2013年（平成25年）12月25日　毎月5日・20日・25日発行　京都保険医新聞　第2879号

メディペーパー京都

Medi PAPER KYOTO

2013.12　第174号（通巻418号）

CONTENTS

情勢トピックス 3
医療・社会保障編 3
プログラム法や医薬品医療機器法など成立／臨時国会が閉幕　…ほか
調査・データ編 32
38兆5850億円、過去最高を更新／ 11年度国民医療費　…ほか
政策資料
資料1：平成23年度 国民医療費の概況 34
協会だより
1月の催し物（予定）、その他 46

休業補償、医賠責等損害保険
自動車・火災保険も
（有）アミスへ（TEL075-212-0303）

Better Health, Brighter Future

持続性AT1レセプターブロッカー

処方せん医薬品注)

薬価基準収載

アジルバ®錠 20mg 40mg

（アジルサルタン錠）

注）注意ー医師等の処方せんにより使用すること

【禁忌】（次の患者には投与しないこと）
（1）本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
（2）妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
（3）アリスキレンフマル酸塩を投与中の糖尿病患者（ただし、他の降圧治療を行ってもなお血圧のコントロールが著しく不良の患者を除く）

効能・効果
高血圧症

用法・用量
通常、成人にはアジルサルタンとして20mgを1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日最大投与量は40mgとする。

<用法・用量に関連する使用上の注意>
本剤の降圧効果を考慮し、本剤適用の可否を慎重に判断するとともに、20mgより低用量からの開始も考慮すること。

使用上の注意
1.慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）
（1）両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者（「重要な基本的注意」の項参照）
（2）高カリウム血症の患者（「重要な基本的注意」の項参照）
（3）重篤な腎機能障害のある患者［腎機能を悪化させるおそれがある。eGFR 15mL/min/1.73m²未満の患者での使用経験は少ないので、このような患者に対しては、低用量から投与を開始し、増量する場合は患者の状態を十分に観察しながら徐々に行うなど慎重に投与すること。］
（4）肝機能障害のある患者［外国において、中等度の肝機能障害患者でアジルサルタンの血中濃度（AUC）は、健康成人と比較して64％上昇することが報告されている。高度な肝機能障害患者での使用経験はない。］
（5）脳血管障害のある患者［過度の降圧が脳血流不全を引き起こし、病態を悪化させるおそれがある。］
（6）薬剤過敏症の既往歴のある患者
（7）高齢者
2.重要な基本的注意
（1）両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者においては、腎血流量の減少や糸球体ろ過圧の低下により急速に腎機能を悪化させるおそれがあるので、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。
（2）高カリウム血症の患者においては、高カリウム血症を増悪させるおそれがあるので、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。また、腎機能障害、コントロール不良の糖尿病等により血清カリウム値が高くなりやすい患者では、高カリウム血症が発現するおそれがあるので、血清カリウム値に注意すること。
（3）アリスキレンフマル酸塩を併用する場合、腎機能障害、高カリウム血症及び低血圧を起こすおそれがあるため、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。なお、eGFRが60mL/min/1.73m²未満の腎機能障害のある患者へのアリスキレンフマル酸塩との併用については、治療上やむを得ないと判断される場合を除き避けること。
（4）本剤の投与により、急激な血圧の低下を起こすおそれがあるので、特に次の患者では低用量から投与を開始するなど、患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。
ア. 血液透析中の患者　イ. 厳重な減塩療法中の患者
ウ. 利尿降圧剤投与中の患者
（5）降圧作用に基づくめまい、ふらつきがあらわれることがあるので、高所作業、自動車の運転等**危険を伴う機械を操作する際には注意させる**こと。
（6）手術前24時間は投与しないことが望ましい（アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤投与中の患者は、麻酔及び手術中にレニン-アンジオテンシン系の抑制作用による高度な血圧低下を起こす可能性がある）。
3.相互作用
併用注意（併用に注意すること）
アルドステロン拮抗剤・カリウム保持性利尿剤
スピロノラクトン、トリアムテレン、エプレレノン等
カリウム補給剤
塩化カリウム等
利尿降圧剤
フロセミド、トリクロルメチアジド等
アリスキレンフマル酸塩
リチウム
非ステロイド性消炎鎮痛剤（NSAIDs）・COX-2選択的阻害剤
インドメタシン等
4.副作用
承認時までの国内の臨床試験では、930例中の97例（10.4%）に臨床検査値の異常を含む副作用が認められた。
（1）**重大な副作用**（いずれも頻度不明）
以下の副作用があらわれることがあるので注意すること。
1）**血管浮腫**：顔面、口唇、舌、咽・喉頭等の腫脹を症状とする血管浮腫があらわれることがあるので観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
2）**ショック、失神、意識消失**：ショック、血圧低下に伴う失神、意識消失があらわれることがあるので、観察を十分に行い、冷感、嘔吐、意識消失等があらわれた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。特に血液透析中、厳重な減塩療法中あるいは利尿降圧剤投与中の患者では低用量から投与を開始するなど、患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。
3）**急性腎不全**：急性腎不全があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
4）**高カリウム血症**：重篤な高カリウム血症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。

●注意：使用上の注意などの詳細については、添付文書をご参照ください

2013年12月作成

［資料請求先］
武田薬品工業株式会社
医薬営業本部　東京都中央区日本橋二丁目12番10号 〒103-8668

情勢トピックス

今月の主な動き

特定秘密保護法に揺れた第185回臨時国会が12月８日に閉幕。社会保障制度改革プログラム法（「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」）や「医薬品医療機器法」、「国家戦略特区法」も成立した。診療報酬改定率を巡っては、財政制度等審議会や経済財政諮問会議が薬価財源切り離しや診療報酬本体の抑制を唱え、プラス改定を求める医療現場の声との攻防が展開された。

医療・社会保障編

国会

プログラム法や医薬品医療機器法など成立／臨時国会が閉幕

第185回国会（臨時国会）が２日間の会期延長を経て、12月８日に閉幕した。安倍晋三首相は12月９日に首相官邸で会見し「成長戦略の実行力が問われる国会だったが、成長戦略を実現する強い意志を国内

1月の保険医協会の行事予定

	行事	開始時間	場所
7日㈫	各部会	午後２時	
8日㈬	**宇治久世医師会との懇談会**	**午後２時30分**	**うじ安心館３Ｆ大会議室**
10日㈮	保険審査通信検討委員会	午後２時	ルームＡ
11日㈯	**第651回社会保険研究会**	**午後２時**	**ルームＡ・Ｂ・Ｃ**
14日㈫	定例理事会	午後２時	ルームＡ
15日㈬	**医療事務担当者勉強会**	**午後７時**	**ルームＡ**
16日㈭	**保険講習会Ｂ（新規個別指導・医療法立入検査対策）**	**午後２時**	**ルームＡ**
18日㈯	**左京医師会との懇談会**	**午後２時30分**	**ウェスティン都ホテル京都**
22日㈬	金融共済委員会	午後２時	ルームＡ
23日㈭	**医事担当者連絡会議**	**午後２時30分**	**ルームＡ**
26日㈰	**新規開業予定者のための講習会**	**午後２時**	**ルームＡ**
30日㈭	**第186回定時代議員会**	**午後２時15分**	**京都税理士会館**
31日㈮	**下京西部医師会との懇談会**	**午後２時**	**下京西部医師会事務所**

今後の予定

	行事	開始時間	場所
２月16日㈰	**京響メンバーによるサロンコンサート ― ロマン派の巨匠の名曲を聴くⅡ**	**午後２時30分**	**ルームＡ・Ｂ・Ｃ**
	第３回ワイン講座	**午後５時30分**	**ホテルグランヴィア京都「ラ・リサータ」**
２月25日㈫	**インターネット配信のみ・中医協答申説明会（第１次点数検討会）**	**常時閲覧可能**	
３月８日㈯	**バイバイ原発３・８きょうと**	**午後１時30分**	**円山野外音楽堂**
	バイバイ原発３・８（金子 勝氏）講演会	**午後５時30分**	**池坊学園こころホール**
３月15日㈯	**医療安全シンポジウム**	**午後４時**	**新・都ホテル**
３月23日㈰	**「点数表改定のポイント」説明会（第２次新点数検討会）**	**（予定）入院・午前10時～12時 入院外・午後２時～４時30分**	**テルサホール（京都テルサ内）**

※「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。
※法律相談室は必要な時に随時開催いたします。お申込は協会・総務部会まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲49～52ページ

外に示せた」と55日間に及んだ臨時国会を振り返った。

臨時国会では、社会保障制度改革のプログラム法が成立した。社会保障制度改革国民会議の報告書などを踏まえた上で、少子化・医療・年金・介護の各分野について、改革の検討項目や措置を講じる時期、法案提出を目指す時期を明らかにした。

厚生労働省関連の法律ではこのほかにも、従来の薬事法から衣替えし、医療機器を別立てにする「医薬品医療機器法」や、再生医療製品の規制整備などを定めた「再生医療安全性確保法」、一般用医薬品のインターネット販売の新ルールなどを盛り込んだ「改正薬事法・薬剤師法」などが成立した。通常国会ではいったん廃案となり、臨時国会で再提出した「改正生活保護法」と「生活困窮者自立支援法」も成立した。

内閣官房からは「国家戦略特区法」が、経済産業省からは「産業競争力強化法」が提出され、成立した。

議員立法は会期末ぎりぎりの段階で決着。がん登録を義務化する「がん登録推進法」や「中国残留邦人帰国促進法」「アルコール健康障害対策基本法」などが成立した。

●プログラム法案の審議めぐって

プログラム法案の審議をめぐっては、衆院厚労委で野党側の反対を押し切って採決が強行されたことや、衆院本会議と異なり参院本会議で質疑が行われなかったことを理由に参院厚労委で野党が反発。特定秘密保護法案をめぐる国会運営への反発もあり、12月５日の参院厚労委の採決を民主、社民は欠席した。みんな、共産、維新の３党は、採決に当たっての討論で反対の意向を示した。自民、公明は賛成した。

12月５日夜の参院本会議で賛成多数で可決され、成立した。（MEDIFAXより）

財政審

財政審、診療報酬本体引き下げ建議／薬価財源切り離しも

財政制度等審議会の吉川洋会長（東京大大学院教授）は11月29日、麻生太郎財務相に「2014年度予算の編成等に関する建議」を手渡した。建議では、政府全体の14年度予算編成の中で医療費を「最大の焦点」と位置付け、診療報酬本体の引き下げを求めた。建議書の後半部分には「社会保障補論」という特設ページまで設け、医療費の自然増に厳しく切り込んでいる。

財政審は「医療費の自然増とは何か、その中に合理化する余地はあるか」という観点で議論し、薬価財源の切り離しに焦点を当てた。薬価改定については「概算要求の前に薬価調査の結果が判明していれば、市場実勢価格を踏まえて要求したはず」とし、薬価と市場実勢価格との差額分を「過大要求している」と指摘。薬価差分の財源化を否定した。

さらに、「薬価が下がった部分を診療報酬本体部分に流用すれば、特定財源化そのものだ」とも記述。薬価改定率と診療報酬本体の改定率を差し引きする「ネット改定率」の概念そのものをなくすべきだと指摘した。薬価調査を毎年行い、市場実勢価格を概算要求に反映させる仕組みを15年度予算編成から確立することも求めた。

診療報酬本体の改定については、医療経済実態調査で改善傾向が続いていることや、７対１入院基本料を算定する病院が多く、高コスト構造になっていることなどを挙げ「本体マイナス改定」を求めた。消費税率８％への引き上げに伴い、消費税分を薬価や診療報酬本体に補填する必要性は認めたものの、診療報酬本体の改定率については「自然増からのマイナスと合わせて水準を決めるべき。（補填分との）トータルでのプラス改定を前提とすべきではない」とした。診療報酬本体がマイナス改定だったとしても、高齢化による患者増で医療機関収入の増加基調を確保できるとも指摘している。

医療提供体制の是正策として診療報酬を活用することについては、「全国一律の診療報酬で対応すれば、行き過ぎた医療提供体制か、改革効果が乏しい結果に終わる可能性が高い」と否定。「公立病院偏重」などと指摘される地域医療再生基金の運用を見直した上で、消費増税分を活用した新たな財政支援制度として位置付けるべきとした。

70－74歳の医療費自己負担を段階的に２割に戻す時期については「遅くとも14年４月から実施」とし、後期高齢者医療制度の低所得者向け保険料軽減措置についても「段階的な見直しを前提に、速やかに検討に着手し、早期に結論を得るべき」とした。

薬価制度改革では▽長期収載品の薬価大幅引き下げ▽新薬創出・適応外薬解消等促進加算の大幅縮小▽市販品類似薬の保険適用除外▽後発医薬品の価格に基づき保険償還価格を設定し、それを上回る部分

を患者負担にする「参照価格制度」の導入検討―などを盛り込んだ。調剤報酬体系の引き下げも検討すべきとした。

●介護費用の自然増にも精査が必要

「建議」は、医療費だけでなく介護費用の自然増についても精査が必要と指摘した。次期介護報酬改定が行われる15年度の予算編成に際し、サービスの普及により増加する受給者増の実態について分析する必要があるとした。

建議では、15年度介護報酬改定における課題の一つに介護職員の処遇改善を挙げた。関連して、介護事業者の収支はおおむね改善傾向にあるとし、「とりわけ特別養護老人ホーム等の施設は高い収益率を上げ、総じて内部留保を積み上げている状況にあることを十分踏まえるべき」とも記載した。ただ、内部留保は全容が必ずしも明らかになっていない点を問題視。設置主体が経営情報を公開することが必要不可欠と指摘した。

次期介護保険法改正において、要支援者に対する予防給付を市町村事業に移行する方針が示されていることについては、「質を低下させることなく効率的にサービスが提供される途を切り開くものであり、一定の前進が図られるものと評価する」とした。

（12/2MEDIFAXより）

諮問会議

14年度予算方針案「診療報酬本体を抑制」／諮問会議

政府は12月５日の経済財政諮問会議に「2014年度予算編成の基本方針（案）」を提示した。次期診療報酬改定での薬価財源切り離しや、診療報酬本体の抑制などを盛り込んだ。基本方針案は６日から与党内で審議したのち、次回の諮問会議で安倍晋三首相に答申する予定。

医療は「歳出改革」の項目で特に取り上げられている。次期診療報酬改定については「自然増を含む医療費の合理化・効率化に最大限取り組み、新たな国民負担につながることは厳に抑制する」と記載した。その上で「薬価と診療報酬本体を一体的に見るのではなく、薬価については市場実勢価格を反映させる」とし、診療報酬本体については「これまで相対的に高い伸びを示してきたことを踏まえ、抑制する」との文言を盛り込んだ。

70－74歳の医療費自己負担については、14年度から段階的に原則通りの２割に戻すこととし、高額療養費制度の所得区分もきめ細かく対応できるよう見直すこととした。

医療提供体制改革では、医療機能の分化・連携を推進するため、次期通常国会に医療法改正法案を提出すると明記。プログラム法案の新たな財政支援制度については「実効性を担保し、さらなる国民会議につながらない効果的な措置を実施する」とした。

健康寿命の延伸に関しては、医療・介護のＩＣＴ利活用策について予算の重点化を図りながら、府省横断的な評価に取り組む方針を明記。このほかにも▽レセプト・健診情報などのデータを活用したデータヘルスの推進▽特定健診・特定保健指導などを通じた生活習慣病予防などの推進▽糖尿病性腎症の重症化予防事業等の好事例の横展開▽健康・疾病データベースなどの研究・分析基盤の確立に向けた取り組み―を行う方針を示した。

薬価制度改革では、長期収載品や後発医薬品の価格体系と価格水準の妥当性を検証し、全体として実勢価格などを踏まえてマイナス改定にするとした。後発医薬品の普及率を早期に欧米並みに高めるよう取り組むことも明記したが、一方で新薬創造へのイノベーションを喚起する施策についても盛り込んだ。

このほか「成長戦略の実行」の項目では、医療分野における研究開発の司令塔機能創設や、医療の国際展開の推進を含む「健康寿命」の延伸などを記載。規制改革項目では「規制改革実施計画を着実に実施し、引き続き医療や農業をはじめとする幅広い分野における検討を進める」とした。

（12/6MEDIFAXより）

「薬価財源」外しで厚労相が劣勢に／諮問会議で民間議員が要求

経済財政諮問会議の民間議員は11月15日の会合で、薬価改定による財源を診療報酬改定の財源から切り離すべきだと提言した。民間議員と閣僚の議論でも「薬価財源」が焦点になり、田村憲久厚生労働相は、医療提供体制の改革には薬価財源が不可欠だとしたが、民間議員からの反撃を受け、劣勢に立たされている。安倍晋三首相は「民間議員から指摘があったように、診療報酬の在り方をはじめとして、自然増を含む社会保障の歳出の合理化・効率化に最大限取り組む必要がある」と述べた。

安倍首相の発言など会議でのやりとりの様子は甘

利明経済再生（一体改革）担当相が会見で説明した。民間議員は提出資料（民間議員ペーパー）で、薬価と診療報酬本体をネットとして一体的に要求している点を問題視。「薬価には市場実勢価格を反映し、診療報酬本体には必要な予算をそれぞれ要求し、透明性を確保すべき」として、薬価と診療報酬本体を切り離すよう求めた。

これに対して田村厚労相も資料で応戦。「薬価財源を、薬価差を失う医療機関に単純に戻すのであれば『不適当』だが、薬価財源は救急、産科、小児科などに重点的に振り向けてきた」とし、「今回の改定で、医療機関の機能分化・連携、急性期後の受け皿の病床確保や在宅医療の充実の実現に向けて、医療提供体制を大きく変える必要があるが、薬価財源を使わなければ実現できない」と反論した。

その後の議論では、田村厚労相が攻め立てられる場面が続いた。民間議員が「薬価の話は、答えはノーか？」と切り出すと、田村厚労相は「医療提供体制の充実・適正化を図りたい」と回答。これに対して安倍首相が「薬価を下げて、医療提供体制の適正化に使いたいと言うが、どう適正化に使うのか」とただした。その後、再び民間議員が「産科、小児科の充実などに薬価財源を利用して対応するというやり方自体が不適切だ。必要ならば独立させて要求すべき」と問い詰めると、田村厚労相は「必要な要求の出し方をしっかりとやっていきたい」と答えた。

●公立病院改革も俎上に

公立病院改革も議題に上った。民間議員は、公立病院改革プラン（５カ年計画）を総務省と厚生労働省で成果評価し、地域医療ビジョンの策定に合わせて「新たな公立病院改革ガイドライン」を2014年度中に策定すべきだとした。この提案を踏まえて安倍首相は「公立病院の事務長は医療経営の専門家ではないことが多い。専門家を配置するという人事上の取り組みが重要ではないか」と発言。「公立病院もさらなる改革が重要。財務相、厚労相、総務相は年末の予算編成に向けて、さらに議論を深めてほしい」とまとめた。（11/18MEDIFAXより）

民間議員が“聖域なき効率化策”を列挙／諮問会議

経済財政諮問会議の民間議員４人は11月15日の同会議に「持続可能な社会保障に向けて」と題する資料（民間議員ペーパー）を提示した。費用対効果の明示や、重点化・効率化の目標設定を通じた“聖域なき”徹底した効率化が不可欠として、効率化策を列記した。

●民間議員ペーパー「持続可能な社会保障に向けて」抜粋

【ＩＣＴの利活用の拡大による社会保障給付の適正化・効率化を実現】

○医療・介護のＩＣＴ化補助事業について、費用対効果を含めた政策の総括評価を実施し、ＩＣＴ利活用に関する予算を洗い直すべき。

【診療報酬、特に薬価の適正化】

○現在、薬価と診療報酬本体を一体として要求しているが、薬価には市場実勢価格を反映するとともに、診療報酬本体には必要となる予算をそれぞれ要求すべき。

○診療報酬の技術料たる本体部分は、相対的に高い伸びを示してきたことに鑑み、本体部分を抑制すべき。

○薬価については、長期収載品や後発医薬品の価格水準と体系の妥当性を検証し、全体として実勢価格を踏まえたマイナス改定を行うべき。

○後発医薬品の利用促進について、健診データやレセプトデータを用いた健康指導の機会などを通じた総合的な取り組みを進めるべき。同時に、相対的に利用率の低い病院に対し、診療報酬上のペナルティーを導入すべき。また、国民が後発医薬品によりアクセスしやすくなるよう、窓口対応を改善すべき。

【医療・介護計画のレビューの活用】

○ＰＤＣＡを反映した医療費適正化計画と予算となるよう、仕組みを改善し策定すべき。

【地域の実情に応じた医療・介護体制の構築】

○終末期医療については、例えばリビングウィルの法的位置付けなどが明確でなく、患者と医療関係者が安心できる実効性ある指針を検討すべき。

○地域医療ビジョンの策定に合わせ、新たな公立病院改革ガイドラインを2014年度中に策定すべき。

【病床の機能分化・集約促進】

○病床再編に向けて、社会保障制度改革のプログラム法案における新たな財政支援の制度については、ばらまきにならないよう、実効性が担保されるものに限って支出すべき。

○病床再編・集約は、補助金だけでは不十分であり、規制的手法や法人制度の見直しなどを通じて、民間の病床数についても再編・集約の実効性を担保すべき。（11/18MEDIFAXより）

社保審

外国人医師「教授・臨床研究目的」も診療可に／医療部会が法改正了承

社会保障審議会・医療部会（部会長＝永井良三・自治医科大学長）は11月８日、外国人医師ら海外の医療関係資格取得者に国内での診療参加を許可する臨床修練制度について、厚生労働省が示した見直し案をおおむね了承した。現行制度では、診療経験３年以上の医療関係職種が「研修目的」で来日した場合のみ認めている国内での診療（処方箋の交付以外）を、「教授・臨床研究目的」で来日した外国人医師についても認めることなどが柱。厚労省は2014年の通常国会に提出予定の医療法等一括改正案に盛り込む。

制度の見直しは、日本の医療者に高度な医療技術を教授する目的で来日するケースや、海外トップクラスの研究者が日本の研究者と共同して国際水準の臨床研究を実施する場合などを想定した内容で、医療部会がすでに11年12月に取りまとめた意見書で方向性を示していた。

今回新たに国内での診療を認めるのは、来日目的（教授･臨床研究）の診療分野で10年以上経験のある外国人医師・歯科医師。受け入れ施設の基準は「大学病院、特定機能病院、国立高度専門医療研究センターなど」とした。診療可能な場所は受け入れ病院と「緊密な連携体制を確保する病院」も含む。

同制度は「研修目的」で来日する▽助産師▽看護師▽歯科衛生士▽診療放射線技師▽歯科技工士▽臨床検査技師▽理学療法士▽作業療法士▽視能訓練士▽臨床工学技士▽義肢装具士▽言語聴覚士▽救急救命士―の13職種も対象となっている。

●医師は最長４年滞在可能に

国内での活動を許可する年限も見直し、「正当な理由がある場合」に医師・歯科医師（許可有効期間は２年間）は最長２年間の延長を、看護師ら13職種（同１年間）は最長１年間の延長を認める。

手続きや要件も簡素化し▽受け入れ病院で外国人医師らを監督・指導する指導医を厚生労働大臣が認定する仕組みを廃止し、受け入れ病院に任せる▽研修目的で来日した場合の研修場所として「緊密な連携体制を確保する病院・診療所」も加える▽不適切な事例が発覚した場合に国が立入検査する―の３点を見直す。新たに入国前でも許可を受けられるようにする。（11/11MEDIFAXより）

医療部会、特定行為の研修制度もほぼ了承／14年、法改正へ

社会保障審議会・医療部会は11月８日、保健師助産師看護師法を改正し、看護師が医師の包括的指示に基づき診療の補助として特定の医行為（特定行為）を実施するための研修制度創設をおおむね了承した。チーム医療推進会議が３月に取りまとめた報告書に基づく内容。厚生労働省が2014年の通常国会に提出予定の医療法等一括改正案に盛り込まれる方向となった。

どの行為を特定行為とするかや研修制度の詳細については法改正後、医師、歯科医師、看護師らで構成する「常設の審議会」を新たに設置し、引き続き検討する。

特定行為実施のための研修制度は▽あらかじめ定めるプロトコル（手順書）に沿って実施する特定行為を明確化▽特定行為を実施するための研修修了実績を看護師籍に登録―の２点を法律で規定する。特定行為の具体的な範囲は省令で規定する。「常設の審議会」では、特定行為の追加・改廃も検討する。

●診療放射線技師など３職種の業務範囲拡大も了承

会合では、チーム医療推進会議がまとめた診療放射線技師、臨床検査技師、薬剤師の業務範囲拡大案も大筋で了承した。（11/11MEDIFAXより）

社保審・医療部会、医療事故調の創設了承／14年、医療法改正へ

社会保障審議会・医療部会は11月８日、医療法を改正し、全ての病院・診療所・助産所が対象の医療事故調査制度を創設することをおおむね了承した。委員からは、医療の質を向上させ医療に対する国民の理解を進めるためにも重要とする意見など、創設に前向きな意見が多く出た。厚労省は2014年の通常国会に提出する予定の医療法等一括改正案に盛り込む方向だ。

厚労省は「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」がまとめた内容を提示。創設に向けておおむね合意した医療事故調は、予期しない診療関連死（死産）が対象。医療事故の発生後①医療機関が医療事故について遺族に説明し、新たに創設される中立的な第三者機関「医療事故調査・支援センター（仮称）」にも届け出る②医療機関は院内調査し、結果を第三者機関に報告する③第三者機関は報告内容を確認・検証・分析し、再発防止に関する普及・啓発に取り組む―という枠組み。医療機

関が単独で医療事故の調査体制を確保できない場合は、第三者機関に支援や助言を求めることができる。院内事故調査の方法など、制度の具体的な運用方法については今後、厚労省がガイドラインを策定する。

●院内調査に納得できない場合、第三者機関が調査

第三者機関はこのほか▽院内調査の結果に納得できない遺族の求めに応じた調査▽医療機関の求めに応じた調査▽医療事故調査に携わる者への研修―も実施する。遺族の求めに応じた調査に医療機関が協力しない場合は医療機関名を公表する。第三者機関が実施する調査費用は、国からの補助金などに加え、調査を申請する遺族や医療機関も負担する。

第三者機関は業務の一部を都道府県医師会や医療関係団体、大学病院、学術団体など外部の医療の専門家に委託することができることとする。

（11/11MEDIFAXより）

医療部会、機能分化の推進ほぼ合意／自主性と協議の場を重視

社会保障審議会・医療部会は11月22日、新たに導入する病床機能報告制度を活用して病院病床の機能分化を推進する仕組みについて、おおむね合意した。医療機関の自主的な医療機能の選択と、地域ごとに設置する「協議の場」を重視する枠組みとして厚労省が新たにまとめた案に対し、特段の異論は出ず、医療提供側委員、保険者側委員、知事会委員が賛意を示した。

厚労省が示したのは▽協議の場への参加と、協議の場での合意事項に協力することを医療法上、医療機関の努力義務として規定する▽協議の場での合意事項を無視する医療機関は、医療機関名の公表や各種補助金の交付対象外とするなどの罰則を与えた上で、国が過剰な病床での保険診療を認めないことも検討する▽新規開設・増床は、医療計画達成に向けて不足している医療機能を担うことが条件―が柱。協議の場で合意形成できない場合は、都道府県知事が医療審議会に意見を聞いた上で、未稼働病床の稼動・削除要請や医療機能の転換要請をできるようにすることも提案した。

●日医・四病協案が厚労省案に入っている／日医・中川副会長

中川俊男委員（日本医師会副会長）は日医・四病院団体協議会の合同提案として、医療機関が相互に連携してそれぞれが担う機能や今後の方向性を自主的に選択することにより、地域のニーズに応じた病床数に収斂させていく枠組みを提案。報告制度の定性的な内容で医療機能を示し、将来的には地域のニーズに応じた定量的な指標の設定も検討するとの方向性も示した。その上で、機能分化推進のために医療機関が相互に連携するために協議の場を設けることが重要と指摘し、「厚労省の提案には、まさにそのことが書いてある」と賛意を示した。

●保険医療機関取り消しには疑義も

協議の場での合意を無視する医療機関の保険医療機関指定を取り消す案については、慎重な検討を求める意見が出た。山口育子委員（ＮＰＯ法人ささえあい医療人権センターＣＯＭＬ理事長）は、突然、保険診療を受けられなくなる患者が出ることを想定すべきと指摘した。

厚労省の提案では、無視する医療機関に罰則を与えた上で、都道府県と国が協議して対象医療機関の説明を聞き、各地方厚生局に設置している地方社会保険医療協議会に諮問した上で、地域内で過剰となっている医療機能に転換した病床に限って保険診療を認めないことを可能としている。

（11/25MEDIFAXより）

Ｘ線検診車、医師の立ち会い求めず／医療部会、改正提案を了承

社会保障審議会・医療部会は11月22日、検診車でのＸ線撮影時の医師または歯科医師の立会いについて、診療放射線技師法（第26条第２項）を改正し、「病院または診療所以外の場所において健康診断として胸部Ｘ線撮影のみを行う場合に限り、医師または歯科医師の立会いを求めないこととする」との厚生労働省案を了承した。

この場合、より安全なＸ線撮影を実施するための４つの取り組みを「推奨」するとした。具体的には▽事前に責任医師の明確な指示を得る▽緊急時や必要時に医師に確認できる連絡体制の整備▽必要な機器・設備、撮影時や緊急時のマニュアルの整備▽機器の日常点検等の管理体制、従事者の教育・研修体制の整備。（11/25MEDIFAXより）

臨床研究中核病院、医療法に規定へ／医療部会おおむね了承

厚生労働省が2014年の通常国会への提出を目指している医療法等一括改正案に盛り込む事項を検討している社会保障審議会・医療部会は11月22日、医薬品や医療機器などの研究開発を推進する病院を「臨

床研究中核病院（仮称）」として医療法で規定する方向性をおおむね了承した。質の高い臨床研究を実施するための一定の基準を満たした病院を、厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聞いた上で承認する枠組み。多施設共同研究を実施する場合の中核としての役割や、他の医療機関の臨床研究を支援する役割も求める。

厚労省は現在、日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出する目的でＩＣＨ－ＧＣＰに準拠した国際水準の臨床研究や医師主導治験で中心的な役割を担う10病院を「臨床研究中核病院」として支援している。医政局研究開発振興課治験推進室の河野典厚室長は「現在の臨床研修中核病院は目指すところに向けて道半ば」と述べ、支援は継続するとの方針を示した。新たに医療法で位置付ける臨床研修中核病院の要件については、今後検討する予定と説明した。（11/25MEDIFAXより）

有床診の評価めぐり意見対立／改定基本方針で医療部会

厚生労働省保険局医療課は、11月22日の社会保障審議会・医療部会に、次期診療報酬改定の基本方針案について、これまでの議論を踏まえた修正案を提示し、前回に続いて委員からの意見を聴取した。「有床診療所に対する評価」を削除すべきとする意見が出たほか、医療のＩＣＴ化をめぐり遠隔診療の推進で委員間の意見が対立した。厚労省は、11月末に開催予定の社保審･医療保険部会の意見とすり合わせ、最終案をまとめる。

髙智英太郎委員（健保連理事）は、基本方針の重点課題として挙げられている「有床診療所」について「医療経済実態調査で経営は安定しており、院長の年収は2009年から12％強増加している。有床診の評価を記載する必要はないのではないか」と述べた。医療従事者の負担軽減については、「医療従事者」ではなく「病院勤務医、看護職、リハビリテーション専門職」に記述を変更するよう求めた。

これに対して今村聡委員（日本医師会副会長）は、有床診について「有床診が年々急速に減少している。有床診の機能も、地域医療を支えていくため、介護の機能や急性期の術後患者の入院医療など多様だ。詳細な分析のないままに単純に医師の給与が上がっているという一点だけで判断すると誤解を生む」と反論した。髙智委員は「有床診の重要性は認識しているが、有床診の評価の検討は削除していただきたい」と重ねて強調した。

今村委員は「主治医」という記載を「かかりつけ医」に変更することも求めた。

●遠隔診療でも意見対立

一方、藤原清明委員（経団連・経済政策本部長）は「医療のＩＣＴ化の促進を入れてもらいたい。ＩＣＴ化が進めば遠隔診療によって地域の患者の医療アクセスが確保されるほか、医師が患者の健康状態の管理もできるようになる」と要望した。

