

## 今月の主な動き

政府は12月24日、一般会計総額が92兆4116億円と過去最大となる2011年度予算案を閣議決定した。主要な歳出項目が09年度と比べ軒並みマイナスの中、社会保障費は高齢化の影響で過去最大の28兆7079億円（前年度比5.3%増）となった。社会保障費が大部分を占める厚生労働省の予算案も過去最大の28兆

9638億円を計上している。

政府が12月14日に閣議決定した社会保障改革の基本方針を受け、厚労省は27日、具体的な制度改革案を検討する「厚生労働省社会保障検討本部」を設置し初会合を開いた。11年半ばに社会保障改革案の全体像を取りまとめるとの政府方針を踏まえ、11年4月を目途に各チームで一定の取りまとめを行い政府に報告する予定だ。

厚労省は12月24日、11年の次期通常国会に提出す

行 事	開始時間	場 所
1日(火) 各部会	午後2時	
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
4日(金) 保険審査通信検討委員会・保険部会	午後2時	ルームA
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
8日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
9日(水) 医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	ルームC
10日(木) 第638回社会保険研究会	午後2時30分	ルームA～C
14日(月) 白色確定申告書作成会	午後2時	ルームB・C
15日(火) 西京医師会との懇談会	午後2時30分	京都エミナス（銀閣の間）
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
法律相談室	午後2時	応接室
17日(木) ファイナンシャル相談室	午後2時	未定
雇用管理相談室	午後2時	未定
白色確定申告説明会	午後2時	ルームA～C
18日(金) 環境対策委員会	午後2時	ルームA
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
20日(日) 講演会「医学・医療に関わる倫理について考える」	午後2時	ハートピア京都大会議室
22日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
経営相談室	午後2時	アミス
23日(水) 金融共済委員会	午後2時	ルームA
24日(木) ICT検討委員会	午後2時30分	応接室
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	吉翠苑
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

2月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
3月12日(土) 医療安全シンポジウム 「医事紛争と医師賠償責任保険」	午後4時	新・都ホテル
第639回社会保険研究会	午後3時	ルームA～C

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

る介護保険制度の改正案について「介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）」のポイントを発表。「地域包括ケアシステム」の実現を主眼とした「医療と介護の連携強化」や「認知症対策」など6つのポイントを挙げている。



## 社会保障費、過去最大28兆7079億円／11年度政府予算案

政府は12月24日、一般会計総額が92兆4116億円と過去最大となる2011年度予算案を閣議決定した。主要な歳出項目が09年度と比べ軒並みマイナスの中、社会保障費は高齢化の影響で過去最大の28兆7079億円（前年度比5.3%増）となった。社会保障費が大部分を占める厚生労働省の予算案も過去最大の28兆9638億円を計上した。

09年度、初めて国の新規国債発行額が税収を上回る事態となったため、政府は歳出抑制のため新規国債発行額を10年度と同額の44兆円に抑え、地方交付税と一般歳出を合わせた「歳出の大枠」も10年度と同じ71兆円以下にする目標を立てた。このため11年度予算案では国債発行額も歳出の大枠もほぼ同額に抑えることができた。ただ、子ども手当の給付拡充などマニフェスト項目の実施や社会保障費の自然増約1兆2000億円などで歳出が膨らんだ結果、2年連続で国の新規国債発行額が税収を上回った。

予算編成の終盤では、年金の国庫負担を2分の1にするため、10年も税外収入のいわゆる埋蔵金に頼った。埋蔵金は09年度より3兆4136億円減って7兆1866億円。

10年は各省庁の予算を1割削減した財源を使い、成長分野などに重点配分する「元気な日本復活特別枠」を設けた。特別枠は当初1兆3000億円を計上する予定だったが、最終的に2兆1000億円を計上することになった。防衛省の在日米軍の駐留経費負担など、義務的経費を特別枠で要望する省庁が現れ、政

府は特別枠を大胆に削ることができなかった。

### ●C判定ライフイノベーションが44%減

特別枠は各省庁からの189の要望事業を政府の評価会議がAからDに評価した上で予算配分した。省庁全体では、A判定の事業は要望額の99%、Bは88%、Cは77%、Dは6%が認められた。厚労省分ではAが87%、Bが80%、Cが42%と、Cの落ち込みが大きかった。厚労省大臣官房会計課によると、厚労省の要望事業で最も額が大きかった「ライフイノベーション」（C判定）が232億円から131億円と約44%も削られたことが影響しているという。

厚労省は予算の1割削減で837億円を特別枠の財源として提供し、特別枠の事業費として計上できたのが510億円だった。政府に提供した額の61%を回収できたことになる。（12/27MEDIFAXより）

## 同時改定へ「医療・介護チーム」／厚労省が社会保障検討本部

政府が12月14日に閣議決定した社会保障改革の基本方針を受け、厚生労働省は27日、具体的な制度改革案を検討する「厚生労働省社会保障検討本部」を設置し初会合を開いた。「医療・介護チーム」「医療イノベーションサブチーム」など、8項目について検討を進める下部組織を設置。2011年半ばに社会保障改革案の全体像を取りまとめるとの政府方針を踏まえ、11年4月を目途に各チームで一定の取りまとめを行い政府に報告する予定だ。

「医療・介護チーム」では、同時改定の基本となる方針を厚労省として策定し、両分野でのサービス提供体制の見直しなどの改革案を作成する。具体的には▽医療・介護施設の機能分化の推進と地域での連携体制構築▽急性期医療の強化、重点化と急性期から慢性期への円滑な移行▽在宅医療・介護の充実とプライマリケアの明確化—などを政策課題に位置付け、改革内容や手法などを具体化する。

社会保障国民会議の試算を基礎に、修正を加えて医療・介護の費用も推計する。

本部は政務三役会議の下に設置し、細川律夫厚生労働相が本部長を務める。「医療・介護チーム」については、外口崇保険局長が主査を、唐澤剛大臣官房審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）が副主査を務める。このほか▽番号チーム▽年金チーム▽子ども・子育て支援チーム▽貧困・格差チーム—などを設置した。（12/28MEDIFAXより）

## 日本発の医薬品・医療機器を／医療イノベーション推進室が発足

政府は1月7日、内閣官房に医療イノベーション推進室を発足させた。室長に就いた中村祐輔・東京大医学研究所ヒトゲノム解析センター長は、医療分野の国際的な遅れは国の経済基盤を揺るがしかねないとの危機感を示し「日本発の医薬品、医療機器の開発に向けて取り組んでいきたい」と語った。

中村室長はこの日、菅直人首相から内閣参与に任命された。室長代理には、ノーベル化学賞受賞者の田中耕一・島津製作所フェローと、岡野光夫・東京女子医科大先端生命科学研究所長が就いた。官庁の部署のトップに大学や民間の研究者が顔をそろえるのは異例だ。次長以下のポストには、産官学から人材が集められた。

推進室は、政府の「医療イノベーション会議」（議長＝仙谷由人官房長官）を支える役割を担う。医療政策に関わる厚生労働、文部科学、経済産業の3省の縦割りをなくし、医療イノベーションに向けた産官学一体のオールジャパン体制の構築を目指す。各省の研究開発費の一体的運用や、将来のゲノム医療を見通したデータベース整備などにも取り組んでいく構えだ。

政府はこの日、医療イノベーション会議のオブザーバーとして、矢崎義雄・国立病院機構理事長、嘉山孝正・国立がん研究センター理事長、近藤達也・医薬品医療機器総合機構理事長、長谷川閑史・日本製薬工業協会会長ら12人を選んだと発表した。

（1/11MEDIFAXより）

## 厚生労働省、介護保険でDB構築へ／11年度に着手

より効果的な介護保険サービスの提供体制整備を目指し、厚生労働省は2011年度から、介護保険サービス利用者に関する情報を集約するデータベースの構築に乗り出す。11年度はシステムの設計を開始し、数年以内の完成を目指すとしている。

被保険者の要介護認定情報と、介護保険のレセブ

ト情報などを集約し、身体の状態やサービスの利用状況などを時系列的に追うことのできるシステムとする考えだ。厚生労働省老健局老人保健課の宇都宮啓課長は「データベースが完成すれば、それを基にさまざまな分析ができるようになり、将来的にはどのようなサービスを利用するとどのような効果があるのか分析が可能になるのではないかとしている。11年度予算案では約4000万円を計上した。

厚生労働省は現在、認定支援ネットワークで被保険者の要介護認定情報を収集しているが、介護保険サービスの内容に関する定量的な情報は入力されていないため、心身の状態と介護保険サービスの利用状況などについて関連性の分析が困難となっている。

（1/7MEDIFAXより）

## 医療法人の法人税3%引き下げ／税制改正大綱が閣議決定

政府は12月16日、医療機関に対する事業税の非課税措置を2011年度も存続させることなどを盛り込んだ「11年度税制改正大綱」を閣議決定した。法人実効税率を5%引き下げることに伴い、医療法人の法人税率も一律3%引き下げることが決まった。厚生労働省が要望していた2年連続のたばこ税の増税は見送った。

地方税の事業税については▽医療機関（個人・医療法人）が社会保険診療報酬で得た所得に都道府県が課税する事業税の非課税措置▽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一の2つ。日本医師会是非課税の存続を要望し、全国知事会は廃止を求めている。

所管する厚生労働省と総務省が09年、折衝したが折り合わず、10年も両省が話し合ったが妥協点は見つからなかった。このため大綱では2つの措置は存続とした上で、2年連続で「11年1年間真摯に議論し結論を得る」との表現となり、11年度に再び話し合うことになった。

## News Headline (2010年12月12日～2011年1月11日)

【12月】◆東京都・性描写規制条例成立（15日）◆国連安保理・イラク制裁を解除（15日）◆福岡高裁の諫早判決が確定（21日）◆菅内閣・不支持率が67.0%と最高【共同通信】（25・26日）◆ローマ法王・宗教規制の中国批判（25日）◆2010年の死刑判決は14人（30日）  
【2011年1月】◆交通事故死が10年連続で減少（1日）◆2010年の自殺者、13年連続で3万人超（7日）◆ハイチ・コレラ感染全土に拡大（8日）◆米・乱射で6人死亡、議員が重傷（8日）◆イラン・旅客機墜落、死傷者100人以上（9日）◆NASA・地球型の太陽系外惑星を発見（10日）◆経済同友会・消費税17%を提言（11日）◆日本郵便・12年度新卒採用を見送り（11日）◆韓国・口蹄疫処分140万頭超に（11日）

国税の法人税率の引き下げはデフレ脱却と雇用促進のために実施する。医療法人の法人税率も一律3%の引き下げが決まり、適用は11年4月1日からとなる。

たばこ税は健康の観点から将来的な税率の引き上げは認めつつも、11年度の増税は見送った。10年10月から1本当たり3.5円の税率引き上げを行っており、大綱では「たばこの消費や税収など十分に見極めた上で判断する」とした。

また、医療機器の特別償却制度は、対象機器の範囲を狭めることなどを条件に適用期限を2年延長した。

消費税については、社会保障制度の抜本改革の検討などと併せて具体的内容について政府税制調査会で早急に検討を行っていくとした。

社会保障・税の共通番号は政府が11年の秋以降に法案を提出する方針だ。大綱では「この方針に即し早期の制度導入に向け、実務検討会を中心に速やかに検討を進める」とした。

厚労省が要望していた▽療養病床の転換にかかる特別償却制度（法人税）の延長▽社会保険診療報酬にかかる消費税の在り方の検討（消費税）▽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に相続税の特例措置（相続税・贈与税）を創設することなどは認められなかった。

（12/17MEDIFAXより）

## 11年度税制改正、医療法人は4.5%下げ／特定・社会は3%下げ

政府が2011年度に法人実効税率を5%引き下げる方針を決めたことで、医療法人にも法人税の税率引き下げが行われる。政府が閣議決定した「11年度税制改正大綱」によると、医療法人は一部を除いて4.5%の引き下げ、特定医療法人と社会医療法人はそれぞれ3%の引き下げとなる。

厚労省によると、医療法人（本来業務・付帯業務）の法人税率は30%から25.5%に下がる。資本金が1億円以下や持ち分のない医療法人で所得が年800万円以下だった場合は18%から15%に下がる。

特定医療法人（本来業務・付帯業務）と社会医療法人（付帯業務・収益業務）は22%から19%に下がる。この場合も年800万円以下の所得では18%から15%に下がる。

11年4月1日以後に開始する事業年度から適用となる。（12/27MEDIFAXより）

## HTLV研究費に10億円計上／11年度予算案で政府特命チーム

主に母乳によって母親から子どもに感染し白血病などを発症する「ヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）」について、政府の特命チームは12月20日、2011年度予算で研究費に10億円を計上することなどを盛り込んだ「総合対策」をまとめた。厚生労働省と都道府県にそれぞれ、HTLV-1対策を話し合う協議会を設けることも決まった。

厚労省によると、HTLV-1の感染者数は約108万人と推定され、ウイルスを取り除く治療法はない。感染者のうち年間約1100人（推計）が白血病（ATL）を発症し、1年以内に死亡する患者が多く、5年生存率も極めて悪い。骨髄移植などの治療法があるが予後は良くない。感染者は歩行障害などを引き起こす神経障害（HAM）を発症することもあり患者数は全国で約1400人という。

患者数が少なく採算が合わないため製薬会社が薬を開発するのは困難で、厚生労働科学研究費補助金（厚労科研費）を使って研究者が治療法の研究を行っている。（12/21MEDIFAXより）

## 再生交付金、3次医療圏に最大120億円／10年度補正予算

政府が2010年度補正予算で2100億円を積み増す地域医療再生基金について、厚生労働省は12月15日、都道府県の担当者を集め「地域医療再生臨時特例交付金（交付金）」の申請手続きや算定方法を説明した。3次医療圏単位で交付する金額は最大120億円となる。また、厚労省は12月9日付で都道府県知事宛に、交付金の算定方法などについて事務次官通知を、交付金の運営要領の一部改正について医政局長通知を發出した。

国は、3次医療圏を対象とした医療課題の解決に必要な事業に基準額として15億円を交付し、医療機関の統合再編に伴う整備などで15億円以上の事業費を必要とする事業に対して加算額を交付する。加算額（基準額を含む）の上限は120億円となる。

3次医療圏は全国に52圏域ある（北海道のみ6圏域）。補正予算2100億円から全52圏域に15億円を交付した場合、残りの1320億円が加算額の財源となる。

都道府県が交付金で地域医療再生基金を上積みするには、11年3月16日までに再生計画を提出する必要がある。

再生計画の評価方法については未定だが、有識者

会議が必要性や優先性を評価し、優れた再生計画について上位から採用する考えだ。

(12/20MEDIFAXより)

## 健康・医療、国際PRの重点に／政府が基本方針

政府は12月16日、「国際広報に関する政府・関係機関の実務者連絡会議」(議長＝古川元久官房副長官)で、ライフィノベーションや医療を重点分野とする「国際広報活動の基本方針」を決めた。欧米の主要メディアに加え、アジアの新興国のメディアにも広報し、医薬品・医療機器分野での市場獲得や、医療観光の潜在需要の掘り起こしを狙う。

基本方針では、日本で開発されたライフィノベーションが「世界の課題解決に寄与し、わが国の今後の経済成長を牽引する産業群となる」と指摘。海外での潜在需要を掘り起こすため、観光や医療などについても重点的に広報活動を行うとした。

(12/17MEDIFAXより)

## 日本版ACIP「引き続き検討」／政府答弁書

政府は12月14日、政府の外で予防接種の評価を行う「日本版ACIP」の設置の可能性について「引き続き検討を行う」とする答弁書を閣議決定した。小熊慎司氏(みんなの党)の質問に答えた。

答弁書では「予防接種に関する評価検討を行う組織の在り方は、予防接種法の対象となる疾病の範囲を含め厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会で検討を行っており、引き続き、検討を行う」とした。

厚生労働省内に「ワクチン局」を創設すべきとの質問に対しては「『ワクチン局』を創設することは考えていないが、予防接種行政の的確な遂行のために必要な組織体制の在り方については今後検討したい」とした。(12/15MEDIFAXより)

## 医療の地域主権、推進すべき／規制改革分科会WGが改革の方向性

行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」のライフィノベーションワーキンググループ(WG、主査＝園田康博・内閣府政務官と土屋了介・財団法人癌研究会顧問)は12月22日、検討を続けてきた医療、介護、保育分野の制度改革の方向性について大筋で了承した。WGが具体的に示した検討テーマは、医療18項目、介護15項目、保育6項目。医療に関し

ては、地域主権の推進や、無過失補償制度の導入などを検討すべきの方針を打ち出した。

WGは報告書を11年1月26日の分科会に提出し、了承されれば厚生労働省など担当府省との折衝に入る。

### ●高齢者医療と介護保険、一元化視野に

WGは基本方針として、高齢者医療制度と介護保険制度の一元化なども視野に入れ、医療制度と介護制度を一体的に議論すべきと主張。「大きな改革の方向性を定めたら、細部に拘泥せずに実行に移すべき」と訴えている。

医療の検討テーマ18項目のうち「地域主権の医療への転換」「病床規制の見直し」では、国の権限を地方に移すべきとの姿勢を示した。▽地域医療計画の策定では、国による基準病床の算定式の提示や、国との協議義務を廃止▽保険医療機関の指定業務を都道府県に移し、指導・監督についても都道府県の権限とする▽一般病床の病床規制に関して権限を地域に全面的に移し、病床過剰地域の許可についても厚生労働大臣の同意を不要とする一などの改革案を提示した。

### ●無過失補償制度と免責制度、導入を

医療行為の無過失補償制度については、医薬品副作用救済制度の対象となっていないワクチンと、保険診療全般を対象に導入すべきとの考えを示した。補償を受けた際に損害賠償請求の訴訟権を制限する免責制度の導入も改革案に含めた。WGは「医療行為による有害事象は、過失がなくとも、誰にでも起きうるものであり、最も優先すべきは被害者の救済である」と主張している。

このほか▽医学部やメディカルスクールの新設も含めて中長期的な医療養成数の計画をつくる▽救急救命士が医療機関内でも業務できるように規定を見直す▽長期慢性疾患の患者が自己負担を軽減できるように高額療養費制度を見直す▽リハビリテーションの日数制限を撤廃する▽保険薬局の調剤基本料を24点に一元化する▽インターネットなどで医薬品を販売するためのルールを制定する一などの改革案を盛り込んだ。(12/24MEDIFAXより)

## 医師国保への定率補助、廃止へ／12年度から段階的に

細川律夫厚生労働相と野田佳彦財務相は12月17日、2011年度政府予算案をめぐる折衝を行い、国保組合への定率補助を、所得水準に応じた0-32%の

5段階の補助に見直すことで合意した。12年度から5年間かけて段階的に引き下げ、所得水準の高い医師国保に対する補助は16年度に廃止される。

定率補助の見直しには国民健康保険法の改正が必要で、厚生労働省は11年の通常国会に改正案の提出を目指す。

見直しでは、医療給付費の32%を一律に交付する定率補助を改め、所得水準に応じた0%、8%、16%、24%、32%の5段階の補助とし、激変緩和のため5年間かけて段階的に引き下げる。定率補助が0%となるのは、市町村民税課税標準額が300万円以上の組合で、全ての医師国保が含まれる。

さらに、定率補助に加えて財政状況によって交付されている「普通調整補助金」などの上乘せ部分についても統廃合し、分かりやすい補助体系に再編する。

厚労省の試算によると、見直しによる国庫補助の削減額は16年度で420億円程度。加入者1人当たりの削減額は、医師国保で4万9000円、歯科医師国保で3万円、薬剤師国保で3万3000円となる。

国保組合への定率補助をめぐるのは、10年11月に行われた政府の行政刷新会議による事業仕分けでも取り上げられ、所得水準の高い国保組合に対する定率補助は廃止と判定されていた。

12月2日の社会保障審議会・医療保険部会では、鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）が、赤字に陥っている医師国保もあり、定率補助がゼロになれば大幅な保険料引き上げが生じ、被保険者が市町村国保などに流出するとし「国策による国保組合つぶし以外のなにものでもない」と訴えていた。厚労省は、事業仕分けの結論や医療保険部会での意見を踏まえ、予算編成過程で具体的な見直し案を検討するとしていた。

予算編成に向けた12月17日の厚労、財務両省の閣僚間折衝では「保険者間の給付と負担の公平を図るため、事業仕分けの結論に沿って見直しを行う」ことで合意した。（12/20MEDIFAXより）

## 障害者基本法改正へ2次意見／内閣府・障がい者制度改革会議

障害者基本法改正に向けて議論している内閣府の障がい者制度改革推進会議（議長＝小川榮一・日本障害フォーラム代表）は12月17日、改正に向けての第2次意見を取りまとめた。第2次意見は「今後、政府においては、基本法の改正に向けた検討・調整

がなされていくものである」とした上で、「（第2次意見の）内容が最大限に踏まえられたものとなるよう期待する」とした。障害者基本法改正案は2011年の通常国会へ法案提出を予定している。

第2次意見の健康・医療の分野では、基本法に盛り込むべき視点として▽難病などへの調査研究の推進▽人権尊重の観点を踏まえた適切な精神医療の体制整備▽日常生活での医療的ケアが介助者などによって行える体制の整備—などを挙げ、障害者の人権を確保しつつ必要な医療が提供されるための施策を政府に求めた。（12/20MEDIFAXより）

## 医療提供体制に1274億円／厚労省・09年度決算

厚生労働省は12月9日、2009年度予算について政策ごとの決算額を公表した。一般会計の支出済み歳出額は合計28兆8239億4000万円で、うち9兆1461億9000万円を医療確保・国民の健康づくりに支出した。

医療確保・国民の健康づくりの中で、地域の医療提供体制整備への支出は1274億2000万円だった。同様に、医療従事者確保・資質向上への支出は255億4000万円、医療情報化インフラの普及など効率的で安心かつ質の高い医療サービス提供の促進に37億7000万円、国立高度専門医療センターでの政策医療に1829億3000万円（特別会計に繰り入れ）、感染症予防などに2552億4000万円、医薬品・医療機器の適正利用などに47億5000万円だった。

（12/14MEDIFAXより）

## 「地域医療確保」要求の3割に減額／厚労省の11年度予算案

2011年度の厚生労働省の予算案は、特別枠として62億円の予算獲得を目指した地域医療確保推進事業が19億円となり、要望の31%にとどまる厳しい結果となった。

地域医療確保推進事業として厚労省は▽地域医療支援センター（仮称）の設置（17億円）▽臨床研修の指導體制の充実（29億円）▽チーム医療の総合的な推進（16億円）—を要望していた。同事業について「元気な日本復活特別枠に関する評価会議」は12月1日、地域医療再生基金での対応を求め、政策コンテストの結果をC判定としていた。

地域医療に従事する医師のキャリア形成支援と、同時に若手医師を医師不足病院に配置する地域医療支援センターについて厚労省は、47都道府県での設置を目指したが、11年度は5.5億円の予算で先行的に

15カ所設置することになった。先行設置する都道府県の選定は▽医師の地域偏在が大きい▽へき地が多い▽無医地区が多い▽病院数が多い—などの観点から5つのカテゴリーを設定し、それぞれ3カ所ずつ選ぶ考えだ。

チーム医療の推進事業では、315カ所での検証事業（特定看護師業務拡大検証260、チーム医療検証55）を目指したが、予算案は3.6億円となり、90カ所（特定看護師50、チーム医療40）に絞り込むことになった。

29億円を要望した臨床研修の指導体制については、10億円の予算で医師不足地域の指導医・研修医を確保するための事業として絞り込み、大学病院・中核病院と中小病院・診療所が連携する臨床研修に財政支援する。

地域医療確保推進事業と同様に特別枠で要望し、評価会議がC判定とした「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」は、要望額（232億円）の56%に相当する131億円となった。一方、B判定を受けた「働く世代への大腸がん検診推進事業」は41億円、「国民の安心を守る肝炎対策強化推進事業」は35億円となった。

#### ●医療給付費国庫負担は8.4兆円

医療費国庫負担の医療保険制度別内訳は、協会けんぽ1兆1108億円（10年度比6.3%増）、国保3兆3703億円（同2.0%増）、後期高齢者医療3兆9179億円（同4.9%増）。合計では10年度比3.9%増の8兆3990億円となっている。支給額が42万円で恒久化される出産育児一時金に関する保険者への財政支援は10年度よりほぼ半減し92億円を計上。医師国保など国保組合への補助も見直し、10年度比36.2%減の74億円の計上となった。

介護関係の新規事業では、制度化に向けて検討している「24時間対応の定期巡回・随時対応サービス」を60カ所で実施する事業などに27億円を計上。デイサービスセンターで利用者の一時的な宿泊を受け入れる「お泊まりデイサービス」について、調査研究として行う事業も実施する。介護職員などがたん吸引を実施するための研修事業には、9.4億円を計上した。（12/27MEDIFAXより）

