今月の主な動き

厚生労働省の高齢者医療制度改革会議は８月20日、後期高齢者医療制度廃止後の新たな高齢者医療制度の骨格となる中間取りまとめを了承した。

新制度では現在の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、サラリーマンとその家族は継続して被用者保険に、それ以外は国保に加入する仕組みとする。ただし、高齢者が一気に市町村国保に加入した場合に保険料負担増などが懸念されるため、75歳以上または65歳以上は当面、都道府県単位で財政運営し、環境が整った段階で都道府県単位の国保を全年齢に拡大する。

政府は７月27日夕の臨時閣議で、2011年度予算の概算要求基準（シーリング）を閣議決定した。各省庁が財務省に求める要求額は、10年度予算から一律１割削った額となる。１割削減で捻出した2.4兆円は社会保障費の自然増1.25兆円に充てるほか、成長戦略やマニフェストの政策に使う１兆円超の「元気な日本復活特別枠」に充てる。社会保障費本体と自然増部分は削減の対象外となったため、各省庁が軒並み１割削減の中で、厚生労働省の削減額は実質0.5％で済んだ。

９月の保険医協会の行事予定

	行　事	開始時間	場　所
３日㈮	保険審査通信検討委員会	午後２時	府医師会館305号室
４日㈯	**第636回社会保険研究会**	**午後３時**	**京都リサーチパーク西地区４号館 ２階「ルーム２」**
	講演会「知っててよかった！ 大切なあなたの健康を守るワクチンの話」	**午後２時**	**ウィングス京都（東洞院通六角下る）**
８日㈬	**医院・住宅新（改）築相談室**	**午後２時**	**未定**
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**
18日㈯	**反核医師・医学者のつどい**	**午後１時**	**奈良女子大学講堂**
19日㈰	**反核医師・医学者のつどい**	**午前10時**	**奈良女子大学講堂**
22日㈬	金融共済委員会	午後２時	府医師会館404～406号室
	経営相談室	**午後２時**	**未定**
24日㈮	**事務所移転に伴う臨時休務日**		
25日㈯	**事務所移転に伴う臨時休務日**		

今後の予定

	行　事	開始時間	場　所
10月14日㈭	**知っておきたい「在宅医療点数」の基礎知識（説明会）〈１回目〉**	**午後２時**	**保険医協会会議室**
10月17日㈰	**文化ハイキング（西陣方面）**	**集合：午前10時**	**集合：京都ライトハウス前**
10月21日㈭	**「届出医療の活用と留意点」説明会**	**午後２時**	**保険医協会会議室**
10月30日㈯	**知っておきたい「在宅医療点数」の基礎知識（説明会）〈２回目〉**	**午後２時**	**保険医協会会議室**
11月６日㈯	**第637回社会保険研究会**	**午後３時**	**未定**
11月７日㈰	新規開業予定者のための講習会	午後２時	保険医協会会議室
11月13日㈯	**外科診療内容向上会**	**午後４時30分**	**京都ブライトンホテル**
	中級コース　接遇マナー研修会	**午後２時30分**	**舞鶴西総合会館３Ｆ林業センター会議室**
11月20日㈯	**男の料理教室**	**午後２時**	**大阪ガスクッキングスクール京都**

＊10月16日㈯、17日㈰に府北部で届出医療、在宅医療の説明会を開催します（詳細はグリーンペーパーをご覧下さい）。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲39、41ページ

情勢トピックス
医療・社会保障編

都道府県国保の全年齢化「早期に実現」／新高齢者制度

厚生労働省の高齢者医療制度改革会議（座長＝岩村正彦・東京大大学院教授）は８月20日、後期高齢者医療制度廃止後の新たな高齢者医療制度の骨格となる中間取りまとめを了承した。前回会合での議論や、その後の地方公聴会、意見交換会での意見を踏まえ、全年齢を対象とした都道府県単位国保について早期に実現を図る考えを盛り込んだ。

新制度では現在の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、サラリーマンとその家族は継続して被用者保険に、それ以外は国保に加入する仕組みとする。ただし、高齢者が一気に市町村国保に加入した場合に保険料負担増などが懸念されるため、75歳以上または65歳以上は当面、都道府県単位で財政運営し、環境が整った段階で都道府県単位の国保を全年齢に拡大する。

●国・地方の財政責任盛り込む

中間取りまとめで、公費負担については「新たな制度においても、引き続き、国と地方がそれぞれの役割に応じて財政上の責任を十分に果たしていくことが重要」と国や地方の財政責任に関する文言を新たに盛り込んだ上で、「効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要」とした。

●「運営主体」と市町村の共同運営

都道府県単位の「運営主体」については「都道府県が担うべきとする意見が多数であった」としながらも、慎重意見にも配慮して引き続き検討する。「運営主体」は均等割、および所得割の標準保険料率を定めて市町村ごとに納付すべき額を決定。市町村が高齢者の保険料賦課・徴収、資格管理などを担う「共同運営」の仕組みを導入する。

●中間取りまとめ後も課題山積

この日の会議で厚労省は、中間取りまとめ後に議論すべき課題について14項目に整理した。「運営主体」を都道府県とするかどうかや、国保と被用者保険の間での財政調整の仕組み、被用者保険者間の負担の案分方法などを挙げており、９月以降に会議で順次着手する。公費の投入方法や70－74歳の窓口負担割合なども踏まえた上で、財政影響に関する試算を秋に示し、年末までに最終取りまとめをする。（8/23MEDIFAXより）

社会保障費の自然増は容認／11年度予算の概算要求基準

政府は７月27日夕の臨時閣議で、2011年度予算の概算要求基準（シーリング）を閣議決定した。各省庁が財務省に求める要求額は、10年度予算から一律１割削った額となる。１割削減で捻出した2.4兆円は社会保障費の自然増1.25兆円に充てるほか、成長戦略やマニフェストの政策に使う１兆円超の「元気な日本復活特別枠」に充てる。社会保障費本体と自然増部分は削減の対象外となったため、各省庁が軒並み１割削減の中で、厚生労働省の削減額は実質0.5％で済んだ。

社会保障費を削減の対象としなかったことについて、野田佳彦財務相は会見で「自然増部分と本体を合わせ慎重に検討しないといけない。（社会保障費は）一律的な削減という性質にはなじまない」と説明した。09年夏の衆院選マニフェストで「社会保障費2200億円削減の撤廃」を約束したことも考慮したとした。

財政の健全化を図るため、政府内では11年度予算の歳出は10年度の71兆円以下とすることが早くから決まっていた。借金も10年度予算と同じ国債発行額44兆円を上回らないとの条件を決めた。このため今回のシーリングでは、社会保障費の自然増と特別枠の財源を捻出するために各省庁が予算を削らなければならない格好となった。71兆円のうち削減の対象外である地方交付税や社会保障費などを除くと24兆円で、ここから2.4兆円をひねり出す。

特別枠の配分については、各省庁が挙げた事業について、有識者の意見を踏まえた上で菅直人首相が政治主導で決める。

特別枠の額について民主党は２兆円を提言していたが、財源のめどが立たないため、閣議決定した文書では「１兆円を相当程度に超えるもの」との記述にとどめた。足りない部分については、「事業仕分け第３弾」による特別会計の仕分けなどで歳出削減に取り組み、予算編成過程で財源を捻出する。

●自然増も「できる限り合理化・効率化」

社会保障費の自然増は容認しつつも、一方で「できる限り合理化・効率化に努める」との記述も加えた。シーリングの閣議決定に至るまでの間に、国土交通省など複数の省庁の大臣が「社会保障費も切り込むべきだ」と主張してきた。政府関係者の１人は「財源のめどが立たなかった場合、社会保障費に切り込めとの声が強まる可能性はある」としており、「社会保障費の自然増容認」は年末の予算編成まで予断を許さない。（7/28MEDIFAXより）

第175臨時国会が召集／参院議長に民主・西岡氏

第175臨時国会が７月30日、招集された。参院本会議は正副議長選を行い、議長に西岡武夫氏（民主）、副議長に尾辻秀久氏（自民）を選出した。

参院本会議はまた、常任・特別委員長も選び、厚生労働委員長は柳田稔氏（民主）が留任した。

会期は８月６日までの８日間。２、３両日には衆院で、４、５両日には参院で、それぞれ菅直人首相の就任後初となる予算委員会が開かれる。
（8/2MEDIFAXより）

ＲＦＯ延長法案が成立／売却なら機能維持・住民理解前提

社会保険病院と厚生年金病院などの売却を目的とした「年金・健康保険福祉施設整理機構」の解散を２年延長する議員立法が、８月６日の参院本会議で可決、成立した。病院を売却する場合の前提条件として、長妻昭厚生労働相は参院厚生労働委員会で▽地域医療を担う機能を維持する▽地方自治体と住民の理解を得る―の２点を挙げた。

病院の売却方法について自民党の衛藤晟一氏が参院厚労委で質問した。売却の形態について長妻厚労相は「基本的には入札を含めた譲渡の形態が基本となる」と述べた。「雇用継続を譲渡の条件にはしていない」とも述べた。（8/9MEDIFAXより）

保険者間の差異「要因さまざま」／特定健診受診率で政府答弁書

政府は８月10日の閣議で決定した答弁書で、特定健診で国保加入者と組合健保加入者の間に受診率の差異があるとの指摘に対し「特定健診の受診率の保険者間の差異については、さまざまな要因が影響していると考えられる」との見解を示した。川田龍平氏（みんなの党）の質問に答えた。

また、政府は市町村国保の被保険者の特定健診受診率向上を図るため「都道府県を通じ、特定健診とがん検診など他の健診を同時に実施するよう助言している」とし、「特定健診を受診しやすいよう実施日時を工夫するなど対策を行う市町村に対し助成を行っているところ」とした。（8/11MEDIFAXより）

科学・技術の配分方針を決定／11年度予算で科学技術会議

政府の総合科学技術会議は７月16日、2011年度の科学・技術に関する予算などの資源配分方針を決定した。各府省が概算要求を行う前にあらかじめ重要施策を示す「アクション・プラン」などを駆使して、新成長戦略の実現に貢献する科学・技術予算の充実を図る方針を明記。その上で、医療・介護・健康の質の向上を実現する「ライフ・イノベーション」の推進を最重点化課題の１つに位置付けた。

11年度は、新成長戦略に盛り込まれたライフ・イノベーションとグリーン・イノベーション分野について、アクション・プランを策定し、施策を推進する方針を提示。具体的には、ライフ・イノベーションについて①予防医学の推進による罹患率の低下②革新的診断・治療法の開発による治癒率の向上③高齢者、障害者の科学技術による自立支援―の３項目で、有効な施策を戦略的に推進するとした。
（7/20MEDIFAXより）

News Headline （2010年７月18日～８月14日）

【７月】◆金賢姫元工作員が来日（20日）◆スイス・観光列車「氷河特急」脱線（23日）◆在沖縄米海兵隊のグアム移転延期（27日）◆パキスタンで旅客機墜落（28日）

【８月】◆クラスター禁止条約が発効（１日）◆日テレ記者、防災ヘリ墜落現場取材で遭難死（１日）◆2009年度国民年金保険料納付率が最低（５日）◆中国・土石流で死者多数（８日）◆日韓併合100年首相談話で植民地支配謝罪（10日）◆改正臓器移植法に基づき家族承諾で脳死移植（10日）◆国の借金900兆円突破（10日）◆広島女児殺害、被告の無期確定（11日）◆京都市・所在不明高齢者19人を台帳から削除（12日）

外国人受け入れ「地域の医療機関にも」／政府のニューツーリズム案

政府の観光立国推進本部（本部長＝前原誠司国土交通相）のワーキングチームは、医療やスポーツ、文化などと観光を組み合わせた「ニューツーリズム」の振興策をこのほどまとめた。医療観光では「地域経済の活性化にも資することが期待される」とし、都市部の医療機関だけでなく、地域の医療機関への誘客を目指す方向性を盛り込んだ。ワーキングチームは近く、同本部に報告し、外国人観光客の増加に向けて活用する。

振興策では、医療観光について「需要が高まり、国際交流や国際貢献、さらには地域経済の活性化にも資することが期待されている」と指摘。健診分野では、地方自治体などが取り組む先駆的な事例について、海外プロモーションを行って認知度の向上を図るとともに、地域の医療機関への誘客を目指すことを提案した。

治療分野では、日本が世界に誇る医療分野をブランド化し、世界に発信することを提案。一方で「医師不足など医療の実態を踏まえ、国民への医療の確保に支障が生じないよう、十分な配慮が必要」と指摘している。

こうした提案を実現するため、関係省庁が連携して行う施策として、海外の医療保険を日本国内の医療機関でも利用できる仕組みを検討するとしたほか、受け入れ支援事業者の育成、受け入れ医療機関の認証制度の検討などを挙げた。
（8/17MEDIFAXより）

社会保障分野を重視／予算特別枠で菅首相

菅直人首相は８月４日の参院予算委員会で、2011年度予算の概算要求基準で設けられた１兆円超の特別枠について「社会保障の充実につながる分野が最も充実すべき分野だと考えている」と述べ、医療や介護、保育などを重視する考えを示した。櫻井充氏（民主）の質問に答えた。

医療や介護のマンパワーの現状について菅首相は「慢性的な人手不足であり、需要はある」と指摘。処遇が悪いために人材が定着しないとした上で「ある程度、財政出動して、きちんと対応ができれば仕事に就くことができる。失業率が下がればデフレ脱却にもつながり、医療、介護、保育などの社会保障の充実にもつながっていく」と語った。

特別枠としてどの予算項目を採用するかに関しては「いろんな意見を含めて、最終的には私の判断になるかと思う」とした上で「社会保障にもっとお金を使うことが重要だと思っている」と述べた。
（8/5MEDIFAXより）

ＨＰＶワクチン「予算付けたい」／長妻厚労相

長妻昭厚生労働相は８月４日の参院予算委員会で「子宮頸がんの予防ワクチンに関する公費助成について、ぜひ予算を付けていきたいと考えている」と述べ、ＨＰＶワクチン接種の公費助成に必要な経費を概算要求に盛り込みたいとの考えを示した。櫻井充氏（民主）の質問に答えた。

長妻厚労相は「子宮頸がんワクチンといっても、万能ではないということを、国民の皆さんにきちんと申し上げなければならない。一定程度の副反応があることも伝えなければならない」と述べ、正しい知識の普及に努める必要性に言及した。さらに「法的枠組みをつくるのかどうかなど、いろいろな議論ある」と指摘し、厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会の中に小委員会を設置して、がん検診との一体的な対応なども含めて検討する考えを示した。（8/5MEDIFAXより）

混合診療解禁「考えていない」／長妻昭厚労相

長妻昭厚生労働相は７月16日の専門紙との記者懇談会で、混合診療を全面解禁することは考えておらず、先進医療として認められている保険外併用療養の運用改善で対応すべきとの考えを示した。

政府の行政刷新会議が６月にまとめた規制・制度改革に向けた「第１次報告書」では、保険外併用療養の範囲拡大を提案している。報告書について長妻厚労相は「もう少し範囲を広げる努力をしていきたいと思うが、混合診療の全面解禁ということを直ちにするということは私は考えていない」と述べた。
（7/20MEDIFAXより）

民主党の部門会議が復活／11年度予算編成が最初の課題

政権交代と同時に廃止された民主党の部門会議が復活する。８月第１週に各部会が初会合を開く。政府に参画できなかった党所属議員が強く要求していた党政策調査会の復活がこれで完全実施となる。部門会議の最初の課題は2011年度予算編成で財源を生み出すための無駄の削減の議論となる。

部門会議は国会の常任委員会ごとに設け、党所属

議員が政策を議論する。部門会議の座長と政調幹部らからなる「拡大政調役員会」が部門会議全体の調整を行い、政調幹部からなる「政策調査会役員会」が政府への政策提言をまとめる。公務員制度改革担当相として内閣に所属する玄葉光一郎政策調査会長が政府に提言することで、09年衆院マニフェストで掲げた「政府への政策の一元化」を担保する。

民主党は自公政権下では党に権力が集中し、特定の業界と癒着した族議員が偏った政策を作ってきたと批判。“族議員撲滅”のため「政府への政策の一元化」を09年衆院マニフェストに掲げ、野党時代にあった部門会議を含む政調を廃止した。このため党所属議員からは「政策議論ができないのに政府の法案の採決で党議拘束をかけられ、われわれは手挙げ要員だ」と党内で政策議論ができないことへの不満が噴出。一元化に強いこだわりのあった小沢一郎前幹事長から枝野幸男幹事長に交代し、政調の復活が実現した。

厚生労働部門会議の座長に内山晃衆院厚生労働委員会与党筆頭理事が就任することが正式に決まった。（8/2MEDIFAXより）

厚労担当は菊田氏ら／民主・行刷ＰＴ

民主党の行政刷新プロジェクトチーム（ＰＴ、座長＝山口壮衆院議員）は８月11日、役員会を開き、秋から始まる政府の事業仕分けに向けて、無駄な事業や特別会計を省庁別に調査する構成員を決めた。厚生労働省と内閣府の事業を担当するワーキンググループ（ＷＧ）の構成員は、これまでの事業仕分けで仕分け人を務めた菊田真紀子衆院議員ら民主党の国会議員13人。

このほかの構成員は以下の通り（敬称略）。▽石森久嗣（衆）▽磯谷香代子（衆）▽田中美絵子（衆）▽富岡芳忠（衆）▽長尾敬（衆）▽中根康浩（衆）▽仁木博文（衆）▽初鹿明博（衆）▽福田衣里子（衆）▽水野智彦（衆）▽山崎摩耶（衆）▽柚木道義（衆）（８/12MEDIFAXより）

議員立法、次期国会までに成案／自公・子宮頸がんＰＴ

自民党と公明党の「子宮頸がん予防ワクチンに関するプロジェクトチーム（ＰＴ）」は８月６日、初会合を開き、自公が党内で議論している子宮頸がん予防推進法案を秋の臨時国会に提出することを確認した。

ＰＴの座長には自民党の鴨下一郎政調会長代理が就任。ＰＴの座長代理には公明党の松あきら参院議員が就任。事務局長には自民党の松本純衆院議員、事務局長代理には公明党の古屋範子衆院議員が就いた。（8/9MEDIFAXより）

消費税議論を開始、社会保障と一体で／自民・税調

自民党の税制調査会と安心社会研究会は８月６日、初めての合同会議を開き、７月の参院選に公約として掲げた消費増税と社会保障改革を一体的に進めるための議論を開始した。

党税調と安心社会研究会の会長を兼務する野田毅元自治相は冒頭のあいさつで、2011年度予算編成について「基礎年金の国庫負担割合３分の１を２分の１にする。この財源手当てをめぐって非常に大きな議論になる。下手をすると、年金不安にすら及びかねない」と指摘。「この問題（消費増税）は避けて通れない。わが党は『当面10％』ということを参院選の公約とした。このことの背景をもう１回、お互いが共有することから議論に入っていく」と述べ、増税と社会保障の機能強化を一体的に議論する意向を示した。（8/9MEDIFAXより）

