

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12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に関する最終取りまとめを大筋で了承した。財源について「国費をはじめとする公費の拡充を図るべきことは改革会議の意見の大勢」との文言を盛り込み、政府・与党が進める税と社会保障の一体改革の方向性と歩調を合わせるべきとの考えを打ち出した。

政府は12月14日の閣議で、「社会保障改革の推進について」と題した基本方針を決定した。▽社会保障

の安定・強化に向けた具体的な制度改革案と、税制改革に関する一体的な検討を2011年半ばまでにまとめる▽野党も含めた常設会議体の設置▽社会保障・税にかかわる番号制度について、11年秋以降早期に関連法案を提出する一が柱となっている。

11年の通常国会に関連法案の提出を目指す次期制度改正について議論していた厚労働省の社会保障審議会・介護保険部会は、11月30日付で「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめて公表した。「介護職員処遇改善交付金」を介護報酬に組み込む方向で検討すべきとの見解や、第2号被保険者の保険料への総報酬割の導入を両論併記で盛り込んでいる。

行 事		開始時間	場 所
1日(土)	事務局休務		
2日(日)			
3日(月)			
4日(火)			
7日(金)	保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
8日(土)	左京医師会との懇談会	午後2時30分	ウェスティン都ホテル京都
12日(水)	宇治久世医師会との懇談会	午後2時30分	うじ安心館3階
	医院・住宅新(改)築相談室	午後2時	ルームC
19日(水)	金融共済委員会	午後2時	ルームA～C
20日(木)	ファイナンシャル相談室	午後1時	応接室
	法律相談室	午後2時	アミス
	雇用管理相談室	午後2時	ルームC
26日(水)	経営相談室	午後2時	アミス
27日(木)	第180回定時代議員会	午後2時15分	ビル葆光(ほーこー)(中京区室町通御池南西角)
28日(金)	右京医師会との懇談会	午後2時	右京医師会館

1月の保険医協会の行事予定

行 事		開始時間	場 所
2月3日(木)	下京西部医師会との懇談会	午後2時30分	下京西部医師会事務所
2月5日(土)	綾部・福知山医師会との懇談会	懇談会：午後4時	福知山市中央保健福祉センター
		懇親会：午後6時	
2月15日(火)	西京医師会との懇談会	午後2時30分	京都エミナース（銀閣の間）
2月17日(木)	第638回社会保険研究会	午後2時30分	ルームA～C
2月17日(木)	山科医師会との懇談会	午後2時	山科医師会診療センター
2月19日(土)	相楽医師会との懇談会	懇談会：午後4時	ホテルフジタ奈良
		懇親会：午後6時	
2月26日(土)	与謝・北丹医師会との懇談会	懇談会：午後3時10分	吉翠苑
		懇親会：午後4時30分	
2月27日(日)	京響サロンコンサート	午後2時30分	京都府庁・旧本館

今後の予定

※「ルームA、B、C」、「応接室」及び「アミス」は京都府保険医協会事務所内の会議室の名称です。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲60～61ページ

情勢トピックス

医療社会保障運動トピックス

渡辺治の政治学入門

政策解説資料

協会だより

情勢 トピックス

医療・社会保障編

公費拡充は「意見の大勢」／高齢者医療改革会議最終まとめ

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12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に関する最終取りまとめを大筋で了承した（資料1、後掲30ページ）。厚労省が前回示した最終案に加え、財源について「国費をはじめとする公費の拡充を図るべきことは改革会議の意見の大勢」との文言を盛り込み、政府・与党が進める税と社会保障の一体改革の方向性と歩調を合わせるべきとの考えを打ち出した。

さらに、「医療サービスが良質で効率的なものでなければ、そのための費用を負担することに国民の納得は得られない」と言及。あるべき医療提供体制や診療報酬、介護との連携などの議論を精力的に進め「早期に国民に具体策を示していく必要がある」とした。

日本医師会や民主党の高齢者医療制度改革ワーキングチームなどが問題視している70～74歳の窓口負担の段階的引き上げについては、「受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げるべきとの意見があった」と記述する方針だ。

●2011年1月にも地方との協議、知事会は不服

厚労省はまた、新たな高齢者医療制度の関連法案提出に向け、11年1月にも地方と協議を始め、国保が抱える構造的問題などについて議論することを提案した。

しかし、最終取りまとめで新制度の運営主体を都道府県とされたことを不服として神田真秋委員（全国知事会社会文教常任委員長）は「なぜ今まで（地方との協議を）してこなかったのか。手順が逆」として参加しない意向を表明。最終取りまとめ全般に関しても「反対に回る」と明言した。

●「通常国会提出へ調整進める」／細川厚労相

会議の冒頭で細川律夫厚生労働相は、新制度の関連法案提出について「法案の提出を見送るような考えは一切ない。次の通常国会に提出を目指す」と述べ、与党との調整や、全国知事会をはじめとする関係団体との調整を進める考えをあらためて表明した。

会議の最後に挨拶した藤村修厚労副大臣は、民主党の国会対策委員会幹部と協議し、改革会議の方向性に基づいた関連法案を政府として提出することに「一応、了解を得た」と説明した。その上で、今後の国と地方との協議も踏まえて、提出に踏み切る考えを示した。（12/21MEDIFAXより）

社会保障改革の基本方針を閣議決定

政府は12月14日の閣議で、「社会保障改革の推進について」と題した基本方針を決定した（資料2、後掲41ページ）。「政府・与党社会保障改革検討本部」がまとめた基本方針と同じ内容で▽社会保障の安定・強化に向けた具体的な制度改革案と、税制改革に関する一体的な検討を2011年半ばまでにまとめる▽野党も含めた常設会議体の設置▽社会保障・税にかかわる番号制度について、11年秋以降早期に関連法案を提出する一が柱となっている。

自公連立政権下で成立した「所得税法等の一部を改正する法律」付則104条では「（消費税を含む税制改革について）11年度までに必要な法制上の措置を講ずる」と規定している。政府はこの規定に従って手続きを進める。

さらに、基本方針では「成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る」としている。峰崎内閣官房参与は「消費税を含め税の抜本的な引き上げを行う時には総理は信を問うとおっしゃっている」と述べ、菅首相が解散総選挙に打って出て消費増税の賛否を問う可能性もあるとした。

●番号制度「早期に法案提出」

社会保障・税の番号制度について、基本方針では「11年秋以降、可能な限り早期に関連法案を国会に提出できるよう取り組む」とした。

社会保障の安定財源について、民主党の「税と社会保障の抜本改革調査会」は中間整理で▽消費税を含む税制抜本改革の早期着手▽消費税を社会保障目的税とする法整備一を求めた。政府の「社会保障改革に関する有識者検討会」も社会保障を支える税財源として消費税を基本に考えていくべきとの報告書をまとめた。

閣議後の会見で細川律夫厚生労働相は、仙谷由人官房長官から早期の検討着手や国民との対話に基づく合意形成の下に議論を進めるように指示を受けたことを明らかにし、厚労省内の検討体制を早急に整える考えを示した。（12/13・15MEDIFAXより）

2010年度補正予算が成立

円高・デフレに対応する緊急総合経済対策を柱とする2010年度補正予算が11月26日、成立した。厚生労働省関係では、地域医療再生基金の拡充や、子宮頸がんとH i b（インフルエンザ菌b型）、小児用肺炎球菌のワクチン接種への公費助成などを盛り込んでいる。

補正予算案は参院予算委員会と同本会議で、社民党と新党改革を除く野党の反対多数で否決。すでに可決していた衆院と議決が異なったことを受けて開かれた両院協議会でも意見は一致せず、衆院本会議で憲法の規定に基づき衆院の議決が国会の議決となることが宣言され、成立した。

（11/30MEDIFAXより）

厚労省提出法案、成立なし／第176臨時国会が閉会

第176臨時国会が12月3日、閉会した。政権が最重要課題と位置付けた2010年度補正予算は成立したものの、厚生労働省の提出法案は継続審議となっていた法案も含め1本も成立しなかった。

弱毒性の新型インフルエンザに対応した「新臨時接種（仮称）」の創設を盛り込んだ予防接種法改正案は、10年の通常国会に提出され継続審議となっていたが、今国会では審議されず、再び継続審議となった。

一方、12月3日の参院本会議では、障害福祉サービスの利用者負担を現行の原則1割から負担能力に応じた応能負担とする改正障害者自立支援法が、議員立法で可決、成立した。（12/6MEDIFAXより）

総報酬割で負担増、健保組合1人約3000円／政府

政府は12月10日の閣議で決定した答弁書で、後期高齢者支援金に「総報酬割」を全面導入した場合の被用者保険加入者1人当たりの年間保険料に対する影響の試算を示した。協会けんぽではほとんど変わらないが、健保組合は平均で約3000円、共済組合では約8000円の負担増となる。加藤修一氏（公明）の質問に答えた。

協会けんぽの後期高齢者支援金のうち、総報酬割に関する国庫負担をなくし国庫補助率を16.4%とすることが前提。現行の総報酬割対象を「3分の1」から「2分の1」に引き上げた場合は、協会けんぽではほとんど変わらないが、健保組合では約1000円、共済組合では約2000円増となる。

さらに、介護保険の第2号被保険者（40～64歳）に総報酬割を導入した場合、被保険者1人当たりの月平均負担額は協会けんぽで約100円減、健保組合では約900円、共済組合では約1000円の増となる。

厚生労働省の高齢者医療制度改革会議では、新たな高齢者医療制度の下での被用者保険間の費用負担について、総報酬割を全面導入する方向で検討が進んでいる。答弁書では「高齢化に伴う医療費のさらなる増大が見込まれる中で、負担の公平性を図ることが目的」としている。（12/13MEDIFAXより）

「社会保障諮問会議」を設置へ／政府・有識者検討会の報告書案

政府・与党社会保障改革検討本部（本部長＝菅直人首相）が設置した「社会保障改革に関する有識者検討会」（座長＝宮本太郎・北海道大大学院教授）は12月8日、最終会合を開き、与野党・有識者による会議体「社会保障諮問会議（仮称）」の設置などを盛り込んだ報告書案について意見交換した。案に一部修正を加えた上で報告書を取りまとめ、近く検討本部に提出する。

News Headline （2010年11月7日～12月11日）

【11月】◆スー・チーさん自宅軟禁解除（13日）◆尖閣映像流出・海上保安官の逮捕見送り（15日）◆白鵬63連勝でストップ（15日）◆横浜地裁・裁判員裁判初の死刑判決（16日）◆北朝鮮にウラン濃縮施設（20日）◆柳田法相・国会軽視発言で更迭（22日）◆カンボジアの水祭りで事故、350人死亡（22日）◆北朝鮮が韓国に砲撃、兵士2人、民間人2人死亡（23日）◆仙台地裁・裁判員裁判初、少年に死刑判決（25日）◆沖縄県知事選・仲井真氏が再選（28日）◆米韓が黄海で合同軍事演習（28日）◆ウィキリークスが外交公電を暴露（28日）◆島根・強毒性の鳥インフル（29日）

【12月】◆関西広域連合が発足（1日）◆福岡高裁・諫早干拓、二審も開門命令（6日）◆グーグル、電子書籍を販売（6日）◆ノーベル平和賞、本人・家族不在の異例の授賞式（10日）

有識者検討会がこれまで提案してきた「円卓会議」について報告書案は、与野党議員と有識者によって構成する常設の会議体を社会保障諮問会議として設置する方向性を示した。非公開で行われたこの日の会合について、事務局の内閣官房社会保障改革担当室は、与野党協議の場を早急に設けるためにも諮問会議の設置時期を報告書に明示すべきとの意見が出たとした。ただ、報告書では具体的な日程は示さず、できるだけ速やかに日程調整したいと説明した。（12/9MEDIFAXより）

番号制度は「税務」「社会保障」で／政府の実務検討会

政府・与党社会保障改革検討本部の「社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会」は12月3日の会合で、番号の利用範囲を「税務」「社会保障」とする中間整理案をまとめた。親会の政府・与党検討本部が12月中旬にも策定する中間取りまとめに反映させる。2011年秋以降に関連法案を国会に提出する予定だ。

番号制度は、1つの番号に個人の所得や、税、社会保障の情報をまとめ、適切な社会保障給付に役立てる仕組み。政府は利用範囲によって、税務分野のみの「A案」、社会保障の現金給付が加わる「B1案」、社会保障の現物給付も加わる「B2案」、幅広い行政分野で活用できる「C案」の4案を示している。

中間整理案によると、C案の利用を視野に入れ、まずはB案から開始する。日本医師会などが反対する社会保障の現物給付を含めるかどうかは今後詰める。

利用する番号は11桁の住民票コードを基にして新たな番号を付ける。情報の管理方法については、分散管理を前提に検討する。

番号を管理する機関は「歳入庁」を視野に入れているが、日本年金機構を廃止し国税庁に統合して歳入庁とするには一定の時間が必要なことから、既存の省庁（内閣府・総務省・国税庁・厚労省）での管理を検討する。

政府・与党検討本部は11年6月までに、番号の利用範囲など具体的な内容をまとめた「社会保障・税番号大綱（仮称）」を策定する方針。（12/6MEDIFAXより）

事業税の軽減措置も11年度は存続／政府税調

社会保険診療報酬を除いた医療法人の所得（自由診療や病院の売店での収益など）にかかる事業税の

税率を軽減する措置を2011年度も存続させることが、12月3日の政府税制調査会で決まった。11年度、引き続き政府税調で存廃を議論する。医療機関にかかわる税制改正はほぼ決着した。

事業税は10年度税制改正大綱で「10年1年間真摯に議論し結論を得る」とされていたため、医療関係者は税制改正の動向を注目していたが、ふたを開ければ、非課税措置、軽減措置のいずれも11年度は存続という結論になった。11年度の政府税調で再び議論することになり、医療機関にとっての懸案は依然として残る結果となった。

また、高額な医療用機器にかかる特別償却制度の適用期限の延長（所得税・法人税）、医療安全に資する医療機器等の導入にかかる特別償却制度の適用期限の延長（同）は、償却率の引き下げや対象設備の見直しを行うことを条件に2年延長が決まった。

●控除対象外消費税は増税論議と合わせて

医療機関が医薬品などを仕入れた際にかかった消費税が医療機関の負担になっている「控除対象外消費税」の問題については、11年度の政府税調で引き続き議論することになった。五十嵐文彦財務副大臣は民主党税制改正プロジェクトチームで「次の消費税の改革のときに、あらためて検討しなければならない」と述べ、消費税増と合わせて議論する考えを示した。

●療養病床転換の特別償却、認められず

このほか療養病床の転換にかかる特別償却制度（法人税）、医療法人の理事長が亡くなった場合にも地域医療が継続できるよう相続税の特例措置を創設する制度（相続税・贈与税）などは認められなかった。（12/6MEDIFAXより）

「地域医療確保」「24時間訪問」にC評価／政策コンテスト

政府は12月1日、厚生労働省が2011年度予算の特別枠として獲得を目指す「地域医療確保推進事業」「24時間地域巡回型訪問サービス・家族介護者支援（レスパイトケア）等推進事業」「健康長寿社会実現のためのライフ・イノベーションプロジェクト」について、政策コンテストの結果をC評価とした。一方、大腸がん検診や肝炎対策、不妊治療の支援、障害者への緊急体制整備についてはB評価とした。

「元氣な日本復活特別枠に関する評価会議」は、11年度予算特別枠として要望のあった全189事業の評価を決定した。厚労省の要望はこのうち15事業で、

A評価（積極的に評価できる）が7事業、B評価（積極的に評価できるが改革姿勢に問題あり）が5事業、C評価（一定の評価はできるが改革姿勢に問題大）が3事業となった。D評価（評価困難）はなかった。A評価の7事業は「子宮頸がん予防対策強化事業」など、いずれも10年度補正予算で措置済みの事業だった。

評価会議後に会見した平野達男内閣府副大臣（評価会議担当副大臣）は、予算の配分額について菅直人首相を中心に玄葉光一郎国家戦略担当相（評価会議担当相）、野田佳彦財務相、仙谷由人官房長官らで最終決定するとした。予算額が削減となる事業については、既存事業の要求額を削って財源を捻出し、特別枠の事業に上乘せすることも可能とした。

（12/2MEDIFAXより）

「統合医療の保険併用」検討を／内閣官房、厚労省に要請

総合特区制度に関連して優先的に検討すべき規制・制度改革として、統合医療に関するエビデンスを収集するため、統合医療と保険診療の併用を認めるよう、内閣官房が厚生労働省に検討を要請していることが分かった。内閣官房地域活性化統合事務局が11月30日、民主党の総合特区・規制改革小委員会（委員長＝大塚耕平参院議員）の会合で明らかにした。

総合特区に関連して優先的に検討すべき規制・制度改革をめぐっては、厚労省はすでに内閣官房から求められた25項目について対応方針を回答している。内閣官房はさらに、その後の検討で新たに追加した規制・制度改革について小委に示した。

内閣官房が小委に示した資料によると、がんや予防医療、在宅・緩和医療などの補完代替医療を含め、エビデンスに基づく統合医療を充実させて患者のQOL向上につなげるため、統合医療に関する調査・研究、教育を一体的に推進するとしている。

（12/1MEDIFAXより）

「医療観光促進」「医療の人材育成」／国内投資プログラム

政府の国内投資促進円卓会議（議長＝大畠章宏経済産業相）は11月29日、国内投資促進のために官民を挙げて取り組む施策を盛り込んだ「日本国内投資促進プログラム」をまとめた。地域の需要開拓に向けた施策の柱の1つに医療・介護を位置付け、国際

医療交流の促進や医療・介護の人材育成に対する支援を盛り込んだ。

プログラムは「成長と雇用の好循環を図り、限られた資源を効率的に活用するためには、潜在的需要と戦略的投資先を開拓する必要がある」とし、重点投資3分野の1つに「農業、医療・介護、観光などの高い潜在力を有する地域の需要開拓」を掲げた。

具体的には、ライフイノベーションを力強く推進するとし▽日本発の革新的医薬品・医療機器を創出するための臨床試験の体制整備▽新薬・医療機器の承認プロセスの迅速化▽国際医療交流の促進▽医療・介護人材の育成支援—などを行う。

プログラムには、業界団体が会議に示した投資目標も盛り込んだ。日本製薬工業協会は、イノベーションを推進する環境整備が進むことを前提に、2020年には08年度の2倍に当たる2.5兆円の研究開発投資を目指すとし、さらに、新型インフルエンザワクチンの生産などのために大規模な設備投資に取り組むとした。

プログラムの策定は、10年8月に菅直人首相が経済産業省に指示。会議は、政府と産業界、労働界の代表者らで構成し、医療関係者では、医療法人鉄蕉会の亀田隆明理事長と製薬協の長谷川閑史会長が委員として参加した。（12/1MEDIFAXより）

12年度概算要求の基本方針策定へ／政府・医療イノベ会議が初会合

政府の新成長戦略実現会議に設置された医療イノベーション会議（議長＝仙谷由人官房長官）は11月30日、首相官邸で初会合を開いた。革新的な医療技術の研究開発や実用化を促進するため、関係省庁による2011年度予算の執行方針や、12年度予算概算要求に向けた方針を策定する。

会議は、文部科学省と厚生労働省、経済産業省が過去2回開いた政務レベルの会合を格上げした。当面の課題としては、重点分野の絞り込み・取り組みの基本方針を策定した上で、予算関連の方針の検討に着手。当面はがん分野を重点とし、再生医療や認知症などの分野についても検討する。

中長期的には、医療技術の実用化を促進するため、臨床試験ネットワークの立ち上げのほか、高度医療評価制度や治験制度の見直しなどを検討。研究開発成果を活用した医療技術について、医療保険制度上の扱いについても検討する。

会合では、医療イノベーションを推進するため、

内閣官房に担当室を設置する方針を決めた。担当室は産学官で構成し、政策の企画・立案や総合調整を担う。（12/1MEDIFAXより）

医療滞在ビザは「直ちに対応」／総合特区で法務・外務省

内閣官房地域活性化統合事務局は11月16日、「総合特区制度」に関連して優先的に検討すべき規制・制度改革に対して、各省庁が示した対応方針を明らかにした。「『医療滞在ビザ』（仮称）の創設および在留資格の明確化」について法務省と外務省が、「日本の医療関連免許を有する外国人医療従事者に対する在留期間の見直し」については法務省が直ちに対応すると回答した。事務局が、民主党成長戦略・経済対策プロジェクトチームの「総合特区・規制改革小委員会」（委員長＝大塚耕平参院議員）で発表した。

厚生労働省は計25項目の規制・制度改革について対応方針の提示を求められていたが、「分散保有されている医療・健康関係データの地域の機関への集約化」など3項目について、直ちに対応する方針を示した。検討することが適切でないと回答した項目はなかった。

総合特区制度は、新成長戦略に基づいて創設が予定されている。一般からの要望を参考に、優先的に検討すべき規制・制度改革の骨格を事務局が作成し、各省庁に対応方針を示すよう求めていた。各省庁が回答した対応方針は、新成長戦略実現会議の分科会「総合特区制度、『環境未来都市』構想に関する会議」（議長＝片山善博・地域活性化担当相）に報告する。（11/17MEDIFAXより）

診療報酬と重複なら廃止／事業仕分け、医師確保・救急補助金で

行政刷新会議による事業仕分け第3弾は11月16日、医師確保対策と救急・周産期対策への補助金事業が仕分け対象となった。国会議員と民間有識者からなる仕分け人（評価者）は「診療報酬改定で対応可能な事業は廃止すべし」と事業見直しの判定を示した。

この日の事業仕分けで査定側の財務省主計局は、補助金事業と診療報酬による措置に重複があると指摘し「（診療報酬による縮減は）41億円にとどまっているが、さらにできる」と追及した。仕分け人の初鹿明博衆院議員は、可能なものは診療報酬で手当てすべきと強調し「細かく分かれている補助金事業は

地方分権の観点にそぐわない」と述べ、事業の統合が進めば都道府県で独自事業が展開できる可能性もあったとした。（11/17MEDIFAXより）

新高齢者制度、負担増に反対へ／民主WT、総報酬割は容認

後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度をめぐり、民主党の高齢者医療制度改革ワーキングチーム（WT、主査＝柚木道義衆院議員）は12月8日、取りまとめの方向性として、厚生労働省が提案する高齢者の負担増に反対する方針を党厚生労働部門会議に示した。75歳以上の医療給付費への支援金に「総報酬割」を全面的に導入することについては、容認する方向。

●負担増「大きな公約変更になる」

民主党は2009年の衆院選前にまとめた政策集の詳細版で、70歳以上の窓口負担は1割にすると明記している。「大きな公約の変更になる」（柚木氏）ため、WTの取りまとめでは、窓口負担の引き上げや保険料軽減措置の縮小に反対する姿勢を明確に打ち出す方針だ。

一方、健保連が強く反発している総報酬割の全面導入については、医療保険の一元的運用を掲げた09年衆院選の公約とも合致するとし、容認する方向。負担の公平性を明確にするため、税と社会保障の共通番号の早期導入も求める。

党の「藤井調査会」が「消費税を含む税制の抜本改革に一刻も早く着手すべき」との提言をまとめたことを踏まえ、増税を行う場合は消費税を社会保障目的税化し、公費負担割合の引き上げに充てることも求める方針だ。

新制度の運営主体については「都道府県が適当」とした厚労省案を認める。（12/9MEDIFAXより）

難病対策の制度設計について検討／民主WTが初会合

民主党障がい者政策プロジェクトチーム（PT）に設置された難病対策ワーキングチーム（WT、主査＝谷博之参院議員）は11月18日、初会合を開いた。谷主査によると、厚生労働省が2011年度予算の特別枠で要求している「健康長寿のためのライフ・イノベーションプロジェクト」（233億円）のうち、難治性疾患克服研究関連分野（40億円）の確保に向けた議論が交わされたという。WTでは今後、高額療養費制度の見直しも視野に入れ、難病対策の制度設計

に取り組む姿勢だ。（11/19MEDIFAXより）

予防接種ワーキングチームを創設／民主・厚生労働部門会議

民主党の厚生労働部門会議は近く予防接種法改正ワーキングチームを立ち上げる。主査には郡和子衆院議員が就任する予定だ。予防接種制度の見直しや改革を党内で議論する。顧問に足立信也前厚生労働政務官、副主査に梅村聡参院議員、事務局長に仁木博文衆院議員がそれぞれ内定している。

（12/9MEDIFAXより）

消費税含む税制改革「一刻も早く着手を」／藤井調査会が提言

民主党の「税と社会保障の抜本改革調査会」（会長＝藤井裕久・元財務相）は12月6日、社会保障の財源として消費税の重要性を指摘し、消費税を含む税制の抜本改革に「政府は一刻も早く着手すべき」とする提言をまとめた。今後、政府・与党で検討した上で、国民的な議論を行い、党派を超えた議論を呼び掛けていくとしている。

提言では、社会保障の財源は税制全体で確保するが、その中でも「消費税は非常に重要」と位置付けた。その上で「消費税を含む抜本改革に政府は一刻も早く着手すべき」と明記した。消費税については「社会保障の目的税とすることを法律上も、会計上も明確にする」よう求めた。

提言ではまた、低所得者ほど負担感が重くなる消費税の「逆進性」対策にも言及し「消費税率が一定の水準に達し、税・社会保障全体の再分配を見てもなお必要となった場合」に検討するよう提案。その場合、物品によって税率が異なる消費税の複数税率は「制度が複雑となり、政治的な要因が働きやすい」と問題点を挙げ、制度が簡素で透明性の高い還付制度を「優先的に検討」するよう求めた。

消費税の引き上げ幅や増税の時期については言及していない。（12/7MEDIFAXより）

看護議連が発足、会長に鳩山前首相／民主

「国民の安心の医療をめざす民主党看護議員連盟」の設立総会が11月19日、衆院議員会館で開かれた。民主党の国会議員100人余りが議連に加わり、議連会長には鳩山由紀夫前首相が就いた。議連は今後、日本看護協会や連合などと連携し、看護師の労働環境整備や役割拡大、看護の質の向上を目指して活動す