### 介護保険など6法案提出へ／通常国会で厚労省、高齢者は検討中

厚生労働省は1月5日、今度の通常国会に「介護保険法改正案」など6法案を提出する方針を固めた。

高齢者医療制度の関連法案は6法案に含まれず、現在、通常国会に提出するかどうかが扱いを検討している。

提出が固まったのは介護保険法改正案と子ども手当法案、戦傷病者法案、求職者支援法案、雇用保険法改正案、基礎年金の国庫負担を2分の1にする法案。

政府関係者によると、このうち予算非関連法案の介護保険法改正案は3月に国会に提出する。ほかの5つの予算関連法案は2月上旬に提出する予定だ。（1/6MEDIFAXより）

### 後発品数抑制へ薬価上の追加策も／厚労省

中医協は12月15日、薬価専門部会を開き、2012年度改定に向けた薬価制度改革論議を本格的に開始した。この日は、先発医薬品1品目当たりの後発医薬品収載品目が多過ぎることや、後発品間の価格差が大きいことなどを問題視する意見が出た。厚生労働省の吉田易範薬剤管理官は、収載品目数を抑制するために薬価を低くする措置が考えられると応じた。（12/17MEDIFAXより）

### 医療計画見直しへ議論スタート／厚労省の検討会

厚生労働省は12月17日、2013年度から実施する都道府県の新しい医療計画に向けて、医政局長通知「医療計画作成指針」や指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」を見直すための検討会を5年ぶりに開いた。検討会では「4疾病5事業」を盛り込み08年度から5カ年計画で実施している現医療計画の課題を検証し、新医療計画が地域医療連携でより実効性の高いものとなるよう指針の見直しを検討する。検討会の座長には武藤正樹・国際医療福祉大大学院教授が就任した。

主な検討内容は▽4疾病5事業の医療機能の見直し▽達成状況を把握する指標▽医療計画策定のためのデータ集積・分析の在り方—など。社会保障審議会・医療部会での医療計画の議論などを踏まえながら、11年中をめどに検討結果を取りまとめる。12月22日の医療部会では、医療計画を議題に取り上げる。法令改正が必要となる議論を含め、基本方針については医療部会の中で議論を進め、検討会では医政局長通知・指導課長通知の内容について議論する。

唐澤剛大臣官房審議官は、民間病院が多い日本の医療計画は誘導的な性格を持つものとなると前置き

し「それぞれの地域の医療・介護を視野に入れた医療提供計画をどうつくるか、重要な時期に差し掛かっていると思う」と述べた。重要な視点として▽DPC対象病院の拡大▽在宅療養サービスを含む最近5年間の医療環境変化への対応▽地域実態に即した個性ある医療計画の在り方▽医療・介護連携一を挙げた。（12/20MEDIFAXより）

#### 4 疾病5事業に「精神」追加を提案／社保審・医療部会で日精協

厚生労働省の社会保障審議会・医療部会（部会長＝齋藤英彦・名古屋セントラル病院長）が12月22日開かれ、山崎學委員（日本精神科病院協会長）が、現在4疾病5事業となっている都道府県の医療連携体制について、2013年度から都道府県が実施する新しい医療計画は「精神疾患」を加えた5疾病5事業とするよう提案した。山崎委員の提案に反対意見はなかった。

山崎委員は、医療機関にかかっている患者数を傷病別に見た場合、「精神および行動の障害」は、4疾患に位置付けられている糖尿病、がん、脳卒中、急性心筋梗塞（虚血性心疾患）よりも多しとして「国民病といえる状況」と強調した。

厚労省の患者調査によると、1996年に218万人だった精神疾患の患者数は、08年には323万人（外来290万人、入院33万人）と1.5倍に増えている。山崎委員は、統合失調症のほかに高齢者の認知症や勤労者の鬱病が増えているとし「新たな対策が急務だ」と説明。自殺者数が98年以降、12年連続で3万人を超えていることも問題だとした。

また、重い生活障害を長期間もたらず疾患を重点疾病とするよう世界保健機関（WHO）が推奨している点や、英国では、がん・心疾患と並んで精神疾患を3大疾患としている点にも触れ、日本でも精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するには連携強化が必要と強調した。

4疾病5事業のうち、「疾病」は省令で、「事業」は医療法で定めており、「5疾病5事業」とするには法改正の必要はない。（12/24MEDIFAXより）

#### 医療保険の将来像、両論併記／高齢者医療改革最終まとめ

厚生労働省は12月21日付で、高齢者医療制度改革会議の最終取りまとめを公表した。将来的な医療保険制度の在り方について、日本医師会などが主張し

ている「地域保険と被用者保険の統合」と、保険者などが主張している「地域保険と被用者保険の共存」の考えを両論併記した。

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ついては、75歳以上でも現役の被用者は継続して被用者保険に加入し、それ以外は当面、都道府県単位に広域化した国保に加入。2018年度を目標に75歳未満も都道府県単位の国保に加入するとし、財政運営は「都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢」とした。

現行と同様に75歳以上の保険料で医療給付費の1割相当を賄い、保険料軽減制度は段階的に廃止する。被用者保険からの支援金には「総報酬割」を全面導入する。公費は現行では投入のない現役並み所得者にも投入し、公費割合を現状の47%から50%に引き上げる。70-74歳の患者負担は法定の2割に段階的に引き上げるが、早期引き上げと、受診抑制などへの懸念から引き下げを求める意見の両論を併記した。

厚労省は最終取りまとめを踏まえた関連法案を11年の通常国会に提出する方針だが、新制度の運営主体を都道府県とされたことに反発する全国知事会との調整は難航が必至。民主党内にも負担増に対する強い反対論があり、国会提出・成立の行方は不透明な情勢だ。（12/24MEDIFAXより）

#### 3 ワクチンの作業チームが報告／予防接種部会・ワクチン評価小委

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の「ワクチン評価に関する小委員会」（委員長＝岡部信彦・国立感染症研究所感染症情報センター長）は12月16日、▽HPV（ヒトパピローマウイルス）▽Hib（インフルエンザ菌b型）▽肺炎球菌—3つの作業チーム（WT）から、疾病やワクチンについての評価や位置付けについて報告を受けた。今後は残りの▽水痘▽流行性耳下腺炎▽B型肝炎▽百日咳▽ポリオのWTから報告を受けた上で、小委員会として各疾病・ワクチンについての考えを取りまとめる。（12/17MEDIFAXより）

#### 指導・監査、対象選定を見直し／厚労省検証チームが中間まとめ

厚生労働省の「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」は12月17日、中間取りまとめの報告書を了承した。指導対象となる医療機関の選定方法の見直しを2011年度中

に実施することなどを盛り込んでいる。

厚生労働省と地方厚生局がともに指導監査に当たっていた点を改善し、実際の指導監査を地方厚生局で行い、厚生労働省は地方厚生局に対する監察のほか重大案件の対処や企画立案などに重点を置くなどの役割分担の見直しも11年度中に結論を得る。

これまでの人事ローテーションを見直し、医療保険関連業務に従事する職員は医療保険分野内を中心に異動することで専門性を高める。指導監査の担当者は地方厚生局に重点的に配置し、その中で管理能力が認められた職員を積極的に保険局医療課の医療指導監査室に登用する方向での検討を進める。

さらに、指導監査に関する各種マニュアルの整備など事務処理の標準化も11年度中に取り組み、審査支払機関から得られた情報を指導監査に活用する仕組みも構築する。

#### ●11年早々に「監察本部」設置

11年早々には厚生労働大臣をトップとする「監察本部（仮称）」を設置し、弁護士などの外部有識者とともに、発覚した問題に対応する体制を整える。さらに、事務局として大臣官房に「監察室」を置き、内偵や内部通報への対応の強化を図る。

（12/20MEDIFAXより）

#### 「終末期医療在り方懇談会」の報告書を公表／厚生労働省

厚生労働省医政局政策医療課は12月17日、「終末期医療のあり方に関する懇談会」（座長＝町野朔・上智大法学研究科教授）の報告書を公表した。報告書は2008年3月に実施した「終末期医療に関する調査」や関係者からのヒアリングを基に、終末期医療の現状把握や望ましい終末期医療の在り方を検討し取りまとめた。

報告書に記載した同調査の結果の概要によると「終末期医療に対する関心は8割を超えるが、延命医療について家族で話し合ったことがある者は半数程度で、十分に話し合ったことがある者は1割にも満たない」「死期が迫っているときの療養場所として、63%の一般国民は自宅で療養することを望んでいるが、66%は自宅で最期まで療養することは困難であると感じている」一などとなっている。このほか、リビングウィルや緩和ケアなどに関する懇談会の主な意見も記載した。（12/20MEDIFAXより）

#### 「看護職員の需給見通し」報告書を公表／厚生労働省

厚生労働省の「第7次看護職員需給見通しに関する検討会」（座長＝尾形裕也・九州大大学院教授）は12月21日、報告書を公表した。看護職員の需要見通しは常勤換算で2011年に約140万4000人、15年には約6.9%増の約150万1000人。一方、供給見通しは11年は約134万8000人、15年には約10.2%増の約148万6000人に増加する見込みとした。看護職員の確保対策の促進について「定着促進をはじめ、養成促進、再就業支援にわたる確保対策について一層の推進を図ることが必要不可欠」とした。

報告書では、看護職員需給見通しを実現していくため▽養成促進▽定着促進▽再就業支援一などが必要としており、特に定着促進では、勤務環境の改善や多様な勤務形態の導入、病院内保育所の整備を盛り込んだ。

今後は、需給見通し期間に実際に生じた看護職員の需要数を把握し、新たな長期的需給見通しを推計する検討が必要とした。さらに、看護師の人材確保に向けて財源の確保を図ることが極めて重要と指摘した。（12/22MEDIFAXより）

#### 「認知症と精神科医療」で中間報告／厚生労働省検討チーム

厚生労働省の「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」は12月22日、認知症と精神科医療について検討を行った第2ラウンドの中間取りまとめを公表した。認知症と精神科医療について基本的な考え方を整理し、具体的な方向性として▽認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化▽認知症入院患者が地域で暮らせるようにするための取り組み一を挙げた。

同検討チームは「入院を前提としない。地域で生活を支えることが必要」として、認知症患者の尊厳や訪問診療、地域連携の中での精神科ソーシャルワーカーの役割などを幅広く議論してきた。

中間取りまとめでも▽入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする▽入院が必要な場合は、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する▽退院可能な患者が地域で暮らせるように、介護保険サービスなどにより地域で受け入れるシステムづくりをする▽「退院支援・地域連携クリティカルパス」を導入し、入院から退院後の生活への道筋を明らかにする取り組みを試行しつつ、第6期介護保険事業計画期間（2015年－）へ

の反映方法などを検討していく一などを盛り込んだ。（12/24MEDIFAXより）

## COPD予防・早期発見で報告書／厚労省

厚生労働省の「慢性閉塞性肺疾患（COPD）の予防・早期発見に関する検討会」（座長＝工藤翔二・結核予防会複十字病院長）はこのほど、予防・早期発見、適切な医療提供、普及啓発などの一連の施策に関する報告書を取りまとめ公表した。厚労省は「今後、本報告書を踏まえ、さまざまな健康増進に関する機会を活用し、普及啓発に取り組むなど、COPDに対する対策を進めていく」としている。

同検討会は、COPDが予防可能な疾患であるにもかかわらず、医療従事者の中でも理解が十分ではない状況があることから、国民・医療従事者への「理解の浸透が必要」との意見で一致した。報告書では、かかりつけ医などがCOPDの疑いがある人を早期発見し、専門医が確定診断を行う連携システムや、簡易の問診票を活用しCOPDの疑いを見つけることが重要とした。今後は早期発見の手順の確立やCOPDに関する普及啓発を行っていくとした。（12/24MEDIFAXより）

## 国病と労災病院、機構統合で検討会／整理合理化委が報告書

厚生労働省の「独立行政法人・公益法人等整理合理化委員会」（座長＝北沢栄・ジャーナリスト）は12月27日、最終の報告書を取りまとめた。独立行政法人改革の提言のうち、国立病院機構と労働者健康福祉機構は新たに設置する検討会で、統合を視野に議論を進めるよう求めた。北沢座長が小林正夫政務官に報告書を手渡した。

報告書は、国立病院機構の国立病院、労働者健康福祉機構の労災病院、年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）の社会保険病院などが各地域で効率的・合理的な配置になっていないと指摘。厚労省所管の独法が運営する244に上る全病院について、その役割を見直すよう求めた。国立病院機構と労働者健康福祉機構については、傘下の病院のネットワークの統合や個別病院の再編・整理を目的として「国立病院・労災病院等の在り方を考える検討会（仮称）」を設置し、1年を目途に結論を出すよう提案した。北沢座長は検討会を設置する時期について「年明けにはメンバーの選任作業に入ってもらいたい」と厚労省に早急な発足を求めた。（12/28MEDIFAXより）

## 外国人の医療滞在、最長6カ月間可能に／11年1月からビザ運用

外務省は12月17日、医療滞在ビザの運用を2011年1月から始めると発表した。法務省は、医療機関に入院するため来日した外国人について、11年1月から、滞在が90日を超えても在留資格を認める告示を官報で示した。これにより、入院して医療行為を受ける外国人は最長6カ月間、日本に滞在することが可能となった。

外国人の医療滞在の条件緩和は、6月に閣議決定した「新成長戦略」の方針を受けて外務省と法務省が準備を進めてきた。新成長戦略では、高齢社会を迎えるアジア諸国で医療産業などの成長が見込まれるとして「医薬品等の海外販売やアジアの富裕層等を対象とした健診、治療等の医療および関連サービスを観光とも連携して促進していく」と記している。また、同じく6月に閣議決定した「規制・制度改革に係る対処方針」でも、日本を内外に開かれた医療先進国とするために、ビザ発給要件などを緩和する姿勢を打ち出していた。

### ●国内医療機関の事前同意が必要

新たな医療滞在ビザでは、有効期間が従来のビザの3カ月から最大3年に伸びる。1回の滞在期間が90日以内の場合、有効期間内であれば、必要に応じて何回でも来日できる。1回の滞在期間は最長6カ月だが、90日を超える場合は医療機関への入院が条件となる。

さらに、必要に応じて外国人患者の同伴者の入国も認める。患者と同伴者の親戚関係は問わず、同伴者の数についても制限は設けない。外国人患者の受け入れについて日本は遅れているとの意識から、ほかのアジア諸国よりも規制を緩やかにしたという。外務省は「人道的観点も踏まえ、治療などで来日を希望する外国人にとって一層利用しやすいものとなっています」とアピールしている。

ビザ発給の対象者は「一定の経済力を有する者」となっており、在外公館が判断する。入国する外国人の身元保証は、医療コーディネーター会社や旅行会社が担う。外国人患者の受け入れは、国内のすべての病院、診療所で可能だ。ただし外国人患者はビザ発給を受ける前に、医療コーディネーター会社などを通じて、治療の日程や料金について日本の医療機関と調整しなければならない。ビザ発給の際には、日本の医療機関の事前同意が必要となる。

## 「どこでもMY病院」実現へ実証事業／経産省が11年度

個人が自身の医療情報を電子的に管理・活用する「どこでもMY病院構想」など医療の情報化を実現するため、経済産業省は2011年度、医療情報を電子的に取り扱う際に求められるセキュリティーの技術やレベルなどを検証する実証事業に乗り出す。個人情報保護のガイドラインなどの策定を目指す。

政府の高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT戦略本部）が10年5月に決めた「新たな情報通信技術戦略」では▽どこでもMY病院構想の実現▽情報通信技術を通じて医療・介護機関が連携する「シームレスな地域連携医療」の実現一を明記した。政府の新成長戦略にも盛り込まれている。

IT戦略本部の工程表によると、どこでもMY病院構想は13年度から調剤情報などを対象に一部サービスの提供を開始し、14年度からは健診情報や検査データなどに対象範囲を拡大。地域連携医療のネットワークも14年度に実現するとしている。

（1/7MEDIFAXより）

## 私大医学部の定員増を答申／文科省の審議会

文部科学省の大学設置・学校法人審議会（審議会議長＝八田英二・同志社大学長）は12月17日、収容定員拡大を盛り込んだ私立大医学部の学則変更を認める答申を示した。

文科省は、2011年度の医学部入学定員を全国で77人増員する計画を同審議会に諮問していた（10年度は360人増員）。このうち文科相による学則変更の認可が必要な私立大医学部については6校から計20人分の定員増を盛り込んだ申請が出ていた。審議会で答申を受けたことから10年内にも文科相が認可する。

各大学医学部の11年度の定員は▽埼玉医科大120人（5人増）▽杏林大117人（6人増）▽順天堂大120人（1人増）▽帝京大113人（1人増）▽東京慈恵会医科大110人（5人増）▽日本医科大114人（2人増）。

国立大医学部の収容定員増は、概算要求事項として政府案決定後に確定する。公立大医学部の収容定員は文科相への届け出で変更できる。

（12/20MEDIFAXより）

## 医学部新設、賛成・反対で活発討議／文科省・検討会が初会合

文部科学省の「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」は12月22日、医学部新設の必要性を訴える意見が出た一方で、医師の偏在こそ問題だとする反対意見が出るなど、初会合から活発な意見が交わされた。座長には慶応義塾学事顧問の安西祐一郎氏が就任した。

検討会は、医師数を1.5倍に増やす公約を掲げた民主党政権の肝いりで設置。これまでの文科省の取り組みや、2010年度以降の入学定員の在り方について検証し、11年末をめどに意見を取りまとめる。

委員の委嘱期間は12年12月13日まで。厚生労働省医政局と総務省自治財政局はオブザーバーとして検討会に参加する。

検討会委員は次の各氏。

▽安西祐一郎・慶応義塾学事顧問▽今井浩三・東京大医科学研究所附属病院長▽片峰茂・長崎大学長▽木場弘子・キャスター▽栗原敏・日本私立医科大学協会副会長▽黒岩義之・全国医学部長病院長会議会長▽桑江千鶴子・都立府中病院産婦人科部長▽坂本すが・日本看護協会副会長▽妙中義之・国立循環器病研究センター研究開発基盤センター長▽竹中登一・アステラス製薬会長▽丹生裕子・県立柏原病院の小児科を守る会代表▽永井和之・中央大総長▽中川俊男・日本医師会副会長▽中村孝志・京都大医学部附属病院長▽西村周三・国立社会保障・人口問題研究所長▽濱口道成・名古屋大総長▽平井伸治・鳥取県知事▽森民夫・新潟県長岡市長▽矢崎義雄・国立病院機構理事長▽山本修三・日本病院共済会社長。

（12/17・24MEDIFAXより）

## 医療・介護関連サービスの産業化推進／経産省、専門部署新設へ

政府の新成長戦略で「成長牽引産業」に位置付けられた医療・介護関連サービスの産業化を推進しようと、経済産業省は2011年度、専門部署として「ヘルスケア産業課」（仮称）を新設する。11年度政府予算案に組織改正を盛り込んだ。

同課は、経産省商務情報政策局に設置。政府の新成長戦略に盛り込まれた▽医療観光の推進▽医療・介護機関と民間サービス事業者の連携による新たな

市場の創出▽「どこでもMY病院」構想などの医療の情報化などを担当する。経産省は「医療・介護などの関連サービス分野における産業化を強力に推進させたい」としている。（12/27MEDIFAXより）

## 海外プロモーションで連絡会発足へ／医療観光で観光庁

海外に対する医療観光の発信力を高めようと、観光庁は近く、医療観光に取り組む関係者が参加する「医療観光プロモーション推進連絡会」を発足させる。全国各地の自治体が医療観光の推進に乗り出す中、先行事例を関係者間で共有して海外向けプロモーションを支援し、医療観光の推進につなげる考えだ。

医療観光は政府の新成長戦略で国家戦略プロジェクトの1つに挙げられ、政府は2012年度からの本格受け入れ開始を目指し、体制整備に乗り出している。

ただ、医療観光の分野でタイやマレーシア、韓国などに遅れをとる日本にとっては、海外での認知度を高めることが課題の1つとなっている。観光庁は10年度、旅行会社と共同で海外メディアに広告を掲載したり、現地旅行代理店や医療関係者との商談会を開催したりするなど、海外向けプロモーションに力を入れている。

近く発足する連絡会では、医療関係者や旅行関係者、自治体など医療観光に取り組む関係者が参加。セミナーやフォーラムを開催するなどして、先行事例を関係者間で情報共有するほか、観光庁も情報提供や助言を行い、海外向けプロモーションを支援する。

観光庁は現在、ホームページ上で関係者に対し連絡会への参加登録を呼び掛けている。（12/22MEDIFAXより）

## 協会けんぽ、11年度平均料率9.50％／国庫補助率は現行維持

全国健康保険協会運営委員会（委員長＝田中滋・慶応大大学院教授）は12月24日、2011年度の平均保険料率を10年度より0.16％分引き上げ9.50％とする方向で一致した。都道府県別料率は11年1月に各支部で決定する。

11年度の国庫補助率は現行の16.4％が維持される。出産育児一時金の4万円上乗せ（総額で42万円）が11年度から恒久化されるが国庫補助は従来より半減される。さらに、準備金残高の赤字を11年度に半

額返済する。平均料率の引き上げに伴い、月収28万円の人の保険料負担は年間で約6000円増える。

さらに、介護保険の2号被保険者の保険料率も10年度より0.01％分引き上げ、1.51％とする。月収28万円の人の保険料負担は年間で約360円増。

### ●11年度後発品目標「26％」

協会は11年度の協会けんぽ事業計画案も提示した。財政再建期間の2年目に当たる同年度はレセプト点検、後発医薬品の使用促進、現金給付の審査強化などの医療費適正化を強力に実施することを盛り込んだ。後発品については使用割合の目標を「26％」と設定する方針だ。2月の運営委であらためて議論する。（12/27MEDIFAXより）

## ワクチン6種の定期接種化を／日医と予防接種推進協が要望

日本医師会と予防接種推進専門協議会は12月16日、希望する子どもが公費（定期接種）でワクチン接種を受けられる制度の確立に向けて細川律夫厚生労働相に要望した。キャンペーンで集めた署名約270万人分の実績を強調し、早期の対応を求めた。

日医の羽生田俊副会長、保坂シゲリ常任理事、予防接種推進専門協議会の神谷齊委員長、民主党の梅村聡参院議員らが細川厚労相を訪ねた。代表で羽生田副会長が要望書を手渡した。

キャンペーンはH i b（インフルエンザ菌b型）、小児用肺炎球菌、HPV（ヒトパピローマウイルス）、B型肝炎、水痘、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）の6種類のワクチンについて、予防接種法を改正し、公費負担の定期接種とすることが目的。要望書では、2010年度補正予算で3種類（HPV、H i b、小児用肺炎球菌）のワクチン接種の公費負担が実現したことを評価し、3種類の公費負担の恒久的な実施と残る3種類の定期接種化を求めた。

（12/17MEDIFAXより）

## 諸外国のドクターフィー、現状を調査／日医総研

日医総研はこのほど、諸外国（英国、フランス、ドイツ、米国）の診療報酬の設定方法やドクターフィーの現状などを調査したワーキングペーパーを公表した。「ドクターフィーとホスピタルフィーを区別しているか」「診療報酬に診療原価コストが反映されているか」の2点をテーマに各国の現状をまとめ、日本はフランスとドイツに似た状況になっていると

の見方を示した。

ドクターフィーとホスピタルフィーを明確に区別していたのは民間保険が中心の米国で、診療報酬には明確に原価コストが計算されていた。

フランスでは、民間病院でのみドクターフィーとホスピタルフィーが区別されており、診療報酬は基本的に医師労組代表、保険者代表、政府代表の交渉で定められていた。民間病院でのドクターフィーも交渉に基づく協約料金で、米国ほど明確に医師の技術料を反映したものではなかった。

ドイツはドクターフィーとホスピタルフィーは明確に区別されておらず、診療報酬は疾病金庫連合会と保険医協会の交渉で決められており、原価コストを明確に反映する仕組みではなかった。

英国はドクターフィーとホスピタルフィーは明確に分けられていなかったが、病院に実績払い制度が導入されており、同制度の公定価格の決定には原価コストが明確に反映される仕組みになっていた。

（12/21MEDIFAXより）

## 「非営利徹底型一般社団を目指す」増加／都道府県・地区医師会

公益法人制度改革に伴う新法人への移行について、全国の都道府県医師会の中で「非営利徹底型一般社団法人」を目指す医師会が増加していることが分かった。日本医師会の12月22日の定例会見で、今村聡常任理事がアンケート結果を公表した。

2009年10月に続き、2回目のアンケートを行った。10年10月時点での対応を都道府県医師会と郡市区医師会に聞いた。全都道府県医師会が回答し、郡市区などの医師会は892団体のうち654団体（回答率73.3%）が回答した。

公益社団法人を目指すとした都道府県医師会は13団体で09年と変わらなかった。一方、非営利徹底型一般社団法人を目指すとしたのは10団体で、前回調査から4団体増加していた。非営利徹底型一般社団法人に移行した後、公益社団法人を目指すとしたのは5団体で前回の調査より1団体減少した。検討中としたのは19団体だった。

非営利徹底型一般社団法人を目指す理由では「公益認定取り消し時に財産を失うリスクがある」「公益社団法人になるメリットを感じない」「継続して公益認定基準を満たせるか不安」などの意見が多かった。