新高齢者制度「これではできない」／自民・大村氏

自民党の厚生労働部会（加藤勝信部会長）は８月４日、厚生労働省が７月23日に中間取りまとめ案を提示した高齢者医療制度改革について担当官から説明を受けた。大村秀章衆院厚生労働委員会筆頭理事は、新制度の基本骨格について「はっきり宣言しておくが、これはできない」と明言。現行の後期高齢者医療制度を設計したときの苦労を説明した上で、都道府県や保険者などの財政調整の難しさを指摘した。

また、加藤部会長は厚労部会で、部会の下に医療小委員会と介護小委員会を設置することを明らかにした。（8/5MEDIFAXより）

答申時期の見直しは「議論可能」／中医協、検討課題を整理

厚生労働省は７月28日の中医協総会で、診療側と支払い側の双方委員から提出されていた意見書に基づいて、今後の議論の進め方の整理案を示した。診療側が求めていた診療報酬改定の答申時期について

は「中医協で議論可能」とした。次回総会までに2012年度診療報酬改定に向けた課題の優先順位などを決めた上で再度提示する。

診療報酬改定は２月中旬答申、４月１日施行が慣例となっているが、診療側委員が５月の総会で提出した検討課題の意見書の中で見直しの必要性を指摘していた。厚労省の整理では、施行時期に関しては「中医協の議論だけでは対応できない」としたが、答申時期については「中医協で議論可能」とした。

診療側、支払い側双方の意見書では、10年度診療報酬改定の付帯意見を踏まえ、今後検討すべき課題や議論に必要な調査を列挙していた。厚労省は付帯意見の16項目に沿って「中医協で議論可能」「中医協の議論だけでは対応できない」のいずれかに整理。指摘された調査については「既存の調査などで対応」「今後調査予定」「現時点では調査予定なし」に区分した。

診療側が指摘した「ドクターフィー導入の是非」については「中医協の議論だけでは対応できない」としているほか、「消費税損税に関する実態調査」などは「調査予定なし」とした。「医療資源の過少な地域での算定要件の緩和」については、「中医協で議論可能」とした。（7/29MEDIFAXより）

「55年通知」論議を本格開始／中医協総会

中医協（会長＝遠藤久夫・学習院大教授）は７月28日の総会で、薬事法で承認された医薬品について医師の学術的判断に基づく適応外使用を認めたいわゆる「昭和55年通知」などを活用したドラッグ・ラグ解消策の議論を本格的に開始した。55年通知では再審査期間が終了した医薬品しか対象にならないことから、各委員は「55年通知だけではドラッグ・ラグを解消できない」との認識で一致。今後はより幅広い視点で患者の医薬品アクセス改善策を検討していく方向に議論が発展した。

厚生労働省の説明によると55年通知は、1980年９月に当時の厚生省保険局長から支払基金あてに出された。効能・効果や用法・用量を機械的に当てはめず、薬理作用を重視する医師の裁量権を認めたもので、学術上適正に使用する場合には適応外でも保険適用を認める。有効性や安全性を確認する意味合いから、再審査期間が終了した医薬品を対象としている。また、「医薬品の審査に当たっては、厚生大臣の承認した効能効果などを機械的に適用することによって都道府県の間においてアンバランスを来すことがないようにすること」と明記されている。

また、安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は、「公知申請された品目を速やかに薬価収載しなければ、実質的なラグが生じかねない」と、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」での仕組みについても問題提起した。

55年通知と、未承認薬・適応外薬検討会議はいずれも、医学的な有用性が公知であるにもかかわらず、実際には適応外使用されている医薬品について、患者アクセスを改善する枠組み。55年通知は症例ごとに保険適用を柔軟に認める内容である一方、未承認・適応外薬検討会議での仕組みは、製薬企業が医学的に公知な新規適応を取得しやすくするのが狙い。新たな治験を行わなくても、既存のデータで公知申請し、効能・効果の一部変更承認を可能にする。
（7/15・29MEDIFAXより）

出産育児一時金、11年度の対応は？／医療保険部会で議論開始

社会保障審議会・医療保険部会（座長＝糠谷真平・国民生活センター顧問）は７月14日、出産育児一時金の2011年度以降の扱いについて議論を始めた。焦点となるのは、10年度末まで実施が猶予されている医療機関への直接支払い制度の是非や、10年度末までの暫定措置である一時金４万円上乗せの扱い。厚生労働省は11年度予算編成に伴い、10年秋をめどに結論を出す方針だ。

●高額療養費見直しも議論

この日の部会では、高額療養費の見直しの議論も始めた。厚労省は、70歳未満の所得区分のうち各被保険者の６－９割が対象となる「一般」の区分の中で、所得が低い層の自己負担上限額引き下げや、自己負担額が１万円となる高額長期疾病の対象追加などが国会で議論されていると説明した。委員からは見直しによる保険者財政への影響などを示すよう求める意見が出た。（7/15MEDIFAXより）

チーム医療推進方策ＷＧを設置／厚労省会議

厚生労働省のチーム医療推進会議（座長＝永井良三・東京大大学院医学研究科教授）は７月16日、チーム医療の取り組みの指針となるガイドラインの策定を検討する「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（ＷＧ）」を設置することを決めた。厚労省医政局医事課の杉野剛課長は「できるだけ速やかに立ち上げたい」としている。

事務局は前回の会議で、チーム医療を推進する医療機関の認定基準などを検討する「チーム医療認定検討ＷＧ」の設置を提案したが、委員から反発があったため、名称と検討項目を変更した。チーム医療推進方策検討ＷＧでは、ガイドラインの策定のほか、ガイドラインを活用したチーム医療の普及・推進の方策や、各医療スタッフの業務範囲･役割について、見直しを行うための仕組みを検討する。
（7/20MEDIFAXより）

システム改修で検討会設置／新高齢者制度で

厚生労働省は８月20日の高齢者医療制度改革会議で、後期高齢者医療制度廃止後の新たな高齢者医療制度への移行に向けて、新たな国保のシステムの円滑な構築を検討する「高齢者医療システム検討会」を、国保中央会と共同で設置する方針を示した。市町村の実務担当者９人と広域連合関係者６人のほか、厚労省、国保中央会関係者で構成する。厚労省は全国知事会にも参加を打診したが、現段階での参加は拒否されたとした。９月上旬に初会合を開く。

全国知事会が不参加とした理由について、同会議の神田真秋委員（愛知県知事）の代理で出席した高尾和彦・同県副知事は「運営主体や共同運営の具体的内容が固まっていない段階で、システムの話をどれだけできるのか分からない」と説明し、今後の参加については「条件が整えばその段階で検討する」とした。（8/23MEDIFAXより）

優秀作に指導監査部門の統合／厚労省の政策コンテスト

厚生労働省は７月22日、職員が新たな政策のアイデアを提案する政策コンテストの２次選考を行い、第１次選考を通過した７件の中から「対医療機関等に対する指導監査部門の統合等」など３つを優秀作として表彰した。最優秀作は「年金相談のためのワンストップ窓口の設営について」だった。

「対医療機関等に対する指導監査部門の統合等」をプレゼンテーションした保険局の向本時夫医療指導管理官は、給付適正化を目的に各制度で実施している医療機関への調査、指導、監査の組織を統合することを提案した。統合した組織は政策部門と切り離して大臣官房に設置し一体的実施を図るべきとした。

向本医療指導管理官は、プレゼンテーションの中で「医療監視と保険医療指導監査では、医師数や看護師数など調査項目に重複がある」と指摘。「今まで４回あったものが１回になる。行政、医療機関の双方にメリットがある」として指導監査部門の統合の有効性を訴えた。（7/23MEDIFAXより）

向精神薬、2746人が重複処方／厚労省、生活保護受給者を調査

厚生労働省は７月27日、生活保護受給者による重複受診のサンプル調査の結果を公表した。同一月に複数の医療機関から向精神薬の処方を受けていたのは2746人だった。長妻昭厚生労働相は閣議後の会見で「こうした方々が不適切に向精神薬を入手しているかどうかは判明していないが、多くのケースで過剰に処方されている疑いがある」とし、追跡調査を実施して見極めていきたいとした。

生活保護受給者が向精神薬を営利目的で入手し、所持していた事案があったことから調査した。７月末には指導､改善の状況を報告するよう求めている。生活保護の医療扶助を受けている受給者のうち、2010年１月に精神科に通院している受給者４万2197人のレセプトを抽出して調べた。

厚労省は、適正受診の指導などを求める通知を都道府県などに発出した。（7/28MEDIFAXより）

1000万人の患者情報をＤＢ化／副作用分析で厚労省、概算要求へ

2015年度に1000万人規模の患者情報を集めたデータベース（ＤＢ）を構築することを目標に、厚生労働省は11年度から５つの拠点病院で準備事業を始める。将来的にはＤＢを使って医薬品の副作用情報の分析に役立てたい考えだ。準備事業では、ＤＢに集める共通項目を決めるほか、個人情報の取り扱いのルール作りも進める。必要な経費を11年度予算の概算要求に計上する。

厚労省医薬食品局によると、医薬品の副作用報告は医療機関の自主的な報告に頼っており、その医薬品を使用している患者数の母数は分からないという。また、もともとの持病が副作用として報告される例もあり、現状では副作用の発生率などの正確な把握が困難となっている。このため厚労省は、1000万人規模の患者情報をデータベース化し副作用の正確な把握に努めることにした。
（8/23MEDIFAXより）

外国人医師受け入れ、年限を弾力化／厚労省が回答

日本の医師免許を持たない外国人医師が国内で診療行為を行う際の規制緩和をめぐって、厚生労働省は８月10日までに、臨床修練制度の年限の弾力化などについて2010年度中に結論を得るとする見解を政府の構造改革特別区域推進本部に返答した。一方、外国人医師の規制緩和を提案した大阪市は、臨床修練制度の具体的な見直しを要望。最終的な政府の方針は、厚労省と提案主体との複数回のやり取りを経て、10月をめどに閣議決定される予定だ。

構造改革特区本部は６月７日－７月６日に、特区での規制の特例措置などに関して自治体や民間から提案事項を募集していた。（8/11MEDIFAXより）

月２回の請求・支払いスタート／出産一時金

出産育児一時金直接支払い制度の月２回の請求・支払いが７月25日受け付け分からスタートした。「正常分娩」でかつ「磁気媒体」での請求に限り、これまでの月１回から月２回に変更した。

制度の変更点は▽「正常分娩」で「磁気媒体」での請求・支払いが月１回から月２回に▽これまで原則、妊婦の退院月の翌月10日に請求受け付けだったものを退院当月の25日にも請求を受け付け▽支払期間が最大２カ月程度から１カ月半程度に短縮―の３点。「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」の実施要綱の改定で７月１日から適用し、７月25日受け付け分から実施されている。
（8/10MEDIFAXより）

自然増、国費で約740億円削減／厚労省が公表

厚生労働省は８月４日、社会保障費の自然増を抑えるための適正化努力の内訳を公表した。国費ベースで医療は約580億円、介護は約４億円を削減し、雇用や生活保護も含めた合計削減額は約740億円とした。

2011年度予算の概算要求基準で認められた自然増1.25兆円について、長妻昭厚生労働相はこれまでに「野放図に出しているわけではない。適正化努力の結果、出した数字」と説明しており、今回、削減額の具体的な数字を示した。

医療の約580億円は、保険医療機関への指導・監査の強化（08年度削減額）、レセプト点検の徹底（08年度〈一部07年度〉査定額）、後発医薬品の利用促進（10年度見込み）による削減の合計額。介護の約４億円は、レセプト点検と介護給付費の利用者への通知（いずれも08年度削減額）で削減した。

このほか、雇用で約１億円（08年度削減額）、生活保護関係で約160億円（10年度見込み）の削減となる。

厚労省大臣官房会計課は「適正化の効果については、年度が異なっていたり、純粋な国費の削減以外に見込み額が含まれるため、合計額を求めることは困難だが、機械的に合計した数字を出した」としている。（8/5MEDIFAXより）

厚労事務次官に阿曽沼氏／医政局長には大谷官房長

長妻昭厚生労働相は７月23日、閣議後の会見で、勇退する水田邦雄事務次官の後任に阿曽沼慎司医政局長を昇格させる幹部人事案を明らかにした。医政局長には大谷泰夫大臣官房長を起用。医系技官の指定ポストだった医政局長には、２代連続で事務官が就くこととなる。７月30日付で発令する。

上田博三健康局長は辞職し、後任には外山千也防衛省大臣官房衛生監を充てる。医薬食品局長には間杉純政策統括官（社会保障担当）が就任。伊岐典子雇用均等・児童家庭局長は、独立行政法人「労働政策研究・研修機構」に研究員として出向し、髙井康行医薬食品局長が後任に就く。

大臣官房長と政策統括官（社会保障担当）にはそれぞれ、岡崎淳一大臣官房総括審議官、香取照幸大臣官房審議官（雇用均等・児童家庭、少子化対策担当）を起用した。

●新しい厚労省幹部の主な略歴

【厚生労働事務次官】阿曽沼慎司氏（あそぬま・しんじ）京都大経済学部卒、1974年厚生省入省。2003年に医薬食品局長、05年に大臣官房長、06年に老健局長、08年に社会・援護局長などを経て09年から医政局長。59歳。広島県出身。

【大臣官房長】岡崎淳一氏（おかざき・じゅんいち）東京大法学部卒、80年労働省入省。02年に職業安定局総務課長、05年に大臣官房総務課長などを経て、09年から大臣官房総括審議官。53歳。東京都出身。

【医政局長】大谷泰夫氏（おおたに・やすお）東京大法学部卒、76年厚生省入省。96年に年金局年金課長、01年に医政局総務課長、06年雇用均等・児童家庭局長などを経て、08年から大臣官房長。57歳。東京都出身。

【健康局長】外山千也氏（とやま・せんや）自治医科大医学部卒、92年厚生省入省。99年に保険局医療課

医療指導監査室長、05年に医政局国立病院課長、06年に国立がんセンター運営局長などを経て、07年から防衛省大臣官房衛生監。56歳。新潟県出身。
【政策統括官（社会保障担当）】香取照幸氏（かとり・てるゆき）東京大法学部卒、80年厚生省入省。02年老健局振興課長、05年雇用均等・児童家庭局総務課長などを経て、09年大臣官房審議官（雇用均等・児童家庭、少子化対策担当）。53歳。東京都出身。
（7/26MEDIFAXより）

12年度改定へ医療課長は鈴木氏／厚労省・課長級人事

介護報酬改定と同時となる2012年度診療報酬改定の指揮を執る厚生労働省保険局医療課長に、鈴木康裕・厚労省新型インフルエンザ対策推進本部事務局次長（国立保健医療科学院企画調整主幹）が就任することが７月23日、分かった。鈴木氏は老健局老人保健課長として09年度介護報酬改定に携わっており、医療と介護の連携が最大の焦点となる12年度同時改定を見据えた布陣とする。発令は７月30日付。

10年度診療報酬改定を取り仕切った佐藤敏信医療課長は、環境省総合環境政策局環境保健部長に出向する。このほか保険局では、神田裕二総務課長が内閣府大臣官房審議官（経済財政運営担当）に出向し、後任の総務課長に武田俊彦・医政局政策医療課長を充てる。

また、鈴木俊彦健康局総務課長は大臣官房会計課長に就任する。

老健局関連では、土生栄二振興課長が社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長に就き、後任には川又竹男・内閣府参事官（少子化対策担当）が就任する見通し。総務課企画官には宮崎敦文・大臣官房総務課企画官が就く。（7/26MEDIFAXより）

保険外サービス拡大で調査へ／経産省、８月から

医療・介護・健康関連産業を成長産業に位置付け、公的保険外の周辺サービスを拡大するとした政府の新成長戦略の実行に向け、経済産業省は８月から、民間事業者の新規参入や医療・介護機関との連携を阻害する制度上の課題を抽出するための調査事業に乗り出す。調査と並行して、委員会やワーキンググループを設置し、課題解決に向けた検討を行う。2011年４月以降に報告書をまとめ、事業化に向けた取り組みを加速させる。

政府の新成長戦略では、医療・介護・健康関連産業について「民間事業者等の新たなサービス主体の参入も促進し、安全の確保や質の向上を図りながら、利用者本位の多様なサービスが提供できる体制を構築する」としている。経産省が６月にまとめた「産業構造ビジョン」でも、医療・介護機関が抱える患者らへの支援などを周辺サービスが受け入れ、公的保険に依存した構造からの脱却を掲げている。

調査事業は、経産省からの委託を受けた民間調査会社・三菱総合研究所（東京）が実施する。現在、調査実施者の選定を行っており、８月から調査を開始する。（7/27MEDIFAXより）

「クラウド」活用で健康管理／市場規模15兆円、経産省試算

経済産業省は、インターネット経由で情報やソフトウエアを共同利用する「クラウドコンピューティング」を活用することにより、医療・介護分野で2020年までに15兆円規模のサービス市場を創出できるとの試算を盛り込んだ報告書をまとめた。「個人のヘルスケア情報を大量に収集・蓄積し、分析・活用することができれば、予防医療の促進による生活習慣病の改善や医師の負担を低減することが期待できる」とし、健康管理に基づいた疾病予防での活用を促す方向性を示している。

09年７月に同省に設置された「クラウドコンピューティングと日本の競争力に関する研究会」がまとめた。クラウドコンピューティングは、大量の情報や多様なソフトウエアが集約されたデータセンターにインターネット経由でアクセスして利用する新しいＩＴ（情報技術）サービス。利用者は、高額なＩＴ機器やシステムを持たずにコンピューター資源を活用することができる。

●プライバシーへの配慮必要

ただ、報告書では「ヘルスケア情報はプライバシー性の高い情報であり、安全・安心に利活用できるようにする配慮も必要」と指摘。利用を促すため、情報の標準化と取り扱いルールの策定を行うなど、政府の対応も明記した。（8/18MEDIFAXより）

医療・介護で約4800億円赤字／全国健康保険協会09年度決算案

全国健康保険協会は７月12日付で、2009年度の決算案を公表した。健康保険事業では、医療分と介護分を合わせて単年度収支が約4800億円の赤字、準備

金残高が約3500億円の赤字となった。７月26日の運営委員会で決算案について議論し了承を得てから、厚生労働省に承認申請する予定。

短期借入金と準備金戻入を除いた収入は７兆5838億円で、うち医療分が６兆9799億円、介護分が6039億円を占めた。借入金償還金を除いた支出は８兆669億円（医療分７兆4419億円、介護分6250億円）で、収支差は4830億円の赤字。準備金戻入後の収支差は3491億円の赤字となった。