る構えだ。（11/22MEDIFAXより）

民主「目を守る議連」が設立総会／医会と協力し政策提言

「民主党目を守る議員連盟」（会長＝中井治衆院予算委員長）は11月25日、国会内で設立総会を開いた。総会には日本眼科医会の高野繁会長ら眼科関連団体が出席した。中井会長は「目をおろそかにすると大変なことになる。専門的な知識を持ってわたしどもは政治として対策する」と述べ、医会の協力を得た上で議連として目の健康のために政策提言する考えを示した。（11/26MEDIFAXより）

消費税「10%」あらためて明記／自民が基本方針

自民党は12月9日、2011年度税制改正に対する基本的考え方をまとめた。「社会保障の機能強化と効率化を図る一方、給付に見合った安定的な財源を確保し、負担の先送りを断ち切らなければならない」とし、消費税を含む税制の抜本改革の必要性を強調。消費税を社会保障目的税化するとした上で、税率については10年夏の参院選公約で掲げた「当面10%」をあらためて明記した。

基本的考え方では、消費税について「社会保障給付と少子化対策の費用に全額を充てることを予算・決算で明確にする」とし、税率の引き上げを明記。税率は「当面10%とする」としたが、具体的には政権復帰時に国民の理解を得ながら決めるとしている。

消費税を含む税制の抜本改革を検討する際には、国民的な合意形成を図るため、超党派の円卓会議を設置することも盛り込んだ。

一方、厚生労働省が要望しているたばこ税の引き上げについては、10年10月に大幅な引き上げを行ったことから「2年連続の増税には断固反対」とした。（12/10MEDIFAXより）

ニーズ高い抗がん剤、保険併用簡略化／高度医療見直しで厚労省

厚生労働省は11月10日の中医協総会（会長＝遠藤久夫・学習院大教授）に、厚労省の「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」で「医療上の必要性が高い」と認められた未承認や適応外の抗がん剤について、高度医療評価制度の手続きを簡略化する案を示した。医療上の必要性が高いと判断された場合は、使用する薬剤のエビデンスレベルに応

じて実施できる医療機関のリスト（実施可能医療機関群）をあらかじめ設定。リスト上にある医療機関から実施希望の申請があった場合は、実施計画書の適否を判断した上で高度医療として承認する流れとする。

高度医療を含めた先進医療全般の見直しに関しては、高度医療評価会議と先進医療専門家会議の「二重」の審査体制の効率化や、申請前であっても実施症例に対して一定の条件の下で保険との併用を認めるなどの柔軟な対応を進めることもうたっている。

検討会議では現在、未承認13品目、適応外29品目について、医療上の必要性が高いと判断している。（11/11MEDIFAXより）

受け取り代理は届け出制に／出産一時金で医療保険部会

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12月2日、2011年度以降の出産育児一時金の扱いで小規模施設に対する「受け取り代理制度」の対象について▽年間平均分娩件数100件以下▽正常分娩による収入が全収入の50%以上—のいずれかを満たしている診療所・助産所を目安とし、厚生労働省への届け出制とすることで合意した。

届け出た施設が直接支払いと受け取り代理の両方を実施するか、受け取り代理だけとするかは施設側の選択とする。両制度を実施する施設でも、制度を利用するか、妊娠婦が直接支給を受けるかは妊娠婦側が選択できる。

施設の資金繰りが困難になるなどの理由で見直しを進めていた直接支払い制度については、支払いを早期化するほか、専用請求書の記載項目を見直すなどの簡素化を図る。福祉医療機構による低利融資については継続する。

10年度末までの暫定措置として4万円を引き上げていた一時金額（42万円）については、11年度以降も継続する。保険者の委員からは引き上げ継続に伴う財源について、暫定措置時の補助の継続を求める意見が相次いだ。

●高額療養費、外来でも現物給付

医療保険部会で見直しを進めていた高額療養費については、入院で実施している現物給付化を外来でも導入する。具体的には外来窓口で自己負担限度額を超える場合は、窓口での支払いを限度額までにとどめ、保険者から医療機関に支払う。

所得によって自己負担限度額が異なるため、患者はあらかじめ保険者から「限度額適用認定証」の交付を受ける必要がある。実施可能な保険者、医療機関から11年度中に導入し、12年度から完全実施に移行する計画だ。対象となる患者について、厚労省はレセプトベースで70歳未満が0.3%程度、70歳以上が1%程度とする粗い試算を示し「広く行われるものではないと思う」との見方を示した。

一方、所得の低い一般所得者の自己負担限度額の見直しについては、保険者の負担増に対する懸念が強いとして見送る。（12/3MEDIFAXより）

病床転換助成、介護療養存続の間は継続へ／厚労省

厚生労働省は12月2日の社会保障審議会・医療保険部会に、医療療養病床が介護施設などに転換する際の費用を助成する「病床転換助成事業」を、事業期限である2012年度後も継続する方針を示した。同事業は介護療養病床からの転換は対象ではないが、11年度末での介護療養病床の廃止を延期する必要があるとの見解を社保審・介護保険部会がまとめたことを受け、少なくとも介護療養病床が存続の間は同事業も継続し、療養病床全体の在り方を検討する考えだ。（12/3MEDIFAXより）

請求8日後支払い、対応可能9割／国保と広域連合

厚生労働省は11月15日の社会保障審議会・医療保険部会で、診療報酬の支払い早期化に関する保険者への調査結果を報告した。保険者からの支払いを審査支払機関からの請求の4日後とする厚労省案には、市町村国保、後期高齢者広域連合の各5割余りが「対応可能」と回答したが、市町村国保と広域連合は、支払いが請求から「8日後」であれば9割程度が「対応可能」とした。

健保組合で厚労省案に基づく対応が「可能」としたのは4割余りだった。

厚労省は調査結果を基に、2011年度実施に向けて検討を進める方針。併せて、電子レセプトと紙レセプトの混在で保険者などの事務負担が発生していることを考慮し、レセプト電子化を推進してさらなる支払い早期化を検討する考えを示した。

（11/16MEDIFAXより）

「支援センター」の実働部隊、臨床医2人で ／医療部会で厚労省

厚生労働省は、2011年度予算概算要求の特別枠に盛り込んだ「地域医療支援センター（仮称）」の概要を、11月11日の社会保障審議会・医療部会（部会長＝齋藤英彦・名古屋セントラル病院長）で示した。地域医療支援センターは、医療の現状に明るい専任スタッフ（臨床医兼任）を実働部隊として設置し、各都道府県の実情に応じて医師の地域偏在解消に当たる。設置場所は各地の実情に応じて都道府県立病院や大学病院、都道府県庁などとする。

この日の医療部会では医療人材の確保が議題に取り上げられ、地域医療支援センターの体制について委員から相次いだ質問・要望に、新村和哉・医政局指導課長が答えた。

厚労省は、地域医療支援センターを設置する中核病院などに若手医師をプールし、キャリア形成支援をしながら、医師不足病院に医師を配置できる体制づくりを目指している。センターには専任医師2人・専従事務職員3人の実働部隊を置き、地域の実情を個々の病院レベルで分析しながら地域偏在を解消する。

大学医学部の医師派遣機能の低下に伴い、都道府県には地域医療対策協議会が設置されている。ただ、この日の会合で、医師派遣の実績（08年度）は非常勤を含め13県で115人と低迷していることが明らかになった。新村課長は地域医療支援センターの予算には人件費や活動経費が盛り込まれていると説明した上で「協議会のような会議体ではなく、医療機関の状況、各都道府県の医師不足の状況を把握・分析し、必要な場合には（医師を）斡旋もする実行部隊あるいは事務局ととらえている」と述べた。

今後は地域枠で入学した医師が増えるため、義務年限内での地域医療の研修や義務年限後の地域医療での活用など、斡旋だけでなくキャリア形成についても考える必要があることから、専任スタッフには医療の中身が分かっている人が必要とし「中核病院の臨床医が兼務しながらやってもらう手もある」と述べた。各都道府県の実情によっては、都道府県庁に設置し、公平かつ主体的に運営することもあり得るとした。（11/12MEDIFAXより）

医療機関コードは「原則提供しない」／レセプト情報提供GL

厚生労働省は11月25日の「レセプト情報等の提供

に関する有識者会議」（座長＝開原成允・国際医療福祉大学大学院長）で、レセプトや特定健診などの国のデータベースから個票情報を提供する場合、医療機関・薬局コードは原則、提供しないと明記したガイドライン案を示した。

ガイドライン案では、医療機関コードは原則、提供せず、経年変化の分析に使える新たな通し番号を付けることを検討するとした。

地域医療連携などを研究する上で医療機関コードは必要とする研究者側からの意見に配慮し、「地域性の分析・調査にのみ用いる場合」に限って、有識者会議の審査を経て、最小限の範囲で提供可能とする例外規定も盛り込んだ。提供データを用いて執筆する論文には、医療機関が特定できるデータを原則として盛り込んではいけなく規定し、違反した場合には罰則を科す。（11/26MEDIFAXより）

議論一巡、「中間的整理」を了承／審査支払機関在り方検討会

厚生労働省は12月10日に開かれた「審査支払機関の在り方に関する検討会」（座長＝森田朗・東京大学大学院教授）に、これまでの議論が一巡したことを踏まえて「中間的整理」案を提出し、了承された。審査支払機関の統合や競争促進に関しては引き続き議論する。

中間的整理案は「患者の個別性・地域の医療体制等の尊重」「国民が受ける医療に違いが生じない共通の判断基準」「迅速で効率的な審査支払い」を前提に、目指すべき姿として▽審査の判断基準の統一化▽審査の標準化▽レセプトの電子化に対応した制度・システム▽審査機能の強化▽効率的な制度・システムを提示。判断基準の統一化に向けた中央レベルでの連絡協議会を2011年度から開くとした。また、ITの活用では、社会保険診療報酬支払基金が医科電子点数表を活用した点検システムを11年4月めどで導入するほか、国保連も電子レセプトに対応した画面審査システムの拡充などを10年度中に進める。県単位の審査委員会が納得が得られない個別事案について、上級の審査組織が再審査する仕組みを設置することも検討する。（12/13MEDIFAXより）

季節性・新型混合3価ワクチン「重大な懸念なし」

厚生労働省の薬事・食品衛生審議会・医薬品等安全対策部会安全対策調査会と新型インフルエンザ予

防接種後副反応検討会の合同会議（座長＝松本和則・獨協医科大特任教授）は12月6日、季節性インフルエンザワクチン（A／H3N2、B型）と新型インフルエンザワクチン（A／H1N1）混合の3価ワクチンの安全性について議論し、「安全性に重大な懸念は認められない」との意見で一致した。

11月30日までの報告で、医療機関納入数から推定した推定接種可能人数は4500万回だった。死亡例は12例（医療機関報告8例、企業報告4例）あり、うち4例がワクチン接種と死亡について「因果関係あり」と報告されているが、専門家の評価では死亡とワクチン接種に因果関係が認められた症例はなかった。

副反応について専門家の評価は、ギラン・バレー症候群は1例を「可能性が否定できない」とし、アナフィラキシーは11例を「可能性あり」とした。

●妊婦への抗インフル薬「副作用は認められず」

日本産科婦人科学会は妊婦や出生児に対する抗インフルエンザ薬の安全性調査の中間報告を取りまとめ、安全対策調査会に提出した。抗インフル薬を投与された妊婦163例のうち、タミフル投与が147例、リレンザ投与が15例、投与薬不明が1例だった。タミフルが投与された147例のうち17例で流産や軽度の新生児黄疸、早産、奇形などの報告があった。報告について、自然流産率や服薬時期などとの関係から「タミフルの影響は考えにくい」としている。リレンザが投与された15例では異常の報告はなかった。

日本産科婦人科学会は中間報告の中で「今後さらに、多くの症例を集積し、2歳児までのフォローアップが必要」とした上で「現時点での妊婦インフルエンザ感染例に対するタミフル投与、リレンザ吸入につき特に制限を必要とするような副作用は認められなかった」とした。

●補正対象の3ワクチン「安全上、特段の懸念なし」

会合で厚生労働省は、2010年度補正予算の「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進臨時特例交付金」の対象となっている▽子宮頸がん予防（HPV）ワクチン▽Hib（インフルエンザ菌b型）ワクチン▽小児用肺炎球菌ワクチン—の3ワクチンについて副反応状況を報告し、安全性について検討を求めた。販売開始以降の副反応報告では、HPVワクチン（累積推定接種者数40万人）は副反応報告81例、Hibワクチン（同140万人）は副反応報告44例、小児用肺炎球菌ワクチン（同70万人）は副反応報告42例だった。

いずれも死亡例の報告はなく、安全対策調査会は「一定の副反応は見られるものの、安全上特段の懸念が示されるものではない」とした。

HPVワクチン接種後副反応として失神や意識消失の報告があることについて、添付文書に接種後30分程度の観察が注意喚起されていることから「一層の注意喚起に努める」とした。（12/7MEDIFAXより）

「3 ワクチン接種事業」担当者に説明／厚生省

厚生労働省は12月9日、2010年度補正予算の「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進臨時特例交付金」について全国都道府県担当者会議を開き、交付金の概要や事業の実施体制などを説明した。

同交付金による事業は▽子宮頸がん予防（HPV）ワクチン▽Hib（インフルエンザ菌b型）ワクチン▽小児用肺炎球菌ワクチン—の3ワクチンを対象者に接種する。今後、医療機関からの副反応報告体制の整備や、予防接種後健康被害救済に関する民間保険への加入などの要件を満たした市町村で順次、実施される見通しだ。

●12年度以降の接種事業は？

同事業の実施期間は11年度末までとなっていることから、会議で都道府県担当者から「12年度以降が心配。今後の事業の継続について厚生労働省はどのように考えているのか」との質問があった。厚生労働省は「予防接種部会で議論が進められている。見通しを示すことは難しいが、精力的に検討していきたい」としている。（12/10MEDIFAXより）

「保険者算定」の見直し要請／標準報酬月額で総務省

総務省行政評価局は12月7日、報酬実態に応じた標準報酬月額の算定を求める行政相談を受け、厚生労働省保険局長・年金局長に対して、標準報酬月額と年間報酬の月平均額が乖離している場合には「保険者算定」を実施できるよう、保険者算定の範囲や手順の見直しを求めた。総務省の諮問機関である行政苦情救済推進会議（堀田力座長）の意見を踏まえた要請で、検討結果は2011年5月末までに回答するように求めた。

社会保険料（健康保険・厚生年金保険の保険料）は、4月から6月までの報酬を平均した標準報酬月額に保険料率を乗じて算出する「定時決定」方式で算定している。厚生労働大臣、健康保険組合が定時

決定の額が著しく不当と認めた場合には、年間報酬から算出した平均月額などを基に算定する保険者算定が可能だ。ただ、保険者算定は、1961年1月に当時の厚生省保険局長が都道府県知事にあてた「昭和36年局長通知」で▽給料の遅配分を受け取った場合▽賃金カットがあった場合—などに限定されている。（12/8MEDIFAXより）

EPA候補者、現地で日本語研修／外務省、11年度受け入れから

外務省は、経済連携協定（EPA）に基づきインドネシアとフィリピンから受け入れている看護師・介護福祉士候補者について、2011年度の受け入れから現地での日本語研修を実施する。現在、候補者に対しては協定によって来日後に6カ月間の日本語研修が行われているが、現地での2～3カ月間（最大420時間）の予備研修を追加する。12年度に受け入れる候補者は、現地での予備研修の期間を6カ月とする方針で、11年度概算要求の特別枠に関連予算を計上している。就労前の日本語研修を充実させることで国家試験合格と円滑な受け入れにつなげたい考えだ。（12/10MEDIFAXより）

外国人歯科医師の制限撤廃／法務省

法務省は11月30日、日本の歯科医師、看護師、保健師、助産師の資格を持つ外国人の就労年数や活動の制限を撤廃する内容の省令改正を行い、施行した。

今回の取り組みは、3月に策定した「第4次出入国管理基本計画」で、「制限をかける理由に乏しい」などとして検討項目に挙げていた内容。「医療」の在留資格で働く外国人の免許取得後の就労年数は、これまで看護師7年、歯科医師6年、保健師、助産師4年とする規定があった。就労活動は、技術の習得など「研修」として行う業務に限定していた。医師に関する同様の制限は2006年に撤廃されている。

同省入国管理局によると、「医療」の資格で在留する外国人は09年12月末で220人。

（12/1MEDIFAXより）

高齢者制度「早期廃止は慎重に」／知事会が厚労相らと会談

全国知事会の麻生渡会長（福岡県知事）と知事会社会文教常任委員長の神田真秋・愛知県知事は11月30日、厚生労働省に細川律夫厚労相らを訪ね、検討が大詰めを迎えている新たな高齢者医療制度の在り

方について会談した。知事会側は、厚労省の「高齢者医療制度改革会議」の議論について「国保が抱える構造的な課題の解決になっていない」と懸念を表明し、現行制度の早期廃止に慎重な対応を求めた。

会談は冒頭を除き約1時間にわたって非公開で行われた。終了後に会見した麻生会長は、政府・与党の社会保障改革検討本部で税と社会保障の一体改革の議論が進んでいることに触れ「税制と一体で考えるべきという意見は正しい」と述べた。改革会議では新制度の運営主体を都道府県が担うべきとの意見が大勢を占めているが、「責任逃がれをするつもりはないが、財源論があいまいなままで受けるのは難しい」とした。

改革会議委員を務める神田知事も「一貫して膨張する医療費を誰がどう負担するか、国の覚悟を主張してきた。医療保険の最後の砦である国保財政の議論なく、都道府県に（運営主体を）受けてくれというのは拙速」と述べた。

厚労省によると細川厚労相らは、改革会議の議論に基づく移行に理解を求め、国保財政について地方との協議の場を設ける考えを示したという。

（12/1MEDIFAXより）

3ワクチン接種、全額国庫負担を／指定都市市長会

19指定都市の首長で構成する指定都市市長会（会長＝矢田立郎・神戸市長）は11月26日、政府に対し、2010年度の補正予算案に「子宮頸がん等のワクチン接種の促進」が盛り込まれたことを受けて、子宮頸がん予防のHPV（ヒトパピローマウイルス）ワクチン、Hib（インフルエンザ菌b型）ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの接種に対する公費助成は国民に多大な恩恵がある一方、指定都市をはじめ地方公共団体には新たな負担を生じさせるとして「全額国庫負担による制度とすること」を要請した。

指定都市市長会は要請の中で、10年度補正予算案の中で3ワクチンの接種促進が盛り込まれ、厚生労働省の厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会から3ワクチンを「予防接種法上の定期接種に位置付ける方向で急ぎ検討すべき」との意見書が提出されているとした上で、地方公共団体の財政状況に左右されず必要とする国民が接種を受けるために、全額国庫負担とすることを求めた。また、定期接種化に当たっては、全国一律の実施で地方に裁量の余地がないとして、国の責任で必要な財源を確保するこ

とを求めている。（11/29MEDIFAXより）

保険料率11年度も上昇の見込み／協会けんぽ

全国健康保険協会は11月22日の運営委員会に、2010年度末に見込まれる準備金残高赤字1116億円を11年度に半額返済する場合、11年度の保険料率は現行の9.34%から9.50%まで引き上がる見込みとの試算を示した。国庫補助率を16.4%とし、出産育児一時金の増額の継続による保険給付費増と、70-74歳の患者負担引き上げの凍結を盛り込んだ場合の試算で、同様の条件で準備金残高赤字を全額返済する場合は9.58%、返済しない場合は9.42%となる。

保険料率を9.34%に据え置き、準備金残高赤字を半額返済するため国庫補助を追加する場合、所要国庫補助額は1107億円で、国庫補助率は18.4%になるとした。

出産育児一時金増額の継続による保険給付費増を勘案せずに、準備金残高赤字を半額返済する場合の保険料率は9.48%、全額返済する場合は9.56%。出産育児一時金増額の継続による保険給付費増を見込み、国庫補助率を20%とした場合は、準備金残高赤字の半額返済で9.22%、全額返済で9.30%になるとした。（11/24MEDIFAXより）

医療保険のIT推進で意見書／健保連

健保連（平井克彦会長）はこのほど、医療保険分野のIT化についてまとめた意見書を首相官邸などに提出した。医療保険運営のコストの縮減・効率化、医療情報を得やすい環境整備を図るためIT化を推進すべきとし、レセプトオンライン化の完全実施や記載要領の見直しなどを求めた。

意見書は、これまでの情報提供体制について「限定された情報に基づく運営を行わざるを得ない環境にあったため、横断的・統一的な情報連携を図ることができなかった」とした。国民本位の医療の実現と医療保険運営の一層の効率化を促進するため、情報環境の整備が必要と指摘。すべての医療保険関係者がオンライン化することで情報を共有できるよう、国が法的整備や予算措置などをすべきとした。

推進策として特に歯科レセプトの早急な電子化を求めた。レセプト記載要領の見直しでは▽未コード化傷病名の解消（傷病名コードの統一）▽レセプトの主傷病名の確定と、傷病名と診療行為のリンク付け▽電子情報に対応した診療報酬コード体系の合理化の3点を挙げた。さらに、社会保障カードの早

期導入、個人が情報を閲覧できる仕組みの早期導入、電子化未整備分野のペーパーレス化の早期実現も求めた。（11/11MEDIFAXより）

医療保険、4段階で「全国一本化」／日医の制度改革案

日本医師会は11月11日、医療保険制度改革案を盛り込んだ「国民の安心を約束する医療保険制度」を公表した。現行の公的医療保険制度を4段階に分けて順次統合し、最終的には2025年以降に各制度を「全国一本化」することが柱。改革案の基本理念として▽すべての国民が同じ医療を受けられる▽すべての国民が支払い能力に応じて公平な負担をする▽将来にわたって持続可能性がある—を掲げた。財源面で一体的運用を図る「一元化」については「財政調整ではいずれかの制度にしわ寄せされ、『皆保険』としての納得感が得られない」とした。

直近の「第1段階」では、現行の後期高齢者医療制度を弾力的に運用しつつ、一般・高齢者の医療保険制度を一体的に検討した上で、「第2段階」で高齢者医療制度と市町村国保を統合した都道府県単位の「地域保険」を創設。共済組合と協会けんぽは「職域保険」（都道府県単位の協会けんぽ）に統合し、組合健保も徐々に統合していく。「第3段階」では国保組合も統合して「職域保険」を完全統合し、財政調整による一体的運用（一元化）を図り、最終的な「第4段階」で、地域保険と職域保険を全国一本化する。

●日医も保険者機関に参画

一本化に向けた課題として▽国保と被用者保険の所得補足▽国保の保険料賦課方式の統一—などを挙げ「解決に向けて全力を尽くす」とした。また、一本化後の保険者は「第三者機関を設置すべき」と指摘。一本化後は「管理医療が進み、医療費抑制が強化されることが懸念される」と指摘し、医療費抑制阻止のために日医が第三者機関に構成員として参画する考えを盛り込んだ。地域の実情に応じた予防・健康増進などの保険者機能を拡充するため、地域医師会との連携強化もうたった。保険料の事業主負担についても継続して負担を求める検討を進めるとした。

●公費負担割合は「引き上げ」

医療保険への公費負担割合については「全国一本化により、一般と高齢者が1つの保険に加入することになる。その場合にも、制度全体に対して手厚く公費を投入し、高齢者、低所得者の負担をできるだ

け少なくしていくべき」とし、引き上げを主張。財源確保に向けて、被用者保険の保険料率を協会けんぽ並みに引き上げるなどの保険料改革と、消費税などの改革、特別会計見直しなど国の歳出改革を同時並行で進めることを提案した。
（11/12MEDIFAXより）

子宮頸がんワクチン、小学6年にも助成を／専門家会議など

産婦人科医などで作る「子宮頸がん制圧をめざす専門家会議」と、日本婦人科腫瘍学会、日本産婦人科医会は11月12日、小学6年生をHPVワクチン公費助成の対象とすることを求める連名の要望書を厚生労働省に提出した。

専門家会議などは2008年12月、11～14歳女子に接種を推奨する指針を提示し、国に公費助成の実施を働き掛けてきた。政府は10年度補正予算案にHPVワクチンの公費助成を盛り込んでいるが、厚労省は中学1年生～高校1年生への助成を想定している。

要望書では▽小学6年生を公費負担の助成に加える▽医学的根拠に基づいて、小学6年生または中学1年生への接種を継続的事業とする▽今後3年間は、対象年齢を過ぎた女子へのキャッチアップ対策として、高校1年生まで接種年齢を拡大する—ことなどを求めている。

専門家会議によると10年度現在、294の自治体が独自に助成を実施。9月に実施したアンケート調査では、助成している自治体130のうち33.8%が小学6年生を対象としていた。専門家会議などは、小学6年生が国の助成対象外となった場合、各自治体でも小学6年生への助成を取りやめるケースが出てくると懸念している。（11/15MEDIFAXより）

定率補助廃止「容認できない」／事業仕分けで全国国保組合協

全国国保組合協会（阿部正俊会長）は11月24日、行政刷新会議の事業仕分けで医師国保など所得水準の高い国保組合に対する定率補助を廃止すべきとした結論について「到底容認できるものではない」とする見解を発表した。

見解では、定率補助の廃止は「一部の組合のみを対象とした時々の所得水準や財政状況に応じた補助となり、事業の長期的、安定的運営が阻害される」と指摘。医療保険の仕組みは、予算の配分や執行を組上に載せる『仕分け』にはなじまないと主張し、

今後の議論については「機械的、一面的な平等・公平論に陥ることなく、将来展望を持った医療保険論としての検討、議論を望む」としている。
（11/26MEDIFAXより）

特定看護師の制度化など要望／日看協、厚労相に提出

日本看護協会（久常節子会長）は11月17日、細川律夫厚生労働相に対し「特定看護師（仮称）の制度化・法制化の推進」など重点3項目に関する要望書を提出した。

要望書の内容はこのほか「看護職の労働条件の改善」「訪問看護の推進」。労働条件の改善については「夜勤交代制勤務に従事する看護職の労働時間にかかる最低基準の策定」「最低基準順守のための人員の配置を可能とする診療報酬の実現」を訴えた。訪問介護の推進については「医療依存度の高い在宅療養者を支援する小規模多機能型居宅介護の創設」「医療ニーズの高い要介護（支援）者に対する支援体制の充実」「訪問看護の安定的な提供体制の確保」を求めた。

