国で159施設が算定している。（4/15MEDIFAXより）

全都道府県に訪問看護ネットワークセンター／厚労省、12年度までに

厚生労働省は2009年度から、訪問看護事業所の業務を効率化するための「広域対応訪問看護ネットワークセンター」を都道府県と政令指定都市に設置する事業を始める。小規模事業所などで業務負担が増えていることを踏まえ、介護報酬の請求事務や医療材料の確保などを請け負うことが目的。都道府県と政令指定都市、または委託された団体などに設置する予定だ。厚労省は4月8日付で都道府県などに実施要綱を通知した。

同事業は全額国庫負担で、12年度までに全都道府県・政令指定都市での設置を目指す。厚労省は「在宅療養の充実のために、自治体には協力をお願いしたい」（老健局老人保健課）としている。

同事業に当たっては、都道府県看護協会や医師会の代表者、訪問看護事業者らで構成する「訪問看護推進協議会」を設置し、計画立案などを行う。自治体や同推進協議会が適当と認める場所にセンターをつくり、①介護報酬などのレセプト作成や利用者へ

の料金請求を代行する「請求事務等支援事業」②新規の利用者に関する相談窓口など「コールセンター支援事業」③特定治療材料や衛生材料の供給システムを整備する「医療材料等供給支援事業」一を実施。センターは複数の訪問看護事業所と連携し、同事業を行うことになる。

全国訪問看護事業協会が07年に実施した調査では、赤字経営の訪問看護事業所は約3割に上った。職員数が10人以下の小規模事業所ほど赤字割合が高く、業務負担の軽減や事業規模の拡大が必要と指摘されている。厚労省は今回のセンター事業により、小規模事業所をはじめとした訪問看護事業所の経営の安定化を図る考えだ。（4/20MEDIFAXより）

捜査機関への通知、判断基準を明示／死因究明で厚労省研究班

厚生労働省が検討を進めている「医療安全調査委員会（仮称）」をめぐる議論で、調査委から捜査機関への通知対象として示している「標準的な医療から著しく逸脱した医療」の具体的な判断基準を盛り込んだ報告書を、厚生労働省研究班がまとめた。判断基準は「故意に近い悪質な医療行為に起因する死亡、または死産の疑いがある場合」とし、①医学的根拠のない医療②著しく無謀な医療③著しい怠慢一がそれに当たると解説。それぞれの具体例を示している。近く研究班ホームページに掲載する予定だ。

「医学的根拠のない医療」については、根拠がなく独断で効果的と考えた医療行為をして、患者が死亡した場合とした。具体例として、腹痛を訴えて救急外来に来院した患者に対し、虫垂炎を疑わせる所見がないにもかかわらず虫垂炎手術を行い、術中に誤って消化管損傷を起こして死亡させた事例などを挙げている。

「著しく無謀な医療」としては①危険性が少なく有効なほかの選択肢があることを知った上で、危険性が高い医療行為を行った場合②その医療技術をまったく習得していないにもかかわらず独断で医療行為を行った場合一を挙げた。「著しい怠慢」は致命的になる可能性が高いことに気付किながら何もしなかった場合とした。

ただ、通知の対象になり得る医療行為があっても、緊急的な措置が必要だった場合や離島などの環境も考慮し、捜査機関への通知対象にならないこともあり得るとしている。

報告書は、2008年度の厚労科学研究「診療行為に

関連した死亡の調査分析に従事する者の育成及び資質向上のための手法に関する研究」の分担研究班がまとめた。捜査機関への通知は、医療者の倫理に照らし「故意に近い悪質度の高さ」を判断することが適切とし、「特定個人の責任に帰されるべきか」の観点から通知範囲を検討していた。

一方、医療機関から調査委への届け出については、第3次試案で判断基準として示されていた「死亡を予期できたかどうか」を、「一定の確率で発生する合併症として医学的・合理的に判断できるか」との表現に明確化すべきとした。

また、「誤った医療を行ったことが明らかか」については「判断に医学的専門性を必要としない、誤った医療を行ったことが明らかか」とするよう提案した。（4/27MEDIFAXより）

PICU「今よりかなり多い数必要」／外口医政局長

厚生労働省医政局の外口崇局長は4月22日の衆院厚生労働委員会で、厚労省の検討会で議題に挙がっている小児集中治療室（PICU）の整備状況について「今よりかなり多い数が必要になる」との認識を示した。阿部知子氏（社民）の質問に答えた。

阿部氏は、救命救急センターのPICUの整備状況について「全国に214カ所（救命救急センターが）あっても、子どもを専用に入れ入れてくれるのは19床しかない」と指摘。中学生程度までを対象に診療する小児専門病院でも「最大限見積もっても、85床しかない」と述べ、PICUの少なさを問題視した。

PICUの整備体制をめぐることは、厚労省の「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」で議論している。具体的に必要な病床数について外口局長は「厚労省の検討会での議論を踏まえて必要な対策を講じたい」と述べるにとどめた。（4/23MEDIFAXより）

DMA T、596チームを養成／参院厚労委で外口局長

厚生労働省医政局の外口崇局長は4月21日の参院厚生労働委員会で、大地震など災害発生時に被災地に駆け付けて救急治療を行う災害派遣医療チーム（DMA T）を「2009年3月末時点で596チームを養成した」と発表した。山本博司氏（公明）の質問に答えた。

DMA Tは、被災地で救急治療などを行うための

専門的な訓練を受けた1チーム5人からなる医療チーム。政府の中央防災会議で、11年度末までに1000チームまで増強することとしている。

外口局長は、DMA T養成のペースとして「毎年約120チームを養成する予定」と述べ、政府の目標達成に意欲を示した。また、被災地の状況を都道府県や医療機関が共有するための「広域災害救急医療情報システム」（EMIS）を導入しているのは、09年4月現在で39都道府県と公表した。（4/22MEDIFAXより）

直接来院患者の拒否「応召義務違反でない」／外口医政局長

メキシコなど新型インフルエンザまん延国への渡航歴や患者との接触歴が認められる発熱患者が、発熱相談センターを通じずに一般外来を受診した場合について、厚生労働省の外口崇医政局長は5月8日の参院厚生労働委員会で、医療機関が診療を拒否したとしても医師法第19条の応召義務の違反には当たらないとの考えを示した。古川俊治氏（自民）の質問に答えた。

発熱患者が医療機関での診察を拒否されたとの苦情が相次いだため、厚労省は6日付で医療機関向けに患者への対処方針を示した事務連絡を発出している。事務連絡によると、まん延国への渡航歴や患者との接触歴が認められる発熱患者が、じかに発熱外来を置かない医療機関を受診した場合について、医療機関は患者にまずは発熱相談センターに電話で相談し、センターが紹介する医療機関を受診するよう勧めるとしている。

古川氏は「これは要するに診療を拒否するものだが、医師法19条の応召義務違反に当たらないのか」と指摘した。

これに対し、外口局長は「新型インフルエンザの感染拡大防止が必要な現時点では応召義務違反にはならないのではないかと考えている」と答えた。

さらに、事務連絡では、発熱相談センターの指導に従い発熱患者が発熱外来を置かない医療機関を受診した場合は、医療機関は患者にマスクの着用を指導するなど感染予防に必要な指導を行った上で診察することとしている。

このケースについて外口局長は「発熱相談センターで新型インフルエンザの可能性が極めて低いと判断した場合の対処方針を示したもの」と述べ、基本的には普通に発熱した患者と同等に扱うべきだとし

た。（5/11MEDIFAXより）

救急隊の照会回数を記録／受け入れ拒否問題で提言

総務省消防庁の救急統計活用検討会は4月22日、救急搬送の受け入れ拒否問題などの実態把握に向け、救急隊が医療機関に患者の受け入れが可能かどうか照会した回数を記録するよう求める報告書をまとめた。

医療機関の受け入れ状況を示す統計データには現在、「転送」という項目がある。しかし、地域によって、救急車が医療機関に到着後に受け入れを断られたケースだけだったり、車内からの照会も含めたりと統一性がなかった。

このため検討会は、受け入れの可否が事実上決まる「照会」について、実態を把握する必要があると指摘。併せて、受け入れ拒否の理由も報告すべきとしている。

報告書ではこのほか、患者ごとにきめ細かい対応ができるよう、患者の年齢区分を新生児から高齢者までの5種類から、高齢者を75歳未満とそれ以上に分けるなどして9種類に増やし、疾病の区分も細分化するよう求めている。

報告書を受け、消防庁は今後、関係学会などと協議。報告項目の定義を明確化した上で、新たな統計システムの普及を進める。

救急搬送の記録は、個別の出動ごとにオンラインで入力、最終的に消防庁が全国の状況を集約している。【共同】（4/24MEDIFAXより）

「2200億円」見直し含め検討／財政審の西室会長、6月の建議に向け

財務省の財政制度等審議会は4月21日、財政制度分科会・財政構造改革部会を開き、6月にも公表する建議の策定に向けて社会保障制度をテーマに議論した。西室泰三会長は会議終了後の記者会見で、社会保障費の自然増2200億円削減問題について「もう一度、リアリスティックに2200億円削減だけを金科玉条とすることが正しいのか論議せざるを得ない」と強調。医療現場の実情を踏まえ、削減見直しを含めて検討する考えを示した。財政審は今回を含め3回にわたって社会保障全般について議論する。西室会長は「今回の建議では、社会保障が重要という認識がある」と述べた。

西室会長は、2200億円削減問題について「小泉政

権の5年間で、1.1兆円（毎年2200億円）削減することができたので、今後もやったらどうかということを出てきたもの」と解説。「現実問題、国民の安全・安心を考えると、ミニマムはここまでやらないといけないという計算を社会保障国民会議で検討した。その実現を考えるのは行政として必要なことだ」とも述べた。

同日の会合では、医師の偏在問題についても議題に上がった。ある委員はドイツを例に挙げて「国を12に、診療科を14に分けてそれぞれ定員を定め、10%を超えると開業しないように指導するシステムがある」と紹介。偏在解消に向けて、ドイツの実例を詳細に調べた上で検討する必要があると提案した。

（4/22MEDIFAXより）

医療安全調査委法案「内容を了承」／法務省・警察庁の幹部

法務省と警察庁の幹部が4月21日、参院厚生労働委員会に参考人として出席し、厚生労働省が検討を進めている「医療安全調査委員会（仮称）」創設を盛り込んだ第3次試案と法案大綱案について、それぞれの官庁として内容を了承していると説明した。西島英利氏（自民）の質問に対する答弁。

法務省の甲斐行夫大臣官房審議官は「厚生労働省の策定した第3次試案の内容については、事前に協議を受け、公表することを合意している」と指摘。警察庁の西村泰彦長官官房審議官も「第3次試案、大綱案の策定、公表に当たっては警察庁としても協議にあずかり、内容について了承している」と述べた。

また、警察へ通知することになる「標準的な医療から著しく逸脱した医療」について、厚労省の外口崇医政局長は「個々の事例ごとに、病院等の規模や設備、地理的環境、医師等の専門性の程度、緊急性の有無、医療機関全体の安全管理体制の適否等を勘案する」と解説した。

さらに、「標準的な医療から著しく逸脱した医療」の判断基準として、2008年度の厚生労働科学研究では「故意に近い悪質な医療行為に起因する死亡の疑いがある場合とし、医学的根拠のない医療、著しく無謀な医療、著しい怠慢を通知の対象とする」と提案していると紹介。「こうした議論を踏まえて検討していきたい」と述べた。（4/22MEDIFAXより）

教育指針を改訂、実習を充実へ／医学教育カリ検討会が報告書

文部科学省の「医学教育カリキュラム検討会」は4月13日、卒前・卒後の一体的な医師教育体制の構築に向けて基本的な方向性を示した報告書（意見の取りまとめ）をまとめた。基本的診療能力の習得や地域医療を担う意欲・使命感の向上などを柱とし、具体的な方策として、大学での医学教育の指針となる「モデル・コア・カリキュラム」の改訂や、臨床実習に必要な最低単位数を法令上明確化することなどを求めている。

報告書では、医学教育の現状について「臨床実習の内容・程度には大学間、診療科間で格差があり、個々の診療科等で独立して実施されている状況も見られ、診療参加型臨床実習への転換は必ずしも十分ではない」と指摘。

改善に向けた基本的な方向性として①基本的診療能力の習得と将来のキャリアの明確化②地域の医療を担う意欲、使命感の向上③基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養④学習成果を生かす多面的な評価システムの確立⑤医学教育の充実に必要な指導体制の強化—の5点を挙げた。