これに対し中川俊男委員（日医副会長）は「医療は対面診療が原則であり、大前提だ。対面診療ができない環境でやむを得ない場合にＩＣＴを使っての遠隔診療を行うべきだ。対面診療をどんどんＩＣＴを使った遠隔診療に置き換えていくような誤解があってはならない」と反論した。（11/25MEDIFAXより）

重点課題「機能分化と在宅」に一点集中／改定基本方針の骨子案

厚生労働省は11月８日の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫･学習院大教授）に「2014年度診療報酬改定の基本方針」の骨子案を示した。重点課題を「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実」の１点に絞った。消費増税を前提とした社会保障・税一体改革の実現に向けた診療報酬改定にするという強い意欲を示した形だ。議論を踏まえ、次回は基本方針案を提示し、12月上旬にまとめる。

骨子案は、25年に向け医療提供体制の再構築と地域包括ケアシステムの構築を図ることを基本認識に掲げ、次期診療報酬改定で医療機関の機能分化や在宅医療の充実に取り組むことを明記した。重点課題は「消費増税の財源を活用して医療機能強化と重点化に取り組むこととされている中、入院医療・外来医療を含む医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む」。保険局医療課の宇都宮啓課長は「今回の重点課題には、一体改革の機能分化･強化と連携、在宅充実という１点のみを取り上げた」と説明。医療課によると、ここでいう増税財源は現時点で、14年度の社会保障充実に活用する5000億円のうち、医療・介護提供体制改革に使う1000億円を指している。

検討の中で重視する項目も骨子案に盛り込んだ。入院医療では急性期病床の機能明確化と、受け皿病床の整備、有床診の評価を記載。外来医療では、主治医機能の評価と大病院の専門外来の評価を掲げた。

在宅医療では在宅療養支援診療所・病院の機能強化などを記載。入院、在宅、介護などの連携も重点検討課題とした。

改定の視点は４点で「充実が求められる分野を適切に評価」「患者が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の実現」「医療従事者の負担軽減」「効率化･適正化」とした。充実分野では、がん、精神疾患、認知症対策、救急・小児・周産期医療、リハビリテーションなどの推進を、患者の視点では医療安全対策の推進などを挙げた。負担軽減では救急外来の機能分化やチーム医療の推進などを、効率化では後発医薬品の使用促進や長期収載品の薬価特例引き下げを盛り込んだ。

骨子案には、消費税率８％時の負担を補填する対応は診療報酬改定で行うことや、将来への課題として医療技術の費用対効果評価を検討することも記載している。（11/11MEDIFAXより）

基本方針案を部会長一任で了承／医療保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会は11月29日、次期診療報酬改定の基本方針案を部会長一任で了承した。

基本方針案は､重点課題を「医療機関の機能分化･強化と連携､在宅医療の充実」のみに絞った。「将来を見据えた課題」には、病床機能報告制度や地域医療ビジョンと連携を図りながら、地域全体で必要な医療機能が提供される体制が構築できるよう検討していく必要性を記載した。

議論では改定の視点に盛り込んだ「医療従事者の負担軽減」について白川修二委員（健保連専務理事）が「医療従事者全てではなく、『病院勤務の医療従事者』など一定の範囲を指定すべき」と前回８日の会合と同じ主張を展開。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）も前回同様「このままでよい」と反論した。

白川委員はまた､「適正化の視点」に関連し「医療経済実態調査では、20店舗以上のチェーン薬局の利益率がかなり高かった。未妥結・仮納入の実態もかなりあると聞いている。公的保険が適用される医薬品で、一般では考えられないことを行い、利益を上げているのなら問題だ」と述べ、大型チェーン薬局の医薬品購入実態を適正化の視点に入れるよう求めた。（12/2MEDIFAXより）

中医協

減価償却費を含めるか、年末に政府が決定／消費税補填で厚労省

厚生労働省は、今回の医療経済実態調査の結果から、医科・歯科・調剤の全体で給与費などの非課税費用が52.3％、「医薬品費」「特定保険医療材料費」「その他課税費用」の課税経費に「減価償却費」を含めた費用が47.7％を占めるとの調査結果をまとめ、中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」（分科会長＝田中滋・慶応大経営大学院教授）に示した。このうち診療報酬上乗せの可能性があるのが「その他課税費用」（17.4％）と「減価償却費」（4.6％）。厚労省は「減価償却費を課税経費率に入れるかどうかを含め、政府が計算式などを最終的に決定する」と説明した。

分科会としては費用構造の推計結果を了承。田中分科会長が中医協総会に報告する。年内の消費税分科会は終了し、年末に政府が改定率や計算式を決定した後、年明けから分科会と総会の役割分担を踏まえ配分に関する議論を進める予定だ。

分科会で厚労省は、消費税に関する調査結果を詳細に報告した。過去２回の消費税引き上げ時の資料が不十分なため十分に検証できないとの委員らの苦言を踏まえ、今後の改定で検証できるよう、できるだけ詳細な調査を行い、まとめたとしている。（11/15MEDIFAXより）

在宅自己注、指導状況把握で文書提出／厚労省、中医協で要件案

厚生労働省は11月15日の中医協総会（会長＝森田朗・学習院大教授）に、在宅自己注射指導管理料をめぐり、導入前の指導体制などを明確にするため、新たに「文書等での確認」を設けるほか、薬事法上15日間以上の間隔をあける注射などについては算定の対象外にするなど、在宅自己注射の頻度に応じた評価体系に改めるよう提案した。

在宅自己注射については、2005年４月に出された留意事項として、導入前に入院または週２回もしくは３回以上の外来・往診・訪問診療によって、医師が十分な教育を行うことや、廃棄物の適切な処理方法などについても指導を行うことなどが記載されている。しかし、厚労省は導入前の指導状況や内容が把握できていないことや、対象薬剤によっては投与頻度がさまざまであるにもかかわらず一律の評価に

なっていることなどを課題として挙げ、在宅自己注射の導入初期の評価や、一定期間経過後の評価の在り方、導入前の指導状況を文書などで確認することなどを論点として示した。

これに対し診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「在宅自己注射の導入初期の評価と一定期間が経過後の評価は、一律には考えられない。糖尿病のように、指導の必要性は減少していくが、合併症や高齢化によって基礎管理に手間が掛かるようになることもあり、状態に応じて継続的に算定できるようにすることが必要だ」と述べ、一律に決めることに懸念を示した。

支払い側の花井圭子委員（連合総合政策局長）は「対象注射薬によって回数、期間などでばらつきがあることを踏まえ、在宅自己注射を実施するに当たっての留意事項の見直しを検討していくのか」と事務局に質問した。厚労省保険局医療課の宇都宮啓課長は「留意事項では、在宅自己注射の導入に際しては、十分な指導をすることになっている。その実施状況を把握していくため文書で確認してはどうかと考えている」とし、「もし、文書で書くことを算定要件に組み込むことになれば、文書がきちんと書かれていない、あるいは指導が不十分ということであれば、在宅自己注射指導管理料は算定できなくなるということだ」と説明した。

●たばこ対策、支払い側から厳しい意見

中医協総会では、ニコチン依存症患者の治療についても取り上げた。厚労省は「ブリンクマン指数が200以上」の算定要件では多くの若年依存症患者が、ニコチン依存症管理料を算定できない現状や、入院中でも指導管理を行うことを前提に禁煙補助剤の処方を認めるかなどを論点として提示。この問題については、支払い側から厳しい意見が相次いだ。白川修二委員（健保連専務理事）は「若年層のニコチン依存症の禁煙成功率を年代別に教えてもらいたい」とデータを求めたほか、石山惠司委員（経団連・社会保障委員会医療改革部会部会長代理）は「たばこは嗜好品であり、保険になじむのか。自己責任ではないのか」、田中伸一委員（全日本海員組合副組合長）は「20代の禁煙は健康教育が先であり、それを依存症だからといって治療をするというのは本質的な話ではないのではないか」と述べた。宇都宮課長は「ニコチン依存症は病気である」とし、理解を求めた。（11/18MEDIFAXより）

特定除外廃止でシミュレーション／厚労省「追い出しにならない」

厚生労働省は、７対１・10対１入院基本料の算定病棟で特定除外制度（在院期間が90日を超えても減額されず、平均在院日数の対象外となる仕組み）を廃止した場合、90日超患者を一定割合抱えても、病棟マネジメントによって７対１や10対１の算定を維持できるとするシミュレーションをまとめ、11月20日の中医協総会に提示した。

シミュレーションでは「50床の７対１病棟（平均在院日数18日）で入院患者の１割が特定除外患者の場合」は、その他の患者の平均在院日数が15日であれば一般病棟７対１の要件を、22日であれば専門病院・特定機能病院７対１の要件を満たすとした。このほか▽10対１病棟（50床）で90日超の入院患者が２割在院している場合▽７対１病棟（50床）で90日超以外の患者の平均在院日数が14日間の場合▽10対１病棟（50床）で90日超以外の患者の平均在院日数が17日間の場合―の４つのパターンで、シミュレーションを示した。

保険局医療課の宇都宮啓医療課長は「今回提示したシミュレーションでは、現在の平均在院日数の算定方法に従えば、一定程度90日超の患者がいても７対１、10対１の算定は可能。特定除外制度が廃止されても患者の追い出しにはつながらないのではないか」とし、病院が必要と判断すれば一定程度の90日超患者は入院させることができると説明した。

診療側の中川俊男委員（日本医師会副会長）は「われわれも改革を進めたいと考えている。しかし平均在院日数の確保が困難なら、90日超患者は療養病棟入院基本料の算定になる。７対１病院は、かつかつでやっている病院が多く、患者を出しなさいということに近い状態になるのではないか」と指摘した。しかし宇都宮課長は「入院医療の機能分化の推進は、厚労省、医療課の方針だ。７対１、10対１は重症急性期の患者が入るべきだが、若干長期の患者が入らざるを得ない状況もあるので、バッファーとして一定程度の長期患者の受け入れが可能になっている。患者や地域のニーズに合わせた医療機能が大事で、病院側の機能が先にあって患者を集めるのは逆ではないか」と述べた。

●短期手術含めたシミュレーションを／診療側・安達委員

厚労省のシミュレーションに対して、安達秀樹委員（日医社会保険診療報酬検討委員会委員長）は

「７対１、10対１の特定除外患者を今のまま変えないでよいとは言っていない。短期手術を平均在院日数から外そうという提案もあり、シミュレーションはフェアに出していただきたい。中川委員が言ったように、治療が継続できなくなる患者に対して優しくない改革になるということだ」と述べ、改革の方向性には理解を示しながらも、患者への影響を見るには短期手術の見直し案を含めたシミュレーションが必要ではないかと指摘した。

宇都宮医療課長は、４泊５日以内の短期手術・検査の症例を除いた場合、平均在院日数の差は0.6日の影響とし、手術が極端に多い施設を除けば影響はもっと少ないのではないかと説明した。安達委員は「これまでも平均値で見て改定を行ってきたが、現場に落とし込んだ時に問題だったこともある」とし、引き続き議論していくべきとした。
（11/21MEDIFAXより）

実調分析で対立、「改定率の意見」は難航模様／中医協総会

11月20日に開かれた中医協総会では、支払い側、診療側の双方が医療経済実態調査（実調）の結果に対する見解を示した。支払い側は、医療機関の経営は安定しており、医師の年収が増加していることを指摘。診療側は医療機関の経営は総じて厳しい状況にあり、医療法人では一定の給与を提示しないと看護職員などの採用が難しいことに言及した。11月下旬には両側から次期改定への意見を受けるが、実調の受け止め方が真っ向から対立する中、改定率を厚生労働大臣に進言するための議論は困難を極めそうだ。

支払い側は、一般診療所は安定した黒字経営ができており、一般病院については国公立を除いて安定的な黒字が続いているという見解を表明。赤字の公立病院も、補助金などを加えた総損益差額は黒字であるとした。

さらに、次回調査に向けた意見として、有効回答における公立病院の割合が実際の施設数に占める割合に比べて高いため、公立病院の影響が結果に大きく出たと分析。既存の計算方式以外に、全国の施設の構成比に応じた加重平均による全体値の算出も併せて公表すべきと求めた。

診療側は、一般病院全体の損益率は若干改善したが、依然赤字で引き続き厳しい状況にあると指摘。職種別の給与では、医師や看護職員の給与費が伸びたことから「処遇改善が進んでいるとも考えられる」と分析した。ただ、国公立と民間の格差は大きく、一定の給与を提示しないと採用が難しくなっている可能性があることに留意が必要とした。経営は依然として不安定であることが示されたとまとめている。（11/21MEDIFAXより）

７対１経過措置、３月末で終了へ／中医協総会

入院医療について議論した11月20日の中医協総会では、７対１入院基本料の経過措置を、規定通り2014年３月31日をもって終了することで診療側と支払い側の意見が一致した。12年度診療報酬改定で廃止した13対１・15対１入院基本料の特定除外制度は、病床の機能分化を進める観点から「廃止の継続」とする。

栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括化も議論した。病院では両加算を、有床診療所では褥瘡患者管理加算の包括化を次期改定以降も継続する方向性にある。日本医師会などが問題視している有床診療所の栄養管理実施加算の包括化の是非については、議題としなかった。後日、有床診全体を議論する際に検討されることになる。
（11/21MEDIFAXより）

７対１特定除外「完全廃止でなく見直しで」／中医協で診療側

中医協総会は11月20日、７対１入院基本料見直し論議の焦点の一つである７対１・10対１算定病棟での特定除外制度廃止について議論を開始した。診療側と支払い側は、次期診療報酬改定での病床機能の明確化推進と病床機能分化については認識が一致した。ただ、７対１・10対１の特定除外に関しては、支払い側が廃止を主張したのに対し、診療側は完全廃止ではなく、一定の見直しを進める方向を主張した。（11/21MEDIFAXより）

精神科医療の充実策で在院期間の短縮進む／中医協総会で速報

厚生労働省は11月22日の中医協総会（会長＝森田朗・学習院大教授）に、精神入院医療等の2013年度検証調査に関する速報結果を報告した。精神病床関係の在院期間の短縮傾向が進み、前回改定の精神科医療の充実策に関する届け出が一定程度進んでいる実態も明らかになった。

今回の施設調査では、精神科単科病院が回答の約

８割を占める中で、精神病床利用率が92％、平均在院日数は11年６月と13年６月を比較すると471日から461日に約10日間短縮していた。精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料を算定する精神病床でも平均在院日数の顕著な短縮傾向が見られた。12年度改定で、認知症治療病棟入院料の在院期間の要件が30日に短縮されたことなどが、平均在院日数の短縮を誘因したのではないかと見られるとした。

●救急搬送患者地域連携受入加算の届け出は約５割

12年度診療報酬改定では精神科医療機関間の連携を評価した。精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に60日以内に紹介した場合に、紹介した医療機関は精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（1000点）を、受け入れた医療機関は精神科救急搬送患者地域連携受入加算（2000点）を算定できる。調査では、紹介加算の届け出が12.9％だが、受入加算は49.3％と高い比率を占めていた。同様に前回改定で新設された精神療養病棟退院調整加算（500点）については、28.6％の届け出率だった。認知症については、夜間に看護補助者を配置し、夜勤を行う看護要員が３人以上の場合を評価した認知症夜間対応加算は19.4％の届け出率だった。

一方、病棟調査では、精神療養病棟の主たる疾患として統合失調症などが多くを占めており、在院期間は「１年超５年以内」「５年超」の比率が高かった。精神療養病棟の退院後の行き先は自宅が最も多いが、自院の他の病棟や他医療機関への転棟・転院の割合も高かった。このほか、精神療養病棟での身体合併症管理加算の増点に伴い、身体合併症の重症な患者数が「増えた」とする比率が55.9％に増加していた。

患者調査では、医療サービス、福祉サービスを求める比率が高い一方で、将来の退院を想定できない患者も39.5％に上った。

●精神科薬物療法の正常化を

診療側の長瀬輝諠委員（日本精神科病院協会副会長）は、今回の調査結果や医療経済実態調査結果から精神科の評価を充実させることが喫緊の課題と指摘した。中でも身体合併症の患者の受け皿が必要とし、精神療養病棟に準じるような受け皿を検討すべきとした。

支払い側の髙智英太郎代理（健保連理事）は、薬物療法で使用されている抗精神病薬が５種類以上のケースが6.1％を占めている点などを挙げ「適正化よりも正常化を目指していただきたい」と述べた。

（11/25MEDIFAXより）

「亜急性期病棟」の創設へ前進／中医協、診療側が原則容認

厚生労働省は、次期診療報酬改定での亜急性期入院医療管理料の見直しに伴う「亜急性期病棟」の創設をめぐり①原則として病室単位の評価は行わず、病棟単位で評価する②200床未満では、病院全体で亜急性期病棟の届け出を可能とする③200床未満で病棟ごとの機能分化が困難な病院は、病室単位の評価を１病棟に限り継続する―との案をまとめ、11月27日の中医協総会に提案した。亜急性期病棟には強い慎重論が出ていたが、診療側が原則容認する方向性を示したことで、創設論議が一気に進み出した格好だ。

懸案だった療養病床からの亜急性期病棟の届け出について厚労省は、医療機関の病床規模にかかわらず１病棟（60床まで）に限り届け出を可能とする案も提示。亜急性期病棟の居室面積の要件としては、療養病床と同様の「１床当たり6.4平方メートル以上」を提案するなど、亜急性期病棟に一定の療養環境を求める提案となった。

厚労省が提示した亜急性期病棟の要件は▽２次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出▽在宅復帰率等▽新規入院患者のうち重症度・看護必要度Ａ項目１点以上の患者が回復期リハビリテーション病棟入院料１と同程度▽原則として１床当たり6.4平方メートル以上▽医療内容に関するデータ提出。これらの要件は一般病床と療養病床のどちらからの届け出でも同じ基準にするとした。

ただ、「２次救急病院の指定」について保険局医療課の宇都宮啓課長は、救急対応ができるという一つの象徴的な形として挙げていると説明し、今後さらに要件について検討する方向性を示した。

（11/28MEDIFAXより）

７対１の要件に「ＤＰＣデータ提出」も／中医協総会

中医協総会は11月27日、病床機能分化促進に向け、７対１入院基本料算定病棟について「ＤＰＣデータの提出」を新たな要件とすることなどを含めた厚生労働省の提案について議論した。

厚労省は一定の経過措置を設けた上で、ＤＰＣ対象ではない病院については2016年度以降のＤＰＣ制

度への参加を検討しつつ、ＤＰＣデータの提出を７対１の要件とし、提出データを基に診療実績の要件化を引き続き検討してはどうかと提案。支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）や矢内邦夫委員（全国健康保険協会東京支部長）はデータ提出の要件化に賛成。診療側委員も強い反対意見は示さなかった。

このほか厚労省は、データ提出加算を全ての一般病床、療養病床、精神病床に広げることなども提案した。（11/28MEDIFAXより）

初再診の減額、精神単科と療養のみは除外／中医協で厚労省提案

厚生労働省は11月27日の中医協総会に、外来の機能分化について論点を示した。精神科単科病院や療養病床のみの病院を除き、許可病床数500床以上の全病院について「紹介率40％未満で逆紹介率30％未満」の場合は紹介状のない患者の初診料を270点から200点に減額し、他の医療機関へ紹介したのに再び同じ病院を受診した場合の再診（外来診療料）を70点から52点に減額する。特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院はさらにハードルを上げ「紹介率50％未満で逆紹介率50％未満」を対象にすることを提案した。

これまでの議論を受け厚労省が示した論点には、拡大する対象から「精神科単科病院や療養病床のみの病院を除く」ことが明記された。

厚労省はまた、地域で自己完結する医療を提供している医療機関への評価に関する論点も提示した。一般病棟入院基本料を病棟単位で届け出可能とする措置を継続するなどの内容。

長期投薬と多剤投与についての論点も示した。外来の機能分化をさらに推進する観点から、大病院の長期投薬を制限する。具体的には上記の初再診の減額対象と同じ条件の医療機関に対し、一部の薬剤を除き、原則的に投薬日数によって投薬に関する費用（処方料、処方箋料、薬剤料）を制限することを提案した。

これらの論点は時間切れで資料説明のみに終わった。次回以降の総会で議論する。
（11/28MEDIFAXより）

財務省に「中医協の重さ」示す／厚労大臣に具申へ、改定率は両論

中医協総会は次期診療報酬改定の改定率について、プラス、マイナスの両論併記で厚生労働大臣に意見具申する。改定率のほか、中医協の位置付けや存在意義についても盛り込む。支払い側、診療側が改定に対する意見書を提出した11月27日の総会では、改定内容に踏み込もうとする財務省の姿勢を診療側委員が痛烈に批判。大臣への意見書の中で、中医協の役割を明確に示す必要性は共有した。

●「ネットでマイナスを」／支払い側・白川委員

27日の総会では、支払い側、診療側の双方が次期改定への考え方を提出した。支払い側は、薬価引き下げ財源を本体に充当する方法を中止し、ネットマイナス改定にすべきとした。白川修二委員（健保連専務理事）は意見書を読み上げた後、「診療報酬と薬価の改定は、必要な予算の積み上げとか、そのために財源を確保するという考え方で行うべきではない。改定の内容についても各方面から意見が出ているが、膨大な時間とデータで審議している中医協の役割は重い」と述べた。ネットマイナスの意味については「増税対応分も込みでネットでマイナス」と説明した。

●財務省に「各論踏み込む機能ない」／診療側・中川委員

診療側は意見書で、消費税率引き上げ対応分を除いたネットプラス改定が必須で、従来通り、薬価引き下げ分は診療報酬全体の改定財源として活用することを要求。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）が意見書を読み上げた後、中川俊男委員（日医副会長）が「最近の財務省の発言についてあえて意見を述べる」と論を展開した。

中川委員はまず、薬価財源を本体引き上げに使わないという財務省の主張について「自然増削減を続けた2000年代の悪夢を彷彿させる。00年代の大幅なマイナス改定により地域医療が崩壊したのは医療界の共通認識だ」と批判。さらに、消費増税の発端は社会保障給付費の財源不足を賄うことだったとし「医療提供体制の改革が整わなければ消費増税分を使わせないという主張は、国民との約束違反になる」と述べた。

最後に「改定の各論にまで踏み込む動きが目立つ」と指摘。「例えば、何百という項目一つ一つについて良いか悪いか主計局に伺いを立てろという。財務省のどこに医療政策の各論に踏み込む機能があるのか。中医協の権威をおとしめるものだ」と批判した。

●公益委員が素案作成へ

中川委員の発言に対し、支払い側、診療側の双方が賛同した。白川委員は「改定率の意見の一致は困

難で、両論併記でやむを得ない。ただ、中医協の位置付けや役割などで一致できる部分もある」と指摘。安達秀樹委員（日医・社会保険診療報酬検討委員会委員長）や鈴木委員も「改定率は両論併記、中医協の存在意義を主張する」という大臣への意見具申の形に賛成した。今後は、支払い側、診療側の見解を踏まえ、公益委員が意見書の素案を作って総会に示す。（11/28MEDIFAXより）

廃用症候群患者の３割強が７対１、４割が10対１に／中医協速報

中医協総会が11月29日開かれ、診療報酬改定の結果検証調査（2012年度分）のうち「維持期リハビリテーションおよび廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションなど疾患別リハビリテーションに関する実施状況調査」の速報結果について報告を受けた。

患者が要介護被保険者の場合の維持期リハビリについて「予定がある」としたのは、調査客体である入院患者537人の12.1％で、「未定」が66.3％に上った。外来では調査客体545人のうち、予定ありが10.5％、未定が40.4％で、入院・外来ともに未定が多かった。維持期リハビリをめぐっては、要介護被保険者などに対する維持期の脳血管疾患等リハビリ、運動器リハビリについては原則、14年３月31日までとされている。

脳血管疾患等リハビリを受けている患者のうち廃用症候群の入院患者（調査客体540人）については、算定している入院基本料を見ると、７対１が34.8％、10対１が40.2％、13対１が7.4％、15対１が14.8％だった。

廃用症候群の理由別患者割合では、手術以外の治療（手術以外の治療による安静）が76.1％で最も高かった。（12/2MEDIFAXより）

「児童虐待」を診療報酬で評価、支払い側は疑問視／中医協

中医協総会は11月29日、精神病床の機能分化推進に向けた次期診療報酬改定での具体策について議論した。厚生労働省は、総合病院精神科への評価や、児童虐待問題に対する診療報酬での評価などを提案。児童・思春期の精神医療の経験を有する精神保健指定医等が児童相談所などと連携しつつ、被虐待児の診療を行う体制を持つ医療機関を評価することを挙げた。

支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は、精神医療を評価していく上で「中医協委員に精神科の専門家が入ったので、長瀬委員に直接聞きたい」とし、▽総合病院の精神科が減少している理由は何か▽多剤投与を欧米と比較すると日本が多いが、どのような取り組みをしているか▽社会的要因を除いて、長期入院患者の退院を阻む要因は何か―の３点を質問した。

長瀬氏は「ＤＰＣが導入された一般病棟と比べて、精神科の収益性が低いことが、総合病院精神科が減少している要因ではないか。あるいは開業する医師の増加なども起因しているのではないか」と説明した。長期入院患者の退院については、地域でグループホームを設置することに住民の反対があるとし「社会復帰のための支援をお願いしたい」と述べた。白川委員も、地域包括ケアを構築していく上で行政を含めて対応していくことが必要とした。

一方、児童虐待問題への診療報酬上の評価について白川委員は「さらに検討が必要だ」とした。花井圭子委員（連合総合政策局長）も「児童虐待問題は社会問題であり、診療報酬で評価することには唐突感がある。納得できる資料を出してもらいたい」とした。田中伸一委員（全日本海員組合副組合長）は、医療機関の診療で児童虐待を発見することはあるだろうが、発生予防などの観点は診療報酬と少し異なるのではないかと疑問を示した。
（12/2MEDIFAXより）

主治医制は７割超の病院で実施／中医協で負担軽減の調査結果

中医協総会は11月29日、診療報酬改定結果検証調査（2013年度分）のうち病院勤務医の負担軽減に関する調査の速報結果について報告を受けた。

病院調査では、回答した456施設のうち「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の策定が義務付けられている診療報酬項目を届け出ている病院（届け出施設）は228施設で、未届け出も228施設だった。

医師の勤務形態では、主治医制を取っているのは回答施設全体で77.9％、届け出施設では74.6％だった。交代勤務制は全体で14.5％、届け出施設で16.2％で、届け出施設で交代勤務制の割合が高かった。

勤務医負担軽減策については、届け出施設で「医師事務作業補助者の配置」「看護補助者の配置」「地域の他の医療機関との連携体制」などが高い比率を

占めた。今後、勤務医の負担軽減のため必要と考えられる対策を複数回答で聞いたところ「職員配置の増員」の割合が最も高く、次いで「経済面での処遇改善」「地域連携の推進」が続いた。増員が必要と考える職種（複数回答）では「医師」の割合が最も高く、「医師事務作業補助者」「看護職員」の順だった。

診療所調査では、12年度改定で改編された「時間外対応加算」について1091施設が回答した。内訳は未届け出が545施設、加算１が271施設、加算２が254施設、加算３が16施設。

診療時間外の患者からの問い合わせへの対応（12年度改定以降）は、届け出施設で「電話での指導」が96.7％と圧倒的に高く、「診療所での外来診療」も70.8％、「他医療機関等への緊急搬送」の48.2％などが続いた。

時間外対応加算を届け出ない理由（複数回答）では、「現在の医療従事者数では対応が困難だから」が最も多く58.2％、「医療従事者の負担が大きいから」が48.4％だった。時間外対応加算が勤務医の負担軽減に貢献していると感じているかについては、「とても貢献している」と「貢献している」を合わせて全回答施設の14.2％だった。加算１を算定している施設で見ても23.6％にとどまった。
（12/2MEDIFAXより）

初再診の減額対象拡大、おおむね了承／中医協総会

中医協総会は11月29日、外来の機能分化推進について議論した。許可病床数が500床以上の全ての病院（精神科単科病院や療養病床のみの病院を除く）のうち、「紹介率40％未満で逆紹介率30％未満」の場合、紹介状のない患者の初診料を270点から200点に減額し、他の医療機関へ紹介したのに再び同じ病院を受診した場合の再診（外来診療料）を70点から52点に減額する措置はおおむね了承した。

厚生労働省が提案した論点では、特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院にはより高いハードルを課し「紹介率50％未満で逆紹介率50％未満」を対象にする。これにより外来の機能分化をさらに推進する構え。

薬剤の「７種規制ルール」の議論に長時間を費やした29日の総会では、大病院の紹介率・逆紹介率についてはあまり論じられず、反対意見は上がらなかった。ただ、診療側の長瀬輝諠委員（日本精神科病院協会副会長）が、除外する病院について「精神科単科とあるが、単科でも（一部の病床で）内科を持つ病院がある。除外するのは精神科単科ではなく、精神科病床を（持つ病院）としてほしい」と求めた。
（12/2MEDIFAXより）

薬剤７種ルール「撤廃」「継続」で各側衝突／中医協総会

薬剤７種ルールは撤廃か継続か―。11月29日の中医協総会で、１処方につき７種類以上の内服薬を投薬すると減算される「７種ルール」をめぐり、診療側委員と支払い側委員が衝突した。診療側は安達秀樹委員（日本医師会・社会保険診療報酬検討委員会委員長）を中心に撤廃を主張。支払い側は、多剤併用による相互作用や副作用を懸念して７種規制の妥当性を主張。決着しなかった。

７種ルールは、多剤投与を防ぐ狙いから１処方に７種類以上の内服薬を投薬した場合に、処方料、処方箋料、薬剤料を低くするルール。厚生労働省は外来の機能分化推進に向けた主治医機能の在り方に関連し、多剤投与の評価を論点に挙げた。７種類以上の内服薬を投薬・処方せざるを得ない患者が一定程度いることや、処方箋料などの減額を回避する対応をしたことがある医療機関が38.5％あることも提示。国立長寿医療研究センターの入院データベース（2009年１－12月）で65歳以上の患者を解析した結果、６剤以上の多剤投与で有害作用の発現率が高まり、抑うつとも関連するなどのデータも示した。

安達委員は６剤以上投与による有害作用のデータについて「その後、どの学会でも問題になっていない」とした上で「より理不尽なのは、かかりつけ医が総合的に患者を診るという話の中で、１医療機関で７剤を出すと減算される。循環器は循環器内科の診療所、糖尿病は糖尿病内科の診療所に行き、４剤ずつ処方されたら減算されない。患者が８剤を飲んでいることに変わりはない」と述べ、副作用防止の点でも７種規制は妥当性がないと主張した。

●現状では「むしろ加算に」／安達委員

安達委員はさらに、高齢化で複数の疾病治療や多くの薬剤処方が必要な現状があるとし「薬剤選択には頭を使う。１剤２剤の比ではない。多剤投与の加算があってしかるべきで、なぜ減算という理不尽な算定を受けるのか。今回の改定で撤廃すべき」と強調した。

こうした主張に支払い側委員は疑義を投げ掛け

た。白川修二委員（健保連専務理事）は「主治医機能の強化は次期改定のテーマ。複数の疾患を持つ患者を主治医が管理する際に７剤規制は矛盾するという主張は分かる」と理解を示しつつも、「薬剤も含めて主治医は管理する。それは主治医機能を評価するときに別の形で評価することもあるのではないか」と指摘。ほかの支払い側委員からも「多剤投与の影響はエビデンスが少ない」「漫然と薬剤を投与している医師がいる」「副作用を考えれば多剤投与の危険性は否定できない」などの意見が続出した。

診療側委員は「７剤という数字には意味がないし、多く処方することの弊害よりも、必要なのに処方しないことが問題」「漫然と薬を出すことはない。今や薬はコストで、少ない方がよい」「苦労して処方している」と反論。意見集約には至らず、森田会長が「なぜ多剤投与を規制しないといけないのか、なぜ７剤なのか、規制をしなければならないとしても他に方法はないのか、などについて事務局で検討してほしい」と引き取った。（12/2MEDIFAXより）