久常会長が要望書を藤村修厚生労働副大臣に手渡した。（11/22MEDIFAXより）

中村教授とオンコ社、朝日新聞社を提訴／2億円の賠償求める

がんペプチドワクチンの臨床試験に関する記事によって名誉を傷つけられたとして、中村祐輔・東京大医科学研究所教授とオンコセラピー・サイエンス（角田卓也社長、川崎市）は12月8日、朝日新聞社（秋山耿太郎社長）と、記事を執筆した編集委員と論説委員を相手取り、計2億円の損害賠償と謝罪広告を求める民事訴訟を東京地裁に起こした。

焦点となっているのは、朝日新聞の10月15日付朝刊の記事と翌16日付朝刊の社説。15日付の記事では、医科学研究所付属病院で実施されたワクチンの臨床試験で、被験者に起きた消化管出血が「重篤な有害事象」と院内で報告されたのに、同種のワクチンを使っているほかの病院に伝えられていなかったと問題視した。16日付の社説では「被験者の安全や人権を脅かしかねない問題が明らかになった」と記した。

記事では、ワクチンの開発者として中村氏の名が記されている。記事が指摘した臨床試験で用いられたのは、血管新生を抑えるVEGFR1由来のペプチドワクチンだが、特許公報によると、発明者は医

科研の別の教授だ。出願人はオンコ社と東京大。朝日新聞は11月30日付朝刊で「中村教授は医科研を中心に、がんペプチドワクチンの探索やその実用化を推進するプロセスにおいて主導的な役割を果たしておられます。こうした趣旨、意味から、記事では、中村教授についてペプチドの『開発者』と記しました」と説明した。一方、中村教授によると、VEGFR1由来ワクチンについて、朝日新聞記者から開発者か否かを問われたことはないという。

オンコ社は、記事中で「治験前の臨床試験にも深く関与している」とされた。しかし、角田氏によると、記事で指摘された臨床試験に社としてかかわった事実はないという。

会見では、弁護士が記事について「中村氏がオンコ社と癒着し、金銭目的でワクチンの臨床研究を取り仕切っているかのような印象を与える」と指摘。中村氏も「重篤な有害事象を私が隠蔽し、利益を得ようとしているという歪曲をわざとやっているとしたか考えられない」と話した。角田氏は「患者さんが心配されるような記事を、不正確な状態で出すのはいかなものか」と述べた。

朝日新聞社広報部の話：当該記事は臨床試験制度の問題点を被験者保護の観点から医科研病院の事例を通じて指摘したもので、確かな取材に基づいています。記事の狙いなどについては、11月10日付朝刊「臨床試験を考える」、11月30日付朝刊「ワクチン臨床試験報道 患者 こう受け止めた」で改めて報じました。医療サイト・アピタルには医科研代理人からの書面に反論する回答書などを掲載しています。（12/9MEDIFAXより）

介護保険編

社保審・介護保険部会が報告書公表

2011年の通常国会に関連法案の提出を目指す次期制度改正について議論していた厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会は、11月30日付で「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめて公表した（資料3、後掲42ページ）。11月25日の会合で事務局が示した報告書案に文言修正や追加意見を盛り込んだが、「介護職員処遇改善交付金」を介護報酬に組み込む方向で検討すべきとの見解や、第2号被保

険者の保険料への総報酬割の導入を両論併記で盛り込むなど、基本的な骨格はそのまま受け継いだ。

報告書案で提案した補足給付の支給要件の厳格化については、慎重な検討が必要との意見を追加。ケアプラン作成への利用者負担導入や、要支援者・軽度の要介護者への給付の縮小については、反対意見と賛成意見の両論併記のままとした。

介護保険部会は5月以降、12年度からの第5期事業に向けて、介護保険制度の見直しについて検討してきた。厚生労働省は、今回の報告書に基づいて必要な法改正などを検討し、関連法案を11年の次期通常国会に提出する方針だ。（11/26・12/1MEDIFAXより）

「廃止の延期」「廃止の変更」を併記／介護療養

厚生労働省が11月25日の社会保障審議会・介護保険部会に示した報告書案では、2011年度末での廃止を撤回する方針が示され今後の扱いが検討事項となっていた介護療養病床について「廃止方針を変更すべき」「現存する病床については、長期的に運営を継続すべき」などの意見があったと記載した。ただ、素案に盛り込んだ「一定期間に限り猶予することが必要」との文言はそのまま残し、実質的に「廃止の延期」に「廃止方針の変更」を併記する形でまとめた。

●小規模多機能と訪問看護の複合型も提案

報告書案では、複数のサービスを一体的に提供する「複合型サービス」の導入にも言及。医療サービスが必要な重度の要介護者らに対応するため、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた複合型サービスの導入などを提案した。

報告書案ではこのほか「リハビリテーション前置」を強調し「リハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点」の整備を進める必要性などに触れている。（11/26MEDIFAXより）

介護予防事業は再び「予算縮減」／事業仕分け

行政刷新会議の事業仕分け第3弾後半が11月15日、東京都品川区のTOCビルで始まった。これまでの事業仕分けの反映結果を検証する「再仕分け」がテーマで、厚生労働省を担当するワーキンググループ（WG）Aは、2009年11月の仕分けで予算縮減を求めた介護予防事業について議論した。厚生労働省は09年の仕分け結果を受け、介護予防事業の10年度予算を前年度から85億円削減して176億円とした。11年度も同額の176億円を要求しているが、WGは「事業

効果の検証が必要」などの意見を示し、予算をさらに縮減するよう求めた。縮減割合については、複数意見が出されたため「判定不能」となった。

介護予防事業では、被保険者が要介護状態になることを防ぐため、高齢者への啓発活動や相談事業などが実施されている。再仕分けでは、現在の事業内容が介護予防につながっているのか疑問視する声が多く上がった。山崎摩耶衆院議員は介護予防の重要性は認識しているとした上で「今のスキームでは介護予防になっていない。国民が意識を持って介護予防に取り組むような（事業費の）使い方であれば、費用対効果はないと思う」と述べた。

再仕分け終了後、厚労省の小林正夫政務官は介護予防の大切さを指摘した上で、効果判定に関して「例えば運動したから介護認定を受けるのが遅くなったと証明するのは難しい」と述べた。

（11/16MEDIFAXより）

介護療養の廃止「3年の猶予を」／民主介護WT提言案

民主党の「介護保険制度改革ワーキングチーム（WT）」（主査＝藤田一枝衆院議員）は12月8日、介護療養病床の廃止に3年の猶予を持たせることなどを盛り込んだ提言をまとめ、厚生労働部門会議に報告した。部門会議では特に異論がなく、党政策調査会役員会の審査を経て、来週にも党の提言にまとまる予定だ。

政府が2011年の通常国会に提出する介護関連法案に反映させるため、WTは介護保険制度の見直しを求める提言をまとめた。

介護療養病床は11年度での廃止が法律で決まっているが、介護施設などへの転換が思うように進まず厚生労働省は11年度の廃止を撤回した。今後の取り扱いを決めた上で11年の通常国会に関連法案を提出することになっている。厚労省の社会保障審議会・介護保険部会は報告書で「新規の指定は行わず、一定の期間に限って猶予することが必要」と明記している。WTは提言で「猶予期間は3年とし、新規の設置・転換は認めない」と記述し、廃止を延期する法改正を求めた。

「介護職員処遇改善交付金」についてWTは「12年度以降も継続し、外付けで対応するのが望ましい」として年間1900億円規模となる予算措置を要望した。一方でWTは交付金を介護保険に組み込む場合の前提条件も示し、介護職員の賃金引き上げが確実

に行われるようガイドラインの策定を求めた。

処遇改善を介護保険に組み入れた場合、年間1400億円の国費が浮くが、藤田主査は部門会議終了後の記者団の取材に「厚労省は（浮いた1400億円を）きちんと獲得して、処遇改善以外のサービス給付に付けるべきだ」と述べ、介護サービスの充実に向けて介護保険への公費投入を求めた。

このほか、ケアプラン作成費の自己負担化や、軽度者の自己負担の1割から2割への引き上げについて、WTは認めないとした。（12/9MEDIFAXより）

介護改定率2%強で国費500億円／「処遇改善」込みで厚労省試算

厚生労働省は、介護職員1人当たり月額1.5万円の処遇改善交付金の財源を介護報酬に組み込んだ場合、2012年度改定で2%強のプラス改定が必要となり、国の負担増は年間500億円程度になるとする「制度見直し事項の財政影響試算」をまとめ、11月19日の社会保障審議会・介護保険部会（部会長＝山崎泰彦・神奈川県立保健福祉大教授）に提出した。この場合、第1号保険料の上昇幅は月額100円程度。一方、処遇改善交付金を現在のまま継続した場合は、国の負担は年間1900億円程度になるとし、介護報酬改定に組み込んだ方が国の負担が大幅に軽減するとの試算結果となった。

このほか必要な制度改正による国庫負担については、グループホーム家賃助成や認知症コーディネーター配置などの認知症支援に80億円、ユニット型個室の居住費の軽減では横浜市などの取り組みを参考に40億円と試算した。

また、国庫負担増として▽公費負担割合を6割に引き上げた場合に7400億円程度▽5%の調整交付金の外枠化によって第1号保険料を軽減させた場合に4200億円程度▽30歳まで被保険者範囲を拡大した場合に670億円程度▽補足給付を公費負担化した場合に460億円程度▽地域支援事業の公費負担化の場合に290億円程度と試算した。

一方、国庫負担分の軽減措置としては、第2号保険料に総報酬割を導入した場合を試算。総報酬割を2分の1導入した場合は640億円程度、3分の1の導入では430億円程度、国庫負担が軽減できると試算した。

●第5期保険料、月額5200円と試算

第5期保険料の試算では、必要とされる見直し事項のすべてを次期改定で盛り込んだ場合、全国平均

で月額5200円程度になるとした。第4期の全国平均は4160円。介護施設の定員を16万人増やす緊急基盤整備の影響による1000円程度の自然増に加え、第5期で盛り込むべき事項の候補として、処遇改善交付金相当分で100円程度、居宅サービスの充実で15円程度、ユニット型個室の居住費の軽減で10円程度の月額負担が増加する。

保険料の軽減措置としては、現在約2800億円ある財政安定化基金のうち1600億円程度を取り崩して月額150円程度軽減できると試算。また、今期分を含み総額2800億－2900億円を見込む介護給付費準備基金の一部取り崩して月額130円軽減できるとした。

このほか保険料軽減措置の案として、高所得者の自己負担引き上げで月額20円程度、居宅介護支援の自己負担導入で月額20円程度軽減できるとする試算を示した。（11/22MEDIFAXより）

たん吸引で「介護福祉士法」改正へ／厚労省検討会が中間まとめ

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12月13日、これまで「違法性阻却」として運用上、認められてきた介護職員等によるたんの吸引と経管栄養について、「社会福祉士及び介護福祉士法」など関連法を改正することで、法律上、実施を認めるとした中間取りまとめを大筋で了承した。今後は、実施のために必要な研修内容の詳細や、一定期間設ける予定の経過措置の在り方などについて議論し、2012年度からの実施を目指して改正案を11年の通常国会に提出する方針だ。

中間取りまとめでは、実施できる行為の範囲を▽たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）▽経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）—とし、「口腔内・鼻腔内は咽頭の手前までが限度」「胃ろう・腸ろうの状態確認、経鼻経管栄養のチューブ挿入状態の確認は看護職員が行う」の2点を明記した。行える範囲については「将来的な拡大の可能性も視野に入れた仕組みとする」との文言を盛り込んだ。

たんの吸引・経管栄養の実施に必要となる研修の内容については、50時間の講義を含む基本研修と実地研修の体制で10年10月から実施している試行事業の結果を踏まえてさらに検討するとした。試行事業の結果報告など検討材料が出そろふのを待って、2

月以降に次回検討会を開催する予定だ。

●「医行為」の議論再燃

この日の会合では、介護職員等が実施できる行為について「医行為から外した形で認めるのか」「医行為のまま、必要な研修の修了者に認めるのか」の議論が再燃した。三上裕司委員（日本医師会常任理事）は「可能な限り速やかに結論を得るためにも、新しい資格をつくるような法改正より、解釈通知を出すほうが早いと思う」とあらためて主張。一方、島崎謙治委員（政策研究大学院大学教授）は「現在は何か起こった場合、ヘルパーが個人で責任を負わなければいけないような状況。こういう問題を解決するには法改正が必要」と指摘した。

大島座長は会合後、記者団に対し、「中間取りまとめとしては付記というような形で『医行為から外すべきとの強い意見もあった』との記述は残る」と述べた。（12/14MEDIFAXより）

介護2次予防の認知度、一般市民の81.6％／厚労省が意見募集

介護保険の2次予防事業の認知度は一般市民の81.6％—との結果が、11月12日に厚生労働省が発表した介護予防事業に関する意見募集の集計結果で出た。

厚労省のホームページ上で募集したところ、一般市民418人のほか、地域包括支援センターの職員、自治体（都道府県、市町村）の職員ら計1088人から意見が寄せられた。意見の募集は自由記述を含む選択式で実施した。

2次予防事業に対する評価では、全回答者の35.6％が「よい」と答えたのに対し、25.2％は「あまりよくない」と回答。今後の2次予防事業に関する意見では、サービスについては「1次予防事業も含め地域全体の事業として充実してほしい」「対象者、手続き、評価等の見直しが必要」、財源については「参加者も一部負担をすべき」との意見も寄せられた。

「今後、参加してみたいプログラム」について、2次予防事業のプログラムに参加したことがないと答えた246人に聞いたところ、「参加してみたい」と答えた163人のうち85.9％が「運動のプログラム」と回答し、「栄養のプログラム」（63.2％）、「認知症の予防・支援プログラム」（61.3％）などが続いた（複数回答）。（11/15MEDIFAXより）

ペイゴー原則は馴染まない／社会保障で与野党の議員一致

「介護保険を持続・発展させる1000万人の輪」（共同代表＝樋口恵子氏ら）は12月1日、「介護保険制度改正の焦点討議」を開き、出席した民主、自民、公明など6党の6議員は「ペイアズユーゴー原則は社会保障制度に馴染まない」との意見で一致した。2011年度末で終了する介護職員の処遇改善交付金については「介護保険の中に組み込む必要がある」としたみんなの党の川田龍平議員を除いて、基本的に「公費負担を維持すべき」との意見で一致した。（12/2MEDIFAXより）

介護保険改正「公費負担の拡大を」／保団連

保団連は12月8日、厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会が11月30日付でまとめた意見書に対する会長談話を、菅直人首相や細川律夫厚生労働相、衆参厚生労働委員、介護保険部会委員らに送付した。介護保険部会の議論について「保険料引き上げ、給付引き下げありきで進められてきた。意見書を前提に介護保険法改正が準備されてはならない」と主張。制度改正の在り方について「公費負担を拡大し、介護サービスの充実を行うよう強く求める」とした。

12月8日付で発表した保団連地域医療対策部長の意見では、介護療養病床の取り扱いに言及。「介護施設であるとともに、急性期病院の後方病床としての機能や、居宅での急変に対応する病床としての機能も有している」とし、廃止の撤回を訴えた。

（12/9MEDIFAXより）

介護利用料・保険料引き上げに反対／保団連

保団連は、介護サービスの充実が介護保険の利用料・保険料負担の拡大ではなく、公費負担の拡大によって実現すべきだとして、12月6日付で細川律夫厚生労働大臣と社会保障審議会・介護保険部会委員に対して要望書を送付した。

厚生労働省は10月28日の介護保険部会で、介護保険法改正に向けて、利用者負担の引き上げや、第2号被保険者への総報酬割の導入・40歳未満からの保険料徴収などの検討項目を示した。これに対し保団連は、利用者負担を引き上げると、国民が必要な介護を受けることが困難になると反対し、公費負担の拡大を求めた。（11/9MEDIFAXより）

調査・データ編

08年度国民医療費、過去最高の34.8兆円

2008年度の国民医療費が34兆8084億円で過去最高を更新したことが、厚生労働省が11月24日に発表した「08年度国民医療費の概況」で明らかになった。国民1人当たりの国民医療費も27万2600円、国民所得に占める国民医療費の割合も9.90%で、いずれも過去最高となった。65歳以上高齢者の国民医療費の割合は54.6%で、1人当たりでは64歳以下と比べて約4.2倍だった。

国民医療費総額は前年度比2.0%増。08年度診療報酬改定率マイナス0.82%を勘案した場合、自然増はほぼ例年並みとみられる。厚労省によると、自然増分の内訳は高齢化による部分が約1.3%増、医療の高度化などによる部分が約1.5%増、人口減少の影響が約0.1%減と見ている。

財源別に見ると、公費分12兆9053億円（構成割合37.1%）、保険料分16兆9709億円（同48.8%）、患者負担など4兆9323億円（同14.2%）。国庫負担分が全体に占める割合は25.1%。保険料分のうち事業主負担分が全体に占める割合は20.4%、被保険者負担分は28.3%だった。前年度比伸び率は、国庫負担分が2.9%増、保険料の事業主負担が3.1%増。低所得者に対する後期高齢者医療制度保険料の軽減策などにより、保険料の被保険者負担は0.2%増にとどまった。

診療種類別では一般診療医療費が25兆9595億円（前年度比1.2%増）で全体の74.6%、歯科診療医療費が2兆5777億円（同3.1%増）で全体の7.4%、薬局調剤医療費が5兆3955億円（同5.3%増）で全体の15.5%など。

一般診療医療費に限ると65歳以上は14兆5991億円で全体の56.2%を占める。65歳以上の1人当たり国民医療費は51万7400円、64歳以下は11万4200円で4.5倍の差となる。

一般診療医療費を詳しく見ると、病院では入院が前年度比2.0%増と伸びる一方、入院外は外来患者数の減少などにより1.5%減。診療所では有床診療所の減少や病床数・在院患者数の減少で入院が7.4%減、入院外は2.3%増となった。

疾病別では、「循環器系疾患」5兆2980億円、「新生物」3兆3121億円、「呼吸器系疾患」2兆186億円

の順。男女とも「循環器系疾患」「新生物」が1、2位を占めたが、3位以下は男性が「腎尿路生殖器系疾患」「呼吸器系疾患」「内分泌・栄養・代謝疾患」、女性が「筋骨格系・結合組織疾患」「内分泌・栄養・代謝疾患」「損傷・中毒など」の順となった。（11/25MEDIFAXより）

給付・国民負担とも過去最大／08年度社会保障給付費

2008年度の社会保障給付費のうち、医療部門の給付費額は前年度比2.3%増の29兆6117億円だったことが11月12日、国立社会保障・人口問題研究所のまとめで分かった。同研究所は、07年度の3.0%増に比べて伸び率がやや鈍化したことについて「診療報酬改定がネットで0.82%減だったことが一因とみている」と説明した。社会保障給付費総額は94兆848億円（前年度比2.9%増）、国民1人当たりの社会保障給付費73万6800円（同3.0%増）と、ともに過去最大を更新した。

国民の負担率を示す社会保障給付費の対国民所得比は前年度比2.61ポイント増の26.76%で過去最大を記録した。社会保障給付費総額が2.9%増だったのに対し、国民所得が7.1%減だったため、国民所得減について同研究所は「リーマンショックで国内経済が著しく打撃を受けたことが要因だろう」と分析している。国民所得に占める医療部門の割合は8.42%（前年度比0.78ポイント増）だった。

部門別のほかの給付費では「年金」部門が49兆5443億円（前年度比2.6%増）、「福祉その他」が14兆9289億円（同5.1%増）。社会保障給付費総額に占める割合は「年金」が52.7%（同0.1ポイント減）、「医療」が31.5%（同0.2ポイント減）、「福祉その他」が15.9%（同0.4ポイント増）とほぼ横ばい。介護対策費に該当するのは6兆6669億円（同4.6%増）で、給付費総額に占める割合は7.1%（同0.1ポイント増）だった。

財源は、給付増に伴い公費負担が32兆7015億円（前年度比5.4%増）で全体の32.2%（同1.3ポイント増）、社会保険料は57兆4476億円（同1.0%増）で全体の56.6%（増減なし）だった。（11/15MEDIFAXより）

「受診頻度変わらない」が6割／高齢者「1割→2割」で世論調査

内閣府は12月6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在り方に対する国民の意識を調べた「高齢者医療制度に関する世論調査」を公

表した。患者窓口負担が1割から2割に増えた場合と、3割から2割に減った場合の各受診頻度に関する調査で「現在の受診頻度と変わらないと思う」と回答した割合は「1割→2割」が61.5%、「3割→2割」が75.7%だった。また、国保の保険料について、すべての年齢で都道府県ごとに保険料を統一することに「適切」と回答した割合は65.2%だった。

調査は全国の20歳以上の3000人を対象に個別面接聴取法で行われ、対象者が質問に関連する資料を読んだ後、調査員が質問した。有効回収数は全体の64.7%となる1941人。

患者窓口負担に関する調査では、現行で1割を負担する対象者（429人）に2割負担後の受診行動を聞いた。「現在の頻度と変わらない」が61.5%で、「少し控える」が25.2%、「かなり控える」は12.4%だった。

一方、3割負担の対象者（1442人）には、2割負担になった場合について「かなり気軽に受診するようになる」「少し気軽に受診する」「現在の頻度と変わらない」の質問で調査。「変わらない」が75.7%、「少し気軽に受診」は18.2%、「かなり気軽に受診」は5.5%だった。

厚生労働省保険局高齢者医療課の吉岡てつを課長は、高齢者医療制度改革会議で示した70-74歳の窓口負担を現在の1割から2割にする案に触れ、「気軽に受診」の回答が合わせて23.7%だった結果などを挙げて「（2割負担になっても）冷静に行動してもらえと思う」と分析。一方で「今回の結果をもって、国民に理解してもらえとの判断はできない」とした。

●保険料統一、「適切」が65%

国保の保険料に関して、すべての年齢で都道府県ごとに保険料を統一させることに対する調査も行い、「適切」が65.2%、「適切ではない」が23.7%だった。「適切」と回答した人に統一の進め方を聞いた調査では「まず65歳以上で統一し、最終的にすべての年齢で統一」が37.0%、「まず75歳以上で統一し、最終的にすべての年齢で統一」が31.4%、「速やかにすべての年齢で統一すべき」が28.0%だった。

また、75歳以上の医療費を支える方法も調査。「税金による負担割合を増やす」が43.4%、「現在の仕組みと同程度の負担割合で、税金、現役世代の保険料、高齢者の保険料の各負担額を増やす」が32.9%、「高齢者保険料による負担割合を増やす」が12.0%、「現役世代の保険料による負担割合を増やす」が9.6%だ

った。（11/9MEDIFAXより）

税負担増容認が43%／介護保険、内閣府世論調査

内閣府が11月20日付で発表した介護保険に関する世論調査によると、保険料増加を抑える方法（複数回答）について「公費（税金）負担割合の引き上げ」が43.1%で最も多かった。「保険料負担の増加はやむを得ない」が35.7%で続き、以下「40歳未満の若年層からも保険料を徴収」29.1%、「自己負担割合の引き上げ」20.1%の順。

介護保険についてはこのほか要介護度が軽い人を保険給付の対象外とする「軽度者の全額自己負担化」を支持する人が15.6%、利用回数など「1人当たりのサービス量を制限」は15.4%だった。

【共同】（11/24MEDIFAXより）

後発品に躊躇、理由は「品質」／中医協・改定結果検証調査

厚生労働省は12月8日の中医協・診療報酬改定結果検証部会（部会長＝牛丸聡・早稲田大政治経済学術院教授）に、2010年度診療報酬改定に関する後発医薬品使用状況の特別調査結果の速報を示した。医師を対象にした調査では、処方箋の「後発品への変更不可」欄に署名した理由として、後発品の品質に対する不安などが上位に入った。

外来患者への後発品の処方が「多くなった」と答えた医師は、病院・診療所とも半数余りに上った。処方せんの「変更不可」欄に署名した経験のある医師は、病院・診療所とも約3割。署名した理由（複数回答）で最も多かったのは「後発品の品質が不安」（病院38.0%、診療所41.8%）だった。このほか「患者からの強い要望」（病院32.5%、診療所30.1%）、「先発品を長く使用し信頼している」（病院28.7%、診療所28.8%）などが上位だった。

入院患者に対して後発品を「積極的に使用している」と回答した医療機関は病院45.1%、診療所22.1%。後発品使用によって病院の24.0%、診療所の4.4%が「問題が生じたことがある」と回答。具体的に生じた問題（複数回答）は「供給体制上の問題」（50.7%）が最多で、前回調査より12.4ポイント増えていた。

後発医薬品の採用品目数が全採用医薬品の20%以上を占めるなど、後発品の使用促進に取り組む医療機関を評価するため10年度改定で創設された「後発医薬品使用体制加算」を算定している病院は20.6%

だった。

患者を対象にした調査では、34.6%が後発品の処方を受けたことがあると回答。後発品の処方を医師に依頼した経験のある患者は16.5%にとどまった。後発品に対する認知状況は73.9%が「知っている」としたが、加入する保険別では健保組合、協会けんぽで8割を超える一方、後期高齢者医療広域連合では55.8%にとどまった。

病院1500施設と勤務する医師各施設2人、診療所2000施設と保険薬局に来局した患者各施設4人に調査票を送った。施設の有効回答率は病院38.3%、診療所33.1%だった。

●後発品シェア、頭打ちの傾向

保険薬局調査では、後発医薬品調剤率を数量ベースで見た場合、10年4月が22.3%だったのに対し、8月は22.8%と微増にとどまった。厚労省は12年度までに後発品の数量ベースのシェアを30%以上にする目標を掲げているが、頭打ちの傾向が浮き彫りとなった。後発品調剤率が「20%未満」の薬局は45.2%で、半数近くを占めた。