基本的な方向性を具体化させるため、モデル・コア・カリキュラムを改訂し、内科や外科など基本科目の実習を充実させることや、地域の多様な現場に触れ、地域の人々に接する機会を設けることを提案した。

基本的診療能力を習得させるための方策としては、大学設置基準の改正によって臨床実習に必要な最低単位数を法令上明確化させることや、診療科横断的に臨床教育の企画・調整を行う委員会を大学に設ける必要性を指摘した。

地域医療を担う意欲や使命感の向上のため、大学が医療機関や自治体、医師会と一体となって地域全体で医師を養成・確保するシステムの構築を推進するとしている。（4/14MEDIFAXより）

産科医当直は「労働時間」／奈良地裁、県に割増賃金支払い命令

県立奈良病院（奈良市）の産科医2人が、2004年、05年の当直勤務の時間外割増賃金など計約9200万円の支払いを県に求めた訴訟の判決で、奈良地裁（坂倉充信裁判長、異動のため一谷好文裁判長代読）は4月22日、当直を時間外労働と認め、計約1500万円の支払いを命じた。奈良県は当直1回につき2万円

の手当を払うのみだった。弁護士によると、医師の当直が労働時間に当たるかどうか争われた訴訟は初めて。当直に定額手当しか支払わない例は全国にあり、ほかの病院にも影響を与えそうだ。

判決は「産科医は待機時間も労働から離れていたとは言えず、当直開始から終了まで病院の指揮下にあった」と指摘。当直は労働基準法上の時間外労働に当たり、割増賃金支払いの対象になるとして「現実には診療をした時間だけが労働時間」とする県側主張を退けた。

判決によると、産科医2人は04-05年にかけてそれぞれ約200回、夜間、休日に当直勤務をした。その際、分娩に立ち会うことも多く、異常分娩の時に診療行為をすることもあった。さらに、病院での宿直時は睡眠時間を十分取ることは難しく、当直中はポケベルを携帯し、呼び出しに速やかに応じることを義務付けられていた。判決は時効となった04年10月以前を除いた分について、手当を支払うよう命じた。一方、休日も自宅で呼び出しに備える「宅直勤務」について、判決は「医師が自主的に設けたもので病院の指示ではない」として労働時間と認めなかった。判決後、原告の産科医らは「緊急事態に対応するためにはコストがかかることを考えてほしい」などとコメントした。

当直勤務をめぐるのは、ビル管理会社社員の宿直を労働時間とした最高裁判決がある。

【共同】（4/24MEDIFAXより）

経済対策、効果に半信半疑／連合会長

連合の高木剛会長は4月13日、日本外国特派員協会で講演し、政府の追加経済対策について「内需の核になる家計消費のプラスになるものが、非常に少ない」と述べた上で、「（景気が）夏ごろ、秋、暮れには回復したということになるのか、半信半疑だ」と効果に疑問を呈した。（4/14MEDIFAXより）

市場原理主義で医療格差の拡大進む／日医総研WP

日医総研はこのほど、「市場原理主義が日本と日本の医療にもたらしたもの」をテーマにワーキングペーパー（WP）をまとめた。WPは、厚生労働省の「概算医療費データベース」に基づき、500床以上の大規模病院は2000年度から06年度までに医療費シェアを19.5%から20.2%に増加させたと指摘。一方、医療施設（動態）調査では、500床以上の病院は496施

設から479施設に減少しているとして、特定の医療機関への資源の集中が現実のものになりつつあると強調した。

さらに、地方などで医療機関の閉鎖・縮小が相次いだことから、医療費が「勝ち組」となった大規模病院に集中しているとした上で、医療分野での「市場原理主義」に基づく施策が、大規模病院への資源の集中を招いたとの問題意識を表明。平均在院日数の大幅な短縮化や医療機能の集約化は、結果的に「医療難民」「介護難民」として苦しむ患者を増やすことになるとし、市場原理主義からの脱却を強く訴えた。（5/11MEDIFAXより）

介護保険編

新要介護認定で「経過措置」通知／軽度判定でも従来の要介護度可

厚生労働省は4月17日、要介護認定の新方式での判定結果が従来と異なる場合、認定申請者の希望があれば従来の要介護度で介護サービスが受けられる経過措置について、都道府県に通知した。経過措置の実施期間は、新要介護認定制度の検証が終了するまで。

対象者は更新申請を行う以前の要介護・要支援状態とすることを希望する利用者。市町村は更新認定時に申請者に対し「従来の要介護度とする必要があるかどうか」「必要であれば①軽度の場合②重度の場合③軽度でも重度でも—のいずれを希望するか」を聞く。通知では利用者の意思確認をするための様式例として「要介護認定等の方法の見直しに係る経過措置希望調書」を提示している。申請者は希望する内容を書面に記載しなければならないが、申請者自身が記載できない場合は、市町村がその意思を確認して書面に残しておかなければならない。

申請者が従来の要介護度を希望する場合、認定審査会は従来の要介護状態区分に沿った審査・判定を行うことになる。見直し後の要介護認定を検証するために、厚労省は市町村に対して経過措置を行った利用者のデータや、希望を反映する前の判定結果などを情報提供するように求めている。（4/20MEDIFAXより）

介護保険制度改正の議論に着手／自民・介護委、今回は療養病床問題

自民党の社会保障制度調査会・介護委員会は4月23日、厚生労働省から介護分野での経済危機対策や第4期介護保険料、要介護認定の見直しに伴う経過措置について説明を受けた。田村憲久委員長は会議終了後、記者団に対し、同委員会で介護保険制度改正に向けた議論を始める考えを示した。5月の連休明けに開く次回会合で療養病床問題についてヒアリングを行った後、法改正への議論を始める見通しだ。

田村委員長は、同日の会議で「介護保険の制度自体が心配」との声が上がったとした上で「党委員会としては、次の（介護保険法）改正に向かっての骨太の議論をしていく。選挙向けではなく政治家としての議論が必要。政権を取ろうが取るまいが、党としてこの問題を検討していかなければならない」と話した。現行制度については「公費負担5割は限界が来ている」と述べ、介護保険料の引き上げも視野に、財源問題を検討する必要があるとした。

（4/24MEDIFAXより）

新要介護認定の経過措置「新規の人には不公平」／民主・山井氏

新要介護認定の経過措置について、民主党の山井和則衆院議員は4月23日の同党介護保険改革チームの会合で「新規の人は選択の余地がない。新しい人は有無を言わず新しい基準しか選べない」と述べ、新たに要介護認定を受ける人も希望すれば古い基準を当てはめるべきだと主張した。

経過措置は、更新申請を行う人を対象に、希望すれば従来の要介護度を維持することを認める内容。新たな基準で要介護度が軽度になるなどの不安を持つ人に対応するため、厚生労働省による新基準の検証結果が出るまでの間は今までの要介護度を認めることになっている。

山井氏は「もし経過措置が認められるなら新規の人にも古い認定で受けられないと不公平だ」と述べ、新たに認定を受ける人にも配慮すべきとした。

厚生労働省老健局老人保健課の鈴木康裕課長は「今回の経過措置の考え方は、今、受けているサービスが今回の見直しの結果、受けられなくなる不安に対応するというものだ」と説明し、新たに認定を受ける人が疑問を感じた場合は「区分変更申請」で対応するとした。（4/24MEDIFAXより）

要介護認定見直し、3段階で検証作業／厚生労働省検討会が初会合

厚生労働省は4月13日の「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」で、2009年4月施行の新要介護認定制度の検証を開始した。旧方式と新方式の要介護認定の結果を比較することで、見直し後の結果が全体として大きく変化していないかどうかを検証する。老健局老人保健課の鈴木康裕課長は「長期的にはケアマネジメントまで一定程度入った広い部分について検討する」と述べ、短・中・長期の3段階で検証作業を行う方向性を示した。

新方式の検証は厚生労働省が収集した自治体別の審査件数などのデータや市町村の提供データを使用。制度見直し前後での①1次判定での各要介護度の分布②2次判定での1次判定の変更率③2次判定での各要介護度の分布一を比較、分析する。

（4/14MEDIFAXより）

要介護認定の内部文書「局内の資料」／厚生労働省が存在認める

要介護認定の見直しによる軽度化が介護給付費の抑制につながるとした厚生労働省の内部資料の存在を共産党の小池晃参院議員が指摘した問題で、資料の調査を行っていた厚生労働省は4月13日、「局内の打ち合わせで用いた資料と確認された」とする報告書を取りまとめた。厚生労働省は14日の参院厚生労働委員会で調査結果を報告する。

宮島俊彦老健局長は同日の「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」で老健局の内部資料だったことを報告。「介護報酬引き上げが避けられない中で財源をどうするか。実現可能性を問わず作成された資料。実際に行ったものはほとんどない」と述べた。

小池氏が指摘した内部文書は、要支援2と要介護1の割合を「5対5」から「7対3」に近づけるとする「要介護認定2009年度制度改正案」と、要介護度の重度変更率を減少させることを想定して介護給付費の縮減効果額を示した「09年予算要求スケジュールの取り扱いについて（案）」「介護給付費の縮減効果額（給付費ベース）」。

報告書によると、「要介護認定改正案」は08年4月24日に老人保健課が作成した。ただ、制度見直しに向けて実施したモデル事業では、旧方式で「要支援2が51%、要介護1が49%」、新方式で「要支援2が45%、要介護1が55%」と、いずれも7対3にはなっていない。報告書は、新方式ではむしろ要介護1

の割合が高くなっているとし、自治体に対し「7対3」にすべきとの指導を行った事実はないとした。

一方、「介護給付費の縮減効果額」に関する資料は08年2月6日に総務課が作成した。報告書は、1年後の09年度介護報酬改定がプラス改定となった場合を想定し、財源確保のために、実現可能性は問わず老健局内の議論のために作成した資料とした。また、資料の中で触れている「要介護認定の適正化」は、都道府県の介護給付適正化計画に基づく適正化事業を指すとし、09年4月の要介護認定制度の見直しとは無関係とした。（4/14MEDIFAXより）

「交付金」による処遇改善も調査へ／09年度介護報酬改定、検証開始

厚生労働省は4月20日、社会保障審議会・介護給付費分科会の下に設置した「調査実施委員会」の初会合を開き、2009年度介護報酬改定が介護従事者の処遇改善に反映されているかどうかの検証を始めた。09年9月末での給与や賞与引き上げ状況を調査し、10年2～3月頃に調査結果をまとめる。

厚生労働省の宮島俊彦老健局長は「プラス改定の影響と合わせて、緊急経済対策での処遇改善交付金の影響も検証していかなければならない」と述べ、政府の緊急経済対策に盛り込まれた「介護職員処遇改善交付金」（仮称）の影響も調査する方針を示した。交付金の影響度調査については10年度になる見通しだ。

5月中旬の次回会合で調査内容を決め、6月の介護給付費分科会に報告。調査は10月に行い、翌年2～3月にかけて結果をまとめる。調査結果は10年4月以降の介護給付費分科会で報告する予定だ。

（4/21MEDIFAXより）

第4期介護保険料は平均4160円／伸び率は1.7%で過去最低

厚生労働省は4月23日、第1号被保険者（65歳以上）の第4期介護保険料が、第3期と比べて1.7%増の平均4160円（月額）になったと公表した。介護保険料の伸び率は過去最低で、厚生労働省老健局介護保険課は「各市町村の介護給付費準備基金の取り崩しと、介護報酬引き上げに伴う保険料増の軽減措置で伸び率が抑えられた」としている。

第3期の保険料基準額を引き上げた保険者は約55%（902保険者）で、残りの約45%（726保険者）は据え置きか引き下げていた。保険料基準額の分布

状況は「3501円以上－4000円以下」（34.3%）と「4001円以上－4500円以下」（31.0%）が全体の約6割を占めた。

都道府県別で保険料基準額が高かったのは青森（4999円）で、次いで沖縄（4882円）、徳島（4854円）の順。最も低かったのは千葉（3696円）だった。厚生労働省は「全国レベルで見たら明確な傾向はない」とした上で、保険料が高い自治体は①介護サービスの受給率が高い②財政安定化基金の償還のための保険料上乗せなどが、低い自治体は①準備基金の積極的な取り崩し②元気高齢者が多い—などの傾向がそれぞれ見られるとしている。

