

今月の主な動き

政府税制調査会は9月16日に会合を開き、東日本大震災からの復興や、B型肝炎の被害者救済を目的にした臨時増税案をまとめた。また、政府は9月20日、2012年度予算の概算要求組み替え基準を閣議決定した。「日本再生重点化措置」として約7000億円の特別枠を設けた。特別枠には「安心・安全社会の実

現」安心・安全社会の実現のほか「新たなフロンティアと新成長戦略」「教育・雇用などの人材育成」「地域活性化」の4分野が当てはまる。

厚生労働省では、9月16日の社会保障審議会・医療保険部会において、12年度診療報酬改定の基本方針策定に向けて具体的な検討を開始。9月22日には社会保障審議会・医療部会でも、次期診療報酬改定の基本方針に関する検討が始まった。

行 事	開始時間	場 所
1日(火) 各部会	午後2時	
4日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
6日(日) 第10回文化講座「戦国に生きた女性『お江』を巡って」	午後2時	ルームA・B・C
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
新規開業予定者のための講習会	午後2時	ルームA・B・C
12日(土) 外科診療内容向上会	午後2時	京都ブライトンホテル
環境対策学習会「原発を知る・被曝を知る」	午後3時	登録会館・大ホール
ファイナンシャル相談室	午後1時	ルームC
17日(木) 法律相談室	午後2時	応接室
保険講習会B	午後2時	ルームA
雇用管理相談室	午後2時	ルームB
18日(金) 手話サークル	午後2時	ルームB
22日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
金融共済委員会	午後2時	ルームA・B・C
24日(木) 経営相談室	午後2時	アミス
医事担当者連絡会議	午後0時	ルームA
26日(土) 医事担当者向け講習会	午後2時	登録会館・大ホール
中級コース・接遇マナー研修会	午後3時	みやづ歴史の館
28日(月) 中京西部医師会との懇談会	午後2時30分	中京西部医師会事務所

11月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
12月12日(月) 伏見医師会との懇談会	午後2時	伏見医師会館
12月17日(土) 公的責任による地域包括ケアを求めるシンポジウム（仮）	午後2時	京都アスニー
12月19日(月) 乙訓医師会との懇談会	午後2時	乙訓医師会会議室

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42～45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

改定の基本方針策定へ議論本格化／社保審・医療保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大経済学部教授）は9月16日、2012年度診療報酬改定の基本方針策定に向けて具体的な検討を始めた。10年度診療報酬改定の基本方針に盛り込んだ4つの視点を踏襲しつつ、社会保障・税一体改革成案や、東日本大震災の影響を踏まえて内容を詰めていく。医療部会と並行して基本方針策定に向けた検討を進め、11月の取りまとめを目指す。

10年度診療報酬改定では、充実が必要な分野に対する適切な評価や、効率化の余地がある領域の適正化など大きく4つの「視点」を基本方針に盛り込んだ。厚労省は、12年度改定でもこれらの4つの「視点」を引き継ぐことを提案。さらに、6年に1度の診療報酬・介護報酬同時改定であることを踏まえ、医療・介護の機能分化と地域での連携体制構築に向けた評価の在り方や、社会保障・税一体改革成案で示された病院・病床機能分化や在宅医療の充実なども考慮する必要性を指摘した。東日本大震災の影響を踏まえ、災害に強い医療提供体制を構築するための評価の在り方や、被災医療機関への診療報酬上の対応についても基本方針に位置付けるべきかどうか議論を求めた。

厚労省が提示した項目の例は▽高度急性期、急性期などの病院機能に合わせた入院医療の評価▽慢性期入院医療の適正な評価▽急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価▽今後の災害対策の充実を促進するための評価の在り方など。

東日本大震災の被災地支援策をめぐっては、被災地特例加算の創設が中医協で俎上に載っている。ただ、岩本康志委員（東京大大学院経済学研究科教授）は「補助金でしっかり対応すれば、診療報酬改定を絡ませることは逆に複雑になるだけ」と指摘。一方、

逢見直人委員（連合副事務局長）は「施設などインフラに関わる基盤整備や医療人材の確保は基本的に公費で対応すべき。医療機関の経常的な経費は診療報酬で賄うべき」と述べた。

効率化の視点をめぐっては、白川修二委員（健保連専務理事）が「後発医薬品の使用促進くらいしか挙がらないことが非常に残念」と指摘した上で、番号制度の議論が進んでいることに言及し「番号を使ったネットワーク化もぜひ考え方の中に入れてほしい」と述べた。

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、地域包括ケアシステムの構築に向けて亜急性期、慢性期、在宅医療などを拡充する必要性を強調した。

同部会では基本方針の策定に向けて今後2回程度、議論を重ね、重点課題や内容を詰めていく予定。（9/20MEDIFAXより）

医療部会でも改定基本方針の議論本格スタート

厚生労働省の社会保障審議会・医療部会（部会長＝齋藤英彦・国立病院機構名古屋医療センター名誉院長）で9月22日、次期診療報酬改定の基本方針に関する検討が始まった。出席した委員から2010年度改定で示した4つの視点を引き続き重視するよう求める意見が上がったほか、基本方針の優先順位の付け方で注文が出た。

10年度改定で定めた視点は「充実が求められる領域を適切に評価していく」「患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する」「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する」「効率化余地があると思われる領域を適正化する」の4点。

出席した委員から「1度や2度の改定では、指摘した内容の全てが盛り込まれることは難しい。重点課題を含めて基本的には踏襲すべき」（小島茂委員＝連合政策局長）、「『視点』は到達目標そのもの。この4本の支柱は踏襲すべき」（高智英太郎委員＝健保連理事）などの意見が出た。

また、中川俊男委員（日本医師会副会長）は基本方針で優先順位を付ける際の前提として、改定財源の規模や東日本大震災などの要素をどこまで想定に入れるのかについて質問。厚労省保険局医療課の鈴木康裕課長は「改定の基本方針はある意味で優先順位を付けること。優先順位を付けた上で、改定率やさまざまな効率化を図った中で優先順位の可能な範囲をカバーすることになる」との見解を示した上で、

「優先順位の付け方自体が財源の在り方に左右されるというより、具体的に優先順位を決めて、可能な限りどこまで見ることができるかということ」と回答した。

これに対し、中川委員は「優先順位を決めるのは賛成。しかし、中医協で合意したものを積み上げて、結果的に重要なことが後回しにされて『お金がないから仕方がない』という手法は今度こそやめてもらいたい」とくぎを刺した。（9/26MEDIFAXより）

安心・安全社会実現など特別枠7000億円／12年度予算・概算要求基準

政府は9月20日、2012年度予算の概算要求組み替え基準を閣議決定した。「日本再生重点化措置」として約7000億円の特別枠を設けた。特別枠には「安心・安全社会の実現」など4分野が当てはまる。社会保障費の自然増1兆1600億円は全額を認めるが、厚生労働省には、10年度税制改正での年少扶養控除の見直しによる地方増収分0.5兆円を控除して要求するよう求めた。0.5兆円の取り扱いは予算編成過程で検討する。厚生労働省の社会保障関係費の概算要求額は、前年度経費に自然増分から0.5兆円を引いた金額になる。

同基準は、財務省が8月に各省に通知した概算要求に関する作業手順書を踏まえて策定した。歳出の大枠は、国債費などを除き11年度と同じ71兆円。各省庁が裁量的経費などを11年度当初予算比で一律10%削減し、自然増分の財源を確保することに変更はない。特別枠は削減額の1.5倍まで要求可能で、厚生労働省は約1050億円要求できる。特別枠の全省庁要求額は計2兆円弱になり、それを7000億円程度に絞り込むことになる。

特別枠の対象となる重点分野は、安心・安全社会の実現のほか「新たなフロンティアと新成長戦略」「教育・雇用などの人材育成」「地域活性化」一の4分野となった。

●予算編成の政府・与党会議を設置

東日本大震災からの復旧・復興対策については、11年度第3次補正予算と12年度予算を一体的・連続的に編成すると記載した。復旧・復興対策と、B型肝炎関連経費は必要な金額を要求し、歳出の大枠に別途加算する。

閣議では、特別枠による予算配分の重点化や、予算編成過程での重点課題を検討するため「予算編成に関する政府・与党会議」を設置することも決めた。政府側のメンバーは、首相や官房長官、財務大臣などを想定。会議の下には、副大臣級で構成する実務者会合も設置する。会合は、概算要求を9月末に締め切った後にスタートする。

安住淳財務相は閣議後会見で、厚生労働省が要求から控除する年少扶養控除見直しの0.5兆円分の取り扱いについて「削減する意向か」という質問に対し、「これから厚生労働省と話をさせていただくが、今の考えではそう（削減する）。総理の意向も踏まえて対応したい」と述べた。その財源を、特別枠に回す考えだ。

小宮山洋子厚生労働相は閣議後の会見で、社会保障費の自然増分が全額確保されたことについて「前の（自公）政権とは違う大きな特徴。少なくとも今の社会保障のレベルを維持するということで、厚生労働行政を進める上で大きな力になると思っています」と述べた。今後の要求については「厚生労働省をとりまく諸課題にしっかりと対応して、ニーズに即応したメリハリある要求を行いたい」と語った。

（9/21MEDIFAXより）

News Headline (2011年9月9日～10月11日)

【9月】◆「死の町」発言などで鉢呂経産相、辞任（10日）◆経産相後任に枝野氏（12日）◆禁煙学会、たばこ「1000円」要望（13日）◆遺伝子操作で「緑色に光る猫」、エイズ治療に道（14日）◆B型肝炎訴訟、初の和解成立（16日）◆パレスチナ、国連加盟を申請へ（17日）◆大江健三郎さんら脱原発訴え、都心で6万人参加デモ（19日）◆「光より速い素粒子発見」（23日）◆小沢氏元秘書3人に有罪判決／陸山会事件（26日）◆上海で地下鉄追突事故（27日）◆原発事故調査委員会の国会設置法が成立（30日）◆福島5市町村の避難準備区域を解除（30日）

【10月】◆暴力団排除条例、全国で出そろそろ（1日）◆12年度予算概算要求、99兆円規模／過去最大（1日）◆生食用牛肉の新基準設置、採算合わずユッケ消滅の危機（2日）◆台風12号で近畿など被害（3日）◆故人にノーベル医学生理学賞／米ロックフェラー大教授（4日）◆米アップル前最高経営責任者、スティーブ・ジョブズ会長が死去（5日）◆ニューヨークでデモ、経済格差めぐる抗議活動（5日）◆ノーベル平和賞、リベリア大統領ら女性3人／非暴力、地位向上に貢献（7日）◆イタリアとスペイン、信用格付け格下げ／ユーロ圏危機悪化（8日）◆T P P、180国会議員が反対署名、大半は民主（9日）◆福島原発事故、除染2014年3月末までに完了方針／環境省（10日）

増税額11兆2000億円、増税案まとまる／政府税調

政府税制調査会（会長＝安住淳財務相）は9月16日に会合を開き、東日本大震災からの復興や、B型肝炎の被害者救済を目的にした臨時増税案をまとめた。主に所得税と法人税に負担を求める内容で、国税3案、地方税2案。必要な増税額は11兆2000億円と試算した。歳出削減と税外収入で5兆円を調達することを前提としている。

政府の東日本大震災復興対策本部が試算した復旧・復興対策費は、集中復興期間の当初5年間で19兆円。そのうち、2011年度1－2次補正予算で6兆円をすでに計上している。残り13兆円のうち5兆円を歳出削減と税外収入で賄い、残りの8兆円が震災関連の増税額になる。そこに年金臨時財源の2.5兆円と、B型肝炎救済の0.7兆円を加えて、11.2兆円を増税で負担することになる。

政府税調がまとめた増税案は、国税で①所得税と法人税で負担②所得税と法人税を中心に、たばこ税など個別間接税を組み合わせる③消費税の段階的引き上げ分を復興に充てる一々の3案。法人税は、11年度税制改正による法人税率の引き下げを実施した上で、3年間の時限措置として10%の付加税を課す。現行よりも税率は下がることになる。消費税は、社会保障と税の一体改革案で段階的に引き上げる方針を示していることを踏まえ、13年10月から3%の引き上げを1年半実施するとした。

地方税は①個人住民税で負担②個人住民税と地方たばこ税で負担一々の2案。（9/20MEDIFAXより）

プラス改定に意欲「少しでも上積み」／小宮山厚労相

小宮山洋子厚生労働相は9月12日、専門紙記者クラブの共同会見で、2012年度の同時改定について「少しでも上積みしたい」と述べ、プラス改定に意欲を示した。同時改定延期論が出ている中で改定を実施するつもりがあるかと記者団に問われ、小宮山厚労相は「6年に1度の同時改定。社会保障改革全体にとっても大きなテーマの一つであり、やらなければいけないと思っている」と明言した。

改定率については「予算編成作業で決定されるため、今の時点で改定の方向性について申し上げることは難しい」と慎重に言葉を選んだが、野田佳彦首相が就任直前に「基本的にマイナス改定はない」と発言したことを記者団に指摘されると、「なるべく今

までの方針に沿ってやりたいと考えており、（マイナス改定はないという野田発言についても）そういうことだ」と述べ、プラス改定に前向きな姿勢を示した。その上で「今の苦しい財政状況の中で大きくプラスということはあり得ないが、少しでも上積みしたいという気持ちだ」と現在の心情を明かした。

同時改定のポイントについては「医療・介護施設の機能分化の推進、地域での連携体制の構築、地域包括ケアの実現に向けた在宅医療や介護の充実などに取り組む必要がある」と述べた。

介護職員の待遇改善策については「介護職員処遇改善交付金の実施で、従来より平均給与額が増加し、介護分野の有効求人倍率も低下した。ただ、今の給与引き上げの半分ほどは一時金の支給によるもので、継続性が弱く、依然として離職者が多い。これを踏まえて予算編成過程で検討したい」と述べた。今後の待遇改善策について、交付金を制度上に位置付けて対応するか、あるいは介護報酬で評価するか、どちらを選ぶかについては「まだ結論が出ていない」とした。

12年度厚生労働省予算概算要求の内容については▽医療・介護報酬同時改定や制度の見直し▽子育て支援予算の在り方の見直し▽基礎年金の国庫負担割合2分の1の財源確保▽若年者の就労促進・人材育成など雇用対策の推進一などが柱になると説明。さらに「政府予算の半分を厚労省が預かっており、国民生活に直接関わることが多い。厚労省内でも無駄な部分に切り込んだ上で、国民の安心のために必要な予算だということを財務省と折衝していきたい」と語った。（9/13MEDIFAXより）

新型インフルで新たな行動計画を決定／政府閣僚会議

政府は9月20日、新型インフルエンザ対策閣僚会議を開き、新たな「新型インフルエンザ対策行動計画」を決定した。野田佳彦首相は会議で「危機管理上、非常に大きな課題だと受け止めている」との認識を示した上で、新型インフルエンザが発生した2009年4月以降の教訓や反省を踏まえ、発生に備えて万全の態勢をつくりながら対応できるよう行動計画をまとめる考えを示した。

主な改定ポイントは、病原性が高い新型インフルエンザの発生・流行に備えた医療・社会機能維持の対策強化と、病原性・感染力に応じた対策の決定。

海外発生時では▽検疫強化（WHOのフェーズ4

宣言前の水際対策開始・検疫集約空港に羽田空港を追加)▽国内発生に備えた医療体制準備の都道府県への要請▽原液保存中のプレパンデミックワクチンの製剤化、医療従事者・社会機能維持者への接種開始—を追加した。医療体制では、現行の「発熱外来」の名称を「帰国者・接触者外来」に変更し、国内発生早期としていた設置時期を海外発生時に前倒しするとともに、外来以外の受診に備えて院内感染対策を講じた上で診療体制を整備するとした。

国内発生早期では▽患者・入院患者の全数把握の強化▽学校などでの集団発生の把握の強化—を図る。また、都道府県ごとの発生状況は▽地域未発生期▽地域発生早期▽地域感染期—の3段階に分けて対応する。

国内感染期・小康期では、一般の入院医療機関での診療・治療への切り替えが必要となるため、病床不足への対応として公共施設の利用についても検討する。都道府県の要請で対応した医療従事者への被災補償や、在宅療養患者については医師の電話診療による診断に基づいてファクシミリなどで抗インフルエンザ治療薬の処方箋を発行することなども検討する。

パンデミックワクチンについては、必要に応じて輸入ワクチンも確保することや、病原性が高い場合には政府対策本部で接種順位を決定することなどを盛り込んだ。(9/21MEDIFAXより)

ワクチン交付金の継続を約束／小宮山厚労相

小宮山洋子厚生労働相は9月29日の参院予算委員会で、2011年度末で公費助成の期限が切れる「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、「基金という形になるか、予防接種部会が提言しているように定期接種にするのか方法は（いろいろ）あるが、続けられるようにすることは約束したいと思う」と述べた。安住淳財務相も「重要性を認識して厚労省と話をしていく」と前向きな回答をした。

小宮山厚労相はまた、自民、公明党などが議員立法として国会に提出している、子宮頸がん予防に向けワクチン接種と検診に公費助成をするなどの内容を盛り込んだ、「子宮頸がん予防推進法案」について、「審議されるように思っている」と述べた。野田佳彦首相も同法案について、「ワクチン接種と検診を併せて行うことが必要だ」という認識を強めた。この議論を進めることは大事だと思うので、議論できるよ

うにと私からも指示をさせていただきたい」と答えた。

小宮山厚労相は「介護職員処遇改善等臨時特例基金」についても、「基金なのか、介護報酬の中でやるのか（は分からないが）、しっかりと確保したい」と述べた。

いずれも、松あきら氏（公明）の質問に対する答弁。(9/30MEDIFAXより)

高齢者医療改革関連法案、通常国会に提出／小宮山厚労相

小宮山洋子厚生労働相は9月30日、後期高齢者医療制度を見直して新制度に移行するための高齢者医療改革関連法案について、2012年の通常国会に提出する考えを示した。会見で明らかにした。

小宮山厚労相は「社会保障と税の一体改革の中で、12年の国会への提出を目指すずっと申し上げている」と述べた。(10/3MEDIFAXより)

規制改革、対象絞り込みは11月上旬めど／分科会第3弾スタート

政府・行政刷新会議は10月3日、民主党政権下で第3弾となる「規制・制度改革に関する分科会」（分科会長＝岡素之・住友商事会長）の初会合を開いた。運輸行政刷新担当相は会合の冒頭、東日本大震災で国内の状況が大きく変わったとして「被災地のみならず日本の再生をどのように規制・制度改革で後押ししていいのか、ゼロベースで臨んでほしい」と出席者に呼び掛けた。岡分科会長は終了後の会見で、改革実現に向けた政治のリーダーシップを求めた。改革の具体的対象については11月上旬をめどに絞り、必要に応じて分科会の下にワーキンググループ(WG)を設置する方針だ。

これまで規制・制度改革分科会は、2010年3月に第1弾、10年10月に第2弾が設置された。大震災の影響もあって1年ぶりに仕切り直した第3弾では、12年春をめどに結果を取りまとめる予定だ。

●ライフィノベWG、設置は未定

初会合後に会見した岡分科会長によると、この日は今後の改革の進め方について大局的な観点で議論が交わされた。改革の基本的な考え方を深めるため、あと2-3回会合を開き、その後、改革の具体的な対象分野を決める。一方で、震災の復旧・復興、エネルギー政策など現政権の重要課題とされるテーマについては、分科会で対応していくコンセンサスが

あるという。

第1弾と第2弾では分科会の下に、医療・医薬分野の改革を検討するライフイノベーションWGを置いたが、今回も同様のWGを設置するかは未定だという。

分科会のメンバーは、分科会長を除き以下の通り（敬称略）。

▽安念潤司（中央大法科大学院教授）▽大上二三雄（エム・アイ・コンサルティンググループ代表取締役）▽大室康一（三井不動産特別顧問）▽翁百合（日本総合研究所理事）▽川本裕子（早稲田大大学院ファイナンス研究科教授）▽佐久間総一郎（新日本製鐵執行役員）（10/4MEDIFAXより）

母子手帳の改正へ議論を開始／厚労省・検討会

厚生労働省の「母子健康手帳に関する検討会」（座長＝柳澤正義・日本子ども家庭総合研究所長）は9月14日、初会合を開き、母子健康手帳の改正に向けて意見交換した。今後は論点を整理した上で検討を進め、報告書をまとめる。母子健康手帳の改正はパブリックコメントを経て、年末には改正通知を发出、2012年4月から新しい母子健康手帳の配布を始めた考えだ。

母子健康手帳はこれまで、社会情勢や制度の変化、乳幼児身体発育曲線の改訂に合わせて改正を行っている。今回の検討会設置は、10年に実施した乳幼児身体発育曲線の調査結果がまとまることを受けたもの。

議論では、妊婦健診・子ども健診の医療記録と健康情報が分けて記載されていることについて「省令様式分の医療記録と任意記載分の健康情報について混在させ、タイムリーに必要な情報が読めるようにする必要がある」とした指摘が上がったほか、予防接種について大きな変化があったとして「予防接種欄の改訂が必要」との意見があった。手帳のボリュームについては「分冊化」「1冊のまま」と意見の統一はなかった。また、手帳にインデックスを付ける案や副読本の活用についても指摘があった。

（9/15MEDIFAXより）

保険者側「検討を」、診療側「保険料率で」 ／定額負担で医療保険部会

厚生労働省は9月16日の社会保障審議会・医療保険部会で、受診時定額負担の仕組みと高額療養費制度の見直し案を提示した。保険者側からは「財源負

担の必要性を国民に理解してもらい、定額負担を一つの選択肢として検討すべき」との声が上がった。一方、診療側委員や一部の公益委員からは「定額負担には反対」「保険料率の引き上げで対応すべき」との声が相次いだ。厚労省は次回以降も継続審議し、年内に結論を出す構え。導入するには法改正が必要になる。

