

政府・与党における高齢者医療制度の見直しの検討状況

平成20年6月12日

政府・与党において制度の円滑な運営を図るため、低所得者の保険料軽減、年金からの特別徴収の見直し等の措置を講じることを決定。

→以後、低所得者等の保険料軽減、口座振替の選択制等を逐次、実施。

平成20年9月23日

自民党・公明党連立政権合意において、「長寿医療制度については、高齢者の心情に配慮し、法律に規定してある5年後見直しを前倒して、より良い制度に改善する」とこととされる。

9月25日

厚生労働大臣の下に「高齢者医療制度に関する検討会」を設置し、見直しの議論を開始。

9月29日

麻生内閣総理大臣の所信表明演説において、「高齢者に納得していただけるよう、1年を目途に、必要な見直しを検討する」ことが表明。

12月17日

与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチームにおいて、「高齢者医療制度の見直しに関する基本的枠組み」がとりまとめられ、「来春を目途に幅広い議論を進め、結論を得る」とこととされる。

平成21年3月17日

「高齢者医療制度に関する検討会」において、「高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理」をとりまとめ。

4月3日

与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチームにおいて、「高齢者医療制度の見直しに関する基本的考え方」をとりまとめ。

高齢者医療制度の見直しに関する事項について

1. 速やかに対応すべき課題

	与党高齢者医療制度に関するPT 「高齢者医療制度の見直しに関する 基本的な考え方」(4月3日)	高齢者医療制度に関する検討会 「高齢者医療制度の見直しに関する 議論の整理」(3月17日)	これまでの主な対応
高齢者の保険料等	○平成21年度に均等割が7割軽減となる方は、引き続き8.5割軽減となるようにする。 ※経済危機対策 長寿医療制度において、平成20年度に均等割保険料が8.5割軽減であった方で、平成21年度に7割軽減となる方については、平成21年度においても、8.5割軽減を継続する。	—	○5月、補正予算において131億円を措置 ○5月～6月、各広域連合において条例改正を実施
	—	○保険料の仕組みについて、高齢者にわかりやすく丁寧な説明に努めることが必要である。	
	○失業者に係る国保及び長寿医療制度の保険料軽減分に対する国庫補助について検討する。 ※経済危機対策 雇用保険法改正の附帯決議を踏まえ、市町村等が行う失業者に係る国保及び長寿医療制度の保険料減免の推進を図る。	—	○5月、市町村(国保)及び広域連合(長寿医療)に失業者に係る保険料の減免について、特別調整交付金により措置する旨の通知を发出
	○社会保険料控除の取扱いを含め、口座振替との選択制の周知を徹底する。	○社会保険料控除の取扱いについて更に周知を図る。	○6月～7月、市町村及び広域連合から送付する賦課決定通知書等にチラシを同封
	○保険料の滞納者については、機械的に資格証明書を交付せず、きめ細やかな納付相談・収納対策を行う。	○資格証明書の発行については、高齢者が必要な医療を受ける機会が損なわれることがないように、慎重な対応等を行うことが必要。	○5月、資格証明書の運用に係る留意点等を示した通知を发出

<p>のあり方 費用負担</p>	<p>○ 財政状況の厳しい健保組合等の負担軽減のための財政支援の拡大を図る。 ※経済危機対策 健保組合のIT化を推進するための財政支援を行い、負担の軽減を図る。</p>	<p>—</p>	<p>○ 5月、補正予算において、健保組合のIT化推進のための財政支援として25億円を措置</p>
<p>理解の醸成等 制度に対する</p>	<p>—</p>	<p>○ 高齢者医療制度の仕組みなどを改めて国民に周知するなど、現役世代を含め、すべての世代の納得と共感が得られるための一層の努力を傾注することが必要。</p>	<p>○ 4月、厚労省ホームページ内 You Tube に掲載 ○ 7月、リーフレットを作成し、広域連合及び市町村へ配布</p>
<p>理解の醸成等 制度に対する</p>	<p>—</p>	<p>○ 当事者である高齢者の意見を聞く場を設けることが必要。</p>	<p>○ 5月、被保険者代表等の意見を聞く協議会等を全広域連合に設置することについて、通知を发出 ○ 7月、社会保障審議会医療保険部会への高齢者の代表の参画 ○ 7月、「長寿医療制度に関する加入者意見交換会」等の設置</p>

2. 短期的な課題

	与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム 「高齢者医療制度の見直しに関する基本的な考え方」（4月3日）	高齢者医療制度に関する検討会 「高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理」（3月17日）
費用負担のあり方	○財政状況の厳しい健保組合等の負担軽減のための拠出金の分担方法の見直しや財政支援の拡大を図る。	○後期高齢者支援金や前期高齢者納付金については、国保と被用者保険の間は加入者数で均等に分け、被用者保険の中では、被用者保険の保険者の財政力に応じた応能負担による仕組みにすべきであるという意見があった。
区分のみによるあり方	○被用者保険の被保険者であった方については、被用者保険に残すこととする。	○被用者保険本人は、被用者保険の被保険者に残すべきではないかという意見があった。
高齢者の保険料等	○被用者保険の被扶養者であった方の取扱いについて、平成22年度以降の軽減措置のあり方を含め、年末までの間に検討し結論を得る。	—
	○均等割9割軽減及び所得割5割軽減について、平成22年度及び平成23年度も全額国費により継続を検討する。	—
	○年金からの保険料支払いにより世帯としての税負担が増えないよう、税制上の措置について検討する。	—
	○年金額が18万円未満の方等も、本人の希望により年金からの支払いの対象にできるようにする。	—
名称等	○「後期高齢者」や「終末期医療」といった名称を見直す。	○「後期高齢者」や「終末期相談支援料」といった名称は、速やかに見直す。
	—	○国民の高齢期における適切な医療の確保を図ることを目的とした法の理念が理解されるよう、高確法に高齢者への敬意を具体的に示すべき。
運営主体のあり方	○広域連合について、都道府県の関与の強化を含め、保険者機能の強化等を図る。	○広域連合の活動の展開がまだまだ十分ではないことから、まずは、その保険者機能を強化すべきであるという意見があった。

窓口負担割合等	前期高齢者の	○70歳から74歳の高齢者の窓口負担割合について、年末までの間に、恒久的な措置のあり方の結論を得る。その際、65歳から69歳までの窓口負担割合のあり方についても検討する。	—
		○75歳以上の特に所得が低い高齢者の外来における自己負担限度額の大幅な引き下げや、75歳未満の自己負担限度額の引き下げについて検討する。	—
医療サービス等		○高齢者にふさわしい新たな医療サービスの提供や療養環境の確保、介護サービスとの連携、健康づくりや生活支援サービスの充実を進める。	○高齢者にふさわしい様々な医療サービスをそれぞれの地域において、具体的に提供していくことが重要。 ○高齢者担当医をはじめとする高齢者のための新しい医療サービスを普及・定着させることが必要。 ○それぞれの地域において医療と介護の連携を図り、切れ目無く必要な医療や介護が受けられる体制を構築することが必要。
		○75歳以上に限定した診療報酬体系について必要な見直しを行う。	○75歳以上に限定した診療報酬体系を見直す必要があるという意見があった。
		○75歳以上の健康診査については、保険者の努力義務から実施義務に見直すこと等を通じて、受診率の向上を図る。	○75歳以上の健康診査については、保険者の努力義務から実施義務にするなどの見直しを行うべきであるという意見があった。
		—	○勤務医の勤務環境の改善、他の医療従事者との役割分担・連携による医師不足への対応、救急医療の充実などの医療提供体制の充実を図るべきである。

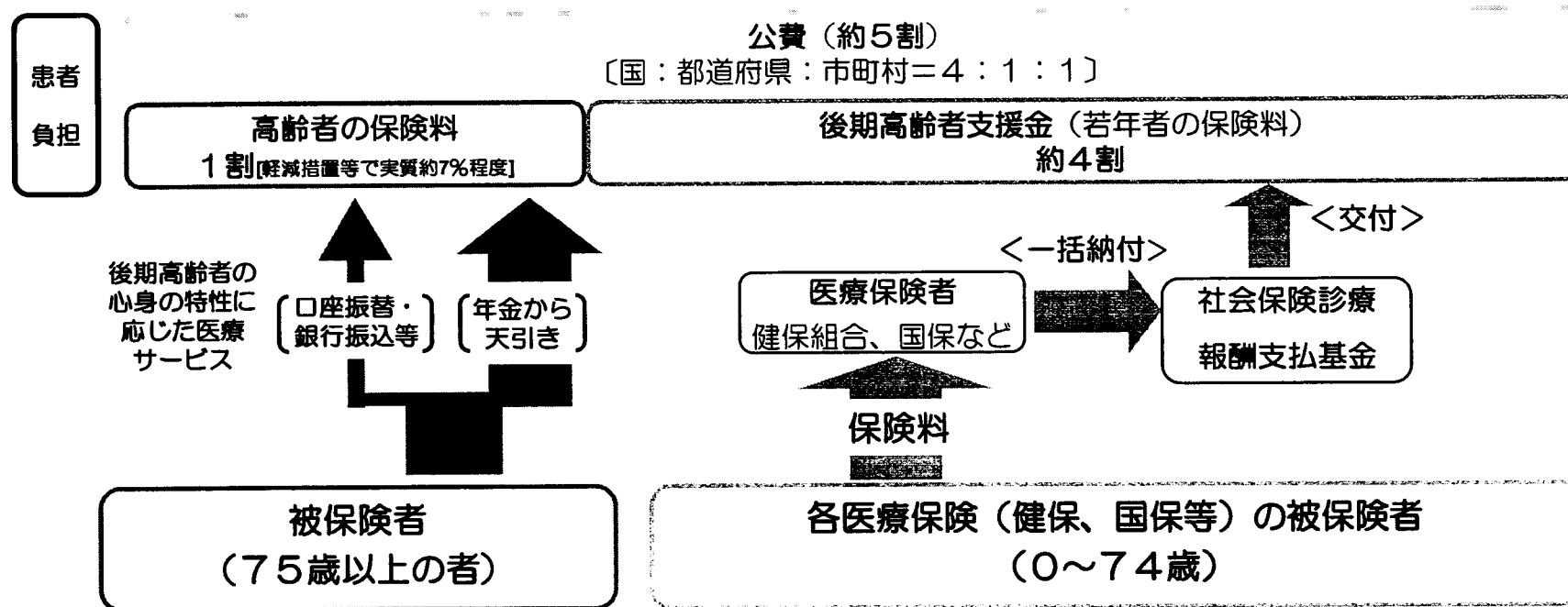
3. 中期的な課題

	与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム 「高齢者医療制度の見直しに関する基本的な考え方」（4月3日）	高齢者医療制度に関する検討会 「高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理」（3月17日）
費用負担のあり方	○安定的な財源の確保に併せて、前期高齢者医療制度の導入により負担が重くなった健保組合等の負担軽減を図るための前期高齢者医療への公費の投入について検討を進める。	○前期高齢者医療制度には直接公費は投入されていないが、今後の公費のあり方について検討していく必要がある。この際、多額の財源を必要とし、また、国保よりも健保組合等の負担がより軽減される点や公費の投入は国保を優先すべきといった意見を含め議論する必要がある。
	○安定的な財源の確保に併せて、高齢者の保険料負担が将来的に安心できる水準に維持できるようにするための長寿医療制度への公費の追加投入について検討を進める。	—
年齢のみによる区分のあり方	○長寿医療制度の対象年齢を65歳に区分するなど年齢区分の見直す方向について、安定的な財源の確保と併せ、費用負担のあり方や国保との一元化を含めた抜本的な見直しを検討する。	○75歳で区分することはやむをえないという意見がある一方、特定の年齢のみで区分せず財政調整をしてはどうか、65歳で区分してはどうか（その際、都道府県単位の国保を包含するという選択肢を検討してはどうか）、少なくとも75歳以上の被用者保険の本人は被用者保険に残すべきではないかという意見があった。
高齢者の保険料等	○保険料の軽減措置に係る所得認定のあり方について引き続き検討する。	○所得割のみを賦課する仕組みや保険料の限度額の上限額を見直すことを検討すべきという意見があった。
運営主体のあり方	○同じ地域保険である国民健康保険と併せて、運営主体のあり方について検討する。	○長寿医療制度について、都道府県を運営主体とすることが適当であり、そのための環境整備を検討すべきという意見があった。 ○市町村国保については、 ① 都道府県単位化を図り、都道府県又は広域連合が長寿医療制度と一体的に運営すべき ② 2次医療圏単位で市町村が共同で運営すべき ③ 保険者は市町村のままとし、財政の共同化、調整交付金の配分、都道府県による再保険事業、町村に対する事務の支援等によって運営の安定化を図るべき という意見があった。

長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の運営の仕組み(平成21年度)

<対象者数> 75歳以上の後期高齢者 約1,400万人
<後期高齢者医療費> 12.4兆円(平成21年度予算ベース)
給付費 11.4兆円 患者負担1.0兆円

【全市町村が加入する広域連合】



(注1) 現役並み所得者については、老人保健法と同様に公費負担(50%)はないため、実質的な公費負担率は47%、後期高齢者支援金の負担率は43%となる。
(注2) 国保及び政管健保の後期高齢者支援金について、各々50%、16.4%の公費負担があり、また、低所得者等の保険料軽減について公費負担がある。

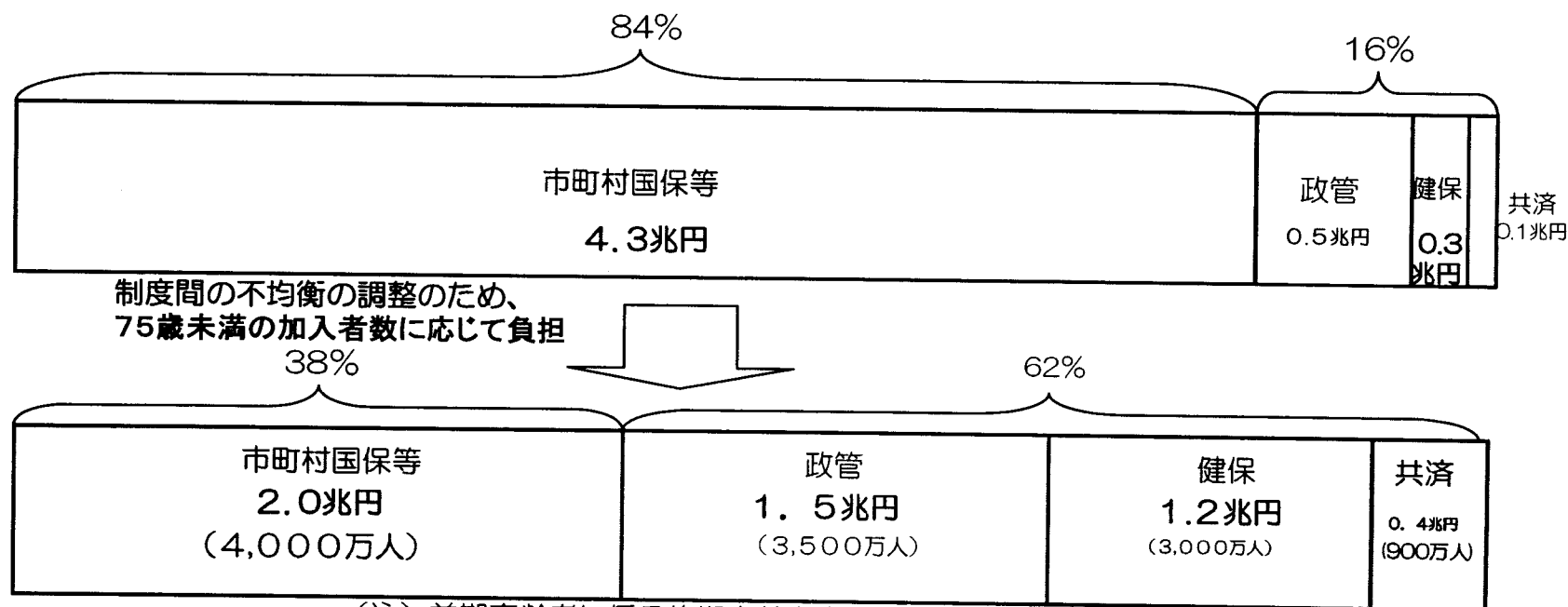
前期高齢者医療費に関する財政調整(平成21年度)

65歳から74歳の前期高齢者については、国保・被用者保険の従来の制度に加入したまま、前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整する仕組みとした。