第4期介護保険料に当たっては介護給付費準備基金総額の約73%に当たる約3000億円が切り崩されており、これによる保険料軽減の影響は約300円。2009年度介護報酬改定での3.0%引き上げに伴う保険料増を抑制する「介護従事者処遇改善臨時特例交付金」の影響は約65円だった。これらの結果、介護保険料の伸び率が抑制され、第1期から第2期では13%増、第2期から第3期は24%増だったのに対し、第4期では1.7%増にとどまった。

特例交付金はプラス3.0%による初年度上昇分の全額、次年度の半額を一括して交付するが、約8割の保険者が3年間同じ保険料を設定するとしている。（4/24MEDIFAXより）

要介護認定の新方式「即時中止を」／保団連

保団連は4月20日、2009年4月からの要介護認定の新方式の即時中止を求める声明を発表した。軽度判定でも従来の要介護度で可能とする経過措置について「新たに認定を受ける人には何の手だてもなく、小手先の対策」と指摘し、新制度の見直しを要望した。

要介護度の軽度化が介護給付費の抑制につながるという厚生労働省の内部資料については「政府の政策決定を前に制度運営の改悪を老健局が検討していたことを公式に認めたもので、大問題」と主張した。（4/21MEDIFAXより）

京 都 編

京都府内救急搬送さらに悪化／08年実態調査まとめ

京都府が4月23日までにまとめた2008年の府内救急搬送受け入れ実態調査で、搬送した重症患者のうち、複数の医療機関に受け入れを照会したケースが2割近くを占め、9病院から受け入れを断られたケースや、受け入れ先が決まらず救急車が現場に150分以上滞留したケースも3件あった。

府消防安全課のまとめによると、08年の救急搬送人員は約10万4400人。うち重症患者は約8300人だった。重症患者を複数の医療機関に照会したケースは2360件で17%を占め、全国平均（15%）や07年の府調査（15%）を上回った。

また、照会回数が4回以上だった例は196件あり、受け入れ先が決まらず、救急車が現場に30分以上滞在したケースも188件（2.6%）あった。

受け入れに至らなかった理由は「手術中・患者対応中」（29%）が最も多く、次いで「処置困難」（24%）、「ベッド満床」（21%）だった。

産科・周産期の患者では、病院を4カ所探したケースが4件、小児患者の搬送では8病院に断られた例が2件あった。

京都府の救急搬送受け入れ実態調査で、搬送先の照会回数が10回に達したケースが明らかになった。

南丹市で08年2月に発生した交通事故で、50代の女性が脚に大けがを負った。京都中部広域消防組合消防本部（亀岡市）が、病院の受け入れ状況を示す府救急医療情報システムで確認した医療機関などに電話で照会したが、「ベッド満床」「他の患者に対応中」などを理由に9回断られ、京都市内の病院に搬送したのは、救急車が現場到着してから80分後だったという。

同消防本部は「日曜で診療体制が整っていなかったのが原因ではないか」とみている。

国の研修医削減修正案「一定配慮」と評価 ／京都府知事、本質的解決まだ

国の臨床研修制度見直し案で、2010年度はおおむね現状維持とする厚生労働省の修正案について、京

都府の山田啓二知事は4月24日、「最初のとんでもない話からすると、府の事情にも一定配慮してくれた」と評価した。その上で、「（医師不足の）本質的な解決にはまだ至らない」とし、引き続き、各府県の実情を反映した制度づくりを国に求めていく考えを示した。

当初、国の臨床研修制度見直し案では、厚労省の試算によると、京都府の場合、「190人の削減（削減率30%）」となり、全国の都道府県の中で、最も厳しい定員削減を迫られていた。

これに対し、府などは「府内の医師不足をさらに深刻化させる」と強く反発。同省は23日、激変を緩和するため、来春に限り前年の受け入れ実績を考慮するよう修正した案を示した。山田知事は定例会見で、「3割カットのような急変はしないと聞いているが、全体像が分からず、その後が未定だ」と、新たな研修医制度の成り行きを不安視するとともに、「府が医師確保に向けて税金を投入して頑張ってきた評価を明らかにするよう求めたい」と強調した。

夜間・休日、南部に統合／京都府の精神科救急窓口

京都府は2009年度から、精神科救急の手薄な夜間と休日の相談窓口となる北部（舞鶴市）と南部（京都市）の「精神科救急情報センター」を南部に一本化した。北部は専従の医療スタッフが確保できず、

相談件数も南部の2割と少ないため、統廃合を決めた。

情報センターは、精神科救急の要として、国が1995年に制度化した。夜間と休日に患者や家族から電話を受け、相談員が病状や緊急性を見極めて入院先を紹介したり、警察や保健所に連絡する。

京丹波町以南を受け持つ南部は京都精神保健福祉協会（京都市上京区）が02年度から、北部は国立病院機構舞鶴医療センター（舞鶴市）が06年度から、それぞれ府の委託を受けて運営している。

しかし、医療センターによると、相談員の精神保健福祉士を募集しても、まったく集まらず、医師や看護師が午後10時まで相談を受け持つ状況が続いていた。南部は約20人の相談員がいる。また、07年度の相談件数は南部の2850件に対し、北部は550件だった。

このため、府は08年末に南部への統廃合を舞鶴医療センターに打診した。福祉協会も了解し、09年3月に統廃合が決まった。

府は、南部の相談員がスムーズに北部の業務を引き継げるように、精神科救急の基幹病院でもある舞鶴医療センターの医師、看護師たちと意見や情報の交換会を5月に開く。

府障害者支援課は「統廃合で救急医療の態勢が崩れる訳ではない。北部の人は電話代がかさむが、対応時間は増える」としている。

新型インフルエンザ総合コールセンター （専用電話相談窓口）

新型インフルエンザに関する相談について、24時間対応します（土・日曜日・祝日含む）。

電話番号：075-414-4726

FAX番号：075-414-5922

発熱相談センター

発熱相談センターは、電話相談で、受入が可能な医療機関の紹介を行います。

●京都府内保健所（24時間対応）

乙訓保健所……………075-933-1153

山城北保健所……………0774-21-2911

山城南保健所……………0774-72-0981

南丹保健所……………0771-62-2979

中丹西保健所……………0773-22-6381

中丹東保健所……………0773-75-0806

丹後保健所……………0772-62-4312

●京都市保健医療課（24時間対応）：075-222-3421

●京都市内保健所（平日、8時30分から17時）

北保健所……………075-432-1438

上京保健所……………075-432-3221

左京保健所……………075-781-5171

中京保健所……………075-812-2594

東山保健所……………075-561-9128

山科保健所……………075-592-3477

下京保健所……………075-371-7291

南保健所……………075-681-3573

右京保健所……………075-861-2177

西京保健所……………075-392-5690

伏見保健所……………075-611-1161

厚生労働省による電話相談窓口：03-3501-9031

（9時～21時、土・日曜日・祝日含む）

京都府HPより

統廃合した「府精神科救急情報センター」はTEL：075（323）5280。

無届け老人ホーム3カ所把握できず／府、舞鶴と福知山再調査で判明

3月に群馬県渋川市の無届けの高齢者入所施設で10人が死亡した火災を受け京都府が施設調査したところ、無届けの有料老人ホームが舞鶴市と福知山市の計3カ所に存在することが、5月1日分かった。無届けの施設について、府は火災直後の厚生労働省の照会で「ゼロ」と答えていたが、あらためて調査した結果、判明したという。

府によると、3カ所は個人や有限会社が民家を使って運営し、定員が4～10人。食事や掃除、入浴などの介護を受けながら暮らせる施設で、月額10～15万円の料金をとっているが、老人福祉法に基づき府に「住宅型有料老人ホーム」の設置届が必要になる。

府によると、特に処遇や消防設備面で大きな問題点は見当たらなかったが、早急に届け出するよう指導し、各施設とも了承したという。無届けについては「届け出が必要なことを知らなかったようだ」としている。

3施設を当初把握していなかったことについて、府は「反省するが、無届けかどうかは外見上、見極めにくい。今後、より地域と連携し、実態把握したい」と説明している。

高齢結核率、京都で上昇／60歳以上7割超に

結核患者数に占める高齢者の割合が、京都市内で年々高くなっている。結核患者は京都市を含め全国的に減少傾向にあるが、2008年速報値で市内の60歳以上の患者割合が初めて7割を超え、全国平均を大きく上回るとみられている。市は「高齢化率が高くなり、体力の低下が一因」とみているが、今後も増加する可能性が高く、早期の受診を呼びかけている。

市内の結核患者数は04年428人、05年407人、06年366人、08年337人と減少傾向にある。人口10万人当たりの患者数を示す罹患率も29.2（04年）から23.0（08年）に減った。

しかし、患者に占める60歳以上の高齢者の割合は年々増加。04年は59%（253人）だったが、05年には66%（269人）、07年69%（267人）にアップし、さらに、08年には72%（244人）と初めて7割を突破した。高齢患者は全国的にも微増傾向にあるが、07年

と比較すると、京都市は全国平均（62%）を7ポイントも上回っている。

高齢者の比率が上昇している理由について、市は「京都市はほかの同規模の都市と比べて高齢化率が高く、戦前戦後に結核がまん延した時代に感染し、体力が衰えてきた今になって発症しているのでは」と分析している。

京都府によると、近年、府内でも高齢者の患者比率が高水準で推移しているという。

離職看護師“掘り起こし”／不足解消へ京都市対策

京都市は市内の看護師不足対策として、看護学科がある大学などと連携し、看護師資格を持ちながら現場を離れている人の復帰支援や現役看護師の能力を高める研修システムを構築する。2011年度からの研修開始を目指し、大学や病院との協議を進める。

市が08年12月から09年1月に市内で200床以上ある21病院に聞いたところ、就職から10年未満で約72%の看護師が離職していた。出産を機に離職した場合、育児が一段落するまでの医療技術の進歩についていけないとの不安から、復帰に二の足を踏むケースが多いとみられ、看護師不足の要因にもなっているという。

現場への復帰支援策としては、府看護協会による求人紹介や講習が行われているが、市は大学との連携による研修に力を入れ、看護学科のある大学の教員に復帰前の実習を委託し、病院側の研修受け入れによる負担を軽減して最新医療技術が学べる仕組みをつくる。

また、現役看護師ががんや認知症など専門分野を学べる場も提供し、活動の幅を広げて定着率アップを図る。

市は11年度末に市立看護短大を廃止し、佛教大が新設予定の看護学科の運営に協力する方針で、他大学でも看護学科設置の構想がある。これらの看護系の大学と病院、市が協力する新たな枠組みで、「看護師の離職を抑え、有資格者の掘り起こしにつなげたい」（保健福祉局）としている。

麻しん予防で集団接種始まる／京都市の市立中

2008年度から全国の自治体で中高生を対象に始まった麻しん予防接種事業で接種率が伸び悩み、京都市でも全国平均をやや上回ったものの7割程度にとどまっている。原則的に医療機関で個別接種が求め

られることが要因とみられるため、市は集団接種に切り替え、4月16日から市立中で取り組みを始めた。

麻疹は一般的に子どもがかかるとされ、国は就学前1回の接種を無料にしてきたが、近年、大学生など成人にも流行。国はより確実に防ぐため、06年度から就学前2回の接種を無料にする制度に改めた。各自治体では06年度時点で就学している児童・生徒にも2回目接種を受けさせるため、08年度から12年度の5年間、中学1年と高校3年を対象に無料の麻疹予防接種に取り組んでいる。

しかし、個別接種が原則のため接種率は伸び悩み、08年度の中学1年接種率は全国平均66.2%（08年12月末時点）。京都市でも学校を通じた広報や個別に接種を勧めるハガキを送付したが、68%（09年2月末）にとどまった。

京都市は接種率を高めていくため、02年度のBCG接種以来となる学校での集団予防接種を中学1年を対象に実施することにした。高校3年は今後も個別接種だが、12年度までに目標の接種率95%達成を目指す。今後11月までに市内73校で約1万人が接種する見込み。

調査・データ編

子どもの数は28年連続減／人口比世界最低水準

5月5日の「こどもの日」にちなんだ総務省が4日発表した人口推計（4月1日現在）によると、15歳未満の子どもの数は少子化で、1982年から28年連続で減少し、1714万人と過去最少を更新した。総人口に占める子どもの割合も13.4%と、35年連続で低下、世界でも最低水準となっている。

子どもの内訳は男の子が878万人、女の子が835万人。3歳ごとに区切って子どもの数を比べると、小学校入学前（3～5歳）よりも乳幼児（0～2歳）の方が出生数の増加で5万人多く328万人。

景気回復などで結婚するカップルや第2、第3子をもうける夫婦が増えたことなどから、出生数が2006年から増加に転じたのが要因だが、内閣府の少子化対策推進室は「増加は非常に緩やかで、少子化に歯止めをかけるには至っていない」と分析している。