同協会は「大変厳しい経済情勢の下、保険料収入が減少したことが、赤字の主な要因」と分析。「景気・経済の見通しや医療費の動向など引き続き厳しい財政運営が予想される」とした上で「医療費適正化、経費節減、業務改革に全力で取り組みながら、12年度末までの特例措置期間内で累積赤字を償還し、財政再建に努めていく」としている。
（7/14MEDIFAXより）

ポリオ「生ワクチンの接種徹底を」／小児科学会が声明

日本小児科学会の予防接種感染対策委員会は８月20日、「不活化ポリオワクチン導入までは、経口ポリオ生ワクチンの接種を徹底すべきである」とする声明を発表した。

声明では、インドやパキスタン、アフガニスタン、アフリカの一部地域で依然としてポリオの流行が続いており、「世界根絶が達成されるまでは、ワクチン接種を継続し、かつ接種率を高く保つことが必要」と指摘。不活化ワクチンの導入には時間がかかるとの見通しを示し、生ワクチンの接種を継続すべきとしている。

ポリオの生ワクチン接種をめぐっては、2009年に神戸市在住の男児が、集団接種を受けなかったにもかかわらずワクチン由来のポリオウイルスに感染。厚生労働省は国内メーカー４社に対し、沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン（ＤＰＴワクチン）と不活化ポリオワクチン（ＩＰＶ）の混合ワクチンの開発を促している。（8/23MEDIFAXより）

臓器を摘出、５施設で移植／改正法初の家族承諾

改正臓器移植法に基づき、家族の承諾で初めて脳死と判定された20代の男性が入院していた関東地方の病院で８月10日、男性から臓器が摘出された。心臓は国立循環器病研究センター（大阪府）で20代の男性患者に移植されるなど、同日中に５施設で５人の患者に移植された。

日本臓器移植ネットワークによると、提供者の男性は家族と臓器移植関連のテレビ番組を見ていた際、口頭で提供意思を示していたという。

1997年に施行された臓器移植法では、提供には15歳以上が書面で提供意思を示す必要があり、今回のようなケースは脳死での提供はできなかった。だが2009年７月、提供数増加を目的に提供要件を緩和した改正法が成立し、10年７月17日に施行された。脳死移植は97年以降、今回で87例目になる。
【共同】（8/11･12MEDIFAXより）

医療ツーリズム、地方が熱視線／モニターツアーなど活発化

地方自治体が「医療ツーリズム」に熱い視線を注いでいる。中国の富裕層を対象にモニターツアーを企画し、商品化にこぎ着けた自治体もあり、関係機関を集めた協議会や研究会の発足も相次いでいる。2011年度からは政府も推進に本腰を入れる方針だが、反対論も依然として根強く、「公的保険が充実した日本ではなじみにくい」との見方も出ている。

日本政策投資銀行は、20年時点の医療ツーリズムの国内潜在需要を年間43万人、市場規模を約5500億円とはじく。こうした数字は地方にとっても魅力的で、福島県や新潟県、長崎市などがモニターツアーを相次いで実施。福島県の担当者は「大都市だけでなく、地方でも一定以上の水準の検診や治療を提供できるのが日本の強みだ」と話す。

さらに、大阪市は８月、庁内に「大阪国際医療ツーリズム研究会」を設置し、11年度中の事業計画案策定に向けて検討を始める予定だ。熊本県や沖縄県などでも研究会や検討会が発足しており、自治体の動きは活発化している。

日本政策投資銀行は「高度な医療技術・設備と豊富な観光資源を有するわが国も、多くの医療ツーリストを呼び込むことができる可能性は十分にある」と指摘。一方で、民間シンクタンクの大和総研が７月公表したレポートでは「公的保険が充実した国では、ビジネス色の強い医療ツーリズムはなじみにくい。日本の医療供給体制の改善や日本経済の成長につながる可能性は極めて低い」と否定的な見方が示されるなど、医療ツーリズムの可能性については、専門家の間でも見方が分かれている。
（8/12MEDIFAXより）

介護保険編

受給者１人当たり費用6100円増／09年度介護給付費実態調査

厚生労働省が７月29日に発表した「2009年度介護給付費実態調査結果の概要」によると、09年度に一度でも介護予防サービスか介護サービスを受けた実受給者数は468万7100人だった。また、10年４月の受給者１人当たり費用額は15万7300円で、前年同月と比較して6100円増加した。厚労省大臣官房統計情報部は「介護報酬の3.0％改定と高齢化の影響と考えている」とした。

09年５月審査分から10年４月審査分までの介護給付費の状況などを調べた。

09年度に介護予防サービスを受けた人は112万6900人で前年度より２万7200人増加。また、介護サービスを受けた人は379万700人となり前年度から12万400人増加した。うち介護療養施設サービスを受けた人は14万6100人で、前年度から１万3100人減少した。

受給者１人当たり費用額は10年４月審査分で15万7300円となった。前年同月（15万1200円）より6100円増加し、５年連続増加となった。都道府県別では、介護予防サービスでは福井が４万3600円で最も高く、沖縄の４万2800円、佐賀の４万2700円と続いた。介護サービスでは沖縄の20万9500円が最も高く、高知の20万9000円、佐賀の20万5500円と続いた。

居宅サービスの平均利用率は「要介護５」が60.7％（前年同月58.0％）、「要介護４」が58.6％（同56.8％）、「要介護３」が54.2％（50.8％）となり、前年よりも利用率が高くなっている。

サービス受給者の要介護（要支援）状態を10年３月と09年４月で比較すると、10年３月は軽度（要支援１－要介護１）受給者が前年に比べ10万2700人減少した。一方、要介護５は前年比７万5700人、要介護４は同３万6900人増加しており、要介護者の重度化が見られる。（7/30MEDIFAXより）

介護人材養成の在り方で中間まとめ公表／厚労省検討会

厚生労働省社会・援護局福祉基盤課はこのほど、介護福祉士資格の取得経路の在り方などについて議論している「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」（座長＝駒村康平・慶応大教授）の中間まとめを公表した。３年以上の実務経験を持つ介護職員が国家試験を受ける要件に2012年度から加わる「６カ月（600時間）以上の養成課程修了」について、対応が困難な事業者が多数いることなどを踏まえ、15年度に延期すべきとの見解などを盛り込んでいる。公表日は８月13日付。

同検討会が７月29日に大筋で了承した中間まとめについて、委員からの意見を踏まえ微調整を行い、完成版を公表した。「６カ月（600時間）以上の養成課程修了」などを盛り込んだ、新たな実務経験者の資格取得経路について「見直したうえで、施行は12年度から３年程度延期すべき」と明記。12年度を予定していた養成施設卒業者への国家試験義務付けの施行時期についても「併せて見直しを検討すべき」とした。

このほか、今後の検討の方向性について「専門介護福祉士など介護福祉士資格取得後の継続教育、及びキャリアアップの在り方などについて検討する」としている。

最終報告は、年内を目途に取りまとめる予定としている。（8/17MEDIFAXより）

介護職員のたん吸引で試行／厚労省、11年３月から

厚生労働省の「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」（座長＝大島伸一・国立長寿医療研究センター総長）は８月９日、事務局が示した試行事業案をおおむね了承した。50時間の講義などを盛り込んだ基本研修と実地研修を受けた介護職員約120人が、現在は医行為に当たるたんの吸引と経管栄養の一部を要介護者らに実施する。介護職員の講師となる医師や看護師への研修を10月から開始し、11年３月には介護職員によるケアの試行が行われる見通しだ。

試行事業で実施する行為はたんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と、経管栄養（胃瘻、腸瘻、経鼻）。口腔内のたんの吸引については咽頭の手前までを限度とし、経管栄養の状態確認については、看護職員が実施することとした。

実地研修の対象施設は特別養護老人ホームや介護老人保健施設、障害者（児）施設、訪問介護事業者（在宅）など。医療・介護の連携体制が整っているこ

とや、指導看護師を介護職員数人につき１人以上配置できることなどが条件となる。

指導者講習を受けた医師と看護師60人程度が、介護職員に50時間の講義を実施。介護職員はその後、実地研修を経て、施設や在宅でたん吸引などを行う。（8/10MEDIFAXより）

介護施設の定員8.7万人増へ／10年度までの２年で

介護保険施設の定員が2009－10年度の２年間で8.7万人分、増える見込みであることが、厚生労働省が７月30日の社会保障審議会・介護保険部会に報告した集計結果で分かった。09年度実績は2.7万人分増で、10年度は6.1万人分増となる見通しだ。

集計の対象施設は①特別養護老人ホーム②介護老人保健施設③認知症高齢者グループホーム④ケアハウス⑤小規模多機能型居宅介護事業所。

都道府県別に見ると、最も多いのは東京で２年間で7776人分増となる見通し。一方、最も少ないのは佐賀で180人分増を見込んでいる。

厚労省は09－11年度の３年間で、介護保険施設の定員を16万人分整備する目標を打ち出している。（8/3MEDIFAXより）

対前年同月比事業収入は平均108.1%／09年度介護労働実態調査

2008年９月の事業収入100に対する09年９月の事業収入指数（対前年同月比）が100％以上と回答した介護事業所は約６割を占めることが８月16日、介護労働安定センターがまとめた「09年度介護労働実態調査･事業所における介護労働実態調査結果報告書」で分かった。対前年同月比の平均は108.1％だった。

同報告書によると、09年９月の事業収入が前年同月比「100％以上105％未満」だった事業所は22.1％で、最も多かった。次いで「120％以上」16.0％、「110％以上120％未満」10.3％などで、「100％以上」は合わせて57.3％だった。「100％未満」の事業所は合わせて27.7％、無回答は15.0％。

サービス種類別に見ると、介護老人保健施設の71.9％、介護老人福祉施設の76.1％がそれぞれ「100％以上」と回答。一方、介護療養型医療施設で「100％以上」と回答したのは49.9％で、ほぼ半数だった。

法人格別では、医療法人の60.3％、社会福祉法人の66.6％、民間企業の54.5％が「100％以上」と回答した。

１万6860事業所を対象に、09年11月に調査を実施。7515事業所から有効回答を得た。

●介護報酬の７割は人件費へ

09年９月の１カ月の介護報酬に占める人件費の割合を聞いたところ、全体の平均は70.8％だった。サービス種別では、介護療養型医療施設が60.3％、介護老人保健施設が60.6％、介護老人福祉施設が61.4％だった。介護保険外の収入も含む介護事業収入に占める人件費の割合は、全体で平均64.4％。サービス種類別では、介護療養型医療施設が55.1％、介護老人保健施設が54.4％、介護老人福祉施設が54.8％だった。

●介護報酬改定の影響「基本給引き上げ」３割

09年度介護報酬改定に伴う経営面での対応状況を複数回答で聞いたところ、全体では「基本給の引き上げ」が30.4％で最も多く、次いで「諸手当の導入・引き上げ」26.6％、「教育研修の充実」21.4％などだった。一方「いずれもなし」との回答も21.1％あった。

サービス種別に見ると、介護老人保健施設では「基本給の引き上げ」が45.7％で最も多く、介護老人福祉施設では「諸手当の導入・引き上げ」が44.6％で最も多かった。

一方、介護療養型医療施設と訪問看護は「いずれもなし」がそれぞれ25.5％と45.5％で、最も多かった。（8/17MEDIFAXより）

「処遇改善なし」が４割／介護従事者の就業実態調査

介護従事者の処遇改善などを柱に３％のプラス改定となった2009年度介護報酬改定後も、特に処遇は改善されなかったと答えた介護従事者は約４割に上ることが、介護労働安定センターがまとめた「09年度介護労働実態調査・介護労働者の就業実態と就業意識調査結果報告書」で分かった。

09年度介護報酬改定を受けて実施したと説明のあった処遇改善について、複数回答で聞いたところ、「いずれもなし」が37.7％で最も多く、次いで「基本給の引き上げ」17.3％、「諸手当の導入・引き上げ」13.9％、「一時金の支給」12.6％などだった。

サービス種別に見ると、介護老人保健施設でも「いずれもなし」が最多で36.8％。次いで「諸手当の導入・引き上げ」21.1％、「基本給の引き上げ」19.2％などだった。介護老人福祉施設でも「いずれもなし」が26.8％で最も多く、「基本給の引き上げ」23.1％、

「諸手当の導入・引き上げ」22.8％と続いた。

介護従事者５万580人を対象に09年11月に調査を実施。２万630人から有効回答を得た。

●税込み平均月収は約18万5000円

介護従事者の通常月の税込み平均月収（賞与は除き、残業代、休日出勤手当、交通費などの諸手当を含む）は全体で18万4700円だった。職種別に見ると、正社員の訪問介護員は19万400円、非正社員の訪問介護員は10万1700円。正社員の訪問看護員は26万9300円、非正社員の訪問看護員は13万1200円だった。

サービス種別に見ると、介護老人保健施設が22万8100円、介護療養型医療施設が21万7500円、介護老人福祉施設が21万3000円だった。

●労働条件の悩み「賃金が低い」が最多

労働条件の悩みや不満などを複数回答で聞いたところ、全体では「仕事内容のわりに賃金が低い」が50.2％を占め、最も多かった。次いで「人手が足りない」39.4％、「有給休暇が取りにくい」36.9％、「業務に対する社会的評価が低い」36.4％などだった。

一方、働く上での悩みや不満などの解消に向けた取り組みで、役立つと思う項目を複数回答で聞いたところ、最も多かったのは「介護能力の向上に向けた研修」で40.2％だった。（8/19MEDIFAXより）

調査・データ編

稼働日数補正後の伸び率3.6％増／09年度「医療費の動向」

厚生労働省は８月16日、2009年度の「医療費の動向」を公表した。医療費の総額は、35.3兆円で、前年度と比較し約１兆2000億円増加した。医療費の伸び率は3.5％、稼働日数補正後は3.6％で、厚労省保険局調査課は伸び率はおおむね従来と同水準としている。

診療種類別の医療費伸び率は、医科の入院が3.1％、入院外が2.8％だった。特に入院外は前年度0.2％から大きく増加した。このほか、歯科は0.7％減、調剤は7.9％の伸び率で、歯科が前年度の2.6％から大きく減少する一方、調剤は前年度5.3％から増加した。稼働日数補正後の伸び率では、入院が3.2％、入院外が2.9％だった。

また、１日当たりの医療費の伸び率は4.1％だった。延べ患者数に相当する受診延べ日数は0.6％減だった。受診延べ日数の伸び率は05年度以降、５年連続で前年度比減少傾向にある。受診延べ日数が減少傾向にある一方、１日当たり医療費は増加しているため、医療費総額は増加傾向にある。
（8/17MEDIFAXより）

「初・再診」１日当たり0.8％増／09年診療行為別調査

厚生労働省が７月15日に発表した「2009年社会医療診療行為別調査結果の概況」で、入院外の「初・再診」の１日当たり点数が前年比で0.8％増加していたことが分かった。08年度診療報酬改定でいわゆる「５分ルール」が導入された外来管理加算の算定回数は、改定直後の前年より111万8246回増え、3391万9070回となった。外来管理加算の１件当たり点数は前年比0.7点、１日当たり点数は同1.2点増だった。

再診料、外来管理加算の算定回数を病院・診療所別に見ると、再診料は病院で2625万2707回（前年比193万9779回減）、診療所で6362万2087回（同247万2496回減）、外来管理加算は病院で614万2202回（同26万2920回減）、診療所は2777万6868回（同138万1166回増）だった。

●メディアスとの乖離ない

入院外の総数では、１件当たり1249.0点で前年比9.3％減、１日当たり729.9点で同3.9％減。前年調査では人工腎臓明細書が例年と比べて多く抽出されたため、「処置」の点数が例年より高かったが、厚労省統計情報部社会統計課は「今回の調査でほぼ例年通りに戻った」としている。抽出の偏りに伴い10年度診療報酬改定を議論した09年の中医協では、診療行為別調査とメディアスとの乖離が指摘され、補正データが用いられたが、今回調査については「メディアスと大きな乖離はない」（社会統計課）としている。

入院の総数は１件当たり４万3608.5点（前年比2.8％増）、１日当たり2582.7点（同1.8％増）。ＤＰＣ対象病院増加の影響で「診断群分類による包括評価等」は１件当たり9710.9点（同61.9％増）、１日当たり575.1点（同60.2％増）と大幅な増加が見られた。包括される検査などの点数は１件当たり、１日当たりともに減少している。（7/16MEDIFAXより）

平均寿命、男女ともに過去最高／09年簡易生命表

厚生労働省は７月26日、2009年の「簡易生命表の

概況について」を発表した。発表によると、09年の男性の平均寿命は79.59年（前年比0.30年増）、女性の平均寿命は86.44年（同0.39年増）となり、いずれも過去最高となった。

また、将来どの死因で死亡するか計算した死因別死亡確率によると、０歳の男女ともに将来、悪性新生物で死亡する確率が最も高かった。男性では、悪性新生物（29.90％）、心疾患（14.68％）、肺炎（12.20％）、脳血管疾患（10.08％）の順となった。女性は悪性新生物（20.63％）、心疾患（19.09％）、脳血管疾患（12.11％）、肺炎（11.35％）となった。（7/27MEDIFAXより）

看護職の需要、15年に約165万人／需給見通し暫定版

厚生労働省は７月16日、第７次看護職員需給見通しに関する検討会（座長＝尾形裕也・九州大大学院教授）に、2011年から５年間の第７次看護職員需給見通しの暫定版を示した。看護職員の実人員の需要は11年の約154万人から、15年には約165万人に増加すると推計した。これに対して供給は約148万人から約164万人になると見込んだ。需要に対する充足率は、96.2％から99.4％に上がるとした。厚労省は、都道府県にヒアリングして数字を精査し、検討会の意見を加えた報告書を10年中にまとめる。

需給見通しを積算するため、各都道府県は病院や診療所、介護老人保健施設など約５万4000施設を対象に調査を実施した。都道府県が算定した需給見通しを積み上げて全国の需給見通しを策定した。（7/20MEDIFAXより）

第１期の接種率93.6％／09年度麻しん風しん予防接種

厚生労働省はこのほど、麻しん風しん第１期－第４期の2009年度定期予防接種実施状況の調査結果を公表した。09年度の第１期接種（生後12カ月以上24カ月未満）の接種率全国平均は93.6％、第２期（小学校入学前の１年間）の全国平均は92.3％だった。

