

会員や市民と 協同した協会活動を

第208回定時代議員会 方針など採択



会員の声を下半期活動に活かしたいと呼びかける鈴木理事長

開会にあたり、鈴木理事長より「昨年の能登半島地震には現地支援・視察、募金の呼びかけに取り組んだ。能登の基幹病院は診療を再開したが十分な診療ができておらず、大幅な赤字経営で窮乏している。国の支援が至っていないことに憤りを感じる。この間のコロナ対応やマイナ保険証なども、最前線の医療機関の現状をつかまず、国は上から目線の政策に終始している。協会に意見を寄せていただき、下半期の活動に活かしたい」とあいさつした。

鈴木理事長が下半期活動方針を提案。診療所・病院も過去最大の倒産数になる等、厳しい医療経営が続く中、ベースアップ評価料を

協会は1月30日、第208回定時代議員会を開催した。会場の京都経済センターとウエブをつなぎ、代議員68人(ウエブ61人、会場7人)、役員20人が出席。飯田泰啓議長が進行した。24年度上半期活動報告と下半期重点方針、決議を提案し、全て賛成多数で承認・採択された。

報告と下半期重点方針、決議を提案し、全て賛成多数で承認・採択された。

開会にあたり、鈴木理事長より「昨年の能登半島地震には現地支援・視察、募金の呼びかけに取り組んだ。能登の基幹病院は診療を再開したが十分な診療ができておらず、大幅な赤字経営で窮乏している。国の支援が至っていないことに憤りを感じる。この間のコロナ対応やマイナ保険証なども、最前線の医療機関の現状をつかまず、国は上から目線の政策に終始している。協会に意見を寄せていただき、下半期の活動に活かしたい」とあいさつした。

鈴木理事長が下半期活動方針を提案。診療所・病院も過去最大の倒産数になる等、厳しい医療経営が続く中、ベースアップ評価料を

算定しても賃上げの原資は微々たるもので人材不足の歯止めになっていないと批判。務省の機動的調査と同じ

「骨粗鬆症」を指導料の対象にしたい。どちらの疾患も需要が多く、内科で予防・早期対応が求められるが、診療報酬に反映するにはきちんとした指導内容が担保される方式が必要だ。内科で認知症を診ても内科系の合併症がないと再診料しか算定できないのが現状だ。条件をつければ算定できるのかも検討してはどうか。

福山副理事長 保団連では従来より、「治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の指導を要する全ての慢性疾患」をB000特定疾患療養管理料の対象疾患に加えること、B005-7-2 認知症療養指導料の6カ月の算定制限を外すことを厚労省等に改善要請している。骨折前の骨粗鬆症の患者に対する指導を評価した点数はないため、改善を要望すべきかも含めて検討したい。

松原為人代議員(右京) 決議案の医療DXについて運用面の対応強化を求めている。

鈴木理事長 意見を参考に修正して最終決議としたい。



購読料 年8,000円
送料共 但し、会員は会費に含まれる

発行所
京都府保険医協会
〒604-8162
京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637
インターンプライス烏丸6階
電話 (075) 212-8877
FAX (075) 212-0707
編集発行人 花山 弘

2024年末に社会保障審議会医療部会が開かれ、2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見が取りまとめられた。石破内閣はこれを踏まえて今年通常国会に医療法等の改正を行う方針だ。

新たな地域医療構想は地域医療計画の上位に位置付けられる。病床機能だけでなく病院機能の再編を行う方針とされ、外来機能報告制度(かかりつけ医や在宅医療など)とリンクされる。実質的に厚労省が定める

古村俊人代議員(福知山) マイナ保険証に関して、①初期の頃に保険証をマイナンバーカードに紐づけた人に資格喪失しているケースが出ているので、更新を促す案内が必要②顔認証リーダーの機種別トラブル発生率の調査をお願いしたい。全医療機関に使用機種を尋ねて実数を把握してはどうか。

福山正紀副理事長 ①マイナカードの電子証明書の有効期限が切れても、有効期限の満了日が属する月の月末から3カ月後の月末まではオンライン資格確認により有効な資格情報のみ医療機関等に提供されるため、健康保険証として利用できる。マイナカードの電子証明書の有効期限が切れた方は申請がなくても資格確認書が交付される。総務省・地方公共団体情報システム機構が作成している電子証明書の更新手続を説明したチラシを活用していただきたい。②他府県の協会でも実施されているアンケートを参考にし、情報提供したい。

小林充代議員(左京) 「アルツハイマー型認知症中等度以上

「外来医師過多区域」などを指定し開業や管理者要件に介入する方向が明確だ。これまで曲がりなりにも職業選択の自由、営業の自由を尊重してきたが、「総数の

アルツハイマー型認知症 中等度以上等も指導料の対象に

「外来医師過多区域」などを指定し開業や管理者要件に介入する方向が明確だ。これまで曲がりなりにも職業選択の自由、営業の自由を尊重してきたが、「総数の

アルツハイマー型認知症 中等度以上等も指導料の対象に

「外来医師過多区域」などを指定し開業や管理者要件に介入する方向が明確だ。これまで曲がりなりにも職業選択の自由、営業の自由を尊重してきたが、「総数の

アルツハイマー型認知症 中等度以上等も指導料の対象に

「外来医師過多区域」などを指定し開業や管理者要件に介入する方向が明確だ。これまで曲がりなりにも職業選択の自由、営業の自由を尊重してきたが、「総数の

アルツハイマー型認知症 中等度以上等も指導料の対象に

「外来医師過多区域」などを指定し開業や管理者要件に介入する方向が明確だ。これまで曲がりなりにも職業選択の自由、営業の自由を尊重してきたが、「総数の

アルツハイマー型認知症 中等度以上等も指導料の対象に

算定しても賃上げの原資は微々たるもので人材不足の歯止めになっていないと批判。務省の機動的調査と同じ

「骨粗鬆症」を指導料の対象にしたい。どちらの疾患も需要が多く、内科で予防・早期対応が求められるが、診療報酬に反映するにはきちんとした指導内容が担保される方式が必要だ。内科で認知症を診ても内科系の合併症がないと再診料しか算定できないのが現状だ。条件をつければ算定できるのかも検討してはどうか。