また、都道府県別の人口に占める子どもの割合（2008年10月1日時点）では、最も高かったのは沖縄の17.9%で、次が滋賀15.1%、愛知14.7%で順位は前年と同じ。一方、最も低かったのは秋田の11.5%、次は東京11.8%。ただ、東京は全国で唯一、前年よりも割合が増えた。

人口に占める子どもの割合を国連人口統計年鑑に掲載された人口3000万人以上の31カ国と比べると、調査年次に違いはあるが、日本はドイツ13.9%、イタリア14.1%を下回り最も低く、最高はナイジェリアの44.3%だった。【共同】

総病床数、前月比845床減／医療施設動態調査1月

厚生労働省が4月21日に発表した「医療施設動態調査」（2009年1月末概数）によると、病院・診療所を合わせた総病床数は175万5383床で、前月に比べて845床減少した。病院の病床数は160万8949床で前月から347床減少、一般診療所でも498床減り14万6271床となった。

病床数は、一般病床が90万8431床で61床増加した一方、療養病床は34万17床で329床減、精神病床も34万9276床で87床減った。

医療施設の総数は、前月から112施設減の17万6269施設だった。病院は8783施設（前月比5施設減）、一般診療所は9万9497施設（同72施設減）。療養病床を持つ医療施設は、病院が4066施設で8施設減少、一般診療所も7施設減って1703施設となった。（4/22MEDIFAXより）

薬害肝炎患者、肝硬変への進行は少数／厚労省研究班

フィブリノゲン製剤や血液凝固因子製剤の投与を受けてC型肝炎ウイルスに感染した人のうち、肝硬変や肝がんまで進行している人は少数にとどまっていることが4月17日、厚生労働省研究班の調査で分かった。製剤を投与されてC型肝炎ウイルス感染が判明している患者の病態は初期段階にとどまっている例が多く、研究班は「インターフェロンなどの抗ウイルス療法などによって、C型肝炎ウイルス持続感染状態からの脱却や、肝病期の進展抑止が十分可能と考えられる」としている。

調査は、2007年度に続いて2回目。厚労省の調査で、フィブリノゲン製剤の投与が確認された医療機関741施設に、投与経路や患者の状況などを尋ね、530

施設（患者数8799人）から回答を得た。08年度は、血液凝固因子製剤の投与が行われた190施設も対象とした同様の調査も実施。66施設（同862人）が回答した。

調査結果によると、死亡が確認されたのはフィブリノゲン製剤で27.6%、血液凝固因子製剤で65.7%。このうち、死因が肝炎関連とされた人はそれぞれ5.3%、19.1%にとどまった。

全患者のうち、C型肝炎ウイルスに感染している人はフィブリノゲン製剤で11.3%、血液凝固因子製剤で9.6%、B型肝炎ウイルスに感染している人はそれぞれ0.6%と1.4%。いずれも感染していない人がそれぞれ16.2%、12.2%いた一方、不明とした人はいずれも6割以上に上った。

研究班はこの調査を基に、C型肝炎ウイルスの感染が判明した患者（フィブリノゲン製剤800人、血液凝固因子製剤63人）を対象に、より詳しい調査を実施。現在の病状などを聞いた。

現在の病状が把握できた人のうち、肝炎が治ったと回答した人は、それぞれ14.4%と6.9%。無症候性キャリアは14.7%と24.1%、慢性肝炎は43.4%と34.5%で病態が初期段階にとどまっている人が多かった一方、肝硬変や肝がんまで進行している人はそれぞれ15.6%と6.9%だった。

こうした調査結果について研究班は「C型肝炎の自然経過をたどっている人は現時点では少ない」と分析。C型肝炎の病態は初期段階にとどまっている例が多いと指摘し、「今からでも遅くないので、インターフェロン治療を行いウイルスを駆逐することが、問題を解決する手だて」としている。

（4/20MEDIFAXより）

後発薬への変更不可は3分の1／厚生労働省調査

医師の処方せんで、先発薬から後発薬（ジェネリック医薬品）への変更を認めないものが34%あり、変更を認めた処方せんでも実際に後発薬が使用されたのはうち6%だったことが、厚生労働省の調査で5月7日分かった。

医療費を抑制するため厚生労働省は、有効成分は同じで価格が安い後発薬の使用拡大を期待しているが、処方せん全体ではわずか4%の使用にとどまった。ただ、調査対象となった薬局の58%では「変更可能」との説明を受けても変更を希望しない患者は5割未満で、説明次第では変更の数が増える可能性もあるとみられる。

後発薬の使用を促進するため国は2008年度の診療報酬改定で、後発薬への変更を認めない場合だけ医師が「不可」欄に署名する形に処方せん様式を改めた。

今回の調査では、医師の不可・署名のない処方せんを持参した患者の9割以上に「後発薬への変更が可能」であることを説明している薬局はわずか10%。58%は患者の3割未満にしか説明していなかった。患者が変更を希望しない理由では「後発薬に不安がある」、「（自己負担額の）差額が小さい」などが目立った。

全体の3分の1以上に上る変更不可の処方せんには、後発薬がないケースも含まれる。【共同】

非正規労働者20万人が失職／08年10月以降、厚労省調査

2008年10月から09年6月までに職を失ったり、失う見通しの派遣社員や契約社員ら非正規労働者が20万7381人に達したことが厚生労働省の調査で5月1日、分かった。前回の3月調査より8.0%増加し、20万人を突破した。

同じ期間に解雇などで職を失う正社員は1万8315人で、前回調査に比べ46.5%増と大幅に増えた。不況の深刻化で業績の悪化に歯止めがかからず、企業のリストラが正社員にも波及していることが裏付けられた。

政府は失業者の職業訓練支援など追加経済対策のための補正予算案を国会に提出したが、雇用情勢の悪化が続けば一段の対策を求める声が強まりそうだ。

失職する非正規労働者を雇用形態別に見ると、派遣社員が13万2458人と最も多く、全体の6割強を占めた。契約社員は4万4250人、請負社員は1万6189人だった。

失職時期は08年12月が4万8545人と最も多く、次が09年3月の4万4786人。失職した非正規労働者のうち再就職が確認できたのは1万5617人で、動向が分かった人のうち21.3%で、前回調査より3.2ポイント上昇した。

調査は4月17日時点で把握できたデータをまとめた。正社員の失職は、原則、1事業所で100人以上が職を失う場合だけを集計した。【共同】

医科の電子レセプト、5割超え／支払基金

社会保険診療報酬支払基金は4月24日の定例会見

で、2009年3月の医科電子レセプトによる請求が件数ベースで50.2%に達したことを明らかにした。オンラインによる請求は22.3%で、1年前に比べ倍増していた。調剤なども含めたレセプト全体に占める電子レセプトの割合は58.7%（オンライン33.7%、電子媒体25.0%）だった。

09年4月審査分の特別審査委員会取り扱い状況は、対象となる40万点以上の高額レセプトが計1257件。内訳は医科は1197件、漢方製剤の投薬が4000点以上の医科41件、歯科19件だった。

このほか、薬局による調剤報酬のオンライン請求を支援する事業に関して、近く日本薬剤師会と業務委託に関する契約を結ぶことを明らかにした。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。支払基金によると、36道県が送信代行業務を委託する意向を示しており、ほかは国保連などに委託するなどの意向を示しているという。（4/27MEDIFAXより）

開業医の時間外労働、月80時間／保団連調査、過労死基準上回る

保団連は4月22日、開業医が1カ月に仕事に割く時間は252時間で、時間外労働は約80時間に上っているとの調査結果を発表した。厚生労働省が定めた過労死の認定基準を上回っており、長時間働いている開業医ほど体調不良などの自覚症状を訴える傾向があった。調査結果を分析した大阪社会医学研究所の中村賢治医師は「開業医の労働付加を今以上に増やすことは、健康を害する開業医がさらに増える可能性があると同時に、医療の安全性をさらに低下させると考えられる」としている。

調査は2008年2月、大阪府保険医協会と大阪府歯科保険医協会の会員101人（医科81人、歯科20人）を対象に実施。86人（医科69人、歯科17人）から回答を得た。

調査結果によると、開業医の1カ月当たりの平均診療時間は180.1時間で、事務作業なども含めた仕事に費やす時間は252.0時間。法定労働時間である週40時間を除いた時間外労働は80.6時間に上り、厚生労働省が脳・心臓疾患の過労死の認定基準で「業務と発症の関連性が強いと評価できる」と定めている月80時間を上回った。

さらに、最近1カ月間の自覚症状を聞いたところ、

「体の調子が悪い」「することに間違いが多い」「工作中、強い眠気に襲われる」ことなどが「よくある」と答えた開業医は、労働時間が長い傾向があった。（4/23MEDIFAXより）

看護職2万人が過労死危険レベル／日看協が交代制勤務で調査

交代制勤務の看護職員の約4%が過労死危険レベルの月60時間を超える時間外勤務を行っている実態が、日本看護協会の「時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」で分かった。日看協はこの結果から、全国で約2万人の看護職が過労死危険レベルの勤務についていると推計。2008年10月に2人の看護師が過労死認定を受けたことも踏まえ、看護職の交代制勤務の負担軽減と残業時間の低減を図るため、残業をしないで「帰る」ことを目指す「ナースのかえる・プロジェクト」に取り組む方針を示した。

調査は、看護職の時間外勤務や交代制勤務の実態のほか、疲労の度合いを把握する目的で行った。日看協によると、全国レベルで看護職個人を対象に時間外勤務などを調査したのは今回が初めて。看護職員と看護管理者を対象とする調査に加え、機関紙などを通じて公募した15人の協力者についてタイムスタディーを行った。看護職の調査対象は、日看協会員から無作為抽出した病院勤務の看護職1万人で、3010人から有効回答を得た。看護管理者は2500病院を対象に調査票を送付し、1425人から回答を得た。

看護職員の調査結果によると、交代制勤務に就いている1728人のうち74人（4.28%）が月60時間を超える時間外勤務を行っていた。特に3交代勤務者の57.9%が、勤務終了から次の勤務までの間隔が6時間以下になったことがあると回答し、十分な休息が取れない場合があることも分かった。

年齢階層別では、20代がほかの世代よりも時間外勤務が長く、平均で月25.9時間に及んだ。さらに、20代の75%で時間外勤務が月35時間を超えていた。また、20代の看護師が疲労感を特に強く感じていることが分かった。申告した残業時間は、実際の残業時間の約4割にとどまり、未払い残業の実態も明らかになった。

看護管理者の調査では、「職員定数を増やすことができない」「欠員のまま充足されない」などが労働時間管理の課題として挙げられた。日看協は、人員補充が進まない背景には、医療政策や医療保険財政などの問題があると指摘している。

（4/27MEDIFAXより）

資格証明書2割が受診中断／福岡県内の医療機関を調査

福岡県保険医協会は4月13日、国民健康保険料を滞納したため、いったん医療費全額を支払う「資格証明書」を発行された患者が医療機関を受診した場合、約2割が治療を中断していたとする調査結果をまとめた。同協会は「受診を控えることで後遺症や命の危険にさらされている」としている。

同協会は、福岡県内の主に開業医を中心とした約2000の医療機関にアンケート。156機関が回答した。2008年に資格証明書で受診した47人のうち21%が治療を中断。保険料滞納で、通常より有効期間を短くして発行する「短期保険証」での受診者349人のうち12%が中断していた。

また、高血圧で狭心症の60代の女性が北九州市の医療機関で受診していたが、夫が会社を辞め無保険となったため治療を中断。症状を悪化させ半年後に脳梗塞となり入院した例も報告された。骨折などでもとりあえずの処置で済ます患者が多いとしている。

同協会は「不況の影響で、保険証がなく受診を控える患者が増加するだろう。医療を受けることと滞納は別次元の問題。行政は、資格証明書や短期保険証ではなく正規の保険証を出すべきだ」としている。【共同】（4/15MEDIFAXより）

環境編

温室ガス排出量は最悪の9%増／原発停止響く

環境省は4月30日、2007年度の国内の温室効果ガス排出量の確定値は二酸化炭素（CO₂）換算で約13億7400万トンで、京都議定書の基準年（1990年度）を9.0%上回り、過去最悪だったと発表した。

前年度との比較では2.4%の増加。新潟県中越沖地震で東京電力柏崎刈羽原発が停止、排出の多い火力発電所の稼働を増やしたことが影響しており、原発に大きく依存している日本の地球温暖化対策の課題があらためて浮き彫りになった。