※従来は、「退職者医療制度」により、20年以上被用者保険に加入していた方等の医療費を各被用者保険が総報酬に応じて負担

＜対象者数＞ 65～74歳の前期高齢者 約1,400万人

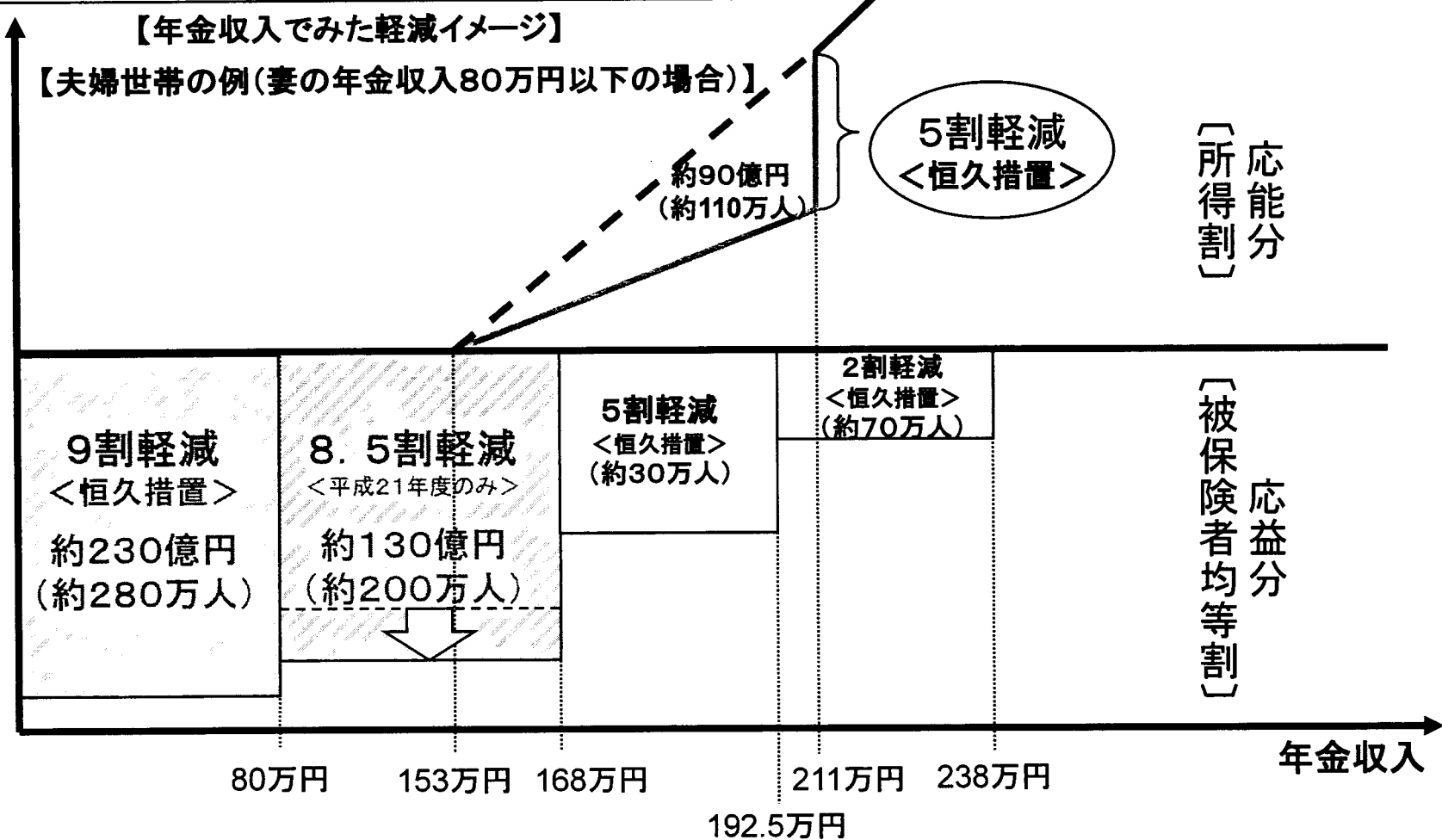
＜前期高齢者給付費＞ 5.2兆円(平成21年度予算ベース)



(注) 前期高齢者に係る後期高齢者支援金(0.6兆円)についても、同様の調整を行う。

長寿医療制度の保険料軽減（平成21年度）

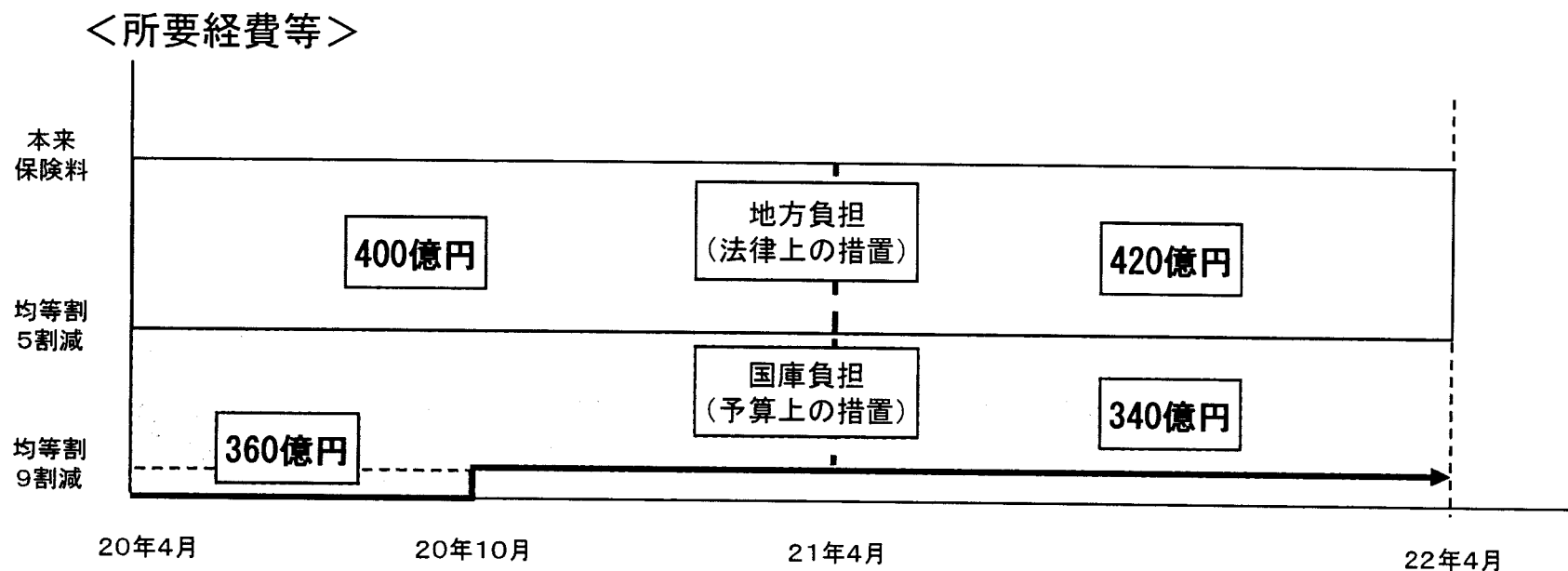
- 【均等割】**
- 均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、長寿医療制度の被保険者全員が、年金収入80万円以下（その他各種所得がない）の場合に9割軽減する。
 - 平成21年度においては、均等割の7割軽減を受ける方を一律8.5割軽減とする。
- 【所得割】**
- 所得割を負担する方のうち、所得の低い方（具体的には年金収入153万円から211万円まで）について、5割軽減する。



被用者保険の被扶養者の9割軽減措置の継続について

- 被用者保険の被扶養者であった方については、制度加入時から2年間の軽減措置（均等割5割軽減）に加えて、
 - ・ 平成20年4月～9月の半年間は凍結し、
 - ・ 平成20年10月～平成21年3月の半年間は、均等割を9割軽減した額としている。
- 平成21年4月から平成22年3月までの1年間においても、同様に9割軽減の措置を継続。

※平成22年度以降のあり方については、今後検討。



保険料の年金からの支払いについて

1 年金からの支払い(天引き)の仕組み

- ・2ヶ月毎の年金支給の際に、公的年金から、2ヶ月分の保険料を引き落とし
- ・平成12年に介護保険において保険料の年金からの支払いを導入

※ 年金からの支払いの主な理由

- ① 被保険者の皆様に、個別に金融機関等の窓口でお支払いいただくなどの手間をおかけしない
- ② 保険料の徴収に係る行政の余分なコストを省く

2 年金からの支払いの対象者

- ①公的年金の年額が18万以上であり、かつ、②介護保険料と合算した保険料額が年金額の1/2を超えない方

※ 75歳以上の高齢者の約8割が対象



3 保険料の口座振替

(1) 支払方法の口座振替への拡大

昨年6月12日の政府・与党決定に基づき、以下のいずれかに該当する方は、年金からの支払いに代えて、口座振替を選択可能となった

ア これまで2年間、国民健康保険の保険料の納め忘れがなかった場合

イ 年金収入180万円未満の方で、世帯主や配偶者が本人に替わって口座振替で支払う場合

※平成20年10月;年金からの支払い件数 約669万件、口座振替へ切り替えた件数 約19万件



(2) 口座振替と年金からの支払いとの選択制の実施

昨年11月18日の与党PTとりまとめを受けて、上記ア、イの要件を撤廃し、原則として、全ての方について、平成21年4月から、口座振替と年金からの支払いとの選択により、保険料の納付をできるようにした。

※平成21年4月;年金からの支払い件数 約640万件、口座振替へ切り替えた件数 約49万件(10月からの累計)

70～74歳の患者負担の見直しの凍結について

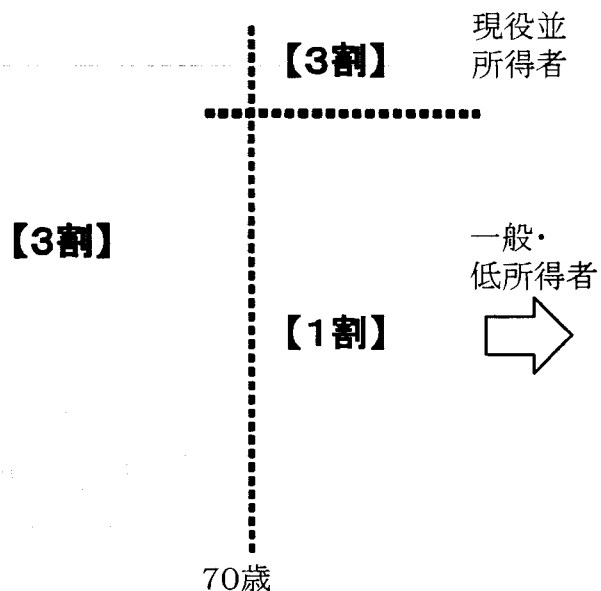
○ 70～74歳の方(注)の窓口負担について、医療制度改革により、平成20年4月から2割負担に見直されることとされていたものを、平成20年4月から平成21年3月までの一年間、1割に据え置いているところ。

(注)既に3割負担を頂いている方、後期高齢者医療制度の対象となる一定の障害認定を受けた方は除く。

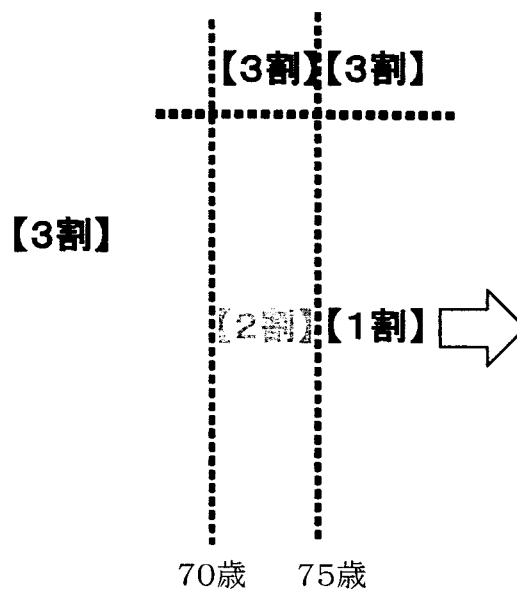
○ 平成21年4月から平成22年3月までの1年間においても、同様の凍結措置を継続。

※平成22年度以降のあり方については、今後検討。

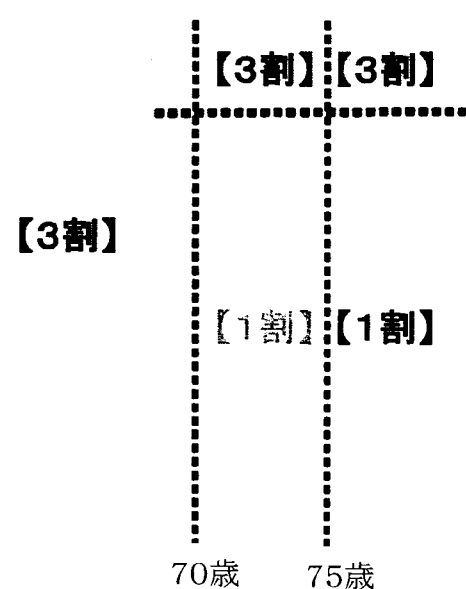
【～平成20年3月】



【平成20年4月～】
(凍結前)



【平成20年4月～22年3月】
(凍結後)



高額療養費の自己負担限度額について

70歳未満の方	上位所得者 (月収53万円以上)	150,000円+1% (83,400円)
	一 般	80,100円+1% (44,400円)
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 (24,600円)

70歳以上の方			自己負担限度額	
			外来(個人ごと)	
	現役並み所得者 (課税所得145万円以上、月収28万円以上)		44,400円	80,100円+1% (44,400円)
	一 般		12,000円 (注2)	44,400円 (注2)
	低所得者 (住民税非課税)	II	8,000円	24,600円
I (年金収入80万円以下等)		15,000円		

(注1) 金額は1月当たりの限度額。()内の金額は、多数該当(過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当)の場合。

(注2) 70歳以上75歳未満の方について、平成20年4月に見直されることが予定されていたが、医療費自己負担増(窓口負担1割→2割)が凍結されたことを踏まえ、平成20年度及び平成21年度につき、限度額の据え置きを行っている。

高齢者医療制度の見直しに関する基本的考え方

平成21年4月3日

与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム

現在の長寿医療制度は、高齢者医療の安定的な確保を図るとともに、老人保健制度が抱える問題点を解決するために、10年に渡る議論を経て、制度化されたものである。

野党民主党が言うように単に制度を廃止し、元に戻すということでは、こうした老人保健制度の問題点が解決できないばかりでなく、現場が混乱し、保険料が下がった多くの方の負担が再び上がるうえに、本来の目的である高齢者の方の安定的な医療の確保ができない。

したがって、自公政権合意を踏まえ、高齢者の方々の心情に配慮するとともに、すべての世代の納得と共感がより得られるものとなるよう、法律に規定する5年後の見直しを前倒しして、よりよい制度への抜本的な改善・見直しを図ることとする。

今後、引き続き、高齢者をはじめ幅広く国民の御意見を聞きながら、この基本的考え方に基づき、具体的な内容について更に検討を行い、着実に見直しを進める。

1. 費用負担のあり方

安定的な財源の確保と併せて、

- ① 前期高齢者医療制度の導入により負担が重くなった健保組合等の負担軽減を図るための前期高齢者医療への公費の投入
- ② 高齢者の保険料負担が将来的に安心できる水準に維持できるようにするための長寿医療制度への公費の追加投入

について検討を進める。

また、財政状況の厳しい健保組合等の負担軽減のための拠出金の分担方法の見直しや財政支援の拡大を図る。

2. 年齢のみによる区分のあり方

高齢者の心情に配慮しつつ、65歳で区分するなど年齢区分を見直す方向について、安定的な財源の確保と併せ、費用負担のあり方や国保との運営の一元化を含めた抜本的な見直しを検討する。

また、被用者保険の被保険者であった方については、被用者保険に残すこととし、併せて、被用者保険の被扶養者であった方の取扱いについて、平成22年度以降の軽減措置のあり方を含め、年末までの間に検討し結論を得る。

3. 高齢者の保険料等

高齢者の保険料等については、現下の社会経済情勢等にかんがみ、以下の措置を講じる。

- ① 平成20年度に均等割8.5割軽減であった方で、平成21年度に7割軽減となる方については、引き続き、8.5割軽減となるようにする。
- ② 均等割9割軽減及び所得割5割軽減について、平成22年度及び平成23年度の財政運営期間においても全額国費による継続を検討する。
- ③ 併せて、雇用保険法改正の附帯決議を踏まえ、失業者に係る国保及び長寿医療制度の保険料軽減分に対する国庫補助について検討する。

また、保険料の支払方法に関しては、社会保険料控除の取扱いを含め、今年度からの口座振替との選択制の周知を徹底する。

さらに、年金からの支払いを選択したとしても、世帯としての税負担が増えないよう、税制上の措置について検討する。

併せて、年金額が18万円未満の方等も、本人の希望により年金からの支払いの対象にできるようにする。

また、保険料滞納者については、機械的に資格証明書を交付せず、きめ細かな納付相談や収納対策を行う。

なお、軽減措置に係る所得認定の在り方について引き続き検討する。

4. 名称

「後期高齢者」や「終末期医療」といった名称は、高齢者の心情にそぐわないため見直す。

5. 運営主体のあり方

広域連合について、都道府県の関与の強化を含め、保険者機能の強化等を図るとともに、同じ地域保険である国民健康保険と併せて、運営主体のあり方について検討する。

6. 前期高齢者等の窓口負担割合等

70歳から74歳の高齢者の窓口負担割合（予算措置により2割への引上げを凍結）について、年末までの間に、高齢者の負担に配慮しつつ、恒久的な措置のあり方について検討し結論を得る。その際、65歳から69歳までの窓口負担割合のあり方についても検討する。

また、75歳以上の特に所得が低い高齢者の外来における自己負担限度額の大幅な引き下げや、75歳未満の自己負担限度額の引き下げについて検討する。

7. 医療サービス等について

高齢者が地域や家庭で利便性の高い生活を安心して送ることができるよう、高齢者にふさわしい新たな医療サービスの提供や療養環境の確保、介護サービスとの連携、健康づくりや生活支援サービスの充実を進める。

