今月の主な動き

財政制度等審議会は６月３日、2010年度予算編成に関する建議をまとめ、与謝野財務相に提出。社会保障費2200億円削減についての具体的な言及を避けたが、「社会保障分野においても、骨太06などの歳出改革の基本的方向性は維持する」と記した。病院勤務医の負担解消に向けては、病院に対する診療報酬の手厚い配分を求めたほか、医師の偏在解消策として現在の自由開業制を否定し、一定程度の規制を設けるべきと提案した。

政府は６月９日の経済財政諮問会議に、「基本方針09（骨太の方針09）」の素案を提示。懸案となっている社会保障費2200億円削減には言及しなかった。

情勢トピックス 医療・社会保障編

「2200億円」の記載は見送り／財政審が建議、骨太06の考え方は維持

財政制度等審議会は６月３日、2010年度予算編成に関する建議をまとめ、与謝野馨財務相に提出した（資料１、後掲30ページ）。11年度の国・地方の基礎的財政収支（プライマリーバランス）黒字化目標について建議は「達成困難になったと言わざるを得ない」と強調。ただ「基本（骨太）方針06の考え方を踏まえた歳出改革を維持していくことが必要」とクギを刺した。骨太06から続く社会保障費2200億円削

7月の保険医協会の行事予定

	行事	開始時間	場所
２日㈭	**新しく医療機関に勤められた新入職員のための研修会（２日目）**	**午後２時**	**府医師会館208・209**
３日㈮	保険審査通信検討委員会	午後２時	府医師会館305
８日㈬	医療制度検討委員会	午後２時	未定
	医院・住宅新（改）築相談室	**午後２時**	**未定**
11日㈯	**産婦人科診療内容向上会**	**午後２時30分**	**新・都ホテル**
	新規開業医のための基礎講習会	午後２時30分	府医師会館305
16日㈭	**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**
	第629回社会保険研究会	**午後２時**	**府医師会館404－406**
18日㈯	**オンライン請求義務化問題学習会**	**午後２時**	**京都リサーチパーク東地区１号館４Ｆ**
22日㈬	**経営相談室**	**午後２時**	**未定**
25日㈯	金融共済委員会	午後５時	からすま京都ホテル

今後の予定

	行事	開始時間	場所
８月９日㈰	**第62回定期総会** **創立60周年記念講演会＆懇親会**	**午後１時** **午後３時30分**	**ホテルグランヴィア京都**

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲74ページ

減方針については、具体的な数値の記載を見送り、無駄の排除は必要との考えを示すにとどめた。

現在の財政状況については「公債依存度が過去最悪の水準まで落ち込み、わが国財政は極めて危機的状況」との認識を表明。「11年度のＰＢ黒字化目標は達成困難」との見通しを示した。

今後の財政運営に向けては「財政の状況を真正面から受け止め、財政の持続可能性確保に向けた基本的考え方を国民に示すべき」とした。その上で、骨太06の基本的な考え方について「重要性はいささかも変わらず、むしろ一層高まっている」と強調。10年度予算でも、骨太06の歳出改革を維持すべきとした。

さらに、財政の持続可能性を確保する上で「債務残高対ＧＤＰ比の発散を止め、安定的な引き下げが必要不可欠」と強調。達成時期は明示しなかったものの「ＰＢ黒字化に向け、その道筋を示しつつ、その早期実現を図るべき」ともうたった。
（6/４MEDIFAXより）

財政審建議、自由開業制を否定／病院への手厚い診療報酬を主張

６月３日にまとまった財政審の建議で、病院勤務医の負担解消に向けては、病院に対する診療報酬の手厚い配分を求めたほか、医師の偏在解消策として現在の自由開業制を否定し、一定程度の規制を設けるべきと提案した。中医協の在り方の見直しも要求した。

社会保障については「将来世代へ負担を先送りしないことが必要」との原則論を展開。給付と負担の対応関係を明確化するため「中期プログラムの考え方に沿って、社会保障費用の区分経理の在り方について議論を深める必要がある」とした。社会保障費2200億円削減問題については具体的な言及を避けたが、「社会保障分野においても、骨太06などの歳出改革の基本的方向性は維持する」とだけ記した。

医療については、医師不足や勤務医の過重労働といった課題を列挙し、背景には、地域間、診療科間、病院・診療所間の医師偏在問題が横たわっていると指摘した。解消に向けては「病院に対する診療報酬を手厚くする」「医師の能力などに応じた配分が可能になるような見直しを行う」など、診療報酬の配分を大幅に変えるべきと提言した。

さらに、診療報酬改定の在り方についても見直しを要求。ヒアリングで「中医協で病院経営の在り方を含めた議論を行うことは難しい」との指摘があったことを重要視し、「中医協以外の場においても、医療費の配分について幅広く議論された上で、それが中医協での議論・決定にも適切に反映される必要がある」とした。さらに、委員構成を含めた中医協の在り方の見直しも求めた。

医師の適正配置に向けては「医師の養成には多額の税金が投入されていることなどにかんがみれば、医師が地域や診療科を選ぶことなどについて完全に自由であることは必然ではない」と指摘。ドイツで地域や診療科ごとに定員枠を設けていることを例に挙げ、自由開業制などを一部規制する考えも盛り込んだ。病院勤務医の負担軽減を進めるため、高い技能を持つ看護師やコ･メディカルの養成・活用が必要との見方も示した。

医療分野の効率化・合理化関係では、後発医薬品の使用促進や医療給付の効率化、レセプトオンライン化などによるＩＴ化の推進が必要との見方を示した。

また、医療費総額の増加を許容すると同時に、保険料と税負担の増加を抑制する方策についても言及。具体策として「諸外国を大きく下回っている私的医療支出（自己負担や民間保険など）を増やすという選択肢を視野に入れることが必要」とした。財政審が以前から主張している「保険免責制度の導入」についても検討課題に挙げた。

10年度にひかえる診療報酬・薬価改定については「民間賃金や物価の動向などを踏まえて総額を検討する必要がある。特に病院・診療所間の配分の抜本的見直しが必要」と重ねて強調した。
（6/４MEDIFAXより）

社会保障費の削減は言及せず／骨太09素案

政府は６月９日の経済財政諮問会議に、2010年度予算編成の基本的な考え方となる「基本方針09（骨太の方針09）」の素案を提示した。10年度予算の方向として「持続的な経済成長と財政健全化の両立を図る上で重要な予算。基本方針06などを踏まえ、歳出改革を継続しつつ、現下の経済状況への必要な対応を行う」と明記。懸案となっている社会保障費2200億円削減には言及せず、撤回をめぐる攻防は、10年度予算の概算要求基準の折衝にまでもつれ込むことになる。

骨太方針09は、今後の財政運営の在り方について、麻生首相が主張する「短期は大胆」との考えを踏襲。

引き続き景気回復を最優先で進める考えを示すとともに、「中期は責任」との方針の下、経済成長や社会保障制度を持続可能なものとするために財政健全化に取り組むとした。

財政再建に向けては、新たな目標の基本として「債務残高対ＧＤＰ比」を据えた。具体的には「債務残高対ＧＤＰ比を10年代半ばにかけて少なくとも安定化させ、20年代初めには安定的に引き下げる」とした。骨太方針06で財政再建の目標と位置付けていた11年度の基礎的財政収支（プライマリーバランス、ＰＢ）黒字化の達成は断念し「今後10年以内に黒字化の確実な達成を目指す」とトーンダウンした。さらに「まず景気を回復させ、５年を待たずにＰＢ赤字の対ＧＤＰ比を少なくとも半減させる」とも記した。

また、成長力強化の１つとして「健康長寿」を盛り込んだ。介護分野での雇用を３年間で30万人創出するほか、地域医療の強化や、新型インフルエンザワクチンの開発・生産期間の短縮などを推進する方針をあらためて示した。具体策としては、介護人材の処遇改善やキャリア形成支援のほか、大学病院の機能強化、医療機関に対する優遇融資の拡充などを盛り込んだ。

ＩＴ化の推進に向けては、13年度までに「国民電子私書箱（仮称）」の整備を目指す方針を掲げ、「社会保障番号・カード（仮称）」と重複が生じないよう、一体的に検討し、09年度中に基本方針を策定するとした。

規制改革では「医師と看護師らの間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大など）について、専門家会議で検討を行い、09年度中に具体案を取りまとめる」と明記した。また、設置期限を迎える規制改革会議については「今後の推進体制について検討することとし、09年度中に成案を得る」とした。（6/10MEDIFAXより）

09年度補正予算が成立／介護職員処遇改善の基金など

介護職員の処遇改善のための基金創設などを盛り込んだ総額約14兆円の2009年度補正予算が５月29日成立した。予算案は13日に衆院本会議で可決されたものの、この日の参院本会議で野党の反対で否決。両院の議決が異なるため両院協議会を開いたが不調に終わった。このため憲法60条で定める衆院優越の規定によって補正予算が成立した。

補正予算のうち厚生労働省分は総額４兆6718億円。うち「介護職員の処遇改善・介護拠点整備」で8443億円を確保した。「地域医療･医療新技術」には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」に基づいて財政支援などを行うほか、新型インフルエンザワクチンの開発･生産設備の強化にも取り組む。
（6/１MEDIFAXより）

日本脳炎、幼児の定期接種再開／改正省令が施行

日本脳炎の定期予防接種について、2009年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を第１期（標準年齢３－４歳）の定期接種の対象とする改正省令が６月２日、施行された。日本脳炎の定期接種は05年から事実上中断されているが、省令改正により４年ぶりに再開された。

当面は供給量が少ないため、厚生労働省は、第１期（３回接種）のうち最初の２回について円滑に接種が行えるよう、自治体などに求めている。積極的な接種勧奨を差し控える措置は継続し、この間に接種の機会を逃した人に対しては、厚労省が経過措置を検討している。

従来のマウス脳由来の日本脳炎ワクチンの位置付けは、今回の省令改正の影響は受けず、引き続き定期接種の対象となる。（6/３MEDIFAXより）

News Headline （５月16日－６月19日）

【５月】◆民主党代表に鳩山由紀夫氏（16日）◆「日本漢字能力検定協会」前理事長ら、背任の容疑で逮捕（19日）◆裁判員制度スタート（21日）◆京都市・新型インフルエンザ感染者を確認（21日）◆韓国・盧武鉉前大統領が自殺（23日）◆北朝鮮・地下核実験を行う（25日）◆東京高裁・原爆症認定訴訟で国の認定基準を「適格性欠く」と批判（28日）

【６月】◆改正薬事法施行（１日）◆米自動車最大手ゼネラル・モーターズ破たん（１日）◆エールフランス機が墜落（１日）◆足利事件・菅家利和さんが17年半ぶりに釈放（４日）◆中国・2008年の軍事費世界２位に（８日）◆WHO・新型インフルエンザで世界的大流行（パンデミック）を宣言（11日）◆国連安保理・北朝鮮制裁決議を採択（12日）◆日本郵政社長の進退問題をめぐり、鳩山邦夫総務相が辞任（12日）◆郵便制度悪用事件で厚労省局長を逮捕（14日）◆千葉市長、民主推薦の熊谷俊人氏が当選（14日）◆イスラエル・条件付きでパレスチナ国家を容認（14日）◆イラン・数十万人規模のデモ（15日）◆政府・景気底打ち宣言（17日）

◎新型インフルエンザを巡る動き（５月11日～６月13日）

日付	世界の動き	日本の動き	京都府・市などの動き
５月11日		厚労省：発熱外来は全国に793カ所設置。	
		舛添厚労相：新型インフルエンザ患者が入院するための陰圧施設がある病床数について「2009年３月末現在で全国に1205床整備されている」と報告。感染症病床は1687床。	
５月12日	ロシュ（スイス）：抗ウイルス薬タミフル約565万人分を、ＷＨＯに新たに無償供与すると発表。		保健所を設置する近畿の２府４県と12市：将来の感染拡大に備え、情報共有を密にするなどして連携を強化することを確認。
５月16日		政府：国内の警戒レベルを「第１段階（海外発生期）」から「第２段階（国内発生早期）」に引き上げた。	京都府・新型インフルエンザ対策本部会議：発熱外来が計10カ所で設置された。京都市内の発熱外来は、府立医大と市立病院の２カ所。
		厚労省：神戸市内の同じ高校に通う生徒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。水際の検疫以外で感染者が確認されたのは、国内で初めて。	
５月18日	WHO：感染が確認された国は41カ国・地域。感染者数は9279人、死者は76人と発表。	与党・新型インフルエンザ対策に関するＰＴ：政府に対する提言を取りまとめた。	
		感染が確認された地域は２府県。感染者数は139人。	
５月21日			**京都市：京都府内で初となる感染者１人を確認したと発表。**
			京都府：国保の資格証明書交付された人が発熱外来を受診した際、「窓口３割負担」とすることを府内の各市町村に要請。
５月22日	ＷＨＯ・フクダ事務局長補代理：新型インフルエンザのパンデミックの認定基準を変更する方針を正式に表明。	政府：新たな新型インフルエンザ対策を決定。全国一律の対応を見直し、感染拡大の状況に応じて地域を２つに分類して対応するのが大きな柱。	
		厚労省：新型インフルエンザの症例定義について、疑似症患者の要件からまん延国への渡航歴や滞在歴を削除し、都道府県などに通知。	
５月27日		**感染が確認された地域は10都府県。感染者数は364人。**	京都府：市内の府立高などの休校措置を解除。28日から授業を再開する。
			京都府：府内の発熱外来は計20カ所。
５月28日		参院予算委員会：参考人として出席した羽田空港検疫官の木村盛世氏は、水際対策の機内検疫がパフォーマンスとして利用されたと指摘。	
６月３日			近畿ブロック知事会長・山田啓二京都府知事：舛添厚労相と面会し、新型インフルエンザ対策について要望。
６月４日		厚労省：神戸市内で５月５日に新型インフルエンザの患者が発生していたことを明らかにした。	
６月５日			京都市：京都府や商工会議所と連携し「安心しておこしやす宣言」を発表。
６月９日		厚労省：７月中旬以降に国内のワクチン製造体制を新型インフルエンザワクチンに切り替えた場合、新型インフルエンザワクチンは2500万人分程度が確保できると試算。	京都府：発熱外来の設置病院数を21カ所から11カ所に縮小。
６月10日	**ＷＨＯ：感染が確認された国は74カ国、感染者数は２万7737人、死者は141人と発表。**		
６月11日	**ＷＨＯ：新型インフルエンザの警戒レベルを現在の「フェーズ５」から最高の「フェーズ６」に引き上げることを決め、パンデミックを宣言。**	厚労省健康局結核感染症課・江浪武志課長補佐：「フェーズ６」に引き上げた場合でも、日本国内の対策が切り替わることはないとの判断を示した。	
６月12日	ノバルティス（スイス）：新型インフルエンザ用のワクチン開発に成功したと発表。		
６月13日		**感染が確認された地域は24都道府県。感染者数は594人。**	

中医協公益委員、６人体制が復活／参院本会議が了承

中医協の公益委員に新たに森田朗・東京大大学院教授を充てる国会同意人事案が５月５日の参院本会議で全会一致で了承された。衆院は４日に同意しているため、野党の不同意で欠員状態となっていた中医協公益委員は約３カ月ぶりに６人体制に戻る。

同意人事では森田氏の新任とともに、６月20日で任期の切れる公益委員の小林麻理氏（早稲田大大学院教授）の再任を了承した。任期はともに任命日から２年。

同意人事をめぐっては、2009年２月の参院本会議で前田雅英氏（首都大学東京教授）の再任案を、民主、共産、社民、国民新の野党４党の反対多数で不同意とした。国会同意人事案は衆院の優越がないことから、不同意が確定した。公益委員は６人構成だが、前田氏の任期の切れた３月１日以降は１人欠員の５人体制で中医協の議事運営が進められている。（6/８MEDIFAXより）

レセオンラインによる廃業「多くない」／政府答弁書

政府は５月26日に閣議決定した答弁書で、レセプトオンライン請求義務化によって廃業する医師らの割合について「多くないと考えている」との見解を示した。

松野信夫氏（民主）の質問に答えた。答弁書では自らオンライン請求が当面困難な医療機関については、事務代行者による代行を行うことが可能だと理由を説明している。

また、オンライン請求義務化に伴う個人開業医の設備投資の負担例として、レセプトコンピューターの購入に１台100万－300万円、ネットワーク回線の敷設に数千－３万円程度が必要になるとし、診療報酬上の電子化加算などに加えて、国会審議中の2009年度１次補正予算案で必要な設備投資額を支援する経費を計上していると説明している。（5/27MEDIFAXより）

医薬品の24時間販売始まる／コンビニでも風邪薬

風邪薬などの一般医薬品（大衆薬）をコンビニエンスストアやスーパーで販売しやすくなる改正薬事法が、６月１日施行された。これを受け、セブン－イレブン・ジャパンが、コンビニでは初めて医薬品の24時間販売を実験的に始めるなど、流通業界の新たな取り組みが始まった。

セブン－イレブンの東京都千代田区の店舗では、新たに設けられた「登録販売者」の資格を取得した社員が顧客に対応、医薬品の24時間販売を始めた。消費者の反響を見て他店舗への拡大を検討する。

大手スーパーのイオンは同日から、一般メーカー品より２－４割安い大衆薬の新商品を、グループのドラッグストアなど10社で販売。ドラッグストア大手も登録販売者を店舗に投入して営業時間を延長、スーパーなどを迎え撃つ構えだ。【共同】

地域社会との交流課題に／09年高齢社会白書

政府は５月29日の閣議で、2009年版高齢社会白書を了承した。活動的な高齢者の増加が期待される一方、地縁・血縁に代わる人間関係を形成できないまま孤立した高齢者の増加も見込まれるとし、高齢者が地域社会とのつながりを持てる環境の整備を進める必要性を指摘している。

白書では、内閣府が08年に実施した調査で、近所の人と「親しくつきあっている」とした高齢者の減少傾向が近年続いており、近所同士の結びつきが弱まっていると指摘した。高齢者のいる世帯数に占める高齢者単独世帯の割合は07年で22.5％を占め、今後高齢者の独居世帯の割合は加速度的に上昇することが考えられるとした。

一方、高齢者の勤労意欲や地域活動への参加意欲の高まりを示す統計も盛り込み、高齢者が孤立に陥らないコミュニティーづくりや地域の実情に応じた見守りシステムなどの地域での取り組みを促進する必要性を指摘した。

このほか、「自分は健康だ」と考える高齢者の割合が諸外国と比べて高い半面、高齢者の医療サービス利用頻度は諸外国と比べ多い現状や、75歳以上人口に占める要支援・要介護認定を受ける人の割合が65－74歳人口に占める割合と比べて大幅に高まっていることにも言及している。（6/１MEDIFAXより）

消費税率10%でもＰＢ黒字化目標は微妙／内閣府が試算

内閣府は６月９日の経済財政諮問会議に、基礎的財政収支（プライマリーバランス、ＰＢ）の黒字化などの道筋を示した「経済財政の中長期試算」を提示した。それによると「世界経済が順調に回復する」との前提で、2011年度からの５年間、段階的に消費

税率を引き上げ10％にした場合、ＰＢ黒字化が21年度にまでずれ込むことを明らかにした。「基本方針09（骨太の方針09）」の素案では、ＰＢ黒字化について「今後10年以内に黒字化の確実な達成を目指す」としているが、消費税率を現行より５％分引き上げ10％としても、到達できるかどうかは微妙な情勢であることが分かった。

政府は１月に「経済財政の中長期方針と10年展望」を閣議決定した。内閣府は、その参考資料として、世界経済の回復状況や消費増税の幅など複数の条件下で、それぞれどの時期にＰＢが黒字化するかとの試算も盛り込んだ。同日の試算は、09年度の経済見通しや補正予算など、足下の経済財政動向を踏まえて再計算した。（6/10MEDIFAXより）

ナースプラクティショナー導入を議論／規制改革会議

政府の規制改革会議は６月５日、経済財政諮問会議の議論を受けて検討を進める項目を整理した。人材育成分野では、ナースプラクティショナーなど専門性の高い新しい職種の導入に向けた議論を進める。

医療関係の人材育成改革は、医療クラークの普及促進や介護・保育分野での職業能力評価制度の導入も検討課題として挙げた。

また、遠隔医療や医薬品のネット販売でＩＴの利用を阻害している規制の見直しを検討するほか、ライフサイエンスなど先端産業分野での規制・制度改革を進める方針を示した。

最終答申に向けた論点整理などは７月中旬をめどに取りまとめ、同月下旬には公表する予定だ。
（6/８MEDIFAXより）

安心社会の財源「堂々と議論」／実現会議が報告書素案

政府の「安心社会実現会議」は５月28日、起草委員がまとめた報告書素案を基に取りまとめに向けた議論に入った。素案では、安心社会実現のために全生涯・全世代を通じた「切れ目ない生活安全保障」が不可欠とし、①雇用②出産・次世代育成③教育④医療とコミュニティー⑤老後と介護―の５領域の連携の必要性を盛り込んだ。負担については「政策にかかる費用とそのための財源を明示し、堂々と議論をしていくべきだ」とした。

医療に関しては、救命救急センターへの医師・看護師の早急な確保や、２次医療圏で病院の共同運営体制（コンソーシアム）を組織しながら医療機関の機能分担と集約を進めるべきだとした。さらに、レセプトのオンライン請求への段階的な切り替えや、データに基づいた医療の推進など「医療ＩＴ化」への対応を進めることも盛り込んだ。介護に関しては、介護保険と年金制度のさらなる改革とともに、高齢者の「住まい」の確保とも結び付けて老後の安心を高めていく必要があるとした。
（5/29MEDIFAXより）

医療行為の特許化「適当でない」／内閣官房検討委が報告書

内閣官房知的財産戦略推進事務局が設置した「先端医療特許検討委員会」は５月29日、報告書をまとめた。焦点の１つになっていた手術、治療、診断方法などの発明の特許保護については「現時点では適当でない」と結論付けた。

報告書では、手術などの医療行為を含めた「人体に対する機械・器具の使用方法の発明」に関して①医師の研究活動の中で開発されることが多く、特許対象としても産業界に対するインセンティブが期待できない②技術の公開が遅れる③医師の行為を特許権の効力の対象外としつつ、（機械・器具を製造する）企業に対して間接侵害を問うこととする場合、間接侵害をめぐる紛争が多くなることへの懸念がある―などの理由を挙げ、特許保護の妥当性を否定した。

ただ、現行では特許対象となっていない「用法・用量の刷新により専門家の予測を超える効果を示す医薬の発明」や、ＭＲＩやＣＴによる画像撮影の仕組みなど手術、治療、診断工程を含まない「最終的な診断を補助するための人体のデータの収集方法」については、新たに特許対象とすべきだとした。
（6/１MEDIFAXより）

厚労省分割「こだわらず」／麻生首相、反発受け後退

麻生太郎首相は５月28日夕、自らが検討を指示した厚生労働省の分割・再編について、首相官邸で記者団に「こだわっていない」と述べ、当面は具体案に踏み込まない考えを明らかにした。自民党内や関係閣僚から、唐突な指示への反発や戸惑いが出ていることを考慮したとみられる。

首相は15日の安心社会実現会議などで、厚労省を年金や医療などを所管する「社会保障省」と、雇用

や少子化対策などを担う「国民生活省」に分割する案に言及。幼稚園を所管する文部科学省と、保育所を所管する厚労省の業務を一元化する「幼保一元化」の是非の検討と併せ、具体案をまとめるよう与謝野馨経済財政相に指示した。これを受け、週内の素案取りまとめを目指し、関係閣僚が調整していた。

しかし、首相は28日、分割案について「最初からこだわっていない」と明言。「国民の安心、安全を考えたとき、少子化の問題を含め、今の厚労省、いろいろ問題があるが、精査したらどうだ（という趣旨だ）」として、結論を急がない意向を示した。

さらに、首相は「（安心社会実現会議メンバーの）渡辺（恒雄・読売新聞グループ本社会長）さんが最初に言われた。それを基にスタートした」と説明。幼保一元化についても「（自らが指示したというのは）違う」と語った。（5/29MEDIFAXより）

厚労省分割「私の勇み足」／与謝野経財相

与謝野馨経済財政担当相は５月29日、経済財政諮問会議終了後の記者会見で、麻生太郎首相が「厚生労働省分割にこだわらない」と従来の発言を後退させたことについて、「若干、前回の私の記者会見の言葉が正確性に欠けていた」と弁明。麻生首相の発言の「ブレ」ではなく、自身の「勇み足」だとかばった。（6/１MEDIFAXより）

2200億円「撤廃で最後まで戦う」／舛添厚労相

舛添要一厚生労働相は６月９日の参院厚生労働委員会で、社会保障費を毎年2200億円削減する方針について「国民の感覚からみても、介護や医療、年金の苦しい状況からみても、国民の幸せにマイナスだと思っている」と述べた上で、「（2200億円は）撤廃すべきという方向で最後まで戦う姿勢を示したい」と強調した。下田敦子氏（民主）の質問に答えた。

舛添厚労相は、社会保障費の削減方針は「限界にきている」との認識をあらためて示した上で、「（2200億円削減の）つじつまを合わせるために汗水をかくぐらいなら、社会保障制度を充実するために厚生労働省全員が汗水をかくべき」と述べ、会計上の数字合わせに苦労するのではなく、社会保障の機能強化のために尽力するのが厚労省の本来の姿だと訴えた。（6/10MEDIFAXより）

臓器移植法改正Ｄ案を提出／自民・民主の有志「子どもに移植の道を」

自民、民主両党の有志議員らは５月15日、臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案（いわゆるＤ案）を国会に提出した。同日、自民党の根本匠政調副会長や民主党の藤村修衆院議員らが都内で記者会見した。筆頭提出者の根本氏は、Ｄ案について「現行の法的な枠組みを維持しながら、15歳未満の子どもに臓器移植の道を開く」と指摘。「臓器移植が進むために最大公約数的な案を考えた」と説明した。Ｄ案の提出者は、根本氏のほか６人。現時点での賛成者は、自民13人、民主11人、公明２人の計26人という。

臓器移植法改正案は、すでに３案が国会に提出されている。世界保健機関（ＷＨＯ）が海外に渡航しての移植を制限する考えを示したことから、国内で子どもの臓器移植を可能にするよう法律の改正を求める声が強まっている。今国会での改正法案成立に向けて、自民・民主の議員らが折衷案としてＤ案を提出した。（5/18MEDIFAXより）

超党派の医師議連が設立総会／専門家の視点で問題解決

「正しい医療を実現する医師議員連盟」は５月13日、設立総会を開いた。医師の視点から移植医療や尊厳死、再生医療の研究の規制見直し、新型インフルエンザ対策などを議論していく。会員は衆参の自民、公明、民主、国民新の17人。

議連役員は次の通り。

▽会長＝中山太郎（自民）▽副会長＝坂口力（公明）、自見庄三郎（国民新）▽幹事　鴨下一郎（自民）、福島豊（公明）▽世話人＝西島英利（自民）、渡辺孝男（公明）、梅村聡（民主）、森田高（国民新）▽事務局長＝櫻井充（民主）

（5/14MEDIFAXより）

「骨太06を踏まえ」は削除を／自民・政調全体会議

自民党は６月10日、政調全体会議を開き、経済財政諮問会議が提示した「基本方針2009（骨太の方針09）」の素案について議論した。自民党の会議では、社会保障費2200億円削減撤回を求める声が相次ぎ、「次期総選挙に勝てない」との意見も上がった。

このほか、後期高齢者医療制度の見直しや医師不足対策の言及がないことに対し「何らかの記述をすべき」との声が上がった。西島英利氏からは、素案の別紙で「診療報酬の配分見直しを行う」と記述されていることに、「配分は中医協で決める話。どうしてこう書かれるのか理解できない」と見直しを求めた。さらに「医師不足は偏在だけでは解決しない問題。定員増も入れてもらいたい」とも要望した。

この日は公明党の政調全体会議でも、多くの出席議員が2200億円の社会保障費削減方針の撤廃を要求した。内閣府が提示した財政再建に向けた試算に関しては、消費増税の上げ幅によって財政健全化の見通しが示されていることに対し、「社会保障のための消費増税ではないのか。消費税は社会保障に充てられるべき」との声が上がった。

（6/11MEDIFAXより）

医療基本法策定へ、ＷＴを設置／公明・医療制度委

公明党の医療制度委員会は６月２日、患者の権利や義務などを定める「医療基本法」の策定に向けたワーキングチーム（ＷＴ）の設置を了承した。ＷＴの座長には、同委員会の福島豊委員長が就任した。

福島委員長は同日の委員会終了後、現在の医療に関する法体系の問題点について「医療提供サイドと患者の関係や、エビデンスに基づいた医療の提供、地方自治体の責務が必ずしも明確ではない」と指摘。「現行の法体系では足りないものがある」と述べた上で「（医療基本法では）現行法で足りない理念的なものをつくっていく」と説明した。

（6/３MEDIFAXより）

鳩山氏を新代表に選出／民主党代表選挙

小沢一郎代表の辞任に伴う民主党の代表選挙が５月16日、都内のホテルで行われ、鳩山由紀夫幹事長が新代表に選出された。衆参両院議員による投票で総投票数220票（有効投票219票、無効投票１票）中、鳩山氏が124票を獲得、岡田克也副代表は95票にとどまった。

鳩山新代表は５月16日の代表選挙演説で「医療費をそれなりに伸ばすことはやはり必要だと思う」と述べ、政府の社会保障費抑制政策は間違いだと指摘した。公約では医療費をＯＥＣＤ諸国平均に引き上げることを目指すとしている。

（5/18MEDIFAXより）

ＮＣ厚労相ら、党役員ほぼ再任／民主・鳩山新体制の役員人事

民主党の両院議員総会は５月19日開かれ、藤村修・次の内閣（ＮＣ）厚生労働相らほとんどの党役員を再任する人事案を了承した。ＮＣ厚労副大臣は山井和則衆院議員と中村哲治参院議員が引き続き務める。

また、岡田克也前副代表は幹事長、小沢一郎前代表は選挙担当の代表代行にそれぞれ就任した。

（5/20MEDIFAXより）

後発品促進へ医療機関に「指導」も／厚労省

厚生労働省は５月20日の中医協総会で、医療機関や薬局に対し後発医薬品使用促進に関する療養担当規則を順守させる取り組みを新たに開始する方針を示した。2008年度診療報酬改定の影響調査で、使用に消極的な医療機関や薬局が一部あることが明らかになったためで、地方厚生局が行う「適時調査」や「集団指導」などの場を活用し、療担の順守状況の確認や周知徹底を行い、必要に応じて指導もする。近く地方厚生局に通知する。

08年度診療報酬改定では、処方せん様式の再変更などの新たな施策を導入するとともに、医療機関や薬局の療担に後発品使用促進に関する規定を盛り込んだ。しかし、08年度改定影響調査では、変更可能な処方せんは65.6％を占めたものの、薬局で実際に変更された割合は6.1％にとどまった。また、処方せんの９割以上を「変更不可」とした医師の割合は、診療所で38.8％、病院では31.4％を占めた。厚労省は「一部に後発品を使用しないという強い意思表示をしている医療機関・保険医や、後発品に関する患者への説明や調剤に積極的ではない薬局が見受けられる」として今回の取り組みを開始する。

具体的には▽原則として全医療機関・薬局に個別に出向き、診療報酬の施設基準の届け出などを確認する「適時調査」▽診療報酬改定時などに医療機関や薬局を集めて講習会形式で改定内容などを説明する「集団指導」▽診療報酬請求点数が大きい医療機関や薬局を選定し、講習会や個別面談で確認や指導を行う「集団的個別指導」―の場を活用。医科・歯科に対しては、外来・入院患者への後発品使用状況、薬局に対しては患者への説明や調剤の状況を確認し、療担の周知徹底を図る。「後発品を絶対に使用しない」などの「極端なケース」があれば指導する。改善が認められない場合の対応は未定。

（5/22MEDIFAXより）

中医協、入院料の議論開始／「財源検証を」と日医、支払い側「時期尚早」

中医協・診療報酬基本問題小委員会は６月10日、次期診療報酬改定に向け、基本診療料のうち入院料等に関する議論に入った。厚生労働省は、中医協・診療報酬改定結果検証部会がまとめた2008年度改定の検証報告を基に「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３加算について、08年度改定時の目的と合致しているかどうかや、施設基準など要件の妥当性について意見を求めた。ただ委員からは、個別の診療報酬項目の議論ではなく入院料全体の議論を進めるべきとの意見が相次いだほか、検証部会の報告のみではなく財源も含めた議論を進めるよう求める意見も上がった。（6/11MEDIFAXより）

入院時医学管理加算、倍増170病院／厚労省、中医協で報告

厚生労働省は６月10日の中医協・診療報酬基本問題小委員会で、「入院時医学管理加算」の届け出が2009年６月１日現在で170病院余りに達しているとの調査結果を報告した。08年７月１日時点と比べてほぼ倍増していた。

同加算など08年度診療報酬改定時に勤務医負担軽減を主な目的に新設、あるいは要件の改正などをした３加算の今後の在り方についての議論の参考とするため、地方厚生局を通じて直近の届け出状況を把握したもので「確定的な数値ではない」としている。

同加算は08年度改定時に従来の要件を廃止し、地域の中核病院として十分な人員・設備を整えていることや、総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能、勤務医の負担軽減などに関する計画を策定していることなどを新たな算定要件とした。厚労省は当初150－180病院の届け出を想定していたが、08年７月１日時点の届け出は88病院にとどまり、中医協・診療報酬改定結果検証部会でも届け出数が少ないことが指摘されていた。

報告を受けて、遠藤久夫委員長（学習院大教授）は「要件が厳しすぎるという議論は少し変わってくるかもしれない」と述べた。

ほかの加算算定の09年６月現在の届け出状況は「医師事務作業補助体制加算」が1000病院余りで08年７月時点より270病院余り増加。「ハイリスク分娩管理加算」が630病院余りで同10施設余り増加だった。西澤寛俊委員（全日本病院協会長）は「医師事務作業補助体制加算」について「まだ少ない。一般病床の病院すべてが取れるよう、要件の緩和が必要。経営の厳しい病院では新たに雇う場合に人件費が重い負担となる。点数の面でも考慮が必要」と述べた。（6/11MEDIFAXより）