排出量の大半を占めるエネルギー起源CO₂は、前年度比2.8%増。しかし、原発などが前年度と同様

に稼働したと仮定すると0.3%の減少になるという。

部門別では、前年度と比べて産業部門が2.8%増、オフィスなどの業務部門が1.9%増、家庭部門は8.4%増。【共同】

気温上昇2度以内に黄信号／CO₂排出量、既に3分の1

産業革命前に比べて気温上昇を2度程度にとどめるには、世界で2000年から50年までに排出できる二酸化炭素（CO₂）の量は1兆トンだが、この9年間に既にその3分の1を排出してしまったとする研究結果を、欧州の研究チームが4月30日付の英科学誌ネイチャーに発表した。

地球温暖化防止のために、強力な排出削減策が必要ということをあらためて示す結果。

ドイツのポツダム気候影響研究所などは、温室効果ガスや汚染物質の影響と、それによる地球の気候変化を組み込んだコンピューターモデルで解析。50年間の排出量が1兆トンだと気温上昇が2度を超える可能性は25%、1.4兆トンだと50%に上昇すると判明した。

英オックスフォード大などのチームは、1750年から2500年までの750年間で解析。3.7兆トンが排出されると気温が2度上がるとみられるが、3分の1の期間が経過した08年までに、既に半分を排出していると指摘した。

両チームは「50年までに1990年比で温室効果ガスの排出を50%以上削減する必要がある、早急な取り組みが必要だ。これ以上待つと多大なコストがかかることになる」としている。【共同】

廃ペットボトルの引き渡し量最多／09年度、リサイクル業者に

全国の市町村が2009年度に家庭から収集する使用済みペットボトルのうち過去最多の20万4000トンが、日本容器包装リサイクル協会を通じて国内のリサイクル業者に引き渡される見通しとなった。市町村と協会の引き渡し契約量が08年度より約3割増えている。

市町村が収集する量が毎年増えていることに加えて、協会を通さずに独自のルートで行ってきた中国向けの輸出などが景気悪化の影響で大幅に減り、協会ルートに戻ってきたのが要因だ。

協会ルートの引き渡し量は、04年度の19万2000トンをピークに3年連続で減少。ぬいぐるみの原料向

けなどの需要が中国で増え廃ペットボトルの価格が上昇、無料で協会に引き渡すよりは、少しでも収入を増やそうと独自ルートで売却する市町村が増えたからだ。

協会は06年度から、国内のリサイクル体制維持のため、市町村のペットボトルを有料で引き取る方式に転換。07年度に市町村は、1トン当たり平均3万8900円を受け取ったが、引き渡し量は14万トンにまで減っていた。

その後、08年秋からの世界的な景気後退に伴う中国での需要減などから価格が下落、独自ルートで売却契約した業者から引き取りを拒否され処理に困った市町村が出たこともあり、引き渡し契約量が増加した。【共同】

08年度原発稼働率60%／柏崎刈羽の長期停止が影響

国内で運転する商業用原発の2008年度の設備利用率（稼働率）は60.0%だったと経済産業省原子力安全・保安院が4月17日、発表した。07年度の60.7%と同程度。07年7月の新潟県中越沖地震後、東京電力柏崎刈羽原発の全7基の運転停止が続いていることが影響した。

最も高かったのは九州電力玄海1号機の101.8%。次いで東北電力女川2号機の99.4%。原発では、定格電気出力を超える「熱出力一定運転」という方法が認められており、稼働率が100%を超えることがある。

対象は55基だが、廃炉にするため09年1月30日に運転を終了した中部電力浜岡原発1、2号機は同日以降、除外して算出した。【共同】

住民側敗訴が確定、最高裁／東電・柏崎刈羽原発訴訟

東京電力の柏崎刈羽原発1号機の原子炉設置許可をめぐる、周辺住民が「安全審査が不十分で許可は違法」として、国の許可処分取り消しを求めた訴訟の上告審で、最高裁第1小法廷（甲斐中辰夫裁判長）は4月23日、住民側の上告を退ける決定をした。

住民側が上告した後の2007年7月、原発付近を震源域とする新潟県中越沖地震が発生。地震の揺れが想定を超え、住民側は「安全審査の誤りが判明した」と主張したが、決定は「法律審としての最高裁の性格、事案の内容、訴訟の経過などにかんがみ、判断を左右しない」と言及した。

第1次提訴から約30年、1審新潟地裁判決から約15年が経過し「許可は適法」として住民敗訴とした1、2審判決が確定した。【共同】

日米、原子力利用拡大で共同声明／エネルギー政策首脳会談

訪米中の二階俊博経済産業相は5月4日、チュー米エネルギー長官と会談し、「原子力の利用拡大が、エネルギーと地球温暖化の問題を克服する鍵になる」との共同声明を発表。先進的な核燃料サイクル技術の研究開発と、核燃料の供給を保証する国際的な枠組み構築に向けた協力を今後も続けることで合意した。

オバマ政権は、ブッシュ前政権が提唱した原子力政策「国際原子力パートナーシップ（GNEP）」について、使用済み核燃料の先進的な再処理施設と、再処理で取り出したプルトニウムを燃やす高速炉の国内建設を断念する方針を決めていた。

今回の共同声明はそれ以外の分野について日米協力の継続をうたった。原発の新規建設を促進する金融支援策や核不拡散、テロなどの脅威からの核防護といった分野でも協調するとした。

【ワシントン5月4日共同】



「緊急提言」など保団連の主張に賛同を表明／社民党・福島みずほ党首と懇談

保団連・住江憲勇会長は、4月24日、国会内で社民党・福島みずほ党首と懇談した。懇談で住江会長は、「景気悪化から国民の健康を守る緊急提言」の実現、診療報酬のオンライン請求義務化の撤回、外来管理加算への「5分ルール」の導入の撤回、崩壊しつつある歯科医療危機の改善、自主共済の新保険業法での適用除外を要請した。

オンライン請求義務化については、開業医の1割以上が実施されたら廃業を検討するなど答えてお

り、地方医療に多大な悪影響を及ぼしかねないこと、運用にかかる医師・歯科医師の費用負担が甚大なこと、厚生行政の強引な介入に対して医師は許せない思いを強く持っていることを伝えた。

福島党首は、「補正予算はバラマキで、医療や福祉の問題の解決につながらない」と述べた上で、オンライン請求義務化や「5分ルール」反対の意思を表明した。最後に、「医療と福祉を根本的に立て直すために努力したい」と保団連の立場に賛同を表明した。

各党党首と保団連代表の懇談は、民主、共産、国民新党、新党日本に次いで今回で5回目となり、自民、公明両党党首との懇談を要請中である。

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・提訴行動

レセプトオンライン義務化撤回「大阪訴訟」の原告団結成総会が、4月11日、大阪府保険医協会M&Dホールで行われ、大阪を中心に兵庫、京都、奈良からの関係者も含め、約80人が参加した。レセプトオンライン化をめぐる神奈川保険医協会が1月に第1次、3月に第2次の提訴を行っている。

結成総会は、大阪府保険医協会・高本英司理事長が「レセプトオンライン請求義務化は、ITが不得手な人に地域医療の現場から退場を求めるもの。病院に続いてプライマリケアでも医療崩壊が危惧される。こうした大問題を省令で決めていいのか」として、神奈川に続いて大阪でも訴訟を起こす意義を強調した。保団連の住江憲男会長は「社会保障の削減を許さない行動を統一的行うことで、国民の支持も得られる。保団連としても全面的にバックアップしたい」と語った。

神奈川訴訟の経過報告をした神奈川弁護団の小賀坂徹氏は、神奈川では1次、2次を通じて訴訟に参加した医師・歯科医師らが1744人に達したと紹介した。小賀坂氏は、大規模訴訟団の結成が世論の関心を集め、「義務化撤回」を実現する早道になるとの認識を強調し、「こうした運動を通じて、外添要一厚生労働相に義務化を定めた省令を撤回させることができれば目的は果たせる」として、訴訟行動の意義を強調した。小賀坂氏は、神奈川訴訟の第1回口頭弁論は早ければ5月頃になるとの見通しも示した。

その後、弁護団から作成中の訴状の主な内容が説明されたほか、原告団の体制案が提案され、満場の拍手で承認された。また、神奈川訴訟原告団・平尾紘一団長（神奈川保険医協会理事長）のメッセー

ジが紹介され、参加者からも次々と決意と熱い思いが語られた。

最後にまとめと行動提起が行われ、地域医療の崩壊を許さず、患者さんのプライバシーを守るため、この裁判に勝利することを誓った。そのために、①患者・国民へ、レセプトオンライン義務化の危険性を知らせるチラシの配布をはじめ、広く訴え宣伝すること②この問題の理不尽さを告発する様々な具体例や医師としての思いなどを裁判官に伝え、また、内外にアピールするため、裁判における原告の「意見書」作成に協力すること③4月23日に行う大阪地方裁判所への提訴行動への積極参加一を呼びかけ、熱気溢れる総会を終えた。

そして、4月23日、第一次原告団245人が、レセプトオンライン請求義務化の撤回をもとめ、大阪地裁に提訴した。提訴行動には60人余の医師らが参加した。提訴後、弁護団とともに記者会見を行い、今回の請求趣旨等を説明した。今回提訴の請求趣旨は①レセプトオンライン請求の義務のないことの確認請求②損害賠償（慰謝料請求）一の2点。請求理由は「厚生労働省令111号は違憲・違法であり、無効」として①医師・歯科医師の診療を行う権利の意義とその侵害（廃業の危機）②患者のプライバシー侵害と医師・歯科医師の人格権侵害③法律に基づく行政の原則違反（省令での権利侵害）一を挙げた。第1回口頭弁論の期日の見通しはついていないが、弁護団は「なるべく早期に開かれるよう求めている」として

いる。大阪訴訟の弁護団長である河村武信弁護士は、提訴後の集会で「大きな集団提訴で、社会の関心を集めていくことが必要」と強調。訴訟を通じてメディアなどに上げられる機会を増やしたいとの意欲も見せた。記者会見にはマスコミからテレビ3社、新聞6社が参加し、翌日新聞各紙が報道した。

レセプトオンライン「神奈川訴訟」原告団、日肝協と懇談

4月4日、レセプトオンライン請求義務化撤回「神奈川訴訟」原告団は、新宿農協会館において、日本肝臓病患者団体協議会（日肝協）とオンライン請求義務化問題についての懇談を行った。原告団からは入澤幹事長、高橋世話人と事務局が出席。日肝協からは西村慎太郎常任幹事、沖健一幹事が出席した。今回の懇談はオンライン請求義務化の問題点を患者側にも理解してもらい、裁判傍聴の協力等を得る目

的で行った。

冒頭、入澤幹事長が義務化の問題点として、①オンライン化に対応できない医師の閉院②オンラインで送付することによる情報流出の危険性③診療情報を集約、分析して「医療の標準化」を図ることでの保険診療範囲の制限—等に触れ、その後意見交換を行った。

日肝協は、フィブリノゲン投与の問題に端を発し、患者の中では医療内容を詳しく知りたいというニーズは依然として高い。オンライン化によるデータ集約で「医療内容の公開が進むと思っている患者もいる」と説明した。これに対し、入澤幹事長は、レセプトやカルテ情報の開示を患者が希望する場合、現在でも原則開示していると紹介。さらに、「レセプトはあくまで請求書であって、カルテとは違う。患者への医療内容が全て反映されるわけではない」として、オンライン化で医療内容の公開は進まないとした。併せて、外添要一厚生労働相がレセプトの電子化が薬害防止に役立つと発言したが、「レセプトには投薬内容が全て記載されるわけではない。レセプトデータは既に投薬した後の請求明細で、薬害防止にはつながらない」と強調した。

また、日肝協の「オンライン化で『医療の標準化』が図られれば、最適治療方針が確立されるのでは」との問いに、「レセプトデータの集約は、請求費用の蓄積でしかない。疾病ごとに『医療の標準化』を図ることで、医療費抑制の目的に使用される危険性がある」と説明した。最後まで入澤幹事長は「レセプトをIT化することで、患者が受ける医療内容が向上することはない」ことを強調した。また、高橋世話人からは歯科医院が苦しい経営を迫られている現状を紹介。オンライン化の費用が捻出できない医療機関があることにも触れた。