福山副理事長 保団連では従来より、「治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の指導を要する全ての慢性疾患」をB000特定疾患療養管理料の対象疾患に加えること、B005-7-2 認知症療養指導料の6カ月の算定制限を外すことを厚労省等に改善要請している。骨折前の骨粗鬆症の患者に対する指導を評価した点数はないため、改善を要望すべきかも含めて検討したい。

松原為人代議員(右京) 決議案の医療DXについて運用面の対応強化を求めている。

鈴木理事長 意見を参考に修正して最終決議としたい。

主な内容

地区との懇談(2訓)
医療費控除の解説(3面)
歩き「ビワイチ」スタート(6面)
環境ハイキング

ご用命はアミスまで

- 医師賠償責任保険
- 休業補償制度(所得補償、傷害疾病保険)
- 針刺し事故等補償プラン
- 自動車保険・火災保険

TEL 075-212-0303

足の問題、健康保険証廃止をめぐる医療DXの課題にも引き続き取り組みたいと。かかりつけ医機能報告制度、新しい地域医療構想、医師偏在対策に関連する一括法案の動きを問題視し、財源論の提案も含めて対抗策を国に示したいと。協会活動の礎となる財

「大空は梅のほひにかすみつつくも

寸評

乙訓医師会と懇談

12月16日 ウェブ会議

生活習慣病管理料(Ⅱ)算定で減収に 地区医師会からも声を上げたい

協会は乙訓医師会との懇談会を24年12月16日にウェブで開催した。地区からは12人、協会から5人が出席。



乙訓医師会との懇談会。協会の胡興柏理事の司会で進められた。冒頭、乙訓医師会の鈴木博雄会長から「現在、新型コロナウイルスエンザ・マイコプラズマのトリプル感染の影響もあり、厳しい冬を迎えている。今年6月には診察者17人で開催された乙訓医師会との懇談

療報酬改定が行われたが、各医療機関は生活習慣病管理料やベースアップ評価料などの詳細な情報が得られない中で対応を求められ、

来年にはかかりつけ医機能報告制度が施行されるなど最近では政府から決定事項のみを伝えられる状況で、中医師協の形骸化が懸念される」とあいつがであった。鈴木卓理事長のあいつの後、社会保障制度の行方と医療提供体制改革を話題提供し、意見交換した。地区から「かかりつけ医

機能報告制度」の動向などについて質問が出された。協会からは、「1号機能」に示されている内容から、

一人の患者が複数の診療料の医師をかりつけ医とするのが望ましいとの見解を述べた。また、「2号機能」に示されている内容についても、患者は診療時間外の対応、入退院における病院との連携等、患者自身がかりつけ医に関する情報を

確認・選択しなければならず非常に複雑な構造になっ

ていると指摘。さらに、国は患者がかかりつけ医以外を受診した場合に特別料金を徴収し、かかりつけ医への受診を誘導しようと考えているようだが、事実であれば阻止しなければいけないと述べた。

また地区から、今次診療報酬改定に関して、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定するようになり減収に陥った

ところもあるとして、協会の診療報酬改定後に行ったアンケートの結果報告が求められた。協会からはアンケート(24年7月28日定期総会で実施)で、75%の医療機関が改定前と比べて減収となり、また75%の医療機関が事務的作業が増加していると説明。医療DX

の影響で廃院する医療機関も増加傾向にある現状を鑑み、診療報酬改定や医療DX問題については、国に要望書などを提出し課題改善に向けて取り組んでいると報告した。

その他にも、「防衛費と社会保障費の関係性」、「中高校生の受診診療科問題」、「マインナー制度」、「分娩費の保険適用」など多岐にわたって意見交換した。

最後に乙訓医師会の堀直樹副会長が「さまざまな課題について情報提供いただいた非常に参考となった。現状把握できた部分やまた不安を感じる部分もあったが、本日出された意見を参考に地区医師会からも声を上げていかなければいけないと感じた」と締めくくった。

「国保事業費納付金の算定結果」が1月30日開催の第2回京都府国民健康保険運営協議会で示された。納付金は都道府県化以降、国保財政を預かる京都府が保障給付にかかる費用に充てるため各市町村から徴収する。市町村はそれを支払えるよう各年度の保険料率を決定する。すなわち納付金

の上昇は保険料の引き上げに直結する。だが市町村は時々の状況を勘案し「財政安定化基金」の取り崩しや一般会計から国保特別会計への繰り入れを増やす等の自助努力によって、引き上げ率の縮減や引き上げの回避を判断する場面がある。

25年度の納付金は府全体で713億円で、24年度に比べ29億円(4.23%)増。一人当たりでは平均162.960円(7.5%)の大幅増である。保険給付費等は減少しているが人口構成変化や被用者保険の適用拡大等による被保険者数の減少、「前期高齢者交付金」減少等の影響から全体の伸び以上に一人当たりの伸びが著しい。各市町村の国保財政も危機に瀕しており、京都市では納付金

