

平成21年2月26日(木)
10時00分～12時00分
合同庁舎7号館共用会議室1

第7回

社会保障審議会医療部会

議 事 次 第

- 1 周産期医療と救急医療の確保と連携について
- 2 消防法の一部改正案について
- 3 ・社会保障国民会議最終報告について
・持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」(平成20年12月24日閣議決定)について
- 4 医療計画について
- 5 その他

(配付資料)

- 資料1-1 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概要(案)
- 資料1-2 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(案)
- 資料1-3 周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 開催要綱
- 資料2-1 消防法の一部を改正する法律案(仮称)の概要1
- 資料2-2 消防法の一部を改正する法律案(仮称)の概要2
- 資料3-1 社会保障国民会議最終報告
- 資料3-2 持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」(平成20年12月24日閣議決定)
- 資料4 医療計画について

(参考資料)

- 参考資料1 佐伯委員提出資料
- 参考資料2 平成21年度予算案の概要(医政局)
- 参考資料3 参考法令

平成21年 月 日

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

- 1 厚生労働省の組織の連携強化による縦割り解消
 - ・ 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 救急・周産期医療等対策室を設置)

- 2 周産期医療対策事業の見直し
 - ・ 周産期母子医療センターの指定基準について、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見直す
 - ・ 現行の周産期母子医療センターの診療機能を明示

- 3 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
 - ・ 周産期母子医療センターについて、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を検討
 - ・ 医師の活動に対するドクターフィーのあり方を検討
 - ・ 出産育児一時金の引き上げ
 - ・ 公務員である医師の兼業規程の運用について周知

- 4 地域におけるネットワーク
 - ・ 搬送元医療機関等に搬送する搬送体制(戻り搬送)を促進

- 5 医療機関等におけるリソースの維持・増強
 - ・ 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を整備
 - ・ 後方病床拡充によるNICUの有効利用
GCUや一般小児科病床等への手厚い看護職員配置による対応能力の強化。
 - ・ 全国の重症心身障害児施設等の後方病床や短期入所病床の整備を支援

・ 人的リソースの維持・拡充

適切に処遇するための医師への手当等に対する支援策を検討。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推進。新生児科の標榜や専門医の広告を認めることを検討。

6 救急患者搬送体制の整備

- ・ 救急患者の病態に応じた搬送・受入基準を作成
- ・ 重症患者に対応する医療機関を定め、地域の実情に応じた受入迅速化、円滑化の方策を検討・実施
- ・ 県境を越えた医療機関との救急搬送ネットワークを構築

7 搬送コーディネーター配置等による救急医療情報システムの整備

- ・ 情報通信技術の活用等により周産期救急情報システムを改良
- ・ 搬送コーディネーターを地域の中核医療機関又は情報センター等に配置

8 地域住民の理解と協力の確保

- ・ 地域住民への情報公開
- ・ 地域住民の啓発活動

住民主催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。

9 対策の効果の検証と改良サイクルの構築

- ・ 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
- ・ 周産期救急医療を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を改正

平成21年 月 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(案)

～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

疾患などの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、早急にそれへの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より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（脳神経外科など）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二次救急医療施設のごく一部で勤務しているものの、その絶対数は相当少ない。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疾患の種類に応じ、各診療科医師が一般診療との兼務により対応している実態がある。しかし、その医師達も過重労働、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への新規入院患児が出ると、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NICUと同等の看護需要が生じ、全体として高度な新生児医療に対応できる看護職員が不足した状態で運営されている。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、1に記した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、医療機関の過度のリスク回避行動及び患者の大病院志向が関与している。

さらに、初期の産科医療機関の減少により、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られない実情がある。総合周産期母子医療センターが一施設のみの地域においては、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、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においても、施設内での適切な連携体制が取られていない場合もあり、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はその連携体制が十分整備されていないところも存在する。

また、適切な対応を行うためには、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必ずしも形成されていない。

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に、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うため、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、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都道府県が半数以上認められ、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。

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」と子を出産し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。

医療現場に対しては、これ以上の負担を増やさず、国の力で負担を軽減させる方向で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。

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、救急医療では複数診療科の連携が不可欠であり、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可視化し、もって国民の安心と安全を確保するため、以下の体制整備を図る。

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、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（脳神経外科など）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、それらの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）
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）
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）
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

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。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、

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
- ・ 新生児搬送の受入実績
- ・ 新生児外科手術件数

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患者の管理・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 N I C U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N I C U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N I C U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N I C U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N I C Uの整備を進める。N I C U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N I C Uの適正運用のため、新生児医療を担う医師及び看護師を確保に努め、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N I C U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N I C U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、G C U、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、N I C U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、N I C Uの有効利用を可能とする。

このため、G C U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、緊急入院やレスパイトケアに対応できる病床の確保も重要であり、独立行政法人国立病院機構など全国の施設において短期入所病床の整備の支援が求められる。

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に配置する。

このため、必要な支援策を検討する。

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、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、新生児医療担当医を7名以上確保することが理想である。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。

・ 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。
- ・ 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。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。

(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、助産所からも直接アクセス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。

(2) 搬送コーディネーターの役割

搬送コーディネーターを、地域の中核医療機関又は情報センター等に配置する。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、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、住民主催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、事案の重要さ及び緊急性に鑑み、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、速やかに必要な措置をとらんことを要請する。

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、我が国の周産期医療と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。

<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、戻り搬送、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
- ・ N I C U の整備への支援
- ・ G C U 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病床の整備への支援
- ・ 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医療機関との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への支援策
- ・ 救急搬送の実態把握
- ・ 財政支援や診療報酬上の措置等

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会

開催要綱

1. 趣旨

現在、周産期の救急医療体制の充実が全国的に非常に重要になっていることから、妊産婦が安心して子供を産み・育てることができるよう、早急に対策を講ずる必要がある。このため、周産期の救急医療体制の強化が図られるよう、周産期医療と救急医療の確保と連携の在り方について検討する。

2. 検討事項

- (1) 周産期医療と救急医療の確保の在り方
- (2) 周産期医療と救急医療の連携の基本的枠組み
- (3) その他

3. 構成員

厚生労働大臣及び構成員（別紙）で構成する。

4. 運営

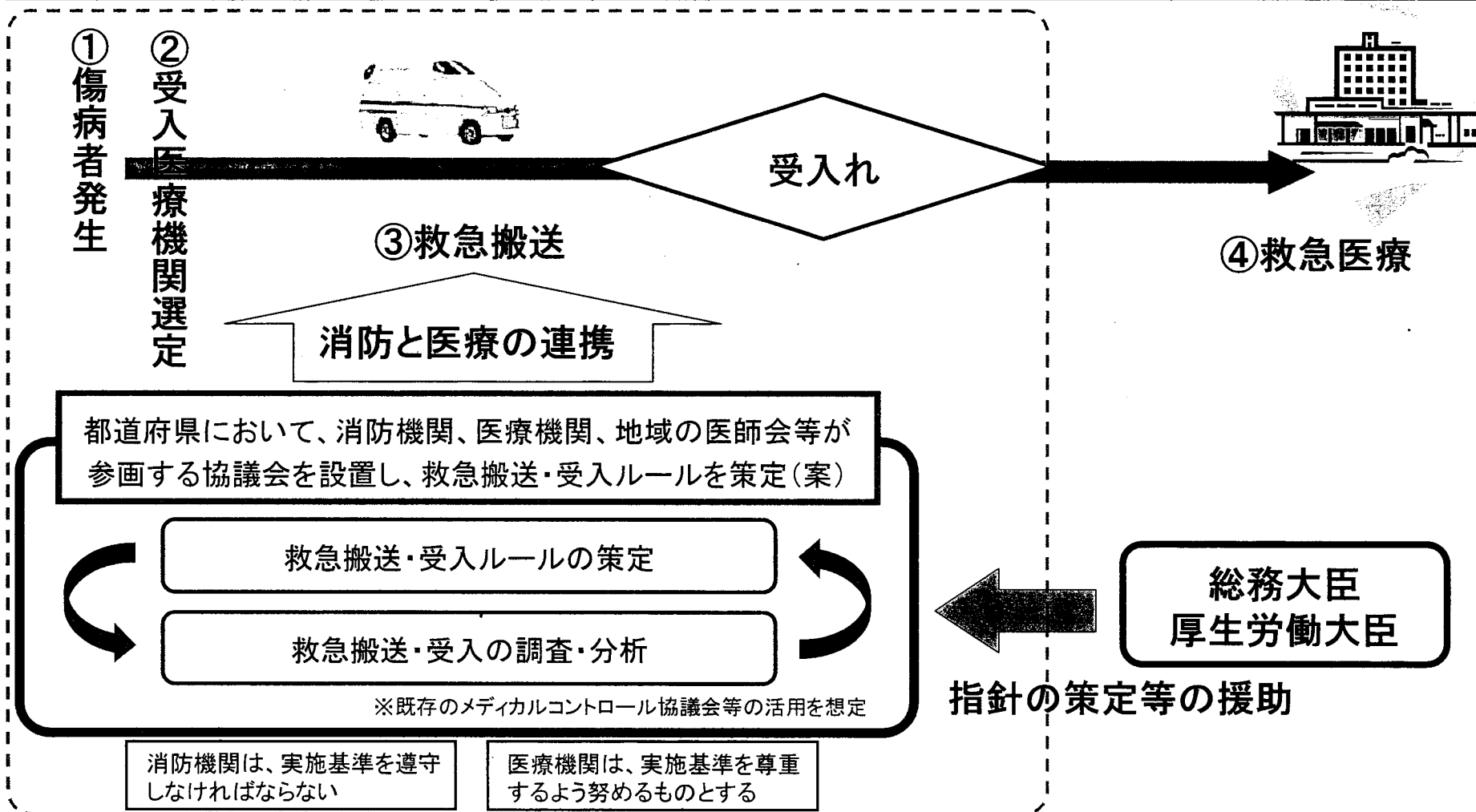
- (1) 本会議の庶務は、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課と協力しつつ、同省医政局指導課で行う。
- (2) 議事は公開とする。
- (3) 本懇談会の構成員については、厚生労働大臣が委嘱する。

円滑な救急搬送・受入を確保するために必要な対策について

(消防法の一部を改正する法律案(仮称))

資料2-1

- 消防と医療の連携により、傷病者の搬送及び受入れを円滑に実施することが、傷病者の救命率の向上及び予後の改善等の観点から、重要な課題となっている。
- このため、都道府県において、消防機関、医療機関、地域の医師会等が参画する協議会を設置し、救急搬送・受入ルールを策定することとする。



傷病者の搬送・受入れルール(案)

救急搬送・受入れルール

都道府県が策定する(医学的知見に基づき、かつ、医療計画との調和が保たれるように定める)

- ① 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するためのルール

総務大臣
厚生労働大臣

指針の策定等の援助

協議会

意見

消防機関は、実施基準を遵守しなければならない

医療機関は、実施基準を尊重するよう努めるものとする

傷病者の搬送・受入れに関する協議会(案)

協議会

都道府県が組織する

① 構成メンバー

- ・ 消防機関の職員
- ・ 医療機関の管理者又はその指定する医師（救命救急センター長など）
- ・ 診療に関する学識経験者の団体（地域の医師会）の推薦する者
- ・ 都道府県の職員
- ・ 学識経験者その他の都道府県が必要と認める者

② 役割

- ・ 救急搬送・受入ルールの協議
- ・ 救急搬送・受入の調査・分析など

※ 既存のメディカルコントロール協議会等の活用を想定

消防法の一部を改正する法律案(仮称)の概要

傷病者の搬送及び受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、都道府県が傷病者の搬送及び受入れの実施基準を定めるとともに、当該実施基準に関し意見を聴くため、消防機関、医療機関等を構成員とする協議会を設置する等の改正を行う。

(1) 実施基準の作成

- ① 都道府県は、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による当該傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準を定めなければならない。
- ② 実施基準においては、都道府県の区域又は医療を提供する体制の状況を考慮して都道府県の区域を分けて定める区域ごとに、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - イ 傷病者の心身等の状況(以下「傷病者の状況」という。)に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準
 - ロ イに掲げる基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称
 - ハ 消防機関が傷病者の状況を確認するための基準
 - ニ 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準
 - ホ 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準
 - ヘ ニ及びホに掲げるもののほか、傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項
 - ト イ～ヘに掲げるもののほか、傷病者の搬送及び受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項
- ③ 実施基準は、医学的知見に基づき、かつ、医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との調和が保たれるように定められなければならない。
- ④ 都道府県は、実施基準を定めるときは、あらかじめ、(4)に規定する協議会の意見を聴かななければならない。
- ⑤ 都道府県は、実施基準を定めたときは、遅滞なく、その内容を公表しなければならない。
- ⑥ ③～⑤については、実施基準の変更について準用する。

(2) 総務大臣及び厚生労働大臣の援助

総務大臣及び厚生労働大臣は、都道府県に対し、実施基準の策定又は変更に関し、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うものとする。

(3) 実施基準の遵守等

- ① 消防機関は、傷病者の搬送に当たっては、実施基準を遵守しなければならない。
- ② 医療機関は、傷病者の受入れに当たっては、実施基準を尊重するよう努めるものとする。

(4) 実施基準に関する協議等を行うための協議会

① 都道府県は、実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に係る連絡調整を行うための協議会を組織するものとする。

② 協議会は、次に掲げる者をもって構成する。

イ 消防機関の職員

ロ 医療機関の管理者又はその指定する医師

ハ 診療に関する学識経験者の団体の推薦する者

ニ 都道府県の職員

ホ 学識経験者その他の都道府県が必要と認める者

③ 協議会は、必要があると認めるときは、関係行政機関に対し、資料の提供、意見の表明、説明その他の協力を求めることができる。

④ 協議会は、都道府県知事に対し、実施基準並びに傷病者の搬送及び受入れの実施に関し必要な事項について意見を述べることができる。

(5) 施行期日

公布の日から6月以内の政令で定める日

社会保障国民会議 最終報告

平成20年11月4日
社会保障国民会議

社会保障国民会議 最終報告

目次

平成 20 年 11 月 4 日
社会保障国民会議

1 最終報告の位置付け	1
2 これからの社会保障 ～ 中間報告が示す道筋 ～	1
1 社会保障国民会議における議論の出発点	1
(1) 国民の安全と安心を支える社会保障	1
(2) 時代の要請・社会の変化に応える社会保障	1
(3) 全ての国民が参加し支える、国民の信頼に足る社会保障	1
(4) 国と地方が協働して支える社会保障	2
2 社会保障改革の基本的視点	2
3 社会保障の機能強化のための改革	2
(1) 社会保障の制度設計に際しての基本的な考え方	2
(2) 社会保障を支える基盤の充実	3
(3) 高齢期の所得保障	3
(4) 医療・介護・福祉サービスの改革	4
(5) 少子化・次世代育成支援対策	5
(6) セーフティネット機能の強化	5
(7) 制度に対する信頼の回復・国民目線に立った改革の実施	6
3 中間報告後の議論	6
(1) 低所得者対策	6
(2) 能力開発政策	7
(3) 医療・介護費用のシミュレーション	8
(4) 少子化対策の意義と課題	9
(5) 新たな制度体系構築に向けた基本的視点	9

4 社会保障の機能強化に向けて	11
-----------------	----

5 おわりに ～ 国民会議からのメッセージ ～	13
-------------------------	----

社会保障国民会議 最終報告

平成 20 年 11 月 4 日
社会保障国民会議

1 最終報告の位置付け

社会保障国民会議は、社会保障のあるべき姿と財源問題を含む今後の改革の方向について、国民目線で議論する場として、内閣総理大臣の下に本年1月に設置された。

以来、今日まで約 10 ヶ月、会議の下に置かれた3つの分科会を含め、合計で 31 回にわたる会議を重ね、社会保障を巡る様々な課題について精力的に議論を行ってきた。

この間、5月には公的年金の財政方式に関するシミュレーションを公表し、6月には中間報告をとりまとめたところである。

中間報告においては、今後の社会保障が進むべき道筋として、「制度の持続可能性」とともに「社会保障の機能強化」に向けての改革に取り組むべきことを提起した。

本最終報告は、中間報告及び中間報告において積み残した課題を中心に中間報告後に行った議論を含め、これまでの会議における全体の議論をとりまとめたものである。

2 これからの社会保障 ～ 中間報告が示す道筋 ～

1 社会保障国民会議における議論の出発点

(1) 国民の安全と安心を支える社会保障

社会保障制度は、私たちの暮らしを支える最も重要な社会基盤。国民の期待に応えられる社会保障制度を構築することは、国家の基本的な責任のひとつである。

(2) 時代の要請・社会の変化に応える社会保障

社会保障制度を、持続可能なものとしつつ、経済社会の様々な変化にあわせて、その機能を強化していかなければならない。

(3) 全ての国民が参加し支える、国民の信頼に足る社会保障

社会的な相互扶助の仕組である社会保障制度は全ての国民にとって必要なもの。給付の裏側には必ず負担がある。国民にはサービスを利用する権利と同時に制度を支える責任があ

る。

(4) 国と地方が協働して支える社会保障

社会保障制度の構築と現場での運用の両面において、国と地方公共団体がそれぞれの責任を果たしながら対等の立場で協力し合う関係を築くことが重要である。

2 社会保障改革の基本的視点

2000 年以降の医療・年金・介護などに関する一連の「社会保障構造改革」により、社会保障制度と経済財政との整合性、制度の持続可能性は高まった。

しかしながら、今日の社会保障制度は、少子化対策への取組の遅れ、高齢化の一層の進行、医療・介護サービス提供体制の劣化、セーフティネット機能の低下、制度への信頼の低下等の様々な課題に直面している。