10年9-10月の調査で、「変更不可」欄に処方医の署名がなく後発品に変更可能な処方箋は全処方箋の67.0%だったが、このうち1品目も後発品を調剤しなかった割合は55.3%に達した。1品目も後発品を調剤しなかった理由は「患者が希望しなかったため」が最多となっている。（12/9MEDIFAXより）

対話仲介者、特定機能・国病病院の5割に配置／社保審・医療部会

厚生労働省は11月11日の社会保障審議会・医療部会に、医療者と患者・家族のコミュニケーションの仲立ちとして、十分な話し合いをする職員「医療対話仲介者（仮称）」の配置状況についての調査結果を提示した。

調査は特定機能病院と国立病院機構の病院227施設を対象に9月に実施し、197施設から回答を得た（回答率86.8%）。医療対話仲介者を配置している施設は50.3%の98施設あった。相談窓口や医療安全管理業務の一環としての配置が主な理由として挙げられた。

一方、配置の必要性はあると考えながらも配置していない施設は41.1%で、人材・財政の不足や教育・定義の未確立が理由に挙げられた。既存の体制で対応できるとして配置する必要はないと回答した施設は8.6%だった。

医療対話仲介者の配置状況については、専従配置が98施設のうち35施設あった。併任を含めて非専従で1－2人配置していると回答した施設は65施設あった。医療対話仲介者の内訳は事務職106人、医療職101人、福祉職28人などとなっており、うち医療安全管理者は65人だった。

複数回答方式で聞いた業務内容は「患者・家族からの訴えを聞く」が100%、「患者側と医療者側の話し合いの場を設定する」87%、「院内事故調査委員会や症例検討会に参加して原因分析に関与する」66%、「法的解決の過程に関与する」34%などだった。（11/12MEDIFAXより）

施設職員の高齢者虐待、通報件数が減少／厚労省調べ

厚生労働省は11月22日、2009年度の高齢者虐待防止法に基づく高齢者虐待の実態調査結果を発表した。介護施設職員らから虐待を受けたとの相談・通報件数は408件で前年度より9.5%減り、06年度の調査開始以来、初めて減少に転じた。うち虐待と判断されたのは76件で前年度より8.6%増加した。

相談・通報件数の減少について厚労省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室は、家族からの相談・通報件数が大きく減少しているとし「やむを得ない事情で身体拘束をする場合に、家族らへの説明の徹底が進んでいるのではないかとみている。

施設職員らによる虐待が認められたケース（重複あり）を見ると、最も多かったのは「身体的虐待」の69.7%で、「心理的虐待」34.2%、「性的虐待」10.5%などが続いた。虐待を受けた人の75.4%を女性が占め、要介護3以上の人が71.7%、80代の人48.6%に上った。虐待した側の職種の内訳は、介護職員が77.8%、看護職員が6.7%、施設長が4.4%など。年齢層別では30歳未満が最も多く23.3%、30代が21.1%で、両者を合わせて44.4%を占めた。

介護保険法または老人福祉法に基づき、人員、設備、運営に関する基準が遵守されていないとして、市町村または都道府県が「改善命令」を出したケースが1件、「改善勧告」を出したケースが6件あった。

●家族らの虐待は1万5000件余り

家族らから虐待を受けたとして相談・通報されたケースは2万3404件で前年度比7.9%増。うち虐待と判断されたのは1万5615件で同4.9%増だった。虐待した人と受けた人が同居しているケースが86.4%に

上った。（11/24MEDIFAXより）

1000g未満児、35年で3倍増／厚労省調査

厚生労働省が12月9日、毎年実施している人口動態統計を基に詳細な分析をまとめた2010年度「出生に関する統計」の概況を発表した。出生時体重が1000gに満たない超低体重児が1975－2009年の35年間で約3倍に増えていることが分かった。

単胎で生まれた超低体重児は75年には877人だったが、09年には2566人に達し2.93倍に増加。多胎出産の場合も75年には163人だったが09年には584人と3.58倍となっている。

超低体重児を含めた低体重児（出生時体重2500g未満）数は、09年は8万7281人で75年と比べ1.5%増。特に多胎出産の場合は75年が1万981人だったが、09年には1万5390人と1.4倍に増えている。

（12/10MEDIFAXより）

公費負担の対象年齢、就学前が最多／子どもの医療費で都道府県

厚生労働省の雇用均等・児童家庭局母子保健課は11月19日、乳幼児などへの医療費の援助について、各都道府県の2010年4月現在の実施状況の調査結果を各都道府県あてに送付した。乳幼児などの医療費に対する公費負担事業の実施状況は、対象年齢は「就学前」が最も多く（通院31道府県、入院32道府県）、所得制限は34都道府県で設けている。一部自己負担は38都道府県で「あり」となっている。

都道府県別では、群馬県は対象年齢が通院、入院とも「15歳年度末」で、所得制限はなく、一部自己負担も「なし」と公費負担の範囲が最も広い。東京都は対象年齢が通院、入院とも「15歳年度末」だが、所得制限や一部自己負担があるのに対し、福井県は対象年齢が通院、入院とも「3歳未満」だが、所得制限や一部自己負担はない。

（11/22MEDIFAXより）

「子どもの医療費に利用」は3.9%／厚労省・子ども手当調査

厚生労働省雇用均等・児童家庭局育成環境課は12月7日、子ども手当の使い方に関するインターネット調査の結果を発表した。子ども手当の使途（複数回答）として、全回答者1万183人のうち3.9%が「子どもの医療費」と答えた。

調査は8－9月、長子が中学3年生以下の子ども

と同居する18歳以上の男女を対象にインターネットを通じて実施した。国による子ども手当の初の実態調査だという。

子ども手当の使途（複数回答）として「子どもの医療費」と回答した保護者の割合を子どもの年齢別に見ると▽0～3歳＝8.4%▽4～6歳＝4.1%▽小学1～3年生＝3.2%▽小学4～6年生＝2.2%▽中学1～3年生＝1.7%—となった。子どもの年齢が低いほど、回答率が高くなる傾向が出ている。

子ども手当の使途の上位には、「子どもの将来のための貯蓄・保険料」（41.6%）、「子どもの衣類・服飾雑貨費」（16.4%）、「子どもの学校外教育費」（16.3%）などが挙げられた。（12/8MEDIFAXより）

救急出動、6年連続で500万件超／10年版消防白書

総務省消防庁がまとめた2010年版消防白書によると、09年の救急車などの救急出動件数は512万5936件（前年比0.5%増）で、6年連続で500万件を超えた。救急車の搬送人数468万2991人のうち、入院加療を必要としない軽症傷病者と「その他」に分類される人を合わせると過半数の50.8%を占めた。

消防庁は、救急搬送を受け入れてもらえる医療機関の選定が困難だった事例が全国で相次いだことから、07年から「救急搬送における受入状況等実態調査」を実施している。07年以降も受け入れ医療機関の選定困難事案は増加していたが、09年の実態調査では▽重症以上傷病者の搬送▽産科・周産期傷病者の搬送▽救命救急センターなどへの搬送—で、救急隊が4回以上の照会を行った件数が減少した。

救急車の出動件数は、全国で1日平均1万4033件（前年1万3965件）で、6.2秒（同6.2秒）に1回の割合で救急隊が出動し、国民の27人に1人（同27人に1人）が搬送されたことになる。現場までの到着時間は平均7.9分（同7.7分）とやや延びた。医療機関までの収容所要時間も平均36.1分（同35.0分）で、1.1分長くなった。

救急車の搬送人員のうち救急隊員が応急処置などを行った傷病者の割合は97.8%（457万8159人）。応急処置の件数は1102万9706件（2.5%増）で、うち救急救命士が傷病者の蘇生などのために行う高度応急処置件数は9万7164件で前年比4.7%増となった。（12/2MEDIFAXより）

制度開始以来、補償対象100件に／産科医療補償制度

日本医療機能評価機構が運営する産科医療補償制度の運営委員会（委員長＝上田茂・同機構理事）は12月8日、会合を開き、2009年1月の制度開始からの審査状況や原因分析の実施状況について意見を交わした。審査委員会は11月29日までに15回開催し、107件の審査を実施した。うち制度による補償対象となった事案は101件で、補償対象外が4件、継続審議2件となった。

補償対象外となった4件のうち、1件は新生児期の呼吸停止が要因で脳性麻痺が発生した事案だった。残り3件については、審査時点での将来の障害程度について予測困難なことから補償対象とならなかった事案で、適切な時期に再度診断を受けることで補償対象と認定される可能性があるとした。

重度脳性麻痺児の予後を調査している小林廉毅委員（東京大大学院教授）は沖縄県内での調査結果（解析中）について触れ、現行制度では補償対象外となる子どもを含めて脳性麻痺が発生する割合は1000人に約1.7人で、1988年から05年までの出生児で脳性麻痺と診断された592人のうち37人の死亡を確認したと報告した。（12/9MEDIFAXより）

後発品切り替え効果69億円／協会けんぽの通知サービスで

全国健康保険協会は12月1日の運営委員会で、加入者の後発医薬品使用促進に向けて1～6月に実施した「後発品に切り替えた場合の薬剤費の自己負担軽減額の通知」サービスの結果を報告した。47支部全体での薬剤費軽減額（医療費ベース）は年間で約69億6000万円となった。

加入者のうち▽40歳以上▽軽減可能な額が月200円以上▽慢性疾患などで先発品を長期服用—の条件を満たす約145万人に軽減効果額を通知した。通知によって後発品に切り替えた人の割合は26.2%で、1カ月当たりの軽減効果額は約5億8000万円だった。

後発品に切り替えた人の割合は、沖縄、鹿児島で30%を超えたが、秋田では19.5%にとどまるなど支部によるばらつきも見られた。軽減可能額、年齢が上がるほど切り替える人の割合が高くなる傾向も明らかになった。

同協会は当初、軽減効果額を年間約50億円と見込んでいたが、見込みを上回ったことについて「2010年度診療報酬改定が後発品使用促進を後押しした可

能性もある」と説明した。11月から11年1月にかけては通知対象を変更して再び通知サービスを実施する。（12/2MEDIFAXより）

前年同期比で収益6.26%増／日病調査、8割の病院が増収

日本病院会（堺常雄会長）は11月19日、会員病院を対象とした診療報酬改定影響度調査（速報版）を公表し、2010年度改定で8割を超える病院の診療収益が増収となり、収益の平均値は全体で前年同期比6.26%増だったことを明らかにした。

調査は日病の会員病院2490病院を対象に6月末から7月末にかけて実施し、10年6月と09年6月の月別の診療収入などを聞いた。30.8%に当たる768病院から回答を得た。

「入院＋外来」の収益は81.6%の病院で増え、前年同期比での収益の平均値は6.26%増となった。入院だけを見ると、80.7%の病院が増収となり、収益平均値は前年同期より7.39%増となった。外来だけを見ると、増収となった病院は70.6%で、収益平均値は3.63%増だった。

診療収益を病床区分別で見ると、「入院＋外来」では一般病院が6.31%増、療養・ケアミックス病院が6.02%増、精神病院が2.01%減だった。マイナスとなった精神病院は回答数そのものが9病院と少なかった。

1病院当たりの診療収益を見ると、病床規模が大きくなるほど増収となった病院の割合が高かった。「入院＋外来」で増収となった病院は99床以下で73.8%だったのに対し、500床以上では87.7%に達した。

収益の前年同期比では300－399床が最も高く7.29%増だった。また、1人1日当たりの診療収入単価は、500床以上で前年同期比7.03%増と最も高かった。ただ、DPC対象病院に限って見ると、99床以下が10.16%増と最も高かった。

今回の結果について堺会長は、これまでできなかった人員確保や設備投資ができるとしながらも、全体では医療費用は依然収益を上回っていると説明。「プラス改定で収益が増えたと言われるが実情はなかなか厳しい」と強調した。調査では入院基本料や加算など届け出項目ごとの状況も調べている。

（11/22MEDIFAXより）

東京で赤字病院が拡大／全日病の10年度病院経営調査

全日本病院協会は、病院の経営状況を把握するため毎年5月に実施している「病院経営調査」の2010年度の調査結果をまとめ、11月20日の理事会に報告した。医業収支率は全体で2.4ポイントアップし改善しているが、東京では医業収支率100%未満の赤字病院が09年度の33%から2ポイント増えて35%となるなど、中小病院が東京で経営を維持していくことの厳しさが浮き彫りになった。

西澤寛俊会長は、今回の調査結果に対して「500床以上の病院を中心に医業収支の改善が認められた。10年度診療報酬改定のプラス改定が影響していると考えられるが、病院の長期的な存続・再生を可能とする数値には至っていない」と語り、病院・診療所の安定的経営の維持に向け、継続的に検討していくことが重要と指摘した。

経営調査は、例年通り5月1日から1カ月間を調査期間とし、全日病役員や代議員のほか、各県から無作為抽出した会員病院600病院を客体とした。回答病院は335病院（回答率55.8%）。335病院のうち、200床未満は75.2%を占めている。200－499床は22.1%、500床以上は2.7%だった。

病院の収支は、前年度調査の医業収支率104.3%から2.4ポイントアップし、今回調査では106.7%となった。医業収支率が100%未満の赤字病院は、前年度調査で298病院のうち68病院（22.8%）だったのに対して、今回調査では335病院のうち67病院（20.0%）と減少傾向となった。

一方で、東京の赤字病院は、07年度調査で42%、08年度は54%、09年度は33%、今回調査は35%と推移している。政令指定都市の赤字病院の比率の16%（前年度調査22%）と比較しても、東京での赤字病院の比率は高い。全日病は、東京は大規模病院が多く、中小病院が経営を維持していくことが難しいためとみている。

病床種別で見ると、一般病床の医業収支率は前年度調査の102.6%に対して今回調査は105.1%と2.5ポイントのアップとなった。療養病床、ケアミックス病院でも医業収支率は今回調査の方がアップしたが、精神病床だけは112.2%から今回調査で100.3%とダウンした。ただ、全日病は精神病床については詳しい調査が必要としている。

（11/24MEDIFAXより）

長期処方で症状悪化事例、厚労省に提起へ／日医調査

日本医師会は12月8日、病院や診療所の医師4000人以上に実施した長期処方の実態調査結果を発表した。慢性疾患患者に対し5週間以上の長期処方が広く行われており、長期処方期間中に患者の症状が悪化した事例があった。

長期処方制限は、2002年度診療報酬改定時の療養担当規則の見直しで、新薬などの一部を除き原則撤廃されている。日医は「今回の調査で長期処方による問題事例があることが分かった」として、医師に適切な処方期間設定を促す一方、厚生労働省に対し、実態調査の実施や中医協などで処方期間の在り方をあらためて検討するよう求めていく方針だ。

調査は、北海道、茨城、群馬、千葉、広島、福岡で各道県医師会の協力を得て実施。有効回答は病院医師2820人、診療所医師1395人の計4215人。

慢性疾患患者に対する「最も多い処方日数」は、52.9%が「5週間以上」と回答。対象疾患・薬剤は、高脂血症（HMG-C o A還元酵素阻害剤）、高血圧症（ジヒドロピリジン系カルシウム拮抗剤）、同（アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤）が上位を占めた。

5週間以上の長期処方で遭遇した問題事例としては「患者の容態変化に気付くのが遅れた」18.0%、「患者が服薬を忘れてたり中断したため病状が改善しなかった」35.8%、「患者が次回再診予約時に診察に来なかった」54.8%などが挙げられた。

個別の意見では、容態悪化や受診抑制、重複投与、処方変更などに関する問題事例が報告されている。うち容態悪化については「高血圧管理中に腎障害を発症」「糖尿病が悪化して入院に至った」などの事例が寄せられた。

調査結果の詳細は、日医総研のホームページで公表する予定。（12/9MEDIFAXより）

産科医の処遇改善、まだ不十分／日産婦医会が調査

日本産婦人科医会は12月8日、同会が実施した「産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関する2010年アンケート調査」の結果を発表した。勤務医の待遇に関する調査では、分娩手当支給率が54.1%で、07年の調査開始から初めて5割を超えたが、勤務時間や当直回数などに大きな改善は見られず、厳しい勤務条件が続いていることが明らかになった。

調査は全国の分娩取り扱い施設から有床診療所を除いた1142施設を対象に行い、有効回答は769施設（回答率67.3%）だった。

1施設当たりの常勤医師数は5.5人で、1カ月の推定勤務時間は平均313時間と前年比でほぼ横ばいだった。1カ月当たりの平均当直回数は前年より0.3ポイント増えた6.3回で、回答施設の救急や小児科などと比較して1.5倍だった。

また、女性の常勤医師の割合が35.2%と増加し、院内保育所の設置施設も55.4%で微増したが、病児保育や24時間保育の実施率が10%台にとどまった。（12/9MEDIFAXより）

経済的理由で拒否、医科診療所の46%／保団連調査

保団連は11月11日、経済的理由による治療中断や治療拒否などの受診実態に関する調査報告の最終集計を発表した。この半年間に、患者の経済的理由から治療を中断・中止する事例が歯科診療所で多いことや、医療費負担を理由に検査・治療・投薬を断られる事例が医科診療所で多いことなどが浮き彫りとなった。

調査は各都道府県保険医協会や医会、所属する病院、医科診療所、歯科診療所を対象に5月中旬から6月上旬にかけてと、7月下旬から10月にかけて実施。回答した9677医療機関のデータを基に受診実態調査の結果をまとめた。

調査結果を医療機関別に見ると、治療の中断・中止が「あった」と答えた割合は歯科診療所が51.3%、医科診療所が33.6%、病院が23.3%だった。検査・治療・投薬を断られたことが「あった」と答えた割合は、歯科診療所が39.3%、医科診療所が45.5%、病院が39.3%だった。また、患者一部負担金の未収金の発生については、歯科診療所が47.4%、医科診療所が46.3%、病院が75.0%だった。

（11/12MEDIFAXより）

医師事務補助加算「効果あり」が7割／日本医療事務センター調査

日本医療事務センターがこのほどまとめた「2010年度・病院事務長へのアンケート調査結果」によると、勤務医の負担軽減に効果が出ているとの回答が5割を超えた診療報酬項目は「医師事務作業補助体制加算」（73.3%）と「急性期看護補助体制加算」（58.8%）だった。負担軽減に効果があったとした回答

が4割を超えたのは「栄養サポートチーム加算」「総合入院体制加算」「救命救急入院料」だった。同センターは「勤務医の負担軽減に関する9項目のうち『医師事務作業補助体制加算』『急性期看護補助体制加算』以外の7項目は、それほど効果が出ているとは考えられず、勤務医の負担軽減に効果が表れるのは時間がかかるようにうかがえた」としている。

調査は10年7月から8月にかけて全国50床以上の医療機関を対象に実施し、898施設から回答を得た（回答率18.4%）。10年度改定の影響のほか、DPCや患者サービスの取り組みなどを聞いた。

10年度改定で新設された施設基準項目の算定状況について「算定済み」としたのは「医薬品安全性情報等管理体制加算」が49.6%と最も多く、「急性期病棟等退院調整加算1」（41.0%）、「肝炎インターフェロン治療計画料」（35.1%）、「介護支援連携指導料」（28.9%）、「救急搬送患者地域連携受入加算」（21.8%）と続いた。（11/29MEDIFAXより）

米、医療事故7人に1人／高齢者、月1万5000人死亡

米国の病院に入院した高齢者の7人に1人が投薬ミスや手術中のミス、院内感染などの医療事故の被害を受け、月に推計約1万5000人が死亡しているとする調査報告書を11月16日、米厚生省の行政監視機関である監察官事務所が発表した。

同事務所は「驚くべき割合だ」としており、政府は対策強化が求められそうだ。

同省の調査チームが、2008年10月に米国の高齢者向け公的医療保険（メディケア）を利用して退院した780人を対象に調査。その結果、入院患者の13.5%に相当する月間約13万4000人が医療事故によって健康被害を被り、うち約1万5000人が死亡したと推計された。44%は適切な対策をとっていれば、防ぐことができた事故とみられるという。

医療事故により入院期間が長引くなどして、保険の支払額は08年10月だけでも3億2400万ドル（約270億円）増えたとしている。

【ワシントン共同】（11/18MEDIFAXより）



新高齢者制度「認められない」／保団連談話

保団連は12月9日、厚生労働省が示した新たな高齢者医療制度の最終取りまとめ案について「断じて認められない」とする三浦清春政策部長名の談話を発表した。

最終案の「最大の問題点」として75歳以上を別勘定にした点を挙げたほか、70-74歳の窓口負担を1割から2割とすることなどによる受診抑制への懸念、現役世代の保険料増加、地方負担の増加などを問題視。広域化した国保の財政運営と医療費適正化計画の目標達成の両方について、都道府県に責任を負わせることで、新制度の財政管理と医療費抑制策の立案・実行を一体的に行わせ競わせることが狙いだと指摘している。（12/10MEDIFAXより）

社会保障個人会計につながる／番号制度で保団連が意見書

政府が検討を進める社会保障と税の共通番号制度について、保団連は12月5日付で創設に反対する意見を取りまとめ、6日に仙谷由人官房長官や細川律夫厚生労働相らに提出した。

共通番号制度の創設などによって、医療や介護、年金分野の「給付と負担」に関する情報を名寄せ・突合すれば、容易に個人単位の情報把握できるようになると指摘。「生存権保障としての社会保障の理念を変質させ、財界が狙う社会保障個人会計などにつながる」とし明確に反対する姿勢を示した。

（12/7MEDIFAXより）

国保資格証明書の廃止を／保団連が要望書

保団連はこのほど、国保被保険者資格証明書の交付を直ちにやめ、通常の国保証をすべての国保加入者に届けるよう求める要望書を細川律夫厚生労働相に提出した。

保団連は併せて、国保資格証明書を交付された被保険者について、2008年度と09年度の受診率の調査結果を公表した。09年度の資格証明書被交付者のレセプトは1人当たり10年間で1枚で、受診率（推計）は一般の被保険者の73分の1だった。（12/2MEDIFAXより）

カルテの完全電子化「検討すべきでない」／保団連

保団連は12月2日、IT戦略本部の「情報通信技術利活用のための規制・制度改革に関する専門調査会」が「診療報酬請求およびカルテの完全電子化」を検討項目の1つに挙げたことについて、「そもそも調査・検討すべきでない」として検討項目から削除することを求める談話を公表した。（12/6MEDIFAXより）

特定看護師の創設に「疑念」／保団連・政策部長談話

保団連の三浦清春政策部長は12月6日、特定看護師（仮称）の創設に関する談話を発表し、医療の質や安全性、看護の充実などの観点から「創設へは疑念」との見解を示した。保団連事務局によると、談話は保団連の総意ではなく、保団連全体の考えは現段階でまとまっていないという。

談話によると、特定看護師の創設によって看護業務の範囲が拡大した場合、仕事量の増加に伴い、看護師不足に陥ると懸念。業務範囲の拡大を議論する前に、国の責任で看護師教育・養成を強化し、看護師が安定して就業できる条件を整備して、就業看護師を増やすよう求めた。その上で「看護師に新しい資格を導入し、医師の業務の一部を肩代わりさせることが、地域医療の崩壊を食い止め、医療再生へ踏み出す切り札になる認識は安易な発想」と指摘した。

事務局によると、談話は12月5日の理事会で承認を受けた内容。政策部長の談話として発表したことについて「担当専門部として意見を示すことで、内外の議論に一石を投じたかった」としている。（12/7MEDIFAXより）

新高齢者制度「公費拡充を」／健保連など4団体が共同アピール

健保連、経団連、全国健康保険協会、連合の4団体は12月6日、議論が大詰めを迎えている高齢者医療制度の見直しに関する緊急集会を開き、新たな高

齢者医療制度への公費投入の拡充などを求める共同アピールを採択した。

集会の冒頭、あいさつした連合の古賀申明会長は「現在の後期高齢者医療制度のように、現役世代からの“仕送り”に過度に依存するのは困難。公費拡充は喫緊の課題」と訴え、労使と保険者の団体が共同して公費拡充を求める意義を強調した。

厚生労働省の「高齢者医療制度改革会議」の委員を務める宮武剛・目白大大学院教授が改革会議での議論を説明した後、4団体の代表者が意見表明した。

経団連の浅野友靖・社会保障委員会企画部会長は「政府は現役世代の負担が限界に来ていることを顧みることなく、さらに負担を増やそうとしている。現役世代の働く意欲、活力を削ぐことになる」と懸念を表明し、「国民全体で支援する仕組みへの転換が必要」として公費拡充を訴えた。

改革会議委員の健保連の白川修二専務理事も「改革会議に示された財政負担案の最大の問題は公費投入をほとんどせずに負担の仕組みを変えようとしていること」と述べ、「健保組合の財政への影響だけでなく、現役世代の負担を増やそうという政府の姿勢に疑問を呈している」と訴えた。

連合の小島茂総合政策局長も「現実的な改革の第一歩だが、公費拡充は絶対に必要」と主張。全国健康保険協会の小林剛理事長も「現役世代の負担は限界。公費拡充は不可避だ」と強調した。（12/7MEDIFAX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。



[一橋大学名誉教授]

渡辺 治

3

みんなの党はなぜ伸びた？

新党論

7月11日、参議院選挙がおこなわれました。その結果は4つの特徴にまとめられます。

第1、民主党が大敗し、得票率でも大きく減少しました。ではその票は自民党に行ったかという、自民党には戻りませんでした。自民党もわずかですが、前年総選挙の得票率をさらに落としてしまいました。その結果、保守二大政党の得票寡占率は下がりました。これが第2の特徴です。私は小選挙区制の定着による保守二大政党の得票寡占率を「7割のお風呂」と名付けてきました。この10年、自民党と民主党の間で票は行ったり来たりしていますが、自民と民主を足すと、ほぼ7割で安定してきたからです。政治を変えるには、この「7割のお風呂」を壊すことが重要だと言い続けてきましたが、今回民主党が減ったのに、自民党への揺り戻しもなかったから、保守二大政党の得票寡占率は減少し、55.6%に落ち込みました。国民は明らかに前に進んだのです。

