

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会座席表

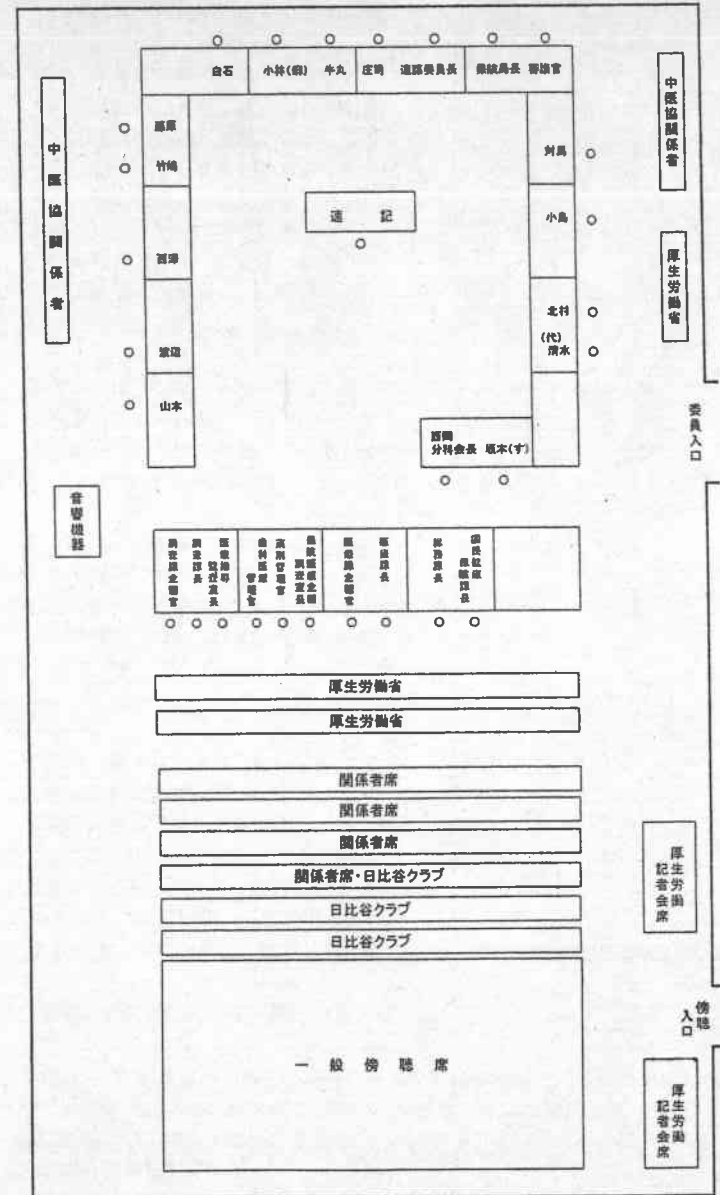
日時:平成21年3月25日(水) 10:30(目途)~12:00
 会場:厚生労働省 専用第18~20会議室 (17階)

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第130回)
 議事次第

平成21年3月25日(水)
 於 厚生労働省
 専用第18~20会議室

議題

- DPCについて
 - ・ 新たな機能評価係数の検討について
 - ・ 今後の課題について
- 基本診療料について
- その他



DPC 評価分科会での新たな「機能評価係数」に関する検討の経過報告②

I. 概要

DPCにおける新たな「機能評価係数」に係るこれまでの議論

- ① 中医協基本問題小委員会において、「新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方」をまとめた（平成20年12月17日）。（別紙）
- ② DPC評価分科会において、この基本的考え方に沿って、新たな「機能評価係数」の候補について検討を重ねてきた。
- ③ 平成21年度より、ケアミックス型病院をはじめ、地域医療において様々な機能を担う病院がDPCの対象となることを踏まえ、DPC評価分科会において、こうした医療機関との意見交換も行った。
- ④ 中医協・基本問題小委員会（平成21年2月25日）の議論も踏まえ、以下の点を考慮して評価すべき項目の絞り込みを行った。
 - ア. 新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方との合致
 - イ. 現行の「DPCの影響評価に関する調査」（以下、「DPCデータ」）の活用
 - ウ. 現行の機能評価係数や出来高部分と評価が重複する可能性がある項目の整理等

II. 具体的な項目の提案等

上記Iの④を踏まえて、DPC評価分科会としてこれまでに提案された具体的な項目について検討し、今後は具体的なデータ分析を行うことから、DPCデータ利用の可能性から整理を行った。

なお、新たな「機能評価係数」として直ちに評価は困難であっても、医療の質等に関して重要な項目については、病院毎に当該データを入力及び公開すること等による評価が可能かどうか検討してはどうかという提案もあった。

以下を参考に中医協基本問題小委員会において、ご検討頂くことをお願いする。

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの

- ① DPC病院として正確なデータを提出していることの評価
（正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合等）
- ② 効率化に対する評価
（効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価等）
- ③ 手術症例割合に応じた評価
※ 一部の手術については、施設基準として一定数以上の症例数が算定条件となっ

ており、出来高で評価されている。

- ④複雑性指数による評価
- ⑤診断群分類のカバー率による評価
- ⑥高度医療指数（診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合）
- ⑦救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価
- ⑧患者の年齢構成による評価

2. DPCデータによって一部分析が可能なもの、又は医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの

- ①診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価
- ②術後合併症の発生頻度による評価
- ③医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価
- ④産科医療の実施状況の評価
- ⑤医師、看護師、薬剤師等の人員配置（チーム医療）による評価

3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの

(1) 既に機能評価係数として評価されているもの

- ①特定機能病院または大学病院の評価
- ②地域医療支援病院の評価
- ③臨床研修に対する評価
- ④医療安全の評価

(2) 既に診断群分類の分岐として評価されているもの

- ①標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価
- ②副傷病による評価
- ③希少性指数による評価（難病や特殊な疾患等への対応状況の評価）

(3) 出来高で評価されているもの

- ①退院支援の評価
- ②地域連携（支援）に対する評価
- ③望ましい5基準に係る評価

- ・ 特定集中治療室管理料を算定していること
- ・ 救命救急入院料を算定していること
- ・ 病理診断料を算定していること
- ・ 麻酔管理料を算定していること
- ・ 画像診断管理加算を算定していること

ア. ICU入院患者の重症度による評価

イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価

ウ. 病理医の数による評価

エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価

オ. 病理解剖数（割合）又はC P C開催状況による評価

※ CPC とは、臨床病理検討会（Clinicopathological Conference）
のことをいう。

④高度な設備による評価

⑤がん診療連携拠点病院の評価

（４）その他

①後発医薬品の使用状況による評価

②治験、災害等の拠点病院の評価

4. 医療機関の負担が大きく速やかにデータを把握することが困難であるもの、
又はD P Cにおける急性期としての評価が困難であるもの

①重症度・看護必要度による改善率

②合併症予防の評価

③再入院の予防の評価

④救急医療における患者の選択機能（トリアージ）の評価

⑤全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価

⑥地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価

⑦在宅医療への評価

⑧新規がん登録患者数による評価

⑨高齢患者数の割合による看護ケアの評価

⑩第三者による外部評価を受けていることに関する評価

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方

以下の事項を基本的考え方として、新たな「機能評価係数」について議論してはどうか。

- 1 DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
- 2 DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。
- 3 DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
- 4 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。

5 DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。

その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。

6 DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。

7 その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

具体的な項目の提案等について

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① DPC病院として正確なデータを提出していることの評価 (正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合等)	<ul style="list-style-type: none"> ○正確なデータ提出のためにかなりのコストがかかっているため評価すべき。 ○調査データのうち、非必須項目への入力や情報公開を行っていること等を評価すべき。 ○医療機関に対するヒアリングの中で、データが不適切であった事例が見られている。しかし、そのような特殊な事例をもってルールを作成した場合に、適切に実施している医療機関へ弊害が生じ得ることも考慮する必要がある。 ○医療の透明化をポジティブに評価する項目があるべき。 ○DPC準備病院もデータ提出を行っているが、DPC対象病院のみを評価することになる。 ○データ提出にかかる費用を診療報酬で評価することになる。 	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価			
② 効率化に対する評価 (効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価等)	<ul style="list-style-type: none"> ○病院の効率性を評価できる。 ○患者が早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と併せて検証が必要である。 ○平均在院日数が一定日数以下で、併せて再入院率および再転棟率が一定割合以下であることを評価することで、治療効果を担保しながら効率化を評価できる。 ○平均在院日数は、地域性による疾病構造の違いや後方医療施設の有無等の影響を受けることから、評価は慎重にするべき。 ○地方では交通機関の悪さや後方病院が無いなど、都会の視点だけで評価するべきではない。 ○在院日数は既に大幅に短縮しており、さらに短縮することを評価すれば、医療の質が低下することが懸念される。 	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価			

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
③ 手術症例割合に応じた評価	<p>○手術によって医療の質を評価することについては、エビデンスが乏しく慎重に評価するべき。</p> <p>○手術症例数による評価よりも手術症例割合の方がより適切な評価が可能ではないか。</p> <p>○標準的・効率的な医療を評価できる。</p> <p>○症例数が少なくても標準的・効率的な医療を提供している場合の評価についてはどのように考えるのか不明である。</p> <p>○症例数とアウトカムの関係についての検証が必要である。</p> <p>○評価することにより、不必要な医療(手術)を助長する恐れがある。</p> <p>○手術症例数の割合で評価する場合、医療の質が高まるというエビデンスがあるものだけを評価すべき。</p> <p>○疾患によって内科的治療と外科的治療のどちらが有効かという評価が定まっていない場合もあり、手術で評価した場合に、医療内容に過度の変容を来す恐れがある。</p> <p>○症例数で評価すると、症例数が少ない地域では評価されにくい。</p> <p>○医療の質の観点からは、病院全体の手術症例数ではなく、医師が経験した症例数の方が重要である。</p>	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価		一部の手術については、施設基準として一定数以上の症例数が算定条件となっており、出来高で評価されている。	病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
④ 複雑性指数による評価	<p>○病院の総合的な能力を評価できる。</p> <p>○この指数は平均在院日数が相対的に長いことに影響されるため、点数の高い診断群分類を多く算定していることを評価の方が直接的に高度な医療を評価できる。</p>	社会的に求められている機能・役割の評価			
⑤ 診断群分類のカバー率による評価	<p>○診断群分類のカバー率によって、病院機能を評価できるか検証が必要である。</p> <p>○専門病院は評価されにくい、他の評価項目で、専門病院の機能が評価されればよいのではないか。</p>	社会的に求められている機能・役割の評価			
⑥ 高度医療指数(診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合)	<p>○高度な医療を提供している医療機関を評価できる。</p> <p>○診断群分類点数が高い割合をもって、高度な医療の評価となるのか。</p>	社会的に求められている機能・役割の評価			