郡市区などの医師会では、46団体が公益社団法人を目指すとし、非営利徹底型一般社団法人を目指す

としたのは367団体。非営利徹底型一般社団法人に移行した後、公益社団法人を目指すとしたのは35団体だった。

非営利徹底型一般社団法人は、一般社団法人の中でも非営利性を徹底している場合や、共益的事業を中心として一定以上の非営利性を確保している場合に該当する。NPO法人などと同様に、収益事業以外の所得には課税されない優遇措置がある。

### ●公益目指す理由、母体保護法対応が最多

公益法人制度改革に基づき改正された母体保護法では、人工妊娠中絶を行うことができる医師の指定は「都道府県の区域を単位として設立された公益社団法人たる医師会」が行うとされている。都道府県医師会が公益社団法人を目指す理由でも「母体保護法に規定されている医師の指定権者であり続けるため」と回答した団体が9団体と最も多かった。

非営利徹底型一般社団法人を目指す都道府県医師会が増えていることから、今村常任理事は「非営利徹底型一般社団法人の医師会でも指定権者となるよう要望していきたい」と述べた。

（12/24MEDIFAXより）

## 医療保険改革法で違憲判決／米連邦地裁、政府は上訴へ

米バージニア州の連邦地裁は12月13日、3月に成立した医療保険改革法に関し、2014年から国民に原則として保険加入を義務付けた条項が違憲だとする判決を出した。同条項への違憲判決は初めて。

医療保険加入の義務化は、同法の主要部分。政府側は上訴する構えで、最高裁まで争われる可能性が高い。11月の中間選挙で大勝し勢いに乗る野党共和党は同法撤廃を主張しており、判決はオバマ政権には逆風となる。

判決は、個人には保険に加入しない選択肢も持つ権利があるとし、加入を迫るのは「憲法が議会に与えた権限を越える」と指摘した。

バージニア州のクチネリ司法長官（共和党）が提訴していた。判決を下したのは、02年にブッシュ前共和党政権が任命した保守系判事。

同法をめぐるのは、個人の自由と州の主権を侵害しており、違憲だとして法の無効確認を求める同様の訴えがフロリダ州など各地で審理中。ギブズ大統領報道官は12月13日の記者会見で、バージニア州の別の連邦地裁などは合憲だとの判断を下していると指摘し「改革は進む」と述べた。

米国では個人の自由を尊重し、政府の役割拡大を嫌う伝統的価値観から国民皆保険制度が育たなかった。医療保険改革法は、高所得層への増税などを財源に、低価格の保険商品が選べる仕組みなどを規定して保険加入率の拡大を目指している。

【ワシントン共同】（12/15MEDIFAXより）

## 介護保険編

### 利用者負担増は見送り／介護保険制度改正案で厚労省

厚生労働省は12月24日、2011年の次期通常国会に提出する介護保険制度の改正案について「介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）」のポイントを発表した（資料1、後掲24ページ）。「地域包括ケアシステム」の実現を主眼とした「医療と介護の連携強化」や「認知症対策」など6つのポイントを挙げ、改正案を「11年の通常国会に予算非関連法案として提出する予定」（大澤範恭老健局総務課長）とした。12月22日の民主党の提言を受け、利用者負担増による国費負担軽減措置は見送る。第5期以降、全国平均で5000円を超えるかどうかが焦点となっている保険料については、都道府県の財政安定化基金の取り崩しを充てる法整備などによって上昇を緩和するとした。

介護療養病床については「廃止期限を猶予」とした。廃止期限について大澤総務課長は「（猶予3年とする）民主党の提言を踏まえて、具体的には政府内でこれから検討する」と述べた。猶予後の取り扱いは廃止なのかとの記者の質問に対して、大澤総務課長は「通常であれば」と答えた。

社会保障審議会・介護保険部会の意見書に検討事項として盛り込まれた補給給付の支給要件厳格化や、多床室の室料負担の見直しは、実施する場合、省令や告示などで対応できるため「12年度の予算編成や、介護報酬改定の中で対応する可能性はある」（大澤総務課長）とした。

#### ●24時間対応サービス創設

厚労省が示したポイントは▽医療と介護の連携強化等▽高齢者の住まいの整備や施設サービスの充実▽認知症対策▽保険者が果たすべき役割の強化▽介護人材の確保とサービスの質の向上▽介護保険料の

急激な上昇の緩和の一の6つ。新たなサービスについては「単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設」との文言を盛り込んだ。

保険料について老健局総務課は、財政安定化基金の市町村負担分の取り崩しと、介護給付費準備基金の一部取り崩しによって、約180円は下げられると見積もっている。（12/27MEDIFAXより）

### 介護療養病床の廃止、3年間延期へ／民主が提言

民主党は12月22日、介護療養病床の廃止を3年延期することなどを盛り込んだ「介護保険制度の見直しに関する提言」をまとめた。党厚生労働部門会議の石毛鏡子座長が、厚生労働省を訪れ、細川律夫厚生労働相に提言を手渡した。細川厚労相は「党の意見をしっかりと拝聴して立法作業に入っていく」と応じた。

介護療養病床は2011年度での廃止が法律で決まっていたが、介護施設などへの転換が進まないことから、厚労省は11年度の廃止については撤回した。今後の取り扱いを決めた上で関連法案を11年の通常国会に提出することになっている。

党の提言では、11年度末の廃止を3年間延期する法改正を求めている。廃止後の転換先については「施設サービス全体で機能・評価の見直しを進める」として、新たな施設体系の創設を含めて、厚労省に病床の転換が進むよう策を講じることを求めた。

また、24時間対応の定期巡回型の訪問サービスなどを求めた。

#### ●負担増は軒並み反対

財源を捻出するための自己負担の引き上げなどに対しては軒並み反対した。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割への引き上げは反対とした。「総報酬割」の導入も「拙速な導入は避ける」と先送りを求めた。

高所得者の自己負担の2割への引き上げや多床室の室料負担の見直しも「実態を把握し検討」としたが、実質的には反対の立場だ。唯一「財政安定化基金」については、基金を取り崩すための法改正を求めた。

石毛座長は「負担を上げたからといって、介護保険の全体の財政にそれほど大きなプラス効果を生むものではない。負担増は基本的にはやらない方向だ」と述べ、負担増に反対する姿勢を示した。

一方で「グループホームへの家賃助成」など、新たな施策の導入で発生する財源問題については「どこから出していくのかは原局の知恵の働かせどころ。工夫をしていただきたい」と述べ、厚労省の取り組みに期待した。（12/24MEDIFAXより）

## 介護福祉士までの研修一本化へ／厚労省検討会で議論開始

団塊世代が75歳以上となり高齢化がピークを迎える2025年には、現在の倍程度の255万人が必要とされる介護職員。介護サービスの質と量を確保していくため、より良い介護人材の養成体系を見直す議論が厚生労働省の「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」（座長＝駒村康平・慶応大経済学部教授）で本格的に始まった。厚労省が10年12月に示した介護人材の養成体系の見直し案では、介護福祉士国家試験の受験要件として15年度から定める予定の「実務者研修（仮、前呼称＝6カ月研修）」と介護職員基礎研修、ホームヘルパー1級研修の一本化を検討すべきとしたほか、介護福祉士の上級職として「認定介護福祉士（仮）」を位置付けることも検討課題とした。介護職の資格取得を簡素化した上で、働きながらもステップアップできる明確なキャリアラダーをつくり、介護職の賃金体系などを整備して優秀な人材を確保するのが狙いだ。

厚労省が示した案では、ホームヘルパー2級相当の研修を「介護職員として導入的な研修（初任者研修）」として位置付け、ホームヘルパー1級は12年度をめどに介護職員基礎研修と一本化する。その上でさらに、介護職員基礎研修を、介護福祉士国家試験の受験要件として導入が検討されている実務者研修と一本化することも提案。初任者研修は働きながら学ぶことが想定されているため、介護福祉士資格取得までの研修・試験体制を一本化できれば、介護福祉士の上級職として検討されている認定介護福祉士などの位置付けが明確になるとした。

### ●低い資格取得率

厚労省がこうした提案をする背景の1つとして、介護職員の介護福祉士資格取得率の低さが挙げられる。介護福祉士資格取得状況を勤続年数別に見たデータでは、取得率が最も多かったのは勤続15年以上20年未満の53.5%。勤続10年以上15年未満で51.0%、5年以上10年未満でも39.6%と、介護職員として勤続年数が長くなるほど介護福祉士取得率が高いが、それでも約半数にとどまっているという現状があ

る。

介護職員の平均年齢の高さと勤続年数の短さも指摘されている。平均年齢では特にホームヘルパーが高く、09年の賃金構造基本統計調査（常勤・男女計）によると、全産業平均が41.1歳だったのに対し、ホームヘルパーは44.6歳だった。勤続年数では、全産業平均の11.4年に対し、福祉施設介護員は5.4年、ホームヘルパーは5.1年と半分以下だった。（1/7MEDIFAXより）

## 「600時間研修」義務化、3年延期／介護福祉士資格

厚生労働省の「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」（座長＝駒村康平・慶応大経済学部教授）は12月22日、介護福祉士国家試験の受験要件として実務経験3年以上の者に2013年から義務付けるとしていた「6カ月研修」（600時間の研修）について、義務化の施行時期を3年間延期し、16年1月実施予定の試験から適用することを決めた。研修時間の多さに現場職員からの反発が強かったことなどを考慮した。同検討会は11年1月20日の次回会合で、研修時間の縮小について検討するほか、介護福祉士の養成体系の見直しなどについても報告書をまとめる予定。3年間の延期については、改正法案を11年の通常国会に提出する。（12/24MEDIFAXより）

## プラス改定で収支は改善傾向／10年介護事業経営概況調査

厚生労働省は12月20日の社会保障審議会・介護給付費分科会調査実施委員会に「2010年介護事業経営概況調査結果」を報告した。3%プラスとなった09年度の介護報酬改定の影響で、15種類の介護サービスのうち「介護老人福祉施設」「介護老人保健施設」など13種類で収入が支出を上回り、15種類のうち8種類にとどまっていた07年調査と比べて収支状況が改善した。厚労省は「09年度介護報酬改定などによる収入の増加が影響していることが考えられる」としている。

次期介護報酬改定の基礎資料を得ることを目的に、10年7月に約1万施設・事業所を対象に09年（度）1カ月平均の収支状況などを調査。約3900件の有効回答を得た。

サービスごとに収支状況を見ると、介護老人保健施設の利用者1人当たりの収入は1日平均1万3750円、支出は1万2972円で、収支差率は5.7%。介護老

人福祉施設では収入1万2462円、支出1万1123円（収支差率10.7%）、介護療養型医療施設では収入1万8151円、支出1万6081円（同11.4%）だった。

在宅サービスでは、訪問看護が収入8957円で支出8418円（収支差率6.0%）、通所リハビリテーションが収入9549円で支出9290円（同2.7%）だった。一方、居宅介護支援では収支差率マイナス5.3%、短期入所生活介護では収支差率マイナス0.7%だった。

厚労省が07年に実施した概況調査では、訪問看護や居宅介護支援など7種類のサービスで収支差率がマイナスだった。ただ、10年概況調査は07年の調査とは調査方法が異なり客体数が増えたほか、サービスによって有効回答率が2割に満たないなど回答率にバラツキも見られるため、委員会では、慎重に分析する必要があるとの意見もあった。

厚労省は11年4月に調査対象を約3万3000施設に拡大して「介護事業経営実態調査」を実施する予定で、実態調査の結果も踏まえて分析を行う必要があるとしている。実態調査の結果は11年秋に公表予定。

#### ●介護職給与、前年比1万5160円改善

介護職員の処遇改善では、10年7月1日時点の介護職員の平均給与額が09年に比べ1万5160円増加した。平均給与額は25万6680円。「給与等を引き上げた」との回答は、介護老人福祉施設が91.8%で最も多く、最も少なかったのは居宅介護支援事業所の60.2%だった。

給与等の引き上げ方法については、62.7%の施設が「定期昇給を実施（予定）」と回答。続いて「各種手当の引き上げまたは新設」が44.6%、「賞与等の支給金額の引き上げまたは新設（予定）」は21.8%、「給与表を改定して賃金水準を引き上げた（予定）」が15.1%だった。厚労省は、定期昇給、給与表の見直しの実施は評価できるとの認識を示した上で「09年調査で分かった平均9000円の増は介護報酬3%プラス改定が大きく、今回は交付金の効果が比較的、大きいのではないか」（宇都宮啓老人保健課長）とした。（12/21MEDIFAXより）

## 調査・データ編

### 日本の人口12万3000人減／10年、厚労省推計

2010年の日本の人口減少が過去最大の12万3000人

に達する見通しとなった。厚生労働省は1月1日、10年の人口動態統計の推計を発表した。出生数は107万1000人で前年並みで推移したものの、死亡数が119万4000人で前年より約5万2000人増え、戦後最大となる見通しだ。人口が減少するのは07年から4年連続となる。

死因の上位は、がん（35万2000人）、心疾患（18万9000人）、脳血管疾患（12万3000人）の順。（1/6MEDIFAXより）

### 有老ホーム在在所率81.2%、老福施設94.0%／厚労省調査

厚生労働省は12月16日、2009年の「社会福祉施設等調査」の結果を公表した。09年10月1日時点の有料老人ホームの在在所率（定員に占める在在所者数）は81.2%、養護老人ホームなどの老人福祉施設の在在所率は94.0%だった。

調査は、86種類の社会福祉施設などと障害者自立支援法による15種類の障害福祉サービス事業所、相談支援事業所を合わせた6万2288施設、2万8943事業所のうち、回答のあった活動中の5万7502施設、2万5084施設を集計した。厚労省は、毎年10月1日時点の施設数などを調べているが、今回調査から調査方法を変更したため、年次比較は行わなかった。

#### ●有老ホームの常勤医、全職員の0.05%

職種別の常勤換算従事者数は、有料老人ホームの従事者7万6883人のうち介護職員数は4万8569人で職員構成比は63.2%だった。一方、医師数は38人で構成比はわずか0.05%だった。老人福祉施設の従事者数は4万9247人で、介護職員数は1万6466人（職員構成比33.4%）、医師数は165人（同0.3%）だった。（12/20MEDIFAXより）

### 09年度確定返還金額は30.4億円／指導・監査実施状況

厚生労働省保険局は12月22日、保険医療機関などに対する指導・監査の2009年度の実施状況を発表した。09年度中に確定した診療報酬などの返還額は30億3903万円で、前年度より6億2209万円減少した。医療機関などの指定取り消しは11件（同22件減）だった。

確定した返還金額の内訳は、指導によるものが21億2360万円（前年度比3億9898万円減）、監査によるものが9億1543万円（同2億2311万円減）。

医療機関などへの個別指導は3666件（同256件増）、

新規個別指導は5699件（同761件増）、集団的個別指導は1万3254件（同661件増）、監査は85件（同16件増）といずれも増加している。にもかかわらず、返還金額が減少したことについて厚労省医療指導監査室は「指導・監査が09年度中に行われたが返還金額が確定しなかったケースが多かったため」と説明。10年度の確定金額に反映される見通しだ。

医療機関に着目すると、監査は39件で前年度比3件増、指定取り消しは2件だった。薬局の指定取り消しは09年度以来のゼロ件だった。指定取り消しの理由は、ほとんどが診療報酬の不正請求だった。（12/24MEDIFAXより）

## 女性の7割「接種したい」／子宮頸がん予防ワクチン

厚生労働省の「望まない妊娠防止に関する総合的研究」班（分担研究者＝北村邦夫・日本家族計画協会家族計画研究センター所長）は1月7日、2010年9月に実施した調査について、7割の女性が子宮頸がん予防ワクチンを接種したいと考えているとの結果（速報値）を公表した。

調査の結果、09年12月から接種が始まった子宮頸がん予防ワクチンについては、全体で62.7%、男性では42.5%、女性では78.4%が認知していた。女性の回答者でワクチンを「接種したい」と答えた人の割合は71.3%だった。一方、相手にワクチンを接種してほしいかどうかを男性に聞いた結果、72.0%が「接種してほしい」と答えた。

調査では、緊急避妊法の認知度が30.0%と高いことも分かった。緊急避妊ピルは12月24日に薬事分科会で承認を受けたばかり。

研究班による「男女の生活と意識に関する調査」は2年ごとに実施しており、今回で5回目。16-49歳までの男女3000人を対象に実施し、1540人（男性671人、女性869人）から回答を得た。平均年齢は男性33.8歳、女性34.5歳だった。（1/11MEDIFAXより）

## 月平均残業、他省庁の2倍以上／厚労省職員

厚生労働省は1月7日、霞ヶ関国家公務員労働組合共闘会議残業実態アンケートの結果を公表した。厚労省職員の月平均残業時間は全体平均32.8時間の2倍以上だった。組合別の月残業時間は、旧労働省が73.4時間でトップ、旧厚生省が71.7時間、続く経済産業省が45.9時間だった。

この結果を受け厚労省は、職員の勤務環境の改善に向けて、年次休暇の取得を促進させるとの方針を発表した。年次休暇を取得しやすくするため▽すべての職員が事前に希望する休暇予定日を登録する「年次休暇の事前指定制度」に基づき管理者が業務を調整する▽勤続5年目、10年目など、節目の年には1週間以上の連続休暇の取得を促進する一など、国家公務員法に基づく細かな運用方法を独自に定める。早ければ1月中にも詳細を決定し、職員に周知する予定だ。（1/11MEDIFAXより）

## 公立病院、09年度に4割が黒字化／総務省の調査

総務省は12月24日、公立病院改革プラン実施状況（9月末現在）の調査結果について、病院事業を実施する637団体のうち、99.7%に当たる635団体904病院が公立病院改革ガイドラインに基づくプランを策定したと公表した。策定団体は、都道府県では奈良県を除く46団体、市町村では広島県神石高原町を除く589団体だった。

3月末の調査では策定病院数は928病院あったが、その後、プランを策定した病院が7病院ある一方で、診療所化や民間譲渡などで31病院が減少し、9月末現在では904病院となった。

904病院のうち、2009年度の経常収支について、31.0%の280病院が黒字化するとプランを示していたが、今回の調査で09年度決算では40.8%の369病院が黒字化していたことが分かった。また、ガイドラインの目標年度となる11年度に黒字化を見込む病院は、69.5%の628病院だった（プランでは65.5%の592病院）。

09年度に再編・ネットワーク化計画を策定した病院は79病院（8.7%）、策定を予定していない病院は、109病院（12.1%）だった。09年度から10年9月にかけて経営形態の見直しを実施した病院は、110病院（12.2%）ある一方、実施を予定していないとした病院は、178病院（19.7%）あった。

都道府県では公立病院などの再編・ネットワーク化の推進計画・構想を策定済みとした団体が36団体で、10年度策定予定が5団体、11年度以降策定予定が6団体だった。（12/27MEDIFAXより）

## 人工透析医療費、年間1750億円／協会けんぽが推計

全国健康保険協会は、2010年4-8月の電子レセ

プトを基に推計した人工透析に関する分析結果を公表した。協会けんぽ加入者に占める人工透析患者の割合は0.089%なのに対し、協会けんぽの医療費総額に占める人工透析に関連する医療費（調剤費も含む）の割合は3.4%で、年間1750億円に上るとしている。

協会けんぽ加入者の人工透析患者数は約3万1000人。加入者数に占める割合は男女とも九州地方で高い一方、山形、富山、愛知各県では低い傾向が見られる。

人工透析関連医療費が加入者の医療費総額に占める割合が最も高いのは沖縄県で5.2%、最も低いのは秋田県で2.7%だった。

電子レセプトのみを集計した場合、入院、入院外を合わせた患者1人当たりの平均人工透析関連医療費は月額約47万9000円。入院は約81万4000円、入院外は腹膜透析が約44万7000円、腹膜透析以外が約40万9000円となっている。

協会けんぽは分析結果を今後の保健事業などで活用したいとしている。（1/7MEDIFAXより）

## 「当直翌日勤務の緩和」進まず／日産婦、大学病院を調査

日本産科婦人科学会（日産婦）は12月11日、理事会後の会見で、「当直翌日勤務の緩和」が実現できている大学病院は2010年7月時点で17病院で、09年調査時点の18病院より減少するなど、大学病院の産婦人科勤務医の労働環境の改善が進まない実態を明らかにした。同学会は08年から大学病院の「当直翌日の勤務緩和」について毎年、調査しており、1回目の08年調査では14病院だった。医療改革委員会の海野信也委員長（北里大産婦人科学教授）は「当直翌日の勤務緩和を導入しても、継続が難しく、取りやめた施設もあり、明らかに増加傾向とはいえない」と述べ、ほぼ横ばいで推移しているとの解釈を示した。

分娩ごとの手当については、10年7月時点で大学病院106病院のうち48病院が支給していた。08年は14病院、09年は32病院だったことから、分娩手当の支給については増加傾向となっている。海野委員長は「大学病院の本院だけで見ると44病院で、過半数の本院が分娩手当を支給している。国や県の補助金のほか、診療報酬改定ごとのハイリスク分娩管理加算の増額などが後押ししている」と述べた。

一方、時間外勤務手当については、「なし」が23病院、「一部支給」が48病院で、「完全支給」は15病院

にとどまった。時間外手術でも、「手当が支給されていない」が48病院に上り、「支給されている」は37病院だった。海野委員長は「まだまだ始まったばかりという感じだ」と述べた。（12/14MEDIFAXより）

## 医師の事務作業、1日平均2時間57分

医師の1日の事務作業時間の平均は2時間57分で、最も負担だと感じている作業が「保険会社様式の診断書の作成」や「紹介状の返書の作成」であることが、新医療施設開発振興財団助成「医師と医療関係職種役割分担を推進するためのオーダリングシステムのアーキテクチャ再構築」研究班（研究代表者＝瀬戸僚馬・東京医療保健大医療情報学科助教）の調査で分かった。

瀬戸氏らの研究班は、徳島県が緊急雇用対策事業の一環として行っている「医師事務作業補助者導入推進事業」の実施病院のうち7病院に勤務する医師187人にアンケート調査を実施。63人から回答を得た（回収率33.7%）。

医師の1日の事務作業平均時間は2時間57分で、主な事務作業は「外来診療録の記載（23.2分）」「退院サマリーの作成（20.1分）」「紹介状の作成（19.5分）」「紹介状の返書の作成（17.7分）」「保険会社様式の診断書の作成（12.6分）」だった。研究班は調査結果について「医師にとって事務作業が大きな負担になっており、その軽減が急務であることを顕著に示した結果となった」としている。

また、医師事務作業補助者に委譲したい事務作業について聞いたところ、医事課経験者には「レセプトに添付する症状詳記の作成」、病棟・外来クラーク経験者には「外来診療録の作成」、病院未経験者には「診療録・画像検査結果などの物的整理」などを委譲したいとの声が多かった。（12/14MEDIFAXより）

## 医療・社会保障運動 トピックス

### 医療ツーリズム「医療崩壊に拍車」／保団連・政策部長談話

保団連は12月14日付で、政府が進める医療ツーリズムについて「医療崩壊に拍車を掛ける」とする政策部長談話を発表した。「医療の国際交流（医療ツーリズム）は、旅行代理店など営利企業が、富裕外国人に狙いを定めて日本に誘致することになる」として政府によるバックアップを“行き過ぎ”と指摘。「利潤追求のための患者の選別などが危惧され、わが国の医師不足や地域医療崩壊の現状に拍車が掛かる」とした。（12/15MEDIFAXより）

### 2011年度税制改正大綱について談話発表／保団連

菅内閣が12月16日に2011年度「税制改正大綱」を閣議決定したことを受けて、保団連は、12月20日、会長談話を発表した。談話では、この大綱について、「総じて大企業・大資産家には減税を行う一方で、庶民には増税を強いるもの」であり、消費税増税を明示するなど、「内需低迷」「財政危機」を一層深刻化させる内容と指摘。国民に開かれた税制論議に基づいて、大企業・大資産家に応分の負担を求め、国民には減税を行うよう、『11年度税制改正大綱』の見直しを求めている。

さらに、談話では、具体的な問題点について、次のように指摘している。内需低迷下で、法人税の実効税率を5%引下げの方針は、企業の内部留保の増大に終わるだけであり、「大綱」で強調する「デフレ脱却と雇用拡大」上も有効といえない。また、消費税について、「社会保障」のためとして「11年半ばまでに」増税案を取りまとめる方向を示しているが、今回の法人減税の財源捻出につながるものだと批判した。

### 「新薬加算」の撤廃求め厚労省に要請／保団連

保団連と全日本民主医療機関連合会は共同で、12月16日、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」（「新薬加算」）の即時撤廃を求める厚労省要請を行った。保団連から三浦清春政策部長、小藪幹夫同小委員、全日本民医連から廣田憲威事務局次長ら6人が参加。厚労省側は保険局医療課や、医政局、医薬食品局の担当課から6人が対応した。

清原宏真保険局医療課長補佐は要請に対し、「『新薬加算』は製薬企業に体力をつけさせ、適応外薬解消の促進と革新的な新薬の創出を加速させることが目的。国民のメリットや製薬企業の取り組みを評価し、恒久化の是非を中医協で検討し、2011年12月頃に決める」と回答した。

要請団からの「製薬企業には体力がないとの認識なのか」との問いに厚労省は、「体力がないことはない」と回答。これに対し「『新薬加算』は産業政策が強すぎる。体力が削がれている医療機関に原資を回すべき。公的医療保険を守る視点で対応を」と強く訴えた。