厚労省は、今回提示した受診時定額負担について、保険給付対象外の医療費が発生しないため「保険免責制とは異なる仕組みだ」としている。仮に保険給付の対象となる医療費を5000円とした場合、サラリーマンの自己負担は定率3割分（1500円）に加え、定額の一部負担金（100円程度）で合計1600円となる。一方、保険給付額は本来は3500円だが、定額の100円分を差し引かれるため3400円になる。

厚労省は、定額負担導入時に低所得者向けの軽減措置を講じる必要性も説明した。高額療養費制度で低所得者とされている「市町村民税非課税」を対象とした場合、対象者は約1700万人になる。

さらに厚労省は、高額療養費制度の見直し案も併せて提案。非課税世帯ではない中低所得者の自己負担を軽減する方法として、現在の一般所得者の区分をさらに細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する案を示した。また、自己負担限度額が月単位で計算されるため、年間ベースで見ればかかった医療費が同じでも、高額療養費が支給されない制度上の落とし穴があることから、自己負担限度額に年間の上限額を設けることも提案した。このほか、高額療養費の見直しは保険者ごとに影響が異なるため、個別の保険制度ごとに財政中立にする必要があるとした。山下一平委員（日本商工会議所社会保障専門委員会委員）や横尾俊彦委員（全国後期高齢者医療広域連合協議会長）は「定額負担ありきではないが、選択肢の一つとして検討すべき」「財政の厳しさを国民に説明していくべき」と主張。小林剛委員（全国健康保険協会理事長）は「保険料だけでは負担しきれず、こういう制度もあり得る」とした。一方、鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）や岩本康志委員（東京大大学院経済学研究科教授）は「保険料率の引き上げで対応すべき」と導入に反対した。

定額100円の断続的な引き上げを懸念する声に対しては、西辻浩保険課長が「さらなる引き上げはない。ずっと100円のままだ」と述べ、理解を求めた。（9/20MEDIFAXより）

年齢区切らない終末期の議論必要／社保審・医療保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会(部会長=遠藤久夫・学習院大経済学部教授)で9月16日、後期高齢者医療制度の見直しに伴い廃止した診療報酬項目の再検討が組上に載った。

樋口恵子委員(高齢社会をよくする女性の会理事長)は「75歳以上の高齢者に特定した終末期の診断料の在り方は、高齢者がとても反発するものだった」と振り返った。その上で「命の終末が自然で安楽であるということは高齢者のみならず人間だれでも望むこと」とし「高齢者と限るから問題なのであって、終末期の在り方、治療の在り方について検討してもらい、その成果をできるだけ早く広く、国民、特に高齢者に示してほしい」と述べた。

遠藤部会長は、社保審の特別部会などで後期高齢者医療制度の診療報酬体系を議論したものの、廃止となった経緯を説明。その上で、樋口委員らの意見について「後期高齢者単独で報酬体系をつくることはいろいろと問題があるが、あのとときに全部なくしたことを今度、年齢の規制を無くしてやるということはもう一度、議論してもよいのではという内容にうかがえた」とし、「検討の余地はあるという感じはする」と述べた。(9/20MEDIFAXより)

パート労働者への健保適用で論点整理／社保審・特別部会

厚生労働省の社会保障審議会「短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会」(部会長=遠藤久夫・学習院大経済学部教授)が9月21日、厚労省内で開かれ、事務局が提示した特別部会での論点や適用拡大の考え方などについて議論した。

事務局は厚生年金・健康保険の適用対象者の範囲について▽適用基準を雇用保険と同様に「週の労働時間20時間」とするか▽雇用保険の適用要件「31日以上の雇用見込み」をどう考えるか—などの論点についてたたき台を示した。出席委員からは検討材料となる財政影響についての資料を提出するよう事務局に求める声が相次いだ。

また、適用拡大についての考え方を整理し▽被用者には、被用者にふさわしい年金・医療保険を確保すべきではないか▽社会保険制度で、働かない人が有利になるような壁を除去し、就労促進型(少なくとも中立なもの)に転換すべきではないか▽企業の社会保険料負担を業種や雇用形態で異ならない公平

なものにすべきではないか—とした。整理については「後付け的な感じで、なかなか納得できない」として現実的な財源不足の問題についても触れるべきではないかとの意見も出たが、多くの出席委員は賛意を示した。

会合の冒頭には小宮山洋子厚生労働相が出席し、社会保障・税一体改革は野田内閣での実現は最重要課題であるとの位置付けを示した。

●健保全体で2460億円のマイナス

社会保障・税一体改革成案では、雇用保険ベースの試算により適用拡大で約400万人が新たに厚生年金・健康保険の対象になるとしている。これに対し、健康保険組合連合会理事の霜鳥一彦委員は健康保険の対象者は約477万人に増加するとの調査結果を示した。適用拡大で保険料収入が約3200億円増えるものの、医療給付費約3800億円などの増加により健康保険制度全体では約2460億円のマイナスになるとの推計を示した。

また、新たな事業主負担は推計で約2830億円とし、企業アンケートでは約6割の企業が適用拡大に反対だと紹介した。(9/22MEDIFAXより)

社会医療法人制度見直し案、他県進出も可能／厚労省

厚生労働省医政局指導課は9月22日の社会保障審議会・医療部会で、社会医療法人制度の見直しを提案した。現行制度では、社会医療法人認定後の事業拡大などで法人がそれまでに病院を開設していない都道府県に進出しようとした場合、医療法の規定によって認定が取り消しになる。このため見直し案では認定後の事業拡大・縮小にも柔軟に対応できるよう制度を見直す考え。

井上誠一指導課長は部会で、社会医療法人が新たな都道府県に進出して病院などを開設した場合も、認定取り消しを3年間猶予し、猶予期間中の実績が社会医療法人の認定要件を満たせば、取り消しは行わないとの提案を示した。

●取り消し後の課税「一定の歯止め必要」／井上指導課長

現行制度では、社会医療法人の認定が取り消されると、法人税法上で非課税となっていた本体業務について、認定期間中の所得累積額が課税され、取り消しとなった会計年度に算入される。井上指導課長は、取り消しとなった場合に課税対象期間が際限なくさかのぼることになり、医療法人の存続に関わる

問題だとの認識を示し、「一定の歯止めが要る」と遡及期間を制限する考えを提案した。出席委員から反対意見はなかった。（9/26MEDIFAXより）

特別枠に「在宅医療・介護の推進」／概算要求で厚労省

厚生労働省は、2012年度予算の概算要求基準で設けられた7000億円程度の特別枠への要望事項として「在宅医療・介護の推進」と「医療イノベーションの推進」に関する施策を盛り込む検討をしている。必要な医療・介護サービスを施設ではなく生活の場で受けられる体制を構築することや、日本発の革新的医薬品・医療機器の創出を後押しして、健康長寿社会の実現や経済成長への貢献を目指す。9月21日に開かれた民主党の厚生労働部門会議で示した。

9月20日に閣議決定された概算要求組み替え基準によると、各省庁が裁量的経費などを一律10%削減する代わりに、削減額の最大1.5倍に当たる金額を「日本再生重点化措置」とうたった特別枠に要求できる。厚労省の削減額は706億円のため、最大1059億円を特別枠に要求できることになる。

厚労省が特別枠への要望を検討している事項は、在宅医療・介護と医療イノベーションのほか、「現役大学生の就職促進」「待機児童解消の推進」の一計4点。部門会議終了後に会見した梅村聡副座長は「明日（9月22日）のコアメンバー会議で、部門会議としてどの事項を特に重点的に押していくのかを詰みたい」と述べた。

厚労省はまた、一律10%カットの経費削減のため、行政事業レビューによる検証や、行政刷新会議と省内の事業仕分け、独立行政法人・公益法人向け支出の見直しなどの観点を踏まえ、事務事業を見直す方針を示した。診療報酬・介護報酬同時改定や、社会保障と税の一体改革に伴う制度改正に関連する費用については、予算編成過程で検討していくことになる。

●医療の自然増は4800億円

閣議決定された概算要求基準では、1兆1600億円にのぼる自然増分を全額認めることも示した。厚労省は部門会議にその内訳を提示。医療4800億円、介護1200億円、年金3000億円、福祉・雇用2600億円としている。（9/22MEDIFAXより）

持ち分なし移行促進で認定制度／厚労省が導入案

厚生労働省医政局指導課は9月22日の社会保障審

議会・医療部会で、持ち分あり医療法人の持ち分なし医療法人への移行促進策を示した。医療法改正を視野に移行促進を図る考えだ。

井上誠一指導課長が説明し、医療法の中での位置付けとして▽計画的に移行を進める医療法人の認定制度を導入する▽認定医療法人に都道府県が指導・助言などを行う一などの案を示した。税制措置や融資制度について検討する考えも示した。

持ち分ありの医療法人数（社団）は2011年3月現在で4万2586件。全医療法人に占める割合は91.5%と依然、高率となっている。国は持ち分あり医療法人から持ち分なし医療法人への移行マニュアルの作成や税制措置で移行を促してきたが、11年4月に病院団体と日本医師会が持ち分あり医療法人を対象に実施したアンケート調査では、持ち分なしへ移行する意向がないと答えた法人は病院では62%、診療所では92%との結果が出ている。その主な理由として「出資持ち分はオーナーシップの源泉であり、放棄できない」「相続税を支払っても子孫に承継させたい」が挙げられた。（9/26MEDIFAXより）

厚労省、29兆5882億円を概算要求／12年度政府予算案

厚生労働省は9月28日、2012年度予算概算要求項目を公表した。一般会計の要望額は29兆5882億円で、前年度から1兆2114億円の増額要求（4.3%増）となる。うち医療・年金などの経費は28兆3512億円（1兆1559億円増）を占める。政府は医療・年金など社会保障費の自然増分1兆1600億円はそのまま確保する方針を示している。自然増の内訳は医療4800億円、介護1200億円、年金3000億円、福祉・雇用2600億円となった。厚労省は9月30日にも概算要求を財務省に提出する。

12年度予算編成で政府が設ける約7000億円の特別枠「日本再生重点化措置」もフル活用し、総額1059億円分を重点化施策として要望する。特別枠の前提となる1割の予算カットについて、厚労省は「事業仕分けなどで見直しが必要と判定されたものを中心に削った」と説明している。

厚労省の公表資料「概算要求の主な新規施策等」によると、医療・介護分野では「在宅医療・介護の推進」を柱に掲げ、特別枠で要望する方針。在宅チーム医療を担う専門職とその指導者の育成・研修費用などに8.7億円を充てたい考え。さらに、多職種協働による在宅医療提供体制を構築するための医療機

関連携や、地域ごとの薬局無菌調剤室の共同利用整備、在宅介護サービスの充実強化策などに89億円を要求する。このほかにも在宅関連では、国立高度専門医療研究センターを中心としながら、がんや精神疾患といった個別疾患特有のサービス支援策についても研究していく。要求額は29億円。

このほかに医療関連では、地域ごとに医療機関の診療情報データを集約し、相互閲覧できる仕組みを構築して災害時にバックアップする医療情報連携・保全基盤整備に取り組む。構築費用として20億円を特別枠で要求する構え。新型インフルエンザ対策では抗ウイルス薬やプレパネミックワクチンの備蓄費も特別枠で134億円を計上する。

新たな医療技術の開発を促進するライフイノベーション施策も特別枠に盛り込んだ。個別疾病の診断・治療法の実用化支援策として185億円、臨床研究中核病院の整備費用として89億円、医薬品・医療機器の承認審査の強化に113億円、新規医療技術の費用対効果を検証できるようにするための調査費用として7700万円を計上した。

東日本大震災からの復旧・復興対策費2209億円は、概算要求の大枠とは別途要求することになる。B型肝炎の給付金経費は、具体的な要求額を示さず年末までの予算編成過程で検討する「事項要求」扱いにする。診療報酬・介護報酬改定や社会保障と税の一体改革に伴う制度改革などについては、年末までの予算編成過程で検討する。（9/28MEDIFAXより）

医療提供体制の機能強化へ610億円／概算要求で厚労省

厚生労働省は2012年度予算の概算要求のうち、医療提供体制の機能強化に610億円を計上した。地域医療確保対策は11年度予算から24億円増となる106億円で、このうち医療機関の診療データを外部保存し、他の医療機関との相互閲覧やデータのバックアップを実現させる「医療情報連携の基盤整備」は特別枠で20億円を要求する。

全国15カ所で先行的に取り組みが進む地域医療支援センターの整備は、新たに15カ所を追加するために現行予算の倍額となる11億円を計上。チーム医療分野では11年度実施中のモデル事業の成果を踏まえ、質の高い取り組みと判断された形態を広く普及させる新規事業に2.9億円を盛り込んだ。

災害医療体制の強化は2億円を措置。災害時に被災県や被災県内の災害拠点病院との連絡調整を担う

災害派遣医療チーム（DMAT）事務局の体制を強化するほか、DMAT隊員を養成する。

●「雇用の質」省内PTの報告書を反映

このほか、就労分野のうちワーク・ライフ・バランスの実現に向けた取り組みでは、細川律夫前厚生労働相の指示で設置した「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム」の報告書を反映させる形で、都道府県労働局にコンサルタントを配置する取り組みなどに6600万円を計上した。（9/28MEDIFAXより）

円滑な医業継続へ相続税・贈与税の特例を／厚労省・税制改正要望

厚生労働省は2012年度の税制改正要望で、持ち分あり医療法人が持ち分なし医療法人へ円滑に移行できるように、最長3年間の期限を定めて移行を進めることを条件に、期間中の相続税・贈与税の納税を猶予して移行後に猶予税額を免除するなどの特例措置の創設を要望する。社会保険診療に関する消費税の在り方を検討することも求める。9月28日に公表した。

持ち分あり医療法人の移行促進策は、社会保障審議会・医療部会で検討されている。税制改正により、医業の継続に支障を来さない円滑な移行の実施を狙う。

消費税については、社会保障と税の一体改革案に、10年代半ばまでに税率を10%まで引き上げることが明記されたことを踏まえた上での要望。消費税を含む税体系の見直しが行われる場合に、社会保険診療に関する消費税の在り方を検討するよう求める。

税制改正要望には、診療報酬に関する事業税の非課税措置と、社会保険診療以外についての事業税の軽減措置を存続することも盛り込んだ。たばこ税率の引き上げも求める。11年度末までの時限措置である研究開発税制の恒久化も要望する。

一体改革の関係として、市町村国保の財政基盤を強化するため、低所得者の保険料軽減を拡充するなどの措置を講じることも盛り込んだ。

（9/28MEDIFAXより）

「在宅医療・介護の推進」大幅増／新規項目、軒並み特別枠で

2012年度の厚生労働省概算要求のうち、在宅医療・介護の推進にはこれまでよりも大幅に増えた127億円を計上した。在宅チーム医療を担う人材育成（8.7

億円)をはじめ、在宅医療連携体制の推進(31億円)、在宅医療を提供する拠点薬局の整備(20億円)、国立高度専門医療研究センターを中心とした在宅医療推進のための研究事業(16億円)などの新規項目は軒並み特別枠で要求した。

このうち、在宅サービス拠点の充実と低所得高齢者の住まい対策には、特別枠として35億円を計上。改正介護保険法で創設した小規模多機能型居宅介護と訪問看護の「複合型サービス」、訪問介護と訪問看護を一体的に提供する「定期巡回・随時対応サービス」の事業所開設費用を助成する。訪問看護ステーションの大規模化も助成対象とする。低所得高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を続けられるよう、29人以下の小規模養護老人ホームの開設や、既存施設の個室化も財政支援する。(9/28MEDIFAXより)

社会保障制度推進へ、省内本部を設置／厚労省

厚生労働省は社会保障・税一体改革成案を踏まえた社会保障制度改革の推進に向け、省内に改革推進本部を設置する。10月4日、小宮山洋子厚生労働相が閣議後の会見で明らかにした。

本部は小宮山厚労相が本部長を務め、10月7日に初会合を開く予定。本部の下に設ける推進チーム(チームリーダー・辻泰弘副大臣)が関係部局の総務課長、企画課長で構成する作業部会を通じて改革の具体案に関する検討状況を把握するほか、他の府省との調整などを担うという。

小宮山厚労相は本部設置の目的について「次の通常国会で多くの法案をまとめて出せるようにしたい」「(改革の)ビジョンや工程表を示した上で、国民に納得して負担してもらうための仕組み」と説明した。(10/5MEDIFAXより)

次期臨時国会、安衛法改正案など3法案提出へ／厚労省

藤田一枝厚生労働政務官は10月3日、政務三役会議後の会見で、次期臨時国会に労働安全衛生法改正案など3法案を新たに提出する考えを明らかにした。

提出を予定しているのは労働安全衛生法改正案に加え、B型肝炎ウイルス感染者への給付金支給に関する特別措置法案、第3号被保険者記録不整合問題に対応するための国民年金法改正案。

このほか、労働者派遣法改正案と2011年度の基礎

年金の国庫負担割合を2分の1にする国民年金法改正案の両法案は継続審議になっている。(10/4MEDIFAXより)

医療法改正に伴う税制措置なども要望／厚労省

厚生労働省は9月28日、2012年度税制改正について、9月27日に公表した主な要望事項に加え、社会保障・税一体改革関係として▽医療法などの改正に伴う税制措置▽高齢者医療制度の見直しに伴う税制措置▽介護保険制度の見直しに伴う税制措置▽障害者総合福祉法(仮称)の創設に伴う税制措置—などの追加要望を含めた全要望を公表した。

医療法改正に伴う税制改正では、社会保障審議会・医療部会での議論を踏まえ、必要な措置を講じる。9月22日の医療部会では社会医療法人が認定取り消しとなった場合の法人税法上の取り扱いを議論した。

この他に厚労省が追加した要望は▽社会医療法人への寄付金控除創設▽独立行政法人国立病院機構の非特定独立行政法人化に伴う非課税措置創設▽中小企業者の少額減価償却資産についての取得価額への特例措置延長・固定資産税免除創設▽薬事法改正に伴う税制措置▽予防接種法改正に伴う税制措置▽改正介護保険制度の施行に伴う税制措置▽無料低額老人保健施設への減免措置の規定見直し▽改正障害者自立支援法の施行に伴う税制措置▽パートタイム労働対策推進のための税制措置—など。

(9/29MEDIFAXより)

予防接種制度で中長期ビジョン策定へ／年内にも一定の方向性

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(部会長=加藤達夫・国立成育医療研究センター理事長)は9月29日、予防接種制度見直しに向けて厚労省が示した検討案について議論した。検討案では、中長期の予防接種施策の基本的な方針(中長期ビジョン)を策定することを提案。委員からも異論はなかった。今後は議論を踏まえた上で、検討案に沿って検討を進めていく。

中長期ビジョンでは▽施策の基本的な考え方▽中長期の課題・目標▽関係者の役割分担、連携—について定め、5年程度で見直す。その下で、対象疾病・ワクチンの見直しや予防接種事業の適正実施の確保などを一体的に進めていく必要があるとした。予防接種制度の在り方として、どのような中長期ビジョ

ンが策定されるかが今後の重要なポイントだ。

保坂シゲリ委員（日本医師会常任理事）は「スケジュール感を示してほしい」と求め、健康局の外山千也局長が「社会保障・税の一体改革などとの整合性もあるが、次期通常国会に予防接種法の抜本改正を示すとの答弁がされている。年末までに一定の方向性を示していただければと思う」と応じた。

部会ではほかに、接種費用の負担の在り方や関連してワクチン価格の問題などで委員から意見が上がった。

●予防接種施策の評価・検討組織、専門家・患者・メーカーなど参画

これまでの議論で、総合的・恒常的な評価・検討組織の必要性が指摘されていた。今回の検討案では、現在の予防接種部会を機能強化、中長期ビジョンの下で▽専門家▽地方自治体▽製薬関連企業▽患者一などの参画を求める。ワクチン産業ビジョン推進委員会の機能も統合し、ワクチンの研究開発から接種後評価まで一貫性を持って予防接種施策全般について総合的・恒常的に評価・検討していく案を示した。

評価・検討組織については、国立感染症研究所との連携の在り方も含め、次回にも議題に上がる見通しだ。

●フルワクチンの副反応報告、報告ルートを一本化

現在、インフルエンザワクチン副反応報告は予防接種法による報告と薬事法による報告の2種類が実施されている。新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン対応時には、厚労省へ副反応報告を一本化していたことを踏まえ、今シーズン以降の副反応報告についても、報告ルートを一本化する。

今シーズン以降、医療機関は定期接種の接種者数については市区町村・都道府県へ、副反応報告は厚労省へ報告する。報告は医薬品医療機器総合機構(PMDA)で整理し、薬事・食品衛生審議会と健康局との合同検討会で評価する方法を継続することとした。(9/30MEDIFAXより)

災害拠点病院に新要件、耐震化・通信インフラ整備など／厚労省

厚生労働省の「災害医療等のあり方に関する検討会」(座長＝大友康裕・東京医科歯科大救急災害医学分野教授)は9月30日、事務局が示した新たな災害拠点病院の指定要件などを了承した。3次医療圏に設置する基幹災害拠点病院(基幹病院)については、災害拠点病院としての要件に加えて▽病院機能を維

持するための全施設での耐震構造▽複数の災害派遣医療チーム(DMAT)養成▽救命救急センターの指定▽病院敷地内のヘリポート一の要件が求められることになる。厚労省は10月29日の次回会合で報告書案を示す。年内に報告書をまとめた後、新たな要件などについて通知を発出する。

現基幹病院では当面の間、新たな要件となる耐震構造と救命救急センター指定、敷地内ヘリポートについて猶予することを合意した。複数のDMAT養成は2014年3月までに養成することを了承した。全国に57ある基幹病院のうち、全ての建物が耐震構造となっているのは39病院。同様に複数DMATは51病院、救命救急センター指定は49病院、敷地内ヘリポートは24病院となっている(いずれも11年度暫定値)。