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
<p>⑦ 救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価</p>	<p>○重症度、受入率(受入要請数に対する受入数)、診療科に応じた評価も検討する必要がある。</p> <p>○救急車による搬入数や救急入院患者数(即日入院患者数含)により評価すべき。</p> <p>○軽症から重症患者まで、全ての患者を受け入れる体制(空床確保、手術室確保)を評価すべき。</p> <p>○単に受け入れた救急患者に対して評価することとは異なり、常に受入要請に対応できる病院機能(救急応需機能)を評価することができる。</p> <p>○同一疾患でも、救急入院では、予定入院(検査は外来で実施可能)と異なり、確定診断等を目的として入院初期に検査等を多く必要とし、DPCでは不採算となりやすいことも考慮すべき。</p> <p>○DPC対象病院以外の病院と公平性を図る必要がある。</p> <p>○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性も指摘されているが、症例数や重症度等による詳細な評価は行われておらず、これらによる評価は、二重評価には当たらない。</p> <p>○地域の実情により2次・3次救急や高度な専門医療に特化することが難しい場合もあり、1次から3次まですべての救急医療に対応していることを評価すべき。</p> <p>○救急は確定診断が付くまでの間、最初の2日間等は出来高扱いするなど検討が必要である。</p> <p>○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。</p> <p>○精神科診療の対応を評価することができる。</p> <p>○精神疾患を合併し、急性期医療を必要とする患者は増加傾向にあり、その様な医療に対応することは社会的に必要である。</p> <p>○DPC病院の精神科棟については、DPCの対象とすることについて検討すべき。</p> <p>○精神科による診療は、例えば精神疾患と身体疾患の治療計画について既に出来高(例:A230-2精神科身体合併症管理加算)で評価されており、二重評価となる可能性がある。</p>	<p>地域医療への貢献の評価</p> <p>その他</p>	<p>救急車による搬送の有無、予定・緊急入院区分、手術等の時間外加算等の状況のデータはある。</p> <p>A230-3精神科身体合併症管理加算等の算定状況のデータはある。</p>	<p>A300救命救急入院料、A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算で評価されている。</p> <p>救急医療対策事業により評価されている。</p> <p>A230-3精神科身体合併症管理加算で評価されている。</p>	<p>病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。</p>
<p>⑧ 患者の年齢構成による評価</p>	<p>○単に年齢による評価ではなく、例えばせん妄の有無やADLの程度に応じて評価すべき。</p> <p>○都会に比べて、地方では高齢者が多く、コストが掛かる医療が行われている。また、データには現れないが、看護必要度が高齢者で高くなることから、年齢に応じて評価すべき。</p> <p>○高齢者をどのように定義するべきか、単純に年齢だけで評価してよいか議論が必要である。</p> <p>○バーセルインデックスや要介護度を用いた評価を今後検討すべき。</p>	<p>地域医療への貢献の評価</p>	<p>せん妄の有無は、入院時併存・入院後発症傷病名に記載があれば把握可能</p> <p>ADLに係るデータはない。</p>		

2. DPCデータによって一部分析が可能なもの、又は医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの

項目	委員からの意見等	基本的考え方の合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① 診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価	<p>○診療ガイドラインに沿った診療の実施割合で評価することは適切ではないが、院内で診療内容を評価する体制確保を評価するのであれば検討は可能ではないか。</p> <p>○診療ガイドラインと異なる診療であっても、一概に不適切であるとは言えないが、少なくとも診療ガイドラインを利用できる環境にあることなど何らかの評価があっても良い。</p> <p>○治療効果等の裏付けのある標準的治療の促進が期待される。</p> <p>○評価の対象とすべき質が担保された診療ガイドラインを特定することが困難である。また、診療ガイドラインでも患者の病態に応じた治療を行うことが前提であることから、単に診療ガイドラインの適用割合で評価することは、必ずしも質の高い医療を反映しない。</p> <p>○診療ガイドラインに当てはまらない高度な医療を実施した場合に、評価されない恐れがある。</p>	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価			
② 術後合併症の発生頻度による評価	<p>○高度な医療を実施した場合には、合併症が増える確率が高い。評価を導入することにより、合併症を避けるためにあえて積極的な治療を実施しないことになりかねない。</p> <p>○併存症を有する患者を多く受け入れれば、術後合併症の発生率も高くなるため、術後合併症が少ない病院を評価すれば逆のインセンティブとなる。</p> <p>○合併症が多いほど病院の負担が大きく、逆に評価しなければならないことも検討する必要がある。</p>	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	入院後発症傷病名は最大4つまでしか記載できず、傷病名の発症日は入力されていない。		
③ 医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価	<p>○地域医療への貢献度を評価することができる。</p> <p>○医療計画に定める事業のうち、どの分野をどのような指標で評価できるのか検討が必要である。</p> <p>○医療圏におけるシェアで評価する場合、医療圏やシェアの定義をどのようにすべきか検討が必要である。また、医療圏によっては症例数が少なくとも高い評価を得ることとなることについて、検討が必要である。</p> <p>○医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間及び病診の連携状況についても勘案すべき。</p> <p>○地域の実情に応じた評価を希望する医療機関は多く、そういった評価もあり得る。</p> <p>○地域での役割を評価するためには、症例数だけではなく、地域内のシェア等を総合的に評価することも考えるべき。</p> <p>○地域単位での貢献度は、その地域内で判断すべき事項であり、全国一律の診療報酬体系で評価することは困難である。</p> <p>○医療計画で位置付けられている事業の中でも、どこに重点を置いて評価するのか検討すべき。</p>	地域医療への貢献の評価	<p>・症例数:評価可能</p> <p>・シェア:DPC対象病院のデータに限って評価するのであれば可能</p> <p>・医療計画での位置づけ:不可</p>		

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
④ 産科医療の実施状況の評価	<p>○産科医療の不足が社会問題となっており、産科医療を積極的に提供している病院を評価すべき。</p> <p>○DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。</p>	<p>地域医療への貢献の評価について</p>	<p>保険診療の対象に限られる。</p>		<p>病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。</p>
⑤ 医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価	<p>○単に病院に配置しているだけではなく、病棟に配置されていることを評価すべき。</p> <p>○手厚い人員配置を行うことで、短い入院期間で提供される密度の高い医療を評価することができる。</p> <p>○コメディカルを評価することでチーム医療の評価につながる。</p> <p>○麻酔科、放射線科、病理の医師は、医療の質を上げるために必要である。</p> <p>○医師や看護師以外のコメディカル及び事務職員の配置を評価すべき。</p> <p>○病床規模に比した一定数以上のコメディカル スタッフ(薬剤師 リハビリ 栄養士 MSW)の配置を評価することで、効率化や医療密度の充足、直接看護時間の増加等の医療の質の向上が期待できる。</p> <p>○NST(栄養サポートチーム)は合併症を予防し、労働生産性を向上することから、NSTを構成するコメディカルの病棟配属や介入患者数、コメディカルが作成する紹介状を評価すべき。</p> <p>○転院や退院後支援のためMSW(医療ソーシャルワーカー)の役割は重要である。</p> <p>○人員配置ではなく、服薬指導や栄養指導等の行為毎に出来高で評価すべき。</p> <p>○薬剤部における薬剤師の役割を評価すべき。</p> <p>○急性期病院の多くはチーム医療を実施しているので、ここから更に何を評価するのか検討が必要である。</p> <p>○既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性がある。</p> <p>○DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。</p> <p>○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。</p>	<p>医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価</p> <p>その他</p>	<p>医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士等は、病院報告の項目であり、各病院では把握しているが追加調査が必要</p>	<p>入院基本料において、看護配置に応じて評価されている。</p> <p>A233栄養管理実施加算、B008薬剤管理指導料等で評価されている。</p>	

3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの

(1) 既に機能評価係数として評価されているもの

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① 特定機能病院または大学病院の評価	<p>○特定機能病院は医療法で定める承認条件を満たしており、地域の最終的な病院として機能していることから、特定機能病院を一律に評価すべき。</p> <p>○医師や看護師の卒後教育を充実することで質の高い医療を提供することは、患者の恩恵にもなり、評価すべき。</p> <p>○特定機能病院の中でも調整係数に差があり、医療内容や地域での役割も多様であると考えられるため、一律に評価すべきではない。</p> <p>○研究や教育に係る財源は、保険財源ではなく別途の財源で対応すべき。</p> <p>○小児入院医療管理料や医師事務作業補助体制加算等の算定が認められておらず、特定機能病院入院基本料で、特定機能病院が高く評価しているとは言えず、二重評価には当たらないのではないか。</p> <p>○民間医療機関が特定機能病院と同等或いはそれ以上の機能を有している場合には、同等に評価すべき。</p>	社会的に求められている機能・役割の評価		特定機能病院入院基本料で、機能評価係数として評価されている。	
② 地域医療支援病院の評価	<p>○地域医療支援病院について、紹介率、逆紹介率を用いて、よりきめ細かく評価すべき。</p> <p>○すでに、機能評価係数で評価されている。</p> <p>○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。</p>	地域医療への貢献の評価	A204地域医療支援病院入院診療加算の算定状況のデータはある。	A204地域医療支援病院入院診療加算で、既に機能評価係数として評価されている。 共同利用施設整備事業により評価されている。	
③ 臨床研修に対する評価	<p>○研修医数や研修プログラムの完成度等に応じて評価すべき。</p> <p>○研修にかかる費用を、診療報酬で評価することになる。</p> <p>○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。</p>	その他		A204-2臨床研修病院入院診療加算で、既に機能評価係数として評価されている。 医師臨床研修費補助事業で評価されている。	
④ 医療安全の評価	<p>○医療の安全に対する取組みが進み、医療の質の向上が図られる。</p> <p>○既に診療報酬の中で評価している加算との整合性が問題となる。</p> <p>○DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき。</p> <p>○現行の医療安全対策加算では評価が低いので、二重になっても評価すべき。</p>	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	A234医療安全対策加算の算定状況のデータはある。	入院基本料の施設基準では、医療安全管理体制の整備を要件としている。 A234医療安全対策加算で既に機能評価係数として評価されている。	

(2)既に診断群分類の分岐として評価されているもの

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価	<p>○治療効果等のエビデンスのある標準的治療の促進が期待される。</p> <p>○標準化を進めるという点では大変重要であるが、既に一定の標準化が進んでいる医療機関において、まだ標準レジメンとはなっていない高度な医療を実施した場合に評価されない。</p>	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価		平成20年度改定よりレジメン別分岐の評価を導入。	病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
② 副傷病による評価	<p>○重症の患者を多く受け入れている医療機関をより評価できる。</p> <p>○診断群分類の分岐を行うことにより、既に副傷病に応じて評価している。</p> <p>○副傷病に応じた重症度の重み付けをどのように行うのか、評価が複雑になる恐れがある。</p> <p>○副傷病に応じた重症度の重み付けの方法論については、諸外国での事例を参考に今後の検討が必要である。</p>	社会的に求められている機能・役割の評価		現行の診断群分類で副傷病による分岐として評価されている。	術後合併症等も含まれることについて、どう考えるか。
③ 希少性指数による評価(難病や特殊な疾患等への対応状況の評価)	<p>○難病や特殊な疾患等に対応できる専門的医療が行われていることを評価できる。</p> <p>○いわゆる専門病院が評価されにくい。</p> <p>○難病や特殊な疾患が必ずしも高度な医療を必要とするものではない。</p> <p>○既に診断群分類の中で評価されおり、改めて評価の必要はない。</p> <p>○神経難病等に対応するにはスタッフの確保や医療施設の整備が必要であり、診療にコストがかかることから、希少性に着目するには意味がある。</p>	社会的に求められている機能・役割の評価		現行の診断群分類で傷病名による分岐として評価されている。	病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。