一方、「後期高齢者診療料」や「終末期相談支援料」等の75歳以上に限定されている診療報酬体系は、名称を含めて必要な見直しを行う。

さらに、75歳以上の健康診査については、保険者の努力義務から実施義務に見直すこと等を通じて、受診率の向上を図る。

※ 上記の事項のうち、高齢者の保険料等の軽減、健保組合等に対する財政支援の拡大等については、補正予算による対応を含め検討する。

平成21年7月15日	資料
第32回社会保障審議会医療保険部会	2-4

「高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理」

平成21年3月17日
高齢者医療制度に関する検討会

1. はじめに

高齢者医療制度は、高齢者医療の安定的な確保を図るとともに、従来の老人保健制度が抱える問題点を解決するために、昨年4月から施行された。しかしながら、制度の検討に際して高齢者の意見を十分に聞かなかつたこと、その結果として高齢者の心情に配慮していない面があつたこと、制度についての説明が不十分であつたことなどにより、施行当初は、国民の間に大きな混乱が生じ、強い反発も招くこととなつた。

このため、昨年6月、政府・与党として、低所得の方の保険料の更なる軽減、保険料の支払いに関する口座振替の導入をはじめとする様々な改善策をとりまとめ、逐次実施に移されてきたところであるが、高齢者の心情に配慮し、様々な指摘も踏まえて、更によりよい制度に改善するため、昨年9月に、厚生労働大臣の下に、この「高齢者医療制度に関する検討会」が設置され、各般にわたる議論を進めてきた。

検討に当たっては、当事者である高齢者団体や運営主体である広域連合等から意見を聞くとともに、その他の関係団体からも、意見の提出を受け、7回にわたり議論を行つてきた結果、今般、これまでの議論を以下のとおり整理した。

2. 見直しについての基本的考え方

制度の施行から概ね1年が経過している中で、各種調査においては、制度に対する理解は一定程度進んできていることが伺えるものの、高齢者をはじめ、すべての世代の納得と共感がより得られるものとなるよう、必要な見直しを着実に進めていく必要がある。

本検討会において見直すべきとの指摘があった事項については、速やかに対応することが可能な事項、更に十分な議論を経て結論を出すべき事項、今後の税制改正等と併せて対応を検討すべき多額の財源を必要とする事項があるが、こうした短期的な課題と中期的な課題を含めて、今後の国民的な議論に資するための論点を整理した。

3. 制度の見直しに関する論点

(1) 高齢者の尊厳への配慮について

「後期高齢者」や「終末期相談支援料」といった名称は、高齢者の尊厳を損なうものであり、その心情に配慮し、速やかに見直すことが必要である。また、「高齢者の医療の確保に関する法律」は、本来、国民の高齢期における適切な医療の確保を図ることを目的とするものであり、こうした法の理念が理解されるよう、高齢者への敬意を具体的に示すべきである。

(2) 年齢で区分すること、制度の建て方について

後期高齢者医療制度（「長寿医療制度」）は、心身の特性や生活実態等を踏まえ、75歳という年齢で区分して、公費5割、支援金4割で高齢者の医療を国民全体で支える仕組みである。

このように、75歳で区分することにはやむをえないという意見がある一方、社会保険の理念に反するという意見もある中で、特定の年齢で区分せず財政調整をしてはどうか、65歳で区分してはどうか（その際、後述する都道府県単位の国保を包含するという選択肢を併せて検討してはどうか）、少なくとも75歳以上の被用者保険の本人は被用者保険に残すべきではないかといった意見があった。

いずれも、現行制度の改善が図られる点がある一方で、後述する運営主体との関係を含め、更に検討すべき課題もあり、引き続き議論を深める必要がある。

ア 年齢で区分せず、全年齢で財政調整を行うという考え方

個別保険者の努力では回避できない加入者の年齢構成の相違による負担の不均衡を是正できること、これまでと同じ医療保険制度に加入できることから、全年齢で財政調整を行うべきであるという意見があった。

これについては、所得形態・所得捕捉が異なる被用者保険、国民健康保険の負担調整の具体的な仕組みをどう考えるかといった課題がある。

イ 65歳で区分するという考え方

(7) 前期高齢者の財政調整を後期高齢者にも拡大するという考え方

これまでと同じ医療保険制度に加入できることから、前期高齢者の財政調整を後期高齢者にも拡大すべきであるという意見があった。

これについては、旧老人保健制度で行ってきた財政調整を実質的に65歳以上に拡大することとなり、同制度が抱えていた若人と高齢者の費用負担関係が不明確である等の点について、どのように対応するかといった課題がある。

(1) 後期高齢者医療制度の対象を65歳以上に拡大するという考え方

年齢区分について、介護保険制度や公的年金制度との整合性が

とれることから、後期高齢者医療制度の対象を65歳以上に拡大すべきであるという意見があった。

これについては、現在の後期高齢者医療制度と同様の制度とした場合、多額の公費を必要とし、また、健保組合等の負担は大幅に軽減されるが国保の負担はほとんど軽減されないといった課題がある。

なお、この考え方については、介護保険制度との統合等を含めて検討すべきとの意見もあった。

ウ 75歳以上の被用者保険の本人は被用者保険に残すという考え方

職業上の属性を加味できることから、75歳以上の被用者保険本人は、被用者保険の被保険者に残すべきであるという意見があった。

これについては、

- ① 75歳以上の被用者保険の本人に扶養されている被扶養者などの取扱いをどう考えるか、
- ② 仮に、75歳以上の被用者保険の被保険者に加え、被扶養者についても被用者保険に加入することとした場合、被用者保険の財政負担が重くなることをどう考えるか、
- ③ 市町村国保の自営業者など、現役で働いている方との均衡をどう考えるか

といった課題がある。

エ 一元化について

地域保険と被用者保険を一体で運営する医療保険制度の「一元化」については、各保険者間で所得形態・所得捕捉の状況や保険料

算出方法等に大きな差異がある状況では、諸外国の状況を踏まえても困難であると考える。

(3) 世代間の納得と共感が得られる財源のあり方について

後期高齢者医療制度は、高齢者の医療費について、公費・現役世代からの支援金・高齢者の保険料により、国民全体で支える仕組みであり、この仕組みの下で高齢者からの応分のご負担をお願いしていくことについては、高齢者の理解が深まりつつある。

一方、現役世代からの仕送りである支援金や前期高齢者の医療費を支える納付金については、現行制度では、それぞれの保険者の加入者数等に応じた費用負担としているため、財政力の弱い被用者保険の保険者の負担が過重になっている。このため、国保と被用者保険の間は加入者数で均等に分け、被用者保険の中では、財政力の強い保険者が財政力の弱い保険者を支援するものとなるよう、保険者の財政力に応じた応能負担による助け合い・連帯の仕組みにすべきであるという意見があった。

また、後期高齢者医療制度は約5割の公費負担があり、前期高齢者医療制度には直接公費は投入されていないが、今後の公費のあり方をどのように考えるべきか、引き続き検討していく必要がある。この際、前期高齢者医療制度に直接公費を投入することとした場合、多額の公費を必要とし、また、国保よりも健保組合等の負担がより軽減されるといった点や公費の投入は国保を優先すべきといった意見を含め、十分議論する必要がある。

(4) 運営主体について

後期高齢者医療制度については、

- ① 広域連合の活動の展開はいまだ十分ではないことから、まずは、その保険者機能を強化すべきである
 - ② 医療費適正化や医療サービスの提供等の政策との有機的な連携を図る必要があることから、都道府県を運営主体とすることが適当であり、そのための環境整備を検討すべきである
- という意見があった。

また、後期高齢者医療制度と同じ地域保険である国民健康保険制度は、国民皆保険を支える重要な役割を果たしているものであり、後期高齢者医療制度の運営主体のあり方と併せて、国民健康保険制度の運営主体について検討することが必要であるが、

- ① 同じ地域に2つの地域保険が存在することは本来好ましくなく、市町村国保について都道府県単位化を図り、都道府県又は広域連合が後期高齢者医療制度と一体的に運営すべき
 - ② 地域でサービスの提供と利用がおおむね完結する医療の特性と実態にかんがみれば、2次医療圏単位で市町村が共同で運営すべき
 - ③ 保険者機能の強化の観点から、保険料徴収と保険給付の主体が一致していることが望ましいので、保険者は市町村のままとし、財政の共同化、調整交付金の配分、都道府県による再保険事業、町村に対する事務の支援等によって運営の安定化を図るべき
- という意見があった。

このように、後期高齢者医療制度と国民健康保険制度という地域保険の双方について、財政面や医療サービスとの整合性等の観点から、

運営についての都道府県の関与の強化や財政調整のあり方を含め、更に議論を深めていく必要がある。

(5) 保険料の算定方法、支払方法等について

高齢者の保険料については、施行後に低所得の方に対する更なる軽減措置も講じられたところであるが、こうした保険料の仕組みについて、高齢者にわかりやすく丁寧な説明に努めることが必要である。

また、保険料の算定方法については、後期高齢者医療制度により高齢者が公平に保険料を負担することになったという良い面がある中で、再び高齢者や市町村に混乱を生じさせることのないよう、当面、現行の方法を維持すべきという意見があった。

一方で、将来的なあり方としては、

- ① 公平でわかりやすい保険料の仕組みとするため、均等割を廃止し、年金収入153万円以下の方についても所得割（収入割）を賦課する仕組みを検討すべき
 - ② 保険料の賦課限度額の上限を見直すことを検討すべき
- という意見もあった。

こうした意見や、制度の建て方、財源のあり方、運営主体等についての議論を踏まえつつ、保険料の算定方法についても、更に議論を深めていく必要がある。

さらに、保険料の支払方法については、来年度から、年金からの保険料の支払いと口座振替との選択制を導入することとしているが、社会保険料控除の取扱いについて対象者に更に周知を図るとともに、資格証明書の発行については、高齢者が必要な医療を受ける機会が損な

われることのないよう、慎重な対応等を行う必要がある。

(6) 医療サービスについて

介護保険制度を創設したときには、新たな介護サービスが導入されるなど高齢者にとってのメリットを具体的に示すことができたが、後期高齢者医療制度の導入に当たっては、新たな医療サービスの提供が十分でなかったということが、高齢者の不満の原因の一つであったと考える。

このため、高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心して暮らすことができるよう、高齢者にふさわしい様々なサービスを、それぞれの地域において具体的に提供していくことが重要である。

具体的には、高齢者担当医をはじめ、多様できめ細かな訪問医療、急に病状が悪化した場合でも速やかに入院できる病院の確保、退院後の医療・介護が安心して受けられるための支援などの新しいサービスを普及・定着させることが必要である。併せて、それぞれの地域において、医療と介護の連携を図り、切れ目なく必要な医療や介護が受けられる体制を構築することが必要である。

また、勤務医の勤務環境の改善、他の医療従事者との役割分担・連携等による医師不足への対応、救急医療の充実など、高齢者を含めた国民全体を支える医療提供体制の充実と、それを支える診療報酬の見直しを図るべきである。

さらに、高齢者担当医等の75歳以上に限定された診療報酬体系については見直す必要があるという意見や、75歳以上は保険者の努力

義務とされている健康診査について、実施義務にするなどの見直しを行うべきであるという意見があった。

4. 終わりに

今回の議論の整理においては、各委員それぞれの意見に沿って、制度の見直しの選択肢を具体的に示し、今後の国民的な議論に供することとした。

今後、各方面における議論が更に進められることとなるが、その際には、施行時の混乱等にかんがみ、政府においては、

- ① 国民の医療費に係る負担や、財政調整を含めた高齢者医療制度の仕組みなどを、改めて国民に十分周知すること
 - ② 当事者である高齢者の意見を聞く場を設けること
 - ③ 現役世代の支援も不可欠である中で、現役世代を含め、すべての世代の納得と共感が得られるための一層の努力を傾注すること
- 等が必要である。

また、高齢者が将来の不安を解消し、安心して生活できるようにするためには、医療制度だけではなく、社会保障制度全体の改革を進めるとともに、将来の姿を明らかにしていくことが必要である。

今回の論点整理をもとに、高齢者をはじめ多くの国民が真に望んでいる、よりよい制度への改善に向けた幅広い議論が深められることを期待する。

高齢者医療制度に関する検討会について

○ 高齢者医療制度に関し、有識者により幅広い観点から御議論いただくために設置。

1. 委員名簿

岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
岩本 康志	東京大学大学院経済学研究科教授
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授、元朝日新聞論説委員
川渕 孝一	東京医科歯科大学大学院教授
権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授
○塩川 正十郎(座長)	東洋大学総長、元衆議院議員
樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
宮武 剛	目白大学大学院生涯福祉学研究科教授、元毎日新聞論説副委員長
山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授

2 開催状況

- 第1回 平成20年 9月25日(木)
- 第2回 平成20年10月 7日(火)
- 第3回 平成20年12月 4日(木)
- 第4回 平成21年 1月19日(月)
- 第5回 平成21年 2月24日(火)
- 第6回 平成21年 3月11日(水)
- 第7回 平成21年 3月17日(火)

今後の議論について

- 国保における都道府県の役割については、平成20年6月の地方分権改革推進要綱(第1次)において、「国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討し、平成21年度中に結論を得る。」とされており、積極的な役割が期待されている。
- 一方で、平成17年12月に総務・財務・厚生労働の3大臣により平成21年度までの措置として合意された高額医療費共同事業等の国保の財政基盤強化策の期限が切れることから、高齢者医療制度の見直しに併せて平成22年度に向けた議論が行われることとなる。

平成17年12月18日 総務・財務・厚生労働3大臣合意

1. 国保財政基盤強化策の継続【公布日施行(平成18年4月から適用)】

(1) 高額医療費共同事業

- ・高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和するために、都道府県単位で財政リスクを分散する事業
- ・事業規模：1,800億円程度(交付基準は70万円以上から80万円以上に引上げ)
- ・事業主体：国民健康保険団体連合会
- ・負担区分：市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4

(2) 保険者支援制度

- ・市町村国保の財政基盤を強化するために、低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援する制度
- ・事業主体：市町村
- ・負担区分：国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

(3) 国保財政安定化支援事業

- ・国保財政の安定化、保険料(税)負担の平準化等に資するために、市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置で支援する事業(市町村に対する地方財政措置：1,000億円程度)

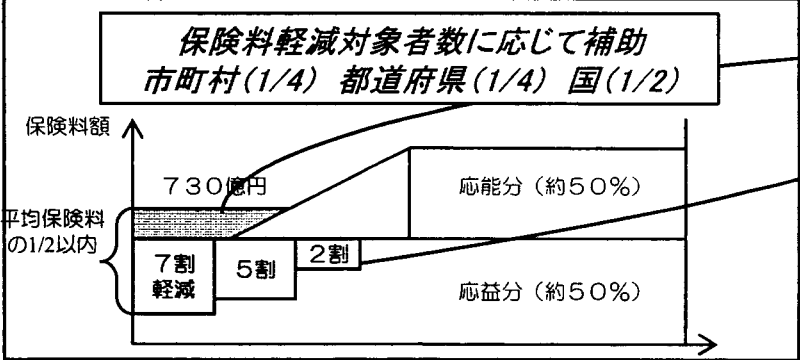
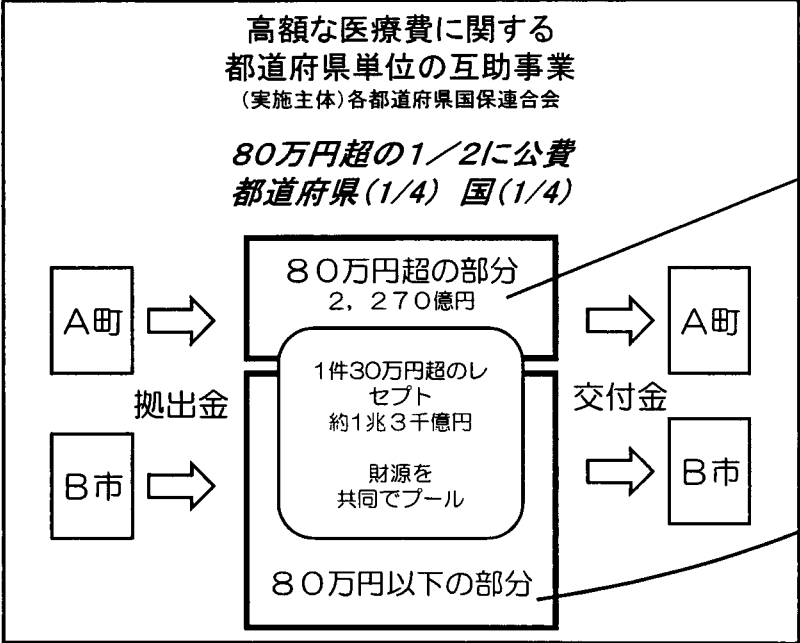
2. 保険財政共同安定化事業【平成18年10月施行】

都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円以上の医療費について、市町村国保の拠出による保険財政共同安定化事業を平成18年10月から実施(国保医療費の約4割が対象)

3. 上記は、平成21年度までの措置とし、市町村国保の財政状況や後期高齢者医療制度の創設に伴う影響を勘案し、平成22年度において見直しを行うものとする。

三大臣合意に係る措置の概要

保険者の責に帰さない
所得水準、病床数等に着目し、
市町村一般会計から繰り入れ
市町村 1,000億円程度



(斜線赤字) 三大臣合意に係る措置

法定外一般会計繰入等 約3,800億円(19年度)		(緑：国)						
(地財)橙：市町村 財政安定化支援事業		調整交付金 (9%) 6,700億円						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> 高額医療費共同事業 </td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> 保険財政 共同安定化事業 </td> </tr> </table>	高額医療費共同事業			保険財政 共同安定化事業				定率国庫負担 (34%) 23,300億円
高額医療費共同事業								
保険財政 共同安定化事業								
保険料 (約29,600億円)		前期高齢者 交付金 27,900億円						
		(黄：都道府県)						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 保険者支援分 </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> 保険料軽減分 </td> <td></td> </tr> </table>	保険者支援分		保険料軽減分		都道府県調整交付金 4,800億円 (7%)			
保険者支援分								
保険料軽減分								
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">50%</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">50%</td> </tr> </table>	50%	50%						
50%	50%							