●自家発電容量は通常の6割程度

2次医療圏に整備する災害拠点病院(拠点病院)についても指定要件を見直す。診療機能を持つ施設の耐震構造とともに、病院機能の維持に必要な全ての施設についても耐震構造が望ましいとする。

通信設備では、インターネット接続が必要な広域災害救急医療情報システム(EMIS)の活用を考慮する観点から、衛星電話の保有や衛星回線インターネットに接続可能な環境を整備することなどを盛り込む(整備済み87.3%)。また、東日本大震災で課題が浮上したEMISへの情報入力について、複数の入力人員を配置することを盛り込む。

電力供給については災害時に急性期医療機能を維持できるように通常時の6割程度の発電容量を持つ自家発電機を保有することとする(同99.8%、平均容量は通常の71%)。燃料も必要量として3日分程度を備蓄することとする。適切な容量の貯水槽を保有することも要件とし、停電時に使用できる井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結に努めることとする。

現行では規定がない中長期の医療提供体制についても検討した。災害発生時に都道府県が日本医師会災害医療チーム(JMAT)などの救護班について、派遣元関係団体と派遣調整する組織として、災害対策本部内に「派遣調整本部(仮称)」を設置する計画を事前に策定することとする。また、保健所管轄区域や市町村では、行政と医療関係者の意見交換の場として「地域災害医療対策会議(仮称)」を設置することを合意した。

拠点病院ではない一般医療機関でも、人工呼吸器

などの医療機器を使用する患者について医療機関が災害時の患者搬送先についての計画を策定しているか都道府県が確認することになる。

（10/3MEDIFAXより）

被ばく線量に応じ検査実施／原発作業員の健康管理で報告書

厚生労働省の「東電福島第一原発作業員の長期健康管理に関する検討会」（座長＝相澤好治・北里大副学長）はこのほど報告書を取りまとめ、9月26日に公表した。作業員の健康情報などを登録するデータベースの構築と、被ばく線量に応じた検査の実施などを基本的な方針として盛り込んだ。

データベースについては、氏名などの個人識別情報のほか、緊急作業に従事した前後の被ばく線量、緊急作業での作業内容、健康診断結果などの健康状態に関する情報を登録できる仕組みを想定。作業員本人が、自分の情報を参照できる仕組みとすることも盛り込んだ。

長期的な健康管理の在り方については、事業者が緊急作業に当たった作業員を対象に被ばく線量に応じた検査を実施するとした。離職した緊急作業従事者らについては、国が健康相談や保健指導、被ばく線量に応じた検査などを実施するとした。

（9/27MEDIFAXより）

不活化ポリオワクチンの導入、12年度末を予定／厚労省

生ポリオワクチンから不活化ポリオワクチンへの移行に向けて準備を進めている厚生労働省は10月4日、不活化ポリオワクチンの導入時期について早くても2012年度末を予定していると発表した。導入までの間、生ポリオワクチンの接種を見合わせる人が増加すれば、国内でポリオの流行が起きる危険性があり、厚労省は11年秋の接種シーズンでのポリオワクチン接種を呼び掛けている。

12年度末に導入予定のワクチンは、ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオの4種混合ワクチン（DTP-IPV）で、開発企業は11年末頃から順次、薬事承認申請を予定している。

不活化ポリオワクチン導入後の接種方法や生ポリオワクチンの取り扱いについては「不活化ポリオワクチンへの円滑な移行に関する検討会」で議論を進めている。（10/5MEDIFAXより）

DPCと慢性期の報告書を了承／中医協総会

中医協は9月7日の総会で、DPC評価分科会の中間報告と、慢性期入院医療の包括評価調査分科会の報告を了承した。DPC評価分科会は今後、医療機関群の設定や機能評価係数Ⅰ、Ⅱなどの具体的な議論に移っていく。慢性期の議論は総会に舞台を移し、改定に向けて診療報酬点数の具体的な議論を詰めていく。

DPC評価分科会の中間報告は、調整係数を見直し、新たに医療機関群別の基礎係数を導入することと、新規高額薬剤の出来高払い緩和策が柱。

鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、高診療密度病院群の要件をめぐり、看護師配置の時を再現するような医師争奪戦が起きることを懸念した。これに対して小山信彌・DPC評価分科会長（東邦大医療センター大森病院心臓血管外科部長）は、病床当たりの医師配置密度と、包括範囲の1日当たり出来高点数（診療密度）のほかに▽医師研修▽高度医療技術▽重症患者の診療—のいずれかで一定以上の実績を挙げていることを要件に課したことで、医師争奪戦が起きないよう配慮したと説明。「単に、医師を集めればよいというものではない」と述べ、理解を求めた。

白川修二委員（健保連専務理事）はDPCの精緻化について「これ以上の分割はしてほしくない。単純化・包括化を優先すべきと考えている」と述べ、さらなる精緻化には反対の意向を示した。

●25対1療養病床「収支改善なぜ」

慢性期入院医療の包括評価調査分科会の報告に対しては、複数の委員から「前回の改定で看護配置25対1の療養病棟入院基本料の点数が引き下げられたにもかかわらず、コスト調査結果で収支が改善しているのはなぜか」との疑問が出た。ただ、明確な理由までは分からず、委員の間では調査サンプル数の少なさを指摘する声が上がった。

厚生労働省保険局の鈴木康裕医療課長は「これは分科会でも議論になったところだ」とし、同分科会の最終会合の後、報告書に盛り込んだ見解を紹介。収支が改善した理由については調査の限界があるため分析できなかったものの、出来高算定できる部分があることや、総支出に占める人件費割合が下がっているなど病院の経営努力がうかがえること、重症患者の受け入れを増やした可能性があるなどとする分科会の意見を紹介した。

特定除外患者のレセプトに除外理由を記載してい

ないケースが多数あることも問題視され、「通知や事務連絡などで摘要欄に記載するよう周知すべき」との声も上がった。（9/8MEDIFAXより）

中医協、10月から週1回開催／基本方針は年内

厚生労働省は9月7日の中医協総会で、次期診療報酬改定に向けた今後の検討スケジュールを示した。政府・与党の「社会保障・税一体改革成案」を骨格に検討を進めつつ、内閣が12月に改定率を決定する従来の流れを踏襲する。

社会保障審議会の医療部会と医療保険部会では、「基本方針」策定に向けて議論を進める。9月に「視点・方向の概論」を、10月に「具体的な視点・方向」を、11月に「基本方針案」を示し、一体改革成案の方向性に沿って年内に「基本方針」を提示する。

中医協では改定に向けて、各分科会や小委員会の報告を受けながら審議を進める。10月には医療経済実態調査や2011年改定結果検証（速報）を報告する予定。11月にはDPC評価分科会が2度にわたって総会に報告書を上げる。年明けに薬価専門部会や保険医療材料専門部会が報告し、答申に向かって審議を進めていく。

また、10月から、中医協の開催頻度も増やす。9月中はこれまで通り月2回ペースで進めていくが、10月から毎週1回ペースにピッチを上げる。厚労省は「毎週1回ペースでも議論が間に合わなくなったら、さらに、開催頻度を増やすことになりそうだ」としている。（9/8MEDIFAXより）

DPCの高額薬剤で新ルール、10成分が出来高に／中医協

中医協は9月7日の総会で、DPC病院で高額薬剤を暫定的に出来高算定にする範囲を拡大した新たなルールを了承した。この新ルールに基づき、薬価収載を了承された関節リウマチ治療薬ゴリムマブ（遺伝子組換え）など3成分に加え、2010年4月以降に薬価収載、適応追加され、すでに包括化されている7成分も出来高算定となる。

DPC制度上の高額薬剤の取り扱いについては従来、標準コストがその高額薬剤を使用していない場合の「平均+1SD（標準偏差）」を超えることが出来高算定に移る条件だったが、新ルールでは84パーセントイル（100の分布があった場合には84番目）に緩和する。原則として、次期改定では薬剤コストを反映した診断群分類を設ける仕組みは変わらない。

これにより薬価収載が了承された新薬のうち、皮膚T細胞性リンパ腫治療薬ボリノスタット、ゴリムマブ、抗菌薬ダプトマイシンの3成分が出来高算定に移行。さらに、すでに包括化と判定された骨粗鬆症治療薬テリパラチド（遺伝子組換え）など7成分についても、今後使用する場合には出来高算定となる。（9/8MEDIFAXより）

医療技術評価分科会にも専門委員／中医協総会

中医協は9月7日の総会で、医療技術評価分科会に専門委員を加えることを了承した。本委員が「保険診療に係る専門的知識を有する医学、歯学、薬学、看護学、医療経済学等に精通した者」であるのに対し、専門委員は「本委員に対し、必要に応じ個々の技術について参考となる意見を述べる委員」と位置付ける。

医療技術評価分科会は、学会などから提出された技術評価希望書を参考に、診療報酬改定に向けて新規医療技術の評価や既存技術の再評価などを行っている。今後、10月末をめどに事務局が「評価（案）」を作成し、11月以降に医療技術評価分科会で評価を行い、その結果を踏まえて中医協総会に報告する予定。（9/8MEDIFAXより）

定額負担「断固としてつぶす」／臨床内科医学会で安達氏

中医協委員の安達秀樹氏（京都府医師会副会長）は9月19日、札幌市で開かれた日本臨床内科医学会のシンポジウムで、社会保障と税の一体改革成案（一体改革成案）に挙げられている受診時定額負担について、実質的な軽医療免責制度であり、外来受診者だけが負担を負うことになるとの認識を提示。「断固としてつぶさなくてははいけない」と述べ、関係団体と協調しながら導入反対に向けた主張を展開する考えをあらためて示した。

安達氏は、受診時定額負担について「（高額療養費制度の負担上限の）追加引き下げは必要だが、その引き下げ分を一般の外来受診者だけが負担しなければならないという根拠は何も説明されていない」と与党などの対応を批判。受診抑制による財政効果の試算に「長瀬効果」が使われているとし、受診抑制がどれだけ続くかの予測が盛られていないと問題視した。

100円程度とされている負担額についても「その割合は、従来の一部自己負担から見れば経済的には完

全な逆進性。いったんこの制度を導入すれば100円では済まない危険性があり、皆保険そのものの仕組みを崩しかねない」との認識を強調した。

日本医師会の中川俊男副会長は、一体改革成案が閣議報告事項にすぎない点を強調。その上で、受診時定額負担について「将来にわたり給付は100分の70を維持する」としている健康保険法付則に抵触すると指摘。受診時に自己負担を求める際、外来患者に説明がつかない点も挙げ「患者に新たな負担を求めるのではなく、公費、保険料で手当てすべき」との考えをあらためて示した。

日本臨床内科医会の清水恵一郎常任理事は、同医会でも定時代議員会で反対決議を採択したことを報告。日医など関係団体とも協調して導入反対の運動を展開することを明言した。（9/21MEDIFAXより）

機能評価係数Ⅱの審議スタート／中医協・DPC評価分科会

中医協・DPC評価分科会は9月21日、機能評価係数Ⅱの審議に入った。現行の機能評価係数Ⅱは▽地域医療係数▽救急医療係数▽データ提出係数▽効率性係数▽複雑性係数▽カバー率係数一の6項目で評価されている。分科会では、この6項目の中で見直しが必要な点や、6項目以外に次期改定で新設すべき項目などについてフリーディスカッションした。

美原盤委員（脳血管研究所付属美原記念病院長）は、医療の質の高さと、短期間で退院に導く効率性の両面から「専門病院の在り方を評価してほしい」と要望。新規項目に設定するかどうかを10月の次回会合で継続審議することになった。

また、病院データの患者への情報開示を新規項目にするかどうか継続審議になった。この点をめぐっては「緊急入院数などを情報開示し、国民に伝えるだけでも価値がある」という意見と、「情報開示は大変な作業で時期尚早」「開示するならばフォーマットを作る方が先」という意見で見解が分かれた。

地域医療への貢献度を評価する「地域医療指数」については、金田道弘委員（社会医療法人緑社会理事長兼金田病院長）が「救急搬送の何割を受け入れているかといったシェアと、医療の質の両方で評価してほしい」と要望。賛同する声も上がったが、美原委員は「シェアを測ろうとすると、地方と大都市で分母の人口が異なる」と反論。次回会合で、地域医療の実態を分析した研究班のデータを提示し、議論を重ねることになった。

救急医療に必要な医療資源を補償するために導入された「救急医療係数」については、美原委員が「救急医療の体制整備を考慮してほしい」と指摘。次回会合で、受け入れ患者の重症度などが各地の医療機関ごとに異なるデータを提示し、議論することにした。小山信彌分科会長（東邦大医療センター大森病院心臓血管外科部長）は「救急は現状でも足りない。重点的に評価したい」とまとめた。

医療機能評価を診療報酬上で反映するかどうかについても意見が交わされ、賛否両論飛び交ったが、三上裕司委員（日本医師会常任理事）が診療報酬での評価に慎重論を述べると、小山分科会長や厚生労働省保険局の迫井正深企画官も評価を見送る方向で同調した。

2012年4月の診療報酬改定に向けた各係数項目の具体的な算定式の設定や、経過措置の具体化については、改定全体の影響を考慮する必要があるため、改定の方針が定まった後、中医協総会で議論することになる。（9/22MEDIFAXより）

受診時定額負担は「中医協軽視」／安達氏

中医協委員の安達秀樹氏（京都府医師会副会長）は、9月23日の「医療フォーラムIN大阪」で、受診時定額負担に対して「2010年度改定時の外来分の配分は400億円だった。歯科と合わせても1000億円の医療資源しか回っていない。あれから2年もたたないうちに、受診時自己負担引き上げによって生じる受診抑制効果（長瀬効果）として2000億円が見込まれるプランを提案してきたことは、中医協軽視と言わざるを得ない」と指摘し、容認できないとの考えを鮮明にした。

安達氏は受診時定額負担として100円を導入すれば、02年の健保法一部改正で7割給付を維持するとした規定にも反すると主張。「受診時定額負担は形式の上では異なるが、実質的には軽医療免責制と何ら変わらない」とも指摘した。受診時定額負担の提案は、保険原理を強くするチャンスと捉えられることがあってはならないとし、「国民皆保険制度の根本議論の下で国民の合意形成が前提になる」と述べた。

●紹介状なし患者の特別料金「代替案にならず」

9月16日の医療保険部会では、受診時定額負担100円と同規模の財源を確保するには、大病院での初診時に7000－1万円程度の追加負担を求める必要があるとの試算を厚生労働省が示した。安達氏は取材に対して「現在の選定療養による徴収金に上乗せで取

るということかと思うが、紹介状なしでの患者数は、全体の外来受診回数20億回には遠く及ばない。2000億円に相当する額をこの方法だけでやろうとすれば、相当の上乗せ額になる。患者への説明は大変、難しい」と述べ、代替案として選択肢にはなり得ないとの認識を示した。（9/27MEDIFAXより）

定額負担、診療側と支払い側で見解割れる／ 中医協総会

中医協は9月28日の総会で、高額療養費制度の見直しと受診時定額負担について議論した。この問題は社会保障審議会・医療保険部会で結論を出すことになっており、中医協には決定権がない。後日、医療保険部会の審議結果が中医協に報告されることになる。

診療側委員は、ほぼ全員が高額療養費の負担軽減について必要性を認めたが、患者の自己負担をさらに増やすことには全員が反対。一方、支払い側委員からは、保険料や公費で財源を工面するのには無理があり、もし高額療養費の負担軽減策を実施するのなら受診時定額負担を検討すべきとの意見が相次ぎ、診療側と支払い側で見解が割れた。

●受診抑制で2000億円の効果

安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は厚生労働省に対し、仮に受診時定額負担の上乗せ徴収額を100円とした場合の財政影響を確認した。年間の外来受診数を基に2000億円の財源と、2000億円の受診抑制効果の合わせて4000億円の財源（公費ベースで1300億円）を厚労省が見込んでいることを確認すると、「受診抑制を見込んだことは中医協委員として遺憾だ」と強調。「高額療養費の負担軽減のような誰も反対しないものを人質にとって、受診時定額負担を入れるのは失礼だ」と述べた。

嘉山孝正委員（国立がん研究センター理事長）は「高額療養費の負担減に反対する人はいないだろうが、フリーアクセスを阻害すれば、がん診療などで治療成績に影響が出かねない。複眼的に波及効果を見るべきだ」と牽制。その他の診療側委員も受診時定額負担に反対した。

これに対して支払い側は、小林剛委員（全国健康保険協会理事長）が「受診時定額負担も選択肢の一つ。医療保険部会で具体的な議論をしてほしい」と述べると、白川修二委員（健保連専務理事）も、高額療養費の負担減を見送るか、患者負担を増やすかのどちらかしかないとの見解を示した。

（9/29MEDIFAXより）

中医協審議スケジュールを公表／厚労省

厚生労働省は9月28日の中医協総会で、次期診療報酬改定に向けた10月から12月前半までの検討スケジュールを公表した。次回10月5日以降は開催頻度を増やし、水曜日を軸に週1回ペースで審議していく。

10月前半には、救急・周産期医療や、明細書の無料発行、医療提供体制と診療報酬総論、外来診療などを審議する予定。10月後半には、がん医療、感染症対策、生活習慣病対策や、震災対応、災害に強い医療提供体制などのテーマを予定している。

11月前半の審議内容は、認知症医療や、精神科医療、相談支援体制、訪問看護、在宅歯科、在宅薬剤管理、在宅医療など。11月後半に入ると、歯科医療、調剤報酬、入院診療、外来診療、地域に配慮した評価、平均在院日数の減少などの審議に移る。後発医薬品の使用促進は11月中に検討する予定。さらに、11月後半から12月前半にかけて、医療と介護の連携も予定している。

12月前半には、リハビリテーション、医療安全対策など、医療従事者の負担軽減、チーム医療、市場実勢価格を踏まえた検査の適正評価などを予定している。

12月前半までに、薬価専門部会は残り8回、保険医療材料専門部会は残り3回、調査実施小委員会は1回開催する予定。各専門部会の検討結果は、12月前半にも総会に報告される。（9/29MEDIFAXより）

医師国保問題「適正な政策的判断を」／中医協で安達委員ら

行政刷新会議の事業仕分けで、医師国保組合や歯科医師国保組合に対する国庫の定率補助の廃止を含む定率補助5段階案（B案）が採択されていることについて、9月28日の中医協総会で安達秀樹委員（京都府医師会副会長）が「B案の根拠となった財務省試算には大きな不備があり、B案を根拠に国保法改正案を提出することがないよう警告と、お願いをしておきたい」と述べ、政策的判断を誤らないよう求めた。

日本歯科医師会常務理事の堀憲郎委員もB案の根拠となった試算に疑義を示し、「玉石混交の事業仕分けの中で、国保に対する補助の見直しは限りなく石に近い」と問題視した。日本医師会常任理事の鈴木

邦彦委員も、事業仕分けによる医師国保の補助の見直しには反対との考えを表明した。

政府は所得水準の高い医師国保に対する補助を2012年度から5年間かけて段階的に引き下げ、2016年度に廃止する方針を打ち出している。

●「将来予測も正しくない」

安達委員は「08年度決算分を見ただけでも、財務省試算の保険料収入は過大評価されている。支出についても前期高齢者などの補正がされていないほか、自家診療分の保険料請求を自粛している実態も勘案されておらず、過小評価されている。将来予測においても正しいとは言えない」と指摘した。

その上で「市町村国保並みの保険料で赤字になるなら、医師国保が存続する意味がない。解散し市町村国保や協会けんぽに加入すればいい。しかし、それでは今よりも国庫補助の負担額が膨らむことは明らかだ」とし、「行政刷新の事業仕分けは、国庫の余剰な支出を削減することが目的なはずで、医師国保の定率補助の見直しは回避させることが必要だ」と述べた。

厚生労働省保険局国民健康保険課は、現状を踏まえ試算についてさらに精査したいと回答した。定率補助の見直しは国保法改正が必要だが、国保課は9月28日時点で「法案提出の時期は未定」としている。

全国医師国保組合連合会は10月に、国保組合に対する定率補助廃止反対の決議文を採択する方向で、政府への攻勢を強めていく方針だ。

（9/29MEDIFAXより）

新薬創出加算「薬価調査踏まえ検証」／中医協部会

厚生労働省は10月28日の中医協薬価専門部会に、次期薬価制度改革に向けた議論の進め方や論点を示した資料を提出し、了承された。資料では、製薬業界が本格実施・恒久化を求める「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」について、2011年度の薬価本調査結果などを踏まえ試行的導入の影響に関する検証を続けることを明記。この資料に基づき10月中旬に開催予定の次回以降、議論を深めていくことになった。

了承されたのは「次期薬価制度改革に向けたこれまでの主な指摘と今後の議論の進め方」。新薬創出加算について、適応外薬などの開発・上市状況に加え、財政影響や後発医薬品の使用状況を薬価本調査結果を受けて議論することなどを記載している。

診療側の安達秀樹委員（京都府医師会副会長）や公益の牛丸聡委員（早稲田大教授）は財政影響額について、09年9月の薬価本調査結果に基づき算出したデータ（702億1000万円）だけではなく、10年度実績データの提出を求めた。しかし厚労省保険局の吉田易範薬剤管理官は「薬価本調査は2年に1回のため、10年度実績データを示すことはなかなか難しい。（データは）11年度の薬価本調査結果を使って示したい」と理解を求めた。

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「そもそも加算はドラッグ・ラグ解消が大きな目的だった。ラグがどれくらい短縮したか数字を示してほしい」と要請。吉田管理官は、ラグの問題は新薬創出加算以外の要素も関わっているとしながらも、データ提出を検討する考えを示した。

