

今月の主な動き

衆院が7月21日に解散、総選挙の日程は8月18日公示、同月30日となり、約40日間にわたる選挙戦が展開された。各党はマニフェストで医療・社会保障の拡充を打ち出し、政策を競った。選挙後には、各党がマニフェストで訴えた医療・社会保障の拡充は実現に向かうのか、注目される。

衆院の解散は2005年9月に小泉純一郎元首相が郵政民営化を争点に解散して以来の約4年ぶり。解散によって、肝炎対策基本法など衆参合わせて120本の法案が自動的に廃案となった。

社会保障費2200億円の抑制など行き過ぎた医療費抑制施策の反省からか、麻生太郎首相は7月31日のマニフェスト発表の記者会見で「行き過ぎた市場原

理主義からは決別する」と述べ、社会保障を手厚くする方針を示した。自民党のマニフェストでは診療報酬について「地域医療を確保するためプラス改定を行う」と約束した。また、医師養成数では2009年度に医学部定員を約700人（前年比1.09倍）増員した実績を挙げ、「今後も医療確保のため医師数を増やす」と増員の方針を示した。

これに対し民主党は、診療報酬では「医師や看護師などの増員に努める医療機関の診療報酬（入院）を増額する」とした。医師養成数も「1.5倍」にするとした上で、これらの政策を実現する予算額を9000億円と見積もっている。

また、75歳以上を別建ての医療保険にした後期高齢者医療制度について、自民は制度の存続を前提にした見直しを提案。民主は廃止し、医療保険を段階的に統合するとして両者の違いが鮮明となった。

情勢トピックス

医療・社会保障運動トピックス

政策解説資料

協会だより

日	行 事	開始時間	場 所
4日(金)	保険審査通信検討委員会	午後2時	府医師会館305
9日(水)	医療制度検討委員会	午後2時30分	未定
	医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	未定
12日(土)	男の料理教室	午後2時	大阪ガスッキングスクール京都
	経営対策セミナー	午後2時	府医師会館404-406
17日(木)	ファイナンシャル相談室	午後1時	未定
	法律相談室	午後2時	未定
	雇用管理相談室	午後2時	未定
24日(木)	金融共済委員会	午後2時	府医師会館404-406
26日(土)	民主党との懇談会	午後3時	ルビノ堀川「比叡の間」
27日(日)	社会保障基本法シンポジウム	午後1時30分	あいおい損保新宿ホール
	新規開業予定者のための講習会	午後2時	メルパルク京都6F会議室6
30日(水)	経営相談室	午後2時	未定

9月保険医協会の行事予定

日	行 事	開始時間	場 所
10月3日(土)	第1回コミュニケーション委員会	午後2時30分	新・都ホテル
10月15日(木)	第630回社会保険研究会	午後2時	府医師会館（予定）
10月25日(日)	文化ハイキング	午前10時(予定)	大津：石山寺など散策
11月25日(水)	秋葉忠利広島市長講演会	午後6時30分	シルクホール

今後の予定

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲36～37ページ

情勢 トピックス

医療・社会保障編

医療・介護の充実、競い合う／自民・民主の マニフェスト

小泉構造改革による社会保障のほころびを繕うためか、自民、民主両党のマニフェストは、診療報酬増額など社会保障を手厚くする施策が競い合うように並んでいる。ただ社会保障の財源については、景気回復後の消費税の増税を主張する自民党と、4年間は増税せず無駄遣いの根絶などで捻出するという民主党で違いがあり、争点の1つとなっている。

社会保障費2200億円の抑制など行き過ぎた医療費抑制施策の反省からか、麻生太郎首相は7月31日のマニフェスト発表の記者会見で「行き過ぎた市場原理主義からは決別する」と述べ、社会保障を手厚くする方針を示した。

自民党のマニフェストでは診療報酬について「地域医療を確保するためプラス改定を行う」と約束した。また、医師養成数では2009年度に医学部定員を約700人（前年比1.09倍）増員した実績を挙げ、「今後も医療確保のため医師数を増やす」と増員の方針を示した。

これに対し民主党は、診療報酬では「医師や看護師などの増員に努める医療機関の診療報酬（入院）を増額する」とした。医師養成数も「1.5倍」にするとして、これらの政策を実現する予算額を9000億円と見積もっている。

財源論については考えが分かれた。自民党は景気回復後に社会保障に充てるため消費税率引き上げを含む抜本的な税制改革の実施を挙げた。麻生首相は会見で「安心できる社会保障のためには、財源が必要」と理解を求めた。

一方、民主党の鳩山由紀夫代表は7月27日のマニフェスト発表の記者会見で「4年間消費税の増税をすることは一切考えていない」と述べた。マニフェストで掲げた政策を実現するための財源は、天降り

の撲滅や不要不急な事業の根絶、埋蔵金の活用などで捻出するとしている。

また、75歳以上を別建ての医療保険にした後期高齢者医療制度について、自民は制度の存続を前提にした見直しを提案。民主は廃止し、医療保険を段階的に統合するとした。（8/4MEDIFAXより）

来年度の診療報酬改定は「プラス」／自民マニフェスト

自民党の政権公約（マニフェスト・7月31日）は、2010年度の診療報酬改定は、救急や産科などの地域医療を確保する観点からプラス改定と明記。社会保障制度を国民の立場で議論する「社会保障制度改革国民会議（仮称）」の設置に向けた法整備を進める方針を盛り込んだ。

政権公約は「安心」「活力」「責任」を3つの柱に据えた上で、特に記載がない場合は各公約を4年以内に達成する目標を掲げた。

「安心」の中に位置付けている社会保障分野については、地域医療確保に向け、厚生年金病院と社会保険病院の病院機能を維持する方針を示した。救急医療や産科などを担う勤務医の確保には、医師数増の政策を継続するほか、臨床研修制度を見直し、診療科による医師偏在の解消を目指す。社会保障番号・カードに関しては、11年度中をめどに導入するとした。

後期高齢者医療制度については、75歳を過ぎた現役サラリーマンが、以前の制度に加入し続けられるようにするなど、年齢による区分の見直しを盛り込んだ。低所得の高齢者に対しては、保険料の9割軽減措置を継続するとともに、外来の患者負担の月額上限を半減する。

12年度の介護報酬改定についても改定率の引き上げを宣言。連動して上昇する介護保険料は抑制する方針を打ち出した。介護従事者の処遇改善に向け、改善に努める事業主に対して職員1人当たり月平均1.5万円を助成する。また、特養や老健、グループホームへの入所待機者の解消のため、16万人程度が入居できるよう施設整備を進める目標を掲げた。

医療や介護、少子化対策などに必要な財源については、消費税を含む税制の抜本的な改革に向けた法整備を11年度までに講じた上で、経済状況の好転後に実施するとした。

一方、財政再建に向けては、国と地方の基礎的財政収支（プライマリーバランス＝PB）を10年以内

に黒字化させる目標を掲げた。さらに、その前段階として5年以内にPB赤字の対GDP比を半減させる方針も示した。(8/3MEDIFAXより)

診療科ごとの医師養成数を設定／公明・マニフェスト

公明党のマニフェスト(7月24日)は、救急・産科など医師が不足している診療科の解消に向けて、臨床研修で科目ごとの医師養成数の目標値の設定を進めると明記した。また、地域医療崩壊を食い止めるため、社会保険病院や厚生年金病院を公的医療機関として存続できるよう対応するとした。

このほかの医師不足対策では、院内保育所の整備や短時間勤務の推進などにより、女性医師の復職支援を図る。また、専門性の高い認定看護師を評価するシステムを構築するなど、医療従事者の職務拡大を進めるとした。

救急医療体制の強化に関しては、2012年をめどにドクターヘリを全国に50機配備する目標を掲げた。小児救急の強化に向けては、専門医を育成した上で、全国に50カ所の小児集中治療室(PICU)を整備するとした。

がん対策については、11年度末までにがん検診の受診率を50%まで引き上げるため、09年度末に中間報告を義務付けることで目標値の達成を目指す。また、子宮頸がんの根絶に向けては、予防ワクチンの早期承認と接種に対する公費助成推進を盛り込んだ。

介護分野では、高齢化のさらなる進展が見込まれる25年を見据え、介護サービス基盤整備の目標を示す「新介護ゴールドプラン」(仮称)を策定。医療と介護サービスを一体的に提供する地域包括ケアシステムを構築するため、12年度の診療報酬・介護報酬の同時改定で必要な処置を講じるとした。

持続可能な社会保障制度の構築に必要な財源に関し、消費税率の見直しでは、低所得者へ配慮するとした上で「消費税を含む税制の抜本改革の中で安定的な財源を確保する」と明記。消費税の使い道につ

いては、年金・医療・介護と少子化対策に限定するとした。(7/27MEDIFAXより)

診療報酬増など医療再建に9000億円捻出／民主マニフェスト

民主党の発表したマニフェスト(7月27日)では、医師不足対策など2010年度からの4年間で実現する政策を、必要となる予算額とともに挙げた。政策の裏付けとなる財源は、消費税を増税せず、税金の無駄遣いの根絶などで確保するとした。政治主導で政策を決定するため、各省庁に国会議員約100人を配置するなどの政権構想も発表した。

マニフェストは、医療崩壊を食い止めた上で再建させるためとして9000億円を計上した。具体策としては、医療従事者の増員に努める医療機関に対し、入院医療の診療報酬を増額する。医師養成数を1.5倍とするほか、国立大学付属病院などの再建のため、病院運営交付金の従来水準回復などを挙げた。

また、後期高齢者医療制度廃止に必要な費用として8500億円を計上した。具体策としては、廃止に伴う国保の負担増は国が支援、被用者保険と国保を将来的に地域保険として一元的運用を図るとした。介護従事者の処遇改善には8000億円。新型インフルエンザやがん、肝炎の疾病対策の拡充に3000億円を計上した。

財源は「無駄遣いの根絶」などで初年度から段階的に確保し、13年度には16.8兆円を捻出する。16.8兆円の内訳は、一般会計と特別会計を合わせた国の総予算206.5兆円を総点検し、天下りや不要不急な事業を根絶して9.1兆円を工面する。「埋蔵金」の活用や未利用国有地など、政府資産の計画的な売却によって5.0兆円、租税特別措置などの見直しで2.7兆円をそれぞれひねり出すとした。(7/28MEDIFAXより)

医療費・医師数ともに引き上げ／総選挙へ民主が政策集

民主党のマニフェストの基となる「民主政策集INDEX2009」(7月23日)では、社会保障費2200

News Headline (2009年7月19日～8月17日)

【7月】◆衆議院が解散(21日)◆46年ぶり皆既日食(22日)◆女性殺害、連れ去り容疑者を那覇で逮捕(24日)◆群馬県で竜巻発生(27日)【8月】◆裁判員制度スタート初の裁判(3日)◆クリントン元米大統領が訪朝(4日)◆原爆症訴訟、勝訴は認定、敗訴は基金で(5日)◆広島原爆の日(6日)◆女優・酒井法子容疑者逮捕(8日)◆長崎原爆の日(9日)◆大雨、西日本に被害(9日)◆台風9号 死者18人、不明10人に(12日)◆新型インフルで国内初の死者(15日)

億円抑制を撤廃、入院医療の診療報酬を1.2倍にするほか、医師養成数を1.5倍に増やす政策が掲げられた。

政策集では、小泉構造改革の象徴である「2200億円」を撤廃、医療費抑制施策からの転換を図る。その上でGDP（国内総生産）に占める総医療費の割合を8.1%から経済協力開発機構（OECD）加盟国平均の8.9%まで段階的に引き上げる。0.8ポイントの引き上げで、単純計算で約4兆円の医療費増となる。

医療費増に向けた具体的な施策では、医師・看護師らの確保に努め地域医療を支える医療機関については入院医療の診療報酬を1.2倍とする。

医師不足対策では、人口1000人当たり医師数を現状の「2.1人」から、当面はOECD加盟国平均の「3.1人」を目指す。具体的には、大学医学部定員を1.5倍に増やす。さらに現役医師の有効活用策として、短時間の勤務も正規勤務とみなす制度の導入や、一定の条件で国立病院の勤務医ら医師公務員の兼業を解禁する。「医療従事者等確保支援センター（仮称）」を設置し、医療従事者の確保やあっせん、休職者の復職支援を行う。

中医協の構成・運営などの改革も盛り込んだ。具体策は示していないが、政策集の原案を検討した党厚生労働部門会議では、中医協委員に占める公益委員の割合を増やすなど委員構成の見直し案が浮上っていた。

外来管理加算の5分要件は実際の診療になじまないとして撤廃する。

レセプトオンライン請求については「義務化」では導入が難しく、廃業を余儀なくされる医療機関が出るとして、「原則化」に改め、例外規定を設ける余地を残す。オンライン請求を導入した医療機関の負担が過度にならないよう、診療報酬上のインセンティブなどを設ける。

民間への売却が予定されている厚生年金病院と社会保険病院は、新たに創設する「地域医療推進機構（仮称）」に移し、医療法31条で規定する公的医療機関に位置付け、公的存続を図る。新生児の脳性麻痺に限った国の「産科医療補償制度」の対案として、対象を全診療科に拡大させる公的な「無過失補償制度」を創設する。（7/24MEDIFAXより）

改定の基本方針は「新会議」が建議／民主、中医協改革で

民主党は、中医協や社会保障審議会・医療部会な

ごによる診療報酬改定のプロセスに、メスを入れる方針で検討を進めている。現在、社保審の医療部会と医療保険部会で決めている改定の基本方針は、首相または内閣の下に新たに創設する会議体で策定。基本方針は首相（内閣）に建議し、その内容に沿って診療報酬の点数項目を中医協で議論する。民主党の足立信也政調副会長（厚労担当）は「基本方針の決め方の道筋がこれまでと異なってくるので、中医協の守備範囲も自ずと変わってくる」と述べ、新しい会議体の創設が中医協改革につながるとした。

民主党の岡田克也幹事長が診療報酬改定に国会が関与する「中医協改革」を提案していることについて足立政調副会長は、岡田氏が提案する国会関与とは、診療報酬改定の方針を厚生労働省の審議会で決めるのではなく、新たな会議体で決めることを意味していると説明した。（8/12MEDIFAXより）

医学部入学定員1.5倍に、看護師は200万人／共産・選挙政策

共産党の「総選挙政策」（7月28日）は、医師不足対策として医師数をOECD加盟国の平均まで増やすことを目標とし、医学部の入学定員を1.5倍に引き上げると明記した。2008年末時点で90万人程度だった看護師についても、労働条件の改善を図ることなどで200万人までの増員を目指す。

診療報酬の改革にも言及。診療報酬の総額引き下げはせず、安全で有効な治療は速やかに保険適用するとした。また、医療従事者の労働条件を適切に評価することにより、質の高い医療提供体制の構築を図る方針を示した。

国公立病院や厚生年金病院などの公的医療機関の統廃合や民営化は否定。公的施設として存続させた上で、地域医療の拠点として支援を強めるとした。

介護分野に関しては、介護報酬の5%引き上げを明記した。さらに、介護従事者の賃金を月3万円引き上げるため、介護報酬とは別枠の公費を投入する。これらの政策により確保できる介護従事者は、14年度をめどに150万人と見積もった。

社会保障政策に必要な財源については、軍事費や大規模公共事業を見直すことにより捻出。自民党などが提案している消費増税については「反対を貫く」とした。（7/29MEDIFAXより）

公的病院は統廃合・民営化せず／社民・マニフェスト

社民党のマニフェスト・概要版では、「生活再建」に向けた10の約束を掲げ、国公立病院や厚生年金病院などの公的病院の統廃合や民営化を行わない方針を示した。

このほか医療関係では、医師不足対策として医師数の増加を盛り込んだ。看護師や介護職員についても処遇の改善をした上で、職員の増員を図るとした。

後期高齢者医療制度は廃止と明記。療養病床の削減計画も、中止するとした。

安心して出産できる環境整備に向けては、助産師を活用して地域で分娩ができる施設の増設を図り、その上で、救急搬送システムを強化する方針を掲げた。

必要な財源については、大規模公共事業の中止や特別会計の積立金などの活用で年間14兆円程度を捻出できると試算した。一方で、自民党や公明党が主張している消費増税には言及しなかった。