では、民主党から離れた票は、7割のお風呂に対抗する反構造改革、反軍事大国のお風呂へ移ったかということ、そうはなりません。社民党も共産党も、その受け皿にはならず、それどころか、得票・議席ともに減らしたのです。これが第3の特徴です。では民主、自民から離れた票はどこへ行ったのでしょうか。みんなの党をはじめとする新党がそれを吸収したというのが第4の特徴です。

そこで今回は、この新党に焦点を合わせて、今回の選挙の結果に光をあててみましょう。

新党の主力であるみんなの党の票の出方を見てみると、みんなの

党の躍進は、東京をはじめとする大都市圏での得票の著増であるといえます。比例区におけるみんなの党の全国得票率平均は13.6%ですが、埼玉、東京、千葉、神奈川、愛知、京都、大阪、兵庫は軒並み全国平均を大きく上回っています。注目すべきことは、みんなの党は大都市圏での民主党の減少分をほぼ吸収しているとみられることです。

東京をみてみましょう。民主党は31.5%、前回総選挙から9.5ポイント落としてしまいました。自民党も20.7%、4.8ポイント落としていましたが、みんなの党は、9.1ポイント増やして15.2%獲得し、新党改革、立ちあがれ日本がそれぞれ2.3%、2.5%獲得しました。大雑把に言えば、民主党の減少分がそっくりみんなの党に、自民党の減少分がそっくり新党改革、立ちあがれ日本に行ったと見てとれます。その結果、保守二大政党得票寡占率は下がったのですが、保守全体の得票率は、なんと09衆院選とびったり同じ75.9%で維持されたのです。

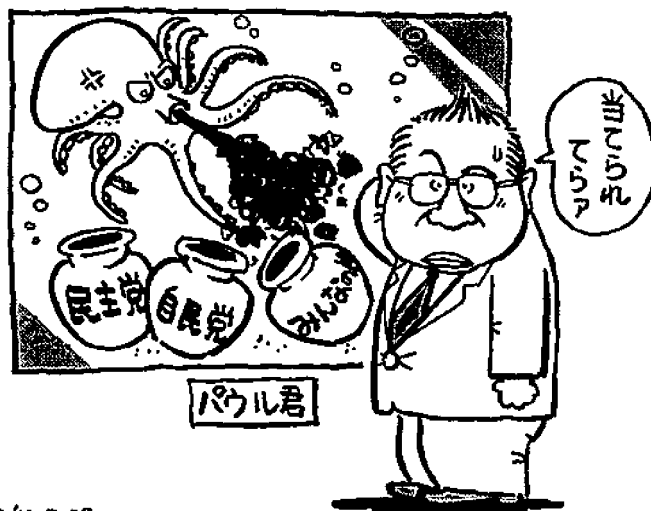
みんなの党はなぜ伸びたのでしょうか。みんなの党への得票増をもたらした第1は、民主党支持者であった大都市の大企業中間管理職層、ホワイトカラー層を吸収したことです。

もともと、昨年の民主党大勝は、2つの異なる層と期待が合流した結果でした。1つは言うまでもなく、自公の推し進めた構造改革に怒ってそれを止めてほしいと期待した層で、都市部の勤労者、高齢者などと地方の住民がその主力でした。しかしここで注目したいのは、もう1つの層、つまり民主党に急進的な構造改革、官僚主導の

開発型政治からの脱却を求めた大都市中間層です。この大都市中間層は、鳩山政権の福祉財政出動、消費税引き上げに対する消極姿勢などに幻滅して、鳩山政権から離れ支持率低下を促進しました。このグループは、代わった菅政権が、消費税率アップ、法人税引き下げなど、構造改革路線への復帰を表明したことで、かなり民主党に戻りましたが、それでも戻りきらなかった部分が相当あり、これがみんなの党に行ったと考えられます。みんなの党の「公務員リストラ」「地域主権改革」など、小泉政権同様の急進構造改革主張がこの層に受けたのです。大都市圏のみんなの党の躍進のかなりの部分は、こうした民主党の右からの支持者からなっています。

みんなの党の得票増の第2は、民主党に反構造改革を期待した層が、民主に絶望して流れ込んだ部分です。前回総選挙では、地方でも都市部でも、自民党の構造改革に嫌気のさした部分が民主党に大挙流れました。ところが鳩山政権がジグザグをくり返しただけでなく、菅政権はなんと消費税増税を打ち出した。これに対する不信が民主党離れを生みました。とくに、女性層では消費税反対が強く、それと今回の参院選での女性票の民主党離れが重なっています。

ここで問題なのは、こうした民主党離れ層が、消費税に一貫して反対していた共産党や社民党に行っていない点です。これはまた独自に分析しなければなりませんが、さしあたり結論だけを示唆しておきます。「たしかに消費税引き上げはいやだ。しかし、かといって共産党の言うように、軍事費を削って、安保体制が揺らいで日本の安全は守れるのか。消費税を上



パウル君 10.7.28

げないで、大企業に負担を課して、企業は外国に逃げていかないか」。日本の選択肢をめぐるこうした国民の揺れに、みんなの党が食い込みました。いつか消費税は上げるが、まだその前にやることもある。それは公務員リストラ、社会保障費削減というとんでもない方策ですが、それに期待する層がみんなの党に流れたのです。

こう見てくると、みんなの党はじめ、新党の躍進の意味がわかります。1つは、この間の政権交代、政治経験を経て明らかに保守二大政党の地盤沈下が始まったことです。7割のお風呂の揺らぎが現れました。しかし第2に、その不信層は、未だ、共産党や社民党のお風呂には行けない。それを新党が吸収し、保守のお風呂を壊さない

という役割をもちました。その意味では新党ブームはあくまで過渡的現象です。

今度の参院選でがっかりした読者も少なくないと思います。普天間で裏切り、構造改革路線へ復帰し、消費税増税まで掲げた菅民主党が敗北したことはよいことだったが、どうして共産党や社民党は小さくなってしまい、よりによって新党などが伸びたのかという失望・落胆です。しかし、国民はほかではありません。直線に進むわけではありませんが、ジグザグをくり返しながら確実に学んでいます。自民党から民主党へ、さらにみんなの党へ、その中には明らかに、政治を前に進める期待が込められていることを見逃してはなりません。（7月28日記）

クレスコ編集委員会・全日本教職員組合編集
月刊『クレスコ』9月号より転載（大月書店発行）



わたなべ・おさむ

1947年生まれ。専門は政治学、憲法、日本近代政治史。著書に『新自由主義か新福祉国家か—民主党政権下の日本の行方』（共著、旬報社）、『憲法9条と25条・その力と可能性』（かもがわ出版）、『構造改革政治の時代—小泉政権論』（花伝社）、『憲法「改正」—軍事大国化・構造改革から改憲へ』、『安倍政権論—新自由主義から新保守主義へ』（旬報社）ほか多数。

資料1

高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）

■ 高齢者医療制度改革会議 2010年12月20日 ■

厚生労働省の高齢者医療制度改革会議は12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に関する最終取りまとめを大筋で了承した。財源について「国費をはじめとする公費の拡充を図るべきことは改革会議の意見の大勢」との文言を盛り込み、政府・与党が進める税と社会保障の一体改革の方向性と歩調を合わせるべきとの考えを打ち出している。

者に関し都道府県単位の財政運営とし、第二段階で現役世代についても都道府県単位化を図ること
を基本とした新たな制度の骨格を示した。

- この最終とりまとめは、中間とりまとめで積み残した課題を中心に9月以降に行った議論の結果を基に、新たな制度の具体的なあり方についてとりまとめたものである。
- なお、議論の中心は、高齢化の進展に伴って増大する医療費の負担をどう分かち合うかという点を巡るものであるため、各委員が全ての点で納得・合意することは困難な面があり、この最終とりまとめは、委員の意見の大勢をとりまとめたものである。

II 改革の基本的な方向

- かつての老人保健制度は、75歳以上の医療給付費を公費5割と各保険者からの拠出金5割で賄っていたが、①拠出金の中で高齢者と現役世代の保険料が区分されておらず高齢者と現役世代の負担割合が不明確であったこと、②加入する制度や市町村により高齢者の保険料額に大きな差があったこと等の問題点があった。
- これらの問題点を改善するため、現行の後期高齢者医療制度は、国保・被用者保険から分離・区分した独立型の制度を創設し、高齢者と現役世代の負担割合を明確にして世代間の連帯で支ええるとともに、高齢者一人ひとりに保険料負担を求め、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することで高齢者の保険料負担の公平化を図ろうとした。
- しかしながら、後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分するという基本的な構造において問題があり、国民の十分な理解も得ることができなかった。この点は、意識調査の結果を見ても、一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて、「適切でない、あまり適切でない」とする割合が44%（有識者に同様の調査を行うと約53%）と、「適切である、やや適切である」とする割合約30%（有識者；約35%）を上回っていること

- 2 -

平成22年12月20日 資料1-2
第14回高齢者医療制度改革会議
高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）<案>

平成 22 年 12 月 20 日
高齢者医療制度改革会議

I はじめに

- 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、以来、今日まで14回にわたり会議を重ねてきた。
- 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运用」の第一段として、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
- また、この間、本年8月には、制度の基本骨格について中間とりまとめを公表するとともに、厚生労働省において、その前後に国民の意識調査を2回、地方公聴会を7回開催するなど、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って、幅広く国民の意見を伺う取組も進めてきた。
- 中間とりまとめでは、
 - ①加入する制度を年齢で区分せず、75歳以上の高齢者の方も現役世代と同じ国民健康保険（以下「国保」という。）が被用者保険に加入し、年齢による差別的な扱いを解消すること
 - ②多くの高齢者が加入することとなる国保について、第一段階で高齢

- 1 -

からも明らかである。

- また、後期高齢者医療制度では、75歳以上の「高齢者間の負担の公平」を図るため、被用者や被扶養者の方々を被用者保険から分離・区分したことから、75歳以上の被用者の方は傷病手当金等を受けられず、保険料も全額本人負担となり、被扶養者であった方も保険料を負担することとなった。このため、被用者や被扶養者の方々については、75歳を境に保険料や保険給付等が異なることとなり、「世代間の不公平」が発生することとなった。
- このため、今回の改革では、独立型の後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同様に国保が被用者保険に加入することとした上で、①公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化、②都道府県単位の財政運営といった現行制度の利点はできる限り維持し、より良い制度を目指すこととした。
- これにより、75歳以上の被用者の方も傷病手当金等を受けることができるようになることにも、保険料については事業主と原則折半での負担となる。また、被用者保険に移る被扶養者については被保険者全体で保険料を負担することとなる。
- このほか、後期高齢者医療制度においては、
 - ①高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを基本的に上回る構造であること
 - ②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ていること
 - ③健康診査が努力義務となる中で、受診率が低下したこと
 等の問題も指摘された。
- 新たな仕組みの下では、
 - ①高齢者の保険料の負担率を見直すとともに、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できる仕組みとする
 - ②現役世代と同じ制度に加入することで、患者負担が世帯単位で合算され、高額療養費により世帯当たりの負担額は軽減される
 - ③高齢者の健康診査は、各保険者の義務とする
 等により、現状の後期高齢者医療制度の問題点は改められる。

- 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財政運営の都道府県単位化を実現し、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。

Ⅲ 新たな制度の具体的な内容

1. 制度の基本的枠組み、加入関係

- 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、被用者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。
- 新たな制度の施行に伴う資格の移行は確実かつ簡素な仕組みで行う必要がある。このため、後期高齢者医療制度の被保険者のうち、被用者保険・国保組合に加入する方以外は、自動的に国保に加入することとし、世帯主からの国保への加入手続を不要とする。一方、被用者保険等においては、通常の資格取得時・被扶養認定の手続と同様の手続が必要となることから、届出漏れが生じないよう、国は保険者と連携し、周知・広報を徹底する。
- 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できるものとする。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、現在、75歳になるまで加入するものとなっているが、制度として年齢による一律の区分はなくすることとし、75歳以上の扱いは、個々の特定健保が規約で定める。

2. 国保の運営のあり方

（1）国保の構造的課題への総合的な対応

- 無職者・失業者・非正規雇用者などを含め低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的課題を抱える国保については、平成 22

について都道府県単位の財政運営とする。

- 75 歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者 3,600 万人の保険料が大きく変化する事となるため、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の環境整備を進めた上で、第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。

（３）都道府県単位の運営主体のあり方

- 都道府県単位化されている現行の後期高齢者医療制度については、市町村が保険料の徴収及び窓口業務を担い、それ以外の財政運営、資格管理、保険料の決定・賦課、保険給付、保健事業といった業務を後期高齢者医療広域連合が担っている。
- 後期高齢者医療広域連合については、制度施行当初から市町村等からの出向職員が精力的に業務を遂行し、現在では、施行当初に比べると安定的に運営されている状況にある。
- しかしながら、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、運用上、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必ずしも十分に働いていない、といった構造的な問題点が指摘されている。
- 都道府県単位の運営主体のあり方については、
 - ①都道府県が国保の保険財政に責任を持つことにより、都道府県が行っている健康増進や医療の効率的な提供に向けた取組がより有効に推進されることが期待できること
 - ②都道府県が担うことにより現行の後期高齢者医療広域連合に対して指摘されている問題点の改善が期待できること
 等から、市町村による広域連合ではなく、都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢である。なお、財政運営を担うという大きな問題であることから、国は、引き続き、都道府県をはじめとする地方関係者との調整を精力的に行うなど、その理解と納得を得るた

- 6 -

年の通常国会において、平成 21 年度で暫定措置の期限を迎えた財政基盤強化策を 4 年間延長し、低所得者を多く抱える保険者に対する財政支援措置や、高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和する措置などの対応が講じられることとなった。

- また、収納率向上が課題であったことから、これまで、年金からの保険料の引き落としや、収納対策緊急プランの実施などの取組が進められてきた。
 - 今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、こうした取組の充実に加え、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠である。
- ### （２）都道府県単位の財政運営
- これまで医療保険制度においては、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、地域の医療提供のまとまりに見合った保険者となるよう、保険者の再編・統合が進められてきた。再編・統合に当たっては、安定的な財政運営ができる規模が必要であること、各都道府県において医療計画が策定され、医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があること等から、都道府県単位を軸として、協会けんぽの財政運営の都道府県単位化や、健保組合の都道府県単位での再編・統合を図るための地域型健保組合の仕組みが導入されてきた。

- 一方、国保においては、保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による部分的な対応は図られてきたものの、財政運営自体を都道府県単位化することは長年の課題として残されてきた。

- また、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、単純に従前の市町村国保に戻る事となれば、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（市町村国保から都道府県単位の後期高齢者医療制度への移行により、全国における格差は 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）。

- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75 歳以上に

- 5 -

めの努力を重ねることが必要である。

（4）第一段階における運営の仕組み

ア 事務の分担等

- 財政運営、標準（基準）保険料率の設定は、都道府県が行う。
- 世帯単位で保険料を徴収することから、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収は市町村が行う。
- 保険料率の決定・賦課・徴収・納付における都道府県と市町村の具体的な分担は、次のとおりとする。
 - ・ 都道府県は、高齢者の保険給付及び保健事業に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準（基準）保険料率を定める。なお、離島など医療の確保が著しく困難である地域については、現行制度同様、不均一保険料率の設定を可能とする。
 - ・ 市町村は、標準（基準）保険料率を基に、条例で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条例で別途定める。
 - ・ 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。
 - ・ 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付する。

- 75歳以上の高齢者に係る保険証の発行を含む資格管理は市町村が行う。

- 75歳以上の給付事務については、「都道府県」が行うとすると、給付事務が複雑になり、被保険者から分かりにくく、事務処理に時間を要する。また、全ての都道府県において事務処理体制を整え、給付事務を円滑に行うことは現実的に困難な面もある。このため、給付事務については「市町村」の事務とする。

- 給付事務をはじめとする各種事務については、事務処理や体制の効率化を図ることができるよう、市町村等の意向に沿って、国保保険者の共同処理機関としての国民健康保険団体連合会等を最大限活用できるようにする必要がある。

- 以上のことから、都道府県と市町村の事務の分担については、「都道府県」は、財政運営、標準（基準）保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、共同運営する仕組みとする。

- なお、これらの事務については、それぞれ都道府県及び市町村が処理することが基本となるが、地域の実情に応じ、自主的な判断によって地方自治法に基づく広域連合を活用することや市町村の事務の一部を都道府県が行うことも考えられる。

- 国は、全国にわたって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。

イ 財政リスクの軽減

- 現行の後期高齢者医療制度と同様に、次の財政安定化のための方策を講じる。

① 財政安定化基金

- ・ 都道府県に財政安定化基金を設置し、給付の増加や保険料の収納不足に対応する（給付の増加は貸付け、保険料の収納不足は1/2交付、1/2貸付け）。また、現役世代の市町村国保の保険料の伸びとの均衡を図る観点から、保険料の上昇抑制のためにも交付できるものとする（後述）。財政安定化基金の財源は、国：都道府県：保険料＝1：1：1の割合で負担する。

② 2年を一期とした財政運営

- ・ 保険料は、おおむね2年を通じ財政の均衡を保つことができるものとして設定する。

③ 都道府県間の財政力格差の調整（調整交付金）

- ・ 高齢者の所得分布による都道府県間の財政力格差を調整し、医療費水準や所得水準が同じであれば、標準（基準）保険料率は同じ水準とする。

- ④保険基盤安定制度
 - ・所得の低い方に対する保険料軽減制度（7割・5割・2割）を設け、軽減分を公費で負担する。
- ⑤高額医療費の公費負担等
 - ・高額な医療費については保険料で賄うべき部分の5割を公費負担とし、更に特に高額な医療費については保険料で賄うべき部分は全国レベルの共同事業とする。
- ⑥保険料の特別徴収
 - ・65歳以上世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの引き落としを実施できるようにするほか、収納率の低下を防止するための措置を講じる（後述）。

（5）全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて

- 第二段階に向けては、①保険料の設定（高齢者と現役世代の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか等）、②費用負担のあり方（被用者保険と国保の間の財政調整の方法をどうするのか）、③事務体制のあり方（都道府県と市町村の役割分担について見直す必要があるのか）等について結論を得ることが必要であるが、これらの点については、現時点で拙速に判断することは適当ではなく、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら検討することが必要である。
- 一方、第二段階への移行の目標時期については、①第一段階はあくまで暫定的なものであり、できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること、②そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化等の取組が計画的に進められることが必要であるが、具体的な時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、目標とする具体的な時期を設定することが必要である。
- 具体的には、第一段階の施行状況を確認し、第二段階の検討・施行準備に必要な期間、法定外一般会計繰入・繰上充用の解消に向けた取組に必要な期間、保険料の平準化を行うために必要な期間を勘案して、第一段階の施行から5年後（平成30年度）を目標とするこ

- この第二段階への移行の目標時期までに、保険料の平準化に向けて、「広域化等支援方針」に基づき、
 - ①保険財政共同安定化事業の対象医療費（現行30万円超）の拡大
 - ②保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し（医療費水準に基づき拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づき拠出を拡大）
 - ③保険料算定方式の標準化
 - ④収納率向上や医療費適正化等への取組
 - ⑤法定外一般会計繰入・繰上充用の段階的・計画的な解消に向けた取組
- 特に、市町村国保の法定外一般会計繰入や繰上充用については、市町村の政策的判断によって行っている部分もあるが、市町村国保の財政運営の健全化を図るためには、保険料引上げ、収納率向上、医療費適正化など総合的な取組を行うことにより、段階的かつ計画的に解消していくことが望ましい。今後、第二段階への円滑な移行を図るといふ観点も踏まえ、国においては、市町村間で不公平が生じないように配慮しつつ、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方について検討する。
- なお、広域化等支援方針に基づく取組を進める前提として、第二段階における後期高齢者医療制度と異なり国保の保険料は4方式・3方式が幅広く採用されている現状等を踏まえ、各都道府県の判断により、移行しやすい算定方式をそれぞれ採用することとする。
- また、第一段階では、高齢者の保険料の収納率は高く、市町村間の格差も僅かであることから、標準（基準）保険料率を基に市町村が保険料率を定め、市町村は徴収した高齢者分の保険料を納付する仕組みとなる。しかしながら、全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、現役世代の保険料は、高齢者より収納率は低く、市町村間の格差も大きいことから、市町村が責任を持って収納対策に取り組みむ仕組みとする。その具体的なあり方については、第一段階の施行状況も踏まえつつ、地域の医療費格差の保険料率への反映方法、市町村間で取組が異なる保健事業の保険料率への反映方法等を

含めて検討する。

- なお、国保全般のあり方について十分な議論が尽くされないうちに、第二段階の方針・時期・運営主体等を法律に明記することは適当ではないとの意見がある一方で、第二段階の実現こそが重要であるとの意見や、第二段階を実現することを前段に第一段階を経過的に行うという位置づけを明確にしておく必要があるとの意見があった。

（6）国と地方の協議の場の設置

- 国保の構造的課題の解決及び全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて、費用負担のあり方や国保の運営の具体的なあり方等について、厚生労働省と地方の協議の場を設置し、具体的な検討を行う。
- 具体的には、平成25年度で暫定措置の期限を迎えることとなる財政基盤強化策の平成26年度以降のあり方や、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方や、第二段階の都道府県単位化を図る際の保険料の設定、事務体制等の国保の運営のあり方について幅広く検討を行う。

3. 費用負担

（1）支え合いの仕組み

- 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、これらの方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。
- 現行の後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分すること等について国民の理解を得ることができなかったことから、独立型制度を廃止し、75歳以上の方も国保・被用者保険に加入することとなるが、75歳以上の医療給付費については、公費、75歳以上の高齢者の保険料、75歳未満の加入者数・総報酬にに応じて負担する支援金で支える。
- このような費用負担とすることにより、75歳以上の方の偏在によ

り生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなるが、加えて、65歳から74歳までの方についても、国保に偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。

- また、前期財政調整と同様、次の措置を設ける。
 - ① 75歳未満の加入者に対する65歳から74歳までの加入率が著しく低い保険者の負担が過大とならないよう、加入率の下限を定める。
 - ② 65歳から74歳までの方に係る給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える部分を調整の対象から外すことにより、各保険者の医療費の効率化を促進する。
 - ③ 納付金等の他保険者への持出しが、給付費等の義務的支出の合計額に比して著しく過大となる保険者の納付金のうち、その過大となる部分について、全保険者で再配分する。
- なお、現行の高齢者医療制度においては、支援金・納付金の負担により、現役世代の多くが加入する被用者保険の負担が増加し、財政の悪化が見られることから、負担を軽減する措置が必要であるとの意見、前期財政調整による健保組合等の負担の問題について十分な議論が尽くされていないという意見、支援金・納付金による現役世代の過大な負担が続けば、働く意欲や活力を削ぎ、景気にも悪影響を及ぼすこと等から、負担総額に一定の上限を設けることや公費投入の対象年齢の引下げを含む更なる公費拡充を併せて図るべき等の意見があった。一方、こうした意見に対しては、被用者保険の利益を優先して考えており、市町村国保を含め各保険者の負担が公平なものにならない限り、また、財源確保のめどが立たない限り、適当ではないとの意見があった。

（2）公費

- 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、充実にしていくことが必要である。
- 現行の高齢者医療制度は、75歳以上の医療給付費に約5割の公費（平成22年度予算ベース；5.5兆円）を投入しているが、現役並み所得を有する高齢者（約120万人、約7%）の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることか

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にある。また、高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていないという問題点がある。

○ 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、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。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。なお、現行制度は平成24年度に次期保険料の改定を迎えるため、新たな制度の施行に先立って見直す。

○ また、国保については、まず第一段階は75歳以上を都道府県単位の財政運営とし、第二段階で全年齢で都道府県単位の財政運営とするため、少なくとも一定期間は、75歳以上と75歳未満で保険料水準や伸び率が異なるものとなる。同じ国保に加入しながら、1人当たり医療費の伸び率が差が生じ、1人当たり保険料の伸びが75歳以上と75歳未満とで大きく異なることは適当ではないことから、第一段階の間、75歳以上の保険料について財政安定化基金を活用して伸びを抑制できる仕組みを設ける。なお、保険料の上昇抑制に基金を活用するかどうか、どの程度活用するかは、基金を設置する都道府県の判断によることとなるが、そもそも基金を保険料の上昇抑制のために活用すべきではないとの意見もあった。

○ 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となるが、その際、65歳以上の世帯主が年金からの引き落としを希望する場合は、現行制度同様に実施できるようにする。また、現在、国保と介護保険の保険料の合計額が年金額の2分の1を超える場合や、世帯内に65歳未満の被保険者がいる場合には、引き落としの対象とならないが、この場合も世帯主が希望する場合は、実施できるようにする。

○ 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も勘案しつつ、段階的に引き上げる。

- 14 -

ら、まず新たな制度への移行時に、これを改善し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げる。

○ 現在、75歳以上の医療給付費に対する公費については、国：都道府県：市町村が4：1：1の比率で負担しているが、75歳以上の医療費を国民全体で支え合うという考え方や、新たな制度が地域保険と職域保険に分離されることを踏まえ、国及び地方が適切に財政責任を果たす。

○ 現在、「政府・与党社会保障改革検討本部」が設置され、社会保障改革の全体像及びその安定的な財源の確保について議論が進められているところであるが、医療費財源をどのように確保していくかについては、その時々々の社会経済情勢等を踏まえながら、国と地方の財源のあり方を含め、政府全体として適切に対応することが必要である。このため、定期的に、医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。

○ なお、「政府・与党社会保障改革検討本部」での議論を通じて、早急に社会保障制度全体のグランドデザインを描き、医療保険制度の財源のあり方についても結論を得た上で、高齢者医療制度の改革の内容をとりまとめるのが適切な手順であるとの意見がある一方で、新しい制度の結論を出し、それを受けて社会保障全体の財源について最終的に結論を得るべきとの意見もあった。