また、要請団は、「薬価改定以降の医薬品の流通は、高値での見積もりが多いなど、『新薬加算』の恒久化を前提に動いている」と実態を指摘。さらに、「新薬開発や治験の評価は数年かかる。試行期間が長引くことがないようにすべき」と述べた。

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

4

菅 VS. 小沢 対決論 その1

小沢一郎はなぜ  
マスコミから叩かれたのか？

最初にお断りしておかねばなりません、この原稿は9月1日に書いています。参院選敗北を受けて、菅政権に批判を強めていた小沢一郎が、すったもんだの末、代表選に立候補し、菅直人と小沢の一騎打ちが確定した段階です。読者が本誌を手にするときには結果がすでにわかっているのですが、香りの抜けたコーヒーを飲まされるようなものですが、今回は、あえてこのテーマを選んでみました。多くの関心を集めているだけでなく、この対立と帰趨きすうのうちに、今後の日本の政治の方向を占う重要な問題が含まれているからです。

今回の小沢の立候補には、いくつかの疑問が湧いてきます。第1の疑問は、民主党内の主立った議員連中は言うまでもなく、マスコミも集中砲火とも言える反小沢キャンペーン、とりわけ「政治とカネ」の問題に焦点を合わせた小沢批判を展開しているのはなぜか、という問いです。第2は、菅と小沢は、いったい何が対立しているのかという疑問です。首相の座をめぐる権力争いには違いありませんが、その背後に政治路線、政策の対立はあるのか、あるとすればそれはどんな対立なのか、という問いです。まず今回はこうした疑問について考えてみましょう。

なぜ小沢バッシングがこれだけすごいのか、という問いに関連して一番の疑問は、小沢の「政治とカネ」疑惑については以前から分かっていたのに民主党議員もマスコミも今まで逆の対応をしてきた、それがどうして今回は？ という疑念です。しかも、そもそもこうした小沢の横暴を許してきたのは民主党そのものなのに、マスコミ

も菅首相もそのことにはひと言もふれようとしません。

今回、小沢の政治とカネについて何一つ新しいことがわかったわけではありません。政治とカネ疑惑は、2009年の春、小沢が党代表の時代、西松建設の献金に絡む大久保秘書逮捕から始まりました。その時点で小沢が代表を辞任すべきことは明らかであり、秘書の訴追とともに、離党、議員辞職をすべきであったにもかかわらず、民主党は党ぐるみで小沢擁護に回ったのです。マスコミも決して決然と批判したわけではありませんでした。今年の冬、小沢秘書だった石川知裕議員らの逮捕時にはさらにエスカレートしました。すでに鳩山政権になっており、鳩山民主党はれっきとした政権党であったにもかかわらず、「検察権力対小沢」論、「検察暴走論」がテレビのワイドショーを跋扈・席捲したのは記憶に新しいところです。国民は今と同様、8割近くの人が小沢は幹事長を辞めるべきだと答えていたにもかかわらず、民主党内では菅も仙谷も岡田も腰の引けた発言に終始していました。ところが、今回の大合唱です。どうしてこんな変節が起こったのでしょうか？

結論を言えば、今年の正月と現在では政治状況に大きな変化があり、それがマスコミさらには菅らの反小沢大合唱を生んだのです。変化の1つは鳩山政権から菅政権に代わり、小沢が権力の地位から脱落したこと、第2はそれと相俟って、財界・アメリカが小沢に見切りをつけ、菅政権支持に回ったことです。特に露骨なのは財界です。

財界は菅政権が登場するやいち早く支持声明を出し、また、参院選で民主党が大敗したときも即座

に菅政権存続支持を打ち出しました。選挙翌日、日本経団連は「揺るぎない信念を持って」消費税引き上げにとりくめ、自民党も「超党派」で政権に協力しろ、と激励したのです。代表選にあたっては露骨に菅支持を表明しています。菅政権はこの支持に支えられて居座り、小沢切りを遂行したのです。では、財界は「政治とカネ」問題に愛想が尽きて、小沢不支持となったのでしょうか？ とんでもありません。あの汚職とカネまみれの自民党政権を一貫して支えたのは財界でした。

ではなぜ？ それは今度の対立が「政治とカネ」をめぐる対立にあるわけではないことを示唆しています。アメリカが鳩山、さらには小沢に強い不信を抱きそれを表明しているのは、普天間、日米同盟をめぐる小沢の態度がはっきりしないからです。さらに、財界が小沢不信を露骨に表明しているのは、小沢が、09 Manifestoの公約通り消費税率引き上げに反対しているからです。大企業法人税率引き下げ、消費税率引き上げに初めて言及した菅とは大違いです。財界は、小沢が構造改革路線に熱心でないどころか、それにプレーキをかけようとしていると判断したのです。許すわけにはいかない、と。

菅vs.小沢の対立は、保守支配層が進めてきた日米軍事同盟の強化と構造改革をめぐる激しい路線対立を含んでいるという点を見ることが重要です。小泉政権以来、自公政権が一貫して進めてきた構造改革と軍事大国化の路線に対する怒りの声を受けて登場した鳩山政権が、国民の期待に応え、日米同



盟と構造改革の枠を踏み破ろうとしたことに対して、財界やアメリカの期待に応えて、政権を保守の枠組みに復帰させることを目的に登場したのが菅政権でした。菅政権がいち早く普天間の辺野古移転支持、法人税率引き下げ、消費税税率引き上げを謳ったのは、保守回帰宣言だったのです。それに対して、国民は不信任を突きつけた。権力奪還をねらう小沢がそれを見逃すはずはありません。小沢は、消費税引き上げに反対し、普天間も見直すと言って登場したのです。「またぞろ改革が遅れる」、これが財界・アメリカの苛立ちと危機感であり、マスコミも気分は一緒、構造改革を停滞させてはならないと、小沢つぶしに乗り出したわけです。菅は財界に迎合して、国民に否定されたばかりの消費税の引き上げを、代表選で改めてもち出しています。菅が勝っても、政治

が進むどころか、構造改革の路線が大きくすめられることは明らかです。では小沢が勝てばいいのか？ とんでもありません。

今、日本の政治の今後をめぐる3つの方向が対抗しています。第1は構造改革の道、第2はそれに反対し、旧来の自民党型利益誘導型政治の道、そして第3がそのどちらでもない福祉国家型の道です。小沢は、旧い利益誘導への道を主張しています。しかも小沢は財界やアメリカの圧力を受けて、利益誘導に構造改革を滑り込ませ始めてさえいます。民主党内では今、第1の道と第2の道が激突しているのです。民主党内に第3の道を担う勢力が小さいことが、菅・小沢対決を生んだのです。

今回はこの点を少し詳しくみてみましょう。

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』10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

## 介護保険法等の一部を改正する法律案(仮称)のポイント

■ 厚生労働省 2010年12月24日 ■

厚生労働省は12月24日に、介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）のポイントを公表した。これは、現時点で厚生労働省が想定している改正すべきポイントであり、今後変更がありうる。

改正案では、「医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく、有機的かつ一体的に提供する『地域包括ケアシステム』の実現」を目的としている。

具体的には、①医療と介護の連携強化等②高齢者の住まいの整備や施設サービスの充実③認知症対策④保険者が果たすべき役割の強化⑤介護人材の確保とサービスの質の向上⑥介護保険料の急激な上昇の緩和一があげられ、その改正方針が示されている。

## 介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称） のポイント

※内容については今後変更があり得る

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを  
切れ目なく、有機的かつ一体的に提供する  
「地域包括ケアシステム」の実現

### 1. 医療と介護の連携強化等

- 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）の推進
- 地域包括ケア実現のために、日常生活圏域ごとに地域ニーズを的確に把握した事業計画を策定
- 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設
- 保険者判断による予防給付と生活支援サービスの総合化
- 介護療養病床の廃止期限を猶予

### 2. 高齢者の住まいの整備や施設サービスの充実

- 厚生労働省と国土交通省の連携による高齢者の住宅供給の促進（高齢者住まい法の改正）
- 社会医療法人による特別養護老人ホームの開設

### 3. 認知症対策

- 市民後見人の活用など、高齢者の権利擁護の推進
- 市町村における認知症対策の計画的な推進

### 4. 保険者が果たすべき役割の強化

- 医療サービスや住まいに関する計画と介護保険事業計画の調和
- 地域密着型サービスの提供事業者の適正な公募を通じた選考

### 5. 介護人材の確保とサービスの質の向上

- 介護福祉士等の介護職員による日常の「医療的ケア」の実施
- 労働法規の遵守の徹底、雇用管理の取組の公表
- 情報公表制度の見直し

### 6. 介護保険料の急激な上昇の緩和

- 各都道府県に積み上げられた財政安定化基金を取り崩して保険料の軽減に充てる法整備を行うことなどにより介護保険料を軽減

資料2

# 京都府国民健康保険広域化等支援方針

■ 京都府 2010年12月 ■

京都府は2010年12月27日、「京都府国民健康保険広域化等支援方針」を策定・公表した。

同方針は、10年5月19日公布の改正国保法（医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律）により策定するもので、都道府県サイドからの市町村国保の都道府県単位化に向けた支援方針を定めたものである。

## 京都府国民健康保険広域化等支援方針

平成22年12月策定



京 都 府

京都府国民健康保険広域化等支援方針

1. 広域化等支援方針の策定

(1) 策定の目的

安心できる医療の確保は、府民が地域で生活していくために欠かせないものであり、市町村国保については、被用者保険に加入する者等を除くすべての者を被保険者とする「国民皆保険の最後の砦」といえるものとなっている。このため、京都府においては、医療計画等を通じて医療提供体制の整備を進めるとともに、市町村国保の運営の支援等を行ってきた。

しかし、高齢化の進展や就業構造の変化等により、市町村国保の運営は非常に厳しい状況となっている。市町村国保の被保険者は無職の方や高齢者が多く、保険料（保険税を含む。以下同じ。）の負担能力が低い一方で、医療費が高い傾向があり、市町村国保財政は危機的状況にある。また、小規模市町村では、国保財政が不安定になりやすく、医療費分析やレセプト点検等を十分に行うことが困難となっている。加えて、医療は市町村域を越えて提供されている実態があるが、市町村国保の保険料は市町村間で格差が大きくなっており、同じ所得で同じ世帯構成であっても、住んでいる市町村により保険料が大きく異なっている。さらに、今後の高齢化のさらなる進展等により、市町村国保の運営は一層厳しさを増していくと見込まれている。

このような状況において、国は、平成24年度で後期高齢者医療制度を廃止し、平成25年度から被用者と被扶養者を除いた高齢者は国保に加入することとし、市町村国保のうち75歳以上の部分を都道府県単位で財政運営するという新たな高齢者医療制度案を検討しているところである。また、その後、全年齢を対象として、市町村国保の都道府県単位での一元化を進めることとしている。

こうした中で、京都府としては、国民皆保険を維持し、府民の公平性を確保し、府民の健康を守るためには、将来的な医療保険制度の全国規模の一元化を目指しつつ、まずは、ナショナルミニマム確保の観点から市町村国保への国費投入を充実するよう国に求めるとともに、市町村国保を都道府県単位で一元化し、広域自治体である京都府がその運営に参画することにより、京都府と市町村が協力して国保を運営していくことが必要であると考えている。国の制度見直しの検討状況を踏まえつつ、京都府が医療提供体制、医療保険、健康増進等の保健医療政策全般の一体的な運用を図ることができきる体制を構築し、今まで以上に、地域に必要な医療機能の強化に取り組むとともに、医療費の効率化、府民の健康づくり等を効果的に推進していく必要がある。

本方針は、市町村国保の都道府県単位での一元化に向けて、市町村国保の事業運営の広域化及び財政の安定化を推進するために京都府が策定する支援の方針である。府民が安心して必要な医療を受けられるよう、本方針に基づき、京都府と市町村が協力しながら、市町村国保の事業運営の広域化により、事業効果の向上、事務の効率化等を図るとともに、財政運営の広域化により、財政の安定化、公平性の確保を図るものである。

(2) 根拠規定

本方針は、市町村の意見を聴いた上で、京都府が国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第68条の2第1項に基づき策定するものである。

なお、同条第6項において、市町村は、市町村国保の運営に当たっては、本方針を尊重するよう努めるものとされている。

(3) 対象期間

本方針は、平成22年12月27日から平成25年3月31日までを対象期間とする。ただし、国における制度見直しの検討状況、京都府内の市町村国保の状況、急激な経済情勢の変化等を踏まえ、必要に応じて本方針の見直しを行うこととする。

2. 京都府における市町村国保の状況及び将来の見通し

(1) 被保険者の状況

市町村国保は昭和36年の制度創設以来50年近くが経過し、高齢化の進展や就業構造の変化等により、自営業者や農林水産業従事者が中心の保険から、無職の方や低所得者を中心とする保険に変化している。

全国の市町村国保における世帯主の職業をみると、昭和40年度には自営業・農林水産業が67.5%であったが、平成20年度には20.7%まで低下している。一方で、6.6%であった無職の方は39.6%まで大幅に増加しており、非正規労働者等の被用者保険に加入できない被用者も19.5%から33.7%に増加している。

(2) 医療費の状況

医療費については、高齢化の進展、医療の高度化等により、大きく増加している。京都府内の市町村国保の一人当たり医療費は、昭和63年度には123,948円であったが、平成20年度には235,803円と、20年間で約1.9倍に増加している。

また、京都府内の市町村ごとの市町村国保の一人当たり医療費をみると、医療機関の地域偏在、年齢構成、住民の健康状態等により、平成20年度では、一番高い市町村で270,060円、一番低い市町村で204,223円と、約1.3倍の格差が生じている。ただし、京都府において、患者が居住する市町村内の医療機関を受診する割合は、入院で32.0%、外来で55.9%であり、医療が市町村内で完結する割合は低くなっている。医療資源の多い市町村において一人当たり医療費が高くなるというはつきりとした傾向はみられない。なお、府民が京都府内の医療機関を受診する割合は、入院で94.3%、外来で96.6%となっている。

京都府内の市町村国保の疾病ごとの医療費をみると、平成21年6月審査分のセプトの総医療費は116.6億円であるが、上位四疾病については、「高血圧性疾患」が8.9億円、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が6.2億円、「糖尿病」が5.6億円、「腎不全」が5.6億円となっており、生活習慣病対策の推進が重要となっている。

(3) 保険料の状況

医療費が増加すれば、基本的にそれを賄う保険料も増加することとなる。京都府内の市町村国保の一人当たり保険料は、昭和63年度には63,010円であったが、平成20年度には77,191円（医療分及び後期高齢者支援分）と、20年間で約1.2倍に増加している。ただし、同じ時期の一人当たり医療費の増加率と比較すると、一人当たり保険料の増加率は低くなっている。

京都府内の市町村ごとの市町村国保の保険料をみてみると、住んでいる市町村によって、保険料負担に大きな格差がある。一人当たり保険料（医療分及び後期高齢者支援分）は、平成20年度では、一番高い市町村で104,208円、一番低い市町村で56,944円と、約1.8倍の格差が生じている。また、世帯類型ごとの保険料を試算すると、夫婦と子ども二人の中間所得世帯（年収350万円）の場合は、平成20年度の世帯保険料（医療分及び後期高齢者支援分）は、一番高い市町村で292,640円、一番低い市町村で164,370円と、約1.8倍の格差が生じている。基礎年金のみの高齢者夫婦世帯（年収160万円）の場合は、一番高い市町村で45,600円、一番低い市町村で15,930円と、約2.9倍の格差が生じている。

(4) 財政の状況

市町村国保への財政支援や後期高齢者医療制度の創設等が行われてきたが、市町村国保は非常に厳しい財政状況にあり、ナショナルミマム確保の観点から、国に対して国費投入の充実を求める必要がある。

京都府内の市町村国保の累積収支（収支差引額）に基金等保有額を加えたものを見ると、平成10年度末には合計で106,0億円の黒字であったが、平成20年度末には41,0億円の赤字となっている。また、単年度の実質的な収支（収支差引額）から一般会計任意繰入れを除外したものをみると、平成10年度には京都府内の市町村国保のうち45.5%（44市町村のうち20市町村）が赤字であったが、平成20年度には76.9%（26市町村のうち20市町村）が赤字となっている。

(5) 将来の見通し

市町村国保の運営は現在も非常に厳しい状況にあるが、今後のさらなる高齢化が市町村国保財政に与える影響について、医療費水準や医療保険制度が現行のままであると仮定して推計した。

被保険者の減少等で保険料収入は増えない中で、75歳以上の高齢者の全国的な増加により後期高齢者支援金の支出が2倍以上に増えること等から、保険料を引き上げない場合は、平成37（2025）年度の京都府内の市町村国保には158,1億円の単年度赤字が発生する見込みであり、平成20年度の単年度赤字5,5億円に比べ、大幅に市町村国保財政が悪化することとなる。仮に赤字分を保険料の引上げで賄おうとすれば、一人当たり保険料（医療分及び後期高齢者支援分）については、平成20年度の77,191円から、平成37年度には118,092円と、約1.5倍に引き上げる必要がある。

また、京都府内の市町村ごとの市町村国保の単年度の実質的な収支をみると、平成20年度は赤字の市町村が76.9%であるが、平成37年度にはすべての市町村が赤字となる見込みである。

京都府内の市町村間の保険料の格差については、平成37年度の一人当たり保険料（医療分及び後期高齢者支援分）は、一番高い市町村で144,917円、一番低い市町村で62,728円と、約2.3倍の格差となる見込みであり、平成20年度の約1.8倍からさらに格差が拡大することとなる。

3. 市町村国保の事業運営の広域化及び財政の安定化の推進に関する京都府の役割

府民が安心して必要な医療を受けられるよう、国民皆保険を維持し、府民の公平性を確保し、府民の健康を守るため、京都府は、ナショナルミマム確保の観点から市町村国保への国費投入の充実を国に求めるとともに、市町村と協力して、市町村国保の都道府県単位での一元化に向け、4.の取組等により、市町村国保の事業運営の広域化及び財政の安定化を推進する。

4. 市町村国保の事業運営の広域化及び財政の安定化を図るための具体的な施策

- (1) 京都府と市町村の協議会等の設置
  - 市町村国保の都道府県単位での一元化に向け、本方針に定める施策の推進、方針の進捗管理や見直し、運営体制の在り方等について、京都府と市町村が協議、調整等を行うための協議会を設置するとともに、協議会の下に、具体的な施策の実施等に関する作業部会を設置する。【平成22年度に設置】

(2) 事業運営の広域化

事業運営の広域化を推進することにより、市町村国保の都道府県単位での一元化に向けて、事業効果の向上、事務の効率化等を図る。事業運営の広域化については、原則として、京都府が企画立案し、市町村間の調整を図った上で、市町村が地域の実情に応じて参加を判断するものである。

① 「市町村基幹業務支援システム」への参加促進

京都府及び府内全市町村で構成する京都府自治体情報化推進協議会においては、市町村の基幹となる業務のシステムを共同化し、制度改正等に効率的に対応するため、「市町村基幹業務支援システム」を運用しているところである。この中にはサブシステムとして国民健康保険システムも含まれ、平成22年度に4市町村が参加しており、加えて4市町村が参加を表明している。作業部会等で市町村から意見、要望等を聞き、市町村のシステム更新の時期等も考慮しながら、「市町村基幹業務支援システム」への参加を促進していく。【平成23年度から実施】

② 効果的な保健事業の支援

小規模市町村では医療費や健診データ等の分析を十分に行うことが難しくなっており、また、各市町村が自らの状況を他の市町村と比較し保健事業に取り組みことが重要である。京都府においては、平成21年度に「あんしん医療制度研究会」で医療保険のレセプト分析を行い、平成22年度には医療保険と介護保険の

医師等の過度の負担を軽減し、限りある医療資源を有効に活用するため、作業部会等で市町村から意見、要望等を聞きながら、救急外来利用の適正化を促すための啓発、夜間に子どもが体調を崩した場合の対応を紹介したパンフレットの配布、医師等と患者・住民との信頼関係の構築のための取組等に共同して取り組む。

【平成23年度から実施】  
後発医薬品については、被保険者の負担軽減や国保財政の健全化に資すると考えられ、平成22年度に15市町村が被保険者への後発医薬品希望カードの配付を実施している。被保険者への後発医薬品利用差額通知については、平成22年5月から協会けんぽ京都支部が対象者や対象医薬品を限定した上で実施しており、また、平成23年度から京都府国民健康保険団体連合会が差額通知作成業務を受託できるようシステムが改修される予定であるが、現在のところ、市町村は実施していない。府民や医療関係者が安心・安全に後発医薬品を使用できるための環境整備を推進するとともに、作業部会等で市町村から意見、要望等を聞きながら、被保険者への後発医薬品希望カードの配付、後発医薬品利用差額通知の送付等被保険者の後発医薬品の理解促進に共同して取り組む。【平成23年度から実施】

近年、柔道整復師の施術所が増加しており、それに伴い、柔道整復療養費も増加している。平成22年度に柔道整復療養費の算定基準の見直しが行われたところであり、作業部会等で市町村から意見、要望等を聞きながら、柔道整復療養費の適正な請求に関する周知等に共同して取り組む。【平成23年度から実施】

(3) 財政運営の広域化

財政運営の広域化を推進することにより、市町村国保の都道府県単位の一元化に向けて、小規模被保険者では財政が不安定となりやすいという問題や保険料の市町村格差を解消し、財政の安定化、公平性の確保等を図る。

① 保険財政共同安定化事業の見直し

保険財政共同安定化事業については、国保財政の安定化と市町村間の保険料の平準化を図るため、レセプト一件当たり30万円超80万円以下の医療費について、都道府県ごとに各市町村国保からの拠出金（被保険者割50%、医療費実績割50%）で賄う共同事業である（※）。

平成22年5月の国民健康保険法及び国民健康保険法施行令の改正により、保険財政共同安定化事業について、拠出対象となる医療費の額を引き下げるとともに、拠出方法に所得割（応能負担）を導入することが可能となった。府民の公平性を確保する観点から、負担能力に添じた拠出である所得割を導入することが適当である。また、市町村国保の都道府県単位の一元化を見据えると、対象医療費をできる限り引き下げ、拠出方法を標準的な保険料の応益・応能割合（応益負担50%、応能負担50%）に合わせることが望ましいと考えられる。しかし、市町村が市町村国保を運営するという現行制度においては、拠出方法に医療費実績割を一定程度残すことが適当であり、また、見直しによる各市町村国保への影響が過度に大きくならないよう配慮する必要がある。

このような観点で保険財政共同安定化事業の見直しの試算を行ったところ、対

レセプト分析を行っているところであり、引き続き、京都府が医療費や健診データ等を分析し、市町村間で比較ができるように情報提供を行うとともに、分析・活用方法の助言等を行う。【平成21年度から実施】

また、市町村が特定健診・特定保健指導、疾病の発生予防や重症化予防等および効果的に行えるよう、作業部会等で市町村から意見、要望等を聞きながら、市町村の職員等を対象とした研修、好事例の情報共有、特定健診の受診を促進するための啓発等に共同して取り組む。【平成22年度から順次実施】

医療費通知については、医療費の額や受診日数等を被保険者に通知することにより、健康の保持増進や適正受診に関する意識を高めることにつながるものである。平成22年度には23市町村が京都府国民健康保険団体連合会に委託して実施しているところであり、作業部会等で市町村から意見、要望等を聞き、事業効果の向上、事務の効率化等を勘案しながら、医療費通知の京都府国民健康保険団体連合会への委託等に共同して取り組む。【平成23年度から実施】

さらに、医療機関を重複し、又は頻回に受診している被保険者や医薬品の処方を通利に受けている被保険者等に対する保健指導について、作業部会等で市町村から意見、要望等を聞きながら、共同して取り組む。【平成23年度から実施】

③ 収納対策の共同取組

保険料は市町村国保の基本となるものであるが、近年、保険料の収納率は低下している。一般的に口座振替世帯の割合の高い市町村は保険料の収納率が高くなっていることから、作業部会等で市町村から意見、要望等を聞きながら、市町村国保制度に関する周知のほか、口座振替による納付を促進するための啓発等に共同して取り組む。【平成23年度から実施】

また、保険料の滞納事案については、京都府と、京都市を除く市町村が共同して京都府地方税機構を設立しており、京都府地方税機構が各構成団体から府税・市町村税及び保険料の滞納事案の移管を受け、効果的かつ効率的な滞納整理に取り組んでいるところである。平成22年度に17市町村が保険料の滞納事案を京都府地方税機構に移管している。作業部会等で市町村から意見、要望等を聞き、市町村における保険料の徴収体制も考慮しつつ、納付相談や納付状況、短期被保険者証の交付等に関する市町村と京都府地方税機構との連携に一層配慮しながら、保険料についての京都府地方税機構への移管を促進していく。【平成23年度から実施】

④ 医療費適正化策の共同取組

診療報酬の支払いの適正化を図るため、レセプト点検を適切に行うことが重要である。レセプト二次点検について、平成23年度から京都府国民健康保険団体連合会が受託を開始するところであり、作業部会等で市町村から意見、要望等を聞き、事業効果の向上、事務の効率化等を勘案しながら、京都府国民健康保険団体連合会への委託等に共同して取り組む。【平成23年度から実施】