(7/28MEDIFAXより)

医療費をOECD並みに引き上げ／国民新党マニフェスト

国民新党のマニフェストは、医療費をOECD加盟国並みに引き上げることで、医師、看護師、介護士の不足を解消、高齢化社会に対応する。救急患者が病院から受け入れを拒否される問題についても緊急に対応するとした。

国民新党はマニフェストで小泉構造改革路線からの転換を訴えている。社会保障関係では、介護の現場で働く人の給与を、一般公務員並みに引き上げることを挙げた。同時に在宅で「老々介護」を行う介護者を支援するため月5万-10万円程度を支給する。

税制では、大企業や高額所得者に対して増税する。消費税は引き上げず、全額社会保障のための目的税にすることを掲げている。(7/29MEDIFAXより)

高齢者居住安定確保法改正、政令案を閣議決定／政府

政府は8月4日、「高齢者の居住の安定確保に関する法律施行令等の一部を改正する政令案」を閣議決定した。5月の高齢者居住安定確保法改正で、都道府県に策定を求めた「高齢者居住安定確保計画」に盛り込む「高齢者居住生活支援事業」の範囲を規定

したほか、改正法の施行期日を定めた。

高齢者居住安定確保計画には、高齢者向け賃貸住宅や老人ホームの供給目標などを盛り込むとしている。政令案では、同計画に盛り込む高齢者居住生活支援事業の範囲について▽老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業(老人デイサービス事業など)▽介護保険サービスを提供する事業(居宅サービス、地域密着型サービスなど)▽健康保険法に規定する訪問看護事業▽病院や診療所が高齢者に対する保健医療サービスを提供する事業—などと規定した。改正法の施行期日は、高齢者居住安定確保計画などに関する部分は8月19日、高齢者円滑入居賃貸住宅の登録などに関する部分は来年5月19日。

(8/5MEDIFAXより)

次期改定で対応可能な項目整理／厚労省の医療・介護連携会議

厚生労働省の医療、介護関係部局幹部らで構成する「医療・介護改革調整会議」(議長=水田邦雄・厚生労働事務次官)が8月11日、初会合を開いた。「医療の機能分化・連携」「介護と医療の連携(地域包括ケア)」の両検討班を設置して次期診療報酬改定などで対応可能な具体的項目を整理し、改定の基本方針を議論している社会保障審議会医療部会・医療保険部会での検討に反映させる考え。

今後、想定される検討事項として、医療の機能分化・連携班では▽急性期の強化▽一般病床の機能分化(回復期、亜急性期、その他の一般)▽病診連携▽療養病床の取り扱い—が、介護と医療の連携班では▽在宅サービスの連携・地域包括ケア▽在宅医療・介護、訪問看護、居住系施設・介護施設に対する外部からの医療提供▽主治医・高齢者担当医の役割—などが挙げられている。9月をめどに項目を整理する方針。(8/12MEDIFAXより)

医師の偏在解消が当面の課題／厚労省・阿曾沼医政局長

厚生労働省医政局の阿曾沼慎司局長は8月4日、就任後初めて会見し、「当面やらなければならないことは、骨太の方針2009に記載されているとおりで、はっきりしている。1つは医師の偏在の問題をどうするかが大きな鍵」と述べた。医師の絶対数については、増やす必要があるとした上で、「偏在は数を増やしたからといって解決するとは限らない」と指摘し、時間をかけて検討する考えを示した。

阿曾沼局長は、人口当たりの医師数は都道府県間で最大2倍程度の差があり、都道府県内でも地域偏在が見られるとし「医師の絶対数の増加とは別に、偏在問題をどう解決するか知恵を絞りたい。都道府県に対しては、地域医療再生基金で各県単位での医師の偏在問題の検討を求めている」と話した。

さらに、「自由開業医制度や国民皆保険の枠組み自体は成功してきたが、今後、大きな仕組みをどう運用していくか検討する時期にきている」と述べた。（8/5MEDIFAXより）

診療報酬プラス「環境整った」／水田次官 「めりはりは必要」

水田邦雄・厚生労働事務次官は8月6日、就任後初めて専門紙各社と会見し、来年度予算概算要求基準で社会保障費の自然増分がそのまま認められたことについて「後発医薬品の使用促進などによって財源が出てくれば、次期診療報酬改定でプラス改定をする環境が整った」と述べた。ただ「保険者に対する影響も考慮しなければならない。血税をどう使うのか。めりはりの利いた改定をしなければならない」との見解を示した。（8/7MEDIFAXより）

次期改定へ「経験生かし他局と連携図る」／ 外口保険局長

厚生労働省保険局長に医系技官で初めて就任した外口崇氏は8月7日、就任後初めて専門各紙との会見に応じ「医政局、老健局と連携して国民のニーズに応える診療報酬改定ができるように、事務局としての役割を果たしていきたい」と抱負を語った。医政局長として2年間、医療提供体制に関する予算・制度面に携わったことや、保険局医療課の課長補佐を務めた経歴を踏まえ「（保険局長としての仕事にも）これまでの経歴は役に立つと思う。今回の人事が『いい人事だった』と言われるようにすることが責務だと考えている」と述べ、医政局などとの連携強化に意欲を示した。（8/10MEDIFAXより）

老健が医療・介護を支えるカギ／鈴木老人保健課長

厚生労働省老健局老人保健課の鈴木康裕課長は7月23日、新潟市で開かれた全国老人保健施設協会の大会で「地域包括ケアと今後の介護老人保健施設」をテーマに講演した。今後1～2年間は社会保障制度の在り方を決断していく「分かれ目」とした上で、

「老人保健施設こそが今後の社会保障制度を支えるカギ」と強調した。医療と介護の拡充は必要とする見方が社会的に強まっているとも指摘し、これまでの社会保障費の抑制傾向から「潮目が変わってきた」と話した。

鈴木課長は「医療と在宅の中間施設」としての老健の機能は存続するとした上で「今後、ある程度の医療が必要な高齢者にも対応が可能な仕組みを整えることができれば、社会保障制度の大きな支えになる」と提案。有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅などに入居している高齢者が一定の医療が必要になった際に老健で対応する形を提案した。

（7/24MEDIFAXより）

受診率向上「保険者は前向きな取り組みを」 ／保険局・大西室長

厚生労働省保険局医療費適正化対策推進室の大西証史室長は7月17日、大分市内で講演し、特定健診・保健指導の受診率などの目標達成度に応じて行われる後期高齢者支援金の加算・減算について「プラスマイナス10%の枠は決まっているが、具体的な制度の詳細は当分の実施状況を見た上で議論する必要がある」との認識を示した。

その上で「後期高齢者支援金の加算・減算やお金の勘定だけで一喜一憂するのではなく、加入者の健康をより良くすることが任務だと認識し、前向きに取り組んでほしい」と述べ、受診率向上に向けた保険者の積極的な活動を要請した。

（7/21MEDIFAXより）

医師偏在の解消へ、診療報酬の手当て必要／ 厚労省の総合評価

総務省の政策評価・独立行政法人評価委員会が重要対象分野に選定した「医師確保対策」について、厚生労働省は8月3日の「政策評価に関する有識者会議」（座長＝高橋紘士・立教大教授）に、これまでの厚労省の施策を検証した総合評価書案を提示した。

医師確保対策に関する総合評価書案は①医師数の決定方法②医師の偏在の是正について一の2項目を検証している。医師の需給見通しを推計するに当たっては、高齢化や医師の勤務実態、医療提供体制の在り方など、さまざまな要因をできるだけ考慮して専門的に推計するとしている。医師の偏在の是正に関しては、経済的インセンティブに一定の効果があ

るとし、病院勤務医の負担軽減につながるような診療報酬を設定することが必要と分析した。(8/5MEDIFAXより)

生殖医療専門医など3資格が広告可能に／厚労省が通知

厚生労働省は7月23日付で、医療法に基づき広告可能な医師の専門性に関する資格名の改正について都道府県に通知した。日本周産期・新生児医学会など3学会の専門医資格が広告可能となった。新たに広告可能となった専門医資格は▽日本周産期・新生児医学会「周産期(新生児)専門医」▽日本生殖医学会「生殖医療専門医」▽日本小児神経学会「小児神経専門医」の3資格。今回の改正により、7月23日現在の広告可能な専門性資格名は医師53資格、歯科医師4資格、看護師26資格となった。

都道府県の「医療機能情報提供制度」には、2011年7月22日までの間に反映させる。(7/31MEDIFAXより)

患者委員「すべての難病を研究対象に」／厚科審・難病対策委

厚生労働省は7月30日、厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会(委員長=金澤一郎・日本学術会議会長)を開いた。同日は、患者の立場から伊藤建雄委員(日本難病・疾病団体協議会代表)が「新たな難病対策・特定疾患対策を提案する」とする同協議会の提言を紹介し、「原因究明と治療の確立は難病患者の共通の願い。すべての疾患を研究事業の対象にしてほしい」などと述べた。

同協議会の提言は、難病対策の現状について「特定疾患に指定されている疾患と指定されていない疾患との格差や、小児慢性特定疾患治療研究事業対象疾患の20歳を超えた患者への支援など、至急取り組まなければならない課題が山積している」と指摘。具体的には▽原因究明と治療法の確立を目指す研究と社会的支援の研究に集中する▽医療費負担の軽減は本来、健康保険で行うべきであることから、長期療養給付制度を拡充し、高額療養費制度の負担限度額を大幅に引き下げる—などを提案している。(7/31MEDIFAXより)

疼痛疾患、呼吸器疾患に対策を／厚労省・慢性疾患検討会

厚生労働省の「慢性疾患対策の更なる充実に向け

た検討会」(座長=久道茂・宮城県対がん協会会長)は7月15日、今後、重点的な対策の対象とすべき疾患について議論した。委員からは、慢性疼痛疾患や慢性呼吸器疾患などが施策の対象から抜け落ちているとの指摘や、糖尿病患者に対する治療で地域連携をさらに推進すべきとの意見が上がった。対策を重点化すべき疾患を絞り込む際の評価の指標として、池田俊也委員(国際医療福祉大薬学部教授)は、開発途上国を中心に健康分野の政策立案に用いられている「DALY(障害調整生存年)」が有効と指摘した。池田委員によると、DALYは死亡年齢や障害度を加味した健康指標で、死亡数だけではとらえられない疾病負担を定量的に評価することができるという。(7/16MEDIFAXより)

社保審、2年半ぶりに総会／貝塚会長を再任

厚生労働省の社会保障審議会は8月6日、2007年3月以来となる総会を開き、貝塚啓明・東京大経済学研究科金融教育研究センター長を新会長に選出した。会長代理は大森彌・東京大名誉教授が務める。会長と会長代理はともに再任。

同日は、社保審の下に設置する分科会、部会、特別部会での議論について厚労省から報告を受けた。また、10年1月の日本年金機構の設置に伴い、機構の業務運営の在り方を審議する「日本年金機構評価部会(仮称)」を設置することを了承した。(8/7MEDIFAXより)

医学部定員、過去最大8855人に／文科省、増員は地域枠が要件

「骨太の方針2009」で「医師など人材確保策を講ずる」とされたことを受け、文部科学省は7月17日、医学部の総定員を2010年度に最大8855人まで増やすことを認めると発表した。09年度より369人増員し過去最大を更新した。地域医療再生計画での奨学金制度を活用した「選抜枠」での増員を要件とし、医師の地域定着をより鮮明に打ち出した。今回の措置で文科省は10年度定員増の認可申請期限を特例的に10月末とする。

医師養成数全体はチーム医療の推進などを踏まえ、おおむね5年ごとに見直すとしている。11年度以降の増減幅は状況に応じて検討するが、今回の増員幅は今後10年間は維持する方針。文科省は「現時点では医師不足は続いており、11年度に定員数を減らすことは考えにくい」(高等教育局医学教育課)と

している。（7/21MEDIFAXより）

筋骨格系などにも対策を／厚労省・慢性疾患検討会が報告書

慢性疾患対策の整理・再編に向けた方向性を議論してきた厚生労働省の「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会」（座長＝久道茂・宮城県対がん協会会長）は8月10日、報告書にあたる「検討概要」をまとめた。慢性疾患対策の現状について、生活習慣病などに対する対策は進む一方、筋骨格系・結合組織の疾患や慢性閉塞性肺疾患（COPD）などには系統的な施策が行われていないとし、対策の充実について検討することを求めている。今回の取りまとめを受け、厚労省は今後、施策の具体化に向けた検討を行う。（8/11MEDIFAXより）

慢性期の「質」把握へ、評価票に項目追加／厚労省が提案

医療療養病床で提供されるサービスの質を把握するため、厚生労働省は8月10日の中医協・慢性期入院医療の包括評価調査分科会（分科会長＝池上直己・慶応大教授）で、患者個別の医療区分・ADL区分を把握するための評価票に、質に関する評価項目（QI）を追加することを提案した。現在は医療機関の任意となっている評価票への記入を必須とし、レセプトの備考欄への記載を簡素化することも併せて提案している。

医療区分・ADL区分を把握するための評価票は、医療区分に関して37項目、ADL区分に関して4項目で構成され、基本的にサービスの質に関する項目は含まれていない。前回改定では、医療の質の評価に関する検討の必要性を指摘した同分科会の報告書に基づき、QIの中で①ADL区分1・2の患者の褥瘡②ADL区分3の患者の褥瘡③ADLの低下④尿路感染症⑤身体抑制—の各項目に関する病棟単位の該当患者数を把握する「治療・ケアの内容の評価表」を導入したが、提出義務などはない。

（8/11MEDIFAXより）

DPC 3種類の「逡減制」を了承／中医協・基本問題小委

中医協・診療報酬基本問題小委員会（委員長＝遠藤久夫・学習院大教授）は8月5日、DPCの1日当たり点数の新しい設定方法を了承した。2010年度以降、入院期間に応じた「逡減制」を現行の2種類

から3種類に改定する。厚生労働省保険局医療課は、新たに3種類の逡減制を導入することによって、入院初期の1日当たりの医療資源の平均投入量が多い場合や、入院から数日を経過した後に医療資源の投入量が包括点数を上回る場合など、現行の仕組みでは点数設定が実態と乖離していた問題を解消することができるとしている。

次期診療報酬改定から調整係数が段階的に廃止されるのに伴い、「入院期間I」（診断群分類ごとの25パーセント値に相当する在院日数）までの点数について、平均点数より15%上乘せしている現行の逡減制に加え、①入院期間Iまでの点数をさらに上乘せし、それ以降の点数を引き下げる②入院期間Iまでの点数を引き下げ、それ以降の点数を引き上げる—の類型を新たに設ける。

がん化学療法など現行で入院初期の資源投入量が著しく高い場合に、入院期間Iを診断群分類ごとの5パーセント値に相当する在院日数に設定している逡減制は廃止する。（8/6MEDIFAXより）

次期改定の検討スケジュール、早期提示を／中医協で遠藤会長

中医協の遠藤久夫会長は7月29日の中医協総会で、次期診療報酬改定に向けた個別の診療報酬項目の検討スケジュールについて、早ければ8月下旬の次回総会で提示するよう事務局の厚生労働省保険局医療課に求めた。医療課によると、社会保障審議会の医療保険部会と医療部会の議論の行方を考慮しながら、両部会でテーマとして挙げた項目を参考にスケジュールを示すことになるという。

（7/30MEDIFAXより）

改定の基本方針「両論併記あり得る」／中医協で佐藤医療課長

厚生労働省は7月29日の中医協総会（会長＝遠藤久夫・学習院大教授）で、次期診療報酬改定の基本方針策定に向けた検討状況について、社会保障審議会の医療保険部会と医療部会での議論の様子を報告した。厚生労働省保険局医療課の佐藤敏信課長は、基本方針について、医療保険部会と医療部会の議論の整合性が図れない場合は両論併記の形で基本方針をまとめる可能性もあるとの考えを示した。ただ、救急医療全般に関する議論については、社保審の両部会の議論に先行する形で7月8日の中医協・診療報酬基本問題小委員会が始まっている。