(3) 出来高制度で評価されているもの

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① 退院支援の評価	<p>○在宅復帰率等を指標とすることで、質の高い医療を評価できる。</p> <p>○既に診療報酬の中で評価している項目との整合性の問題や及び二重評価の可能性がある。</p> <p>○DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。</p>	<p>医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価</p> <p>地域医療への貢献の評価</p>		<p>A241後期高齢者退院調整加算で評価している。</p>	
② 地域連携(支援)に対する評価	<p>○地域連携は複雑・多様化しており、現行の紹介率だけではなく、よりきめ細やかな評価を行うべき。</p> <p>○地域連携における小児・周産期医療について評価するべき。</p> <p>○地域連携における在宅医療、家庭医療を評価するべき。</p> <p>○登録医による検査・治療件数や在宅復帰率を用いることで、地域医療連携を評価するべき</p> <p>○電子カルテによる専用回線を用いた情報提供や情報共有、電子地域連携バスの利用等を行い、ITを活用して地域医療連携を行うことについて評価するべき。</p> <p>○MSWIについて、在宅復帰率等の指標で質を担保しながら、評価するべき。</p> <p>○在宅医療については、当該医療機関の入院医療と直接は関係がない。</p> <p>○地域連携の状況などは、現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困しい場合もある。</p>	<p>地域医療への貢献の評価</p>	<p>B005-2 地域医療連携計画管理料の算定状況のデータはある。</p>	<p>B005-2 地域医療連携計画管理料で評価されている。</p>	
<p>③ 望ましい基準に係る評価</p> <p>特定集中治療室管理料を算定していること 救命救急入院料を算定していること 病理診断料を算定していること 麻酔管理料を算定していること 画像診断管理加算を算定していること</p> <p>ア. ICU入院患者の重症度による評価 イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価 ウ. 病理医の数による評価 エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価 オ. 病理解剖数又は病理解剖割合による評価</p>	<p>○連続的評価が可能か検討が必要である。</p> <p>○既に出来高で評価されている項目であることから、二重評価とならないように留意すべき。</p> <p>○全身麻酔の割合により評価するべきとの意見もある一方、医療内容の変容につながる可能性もあるとの意見もあった。</p> <p>○病理解剖、剖検は、医師の教育上も重要であり、医療の質の向上にも資するものなので評価するべき。</p> <p>○病理解剖、剖検は、疾病の治療とは直接は関係しないことを診療報酬で評価することになる。</p> <p>○CPC(Clinicopathological Conference:臨床病理検討会)は医療の質の向上に資すると考えられるので評価するべき。</p>	<p>その他</p>	<p>各診療報酬の算定状況のデータはある。</p> <p>全身麻酔の割合等のデータはある。</p>	<p>A301特定集中治療室管理料、L009麻酔管理料等で評価されている。</p> <p>臨床研修病院は、「CPCを適切に開催すること」が指定基準となっている。</p>	<p>病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。</p> <p>出来高で評価されている項目であり、重複評価について、どう考えるか。</p>

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
④ 高度な設備による評価	<p>○高度な設備を有し、高度な医療を提供している病院を評価できる。</p> <p>○病院が過剰な設備投資を行うインセンティブとなる可能性がある。</p> <p>○高度な機器の有無のみで評価するべきではない。</p>	<p>社会的に求められている機能・役割の評価</p> <p>医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価</p>	<p>マルチスライスCTや高磁場MRIの有無等は、医療施設調査の項目にあり、各病院では把握しているが、追加調査が必要</p>	<p>E202磁気共鳴コンピュータ断層撮影(MRI撮影) 1、1.5テスラ以上の機器による場合で評価されている。</p>	
⑤ がん診療連携拠点病院の評価	<p>○がん患者であっても、がん診療連携拠点病院加算の対象とならない患者が多く、がん患者全体について評価すべき。</p> <p>○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。</p>	<p>社会的に求められている機能・役割の評価</p> <p>地域医療への貢献の評価</p>	<p>がん対策推進基本計画等により、各病院が指定を受けており、病院名の確認は可能</p>	<p>A232がん診療連携拠点病院加算で評価されている。</p> <p>がん対策推進基本計画等で評価されている。</p>	

(4) その他

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① 後発医薬品の使用状況による評価	<p>○特定機能病院等で後発医薬品の使用が普及していないことを考えると、DPCで評価すべき。</p> <p>○DPCでは薬剤費は包括されるので、制度の趣旨からすると後発医薬品の使用が促進されるはずであり、これを評価すれば二重評価となる。</p> <p>○後発医薬品の使用が進めば、さらに医療費削減が可能で、医療資源の有効活用という観点からも、評価すべき。</p> <p>○後発医薬品が普及するまでの経過措置として評価すべき。</p> <p>○後発医薬品の使用状況等のデータを公開することを評価すべき。</p> <p>○後発医薬品の使用状況を公開することによって患者の受診行動に影響を及ぼす可能性がある。</p>	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価		DPC制度では後発医薬品の使用が促進される。	後発医薬品の使用状況を評価すれば、患者の負担が増えることになり、「患者の利点」という観点からどのように考えるか。
② 治験、災害等の拠点病院の評価	<p>○治験を実施していることについて評価すべき。</p> <p>○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。</p>	社会的に求められている機能・役割の評価		臨床研究基盤整備推進研究事業、「災害発生時における初期救急医療体制の充実強化について」等で評価されている。	

4. 医療機関の負担が大きく速やかにデータを把握することが困難であるもの、又はDPC(急性期入院医療)としての評価が困難であるもの

項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① 重症度・看護必要度による改善率	<ul style="list-style-type: none"> ○効果的な治療・ケアの評価が可能である。 ○看護必要度を用いて1入院単位で評価する方法について検討する必要がある。 ○看護必要度は毎日測定するものであり、1入院単位での評価方法が確立していない。 	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	7対1入院基本料を算定する病棟では、重症度・看護必要度に係る評価表が作成されており、各病院では把握しているが、10対1入院基本料を算定する病棟等では作成されていない。	7対1入院基本料の施設基準では、一定割合の重症患者数を要件としている。	
② 合併症予防の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○合併症の予防が進み、医療の質の向上が図られる。 ○DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき。 	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	合併症予防の状況のデータはない。		
③ 再入院の予防の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○再入院の予防について評価すべき。 	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	退院先や、再入院率のデータはあるが、再入院予防の取り組みについてのデータはない。		
④ 救急医療における患者の選択機能(トリアージ)の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○トリアージ体制等を評価することで、患者に適切な医療を提供されることを評価できる。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。 ○DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。 	地域医療への貢献の評価について			
⑤ 全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価	<ul style="list-style-type: none"> ○患者の有無に関わらず、常に受け入れ体制を整備していることを評価すべき。 	地域医療への貢献の評価			
⑥ 地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価	<ul style="list-style-type: none"> ○地域医療を守るために、近隣医療機関へ医師を派遣していることを評価すべき。 ○当該医療機関の入院医療と直接は関係がない。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。 	地域医療への貢献の評価			当該病院で提供される入院医療とは、直接関係は無い機能で評価することについて、どう考えるか。
⑦ 在宅医療への評価	<ul style="list-style-type: none"> ○地方では必要にせまられて病院で在宅医療を担う必要があり、在宅医療への取組みを更に評価すべき。 ○当該医療機関の入院医療と直接は関係がない。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。 	地域医療への貢献の評価			当該病院で提供される入院医療とは、直接関係は無い機能で評価することについて、どう考えるか。
⑧ 新規がん登録患者数による評価	<ul style="list-style-type: none"> ○院内がん登録体制を整備していることを評価すべき ○新規がん患者の診療に応じた評価ができる。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。 	その他			病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
⑨ 高齢患者数の割合による看護ケアの評価	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢患者に対するケアを評価することができる。 ○要介護度により評価することを検討すべき。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。 	その他			病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
⑩ 第三者による外部評価を受けていることに関する評価	<ul style="list-style-type: none"> ○第三者による外部評価を受けていることの評価を検討すべき ○第三者による外部評価で指摘された事項等を公開していることの評価を検討すべき 	その他			

D P Cにおける今後の課題（案）

I. D P C対象病院への参加及び退出について

1. 背景

D P Cの対象拡大においては、中医協基本問題小委員会で平成 21 度 D P C 対象病院の基準等について取りまとめたところ。

一方、D P C 対象病院が拡大されてきた中で、「D P C 準備病院、D P C 対象病院ともに、個々の医療機関が、一定のルールの下に、自主的に D P C を辞退する」ことについて論点の提案があった。

2. 現状

(1) D P C 対象病院への参加のルール

D P C 対象病院の基準※を満たした病院で、D P C に参加の意思があること。

※ 平成 20 年度 D P C 対象病院の基準（別紙 1）

(2) D P C 対象病院からの退出のルール

平成 20 年度以降に入院基本料の基準を満たせなくなった病院については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3 か月間の猶予期間を設け、3 か月を超えても要件を満たせない場合は D P C 対象病院から除外する。

(3) その他

ア. 現在の診断群分類点数及び調整係数については、D P C 対象病院から提出される 2 年間（10 ヶ月分）のデータ（以下、「D P C データ」）を用いて計算している。

イ. D P C 対象病院については、厚生労働大臣告示において、病院名及び調整係数を示している。

3. 論点

(1) D P C 対象病院の条件を満たせなくなった場合の取り扱いについてどのように考えるべきか。

(2) 「一定のルールの下に、自主的に」D P C 対象病院から出来高病院へ退出することについてどのように考えるべきか。

(3) 「一定のルールの下に、自主的に」退出を可能とした場合

ア. 退出に際して、どのようなルールが適切か。

イ. 一度退出した病院が、D P C へ再参加することについてどのように考えるべきか。

ウ. その他

Ⅱ. その他

(1) 平成 21 年度 D P C 準備病院の募集について

平成 21 年度に D P C 準備病院を募集すべきかどうか検討が必要ではないか。

※ D P C 対象病院数等については別紙 2 参照

(2) 調整係数廃止後の包括評価点数の在り方について

診断群分類毎に平均在院期間及び平均点数を用いて、入院初期に手厚くなるように包括評価しているものの、救急疾患等においては入院初期の医療資源投入量が包括評価点数を上回ってしまう状況等も指摘されている。

調整係数によって病院毎の医療資源投入量に応じた調整を行っているが、調整係数廃止後の包括評価点数の在り方について検討が必要ではないか。

※ 現行の包括評価点数の設定方法については別紙 3 参照

(3) 経過措置について

調整係数の廃止に際しては、新たな「機能評価係数」の検討結果を踏まえて、激変緩和を目的とした段階的廃止の有無やその方法についてどのように考えるのか。

(4) その他

D P C 対象病院の基準について

第 1 対象病院及び対象患者

1 対象病院

(1) (略)