国保財政のイメージ
医療給付費等総額：約9兆8,400億円(21年度予算)

(参考)

国民健康保険の課題について

他の医療保険と比べると相対的に保険料が高く、
国保の中でも保険料の地域間格差が大きい。

①政管健保との比較(年収385万円の場合の保険料額)

政管健保	月平均約13,000円(被保険者負担分のみ)	負担率 4.1%
国保(全国平均)	月額約24,900円(夫婦と子供二人世帯として試算)	負担率 7.8%

※政管健保は標準報酬月額28万円、年間賞与45万円として、国保は給与収入385万円として試算

②市町村間の保険料格差

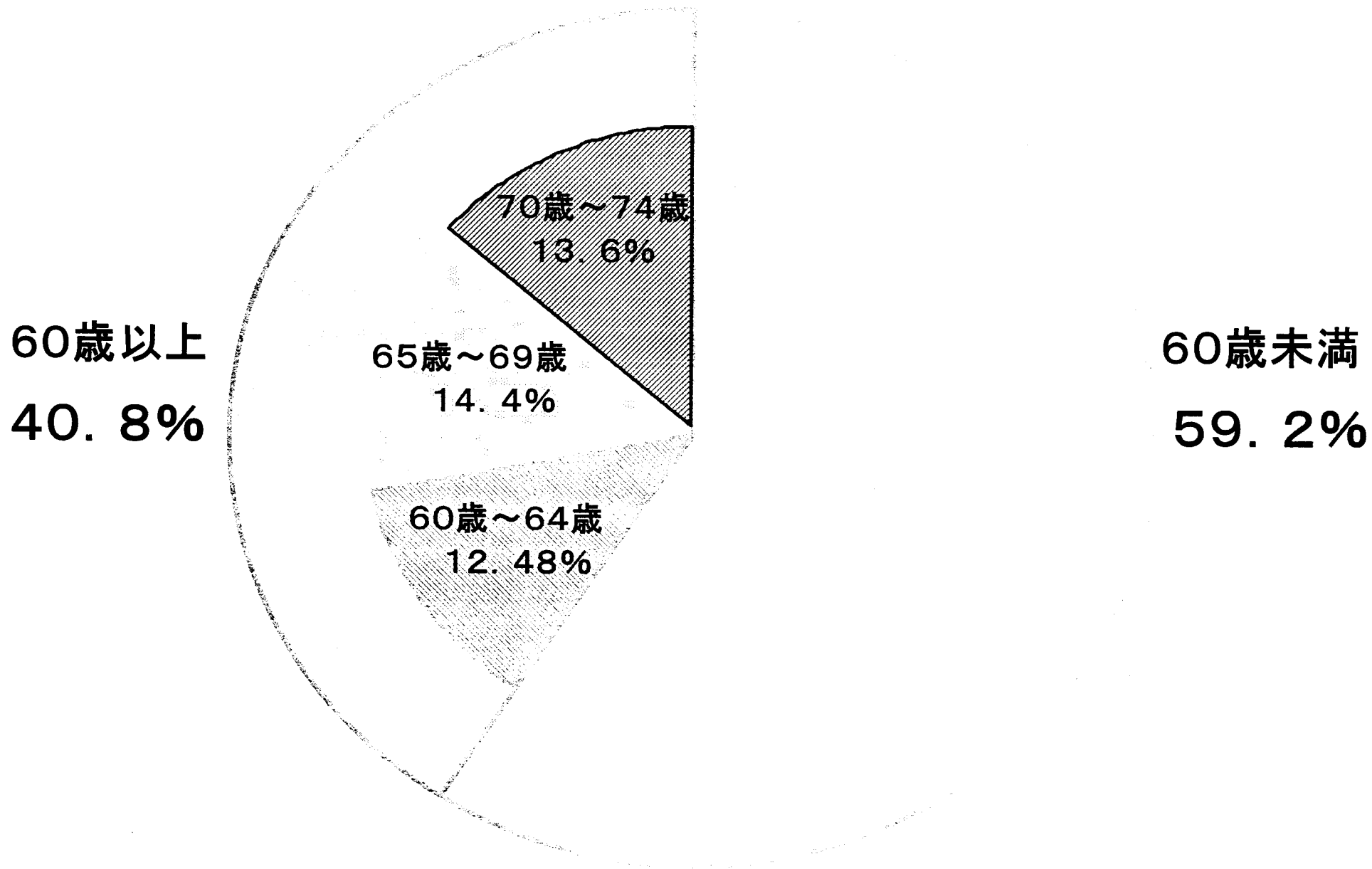
資産無しで基礎年金のみ単身の場合		1人当たり平均
最高:北海道羅臼町	月額約2,000円	月額約9,200円
最低:沖縄県粟国村	月額約600円	月額約1,900円
} 約3.3倍		} 約4.8倍

※1人当たり平均保険料が最高と最低の市町村の比較

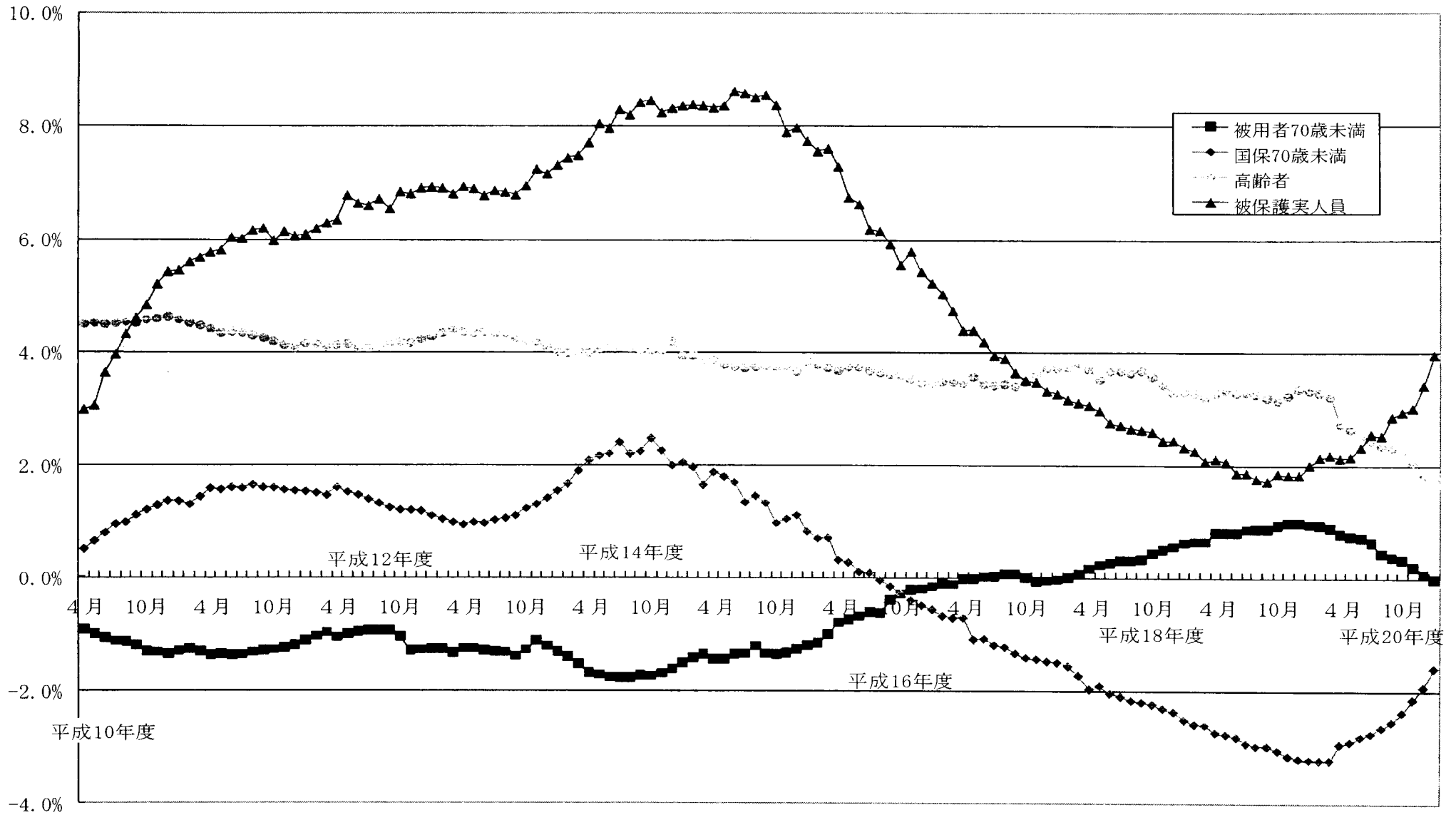
保険料率の引き上げが難しいため、
法定外の一般会計繰り入れが約3,800億円に上っている。

保険料率の引き上げが難しいため、赤字補填等のための法定外の一般会計繰り入れが
全国では、約3,800億円となっている。
また、一般会計繰り入れは、法定分と法定外をあわせて約8,200億円となっている。

市町村国保の年齢構成
(平成19年9月現在を基にした推計)

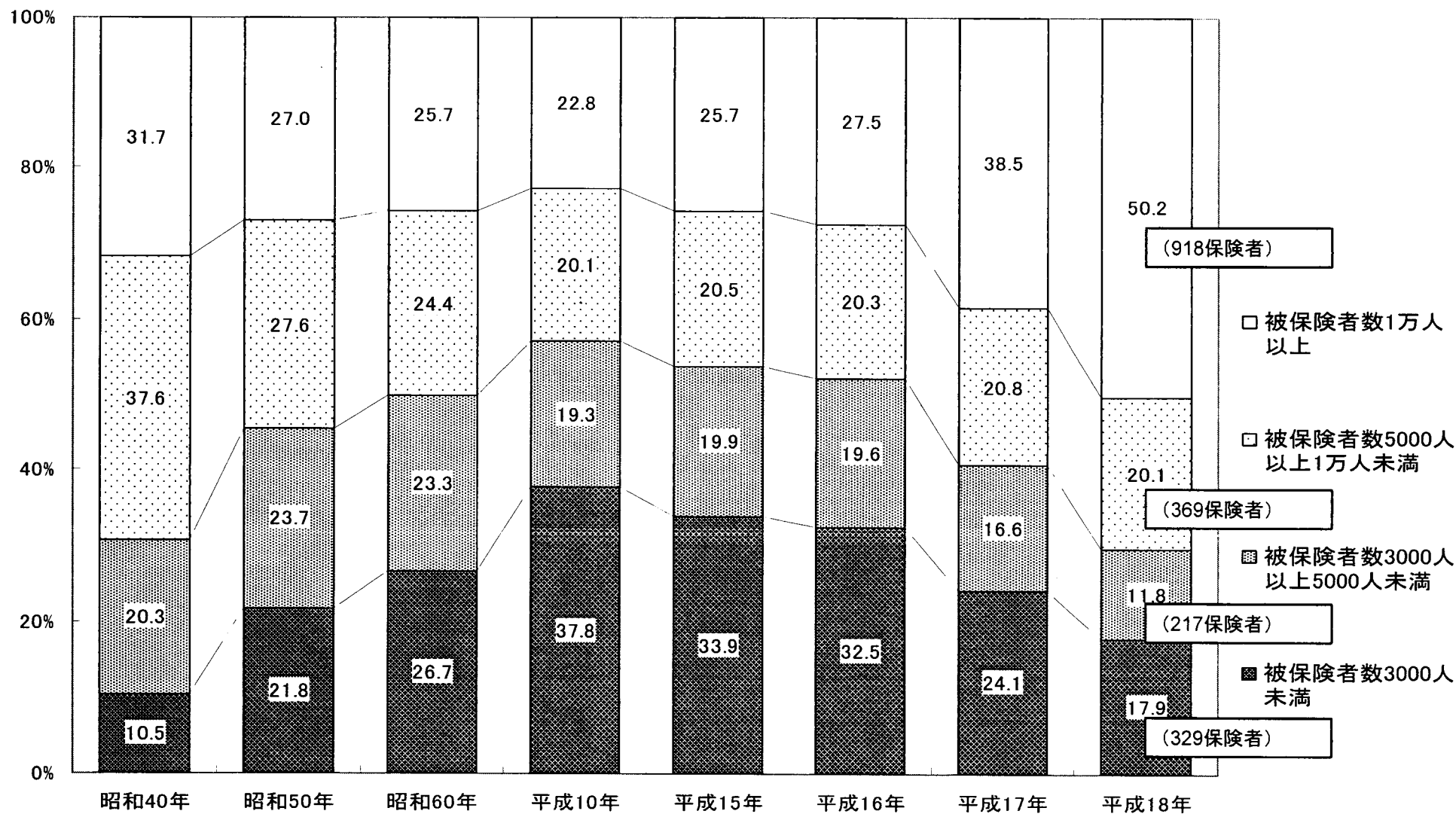


被保険者数等の伸び率

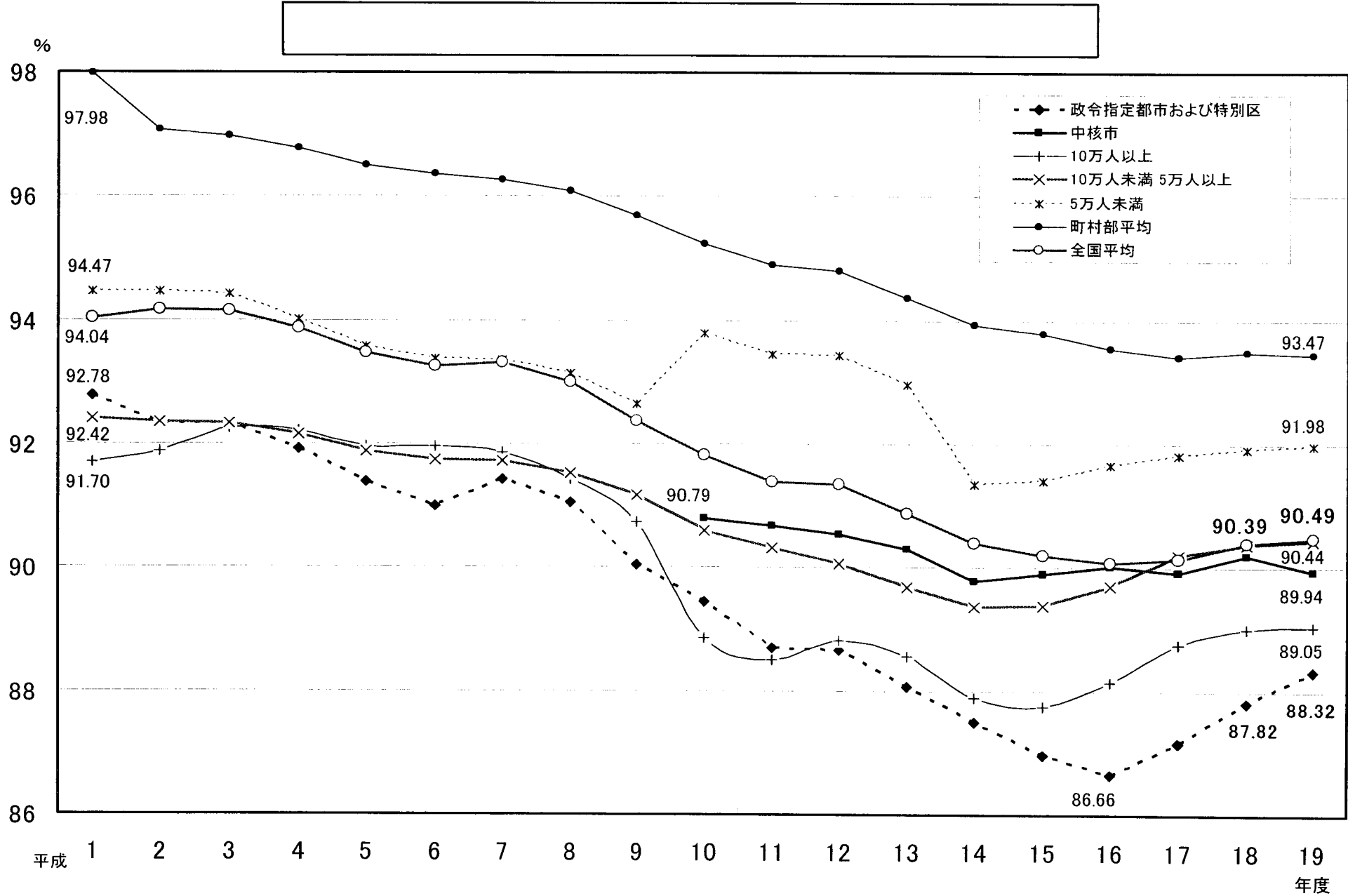


直近2年程度の計数については、速報値等を利用して計算している。今後、数値が置き換わることがある。

保険者規模別構成割合の推移



保険料(税)収納率の推移(市町村国保)



平成20年度全国健康保険協会決算報告書の概要
 (平成20年10月～平成21年3月)

- 協会けんぽの収入は4兆5,343億円となっており、その主な内訳は、保険料等交付金が3兆2,916億円(72.6%)、承継保険料が5,926億円(13.1%)、任意継続被保険者保険料が382億円(0.8%)、国庫補助金・負担金が6,072億円(13.4%)等となっています。
- 協会けんぽの支出は4兆5,669億円となっており、その主な内訳は、保険給付費が2兆4,941億円(54.6%)、後期高齢者支援金等の拠出金等が1兆6,816億円(36.8%)、介護納付金が3,455億円(7.6%)、業務経費・一般管理費が428億円(0.9%)等となっています。
- 協会けんぽの財政収支については、政府管掌健康保険において運営されていた平成19年度に引き続き、赤字基調となっており、326億円の赤字となっています。
 平成20年度の予算時の想定よりも保険給付費が増えるとともに、厳しい経済情勢のもと、保険料収入が減少したことが、収支の赤字の主な要因となっています。