（7/30MEDIFAXより）

部門別収支、次期改定には反映せず／中医協・基本問題小委

中医協・診療報酬基本問題小委員会（委員長＝遠藤久夫・中医協会長）は7月29日、中医協のコスト調査分科会による2008年度の「医療機関の部門別収支に関する調査」の結果について、田中滋分科会長（慶応大教授）から報告を受けた。田中分科会長は①客体が結果的にDPC病院に限られている②別途データが必要となるなど医療機関の負担が大きい—といった課題があると指摘。委員からは「客体が少なく、全医療機関を代表するとは言えない」「調査結果の分析はまだ早い」との意見が上がった。厚労省も「改定に使える段階にはない」（保険局医療課）としており、08年度の部門別収支に関する調査結果を10年度の診療報酬改定に反映させる可能性は、ほぼなくなった。（7/30MEDIFAXより）

医療区分1の細分化に否定的見解／中医協・慢性期分科会

中医協・慢性期入院医療の包括評価調査分科会は7月29日、医療区分1の患者を病態によって細分化する是非について議論した。武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）が提案している医療区分1の細分化に関する病態像（41項目）に沿って、2008年度調査でデータが得られた患者を割り振ったところ、区分2・3の患者が8割以上該当する項目が大半を占める結果となった。結果を踏まえた委員の議論では、細分化に否定的な意見が多く出た。

（7/30MEDIFAXより）

薬価維持特例「導入は極めて困難」／中医協・薬価部会で日医

中医協・薬価専門部会（遠藤久夫部会長）は8月5日、製薬業界トップから、日本製薬団体連合会の薬価制度改革案についてあらためて意見聴取した。日本製薬工業協会の長谷川閑史副会長と米国研究製薬工業協会の関口康在日執行委員長が出席し、「薬価維持特例」の導入を強く訴えたが、日本医師会の委員は「導入は極めて困難」と明言。導入に理解を示す委員も一部いたものの、意見集約はできなかった。同部会は次回以降、導入の必要性の議論を継続しつつ、制度設計の課題など、具体的な中味の議論を始める。（8/6MEDIFAXより）

薬価引き下げ分を本体に／次期診療報酬改定で佐藤医療課長

厚生労働省保険局医療課の佐藤敏信課長は8月2日、全国有床診療所連絡協議会総会で講演し、2008年度診療報酬改定と社会保障費2200億円削減方針との関連性について「長年にわたって薬価の切り下げ分などを技術料に振り分けるのは不文律となっていた。前回改定時は2200億円削減方針があったため、薬価切り下げ分などが削減の一部に充てられた」と解説した。2200億円削減が撤回された次期改定については「理論的には、薬価引き下げ分などを診療報酬の引き上げ分に充てることが可能となる」と述べた。（8/4MEDIFAXより）

後発品進まない場合の薬価下げで3案／厚労省論点案

厚生労働省は7月15日の中医協・薬価専門部会に、日本製薬団体連合会の薬価制度改革案について論点案を提示した。薬価維持特例を導入し、数量ベースで30%以上を目指している後発医薬品使用促進が計画通り進まなかった場合の既収載品の薬価引き下げについて、「後発品のある先発医薬品のすべてを一定率で引き下げる」など3つの案を盛り込んでいる。

薬価維持特例の必要性については、診療側委員から疑問が出ていることなどを踏まえ、「製薬企業の経営状況や新薬の研究開発・供給状況を勘案した上での検討が必要」と明記した。

未承認薬などの開発促進については、製薬業界が進捗状況を中医協に報告する方針としていた上で、国が要請した品目の開発・上市を適切に進めていない企業に対しては、薬価維持特例の適用の際、「厳しい対応を考えざるを得ない」とした。逆に、ドラッグ・ラグが起きないように適切なタイミングで開発・上市している場合などは「特段の評価を検討する」との方針を示した。

厚労省の磯部総一郎薬剤管理官は終了後の会見で「厳しい対応」について「適用対象品目があっても適用しないことなどが考えられる」と説明。「特段の評価」については「特例の対象品目を緩めることや、後発品使用が計画通り進まない場合の既収載品の薬価引き下げを薬価維持特例の一定率引き下げで対応することになった場合に、その率を緩和することなどが考えられる」と述べた。

論点案はまた、特許切れ後の後発品の薬価算定・改定方法にも触れ▽先発品薬価から「薬価改定猶予

分」（特例維持分）を引いた上で0.7掛け算定し、その直後の改定で市場実勢価による改定を行う▽先発品薬価の0.7掛けで算定し、直後の改定で、薬価改定猶予分の率に後発品の市場実勢価による引き下げ分を加えて引き下げの一の2案を示した。

さらに、後発品使用が計画通り進まなかった場合の既取載品の薬価引き下げについては▽後発品のある先発品のすべてを一定率引き下げる▽後発品のある先発品と、後発品のすべてを一定率引き下げる▽薬価維持特例の対象となる先発品について、薬価維持水準から一定率引き下げの一の3案を示した。（7/17MEDIFAXより）

医療保険部会、「選択と集中」に賛否／次期改定議論スタート

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝糠谷真平・国民生活センター顧問）は7月15日、社保審・医療部会に続いて次期診療報酬改定の基本方針策定に向けた議論を始めた。この日は、中期プログラムの別添工程表に盛り込まれた次期改定での「選択と集中」の考えに基づく配分の見直し方針に対し、医療関係の委員が「全体の底上げが必要」と訴えたが、経済団体や保険者団体の委員からは保険者財政の悪化などを踏まえ、めりはりのある改定を訴える意見が相次いだ。

厚労省保険局総務課の神田裕二課長は、資料説明の中で「選択と集中」の考え方について「前回の改定では病院と診療所の配分となったが、現段階では特定のもの指しているわけではない。一般病床の中や診療科の重点化も含まれている」と説明した。藤原淳委員（日本医師会常任理事）は、過去の診療報酬改定で救急、産科、小児科などに手厚く配分されてきたとし「診療所も危機的な状況にある。診療報酬全体の底上げが必要」と強調した。

これに対し、齊藤正憲委員（日本経団連社会保障委員会医療改革部会長）は「大幅な引き上げを求める声は強いが、健保組合の財政状況なども考慮する必要がある」と主張。救急医療などに手厚く予算措置がされていることを踏まえ、診療報酬と補助金などの役割の明確化が必要との認識を示した。

逢見直人委員（連合副事務局長）も「診療報酬の引き上げは保険料負担にはね返る。限られた財源を大胆にシフトするダイナミックな視点が必要」と述べた。対馬忠明委員（健保連専務理事）も健保組合財政の悪化を指摘した上で「どの部分に重点的な評

価が必要かを具体的に指摘する議論が必要」と述べた。

医療保険制度に「国民の視点」を反映させる観点から新たに委員に加わった樋口恵子委員（高齢社会をよくする女性の会理事長）は「医療をどう回復していくかという観点の議論が必要」とし、「産科や救急に手厚く充てるのは結構だが、国民の立場では『分散と公平』を図ってもらいたい」と主張。軽症高齢者の救急搬送が多い背景を分析する必要性などを訴えた。

多田宏委員（国保中央会理事長）は、2008年度改定結果検証で算定割合が少なかった後期高齢者診療料について「かかりつけ医の機能の萌芽と思われたが、ほとんど利用がない。しかし、みんなが利用する努力をしなければならない。誰も利用しないから駄目ということではない」と主張した。（7/16MEDIFAXより）

後期高齢者制度見直しの議論も／社保審・医療保険部会

厚生労働省は、7月15日の社会保障審議会・医療保険部会で、後期高齢者医療制度の見直しに関する課題や、今年度で国の支援措置が終了する国保財政基盤強化策について意見を求めた。年末にかけて議論を進める方針だ。

後期高齢者医療制度の見直しに関しては、外添要一厚生労働相が設置した検討会や与党のプロジェクトチームなどで課題を整理してきた。示された課題には75歳以上に限定した診療報酬体系の見直しや高齢者にふさわしい医療サービス提供の在り方なども含まれている。

この日の議論で藤原淳委員（日本医師会常任理事）は、後期高齢者診療料の算定割合が少ないことを取り上げ「はしご受診の抑制などを目指す趣旨だったが、実際には8割以上の高齢患者が1、2カ所で受診している。いくらかかりつけ医の形をとっても医療費節減にはつながらないのでは」と述べた。国保や広域連合の委員からは「制度は定着しつつある」とし、抜本的な見直しに慎重な意見が多かった。

国保財政基盤の強化については、国保関係の委員から支援の継続を求める意見が出た。（7/16MEDIFAXより）

集団的個別指導、過半数が「非該当」だった ／近畿厚生局、大阪で

診療報酬請求の“高点数医療機関”に対して実施される「集団的個別指導」の対象として、今年4月から7月末までに大阪府内で選定された医療機関のうち、半数以上が「非該当」だったことが分かった。大阪府医師会は近畿厚生局に抗議し、経緯を郡市区医師会に通達した。同厚生局も非該当医療機関にその旨を通知した。

集団的個別指導は、今年度から地域ブロック単位の地方厚生局が実施することになり、対象を選定する際の大阪独自のローカルルール「上位4%の高点数医療機関」が全国レベルの「上位8%」に引き上げられた。このため府内の医療機関には、新ルールによる指導に対する警戒感が強まっていた。

今回、近畿厚生局が対象として7月末までに選定・通知した医療機関は644(1医療機関は休止のため実際は643)。しかし通知された医療機関から指摘を受けた大阪府医が、近畿厚生局に確認を求め、同局が見直しを行った結果、半数を超える351医療機関が、本来選定の対象とはならない医療機関だったことが判明した。

大阪府医によると、今回の「誤り」は近畿厚生局が従来の被用者保険のデータに国保のデータを加えた際、事務処理を間違えたため起きたという。同厚生局も「データの一部の不具合」と説明している。個別指導に関して大阪府医は「医師会と行政が協力して実施できる運用への見直し」を今まで以上に日本医師会を通じて働き掛けるとしている。

集団的個別指導は、レセプト1件当たりの平均点数が、各都道府県の平均点数と比べて病院が1.1倍、診療所が1.2倍を超え、かつ過去2年間に指導を受けた医療機関を除いた上位8%の医療機関が対象。1996年度に集団的個別指導が開始されて以後、大阪では毎年度ほぼ300医療機関程度が対象となってきた。今回、対象を上位8%に広げたにもかかわらず、実際の対象は例年と変わらない292医療機関にとどまったのは、県内平均点の1.1倍超、1.2倍超の要件を満たさず対象から外れる医療機関が多かったのが原因とみられる。

大阪府医は会員への説明文書の中で「指導の通知が送付されてくること自体、プレッシャーに感じる会員も少なくない。本来、慎重にも慎重を期して送付されるべき性格のもの。近畿厚生局への事務移管後、最初の実施に際して事前チェックなしで初歩的

な誤りを犯したことは前代未聞で容認できない」と厳しく批判している。(8/10MEDIFAXより)

「4疾病」で全県共用の連携パス／千葉県医

千葉県医師会は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病ごとに「千葉県共用地域医療連携パス」を策定し、2009年度から普及に向けた取り組みを千葉県とともに開始した。県によると、4疾病で形式を統一した連携パスの策定は、全国でも初めての取り組み。連携パスの普及協力医療機関は、7月末までに143施設の登録を受け付けた。

千葉県は08年4月に改訂した保健医療計画で、疾病ごとに急性期、回復期などの段階に応じた医療機関の役割分担と連携の在り方を示した「循環型地域医療連携システム」を構築。千葉県医は同システムの円滑な運用を図るため、県の委託を受けて「全県共用型地域医療連携パス」作成ワーキンググループを設置し、4疾病ごとに全県共用の連携パスを策定する検討作業を進めた。

09年2月には県内の医療関係者を集めたシンポジウムで連携パスを公表。その後も県内9カ所の2次保健医療圏ごとに地域保健医療協議会などを通じて意見集約を行い、3月までに千葉県医療審議会の承認を得た。(8/4MEDIFAXより)

医療費無料化だけで「うまくいかない」／旧 沢内村検証の研究グループ

戦後、全国に先駆けて老人医療費の無料化を行ったとして知られる岩手県・旧沢内村(現西和賀町)について検証してきた岡山大などの研究グループは8月11日、「患者負担の無料化が効果を発揮するには、保健と医療を一体とするシステムづくりが必要」などとする検証結果を発表した。同大医学部の浜田淳教授は「無料化が成功したのは、保健教育の徹底などの施策が併せて行われたから。高齢者や子どもの医療費を無料化する自治体が出てきているが、それだけではうまくいかない」と話している。

旧沢内村では、1960年から村内の国保沢内病院を外来受診した65歳以上の高齢者について医療費の無料化を開始し、61年には対象を乳児と60歳以上に拡大。隣接する旧湯田町と合併した2005年まで続けられた。

同村では当時、村内の地域ごとに住民から「保健委員」を選び、保健師とともに保健活動を行ったほか、住民への保健教育を徹底。国保沢内病院の副院

長を村の健康管理課長が兼務し、村の保健師は病院で勤務させるなど医療と保健の連携を図った。研究グループによると、こうした施策によって、老人の医療機関の受診率が増加しても、医療費の伸びはそれを下回り、国保被保険者1人当たりの医療費も大幅に低下したという。

近年、後期高齢者医療の自己負担分や子どもの医療費を無料化する自治体が出てきているが、研究グループの宇野裕・日本社会事業大専務理事は「非常に危険」と指摘。浜田教授は「無料化が過剰受診を生み出して過大な財政負担にならないか、コンビニ受診を誘発して医師の勤務をさらに過酷にしているか、慎重に検証する必要がある」としている。

（8/12MEDIFAXより）

医療による活性化で研究会／経産省

二階俊博経済産業相は8月11日の閣議後の記者会見で、医療サービスの拡充を通じて経済活性化を目指す「医療産業研究会」を発足させると発表した。

日本の高度な医療技術を、産業として活用する取り組みを強化。受診を目的に海外から来日する「医療ツーリズム」の拡大をはじめとする海外との連携や、エステなど健康関連サービスとの組み合わせで、新たな市場を生み出す方策を検討する。

9月上旬にも第1回会合を開き、来春には報告をとりまとめる予定。【共同】（8/12MEDIFAXより）

医師は引き下げ対象外に／人事院勧告

人事院は8月11日、2009年度の国家公務員平均年間給与の2.4%引き下げを国会と内閣に勧告した。ただ、国の医療施設に勤務する医師については、引き下げの対象としなかった。人事院は「勤務医確保が重要課題となっているため」としている。

（8/12MEDIFAXより）

教育的にフリーアクセス制限を／全国医師連盟が緊急提言

全国医師連盟は8月6日、「持続可能な医療体制を実現するための5つの緊急提言」を発表した。「勤務医の過剰労働は医師個人の志で維持できるレベルではない」とし、たとえ医療費が増大しても、仕事量が今のまま増大すれば労働環境は改善されないとし、教育的な手法を用いてフリーアクセスを制限すべきと主張している。

提言は①診療報酬は人的資源にかかる費用を重視

し、決定過程を透明化する②医療の需要を制限する緊急避難的な施策の検討③病床当たりの勤務医を大幅に増員し、労働環境の適法化に取り組む④医師を強制的に計画配置することは、医師の診療能力を低下させる⑤医療事故補償基金を創設し、患者救済を図る—の5項目。

「医療の需要を制限する施策」では、「小児の夜間診療や救急車の利用に当たっては、教育的な手法を用いてフリーアクセスを制限し、医療現場を維持・回復させるべき」としたほか、紹介状なしの高次病院受診の原則禁止などによって、不要不急の診療を減少させることが必要と主張した。

診療報酬に関しては、決定過程を検証可能なものとするために透明化することが求められるとした。「現在の診療報酬決定には、内容の妥当性と議論過程の透明性に疑問が残る」とも指摘した。