外来管理加算の試算「結果的に若人から」／中医協小委で佐藤医療課長

厚生労働省保険局医療課の佐藤敏信課長は６月３日の中医協・診療報酬基本問題小委員会で、2008年度診療報酬改定時の外来管理加算見直しによる影響額として厚労省が示していた240億円の根拠となる考え方を述べた。佐藤課長は「５分ルール」の設定などによって捻出される額のうち、ほかの診療報酬項目の新設など増額の影響も踏まえ、病院の支援に回せる額の試算は「結果的には若人分（75歳未満）の額」と説明した。

その上で「５分ルール」の設定などは高齢者と若人に等しく適用されるため実際は「影響額は全年齢に及ぶ」とした。金額面での影響が当初の想定内かどうかについては「現段階では分からない。社会医療診療行為別調査の結果を待たないといけないと思っている」と述べた。

また、当時の厚労省側の説明については「総括的であったという指摘はその通り。そのため今回、時間を取って考え方を説明した」と述べた。

これを受けて、藤原淳委員（日本医師会常任理事）は「一定の理解はした。問題がすべて整理できたわけではないが、社会医療診療行為別調査の結果などを踏まえて検討してほしい」とした。
（6/４MEDIFAXより）

大学病院の後発品採用割合を個別開示へ／中医協小委

中医協・診療報酬基本問題小委員会は５月20日に開かれ、DPC対象病院のうち、大学病院を中心とした特定機能病院の後発医薬品の採用割合が低いことがあらためて議論に上った。採用しない理由を探るべきだと主張する委員の求めに対し、厚生労働省は個別病院別のデータを提出する方針を示した。

厚労省がまとめたDPC対象病院の後発品の使用状況（2008年度、金額シェア）によると、大学病院を中心とした03年度対象病院は5.6％で、民間病院な

ども加入している04年（10.6％）、06年（10.6％）、08年（9.1％）の各年度の対象病院に比べて、低い割合にとどまっている。（5/22MEDIFAXより）

定点比較では「重度化」進む／慢性期評価、次期改定へ議論本格化

厚生労働省は６月11日の中医協・慢性期入院医療の包括評価調査分科会で、2008年度実施した慢性期入院医療の実態調査のうち、施設特性と患者特性に関する調査結果を報告し、次期診療報酬改定に向けた慢性期医療の評価の在り方に関する本格的な議論に入った。病院の患者特性に関する調査では医療区分ごとの患者割合に大きな変化は見られなかったものの、06年度と08年度のいずれも回答した病院に限ると、区分１の割合が減少し区分３の割合が増加する「重度化」の傾向が見られた。厚労省は次回分科会でコスト調査やレセプト調査の結果も示す方針で、８月上旬には次期改定での慢性期医療の考え方をまとめたい意向だ。

施設特性調査は136病院、97診療所、患者特性調査は136病院、96診療所から回答があった。病院の患者特性調査で、医療区分別の患者7829人分の割合は「区分１」が31.3％（前回比0.9ポイント減）、「区分２」が48.9％（同0.2ポイント増）、「区分３」が19.8％（同0.8ポイント増）と前回とほぼ同様の構成だった。ただ前回と今回の両方に回答した「共通施設」（24病院）の1929人分に限ると、「区分１」が25.5％で前回より4.8ポイント下がった一方、「区分３」は24.7％で前回より3.8ポイント上がった。

診療所に関しては「区分１」が44.2％、「区分２」が49.2％、「区分３」が6.6％。06年度有床診療所患者分類分布調査の結果と比較すると、「区分１」が減り「区分２・３」が増える傾向が見られた。

この日は、08年度改定時に課題に上がった「質の評価」に関する指標（ＱＩ）の前回との比較も示された。「身体抑制」などでは改善が見られた一方、「尿路感染」「留置カテーテル」などの項目では前回より悪化していた。ただ、「共通病院」のみの比較のため、委員からは「客対数が少ない」との指摘もあった。（6/12MEDIFAXより）

「捜査機関への通知基準」で報告書公表／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）」に関連して、厚生労働省研究班は５月12日付で、調査委から捜査機関への届け出の通知基準などをまとめた報告書を公表した。大綱案で通知対象としている「標準的な医療から著しく逸脱した医療」の判断基準を「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」としたほか、事例受け付けから調査開始までの手順マニュアルなどを作成した。報告書は研究班ホームページ［http://kenkyu.umin.jp/］で見ることができる。

報告書は、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」がまとめた。
（5/18MEDIFAXより）

小児救急担う医療機関、各県１カ所以上／厚労省検討会が中間まとめ

厚生労働省の「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」は５月29日、中間取りまとめ案を大筋で了承した。超急性期の小児患者は基本的に全ての救命救急センターや中核病院で受け入れるとし、その中から特に体制の整った病院を、小児の救命救急医療を担う医療機関として整備することが必要と明記。都道府県か３次医療圏に１カ所以上の設置を求めた。今後の方向性として、こうした医療機関や小児集中治療室に対する財政的な支援の必要性についても指摘した。（6/１MEDIFAXより）

地域医療再生計画、作成指針を通知／厚労省、交付額は順次決定

2009年度補正予算の成立を受け、厚生労働省は都道府県が２次医療圏を基本に策定する「地域医療再生計画」の作成指針をまとめ、６月５日付で医政局長通知を発出した。計画期間は09年度－13年度末までの５年間で、対象事業は限定せず、地域の実情に応じて医療課題を解決するために必要な事業を盛り込むよう求めた。

都道府県は10月16日までに医政局指導課に計画を提出。厚労省は有識者による協議会を設置し、提出された計画を順次審議し交付する。11月下旬には交付額を全額決定する予定。都道府県は「地域医療再生基金」を設置し、計画期間内に基金を取り崩して事業を実施することになる。（6/11MEDIFAXより）

医師臨床研修制度の見直しを通知／厚労省、必修科目見直しなど柱

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室は５

月11日、医師臨床研修制度の施行通知を一部改正し都道府県に通知した。研修医の地域偏在解消に向けて都道府県別の募集定員の上限を設けるほか、必修科目の見直しや臨床研修病院の指定基準の強化を図る。新制度は2010年度に研修を開始する研修医から適用し、臨床研修病院は09年６月末までにプログラム変更を届け出る必要がある。

今回の見直しは①内科・救急部門・地域医療を「必修科目」とし、外科・麻酔科・小児科・産婦人科・精神科を「選択必修科目」とするなど研修プログラムの見直し②基幹型臨床研修病院（従来の管理型・単独型）の指定基準の強化③都道府県別の募集定員の上限設定―が柱。

新制度への移行に当たっては、現場への影響度を踏まえた激変緩和措置を実施。各病院での募集定員が極端に減少することがないよう、10年度の募集定員については09年度の各病院のマッチング数を最低限確保できるようにするほか、募集定員が20人以上の臨床研修病院に対し小児科と産科の研修プログラム（各科２人以上）を義務付けたことに関しても、当面の間、小児科か産科のいずれかの研修プログラムを設けることで可能とする。新制度は施行後５年以内に必要な見直しなどの措置を講ずる予定だ。
（5/12MEDIFAXより）

病院の耐震化事業、基準額を大幅拡充／厚労省が交付要綱

厚生労働省は６月５日付で、2009年度補正予算に盛り込んだ「災害拠点病院等の耐震化整備事業」の交付要綱を都道府県に発出した。未耐震の災害拠点病院と救命救急センター、２次救急医療機関の耐震補強工事などの費用を助成する。都道府県は医療機関からの要望調査などを踏まえて耐震化整備の事業計画をまとめ、８月28日までに厚労省に提出。厚労省は９月中にも交付決定を行う見通しだ。

09年度補正予算では「災害拠点病院等の耐震化整備事業」に約1222億円を計上。基準額は災害拠点病院と救命救急センターの場合約23.8億円とするなど、従来の医療提供体制施設整備交付金の病院耐震化事業（約7500万円）と比べて大幅に増額。病院の耐震化の一層の促進を図る考えだ。
（6/12MEDIFAXより）

女性特有のがんに検診無料クーポン／厚労省、認知度向上へ配布

伸び悩むがん検診受診率の向上のため、厚生労働省は2009年度、女性特有のがんである子宮頸がんと乳がんについて、検診を無料で受けられるクーポン券を全国の対象年齢の女性に配布する。

対象は、子宮頸がんが20、25、30、35、40歳で、乳がんが40、45、50、55、60歳（いずれも09年４月１日現在の満年齢）。対象は約760万人を見込んでおり、09年度補正予算には216億円を計上。国の指針に基づいて行われる検診の費用や制度実施の事務経費を含め、全額を国庫で補助する。

厚労省によると、07年度の検診受診率は、子宮頸がんが21.3％、乳がんが20.3％にとどまる。厚労省は、検診の内容が知られていないことが受診率低迷の原因と見ており、厚労省はクーポン券と併せて、子宮頸がんや乳がんの基本的な知識や検診の内容・重要性をまとめた「検診手帳」も配布する。
（6/１MEDIFAXより）

後期高齢者医療の円滑化で提言へ／広域連合の全国組織発足

後期高齢者医療制度の円滑な運営・進展のための制度運営主体となる都道府県広域連合で組織する「全国後期高齢者医療広域連合協議会」が６月３日、発足した。同日開いた広域連合長会議では、会長に横尾俊彦佐賀県広域連合長（多久市長）を選出。横尾会長は「全国それぞれの広域連合が抱えている運営上の課題について意見を集約し、国に提案をしていくことが大切」と述べた。

同日は、定期的に開催する広域連合長会議や幹事会、事務局長会議を通じて連絡調整を図ることや、必要な制度改善を国に提案するなどの2009年度事業計画を決めた。

会合に出席した議員からは、後期高齢者医療制度の見直しなどをめぐる混乱に関連し、「政権奪取の動きが絡んで国民を混乱させている」など、国会での議論や厚労省の姿勢に対する不満の声も上がった。
（6/４MEDIFAXより）

元市長の野平氏返り咲き／病院休止の千葉・銚子

千葉県銚子市立総合病院の休止問題で、岡野俊昭前市長のリコール成立に伴う出直し市長選は５月17日投票、即日開票の結果、民間に委託する公設民営

を主張する無所属の元市長野平匡邦氏が、岡野氏、市民団体代表茂木薫氏ら無所属５人を破り、２回目の当選を果たした。

投票率は58.87％で前回（2006年７月）を1.74ポイント上回った。休止した病院をどう再開するかが最大の争点だった。今後は委託先の選定や医師確保が課題となる。【共同】（5/19MEDIFAXより）

400床未満病院にオンライン準備の状況調査／支払基金が毎月実施

社会保険診療報酬支払基金は５月20日、オンライン請求義務化の猶予対象となる400床未満の病院や薬局に対し、オンライン請求の準備状況などに関する実態調査を毎月実施すると発表した。８日付の厚生労働省保険局長通知を受け、オンライン請求の実施に向けた勧奨を行うのが目的で、対象となる医療機関などに毎月「状況届」の提出を求める。支払基金は５月分の調査結果を近々まとめる予定だ。

８日付の保険局長通知では、オンライン請求の猶予措置の対象となった医療機関などに対し、オンライン請求化の準備状況や対応できなかった理由を、５月請求分の診療報酬請求後にすみやかに書面で提出するよう求めた。以後、毎月提出することとし、猶予期限までにオンライン請求に移行できるよう勧奨・指導する方針だ。

支払基金によると、レセプトコンピューターを導入している400床未満病院で５月にオンライン請求を行わなかったのは2256病院で、うち電子媒体で請求しているのは459病院、紙での請求は1797病院だった。レセコンを導入している薬局で５月にオンライン請求を行わなかったのは5027薬局。これらの病院・薬局が５月分の「状況届」の提出対象となった。支払基金は、紙で請求している病院についても、厚労省が開発・提供している「レセスタ」に実質的に対応できる病院はオンライン請求の勧奨対象となるとしている。（5/22MEDIFAXより）

日医、10年度予算編成へアピール／窓口負担下げなど緊急提言発表

日本医師会の中川俊男常任理事は５月20日の定例会見で「医療崩壊から脱出するための緊急提言」を発表した。①一部負担割合の引き下げと保険料改革②診療報酬の大幅な引き上げ―を求めるもので、５月18日の財政制度等審議会のヒアリングで日医が示した提言とほぼ重なる。中川常任理事は、今回の緊急提言を「６月に見込まれる財政制度等審議会の建議、経済財政改革の基本方針2009（骨太の方針09）、今夏の10年度予算概算要求シーリング、最終的には年末の10年度予算編成に向けた日医のアピール」と位置付けた。（5/21MEDIFAXより）

社会保障カードに「反対」

政府が2011年度の導入を目指している社会保障カードについて、上智大の田島泰彦教授ら28人が「政府は個人情報を一元的に管理する『国民総背番号制』の構築を狙っている」と反対の声明を発表した。

声明文は「プライバシーの権利を侵害する憲法違反のシステムだ。『便利さ』の名のもとに個人情報が一元的に管理され、監視される世界を受忍できない」としている。

社会保障カードは、年金手帳や健康保険証、介護保険証の機能を合わせたＩＣカードで、サービス利用手続きの効率化などが見込めるとされる。28人は住民基本台帳ネットワークに反対する運動に取り組んでいる弁護士や大学教授ら。

【共同】（6/３MEDIFAXより）

医療改革でＧＤＰ８％増／米経済諮問委が報告書

米大統領経済諮問委員会（ＣＥＡ）は６月２日、オバマ政権が実現を目指す医療保険改革の経済効果に関する報告書を発表した。増大する医療保険関連費用を毎年1.5％抑えることによって、2020年に約２％、30年には約８％の国内総生産（ＧＤＰ）の引き上げが可能になるとしている。

米国の医療コストは年々増大し、今のペースが続けば、現在のＧＤＰ比18％から40年に34％まで膨らむ見込み。全国民に「手ごろで良質な医療保険」を提供すると公約するオバマ大統領は、今後10年間に２兆ドル（約192兆円）規模の節減計画を既に打ち出している。ＣＥＡは、計画通りに医療保険関連費用を抑制した場合、可処分所得に余裕が生まれ「生産余力を生みだし、生活水準の向上に直結する」と指摘。４人世帯の家族の収入は20年に2600ドル、30年には１万ドル以上増加し、ＧＤＰの増加につながるとの見方を示した。また、財政赤字抑制や雇用悪化の歯止めも期待できるとし、経済の底上げのためにも改革が避けて通れないと結論付けた。

【ワシントン６月２日共同】（6/４MEDIFAXより）

介護保険編

公費引き上げ、与野党一致／介護政策討論会

与野党６党の国会議員による介護政策討論会が５月13日、都内で開かれた。年々増える介護保険料の負担を回避する方法として、各党とも共通して介護給付費に占める公費割合を現行の50％から引き上げるよう求めた。

自民党の田村憲久介護委員長は「50％を超えてでも公費を引き上げる方法がある」と述べ、公費負担の引き上げも選択肢の１つだとした。公明党の福島豊衆院議員も「公費の拡大をしていかざるを得ない」とした。

民主党の山井和則衆院議員は「現在１対１となっている保険料と公費の割合を崩すしかない」と述べ、公費負担の引き上げを次期総選挙のマニフェストに入れると約束した。

共産党の小池晃参院議員は「公費負担のうち現在22.8％の国庫負担を50％に引き上げる。また、所得の低い人は１割負担を無料にする。保険料についても減免制度を大幅拡大し、定率制の保険料にして負担能力に応じて支払う仕組みにしたい」と述べた。

社民党の阿部知子衆院議員は「自己負担を１割から半分にして公費負担を増やす」と提案。国民新党の森田高参院議員は「公費を増やすことはポジティブに考えるべきだ。１割自己負担も５％にしてもいい」と述べ、公費負担増に加え自己負担の軽減も検討すべきとした。（5/14MEDIFAXより）

介護現場の医療行為、法規制含めて検討／政府答弁書

政府は６月２日の閣議で、介護職員が医療処置を行うことについて「医師法、保健師助産師看護師法の規制の在り方も含めて検討を行う必要がある」とする答弁書を決定した。水戸将史氏（民主）の質問に答えた。

水戸氏は、介護職員が養成課程で専門的な知識や経験を習得し、特定の医療処置を行えるようにすべきと提案。これに対し答弁書は「介護現場で医療の必要性が高まっている」との認識を示し、当面、２月に立ち上げた「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」で検討を進めるとした。
（6/３MEDIFAXより）

介護給付費「公費引き上げ難しい」／与謝野財務相

与謝野馨財務相は５月26日の参院予算委員会で、介護給付費に占める公費負担割合の見直しについて「これ以上の公費負担割合の引き上げはなかなか難しい」との認識を示した。下田敦子氏（民主）の質問に対する答弁。

与謝野財務相は「公費負担割合は既に50％で、厳しい財政状況の下、現在の給付に必要な公費負担も公債に依存している」と説明。その上で「介護保険制度は共助のシステムである社会保険方式で、他の制度と同様、主たる財源は保険料とすべき。これ以上、公費負担割合の引き上げはなかなか難しい」とした。さらに、「持続可能な安定的な制度の構築に向け、将来世代に負担を先送りしないように、いかに給付と負担のバランスを確保するかが一番重要な点だ」とも述べた。

また、舛添要一厚生労働相は、補正予算に盛り込んだ３年間の介護従事者処遇改善策の継続可能性を問われ、「３年後は、介護保険制度全体の見直しを含めて検討したい」と述べるにとどめた。
（5/27MEDIFAXより）

介護療養の廃止「撤回すべき」の声も／自民介護委

自民党の介護委員会は５月28日、療養病床について医療現場関係者からヒアリングした。医療現場からは異口同音に「介護療養病床の中で、良いサービスを提供している所は残すべき」「急性期から慢性期の流れの中で、きちんとした役割を担えるよう、全体を見直してほしい」などの要望が相次いだ。

意見聴取の終了後の議論では、議員からは「後期高齢者医療制度のように、もう１回改めるべき」「元に戻せ」「法案を撤回しろ」などの怒号が飛び交った。

田村憲久委員長は会議終了後、記者団に対し「法案撤回の可能性がないわけではないが、よほどの問題がすべて露呈しない限り、いきなりそうはならない」と述べた。その上で「今やっている転換型で十分ではないという話になれば、何らかの強化、何らかの手当てをする話になるだろう。行くところがないということにならないよう、きちんと対応する」

と約束した。

さらに「介護療養病床の中にも手厚い医療が必要な方々はいる。こうした人が必要なサービスを受けられない形を避けるために、これから詰めたい」と強調。次期総選挙のマニフェストにも療養病床についての方針を整理した上で、明示する考えを示した。（5/29MEDIFAXより）

介護職の口腔内吸引・経管栄養でモデル事業／厚労省・特養検討会

厚生労働省は、介護職員が口腔内吸引と経管栄養を実施するモデル事業を行う方針を決め、６月10日の「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」に提示した。介護職員による医行為の「解禁」を視野に、ガイドラインづくりと施設内研修の在り方を検討する。厚労省はモデル事業を年内に行い、2010年度には特養全体での実施を目指す考えだ。

厚労省が示した「たたき台」によると、モデル事業は①看護職員と介護職員が連携してケアを行う場合の研修内容とケア実施ガイドラインの検討②施設内研修のための指導者養成研修の実施③施設内研修・連携ケアのモデル実施④モデル実施に関する調査・検証―などが柱。事前に有識者による検討委員会を設置し、モデル事業での業務指針を策定し、対象施設への研修を実施するとしている。

介護職員が実施できる範囲は、口腔内吸引は①必要な物品準備など実施準備②対象者への吸引の説明と環境整備、口腔内観察、吸引の実施③対象者の状態観察、ケア責任者（看護職員）への報告④吸引びんの排液を捨てるなど片付け⑤評価記録。一方、経管栄養（経鼻経管栄養と胃ろうによる栄養管理）では、実施ケアのうち「流動物の確認やチューブの接続と注入、注入直後の状態観察など」は実施できないが、①注入中の状態を定期的に観察②注入終了後、30－50mLの白湯などを注入し、頭部を挙上した状態を保つ―ことはできるとした。これらはいずれも「医行為」の範囲で、現行法では介護職員は実施できない。モデル事業では、看護職員がいない場合でも、情報共有や連絡相談体制がとれていれば、介護職員が単独で行えるようにする方針だ。

同日は日本介護福祉士会が行った「特養での介護福祉士らの吸引、経管栄養の実施状況」に関する調査結果の報告もあった。調査は５月30日－６月８日に実施し、1102人から回答を得た。口腔内吸引は「午後５時半－午前８時半まで」では７割以上が「介護職も対応している」と回答。鼻腔内吸引は「午前６時－午前８時半」では43.0％が介護職も対応していた。胃ろうも各時間帯で介護職も対応しており、「午前６時－午前８時半」の58.1％が最も多かった。吸引を実際に行っている人の中で「不安を感じる」とした割合は83.8％に上った。

一方、全国老人福祉施設協議会が行った研究事業では、口腔内吸引について看護職の90.7％、介護職の77.6％が「介護職員の職務範囲とすることに賛成」と回答。経鼻経管栄養の管理でも看護職の40.7％、介護職の34.9％が賛成と答えた。
（6/11MEDIFAXより）

介護報酬、サービスの質・効果で評価を／地域包括ケア研究会報告書

地域包括ケア研究会（2008年度老人保健健康増進等事業）は、25年を目標に地域全体で高齢者を介護する地域包括ケアシステムの構築を進めるための具体案などを盛り込んだ報告書を取りまとめた。介護報酬をサービスの質と効果に基づいて支給する体系や、介護保険の給付範囲の見直しの必要性などを提案した。

報告書では、介護報酬をサービスの質と効果によって決定することが、サービス利用者の視点に立った地域包括ケアシステムの構築につながると提案。サービスの質と効果を評価するためには、パフォーマンスの正確な測定方法を具体化する必要があるとし、施設のサービスを評価する際の評価基準として①標準化されたケアの明示②標準化されたケアを基準に、要介護者に適切なケアを実施している③在宅復帰の実現④在宅復帰後も地域で自立した生活を送ることができる―の４項目を挙げた。

介護保険制度について一定の知識を持った住民の代表者が評価に参加する「住民参加型モニタリングシステム」なども提案。事業所を個別に評価するだけでなく、地域包括ケア圏域でのサービス評価も議論すべきとした。

また、介護費用の増加に備え、効率的な介護保険制度の設計を目指す必要があるとして、被保険者と受給者の範囲の見直しなどを検討する必要性があると指摘。医療保険と介護保険の保険料率の整合性や、低所得者の保険料負担の軽減などについて考える必要もあるとした。（5/26MEDIFAXより）

介護職の半数が医療行為／人手不足で、八戸大調査

施設の介護職やホームヘルパー計約200人を対象に八戸大の篠崎良勝准教授が実施した2007年調査で、インスリン注射など本来認められていない医療行為をしたと答えた人が47％と、約半数に上ったことが５月13日までに、分かった。

人手不足が深刻化する中、研修も受けないまま、現場では事故の不安を抱えながら、医療行為をやらざるを得ない実態が浮かぶ。

厚生労働省が通知で介護職に認めている主な医療行為は、血圧測定や専門的な技術を必要としないガーゼの交換、軟こうの塗布、点眼、薬の内服など一部に限られる。インスリン注射などの医療行為は原則として認められていない。

47％が経験したという医療行為は、一部を除き大部分が認められていないものばかり。このうち在宅で最も多かったのは褥創（床ずれ）部のガーゼ交換（28％）。施設では、たんの吸引（30％）、インスリン注射（20％）、点滴の抜針（20％）などが目立った。

理由について、在宅では「利用者の依頼」（18％）、「家族の依頼」（17％）が多く、施設では「看護師の指示」（41％）が際立つ。

篠崎氏は「01年の調査に比べて、施設ではインスリン注射は2.9倍、点滴の抜針は2.2倍になるなど増加。医療依存度の高い人が着実に増えており、介護施設が病院に近づいている」と分析している。

調査は07年６－９月、全国のホームヘルパー163人、施設職員74人の計237人から回答を得た。
【共同】（5/15MEDIFAXより）

京　都　編

あんしん医療制度研究会を開催／京都府

京都府は５月21日、「あんしん医療制度検討会」の初会合を開いた（資料２・３、後掲60・69ページ）。検討会は、府が１月27日に全国知事会に対し提案した「住民への健康医療政策の更なる充実に向けた検討課題について（提案）」の内容などを検討するもの。今夏に中間報告、冬頃に最終報告をとりまとめるとしている。

発熱外来「資格証」でも３割負担／新型インフル　京都府、市町村に要請

国民健康保険料の滞納で保険証が使えず窓口段階で全額自己負担となる人たちが、新型インフルエンザを疑う症状があっても受診を控えないよう、京都府は５月21日までに、「窓口３割負担」とすることを府内の各市町村に要請した。

国保料を１年以上滞納すると、保険証を使えなくし資格証明書を発行されることがある。医療機関を受診すると、いったん窓口で医療費の全額を払わなければならず、後に行政窓口で７割の返金を受けることができるものの、受診抑制につながると指摘されている。

新型インフルエンザの国内発生を受けて厚生労働省は、資格証明書を受けた人が発熱外来を受診した場合、窓口負担は３割で済むよう決定している。

府が５月20日に市町村に通知した文書では、▽発症の疑いのある、資格証明書を交付された人が発熱外来を受診した場合、資格証明書を被保険者証とみなす▽この取り扱い方を発熱相談センターに周知する―などを各市町村に求めた。

府内で資格証明書の発行は約4000世帯（08年９月現在）ある。保険医協会は「保険証のない住民は新型インフルエンザの感染拡大下で不安や恐怖に陥っている」と改善を府に緊急要望していた。

小児科診察、午前０時以降も対応／10年度にも京都市急病診療所

京都市内で夜間の小児救急の受診者が多いため、京都市は2010年度にも市急病診療所（中京区）の小児科の診察時間を午前０時以降の深夜帯に拡充する方針を固めた。大規模病院に患者が一極集中している現状を打開し、小児科医の負担を分散させるのが狙いだ。

市急病診療所は急病患者の初期診療を行うことを目的に1978年、中京区聚楽廻松下町に開設された。小児科は土日祝日のみ（午後10時まで）の診察だったが、05年９月から平日を含む午前０時までの準夜診療をスタートさせ、府医師会から派遣された医師２人が当直に当たっている。

市は、急病診療所で小児救急の初期対応を担い、重症の場合は市立病院（中京区）など、大規模病院が担当するという「すみ分け」を図ろうとしている。

しかし、急病診療所の診察時間を準深夜帯まで延長しても、大規模病院への患者の集中傾向は改善さ

れず、市立病院の川勝秀一小児科部長によると、「深夜帯の小児救急は今も、初期診療を受けるべき軽症患者が圧倒的に多い」という。

市立病院の深夜帯の受診者数は05年の1704人をピークに減少し、08年には1225人にまで減ったが、入院患者は1000人前後と横ばい。このため、当直医１人が病棟と外来を担当し、睡眠が取れない日も多いという。

市は、市立病院や京都第一赤十字病院（東山区）など大規模５病院を対象に深夜帯の小児救急の実態調査を始めており、調査結果を踏まえ、急病診療所の診察時間をどこまで延長するかを決める。

介護保険料引き下げへ／京都市国保、40－64歳交付金活用

京都市は６月８日、国の交付金を活用して、40－64歳の国民健康保険の被保険者が2009年度に支払う保険料（介護保険料分）を引き下げる方針を決めた。年間保険料は１人あたり811円引き下げられ、19810円となる。

40－64歳の国保加入者は介護保険の被保険者でもあるため、国保料と併せて介護保険料を支払っている。09年度からの介護報酬引き上げに伴い、保険料の上昇が見込まれる。このため、市は、国が激変緩和措置として設けた特例交付金を引き下げに活用する。09年度の市への交付額は9800万円。10年度は交付金が半額になる。

市は、この日開かれた市国民健康保険運営協議会に諮問、答申を受けて決定した。

同協議会では、09年度の事業計画案も承認された。事業計画では、１日あたりの入院費用や１件あたりの受診日数が全国平均と比べて高いことから、介護予防サービスや在宅看護の推進などを掲げた。新規事業では、メタボリックシンドローム予備群を対象にした「メタボ予防教室」を７月から開催することを盛り込んだ。

さらに、現行の医療保険制度について「財政的に限界に達しつつある」とし、国に対しては「将来にわたって被保険者が安心して医療を受けるためには、全国民が加入する医療保険制度の一本化を実現すべき」と主張している。

子ども医療費月200円／井手町、中学生まで１機関あたり

京都府井手町は９月から、中学校卒業までの子どもの医療費を、１医療機関に付き月額200円で済む助成制度を始める。現行制度を拡充するもので、中学生までを対象にした医療費助成は山城地域で初めて。６月17日開会の６月定例町議会に、関係する2009年度一般会計補正予算案9200万円を提出する。

これまでの同町の助成制度は、通院は小学校入学まで、入院は小学校卒業までの子どもが対象だった。今回の拡充で、通院・入院とも対象を中学生まで引き上げ、家庭の経済負担を軽減し、子育て支援の充実を図る。

対象となる小学生448人と中学生244人には、９月までに受給者証を給付する。

拡充の事業費は、システム改修費などを合わせ1200万円を計上し、財源は国の地域活性化・経済危機対策臨時交付金を充てる。

調査・データ編

全世帯の６割「生活状況苦しい」／08年国民生活基礎調査

全世帯の約６割が生活を「苦しい」と感じていることが５月21日、厚生労働省の「2008年国民生活基礎調査の概況」で分かった。児童のいる世帯では62.1％、高齢者世帯では53.4％が「苦しい」と回答した。厚労省大臣官房統計情報部は「1991年の初調査以来『苦しい』と回答する割合が増加傾向にある」としている。

同調査は医療や年金、所得など国民生活を調べることが目的で、３年ごとに大規模調査を実施。08年は中間年に当たり、世帯区分や家計支出、平均所得金額などを調査した。世帯票は４万5837世帯、所得票は6349世帯から有効回答を得た。世帯数の状況などは調査客体数から推計している。

世帯別にみた生活意識については、全世帯の「大変苦しい」（23.5％）と「やや苦しい」（33.7％）を合わせて57.2％が「苦しい」と回答。91年の同項目の初調査では「苦しい」との回答は全世帯の37.7％で、20年間で約20ポイント増加していた。

（5/22MEDIFAXより）

合計特殊出生率、３年連続で上昇／08年人口動態統計の確定数

厚生労働省は６月３日、「2008年人口動態統計月報年計（概数）の概況」を公表した。１人の女性が一生の間に産む子どもの数を推計した「合計特殊出生率」は1.37で、06年以降３年連続で上昇した。08年の出生数は109万1150人で前年と比べて1332人増加した。

厚労省統計情報部は、出生数の増加について「08年はうるう年で１日多かったことが影響している」と分析しており、出生数と合計特殊出生率がともに増加したものの、少子化は依然、深刻な状況とみている。出生数を母親の年齢別にみると、20－24歳、25－29歳、30－34歳では減少したが、35歳以上の各階級では増加した。第１子出生時の母親の平均年齢は上昇傾向にあり、08年は29.5歳だった。

一方、死亡数は114万2467人（前年比３万4133人増）で戦後最多となった。高齢者の増加により、死亡数は03年から100万人を超えており、08年は75歳以上高齢者の死亡数が全体の約３分の２を占めた。死因別死亡数の割合をみると、悪性新生物の30.0％が最も多く、次いで心疾患の15.9％、脳血管疾患の11.1％、肺炎の10.1％―の順。悪性新生物による死亡数は34万2849人で過去最高だった。死因順位では老衰が自殺を上回った。

自殺による死亡数は３万197人で、前年より630人減少。厚労省は「月別の数字では８月までは減少していたが、９月以降増加している」と分析しており、経済不況が影響している可能性がある。

婚姻件数は72万6113組で、前年から6291組の増加。平均初婚年齢は、夫30.2歳、妻28.5歳でともに上昇した。離婚件数は25万1147組で、03年から６年連続で減少した。（6/４MEDIFAXより）

日本、長寿世界一を維持／ＷＨＯの世界保健統計

世界保健機関（ＷＨＯ）は５月21日、2009年版の「世界保健統計」を発表、07年の平均寿命が世界で１番長いのは日本の83歳で、前年までに続いて首位の座を維持した。

男女別では、日本の女性の平均寿命が86歳で世界一。男性ではイタリア中部にある内陸国サンマリノの81歳が世界一で、日本はスウェーデンなどとともに、80歳のアイスランドに続き３位の79歳だった。

世界全体の平均寿命は71歳で、最も平均寿命が短かったのは西アフリカ・シエラレオネの41歳。長寿国としてはスイスやイタリア、オーストラリアなどが82歳とされ、日本に続いた。

同統計によると、世界全体で05年の妊産婦の死亡率は10万人当たり約400人で、年間約53万6000人が妊娠や出産に絡んで死亡。国連のミレニアム開発目標では、妊産婦の死亡率を15年までに1990年の水準の４分の１まで削減するとしているが、90年からあまり改善が見られなかった。

【ジュネーブ５月21日共同】（5/25MEDIFAXより）

１日平均外来患者、増加に転じる／病院報告08年12月

厚生労働省は５月15日、2008年12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144万7205人（前月比７万3347人増）で、２カ月ぶりに増加した。

病院の１日平均在院患者数は130万3370人で、前月に比べて１万951人減少。病床別に見ると、一般病床が１万1251人減少して67万9265人となった一方、療養病床は1422人増の30万7887人だった。精神病床は943人減の31万2734人となった。