資料ではまた、業界が実現を求める「医療上の必要性が高い医薬品の薬価を据え置く仕組み」について、「現時点では導入の可否を判断するための材料が不足している」と指摘。▽薬価を維持する必要性や患者等へのメリット▽対象品目・期間等の考え方の2点を論点に位置付けた。診療側の三浦洋嗣委員（日本薬剤師会常務理事）は「医療上の必要性が高い医薬品がきちんと存続できる仕組みが必要。議論しやすい資料をそろえてほしい」と求めた。

●市場規模予測に疑問の声

原価計算方式で算定した新薬の市場拡大再算定については「市場規模が特に大きく拡大した場合に、市場規模の基準額（150億円超）を引き下げて、対象を広げてはどうか」と明記している。

対象拡大の是非への意見は出なかったものの、安達委員は市場拡大再算定と関わる新薬の市場規模予測について「適応拡大もしないのに（予測より）ものすごく拡大しているものがあるのは極めて理解し難い」などと述べ、市場規模予測が正当に評価されているかを問いただした。吉田管理官は「薬価算定組織で正しいかどうか確認している」と答えたが、安達委員は「またやらせていただきたい」と引き続き訴えていく姿勢を示した。（9/29MEDIFAXより）

先進医療4技術を報告／中医協総会

厚生労働省は9月28日の中医協総会に、先進医療専門家会議で先進医療として了承した4件の技術を報告した。

報告したのは、第2項先進医療として了承した「不可逆的小腸不全に対する生体ドナーからの小腸部分

移植」と「多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍治療」の2件のほか、第3項先進医療（高度医療）として了承した「原発性ALアミロイドーシスに対するボルテゾミブ・メルファランを用いた併用療法」と「腹膜播種を伴う胃癌患者に対するパクリタキセル腹腔内投与併用療法」の2件。

（9/29MEDIFAXより）

臨床検査の保険適用5件を了承／中医協総会

中医協は9月28日の総会で、臨床検査の保険適用5件を了承した。内訳は、測定方法が新しい「区分E2」2件、測定項目が新しい「区分E3」3件。10月に収載予定。

「区分E2」で了承したのは、測定項目「抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）」に対する測定方法「CLEIA法」（290点）など。「区分E3」で了承したのは、測定項目「レジオネラ核酸同定検査」に対する「LAMP法」（300点）など。（9/29MEDIFAXより）

高額薬剤3成分の出来高算定を了承／中医協総会

中医協は9月28日の総会で、薬剤費が高額な医薬品3成分について、次期診療報酬改定までDPCの包括評価対象外とし出来高算定とすることを了承した。出来高になるのは▽ボルテゾミブ▽カルボプラチン▽オクトレオチド酢酸塩一の3成分で、いずれも抗がん剤。厚生労働省は「告示された当日から出来高になるが、告示日は未定」としている。

（9/29MEDIFAXより）

特別枠に「ヘルスケア産業創出」／経産省概算要求

経済産業省は9月29日、2012年度予算の概算要求を公表した。新成長戦略などに充てる特別枠「日本再生重点化措置」には、医療機器と技術の一体的な海外展開など「ヘルスケア産業の創出」に33億円を要望。経済連携の推進に向け、外国人看護師・介護福祉士候補者に対する事前研修事業も新規に盛り込んだ。

ヘルスケア産業の創出では、医療機器産業分野の輸入超過を改善するため、医療現場が抱える課題の解決に役立つ医療機器の開発を中小企業と連携して推進。さらに、医療サービスと医療機器などが一体となった海外展開を推進するとともに、外国人患者

の受け入れ推進のための環境整備を行う。

外国人看護師・介護福祉士候補者に対する事前研修事業には、6.3億円を要望。経済連携協定（EPA）に基づく候補者に対し、日本語教育など来日前に必要な研修を行う。（9/30MEDIFAXより）

「地域医療復興の方向性」を了承／宮城県地域医療復興検討会議

宮城県が東日本大震災後の医療復興に向けて設置した「宮城県地域医療復興検討会議」は9月15日、全体会議とワーキンググループの合同会議を開き、同県保健福祉部医療整備課が提示した「地域医療復興の方向性」の取りまとめ案を了承した。取りまとめでは、石巻医療圏での中・長期的課題の中で石巻赤十字病院の機能強化を明記し、同医療圏の中核的医療機関に位置付ける方針を示した。

石巻赤十字病院については「石巻市立病院と石巻赤十字病院の医療資源および機能を最大限生かすことを前提とした検討が必要」とした上で、高次救急や急性期医療、専門医療などの機能拡充を図り、同医療圏内の病院・診療所と連携して機能強化を進める方針を示した。

その一方、震災で壊滅的な被害を受けた石巻市立病院については、石巻赤十字病院との機能連携を前提に「今後の方向性について検討が必要」と指摘し、同会議で議論された「共同化」などについて具体的な対応策を示すまでに至らなかった。同県保健福祉部の岡部敦部長は会議後の会見で「石巻市立病院は医師や看護師らの流出防止を図りながら今後の復旧を考える必要があるとの意見もあった。石巻市長は市議会の議論も踏まえ、最終的な決断を示されるのではないかと考えている」と述べた。

このほか取りまとめでは、石巻市立雄勝病院について無床診療所化の検討と在宅医療の充実・強化も明記した。石巻市立牡鹿病院については震災前の医療機能を確保しつつ、当面は現状の医療提供体制を維持するとした。女川町立病院は10月1日から19床の有床診療所に移行し、2011年度末までに100床の介護老人保健施設として整備することになっている。（9/16MEDIFAXより）

復興計画のたたき台を提示／福島県・検討委分科会

福島県が東日本大震災後の復興計画策定に向けて設置した福島県復興計画検討委員会の第2分科会が

9月26日に開かれた。医療関係者から福島県医師会の星北斗常任理事が委員として参加した。同県は8月11日に決定した「福島県復興ビジョン」に基づく主要施策のうち、同分科会が担当する「未来を担う子ども・若者の育成」「地域のきずなの再生・発展」「災害に強く、未来を拓く社会づくり」について具体的な取り組みや事業を盛り込む「福島県復興計画」のたたき台を示した。

たたき台では、すでに予算化されている事業や2011年度9月補正予算案に計上した事業のほか、今後検討していく事業も例示した。主要施策の「災害に強く、未来を拓く社会づくり」では、「災害時にも対応できる保健・医療・福祉提供体制の構築」に取り組む中で「浜通り地方の地域医療を再生するための事業」や「地域医療の復興を担う看護学生支援事業」「災害時医薬品等備蓄供給事業の取り組みの強化」「災害時の健康支援マニュアル等整備・研修事業」「医療支援のための看護職員派遣システムの構築」などの検討を進める。

星委員は同分科会で、福島県立医科大が東京電力福島第一原子力発電所事故を受けて放射線医学県民健康管理センター（仮称）など5施設を新設するとした一部報道を取り上げ、同検討委が関知しない中で議論が進められていることを強く抗議した。県担当者は、福島医科大を中心に検討が進められていることに理解を求めると同時に、同検討委での取り扱いについても「検討する」と述べた。

（9/27MEDIFAXより）

浜通り地方の地域医療を再生／福島県の「復興計画」たたき台

福島県は10月2日の福島県復興計画検討委員会第1分科会に提示した「福島県復興計画」のたたき台で、「浜通り地方の地域医療を再生するための事業」を盛り込む方針を示した。東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う緊急時避難準備区域の解除により地域住民が戻った際の医療体制を確保するとともに、浜通り全体の医療体制の強化を図る。「福島県復興計画」のたたき台で、今後検討する事業例に挙げた。

福島県は東日本大震災後の復興計画策定に向けて同委員会を設置し、具体的な議論を進めるため3分科会を設け、8月11日に決定した「福島県復興ビジョン」に基づく主要施策を各分科会に割り振った。第1分科会が担当する主要施策の「応急的復旧・生

活再建支援・市町村の復興支援」には「教育・医療・福祉の維持確保」が盛り込まれ、地震・津波に加え、原発事故でも甚大な被害を受けた浜通り地方の「医療体制の早急な復旧」を具体的取り組みとして打ち出した。「浜通り地方の地域医療を再生するための事業」は復興計画のたたき台で、同県が今後、財源確保を含めて検討する事業として例示した。

同分科会は主要施策の「原子力災害の克服」も担当する。この中に盛り込んだ「全ての県民の健康の保持・増進」では、「県立医科大学での放射線医学に関する研究や診療機能の強化」を具体的取り組みに挙げ、今後検討する事業として「放射線医学・最先端診断治療センターの整備」「最先端医療提供のための人材確保」を例示した。このほかの具体的取り組みでは「放射線健康障害の早期診断・最先端治療拠点を創設」「国際的な保健医療機関の誘致」「疾病予防・早期発見・早期治療による保健医療先進県の創造」などを示した。（10/4MEDIFAXより）

東日本大震災津波復興計画を報告／岩手県・医療分野専門家会議

岩手県は9月30日、東日本大震災発生を受けて設置した「岩手県復興に向けた医療分野専門家会議」（会長＝石川育成・岩手県医師会長）の4回目の会合を開き、同県が策定した「岩手県東日本大震災津波復興計画」に盛り込んだ保健・医療・福祉分野の取り組み項目などを報告した。8月1日施行の総合特別区域法に基づく同県全域を対象とした総合特区の申請を行ったことも明らかにした。さらに、気仙・釜石・宮古の各保健医療圏ごとに現状と課題をまとめた資料を提出し、各保健医療圏の医療・福祉提供体制について、被災後の患者動向などを詳細に分析しながら、地域の状況に応じて今後取り組むべき課題を抽出する必要があるとの方針を示した。

岩手県が8月11日に策定した「岩手県東日本大震災津波復興計画」は復興基本計画と復興実施計画で構成する。復興基本計画は2011年度から18年度までの8年間が計画期間。復興実施計画は11-13年度、14-16年度、17-18年度の3期に区分し、今回は第1期計画をまとめた。

復興基本計画の取り組み項目として「災害に強く、質の高い保健・医療・福祉提供体制の整備」を盛り込み、「緊急的な取り組み」「短期的な取り組み」「中期的な取り組み」に分けて今後の方向性を示した。中期的取り組みでは▽新たなまちづくりと連動し、

人口集積の状況や高齢者等の支援ニーズに対応した保健・医療・福祉施設を整備▽地域の保健・医療・福祉の関係機関の機能を最大限に発揮する「遠隔医療」の導入などによるネットワークシステムの再構築▽高齢者等の要援護者が地域で安心して生活できる保健・医療・福祉の連携による地域包括ケアシステムの構築などを課題に挙げた。

小川彰委員（岩手医科大学長）は「まちづくりがなかなか進まない大きな原因は、国の方針が決まらず、原資が定まらないからだ」と指摘し、同県に国への働き掛けを強く求めた。また、同県は県域が広大であることも踏まえ、遠隔医療の実現は医療資源の効率化で問題解決につながると期待を寄せた。高齢化の進展も見据え、地域包括システムの重要性も強調した。（10/3MEDIFAXより）

特定健診・保健指導制度の廃止を要求／保団連

保団連は9月12日、保険者による特定健診・特定保健指導制度を廃止し、市町村主体の老人保健法による基本健診を復活させ、75歳以上の高齢者や医療保険未加入者への健診を保障するよう求める要望書を野田佳彦首相と小宮山洋子厚生労働相宛てに提出した。保団連は「疾病の早期発見、早期治療を目指すためには特定健診項目だけでは不十分。頻度の高い疾病などの検診や事業所健診の充実が必要だ」としている。

保団連はこのほか▽被用者保険本人への保健指導は労働安全衛生法によって全被用者に実施▽被用者保険本人を除く全国民への保健指導を公衆衛生行政として無料化▽特定健診を継続する場合には「医療費適正化の推進」を目的とせず、後期高齢者医療制度支援金の加減算を廃止▽特定健診のデータの一元管理やレセプトとの突合を行わないなどを求めている。（9/13MEDIFAXより）

介護保険編

24時間定期巡回・随時対応で基準と報酬体系案／介護給付費分科会

厚生労働省は9月22日の社会保障審議会・介護給付費分科会（分科会長＝大森彌・東京大名誉教授）に、改正介護保険法で創設した定期巡回・随時対応

サービスの基準案と報酬体系案を示した。地域特性や利用者数の違いなどに対応できるよう、24時間の対応体制を確保した上で事業所が柔軟に職員数を決められる仕組みとすることを提案。報酬体系については、包括払い方式を基本とする方向性を示した。この日は厚労省案をめぐってさまざまな意見が上がったため、詳細は今後詰める。

同サービスでは、1つの事業所で訪問介護と訪問看護を一体的に提供する「介護・看護一体型」と、訪問介護を行う事業所が地域の訪問看護事業所と連携してサービス提供する「介護・看護連携型」の2種類を想定している。厚労省は「一体型事業所」に配置する看護職員の必要数について、利用者全員が医師の指示に基づく看護サービスが必要なわけではないことを踏まえ「サービスの提供に必要な数以上」とすることを提案。訪問介護員については、最低基準として夜間対応型訪問介護を参考としつつ、24時間の職員確保を前提に柔軟な職員配置を可能とする方向性を示した。

報酬体系は包括払い方式を基本とし、医師の指示に基づく訪問看護を受ける利用者と、それ以外の利用者を分けて設定する案を示した。

介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどの夜勤職員の活用や、サービス付き高齢者向け住宅の住人らにサービス提供を行う場合は、囲い込み防止の観点から地域住民への展開を義務付けることも提案した。（9/26MEDIFAXより）

厚労省、複合型サービスで人員基準案／社保審・介護給付費分科会

2012年度から介護保険制度に創設する「複合型サービス」の概要が固まった。これまで小規模多機能型居宅介護であまり引き受けられなかった医療ニーズの高い要介護高齢者に対応できる体制を敷く。厚生労働省は9月22日の社会保障審議会・介護給付費分科会で人員配置基準案を示したほか、複合型サービスで看護師は医師の指示の下「診療の補助」として一定の医療行為を実施できるようにすることなどを提案した。委員からは目立った異論はなかった。支払い方式は包括報酬として、さらに検討を進める。

この日の会合で厚労省は、施設や設備、介護職の従事者数やサービス提供範囲などで、既存の小規模多機能事業所や訪問看護事業所の要件を踏襲する案を示した。利用者の医療・看護ニーズに対応するための看護職の配置については2.5人を基準に▽24時

間の訪問体制を確保した場合は評価する▽看護職の夜勤・宿直配置は必要に応じた体制を確保できる基準にする▽（医療機関などにある）訪問看護登録事業所が十分な人員を確保した上で複合型サービスを一体的に運営する場合は看護職の兼務を認める一などを挙げた。また、複合型サービスでは、訪問看護指示書と主治医への報告を前提に「診療の補助」を行えるようにすることを提案した。

管理者要件については、日本看護協会が実施している複合型のモデル事業の経過を報告した齋藤訓子委員（日看協常任理事）が、在宅での緊急時や看取りの対応を踏まえたケア方針を立てる必要性から、訪問看護経験のある看護師または保健師に限定すべきと意見した。

厚労省が示した概要案では、既存の訪問看護事業所が複合型サービスとしての人員配置基準も併せて満たして設備や従事者を整えて複合型サービスも提供する場合、看護職については兼務を可能にして柔軟な人員配置ができるようにすることも示唆された。訪問看護事業所が主体的に複合型サービスを新たに開始しようとする場合、単独では、小規模多機能型の機能を新たに付与する必要があるが、有床診などの医療機関に併設する訪問看護事業所の場合、既存のインフラと人材が有効活用できる。この点に関して三上裕司委員（日本医師会常任理事）は、兼務を認める方向性を支持した上で、小規模多機能が提供する「通い」「訪問」「泊まり」のうち「泊まり」の重要性を強調し、有床診を活用して複合型サービスが普及すれば、これまでレスパイトケアの観点から繰り返し必要性が議論されてきた「ショートステイ」のニーズも同時に満たすことができるとして「非常に期待している」と述べた。

12年度から創設される小規模多機能と訪問看護の複合型サービスは、今後増えることが想定されている医療ニーズの高い要介護高齢者の在宅療養を支えるために、基本的には小規模多機能型居宅介護事業所に訪問看護を加えるというイメージ。一定の医療行為やリハビリテーション、看護師のアセスメントなどを可能にするサービスで、厚労省が9月22日の会合に示した資料でも、在宅での看取り体制の整備に向けた効果や、複合型との柔軟な人員配置により訪問看護ステーションの規模拡大や経営安定化を図る効果に言及している。（9/26MEDIFAXより）

処遇改善交付金「予算編成過程で検討」／介護関係の概算要求

厚生労働省は2012年度予算の概算要求で、介護サービスの確保分に前年度から1246億円増の2兆4170億円を計上した。介護報酬に組み込むのか交付金で継続するのか注目が集まっている介護職員の処遇改善策については「予算編成過程で検討する」とした。

介護給付や地域支援事業の実施など、安定的な介護保険制度の運営に必要な費用分に2兆3925億円（対前年度比1246億円増）を計上。新規施策では、閉じこもりなどにより通所での事業参加が困難な高齢者に対し、生活機能の低下予防に効果的な訪問型介護予防プログラムの開発などを行う「市町村介護予防強化推進事業」に2.8億円を計上した。福祉用具や介護ロボットなどの実用化支援費用には11年度と同額の8300万円を計上した。

地域包括ケアの推進分では、前年度比15億円増の43億円を計上。新規施策として、地域包括支援センターの機能強化を図る「地域ケア多職種協働推進等事業」に10億円を充てる。在宅医療の医師やリハビリ職らが、地域包括支援センターに助言する仕組みの構築などを図る。このほか、認知症を持つ人の生活支援施策に31億円（同4億円増）を計上した。（9/28MEDIFAXより）

老人保健福祉関係に2兆4213億円／厚労省12年度概算要求

厚生労働省は2012年度予算の概算要求で、老人保健福祉関係予算に前年度から1261億円増の2兆4213億円を計上した。老健局計上分は、前年度比1035億円増の1兆9459億円。地域包括ケアの推進に向けて、地域包括支援センターの機能強化や、改正介護保険法で創設した新サービスの普及促進などを財政支援する。

新規事業として10億円を計上した「地域ケア多職種協働推進等事業」では、地域包括支援センターの多職種連携機能を強化する。多職種が集まってケアマネジャーのケアプラン作成への助言などを行う「地域ケア会議」の実施費用などを助成する事業で、在宅医療の医師やリハビリ職、地域保健の医師や保健師等の助言を行う専門職確保の費用などが対象となる。

介護予防などの地域支援事業実施分には、前年度と同額の642億円を計上。改正介護保険法で創設した「介護予防・日常生活支援総合事業」が新たに項目に

加わる。

在宅医療と介護の推進に向けた新規施策には35億円を計上。改正介護保険法で創設した「複合型サービス事業所」や、「定期巡回・随時対応サービス」の開設費用などを助成する。

東日本大震災で甚大な被害を受けた宮城県・仙台市で12年度に開催予定の「全国健康福祉祭（ねんりんピック）」に対する支援には、前年度予算額の8700万円から倍以上の2.1億円を計上した。

福祉用具・介護ロボットの実用化支援には8300万円、訪問看護支援事業の実施には2.2億円を計上。介護給付費負担金には1兆4499億円、調整交付金には4073億円、40-64歳の2号保険料国庫負担金には4712億円を計上した。（10/3MEDIFAXより）

介護報酬の単位一律下げか、単価下げか／地域区分見直しで厚労省

厚生労働省は、2012年度の介護報酬改定に併せて行う地域区分の見直しで、給与水準が高い都市部などの上乗せ分の財源を捻出するための選択肢を▽1単位10円の単価を引き下げる▽1単位10円のまま各サービスの基本報酬の単位を全体的に引き下げる—の2つに絞って検討を開始した。改定率とは切り離し、財政中立の考え方に沿って、9月30日に公表する介護事業経営実態調査（介護実調）の結果などを踏まえて検討する。

●給与水準考慮した格差是正措置

地域区分の見直しは、恒久的な介護人材不足に悩む都市部の給与水準に介護報酬を近づけるための格差是正措置。介護報酬の水準を全体的に引き下げて捻出できる分を地域の給与水準に合わせて再配分する手法は、上乗せ割合が0%の「その他」に該当する地域の事業所で、相対的に報酬減となることが懸念される。これに対し厚労省は、「その他」の地域にある事業所は数が最も多いため、引き下げ幅は低く抑えることができるとしている。

●134自治体が「上乗せあり」へ繰り上げも

5区分から7区分へ見直すことで、地域区分が変更となる自治体もある。現在「その他」の地域区分で上乗せ0%の自治体のうち、上乗せ割合がある地域区分に134自治体が繰り上がる可能性がある。各自治体は現在、12年度から3年間の保険料を定める介護保険事業計画を策定中だが、上乗せ割合がどの程度になるかは保険料に大きく影響する。相対的に利用者負担も増えるため、地域住民への周知も必要に

なる。

厚労省は今後、介護実調の結果を踏まえ、国家公務員給与の地域区分をそのまま当てはめることが適当かどうか検討し、併せて区分変更に伴う影響を抑えるための緩和措置についても必要性を検討する。

●サービスごとの人件費率も見直す可能性

地域区分の上乗せ割合と同様に、地域ごとの介護報酬1単位単価の算出根拠となる人件費率も見直す可能性がある。現在は、介護報酬サービスの種類ごとに「70%」「55%」「45%」の3類型に分けて定めているが、厚労省は、地域区分の見直しに伴って人件費率の見直しの必要性も検討する方針だ。

（9/30MEDIFAXより）

介護基盤、09-11年度に14万人分整備／厚労省が見通し

介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護基盤は、2009-11年度の3年間で14万人分が整備される見通しであることが9月30日、厚生労働省の調べで分かった。厚労省は、同期間に16万人分の整備を目標としていた。