また、交通事故等の第三者行為求償について、作業部会等で市町村から意見、要望等を聞きながら、情報・ノウハウの共有を図り、効果的かつ効率的な運用に共同して取り組む。【平成23年度から実施】

また、作業部会等で市町村から意見、要望等を聞きながら、口座振替納付促進等の効果的な収納対策を検討するほか、平成21年度収納率が90.0%を下回っている市町村（福知山市、笠置町、久御山町、八幡市）については、作業部会等で個別の収納率向上対策を検討し、重点的な支援を行う。【平成23年度から実施】

（保険料の収納率目標）

平成21年度 の収納率	該当市町村	平成24年度 の目標収納率
92.0%超	伊根町(98.94%)、宮津市(95.75%)、綾部市(94.72%)、宇治田原町(94.58%)、大山崎町(94.10%)、京丹後市(93.88%)、与謝野町(93.66%)、京田辺市(93.56%)、城陽市(93.35%)、南丹市(93.34%)、精華町(93.25%)、宇治市(93.22%)、木津川市(92.67%)、和東町(92.52%)、長岡京市(92.19%)	各市町村がそれぞれの平成21年度収納率に0.5ポイントを加えた数値以上
90.0%超 92.0%以下	亀岡市(91.94%)、舞鶴市(91.93%)、向日市(91.83%)、南山城村(91.29%)、京丹波町(91.02%)、井手町(90.84%)、京都市(90.57%)	各市町村がそれぞれの平成21年度収納率に1.0ポイントを加えた数値以上
90.0%以下	福知山市(89.96%)、笠置町(88.13%)、久御山町(87.47%)、八幡市(87.14%)	各市町村がそれぞれの平成21年度収納率に2.0ポイントを加えた数値以上

※ 平成21年度の京都府内の市町村国保の平均収納率：91.32%

② 赤字解消の目標

市町村国保を安定的に運営するためには、財政の健全化が必要である。また、各市町村国保の累積赤字については、府民の公平性の確保の観点から、都道府県単位で一元化された国保財政には持ち込むことはできず、都道府県単位での一元化の前に、各市町村は前年度繰上充用の解消にできる限り取り組む必要がある。他方、市町村国保の被保険者は無職の方や高齢者が多く、保険料の負担能力が低い一方で、医療費が高い傾向にあり、市町村国保の累積赤字を短期的に解消することは困難である。

このような観点から、赤字解消の目標については、赤字解消の目標年次は定めないが、各市町村は前年度繰上充用の解消にできる限り取り組むこととする。【平成22年度に目標設定】

京都府としては、市町村国保の都道府県単位での一元化の際に、市町村国保の累積赤字を長期債務に振り替え、その計画的な解消を図ることができるよう、各市町村が地方債を発行できる制度を創設し、当該債務の後年度負担について国が財政措置を講じることを国に対して求めていく。【平成22年度から実施】

象徴的引下げは市町村に与える影響が極めて大きいことから、当面、対象医療費は見直さず、拠出方法に所得割を導入することとする。具体的には、保険財政共同安定化事業の拠出方法について、平成23年度から被保険者割40%、医療費実績割40%、所得割20%とする。その際、拠出額が増加する市町村において保険料が急激に増加することを回避するため、京都府調整交付金及び広域化等支援基金を活用した減額措置を講じる。また、引き続き、協議会等で、保険財政共同安定化事業の拠出方法について標準的な保険料の応益・応能割合（応益負担50%、応能負担50%）に合わせる方向で、対象医療費について引き下げる方向で検討を行い、平成30年度を目途に京都府における市町村国保の都道府県単位での一元化の実現を目指す。【拠出方法の見直しについて平成23年度から実施、対象医療費の引下げについて引き続き検討】

※ レセプト一件当たり80万円超の医療費については、都道府県ごとに各市町村国保からの拠出金と公費で賄う高額医療費共同事業により措置されている。

② 京都府調整交付金の活用

京都府調整交付金については、保険財政共同安定化事業の拠出方法の見直しの際に活用するほか、市町村国保の都道府県単位での一元化に向けた活用を検討する。【平成23年度から実施】

③ 広域化等支援基金の活用

広域化等支援基金については、保険財政共同安定化事業の拠出方法の見直しの際に活用するほか、市町村国保の都道府県単位での一元化に向けた活用を検討する。【平成23年度から実施】

(4) 京都府内の標準設定

市町村国保の都道府県単位での一元化に向けて、保険料の収納率目標、赤字解消の目標等を設定することにより、財政の安定化、公平性の確保等を図る。

① 保険料の収納率目標

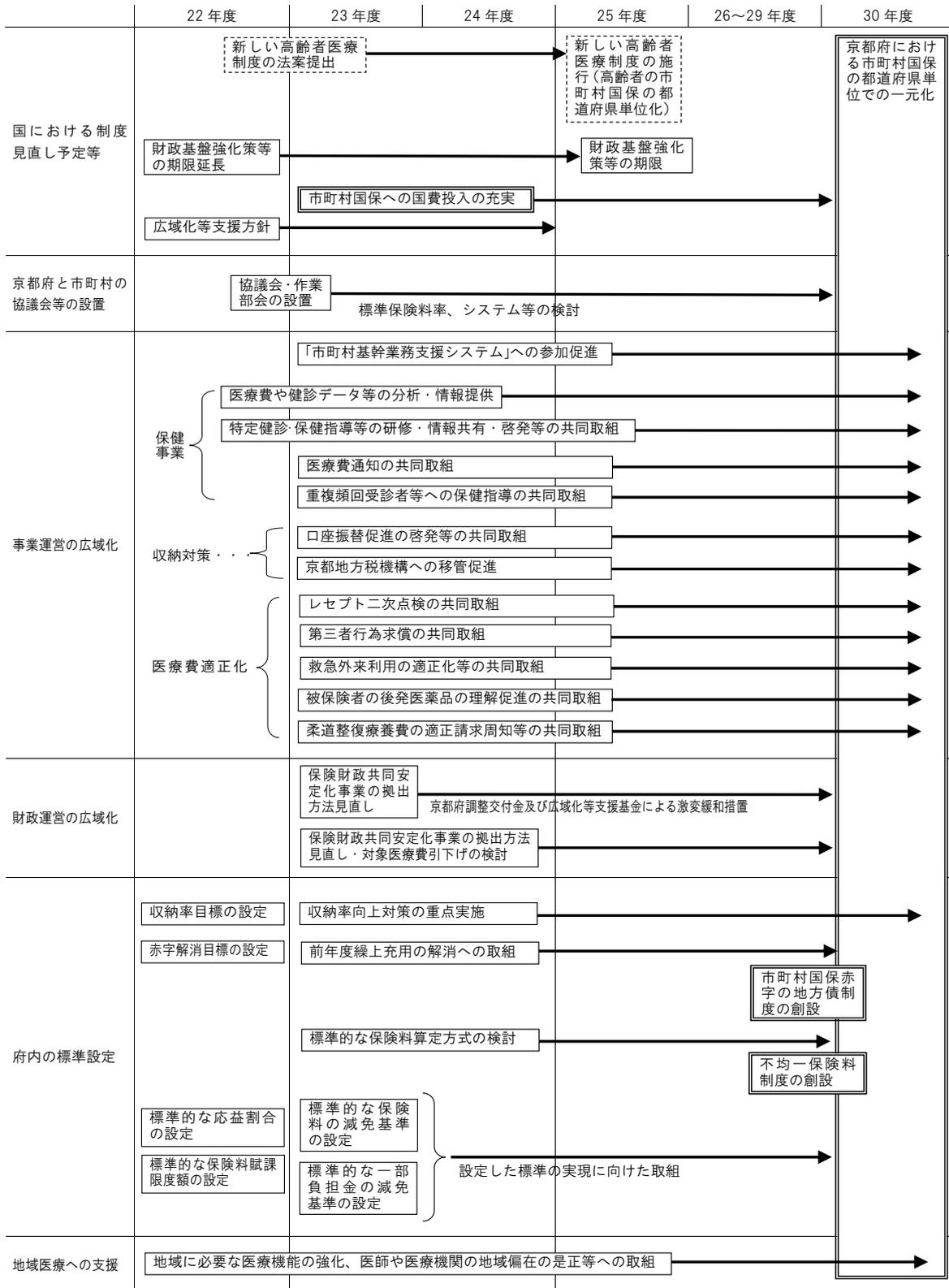
市町村国保については、基本的に、必要となる医療費を保険料、一部負担金及び公費で賄うものである。被保険者にとって保険料が過重な負担とならないよう配慮しながら、医療費に応じた適正な保険料の賦課・徴収を行う必要があり、国保財政の安定化、府民の公平性の確保の観点からも、保険料の収納率の向上は重要な課題となっている。保険料の収納率は景気悪化等の影響により厳しい状況にあるが、特に、市町村国保の都道府県単位での一元化を見据えると、京都府内の市町村国保の平均収納率よりも収納率が低くなっていく市町村については、重点的に収納率向上対策に取り組む必要がある。

このように観点から、保険料の収納率目標については、平成21年度収納率に次いで、平成24年度の目標収納率を次のように定め、その達成状況に応じて京都府が技術的助言若しくは勧告を行い、又はその達成に資する取組に対し京都府調整交付金で支援を行うこととする。【平成22年度に目標設定】

- ③ 標準的な保険料算定方式・応益割合・保険料賦課限度額  
 標準的な保険料算定方式については、府民の公平性の確保の観点から設定することが望ましいと考えられ、国における制度見直しの検討状況を踏まえつつ、引き続き、協議会等で検討を進める。なお、検討に当たっては、四方式（所得割、資産割、均等割、平等割）は都市部で資産割額が高額となることに留意する必要がある。【引き続き検討】
- 京都府としては、市町村国保の都道府県単位での一元化の際に、一人当たり医療費が都道府県内の平均より一定程度以上低い市町村について、一元化によって保険料が大幅に引き上がることはないよう、国に対し、医療費が都道府県内で平準化されるまでの間は、不均一保険料率を認め、均一保険料率との差額分に国費を投入する制度を創設するよう求めている。【平成22年度から実施】
- また、標準的な応益割合については、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号。以下「令」という。）第29条の7で定める標準を踏まえ、50%とする。【平成22年度に標準設定】
- 保険料の賦課限度額を低く設定した場合は中間所得層に過重に負担をかけることとなるので、標準的な保険料賦課限度額については、令第29条の7で定める賦課限度額とする。【平成22年度に標準設定】
- ④ 標準的な保険料・一部負担金の減免基準  
 標準的な保険料・一部負担金の減免基準については、生活困難者の医療機会の確保の観点から設定することが望ましく、その運用を京都府が支援する必要があると考えられる。
- 一部負担金の減免基準については、平成22年9月に国の基準が示されたところであり、京都府調整交付金を活用して、市町村による国の基準の運用を支援する。さらに、京都府内の標準的な保険料・一部負担金の減免基準について、平成23年度中に設定できるよう協議会等で検討を行う。【平成23年度に標準設定】
- (5) 地域医療への支援  
 府民が安心して必要な医療を受けることができるよう、市町村国保の都道府県単位の一元化に取り組むとともに、地域に必要な医療機能の強化、医師や医療機関の地域偏在の是正に取り組む必要がある。
- このため、京都府保健医療計画等に基づき、救急・周産期医療体制の強化、医師の総合的な確保・定着対策の推進、へき地医療拠点病院の強化等に取り組む。【引き続き実施】
5. 京都府における市町村国保の都道府県単位での一元化に向けた工程表  
 別添の工程表で示した諸課題を軸に検討を進め、平成30年度を目的に京都府における市町村国保の都道府県単位での一元化の実現を目指す。ただし、国における制度見直しの検討状況、京都府内の市町村国保の状況、急激な経済情勢の変化等を踏まえ、必要に応じて工程表の見直しを行うこととする。

別添

京都府における市町村国保の都道府県単位での一元化に向けた工程表



政策解説資料

## 資料3

# シンポジウム 私たちの要望 真の地域包括ケアを実現するために

■ 京都府保険医協会 2010年12月23日 ■

協会が2010年12月23日に開催した「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」において、発表した要望事項。地域包括ケア体制構築が、真に高齢期の在宅生活を支え、地域を再生するものとなるには、国・地方自治体の公的責任が必要と強調している。

## シンポジウム 私たちの要望

# 真の地域包括ケアを実現するために

2010年12月23日  
京都府保険医協会

国の社会保障審議会・介護保険部会がまとめた「介護保険制度見直しに関する意見」（2010年11月30日）は、現在のシステムでは介護ニーズを支えきれない事例をあげ、「地域包括ケアシステム」確立の必要性を打ち出した。地域で医療・介護・福祉関係者が連携して高齢期の暮らしを支える必要性に異論はない。しかし、「地域包括ケアシステム研究会報告書」（2010年3月）に示された構想をそのまま受け入れることは出来ない。なぜなら、そこには国が医療保険制度・介護保険制度ともに、制度の財政的持続可能性を第一においた給付抑制を念頭にその構想を組み立てているからだ。真の地域包括ケアを確立するためには、高齢者・住民のケア保障のためにどのような制度が必要かを出発点にして、将来像を展望すべきであり、財政論優先の議論自体が誤りであることを最初に指摘したい。

### 医療費適正化策（＝医療費増加抑制策）

1980年代以降、国は医療保険への国費支出抑制に向けた医療費適正化策を追求してきた。その内の1つは、保険制度改定を通じた「適正化」である。老人保健制度創設・廃止や後期高齢者医療制度はもちろん、介護保険制度も例外でない。介護保険制度導入は社会福祉のあり方を根本的に変えると同時に、「医療」である訪問看護やリハビリを医療保険の枠外へ追いやることで、医療費抑制を果たそうとするものだった。

2つめが、供給体制見直しを通じた「適正化」である。第1～5次医療法改正（1985年～2008年）での都道府県医療計画の導入、特定機能病院や療養病床群の制度

化、地域医療支援病院制度創設、療養病床・一般病床創設、4疾病5事業の医療連携体制など、それらは「医療機関の機能分化」と「ネットワーク化」で「効率的な医療提供体制」を通じた、供給体制面からの医療費抑制の側面があった。国の「地域包括ケア構想」がその延長線上にあるのは明らかで、医療・介護の供給体制を一体的に見直すものである。「介護保険制度の見直しに関する意見」は、「制度の持続可能性」を地域包括ケア体制と並ぶテーマに掲げており、「給付抑制」がそのねらいの本質であることを示している。この事実を抜きにして、国の地域包括ケア構想を議論することは出来ない。

### 地方自治体の福祉・保健衛生行政の変質

国が医療・介護給付の抑制策を進める一方、地方自治体の福祉・保健衛生行政の劇的な変質が進んできた。

1つは、保健所法廃止・地域保健法施行である（1997年）。保健所は、住民の健康権・環境権保障を担い、直接住民に接するプライマリ・ヘルス・ケアの実践機関としての役割を果たしてきた。しかしこれらの法改正は、保健所を事務的管理機関に置き換え、保健サービスの実施をマンパワーや財源の保障を十分にしないまま、市町村にその責任を担わせることになってしまった。

2つめは、介護保険制度導入である（2000年）。施行以降、高齢者福祉を担当する自治体ケースワーカーの数は激減し、老人福祉が高齢者と介護サービス事業者の契約に委ねられ、市町村は「介護保険」の枠組みに即して高齢者に関わるようになった。

3つめは、特定健康診査・特定保健指導の導入である（2008年）。従来の老人保健法に基づき、市町村が実施してきた基本健康診査が廃止され、各医療保険者が将来の医療費増を防ぐための特定健康診査・特定保健指導に代わった。これにより、市町村は地域住民の健康実態把握のためのツールを失ってしまった。

以上のように、今では老人福祉施策でも保健衛生施策でも、地方自治体が住民・高齢者と直接に関わり、健康保障のためのサービス提供を行うことがほぼ皆無となった。国の「地域包括ケア構想」が、こうした地方自治体の「実施責任」の後退状況を回復できるのかの評価も、見落としてはならない。

### 真の地域包括ケア体制実現のために－「生活のケア」実現を見据えて－

介護保険創設以降、「ケア」の捉え方が狭くなった。介護保険で提供されるサービスのほとんどは、排泄・食事・入浴と言った基礎的な生活行為に関するものである。しかし本来、「ケア」とはそれのみを指すわけではない。高齢であっても、障害者であっても、それぞれの人に適した「文化的で潤いのある生活」、「社会参加できる環境」が保障されるなど、その人らしく生きるために必要なケア＝「生活のケア」の

実現を目指す視点こそ、地域包括ケア体制の実現には必要である。もちろん、その視点に立てば、対象者と共に生活するその家族への支援策もそこには含まれる。

それゆえに、そもそも国が「介護保険制度」の枠内だけでこの問題を検討していること自体が不十分・不自然で、それでは本来の体制実現は不可能である。地域包括ケア構築に向けた論議は、介護保険制度とその財政の枠を超えて行われるべきと考える。

### 「生活のケア」保障の財政・人的な責任は国が、その実現は地方自治体が

介護保険制度の枠を超えて地域包括ケアの実現を考える場合、国・地方自治体・事業者・住民の役割をあらためて見直す必要がある。

国の「地域包括ケア研究会報告書」は、「自助」「互助」「共助」「公助」の有機的な連携を進め、それを実現するとしているものの、「公助」の果たす役割は示されていない。また、本来「公助」であるはずの医療保険・介護保険等の「社会保険」さえ、「共助」と位置づけていることは到底理解できない。

医療機関や介護事業所、社会福祉協議会等が医療・福祉活動の連携を進める方向性は間違っていない。しかし、「生活のケア」保障はナショナルミニマム保障であり、地域、場所等によって、保障されるサービス水準に違いがあることは原理的に許されないし、事業者や地域住民のみにその責任を任せてはならない。

地域包括ケア実現に向け、人的・財政的保障は国がその義務を負い、その実施については、地域住民に最も身近な行政がその要となる義務を負う。この原則を確認した上で具体的な地域包括ケア体制構築の議論を行うべきである。

### 地域包括支援センターが役割を十分に果たしうる当面の改善策

国の地域包括ケア構想は、地域包括支援センターを要と位置付け、医療機関・介護事業所・住民福祉活動のコーディネート機能を期待する。しかし、現状ですらセンターは、少人数で膨大な業務をこなし、本来求められている地域支援事業に力を発揮しきれていない。また、「委託方式」のセンターは、民間事業者でありながら「地方自治体そのもの」の性格と多大な責任を負わされ、一方、権限は限定的である。

当面、第一義的に必要な人員・財政の抜本改善を求める。

そして、高齢者に関するほとんどすべてを、センターの役割と責任に転嫁している現状を一刻も早く解消する必要がある。地方自治体がセンターに対し必要な情報提供を行うことはもちろん、困難な事態には、人権保障の観点から積極的に関与し、必要に応じて介入することを求める。

### 医療・介護・福祉関係者の専門性重視と、住民福祉活動の発展を可能とする体制を

地域医療に従事する医療者や介護サービス事業者は、単なる事業者ではなく、地

域福祉の実践主体であり、地域における生存権・健康権保障、即ち人権保障の担い手である。

介護保険財政の枠にしばられ、とりわけ要介護認定における区分支給限度額、対象者の財政負担能力の限界等によって、専門性に基づく必要なサービス提供が妨げられるようなことがあってはならない。専門性による判断を担保する仕組みがあつてこそ、「生活のケア」は実現可能となる。

然るに、「地域包括ケア研究会報告書」は、例えば地域医療を担う医師の役割を「急性期に特化」するとしてその専門性を縮小するとともに、看護師や介護福祉士の業務範囲を拡大する方針を打ち出しているが、これは専門職の業務範囲に関する議論をおろそかにしたまま、給付抑制の手段のために論じるべき課題ではない。

24時間の定期巡回型訪問介護・訪問看護の制度化は、今回の見直しの目玉である。しかし、誰もが在宅を望むわけではなく、誰もが在宅療養が可能であるわけでもない。「地域包括ケア研究会報告書」の示す2025年の姿では、終の住処型の老人福祉施設は廃止され、「ケアつき住宅」に位置づけ直されている。それは特別養護老人ホームをはじめとした老人福祉施設が培ってきた、まさに24時間・365日の全人的介護である施設ケアの専門性が、完全に否定されていることになり、これを認めるわけにはいかない。

また、住民福祉活動－住民の助け合いや見守りは必要である。しかし、地域のつながりは長年にわたる国の政策の下、多くのところで崩れている。この現実を無視し、機械的に「社会的資源」と位置付けることが正しいこととは思えない。地域包括ケアの議論は、そもそも地域自体を再生するためのビジョンとしての議論でもなければならぬと考える。

### 保健所や福祉事務所機能の再生

かつて、保健所や福祉事務所は、地域の医療・福祉関係者、そして、住民と連携して、充分ではなかったとしても、高齢者や障害のある人たち、子どもたちの生活や療養を守り、支える要になっていた。

将来的には、地域に子ども、高齢者、障害のある人たちを支える「公的な」拠点が置かれ、住民に寄り添った医療・介護・福祉・保健衛生施策のセンターが創設されることが必要であると考えられる。

そして当面は、保健所・福祉事務所が地域包括ケア構築に向け、地域包括支援センターを支え、共同する立場で、高齢者をはじめとしたこれらの諸問題に積極的に取り組む機能を再生するよう求めたい。

## アンケート

## 「医業類似行為について」 集計結果

■ 京都府保険医協会 2011年1月 ■

2009年11月に行われた事業仕分け第1弾で「柔道整復師の療養費に対する国庫負担」が仕分けの対象となり、「柔道整復師の3部位請求に対する給付」は見直すとの結論が出され、それを受けて2010年6月以降に順次柔道整復療養費の算定基準が見直れました。今回仕分けの対象となった「柔道整復師の療養費」は、2007年度で3377億円と推計されています。

その額は、柔道整復師の急増もあってか国民医療費の伸びを上回って増えています。また、不自然な保険請求が行われているとの指摘や、審査機関の機能が十分でないとの指摘もなされています。

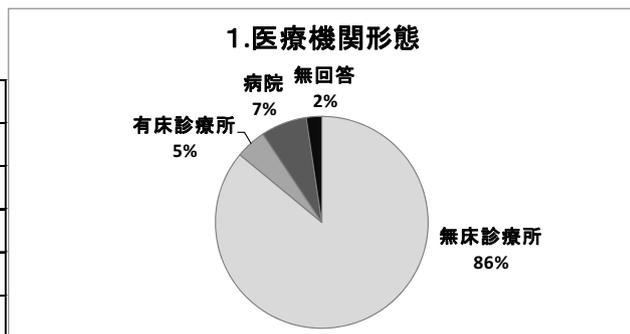
こういった医業類似行為の現状と課題について考えるために、2010年4月に協会代議員を対象に、8月に会員整形外科医を対象に同じ質問項目でアンケートを実施いたしました。

※両アンケート結果の概要は、京都保険医新聞第2773号（1月20日発行）に掲載しておりますのでご参照下さい。

## 代議員対象アンケート 集計結果

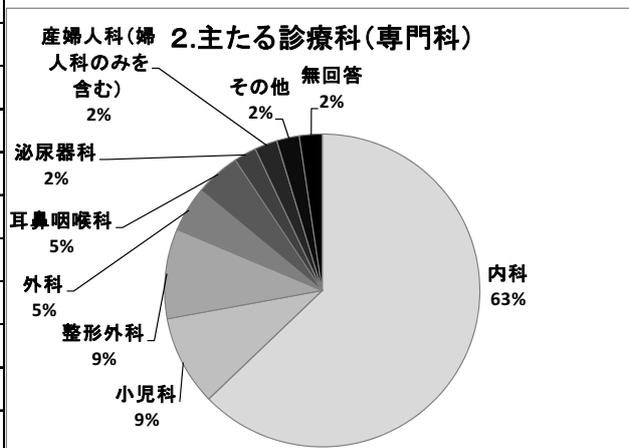
- 期間 2010年4月28日～5月21日
- 対象者 京都府保険医協会代議員 95人
- 回答数 43
- 回答率 45%
- 医療機関形態

項目	回答数	回答率
無床診療所	37	86%
有床診療所	2	5%
病院	3	7%
無回答	1	2%
合計	43	100%



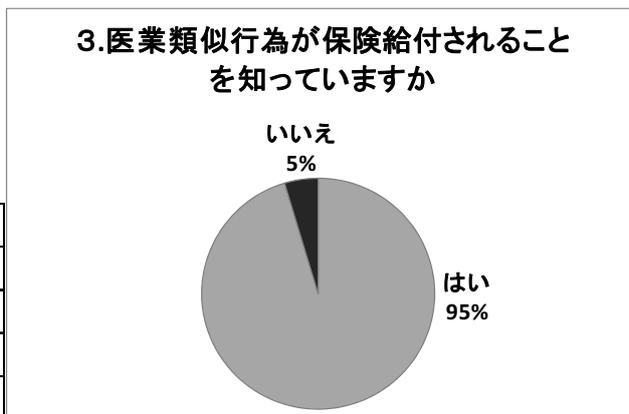
●主たる診療科について

項目	回答数	回答率
内科	27	63%
小児科	4	9%
整形外科	4	9%
外科	2	5%
耳鼻咽喉科	2	5%
泌尿器科	1	2%
産婦人科(婦人科のみを含む)	1	2%
その他	1	2%
無回答	1	2%
合計	43	100%