病院の月末病床利用率は72.7％で、前月から7.1ポイント減少。病院の平均在院日数は32.2日（1.7日短縮）で、すべての病床種別で短縮。14.0日短縮した介護療養病床（287.6日）、12.4日短縮した療養病床（169.2日）などで減り幅が大きかった。

（5/18MEDIFAXより）

介護施設整備されれば退院可能／慢性期分科会で厚労省調査

厚生労働省が11日の中医協・慢性期入院医療の包括評価調査分科会に報告した実態調査で、特別養護老人ホームや介護老人保健施設など周辺の介護施設が整備されれば退院する見込みのある医療区分３の患者が、前回（2006年度）調査より増加する傾向が見られた。

治療に携わっている看護職員が、患者の主治医と相談して回答した。

医療区分３のうち特養が整備されれば退院できるとみられる患者は22.0％で、前回より倍増。老健施設が整備されれば退院できる患者は42.1％で、前回より8.6ポイント増えた。06年度と08年度の両調査に参加した「共通病院」の回答では、特養の整備によって退院できるとされた患者はやや減少したもの

の、老健施設が整備されれば退院できるとされたのは67.1％で、前回より約２倍増加していた。
（6/12MEDIFAXより）

有料老人ホーム未届け、全国で446施設／厚労省が指導徹底で通知

厚生労働省は５月28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が全国で446施設あることを明らかにした。厚労省は同日付で、未届けの有料老人ホームへの届け出の促進と指導の徹底を呼び掛ける通知を都道府県に発出。度重なる指導を受けても指定を拒否するような未届け施設に対しては、罰則の適用も視野に入れた対応も可能とした。

群馬県渋川市の高齢者施設「たまゆら」の火災事故を受け、都道府県に対し2009年４月30日時点で把握している未届けの施設数と入居者の処遇などに関する指導状況を聞いた。今回の調査は「たまゆら」の火災事故以降２回目。

前回の３月27日時点での調査以降、４月30日までに有料老人ホームの届け出を済ませたのは79施設で、依然として未届けの施設が446施設あった。未届け施設数は神奈川の91施設、東京の48施設、千葉の41施設、群馬の31施設の順で多く、首都圏に集中していた。

入居者の処遇などに問題があり指導を行ったのは80施設で、４月末時点で届け出済みは10施設、未届けは70施設だった。指導例としては「１部屋に複数人が生活しており、個室化などでプライバシー確保」「居室面積が狭く、生活に必要なスペース確保」「入居一時金の保全措置の実施」などがあった。
（5/29MEDIFAXより）

妊婦１人当たり公費負担額に７万円の差／厚労省、妊婦健診で調査

厚生労働省雇用均等・児童家庭局は６月３日、妊婦健診の公費負担の状況についての調査結果をまとめ、都道府県などに通知した。2009年４月１日時点の妊婦健診の公費負担回数は全国平均で13.96回で、08年４月時点の5.5回から大幅に増えた。一方、公費負担額は自治体によってばらつきがみられ、最大で７万円の格差があった。

調査は市区町村の妊婦健診の公費負担回数や負担額、実施する検査項目などを調べた。市区町村の妊婦１人当たりの公費負担額は、全国平均で８万5759円だった。都道府県別でみると山口の11万1127円が最も高く、徳島の10万8130円、青森の10万286円の順。最低額は大阪の３万9813円で、最高額の山口と比べ７万1314円の差があった。公費負担額の分布では「７万円以上－10万円未満」が全体の約８割を占めた。

公費負担回数の全国平均は13.96回で08年４月時点の5.5回から約2.5倍に増えた。公費負担を実施している市区町村の94.8％が14回実施していた。13回以下の市町村も25カ所あったが、うち15市区町村が09年度内に公費負担を14回に拡充する予定か検討中とした。

受診券方式で公費負担をしている1419市区町村のうち、国が例示する妊婦健診の標準的な検査項目すべてを実施しているのは42.0％だった。

厚労省は09年２月27日付の母子保健課長通知で、妊婦健診の受診回数は14回程度が望ましいとし、標準的な健診項目などを提示。08年度２次補正予算では「妊婦健診の公費負担の拡充」に790億円を計上。補正予算により、妊婦健診の公費負担回数を14回（約11万3000円）まで拡充することを見込んでいた。

公費負担の拡充では14回のうち５回分が地方財政措置、残る９回分が国庫負担と地方財政措置で２分の１ずつ補助する。地方財政措置分の使途は自治体の裁量で決まり国が指導することができないため、自治体によって公費負担額にばらつきがみられる格好だ。厚労省は「自治体の財政状況が公費負担額に影響している」（母子保健課）としている。
（6/５MEDIFAXより）

ＩＦＮ医療費助成「積極的な受診勧奨を」／厚労省懇談会

Ｂ型、Ｃ型肝炎患者を対象に行われているインターフェロン治療の医療費助成制度で、2008年４－12月の受給者証交付申請件数は３万8001人にとどまっていることが、厚生労働省健康局肝炎対策推進室のまとめで分かった。同室が10日、全国肝炎総合対策推進懇談会で明らかにした。申請者のうち、実際に受給者証の交付を受けた人は３万5734人で、制度開始当初に目標としていた年間10万人を大きく下回る見通し。懇談会の委員からは、治療につながる肝炎ウイルス検査の受診者を増やすため、積極的な受診勧奨を求める意見が相次いだ。
（6/11MEDIFAXより）

医療・福祉の精神障害労災請求122件／08年度、厚労省まとめ

2008年度の医療・福祉分野業種の精神障害などに関する労災補償請求件数、支給決定件数がともに全業種の中で３番目に多いことが、厚生労働省のまとめで分かった。

厚労省によると、08年度の精神障害などに関する医療･福祉分野の労災補償請求は122件あり、製造業の168件、卸売・小売業の157件に次いで多かった。医療・福祉分野の支給が決定したのは26件で、製造業の50件、卸売・小売業の48件に続いた。

職種別では、医師･歯科医師などで５件、看護師･助産師・保健師などで４件、社会福祉関係職種で８件の支給が決定した。脳・心臓疾患の医療・福祉分野の労災補償請求は35件、支給決定は15件だった。

精神障害などに関する労災補償請求は全体で927件（前年度比25件減）、支給決定は269件（同１件増）。脳・心臓疾患の請求は889件（同42件減）、支給決定は377件（同15件減）だった。（6/９MEDIFAXより）

非正規労働者の失職21万人／正社員も３万7000人に

2008年10月から09年６月までに職を失ったり、失う見通しの非正規労働者の数は21万6408人で、４月の前回調査より4.4％増えたことが５月29日、厚生労働省の調査で分かった。

厚労省が同日発表した大量雇用変動届の提出状況によると、解雇などで職を失う正社員は３月と４月の届け出分の合計で３万7346人。長引く不況で人員削減が正社員にも波及していることが鮮明になった。

非正規労働者のうち、派遣社員が13万5065人と最も多い。このほか契約社員４万7100人、請負社員１万6795人と続いた。

再就職した人は２万2572人で、動向が把握できた人のうち、26.1％にとどまった。

都道府県別で失職者が最も多いのは、自動車関連産業が集積する愛知県で３万5986人。次いで長野県9688人、静岡県8841人など。

非正規労働者は、５月19日時点でハローワークなどを通じて把握した数字をまとめた。また、１カ月以内に30人以上が離職する場合、企業は事前に大量雇用変動届の提出を義務付けられており、うち正社員の失職予定者の数を厚労省がまとめた。【共同】

障害者2774人を解雇／６年ぶり高水準、就職は減

厚生労働省は５月15日、雇用情勢の悪化を受け、2008年度に勤務先の企業から解雇された障害者が2774人と、02年度（2962人）以来６年ぶりの高水準に達したと発表した。一方、ハローワークを通じ、新規に就職した障害者は02年度から増え続けていたが、７年ぶりに減少に転じた。

ただ、厚労省は「一般の労働者も一緒に解雇されているケースが多く、障害者が真っ先に解雇されているという状況ではない」と分析している。

一方、就職者数は４万4463人で、前年度比2.4％のマイナス。解雇された人の再就職希望や、一般就労の意欲の高まりで新規求職者数は前年度比11.0％と大幅に増えており、新規求職者の就職率は前年度の42.2％から37.1％に落ち込んだ。【共同】

自殺の動機、うつ病最多／30代が過去最悪、08年

警察庁は５月14日、日本国内で2008年１年間に自殺した３万2249人のうち、原因・動機が遺書や関係者の話などから判明したのは２万3490人で、「うつ病」が動機の１つとなった人が6490人に上ることを明らかにした。詳細な動機の公表を始めた前年と同様、動機の中で最も多かった。

全自殺者の年代別では中高年層の割合が依然高いものの、30代が4850人（前年比1.7％増）と過去最多となったことも分かった。

動機には複数の要因が絡み昨秋以来の景気悪化との明確な関係は不明だが、自殺者の３万人超えが11年続く中、政府は公表データを基にさらなる対策を迫られそうだ。

警察庁によると、07年に改正された「自殺統計原票」は動機を約50項目に分類。「うつ病」の次に多かったのは「身体の病気」の5128人で、「多重債務」1733人、「その他の負債」1529人が続く。「いじめ」は前年より２人増えて16人で、このうち19歳以下は３人多い13人だった。

年代別では、50代が6363人（9.7％減）と最も多い。今回から公表する70代は3697人（5.4％減）、80歳以上は2361人（5.1％減）。30代とともに、20代が3438人（3.9％増）、19歳以下が611人（11.5％増）と若年層が目立って増えた。【共同】

介護・看病疲れで殺人、08年は48件／07年の30件から増加

佐藤勉国家公安委員長は５月11日の衆院予算委員会で、介護・看病疲れが原因となった殺人事件は2008年に48件あったことを明らかにした。被害者は、被疑者の実父母と配偶者が多数を占めた。07年の介護・看病疲れが原因の殺人件数は30件で、１年で18件増えた。長妻昭氏（民主）の質問に答えた。

警察庁によると、08年の被害者の内訳は、被疑者の実父母が17件（前年８件）、配偶者（内縁含む）が21件（同15件）、実子が７件（同３件）だった。（5/12MEDIFAXより）

基金の確定金額、3.6%増の９兆2706億円／08年度診療報酬

社会保険診療報酬支払基金は５月25日の定例記者会見で、2008年度（08年３月－09年２月診療分）の診療報酬確定状況などを明らかにした。老人保健を除く確定金額は９兆2706億円で前年度比3.6％増だった。医科は６兆6677億円で同3.1％増。うち入院は２兆9790億円（前年度比4.8％増）、入院外は３兆6886億円（同1.7％増）だった。

ほかの診療種別では、歯科9430億円（同3.3％増）、調剤１兆4964億円（同7.0％増）。

確定件数は８億2843万件で前年度比2.8％増。医科は４億7632万件で前年度比1.7％増で、このうち入院は939万件（同0.6％減）、入院外は４億6693万件（同1.7％増）。歯科は１億574万件（同2.6％増）、調剤は２億4602万件（同5.2％増）となった。（5/26MEDIFAXより）

訪問看護ステーション、人員不足が課題／日医総研WP

日医総研が訪問看護ステーションを対象に実施した調査で、24時間体制や緊急対応に関する加算を届け出ていない事業所の９割近くが、人員不足を理由に挙げていることが分かった。加算を届け出ている事業所でも、24時間体制の構築のために看護職員を増員した事業者は12.6％にとどまり、７割以上は増員をせずローテーションづくりに取り組んでいた。日医総研は調査結果を「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」と題してワーキングペーパー（WP）にまとめた。「訪問看護ステーションの多くが人材不足という課題を抱えていた」との見解を示している。

訪問看護ステーションの活動状況や主治医などとの連携状況に関して2008年９月の状況を調べるため、2693事業所にアンケート票を郵送し、1098事業所から有効回答があった（回答率40.8％）。

「24時間連絡体制加算」「24時間対応体制加算」「緊急時訪問看護加算」のいずれも届け出ていない108事業所のうち、理由（複数回答）に「人員不足」を挙げたのは87.0％で、「同一法人内に往診や在宅医療を行う機関がない」（13.0％）、「他に24時間対応可能なステーションがあり必要ない」（8.3％）など、ほかの理由と比べ圧倒的に多かった。３加算のいずれかを届け出ている事業所の74.7％は、看護職員は増員せずローテーションにより24時間体制を構築していた。WPは「特に東京都特別区をはじめとする大都市圏で、より（人員不足が）深刻な状況となっている」としている。

WPではこのほか主治医との連携も課題に挙げた。調査では主治医との連携不足を訴える意見が18.8％あり、特に主治医が病院の医師の場合、直接連絡が取れないことが多かったり、知らないうちに主治医が変わっていたりするなどの意見があった。病院の医師そのものではなく、窓口がないなど連携のシステムに問題があるとの指摘も多かった。

08年度診療報酬改定で新設された「在宅患者緊急時等カンファレンス料」について、算定した事業所からは、医療従事者間でカンファレンスを開催することによってケアの質向上に結び付くなど一定の効果があったとの意見が上がった。ただ、WPは、多忙なためカンファレンスの開催ができない事業所もあるなど課題が残るとした。（5/15MEDIFAXより）

育児休業の取得、４割に満たず／日医、女性医師の勤務環境調査

日本医師会による「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」がまとまり、日医女性医師支援センターの保坂シゲリ・マネジャーが５月30日のシンポジウムで概要を報告した。

調査は2008年12月から09年１月まで、全国の病院勤務の女性医師を対象に実施。7467人から有効回答を得た。有効回答率は49.7％だった。

女性医師が休職・離職した理由は、出産や育児が多く、それぞれの割合は70.0％、38.3％だった。一方、産前・産後休暇を取得した人は79.1％で、育児休業の取得は39.2％にとどまった。育児休業中の身分保障は43.6％が「ない」と回答。同様に給与は76.9％が支給されていなかった。

また、保坂マネジャーは「女性医師の配偶者が医師である場合、育児・家事に協力が得られる割合は非医師よりも低い」と説明。特に若い女性医師は非正規雇用も多く、出産・育児について法律による保護を十分に受けていないとして問題視した。
（6/２MEDIFAXより）

適正分娩費用、現状と10万円以上の差／産婦人科医会調査

医療機関が考える分娩の適正費用は53万4596円で、実際の費用とは11万639円の開きがあることが６月10日、日本産婦人科医会の調査で分かった。自治体病院では費用が低く抑えられているところが多く、同会は「周産期医療崩壊を防ぐ手だての１つに分娩費用の増額があると考える。特に地方の公立病院の設立者には熟考を求めたい」と指摘している。

調査は2009年１月、同会に登録している病院・診療所2886施設を対象に行い、1707施設（59.1％）から回答を得た。

調査結果によると、１人当たりの分娩費用の平均は42万3957円。設立母体別に見ると、大学病院が47万9284円で最も高く、市町村立は38万6718円、都道府県立は36万9623円で最も低かった。

一方、適正と考える費用の平均は53万4596円で、実際の費用との差は11万639円。現状と適正の差が大きかったのは、大学病院（16万4774円）と都道府県立（13万8495円）、市町村立（12万6530円）だった。約６割の施設が「現行の費用には必要な経費すべてが含まれていない」と回答しており、同会は「利益分などを加えると、適正分娩費用は60万円前後になる」としている。

適正と考えられる費用と現状の間に10万円以上の差がある一方、分娩費用の増額を予定しているとした792施設に増額予定額を聞いたところ、多くの施設は３万－５万円台の増額にとどまった。不足分を賄うだけの費用を増額できない理由としては、「地域住民の所得水準が低い」「私的施設と競合している」「分娩費用の安い公立病院がある」などの回答が多かった。

調査結果について同会は「都道府県立、市町村立病院は採算を度外視した施設が多い。近隣医療機関の費用設定に与える影響も大きく、費用の決定方法も含め、早急な改善が求められる」としている。
（6/11MEDIFAXより）

へき地拠点病院の７割が自治体病院／全自病開設者協が調査

全国自治体病院開設者協議会は６月12日、「４疾病５事業に関する調査報告」を公表した。自治体病院が担う医療機能を明らかにする目的で、各都道府県が2008年度医療計画で公表した「４疾病５事業」の医療機関リストのうち、自治体病院が占めるシェアを示した。

へき地医療については、国が指定する「へき地医療拠点病院」のうち自治体病院は183施設、その他が74施設で、自治体病院が71％を占めた。災害医療でも「基幹災害医療センター」は自治体が32施設、その他が24施設で、57％を自治体病院が占めていた。ただ「地域災害医療センター」は46％、「ＤＭＡＴ指定医療機関」は37％にとどまった。

一方、がんについては「専門的ながん診療」を担う施設として「がん診療連携拠点病院」に着目。都道府県がん診療連携拠点病院は自治体が23施設、その他が24施設で、自治体病院が49％を占めた。「地域がん診療連携拠点病院」と「緩和ケア病棟のある病院」で自治体病院の占める割合は、それぞれ38％、17％にとどまった。（6/15MEDIFAXより）

マスク不足や人材確保が課題に／全日病、新型インフルで会員調査

全日本病院協会は６月４日、新型インフルエンザの感染者が多数発生している大阪、兵庫両府県の会員病院を対象に５月に実施した現況調査の結果を公表した。「現在、困難となっている点」として、マスクや手指消毒液、迅速診断キット、薬剤などの確保を指摘する意見が多く挙がった。全日病は「物的、人的、情報などの支援が不可欠なことが再確認できた」とし、今後、予想される「第２波」や鳥インフルエンザ対策を国を挙げて再構築する必要性があると指摘している。

５月21日に両府県の会員病院218施設に調査票を送り、25日までに108施設から有効回答があった（回答率49.5％）。「現在、困難となっている点」を聞いた設問には63施設から回答があり、マスクや薬剤などの物的不足が36件を占めた。このほか「外来に発熱患者用のスペースがない」が12件、「仮設施設設置、別室設置による院内勤務者の確保」が５件などとなった。また、37施設が回答した「職員の動揺や勤務者確保に関する支障」では、従事者の子どもが通う学校・幼稚園が休校・休園となったことで、勤務者

の確保が困難になったとの回答が22件寄せられた。

回答施設のうち「新型インフルエンザ協力病院」は６病院あったが、実際に感染者を受け入れた７病院のうち５病院は協力病院以外の一般病院だった。（6/５MEDIFAXより）

老健の４割が看取り実施／年平均５例、全老健が調査

１年間に看取りなど終末期医療を行った介護老人保健施設が41.1％に上ることが、全国老人保健施設協会が実施した「2008年度介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」の調査で分かった。全老健は「１年間で平均５例程度行っている」と説明した。

調査は09年２月に介護老人保健施設3300施設に対して行い、1388施設から回答を得た（回収率42.1％）。全老健は７月にも詳細な調査結果をまとめるとしている。

医師のオンコール体制を導入しているのは55.6％で、常時看護師が当直している施設は78.0％だった。調査では老健での医療処置の現状についても自由回答で質問。適切な医療を行うに当たっての問題点・課題については▽包括医療の弊害や他科受診の医療負担など「医療保険適用の拡大」（478件）▽看護師不足など「人材不足・人員配置基準が不適切」（146件）―などが上がった。

10年度診療報酬改定に対しては、抗がん剤注射製剤など高額薬剤の使用や、肺炎や尿路感染症といった施設内で対応できる医療の評価を見直すべきとの意見が上がった。医療体制については、ナースプラクティショナーの導入など、看護職や介護職が実施できる医療行為の範囲を拡大すべきとの指摘もあった。（6/８MEDIFAXより）

後発薬で年54億円節減／日本調剤の患者薬剤費

先発医薬品と有効成分が同じで安価な後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及に力を入れる調剤薬局チェーンの日本調剤は５月11日、同グループで後発薬に替えた患者の薬剤費節減効果が2008年度は53億7100万円に上ったと明らかにした。

変更された処方せんは217万枚で１枚当たり約2470円の節減。自己負担３割の患者では、１回の処方で薬代が約740円浮いた計算になる。

後発薬への変更は、処方せんに変更不可のサインがなければ、患者が薬局で希望すれば可能。同グループでは変更可の処方せんと、変更可で実際に後発薬にした患者がそれぞれ50％台前半で、処方せん全体に占める後発薬の割合は20％台後半となった。

同グループは４月から、後発薬へ変更した場合の差額の試算や、医師に面と向かって希望を伝えにくい患者への「ジェネリック医薬品お願いカード」配布を実施している。【共同】（5/13MEDIFAXより）

環　境　編

温暖化で年30万人死亡／12兆円の経済損失と報告書

地球温暖化に関連した自然災害などによる死者が世界全体で毎年約30万人に上るとの報告書を、国連のアナン前事務総長が率いるシンクタンクが５月31日までに公表した。

報告書は、温暖化によって世界の３億人超が深刻な影響を受け、経済的な損失は年約1250億ドル（約12兆円）と推定。2030年までに温暖化による死者が最大で年50万人に達し、経済的な損失は年3400億ドルに上る可能性があると指摘した。

報告書を出したのは、「気候変動に関する政府間パネル（ＩＰＣＣ）」のパチャウリ議長も理事を務める「グローバル・ヒューマニタリアン・フォーラム」（本部・ジュネーブ）。英紙ガーディアンによると、パチャウリ議長は報告書を「現時点では最も妥当性のある試算」と評価している。

報告書は、有効な温暖化対策が取られなければ、温暖化によってもたらされる飢餓や健康被害の問題が拡大し、社会的、政治的安定への脅威になると強調。温暖化による自然災害の死者の99％が途上国に集中しているとし、途上国の被害緩和などに先進国が積極的に関与するよう求めた。
【ロンドン５月31日共同】

森林減少抑制で温室効果ガス削減／温暖化防止、国連報告書

世界で進む森林減少の抑制や、農業のやり方の変更などで、地球温暖化をもたらす温室効果ガスの大幅な排出削減が可能になるとの報告を、国連環境計画（ＵＮＥＰ）が６月５日、気候変動枠組み条約の特別作業部会で公表した。

報告書は、熱帯林が、推定で年間1480万ヘクタール失われるなどした結果、大気中に放出される温室効果ガスの量は、世界の総排出量の約20％を占めると指摘。今のペースで熱帯林破壊が続けば、2100年までに、さらに870億－1300億トン（炭素換算）が排出される恐れがあるとした。【ボン６月５日共同】

省エネの国際組織が発足／12カ国が温室ガス抑制へ協力

主要国（Ｇ８）エネルギー相会合が５月24日、ローマで２日間の日程で始まった。初日の会合ではＧ８各国に中国など新興国を加えた計12カ国が、エネルギー対策の新組織「国際省エネ協力パートナーシップ（ＩＰＥＥＣ）」の設立文書に署名し、正式に発足させた。インドも参加する予定。

ＩＰＥＥＣは世界的にエネルギーの利用効率を高め、温室効果ガスの排出抑制を目指す新たな枠組み。先進国と新興国が協力して省エネ技術の普及などを進める。

日本からは二階俊博経済産業相が出席。日本政府は、エネルギー消費量やＣＯ$_2$排出量が急増している中国などへの先進技術供与を通じ、日本企業の事業拡大も後押しする考え。

国際エネルギー機関（ＩＥＡ）に事務局を置き、設立当初の費用として各国が合計130万ユーロ（約１億7000万円）を拠出。①各国のエネルギー効率を測定するための指標の改善②先進的省エネ対策に関する情報交換③国境を越えた各国政府と民間企業の連携―などに取り組む。【ローマ５月24日共同】

温暖化被害90年後は17兆円増／洪水、台風、熱中症

地球温暖化対策を取らないと、豪雨増加による洪水や台風の強大化による高潮の被害、熱中症による死者増などによって、21世紀末までに日本の被害の増加額が最大で年間計約17兆円に上るとの予測結果を環境省が５月29日、発表した。

14研究機関が参加した「温暖化影響総合予測プロジェクト」チームがまとめた。チームは「農林水産省の研究で果樹や野菜などにも大きな影響があるといわれており、経済評価できるか（研究者と）協力していく必要がある」としており、さらに被害額が増える可能性もある。

予測では、対策を取らないまま、2100年の気温が産業革命前と比べて約3.8度上昇した場合を仮定してモデル分析した。【共同】

原子力、太陽光へ転換急務／原油高騰再燃を懸念、白書

政府は５月22日、石油を主体とした日本のエネルギー供給構造を太陽光、原子力といった非化石燃料に転換する必要があるとした2008年度版エネルギー白書を閣議決定した。資源国への投資を進めエネルギーを安定確保することも提言、世界経済が回復して原油価格が再び高騰する事態に備える必要性を訴えた内容となっている。

白書は、世界の石油需要は景気後退で短期的に減退するが、今後も中国、インドなど新興国を中心に伸びるとし、需給逼迫で価格に再び上昇圧力がかかる恐れがあると指摘。このため「石油など既存エネルギーの価格変動の影響を受けにくい経済構造にすることが必要だ」として、省エネルギーや新エネルギー、原発への取り組みを長期的視点に立って推進していくと明記した。

エネルギー安定確保に向けては、官民一体で資源開発や権益獲得を着実に進めていく必要があると提言。日本の周辺海域にある石油・天然ガスや、新たなエネルギー源として期待されている化石燃料「メタンハイドレート」の活用へ、技術開発の推進も重要とした。【共同】

首相、15%減を正式発表／温室ガス削減の中期目標

麻生太郎首相は６月10日夜、官邸で記者会見し、2020年までの日本の温室効果ガス排出削減の中期目標を「05年比15％減（1990年比８％減）」とする方針を正式発表した。

首相は「エネルギー効率の33%改善を目指す極めて野心的なものだ。欧米の中期目標を上回る」と強調。13年以降の国別削減目標を決定する新国際枠組み（ポスト京都議定書）交渉で「日本だけが不利になることがないよう全力を挙げて取り組む」と述べ、交渉をリードする決意を表明した。【共同】

温室ガス、４割超が７％減を支持／世論調査

内閣官房は、京都議定書に続く温室効果ガス削減目標に関する世論調査結果を５月24日、公表した。

2020年までの削減幅の選択肢のうち、回答者の45.4％が、省エネ機器導入を積極的に進める「1990年比７％減」を支持。日本経団連などが強く主張し

ている「４％増」への支持は15.3％。最先端の省エネ機器導入義務づけなどで削減を進める「15％減」が13.5％。最も厳しい「25％減」を支持したのは4.9％だった。

質問には、対策に伴う国民への負担が示される一方で、温暖化が及ぼす被害に触れられておらず、「甘い目標しかできないように国民を誘導しようとしている」（気候ネットワーク・浅岡美恵代表）などの批判もある。

国際的に負担を分担する方法に関しては、日本が８－17％の削減を求められる「ＧＤＰの大きな国が対策コストを多く負担する」との考え方への支持が42.4％と最も多い一方で、他の先進国に比べて日本の削減幅が特に少なくなる「これまでの削減努力が十分でない国が大きく削減する」は15.9％にとどまった。

「温暖化対策のために１カ月当たりの家計の負担がどの程度増えても良いか」との問いには「1000円未満」が41.2％と最も多かった。【共同】

08年のＣＯ２濃度、過去最高／上昇続く、気象庁観測

気象庁は５月19日、国内で観測している温室効果ガスの二酸化炭素（ＣＯ２）について、2008年の大気中濃度の年平均値が観測史上最高になったと発表した。観測開始以来、上昇傾向が続いているという。

同庁の須田一人全球大気監視調整官は「化石燃料の使用など人間の活動によるＣＯ２排出と、土地利用で森林が減っていることが主な原因」と話している。

気象庁は都市化の影響が少ない３地点で定点観測を続けている。08年の平均濃度は岩手県大船渡市の大気環境観測所で388.5ppm、小笠原諸島の南鳥島で386.6ppm、沖縄・与那国島で388.0ppm。３地点の平均濃度は過去10年間、１年当たり1.9ppmの割合で上昇しているという。

最も早く観測を開始した大船渡では、観測を始めた1987年より37.3ppm上昇した。

春は植物の光合成が本格的に始まる前で１年で最もＣＯ２濃度が高くなるが、今春の観測値は大船渡で４月に395.3ppm、南鳥島で３月に390.8ppm、与那国島は４月に393.2ppmといずれも観測史上最高を更新。【共同】

プルサーマルで交付金打ち切り／経産省、７道県以外は支給せず

一般の原発でプルトニウム・ウラン混合酸化物（ＭＯＸ）燃料を燃やすプルサーマルの実施受け入れに同意した道県に、それぞれ60億円を払う交付金制度を、経済産業省が３月末で打ち切ったことが６月６日、分かった。

既に交付が決定した７道県以外は、今後新たに同意があっても交付されない。経産省は「同意自治体すべてに交付すれば、早期に受け入れ努力をしたところから不満が出かねない。延長は不要と判断した」としている。プルサーマル実施以外の、ＭＯＸ燃料加工施設や使用済み核燃料の中間貯蔵施設などの誘致に伴う交付金は従来通り。

巨額交付金でプルサーマル推進を図る手法には賛否があるが、打ち切りによって国の原子力政策の先行きにも影響を与えそうだ。

同交付金は、プルサーマル開始までの間に10億円、さらに開始の翌年度から２－５年間で50億円が支払われる。経産省によると、これまで佐賀県が申請し、交付金の一部が支払われたという。

2006年10月の制度開始以降、交付対象になったのは北海道（泊原発）、青森（大間原発＝建設中）、静岡（浜岡原発）、福井（高浜原発）、島根（島根原発）、愛媛（伊方原発）、佐賀（玄海原発）の各道県。いまだにプルサーマル開始が具体化していない東北、東京、北陸の各電力会社と日本原子力発電の原発は支給対象にならなかった。

制度は当初、07年３月までだったが、国は08年３月、09年３月と２度延長。経産省は、早期受け入れの優遇という所期の目的を果たしたことや、10年度までに16－18基でプルサーマルを開始するという従来の電力業界の目標に間に合うかどうかを考慮。自治体からはさらに延長の要望はあったが打ち切りを決めた。【共同】

プルサーマル計画見直し／10年度16－18基は困難

一般の原発でプルトニウム・ウラン混合酸化物（ＭＯＸ）燃料を燃やすプルサーマル計画について、電気事業連合会（東京）が、原発を持つ電力各社に計画見直しを検討するよう要請したことが６月４日、分かった。

2010年度までに全国16－18基の原発で実施するとの目標は、現状では事実上困難になっている。国の

原子力委員会も計画見直しの意向を示していた。

九州、四国、中部の３電力会社は10年にかけて３原発の計３基でプルサーマルを開始する予定だが、その他の電力では具体的な開始時期は依然、未定。目標達成は困難な情勢で、全体計画は見直される公算が大きい。

原発の使用済み核燃料を再処理してプルトニウムなどを取り出し、再び燃料として使う、国の「核燃料サイクル」政策は、プルサーマルの実施が前提となっており、計画見直しは原子力政策の先行きにも影響しそうだ。

国内では青森県六ケ所村の再処理工場が試運転中だが、電力各社は長年、核燃料再処理を英国とフランスに委託。既に再処理で生じたプルトニウムを保有している。このうち九州、四国、中部の３電力は共同でフランスからＭＯＸ燃料を海上輸送し、５月に輸送船が日本に到着。九州電力は11月に玄海原発３号機で国内初のプルサーマルを始め、四国は伊方３号機で10年１月から、中部は浜岡４号機で10年夏以降にＭＯＸ燃料を原子炉に入れる予定だ。【共同】

医療・社会保障運動 トピックス

開業医実態調査、介護改定でマスコミ懇談会開催／保団連

５月28日、保団連会議室において、「開業医の経営・労働実態調査」と介護報酬改定を中心としたマスコミ懇談会を開催した。マスコミからは読売新聞、株式会社じほうをはじめ８社・13人が参加し、保団連からは宇佐美宏歯科代表、竹崎三立副会長、杉山正隆理事、大阪府保険医協会・小薮幹夫事務局次長、保団連事務局が出席した。

「開業医の経営・労働実態調査」については、大阪協会・小薮事務局次長より調査の概要が報告され、その後、質疑応答を行った。報告では、開業医の労働は、時間外労働時間だけみても過労死の認定基準である月80時間を超えていること。医師であると同時に経営者、雇用主であり、診療以外にも患者とのトラブル対応や雇用管理などに時間が取られ、勤務医の労働とは質的に大きな違いがあることを強調した。こうした実態から、開業医へのさらなる労働強化は医療安全の面からも問題があると指摘した。

また、補足として、財政審の医師の偏在是正をめぐる診療報酬の配分見直し、自由開業医制への「公的関与」の議論で、前提とされている「医師の給与の比較」等の財務省資料は、中医協の「医療経済実態調査」からみても医療現場の実態と大きく異なることを指摘した。

さらに、岡山県保険医協会が医療施設動態調査より作成した医科・歯科診療所数の増減傾向の資料をもとに、地方を中心に診療所数が急激に減少している実態を示し、2010年診療報酬改定で再び診療報酬の配分見直しに終始するならば、経営の悪化で診療所はますます減少し、地域医療を支える基盤が破壊され、医療崩壊が加速するだろうと指摘した。

参加した記者からは「直近１年の診療所激減の要因は何か」、「今後協会・保団連で患者とのトラブルなどの相談窓口を設けないのか」といった質問が出された。

質問に対し、竹崎副会長は、詳しい分析はこれからと断った上で、「小泉構造改革の医療費抑制で、診療報酬引き下げが行われて以降、特に地方で診療所が減少し、地域格差が生まれている。医師の高齢化による閉院も背景にはあるが、都市部に新規開業が集中し、地方では開業したくてもできない状況になっている。さらに、東京でも最近は新規開業が減っている。今後分析していく必要がある」と答えた。

介護報酬改定では、３％の引き上げでは介護崩壊は食い止められず、10％以上の引き上げが必要なこと、保険医療機関は通所リハビリの指定があったものと見なすこととされたが、これは将来、維持期リハビリを医療保険の給付対象から除外するための布石であり到底認められないこと、介護給付費削減を目的とした新介護認定制度の問題点を指摘した。竹崎副会長、杉山理事からは新認定基準で認定審査会では混乱が起きていることなどを紹介し、国は３％などと数値だけを公表するが、現場での影響を検証した上での報道を要望した。