(単位:億円)

		20年度予算(①)	20年度決算(②)	差額(②-①)
収 入	保険料等交付金	34,500	32,916	▲ 688
	承継保険料	5,030	5,926	
	任意継続保険料	335	382	
	国庫補助金等	6,104	6,072	▲ 32
	その他	89	47	▲ 42
	計	46,058	45,343	▲ 715
支 出	保険給付費	24,138	24,941	803
	拠出金等	16,647	16,816	169
	介護納付金	3,430	3,455	25
	業務経費・一般管理費	601	428	▲ 173
	その他	58	29	▲ 29
	予備費	200	0	▲ 200
計	45,074	45,669	595	
収支差(翌年度繰越)		984	▲ 326	▲ 1,310

1. 上記は平成20年10月～平成21年3月までの協会けんぽの収支状況を示したものであり、平成20年度を通じた全体の収支の状況については、さらに国の決算を踏まえる必要がある。
2. 計数は、四捨五入のため一致しない場合がある。
3. 予算と決算の差については予備費分(200億円)を考慮すると1,510億円となる。

安心と希望の医療確保ビジョン

平成20年6月
厚生労働省

1. はじめに

医療を取り巻く環境が、少子高齢化の進展や医療技術の高度化等により大きく変化している中で、医療サービスの質を向上させるとともに、その量も増やしてほしいという国民の声も強く、また医療従事者の側からも、厳しい勤務環境に関し改善を求める声は高いものがある。国民の医療に対する安心を確保し、将来にわたり質の高い医療サービスが受けられるよう、医療従事者を含めた国民の声にきちんと耳を傾け、多様な意見を集約して政策に反映させていくという現場重視の姿勢を貫きながら、次の原則に沿って、これからも引きつづき医療制度の改革を行っていく。

- 政府・厚生労働省の権限を拡大せず、現場・地域のイニシアチブを第一とする。

医療現場の医師・看護師等の医療従事者から、自ずから上がってきた多様な意見を集約して政策とするという、現場重視の方針を貫く。

- 改革努力を怠らない。

ビジョンを示した後も、無駄を省く努力を怠らない。例えば、規制撤廃により医療費を削減できる場合は、安全性を確保しつつ、積極的に規制撤廃を推進する。

一方、一定の医療資源の中で質の高い医療サービスを今後とも実現していくためには、国民も、地域医療を自ら支え・守るものであると意識を改革し、医療従事者と連携・協働することが重要となっている。

とりわけ医師数については、現状では総数が不足しているという認識の下で対策を行う必要があるが、単に医師数を増やすのみで課題が解決するものではなく、医療従事者のみならず、患者・家族等国民がみんな医療を支えていく姿勢が求められる。

また基本的な制度設計を担う国と、現場に直接向き合う地方自治体が、各々その責任を的確に果たすという視点が重要である。

医療制度の改革を進める上では、将来をしっかりと見据えた長期的なビジョンを持ち、現場の声を聞きながら政策の立案や推進を行うことが必要であり、「安心と希望の医療確保ビジョン」を示し改革を進めていく。

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき行われるものであり、治療（「治す」）のみならず、疾病の予防のための措置やリハビリテーションも含め、人々の生活を「支える」かけがえのない営みであるが、ビジョンを示すことで、患者や家族等、あるいは医師をはじめとした医療従事者、また医療従事者になることを志す人々を含めた国民各位が、将来にわたり医療に関する安心と希望を抱くことを期待する。

なお、医療制度と介護制度の役割分担など、必ずしも十分な議論を尽くすことができなかったテーマもあることを付記するとともに、このビジョンで示した施策を実現するため、今後の具体的な取組の中で、無駄を省くための改革努力を引き続き行いながら、必要な財源の確保を図っていくことが必要である。

「安心と希望の医療確保」のための3本柱

- 1. 医療従事者等の数と役割**
 - 2. 地域で支える医療の推進**
 - 3. 医療従事者と患者・家族の協働の推進**
-

II. 具体的な政策

1 医療従事者等の数と役割

(1) 医師数の増加

ア. 医師養成数の増加

「医師の需給に関する検討会報告書」（平成18年7月）では、2004年の医師数について、医師の勤務時間の現状とあるべき姿とのギャップを「不足医師量」とすると、2004年においては9000人が不足し、将来的には2022年に需給が均衡するとされている。

一方、医師の需給については、様々な要因が関係しており、医師不足問題に対し主に医学部の定員増で対応した場合、効果が現れるまでに長期間かかるため、同時に短期的な施策の検討も必要である。現状において、医師の勤務状況は過重となっており、適正な勤務状況における必要な医療提供体制を確保するため、総体として医師数を増やす方向とし、同時に医師養成環境の整備を行う。

医学部の定員については、平成9年6月3日の閣議決定「財政構造改革の推進について」における、「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。」とされていたが、既に、「新医師確保総合対策」（平成18年）と「緊急医師確保対策」（平成19年）によって医師養成の前倒しという方針の下で最大395名の増員が可能となっている。さらに、今回、現下の医師不足の状況にかんがみ、従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加させる。

イ. コメディカル雇用数の増加

患者・家族にとって最適の医療を効率的に提供する観点から、今後、職種間の役割分担と協働に基づくチーム医療を推進していくことが求められるが、その際には、個々の現場でそうした役割分担を進めるための十分な人員を確保できるよう、看護師をはじめとしたコメディカルの雇用数を増加させる。

ウ. 総合的な診療能力を持つ医師の育成

医師の専門分化が進む中、内科、小児科、救急から末期がん、認知症、看取りまで患者の全身の状態を踏まえた診療を行う観点から、総合的に患者を診る能力を有する医師の育成を支援する。

エ. 臨床研修制度の見直し

平成16年に必修化された現在の臨床研修制度については、これまでの実施状況を踏まえ、医師不足問題がより深刻な診療科や地域医療への貢献を行う臨床研修病院等を積極的に評価するとともに卒前教育や専門医制度との連携を深める。また、臨床研修病院等における研修の見直しなどを行いつつ、研修医の受入れ数の適正化を図る。

オ. 歯科医師の養成

歯科医師については、適正な需給について検討し、文部科学省との連携の下に必要な対策を講じる。併せて、将来の歯科医師の活用策について検討する。

(2) 医師の勤務環境の改善

ア. 女性医師の離職防止・復職支援

医師国家試験合格者における女性の増加に伴い、女性医師の割合が上昇している中、女性医師対策は、医師不足対策において最重要

の課題である。特に産科、小児科といった医師不足問題が強く意識されている診療科の若手医師には女性が多く、こうした女性医師の離職防止、出産・育児等と勤務との両立を安心して行うことができる環境の整備は喫緊の課題である。このため、女性医師の就業率を高め、医療分野が男女共同参画のモデルとなるよう早急に対策を進める。具体的には、「短時間正社員制度」を始めとした出産・育児等に配慮した勤務環境の導入・普及や、キャリア形成における出産・育児への配慮、院内保育所の整備や充実、復職研修の充実などを進める。

イ. 医師の多様な勤務形態

医師のワーク・ライフ・バランス等に配慮し、特定の医師に過剰な負担を掛けることがないようにする。例えば、公務員である医師を含め、例えば週のうち数日は地方の医療機関で勤務するなど非常勤医師の活用により地域医療を支える多様な勤務形態の導入、メディカルの活用も含めたチーム医療の徹底、交替勤務制の導入促進などを図る。

また、産科医療補償制度の早期実現や、医療事故における死亡の原因究明・再発防止を図る仕組みの構築など医療リスクに対する支援体制の整備を進めることにより、医療の透明性の確保や医療に対する国民の信頼の回復につなげるとともに、医師等が萎縮することなく医療が行える環境の整備を進めることが重要である。

(3) 診療科のバランスの改善等

医師数の診療科間の適正なバランスを確保するためには、医師総数の増加を前提とする必要がある。その上で、過酷な勤務環境や訴訟リスク等の要因を取り除いていくことが重要である。また、医師の職業選択の自由に配慮しつつ、産科・小児科・救急科・外科等について、現場・地域の意見を重視し、増員のための方策を自治体とともに検討する。

麻酔科については、現在、国が標榜資格を定め許可しているが、

専門医制度の整備状況を踏まえ、規制緩和を行う。

また個々の病院において実態に見合った適正な医師数を確保するよう、必要医師数の算定方式の見直しを含め、医療法標準を見直す。

(4) 職種間の協働・チーム医療の充実

職種間での協働とチーム医療の充実を進める際に当たっては、それぞれの職種が、互いに専門性を尊重しつつ、情報の共有を効率的に行うことにより緊密な連携を充実させ協働関係を築くことで、病院勤務医の過重労働の解消を図りながら、全体として患者・家族、医療従事者もともに安全と安心・納得を生み出すという視点が重要である。

ア. 医師と看護職との協働の充実

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政局長通知。以下「役割分担通知」という。）で示したように、各職種に認められている業務範囲の下での業務を普及する。また現場の看護師が専門看護師、認定看護師の取得を促進する施策を講じ、その普及・拡大に努める。さらに、医師・看護師がそれぞれの専門性を情報共有や会議等を通じて十分に発揮するとともに、効率的な医療の提供に資するため、チーム医療による協働を進める。その際、これからの看護師には、医師や他のコメディカル、他の職員等や患者・家族とのコミュニケーションを円滑にする役割等が求められるほか、在宅や医療機関におけるチーム医療の中で、自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であることなどから、看護基礎教育の内容及び就労後の研修を充実するとともに、教育の方法や内容、期間について、将来を見渡す観点からの望ましい教育の在り方に関する抜本的な検討を進める。

また助産師については、医師との連携の下で正常産を自ら扱うよう、院内助産所・助産師外来の普及等を図るとともに、専門性の発揮と効率的な医療の提供の観点から、チーム医療による協働を進め

る。またその際、助産師業務に従事する助産師の数を増やすとともに、資質向上策の充実も図る。

イ. 医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実

摂食・嚥下機能等人々の生活の基本を支える歯科医療においても、チーム医療の下で、歯科医師や歯科衛生士等歯科医療関係職種と、医師や看護師等との連携を進める。

医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、資質向上策の充実も図る。

ウ. 医師とコメディカルとの協働の充実

臨床検査技師や臨床工学技士の積極的な活用を図るとともに、医師と作業療法士、理学療法士等のコメディカルとの協働を進めるなど、多職種連携によるチーム医療の普及に努める。

エ. 医師・看護職と看護補助者・メディカルクラーク等との協働の充実

患者・家族に最適なサービスを提供する観点から、役割分担通知で示したような物品補充、患者の移動などの看護職と看護補助者の役割分担を進める。また、チームケアに関する看護職や介護職への教育、研修等も含め、看護職と介護職との協働を進める。

メディカルクラーク（医師事務作業補助者、医療秘書など）については、書類記載、オーダリングシステムへの入力などの役割分担を推進するとともに、資質向上の方策について検討する。

また、医師等と患者側のコミュニケーションの仲立ちをし、十分な話し合いの機会を確保するといった業務を担う人材の育成が必要である。

2 地域で支える医療の推進

医療は、人々が地域で安心して生活していく上で欠かすことのできない、国民生活の基盤を支える営みである。とりわけ救急医療が盤石なものであることは、急激な健康状態の悪化に備え、地域のセーフティ・ネットを確保するという観点からその根本をなすものである。また、医療は行政や医師をはじめとした医療従事者のみならず、患者・家族等地域住民が支えるものであるため、救急医療をはじめとした地域医療の様々な側面において、そうした、医療を支えるそれぞれの取り組むべき方策や役割等について以下に整理する。

(1) 救急医療の改善策の推進

ア. 救急医療の充実

救急医療については、医療機関への円滑な搬送を確保しつつ、現行の初期救急、2次救急、3次救急といった3段構えを維持しながら、更なる量的・質的充実を図り、救急患者に対し、地域全体でトリアージ（重症度、緊急性等による患者の区分）を行い、院内の各診療科だけでなく、地域全体の各医療機関の専門性の中から、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関又は院内の診療科へ効率的に振り分ける体制を整備する（管制塔機能を担う医療機関の整備・人材の育成）。

具体的には、救急患者の動向や既存の救急医療に関わる資源、連携の状況等を調査し、当該調査を踏まえ、地域の現状を的確に把握した上で、平時から、管制塔機能を担う医療機関とともに、地域全体の各医療機関の専門性について情報共有し、その情報を住民に対して開示し、救急患者の効率的な振り分け方策について議論しておく必要がある。各医療機関においては、例えば通常業務に加え救急業務を担うことによる医師等の疲弊を防ぐため交代勤務制を整備する。

また救急医療機関での受入れを確実なものとするために、急性期

を脱した患者を受け入れる病床を確保するほか、夜間・休日等における診療所医師の外来診療の推進など、診療所医師の救急医療への参画を進め、救急医療機関と地域の他の医療機関との間で、地域全体の各医療機関の専門性や、効率的な患者の振り分け方策について情報共有し、その情報を住民に対して開示する。

医療機関と消防機関との連携を強化する観点から、救急医療情報システムにおける情報更新の随時化、救急患者受入コーディネーターの配置、現場の医療従事者と消防機関とで開催するメディカルコントロール協議会における救急搬送等に係る地域の現状把握・協議の充実と住民への開示を推進する。

イ. 夜間・救急利用の適正化

また、限りある地域の医療資源を有効に活用するとともに、医師をはじめとする医療従事者の過度の負担を軽減する観点から、不要・不急時の救急医療の利用を最小限のものとするため、軽症患者による夜間の救急外来利用の適正化や、救急車の適切な利用に関する普及啓発に努める。併せて、独居高齢者等の地域における見守りや、妊婦の健康管理の重要性等についての普及、小児科における小児救急電話相談事業（#8000）を高齢者を含む成人へ広げるなど、救急電話相談事業の拡充の検討や、家庭への緊急時のマニュアル等の普及を図る。

(2) 「地域完結型医療」の推進

救急医療に限らず、地域の限られた医療資源を有効に活用するためには、個別医療機関がそれぞれで全ての医療ニーズに対応する「医療機関完結型医療」ではなく、医療機関がそれぞれの得意分野を活かし、地域全体で完結する「地域完結型医療」が求められる。その際には、医療計画等に基づき自らの地域における役割を検討し、地域連携クリティカルパス等を利用した情報の共有化や円滑なネットワークの構築に努める。また居住系施設や介護施設においても医療機関との連携に努める。

一方で行政は、各都道府県の医療計画において定められた、がん、脳卒中、救急医療など4疾病5事業に係る医療連携体制を推進するとともに、地域住民のニーズを調査・把握し、各医療機関が地域のニーズに応じた役割を果たすことができるよう、医療機関に対する情報提供を行う。十分な情報開示を行うことによって、地域住民がネットワークを踏まえて行動するよう普及啓発を進める。あわせて、そうした「地域完結型医療」の普及に向け、モデルとなる成功例を示す。また診療所については、地域のニーズを把握した上で、例えば複数の医師等がグループで診療を行う体制とし、地域の他の医療機関との連携を確保した上で夜間・休日等も含め一定の初期救急も担うなど、機能を強化するとともに、地域住民の利用に資するため、診療所についても十分な情報の開示を進める。

(3) 在宅医療の推進

患者・家族の生活の質を確保する観点から、医療の提供の場として、医療機関だけではなく住まいを念頭に置く発想も必要であり、退院前・退院後ケアカンファレンス等を通じた切れ目のない医療連携の確保とともに、介護との連携を図る。国及び地方公共団体は、地域で暮らす者の視点に立ち、個々の地域毎に住民のニーズを把握した上で、医療サービスと介護サービスの連携、ボランティア等の活動との連携を進めるとともに、医療、介護、福祉に関する情報を住民に開示する。その際には、予防や社会資源の開発・連携体制の構築等についての医療・介護・福祉の現場における保健師の専門性活用を推進する。さらに、訪問看護ステーションの規模の拡大等を図り、訪問看護の更なる普及を目指すとともに、訪問看護ステーションや在宅医療を提供する医療機関については、地域の多様な在宅医療ニーズに的確に対応することに加え、例えば末期がんや精神・神経疾患等の専門性の高い分野にも対応できるよう、専門性の深化に努める。また、居住系施設における医療ニーズを満たすことを進める。

薬局については、夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応等を確実に実施するため、地域にお

ける医薬品等の供給体制や、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実に取り組む。

さらに、患者・家族に対する在宅医療や介護に関する情報の積極的な提供に努めるとともに、地域におけるボランティアや民生委員等を通じて患者・家族への精神的側面も含めた支援を行うような活動等の推進や、それらと医療従事者との連携を図る。

歯科医療においては、高齢者の健康増進や誤嚥性肺炎予防の観点から口腔機能の向上や維持管理が重要であり、在宅医療と連携した、在宅歯科診療を推進していくための人材育成や体制整備を進める。

(4) 地域医療の充実・遠隔医療の推進

へき地の医療体制の充実に際しても、地理・気候・人口等の条件や医療資源・連携等に関する情報を収集し、現状把握に努めた上で、必要な医療体制を構築する。その際に、必要な医療資源を確保するため、医師等が地域医療に自ら進んで従事するための方策の検討を進めるとともに、へき地医療機関への支援等を一層充実する。