厚労省の調べによると、09年度実績は2.9万人分、10年度実績は4.8万人分、11年度見込みは6.3万人。3年間で最も整備量が多いのは神奈川県で1万1717人分、次いで東京都の1万64人分、大阪府の8601人分となった。最も整備量が少ないのは徳島県の348人分、2番目に少ないのは鳥取県の380人分だった。

施設種類別の内訳では、特養が6.6万人分、認知症高齢者グループホームが3.4万人分、老健が2.0万人分、小規模多機能型居宅介護事業所が1.6万人分、ケアハウスが0.4万人分。（10/3MEDIFAXより）

調査・データ編

国民医療費36兆円、過去最高額／09年度集計・厚労省

厚生労働省は9月29日、2009年度「国民医療費の概況」を公表した。国民医療費は36兆67億円（前年度比3.4%増、1兆1983億円増）で過去最高額を更新。人口1人当たりの国民医療費は28万2400円（3.6%増、9800円増）となった。国内総生産（GDP）に

対する国民医療費の比率7.60%（0.53ポイント上昇）と、国民所得に対する比率10.61%（0.72ポイント上昇）も過去最高の高さだった。

厚労省は医療費自然増の要因について、高齢化によるものが1.4%増、人口減の影響が0.1%減、医療の高度化・その他の影響が2.2%増とみている。

制度区分別に見ると、医療保険等給付分は17兆3368億円（2.3%増、構成比率48.1%）、後期高齢者医療給付分は11兆307億円（5.8%増、30.6%）、公費負担医療給付分は2兆4601億円（5.5%増、6.8%）、患者負担分は4兆9928億円（1.6%増、13.9%）となっている。軽減特例措置は2.8%増加した。

財源別に見ると、公費分は13兆4933億円（構成比率37.5%）だった。そのうち国庫分は9兆1271億円（25.3%）、地方分は4兆3662億円（12.1%）となっている。保険料分は17兆5032億円（48.6%）で、そのうち事業主分は7兆3211億円（20.3%）、被保険者分は10兆1821億円（28.3%）だった。その他は5兆102億円で、そのうち患者負担分は4兆9928億円（13.9%）。

診療種別に見ると、一般診療医療費は26兆7425億円（3.0%増、構成比率74.3%）となった。そのうち入院医療費は13兆2602億円（3.4%増、36.8%）、入院外医療費は13兆4823億円（2.6%増、37.4%）だった。歯科診療医療費は2兆5587億円（0.7%減、7.1%）、薬局調剤医療費は5兆8228億円（7.9%増、16.2%）、入院時食事・生活医療費は8161億円（0.1%増、2.3%）となっている。

患者の年齢層を階級別に見ると、0-14歳は2兆2595億円（構成比率6.3%）、15-44歳は4兆8951億円（13.6%）、45-64歳は8兆9042億円（24.7%）、65歳以上は19兆9479億円（55.4%）。人口1人当たりの国民医療費を年齢階級別に見ると、0-14歳は13万2800円、15-44歳は10万3300円、45-64歳は26万1000円、65歳以上は68万7700円となった。

一般診療医療費を主傷病で分類すると、「循環器系疾患」が最も多く5兆5394億円（構成比率20.7%）、次いで「新生物」が3兆3993億円（12.7%）、「呼吸器系疾患」2兆884億円（7.8%）、「筋骨格系および結合組織疾患」1兆9987億円（7.5%）、「腎尿路生殖器系疾患」1兆+9870億円（7.4%）となった。65歳未満では「新生物」が1兆4164億円（12.3%）で最も多く、65歳以上では「循環器系疾患」4兆1796億円（27.4%）が多かった。性別で見ると、男性は「循環器系」「新生物」「腎尿路生殖器系」の順に多く、女性では「循環器系」「新生物」「筋骨格系および結

合組織」の順だった。（9/30MEDIFAXより）

1000万円以上の高額レセプトは174件／10年度、健保連まとめ

健保連は9月8日、2010年度に実施した「高額医療給付に関する交付金交付事業」に申請された事案のうち、1カ月の医療費が1000万円以上だったものが過去最高の174件で前年度より19件増加したことを明らかにした。500万円以上の高額レセプトは、前年度より309件増の3853件で過去最高となった。

174件の疾病別の内訳は循環器系疾患88件（51%）、血友病41件（24%）、悪性腫瘍13件（7%）、その他32件（18%）だった。

10年度の高額レセプトのうち最高額は、血友病の患者で4639万2680円だった。（9/9MEDIFAXより）

平均保険料率10%超の公算／協会けんぽ12年度試算

全国健康保険協会の小林剛理事長は10月4日に会見し、2012年度には協会けんぽの全国平均保険料率が10%を超えるとの試算結果を公表した。11年度の全国平均保険料率は9.50%。仮に70-74歳の高齢者の自己負担額を1割のままとした場合には、12年度の平均保険料率は10.20%（0.70ポイント増）になる。このうち高齢者医療への拠出金による負担は0.4ポイントを占める。自己負担を2割に引き上げた場合でも、12年度の平均保険料率は10.14%（0.64ポイント増）まで高まり、いずれのケースでも10%を超える見通しとなった。

同協会の試算によると、平均保険料率を9.50%から10.20%に引き上げた場合、標準報酬月額28万円、賞与月額年1.41月とすると、被保険者1人当たりの保険料負担（労使折半前）は年額で2万6284円増（35万6706円から38万2990円に引き上げ）、月額で2190円増（2万9726円から3万1916円に引き上げ）になる。同協会は9月の標準報酬の定時決定実績を踏まえた上であらためて推計し、最終的な平均保険料率を設定する予定。

同協会は平均保険料率の「3年連続引き上げ」「10%超水準」を避けたいとしてきた。このため12年度予算の概算要求で医療費に対する国庫補助率を現行の16.4%から法律上の上限の20%に引き上げるよう政府関係者に要望してきたが、概算要求の国庫補助率は16.4%とされた。そこで同協会が12年度の収支見通しを試算したところ、70-74歳高齢者の自己

負担を1割のまま据え置いた場合、必要な保険料収入は7兆1115億円となり、平均保険料率も10%の太台に乗る見通しになったという。

国庫補助率を20%に引き上げるためには、2800億円の予算が必要になる。国庫補助率20%の場合、平均保険料率は9.89%になるという。

会見した小林理事長は、被保険者1人当たりの保険給付費が増加し続けているにもかかわらず、加入者の賃金低下に歯止めがかからないことから、「保険者の努力だけでは対応できない」と指摘。国庫補助率20%への引き上げと、高齢者医療制度の見直しを引き続き要望していく構えを見せた。

試算によると、診療報酬の改定率が0.1%で平均保険料率には0.09%の影響が出る見通し。小林理事長は次期改定について「プラス改定という状況ではない。私どもの財政状況から考えれば、そう言わざるを得ない」と述べた。（10/5MEDIFAXより）

療養病床は3300床減の33万3000床／10年の動態調査・病院報告

厚生労働省は10月4日、2010年の医療施設（動態）調査と病院報告の結果を公表した。

医療施設の数・病床数・診療科目などを調べる医療施設（動態）調査によると、全国の病院施設数は8670施設・159万3354床で、前年（09年）と比べて69施設減・8122床減となった。一般診療所は9万9824施設・13万6861床で、前年と比べて189施設増・4956床減。歯科診療所は6万8384施設・124床で、前年と比べて287施設増・2床増となった。

病院の病床種類別に見ると、一般病床は90万3621床（前年比2780床減）、療養病床は33万2986床（同3287床減）、精神病床は34万6715床（同1406床減）、結核病床8244床（同680床減）、感染症病床1788床（同31床増）となった。

小児科を標榜する一般病院は2808施設で、前年より45施設が減少した。産婦人科（産科）を標榜する一般病院は1432施設で、前年より42施設が減少した。

●病院の常勤医師2.5%増、社会福祉士は15.2%増

病院の患者数や医療従事者数を集計する病院報告によると、1日平均在院患者数は前年より0.4%多い131万3421人となった。1日平均外来患者数は同0.3%少ない141万2245人となった。

病院の平均在院日数は32.5日で前年よりも0.7日短縮した。

病院の従事者数（常勤換算）を見ると、医師は19

万5368.1人で2.2%増えた。このうち常勤医師は15万7166人で2.5%増、非常勤医師は3万8202.1人で1.1%増だった。看護師は68万2603.9人で3.4%増えた。増加率では社会福祉士が15.2%増の5971.3人と最も高かった。

人口10万人に対する病院の医師数（常勤換算）は平均152.6人だった。都道府県別に見て、最も多いのは高知県で221.6人。次いで徳島県（204.7人）、福岡県（194.7人）、東京都（193.2人）、京都府（192.7人）と続いた。一方、最も低かったのは埼玉県で105.6人。千葉県（118.2人）、三重県（118.6人）、静岡県（120.2人）、岐阜県（120.4人）と続いた。

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

13

その2 原発の政治学

提起していること

3・11が日本の政治・社会に

福島第1原発事故の収束のめどは、依然立っていません。原発・放射能汚染の危険性については、すでに多くの自然科学者が解明していますが、「政治学」の立場からはまだ検討されていない「なぜ」があります。

1つは、そもそもなぜ日本政府は、狭く地震大国でもある日本にかくも多数の原発の建設を企てたのか。そして、電力会社はなぜ安全対策の手抜きをやったのか、という問いです。「安全神話」に寄りかかったといわれますが、スリーマイル、チェルノブイリの経験のあとに政府や東電が建設をすすめたのは、彼らがどうしようもない無知であるというのでなければなぜなのでしょう。2つめは、なぜ、原発を導入した地域・自治体は、それを容認してきたのか、という問いです。

日本で原発が大量に建設されたのは、自民党政権の手で推進された大企業本位の経済成長政策の所産でした。もともと戦後日本の経済に不可欠のエネルギーは、水力と石炭を主力にしていました。ところがエネルギー政策は、1960年代初頭に石油中心に急激な転換をします。当時アメリカは、世界のエネルギーの相当量を産出するサウジアラビア、イラン、イラクなどの中東産油国に対する支配権を確立し、石油巨大企業メジャーズによる油田開発と技術革新で、原油の増産体制を確立しました。販売先を求めて、アメリカは従属下にあった日本に石油を押しつけました。政府のほうも、エネルギー源を水力・石炭から、「水よりも安い石油」に変えることで競争力の強化をめざし、思惑が合致して、

1962年の原油輸入の自由化以降、嵐のように石油への転換が強行され、炭坑の閉山が続きました。通常の家であれば、こんな偏ったエネルギー政策はとりませんが、日本は企業の成長だけを考えたために、極端な政策がとられたのです。

安くて優秀な労働力と企業社会に相まって、安い石油は高度成長の原動力となりました。73年には、日本のエネルギー供給のじつに77.4%が石油になってしまったのです。ところが、73年の中東紛争、石油輸入の途絶、原油高騰で、事態は暗転。今度は嵐のような原発建設が始まります。2001年には、石油は50%を割り、原子力が12.2%にまで至ります。発電に限れば、2008年には原子力が24%で、石油の倍近くになっています。80年代に入り、スリーマイル、チェルノブイリと原発事故が続く中で世界的には原発見直しが強まる中、これだけ原発を増設しつづけたのは、日本が大企業の成長に特化した政策を採りつづけたからにほかなりません。

それに加えて、90年代に入るとグローバル経済下で大企業の競争力強化をめざす構造改革が展開され、原発はさらに危険性が増したのです。企業間競争の激化の中でエネルギーコストの低下圧力が加わり、電力自由化がなされると、電力各社は、耐震性や安全性にかかるコストの削減に乗りだしたからです。こうした開発主義政治、構造改革の複合が原発事故を引き起こしたといえます。

それにしても、なぜ福島をはじめ、原発を有する地域は誘致・建設を許容してきたのでしょうか。

その背景にも自民党の利益誘導政治があります。前回検討したように、高度成長期以降、地方の農業・地場産業は衰退を余儀なくされましたが、自民党政権は、地方に公共事業投資をばらまいて開発を促進し、企業誘致と雇用を創出して自民党の強固な支持基盤にしてみました。

ところで、原発を導入してきた地域をみると、どこも公共事業投資の恩恵も受けにくい、企業の誘致も難しい「僻地^{へきち}」です。政府や電力会社はそこにつけ込んで、「最後の公共事業」として原発誘致を画策し、地方のほうも、開発のための最後の手段として受け入れを強要されてきたのです。福島第1原発・第2原発の建てられた浜通り地方は、「福島のチベット^{※1}」といわれ、公共事業の投資も遅れてきた地域でした。第2原発建設をもくろんだ県の職員が地元を説得する口実は、「大工場がやってくる」というものだったそうです。

とくに政府は、エネルギー政策の転換を図った74年、電源三法を制定して電源開発促進税を取って、これを電源三法交付金というかたちで大量の原発立地対策費に注ぎ込みました^{※2}。2004年をとると、原発10基をもつ福島県が1位で824億円、7基を抱える新潟県、13基の福井県と続きます。県や市町村が電力会社にかかる核燃料税も、地方財政に大きな比重をもちました。過疎で財政に苦しむ県や市町村では、こうした交付金や税が地方財政収入中、大きな比重を占めるようになったのです。

交付金には期限がありますし、交付金でつくったハコモノの維持経費もバカにならない。それが切れると地方財政はただちに危機におちいるため、次の原子炉建設を

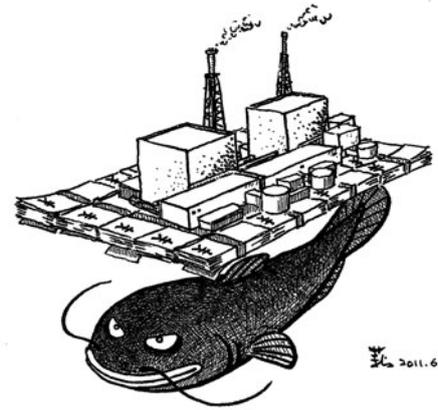
容認することを余儀なくされました。電力会社もさまざまなかたちで補助金や資金を現地に流し入れました。原発受け入れ自治体では、こうした資金で華やかな庁舎や文化施設が建てられ、町の病院などの経営立て直しに投入されたりしたのです。

さらに、小泉政権のもとで強行された構造改革は、自治体の原発依存を強めました。地方財政の削減の中で、原発立地地域はいっそう原発交付金への依存を強めざるをえなくなったのです。

ではこうした事態に際し、どうしたらよいのでしょうか。

まず第1は、福島原発の事故を収束させるために全力をあげることです。そのためには、かねて原発被害を警告してきた、原発に批判的な学者や政党を対策会議に参加させることが不可欠です。同時に、原発事故で露呈した安全基準、放射線の被曝許容基準を根本的に見直し、ただちにその基準での運用をはかることです。

それと並行して、政府は、稼働中の全原発を停止しなければなりません。菅首相は浜岡原発の停止



をおこないましたが、正しい政策です。しかし政府は、浜岡^{ひとみ}を人身御供にして、他の全原発の稼働を容認し、安全確認の後、再稼働に踏み切るもくろみです。逆に、私たちは浜岡原発の稼働停止を出発点に、全原発の稼働停止、エネルギー政策の転換に舵を切る必要があります。大企業もエネルギー多消費産業からの転換をおこなうと同時に、私たちのライフスタイルも、より人間らしい方向に変わらなければなりません。そうしたことを展望して、まずは原発政策転換に舵を切ることが緊急です。

そして最も必要なことは、地方に対する構造改革の政治をやめて、産業や地場産業で生きていける地域を再建することです。

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』7月号より転載（大月書店発行）

〔※1〕 鎌田慧『日本の原発危険地帯』（青志社、2011年）89ページ。

〔※2〕 くわしくは、大島堅一『再生可能エネルギーの政治経済学』（東洋経済新報社、2010年）第1章、および、鎌田前掲載書を参照。



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

平成21年度国民医療費の概況

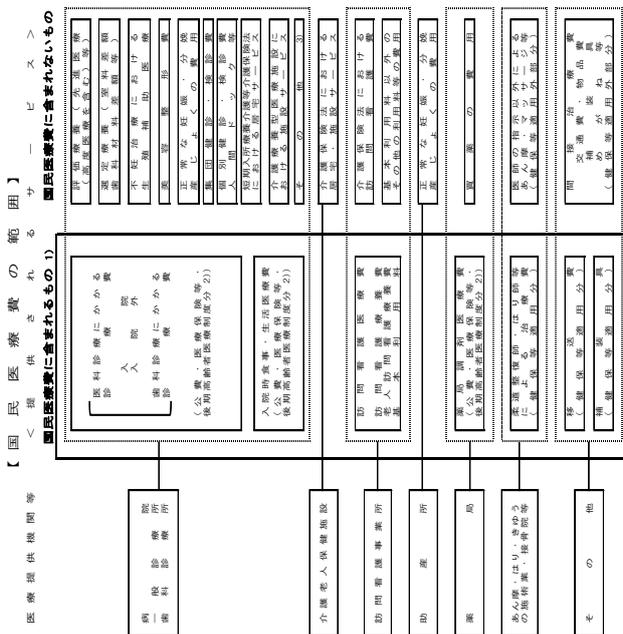
厚生労働省 2011年9月29日

http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/09/dl/data.pdf

厚生労働省は、9月29日に平成21年度の国民医療費についての費用推計結果概況をまとめ、公表を行った。平成21年度の国民医療費は36兆67億円で、前年度に比べ1兆1,983億円、3.4%の増加。人口1人あたりでは28万2,400円で、前年度に比べ3.6%の増加。いずれも過去最高となっている。

国民医療費の範囲と推計方法の概要

国民医療費の範囲
「国民医療費」は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものである。
この費用には、医科診療や歯科診療にかかるとされる診療費、薬局調剤医療費、入院時食事生活医療費、訪問看護医療費等が含まれる。
なお、保険診療の対象とならない評価療養（先進医療（高度医療を含む）等）、選定療養（入院時室料差額分、歯科差額分等）及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含まれない。
また、傷病の治療費に限っているため、(1) 正常な妊娠・分娩に要する費用、(2) 健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3) 固定した身体障害のために必要とする薬眼や義肢等の費用も含まない。



注：1) 患者負担を含む。
2) 平成19年度までは老人保健制度である。
3) 上記の詳細療養等以外の保険診療の対象となり得ない医療行為（予防接種など）。

平成23年 9月 29日
【照会先】
厚生労働省
統計情報部
大臣官庁
保健統計課保健統計室
室長 武田 康久
室長補佐 細野 恵子
調査係(7F26) 03-5253-1111
(代表電話) 03-5253-2958
(直通電話)

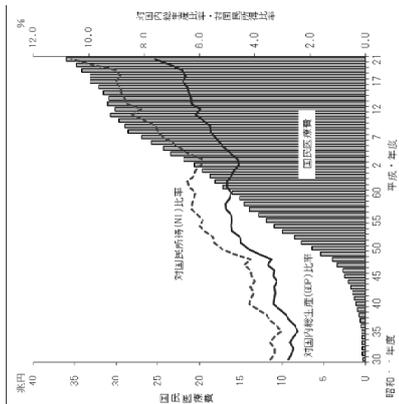
平成21年度 国民医療費の概況

目次

国民医療費の範囲と推計方法の概要
1 国民医療費の範囲.....1頁
2 推計方法の概要.....2
3 用語の説明.....2
4 利用上の注意.....2
結果の概要
1 国民医療費の状況.....3
2 制度区分別国民医療費.....4
3 財源別国民医療費.....4
4 診療種別国民医療費.....5
5 年齢階級別国民医療費.....6
6 性、年齢階級別国民医療費.....7
7 性、傷病分類別一般診療医療費.....8
統計表
第1表 国民医療費、人口1人当たり国民医療費、対国内総生産及び対国民所得比率の年次推移.....10
第2表 制度区分別国民医療費及び構成割合の年次推移.....11
第3表 財源別国民医療費及び構成割合の年次推移.....12
第4表 診療種別国民医療費及び構成割合の年次推移.....13
第5表 性、年齢階級、一般診療-歯科診療別国民医療費、構成割合及び人口1人当たり国民医療費.....14
第6表 性、傷病分類、入院-入院外、年齢階級別一般診療医療費.....17
参考
参考1 平成21年度国民医療費の構造.....24
参考2 平成21年度国民医療費の年齢階級別人口1人当たり国民医療費算出に用いた人口.....25
この概況資料は、厚生労働省のホームページ（http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html）にも掲載しています。

結果の概要

図1 国民医療費の年次推移



1 国民医療費の状況

平成21年度の国民医療費は36兆67億円、前年度の34兆8084億円に比べ、1兆1983億円、3.4%の増加となっている。人口一人当たりの国民医療費は28万2400円、前年度の27万2600円に比べ3.6%増加している。国民医療費の国内総生産(GDP)に対する比率は7.60% (前年度7.07%)、国民所得(NI)に対する比率は10.61% (前年度9.89%)となっている。

(図1、表1、10頁統計表第1表)

表1 国民医療費の年次推移

Table with 10 columns: Year, National Medical Expenses (2010 prices), Per capita (1000 yen), Domestic Production (GDP), Per capita (1000 yen), NI, Per capita (1000 yen), Ratio to GDP, Ratio to NI, and Ratio to NI for the previous year. The table shows data from 1983 to 2010, with a total row for 2010 showing 36,670 billion yen in medical expenses, 282,400 yen per capita, 7.60% ratio to GDP, and 10.61% ratio to NI.