最後に、宇佐美歯科代表は、「医療現場の実態をつかむには、まず保険医協会に連絡を。保団連・保険医協会としても、今後も独自の調査などを行い、実態に基づく情報を発信していきたい」と締めくくっ

た。懇談会終了後も多くの記者が残り、個別に質疑応答を行うなど関心の高さが伺えた。

緊急提言の実現、新型インフルエンザ対策等を要請／保団連・中央行動

保団連は、５月28日、中央行動を実施し、８協会から38人が参加した。

衆議院での補正予算案の可決、参議院での審議入り、また、解散がなくとも９月には総選挙という状況の中、患者・国民、医療現場の実態と政策転換の必要性を大いに訴え、各党、各議員の態度を明確にしていくことが重要として、再度、「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、新型インフルエンザ対策等を要請し、後期高齢者医療制度の中止・撤回および廃止を求める患者署名を計1776筆、自主共済請願署名を計2699筆、国会議員に手渡した。

この日は、主に衆参の厚生労働委員に面談、要請を行った。面談した厚生労働委員長の辻泰弘参院議員（民主）は、「休業保障制度の適用除外で医師の新型インフルエンザ罹患による休業時の保障をとの訴えは、新鮮な切り口だ。また、インフルエンザの検査キット等が不足していると聞くが、総量備蓄、流通上の問題など詳しく教えてほしい」、「レセプトオンラインの問題は、費用補填の議論もなく、医療者の財産権侵害である義務化の強制を、省令改正という手段で行うのはおかしい」と述べた。

オンライン請求進捗状況書面提出に抗議／保団連

保団連は、５月19日、舛添要一厚生労働相宛に「オンライン請求進捗状況に関する書面提出に抗議する」文書を提出した。

これは、４月27日、厚労省が規制改革会議の質問への回答として、2010年４月からオンライン請求を義務化される診療所及び病院に対して、09年度中に、毎月、進捗状況の書面提出を求める方針を示したことに抗議したもの。厚労省はさらに、書面を提出しない医療機関には「審査支払機関から勧奨」し、それに応じなければ「国が直接指導」し、それにも従わなければ「報酬が支払われないことについて警告を発する」としている。

保団連は、このような強引な手法は、実施する根拠も明確ではなく、断固抗議するとともに、書面提出の撤回とオンライン請求義務化を定めた厚労省令の改正を強く求めている。

財政審の議論に対する見解発表／保団連

保団連は、財政制度等審議会がまとめた建議について「断じて認めることはできない」とする見解を発表した。

見解では、医師偏在の大元は、政府による長年の医療費抑制政策とその帰結である医師の絶対数の不足にあり、医師の本格的な養成と労働環境の改善に公費を投入することこそ地域医療再生の大道だと述べている。その上で、診療報酬の配分見直しの議論は、収入格差に議論をすり替え、開業医と勤務医の対立を煽るものだとしている。

中医協の2007年「医療経済実態調査」によると、開業医の収支差額（最頻値）と病院勤務医の年収は同水準であり、保団連「開業医の経営・労働実態調査」によると、労働時間についても、40代から70代までどの年代でも、開業医の週あたりの平均労働時間は50時間を超え、病院勤務医の平均従業時間を上回っている。こうした医療現場の実態を踏まえ、地域医療を支える開業医の役割を診療報酬で正当に評価する必要があると指摘している。

また、強制的な開業規制や地域別の診療報酬の導入は、地域医療の崩壊を加速させ、地域間の健康・医療格差を助長するものであり、断じて容認できないとしている。

最後に、医療費総枠拡大をせずに、診療報酬の配分だけの見直しに終始すれば、医師不足にあえぐ病院だけでなく、医療界全体が崩壊の危機に立たされるとして、地域医療再生に逆行する財政審の議論はただちに改めるべきだと結んでいる。

「保険医休業保障共済制度」加入受付再開を／保団連が要望書

保団連は５月27日、医師・歯科医師に対する新型インフルエンザ感染への公的保障が不十分として、保団連が運営する「保険医休業保障共済制度」への加入受付再開を求める要望書を、舛添要一厚生労働相あてに提出した。

同制度は会員を対象とした相互扶助制度で、休業を余儀なくされた場合に給付が受けられるが、2006年の保険業法改正により保険業と同じ規制を受けることになったため、加入受付を停止するなど、運営が困難となっている。

要望書ではこの点を指摘。「保険医として万一の傷病による公的な保障がほとんどない中で、休業保障共済制度は、休業時の保障として保険医の切実な要望となっている」とし、同制度を一刻も早く保険業法の適用外とすることを求めている。
（5/28MEDIFAXより）

国による乳幼児医療費無料制度の創設を／乳幼児医療全国ネット集会開催

保団連が事務局団体として参加する「乳幼児医療費無料制度を国に求める全国ネットワーク」は、５月27日、衆議院議員会館で、「乳幼児医療全国ネット５月集会」を開催した。集会には小さな子どもを連れたお母さんら101人が参加。国による乳幼児医療費無料制度の創設、地方制度の拡充に向けた運動を交流するとともに、集まった６万347筆分の請願署名を国会議員に手渡した。

呼びかけ人として挨拶した保団連・住江憲勇会長は、「収入の多寡によらず子どもに医療を保障するにはまだまだ不十分。国が無料化制度を確立させることが不可欠だ」として、「近く行われる総選挙に向けて運動強め、世論を盛り上げよう」と述べた。

国による制度の創設を求める意見書を採択した地方議会数が全体の43.2％、請願署名が120万筆超、賛同国会議員が124人となるなど、世論が急速に広がるなかで開催された2009年の集会では、基調提案のなかで、「親の経済的負担を軽減して少子化を食い止めるという観点からも、国による就学前までの医療費無料化制度実現を政府に強く求めていく」ことが強調された。

また、地方では、通院についての助成対象を「就学前」以上とする市区町村が全体の86.1％（入院について97.2％）に拡大しているなど運動の前進が報告され、自治体に向けては、「中学卒業」までを助成対象に拡大する、全ての自治体で入院・外来とも助成対象を就学前までとする取り組みの強化が提起された。

集会開催にあたり、衆参合わせて131人の国会議員から賛同があり、当日は、９人の国会議員が挨拶した。挨拶に立った国会議員は以下の通り（敬称略）。

民主党（泉健太・下田敦子・円より子・和田隆志・本人の希望により名前非公開１人）、共産党（小池晃・高橋千鶴子）、新党日本（田中康夫）、無所属（川田龍平）。また、漫画家のちばてつや氏と俳優の五十嵐めぐみ氏より、集会にメッセージが寄せられた。

集会後、参加者は国会議員要請を行い、小学校就学前までの子どもを対象とした国の医療費無料制度創設への賛同を求めた。

消費税廃止各界連、国会行動を実施

５月13日、保団連も加盟する消費税廃止各界連絡会（各界連）は、国会要請行動・署名提出集会を行い、「消費税増税反対」「消費税の減税を求める」署名約17万筆を提出した。

全国商工団体連合会・西村冨佐多副会長より「いま、町場が冷え切っている中で、消費税増税などとんでもない」との主催者挨拶があった。この間、各界連が呼びかけている消費税増税反対キャンペーンに賛同を寄せた著名人の１人として、不公平な税制をただす会・富山泰一事務局長から「この消費低迷の時期に庶民に増税しても税収は見込みにくい。大企業から徴税して再分配に利用する方がＧＤＰの引き上げにも効果的である」との報告があった。このキャンペーンには、経済アナリストの森永卓郎氏、映画監督の井筒和幸氏のほか、各種の業界団体と合わせて100人以上のメッセージが寄せられている。

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

平成22年度予算編成の基本的考え方について

■ 財政制度等審議会　2009年６月３日 ■

財務省は６月３日に、「平成22年度予算編成の基本的考え方について」を公表した。これは、同日、財政制度等審議会・財政制度分科会が財務大臣に宛てて建議として取りまとめたもの。社会保障制度に関連するものを抜粋した。

建議では、我が国財政が極めて厳しい状況にある中で、持続可能な社会保障制度を確立する必要がある、として、平成22（2010）年度予算においても、医師確保対策等、必要な対応は行う必要はあるが、社会保障分野においても「基本方針2006」等で示されている歳出改革の基本的方向性は維持する必要があるとした。

平成22年度予算編成の基本的考え方について

平成21年６月３日

財務大臣　与謝野　馨　殿

財政制度等審議会会長
西室　泰三

財政制度等審議会・財政制度分科会は、平成22年度予算編成の基本的考え方をここに建議として取りまとめた。

政府においては、本建議の趣旨に沿い、今後の財政運営に当たるよう強く要望する。

平成22年度予算編成の基本的考え方について

平成21年６月３日
財政制度等審議会

財政制度等審議会　財政制度分科会
及び財政構造改革部会　合同会議名簿

（平成21年6月3日現在）

［財政制度等審議会会長 兼　財政制度分科会長 兼　財政構造改革部会長］	西室　泰三	（株）東京証券取引所グループ取締役会長兼代表執行役
［委　員］	井堀　利宏	国立大学法人東京大学大学院経済学研究科教授
	勝俣　恒久	東京電力（株）取締役会長
	榧野　信治	（株）読売新聞東京本社論説副委員長
	幸田　真音	作家
	河野　栄子	ＤＩＣ（株）社外取締役
	残間　里江子	プロデューサー、 （株）キャンディッド・コミュニケーションズ代表取締役社長
	髙木　　剛	日本労働組合総連合会会長
	竹中　ナミ	（社福）プロップ・ステーション理事長
	○　田近　栄治	国立大学法人一橋大学副学長
	田中　直毅	国際公共政策研究センター理事長
	田中　弥生	（独）大学評価・学位授与機構評価研究部准教授
	玉置　和宏	（株）毎日新聞社特別顧問
	○　富田　俊基	中央大学法学部教授
	三村　明夫	新日本製鐵（株）代表取締役会長
	吉川　　洋	国立大学法人東京大学大学院経済学研究科教授
［臨時委員］	石橋　明佳	（株）ファイトレードコーポレーション代表取締役社長
	板垣　信幸	日本放送協会解説委員
	○　岩崎　慶市	（株）産業経済新聞社論説委員
	大塚　義治	日本赤十字社副社長
	奥田　務	Ｊ．フロントリテイリング（株）代表取締役社長兼ＣＥＯ
	片山　善博	慶應義塾大学法学部教授
	川崎　隆生	（株）西日本新聞社代表取締役社長
	神田　敏子	前全国消費者団体連絡会事務局長
	島田　晴雄	千葉商科大学学長
	嶋津　　昭	（財）地域総合整備財団理事長
	○　土居　丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
	長島　徹	帝人（株）取締役会長
	西村　清彦	日本銀行副総裁
	三木　繁光	（株）三菱東京ＵＦＪ銀行相談役
	宮本　勝浩	関西大学大学院会計研究科教授
	保田　　博	関西電力（株）顧問
	渡辺　捷昭	トヨタ自動車（株）取締役社長
［専門委員］	赤井　伸郎	大阪大学大学院国際公共政策研究科准教授
	秋山　喜久	関西電力（株）相談役
	五十畑　隆	（株）産業経済新聞社客員論説委員
	伊藤　麻美	日本電鍍工業㈱代表取締役
	今井　　敬	新日本製鐵（株）名誉会長
	岩本　康志	国立大学法人東京大学大学院経済学研究科教授
	喜多　悦子	日本赤十字九州国際看護大学学長
	香西　　泰	（社）日本経済研究センター特別研究顧問
	河野　龍太郎	ＢＮＰパリバ証券経済調査本部長チーフエコノミスト
	田中　豊蔵	元（株）朝日新聞社論説主幹
	俵　孝太郎	評論家
	水口　弘一	元（株）野村総合研究所代表取締役社長、経済同友会終身幹事
	渡辺　恒雄	（株）読売新聞グループ本社代表取締役会長・主筆

（注1）上記は五十音順。

（注2）○は建議の起草検討委員。

政策解説資料

財政制度等審議会　財政制度分科会 及び 財政構造改革部会
審議経過

１月１５日(水) 財政制度分科会、 財政構造改革部会 及び法制・公会計部会 合同会議	○　事務局からの説明 ・平成 21 年度予算政府案 ・平成 20 年度補正予算（第２号）案 ・国会提出法案 ・持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」
３月１７日(火) 財政構造改革部会	○　当面の運営方針について ○　有識者ヒアリング ー　岩田一政　内閣府経済社会総合研究所長 ：「我が国の経済金融情勢について」 ○　報告事項 ・経済財政の中長期方針と 10 年展望比較試算 ・後年度影響試算 ・国民負担率 ・特別会計財務書類 ・最近の国際金融情勢について ・主要国の財政運営について
４月１４日(火) 財政構造改革部会	○　世界経済の見通し ー　河野龍太郎　専門委員 ○　海外調査及び地方懇談会の結果について ○　ロンドン・サミットについて ○　「経済危機対策」について
４月２１日(金) 財政構造改革部会	○　雇用、少子化対策、医療等の重要課題について
５月１１日(月) 財政構造改革部会	○　社会保障 ○　有識者ヒアリング ー　亀田隆明　医療法人鉄蕉会理事長 ：「病院経営が抱える諸問題」 ○　地方財政 ○　国家公務員給与
５月１５日(金) 財政構造改革部会	○　有識者からのヒアリング ー　澤昭裕　21 世紀政策研究所研究主幹、 元東京大学先端科学技術研究ｾﾝﾀｰ教授 （経営戦略） ：「大学構造改革と予算のあり方」 ○　大学関係予算 ○　中長期的な防衛力整備 ○　地球環境問題
５月１８日(月) 財政構造改革部会	○　有識者からのヒアリング ー　中川俊男　日本医師会常任理事 ：「医療崩壊から脱出するための緊急提言」 ○　農政改革
５月２７日(水) 財政構造改革部会	○　建議に盛り込むべきポイント
６月１日(月) 財政構造改革部会	○　建議（案）
６月３日(水) 財政制度分科会及び 財政構造改革部会 合同会議	○　建議

目　次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１

Ⅰ．今後の財政運営
　１．昨年秋からの一連の景気対策・・・・・・・・・・・・・・・・・２
　２．今後の財政運営の基本的考え方・・・・・・・・・・・・・・・・４
　３．平成22年度（2010年度）予算編成に向けて・・・・・・・・・・９

Ⅱ．高齢化の下での社会保障制度とその財源
　１．社会保障総論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
　２．医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
　３．雇用・生活保護・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20
　４．少子化対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22

Ⅲ．地方行財政の在り方
　１．地方財政の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
　２．財源不足下における地方交付税等の在り方・・・・・・・・・・24
　３．地方分権下における地方財政の在り方・・・・・・・・・・・・25

Ⅳ．その他事項
　１．大学予算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・28
　２．中長期的な防衛力の整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34
　３．農政改革・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・35
　４．地球環境問題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
　５．国家公務員人件費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39

（参　考）
　１．資　料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41
　２．平成 22 年度予算編成の基本的考え方についてのポイント・・・109

はじめに

世界同時不況の影響を受けて、我が国経済も戦後最悪とも言える経済危機に直面した。政府においては、当面は景気対策との方針の下、昨年秋から一連の景気対策を講じてきている。

これに伴い、我が国財政は急速に悪化し、国と地方を合わせた長期債務残高は平成21年度（2009年度）末には816兆円、対ＧＤＰ比で168%になる見込みであり、更に税収減等から深刻化する見通しである。まずは、こうした我が国財政の危機的な状況を直視しなければならない。

今春の審議においては、こうした認識に基づき、中長期的な視点に立った今後の財政運営の在り方、高齢化の下での社会保障制度とその財源、地方行財政の在り方を中心に議論を行った。また、審議充実の観点から海外調査・地方懇談会・有識者ヒアリングを実施し、これを参考に議論を深め、その結果を建議に取りまとめた。

当審議会は、持続的な経済成長、持続可能な社会保障制度の構築を図るためには、財政健全化の取組を進めていく必要がある旨繰り返し指摘してきた。今後とも中長期的な視点に立ってこうした取組を継続させることの重要性はいささかも変わらず、むしろより一層高まっていると言える。したがって、「基本方針2006」の考え方を踏まえた歳出改革を進めるとともに、「中期プログラム」をしっかりと実行していくことが必要不可欠である。

政府においては、本建議の指摘を真摯に受け止め、「基本方針2009」において、財政の持続可能性の確保に向けた基本的考え方を国民に示すとともに、今後の中長期的な財政運営に活かすことを期待する。

Ⅰ．今後の財政運営

１．昨年秋からの一連の景気対策

昨年秋に発生した欧米発の金融危機は、信用収縮等を通じて実体経済に悪影響を及ぼし、世界経済は戦後最大の「世界同時不況」に陥った。

我が国経済も輸出市場の急激な収縮に直面するとともに、国内生産水準が「つるべ落とし」のように低下し、雇用情勢や国民の消費マインドにも深刻な影響が出ている。平成20年（2008年）10－12月期の実質ＧＤＰ成長率が年率で▲14.4%であったのに続き、平成21年（2009年）１－３月期の実質ＧＤＰ成長率は年率で▲15.2%と昭和30年（1955年）以降最大の下げ幅を記録した[1]。

こうした実体経済の悪化が金融の一層の不安定化を招き、それが更なる実体経済の悪化を招くといった経済の「底割れ」リスクが急速に高まり、我が国は戦後最悪の経済危機に直面した。

政府においては、昨年、「当面は景気対策、中期的には財政再建、中長期には改革による成長」の方針の下、事業規模75兆円程度（うち財政措置12兆円程度）の景気対策を取りまとめた【資料Ⅰ-1】。さらに、昨年末以降の世界経済の大きな落ち込みに伴い我が国経済が急速に悪化する中で、景気の底割れを防ぎつつ、安心と活力を実現するとともに、未来への成長力強化へつなげるため、本年４月に事業規模56.8兆円程度（うち財政措置15.4兆円程度）の「経済危機対策」を策定し【資料Ⅰ-2】、５月29日、本対策の裏付けとなる平成21年度（2009年度）補正予算が成立した。

本対策は、重点化されたもの（Targeted）、時宜を得たもの（Timely）、一時的なもの（Temporary）の視点に立って取りまとめられたものであるが、こうした「３Ｔ」の視点は、財政の持続可能性との整合性を確保する上で重要である。

特に、財政状況が極めて厳しいことにかんがみると、今回の対策はあくまでも国際的な経済・金融の大混乱時における緊急避難的な一時的な措置（Temporary）であると認識すべきである。

また、過去に例のない大規模な財政支出を行うからには、当然それにふさわしい効果が求められる。政府においては、本対策により平成21年度（2009年度）の実質ＧＤＰ成長率が1.9%程度押し上げられると試算[2]しているが、この対策の効果についてしっかりした検証を行う必要がある。

さらに、本対策には多年度を視野に入れた措置として基金を活用した施策が盛り込まれているが、国民から無駄等の指摘がなされることのないよう、適切かつ効率的な執行のために最大限の努力をすべきである[3]。

（主要先進国における景気対策）

昨年秋の世界的な金融危機以降、財政政策が成長や雇用の下支えにとって重要であることは国際社会の共通認識となり、主要先進国においては、今回の深刻な景気後退に対応すべく、これまでの財政規律を一時的に緩和し、大幅な歳出増や一時的な減税といった措置を実施している。

本年４月の第２回金融・世界経済に関する首脳会合（Ｇ20ロンドン・サミット）においても、現在行われている財政拡大が来年末までに５兆ドルに上ることを確認し、成長を回復するために必要な規模の継続した財政努力を行うことで合意がなされたところである【資料Ⅰ-3、4】。

①　アメリカ

本年２月、「米国再生・再投資法」が成立し、平成31年度（2019年度）までの10年間で約7,870億ドル（約75.6兆円）の景気対策を講ずることとされた。このうち、歳出措置が約4,990億ドル（約47.9兆円）、減税措置が約2,880億ドル（約27.6兆円）となっている。

②　イギリス

昨年11月及び本年４月、平成21年度（2009年度）までの総額約200億ポンド（約3.1兆円）超の景気対策が発表され、これまでの財政規律（ゴールデン・ルール、サステナビリティ・ルール）は一時的に逸脱するとしている。

③　フランス

昨年12月に「フランス経済刺激プラン」、本年２月に雇用・中低所得者対策が発表され、平成21年（2009年）及び平成22年（2010年）の２年間で総

[1] 本年３月のＯＥＣＤ「Economic Outlook」の中間報告は、平成21年（2009年）の我が国の成長率は▲6.6%と主要先進国の1.5倍以上のマイナス幅になると見込んだ。なお、同報告では、主要国・地域の平成21年（2009年）の実質ＧＤＰ成長率について、米国▲4.0%、ユーロ圏▲4.1%、ＯＥＣＤ全体▲4.3%と見込んでいる。

[2] 平成21年度（2009年度）の実質ＧＤＰ成長率押上げ効果の内訳は次のとおり。
民間最終消費支出：0.7%程度　民間住宅　：0.1%程度　民間企業設備：0.4%程度
政府最終消費支出：0.2%程度　公的固定資本形成：0.6%程度

[3] 具体的な執行に当たっては、政府においては、残額をそのまま国庫返納させる規定を補助金交付要綱等に設けるなど特例的・時限的なものとの位置付けを明確にしているが、基金の執行状況や残高について国民にしっかりと説明責任を果たしていくべきである。

2009年（平成21年）６月29日　毎週１回月曜日発行　京都保険医新聞　（昭和26年３月５日第３種郵便物認可）　第2697号

額約291億ユーロ（約3.9兆円）規模の措置を講ずることとされた。景気後退と景気対策による財政措置に伴い、平成24年度（2012年度）の一般政府の財政収支対ＧＤＰ比の見通しをこれまでの0.0%から▲2.9%に下方修正している。

④　ドイツ

昨年11月に「成長強化による雇用確保」、本年１月に「雇用と安定のための約束」と題する景気対策が発表され、平成21年（2009年）及び平成22年（2010年）の２年間で総額約800億ユーロ（約10.6兆円）規模の措置を講ずることとされた。景気後退と景気対策による財政措置に伴い、平成22年（2010年）の一般政府の財政収支対ＧＤＰ比の見通しをこれまでの0.5%から▲４%に下方修正している。

２．今後の財政運営の基本的考え方

（１）財政の現状

一連の景気対策を講じた結果、平成21年度（2009年度）一般会計予算（補正予算込み）においては、歳出は102.5兆円と過去最大の規模となっている。これに対し、同予算における税収は、今回の景気後退を背景とした法人税収の大幅減等により46.1兆円にとどまっている[4]。この結果、税収にその他収入を含めた歳入の合計58.4兆円との差額の44.1兆円を国債発行で賄っており、公債依存度は43.0%と過去最悪の水準にある【資料Ⅰ-5、6】。

また、国・地方を合わせた長期債務残高は平成21年度（2009年度）末には816兆円、対ＧＤＰ比で168%になる見込みである【資料Ⅰ-7】。なお、本年３月のＯＥＣＤ「Economic Outlook」の中間報告によれば、我が国一般政府の債務残高の対ＧＤＰ比[5]は平成20年（2008年）には172%であったが、平成21年（2009年）には186%、平成22年（2010年）には197%に悪化する見込みである[6]。今後、少子高齢化が一層進展する中で、債務の重みはますます増してくると考えられる。

[4] 平成20年度（2008年度）当初予算時の法人税収の見込み額は16.7兆円であったが、平成21年度（2009年度）当初予算時には10.5兆円へと減少し、これを主因として、税収全体も53.6兆円から46.1兆円へと落ち込んでいる。

[5] ＯＥＣＤの一般政府債務残高は、対象となる政府の範囲として社会保障基金を、対象となる債務の種類として政府短期証券を含む等の点で、国・地方を合わせた長期債務残高と異なる。

[6] 平成22年（2010年）の主要先進国の一般政府債務残高対ＧＤＰ比は、アメリカが100.0%、イギリスが90.5%、フランスが88.0%、ドイツが80.4%となっている。

我が国の財政状況は、一連の景気対策を講ずる前から、主要先進国の中で最悪の水準にあったが、今回の景気後退に伴う税収減及び一連の景気対策により、更なる財政悪化が見込まれ、我が国財政は極めて危機的な状況にある。

また、今後、少子高齢化の一層の進展に伴い、社会保障費が更に増加する見込みである。現状においても、社会保障の安定財源が確保されておらず、公債の発行、すなわち将来世代へのつけまわしに依存しており、持続可能な社会保障制度の構築のための安定財源の確保が喫緊の課題となっている。

（２）中期的な財政運営の基本的考え方

政府においては、財政規律の観点から、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006」（平成18年（2006年）７月７日閣議決定。以下「基本方針2006」という。）に基づき、平成23年度（2011年度）までの国・地方を合わせたプライマリー・バランス（以下「プライマリー・バランス」という。）の黒字化を目標に、歳出の見直しに取り組んできている。

しかしながら、昨今の経済・金融情勢の悪化に伴う税収減等により、プライマリー・バランスは悪化し、「経済財政の中長期方針と10年展望比較試算」[7]では、平成20年度（2008年度）は▲3.4%程度、平成21年度（2009年度）は▲4.2%程度となると見込んでいたが、その後の経済情勢の悪化に伴う税収減、更には平成21年度（2009年度）補正予算の実施により、▲4.2%よりも一層悪化するのは確実であり[8]、現行のプライマリー・バランスの黒字化目標の達成は困難と言わざるを得ない。

政府においては、このような財政の状況を真正面から受け止め、財政の持続可能性の確保に向けた基本的考え方を国民に示すべきである。その際、以下の４点に留意すべきである。

・　第１に、景気回復のためとは言え、一連の財政出動により債務残高は累増し、財政再建に向けたハードルは一層高くなっていることをまず認識すべきである。平成23年度（2011年度）までのプライマリー・バランスの目標達成時期を先送りせざるを得ないのは、それだけ財政が厳しくなったからである。新たな決意を持って、財政再建に取り組まなければならない。

[7] 平成21年（2009年）１月16日内閣府提出経済財政諮問会議資料

[8] 平成21年度（2009年度）補正予算後の国の一般会計におけるプライマリー・バランス（国債費－公債金収入）は、▲23.8兆円である。この金額は、臨時的・特例的な措置としての財政投融資特別会計からの一般会計への繰入れを含んだものであり、仮にこれを除くと▲31.1兆円と試算される。

・　第２に、経済状況に柔軟な対応を行いつつも、歳出・歳入一体改革により財政健全化に取り組むとの「基本方針2006」の基本的考え方の重要性はいささかも変わらず、むしろより一層高まっている。

　債務残高の累増は、利払費の増加による財政の硬直化を招くとともに将来世代の負担の増加を意味する。今回の景気後退に伴う税収減及び一連の景気対策により債務残高が更に膨らんだことにかんがみれば、財政の持続可能性を確保する上で、国・地方の債務残高対ＧＤＰ比の発散を止め、安定的な引下げが必要不可欠である。

　そのためには、まずはプライマリー・バランスの黒字化に向け、その道筋を示しつつ、その早期実現を図るべきである。さらに、債務残高の累増により利払費の増加が見込まれる中で、利払費を含めた財政収支赤字の縮減を図っていく必要がある。

・　第３に、政府においては、昨年末、少子高齢化の下での国民の安心を確かなものとする観点から、後述する「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた『中期プログラム』」（平成20年（2008年）12月24日閣議決定。以下「中期プログラム」という。）を策定した。この「中期プログラム」は評価すべきものであり、持続可能な社会保障制度を構築し、中期的な財政責任を果たす観点から、これをしっかりと実行していくことが必要である。

・　第４に、「中期プログラム」に基づく税制抜本改革の実行に向けては、「基本方針2006」で示された平成23年度（2011年度）までの歳出改革に引き続き取り組み、歳出の無駄の排除や効率化を進めていくことが必要である。これは、国民の負担増を極力小さなものとし、国民の理解を深めていくことにもつながる。

　現在の経済情勢は依然として不透明であり、幅を持った財政運営を行わざるを得ないが、景気回復を確認した後は、財政の持続可能性を回復すべく、厳格な財政規律を確保していくことが必要である。

（３）中期プログラム【資料Ⅰ-8】

　政府においては、持続可能な社会保障制度の構築とその安定財源を確保するため、昨年12月24日、「中期プログラム」を閣議決定した。この中で、社会保障の安定財源については、

・　給付に見合った負担という視点及び国民が広く受益する社会保障の費用

をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点から、消費税を主要な財源として確保する。これは税制抜本改革の一環として実現する。

・　国・地方を通じた年金、医療、介護の社会保障給付及び少子化対策に要する公費負担の費用については、その全額を国・地方の安定財源によって賄うことを理想とし、目的とする。

と明記された。

　税制抜本改革の道筋については、「中期プログラム」を踏まえ、先般成立した「所得税法等の一部を改正する法律」（平成21年（2009年）法律第13号）の附則において、「経済状況を好転させることを前提として、遅滞なく、かつ、段階的に、消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、平成23年度（2011年度）までに必要な法制上の措置を講ずる」と明記された【資料Ⅰ-9】。

　また、消費税については、「消費税の全税収を確立・制度化した年金、医療及び介護の社会保障給付及び少子化対策の費用に充てることにより、消費税収はすべて国民に還元し、官の肥大化には使わない」との方針が「中期プログラム」において示されている。

　さらに、税制抜本改革の基本的方向性として、消費税以外についても、

・　個人所得課税については、格差の是正や所得再分配機能の回復の観点から、各種控除や税率構造を見直す。

・　法人課税については、国際的整合性の確保及び国際競争力の強化の観点から、課税ベースの拡大とともに、法人実効税率の引下げを検討する。

等が明記された。

　また、税制抜本改革の実現とあわせて今後の歳出改革の在り方として、

・　不断の行政改革の推進と無駄排除の徹底を大前提とする。

・　経済状況好転までの期間においては、財政規律を維持しつつ、経済情勢を踏まえ、状況に応じて果断な対応を機動的かつ弾力的に行う。

・　経済状況好転後においては、社会保障の安定財源確保を図る中、厳格な財政規律を確保していくため、

①　社会保障部門について、「中福祉」に見合ったサービス水準を確保するべく、安定財源の確保と並行して社会保障の機能強化を図るとともに、コスト縮減、給付の重点化等の効率化を進める。

②　非社会保障部門について、国民のニーズ等の変化を踏まえつつ、規模を拡大しないことを基本とし、効果的・効率的な公共サービスの提供を進める。

ことも盛り込まれた。

　我が国においては、65歳以上の人口割合が20％を超えるなど世界的に最も

高齢化が進んでおり、平成24年度（2012年度）には600万人を超える「団塊の世代」が年金受給者となり始めるなど、経済状況にかかわらず、今後とも更に加速度的に高齢化が進展することが見込まれる。

少子高齢化が急速に進む中で、社会保障の安定財源が確保されなければ、ますます社会保障の財源を公債の発行、すなわち将来世代へのつけまわしに依存することになりかねず、極めて近い将来、社会保障制度の持続可能性は失われる。また、平成23年度（2011年度）以降、基礎年金の２分の１を国庫で負担するための具体的財源は手当てされていない。

このため、一刻も早く社会保障の安定財源を確保していくことが極めて重要である。財政健全化を図っていく上でも、上述した内容が盛り込まれている「中期プログラム」をしっかりと実行していくことが必要不可欠である。「中期プログラム」の取組の遅れは、現役世代から将来世代へ先送りする負担が更に大きくなることを意味し、国民の将来に対する不安を助長することになる。

（４）主要先進国における財政健全化の動き

主要先進国各国においては、当面は必要な規模の景気回復努力を行う一方、以下のような中長期的な財政の持続可能性を確保する方針を明らかにしており、本年４月のG20ロンドン・サミットにおいても、財政の長期的持続可能性を確保することで合意がなされたところである【資料Ⅰ-3、4】。

① アメリカ

平成25年（2013年）１月（オバマ大統領の一期目の任期終了）までに、ブッシュ前政権から引き継いだ財政赤字（約1.3兆ドル）を半減させる。

② イギリス

経済が回復局面に入ると見込まれる平成22年度（2010年度）から経常的収支（景気循環調整後）を毎年改善させ、平成29年度（2017年度）までに同収支を均衡させる。

③ フランス

当面は、平成24年度（2012年度）に財政収支対ＧＤＰ比を▲３%以内に改善させることを目標とする。

④ ドイツ

中長期的な財政規律を確保するため、連邦政府の構造的財政収支を▲0.35%以内に制限すること等を内容とする基本法（憲法）改正を行う予定である。

ひるがえって、我が国の取組については、本年３月のＯＥＣＤ「Economic Outlook」の中間報告では、「中期プログラム」について、財政の中長期的な持続可能性を確保するという点で評価されている。「基本方針2006」の考え方を踏まえた歳出改革を進めていくとともに、持続可能な社会保障制度を構築し、中期的な財政責任を果たす観点から「中期プログラム」をしっかりと実行していく必要がある。

３．平成22年度（2010年度）予算編成に向けて

上述したように、我が国財政は、将来に負担を先送りする構造にあり、国民の負担増を極力小さなものとし、国民の理解を深めていくためにも「基本方針2006」で示された歳出改革を推進していくことが重要である。

平成22年度（2010年度）予算については、税収減等から公債依存度の大幅な上昇が見込まれる。したがって、財政の持続可能性への信認を確保するためにも、経済状況にも対応しつつ、「基本方針2006」の考え方を踏まえた歳出改革を維持していくことが必要である。

2009年（平成21年）６月29日　毎週１回月曜日発行　京都保険医新聞　（昭和26年３月５日第３種郵便物認可）　第2697号

Ⅱ．高齢化の下での社会保障制度とその財源

１．社会保障総論

（１）社会保障給付と負担のバランスの確保

今後の我が国の人口構成を見ると、65歳以上人口は、平成17年（2005年）に人口の約２割だったものが、平成37年（2025年）には約３割、平成62年（2050年）には約４割を占めることになるなど、高齢化は引き続き急速に進展すると予想されている。この結果、社会保障給付は、医療・介護を中心に、今後とも経済の伸びを上回って増大していくものと考えられ、社会保障給付に係る国税負担については、毎年度１兆円程度の自然増が見込まれている。