（8/7MEDIFAXより）

再診料の病診格差の是正は疑問／日医・藤原常任理事

日本医師会の藤原淳常任理事は、8月9日の中部医師会連合社会保険特別委員会で、中医協で議論した2008年度診療報酬改定の検証結果を基に次期改定の方向性を解説した。

再診料の外来管理加算については「5分要件」は想像以上に大きな経済的影響を受け、不満の声も大きいと指摘。「無理なエビデンスづくりによって要件を設定したことが大きな問題」とし、あらためて「5分要件」は不要とした。再診料について病院と診療所で格差をなくす方向で議論が進んでいることにも疑問を呈した。

小児科で新設した「小児入院医療管理料1」については、公立の大きな基幹病院への手当として評価できるとの見方を示す一方、医師数などの要件が厳しく、中小病院では算定しづらい現状を問題視。要件緩和による対象拡大が必要との見方を示した。

救急医療対策では、「救命救急入院料」を「3日以内」と「4-7日」に分けたことを「きめ細かな対応」と評価した。t-P A投与で算定できる「超急性期脳卒中加算」の新設については、届け出施設もすでに651施設に達するなど一定の意義があったと指摘。ただ、算定要件の緩和が求められるとの考えを示した。

「地域連携診療計画管理料」の対象疾患に「脳卒中」が追加されたことも評価した。ただ、前回改定で点

数が大幅に引き下げられた点に疑問を呈し、地域連携バスを今後、拡大させるためにも、インセンティブを与える点数設定が必要になると指摘した。

病院勤務医の負担軽減については、勤務状況がまだよいとは言えないとの見方を示す一方、「大変と言われている部分はどこなのか、しっかり見る必要がある」と指摘。「その上で、中医協で医療崩壊をどう理解するかという本質的な議論が行われるべきでありながら、行われていない」と述べた。

後発医薬品の使用促進については「国民を含めて信頼性がまだ不十分」とし、大学病院や公的病院などの大病院が率先して使用促進に取り組むことを提案した。療養担当規則にまで「後発医薬品の使用の考慮」が書き込まれたことは、医師にとって倫理綱領ともいべき療担の「品位を損なうことになった」と批判。安全性に疑問を持ったまま、投薬の内容を安易に変更される処方せん様式は改善すべきと主張した。

後発医薬品関連では静岡県医師会が東海北陸厚生局静岡事務所から、保険医療機関の指導を行う際に提出を求める「保険医療機関概況」の書式で「直近1カ月の後発医薬品の使用状況等」を報告する欄を追加する案が示されたことを同委員会に報告。こうした対応は「療担の変更に基づく」との説明があったという。他県からは、口頭で後発医薬品の使用状況について問われることはあっても、文書に記載することはないとの情報提供があり、静岡県医も同様に対応する意向を示した。(8/11MEDIFAXより)

10年度改定の最重点要望項目は10項目／日医・委員会

日本医師会の藤原淳常任理事は8月9日、名古屋市で開かれた中部医師会連合社会保険特別委員会医療保険をめぐる最近の中央情勢について報告し、日医の次期診療報酬改定に向けた取り組みなどを説明した。この中で、日医の社会保険診療報酬検討委員会が2009年3月、次期改定に向けて要望書をまとめたことに言及。最重点要望項目や優先要望項目を紹介し、具体的な改定につなげていくことに意欲を示した。

要望書に記載した最重点要望項目は10項目。▽初診料、再診料の適切な評価(引き上げ)▽外来管理加算の見直し(特に時間要件の廃止)▽入院基本料の適切な評価(引き上げ)▽救急医療・2次医療を担う地域中核病院(DPC病院を含む)や中小病院

への配慮▽後期高齢者診療料の廃止▽基本診療料に包括されている各種処置料の復活▽7種類以上の薬剤の投薬に係る薬剤料、処方料、処方せん料通減の廃止▽短期滞手術基本料3(DRG/PPS)の廃止▽特定疾患療養管理料の対象疾患の拡大・算定要件の見直し▽急性期病棟における介護(看護補助)加算の拡大と看護基準の柔軟な運用—を取り上げた。すでに厚生労働省にも提示し、改定作業を進める上で配慮を求めたという。

優先要望項目はさらに具体的な内容に踏み込み▽入院基本料等加算における救急搬送加算の新設▽精神病棟入院基本料の引き上げ▽有床診療所入院基本料の引き上げ▽小児入院医療管理料の増点▽有床診療所回復期リハビリテーション病室入院料の新設▽小児科外来診療料の引き上げと対象年齢の拡大▽在宅自己導尿指導管理料における「在宅排尿指導管理料」への名称変更と区分の追加▽長期処方を原則1カ月に制限する▽手術時に使用する医療材料・デイスポ製品の正当な評価▽体外照射「3 高エネルギー放射線治療」の点数引き上げ—の10項目を要望した。

藤原常任理事は、この中で特に長期処方の原則1カ月までの制限やデイスポ製品の評価は「影響が大きい」と指摘し、重要視する姿勢を示した。(8/11MEDIFAXより)

有床診の一般病床短期入所「活用を」／日医・三上常任理事

日本医師会の三上裕司常任理事は8月1日、熊本市で開かれた全国有床診療所連絡協議会総会で講演し、2009年度介護報酬改定で有床診療所の一般病床でも短期入所療養介護(ショートステイ)が算定できることになったことについて「特に要介護度の低い人については病院よりも高い点数となっている部分がある。活用してほしい」と訴えた。

有床診療所一般病床の短期入所の1日当たり報酬単価は、多床室で看護6対1、介護6対1の場合、要介護度1で827点(病院の介護療養病床では756点)、要介護度2で879点(同867点)など、要介護度の低い人の点数は病院と比べて高く設定されている。三上常任理事は「医療保険の一般・療養病床の入院基本料は病院と比べて低く設定されているが、ニーズは確実にある」と説明し、介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携による短期対応の重要性を訴えた。(8/4MEDIFAXより)

乳幼児加算の統一を要望へ／日医・竹嶋副会長

日本医師会の竹嶋康弘副会長は7月18日、次期診療報酬改定に向けて、乳幼児加算の統一を求めていく意向を示した。都内で開かれた関東甲信越医師会連合会医療保険部会で述べた。乳幼児加算については日本小児科医会などの要望もあり、基本診療料や医学管理料、在宅医療、検査、画像診断、投薬、注射を通じて統一化を図る方向で対応する考えを示した。ディスプレイ製品については、手術時に使用する医療材料・ディスプレイ製品についての評価を再検討する中で議論を広げていく方向性を示した。

同日の部会では、レセプト審査での被用者保険と国保の対応の違いを問題視する意見も出た。竹嶋副会長は「差異をなくすことは医療サービスを受ける側にとって、医療の透明性を高めることになる」と指摘。社会保険診療報酬支払基金が「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」を設置したことに触れ、同検討会の議論も見守りながら事態の改善を図っていく考えを示した。（7/22MEDIFAXより）

「救急搬送受応加算（仮称）」の新設要望へ／日病協

日本病院団体協議会は、救急車搬送患者の受け入れに対する診療報酬上の評価を求めていく方向で検討に入った。小山信彌議長（東邦大医学部心臓血管外科教授）が7月17日、取材に答えた。小山議長は「救急医療に対する診療報酬の評価はDPC病院だけでなく、非DPC病院への評価も重要な課題だ」とした上で、加盟団体から「救急搬送受応加算（仮称）」新設の要望を受け、検討を進めているとした。ただ、小山議長は、救急車搬送への評価とは別に、自家用車で受診した場合の評価の在り方や、救急患者の重症度を評価に反映させるのかどうかなど、「詰めるべき課題がまだ残っている」とも指摘した。8月の代表者会議で了承され次第、要望第2弾を厚生労働省に提出する方針としている。（7/21MEDIFAXより）

急性期病院との連携で評価を／慢性期医療協会、10年度改定の要望書

日本慢性期医療協会は7月16日付で、2010年度診療報酬改定に関する要望書を厚生労働省保険局医療課の佐藤敏信課長に提出した。慢性期医療機関が急性期医療機関と連携して患者を受け入れた場合などに、診療報酬で評価するよう求めた。

要望書では、慢性期病院が急性期病院から患者の新規紹介入院を受けた場合、「急性期受託加算」として入院後1カ月間は1日300点、2カ月目は1日100点を算定することを要望。慢性期病院の医師が、急性期病院に入院中の患者を転院促進などのために訪問した場合は、転院1回につき1000点、看護師の場合は500点を付けるとした。

医療区分については、区分ごとの重症（重度）加算を要望。医療区分Iで重度加算の対象とすべき病態項目として▽重度意識障害（JCS100以上）▽がんターミナル（余命1カ月以上）▽全麻手術後1カ月以内などを挙げ、これらに該当する場合は1日200点の重度加算を求めた。医療区分の改善・維持についても評価を求めている。（7/22MEDIFAXより）

中医協委員、対馬氏の後任に白川氏／健保連が方針

健保連は7月17日、都内で定時総会を開き、政策担当の常務理事に白川修二・元東芝健康保険組合理事長を充てる役員人事を承認した。対馬忠明専務理事は総会で、9月で任期切れとなる中医協委員について、後任に白川氏を充てる考えを示した。（7/21MEDIFAXより）

米国民「保険業界の人質」／オバマ氏、抵抗勢力に反攻

オバマ米大統領は8月11日、ニューハンプシャー州での対話集会で、焦点の医療保険改革に反対する保険業界や保守派が、既得権益を守るため虚偽情報を流して世論をミスリードしていると非難。多額の補助金を受給する同業界は不当な巨利を得ているとして「米国民は保険会社の人質だ」と述べるなど、従来にない激しさで“抵抗勢力”の切り崩しに攻勢を強めた。

オバマ政権は公的保険の導入と希望者全員の保険加入を目指しているが、保守派は「政府が介入すれば医療の選択肢が狭まる」と反対。民主党議員が開く対話集会で厳しい質問を連発し、電子メールやテレビCMで宣伝戦を展開している。

オバマ氏は「改革で高齢者医療の質が低下する」とのデマが出回っていると指摘。特定の利益団体が政治力を駆使し「現実の法案とは似ても似つかない不正確な内容」を流布して「米国民を脅し、道を誤らせる」と警告した。

また、現行制度では保険業界に1770億ドル（約17

兆円)の無駄な補助金が流入していると批判。加入者の病状悪化などを理由にした保険金支払いの停止が横行して「保険会社だけが利益を得ている」と述べた。【ワシントン共同】(8/13MEDIFAXより)

介護保険編

要介護認定の修正版テキストを送付／厚労省

厚生労働省老健局は8月7日、10月1日から要介護認定に使用予定の「認定調査員テキスト」と「介護認定審査会委員テキスト」を都道府県に事務連絡した。

厚労省は、修正を加えた認定調査員テキストと認定審査会委員テキストが完成し次第、関係通知と併せて送付し、ブロック研修やDVD配布、インターネット配信などによって自治体などに周知する予定としている。

修正版認定調査員テキストによる要介護判定が10月1日から始まった場合、それ以降に認定を申請する更新申請者は経過措置適用外となる。2009年4-9月に認定を受け、判定結果が自分の状態に合っていないと考える新規申請者は、「要支援1」以上の場合は区分変更申請や不服申請で、「非該当」の場合は再審査などで対応するとしている。

(7/29、8/11MEDIFAXより)

経過措置適用前はさらに軽度化／要介護認定で厚労省調査

厚生労働省老健局が7月28日に発表した要介護認定状況の調査結果によると、2009年4月の新方式導入後、経過措置の適用前に「非該当」の判定を受けていた申請者の割合が前年の倍以上に増えるなど、判定結果が軽度化していたことが分かった。厚労省が、同日開いた「第3回要介護認定の見直しに係る検証・検討会」で報告した。

09年では、経過措置適用前の2次判定結果で「非該当」となっていた更新申請者の割合は1.6%で、前年の4倍だった。経過措置適用前に「前回より軽度に判定された」更新申請者は19.5%で、前年から7.0ポイント増加。05年以降で最も多かった。要支援1-要介護1の「軽度」の判定を受けた更新申請者は53.1%で、前年から4.0ポイント増加。要支援1が

17.2%（前年比3.4ポイント増）、要支援2が15.7%（同2.3ポイント減）、要介護1が18.6%（同1.7ポイント増）だった。

更新申請者と新規申請者を合わせた全体では、経過措置適用前の2次判定結果で「非該当」だった申請者は2.4%（前年比1.5ポイント増）だった。要支援1が17.8%（同3.5ポイント増）、要支援2が14.4%（同2.6ポイント減）、要介護1が19.0%（同1.7ポイント増）だった。(7/30MEDIFAXより)

調査員研修、重点的に説明するほど軽度化／要介護認定の自治体調査

厚生労働省老健局が7月28日の「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」で発表した要介護認定の新方式の実施状況に関する調査によると、新方式での認定調査員研修を実施し、各調査項目の定義などを重点的に説明した自治体ほど、1次判定での要介護度が軽度に判定されていることが分かった。厚労省は「認定調査員に対する研修を重点的にするほど、軽度に判定される可能性が高いといえる」としており、「認定調査員テキスト」の見直しが要介護認定の軽度化につながった可能性もある。

(7/30MEDIFAXより)

要介護認定、1次判定で軽度化の傾向／厚生労働省

厚生労働省は7月13日、要介護認定の見直しに係る検証・検討会（座長＝田中滋・慶応大教授）で要介護認定状況の調査結果（第1次集計）を発表した。新方式導入後の1次判定では、更新申請者と新規申請者を合わせた全体で、「非該当」から「要介護1」までの軽度の認定者が増加する傾向が見られた。

2005-09年の間で4月と5月に申請し、各年5月までに審査判定を行った要介護認定申請者のうち全国の自治体から厚生労働省に報告のあったものについて集計した。1492の自治体から報告があり、集計対象申請者数は23万6435件だった。

09年の更新申請者と新規申請者を合わせた全体では、1次判定で非該当-要介護1の軽度の判定を受けた申請者は57.3%だった。前年と比べて3.5ポイント増加していた。全体として1次判定で軽度者が増加する傾向が見られたことに関して、厚労省は「織り込み済み」とする見方を示した。要介護4と要介護5の合計は19.7%で、前年と同じだった。

2次判定後の要介護度区分の割合は、全体として

は前年度から大きく変化していないとしているが、更新申請者に関しては経過措置適用後の情報を使用している。

1次判定と2次判定で要介護度が変わった申請者の割合は、「重度変更された」が27.1%で前年から6.7ポイント増加。「変わらない」が68.0%で前年より4.2ポイント減少、「軽度変更された」が5.0%で前年より2.4ポイント減少していた。

新規申請者の09年の2次判定結果では、非該当－要介護1の判定を受けた人が64.5%で、前年から3.6ポイント増加していた。2次判定で1次判定の結果が変わった人の割合は、「変わらない」が82.1%（前年度比7.5ポイント増）で最も多く、「重度変更された」が14.4%（同2.5ポイント減）、「軽度変更された」が3.5%（同5.0ポイント減）だった。

（7/14MEDIFAXより）

介護施設開設の助成事業、対象経費などを通知／厚労省

厚生労働省老健局がこのほど発出した「介護職員処遇改善等臨時特例基金管理運営要領」の局長通知では、介護施設を開設するため土地の定期借地権を設定した場合の一時金を助成する「定期借地権利用による整備促進特別対策事業」と、施設開設の準備経費を助成する「施設開設準備経費助成特別対策事業」の、助成対象となる経費などを示している。補助金の交付は、自治体などと調整し、秋頃に開始する予定としている。（8/11MEDIFAXより）

介護療養でのサービス受給、依然減少／08年度介護給付費実態調査

厚生労働省が7月30日に発表した「2008年度介護給付費実態調査結果の概況」によると、介護予防サービスか介護サービスのいずれかを08年度に一度でも受けた受給者数は451万6400人で、過去最高だったことが分かった。一方、介護療養型医療施設でサービスを受けた受給者数は、前年度に引き続き減少していた。

08年5月審査分から09年4月審査分までの介護給付費の状況などを調べた。

08年度に介護サービスを受けた人は367万300人で、前年度から4万200人増加していた。介護予防サービスは109万9700人で、前年度より5万5200人増加していた。一方、介護療養型医療施設で介護サービスを受けた人は15万9200人で、前年度から1万5600