日肝協は、オンライン請求義務化の問題を5日の日本難病・疾病団体協議会で議論することを約束。5月末の総会でとりあげるかどうか検討するとした。また、裁判傍聴の依頼については、「可能な限り協力したい」と回答。オンライン請求の問題点をまとめた患者向けのパンフレットを会議で配布したいとして、その場で手渡した。

オンライン「神奈川訴訟」原告団は、今後もこの問題を多くの国民に伝え、「義務化撤回」の世論が確立できるよう、患者団体等との対話を図るとしている。

オンライン義務化、省令改正案に反対／保団連

2009年度からレセプトオンライン請求義務化の対象となる医療機関のうち、オンライン請求に対応できない医療機関について、最長で10年3月まで現行の方法による請求を可能とした付則を設けた省令改正案に対し、保団連は4月22日、付則の新設に反対するパブリックコメントを厚生労働省に提出した。

パブコメでは、改正案について「一時しのぎの姑息的手段に過ぎず、このような事態を招いたのは、オンライン請求の義務化自体に無理があり、医療現場の実態に即さないものであることを如実に物語っている」と指摘。付則の新設に反対し、省令本体の改正を求めている。

また、「5月請求のぎりぎりになって、ようやくパブコメを求めることは遅きに失すること甚だしい」とし、厚労省の手法についても強く抗議した。（4/23MEDIFAXより）

研修医の上限枠「医師不足に拍車」／臨床研修見直しで保団連

保団連は4月17日、臨床研修制度の見直し案について「性急な議論でまとめられた理念なき見直し」とする意見を外添要一厚生労働相と塩谷立文部科学相に提出した。2004年度に現行制度が開始されてから「5年弱では成果を検証できない」と指摘。募集研修医の定員上限枠について「医師不足に拍車がかかる地域が出てくる」と主張した。

研修病院の指定基準の強化については「中小病院での臨床研修が制限される」と指摘し、地域の実情や研修医の受け入れ実績を踏まえて対応すべきとした。必修科目の見直しに対しては「研修期間の実質的な短縮を可能とするもので、診療能力が身に付くのか」と疑問を呈した。（4/20MEDIFAXより）

「緊急提言」の実現を／4. 23保団連中央行動

4月23日、保団連は中央行動を実施し、11協会から65人が参加した。

27日には補正予算案が提出される見通しとなる中で、あらためて患者負担軽減、診療報酬引き上げなど「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。

行動に先立ち住江憲勇会長は、「補正予算の議論は、本来予算案で審議すべきものでまさに選挙対策だ。追加の経済対策をみても大企業、大資産家への

優遇が目白押しだ。介護保険の新認定制度での紛糾、介護報酬の10%への引き上げ法案の提出など、こうした時期だからこそ運動をやり切ることが重要。「緊急提言」が政治の場で要望されつつある。いっそう運動を強めてほしい」と挨拶した。

その後、住江会長は予算委員会の理事を中心に要請を行い、その中で面談した自民党・山本拓議員は、「予算委員会での住江会長の訴えは聞いていた。医療、社会保障こそ充実し、経済危機を脱するという方向性はその通りだと思う」と述べた。

行動では、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2749筆、オンライン請求義務化撤回を求める請願署名（患者署名）613筆分を国会議員に手渡した。

更なる介護報酬引き上げ、新認定制度の中止を！緊急要請行動を実施

医労連、福祉保育労、中央社保協などが呼びかけ団体となり、4月22日、「介護保険“追加助成”の実現で経営の安定と人材確保を」を掲げ、厚労省交渉と集会を行った。保団連からは住江憲勇会長と事務局が参加した。議員会館内で行われた集会には約100人が参加し、政党からは自民党・萩原誠司衆院議員、民主党・梅村聡参院議員、共産党・小池晃参院議員が挨拶した。

中央社保協代表委員として閉会の挨拶を行った住江会長は、「政府の追加経済対策に介護問題を盛り込ませたことは成果で、野党4党の法案を通すことで今後の確信にしたい。新認定制度はただちに中止、緊急の国の負担増額も求めていくとともに、介護労働者の劣悪な労働環境や賃金引き上げに向けて取り組んで行きたい」とまとめた。

徹底した再発防止策を／柏崎刈羽原発火災について保団連が見解発表

保団連・野本公害環境対策部長は、4月15日、「東京電力柏崎刈羽原発の5号機倉庫火災について」見解を発表し、二階俊博経済産業相、電気事業連合会宛およびマスコミに送付した。

火災は、11日夜、東京電力柏崎刈羽原発の5号機倉庫で発生した。経済産業省原子力安全保安院の発表によれば、同原発内での火災発生は、2007年7月の新潟県中越沖地震以後、9回目。

見解は、「このような、相次ぐ火災の発生は、あまりに異常であり、重大事故を誘発する危険性を指摘

せざるを得ない」と述べるとともに、「復旧中に続発した火災に対して、東京電力が下請け任せで安全を確認していなかったとの指摘や、国が東京電力による建物の耐震性の計算ミスを見落としていたことも報道されるなど、東京電力、国の姿勢が厳しく問われている」とし、「東京電力や国が、地球温暖化防止を口実にして早期の運転再開の動きを強めていることは、到底容認できない」と述べている。また、「安全性の観点からも、徹底した再発防止策を強く求めるとともに、原発の耐震設計審査指針等を根本から見直し、安全・安心な震災対策を確立すべきである」としている。

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

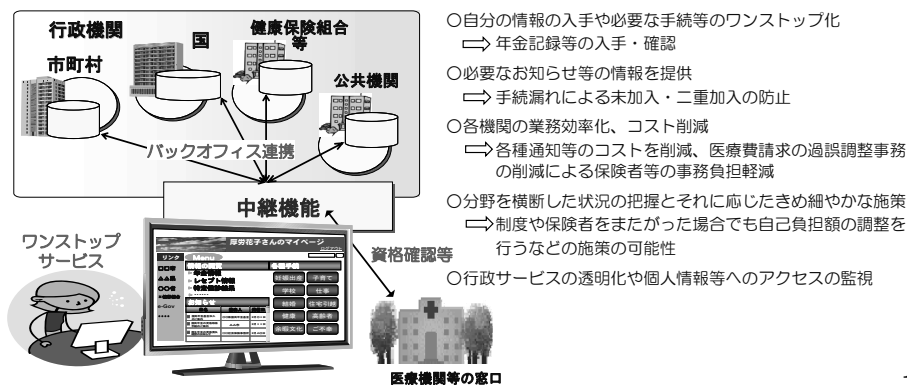
「社会保障カード(仮称)の基本的な計画に関する報告書」のポイント

厚生労働省 2009年4月30日

厚生労働省は4月30日に、「社会保障カード(仮称)の基本的な計画に関する報告書」を公表した。今回はそのポイントを掲載する。厚労省はこれまで、社会保障カード(仮称)の実現に向けた検討を重ねてきており、今回、報告書を取りまとめたとしている。その上で、①社会保障カード(仮称)の実現により便利になると期待する点②現在の被保険者証・年金手帳や、年金や医療に関する自分の情報の入手に關しての課題③プライバシー保護のために必要となる方策—などについて、意見を求めている。

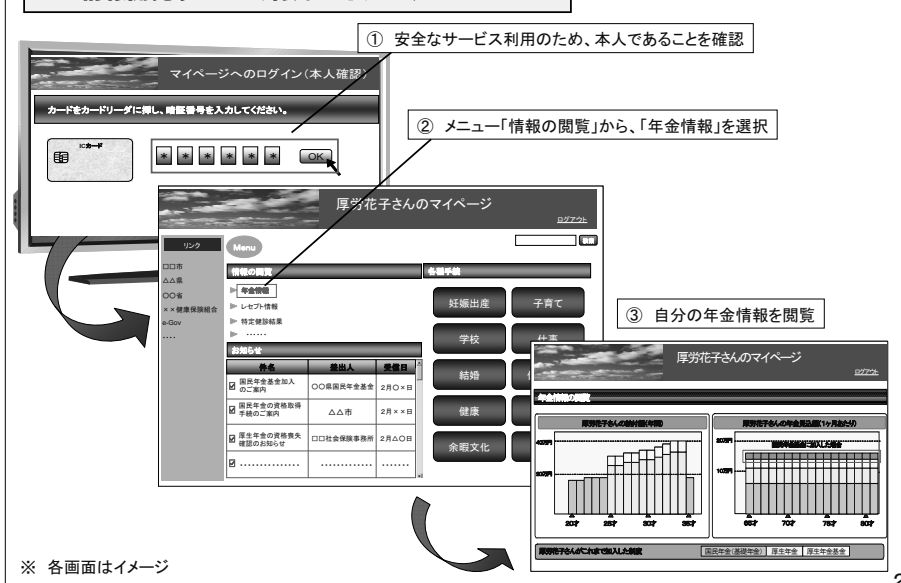
社会保障カード(仮称)の基本的な計画に関する報告書のポイント

- ◆ 政府が目指すべき将来像として、①複数の機関にまたがる自分の情報等の入手や必要な手続の実施を、1カ所で完結できる便利なサービス(ワンストップサービス)の実現、②その基盤として、プライバシー侵害等への不安を極力解消しつつ、関係機関の情報連携(バックオフィス連携)を行う仕組みの構築が重要。
- ◆ 社会保障カード(仮称)の検討においては、このような将来像を見据え、年金記録等の確認を可能としつつ、健康保険証等の役割を果たす仕組みを検討。
- ◆ 今後、実証実験を行い、仮定した仕組みについて検証しつつ、電子行政等の取組み、各分野における環境整備や課題への対応と連携し、社会的な合意を前提として、可能なサービスから順次実施。



1

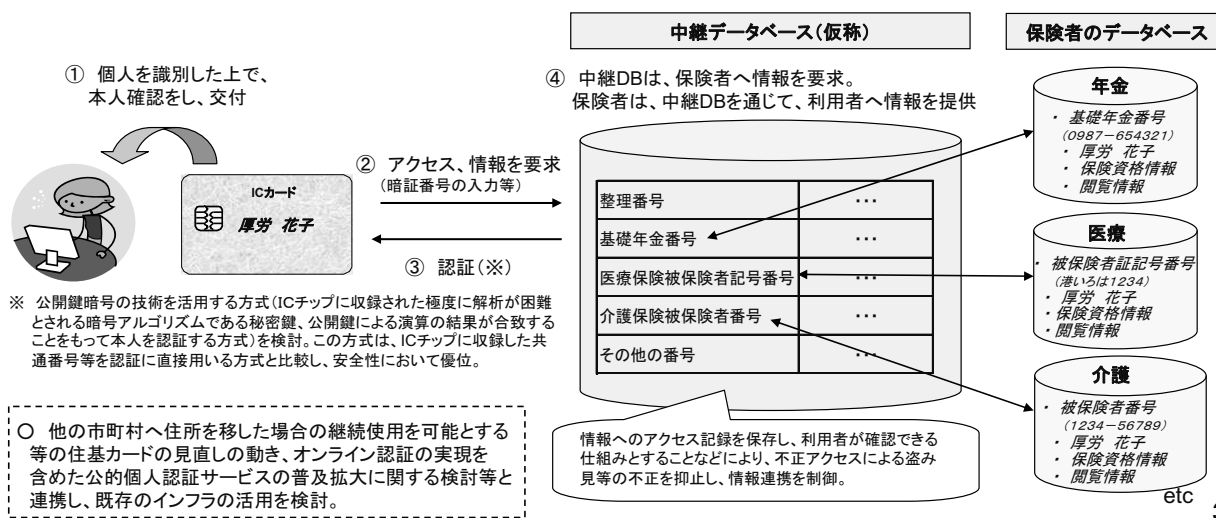
1. 情報閲覧サービス利用のイメージについて



2

2. 仕組みのイメージについて（仮定）

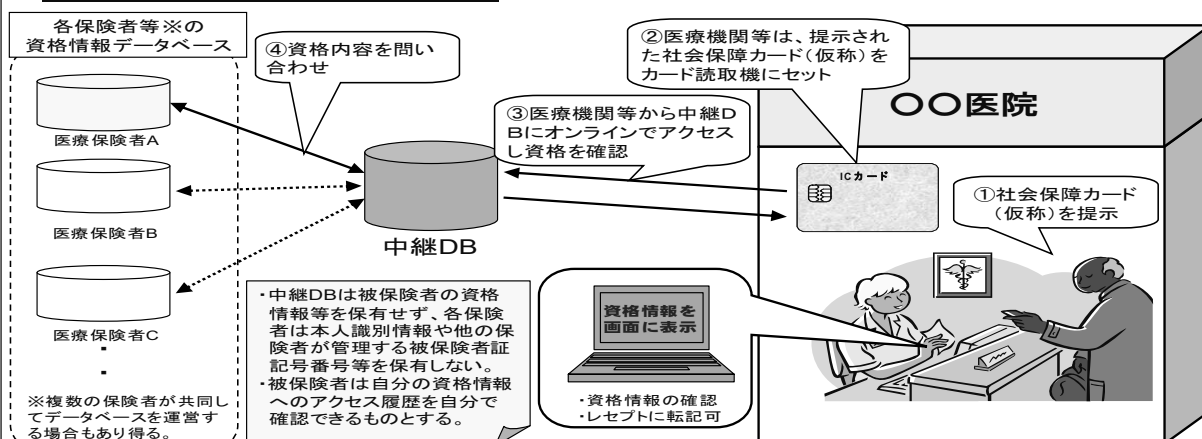
- プライバシー侵害、情報の一元的管理に対する不安を極力解消しつつ、将来的な用途拡大に対応できる仕組みを目指す。
- 保険資格情報や閲覧情報は保険者のみが保有。中継データベース（仮称）は、被保険者記号番号といった必要最小限の情報を持つ（情報の集約を避け、情報連携を適切に制御できる仕組み）。
- 社会保障カード（仮称）のためだけの新たな投資を極力避けることが必要。特に、中継データベース（仮称）については、次世代電子行政サービス構想における「行政情報の共同利用支援センター（仮称）」等と重複した投資を避け、共通の基盤として構築することを目指すべき。