（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。

○ 現行制度においては、75歳未満の現役世代の負担の増加に配慮し、「現役世代人口の減少」による現役世代の保険料の増加分を75歳以上の高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる仕組みになっている。しかしながら、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

- 13 -

○ 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が、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。なお、実施に当たっては、75歳以上の1人当たり医療費は高く、毎月その85%の方がサービスを受けている一方で、9割軽減の保険料は全国平均で月額350円程度に抑制されていること、75歳未満の国保では最大で7割までの軽減であり世代間の公平を考慮する必要があること等について、十分な説明を行い、国民に理解を求めながら丁寧に進める必要がある。

○ 75歳以上の方の保険料軽減判定については、新たな制度への移行を要因とする高齢者の負担増を生じさせない観点から、全年齢を対象にした都道府県単位化を実施するまでの間（第一段階の間）の措置として、世帯単位の判定に加え、後期高齢者医療制度と同様の方法による判定を行った上で、より高い割合の軽減を適用する。

○ 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

○ 現行の後期高齢者医療制度の支援金について、被用者保険者間では、各保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなっている。

○ このため、負担能力に応じた負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法が導入されたところである。

○ 今後更に少子高齢化が進展する中で、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、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法を全て総報酬割とする。

○ これにより比較所得の高い共済組合や健保組合の負担が増加す

ることになるが、負担能力に応じた公平な負担とする趣旨であることについて理解を求めていくことが必要である。

○ なお、総報酬割の導入により協会けんぽに対する国庫負担が不要となり、その分を健保組合等が肩代わりする構図となっていることは問題であり、更なる公費拡充によって負担軽減がなされなければ総報酬割導入には反対であるとの意見があった。また、不要となる国庫負担分は、協会けんぽに対する国庫負担割合の引上げ、財政力の弱い健保組合への支援、前期高齢者への公費投入など、被用者保険のために活用すべきとの意見があった。一方、こうした意見に対しては、健保組合等と市町村国保の財政状況の違い等を考慮すれば、被用者保険だけの利益を考えることは適当ではないとの意見があった。

（5）患者負担

○ 患者負担については、これまで、義務教育就学前は2割、それ以降69歳までは3割、70歳から74歳まで2割、75歳以上は1割と、制度横断的に年齢に応じて負担割合を設定する方向で見直しが行われてきた。しかしながら、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、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されているところであり、70歳を境に急に負担割合が低下することとなっている。

○ 仮に、負担割合を単純に引き上げることとした場合には、今まで1割負担であった方の負担が急に2割へと増加する一方、1割負担に恒久化することとした場合には、各保険者の負担が増え、現役世代の保険料負担が増加する。

○ このため、個々人の負担が増加しないように配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70歳から74歳までの方の患者負担について、新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。

○ すなわち、個々人に着目してみれば、既に1割負担となった方の患者負担を2割に引き上げるものではなく、69歳までは3割負担だった方が70歳に到達するときから順次2割負担となるものであり、個々人の患者負担が増加するものではない。また、特に配慮すべき低所得

の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする。

- なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意図がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げるべきとの意見があった。

4. 健康づくり、良質で効率的な医療の提供等

- 今後増大が見込まれる医療費を広く国民の納得を得て負担いただくためには、国民が安心して過ごすことのできる医療の内容・水準を確保するとともに、国民一人ひとりが積極的に健康づくりに取り組む環境を整備すること等で医療費の効率化できる部分を効率化することが必要である。

- 平成18年の制度改正で、都道府県が、市町村・保険者等と協力し、医療費適正化及び関連する3計画（健康増進計画・医療計画・介護保険事業支援計画）を策定・実施することにより、都道府県単位で医療費適正化を進める仕組みが導入された。新たな制度においても、同様の仕組みを設け、都道府県単位で医療費の効率化できる部分を効率化する取組を更に推進する。また、都道府県・市町村・保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備する。

- 各保険者が保険者機能を十分に発揮しながら壮年期からの健康づくりの取組を推進することが重要であり、特に特定健診・特定保健指導については、実施率の向上が課題となっている中で、実施率が高い保険者の具体的な取組状況等を踏まえ、実施率向上に向けた取組を進める。

- また、新たな仕組みの下では、健康診査・保健指導について、75歳以上の方も75歳未満の方と同様に、各保険者の義務として行うこととする。なお、国保の健診等の費用については、75歳未満同様、国・都道府県はそれぞれ1/3を負担することとする。高齢者への対応を含め、健診項目、保健指導のプログラムなど、技術的な問題については別途の場を設置し、検討を進める。

- 現在、特定健診・特定保健指導の実施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、①状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか、②加減算される金額が過大ではないか等の問題点が指摘されている。各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じたインセンティブの仕組みは必要であることから、現行と同様の支援金を加減算する仕組みを新たな制度にも設けることとした上で、これらの問題点を踏まえて関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第2期のスタート（平成25年度～）までに結論を得る。

- 保険者による特定健診等のハイリスクアプローチに加え、健康づくりの普及啓発等のポピュレーションアプローチにより、個人の行動変容に結び付けていくことが重要である。保険者、産業界、学校、マスコミなどを含めた社会全体を巻き込んだ国民運動が展開されるよう、介護予防の取組とも連携しつつ、環境整備等を進めていくことが必要である。

- 高齢期における医療の効率的な提供を図るための取組を推進するため、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、各保険者における取組の更なる充実を図ることが必要である。

- 一方、医療サービスについては、病院・病床の機能分化の推進、急性期医療から慢性期医療、在宅医療までの切れ目のないサービス、地域医療のネットワーク化などが求められる。特に、医療と介護の両方のニーズを持つことの多い高齢者にとっては、地域ごとに医療・介護・福祉サービスが継続的・包括的に提供される体制づくりを進めることが求められる。

- 平成24年4月には、6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定が見込まれており、これに向けて、医療提供体制の見直しや診療報酬・介護報酬の改定について別途の場で検討されることとなるが、上記の観点を十分に踏まえた医療・介護の一体的見直しを行うことが必要である。

5. その他の重要事項

○ 65歳から74歳までで一定の障害の状態にある方については、患者負担割合や公費・支援金の取扱いを75歳以上の方と同様とする仕組みを設ける。

○ 診療月の翌月にレセプト審査がなされ、診療報酬が支払われるため、医療保険制度の会計年度（4月から3月まで）は、診療月ベースでみると3月から2月までとなる。新たな制度の施行日を4月1日とする、その直前の3月分の診療は、次の会計年度で1か月分だけ旧制度として処理することが必要となることから、このような状況を生じさせないよう、3月1日施行とする。

6. 施行準備等

○ 円滑に新たな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ることから、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、既に設置された「高齢者医療システム検討会」等において地方自治体等の意見を十分に聞きつつ、システムの詳細設計を早急に行い、着実にシステム改修を進めることが必要である。

○ 被用者保険における事務処理についても、既に関係者の参加を得て後期高齢者医療制度からの移行手続などについて実務的な検討会議が設けられているが、各保険者の状況も十分に踏まえながら、対応に遺漏が生じることのないよう計画的な取組を進めることが必要である。

○ このようなシステム改修や被保険者の移行手続については、約2年の準備期間が必要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立つて適切に準備期間を確保することが必要である。

○ また、新たな制度への移行に伴う運営主体の変更により、混乱が生じることのないよう、保険給付等の権利義務の承継、広域連合の解散などについて、国及び関係機関において円滑かつ確実に対応することが必要である。

○ 併せて、国民に新たな制度の趣旨・内容を正しく理解していただくため、国は、地方自治体や保険者等と連携・協力しながら、国民に対する丁寧で分かりやすい広報に計画的に取り組みすることが必要である。

○ 制度施行後においては、費用負担の見直しをはじめとする今回の改正事項全般について、国は、継続的に検証（モニタリング）を行い、適宜、必要な見直しを行っていく必要がある。

IV おわりに

○ 1961（昭和36）年度に、全ての市町村において国保の運営を行うこととなり、国民皆保険が達成されたが、来年度で国民皆保険50周年を迎える。世界に冠たる我が国の国民皆保険制度は、国民の安心感の基盤であり、将来にわたって堅持していかなければならない。

○ 一方で、「安心感」を確保するためには、相応の「負担」により、「国民全員で医療保険制度を支えていく」ことが必要となることは言うまでもない。高齢者の医療費を賄う財源は、公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担によって構成されている。そして、公費も保険料も患者負担も国民が負担者であることには変わりはない。高齢化の進展に伴い医療費が増大していく以上、仮に現行制度を維持しても、また、新たな制度をどのようなものにするにしても、負担増を伴わざるを得ない。

○ このような中で、今回の新たな制度は、世代間・世代内の公平等に配慮しつつ、無理のない負担となるように、支え合い・助け合いを進め、より納得のいく公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担の組み合わせによる制度の実現を目指したものである。

○ 特に、国費をはじめとする公費の拡充を図るべきことは本改革会議の意見の大勢である。現在、政府与党において社会保障・税の一体改革の議論が進められているところであり、医療保険制度の財源のあり方については、その議論の方向性に対応したものとする必要がある。

○ また、医療サービスが良質で効率的なものでなければ、そのための費用を負担することに国民の納得は得られない。医療提供体制と医療保険制度は車の両輪であり、あるべき医療提供の姿、それを実現するための診療報酬、介護等との連携といった医療サービスに関する総合

的な議論を精力的に進め、早期に国民に具体策を示していく必要がある。

- この50年間で社会経済情勢は大きく変化した。特に国保は、制度発足当時と異なり、高齢者や低所得者の加入率が高く、更に今後の人口減少を考えれば、保険財政の安定化のためには、財政基盤の強化と広域化の推進が不可欠である。国民皆保険50周年という節目の年に、国保の都道府県単位化に道筋をつけることは、医療保険制度の歴史において極めて大きな一歩である。
- 今後、厚生労働省においては、この最終とりまとめを踏まえ、法案提出に向けて取り組むこととなるが、国民皆保険を堅持し、持続的で安定的な医療保険制度を構築する責任を有する国においては、運営を担う都道府県・市町村の十分な理解を得て対応することが不可欠である。また、負担が増加することとなる保険者・被保険者の理解を求めていくことも必要である。
- 医療保険制度は、セーフティネットとして国民の暮らしを支える重要な社会基盤の一つであり、制度が支持され安定しなければ国民の暮らしも安定しない。厚生労働大臣におかれては、この1年間にわたる本改革会議の議論を踏まえ、現行制度の問題点や新制度の意義を国民に丁寧に分かりやすい言葉で説明し、広く国民の納得・信頼・安心の得られる医療制度改革を実現されることを強く望む。

資料2

社会保障改革の推進について

■ 閣議決定 2010年12月14日 ■

政府は12月14日の閣議で、「社会保障改革の推進について」と題した基本方針を決定した。「政府・与党社会保障改革検討本部」がまとめた基本方針と同じ内容で▽社会保障の安定・強化に向けた具体的な制度改革案と、税制改革に関する一体的な検討を2011年半ばまでにまとめる▽野党も含めた常設会議体の設置▽社会保障・税にかかわる番号制度について、来年秋以降早期に関連法案を提出する一が柱となっている。

社会保障改革の推進について

〔平成22年12月14日〕
閣議決定

社会保障改革については、以下に掲げる基本方針に沿って行うものとする。

1. 社会保障改革に係る基本方針

- 少子高齢化が進む中、国民の安心を実現するためには、「社会保障の機能強化」とそれを支える「財政の健全化」を同時に達成することが不可欠であり、それが国民生活の安定や雇用・消費の拡大を通じて、経済成長につながっていく。
- このための改革の基本的方向については、民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」や、「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」において示されている。
- 政府・与党においては、それらの内容を尊重し、社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る。
また、優先的に取り組むべき子ども子育て対策・若者支援対策として、子ども手当法案、子ども・子育て新システム法案（仮称）及び求職者支援法案（仮称）の早期提出に向け、検討を急ぐ。
- 上記改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、そのための場として、超党派による常設の会議を設置することも含め、素直に、かつ胸襟を開いて野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

2. 社会保障・税に関わる番号制度について

- 社会保障・税に関わる番号制度については、幅広く国民運動を展開し、国民にとって利便性の高い社会が実現できるように、国民の理解を得ながら推進することが重要である。
- このための基本的方向については、社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会「中間整理」において示されており、今後、来年1月を目途に基本方針をとりまとめ、さらに国民的な議論を経て、来秋以降、可能な限り早期に関連法案を国会に提出できるよう取り組むものとする。

資料3

介護保険制度の見直しに関する意見

■ 社会保障審議会介護保険部会 2010年11月30日 ■

厚生労働省は11月30日に、社会保障審議会介護保険部会の意見取りまとめについて公表した。部会の意見は、11月25日の会合では集約できず、「山崎部会長預かり」となっていた。これを、この日、最終的にまとめたもの。「介護職員処遇改善交付金」を介護報酬に組み込む方向で検討すべきとの見解や、第2号被保険者の保険料への総報酬割の導入を両論併記で盛り込んでいる。

目次

はじめに

I 介護保険制度の現状と課題

II 見直しの基本的考え方

III 介護保険制度の見直しについて

- 1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備
（地域包括ケアシステムの構築）
- (1) 単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備
- (2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス
- (3) 地域支援事業
- (4) 住まいの整備
- (5) 施設サービス
- (6) 認知症を有する人への対応
- (7) 家族支援のあり方
- (8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

2 サービスの質の確保・向上

- (1) ケアマネジメントについて
- (2) 要介護認定について
- (3) 情報公表制度と指導監督

3 介護人材の確保と資質の向上

4 給付と負担のバランス

5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

6 低所得者への配慮

IV 今後に向けて

介護保険制度の見直しに関する意見

平成22年11月30日
社会保障審議会介護保険部会

はじめに

○ 本部会は、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）附則第2条の規定等を踏まえ、介護保険制度全般に関して検討を行うため、本年5月以来13回にわたって審議を行った。

はじめに介護保険制度の施行後の10年間の経過、現在の施行状況等について議論を行い、その後、給付、負担などの論点ごとに審議を重ねてきた。

○ 介護が必要になっても、①住み慣れた地域や住まいで、②自らサービスを選択し、③自らの能力を最大限発揮して、尊厳ある自立した生活をおくりたい。介護保険制度は、このような高齢者の希望を叶える制度として、2000年に創設された。

○ 介護サービスを受ける高齢者の数も着実に増加し、また、平成17年に行われた改正などを経てきたところである。しかし、高齢化の急速な進捗や、地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくためには、さらに制度の見直し等が必要となることが明らかになってきた。

○ 以下、これまでの当部会における審議を整理し、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けて、当面必要となる法改正事項を中心に、意見書としてとりまとめる。

I 介護保険制度の現状と課題

（介護保険制度の定着）

○ 介護サービスを受ける高齢者の数は、2000年の制度創設当初と比較して、149万人から2009年の384万人へと約2.6倍となった。この間、訪問介護事業所が2000年の9,833事業所から2008年は20,885事業所に、介護老人福祉施設が2000年の4,463施設から2008年には6,015施設に増加するなど介護サービスの基盤の整備も進んでいる。

○ 本年2月から3月に厚生労働省が実施した「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集」に寄せられた意見によれば、60%の者が介護保険を「大いに評価している」「多少は評価している」と回答している。また、本年11月に内閣府が公表した「介護保険制度に関する世論調査」で

は、制度導入による効果として、「良くなったと思う」と「変わらない」者が29%だったのに対し、「良くなったと思う」者が51%であった。

介護保険制度は高齢期の暮らしを支える社会保障制度の中核として着実に機能しており、少子高齢社会の日本において必要不可欠な制度となっているといえる。

（前回の改正）

○ 平成17年に行われた介護保険制度の改正においては、市町村単位でサービスの実とコーディネートが図られるよう、地域密着型サービスと地域包括支援センターが創設された。これにより地域包括ケアシステムの確立に向け第一歩を踏み出したといえる。

○ また、介護保険制度においては、高齢者自らが要介護状態とならないよう、自発的に健康の保持増進に努め、できる限り自立した生活を送れるよう高齢者を支援することを目指して、その体制を整備することを、制度創設当初より保険者に求めてきた。前回の改正においては、このような「自立支援」の視点を立って、新予防給付が創設された。

（介護保険制度の課題）

○ このように、介護保険は制度が始まって10年が経過し、都市部を中心とする急速な高齢化が進展し、単身・高齢者のみの世帯の急増など地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す、高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくための課題が明らかになってきた。

（地域における介護の課題）

○ 現在直面している大きな課題の1つは、地域全体で介護を支える体制がなお不十分であるということである。介護保険制度の導入により、介護の負担は確実に軽減されてきているが、特に、医療ニーズの高い方や重度の要介護者を地域で介護しようとする場合、専門的なケアや夜間を含めた頻回のケアなどが必要となることから、単身・高齢者のみ世帯では自宅での生活をあきらめざるを得ない、或いは介護する家族の負担が重くなっている状況がみられる。

○ 現在、在宅生活を望む多くの要介護高齢者及びその家族が、施設への入所を選択せざるを得ないというケースの背景には、このような重度の要介護者を地域で適切に支えられないという事情があると考えられる。高齢者本人及びその家族にとっても、何かあった時に対応してくれる人がいないこ

とへの不安は大きい。

○ 昨今、介護を苦にした介護殺人や介護自殺といった事件など、家庭内で介護の問題を抱え込み、介護のリスクを地域で支えられていないと考えられる事例が報道されている。さらに介護者自身が高齢である「老老介護」、介護者も認知症を患っている「認知介護」や高齢者が一人で亡くなる「孤独死」等の問題も生じており、単身・高齢者のみの世帯に対する地域の支援の必要性も高まっている。

○ また、市町村（保険者）が地域における介護ニーズを的確に把握できていないことに起因するサービスの需給のミスマッチも指摘されている。市町村（保険者）は地域におけるニーズを把握し、介護サービスを適切に提供しなければならない。さらに、当該地域の特性にあった見守り・配食等の生活支援サービスを提供したり、認知症の人や虐待を受けている人への体制の整備や、様々な主体により提供される介護保険制度外のサービスを含めた包括的な地域づくりが必要である。

○ さらに、高齢者が要介護状態になった場合に、住居の中にバリアー（障壁）があったり、適切な在宅サービスや緊急時の見守りサービスが提供されていないといった理由から、自宅に住み続けることが困難なケースがみられる。介護や医療が必要になった時や要介護度が進んだ場合でも住み続けることができる、高齢者に配慮された住宅の整備は喫緊の課題である。

（地域包括ケアシステムの必要性）

○ これらの状況を解決するため、介護保険制度のさらなる改革を進め、前回の改正でその一歩を踏み出した地域包括ケアシステムの確立を目指していかねばならない。

○ いくつかの調査でも明らかのように、人は年をとって介護が必要な状態になったとしても、自分が住み慣れた地域で生活を続けたいという希望を持っている。また、認知症を有する人については、急激な環境の変化はその症状に負の影響を与えるおそれがある。

○ 要介護度が重くなっていっていても、できる限り生活の場を変えられことなく、高齢者が自ら選択した場所で介護サービスを受け続けることができるようにすることが求められている。

○ そのため、日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活

支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制の整備、すなわち地域包括ケアシステムを確立していくことが急務である。

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。（「地域包括ケア研究会報告書」より）

（介護職員の人材確保と処遇の向上）

○ 制度創設以来、サービス供給が大幅に増加し、今後も着実に増大していく中で、サービスを支える質の高い介護職員の確保が大きな課題である。2007年には120万人だった介護職員数は、2025年には210～250万人必要となるとの見込みも示されている。しかし現状では、介護人材の不足が指摘されており、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を積極的に講じていくことが必要である。

○ 平成21年度の介護報酬改定では、介護職員の処遇を改善するため、3%のプラス改定が行われた。さらに、平成21年度補正予算では、介護職員一人当たり月額平均1.5万円の賃上げに相当する支援を行うため、介護職員処遇改善交付金が創設された。この処遇改善交付金に基づく取組は平成23年度末で終了するため、処遇改善の実態を検証しつつ、平成24年度以降も必要な財源を確保し、処遇改善の取組を継続していくことが求められている。

（給付と負担のバランス）

○ 介護保険制度が直面するもう一つの大きな課題が、高齢化が急速に進展する中であっても、サービスの質の確保・向上を図りながら、給付と負担のバランスを確保していくことである。

○ 団塊の世代が65歳以上の高齢者世代にさしかかっている現状において、平成12年度には3.6兆円であった介護費用は平成22年度には7.9兆円と2倍以上の水準になっており、介護費用は今後も上昇が見込まれている。

○ このような介護費用の増大とともに、介護保険料も上昇を続けており、全国平均の高齢者一人当たりの月額保険料は、第4期介護保険事業計画（平成21～23年度）で4,160円であるのに対し、第5期（平成24～

- ② 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ることとで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築すること
を基本的考え方とすべきである。

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備（地域包括ケアシステムの構築）

（1）単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

（24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設）

- 現在の訪問介護は、受給者一人、一日当たりの平均訪問回数が0.6回（要介護5でも1.1回）、訪問一回当たりのサービス提供時間は30分以上が7割を占めている。

しかしながら、要介護度が高くなった場合、夜間・早朝の時間帯を含め、水分補給や排泄介助等の介護が複数回必要となる。このようなニーズに 대응するため、前回改正においては夜間対応型訪問介護事業が創設されたが、夜間のみのサービス類型であることが支障となって普及が進んでおらず、現在の訪問介護サービスでは、このようなニーズに十分応えることができていない状況にある。

- また、特に、医療ニーズが高い要介護者については、医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの問題から、緊急時の対応を含め、安心して在宅生活を送ることが困難な状況にあるとの指摘もある。

- 単身・重度の要介護者などが、できる限り在宅生活を継続できるよう、訪問介護と訪問看護の連携の下で、適切なアセスメントとマネジメントに基づき、短時間の定期巡回型訪問と通報システムによる随時の対応等を適宜・適切に組み合わせて提供する24時間対応の定期巡回・随時対応サービスを新たに創設すべきである。

一方、要介護度1を含めた様々な状態の要介護者に対応できるよう、既存のサービスの連携・組合せで対応すべきではないかとの意見があった。

- この24時間対応の定期巡回・随時対応サービスにより、看護と介護の

26年度）には月額5,000円を超える見込みも示されている。

さらにこのまま高齢化が進展し、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、介護費用は19～23兆円に膨張すると推計（平成20年社会保障国民会議推計）されており、高齢者が負担する介護保険料は名目値で現在の倍程度からそれ以上になる見込みである。

- 給付と負担の関係が明確である社会保険制度においては、サービス量が拡大することに伴い、保険料が一定程度上昇することは当然であるとも言える。サービスの拡大に応じて保険料を上げなければ、その分は公費負担を増やすなどしなければ、給付の拡充は困難となる。さらには、公費負担割合が増えれば、社会保険方式とする現行制度の当初の姿から大きく乖離してゆくこととなる。

また、月額5,000円の介護保険料は、あくまでも全国の平均額であって、市町村によって差があるところであるが、仮にその額が5,000円を超えることになって、低所得者の負担を抑えつつ、高所得者の負担を引き上げることにより対応することができるとすることに留意すべきだとする意見もある。

しかし、高齢者の所得は公的年金が中心であり、高齢者の医療保険料についてと同様に上昇が見込まれることから、介護保険料の水準が過重なものとならないよう配慮するという観点も必要である。

- このような状況を踏まえると、地域包括ケアシステムの確立など介護保険制度の充実や介護職員の処遇改善に取り組む一方で、現在の保険給付の内容について、必要性、優先性や自立支援の観点から見直しを行い、限られた財源の中で効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとしていくことが必要である。そうすることにより初めて、介護保険制度を将来にわたって持続可能で安定的なものとすることが可能となる。

なお、その際、現行制度の当初の姿から大きく乖離しないよう配慮する必要があるとの意見があった。

Ⅱ 見直しの基本的考え方

- 上記のような介護保険制度の現状と課題を踏まえ、第5期介護保険事業計画に向けた制度の見直しに当たっては、

- ① 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進めること、

○ リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。

○ しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。

そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかわり方などについても検討していく必要がある。

○ さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

（2）要支援者・軽度の要介護者へのサービス

○ 医療ニーズの高い要介護者など重度の要介護者向けのサービスの充実を図る一方で、要支援者・軽度の要介護者に対する介護サービスについては、その状態等を踏まえた検証が必要である。

平成 18 年度より、要支援 1、2 の要支援者には予防給付が提供されているが、本人の能力をできる限り活用して自立を目指すという制度の趣旨が必ずしも徹底されていない状況も見られる。そのため、予防給付の効果を更に高めるプログラムが求められている。

また、軽度の要介護者に対するサービスについて、例えば訪問介護みると、多くの時間が生活援助に割かれている現状が指摘されている。

○ 今後さらなる高齢化の進展とともに、介護給付が大幅に増加していくことが見込まれており、重度者や医療ニーズの高い高齢者に対して給付を重点的に行い、要支援者・軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図ることが適当か否かを検討する必要がある。

○ 要支援者・軽度の要介護者にかかる給付については、次のような二つの意見があった。

・ 生活援助などは要支援者・軽度の要介護者の生活に必要なものであ

10

一体的な提供が可能となることで、医療・看護ニーズの高い者や看取りとあった対応も可能となることが期待される。

なお、認知症を有する人については、その症状によっては、必ずしも有効なサービスとはいえないのではないかの指摘があった。

（複合型のサービス）

○ 小規模多機能型サービスは、平成 18 年度に創設されて以来、日々状況が変化する認知症を有する人に対応して、多様なサービスを柔軟に提供できるサービス類型として評価されている。

○ 一方で、その整備量は全国約 2300 箇所（2009 年 3 月時点）であり、さらなる整備を推進するためには、在宅サービスをより柔軟な形態で提供できる仕組みを設けるべきとの要望もある。特に、重度になるほど看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まっていることから、例えば小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるなど複数のサービスの一体的に提供する複合型のサービスを導入していく必要がある。なお、関連して、グループホーム等への訪問看護サービスの提供のあり方や、訪問看護ステーションの規模拡大のための支援についても検討していく必要がある。特に、訪問看護ステーションについては、小規模な事業所ほど経営状況が悪く、夜間・緊急時等の対応ができない、サービスを安定的に提供できないなど、課題が多いため、規模拡大に向けた取組を推進するべきである。