「制度の持続可能性」を確保していくことは引き続き重要な課題であるが、同時に、今後は、社会経済構造の変化に対応し、「必要なサービスを保障し、国民の安心と安全を確保するための「社会保障の機能強化」に重点を置いた改革を進めていくことが必要である。

3 社会保障の機能強化のための改革

(1) 社会保障の制度設計に際しての基本的な考え方

① 自立と共生・社会的公正の実現

私たちの社会は、個人の自助・自律を基本とし、一人一人の安全と安心は、相互の助け合い・連帯によって支えられている。社会的な連帯・助け合いの仕組である社会保障制度は、「所得再分配の機能」を通じて、給付の平等・負担の公平という「社会的公正」を実現するものである。

② 持続可能性の確保・国民の多様な生き方の尊重

団塊世代が 75 歳になる 2025 年以降を見通し、長期にわたって持続可能な制度の構築を追求する必要がある。同時に、社会保障制度は、人々の暮らしや価値観の変化に対応した制度であるべきであり、個人の職業選択、就労形態や生き方の選択によって制度の適用、給付や負担に不合理な格差が生じるようなことがあってはならない。

③ 効率性・透明性

社会保障制度は効率的で、簡素で分かりやすいものであることが必要である。

④ 公私の役割分担・地域社会の協働

公的な支えである社会保障制度とともに、一人一人が地域社会の一員として様々な地域社会の支え合い・助け合いの仕組に参加し、共に支え合っていくことが重要である。

⑤ 社会経済の進歩・技術革新の成果の国民への還元

技術革新の成果がサービスの効率化や質の向上に活かされることが必要である。

⑥ 給付と負担の透明化を通じた制度に対する信頼、国民の合意・納得の形成

ライフステージの各段階で、自分の人生設計と社会保障がいかに密接に関わりあっているかを分かりやすく明示されることは、社会保障に対する理解を深め、制度への信頼や改革への合意、必要な負担への納得を形成していく上でも非常に重要である。

⑦ 当事者として国民全体が社会保障を支えるという視点の明確化

社会保障制度においては、国民一人一人が給付・負担の両面で社会保障の当事者であり、社会保障の給付を受けサービスを利用する権利があると同時に社会保障制度を支えていく責任を負っている。制度運営に参加することも国民の権利であり責任でもあり、その実現が図られるよう政府は常に最大限の努力をすべきである。

(2) 社会保障を支える基盤の充実

① 安定的な経済成長の確保

社会保障は国民生活の安定を通じて経済を支え、経済は社会保障を支えている。安定的な経済成長に寄与することは、結局は社会保障制度自身の基盤を支えることにつながる。

② 現役世代の活力の維持・強化

社会保障の支え手である現役世代の活力を可能な限り維持し強化していくことが不可欠。若者・女性・高齢者など、働く意思のある人は誰もがその能力を伸ばし、社会で発揮できるようにしていくこと、将来に希望を持って安心して働けるよう、雇用機会、能力発揮機会を拡大することが重要である。さらに自助努力を促進する観点から現役時代の金融資産蓄積を促進するための制度拡充も図るべきである。

③ ユニバーサル社会の実現

年齢や性別、障害の有無などにかかわらず、能力と意思のあるだれもが、その持てる力を発揮して社会の担い手、支え手として社会活動に参画し活躍できる社会の実現が強く望まれる。

(3) 高齢期の所得保障

高齢期の所得保障は、自らの勤労所得・財産所得・年金所得の適切な組み合わせが基本になるが、現実には公的年金が高齢期の所得保障の柱となっている。改めて言うまでもなく、公的年金制度の長期的な安定・給付水準の確保は重要な課題である。

① 公的年金(基礎年金)の財政方式

基礎年金制度の財政方式については、平成 21 年度からの基礎年金国庫負担の 1/2 への引き上げ実施を前提に、基礎年金制度の財政方式について、現行社会保険方式、現行

社会保険方式の修正案、税方式(複数案)について、客観的・中立的な定量的シミュレーションを実施し、関連資料(バックデータ)とともに公表した。

建設的な制度改革論議を行うためには、共通の土台となる客観的・実証的データに基づく議論が不可欠。このシミュレーション結果がそのような「共通の土台となる基礎資料」として活用され、基礎年金の財政方式に関する議論がさらに深まることを期待する。

② 未納問題への対応

未納はマクロ的には年金財政に大きな影響を与えるものではないが、未納の増加(とそれによる無年金者・低年金者の発生)は、皆年金制度の理念を脅かす大きな問題。未納者の属性を分析し、

- ・低所得者についての免除制度の積極的活用
- ・非正規雇用者・非適用事業所雇用者への厚生年金適用の拡大・雇用主による代行徴収
- ・確信的不払者(多くは中高額所得者)に対する強制徴収の実施

などの属性に対応した実効ある対策を早急に実施することが必要である。

③ 無年金・低年金問題への対応

現行の納付率で将来無年金者が大きく増大することは考えにくいとはいえ、将来にわたって継続的に高齢者の一定割合(約2%)の無年金者は発生。未納対策の徹底とともに、最近増加しつつある生活保護受給者の状況にもかんがみ、基礎年金の最低保障額の設定、弾力的な保険料追納等の措置を検討すべきである。

(4) 医療・介護・福祉サービスの改革

① 医療・介護にかかる需要の増大

75歳以上高齢者の増大・家族介護力の低下・地域のサポート力の低下等々により医療・介護サービス需要は増大。需要に応えるサービス確保のための将来の財源確保が大きな課題となることは不可避。

② 不十分・非効率なサービス提供体制

我が国の病院は、人的・物的資源の不足、非効率性が指摘される一方で、救急医療問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足など様々な課題に直面している。これらの課題に対し現段階でできる緊急の対策を講じていくことが必要だが、同時に構造問題の解決への取組が不可欠である。

③ サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築、人的資源の計画的養成・確保など、効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために

必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

④ 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し

改革を実現していくためには、安定的な財源の確保・継続的な資金投入が必要だが、同時に医療制度・介護制度内部での財源配分のあり方についての見直しも必要。診療報酬・介護報酬体系そのもの、基本骨格のあり方にさかのぼった検討が必要である。

⑤ 医療・介護に関する将来試算の実施

あるべきサービスの姿はどのようなものなのか、そのことを明らかにしつつ、それを実現し、維持していくためにはどれだけの費用(フロー・ストック)が必要なのかを推計する試算を早急の実施。費用推計試算を踏まえ、財源の確保方策について検討を行う。

(5) 少子化・次世代育成支援対策

① 未来への投資としての少子化対策

少子化は日本が直面する最大の課題。基本は、就労と結婚・出産・子育ての「二者択一構造」の解決を通じた「希望と現実の乖離」の解消。「仕事と生活の調和の実現」と「子育て支援の社会的基盤の拡充」を車の両輪として取り組むことが重要である。

② 仕事と生活の調和の推進

「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」、「仕事と生活の調和推進のための行動指針」に基づき、全ての働く者について社会全体で働き方の見直しに取り組んでいくことが必要である。

③ 子育て支援サービスの充実

1歳の壁、4歳の壁、小1の壁、小4の壁の解消など利用者視点に立ったきめ細かな運用面での改善が必要。また、施策の担い手となっている市町村レベルでの取組の充実、省庁間の連携の強化を図るべきである。

④ 地域における子育て環境の整備

地域の多様な主体が担い手となり、子ども自身の視点に立つとともに、親を一方的なサービスの受け手とせずその主体性とニーズを尊重し、子育てが孤立化しないように、子ども自身と親の成長に寄り添う形で支援することが重要である。

⑤ 少子化対策に対する思い切った財源投入と新たな制度体系の構築

大胆かつ効果的な財政投入を行ってサービスの質・量の抜本的拡充を図るべき。同時に、現在様々な制度に分かれている子育て支援関係サービスを再構成し、一元的に提供することのできる新たな制度体系の構築が不可欠である。

(6) セーフティネット機能の強化

社会保障制度が持つリスクヘッジ機能の強化、適時適切なサービス提供の実現という観

点から、①高額療養費制度の改善(現物給付化など)、②低所得者対策の見直し(制度横断的な改革)を行うべき。ITの活用や社会保障番号制の導入検討を積極的に推進すべきである。

(7) 制度に対する信頼の回復・国民目線に立った改革の実施

① 公的年金制度への信頼回復

現行制度に対する不信は、制度それ自体の問題というよりは制度運営に関わる国に対する信頼の低下に起因する面が大きい。公的年金制度の信頼を回復させ、本来の機能を十全に発揮させるためにも、国は、制度への信頼の回復のために総力をあげて努力すべきである。

② 運用面での改善

社会保障制度に関しては、大きな制度改革も重要だが、地方分権の視点に立ち、現行制度の運用を改善することで解決できる課題も多い。運用改善で対応できる事項については、本中間報告での指摘を踏まえて、政府において早急に対応すべきである(この点は「3. 中間報告後の議論」から生まれた提言についても同様である。)

3 中間報告後の議論

中間報告においては、セイフティネット機能の強化の一環としての低所得者対策、現役世代の活力の維持・強化のための能力開発政策、医療・介護のあるべき姿を実現していく観点からの医療・介護費用のシミュレーションの実施、新しい次世代育成支援システムのあり方といった論点が、なお引き続き議論を詰めていくべき論点として残された。

中間報告以降、これらの論点について各分科会において議論が行われ、現行制度の問題点と改善のための具体策について、次のとおり意見をまとめた。

(1) 低所得者対策

低所得者への就労支援を行う上で、日本経済の成長、特に中小企業での就労機会の拡大が重要。また、地域ごとに雇用事情が異なることに応じたきめ細かな就労支援施策の実施が必要である。

施策実施に際しては、過去への反省も十分に踏まえ、施策効果を客観的に把握し施策の改善に不断に反映させる恒久的な仕組みを制度に組み込むべきである。

若年層など現役世代が生活保護を受けざるを得ないときに、そこから抜け出す力をつけるための「ばね板」のような政策が必要。自立支援に向けたハローワーク、自治体の取組強

化などに加え、就労インセンティブに配慮した運営や、能力開発が不十分で自立が困難な若者について、基礎的なレベルの訓練や、ジョブ・カード制度の活用等による実践的な訓練の機会の提供等が必要である。

さらに、改正最低賃金法の趣旨に従って最低賃金を引き上げ、労働者の生活を下支えしていくことも重要である。

低所得者対策として各社会保障制度ごとにきめ細かく負担軽減策が講じられているが、制度ごとの体系がバラバラであり、複雑である。国民の視点からみて、分かりやすく利用しやすいものとするよう制度を見直し、各制度の担当者が相互理解に努めるとともに、制度横断的視点に立って、ワンストップサービスなど手続きの簡素化や負担の軽減、必要な事務の効率化のための基盤整備(社会保障番号・カードの検討等)を進めるべきである。

(2) 能力開発政策

① 工程表と不断の施策改善の仕組

中間とりまとめに記された施策の具体的な推進体制を整備し、工程表を作成して、早急
に実施すべきである。

施策実施に際しては、過去への反省も十分に踏まえ、施策効果を客観的に把握し施策
の改善に不断に反映させる恒久的な仕組を制度に組み込むべきである。

② 能力開発施策体制の強化

職業能力訓練校等のコース・カリキュラムを介護などの今後一層成長が見込まれる分
野のウェイトを高めるよう見直すとともに、その内容も就労時に実際に求められる能力の
開発につながるものとするなど、就労ニーズに即した能力開発の実現に向け、至急かつ
継続的に取り組むべきである。

職業能力開発施策は、教育、雇用保険を活用した職業訓練はもとより、生活保護との連
携をさらに強化する必要がある。また、地域毎に異なる産業・雇用の実態に即し、さら
に施策対象を明確化してきめ細かに対応する必要もある。したがって、国が全国的な視
点から引き続き責任を果たすことはもとより、地方への十分な財源の確保や、権限移譲も
含め、地方がより主体性を持ち、国・自治体・教育界・産業界が一体となって各分野の施
策を総合的・有機的に連動させかつきめ細かに実施運用できる体制を確立すべきであ
る。

③ 職業生涯長期化に対応した能力開発

高齢化が一層進展する我が国において、長期化する一人一人の職業生涯を持続可能
で充実したものとしていくための職業能力開発への支援を強力に進めるべきである。

④ 若年時能力開発対策による社会保障の基盤強化

若年時の能力開発の充実は、生涯にわたる安定した雇用の大前提となるものであり、

低所得に陥らないようにするためにも重要である。そして、このことは雇用保険制度の支え手の確保・充実にもつながる。若年能力開発対策によって、雇用保険制度の安定的な運営を確保するとともに、社会保障制度ひいては我が国経済社会全体の基盤の強化を図るべきである。

(3) 医療・介護費用のシミュレーション

今回の医療・介護費用のシミュレーションは、現状の医療・介護サービス提供体制の問題点に関する中間報告での指摘を踏まえ、医療・介護サービスのあるべき姿を実現するという観点から、サービス提供体制について一定の改革を行うことを前提に推計(シミュレーション)を行ったものであり、「医療・介護サービスのあるべき姿」を具体的に示して行った推計という意味で、これまでになかった推計と言える。

シミュレーションを実施するに当たってのポイントは、以下のとおりである。

- ・ 必要な医療・介護サービスを確保する観点から、大胆な改革を行うことを前提とした。
- ・ 改革シナリオにおいては、サービスの充実強化と効率化を同時に実施することとし、改革の程度に応じた複数のシナリオを実施した。
- ・ 経済成長、科学技術進歩、効率化要素等、医療費の伸びに影響を与える要因を適正に織り込んだ。
- ・ 2025年での改革シナリオ達成を前提に、2025年時点での推計結果を示し、併せて、現在の財源構成を前提に、2025年における必要財源の規模も試算した。

シミュレーションの結果については、以下のとおりである(数値は経済前提Ⅱ—1、B2シナリオに基づく改革を行った場合のもの)。

- ・ 医療・介護提供体制について、
 - :急性期医療の充実強化・効率化(急性期医療の職員数充実(現在の一般病床全体の平均に比べ倍増の水準に引き上げ)、平均在院日数の短縮(現在の一般病床全体の平均に比べ半減(現状20.3日から10日へ)))
 - :病院病床の機能分化(現状投影シナリオで一般病床133万床となる場所、急性期・亜急性期・回復期リハビリ病床等に機能分化し、急性期67万床、亜急性期等44万床、合わせて全体として現状程度の病床(約110万床)で高齢化需要増に対応)
 - :在宅医療・在宅介護の充実(訪問診療の充実、居住系サービスの充実等による居住系・在宅介護利用者の増(現状から約43万人/日の増)等)
 - :マンパワーの充実確保(全体で現状の1.7~1.8倍に増加)

を前提とするほか、

- ・ 医療費全体について
 - :経済成長や技術進歩に応じた伸びとともに、

: 予防の強化による患者数減(外来患者約 32 万人/日減)

: 医薬品・医療機器の効率化等の効率化(伸び率ケース①の場合)

を見込んだ。

- ・ 2025 年に、医療・介護費用は現状の 41 兆円(対 GDP 比 7.9%)が、現状投影シナリオで 85 兆円程度(10.8~10.9%程度)、改革シナリオ(B1~B3)で 91~94 兆円程度(11.6~12.0%程度)。
- ・ 追加的に必要となる公費財源については、現状投影シナリオで対GDP比+1.4%程度、改革シナリオ(B1~B3)で+1.8~2.0%程度。これを消費税率換算で見ると、現状投影シナリオで 3%程度、改革シナリオ(B1~B3)で 4%程度。
- ・ なお、途中年次(2015 年)時点で見れば、追加的に必要となる公費財源は、改革シナリオ(B1~B3)で対GDP比+0.6~0.7%程度、消費税率換算では 1%程度。

(4) 少子化対策の意義と課題

少子化問題は、将来の我が国の経済成長や、年金をはじめとする社会保障全体の持続可能性の根幹にかかわるという点で、最優先で取り組むべき「待ったなし」の課題である。

本年6月の中間とりまとめでは、少子化対策は、将来の担い手を育成する「未来への投資」として位置付け、就労と結婚・出産・育児の「二者択一構造」の解決を通じた「希望と現実の乖離」の解消を目指し、①仕事と生活の調和、②子育て支援の社会的基盤の拡充を「車の両輪」として取り組むことが重要としている。

あわせて、我が国の家族政策関係支出が諸外国に比べて非常に小さいことから、「国が責任をもって国・地方を通じた財源の確保を図った上で、大胆かつ効率的な財政投入を行い、サービスの質・量の抜本的な拡充を図るための新たな制度体系を構築することが必要不可欠」とされている。

(5) 新たな制度体系構築に向けた基本的視点

中間とりまとめで指摘した「新たな制度体系の構築」に関して、保育サービスのあり方や育児休業制度の見直しについては、すでに専門の審議会において、年末に向けて議論が始まっているところであるが、今後の議論に反映させていくため、以下のように課題を整理した。

① 仕事と子育ての両立を支えるサービスの質と量の確保等

新たな制度体系構築に際しては、潜在的な保育サービス等の需要に対し、速やかにサービス提供されるシステムとすることが必要。

働き方の多様化、子育て支援ニーズの深化・多様化を踏まえ、提供者視点ではなく、子どもや親の視点に立った仕組とすることが重要であり、良質なサービスをきちんと選べる

仕組とする必要がある。また、病児保育などの多様なニーズへの対応も課題。

サービス量の抜本的拡充のためにも、

- ・ ニーズの多様化に対応した保育の必要性の判断の仕組(「保育に欠ける」という要件の見直し)
- ・ サービスが必要な人が安心して利用できるような保障の強化(権利性の明確化)を図り、保育所と利用者が向き合いながら、良質で柔軟なサービス提供を行う仕組
- ・ 民間活力を活用する観点からの多様な提供主体の参入
- ・ 一定の質が保たれるための公的責任のあり方