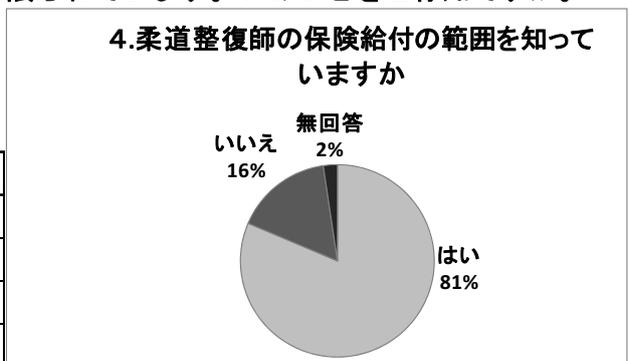
問1. 柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師が行う医業類似行為は、それぞれ一定の条件を満たせば医療保険からの給付を受けることができます。このことをご存知ですか。

項目	回答数	回答率
はい	41	95%
いいえ	2	5%
無回答	0	0%
合計	43	100%



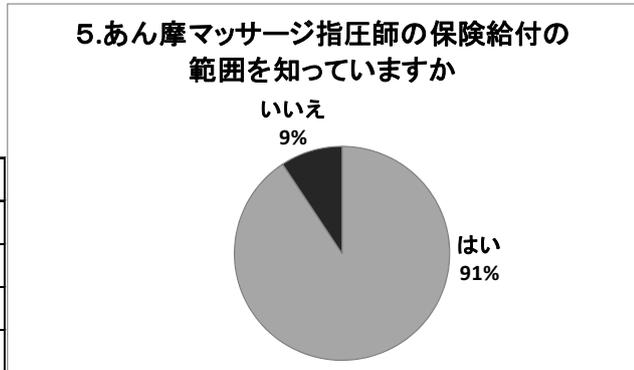
問2. 柔道整復師の業務で保険給付の対象となるのは、骨折・脱臼（応急時を除いて医師の同意が必要）、打撲・捻挫への施術に限られています。このことをご存知ですか。

項目	回答数	回答率
はい	35	81%
いいえ	7	16%
無回答	1	2%
合計	43	100%



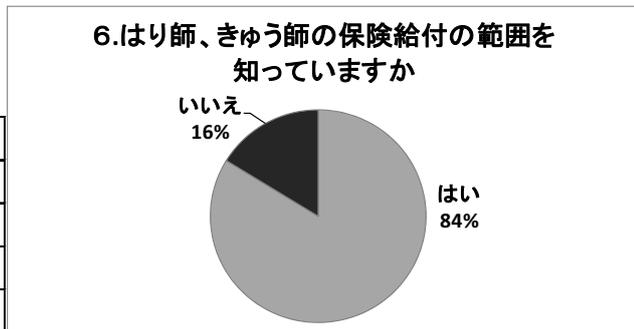
問3. あん摩マッサージ指圧師の業務で保険給付の対象となるのは、筋麻痺・関節拘縮等へのマッサージで、医療上の必要があるとの医師の同意書があるものに限られています。このことをご存知ですか。

項目	回答数	回答率
はい	39	91%
いいえ	4	9%
無回答	0	0%
合計	43	100%



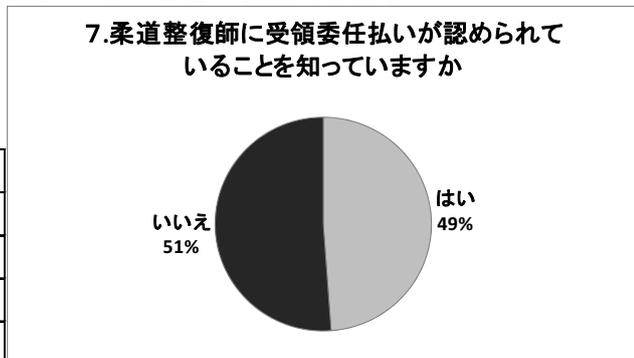
問4. はり師、きゅう師の業務で保険給付の対象となるのは、主として神経痛、リウマチ、およびこれら疾病と同一範疇と認められる類症疾患（頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症等の病名であって、慢性的な疼痛を主訴とする疾患をいう）で、ほかに適当な治療手段がないという医師の同意書がある場合に限られています。このことをご存知ですか。

項目	回答数	回答率
はい	36	84%
いいえ	7	16%
無回答	0	0%
合計	43	100%



問5. 療養費は通常償還払いとなっていますが、柔道整復師に限り、被保険者（患者）からは自己負担金相当額を受け取り、残りを保険者に請求する受領委任払い制度がとられています（見かけ上、現物給付と同じ）。このことをご存知ですか。

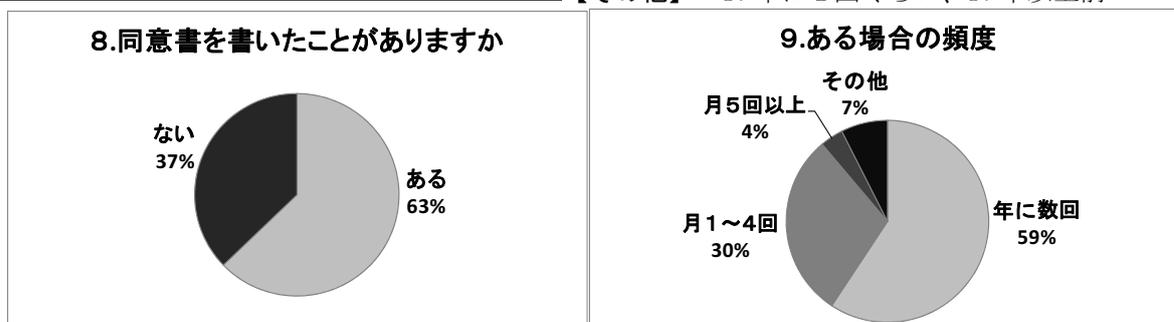
項目	回答数	回答率
はい	21	49%
いいえ	22	51%
無回答	0	0%
合計	43	100%



**問6. 柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師が行う医業類似行為への同意または同意書を書いたことがありますか。**

項目	回答数	回答率
ある	27	63%
(内訳)		
年に数回	16	59%
月1～4回	8	30%
月5回以上	1	4%
その他	2	7%
ない	16	37%
無回答	0	0%
合計	43	100%

【その他】 10年に1回くらい、10年以上前



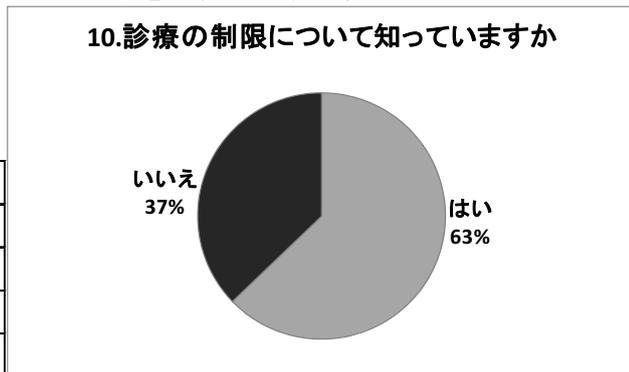
**問7. 問6で「1. ある」とお答えの方にお聞きします。その時の具体的な状況について、例示いただけますでしょうか。**

- ・患者さんが同意書を持参してくるため、時にはやむを得ず同意書に記入することがある。拒否はなかなかしにくい。
- ・通院患者の希望。
- ・神経疾患による関節拘縮に対してマッサージ師からの処置を前医から継続して指示しました。
- ・前医の同意書のコピー持参で同様の施療の継続を依頼された。
- ・患者に求められた。すべて長年の通院患者である。
- ・マッサージ師の承諾書が郵送されてきて記入した。
- ・患者本人より同意書の求めあり。
- ・同意書を持参した患者に対し、当院での疼痛等治療は不可になることを説明したうえで書いた（かかりつけの患者で断りにくいケース）。
- ・患者の希望。
- ・脳梗塞後遺症等拘縮予防の時、(PT、OT) 訪問リハビリで限界（点滴等含め）と思われた時（訪問リハの都合で週1回、週1回ではADL維持できないと考えられた時）。
- ・①廃用症候群で全身の筋力低下、関節拘縮のある患者2名に対し在宅でのマッサージを指示。
- ・②腰痛症で整形外科に通院し改善がないとのことで、当院で湿布と内服処方経過観察し、2週間後に来院してもらい、症状の改善がない場合に、はり治療に同意。

- ・ 2例あるが、①86才男、筋力低下がみられる。肩部痛、腰下肢痛に対し、マッサージの同意書を発行（マッサージ部位の制限、強さの制限付き）。②72才女、腰下肢痛に対し同意書発行。
- ・ 1例あります。入院後の廃用症候群による寝たきり状態の患者の拘縮防止、ADLの維持、改善を目的として往療マッサージを同意しています。拘縮は防止できており、立位歩行が介助により何とか可能になっており、効果はあるように思います。
- ・ 障害者、低酸素脳症にて24時間寝たきり状態。開眼あるも意思疎通なし。居宅にて療養中。四肢関節の拘縮予防。患者の強い希望により。
- ・ 訪問の拘縮などへの対応。
- ・ 信頼できる方に在宅でのマッサージ等をお願いしている。
- ・ 当院でのマッサージを受けるのに長時間待たなければならないので、家の近くで受けたいと希望された。
- ・ ケアマネジャーからの誘導。
- ・ 一昨年1度だけなので覚えていない。
- ・ 10年以上前に1度書いたことがあるが、以降書いていない。
- ・ 知人からの依頼による。

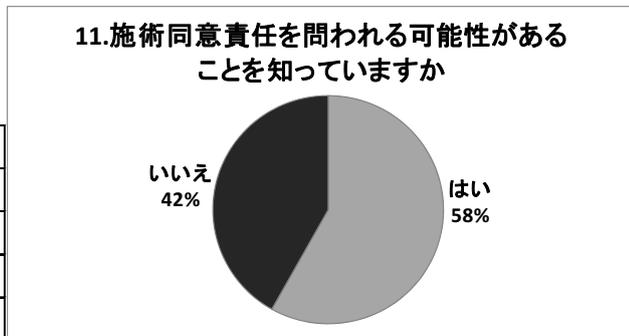
**問8. 医業類似行為への同意または同意書を書いた場合、その疾患についての保険診療や投薬の一部または全部が制限されます。このことをご存知ですか。**

項目	回答数	回答率
はい	27	63%
いいえ	16	37%
無回答	0	0%
合計	43	100%



**問9. 医業類似行為への同意または同意書を書いた場合、患者に施術にかかわる事故が発生した際には、同意を与えた医師には診断責任が残存しており、施術同意責任が問われることも否定できないと言われています（昭57.3.30 長野地裁判決）。このことをご存知ですか。**

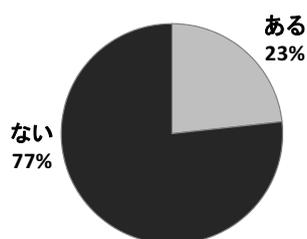
項目	回答数	回答率
はい	25	58%
いいえ	18	42%
無回答	0	0%
合計	43	100%



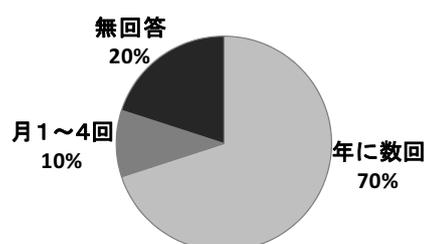
### 問10. 医業類似行為を受けて症状が悪化した患者が受診した経験をお持ちですか。

項目	回答数	回答率
ある	10	23%
(内訳)		
年に数回	7	70%
月1～4回	1	10%
月5回以上	0	0%
無回答	2	20%
ない	33	77%
無回答	0	0%
合計	43	100%

12.症状が悪化したこと



13.ある場合の頻度



### 問11. 問10で「1. ある」とお答えの方にお聞きします。その時の具体的な状況について、例示いただけますでしょうか。

- ・術後の患者に施術をしたため、病状の治癒過程に悪化を招いた。
- ・石灰沈着性腱板炎の急性期に五十肩のみたてでマッサージを行い、症状悪化（最も最近の症例）。
- ・関節を無理に屈曲、伸展させ、疾病を憎悪させたことが多い。
- ・肩こりがひどくて受けた方が余計にひどくなった（俗に言う好転反応ではなくて）、検査の結果、原因は高コレステロール血症と思われた。
- ・肝硬変患者にマッサージを行ったところ、全身に皮下出血を生じた。
- ・肋骨骨折を生じた。
- ・骨粗鬆症の女性に腰部マッサージを施術し、病状が悪化（このような事例は多数）。頸椎症の人に頸部マッサージをして症状が悪化（このような事例は多数）。背部マッサージにて肋骨骨折が発生。
- ・訪問診療している患者が、家庭内で転倒し顔面を打撲した。当方には連絡なく、接骨院に連絡し、往療を受けた。骨折（眼窩部）していると言われ、毎回往療を受けていた。数日後、訪問診療の際、このことを聞き、直ちにCT等の検査を受けさせたところ、骨折はなく、打撲のみであることが分かった。
- ・診断が不適切であったため、整形への紹介が遅れた。
- ・肩こり、頭部痛などで患者に依頼されることが多い。施術者から患者に書類を渡されて、記入するのが当然のように持ってこられます。

## 問12. 医業類似行為に関して感じておられること・課題がございましたら、ご自由にお書き下さい。

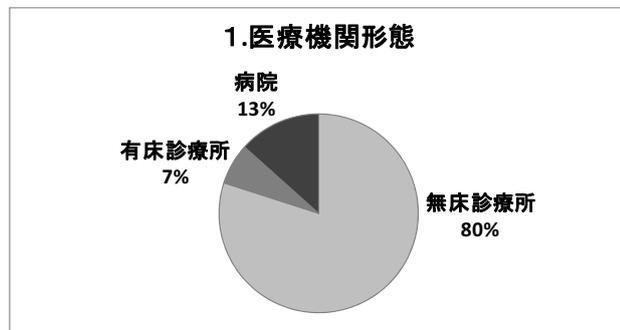
- ・受領委任払いは撤廃すべきです。
- ・柔整師の受領委任払いを即刻中止すべきである。
- ・残念ながら医業類似行為を施行しておられる方々の医療レベルは極めて低く、保険医療の対象としていることは全くの間違いであると思います。
- ・医療との重複受診があるようで、厳しくチェックする必要がある。→容易に医師は同意書を書いてはならない。
- ・同意書は患者さんに持参させず、業を営んでいる本人あるいは施設が直接医療機関を訪れ、同意を求めることが必要である。
- ・初診での同意書発行は医療行為及び保険診療では許されないが、在宅寝たきり患者に対するマッサージは筋拘縮の予防に効果的である。以前は鍼灸院から初診で同意書発行を依頼されることもあったが、社会保険事務所からの照会や療担規則から、すべて2週間の観察期間において同意書を出していた（自らの経験でも整外通院より鍼灸が効果的なこともある）。最近鍼灸からの同意書の依頼は激減しているように感じる。
- ・①高齢者の在宅療養を行う際、コメディカルとして、マッサージ師等も戦力の一員であることは間違いない。今後も存続は必要と思われる。②往診料が高く、生保に対して土日以外ほぼ毎回往療を行っている例（脳卒中後の寝たきり例、硬縮予防とかリハビリ目的とか）を多数見ます（生保の診査をさせていただいているため）。月5回以上はいくらやっても同額とかの制限がいます。わざわざ遠方からの往療も制限なしの状態です（距離によって料金が高くなるようになっています）。③整形外科医がリーダーシップをとって指導されたらどうでしょうか。
- ・不正な請求もあるのかもしれませんが、訪問リハビリ等のサービスが不十分な状況では、特に訪問での処置は患者にとっては有難いと思われます。
- ・はり、きゅう、あんま、マッサージ：初回の医師の同意のみでよいのは理解しにくい。継続して医師の同意が必要と思う。→期間3カ月は守られていない。以上、社会保険、国保が厳しく審査してほしい。また、生保は福祉事務所の審査を厳しくする必要がある。
- ・内服療法への不安と、マッサージ、鍼灸への期待があると思われる。一定期間の受診とその結果により、中止・継続の判定をするべきと考える。
- ・以前、同意書の依頼があったが断った。理由は、行為に不安があること、医学的知識なしに実施する危険、実施者の経験値が分からない、本当に必要であっても整形外科的知識の乏しい内科医では責任が持てない。今後も実施されるのであれば、少なくとも整形外科医との連携が必要と思う。
- ・医療保険にて保険給付となるからは、医師の同意による医師の管理、責任であるべきである。必要な場合にのみ、医療給付はされるべきである。
- ・柔整は問2の急性期のみ認められるのであるが、慢性期を扱っているのが実情である。また、長期にわたり施術が行われている。またこの場合、病名・初検日を変えられている悪質なものもある。
- ・柔整師の施術院のおもて看板や窓の宣伝文句の表示などにデカデカと「各種保険取り扱い」「スポーツ障害」「五十肩」「肩こり・腰痛」「交通事故対応」…などの記載をやめさせるべきである。
- ・柔整は複数部位算定できるのはおかしい。
- ・毎年医師国試に合格して新しく誕生する医師の数と、ほぼ同数の柔整、マッサージ師が世に出てきており、彼らが消費する医療費はこれからどんどん増加することになる。その分、医師の使える医療費が食いつぶされていくことになり、医師の診療報酬抑制の大きな一因となっていくであろう。医療費の請求にも不正が多く、それが見逃されやすい仕組みになっており、彼らに安易に同意書を発行することが、結局自らの首を絞めていく結果になっていることを、整形外科以外の医師は、まだよく知らない実情に以前から危機感を強く感じている。

- ・現状把握を正確にしてほしい（全体的にだけでなく、少なくとも都道府県単位や上位10～100件の金額的規模など）。
- ・柔道整復師の看板に診療時間等とかかかれているケースが多く、不信感を覚えています。「施術時間」ではないのでしょうか。保険適用の手続きにも疑問を感じています。断固反対。以前TV放送（毎日放送ムーブ）でも問題として取り上げられていましたが、最近は立ち消えています。なぜ？
- ・不透明な部分が多すぎる。
- ・医業類似行為の保険請求が不透明。政治献金の問題。しかし、PTの資格を取り、まじめに取り組んでおられる方もいる。
- ・医療保険給付部分がどの程度チェックされているのでしょうか。医のレセプト審査のようなチェックのシステムはあるのでしょうか。もしなければこれは問題かと思われます。
- ・全く受け入れられず、不自然な保険請求をなくすべきだと思います。
- ・政府家族の患者が、関節痛により医業類似行為を受けていた（同意書は書いていないので、柔道整復師）。健保から後日送られてきた受診明細書には、2週程度程度の回数の受診数が書かれていたが、実際に受診したのは月2回のみであった。このような事例をこの患者から聞きました。これは詐欺であるから、健保に連絡するよう勧めましたが、「後々のことを考えるとと言えない」と拒否されました。
- ・①誇大広告等も含め目に余る。②知識が狭く、あいまいな表現でだましていること多々あり。③「宗教的」偽善を看板にしている。④高額な請求をしている。
- ・上記（医業類似行為）に対し、もっと興味を持つべきと思った。
- ・他医にて同意書を書いてもらい、当院で外用剤を処方していたことがあり、問い合わせを受けたことがあります。
- ・ケアマネジャーが安易に紹介する事例が増えている。
- ・国が動かなければ、医師の認知その他では不可能。

## 会員整形外科医対象アンケート 集計結果

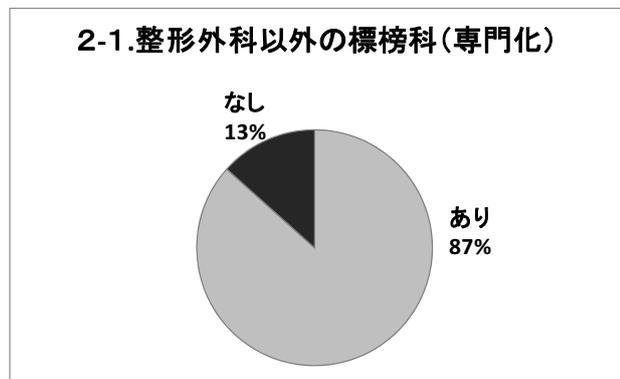
- 期 間 2010年8月13日～9月10日
- 対 象 京都府保険医協会会員整形外科医 287人
- 回答数 90
- 回答率 31%
- 医療機関形態

項目	回答数	回答率
無床診療所	72	80%
有床診療所	6	7%
病院	12	13%
合計	90	100%

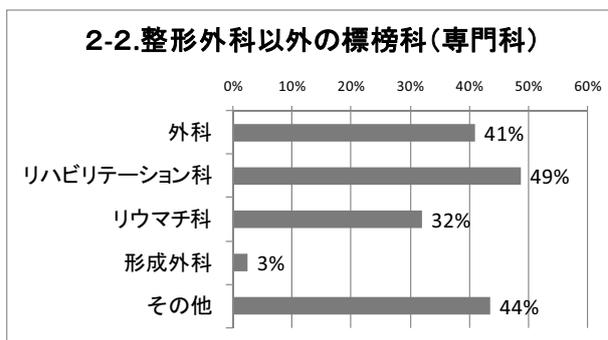


- 整形外科以外の標榜科（専門科）について

項目	回答数	回答率
あり	78	87%
なし	12	13%
合計	90	100%

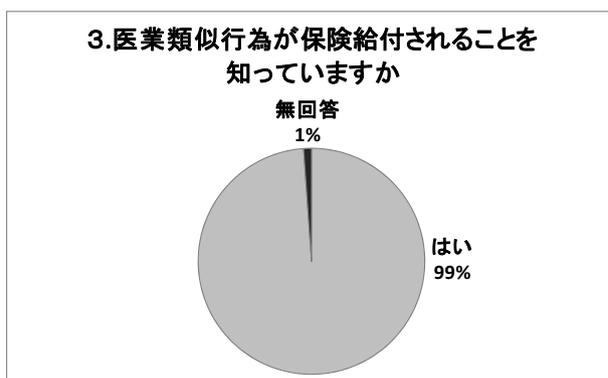


項目	回答数	回答率
外科	32	41%
リハビリテーション科	38	49%
リウマチ科	25	32%
形成外科	2	3%
その他	34	44%



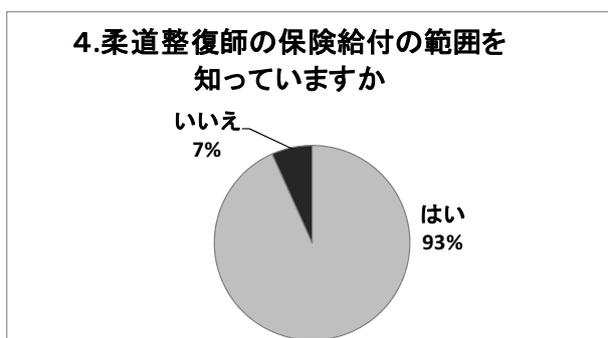
問1. 柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師が行う医業類似行為は、それぞれ一定の条件を満たせば医療保険からの給付を受けることができます。このことをご存知ですか。

項目	回答数	回答率
はい	89	99%
無回答	1	1%
いいえ	0	0%
合計	90	100%



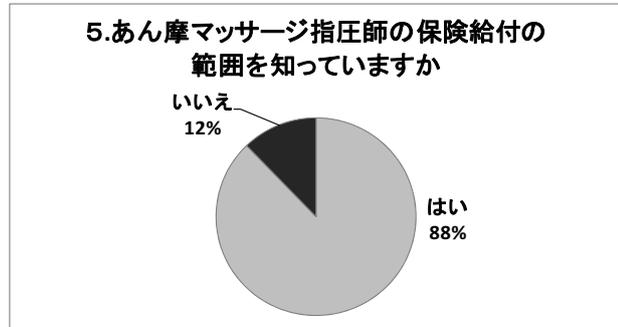
問2. 柔道整復師の業務で保険給付の対象となるのは、骨折・脱臼（応急時を除いて医師の同意が必要）、打撲・捻挫への施術に限られています。このことをご存知ですか。

項目	回答数	回答率
はい	84	93%
いいえ	6	7%
無回答	0	0%
合計	90	100%



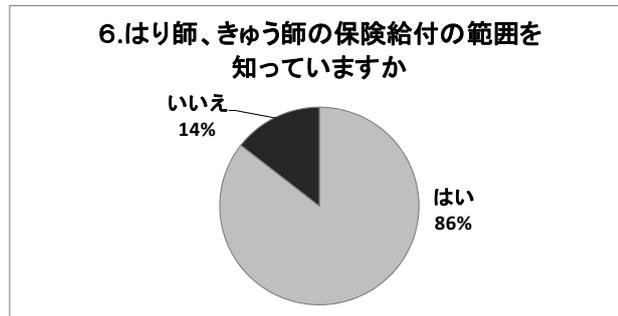
問3. あん摩マッサージ指圧師の業務で保険給付の対象となるのは、筋麻痺・関節拘縮等へのマッサージで、医療上の必要があるとの医師の同意書があるものに限られています。このことをご存知ですか。