○ また、有床診療所や老人保健施設（以下「老健施設」という）を活用し、訪問、通所などのサービスとの組合せについて、今後推進していくべきであるとの意見があった。

（介護福祉士等によるたんの吸引などの実施）

○ 特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）や居宅において、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とする者については、これまで当面のやむを得ず必要な措置（実質的違法性阻却）として、介護職員が一定の行為を実施することを運用によって認めてきたところである。

今後、さらに医療ニーズが高い者が増加すると見込まれることや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法整備を行うべきである。

（リハビリテーションの推進）

9

り、加齢に伴う重度化を予防する観点からも、その給付を削減することとは反対である。

- ・ 介護保険制度の給付の対象外とすることや、その保険給付割合を引き下げ、利用者負担を、例えば2割に引き上げるなどの方策を考えるべきである。

- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス提供のあり方については、保険給付の効率化・重点化の観点のみならず、重度化の防止、本人の自立を支援するという観点から、その状態にあった保険給付のあり方について、今後、さらに検討することが必要である。

（3）地域支援事業

- 地域支援事業については、平成17年の改正で創設され、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業の三種類の事業がある。このうち、介護予防事業については、本年8月に、対象者の選定方法の効率化や事業内容の充実等を内容とする介護予防事業の見直しが行われたところであるが、昨年及び今年の行政刷新会議の事業仕分けにおける指摘も踏まえ、事業の効果の検証等に引き続き取り組むべきである。

積極的に取り組んでいる自治体においては、要介護認定率の低下などの効果が報告されており、今後、さらに介護予防事業の実施を図っていくことが必要である。なお、地域支援事業における介護予防事業は、多くの参加が見込める弾力的な事業展開が求められるとの意見があった。

- また、地域支援事業については、第2号被保険者が活用できるサービスメニューを増やして、現行の介護予防事業と包括的支援事業及び任意事業の財源構成を一括し、保険料のあり方を見直すべきという意見があった一方、事業目的を踏まえて第2号保険料の縮減など財源構成を見直す必要があるのではないかと意見があった。

- 単身・高齢者のみの世帯など地域で孤立するおそれのある高齢者にとっては、介護保険サービスののみならず、配食や見守りといった生活支援サービスが必要である。これらのサービスと介護保険サービスを組み合わせれば自宅で生活を継続することが可能となる。

特に、要支援1、2と非該当を行き来する人については、これらのサービスを切れ目なく提供するという観点から、予防給付と生活支援サービスを一体化し、利用者の視点に立って市町村がサービスをコーディネート

ートすることが効果的なのではないかと考えられる。このため、保険者の判断により、サービスを総合化した介護予防・生活支援サービスを地域の支援事業に導入し、配食サービス、在宅の高齢者への特養等の食堂での食事の提供等が効果的に実施されるような仕組みを検討する必要がある。なお、この場合、十分な財源確保と一定のサービス水準が維持されるよう留意すべきであるとの指摘があった。

- また、後述するように、地域支援事業を活用して、市町村が地域で暮らす認知症を有する人やその家族を積極的に支援していくことができる仕組みを検討すべきである。

（4）住まいの整備

- 緊急時の見守りがないことやバリアフリーでないために自宅で介護を受けることが困難なケースに対応するために、これまで述べたような在宅を支えるサービスの充実と併せて、住まいの確保が大きな課題となっている。我が国は諸外国と比較して、要介護者に対する施設介護保険3施設の割合は同程度であるが、高齢者に配慮された住宅の割合は少ない。（なお、国際比較にあたっては、平均在所日数の長さも勘案すべきである。）

- 国土交通省が本年5月17日に公表した「国土交通省成長戦略」においても、「急速に少子高齢化が進展する我が国において、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいを確保する」としている。さらに2020年度を目途に、「高齢者人口に対する高齢者向けの住まいの割合を欧米並み(3～5%)とする」とされている。

- このような住まいが足りないために、高齢者が安心して生活できる場としての全てのニーズが施設、特に特養に集中している現状があることから、国土交通省と連携しながら、高齢者向けの住宅を計画的に整備し、介護サービスや生活支援サービスと連携を図っていくことが必要である。具体的には、高齢者住宅について、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、訪問看護、デイサービス等の介護サービスを組み合わせた仕組みを広く普及することで、中重度の要介護者であっても、特養などの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とし、居宅介護の限界点を高めていくことが望ましい。

- 高齢者の住まいについては、老人福祉法と高齢者の居住の安定確保に

関する法律（以下「高齢者住まい法」という。）という2本の法律が存在している状況であるが、利用者にとって分かりやすい体系とすることが望ましい。一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置付け、これらの住宅について、サービス内容の情報開示や入居一時金の保全強化等を図っていく必要がある。

一方、老人福祉法における有料老人ホームに対する規制については、この新たなサービス付高齢者住宅の基準等との整合性も考慮しつつ、さらに、近年発生した火災事故の教訓や高齢者虐待に対する懸念を指摘する声を踏まえ、防火対策・虐待防止等を徹底していくべきである。

○ 養護老人ホーム及び軽費老人ホームについては、平成16年度以降に、地方分権推進の観点から、三位一体改革により運営費や施設整備費の税源移譲による一般財源化が行われたところであり、各自治体が計画的な整備を含めた事業の実施を行う必要がある。国においても各自治体に対し、適切な事業の実施を継続的に呼びかけていく必要がある。

○ 特養等の介護基盤の整備をさらに一層進めるとともに、以上述べた取り組みを進めることにより、高齢期においても安心して住み続けることができる住宅が整備され、施設に入所しなくても必要なサービスが外部（住宅の近隣又は住宅との合築）から提供される形態の選択肢を増やしていく方向を目指すべきである。

（5）施設サービス

（介護基盤の整備）

○ 特養の入所申込者は42.1万人（平成21年12月現在、都道府県からの報告を集計したもの）となっている。そのうち要介護4、5で在宅にいたる者は6.7万人である。まずは特養をはじめとする介護基盤について平成21年度～平成23年度の3年間で16万床を目標に整備を推進するとともに、高齢者の住まいの確保についても推進していくことが求められる。

○ また、特養の入所申込者の42.1万人という調査については、その調査の意義、実態把握のあり方について議論があったところである。今後の施設の整備のあり方など、政策判断に資するよう、実際の待機者数（優先入所申込者数）及び施設における判断基準等について調査を実施する必要がある。

○ 現在、特養の設置者は社会福祉法人に限られているところであるが、社会福祉法人と同等の公益性を有する社会医療法人については、特養を開設することを可能とすべきである。

○ また、入所者の高齢化が進んできている。このため、老健施設については、在宅復帰支援を担っている老健施設がある一方、入所期間が長期化している老健施設もあり、十分にその機能が発揮されていない状況もある。

○ そのため、次期介護報酬改定においては、終の棲家としての機能や在宅復帰支援機能などといった施設の機能に着目した評価を検討する必要がある。

○ 将来的には、施設サービスについては、状態の変化によって、入所している施設を移ることのないよう、利用者の状態に応じた適切なサービスが提供される体系を目指すべきであるとの意見があった。

（介護療養病床の取扱い）

○ 介護療養病床については、本年9月に公表された調査によれば、医療ニーズの低い者（医療区分1）の割合が7割を超えており、5年前の調査と比較しても、医療療養病床との機能分化が着実に進んでいる。さらに人工呼吸器、中心静脈栄養など、一定の危険性を伴った医療処置を必要とする者の割合は低い。

○ 一方で、医療療養病床または介護療養病床から老健施設等への転換は7000床にとどまっており、平成24年3月末までに介護療養病床を廃止することとなっているが、再編は進んでいないのが実態である。社会的入院という課題に対し、医療と介護の機能分化をより進め、利用者に相応しいサービスを提供する観点から、現在、介護療養病床を有する施設における円滑な転換を支援しているが、現在の転換の状況を踏まえ、新規の指定は行わず、一定の期間に限って適予することが必要である。

○ なお、この点について、介護療養病床の廃止方針を撤回すべきではないかとの意見があった。

○ 一方、現在ある介護療養病床については、長期的に運営を継続し、新規の介護療養病床の指定を行わず、療養型老健施設の増設や、介護施設

における医療的ケアを伴う要介護者の受入体制を強化・整備していくべきとの意見があった。

（6）認知症を有する人への対応

（現状とこれまでの対応）

○ 平成20年の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において、認知症施策については、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とすることとされた。

○ 認知症を早期に発見し、早期の診断と早期の対応につなげることで、認知症の中核症状の進行を抑え、行動・心理症状の予防や緩和を図っていくことができるようになっていく。

○ 認知症医療の分野に関しては、診療技術の向上、根本的治療等についての研究・開発が進められており、その一方において、認知症疾患医療センターの整備や、地域における認知症医療体制構築の中核となる認知症サポート医養成研修・かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修が進められている。また、地域における認知症ケアと医療との連携体制の強化を図るため、地域包括支援センターへの認知症連携担当者の配置が進められている。

○ 地域においては、認知症に関する正しい理解と知識の普及を図り、認知症を有する人や家族を見守る認知症サポーターの養成をはじめ、認知症を有する人や家族に対する相談支援体制の充実や地域支援体制の構築のための事業が展開されている。

○ さらに、平成21年度の介護報酬改定においては、認知症ケアの向上を図るため、専門的なケア提供体制に対する評価、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受入への評価等が行われてきたところである。

○ 若年性認知症については、相談から医療・福祉・就労にかかる総合的な支援を図るため、若年性認知症相談コールセンターの設置、若年性認知症就労支援ネットワークの構築及び若年性認知症ケアのモデル事業の実施が行われているところである。

○ 高齢者の権利擁護に関しては、家族や介護サービス従事者等による虐

15

待防止等の取組の推進、地域包括支援センターによる権利擁護事業の推進、都道府県による権利擁護相談・支援体制の構築が図られるとともに、成年後見制度の利用に関する支援の実施が行われてきたところである。

○ 認知症を有する人を支援するための国の補助金事業に関しては、自治体が可能な限り裁量をもちつつ事業を実施できるようにすべきとの意見がある一方、自治体間で取組の差が大きいとの指摘がある。

（今後の対応）

○ 認知症を有する人は、今後高齢化のさらなる進展に伴い、急速に増加していくことが見込まれている。住み慣れた地域で、介護、医療及び地域（行政）が緊密に連携していく重要性は一層高まっていく。

○ 当事者の意見を聞きつつ、認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するたため、地域の実情にに応じてケアパス（認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋）の作成を進めていくことが重要である。また、認知症のBPSDの症状に薬剤も影響を与えている面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間における情報共有を進めることが重要である。

○ 認知症に関する研修を受けたかかりつけ医、認知症サポート医を生活圏域で確保し、より一層の活用を図るとともに、認知症疾患医療センターの整備を進めることが重要である。その際、認知症サポート医について、適切に評価すべきとの意見があった。

○ 具体的な認知症ケアのニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るため、介護保険事業計画において認知症に関する事項を盛り込むことが必要である。

○ また、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させ、認知症に対応できる人材を確保するための方策について検討すべきである。

○ こうして整備された様々な関係機関の調整役として認知症ケアのサポートをするために、必要に応じて地域包括支援センター等に専門的な知識を有するコーディネーター（連携担当者）を配置し、認知症サポート

16

医等との連携を図りつつ、医療と介護の切れ目ない支援体制を構築していくことについて検討すべきである。

- 若年性認知症を有する人への支援については、まずは市町村における実態の把握を行うとともに、社会参加への意欲に応えるための対策について、介護報酬上の評価を含め、検討することが望ましいと考える。さらに、就労サービスを促進している障害者施策との連携も重要である。

- 認知症高齢者や独居高齢者の増加を踏まえると、日常生活に関わりの深い身上監護（介護サービスの利用契約の手助け等）に係る成年後見の必要性が高まることが予想されるが、平成21年における成年後見関係事件の申立件数は約27,000件にとどまっている。今後は弁護士などの専門職後見、社会福祉協議会などの法人後見、日常生活自立支援事業に加え、身上監護を中心に、研修を受けた市民後見人が高齢者を支援できるよう、総合的な権利擁護の体制整備を支援していくことが必要である。

- 上記のとおり、地域で暮らす認知症を有する人やその家族に対する支援は、これまで多岐にわたり、取り組まれてきたところであるが、認知症を有する人が急速に増加する中で、地域での暮らしを適切に支えていく施策の重要性を考えれば、市町村が地域支援事業を活用して積極的に取り組を進めることができる仕組みを検討すべきである。

（7）家族支援のあり方

- 介護保険制度の導入の目的の一つは、介護の社会化である。家族介護を当てにせずに在宅介護が遂行できる支援体制を整えることが望ましいが、家族によって介護が行われる場合であっても、介護保険により提供される様々なサービス、地域における支援などを組み合わせて、家族の負担を少しでも軽減し、仕事と介護の両立ができるよう支援を行っていく必要がある。

- 現行の介護休業制度の取得率は平成20年度で0.06%に過ぎない。また、本年6月より、育児・介護休業法の改正により、新たに介護休暇制度が創設されたばかりである。このため、これらの制度の利用促進を図っていくことが求められる。

- 家族介護者支援（レスパイト）などの観点から、緊急時に迅速に対応

17

できるような仕組みを含めて、ショートステイの活用を図るとともに、デイサービス利用者の緊急的・短期間の宿泊ニーズへの対応のあり方については、利用者の処遇や安全面に配慮しつつ、認知症の要介護者等を対象とした先行事例なども参考に、慎重に検討を行うべきである。

- 地域支援事業における家族支援事業については、現在911市町村で実施されている。今後、モデル的な市町村の取組について、他の市町村においても情報を共有する仕組みを設けることなどにより、さらに事業を推進していくことが必要である。

（8）地域包括支援センターの運営の円滑化

- 地域包括支援センターは、4056箇所設置され、プランチ等を合わせると7003箇所が整備されているが、今後、全中学校区（1万箇所）を目指して拠点整備を進めていくことが必要である。

- 地域包括支援センターの総合相談、包括的・継続的ケアマネジメント、虐待防止、権利擁護等の機能が最大限に発揮できるような機能強化が求められている。

- 地域包括支援センターは、介護保険サービスののみならず、インフォーマルサービスの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。しかしながら、地域での役割が不明確であったり、介護予防事業に忙殺されているため、十分その役割を果たせていないとの指摘がある。

- このため、当該市町村（保険者）が地域包括支援センターに期待する役割が明確となるよう、委託型のセンターについては、市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示すこととすべきである。また、関係者間のネットワークの構築について、地域包括支援センターが責任をもって進めていくことを改めて徹底すべきである。

- このような地域包括支援センターの機能強化と併せて、要支援者に対するケアプラン作成業務については、居宅介護支援事業所に移管すべきとの意見があったが、一方、地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにした上で、利用者の状態変更（要支援・要介護）に対応した連携方策を工夫することにより対応すべきであるとの意見があった。

18

2 サービスの質の確保・向上

（1）ケアマネジメントについて

（ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上）

○ 地域包括ケアの実現を図るためには、介護保険のサービスやそれ以外のサービスとのコーディネートや関係職種との調整が欠かせない。特に、重度者については、医療サービスを適切に組み込むことが重要となっている。さらに、利用者の意向を踏まえつつ、そのニーズを的確に反映した、より自立促進型、機能向上型のケアプランの推進が求められている。

○ また、ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化していく必要がある。

○ こうした状況において、まずは、ケアプランの様式変更やケアプランチェックなど可能なものから取り組んでいくこととし、さらに、より良質なケアマネジメントができるケアマネジャーの資格のあり方や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等の課題について、別途の検討の場を設けて議論を進めることが必要である。

○ なお、複雑なサービスをコーディネートする必要がある場合などは、要介護者及び要支援者が各種の介護サービスを自ら選択・調整する居宅サービス計画（セルフケアプラン）の活用支援なども検討することが必要である。

（利用者負担の導入）

○ 居宅におけるケアプランの作成等のケアマネジメントについては、現在、全て介護保険給付で賄われており、利用者負担が求められていない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。

○ 利用者負担の導入については、ケアマネジャーによるケアプランの作成等のサービスは介護保険制度の根幹であり、制度の基本を揺るがしかねないこと、必要なサービス利用の抑制により、重度化につながりかねないことなど、利用者や事業者への影響を危惧する強い反対意見があった。さらに、セルフケアプランが増加すれば、市町村の事務処理負担が

増大することなどから、慎重に対応すべきであるとの指摘があった。

○ 一方、制度創設から10年を経過し、ケアマネジメント制度がすでに普及・定着していると考えられること、小規模多機能サービスや施設サービスなどケアマネジメントが含まれているサービスでは利用者が必ず必要な負担をしていること等も考慮し、居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスに利用者負担を導入することを検討すべきであるとの意見があった。これにより、利用者自身のケアプランの内容に対する関心を高め、自立支援型のケアマネジメントが推進されるのではないかと考える方もある。

なお、その際には、適切なサービスの利用を阻害しないよう配慮することが必要である。

（施設のケアマネジャーの役割）

○ 施設におけるケアマネジャーについては、支援相談員等との役割分担が不明確であることから、その位置づけを明確化すべきであるとの意見があった。

（2）要介護認定について

○ 要介護認定は、介護保険制度において、客観的にサービス供給量を決定し、介護サービスの受給者の公平性を確保するために不可欠な仕組みである。利用者が必要とするサービスが提供されるよう、要介護区分の見直しや要介護認定を廃止し、利用者に必要なサービス量については、ケアマネジャー、利用者、家族、主治医、事業者、保険者による会議において決定すべきとの意見もある。

○ しかしながら、要介護認定の廃止は、

- ・ 要介護区分を減らすような見直しは要介護度の改善により突然支給限度額が大きく減少することとなる
 - ・ また、一次判定から二次判定に至る要介護認定のプロセスに変更がなければ、保険者の要介護認定に係る事務の簡素化にはつながらない
 - ・ 要介護認定の廃止は、介護が必要な度合いが同程度であっても、提供されるサービスに大きな差が生じるなど、ばらつきの大きい仕組みとなる
 - ・ 要介護認定を廃止すれば、給付を受けない健常な被保険者からみれば、節度なく給付を行っているかのように誤解されるおそれがある
- といった問題があり、却って受給者間の不公平を生み出すおそれもある。

る。

○ 情報公表制度については、都道府県知事又は指定調査機関による介護サービス事業者・施設に対する調査が義務付けられているが、事業者にとってこうした調査等の負担が大きいという指摘がある。このため、利用者にとっても活用しやすいものとなるよう、検索機能や画面表示などを工夫するとともに、調査については、都道府県知事が必要と認める場合に、適切に実施することとするなど、事務の軽減を図り、手数料によらずに運営できる制度へと変更するべきである。その際は、費用負担を含めて、都道府県の負担等に配慮すべきとの意見があった。

○ また、公表される情報については、都道府県の判断により、事業者が任意でサービスの質や雇用等に関するデータを追加できるとし、公表される情報の充実を図っていくべきである。

○ 平成 17 年の改正により、市町村は、①介護サービス事業所に対する文書の提出の依頼、質問、照会等、②要介護認定等の認定調査（新規、更新）の 2 つの事務について、当該事務を適正に実施することができるものと認められるものとして、都道府県知事が指定する法人に事務の一部を委託することが可能とされたところである。これに加え、今後、都道府県においても、公平性の確保に留意しつつ、指導監督体制を整備する観点から、指導の一部を指定法人に委託できるようにするべきである。

事業者への実地指導や監査については、制度や現場に精通した担当者があたることなどとし、不正が疑われる事業者に対しては厳しいチェック機能が求められる。一方で、一部の自治体において、必ずしも実地指導や監査が十分な効果を上げていないかったり、自治体間で指導内容に整合があったりするとの意見があり、サービスの質の確保・向上につながるよう、その標準化や、公正性を確保するとともに、事業者を育む姿勢が必要である。

3 介護人材の確保と資質の向上

○ 2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となることを考えると、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を講じていく必要がある。

（処遇改善の取組について）

○ 現在実施している介護職員処遇改善交付金は平成 23 年度末で終了す

22

○ 当面、要介護認定に係る市町村の事務負担が大きいとの指摘があることから、要介護、要支援をまたぐ際などの認定の有効期間の延長を求める保険者の意見などを踏まえて、事務の簡素化を速やかに実施すべきである。

○ 要介護認定については、認知症の要介護度を適切に評価できているかなど、引き続き適切な仕組みとなるよう継続的に評価・検討していくべきであり、これについては、必要に応じて介護給付費分科会などにおいて十分議論されることが望ましいと考える。なお、この点について、要介護認定制度そのものについて、別途議論の場を設けるべきとの意見があった。

（区分支給限度基準額）

○ 区分支給限度基準額については、その引き上げ等を求める意見があり、まず、現在、限度額を超えてサービスを利用している人の状態や利用の状況等の実態を把握、分析することが必要である。

○ その上で、区分支給限度基準額を超えているケースについては、

- ・ ケアプランの見直しにより対応が可能なのか
 - ・ 加算等の仕組みがあることによるものか
 - ・ 今後の新たなサービスの導入等による影響をどう考えるか
- などについて、次期介護報酬改定に向け検証を行い、介護給付費分科会において必要な対応を図ることが望ましい。

○ なお、現行の制度では、要介護度が軽度の場合も重度の場合も、区分支給限度基準額やケアプランなどの関連で、特に訪問看護やリハビリテーションについて利用抑制が働き、本来訪問看護やリハビリテーションの必要な利用者にサービスが提供できないケースがあるとの指摘があった。

（3）情報公表制度と指導監督

○ 介護保険制度は、様々な事業主体の参入を認め、利用者の適切な選択と事業者間の競争によりサービスの質を確保する仕組みである。このような仕組みの下では、各事業者が提供する介護サービスの内容・質に関して客観的で適切な情報が、サービスを選択する利用者や家族に提供されることが不可欠である。現行の情報公表制度は、このような観点から、利用者によるサービスの選択を実効あるものとするために設けられてい

21

ることから、継続して処遇改善を行うためには、当該交付金を継続する
か、平成24年度の介護報酬改定において当該交付金に相当する規模の
プラス改定が必要となる。しかしながら、当該交付金については、

- ・ 給与等の労働条件については労使が自律的に決定していくことが適
当であること

- ・ 交付金の対象者が介護職員に限定されていること

- ・ 現在の国の財政が厳しい状況にあること

などを考えれば、本来的には、介護職員の処遇改善が継続できるよう、
介護報酬改定により対応する方向で検討していくべきである。

○ この点に関し、処遇改善交付金を廃止し、介護報酬改定により対応す
る場合には、保険料の引き上げとなることから、介護職員処遇改善の趣
旨の理解を進めるため、事業所の管理者を含め、その給与水準の公表制
度を設けるべきであるとの意見があった。

○ なお、平成24年度以降については、当該交付金を継続すべきである
との意見や、すべて介護報酬改定で対応するのではなく、公費財源も活
用しながら、徐々に制度内に取り込んでいくべきとの意見があった。

○ また、介護労働市場をみると、

- ・ 有効求人倍率や離職率といった指標は改善しつつある一方、
- ・ 事業所やその経営主体によって離職率や賃金が大きく異なっている

ことから、処遇の改善や人材確保のための施策として、どのような対策
が相応しいか、介護給付費分科会における議論も含め、さらに検討が必
要である。

○ 特に、介護職員の処遇改善は単に賃金水準のみならず、労働者の能力
に基づく評価、働きやすい職場環境の整備などの対策を総合的に講じる
必要がある。

○ また、潜在的な介護福祉士等が、再度、介護現場で働いてもらえるよ
うな環境整備も重要である。

(雇用管理)

○ 労働基準法違反事業者比率は、全産業平均が68.5%であるのに対し、
社会福祉は77.5%と高い水準にあり、介護サービス事業者による雇用管
理の取組を促進するという観点から、その労働法規遵守のための具体的
な取組を検討する必要がある。

○ 労働法規に違反して罰金刑を受けている事業者や労働保険料を滞納し
ている事業者については介護保険法上の指定拒否を行うようにすると
も、指定事業者が労働法規に違反して罰金刑を受けた場合は指定を取
り消すことができるようにすることを検討すべきである。その際、介護
サービスの提供方法が夜間を通じて行われたり、労働基準法等の遵守が強く求められ
ていたりする形態であることや、他の制度との関係に十分留意して、介護保険法
にこのような規定を設ける理由について、十分な説明が必要である。

また、介護職員等の多様な働き方に対応する労働法規等のあり方も検
討する必要があるとの意見があった。

(キャリアアップの取組)

○ 事業者による介護職員のキャリアアップの取組の充実・強化を推進す
る必要がある。まずは、本年10月に始めた介護職員処遇改善交付金の
キャリアパス要件を定着させることが必要であるが、さらに将来におい
て介護人材の不足が見込まれる中で、より質の高い介護人材を育成する
ために、ホームヘルパーの研修体系と介護福祉士の養成課程との整合性
の確保を図っていくべきである。

(医療的ケア)

○ 前述のとおり、今後、さらに医療ニーズが高い者が増加することや、
より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研
修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法
整備を行うべきである。

○ こうした医療的ケアが実現可能となれば、たんの吸引等が必要な要介
護者が在宅、特養、グループホーム等で生活を継続することが可能とな
り、効率的なサービス提供体制の構築にも資すると考えられる。

なお、これによって、介護職員の処遇の改善にもつなげていくことが
期待されるとの意見があった。

4 給付と負担のバランス

(給付と負担の見直し)

○ 現在65歳以上の介護保険料は一人当たり平均月4,160円であるが、
これは保険料上昇を抑制するための特例交付金や市町村準備基金の取崩
によって約400円程度抑制された結果であり、さらに介護職員処遇改善

交付金や16万床の緊急基盤整備の効果、高齢化に伴う給付費の増加を踏まえると、平成24年度には全国平均で5,000円を超えることが見込まれている。

サービスの提供に伴う必要な負担については被保険者に求めざるを得ないとしても、保険料は月5,000円が限界との意見もあり、次期介護保険事業計画が始まる平成24年度において、介護保険料の伸びをできる限り抑制するよう配慮することも必要である。