(2) 対象病院は、以下の基準を満たす病院とする。

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。

ただし、平成20年4月1日以降に新たに当該入院基本料の基準を満たさなくなった病院については、再び要件を満たすことができるかどうかについて判断するため、3か月間の猶予期間を設け、3か月を超えてもなお、要件を満たせない場合には、D P C 対象病院から除外する。

- ② 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること。

- ③ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め「7月から12月まで の退院患者に係る調査」に適切に参加できること。

- ④ 上記③の調査において、適切なデータを提出し、かつ、2年間（10ヶ月）の調査期間の（データ／病床）比が8.75以上であること。

ただし、平成20年3月31日時点において、既に対象病院となっている病院については、当分の間、なお従前の例による。

第 2～第 3 (略)

第 4 その他

1～2 (略)

3 適切なコーディングに関する委員会の設置

対象病院においては、院内で標準的な診断及び治療方法の周知を徹底し、適切なコーディング（適切な診断を含めた診断群分類の決定をいう。）を行う体制を確保するため、責任者を定めるとともに、診療部門、薬剤部門、診療録情報を管理する部門、診療報酬の請求事務を統括する部門等に所属する医師、薬剤師及び診療記録管理者等から構成される委員会を設置し、少なくとも年に2回は当該委員会を開催すること。

出典：「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月19日保医発第0319002号）

DPC対象病院・準備病院における病床規模

DPC病院数(準備病院を含む)

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	82	82
平成16年度DPC対象病院	2	12	10	17	7	14	62
平成18年度DPC対象病院	4	18	34	57	36	67	216
平成20年度DPC対象病院	35	77	80	65	42	59	358
DPC対象病院小計	41	107	124	139	85	222	718
平成19年度準備病院	145	207	140	106	56	56	710
準備病院小計	145	207	140	106	56	56	710
計	186	314	264	245	141	278	1,428
(参考)全病院数 (平成18年医療施設調査)	3,482	2,709	1,153	758	362	479	8,943

DPC算定病床数(準備病院を含む)

病院類型	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度DPC対象病院	0	0	0	0	0	66,910	66,910
平成16年度DPC対象病院	160	1,906	2,478	5,519	2,994	10,109	23,166
平成18年度DPC対象病院	252	2,822	8,536	19,646	15,965	39,809	87,030
平成20年度DPC対象病院	2,566	11,795	19,507	22,317	18,496	36,823	111,504
DPC対象病院小計	2,978	16,523	30,521	47,482	37,455	153,651	288,610
平成19年度準備病院	9,027	30,122	34,488	36,094	24,627	34,333	168,691
準備病院小計	9,027	30,122	34,488	36,094	24,627	34,333	168,691
計	12,005	46,645	65,009	83,576	62,082	187,984	457,301
(参考)全一般病床数 (平成18年医療施設調査)	121,445	185,292	116,010	143,577	98,465	246,225	911,014

※DPC病院数の病床数区分は、DPC算定病床数による。

※全病院数の病床数区分は、総病床数による。

※DPC算定病床数(準備病院含む)は平成19年12月分DPC調査データより集計

* 平成19年度準備病院には、平成20年度対象病院に参加しなかった平成18年度準備病院13病院を含む。

医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム(平成19年5月)

策定趣旨・目標期間

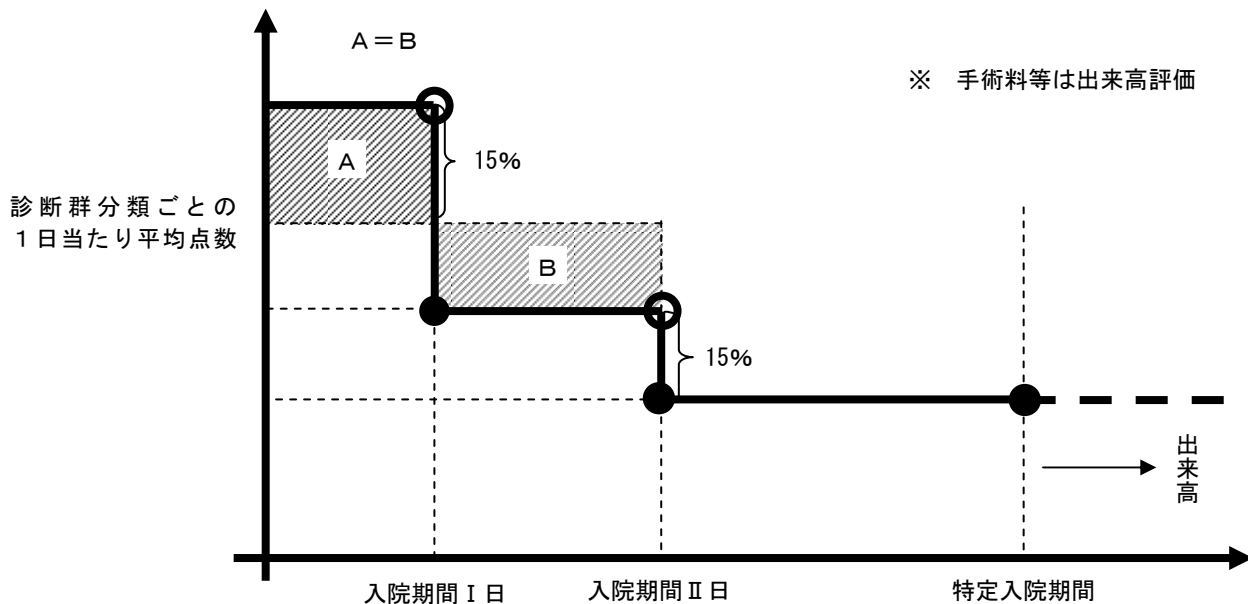
必要なサービスの確保と質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減させていくための総合的な取組を、計画的に推進するため、可能な限り定量的な指標を盛り込んだプログラムを策定。目標期間は、基本的に平成20年度から平成24年度までの5年間

診療報酬の包括支払の推進

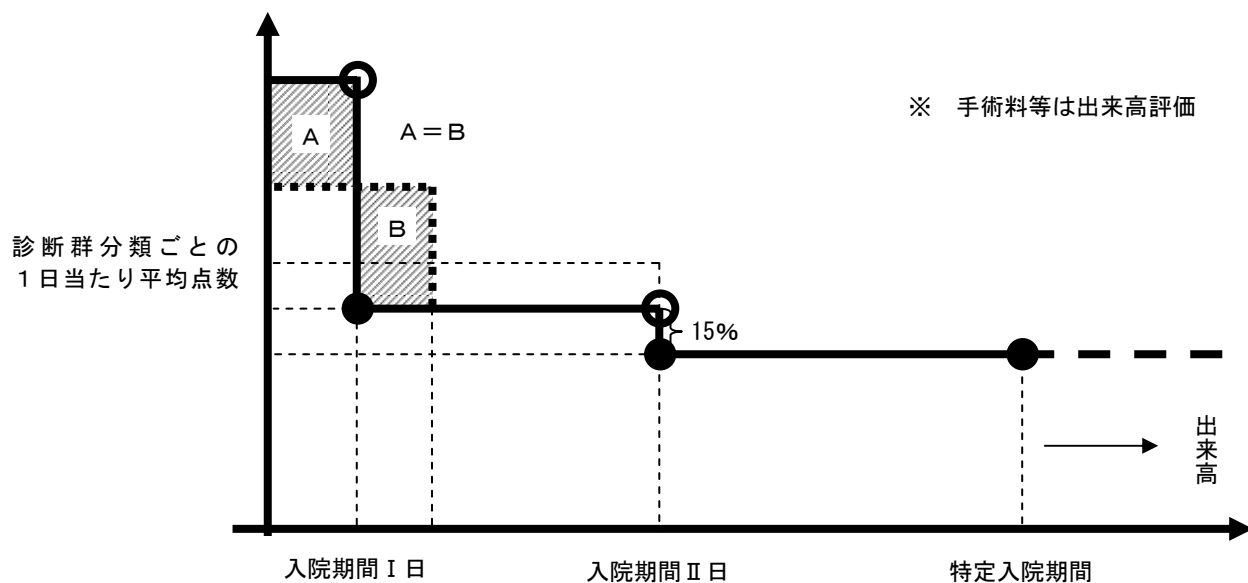
主な目標・指標	政策手段
平成24年度までに、病院の機能分化を推進する中で、DPC支払い対象病院数360(平成18年度)を当面1000(現状から3倍増)に	<ul style="list-style-type: none"> ○ DPC(急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当たりの包括評価制度)制度の精緻化や対象病院の着実な拡大 ○ 診療報酬の包括化対象の拡大

包括評価点数の設定方法について

(1) 通常の設定方法



(2) 悪性腫瘍の化学療法の短期入院などに係る設定方法



平成20年10月22日

中央社会保険医療協議会
会長 遠藤久夫 殿

中央社会保険医療協議会委員
藤原 淳
竹嶋 康弘
中川 俊男
西澤 寛俊
邊見 公雄
渡辺 三雄
山本 信夫

DPCに関する方向性について

平成15年3月28日の閣議決定において、「急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。」とされた。

これを踏まえ、DPC対象病院は拡大されてきた。

診療側として、DPCにおける包括評価に関し、出来高払いとの適切な組合せについて検討してきた結果、下記のとおり提案する。

記

1. 急性期病院に対する診療報酬上の評価は、DPC、出来高払いの二本の柱である。
2. 急性期病院に対するコストを適切に反映した診療報酬のあり方について、検討する。
3. DPC、出来高払いを採用する急性期病院それぞれについて、適切に評価していく。
4. DPC準備病院、DPC対象病院ともに、個々の医療機関が、一定のルールの下に、自主的にDPCを辞退することができるようにする。

以上

入院医療に係る関係審議会等における主な指摘について

- 安心と希望の医療確保ビジョン（平成 20 年 6 月） P 1
- 救急医療の今後のあり方に関する検討会 中間取りまとめ（平成 20 年 7 月） P 10
- 「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会 中間取りまとめ（平成 20 年 9 月） P 19
- 社会保障国民会議 最終報告（平成 20 年 11 月） P 21
- 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 中間まとめ（平成 20 年 11 月） P 30
- 安心と希望の介護ビジョン（平成 20 年 11 月） P 34
- 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（平成 21 年 3 月） P 40

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、これからも引きつぎ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で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量となっており、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

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、コメディカルの活用も含めたチーム医療の徹底、交際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、医師等が要請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を配慮しつつ、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、国が標準資格を定め許可しているが、

患者・家族にとって最善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・復帰支援

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

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できるよう、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、医療従事者とともに安全と安心・納得を生み出すという視点が重要である。

ア. 医師と看護師との協働の充実

「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し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、将来を見据え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、資質向上策の充実を図る。

イ. 医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実

摂食・嚥下機能等々人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、資質向上策の充実を図る。

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段階を維持しながら、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労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、地域が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。

薬時については、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適して患者・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。