の伸びを超える前年度比10.35%の引き上げが検討される。こうした改定に踏み出す市町村が複数出現する恐れがある。

被保険者数減少は人口減のみならず国によって政策的に推進されており、今後京都府も市町村の国保財政の脆弱化は進むことが予想される。このままでは保険料は未来永劫、引き上げられ続けることになる。国保は今、崩壊不可避と呼ぶべき状況であり、地方自治体単位での国保運営は不可能なレベルに達している。国の責任において国保を「全ての人に必要な医療を必要だけ確実に保障する」仕組みへと抜本改善することを、医療界・自治体・住民が共同して求めねばならない。

医療政策セミナー

「新たな地域医療構想」 五つの「医療機関機能」に着目

協会は24年12月12日、主

として病院幹部職員を対象とした「医療政策セミナー」をウェブ開催。「新たな地域医療構想」に今のうちから備えていたが、このセミナーに、協会事務局が解説した。参加者は32人。現在の「地域医療構想」について、2025年の必要病床数の目標は達成しつつある一方、乖離が残って

いる構想区域もあり、京都府では丹後医療圏が「モデル推進区域」に設定された。2040年の医療提供体制の実現を目指す「新たな地域医療構想」に向けた議論が進められているが、

現在の構想が病床機能に着目しているのに対して、新たな構想は「高齢者救急・地域急性期機能」など五つの「医療機関機能」に着目。85歳以上高齢者の増加や人口減を想定し、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護連携、人材確保等を含む地域全体の医療提供体制の課題解決を図る

ものとして位置付けされる。これにより「外来」「在宅」を担う医療機関についても目標数が設定される可能性があり、また25年度から始まる「かかりつけ医療機能報告制度」とも相まって、自由開業規制につながる危険性があると指摘した。

地域医療構想は国による医療従事者や医療機関の管理・抑制策であり、患者・住民のための視点がないことを問題視。本来国は医療をいかに拡充し、財源をどう確保するのかに注力すべきと解説した。

予算編成に向けて財務省の財政制度等審議会が、職種別の給与と人数の情報を求めていることから、この「評価料」新設の目的が、賃上げ政策のほかに医療機関の経営情報収集だったとも考えられる。

セミナーの様子は協会ホームページで会員向けにオンデマンド配信をしているのでご視聴いただきたい。今後とも適宜、必要なテーマを取り上げ開催していく。

10月より後発医薬品のある先発医薬品が選定療養の対象となった。後発医薬品への移行を促進させる目的であろうが、在庫不足が解消されていない後発品のために現場では右往左往しているのが現状である。さらに、長期収載品を使用する場合には、薬剤ごとに使用理由の記載が必要で、医療提供側にも多くの手間と時間を要している。

ロシアによるウクライナ侵攻や中東の紛争は、いまだ解決していない。日本原水爆被害者団体協議会にノーベル平和賞が授与されたことは、核兵器をめぐる情勢への警告となり、唯一の被爆国として、日本政府にも紛争解決への協力を期待する。岸田前政権は、2027年までの5年間で43兆円もの防衛費を確保すると決めた。財源は歳出改革や剰余金の活用、所得税や法人税の増税などで調達するとし、歳出改革として社会保障費の削減や医療・介護の新たな患者負担増を計画している。さらには、医療提供体制改革として、「新たな地域医療構想」と「かかりつけ医機能報告制度」が開始され、多方向からの開業規制・医療へのフリーアクセス妨害が模索されている。

我々はこうした事態の抜本的解決を求め、国民皆保険制度を堅持し安全でより良い医療体制の構築を目指して以下を決議する。

10月の衆議院選挙後に第二次石破

京都府の国保 保険料大幅増へ

人口減や被用者保険の適用拡大 一人当たりの負担も急激な引き上げ

25年度の納付金は府全体で713億円で、24年度に比べ29億円(4.23%)増。一人当たりでは平均162.960円(7.5%)の大幅増である。保険給付費等は減少しているが人口構成変化や被用者保険の適用拡大等による被保険者数の減少、「前期高齢者交付金」減少等の影響から全体の伸び以上に一人当たりの伸びが著しい。各市町村の国保財政も危機に瀕しており、京都市では納付金

の上昇は保険料の引き上げに直結する。だが市町村は時々の状況を勘案し「財政安定化基金」の取り崩しや一般会計から国保特別会計への繰り入れを増やす等の自助努力によって、引き上げ率の縮減や引き上げの回避を判断する場面がある。

25年度の納付金は府全体で713億円で、24年度に比べ29億円(4.23%)増。一人当たりでは平均162.960円(7.5%)の大幅増である。保険給付費等は減少しているが人口構成変化や被用者保険の適用拡大等による被保険者数の減少、「前期高齢者交付金」減少等の影響から全体の伸び以上に一人当たりの伸びが著しい。各市町村の国保財政も危機に瀕しており、京都市では納付金

定時代議員会決議

第208回

政権が誕生した。国民に十分な説明をしないまま医療DXを推し進めようとした前政権とは異なり、議論を尽くして良い政策を実行するよう求める。安心・安全な医療のためにはデジタル化を否定するものではない。しかしながら、多くの医療機関がオンライン資格確認の環境整備をしたものの実務でのデータ不備も多く、維持費やサイバーセキュリティへの対応など新たな負担を感じている。

2024年度診療報酬改定で新設された「外来・在宅ベースアップ評価料」は、診療報酬が療養の給付の対価であるという制度の根本に矛盾していないか疑問である。点数が継続されるか分からないことや複雑な算定条件などを理由に算定しない医療機関も多く、加えて給与を国に報告することに戸惑う声もある。2025年度の