- 将来にわたって安定的に制度を運営し、また、高齢者の暮らしを支えるために必要な給付の拡充をする際には、平成22年6月22日に閣議決定された「財政運営戦略」に記されたペイアズユーゴー（pay as you go）原則に則って、必要な負担増に見合った財源を確保することが求められる。

※「ペイアズユーゴー原則」とは、歳出増又は歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な財源を確保するものとする考え方。

- なお、ペイアズユーゴー原則の下では、現場ニーズに見合った給付の議論が難しい等の意見もあった。

- このように、今後も給付の充実やそれに伴う保険料の上昇が見込まれることに加えて、とりわけ、第5期介護保険事業計画画期間に向け、介護職員の処遇改善の継続と地域包括ケアシステムの確立等のための給付の充実等を図る要請に応えるためには、介護保険制度の中で、給付の効率化・重点化及び財源の確保を進めていくことが必要である。その際、今後とも給付の増加に対応したさらなる負担を、制度を支えるそれの方にお願ひせざるを得ない以上、より公平、公正な負担制度の下で、第1号被保険者、第2号被保険者それぞれが応分の負担を行っていくことが必要である。

（総報酬割）

- 現在の40～64歳が負担する第2号保険料は、その加入する医療保険の加入者数に応じて負担金が決められている。このため、総所得の高い医療保険者は低い保険者と比較して、総所得に対する介護保険料の割合が低率となっている。

- 介護保険制度において、被用者保険の第2号被保険者の保険料について、被用者保険間の負担の公平性を図る観点から総報酬割を導入する必要があるとの意見があった。

25

また、現在の介護報酬における地域係数は、都市部の賃金水準を反映していないという意見もあり、比較的所得の高い都市部の第2号被保険者に負担能力に応じた保険料負担を求めることにより、地域係数を見直し、都市部の介護従事者の賃金引き上げに充当することが必要であるとの意見があった。

一方で、総報酬割の導入については、従来の保険料負担の基本的な考え方と仕組みを大きく変更するものであり、十分な議論なく、財源捻出の手段として導入しようとすることに對して、強い反対意見があった。

また、利用者負担の見直し等の必要な見直しを行うことなく、これを導入することについて慎重な対応を求める意見があった。

（財政安定化基金）

- 都道府県に設置されている財政安定化基金については、都道府県が基金の一部を拠出者に返還することが適切と判断した場合に、基金規模を縮小できるような見直しを行うよう会計検査院から平成20年に指摘されている。制度創設当初においては、介護給付費の推移を予測することが困難であったが、昨今給付費の推移が安定していることを踏まえ、本来の基金の目的に支障を来することのないよう、必要な額を確保した上で、基金の取り崩しを行い、保険料の軽減に活用できるようにするなどの法整備を検討すべきとの意見があった。一方、財政安定化基金を保険料の軽減に活用することに対し、慎重に対応すべきとの意見があった。

（公費負担のあり方）

- 介護保険制度は、その半分以上を保険料により賄い、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用してきた。介護保険料収入はこの10年間で約120%上昇しており、これは住民が地域の介護サービスの拡大のために給付に相応する保険料を負担することを選択してきた結果である。

- 今回の部会の議論においては、今後の保険料の上昇を懸念して、公費負担割合を増加させるべきであるとの意見や調整交付金を国庫負担25%と別のものとして外資化するべきとの意見があった。

- しかし、一方では、

- ・ 公費負担割合が増えれば増えるほど、財政事情の影響が受けやすくなり、住民の納得の下で、必要なサービスを整備し、またそれに見合った負担を行うという社会保険制度の利点を失うのではないが、
- ・ 公費負担を引き上げることで一時的に保険料の上昇を抑制できても、今後要介護者のさらなる増加等によって給付が増加すれば、やはり保

26

険料の上昇は避けることはできないので根本的な問題の解決にならないのではないかと、
との意見もあった。

- 今回の改正においては、安定した財源が確保されない以上、公費負担割合を見直すことは困難であるが、今後、公費負担のあり方を議論するに当たっては、こうした社会保険方式によるメリットや被保険者の負担能力といった点を考慮して検討を行うべきである。さらに、
 - ・ 単に公費負担割合を増加させるべきなのか、低所得者への負担軽減策として活用すべきなのか、さらに、保険給付の範囲を限定した上で福祉施策として公費によるサービスを拡充すべきか
 - ・ より一層地方が主体的に介護保険制度を運営するために、その権限と財政負担の分担をどのように考えるのか
- といった視点からも議論を行うべきである。いずれにしても、こうした議論は単に介護保険制度にとどまらず、社会保障と財政のあり方全体の中でも議論していくべき課題である。
- 社会保障と財政のあり方全体の検討を行う際には、社会保障制度における給付と負担のあり方を総合的に考える視点が必要であり、年金・医療等においてもさらなる負担が求められる中で、介護保険においても現役世代の社会保険料負担が過重になれば、その働く意欲・活力を削ぐ上、雇用にも悪影響を及ぼすとの意見があった。

- なお、公費負担割合の見直しに際しては、施設、居宅・地域密着型の類型による国と都道府県の負担割合を同じ扱いとすべきであるという意見があった。

（給付の見直し）

- 医療保険においては、現役並み所得の高齢者については利用者負担が3割となっている。介護保険制度においても、限られた財源の中で、高齢者の負担能力を勘案し、所得に応じた負担を求めることが適当であり、一定以上の所得がある者については利用者負担を、例えば2割に引き上げることを検討すべきである。
- 一方、介護保険は区分支給限度基準額が設けられているなど、医療保険とは異なる仕組みであり、負担増を求めることには慎重であるべきとの意見があった。
- ※ 居宅介護支援・介護予防支援（ケアプランの作成等）及び要支援者・軽度の要介護者にかかる給付の利用者負担については既述のとおり。
- ※ 補足給付については後述のとおり。

27

（被保険者範囲）

- 被保険者範囲については、今後被保険者の保険料負担が重くなる中で、被保険者年齢を引き下げ、一人当たり保険料の負担を軽減すべきではないかとの意見があった。

一方で、被保険者範囲の拡大は、若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要との意見もあった。

被保険者範囲のあり方については、これまでも介護保険制度の骨格を維持した上で被保険者の年齢を引き下げた方法と、介護を必要とするすべての人にサービスを給付する制度の普遍化の観点から若年障害者に対する給付も統合して行う方法について検討が行われてきたところである。

現在、障害者施策については、内閣府の「障がい者制度改革推進本部」において、議論が行われているところであり、今後は、介護保険制度の骨格を維持した上で、被保険者年齢を引き下げることについて、十分な議論を行い結論を得るべきである。

なお、現行の第2号被保険者に対する給付に関し、特定疾病による条件の緩和を検討すべきとの意見があった。

5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

（介護保険事業計画）

- 従来、介護保険事業計画を策定する際は、主として、当該市町村における高齢者数の伸び等を考慮して将来のサービス量を見込んでいたところである。地域包括ケアの実現のためには、各地域における介護サービスやこれに付随するサービスのニーズを的確に把握し、介護保険事業計画を策定することが求められる。

- 今後、保険者（市町村）は、日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、必要となるサービスごとの見込みを積み上げて、より精緻な事業計画を作成することが求められている。

- 次期介護保険事業計画を策定する際には、喫緊の課題である認知症について対策の充実を図るため、地域における的確なニーズの把握と対応、サポート体制の整備などについて、地域の実情を踏まえ記載していくこととすべきである。また、医療サービスや高齢者の住まいに関する計画と調和の取れたものとし、在宅医療の推進や高齢者に相応しい住まいの計画的な整備に関する事項等について、地域の実情に応じ記載していくことが求められている。

28

有効に機能している重要な制度であり、今後も現行制度の規制の内容や対象をそのまま維持する必要がある。

また、地域密着型サービスについて、市町村の境界付近にある事業所を、隣接する市町村の住民も活用できるよう、指定事務の簡素化等近隣市町村の協力・連携を図る方策を推進すべきである。

（保険者独自の介護報酬の設定）

- 平成18年度より、地域密着型サービスについては、介護報酬を減額する仕組みが導入されるとともに、平成19年10月から、厚生労働大臣の許可を得て報酬を増額できる仕組みが導入されたところである。市町村の独自の取組をさらに推進するため、独自報酬の設定について、一定の範囲内で厚生労働大臣の許可を得ることなく、増額報酬を認めるなど、財源負担に配慮しつつ、保険者の裁量をより拡大することを検討すべきである。

（地域主権）

- 介護保険制度については、制度創設以来「地方分権の試金石」として市町村自ら保険者となり保険制度を運営するなど地方が主体的な役割を果たしてきた。また、平成22年6月22日に閣議決定された地域主権戦略大綱に基づき、指定都市及び中核市に介護保険事業者の指定権限を移譲することとしている。さらに、今回の改正においても、上述のとおり地域密着型サービスに係る市町村の権限を拡大する方向で検討するよう提言している。地方分権改革推進委員会第一次勧告（平成20年5月28日）において指摘されたすべての介護保険サービスの事業者の指定の市への移譲については、提言を踏まえた見直しの実施状況を踏まえて、引き続き検討すべきである。

6 低所得者への配慮

（補足給付）

- 前回改正において、施設と在宅の間の利用者負担の不均衡は正の観点から、施設における食費・居住費は介護保険給付の対象外としたところである。上記の見直しに当たっては、補足給付が導入され、低所得者の負担が軽減されている。

- 補足給付については、低所得者に対する食費・居住費の補助は、要介護・要支援状態の発生という保険事故に対する給付ではなく、あくまで低所得者対策であるとの観点から、全額公費負担の福祉的な制度とすべきと

30

- また、介護保険制度は、国民の理解と納得があってはじめて成り立つものであり、介護保険制度の理念とルールについて、利用者やその家族だけでなく、広く住民に周知・定着されるよう国や自治体が積極的な取組を進めていくべきである。

（地域ニーズに応じた事業者の指定）

- 24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型居宅介護は、夜間における対応が必要となることや、事業規模がある程度限られていることから、経営基盤が不安定となるおそれがある。地域に根ざして安定的にサービス提供を行うことを促進する観点から、その普及促進策を積極的に講じる必要がある。

- このため、市町村の日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、当該圏域内で必要なサービス量を踏まえた事業者の指定を行う裁量を保険者に付与し、事業者にとっても安定的にサービス提供できる体制を構築すべきである。

- このような観点に立って、地域密着型サービスについては、市町村が安定的なサービスの提供を確保できるよう、サービスの質の確保など一定の条件を課した上で、申請に基づく指定に代えて、公募を通じた選考により、事業者の指定を行えるよう検討する必要がある。

- また、都道府県指定の居宅サービス等と市町村指定の地域密着型サービスが、地域でそれぞれ整備され、サービスを提供することとなるため、市町村が希望する場合には、居宅サービス等の指定に際し、都道府県が関係市町村に協議を行うこととし、都道府県は、市町村との協議内容を踏まえて、指定の是非を判断し、市町村の介護保険事業計画の策定・達成に当たり支障があると判断した場合は、指定を拒否できる仕組みを導入することを検討すべきである。

こうした制度を導入する際、事業者の指定にあたっての調整事項や事務負担の増大も見込まれることから、事業者の指定事務を含め、都道府県と市町村の権限の見直しも併せて検討していく必要があるとの意見があった。

- なお、現行の施設・居住系サービスの定員設定と指定拒否の仕組み（いわゆる「総量規制」）については、保険者が地域の高齢者のニーズを踏まえて施設・居住系サービスの基盤を一体的かつ計画的に整備するために

29

の意見があった。現在の国及び地方の財政状況を踏まえると、ただちに全額公費により補足給付を賄うことは困難であるが、将来的な補足給付のあり方について、社会保障と財政のあり方全体の議論と併せて、引き続き検討することが必要である。

- こうした中、今回の介護保険制度改革においては、前回改正の趣旨や低所得者対策としての補足給付の趣旨に即した見直しを行っていくべきである。

（家族の負担能力の勘案）

- 特養の入所者については、現在、入所者の約4分の3が補足給付を受給している。しかし、これらの者の中には、入所前に同居していた家族に負担能力がある場合や、入所自身が資産を保有しているケースがある。このため、補足給付の低所得者対策としての趣旨を徹底する観点から、保険者の判断により、施設入所者について可能な範囲で家族の負担能力等を把握し、それを勘案して補足給付の支給を判断することができるとの意見がある。

一方、保険者によって取扱いに違いが生じることが想定されることや、正確な資産把握が困難と考えられることから、慎重な検討が必要であるとの意見があった。

（ユニット型個室の負担軽減等）

- ユニット型個室については、低所得者の負担が大きく入所が困難であるとの指摘があることから、社会福祉法人による利用者負担軽減や補足給付の拡充により、その一部を軽減すべきである。その際、生活保護受給者もユニット型個室へ入所が可能となるよう検討すべきである。

養護老人ホームについても、個室化の推進のため、自治体の状況を踏まえて検討を行う必要がある。

- グループホームについては、補足給付の対象ではないが、地域によっては利用者負担が著しく高く、低所得者の利用を妨げていることから、地域で暮らす認知症を有する人を支援する視点に立って、何らかの利用者負担軽減措置を検討すべきではないかとの意見があった。

なお、介護保険施設と同様に介護保険給付としてグループホーム利用者に對する補足給付を行うべきとの意見もあった。

（多床室の給付範囲の見直し）

- 一方、前回の改正において、個室については、居住部分の減価償却費

相当額と光熱水費が保険給付の対象外となったが、多床室については光熱水費のみが保険給付の対象外とされた。この結果、多床室の介護報酬が、従来型個室の報酬よりも高い設定となっている。今後、利用者負担について、さらなる在宅との均衡を図るため、多床室についても、低所得者の利用に配慮しつつ、減価償却費相当額を保険給付対象外とする見直しが必要である。

- 多床室の減価償却費相当額を利用者負担とすることについては、その居住環境を考慮し、居住費については現状の光熱水費相当を維持すべきであるとの意見があった。

（高齢者の保険料負担の軽減）

- 65歳以上の第1号保険料については、これまで課税対象者については、保険者の判断により、被保険者の所得状況に応じ、きめ細かな保険料段階を設定することが可能となっている。一方、住民税世帯非課税の低所得者に対する保険料については、段階設定が固定されているところである。これを地域の実情に応じ低所得者に対するきめ細やかな配慮を行う観点から、弾力的に段階設定を行うことができるよう見直しを行う必要がある。

- 今後、介護基盤の整備や介護職員の処遇改善により、保険料の急激な上昇が見込まれるところである。市町村においては、第4期介護保険事業計画の策定の際と同様に、準備基金の取り崩しなどの取組も講じることとなると想定されるが、これらに加え、保険料の急激な上昇に対応するため、財政安定化基金の取り崩しにより、財源の範囲内で保険料の軽減を図ることを検討すべきとの意見があった。一方、財政安定化基金の適正規模や保険料の軽減に活用することについて、慎重に検討すべきとの意見があった。

IV 今後に向けて

- 今回の介護保険制度改革においては、第5期に向けて、
 - ・ 訪問介護と訪問看護の連携の下で行う24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設、
 - ・ 介護保険事業計画における医療サービスや住まいに関する計画とのさらなる連携
 - ・ 利用者負担や保険料の見直し

などを盛り込んだところである。これらの施策に加え、医療と介護の連携を一層実効あるものにしていくためには、平成 24 年度施行の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けてさらにそれぞれの役割分担や関係職種との連携、サービスの調整などについて、今後さらに議論を進める必要がある。

- 公費負担割合の見直し、地域支援事業の財源構成、補足給付の公費化など介護保険制度と公費のあり方については、社会保障と財政のあり方全体の中での課題として、引き続き検討を行っていく必要がある。
- さらに、本部会では、主として当面の法改正事項を中心に議論が進められてきたことから、今後、「社会保険」「保健制度」「福祉制度」といった視点で、介護保険制度の機能・役割について議論するべきとの指摘があった。
- また、介護保険制度が創設されて10年が過ぎ、制度自体が複雑化され、利用者や家族にとって分りにくいシステムとなっているとの指摘もあり、今後、制度改正を進めていく際は、できるだけ利用者や家族に分かりやすく、利用しやすい制度となるよう、配慮していくべきである。

社会保障審議会介護保険部会委員名簿

石川良子	全国市長会 介護保険対策特別委員会委員長（稲城市長）
井部俊彦	日本看護協会副会長
○岩村正啓	東京大学大学院法学政治学研究科教授
貝塚明	東京大学経済学研究科特任教授
勝田登志子	認知症のひとと家族の会副代表理事
川合秀治	全国老人保健施設協会会長
河原四良	UIゼンセン同盟日本介護クラフトユニオン会長
北村俊幸	民間介護事業推進委員会代表委員
木村隆次	日本介護支援専門員協会会長
葛原茂樹	鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療福祉学科特任教授
久保田政一	日本経済団体連合会専務理事
小西砂千夫	関西学院大学大学院経済学研究科/人間福祉学部教授
木間昭子	高齢社会をよくする女性の会理事
小林剛	全国健康保険協会理事長
齊藤秀樹	全国老人クラブ連合会理事・事務局長
齊藤正身	医療法人真正会理事
櫻井敬子	学習院大学法学部教授
田中雅子	日本介護福祉士会名誉会長
天神敏門	健康保険組合連合会常務理事
土居丈朗	慶応義塾大学経済学部教授
野呂昭彦	全国知事会 社会文教常任委員会委員（三重県知事）
橋本正明	立教大学コミュニティ福祉学部教授
藤原忠彦	全国町村会（長野県川上村長）
樹田和平	全国老人福祉施設協議会介護保険委員会委員長
三上裕司	日本医師会常任理事
○山崎泰彦	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授
結城康博	淑徳大学総合福祉学部准教授
吉田昌哉	日本労働組合総連合会生活福祉局次長

◎部会長 ○部会長代理
（敬称略、50音順）

協会だより（定例理事会要録から）

2010年度 第11回 2010年11月30日

【特別討議】

1. 2010年度上半期各部会会務報告
△担当＝増田副理事長
2. I T戦略本部「新たな情報通信技術戦略」の問題点
△担当＝鈴木副理事長

【各担当部報告】

〈総務部会〉

1. 週間行事予定表の確認
2. 今週の医療情報
3. 新規開業会員訪問（①11月16日②19日）状況
4. 新規開業未入会会員訪問（11月19日）状況
5. 料理教室（11月20日）状況
6. 第4回 I C T検討委員会（11月25日）状況

〈経営部会〉

1. 保団連経税担当事務局小委員会（11月19日）状況
2. 保団連近畿ブロック経税担当事務局会議（11月19日）状況
3. 第7回保団連共済部会（11月21日）状況
4. 金融共済委員会（11月24日）状況
5. 保団連経税担当事務局小委員会（11月27日）状況
6. 保団連経税部会（11月28日）状況

〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談（11月9日）状況
2. 医療安全対策部会学習会（11月16日）状況
3. 医療従事者向け会員登録サイト「エムスリー」編集長との懇談（11月18日）状況
4. 法律相談室（11月18日）状況
5. 医療事故案件調査委員会（11月19日）状況
6. 医師賠償責任保険処理室会（11月22日）状況

〈政策部会〉

1. 保団連政策部会（11月6・7日）状況
2. 保団連近畿ブロック本会議（11月20日）状況
3. 『祝の島』上映会（11月20日）状況

〈保険部会〉

1. 保団連病院・有床診対策部会事務局小委員会（11月6日）状況
2. 保団連2010年度第2回病院・有床診対策部会（11月7日）状況
3. 外科診療内容向上会（11月13日）状況

4. 第3回保団連社保・審査対策部会（11月20日）状況
5. 保団連審査、指導、監査対策担当者会議（11月21日）状況

【各担当部議事】

〈総務部会〉

1. 前回理事会（11月9日）要録と決定事項の確認
2. 12月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
3. 各部会開催の件
4. 第180回定時代議員会準備と執筆分担確認の件
5. 会員入退会及び異動に関する承認の件
6. 下京東部医師会との懇談会（11月8日）状況確認の件
7. 京都北医師会との懇談会（11月10日）状況確認の件
8. 上京東部・西陣医師会との懇談会（11月11日）状況確認の件
9. 地区医師会長との懇談会（11月13日）状況確認の件
10. 第6回正副理事長会議（11月16日）状況確認の件
11. 第1回全国事務局長会議への出席の件
12. 保団連近畿ブロック事務局長会議への出席の件
13. 全国会長・理事長会議への出席の件

〈経営部会〉

1. 税理士との懇談会（11月20日）状況確認の件
2. 保団連近畿ブロック主催税務調査アンケート集計結果確認の件
3. 2011年度医師賠償責任保険料見積案内のための病院回りの件
4. 知っておきたい医院のための雇用管理講習会開催の件

〈政策部会〉

1. 保団連10～11年度第10回理事会（11月14日）状況確認の件
2. 国保一元化問題学習会講師派遣の件
3. 反核医師の会世話人会出席の件
4. 反核医師医学者のつどいin奈良実行委員会出席の件
5. 医療・福祉・介護シンポジウム「国がすすめる『地域包括ケア』を考える」開催の件

6. 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
7. 「人体の不思議展」の開催中止を求める取り組みについてのレクチャーの件
8. 「人体の不思議展」の告発人の要請の件
9. 『「人体の不思議展」について考える京都ネットワーク』の立ち上げの件
10. 『京都保険医新聞』（第2767号）・『メディーパー京都』第137号（第2768号）合評の件

〈保険部会〉

1. 伏見医師会会員対象「在宅医療点数説明会」開催の件
2. 京都腎臓病患者協議会との懇談会開催の件
3. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い出席の件

《以上31件の議事について承認》

1月のレセプト受取・締切

	8日(土)	10日(月)	労災	14日(金)
基金 国保	○	◎		◎

※○は受付日、◎は締切日。

受付時間は午前9時～午後5時です。

1月の相談室

医院・住 新（改）案	1月12日(水)午後2時～	担当＝竹内建築士
ファイナンシャル	1月20日(木)午後1時～	担当＝三井生命のF C (ファイナンシャルコンサルタント)
法 律	1月20日(木)午後2時～	担当＝松尾弁護士
雇 用 管 理	1月20日(木)午後2時～	担当＝河原社会保険労務士
経 営	1月26日(水)午後2時～	担当＝鴨井税理士

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。

第180回 定時 代議員会

日 時：2011年1月27日(木)

午後2時15分～4時

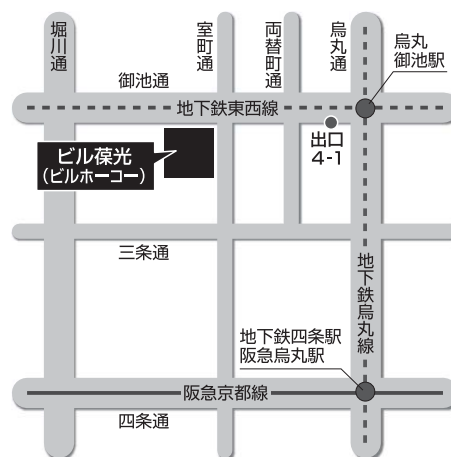
場 所：ビル葆光(ほーこー)

(中京区室町通御池南西角)

議 題：①2010年度上半期活動報告

②2010年度下半期重点活動計画

③決議採択 等



地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地 区	時 間	場 所
2011年1月8日(土)	左京医師会との懇談会	午後2時30分～	ウェスティン都ホテル京都
1月12日(水)	宇治久世医師会との懇談会	午後2時30分～	うじ安心館3階
1月28日(金)	右京医師会との懇談会	午後2時～	右京医師会館
2月3日(木)	下京西部医師会との懇談会	午後2時30分～ ※役員会午後2時～終了後	下京西部医師会事務所
2月5日(土)	綾部・福知山医師会との懇談会	懇談会：午後4時～ 懇親会：午後6時～	福知山市中央保健福祉センター
2月15日(火)	西京医師会との懇談会	午後2時30分～	京都エミナース（銀閣の間）
2月17日(木)	山科医師会との懇談会	午後2時～	山科医師会診療センター
2月19日(土)	相楽医師会との懇談会	懇談会：午後4時～ 懇親会：午後6時～	ホテルフジタ奈良
2月26日(土)	与謝・北丹医師会との懇談会	懇談会：午後3時10分～ 懇親会：午後4時30分～	懇談会：吉翠苑 懇親会：吉翠苑
3月5日(土)	綴喜医師会との懇談会	午後2時30分～	新田辺駅前CIKビル

先生の手を煩わせることなく

X線室の漏洩放射線量を測定します

（有）アミスでは（社）京都微生物研究所（微研）と提携し、X線室の漏洩放射線量の測定を行っております。

X線診療室の漏洩放射線量は、6ヶ月を超えない期間に1回測定し、その結果記録を5年間保存することが法令で義務づけられています。また、万が一の場合、先生や従業員さん、また患者さんの健康被害にもつながります。

これを機会にぜひ、X線室の漏洩放射線量の測定をお勧めします。ご希望の方は、アミスまたは保険医協会までお申し出ください。

作業の具体的な流れ

■医療機関がアミスまたは協会に依頼



■アミスまたは協会が微研に受注



■微研と医療機関が打ち合わせし、事前調査とX線室の図面作成



■医師の立会のもと微研の資格者が実際に測定し、記録



■微研が測定結果の入力と報告書を作成



■微研が測定結果を協会に報告し、協会から医療機関に報告書と請求書を送付



※2回目以降は医療機関の希望により、1年に2回のペースで自動的に測定できるようスケジュール調整を行い、医療機関に連絡します。

【費用】

◆X線室図面作成費 10,500円
（図面がない場合、初回のみ）

◆測定費
1回 29,400円
（測定点20カ所まで）

※いずれも消費税込

【お申込み・お問合せ先】

有限会社 アミス

☎ 075-212-0303

FAX 075-212-0707

京都府保険医協会

☎ 075-212-8877

FAX 075-212-0707