休日リハ、回リハ１への包括要件化に慎重論／中医協で診療側

厚生労働省は12月４日の中医協総会に、次期診療報酬改定での回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しについて、入院料１の病棟の７割が算定している休日リハビリ提供体制加算を入院料１に包括して要件化する考え方や、専従医師や専従の社会福祉士を配置した場合に加算などで評価する案を提示した。

休日リハビリ提供体制加算は、入院料１を算定する病棟の70.9％が算定しているのが実態。入院料１への包括・要件化をめぐって、支払い側の石山惠司委員（経団連・医療改革部会部会長代理）は「算定していない病棟が29.1％もあるが、算定しないのはなぜか」と質問。中川俊男委員（日本医師会副会長）は「むしろ70.9％も算定しているという捉え方でお願いしたい。患者のニーズに応えるため対応していることを重視し、入院料１の施設基準として要件化するより、加算としてより評価していくべきではないか」と指摘した。

鈴木邦彦委員（日医常任理事）も「休日リハビリ提供体制加算の包括化については、点数の引き下げが懸念される。点数は下げるべきでない」とくぎを刺した。万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）も「70％を評価してもらいたい。要件化していくことは時期尚早」と述べるなど、診療側委員は休日リハビリ提供体制加算の包括化に慎重な対応を求める意見が強かった。

●専従医師の効果は不鮮明／鈴木委員ら

医師の専従問題については、鈴木委員が「医師の専従効果という点では、まだ（データが）不十分ではないか。単純に専従だから良くなったとは言えないのではないか。リハでの専従医と専任医の違いは何かを明確にしてもらいたい」と述べ、専従リハビリ医の実態を十分に把握できているのかと懸念を示した。万代委員は「回復期リハビリ患者の３割はなかなか改善しないとのデータもある。専従、専従と声高に言わなくてもいいのではないか」とした。

また、支払い側の伊藤文郎委員（愛知県津島市長）は「回復期リハビリでの専従の社会福祉士を評価するには医療職として一定の整理が必要ではないか」と提起した。厚生労働省保険局医療課の宇都宮啓課長は「社会福祉士には、医療に精通し、退院支援などを進めているＭＳＷが存在する」と説明した。

●早期リハの数値目標に賛否両論

中医協総会で厚労省はこのほか、早期リハビリの充実案として▽65歳以上の患者が一定割合以上の急性期病棟（７対１、10対１）に理学療法士等の専門職を配置した場合の評価▽専門職を配置した病棟（７対１、10対１）について「入院時に比べ退院時にＡＤＬが低下した患者の割合が一定程度以下」のような具体的な数値目標の要件化―を提案した。矢内邦夫委員（全国健康保険協会東京支部長）は「この方向性は重要な視点だ。導入すべきだ」と主張。これに対し鈴木委員は、数値目標などは慎重に対応していくべきとした。（12/5MEDIFAXより）

調剤報酬の「加算」が俎上に／中医協総会、支払い側も同意

中医協総会は12月４日、調剤報酬を議論した。診療側の中川俊男委員（日本医師会副会長）は、調剤医療費の伸び率の高さや、調剤技術料の加算が取りやすい要件であること、営利企業の大手調剤薬局チェーンに医療費が偏在していることなどを問題提起した。支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）も調剤報酬の加算の在り方を議論することに賛成するなど、調剤報酬をめぐる議論が本格化してきた。

次期改定をめぐっては、大手調剤薬局チェーンの高収益性や調剤医療費の伸びなどから、調剤報酬の在り方を問う声が常に上がっていた。財務省も財政

制度等審議会がまとめた建議の中で、調剤報酬体系の見直しの検討を求めている。医療経済実態調査の結果でも、チェーン薬局は店舗数が増えるほど収益率が高いとの結果が示された。

こうした背景の中、調剤報酬をめぐる本格的な議論が始まった。中川委員は、診療報酬本体部分の改定財源割合が医科、歯科、調剤で「１：1.1：0.3」であることを指摘した上で「調剤医療費の伸びはすさまじく、0.3以上に伸びている」と問題視。薬剤情報提供料を例示し、調剤技術料の加算は取りやすいという認識も示した。ただ、「0.3が問題だという意味ではない」と、配分についての意見ではないことも明確にした。

安達秀樹委員（日医・社会保険診療報酬検討委員会委員長）も、調剤技術料の算定条件が医科や歯科の加算条件と差があることを指摘し「（処方箋の）３分の２に該当する（院外処方には）体制加算があり、片方にないのは不合理。ここまで（院外）調剤率が高まった今、医科・歯科の基本料と加算の条件、調剤の基本料と加算の条件について、一覧表を出していただき議論する時期に来ている」と述べた。白川委員は「最大の問題意識は、医薬分業で患者の負担が増えているのに、それに見合う分業の効果が実感できないこと。処方箋は増えているのだから、国が後発品を推進するのであれば、例えば後発品調剤体制加算などはなくとも努力すべきだ。調剤報酬の加算の在り方を議論することに賛成する」と応じた。ただ、「激変はまずい」とも述べた。

●日薬の三浦委員は反論

こうしたやりとりに対して三浦洋嗣委員（日本薬剤師会副会長）が反論。後発品調剤の加算について「薬局では患者への説明などに時間と労力を費やしているし、在庫負担もある。後発品の推進は安い薬を勧めるということで、薬局全体では売り上げを下げることをしている」と薬局の努力に理解を求めた。医薬分業のメリットには「診療所の医薬品在庫は平均120品目、病院は平均780品目、薬局は900品目近くあり、これは医師にとっても患者にとってもメリット」と指摘した。

保険局医療課は今後、求められた資料の提示などを検討している。（12/5MEDIFAXより）

厚労省案では「大病院に患者が集中」／長期投薬で安達委員

調剤報酬を議論した12月４日の中医協総会では、長期処方が行える程度に病状が安定した大病院の外来患者を地域の医療機関へ誘導するための対応策について、診療側の安達秀樹委員（日本医師会・社会保険診療報酬検討委員会委員長）が前回11月29日の会合に引き続いて反論した。

紹介･逆紹介率が低い大病院を対象に、投薬日数によって処方料、処方箋料、薬剤料を減算するという厚生労働省の提案に対し、安達委員は「患者にとっては該当する医療機関に行けば費用が安いということ。大病院に患者が集中することになる。（長期処方を制限するためには）療養担当規則を変えない限り問題は解決しない」と否定した。

厚労省は29日の会合で「特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院で紹介率50％未満かつ逆紹介率50％未満の病院」と「許可病床数が500床以上の全ての病院（精神科単科病院や療養病床のみの病院を除く）のうち、紹介率40％未満かつ逆紹介率30％未満の病院」を対象に、一部の薬剤を除き、原則として投薬日数により処方料などを制限することを提案した。

安達委員はその際、厚労省案に対し「有効なのか疑問だ。ディスインセンティブを付けても、長期処方に関わる外来担当医の処方行動はほとんど変わらない」として、療養担当規則の改正を求めていた。

調剤報酬をテーマにした４日の会合で、残薬の問題に絡めて前回と同様の厚労省案が示されたことを受け「医療機関の行動の変化を求めて診療報酬の規定を変えても、患者側からすると真逆の受診行動になる」と再び反対した。（12/5MEDIFAXより）

廃用症候群の厳格化、推進すべきの声強く／中医協、各側とも

厚生労働省は、12月４日の中医協総会に、廃用症候群に対するリハビリテーションの算定について、次期診療報酬改定で適用を厳格化する方向性を提案した。診療側、支払い側ともに厳格化を進めるべきとの意見を示した一方で、診療側委員からは一律に規制することは問題とする声も上がった。

廃用症候群は脳血管疾患等リハビリのカテゴリーの一つ。厚労省は、脳血管疾患等リハビリを算定する新規患者数に対する新規廃用症候群患者の割合が５割を超える医療機関が41.7％を占めており、廃用症候群の算定回数が増加傾向になっている現状を報告。本来は疾患別リハビリを算定すべき患者が廃用症候群を算定していることが想定されるとした。こ

うした現状を打開するため、廃用症候群に対するリハビリを実施する場合には、それ以外のリハビリ料が適用にならない理由を記載する欄を評価表や実績報告書に設けることで、廃用症候群適用の厳格化を確保したいと提案した。

●解決に向け厚労省案で十分か「疑問」／診療側・安達委員

診療側の安達秀樹委員（日本医師会・社会保険診療報酬検討委員会委員長）は「今の審査においても多くの問題を含んでいる。外科手術や肺炎等で安静が続き、全体としては筋力低下などで廃用症候群が算定されているのが現状だ。果たして厚労省案だけで足りるのか」と疑問を示した。「例えば､肺炎で入院したら呼吸器リハビリを算定しろ、ということになるが、筋力低下などを防ぐことが主たる目的となると、呼吸器リハビリの要件には合わない。それを理由にして廃用症候群を取る。運動器リハビリに該当する部分があっても、運動器リハビリを届け出ていないので廃用症候群で算定するなどの理由が想定され、実質的には減らないのではないか」と指摘した。

これに対し厚労省保険局医療課の宇都宮啓課長は「ご指摘の点を含め、今後、具体的な要件について検討していく」と応じた。

支払い側の石山惠司委員（経団連・医療改革部会部会長代理）は「廃用症候群のチェックは様式を定めてきちんとやっていただきたい。点数自体を見直すべきだ。もちろん低くすべきではないか」と述べた。伊藤文郎委員（愛知県津島市長）も、是正の方向を目指すべきとした。（12/5MEDIFAXより）

有床診の栄養管理､「要件」から加算に戻す／中医協で大筋了承

中医協総会は12月４日、有床診療所の入院基本料の要件から栄養管理体制を外し、栄養管理実施加算に戻すことを大筋了承した。有床診での管理栄養士の確保が進んでいないため。複数の診療所が連携して管理栄養士を配置することも評価する方向となった。

有床診の機能に応じた評価も議論した。有床診は病院の早期退院患者の在宅などへの受け渡しや、緊急時の対応、在宅医療の拠点などさまざまな機能が期待されている。地域包括ケアシステムの構築で重要な役割を担う可能性があるが、近年は減少傾向にある。

厚労省は、急性期医療の後方病床として評価される「有床診一般病床初期加算」が100点（７日以内、１日につき）にとどまっており、類似の救急・在宅等支援病床初期加算（150点、14日以内、１日につき）などに比べて低いことや、救急入院が多い有床診ほど手厚い人員配置をするため経常利益率が悪化していることなどを課題に挙げた。論点には▽有床診一般病床初期加算の評価を類似の加算にそろえる▽看護補助者の配置など、緊急時の入院について充実した体制の評価▽多機能を持つ有床診の入院基本料の在り方―を示した。

診療側からは、有床診の入院基本料を全般的に引き上げるよう求める声が上がったが、支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「私は中医協での『底上げ論議』にくみしない。それぞれの医療機関が果たしている機能をどう評価するかの観点で議論すべきだ」と反論した。

中川俊男委員（日本医師会副会長）は「今回の改定で、医療全体を底上げしようという強い主張をするつもりはない。しかし、2000年代の医療費抑制の中で手当が忘れられてきた代表例が有床診だ」と述べ、手厚い評価が必要との認識を示した。
（12/5MEDIFAXより）

維持期リハの経過措置延長へ／中医協で厚労省提案、支払い側苦言

厚生労働省は12月４日の中医協総会に、2014年３月31日までの経過措置となっていた要介護被保険者等に対する医療保険での維持期リハビリテーションについて、医療保険でリハビリを受ける患者が増加しておりニーズがあるとの判断から、14年４月以降も延長することを提案した。

診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）や万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）は、医療現場の混乱を回避する上で、維持期リハビリの経過措置を延長すべきと主張。一方、支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は、維持期リハビリの介護保険への移行は難しく延長せざるを得ないとの現状は理解するとしたが､「介護療養病床の廃止を凍結したことなどを含め、医療と介護の連携がいつも問題になっている。今後、介護保険対象者が増える中で、厚労省は医療と介護の連携について根本的に見直しをしないと、現状追認やむなしということを繰り返すことになる。真摯に検討してもらいたい」と苦言を呈した。（12/5MEDIFAXより）

勤務医への手当を加算の要件に／中医協、負担軽減策で厚労省案

厚生労働省は12月６日の中医協総会に、病院勤務医などの負担軽減に関する見直し案を提示した。時間外・休日・深夜に実施する処置（1000点以上）や手術について評価（加算）を充実させ、充実させた加算を算定する際は▽予定手術前の当直の免除や交代勤務制の導入、時間外・休日・深夜の対応に対する手当▽採血・静脈注射・留置針によるルート確保について他業種との役割分担の推進―を要件とする案を示した。勤務医に対する手当の支給を加算の要件とするのが特徴だ。（12/9MEDIFAXより）

「72時間のみ」緩和策、13対１・15対１にも／中医協、支払い側は反発

厚生労働省は12月６日の中医協総会に、次期診療報酬改定に向けて勤務医と看護師の負担軽減策を提案した。支払い側と診療側で意見が対立したのは、13対１・15対１入院基本料の算定病棟について、施設基準のうち看護職員１人当たりの「月平均夜勤72時間以下ルール」のみが満たせない場合の点数の大幅減を緩和する提案だった。

現行の仕組みでは、７対１（1566点）と10対１（1311点）の算定病棟については、72時間ルールのみを満たせない場合、特別入院基本料（575点）への脱落を免れ、７対１特別入院基本料（1244点）、10対１特別入院基本料（1040点）を算定できる。

●夜勤時間の規制、診療報酬しかない／支払い側

支払い側は、労働基準法で夜勤体制を規制する現状にない中で診療報酬で規定しているのが実情として、緩和措置に反対を表明。現行の７対１・10対１の緩和措置について撤廃を求める意見もあった。福井トシ子専門委員（日本看護協会常任理事）も緩和策に反対を唱えた。支払い側と日看協による反対攻勢の中で、診療側は医療現場が夜勤看護師の差配に苦慮している現状を訴え再考を求めた。

福井委員は「13対１、15対１の夜勤時間数は過去のデータから60時間台で推移している。70時間未満なのにあえて緩和措置にもってくる必要はないのではないか」とした。「むしろＩＣＵなどの特定入院料では、一般病棟のような基準がないので、月の夜勤数が13－14回になっている」とし、こうした部分への対応が必要と指摘した。「医療資源の乏しい地域で72時間ルールが緩和されているが、13対１、15対１というもともと医療資源が乏しい中で、夜勤要件を緩和してしまうと夜勤が増える悪循環になっていく」とも問題提起し、別の仕組みを含めて慎重な検討が必要とした。

●72時間、通則記載は根本的に問題／診療側・鈴木委員

診療側の鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は、施設基準の通則に72時間ルールを入れたことが根本の問題とし、万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）も「福井委員が示した60時間台というのは、13対１、15対１のあくまで平均ではないか。厚労省案は、次期改定で具体化をお願いしたい」と要望した。

支払い側を代表し花井圭子委員（連合・総合政策局長）は「今回の提案は反対」と明言。「看護師の離職理由に夜勤の問題が挙げられている。労基法では職種ごとの規制がない。診療報酬で規制することの是非論はあるだろうが、現時点では診療報酬で夜勤時間を制限していくしかないと思う」と述べ、福井委員の「労基法などに夜勤従事者の勤務基準の規定がない。診療報酬で夜勤勤務の基準を維持していただくほか方法はない」との発言に同調した。

その上で花井委員は「本来なら７対１、10対１の緩和措置の撤廃だ。現時点では無理だが夜勤時間も64時間以下にすべきではないか」と注文を付けた。

これに対し中川俊男委員（日医副会長）は「看護師の離職理由として夜勤の比率が高いとのエビデンスはあるのか。割合としては低いのではないか。看護配置単位にかかわらず、現場は夜勤の基準をクリアしようと必死だ。看護師の離職防止に配慮しながら対応している。13対１、15対１では、基準が満たせないと特別入院基本料の575点になり、医療提供がガタガタになってしまう」と述べ、「反対と言わず再考していただきたい」と訴えた。

支払い側は、緩和措置である７対１特別入院基本料と10対１特別入院基本料の算定状況について質問。厚労省は12年７月時点で「ゼロ」と回答した。（12/9MEDIFAXより）

機能強化へ消費増税の活用を／次期改定の基本方針で安達委員

厚生労働省は12月６日の中医協総会に、「2014年度診療報酬改定の基本方針」を報告した。医療機関の機能分化と在宅医療の充実を重点課題とし、入院医療・外来医療・在宅医療のそれぞれの着目点を挙げている。重点課題の冒頭に「一体改革では、消費増税の財源を活用して医療の機能強化と効率化に取り

組むこととされている」と記載されたことを受け、安達秀樹委員（日本医師会・社会保険診療報酬検討委員会委員長）は「ここが一番重要だ。消費増税財源を活用した改定をしてほしい」と求めた。

基本方針は、社会保障審議会の医療保険部会と医療部会で検討された。前回改定時の基本方針で重点課題に入っていた「医療従事者の負担軽減」は、一定の改善が見られつつあることから、今回は重点課題ではなく「改定の視点」に盛り込まれた。白川修二委員（健保連専務理事）は、負担軽減を目指す医療従事者について「病院勤務の医療従事者」などとするよう求めていたが、一定の範囲を示すような記載はしなかった。

また「将来を見据えた課題」の最後に、医療機関や薬局の「未妥結・仮納入」への対応や、医療機関の実態をより適切に把握すること、厳しい状況にある診療科の評価などについて、検討を進める必要があることを追記した。（12/9MEDIFAXより）

薬価乖離率は約8.2%、財源約5600億円／薬価本調査

厚生労働省は12月６日の中医協総会に、2013年の９月取引分を対象にした薬価本調査の速報値を報告した。平均乖離率は約8.2％だった。14年度の薬剤費を９兆円と仮定し、平均乖離率から調整幅２％を引くと市場実勢価格に基づく引き下げはマイナス約6.2％で、約5600億円。この引き下げ財源が診療報酬本体の引き上げに充当されるかどうかが今後の焦点となる。

薬価改定では市場実勢価格による改定以外にも、市場拡大再算定など薬価を引き下げるルールや、医療上の必要性が高い既収載品などを対象にする「不採算品目再算定」のように薬価を引き上げるルールがある。そうした複数のルールの結果を5600億円から差し引きした金額が、正確な薬価の引き下げ額となる。

投与形態別の乖離率は、内用薬が8.8％、注射薬が6.8％、外用薬が7.2％、歯科用薬剤が0.7％だった。

厚労省はまた、特定保険医療材料価格調査（材料価格本調査）の平均乖離率が約8.9％だったことも報告した。一部の製品を除き、５－９月の取引分を対象にした。

●妥結率の低さに問題意識　白川委員

厚労省によると、薬価調査をした９月時点の価格妥結率は73.5％だった。白川修二委員（健保連専務理事）は「約26％が未妥結。この要因は何なのか」と、薬価調査の信頼性を損ないかねない妥結率の低さに問題意識を示した。（12/9MEDIFAXより）

規制改革

病床規制やゲートキーパーなど論点／規制改革健康・医療WG

政府の規制改革会議「健康・医療ワーキング・グループ」（ＷＧ、座長＝翁百合・日本総合研究所理事）は11月８日、「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」について論点をまとめた。ＷＧでまとめた論点は、親会議である規制改革会議が取りまとめを行う際に盛り込まれる。論点は大きく分けて▽医療計画の在り方の見直し▽病床規制等の従前の規制の抜本的見直し▽プライマリーケアの専門医（ゲートキーパー機能）を中心としたネットワークの確立―の３項目。

医療計画に関しては、医療提供体制のコントロール方法として主に病床規制のみを用いており、時代と乖離した医療計画になっていると指摘。医療・介護の切れ目ないネットワークをつくるためには、ＩＣＴの全面的活用や保険者機能の活用が必要だとした。また医療計画、介護保険事業支援計画、医療費適正化計画、地域医療再生計画など、さまざまな計画を一元化することを提案した。一元化について厚生労働省からは、４つの計画を一元化することはそもそも難しいとの回答があったという。

病床規制については、病床が既得権化し病院の適正な競争を阻害していると記載。設立主体別の病床稼働状況を調査した上で、非稼働病床の削減方策を検討すべきだとし、保険者の意向を踏まえた上で都道府県知事が民間医療機関に削減を命じられるようにする見直しを盛り込んだ。このほか、地域医療の中でのゲートキーパー機能を確立するべきと指摘した。

「在宅医療･在宅介護の推進」も議題として取り上げ、在宅医療を中心に運営する医療法人社団プラタナスと厚労省医政局からヒアリングした。外来応需の体制を有していることが保険医療機関に求められていることについて、在宅医療専門で運営できるよう求める声があった。厚労省は中医協での議論を報告したという。（11/11MEDIFAXより）

混合診療の解禁求める／規制改革会議の民間委員

政府の規制改革会議（議長・岡素之住友商事相談役）は11月19日、保険診療と保険外診療の併用を認める「混合診療」について議論した。厚生労働省はヒアリングで混合診療の推進に慎重姿勢を崩さなかった。これに対し民間委員からは混合診療の全面解禁を「認めてもいいのではないか」との意見が相次いだ。

岡議長は会合後の記者会見で、混合診療の全面解禁が「なぜ認められないのか、厚労省の説明は納得できなかった」と指摘した。厚労省にさらなる説明を求めた上で、年内に意見をまとめる方針を示した。

岡議長は、規制改革会議が全面解禁を求めた一般用医薬品（大衆薬）のインターネット販売で、最終的に政府が一部品目に規制を残したことを「残念だ」と述べた。また、規制改革会議に資料を提出しないなど厚労省の対応には「問題があった」と強く批判した。（11/20MEDIFAXより）

保険収載を前提としない併用、可能性は？／規制改革・公開討議

政府の規制改革会議が11月28日に保険外併用療養費制度をテーマに開いた公開ディスカッションで、保険収載の見込みが薄い技術を先進医療Ｂのままにとどめておくことが可能か否かという論点が浮上した。“混合診療の全面解禁”ではなく、現行制度の在り方が議論の焦点となり、制度の根本的欠陥と指摘する声と、運用面の問題と捉える見方の双方が示された。

保険外併用療養費制度は、将来的な保険収載を前提とする「評価療養」と、差額ベッドや予約診療などの「選定療養」で構成されている。

会合では、金沢大大学院整形外科の土屋弘行教授が先進医療Ｂとして実施している「悪性骨軟部腫瘍に対するカフェイン併用化学療法」を紹介した。シスプラチンやドキソルビシンなど既存の抗がん剤にカフェインを併用投与することで、抗がん剤の作用を増強する技術。土屋教授によると、骨肉腫への抗がん剤の有効率は40％ほどだが、カフェインとの併用化学療法の多施設共同研究では悪性骨腫瘍35例（骨肉腫33例）に対し77.1％の有効率を示した。

ところが、薬事申請について製薬企業に相談すると「カフェイン注射薬は安価で、古い薬で特許もない。投資資金の回収に100年以上を必要とするため薬事申請はできない」という回答だった。評価療養が将来的な承認取得と保険収載を前提としているため、土屋教授は「承認取得が困難な薬剤は引き続き先進医療で、あるいは別の枠組みで適応外使用を許す、すなわち“混合診療”を認めてもよいのでは」と述べた。

●選択肢としてあり得る議論／厚労省・神田審議官

森下竜一委員（アンジェスＭＧ取締役、大阪大大学院医学系研究科教授）は「新しい技術だが、使っているものが古い。市場が小さく薬価が低く、開発会社がない。こうしたものは一定の頻度で今後も出る。それをどう助けるかだ」と指摘。厚生労働省の神田裕二大臣官房審議官は、評価療養は将来的に保険診療に取り込むことが基本原則であると説明した上で「承認を取らずに、その部分はずっと患者負担で併用にとどめるという形は根本論。議論をする必要はある」と答えた。

神田審議官は中医協の費用対効果部会の議論にも言及。「有効性はあるが費用対効果が低いものについて、使用を可能にした上で保険償還はしないという範疇をつくるかどうか。選択肢としてあり得る議論」と述べ、商業上の理由で開発されない医薬品や、費用対効果が小さい医薬品の保険上の扱いを「根本論としての検討課題」と位置付けた。

●全面解禁とは別、運用上の問題／日医・今村副会長

カフェイン併用化学療法の例を「制度そのものの落とし穴」「制度の根本的な見直しにつながる問題」と指摘する声も上がった。

これに対し日本医師会の今村聡副会長は「今の制度をベースにし、困ることがあれば議論をして取り入れるべき。今回のような問題はあるが、混合診療の全面解禁とは別の話。これをもって議論の堂々巡りはよくない」と述べ、あくまで現行制度の運用上の問題だとの認識を示した。（11/29MEDIFAXより）

有床診

有床診の防火策、点検体制などソフト面も／検討部会が初会合

2013年10月に福岡市の安部整形外科で入院患者らが死亡した火災を受け、総務省消防庁は11月７日、有床診療所火災対策検討部会の初会合を開いた。13年度内をめどに有床診の防火対策をソフト・ハード両面から検討する。初回は消防庁、国土交通省、厚

生労働省の担当者が各省庁の対応やスプリンクラーの設置基準を説明し、委員が自由に意見を交わした。医療側の委員からは、防火設備の設置が義務化されれば病床を閉鎖する有床診が相次ぐのではないかと懸念を示す声や、財政支援の必要性を訴える意見が出た。

部会長には、認知症グループホーム等火災対策検討部会の部会長を務めた室﨑益輝委員（ひょうご震災記念21世紀研究機構副理事長）を選出。医療関係者では▽安藤高朗委員（四病院団体協議会）▽市川邦男委員（全国自治体病院協議会理事）▽葉梨之紀委員（全国有床診療所連絡協議会長）▽藤川謙二委員（日本医師会常任理事）―が参加した。厚労省医政局指導課の梶尾雅宏課長と国交省住宅局建築指導課建築物防災対策室の石崎和志室長も委員として名を連ねた。

有床診連絡協会長の葉梨委員は「こういう事態を招いたことについては非常に責任を感じている」と冒頭に述べた。連絡協会員を対象に実施した防火安全体制に関するアンケートの中間集計も報告した。アンケートでは、回答施設のうちスプリンクラーを設置していなかった有床診は９割・757施設に上り、そのうちスプリンクラー設置が義務化された場合に「補助金などの支援があれば設置する」との回答が57％・435施設、「病床の廃止を検討する」が25％・188施設だったとした。葉梨委員は、有床診が全国に約9000施設あることを踏まえると約2000施設が病床廃止を検討することになるとし「廃止するところが増えれば、無医村や無医地区が増える」と懸念を示した。

藤川委員は、全国の有床診の３割は赤字の中であえいでいるとし「設備投資をする資金もなければ、看護師２－３人で夜勤を組むような人件費も出ないのが実態」と指摘。防火処置やスプリンクラー設置を含めた財政措置をしっかり行う方向を同部会として示すよう求めた。安藤委員は、国民感情ではスプリンクラーを設置してほしいという思いもあるとする一方、有床診や中小病院の経営が非常に厳しいことから「できれば国からの全額補助が必要」と述べた。

消防庁の米沢健予防課長は委員らの意見を受け「有床診が非常に重要な役割を果たしている一方で、経営上は厳しい立場にある」と指摘。「スプリンクラーの話もあったが、設備を強化すればよいのではなく、防火戸をきちんと点検する体制など、ソフト・ハード両面でバランスよく考えなければならない」と述べた。（11/8MEDIFAXより）

医療機関に自動火災報知設備を義務付け／消防庁、政省令改正へ

総務省消防庁の「認知症高齢者グループホーム等火災対策検討部会」が認知症グループホームなど小規模の社会福祉施設にもスプリンクラーの設置を義務付けるとした報告書を取りまとめたことなどを受け、消防庁は消防法施行令や消防法施行規則を改正する。併せて就寝用の居室を持つ全ての病院や診療所にも自動火災報知設備の設置を義務付ける。消防庁はこれらの政省令案に対するパブリックコメントを12月８日まで募集している。

火災発生時に自力避難が困難な利用者が入所する社会福祉施設のスプリンクラー設置については、これまで延べ面積275平方メートル以上の施設のみに義務付けられていた。2013年２月、長崎市の認知症グループホームで発生した火災事故を受け、消防庁は原則として自力避難が困難な利用者がいる全ての社会福祉施設に義務付ける方向で検討を進めた。ただ、延焼抑制構造を持った施設は例外とする。

また消防庁は、「ホテル火災対策検討部会」の検討結果を踏まえ、就寝用の居室を持つ小規模なホテル、病院・診療所、社会福祉施設における自動火災報知設備の設置基準も見直すことにした。現在、延べ面積300平方メートル以上の施設のみに義務付けられているが、就寝用居室を持つ全ての病院・診療所、社会福祉施設に拡大する。自力避難が困難な利用者が入居する社会福祉施設は、すでに義務付けの対象になっている。消防庁予防課によると、300平方メートル以下の病院・診療所は約1000施設。すでに自動火災報知設備を設置している施設数は不明としている。

パブリックコメントは、消防庁予防課宛ての電子メールや郵送、またはファクシミリで受け付ける。意見募集要項や政省令案は、電子政府の総合窓口や消防庁ホームページで参照できる。政省令の施行日は15年４月を予定している。（11/14MEDIFAXより）

スプリンクラー義務化で「病床廃止検討」25.4％／有床診連絡協

全国有床診療所連絡協議会は12月２日までに、全国の診療所を対象にした防火安全体制に関するアンケートの最終結果を明らかにした。スプリンク

ラーの設置が義務化された場合に病床廃止を検討すると回答した割合は中間発表から0.6ポイント増え、25.4％になった。

アンケートは10月下旬に行われ、11月上旬に中間結果を発表した。最終結果では2160施設（有床診療所2045施設、無床診114施設、病院１施設）の回答をまとめた。

スプリンクラーの設置状況については、有床診2045施設のうち1919施設（93.8％）が設置していないと回答。このうち補助金などの支援があれば設置を考えているのは1118施設（58.3％）で、病床の廃止を検討すると答えたのは487件（25.4％）だった。

消防法が求める年２回の消防訓練と避難訓練を実施している施設は、それぞれ51.3％、50.4％だった。（12/3MEDIFAXより）

有床診スプリンクラーなど防災推進120億円／厚労省、補正で要求へ

厚生労働省は、医療施設の防災対策として有床診療所へのスプリンクラー設置や災害拠点病院の耐震化の推進に2013年度補正予算で120億円程度を要求する方針だ。12月９日、自民党の厚生労働部会と社会保障制度に関する特命委員会が合同で開いた会議に「金額は精査中」とした上で要求規模を示した。医療施設の防災対策について先週の段階では、社会福祉施設の防災強化の支援などと合わせた大枠で300億円程度を計上する方向で調整中だった。社会福祉施設の耐震化など防災対策には210億円程度を要求する考えも示した。

このほか医療・介護関係では▽小規模の特別養護老人ホームなど地域密着型の介護基盤整備や24時間型の定期巡回・随時対応サービスを円滑に実施するための費用補助で290億円▽新型インフルエンザの発生に備えて有効期限切れのワクチン買い替えなどの費用として60億円▽介護保険の審査支払システムの改修などで50億円▽子宮頸がんと乳がん検診の受診率向上の推進として未受診者への費用助成などで40億円▽70－74歳の患者負担を１割から２割へ戻す際の審査支払期間などのシステム改修などの費用として30億円▽レセプト情報などを活用して保健指導や受診勧奨などを行う「データヘルス計画」の支援で30億円▽主に先天性風疹症候群の予防として妊娠を希望する女性のうち予防接種が必要か抽出する抗体検査の費用補助などに10億円▽在外被爆者に国内と同水準の医療費を支給するための医療費助成として10億円―など。（12/10MEDIFAXより）

介護保険

予防給付の見直し、訪問介護と通所介護に限定／厚労省が見直し案

厚生労働省は11月14日の社会保障審議会・介護保険部会（部会長＝山崎泰彦・神奈川県立保健福祉大名誉教授）に、要支援者に対する予防給付を市町村事業に移行することについて、対象範囲を限定する見直し案を提示した。これまで予防給付を全面移行するとしていたが、訪問介護と通所介護に限定する。