項目	回答数	回答率
はい	79	88%
いいえ	11	12%
無回答	0	0%
合計	90	100%



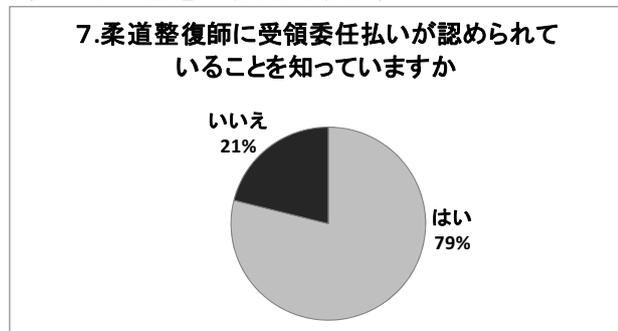
問4. はり師、きゅう師の業務で保険給付の対象となるのは、主として神経痛、リウマチ、およびこれら疾病と同一範疇と認められる類症疾患（頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症等の病名であって、慢性的な疼痛を主訴とする疾患をいう）で、ほかに適当な治療手段がないという医師の同意書がある場合に限られています。このことをご存知ですか。

項目	回答数	回答率
はい	77	86%
いいえ	13	14%
無回答	0	0%
合計	90	100%



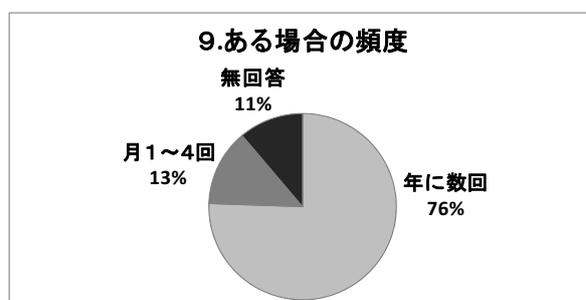
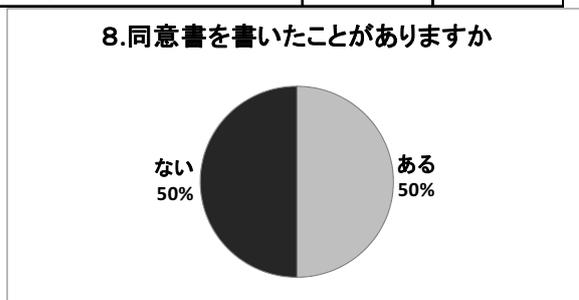
問5. 療養費は通常償還払いとなっていますが、柔道整復師に限り、被保険者（患者）からは自己負担金相当額を受け取り、残りを保険者に請求する受領委任払い制度がとられています（見かけ上、現物給付と同じ）。このことをご存知ですか。

項目	回答数	回答率
はい	71	79%
いいえ	19	21%
無回答	0	0%
合計	90	100%



## 問6. 柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師が行う医業類似行為への同意または同意書を書いたことがありますか。

項目	回答数	回答率
ある	45	50%
(内訳)		
年に数回	34	76%
月1～4回	6	13%
月5回以上	0	0%
無回答	5	11%
ない	45	50%
無回答	0	0%
合計	90	100%



## 問7. 問6で「1.ある」とお答えの方にお聞きします。その時の具体的な状況について、例示いただけますでしょうか。

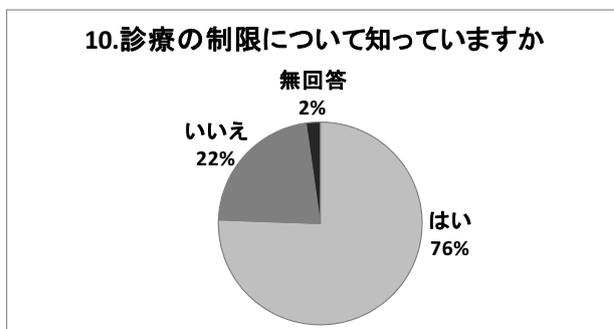
- ・ 整形外科に診察の結果、必要を認めた処置と部位（または範囲）、施行回数及び注意事項を明記。また指示が忠実に行われているか否かを患者から聴取し、行われていないと認めたときは施術者に連絡・忠告を発する。
- ・ 植物状態で寝たきりの患者さんの関節拘縮防止に、本来であれば PT を訪問リハで行っていただきたいところ、現実には困難なため、やむなく柔整師を手配しました（無論3カ月ごとに施術効果確認と見直しを行いながら）。
- ・ 長期在宅加療中の患者（前立腺がん、脳梗塞）の患者の腰痛（脊柱管狭窄）に対し、外科加療の適応無く、指示書（マッサージ）を出します。
- ・ 脳梗塞後遺症で片麻痺のため、マッサージを指示した。
- ・ 頸肩腕症候群、腰痛症、根性坐骨神経痛、その他の原因による肩こり、腰痛、両上肢、両下肢の神経痛様疼痛に対するのマッサージ治療。
- ・ 退院後の Pt に在宅でのリハを行っている。もともと当院に勤務していた者に直接依頼している。
- ・ がん末期の Pt に対する、疼痛緩和対策としての出張マッサージをお願いしました。
- ・ 懇意にさせてもらっているマッサージ師さんが、保険診療によるマッサージのため、施術される患者を連れて来られて、診察と同意書を受けていかれます（数カ月に1回）
- ・ 以前当院に勤務していたはり師からの依頼で同意することがある。紹介されている患者さんは、既に他の整形外科医院を数ヶ月以上にわたり加療を受けているが、改善しないため受診している。そ

のはり師の施術能力は、平均的な理学療法士と同等と判断できる。

- ・基本的には上記の同意書はお断りしているが、例外として手術等も実施し当科でできる十分に実施した後も、麻痺・拘縮などが残存し、在宅リハビリの代替として必要と認める場合、同意書を発行。5名以内だと思います。
- ・在宅療養中の家族からの申し出が多く、同意書を書く。以前は施術を数回してから同意書を求めに来て、保険で減点されたこともあり、数を絞って同意書を書くようにしている。
- ・当院で定期的に診察をしていて、薬物治療を継続中であるが、身体の障害状況と、家族の事情から、通院でのリハビリテーションや物理療法等が困難な患者さんに同意書を発行して、モビライゼーションやマッサージを施術してもらったことがある。
- ・他医療機関で肩関節手術後の拘縮に対し、3カ月を超えてROM改善のPTが必要であった。
- ・在宅療養中の患者に対して、訪問にてのマッサージ、拘縮予防等の施術について同意した。
- ・長年かかりつけの患者さんで断れない。
- ・当院にて診断がついていて、当院にての治療（薬物、器械を使ったりリハビリ）以外の方法で治療を受けたい方。
- ・はり、きゅうを以前からやってもらっているのでも、やむを得ず断りきれなかった。
- ・柔整師さんと患者さんの話の流れにて、健保適用の部分の書類を作りました。
- ・かかりつけの変形性膝関節症の患者で、ヒアルロン酸注を1クールしたあと、遠方のためリハビリに来院しにくいとのことであったので、仕方なく同意した。
- ・よく知っている患者さんからの依頼。訪問リハ等、医療・介護が手薄な分野での依頼。
- ・よく見ている患者さんなので、断りきれなかった。患者さんを利用して同意書を要求する手口は良くない。鍼師、灸師が同意書を持ってくるべきだと思います。
- ・当院は継承（父から）医院で、既に父が書いてしまっている場合、断る労力が大変。
- ・いろいろ治療を受けたが“はり”が一番効果的であったということであった。
- ・家の近くで治療してほしいからと。
- ・交通事故等。
- ・私の知人友人が、私の友人の鍼灸院に行く場合だけ。
- ・遷延性の腰痛とか肩こり。マッサージを強く希望する。
- ・通院が困難な患者に在宅でのマッサージ施術の同意を求められることが多い。
- ・患者が強く希望されたため。
- ・患者の強い希望による。
- ・患者に強く頼まれたため。
- ・患者さんの希望で。
- ・患者、または接骨院よりの依頼。
- ・患者さんの希望。

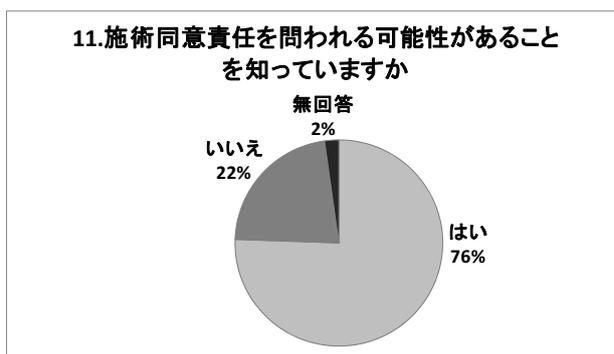
問8. 医業類似行為への同意または同意書を書いた場合、その疾患についての保険診療や投薬の一部または全部が制限されます。このことをご存知ですか。

項目	回答数	回答率
はい	68	76%
いいえ	20	22%
無回答	2	2%
合計	90	100%



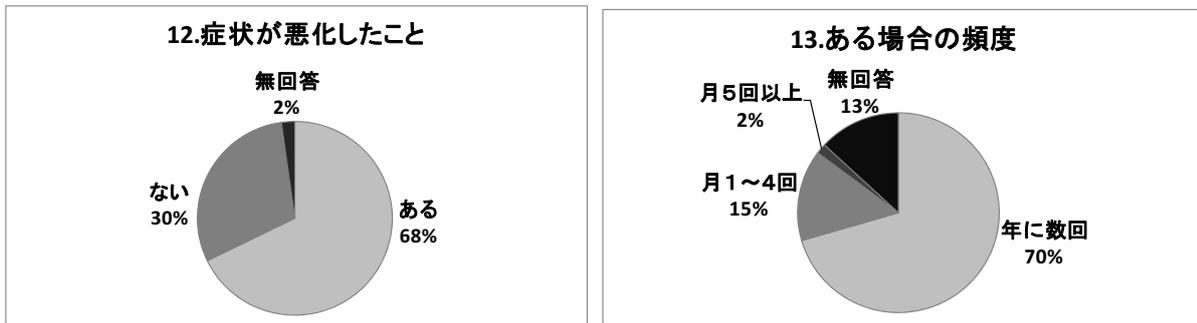
問9. 医業類似行為への同意または同意書を書いた場合、患者に施術にかかわる事故が発生した際には、同意を与えた医師には診断責任が残存しており、施術同意責任が問われることも否定できないと言われています（昭57.3.30 長野地裁判決）。このことをご存知ですか。

項目	回答数	回答率
はい	68	76%
いいえ	20	22%
無回答	2	2%
合計	90	100%



問10. 医業類似行為を受けて症状が悪化した患者が受診した経験をお持ちですか。

項目	回答数	回答率
ある	61	68%
年に数回	43	70%
月1～4回	9	15%
月5回以上	1	2%
無回答	8	13%
ない	27	30%
無回答	2	2%
合計	90	100%



**問11. 問10で「1.ある」とお答えの方にお聞きします。その時の具体的な状況について、例示いただけますでしょうか。**

- ・頸部のハリ、マッサージ等後、四肢麻痺をきたす。圧迫骨折があるのにマッサージを施行、腰痛著しく帰宅不能となる。当然手術が必要と思われる骨折や神経麻痺を見逃し、重度の後遺障害をきたす等（10年位前）。
- ・鍼灸での針での気胸。強いマッサージによる頸部痛、腰痛の悪化。
- ・腰痛で矯正と言って何かを受けてひどくなる。
- ・右上腕部に亀裂骨折があるのに、長期にわたってマッサージをされて、疼痛がひどくなった。
- ・指圧による肋骨骨折。膝痛の腫瘍の見落とし。
- ・骨折を見逃していた。腰痛悪化、神経症状を発症した。頸部痛悪化、疼性マヒを生じた。脊椎圧迫骨折（高齢者）を発症させた。肋骨骨折を発症させた。
- ・疼痛が強くなり来院されたと思います。
- ・「左上肢悪性腫瘍」を接骨師が「五十肩」と誤診治療した患者が来院したので、直ちに病院へ送り、左上肢切断手術を受けさせた。
- ・接骨院等に行ってから、頸部痛、しびれ、腰痛等が悪化した。
- ・骨折に対して、マッサージ、指圧などをして悪化した症例があった。
- ・骨折の見逃し。肩拘縮への誤った可動域訓練等。
- ・保険の審査もかなり甘くなっていると思います。政権政党への寄付金も医師会より多額に支払われております。また、ケアマネジャーやステーションをやっている柔整・鍼灸師が多くいると思われます。このアンケートは総合病院等の他科の医師に送ったほうが良いと思います。私の勤務していた総合病院では、内科・脳神経外科等他科の先生方はたくさんの患者さんに同意書を書いていました。開業医レベルで注意しても、総合病院でかなり発行されていると思います。
- ・78才の婦人。右肩を打撲。接骨院にて外傷後の肩関節周辺炎？…捻挫？と言われ、動かさなければ拘縮して肩が動かなくなると言われ、約3カ月通院。悲鳴の出るほど他動矯正を受けたが、益々の痛みと可動域減少。約4カ月後に当院を受診、著明転位を認める上腕骨頸部骨折の偽関節であった。背腰部の痛みで腹臥位で指圧を受けた夜から痛み↑↑。第12胸椎骨折をきたしていた。
- ・腰痛に対し、強いマッサージを受け腰痛が増強し、局部腫脹もあるため、超音波検査を施行したところ、傍脊柱筋筋膜下血腫を確認した。オスグッド・シュラッター病に対し、電気治療とマッサージのみを施行し続け、骨性変化を悪化させた。
- ・＜腰椎椎間板ヘルニア＞腰痛症ということで整体で施術を受けたことにより、下肢神経症状の悪化をきたし来院した例。＜脊椎転移腫瘍＞単なる腰痛として施術され、発見が遅れた例。
- ・骨折の見逃し。腱損傷の見逃し。骨折の方にギプスを巻きつけ、ギプス障害で来られた方がいます。
- ・股関節痛を訴えてきた患者が、骨盤腫瘍（転移性）であった。
- ・人工関節にマイクロ波を照射し、骨が溶けて人工関節が緩んでいた。骨折をそのまま固定し、手中

- 手骨の変形治癒を起こし、痛みと把持障害で来院した。
- ・マッサージ後の肋骨骨折。
  - ・腰痛の悪化。膝関節痛の増悪。骨折の見逃し。
  - ・頸部痛で柔道整復師による療養を受けていて、頸部の可動性不良、疼痛↑↑で来院。当院で Xp 撮影、変形性腰椎症・軽度すべり症。局所神経ブロック並びに消炎鎮痛剤内服にて寛解しました。
  - ・①肩関節周囲炎、②変形性膝関節症、①・②で腫脹・疼痛の悪化。
  - ・腰椎椎間板ヘルニアの悪化。胸椎の圧迫骨折。
  - ・変形性膝関節症で接骨院へ通院していたが良ならず、当院へ受診し症状軽快した。転移性骨腫瘍（癌転移）に対し、施術を行っていた。肩関節脱臼が接骨院で整復できないということで受診したが、骨折であった。
  - ・肩関節周辺の骨折、手指、足趾の骨折などに対して手術後のマッサージで関節拘縮の改善に対するマッサージの場合、1カ月前後に改善が見られない場合、症状固定としてマッサージや拘縮改善治療をすることは無意味だと思います。
  - ・脊損（頸髄損傷）。股関節唇損傷（裁判となった）。
  - ・頸部マッサージ（指圧）による副神経麻痺。子供の足リスフラン関節捻挫に対し、温熱およびマッサージを重ね、疼痛・腫脹の持続。
  - ・高齢の女性にマッサージで、肋骨骨折を起こした。膝関節炎に温熱療法やマッサージで炎症悪化等。
  - ・腰痛の訴えで、骨盤が曲がっていると言われ、徒手的に圧迫矯正され、その後増悪したという事例。
  - ・強いマッサージで腰椎骨折→入院となった。
  - ・肋骨骨折に対するマッサージ。
  - ・1. 捻挫にて長期施術→骨折（xp）。2. 頸部・肩部マッサージ後→頸部痛・運動領域制限。3 腰部痛→増悪して来院（腰部を足で踏んで施術）。4. 胸部圧迫（マッサージ？）→肋骨骨折（xp）。その他多数あり。
  - ・多発性骨髄腫の患者に漫然と施術を施行し、疼痛悪化で深夜救急搬送→数ヵ月後 Pt 死亡。
  - ・stiff neck →悪化。急性腰痛→悪化。腰痛→悪化。
  - ・カイロで施術を受けて、頸部痛や腰痛の悪化はよく経験します。
  - ・背中でのマッサージで圧迫骨折。頸椎椎間板ヘルニアで上肢しびれの悪化。
  - ・肩関節の拘縮が悪化したもの。温熱療法とマッサージを長期に行っていると聞く。
  - ・圧迫骨折（胸腰椎）。肋骨骨折。
  - ・背部のあん摩・マッサージを受け、肋骨骨折をきたした。
  - ・捻挫した患部を強くマッサージされ、急に腫れ、痛みが増し、歩行が出来ていたのに、歩行できなくなり受診する。背部痛の患者で、脊柱が曲がっていると言われ、強い力で矯正され、肋骨骨折を生じ受診するなど。
  - ・腰椎圧迫骨折を起こし、動けなくなった。
  - ・腰痛で整骨院へ行き、勝手に首のマッサージをされて、頸椎が脱臼した患者がいます。
  - ・踵骨骨折に対し「捻挫」とし、3カ月マッサージ、温熱等を行われ、来院時（疼痛遺存のため）には、既に変形治癒しており、距踵関節の固定術を要した。上腕骨骨頭骨折、大結節骨折を「五十肩」とし、見落とされていたための変形治癒。マッサージ・徒手矯正による、脊椎圧迫骨折、肋骨骨折骨折等々。
  - ・マッサージ部の皮下出血。
  - ・急性外傷でのマッサージで増悪例。肩凝りにて頸椎運動障害をきたした例。アキレス腱断裂でのマッサージ例。
  - ・膝の ACL、MCL、内側半月板損傷を単なる捻挫と施療し、膝関節水腫、不安定性拘縮（軽度）となった。上腕骨骨頭骨折見逃し、骨頭壊死となった。
  - ・高齢の方に骨盤矯正術を行った。若年者に骨盤矯正術を行った。
  - ・①“はり”で気胸②マッサージで肋骨骨折③骨折を捻挫と診断。
  - ・ソフトボールで突き指をされた患者さんで、接骨院で捻挫と診断され、固定後マッサージをされて

- いたが、3カ月たった時点で指の伸縮制限が治らないとのことで当院受診された。X-P を撮ったところ、マレットフィンガー（槌指）で骨折しており偽関節となっていた。他、高齢者の腰痛で腰椎圧迫骨折があるのに、マッサージを続けて悪化していた例もあった。
- ・高齢者にもんだり押ししたりして腰痛が悪化。肩甲骨腫瘍の患者さんを（疼痛がなかなかとれず）引き延ばしていた（2名ほど）。アキレス腱断裂を放置していた。交通事故で（頸椎捻挫）一度も医療機関に受診なく、2・3カ月後にはじめて受診させた。頸椎をいわゆる“ゴキッ”と無理に動かして、以後頸椎を動かすと音がなるようになった。ばね指が明らかなのに、原因は肘からとのことで（知識に疑問）、指と肘の二か所を算定していた。明らかに手根管症候群なのに頸椎からとのことで、頸部を治療していた。
  - ・20代の女性の腰痛に対し、約2年間にわたり施術されていたがまったく改善なく、初診されたところレントゲン検査で腰椎椎間板腔の狭小化を著明に認め、第二日赤の専門医に紹介したところ、結局腰椎カリエスであったことがある。その他、中高生のスポーツ障害で改善しないので、受診するというパターンが多い。症状が悪化するというより、無意味な施術が少なくない。※悪化するケースは40歳代以上の学校の体育教師が患者である場合に多い。
  - ・数回通ったが、まったく回復しない。
  - ・①鍼灸で感染。②腰痛、ヘルニア症状の悪化（柔整）（ただ、重症な方はほとんど利用されていないのではないのでしょうか）。
  - ・あん摩、あるいはマッサージを強い力でやったため、後になって肩や腰の痛みが強くなった。

## 問12. 医業類似行為に関して感じておられること・課題がございましたら、ご自由にお書き下さい。

- ・警察、官僚と癒着し、ほとんど審査が行われず、無条件に近い状態で保険診療が認められていること。
- ・柔整学校の規制。
- ・勤務医時代に「安易に同意書を発行しないように」との指導を上司から受けていたので、開業後もそのようにしている。同意書を書いておられる医師は、外科・整形外科以外の標榜をしておられる方が多いのでは？
- ・慢性疾患に対し、接骨院で施術を行うことは望ましくない。柔整専門学校の規制。療養費の審査をしっかりと行う。柔整師はX線を読影できないし、読影することは医師法違反になるので、X線を貸し出さない。特に内科か外科の医師が貸し出しているように思う。他科の医師は柔整問題や医業類似行為のことを十分に理解しておられないので、紙面で特集して書いてください。平成5年の会計検査院の不正請求の指摘後、改善されていないので、どんどん行政を動かしてください。
- ・類似行為が無免許の施術者によって行われている例が多い。無免許施術者に対する保健行政の取り組みは極めて手ぬるい（放任状態）。少なくとも当町においてはそうである（…2年前）。真面目な有資格者よりも、無免許の施術者の方が商売（？）繁盛の傾向が強いのも事実である。あまりにも永年放置しすぎではないか（保健所が何らかの対応をしているとは聞いたことがない）。
- ・柔整に関しては学校が多すぎて、年間7000~8000人以上の卒業生が生まれる。この人たちの就業ということに関しては疑問がある。
- ・体育会系クラブの先生が、整形外科へ行くとクラブ休止を命じるので、接骨院等へ連れていく傾向があり、xpを撮らずに診断されるのは残念です。
- ・毎年国試に合格して新しく誕生する全科の医師の数とほぼ同数の柔整・マッサージ師が、毎年新たに世に出てきており、当然彼らが消費するであろう医療費は年々急激に増加することになる。ところが総医療費には限度があり、その分我々医師が使える医療費は頭打ち、あるいは食い潰されていくことになり、今後の医科の診療報酬抑制の大きな一因となっていくであろう。彼らの医療費請求

にはもともと不正が多く、またそれが見逃されやすい仕組みになっており、そういう彼らに安易に同意書を発行することが結局自らの首を絞めていく結果になっているということを、整形外科以外の科の医師ももっと認知すべきである。

- ・抜き打ちの監査を審査機関が行うべきである。
- ・患者に正しい知識がない。整形外科の受診前に8割くらいの人が接骨院へ通院歴があります。柔整の現状を見ていると、日本は法治国家と言えるのだろうかと感じる。
- ・1. 一部位疾患で行ったら全身のマッサージをされた、複数部位で請求→審査機関を確立させること。2. 受領委任払いを中止すること→審査強化。3. 宣伝文句が医師法に触れる内容→即中止させること（誇大広告が目にあふ。）→整形外科疾患が広告されている。4. 代議員アンケートに書かれている文面に賛同する。5. 当院中心に半径5～600m以内に柔整・整体・マッサージ・カイロが15軒以上あり、今後も増加する傾向あり。当院の患者も近くへ分散している傾向あり。
- ・Pt自身も慢性疾患について保険加療できないことを知りながら通院しているため、問題の根が深い。内科医の一部にも加担者がいることも非常に問題である。
- ・医療と類似行為の違いを明確にして、彼らの診療も妥当性があるのか、法的容認される行為なのか、鑑別する機関が必要では。
- ・我々が及ばないスキンシップによる安心感を患者に与える部分があると思います。それは「科学」だけで説明できないものなのでしょう。ところで、長野判決以降にも、このような「トンデモ判決」の判例はあるのでしょうか？
- ・適用を厳密に！！柔整は保険から外したほうが良い（骨折にはX線が必要）。
- ・温熱療法を施行した上マッサージ。ウォーターベッドを施行してひと月300円とのこと。安いし気持ちが良いと評判…友人の話。
- ・同意書が欲しければ、師自ら医院に連絡するか出向くかして同意を得るべきで。患者さんを利用して同意書を得るべきではない。
- ・柔整師、鍼師などは、初めての受診者に対しては、必ずさせ、診断を明確にするよう指示すること。本来医師免許を持たない人は、いかなる知識を持っていても、医業はもちろん、類似行為もしてはならないと思う。
- ・接骨院は基本的な位置付けとして、病院へ行くまでの応急処置とされています。同一の患者への施術は月5回までとして、それ以降は医師の同意が必要な仕組みを作るべきだ。また、すべての接骨院が、2つの院を掛け持ちしていて、2つめは知り合いに名義貸ししてる。その二院で同一患者を通院したことにして、減収分を補填している。また患者の印鑑の偽造器も柔整師協会（右翼団体）が販売している。この事実を政治家含めて追求すべきだ！
- ・医学的知識の無いものに保険診療できるのがおかしい。柔整は政治家との癒着があるようですが、一医師としては何ともしようがない。
- ・行政の対応が必要。
- ・徒手矯正後副木固定しているものを毎日来院させていて、湿布とマッサージを行われ変形してしまった。
- ・政治的な問題であって、我々個人の医師が何を言っても通らない！法律的にダメと言われれば診断書も書かない。
- ・医業類似行為は、法律的な条件がクリアされれば拒否はしにくい。柔整の受領委任払い制度は廃止すべき。
- ・受領委任払い制度ができるのは、医師の同意書のある患者のみに限り、他は自由診療とすべきである。
- ・受領委任払い制度の撤廃。Echo等を行うことの禁止（中古医療機器を売る業者も悪い）。将来的にもレントゲン許可などともんでもない！（XPを読む教育も受けていないのに）。養護教諭やスポーツコーチ、ケアマネジャーへの啓蒙と教育。