また、08－12年の５年間の時限措置で実施されている第３期（中学１年生相当）と第４期（高校３年生相当）の全国平均接種率はそれぞれ85.9％と77.0％だった。（8/11MEDIFAXより）

人員不足で廃止、09年度に85件／訪問看護ステーション

訪問看護ステーションのうち、人員基準（常勤換算で看護職員2.5人以上）を満たせなくなったことが原因で廃止したステーションは2009年度の１年間で85事業所だったことが、７月28日の「訪問看護支援事業に係る検討会」に厚生労働省が報告した調査結果で分かった。10年５月に、47都道府県を対象に調査を実施した。人員基準が満たせなくなったことにより「休止」したのは、全国で67事業所だった。

人員基準を満たさなくなった場合の具体的な取り扱いについて聞いたところ、43自治体が明確な基準を定めていないと回答。看護師の急な退職で看護師数が常勤換算で1.5人になった場合の対応では、31自治体が「訪問看護ステーションの状況に応じて、具体的対応を決める」と回答し、最も多かった。「即休止または廃止」との回答も４自治体からあった。（7/29MEDIFAXより）

国立大病院、５年連続で収益増／09年度決算

文部科学省はこのほど、国立大学法人などの2009年度の決算をまとめた。国立大の附属病院の収益は7826億円で前年度に比べて358億円（4.8％）増加し、５年連続の増加となった。一方、診療経費も361億円（7.5％）増の5196億円。文科省がまとめた「国立大学法人化後の現状と課題について」の中間まとめでも、診療業務の負担で人材養成機能が低下していると指摘があり、診療業務が増加している実態が財務上からも明らかになった。

●運営費交付金減少も「しわ寄せ」の懸念

全国の86国立大学法人と４大学共同利用機関法人の決算などをまとめた。附属病院の経常費用を見ると、教育研究経費、診療経費、人件費のいずれも増加していた。教育研究経費は前年度比５億円増の113億円、人件費も同様に38億円増の3679億円で診療経費に人件費などを加えた合計では9431億円となった。

経常収益を見ると、病院収益が増加している一方、運営費交付金収益は101億円減の1502億円で合計は9727億円となった。国は附属病院収入が診療経費と借入金の返済額の合計に満たない法人に対しては「附属病院運営費交付金」を補助しているが、附属病院の経営改善による収入増加により、国からの運営費交付金が年々減少している。ただ、運営費交付金収益を詳細に見ると、そのほかの運営費交付金が占める割合が増加しており、文科省の決算のまとめでは「しわ寄せが学部などに及んでいることが懸念される」としている。（7/23MEDIFAXより）

後期高齢者医療費5.7%増／09年度、国保中央会まとめ

2009年度の後期高齢者医療費（速報値）は11兆9440億円で前年度比5.7%増だったことが７月13日、国保中央会のまとめで分かった。被保険者１人当たり医療費は87万4915円（前年度比2.5%増）で、都道府県別の比較では最高が福岡の110万7709円、最低は新潟の71万9530円となっている。市町村国保と国保組合を合わせた国保医療費は10兆9175億円（同2.4%増）で、後期高齢者医療費と国保医療費を合わせた国保連合会の審査確定分の医療費総額は22兆8616億円だった。

後期高齢者１人当たり医療費を医療の種類別に見ると、入院は2.1%、入院外は1.4%、歯科は1.9%、調剤は6.9%それぞれ増加している。一方、国保の１人当たり医療費を医療の種類別に見ると、入院は2.3%、入院外は2.6%、調剤は7.2%それぞれ増加しているが、歯科は1.2%減だった。

09年度の介護費総額は７兆5620億円で前年度比7.3%増。08年度の伸び率（4.3%増）と比べて大幅に伸びた要因について、国保中央会は09年度介護報酬改定（プラス3.0%）の影響と見ている。内訳は、居宅系サービスが３兆6276億円（前年度比9.4%増）、施設系サービスが３兆2916億円（同4.2%増）、地域密着型サービスが6427億円（同12.0%増）だった。施設系サービスのうち、介護療養型医療施設の介護費は4531億円で前年度比8.6%減となり、「療養病床再編の動きが反映されている」（国保中央会）としている。

09年度の要介護認定者数は平均で484万8831人、受給者数は392万71人。認定者に占める受給者の割合は80.8%だった。また、受給者に占める女性の割合は71.5%だった。（7/14MEDIFAXより）

特定健診実施率、２年連続目標下回る／全国健康保険協会

全国健康保険協会運営委員会（委員長＝田中滋・慶応大大学院教授）は７月26日、2009年度の特定健診・特定保健指導の実施状況（速報値）などを盛り込んだ事業報告書を了承した。特定健診項目を含む生活習慣病予防健診の受診率は、被保険者が38.3%（前年度比2.4ポイント増）、被扶養者が12.2%（同1.0ポイント増）で、いずれも旧政管健保で掲げた５カ年計画の目標値を２年連続で下回った。

特定保健指導の実施率は、被保険者が4.8%（同3.9ポイント増）、被扶養者が0.4%（同0.4ポイント増）となっている。

旧政管健保では、12年度の実施率目標として、特定健診70%、特定保健指導45%を掲げていた。目標に達しなかった理由として、報告書では「ほかの保険者と異なり、事業所の規模が小さく、かつ広い地域に点在しており、効率的な特定健診の受診勧奨や保健指導が難しいという事情が背景にある」と指摘。被保険者の実施率向上に向けて、国の定めた電子的様式以外でも健診結果を取得できるようにするシステム改修や、被扶養者に対しては受診券を直接送付するなどの取り組みを挙げている。

●レセプト点検や後発品使用の数値目標

報告書の総括では、今後の運営についても言及し、医療費適正化をはじめ、経費の節減や業務改革などに重点を置いた中期ビジョンを策定する考えを盛り込んだ。医療費適正化の具体策として、10年度事業計画でレセプト点検や後発医薬品の使用促進に関する数値目標を掲げるとした。さらに、近年、給付費の伸びが大きい傷病手当金や柔道整復師療養費の現金給付に関する審査の強化にも重点的に取り組むとした。

●医療・介護で4830億円赤字

09年度決算報告書も了承した。健康保険勘定は、収入の中から準備金戻入と短期借入金を除く収支が4830億円の赤字。赤字額は医療分が4619億円、介護分が211億円となる。船員保険決算（10年１－３月分）は収入233億円に対し、準備金繰入を除く支出は146億円となっている。（7/27MEDIFAXより）

四半期の報告件数、過去最多に／評価機構の医療事故報告書

2010年１－３月に日本医療機能評価機構に報告のあった医療事故件数は593件で、四半期ごとの報告件数としては過去最多だったことが７月14日、同機構が公表した「医療事故情報収集等事業第21回報告書」で分かった。同機構は「医療事故を報告することが、事業開始後５年を経て次第に定着してきていることの表れと考えている」としている。

医療事故について報告義務のある272医療機関と、任意で事業に参加している545医療機関のうち168医療機関から報告があった。報告義務のある医療機関から報告があった事故（514件）を概要別に見ると「療養上の世話」が240件で最も多く、「治療・処置」122件、「ドレーン・チューブ」34件、「薬剤」23件など

だった。事故の程度については「障害残存の可能性なし」が152件で最も多かったが、「障害残存の可能性がある（低い）」143件、「障害残存の可能性がある（高い）」57件、「死亡」43件などもあった。

個別テーマとして新規に取り上げた「病理に関連した医療事故」では、04年10月から10年３月31日の間に報告のあった病理に関する医療事故36件について分析。「検体提出忘れ」「検体紛失」「検体の混入」「検体取り違え」などの事例があったとした。

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業では、10年１－３月の間に、参加医療機関965施設のうち393施設から11万7646件の発生件数情報報告があった。うち「薬剤」に関連した報告が３万8356件で最も多く、次いで「療養上の世話」２万7347件、「ドレーン・チューブ」１万9065件などだった。
（7/15MEDIFAXより）

赤字病院は60%台に減少／全自病、09年度決算見込額調査

全国自治体病院協議会が７月27日までにまとめた2009年度「決算見込額調査報告書」によると、会員病院で地方独立行政法人が設置する病院を除く474病院のうち赤字病院は290病院で全体の61.2％を占めた。08年度決算の339病院から49病院減少し、割合も71.5％から10.3ポイント減少した。

全自病の石黒久也経営指導部長は、赤字病院の減少について「09年度は公立病院改革プラン実施の初年度に当たり、各自治体病院が人員の確保や経費削減などに努力した部分が大きい」と述べた。ただ、病床規模が小さい病院では依然、医師数が減少していると指摘。自治体病院の経営状況について「良いところは良く、悪いところは悪くなり、格差が拡大して２極化している」とし、今後の推移を見守る姿勢を強調した。

調査は全自病会員の病院のうち、地方公営企業法の適用病院と地方独立行政法人が設置する病院の合計930病院を対象に行った。集計できたのは481病院で回収率は51.7％だった。

適用病院の474病院について見ると、入院収益は2.7％増、外来収益も 3.4％増でともに増加した。１病院当たりの１日平均入院患者数は196.5人で、前年度200.0人から1.7％減少した。入院の患者１人１日当たり診療収入の平均額は３万8990円で前年度から4.5％増加した。患者数の減少を上回る入院単価の増加が収益増につながった。一方、外来については、１日平均外来患者数は481.3人で前年度から1.9％減少した。外来の患者１人１日当たり診療収入の平均額は１万612円で前年度から5.4％の増加だった。

適用病院で赤字病院の割合が多い病床規模は200－299床の74.5％で対前年度4.2ポイントの減少。この規模の病床数の病院は前年度調査でも赤字病院が多く、石黒部長は「大規模と小規模の間にある病院の厳しい決算が続いている」と指摘した。次いで300－399床が71.6％で対前年度13.5ポイント減、400－499床が67.3％で4.1ポイント減、100－199床が64.1％で9.3ポイント減、500床以上が49.0％で15.7ポイント減、20－99床が48.1％で14.4ポイント減となっている。

地方独立行政法人が設置する７病院については、前年度からすべて黒字病院となっており、今回の調査で黒字幅がさらに拡大した。

全自治体病院の最終決算はあらためて総務省が公表する。全自病は「過去の傾向から、全病院の決算では、赤字病院の割合などは全自病の調査より悪化する可能性が高い」としている。
（7/28MEDIFAXより）

２次救急病院数の格差は7.82倍／日医総研ＷＰ

日医総研はこのほど、全国348の２次医療圏の地域格差についてデータ分析し、ワーキングペーパー（ＷＰ）としてまとめた。医師数などについて上位35医療圏（上位10％）の平均値と下位35医療圏（下位10％）の平均値の格差は、医療施設従事医師数で3.41倍、病院従事医師数で4.86倍、２次救急対応病院数では7.82倍に及ぶことが分かった。

人口1000人当たり医療施設従事医師数は、全国平均で1.85人だった。東京の区中央部（11.78人）や区西部（4.78人）など上位35医療圏の平均値は3.56人で、愛知の尾張中部（0.72人）や茨城の常陸太田・ひたちなか（0.84人）など下位35医療圏の平均値1.04人と比較すると、格差は3.41倍となった。

病院従事医師数では、人口1000人当たり病院医師数の全国平均が1.16人だった。東京の区中央部（8.88人）、区西部（3.28人）、福岡の久留米（3.13人）などで多かった一方、愛知の尾張中部（0.19人）、東京の島しょ（0.25人）、埼玉の児玉（0.39人）などでは少なく、上位35医療圏と下位35医療圏の平均値の格差は4.86倍だった。

２次救急対応の病院数を見ると、人口10万人当たり平均施設数は2.98病院で、最も多い北海道の南檜

山では14.19病院だったが、▽気仙（岩手）▽奥越（福井）▽甲賀（滋賀）▽隠岐（島根）▽五島（長崎）▽上益城（熊本）―の６医療圏では２次救急対応の病院がなく、上位と下位の格差は7.82倍に達した。

●分娩実施病院の格差は約590倍

また、15歳以上45歳未満女性１万人当たり分娩実施病院の全国平均は0.68病院だった。長崎の壱岐（4.70病院）や対馬（3.96病院）など上位35医療圏の平均は1.985病院、しかし34医療圏で分娩実施病院が存在せず、下位35医療圏の平均は0.003病院となり、格差は約590倍となった。帝王切開の実施病院についても、44医療圏で実施病院が存在せず、２次医療圏間で分娩施設数に大きな格差があることが分かった。

今回の分析は▽医療施設従事医師数▽病院従事医師数▽病院の救急対応▽病院の提供医療サービス―などの項目について▽医師・歯科医師・薬剤師調査（厚労省）▽医療施設調査（厚労省）▽病院報告（厚労省）▽住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数（総務省）▽全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院）―の５つのデータを使用して分析した。（7/21MEDIFAXより）

診療所、小規模病院は苦戦／日医レセプト調査

日本医師会は８月11日、４－６月分のレセプト調査の結果を発表した。診療所の外来の総点数は前年同期と比べて0.19％増となり、0.09％減だった速報（４、５月分）から微増に転じたが１日当たり点数は0.26％減とマイナス幅が広がった。病院は入院の総点数が前年同期に比べて5.14％増、外来も2.36％の増となった。高杉敬久常任理事は会見で「大規模急性期病院に資源が集中した一方、診療所や小規模病院は苦戦している」とし、「地域医療を支えるためには、すべての医療機関の底上げが必要」と訴えた。

病院と診療所の入院、外来を合わせた総点数は2.64％増で、入院は5.15％増、外来は0.73％増でいずれも速報よりプラス幅が広がった。

診療所は入院が5.25％増と大きく増加したが、外来が0.19％の増にとどまった。診療所の外来の１日当たり点数は前年同期に比べて0.26％減となったが、対照的に病院は増となっており、「診療所は再診料の引き下げなどの影響を受け、入院外プラス財源は病院に集中しているものと推察される」と分析した。診療所では１件当たり日数も減少しており、「長期処方などの拡大により通院回数が減少していることが主要因と考えられる」とまとめた。ただ、総件数が増加していたため、総点数は微増となった。

病院の１日当たり点数は入院が4.04％増、外来が4.46％増。病院種類別に見ると、一般病院（療養病床のみの病院を除く）は総点数が4.76％増、療養病床のみの病院は3.56％増、精神科病院は2.72％増で、「急性期病院に手厚い評価をした成果が見られた」と分析した。

外来管理加算の算定回数は前年同期に比べて、診療所が3.7％、病院が6.4％とそれぞれ増加し、合計では4.2％増となった。ただ、厚生労働省が要件見直しによる財政影響の試算として示した120億円を基に、日医が算出した６％弱の増には至っていなかった。（8/12MEDIFAXより）

リハビリ充実３加算、算定は１割／回復期リハ協

全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の会員病院（822病院）のうち、回復期リハビリテーションの充実度を示す「重症患者回復病棟加算」「休日リハビリテーション提供体制加算」「リハビリテーション充実加算」のすべてを算定できている病院は90病院、10.9％にとどまっていることが分かった。「365日、毎日６単位以上のリハビリ提供」の難しさがあらためて示された格好だ。石川誠会長（初台リハビリテーション病院理事長）は、メディファクスの取材に「休日加算と充実加算の算定が１割程度とまだ少ない。回復期リハビリ全体の底上げには重要な評価項目だけに、継続して体制の充実を求めていく」と語った。

回復期リハビリ病棟の質の評価は2008年度改定で試行導入され、10年度改定では、新たな質の充実が求められる内容となった。リハビリ充実の指標としては、「回復期リハビリテーション病棟入院料１」を算定している施設で新規入院患者のうち２割以上が重症の患者の場合算定できる重症患者回復病棟加算と、入院料１あるいは２の算定病院で、休日を含め週７日間リハビリを提供できる体制を評価する休日リハビリ提供体制加算、回復期リハビリを要する状態の患者に対して１人１日当たり６単位以上のリハビリの提供を評価するリハビリテーション充実加算の合計３項目がある。

５月１日時点の算定状況を見ると、会員病院822病院のうち、入院料１（1720点）の算定が730病院

（88.8％）、入院料２の算定が92病院（11.2％）となっている。入院料１の算定病院で、重症患者回復病棟加算の算定ができているのは489病院で、入院料１算定病院の７割弱。同入院料１の算定病院で休日リハビリ提供体制加算の算定は227病院（入院料１算定病院の31.1％）、リハビリ充実加算の算定が112病院（同15.3％）。リハビリ充実の指標３項目をすべて算定できたのは90病院（入院料１算定病院の12.3％、全体の10.9％）という狭き門になっている。
（8/11MEDIFAXより）

入院外医療費、伸び大半は薬剤費／保団連が指摘

保団連は７月21日、厚生労働省が公表している薬剤費は少なめに見積もられており、実際は2001年以降の入院外医療費の伸びの大半を薬剤費が占めているとの分析結果を公表した。保団連は「情報操作ともとれる恣意的な厚労省の資料に抗議する」とし、正確なエビデンスに基づいた医療政策を訴える要望書を20日付で厚労省の政務三役に提出した。

保団連は、01－08年の７年間に2.44兆円増加した入院外医療費の伸びの大半は薬剤費の増加（1.28兆円）が占めていると主張。「透析と調剤薬局技術料の伸びを除くと、医科本体の入院外医療費の伸びはわずか0.07兆円」とし「厚労省が中医協に提出している薬剤費、公表されている社会医療診療行為別調査の薬剤費が実際より過小に見積もられていることが判明した」としている。

５月から開始した「保団連版・診療行為別調査」の分析過程で分かったという。
（7/22MEDIFAXより）

義務化対象の９割は実施済み／診療所の明細書無料発行

レセプトをオンラインまたは電子媒体で請求している医科診療所で、８月１日から明細書の無料発行が義務化される。義務化対象となる診療所の９割程度が、義務化前の段階で無料発行を実施していることがメディファクスの調べで分かった。発行義務化に伴って、患者からの問い合わせや苦情の増加が懸念されたものの、現段階では目立ったトラブルには発展していないようだ。

メディファクスは、明細書を無料発行する診療所が再診料に加算できる「明細書発行体制等加算」（１点）の６月１日現在の届け出状況について、地方厚生局の都道府県事務所に取材した。７月29日までに回答があった38都道府県について集計したところ、全医科診療所数に占める届け出診療所の割合は59.74％だった。

全国でも届け出診療所数の割合が同じだとすると、医科診療所の総数８万8575施設のうち５万2915施設が届け出ていることになる。社会保険診療報酬支払基金によると直近の５月末現在で、レセプトを電子請求している診療所は５万8692施設であることから、８月から義務化される診療所の90.2％がすでに明細書を無料発行していると推計できる。