予防給付の見直しについては、市町村から▽市町村における受け皿整備は時間をかけて行うべき▽事業費抑制だけでなく、財源を確保すべき▽市町村に全てを任せるのではなく、市町村が取り組みを行いやすい制度設計をするべき―などの意見が寄せられていた。厚労省は市町村からの意見も踏まえ、2017年度末までに訪問介護と通所介護を市町村事業に移行し、そのほかの訪問看護や訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどの予防給付サービスは現行のままとする見直し案を提示した。

併せて、市町村事業を円滑に進めるために介護保険法に基づくガイドライン（ＧＬ）を策定することも示した。ＧＬには事業を行う留意点を記載するほか、要支援者向けサービスの総費用額の伸びの低減を目標とすることも盛り込むとした。

12年度の介護予防サービス費を見ると、訪問介護は約1083億円（予防給付全体の23.1％）、通所介護は約1723億円（同36.8％）となっており、両サービス合わせると約2800億円で全体の約60％を占めている。

厚労省老健局振興課の朝川知昭課長は、訪問介護と通所介護のみを移行する方針について、住民主体のサービスなど多様な選択肢という点や、地域づくりと関わりの深いといった点に着目した結果と説明した。

見直し案に対し、市町村を代表する大西秀人委員（高松市長、全国市長会介護保険対策特別委員会委員長）は「それはそれで良いのではないかと思う」とコメントし、ＧＬによる適切な支援や財政措置が必要だとした。また、齋藤訓子委員（日本看護協会常任理事）が「ＧＬの中身にサービスの質担保や懸念材料の払拭策を書き込むことが重要」と述べるなど、ＧＬの重要性を指摘する意見が複数あった。

一方で見直し案は唐突だとして反対する意見や、

これまでの議論と同様に市町村格差を懸念する意見も複数出た。

●若年性認知症に注目を／日医・高杉常任理事

高杉敬久委員（日本医師会常任理事）は、若年性認知症の問題について大変なハンディを負っているとし「もう少し注目してほしい。いわゆる老人対策とは違う」と指摘した。これに対し厚労省老健局認知症・虐待防止対策推進室の勝又浜子室長は、診断されてからの相談先がない、介護保険サービスにスムーズにつながらないといった指摘が挙がっているとし、一部都道府県で実施されている就労支援などの取り組みを拡大することが必要だとした。

（11/15MEDIFAXより）

介護利用者負担の見直しなどで1400億円抑制／厚労省が試算

厚生労働省は11月14日の社会保障審議会・介護保険部会で、利用者負担と補足給付の見直しを再度議題に取り上げ、一定以上所得者の基準などについて議論を求めた。併せて厚労省は利用者負担と補足給付が見直された場合、1410億－1450億円給付費が抑制されるとの推計を示した。

●２割負担で710億－750億円抑制

一定以上の所得がある人の利用者負担を１割から２割へと引き上げることについて、厚労省は一定以上所得の基準として▽案１＝被保険者全体の上位約20％に当たる年金収入280万円以上▽案２＝課税層の上位約50％に当たる年金収入290万円以上―の２案を提示している。また、高額介護サービス費の限度額についても一定以上の所得があり、医療保険の現役並み所得に相当する人については限度額を３万7200円から４万4400円に引き上げる案を示している。案１と高額介護サービス費が見直された場合は750億円の抑制効果が、案２と高額介護サービス費では710億円になるとした。

一定以上所得者の基準案に対し委員からは、案１を支持する意見、案１・２以外の選択肢を求める意見、医療保険の現役並み所得にするべきとの意見など、割れる結果となった。２割へと負担が増すことによって、利用者のサービス控えが発生することへの懸念も指摘された。

●補足給付見直しで700億円抑制

特別養護老人ホームなどに入所する低所得者の食費や居住費を給付する補足給付制度の見直しについては、本人が属する世帯の課税状況や本人の年金収入・所得のみを勘案している現行の仕組みに加え、預貯金や不動産も勘案すべきとの案を示している。推計では、単身で1000万円程度の預貯金がある利用者などを補足給付の対象外にした場合、年度ベースで700億円給付費が抑制されるとした。

（11/15MEDIFAXより）

訪問介護と通所介護は市町村事業へ／介護保険部会に素案

厚生労働省は11月27日の社会保障審議会・介護保険部会に、予防給付や費用負担の見直しを盛り込んだ「介護保険制度の見直しに関する意見書」の素案を提示し、大筋同意との見解が多数を占めた。山崎部会長と事務局の老健局は委員から出された指摘を踏まえ修正箇所を整理する。次回12月20日の同部会に最終案を提示し、意見書の取りまとめを行う。

素案では今回の介護保険制度改革の柱とされる「予防給付の見直し」について、同部会でおおむね意見の一致を見たと記載した。現行の予防給付のうち訪問介護と通所介護は、市町村が地域の実情に応じて効果的にサービス提供できるよう地域支援事業に見直すことが必要とした。現在の報酬以下とする事業費単価や、利用料の設定は市町村が行うことになる。市町村が事業を円滑に進められるようにガイドラインも策定する。

もう一つの柱である「費用負担の見直し」については、▽一定以上所得者の利用者負担の見直し▽補足給付の見直し▽低所得者の１号保険料の軽減強化―が必要とした。一定以上所得者の負担を１割から２割へ引き上げることについても、同部会でおおむね意見の一致を見たと記載。一定以上所得者については、厚労省から▽１号被保険者全体の20％に当たる年金収入ベース280万円以上▽１号被保険者の課税層の上位50％に当たる年金収入ベース290万円―の２案が提示されていたが、同部会で意見がまとまらなかったため、これまでの議論で出された他の提案を含めて列挙するにとどめた。

2017年度に廃止する介護療養型医療施設は、今回の制度改革の対象にはなっていない。ただ、同部会の議論で「介護老人保健施設等への転換を着実に進め、計画的に17年度末の廃止に向けた対応を取るべき」「医療ニーズを伴う要介護高齢者の増加などから廃止時期を延期すべき」とする意見が出たことを記載した。また、介護療養型医療施設は看取りやターミナルケアの実施が相対的に多く、一部の介護老人

保健施設も同様の機能を持っていることも踏まえ、両施設が果たしている機能について引き続き検討が必要とした。

このほか▽介護納付金の総報酬割▽被保険者範囲の拡大▽要介護認定制度の適切な運営▽ケアマネジメントに対する利用者負担の導入―なども検討の継続が必要とした。

素案について大筋同意するとの意見が多数を占める中、勝田登志子委員（認知症の人と家族の会副代表理事）は「残念ながら、今回の介護保険制度の見直しの素案には当事者の声はほとんど反映されておらず、今後の介護保険制度や認知症施策に不安を隠せない」と批判した。（11/28MEDIFAXより）

在宅医療と介護の連携事業も市町村事業へ／介護保険改革の素案

厚生労働省が11月27日の社会保障審議会・介護保険部会に提示した「介護保険制度の見直しに関する意見」の素案では、地域包括ケアシステムの構築に向けて市町村が行う地域支援事業を充実させる方針が盛り込まれた。医政局が所管した在宅医療連携拠点事業の成果も踏まえ、在宅医療と介護の連携推進事業を介護保険法上の制度に位置付け、全ての市町村で取り組むようにする。

素案では介護に関わる施策が市町村主体で行われていることも踏まえ、地域包括ケアシステムを構築する手法の一つとして市町村が在宅医療・介護に取り組む必要があると記載した。具体的には▽地域の医療・福祉資源の把握や活用▽在宅医療・介護連携に関する会議への参加▽在宅医療・介護連携に関する研修会の実施―などの事業を市町村による地域支援事業に追加する。改正介護保険法が成立し、2015年度に施行した後、順次事業を拡大する。18年度には全ての市町村で実施するとした。ただ、小規模な市町村では事業の共同実施も可能としている。

会合では高杉敬久委員（日本医師会常任理事）が提出資料の中で、連携推進事業を介護保険制度に位置づけた場合、現行の医療保険による在宅医療の報酬は介護保険から支払われるようになるのかと質問。同省老健局老人保健課の迫井正深課長は「現行の医療保険と介護保険の給付の関係は基本的に変わらない」と答えた。

地域支援事業には、認知症施策も追加する。早期診断と早期対応が求められる中、認知症の人やその家族に初期段階から支援を行う「認知症初期集中支援チーム」の設置や、相談業務を担う「認知症地域支援推進員」の配置が重要と記載し、小規模市町村の共同実施も認めながら、18年度に全ての市町村が実施するとの方針を示した。

このほか、「地域ケア会議」の実施や、生活支援サービスに対する地域のニーズと地域資源をマッチングさせるコーディネーターの配置も地域支援事業に追加する。併せて、地域包括支援センターの機能強化も図る。（11/28MEDIFAXより）

区分支給限度基準額、引き上げへ／介護保険、消費税８％対応で

12月10日の社会保障審議会･介護給付費分科会（分科会長＝田中滋・慶応大大学院教授）は、消費税率８％引き上げ時の介護保険サービスの対応策の議論の中で、在宅サービスでの区分支給限度基準額の取り扱いについても議論した。消費税率引き上げに伴う介護報酬の上乗せ時に基準額を変更しない場合、利用者への負担増が考えられることから、基準額を引き上げることで取りまとめた。

在宅サービスでは要介護度別に区分支給限度基準額が設定されており、基準額を超えた分は全額利用者の自己負担となっている。厚生労働省は▽消費税引き上げで報酬の上乗せを行った場合、上乗せ前と同量のサービスを利用していても基準額を超える可能性がある▽現状、基準額を超えているのは中・重度者の比率が高い▽基準額のシステム改修は通常改定の改修と異なり、消費税率10％引き上げ時にも同様の改修を要する可能性がある―との論点を提示。その上で対応方針として、消費税引き上げの影響分について基準額を引き上げることを提案した。

基準額を引き上げるべきとの意見が多数を占めた一方、髙智英太郎委員（健保連理事）は利用者への具体的な影響などデータがないと議論ができないとし「データがない中で議論を進めることに危惧を感じる」と指摘した。

施設サービスについては、基準費用額を据え置くことや負担限度額は見直さないことも取りまとめた。（12/11MEDIFAXより）

臨床研修

臨床研修の定員圧縮が目玉、15年度見直し合意／医道審・部会

厚生労働省の医道審議会・医師分科会医師臨床研

修部会（部会長＝桐野高明・国立病院機構理事長）は11月28日、医師臨床研修制度の2015年度からの見直し内容についておおむね合意した。細かな修正は座長一任とし、修正後の報告書を各構成員が確認した後、決定版を公表する。

最大の見直し点は募集定員数の設定方法。現行制度では、各基幹型臨床研修病院が前年度採用実績の90％を下回らないよう設定できるため、都道府県別に設定している募集定員の上限を上回ることが可能。結果として全都道府県の募集定員総数が研修希望者総数を上回って推移しており、13年度は1.237倍の差がある。

15年度からは、都道府県別の定員上限を超えることは認めない。研修希望者総数に対する全体の募集定員総数の倍率を５年間で段階的に1.1倍まで圧縮することを目指す。都道府県別の上限は「基礎数」と「調整枠」で構成。基礎数は人口分布や医師養成状況、地理的条件などで算出し、基幹型病院に案分する。調整枠は毎年度設定する「全国の募集定員上限総数」から「全都道府県の基礎数合計」を差し引いた数を、直近の採用実績割合で都道府県に割り振る。倍率の圧縮に向けては、アンマッチの状況などを考慮し、調整枠を活用して修正する。調整枠の大きい東京など大都市部を抱える都府県の調整枠が減っていくイメージだ。

募集定員の設定方法見直しに伴い、募集定員上限が前年度実績を大きく下回る場合は、15年度に限って直近の採用実績を上限とすることを認める。厚労省が13年度の採用実績などを用いて新たな募集定員上限を試算した結果、前年度実績を唯一下回った京都（20人減）を念頭に置いた措置だ。

●「弾力化」の是非、５年後の見直しで議論

今回の見直しは、より質の高い研修を実施するための体制強化に向けた努力義務規定を多く盛り込んだものの「マイナーチェンジ」にとどまった。最大の焦点だった現行の必修３科と選択必修２科による「弾力化プログラム」を見直すか否かについては維持することを決め、次期見直しに議論を持ち越した。

報告書には、同検討部会の下に臨床研修の到達目標や評価手法について検討する場を別途設け、次期20年度の見直しに向けた検討を開始するとの方針を明記する。▽卒前の大学教育▽国家試験▽新たな専門医制度のスタート▽生涯教育―の連続性を考慮した総合的な検討が必要との考えも盛り込む。

（11/29MEDIFAXより）

医学部新設

東北で１校に限り医学部容認／文科省が基本方針

文部科学省は11月29日、震災復興などを目的に東北地方で１校に限り医学部新設を可能とし、最短で2015年４月からの開学が可能となるよう手続きを進めるとの基本方針を決めた。教員を確保する際に引き抜きなどで地域医療に支障を来さないことや、医師需給に応じて定員を調整する仕組みを講じることなどを設置認可の条件とする。

基本方針によると、通常の設置認可手続きの前に、希望する学校法人や地方公共団体から医学部新設構想を受け付ける。構想の審査に当たっては▽震災後の東北地方の地域医療ニーズに対応した教育を行う▽教員や医師、看護師の確保に際し、引き抜きなどで地域医療に支障を来さないような方策を講じる▽大学と地方公共団体が連携し、卒業生が東北地方に残り、地域の医師不足の解消に寄与する方策を講じる▽将来の医師需給などに対応して定員を調整する仕組みを講じる―に留意するとした。

医学部新設をめぐっては、宮城県知事の要請を受けた安倍晋三首相が、検討するよう下村博文文部科学相に指示していた。日本医師会は、教員の引き抜きによって地域の医師不足が加速する懸念があることや、これまでの医学部定員増によって医師数確保にめどが付いた点を指摘し、医学部新設に反対してきた。（12/2MEDIFAXより）

難病

対象疾患拡大は歓迎も負担増は見直しを／難病患者団体が集会

日本難病・疾病団体協議会（ＪＰＡ）など難病・小児慢性特定疾患の患者団体は12月１日、参院議員会館で緊急院内集会を開き、近く取りまとめが予定されている厚生労働省の委員会報告書で、さらに、要望が盛り込まれるようアピールした。集会には厚労省の課長や与野党の議員も参加。各患者団体からは法制化と対象疾患の増加を歓迎する声があった一方、患者負担案の見直しと支援体制強化を望む声も上がった。

難病と小児慢性特定疾患対策は社会保障制度改革プログラム法案で2014年度の通常国会に法案提出することが義務付けられており、12月中の報告書取り

まとめに向け、厚労省の各委員会で議論が大詰めを迎えている。

同集会では▽難病・小慢対策の義務的経費化の実現と大幅な予算を確保する▽患者負担を厚労省素案から大幅に軽減する▽治療中の患者が助成対象から外れないようにする▽小慢児が成人期以降の支援策へ移行する際の問題を引き続き検討する―などの要望を採択。田村憲久厚生労働相への要望書として、健康局疾病対策課の田原克志課長に手渡した。田原課長は「患者負担が大きいという指摘があり、見直しを進めている。要望をしっかりと受け止めて、与党からの申し入れなどを受けながら、年内にまとめたい」と述べた。

●難病対策を政争の具にしない／民主・山井氏

集会には参院で厚生労働委員会が開かれている最中にもかかわらず、多くの与野党議員が顔を出した。自民党の石田昌宏参院議員は「自己負担の問題は重要だが、社会参加・就労できる仕組みの工夫も必要。日本のプライドとして研究・制度で難病患者に貢献すべきだ」と述べた。超党派難病対策議連の事務局長を務める公明党の江田康幸衆院議員は、実態に即した患者負担を検討し公明党として近く厚労省に申し入れすることを明かした。

プログラム法案の審議で難病対策について激しく批判していた民主党の山井和則衆院議員は「今回の話がややこしいのは、一部患者の自己負担アップがセットになっていること」と民主党のスタンスを説明。「自己負担はやむを得ないというムードを当事者に感じさせることはあり得ない。せっかく法制化して対象疾患が増加するのに、仲間同士で分断するようなことはやめるべきだ」と素案を批判した。一方で「政争の具にして患者のご迷惑になるようなことはしたくない。与党とも協力したい」と、話し合う姿勢も見せている。（12/2MEDIFAXより）

フランス

社会保障の財源、仏の拠出金制度を提案／坂口元厚労相ら

元厚生労働大臣の坂口力氏が代表を務める「市民の目線で医療と介護を考える会」は11月25日、今後の医療・介護制度や財源について考察した中間報告を田村憲久厚生労働相に提出した。フランスが社会保障を支えるために実施している「一般社会拠出金（ＣＳＧ）」制度を日本に導入するよう提言している。提出後に記者団に応じた坂口氏は「政府として言いにくいことも、われわれは発言していく」と述べた。

中間報告で提言したフランスのＣＳＧ制度は所得に対して課す税制で、付加価値税（消費税）とは異なる。中間まとめによると、フランスでの税率は労働所得の7.5％、投資所得・資産所得の8.2％など。坂口氏は「フランスはこの財源を医療や年金に使っている。１－２％から開始して現在の税率に至った。もう消費税を上げられずに窮余の策として導入したのだろう。日本では消費税率はせいぜい15％くらいまでしか上げられないという人もいる。その後の財源を考える時期が来ている」と記者団に語った。

地域医療計画に法的拘束力を持たせることや、公立病院の再編、保険医の登録制の在り方なども重要なテーマとした。急性期医療へ医療資源を集中投入して平均在院日数を短縮したり、在宅医療・介護を推進する方向に沿って診療報酬・介護報酬の体系的な見直しをすべきとも提言。高齢者医療制度と介護保険制度の一体的な見直しも求めた。
（11/26MEDIFAXより）

尊厳死

「終末期医療法案」、通常国会提出へ／自民・尊厳死ＰＴが発足

尊厳死に関する議員立法を来年の通常国会に提出しようという動きが加速し始めた。自民党は12月３日、政務調査会の下に「尊厳死に関する検討ＰＴ」（山口俊一座長）を立ち上げ、「終末期医療法案」について意見を交わした。山口座長は超党派議連とも連携しながら、2014年度予算が成立した後の14年４月ごろを目指して同法案を取りまとめたい考え。人間の生死に関わる法律のため、臓器移植法と同様に複数の案を作り、党議拘束を外した上で、議員個人の意思に委ねて採決し、成立させたい考えだ。

「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案」は、超党派の「尊厳死法制化を考える議員連盟」が10年近く議論を重ね、まとめた。自民党は同法案を諮るために尊厳死ＰＴを立ち上げた。年内に再度ＰＴを開く。年明け以降はヒアリングを数回実施する予定。他の政党でも同法案を審議し、超党派の尊厳死議連で各党の意見を調整する。その後、あらためて各党に持ち帰って党内手続きを行い、共同提案の形で通常国会に提出する見通し。

終末期医療法案は、患者本人が望んでいない終末

期医療の延命措置を「不開始」または「中止」しても免責にする法律。患者の意思を十分に尊重しつつ、医療従事者と患者・家族の信頼関係に基づいて終末期医療を行う。終末期医療に関する患者の意思決定は任意でなければならず、患者個人の尊厳を尊重する。

同法案では、延命措置を「行わない（不開始）」場合のみを対象とする第１案と、「中止および不開始」を対象とする第２案の２パターンを検討している。満15歳以上の患者が書面などの方法で意思表示し、かつ、全ての適切な医療を受けたとしても「回復の余地がなく」かつ「死期が間近」と２人以上の医師が判断した場合に延命治療を断れる。生命維持装置を付けているだけでは「死期が間近」とは認めない。また、患者はいつでも意思表示を撤回できる。延命措置を行わなかったり、中止したりして患者が死亡しても、医師は民事上の損害賠償や刑事上の殺人罪、行政上の医師免許取り消しといった罰を免責される。（12/4MEDIFAXより）

死因究明

内閣府の死因究明制度、財源問題で迷走か

内閣府の死因究明等推進計画検討会（座長＝川端博・明治大法科大学院専任教授）は11月22日、診療関連死以外の死因究明の新制度について、委員と事務局から出た３案の検討を行った。３案のうち事務局案は一部委員から批判の声が出たために取り下げる方針だが、残り２案とも財源問題などを抱えており、次回あらためて比較・議論する。

「１案」は、前回３委員が提示した「日本死因究明機構（仮称）」の創設案。機構は死因究明や身元確認のための調査が的確に行われるための標準的な技術的指針を策定するほか、死因究明・身元確認に関する調査・研究などを実施する公益財団法人を目指し、東京に本部を設置する。希望する都道府県には、本部の支援を受けながら支部を設置。現在大学の法医学教室が行う解剖・検査を請け負う。主な収入は省庁からの拠出や関連団体からの寄付など。検案については日本医師会主導で、各都道府県医師会が検案医を適切に研修・指導する体制を構築するとしている。

「２案」は、東京都で行われている監察医制度の全国展開。各都道府県に監察医務院を設置し、国は責任主体として制度整備のための指針を定め、財源確保にも取り組むとした。監察医が警察や遺族の意向に左右されず精度の高い死因判定・解剖などを行うために、いつでも検査・解剖できる施設も設置するとした。

事務局提出の「３案」も前回提出済みで、基本は監察医制度の展開。知事が大学の法医学教室の教授を監察医に任命し、非常勤監察医を軸に自治体に応じた体制を構築する。教室に隣接した監察医事務所で立会い・検案などを行う。死亡時画像診断（Ａｉ）や薬物検査などを対象とした財政支援を厚生労働省などが行う一方、検案の費用を均一化して遺族が負担することで展開を図るとした。

事務局側の説明によると、議論では「２案」を提出した福永龍繁専門委員（東京都監察医務院長）が遺族負担のある事務局案について「理念のない制度にすることはできない」と述べるなど、批判が噴出。事務局側は「３案」を降ろすことを決めたが、内閣府によると、国の財政状況などから「１案」「２案」とも各省の足取りが重い状況となっている。
（11/25MEDIFAXより）

自公

自公「脳卒中対策議連」を設立／脳卒中基本法制定へ

自民、公明の両党は12月４日、「脳卒中対策を考える議員の会」を立ち上げた。会長は尾辻秀久参院議員。「脳卒中対策基本法（仮称）」の制定を目指す。具体的な施策としては①ｔ－ＰＡ療法の普及②脳卒中についての市民啓発③脳卒中の地域医療体制の構築―を視野に入れている。国政の場で止まっている脳卒中対策の議論を再開し、医療政策を後押しするのが狙い。総務省が管轄する救急搬送と、厚生労働省が所管する脳卒中救急医療を連携させ、地域の実情を踏まえつつ、医療・社会福祉資源を計画的に整備する。（12/6MEDIFAXより）

３党協議

社会保障充実に１兆円超を要望／衣替え再開の３党協議で民主

社会保障制度改革をめぐる自民、公明、民主の３党実務者協議が11月８日、衣替え後の初会合を開いた。消費税率を８％に引き上げた時の増収分の使い道をめぐり、民主党が１兆円以上を社会保障の充実に充てるべきだと主張。政府・与党が想定する5000

億円からの大幅な増額を求めた。

政府は消費税率を10％に引き上げた場合、現行の税率からの引き上げ分となる５％分（約14兆円）のうち１％分（約2.8兆円）を社会保障の充実に充てる方針で、増収分の２割が回る計算。税率を８％に引き上げた直後の増収額は5.1兆円と見込んでおり、民主はこのうち２割に当たる１兆円以上を社会保障の充実に回すべきだと主張した。

充実の具体策としては▽協会けんぽへの国庫補助割合の引き上げ▽診療報酬の引き上げ▽看護・介護関連職の賃金引き上げ▽小児慢性疾患や難病患者の自己負担増の緩和―などを挙げたという。

会合後、取材に応じた民主党の玉木雄一郎衆院議員は「消費増税をして社会保障が充実したと国民に実感してもらえないと、二度と消費税率の引き上げをできなくなるという思いがある。民主党が犠牲を払いながら増税を決めた以上、充実については消費税率８％の段階から見せていかなければ、国民の理解を得にくくなる。充実はできるだけ増額すべきとわが党から申し上げた」と強調した。

これに対し与党側は、実現できそうな点について合意点を探るよう努力する姿勢を示したという。

３党実務者協議は、社会保障制度改革国民会議と並行して議論を進めてきたものの、2013年８月に民主が「自・公が抜本的な制度改革議論を拒否し続けている」として、協議に応じないことを表明。いったんは決裂したものの、民主党政権下で社会保障・税一体改革を進め、３党で消費税率引き上げの枠組みを決めた経緯を踏まえ、新たに３党の政調会長の下に実務者協議を設置することで合意。当面は消費増税に伴う増収分のうち、どの程度を社会保障制度の充実に用いるのかを議論することとしていた。

（11/11MEDIFAXより）

自民

リハビリを考える議連を設立／自民議員50人超で

理学療法士（ＰＴ）や作業療法士（ＯＴ）、言語聴覚士（ＳＴ）が担うことのできる活動を考えようと、自民党の国会議員が「リハビリテーションを考える議員連盟」を立ち上げ、11月13日に党本部で設立総会を開いた。

設立総会では、リハビリテーション三団体協議会（日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会）から、「訪問リハビリステーション」の創設など５項目を盛り込んだ要望書を受け取り、同議連としても各省庁に要望内容を踏まえた働き掛けを行っていくことを確認した。

要望書には、訪問ステーションの創設のほか▽地域ケア会議などへのＰＴ・ＯＴ・ＳＴの活用▽認知症に対するＰＴ・ＯＴ・ＳＴの活用▽生活習慣病に対するＰＴのさらなる活用▽腰痛予防に対するＰＴ・ＯＴのさらなる活用―が盛り込まれている。

前身の「理学療法士等問題を考える議員連盟」を発展的に拡大させる形で今回の議連を立ち上げた。自民党の衆参議員53人が名を連ね、前身の議連でも会長を務めた丹羽雄哉衆院議員が新議連の会長に選ばれた。

同議連の設立趣意書によると、ＰＴ・ＯＴ・ＳＴが活動できる場は、健康・予防分野から維持期リハビリテーションまで拡大しているものの、1965年に施行された「理学療法士及び作業療法士法」では、理学療法や作業療法の対象となる人は「身体に障害のある者」と規定されており、特定健診や保健指導への参入が大きく制限されているという。

また、ＰＴ・ＯＴ・ＳＴのみの訪問リハビリステーションの設置も認められておらず、「法施行から半世紀近く経過しても一度も法改正が行われておらず、さまざまな課題を抱えている」と指摘している。

丹羽氏は設立総会で「克服していかなければいけない課題を抱えているが、議連として力を合わせて頑張っていきたい」と決意を表明した。

（11/14MEDIFAXより）

日医

中小医療機関のスプリンクラー、全額助成を／日医ら厚労相と面会

日本医師会と全国有床診療所連絡協議会、自民党の「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」（野田毅会長）は11月27日、合同で田村憲久厚生労働相と厚労省内で面会し、それぞれ要望書を提出した。面会後、日医の代表者として同席した松原謙二副会長と全国有床診協の葉梨之紀会長が取材に応じた。日医は、病院も含む中小医療機関がスプリンクラー設置を希望した場合の費用を国が全額助成することなどを要望し、田村厚労相は前向きに対応する考えを示したという。自民党の議連からは、元厚労相の尾辻秀久参院議員や元日医副会長の羽生田俊参院議員ら

計６人が同席した。

日医はこのほか、自動火災報知設備と火災通報装置が連動するシステムの構築と、防火戸整備などを支援する補助制度の創設を盛り込んだ要望書を渡した。

全国有床診協は、国が全額助成でスプリンクラーを設置しなければ無床化が加速化すると訴えた。スプリンクラーを設置していない有床診1946施設がアンケートに回答した結果を提示し、設置が義務化された場合は27％の施設が補助金の有無に関わらず病床の廃止を検討する状況にあると説明した。

自民党議連は、会長以下会員109人の連名決議文として「早急なる実現を強く要請する」政策として▽地域の医療・介護の中心的存在として貢献している有床診を次期医療法改正で位置付ける▽有床診の安定的な経済基盤を確立するため入院基本料を１日１万円程度に引き上げ、逓減制は廃止▽看護助手配置・夜間看護配置・複数医師加算の実現▽新たな防火設備設置を義務付ける場合の費用補助措置と、無利子融資制度を創設した上で一定期間の返済猶予▽現行義務付けられている防火設備の維持・更新費用の補助措置―を挙げた。（11/28MEDIFAXより）

通常改定分だけでネットプラスを／改定率で日医見解

日本医師会は11月27日、次期診療報酬改定の改定率に対する要望を発表し、消費税率引き上げに対する補填分を除く従来の改定部分について「ネットプラス」を求めた。改定率の決定に当たって財務省が、必要な財源を個別に積み上げた上で査定する「積み上げ方式」を提案するなど、薬価引き下げ財源を自動的に本体へ配分する手法に否定的な考えを示していることに懸念を示し、従来通りの手法で取り組むべきと強調した。中川俊男副会長が定例会見で説明した。

日医は▽社会保障・税一体改革で消費税増収による財源を社会保障の充実に注ぐことは国民との約束▽医療再興を確実にし、医療機能の分化・強化を進めるにはプラス改定は必須。過去の厳しい医療費抑制下で直面した医療崩壊の危機から抜け出せるか否かの瀬戸際にあるのが現状▽診療報酬の全体的な底上げは当然。特に地域包括ケアシステムの中核的な機能を担う地域の中小病院・診療所の「かかりつけ医」に対して厚く配分すべき▽薬価引き下げ財源は診療報酬全体の改定財源として活用すべき―との視点を示し、ネットプラスを要望した。（11/28MEDIFAXより）

保団連

次期改定で「７種類規制」の撤廃要望／保団連

全国保険医団体連合会は11月14日、2014年度診療報酬改定でいわゆる７種類規制について、医療現場の実態を適正に反映していないとして撤廃を求める要望書を田村憲久厚生労働相に提出した。７種類規制は、多剤投与を防ぐ狙いから１処方に７種類以上の内服薬を投薬した場合、処方箋料や処方料などの点数を引き下げるルール。

保団連は要望書とともに13年７月から10月にかけ全国2243の医療機関を対象に行った調査結果も報告した。

７種類以上の投薬が必要な患者がいると回答した医療機関は60.9％の1366施設に上り、これらの施設に７種類処方が必要な患者数を聞くと「１から９人」が24.2％と最も多く、次いで「10から19人」の13.1％が続いた。（11/18MEDIFAXより）

医療機関の防火体制、報酬措置と財政支援を／保団連

保団連は11月11日、福岡市の有床診療所火災を受け、医療機関の防火体制の充実を求める要請書を安倍晋三首相や田村憲久厚生労働相、麻生太郎財務相らに提出した。また、難病対策と介護保険制度改革に関する要望書を安倍首相と田村厚労相に提出した。

医療機関の防火対策を求める要請書では、診療報酬が低く抑えられてきた結果、有床診だけでなく無床診療所や中小病院でも、防火設備のための費用を捻出することは困難だと指摘。新たに医療機関に防火設備の設置を義務付ける場合は、設置に必要な費用への補助金を創設するよう求めた。また、有床診で複数人による夜間当直ができるよう入院基本料の引き上げや加算点数の新設を求めた。

介護保険制度改革については、社会保障審議会・介護保険部会で議論している▽要支援者の市町村事業への移行▽特養の入所制限▽利用者負担の引き上げ―などを行わないことや、介護保険に対する国と企業の負担を強化することが必要だとした。

難病対策では、特定疾患治療研究事業と小児慢性疾患治療研究事業について、対象患者の制限や負担上限の引き上げ、無料制度の廃止などが行われれば、

大きな受診抑制が発生すると指摘。「対象疾患外し」は行わず、患者自己負担は引き下げるよう求めた。（11/12MEDIFAXより）

診療報酬、適正な引き上げを／保団連が要請書

保団連（住江憲勇会長）は11月25日、次期診療報酬改定で適正な引き上げを求める要請書を国会議員に送付した。

要請書は、次期診療報酬改定では2002年から08年までの４回連続マイナス改定による医療崩壊が改善されたのかという視点を重視すべきだと指摘。医師・看護師の過重労働や、産科・小児科、外科に代表される医師不足などは一向に改善されていないとし、誰もが安心して医療を受けられる体制を整備することは国の責任であり、マイナス改定はそれに逆行するものだと訴えた。また、経済再生のため賃上げが必要とする安倍政権の主張も踏まえ、医療従事者の賃上げに不可欠な診療報酬の引き上げを行うべきと要請した。（11/26MEDIFAXより）