といった見直しの視点を踏まえつつ、専門の審議会において議論を深めていく必要がある。

放課後児童対策について、制度面・予算面とも拡充する必要。

身近な地域における社会的な子育て支援機能の強化が必要。

育児休業制度については、短時間勤務制度など柔軟な働き方を支援することが重要。あわせて、男性(父親)の長時間労働の是正や育児休業の取得促進などの働き方の見直しが必要。その際、企業経営者の意識改革とともに、企業内保育施設設置に対する支援も含め、企業にインセンティブを与えるような仕組も重要。

縦割り行政を廃し、サービスを実施する市町村における柔軟な取組を可能とすることが必要。

② すべての家庭の子育て支援のあり方

新たな制度体系の構築に当たっては、育児不安を抱える者への対応など、すべての子育て家庭に対する支援をより拡充することが必要。

安心して子どもを産むことができるための妊娠・出産期の支援の拡充が必要。

母子家庭への支援、社会的養護を必要とする子どもや障害児など特別な支援を必要とする子どもに対する配慮が必要。

地域住民、NPO、企業など、多様な主体の参画・協働により、地域の力を引き出すことが必要。

③ 国民負担についての合意形成

少子化対策は社会保障制度全体の持続可能性の根幹にかかわる政策であり、その位置付けを明確にした上で、効果的な財源投入を行うことが必要。

国民の希望する結婚、出産・子育てを実現した場合の社会的コストの追加所要額は、昨年末、「子どもと家族を応援する日本」重点戦略会議報告において、1.5兆円～2.4兆円と推計されているところ。

また、同試算には含まれていないが、施設整備やサービスの質の維持・向上のためのコスト、社会的養護など特別な支援を必要とする子ども達に対するサービスの充実に要す

るコスト、さらには児童手当をはじめとする子育てに関する経済的支援の充実も、緊急性の高い保育をはじめとするサービスの充実の優先の必要性にも留意しつつ併せて検討すべき。

少子化対策は「未来への投資」として、国、地方公共団体、事業主、国民が、それぞれの役割に応じ、費用を負担していくよう、合意形成が必要。

4 社会保障の機能強化に向けて

今般、医療・介護費用に関する試算(シミュレーション)を行ったことで、中間報告において示した基礎年金に関するシミュレーション、平成19年12月に政府においてとりまとめた「子どもと家族を応援する日本」重点戦略会議報告とあわせて、社会保障の大宗を占める年金、医療・介護、少子化対策に関して、それぞれの課題や改革の方向性、将来必要とされる財源の規模について、具体的な姿が明らかになった。

基礎年金制度については、財政方式を巡る議論があることから、国民会議では、現行社会保険方式による場合と税方式による場合のそれぞれについて定量的シミュレーションを行った。中間報告でも述べたが、建設的な制度改革論議を行うためには共通の土台となる客観的・実証的データに基づく議論が不可欠であり、このシミュレーション結果がそのような「共通の土台となる基礎資料」として活用され、基礎年金の財政方式に関する議論がさらに深まることを期待するものである。

平成16年の制度改革の効果により現行基礎年金制度の財政は安定しており、シミュレーション結果からは、免除者の増大や納付率低下がマクロの年金財政に与える影響は限定的であることが示された。いわゆる未納問題は現行制度最大の問題であるが、それはマクロの年金財政の問題というよりは、未納の増加(とそれによる無年金者・低年金者の発生)が皆年金制度の理念を脅かし、将来の低年金者・無年金者の増大によって国民皆年金制度の本来機能である「全ての国民の老後の所得保障」が十全に機能しなくなることがより大きな問題であり、その観点から、非正規労働者への厚生年金適用拡大や免除制度の積極的活用などの未納対策の強化、基礎年金の最低保障機能の強化等が大きな課題となる。

医療・介護サービスについては、社会の高齢化に伴い医療・介護サービスを必要とする人が大きく増大していくことから、費用が今後急速に増えていくことは避けられない。他方で現在の医療・介護サービスは様々な構造的問題を抱えていることが指摘されている。この点につ

いて中間報告では、救急医療の問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足などの「当面の緊急課題」について現段階で出来るだけの対策を講じていく必要性を指摘しつつ、同時に、これらの問題の背景にある「構造問題の解決への取組」が不可欠である旨指摘した。

今回の医療・介護費用に関するシミュレーションでは、中間報告で指摘されている現行制度の様々な構造問題(サービスの不足・非効率な提供システムなど)について、サービスの充実と効率化を同時に実施する改革を行い、「医療・介護サービスのあるべき姿」を実現した場合の医療・介護費用について、大胆な仮定をおいて試算を行った。

今回のシミュレーションの背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、できるだけ入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築することにより利用者・患者のQOL(生活の質)の向上を目指す、というものである。

今回示されている医療・介護の将来費用推計は、そのような前提に立ち、一つ一つのサービスの改革を積み上げて算定しているものであり、この哲学に基づいたサービス提供体制の姿が実現されれば、現在の医療・介護とは格段に異なる質の高いサービスが効率的に提供できることになる。この点は、今回のシミュレーションを理解する上で非常に重要な点であり、できるだけ分かりやすく国民に示していく努力が求められる。

また、もとより、このようなサービスの姿が実現されるためには、安定的な財源の確保のみならず、サービス供給体制の計画的整備や専門職種間の役割分担に関する制度の見直し、診療報酬・介護報酬体系の見直し、マンパワーの計画的養成・確保、サービス提供者間・多職種間の連携・ネットワークの仕組の構築、サービスの質の評価など、制度面を含めたサービス提供体制改革のための相当大胆な改革が実行されなければならない。

その意味で、このような改革を実際に行っていくに際しては、実現されるサービスの姿を分かりやすく国民に示し、国民的合意を得ながら具体的な改革の道筋(工程表)を明らかにし、一つ一つ確実に改革を実現していくことが必要であることは言うまでもない。

さらに、これらに「子どもと家族を応援する日本」重点戦略において示された、少子化対策の充実を図った場合の費用試算を合わせれば、社会保障制度の大宗を占める年金、医療・介護、少子化対策について、その機能を充実強化していく「実現すべき・目指すべきサービスの姿」としてどのようなものがあり、それを実現していくために必要な将来の費用がどの程度のものであるのか、概ね明らかになる。

これに、基礎年金国庫負担を1/3から1/2に引き上げるために必要な費用を加えれば、社会保障の機能強化のために追加的に必要な国・地方を通じた公費負担は、その時点での経済規

模に基づく消費税率に換算して、基礎年金について現行社会保険方式を前提とした場合には2015年に3.3～3.5%程度、2025年に6%程度、税方式を前提とした場合には2015年に6～11%程度、2025年で9～13%程度の新たな財源を必要とする計算になる(経済前提Ⅱ—1(医療の伸び率ケース①)、医療・介護B2シナリオの場合)。

社会保障を支える財源には、公費負担以外に保険料負担がある。年金保険料については、平成16年改正により将来の保険料には上限が設定され、2017年度以降、厚生年金では18.3% (労使折半)、国民年金では16900円(平成16年度価格)に固定される(なお、基礎年金について税方式を前提とした場合には、企業や個人が負担している基礎年金相当分の保険料負担はなくなることになる。)

医療・介護にかかる保険料負担については、今回のシミュレーションによるサービスの充実と効率化を同時に実現することを前提とすれば、2025年段階で、現行と比較して対GDP比で+1.5～1.7%程度となる。

また、制度に基づく給付・サービス以外に、国のみならず、地方自治体が様々な形で提供する社会保障に関わる給付・サービスがある。地方分権、地域住民のニーズを踏まえた地域の実態に即したサービスの実施という観点からは、このような施策にかかる財源の確保をどのように考えていくかも大きな課題となる。

言うまでもなく、私たちの社会保障を守り、将来世代に負担を付け回しすることなく、信頼できる制度として次の世代に引き継いでいくためには、現在の社会に生きている我々国民がみな、年齢にかかわらず能力に応じた応分の負担に応じなければならない。

社会保障制度を将来にわたって持続可能なものとし、同時に必要な機能の強化を実現していくために、今回のシミュレーションの対象でない障害者福祉等を含め、あるべき給付・サービスの姿を示し、それを実現していくための改革の全体像を明らかにしながら、必要な財源を安定的に確保していくための改革に真剣に取り組むべき時期が到来している。

速やかに社会保障に対する国・地方を通じた安定的財源確保のための改革の道筋を示し、国民の理解を得ながら具体的な取組に着手すべきである。

5 おわりに ～ 国民会議からのメッセージ ～

いままで、社会保障に関し、国民が制度の哲学や理念、具体的運用などについてトータル

に議論する場面は、残念ながらほとんどなかったと言えるであろう。

社会保障制度は非常に国民に身近なものであり、国民は日常生活の様々な場面で社会保障の給付を受け、サービスを利用しているにもかかわらず、また、少なからぬ負担を税や保険料の形で負担しているにもかかわらず、その全体像がどうなっていて、制度の改革が個々人の生活にどのように影響するのか、給付・負担両面での当事者としてきちんと関心を持って議論に参加する場面は、なかなかなかったのではないだろうか。

今般の社会保険庁の不祥事や長寿医療制度を巡る混乱は、極めて遺憾なことであり、国（厚生労働省）は自らへの国民の信頼回復のために総力をあげて努力すべきであることは言を俟たないが、他方で、今回のことは、社会保障がいかに国民の日常生活に直接大きな影響を持つ重要な制度であるかを、政治や行政当局、そして国民自身にも、改めて実感させるものであったということも言えるであろう。

今後、社会の高齢化が進み、負担の増加が避けられない中で、社会保障の機能を強化し、同時に安定的な持続できる制度にしていくためには、大胆な制度改革が不可避であり、そのような改革を実現していくためには、サービスの利用者＝受益者であり、同時に負担者でもある国民が、文字どおり当事者として議論に積極的に参加し、国民の目線で議論を進めていくことが必須である。

そのためにも、社会保障制度を、より分かりやすく、利用しやすいものにしていくとともに、社会保障に関する情報・データの開示、国民一人一人のレベルで社会保障の給付と負担を分かりやすく示すための社会保障番号制の導入検討を、国民の合意を得ながら積極的に進めていくことが必要である。

社会保障国民会議は、10ヶ月にわたり、現場の声、地域をできるだけ取り入れて議論してきた。現行の社会保障が抱える問題点を指摘しつつ、社会保障の機能強化のための今後の制度改革に向けた議論の土台を示し、社会保障国民会議は、この最終報告をもってその役割を終えることになる。

しかし、社会保障と国民のかかわりに終わりはない。当事者である国民の声が広く取り入れられるかたちで、この社会保障国民会議報告に盛り込まれた提案について、具体的な制度改革の道筋を明らかにし、当事者である国民が運用面での改善が行われているか、制度改革への取組が進んでいるか、引き続き監視し、意見を述べていくことは、この国の社会保障を守り、立て直していくために欠かせない。

社会保障は国民自身のものである。国民各位に、自身の社会保障を守るため、機会をとら

えて議論に参加していくことを願い、他方、行政には、国・地方を問わず、社会保障に関し国民の参加を可能とする場を設けていくことを提案し、報告の結びとしたい。

持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた 「中期プログラム」

〔平成20年12月24日〕
閣 議 決 定

I. 景気回復のための取組

- (1) 世界経済の混乱から国民生活を守り、今年度を含む3年以内の景気回復を最優先で図る。このため、政府・与党においては、景気回復期間中に、減税措置及び定額給付金を税制抜本改革を前提に時限的に行うことを含め、当面、総額75兆円規模の景気対策（安心実現のための緊急総合対策、生活対策及び生活防衛のための緊急対策）を着実に実施する。特に、景気後退の影響が大きい雇用、企業の資金繰り、生活者支援等の面で、様々な政策手段を適切に活用しながら、最大限の努力を傾注する。また、政府は日本銀行と一体となって適切な経済運営に万全を期す。
- (2) あわせて、世界の潮流変化を先取りした経済成長の実現に向け、日本の底力を最大限に発揮させる成長戦略を具体化し、推進する。

II. 国民の安心強化のための社会保障安定財源の確保

安心強化の3原則

- 原則1. 中福祉・中負担の社会を目指す。
原則2. 安心強化と財源確保の同時進行を行う。
原則3. 安心と責任のバランスの取れた安定財源の確保を図る。

1. 堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度の構築

急速に進む少子・高齢化の下で国民の安心を確かなものとするため、我が国の社会保障制度が直面する下記の2つの課題に同時に取り組み、堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度を構築する。

- (1) 「社会保障国民会議最終報告」(2008年11月4日)などで指摘される社会保障制度の諸問題や「中福祉」のほころびに適切に対応し、その機能強化と効率化を図ることにより、国民の安心につながる質の高い「中福祉」を実現する。
- (2) 社会保障制度の財源(保険料負担、公費負担及び利用者負担)のうち、公費負担については、現在、その3分の1程度を将来世代へのつけまわし(公債)に依存しながら賄っている。こうした現状を改め、必要な給付に見合った税負担を国民全体に広く薄く求めることを通じて安定財源を確保することにより、堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度を構築する。

2. 安心強化と財源確保の同時進行

国民の安心強化と持続可能で質の高い「中福祉」の実現に向けて、年金、医療及び介護の社会保障給付や少子化対策について、基礎年金の最低保障機能の強化、医療・介護の体制の充実、子育て支援の給付・サービスの強化など機能強化と効率化を図る。このため、別添の工程表で示された改革の諸課題を軸に制度改正の時期も踏まえて検討を進め、確立・制度化に必要な費用について安定財源を確保した上で、段階的に内容の具体化を図る。

3. 安心と責任のバランスの取れた財源確保

- (1) 社会保障安定財源については、給付に見合った負担という視点及び国民が広く受益する社会保障の費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点から、消費税を主要な財源として確保する。これは税制抜本改革の一環として実現する。
- (2) この際、国・地方を通じた年金、医療、介護の社会保障給付及び少子化対策に要する公費負担の費用について、その全額を国・地方の安定財源によって賄うことを理想とし、目的とする。
このため、2010年代半ばにおいては、基礎年金国庫負担割合の2分の1への引上げに要する費用をはじめ、上記2.に示した改革の確立・制度化及び基礎年金、老人医療、介護に係る社会保障給付に

必要な公費負担の費用を、消費税を主要な財源として安定的に賄うことにより、現世代の安心確保と将来世代への責任のバランスを取りながら、国・地方の安定財源の確保への第一歩とする。

具体的には、上記の社会保障給付及び少子化対策に要する費用の状況や将来見通し、財政健全化の状況等を踏まえて、税制の抜本改革法案の提出時期までに、その実施方法と合わせて決定する。

Ⅲ. 税制抜本改革の全体像

経済状況の好転後に実施する税制抜本改革の3原則

- 原則1. 多年度にわたる増減税を法律において一体的に決定し、それぞれの実施時期を明示しつつ、段階的に実行する。
- 原則2. 潜在成長率の発揮が見込まれる段階に達しているかなどを判断基準とし、予期せざる経済変動にも柔軟に対応できる仕組みとする。
- 原則3. 消費税収は、確立・制度化した社会保障の費用に充てることにより、すべて国民に還元し、官の肥大化には使わない。

1. 税制抜本改革の道筋

(1) 基礎年金国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置や年金、医療及び介護の社会保障給付や少子化対策に要する費用の見通しを踏まえつつ、今年度を含む3年以内の景気回復に向けた集中的な取組により経済状況を好転させることを前提に、消費税を含む税制抜本改革を2011年度より実施できるよう、必要な法制上の措置をあらかじめ講じ、2010年代半ばまでに段階的に行って持続可能な財政構造を確立する。なお、改革の実施に当たっては、景気回復過程の状況と国際経済の動向等を見極め、潜在成長率の発揮が見込まれる段階に達しているかなどを判断基準とし、予期せざる経済変動にも柔軟に対応できる仕組みとする。

(2) 消費税収が充てられる社会保障の費用は、その他の予算とは厳密に区分経理し、予算・決算において消費税収と社会保障費用の対応

関係を明示する。具体的には、消費税の全税収を確立・制度化した年金、医療及び介護の社会保障給付及び少子化対策の費用に充てることにより、消費税収はすべて国民に還元し、官の肥大化には使わない。

2. 税制抜本改革の基本的方向性

社会保障の安定財源確保を始め、社会における様々な格差の是正、経済の成長力の強化、税制のグリーン化など我が国が直面する課題に整合的かつ計画的に対応するため、下記の基本的方向性により更に検討を進め、具体化を図る。

- (1) 個人所得課税については、格差の是正や所得再分配機能の回復の観点から、各種控除や税率構造を見直す。最高税率や給与所得控除の上限の調整等により高所得者の税負担を引き上げるとともに、給付付き税額控除の検討を含む歳出面も合わせた総合的取組の中で子育て等に配慮して中低所得者世帯の負担の軽減を検討する。金融所得課税の一体化を更に推進する。
- (2) 法人課税については、国際的整合性の確保及び国際競争力の強化の観点から、社会保険料を含む企業の実質的な負担に留意しつつ、課税ベースの拡大とともに、法人実効税率の引下げを検討する。
- (3) 消費課税については、その負担が確実に国民に還元されることを明らかにする観点から、消費税の全額がいわゆる確立・制度化された年金、医療及び介護の社会保障給付と少子化対策に充てられることを予算・決算において明確化した上で、消費税の税率を検討する。その際、歳出面も合わせた視点に立って複数税率の検討等総合的な取組みを行うことにより低所得者の配慮について検討する。
- (4) 自動車関係諸税については、税制の簡素化を図るとともに、厳しい財政事情、環境に与える影響等を踏まえつつ、税制の在り方及び暫定税率を含む税率の在り方を総合的に見直し、負担の軽減を検討する。
- (5) 資産課税については、格差の固定化防止、老後扶養の社会化の進展への対処等の観点から、相続税の課税ベースや税率構造等を見直