3. 医療等の現場での活用について（仮定）

○ ICカードの機能を使用した医療等の現場での活用

【オンラインによる医療保険資格確認のイメージ】



○ ICカードの機能が使用できない場合の対応

- ・ ①停電、ネットワークトラブル、カードの破損等、②訪問看護、往診等の場合でICカードを使ったオンライン資格確認が困難な状況でも現行の被保険者証と同等の運用が継続できることが重要であり、何らかの「可視的な番号」が必要。
- ⇒ 被保険者証記号番号等を問い合わせるための、保険者の異動があっても変更されない医療・介護分野でのみ用いるための番号（保健医療番号（仮称））を含めて検討。

※ 保健医療番号（仮称）は、意図しないところで番号を使った名寄せが行われるなどの懸念が存在する一方、保健医療サービスに関わる将来的な情報化の基盤としての意義が大きく、保険者や医療機関等の利便性を高めることを踏まえ、その利用範囲、保護措置について十分な検討が必要

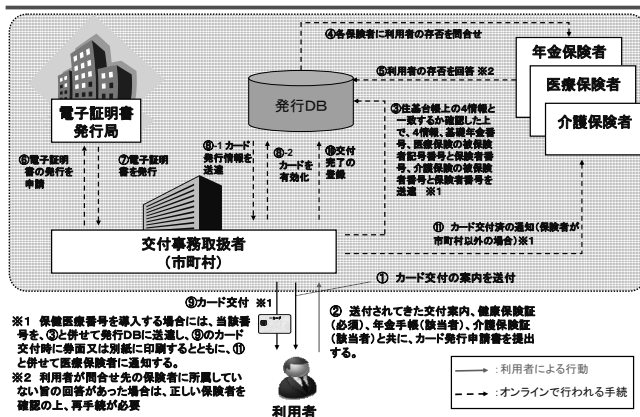
- ・ 移行期においては、社会保障カード（仮称）と現行の被保険者証等との併用を可能にすることが必要。

4. カード発行の場合の発行・交付方法について（イメージ）

① 既存の被保険者証等からの切替え方法について

- ・勤務先で手続を行う場合、市町村に登録されている氏名と保険者に登録されている氏名の文字コードが異なるなどの理由により、両者の間で氏名等を用いて本人同定を行うことが困難であること
- ・保険者にとっては、カードの発行申請等の事務が発生し、事務上の効率性が損なわれるおそれがあることから、国民にとってもっとも身近な行政主体である市町村を交付主体と仮定し、被用者保険の被保険者についても、市町村で手続を行うこととする。

既存の被保険者証等からの切替え方法



② 出生時のカード発行・交付方法について

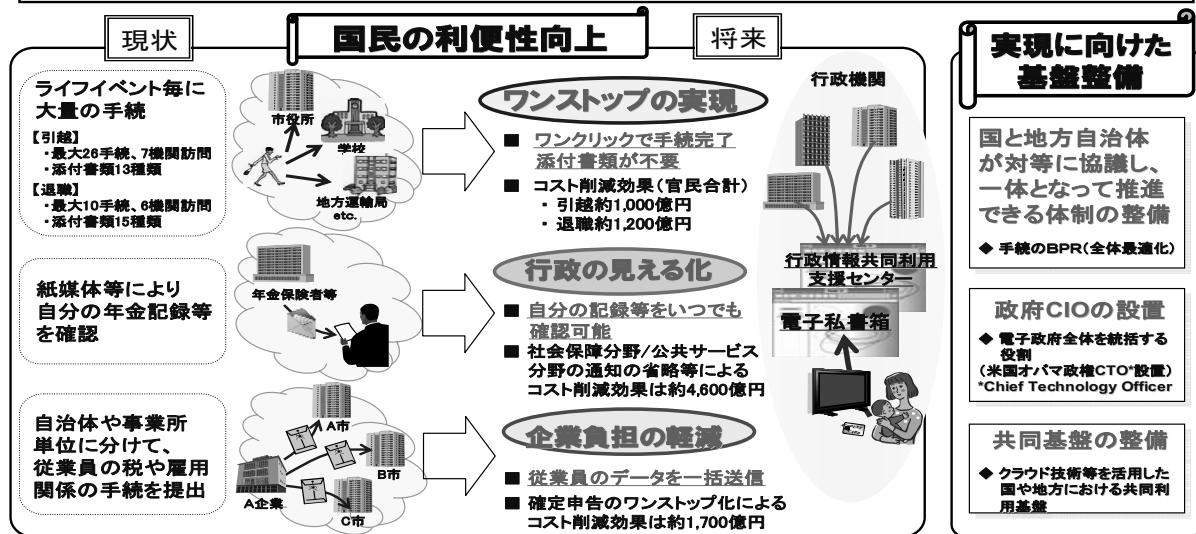
出生時に健康保険証として発行。被用者健保の被扶養者届は、出生届やカード発行申請書と同時に提出できた方が便利であるため、市町村経由で提出可能とする（被扶養者認定は保険者が行う）。

5

国民本位の新しい電子政府・自治体の推進（国民電子私書箱構想）

国民電子私書箱とは

希望すれば、国民（及び企業）の一人ひとりに対し、電子空間上でも安心して年金記録等の個人の情報を入手し、管理できる専用の口座（国民電子私書箱）を提供し、幅広い分野で便利なワンストップの行政サービスが受けられる、世界で最も先進的な「あなただけの電子政府」を実現



【「デジタル新時代に向けた新たな戦略～三か年緊急プラン～（抄）」平成21年4月9日 IT戦略本部決定】

- 国民電子私書箱（仮称）は、希望する個人又は企業に提供される高度なセキュリティ機能を持った電子空間上のアカウントであり、従来の「電子私書箱（仮称）構想」及び「社会保障カード（仮称）構想」を発展させ、社会保障分野のみならず、広い分野でのワンストップの行政サービスを提供するためのもの。
- 希望する個人・企業に高度な行政サービスを提供する「国民電子私書箱（仮称）」を、社会保障カード（仮称）の実証実験の成果も活用しつつ整備し、ワンストップサービスとプッシュ型サービス（行政の側から進んで住民にとって必要な情報をお届けするサービス）を実現する。

6

資料2

あんしん医療制度研究会について

■ 京都府 2009年4月 ■

1月27日の国民健康保険制度等医療保険制度に関する提案に関し、京都府は平成21年度の当初予算案で「あんしん医療制度構築共同検討事業費」を予算化した。この事業の具体化に関する、京都府作成の説明文書。京都府は、あんしん医療制度研究会を設置、レセプトデータ等を活用した疾病構造・医療資源等の調査研究の企画・立案を行い、データ分析を京都府国民健康保険団体連合会が行う。冬頃には「最終報告案」を取りまとめること等が書かれている。

調査研究のイメージ

1-① 疾病等に関する現状分析

ア) 疾病構造の分析

- ・内 容：レセプト等のデータを利用し、京都府の疾病構造等を分析する。
- ・目 的：地域特性にふさわしい効果的な疾病予防施策の立案や効率的な医療提供体制の構築に必要な基礎データを得る。
- ・使用データ：レセプトデータ（府内の国保、協会けんぽ）

各種行政統計データ（人口動態、患者調査）

イ) 医療資源の分析

- ・内 容：医療資源（医療施設、機器、従事者等）の分布状況等を定量的に把握する。さらに、①の疾病構造分析の結果と合わせて分析する。
- ・目 的：地域ごとの医療資源や診療科偏在の状況、高度医療機器の保有状況等と疾病構造（地域ニーズ、診療科ニーズ）とのミスマッチの有無及びその影響について検証する。
- ・使用データ：各種行政統計データ（医療施設調査、三師調査、病院報告等）

ウ) 健診分析評価システムの検討

- ・内 容：特定健診等健診データの分析評価システムの検討を行う。
- ・目 的：効果的な健診実施及び健康づくり施策の企画立案に資する。

1-② 市町村国保に係る将来推計

- ・内 容：国保の被保険者等（人数、所得階層、給付費等）の将来動向と制度運営への影響を地域別に推計、シミュレートする。
- ・目 的：高齢化や就業構造の変化、国保運営が直面するであろう課題を、地域の全体像の中で浮き彫りにし、問題提起する。
- ・使用データ：各種行政統計データ（人口動態、就業構造等）
国保関係業務データ（年齢構成、就業状況等）
疾病 給付費データ（下記2①による疾病構造、給付費動向等）

2 都道府県の保健医療政策をより効果的にするための方策

あんしん医療制度研究会について

1 趣 旨

- 都道府県は、医療サービスの確保等の保健医療政策を通じて住民の安心を確保していく役割を担っているが、現在は、保健医療政策に関する権限や実施主体が分散しており、政策立案の基礎となる医療費等のデータも都道府県は有していないなど、その役割を有効に遂行し得ない状況にある。
- 一方で、地域における保健医療政策に関しては、昨年5月の地方分権改革推進委員会第1次報告等において、国民健康保険についての都道府県の責任と権限の強化や都道府県単位での広域化などが提言されている。
- このため、府民の健康確保に必要な医療サービスを将来にわたり安定的に提供できる制度の構築に資するよう、本研究会を設置し、京都府内の医療構造や医療資源、市町村国民健康保険の保険財政等についての調査研究を行うこととする。

2 調査研究事項

- 京都府の現状分析
 - ・疾病構造（医療施設、医療機器、医療従事者）の分布
 - ・健康診査、健康指導の実施状況とその効果
- 市町村国民健康保険の保険財政及び運営並びに将来推計等
- 都道府県の保健医療政策をより効果的にするための方策

3 調査研究の実施体制

- 本研究会において企画立案を行い、データ分析等は京都府国民健康保険団体連合会が行う。

4 委員構成

- 有識者、医療提供者、保険者、行政関係者

5 当面の予定

- 概ね以下のとおり
 - 4月頃 研究会の設置、調査研究の方向性等議論
 - 夏頃 中間報告に向けた検証
 - 冬頃 最終報告案とりまとめ

※このほか、必要に応じて適宜研究会を開催する。

資料3

社会保障（補足説明資料）

■ 財政制度等審議会 財政制度分科会 財政構造改革部会 2009年5月11日 ■

財務省主計局が5月11日の財政構造改革部会に提出した資料。これに先立ち同局は、4月21日開催の同会議で、「医療提供体制の再構築－医師偏在の是正－」なる資料を提出。都道府県別の医師数を、人口、面積を勘案し、47都道府県別に指数化した一覧を示した上で、都道府県単位の「医師偏在」の「是正の手法」として、「経済的手法」と「規制的手法」があるとした。新聞報道によれば、経済的手法とは「医師不足地域への診療報酬を手厚くする」ことを、「規制的手法」については、ドイツで地域や診療科目別で開業できる医師の定員を定めているような手法を、それぞれ意味するとされる。今回の「補足説明資料」は、4月の提出資料における規制的手法として「ドイツにおける医師配置の規制について」を補足資料として示したものと考えられる。

資料 1

社 会 保 障
(補 足 説 明 資 料)

平成 21 年 5 月 11 日
財 務 省 主 計 局

都道府県別の医師数の状況
(18年度の医師数をベースに指数化)