調査・データ編

38兆5850億円、過去最高を更新／11年度国民医療費

厚生労働省が11月14日に発表した2011年度「国民医療費の概況」で、11年度の国民医療費は38兆5850億円となり、過去最高を更新した。前年度から１兆1648億円増加し、前年度比は3.1％増だった。人口１人当たりの医療費も過去最高を更新し、前年度比3.3％増の30万1900円だった。

厚労省は国民医療費3.1％増の内訳について、人口の高齢化が1.2％程度、人口の増減がマイナス0.2％程度、医療の高度化や疾病構造の変化などその他の要因が2.1％程度と説明した。「診療報酬改定がなかった分、前年より伸び率は低いが、ほぼ従来どおり」と見ている。

国内総生産（ＧＤＰ）に対する比率は8.15％（前年度7.79％）で、国民所得（ＮＩ）に対する比率は11.13％（同10.62％）になった。

●薬局調剤医療費は7.9％増、６兆6288億円

医科診療医療費は推計費27兆8129億円で、前年度比2.2％増だった。このうち、入院医療費は14兆3754億円（前年度比2.0％増）、入院外医療費は13兆4376億円（同2.3％増）だった。薬局調剤医療費は６兆6288億円（同7.9％増）、歯科診療医療費は２兆6757億円（同2.8％増）だった。構成比を見ると、医科診療医療費は72.1％（入院医療費37.3％、入院外医療費34.8％）、薬局調剤医療費は17.2％、歯科診療医療費は6.9％となっている。

また、入院時食事・生活医療費は8231億円（同0.8％減）、療養費等は5637億円（同2.4％増）、訪問看護医療費は808億円（同9.2％増）になった。

傷病分類別の医科診療医療費で最も多いのは「循環器系の疾患」で５兆7926億円（同2.3％増）。以下、「新生物」の３兆6381億円（同4.7％増）、「呼吸器系の疾患」の２兆1707億円（同2.7％増）と続いた。

制度区分別に見ると、医療保険等給付分が18兆3360億円（同2.5％増）で最も多く、後期高齢者医療給付分が12兆2533億円（同4.8％増）、患者等負担分が５兆85億円（同0.1％減）、公費負担医療給付分が２兆7931億円（同6.0％増）だった。

財源別に見ると、公費のうち国庫は10兆307億円（同3.4％増）、地方は４兆7772億円（同4.9％増）だった。保険料のうち事業主は７兆7964億円（同3.4％増）、被保険者は10兆9555億円（同3.4％増）。患者負担は４兆7416億円（同0.3％減）だった。厚労省は患者負担が減少した理由について、高齢化などのほか、東日本大震災の被災者医療無料化が考えられるとしている。（11/15MEDIFAXより）

医療は34兆634億円、前年度比3.5％増／11年度社会保障給付費

国立社会保障・人口問題研究所は12月６日、社会保障給付費のほか、社会保障に関連する施設整備費などを含む「社会支出」を集計した2011年度版「社会保障費用統計」を公表した。11年度の社会保障給付費総額は、前年度比2.7％増の107兆4950億円となり、過去最高を更新した。このうち医療は同3.5％増の34兆634億円で、社会保障給付費の31.7％を占めた。社会支出も過去最高を更新する同2.9％増の112兆437億円となった。

社会保障費用統計は、医療保険や介護保険、年金、生活保護など社会保障制度の給付費を国際労働機関（ＩＬＯ）基準で集計する。総額のほか、「医療」「年金」「介護対策や障害者対策などを含む福祉その他」の部門別でも集計する。社会支出を経済協力開発機構（ＯＥＣＤ）基準に基づき、「高齢」「保健」「家

族」などの政策分野別に集計した結果も示す。

11年度の介護対策費をみると、前年度比5.1％増の７兆8881億円となった。社会保障給付費の7.3％に相当する。

社会支出を政策分野別にみると、総額に占める割合は「高齢」が46.5％と最も大きく、52兆1233億円に上った。次いで「保健」が32.4％の36兆2866億円で、「高齢」と「保健」だけで全体の約８割を占めることになった。

以下、「遺族」が6.1％で６兆8130億円、「家族」が5.7％で６兆3890億円、「障害、業務災害、傷病」が4.3％で４兆8018億円―などと続く。

●医療・介護自己負担減免費は870億円

11年度は東日本大震災に起因する社会保障関連の主な費用についても、可能な範囲で集計した。災害救助法に基づく支出などを含み、必ずしも東日本大震災に限定した集計ではないという。

ＩＬＯ基準とＯＥＣＤ基準に合致する法令に基づく制度での費用総額は１兆4430億円だった。このうち、災害救助費は約5200億円、病院や社会福祉施設の建て替えなどの「災害復旧費」は約1000億円、「医療・介護保険の自己負担等減免」は870億円（医療約840億円、介護約40億円）だった。

（12/9MEDIFAXより）

法人施設の有床診、３割が赤字／日医総研が12年度調査

日医総研はこのほど、有床診療所の2012年度の財務状況などについて調査した結果を「有床診療所の現状調査」と題したワーキングペーパーにまとめ、11月13日の都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会で発表した。法人施設の経常利益率は4.8％で、全体の29.5％が赤字だったことがわかった。

調査は全国有床診療所連絡協議会員を対象に、２年ごとに実施している。今回の調査は13年６月、839施設から回答を得た（回収率30.4％）。１施設当たりの平均医師数は2.0人だった。１人医師の施設は全体の37％、夜間の看護体制は平均1.4人となり、いずれも増加傾向を示した。

医業介護収益は法人３億2431万円、個人２億755万円で、経常利益率（経常利益／医業介護収益）は法人4.8％、個人18.0％だった。10年度の前回調査と定点で比較すると、法人の経常利益率は4.9％から5.1％に微増したものの、医業介護収益は３億2774万円から３億2296万円への微減となり、入院収入は9674万円から8768万円に減少した。法人の入院収入と経常利益率の関係を見ると、入院収入が医業収入の中で占める割合が高くなると経常利益率は下がる傾向が見られた。

管理栄養士は全体の33.1％が雇用しており、雇用困難と答えた施設は41.8％に上った。診療科別では、内科で４割が雇用する一方、産婦人科や眼科は２割に満たず、日医総研は「職員数、入院患者数、経常利益が有意に影響を与えており、それらが少ないほど管理栄養士の雇用が困難、という結果になった。規模が小さい施設ほど管理栄養士を雇用できない状況にあると推測できる」としている。

一般病床の入院患者は80歳以上が５割を占めた。「退院できる病状だが、退院日は未定」とした理由で最も多かったのは「在宅での受け入れ体制が整っていない」（38.5％）で、在院日数が３カ月以上の患者は55.9％に上ることもわかった。

（11/14MEDIFAXより）

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

資料1

平成23年度　国民医療費の概況

■ 厚生労働省　2013年11月14日 ■

http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/11/dl/data.pdf

厚生労働省が発表した平成23年度国民医療費の概況によると、23年度の国民医療費は38兆5850億円で前年度に比べ１兆1648億円、3.1％の増加。人口一人当たりでは30万1900円で前年度に比べ3.3％の増加。いずれも過去最高となっている。

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

政府統計

平成 25 年 11 月 14 日
【問合先】
大臣官房統計情報部
人口動態・保健社会統計課　保健統計室
室　　長　　瀧村　佳代
室長補佐　　清水　美奈（内線7525）
国民医療費統計係（内線7526）
（代表電話）　03-5253-1111
（直通電話）　03-3595-2958

平成 23 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　診療種類別国民医療費 5
5　年齢階級別国民医療費 6
6　傷病分類別医科診療医療費 8

統計表
第１表　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　制度区分別にみた国民医療費及び構成割合の年次推移 11
第３表　財源別にみた国民医療費及び構成割合の年次推移 12
第４表　診療種類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、医科診療－歯科診療－薬局調剤別にみた国民医療費・構成割合・人口一人当たり国民医療費 14
第６表　性、傷病分類、入院－入院外別にみた医科診療医療費 17

参考
参考１　平成 23 年度国民医療費の構造 24
参考２　平成 23 年度の人口一人当たり国民医療費の算出に用いた人口 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。

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

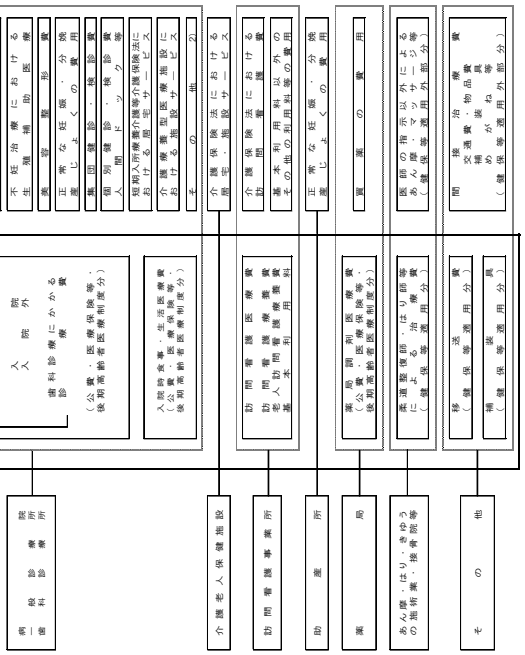
「国民医療費」は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものである。

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義眼や義肢等の費用も含まない。

【国民医療費の範囲】



注：1)患者負担を含む。
2)上記の評価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）。

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。

制度区分別国民医療費は、以下の(1)～(3)により算出した。

(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「医療保険等給付分」、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（高額療養費(高額医療費)を含む）

(2) 患者等負担分のうち(1)の給付に伴う一部負担額の推計値

(3) 患者等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

次に、上記国民医療費をもとに財源別国民医療費、診療種類別国民医療費、年齢階級別国民医療費、傷病分類別医科診療医療費を、各種調査による割合を用いて推計した。

3　用語の説明

(1)　**財源別国民医療費**

制度区分別給付額等を各制度において財源負担すべき者に割り当てたものである。

公費　公費負担医療制度、医療保険制度、後期高齢者医療制度等への国庫負担金及び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（公害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等）

(2)　**診療種類別国民医療費**

医科診療医療費　医科診療にかかる診療費

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　処方箋により保険薬局を通じて支給される薬剤等の額（調剤基本料等技術料と薬剤料の合計）

入院時食事・生活医療費　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

療　養　費　等　健康保険等の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、補装具等

4　利用上の注意

(1)　表章記号の規約

計数のない場合	－
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が不適当な場合	…
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がある。

(3)　人口一人当たり国民医療費は、総務省統計局「国勢調査」及び「人口推計」の総人口により算出した。

結果の概要

1　国民医療費の状況

平成23年度の国民医療費は38兆5,850億円、前年度の37兆4,202億円に比べ1兆1,648億円、3.1％の増加となっている。

人口一人当たりの国民医療費は30万1,900円、前年度の29万2,200円に比べ3.3％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8.15％（前年度7.79％）、国民所得(NI)に対する比率は11.13％（同10.62％）となっている。（図１、表１、統計表第１表）

図１　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

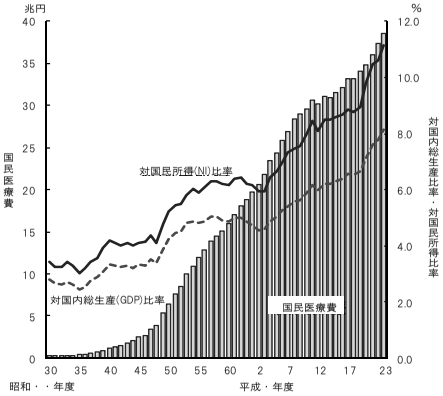


表１　国民医療費・対国内総生産及び国民所得比率の年次推移

年次	国民医療費 (億円)	対前年度増減率 (%)	人口一人当たり国民医療費 (千円)	対前年度増減率 (%)	国内総生産(GDP) (億円)	対前年度増減率 (%)	国民所得(NI) (億円)	対前年度増減率 (%)	国民医療費の比率 国内総生産に対する比率 (%)	国民医療費の比率 国民所得に対する比率 (%)
昭和29年度	2 152	…	2.4	…	…	…	…	…	…	…
30	2 388	11.0	2.7	12.5	85 979	…	69 733	…	2.78	3.42
40	11 224	19.5	11.4	17.5	337 653	11.1	268 270	11.5	3.32	4.18
50	64 779	20.4	57.9	19.1	1 523 616	10.0	1 239 907	10.2	4.25	5.22
60	160 159	6.1	132.3	5.4	3 303 968	7.2	2 605 599	7.2	4.85	6.15
61	170 690	6.6	140.3	6.0	3 422 664	3.6	2 679 415	2.8	4.99	6.37
62	180 759	5.9	147.8	5.3	3 622 967	5.9	2 810 998	4.9	4.99	6.43
63	187 554	3.8	152.8	3.4	3 876 856	7.0	3 027 101	7.7	4.84	6.20
平成元年度	197 290	5.2	160.1	4.8	4 158 852	7.3	3 208 020	6.0	4.74	6.15
2	206 074	4.5	166.7	4.1	4 516 830	8.6	3 468 929	8.1	4.56	5.94
3	218 260	5.9	176.0	5.6	4 736 076	4.9	3 689 316	6.4	4.61	5.92
4	234 784	7.6	188.7	7.2	4 832 556	2.0	3 660 072	△ 0.8	4.86	6.41
5	243 631	3.8	195.3	3.5	4 826 076	△ 0.1	3 653 760	△ 0.2	5.05	6.67
6	257 908	5.9	206.3	5.6	4 893 788	1.4	3 700 109	1.3	5.27	6.97
7	269 577	4.5	214.7	4.1	4 977 400	1.7	3 689 367	△ 0.3	5.42	7.31
8	284 542	5.6	226.1	5.3	5 090 958	2.3	3 801 609	3.0	5.59	7.48
9	289 149	1.6	229.2	1.4	5 136 129	0.9	3 822 945	0.6	5.63	7.56
10	295 823	2.3	233.9	2.1	5 033 241	△ 2.0	3 689 757	△ 3.5	5.88	8.02
11	307 019	3.8	242.3	3.6	4 995 442	△ 0.8	3 643 409	△ 1.3	6.15	8.43
12	301 418	△ 1.8	237.5	△ 2.0	5 041 188	0.9	3 718 039	2.0	5.98	8.11
13	310 998	3.2	244.3	2.9	5 017 106	△ 0.5	3 667 838	△ 1.4	6.20	8.48
14	309 507	△ 0.5	242.9	△ 0.6	4 980 088	△ 0.7	3 638 901	△ 0.8	6.21	8.51
15	315 375	1.9	247.1	1.7	5 018 891	0.8	3 681 009	1.2	6.28	8.57
16	321 111	1.8	251.5	1.8	5 027 608	0.2	3 701 166	0.5	6.39	8.68
17	331 289	3.2	259.3	3.1	5 053 494	0.5	3 741 251	1.1	6.56	8.86
18	331 276	△ 0.0	259.3	△ 0.0	5 091 063	0.7	3 781 903	1.1	6.51	8.76
19	341 360	3.0	267.2	3.0	5 130 233	0.8	3 812 392	0.8	6.65	8.95
20	348 084	2.0	272.6	2.0	4 895 201	△ 4.6	3 550 380	△ 6.9	7.11	9.80
21	360 067	3.4	282.4	3.6	4 739 339	△ 3.2	3 443 848	△ 3.0	7.60	10.46
22	374 202	3.9	292.2	3.5	4 800 980	1.3	3 523 103	2.3	7.79	10.62
23	385 850	3.1	301.9	3.3	4 732 826	△ 1.4	3 467 557	△ 1.6	8.15	11.13

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「国民経済計算」による。

政策解説資料

2　制度区分別国民医療費

制度区分別にみると、公費負担医療給付分は2兆7,931億円（構成割合7.2%）、医療保険等給付分は18兆3,360億円(同47.5%)、後期高齢者医療給付分は12兆2,533億円（同31.8%）、患者等負担分は5兆85億円（同13.0%）、軽減特例措置は1,941億円（同0.5%）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6.0%の増加、医療保険等給付分は2.5%の増加、後期高齢者医療給付分は4.8%の増加、患者等負担分は0.1%の減少、軽減特例措置は3.7%の増加となっている。(表２、統計表第２表、参考１)

表２　制度区分別国民医療費

制度区分	平成23年度 推計額（億円）	平成23年度 構成割合（%）	平成22年度 推計額（億円）	平成22年度 構成割合（%）	対前年度 増減額（億円）	対前年度 増減率（%）
国民医療費	385 850	100.0	374 202	100.0	11 648	3.1
公費負担医療給付分	27 931	7.2	26 353	7.0	1 578	6.0
医療保険等給付分	183 360	47.5	178 950	47.8	4 410	2.5
医療保険	180 466	46.8	176 132	47.1	4 334	2.5
被用者保険	86 234	22.3	84 348	22.5	1 886	2.2
被保険者	42 974	11.1	41 936	11.2	1 038	2.5
被扶養者	38 897	10.1	38 109	10.2	788	2.1
高齢者 1)	4 363	1.1	4 304	1.2	59	1.4
国民健康保険	94 231	24.4	91 784	24.5	2 447	2.7
高齢者以外	66 773	17.3	65 488	17.5	1 285	2.0
高齢者 1)	27 459	7.1	26 296	7.0	1 163	4.4
その他 2)	2 894	0.8	2 818	0.8	76	2.7
後期高齢者医療給付分	122 533	31.8	116 876	31.2	5 657	4.8
患者等負担分	50 085	13.0	50 151	13.4	△ 66	△ 0.1
軽減特例措置 3)	1 941	0.5	1 872	0.5	69	3.7

注：1) 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。
2) 労働者災害補償保険、国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法、独立行政法人日本スポーツ振興センター法、防衛省の職員の給与等に関する法律、公害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等の医療費である。
3) 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、公費は14兆8,079億円(構成割合38.4%)、うち国庫は10兆307億円(同26.0%)、地方は4兆7,772億円（同12.4%）となっている。保険料は18兆7,518億円(同48.6%)、うち事業主は7兆7,964億円（同20.2%）、被保険者は10兆9,555億円（同28.4%）となっている。また、その他は5兆252億円（同13.0%）、うち患者負担は4兆7,416億円（同12.3%）となっている。（表３、統計表第３表、参考１）

表３　財源別国民医療費

財源	平成23年度 推計額（億円）	平成23年度 構成割合（%）	平成22年度 推計額（億円）	平成22年度 構成割合（%）	対前年度 増減額（億円）	対前年度 増減率（%）
国民医療費	385 850	100.0	374 202	100.0	11 648	3.1
公費	148 079	38.4	142 562	38.1	5 517	3.9
国庫 1)	100 307	26.0	97 037	25.9	3 270	3.4
地方	47 772	12.4	45 525	12.2	2 247	4.9
保険料	187 518	48.6	181 319	48.5	6 199	3.4
事業主	77 964	20.2	75 380	20.1	2 584	3.4
被保険者	109 555	28.4	105 939	28.3	3 616	3.4
その他 2)	50 252	13.0	50 322	13.4	△ 70	△ 0.1
患者負担（再掲）	47 416	12.3	47 573	12.7	△ 157	△ 0.3

注：1)軽減特例措置は、国庫に含む。
2)患者負担及び原因者負担（公害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等）である。

4　診療種類別国民医療費

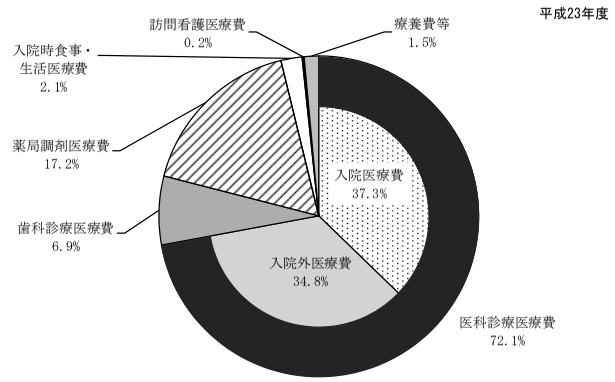
診療種類別にみると、医科診療医療費は27兆8,129億円（構成割合72.1%）、そのうち入院医療費は14兆3,754億円（同37.3%）、入院外医療費は13兆4,376億円（同34.8%）となっている。また、歯科診療医療費は2兆6,757億円（同6.9%）、薬局調剤医療費は6兆6,288億円（同17.2%）、入院時食事・生活医療費は8,231億円（同2.1%）、訪問看護医療費は808億円（同0.2%）、療養費等は5,637億円（同1.5%）となっている。

対前年度増減率をみると、医科診療医療費は2.2%の増加、歯科診療医療費は2.8%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、統計表第４表、参考１）

表４　診療種類別国民医療費

診療種類	平成23年度 推計額（億円）	平成23年度 構成割合（%）	平成22年度 推計額（億円）	平成22年度 構成割合（%）	対前年度 増減額（億円）	対前年度 増減率（%）
国民医療費	385 850	100.0	374 202	100.0	11 648	3.1
医科診療医療費	278 129	72.1	272 228	72.7	5 901	2.2
入院医療費	143 754	37.3	140 908	37.7	2 846	2.0
病院	139 394	36.1	136 416	36.5	2 978	2.2
一般診療所	4 359	1.1	4 492	1.2	△ 133	△ 3.0
入院外医療費	134 376	34.8	131 320	35.1	3 056	2.3
病院	53 421	13.8	51 860	13.9	1 561	3.0
一般診療所	80 954	21.0	79 460	21.2	1 494	1.9
歯科診療医療費	26 757	6.9	26 020	7.0	737	2.8
薬局調剤医療費	66 288	17.2	61 412	16.4	4 876	7.9
入院時食事・生活医療費	8 231	2.1	8 297	2.2	△ 66	△ 0.8
訪問看護医療費	808	0.2	740	0.2	68	9.2
療養費等	5 637	1.5	5 505	1.5	132	2.4

図２　診療種類別国民医療費構成割合



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 4,835 億円（構成割合 6.4%）、15～44 歳は 5 兆 1,258 億円（同 13.3%）、45～64 歳は 9 兆 5,261 億円（同 24.7%）、65 歳以上は 21 兆 4,497 億円（同 55.6%）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17万4,800円、65歳以上は72万900円となっている。そのうち医科診療医療費では、65歳未満が12万700円、65歳以上が53万6,900円となっている。歯科診療医療費では、65歳未満が1万7,700円、65歳以上が3万1,400円となっている。薬局調剤医療費では、65歳未満が3万400円、65歳以上が12万2,700円となっている。

人口一人当たり国民医療費の対前年度増減率をみると、65歳未満は3.2%の増加、65歳以上は2.6%の増加となっている。（表５、統計表第５表、参考１）

表５　年齢階級別国民医療費

年齢階級	平成23年度 推計額（億円）	平成23年度 構成割合（%）	平成23年度 人口一人当たり医療費（千円）	平成22年度 推計額（億円）	平成22年度 構成割合（%）	平成22年度 人口一人当たり医療費（千円）	対前年度 人口一人当たり医療費 増減額（千円）	対前年度 人口一人当たり医療費 増減率（%）
国民医療費								
総数	385 850	100.0	301.9	374 202	100.0	292.2	9.7	3.3
65歳未満	171 354	44.4	174.8	167 027	44.6	169.4	5.4	3.2
0～14歳	24 835	6.4	148.7	24 176	6.5	143.6	5.1	3.6
15～44歳	51 258	13.3	109.6	49 959	13.4	106.1	3.5	3.3
45～64歳	95 261	24.7	275.7	92 891	24.8	268.2	7.5	2.8
65歳以上	214 497	55.6	720.9	207 176	55.4	702.7	18.2	2.6
70歳以上(再掲)	176 614	45.8	806.8	168 603	45.1	794.9	11.9	1.5
75歳以上(再掲)	131 226	34.0	892.2	124 685	33.3	878.5	13.7	1.6
医科診療医療費（再掲）								
総数	278 129	100.0	217.6	272 228	100.0	212.6	5.0	2.4
65歳未満	118 391	42.6	120.7	116 532	42.8	118.2	2.5	2.1
0～14歳	17 544	6.3	105.0	17 133	6.3	101.7	3.3	3.2
15～44歳	33 788	12.1	72.2	33 291	12.2	70.7	1.5	2.1
45～64歳	67 059	24.1	194.0	66 109	24.3	190.9	3.1	1.6
65歳以上	159 738	57.4	536.9	155 696	57.2	528.1	8.8	1.7
70歳以上(再掲)	132 320	47.6	604.4	127 539	46.9	601.3	3.1	0.5
75歳以上(再掲)	99 422	35.7	676.0	95 377	35.0	672.0	4.0	0.6
歯科診療医療費（再掲）								
総数	26 757	100.0	20.9	26 020	100.0	20.3	0.6	3.0
65歳未満	17 400	65.0	17.7	17 057	65.6	17.3	0.4	2.3
0～14歳	2 123	7.9	12.7	2 083	8.0	12.4	0.3	2.4
15～44歳	7 033	26.3	15.0	6 880	26.4	14.6	0.4	2.7
45～64歳	8 244	30.8	23.9	8 094	31.1	23.4	0.5	2.1
65歳以上	9 357	35.0	31.4	8 964	34.4	30.4	1.0	3.3
70歳以上(再掲)	6 871	25.7	31.4	6 430	24.7	30.3	1.1	3.6
75歳以上(再掲)	4 247	15.9	28.9	3 945	15.2	27.8	1.1	4.0
薬局調剤医療費（再掲）								
総数	66 288	100.0	51.9	61 412	100.0	48.0	3.9	8.1
65歳未満	29 779	44.9	30.4	27 762	45.2	28.2	2.2	7.8
0～14歳	4 567	6.9	27.3	4 347	7.1	25.8	1.5	5.8
15～44歳	8 785	13.3	18.8	8 172	13.3	17.4	1.4	8.0
45～64歳	16 427	24.8	47.5	15 243	24.8	44.0	3.5	8.0
65歳以上	36 509	55.1	122.7	33 650	54.8	114.1	8.6	7.5
70歳以上(再掲)	29 891	45.1	136.5	27 232	44.3	128.4	8.1	6.3
75歳以上(再掲)	21 664	32.7	147.3	19 594	31.9	138.1	9.2	6.7

また、年齢階級別国民医療費を性別にみると、0～14歳の男は1兆3,671億円（構成割合7.4%）、女は1兆1,163億円（同5.6%）、15～44歳の男は2兆3,205億円（同12.5%）、女は2兆8,053億円（同14.0%）、45～64歳の男は5兆855億円（同27.4%）、女は4兆4,406億円（同22.2%）、65歳以上の男は9兆7,699億円（同52.7%）、女は11兆6,798億円（同58.3%）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17万7,200円、女は17万2,300円、65歳以上の男は77万500円、女は68万4,100円となっている。（表６、統計表第５表）

表６　年齢階級、性別国民医療費

平成23年度

年齢階級	男 推計額（億円）	男 構成割合（%）	男 人口一人当たり医療費（千円）	女 推計額（億円）	女 構成割合（%）	女 人口一人当たり医療費（千円）
国民医療費						
総数	185 431	100.0	298.2	200 420	100.0	305.4
65歳未満	87 732	47.3	177.2	83 622	41.7	172.3
0～14歳	13 671	7.4	159.8	11 163	5.6	137.0
15～44歳	23 205	12.5	97.6	28 053	14.0	121.9
45～64歳	50 855	27.4	296.2	44 406	22.2	255.4
65歳以上	97 699	52.7	770.5	116 798	58.3	684.1
70歳以上(再掲)	77 412	41.7	867.7	99 202	49.5	764.9
75歳以上(再掲)	54 101	29.2	968.3	77 126	38.5	845.6
医科診療医療費（再掲）						
総数	135 690	100.0	218.2	142 439	100.0	217.1
65歳未満	61 594	45.4	124.4	56 797	39.9	117.0
0～14歳	9 700	7.1	113.4	7 845	5.5	96.2
15～44歳	15 211	11.2	64.0	18 577	13.0	80.8
45～64歳	36 684	27.0	213.7	30 375	21.3	174.7
65歳以上	74 096	54.6	584.4	85 642	60.1	501.7
70歳以上(再掲)	58 972	43.5	661.0	73 347	51.5	565.6
75歳以上(再掲)	41 589	30.7	744.4	57 833	40.6	634.1
歯科診療医療費（再掲）						
総数	12 385	100.0	19.9	14 372	100.0	21.9
65歳未満	8 197	66.2	16.6	9 203	64.0	19.0
0～14歳	1 093	8.8	12.8	1 030	7.2	12.6
15～44歳	3 218	26.0	13.5	3 816	26.6	16.6
45～64歳	3 886	31.4	22.6	4 357	30.3	25.1
65歳以上	4 187	33.8	33.0	5 169	36.0	30.3
70歳以上(再掲)	3 011	24.3	33.7	3 860	26.9	29.8
75歳以上(再掲)	1 781	14.4	31.9	2 467	17.2	27.0
薬局調剤医療費（再掲）						
総数	30 428	100.0	48.9	35 860	100.0	54.7
65歳未満	14 874	48.9	30.0	14 905	41.6	30.7
0～14歳	2 548	8.4	29.8	2 019	5.6	24.8
15～44歳	4 003	13.2	16.8	4 781	13.3	20.8
45～64歳	8 322	27.3	48.5	8 105	22.6	46.6
65歳以上	15 554	51.1	122.7	20 955	58.4	122.7
70歳以上(再掲)	12 308	40.4	137.9	17 583	49.0	135.6
75歳以上(再掲)	8 458	27.8	151.4	13 207	36.8	144.8

6　傷病分類別医科診療医療費

医科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」5兆7,926億円（構成割合20.8％）が最も多く、次いで「新生物」3兆6,381億円（同13.1％）、「呼吸器系の疾患」2兆1,707億円（同7.8％）、「筋骨格系及び結合組織の疾患」2兆898億円（同7.5％）、「内分泌，栄養及び代謝疾患」1兆9,928億円（同7.2％）となっている。

年齢階級別にみると、65歳未満では「新生物」1兆5,168億円（同12.8％）が最も多く、65歳以上では「循環器系の疾患」4兆3,741億円（同27.4％）が最も多くなっている。（表７、統計表第６表）

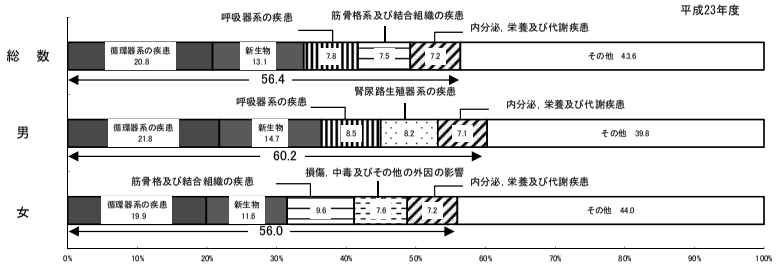
また、性別にみると、男では「循環器系の疾患」（同21.8％）、「新生物」（同14.7％）、「呼吸器系の疾患」（同8.5％）が多く、女では「循環器系の疾患」（同19.9％）、「新生物」（同11.6％）、「筋骨格系及び結合組織の疾患」（同9.6％）が多くなっている（図３、統計表第６表）。