医科診療所は７月診療分からレセプトの電子請求が義務化されたが、常勤医師全員が65歳以上の場合や、すべてのレセプトが手書きの場合はオンラインまたは電子媒体による請求が免除されるほか、レセコンリース期間中の場合やレセコンの減価償却期間の場合は最長で2015年３月末まで猶予される。免除または猶予となっている診療所では、明細書発行の義務はない。（7/30MEDIFAXより）

地域貢献加算、都市部などで伸び悩み／メディファクス調査

2010年度診療報酬改定で創設された「地域医療貢献加算」の算定を届け出た診療所は６月１日時点で全診療所の21.9％だったことが、メディファクスの調べで分かった。厚生労働省は加算の届け出施設割合について「おおむね３割程度が算定可能」との試算を示していたが、改定後２カ月を経て20％台前半となっている。患者からの時間外の電話対応などが求められるため、東京、神奈川、千葉、大阪など、いわゆる「ビル診」が多い都市部で低迷が目立つのに加えて、地方でも届け出施設割合が10％台にとどまる県があり、地方での“伸び悩み”も見られる。

メディファクスは、地方厚生局都道府県事務所に同加算の届け出状況を取材した。医科診療所数８万8113施設に対し、同加算の届け出診療所数は１万9323施設だった。メディファクスが前回実施した５月１日現在（長崎のみ４月１日現在）の調査時（21.5％）より0.4ポイント増えた。

届け出施設の割合が10％台だったのは14都道府県だった。うち政令指定都市のない都道府県は、青森（12.0％）、福島（18.7％）、山梨（17.8％）、滋賀（15.1％）、奈良（19.9％）、山口（16.1％）、沖縄（12.4％）の７県に及ぶ。20％台は17府県、30％台は13県、40％台は２県、50％台は１県だった。

●背景に医師会の“温度差”

割合が地方で大きくばらついている背景には、地方医師会の“温度差”もあるようだ。全国で千葉（11.4％）に次いで２番目に割合が低かった青森の齊藤勝･県医師会長は、青森市医師会長だった３月に、市医の会員に対し届け出をしないように伝えたという。「24時間365日対応という要件は、医師を人間として見なしていない。廃止にすべきだ」と主張する。一方、全国で最も割合の高かった石川県（50.7％）の魚谷浩平・県医師会理事は「３月に開いた改定説明会で、勤務医の負担軽減という趣旨にかんがみて、積極的に届け出るように説明した」と話す。

●精神科は１割程度

同加算の届け出は診療科によってもばらつきがあるようだ。日本精神神経科診療所協会が10年５月に会員向けに実施した調査では、回答した611施設のうち同加算を届け出たとしたのは64施設。届け出施設の割合は10.5％で、全診療所の約半分の水準にとどまっている。同協会医療経済委員会の堤俊仁委員長は「精神疾患患者の特性上、無定形に時間外対応を受け付けると治療構造を崩してしまうため、３月に加算を積極的に取らないように指導した」と話している。（8/10MEDIFAXより）

医療・社会保障運動
トピックス

高齢者医療の給付抑制撤廃を／保団連、中間まとめ案に談話

保団連は、厚生労働省が７月23日に高齢者医療制度改革会議に示した新高齢者医療制度の中間取りまとめ案に対して「高齢者医療の給付抑制の仕組みを撤廃し、受療権を保障する制度構築を」とする談話を発表した。24日付。

談話の中で、保団連は中間まとめ案について「議論が未消化なままで、拙速に取りまとめた案と指摘せざるを得ない」と批判。中間まとめ案の最大の問題として「高齢者の医療給付費の財政を別勘定にし、その１割相当分を高齢者の保険料負担にする現行制度の根幹を維持すること」と指摘した。その上で、地域の医療給付費の増加が地域の保険料に跳ね返り、引き上げが困難になれば医療給付抑制に向かわざるを得なくなる制度であるとして「撤廃すべき」とした。

高齢者の保険料増加の抑制や市町村国保の負担軽減策などが示されたことについては「部分的とはいえ要求が反映したことは、国民の世論と運動の成果といえる」とし、速やかに現行制度を廃止して老人保健制度に戻し、国民の受療権を保障する医療制度の構築に向けて、国民的な議論を尽くすようあらためて要求した。（7/27MEDIFAXより）

新高齢者制度の公聴会「改善を」／保団連

保団連（住江憲勇会長）は８月６日、厚生労働省が開催した後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度に関する公聴会の在り方について、改善を求める要望書を長妻昭厚生労働相らに提出した。

要望書では、「今回の『公聴会』は全体として一方的な説明が行われただけで、さまざまな声を最初から黙殺するかのような運営だったと報告を受けている」とし、「これでは『公聴会』の名に値しない、その場を取り繕う形式上の会合とのそしりは免れない」と断じた。老人保健法に基づく制度に戻して国民的討議を行い、最終的には国が責任を持って患者・国民の受療権を保証する制度を確立するよう求めた。

公聴会の在り方については▽出席者の意見を聞く場にふさわしい運営に改める▽少なくとも高齢者をはじめ、医療サービスを提供する当事者の発言を保証する―の２点を求めた。（8/9MEDIFAXより）

パブコメの手法改善を要望／社会保障番号で保団連

保団連（住江憲勇会長）は８月18日、政府の国家戦略室が行った「社会保障・税に関わる番号制度に関する検討会中間とりまとめ」に対するパブリックコメントの手法改善を求める要望書を荒井聰国家戦略担当相に提出した。

要望書では、中間とりまとめで示された３項目に限って意見を求め、意見についてもあらかじめ決められた項目しか選択できないと問題視した。「選択肢以外の意見を受け付けないあまりにも限定的な今回

の意見募集の手法は、社会保障・税にかかわる番号制度の導入を『結論ありき』として誘導するもの」と指摘。「住民基本台帳の教訓も生かし、慎重かつ十分な検討を行うべき」とし、導入の是非も含めて国民に意見を求めるよう要望した。

国家戦略室は７月16日から１カ月間にわたりパブリックコメントを実施。中間とりまとめで示された選択肢について意見を求めた。
（8/19MEDIFAXより）

集個指導の廃止を要請／保団連、厚労省に

保団連（住江憲勇会長）は７月14日、厚生労働省に指導・監査について改善するよう要請した。高点数を選定基準とする集団的個別指導の廃止など７項目の改善を求めた。

保団連が2010年１月に開催した定期大会で決定した「指導、監査改善要求」の中から会員の要望が強かった項目を中心に要請した。▽指導は集団指導、個別指導の２つとし、高点数を選定基準とする集団的個別指導は廃止▽指導対象カルテの指定は厚労省の従前の通知で示す「実施日のおおむね１週間から10日前に通知」に戻す。指導当日の持参物は必要最小限の範囲にとどめる▽個別指導時の弁護士の帯同・録音などについて各都道府県事務所に周知徹底を図る▽保険医療機関などの取り消し期間は２年を限度とする―の４点を示した。

合わせて、指導、監査が地方厚生局に移管されたことを受けての改善要求として▽地方厚生局、各都道府県事務所との懇談・要請が実現できるよう周知徹底を図る▽診療報酬改定時の地方厚生局主催の説明会は、参加者の要望を踏まえて改善を図る▽指導大綱の見直し、医療指導監査業務等実施要領の作成などについて関連する実施通知、スケジュールなどを公開する―の３点を挙げた。

要請後に記者会見した田辺隆副会長は集団的個別指導の問題に触れ、選定対象点数の平均点数が下がっていると指摘した。その上で医療機関が選定されないために点数を意識的に下げるようにすることもあるとし、「医療機関に委縮医療を強いることになっている。患者も不利益を被ることになる」と述べた。
（7/15MEDIFAXより）

子宮頸がんワクチン公費助成を／23団体、厚労相へ要望書

「子宮頸がん予防ワクチン接種の公費助成推進実行委員会」（発起人共同代表＝土屋了介･元国立がんセンター中央病院長）など、子宮頸がん予防ワクチンの接種を推進する23団体が７月21日、長妻昭厚生労働相にワクチン公費助成について要望書を提出した。

土屋氏は要望書提出後の記者会見で「子宮頸がんワクチンは接種に１人約５万円かかる」とした上で、「11－14歳の女性への横断的接種が効果的だが、その年代の女性と両親には大変な負担。公費での運用が望ましい」と述べた。

要望書の提出に参加した団体の代表者らによると、長妻厚労相からは「重要な問題であり前向きに取り組んでいく。予防接種部会の中に小委員会をつくってきちんと検討していきたい」との趣旨の発言があったという。（7/22MEDIFAXより）

公的存続求める要望書提出／医労連

医労連は７月27日からの３日間、静岡県で開催した定期大会で、社会保険病院・厚生年金病院の公的存続法案の成立を求める特別決議を採択した。28日付で、菅直人首相や長妻昭厚生労働相らに要望書を提出した。

「社会保険病院･厚生年金病院等を公的な医療機関として存続させ、地域医療の確保を図るための法律の制定を求める要望書」によると、▽社保病院・厚年病院などを公的に存続させる法案の提出と速やかな成立▽年金･健康保険福祉施設整理機構（ＲＦＯ）の設置期間を延長することがあっても、社保病院・厚年病院などは売却しない▽社保病院・厚年病院などの医療の継続に向けて、医師・看護師ら必要な医療従事者を確保すること―の３点を求めた。
（8/2MEDIFAXより）

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

資料1

高齢者のための新たな医療制度等について（中間とりまとめ）

■ 高齢者医療制度改革会議　2010年8月20日 ■

厚生労働省の高齢者医療制度改革会議は、8月20日、これまでの9回の議論等を踏まえた「中間とりまとめ」を発表した。

新制度では現在の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、サラリーマンとその家族は継続して被用者保険に、それ以外は国保に加入する仕組みとする。ただし、高齢者が一気に市町村国保に加入した場合に保険料負担増などが懸念されるため、当面、75歳以上または65歳以上を都道府県単位で財政運営し、環境が整った段階で都道府県単位の国保を全年齢に拡大する。

この日の会議で厚労省は、中間取りまとめ後に議論すべき課題について14項目に整理し、9月以降に会議で順次着手する。公費の投入方法や70～74歳の窓口負担割合なども踏まえた上で、財政影響に関する試算を秋に示し、年末までに最終取りまとめをする。

○　このような中、本改革会議は、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰による会議として、昨年11月に設置された。

○　検討に当たっては、厚生労働大臣より示された次の6原則を踏まえ、検討を進めてきた。
①　後期高齢者医療制度は廃止する
②　マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
③　後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
④　市町村国保などの負担増に十分配慮する
⑤　高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
⑥　市町村国保の広域化につながる見直しを行う

○　検討の過程では、委員から新制度のあり方について4つの具体的な案が提起され、この4案を巡る議論を通して、制度の基本的枠組み、国保の運営のあり方、費用負担、保健事業等といった各論点について議論を行ってきた。

○　また、この間、厚生労働省においては、高齢者をはじめ国民の意識調査を実施するとともに、地方公聴会を開催するなど、後期高齢者医療制度導入時の反省に立った取組も行われ、これらを通じて得られた国民のご意見も踏まえて検討を行ってきた。

○　以下は、これまでの9回の議論を踏まえ、新たな制度の基本骨格について中間的にとりまとめたものである。なお、一部の委員からは、現時点でとりまとめを行うことは拙速であるとし、様々な点において反対・懸念が示されたが、この中間とりまとめは、委員の意見の大勢をとりまとめたものである。本改革会議においては、こうした意見にも配慮しつつ、今後も更に議論を深め、高齢者をはじめ幅広く国民に、より歓迎される制度づくりを目指していく。

高齢者のための新たな医療制度等について（中間とりまとめ）

平成22年8月20日
高齢者医療制度改革会議

Ⅰ　はじめに

○　健康は人生における全ての活動の基本である。そして、国民の健康、更には生命を支える医療制度は社会の基盤であり、我が国は、国民皆保険の下、すべての国民がいつでも、どこでも、誰でも、適切な医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。

○　一方、高齢化の進行に伴って高齢者の医療費が増加する中で、国民皆保険を堅持し、将来にわたって持続可能な医療制度とするため、高齢者医療制度の改革を行うことが不可欠となり、順次、改革が進められてきた。

○　まず、昭和58年には、老人医療費の無料化によって市町村国保の運営が厳しくなったこと等を踏まえ、老人保健制度が創設された。しかしながら、老人保健制度は、各保険者からの拠出金と公費をもとに市町村が運営する方式であり、特に現役世代の多くが加入する被用者保険の負担が増加したこと等から、改めて新たな制度の検討を進めることとなった。

○　その後、約10年にわたる検討を経て、老人保健制度に代わる制度として、現行の高齢者医療制度が平成18年度の法改正で創設され、平成20年度から施行された。しかしながら、検討の過程において高齢者をはじめ国民の意見を十分に聞かなかったこと等を背景として、施行前後から、年齢による差別的な扱い、後期高齢者という名称、更には保険料の年金からの天引きなどの問題が頻繁に報道され、多くの国民から反発を招いたところである。

Ⅱ　現行制度の問題点等

○　現行の高齢者医療制度は、75 歳以上の方は、独立した都道府県単位の後期高齢者医療制度に加入し、その医療給付費を高齢者の保険料（約１割）、現役世代からの支援金（約４割）、公費（約５割）により支える仕組みとなっている。また、65 歳から 74 歳までの方については、これらの方の偏在に伴い保険者間で医療費の負担に不均衡が生じないよう、これを保険者間で財政調整する仕組みとなっている。

○　この後期高齢者医療制度の最大の問題点は、家族関係や医療保険の連続性等を考慮することなく、75 歳に到達した時点で、これまでの制度から区分された独立型の制度に加入させることにあり、これが多くの国民から差別的な制度と受け止められた。また、高齢者の方々の心情に全く配慮することなく、「後期高齢者」という名称が用いられた。さらに、高齢者の医療費の増加に比例して高齢者の保険料が増加するため、将来に不安を抱かせるものともなっている。

○　このほか、運営主体について市町村が共同で設立する広域連合としたことや、高齢者の医療費に係る現役世代からの支援金・納付金のあり方に対しても、様々な問題点が指摘されている。

○　一方、後期高齢者医療制度は、かつての老人保健制度が抱えていた問題点を改善し、高齢者の医療費に関する負担の明確化が図られたことや、都道府県単位の運営とすることにより財政運営の安定化と保険料負担の公平化が図られたことは、一定の利点があったと評価できる。

○　また、同じ地域保険である国保については、市町村が運営主体であるため、小規模な市町村の国保は保険財政が不安定になりやすく、運営の広域化を図ることが長年の課題となっている。

Ⅲ　新たな制度の基本骨格

○　今後、高齢者の医療費の増加に伴い、高齢者の負担も現役世代の負担も増加せざるを得ない中で、後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、利点は残し、高齢者の方も若い方も、より安心・納得・信頼できる持続的な新たな制度を構築する。また、後期高齢者医療制度の廃止を契機として、長年の課題であった国保の広域化を実現し、国民皆保険の最後の砦である国保の安定的かつ持続的な運営を確保する。

１．制度の基本的枠組み

○　現在、地域保険としては、広域連合を保険者とする「後期高齢者医療」と、市町村を保険者とする「国保」が並立しているが、後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する。

○　加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。

○　高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢によって保険証が変わるようなことはなくなり、保険料・高額療養費等の面でもメリットが生じることとなる。

○　具体的には、
①　現在はすべての高齢者に保険料の納付義務が課せられているが、市町村国保では世帯主が納付義務を負うこととなるため、世帯主以外の高齢者の方は保険料の納付義務がなくなる
②　現行の独立した制度では、保険料の軽減判定が国保の加入者とは別に行われ、保険料負担が増加した方は、世帯全体で軽減判定が行われることにより、負担の増加が解消される
③　高額療養費の自己負担限度額の適用は制度ごとに行われているため、同一世帯内の高齢者と現役世代が同じ制度に加入することにより自己負担が軽減される
等のメリットが生じる。

2010年（平成22年）８月23・30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2757・2758合併号

○　また、働いている75歳以上のサラリーマンの方は、75歳未満の方と同様に、被用者保険に加入することにより、傷病手当金等を受けることができるようになるとともに、保険料については事業主と原則折半で負担することとなる。

○　75歳以上の被扶養者の方は、75歳未満の被扶養者の方と同様に、保険料負担はなくなる。なお、この点に関して、後期高齢者医療制度は、75歳以上の高齢者一人一人から保険料を徴収し、「高齢者間の負担の公平」を図ることを目指したが、被用者保険の被扶養者であった方については、その負担の発生に配慮し、施行当初は保険料の徴収を凍結し、その後現在に至るまで9割軽減を行っているのが現状であり、必ずしも「高齢者間の負担の公平」の確保には至っていない面がある。一方で、75歳未満の被扶養者の方は、被用者保険に加入し保険料負担はないが、75歳以上の方は、後期高齢者医療制度に加入し保険料負担が生じることとなったところであり、新たな制度では、こうした「世代間の不公平」が解消されることとなる。

○　新制度への移行に際して、後期高齢者医療制度から市町村国保に移行する方は特段の手続は不要であるが、被用者保険に移行する方は一定の手続が必要になることから、混乱を招かないようにするための丁寧な周知等の対応が必要である。

○　なお、国保組合については、被用者保険と同様、高齢者であっても加入要件を満たす組合員及び組合員の世帯に属する方は当該組合に加入するものとする。また、特定健保（厚生労働大臣の認可を受けて、一定の要件を満たす退職者及びその被扶養者に対する保険給付、保険料の徴収等を行う健保組合をいう。）については、加入する高齢者の保険給付に係る費用負担を含め、そのあり方を引き続き検討する。

2．国保の運営のあり方

（1）財政運営単位

○　現在、75歳以上の方々が加入している後期高齢者医療制度は、都道府県単位による財政運営が行われている。

○　新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に市町村国保に戻ることとなれば、高齢者間の保険料格差が

復活し、多くの高齢者の保険料が増加する（国保から後期高齢者医療制度への移行により、格差は5倍から2倍に縮小し、全国的には多くの世帯で保険料も減少したが、この逆のことが起きる）。また、市町村国保の財政基盤を考えれば、再び市町村国保が高齢者医療の財政運営を担うことは不適当である。

○　したがって、市町村国保の中の、少なくとも75歳以上の高齢者医療については、都道府県単位の財政運営とすることが不可欠となる。

○　この場合の都道府県単位の財政運営とする高齢者医療の対象年齢は、75歳以上とする場合と、退職年齢・年金受給開始年齢・一般的な高齢者の概念等を考慮して65歳以上とする場合が考えられるが、個々の高齢者の保険料に与える影響や個々の保険者に与える財政影響を含め、引き続き検討する。