さらに、いわゆる「団塊の世代」が平成24年（2012年）から平成26年（2014年）までの間に基礎年金の受給開始年齢に達するなど、社会保障給付の一層の伸びが見込まれる2010年代を目前に控えており、社会保障制度の持続可能性を確保することが急務となっている。

こうした中、我が国の財政においては赤字が多額に上っており、現在の社会保障給付のために必要な税負担を現世代が負担する税財源で賄い切れていない。この結果、必要な税財源の相当部分を将来世代へのつけまわし（公債発行）に依存しながら賄っている状況であるなど、給付と負担はバランスしていない【資料Ⅱ-1、2】。こうした負担の先送りは、少子高齢化の進展により現役世代及び将来世代の負担感がますます増大している中で、世代間の不公平を更に拡大させる要因となっている。

このように、今後の人口構造の変化等を踏まえると、給付と負担のバランスを図り、将来世代へ負担を先送りしないことが、社会保障制度を持続可能なものとし、また、財政全体の持続可能性を維持する上で喫緊の課題となっている。

このため、社会保障制度が経済・財政とも均衡がとれたものとなるよう、制度全般にわたり給付と負担の不断の見直しを進める必要がある。

その際、これまで当審議会で繰り返し指摘してきたとおり、医療・介護等のサービスコストの抑制、世代間の公平の確保（負担能力に応じた公平な負担の実現等）や、自助と公助の役割分担（公的分野が関わるべき内容・範囲の重点化）等の視点から、制度全般にわたり、給付の重点化・効率化を図ることが重要である。同時に、将来世代へ負担を先送りし世代間の格差を更に拡大させることのないよう、安定財源を確保していくことが不可欠である。

（２）社会保障国民会議最終報告・「中期プログラム」

昨年１月に設置された社会保障国民会議においては、社会保障のあるべき姿と財源問題を含む今後の改革の方向などについて、精力的な議論が行われ、昨年11月に最終報告が取りまとめられた。

最終報告では、社会保障制度の諸問題や「中福祉」のほころびに適切に対応し、社会保障制度の持続可能性の確保と機能強化を図っていく必要性が指摘されている。あわせて、社会保障の機能強化を図った場合の試算等が示されており、今後、機能強化の具体的な内容の検討と持続可能性を確保するための安定財源の確保が課題となっている。

さらに、社会保障国民会議の議論等も踏まえ、昨年12月には、「中期プログラム」が閣議決定された。この「中期プログラム」においては、前述のとおり、堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度を構築するため、

- 基礎年金国庫負担割合の２分の１への引上げに要する費用を含め、社会保障の安定財源については、消費税を主要な財源として確保するとともに、これを税制抜本改革の一環として実現する。その際、消費税の全税収を確立・制度化した年金、医療及び介護の社会保障給付及び少子化対策の費用に充てることにより、消費税収はすべて国民に還元し、官の肥大化には使わない。
- また、安定財源の確保と並行して社会保障の機能強化を図るとともに、効率化を進める。その際、機能強化については、制度改正の時期も踏まえて検討を進め、確立・制度化に必要な費用について安定財源を確保した上で、段階的に内容の具体化を図る。

などの考え方が明示された。

今後、この「中期プログラム」等を踏まえ、持続可能な社会保障制度の構築とその安定財源の確保に向けた国民的な議論を進めるべきである。

（３）社会保障における給付と負担の対応関係の明確化

社会保障の具体的な水準については、給付と負担は表裏一体であり、給付を抑制しないのであれば保険料・税負担といった国民負担は増加し、負担の増加を抑制するのであれば給付を削減しなければならないことを十分踏まえ、国民的な議論の中で選択していく必要がある。

その際、給付と負担との対応関係等について、国民にとって分かりやすく示していくことが重要である。昨年11月の建議[9]では、「すべての国民の生活

[9] 「平成21年度予算の編成等に関する建議」（平成20年（2008年）11月26日財政制度等審議会）

に密接に関わる基本的なサービスであり、また、高齢化の進展等により今後とも増大することが見込まれる年金・医療・介護の保険給付のために必要な税負担と、それを賄う税財源との対応関係について明確化し、議論を深めていくことが重要である」と指摘した。これも踏まえ、平成21年度（2009年度）予算から、社会保障関係費の主要経費分類を見直し、従来の「社会保険費」を廃止し、その中の年金、医療、介護の保険給付に係る国税負担について、「年金医療介護保険給付費」として新たな分類が設けられた【資料Ⅱ-3、4】。

今後、「中期プログラム」における「消費税収が充てられる社会保障の費用は、その他の予算とは厳密に区分経理し、予算・決算において消費税収と社会保障費用の対応関係を明示する」との考え方に沿って、社会保障費用の区分経理の在り方について、更に議論を深めるべきである【資料Ⅱ-2】。

なお、社会保障番号・カードについても、社会保障における給付と負担の対応関係を明確化するという観点を踏まえ、検討していく必要がある。

（４）平成22年度（2010年度）予算

上記のように、我が国財政が極めて厳しい状況にある中で、持続可能な社会保障制度を確立する必要がある。このため、平成22年度（2010年度）予算においても、医師確保対策等、必要な対応は行う必要があるが、社会保障分野においても、他の分野と同様、ムダ・ゼロの徹底、効率化・合理化などの不断の改革努力は必要であり、「基本方針2006」等でも示されている歳出改革の基本的方向性は維持する必要がある。

こうした考え方に立ち、「中期プログラム」においても、「安定財源の確保と並行して社会保障の機能強化を図るとともに、コスト縮減、給付の重点化等の効率化を進める」とされていることも踏まえつつ、今後の社会保障費の取扱いを検討すべきである。

２．医療

（１）医療提供体制の再生・確保について

（ⅰ）医療提供体制をめぐる問題の所在

昨今、特定の地域や診療科等における医師不足や、救急医療における患者のたらい回しの発生など、医療提供体制をめぐる様々な問題が指摘されている。

医師の絶対数は、全体として毎年3,500人から4,000人程度増加している

中で、こうした問題が発生する大きな要因としては、地域間、診療科間、病院・診療所間における医師の偏在や、病院勤務医の厳しい勤務環境及びそれを背景とした医師の病院離れ（開業医志向）など、医師が真に必要とされる部門に、適正かつ効率的に配置できていないことが考えられる。

このため、医師不足の解消に向け、「経済財政改革の基本方針2008」（平成20年６月27日閣議決定）や、昨年11月の建議における指摘も踏まえ、

・　診療報酬の配分の在り方、
・　医師の適正な配置、
・　医療従事者間の役割分担の見直し、

といった医療政策における本質的な課題に対し、早急に取り組む必要がある。

なお、大学医学部定員については、既に平成20年度（2008年度）及び平成21年度（2009年度）において１割を超える大幅な増員（861名）が行われ、過去最大（8,486名）となっている。これは、今回、当審議会が行った日本医師会からのヒアリングにおいて示された、医師数は中長期的に1.1倍～1.2倍にすることが妥当、との考え方にも概ね沿う水準となっている。しかし、定員増の際の考え方を見ると、平成20年度（2008年度）の定員増（168名）は、10年程度の暫定措置としつつ、地域枠の拡大など医師の地域定着策の実施を条件としていたのに対し、平成21年度（2009年度）の定員増（693名）は、これらの条件等を付さなかったため、大都市部の大学医学部も多数増員を行っている。したがって、これらの定員増が、医師の偏在を是正し、地域における医師不足の解決に実効あるものとするためにも、上記の本質的な課題に対し、最優先で取り組むことが求められる。

また、我が国では諸外国と比較し、主に患者の受診行動として、外来患者の受診回数が多い、入院日数が長いといった問題【資料Ⅱ-5】がある一方、医療提供サイドにおいても、病院・病床数は多いが、地域内（例えば２次医療圏（全国348箇所））における医療機関の機能分化や役割分担が十分に図られていないという問題がある。これらの結果として、地域における医療提供が必ずしも効率的に行われない状況となっており、こうした問題の解決に向けた取組も必要である。

（ⅱ）地域間、診療科間、病院・診療所間における医師の偏在の状況

ア．地域間の偏在

医師の地域間における偏在は、都道府県間のほか、２次医療圏間や、

その内部における都市部と地方部・へき地間といった様々な段階で生じている。このうち、例えば都道府県ごとの医師数について見れば、仮に人口比と面積比を指数化し、地方交付税交付金の配分の状況等も参考に、人口対面積を９対１で配分して比較した場合、最も多い東京都から、最も少ない茨城県までの格差は約4.5倍となっている【資料Ⅱ-6】。

また、最近10年間における都道府県ごとの医師数の変化を見ると、全国平均では14.4%増加しているが、首都圏や関西圏等の都市部では、これを上回って増加している一方、地方部での増加は下回る状況となっているなど、都市部に医師が集まる傾向が見てとれる【資料Ⅱ-7】。

イ．診療科間の偏在

主な診療科ごとの医師数の変化について、同じく10年間における変化を見ると、精神科、皮膚科、眼科等は、医師の平均的な増加率を上回って増加している一方、産婦人科、外科、小児科等は、平均の増加率を下回っていることが分かる【資料Ⅱ-8】。

また、産婦人科や外科では、この10年間で医師の絶対数も減少しており、産婦人科について都道府県ごとに見た場合には、特に東北や四国地方等では、20%以上の減少も見られるなど、地方における減少が深刻化している【資料Ⅱ-9】。

ウ．病院・診療所（開業医）間の偏在

病院勤務医が厳しい状況に置かれていることによる一つの結果として、勤務医の開業志向が強まっているとの指摘がある。これについて、中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）が行った調査では、勤務医が開業を考える理由として、「激務が給料に反映されない」、「体力的にきつい・疲れ果てた」などの理由が上位を占めており、勤務医が厳しい勤務状況に置かれている中で、平均年収（約1,415万円）が、開業医の概ね半分程度であることなども、その要因と考えられる【資料Ⅱ-10】。

（ⅲ）医療提供体制の再生・確保に向けた取組の方向

ア．医師の偏在是正に向けた検討

こうした地域間、診療科間、病院・診療所間における医師の偏在を踏まえ、これを早急に是正する方策を検討する必要がある。そのための具体的な手法としては、経済的手法と規制的手法がある。

①　医療費配分の見直し（経済的手法【資料Ⅱ-11】）

まず、経済的手法として、偏在により相対的に厳しくなっている部分に対し、経済的なインセンティブを付与することが考えられる。

具体的には、診療報酬の配分や報酬体系を見直すことである。例えば、

・　病院勤務医の負担軽減に確実につながるよう、診療所（開業医）に偏っている現状を見直し、病院に対する診療報酬を手厚くすること、
・　現在の診療報酬には、医師の経験や専門性が全く反映されていないが、こうした医師の能力等に応じた配分が可能となるような見直しを行うこと、

などが必要である。

また、こうした見直しを行う際には、診療報酬改定のプロセスについても改めることが必要である。現在のプロセスは、

・　まず診療報酬の改定率について、予算編成過程を通じて内閣が決定した上で、
・　具体的な診療報酬点数については、内閣が決定する改定率等を踏まえ、翌年の１月から３月に開催される中医協において決定され、その後、厚生労働大臣による告示、

となっており、医療費総額のみが予算編成過程において決定される一方、それが具体的にどのように配分されるかは、中医協での決定に委ねられている。

すなわち、医療費の適正な配分には、中医協の機能が極めて重要であるが、当審議会が行った病院経営者からのヒアリングでは、現在の中医協において、病院経営の在り方を含めた議論を行うことは難しいとの認識も示されている。

こうした見方も踏まえ、中医協における議論が、医師の偏在是正、病院勤務医の環境改善にも確実につながるものとなるよう、中医協以外の場においても、医療費の配分についても幅広く議論された上で、それが中医協での議論・決定にも適切に反映される必要がある。さらに委員の構成も含め、中医協の在り方そのものの見直しも検討する必要がある。

②　医師の適正配置に向けた検討（規制的手法【資料Ⅱ-12】）

また、偏在是正の手法としては、規制的手法を活用することも必要である。規制的手法の導入については、医師の職業選択の自由を制約するといった議論もある。しかし、国民医療費のほとんどが公費負担（保険

料又は税金）であり、税金の投入されている比重も主要諸外国と比較しても大きいことや、医師の養成には多額の税金が投入されていること等にかんがみれば、医師が地域や診療科を選ぶこと等について、完全に自由であることは必然ではない。

諸外国を見た場合にも、例えばドイツでは、従来から保険医の開業には、10の地域や14の診療科ごとに定員枠を設け、開業の制限を行ってきた（規制的手法）ほか、今後は、保険医の過剰地域や過少地域においては、通常の１点当たり単価から減額又は増額されるシステムの導入も予定されている（経済的手法）。

そのほか、医療提供体制について国際比較をしてみると、（研修医を含む）医師・保険医の地域や診療科の選択、その活動に当たっては、日本以外の主要国においては、制度的又は事実上の規制や制約といった公的な関与がある。また一部の国では競争原理が働くようになっている【資料Ⅱ-13、14】。これに対し、我が国は、一たび医師の資格を持った場合には、競争原理が働きにくい中で、自由な選択・活動が可能という、特殊な状況となっている。

なお、我が国においては、患者にとっての医療機関の選択は、完全に自由（フリーアクセス）である。しかし、この点についても、諸外国では、

- 医療について国が管理する形式の下で、患者の選択が制限されているイギリスや、
- 民間医療保険をベースに、保険内容により医療保険の給付に差異があることが、事実上の（経済的な）制約要因になっているアメリカのほか、
- 原則はフリーアクセスであるドイツやフランスにおいても、近年、かかりつけ医制度の普及に努めるなど、医療の質を高めつつ、医療資源を有効活用するための取組が進められている。

諸外国の制度には、それぞれの成り立ちや国民性もあるが、諸外国でも医療政策をめぐる様々な取組が行われていることも参考に、我が国においても、医師不足の解消に向け、制度の理念や国民性に即した形で、早急な対策を講ずることが必要である。

③　医療従事者間の役割分担の見直し

医師不足の解消の方策としては、現在は医師が行っている業務や事務について、その役割分担の見直しを進め、勤務医の就労環境の改善を図ることも有効である。

我が国における医療従事者数（医師のほか看護師等を加えた数）が、Ｇ７諸国と概ね同水準であることを踏まえれば【資料Ⅱ-5】、こうした職種の活用が進めば、現状の医師不足を改善させることが期待できる。

病院経営者からのヒアリングにおいても、例えばアメリカでは、診療医師数は、日本と大きく変わらないが（人口1,000人当たりで日本は2.1人、アメリカは2.4人）、高度な技能を有する看護師やコメディカルの活用が、病院機能に大きく貢献しているとの認識が示された。

例えば、看護職については、我が国においても看護師のうち高度な看護技術を持つ者として、日本看護協会が認証する認定看護師・専門看護師といった認証制度が存在するが、現時点では、これらの認証を受けた看護師は、全看護師の0.5%未満にすぎない。

今後、こうした認証の仕組みも活かしながら、高度な技術を有する看護師を積極的に養成しつつ、チーム医療の下で、医療従事者間の役割分担を進めることも検討すべきである。

イ．地域の医療機関の役割分担・機能分化の推進

地域医療における様々な問題が発生していることを踏まえ、その再構築は、国民の安全・安心を確保する観点から、早急な対応が必要である。

このため、平成21年度（2009年度）補正予算では、従来の予算で行われてきた、個別の医療機関に対する単年度・単体の補助に加え、地域の実情に応じた中期的な計画の下で、地域全体として医療機関の機能分化・役割分担を進めるなどの取組を行う場合の財政支援が措置された。まずはこの財政支援措置が有効に活用され、地域の医療提供体制の再生・確保に向けた取組が進むことが期待される。

このような地域における医療機関の機能分化・役割分担の取組の必要性については、当審議会が行った病院経営者及び日本医師会からのヒアリングでも指摘された。病院経営者からは、我が国の病院数、病床数は過剰であり、医師を含む医療資源について、急性期病院等への集約を進めつつ、医療機関の機能分化を進めることの必要性が指摘された。また、アメリカでは、広域医療圏の中で、病院・診療所等の機能の重複を避けながら、機能分化を進め、地域全体として、医療資源を効率的に活用しつつ、医療提供体制を構築するような取組（ＩＨＮ（Integrated Healthcare Network：統合ヘルスケアネットワーク））が進められていることも紹介された。

こうした点は、医療関係者が参画して議論された社会保障国民会議においても、「『選択と集中』の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化」が必要と報告されており、早急に具体化に向けた検討を進める必要がある。

また、その際には、公立病院の在り方の見直しも必要となる。公立病院を含む公的病院は、非効率な経営の問題が指摘されている。公的病院は、民間病院と比べて人件費が高いことに加え、看護師と准看護師の平均給与水準に逆転現象が見られるといったデータも示されている【資料Ⅱ-15】。これは、公的病院においては、より責任や負担の重い看護師が、准看護師よりも早く辞める傾向にあり、年功序列型の公務員給与を反映する結果、平均給与では准看護師や事務職員の方が看護師よりも高くなっているためと考えられる。

公的病院では、民間病院では行えない不採算医療等の機能を担っている面も主張されている。しかし、この点についても、むしろ公的病院は救急や小児科等の不採算部門から撤退しているなど、公的・私的といった設定主体で区分することは無意味との指摘もあり、地域医療の再生・確保という目的のためには、設置主体に関わらず、地域内における医療機関の連携を強化し、機能分化・役割分担を進めることが重要である。

（２）医療費の負担について

（ⅰ）医療費の現状

我が国の医療費は、高齢化の進展等に伴い、毎年度３％台（１兆円程度）で増加している。

医療費について、諸外国と比較するため、総医療費[10]で見ると、その対ＧＤＰ比は、ＯＥＣＤ平均を下回っているが、そのうち公的医療費[11]については、国民負担率が主要国よりも極めて低いにもかかわらず、これらの主要国をやや下回る程度の水準となっている【資料Ⅱ-16】。

一方、我が国においては、私的医療支出[12]の対ＧＤＰ比が、主要国やＯＥＣＤ平均と比べて大きく下回っており、特に、民間保険等の割合は極めて小さくなっている【資料Ⅱ-17】。

[10] 厚生労働省が公表する国民医療費のほか、介護費用の一部、正常分娩費、一般薬の費用等が含まれる。
[11] 総医療費のうち財源を税金又は社会保険料で賄うべき部分。実際には、必要な税負担については、現世代が負担する税財源で賄い切れておらず、相当部分を将来世代へのつけまわし（公債発行）に依存していることに留意する必要。
[12] 患者の自己負担や民間保険等

（ⅱ）医療費の負担についての考え方

公的支出がほとんどを占めている我が国の医療制度の現状にかんがみると、何ら制度改正等を行わない場合には、医療費の増加とともに、保険料・税負担といった国民負担が大幅に増大していくこととなる。

このため、将来世代へのつけまわしをせず、将来にわたり医療保険制度を持続可能なものとするためには、

・　その財源を税又は保険料のいずれで賄うべきかの検討、
・　さらには、これらがいずれにせよ国民負担であることを踏まえた上での安定財源の確保に向けた検討（日本医師会からのヒアリングでは、消費税などの新たな財源の確保、国の支出の見直しの継続、財政力のある健保組合や国保組合、共済組合等の保険料引上げによる医療保険料の公平化の３つが具体的に挙げられている。）【資料Ⅱ-18】、
・　諸外国に比べて遅れている後発医薬品の使用促進等による医療給付の効率化や、レセプトオンライン化等による医療のＩＴ化の推進、

などに、引き続き積極的に取り組む必要がある。

あわせて、被保険者の健康管理や医療費適正化などの保険者機能を十分に発揮することも重要であり、こうした保険者努力が保険料率に適切に反映されるよう、例えば協会けんぽの都道府県別の保険料率の設定などについては、確実に進めるべきである。

他方、仮に医療費総額の増加を許容しつつ、同時に保険料や税負担の増加を抑制する方法を検討するとすれば、諸外国を大きく下回っている私的医療支出（自己負担や民間保険等）を増やすという選択肢を視野に入れることが必要となる。

その際には、例えば、

・　今般の病院経営者のヒアリングにおいても、患者の利便性にかんがみれば、いわゆる混合診療の解禁を望んでいる医療関係者も多いとの指摘があったことも踏まえ、税・保険料で支える公的医療給付については、サービス産業としての総医療費と峻別し、真に必要なものに給付の範囲を重点化する一方で、医療に関する患者の選択の自由度を高める方策を拡大すること、
・　我が国の保険制度においては、患者や家計の医療費負担が過重なものとならないよう、高額の医療費に係る自己負担を抑制しつつ、医療リス

クに備えるための仕組みである高額療養費制度[13]が有効に機能している。こうした患者負担の抑制の仕組みを守りつつ、医療保険制度の持続可能性を確保するためには、現在は高額の医療費以外は、その費用の多少にかかわらず、患者負担が一定[14]となっていることも踏まえ、少額の医療費の患者負担の在り方を検討すること（いわゆる保険免責制の導入）

などを始め、従来より当審議会が指摘してきた様々な課題が論点となろう【資料Ⅱ-19】。

平成22年度（2010年度）予算においては、診療報酬・薬価改定が予定されている。今般、当審議会においては、病院経営者及び日本医師会からのヒアリングを行ったが、いずれからも、病院及び病院勤務医の厳しい状況に配慮すべきとの主張があった。また、平成20年度（2008年度）の診療報酬改定時に行われた病院への配分の重点化が不十分であったとの指摘もある。

診療報酬総額については、今後、年末に向けて議論していくが、診療報酬の引上げは、医療機関の収益アップや医師の給与アップにつながる一方、国民負担（保険料・税負担）が上昇することから、足下の民間賃金やこれを踏まえて決定される公務員給与、及び物価の動向なども十分に踏まえ、検討していく必要がある。

したがって、次期報酬改定においては、上述のような諸課題への取組を行うとともに、診療報酬総額についての議論のみならず、むしろ病院・診療所間の配分が適切に行われるよう、その配分の抜本的な見直しを行うことが重要である。

３．雇用・生活保護

我が国の雇用保険制度は、長期雇用、年功的人事管理を核とした雇用慣行を背景に、正規労働者を中心とした制度としてその役割を果たしてきた。このため、正規労働者に比べ、比較的所得が低く、不安定な非正規労働者のセーフティネットとして十分機能していない一方、その財源については、制度に加入する企業・労働者の保険料負担に加え、一部、非正規労働者や自営業者も含めた国民の税負担により賄われてきている。

[13] 高額療養費制度により、例えば70歳未満の一般の所得の者の医療費の自己負担限度額（月当たり）は、80,100円＋医療費の１％（過去12か月に３回以上高額療養費の支給を受けた場合は、４回目から44,400円）である。

[14] 例えば70歳未満であれば原則３割。

他方、最後のセーフティネットである生活保護制度については、全額国民の税負担により賄われているが、その対象は資産、能力等すべてを活用してもなお生活に困窮する就職困難者等であり、非正規労働者が失業しても直ちに対象となるものではない。

こうした中で、我が国の雇用形態別雇用者数の推移を見ると、全雇用者に占める非正規労働者の割合は平成10年（1998年）の24%（1,173万人）から平成20年（2008年）の34%（1,760万人）と大幅に増加している【資料Ⅱ-20】。特に、契約社員・派遣社員等は同期間に４％（187万人）から12%（608万人）に増加しており、非正規労働者の増加の主要な要因となっている。さらに、非正規労働者の増加を背景として、現在の厳しい経済雇用情勢の下、雇用保険を受給していない失業者が増加してきている。

こうした状況に対応し、「経済危機対策」においては、非正規労働者等に対する新たなセーフティネットの構築など雇用対策の拡充・強化を行っており、雇用保険を受給していない失業者を対象とする職業訓練の拡充や訓練期間中の生活保障等については、臨時緊急的な措置として、将来の国民の税負担で整備することとなった【資料Ⅱ-21】。

ただし、これらの措置は基本的に現下の雇用失業情勢を踏まえた３年間の時限措置であり、今後の雇用構造や雇用失業情勢を見据えつつ、これらの雇用・生活保障関係のセーフティネット全体の再構築を検討していく必要がある。

今回、「雇用保険法」（昭和49年（1974年）法律第116号）を改正し、非正規労働者に対する雇用保険の適用範囲を拡大したが、再構築の検討に当たっては、

- 企業及び労働者は自らのセーフティネットのためにどこまで保険料負担として責任をもってもらうべきか、
- 雇用関係の積立金[15]をどのように活用するのか、
- 国民の税負担はどこに優先的に充てるべきか、

といった点についてセーフティネット全体が整合的なものとなるよう整理する必要がある【資料Ⅱ-22】。

なお、こうした取組に加え、少子化の進行や労働力人口の減少といった状況を踏まえ、女性、高齢者、障害者など、働く意欲のあるすべての人が、その能力を発揮し、また働くことにより社会の支え手となれるような環境をつ

[15] 積立金残高（平成21年度（2009年度）補正後予算ベース）は、失業等給付に係る積立金については、4.6兆円、雇用保険二事業に係る積立金（雇用安定資金）については、0.3兆円となっている。

資料Ⅰ-8

持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」（平成20年12月24日閣議決定）（抜粋）

Ⅱ．国民の安心強化のための社会保障安定財源の確保

安心強化の３原則
原則１．中福祉・中負担の社会を目指す。
原則２．安心強化と財源確保の同時進行を行う。
原則３．安心と責任のバランスの取れた安定財源の確保を図る。

１．堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度の構築

急速に進む少子・高齢化の下で国民の安心を確かなものとするため、我が国の社会保障制度が直面する下記の２つの課題に同時に取り組み、堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度を構築する。

(1)「社会保障国民会議最終報告（2008年11月4日）」などで指摘される社会保障制度の諸問題や「中福祉」のほころびに適切に対応し、その機能強化と効率化を図ることにより、国民の安心につながる質の高い「中福祉」を実現する。

(2) 社会保障制度の財源（保険料負担、公費負担及び利用者負担）のうち、公費負担については、現在、その３分の１程度を将来世代へのつけまわし（公債）に依存しながら賄っている。こうした現状を改め、必要な給付に見合った税負担を国民全体に広く薄く求めることを通じて安定財源を確保することにより、堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度を構築する。

２．安心強化と財源確保の同時進行

国民の安心強化と持続可能で質の高い「中福祉」の実現に向けて、年金、医療及び介護の社会保障給付や少子化対策について、基礎年金の最低保障機能の強化、医療・介護の体制の充実、子育て支援の給付・サービスの強化など機能強化と効率化を図る。このため、別添の工程表で示された改革の諸課題を軸に制度改正の時期も踏まえて検討を進め、改革の確立・制度化に必要な費用について安定財源を確保した　上で、段階的に内容の具体化を図る。

くることが必要である。その際には、従来の雇用形態にとらわれず、ＩＣＴの活用などによる多様な働き方や就業形態を更に普及させることも重要である。

４．少子化対策

平成18年（2006年）12月に発表された新人口推計においては、今後一層の少子高齢化が進展し、本格的な人口減少社会が到来するとの見通しが示されており、有効な少子化対策を講ずることが喫緊の課題となっている。

今回の「経済危機対策」においても、保育サービスの充実や母子家庭の母親等に対する就労支援など緊急的に取り組むべき対策が講じられているが、予算のみならず、制度の見直し、規制緩和、子育ては女性の仕事といった社会の意識の改革など幅広い観点から総合的に取り組み、国・地方、企業、家族等、社会全体で支えるような枠組みを構築していくことが重要である。

こうした中で、現在、厚生労働省の審議会を中心として進められている保育制度を中心とした新たな制度体系の検討に当たっては、利用者のニーズに応じた保育サービスの拡充を効率的に進めるため、規制の在り方や公費投入の在り方も含め、利用者の視点に立って検討する必要がある【資料Ⅱ-23】。

具体的には、例えば、都市部を中心に待機児童が解消されない現状を踏まえ、認可保育所の最低基準の在り方、認可外保育所の活用の在り方、効率的に新規参入を促進する仕組みの在り方などについて、必要な保育サービスが効率的に提供されるようにする観点から検討すべきである。

その上で、少子化対策に必要な税負担については、「中期プログラム」においても、「安定財源を確保した上で、段階的に内容の具体化を図る」こととされており、効果的・効率的な対策について、財源の確保も含め、検討を進める必要がある。

持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」（平成20年12月24日閣議決定）（抜粋）

３．安心と責任のバランスの取れた財源確保

(1) 社会保障安定財源については、給付に見合った負担という視点及び国民が広く受益する社会保障の費用をあらゆる世代が広く公　平に分かち合う観点から、消費税を主要な財源として確保する。これは税制抜本改革の一環として実現する。

(2) この際、国・地方を通じた年金、医療、介護の社会保障給付及び少子化対策に要する公費負担の費用について、その全額を国・地方の安定財源によって賄うことを理想とし、目的とする。

このため、2010年代半ばにおいては、基礎年金国庫負担割合の２分の１への引上げに要する費用をはじめ、上記２．に示した改革の確立・制度化及び基礎年金、老人医療、介護に係る社会保障給付に必要な公費負担の費用を、消費税を主要な財源として安定的に賄うことにより、現世代の安心確保と将来世代への責任のバランスを取りながら、国・地方の安定財源の確保への第一歩とする。

具体的には、上記の社会保障給付及び少子化対策に要する費用の状況や将来見通し、財政健全化の状況等を踏まえて、税制の抜本改革法案の提出時期までに、その実施方法と合わせて決定する。

Ⅲ．税制抜本改革の全体像

経済状況の好転後に実施する税制抜本改革の３原則

原則１．多年度にわたる増減税を法律において一体的に決定し、それぞれの実施時期を明示しつつ、段階的に実行する。

原則２．潜在成長率の発揮が見込まれる段階に達しているかなどを判断基準とし、予期せざる経済変動にも柔軟に対応できる仕組みとする。

原則３．消費税収は、確立・制度化した社会保障の費用に充てることにより、すべて国民に還元し、官の肥大化には使わない。

１．税制抜本改革の道筋

(1) 基礎年金国庫負担割合の２分の１への引上げのための財源措置や年金、医療及び介護の社会保障給付や少子化対策に要する費用の見通しを踏まえつつ、今年度を含む３年以内の景気回復に向けた集中的な取組により経済状況を好転させることを前提に、消費税を含む税制抜本改革を2011年度より実施できるよう、必要な法制上の措置をあらかじめ講じ、2010年代半ばまでに段階的に行って持続可能な財政構造を確立する。なお、改革の実施に当たっては、景気回復過程の状況と国際経済の動向等を見極め、潜在成長率の発揮が見込まれる段階に達しているかなどを判断基準とし、予期せざる経済変動にも柔軟に対応できる仕組みとする。

(2) 消費税収が充てられる社会保障の費用は、その他の予算とは厳密に区分経理し、予算・決算において消費税収と社会保障費用の対応関係を明示する。具体的には、消費税の全税収を確立・制度化した年金、医療及び介護の社会保障給付及び少子化対策の費用に充てることにより、消費税収はすべて国民に還元し、官の肥大化には使わない。

持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」（平成20年12月24日閣議決定）（抜粋）

２．税制抜本改革の基本的方向性

（略）

(3) 消費課税については、その負担が確実に国民に還元されることを明らかにする観点から、消費税の全額がいわゆる確立・制度化された年金、医療及び介護の社会保障給付と少子化対策に充てられることを予算・決算において明確化した上で、消費税の税率を検討する。その際、歳出面も合わせた視点に立って複数税率の検討等総合的な取組みを行うことにより低所得者の配慮について検討する。（略）

(7) 地方税制については、地方分権の推進と、国・地方を通じた社会保障制度の安定財源確保の観点から、地方消費税の充実を検討するとともに、地方法人課税の在り方を見直すことにより、税源の偏在性が小さく、税収が安定的な地方税体系の構築を進める。

Ⅳ．今後の歳出改革の在り方

（略）

歳出改革の原則

原則１．税制抜本改革の実現のためには不断の行政改革の推進と無駄排除の徹底の継続を大前提とする。

原則２．経済状況好転までの期間においては、財政規律を維持しつつ、経済情勢を踏まえ、状況に応じて果断な対応に応じて果断な対応を機動的かつ弾力的に行う。

原則３．経済状況好転後においては、社会保障の安定財源確保を図る中、厳格な財政規律を確保していく。

(1) 経済状況が好転するまでの期間においては、景気回復と財政健全化の両立を図る観点から、財政規律を維持しつつ、経済情勢を踏まえて、状況に応じて果断な対応を機動的かつ弾力的に行う。

(2) 経済状況が好転した以降においては、社会保障の安定財源確保に向けて消費税を含む税制抜本改革を実行していく中、景気の後退により悪化した財政を建て直すべく、厳格な財政規律を確保していく。
具体的には、国・地方を通じ、社会保障、非社会保障の各部門について、以下の基本的方針の下にたゆまざる改革を実行することとする。

（社会保障部門）
・「中福祉」に見合ったサービス水準を確保するべく、安定財源の確保と並行して社会保障の機能強化を図るとともに、コスト　縮減、給付の重点化等の効率化を進める。