し、負担の適正化を検討する。

- (6) 納税者番号制度の導入の準備を含め、納税者の利便の向上と課税の適正化を図る。
- (7) 地方税制については、地方分権の推進と、国・地方を通じた社会保障制度の安定財源確保の観点から、地方消費税の充実を検討するとともに、地方法人課税の在り方を見直すことにより、税源の偏在性が小さく、税収が安定的な地方税体系の構築を進める。
- (8) 低炭素化を促進する観点から、税制全体のグリーン化を推進する。

IV. 今後の歳出改革の在り方

歳出改革の原則

- 原則 1. 税制抜本改革の実現のためには不断の行政改革の推進と無駄排除の徹底の継続を大前提とする。
- 原則 2. 経済状況好転までの期間においては、財政規律を維持しつつ、経済情勢を踏まえ、状況に応じて果敢な対応を機動的かつ弾力的に行う。
- 原則 3. 経済状況好転後においては、社会保障の安定財源確保を図る中、厳格な財政規律を確保していく。

- (1) 経済状況が好転するまでの期間においては、景気回復と財政健全化の両立を図る観点から、財政規律を維持しつつ、経済情勢を踏まえて、状況に応じて果敢な対応を機動的かつ弾力的に行う。
- (2) 経済状況が好転した以降においては、社会保障の安定財源確保に向けて消費税を含む税制抜本改革を実行していく中、景気の後退により悪化した財政を建て直すべく、厳格な財政規律を確保していく。
具体的には、国・地方を通じ、社会保障、非社会保障の各部門について、以下の基本的方針の下にたゆまざる改革を実行することとする。

(社会保障部門)

- ・ 「中福祉」に見合ったサービス水準を確保するべく、安定財源の確

保と並行して社会保障の機能強化を図るとともに、コスト縮減、給付の重点化等の効率化を進める。

(非社会保障部門)

- ・ 非社会保障部門全体として、国民のニーズ等の変化を踏まえつつ、規模を拡大しないことを基本とし、効果的・効率的な公共サービスの提供を進める。

V. 中期プログラムの準備と実行

準備と実行に関する原則

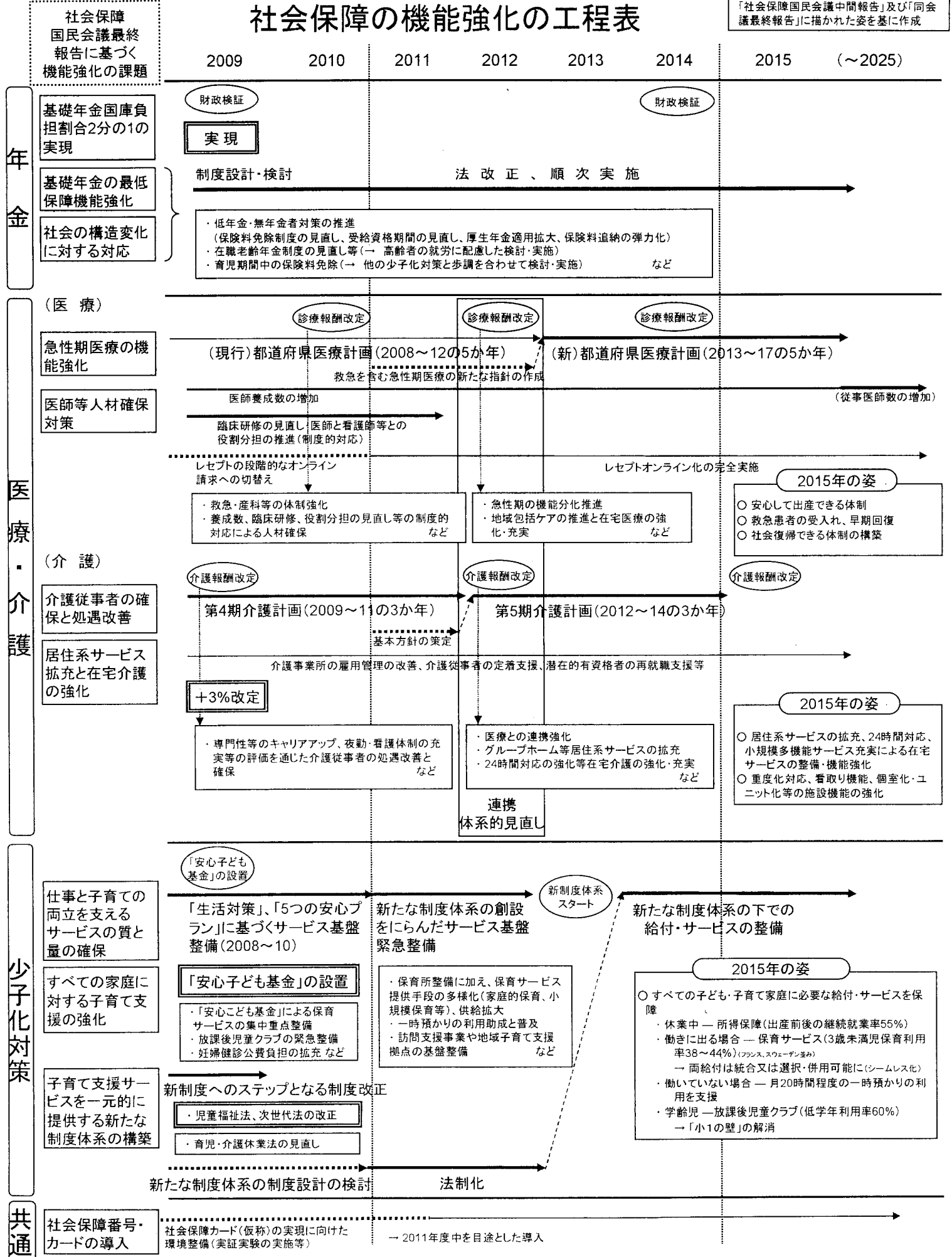
- 原則 1. 経済好転後の速やかな施行のために、税制抜本改革の実施時期に先立ち、制度的準備を整える。
- 原則 2. 国民の理解を得ながら「中期プログラム」を確実に実行するため、税制抜本改革の道筋を立法上明らかにする。

- (1) 経済好転後の税制抜本改革等の速やかな施行のために、その実施時期に先立ち、改革の内容の具体化を進めるとともに、法案その他の制度的準備を整える。政府においては、経済財政諮問会議や政府税制調査会などで行われる議論も踏まえつつ、関係省庁が連携してそのための検討に着手する。
- (2) 2009 年度（平成 21 年度）の税制改正に関する法律の附則において、前記の税制抜本改革の道筋及び基本的方向性を立法上明らかにする。
- (3) 基礎年金国庫負担割合の 2 分の 1 への引上げについては、2004 年（平成 16 年）年金改正法に沿って、前記の税制抜本改革により所要の安定財源を確保した上で、恒久化する。2009 年度及び 2010 年度の 2 年間は、臨時の財源を手当てすることにより、基礎年金国庫負担割合を 2 分の 1 とする。なお、Ⅲ. 1. (1)における「予期せざる経済変動」に対応する場合には、それまでの間についても、臨時の財源を手当てすることにより、基礎年金国庫負担割合を 2 分の 1 とする措置を講ずるものとする。

(了)

社会保障の機能強化の工程表

「社会保障国民会議中間報告」及び「国民会議最終報告」に描かれた姿を基に作成



4. 医療計画について

各都道府県計画の状況について

- 平成18年の改正医療法に基づく新たな医療計画については、46都道府県が策定済（P.2）

- 4疾病・5事業の医療連携体制を担う医療機関の名称記載
 - ・ 富山県医療計画における脳卒中医療の記載例（P.4）
 - ・ 各都道府県の計画における記載状況（P.6）

○ 各都道府県医療計画の公示日及び病床数

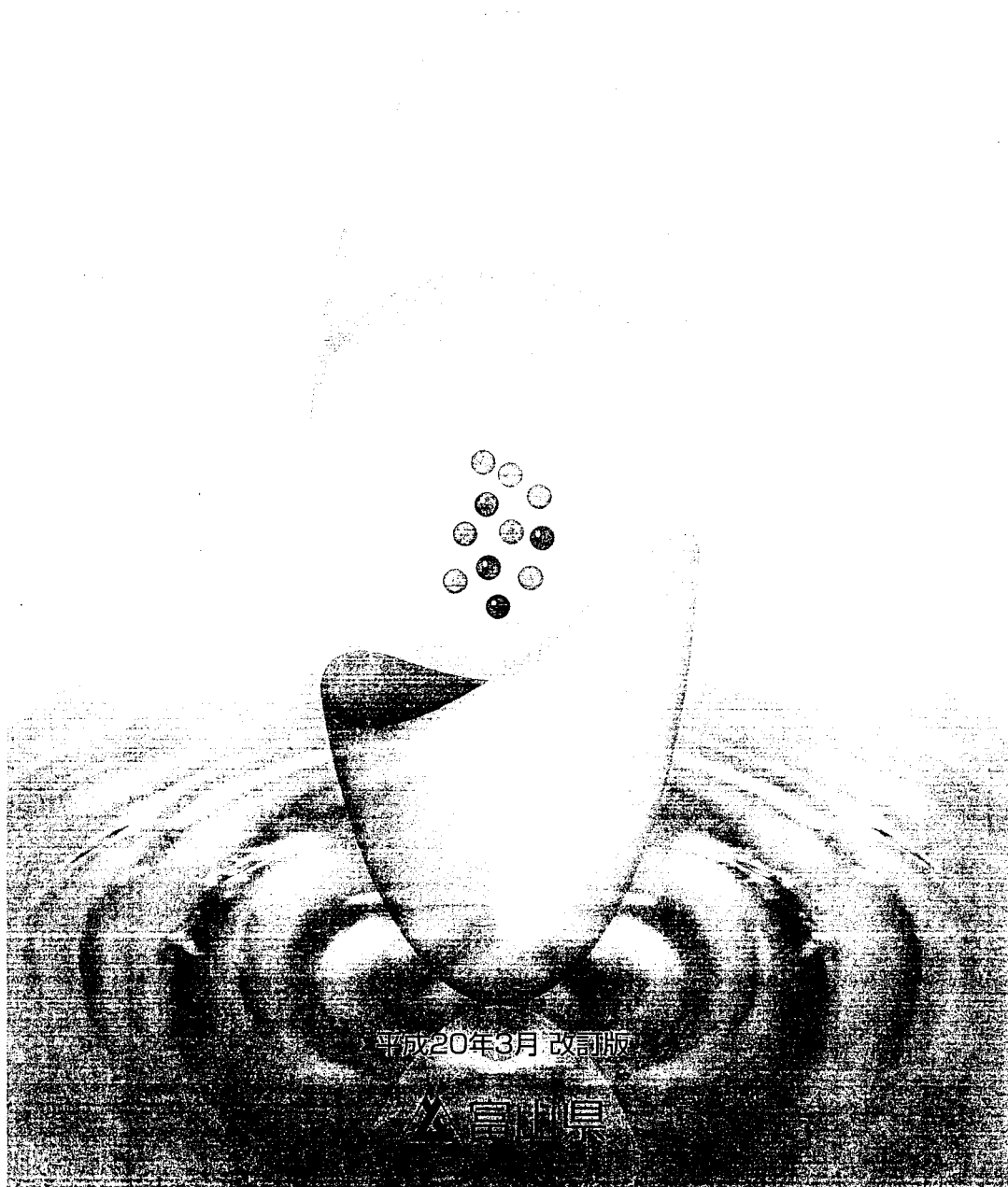
	計画公示日	一般病床及び療養病床					精神病床		結核病床		感染症病床	
		医療圏	過剰	非過剰	基準	既存	基準	既存	基準	既存	基準	既存
北海道	H20. 3. 28	21	21	0	64,393	80,997	19,615	20,863	205	534	98	90
青森県	H20. 7. 18	6	5	1	13,258	14,428	4,932	4,632	98	112	32	20
岩手県	H20. 4. 18	9	6	3	13,451	14,743	4,497	4,796	126	216	40	38
宮城県	H20. 4. 1	7	4	3	18,402	19,635	4,627	6,495	100	140	28	28
秋田県	H20. 3. 28	8	5	3	10,636	12,211	3,508	4,350	51	89	36	30
山形県	H20. 3. 18	4	3	1	11,551	11,678	3,003	4,090	59	50	22	18
福島県	H20. 4. 8	7	6	1	16,879	21,670	6,568	7,730	78	241	36	36
茨城県	H20. 3. 31	9	9	0	22,587	25,881*	5,038	7,716*	113	213*	48	48*
栃木県	H20. 3. 31	5	5	0	15,418	16,774	4,669	5,315	65	134	28	26
群馬県	H20. 3. 31	10	5	5	19,383	19,464*	4,536	5,261*	161	79*	48	46*
埼玉県	H20. 2. 22	9	5	4	46,033	48,699	11,343	14,474	203	273	58	44
千葉県	H20. 4. 18	9	4	5	44,241	45,537	13,334	13,291	258	365	59	53
東京都	H20. 3. 28	13	5	8	95,744	104,433	22,810	25,320	739	856	130	104
神奈川県	H20. 3. 28	11	6	5	57,403	59,034	14,716	14,127	267	334	74	74
新潟県	H20. 12. 26	7	1	6	20,875	23,257	6,852	6,985	60	100	36	36
富山県	H20. 3. 31	4	4	0	11,461	15,377*	3,372	3,468*	107	107*	20	20*
石川県	H20. 4. 1	4	4	0	12,634	15,612	3,592	3,849	62	142	18	18
福井県	H20. 3. 31	4	4	0	8,224	9,769	2,116	2,419	35	112	20	16
山梨県	H20. 3. 27	4	4	0	7,473	9,002	1,980	2,468	22	94	20	28
長野県	H20. 3. 31	10	4	6	19,815	19,614	4,766	5,244	87	134	46	44
岐阜県	H20. 3. 25	5	0	5	18,101	16,620*	4,038	4,278*	188	157*	30	30*
静岡県	H20. 3. 28	8	6	2	32,196	33,703*	7,422	7,178*	317	198*	50	48*
愛知県	H20. 3. 28	11	8	3	46,982	55,590	13,160	13,095	280	396	70	64
三重県	H20. 10. 17	4	4	0	14,320	16,254	3,727	4,818	96	80	24	20

	計画公示日	一般病床及び療養病床					精神病床		結核病床		感染症病床	
		医療圏	過剰	非過剰	基準	既存	基準	既存	基準	既存	基準	既存
滋賀県	H20. 4. 1	7	6	1	11,150	12,304	2,398	2,403	102	132	32	32
京都府	H20. 4. 4	6	1	5	26,202	29,381*	6,086	6,449*	424	345*	30	36*
大阪府	H20. 3. 31	8	8	0	69,587	89,256	16,512	19,217	814	1,061	78	78
兵庫県	H20. 4. 1	10	6	4	50,849	53,037	11,151	11,535	339	391	56	52
奈良県	H15. 3. 31	5	2	3	13,657	13,666*	2,938	2,987*	231	100*	28	18*
和歌山県	H20. 3. 14	7	7	0	9,267	11,832	1,475	2,369	46	166	32	24
鳥取県	H20. 5. 13	3	3	0	6,151	7,306	1,853	2,031	34	34	12	12
島根県	H20. 3. 28	7	6	1	9,075	9,186	2,539	2,602	25	88	30	34
岡山県	H20. 3. 28	5	5	0	20,298	23,526*	5,643	5,858*	94	301*	26	26*
広島県	H20. 3. 27	7	5	2	29,603	32,823	8,158	9,379	116	155	36	24
山口県	H20. 5. 27	8	8	0	17,034	21,894*	5,827	6,162*	46	145*	40	40*
徳島県	H20. 4. 22	6	6	0	7,354	12,136	3,032	4,071	47	103	21	14
香川県	H20. 3. 28	5	5	0	9,478	12,666	3,501	3,831	99	135	28	18
愛媛県	H20. 4. 1	6	6	0	15,965	18,690	4,398	5,211	68	153	28	26
高知県	H20. 3. 31	4	4	0	9,547	14,969	2,745	3,853	60	212	11	11
福岡県	H20. 3. 31	13	13	0	51,638	66,324	19,130	21,720	173	526	66	56
佐賀県	H20. 4. 1	5	5	0	9,652	11,085	3,661	4,366	58	70	24	22
長崎県	H20. 4. 11	9	9	0	16,018	21,469*	6,668	8,136*	104	235*	40	38*
熊本県	H20. 4. 1	11	11	0	19,716	26,289	7,126	9,013	137	246	48	48
大分県	H20. 3. 31	6	6	0	13,096	15,489	4,321	5,397	46	150	54	44
宮崎県	H20. 4. 1	7	7	0	11,735	14,496	4,376	6,225	84	110	32	30
鹿児島県	H20. 4. 1	9	9	0	18,675	25,355	8,683	9,974	214	230	38	44
沖縄県	H20. 4. 1	5	5	0	9,861	12,595	4,884	5,610	44	81	26	18
合計		348	271	77	1,097,068	1,265,756	311,326	350,661	7,182	10,325	1,887	1,724