	人口：面積 (9：1)	面積指数	人口指数		人口：面積 (9：1)	面積指数	人口指数		人口：面積 (9：1)	面積指数	人口指数
1 東京都	3.36	22.04	1.29	17 島根県	1.12	0.38	1.20	33 滋賀県	0.93	0.96	0.92
2 大阪府	2.56	15.23	1.15	18 佐賀県	1.11	1.12	1.11	34 千葉県	0.92	2.53	0.74
3 神奈川県	1.62	8.67	0.83	19 沖縄県	1.08	1.73	1.01	35 北海道	0.92	0.19	1.00
4 福岡県	1.52	3.78	1.27	20 大分県	1.08	0.75	1.11	36 山梨県	0.90	0.56	0.93
5 京都府	1.41	2.16	1.32	21 広島県	1.07	1.04	1.08	37 長野県	0.87	0.44	0.92
6 徳島県	1.25	0.72	1.31	22 兵庫県	1.07	1.87	0.99	38 山形県	0.87	0.47	0.91
7 長崎県	1.25	1.27	1.24	23 山口県	1.07	0.76	1.10	39 静岡県	0.86	1.21	0.82
8 香川県	1.22	1.78	1.16	24 愛媛県	1.06	0.80	1.09	40 三重県	0.86	0.80	0.86
9 鳥取県	1.20	0.62	1.26	25 鹿児島県	1.02	0.59	1.07	41 秋田県	0.85	0.26	0.92
10 岡山県	1.19	0.97	1.22	26 奈良県	0.98	1.06	0.97	42 岐阜県	0.81	0.51	0.84
11 高知県	1.19	0.40	1.28	27 宮崎県	0.97	0.52	1.02	43 福島県	0.80	0.37	0.85
12 和歌山県	1.15	0.74	1.19	28 群馬県	0.96	0.87	0.97	44 新潟県	0.80	0.53	0.83
13 愛知県	1.14	3.56	0.88	29 福井県	0.95	0.56	1.00	45 青森県	0.78	0.38	0.83
14 熊本県	1.14	0.95	1.16	30 宮城県	0.95	0.93	0.95	46 岩手県	0.78	0.22	0.84
15 石川県	1.14	0.93	1.16	31 埼玉県	0.94	3.51	0.66	47 茨城県	0.74	0.99	0.71
16 富山県	1.12	1.65	1.07	32 栃木県	0.94	0.85	0.95				

(注) 都道府県ごとの医師数について、面積当たり及び人口当たりで、それぞれ全国平均を1として指数化。これを人口：面積を9：1に配分し、上位(医師数が相対的に多い)の都道府県から順に並べたもの。

ドイツにおける医師配置の規制について

○ 公的医療保険における保険医（開業医）の配置規制

- ・ ドイツにおいては、従来より、各州の保険医協会と保険者団体が協力して策定する保険医需要計画に基づく、保険医（開業医）の開業規制が存在
- ・ 保険医需要計画では、各地域における人口密度等に応じて区分した10の地域区分（需要サイド）と、14の診療科（供給サイド）ごとに、保険医として開業できる医師の定員を定めており、この定員を10 %以上上回る地域・診療科では、原則として新規開業は不可
（各地域・各診療科の定員は、開業医1人当たりの住民数をもとに機械的に設定）

（注1）10の地域区分

全国を地域開発計画上の10区分（大規模人口稠密地域・4段階、人口稠密化地域・3段階、人口密度の低い周辺地域・2段階、ルール地方）に分類。（ドイツ全土が約400の地域に分類される）

（注2）14の診療科

麻酔科、眼科、外科、内科、産婦人科、耳鼻科、皮膚科、小児科、神経科、整形外科、精神科、放射線科、泌尿器科、家庭医

○ 2007年の医療保険制度改正における新たな医師数のコントロール方策

- ・ 保険医の過剰地域及び過少地域には、通常の1点当たり単価から減額又は増額された単価が適用されるシステムが導入される（2010年より施行予定）

協会だより（定例理事会要録から）

2008年度 第22回 2009年4月28日

【特別討議】

1. 社会保障カード、社会保障個人会計について
△担当＝鈴木副理事長

【各担当部報告】**〈総務部会〉**

1. 週間行事予定表の確認
2. 新規開業医のための基礎講習会（4月25日）状況

〈経営部会〉

1. 三井生命「保険医年金」普及活動事務局同行（3月17日）状況
2. 近畿ブロック共済担当事務局交流会（4月15日）状況
3. 経営対策セミナー（4月16日）状況
4. 傷害疾病保険審査会（4月21日）状況
5. 金融共済委員会（4月22日）状況
6. 保団連経税担当小委員会（4月25日）状況
7. 保団連経税部会（4月26日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 法律相談室（4月16日）状況
2. 医療機関側との懇談（①4月20日、②21日、③22日）状況
3. 医療事故案件調査委員会（4月24日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（4月27日）状況

〈政策部会〉

1. 京都社保協運営委員会（4月16日）状況
2. 保団連近畿ブロック本会議（4月18日）状況
3. 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」（4月19日）状況
4. 「貧困をなくし社会保障を守る『基本法』を考えるシンポジウム（仮題）」団体訪問（4月20日）状況
5. 出版編集会議（4月23日）状況

〈保険部会〉

1. 京都市生活保護医療個別指導立ち会い（4月15日）状況
2. 第16回医療IT化問題検討会（4月15日）状況

【各担当部議事】**〈総務部会〉**

1. 前回理事会（4月14日）要録と決定事項の確認
2. 5月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
3. 協会事務局休務の件

4. 各部会開催の件
5. 地区担当制活動の状況確認の件
6. 理事長、副理事長、監事選挙締切（4月16日）状況および無投票当選人の確定の件
7. 代議員会議長・副議長選挙締切（4月27日）状況および無投票当選人の確定の件
8. 第12回正副理事長会議（4月16日）状況確認の件
9. 会員入退会および異動に関する承認の件
10. 舞鶴医師会との懇談会（4月11日）状況確認の件

〈経営部会〉

1. 税務記帳講習会開催の件

〈政策部会〉

1. 第15回保団連理事会（4月19日）状況確認の件
2. 「貧困をなくし社会保障を守る『基本法』を考えるシンポジウム（仮題）」第1回準備会議（4月19日）状況確認の件
3. 「貧困をなくし社会保障を守る『基本法』を考えるシンポジウム（仮題）」団体訪問の件
4. 保団連近畿ブロック主催「吉田太郎氏講演会」出席の件
5. 『京都保険医新聞』（第2687号）・『メディーパー京都』第118号（第2688号）合評の件

〈保険部会〉

1. レセプトオンライン請求義務化撤回「大阪訴訟」提訴行動並びに報告集会（4月23日）状況確認の件
 2. 保団連「2010年診療報酬改定に対する要求」（案）への意見提出の件
 3. 2009年4月実施分のオンライン請求義務化（病院）に対するパブリックコメント提出（4月27日）状況確認の件
- 《以上19件の議事について承認》

2008年度 第23回 2009年5月12日

【各担当部報告】**〈総務部会〉**

1. 週間行事予定表の確認

〈経営部会〉

1. 第10回保団連共済部会（4月26日）状況
2. 医院継承講習会（4月30日）状況

3. 新しく医療機関に勤められた新入職員のための研修会（5月7日）状況

〈政策部会〉

1. 「「貧困をなくし社会保障を守る『基本法』を考えるシンポジウム（仮題）」団体訪問（5月11日）状況

〈保険部会〉

1. 保団連2009年度第1回病院・有床診療対策部会（4月12日）状況
2. 保団連『介護報酬改定Q & A』役員・事務局編集会議（4月16日）状況
3. 保団連『介護報酬改定Q & A』事務局編集会議（4月16・17日）状況
4. 保団連『介護報酬改定Q & A』検討会（4月18日）状況

【各担当部議事】

〈総務部会〉

1. 前回理事会（4月28日）要録と決定事項の確認
2. 理事者申し合わせ事項の実施の件
3. 2008年度3月分収支月計表報告状況確認の件
4. 4月度会員増減状況
△2009年4月30日付会員数＝2567人
5. 会員入退会及び異動に関する承認の件

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談の件

6月のレセプト受取・締切

基金 国保	9日(火)	10日(水)	労 災	12日(金)
	○	◎		◎

※○は受付窓口設置日、◎は締切日。
受付時間は午前9時～午後5時です。

〈政策部会〉

1. 京都社会保障推進協議会学習会出席の件
2. 劇映画『いのちの山河～日本の青空Ⅱ～』への追加の製作支援の件
3. 「青森・三陸などの生産地を放射能汚染から守り、それにより『京都市民の食の安全・安心を守る』ための意見書提出の請願に賛同する署名」への賛同のお願いの件
4. 「法然院で、地球温暖化防止」展の呼びかけ団体としての協力について
5. 『京都保険医新聞』（第2689・2690合併号）合評の件

〈保険部会〉

1. 2009年4月度国保合同審査委員会（4月21日）状況確認の件
 2. 保険審査通信検討委員会（5月8日）状況確認の件
- 《以上13件の議事について承認》

6月の相談室

医院・住宅 新（改）築	6月11日(木)午後2時～	担当＝坂本建築士
ファイナンシャル	6月18日(木)午後1時～	担当＝三井生命のFC (ファイナンシャルコンサルタント)
法 律	6月18日(木)午後2時～	担当＝筋弁護士
雇用管理	6月18日(木)午後2時～	担当＝本宮社会保険労務士
経 営	6月24日(水)午後2時～	担当＝木谷税理士

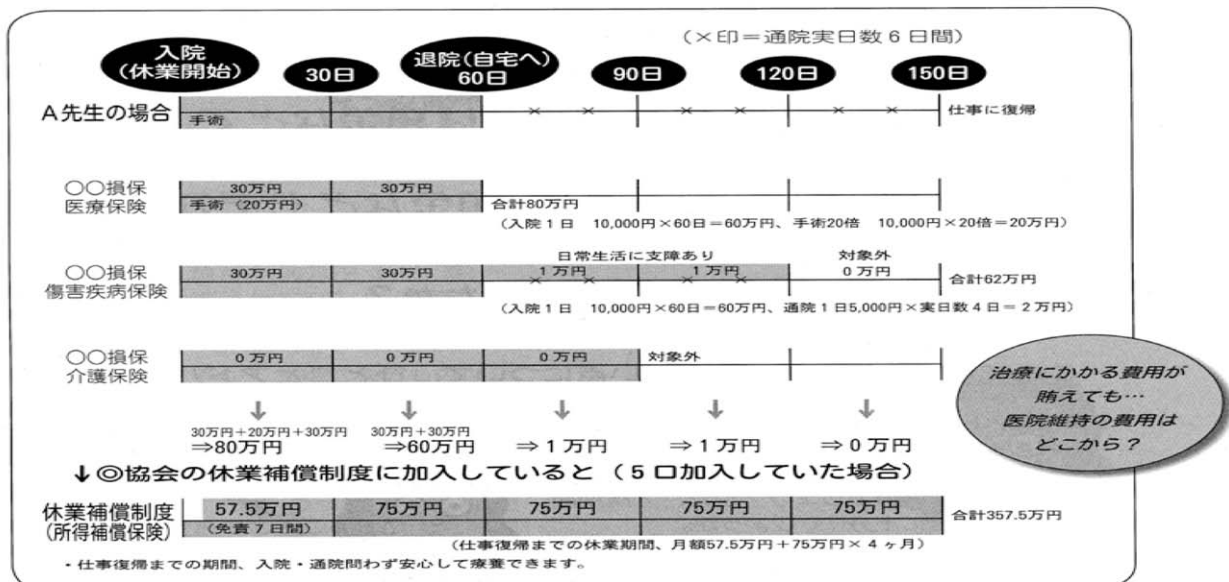
開催日の3日前までに協会事務局へお申込み下さい。30分間無料です。

いつでもご加入できます。医院の維持のために！！

万一病気やケガに見舞われたさい、月々の医業収入を補償する“安心”の共済制度

休業補償制度

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



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

<お問合せ先> 京都府保険医協会事務局 TEL:075-311-8888

<取扱代理店> 有限会社アミス TEL:075-315-4470

<引受保険会社> 三井住友海上火災保険株式会社、三井生命保険株式会社(弔慰給付のみ)



お答えします。こんな困りごと

・就業規則を作りたい・・・

・雇用契約はどうやって交わすの？

雇用管理相談室(毎月第3木曜日:1回30分無料)

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