○　なお、見直し後における市町村国保の加入者は、65歳未満2500万人、65歳以上75歳未満1100万人、75歳以上1200万人であり、高齢者医療の対象年齢を65歳以上とすれば加入者のほぼ半分、75歳以上とすれば加入者の約4分の1が都道府県単位による財政運営の対象となる。いずれにせよ、65歳又は75歳という年齢区分は、国保の財政運営の安定化を図り、高齢者の負担の増加等を生じさせないようにするための財政運営上の区分にとどまるものである。

○　また、制度発足当初とは異なり高齢者や低所得者の加入率が高いなどの構造的問題を抱えることとなった市町村国保については、保険財政の安定化、保険料負担の公平化等の観点から広域化を図ることが不可欠である。先般の法改正で導入した都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大など、都道府県単位の財政運営に向けた環境整備を進めた上で、全年齢を対象に都道府県単位化を図る。

○　その移行手順については、平成25年度以降のある時期までと期限を定めて全国一律に都道府県単位化すべきという意見と、合意された都道府県から順次、都道府県単位化すべきという意見があり、引き続き検討する。

○　当面、国保の中に都道府県単位と市町村単位の財政運営が併存することは、現役世代の都道府県単位の財政運営に向けた環境整備に一定の期間を要することからやむを得ないことではあるが、早期に全年齢を対象とした都道府県単位化を図り、簡素で分かりやすい制度体系としていくことが必要である。

（２）運営の仕組み

○　市町村国保を都道府県単位の財政運営とする場合においても、すべての事務が「都道府県単位の運営主体」で行われるものではない。被保険者の利便性や保険者機能の発揮といった視点から、窓口サービスや保険料の徴収、健康づくりなどの保健事業は、市町村が行うことが必要である。

○　また、現行の後期高齢者医療制度の利点の一つとして、保険料の算定方式が統一され、都道府県単位で保険料負担の公平が図られた点がある一方で、問題点の一つとして、市町村が徴収できた額を広域連合に納めるだけの仕組みとなっている点がある。

○　このため、収納率の向上が大きな課題となっている市町村国保の現役世代も含めた広域化の実現も視野に入れ、都道府県単位の保険料という考え方は維持しつつ、保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みに改めることが必要である。

○　具体的には次のような仕組みとすることが考えられる。

・「都道府県単位の運営主体」は、高齢者の給付に要する費用から、均等割と所得割の２方式で標準（基準）保険料率を定め、それを基に、市町村ごとに「都道府県単位の運営主体」に納付すべき額を定める。
・これを受け、市町村は、当該市町村の収納状況等を勘案し、当該市町村における高齢者の保険料率を定める。
・市町村は、現役世代の被保険者の保険料率を従来どおりの方法で定める。
・市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の他の現役世代の被保険者の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。

○　このような仕組みとすることにより、市町村は収納率を高めるほど当該市町村の被保険者の保険料を安く設定することができ、一般会計からの多額の繰入れを行っている市町村における保険料の急激な増加を回避することもできる。

○　以上を踏まえ、市町村国保については、新たな制度においては、まずは、①「都道府県単位の運営主体」は、都道府県単位の標準（基準）保険料率の算定・会計の処理等の事務を行い、②市町村は、保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業等の事務を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みとすることが考えられるが、全年齢を対象とした都道府県単位化の実現までの段階を考慮しつつ、より具体的な設計について引き続き検討する。

○　国においては、こうした国保の運営が健全かつ円滑に図られるよう、引き続き、財政上の責任を十分に果たしていくとともに、国保間や国保と被用者保険間の調整など各般にわたる支援を行う。

（３）運営主体

○　現行の後期高齢者医療広域連合については、①都道府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない、②広域連合長は住民から直接選ばれていないので、責任が明確でない、③市町村に対する調整機能が十分に働いていない、④市町村からの派遣職員を中心に運営しており、組織としてのノウハウの承継が困難である、といった問題点が指摘されている。

○　このような中、「都道府県単位の運営主体」を具体的にどこにすべきかについては、都道府県が担うべきとする意見が多数であったが、慎重な意見もあり、今回の中間とりまとめにより明らかになる新制度の全体像を踏まえ、また、将来的な財政試算等を明らかにしつつ、引き続き検討する。

（4）財政リスクの軽減

○　保険料の収納不足や給付の増加といった財政リスクを軽減するため、公費と保険料を財源とする財政安定化基金を設置し、安定的な運営を図ることができる仕組みとする。

○　財政安定化基金の規模、負担割合、活用方法等、より具体的な制度設計については、引き続き検討する。

3．費用負担

（1）支え合いの仕組みの必要性

○　新たな仕組みの下では、高齢者も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなるが、65 歳以上の方については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、高齢者の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。

○　高齢者が偏在して加入することに対する保険者間の調整の仕組みとしては、

① 現行の後期高齢者医療制度のように、高齢者の保険料と公費を高齢者の医療給付費に充て、これら以外の分を各保険者が現役世代の加入者数等に応じて支援する方法

② 老人保健制度や現行の前期高齢者に係る財政調整のように、充当される公費以外の分を各保険者がその加入者数等に応じて費用負担を行う方法（高齢者の保険料は、加入する各保険者にそれぞれ納められる）

③ 両者を組み合わせる方法

があるが、どのような仕組みが適切か、財政試算を明らかにしつつ、引き続き検討する。

○　また、新たな制度への移行に伴い、高齢者の保険料負担・患者負担に加え、各保険者の財政状況が厳しいものとなっている中で、市町村国保・協会けんぽ・健保組合・共済組合等の負担が大幅に増加することのないようにするとともに、将来にわたり負担可能な範囲にとどめる。

（2）公費

○　現行の高齢者医療制度は、75 歳以上の方の医療給付費に約 5 割の公費（平成 22 年度予算ベース；5.5 兆円）を投入するとともに、市町村国保・協会けんぽ等が負担する後期高齢者支援金及び前期高齢者納付金等に一定割合の公費（同；2.0 兆円）を投入している。

○　上記 5.5 兆円の公費は、国・都道府県・市町村が 4：1：1 の割合で負担しており、国が 3.7 兆円、都道府県が 0.9 兆円、市町村が 0.9 兆円となっている。また、上記 2.0 兆円の公費は、国が 1.8 兆円、都道府県が 0.2 兆円を負担している。このほか、財政安定化基金や保険基盤安定制度などに対して、国・都道府県・市町村が、一定の割合に基づき負担している。

○　新たな制度においても、引き続き、国と地方がそれぞれの役割に応じて、財政上の責任を十分に果たしていくことが重要であり、公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要である。こうした観点に立って、今後の高齢化の進行等に応じた公費の投入のあり方について引き続き検討する。

（3）高齢者の保険料

○　国保に加入する 75 歳以上の方の保険料については、同じ都道府県で同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、その水準については、現行の後期高齢者医療制度より増加することのないよう、引き続き、負担能力を考慮した応分の負担として医療給付費の 1 割相当を保険料で賄うこととする。

○　また、都道府県単位の財政運営とする対象年齢を 65 歳以上とした場合、65 歳から 74 歳までの方にも 75 歳以上の方と同じ保険料率の水準を適用すべきか、現行の保険料水準を維持すべきか、引き続き検討する。

○　前者の場合には、65 歳から 74 歳までの方の保険料は、総額としては減少するが、個々の保険料は変化することから、あらかじめ、高齢者の保険料の変化に関する調査を行うことが必要となる。また、急激

な負担増が生じないよう、緩和措置を講じることが必要となる。

○　さらに、現行制度では、現役世代の人口の減少による現役世代の保険料の増加分を高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合（後期高齢者負担率）を段階的に引き上げる仕組みになっている。こうした現役世代の負担の増加を緩和する仕組みは引き続き必要であるが、現行制度では、高齢者と現役世代の保険料規模の違いを考慮していないため、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造となっている。このため、高齢者人口の増加と現役世代人口の減少に伴う現役世代の保険料の増加分を、高齢者と現役世代とで公平に分担する仕組みを設ける。

○　これにより、高齢者と現役世代の 1 人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなるが、1 人当たり医療費の伸びに差があった場合に、高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びよりも大きく乖離することとならないよう、財政安定化基金を活用して高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みを設けることとし、その具体的なあり方については引き続き検討する。

○　高齢者の保険料については、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付することを基本とする。

○　この場合、世帯主以外の高齢者は保険料の納付義務が無くなり、こうした高齢者においては年金からの天引きは必要ないものとなるが、高齢者世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの天引きも実施できるようにするなど、収納率低下の防止等の観点からの措置を講じる。

○　保険料の上限については、現在、後期高齢者医療制度は 50 万円（個人単位）、国保 63 万円（世帯単位）となっているが、国保の世帯単位の上限に一本化した上で、被用者保険の上限額（93 万円；協会けんぽの本人負担分）も勘案しつつ、段階的に引き上げる。

○　現在、75 歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置（均等割の 9 割・8.5 割軽減、所得割の 5 割軽減）については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであることや、介護保険との整合性を踏まえつつ、新たな制度の下で合理的な仕組みに改めることとし、その具体的なあり方については引き続き検討する。

○　一方、被用者保険に加入する高齢者の保険料は、職域内の連帯・公平の観点から、各被用者保険者の算定方法・徴収方法を適用する。

（4）現役世代の保険料による支援

○　高齢者の医療給付費については、公費と高齢者の保険料に加え、国民全体で支えるという社会連帯の考え方に基づき、税と保険料の役割分担や景気・雇用等への影響にも配慮しつつ、一定割合を国保・被用者保険の現役世代の保険料で支えることが必要である。

○　その際、国保と被用者保険者間は加入者数による按分となるが、被用者保険者間では、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、その具体的な按分方法については、引き続き検討する。

（5）高齢者の患者負担

○　高齢者の医療費の増加に伴い、公費、高齢者の保険料、現役世代の保険料はいずれも増加せざるを得ないが、高齢者の患者負担については、負担能力に応じた適切な負担にとどめることを基本とし、そのあり方について引き続き検討する。

○　特に、70 歳から 74 歳までの方の患者負担については、現在、2 割負担と法定されている中で、予算措置により 1 割負担に凍結しているが、個々の患者の負担の増加と各保険者の負担の増加の両面に配慮しつつ、そのあり方について引き続き検討する。

○　高額療養費については、所得再分配機能を強化する観点から、所得の高い方の限度額は引き上げ、所得の低い方の限度額は引き下げる方向で見直すべきであり、現役世代を含む高額療養費全体の見直しの中で引き続き検討する。

4．医療サービス

○　今般の診療報酬改定によって、平成 22 年度より、75 歳という年齢に着目した診療報酬体系は廃止された。

○　今後の高齢者に対する医療サービス等の具体的なあり方については、平成 24 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、別途の場において議論が進められるが、以下の基本的な視点に立って取り組むことが必要である。

・ それぞれの地域において、入院に頼りすぎることなく在宅を強いられることもなく、リハビリも含めた必要な医療・介護が切れ目なく受けられる体制を構築する。
・ かかりつけ医等の普及を図ることや、必要な医療費は拡充しつつ効率化できる部分は効率化すること等を通じて、真に高齢者の立場に立った医療提供体制を構築する。
・ 様々な高齢者のニーズに応じた多様なケアの提供体制の充実や医療・福祉の人材育成をはじめとする長期的・総合的な構想を策定し、モニタリングを行いながら実行する。

5．保健事業等

○　75 歳以上の方の健康診査の実施について、現行制度前は市町村に実施義務が課せられていたが、広域連合の努力義務となった中で受診率が低下した。

○　新たな仕組みの下では、75 歳以上の方も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなり、健康診査等についても、国保・被用者保険の下で各保険者の義務として行うこととする。

○　特定健診・特定保健指導については、生活習慣病を予防し、高齢期等の医療費の効率化できる部分を効率化する取組であり、保険者機能の強化の点からも、引き続き、取組を進めていくが、今後の具体的なあり方については、高齢者への対応を含め、別途、技術的な検討を進めることが必要である。

○　一方、現在、特定健診・特定保健指導の達成状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みが設けられているが、新たな制度の下でも、特定健診等をより円滑に推進するための方策を講じる。

○　また、国保における都道府県単位の財政運営の導入に際し、都道府県の健康増進計画・医療計画・介護保険事業支援計画などとも整合性の取れた、都道府県単位での健康増進や医療費の効率化に向けた取組を一層推進するための体制や具体的仕組みについて検討を進める。

○　併せて、後発医薬品の使用促進、レセプト点検、医療費通知、重複・頻回受診者への訪問指導、適正受診の普及・啓発など、各保険者における医療費効率化の取組の更なる充実を図る。

Ⅳ　今後の検討等の進め方

○　上記のうち、引き続き検討することとした事項については、更に議論を深め、年末までに結論を得る。

○　今後、医療費等の将来推計などを行いつつ、地方自治体、保険者等の関係者や高齢者をはじめ広く国民の御意見を聞きながら、細部を含めた検討を更に進め、年末までに、新たな制度の具体的な内容をとりまとめる。

○　本改革会議のとりまとめを踏まえ、平成 25 年 4 月を目途に新たな制度が施行される予定であるが、円滑に制度を運営するためには、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、現時点から、地方自治体等の意見を十分に聞きながら、着実にシステム改修を進めることが必要である。

○　また、国民に対する丁寧で分かりやすい広報の実施に、国、地方自治体、保険者等が役割分担を図りながら、様々な広報媒体を活用して計画的に取り組むことが必要である。

新たな制度に関する基本資料

厚生労働省保険局

新制度の方向性

○ 後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、利点は残し、更に後期高齢者医療制度の廃止を契機として国保の広域化を実現する。

後期高齢者医療制度は老人保健制度の問題点を改善するための制度であったが、独立型の制度としたことによる問題が生じている

後期高齢者医療制度の問題点

Ⅰ　年齢による区分（保険証）
75歳到達で、これまでの保険制度から分離・区分。保険証も別。

Ⅱ　高齢者の保険料の増加
高齢者の医療費の増加に比例して高齢者の保険料が増加。

Ⅲ　被扶養者の保険料負担
個人単位で保険料を徴収するため、扶養されている高齢者も保険料負担。

Ⅳ　患者負担
患者負担の上限は、同じ世帯でも、加入する制度ごとに適用される。

Ⅴ　健康診査
広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。

改善

新制度

Ⅰ　年齢で区分しない。保険証も現役世代と同じ。

Ⅱ　高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回らないよう抑制する仕組みを導入。

Ⅲ　国保は世帯主がまとめて保険料負担。被用者保険に移る被扶養者は負担なし。

Ⅳ　現役世代と同じ制度に加入することで、世帯当たりの負担は軽減。

Ⅴ　国保・健保組合等に健康診査の実施義務。

高齢者も現役世代と同じ制度（国保又は被用者保険）に加入すること等でメリットが生じる

旧老人保健制度の問題点

①負担割合
高齢者と現役世代の負担割合が不明確。

②高齢者の保険料負担
それぞれ市町村国保・被用者保険に加入しているため、同じ所得であっても、保険料負担が異なる。

改善

後期高齢者医療制度の利点

① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。

② 原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

維持

① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。

② 国保に加入する高齢者は、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

国保の高齢者医療を都道府県単位化すること等で維持
⇒次の段階で現役世代も都道府県単位化

年齢による差別的な扱いの解消について

現行制度の最大の問題

後期高齢者医療制度の最大の問題は、**75歳で加入する医療保険制度を分離・区分し、年齢による差別的な扱いをしたこと**。

第一段階の取組

平成22年４月の診療報酬改定において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬を廃止。（計17項目）

制度本体の見直し

○　年齢で加入する医療保険制度を分離・区分する**後期高齢者医療制度は、廃止**。

○　**新たな制度においては、高齢者の方にも現役世代と同じ国保か被用者保険に加入していただく**ことで、年齢により保険証が変わることはなくなり、健診の取扱いも現役世代と同じになるなど、**年齢による差別的な扱いの解消**を図る。

※　その際、**高齢者の方が単純に市町村国保に戻ることとなれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加することから、市町村国保の中の75歳以上の高齢者医療については都道府県単位の財政運営とすることが不可欠**。（都道府県単位の財政運営を65歳以上とすることも検討）

※　併せて、高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びよりも大きく乖離することとならないよう、各都道府県に財政安定化基金を設置し、高齢者の保険料の伸びを抑制する仕組みを導入。

（注）老人保健制度においても、75歳以上で区分して財政運営が行われていたところ。

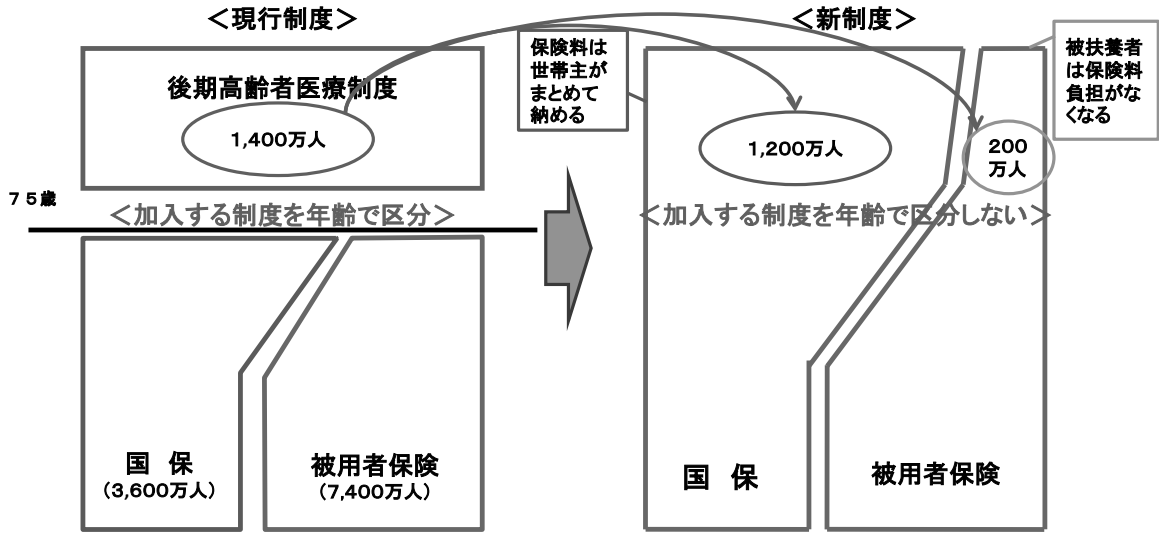
※　国保については、**次の段階で、現役世代も含めて全年齢で都道府県単位化**を図ることとしており、**高齢者だけが都道府県単位の財政運営となるのは、その間の限られた期間**にとどまるもの。