注:1) 平成12年4月から介護保険制度が開始されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがあがあるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。
2) 国内総生産(GDP)及び国民所得(NI)は、内閣府発表の「国民経済計算」(平成22年12月発表)による。
3) 人口一人当たり国民医療費を算出するために用いた人口は、総務省統計局による「国勢調査」及び「推計人口」の総人口である。

2 推計方法の概要

国民医療費は、医療保険制度等による給付、後期高齢者医療制度や公費負担医療制度による給付、これに伴う患者の一部負担などによって支払われた医療費を合算したものである。

- (1) 公費負担制度によって国又は地方公共団体の負担する「公費負担医療給付分」、医療保険制度及び労災保険制度等の給付としての「医療保険給付分」、高齢者の医療の確保に関する法律による医療としての「後期高齢者医療給付分」について、原則として当該年度内の診療についての支払確定額(高額医療費(高額医療費)を含む)。
- (2) 患者負担分のうち(1)の給付に伴う一部負担額の推計値。
- (3) 患者負担分のうち全額自費で支払った費用(自賠責保険による支払い、または保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用の全額を自費で支払ったもの)の推計値。

3 用語の説明

- (1) 財源別国民医療費
公費
地方公共団体の負担金
- 保険料
医療保険制度、後期高齢者医療制度、労災保険制度等の給付費のうち、事業主と被保険者や国民健康保険の被保険者が保険料(税)として負担すべき額
- その他
患者負担及び原因者負担(公営健康被害の補償等)に関する法律による補給給付及び健康被害救済制度による救済給付)

(2) 診療種類別国民医療費

- 一般診療医療費
医師診療にかかる診療費、健康保険等給付対象となる柔道整復師・はり師等による治療費、移送費、補装具
- 歯科診療医療費
歯科診療にかかる診療費
- 薬局調剤医療費
医師の発行する処方箋により保険薬局を通じて支給される薬剤等
- 入院時食事・生活医療費
平成17年度まで「入院時食事医療費」(入院時食事療養費及び標準負担額の合計額)、平成18年度から入院時食事療養費、食事療養標準負担額、入院時生活療養費及び生活療養費標準負担額の合計額
- 訪問看護医療費
訪問看護療養費、老人訪問看護療養費及びそれぞれの基本利用料の合計額

4 利用上の注意

- (1) 表章記号の規約
統計項目のありえない場合
計数不明又は計数を表章すること不適当な場合
推計数が表章単位の1/2未満、又は比率が微小の場合 0, 0.0
減少数(率)の場合 △
- (2) この概況に掲載の数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。
- (3) 平成17年度国民医療費より「公費負担医療給付分」のうち地方公共団体単独実施に係る医療費の把握方法を変更したことに伴い、制度区分別国民医療費及び財源別国民医療費における公費負担及び患者負担の数値を平成18年度に遡って変更しており、平成16年度国民医療費とは異なる数値となっている。

4 診療種類別国民医療費

診療種類別にみると、一般診療医療費は26兆7425億円（74.3%）、そのうち入院医療費は13兆2602億円（36.8%）、入院外医療費は13兆4823億円（37.4%）となっている。また、歯科診療医療費は2兆5587億円（7.1%）、薬局調剤医療費は5兆8228億円（16.2%）、入院時食事・生活医療費は8161億円（2.3%）となっている。

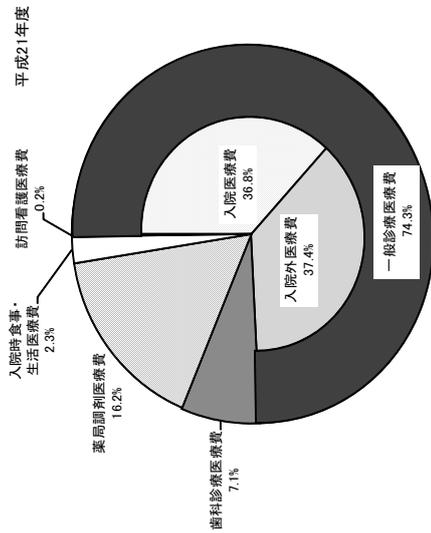
対前年度増減率をみると、一般診療医療費は3.0%の増加、薬局調剤医療費は7.9%の増加となっている。

(表4、図2、13頁統計表第4表、24頁参考1)

表4 診療種類別国民医療費

Table with 6 columns: 診療種類, 平成21年度 (推計額, 構成割合), 平成20年度 (推計額, 構成割合), 対前年度 (増減額, 増減率). Rows include 国民医療費, 一般診療医療費, 入院医療費, 病一般診療費, 入院外診療費, 病一般診療費, 歯科診療医療費, 薬局調剤医療費, 入院時食事・生活医療費, 訪問看護医療費.

図2 診療種類別国民医療費構成割合 (%)



2 制度区分別国民医療費

制度区分別にみると、医療保険等給付分は17兆3368億円（構成割合48.1%）、後期高齢者医療給付分は11兆307億円（30.6%）、公費負担医療給付分は2兆4601億円（6.8%）となっている。また、患者負担は4兆9928億円（13.9%）となっている。

対前年度増減率をみると、公費負担医療給付分は5.5%の増加、医療保険等給付分は2.3%の増加、後期高齢者医療給付分は5.8%の増加、患者負担分は1.6%の増加、軽減特例措置は2.8%の増加となっている。（表2、11頁統計表第2表、24頁参考1）

表2 制度区分別国民医療費

Table with 6 columns: 制度区分, 平成21年度 (推計額, 構成割合), 平成20年度 (推計額, 構成割合), 対前年度 (増減額, 増減率). Rows include 国民医療費, 公費負担医療給付分, 医療保険等給付分, 被用者医療費, 被扶養者医療費, 国民健康保険, 国民健康保険以外, 高齢者, その他, 後期高齢者医療給付分, 軽減特例措置.

注：1)被用者医療及び国民健康保険適用の高齢者は70歳以上である。2)労働者災害補償保険、国家公務員共済補償法、地方公務員共済補償法、独立行政法人日本スポーツ振興センター法、労働者災害補償法、国家公務員共済法、公務員共済法、地方公務員共済法、地方公務員共済法による医療費。3)1年3月に老人保健制度が廃止となり、平成20年4月から新たに後期高齢者医療制度が創設された。後期高齢者医療給付分には、老人保健制度の請求選別分を含む。4)平成20年4月からの70～74歳の患者の窓口負担の軽減措置に関する国庫負担分である。

3 財源別国民医療費

財源別にみると、公費分は13兆4933億円（37.5%）、うち国庫は9兆1271億円（25.3%）、地方は4兆3662億円（12.1%）となっている。保険料分は17兆5032億円（48.6%）、うち事業主は7兆3211億円（20.3%）、被保険者は10兆1821億円（28.3%）となっている。また、その他は5兆102億円（13.9%）、うち患者負担は4兆9928億円（13.9%）となっている。

(表3、12頁統計表第3表、24頁参考1)

表3 財源別国民医療費

Table with 6 columns: 財源, 平成21年度 (推計額, 構成割合), 平成20年度 (推計額, 構成割合), 対前年度 (増減額, 増減率). Rows include 国民医療費, 国庫, 地方, 保険料, 事業主, 被保険者, その他, 患者負担(既掲).

注：1)軽減特例措置は、国庫を含む。2)患者負担及び原因者負担（公務員健康被害の補償等）に関する法律による補償給付及び健康被害救済制度による救済給付)

5 年齢階級別国民医療費

年齢階級別にみると、0～14歳は2兆2595億円（6.3%）、15～44歳は4兆8951億円（13.6%）、45～64歳は8兆9042億円（24.7%）、65歳以上は19兆9479億円（55.4%）となっている。

人口一人当たり国民医療費をみると、65歳未満は16万3000円、65歳以上は68万7700円となっている。そのうち一般診療医療費では、65歳未満が1兆7200円、65歳以上が2兆9800円となっている。薬局調剤医療費では、65歳未満が2兆6300円、65歳以上が1兆1300円となっている。

（表5、14頁統計表第5表、24頁参考1）

表5 年齢階級別国民医療費

年齢階級	平成21年度			平成20年度			人口一人当たり医療費(千円)
	推計額(億円)	構成割合(%)	推計額(億円)	構成割合(%)	推計額(億円)		
総数	360,067	100.0	348,084	100.0	272.6		
65歳未満	160,587	44.6	158,085	45.4	158.9		
0～14歳	22,595	6.3	22,326	6.4	130.0		
15～44歳	48,951	13.6	48,362	13.9	101.0		
45～64歳	89,042	24.7	87,397	25.1	254.1		
65歳以上	199,479	55.4	189,999	54.6	673.4		
70歳以上(再掲)	160,500	44.6	153,325	44.0	760.0		
75歳以上(再掲)	117,335	32.6	109,711	31.5	830.1		
一般診療医療費(再掲)							
総数	267,425	100.0	209.7	259.595	100.0	203.3	
65歳未満	115,013	43.0	116.8	113.604	43.8	114.2	
0～14歳	16,516	6.2	97.1	16.424	6.3	95.6	
15～44歳	33,649	12.6	71.0	33.368	12.9	69.7	
45～64歳	64,847	24.2	190.1	63.813	24.6	185.5	
65歳以上	152,412	57.0	525.5	145.991	56.2	517.4	
70歳以上(再掲)	123,229	46.1	597.6	118.442	45.6	587.1	
75歳以上(再掲)	90,907	34.0	663.1	85.493	32.9	646.8	
薬局調剤医療費(再掲)							
総数	25,587	100.0	20.1	25.777	100.0	20.2	
65歳未満	16,956	66.3	17.2	17.330	67.2	17.4	
0～14歳	1,980	7.7	11.6	1.977	7.7	11.5	
15～44歳	6,925	27.1	14.6	7.072	27.4	14.8	
45～64歳	8,051	31.5	23.6	8.281	32.1	24.1	
65歳以上	8,632	33.7	29.8	8.447	32.8	29.9	
70歳以上(再掲)	6,049	23.6	29.3	5.927	23.0	29.4	
75歳以上(再掲)	3,694	14.4	26.9	3.490	13.5	26.4	
薬局調剤医療費(再掲)							
総数	58,228	100.0	45.7	53.955	100.0	42.3	
65歳未満	25,942	44.6	26.3	24.472	45.4	24.6	
0～14歳	4,014	6.9	23.6	3.836	7.1	22.3	
15～44歳	7,690	13.2	16.2	7.233	13.4	15.1	
45～64歳	14,238	24.5	41.7	13.404	24.8	39.0	
65歳以上	32,286	55.4	111.3	29.833	54.6	104.5	
70歳以上(再掲)	25,977	44.6	126.0	23.758	44.0	117.8	
75歳以上(再掲)	18,688	31.9	135.6	16.721	31.0	126.5	

注：年齢階級別の人口一人当たり国民医療費を算出するため、総務省統計局「推計人口」の各年齢階級別人口を分母に用いた。

6 性、年齢階級別国民医療費

国民医療費を性、年齢階級別でみると、0～14歳の男は1兆2460億円（7.2%）、女は1兆135億円（5.4%）、15～44歳の男は2兆2419億円（13.0%）、女は2兆6532億円（14.2%）、45～64歳の男は4兆6977億円（27.1%）、女は4兆2064億円（22.5%）、65歳以上の男は9兆1227億円（25.2%）、女は10兆8253億円（57.9%）となっている。

人口一人当たり国民医療費をみると、65歳未満の男は16万4600円、女は16万1400円、65歳以上の男は73万5800円、女は65万1900円となっている。

（表6、15～16頁統計表第5表）

表6 性、年齢階級別国民医療費

年齢階級	男			女			人口一人当たり医療費(千円)
	推計額(億円)	構成割合(%)	推計額(億円)	構成割合(%)	推計額(億円)		
総数	173,082	100.0	278.6	186,985	100.0	286.0	
65歳未満	81,856	47.3	164.6	78,731	42.1	161.4	
0～14歳	12,460	7.2	142.9	10,135	5.4	122.2	
15～44歳	22,419	13.0	93.0	26,532	14.2	113.9	
45～64歳	46,977	27.1	277.7	42,064	22.5	244.6	
65歳以上	91,227	52.7	735.8	108,253	57.9	651.9	
70歳以上(再掲)	70,533	40.8	840.3	89,968	48.1	735.9	
75歳以上(再掲)	48,558	28.1	934.7	68,777	36.8	807.8	
一般診療医療費(再掲)							
総数	130,474	100.0	210.0	136,951	100.0	209.5	
65歳未満	59,495	45.6	119.6	55,518	40.5	113.8	
0～14歳	9,156	7.0	105.0	7,361	5.4	88.8	
15～44歳	15,369	11.8	63.8	18,280	13.3	78.5	
45～64歳	34,970	26.8	206.7	29,877	21.8	173.7	
65歳以上	70,980	54.4	572.5	81,433	59.5	490.4	
70歳以上(再掲)	55,065	42.2	656.0	68,165	49.8	557.5	
75歳以上(再掲)	38,137	29.2	734.1	52,770	38.5	619.8	
歯科診療医療費(再掲)							
総数	11,762	100.0	18.9	13,825	100.0	21.1	
65歳未満	7,931	67.4	15.9	9,025	65.3	18.5	
0～14歳	1,019	8.7	11.7	961	7.0	11.6	
15～44歳	3,168	26.9	13.1	3,757	27.2	16.1	
45～64歳	3,744	31.8	22.1	4,307	31.2	25.0	
65歳以上	8,831	32.6	30.9	4,800	34.7	28.9	
70歳以上(再掲)	2,610	22.2	31.1	3,440	24.9	28.1	
75歳以上(再掲)	1,556	13.2	30.0	2,138	15.5	25.1	
薬局調剤医療費(再掲)							
総数	26,703	100.0	43.0	31,525	100.0	48.2	
65歳未満	12,851	48.1	25.8	13,091	41.5	26.8	
0～14歳	2,239	8.4	25.7	1,775	5.6	21.4	
15～44歳	3,516	13.2	14.6	4,174	13.2	17.9	
45～64歳	7,097	26.6	42.0	7,141	22.7	41.5	
65歳以上	13,852	51.9	111.7	18,434	58.5	111.0	
70歳以上(再掲)	10,813	40.5	128.8	15,164	48.1	124.0	
75歳以上(再掲)	7,391	27.7	142.3	11,198	35.5	131.5	

注：年齢階級別の人口一人当たり国民医療費を算出するため、総務省統計局「推計人口」の各年齢階級別人口を分母に用いた。

第1表 国民医療費、人口一人当たり国民医療費、対国内総生産及び対国民所得比率の年次推移

Table with columns: Year, Total amount, Increase/Decrease rate, Per capita amount, Increase/Decrease rate, GDP ratio, Increase/Decrease rate, Income ratio, Increase/Decrease rate, Total population. Data spans from 2009 to 2021.

注1) 国内総生産(GDP)及び国民所得(NI)は、内閣府発表の「国民経済計算」(平成22年12月発表)による。注2) 総人口は、総務省統計局による「推計人口」(各年10月1日現在人口)であり、*は「国勢調査」の確定人口である。注3) 平成12年1月から介護保険制度が開始されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがあがるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。

表7 上位5傷病別一般診療医療費

Table showing top 5 injury categories and their medical costs. Categories include circulatory system, respiratory system, musculoskeletal system, etc.

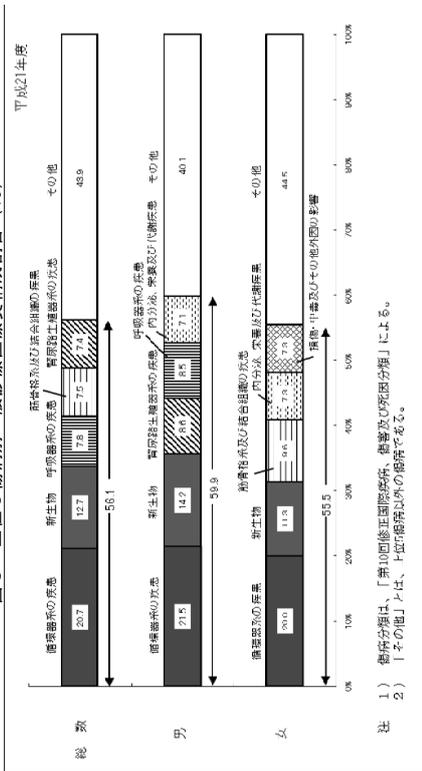
7 性、傷病分類別一般診療医療費

一般診療医療費を主傷病による傷病分類別にみると、「循環器系の疾患」5兆5394億円(20.7%)が最も多く、次いで「新生物」3兆3993億円(12.7%)、「呼吸器系の疾患」2兆884億円(7.8%)、「筋骨格系の疾患」及び結合組織の疾患」1兆9987億円(7.5%)、「腎尿路生殖系系の疾患」1兆9870億円(7.4%)、となつている。

65歳未満では「新生物」1兆4164億円(12.3%)が最も多く、65歳以上では「循環器系の疾患」4兆1796億円(27.4%)が最も多くなっている。(表7、17~18頁統計表第6表)

また、男女別にみると、男では「循環器系の疾患」、「新生物」、「腎尿路生殖系系の疾患」が多く、女では「循環器系の疾患」、「新生物」、「筋骨格系の疾患」及び結合組織の疾患」が多くなっている。(図3、19~22頁統計表第6表)

図3 上位5傷病別一般診療医療費構成割合(%)



注 1) 傷病分類は、「邦10訂修正国際疾病、傷害及び死因分類」による。2) 「その他」とは、上記傷病以外の傷病である。

第3表 財源別国民医療費及び構成割合の年次推移

Table showing annual trends in national medical expenses by source (National, Public, Local, Private) and their percentage composition from Heisei 13 to Heisei 21. Includes columns for year, national medical fees, public fees, local fees, private fees, total, and percentage.

注1) 推計額は、単年度ごとの制度区分別医療費を各制度において財源負担すべき者に振り当てたものである。
注2) 平成12年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち、介護保険の費用に移行したものが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。
注3) その他の総数には原因者負担(公費健康被害の補償等)に関する法律による補償給付及び健康被害救済制度による救済給付を含む。

第2表 制度区分別国民医療費及び構成割合の年次推移

Table showing annual trends in national medical expenses by category (National, Public, Local, Private) and their percentage composition from Heisei 17 to Heisei 21. Includes columns for year, national medical fees, public fees, local fees, private fees, total, and percentage.

注1) 平成19年4月から、結核予防法が感染症法に統合された。
注2) 身体障害者福祉法、児童福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律により負担していた医療費の一部が平成18年4月から障害者自立支援法に組み込まれた。
注3) 母子保健法、児童福祉法等による医療費及び地方公共団体単独実施に係る医療費である。
注4) 被用者保険及び国民健康保険適用の高齢者は70歳以上である。
注5) 平成20年10月1日に全国健康保険協会が設立され、従来の政府管掌健康保険として全国健康保険協会が運営することになった。
注6) 国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、独立行政法人日本スポーツ振興センター法、防衛省職員共済法、公務員健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付による医療費である。
注7) 平成20年9月に老人保健制度が廃止となり、平成20年4月から新たに後期高齢者医療給付制度が創設された。後期高齢者医療給付には、老人保健制度の請求区分を含む。
注8) 平成20年4月から70〜74歳の患者の窓口負担の軽減措置に関する国庫負担分である。

第5表(3-1) 性、年齢階級、一般診療・一般診療・一般診療別国民医療費、構成割合及びひとり一人当たり国民医療費

年齢階級	国民医療費		推計		平成21年度		平成22年度	
	総数	医療費	総数	医療費	総数	医療費	総数	医療費
総数	267,425	380,067	132,602	134,823	25,587	25,587	58,228	58,228
0～4歳	11,203	11,203	3,775	5,299	937	937	1,686	1,686
5～9	4,095	6,549	1,020	3,224	1,020	1,020	1,415	1,415
10～14	3,348	4,843	794	2,554	563	563	913	913
15～19	2,941	4,181	970	1,972	550	550	663	663
20～24	3,409	5,005	1,269	2,140	792	792	754	754
25～29	4,780	7,016	1,859	2,922	1,096	1,096	1,054	1,054
30～34	7,943	9,342	2,867	3,835	1,374	1,374	1,433	1,433
35～39	7,943	11,600	3,147	4,796	1,614	1,614	1,858	1,858
40～44	8,174	11,807	3,206	4,968	1,499	1,499	1,928	1,928
45～49	9,352	13,247	3,817	5,534	1,504	1,504	2,141	2,141
50～54	11,899	16,571	5,111	6,789	1,670	1,670	2,666	2,666
55～59	18,547	25,320	8,515	10,822	2,232	2,232	3,978	3,978
60～64	25,050	33,904	11,704	13,345	2,644	2,644	5,453	5,453
65～69	29,183	38,979	14,127	15,066	2,582	2,582	6,308	6,308
70～74	32,322	43,165	16,050	16,272	2,386	2,386	7,389	7,389
75～79	33,729	45,151	17,910	15,820	1,839	1,839	8,384	8,384
80～84	28,516	37,587	16,730	11,787	1,145	1,145	6,695	6,695
85歳以上	28,661	34,598	20,182	8,480	709	709	3,509	3,509
構成割合 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ひとり一人当たり国民医療費 (千円)	209.7	282.4	104.0	105.7	20.1	20.1	45.7	45.7
人口ひとり一人当たり国民医療費 (千円)	168.8	208.4	70.2	98.6	7.4	7.4	31.4	31.4
	72.0	115.2	15.3	56.7	17.9	17.9	24.9	24.9
	56.3	81.4	13.4	42.9	9.5	9.5	15.3	15.3
	48.4	68.8	16.0	32.4	9.0	9.0	10.9	10.9
	49.3	72.4	18.4	31.0	11.5	11.5	10.9	10.9
	63.7	93.5	24.8	38.9	14.6	14.6	14.0	14.0
	74.5	108.7	29.9	44.6	16.6	16.6	16.7	16.7
	81.8	119.4	32.4	49.4	16.6	16.6	19.1	19.1
	95.3	137.6	37.4	57.9	17.5	17.5	22.5	22.5
	119.5	169.3	48.8	70.7	19.2	19.2	27.4	27.4
	153.7	214.1	66.0	87.7	21.6	21.6	34.4	34.4
	203.1	277.2	93.2	109.8	24.4	24.4	43.6	43.6
	266.1	360.2	124.3	141.8	28.1	28.1	57.9	57.9
	348.0	464.9	168.5	179.6	30.8	30.8	75.2	75.2
	467.7	624.6	232.2	235.5	34.1	34.1	106.9	106.9
	580.2	776.7	308.1	272.1	31.6	31.6	144.2	144.2
	673.2	887.3	394.9	278.3	27.0	27.0	158.1	158.1
	782.9	945.0	551.3	231.6	19.4	19.4	95.9	95.9