* 指導課調査による（平成19年3月31日現在）

新富山県医療計画

別冊 脳卒中の医療を担う医療機関等



脳卒中の医療を担う医療機関等

新川医療圏

(1) 予防 発症予防の機能

番号	名称	所在地	備考
1	青山内科	魚津市	
2	ありそクリニック	魚津市	
3	医療法人社団 江幡医院	魚津市	
4	医療法人社団 大崎医院	魚津市	
5	浦田クリニック	魚津市	
6	大崎クリニック	魚津市	
7	沢口胃腸科クリニック	魚津市	
8	羽田内科医院	魚津市	
9	みのう医科歯科クリニック	魚津市	
10	宮本内科小児科医院	魚津市	
11	富山労災病院	魚津市	
12	池田医院	黒部市	
13	石坂外科内科医院	黒部市	
14	岩井整形外科医院	黒部市	
15	金田クリニック	黒部市	
16	きょうクリニック	黒部市	
17	黒部市宇奈月診療所	黒部市	
18	高桜内科医院	黒部市	
19	二本垣医院	黒部市	
20	藤岡医院	黒部市	
21	藤が丘クリニック	黒部市	
22	牧野胃腸科クリニック	黒部市	
23	むらおかクリニック	黒部市	
24	柳沢眼科医院	黒部市	
25	横井医院	黒部市	
26	吉沢医院	黒部市	
27	米田医院	黒部市	
28	黒部市民病院	黒部市	
29	川瀬医院	入善町	
30	坂本記念病院	入善町	
31	嶋田医院	入善町	
32	谷川・柚木医院	入善町	
33	中川医院	入善町	
34	野島医院	入善町	
35	山本内科小児科クリニック	入善町	
36	米澤医院	入善町	
37	脇坂医院	入善町	
38	高桜医院	朝日町	
39	坂東病院	朝日町	
40	丸川病院	朝日町	
41	あさひ総合病院	朝日町	

(2) 急性期 救急医療の機能

番号	名称	所在地	備考
1	富山労災病院	魚津市	☆
2	黒部市民病院	黒部市	☆
3	あさひ総合病院	朝日町	

☆: 次の対応が可能な医療機関

- ・脳卒中が疑われる患者に対する専門的診療の24時間実施（画像転送等の遠隔診断に基づく治療を含む）
- ・適応のある脳梗塞症例に対する来院後1時間以内（もしくは発症後3時間以内）の組織プラスミノゲンアクチベーター（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法の実施
- ・外科的治療が必要と判断した場合における来院後2時間以内の治療開始

(3)回復期 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能

番号	名称	所在地	備考
1	富山労災病院	魚津市	
2	池田リハビリテーション病院	黒部市	☆
3	黒部市民病院	黒部市	
4	あさひ総合病院	朝日町	☆

☆：回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関

(4)維持期① リハビリテーションを実施する機能

〈病院・診療所〉

番号	名称	所在地	備考
1	魚津病院	魚津市	
2	うらた病院	魚津市	
3	新川病院	魚津市	
4	平井整形外科医院	魚津市	
5	深川病院	魚津市	
6	池田リハビリテーション病院	黒部市	
7	黒部温泉病院	黒部市	
8	坂本記念病院	入善町	

〈介護老人保健施設〉

番号	名称	所在地	備考
1	魚津老人保健施設	魚津市	
2	新川老人保健施設	魚津市	
3	老人保健施設 ちょうろく	魚津市	
4	黒部市介護老人保健施設カリエール	黒部市	
5	入善老人保健施設 こぶしの庭	入善町	
6	介護老人保健施設つるさんかめさん	朝日町	

(5)維持期② 生活の場で療養できるよう支援する機能

〈病院・診療所〉

番号	名称	所在地	備考
1	青山内科	魚津市	
2	ありそクリニック	魚津市	
3	医療法人社団 江幡医院	魚津市	
4	医療法人社団 大城眼科医院	魚津市	
5	医療法人社団 船崎内科小児科医院	魚津市	
6	浦田クリニック	魚津市	
7	医療法人社団 大崎医院	魚津市	
8	うらた病院	魚津市	
9	大崎クリニック	魚津市	
10	河内内科医院	魚津市	
11	吉島内科クリニック	魚津市	
12	沢口胃腸科クリニック	魚津市	
13	柳崎クリニック	魚津市	
14	みのう医科歯科クリニック	魚津市	
15	宮本内科小児科医院	魚津市	
16	石坂外科内科医院	黒部市	
17	医療法人社団平成会桜井病院	黒部市	
18	岩井整形外科医院	黒部市	
19	大橋耳鼻科・眼科クリニック	黒部市	
20	金田クリニック	黒部市	
21	きょうクリニック	黒部市	
22	杉井外科胃腸科医院	黒部市	
23	千代クリニック	黒部市	

番号	名称	所在地	備考
24	高松内科医院	黒部市	
25	二本垣医院	黒部市	
26	藤が丘クリニック	黒部市	
27	藤岡医院	黒部市	
28	藤森内科医院	黒部市	
29	堀川皮膚科クリニック	黒部市	
30	みどり眼科医院	黒部市	
31	むらおかクリニック	黒部市	
32	横井医院	黒部市	
33	吉沢医院	黒部市	
34	米田医院	黒部市	
35	黒部市民病院	黒部市	
36	川瀬医院	入善町	
37	坂本記念病院	入善町	
38	嶋田医院	入善町	
39	宝田医院	入善町	
40	谷川・柚木医院	入善町	
41	中川医院	入善町	
42	野島医院	入善町	
43	山本内科小児科クリニック	入善町	
44	米澤医院	入善町	
45	高松医院	朝日町	
46	坂東病院	朝日町	
47	松倉医院	朝日町	
48	あさひ総合病院	朝日町	

〈訪問看護ステーション〉

番号	名称	所在地	備考
1	魚津訪問看護ステーション	魚津市	
2	訪問看護ステーションちょうろく	魚津市	
3	訪問看護ステーションふかがわ	魚津市	
4	下新川郡医師会黒部訪問看護ステーション	黒部市	
5	入善訪問看護ステーション	入善町	
6	朝日町在宅介護支援センター訪問看護ステーション	朝日町	

〈訪問リハビリテーション事業所〉

番号	名称	所在地	備考
1	魚津病院	魚津市	
2	新川老人保健施設	魚津市	
3	宮本内科小児科医院	魚津市	

〈通所リハビリテーション事業所〉

番号	名称	所在地	備考
1	魚津老人保健施設	魚津市	
2	うらた病院ディケア	魚津市	
3	ディケアステーションかがやき	魚津市	
4	新川老人保健施設	魚津市	
5	老人保健施設 ちょうろく	魚津市	
6	池田リハビリテーション病院	黒部市	
7	医療法人社団平成会 桜井病院	黒部市	
8	黒部市介護老人保健施設 カリエール	黒部市	
9	むらおかクリニックディケア てまりの丘	黒部市	
10	嶋田医院通所リハビリテーション ひまわり	入善町	
11	入善老人保健施設 こぶしの庭	入善町	
12	介護老人保健施設つるさんかめさん	朝日町	

○ 医療計画における医療機関等の具体的な名称記載（平成21年2月24日）

	がん					脳卒中					急性心筋梗塞					糖尿病					救急医療					災害医療					へき地医療					周産期医療					小児医療											
	予防	専門診療（拠点病院）	標準的診療	在宅療養支援	その他	発症予防	病院前救護（搬送）				急性期	回復期	再発予防	その他	初期・安定期治療	専門治療	急性増悪時治療	慢性合併症治療	その他	病院前救護（搬送）				救命救急医療	入院救急医療	初期救急医療	救命期後の医療	その他	災害拠点病院	DMAT派遣機能	健康管理機能	その他	保健指導	へき地診療	へき地診療の支援	その他	正常分娩	地域周産期医療	総合周産期医療	療養・療育支援	その他	相談支援機能		一般小児医療	初期小児救急	小児専門医療	入院小児救急	高度小児専門医療	小児救命救急医療	その他		
							急性期	回復期	維持期（在宅）	維持期（施設）										急性期	回復期	再発予防	その他																			救命救急医療	入院救急医療								初期救急医療	救命期後の医療
滋賀	○	○	○	○	※	○		○	○	○		※	○	○	○	○	※	△	○	○	○			○	○				○	○		○	○										○	○	○	○	○					
京都		○					○	○	○	○										○	○	○			○	○				○	○										△		○		○							
大阪	○	○					○	○			※		○	○		※		○	○	○	○	○	○			○			—	—	—	—	○	○	○		※						○	○	○	○	○		※			
兵庫	○	○	△	※	△		○	○	△	△		△	○	○	○				○	△	○			○	○				○	○		△	○	○						△		○	○	○	○	○						
奈良																				○	○	○			○	○				○	○		○											○								
和歌山	○	○	○	※			○	○	○	○			○	○					○	○	○			○	○		※		○	○		○	○	○										○		○						
鳥取	○	○		※			○	○	○				○	○					○	○	○			○	○		※	○	○		○	○		○	○	○									○		○					
島根	○	○		※			○	○	○				○	○					○	○	○			○	○		○	○		○	○		○	○	○									○		○						
岡山	○						○	○	○	○										○	○			○	○				○	○		○	○	○																※		
広島	○	○		※			○	○	○	○									○	○	○			○	○		※	○	○		○	○											△			○						
山口	○			※	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○					○	○	○			○	○		※	○	○		○	○		○	○	○									○				※		
徳島	○	○					○	○	○	○			○	○	○				○	○	○			○	○		※	○	○			○										△			○							
香川	○					○	○	○	○	○										○	○	○			○	○		※		○	○														○		○					
愛媛	○					○	○	○	○	○										○	○	○			○	○		※		○	○		○	○	○											○		○				
高知	○	○		※			○	○					○							○	○			○	○		※		○	○		○	○	○											○		○					
福岡	△	○	△	△			△	△	△	△		△	△	△		△				○	○	○			○	○			○	○		△	○	○										△								
佐賀	○		○	※			○	○	○	○	※		○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	○		○	○		○	○		○	○	○									△	○	○	○	○	○			
長崎	○			※			○	○												※					○	○		○	○			○	※												○		○					
熊本	○						○	○					△							○	○	○			○	○			○	○														△			○					
大分	○	○		※			○	○			○	○	○	○	○					○	○	○			○	○			○	○													△			○	○	○				
宮崎	○	○				○	○	○	○	○		○	○	○						○	○	○			○	○			○	○																○		○				
鹿児島	○						○	○	○	○										○	○	○			○	○		※		○	○														△	○		○				
沖縄	○	○	○				○	○	○	○			○	○	○	○	※				○	○	○			○	○		※	○	○		○	○	○											○	○	○	○	○		
計	6	45	26	19	20	9	1	46	46	22	26	5	7	1	37	31	13	5	17	29	21	24	7	8	47	46	44	4	9	47	34	4	10	7	40	41	1	29	43	44	8	3	21	9	36	17	41	22	34	6		

注1) 4疾病・5事業のそれぞれに必要な医療機能については、「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」(平成19年7月20日医政局指導課長通知)にて例示
 注2) ○名称が記載、△名称は記載されていないが医療情報窓口等の連絡先が記載、※国の指針に例示のない機能も記載

医療連携の推進について

- 策定された計画に基づいて、地域の実情に応じた医療連携体制を構築することが必要

- 医療連携体制推進事業（P.9）
 - 国の補助事業として、各都道府県が、地域における医療資源の確認、地域連携クリティカルパスの導入等の医療機能の分化・連携に資する事業を実施

- 具体的な取組事例
 - 滋賀県（P.13）
 - 保健・医療・福祉の連続性を確保するため、圏域ごとに懇話会を設置し、住民参加と公開を基本に、関係者が、地域の課題について、情報を共有し、課題解決に向けた協議や実践、情報発信に取り組んでいる。（平成20年9月～）

 - 千葉県（P.18）
 - 各医療機関等による連携を推進するためのツールとして、4疾病ごとに、「地域医療連携パス」の様式作成に取り組んでいる。（平成20年6月～）

医療連携体制推進事業

要 旨

- 都道府県は、主要な事業(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病の4疾病、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療からなる5事業など)ごとの医療提供体制について、必要な医療機能や各機能を担う医療機関等の具体的名称等を医療計画に明示し、住民(患者)に分かりやすく公表する。医療サービスの提供者と住民(患者)双方がこれらの客観的な情報を共有し、主要な事業ごとの医療連携体制を構築することが求められる。
- 医療連携は、個々の医療機関だけで完結をめざす医療から、地域の医療提供者が患者の診療を分担、完結するという医療を推進するものであり、地域における医療資源の確認、地域連携クリティカルパスの導入といった医療機能の分化・連携に資する事業を実施することにより、主要な事業ごとの医療連携体制の構築を図るものである。

医療連携体制推進事業

事業内容

主要な事業ごとの医療連携体制の構築に必要な以下のような事業を行う。

- ① 医療機関の連携に基づく具体的な地域連携診療連携計画(地域連携クリティカルパス)による機能分担
- ② かかりつけ医相談窓口の設置
- ③ 医療連携窓口の設置
- ④ 住民向けの受診のあり方等に関する啓発、IT(ホームページ, 携帯電話)等の活用による情報提供
- ⑤ 医療機関診療機能データベースの作成、医療機能や医療提供体制の分析・評価
- ⑥ 医療従事者向けの研修会の実施
- ⑦ 合同症例検討会の実施 等

実施主体: 都道府県(委託を含む)

平成21年度予算案: 415,380千円

補助率: 1/2(国1/2, 都道府県1/2)

積算単価: 5,160千円/1か所、対象か所: 161か所

医療連携体制推進事業(平成20年度各県の取組①)

都道府県名	実施事業	主 な 事 業 内 容
1 北海道	脳卒中対策	①協議会、②連携パスを用いた事例検討会 等
2 青森県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害医療、小児医療対策	①協議会、②モデル地区での在宅医療推進に向けた検討、③連携パスの運用や事例の検討、④病診・診診連携システムの設計、⑤住民への啓発、⑥医療関係者向けガイドラインの作成 等
3 岩手県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞	①協議会、②モデル地域での連携パス試案作成・試行 等
4 宮城県	周産期医療対策	①協議会、②連携システム研修会、③共通診療ノート作成 等
5 秋田県	脳卒中対策	①協議会、②研修会、シンポジウムの開催 等
6 山形県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病対策	①協議会、②連携パス導入検討、連携パス研修会、③医療機関ガイドブック作成 等
7 茨城県	急性心筋梗塞対策	①協議会、②医療連携研修会、③受領動向調査 等
8 栃木県	脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病対策	①協議会、②地域連携パスの作成・試行、③合同症例検討会、④医療・介護関係者への研修会、⑤住民向け市民講座 等
9 群馬県	がん対策	①クリティカルパス導入検討会 等
10 埼玉県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病対策	①協議会、②連携パス研修会、③住民啓発 等
11 千葉県	救急、周産期、小児医療対策	①協議会、②合同症例検討会、③地域連携パスの利用と改善、④医療機関診療機能調査、⑤住民に対するフォーラム開催 等
12 東京都	脳卒中、糖尿病、周産期医療対策	①協議会、②医療資源調査、③医療機関リスト作成、④クリティカルパスの作成、⑤住民、医療従事者への普及啓発、⑥紹介・搬送ガイドライン作成、⑦産科オープンシステムの検討 等
13 神奈川県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病対策	①協議会、②病診連携外来管理システム、医療情報共有システムの検討 等
14 新潟県	4 疾病 5 事業	①医療連絡協議会 等
15 富山県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害医療、周産期医療、小児医療対策	①協議会、②クリティカルパス導入検討、研修会、③コメディカル等向け在宅等研修会、④かかりつけ医相談窓口、⑤開放型病床の利用促進 等
16 石川県	脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病対策	①地域連携クリティカルパス策定検討会 等
17 福井県	脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急、へき地、周産期、小児医療対策	①協議会、②「かかりつけ医」受診に向けた啓発用パンフレット作成 等
18 山梨県	脳卒中対策	①協議会、②地域連携クリティカルパスのモデル構築 等
19 岐阜県	脳卒中対策	①協議会、②研修会シンポジウムの開催、③連携パスの取組状況調査 等
20 静岡県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、災害医療対策	①協議会、②講演会・研究会の開催、③在宅医療に関する患者情報の関係者間の共有するシステム開発、④住民向け医療機関、薬局、介護施設等の情報や災害時の対応等についての情報提供、⑤クリティカルパスの作成 等