一、物価高騰・賃上げに対応した基本診療料の引き上げを中心とした診療報酬改定を行うこと

一、保険診療で認可したすべての医薬品の安定供給と品質管理を徹底し、長期収載先発医薬品に対する選定療養を撤回し、選定療養の拡大を行わないこと

一、自由開業制を守り、フリーアクセスを妨害しないこと

一、真に安心安全な医療に資する医療DXを推進し、特にサイバーセキュリティ対策は費用面も含めて国が主体的に実施すること

一、世界的な軍拡、紛争が生じる中、唯一の戦争被爆国として核兵器のない平和な世界の実現を目指すこと

2025年1月30日

京都府保険医協会

第208回定時代議員会

患者さんにも情報提供を

医療費控除について

確定申告時において、医療費を一定金額以上支払っている場合は医療費控除として所得から差し引くことができます。また、2017年分の確定申告から医療費控除の特例としてセルフメディケーション税制（対象となる医薬品を購入した場合の所得控除）が創設されています（2026年12月31日まで）。従来の医療費控除とセルフメディケーション税制は選択適用のため、重複して適用することはできません。医療費控除・セルフメディケーション税制は、本人だけでなく生計を一にする配偶者やその他の親族分も対象となります。

確定申告書を提出する際に「医療費控除の明細書」を添付する必要があります。医療費の領収書の添付・提示は不要ですが、領収書は5年間保管する必要があります。「医療保険者等の医療費通知書（医療費のお知らせ等）」を添付する場合は、「医療費控除の明細書」への記載を簡略化でき、領収書の保存も不要です。医療費のお知らせ等に記載されているのは、保険診療に該当するもののみのため、自由診療や薬局での医薬品購入、交通費等は領収書に基づき「医療費控除の明細書」に記載する必要があります。

医療費控除のみの還付申告については、確定申告期間以降でも取り扱っていますので、医療費控除の適用が受けられる方は還付申告をして下さい。先生方はもちろん患者の皆さんにも周知下さい。

医療費控除対象の範囲

●通常の医療費

- ①医師、歯科医師に支払った診療費、治療費
- ②治療、療養のために必要な医薬品の購入費
- ③病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、指定介護療養型医療施設、指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、助産所へ支払った入院費、入所費
- ④治療のためにあんまマッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師に支払った施術費
- ⑤保健師や看護師または准看護師に療養（在宅療養を含む）上の世話を受けた費用および療養上の世話を受けるために特に依頼した人に支払った療養上の世話の費用
- ⑥助産師による分娩の介助および妊婦、じよく婦または新生児の保健指導の費用
- ⑦介護福祉士による喀痰吸引等または認定特定行為業務従事者（一定の研修を受けた介護職員等）による特定行為
- ⑧国民健康保険で療養の給付を受けた人の市町村や特別区または健康保険組合からの告知書などに基づいて納付した療養費の一部負担金
- ⑨次のような費用で、医師等による診療や治療などを受けるために直接必要な費用
 - a. 通院費用、医師等の送迎費用、入院・入所の部屋代や食事代の費用、医療器具の購入代や賃借のための費用で通常必要なもの
 - b. 自己の日常最低限の用をたすための義手、義足、松葉づえ、補聴器、義歯などの購入の費用
 - c. 身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法などの規定により都道府県や市町村に納付する費用のうち、医師などの診療費用またはa、bの費用に当たるもの
- ⑩公益財団法人日本骨髄バンクに支払う骨髄移植のあっせんに係る患者負担金（非血縁者間骨髄移植患者登録証明書兼患者負担金領収書の発行必要）
- ⑪公益社団法人日本臓器移植ネットワークに支払う臓器移植のあっせんに係る患者負担金（臓器移植患者登録証明書兼患者負担金領収書の発行必要）
- ⑫特定保健指導費（高血圧症、脂質異常症、糖尿病と同等の状態であると認められる基準を満たしている場合）

●特別な費用・施設の利用料金

- ①紙おむつ購入費用および貸おむつ賃借料
 - ※ただし、イ、傷病によりおむね6カ月以上にわたり寝たきり状態にあると認められる者、ロ、その傷病について医師による治療を継続して行う必要があり、おむつの使用が必要と認められる者、イ、ロいづれにも該当し、治療を行っている医師が記載した「おむつ使用証明書」の添付または提示が必要。
 - ※おむつ代の医療費控除を受けることが2年目以降で介護保険法の要介護認定を受けている人は、市町村が主治医

意見書の内容を確認した書類または主治医意見書の写しを「おむつ使用証明書」に代えることができる。

なお、令和6年分以後については、おむつ費用の医療費控除適用が1年目の者のうち、下記の全ての要件に該当する場合は、「おむつ使用証明書」に代えて、「市町村が要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認した書類」または「主治医意見書の写し」の添付、または提示をすることが可能。

- a. おむつを使用した年に現に受けていた要介護認定、および当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続している場合に限る）で、それらの有効期間がおむつ費用の医療費控除を受ける年分以降において6カ月以上である
- b. 上記の審査にあたり作成された主治医意見書である
- c. 主治医意見書に、おむつ使用に係る一定の事項が記載されている
 - ②ストマ用装具に係る費用
 - ※退院後も継続してストマケアの治療を受ける必要があり、その治療上、適切なストマ用装具を消耗品として使用することが必要不可欠であると医師が認めて発行した「ストマ用装具使用証明書」の添付または提示が必要。
 - ③温泉利用型健康増進施設（クアハウス）として認定を受けた施設で、医師の指導により温泉療養を行うための利用料金
 - ※医師が発行した「温泉療養証明書」の添付または提示が必要。
 - ※治療のために支払われた設備の利用料等であることを明記した認定施設の領収書の添付または提示、もしくは医療費控除の明細書への記載が必要。