14) 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限しても、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。これに応えるため、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つい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、そうした関心の普及を進める。

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えていくという「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。

IV. 会議の構成員及び会議の経過

◎ 構成員（敬称略）

- ・ 例選要一厚生労働大臣
- ・ 西川京子厚生労働副大臣
- ・ 松原健太郎厚生労働大臣政務官
- （アドバイザー）
- ・ 辻本好子（NPOささえあい医療人権センターCOML 理事長）
- ・ 野中博（野中病院院長）
- ・ 矢崎真雄（独立行政法人国立病院機構理事長）

◎ 会議の経過

	日付	議題・ヒアリング対象者（敬称略）
第1回	平成20年 1月7日	フリーディスカッション
第2回	1月29日	歴史的、文化的、倫理的な位置づけも踏まえた我が国の医療のあり方 ・ 尾崎正（WHO 西太平洋事務局長） ・ 新井浩（北里大学 総務部長）
第3回	2月20日	「ホームケアクリニック川越（在宅看護支援診療所）」視察
第4回	2月25日	ヒアリング（救急、産科、小児科、今後の医療ニーズ） ・ 藤江千鶴子（独立行政法人病院機構理事長） ・ 花田直樹（花田子どもクリニック院長） ・ 中川憲一（東大病院緩和ケア診療部長、放射線科准教授） ・ 山本保博（日本医科大学救急医学系主任教授）
第5回	3月19日	ヒアリング（産科医師、看護師、助産師） ・ 田上順次（東京医科大学歯学部部長） ・ 坂本すが（東京医歯薬大学医療保健学部看護学部長） ・ 徳内成子（聖路加看護大学看護学部長）
第6回	4月8日	ヒアリング（患者支援） ・ 小川克弘（青森県むつ総合病院院長） ・ 須古博信（熊本県済生会熊本病院院長） ・ 車道枝昌（医療法人北海道東洋医療センター 理事長）
第7回	4月21日	ヒアリング（調剤師） ・ 林昌洋（国家公務員共済組合連合会の門前院調剤部長） アドバイザーからのプレゼンテーション
第8回	5月14日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（骨子案）
第9回	5月30日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（骨子案）
第10回	6月18日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（とりまとめ）

9

救急医療の今後のあり方に関する検討会

中間取りまとめ

平成20年7月30日

目次

第1 はじめに

第2 救急医療の現状及び課題

1. 救急利用の増加・多様化等の救急医療に関するニーズの増大
2. 救急搬送の動向
3. 受入先となる救急医療機関
4. 救急医療を担う医師を取り巻く環境
5. 救急医療に係る公的財政支援

第3 検討事項

1. 救命救急センターに対する新しい評価について
2. 救命救急センターの整備のあり方について
3. 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備について
4. 特定の診療領域を専門とする医療機関の位置付けについて
5. 救急搬送における課題と円滑な受入れの推進について

第4 おわりに

参考資料

第1 はじめに

我が国の救急医療体制の本格的整備は、昭和39年度の救急病院・救急診療所の告示制度の創設に始まる。昭和52年度からは、初期、二次、三次の救急医療機関の段階的整備を開始するとともに、併せて救急医療情報センターの整備を始め、さらに、平成3年度には救急救命士制度を創設するなど、救急医療の体系的な整備を進めてきた。

さらに平成9年12月には、我が国における負傷かつ功率的な救急医療体制のあり方について「救急医療体制基本問題検討全報告書」が取りまとめられ、地域性に配慮しながら救急医療体制の確保を進めてきた。

しかしながら、昨今においても、救急搬送患者の受入れに時間を要した事案の報道が相次ぎ、社会的な問題となるなど、我が国の救急医療体制にはまだ多くの課題が残されていることもまた事実である。

人口の少子高齢化、猛吹から肺炎という疾病構造の変化、国民のニーズの多様化や医療に求める水準の上昇など、我が国の救急医療を取り巻く環境は大きく変化している。このようなかで、救急搬送件数の増大に代表される救急医療需要そのものが大幅に増加している状況にあり、これらに対応する救急医療提供体制の確保（救急医療に関わる医師の量的及び質的な確保、医療計画制度における救急医療の位置付けとそれに基づく医療機関間の連携の構築等）が喫緊の課題として求められている。

このため、厚生労働省では、「救急医療の今後のあり方に関する検討会」（以下「本検討会」という。）を平成19年12月に設置し、上記の課題等に関する検討を行うこととした。

本検討会では、当初、特に第三次救急医療機関（救命救急センター）の整備のあり方について焦点を当て検討を行うこととした。

この背景としては、以下の各点がある。

これまで概ね100万人に1か所を目標に整備を進めてきた救命救急センターが、当初の目標を大きく超えてもおお都市部を中心にその整備が進むなど、量的拡大が続いたこと

各施設の質的状況を確認するために、平成11年度より施設の充実度評価を行ってきたが、評価尺度の基礎についての各施設の対応が違ひ、すべての施設が最高段階の評価を得る状況が続いていること

これまで、救命救急センターの中でも、特に指趾切断、急性中毒、重症熱傷等の特殊疾患を受け入れる施設として高度救命救急センターの整備がなされてきたが、近年は通常の救命救急センターにおいても同程度の役割を果たす施設もあり、高度救命救急センターの位置付けが曖昧であるとの指摘があったこと

しかしながら、救命救急センターのあり方について議論を進めていく過程において、救命救急センターが十分な役割を果たすには第二次救急医療機関の充実が欠かせないとの意

見が多く出されたこと、救急搬送患者の救急医療機関への円滑な受入れには救命救急センターの充実のみでは対応が困難であるとの認識に至ったこと等により、救命救急センターに限らず、広く救急医療体制全般について議論することとした。

特に、第二次救急医療機関のあり方、救急搬送された患者が受入れに至らない理由等について議論を行った。

また、本中間取りまとめに当たっては、平成20年6月に、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、医療従事者をめぐる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していくという現場重視の方針に基づいて、厚生労働大臣の下に取りまとめられた「安心と希望の医療確保ビジョン」や、同年7月29日に、我が国の社会保障の現状に対して国民が抱く不安や不満に鑑み、早急に着手すべき「安心」につながる国民の目線に立ったきめ細かな方策として、政府全体で取りまとめた「社会保障の機能強化のための緊急対策～5つの安心プラン～」の内容との整合性も図った。

第2 救急医療の現状及び課題

1. 救急利用の増加・多様化等の救急医療に関するニーズの増大

高齢化の進展、住民の意識の変化等の社会情勢の変化により、救急利用が増加・多様化している。救急搬送人員を例にとると、この10年間で50%以上増加しており、特に、高齢者を中心とした軽症・中等症患者の増加が著しい。また、救急車や救急医療機関の不要・不急の利用により、真に緊急性の高い傷病者への対応に支障が生じているとの指摘もある。また、医療を受ける側の、救急医療への過大ともいえる要求が増大しているとの指摘もある。

2. 救急搬送の動向

従務省消防庁の調査によると、救急搬送において、受入先医療機関の決定までに時間を要する事案の発生が相次いでいる。こうした傾向は、特に大都市部において強い（*）。

* この点については、都道府県には受入先候補となる医療機関が多数存在しており、救急隊と病院の距離関係の中で最適な候補の絞りとりを行う中で、患者の病状に応じた適切な医療機関を選定していくことに時間・手間は必然的に要し、やむを得ない部分もあるとする意見がある。

第3 検討事項

1. 救命救急センターに対する新しい評価について

(1) これまでの評価について
救命救急センターの充実度評価については、平成11年度以降、それぞれの施設のレベルアップを目的に毎年度実施してきた。評価方法は、各施設から報告される前年の一年間の実績を点数化し、充実度段階A・B・Cとして3段階に区分するものであり、評価項目は、施設の救急専用電話の有無、空床の確保数、診療データの集計の有無、専任医師数といった施設の診療体制が中心である。

この評価結果は公表されるとともに、施設に対する運営費補助金や診療報酬の加算に反映されるため、高評価を得ようとする施設の取組が促進される仕組みになっている。

その結果、評価開始当初は評価の低い施設もあったものの、平成18年度及び19年度においては、すべての施設が最高段階の評価を得るに至り、一層の質の向上を図るためには充実度評価の方法を新たなものに改訂する必要があるとの指摘があり、この度、新しい充実度評価について議論を行うこととした。

(2) 新しい評価の基本的な考え方について

新たに充実度評価の評価項目等を定めるに当たっては、以下の基本的な考え方に基づくべきであるとした。

①求められる機能の明確化

救命救急センターに求められる機能を明確にする。具体的には、救命救急センターに求められる機能として、下記の各点を4本柱とすることが適切である。

- ・重症・重篤患者に係る診療機能
- ・地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能
- ・救急医療に関する教育機能
- ・災害医療への対応機能

②第三者の視点・検証が可能な評価

これまでの充実度評価においては実態と乖離した評価がなされている施設があるとの指摘がある。このことから、それぞれの施設からの報告に基づく評価を基本とするが、第三者の視点による評価項目も加える。また、報告内容についての検証が可能な項目を取り入れる。

③地域特性の勘案

評価項目によっては、施設の所在地の状況や周辺人口等の状況に応じて、求められる水

確を調査する。周辺人口が少ない地域であっても、最寄りの救命救急センターへの搬送に長時間を要する地域（地理的空白地域）であるために設置された救命救急センターについては、患者受入数や医師数等の評価項目で求められる水準を一段低く設定する。

また、上記に加えて、昨今の救急医療を担う病院勤務医の過酷な勤務状況の改善を促す項目も加える。

(3) 新しい充実度評価案について
上記の基本的な考え方に基づき、別途資料のとおり、新たな充実度評価案を作成した。新たな項目として、医療従事者の労働環境改善に係る項目については、「医師事務作業補助者の有無」、「転院・転棟の調整員の配置」、「医師の負担軽減の体制」、「休日及び夜間勤務の適正化」を加えることとし、この中で交代勤務制についてより重点的に評価することとした。また、第三者の視点・検証が可能な評価に係る項目については、「都道府県・地域メデイカルコントロール協議会への関与、救急患者受入コーディネーターへの参画」、「救急医療情報システムへの関与」（都道府県による評価）、「ウツタイン様式調査への協力状況」（消防機関による評価）を加えた。

これらの評価結果については、今後、できる限り詳細な情報を公表していくことが、救命救急センターの機能、質の向上のための取組等について国民の理解を深めるために重要である。

(4) 今後の課題について
これまでの充実度評価においては実績と乖離した評価がなされている施設があるとの指摘があったことは既に述べたが、充実度評価の評価自体の質の確保のためにも、評価が実績と乖離していないか、都道府県等が中心となって検証する体制を構築する必要がある。また、充実度評価を実施する目的は、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、もって全国の救急医療体制の強化を図ることである。充実度評価は救命救急センターに対する補助制度とも連動しているが、例えば、評価上課題が指摘された救命救急センターについても適切に運営改善が図られるよう配慮すべきである。