注：年齢階級別推計額は、各種調査による割合を用いて被推計したものである。

第4表 診療種類別国民医療費及び構成割合の年次推移

診療種類	推計額 (億円)				構成割合 (%)
	17年度	18年度	19年度	20年度	
国民医療費	331,289	331,276	341,360	348,084	360,067
一般診療	249,677	250,468	256,418	259,595	267,425
病	167,955	168,943	173,102	174,801	181,411
一般診療	81,722	81,525	83,316	84,794	86,014
入院医療	121,178	122,543	126,132	128,248	132,602
病	116,624	117,885	121,349	123,822	128,348
一般診療	4,555	4,658	4,782	4,426	4,254
入院医療	128,499	127,925	130,287	131,347	134,823
病	51,331	51,058	51,753	50,979	53,063
一般診療	77,167	76,867	78,534	80,368	81,760
歯科診療	25,766	25,039	24,996	25,777	25,587
薬局調剤	45,608	47,061	51,222	53,955	58,228
入院時食事・生活医療費	9,807	8,229	8,206	8,152	8,161
訪問看護	431	479	518	605	665
構成割合 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
国民医療費	75.4	75.6	75.1	74.6	74.3
一般診療	50.7	51.0	50.7	50.2	50.4
病	24.7	24.6	24.4	24.4	23.9
一般診療	36.6	37.0	36.9	36.8	36.8
病	35.2	35.6	35.5	35.6	35.6
一般診療	1.4	1.4	1.4	1.3	1.2
入院医療	38.8	38.6	38.2	37.7	37.4
病	15.5	15.4	15.2	14.6	14.7
一般診療	23.3	23.2	23.0	23.1	22.7
入院医療	7.8	7.6	7.3	7.4	7.1
歯科診療	13.8	14.2	15.0	15.5	16.2
薬局調剤	3.0	2.5	2.4	2.3	2.3
入院時食事・生活医療費	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2
訪問看護					

注：平成17年度まで「入院時食事医療費」(入院時食事医療費及び診療準備負担額)、平成18年度から「入院時食事医療費、食事療養標準負担額、入院時生活医療費及び生活医療標準負担額」の合計額。

第5表(3-3) 性、年齢階級、一般診療・歯科診療別国民医療費、構成割合及びひとり人口一人当たり国民医療費

年齢階級	国民医療費				推計				平成21年度					
	医療費		総数		入院		入院外		一般診療医療費(再掲)		歯科診療医療費(再掲)		東高部別医療費(再掲)	
	数	率	数	率	数	率	数	率	(億円)	(再掲)	(再掲)	(再掲)	(再掲)	
総	186,985	100.0	136,951	100.0	65,988	100.0	70,963	100.0	13,825	100.0	31,525			
0～4歳	5,072	2.7	4,104	3.0	1,678	2.5	2,426	3.4	419	3.0	758			
5～9	2,925	1.6	1,804	1.3	363	0.6	1,441	2.0	490	3.5	623			
10～14	2,138	1.1	1,452	1.1	346	0.5	1,106	1.6	282	2.0	395			
15～19	1,977	1.1	1,351	1.0	412	0.6	939	1.3	295	2.1	318			
20～24	2,794	1.5	1,881	1.4	629	1.0	1,253	1.8	449	3.2	437			
25～29	4,103	2.2	2,831	2.1	1,069	1.6	1,763	2.5	609	4.4	618			
30～34	5,379	2.9	3,762	2.7	1,516	2.3	2,246	3.2	742	5.3	807			
35～39	6,001	3.2	4,328	3.2	1,660	2.5	2,668	3.8	864	6.2	1,002			
40～44	6,579	3.5	4,126	3.0	1,490	2.2	2,637	3.7	798	5.7	992			
45～49	8,133	4.3	5,595	4.1	1,997	3.0	3,598	5.1	1,071	7.7	1,171			
50～54	11,859	6.4	8,451	6.2	2,145	3.3	5,306	7.5	1,334	9.6	1,334			
55～59	15,617	8.3	11,192	8.1	3,403	5.2	7,789	11.1	1,988	14.4	1,997			
60～64	18,285	9.8	13,268	9.6	4,574	6.9	8,694	12.3	2,739	19.8	2,739			
65～69	21,191	11.4	15,395	11.2	5,722	8.7	9,669	13.8	3,269	23.6	3,269			
70～74	23,416	12.6	17,041	12.5	7,027	10.3	10,019	14.3	3,987	28.8	3,987			
75～79	21,269	11.4	15,845	11.6	6,570	9.8	9,275	13.2	4,724	34.2	4,724			
80～84	24,092	12.9	19,884	14.5	9,275	14.1	10,609	15.1	6,658	48.0	6,658			
85歳以上														
総	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0			
0～4歳	2.7	3.4	3.0	3.4	2.5	2.5	3.4	3.4	1.4	1.4	2.4			
5～9	1.6	2.0	1.3	2.0	0.6	0.6	2.0	2.0	3.5	3.5	2.4			
10～14	1.1	1.6	1.1	1.6	0.5	0.5	1.6	1.6	2.0	2.0	1.3			
15～19	1.1	1.3	1.0	1.3	0.6	0.6	1.3	1.3	2.1	2.1	1.0			
20～24	1.5	1.8	1.4	1.8	1.0	1.0	1.8	1.8	3.3	3.3	1.4			
25～29	2.2	2.5	2.1	2.5	1.6	1.6	2.5	2.5	4.4	4.4	2.0			
30～34	2.9	3.4	2.7	3.4	2.3	2.3	3.4	3.4	5.4	5.4	2.6			
35～39	3.4	3.8	3.2	3.8	2.5	2.5	3.8	3.8	6.2	6.2	3.2			
40～44	3.2	3.7	3.0	3.7	2.3	2.3	3.7	3.7	5.8	5.8	3.1			
45～49	3.5	4.1	3.4	4.1	2.6	2.6	4.1	4.1	5.9	5.9	3.4			
50～54	4.3	5.0	4.1	5.0	3.2	3.2	5.0	5.0	6.6	6.6	4.2			
55～59	6.3	7.1	6.2	7.1	5.2	5.2	7.1	7.1	8.7	8.7	6.3			
60～64	8.4	9.8	8.2	9.8	6.9	6.9	9.8	9.8	10.1	10.1	8.4			
65～69	11.3	12.6	11.2	12.6	9.7	9.7	12.6	12.6	14.4	14.4	10.4			
70～74	12.5	13.7	12.4	13.7	10.6	10.6	13.7	13.7	15.0	15.0	12.6			
75～79	12.9	14.4	12.9	14.4	11.6	11.6	14.4	14.4	17.8	17.8	15.0			
80～84	12.9	14.4	12.9	14.4	11.6	11.6	14.4	14.4	17.8	17.8	15.0			
85歳以上														
総	286.0	100.0	209.5	100.0	108.5	100.0	108.5	100.0	21.1	100.0	48.2			
0～4歳	193.6	67.7	156.7	75.0	64.1	59.6	60.6	55.8	7.2	33.2	28.9			
5～9	105.6	37.3	65.1	31.1	32.6	15.6	32.6	30.0	17.7	82.9	22.5			
10～14	73.7	25.8	50.0	23.9	25.9	12.4	23.9	22.2	9.9	46.8	13.6			
15～19	66.7	23.3	45.5	21.7	23.9	11.4	21.7	20.3	9.7	45.0	10.7			
20～24	83.1	29.1	55.9	26.7	18.7	9.0	26.7	24.3	13.4	61.5	13.0			
25～29	111.8	39.1	77.1	36.8	29.1	13.9	36.8	34.2	16.6	60.5	16.8			
30～34	127.2	44.5	88.9	42.4	35.8	17.1	44.5	41.3	19.1	68.8	18.0			
35～39	130.9	45.8	90.2	43.0	34.6	16.3	45.8	42.6	20.9	79.3	20.9			
40～44	140.9	49.3	96.9	46.2	35.0	16.3	49.3	46.0	23.3	99.6	27.5			
45～49	168.9	59.1	118.0	56.3	43.6	20.4	59.1	55.7	27.5	141.2	50.0			
50～54	206.6	72.2	145.5	69.5	55.3	26.5	72.2	68.7	34.4	172.3	61.2			
55～59	256.9	89.8	183.1	87.4	73.7	35.1	89.8	85.4	43.3	138.5	48.3			
60～64	324.7	113.5	232.7	111.0	95.1	45.6	113.5	107.0	56.9	267.1	93.1			
65～69	417.5	146.0	302.9	137.0	125.4	59.7	146.0	139.3	74.6	322.7	109.0			
70～74	570.9	199.6	414.7	180.0	189.3	87.0	199.6	190.9	106.9	363.8	127.0			
75～79	712.8	251.0	518.7	248.3	265.3	123.0	251.0	243.3	143.8	496.5	173.3			
80～84	824.1	288.1	613.9	283.0	359.4	168.0	288.1	283.0	155.7	558.7	195.0			
85歳以上	909.8	318.1	750.9	339.5	538.8	253.7	318.1	318.1	178.8	140.1	92.7			

注：第5表(3-1)に同じ。

第5表(3-2) 性、年齢階級、一般診療・歯科診療別国民医療費、構成割合及びひとり人口一人当たり国民医療費

年齢階級	国民医療費				推計				平成21年度					
	医療費		総数		入院		入院外		一般診療医療費(再掲)		歯科診療医療費(再掲)		東高部別医療費(再掲)	
	数	率	数	率	数	率	数	率	(億円)	(再掲)	(再掲)	(再掲)	(再掲)	
総	173,082	100.0	130,474	100.0	66,614	100.0	63,860	100.0	11,762	100.0	26,703			
0～4歳	6,131	3.5	4,969	3.8	2,872	4.3	2,872	4.5	208	1.8	3.5			
5～9	3,624	2.1	2,290	1.8	507	0.8	1,783	2.8	530	4.5	3.0			
10～14	2,705	1.6	1,896	1.5	448	0.7	1,448	2.3	280	2.4	1.9			
15～19	2,204	1.3	1,591	1.2	558	0.8	1,033	1.6	255	2.2	1.3			
20～24	2,211	1.3	1,527	1.2	640	1.0	887	1.4	255	2.2	1.3			
25～29	2,913	1.7	1,949	1.5	790	1.2	1,159	1.8	487	4.1	2.6			
30～34	3,963	2.3	2,640	2.0	1,051	1.6	1,589	2.5	632	5.4	3.4			
35～39	5,323	3.1	3,615	2.8	1,487	2.3	2,127	3.3	751	6.4	4.0			
40～44	5,806	3.4	4,047	3.1	1,716	2.6	2,331	3.7	700	6.0	3.6			
45～49	6,668	3.8	4,756	3.6	2,120	3.2	2,636	4.1	691	5.9	3.6			
50～54	8,562	4.9	6,260	4.8	2,966	4.5	3,294	5.2	763	6.5	4.0			
55～59	13,461	7.8	10,096	7.7	4,984	7.5	5,461	8.6	1,035	8.8	5.0			
60～64	18,286	10.6	13,858	10.6	7,131	10.7	7,509	11.8	1,252	10.7	6.0			
65～69	20,694	11.9	15,915	12.2	8,068	12.1	8,422	13.2	1,054	9.0	5.3			
70～74	21,974	12.7	16,927	12.9	9,023	13.4	9,496	14.7	831	7.1	4.7			
75～79	21,735	12.5	16,689	12.8	9,193	13.8	9,660	15.1	887	7.6	4.7			
80～84	16,318	9.4	12,671	9.7	7,454	11.2	7,517	11.8	487	4.1	2.6			
85歳以上	10,506	6.1	8,778	6.7	5,915	8.9	2,863	4.5	238	2.0	1.5			
総	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0			
0～4歳	3.5	3.8	3.8	3.8	4.5	4.5	4.5	4.5	1.8	1.8	3.5			
5～9	2.1	1.8	1.8	1.8	0.8	0.8	2.8	2.8	4.5	4.5	3.0			
10～14	1.6	1.5	1.5	1.5	0.7	0.7	2.3	2.3	2.4	2.4	1.9			
15～19	1.3	1.2	1.2	1.2	0.8	0.8	1.6	1.6	2.2	2.2	1.3			
20～24	1.3	1.2	1.2	1.2	1.0	1.0	1.4	1.4	2.2	2.2	1.3			
25～29	1.7	1.5	1.5	1.5	1.2	1.2	1.8	1.8	4.1	4.1	1.6			
30～34	2.3	2.0	2.0	2.0	1.6	1.6	2.5	2.5	5.4	5.4	2.3			
35～39	3.1	2.8	2.8	2.8	2.2	2.2	3.3	3.3						

第6表(3-1) 性、傷病分類、入院一

傷病分類	入院一										入院外										平成21年度									
	総数					入院					入院					入院外					平成21年度									
	0~14	15~44	45~64	65歳以上(再掲)	75歳以上(再掲)	0~14	15~44	45~64	65歳以上(再掲)	75歳以上(再掲)	0~14	15~44	45~64	65歳以上(再掲)	75歳以上(再掲)	0~14	15~44	45~64	65歳以上(再掲)	75歳以上(再掲)	0~14	15~44	45~64	65歳以上(再掲)	75歳以上(再掲)					
総数	287	659	308	33	90	132	236	227	21	54	132	236	227	21	132	236	227	21	54	132	236	227	21	54	132	236	227	21		
I 感染症及び寄生虫症	16	964	2	34	151	5	440	233	1	84	5	440	233	1	5	440	233	1	84	5	440	233	1	84	5	440	233	1		
II 新生物	380	10	724	19	830	304	1	732	6	607	21	889	304	1	21	889	304	1	607	21	889	304	1	607	21	889	304	1		
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	181	481	433	946	784	1	683	87	149	196	1	683	87	149	1	683	87	149	196	1	683	87	149	196	1	683	87	149		
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	19	302	455	11	423	8	727	5	913	3	407	4	757	106	259	986	3	407	4	757	106	259	986	3	407	4	757	106	259	
V 精神及び行動の障害	19	046	256	4	223	6	741	7	826	5	748	14	139	70	2	236	5	287	6	546	4	775	3	263	4	907	1	987		
VI 神経系の疾患	10	856	496	1	724	2	323	6	313	5	314	7	373	332	1	655	1	460	4	526	3	849	3	482	1	64	669	863		
VII 眼及び付属器の疾患	9	423	558	1	225	1	961	4	570	3	156	2	258	45	109	471	1	632	1	337	9	950	7	165	5	13	116	1	489	
VIII 耳及び聴覚系の疾患	2	596	2	24	369	2	201	1	842	1	304	1	197	1	13	169	1	014	859	623	1	399	1	11	200	1	188	983	681	
IX 循環器系の疾患	1	862	536	293	397	636	473	305	411	71	67	411	71	67	411	71	67	411	71	67	411	71	67	411	71	67	411	71	67	
X 呼吸器系の疾患	20	884	6	366	3	789	2	460	8	269	7	241	5	971	7	739	1	045	5	473	5	025	4	385	13	145	5	321		
XI 消化器系の疾患	16	666	403	2	528	4	466	9	269	7	437	5	417	8	342	216	977	1	975	5	145	4	273	3	286	8	324	158	1	551
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	4	527	975	1	317	888	1	347	1	076	784	874	63	109	159	543	477	394	3	653	9	12	1	208	728	804	599	390		
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	19	987	414	1	916	4	928	12	729	10	369	7	344	8	164	216	616	1	798	5	534	4	882	3	351	11	823	1	986	
XIV 泌尿生殖器系の疾患	13	832	112	973	4	506	8	242	6	138	4	099	3	492	79	176	707	2	530	2	125	1	628	10	340	33	797	3	739	
XV 妊娠、分娩及び産後	1	832	7	1	817	6	1	1	0	0	0	0	1	559	5	1	548	4	1	0	0	0	0	273	1	269	2	1	0	
XVI 周産期に発生した病態	1	605	1	61	1	1	1	0	0	0	0	0	1	373	1	322	49	1	0	0	0	0	0	233	221	11	0	0	0	
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	1	436	944	238	131	124	89	57	975	676	157	82	60	42	27	461	268	81	49	64	47	30	47	30	461	268	81	49	64	
XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	4	224	342	678	941	2	264	1	872	1	428	1	901	115	152	315	1	319	1	145	932	2	226	526	626	944	727	496		
XIX 損傷、中毒及びその他の外因的影響	17	910	1	319	3	277	9	967	8	704	7	225	12	136	263	1	667	2	655	8	150	7	279	6	198	5	775	1	056	

注：傷病分類は「第10回修正国際疾病、傷害及び死因分類」による。

第6表(3-3) 性、傷病分類、入院— 入院外、年齢階級別一般診療医療費

傷病分類	平成21年度															
	入院					入院外										
	0~14歳	15~44歳	45~64歳	65歳以上(再掲)	75歳以上(再掲)	0~14歳	15~44歳	45~64歳	65歳以上(再掲)	75歳以上(再掲)						
総数	136 951	18 280	81 433	68 165	52 770	2 388	6 775	11 818	45 008	39 286	4 973	11 506	18 059	36 425	28 879	20 511
I 感染症及び寄生虫症	3 206	624	1 433	1 138	833	1 112	1 222	1 175	712	623	2 094	501	527	720	515	321
結核	125	15	90	81	70	88	0	9	69	64	36	6	8	22	17	13
II 新生物	15 510	178	2 163	5 514	3 977	9 542	139	3 062	5 188	4 041	5 968	1 010	2 482	2 437	1 727	1 103
胃の悪性新生物	1 035	0	44	259	322	712	0	25	1 526	1 110	338	0	19	98	206	161
結腸及び直腸の悪性新生物	1 957	0	74	590	724	1 245	0	37	874	707	525	0	36	256	420	310
肝及び胆管内胆管の悪性新生物	472	2	8	69	232	386	2	4	52	328	276	0	3	17	65	53
気管、気管支及び肺の悪性新生物	1 125	0	32	320	402	783	0	19	549	423	289	0	13	105	224	169
乳房の悪性新生物	2 605	0	377	1 389	840	869	0	109	427	333	228	0	268	962	507	306
その他の悪性新生物	5 384	102	572	1 903	1 468	3 983	93	400	1 362	2 128	1 145	1 401	541	680	491	323
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1 055	55	247	526	449	580	38	97	352	312	258	475	174	135	137	100
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	9 993	188	865	2 586	3 608	2 425	45	113	354	1 914	1 414	7 568	2 232	4 441	3 343	2 194
糖尿病	5 225	14	230	1 278	2 992	1 654	6	49	253	1 346	971	3 571	1 025	2 357	1 809	1 224
V 精神及び行動の障害	9 757	96	2 060	2 930	2 691	7 079	37	1 024	2 199	3 819	2 981	2 677	59	1 036	732	851
VI 神経系の疾患	5 757	214	749	1 049	3 280	3 858	140	429	631	2 658	2 345	1 899	74	320	418	1 087
VII 眼及び付属器の疾患	5 586	281	736	1 008	3 462	1 232	21	41	219	951	793	582	4 354	889	2 511	1 395
白内障	1 584	1	8	205	1 155	712	1	370	4 89	618	530	393	872	0	4	116
VIII 耳及び乳突突起の疾患	1 048	244	173	234	299	229	29	33	66	100	74	48	819	168	296	225
IX 循環器の疾患	27 395	76	600	4 387	19 620	13 991	48	289	1 614	12 040	10 934	9 412	13 404	28	311	2 772
高血圧性疾患	10 745	1	132	2 175	8 437	1 499	1	10	74	1 414	1 338	1 222	2 101	7 222	10 292	8 686
虚血性心疾患	2 648	2	28	356	1 959	1 613	1	10	211	1 391	1 202	953	1 035	0	18	145
その他の心疾患	4 302	50	153	467	3 633	3 155	31	88	287	2 750	2 527	2 209	1 147	19	65	180
脳梗塞	5 059	2	40	366	4 342	3 962	1	25	245	3 690	3 481	3 145	1 098	1	15	121
その他の脳血管疾患	3 291	10	131	740	2 035	2 856	8	106	637	2 105	1 796	1 422	425	2	25	102
X 呼吸器系の疾患	9 791	2 882	2 012	1 246	3 650	3 259	448	186	234	2 391	2 252	2 052	6 532	2 434	1 826	1 013
急性上気道感染症	1 961	930	619	239	173	78	40	17	6	15	12	10	1 883	890	601	233
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患	673	119	78	69	317	236	8	3	10	215	205	187	437	1 111	74	59
喘息	1 759	595	302	283	478	298	71	21	25	182	166	147	1 460	524	282	258
XI 消化器系の疾患	8 098	183	1 177	1 909	4 829	3 736	106	393	688	2 549	2 228	1 833	4 362	77	784	1 221
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1 211	2	149	315	745	354	1	13	46	295	266	228	857	1	136	269
胃炎及び十二指腸炎	1 676	13	275	429	960	1 641	1	11	22	130	117	101	1 512	11	263	407
肝疾患	881	8	83	242	548	395	5	27	88	275	232	176	486	4	56	155
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	2 430	456	766	470	739	460	27	47	64	322	294	253	1 970	429	719	405
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	13 081	183	1 011	3 007	8 879	5 205	99	289	1 015	3 802	3 236	2 435	7 876	84	723	1 992
XIV 腎尿生殖器系の疾患	8 655	79	1 611	2 458	4 508	2 486	48	320	428	1 691	1 478	1 207	6 169	31	1 291	2 030
糸状体疾患、腎尿管問質性疾患及び腎不全	5 578	44	353	1 650	2 735	1 640	31	82	264	1 264	1 107	902	3 938	13	271	1 387
XV 妊娠、分娩及び産後	1 832	7	1 817	6	1	1 559	5	1 548	4	1	0	0	273	1	269	2
XVI 周産期に発生した病態	770	711	58	0	0	661	613	47	0	0	0	0	109	98	11	0
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	697	443	124	65	47	449	300	78	38	32	23	16	248	143	46	27
XVIII 状態、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	2 315	155	395	490	1 090	998	50	78	129	742	675	580	1 317	105	317	362
XIX 損傷、中毒及びその他の外因的影響	9 978	483	1 093	1 459	6 943	7 128	91	489	805	5 743	5 297	4 654	2 850	393	605	654