表７　傷病分類別医科診療医療費（上位５位）

傷病分類	平成23年度 順位	平成23年度 推計額（億円）	平成23年度 構成割合（％）	平成22年度 順位	平成22年度 推計額（億円）	平成22年度 構成割合（％）	対前年度 増減額（億円）	対前年度 増減率（％）
総数								
総数		278 129	100.0		272 228	100.0	5 901	2.2
循環器系の疾患	1	57 926	20.8	1	56 601	20.8	1 325	2.3
新生物	2	36 381	13.1	2	34 750	12.8	1 631	4.7
呼吸器系の疾患	3	21 707	7.8	3	21 140	7.8	567	2.7
筋骨格系及び結合組織の疾患	4	20 898	7.5	4	20 263	7.4	635	3.1
内分泌，栄養及び代謝疾患	5	19 928	7.2	5	19 828	7.3	100	0.5
その他		121 290	43.6		119 646	44.0	1 644	1.4
65歳未満								
総数		118 391	100.0		116 532	100.0	1 859	1.6
新生物	1	15 168	12.8	1	14 605	12.5	563	3.9
循環器系の疾患	2	14 184	12.0	2	13 934	12.0	250	1.8
呼吸器系の疾患	3	12 577	10.6	3	12 389	10.6	188	1.5
精神及び行動の障害	4	11 206	9.5	4	11 402	9.8	△ 196	△ 1.7
腎尿路生殖器系の疾患	5	8 659	7.3	5	8 477	7.3	182	2.1
その他		56 597	47.8		55 726	47.8	871	1.6
65歳以上								
総数		159 738	100.0		155 696	100.0	4 042	2.6
循環器系の疾患	1	43 741	27.4	1	42 668	27.4	1 073	2.5
新生物	2	21 213	13.3	2	20 146	12.9	1 067	5.3
筋骨格系及び結合組織の疾患	3	13 350	8.4	3	12 954	8.3	396	3.1
内分泌，栄養及び代謝疾患	4	11 775	7.4	4	11 717	7.5	58	0.5
腎尿路生殖器系の疾患	5	11 174	7.0	5	10 913	7.0	261	2.4
その他		58 485	36.6		57 299	36.8	1 186	2.1

注：1）傷病分類は、「ICD-10（2003年版）準拠」による。
　　2）「その他」とは、上位５傷病以外の傷病である。
　　3）「順位」は、各年度の順位である。

図３　性別にみた傷病分類別医科診療医療費構成割合（上位５位）



注：1）傷病分類は、「ICD-10（2003年版）準拠」による。
　　2）「その他」とは、上位５傷病以外の傷病である。

第１表　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

年次	国民医療費 総額（億円）	国民医療費 対前年度（％）	人口一人当たり国民医療費（千円）	国民医療費 対前年度増減率（％）	国内総生産（GDP）（億円）	国内総生産（GDP）対前年度（％）	国民所得（NI）（億円）	国民所得（NI）対前年度（％）	国民医療費の比率 国内総生産に対する比率（％）	国民医療費の比率 国民所得に対する比率（％）	総人口（千人）
昭和29年度（1954）	2 152	…	2.4	…	…	…	…	…	…	…	88 239
30（'55）	2 388	11.0	2.7	12.5	85 979	…	69 733	…	2.78	3.42	89 276 *
31（'56）	2 583	8.2	2.9	7.4	96 477	12.2	78 962	13.2	2.68	3.27	90 172
32（'57）	2 897	12.2	3.2	10.3	110 641	14.7	88 681	12.3	2.62	3.27	90 928
33（'58）	3 230	11.5	3.5	9.4	118 451	7.1	93 829	5.8	2.73	3.44	91 767
34（'59）	3 625	12.2	3.9	11.4	138 970	17.3	110 421	17.7	2.61	3.28	92 641
35（'60）	4 095	13.0	4.4	12.8	166 806	20.0	134 967	22.2	2.45	3.03	93 419 *
36（'61）	5 130	25.3	5.4	22.7	201 708	20.9	160 819	19.2	2.54	3.19	94 287
37（'62）	6 132	19.5	6.4	18.5	223 288	10.7	178 933	11.3	2.75	3.43	95 181
38（'63）	7 541	23.0	7.8	21.9	262 286	17.5	210 993	17.9	2.88	3.57	96 156
39（'64）	9 389	24.5	9.7	24.4	303 997	15.9	240 514	14.0	3.09	3.90	97 182
40（'65）	11 224	19.5	11.4	17.5	337 653	11.1	268 270	11.5	3.32	4.18	98 275 *
41（'66）	13 002	15.8	13.1	14.9	396 989	17.6	316 448	18.0	3.28	4.11	99 036
42（'67）	15 116	16.3	15.1	15.3	464 454	17.0	375 477	18.7	3.25	4.03	100 196
43（'68）	18 016	19.2	17.8	17.9	549 470	18.3	437 209	16.4	3.28	4.12	101 331
44（'69）	20 780	15.3	20.3	14.0	650 614	18.4	521 178	19.2	3.19	3.99	102 536
45（'70）	24 962	20.1	24.1	18.7	752 985	15.7	610 297	17.1	3.32	4.09	103 720 *
46（'71）	27 250	9.2	25.9	7.5	828 993	10.1	659 105	8.0	3.29	4.13	105 145
47（'72）	33 994	24.7	31.6	22.0	964 863	16.4	779 369	18.2	3.52	4.36	107 595
48（'73）	39 496	16.2	36.2	14.6	1 167 150	21.0	958 396	23.0	3.38	4.12	109 104
49（'74）	53 786	36.2	48.6	34.3	1 384 511	18.6	1 124 716	17.4	3.88	4.78	110 573
50（'75）	64 779	20.4	57.9	19.1	1 523 616	10.0	1 239 907	10.2	4.25	5.22	111 940 *
51（'76）	76 684	18.4	67.8	17.1	1 712 934	12.4	1 403 972	13.2	4.48	5.46	113 089
52（'77）	85 686	11.7	75.1	10.8	1 900 945	11.0	1 557 032	10.9	4.51	5.50	114 154
53（'78）	100 042	16.8	86.9	15.7	2 086 022	9.7	1 717 785	10.3	4.80	5.82	115 174
54（'79）	109 510	9.5	94.3	8.5	2 252 372	8.0	1 822 066	6.1	4.86	6.01	116 133
55（'80）	119 805	9.4	102.3	8.5	2 483 759	10.3	2 038 787	11.9	4.82	5.88	117 060 *
56（'81）	128 709	7.4	109.2	6.7	2 646 417	6.5	2 116 151	3.8	4.86	6.08	117 884
57（'82）	138 659	7.7	116.8	7.0	2 761 628	4.4	2 201 314	4.0	5.02	6.30	118 693
58（'83）	145 438	4.9	121.7	4.2	2 887 727	4.6	2 312 900	5.1	5.04	6.29	119 483
59（'84）	150 932	3.8	125.5	3.1	3 082 384	6.7	2 431 172	5.1	4.90	6.21	120 235
60（'85）	160 159	6.1	132.3	5.4	3 303 968	7.2	2 605 599	7.2	4.85	6.15	121 049 *
61（'86）	170 690	6.6	140.3	6.0	3 422 664	3.6	2 679 415	2.8	4.99	6.37	121 672
62（'87）	180 759	5.9	147.8	5.3	3 622 967	5.9	2 810 998	4.9	4.99	6.43	122 264
63（'88）	187 554	3.8	152.8	3.4	3 876 856	7.0	3 027 101	7.7	4.84	6.20	122 783
平成元年度（'89）	197 290	5.2	160.1	4.8	4 158 852	7.3	3 208 020	6.0	4.74	6.15	123 255
2（'90）	206 074	4.5	166.7	4.1	4 516 830	8.6	3 468 929	8.1	4.56	5.94	123 611 *
3（'91）	218 260	5.9	176.0	5.6	4 736 076	4.9	3 689 316	6.4	4.61	5.92	124 043
4（'92）	234 784	7.6	188.7	7.2	4 832 556	2.0	3 660 072	△ 0.8	4.86	6.41	124 452
5（'93）	243 631	3.8	195.3	3.5	4 826 076	△ 0.1	3 653 760	△ 0.2	5.05	6.67	124 764
6（'94）	257 908	5.9	206.3	5.6	4 893 788	1.4	3 700 109	1.3	5.27	6.97	125 034
7（'95）	269 577	4.5	214.7	4.1	4 977 400	1.7	3 689 367	△ 0.3	5.42	7.31	125 570 *
8（'96）	284 542	5.6	226.1	5.3	5 090 958	2.3	3 801 609	3.0	5.59	7.48	125 864
9（'97）	289 149	1.6	229.2	1.4	5 136 129	0.9	3 822 945	0.6	5.63	7.56	126 166
10（'98）	295 823	2.3	233.9	2.1	5 033 241	△ 2.0	3 689 757	△ 3.5	5.88	8.02	126 486
11（'99）	307 019	3.8	242.3	3.6	4 995 442	△ 0.8	3 643 409	△ 1.3	6.15	8.43	126 686
12（2000）	301 418	△ 1.8	237.5	△ 2.0	5 041 188	0.9	3 718 039	2.0	5.98	8.11	126 926 *
13（'01）	310 998	3.2	244.3	2.9	5 017 106	△ 0.5	3 667 838	△ 1.4	6.20	8.48	127 291
14（'02）	309 507	△ 0.5	242.9	△ 0.6	4 980 088	△ 0.7	3 638 901	△ 0.8	6.21	8.51	127 435
15（'03）	315 375	1.9	247.1	1.7	5 018 891	0.8	3 681 009	1.2	6.28	8.57	127 619
16（'04）	321 111	1.8	251.5	1.8	5 027 608	0.2	3 701 166	0.5	6.39	8.68	127 687
17（'05）	331 289	3.2	259.3	3.1	5 053 494	0.5	3 741 251	1.1	6.56	8.86	127 768 *
18（'06）	331 276	△ 0.0	259.3	△ 0.0	5 091 063	0.7	3 781 903	1.1	6.51	8.76	127 770
19（'07）	341 360	3.0	267.2	3.0	5 130 233	0.8	3 812 392	0.8	6.65	8.95	127 771
20（'08）	348 084	2.0	272.6	2.0	4 895 201	△ 4.6	3 550 380	△ 6.9	7.11	9.80	127 692
21（'09）	360 067	3.4	282.4	3.6	4 739 339	△ 3.2	3 443 848	△ 3.0	7.60	10.46	127 510
22（'10）	374 202	3.9	292.2	3.5	4 800 980	1.3	3 523 103	2.3	7.79	10.62	128 057 *
23（'11）	385 850	3.1	301.9	3.3	4 732 826	△ 1.4	3 467 557	△ 1.6	8.15	11.13	127 799

注:1）国内総生産(GDP)及び国民所得（NI）は、内閣府「国民経済計算」による。
　　2）総人口は、総務省統計局「国勢調査」（*印）及び「人口推計」（各年10月1日現在人口）による。
　　3）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。

第２表　制度区分別にみた国民医療費及び構成割合の年次推移

制度区分	推計額（億円） 平成19年度(2007)	20（'08）	21（'09）	22（'10）	23（'11）	対前年度増減率(%)	構成割合（%） 平成19年度(2007)	20（'08）	21（'09）	22（'10）	23（'11）
国民医療費	341 360	348 084	360 067	374 202	385 850	3.1	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
公費負担医療給付分	23 002	23 310	24 601	26 353	27 931	6.0	6.7	6.7	6.8	7.0	7.2
生活保護法	13 119	13 561	14 614	15 654	16 398	4.8	3.8	3.9	4.1	4.2	4.2
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	66	65	64	64	66	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
障害者自立支援法	2 424	2 687	2 925	3 159	3 425	8.4	0.7	0.8	0.8	0.8	0.9
その他 1)	7 393	6 996	6 998	7 475	8 043	7.6	2.2	2.0	1.9	2.0	2.1
感染症法（結核）(再掲) 2)	49	52	29	48	46	△ 4.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
医療保険等給付分	167 576	169 548	173 368	178 950	183 360	2.5	49.1	48.7	48.1	47.8	47.5
医療保険	164 782	166 798	170 769	176 132	180 466	2.5	48.3	47.9	47.4	47.1	46.8
被用者保険	78 163	80 038	81 615	84 348	86 234	2.2	22.9	23.0	22.7	22.5	22.3
被保険者	38 838	39 636	40 452	41 936	42 974	2.5	11.4	11.4	11.2	11.2	11.1
被扶養者	34 848	35 964	36 733	38 109	38 897	2.1	10.2	10.3	10.2	10.2	10.1
高齢者 3)	4 477	4 439	4 430	4 304	4 363	1.4	1.3	1.3	1.2	1.2	1.1
協会管掌健康保険 4)	38 871	39 637	40 510	41 973	42 919	2.3	11.4	11.4	11.3	11.2	11.1
組合管掌健康保険	29 640	30 572	31 094	31 906	32 595	2.2	8.7	8.8	8.6	8.5	8.4
船員保険	210	209	205	190	194	2.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
国家公務員共済組合	2 153	2 181	2 210	2 270	2 323	2.3	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
地方公務員共済組合	6 345	6 460	6 585	6 946	7 109	2.3	1.9	1.9	1.8	1.9	1.8
私立学校教職員共済組合	944	979	1 011	1 064	1 095	2.9	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
国民健康保険	86 619	86 759	89 154	91 784	94 231	2.7	25.4	24.9	24.8	24.5	24.4
高齢者以外	61 908	62 368	64 097	65 488	66 773	2.0	18.1	17.9	17.8	17.5	17.3
高齢者 3)	24 711	24 391	25 057	26 296	27 459	4.4	7.2	7.0	7.0	7.0	7.1
退職者医療制度（再掲）	27 888	5 664	5 526	5 985	6 549	9.4	8.2	1.6	1.5	1.6	1.7
その他	2 793	2 750	2 599	2 818	2 894	2.7	0.8	0.8	0.7	0.8	0.8
労働者災害補償保険	2 242	2 238	2 106	2 194	2 265	3.2	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6
その他 5)	551	512	493	624	629	0.8	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2
後期高齢者医療給付分 6)	102 785	104 273	110 307	116 876	122 533	4.8	30.1	30.0	30.6	31.2	31.8
患者等負担分	47 996	49 141	49 928	50 151	50 085	△ 0.1	14.1	14.1	13.9	13.4	13.0
全額自費	4 147	4 408	4 434	4 702	4 758	1.2	1.2	1.3	1.2	1.3	1.2
公費・保険又は後期高齢者の一部負担	43 850	44 732	45 494	45 449	45 327	△ 0.3	12.8	12.9	12.6	12.1	11.7
軽減特例措置 7)	・	1 813	1 864	1 872	1 941	3.7	・	0.5	0.5	0.5	0.5

注:1）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。
2）平成19年4月から、結核予防法が感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に統合された。
3）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。
4）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は協会管掌健康保険として全国健康保険協会が運営することとなった。
5）国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法、独立行政法人日本スポーツ振興センター法、防衛省の職員の給与等に関する法律、公害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等の医療費である。
6）平成20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遅れ分を含む。
7）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。

第３表　財源別にみた国民医療費及び構成割合の年次推移

年次	国民医療費	公費 総数	公費 国庫	公費 地方	保険料 総数	保険料 事業主	保険料 被保険者	その他 総数	その他 患者負担（再掲）
	推計額（億円）								
平成14年度 (2002)	309 507	105 447	78 113	27 334	160 762	67 750	93 011	43 298	43 062
15 ('03)	315 375	110 617	81 085	29 532	157 778	65 969	91 809	46 980	46 749
16 ('04)	321 111	115 218	84 121	31 097	159 476	66 131	93 345	46 417	46 196
17 ('05)	331 289	121 162	83 544	37 618	162 341	67 164	95 177	47 786	47 572
18 ('06)	331 276	121 746	82 367	39 379	161 773	66 529	95 244	47 757	47 555
19 ('07)	341 360	125 744	84 794	40 949	167 426	68 990	98 436	48 190	47 996
20 ('08)	348 084	129 053	87 234	41 819	169 709	71 110	98 599	49 323	49 141
21 ('09)	360 067	134 933	91 271	43 662	175 032	73 211	101 821	50 102	49 928
22 ('10)	374 202	142 562	97 037	45 525	181 319	75 380	105 939	50 322	47 573
23 ('11)	385 850	148 079	100 307	47 772	187 518	77 964	109 555	50 252	47 416
〔対前年度増減率(%)〕	(3.1)	(3.9)	(3.4)	(4.9)	(3.4)	(3.4)	(3.4)	(△ 0.1)	(△ 0.3)
	構成割合（%）								
平成14年度 (2002)	100.0	34.1	25.2	8.8	51.9	21.9	30.1	14.0	13.9
15 ('03)	100.0	35.1	25.7	9.4	50.0	20.9	29.1	14.9	14.8
16 ('04)	100.0	35.9	26.2	9.7	49.7	20.6	29.1	14.5	14.4
17 ('05)	100.0	36.6	25.2	11.4	49.0	20.3	28.7	14.4	14.4
18 ('06)	100.0	36.8	24.9	11.9	48.8	20.1	28.8	14.4	14.4
19 ('07)	100.0	36.8	24.8	12.0	49.0	20.2	28.8	14.1	14.1
20 ('08)	100.0	37.1	25.1	12.0	48.8	20.4	28.3	14.2	14.1
21 ('09)	100.0	37.5	25.3	12.1	48.6	20.3	28.3	13.9	13.9
22 ('10)	100.0	38.1	25.9	12.2	48.5	20.1	28.3	13.4	12.7
23 ('11)	100.0	38.4	26.0	12.4	48.6	20.2	28.4	13.0	12.3

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。
2）その他の総数には原因者負担（公害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等）を含む。
3）自動車交通事故による自賠責保険の支払いは、平成21年度までは患者負担に、平成22年度以降は原因者負担に含めている。

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	平成20年度（2008）	21（'09）	22（'10）	23（'11）	対前年度増減率(%)
	推計額（億円）				
国民医療費	348 084	360 067	374 202	385 850	3.1
医科診療医療費	254 452	262 041	272 228	278 129	2.2
病院	172 298	178 848	188 276	192 816	2.4
一般診療所	82 154	83 193	83 953	85 314	1.6
入院医療費	128 205	132 559	140 908	143 754	2.0
病院	123 685	128 266	136 416	139 394	2.2
一般診療所	4 520	4 293	4 492	4 359	△ 3.0
入院外医療費	126 247	129 482	131 320	134 376	2.3
病院	48 613	50 582	51 860	53 421	3.0
一般診療所	77 634	78 900	79 460	80 954	1.9
歯科診療医療費	25 777	25 587	26 020	26 757	2.8
薬局調剤医療費	53 955	58 228	61 412	66 288	7.9
入院時食事・生活医療費	8 152	8 161	8 297	8 231	△ 0.8
訪問看護医療費	605	665	740	808	9.2
療養費等	5 143	5 384	5 505	5 637	2.4
補装具（再掲）	356	374	425	435	2.4
柔道整復師（再掲）	3 964	4 068	4 109	4 127	0.4
あん摩・マッサージ（再掲）	375	468	519	563	8.5
はり・きゅう（再掲）	268	298	317	354	11.7
	構成割合（%）				
国民医療費	100.0	100.0	100.0	100.0	・
医科診療医療費	73.1	72.8	72.7	72.1	・
病院	49.5	49.7	50.3	50.0	・
一般診療所	23.6	23.1	22.4	22.1	・
入院医療費	36.8	36.8	37.7	37.3	・
病院	35.5	35.6	36.5	36.1	・
一般診療所	1.3	1.2	1.2	1.1	・
入院外医療費	36.3	36.0	35.1	34.8	・
病院	14.0	14.0	13.9	13.8	・
一般診療所	22.3	21.9	21.2	21.0	・
歯科診療医療費	7.4	7.1	7.0	6.9	・
薬局調剤医療費	15.5	16.2	16.4	17.2	・
入院時食事・生活医療費	2.3	2.3	2.2	2.1	・
訪問看護医療費	0.2	0.2	0.2	0.2	・
療養費等	1.5	1.5	1.5	1.5	・
補装具（再掲）	0.1	0.1	0.1	0.1	・
柔道整復師（再掲）	1.1	1.1	1.1	1.1	・
あん摩・マッサージ（再掲）	0.1	0.1	0.1	0.1	・
はり・きゅう（再掲）	0.1	0.1	0.1	0.1	・

（3－1）

第５表　性、年齢階級、医科診療－歯科診療－薬局調剤別にみた国民医療費・構成割合・人口一人当たり国民医療費

平成23年度（2011）

性・年齢階級	国民医療費	医科診療医療費（再掲） 総数	入院	入院外	歯科診療医療費（再掲）	薬局調剤医療費（再掲）
	推計額（億円）					
総数	385 850	278 129	143 754	134 376	26 757	66 288
0 ～ 4 歳	12 418	9 804	4 347	5 457	413	1 894
5 ～ 9	7 087	4 225	1 002	3 224	1 100	1 601
10 ～ 14	5 330	3 515	945	2 570	610	1 073
15 ～ 19	4 292	2 887	1 063	1 824	571	722
20 ～ 24	4 945	3 221	1 265	1 956	778	795
25 ～ 29	7 102	4 646	1 906	2 741	1 074	1 155
30 ～ 34	9 307	6 154	2 608	3 546	1 305	1 545
35 ～ 39	12 213	8 025	3 316	4 709	1 645	2 136
40 ～ 44	13 398	8 855	3 581	5 273	1 661	2 432
45 ～ 49	14 264	9 657	4 078	5 579	1 568	2 539
50 ～ 54	17 167	11 861	5 285	6 576	1 670	3 007
55 ～ 59	23 984	16 966	8 031	8 935	2 024	4 081
60 ～ 64	39 846	28 574	13 897	14 677	2 982	6 800
65 ～ 69	37 883	27 418	13 784	13 634	2 486	6 618
70 ～ 74	45 388	32 898	16 919	15 979	2 623	8 226
75 ～ 79	47 888	35 265	19 524	15 741	2 040	8 699
80 ～ 84	40 888	30 713	18 569	12 143	1 308	7 083
85歳以上	42 451	33 445	23 633	9 811	899	5 882
	構成割合（%）					
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0 ～ 4 歳	3.2	3.5	3.0	4.1	1.5	2.9
5 ～ 9	1.8	1.5	0.7	2.4	4.1	2.4
10 ～ 14	1.4	1.3	0.7	1.9	2.3	1.6
15 ～ 19	1.1	1.0	0.7	1.4	2.1	1.1
20 ～ 24	1.3	1.2	0.9	1.5	2.9	1.2
25 ～ 29	1.8	1.7	1.3	2.0	4.0	1.7
30 ～ 34	2.4	2.2	1.8	2.6	4.9	2.3
35 ～ 39	3.2	2.9	2.3	3.5	6.1	3.2
40 ～ 44	3.5	3.2	2.5	3.9	6.2	3.7
45 ～ 49	3.7	3.5	2.8	4.2	5.9	3.8
50 ～ 54	4.4	4.3	3.7	4.9	6.2	4.5
55 ～ 59	6.2	6.1	5.6	6.6	7.6	6.2
60 ～ 64	10.3	10.3	9.7	10.9	11.1	10.3
65 ～ 69	9.8	9.9	9.6	10.1	9.3	10.0
70 ～ 74	11.8	11.8	11.8	11.9	9.8	12.4
75 ～ 79	12.4	12.7	13.6	11.7	7.6	13.1
80 ～ 84	10.6	11.0	12.9	9.0	4.9	10.7
85歳以上	11.0	12.0	16.4	7.3	3.4	8.9
	人口一人当たり国民医療費（千円）					
総数	301.9	217.6	112.5	105.1	20.9	51.9
0 ～ 4 歳	234.2	184.9	82.0	102.9	7.8	35.7
5 ～ 9	129.1	77.0	18.2	58.7	20.0	29.2
10 ～ 14	90.2	59.5	16.0	43.5	10.3	18.1
15 ～ 19	70.7	47.5	17.5	30.0	9.4	11.9
20 ～ 24	77.6	50.6	19.9	30.7	12.2	12.5
25 ～ 29	98.4	64.4	26.4	38.0	14.9	16.0
30 ～ 34	115.0	76.0	32.2	43.8	16.1	19.1
35 ～ 39	125.8	82.6	34.1	48.5	16.9	22.0
40 ～ 44	143.8	95.1	38.4	56.6	17.8	26.1
45 ～ 49	179.1	121.2	51.2	70.0	19.7	31.9
50 ～ 54	224.7	155.3	69.2	86.1	21.9	39.4
55 ～ 59	288.3	203.9	96.5	107.4	24.3	49.1
60 ～ 64	374.8	268.8	130.7	138.0	28.0	64.0
65 ～ 69	481.9	348.8	175.3	173.4	31.6	84.2
70 ～ 74	631.8	457.9	235.5	222.4	36.5	114.5
75 ～ 79	779.6	574.1	317.8	256.2	33.2	141.6
80 ～ 84	909.8	683.4	413.2	270.2	29.1	157.6
85歳以上	1 042.8	821.5	580.5	241.0	22.1	144.5

（3－2）

第５表　性、年齢階級、医科診療－歯科診療－薬局調剤別にみた国民医療費・構成割合・人口一人当たり国民医療費

平成23年度（2011）

性・年齢階級	国民医療費	医科診療医療費（再掲） 総数	入院	入院外	歯科診療医療費（再掲）	薬局調剤医療費（再掲）
	推計額（億円）					
男	185 431	135 690	72 021	63 669	12 385	30 428
0 ～ 4 歳	6 798	5 370	2 416	2 954	217	1 041
5 ～ 9	3 893	2 341	570	1 771	571	894
10 ～ 14	2 981	1 989	527	1 463	305	613
15 ～ 19	2 274	1 572	606	966	265	376
20 ～ 24	2 165	1 428	620	807	337	334
25 ～ 29	2 879	1 833	747	1 085	474	479
30 ～ 34	3 841	2 447	990	1 457	597	668
35 ～ 39	5 490	3 561	1 472	2 089	765	974
40 ～ 44	6 557	4 371	1 874	2 497	780	1 172
45 ～ 49	7 244	4 976	2 266	2 711	733	1 268
50 ～ 54	8 923	6 287	3 061	3 225	776	1 516
55 ～ 59	12 920	9 375	4 847	4 528	954	2 077
60 ～ 64	21 768	16 045	8 507	7 539	1 424	3 461
65 ～ 69	20 287	15 123	8 270	6 853	1 177	3 246
70 ～ 74	23 312	17 383	9 588	7 795	1 230	3 850
75 ～ 79	23 128	17 479	10 109	7 370	930	3 828
80 ～ 84	17 783	13 646	8 382	5 264	554	2 835
85歳以上	13 190	10 464	7 168	3 296	296	1 795
	構成割合（%）					
男	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0 ～ 4 歳	3.7	4.0	3.4	4.6	1.7	3.4
5 ～ 9	2.1	1.7	0.8	2.8	4.6	2.9
10 ～ 14	1.6	1.5	0.7	2.3	2.5	2.0
15 ～ 19	1.2	1.2	0.8	1.5	2.1	1.2
20 ～ 24	1.2	1.1	0.9	1.3	2.7	1.1
25 ～ 29	1.6	1.4	1.0	1.7	3.8	1.6
30 ～ 34	2.1	1.8	1.4	2.3	4.8	2.2
35 ～ 39	3.0	2.6	2.0	3.3	6.2	3.2
40 ～ 44	3.5	3.2	2.6	3.9	6.3	3.9
45 ～ 49	3.9	3.7	3.1	4.3	5.9	4.2
50 ～ 54	4.8	4.6	4.3	5.1	6.3	5.0
55 ～ 59	7.0	6.9	6.7	7.1	7.7	6.8
60 ～ 64	11.7	11.8	11.8	11.8	11.5	11.4
65 ～ 69	10.9	11.1	11.5	10.8	9.5	10.7
70 ～ 74	12.6	12.8	13.3	12.2	9.9	12.7
75 ～ 79	12.5	12.9	14.0	11.6	7.5	12.6
80 ～ 84	9.6	10.1	11.6	8.3	4.5	9.3
85歳以上	7.1	7.7	10.0	5.2	2.4	5.9
	人口一人当たり国民医療費（千円）					
男	298.2	218.2	115.8	102.4	19.9	48.9
0 ～ 4 歳	250.3	197.7	88.9	108.8	8.0	38.3
5 ～ 9	138.5	83.3	20.3	63.0	20.3	31.8
10 ～ 14	98.5	65.7	17.4	48.3	10.1	20.2
15 ～ 19	72.9	50.4	19.4	31.0	8.5	12.1
20 ～ 24	66.5	43.9	19.1	24.8	10.3	10.3
25 ～ 29	78.4	49.9	20.4	29.6	12.9	13.1
30 ～ 34	93.5	59.6	24.1	35.5	14.5	16.3
35 ～ 39	111.5	72.3	29.9	42.4	15.5	19.8
40 ～ 44	139.4	92.9	39.8	53.1	16.6	24.9
45 ～ 49	180.9	124.3	56.6	67.7	18.3	31.7
50 ～ 54	233.6	164.6	80.2	84.5	20.3	39.7
55 ～ 59	313.0	227.1	117.4	109.7	23.1	50.3
60 ～ 64	417.2	307.5	163.0	144.5	27.3	66.3
65 ～ 69	539.8	402.4	220.1	182.4	31.3	86.4
70 ～ 74	699.0	521.2	287.5	233.7	36.9	115.4
75 ～ 79	863.3	652.5	377.4	275.1	34.7	142.9
80 ～ 84	1 008.7	774.0	475.4	298.6	31.4	160.8
85歳以上	1 150.9	913.1	625.5	287.6	25.9	156.6

（3－3）

第５表　性、年齢階級、医科診療－歯科診療－薬局調剤別にみた国民医療費・構成割合・人口一人当たり国民医療費

平成23年度（2011）

性・年齢階級	国民医療費	医科診療医療費（再掲） 総数	入院	入院外	歯科診療医療費（再掲）	薬局調剤医療費（再掲）
	推計額（億円）					
女	200 420	142 439	71 733	70 706	14 372	35 860
0 ～ 4 歳	5 620	4 434	1 931	2 503	197	852
5 ～ 9	3 194	1 885	432	1 453	528	707
10 ～ 14	2 349	1 526	419	1 107	305	460
15 ～ 19	2 019	1 315	457	858	306	345
20 ～ 24	2 780	1 794	645	1 149	441	462
25 ～ 29	4 223	2 814	1 158	1 655	600	675
30 ～ 34	5 467	3 707	1 618	2 089	708	877
35 ～ 39	6 723	4 464	1 843	2 621	879	1 162
40 ～ 44	6 841	4 484	1 707	2 777	881	1 260
45 ～ 49	7 021	4 681	1 812	2 869	835	1 271
50 ～ 54	8 244	5 574	2 224	3 350	894	1 491
55 ～ 59	11 063	7 591	3 183	4 408	1 070	2 004
60 ～ 64	18 078	12 529	5 391	7 138	1 558	3 339
65 ～ 69	17 596	12 295	5 514	6 781	1 310	3 373
70 ～ 74	22 076	15 515	7 331	8 184	1 393	4 376
75 ～ 79	24 760	17 785	9 414	8 371	1 110	4 871
80 ～ 84	23 105	17 067	10 187	6 879	754	4 248
85歳以上	29 261	22 980	16 465	6 515	603	4 087
	構成割合（%）					
女	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0 ～ 4 歳	2.8	3.1	2.7	3.5	1.4	2.4
5 ～ 9	1.6	1.3	0.6	2.1	3.7	2.0
10 ～ 14	1.2	1.1	0.6	1.6	2.1	1.3
15 ～ 19	1.0	0.9	0.6	1.2	2.1	1.0
20 ～ 24	1.4	1.3	0.9	1.6	3.1	1.3
25 ～ 29	2.1	2.0	1.6	2.3	4.2	1.9
30 ～ 34	2.7	2.6	2.3	3.0	4.9	2.4
35 ～ 39	3.4	3.1	2.6	3.7	6.1	3.2
40 ～ 44	3.4	3.1	2.4	3.9	6.1	3.5
45 ～ 49	3.5	3.3	2.5	4.1	5.8	3.5
50 ～ 54	4.1	3.9	3.1	4.7	6.2	4.2
55 ～ 59	5.5	5.3	4.4	6.2	7.4	5.6
60 ～ 64	9.0	8.8	7.5	10.1	10.8	9.3
65 ～ 69	8.8	8.6	7.7	9.6	9.1	9.4
70 ～ 74	11.0	10.9	10.2	11.6	9.7	12.2
75 ～ 79	12.4	12.5	13.1	11.8	7.7	13.6
80 ～ 84	11.5	12.0	14.2	9.7	5.2	11.8
85歳以上	14.6	16.1	23.0	9.2	4.2	11.4
	人口一人当たり国民医療費（千円）					
女	305.4	217.1	109.3	107.8	21.9	54.7
0 ～ 4 歳	217.2	171.4	74.6	96.8	7.6	33.0
5 ～ 9	119.2	70.4	16.1	54.2	19.7	26.4
10 ～ 14	81.5	52.9	14.5	38.4	10.6	15.9
15 ～ 19	68.2	44.4	15.4	29.0	10.3	11.7
20 ～ 24	89.2	57.6	20.7	36.9	14.2	14.8
25 ～ 29	119.1	79.3	32.7	46.7	16.9	19.0
30 ～ 34	137.1	93.0	40.6	52.4	17.8	22.0
35 ～ 39	140.5	93.3	38.5	54.8	18.4	24.3
40 ～ 44	148.4	97.3	37.0	60.2	19.1	27.3
45 ～ 49	177.2	118.1	45.7	72.4	21.1	32.1
50 ～ 54	215.8	145.9	58.2	87.7	23.4	39.0
55 ～ 59	263.9	181.1	75.9	105.1	25.5	47.8
60 ～ 64	333.9	231.4	99.6	131.8	28.8	61.7
65 ～ 69	428.9	299.7	134.4	165.3	31.9	82.2
70 ～ 74	573.7	403.2	190.5	212.7	36.2	113.7
75 ～ 79	714.8	513.4	271.8	241.7	32.1	140.6
80 ～ 84	846.0	624.9	373.0	251.9	27.6	155.6
85歳以上	1 000.4	785.7	562.9	222.7	20.6	139.7