今回、新たな充実度評価への変更により、その対応のために個々の施設において一定の負担が生じることも想定されることから、議論の過程においては、評価方法の変更によって、現増で勤務する医師に更なる負担をかける結果になることを懸念する意見があった。今回の変更は日常の業務に追われている救命救急センターの勤務医個人に更なる負担をかけることが目的ではなく、救命救急センターが設置されている病院、あるいは地域に対して救命救急センターの機能の強化・質の向上への一層の取組を促すためのものであることを、病院、地方自治体及び国は十分に認識し、それぞれの責任を果たす必要がある。

かかっている可能性がある。

- ・地域に複数の救命救急センターが整備されている地域においても、それらの機能が類似しており、医療資源が薄く広く配置されている状況である。このため、重症外傷や重症直後の急性循環器疾患のように、来院直後より適切な対応が求められる疾患に対して、十分な診療体制が確保できていない。
- ・救急医療を担う病院勤務医に過度の負担がかかっていること一因として救急医療に携わる医師の確保が困難な状況にある。
- ・合併症のある高齢の患者の割合が増え、治療期間が長期化している。
- ・急性期を乗り越えたものの、いわゆる植物状態等の重度な後遺症等により同一医療機関内の一般病棟への転床や他院への転院、自宅への退院が円滑に進まないなど、いわゆる救命救急センターの「出口の問題」がある。

(4) 今後の整備の進め方
(ア) 既に一定の整備がなされている地域
○新たに救命救急センターを位置付ける場合の考え方
救命救急センターの整備がある程度進んでいる地域において、新たに救命救急センターを整備することは、同一地域に複数の救命救急センターが分散して整備されることになり、結果的に、貴重な医療資源が分散し薄く配置されるおそれがある。

このため、救急医療に携わる医師の不足、医師の過剰な労働負担の改善が強く求められている昨今、医師の効率的な配置という観点からみると、一地域に多数の救命救急センターが存在することは必ずしも適切とは言えず、新たに救命救急センターを増やすより、まずは既存の救命救急センターに医師等を集約する等の対応をすべきとの指摘があった。

しかし、施設の設置主体が自治体や医療法人等と異なる中で、既存の施設に医師等の医療資源を短期間に集約することは現実的には困難な状況もある。

一方で、診療実績において既存の救命救急センターに匹敵するような役割を果たしている医療機関について、既に当該地域に救命救急センターが整備されていることを理由に、新たな救命救急センターとして認めないということも必ずしも適切ではなく、近隣に救命救急センターが設置されているか否かにかかわらず、一定の外形的な設備的・人的基準を満たした体制を確保し、同時に実績も伴っている施設は、新たに救命救急センターとして位置付けるべきという指摘があった。

以上を踏まえると、当面は、実績として既存の救命救急センターと同等の役割を果たしており、地域において必要性が認められている施設については、救命救急センターとして位置付けていくことが適当ではないかと考えられる。その場合、前述した新しい充実度評価案を用いて、施設ごとに体制や実績を体系的に評価することが重要である。

○同一医療圏に複数の救命救急センターが整備されている場合の役割分担

また、評価の客観性を高めるために、重症度を加味した生存率等を評価指標に盛り込むことが重要であるとの意見があった。

2. 救命救急センターの整備のあり方について
(1) これまでの整備の進捗と量的状況
救命救急センターは当初、概ね100万人に1か所を目標に整備がなされてきたところである。平成19年度においても新たに8施設の整備がなされ、現在、全国に200か所を超えるなど、量的には確実に増加しており、人口当たりの数としては当初の目標を大きく上回るに至っている。特に近年は、大都市の一部において、隣接して複数の救命救急センターが整備されている状況である。

その一方で、地理的空白地域も多数残されているため、これらの地理的空白地域を埋めることを念頭に、平成16年度から規模の小さい（20床未満）救命救急センターについて新型救命救急センターとして整備を開始し、一定の成果を上げているが、依然として地理的空白地域は多数残されている状況にある。

(2) 質的な状況について
個々の救命救急センターの質的な面をみると、前述の救命救急センターの充実度評価の項で述べたように、個々の救命救急センターの質は確実に向上してきたところであるが、次の点が指摘されている。

- ・救命救急センターが医療を行う際には、小児科、精神科、整形外科等の様々な診療科の関わりが重要であることについて、救命救急センターを設置する医療機関の理解が十分でない。
- ・精神科救急、小児救急、周産期等の専門分野別に整備されつつある救急医療体制との連携が不十分である。
- ・重症外傷治療においては、防犯死が発生しているほか、救命後の四肢の運動機能等の、機能予後の改善への取組が不十分である。
- ・脳卒中や心筋梗塞など、急性循環器疾患等における治療やリハビリテーションの体制が十分でない。

(3) 救命救急センターを取り巻く状況について
救命救急センターを取り巻く状況としては、次の点が指摘されている。

- ・救急搬送患者数の増大を中心とする救急医療に関するニーズ増大に比して、地域の第二次救急医療機関の受入体制の充実が追いつかず、本来は第二次救急医療機関で対応可能な患者が救命救急センターに搬送されることにより、救命救急センターに過度の負担がある。

同一医療圏に複数の救命救急センターが整備されている地域においては、それぞれの施設が重症直後患者を疾病の種類によらず24時間365日受け入れ、適切な診療を行うといった救命救急センターとしての役割を前提とした上で、例えば循環器疾患、外傷、小児疾患という疾患ごとに大まかな役割分担を決め対応することも考えられる。

(イ) 最寄りの救命救急センターまでに長時間の搬送を要する地域（地理的空白地域）における救命救急センターの整備についての考え方
救急医療、特に、急性循環器疾患、重症外傷等においては、アクセス時間（施設から医療機関で診療を受けるまでの時間）の長短が、患者の予後を左右する重要な因子の一つである。

従って、救命救急センターの整備に当たっては、どこで患者が発生したとしても一定の時間内に適切な医療機関に到着し、適切な診療を受けることができる体制を確保する必要がある。

なお、アクセス時間は、単に医療機関までの搬送時間ではなく、発症から適切な医療機関で適切な治療が開始されるまでの時間として捉えるべきである。

このため、引き続き、地理的空白地域への救命救急センターの設置は必要と考えられるが、その際、GIS（地理情報システム）等の結果を参考に、救命救急センターが整備された場合に一定の時間以内に到着できる人口の増加が最も見込まれる地域を優先することが望まれる。

他方、現在においてもなお地理的空白地域として残っている地域は、周辺人口や重症患者の発生数からすると、新たに救命救急センターを整備することが困難な地域が多いことから、むしろドクターヘリコプターや消防防災ヘリコプター等による救急搬送や119の活用によって、一定の時間内に適切な医療機関に到着し、適切な診療を受けることができる体制を整備することも考えるべきである。

3. 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備について
(1) これまでの整備の進捗
第二次救急医療機関とは、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものであり、都道府県が作成する医療計画に基づき整備を進めるものである。厚生労働省においては、昭和52年度以来、初期、二次、三次といった階層的救急医療体制の整備を進めるとともに、第二次救急医療機関の整備の一環として、病院群輪番制病院や共同利用型病院（※）への補助を行ってきた。

※ 病院群輪番制病院・・・医師の輪番制で、日中の重症の病状が、自治体により、休日及び夜間における24時間体制の確保を図るもの。

大別利用型病院 ・・・ 医療圏単位で、風気となる病院がその施設の一部を開放し、地域の医師の出席による協力を得、休日及び夜間における診療体制の確保を図るもの。

そのための手配については国と都道府県が協働を行ってきたが、例えば、病院評価報告制度実施事業については、平成17年度に一般財団化される等、その多くは地方自治体の負担による事業の実施が可能になっている。

厚生労働省が都道府県を通じて実施している「救急医療対策事業の現況調査」に基づき、補助対象となっていた医療機関を中心に第二次救急医療機関の状況を分析すると、

- ・第二次救急医療機関の体制や活動の状況は、都道府県ごとに様々である。
- ・同一都道府県内においても、状況は様々であり、年間数千台の救急車を受け入れる施設からはほとんど受け入れていない施設まである。
- ・体制や活動が乏しい第二次救急医療機関が比較的多くを占め、例えば、夜間・休日においては医師が1名～2名体制である医療機関が7割を占める。
- ・受け入れている患者については、第二次救急医療機関であっても、その多くが入院を必要としない外来診療のみの患者である。

という状況であった。

従って、第二次救急医療機関を一部の病院に拠点化することも救急医療体制を確保する一つの方策ではあるが、地方自治体において様々な創意工夫や地域の実情に応じた取組によって、円滑に事業が実施されている場合においては、第二次救急医療機関の拠点化を含め、全国一律的な体制を求めるべきではなく、むしろ国は、そうした地域の実情に応じた取組を支援すべきである。

今後は、地域の現状を的確に把握するため、補助の対象かどうかを問わず、都道府県の医療計画において第二次救急医療機関と位置付けられたすべての医療機関を対象として、救急患者の受入れ状況や医師の勤務体制等も含めた診療体制や活動実績に関する調査を実施する必要がある。

(2) 今後の整備について

第二次救急医療機関の今後の整備については、「初期救急医療機関と第二次救急医療機関を一体として整備すべきである」、「広い分野に対応できる第二次救急医療機関の整備が必要である」、「当直体制ではなく交代勤務制が可能な環境を整備すべきである」、「一定の枠組みを設けた活動実績のある病院を支援すべきである」等の指摘があった。

また、第二次救急医療機関からヒアリングを行った際には、「医療従事者の確保が困難である」、「地方自治体からの補助金が削減される動きがある」、「未収金の負担が大きいの」、「医師訴訟リスクが増大している」等の発言があった。

これらを踏まえると、引き続き、地域における救急医療機関の連携を推進しつつ、第二次救急医療機関の機能の充実を図るべきであると考えられる。加えて、一定の診療体制や活動実績のある第二次救急医療機関については、その評価に応じた支援を検討すべきである。

また、今後は、病状に応じて適切な医療を提供できる受入先医療機関・診療科に患者を振り分ける等の調整（番附増強）を行うシステムを整備するとともに、地域の実情に精通した救急医等を救急患者受入コーディネーターとして配置することを推進すべきであり、併せて、こういった役割を担う救急医等の育成を図っていく必要がある。加えて、小児救急電話相談事業（#8000）について、全国の都道府県が共同で利用できる拠点作りや高齢者を含む成人へ対象を広げるなど、関係省庁が連携しつつ、両者並重を検討することも必要である。

(2) 「出口の問題」について

かねてから、救急医療機関に搬送された患者が、急性期を乗り越えた後も、救急医療用の病床からの転床・転院が滞り、結果的に救急医療用の病床を長期使用することによって、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になるという、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されてきた。

総務省消防庁は、医療機関の受入態勢回数が多数に及ぶ事業に關し、平成19年度に救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査を行った。

これによると、救急搬送において受入れに至らなかった理由として、「施設設備」、「ベッド調度」、「手術中・患者対応中」、「専門外」、「医師不在」等が挙げられた。特に、救命救急センター等（※）においては、「ベッド調度」が第1の理由として挙げられている。