年齢による差別的な扱いは解消へ

制度の基本的枠組み

○　加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。

○　高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢によって保険証が変わることはなくなり、世帯によっては保険料・高額療養費等の面でメリットが生じる。（別紙）



新たな制度における高齢者のメリット　（別紙）

○　高齢者の方々も、現役世代と同じ国民健康保険や被用者保険に加入することにより、以下の例のようなメリットが生じる。

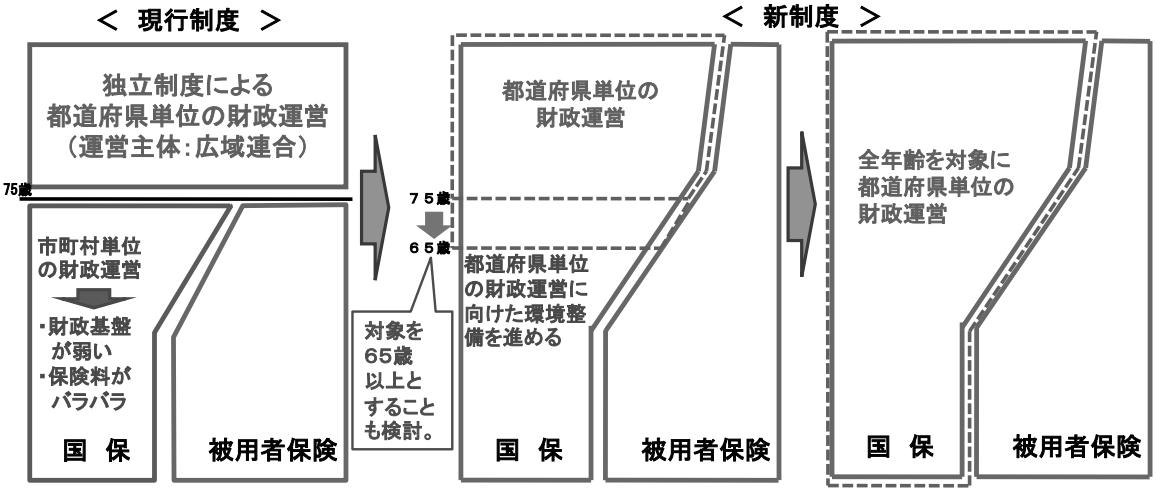
<table>
<tr><th>現行制度（後期高齢者医療制度）</th><th>新たな制度</th></tr>
<tr><td>○　保険料の納付義務は高齢者の個々人。
⇒　国保の世帯員であった高齢者や被用者保険の被扶養者であった高齢者にも納付義務が生じる。
【具体例】
世帯員Ａ（80歳　後期高齢者医療）：Ａの保険料を納付
世帯員Ｂ（75歳　後期高齢者医療）：Ｂの保険料を納付
世帯主Ｃ（45歳　国保）　：Ｃ・Ｄの保険料をまとめて納付
世帯員Ｄ（40歳　国保）　：保険料の納付義務無し</td><td>○　保険料の納付義務は世帯主。
⇒　世帯主以外の高齢者は保険料の納付義務が無くなる。
【具体例】
世帯員Ａ（80歳　国保）：保険料の納付義務無し
世帯員Ｂ（75歳　国保）：保険料の納付義務無し
世帯主Ｃ（45歳　国保）：Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄの保険料をまとめて納付
世帯員Ｄ（40歳　国保）：保険料の納付義務無し</td></tr>
<tr><td>○　保険料の軽減判定は、医療保険ごとに行う。
⇒　同じ世帯であっても軽減判定は別に行うため、保険料負担が増加する事例が生じる。
【具体例】
世帯員Ａ（80歳　後期高齢者医療　年金収入165万円）：2割軽減※
世帯員Ｂ（75歳　後期高齢者医療　年金収入　80万円）：2割軽減※
世帯主Ｃ（45歳　国保　給与収入120万円）：5割軽減
世帯員Ｄ（40歳　国保　給与収入　50万円）：5割軽減
※　Ａ及びＢの軽減判定方法
Ａ所得30万円+Ｂ所得0円+Ｃ所得55万円
＞33万円＋24.5万円×２人（5割軽減非該当）
＜33万円＋35万円×２人（2割軽減該当）</td><td>○　保険料の軽減判定は、世帯全体で行う。
⇒　同じ国保世帯として最終的な軽減判定が行われるため、保険料負担の増加が解消される。
（50万人程度が対象となり、50億円程度の保険料負担減
→ 地方負担の増加分は適切に地方財政措置を講じる。）
【具体例】
世帯員Ａ（80歳　国保　年金収入165万円）：5割軽減※
世帯員Ｂ（75歳　国保　年金収入　80万円）：5割軽減※
世帯主Ｃ（45歳　国保　給与収入120万円）：5割軽減
世帯員Ｄ（40歳　国保　給与収入　50万円）：5割軽減
※　Ａ及びＢの軽減判定方法
Ａ所得30万円+Ｂ所得0円+Ｃ所得55万円＋Ｄ所得0円
＜33万円＋24.5万円×３人（5割軽減該当）</td></tr>
<tr><td>○　高額療養費の自己負担限度額は、医療保険ごとに適用。
⇒　同じ世帯であっても加入する医療保険の自己負担限度額がそれぞれ適用される。
<table><tr><th>【具体例】</th><th>自己負担限度額</th><th>世帯の負担額</th></tr><tr><td>世帯員Ａ（80歳　後期高齢者医療）</td><td rowspan="2">Ａ・Ｂで
24,600円
（低所得Ⅱ区分）</td><td rowspan="4">60,000円</td></tr><tr><td>世帯員Ｂ（75歳　後期高齢者医療）</td></tr><tr><td>世帯主Ｃ（45歳　国保）</td><td rowspan="2">Ｃ・Ｄで
35,400円
（低所得者区分）</td></tr><tr><td>世帯員Ｄ（40歳　国保）</td></tr></table></td><td>○　高額療養費の自己負担限度額は、世帯全体で適用。
⇒　同じ国保世帯として自己負担限度額が一本化され、世帯の負担が軽減される。（約350万世帯が合算対象となり得、患者負担は50億円以上減少することが見込まれる。国保の３人以上世帯は含めていない。）
<table><tr><th>【具体例】</th><th>自己負担限度額（＝世帯の負担額）</th></tr><tr><td>世帯員Ａ（80歳　国保）</td><td rowspan="4">35,400円
（低所得者区分）

※Ａ・Ｂの自己負担限度額は24,600円</td></tr><tr><td>世帯員Ｂ（75歳　国保）</td></tr><tr><td>世帯主Ｃ（45歳　国保）</td></tr><tr><td>世帯員Ｄ（40歳　国保）</td></tr></table></td></tr>
</table>

国保の広域化

○　市町村国保の中の、少なくとも75歳以上の高齢者医療については、都道府県単位の財政運営とすることが不可欠。
※　単純に市町村国保に戻ることとなれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加。（国保から後期高齢者医療制度への移行により、格差は5倍から2倍に縮小し、全国的には多くの世帯で保険料も減少したが、この逆のことが起きる。）

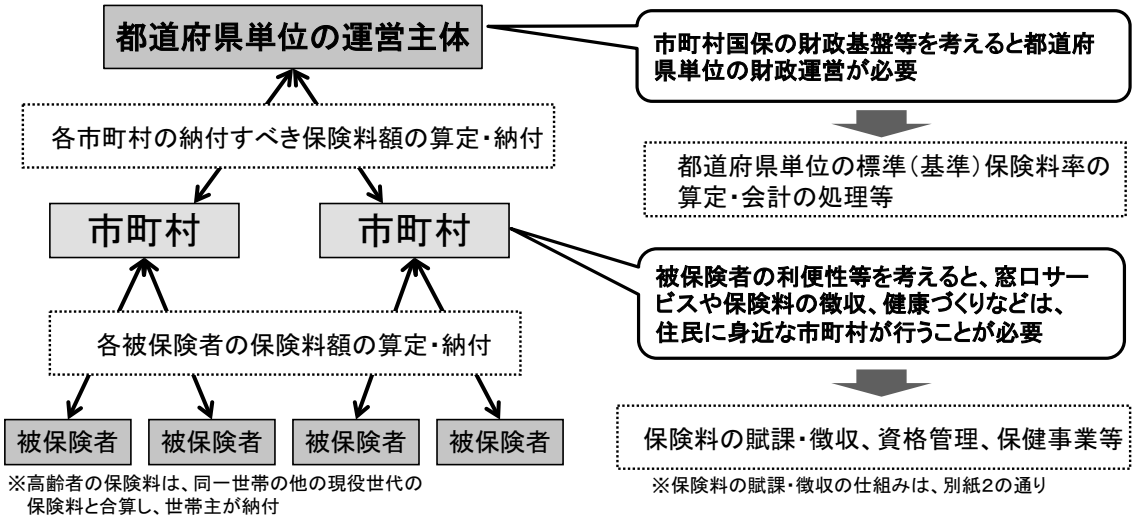
○　高齢者や低所得者の加入率が高いなどの構造的問題を抱える市町村国保については、保険財政の安定化、保険料の平準化等の観点から、広域化を図ることが不可欠。都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一など、都道府県単位の財政運営に向けた環境整備を進めた上で、全年齢を対象に都道府県単位化を図る。



※「都道府県単位の財政運営」の主体を具体的にどこにすべきか、引き続き検討する。

都道府県単位の財政運営とした場合の国保の運営のスキーム

○「都道府県単位の運営主体」と「市町村」が、分担と責任を明確にしつつ、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みとする。
○ 具体的には、「都道府県単位の運営主体」は、都道府県単位の標準（基準）保険料率の算定・会計の処理等の事務を行う。
○「市町村」は、保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業などの事務を行う。
※給付事務については、いずれの主体で行うべきか、引き続き、検討。（別紙１）



※高齢者の保険料は、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付

※保険料の賦課・徴収の仕組みは、別紙2の通り

給付事務の主体

（別紙1）

「給付事務」については、いずれの主体で行うべきか、次の段階では若人も都道府県単位の財政運営となることを念頭に置きつつ、以下の点を踏まえて引き続き検討することが必要。

	都道府県単位で行う場合	市町村で行う場合
メリット	・高齢者分の給付事務については、現在、広域連合で実施しており、都道府県単位で行っている状態を維持することができる。 ・都道府県単位で事務を実施することにより、市町村の事務が軽減されるとともに、事務の効率化が期待される。	・若人も高齢者も、資格管理、保険料賦課、給付事務を市町村が一体的に実施できる。 ・迅速に処理できるため、支給までの日数が短い。（高額療養費の場合：診療から3ヶ月程度） ・市町村のみのシステム改修により対応できる。
デメリット	・高齢者分の給付事務は、都道府県単位の運営主体（支給決定等）と市町村（窓口業務、照会対応等）の両者で対応することとなり、時間がかかる。（高額療養費の場合：診療から4ヶ月程度） ・一方、若人分の給付事務は市町村が実施するため、事務が複雑となる。（例えば、高額療養費については、高齢者分は都道府県単位の運営主体から、若人分は市町村から、それぞれ世帯主に支給される。） ・都道府県単位の運営主体と市町村双方でシステムの整備が必要となる。	・高齢者分の給付事務に対応する職員を改めて確保することが必要となる。

※「都道府県単位の運営主体」で行う事務は、「財政」と「給付」になる

※「都道府県単位の運営主体」で行う事務は、「財政」に特化される

政策解説資料

保険料の賦課・徴収の仕組み　（別紙2）

○ 現在の後期高齢者医療制度は、市町村が徴収できた額を広域連合に納めるだけの仕組み。
収納率が約99％の後期高齢者医療制度と異なり、収納率が約88％の市町村国保では収納率の向上が課題。

⇒ 保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みに改めることが必要。

＜具体的な仕組み案＞ ※ 全年齢を対象とした都道府県単位化の実現までの段階を考慮しつつ、より具体的な設計について引き続き検討する。

都道府県単位の運営主体

① 「都道府県単位の運営主体」は、高齢者の給付に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準（基準）保険料率を定める。

② 市町村ごとに「都道府県単位の運営主体」に納付すべき額を定める。

市町村

③ 市町村ごとに、収納状況等を勘案し、高齢者の保険料率を定める。

④ 現役世代の被保険者の保険料率を従来どおりの方法で定める。

⑤ 高齢者の保険料と同一世帯の他の現役世代の被保険者の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。

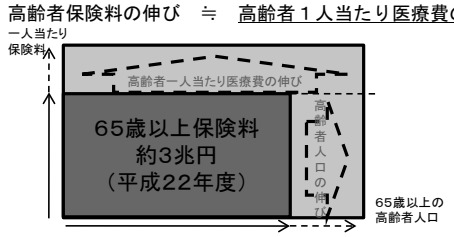
○ このような仕組みとすることにより、市町村は収納率を高めるほど当該市町村の被保険者の保険料を安く設定することができる。
○ 一般会計からの多額の繰入れを行っている市町村における保険料の急激な増加を回避することもできる。

高齢者の保険料と若人の保険料の伸びについて

＜高齢者と若人の保険料の伸びについて＞
新たな制度は、どのような制度であっても、公費・若人の保険料・高齢者の保険料等の組み合わせにより支えることとなり、その割合を定率で固定する場合、高齢者と若人の１人当たり医療費の伸びが同程度であれば、若人の保険料の伸びは、高齢者の保険料の伸びより大きくなる。

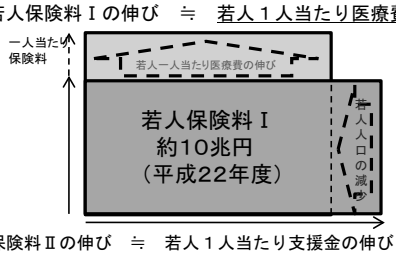
高齢者の保険料・・・高齢者医療給付を賄うための保険料

高齢者保険料の伸び　≒　高齢者１人当たり医療費の伸び

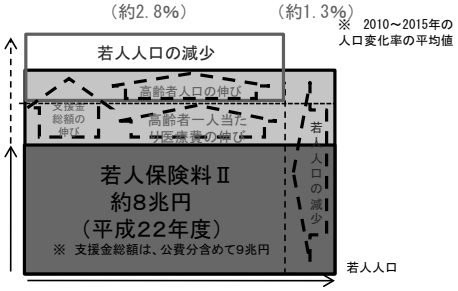


若人の保険料・・・若人保険料Ⅰ（若人医療給付を賄うための保険料）＋若人保険料Ⅱ（高齢者医療給付を支える保険料（支援金））

若人保険料Ⅰの伸び　≒　若人１人当たり医療費の伸び



若人保険料Ⅱの伸び　≒　若人１人当たり支援金の伸び
＝　支援金総額の伸び　＋　若人人数の減少率
＝　高齢者１人当たり医療費の伸び　＋　高齢者人口の伸び　＋　若人人口の減少率
（約2.8%）　（約1.3%）
※ 2010～2015年の人口変化率の平均値



○ 高齢者と若人の１人当たり医療費の伸びが同じであれば、
若人保険料Ⅰの伸び　＝　高齢者保険料の伸び
若人保険料Ⅱの伸び　＞　高齢者保険料の伸び
となり、若人の保険料の伸びは高齢者の保険料の伸びを上回る。

○ こうした中で、現行制度においては、後期高齢者の保険料の負担割合について、若人人口の減少率の１／２の割合で引き上げることとなっている。（20年度10%→22年度10.26%）
仮に、平成22年度の状況をもとに、高齢者人口の伸びを約2．8%、若人人口の減少率を約1．3%と仮定した場合、現行制度の仕組みに当てはめると、高齢者と若人の保険料規模が大きく異なるため、
高齢者の保険料の伸び＝１人当たり医療費の伸び＋2．2%
若人の保険料の伸び　＝１人当たり医療費の伸び＋1．5%
となり、高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、0．7%程度、高齢者の保険料の伸びが若人の保険料の伸びを上回る。

保険料の伸びを抑制する仕組み

○「高齢者人口の伸び」及び「若人人口の減少」に伴う若人保険料Ⅱの負担増分について、高齢者と若人の保険料規模を考慮しつつ、高齢者と若人で負担しあう仕組みとする。
⇒これにより、高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と若人の保険料の伸びはほぼ均衡する。

※ 高齢者と若人の区分を65歳とした場合、65歳以上の保険料と64歳以下の若人の保険料の比率は、現時点で1：6であり、負担増分について、その割合で分け合う。
高齢者人口の伸び2．8%、若人人口の減少1．3%とした場合の高齢者負担分
新たな制度　（2．8%＋1．3%）×1／7 ＝0．59%
現行と同様の仕組み　1．3% ×1／2 ＝0．65%

※高齢者と若人の区分を75歳とした場合は、75歳以上の保険料と74歳以下の若人の保険料の比率は、現時点で1：15であり、負担増分について、その割合で分け合う。
高齢者人口の伸び3．0%、若人人口の減少0．7%とした場合の高齢者負担分
新たな制度　（3．0%＋0．7%）×1／16 ＝0．23%
現行と同様の仕組み　0．7% ×1／2 ＝0．35%

注）保険料の比率は、現行制度のものであり、保険料軽減等の定額公費を保険料に含めて算出したもの。

○ 高齢者の一人当たり医療費の伸びの見込みが、若人の国保の一人当たり医療費（都道府県平均）の伸びの見込みを上回ること等により、高齢者の保険料の伸びが若人の国保保険料の伸び（都道府県平均）を上回る場合には、都道府県ごとに設置する財政安定化基金を活用し、高齢者の保険料の伸びを抑制することができる仕組みとする。

※ 後期高齢者医療制度における財政安定化基金は、当初、保険料の収納不足や給付の増加に対応することを目的としていたが、先の通常国会において「高齢者の医療の確保に関する法律」を改正し、一定の残高を残した上で、保険料上昇を抑制するために取り崩すことを可能とした。

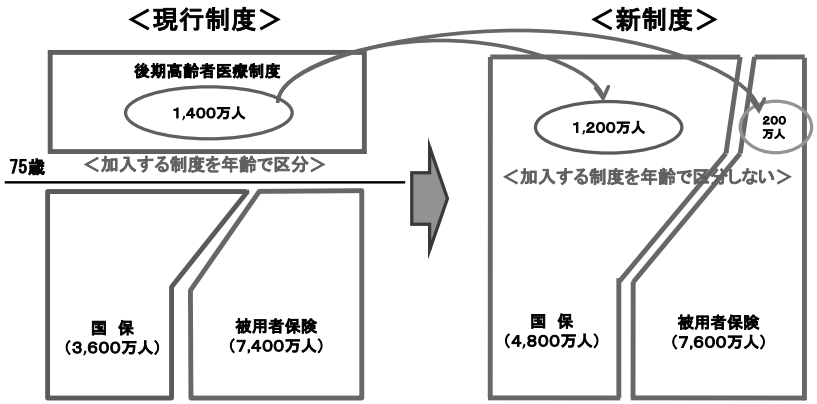
※ 財政安定化基金の活用は、都道府県の判断によるものであり、基金の規模・具体的活用方法等については、今後、更に検討。