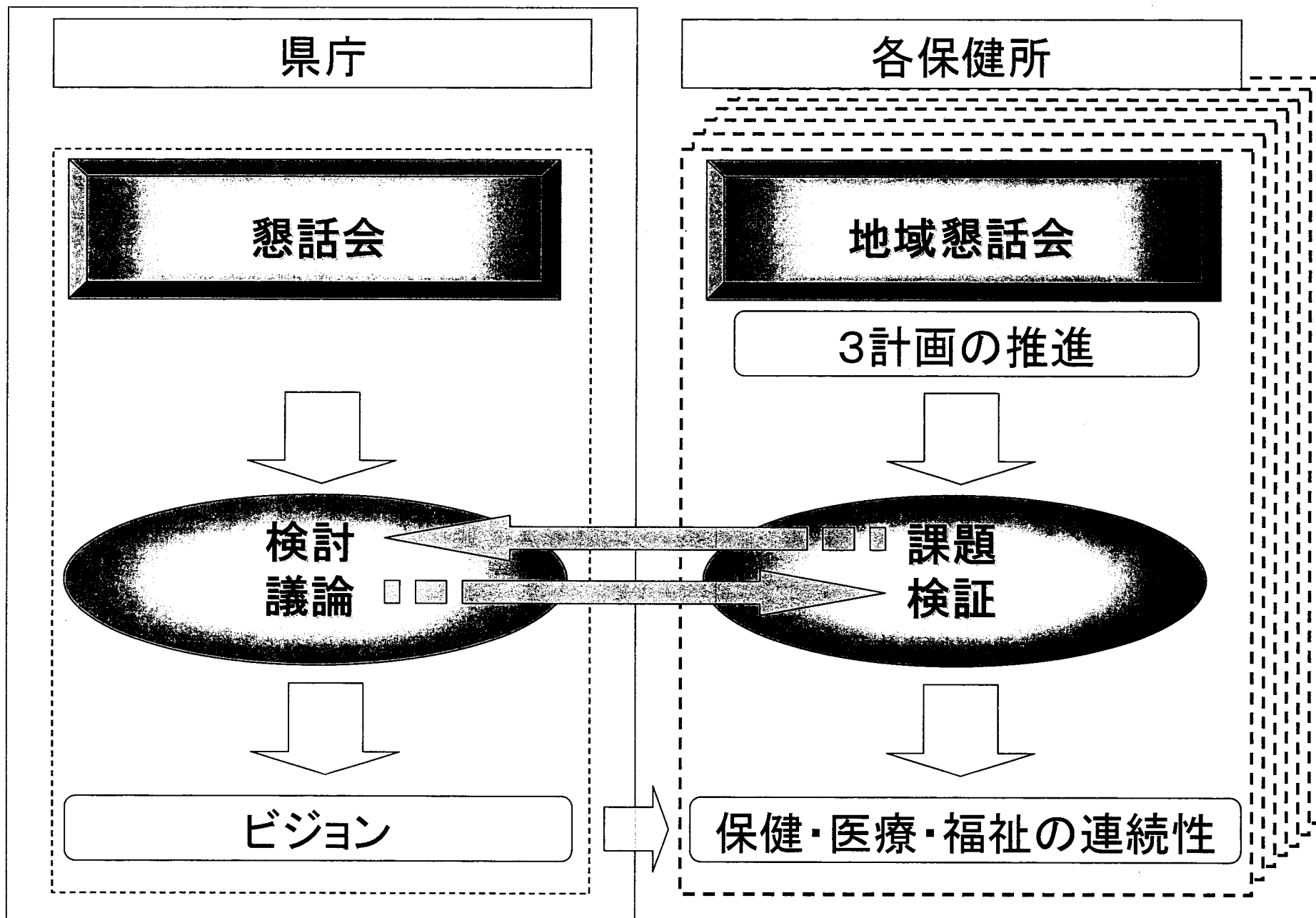
医療連携体制推進事業(平成20年度各県の取組②)

都道府県名	実施事業	主 な 事 業 内 容
21 愛知県	糖尿病対策	①協議会、②糖尿病教育入院システムの普及啓発、運営改善 等
22 滋賀県	がん、脳卒中、在宅医療対策	①協議会、②地域の各開業医が互いの専門性を補完し不在時の代替対応についてのネットワークを構築、③連携パスの開発 等
23 京都府	4 疾病 5 事業	①協議会、②研修会、シンポジウムの開催、③在宅医療サポートセンターの情報発信・相談・紹介機能の充実 等
24 大阪府	脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療対策	①協議会、②地域連携クリティカルパス導入検討、③住民への医療機関の役割分担等の周知・啓発、④患者の迷惑行為の実態と医療機関の対応の調査 等
25 奈良県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、へき地医療、周産期医療、小児医療対策	①協議会、②住民向けシンポジウム、医学生等向けワークショップ、③医療機能・医療需要調査 等
26 和歌山県	救急医療、小児医療対策	①協議会、②住民への病診連携の啓発、③開業医への啓発、情報提供、症例検討 等
27 島根県	4 疾病 5 事業	①協議会、②クリティカルパス運用、評価、③適切な受診に関する取組等の検討、④医療関係者向け研修会、⑤住民の意識啓発活動 等
28 広島県	がん、脳卒中对策	①協議会、②連携パス導入に向けた試案作成、③医療従事者向け研修会、④住民向け啓発 等
29 山口県	がん、糖尿病、小児医療対策	①連携体制協議会 等
30 徳島県	脳卒中对策	①協議会、②合同症例検討会、③住民への普及啓発 等
31 香川県	脳卒中、糖尿病対策	①協議会、②連携パス、遠隔医療ネットワークとを活用した診療連携の検討、③医療従事者向け講演会、④住民向け情報提供、啓発 等
32 高知県	脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児医療対策	①協議会、②連携パス作成検討、③医療機関データベース作成、④住民向け啓発 等
33 福岡県	脳卒中对策	①協議会、②モデル的連携パスの作成、検証、③病院関係者等向け研修会 等
34 佐賀県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病対策	①協議会、②連携パスの作成、③連携パス普及のための研修会 等
35 大分県	脳卒中对策	①協議会、②連携パスの作成、③医療福祉関係者向け研修会、④住民向け研修会 等
36 鹿児島県	4 疾病 5 事業	①医療連携体制協議会 等
37 沖縄県	糖尿病対策	①協議会、②住民向け情報提供、③医療従事者向け講演会・研修会、④標準治療の推進、患者情報共有のための統一様式作成 等

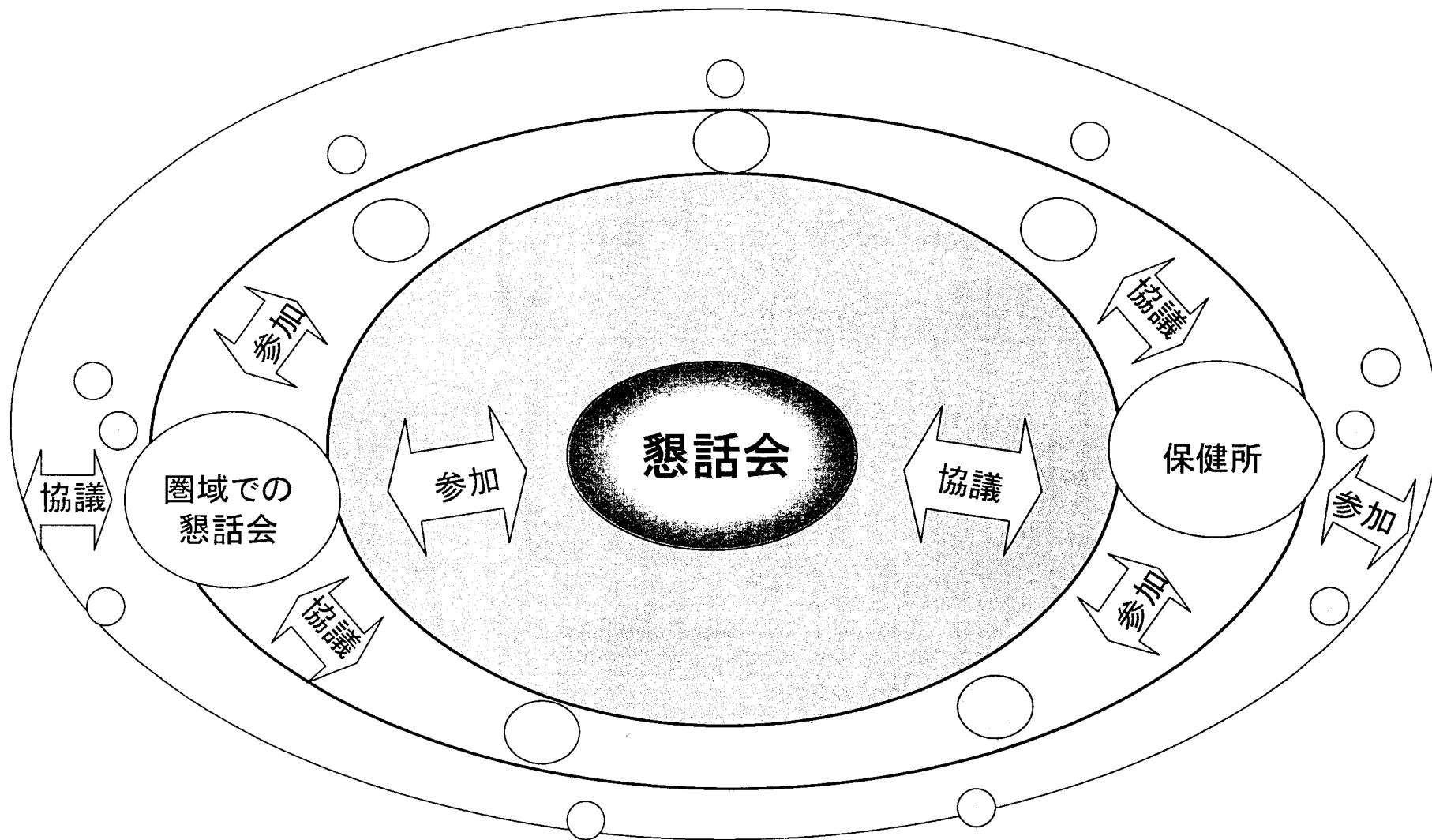
滋賀県の取組

(地域から医療福祉を考える懇話会)

＜滋賀のあるべき医療福祉の実現に向けて＞



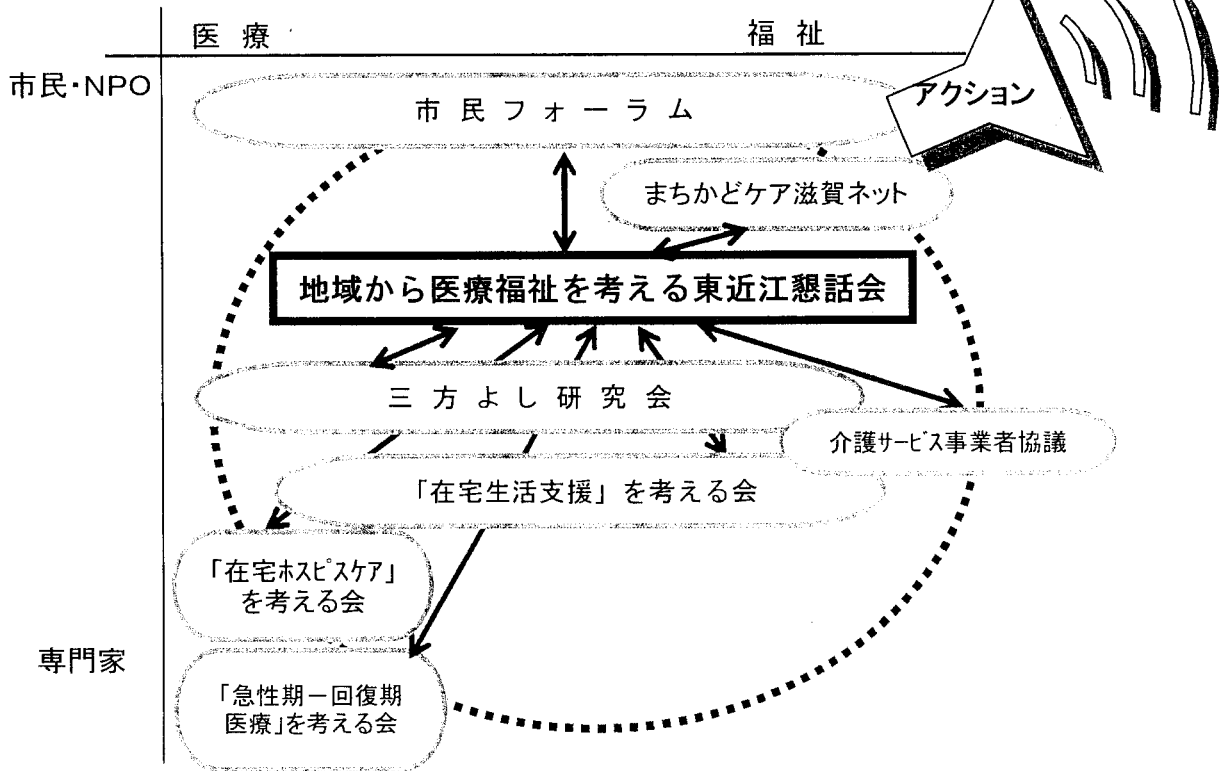
住民等の参加と懇話会活動による実践



地域から医療福祉を考える懇話会取り組み状況

H21.2.25 現在

区 分		大津圏域	湖南圏域	甲賀圏域	東近江圏域	湖東圏域	湖北圏域	湖西圏域
設置状況	設置年月日	H20. 11. 26	H20. 9. 3		H20. 12. 11	H12. 12. 10	H21. 2. 3	H21. 1. 7
	構成員	15人 医師会、歯科医師会、薬剤師会、大津赤十字病院、大津市民病院、看護協会、健康推進員連絡協議会、女性団体連合会、自治連合会、民生委員児童委員協議会連合会、社会福祉協議会、介護支援専門員協議会、NPO、市健康保険部、市消防局	60人 湖南・甲賀管内医療機関従事者、行政関係者等		17人 市民、介護事業者、医療関係者、宗教家、行政	20人 医師会、湖東医療地域ネットワーク、介護保険事業者協議会、障害者自立支援協議会、訪問看護ステーション連絡協議会、住民代表、行政	24人 医療関係者、消防、講習会実践者、保育園等保護者、保育園長、行政関係者	11人 社会福祉協議会、福祉施設協議会、介護支援専門員連絡協議会、公立高島総合病院、マキノ病院、医師会、訪問看護ステーション、民生委員児童委員協議会連合会、健康推進員連絡協議会、介護者の会、地域包括支援センター
開催状況	日時	H20. 12. 19	①H20. 9. 3 ②H21. 1. 25 (湖南)		① H20. 12. 11 (調査 H21. 2. 1) ② H21. 2. 5	H21. 2. 20 準備会開催	H21. 2. 3	H21. 1. 28
	場所	大津合同庁舎	草津市立市民交流プラザ 等		保健所	保健所	地域振興局	保健所
	参加者	委員等	委員等		委員等	委員等	委員等	委員等
	内容	地域から考える医療福祉のあり方について	これからの地域医療連携のあり方を考える 等		私たちの暮らしは安心、安全、納得できているか 等	テーマの設定と懇話会の運営方法	小児救急医療に関する情報交換	湖西地域の医療福祉の特性などを基に意見交換
	広報の方法	保健所のHPで案内など	ちらし発送、医師会への案内		報道関係への資料提供	準備会のため行わない	議事録をHPで公開予定	保健所のHPで案内など
	公開状況	公開	公開		公開	—	公開	公開
今後の予定		未定	未定		第3回 H21. 3. 5	次年度に3～4回開催	開催結果により次回テーマを検討	未定



【「地域から医療福祉を考える東近江懇話会」で何をするの】

- I 地域で何が起きているか！？
現状を知る
- II 背景 国や県のかかえている課題や動き
制度や計画
- III 目指す東近江地域の姿 夢 希望は？
- IV 現状の立場を理解し合い、自分たちができることは何か
- V 解決の方向性・柱・・・国・県・市町・住民の取り組み事項
住民啓発、理解
地域医療福祉の質的、量的評価・分析
- VI 短・中・長期ビジョンと国・県・市町・地域住民の役割提案の発信

【タイムスケジュール（案）】

- ◇ H20年11月 4日 事前打ち合わせ会議
- ◇ H20年12月11日 第1回 東近江懇話会
- ◇ H21年 2月 日 第2回 東近江懇話会
- ◇ H21年 3月 日 第3回 東近江懇話会
- ◇ H21年 5月 日 第1回 フォーラム

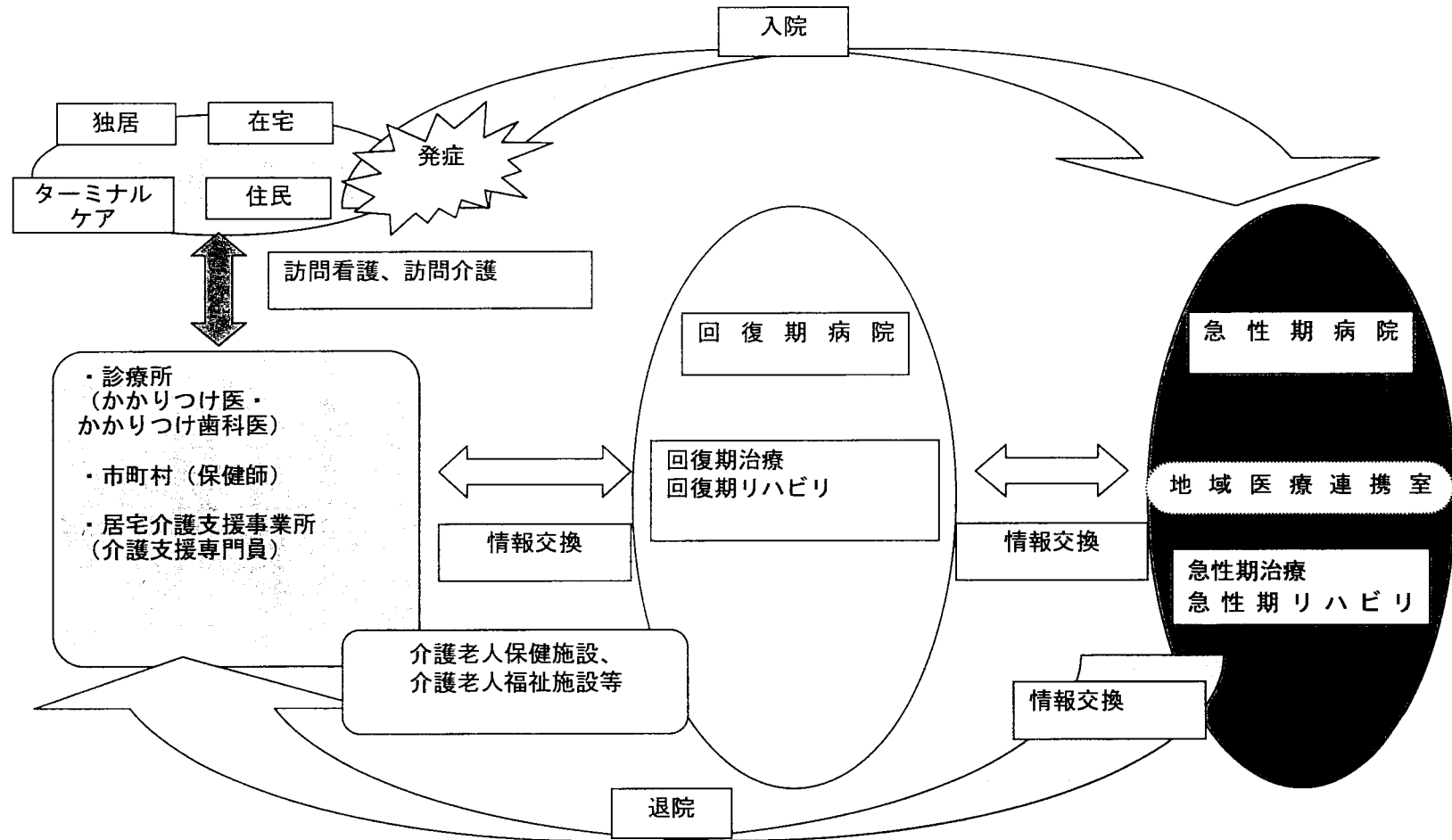
目指す東近江の地域像

住民への発信と意見交換

千葉県の取組

(4疾病ごとの地域医療連携パス様式)