あわせて、遠隔医療についても、必要な医療資源を確保する観点から、医療の地域格差を是正し、医療の質及び患者の利便性を向上させるため、情報通信機器の整備等により今後一層の推進を図る。

3 医療従事者と患者・家族の協働の推進

(1) 相互理解の必要性

医療の高度化などにより、医療現場の業務密度が高まっている一方で、このような状態においても我が国では世界的にも高水準の医療へアクセスできることは、医療従事者の日々の努力によるものである。

また、存命率の上昇に伴い、患者・家族等国民の医療に対する期待も上昇している。これに應えるため、医療従事者は患者や家族の肉体的・精神的な苦痛や葛藤を理解し、患者・家族が理解できるよ

う複雑で専門的な疾病や治療に関しても丁寧な説明を行い、その納得を得るように努めながら、プロフェッショナリズム（職業的専門性）を最大限発揮する必要がある。また医療機関は、患者・家族の不安等を傾聴し、課題に導いていくような相談機能を有するようにする。一方で患者側には、リスクや不確実性が伴うといった医療の限界への理解、及び疾病や治療について主体的な理解に努めつつ、医療従事者と協働する姿勢が必要となり、そうした基盤の上でのコミュニケーションが医療従事者のモチベーションを維持・向上させ、提供される医療への患者・家族の満足度を高めるという好循環を生む。

(2) 医療の公共性に関する認識

医療は、国民生活の基盤を支える公共性の高い営みであり、患者・家族等国民と医療従事者の双方に、それを支える努力が必要である。

医療従事者は、自身が公共性の高い存在であることを自覚し、地域の医療ニーズを把握し、生涯を通して医師としての水準の向上に努める。

一方、患者側には、自身の健康管理に努めるとともに、例えば安易な時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」。患者にとって便利と思えても、患者の抱えた疾病の克服のための必要性が少ない）により医療機関の負担を不必要に増加させ、真に必要な場合に医療を受けられないことがないようにするなど、自らの地域の医療資源が公共のものであり、有限の資源であるということへの理解が必要である。このため、地域の医療機関等の協力や種々の市民活動を通じて受診行動等についての積極的な普及・啓発を行うとともに、特に産科においては、母子保健活動の充実等により、妊婦健診の適切な受診、分娩に伴うリスクに関する正しい認識、周産期母子医療センターと緊急時のアクセス方法等に関する普及を行う。

(3) 患者や家族の医療に関する理解の支援

患者や家族に対し療養生活上の心理的社会的問題の解決援助を行

うメディカルソーシャルワーカーや、医師等と患者側とのコミュニケーションの仲立ちをするボランティア等を活用することで、自らの療養生活を自立的に構築していけるよう、そうした職種の普及を進める。

あわせて、こうした医療の公共性や不確実性に関する認識の普及、また医療従事者と患者・家族等国民との間の相互理解の推進等を行うような、例えば、地域における語らいの場や地域住民による病院職員との懇談会（「患者塾」「病院探検隊」など）の開催といった市民活動等への積極的な支援と市民への情報提供等を行う。

さらに医療は人々の生命や生活を支える基盤となる営みであることに鑑み、学校教育においても医療に関する教育を行い、幼少期からの、その年齢に応じた医療に関する理解を普及する。

Ⅲ．医療のこれからの方向性

これまでの医療は、病気を治すことに主眼を置く「治す医療」が中心であったが、人類史上未曾有の高齢化社会を迎える我が国においては、予防を重視し、日頃からの健康の維持・増進に努めるとともに、こうした「治す医療」だけではなく、病を抱えながら生活する患者と、その家族の生活を医療を通じて支援していくという「支える医療」という発想がより一層求められる。

患者が住み慣れた地域でその人らしく生活し、希望する生き方を選択し、希望すれば在宅での看取りが選べることも必要であり、個人の尊厳の保持を支える在宅医療や訪問看護等を一層推進する。

この「支える医療」に「治す医療」を合わせると、「治し支える医療」となる。「治し支える医療」においては、医療従事者が一方的に提供するだけではなく、医療従事者と患者・家族の双方に、医療とは両者の協働作業であるという視点が重要である。

同時に、ボランティア活動等を通じ、生活者である国民の「治し支える医療」への参画を推進する。

このように、我が国の医療は、「治す医療」から「治し支える医療」に向かっていくものと考えられ、本ビジョンの各施策はそれに資するものである。

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会

中間とりまとめ

平成 20 年 9 月 22 日

本検討会は、国民が地域で安心して医療を受けられるよう、医療を守り質を高めるために必要な具体的な方策について、国民・患者や現場の視点に立って7回16時間を超える時間にわたり議論を重ねてきた。

厚生労働省においては、こうした議論を踏まえて、関係省庁とも協力し、下記の事項及び検討会で出された現場の知恵ともいうべき提案について積極的に取り組むことを要請する。

併せて、医療者、特に指導者たる病院長・医学部長等においては、真に国民の信頼を得るため、徹底した情報開示を含めた自浄作用への取り組みが求められる。

更に、医療費の対GDP比がOECD30カ国の中でも21位と低い水準にあることを踏まえ、より質の高い医療の実現とそれに必要な医療費のあり方について国民的な議論が行われることを期待する。

1 医師養成数

産科や救急などの診療科では勤務医の不足から厳しい状況におかれ、また、地域によってはその他の診療科も含め医師が不足する事態となっている。こうした勤務医等の待遇等の状況を改善するとともに、さらに医療の質を高めるため、医師養成数については増加させるべきである。

○来年度においては、医学部教育・地域医療に支障を来さないよう配慮しつつ、少なくとも過去最大の医学部定員(8,360人)を上回る程度を目指すべきである。

○我が国の人口10万対の医師数はOECD30カ国中26位と低いこと、OECDの平均医師数が我が国のその約1.5倍であることも考慮し、医学部教育・地域医療に支障を来さないよう配慮しつつ、将来的には50%程度医師養成数を増加させることを目指すべきである。その後医師需要をみながら適切に養成数を調整する必要がある。こうした医師需要

を検証する観点から厚生労働省において必要な医師数について推計し直すべきである。その際、少子高齢化の進展や国民の医療に対するニーズや意識が変化していることを踏まえ、あるべき医療の姿もイメージしつつ、高齢化の状況、患者の診療動向、女性医師の増加や働き方に関する意識の変化、医師の勤務実態、世代別の状況、医療提供体制のあり方など様々なパラメータをできるだけ考慮した専門的な推計を行うべきである。

2 医師の偏在と教育

現下の医師不足問題は、診療科の偏在と地域の偏在という「2つの偏在」によって深刻さを増している。国民が地域において確実に必要な医療が受けられるようにするためには、医師の数を増やすだけでなく、こうした偏在の問題に的確に取り組む必要がある。

○診療科の偏在の問題については、特に病院に勤務する医師が減少傾向にある診療科や救急医療においては、時間内でも時間外でも厳しい勤務を求められることが多いことを踏まえて、その働きを評価し、医師が魅力あると思うようなインセンティブを付与することが重要である。外科系の診療科をはじめ医師の技術を適切に評価するため、ドクターフィーについても検討する必要がある。

○地域の偏在の問題については、へき地などで働く医師へのインセンティブの付与、へき地などへ派遣された医師を様々な面でサポートする体制の整備、医学部の定員を増やす場合に地方出身者が地元の医学部に入学しやすくする方策が必要である。また、専門医としての総合医・家庭医の養成とともに、他の専門医が総合医・家庭医となって地域医療を担うようなキャリアパス、再教育のプログラムが必要である。

○当面、上記のインセンティブの一つとして、産科、救急、へき地などで勤務する医師等に対して手当を支給し、その働きを評価すべきである。また、通常の勤務に加え、当直やオンコール対応など厳しい状況に置かれた勤務医の勤務条件を短時間正規雇用などにより改善を図るべきである。

○また、2つの偏在の問題に対応し、また、医療の質を高めていくため、現場の意見を十分聴取・検証し、国民・社会特に患者の声を聞きながら、諸外国の例を参考にしつつ、初期臨床研修制度や専門医トレーニング(後期研修制度)のあり方を見直すべきである。

- より質の高い医師を効果的に養成する観点から、医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方について、文部科学省と厚生労働省との合同の検討会を早急に立ち上げ、対策の具体化を図るべきである。

3 コメディカル等の専門性の発揮とチーム医療

よりよい医療を実現するためには、治療にあたるチームを構成する医師のみならず各コメディカルが専門性を発揮していくことが重要である。

- コメディカルが専門性を持ち、キャリアアップできる仕組みが必要であり、そうしたことへのインセンティブの付与や支援が必要である。同時に、コメディカルの数を増加させることについて具体的な検討が必要である。
- チーム医療を実践することや各職種が専門性を発揮し、患者のためのよりよい医療が行われる体制がとられることを前提に、その職種でなくても行いうる業務を他の職種に担わせるスキルミックスを進めるべきである。
- 患者の安全性向上のため、4年制大学への移行も視野に、看護師基礎教育の充実を図るべきである。
- 医療者と患者間の真の協働関係を樹立するためには、医療従事者が全体として、患者の立場を十分に配慮するという施設の「文化」を醸成する必要がある。そのためには管理者の姿勢が重要である。諸外国の例を参考にしながら、医療における院内メディエーターの活用も今後の検討課題とすべきである。

4 地域医療・救急医療体制支援

- 地域医療の担い手の一つとして、専門医としての総合医・家庭医のあり方等について検討を進めるべきである。
- がんなどの在宅医療や看取りまで行う在宅医療・在宅医の専門性を評価すべきである。訪問看護について、医師の標準的指示書や個別的約束指示の下で看護師の裁量性を認めることや、訪問看護のあり方を検討すべきである。

- 地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、診療所医師が病院での診療に携わることを進めるためには、病院における医療に対する診療報酬を、ホスピタルフィーとドクターフィーに区別することを検討する必要がある。また、地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、患者の入退院・転院を円滑に進めるためには、地域の医療機関における電子カルテの情報共有が必要である。また、医療の透明化を図るため患者が無料で明細書(診療内容がわかる領収書)を受け取ることができるようにする必要がある。
- 救急医療において、患者が適切な医療を受けられるようにするためには、最も重症の者を受け入れる第三次救急の体制を堅固なものとすると同時に、軽症者も含め多くを受け入れている二次救急を支える体制を構築することが重要である。その際、地域医療を現在保っているネットワークを活用するよう、各地域の実情を十分把握する必要がある。
- このため、数多く救急患者を受け入れた医療機関・医師を評価すること、地域によっては二次救急が福祉的なニーズを持った患者を相当数受け入れているケースがあることから福祉関係の行政機関をはじめ関係機関が協力して受け止められる体制を構築すること、医師以外にも適切なトリアージができる看護師を養成すること、が必要である。
- 医療と消防の連携を円滑化し、消防防災ヘリコプターの救急搬送における活用を推進するべきである。

5 患者・住民の参画

- 地域の限られた医療資源を活用し、必要な人が必要な医療を受けられるようにするため、かかりつけ医を持つことを呼びかける、病院受診前に自分の状態をチェックするためのフローチャートを作成・配布する、医療に関する住民主催の勉強会を開催する、といった地域住民による主体的な取り組みが行われている。各地のこうした取り組みを支援し、住民とともに地域医療を守ることが重要である。
- 患者・住民に関わることを決める場合には、患者・住民とともに議論し、考えるという視点が重要である。

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会
報告書

～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて～

平成21年3月4日

平成21年3月4日

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 報告書
～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて～

第1 はじめに

救急医療は直接患者の生死に関わる医療で、我が国のすべての地域において万全の提供体制を整える必要がある。しかし現状は、平成20年10月に東京都で起きた事例等にもみられるように、解決すべき様々な問題を抱えており、国民が真に安心できる救急医療体制の整備を行うことはまさに緊急の課題と言える。

中でも、周産期救急医療は少子化対策の観点からもその体制整備が急がれており、国民が安心して出産に臨める医療環境の実現に向けて効果的な施策の実行が求められている。周産期救急医療には母体・胎児の救急医療と新生児の救急医療があり、それぞれの特徴を明確に認識しつつ体制整備の検討を行うことが必要である。

日本の新生児死亡率はすでに1980年代から国際的に最もすぐれた成績に到達している（「人口動態統計」厚生労働省）。この成果は長年に亘る地域における新生児集中治療管理室（以下、「NICU」という。）の整備と、母体搬送・新生児搬送という施設間連携医療体制の普及によって得られたものである。中でも、低出生体重児をはじめとするハイリスク新生児の出生数が急速に増加（10年前の約1.5倍に増加：厚生労働科学研究）している近年の悪条件にも関わらず新生児死亡率を低下させ続けているのは、我が国の新生児医療の力によるものであると言える。しかしながら、同時に、このハイリスク新生児の増加による新生児医療提供体制の不備も明らかとなってきた。現実には1年間に約4万人の疾病新生児・低出生体重児が新生児集中治療を必要とする等の需要の増大に対する対策が必要になっている。

一方、妊産婦死亡率（出産10万対）も戦後劇的に改善した。1955年に161.7であったものが2007年には3.1にまで低下し、日本は現在国際的にも妊産婦死亡率の最も低い国の一つに数えられている。特に、施設分娩の普及や輸血体制の整備及び周産期医療対策事業の推進等の成果として、通常の産科疾患による死亡は著しく減少している（「人口動態統計」厚生労働省）。その結果、一方で、元来頻度の低い脳血管疾患など、産科だけでは対応困難な間接原因による母体死亡が顕在化してきており、今

後、さらに妊産婦死亡率を改善するためには、早急に関連診療科（脳神経外科、心臓血管外科、麻酔科、救急科等）との連携など具体的な対策を立てることが必要である。

周産期救急医療体制はこれまで医療機関相互の連携を中心に整備されてきた。また、母体救急疾患は母体と胎児・新生児の診療を同時に行うという特殊性があり、周産期医療体制は従来から一般の救急医療とは別に構築されてきた経緯がある。すなわち、平成8年度から予算化された周産期医療対策事業により、都道府県が設置し現場関係者も参加する周産期医療協議会で総合的に計画され、産科と新生児の医療を中心とした総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター（以下、「周産期母子医療センター」という。）の整備が各都道府県において進められてきた。それによって構築されてきた医療体制を維持・発展させることは今後も継続しなければならない。一方、周産期母子医療センターの中には、一般救急及び関連診療科（脳神経外科、心臓血管外科、麻酔科等）が併設されておらず、通常の産科疾患の診療はできても、合併症を有する妊婦の救急患者に対応できない施設が存在する。また、産科救急患者の受け入れにはNICUの充実が必要であるが、近年、NICUの不足と新生児専門医の不足、担当スタッフの労働条件の悪化等により受入能力の低下が顕著になっている。妊婦の救急患者搬送体制の改善にあたっては、これらの問題も踏まえて検討する必要がある。

本懇談会では、前述した東京都の事例を検証し、抽出された問題点を整理した上で、今後の日本における周産期医療と救急医療の確保と連携のあり方、及び課題解決のために必要な対策について検討した。関連領域の専門家と市民代表の委員が議論を重ね、さらに参考人として有識者を招請して広範な視点からの意見を加え、今般、以下の提言を取りまとめたのでここに報告する。

第2 現状の問題点

1 周産期救急医療を担うスタッフの不足

(1) 産科医不足

東京都東部の事例で母体搬送が遅延した原因のひとつとして、当初受入要請のあった総合周産期母子医療センターの産科当直体制が完備していなかったことが挙げられる。この背景に、産婦人科の医師数が全体として減少している中で、勤務が特に過酷な産科

(周産期医療)に従事せず婦人科に専従する医師、あるいは出産や育児を機に離職又は休職せざるを得ない女性医師の割合が増えている実情がある。早急な対策を講じなければ、今後、現場の産科医不足が更に悪化する可能性がある。

(2) 新生児医療担当医不足

新生児医療は急速に発達してきたが、その医療を担当する医師は絶対的に不足し、それが最適の周産期医療体制を構築するための障壁となっている。NICUは独立して当直体制または交代勤務体制を維持する必要があるが、十分な人数の新生児医療担当医を確保できていない施設が少なからず存在する。また、新生児科は標榜科として認められておらず、新生児医療の専門医養成を行う講座を有する大学医学部も数えるほどしかない。これまで新生児医療は小児科の一領域として発展してきたが、高度医療である新生児医療に対する需要が高まる中で、専門的に担当する医師を養成し、医療現場に供給する体制整備が必要である。

(3) 麻酔科医不足

手術麻酔における麻酔科医の重要度が高まっているにもかかわらず、現在、麻酔科医は絶対的に不足している。周産期医療分野でも、麻酔科医不足は深刻で、帝王切開術の麻酔を産科医が施行することも少なくない。特に、予定手術よりも母児のリスクが高い緊急帝王切開術が多く実施される周産期母子医療センターにおいては、麻酔科医の確保が強く求められているが、現状では十分に対応できていない。

(4) 救急医療を担う医師の不足

救急科専門医は、三次救急医療施設である救命救急センターとごく一部の二次救急医療施設に勤務しているものの、その絶対数は少なく、全国の二次救急医療施設のほとんどが専門医を確保できていない。我が国の救急診療の多くは、急性心筋梗塞、脳血管障害及び外傷など急性傷病の種類に応じ、各診療科医師が一般診療との兼務によって担われているのが実態である。しかし、その各診療科医師達も過重労働、救急医療の高度化および医療訴訟に対する危惧から救急診療を敬遠する傾向にある。この結果、救急医療を担う医師の絶対数が不足している。