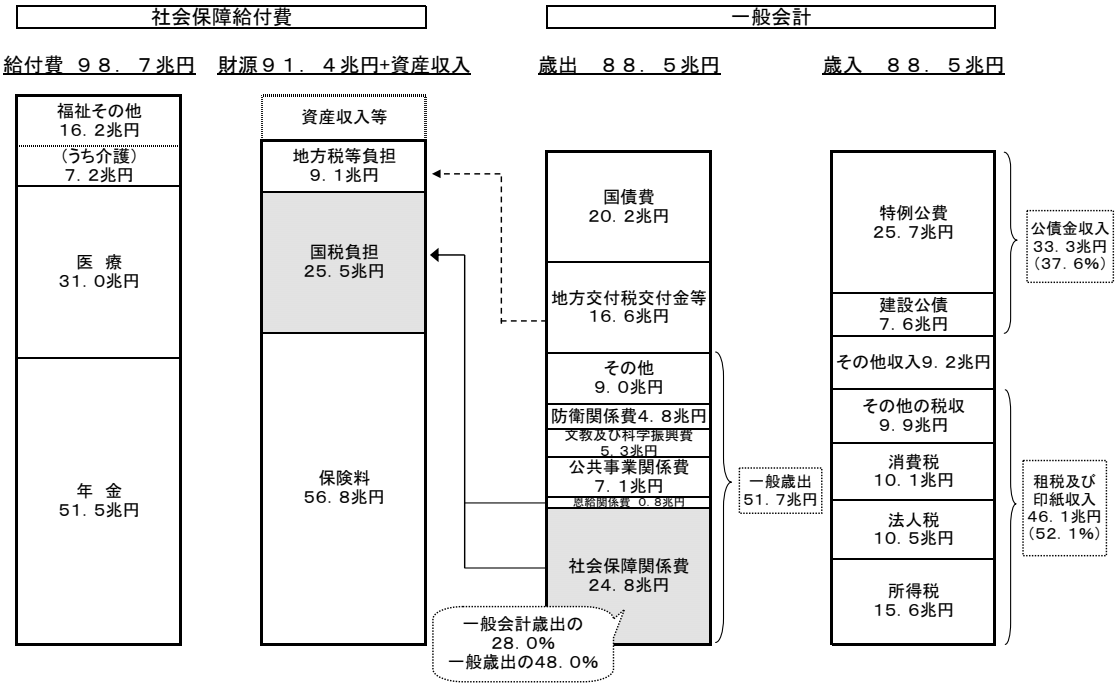
（非社会保障部門）
・非社会保障部門全体として、国民のニーズ等の変化を踏まえつつ、規模を拡大しないことを基本とし、効果的・効率的な公共サービスの提供を進める。

（以下略）

資料Ⅱ-1

社会保障及び国の財政の姿（平成２１年度予算ベース）

（2009）



社会保障費用の区分経理（一つのイメージ）

以下に示す区分経理の案は、
①社会保障勘定(仮称)における歳出については、社会保障国民会議で示された年金、医療、介護の社会保障給付費及び少子化対策（注）に要する国税負担の費用とし、
②歳入については、消費税（地方交付税分除く）及び基礎年金国庫負担の追加分（1/3+32/1000と1/2との差額）に充当されている財政投融資特別会計からの繰入れ分
を仮置きしたものであり、あくまでも１つのイメージにすぎない。

21年度予算

（単位：億円）

一般会計

（歳　入）	
税　収	461,030
その他収入	91,510
公債金	332,940
うち建設公債	75,790
赤字公債	257,150
計	885,480
（歳　出）	
国債費	202,437
地方交付税等	165,733
一般歳出	517,310
計	885,480

＜区分経理＞

一般勘定（仮称）

（歳　入）	
税　収（消費税（地方交付税分除く）を除く）	389,600 程度
その他収入	68,500 程度
計	458,100 程度
（歳　出）	
国債費	202,400 程度
地方交付税等	165,700 程度
一般歳出（社会保障勘定分を除く）	293,400 程度
計	661,600 程度

社会保障勘定（仮称）

（歳　入）	
消費税（地方交付税分除く）	71,400 程度
その他収入（年金追加分：1/3+32/1000→1/2）	23,000 程度
計	94,400 程度
（歳　出）	
年金給付費	101,900 程度
医療給付費	89,800 程度
介護給付費	20,800 程度
少子化対策費	11,300 程度
計	223,900 程度

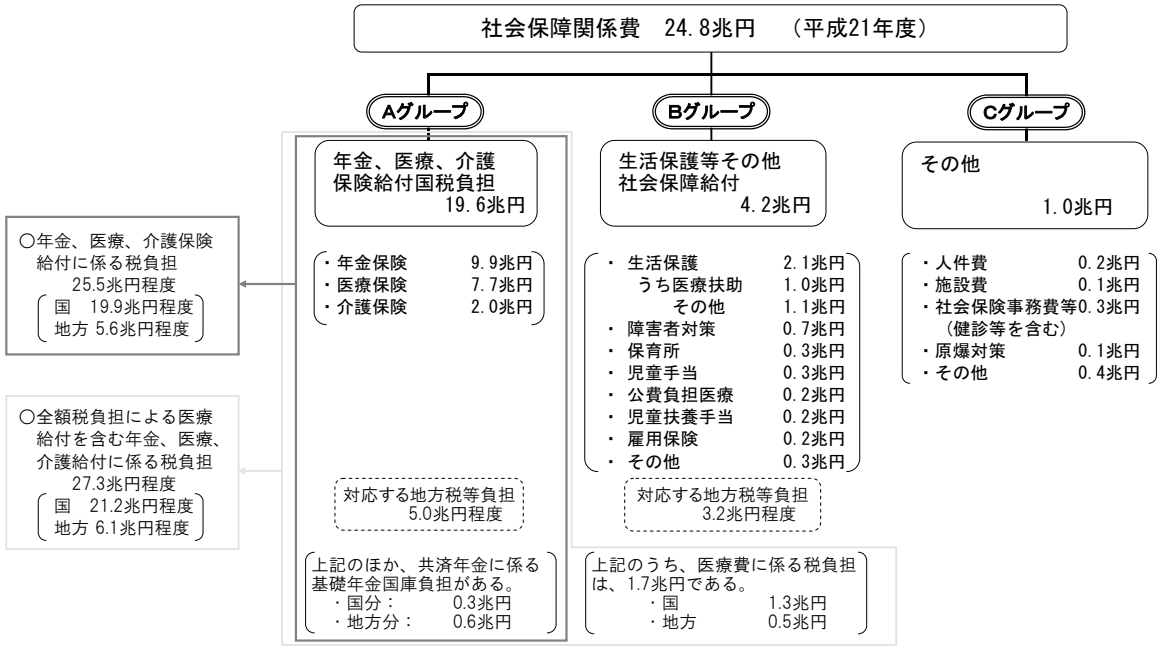
公債金　332,900 程度
うち建設公債　75,800 程度
赤字公債　257,200 程度

（注）　少子化対策費については、社会保障国民会議で示された「少子化に係る公費負担」のうち国税負担相当額（21’予算ベース）を計上しており、その主な内訳は、民間保育所運営費（3,400億円程度）、児童手当（2,700億円程度）、児童扶養手当（1,600億円程度）、特別児童扶養手当（1,000億円程度）等である。

資料Ⅱ-2

資料Ⅱ-3

国税及び地方税負担による我が国社会保障予算（平成21年度）の姿



（注）上記の計数には一部推計が含まれる。また、四捨五入の関係で各計数と合計とは必ずしも一致しない。

社会保障関係費の内訳

（単位：億円）

	平成20年度		平成20年度	平成21年度
社会保障関係費	217,824	社会保障関係費	217,824	248,344
生活保護費	20,053	年金医療介護保険給付費	166,807	196,004
社会福祉費	16,589	生活保護費	20,053	20,969
社会保険費	175,132	社会福祉費	24,904	25,091
保健衛生対策費	4,094	保健衛生対策費	4,104	4,346
失業対策費	1,956	雇用労災対策費	1,956	1,934

資料Ⅱ-4

政策解説資料

資料 II-5

医療提供体制の国際比較（2006年）

○ 我が国の人口当たりの医師数は、他のG7諸国と比較してやや少ない状況にあるが、一方で、看護師を加えた数や病院職員数では、概ね同程度の水準

○ 平均在院日数・外来診察回数等、患者の行動を見ると、我が国においては平均在院日数が長く、受診回数は多い傾向

	医療従事者数（人口1000人当たり）				国民（患者）の受診行動		
	診療医師数（注1）	看護職員数（注2）	医師＋看護職員数	病院職員数（常勤換算）	平均在院日数（急性期）	急性期1病床当たりの年間退院数	人口1人当たり外来診察回数
アメリカ合衆国	2.4	10.5	12.9	16.4	5.6	43.2	4.0
イギリス	2.5	11.9	14.4	―	7.5	74.1	5.0
イタリア	3.7	7.1	10.8	12.3	―	46.5	7.0
カナダ	2.1	8.8	10.9	―	7.2	30.2	5.9
ドイツ	3.5	9.8	13.3	10.7	8.5	31.5	―
フランス	3.4	7.6	11.0	17.3	5.4	70.5	6.6
日本	2.1	9.3	11.4	13.4	19.2	12.6	13.7

出典：OECD Health Data2008

注1：診療に従事している医師数で算定している。
注2：看護業務に従事している看護師等の数で算定している。
注3：「人口1人当たり外来診察回数」及び「急性期1病床当たりの年間退院数」は、2005年の数字を用いている。
注4：カナダの「国民（患者）の受診行動」の各項目において、2005年の数字を用いている。

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

（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。

資料 II-6

都道府県別の医師数の変化（平成8年から平成18年の10年間における変化）

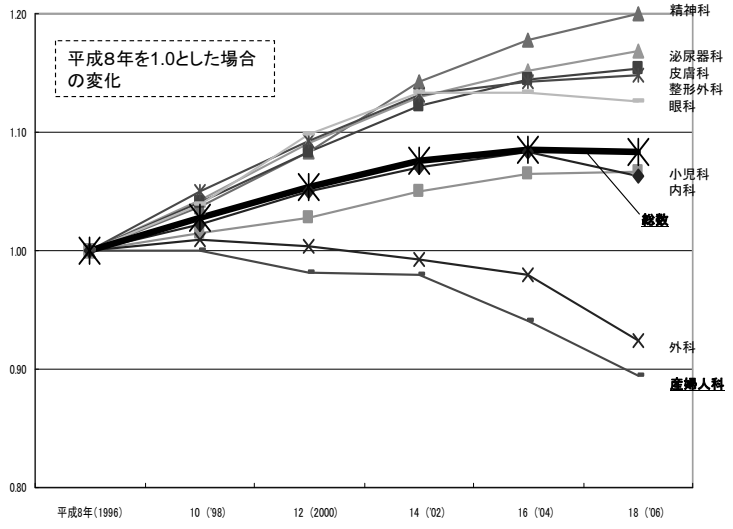
○ 平成8年から平成18年までの10年間で、医師は全国で14.4%増加。
○ 首都圏、関西圏等の都市部では概ね全国平均を上回って医師数が増加(医師の絶対数も比較的大きく増加)している一方、地方部での増加は全国平均を下回っている。

	医師数		伸率（平成8年⇒平成18年）	全国平均の伸率(14.4%)を上回る医師数
	平成8年	平成18年		
北海道	10,279	11,579	12.6%	
青森県	2,298	2,426	5.6%	
岩手県	2,263	2,394	5.8%	
宮城県	4,001	4,616	15.4%	37
秋田県	1,969	2,142	8.8%	
山形県	2,054	2,270	10.5%	
福島県	3,407	3,663	7.5%	
茨城県	3,800	4,359	14.7%	10
栃木県	3,354	3,931	17.2%	93
群馬県	3,413	4,026	18.0%	120
埼玉県	7,474	9,578	28.2%	1,025
千葉県	7,543	9,322	23.6%	690
東京都	29,136	33,604	15.3%	262
神奈川県	12,851	15,196	18.2%	490
新潟県	3,824	4,134	8.1%	
富山県	2,130	2,443	14.7%	6
石川県	2,612	2,808	7.5%	
福井県	1,481	1,688	14.0%	
山梨県	1,515	1,695	11.9%	
長野県	3,488	4,159	19.2%	168
岐阜県	3,096	3,641	17.6%	98
静岡県	5,688	6,452	13.4%	
愛知県	11,175	13,208	18.2%	420
三重県	3,001	3,332	11.0%	

	医師数		伸率（平成8年⇒平成18年）	全国平均の伸率(14.4%)を上回る医師数
	平成8年	平成18年		
滋賀県	2,130	2,649	24.4%	212
京都府	6,388	7,212	12.9%	
大阪府	18,704	20,945	12.0%	
兵庫県	9,843	11,371	15.5%	107
奈良県	2,388	2,846	19.2%	113
和歌山県	2,236	2,532	13.2%	
鳥取県	1,411	1,570	11.3%	
島根県	1,623	1,826	12.5%	
岡山県	4,336	4,912	13.3%	
広島県	6,020	6,398	6.3%	
山口県	3,125	3,376	8.0%	
徳島県	2,004	2,174	8.5%	
香川県	2,240	2,408	7.5%	
愛媛県	3,093	3,275	5.9%	
高知県	1,937	2,077	7.2%	
福岡県	11,576	13,281	14.7%	34
佐賀県	1,713	1,977	15.4%	17
長崎県	3,416	3,765	10.2%	
熊本県	4,128	4,406	6.7%	
大分県	2,412	2,769	14.8%	9
宮崎県	2,100	2,407	14.6%	4
鹿児島県	3,519	3,849	9.4%	
沖縄県	2,103	2,849	35.5%	442
全国計	230,297	263,540	14.4%	－

網かけは全国平均を下回っているケース

主な診療科別の医師数の変化（平成8年から平成18年の10年間における変化）



主な診療科別医師数の変化
（平成8年から平成18年度）

精神科	20.0%
泌尿器科	16.8%
皮膚科	15.4%
整形外科	15.0%
眼科	12.6%
総数	8.3%
小児科	6.7%
内科	6.0%
外科	▲7.7%
産婦人科	▲10.6%

注1）内科･･･内科、心療内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科
外科･･･外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科
精神科･･･精神科、神経科　　産婦人科･･･産婦人科、産科
耳鼻いんこう科･･･耳鼻いんこう科、気管食道科　　泌尿器科･･･泌尿器科、性病科、こう門科
注2）時系列での比較を行うため、平成18年度においては、研修医(14,402人、平成16年度以前は0)を総数から除いている。

（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査

資料 Ⅱ−9

都道府県別の産婦人科医師数の変化（平成8年から平成18年の10年間における変化）

○ 産婦人科の医師数は全国的に減少（10年間で▲10.6%減少）しているが、特に東北、四国地方など、地方における減少が深刻化している。

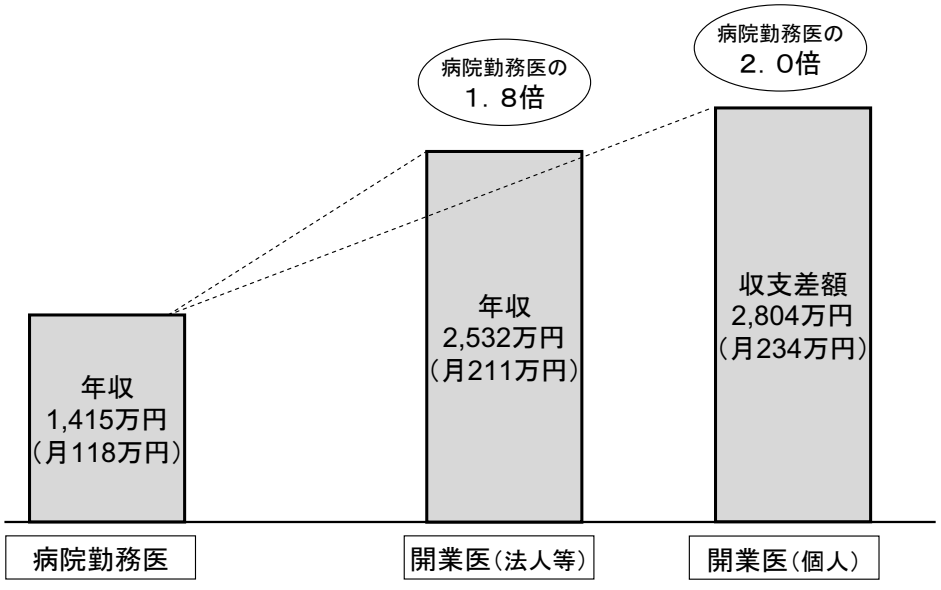
		産婦人科医師数		伸率
		平成8年	平成18年	
1	岩手県	122	90	▲26.2%
2	青森県	114	86	▲24.6%
3	香川県	115	87	▲24.3%
4	高知県	76	58	▲23.7%
5	山口県	148	115	▲22.3%
6	大分県	111	90	▲18.9%
7	福島県	175	142	▲18.9%
8	北海道	439	359	▲18.2%
9	秋田県	107	88	▲17.8%
10	福岡県	496	412	▲16.9%
11	新潟県	180	150	▲16.7%
12	佐賀県	86	72	▲16.3%
13	和歌山県	111	93	▲16.2%
14	宮城県	210	177	▲15.7%
15	鹿児島県	162	137	▲15.4%
16	山形県	118	100	▲15.3%
17	広島県	270	229	▲15.2%
18	島根県	74	63	▲14.9%
19	奈良県	102	87	▲14.7%
20	大阪府	870	743	▲14.6%
21	京都府	288	247	▲14.2%
22	石川県	123	106	▲13.8%
23	徳島県	97	84	▲13.4%
24	三重県	155	137	▲11.6%

		産婦人科医師数		伸率
		平成8年	平成18年	
25	兵庫県	495	442	▲10.7%
26	岡山県	187	167	▲10.7%
27	滋賀県	87	78	▲10.3%
28	福井県	82	74	▲9.8%
29	長崎県	159	144	▲9.4%
30	神奈川県	703	638	▲9.2%
31	東京都	1,411	1,295	▲8.2%
32	富山県	98	90	▲8.2%
33	岐阜県	172	158	▲8.1%
34	静岡県	287	264	▲8.0%
35	群馬県	182	168	▲7.7%
36	熊本県	159	147	▲7.5%
37	長野県	186	172	▲7.5%
38	愛知県	610	574	▲5.9%
39	鳥取県	74	70	▲5.4%
40	茨城県	204	193	▲5.4%
41	愛媛県	125	119	▲4.8%
42	宮崎県	112	108	▲3.6%
43	千葉県	418	407	▲2.6%
44	山梨県	76	78	2.6%
45	埼玉県	393	411	4.6%
46	栃木県	179	193	7.8%
47	沖縄県	116	132	13.8%
	全国計	11,264	10,074	▲10.6%

（注）産婦人科医師数は、産婦人科及び産科の医師数の合計

病院勤務医と診療所医師（開業医）の給与の比較

（2007年6月医療経済実態調査：10月26日発表）



（注1）介護保険事業を実施していない医療機関の集計。6月集計の値を基に12倍して試算。

（注2）収支差額とは、保険診療収入等の医業収入から給与費や医薬品費等の医業費用を差し引いたもの。主に開設医師の報酬となる。

資料 Ⅱ−10

資料 II-11

医師の偏在是正の手法①　《経済的手法》
－ 国民医療費（約 33 兆円）の配分 －

○ 医療費の構成

国民医療費 ＝ （公的医療費及びこれに伴う患者負担） ＝ P （価格）（公定価格 ＝ 診療報酬点数 診療報酬改定（※）により決定） × Q（数量）（医療に対する需要（病気や怪我の発生状況等）により外部的に決定）

（※）通常２年ごとに改定

○ 診療報酬改定のプロセス

・ 診療報酬の改定率は、予算編成過程を通じて、内閣が決定

（平成 17 年のいわゆる中医協改革において、改定率の決定を内閣の権限として整理・明確化）

・ 一方、具体的な診療報酬点数は、内閣が決定する改定率等を踏まえ、中央社会保険医療協議会（中医協）が設定（2～3 月、厚生労働大臣告示）

（参考）前回（平成 20 年度）改定の例

・平成 19 年 12 月 17 日　財務・厚労両大臣の事前折衝を踏まえ、内閣が診療報酬等の改定率を決定
・平成 20 年 1 月 18 日　厚労大臣から中医協に対し、診療報酬点数の改定案の調査・審議について諮問
2 月 3 日　中医協が厚生労働大臣に対し、診療報酬点数改定案を答申
3 月 5 日　診療報酬改定に係る告示・通知の発出

医師の偏在是正の手法②　《規制的手法》
－医師の職業選択の自由 ⇔ 医療に関する公的な関与－

○ 国立大学と私立大学の医学部に要する費用比較

		入学金	授業料（年間）
国立	T大学（医）（法）	282，000円	535，800円
私立	K大学（医）	200，000円	2，910，000円
	（参考）（法）	200，000円	780，000円
	T大学（医）	2，000，000円	3，600，000円
	（参考）（法）	250，000円	780，000円

（注）私立大（医）について、このほかにも施設費、教育維持費等が必要

○ 京都大学の医学部・工学部・農学部の入学時の選考学科

	入学定員（大学入学試験時）の考え方
医学部	全体で100名 （医学科） ※このほか保健学科（143名）
工学部	全体で955名 地球工学科 185名　建築学科 80名 物理工学科 235名　電気電子工学科 130名 情報学科 90名　工業化学科 235名
農学部	全体で300名 資源生物科学科 94名　応用生命科学科 47名 地域環境工学科 37名　食料・環境経済学科 32名 森林科学科 57名　食品生物科学科 33名

※出所：各大学ホームページ

資料 II-12

資料 Ⅱ-13

医療における公的関与や規制に関する粗々の国際比較

	日 本	イギリス	ドイツ	フランス	アメリカ
総医療費／GDP	8．2%	8．2%	10．7%	11．2%	15．2%
うち 公的医療費/GDP	6．7%（公的負担2割：社会保険8割）[※税負担4割強：保険料6割弱]	7．1%（税負担）	8．2%（公的負担1割：社会保険9割）	8．9%（公的負担0.5割：社会保険9.5割）	6．9%（公的負担7割：社会保険3割）
私的医療支出/GDP	1．5%	1．1%	2．4%	2．2%	8．3%
医療提供サイド					
医師の自由度（地域、診療科の選択、開業の自由、競争性）	地域・診療科の選択や開業は自由 医師の能力・経験に関係なく、保険診療について、一定価格での支払いが保障	病院勤務医は公務員 一般家庭医の開業は、偏在を防ぐため、地方機関が目標を設定して調整	保険医（開業医）の開業規制あり （保険医需要計画に基づく、1990年末時点の状況を基にした10の地域・14の診療科ごとの定員あり）	研修医には、全国試験に基づく、地域・診療科枠あり 開業医は、セクター1医師とセクター2医師に区分 （前者は診療費の請求を協約料金のみに限定、後者は協約料金以上の請求可）	専門医制度における資格の取得で診療科間の医師数を調整 私的医療支出、即ち、価格についても自由競争が中心
医療の価格設定のあり方（政府、保険者、民間の関与度）	公定価格 診療所・病院の区別なく、中医協の決定を受けて、厚生労働大臣告示で決定	保健省予算を、国民健康サービス（NHS）制度内で配分 病院：ほとんどは国営であり予算制 一般家庭医：国から人頭払いの診療報酬（政府が決定）等を受け取る	保険者との協約による価格決定 開業医：連邦レベルの委員会で統一評価基準を策定 病院：連邦又は州レベルにおける病院と疾病金庫の契約による報酬点数表と、患者当たり定額の療養費	保険者との協約による価格決定が中心、公的病院は予算で決定 開業医：全国疾病金庫と医師組合が協約（報酬）を締結 公的病院：総枠予算 私的病院：地方疾病金庫と各病院の契約による患者一人あたり入院料と協約方式による技術料	民間保険は、保険会社が独自に医療保障プランを提供 公的医療（メディケア、メディケイド）：保健長官が診療報酬点数を決定（メディケイドは一定範囲で州が定めることも可）
医療需要サイド					
患者の自由度（医療へのフリーアクセス度）	フリーアクセス	患者の選択の自由なし 地域ごとの登録制により、ゲートキーパーの役割を果たす一般医が決められている	原則はフリーアクセス ただし、家庭医の受診促進の観点から、保険契約による病院や専門医への受診抑制策あり （近年、家庭医のゲートキーパー的な役割も強化）	原則はフリーアクセス ただし、近年の制度改正により、「かかりつけ医制度」が導入され普及	患者の選択に、制度的な制限はないが、 保険内容により、医療保険の給付に差異があることが、選択の事実上の（経済的な）制約要因

（注1）総医療／GDP及び公的医療費は2005年、私的医療支出／GDPは2006年。いずれも Health Data 2008(OECD)
（注2）日本の「社会保険」は、医療保険による給付額の合計であり、財源としての公費負担もここに含まれている。なお、「公的負担」は、生活保護の医療扶助等の公費負担医療や母子保健等の補助金である。
（注3）（※）日本の[ ]内の税負担：社会保険負担は国民医療費ベース

— 66 —

米国における医師報酬について

専　門	（in US＄）	家庭医＝1
家庭医 Family Medicine	190,182	1.00
老年科 Geriatrics	179,344	0.94
小児青年科 Pediatric & Adolescent	193,964	1.02
内科 Internal Medicine	199,886	1.05
精神科 Psychiatry	206,431	1.09
リハビリテーション科 Physical Medicine & Rehabilitation	229,119	1.20
産科 Obstetrics	273,620	1.44
集中治療専門医 Intensivist	296,034	1.56
一般外科 General Surgery	337,595	1.78
麻酔科 Anesthesiology	352,959	1.86
心臓科 Cardiology	379,975	2.00
放射線介入診断 Diagnostic Radiology - Interventional	463,219	2.44

出典：米国医療団体協会（AMGA）2008年調査　※金額は平均値

(注)米国医療団体協会（AMGA）の調査における家庭医の定義は、内科、小児科、産科、婦人科、精神科、老人科など幅広い範囲の訓練を受けているとされている。

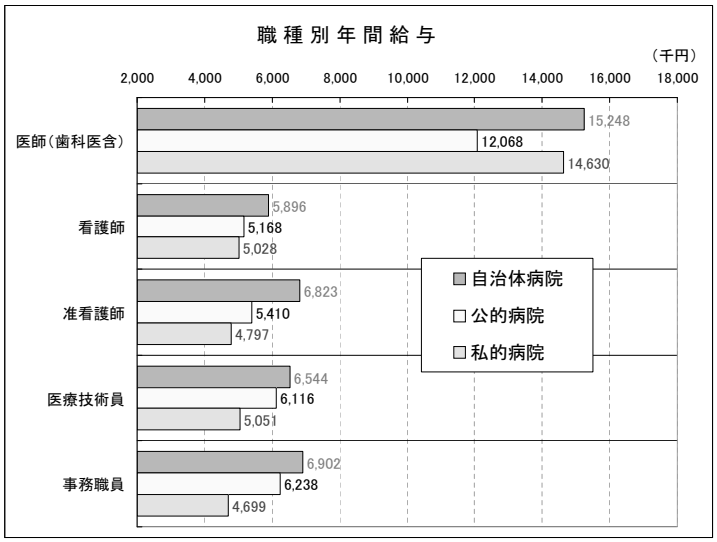
— 67 —

資料 Ⅱ-14

資料Ⅱ-15

職種別年間給与

平成21年5月11日 財政制度等審議会
財政制度分科会財政構造改革部会
亀田隆明医療法人鉄蕉会理事長 提出資料



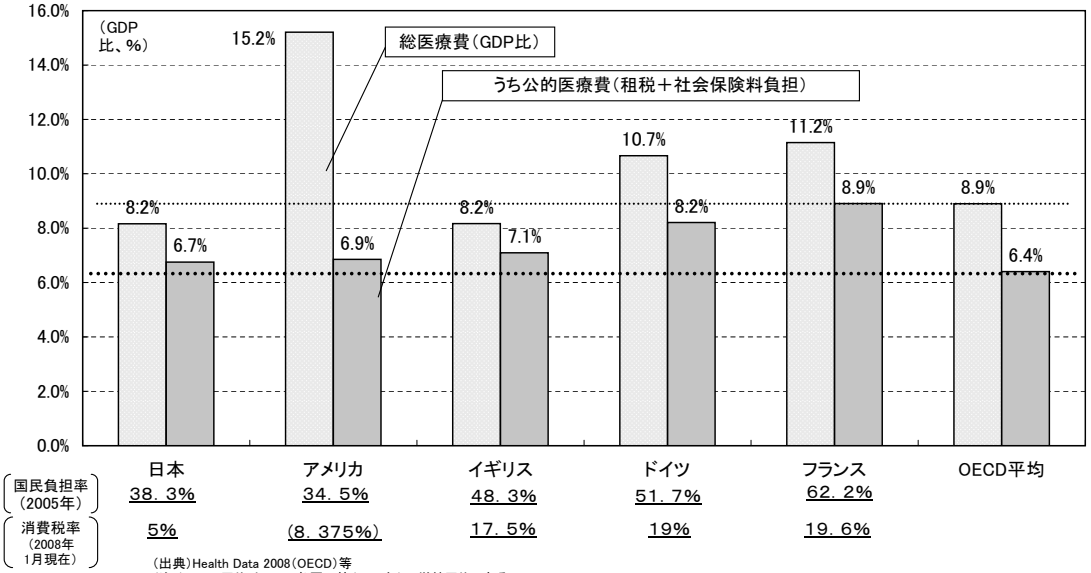
（注）自治体病院（都道府県・指定都市・市町村・組合等）、公的病院（日赤・済生会・厚生連関係病院）、
私的病院（医療法人・個人・公益・社会福祉法人等）
（出所）総務省「地方公営企業年鑑（平成18年4月1日～平成19年3月31日）　第2編統計資料 第2章事業別 6.病院事業
(13)職種別給与(平均給与月額)に関する調」、全国病院経営管理学会「2008年版 病院給与・労働条件実態調査
2表-1 平成19年7月職種別所定内・外給与、第5表-4 平成18年年末賞与職種別一人平均支給額、
第5表-5 平成19年夏季賞与職種別一人平均支給額」、これらを参考にして年間給与額を試算した。

— 68 —

政策解説資料

総医療費と公的医療費の対GDP比の国際比較（2005年）

○ 日本の総医療費は、OECD平均を下回っており、主要国と比較すると大きく下回っている。
○ 一方、公的医療費は、国民負担率が主要国より極めて低いにも関わらず、主要国をやや下回る程度の水準。



（出典）Health Data 2008（OECD）等
（注1）OECD平均はOECD各国の値（2005年）の単純平均である。
（注2）公的医療費とは、総医療費のうち公費負担及び社会保険で賄っている部分。
（注3）OECDの「総医療費」には、厚生労働省の「国民医療費」の他、介護費用の一部、正常分娩費及び一般薬の費用等が含まれている。
（注4）アメリカの消費税率はニューヨーク市の場合（州・郡・市が小売売上税をそれぞれ賦課）
（注5）イギリスにおける不可価値税は15%に一時的に引下げられている。（2008.12.1～2009.12.31の13ヶ月間の時限措置）

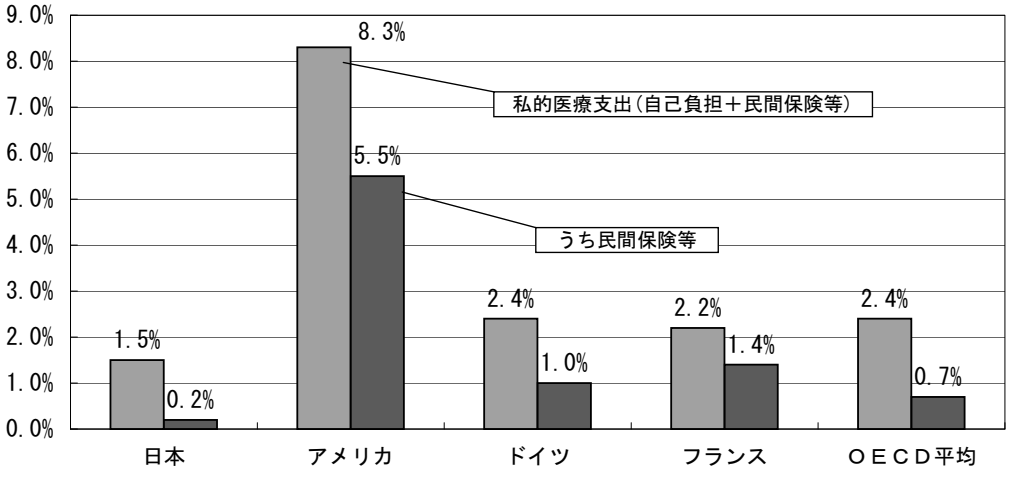
資料Ⅱ-16

— 69 —

資料 Ⅱ-17

私的医療支出のGDP比の国際比較（2006年度）

○ 日本における私的医療支出（自己負担＋民間保険等）の対GDP比は、主要国やOECD平均と比べて大きく下回っており、特に、民間保険等の割合は極めて小さい。



（出典）「Health Data 2008」（OECD）

平成21年5月18日　財政制度等審議会
財政制度分科会財政構造改革部会
中川俊男日本医師会常任理事 提出資料

国民皆保険を守るための財源

日本医師会は、消費税などの新たな財源の検討、国の支出の見直しの継続、公的医療保険料の見直しーの3つを同時並行で進め、財源を確保することを提案する。

消費税などの新たな財源の検討

安定財源として期待できるが、以下の点について整理が必要
① 年金、医療、介護をどの程度、消費税でまかなうのか？
② 社会保障の国と地方の役割、消費税の国と地方の配分
③ 医療機関における控除対象外消費税の問題

国の支出の見直しの継続

① 特別会計の決算を重視し、剰余金が発生しづらい仕組みに。剰余金が発生した場合には、原則一般会計へ繰り戻し。
② 独立行政法人整理合理化計画のフォロー

公的医療保険料の見直し

① サラリーマンは年収約2,000万円、国保は世帯所得500万円台で保険料が上限に。年収や所得にできるだけ比例した保険料に。
② 大企業の健保組合（保険料率73.90）、共済組合等（国家公務員平均64.34）の保険料率を協会けんぽ（82.00）なみにし、財政調整を。