注：第6表(3-1)に同じ。

協会だより（定例理事会要録から）

2011年度（平成23年度）第7回 2011年9月13日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会要録と決定事項の確認
2. 第64回定期総会発送状況
3. 保団連組織担当者交流会（8月21日）状況
4. 『文化ハイキング』下見（8月29日）状況
5. 理事者・事務局学習会（9月4日）状況

【経営部会】

1. 保険医年金打合せ会（8月2日）状況
2. 医院・住宅新（改）築相談室（8月10日）状況
3. 雇用管理相談室（8月18日）状況
4. 傷害疾病保険審査会（8月23日）状況
5. 金融共済委員会（8月24日）状況
6. 経営相談室（8月24日）状況
7. 保団連近畿ブロック経税担当者会議（8月30日）状況
8. 中級コース医院・診療所での接遇マナー研修会（9月1日）状況
9. 保団連経税担当事務局小委員会（9月3日）状況
10. 保団連経税部会（9月4日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談状況
2. 法律相談室（8月18日）状況
3. 医療事故案件調査委員会（8月19日）状況
4. 医師賠償責任保険処理室会（8月22日）状況
5. 医療安全対策部会学習会（8月25日）状況
6. 高知協会の医療安全研修会（8月28日）状況

【政策部会】

1. 医療制度検討委員会（8月4日）状況
2. 保団連近畿ブロック緊急学習会（8月21日）状況
3. 出版編集会議（8月25日）状況
4. 保団連第18回総務会議、東日本大震災対策本部、医療運動本部会議合同会議（9月1日）状況

【保険部会】

1. 保団連研究会活動担当者会議（7月24日）状況
2. 保険講習会A（8月18日）状況
3. 産婦人科診療内容向上会（8月20日）状況
4. 保団連第29回病院・有床診療所セミナー（8月20・21日）状況
5. 第2回医事担当者連絡会議（8月25日）状況
6. Y病院適時調査院内学習会（8月26日）状況

7. 京都社会保険医療制度研究会（安達塾）（8月27日）状況

8. 第642回社会保険研究会（9月3日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 第64回定期総会（第181回定時代議員会合併）（7月31日）状況確認の件
2. 総務部会（8月2日）状況確認の件
 - ①理事者・事務局学習会の出欠確認の件
 - ②第64回定期総会関連事項確認の件
 - ③2011年度地区交付金関連事項確認の件
 - ④会計ソフト関連事項確認の件
 - ⑤7月度会員増減状況、会員入退会及び異動確認の件
 - ⑥新規開業会員訪問の件
 - ⑦地区異動関連事項確認の件
 - ⑧地区医師会長との懇談会関連事項確認の件
 - ⑨地区懇談会関連事項確認の件
 - ⑩文化ハイキング関連事項確認の件
 - ⑪地区医師会報回覧の件
3. 総務部会（9月6日）状況確認の件
 - ①地区懇談会関連事項確認の件
 - ②協会組織体質の強化（案）の件
 - ③2011年度6・7月分収支報告の件
 - ④7月・8月度会員増減状況確認の件
 - ⑤地区異動関連事項確認の件
 - ⑥文化ハイキング実施確認の件
 - ⑦第10回文化講座関連事項確認の件
 - ⑧文化企画「ワイン教室」関連事項確認の件
 - ⑨前進座創立80周年を祝う関西の会関連事項確認の件
 - ⑩地区医師会報回覧の件
4. 正副理事長・アミス役員合同会議（第3回正副理事長会議）（8月7日）状況確認の件
5. 第4回正副理事長会議（9月8日）状況確認の件 関理事長
6. 2011年度6・7月分収支月計表報告状況確認の件
7. 2011年度地区交付金交付の件
8. 会計ソフトのバージョンアップの件
9. 7月・8月度会員増減状況確認の件
10. 会員入退会及び異動に関する承認の件

【経営部会】

1. 経営部会（8月2日）状況確認の件
 - ①理事者・事務局学習会の出欠確認の件
 - ②第64回定期総会（7月31日）関連事項確認の件
 - ③開業支援（準備）室関連事項確認の件
 - ④融資関係関連事項確認の件
 - ⑤年金関係関連事項確認の件
 - ⑥医賠関係関連事項確認の件
 - ⑦退職金制度セミナー（病院向け）関連事項確認の件
 - ⑧税理士との懇談会関連事項確認の件
 - ⑨アミス事業関連事項確認の件
 - ⑩共済制度パンフレット発行確認の件
 - ⑪消費税関連情報確認の件
 - ⑫スケジュール確認の件
2. 経営部会（9月6日）状況確認の件
 - ①地区懇談会の日程および出欠確認の件
 - ②地区医師会長との懇談会、および地区懇談会関連事項確認の件
 - ③開業支援（準備）室関連事項確認の件
 - ④融資関係関連事項確認の件
 - ⑤休補関係関連事項確認の件
 - ⑥年金関係関連事項確認の件
 - ⑦医賠関係関連事項確認の件
 - ⑧退職金制度セミナー（病院向け）関連事項確認の件
 - ⑨税理士との懇談会開催確認の件
 - ⑩アミス事業関連事項確認の件
 - ⑪スケジュール確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（8月2日）状況確認件
 - ①「医師賠償責任保険制度収支状況の報告」確認の件
 - ②紛争状況報告確認の件
 - ③医療安全研修DVD関連事項確認の件
 - ④医療安全対策部会学習会関連事項確認の件
 - ⑤医療安全シンポジウム関連事項確認の件
 - ⑥医療事故案件調査委員関連事項確認の件
 - ⑦第2回部会学習会関連事項確認の件
 - ⑧その他情報提供確認の件
2. 医療安全対策部会（9月6日）状況確認件
 - ①紛争状況報告確認の件
 - ②医療安全研修DVD関連事項確認の件
 - ③地区医師会長との懇談会、ならびに各地区医師会との懇談会関連事項確認の件

- ④医療安全シンポジウム関連事項確認の件
- ⑤開業支援室関連事項確認の件

【政策部会】

1. 政策部会（8月2日）状況確認件
 - ①スケジュール確認の件
 - ②「新たな福祉国家を展望する－社会保障基本法・社会保障憲章の提言」出版記念シンポジウム関連事項確認の件
 - ③保険医討論集会関連事項確認の件
 - ④地区懇談会関連事項確認の件
 - ⑤京都式地域包括ケアと介護保険見直しへの対応に係る事項確認の件
 - ⑥医療倫理問題、「人体の不思議展」開催中止を求める運動関連事項確認の件
 - ⑦出版関連事項確認の件
 - ⑧京都社会保障推進協議会関連事項確認の件
 - ⑨ワクチン問題関連事項確認の件
 - ⑩反核・平和の取り組み関連事項確認の件
 - ⑪調査関連事項確認の件
 - ⑫環境対策関連事項確認の件
2. 政策部会（9月6日）状況確認件
 - ①スケジュール確認の件
 - ②「新たな福祉国家を展望する－社会保障基本法・社会保障憲章の提言」出版記念シンポジウム関連事項確認の件
 - ③今後の運動に係る事項確認の件
 - ④地区懇談会関連事項確認の件
 - ⑤京都式地域包括ケアと介護保険見直しへの対応に係る事項確認の件
 - ⑥医療倫理問題、「人体の不思議展」開催中止を求める運動関連事項確認の件
 - ⑦出版関連事項確認の件
 - ⑧京都社会保障推進協議会関連事項確認の件
 - ⑨ワクチン問題関連事項確認の件
 - ⑩反核・平和の取り組み関連事項確認の件
 - ⑪調査関連事項確認の件
 - ⑫環境対策関連事項確認の件
 - ⑬九条の会アピールを支持する京都医療人の会関連事項確認の件
3. 保団連10～11年度第19回理事会（8月7日）状況確認の件
4. 京都保険医新聞（第2793・2794・2796号）・メディアペーパー京都/第146号（第2795号）合評の件

【保険部会】

1. 保険部会（8月2日・5日）状況と決定事項確

認の件

- ①再診料等に関するアンケート関連事項確認の件
- ②④③④④⑤健管（京都府の福祉医療制度）に関する京都府要請関連事項確認の件
- ③『薬価基準』『薬効別薬価表』見直しに関するアンケート関連事項確認の件
- ④リハビリテーション制度のあり方（提言）関連事項確認の件
- ⑤保団連各専門委員関連事項確認の件
- ⑥レセプトデータベース横流し報道に係る抗議文関連事項確認の件
- ⑦社会保険研究会関連事項確認の件
- ⑧新点数・診療報酬改善対策関連事項確認の件
- ⑨社保対策（社保、国保、後期高齢者、労災）関連事項確認の件
- ⑩審査、指導、監査対策関連事項確認の件
- ⑪医療施設問題対策（病院・有床診療所対策）関連事項確認の件
- ⑫研究会関係関連事項確認の件
2. 保険部会（9月2日・6日）状況と決定事項確認の件
 - ①地区医師会との懇談会の開催日程及び当面の出席確認の件
 - ②『薬価基準』『薬効別薬価表』直しに関するアンケート関連事項確認の件
 - ③④③④④⑤健管（京都府の福祉医療制度）に関する京都府要請関連事項確認の件
 - ④リハビリテーション制度のあり方（提言）関連事項確認の件
 - ⑤『保険医のための指導、監査対策DVD』の企画関連事項確認の件
 - ⑥シンポジウム「全ての保険医が監査の『潜在的対象者』／指導・監査取消処分の現状と改善の課題」関連事項確認の件
 - ⑦薬剤師会との懇談会関連事項確認の件
 - ⑧『京都府府保険医協会の個別指導、監査対策について』企画確認の件
 - ⑨その他事項確認の件
 - ⑩新点数・診療報酬改善対策関連事項確認の件
 - ⑪社保対策（社保、国保、後期高齢者、労災）関連事項確認の件
 - ⑫審査、指導、監査対策関連事項確認の件
 - ⑬医療施設問題対策（病院・有床診療所対策）関連事項確認の件
 - ⑭研究会関係関連事項確認の件

Ⅲ. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 9月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 地区医師会長との懇談会開催の件
3. 『文化ハイキング』開催の件

【経営部会】

1. 病院対象経営対策セミナー開催の件

【政策部会】

1. 京都社会保障推進協議会総会・記念講演出席の件
2. 人体不思議展ネットワーク 損害賠償請求訴訟第1回口頭弁論傍聴の件
3. 2011年度保団連公害視察会出席の件

Ⅳ. 医療政策関連情勢

1. 社会保障・税の一体改革に対する患者向け署名の件
2. 野田新内閣の関係省庁の陣容と京都選出国会議員の担当配置ならびに関連情勢

Ⅴ. 診療報酬関連情報

1. 2011年5月度国保合同審査委員会（5月23日）状況確認の件
2. 2011年6月度国保合同審査委員会（6月22日）状況確認の件
3. 2011年7月度国保合同審査委員会（7月25日）状況確認の件
4. 保険審査通信検討委員会（8月5日）状況確認の件
5. 中医協概要報告の件

Ⅵ. 要討議事項

【保険部会】

1. 『薬価基準』『薬効別薬価表』の全会員配布の見直しに関するアンケート結果検討の件
2. ④③④④⑤健管（京都府の福祉医療制度）の見直し方向の確認の件

《以上、134件の議事を承認した》

2011年度（平成23年度）第8回 2011年9月27日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（9月13日）要録と決定事項の確認の件
2. 週間行事予定表の確認の件

【経営部会】

1. 傷害疾病保険審査会（9月20日）状況
2. 金融共済委員会（9月21日）状況

【医療安全対策部会】

1. 第276回関西医事法研究会（9月10日）状況
2. 医療機関側との懇談状況
3. 法律相談室（9月15日）状況
4. 医療事故案件調査委員会（9月16日）状況
5. 医師賠償責任保険処理室会（9月26日）状況

【政策部会】

1. 京都社会保障推進協議会運営委員会（8月18日）状況

【保険部会】

1. 保険講習会B（9月15日）状況
2. 医事担当者勉強会（9月21日）状況

Ⅱ. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 会員入退会及び異動に関する承認の件

【政策部会】

1. 医療制度検討委員会（9月7日）状況確認の件
2. 「人体の不思議展」を考える京都ネットワーク
損害賠償請求訴訟第1回口頭弁論（9月21日）
状況確認の件
3. 保団連10～11年度第20回理事会（9月11日）
状況確認の件
4. 京都社保協運営委員会（9月15日）状況確認の件
5. 京都社保協総会（9月15日）状況確認の件
6. 環境対策委員会（9月15日）状況確認の件
7. 第26回保団連医療研究集会（9月18・19日）
状況確認の件
8. 本紙（第2797号）・メディアペーパー京都/第147号

（第2798号）合評の件

【保険部会】

1. シンポジウム「全ての保険医が監査の『潜在的
対象者』／指導・監査・取消処分現状と改善
の課題－東京高裁H23.5.31判決（溝部訴訟）を
踏まえて」（9月10日）状況確認の件

Ⅲ. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 10月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 各部会開催の件
3. 2011年度地区懇談会開催の件
4. 有限会社アミス第16期決算報告会・監査開催の
件

【経営部会】

1. 新規開業支援室立ち上げのための準備会議開催
の件

【政策部会】

1. 医療制度検討委員会開催の件
2. 介護保険制度問題学習会講師派遣の件
3. 「新たな福祉国家を展望する－社会保障基本
法・社会保障憲章の提言」出版記念シンポジウ
ム開催の件
4. 兵庫協会政策研究会参加の件

Ⅳ. 要討議事項

【政策部会】

1. 保団連近畿ブロック会議（9月10日）状況確認
の件

Ⅴ. 医療政策関連情勢

11月の相談室

医院・住宅 新（改）築	11月9日(水)午後2時～	担当＝竹内建築士
ファイナンシャル	11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	11月17日(木)午後2時～	担当＝江頭弁護士
雇用管理	11月17日(木)午後2時～	担当＝河原社会保険労務士
経営	11月24日(木)午後2時～ ^(*)	担当＝藤田税理士

開催日の3日前までに協会事務局へお申込み下さい。30分間無料です。

※定例日は第4水曜日ですが、今月は祝日のため翌日開催となります。

- 1. 在宅療養あんしん病院登録システムについて
- VI. 診療報酬関連情報
 - 1. 保険審査通信検討委員会（9月2日）状況確認の件
 - 2. 理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会との懇談会（9月10日）状況確認の件
 - 3. 2012年度診療報酬・介護報酬同時改定を巡る動き
- VII. 理事長提案事項
 - 1. 理事会運営および協会活動について
《以上、25件の議事について承認した》

11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（基金は午後5時30分）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11月28日(月)	中京西部医師会との懇談会	午後2時30分～	中京西部医師会事務所
12月12日(月)	伏見医師会との懇談会	午後2時～	伏見医師会館
12月19日(月)	乙訓医師会との懇談会	午後2時～	乙訓医師会会議室

■ 第10回文化講座～歴史編～ ■

「戦国に生きた女性

『お江』を巡って

本講座では、過酷な運命に翻弄されつつも、時代を切り開き、表舞台に立った「江」の生きざまにスポットを当てます。

日時 11月6日(日) 午後2時～4時

場所 京都府保険医協会会議室

講師 笠谷 和比古氏（国際日本文化研究センター教授）

参加費 無料

定員 40人（申込先着順）※事前予約要

お申し込みは、協会まで。（総務部会 ☎ 075-212-8877）

環境対策
学習会

「原発を知る・被曝を知る」

日時 11月12日(土) 午後3時～

場所 登録会館大ホール(京都市中京区烏丸通御池上ル二条殿町546-2)

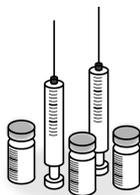
講師 京都府保険医協会理事 飯田 哲夫

参加費 無料(要事前申込)



お申し込みは、協会まで。(政策部会 ☎ 075-212-8877)

新規開業 予定者 のための 講習会



開業に必要な情報が盛りだくさんの講習会です!!

度重なるマイナス改定や患者負担増で、開業してからも黒字化するまでの期間が以前より長くなっています。この状況下で開業を考えておられる先生方を対象に、新規開業の際に知っておくべき内容や、1日でも早く医院経営を軌道に乗せるための準備について講習会を開催します。講師は新規開業を数多く手がけている廣井税理士です。

日時 11月12日(土) 午後2時～5時

場所 京都府保険医協会 会議室

- 内容
- ①先輩開業医からのアドバイス
草田眼科医院院長 草田 英嗣氏
 - ②成功する医院の開業戦略
廣井増生税理士事務所所長 廣井 増生氏
 - ③地区医師会への入会手続き、保険医協会の共済制度について

参加費 会員無料、非会員2,000円

定員 30人、要申込 共催 有限会社アミス

「保険診療講習会B」

日時 11月17日(木) 午後2時～4時

場所 京都府保険医協会会議室 ルームA

参加費 無料(要事前申込)

内容 ①新規個別指導対策、②医療法立入検査対策

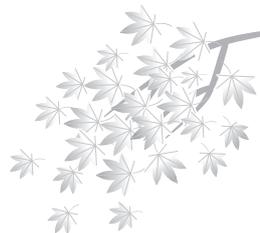
※新規開業後の医療機関の方を主に対象にしていますが、それ以外の方でも、ご興味のある方は、ぜひどうぞ。



お申し込みは、協会まで。(保険部会 ☎ 075-212-8877)

■ 第22回 環境ハイキング ■

錦秋の西山山腹古刹と 外環工事の始まった西山山麓を巡る



日時 11月23日(水・祝) 午前9時～
※当日の降水確率60%以上の場合は中止

集合 午前9時・阪急東向日駅西改札前

行程 阪急東向日駅＝タクシー分乗＝金蔵寺－逢坂峠－杉谷－善峰寺－三鈷寺－灰谷－石作－正法寺－大原野神社－九社神社－沓掛

参加費 無料・交通費自弁(昼食・飲物・雨具などは各自ご用意ください)

※阪急東向日駅から金蔵寺までのタクシー代は負担いただく必要はございません。

お申込み 京都府保険医協会
京都府歯科保険医協会

医院・診療所での 接遇マナー研修会

中級コース in 宮津

※大変ご好評をいただいている研修会です。今回は北部会場で開催いたします。お申し込みは協会事務局までお願いします。また、申込み後にキャンセルする場合もご連絡をお願いします。

定員 60人 協賛 有限会社アミス

日時 11月26日(土) 午後3時～5時
場所 みやづ歴史の館
(宮津市鶴賀2164 ☎0772-20-3390)

内容 仕事の進め方・仕事の管理の基本・個人の目標と組織の目標との調和、患者さんとのコミュニケーションの取り方についてなど、ゲーム形式を取り入れて体験しながら楽しく学びます。

講師 茂木 治子氏 (元日本航空客室乗務員)

シンポジウム

住民のくらしを包括的にささえる ケア体制をめざして—その視点と方法 (仮称)

日時 12月17日(土) 午後2時～5時
場所 京都アスニー第8研修室 (京都市中京区丸太町通七本松西入ル)
参加費 無料 (要事前申込)

内容 1. 基調講演 岡崎 祐司氏 (佛教大学教授)
2. 私たちが地域包括ケアシステムに求めるもの、その具体的姿

- ◆認知症介護家族の立場から
- ◆在宅医療を担う医師の立場から
- ◆高齢者の「住まい」と施設ケアについて
- ◆地域包括支援センターから
- ◆地方自治体の医療・福祉行政の在り方について



お申し込みは、協会まで。(政策部会 ☎ 075-212-8877)

協会
だ
よ
り

京都府保険医協会の会員の皆様へ

好評
発売中!

集団扱制度の ご案内



アニコム損保のペット保険
どうぶつ健保
ふぁみりい

「集団扱の保険料」で ご契約できます!

集団扱
契約なら

年払

一般契約に
比べて

約3%割安

例えば

ダックスフンド(ミニチュア) 1歳
(支払割合50%)の基本保険料の場合

一般契約年払 **23,620円**が...

▶▶ 集団扱
年払なら **22,910円**

お申込みいただける**どうぶつと年齢**

※年齢は保険契約の始期日時点での満年齢となります。

犬・猫

10歳 11ヶ月まで

鳥・うさぎ・フェレット

7歳 11ヶ月まで

▶▶ **ご継続は終身OK!**

〈代理店〉保険契約の締結の媒介を行います。

有限会社アミス

〒604-8162

京都府京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637

第41長栄カーニープレイス四条烏丸

TEL: 075-212-0303 FAX: 075-212-0707

〈引受保険会社〉



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

【個人情報の取扱い】アニコム損保の個人情報の取扱いに関しては、ホームページ
(<http://www.anicom-sompo.co.jp/>)の「個人情報の取扱いについて」をご確認ください。

この広告は商品の概要を説明したものです。詳しくは、アニコム損保のホームページまたはパンフレット・重要事項説明書で必ずご確認ください。 E110093 11年9月 CA012-1109-00