④指定運動療法施設（スポーツクラブ等）として認定を受けた施設で、医師が治療のために患者に運動療法を行わせるために必要な利用料金

- ※医師が発行した「運動療法実施証明書」の添付または提示が必要。
- ※治療のための施設の利用料であることを明記した施設の領収書の添付または提示、もしくは医療費控除の明細書への記載が必要。

①～④の証明書については、証明年月日、証明書の名称、証明者の名称（医療機関名等）を医療費控除の明細書の欄外余白等に記載することで、添付または提示を省略できる。ただし、その場合、証明書は確定申告期限から5年間保存する必要がある。

●介護保険関係

- ①施設サービス
 - a. 要介護度1～5の認定を受け指定介護老人福祉施設または指定地域密着型介護老人福祉施設に入所する人の介護費、食費、居住費の自己負担額の2分の1相当額
 - b. 要介護度1～5の認定を受け介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設または介護医療院に入所する人の介護費、食費、居住費の自己負担額
 - ※対象費用の額が記載された領収書の添付または提示、もしくは医療費控除の明細書への記載が必要。
- ②居宅サービス
 - 居宅サービス計画または介護予防サービス計画に基づいて右表の対象となる居宅サービス等を利用する人の自己負担額
- ③介護保険制度下で実施される介護福祉士等による喀痰吸引
 - 医療系サービスと併せて利用しないと控除の対象とならない福祉系の居宅サービス等だけで利用し、かつ、当該居宅サービス等において実施されるもの。居宅サービス等に要する費用の自己負担額の10分の1
 - ※「居宅サービス等利用料領収書（喀痰吸引等用）」の添付または提示、もしくは医療費控除の明細書への記載が必要。

●保険金などで補填される場合

- 以下のような支払いを受けた場合は支払った医療費から差し引く。
 - ①健康保険法、国民健康保険法などから支給を受ける療養費・移送費・出産育児一時金（以上は家族も含む）、高額療養費・高額介護合算療養費等の医療費の支出を給付原因として支給を受けたもの
 - ②損害保険契約または生命保険契約に基づいて医療費の

補填を目的として支払いを受けた傷害費用保険金、医療保険金または入院給付金など（これらに類する共済金を含む）

- ③医療費の補填を目的として支払いを受けた損害賠償金
- ④任意の互助組織から医療費の補填を目的として支払いを受けた給付金

控除額算出方法

$$\left(\begin{array}{l} \text{控除を受けようとする} \\ \text{年中に支払った医療費の総額} \end{array} - \begin{array}{l} \text{保険金などで} \\ \text{補填される金額} \end{array} \right) - \left\{ \begin{array}{l} 10万円（所得の合計額が200万円} \\ \text{までの方は所得の合計額の5\%） \end{array} \right\} = \begin{array}{l} \text{医療費控除額} \\ \text{（最高200万円）} \end{array}$$

医療費控除の対象となる医療費

- ・オンライン診療料として医師等による診療や治療のために支払った費用
- ・オンライン診療に係るシステム利用料
- ・オンライン診療で処方された医薬品の購入費用
- ・後発医薬品（ジェネリック医薬品）がある医薬品で、一部の先発医薬品の処方等または調剤を希望した場合の「特別の料金」（令和6年10月以降）

医療費控除の対象とならない医療費

- ・オンライン診療で処方された医薬品の配送料

その他、医療費控除の対象となる医療費は国税庁ホームページの「医療費控除の対象となる医療費」ページ下段の「QAリンク」をご確認下さい。



| | 介護サービス等の種類 |
|---|---|
| 医療費控除の対象となる居宅サービス等 | <ul style="list-style-type: none"> ◎訪問看護 ◎訪問リハビリテーション ◎居宅療養管理指導【医師等による管理・指導】 ◎通所リハビリテーション【医療機関でのデイサービス】 ◎短期入所療養介護【ショートステイ】 ・定期巡回・随時対応型訪問看護（一休型事業所で訪問看護を利用する場合） ・看護・小規模多機能型居宅介護（上記の居宅サービスを含む組み合わせにより提供されるもの。生活援助が中心の場合を除く） |
| 上記の居宅サービスと併せて利用する場合のみ医療費控除の対象となる居宅サービス等 | <ul style="list-style-type: none"> ◎訪問介護【ホームヘルプサービス】（生活援助中心の場合を除く） ◎訪問入浴介護 ◎通所介護【デイサービス】 ◎短期入所生活介護【ショートステイ】 ・夜間対応型訪問介護 ◎認知症対応型通所介護 ◎小規模多機能型居宅介護 ・定期巡回・随時対応型訪問看護（一休型事業所で訪問看護を利用しない場合および連携型事業所に限る） ・看護・小規模多機能型居宅介護（上記の居宅サービスを含まない組み合わせにより提供されるもの。生活援助が中心の場合を除く） ・地域密着型通所介護（2016年4月1日より） ・地域支援事業の訪問型サービス（生活援助中心のサービスを除く） ・地域支援事業の通所型サービス（生活援助中心のサービスを除く） |
| 医療費控除の対象となる施設サービス | <ul style="list-style-type: none"> <介護費・食費・居住費の1/2に相当する額> ・指定介護老人福祉施設 ・指定地域密着型介護老人福祉施設 <介護費・食費・居住費として支払った額> ・介護老人保健施設 ・指定介護療養型医療施設 ・介護医療院 |
| 医療費控除の対象とならない介護保険の居宅サービス等 | <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護（生活援助中心型） ◎認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】 ・特定施設入居者生活介護【有料老人ホーム等】 ◎地域密着型特定施設入居者生活介護 ◎福祉用具貸与 ・看護・小規模多機能型居宅介護（生活援助中心型の訪問介護の部分） ・地域支援事業の訪問型サービス（生活援助中心のサービスに限る） ・地域支援事業の通所型サービス（生活援助中心のサービスに限る） ・地域支援事業の生活支援サービス |