社団法人 日本医師会（2009年5月18日）

資料 Ⅱ-18

資料Ⅱ-19

過去の財政審「建議」における主な指摘事項（医療関係）について

○ 高齢者の患者負担の見直し
- 低所得者には適切な配慮を行いつつ、70 歳以上の高齢者の自己負担率を他の世代の負担率と統一していく

○ 保険免責制の導入
- 一定金額までの保険免責制の導入

○ 食費・ホテルコストの取扱いの見直し
- 療養病床はもとより一般病床に入院する者についても、食費・居住費について原則自己負担化

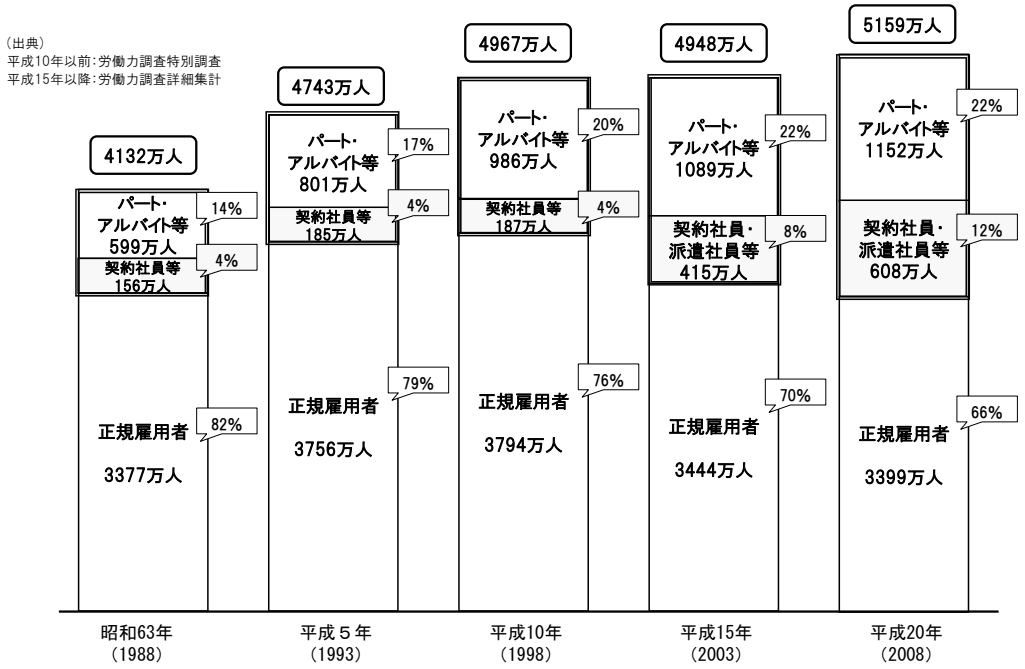
○ 高額療養費の見直し
- 高額療養費の自己負担限度額の見直し

○ 先発品の保険給付の見直し
- 後発品が存在する先発品について、公的医療保険給付は後発品の薬価の水準までとし、後発品との差額は自己負担とする仕組みの導入

○ 市販類似薬の保険給付の見直し
- 市販薬と類似の医薬品（非処方せん薬）を公的医療保険給付の対象外化

雇用形態別雇用者数の推移

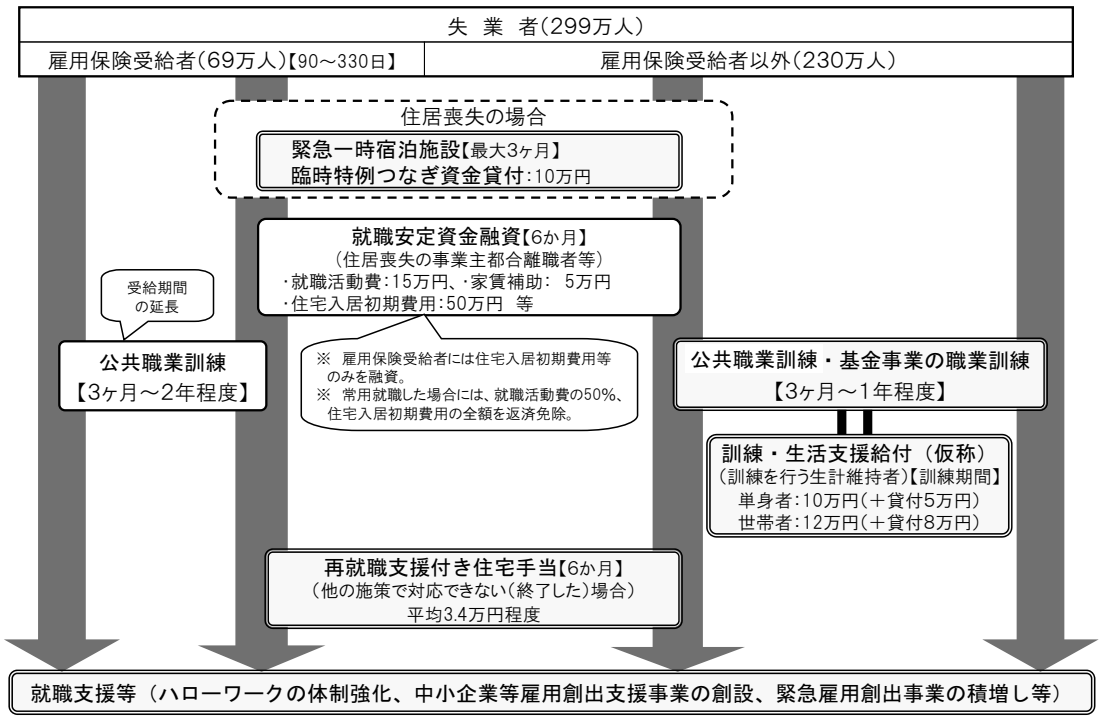
○ 非正規雇用者の割合が大きく増加(前回の金融不況時の10年前は全体の４分の１→現在は３分の１)。
○ 特に契約社員・派遣業の割合は10年前の３倍(４%→１２%)に増加。



資料Ⅱ-20

資料 Ⅱ-21

経済危機対策における雇用対策（能力開発・再就職支援）

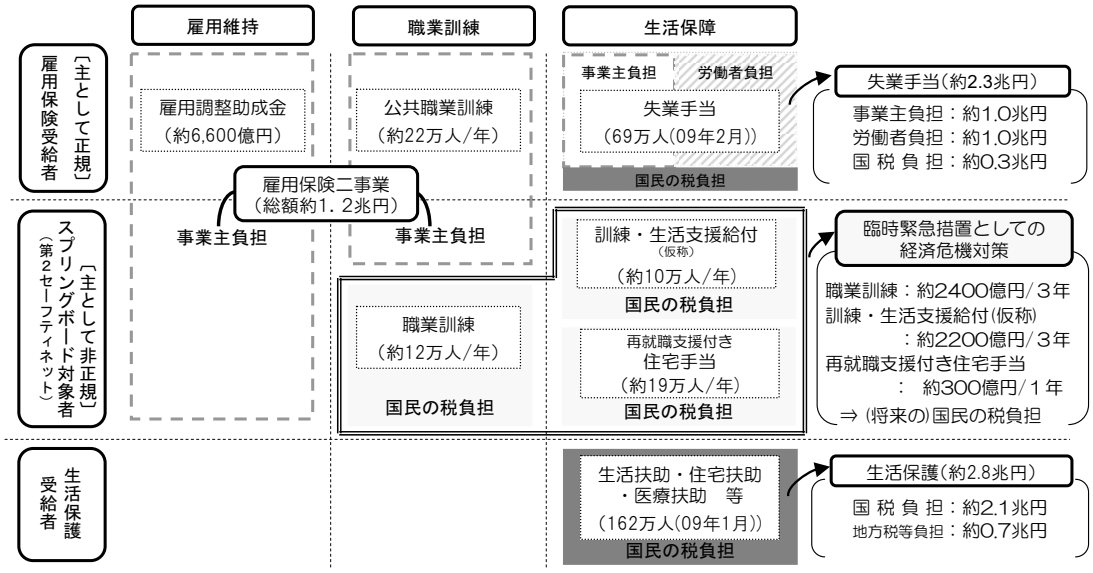


雇用関係のセーフティネットに係る事業主等（＝保険料）及び国（＝国民の税負担）の役割分担

○ 現在、正規労働者を中心とする雇用保険の財源は企業・労働者の保険料負担及び一部、国民の税負担。就職困難者を中心とする生活保護の財源は全額国民の税負担。

○ 失業者の中で、雇用保険の対象者以外（主に非正規労働者）が大幅に比重を増している現在の雇用環境下、経済危機対策では、これらの者の生活保障等のセーフティネットを、臨時緊急措置として、（将来の）国民の税負担で整備。

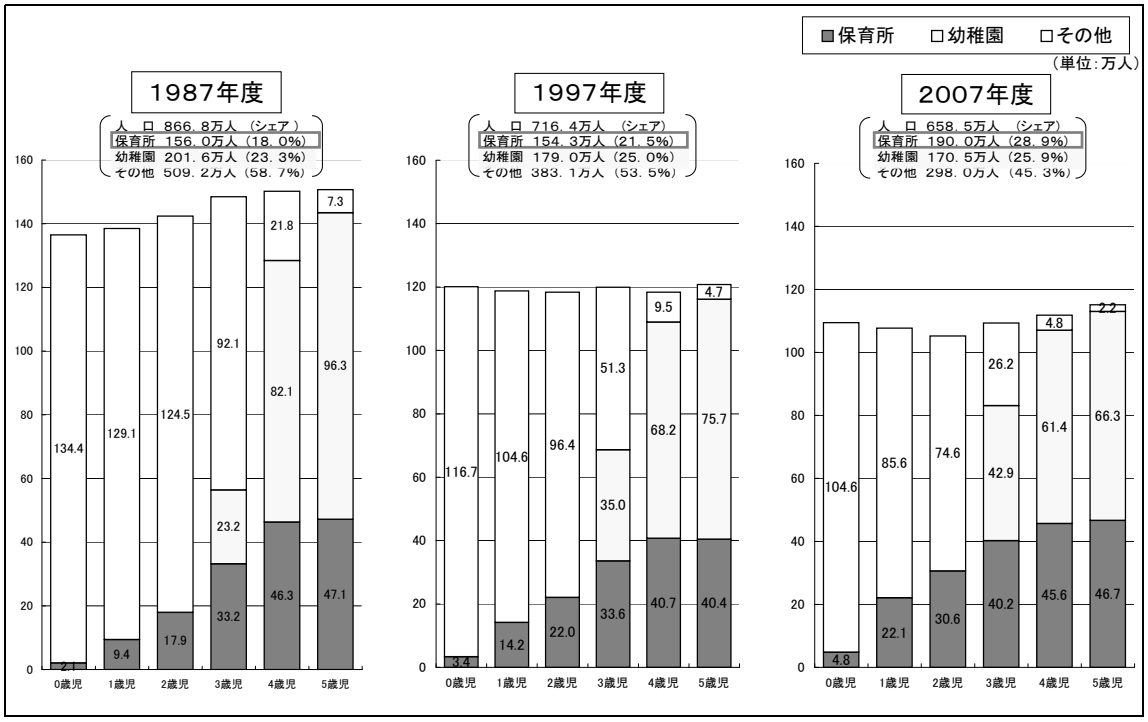
⇒ 将来的に非正規労働者の割合が相当高い雇用環境を前提とすると、雇用関係のセーフティネットについて、国民の税負担をどこに優先的に充てるべきか。また、企業及び労働者にどこまで責任を持ってもらうべきか。



資料 Ⅱ-22

資料Ⅱ-23

就学前児童の入所、入園の状況及びその推移



平成22年度予算編成の基本的考え方について

ポイント

財政制度等審議会（平成21年6月3日）

（参考2）

総　論

1. 昨年秋からの一連の景気対策

○ 戦後最悪の経済危機に直面する中、政府は、一連の景気対策を取りまとめ。
○ 特に、「経済危機対策」は、「3T」（重点化[Targeted]、時宜を得た[Timely]、一時的[Temporary]）の視点に立って取りまとめ。
○ 本対策は、緊急避難的な一時的な措置（Temporary）であると認識すべき。
○ 本対策の効果についてしっかりと検証を行う必要。また、適正かつ効率的な執行のために最大限の努力をすべき。

2. 今後の財政運営の基本的考え方

○ 平成21年度一般会計予算（補正予算込み）の公債依存度は過去最悪の水準（43.0%）。国・地方の長期債務残高対GDP比は平成21年度末に168%となる見込みであり、我が国財政は極めて危機的な状況。
○ 2011年度までのプライマリー・バランス黒字化の目標は、昨今の経済・金融情勢の悪化に伴う税収減等により、達成困難になったと言わざるを得ない。
○ 政府においては、このような財政の状況を真正面から受け止め、財政の持続可能性確保に向けた基本的考え方を国民に示すべき。その際、以下の４点に留意すべき。
・ プライマリー・バランスの目標達成時期を先送りせざるを得ないのは、それだけ財政が厳しくなったからであり、新たな決意を持って、財政再建に取り組まなければならないこと。
・ 経済状況に柔軟な対応を行ないつつも、歳出・歳入一体改革により財政健全化に取り組むとの「基本方針2006」の基本的考え方の重要性はいささかも変わらず、むしろ一層高まっていること。財政の持続可能性を確保する上で、国・地方の債務残高対GDP比の発散を止め、安定的な引下げが必要不可欠。そのためには、まずはプライマリー・バランスの黒字化に向け、その道筋を示しつつ、その早期実現を図るべき。さらに、利払費を含めた財政収支赤字の縮減を図っていく必要。
・ 持続可能な社会保障制度を構築し、中期的な財政責任を果たす観点から、「中期プログラム」をしっかりと実行していくことが必要であること。
・ 「基本方針2006」で示された2011年度までの歳出改革に引き続き取り組むことが必要。 現在の経済情勢は依然として不透明であり、幅を持った財政運営を行わざるを得ないが、景気回復を確認した後は、財政の持続可能性を回復すべく、厳格な財政規律を確保していくことが必要。

3. 平成22年度予算編成に向けて

○ 我が国財政は、将来に負担を先送りする構造にあり、国民の負担増を極力小さなものとし、国民の理解を深めていくためにも「基本方針2006」で示された歳出改革の推進が重要。
　平成22年度予算については、税収減等から公債依存度が大幅に上昇する見込み。財政の持続可能性への信認を確保するためにも、経済状況にも対応しつつ、「基本方針2006」の考え方を踏まえた歳出改革を維持していくことが必要。

各　論　①

高齢化の下での社会保障制度とその財源

〔社会保障総論〕
○　現在の社会保障給付に必要な税負担は、現世代が負担する税財源では賄いきれておらず、将来世代へのつけまわしに依存。今後の人口構造の変化等を踏まえると、給付と負担のバランスを図り、将来世代へ負担を先送りしないことが必要。
○　社会保障における給付と負担の対応関係を明確化するため、中期プログラムの考え方に沿って、社会保障費用の区分経理の在り方について議論を深める必要。
○　平成22年度予算においても、医師確保対策等、必要な対応は行う必要があるが、社会保障分野においても、他の分野と同様、ムダ・ゼロの徹底、効率化・合理化などの不断の改革努力は必要であり、「基本方針2006」等の歳出改革の基本的方向性は維持する必要。

〔医療〕
○　地域における医師不足問題や病院勤務医の厳しい勤務環境等の背景には地域間、診療科間、病院・診療所（開業医）間の医師の偏在等の医療提供体制の問題。これに対処するため、診療報酬の配分の見直し、医師の適正配置、医療従事者間の役割分担の見直しに早急に取り組む必要。
○　地域医療の再生・確保には、医師を含む医療資源を効率的に活用するため、地域の医療機関の役割分担・機能分化の推進が必要。
○　我が国の国民医療費の財源のほとんどが税又は保険料。医療保険制度を持続可能なものとするためには、財源を税又は保険料のいずれで賄うべきかの検討、いずれも国民負担であることを踏まえた上での必要な安定財源の確保、後発医薬品の使用促進等の医療給付の効率化やレセプトのオンライン化など医療のIT化等に積極的に取り組む必要。
○　他方、医療費総額の増加を許容しつつ、同時に保険料や税負担の増加を抑制するとすれば、私的医療支出（自己負担や民間保険等）を増やす選択も視野に入れる必要。混合診療の解禁や保険免責制の導入なども論点。
○　平成22年度の診療報酬・薬価改定に当たっては、民間賃金や物価の動向等を踏まえて総額を検討する必要。その際、特に、病院・診療所間の配分の抜本的な見直しが重要。

〔雇用・生活保護〕
○　今後の雇用構造等を見据えつつ、雇用・生活保障関係のセーフティネット全体の再構築を検討するに当たっては、保険料負担で対応する範囲、雇用関係の積立金の活用、国民の税負担の重点化等について検討が必要。

〔少子化対策〕
○　予算のみならず、制度の見直し、規制緩和、社会の意識改革など幅広い観点から総合的に取り組む必要。
○　保育サービスについては、規制の在り方や公費投入の在り方も含め、利用者の視点に立って検討する必要。

各　論　②

地方行財政の在り方

○　総体としての地方は、実質的に6割の税源を有する公経済の車の両輪であるから、景気悪化による一時的な税収の落込みに対しては、地方債増発により地域の経済等を担う存在であり、これまで以上に国の財政に依存するとの考え方は採るべきではない。
○　国の役割は、地方の標準的な行政サービスのための地方一般財源（地方税、地方交付税、地方譲与税、臨時財政対策債）の確保に限定すべきであり、それ以上の財源は、超過課税又は歳出削減により独自に確保すべき。
○　国民負担の増加を極力抑制しつつ、地方税を充実させ、地域間格差を拡大しないようにするためには、地方税の中で、地方公共団体間の税収格差を是正していく仕組み（譲与税を含む水平的調整）の拡充が不可欠。

大学予算

○　平成の若者人口・大学数の「逆転現象」
（若者はピーク時の3分の2に、大学数は5割増）
○　大学過剰が招いた定員割れと学力低下
（私大では中学生レベルの学力の者が2割との調査）
→　成長力・国際競争力強化の要請の中で、大学の「質」の向上、「量」（大学数・定員）の抑制が急務
○　国大法人化が目指した、①客観的評価を通じた予算配分による質の向上、②運営費交付金削減等を通じた運営効率化、③授業料自由化は、実現しているとは言えず。
→　来年度からの次期中期目標期間では、国大法人化当初の考え方に立ち返って、各大学の質の向上を目指す。
→　その際、教育・研究の財源調達の在り方、国大法人の再編・統合、トップレベルの教育研究を行わせる大学数などについて、納税者の観点も踏まえた議論が必要。

中長期的な防衛力の整備

○　防衛大綱の見直し等に当たっては、防衛力の整備に関する優先順位の明確化、装備品・部隊編成に関する合理化・効率化に係る検証と見直しが不可欠。
○　中期防等において、米軍再編経費等を含め、防衛関係費の全体像をしっかりと示す必要。

農政改革

○　政策支援対象者の明確化等の現行の農業政策の根幹を維持し、効率的な農業経営を実現する担い手の育成に努めるべき。
○　農地改革を具体化させ、農地集積を通じた農業経営体の規模拡大による体質強化等を進めることが必要。

地球環境問題

○　2020年までの排出量削減の中期目標については、目標達成への道筋を描ける水準に設定することが重要。
○　地球温暖化対策として必要な財政措置を行う場合、歳出改革と整合性のとれたものとすることが重要。

国家公務員人件費

○　地域の民間給与の一層の反映を図るため、人事院は、本年夏の勧告において、地域別官民給与の実態の公表、その状況を踏まえた俸給表水準の見直しの検討を行うべき。

資料2

あんしん医療制度研究会（第1回）資料

■ 京都府　2009年5月21日 ■

京都府が5月21日に開いた「あんしん医療制度検討会」第1回の配布資料。検討会は、府が1月27日に全国知事会に対し提案した「住民への健康医療政策の更なる充実に向けた検討課題について（提案）」の内容などを検討するもの。今夏に中間報告、冬頃に最終報告をとりまとめるとしている。

あんしん医療制度研究会　委員名簿

（五十音順）

氏　名	所　属	役職名	備　考
浅野　義孝	京都市保健福祉局	局　長	
一圓　光彌	関西大学政策創造学部	教　授	
今中　雄一	京都大学大学院医学研究科	教　授	
片田　住夫	京都府国民健康保険団体連合会	副理事長	
倉澤　卓也	南京都病院	院　長	
笹田　昌孝	滋賀県立成人病センター	総　長	
清水　紘	京都私立病院協会	会　長	
中谷　浩三	井手町	副町長	
西村　健一郎	同志社大学大学院司法研究科	教　授	
長谷山正弘	全国健康保険協会京都支部	支部長	
森　洋一	京都府医師会	会　長	
矢田　久雄	ワコール健康保険組合	常務理事	
山崎　達雄	亀岡市	副市長	
山田　昌弘	京都府後期高齢者医療広域連合	副連合長	
吉川　敏一	京都府立医大学院医学研究科	教　授	
浅田　良純	京都府健康福祉部	部　長	

あんしん医療制度研究会（第1回）次第

日　時　　平成21年5月21日（木）
　　午後2時～4時
場　所　　京都ガーデンパレス　鞍馬

1　開　会
2　あいさつ
3　議　題
（1）あんしん医療制度研究会について
（2）調査研究内容について
4　閉　会

《配付資料》
・資料1　あんしん医療制度研究会について
・資料2　あんしん医療制度研究会における調査研究について
・資料3　京都府内の医療等に関する資料

資料1

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次勧告等において、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、京都府内の疾病構造や医療資源、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、医療資源（医療施設、医療機器、医療従事者）の分布
- ・健康診査、保健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予定。

4　委員構成

○　有識者、医療提供関係者、医療保険関係者、行政関係者

5　当面の予定

○　概ね以下のとおり

5月	研究会の設置、調査研究の方向性等議論
夏頃	中間報告とりまとめ
冬頃	最終報告とりまとめ

※このほか、必要に応じて適宜研究会を開催する。

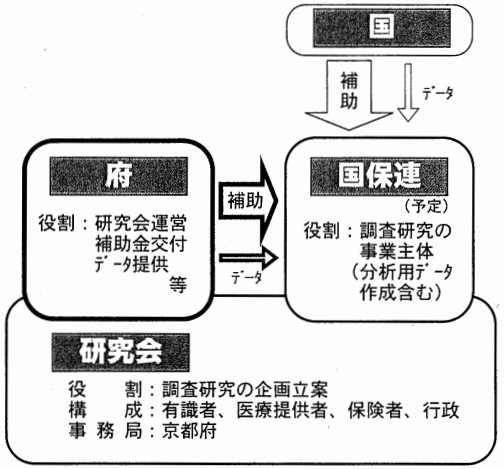
あんしん医療制度構築共同検討事業

1　事業の概要

○目的：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ため、研究会を設置するとともに、調査研究事業に対して補助を行う。

○内容：①研究会設置運営費（調査研究内容を検討する研究会の設置運営）
②調査研究事業費補助（調査研究を行う国保連に対する補助）

2　事業イメージ



調査研究の概要

1－①　**疾病等に関する現状分析**
レセプトデータや各種行政統計データを用いて、府の疾病構造や医療資源の分布（偏在、ミスマッチ）を定量的に把握。

1－②　**市町村国保に係る将来推計**
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シミュレート。

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**

政策解説資料

地方分権改革推進委員会第１次勧告（抜粋）

（平成２０年５月２８日）

【医療・医療保険】

現在の医療制度は、医師不足、医療費の適正化、医療保険制度の財政運営の安定化など多くの課題を抱えており、実際に制度の運営にあたる地方自治体には、医療と関連する介護などの分野も含めて総合的な取組みを進めていくことが求められる。また、国は地方自治体から集められた客観的な情報や意見等をもとに、地方自治体が取組みを進めるための条件整備を行う必要がある。このように各種課題の克服に向けて国と地方が適切な役割分担の下に取組みを進めていく必要がある。

医療サービスについては、地域ごとに特質がある一方、サービスの利用が広域にわたる。このため、都道府県間の連携も含め、都道府県が広域的な行政主体として地域の実情に応じた医療資源の適正な配置、過不足ない医療提供体制の整備、医療費の適正化対策に主体的な役割を担うことができるよう、地域の医療における都道府県の権限と責任の強化をはかるべきである。このため医療計画における基準病床数の算定については、都道府県ごとの基準病床数の上限を実質的に国が決めている方式を改める必要がある。あわせて国民健康保険制度についても、都道府県単位を軸として検討を進める必要がある。〔厚生労働省関係〕

○　基準病床数に関し、国が定める標準に加え都道府県が地域の事情に応じ独自に加減算できるように、算定方法の見直し及び厚生労働大臣の同意の廃止について検討し、各都道府県の次期医療計画の策定時期（注）にあわせ、平成 23 年度までに結論を得る。

(注)平成18年の改正医療法[1]に基づき、平成20年4月から大部分の都道府県において新しい医療計画が実施されており、次期計画の策定時期はおおむね5年後と見込まれる。

○　「高齢者の医療の確保に関する法律[2]」において、医療の効率的な提供の推進に関し都道府県は診療報酬に関する意見を提出することができることとされている（注）。この意見を的確に反映し得る仕組みについて、都道府県の意向も踏まえながら検討し、平成 22 年度中に結論を得る。

(注)同法により、都道府県は都道府県医療費適正化計画を作成した年度（平成20年度が初年度）の翌々年度において行う計画の進捗状況に関する評価の結果を踏まえ、意見を提出することができるとされている。

○　国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討し、平成 21 年度中（注）に結論を得る。

(注)平成21年度までの措置として「国民健康保険制度の財政基盤の強化について」が、総務・財務・厚生労働の3大臣により合意されている（平成17年12月18日）。

1　医療法（昭和 23 年法律第 205 号）

2　高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）

資料２

あんしん医療制度研究会における調査研究について

１．調査研究の背景

(1)　保健医療政策に関する都道府県の役割

都道府県は、医療提供体制の整備・健康づくり・介護基盤整備の施策を進めるために、医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画及び医療費適正化計画を相互に調和のとれた形で策定し、その成果を検証しつつ計画の改定を行うなど、関係者の役割分担の決定を含め、総合的・計画的に施策を実施することとされている。

①医　療　計　画	医療提供体制の整備、医療資源の適正配置	【医療法第３０条の４第１項】
②健康増進計画	特定健診等により生活習慣病等を予防	【健康増進法第８条第１項】
③介護保険事業支援計画	施設や人材確保を通じた介護基盤整備	【介護保険法第１１８条第１項】
⬇		
※医療費適正化計画	上記計画の実施の結果として医療費を適正化	【高齢者の医療の確保に関する法律第９条第１項】

特に医療政策の分野においては、医療の高度化等に伴う医療機能の分化と集約化が求められる中、市町村域を超える圏域ごとの拠点の確保や連携体制の構築といった医療サービスの体系についてビジョンを策定すべき広域行政としての都道府県の役割が重要となっている。

(2)　課題

都道府県は上記(1)の役割を担っているものの、現状では以下のような課題があり、効果的には遂行しにくい状況にある。

ア．医療計画等の策定、検証に必要なデータの入手が困難であること

医療計画等について実効性を持って策定し、その結果を具体的に検証するため

には、実際に提供されている医療についての情報収集と統計的な分析を通じて、都道府県単位で疾病構造や医療資源の状況等を総合的に把握する必要がある。

しかしながら、現在では、一定程度の行政統計データはあるものの、医療提供の状況や費用が把握できるレセプトデータは、都道府県単位で一元的に管理されていない。

イ．保健医療政策の実施主体が分散しており、調整が困難であること

保健医療に関する施策を実施する場合に、関係する事業の主体が市町村・都道府県・国等に分散しており、一体的な施策の実施が難しくなっている。

区分	実施主体
医療提供体制	・医療計画の策定…都道府県
健康づくり	・普及啓発（ﾎﾟﾋﾟｭﾚｰｼｮﾝｱﾌﾟﾛｰﾁ）…市町村、（都道府県） ・特定健診・特定保健指導…保険者
医療保険運営	・国保…市町村 ・健康保険…けんぽ協会、健保組合 ・長寿医療…広域連合
診療報酬	・報酬決定…国
医療機関指導	・構造設備、人員基準等運営関係（医療法）…都道府県 ・保険医療機関の指導監督関係…国

ウ．市町村国保が保険者機能を十分に発揮しにくくなっていること

事業所に常時雇用される給与所得者など保険料負担能力を比較的有する者は別保険であるため、市町村国保の被保険者は、保険料の負担能力が低い零細自営業者やパート労働者、年金生活者等が中心であり、また、年齢構成が高くなるため、総じて医療費が高い。このため、様々な財政調整措置が講じられているものの、他の保険者と比べて、中間所得者層の保険料負担が相当程度重くなっている。産業構造の変化や少子高齢化の進展により、今後、さらに状況が厳しくなることが予想される。

また、市町村合併の進展や高額医療費共同事業により一定の改善は見られるものの、過疎化による保険者規模の縮小等により、依然として、少しでも高額な医療費が発生すれば保険財政が逼迫する町村も存在する。

市町村国保はこのような構造的な問題を抱えており、また、エリアが狭く、医療政策の権限もないため医療資源の偏在などに対応できず、保険者機能が十分に発揮できない状況にある。また、各医療保険制度において保険者が多数分立し、意見調整が非常に難しい側面がある。

2．調査研究の目的

上記の都道府県の果たすべき役割と課題を踏まえ、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、京都府内の疾病構造や医療資源、市町村国保の保険財政について、レセプトデータ等も用いて調査分析するとともに、これらの分析結果を踏まえ、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について検討することとする。

3．調査研究の内容（案）

(1) 疾病構造・医療資源に関する調査研究

ア．医療圏を越えた患者の受診行動の把握

（患者の受診行動の状況）

○ 医療圏ごとの疾病動向と対応できる医師・医療設備等の関係

○ 医療圏を超える患者の受療行動状況

（疾病構造の分析）

○ 地域ごとの受療率、死亡率

○ 疾病構造の変化の見通し

（医療資源の分析）

○ 医療機関へのアクセス所要時間

○ 医療機関が対応した疾病別患者数

イ．需要側と供給側についての状況の分析

（健診等の効果の分析）

○ 保健事業が疾病構造や医療費に与える影響

（必要な医療資源の分析）

○ 患者の受診行動等を踏まえた推計

（医療資源と医療費の関係の分析）

○ 医療資源と医療費の相関関係

○ 地域ごとに見た疾病別の医療費の比較

(2) 市町村国保に関する調査研究

ア．将来（例：2025 年）における各市町村国保の財政状況

イ．将来における各市町村の国保保険料（代表的な所得階層ごと）

例：Ａ市の４人世帯（所得○○万円）

現在の保険料　○○万円　→　将来の保険料　○○万円

（参考）現状の保険料水準を維持する場合の一般会計からの繰入額

例：Ｂ町

現在の繰入額　○○万円　→　将来の繰入額　○○万円

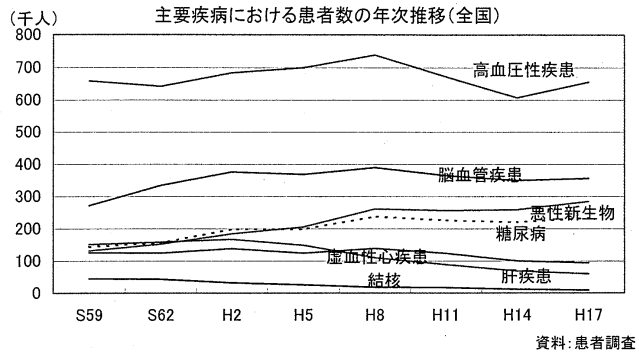
(3) 都道府県の保健医療政策に関する調査研究

(1)及び(2)の分析結果を踏まえ、詳細なデータを用いた医療計画等の策定や市町村国保の一元化など、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について検討する。

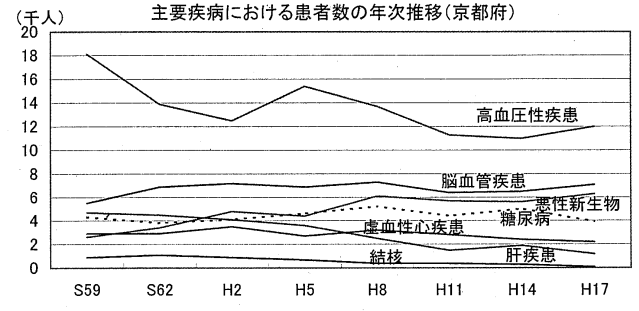
資料３

京都府内の医療等に関する資料

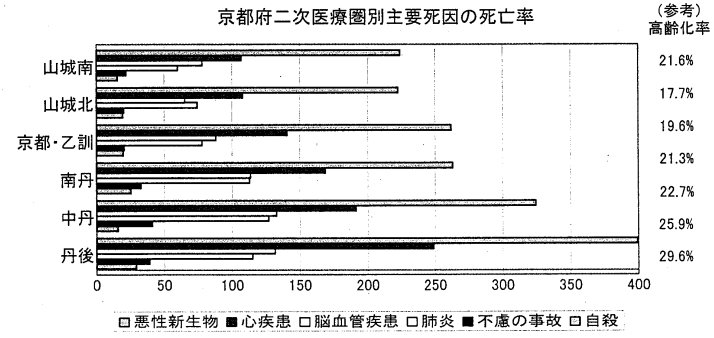
1．疾病構造・医療資源の状況



資料：患者調査



資料：患者調査



資料：人口動態統計（平成18年）（人口10万対死亡率）

病院の推計入院患者数（患者住所地），二次医療圏×傷病分類別（全国・京都府）

人口10万人当たり（単位：人）

傷病名	全国	京都府	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
総数	1090	1155	1284	1244	1096	1242	897	714
Ⅰ 感染症及び寄生虫症	20	19	0	0	0	19	22	0
Ⅱ 新生物	129	144	183	191	137	148	135	89
Ⅲ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	4	4	0	0	0	6	0	-
Ⅳ 内分泌，栄養及び代謝疾患	29	30	0	48	0	31	22	0
Ⅴ 精神及び行動の障害	253	235	183	239	205	272	135	89
Ⅵ 神経系の疾患	74	87	92	96	68	93	67	89
Ⅶ 眼及び付属器の疾患	9	11	0	0	0	12	22	-
Ⅷ 耳及び乳様突起の疾患	2	4	-	0	0	0	0	-
Ⅸ 循環器系の疾患	237	258	275	239	274	278	202	179
Ⅹ 呼吸器系の疾患	59	61	92	48	68	62	45	0
ⅩⅠ 消化器系の疾患	54	57	92	48	68	62	45	0
ⅩⅡ 皮膚及び皮下組織の疾患	7	8	0	0	0	6	0	0
ⅩⅢ 筋骨格系及び結合組織の疾患	47	53	92	48	68	56	45	89
ⅩⅣ 尿路性器系の疾患	33	34	0	48	0	37	22	0
ⅩⅤ 妊娠，分娩及び産じょく	11	15	0	48	0	19	22	0
ⅩⅥ 周産期に発生した病態	5	4	0	0	0	6	0	0
ⅩⅦ 先天奇形，変形及び染色体異常	4	4	0	0	0	6	0	-
ⅩⅧ 症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	18	15	0	0	0	19	0	0
ⅩⅨ 損傷，中毒及びその他の外因の影響	89	102	92	96	137	111	90	89
ⅩⅩⅠ 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	6	8	0	0	0	6	0	0