※ 本調査において、「救命救急センター等」とは、救命救急センター、地域で救命救急センターに併設して取り扱われる施設（大学病院救急部など）をいう。

救急医療機関での受入れを確実なものとするため、急性期を脱した患者を受け入れる病床を確保する観点から、入院している患者の退院、同一医療圏内での転床、他の病院等への転院の促進など、救急医療機関の「出口」を確保することが必要である。

本検討会において、救急医療機関と、転院を受け入れる病院の双方からヒアリングを行った際には、急性期を乗り越えたものの救急医療用の病床から移動できない具体的な例として、いわゆる植物状態等の重症の意識障害がある患者や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である患者、さらには人工呼吸管理が必要である患者、院内感染の原因となる細菌の保菌者等が挙げられた。

また、身寄りがいない患者や独居の患者、未収金の発生可能性がある患者等については、転床・転院が困難であるとの指摘があった。さらに、患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離や、転床・転院しても家族の経済的負担が軽減されないことも、転床・転院を妨げる大きな要因になるとの指摘があった。一方、転院先の医療機関においても、救急医療機関からの転院を受け入れられない理由の多くは、当該医療機関も満床で、救急医療機関と同様の「出口の問題」であるとの指摘があった。救急医療機関の「出口の問題」だけでなく、さらに転院先の「出口の問題」といった玉突き型の問題もあることから、医療・介護システム全体の問題とも考えられる。

る。

また、第二次救急医療機関に対する支援に加え、地域において夜間・休日の救急医療を担う医師に対する財政的な支援についても検討すべきである。

4. 特定の診療領域を専門とする医療機関の位置付けについて

本検討会においては、当初、脳卒中や心臓病など急性循環器疾患、小児疾患等の特定の診療領域を専門とする医療機関が救急医療に果たす役割やその効果的な活用に必要な体制等についても議論を進める予定としていた。しかしながら、救急搬送患者の受入先医療機関の選定に時間を要した事例の報道が相次ぎ、また総務省消防庁の調査でも、受入先医療機関の選定が円滑に進んでいない状況が明らかになったため、特定の診療領域に対して高い診療能力を有する医療機関に関する議論よりも、幅広い患者に対応できる受入先医療機関の体制を整備するという観点から第三次救急医療機関、第二次救急医療機関のあり方についての議論を優先することとなった。今後、改めて特定の診療領域を専門とする医療機関のあり方や、特定の領域に焦点を当てた救急医療体制の整備について、議論を進める必要がある。

5. 救急搬送における課題と円滑な受入れの推進について

(1) 医療機関と消防機関の連携

いままでもなく、医療機関が救急搬送患者を円滑に受け入れるためには、医療機関と消防機関との連携が欠かせない。二次医療圏内の連携は、日常的に医療機関と消防機関が情報を交換することにより得られるが、広域搬送に關する連携のためには都道府県単位の救急医療情報システムの活用が必要となる。本検討会においても、例えば、救急医療機関の診療情報が的確に消防機関に伝わる体制を構築するための救急医療情報システムについて、医療機関の診療情報が適切に更新されていない等の理由により、必ずしも有効に活用されていないとの指摘があった。これについては、前述の救命救急センターの新しい評価において、情報の更新状況等を新たに項目として加える等の対応や、救急医療情報システムによる医療機関の診療情報を地域の救急医療機関同士でリアルタイムに共有できる体制や消防機関からも情報入力できる体制についても考えるべきである。

この他にも、今後、第二次救急医療機関も含め、救急医療情報システムへの地域の救急医療機関の入り込み状況等についてメディカルコントロール協議会等で検証を進める必要がある。この点については、本検討会と同時期に総務省消防庁において開催された救急救急高医療化推進検討会においても指摘されたところである。

また、大学病院等の高度専門医療を担う医療機関については、各々の専門性や診療科間の連携の不足が院内転床を困難にしている要因の一つではないかと考えられる。

患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離については、救急医療用の病床からの転床・転院についての国民的理解を形成していくことが重要であり、社会全体で理解を深められるような取組を進めていく必要がある。さらに、円滑な転床・転院の促進や、施設内、施設間の連携の構築を図るための専任者を配置する等の救急医療機関自身の取組と、急性期を乗り越えた患者が円滑に救急医療用の病床から転床・転院できる地域の体制の確保が必要不可欠であり、医療界と協力しつつ、国や都道府県が支援を行うことが重要であると考えられる。

(3) 円滑な受入れ推進に向けた対応

今後は、上述の対策に加えて、次のような方策を推進することが重要であると考えられる。

- ・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を共有するための地域の取組を支援する。
- ・来院する多数の救急患者に対して、効果的・効率的に医療を提供するため、院内でのトリアージを適切に行い得る医療従事者の育成とその配置を推進する。
- ・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る。
- ・地域全体の医療機関に關する救急医療情報について、情報を一元化するとともに、消防機関との共有を進める。
- ・救急医療機関の情報を住民に対して開示し、救急医療の体制や転床・転院について国民の理解を求める。
- ・家庭等での緊急時の対応方法に關する普及啓発を図る。

(4) いわゆるER型救急医療機関の課題について

救命救急センターを設置する医療機関等において、ER型救急医療機関と称される施設がある。その状況を概観してみると、

- ・軽症から重症まで、疾患、年齢、搬送手段を問わず、救急室（ER）を受診するすべての救急患者を受け入れる。
- ・その救急患者すべてにER型救急医と呼ばれる医師が救急初期診療を行い、入院治療や手術が必要な患者を母体病院の該当診療科に振り分ける。
- ・その医師は入院診療や手術等を行わない体制を確保している。

というものであるが、ER型救急医療機関といってもその実態は様々であり、すべての施設が上述の体制を確保しているわけではない。

また、各診療科の医師が当直医として労働を提供することにより維持されてきた時間外

外来業務を、現時点でも不足しているER型救急医と呼ばれる医師のみに委ねることは不可能であり、無理に行えば重症患者の治療を担う医師の不足を招くおそれがある。

既に、我が国においてER型救急医療機関を普及させた場合、地域医療機関の状況に応じて、救命救急センターではないが活発に救急医療を担っている第二次救急医療機関や、救命救急センターを設置する医療機関のうち、ER型救急医療機関に関心をもつ施設が、徐々にER型救急医療機関へ移行することを促すといった対応が考えられるが、いずれにしても、厚生労働省として、一部地域（救急医療圏）での執行事業を実施する等の前に、まずは以下の点等について正確な実態把握を行う必要がある。その上で、その必要性等を検討することが妥当である。

- ・ER型救急医と呼ばれる医師の負担
- ・救急搬送患者の受け入れ
- ・診療待ち時間
- ・専門診療科との連携
- ・入院担当科との連携

「救急医療の今後のあり方に関する検討会」

<メンバー>

- | | |
|-------|--------------------------------------|
| 石井 正三 | 日本医師会常任理事 |
| 泉 陽子 | 茨城県保健福祉部長 <small>2011.3.10</small> |
| 染谷 憲 | 茨城県保健福祉部次長 <small>2014.11.10</small> |
| 坂本 哲也 | 帝京大学医学部救命救急センター教授 |
| 篠崎 英夫 | 国立保健医療科学院長 |
| 島崎 修次 | (財)日本救急医療財団理事 / 杏林大学救急医学教授 |
| 豊田 一剛 | 国立循環器病センター 内科脳血管部門 医長 |
| 野々木 宏 | 国立循環器病センター 心臓血管内科 部長 |
| 藤村 正哲 | 大阪府立母子保健総合医療センター 総長 |
| 前川 剛志 | 山口大学医学部長 |
| 松下 隆 | 帝京大学医学部整形外科主任教授 |
| 山本 保博 | 東京臨海病院長 |

<オブザーバー>

- | | |
|-------|---------------------------------------|
| 荒木 裕人 | 総務省消防庁救急企画室 <small>2011.10.10</small> |
| 溝口 達弘 | 総務省消防庁救急企画室 <small>2014.11.14</small> |

第4 おわりに

本検討会において、救命救急センターの新しい評価方法、救命救急センターの整備のあり方については、一応の議論を終えた。一方、ER型救急医療機関、第二次救急医療機関については議論を行ったが、方向性を十分に示すところまでには至らなかった。特発の診療領域を専門とする医療機関や高度救命救急センターのあり方についても重要な課題であり、引き続き、議論を行っていく必要がある。また、平成3年度に発足した救命救急士制度についても、すでに20年近くが経過し制度が定着してきたが、今後は、メディカルコントロール協議会の位置付けや、救命救急士の一層の活用方法についても検討すべきである。

この他にも、課題としては取り上げなかったものの、本検討会の中で、度々、患者・家族等地域住民と医療従事者の双方における「救急医療の公共性に関する認識の必要性」について発言があった。

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・家族など、地域住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こと。特に救急医療に限られた医療資源を有効に活用する必要性が高いこと等を広く社会が認識する必要がある。「安心と希望の医療確保ビジョン」において述べられているとおり、重症患者による夜間の救急外来利用や、不適切な救急車の利用により、救急医療機関の負担を不必要に増加させ、真に必要な場合に救急医療を受けられないことがないようにしなければならない。このため、地域の各医療機関の機能や専門性について地域住民に適切に情報提供を行うとともに、適切な受診行動等についての積極的な普及・啓発を行うことが求められる。また患者・家族等が、特に救急医療にはリスタや不確実性が伴うことを認識した上で、併発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であり、そのための支援が重要である。

人口構成の高齢化、救急搬送患者の急増、医療の質等に対する国民の期待の高まりなど、救急医療を巡る環境は大きく変化している。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ができない、国民生活の基盤を支える営みであり、とりわけ救急医療は、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基盤をなすものである。本検討会においては、引き続き、救急医療体制を取り巻く状況の変化に対応した、あるべき救急医療体制の構築に向けた議論を行っていく必要がある。

これまでの検討の経緯

(第1回の議論)

準備会の概要について
今後の救命救急センターの整備について
高度救命救急センターのあり方について
救命救急センターの評価のあり方について

(第2回の議論)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて
・有賀参考人からの説明
・坂本委員からの説明
今後の救命救急センターの整備について
高度救命救急センターのあり方について

(第3回の議論)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて
今後の救命救急センターの整備について
高度救命救急センターのあり方について

(第4回の議論)

今後の救命救急センターの整備について
・救急医療機関の出口の問題について
第二次救急医療機関について
・第二次救急医療機関の状況について
・ER型救急医療機関について

(第5回の議論)

これまでの議論について
救急搬送において受け入れに至らなかった理由について（出口の問題など）
第二次救急医療機関のあり方について
中間取りまとめの骨子（案）について

(第6回及び第7回の議論)

中間取りまとめ（案）について

「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

1

○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、患者の立場に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ア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。

3

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を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な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。

2

○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に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。

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	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) セイ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

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議した。

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
社会が相互扶助の仕組み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。

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・介護などに關する一連の「社会保障制度改革」により、社会保障制度と経済財政との整合性、制度の持続可能性が高まった。

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、「必要なサービスを確保し、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關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・連携によって支えられている。社会的な連帯・助け合いの仕組み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、簡潔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・助け合いの仕組みに参加し、共に支え合っていくことが重要である。