(5) 分娩を取り扱う助産師の不足

地域においては、合併症のない妊産婦及び新生児のケアを担う助産師が不足している。また、院内助産所・助産師外来の普及やハイリスク妊娠・出産の増加とともに、助産師の保健指導等への関与がこれまで以上に必要となっている。

(6) 新生児医療を担う看護師の不足

新生児医療現場は常時3床当たり1名の看護師配置が求められるNICUと、常時8床当たり1名の看護師配置が求められるGCU（NICUに併設された回復期病室）から構成されている。新生児医療ニーズに比してNICUの絶対数が不足している地域では、NICUは恒常的に満床の状態にあり、NICUへの新規入院患者が出ると、NICUで管理している児をGCUに移して対応している実情がある。このためGCUにおいてもNICUと同等の高い看護レベルと看護師配置が求められるが、それに対応できる看護職員が不足している。一方で、NICUに空床がある場合でも、看護職員の配置ができずに縮小して運営している施設も存在する。

2 周産期医療機関の機能と相互連携の問題

周産期母子医療センターはハイリスク患者を多く取り扱うべく整備されてきたが、地域のニーズ増大に対して、妊産婦救急症例及び低出生体重児、疾病新生児の受入能力が不足している。この患者受入能力の不足は、医療スタッフの不足と受入可能病床の不足が主な原因である。特にNICUは恒常的に満床かそれに近い状態にあり、これが周産期救急患者の受け入れを困難にしている。

周産期母子医療センターにおける空床確保の困難に拍車をかけている要因として、周産期母子医療センター以外の施設でも対応可能な軽症例が周産期母子医療センターに搬送される傾向が強まっていることが挙げられる。これには、医師不足等により周産期母子医療センター以外の地域の中核病院の機能が低下していることに加えて、医療機関が未受診妊婦などの医学的・社会的ハイリスク妊婦の受け入れを躊躇する傾向や、結果責任を問われることへの不安及び患者の大病院志向が関与している。

さらに、分娩施設の急激な減少により、地域によっては周産期母子医療センターに正常分娩が集中し、それがハイリスク患者のための空床確保を困難にしている。また、NICUが満床となる理由には、低出生体重児の出生増加によって、NICU需要が拡大していること、また、NICU退室後の重症児に対する支援体制が十分でないことなど

から、NICUから退室できずに長期入院を続けている重症児が存在することなどもある。

一方、医療スタッフの不足は、必要な当直医師数の確保などを困難にし、当直医が一人の患者の診療に当たっていれば、新たな救急患者が受け入れられない状況も生じている。

これらのことが重なって、多くの地域で周産期母子医療センターがその機能を十分に果たせない実情がある。総合周産期母子医療センターが一施設のみ地域においては、当該センターがかろうじてその機能を果たしている場合も多いが、総合周産期母子医療センターが複数存在する大都市では、多数の患者を複数の総合周産期母子医療センターで分担して受け入れる体制をとる必要があり、そのために結果として搬送先の選定に時間を要する事例が発生している。また、ベッド不足や人員不足には地域間格差が存在し、地域内での患者受入能力が不十分な地域では隣接県の施設に依存せざるを得ない状況も存在する。特に、首都圏では県境を越えての搬送が常態化しており、より広域の連携の必要性も生じている。

3 周産期救急医療と一般救急医療の連携の問題

周産期医療体制は一般産科救急医療と胎児・新生児救急医療の範囲では、ほぼ自己完結的に対応することが可能で、特に新生児に関するネットワークは比較的順調に運用されてきた。一方、母体救命救急においては、一般救急医療及びその関連診療分野との連携が受入体制の確保のため極めて重要であるが、現状は十分な体制が確保されているとはいえない。周産期母子医療センター等に母体救命救急に対応可能な体制が併設されている施設でも、施設内での適切な連携体制が取られていない場合がある。また、同一施設に一般産科救急と新生児救急のいずれかが存在せず、施設間連携が必要な地域においても、その連携体制が十分整備されていないところが存在する。

周産期救急患者に適切に対応するためには、初期、二次周産期医療機関において、個別症例ごとに、通常の周産期医療体制によって対応するか、母体救命救急症例として対応するかを判断する必要があるが、その判断基準について地域の医療機関と消防機関との間でコンセンサスが形成されていない。

4 情報システムの問題

周産期救急情報システムは、情報の更新を各医療機関に依存しているため、常にリアルタイム情報が提示されているとは限らず、緊急時に必ずしも有用でない場合がある。また、情報のセンター化が遅れている地域や情報の迅速活用ができていない地域も存在する。さらに、情報システムが都道府県ごとに別個に運営されているため、閲覧できる受入可能な医療機関の情報が県内に限られてしまい、県内の医療機関の受入能力が不足している地域では、搬送先の選定に困難を生じる場合がある。

また、周産期医療体制構築の経緯が既述の背景を持つことから、半数以上の都道府県で一般救急のための救急医療情報システムと周産期救急情報システムがそれぞれ独立して運用されている。そのような地域では、母児両方に適切な医療を提供できる受入医療機関の選定を円滑に行えない場合がある。

5 妊産婦死亡の実態が不明

妊産婦死亡は、死亡診断書の記載時に、死亡と妊娠が関係づけられない場合には、統計上把握できない。間接死亡等の症例を含めれば、我が国の妊産婦死亡率は死亡診断書から推定される数値よりも35%高い値になることが指摘されている（厚生労働科学研究）。妊産婦死亡に関するデータを、標準的診療の設定、医療体制の改善及び疾病予防に正しくフィードバックできるように、死亡診断書の記載内容のあり方を見直し、正確な妊産婦死亡の実態を把握する必要がある。

6 社会的ハイリスク妊婦の実情が不明

妊娠中に産科医療機関を受診していない患者は、妊娠に関する基本情報がない。妊婦健診未受診の背景に社会的経済的ハイリスク要因が指摘されているが、合併症を有する頻度が高く医学的にもハイリスクである。このため、未受診妊婦を含めた社会的ハイリスク要因を明らかにし、必要な対策を講ずる必要がある。

第3 基本的な方針（検討における大前提）

具体的な検討を行うに際し、議論の方向性を集約化するため、以下のような方針を大前提とした。

1 国の責務

少子化社会にあって、妊産婦・胎児・新生児を対象とする周産期医療が明日の日本社会を構築する基盤であるという認識のもと、政府として万全の体制を整備していくという意思を表明し、この領域における医療の「安全」と子を産み育てることへの国民の「安心」と「希望」の確保を最優先することを国の責務とする。

周産期医療は、複雑な医療提供体制の中の一部であり、周産期医療のみを視野に入れた全国画一的な対応では問題の解決が困難であることを自覚し、医療提供体制全体を捉えた上で、机上の空論に陥らず、現状を十分に踏まえた解決方法を模索しなければならない。

医療提供体制は、都道府県が責任を持って構築すべきものであるが、国は日本全体を見据えた方向性を示す責務がある。

国は、厳しい財政状況ではあるが、財源確保に努めつつ、医療現場に過度の負担がかかることのないよう、必要な財政支援や診療報酬上の措置等の対策を検討すべきである。

2 地域の役割

医療提供体制は地域ごとにそれぞれ異なった特性を有しており、国としての総括的な対応に加え、それぞれの地域においてその特性を踏まえた効果的な対策を講じなければならない。地方自治体や地域の医療コミュニティが動かなければ、問題は解決しないことを念頭に置くべきである。

特に地方自治体は周産期救急医療体制が抱えている問題を正しく認識し、各種政策課題の中でその問題解決の優先度を適切に決定する責任がある。

地方自治体は、地域における医療コミュニティとの連携を密にし、上記課題に対する対策を検討する必要がある。その際、社会的ハイリスク妊婦の対策についても併せて検討する必要がある。

3 医療現場の役割

医療機関の管理者は、周産期医療と救急医療の諸問題の重大さを認識し、その解決に向けて努力しなければならない。

医療機関においては、医療の高度化と専門化により診療科別あるいは臓器別の医療に流れがちであるが、救急医療では多くの診療科の連携が不可欠である。これは周産期救

急医療においても同様であり医療機関の管理者は、産婦人科、小児科（新生児）、麻酔科、救急医療に関連する診療科及び救命救急センター等が協働して診療できる体制の構築に努める必要がある。

一方、医療従事者は、医療に関わる様々な問題について自らもその原因を抽出するとともに、国及び地方自治体に対して情報を発信し解決を目指した提言を行うべきである。また、救急医療では各診療科に関わる医学的知識と診療行為が必要であり、周産期に生じる急性病態についても、各診療科が協力してデータを集積、分析し、研究を進めていく必要がある。

4 国民、地域住民の協力

より良い医療体制を保持するためには、地域住民の理解と協力が不可欠であり、患者側からの視点による問題点の指摘や要望の発信を行うなど、周産期医療、救急医療の体制向上への国民の積極的な関与が期待される。

第4 周産期救急医療体制についての提言

上記前提を踏まえつつ、周産期救急患者（妊産婦救急及び胎児・新生児救急）の受け入れが迅速かつ円滑に行われる体制を構築し、それらの体制を国民に対して広くわかりやすく提示し、もって国民の安心と安全を確保するため、本懇談会は国に対し以下の体制整備の推進を提言する。

1 現状の把握及び情報公開

地域における搬送事例等の分析を綿密に行い現状把握に努める。それらの情報把握のあり方等については、地方自治体及び総務省消防庁とも連携し、その詳細を早急に検討する。なお、現に国が保有する各種統計調査のデータ等についても、積極的な活用のあり方を検討する。

2 関係者間の連携

厚生労働省の救急医療担当と周産期医療担当の連携の更なる強化(平成21年1月1日に、救急・周産期医療等対策室を設置)に努める。併せて、総務省消防庁との連携に

についても、継続的な協力体制を確保する。また、都道府県も同様に担当部門間の連携体制の確保に努める。

医療現場においても、救急医療部門と周産期医療部門（妊産婦救急及び胎児・新生児救急）及びその関係部門（脳神経外科、心臓血管外科、麻酔科等）の連携を推進する。なお、これについては、日本産科婦人科学会・日本救急医学会による「地域母体救命救急体制整備のための基本的枠組の構築に関する提言」（平成20年11月18日）を参考とする。また、都道府県は、上記連携を強化して地域の実情に即した母体救命救急体制を整備するため、早急に検討の場を設ける。

救急医療施設と後方施設との連携を強化する。これについては、NICUに長期入院している児童への対応に関し、平成19年12月26日に4局連名通知（医政発第12260006号、雇児発第1226004号、社援発第1226002号、保発第1226001号）が発出されたところであるが、その効果を検証するとともに、更なる有効な対策を検討する。

以上を達成するためには、行政組織や医療機関における“縦割り”を解消する必要がある。

3 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制

(1) 医療機関の機能のあり方

冒頭に既述したように、産科領域以外の急性期疾患を合併する妊産婦の診療という点では、これまで十分な体制整備がなされてこなかったことから、今後は、現在の周産期医療機能を損なうことなく、産科領域以外の急性期疾患を合併する妊産婦にも最善の医療が提供できるよう、周産期医療対策事業の見直しを行う。

また、以上の内容を考慮し、地域のニーズに沿うよう幅を持たせつつ、中長期的視点にたって周産期母子医療センターの指定基準を見直す。なお、各周産期母子医療センターは、現状で提供可能な診療機能を明示し、病態に応じた搬送先選定の迅速化に役立てる。

(周産期母子医療センターの分類例)

- ・ 総合周産期母子医療センター（母体・胎児・新生児型） [MN型総合周産期センター]
産科・MFICU・小児科（新生児）・NICU（小児外科・小児心臓外科）
救命救急センター・麻酔科・脳神経外科・心臓外科等

- ・ 総合周産期母子医療センター（胎児・新生児型）〔N型総合周産期センター〕
産科・MFICU・小児科（新生児）・NICU（小児外科・小児心臓外科）・麻酔科
- ・ 地域周産期母子医療センター（母体型）〔M型地域周産期センター〕
産科・小児科（新生児）・救命救急センター・麻酔科・脳神経外科・心臓外科等
- ・ 地域新生児搬送センター〔N型地域周産期センター〕
小児科（新生児）・関連診療科（地域における新生児搬送及びそのコントロール機能を有する）

上記の構想に沿って体制整備の詳細を検討する。その際、既存の周産期医療提供体制に支障を来すことのないよう配慮しつつ、地域のニーズや症例数に見合った施設の配置を検討する。

なお、特に需要の多い都市部では、産科、小児科（新生児）、麻酔科、救急医療の関連診療科（脳神経外科、循環器内科、心臓外科など）を有し、救命救急センターを併設し、必要な設備及び人員を揃えた適正な規模の医療機関の整備を進める。この場合、24時間患者を受け入れる体制のため空床確保などが必要であるが、病院の運営上は不採算となることが予想される。それに対し、また、医療機関が積極的に救急患者の受け入れを行うためにも、当該医療機関に経済的負担が掛からないような支援策を検討する。また、都道府県は、周産期母子医療センターの整備を進める際、地理的不均衡や機能的問題が生じないように適切に配置する。

（2）救急医療・周産期医療に対する財政支援とドクターフィー

妊産婦の積極的な受け入れを推進するため、周産期母子医療センターに対して、周産期医療に関する診療実績を客観的に評価する仕組みの検討が必要である。

医師に対しては、産科医・新生児医療担当医だけでなく、麻酔科、救急科、脳神経外科、循環器内科等、関連診療科医師の周産期医療に関わる活動、救命救急センターにおける医師の活動、また、他医療機関に向いての応援診療や新生児の迎え搬送等

に対しドクターフィーのあり方を検討する。また、人員確保が困難な周産期医療に携わる助産師、看護師等に対する適正な評価も検討する。

医療機関に対しては、救命救急センター及び二次救急医療機関での関連診療科における妊産婦受入を推進するため、支援策を検討する。また、減少が続く初期・二次産科医療機関の周産期医療からの撤退を防ぐために、出産育児一時金の引き上げ等の措置を行う。

上記の支援策については、診療実績等の客観的な評価に基づき講じられるべきである。

(診療実績の評価項目の例)

○母体について

- ・ ハイリスク妊娠・分娩取扱数
- ・ 母体搬送の受入実績
- ・ 母体救命救急症例受入実績

○胎児・新生児について（新生児領域）

- ・ 1000g 未満児の取扱数
- ・ 1500g 未満児の取扱数
- ・ 母体搬送の受入実績
- ・ 新生児の受入実績
- ・ 新生児搬送（迎え搬送、三角搬送、戻り搬送※）の実績
- ・ 新生児外科手術件数

※ 迎え搬送：受入医療機関の医師が救急車等で依頼元医療機関へ行き、新生児と同乗して自らの医療機関に搬送すること

三角搬送：周産期母子医療センター等の医師が救急車等で依頼元医療機関へ行き、新生児と同乗して他の受入医療機関に搬送すること

戻り搬送：状態が改善した妊産婦又は新生児を受入医療機関から搬送元医療機関等に搬送すること

なお、医師が必要に応じて、複数の医療機関で医療行為を行うことができ、かつ、その活動が適切に評価される環境を整備するため、公務員である医師の兼業規程の運用を周知するとともに、その支援策を検討する。

(3) 地域におけるネットワーク

周産期救急医療の提供体制整備のためには、地域に根ざしたネットワークを構築することが重要であり、この地域ネットワークの構築には、周産期医療に関わるすべての医療機関及び医療従事者、保健福祉施設及び担当者、地域の保健医療行政の担当者及び地域住民の協力が必要である。

① 初期対応と初期救急

- ・ 都道府県及び市町村は、それぞれの地域において、診療所・助産所を含む初期・二次の産婦人科医療機関による救急患者の初期対応と受入状況を把握する。
- ・ 初期対応・受入能力の低下している地域においては、二次医療機関は初期医療機関の協力を得て休日夜間の診療体制を強化し、必要に応じて輪番制の整備等を推進する。この場合、産科初期救急患者の多くを占める妊娠初期の異常は産科医療と婦人科医療に区別することが困難であることから、妊娠初期に症状を訴える患者に対しては、その鑑別にこだわらず、周産期初期救急として適切に対応する必要がある。
- ・ 初期対応のための周産期医療ネットワークについては、地域の需要や患者の利便性も考慮した体制を確保する。
- ・ 他の診療分野の救急医療体制との連携を図り、産科以外の合併症疾患等への対応も円滑に行われる体制とする。

② 高次医療機関の機能の強化と維持

- ・ 都道府県は、地域内のハイリスク妊産婦の管理・治療が適切に行われるように、周産期母子医療センターの人員及び設備の強化を図る。
- ・ 都道府県及び地域の医療関係者は、救急患者に関わる医療情報システムを整備し、初期・二次及び三次の産科医療機関の間で、各医療機関の診療機能や受入状況等の情報の共有化を進めるとともに、その情報の有効活用を促進する。
- ・ 初期・二次の産科医療機関は、軽症及び中等症の患者への救急対応に関する相応の役割を分担し、総合周産期母子医療センターの重症救急患者の受入能力の確保に協力する。
- ・ 総合周産期母子医療センターが受け入れた妊産婦及び新生児を、状態が改善した時に搬送元医療機関等に搬送する体制（戻り搬送）を促進する。

国及び都道府県は、上記の体制整備に対して必要な支援策を検討する。

(4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強

① NICUの確保

周産期母子医療センターにおける搬送患者受入困難の主因がNICUの満床にあることから、その解消を図ることが重要である。

低出生体重児の増加及び長期医療を必要とする新生児の増加等によって、近年NICUが著しく不足していることを認識し、平成6年度の厚生科学研究において提示されたNICU必要病床数、出生1万人対20床を見直す必要がある。