- ・受領委任払いはなくすべきです。
- ・健康保険を使わせないようにすること。受領委任払いの撤廃。
- ・受領委任払い制度そのものにも問題があり、かつ労災においても3カ月超でもチェック機構が働かず、ずるずると給付が続いている現実（腰椎捻挫で1.5年など）。レセプトの自浄的チェックもなく、野放し状態。そもそも保険給付が適用される根拠が分からない。
- ・最近接骨院が増えており、中には昔ながらにきっちりした診察・施術を行い法律も守って、整形外科とも良い関係を築いておられるところもあるが、その反対に、自分たちの営利を優先しているのか、整形外科にコンサルタントが必要な場合でも紹介せず、自分で抱え込んだり、整形外科批判したり、また不正請求が疑われる例も多く見受けられます。
- ・知識が浅いのか、それとも施術部位数によって施術料が上がるためか、医療費のムダが上昇になると思います。そのため場所数の算定ではなく、医科と同じようにすべきだと思います。同一疾患（名）で医科と柔整が同時に保険を使うことができないのを（当院では説明するが）、説明がなされず患者さんから聞いた話であるが問い合わせがあったとのことであった。半径200m以内に3軒整骨院があるが、ほとんど紹介されたことなく骨折等の患者がどう扱われているのか不明。地域の患者さんに対して不幸な感じがする。なかなか症状が改善しない患者がおられ、話を聞くと整骨院に行き正反対の治療を受けており、困ったことがある。柔整師などの学校が、あまりにもいかにも医療行為ができるように宣伝し、また簡単になれるようなことを謳っているもの問題と思います。「在宅の患者さんの拘縮予防で必要」という意見がありましたが、理学療法（機能訓練）のことを考えるなら、理学療法士にもう少し在宅医療に対する治療のできるように規制を広げたほうがよいと考えます。（理学療法士の方が私的には医療に関しては知識があり、ランク的には上と考えます。病院での経験もあるため）。
- ・保険給付の対象となる場合は、明細書、領収書発行が義務付けられているのか？※学生の運動部の専属のトレーナーのような立場になっている柔整師が多いと思う。高齢者の在宅療養を行う際のメディカルとして、柔整師・マッサージ師が、整形外科医の管理のもとに対応していくことが必要であると思う。この場合、方向性として介護保険を使用し、施術内容・回数などは透明性を確保することが最低限必要であろう。※学校の運動部を指導している教師の一部に、特定の整骨院とタイアップして、学生のファーストエイドをしたり、マッサージやカイロのような施術をしているケースがある。その教師もマッサージやカイロを受けているが、40代になると退行性変性が身体に生じてくるため、悪化するケースが多い。
- ・基本的に同意できない理由。①非科学的な「診断」を伝えて、患者に誤った観念（信仰に近い）をうつけけるような方が多い。例、骨盤が歪んでいる。私が治してあげる（あげた）。患者は医師であれ施術者であれ「先生」として信じ込む傾向が強いため、非常に説明に苦勞することが多い。②どう考えても急性期に必要なないマッサージや物理療法を実施する人が目立つ（自然に治るものもそれで治したと言っておられる）。
- ・医療は医師免許を持つ者だけが行うべきであって、他の何人が行うべきものでもない。医業類似行為に対して、保険給付を行うのは直ちにやめるべきだ。きちんとした医学的知識を持たない者が行う施術は危険である。

**補足質問.** 代議員アンケートでは、医業類似行為をめぐる様々な問題点の指摘だけではなく、医療機関による保険診療では対応しきれないところに医業類似行為が対応している部分（在宅寝たきり患者の拘縮防止など）があるとの意見もありました。このような指摘をふくめて、代議員アンケートの結果についての感想をお聞かせください。

- ・寝たきり患者に訪問マッサージを行うのではなく、PT が訪問リハビリを行うことが望ましい。訪問マッサージに高額な費用が発生しており制限すべきである（月の回数を制限すべきである）。
- ・寝たきり患者に関してのリハで、どれだけの効果がでるかはや疑問。拘縮がどれだけとれているかのチェックができていない。
- ・施術しているかどうか疑問である。また効果の判定も疑問（医療レベルが極めて低い）。保険医療の対象となっているのはナンセンス。
- ・現在の保険診療（あるいは介護給付）で対応できないなら、その内容を改善すべきである。医業類似行為は医療ではない。
- ・理学療法士の数も増える傾向があり、機能的なものを考えると病院経験のある理学療法士のたとえば在宅医療に関して基本的には医師の指示のもとであります。できる範囲を広げてあげて対処していく方がよいと考えます。（病院等での理学療法の医療費が抑えられており、在宅に限り開業できるようにするか、病院でも在宅理学療法を医師が往診代を取れるように、別枠をつくり行っていく方が、知識の浅い柔整に行わせるよりよいと思います。
- ・在宅医療に医業類似行為を参加させることには反対。訪問リハビリで十分と考える。
- ・同意書を書く前に、整形外科の専門医の受診をお願いしてほしい。
- ・介護保険（寝たきりであれば介護度5）の訪問リハビリで対応すべきと考えます。寝たきりであれば訪問看護・訪問診療も受けているはずで。
- ・高齢者の増加と柔道整復師の急増は、何らかの形でリンクさせるべきと考える。前述の通り医師（整形外科医）が透明性を確保しつつ管理すべきと考える。以前国が、医師数を制限したように医療保険と関わる柔道整復師の数は、国が管理・決定すべきである。自由診療のような施術に関しては、自由（自費）で良いと思われる。
- ・医師とマッサージ師（物療師）との連絡を密にし、時に応じ対応できれば双方にとって有利（…当然のことをせよ）。ただし（有資格者に限る。人間性・人柄も洞察せよ）、人間的に信頼できるものを選択する努力をするのは医師も物療師も同じことである。物療師の施術内容の拡大は必要。いずれにせよ、無免許無資格営業者の排除と有資格者の育成・強化が必要である。
- ・在宅寝たきり患者の拘縮防止などの治療は、医師が同意書を書き、接骨医に依頼し、保険診療（現物給付）を認めるべきである。
- ・もちろん私も書いている（診断書）のはすべて在宅患者であって、または特養の入所者であって、通院できる者には書かない。在宅寝たきり患者のリハビリには原則として訪問リハ（PT・OT等）が原則だが、数が少なくどうしてもあん摩マッサージ指圧師に依頼することになる。
- ・先述しましたが、本来なら PT・OT でやりたい在宅リハビリですが、現実には人的資源不足です。良心的に患者を支えて、リハビリ的な部分を担っていただけるケースはあると思いますので、すべてを否定しているわけではありません。
- ・柔整・マッサージなどの医業類似行為は、確かに社会的に必要な場合は多いと思いますが、柔整師が急激に増えたことや、保険請求のチェックが甘すぎる点が、いろいろな問題を起こしているように思います。
- ・かかりつけ医の判断。
- ・医師が認める場合は良いと思う（指示があれば良いと思う）。
- ・不透明な部分を是正して、正々堂々と寝たきり患者の拘縮防止に協力するなら良いのでは？

- ・整形外科医以外の Dr. の間でも、この問題に関する関心や危機感は少しずつ浸透しているように思う。しかし、まだまだ他科の Dr. の認識は足りないので、保険医協会の広報活動等さまざまな情報ルートでももっともっと啓発していただきたい。
- ・業務内容を明確にして、仕分けをする必要がある。
- ・柔整の 3000 億円が無床診療所の医療費に含まれているのを内科の先生方にご存知でしょうか？しかも接骨院の数そのものは母集団にカウントされておらず、したがって無床診療所 1ヶ所当たりの収益が実際より多くなっていると聞いたことがあります。
- ・一部の柔道整復師は X-p を撮るとの話があり。京都から大阪近隣のマッサージ・柔整師に、医師の従業員が複数月に 5～15 日加療に行っているという事実があり。
- ・戦後マッカーサーが柔整の保険扱いの中止を求めるも、族議員がこれを阻止し、このため現状維持になっている。医師会の献金の数十倍もの献金を政治家にしていると聞いている。金次第で何でもしていいのか。
- ・医業類似行為も問題多々ではありますが、関節、筋肉痛、骨粗しょう症等に関するサプリメントも大いに問題ありと考えます。これらの制限・禁止をする必要を感じています。
- ・遠方よりの往診マッサージの広告を持ってきた方がありました。某柔整師に治療中悪化して転医したと同時に労災許可があり、自費診療の費用を返還させる精算書をなかなか発行せず、かなり高額でした。
- ・既成の事実を作らせないこと。医療分野にエスカレートしてきている。歯止めが必要である。

（抜すいして掲載）

## 協会だより（定例理事会要録から）

2010年度 第12回 2010年12月14日

### 【特別討議】

1. 各部会上半期報告  
△担当 = 各部会副理事長
2. 下半期重点活動方針  
△担当 = 関理事長
3. IT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（保険部会）

### 【各担当部報告】

#### 〈総務部会〉

1. 週間行事予定表の確認
2. 今週の医療情報
3. 第1回全国事務局長会議（12月6日）状況
4. 保団連近畿ブロック事務局長会議（12月10日）状況
5. 新規開業未入会会員訪問（12月10日）状況
6. 文化講演会「アロマセラピー講座－アロマで元気に美しく－」（12月11日）状況

#### 〈経営部会〉

1. 第3回保団連共済制度運営委員会（11月28日）状況
2. 知っておきたい医院のための雇用管理講習会（12月9日）状況

#### 〈政策部会〉

1. 2010年度第3回保団連地域医療対策部会（11月27日）状況
2. 2010年度保団連地域活動交流集会（11月28日）状況
3. 保団連近畿ブロック反核平和部事務局会議（12月3日）状況
4. 福祉国家と基本法研究会「幹事会」（12月8日）状況

#### 〈保険部会〉

1. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（11月22日）状況
2. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（11月30日）状況
3. 第4回医事担当者連絡会議（11月27日）状況
4. 医療事務担当者向け講習会（11月27日）状況
5. 保険審査通信検討委員会（12月3日）状況

### 【部会報告】

1. 各部会（12月7日）状況と決定事項確認の件

#### 〈総務部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程及び資料確認
- ②地区医師会長との懇談会で出た意見・要望の検討
- ③第180回定時代議員会の準備確認
- ④第64回定期総会の会場確認
- ⑤各種選挙日程の確認
- ⑥協会忘年会の出席確認
- ⑦理事者・事務局新年会の出席確認
- ⑧メールプリンター購入の確認
- ⑨10月分収支状況の報告
- ⑩11月度会員増減状況の報告
- ⑪新規開業会員・非会員訪問状況の報告
- ⑫新規開業医のための基礎講習会の内容確認
- ⑬保団連第3回組織部会の出席確認
- ⑭コミュニケーション委員会開催日の検討
- ⑮文化講演会「アロマセラピー講座」状況報告
- ⑯京響メンバーによるサロンコンサートの開催確認
- ⑰第9回文化講座の開催確認
- ⑱文化ハイキングの開催確認
- ⑲第5回ICT検討委員会の開催確認
- ⑳地区・専門医会会報等の収集及び回覧

#### 〈経営部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程及び資料の確認
- ②上半期部会報告の確認
- ③融資斡旋利率表の確認
- ④休業補償制度関連の確認と検討
- ⑤保険医年金関連の確認と検討
- ⑥医師賠償責任保険関連の確認と検討
- ⑦保団連消費税増税反対署名集約の確認
- ⑧アミス事業関連の確認と検討
- ⑨税制改革の動向についての情報提供

#### 〈医療安全対策部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程及び資料の確認
- ②2010年11月度医事紛争状況報告
- ③2010年度医事紛争状況中間報告
- ④全国における医事紛争状況報告
- ⑤上半期部会報告の点検
- ⑥医療安全シンポジウムの運営確認
- ⑦処理室会開催日の確認
- ⑧部会懇親会の開催確認
- ⑨山形県保険医協会機関誌での宣伝確認

- ⑩DVD等、出版物の広告掲載の確認
- ⑪「エムスリー」サイトへの掲載確認

#### 〈政策部会〉

- ①地区医師会との懇談会の日程及び資料の確認
- ②12月の主なスケジュールの確認
- ③「人体の不思議展」開催中止を求める運動の確認
- ④「地域包括ケア」について考えるシンポジウム運営確認
- ⑤京都市急病診療所廃止問題への対応の検討
- ⑥今後の取り組み全般の確認と検討
- ⑦会員意見・実態調査結果報告
- ⑧「医業類似行為について」アンケート結果報告
- ⑨情勢報告の骨子案の確認
- ⑩決議案の検討と確認
- ⑪出版関係の確認
- ⑫保団連近畿ブロック会議の出席確認
- ⑬国保広域化でどうなる学習会の開催確認
- ⑭介護ウェブ2011実行委員会加盟の確認
- ⑮エコキャップ運動の確認
- ⑯反核・平和の取り組みの確認
- ⑰調査・アンケートの結果の確認と報告
- ⑱環境対策関連の取り組みの確認
- ⑲ポリオの会からの要請についての検討
- ⑳「子どものいのちと健康を守ろう！元気フェスタin京都」企画の検討
- ㉑メディパック発送日の確認
- ㉒社団法人日本てんかん協会京都府支部からの依頼の確認

#### 〈保険部会〉（12月3日開催）

- ①地区医師会との懇談会の日程及び資料の確認
- ②上半期部会報告の確認
- ③新点数・診療報酬改善対策の確認と検討
  - 1) 新点数関連出版物
  - 2) 岩手県保険医協会主催「在宅医療点数説明会」への講師派遣
  - 3) 診療報酬改善対策委員会の開催
- ④医療IT化問題対策の確認と検討
  - 1) 医療IT化問題検討会の今後
- ⑤社保対策の確認と検討
  - 1) レセプトの点検
  - 2) リハビリ及びリハビリ施設対策
  - 3) 専門医会長との懇談会の開催
- ⑥公費負担医療対策の確認と検討
  - 1) 京都府の福祉医療制度に係る京都府の動向

- ⑦審査、指導、監査対策の確認と検討
  - 1) 2010年度審査に関するアンケート
  - 2) 指導に関する相談
  - 3) 新規開業医に対するレセプトチェック、新規個別指導の模擬実施
  - 4) 中央法律事務所との勉強会の開催
  - 5) 保団連近畿ブロック会議総会での個別指導等対策学習会の開催
  - 6) 保団連『保険医のための審査、指導、監査対策一日常の留意点』編集作業への事務局派遣
  - 7) 保団連『保険医のための審査、指導、監査対策一日常の留意点』説明会の開催
- ⑧医療施設問題対策の確認と検討
  - 1) 施設基準適時調査関係
  - 2) 医療事務担当者向け研修会の報告
  - 3) 入院中の他医療機関受診について
- ⑨研究会関係の確認と検討

#### 【各担当部議事】

##### 〈総務部会〉

1. 前回理事会(11月30日)要録と決定事項の確認
2. 乙訓医師会との懇談会(12月6日)状況確認の件
3. 第7回正副理事長会議(12月9日)状況確認の件
4. 全国会長・理事長懇談会(12月12日)状況確認の件
5. 2010年度10月分収支月計表報告状況確認の件
6. メールプリンター(宛名刷機械)の買い換えの件
7. 11月度会員増減状況  
△2010年11月30日付会員数=2,530人
8. 会員入退会及び異動に関する承認の件
9. 京響メンバーによるサロンコンサート開催の件

##### 〈医療安全対策部会〉

1. 医療機関側との懇談の件

##### 〈政策部会〉

1. 保団連10～11年度第11回理事会(12月5日)状況確認の件
2. 「人体の不思議展」の告発状提出(12月9日)状況確認の件
3. 『京都保険医新聞』(第2769号)合評の件

##### 〈保険部会〉

1. 2010年11月度国保合同審査委員会(11月24日)

状況

- 2. レセプト点検実施の件  
《以上16件の議事について承認》

2010年度 第13回 2010年12月21日

【特別討議】

- 1. 下半期重点活動計画  
△担当 = 関理事長
- 2. 上半期総括報告（案）  
△担当 = 増田副理事長（総務部会）
- 3. 情勢報告（案）  
△担当 = 垣田副理事長（政策部会）
- 4. 決議（案）  
△担当 = 政策部会

【各担当部報告】

〈総務部会〉

- 1. 週間行事予定表の確認
- 2. 今週の医療情報
- 3. 第5回ICT検討委員会（12月16日）状況
- 4. 新規開業医のための基礎講習会（12月11日）  
状況

〈経営部会〉

- 1. 雇用管理相談室（12月16日）状況

〈医療安全対策部会〉

- 1. 医療機関側との懇談（12月14日）状況
- 2. 法律相談室（12月16日）状況

〈政策部会〉

- 1. 2010年度保団連第3回公害環境対策部会（12月12日）状況
- 2. 環境対策委員会（12月17日）状況

〈保険部会〉

- 1. 京都腎臓病患者協議会との懇談会（12月13日）  
状況

- 2. 京都府生活保護医療個別指導立ち会い（12月13日）状況
- 3. 2010年度第4回保団連社保・審査対策部会（医科・歯科合同）（12月19日）状況

【各担当部議事】

〈総務部会〉

- 1. 前回理事会（12月14日）要録と決定事項の確認
- 2. 1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. 保険医協会事務局福利厚生に係る職員旅行実施の件
- 5. 会計半期収支点検の件
- 6. 2010年度11月分収支月計表報告状況確認の件
- 7. 会員入退会及び異動に関する承認の件
- 8. 「skype」の利用（参加）促進のお願いの件

〈医療安全対策部会〉

- 1. 第273回関西医事法研究会への出席の件

〈政策部会〉

- 1. 反核医師の会新年学習懇親会開催の件
- 2. 子どものいのちと健康を守ろう！元気フェスタin京都の開催の件
- 3. 『京都保険医新聞』（第2770号）合評の件

〈保険部会〉

- 1. 近畿厚生局管内社保担当者会議への出席の件
- 2. 第5回医事担当者連絡会議開催の件
- 3. 保団連『保険医のための審査、指導・監査対策－日常の留意点』改訂版第一次事務局編集会議・作業参加の件
- 4. 指導・監査・処分取消訴訟支援ネット、保険医への行政指導を正す会合同世話人会への参加の件  
《以上16件の議事について承認》

協会だより

2月のレセプト受取・締切

基金	9日(水)	10日(木)	労災	14日(月)
国保	○	◎		◎

※○は受付日、◎は締切日。  
受付時間は午前9時～午後5時です。

## 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 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	京田辺市保健センター

## 2月の相談室

医院・住宅 新（改）築	2月9日(水)午後2時～	担当＝坂本建築士
ファイナンシャル	2月17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	2月17日(木)午後2時～	担当＝萌弁護士
雇用管理	2月17日(木)午後2時～	担当＝本宮社会保険労務士
経営	2月23日(水)午後2時～	担当＝木谷税理士

開催日の3日前までに協会事務局へお申込み下さい。30分間無料です。

今日、私たちが直面する医の倫理にまつわる課題は多様に深化しています。  
医療者と患者さんを取り巻く現場で、今何が起きているのか、  
みなさんとともに学びたいと思います。

## 講演会

# 医学・医療に関わる倫理について考える

～「人体の不思議展」開催中止運動をきっかけとして～

## 2011/2/20 sun

14:00～16:30(開場 13:30)

### ハートピア京都 3 F 大会議室

京都市中京区竹屋町通烏丸東入る南側



参加費無料  
要申込  
定員 120人

- 報告 「京都展開催にあたっての取り組みについて  
～『人体の不思議展』を考える京都ネットワークより～」  
小笠原 伸児 氏（弁護士・京都法律事務所）
- 講演 「人体の商品化と人間の尊厳 —  
『人体の不思議展』反対運動をきっかけに考える—」  
末永 恵子 氏（福島県立医科大学講師）
- フロア発言・意見交換  
指定発言 「戦争と医の倫理—731部隊にもふれて—」  
若田 泰 氏（京都民医連中央病院病理医）  
「人体の不思議展を見た医師として」  
渡邊賢治 氏（肛門科 渡邊医院院長）

共催 ●京都府保険医協会 京都府歯科保険医協会（予定）

後援 ●「人体の不思議展」を考える京都ネットワーク

お問い合わせ ●（京都府保険医協会）京都市中京区七観音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6F

TEL ●075-212-8877 FAX ●075-212-0707 e-mail ●info@hokeni.jp

# 会員の経営から生活までをまるごとサポート



京都府保険医協会では、医療機関の経営や会員医師の生活を幅広く応援します。

## 経営のリスクに備えて

団体割引  
**20%**

### ① 医師賠償責任保険

- 建物・機器などの管理上のミス
- 医療行為上の過誤
- 院内給食による食中毒

#### オプション

- 勤務医の行為責任
- 医療従事者の行為責任
- 看護職の行為責任
- 医療廃棄物排出者責任

団体割引  
**5%**

### ② 居宅介護事業者等賠償責任保険

- 介護事業者の業務遂行上の責任

### ③ 個人情報漏えい保険

- カルテ記載の個人情報漏洩

団体割引  
**20%**

### ④ 針刺し事故感染症見舞金補償プラン(補償制度費用保険)

始めました!!

★4つのポイント!

この保険は身近なリスクである針刺し事故に対する見舞金制度です。

- 院長についても給付対象者に！（ただし、従業員等の加入が前提）
- 手術中の血液飛散による吸入事故も対象に！
- 見舞金の給付を受けた後でも、再度の針刺し事故で別の感染症に感染または発病した場合も、給付対象に！
- 保険料は確定方式。面倒な精算手続きはございません。

### ⑤ 休業補償制度

団体割引  
**20%**

- 会員の療養休業による収入減
- 従業員の福利厚生

- 日常生活上の賠償責任(個人賠償責任)

#### 集団扱制度

- ⑥ 自動車保険 5%
- ⑦ 火災保険 5%
- ⑧ 生命保険 約3%

一般契約より  
**割安**

## より豊かな生活のために

団体割引  
**20%**

### ⑨ 教育総合補償制度

(子ども総合保険) 加入できるのは会員のご子息

- ご子息のケガや病気の補償
- 扶養者に万一のことがあった場合、育英費用のお支払い

### ⑩ 団体ゴルファー保険

加入できるのは  
会員・家族

- ★ ゴルフ場や練習場等で競技・指導中
- 他人にケガをさせたり、他人の物をこわして損害賠償請求を受けたときの補償
- ご自身のケガを補償
- ゴルフ用品の盗難およびゴルフクラブの破損・曲損による修理等の損害額を補償
- 正規ラウンド中にホールインワン・アルバトロスを達成し、そのお祝いとして実際にかかった費用を補償

団体割引  
**30%**

始めました!!

### ⑪ 集団扱いペット保険 どうぶつ健保ふぁみりい

- ★ 「どうぶつ健保」の3つのポイント
- 入・通院日数が無制限!
- 高齢化を考慮してご継続は終身OK!
- 選べる3つのプラン...90%プラン、70%プラン、50%プラン

### 協会提携 DC-VISA ゴールドカード

個人カード/家族カード/法人カード

- 年会費は永久無料
- 海外旅行傷害保険も自動付帯  
国内旅行傷害もOK
- LOOK JTBの海外旅行代金  
3%割引
- その他特典あり



### 生命保険いろいろ

- 生活設計を支援する生命保険も各種ご案内
- 加入している生命保険の見直しはライフカウンセラーのコンサルティングサービスで

ご相談・資料請求は、協会 経営部会までお気軽に

**☎075-212-8877**

取扱代理店 有限会社アミス 〒604-8162 京都市中京区烏丸通朝業師上ル七観音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階

引受保険会社 ①～③、⑥、⑦ 株式会社損害保険ジャパン 京都支店 法人営業課 SJ10-02111 (2010/06/02)  
〒604-8152 京都市中京区烏丸通錦小路上ル手洗水町671 TEL 075-252-8030 FAX 075-223-2317  
④～⑦、⑨、⑩ 三井住友海上火災保険株式会社 京都支店 法人営業第二課 3-B-10.0046 (2010年6月承認)  
〒600-8090 京都市下京区綾小路通烏丸東入竹屋之町266 TEL 075-343-6143 FAX 075-343-6189  
⑪ アニコム損害保険株式会社 〒161-8546 東京都新宿区下落合1-5-22 アリミノビル2F

この案内は各制度の概要を説明したものです。詳しい内容につきましては、取扱代理店または引受保険会社までお問い合わせ下さい。