◎印は介護予防サービスも同様
 ※自己負担額(対象費用の額が記載された「居宅サービス利用料領収証」)の添付または提示が必要

政策解説

厚労省「総合改革意見」をどう読むか ③
医療需要・必要病床数に関する国の算定式とは

新たな地域医療構想は対象をこれまでの「病床」(病床機能)から「病院そのもの」(医療機関機能)、外来や在宅、介護との連携へ拡大する。構想には少なくとも2040年の構想区域(≒二次医療圏)別の「必要病床数」が設定されることになる(新たな「医療機関機能」や「外来・在宅」の必要数の設定の有無、その手法については詳らかにされていない)。そこであらためて見ておくべきは現在の地域医療構想において「必要病床数」がどのように算定されているのか。それは将来の地域の医療需要を測る方法として妥当であるかという点である。

本稿では現行の地域医療構想における医療需要推計について国の「ガイドライン」に沿って解説し、批判的検討を行う。

必要病床数の計算式

地域医療構想における病床数の必要量は「医療需要推計」から導き出されている。推計方法は法令・通知で定められている¹⁾。

推計を行うため、国は都道府県に対し「地域医療構想策定支援ツール」を配布している。その搭載内容が図1である。

2025年の「必要病床数」は次のような計算式²⁾で導き出されている。

- ① 性・年齢階級別の2013年度の入院患者数を365で除し、1日あたり入院患者数(2013年度医療需要:人/日)を算出する(計算式①)。
② ①を2013年の性・年齢階級別人口で除し、4医療機能区分(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとの入院受療率を算出する(計算式②)。その区分は「医療資源投入量」によって区分する。その境界点は図2の通りである。
4医療機能区分のうち、慢性期の入院受療率推計は次のような手法で算定される。
i) 一般病床のうち、障害者施設・特殊疾患病棟は慢性期に区分する。
ii) 同じく一般病床のうち、リハビリを含めた医療資源投入量が175点未満の場合は在宅医療等に区分する(必要病床数に反映させない)。
iii) 一般病床および療養病床のうち回復期リハビリテーション病棟は、回復期に区分する。
iv) 残りの一般病床は図2医療資源投入量の点数で高度急性期、急性期、回復期に振り分ける。
v) 回復期リハビリテーション病棟を除く療養病床の入院患者は慢性期に区分するが、そのうち、「医療区分1」の患者の7割は医療ニーズが低いと見なし、将来は病床以外の自宅や介護施設等で対応可能な者と仮定し、在宅医療等に区分する。
vi) vで慢性期に振り分けた療養病床の入院患者について、入院受療率が最低の県に一定割合(全国最大値が全国中央値まで低下する割合)で近づくように入院受

療率を下げ、低下させた分を在宅医療等に区分する。
③ ②に2025年の性・年齢階級別の人口を乗じ、2025年度の医療需要(人/日)を推計し、推計した将来の医療需要と将来の医療供給体制に大きな乖離がある場合等には、都道府県間・構想区域間の患者流入を調整した上で、4医療機能ごとの全国一律の病床稼働率で割り戻し、必要病床数を推計する(計算式③)。

算定式の批判的検討

以上の算定式は全国統一であり、厚生労働省から都道府県に提供されている。これこそが各都道府県の2025年度の「必要病床数」の「根本」であり各病院に経営方針や進路の選択を迫る根拠となっているのである。

もとより、万能な算定式は存在しない。各病院において、今後の医療経営を構想するための基礎データとして、こうした式に基づくデータが提供されること自体は悪くない。国自身も2015年6月18日の通知において³⁾、地域医療構想は自主的な取り組みが基本であり、「単純に『我が県は〇〇床削減しなければならない』といった誤った理解とならないようお願いします」と釘を刺していた。しかし、現実には国の算定式に沿って作られた構想の実現が都道府県に迫られ続けてきた。つまり国がどのように責任を曖昧化し、「地域の自主的な取り組みだ」と主張したところで、地域医療構想における機能別必要病床数は「間違いない将来像」のように扱われてきたのであり、事実上医療機関の将来を縛るものになってきた。その根拠である算定式自体が妥当なものでなければ話にならない。

- この算定式の批判を試みれば、以下の6点となる。
① 2013年度の入院受療率を用いながら、2025年の人口推計を使って医療需要を推計することは正しいか。すなわち、2025年まで受療率が不変であると仮定していることは正しくないのではないか。
② 医療需要の根拠にNDBデータを用いているが具体的にどのようなデータをどう使っているのかが不明である。そもそも国が活用を推進する「ビッグデータ」は一般市民がアクセスできる仕組みになっていない。つまり使用データがブラックボックスの中にあり、再現不能である。
③ 二次医療圏ごとに医療需要を算出し、必要病床数を導き出す式になっているが、これではもともとある二次医療圏間の医療提供体制格差が改善されない。
④ 「C1」「C2」「C3」の医療資源投入量の境界点は医療現場や地域の実情に合っているのか。境界の引き次第で必要な急性期医療等に対応する病床数が決まってしまうため、仮に国が金のかかる急性期病床を減らしたいと考えれば恣意的な操作が可能である。また慢性期の推計も極めて政策的である。在宅医療推進や介護資源の充実自体は否定しないが、「医療資源投入量が175点未満の場合」や「医療区分1の患者の7割は医療ニーズが低い」と見なし入院受療率から外すという機械的な発想