循環型地域医療連携システム (概念図)



※循環型地域医療連携システム：急性期から慢性期に至る医療機関の医療（診療）計画を地域まで延長し、保健・福祉のサービスを連動させるもの



循環型地域医療連携システムと 地域医療連携パス

- ・連携システムは役割分担図にすぎない
- ・このままでは「絵に描いた餅」
- ・システムを運用するツールが
「地域医療連携パス」





地域医療連携パスの内容とねらい

- 地域医療連携パスとは、急性期の医療機関から回復期の医療機関を経て自宅に戻るまでの治療経過に従って、各期間ごとの診療内容や達成目標等を明示した治療計画です。
- 患者や関係する医療機関で情報を共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心の確保が見込まれます。
- 将来的には医療だけでなく健康づくりや福祉まで連動させた地域連携パスの構築が望まれます。





意見・提案を踏まえた考え方

○医師会、基幹病院関係者等とともに、4疾病ごとの全県共用「地域医療連携パス」の作成・普及を目指す。



- 4疾病ごとのWGの設置・開催
- ・4疾病ごとに、1疾病あたり月1回開催
 - ・毎週水曜日19:00～、県医師会会議室



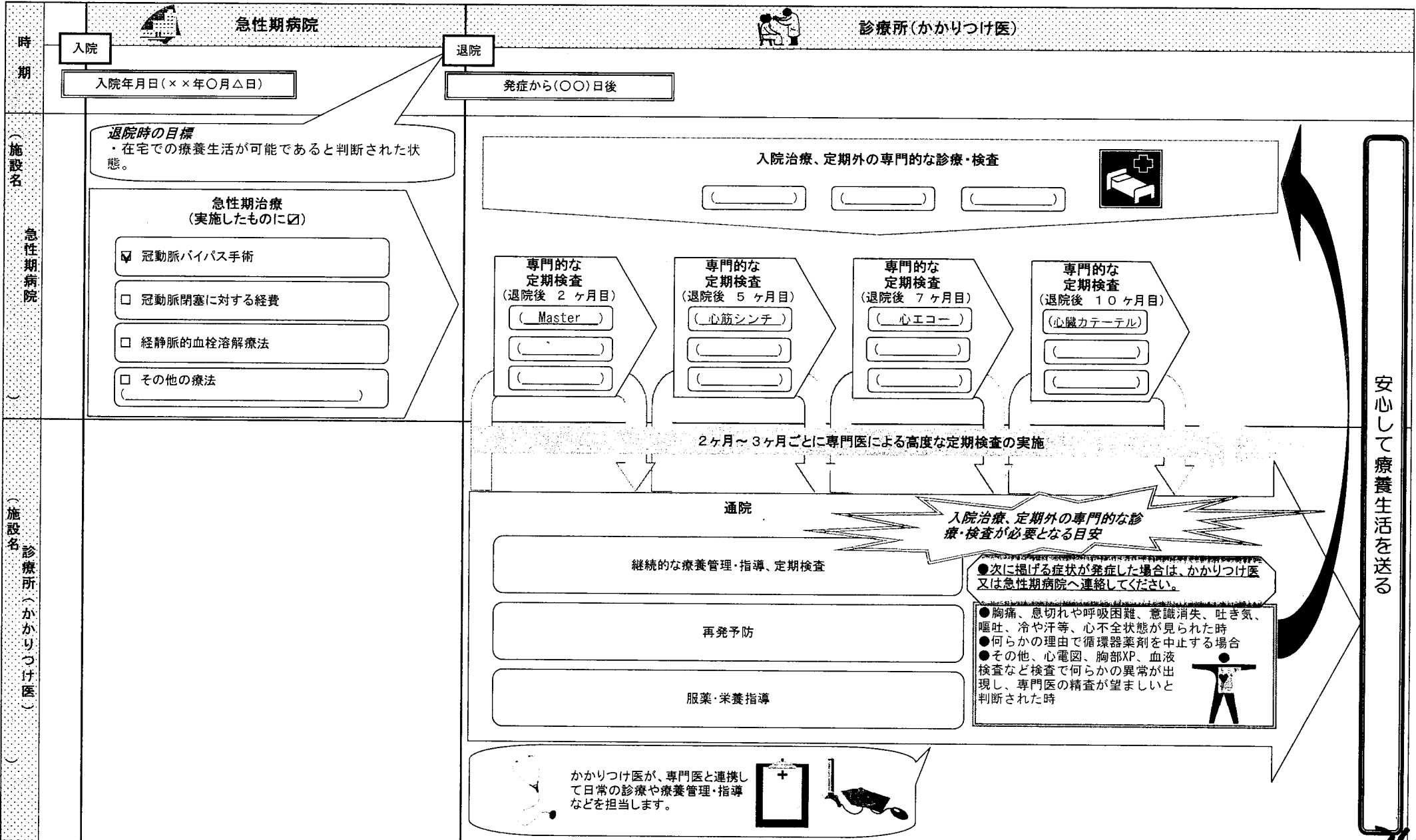
疾病別ワーキンググループにおける検討状況

	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病
第1回	○ <u>県内、県外のパス事例の紹介、検討、WGの進め方の検討</u>			
第2回	○ <u>パスの様式、掲載項目等のたたき台、運用方法等の検討</u>			
第3回	○ <u>診療計画表、診療経過表等の検討</u>			
第4回	○ <u>診療計画表、診療経過表、運用の手引き等の案の作成</u>			
第5回		○ <u>同上</u>		

千葉県共用急性心筋梗塞地域医療連携パス（診療計画表）【記入例】＜案＞

急性期病院外来受診予約・連絡先	〇〇〇〇病院	043-×××-××××
急性期病院退院時主治医氏名・連絡先	京葉 花子	043-×××-△△△△
かかりつけ医氏名・連絡先	△△△医院	043-〇〇〇-△△△△

患者氏名	千葉 太郎	生年月日(年齢)・性別	MT 〇〇年××月△△日(58歳)
		身長・体重	164 cm ・ 68 kg



千葉県共用急性心筋梗塞地域医療連携パス(診療経過表)【記入例】<案>

患者氏名	千葉太郎(ID××××-○○○○)	年齢・性別	58歳 男 女
職業	無職	身長・体重	164 cm 68 kg

アレルギー歴	特になし
禁忌薬	特になし

急性期病院予約・連絡先	○○○病院・043-×××-××××
急性期病院主治医・連絡先	千葉 花子・043-×××-△△△△
かかりつけ医・連絡先	△△△医院・043-○○○-△△△△

入院時情報	入院日	平成××年○月△日	心筋梗塞部位	<input checked="" type="checkbox"/> 前壁・ <input type="checkbox"/> 下壁・ <input type="checkbox"/> 側壁・ <input type="checkbox"/> (-)	入院中の経過	退院日	平成××年○月×日	退院時指導	体重減少に努める	
	発症日	平成××年△月○日	ST変化	<input checked="" type="checkbox"/> 上昇型・ <input type="checkbox"/> 非上昇型		冠危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧・ <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 脂質異常・ <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙・ <input type="checkbox"/> 肥満		退院後の経過観察の要点	心不全の有無、狭心症の有無
	既往歴	糖尿病	BNP			退院時情報	不整脈		(-)	
			急性期Killip分類	<input checked="" type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II・ <input type="checkbox"/> III			合併疾患		糖尿病	
CAG			<input checked="" type="checkbox"/> 1枝病変・ <input type="checkbox"/> 2枝病変・ <input type="checkbox"/> 3枝病変・ <input type="checkbox"/> 左主幹部病変	心機能						
責任病変	<input type="checkbox"/> 右冠動脈・ <input type="checkbox"/> 前下行枝・ <input type="checkbox"/> 回旋枝(＃)	BNP								
OMI	有 <input checked="" type="checkbox"/>	PCI施行部位	<input type="checkbox"/> 右冠動脈・ <input type="checkbox"/> 前下行枝・ <input type="checkbox"/> 回旋枝(＃)	運動						
	梗塞部位()	stent(+,-)	<input checked="" type="checkbox"/> 通常型ステント・ <input type="checkbox"/> 薬剤溶出性ステント	栄養						

急性期病院	経過	2週間(年月)	1ヶ月(年月)	2ヶ月(××年12月)	3ヶ月(年月)	4ヶ月(年月)	5ヶ月(××年3月)	6ヶ月(年月)	7ヶ月(年月)	8ヶ月(年月)	9ヶ月(年月)	10ヶ月(年月)	11ヶ月(年月)	12ヶ月(年月)
	目標	・通院服薬状況の確認・合併症のチェック・検査予約			・虚血、心機能のチェック・検査・指導予約			・検査結果の評価、説明・心力テ予約						
	受診予定日			外来受診		外来受診								
	検査・指導事項			Master		心筋シンチ、心エコー 栄養指導、服薬指導								

診療所(かかりつけ医) : ○○診療所	日付	××年10月30日	××年11月13日	××年12月11日	××年1月12日	××年2月15日	××年3月10日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	
	目標	ハリアンス基準(例) 危険因子をコントロールし2次予防に努める 心筋梗塞の予防・早期発見													
	診察	胸痛	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		息切れ	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		動悸	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		ふらつき	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		むくみ	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		体重	68.0 kg	69.0 kg	70.0 kg	69.0 kg	70.0 kg	69.0 kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	血圧	110/80 mmHg	112/76 mmHg	116/74 mmHg	112/76 mmHg	116/74 mmHg	112/76 mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
	脈拍	72 /分	70 /分	74 /分	74 /分	73 /分	80 /分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分	/分
	胸部所見														
	NYHA分類	I	I	I	I	I	I								
	検査	胸部XP						心胸比拡大							
		ECG						心房細動							
		Hemoglobin	14.4		14.4		14.4	12.0							
Albumin		4.2		4.2		4.2	3.8								
Creatinine		0.78		0.80		0.82	1.00								
LDLc		112		120		114	120								
BNP															
HbA1c	6.8		6.4		6.4	6.4									
服薬確認	抗血小板薬	○○○○	→	→	→	→	→								
	ACE阻害薬/ARB	△△△△△	→	→	→	→	→								
	スタチン	■	→	→	→	→	△△に変更								
	β遮断薬		→	→	→	→	→								
栄養	食生活の評価指導														
ハリアンス内容		有 <input checked="" type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/>	有 <input checked="" type="checkbox"/>	無胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
特記事項(経過記録)				体重増加注意		体重増加注意									

第7回社会保障審議会医療部会 意見書

2009年2月26日

東京 SP 研究会 代表 佐伯晴子

1. 届かない国民の声 住民不在の医療政策

憲法にうたわれる国民の基本的な人権を保障する社会保障としての医療が、どのように行われるべきかを審議するのが、この部会の任務だと承知している。医療はあくまで公共のサービスであり、サービスの受け手である国民が安心して健康的な生活を営むことを支えるのが医療提供側の任務である。その現状はどうか、それは向かうべき目標、現世代と次世代を含む国民の期待に沿っているかを見極め、必要な対策を検討するのがこの医療部会であり、税と保険料を集めた医療財源を医療提供側でどのように分配するかが保険部会であると承知していた。

しかしながら新しい会議や検討会の発足により、医療の理念を確認し現状を検証する任務をもつ医療部会は休会に近い形骸化をたどることになった。新しい会議で議論された内容は、当医療部会ですでに一般国民の立場から問題提起されたものばかりであった。なぜこの部会で同じ議論ができなかったのか、さらに今後この医療部会を存続させるのであれば、改めてこの部会の位置づけを明確に示す必要がある。この数年間の議論や医療法改正にあたって最も重要視した「国民の安心」はどのように実現されているか、医療部会では一般国民の立場からの意見や疑問を重視し、真摯に議論を重ねていただきたい。厚生労働省と医療提供側が議論の中心にいる限り、納税者・保険料納付者への説明責任を果たすことはできないだろう。生活者としての声をあげる一般国民の立場の委員（いわゆる有識者ではなく）が、この医療部会でいかに議論に積極的に参加できるか、あるいはそのような委員の意見をいかに歓迎できるかが、医療の持続可能性の鍵を握ると確信する。

2. 医療計画の法制化

死亡例が出て初めて動く、というのが医療安全・薬害・産科・救急の現状を見ての印象である。慌てて検討会が立ちあげられるものの、財源が明示されないため、結局具体的な動きにつながらない。これがいくつかの検討会を傍聴し、議事録を読んだ感想である。直接の被害者や犠牲者の無念さを思うと、いかにも歯がゆい。その土地に住む上で、公共サービスの医療の実態を細かく調査し、納付する税と保険料に見合う土地であるのかどうか判断する国民は極めて少ないだろう。しかしながら、最近の「中央公論」など各都道府県別の医療計画のデータが一部示され国民の関心が集まっている。住民の安心と納得の根拠が「医療計画」であり、そのもとに医療機関は連携して医療を提供する。医療計画策定にあたっては、住民が確実に参画し、計画実施の検証にもあたる。この流れを実現するためには、医療計画の実効性を担保する必要がある法制化を強く希望する。医療計画に基づく医療機関配置、医療職の人員配置、臨床研修や医療者教育でなければならない。医療計画は住民が納得して納税と保険料納付する根拠であり、皆保険堅持の最後の砦である。

平成 2 1 年度予算案の概要 (厚生労働省医政局)

平成 2 1 年度予算案	2, 1 3 2 億 6 千 1 百万円
平成 2 0 年度予算額	1, 9 6 7 億 6 千 7 百万円
差 引 増 額	1 6 4 億 9 千 4 百万円
対 前 年 度 伸 率	1 0 8 . 4 %

(注) 上記計数には、「★厚生労働科学研究費補助金 1 4 0 億 4 千 9 百万円 (平成 2 0 年度 1 4 3 億 7 千 6 百万円)」等は含まない。

医師確保対策 2 7 1 億 5 千 9 百万円 (1 6 0 億 6 千 8 百万円)

救急医療対策 2 0 5 億 1 千 5 百万円 (9 9 億 8 千 9 百万円)

主要施策

1. 医師等人材確保対策の推進

48,649百万円(37,412百万円)

うち、医師確保対策の推進 27,159百万円(16,068百万円)

勤務医の勤務状況の改善、業務負担の軽減を図るとともに、特に業務負担の多い勤務医等に対する支援、離職防止・復職支援を進め、勤務医の過重な労働の緩和を図る

(1) 救急・産科・へき地医療を担う勤務医等への支援 9,179百万円

① 救急医療を担う医師の支援(新規) 2,045百万円
救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う勤務医の手当への財政的支援を行う。

② 産科医療を担う医師の支援(新規) 2,835百万円
産科医・分娩施設の減少に鑑み、分娩取扱手当を支給することにより、処遇改善を通じて、産科医等の確保を図る。
また、臨床研修修了後の専門的な研修において、産科を選択する医師の処遇改善を行う医療機関への財政的支援を行い、産科を志望する医師の確保を図る。

③ へき地医療を担う医師の支援(新規) 136百万円
へき地に派遣される医師の移動などに要する手当への財政的支援を行う。

④ 医師派遣の推進(一部新規) 4,164百万円
医師派遣が円滑に行われるよう、派遣元医療機関、派遣先医療機関及び派遣医師に対する支援の強化を図る。

(参考) 平成20年度一次補正予算において、医師派遣を行う派遣元医療機関に対する支援の強化を平成21年度予算前倒しで図る。(59億円)

(2) 勤務医等の勤務状況の改善・業務負担の軽減

3,703百万円

短時間勤務制や、夜勤明けの連続勤務を行わないようにするための交代勤務制を導入する病院に対し、代替職員の雇い上げに必要な経費の支援を行う。

また、医師事務作業補助者の設置・充実を図るため、書類記載の代行等を行う専門的知識の習得を目的とする研修に参加させる病院に対し、代替職員の雇い上げに必要な経費の支援を行う。

更に、就労環境の改善等について、効果的な総合対策を行う医療機関への財政的支援を行い、働きやすい職場環境を緊急的に整備する。

① 短時間正規雇用を導入する病院に対する支援（新規） **1,523百万円**

「短時間正規雇用」の導入により、勤務医の過重労働の軽減及び女性医師の出産・育児等と勤務との両立を可能とし、医師の離職防止・復職支援を図る。

② 医師事務作業補助者を設置する病院に対する支援（新規） **815百万円**

医師の業務負担を軽減するために、書類記載、診察や検査の予約等を管理するオーダーリングシステムへの入力などを行う医師事務作業補助者の設置・充実を図る。

③ 育児と仕事を両立しつつ働きやすい職場環境の緊急整備（新規） **940百万円**

育児中の医師の夜勤・当直の免除や主治医制の廃止、キャリア形成の支援などの就労環境の改善等について、効果的な総合対策を行う医療機関への財政支援を行うことで、育児と仕事を両立しつつ働きやすい職場環境を緊急的に整備する。