- ・ 都道府県は、出生1万人対25～30床を当面の目標として、地域の実情に応じたNICUの整備を進める。NICUの規模については、現状の人的資源、勤務者の労働条件、患者の利便性等を考慮して最適化を図り、設置にあたっては闇雲に分散させることは避ける。
- ・ 増床したNICUの適正運用のため、新生児医療を担う医師及び看護師の確保に努め、その対策として、例えば、新生児科の標榜や専門医の広告を認めることや、専門看護師や認定看護師の取得を推進する。

② 後方病床拡充とNICUに長期入院している重症児に対する支援体制の充実

重度の呼吸障害等のため家庭に戻れずNICUに長期入院している重症児に対し、一人ひとりの児童にふさわしい療育・療養環境を確保するため、地域の実情に応じ、GCU、重症児に対応できる一般小児病床、重症心身障害児施設等の後方病床を整備することが必要である。人員、設備ともに不十分な状況にある後方病床を整備し、NICUに入院している児童にとってふさわしい療育・療養環境への移行を促すことにより、NICUの有効利用を可能とする。

このため、GCUや一般小児病床等への手厚い看護職員配置など対応能力の強化や地域の実情に応じて重症心身障害児施設等の後方病床の整備の支援を進める必要がある。

加えて、退院した重症児が安心して在宅療養できるよう、地域における一時預かりサービスの充実や訪問看護ステーションの活用促進に向け、その整備への支援を進める。併せて、緊急入院に対応できる病床の確保やレスパイトケアのために、例えば一般小児科病床の活用なども重要であり、独立行政法人国立病院機構をはじめとして全国の施設において短期入所病床を整備することに対する支援が求められる。

また、患者ニーズと地域の医療・福祉サービス等の支援の詳細を熟知しており、退院を支援する担当者（NICU入院児支援コーディネーター）を、総合周産期母子医療センター等が配置することを支援する。

③ 人的リソースの維持・拡充

医療現場において医療関係者は現在きわめて過酷な条件下での勤務を余儀なくされている。この過酷な勤務の現状を放置したままで高度な医療対応のみを求めれば、医療関係者はさらに疲弊し、現場から離脱することが懸念される。それにより、医師不足、助産師不足、看護師不足や、初期分娩施設の減少が一層進み、既存の周産期医療提供体制の維持自体が困難になることは明らかで、人的リソースの維持・拡充はまさに喫緊の課題である。このため、諸外国の事例も参考にしつつ、以下に掲げる方策について検討し、そのための支援策を検討する。

・医師の確保

周産期救急医療に従事する医師がやりがいを感じつつ勤務を継続できることが妊婦と新生児の生命を守ることに直結しているとの認識を持たなければならない。

産婦人科医に限らず、新生児医療担当医、麻酔科医、救急医などの実際に診療を行う医師を含め、時間外勤務、時間外の救急呼び出し対応（オンコール対応）等について、十分な実態把握調査を行い、適切に処遇するための医師の手当等に対する支援策を検討する。

一方、医師確保のためには、当直翌日の勤務緩和、短時間正規雇用や交代勤務制等による勤務環境の改善を積極的に推進することが極めて重要である。そのためには、各医療機関が設定する定員数の増加が不可欠で、例えば、24時間集中治療を提供しているNICUでは、新生児医療担当医の定員を7名以上とすることが必要である。麻酔科医についても機能に応じて各医療機関において必要な人員を定員化する必要がある。

また、新たに産科医や新生児担当医を目指す若手医師に対する支援、新生児科の標榜や専門医の広告を認めること等が必要である。国及び都道府県は、大学や学会等が行う医師養成・確保事業への支援など、周産期医療を支える医師の確保・育成に取り組む必要がある。

・助産師の確保

診療所等に勤務する助産師の確保や地域で妊産婦の保健指導を行う要員等としての助産師の確保が必要である。また、病院においては助産師による妊婦健康診査（助産師外来）や、チーム医療としての院内助産所を推進する必要がある。このためには、地域における助産師の確保や助産師の養成を推進するとともに、教育を充実させ助産師の資質の向上を図る必要がある。

約2万6千人いる潜在助産師の発掘や他科に勤務する助産師を産科に呼び戻すこと、また、助産師が充足している施設から不足している施設への出向を推進する体制を構築することなども確保策の一つである。

・看護師の確保

周産期医療に携わる看護師、特にNICUの看護師の不足を緩和するため、看護師が専門性を高め安全に看護に当たるための研修・教育の機会を確保することも重要である。特にNICUに関係する認定看護師等の専門性の高い看護師の養成や訪問看護師の重症心身障害児等に対する看護研修の強化が必要である。

・女性医師の勤務継続支援

離職防止及び産休・育休後の復職支援のため、院内保育所や病児・病後児保育の整備を促進するとともに、現存する種々の保育サービスの利用を支援する必要がある。また、短時間正規雇用や交代勤務制の導入等を進め、女性医師が継続して勤務できる環境を整備する。

・救急隊員のスキルアップ

妊産婦や新生児の搬送に関わる救急隊員のスキルアップのため、メディカルコントロール体制の下で、救急隊員と医療関係者の連携を強化する。地域メディカルコントロール体制を通じた救急隊員の訓練・教育に、周産期関係者が積極的に参加することが求められる。

・医師事務作業補助者の配置

医師・助産師・看護師等が、それぞれの業務に専念できるよう、医師事務作業補助者を必要数配置する。

4 救急患者搬送体制の整備

(1) 母体搬送体制

母体搬送には、妊産婦救急のための搬送と胎児及び出生後の新生児の治療のための搬送がある。特に母体救命救急に対しては、病態に応じた搬送体制の整備が急がれ、以下の対応が求められる。

- ・ 専門家が医学的見地から十分に検討した上で、救急患者の病態に応じた搬送基準を作成する。同時に施設間転送と救急隊による直接搬送それぞれについての手順を定める。
- ・ 周産期母子医療センターは、上記の基準に照らして救急患者の病態に応じた受入基準を作成するとともに、対応可能な病態を公表する。
- ・ 周産期母子医療センターは、自院の体制を踏まえ、救急患者の受入れが円滑にできるよう関連診療科と綿密に協議し、連携を図る。
- ・ 脳神経外科等の関連診療科を有しない周産期母子医療センターについては、近隣の救命救急センター等といつでも連携できる体制を整える。
- ・ 都道府県は、周産期医療協議会、救急医療対策協議会やメディカルコントロール協議会といった医療関係者や消防関係者が集まる協議会等を活用し、周産期に関連する救急患者の受入先の選定、調整及び情報提供のあり方等を検討する。消防機関の搬送と病院前救護の質向上のためには、メディカルコントロール体制の確保が重要であり、メディカルコントロール協議会に周産期医療関係者も参画するなど、メディカルコントロール協議会においては周産期医療との連携に十分配慮する。
- ・ 都道府県は、救急患者の搬送及び受入基準の運用にあたり、必要に応じて、重症患者に対応する医療機関を定める等、地域の実情に応じた受入の迅速化、円滑化の方策を検討し、実施するとともに、そのために必要な医療機関に対する支援策を行う。

(2) 新生児搬送体制

NICUのない施設や自宅で出生に至った低出生体重児などを搬送する新生児搬送体制についても整備を強化する。また、新生児の迎え搬送、三角搬送、戻り搬送などを担う医師等の活動を適正に評価する。都道府県が主体となって新生児搬送や母体搬送に

対応できるドクターカーを備え、併せて運転手、搬送担当医師及び看護師を確保する。その場合、ドクターカーの設置施設及び搬送の具体的な運用等については都道府県の周産期医療協議会で検討する。

(3) 広域搬送体制

地域の必要性に応じて、県境を越えた医療機関及び救急隊との救急搬送ネットワークを構築する。

関係する都道府県及び周産期母子医療センター、周産期救急情報システムの役割については周産期医療対策事業の見直しの中で、明確にする。

広域搬送に際しては、救急医療用ヘリコプターや消防防災ヘリコプター等を活用した搬送体制を検討する。更に、県境を越えた搬送症例においては、家族の利便性の観点から、また母親が児に接する機会を増加させる意味でも戻り搬送の必要性は高く、これに対する体制整備を推進する。

(4) 戻り搬送

総合周産期母子医療センターが受け入れた妊産婦及び新生児を、状態が改善し搬送元医療機関での受入が可能になった時に、搬送元医療機関等に搬送する体制（戻り搬送）を促進する。この時、病院及び家族の経済的負担を軽減するための対策等も検討する。

5 救急医療情報システムの整備

(1) 周産期救急情報システムの改良

- ・ 都道府県は、周産期救急情報システムの運用改善及びその充実を図るため、情報センターを設置（必要に応じて複数県が共同で設置）する。また、搬送先選定の迅速化等のため調整を行う搬送コーディネーターを24時間体制で配置し、救急搬送を円滑に進めるために必要な体制整備を行う。
- ・ 医療機関の空床情報や診療体制に関する正確な情報が迅速に伝達され、自動的にアップデートされ、さらに地域の関係諸機関において広く共有できるよう周産期救急情報システムを改良する。そのため、情報通信技術の活用を検討する。
- ・ 救急医療情報システムと周産期救急情報システムの統合または両者の連携を推進する。併せて、医師同士の情報交換ができる機能を付加することが望ましい。

また、助産所からの緊急事案に対応するために、助産所も利用できるシステムが望ましい。

- ・ 空床情報の入力や転院依頼などの諸業務を担当する医師事務作業補助者の充実を図る。また、戻り搬送を円滑に推進するためには、患者や家族に納得してもらえる十分なインフォームド・コンセントが必要で、それを担当する看護職員等の配置が望まれる。
- ・ 地域によっては、県境を越えて共有できる情報システムを整備する。

上記に対し、支援策を検討する。

(2) 搬送コーディネーターの役割

搬送コーディネーターの地域の中核医療機関又は情報センター等への配置を促進し、そのための支援策を講ずる。搬送コーディネーターの職種と勤務場所は、地域の実情に応じて決める。その際、要員の候補として、周産期の実情に詳しい助産師等の活用を考慮する。

①搬送先照会・斡旋

搬送コーディネーターは、24時間体制で医療機関や消防からの依頼を受け、また一般市民からの相談にも応じつつ搬送先の照会斡旋を行う。

②情報収集

搬送コーディネーターが医療機関に働きかけ、各周産期母子医療センターの応需状況に関する情報を能動的に収集・更新する。

第5 地域住民の理解と協力の確保

1 地域住民への情報公開

救急医療は、地域の住民と医療提供者側とが共同で確保するものであり、より良い体制を保持するためには、住民の理解と協力が不可欠である。

国、都道府県、医療機関は、住民のための相談窓口などを設け、積極的に情報の提供と交換を行う。例えば、アクセスが容易でわかりやすい携帯サイト等のポータルサイトを立ち上げ、情報センターの活用、小児救急電話相談事業（#8000）などを充実させて、救急医療機関の情報等について、地域住民に積極的に公開する。

なお、提供すべき情報としては、以下のようなものが考えられるが、詳細については今後検討を行う。

(提供項目の例)

- (1) 地域の救急医療体制に関する基本情報
- (2) 夜間休日の救急患者受入体制
- (3) 住民が緊急時に医療機関にアクセスする方法に関する詳細情報
- (4) 緊急時における患者や家族の対処方法に関する情報
- (5) 各地域の周産期救急医療体制
- (6) 各地域の分娩取扱施設・妊婦健診施設の情報
- (7) 妊産婦や妊娠可能年齢の女性が留意すべき情報
- (8) 新生児・乳児等の育児に関する情報

2 地域住民の啓発活動

地域の医療機関等を通じて地域住民に対する教育と指導を充実させ、ハイリスク妊娠の予防に努めるとともに、住民に妊婦健康診査の必要性について理解を求め、未受診妊婦の減少を図る。救急車の適正利用、高次医療機関の役割、戻り搬送の必要性等への啓発を促し、それらの活動への助産師や保健師の積極的参画を推進する。これには、診療所の医師等も協力する。

緊急時の対処方法等について、地域が行う住民への啓発活動を支援する。

国及び都道府県は、住民主権の勉強会の開催など地域住民による主体的な取り組みを支援し、住民とともに地域の周産期医療を守っていくことが重要である。

第6 対策の効果の検証と改良サイクルの構築

都道府県は、メディカルコントロール協議会や消防機関等と協力して、搬送先決定までの時間等のデータを収集し、地域ごとの実績を定期的に公表する。

また、国は、都道府県と協力して、周産期医療のデータ（妊産婦死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率、乳幼児死亡率、上記死亡の各種疾患の内訳、死亡の場所、及びそれらの地域別実績など）を分析し、定期的に公表する。

上記のデータに基づき、国及び都道府県は、必要な対策を講じ、その効果を検証し、検証結果に基づき更なる改良を加える。

周産期医療を含む救急医療体制の向上のためには、以上の取り組みを継続し、改良サイクルを形成することが肝要である。

第7 おわりに

本懇談会は、事案の重要性及び緊急性に鑑み、国民が安心して出産に臨める周産期医療体制を整備すべく短期間で本報告書を取りまとめた。厚生労働省においては、財政支援や診療報酬上の措置等を検討するなど速やかに必要な対策を施すことを要請する。

周産期救急医療体制の整備は、基本的には都道府県が地域の実情を踏まえて行うべきであるが、その基本方針は国が策定しなければならない。本報告書に示した提言は、我が国の周産期救急医療を向上させるためのグランドデザインである。今後、国は、健やか親子21に謳う母子保健政策としての周産期医療提供体制の一層の強化に努めるとともに、周産期救急医療を一般救急医療対策の中に位置づけるよう、医療計画に関する基本方針の改正を行い、中長期的視点から取り組むべき対策については、短期間に達成できるものではないことから、これを実現するためのロードマップを作成し都道府県等に明示することが望まれる。

「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」構成員

<委員>

阿真 京子	「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達」の会 代表
有賀 徹	昭和大学医学部救急医学講座 主任教授
池田 智明	国立循環器病センター周産期科 部長
海野 信也	北里大学医学部産婦人科学 教授
大野 泰正	大野レディースクリニック 院長
岡井 崇	昭和大学医学部産婦人科学教室 主任教授 (◎)
嘉山 孝正	山形大学医学部長 脳神経外科学教授 救急部長
川上 正人	青梅市立総合病院 救命救急センター長
木下 勝之	順天堂大学医学部産婦人科学講座 客員教授
杉本 壽	大阪大学医学部救急医学 教授 (○)
田村 正徳	埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター長
藤村 正哲	大阪府立母子保健総合医療センター 総長
横田順一朗	市立堺病院 副院長

<参考人>

有馬 正高	東京都立東部療育センター 院長
岡本喜代子	(社)日本助産師会 副会長
迫井 正深	広島県健康福祉局長
佐藤 秀平	青森県立中央病院総合周産期母子医療センター長
照井 克生	埼玉医科大学総合医療センター 産科麻酔科診療科長

(敬称略、五十音順。◎座長、○座長代理。)

「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」検討経緯

第1回 平成20年11月5日

- 周産期医療と救急医療の現状と課題について
- 意見交換

第2回 平成20年11月20日

- 地域の事例等についてヒアリング
(助産師の取り組み、広島県の取り組み、青森県の取り組み)
- 今後の対策について議論

第3回 平成20年11月25日

- 産科麻酔についてヒアリング
- 今後の対策について議論 (短期的対策について)

第4回 平成20年12月8日

- 重症心身障害児施設についてヒアリング
- 今後の対策について議論 (中長期的対策について)

第5回 平成20年12月18日

- 報告書(案)について

第6回 平成21年2月3日

- 報告書(案)について

<主な検討事項の一覧>

●既に対応又は対応中の事項

- ・ 厚生労働省の救急医療担当と周産期医療担当の連携強化
- ・ 医師の手当や勤務環境の改善等のための財政支援
- ・ 母体搬送コーディネーターの配置への支援
- ・ 出産育児一時金の引き上げ

●平成 20 年度末までに検討すべき事項

- ・ 周産期母子医療センター等の実態調査
- ・ 周産期医療体制の整備指針（周産期母子医療センターの指定基準を含む）の見直し
- ・ 周産期救急情報システムの改良
- ・ 公務員である医師の兼業規程の運用について周知

※ 周産期母子医療センター等の見直しに際しては、厚生労働科学研究班において、具体的な検討を行う。

主な検討内容）周産期母子医療センターの機能の把握、再分類と指定基準、初期・二次周産期医療機関を含めた地域ネットワーク、周産期医療と救急医療の連携、周産期救急患者の病態に応じた搬送・受入基準、広域搬送、迎え搬送、三角搬送、戻り搬送、医師・看護師の行う新生児緊急搬送、コーディネーター、搬送・受入の迅速化・円滑化の方策、情報公開のあり方等

●平成 21 年度以降に検討すべき事項

- ・ 医療計画の基本方針の見直し
- ・ NICUの整備への支援
- ・ GCUや一般小児病床等の手厚い看護職員配置など対応能力の強化の方策
- ・ 重症心身障害児施設等の後方病床及び短期入所並びに重症心身障害児が入院できる小児病床の整備への支援
- ・ 重症心身障害児の在宅療養の支援
- ・ 周産期医療対策事業の見直し
- ・ 周産期救急患者の病態に応じた搬送・受入基準の作成
- ・ 必要に応じ県境を越えた救急搬送ネットワークの構築
- ・ 搬送元医療機関等に搬送する体制（戻り搬送）の促進
- ・ 新生児科の標榜や専門医の広告の許可
- ・ 周産期母子医療センターの評価の仕組み
- ・ 地域住民の主体的な取り組みに対する支援
- ・ 救急搬送の実態把握
- ・ 財政支援や診療報酬上の措置等