人減少していた。

医療機関で短期入所療養介護のサービスを受けた人は1万3700人で、前年度から1700人減少。医療機関で介護予防短期入所療養介護のサービスを受けた人は500人で前年度から100人減少していた。

（7/31MEDIFAXより）

介護療養の人員費率60.4%／08年度介護労働安定センター調査

介護労働安定センターが7月31日に発表した「2008年度介護労働実態調査の結果報告書」によると、介護療養型医療施設の1施設当たり月額事業収支（08年9月）は収入3385万8000円、費用3312万6000円だった。費用に占める人員費の割合は60.4%だった。

ほかの介護施設の事業収支は、介護老人保健施設では収入が5024万7000円、費用が4455万1000円。介護老人福祉施設は収入4328万8000円、費用3763万円など。全介護事業所の平均は事業収入が1480万円で、事業費用が1338万3000円だった。

介護サービスを運営する上での問題点（複数回答）として「今の介護報酬では、人材の確保・定着のために十分な賃金を払えない」と答えた事業所は71.6%で、前年に引き続き最も多かった。サービス種別では、介護老人保健施設の79.7%、介護老人福祉施設の76.3%、介護療養型医療施設の68.8%がこの点を問題に挙げた。「職員の定着率が低く困っている」と回答した事業所のうち、8割が「十分な賃金を払えない」とした。

07年10月－08年9月の介護労働者の採用率は22.6%、離職率は18.7%だった。従業員数が十分でないと回答した事業所は全体の63.0%で、「大いに不足」が7.5%、「不足」が21.4%、「やや不足」が34.1%だった。「適当」と回答した事業所が36.5%、「過剰」と回答した事業所は0.5%だった。

（8/3MEDIFAXより）

介護基盤やスプリンクラーの緊急整備で交付要綱／厚労省

厚生労働省は7月15日までに、2009年度補正予算に盛り込んだ「介護基盤緊急整備等臨時特例交付金」の交付要綱をまとめた事務次官通知を都道府県に送付した。介護施設の緊急整備や既存施設でのスプリンクラー整備を支援するのが目的で、都道府県に基金を造成し交付する。

都道府県は今年9月末までに、交付申請額や基金造成事業計画書を示した交付申請を行う必要がある。厚労省は近日中に、助成単価や基金の管理運営要領などを通知する予定だ。

通知では、基金への交付決定は交付申請書が到達した日から原則として1カ月以内に行うとした。このほか、基金の収入・支出などを示した調書の作成など交付条件を提示。交付を受けた都道府県は、事業完了後1カ月以内か、10年4月9日までのいずれか早い日までに実績報告書を提出することも明記した。(7/16MEDIFAXより)

京都編

第2回あんしん医療制度研究会を開く／京都府

1月27日に全国知事会に提案した国民健康保険の一元化や診療報酬決定権限委譲を含む「住民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」(以下、京都府提案)を受け、京都府が今年度予算化した「あんしん医療制度構築共同検討事業」による、「あんしん医療制度研究会」の第2回となる会合が7月14日、開かれた。会議の進行は座長である今中雄一委員(京都大学大学院医学研究科)、事務局からの報告は京都府の池上医療企画課長が行った。

今回の研究会は、京都府からレセプトデータを用いた分析のフレームが示されると共に、委員ならびに外部有識者からの報告が行われた。

事務局である府の池上課長が「調査研究のフレーム案」を説明した。フレームは、①「疾病構造・医療資源に関する調査研究」について②市町村国保に関する調査研究③都道府県の保健医療政策に関する調査研究—の3つの柱に整理された。

このうち、①は、レセプトデータの活用が大きな特徴。レセプトデータを用いた分析は、傷病名データを用いて受療率等を分析可能。患者の住所データを用いて、市町村単位で患者数を把握できる、医療費データを用いて、年齢別地域別の1人当たり医療費を分析可能。行政データよりも統計誤差が生じにくいとした。この研究で、患者の受診行動の状況や、疾病構造の分析、医療資源の分析等を行い、疾病別・事業分野別の望ましい医療提供体制を検討するとし

た、合わせて、医療費と医療資源の関係も分析する。

②については、将来における各市町村の国保保険料や、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も推計する。

以上の分析結果を踏まえ、③にあたる、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について検討するとした。

また、この日の研究会では委員及び外部有識者からの報告があり、京都府医師会副会長の安達秀樹氏、福知山はなみずきの会の掃部修平氏、関西大学政策創造学部教授の一圓光弥氏の3人が報告した。

(資料は資料編・24ページを参照)

調査・データ編

社会医療法人、7月末で58法人に／厚労省・指導課まとめ

厚生労働省医政局指導課によると、7月末時点で社会医療法人の認定数が58法人になった。4月以降は22法人。7月には群馬県と和歌山県でそれぞれ第1号の社会医療法人が誕生している。2008年4月に施行された社会医療法人制度は、北海道での認定を皮切りに、30都道府県・大臣所管1件の58法人(61病院・1診療所)になる。都道府県別では、大阪府が8法人(11病院)で最も多く、次いで北海道の4法人(4病院)、愛知県、京都府、島根県、福岡県がそれぞれ3法人(合計12病院)となっており、全体的に西高東低の傾向となっている。

(8/13MEDIFAXより)

呼吸器専門医数の都道府県格差は最大6.1倍 ／呼吸器学会が調査

都道府県別の呼吸器専門医数の格差は最大で6.1倍に達し、内科医数の2.9倍を大きく上回ることが、日本呼吸器学会(貫和敏博理事長)の将来計画委員会が実施した調査で分かった。呼吸器科医数でも3.9倍の格差があり、呼吸器診療の地域格差解消が喫緊の課題となっている状況が浮き彫りになった。

病院関係者から呼吸器診療に携わる医師不足が顕著になっているとの指摘を受け、将来計画委員会は呼吸器科医を増やす方策の検討に着手。基礎的デー

タを得る目的で「呼吸器内科診療の実態と問題点」をテーマにアンケート調査を行った。調査対象は、標榜科に内科を含む全国5620病院から“完全療養型”と大学病院を除き無作為抽出した3000病院。調査期間は2007年2 - 7月。調査対象の41.1%に相当する1232病院から回収した調査票を解析対象とした。

各科の10床当たりの医師数は全国平均で内科医が0.83人、呼吸器科医が0.50人、呼吸器専門医が0.21人だった。都道府県別に見るとバラツキが大きく、内科医は静岡の1.34人から長野の0.47人まで2.9倍の格差があった。呼吸器科医は、沖縄の0.81人から宮崎の0.21人まで3.9倍の格差。呼吸器専門医は鹿児島島の0.43から宮崎の0.07人まで格差は6.1倍あった。（8/12MEDIFAXより）

4 - 6 割がり八算定上限後も継続／慢性期協会調査

8月10日の中医協・慢性期入院医療の包括評価調査分科会で、武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）は協会施設を対象に実施した維持期リハビリテーションに関するアンケートなどの調査結果を報告した。リハビリ対象患者のうち、標準的算定日数を超えてリハビリを継続した患者は4 - 6割程度に上っていた。

2009年1 - 6月の状況を821施設を対象に実施し、264施設から回答があった。標準的算定日数を超えてリハビリを継続した患者の割合は、「脳血管疾患等リハビリ」で59.2%、「呼吸器リハビリ」で40.2%、「運動器リハビリ」で36.9%だった。算定日数内に終了した患者の割合は「脳血管疾患等リハビリ」で16.9%、「呼吸器リハビリ」で15.5%、「運動器リハビリ」で28.7%。

標準的算定日数を超えて継続できなかった理由（複数回答）は「治療を継続すると回復は見込まれるが算定できないため」42.3%、「治療を継続しても回復が見込まれないため」40.7%、「リハビリスタッフ不足のため」37.0%など。

また、08年10月 - 今年3月に医療療養病床で3か月以上入院した患者に関する医療区分の変化に関する調査では、医療区分が悪化した患者が軽快となった患者を上回った施設が40.1%、軽快患者が悪化した患者を上回った施設が37.3%と拮抗していた。（8/11MEDIFAXより）

日数補正後の伸び率2.2%増／08年度「医療費の動向」を公表

厚生労働省は7月17日、2008年度の「医療費の動向」を公表した。医療費の総計は34.1兆円で、前年度から約6000億円増加し、医療費の伸び率は1.9%となった。今回から休日数の影響を補正した医療費総額の伸び率も示され、稼働日数補正後の伸び率は2.2%だった。保険局調査課は稼働日数補正後の伸び率を前提に、0.82%の引き下げだった08年4月の診療報酬改定の影響を考慮すれば、医療費の伸び率は3.02%になると指摘。おおむね従来と同水準の3%台で推移したとしている。

稼働日数補正後の伸び率では、医療費総額に対する休日数などの影響を補正した。調査課では09年1月の中医協・診療報酬基本問題小委員会でも出された要望に応え、稼働日数補正後の伸び率を示すことにした。

診療種類別の医療費の伸び率については、医科の入院が1.9%、入院外が0.2%だった。特に入院外は前年度の1.8%から大きく減少した。このほか、歯科は2.6%、調剤5.3%の伸び率で、歯科が前年度0.2%減から増加する一方、調剤は前年度8.9%から大きな減少傾向を示した。稼働日数補正後の伸び率を見ると、入院が2.2%、入院外が0.6%となっている。

また、1日当たりの医療費は3.2%の伸び率だった。延べ患者数に相当する受診延べ日数は1.3%減だった。受診延べ日数の伸び率は05年度以降、0.3%減、0.7%減、0.9%減、1.3%減と推移している。受診延べ日数は減少傾向を示しているが、1日当たりの医療費が増加しているため、医療費総額は増加傾向にある。（7/21MEDIFAXより）

受診抑制による重症化を懸念／日医、08年度「医療費の動向」を分析

日本医師会の中川俊男常任理事は8月5日の定例会見で、2008年度診療報酬改定で医科本体がプラスとなったほか、診療所から病院への財源移転が行われたにもかかわらず、08年度「医療費の動向」で示された病院医療費は想定されたほど伸びていなかったとした上で「原因は受診延べ日数の減少にある」と指摘し、受診抑制によって患者の重症化が進むことに強い懸念を表明した。

中川常任理事は「医療費の動向」の数値を用いて、病院と診療所についてそれぞれ08年度改定を検証。病院医療費は、自然増のほか医科本体のプラス改定

や財源移転などによって前年度比2.5%増となるはずが実際には1.4%増にとどまり、診療所医療費も自然増などで前年度比0.7%増が見込まれながら0.3%増だったとの推計を示した。

医療費は「1日当たり医療費×受診延べ日数」で求められるとし、「1日当たり医療費を決める診療報酬はプラス改定だったにもかかわらず、受診延べ日数の減少でプラス改定の効果を十分に確保できなかった」と説明。受診延べ日数は、入院では平均在院日数の短縮化、入院外では長期投薬や受診抑制で減少するとし「特に受診抑制による患者の重症化が懸念される」と述べた。患者の重症化が表面化するまでには一定の時間を要するとも指摘し、早急な取り組みを促した。(8/6MEDIFAXより)

社会医療調査WGが議論開始／メディアスとの乖離で

社会医療診療行為別調査とメディアスの1日当たり伸び率(前年同月比)に大幅な乖離があった原因を分析する「社会医療診療行為別調査の検証等に関するワーキンググループ(WG)」の議論が始まった。8月5日の中医協・診療報酬基本問題小委員会で、WGの座長を務める白石小百合委員(横浜市立大教授、中医協公益委員)が、議論の様子を報告した。

初回の会合は7月30日に開いた。社会医療診療行為別調査の医科入院外の1日当たり伸び率が高い原因は「処置」が大きく増加したためとの認識で一致したほか、処置が増加した背景として、人工透析を実施している内科診療所が多く調査客体として抽出されていたことも確認したという。

白石委員は「処置について、さらに検討を進めたい。特別集計も試みたい」と述べ、人工透析の内科診療所が多い実態を補正した上で、集計し直す意向を示した。厚生労働省保険局医療課によると、補正後の集計データを診療報酬改定の資料として活用できるかどうかについては診療報酬基本問題小委に諮ることになる。(8/6MEDIFAXより)

協会けんぽ08年度決算、2年連続赤字／厚労省、政管健保と通算で

厚生労働省は8月4日、政府管掌健康保険と全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)を通算した2008年度の単年度収支決算の概要を公表した。08年10月以降、協会けんぽが政管健保の事業を受け継いだことから08年度決算については両者を通算し、

一体的に取り扱った。医療分は2290億円の赤字で、2年連続の赤字決算となった。介護分も248億円の赤字を計上。全体では2538億円の赤字で、単年度赤字決算は07年度に引き続き2年連続となった。

収支全体を見ると、収入の7兆7029億円に対し、支出は7兆9567億円。2538億円の赤字は前年度から1186億円悪化した。

医療分については、収入7兆1357億円で前年度比305億円の増収だった。被保険者数は03年度以来5年ぶりに減少し、平均賞与月数も減少しているが、国庫補助が9093億円で前年度から892億円増加したことによる。

一方、支出は7兆3647億円で前年度比1205億円の増加。うち保険給付費は4兆3375億円で、被保険者1人当たり保険給付費が増加したこともあり、前年度から692億円増加した。医療分の赤字は2290億円で、07年度に引き続き2年連続。赤字は前年度比900億円の悪化となった。(8/5MEDIFAXより)

国病機構、5期連続で経常収支黒字／08年度業績評価

厚生労働省の独立行政法人評価委員会国立病院部会は8月3日、国立病院機構の2008年度業務実績評価の個別評価(自己評価)を審議した。同機構の病院ネットワークを生かした臨床研究事業やクリティカルパスの活用などを評価し、全14の個別評価項目中、「S」評価が6項目、「A」評価が8項目で、「B」評価以下はなかった。

純利益は約300億円(前年度比約61億円増)で、経常収支は5期連続黒字となった。診療報酬改定による医科点数の引き上げや平均在院日数の短縮が経営改善の要因と分析している。同部会は26日に08年度の総合評価と、第1期中期計画(04-08年度)の総合評価をまとめる予定だ。(8/4MEDIFAXより)

6月の医療機関倒産は6件／09年累計は33件、08年の年間数に迫る

帝国データバンクの全国企業倒産集計によると、6月の医療機関の倒産は全国で6件(負債額15億7000万円)だった。2009年1-6月の累計は33件で、08年1年間の倒産件数35件に迫っている。09年の負債額の累計は197億3000万円で、08年1年間の累計負債額182億2400万円を超えた。

(7/17MEDIFAXより)

オンライン請求未移行は725病院／6月請求分、厚労省

厚生労働省保険局は7月15日、2009年度からオンライン請求義務化の対象となった病院のうち、猶予対象となっている病院の6月請求分の準備状況を公表した。社会保険診療報酬支払基金分の調査によると、4月に義務化期限を迎え、かつオンライン請求に移行できていない病院は725病院で、前月請求分より391病院減少した。厚労省は「オンライン請求の準備が特に遅れている病院・薬局数が着実に減少してきている」（保険局総務課）としている。（7/16MEDIFAXより）

就業看護師、2年で6万5210人増加／准看護師は減少

2008年末時点の就業看護師数は87万7182人で、過去最高だった06年より6万5210人増加したことが7月17日、厚生労働省が発表した08年「保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）結果（就業医療関係者）の概況」で分かった。看護師が増加傾向にある一方で、准看護師は2年前より7107人減少し、37万5042人だった。（7/21MEDIFAXより）

療養型老健、1年経過も32施設／厚労省「今後の増加に期待」

療養病床再編の受け皿施設として2008年5月に創設した「介護療養型老人保健施設」について、7月15日までに自治体から厚生労働省に報告のあった施設数は全国で32施設にとどまっていることが分かった。転換の対象となる介護療養型医療施設は全国で約2600施設。関係者からは「転換数が少ない」との声も上がっているが、厚労省は今年度の介護報酬改定の影響で、今後、転換のペースは上がる可能性があるとしている。（7/16MEDIFAXより）

特定健診受診率、国保で3割下回る／08年度

2008年度の市町村国保の特定健診受診率は全国平均で28.3%にとどまることが、国保中央会の集計で分かった。国は12年度までに国保の受診率を65%とする目標を掲げているが、初年度は平均で目標の半分を下回った。