政策解説資料

（3－1）

第6表　性、傷病分類、入院－入院外別 にみた医科診療医療費

（単位：億円）　　平成23年度（2011）

性・傷病分類	総数 総数	総数 0～14歳	総数 15～44歳	総数 45～64歳	総数 65歳以上	総数 70歳以上（再掲）	総数 75歳以上（再掲）	入院 総数	入院 0～14歳	入院 15～44歳	入院 45～64歳	入院 65歳以上	入院 70歳以上（再掲）	入院 75歳以上（再掲）	入院外 総数	入院外 0～14歳	入院外 15～44歳	入院外 45～64歳	入院外 65歳以上	入院外 70歳以上（再掲）	入院外 75歳以上（再掲）
総数	278 129	17 544	33 788	67 059	159 738	132 320	99 422	143 754	6 294	13 739	31 292	92 429	78 645	61 726	134 376	11 251	20 049	35 767	67 309	53 675	37 696
Ⅰ 感染症及び寄生虫症	6 518	1 023	1 198	1 511	2 786	2 261	1 675	2 575	245	274	493	1 562	1 353	1 089	3 944	778	925	1 017	1 223	909	586
結核（再掲）	290	2	33	51	204	183	158	225	1	21	35	168	153	135	66	1	12	16	36	29	23
ウイルス肝炎（再掲）	1 794	6	187	660	941	707	464	416	4	37	123	252	205	152	1 378	3	150	536	689	502	312
Ⅱ 新生物	36 381	438	3 188	11 543	21 213	16 211	10 765	24 359	364	1 885	7 345	14 765	11 375	7 663	12 023	74	1 303	4 198	6 448	4 836	3 102
悪性新生物（再掲）	31 831	286	1 845	10 027	19 673	15 066	10 024	21 708	263	1 135	6 508	13 801	10 646	7 179	10 124	23	710	3 519	5 872	4 419	2 845
胃の悪性新生物（再掲）	3 267	0	85	837	2 345	1 884	1 310	2 404	0	52	590	1 762	1 428	1 009	863	0	33	247	583	456	302
結腸及び直腸の悪性新生物（再掲）	5 283	0	174	1 706	3 403	2 595	1 701	3 384	0	87	1 002	2 295	1 801	1 234	1 899	0	87	703	1 109	794	466
肝及び肝内胆管の悪性新生物（再掲）	1 528	9	21	342	1 156	938	652	1 276	8	14	276	979	798	557	252	1	7	66	178	140	95
気管，気管支及び肺の悪性新生物（再掲）	4 070	1	89	1 201	2 779	2 065	1 329	3 027	1	53	863	2 109	1 576	1 025	1 043	0	35	337	670	489	304
乳房の悪性新生物（再掲）	2 667	0	380	1 399	888	588	344	973	0	122	469	382	271	173	1 694	0	258	930	506	317	171
子宮の悪性新生物（再掲）	849	0	158	410	282	191	113	607	－	106	296	205	141	84	243	0	52	114	76	50	29
Ⅲ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	2 356	217	562	493	1 084	916	711	1 306	110	190	234	773	670	539	1 049	107	372	260	311	246	172
Ⅳ 内分泌，栄養及び代謝疾患	19 928	507	1 772	5 873	11 775	9 303	6 511	4 825	119	283	956	3 468	3 016	2 435	15 102	388	1 489	4 918	8 307	6 287	4 076
糖尿病（再掲）	12 152	25	665	3 703	7 759	6 107	4 237	3 314	11	153	721	2 430	2 077	1 630	8 838	15	512	2 982	5 329	4 029	2 607
Ⅴ 精神及び行動の障害	19 050	316	4 146	6 744	7 844	5 997	4 200	13 943	88	2 136	5 198	6 521	4 956	3 439	5 108	228	2 010	1 546	1 323	1 041	760
血管性及び詳細不明の認知症（再掲）	1 786	0	2	78	1 706	1 622	1 459	1 486	0	1	70	1 414	1 341	1 200	300	0	0	8	291	282	259
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	10 253	10	2 127	4 560	3 556	2 347	1 303	8 738	7	1 452	3 958	3 322	2 198	1 217	1 515	3	675	602	235	149	86
気分（感情）障害（躁うつ病を含む）（再掲）	3 203	9	944	1 014	1 236	976	690	1 544	4	244	477	820	659	476	1 659	5	701	536	417	318	215
Ⅵ 神経系の疾患	11 973	559	1 839	2 531	7 044	6 129	4 919	8 208	388	1 152	1 612	5 055	4 446	3 623	3 765	170	687	918	1 989	1 683	1 296
アルツハイマー病（再掲）	2 196	0	1	76	2 119	2 030	1 847	1 548	0	1	60	1 487	1 419	1 287	648	0	0	16	632	611	559
Ⅶ 眼及び付属器の疾患	9 730	573	1 174	2 079	5 903	4 853	3 402	2 540	52	126	564	1 797	1 492	1 065	7 189	521	1 048	1 515	4 106	3 361	2 338
白内障（再掲）	2 637	2	26	377	2 232	1 903	1 367	1 276	2	15	179	1 080	929	680	1 361	1	11	198	1 152	974	687
Ⅷ 耳及び乳様突起の疾患	1 842	538	293	383	628	482	316	437	75	73	118	172	127	82	1 405	463	221	265	456	355	234
Ⅸ 循環器系の疾患	57 926	172	1 761	12 251	43 741	37 385	29 314	32 481	114	967	6 047	25 352	22 062	17 784	25 445	59	793	6 204	18 389	15 323	11 530
高血圧性疾患（再掲）	19 082	2	397	4 593	14 090	11 877	9 157	2 327	2	19	180	2 126	1 996	1 787	16 755	1	378	4 413	11 963	9 881	7 369
心疾患（高血圧性のものを除く）（再掲）	17 020	115	612	3 402	12 891	11 009	8 605	12 409	75	425	2 485	9 424	8 066	6 344	4 611	40	187	917	3 467	2 943	2 261
虚血性心疾患（再掲）	7 553	3	166	1 818	5 566	4 543	3 283	5 273	2	114	1 355	3 803	3 060	2 165	2 279	1	52	463	1 763	1 483	1 118
脳血管疾患（再掲）	17 894	31	469	3 291	14 102	12 318	9 978	14 825	24	382	2 730	11 689	10 248	8 377	3 068	7	87	561	2 413	2 070	1 601
Ⅹ 呼吸器系の疾患	21 707	6 395	3 573	2 608	9 130	8 135	6 808	9 000	1 146	596	796	6 462	5 990	5 269	12 707	5 249	2 977	1 813	2 668	2 145	1 539
肺炎（再掲）	3 506	450	133	240	2 683	2 520	2 262	3 301	408	87	202	2 604	2 456	2 213	205	42	45	38	79	65	49
慢性閉塞性肺疾患（再掲）	1 441	6	24	135	1 275	1 163	986	725	2	5	47	671	628	554	715	4	19	89	604	535	432
喘息（再掲）	3 557	1 476	511	499	1 071	905	697	586	180	32	51	322	294	255	2 971	1 296	479	447	749	611	442
ⅩⅠ 消化器系の疾患	16 505	426	2 549	4 335	9 195	7 606	5 684	8 725	273	997	2 030	5 426	4 623	3 621	7 780	153	1 552	2 305	3 770	2 982	2 063
胃及び十二指腸の疾患（再掲）	4 784	28	676	1 361	2 719	2 234	1 648	1 018	4	69	228	716	628	518	3 766	24	607	1 132	2 003	1 606	1 130
肝疾患（再掲）	1 810	18	195	591	1 006	788	539	865	10	65	260	530	429	310	946	8	130	332	476	359	229
ⅩⅡ 皮膚及び皮下組織の疾患	4 894	1 072	1 384	983	1 455	1 188	883	1 004	73	119	194	617	549	462	3 889	999	1 265	788	838	639	421
ⅩⅢ 筋骨格系及び結合組織の疾患	20 898	466	1 946	5 136	13 350	11 188	8 168	8 732	253	632	1 919	5 929	5 046	3 799	12 166	213	1 315	3 218	7 421	6 142	4 369
関節症（再掲）	4 815	3	94	1 034	3 685	3 154	2 305	2 438	1	44	556	1 838	1 569	1 141	2 377	2	50	478	1 848	1 586	1 165
脊椎障害（脊椎症を含む）（再掲）	4 931	3	166	1 014	3 747	3 194	2 349	2 203	1	55	472	1 675	1 415	1 044	2 727	2	111	542	2 072	1 779	1 304
ⅩⅣ 腎尿路生殖器系の疾患	19 833	234	2 404	6 021	11 174	8 869	6 292	5 555	160	505	1 081	3 809	3 286	2 599	14 277	74	1 898	4 940	7 365	5 583	3 692
糸球体疾患，腎尿細管間質性疾患及び腎不全（再掲）	14 726	168	1 070	4 840	8 648	6 769	4 738	3 892	109	195	743	2 845	2 462	1 954	10 834	59	875	4 096	5 803	4 306	2 783
ⅩⅤ 妊娠，分娩及び産じょく	2 122	5	2 108	8	1	1	0	1 867	4	1 857	6	0	0	0	255	1	251	2	1	0	0
ⅩⅥ 周産期に発生した病態	1 876	1 808	64	4	0	0	0	1 595	1 537	54	4	0	0	0	281	271	10	0	0	0	0
ⅩⅦ 先天奇形，変形及び染色体異常	1 740	1 196	270	149	125	91	58	1 233	887	183	97	66	47	30	506	309	87	52	59	44	28
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	3 954	323	575	821	2 235	1 910	1 503	1 824	112	119	270	1 323	1 191	1 011	2 130	211	456	551	912	719	492
ⅩⅨ 損傷，中毒及びその他の外因の影響	18 898	1 278	2 981	3 584	11 055	9 795	8 211	13 544	294	1 590	2 328	9 332	8 416	7 215	5 354	984	1 390	1 257	1 723	1 380	997
骨折（再掲）	10 245	362	1 007	1 625	7 252	6 626	5 762	8 378	139	655	1 181	6 403	5 915	5 220	1 867	222	352	444	849	711	542

注：傷病分類は、「ＩＣＤ－10（2003年版）準拠」による。

（3－2）

第6表　性、傷病分類、入院－入院外別 にみた医科診療医療費

（単位：億円）　　平成23年度（2011）

性・傷病分類	総数							入院							入院外						
	総数	0～14歳	15～44歳	45～64歳	65歳以上	70歳以上（再掲）	75歳以上（再掲）	総数	0～14歳	15～44歳	45～64歳	65歳以上	70歳以上（再掲）	75歳以上（再掲）	総数	0～14歳	15～44歳	45～64歳	65歳以上	70歳以上（再掲）	75歳以上（再掲）
男	135 690	9 700	15 211	36 684	74 096	58 972	41 589	72 021	3 512	6 310	18 681	43 518	35 247	25 659	63 669	6 188	8 901	18 002	30 578	23 725	15 930
Ⅰ 感染症及び寄生虫症	3 358	545	609	875	1 329	1 048	751	1 358	135	147	310	766	642	493	2 000	410	462	565	563	407	257
結核（再掲）	171	1	18	36	116	102	86	135	1	12	26	96	86	73	36	0	6	9	20	16	12
ウイルス肝炎（再掲）	951	3	120	400	427	307	195	220	2	23	82	114	87	60	730	2	97	318	314	220	135
Ⅱ 新生物	19 887	233	943	5 725	12 986	9 891	6 432	13 803	196	620	3 991	8 995	6 816	4 419	6 084	37	323	1 734	3 991	3 075	2 013
悪性新生物（再掲）	18 348	160	698	5 236	12 255	9 349	6 090	12 860	147	490	3 698	8 525	6 466	4 196	5 488	13	208	1 538	3 729	2 883	1 895
胃の悪性新生物（再掲）	2 232	0	43	580	1 610	1 273	851	1 659	0	27	420	1 212	964	652	573	0	16	160	397	308	199
結腸及び直腸の悪性新生物（再掲）	3 155	0	95	1 061	1 999	1 477	909	1 999	0	47	629	1 322	1 002	641	1 156	0	48	432	676	475	268
肝及び肝内胆管の悪性新生物（再掲）	1 061	5	14	275	767	604	405	886	5	10	224	648	512	344	175	0	4	51	120	92	61
気管，気管支及び肺の悪性新生物（再掲）	2 731	1	52	802	1 877	1 375	868	2 074	1	31	590	1 452	1 070	681	657	0	20	212	424	305	187
乳房の悪性新生物（再掲）	11	0	1	4	7	5	3	6	－	0	2	4	3	2	5	0	0	2	3	2	1
子宮の悪性新生物（再掲）	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・
Ⅲ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1 172	153	284	244	490	400	295	612	64	68	127	353	294	224	560	89	216	117	138	106	72
Ⅳ 内分泌，栄養及び代謝疾患	9 602	297	856	3 275	5 173	3 904	2 534	2 321	66	160	607	1 488	1 218	895	7 281	231	697	2 668	3 685	2 686	1 639
糖尿病（再掲）	6 828	11	415	2 411	3 990	2 987	1 905	1 692	5	99	479	1 108	888	631	5 136	7	315	1 932	2 882	2 099	1 274
Ⅴ 精神及び行動の障害	9 210	204	2 114	3 775	3 117	2 184	1 356	6 851	43	1 133	2 991	2 685	1 870	1 147	2 359	161	981	784	433	315	210
血管性及び詳細不明の認知症（再掲）	643	0	1	52	590	539	448	557	0	1	47	509	463	382	86	0	0	5	81	76	66
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	5 208	5	1 179	2 532	1 492	898	437	4 423	3	809	2 209	1 403	847	411	785	2	370	323	90	51	26
気分（感情）障害（躁うつ病を含む）（再掲）	1 261	4	421	495	342	248	156	558	1	98	234	225	164	104	703	2	323	260	118	84	52
Ⅵ 神経系の疾患	5 590	314	1 038	1 404	2 833	2 361	1 777	3 885	220	672	906	2 086	1 759	1 349	1 705	94	366	498	747	601	428
アルツハイマー病（再掲）	706	0	1	39	666	624	545	532	－	0	32	499	465	406	174	0	0	7	167	159	139
Ⅶ 眼及び付属器の疾患	4 060	284	477	941	2 358	1 910	1 303	1 180	29	81	313	757	612	420	2 881	255	396	629	1 601	1 298	883
白内障（再掲）	1 041	1	17	169	853	719	505	521	1	10	86	423	358	255	520	0	7	84	429	360	250
Ⅷ 耳及び乳様突起の疾患	801	290	121	155	234	176	110	193	43	38	50	63	44	27	609	248	83	106	172	131	84
Ⅸ 循環器系の疾患	29 539	94	1 129	7 861	20 454	16 609	12 025	17 520	64	646	4 290	12 520	10 297	7 595	12 019	30	483	3 571	7 934	6 312	4 429
高血圧性疾患（再掲）	8 238	2	272	2 548	5 416	4 321	3 072	867	1	12	118	736	657	544	7 371	0	260	2 430	4 680	3 664	2 528
心疾患（高血圧性のものを除く）（再掲）	9 835	63	427	2 555	6 789	5 482	3 935	7 301	42	316	1 940	5 002	4 028	2 891	2 535	21	111	616	1 787	1 454	1 044
虚血性心疾患（再掲）	5 050	2	139	1 490	3 420	2 651	1 776	3 713	1	103	1 156	2 454	1 874	1 227	1 337	1	36	334	966	778	549
脳血管疾患（再掲）	9 056	17	277	2 109	6 652	5 530	4 135	7 485	13	230	1 766	5 475	4 557	3 430	1 572	4	47	343	1 177	972	705
Ⅹ 呼吸器系の疾患	11 503	3 480	1 665	1 319	5 039	4 447	3 629	5 168	645	395	528	3 601	3 269	2 771	6 336	2 836	1 270	792	1 439	1 178	858
肺炎（再掲）	1 890	237	68	152	1 433	1 320	1 140	1 784	215	46	132	1 391	1 285	1 115	106	22	22	20	43	35	26
慢性閉塞性肺疾患（再掲）	1 028	3	14	97	915	830	692	507	1	4	36	465	431	372	522	2	9	60	450	399	320
喘息（再掲）	1 758	863	211	204	480	405	309	278	111	13	23	131	117	98	1 480	751	198	181	349	288	211
ⅩⅠ 消化器系の疾患	8 570	228	1 395	2 523	4 424	3 517	2 466	4 850	150	598	1 338	2 764	2 247	1 629	3 720	78	797	1 185	1 659	1 270	837
胃及び十二指腸の疾患（再掲）	2 155	15	298	697	1 145	906	634	552	2	49	168	333	275	208	1 603	12	249	529	812	631	426
肝疾患（再掲）	1 000	10	120	370	501	372	234	487	5	38	177	266	201	131	513	4	81	193	235	171	103
ⅩⅡ 皮膚及び皮下組織の疾患	2 287	567	584	480	655	517	361	484	42	68	122	253	212	165	1 803	526	516	359	403	304	197
ⅩⅢ 筋骨格系及び結合組織の疾患	7 171	260	908	1 993	4 011	3 251	2 273	3 153	137	336	830	1 850	1 506	1 077	4 018	123	572	1 163	2 161	1 745	1 195
関節症（再掲）	983	1	34	226	722	614	444	427	0	14	101	311	263	189	557	1	21	124	411	350	255
脊椎障害（脊椎症を含む）（再掲）	2 279	1	98	587	1 593	1 306	909	1 141	0	41	319	781	625	427	1 138	1	57	268	812	681	482
ⅩⅣ 腎尿路生殖器系の疾患	11 150	147	836	3 569	6 598	5 159	3 541	2 844	102	158	635	1 950	1 625	1 223	8 306	44	679	2 934	4 648	3 534	2 318
糸球体疾患，腎尿細管間質性疾患及び腎不全（再掲）	8 751	101	667	3 091	4 892	3 725	2 486	2 050	67	103	468	1 413	1 175	885	6 701	34	564	2 624	3 479	2 550	1 601
ⅩⅤ 妊娠，分娩及び産じょく	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・
ⅩⅥ 周産期に発生した病態	980	973	4	3	0	0	0	827	821	3	2	0	0	0	153	152	1	0	0	0	0
ⅩⅦ 先天奇形，変形及び染色体異常	906	645	129	74	58	42	26	669	497	92	50	30	21	12	237	148	38	24	28	21	13
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	1 781	175	244	410	951	785	580	841	63	57	166	555	478	376	940	113	187	244	396	307	204
ⅩⅨ 損傷，中毒及びその他の外因の影響	8 124	808	1 876	2 058	3 383	2 772	2 131	5 463	194	1 040	1 427	2 803	2 337	1 837	2 661	614	836	631	580	434	294
骨折（再掲）	3 431	252	697	858	1 625	1 384	1 128	2 638	99	457	651	1 431	1 233	1 018	793	152	240	207	194	151	110

注：第6表(3-1)に同じ。

政策解説資料

（3－3）

第6表　性、傷病分類、入院－入院外別 にみた医科診療医療費

（単位：億円）　　平成23年度（2011）

性・傷病分類	総数							入院							入院外						
	総数	0～14歳	15～44歳	45～64歳	65歳以上	70歳以上（再掲）	75歳以上（再掲）	総数	0～14歳	15～44歳	45～64歳	65歳以上	70歳以上（再掲）	75歳以上（再掲）	総数	0～14歳	15～44歳	45～64歳	65歳以上	70歳以上（再掲）	75歳以上（再掲）
女	142 439	7 845	18 577	30 375	85 642	73 347	57 833	71 733	2 782	7 428	12 611	48 912	43 398	36 067	70 706	5 063	11 148	17 764	36 731	29 950	21 766
Ⅰ 感染症及び寄生虫症	3 160	478	589	636	1 456	1 213	924	1 217	110	127	184	796	711	596	1 943	368	462	453	660	502	328
結核（再掲）	119	1	15	15	88	81	72	90	1	9	9	72	68	62	30	1	6	7	16	13	10
ウイルス肝炎（再掲）	844	3	67	260	514	400	269	196	2	14	42	138	118	91	648	1	53	218	376	282	177
Ⅱ 新生物	16 494	205	2 245	5 818	8 227	6 319	4 334	10 556	167	1 265	3 354	5 770	4 559	3 244	5 938	37	980	2 464	2 457	1 761	1 090
悪性新生物（再掲）	13 483	126	1 147	4 791	7 419	5 717	3 934	8 848	116	645	2 810	5 276	4 181	2 983	4 635	10	502	1 981	2 143	1 536	950
胃の悪性新生物（再掲）	1 035	0	42	258	735	611	460	745	0	25	170	550	463	357	289	0	17	87	185	148	103
結腸及び直腸の悪性新生物（再掲）	2 128	0	79	645	1 404	1 118	792	1 385	0	40	374	972	799	594	743	0	39	271	432	318	198
肝及び肝内胆管の悪性新生物（再掲）	467	4	7	67	389	334	247	390	3	4	52	331	286	213	77	0	3	15	58	48	34
気管，気管支及び肺の悪性新生物（再掲）	1 339	1	37	399	902	689	461	953	1	22	274	656	506	344	386	0	15	125	246	183	116
乳房の悪性新生物（再掲）	2 656	0	379	1 395	881	583	341	967	0	122	467	378	268	171	1 689	0	258	928	503	315	169
子宮の悪性新生物（再掲）	849	0	158	410	282	191	113	607	－	106	296	205	141	84	243	0	52	114	76	50	29
Ⅲ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1 184	63	278	249	593	515	415	694	46	122	106	420	376	315	489	17	156	143	173	140	100
Ⅳ 内分泌，栄養及び代謝疾患	10 326	210	916	2 598	6 602	5 400	3 977	2 504	53	123	349	1 980	1 799	1 540	7 822	157	793	2 250	4 623	3 601	2 437
糖尿病（再掲）	5 324	14	250	1 291	3 769	3 119	2 331	1 623	6	53	241	1 322	1 189	999	3 701	8	197	1 050	2 447	1 930	1 332
Ⅴ 精神及び行動の障害	9 840	113	2 033	2 968	4 727	3 813	2 843	7 091	45	1 003	2 207	3 836	3 086	2 292	2 749	67	1 030	761	891	726	551
血管性及び詳細不明の認知症（再掲）	1 142	0	1	26	1 116	1 084	1 011	929	－	1	22	906	878	818	214	0	0	3	210	206	193
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	5 044	5	947	2 028	2 064	1 449	866	4 315	4	643	1 749	1 919	1 351	806	730	1	304	279	145	99	60
気分（感情）障害（躁うつ病を含む）（再掲）	1 942	5	524	519	894	729	534	986	2	146	243	595	495	372	956	3	378	276	299	234	162
Ⅵ 神経系の疾患	6 383	244	801	1 127	4 211	3 768	3 142	4 323	168	480	706	2 969	2 687	2 274	2 060	76	321	421	1 242	1 082	868
アルツハイマー病（再掲）	1 489	0	0	37	1 452	1 406	1 301	1 016	0	0	28	987	954	881	474	0	0	9	465	452	420
Ⅶ 眼及び付属器の疾患	5 669	289	697	1 138	3 545	2 942	2 100	1 360	23	45	252	1 041	880	645	4 309	266	652	886	2 505	2 063	1 455
白内障（再掲）	1 596	1	9	208	1 379	1 184	863	755	1	5	93	657	571	426	841	0	4	115	722	614	437
Ⅷ 耳及び乳様突起の疾患	1 041	247	172	228	394	306	205	244	32	35	68	109	82	55	796	215	137	159	285	224	150
Ⅸ 循環器系の疾患	28 387	78	632	4 390	23 287	20 776	17 290	14 961	50	322	1 757	12 832	11 765	10 189	13 426	28	310	2 633	10 455	9 011	7 101
高血圧性疾患（再掲）	10 845	1	125	2 045	8 674	7 557	6 085	1 460	1	7	62	1 391	1 339	1 244	9 384	0	118	1 983	7 283	6 217	4 841
心疾患（高血圧性のものを除く）（再掲）	7 185	52	184	847	6 101	5 527	4 670	5 108	33	108	545	4 422	4 037	3 452	2 077	20	76	302	1 679	1 490	1 217
虚血性心疾患（再掲）	2 503	1	27	328	2 147	1 892	1 507	1 560	1	11	199	1 349	1 187	938	943	0	16	129	798	705	569
脳血管疾患（再掲）	8 837	14	192	1 182	7 450	6 788	5 844	7 341	11	152	964	6 214	5 691	4 948	1 497	3	40	218	1 236	1 097	896
Ⅹ 呼吸器系の疾患	10 203	2 915	1 909	1 289	4 091	3 688	3 179	3 832	502	201	268	2 861	2 721	2 498	6 371	2 413	1 707	1 021	1 229	967	682
肺炎（再掲）	1 616	213	65	89	1 249	1 200	1 122	1 518	193	42	70	1 213	1 171	1 098	99	20	24	19	36	30	24
慢性閉塞性肺疾患（再掲）	412	3	11	39	360	334	294	219	1	1	10	206	197	182	194	2	9	28	154	136	112
喘息（再掲）	1 799	614	300	295	591	499	388	308	69	19	28	191	177	157	1 492	545	280	266	400	322	231
ⅩⅠ 消化器系の疾患	7 935	197	1 154	1 812	4 771	4 089	3 218	3 875	123	399	692	2 661	2 376	1 992	4 060	75	755	1 120	2 110	1 712	1 226
胃及び十二指腸の疾患（再掲）	2 629	14	378	663	1 574	1 328	1 014	465	2	20	60	384	354	310	2 163	12	358	603	1 190	975	704
肝疾患（再掲）	810	8	75	221	505	416	304	378	5	26	83	264	228	179	432	3	49	139	242	188	126
ⅩⅡ 皮膚及び皮下組織の疾患	2 607	505	800	502	799	672	522	520	31	51	73	365	337	297	2 086	473	749	430	435	334	225
ⅩⅢ 筋骨格系及び結合組織の疾患	13 727	206	1 039	3 144	9 339	7 937	5 896	5 580	116	296	1 089	4 079	3 539	2 722	8 148	90	743	2 055	5 260	4 398	3 174
関節症（再掲）	3 832	1	59	808	2 963	2 541	1 862	2 011	1	30	454	1 526	1 305	952	1 821	1	29	354	1 437	1 235	910
脊椎障害（脊椎症を含む）（再掲）	2 651	2	68	427	2 154	1 888	1 440	1 062	1	14	153	894	790	618	1 589	1	54	274	1 260	1 098	822
ⅩⅣ 腎尿路生殖器系の疾患	8 682	87	1 567	2 452	4 576	3 710	2 751	2 711	57	348	447	1 859	1 661	1 376	5 971	30	1 220	2 006	2 716	2 049	1 375
糸球体疾患，腎尿細管間質性疾患及び腎不全（再掲）	5 975	67	404	1 748	3 756	3 043	2 252	1 842	42	92	275	1 432	1 287	1 070	4 133	25	311	1 473	2 324	1 756	1 182
ⅩⅤ 妊娠，分娩及び産じょく	2 122	5	2 108	8	1	1	0	1 867	4	1 857	6	0	0	0	255	1	251	2	1	0	0
ⅩⅥ 周産期に発生した病態	897	835	60	1	0	0	0	768	715	51	1	0	0	0	128	119	9	0	0	0	0
ⅩⅦ 先天奇形，変形及び染色体異常	834	550	140	76	67	49	33	565	389	91	48	36	26	18	269	161	49	28	31	23	15
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	2 174	147	331	411	1 284	1 126	923	983	49	62	104	768	714	634	1 191	98	269	307	516	412	288
ⅩⅨ 損傷，中毒及びその他の外因の影響	10 774	470	1 105	1 526	7 672	7 023	6 080	8 080	100	550	901	6 529	6 078	5 377	2 694	370	555	625	1 143	945	702
骨折（再掲）	6 814	110	310	767	5 627	5 242	4 634	5 740	40	198	530	4 972	4 682	4 202	1 074	70	112	237	655	560	432

注：第6表(3-1)に同じ。

（参考２）平成23年度の人口一人当たり国民医療費の算出に用いた人口

５歳階級・男女別人口（総人口）

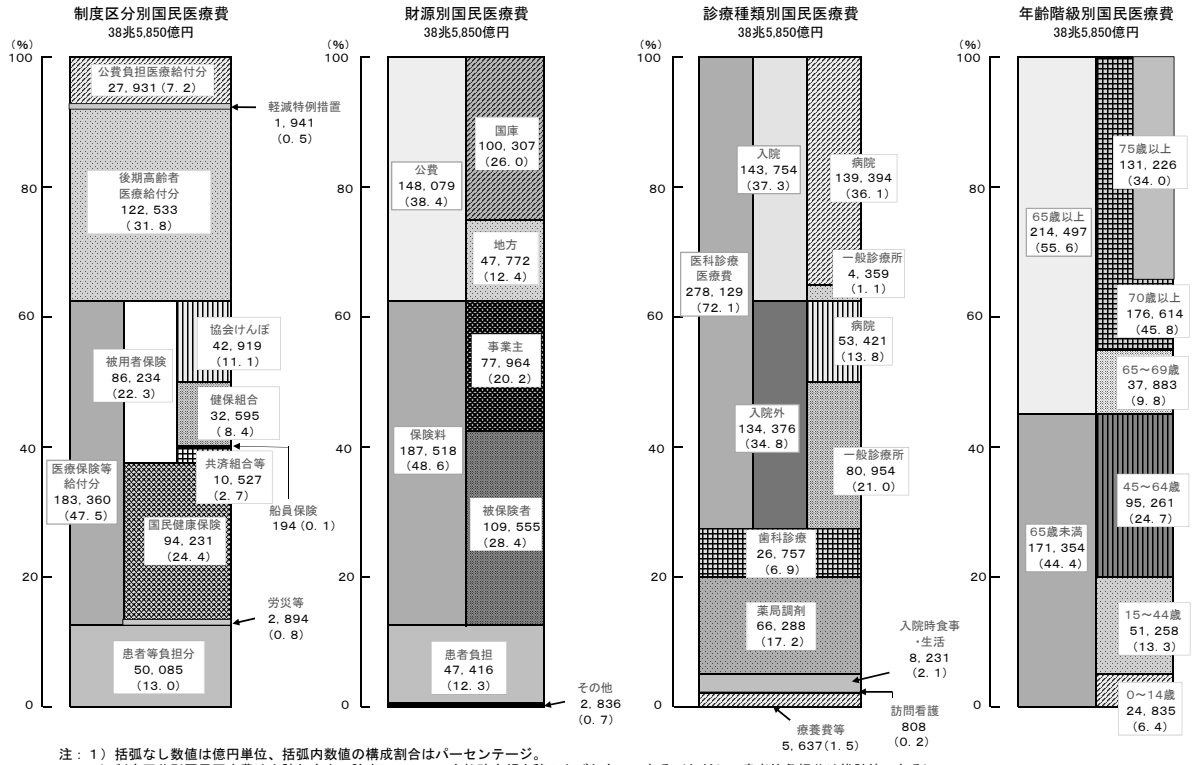
（単位：千人）　平成23年10月1日現在

年齢階級	総人口	男	女
総数	127 799	62 184	65 615
0～4歳	5 303	2 716	2 587
5～9	5 490	2 811	2 679
10～14	5 912	3 028	2 884
15～19	6 075	3 118	2 958
20～24	6 370	3 254	3 116
25～29	7 219	3 672	3 547
30～34	8 093	4 106	3 987
35～39	9 712	4 926	4 786
40～44	9 315	4 704	4 610
45～49	7 966	4 004	3 962
50～54	7 639	3 819	3 821
55～59	8 320	4 128	4 192
60～64	10 632	5 218	5 414
65～69	7 861	3 758	4 103
70～74	7 184	3 335	3 848
75～79	6 143	2 679	3 464
80～84	4 494	1 763	2 731
85歳以上	4 071	1 146	2 925
（再掲）			
65歳未満	98 047	49 503	48 543
65歳以上	29 752	12 680	17 072
70歳以上	21 892	8 923	12 968
75歳以上	14 708	5 587	9 121