病院の推計退院患者数（患者住所地），二次医療圏×傷病分類別（全国・京都府）

人口10万人当たり（単位：人）

傷病名	全国	京都府	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
総数	880	894	1193	1100	1027	878	785	714
Ⅰ 感染症及び寄生虫症	30	27	0	48	0	31	22	0
Ⅱ 新生物	173	174	275	239	205	161	157	179
Ⅲ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	5	4	0	0	0	0	0	0
Ⅳ 内分泌，栄養及び代謝疾患	28	27	0	48	68	25	22	0
Ⅴ 精神及び行動の障害	29	27	0	0	0	31	22	0
Ⅵ 神経系の疾患	26	30	0	48	0	31	22	0
Ⅶ 眼及び付属器の疾患	29	30	92	48	0	31	22	0
Ⅷ 耳及び乳様突起の疾患	6	4	0	0	0	6	0	0
Ⅸ 循環器系の疾患	120	140	183	191	205	142	112	89
Ⅹ 呼吸器系の疾患	79	72	92	96	68	68	67	89
ⅩⅠ 消化器系の疾患	87	80	92	96	68	80	67	89
ⅩⅡ 皮膚及び皮下組織の疾患	9	8	0	0	0	6	0	0
ⅩⅢ 筋骨格系及び結合組織の疾患	37	38	92	48	68	37	45	0
ⅩⅣ 尿路性器系の疾患	45	42	92	48	68	43	45	0
ⅩⅤ 妊娠，分娩及び産じょく	44	61	92	48	0	68	45	89
ⅩⅥ 周産期に発生した病態	10	11	0	0	0	6	22	0
ⅩⅦ 先天奇形，変形及び染色体異常	6	4	0	0	0	6	0	0
ⅩⅧ 症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	27	23	0	48	68	25	22	0
ⅩⅨ 損傷，中毒及びその他の外因の影響	75	80	92	96	68	80	67	89
ⅩⅩⅠ 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	15	8	0	0	0	6	0	-

資料：患者調査（平成17年）

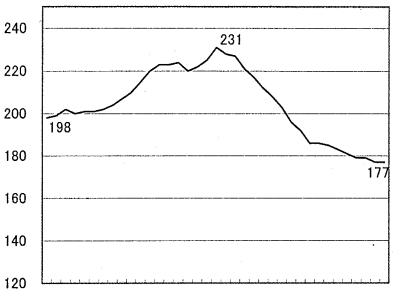
府内入院患者の地元及び他地域への入院の状況

資料：京都府患者調査（平成17年）　（単位：%）

政策解説資料

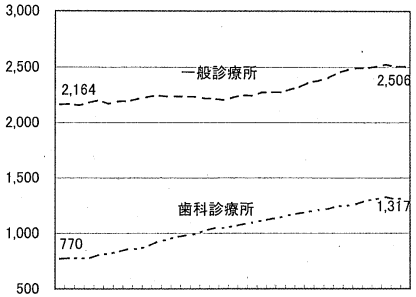
京都府の医療資源の推移

京都府内病院数の推移



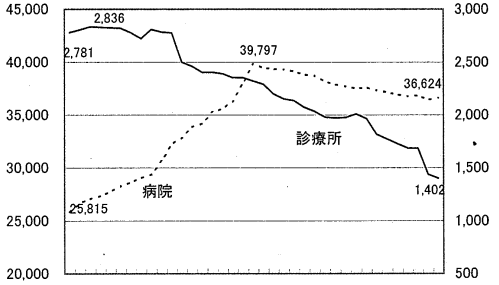
資料：医療施設調査（平成18年）

京都府内診療所数の推移



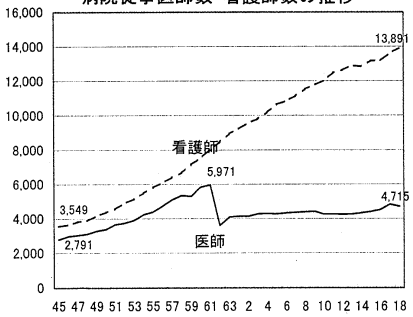
資料：医療施設調査（平成18年）

病床数（病院・一般診療所）



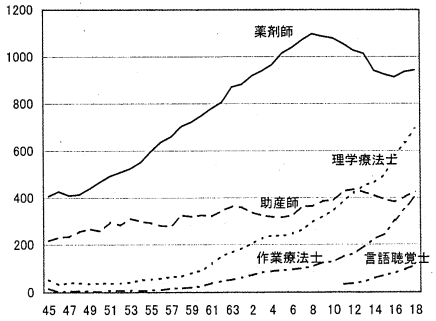
資料：医療施設調査（平成18年）

病院従事医師数・看護師数の推移



資料：病院報告（平成18年）

病院医療従事者数の推移

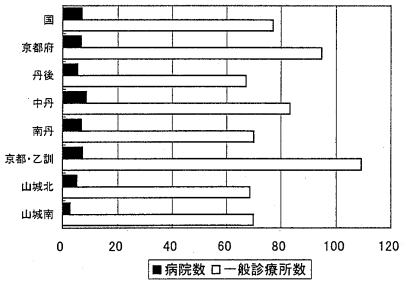


資料：病院報告（平成18年）

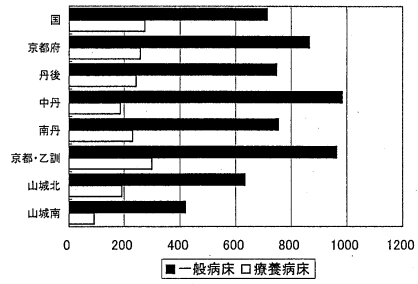
京都府の医療資源分布状況（二次医療圏別）

（単位：人口10万あたりの人数）

医療施設の分布（二次医療圏別）

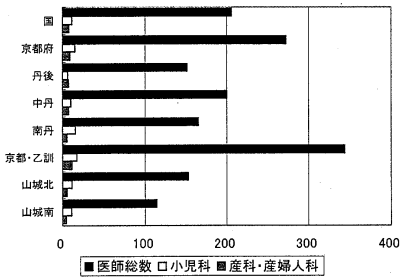


病床の分布（二次医療圏別）

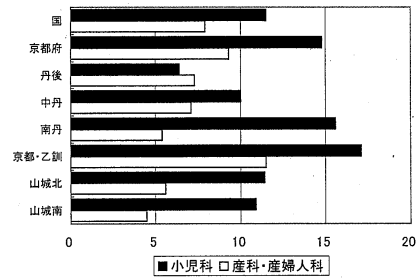


資料：医療施設調査（平成18年）

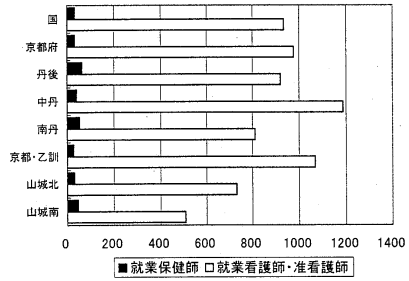
医師の分布（二次医療圏別）



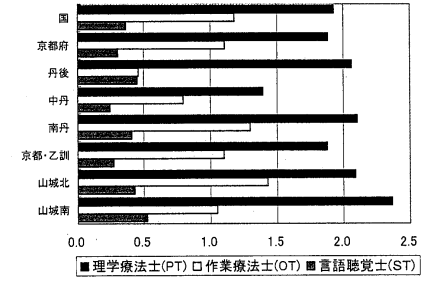
産科・小児科医師の分布（二次医療圏別）



保健師・看護師の分布（二次医療圏別）



その他の医療従事者の分布（二次医療圏別）



資料：病院報告（平成18年）

2009年（平成21年）6月29日 毎週1回月曜日発行 京都保険医新聞 （昭和26年3月5日第3種郵便物認可） 第2697号

2. 市町村国保の状況

国保加入割合及び国保加入者中65歳以上の割合

平成20年9月末時点

保険者名	10月1日現在 推計人口 人	9月30日現在 国保加入者数 人	※速報値 うち65歳以上 人	市町村人口に占める 国保加入者の割合 %	国保加入者に占める 65歳以上の割合 %
京都市	1,467,313	371,627	111,026	25.3%	29.9%
福知山市	80,372	20,156	7,281	25.1%	36.1%
舞鶴市	90,001	24,414	8,660	27.1%	35.5%
綾部市	36,758	10,543	4,376	28.7%	41.5%
宇治市	190,981	47,709	16,436	25.0%	34.5%
宮津市	20,283	6,860	2,460	33.8%	35.9%
亀岡市	93,251	24,389	7,356	26.2%	30.2%
城陽市	80,561	21,892	7,905	27.2%	36.1%
向日市	54,925	13,764	4,953	25.1%	36.0%
長岡京市	79,377	18,667	6,767	23.5%	36.3%
八幡市	73,983	21,021	6,449	28.4%	30.7%
京田辺市	65,706	14,018	5,065	21.3%	36.1%
京丹後市	60,369	21,143	6,391	35.0%	30.2%
南丹市	35,586	9,813	3,391	27.6%	34.6%
木津川市	67,548	15,579	4,863	23.1%	31.2%
市計	2,497,014	641,595	203,379	25.7%	31.7%
大山崎町	15,225	4,012	1,583	26.4%	39.5%
久御山町	16,518	5,322	1,385	32.2%	26.0%
井手町	8,709	2,585	718	29.7%	27.8%
宇治田原町	9,999	2,677	777	26.8%	29.0%
笠置町	1,722	594	221	34.5%	37.2%
和束町	4,670	1,966	557	42.1%	28.3%
精華町	35,289	7,306	2,443	20.7%	33.4%
南山城村	3,210	1,194	465	37.2%	38.9%
伊根町	2,492	832	330	33.4%	39.7%
京丹波町	16,183	5,212	1,936	32.2%	37.1%
与謝野町	24,103	8,550	2,633	35.5%	30.8%
町村計	138,120	40,250	13,048	29.1%	32.4%
市町村計	2,635,134	681,845	216,427	25.9%	31.7%

-6-

1人当たり保険料調定額と一般会計からの繰入金

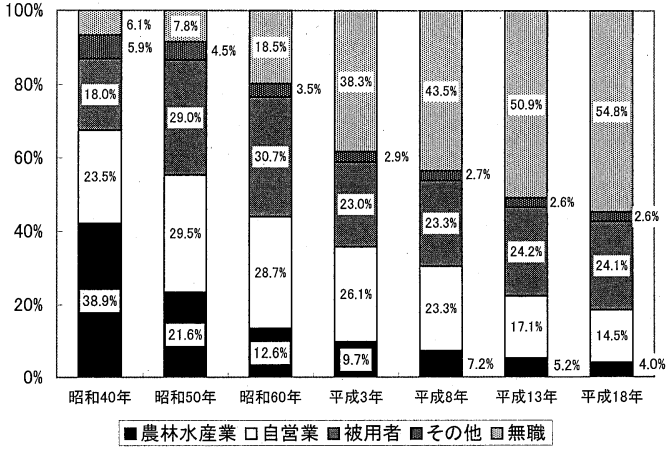
保険者名	一人当たり 医療費	一人当たり 保険料(税)調定額 (調定額/人数)	一般会計繰入金 (保険基盤安定分を除く)	収納率 (現年分)
京都市	461,874	84,031	7,076,805,896	92.65
福知山市	439,080	73,154	276,341,730	92.82
舞鶴市	432,338	74,185	217,840,619	94.50
綾部市	411,937	54,906	74,482,281	96.53
宇治市	416,142	88,815	374,278,915	94.46
宮津市	410,059	69,653	37,669,000	95.73
亀岡市	370,248	73,762	161,953,366	94.03
城陽市	419,199	87,239	107,133,174	95.42
向日市	439,683	91,136	280,442,578	93.58
長岡京市	431,983	96,083	215,519,000	94.22
八幡市	396,052	95,397	209,557,000	90.56
京田辺市	443,265	82,410	198,703,064	95.12
京丹後市	368,851	62,288	24,292,000	94.79
南丹市	430,867	67,531	76,025,000	94.64
木津川市	404,325	78,778	67,162,002	94.61
市計	441,493	82,230	9,398,205,625	93.26
大山崎町	426,187	90,158	13,318,716	95.54
久御山町	370,973	86,273	122,507,000	89.44
井手町	427,848	75,666	44,608,001	94.62
宇治田原町	393,086	86,386	26,019,972	96.28
笠置町	521,420	67,764	2,877,337	92.10
和束町	377,823	71,447	4,125,000	93.63
精華町	398,428	85,718	73,630,290	94.30
南山城村	426,953	65,953	18,538,666	93.49
伊根町	424,646	47,319	2,376,301	100.00
京丹波町	402,734	56,932	28,825,678	93.84
与謝野町	357,146	59,408	38,703,714	94.65
町村計	393,449	73,095	375,530,675	93.95
市町村計	438,609	81,682	9,773,736,300	93.30

資料：平成19年度国民健康保険事業概要

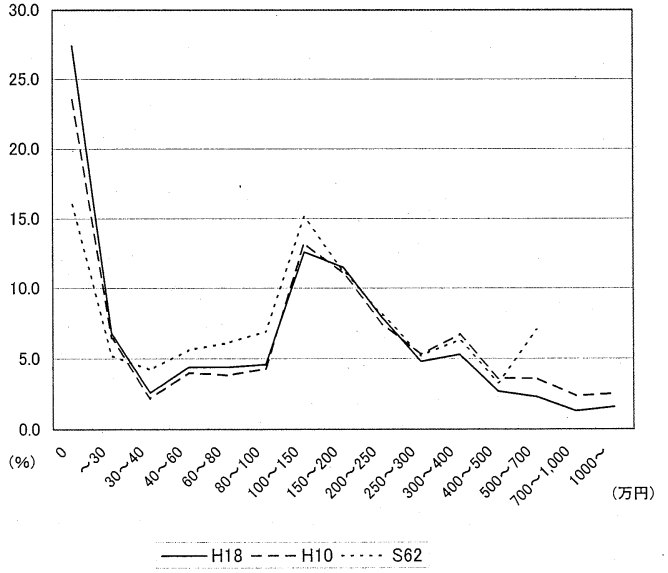
-7-

政策解説資料

世帯主の職業別世帯数構成割合の年次推移（全国）

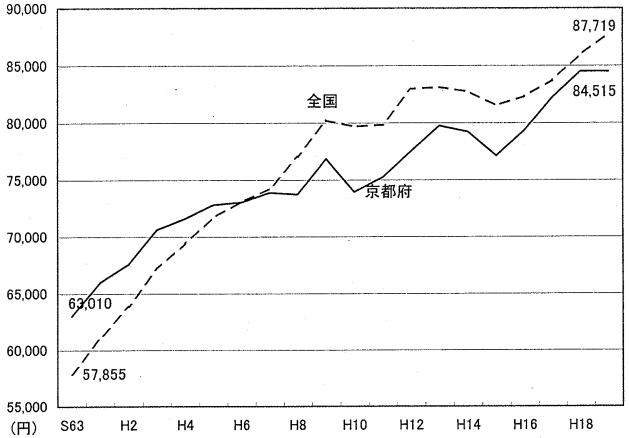


国保被保険者の所得階層の推移（全国）



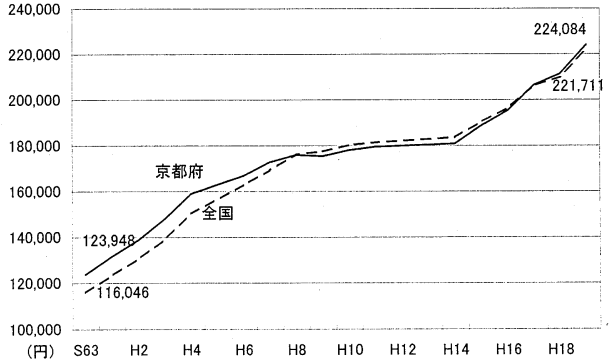
資料：国民健康保険実態調査報告

一人あたり保険料（税）（調定額）の年次推移



被保険者一人あたり療養（医療）諸費費用額（一般のみ）

※退職、老健を除く



資料：国民健康保険実態調査

資料3

あんしん医療制度研究会の開催について

■ 京都府健康福祉部　2009年５月 ■

５月21日のあんしん医療制度研究会について、京都府が府議会厚生常任委員会に対し提出した報告書。

あんしん医療制度研究会の開催について

平成２１年５月
健 康 福 祉 部

１　開催日時等

①　日　時　　平成２１年５月２１日（木）　１４：００～１６：００
②　場　所　　京都ガーデンパレス　鞍馬
③　委　員　　別添名簿のとおり

２　座長及び座長代理

○　委員の互選により、今中委員（京都大学大学院医学研究科教授）を座長に選出
○　座長の指名により、笹田委員（滋賀県立成人病センター総長）を座長代理に選出

３　調査研究内容等

○　事務局から研究会の調査研究内容等を説明

①　疾病構造・医療資源に関する調査研究
　ア　医療圏を越えた患者の受診行動の把握
　イ　需要側と供給側についての状況の変化

②　市町村国保に関する調査研究
　ア　将来における各市町村国保の財政状況
　イ　将来における各市町村の国保保険料

③　都道府県の保健医療政策に関する調査研究

４　主な意見

○　府民の安心を考えるならば、府民が医療のみに依存しすぎることなく、自立して生活できることも大切であり、そのため自ら健康の維持に努める必要があることから、医療や健康に関する信頼度の高い情報を行政が提供していくことが必要。

○　寿命の延伸により、疾病構造も変化している中で、府民が望む医療提供体制の実現が課題。

○　「あんしん医療」の実現について、府民が何を求めているか把握することが大事。また、医療と介護の線引きも非常に難しく、その点をよく考えた分析が必要。

○　国民皆保険の維持が重要だが、市町村国保の運営は非常に厳しい。国保一元化の議論に期待している。

協会だより（定例理事会要録から）

2008年度　第24回　2009年５月26日

【特別討議】

１．2008年下半期各部会会務報告について
△担当＝増田副理事長

【各担当部報告】

〈総務部会〉

１．週間行事予定表の確認

〈経営部会〉

１．税務記帳講習会開催（５月11日）状況
２．傷害疾病保険審査会（５月19日）状況
３．金融共済委員会（５月20日）状況
４．雇用管理相談室（５月21日）状況

〈医療安全対策部会〉

１．医療機関側との懇談（①５月14日②18日③19日）状況
２．法律相談室（５月21日）状況
３．医療事故案件調査委員会（５月22日）状況
４．医療事故案件調査委員との懇談会（５月23日）状況
５．医師賠償責任保険処理室会（５月25日）状況

〈政策部会〉

１．第19回医療制度検討委員会（５月13日）状況
２．第16回保団連理事会（５月24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（５月13日）状況
２．第628回社会保険研究会（５月21日）状況

【部会報告】

１．各部会（５月12日）状況と決定事項確認の件

〈総務部会〉

１．2009年度に向けた事業等の点検・確認
２．第62回定期総会の準備確認
３．協会忘年会・新年会の開催の検討
４．創立60周年記念品の確認
５．2008年度３月分収支状況の確認
６．各種積立金の予算執行の確認
７．保団連「保険医年金における保団連・協会一体運営を確認する文書」取り交わしの確認
８．４月度会員増減状況の確認
９．勤務医の労働実態などに関するアンケート実施確認
10．会費未納会員の状況確認
11．財団法人冷泉家時雨亭文庫会員継続の確認
12．ジャズを楽しむ会の申込状況確認
13．地区・専門医会会報等の収集及び回覧
14．次回開催日の確認

〈経営部会〉

１．2008年度会務の点検
２．保険医年金第53次春普及の中間報告
３．保険医年金未加入者へのパンフレット発送の確認
４．増口用プレプリントの取り扱いの確認
５．保団連「組織の一体運営を確認する文書」取り交わしの確認
６．居宅介護事業者等賠償責任保険の状況確認
７．協会ロゴの検討
８．住宅用火災報知器の斡旋についての確認
９．損保ジャパンひまわり生命に対する会員からのクレーム対応の報告
10．今後のスケジュールの確認

〈医療安全対策部会〉

１．2009年５月度医事紛争状況の確認
２．2008年度医事紛争状況の中間報告
３．全国における医事紛争状況の報告
４．『京都保険医新聞』連載「裁判事例に学ぶ」後の企画検討
５．調査委員との懇談会の運営確認
６．2008年度会務の点検
７．2009年度企画の検討
８．医師賠償責任保険のＰＲについての意見交換

〈政策部会〉

１．５月の部会スケジュールの確認
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」開催準備状況報告
３．京都府「あんしん医療制度研究会」の報告
４．「後期高齢者医療制度における被保険者資格証明書の運用に係る留意点について」についての意見交換
５．2009年度活動の柱、事業案の検討
６．『京都保険医新聞』銷夏号企画の検討
７．ＫＹＯＴＯ臨床研修の未来を考えるシンポジウムの出席確認
８．京都社会保障推進協議会学習会の出席確認
９．環境対策関連冊子発行の確認
10．「法然院で、地球温暖化防止」展の出席確認
11．保団連近畿ブロック主催「吉田太郎氏講演会」

の出席確認
12. 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
13. 『いのちの山河～日本の青空Ⅱ』製作支援状況の確認
14. エコキャップ運動の取り組み状況の確認
15. 実調のデータ処理に関する神奈川県保険医協会政策部長談話についての意見交換
16. 反核京都医師の会活動の確認
17. 国民健康保険における後発医薬品の普及促進等に対する対応についてのアンケートの中間報告

〈保険部会〉
１．2008年度会務の点検
２．第62回定期総会の準備確認
３．2009年度方針についての意見交換
４．『京都保険医新聞』「主張」「理事提言・広場」欄の内容確認
５．診療報酬改善、不合理是正対策の確認
６．レセプトのオンライン請求に伴う「標準病名」に関するアンケートの実施確認
７．代議員月例アンケートの検討
８．オンライン請求義務化問題学習会の企画検討
９．『公費負担医療等の手引』2009年版の内容確認
10. 保団連「指導大綱見直し及び指導、監査改善要求（案）」の組織討議の検討
11. 指導・監査関係の情報開示請求の検討
12. 医事担当者連絡会議の開催確認
13. 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
14. 通所リハ改定後の実態調査の中間報告
15. 障害者施設入院基本料の実態調査の実施確認
16. 第628回社会保険研究会の開催確認
17. 第629回社会保険研究会の開催確認
18. 耳鼻咽喉科診療内容向上会の開催確認
19. 産婦人科診療内容向上会の開催確認
20. 当面の行事予定等の確認

【各担当部議事】
〈総務部会〉
１．前回理事会（５月12日）要録と決定事項の確認
２．６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
４．2009年度理事会等スケジュール確認の件
５．第13回正副理事長会議（５月14日）状況確認の件
６．「第62回定期総会」「創立60周年記念祝賀会」打ち合わせ（５月19日）状況確認の件
７．創立60周年記念講演会の講師との打ち合わせの件
８．会員入退会及び異動に関する承認の件
９．コミュニケーション委員会（５月９日）状況確認の件

〈経営部会〉
１．「保険医年金」普及のための生保担当者との事務局同行の件

〈医療安全対策部会〉
１．協会医師賠償責任保険のＰＲに関する件

〈政策部会〉
１．九条の会アピールを支持する京都医療人の会総会・講演会開催延期の件
２．保団連近畿ブロック主催「吉田太郎氏講演会」開催延期の件
３．『京都保険医新聞』（第2691号）・『メディペーパー京都』第119号（第2692号）合評の件

〈保険部会〉
１．保団連「指導大綱見直し及び指導、監査改善要求（案）」の対する意見提出の件
２．第１回医事担当者連絡会議開催の件
３．京都府・京都市生活保護連絡協議会事務打ち合わせ準備会議開催の件
４．京都府・京都市生活保護連絡協議会事務打ち合わせ開催の件

〈その他〉
１．2007－08年度最終理事会にあたり理事長挨拶

《以上19件の議事について承認》

2009年度　第１回　2009年６月２日

１．理事長挨拶
２．2009－10年度理事者紹介と担当部会、理事会開催日程等の確認

【各担当部報告】
〈総務部会〉
１．週間行事予定表の確認
２．創立60周年記念講演会講師との打ち合わせ（５月28日）状況

〈経営部会〉
１．経営相談室（５月27日）状況
２．第11回保団連共済部会（５月31日）状況

〈政策部会〉
１．京都社会保障推進協議会運営委員会（５月21

協会だより

日）状況
２．環境対策委員会（５月22日）状況
３．出版編集会議（５月28日）状況
４．保団連地域医療対策部会電話会議（５月31日）状況

〈保険部会〉
１．全国版『公費負担医療等の手引』編集作業（５月25日－27日）状況
２．京都府・京都市生活保護連絡協議会事務打ち合わせ準備会議（５月29日）状況
３．保団連社保・審査対策部会（５月31日）状況

【各担当部議事】

〈総務部会〉
１．前回理事会（５月27日）要録と決定事項の確認
２．６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
４．2009年度会費免除者（継続）一括承認の件
５．５月度会員増減状況
△2009年５月31日付会員数＝2567人
６．会員入退会及び異動に関する承認の件

〈政策部会〉
１．「法然院で、地球温暖化防止」展講師派遣の件
２．『京都保険医新聞』（第2693・2694号合併号）合評の件
３．当面の『京都保険医新聞』発行計画・執筆分担確認の件

〈保険部会〉
１．レセプトオンライン請求学習会出席の件

《以上10件の議事について承認》

2009年度　第２回　2009年６月９日

【特別討議】
１．2008年度部会活動報告について
△担当＝各部会担当副理事長
２．2009年度活動方針（案）について
△担当＝関理事長
３．2009年度スローガン（案）について
△担当＝山田事務局長

【各担当部報告】

〈総務部会〉
１．週間行事予定表の確認
２．創立60周年記念品配布の件

〈医療安全対策部会〉
１．医療機関側との懇談（６月16日）の件

【部会報告】
１．各部会（６月２日）状況と決定事項確認の件

〈総務部会〉
１．2009年度に向けた事業等の点検・確認
２．第62回定期総会の準備確認
３．2009年度当初会費免除者の確認
４．会計監査の開催確認
５．財政検討会議の開催確認
６．５月度会員増減状況の確認
７．長寿会員のお祝いの確認
８．地区医師会長との懇談会の開催確認
９．新規開業医のための基礎講習会の開催確認
10．ジャズを楽しむ会の申込状況報告
11．次回開催日の確認

〈経営部会〉
１．2008年度活動報告の検討
２．2009年度部会任務分担の確認
３．2009年度活動方針の確認
４．財政検討会議出席理事の選出
５．出版編集会議委員の選出
６．保団連各専門委員の選出
７．ホームページ運営委員会委員の選出
８．2009年６月－11月委員会分の融資斡旋利率表の確認
９．融資パンフレット作成スケジュールの確認
10．保険医年金第53次春普及の中間報告
11．保険医年金普及のための会員訪問状況報告
12．医師賠償責任保険の中途募集用リーフレット作成の確認
13．居宅介護事業者等賠償責任保険の事故受付案件の進捗状況報告
14．新しく医療機関に勤められた新入職員のための研修会２回目の日程確認
15．エコキャップ運動の協力依頼の検討
16．協会ロゴの検討
17．損保ジャパンひまわり生命に対する会員からのクレーム対応の報告
18．管理者交代手続きの援助の報告
19．今後のスケジュールの確認

〈医療安全対策部会〉
１．2009年５月度医事紛争状況の確認
２．2008年度医事紛争状況の報告
３．全国における医事紛争状況の報告
４．『京都保険医新聞』連載「裁判事例に学ぶ」後の企画検討

５．調査委員との懇談会の運営確認
６．2008年度会務の点検
７．2009年度企画の検討
８．医師賠償責任保険のＰＲについての意見交換
９．2008年度活動報告の検討
10．2009年度部会任務分担の確認
11．2009年度活動方針の確認
12．財政検討会議出席理事の選出
13．出版編集会議委員の選出
14．部会学習会についての意見交換
15．『京都保険医新聞』「院内事故調報告書の提出義務はあるか」についての協議
16．調査委員再任依頼文書送付の確認

〈政策部会〉
１．６月の部会スケジュールの確認
２．2008年度活動報告の検討
３．2009年度部会任務分担の確認
４．2009年度活動方針の確認
５．財政検討会議出席理事の選出
６．出版編集会議委員の選出
７．保団連各専門委員の選出
８．あんしん医療制度研究会（第１回）の傍聴報告
９．『京都保険医新聞』カラー版発行の検討
10．環境対策関連冊子発行の確認
11．「法然院で、地球温暖化防止」展の出席確認
12．九条の会アピールを支持する京都医療人の会2008年度総会・講演会の延期の報告
13．『いのちの山河～日本の青空Ⅱ』製作支援状況報告
14．エコキャップ運動の取り組みの確認
15．反核京都医師の会の取り組みの確認
16．国民健康保険における後発医薬品の普及促進等に対する対応についてのアンケートの中間報告
17．代議員月例アンケート結果の内容確認

〈保険部会〉（６月２日）
１．2008年度活動報告の検討
２．2009年度部会任務分担の確認
３．2009年度活動方針の確認
４．財政検討会議出席理事の選出
５．保団連各専門委員の選出
６．行事予定の確認

（６月５日）
１．2009年度部会任務分担の確認
２．2009年度各部会方針・予算の検討

７月のレセプト受取・締切

基金国保	9日㈭	10日㈮	労災	13日㈪
	○	◎		◎

※○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。

３．入院患者の他医療機関受診の取り扱いについての意見交換
４．オンライン請求義務化問題学習会の企画検討
５．医療ＩＴ化問題検討会の開催確認
６．代議員月例アンケートの中間報告
７．レセプト点検日の確認
８．京都府・京都市生活保護医療連絡協議会事務打ち合わせ状況報告
９．『公費負担医療等の手引』2009年度版発行の確認
10．指導・監査関係の情報開示請求の報告
11．近畿厚生局に関する理事会特別討議の協議
12．医事担当者連絡会議の開催確認
13．一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
14．通所リハ改定後の実態調査の報告
15．障害者施設入院基本料の実態調査の実施確認
16．研究会関係の打ち合わせの開催検討
17．第629回社会保険研究会の開催確認
18．第630回社会保険研究会の開催確認
19．耳鼻咽喉科診療内容向上会の開催確認
20．産婦人科診療内容向上会の開催確認
21．外科診療内容向上会の開催確認
22．行事予定の確認

【各担当部議事】
〈総務部会〉
１．前回理事会（６月２日）要録と決定事項の確認
２．地区担当制活動の状況確認の件
３．創立60周年記念式典懇親会アトラクション演奏者との面談の件
４．会員入退会及び異動に関する承認の件

〈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）」団体訪問並びに会場下見の件

協会だより

〈保険部会〉

1．2009年５月度国保合同審査委員会（５月22日）状況確認の件
2．京都府・京都市生活保護連絡協議会事務打ち合わせ（６月４日）状況確認の件
3．保険審査通信検討委員会（６月５日）状況確認の件

《以上９件の議事について承認》

義務化の？にお答えする

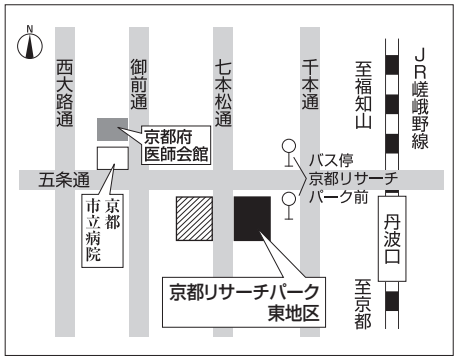
オンライン請求義務化問題学習会

義務化の法的問題点と撤回訴訟の意義を学ぼう

講　師　**田辺 幸雄** 弁護士
レセプトオンライン請求義務化撤回訴訟弁護団長
江東総合法律事務所（東京）

日　時　**7月18日（土）　午後２時～４時30分**

場　所　**京都リサーチパーク**
東地区１号館４階会議室
（京都市下京区中堂寺南町134　☎075－322－7888）
※ＪＲ丹波口駅より徒歩５分、
京都府医師会館より徒歩８分



対　象　**会員、家族、会員医療機関の従業員**

申　込　京都府保険医協会事務局（☎075-311-8888）まで

７月の相談室

新築（改）住宅・医院	７月８日（水）午後２時～	担当＝竹内建築士
ファイナンシャル	７月16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	７月16日（木）午後２時～	担当＝江頭弁護士
雇用管理	７月16日（木）午後２時～	担当＝河原社会保険労務士
経営	７月22日（水）午後２時～	担当＝藤田税理士

開催日の３日前までに協会事務局へお申込み下さい。30分間無料です。