(参考) 平成20年度一次補正予算において、

- ・短時間正規雇用を導入する医療機関に対し代替職員の雇い上げに必要な経費の助成(4.7億円)
 - ・勤務医の業務負担を軽減し本来業務に専念させるため、医師事務作業補助者の専門研修参加に係る代替職員の雇い上げに必要な経費の助成(6.8億円)
- について、平成21年度予算を前倒して実施する。

(3) 医師と看護師等の協働・連携の推進	640百万円
----------------------	--------

① 医師と看護師等との協働の充実	640百万円
------------------	--------

看護師の薬剤の投与量調節や療養生活指導等の技術、助産師の正常なお産の進行管理等の技術を向上させる研修を行うことにより、看護師や助産師がその能力を活かすとともに、産科医等の負担の軽減や院内助産所・助産師外来開設を促進する。

(参考) 平成20年度二次補正予算(案)において、医師と看護師等の協働・連携を推進する効率的・効果的な研修方法等に関するモデル事業を創設

(1.0億円)

(4) 臨床研修病院等への支援	1,262百万円
-----------------	----------

医師不足問題が深刻な地域や産科・小児科・救急医療等に貢献する臨床研修病院等の研修経費に対する支援の充実に加え、新たに外部講師の招へいに必要な経費等を支援することにより、臨床研修の質の向上を確保しつつ、研修医の都市集中の是正促進を図る。

(5) 補償制度・医療事故における死因究明	489百万円
-----------------------	--------

医師等が萎縮することなく医療を行える環境を整備するため、医療事故における死亡の死因究明・再発防止を行う仕組みの検討や出産に起因して重度脳性まひとなった者への速やかな補償を行うなど、産科医療補償制度(平成21年1月開始予定)の円滑な運用を進める。

(6) 看護職員の資質の向上と確保対策	9,825百万円
---------------------	----------

新人看護師に対する研修を推進するためのモデル事業を引き続き実施するとともに、多様な勤務形態により看護職員を活用している医療機関の事例を普及することにより看護職員の就業の促進を図る。

更に、助産師については、都道府県に助産師確保・連携策等を協議する「助産師確保連絡協議会」の設置の促進を図るとともに、潜在的助産師等の復職のための研修を行い、産科診療所等での就業を促進する。

なお、看護職員の中長期的な需給見通しについて検討を行う。

2. 地域で支える医療の推進

49,762百万円(35,750百万円)

人々が地域で安心して生活できるよう、救急医療をはじめとする地域医療体制の確保を図る

(1) 救急医療の改善策の推進

17,198百万円

① 救急医療を担う医師の支援(再掲)

2,045百万円

救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う勤務医の手当への財政的支援を行う。

② 救急医療の充実

5,594百万円

夜間・休日に小児の軽症患者の診療を行う小児初期救急センターの運営を支援するとともに、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センター(第三次救急医療機関)の整備を推進する。

③ 管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援(新規)

5,114百万円

平時から地域全体の医療機関の専門性に関する情報を共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を紹介する体制を整備し、救急患者の受入れ実績等を踏まえた支援や、地域の診療所医師の救急医療への参画を促すための財政的支援を行う。

(参考)平成20年度一次補正予算において、平時から地域全体の医療機関の専門性に関する情報を共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を紹介する体制について平成21年度予算を前倒して整備する。(5.8億円)

(2) ドクターヘリ導入促進事業の充実

2,066百万円

早期治療の開始と迅速な搬送による救命率の向上を図るため、ドクターヘリ(医師が同乗する救急医療用ヘリコプター)事業を推進する。また、昼間の利用にとどまっているドクターヘリを夜間にも利用することができるように、夜間搬送のモデル事業を実施する。

(3) 産科医療の確保

5, 026百万円

① 産科医療を担う医師の支援（新規）（再掲）

2, 835百万円

産科医・分娩施設の減少に鑑み、分娩取扱手当を支給することにより、処遇改善を通じて、産科医等の確保を図る。

また、臨床研修修了後の専門的な研修において、産科を選択する医師の処遇改善を行う医療機関への財政的支援を行うことにより、産科を志望する医師の確保を図る。

② 産科医療機関の確保・産科医等の就労環境の改善

2, 192百万円

出生数の少ない地域に所在し経営に困難を生じている産科医療機関の運営等への財政的支援を行うことにより、身近な地域で安心して出産できる環境を整備する。

また、育児と仕事を両立しつつ働きやすい職場環境の整備について、効果的な総合対策を行う医療機関への財政的支援等を行うことなどにより、産科医療を総合的に推進する。

(4) 周産期医療の充実

1, 252百万円

出産前後の集中管理が必要な母体及び胎児、新生児に対する周産期医療体制の充実を図るため、総合周産期母子医療センターへの母体搬送コーディネーターの配置や、地域周産期母子医療センターの運営等への財政的支援を行う。

(5) 女性医師・看護師等の離職防止・復職支援の実施

4, 520百万円

医療機関に勤務する女性医師・看護師等の乳幼児の保育に対する病院内保育所の運営等への財政的支援を行うことなどにより育児と勤務との両立を安心して行うことのできる環境を整備する。

(参考) 平成20年度一次補正予算において、老朽化した病院内保育所の改築等の経費を補助(1.6億円)

(6) 医療機関の耐震化の促進

1, 400百万円

災害拠点病院をはじめとする医療機関の耐震化工事への財政的支援を充実する。

(7) 未収金対策への支援

60百万円

未収金対策として、医療機関が実施する実践的な取組に対して財政的支援を行う。

(8) 医療分野の情報化の推進

782百万円

電子カルテ導入等の医療分野の情報化の推進や遠隔医療の設備整備に対する支援による地域医療の充実を図る。

(参考) 平成20年度二次補正予算案において、地域における医療連携を推進するため、電子カルテシステムを導入した地域の中心的役割を果たしている医療機関と周辺地域の医療機関間において、診療情報の共有・蓄積等を推進するために必要な機器・ソフトウェア等の経費を助成。(3.8億円)

(9) へき地などの保健医療対策の充実

2,897百万円

へき地に派遣される医師の移動などに要する手当への財政的支援を行うことにより、へき地・離島の診療所に対する支援の充実を図るとともに、新たなへき地保健医療計画策定のための検討会を設ける。

(10) 医師等と患者・家族の協働の推進

486百万円

医師等と患者・家族との相互理解を推進するため、相談員を育成することなどにより医療機関内の相談機能を充実させる。また、軽症患者による夜間の救急外来利用の適正化などに関する普及啓発等を行う。

(11) 住み慣れた地域や家庭で療養が受けられる体制の充実

484百万円

訪問看護事業所の看護の質の向上及び人材育成等を図るため、管理者に対する研修等を実施するとともに、居宅での緩和ケアに関する専門研修などを行い在宅医療の推進を図る。

(12) 歯科保健医療の普及向上

843百万円

歯科医療関連職種の需給など今後の歯科医療の問題について検討を進めるとともに、在宅歯科医療、口腔ケア等に係る歯科医師等を養成することにより8020運動をさらに推進する。

3. 革新的医薬品・医療機器の研究開発の促進

23,941百万円(26,340百万円)

医療ニーズが高い技術、遺伝子治療、再生医療、ナノテクノロジー等を活用した「革新的技術」の開発・普及の推進を図る

(1) 医薬品・医療機器に関する研究費の重点化・拡充 22,533百万円

がん、精神神経疾患、難病等の重大疾病領域、希少疾病領域、新たな技術(個人の特性に応じた医療(テーラーメイド医療)、再生医療等)などの領域を重視し、先端医療研究拠点を中核とした複合体に対して、研究資金の弾力的な運用や開発段階からの薬事相談等の施行的に行う先端医療開発特区(スーパー特区)による実用化促進を含め、革新的医薬品・医療機器の研究開発を推進する。

(2) 世界に通ずる臨床研究拠点医療機関の整備 400百万円

外国の研究機関との共同研究計画の作成や契約等の一括実施が可能な「世界に通ずる臨床研究拠点」(グローバル臨床研究拠点)を整備する。

(3) 後発医薬品の使用促進 115百万円

各都道府県に設置する協議会において、実情に応じた具体的な後発医薬品使用促進対策事業を検討・実施するとともに、医療関係者及び患者・国民向けパンフレット作成等の普及啓発を図る。

4. その他

(1) 国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構における政策医療等の実施 95,445百万円

全国的な政策医療ネットワークを活用し、がん、循環器病等に関する高度先駆的医療、臨床研究、教育研修及び情報発信を推進する。

(2) 国立ハンセン病療養所の充実 36,926百万円

居住者棟の更新築整備を推進するとともに、リハビリ体制を強化するなど、入所者に対する医療及び生活環境の充実を図る。

(3) 経済連携協定に基づく外国人看護師・介護福祉士の円滑かつ適正な受入（看護師）

25百万円

外国人看護師候補者の円滑かつ適正な受入を実施する観点から、看護導入研修を実施するとともに、受入施設に対し巡回指導等を行う。（総事業費83百万円）

平成20年度第一次補正予算の概要

(厚生労働省医政局)

87.2億円

1. 医師派遣の推進

医師派遣緊急促進事業 59.2億円

- 都道府県医療対策協議会の派遣調整に基づき、医師派遣を行う医療機関に対して、医師派遣の対価の一部に相当する額を助成。

2. 救急医療の充実強化

管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援事業 5.8億円

- 平時から地域全体の医療機関の専門性に関する情報を共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を紹介する体制を整備するため、医師等の人材確保、空床確保に必要な費用の一部を助成。

3. 勤務医の勤務環境改善

(1) 医師事務作業補助者設置事業 6.8億円

- 医療機関への医師事務作業補助者の設置・充実を図り、勤務医の業務負担を軽減し本来業務に専念させるため、医師事務作業補助者の専門研修参加に係る代替職員の雇い上げに必要な経費の一部を助成。

(2) 短時間正規雇用支援事業 4.7億円

- 特に女性医師の離職の防止・復職支援のため、短時間正規雇用を導入する医療機関に対し代替職員の雇い上げに必要な費用の一部を助成。

(3) 病院内保育所施設整備事業(老朽化施設等の改築経費) 1.6億円

- 女性医師及び看護職員等の離職の防止・復職支援のため、病院内保育所の保育環境の改善を図るための病院内保育所の改築工事に対し必要な費用の一部を助成。

4. 医療機関の耐震化

補助率の嵩上げ

基幹災害医療センター施設整備事業、地域災害医療センター施設整備事業

- 災害拠点病院の耐震化工事に必要な費用の一部を助成(補助率の嵩上げ(0.33→0.50)を行う。)(医療提供体制施設整備交付金107億円の内数)

5. 国際競争力向上に直結する技術開発の促進等

iPS細胞等創薬基盤整備事業 9.1億円

- 「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」の下で実施する医薬品・医療機器の開発に関連する研究に対して、次世代研究機器等の整備を行う。

平成20年度第二次補正予算案の概要

(厚生労働省医政局)

82.6億円

1. 救急医療の充実強化

(1) 緊急ヘリポート施設整備事業 11.0億円

- ドクターヘリを用いた救急医療が傷病者の救命、後遺症の軽減等に果たす役割の重要性に鑑み、ドクターヘリを用いた救急医療の全国的な確保を図るため、管制塔機能を担う医療機関にヘリポートを設置する場合に必要な費用を助成。

(2) 災害派遣医療チーム体制設備整備事業 11.1億円

- 災害時の初期対応を行う災害派遣医療チーム(DMAT)が携行する通信装置及び災害時の救急医療に必要な資機材の整備に必要な費用を助成。

2. 看護師・助産師の高度技能習得

看護師等協働推進研修モデル事業 1.0億円

- 看護師等が専門性を発揮する機会の増大を図るため、医師と看護師等の協働を推進する効果的・効率的な研修方法及び連携方法等に関するモデル研修の実施に必要な経費を助成。

3. 医療分野の情報化の推進

地域における医療連携を推進するためのWeb型電子カルテシステムの推進

3.8億円

- 地域における医療連携を推進するため、電子カルテシステムを導入した地域の中心的役割を果たしている医療機関と周辺地域の医療機関間において、診療情報の共有・蓄積等を推進するために必要な機器・ソフトウェア等の経費を助成。

4. 先端医療機器等の整備

国民の健康に著しく影響のある疾患の原因究明の研究等の推進 55.6億円

- がん、脳卒中、心臓病など、国民の健康に著しく影響のある疾患につき、原因究明の研究を推進、治療法の確立、医療技術の均てん化・普及等を行うため、国立高度専門医療センターに先端医療機器の整備及び研究所の施設整備を行うために必要な経費。

○社会保障審議会令

(平成十二年六月七日)

(政令第二百八十二号)

(組織)

第一条 社会保障審議会(以下「審議会」という。)は、委員三十人以内で組織する。

2 審議会に、特別の事項を調査審議させるため必要があるときは、臨時委員を置くことができる。

3 審議会に、専門の事項を調査させるため必要があるときは、専門委員を置くことができる。

(委員等の任命)

第二条 委員及び臨時委員は、学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

2 専門委員は、当該専門の事項に関し学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

(委員の任期等)

第三条 委員の任期は、二年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

3 臨時委員は、その者の任命に係る当該特別の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。

4 専門委員は、その者の任命に係る当該専門の事項に関する調査が終了したときは、解任されるものとする。

5 委員、臨時委員及び専門委員は、非常勤とする。

(会長)

第四条 審議会に会長を置き、委員の互選により選任する。

2 会長は、会務を総理し、審議会を代表する。

3 会長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

(分科会)

第五条 審議会に、次の表の上欄に掲げる分科会を置き、これらの分科会の所掌事務は、審議会の所掌事務のうち、それぞれ同表の下欄に掲げるとおりとする。

名 称	所 掌 事 務
統計分科会	統計の総合的企画、調査及び研究、統計の改善及び整備並びに統計の知識の普及及び指導に関する事項を調査審議すること。

医療分科会	医療法(昭和二十三年法律第二百五号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
福祉文化分科会	児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)、身体障害者福祉法(昭和二十四年法律第二百八十三号)及び社会福祉法(昭和二十六年法律第四十五号)第二百二十五条の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
介護給付費分科会	介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)及び介護保険法施行法(平成九年法律第二百二十四号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
医療保険料率分科会	健康保険法(大正十一年法律第七十号)、船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)及び健康保険法等の一部を改正する法律(昭和五十九年法律第七十七号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。

- 2 前項の表の上欄に掲げる分科会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員は、厚生労働大臣が指名する。
- 3 分科会に分科会長を置き、当該分科会に属する委員の互選により選任する。
- 4 分科会長は、当該分科会の事務を掌理する。
- 5 分科会長に事故があるときは、当該分科会に属する委員又は臨時委員のうちから分科会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
- 6 審議会は、その定めるところにより、分科会の議決をもって審議会の議決とすることができる。

(部会)

- 第六条 審議会及び分科会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。
- 2 部会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員は、会長(分科会に置かれる部会にあつては、分科会長)が指名する。
 - 3 部会に部会長を置き、当該部会に属する委員の互選により選任する。
 - 4 部会長は、当該部会の事務を掌理する。
 - 5 部会長に事故があるときは、当該部会に属する委員又は臨時委員のうちから部会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
 - 6 審議会(分科会に置かれる部会にあつては、分科会。以下この項において同じ。)は、その定めるところにより、部会の議決をもって審議会の議決とすることができる。

(幹事)

- 第七条 審議会に、幹事を置く。
- 2 幹事は、関係行政機関の職員のうちから、厚生労働大臣が任命する。
 - 3 幹事は、審議会の所掌事務について、委員を補佐する。

4 幹事は、非常勤とする。

(議事)

第八条 審議会は、委員及び議事に関係のある臨時委員の三分の一以上が出席しなければ、会議を開き、議決することができない。

2 審議会の議事は、委員及び議事に関係のある臨時委員で会議に出席したものの過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

3 前二項の規定は、分科会及び部会の議事に準用する。

(資料の提出等の要求)

第九条 審議会は、その所掌事務を遂行するため必要があると認めるときは、関係行政機関の長に対し、資料の提出、意見の表明、説明その他必要な協力を求めることができる。

(庶務)

第十条 審議会の庶務は、厚生労働省政策統括官において総括し、及び処理する。ただし、次の各号に掲げる分科会に係るものについては、それぞれ当該各号に定める課において処理する。

- 一 統計分科会 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課
- 二 医療分科会 厚生労働省医政局総務課
- 三 福祉文化分科会 厚生労働省雇用均等・児童家庭局育成環境課
- 四 介護給付費分科会 厚生労働省老健局老人保健課
- 五 医療保険保険料率分科会 厚生労働省保険局総務課

(雑則)

第十一条 この政令に定めるもののほか、議事の手続その他審議会の運営に関し必要な事項は、会長が審議会に諮って定める。

附 則

- 1 この政令は、内閣法の一部を改正する法律(平成十一年法律第八十八号)の施行の日(平成十三年一月六日)から施行する。
- 2 平成十三年三月三十一日までの間は、第五条第一項中「厚生年金保険法(昭和二十九年法律第百十五号)及び国民年金法(昭和三十四年法律第百四十一号)」とあるのは、「国民年金法等の一部を改正する法律(平成十二年法律第十八号)」とする。

附 則 (平成一四年六月五日政令第一九七号) 抄

(施行期日)

第一条 この政令は、平成十五年四月一日から施行する。

附 則（平成一七年六月二九日政令第二二六号）抄

（施行期日）

第一条 この政令は、平成十七年七月一日から施行する。

附 則（平成一八年三月三〇日政令第九五号）抄

（施行期日）

第一条 この政令は、平成十八年四月一日から施行する。