国保中央会によると、加入者のうち40～74歳で特定健診の対象となったのは、全国で約2391万人。このうち、09年3月末までに受診したのは約677万人にとどまった。

受診率を都道府県別に見ると、最も高かったのは宮城の43.71%で、富山の39.58%、東京の38.84%と続いた。一方、最も低かったのは広島で16.07%。和歌山が16.26%、北海道が19.55%と3自治体で2割を切った。

国保中央会の田中一哉理事は「健診をやるための環境整備がどれだけできていたか。周知が十分できていないまま走り出してしまった」と話し、実施体制の不備と対象者への周知不足を原因に挙げている。（7/29MEDIFAXより）

被保険者の特定健診受診率35.9%／08年度協会けんぽ、目標下回る

全国健康保険協会は7月14日の運営委員会で、2008年度の特定健診・保健指導の実施状況（速報値）を報告した。特定健診項目を含む生活習慣病予防健診の被保険者の受診率は35.9%、被扶養者の特定健診受診率は11.2%で、いずれも旧政管健保で掲げた5カ年計画の昨年度目標を大きく下回った。

旧政管健保では、5年後の12年度に特定健診の実施率70%、特定保健指導の6カ月後の評価実施率45%を達成することを目標に各年度の目標を掲げている。08年度の目標値は特定健診は被保険者60%（事業主健診からの情報提供20%分を含む）、被扶養者40.0%、特定保健指導は被保険者28.2%、被扶養者20.0%としていた。

特定健診の実施率が目標を下回った理由として同協会は、被保険者については事業主健診からの情報提供がほとんどなかったこと、被扶養者については特定健診の本格的な実施が昨年7月頃にずれ込んだことなどを要因に挙げている。

特定保健指導の実施率は被保険者0.9%（初回面談実施率9.4%）、被扶養者は初回面談実施率が0.3%で、6カ月後評価実施率は算出できなかった。特定健診の実施時期が遅れたことが主な要因としている。（7/16MEDIFAXより）

平均寿命の記録更新／08年簡易生命表

2008年の平均寿命が男子は79.29年、女子は86.05年で、いずれも過去最高を記録したことが7月16日、厚生労働省が発表した「08年簡易生命表」で分かった。前年を男子が0.10年、女子が0.06年上回り、男女共に3年連続の記録更新となった。医療水準の向上や生活習慣の改善などにより、3大死因（がん、心疾患、脳血管疾患）で死亡する人の割合が減少する

と予測されることが影響している。

将来3大死因で亡くなると予測されるのは男子55.14%（前年比0.43ポイント減）、女子52.36%（同0.66ポイント減）でいずれも減少していた。0歳時点で予測される将来の死因は、男女とも1位はがんで、男子は心疾患、肺炎、脳血管疾患、女子は心疾患、脳血管疾患、肺炎の順だった。

3大死因を克服した場合、平均寿命は男子8.10年、女子7.00年伸びる。国や地域別の平均寿命の比較を見ると、日本の男子はアイスランド（79.6年）、スイス、中国香港（ともに79.4年）に続き3位。女子は1位で、2位は中国香港（85.5年）、3位はフランス（84.3年）だった。

男子の平均余命は、0歳から70歳以下では前年より長くなっていましたが、80歳以上では前年よりも短くなっていました。女子の平均余命は、90歳台以外のすべての年齢で前年より長くなっていました。

（7/17MEDIFAXより）



要介護認定、基準見直しで声明発表／保団連

保団連は8月4日、「新要介護認定基準の修正だけで済ませてはならない」と題した声明を発表した。修正を加えた認定基準による要介護認定を10月から開始することが、7月28日の「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」で決定したことを受け、10月までに認定を受ける新規申請者への対応などを求めている。

声明では、10月までに要介護認定を受ける新規申請者が軽度に判定されないような対策を早急にとることや、10月以降も経過措置を終了しないことなどを要求。さらに、これらの対応が実施できない場合は、新方式での要介護認定を即時中止し、当面は従来の方式での要介護認定に戻すことを要求している。

認定基準の見直しだけでなく、▽1次判定と2次

判定を含めた要介護認定のシステム全体に対する総合的な検証と見直しを行う▽認定者の割合を自治体に指導しない▽審査会委員の関与を減らすような制度改正をしない—ことなども強く要求している。

（8/5MEDIFAXより）

県内3会場で映画「シッコ」上映会開催／ゼロの会・神奈川

神奈川県保険医協会・ゼロの会は、7月10～12日、医療ドキュメンタリー映画『シッコ』の上映会を開催した。横須賀市（63人）、横浜市旭区（101人）、平塚市（62人）の県内3会場で上映し、合計で226人が参加。アンケート回収率も76.9%と高く、うち87.4%が「大変良かった」「良かった」と回答するなど、窓口負担や医療・社会保障のあり方を再考する機会として好評を得ている。神奈川協会・「ゼロの会」としての「シッコ」上映は、県内9ヵ所と、対談・講演企画での2回を合わせて11回となり、参加者累計も1500人を超えた。神奈川協会では、今後もミニ集会規模での「シッコ」上映運動を継続し、関係団体や市民団体等での“映画鑑賞&意見交換”会（出前上映会）の開催を呼びかけていく予定。

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

あんしん医療制度研究会（第2回）資料（抜粋）

京都府 2009年7月14日

7月14日に京都府が開いた「あんしん医療制度研究会（第2回）」の配布資料のうち、府提案部分を掲載。同研究会は、京都府が1月27日に全国知事会に提案した、国民健康保険の一元化や診療報酬決定権限委譲を含む提案に関わって開催されているもの。

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	座長
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	京都府病院協会	会長	
笹田 昌孝	滋賀県立成人病センター	総長	座長代理
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	
真鍋 克次郎	京都私立病院協会	会長	
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 謙雄	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2回）次第

日時 平成21年7月14日（火）
午後2時～5時
場所 ルビノ京都堀川 ひえい

- 1 開 会
- 2 あいさつ
- 3 議 題
 - (1) 調査研究フレームについて
 - (2) 委員及び外部識者からの報告について
 - ① 京都府医師会から見た医療の現状
安達 秀樹 氏
京都府医師会副会長
 - ② 医療に求めるもの
福知山はなみずきの会
福知山 修平 氏
福知山はなみずきの会
福知山 修平 氏
 - ③ 医療保険制度のあり方
関西大学政策創造学部教授 一圓 光彌 氏（研究会委員）
- 4 閉 会

《配付資料》

- ・資料1-1 調査研究の主要フレーム案（事務局）
- ・資料1-2 京都府内の医療等に関する追加資料
- ・資料2 日本の医療費の使われ方（安達秀樹氏）
- ・資料3 私が受けてきた医療の安心と不安（掃部修平氏）
- ・資料4 医療保険制度のあり方（一圓光彌氏）

資料1-1

あんしん医療制度研究会
～調査研究の主要フレーム案～

平成21年7月14日

1

調査研究項目<第1回資料より>

- (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、疾病構造の分析、医療資源の分析
 - 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、必要な医療資源の分析、医療資源と医療費の関係の分析
- (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)
- (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

2

レセプトデータを用いた分析について

- ◆ レセプトデータの種類の種類
 - レセプト個票データ
患者の属性(年齢、性別、住所など)、医療機関の属性(病名、医療費(診療、食事療養など)、その他(支払い関係情報))
 - レセプト受付データ
患者の属性(年齢など)、医療機関の属性(病名、医療内容(処置、医療機器、調剤内容など)、医療費(診療、食事療養など)、その他(支払い関係情報))
- ※ 両方のデータにおいて、すべてのレセプトはカバーされていない。
- ◆ レセプトデータを用いた分析の特徴
 - 患者名データを用いて疾病別に受療率などを分析可能
・複数の病名がある場合に取り扱いに留意が必要
 - 患者の住所データを用いて市町村単位で患者数などを分析可能
 - 医療費データを用いて年齢別地域別の一人あたり医療費などを分析可能
 - 行政統計よりもデータが豊富で統計的誤差が生じにくい
・例えば、患者調査は、入院は1年のうち1ヶ月間、外来は1年のうち1日のみの調査

3

(1)ア 患者の受診行動の状況について

- ◆ 市町村および二次医療圏を越える患者の受療行動状況
 - 患者の移動状況について、以下を分析
 - ①市町村域を越える割合
 - ②二次医療圏域を越える割合
 - 分析は、以下の疾病等に着目して実施
 - ・脳卒中・急性心筋梗塞・がん
 - ・糖尿病・小児・周産期、分娩 など
 - レセプトデータ及び患者調査を利用

4

(1)ア 疾病構造の分析について

◆ 疾患別入院人口割合

- 地域内の疾患別入院患者数を人口で割ったもの
- 地域：二次医療圏
- データ：患者調査など

(疾患別入院人口割合のイメージ)

	二次医療圏	
	丹後	中丹
脳卒中		...
急性心筋梗塞		
糖尿病		
消化器		
肺・胸郭		
婦人科		
乳房		
その他		

7

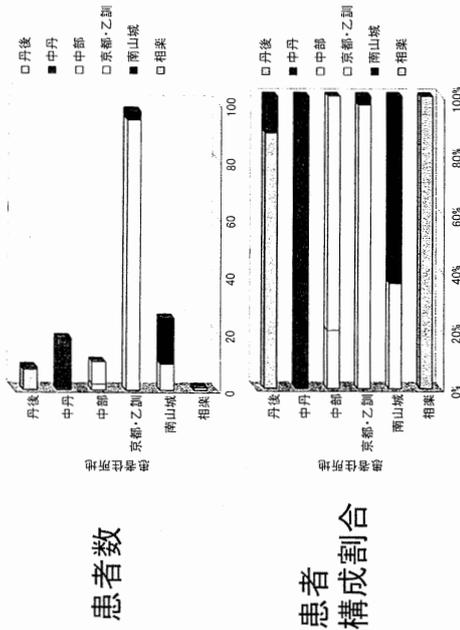
◆ 死因別死亡率

- 地域内の死因別死亡数を人口で割ったもの
- 地域：二次医療圏、市町村
- データ：人口動態統計など

(分析のイメージ)

【神経系疾患】

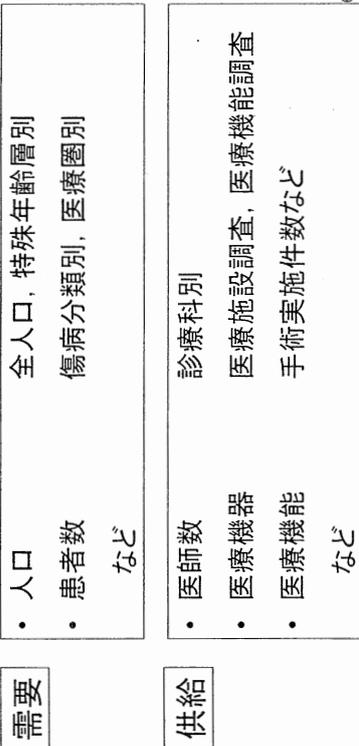
2002年



5

(1)ア 患者の受診行動の状況について②

◆ 二次医療圏域ごとの疾病動向と対応できる医師・医療機器等の関係



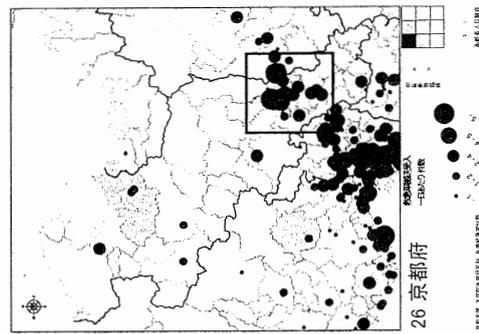
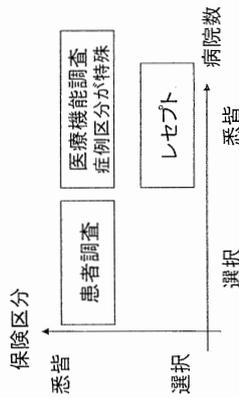
6

(1)ア 医療資源の分析について

◆ 医療機関が対応した疾病等別患者数

- 疾患等別に医療資源の状況を地図上に図示
- ・ 脳卒中・急性心筋梗塞
- ・ 救急車搬送受入 など

- データは以下の組み合わせ



8

(1)イ 必要な医療資源の分析について 医療資源と医療費の関係の分析について

◆ 必要な医療資源の分析

- 医療機関へのアクセス時間の重要性や患者の二次医療圏を越えた移動の状況等を踏まえ、望ましい医療提供体制のあり方を検討



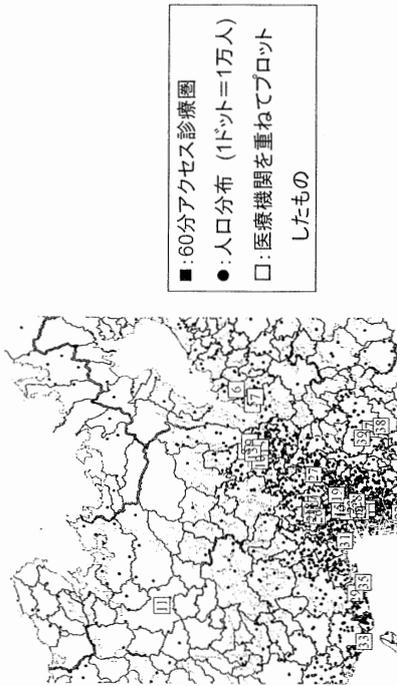
◆ 医療資源と医療費の関係の分析

- 地域(市町村・二次医療圏)ごとに疾病別の一人あたり医療費(全人口、患者)を算出し、医療資源や保健事業等が医療費に与える影響等を分析
- レセプトデータを利用

(1)ア 医療資源の分析について②

◆ 医療機関へのアクセス所要時間

- 発症から治療までの時間が問題となる疾患を中心
- 医療機関への到着に時間を要する地域や人口のカバー割合を分析



(1)イ 健診等の効果の分析

◆ 分析の視点

- 全国・京都府内の好事例の収集
- 保健事業の効果に関するデータの収集

◆ 分析の手法

- 過去の研究成果の収集・分析を基本とする
- ※ 特定健診・特定保健指導は昨年度からの実施

◆ 分析内容のイメージ

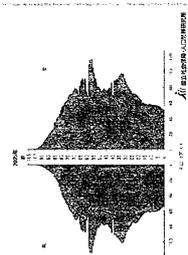
- 好事例の収集
 - ・健診 ・知識の普及 ・実践活動 ・相談支援
 - ・取組体制 など
- データの収集
 - ・健康作り活動への住民参加と健診受診率の関係
 - ・保健師数等取組状況と地域住民の健康度の変化、地域医療費への影響 など

(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

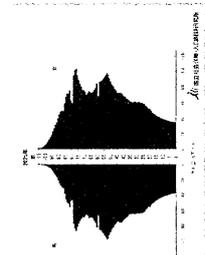
◆ 試算1 年齢別人口の変化を踏まえた将来の医療費推計

2005年

1. 将来の人口推移は、国立社会保険・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口』を利用する。
2. 一人あたり医療費は、単年度のレセプトを利用し、算出する。
3. 現在の年齢階層別一人あたり医療費が変わらないと仮定し、年齢階層別人口のみが変化するとして、2025年における医療費を予想する。



2025年

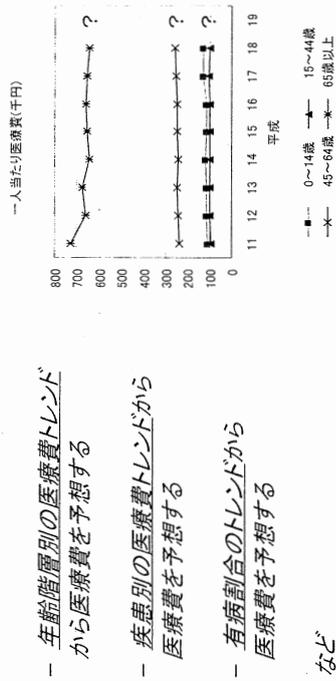


「国立社会保険・人口問題研究所ホームページ」
人口ピラミッド

(2)ア 将来における各市町村国保の財政状況②

◆ 試算2

人口構成の変化とあわせて年齢別医療費の変化も踏まえ、将来の医療費推計



- 年齢階層別の医療費トレンドから医療費を予想する

- 疾患別の医療費トレンドから医療費を予想する

- 有病割合のトレンドから医療費を予想する

など

(2)イ 将来における各市町村の国保保険料

◆ 試算1及び2で予想された医療費に基づき、各保険者の国保保険料を、代表的な所得階層ごとに推計

- 例：A市の4人世帯(所得〇〇万円)
現在の保険料 〇〇万円 → 将来の保険料 〇〇万円
- 参考として、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も推計