(計算式①) 医療需要(人/日)の算出式

NDBのレセプトデータ(①)
+DPCデータ(②)
+公費医療データ(③、④、⑤)
+十分娩のデータ(⑥)
+介護老人保健施設サービス受給者データ(⑦)
+労災保険医療データ(⑧)
+自賠責保険医療データ(⑨)
= 365日

*医療需要(人/日)は上記データを基に「病床の機能区分等」(4機能分類及び在宅医療等)、「疾病区分」(約90分類、「性」(2分類)、「年齢」(17分類)、「患者住所地二次医療圏」(344分類)、「医療機関所在地二次医療圏」(344分類)別に算出。

(計算式②) 入院受療率の算出式

入院受療率(2013年度) = 医療需要(2013年度) / 性・年齢階級別人口(2013年度)

*構想区域(二次医療圏)ごとに入院受療率を算出。

(計算式③) 必要病床数の算出式

必要病床数(2025年度)(床) = 入院受療率(2013年度) × 性・年齢階級別人口(2025年度) / 病床稼働率

*病床稼働率は全国一律で下記の値を用いる。
高度急性期0.75 急性期0.78 回復期0.9 慢性期0.92

- だけで、本当の慢性期の需要は図れないと考える。
⑤ コロナ禍における入院・外来の逼迫が踏まえられておらず、国民等の健康をめぐる状況変化を反映していない。
⑥ 算定式を単純化すれば「レセプト等の実績×推計人口」に過ぎないが、「潜在的な医療需要」は全く想定されていない。医療の必要な人が全て入院できている前提の必要病床数で良いのか。
ここで強調したいのはとりわけ⑥である。

国は「供給が需要を生み出す」という基本的な考え方によって医療政策を考えている。医療機関が不足している地域は医療へのアクセスが悪いために受診できないことがある。経済的事由から医療へのアクセスをためらう人もいる。医療需要を測り、必要病床数を論じたいのなら、最低限、その前提に提供体制格差の縮小や「お金がないと医療にかかれない」という現在の医療保険制度の不備の修正が必要である。つまり地域医療構想の「必要病床数」は、各病院の将来を束縛する根拠としては脆弱な、あるいは医療費抑制政策が背景にあるが故の恣意的な算定式によって導き出されていると言われても仕方のないものである。
そうやって策定された地域医療構想を前提に、医師・看護職員の需給推計がなされ、診療報酬改定内容にも影響を与えている。さらにそれが医療計画の上位概念に「格上げ」される(連載①で紹介)とは受け入れ難い。
まして2040年に向けた新たな地域医療構想では「病床機能」にとどまらず、病院自体の機能分化を求める「医療機関機能」明確化が求められ、各病院が「育および広域診療機能」「高齢者救急機能」「在宅医療連携機能」「急性期拠点機能」「専門等機能」のいずれかの選択が迫られる。「医療機関機能の必要量」がどのような算定式で導き出されるのかは不明だが、各病院の在り方自体が地域医療構想の枠内に押し込められることになる以上、少なくともその算定式は科学的な正当性のあるものでなければならない。(つづく)

図1 地域医療構想策定支援ツールの搭載データ

- 将来の医療需要を推計するため、国がNDB等のデータに基づき開発した「地域医療構想策定支援ツール」が都道府県に配布された。
○地域医療構想策定支援ツールは2013年度の下記データを用いて推計処理を実施しています。なお、特定の個人が第三者に識別されること防ぐため、医療需要及び必要病床数等の数が二次医療圏にあっては10未満、市区町村にあっては100未満となる数値は、非表示となる。

Table with 2 columns: 搭載データの種別, 病名の有無. Rows include NDBレセプトデータ, DPCデータ, 公費負担医療分医療需要, etc.

図2 病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

Table with 3 columns: 医療資源投入量, 基本的考え方. Rows include 高度急性期, 急性期, 回復期, and others with specific point thresholds.

*在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

*③④については、①②の二次医療圏、性・年齢階級、疾病による割合を用いて推分。

- 1) 根拠法令は「医療法第30条の4第2項第7号」「医療法施行規則第30条の28の3」「『地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律』の一部の施行について(平成27年3月31日厚生労働省医政局長通知)」である。
2) 計算式は「地域医療構想策定支援ツールの搭載データと推計方法」(茨城県HP)
3) 2015年6月18日付厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

【参照文献】

- ・長野県HP「地域医療構想」第3節 https://www.pref.nagano.lg.jp/iryo/kenko/iryo/shisaku/hokeniryo/documents/iryokoso03.pdf
・茨城県HP「地域医療構想策定支援ツールの搭載データと推計方法」 https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/iryo/keikaku/koso/documents/siryou5.pdf
・厚生労働省HP「地域医療構想策定ガイドライン」 https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000711355.pdf
・「地域医療構想をめぐる現状と課題」佐藤英仁(東北福祉大学)レジュメ(保団連地域医療活動交流集会)
・「医療計画の概要及び第8次医療計画の特徴と問題点」塩見正(国民医療No.364)

初冬の琵琶湖岸を環境ハイキング

協会は、「初冬の琵琶湖岸のんびり散策」と題した環境ハイキングを24年12月15日に開催した。当日は快晴に恵まれ、参加者は約15kmの行程を楽しんだ。今後15回ほどに分けて徒歩琵琶湖一周を企画したい。以下、参加記を掲載する。