中間とりまとめのポイント

1．年齢で加入する制度は変わらなくなります

● サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入します。

● これにより、後期高齢者医療制度は廃止され、加入する制度（保険証）が年齢で変わることはなくなります。



2．高齢者の保険料は給付費の１割相当にとどめます

● 同じ都道府県の中では、同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、引き続き給付費の1割相当のご負担にとどめます。

※ 国保に移る高齢者の方について、市町村ごとの保険料にした場合には、市町村間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加します。（市町村国保から後期高齢者医療制度に移った際、地域間の保険料格差は５倍から２倍に縮小し、全国的には保険料が減少した世帯も多くありましたが、この逆のことが起きます。）

● 被用者保険に移る被扶養者の方は、75歳未満の被扶養者と同様に、保険料を納める必要がなくなります。

3．高齢者の保険料の伸びを抑制する仕組みを設けます

● 各都道府県に基金を設置し、高齢者の保険料の伸びが、現役世代の保険料の伸びを上回らないよう抑制する仕組みを設けます。

※ 高齢者医療を支える現役世代の負担についても、高齢者の増加や現役世代の減少により、重くなり過ぎないようにするための仕組みを設けます。

4．医療費の自己負担の軽減やサービスの改善も図られます

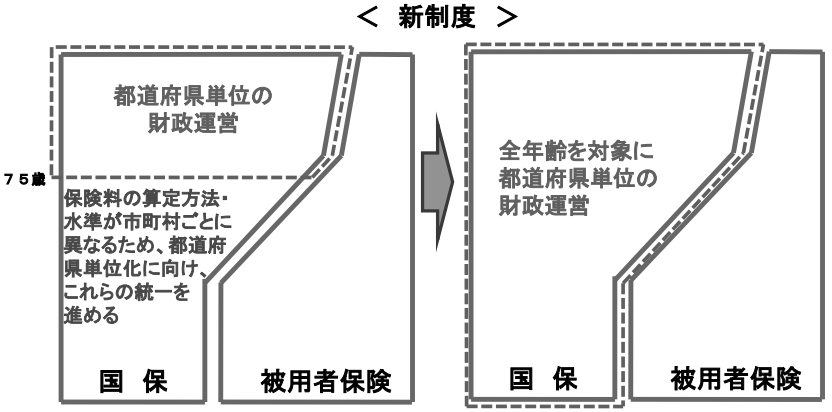
● 高齢者の方は、現役世代と同じ制度に加入するため、高額療養費の自己負担も同一世帯として計算され、これにより世帯によっては自己負担が軽減されます。

● サービス・給付（健康診査、人間ドック、被用者保険の傷病手当金等）についても、現役世代と同じように受けられるようになります。

5．国保の広域化を実現し、国民皆保険を守ります

● 国保は市町村単位の運営であるため、保険財政が不安定になりやすく、保険料の格差も大きく、広域化を図ることが長年の課題となっていました。

● まず高齢者について保険財政の都道府県単位化を図り、次の段階で全年齢での都道府県単位化を実現し、国民皆保険の基盤である国保の安定的な運営を確保します。



中間とりまとめ１０のポイント

厚生労働省

高齢者の方々が、信頼を寄せ安心を実感し、若い方々も、納得のいく負担の下に将来に安心を持てる医療保険制度を構築する。これにより、医療・介護サービスの充実と併せ、「強い経済」「強い財政」への流れを支える。さらに、国民皆保険の基盤である国保の広域化の実現と相まって、安定的な財源・運営の下での持続可能な「強い社会保障」を築く。

Ⅰ　高齢者の方々の視点からの改革

１．年齢で保険証が変わることはなくなります

○　後期高齢者医療制度は廃止し、加入する制度を年齢で区分しません。

○　サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入します。

○　これにより、年齢で保険証が変わることはなくなります。世帯によっては、保険料や自己負担も軽減されます。

２．新制度に移る際、保険料のアップはできるだけ生じないようにします

○　国保に移る方の保険料は、75 歳以上は、現行の負担割合（約 1 割）とし、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料となる仕組みを維持します。

○　被用者保険に移る被扶養者の方は、保険料を納める必要がなくなります。

３．高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回らないことを基本とします

○　高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回らないよう抑制する仕組みを設けます。

４．窓口負担は適切な負担にとどめます

○　今後、高齢者の医療費は増加しますが、高齢者の窓口負担は、適切な負担にとどめます。

５．年金天引きを強制しません

○　国保に移る高齢者の保険料は、同一世帯の他の現役世代の保険料と合わせて、世帯主が納めます。

○　これにより、世帯主ではない高齢者の方は、保険料を納める義務がなくなり、年金からの天引きもなくなります。また、高齢者世帯で希望される方は、引き続き、年金からの天引きもできます。

Ⅱ　現役世代の視点からの改革

６．公平で納得のいく支え合いの仕組みにします

○　高齢者の約８割は国保に加入するため、国保の負担が重くならないよう、公平で納得のいく被用者保険との財政調整を行います。

○　その際、財政力の弱い健保組合等の被保険者の負担を軽減できるよう、被用者保険からの支援は、負担能力に応じた分担方法への見直しを検討します。

７．大幅な負担増が生じないようにします

○　新制度への移行により、市町村国保・協会けんぽ・健保組合等の負担が大幅に増加することがないようにします。

Ⅲ　保険運営の安定化を図る視点からの改革

８．国保の広域化を実現します

○　国保については、まず高齢者医療に関し都道府県単位の財政運営とし、保険料負担の格差の解消と安定的な運営を図ります。

○　現役世代についても、環境整備を進めた上で都道府県単位の財政運営にし、国民皆保険の基盤である国保を守ります。

９．公費を適切に投入します

○　高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制し、制度の安定的な運営を図るため、加入する制度を問わず、75 歳以上の高齢者の医療費に対して公費を投入します。また、今後の高齢化の進行等に応じた公費のあり方を検討します。

１０．保険者機能が十分に発揮できるようにします

○　保険料徴収や健康づくり等の保健事業などの面で保険者機能が最大限発揮されるよう、「都道府県単位の運営主体」と「市町村」の分担・責任を明確にした上で、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みにします。

○　サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に加入することにより、保健事業などの面で健保組合の保険者機能がより発揮できるようにします。

政策解説資料

協会だより（定例理事会要録から）

2010年度　第４回　2010年７月13日

【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．ＩＣＴ検討委員会（７月１日）状況

〈医療安全対策部会〉

１．医療機関側との懇談(①７月８日②12日)状況

〈政策部会〉

１．保団連第５回介護保険制度抜本改善対策委員会（６月30日）状況

２．出版編集会議（６月30日）状況

〈保険部会〉

１．保団連医科社保・審査対策部事務局拡大小委員会（６月29日）状況

２．保険医への行政指導を正す会、指導・監査・処分取消訴訟支援ネット共催「保険医訴訟支援７．３全国集会」（７月３日）状況

３．第635回社会保険研究会（７月10日）状況

【部会報告】

１．各部会（７月６日）状況と決定事項確認の件

〈総務部会〉

①第63回定期総会の運営確認

②地区医師会長との懇談会の開催確認

③総務部会懇親会の開催確認

④６月度会員増減状況の確認

⑤新規開業医会員及び未入会訪問の報告

⑥保団連第２回組織部会の出席確認

⑦地区医師会会報の回覧

⑧次回開催日の確認

〈経営部会〉

①第63回定期総会の出席確認

②新規開業医会員及び未入会訪問の報告

③代議員アンケートの検討

④2010年７月１日付融資斡旋利率の確認

⑤休業補償制度パンフレット作成の確認

⑥保険医年金第55次春普及結果の確認

⑦保険医年金第56次普及の打ち合わせ会の日程確認

⑧医師賠償責任保険制度関係の確認

⑨新規開業予定者のための講習会の開催確認

⑩アミス事業関連の確認

〈医療安全対策部会〉

①2010年６月度医事紛争状況報告

②2010年度医事紛争状況中間報告

③全国における医事紛争状況報告

④理事会特別討議の運営確認

⑤事務所移転に伴う解決案件関係資料の取り扱いの確認

⑥医療安全対策部会学習会・医療安全シンポジウムのテーマの意見交換

⑦損保ジャパン収支報告会の開催確認

⑧第63回定期総会の出席確認

〈政策部会〉

①７月の主な部会スケジュールの確認

②情勢に関わる重要資料についての報告・検討

③柔道整復師の療養実態に関するアンケート結果の報告

④医師以外の医療従事者の役割拡大についてのアンケート結果の報告

⑤参議院選挙対策「各党候補者に賛同を求めたい10の課題」取り組み結果の報告

⑥2010年度『京都保険医新聞』発行の確認

⑦保団連近畿ブロック会議の日程確認

⑧エコキャップ運動の状況報告

⑨反核・平和の取り組みの確認

⑩総会アンケート内容の検討

⑪全会員アンケートの確認

⑫環境対策委員会関連の取り組みの確認

⑬九条の会アピールを支持する京都医療人の会総会の状況確認

⑭ワクチン講演会の開催確認

⑮メディパック発送日の確認

〈保険部会〉（７月２日開催）

①新点数・診療報酬改善対策の確認と検討

１）診療報酬改善対策委員会（仮称）

２）保団連「2010年診療報酬改定」に関する不合理是正要求（案）

３）『在宅医療点数の手引』編集会議

４）『届出医療の活用と留意点』説明会及び在宅医療点数説明会

②医療ＩＴ化問題対策の確認と検討

１）医療ＩＴ化問題検討会

③社保対策（社保、国保、後期高齢者、労災）の確認と検討

１）レセプトの点検
２）リハビリ及びリハビリ施設対策
３）介護保険対策
④公費負担医療対策（生保、その他公費、福祉医療）の確認と検討
１）京都府の福祉医療制度に関する京都府要請
⑤審査、指導、監査対策の確認と検討
１）2010年度「審査に関するアンケート」
２）指導に関する相談
３）個別指導、監査時の弁護士帯同
⑥医療施設問題対策（病院・有床診療所対策）の確認と検討
１）施設基準適時調査関係
２）医事担当者連絡会議
３）入院中の他医療機関受診
⑦研究会関係の確認
１）社会保険研究会
２）各科別診療内容向上会

【各担当部議事】

〈総務部会〉
１．前回理事会（６月29日）要録と決定事項の確認
２．第２回正副理事長会議（７月８日）状況確認の件
３．第63回定期総会（第179回定時代議員会）・講演会・懇親会への出席の件
４．各部会開催の件
５．６月度会員増減状況
△2010年６月30日付会員数＝2527人
６．会員入退会及び異動に関する承認の件

〈経営部会〉
１．医療事故防止支援プログラム提案についての病院訪問の件
２．保団連経税担当事務局小委員会への出席の件

〈医療安全対策部会〉
１．第271回関西医事法研究会への出席の件

〈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（６月27日）状況確認の件
２．第６回保団連理事会（７月３日）状況確認の件
３．京都保険医新聞の発行日変更の件
４．『京都保険医新聞』（第2750号）合評の件

〈保険部会〉
１．2010年６月度国保合同審査委員会（６月23日）状況
２．保険審査通信検討委員会（７月２日）状況確認の件
３．保団連要機関討議通知「2010年診療報酬改定に関する不合理是正要求（案）」の検討要請の件

《以上17件の議事について承認》

2010年度　第５回　2010年７月27日

【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．第40回保団連夏季セミナー（７月３・４日）状況

協会だより

９月の相談室

新築（改）住宅	９月８日(水)午後２時～	担当＝竹内建築士
ファイナンシャル	９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	９月16日(木)午後２時～	担当＝江頭弁護士
雇用管理	９月16日(木)午後２時～	担当＝河原社会保険労務士
経営	９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。

４．新規開業会員訪問（７月12日）状況
５．新規開業未入会者訪問（７月12日）状況
６．代議員会正副議長との打ち合わせ（７月22日）状況

〈経営部会〉
１．第４回保団連共済部会（７月11日）状況
２．医院・住宅新(改)築相談室（７月14日）状況
３．傷害疾病保険審査会（７月20日）状況
４．金融共済委員会（７月21日）状況
５．近畿ブロック共済担当事務局交流会（７月21日）状況
６．保団連経税担当事務局小委員会（７月24日）状況

〈医療安全対策部会〉
１．医療機関側との懇談(①７月13日②20日)状況
２．法律相談室（７月15日）状況
３．医療事故案件調査委員会（７月23日）状況
４．第271回関西医事法研究会（７月24日）状況
５．医師賠償責任保険処理室会（７月26日）状況

〈政策部会〉
１．第31回医療制度検討委員会（６月29日）状況
２．環境対策委員会（７月16日）状況
３．全国反核医師・医学者のつどいIN奈良・第５回実行委員会（第８回反核医師近畿懇談会）（７月18日）状況
４．福祉国家と基本法研究会（７月19日）状況
５．福祉国家と基本法研究会「憲章・基本法起草委員会」（７月20日）状況

〈保険部会〉
１．レセプト点検（７月６～８日）実施状況
２．保団連研究会活動担当者会議(７月11日)状況
３．京都市生活保護医療個別指導立ち会い（７月14日）状況
４．『在宅医療点数の手引』第一次事務局編集会議（７月19～21日）状況

【各担当部議事】

〈総務部会〉
１．前回理事会(７月13日)要録と決定事項の確認
２．８月１日～９月14日までの会合等諸行事及び出席者確認の件

９月のレセプト受取・締切

	９日㈭	10日㈮		13日㈪
基金 国保	○	◎	労 災	◎

※○は受付日、◎は締切日。
受付時間は午前９時～午後５時です。

３．第63回定期総会（第179回定時代議員会）（７月25日）状況確認の件
４．第63回定期総会(第179回定時代議員会合併)決議発送状況確認の件
５．各部会開催の件
６．新規開業会員訪問実施の件
７．第68回保団連近畿ブロック事務局長会議への出席の件
８．会員入退会及び異動に関する承認の件

〈経営部会〉
１．第56次保険医年金打ち合わせ会開催の件
２．第36回保団連全国事務局学習会への講師派遣の件
３．医院・診療所での接遇マナー研修会（中級）開催の件

〈医療安全対策部会〉
１．医療機関側との懇談の件

〈政策部会〉
１．第30回（2010年）平和のための京都の戦争展要員派遣の件
２．国会要請行動の件
３．福祉国家と基本法研究会「憲章・基本法起草委員会」出席の件
４．講演会「知っててよかった！大切なあなたの健康を守るワクチンの話」開催の件
５．「京都保険医新聞」発行計画及び執筆分担確認の件
６．『京都保険医新聞』（第2752号）・『メディペーパー京都』第133号（第2753号）合評の件

《以上18件の議事について承認》

ワクチン

講演会 知ってて よかった！ 大切なあなたの健康を守るワクチンの話

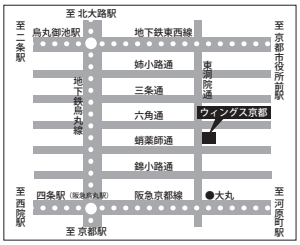
9/4（土） 14:00▶16:30（開場 13:30）

主催 京都府保険医協会

共催 京都産婦人科医会　京都小児科医会
（共催企業）ファイザー株式会社
第一三共株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社

後援 細菌性髄膜炎から子どもたちを守る会
ポリオの会

協賛 株式会社きかんしコム



一般来館者用の駐車場はありませんので、電車・バスをご利用ください。

場所 京都市中京区東洞院通六角下る
京都市男女共同参画センター
ウィングス京都 イベントホール

参加無料　定員 240 人　要申込

電話・FAXまたはメールにて、事前にお申込みください。
※託児・親子室あります（要申込）。お子様の年齢、人数をお知らせください。

知っておきたい！ 子宮頸がんを予防するワクチン

第1部 子宮頸がんワクチン

元気な明日のために
～がんに負けない～

女優 仁科 亜季子さん

専門医から 子宮頸がんは予防できる！
―子宮頸がん診療のパラダイムシフト

京都府立医科大学大学院　女性生涯医科学　助教
澤田 守男さん

必要です！ 子どもたちを病気から守るワクチン

第2部 子どもを病気から守るワクチン

専門医から 髄膜炎関連ワクチンを定期接種へ
―ワクチンの大切さをお伝えしたい

耳原総合病院小児科
佛教大学社会福祉学部　武内 一さん

知ってください。日本のワクチンの問題点

細菌性髄膜炎から子どもたちを守る会
代表　田中 美紀 さん

ポリオの会
青木 秀哲 さん（金沢医科大学顎口腔外科）
時光 昌代 さん

申込み・お問合わせ先　**京都府保険医協会**　TEL：075-311-8888　FAX：075-321-0056　E-mail：info@hokeni.jp

---

9月1日より秋普及開始！

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（水）～10月20日（水）**　2011年 1月1日付加入です

2009年度実績　**1.272%**
【予定利率1.256%（2010年 9 月 1 日現在）＋配当0.016%（2009年度実績）】

■月払（満74歳以下の会員）

1口1万円　30口限度（30万円）

■一時払（満79歳以下の会員で月払に加入している方）

1口50万円　毎回40口（2,000万円）

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

◎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、新たに加入申込みされる場合は**10月8日（金）**までに解約書類を協会事務局までご提出下さい。保険医年金に関するお問い合わせは、京都府保険医協会・経営部会まで。

協会では各種生命保険を取り扱っています。
ご加入をご検討の際にはぜひご連絡ください！

生命保険のご案内

入院医療費の自己負担にも備える保険

「明日のミカタ」

明治安田生命保険相互会社

「手厚い介護保障」と「充実の医療保障」

「CARE・ISM Advance」

富国生命保険相互会社

様々な人生のリスクにおこたえします

こたえる保険「ベクトルX」

三井生命保険株式会社

安心のゴールキーパーでありたい。

「GK」
（総合収入保障）

三井住友海上きらめき生命保険株式会社
【取扱代理店】
有限会社アミス 京都市中京区壬生東高田町51
TEL075-315-4470　FAX075-321-0056

入院と手術の費用をサポートする終身医療保険

「健康のお守り」

損保ジャパンひまわり生命保険株式会社
【取扱代理店】
有限会社アミス 京都市中京区壬生東高田町51
TEL075-315-4470　FAX075-321-0056

【お問い合わせ先】
有限会社アミス　http://www.hokeni.jp/amis/
☎075-315-4470　FAX075-321-0056