◆ 保険料の推計に当たっては、制度の枠組みや財政負担割合等は現在と同じ条件を用いる。

- 国の療養給付費等負担金及び調整交付金、府の調整交付金
- 保険基金安定制度、保険者支援制度、高額医療費共同事業など

(3) 都道府県の保健医療政策に関する調査研究

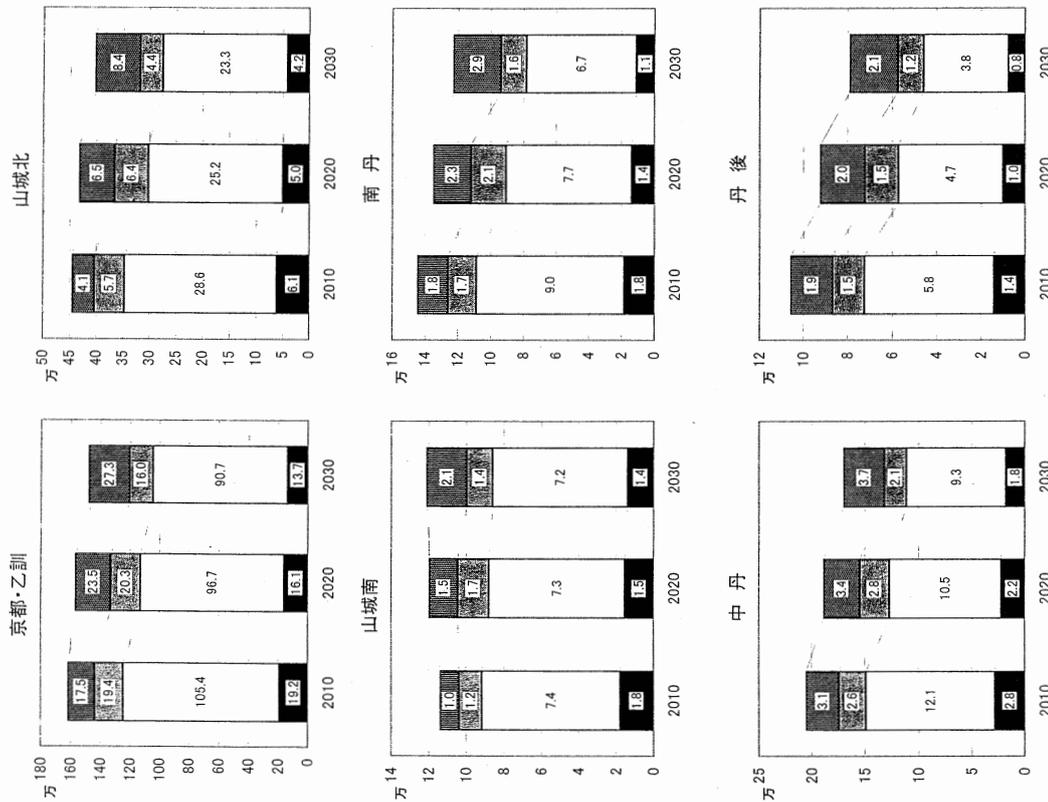
- ◆ (1)及び(2)の分析結果を踏まえ、詳細なデータを用いた医療計画等の策定や市町村国保の一元化など、都道府県の保健医療政策をより効果的にするための方策について検討

<保健医療政策の実施主体>

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(保健ボランティア等)…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…けんぽは協会、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

資料1-2

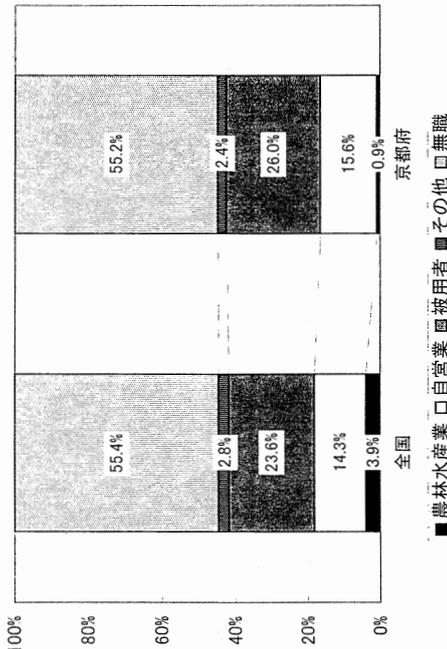
京都府の二次医療圏別将来推計人口



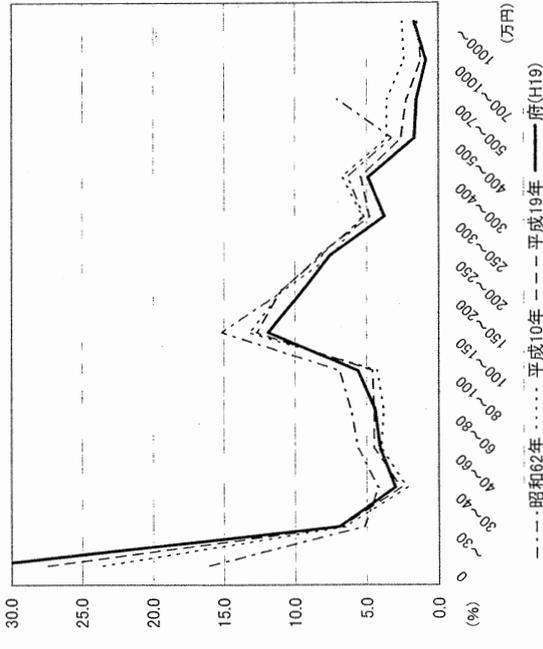
資料: 日本の市区町村別将来推計人口(2008)

■年少(14) □生涯年齢(15-64) □前期高齢(65-74) □後期高齢(75+)

世帯主の職業別世帯数構成割合(平成19年)



国保被保険者の所得階層の推移(全国・京都府)



資料: 国民健康保険実態調査報告

収入(その2)

保険者名	区 分		国庫支出金		計	特別交付金
	保険料(原)	国庫補助金等	国庫支出金	国庫補助金等		
京都市	508,009,129	38,026,108,771	27,860,748,574	674,906,197	8,490,454,000	
福知山市	43,975,974	1,914,926,238	1,333,536,453	26,858,185	554,531,000	
福井市	58,269,729	2,018,207,056	1,384,895,956	32,940,100	601,271,000	
綾部市	25,516,721	797,567,288	584,092,096	12,098,192	221,777,000	
宇治市	116,513,239	3,767,242,977	2,781,146,649	59,839,328	926,255,000	
宮津市	12,417,289	610,742,233	424,042,226	9,842,007	176,758,000	
岡崎市	40,993,000	2,172,920,001	1,543,766,528	36,663,473	592,190,000	
城陽市	68,028,874	1,633,270,243	1,193,885,435	31,382,808	408,002,000	
向日市	31,006,823	1,100,216,350	894,135,463	21,736,887	244,344,000	
長岡京市	90,113,302	1,410,468,503	1,151,148,215	30,441,288	228,876,000	
八幡市	50,468,928	1,774,866,674	1,321,431,707	30,981,967	422,503,000	
京田辺市	44,797,505	1,135,584,895	870,658,661	18,860,234	245,978,000	
京丹後市	26,935,123	2,025,955,313	1,344,954,122	36,149,191	644,592,000	
南丹市	13,298,365	969,330,754	670,141,136	21,308,618	277,881,000	
木津川市	30,091,224	1,189,881,838	876,649,982	18,430,956	274,801,000	
市 計	1,120,623,202	60,987,136,234	44,215,235,203	1,061,690,031	15,310,211,000	
大山崎町	9,296,542	271,801,625	215,332,468	3,824,057	52,745,000	
久御山町	9,143,337	417,121,201	308,896,746	6,131,455	73,993,000	
井手町	3,207,631	305,319,308	208,046,434	3,412,874	83,860,000	
宇治田原町	4,750,207	235,013,897	181,364,377	6,176,620	47,476,000	
笠置町	717,801	66,228,339	41,787,359	665,940	23,775,000	
和束町	1,710,702	194,644,457	138,775,293	3,290,164	52,579,000	
精華町	17,882,971	581,726,850	421,446,912	9,188,938	121,091,000	
南山城町	1,753,456	112,300,642	83,145,670	924,772	28,260,000	
伊根町	1,498,735	124,182,924	55,444,386	1,206,538	67,522,000	
京丹波町	6,478,189	521,980,343	350,290,303	8,886,040	102,800,000	
与野町	6,753,176	872,653,681	579,520,948	19,396,633	273,736,000	
町 計	63,463,747	3,673,103,167	2,612,151,136	63,103,031	997,849,000	
市 計	1,184,086,949	64,660,239,401	46,827,386,339	1,124,793,062	16,308,060,000	

市町村国保の収入及び支出の内訳(平成19年度) 収入(その1)

保険者名	区 分		収入合計		計		支出合計		計		国庫補助金等		国庫補助金等	
	保険料(原)	国庫補助金等	収入合計	支出合計	収入合計	支出合計	収入合計	支出合計	収入合計	支出合計	収入合計	支出合計	収入合計	支出合計
京都市	1,09,675,426,373	35,250,957,743	30,764,682,982	2,832,937,864	8,526,274,761	8,018,265,632	2,832,937,864	2,832,937,864	8,526,274,761	8,018,265,632	2,832,937,864	2,832,937,864	8,526,274,761	8,018,265,632
福知山市	7,728,633,123	2,078,422,810	1,482,276,785	1,375,844,733	1,066,632,052	552,870,051	1,482,276,785	1,375,844,733	1,066,632,052	552,870,051	1,482,276,785	1,482,276,785	1,066,632,052	552,870,051
福井市	9,270,083,756	2,508,884,481	1,728,304,473	1,602,399,758	1,233,904,715	723,310,613	1,728,304,473	1,602,399,758	1,233,904,715	723,310,613	1,728,304,473	1,728,304,473	1,233,904,715	723,310,613
綾部市	3,697,240,331	885,137,599	594,601,038	433,033,956	290,535,561	265,919,840	594,601,038	433,033,956	290,535,561	265,919,840	594,601,038	594,601,038	265,919,840	
宇治市	16,517,278,814	5,158,595,207	3,402,109,886	3,164,733,552	1,753,886,221	1,637,371,682	3,402,109,886	3,164,733,552	1,753,886,221	1,637,371,682	3,402,109,886	3,402,109,886	1,637,371,682	
宮津市	2,500,484,934	714,437,985	594,239,343	493,457,066	180,198,692	167,781,359	594,239,343	493,457,066	180,198,692	167,781,359	594,239,343	594,239,343	167,781,359	
岡崎市	8,184,970,459	2,238,466,927	1,606,266,006	1,490,833,818	630,200,921	589,307,921	1,606,266,006	1,490,833,818	630,200,921	589,307,921	1,606,266,006	1,606,266,006	589,307,921	
城陽市	7,609,174,233	2,369,963,066	1,488,918,298	1,377,561,923	881,054,788	813,015,941	1,488,918,298	1,377,561,923	881,054,788	813,015,941	1,488,918,298	1,488,918,298	813,015,941	
向日市	5,109,881,164	1,515,262,750	1,008,636,191	938,315,735	70,320,456	475,019,736	1,008,636,191	938,315,735	70,320,456	475,019,736	1,008,636,191	1,008,636,191	475,019,736	
長岡京市	6,917,803,291	2,229,613,480	1,453,031,764	1,354,186,962	776,581,176	726,468,414	1,453,031,764	1,354,186,962	776,581,176	726,468,414	1,453,031,764	1,453,031,764	726,468,414	
八幡市	7,121,816,460	2,323,050,191	1,560,477,342	1,441,605,181	712,103,921	662,572,849	1,560,477,342	1,441,605,181	712,103,921	662,572,849	1,560,477,342	1,560,477,342	662,572,849	
京田辺市	5,316,866,195	1,446,286,737	909,158,465	838,535,208	70,827,677	492,330,747	909,158,465	838,535,208	70,827,677	492,330,747	909,158,465	909,158,465	492,330,747	
京丹後市	6,974,974,392	1,778,262,775	1,462,997,112	1,322,253,353	315,265,363	288,330,240	1,462,997,112	1,322,253,353	315,265,363	288,330,240	1,462,997,112	1,462,997,112	288,330,240	
南丹市	3,592,385,596	950,670,899	748,718,900	687,211,335	61,507,565	188,665,104	748,718,900	687,211,335	61,507,565	188,665,104	748,718,900	748,718,900	188,665,104	
木津川市	5,271,316,047	1,513,858,757	1,006,586,848	950,490,123	56,666,725	477,011,685	1,006,586,848	950,490,123	56,666,725	477,011,685	1,006,586,848	1,006,586,848	477,011,685	
市 計	238,490,351,178	66,996,671,541	49,751,875,653	46,090,671,547	3,661,204,006	17,247,796,388	49,751,875,653	46,090,671,547	3,661,204,006	17,247,796,388	49,751,875,653	49,751,875,653	17,247,796,388	
大山崎町	1,306,629,556	472,778,800	301,545,843	283,007,073	18,538,770	171,232,957	301,545,843	283,007,073	18,538,770	171,232,957	301,545,843	301,545,843	171,232,957	
久御山町	1,751,368,392	538,381,711	422,291,095	385,388,268	36,802,827	106,656,279	422,291,095	385,388,268	36,802,827	106,656,279	422,291,095	422,291,095	106,656,279	
井手町	1,023,240,266	251,654,971	194,898,250	181,848,331	13,649,919	53,649,090	194,898,250	181,848,331	13,649,919	53,649,090	194,898,250	194,898,250	53,649,090	
宇治田原町	926,906,277	301,368,422	237,626,774	218,726,104	19,096,670	63,541,648	237,626,774	218,726,104	19,096,670	63,541,648	237,626,774	237,626,774	63,541,648	
笠置町	252,105,538	57,000,460	42,383,513	40,200,789	2,182,724	13,899,166	42,383,513	40,200,789	2,182,724	13,899,166	42,383,513	42,383,513	13,899,166	
和束町	654,470,616	184,150,176	161,041,414	146,916,318	14,125,096	21,399,060	161,041,414	146,916,318	14,125,096	21,399,060	161,041,414	161,041,414	21,399,060	
精華町	2,509,244,738	780,756,671	499,242,515	465,060,519	34,281,996	263,500,985	499,242,515	465,060,519	34,281,996	263,500,985	499,242,515	499,242,515	263,500,985	
南山城町	468,102,124	108,671,808	82,088,708	76,409,972	5,878,736	25,829,644	82,088,708	76,409,972	5,878,736	25,829,644	82,088,708	82,088,708	25,829,644	
伊根町	361,445,906	64,827,690	48,204,609	43,663,644	4,520,965	16,623,081	48,204,609	43,663,644	4,520,965	16,623,081	48,204,609	48,204,609	16,623,081	
京丹波町	1,868,660,839	438,716,974	330,572,344	309,305,177	109,144,630	102,666,441	330,572,344	309,305,177	109,144,630	102,666,441	330,572,344	330,572,344	102,666,441	
与野町	2,686,857,446	693,198,683	597,025,809	544,783,405	52,847,404	88,819,700	597,025,809	544,783,405	52,847,404	88,819,700	597,025,809	597,025,809	88,819,700	
町 計	13,809,636,188	3,893,486,188	2,917,820,874	2,695,331,600	222,489,274	975,665,314	2,917,820,874	2,695,331,600	222,489,274	975,665,314	2,917,820,874	2,917,820,874	975,665,314	
市 計	249,300,387,366	70,893,158,729	52,669,696,427	46,796,003,147	3,863,893,280	18,223,461,702	52,669,696,427	46,796,003,147	3,863,893,280	18,223,461,702	52,669,696,427	52,669,696,427	18,223,461,702	

収入(その3)

Table showing income details for various municipalities, categorized by district (区) and municipality (市). It includes columns for '区別' (District), '市別' (Municipality), and '収入(円)' (Income in Yen). The table lists various income sources such as '地方自治体交付金' (Local Government Grant-in-Aid), '国庫補助金' (National Government Grant-in-Aid), and '民間寄付金' (Private Donations).