歩き「ピワイチ」スタート

末廣耳鼻咽喉科(西京) 石田 亜喜

琵琶湖一周「ピワイチ」ス、遠くには鈴鹿の山々、を「徒歩」で挑戦というこ、西に山頂付近が雪化粧の比、とに興味があつて参加した。叡山、蓬萊山、比良山を見ながら歩く。琵琶湖と瀬田川の境界辺りには漕艇部の艇庫も多く、水面を滑るよ、田の唐橋」から「ピワイチ」を始める。時々強い風が吹くものの天気は良い。湖岸は公園や遊歩道に東に三上山、湖南アルプなつていて、散歩、ジョギ

ング、サイクリングなど、それぞれ楽しむ人がいた。近江八景「粟津の晴嵐」の碑を経て、桜の名所の膳所城跡公園で休憩。近江大橋をくぐり、なぎさ公園へ。ところが、公園は整備工事中で、やむなく勇気ある迂回となった。



冠雪した比良山をバックに

再び湖岸を目指す。最後の目的地「唐崎の夜雨」の唐崎神社に到着。見事な松で有名だが、松はとても「残念」な状態で…。次世代の松を育てているところだった。しばらく湖畔の風景を楽しみ、唐崎から帰路についた。次回は、どのような風景と出会えるか、楽しみである。

る施設があつて心強い。港には、うみのこやピアンカなどが停泊していた。浜大津から「大津絵の道」を歩き、琵琶湖周航の歌の碑、旧三高艇庫を見学。湖岸を離れ疏水沿いに、まだまだ紅葉が美しい三尾神社、「三井の晩鐘」の三井寺を通り、大津市役所、皇子山総合運動公園と京阪線沿いに歩いた。皇子が丘公園で昼食。錦織遺跡など大津京の遺跡を見学。競技かるたの聖地、水時計を設置したという天智天皇を祀る近江神宮、古墳のある公園、古い町並みの中を歩き、志賀八幡神社で一休み。



自転車散歩とスライツキ

山元 元(乙訓)

午後になると紀伊水道側の海は、西に傾いた光を浴びて銀色に輝きます。あちこちに光る海に向かって釣りをしている人影が見えます。じつと岩場に糸を垂れる姿には、仙人風情が感じられます。無闇に自転車を漕いでいる自分が軽薄に思えてしまいます。

和歌山県は大海原に面しています。海沿いをずっと紀勢線が走っているのが、京都からも日帰りサイクリングができます。都合のよい駅で自転車を組み立て、都合のよい駅で自転車を畳む輪行です。ただ和歌山は広い。三重県近くの新宮や熊野まで足を延ばすと、一泊が必要になります。

和歌山県を輪行散歩



温度や匂いもまろやか。右側の家並の向こうにも、左側の家並の向こうにも果てしない太平洋が道に出ていて、のどかに人の合っていました。私はいつかこの場所に住めると思っていたのではないかと、そこに辿り着いたのではないかと。暑いもなく、寒くもなく、自転車で走っていると、何度が突然に桃源郷に踏み入ったような気がした場所がありました。現地でも生活する人々はいくらもいませんが、私にはそうしか思えないのでした。最後のスケッチは和歌山の高野山の入り口です。南海電車とケーブルカーで登って、金剛峯寺に向かい、紀の川方面にひたすら坂道を下る計画です。11回にわたり、拙い文章と絵にお付き合い下さり、ありがとうございました。

2024年度 第2回医療安全講習会

今さら聞けない! 日常診療における患者対応のあれやこれや Part 2

日時 3月1日(土) 14時~15時30分

講師 あやめ法律事務所 福山 勝紀 弁護士

形式 Zoomウェビナー+会場 (京都府保険医協会・会議室)

対象 会員・会員医療機関の従事者

参加費無料

お申込はこちらから

※申込締切: 2月25日(火)

【内容】 ●手術同意書はどこまで必要ですか ●応招義務 ●未成年者の受診 ●患者による院内の録音・録画 ●スタッフの個人情報の取扱い ●講習会内容について、事前にご質問を受け付けます。申込画面よりご記入下さい。

承継・閉院のお悩みをワンストップで支援!!

第三者承継・閉院セミナー

3月13日(木) 14時~16時

[場所] 京都府保険医協会・会議室 [共催] M&D保険医ネットワーク

参加費 無料 (定員30人)

承継・閉院をお考えの先生に、その方法・スケジュール・注意点などを実例を示しながら解説します。

お申込はこちらから

第13回勤務医のための講習会

人生100年時代、現役時代に考える資産形成と資産防衛

将来の準備は十分にできていますか? 経済的に自立した豊かな生活を送るために必要な資金を、今からどのように確保すると良いのでしょうか。お金の専門家に聞いてみませんか。「投資のルール」「金融商品」「時間軸」の視点から、資産形成の方法や運用術をお伝えします。勤務医の生活、資産形成に役立つ保険(共済制度)もご紹介いたします。お気軽にご参加下さい。

日時 3月12日(水) 17時30分~18時30分

形式 Zoomを用いたウェブ配信

講師 阪本 佳祐 氏 (2級ファイナンシャル・プランニング技能士(国家資格) トータル・ライフ・コンサルタント(生命保険協会認定FP))

曾我部 俊介 氏 (勤務医に役立つ保険協会の共済制度(保険)と活動紹介)

参加費無料

お申込はこちらから

※申込締切: 3月10日(月) ※保険医協会非会員の医師も参加できます。

※参加用URLは3月11日(火)にお申込みのメールアドレスに送信します。