資料：総務省統計局「人口推計」

（参考1）平成 23年度　国民医療費の構造

［国民医療費総額　38兆5,850億円、人口１人当たり国民医療費　301,900円］



注：１）括弧なし数値は億円単位、括弧内数値の構成割合はパーセンテージ。
　　２）制度区分別国民医療費は当該年度内の診療についての支払確定額を積み上げたものである（ただし、患者等負担分は推計値である）。
　　３）制度区分別国民医療費以外は全て推計値である。

協会だより（定例理事会要録から）

2013年度（平成25年度）第11回 2013年11月12日

Ⅰ．文書報告の確認

【総務部会】

1．前回理事会（10月22日）要録と決定事項の確認
2．週間行事予定表の確認
3．文化ハイキング実施（10月20日）状況
4．新規開業未入会開業医訪問状況（10月21日）
5．新規開業会員訪問（10月23日）状況

【経営部会】

1．傷害疾病保険審査会（10月15日）状況
2．金融共済委員会（10月19日）状況
3．税理士との相談（10月23日）状況
4．建築士との相談（10月23日）状況
5．保険医年金普及同行訪問状況
6．保団連近畿ブロック経税担当事務局会議（10月25日）状況

【医療安全対策部会】

1．島根県保険医協会医療安全研修会（10月16日）状況
2．第287回関西医事法研究会（10月19日）状況
3．医療機関側との懇談状況
4．医療事故案件調査委員会（10月25日）状況
5．医師賠償責任保険処理室会（10月28日）状況
6．診療所向け医療安全研修会（10月29日）状況

【政策部会】

1．第28回保団連医療研究集会（10月12・13日）状況
2．鎌仲ひとみ監督講演会打ち合わせ（10月19日）状況
3．近畿ブロック学習交流会（10月20日）状況
4．ＴＰＰ参加反対京都ネットワーク府民学習会（10月25日）状況
5．環境対策委員会（11月１日）状況

【保険部会】

1．保団連第31回病院・有床診療所セミナー（９月28・29日）状況
2．保険講習会Ａ（10月17日）状況
3．京都府生活保護医療個別指導立ち会い（10月18日）状況
4．第650回記念社会保険研究会（10月19日）状況
5．第３回医事担当者連絡会議（10月24日）状況
6．保団連第20回全国医科社保担当事務局研修会（10月29・30日）状況

Ⅱ．確認・承認事項

【総務部会】

1．伏見医師会との懇談会（10月16日）状況確認の件
2．総務部会（11月５日）状況確認の件
3．2013年度９月分収支月計表報告状況確認の件
4．第18期アミス決算報告及び監査報告書（10月23日）状況確認の件
5．10月度会員増減状況確認の件
6．会員入退会及び異動（10月22日～11月12日）に関する承認の件
7．「京都府保険医協会　入会申込書」の一部変更に関する承認の件

【経営部会】

1．経営部会（11月５日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1．医療安全対策部会（11月５日）状況確認の件

【政策部会】

1．京都のリハビリを考える会（10月18日）市民署名提出状況確認の件
2．京都のリハビリを考える会（10月24日）状況確認の件
3．第61回医療制度検討委員会（10月30日）状況確認の件
4．市リハセン附属病院廃止撤回を求める大街頭宣伝＆アピール行動（11月２日）状況確認の件
5．政策部会（11月５日）状況確認の件
6．メディペーパー京都172号、京都保険医新聞（第2874号）合評の件

【保険部会】

1．保険部会（11月５日）状況確認の件

Ⅲ．開催・出席確認事項

【総務部会】

1．「文化企画への参加」お願いの件
2．保団連財政部会出席の件

【医療安全対策部会】

1．医療機関側との懇談開催の件

【政策部会】

1．出版編集会議開催の件
2．京都保健会「制度教育研修中堅Ⅲ課研修」講師派遣の件
3．第62回医療制度検討委員会開催の件
4．京都のリハビリを考える会出席の件
5．右京社保協総会記念講演講師派遣の件

【保険部会】

１．ドクターズ・デモンストレーション2013国会集会への発言者派遣の件
２．在宅医療点数説明会への講師派遣の件
３．７種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関する保団連厚労省交渉参加の件

Ⅳ．医療政策関連情勢

１．医療・社会保障をめぐるこの間の動き
①国をめぐる動き
「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」について
②調査統計情報
「平成24年度 医療費の動向」について

Ⅴ．診療報酬関連情報

１．2013年10月度国保合同審査委員会（10月21日）状況確認の件
２．中医協概要報告

Ⅵ．その他

１．ＩＣＴ検討委員会で推奨されたタブレット機種の紹介について
２．制度見直しによる府内臨床研修病院定員の状況（試算）について
３．事務局人事異動について

≪以上、34件の議事を承認≫

2013年度（平成25年度）第12回 2013年11月26日

Ⅰ．各部会よりの文書報告の確認

【総務部会】

１．前回理事会（11月12日）要録と決定事項の確認
２．週間行事予定表の確認３．第14回文化講座（11月17日）状況

【経営部会】

１．新規開業予定者のための講習会（10月27日）状況
２．保団連近畿ブロック共済担当役員交流会（11月２日）状況
３．建築士との相談（11月13日）状況
４．共済関係実務者懇親会（11月15日）状況
５．ＡＩＲジャパン車いす清掃活動参加（11月16日）状況
６．第11回保団連共済部会（11月17日）状況
７．傷害疾病保険審査会（11月19日）状況
８．金融共済委員会（11月20日）状況

【医療安全対策部会】

１．医療機関側との懇談状況

【政策部会】

１．「モンサントの不自然な食べもの」映画上映会（11月９日）状況
２．ＴＰＰ参加反対京都ネットワーク会議（11月13日）状況
３．出版編集会議（11月15日）状況
４．11月度保団連近畿ブロック本会議（11月16日）状況
５．特定非営利活動法人和歌山県介護支援専門員協会定例研修会講師派遣（11月16日～17日）状況
６．2013年度第４回保団連政策部会（11月16日～17日）状況
７．環境ハイキング（11月17日）状況
８．ＴＰＰストップ口丹連絡会シンポジウム（11月17日）状況
９．ゆうあいフォーラム新婦人亀岡支部ワークショップ講演会講師派遣（11月17日）状況

【保険部会】

１．保団連医科社保・審査対策部会（９月29日）状況
２．京都市生活保護医療個別指導立ち会い（10月30日）状況
３．保団連病院･有床診対策部会事務局小委員会（11月２日）状況
４．保団連2013年度第２回病院･有床診対策部会（11月３日）状況
５．外科診療内容向上会（11月９日）状況
６．広島協会「届出医療の日常管理と適時調査対策」（11月９日）状況
７．ドクターズ・デモンストレーション2013国会集会（11月14日）状況
８．「在宅医療点数」の説明会（11月16日）状況

Ⅱ．確認・承認事項

【総務部会】

１．台風18号被害見舞金支給対象医療機関確認の件
２．上京東部・京都北・西陣医師会との懇談会（10月24日）状況確認の件
３．コミュニケーション委員会（11月９日）状況確認の件
４．2013年度第６回正副理事長会議（11月21日）状況確認の件
５．傷害による死亡・後遺障害への見舞金制度の承認の件
６．会員入退会及び異動（11月12日～11月26日）に関する承認の件
７．地区医師会における新規開業等の情報収集の件

【政策部会】

１．保団連理事会（11月10日）状況確認の件
２．NO_2測定実施の件
３．メディペーパー京都173号、京都保険医新聞（第2875号）合評の件

Ⅲ．開催・出席確認事項

【総務部会】
１．12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．地区懇談会開催の件
４．理事者・事務局新年会開催の件

【経営部会】
１．医師賠償責任保険料案内のための病院訪問の件
２．医師賠償責任保険料案内のための病院訪問の件
３．共済関係会社との忘年懇親会開催の件

【政策部会】
１．バイバイ原発３・８きょうと事務局会議出席の件
２．京都社保協自治体キャラバン参加の件
３．鎌仲ひとみさんと考える「子どもたちの未来のために　私たちができること」開催の件
４．『開業医が展望する地域ケア』執筆者の懇親会開催の件

【保険部会】
１．京都府・生活保護指定医療機関個別指導立会の件
２．京都府・生活保護指定医療機関個別指導立会の件

１月のレセプト受取・締切

基金 国保	9日㈭	10日㈮	労災	10日㈮
	○	◎		◎

※○は受付窓口設置日、◎は締切日。
受付時間：基金　午前９時～午後５時30分
国保　午前８時30分～午後５時15分
労災　午前９時～午後５時

Ⅳ．診療報酬関連情報
１．保険審査通信検討委員会（11月８日）状況確認の件
２．中医協概要報告

Ⅴ．重要討議事項

〈総務部会〉
１．2013年度上半期各部会会務報告確認の件
２．第186回定時代議員会への準備と執筆分担確認の件

Ⅵ．その他
１．大阪府保険医協同組合協同購入の利用について

Ⅶ．特別討議
１．「福島原発事故を受けて」

≪以上、29件の議事を承認≫

開業医のポケットと心の中からの提言

開業医が展望する
地域ケア
編　京都府保険医協会

「地域包括ケア」
第３弾を刊行！

定価 **900円＋税**（送料別）

2013年５月に開催したシンポジウム「開業医が展望する地域包括ケア」の内容と新たに書き下ろしたものを収載。「地域包括ケア」の正体を明らかにし、公的保障による地域ケアの未来を展望する１冊！

会員には1冊無料で10月16日付のメディパックにて送付。

新規開業医向け「保険講習会Ｂ」のご案内

日　時　**1月16日(木) 午後２時～４時**

場　所　京都府保険医協会・ルームＡ

内　容　①新規個別指導対策　②医療法立入検査対策

対　象　新規開業前後の医師、従事者の方
（新規開業の先生でなくても、日常診療整備の目的でご参加下さい）

＊資料準備の都合上、前日までにお電話にてお申し込み下さい（保険部会☎ 075-212-8877）。

隔月で開催しています

※次回（保険講習会Ａ）
①保険基礎知識
②レセプト審査

地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地　区	時　間	場　所
1月8日(水)	宇治久世医師会との懇談会	午後2時30分～	うじ安心館３Ｆ 大会議室
1月18日(土)	左京医師会との懇談会	午後2時30分～	ウェスティン都ホテル京都
1月31日(金)	下京西部医師会との懇談会	午後2時～	下京西部医師会事務所
2月1日(土)	綾部・福知山医師会との懇談会	午後4時～	福知山市中央保健福祉センター
2月3日(月)	右京医師会との懇談会	午後2時～	右京医師会館
2月6日(木)	東山医師会との懇談会	午後2時～	東山医師会事務所
2月8日(土)	綴喜医師会との懇談会	午後2時30分～	新田辺駅前CIKビル・３Ｆ
2月13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14日(金)	西京医師会との懇談会	午後2時～	京都エミナース
2月22日(土)	相楽医師会との懇談会	午後4時30分～	ホテルフジタ奈良

いつでも どこでも ご相談に応じます！

各種専門家との相談体制のご案内

税理士・社会保険労務士・建築士・ファイナンシャルプランナー・弁護士・廃棄物処理コンサルタント

◆会員の希望される専門家をご紹介します。
◆随時、必要な時に相談できます。
　ご都合の良い日を各種専門家と日程調整します。

◆相談は無料（ただし、1事案1回限り）
　１事案につき１回の無料相談を超えてのご相談は、
　個別相談に移行し有料になります。

＜税　理　士＞	
花山 和士　税理士	ひろせ税理士法人
外村 弘樹　税理士	外村会計事務所
山口　稔　税理士	山口稔税理士事務所
木谷　昇　税理士	木谷昇税理士事務所
乗岡 五月　税理士	税理士法人京都会計
牧野 伸彦　税理士	牧野伸彦税理士事務所
鴨井 勝也　税理士	鴨井税務会計事務所
廣井 増生　税理士	廣井増生税理士事務所
＜社　労　士＞	
河原 義徳　特定社労士	株式会社ひろせ総研
本宮 昭久　特定社労士	本宮社会保険労務管理事務所
＜建　築　士＞	
坂本 克也　建築士	坂本克也一級建築事務所
竹内 秀雄　建築士	園建築事務所
＜ファイナンシャルプランナー＞	
重松 朋聖　法人推進部長	三井生命保険株式会社
その他　関係生保会社、京都銀行のFP	

＜弁　護　士＞	
莇　立明　弁護士	京都中央法律事務所
江頭　節子　弁護士	京都中央法律事務所
松尾　美幸　弁護士	京都中央法律事務所
赤井　勝治　弁護士	赤井・岡田法律事務所
石川　寛俊　弁護士	石川寛俊法律事務所
鵜飼万貴子　弁護士	米田泰邦法律事務所
小笠原伸児　弁護士	京都法律事務所
竹下　義樹　弁護士	つくし法律事務所
富永　愛　弁護士	富永愛法律事務所
新阜創太郎　弁護士	つくし法律事務所
西村　幸三　弁護士	西村法律事務所
本田　里美　弁護士	つくし法律事務所
三重　利典　弁護士	葵法律事務所
若松　豊　弁護士	赤井・岡田法律事務所
＜廃棄物処理コンサルタント＞	
中島　智之　代表取締役	㈱エコロジー・ソリューション

◇お問い合わせは協会事務局まで　TEL 075-212-8877　FAX 075-212-0707

第651回社会保険研究会

不定愁訴に対する漢方治療

講　師　洛和会音羽病院　心臓内科副部長／漢方外来　**山崎 武俊** 氏

日　時　2014年 1月11日（土）
午後２時～４時

場　所　京都府保険医協会・ルームA～C

主　催　京都府保険医協会

※参加は無料、事前申込は不要です。
※日医生涯教育講座対象の研究会です。

〈山崎先生からのメッセージ〉
外来にはいろいろな愁訴を持った患者様が来られます。西洋医学的にきちんと診断がついて、エビデンスに基づく治療（薬物や手術療法）ができれば良いのですが、かなりの患者様がきちんとした病名がつかないけれど体の不調を感じる、いわゆる「不定愁訴」をかかえており、その治療に難渋します。漢方を使うことができれば、それらの症例に今までとはちがった解決法が見えてきます。漢方薬があって良かったと思えるような症例を皆様に紹介したいと思います。

開業に必要な情報が盛りだくさんの講習会です!!

新規開業予定者のための講習会

日　時　2014年 1月26日（日）　午後２時～５時

場　所　京都府保険医協会・会議室

参加費　会員：無料、非会員：2,000円

共　催　有限会社アミス

定員 30人（要申込）

内　容
①ここだけは押さえたい！開業準備のポイント
アルフレッサ株式会社
営業本部京都営業部担当次長　堀士　均 氏

②銀行融資を受ける際の留意点
―資金計画・事業計画の立て方・審査のポイント
京都銀行営業支援部業種別専門営業部
主任　山本 雄悟 氏

③先輩開業医からのアドバイス
田中整形外科
院長　田中 伸明 氏

④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

第186回定時代議員会

京都府保険医協会は第186回定時代議員会を開催します。代議員の方はぜひご出席下さい。
代議員が欠席の場合は、予備代議員の出席をお願いします。
また、京都府保険医協会議事規定第４章第21条により、代議員が議案を提出される場合は、同規定に定められた手続きでご提出下さい。議案書は代議員会開催前に先生のお手元に届くよう準備中です。

日　時　2014年 1月30日（木）　午後２時15分～４時

場　所　京都税理士会館　京都市中京区麩屋町御池上ル上白山町258-2
☎075-222-2311

議　題
①2013年度上半期活動報告
②2013年度下半期重点活動計画
③決議採択、等

京響メンバーによるサロンコンサート　ロマン派の巨匠の名曲を聴くⅡ

日　時　2014年 2月16日（日）　午後２時30分～４時（開場 午後２時）
場　所　京都府保険医協会・会議室
参加費　1,000円（茶菓付）
協　賛　有限会社アミス
曲　名　ドボルザーク「アメリカ」より、ショパン「別れの曲」他

定員 20人（要申込）

※演奏終了後に、演奏者とのトークがあります。
※ご家族・従業員の方の参加も歓迎いたします。お誘い合わせの上どうぞ。

第３回ワイン講座　「五大シャトーの飲み比べ」

日　時　2014年 2月16日（日）　午後５時30分～８時30分
場　所　ホテルグランヴィア京都「ラ・リサータ」
参加費　10,000円（食事付）

３ステップでより理解が深まる!

2014年 診療報酬改定 新点数説明会

STEP1　インターネット配信のみ

中医協答申説明会（第１次新点数検討会）

日　時　2014年 2月25日（火）（予定）　以降、常時閲覧可能
方　法　インターネット配信のみ※1
資　料　『全国保険医新聞』に掲載の中医協答申※2

STEP2

『点数表改定のポイント』説明会（第２次新点数検討会）

日　時　2014年 3月23日（日）
時　間（予定）　午前10時～12時：入院　　午後２時～４時30分：入院外
会　場　テルサホール（京都テルサ内）　京都市南区東九条下殿田町70　☎075-692-3400
資　料　『点数表改定のポイント・2014年４月版』※3

STEP3

『新点数運用Ｑ＆Ａ・レセプトの記載』説明会（第３次新点数検討会）

日　時　2014年 4月24日（木）　午後２時～４時30分
会　場　テルサホール（京都テルサ内）
資　料　『新点数運用Ｑ＆Ａ・レセプトの記載』※3

※１　詳細はグリーンペーパー等で掲載予定。　※２　会員に１部無料で送付（２月中旬発行予定）
※３　テキストの発送方法は追って連絡いたします。

京都府保険医協会では医学書を斡旋しています。案内にない書籍もお気軽にお問い合わせください。

〈申込書〉　FAX 075-212-0707までお送りください。

☆京都府保険医協会の会員の先生は書店でご購入いただくより割安になります。
（表記価格は全て税込価格ですが、会員の先生には消費税抜きの価格で斡旋します）

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(レ)して下さい　**【医学書・新刊　2013年12月】**　※価格は全て税込価格です。

毎年全面書き下ろし、信頼と実績の治療年鑑　2014年1月上旬発売
今日の治療指針　2014
□ デスク判（B5）　19,950円　□ ポケット判（B6）　15,750円

薬剤の「今」が分かるベストセラー、2014年1月中旬発売　ご予約受付中
今日の治療薬　2014
□ B6判　4,830円

網羅性に優れた「治療薬年鑑」、2014年1月上旬発売　ご予約受付中
治療薬マニュアル　2014
□ B6判　5,250円

『皮膚科診断治療大系』に最新知見を加え進化して完結
皮膚科診療カラーアトラス大系
期間限定の全巻セット
□ 税込定価　373,400円　➡　**362,250円**
（2014年3月末日までの特別価格）

文献管理と論文作成をパワフルにサポート
投稿規定に合わせて参考文献リストを自動で作成
EndNote　X7　Win/Mac
□ 通常版　Windows版　52,290 円
□ 通常版　Macintosh版　52,290 円
アップグレード版についてはお問い合わせ下さい。
□ Workstation License　32,550 円
５点以上の同時購入が対象です。

好評のDVD-ROM版に加え、WEB版も登場
日常診療に必要な、信頼ある最新情報を網羅
今日の診療 プレミアム
□ 今日の診療 プレミアムVol.23
DVD-ROM for Windows　81,900 円
□ 今日の診療 プレミアムWEB
Medical e-Shelf版　63,000 円/年
Windows,Mac,iPhone,iPad,Androidで快適に

□ **腎癌**　＜腫瘍病理鑑別診断アトラス＞　15,750円
長嶋洋治・他編●B5変型判　260頁●文光堂

□ **小児腫瘍組織カラーアトラス　第6巻　中枢神経系腫瘍**　7,350円
日本病理学会小児腫瘍組織分類委員会・編●B5判　136頁●金原出版

□ **かぜ診療マニュアル**　3,570円
かぜとかぜにみえる重症疾患の見わけ方
山本舜悟・編著●A5判　264頁●日本医事新報社

□ **当直医マニュアル2014**　（第17版）　4,935円
小畑達郎・他編●A6変型判　836頁●医歯薬出版

□ **内科診療　ストロング・エビデンス**　3,675円
谷口俊文・著●A5判　328頁●医学書院

□ **感染症レジデントマニュアル**　（第2版）　4,725円
藤本卓司・著●B6変型判　488頁●医学書院

□ **てんかん診療のクリニカルクエスチョン200**　（改訂第2版）　6,510円
松浦雅人・編●B5判　348頁●診断と治療社

□ **認知症ハンドブック**　10,500円
中島健二・他編　●A5判　936頁●医学書院

□ **パーキンソン病と運動異常（Movement Disorders）**　13,650円
＜アクチュアル脳・神経疾患の臨床＞
髙橋良輔・編　●B5判　500頁●中山書店

□ **臨床電気神経生理学の基本**　5,775円
橋本修治・著●B5判　212頁●診断と治療社

□ **初めて握る人のための　気管支鏡入門マニュアル**　6,300円
杏林大学呼吸器内科・編●B5判　160頁●メジカルビュー社

□ **肺癌診療Q&A**　一つ上を行く診療の実践　（2版）　10,500円
弦間昭彦・編著●B5判　422頁●中外医学社

□ **先天性心疾患**　＜心エコーハンドブック＞　5,460円
竹中　克・編●B5判　248頁●金芳堂

□ **紅斑と痒疹**　病態・治療の新たな展開　15,225円
＜皮膚科臨床アセット　18＞
横関博雄・編●B5判　308頁●中山書店

□ **そうだったのか！Dr.田中のダーモスコピー相談室**　6,510円
田中　勝・編著●B5判　208頁●学研メディカル秀潤社

□ **臨床基本手技実戦マニュアル**　（DVD付）（改訂第2版）　5,775円
亀岡信悟・監●B5判　174頁●南江堂

□ **やっとわかった！　拡大経蝶形骨手術**　12,600円
手術のセットアップから閉鎖まで
北野昌彦・著●A4判　164頁●メジカルビュー社

□ **Orthoplastic Surgery　四肢再建手術の実際**　17,325円
平瀬雄一・他編●A4変型判　280頁●克誠堂出版

□ **画像とチャートでわかる　小児の整形外科診療エッセンス**　7,140円
久保俊一・編●B5判　240頁●診断と治療社

□ **新版　肩診療マニュアル**　5,670円
乾　浩明・他著●B5判　216頁●医歯薬出版

□ **ブルンストローム臨床運動学**　（原著第6版）　14,700円
弓岡光徳・監訳　●A4判　672頁●医歯薬出版

□ **新版　今日の不妊診療**　11,550円
鈴木秋悦・編　●B5判　336頁●医歯薬出版

□ **臨床胎盤学**　14,700円
有澤正義・著　●B5判　200頁●金芳堂

□ **風邪症候群と関連疾患**　そのすべてを知ろう　13,650円
＜ENT臨床フロンティア＞
川内秀之・編　●B5判　304頁●中山書店

□ 出血・失禁は心配ご無用！
ピールテクニックを用いた前立腺全摘除術（DVD付）　7,350円
上平　修・著　●B5判　104頁●金原出版

□ 臨床の役立つ機器のしくみと活用法
周術期モニタリング徹底ガイド　基本からピットフォールまで　6,090円
讃岐美智義・編　●B5変型判　332頁●羊土社

お名前　　医療機関名

送付先　〒

TEL：　　FAX：

お問い合わせ・申込　京都府保険医協会　TEL075-212-8877　FAX075-212-0707
有限会社アミス　TEL075-212-0303
〒604-8162　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６階

協会だより

〈申込書〉 FAX：075-212-0707までお送りください。

☆京都府保険医協会の会員の先生は書店でご購入いただくより割安になります。
（表記価格は全て税込価格ですが、会員の先生には消費税抜きの価格で斡旋します）

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに○印を記入してください　**【2014年度　年間購読雑誌一覧】**

	No.	雑誌名	税込価格	ご注文
総合	1	日本医事新報	¥ 34,335	
	2	医学のあゆみ	¥ 85,785	
	3	日本臨床	¥ 34,668	
	4	最新医学	¥ 47,250	
	5	Mebio	¥ 33,384	
基礎医学	6	病理と臨床	¥ 42,000	
	7	臨床病理	¥ 27,660	
	8	実験医学（増刊含む）	¥ 72,012	
	9	細胞工学	¥ 23,112	
内科	10	内科	¥ 38,500	
	11	medicina	¥ 38,040	
	12	M. P.（メディカルプラクティス）	¥ 37,500	
	13	診断と治療	¥ 38,600	
	14	治療	¥ 37,791	
	15	j med	¥ 22,050	
	16	JIM（個人特別割引価格）	¥ 26,330	
糖尿病	17	糖尿病診療マスター	¥ 23,890	
	18	プラクティス	¥ 13,248	
消化器	19	胃と腸	¥ 44,170	
	20	消化器内視鏡	¥ 45,045	
	21	臨床消化器内科	¥ 36,130	
	22	肝胆膵	¥ 42,714	
	23	胆と膵	¥ 41,790	
循環器	24	Heart View（ハートビュー）	¥ 39,216	
	25	心エコー	¥ 32,500	
	26	心臓	¥ 25,740	
呼吸器	27	呼吸と循環	¥ 33,090	
	28	呼吸	¥ 27,027	
	29	日本胸部臨床	¥ 33,600	
	30	呼吸器内科	¥ 32,760	
小児科	31	小児内科	¥ 47,355	
	32	小児科	¥ 43,506	
	33	小児科診療	¥ 46,620	
	34	小児科臨床	¥ 43,680	
	35	小児外科	¥ 45,780	
	36	小児科学レクチャー	¥ 23,000	
産婦人科・周産期	37	周産期医学	¥ 45,990	
	38	産科と婦人科	¥ 42,500	
	39	臨床婦人科産科	¥ 40,240	
	40	産婦人科の実際	¥ 44,634	
	41	OGS NOW	¥ 51,480	
皮膚科	42	デルマ	¥ 40,491	
	43	皮膚科の臨床	¥ 44,634	
	44	臨床皮膚科	¥ 41,300	
	45	ビジュアルダーマトロジー	¥ 35,952	
精神科	46	精神科治療学	¥ 43,438	
	47	精神医学	¥ 31,270	
	48	臨床精神医学	¥ 49,635	

	No.	雑誌名	税込価格	ご注文
外科	49	消化器外科	¥ 45,324	
	50	手術	¥ 44,460	
	51	臨床外科（個人特別割引価格）	¥ 39,360	
	52	外科	¥ 39,000	
	53	胸部外科	¥ 38,500	
	54	乳癌の臨床	¥ 15,120	
整形外科	55	整形外科（別冊含む）	¥ 49,500	
	56	整形災害外科	¥ 41,787	
	57	臨床整形外科	¥ 30,030	
	58	関節外科	¥ 41,466	
	59	Monthly Book Orthopaedics	¥ 36,630	
	60	脊椎脊髄ジャーナル	¥ 32,787	
	61	臨床スポーツ医学	¥ 37,500	
	62	整形外科ｻｰｼﾞｶﾙﾃｸﾆｯｸ	¥ 15,408	
	63	整形外科最小侵襲手術ジャーナル	¥ 12,441	
形成	64	形成外科	¥ 40,950	
	65	PEPARS	¥ 40,710	
眼科	66	あたらしい眼科	¥ 32,382	
	67	眼科	¥ 44,460	
	68	眼科手術	¥ 10,080	
	69	臨床眼科	¥ 43,040	
	70	眼科グラフィック	¥ 17,334	
NEW	71	オクリスタ	¥ 38,610	
耳鼻科	72	耳鼻咽喉科・頭頸部外科（個人特別割引価格）	¥ 39,150	
	73	JOHNS	¥ 36,225	
	74	ENTONI	¥ 40,491	
救急・麻酔	75	救急医学	¥ 44,676	
	76	INTENSIVIST	¥ 18,876	
	77	救急・集中治療	¥ 35,000	
	78	別冊ERマガジン	¥ 10,000	
	79	ICUとCCU	¥ 40,215	
	80	LiSA	¥ 31,131	
	81	麻酔	¥ 37,380	
	82	臨床麻酔	¥ 34,843	
	83	ペインクリニック	¥ 39,705	
泌尿器	84	臨床泌尿器科	¥ 42,730	
	85	泌尿器外科	¥ 49,875	
腎・透析	86	腎と透析	¥ 47,250	
	87	臨床透析	¥ 34,650	
画像診断・放射線	88	画像診断	¥ 41,466	
	89	臨床画像	¥ 41,466	
	90	臨床放射線	¥ 42,270	
	91	インナービジョン	¥ 25,200	
脳・神経	92	神経内科	¥ 32,760	
	93	ｸﾘﾆｶﾙﾆｭｰﾛｻｲｴﾝｽ	¥ 33,250	
	94	BRAIN and NERVE	¥ 36,460	
脳外	95	脳神経外科（個人特別割引価格）	¥ 30,670	
	96	脳神経外科速報	¥ 29,532	

※個人特別割引価格でご購読の場合、ご登録に個人名が必要となります。年間購読は一括前納制です。
上記は2014年3月末までの価格です。2014年4月以降のご予約は消費税3%の差額分が加算されます。

お名前	医療機関名

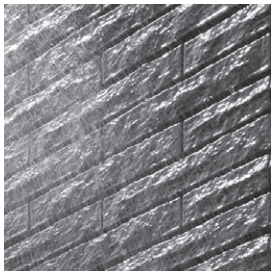
送付先　〒

TEL：　　FAX：

お問い合わせ・申込　京都府保険医協会　TEL075-212-8877　FAX075-212-0707　有限会社アミス　TEL075-212-0303

立ちどまらない保険。
MS&AD
三井住友海上
すまいの保険
ケガの保険
三井住友海上の安心
GK
クルマの保険
SUPPORTING COMPANY
三井住友海上はサッカー
日本代表を応援しています。
www.ms-ins.com

発行所　京都府保険医協会　京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町六三七　第41長栄カーニープレイス四条烏丸六階　電話（二一二）八八七七番　編集発行人　久保佐世
購読料年八、〇〇〇円（会員は会費に含まれる）　本号に限り六〇〇円



HYDROTECT Tile
ハイドロテクトタイル

TOTOの光触媒技術「ハイドロテクト」を採用した高性能タイル。太陽の光で汚れを分解し、雨で洗い流す「セルフクリーニング効果」があります。

ハイドロテクトは、TOTO（株）の光触媒技術です。

SMART Kitchen
スマートキッチン

バリエーションは3タイプ、カラーは4種類をご用意。天板には、純白の人造大理石を採用しました。美しさと使いやすさを両立したカウンターキッチンです。

PANORAMA Window
パノラマウィンドウ

大きな窓を叶えるために、樹脂サッシをワイドに。豊かな採光と風通しの良さを実現します。高性能タイルとともに、エクステリアの美しさをアピールします。

WAMODERN Room
ワモダンルーム

「ジャパニーズモダン」に仕立てた和室。

SLIT Slider
スリッドスライダー

スリットの意匠が美しいスライド建具。

OPEN Stair
オープンステアー

開放感のあるデザインを採用した階段。

家は、性能。
一条工務店
ECO FIRST 環境省認定 エコ・ファースト企業
お問合せ先 業務推進グループ（法人）
0120-447-812
Mail:houjin@ichijo.co.jp／FAX:053-447-8024
本　　社：〒135-0042 東京都江東区木場5-10-10
浜松本社：〒432-8006 静岡県浜松市西区大久保町1227番6
営業時間：9時～17時／定休日：土・日・祝