収入(その4)

Table showing income details for various municipalities, categorized by district (区) and municipality (市). It includes columns for '区別' (District), '市別' (Municipality), and '収入(円)' (Income in Yen). The table lists various income sources such as '一般企業(債権回収委託)' (General Enterprises (Debt Collection Commission)), '市町村自任' (Municipality Self-employment), and '税金等' (Taxes, etc.).

支出(その2)

区分	保険給付費										保険給付費		保険給付費																		
	保険給付費										保険給付費		保険給付費																		
	京都府	京都市	福知山市	岡部市	綾部市	宇治市	宮津市	亀岡市	向日市	長岡京市	八幡市	京田辺市	京丹波市	南丹市	木津川市	市計	大山崎町	久御山町	井手町	宇治田原町	笠置町	和束町	精華町	南山城村	伊根町	京丹波町	与野町	町計	市計		
京都府	5,206,333,276	0	693,425,670	413,250,000	433,084	29,250,178,186	638,576,290	1,998,909,410	6,407,711	2,085,240,548	1,530,744,985	1,748,079,987	1,334,212,926	741,471,784	1,560,640,215	95,897,890,744	448,996,699	377,806,518	225,615,724	192,687,801	46,064,931	96,088,761	860,375,529	138,482,906	97,678,465	430,707,090	384,980,318	3,301,856,656	59,299,847,400	55,181,241,985	4,108,500,105,108,410

支出(その1)

区分	保険給付費										保険給付費		保険給付費																																																									
	保険給付費										保険給付費		保険給付費																																																									
	京都府	京都市	福知山市	岡部市	綾部市	宇治市	宮津市	亀岡市	向日市	長岡京市	八幡市	京田辺市	京丹波市	南丹市	木津川市	市計	大山崎町	久御山町	井手町	宇治田原町	笠置町	和束町	精華町	南山城村	伊根町	京丹波町	与野町	町計	市計																																									
京都府	150,119,167,884	3,303,857,356	88,413,771,432	58,891,770,750	52,572,337,526	51,253,521,425	1,318,616,101	2,806,267,327	2,462,073,881	2,431,949,376	31,424,505	32,806,260	8,526,587,165	173,138,194	5,869,258,528	2,994,763,044	2,675,491,425	2,642,883,165	1,899,425,881	1,035,250,830	1,025,945,616	9,305,214	137,370,866	5,683,251,812	5,041,263,134	4,903,982,268	830,007,565	820,973,749	5,633,616	3,171,575,346	2,821,160,593	2,755,482,809	607,717,774	2,144,077,340	2,063,313,425	60,763,915	1,819,004,100	1,698,494,675	1,588,145,185	40,949,490	2,318,336,824	2,070,465,095	2,021,097,705	48,387,390	2,683,238,894	2,392,697,512	2,326,188,339	56,499,173	42,431,295	22,710,490	9,339,068	1,274,1573	276,202,228	3,404,773	16,481,629	146,935,758	1,593,801	109,443,337	673,241,958	10,267,878	1,274,854,854	6,050,757	5,668,516,464	5,058,431,544	4,980,937,818	78,493,726	98,514,043,618	87,835,891,375	85,827,775,189	2,008,216,186

支出(その4)

Table showing expenditure data for various insurance categories including 京都府, 京都市, 宇治市, etc. Columns include 区分, 保険者名, 保額引当金, 基金積立金, 公債費, etc.

支出(その3)

Table showing expenditure data for various insurance categories including 京都市, 宇治市, 高槻市, etc. Columns include 区分, 保険者名, 介護給付費, 老人保健給付金, 児童手当給付金, etc.

協会だより（定例理事会要録から）

2009年度 第5回 2009年7月14日

【特別討議】

1. 決議（案）検討について

【各担当部報告】

〈総務部会〉

1. 週間行事予定表の確認
2. 今週の医療情報
3. 新規開業会員訪問（7月13日）状況

〈経営部会〉

1. 消費税廃止京都各界連絡会・消費税闘争運動交流集会（7月9日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談（7月9日・13日）状況

〈保険部会〉

1. 保団連研究会活動担当者会議（7月5日）状況
2. 産婦人科診療内容向上会（7月11日）状況

【部会報告】

1. 各部会（7月7日）状況と決定事項確認の件

〈総務部会〉

1. 第62回定期総会（第177回定時代議員会合併）・創立60周年記念式典の準備
2. 代議員会正副議長との打ち合わせ開催確認
3. 総務部会懇親会開催について
4. 6月度会員増減状況の確認
5. 新規開業医のための基礎講習会開催確認
6. 2009年度保団連第2回組織部会・組織担当者交流会出席確認
7. 第1回コミュニケーション委員会開催日程検討
8. 男の料理教室開催確認
9. 文化ハイキング開催確認
10. 第6回文化講座開催確認
11. 文化講習会：クリスマスリース作り開催確認
12. 地区・専門医会会報等の収集及び回覧

〈経営部会〉

1. 融資斡旋制度の改定事項の検討
2. 休補制度の改定事項の検討
3. 年金募集結果報告の確認
4. 近畿ブロック共済担当役員交流会出席及び報告資料の確認
5. 第54次年金普及打ち合わせ会開催確認
6. 医師賠償責任保険制度の収支状況確認
7. 新規開業予定者のための講習会開催確認

8. 「まると保険医協会」開催確認
9. 協会マスコットマークの選択
10. 住宅用火災報知器の斡旋状況
11. 保団連消費税減税署名送付確認
12. 会員向けサービスの提案事項の検討
13. 会員から問い合わせ事項の報告

〈医療安全対策部会〉

1. 2009年6月度状況及び2009年度中間報告
2. 部会学習会の開催確認
3. 医師賠償責任保険制度の収支状況報告会の確認
4. 調査委員辞任に伴う後任人事の選任
5. 新規開業医との懇談会への話題提供確認

〈政策部会〉

1. 第21回医療制度検討委員会開催確認
2. 貧困をなくし社会保障を守る「基本法」を守るシンポジウム準備状況の確認
3. 民主党山井議員と宇治久世医師会有志の懇談会開催確認
4. 9.26開催予定の国会議員と地区医師会代表・協会役員との懇談会開催検討
5. 政策部会夏季学習会開催確認
6. I P P N W京都府支部、核戦争防止・核兵器廃絶を訴える京都医師の会関連議事
7. エコキャップ運動取り組み状況
8. 「京のてくてく散歩」販売状況

【各担当部議事】

〈総務部会〉

1. 前回理事会（7月7日）要録と決定事項の確認
2. 第2回正副理事長会議（7月9日）状況確認の件
3. 会員入退会及び異動に関する承認の件
4. 新規開業未入会会員訪問実施の件
5. 新規開業会員訪問実施の件

〈経営部会〉

1. 京都府保険医協会マスコットマーク決定の件

〈政策部会〉

1. 京都府提案に対する対案と地域医療提供体制に関する提言づくりにあたっての地区医師会対象の聞き取り調査実施の件

《以上8件の議事について承認》

2009年度 第6回 2009年7月28日

【特別討議】

1. 決議（案）検討について

【各担当部報告】

〈総務部会〉

1. 週間行事予定表の確認
2. 今週の医療情報
3. 新規開業医のための基礎講習会（7月11日）状況
4. 新規開業未入会会員訪問（7月15日）状況
5. 新規開業会員訪問（7月22日）状況

〈経営部会〉

1. 保団連近畿ブロック共済担当役員交流会（7月18日）状況
2. 融資申込みに伴う会員との面談（7月23日）状況
3. 金融共済委員会（7月25日）状況
4. 保団連経税部会（7月26日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談状況
2. 法律相談室（7月16日）状況
3. 第265回関西医事法研究会（7月18日）状況
4. 医療事故案件調査委員会（7月24日）状況
5. 医師賠償責任保険処理室会（7月27日）状況

〈政策部会〉

1. 第39回保団連夏季セミナー（7月11・12日）状況
2. 前原誠司と医療・福祉を考える会（医誠会）総会（7月19日）状況
3. 保団連近畿ブロック反核平和部担当事務局会

9月のレセプト受取・締切

基金	9日(水)	10日(木)	労災	14日(月)
国保	○	◎		◎

※○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。

議（7月23日）状況

4. 反核京都医師の会世話人会（7月23日）状況
- 〈保険部会〉

1. 第629回社会保険研究会（7月16日）状況
2. オンライン請求義務化問題学習会（7月18日）状況
3. 研究対策関係打ち合わせ（7月22日）状況
4. 西京地区社会保険研究会（7月25日）状況

【各担当部議事】

1. 前回理事会（7月14日）要録と決定事項の確認
2. 8月1日～9月8日の会合等諸行事及び出席者確認の件
3. 各部会開催の件
4. 第67回保団連近畿ブロック事務局長会議への出席の件
5. 地区医師会長との懇談会開催の件
6. 理事者・事務局学習会開催の件
7. 会員入退会及び異動に関する承認の件

〈経営部会〉

1. 第54次保険医年金打ち合わせ会開催の件

〈医療安全対策部会〉

1. 医療安全対策部会学習会の開催の件

9月の相談室

医院・住宅 新（改）築	9月9日(水)午後2時～	担当＝園建築士
ファイナンシャル	9月17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	9月17日(木)午後2時～	担当＝松尾弁護士
雇用管理	9月17日(木)午後2時～	担当＝河原社会保険労務士
経営	9月30日(水)午後2時～	担当＝廣瀬税理士

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。

〈政策部会〉

1. 第18回保団連理事会(7月11日)状況確認の件
2. 第2回あんしん医療制度研究会傍聴(7月14日)状況確認の件
3. 山井和則衆院議員と宇治久世医師会有志並びに京都府保険医協会理事者との懇談会(7月19日)状況確認の件
4. 『いのちの山河～日本の青空Ⅱ』製作支援相談会・京都第1回支援相談会議出席の件
5. 第29回(2009年)平和のための京都の戦争展開催の件
6. 「社会保障と雇用を守るための『基本法』の必要性について考えるシンポジウム」事前検討

会開催の件

7. 「社会保障と雇用を守るための『基本法』の必要性について考えるシンポジウム」準備会議(呼びかけ人会議)開催の件
8. 本紙(第2700号)・メディペーパー京都/第121号(第2701号)合評の件

〈保険部会〉

1. 保団連第3回診療報酬オンライン請求問題プロジェクトチーム会議への参加の件
2. 保団連第27回病院・有床診療所セミナー出席の件

《以上19件の議事について承認》

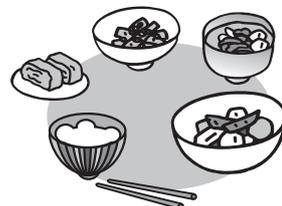
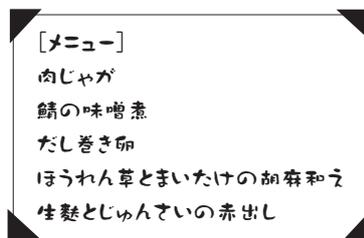
男

第4弾

の料理教室 [和食の基本]

大好評の男の料理教室第4弾、和食編。
今回は、だしの取り方などの和食の基本を教えてください。
もちろん女性の参加も大歓迎です。ぜひご参加下さい！

日 時=9月12日(土) 午後2時～5時
場 所=大阪ガスクッキングスクール京都
(JR丹波口駅下車 西へ100m下ル、大阪ガスディリパ京都内1階)
参加費=1人 1,800円
主 催=京都府保険医協会 協 賛=有限会社アミス
申 込=京都府保険医協会事務局 (☎075-311-8888) まで



経営対策
セミナー

増患対策に直結する医院活性化

— スタッフに医院経営の方針が伝わっていますか? —

保険医協会では毎年、従業員研修を開催し、従業員さんに患者さんとの接し方、仕事の進め方を講習し、たいへん好評を博してきました。

しかし、従業員さんの患者さんへの接し方、仕事の進め方は、院長先生の診療方針や経営方針が正確に伝わらなければ医院・診療所は活性化しません。

そこで、今回は院長先生を対象に増患対策に直結する医院活性化について講習します。多数のご参加をお待ちしています。

日 時=9月17日(木) 午後2時～4時
場 所=京都府医師会館404～6号室
講 師=クリーク大阪 社労士事務所
入江 幸男 社労士
対 象=院長、事務長
定 員=60人
協 賛=有限会社アミス
申 込=京都府保険医協会事務局
(☎075-311-8888) まで

つまずいても「生きていける国」へ

貧困をなくし、社会保障を守る「基本法」を考える

日時 **9月27日(日)** 午後1時30分～4時30分

場所 **あいおい損保新宿ホール**(東京・新宿)

入場無料

シンポジウム **ズバリ! ダメ出し** (現場からの告発)

雇用・労働 **河添 誠氏** 高齢者医療 **笹森 清氏**
医療 **本田 宏氏** 生活保護 **竹下 義樹氏**
介護 **竹森チヤ子氏**

コラボてい談 **生き残りの選択** —— 本格的福祉国家への道

後藤 道夫氏 & 渡辺 治氏 & 湯浅 誠氏

問合せ **京都府保険医協会** ☎075-311-8888 FAX 075-321-0056

9.27ブログURL <http://whats-social-security.com/927sympo/>

「社会保障基本法」立法化を求める会URL <http://whats-social-security.com/>

9月1日より
受付開始!

保険医年金

この機会に
ぜひご加入下さい!

加入申込期間 **9月1日(火)～10月23日(金)**

予 定 利 率 **1.256%** (2009年9月1日現在)

■月払 (満74歳以下の会員、増口は満79歳以下)

1口1万円 30口限度 (30万円)

■一時払 (満79歳以下の会員で月払に加入している方)

1口50万円 毎回40口 (2,000万円)

**2010年
1月1日付け
加入です**

※手数料との関係で1.256%の利率が続くと仮定して、新たにご加入される月払については4年以上、一時払で2年以上の長期にわたって積立されることをお勧めします。詳しくは、8月末送付の年金パンフレットをご覧ください。

◎普及担当の生保営業員がご説明に伺った際には、ご面談下さいますようお願いいたします。

ご注意下さい!

現在ご加入の年金を一部あるいは全部解約し、新たにご加入申込みされる場合は**10月9日(金)**までに一時金請求書を協会事務局までご提出下さい。保険医年金に関するお問い合わせは、京都府保険医協会・経営部会まで。



アミスはいろいろなことをしています。



京都府保険医協会の 会員特典や会員割引がいっぱい!



例えば建築・・・会員割引があります。

ご自宅や医院の新築、建替えに！
【提携会社 三井ホーム株式会社】

木造注文住宅で快適なお住まいを！
【提携会社 株式会社一条工務店】

日常生活を快適にするケアリフォームのご提案！
【提携会社 建都住宅販売株式会社】

マンションライフのご提案！
【提携会社 三井不動産販売株式会社】



例えば医学書・・・会員割引があります。

今日の治療薬2009	4,830円→ 4,600円
今日の治療指針2009（デスク版）	19,950円→ 19,000円
今日の治療指針2009（ポケット版）	15,750円→ 15,000円
治療薬マニュアル2009	5,250円→ 5,000円
ハイリスク治療薬2009	3,990円→ 3,800円
その他、医学書ならなんでも!!	



その他・・・会員特別価格です。

X線室の漏洩放射線量の測定 【提携会社 京都微生物研究所】

詳細については、アミスまたは
京都府保険医協会にお問い合わせください

有限会社アミス
TEL 075-315-4470
FAX 075-321-0056