社会保障方式の修正案、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。

建設的な制度改革議論を行うためには、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關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
 - ・確率的不払者(多くは中高齢所得者)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、強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

我が国の病弱は、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協働・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いちいち切って効率化し、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

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必要がある。

⑥ 給付と負担の透明化を通じた制衡に対する信頼、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關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念の明確化

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・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けでも、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となるが、現状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、現行社会保障方式、現行

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、基本資格のあり方にかかわるべき検討が必要である。

⑤ 医療・介護に關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に実施。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」の解決を通じて「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)宣言」、「仕事と生活の調和の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みして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、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源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視

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(制度抜本的な改革)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面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、本来の機能を十分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 適用面での改善

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、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、セー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い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

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見える。

- 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、現在の財務構成を前提に、2025年における必要財源の増減も試算した。

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(現状推計シナリオで一般病床133万床となる場合、急性期・重症期・回復期/ペリ病床等に機能分化し、急性期67万床、重症急性期等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43万人目の増)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、

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者等について、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い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、制度抜本的な視点に立って、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 工程数と不断の施策改善の仕組み

中長期と短期的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、早急に進捗すべきである。

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みを制度に組み込むべきである。

② 能力開発政策体制の強化

職業能力開発政策は、教育、雇用保険を活用した職業訓練もともより、生活保護との連携をさらに強化する必要が大きい。また、地域ごとに異なる産業・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がある。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・有機的に連動させつつきめ細かに実施運用できる体制を確立すべきである。

職業能力開発政策は、教育、雇用保険を活用した職業訓練もともより、生活保護との連携をさらに強化する必要が大きい。また、地域ごとに異なる産業・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がある。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・有機的に連動させつ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 職業生活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活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 若年層能力開発対策による社会保障の基盤強化

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

- ・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、医療・介護費用は現状の41兆円(対GDP比7.9%)が、現状推計シナリオで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、現状推計シナリオで対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、現状推計シナリオで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「待たない」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「三者択一構造」の解決を「希望と現実の乖離」の解消を目指す。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他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」に際して、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みとすることが重要であり、良質なサービスをきちんと選ぶ

仕組とする必要がある。また、育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は、制度面・予算面とも拡充が必要。

身近な影響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。

縦割り行政を直し、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、社会的養育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化した上で、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費額は、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、15兆円～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、社会的養育など特別な支援を必要とする子どもに対するサービスの充実が必要

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。

少子化対策が「未来への投資」として、国、地方公共団体、事業者、国民が、それぞれの役割にこぎ、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確保について、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、現行社会保障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、建設的な制度改革議論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課題であるが、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)が昔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的な理念である「全ての国民の老後の所得保障」が十分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、費用が今後急遽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課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」が不可欠である旨を指摘した。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・非効率的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、大胆な仮定を以て試算を行った。

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規模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現していくに際しては、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、基礎年金制度負担を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障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、基礎年金については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年度段階で、現行と比較して対GDP比で+15～17%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關する給付・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すことなく、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するために、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 ～

いままでも、社会保障に關し、国民が制度の哲学や理念、具体的な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。

今般の社会保障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欠であり、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。

そのためには、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必要がある。

社会保障国民会議は、10ヶ月にわたり、現場の声、地域の声が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課題点を指摘しつつ、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議について、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る、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。

精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進に向けて
「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（中間まとめ）」

平成20年11月20日
今後の精神保健医療福祉の
あり方等に関する検討会

本検討会においては、平成16年9月に策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下「ビジョン」という。）における「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方針を更に推し進めるとして、共通認識の下、精神保健医療福祉施策に関する抜本的見直しのためのビジョンの後期5か年（平成21年9月以降）の重点施策群の策定に向けて、本年4月より検討を開始し、9月には、これまでの議論を踏まえ、「これまでの議論の整理と今後の検討の方向性【論点整理】」において論点の取りまとめを行った。

本検討会においては、この論点に基づき、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援に関連する事項について、9月以降引き続き検討を進めてきたところであるが、これまでの議論を踏まえ、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援に関し、障害者自立支援法の見直し等に向けた本検討会としての意見を以下のとおり取りまとめた。

I 基本的な考え方

障害者自立支援法の見直し等に当たり、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援については、精神障害者の特性を十分に踏まえて、以下を基本的な考え方とすべきである。

なお、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援に当たっては、病院等から地域生活への移行を目指す者だけでなく、家族と同居している者への支援についても推進すべきである。

- ① 障害者自立支援法に基づくものをはじめとする相談支援については、日常の継続的な支援や緊急時の支援を通じて、精神障害者が安心して地域生活を営むことを支えるとともに、地域生活を営む精神障害者に対する様々な支援を結び付け円滑に利用できるような重要な機能であり、その充実強化を今後の施策の中核として位置付ける。

- ② 地域における相談支援が十分に機能するためにも、多様な支援を必要とする精神障害者に対してケアマネジメントを行う機能の充実を図る。
あわせて、相談支援の中核を担うべき地域自立支援協議会についてもその機能の充実を図る。その際、地域自立支援協議会への当事者の参画を促進する。

- ③ 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援については、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスと保健医療サービスとの密接な連携の下で行われることが不可欠であり、これらのサービスの複合的な提供を含めてその体制の一層の充実を図る。
また、住まいの場については、精神障害者が地域生活を営むに当たり最も重要な基盤の一つであることを踏まえ、国及び地方公共団体は、その確保のために重点的な取組を行う。

II 個別に対応すべき事項

以下の個別の事項のそれぞれについて、障害者自立支援法、精神保健福祉法の改正等の制度的な見直し、障害福祉サービスの報酬における評価の見直し、関係予算の確保等により、施策の具体化を図るとともに、国・地方公共団体が一体となってその推進に当たるべきである。

1. 相談支援について

- (1) 地域生活の拡充のための相談支援について

（相談支援体制の充実強化）

- 精神障害者が病院等から地域生活に移行し、安心して地域生活を営んでいけるよう、総合的な相談を行う拠点的な機関の設置等、地域における総合的な相談支援体制を充実すべき。
- 精神障害者地域移行支援特別対策事業において行われている、病院からの退院等に向けた地域生活の準備のための同行等の支援に加え、居住サポート事業が担っている民間住宅等への入居時の支援や緊急時に対応できる地域生活における24時間の支援等について、全国のどの地域においても実施されるよう、個々の支援を評価する仕組みに改めるなど、充実を図るべき。

(ケアマネジメント機能の拡充)

- 精神障害者に対する、医療サービスも含めた総合的なケアマネジメント機能を充実する観点から、サービス利用計画作成費について、病院等から地域生活への移行や地域での自立した生活を営むことを目指す者を含め、その対象者を拡大するなど、充実を図るべき。
- 精神障害者本人による自己選択、自己決定を尊重しつつ、個々の精神障害者の状況に応じたケアマネジメントが促進されるよう、サービス利用計画の作成手続について、現在支給決定後に作成することとなっている取扱いを見直すとともに、作成後においても、継続的にモニタリングを実施する仕組みとすべき。

(自立支援協議会の活性化)

- 精神障害者に対する相談支援を効果的に実施するためには、地域において精神障害者を支える医療や福祉をはじめとする関係者の有機的な連携を構築することが不可欠である。
このため、相談支援体制において中核的役割を担う自立支援協議会について、その設置を促進し運営の活性化を図っていく観点から、その機能の充実を図るとともに、その機能も含めて法律上の位置付けを明確化すべき。その際、自立支援協議会への当事者の参画を促進すべき。

(相談支援の質の向上)

- 研修事業の充実等を通じて、相談支援専門員をはじめ相談支援を担う人材の養成とその資質の向上を図るべき。
- 精神障害者やその家族の視点や経験・体験を重視した支援を充実する観点から、地域における精神障害者又は家族同士のピアサポートについて、その推進策を講ずるべき。

(2) 相談体制における行政機関の役割について

- 精神障害者やその家族等からの様々な相談に対し、身近な地域において、より適切に対応できる体制を確保するため、精神保健に関する相談への対応や、医療に関する相談や複雑困難なケースへの対応も含めて、市町村、保健所、精神保健福祉センターが、適切な役割分担と密接な連携の下で、精神保健福祉に関する相談に応じ、適切な支援を行えるよう、その体制の具体化を図るべき。

(2) 生活支援等障害福祉サービス等の充実について

(訪問による生活支援の充実等)

- 地域における精神障害者への継続的な生活支援を確保する観点から、訪問による生活訓練の評価の充実を含め、訪問による生活支援の充実を図るべき。
また、こうした訪問による生活支援を行う機能と訪問診療、精神科訪問看護等の訪問による医療を提供する機能との連携によるものも含めて、精神症状が持続的に不安定な患者をはじめとする地域生活を営む精神障害者に対する複合的なサービス提供のあり方については、引き続き検討を進める。

(ショートステイ（短期入所）の充実)

- 精神障害者が地域生活を継続して営む上で、入院予防的に、又は、一時的な休息を取るために利用するショートステイ（短期入所）が、地域において確保されることが重要である。
このため、ショートステイについて、精神障害者本人による利用の拡大を図るとともに、単独型のショートステイを含め、その評価の充実を図るべき。

(就労支援等)

- 就労系の障害福祉サービスについて、精神障害者の特性も踏まえつつ、その機能の充実を図るとともに、雇施策との連携を強化すべき。また、就労系の障害福祉サービスが現在果たしている機能を踏まえ、そのあり方について引き続き検討すべき。
- 障害者就業・生活支援センターについて、就労面の支援とあわせて生活面の支援を提供する機能の重要性に鑑み、精神障害者による利用が促進されるよう、その質の向上を図りつつすべての圏域での設置に向けて整備を進めるとともに、就労移行支援事業所や医療機関をはじめとする精神障害者の地域生活を支える関係機関との連携を強化すべき。
- 今後も、精神障害者の特性に応じたきめ細やかな支援が実施されるよう、社会適応訓練事業の果たしている機能について、障害者施策全体の中でその位置付けを明確にし、都道府県等への支援を図るべき。
- 雇用支援についても、精神障害者の雇用義務化の環境が早急に整うよう、精神障害者の特性に応じ、予算措置等による雇用支援の一層の推進、充実について、引き続き検討すべき。

(3) 精神保健福祉士の養成のあり方等の見直しについて

- 「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」における検討結果を踏まえ、精神障害者の地域生活の支援を担うという役割の明確化、保健福祉系大学等における養成課程の水準の確保や精神科病院等の精神科医療機関での実習の必須化、資格取得後の資質向上の責務の明確化をはじめ、制度上の対応を図るべき。
また、質の高い精神保健福祉士の養成のためのカリキュラムの見直しについて引き続き検討すべき。

2. 地域生活を支える福祉サービス等の充実について

(1) 住まいの場の確保について

(グループホーム・ケアホームの整備促進・サービスの質の向上)

- グループホーム・ケアホームについて、整備費の助成制度や公営住宅の活用等を通じて、更に整備を促進すべき。
その際、地方公共団体は、障害福祉計画等に基づく計画的な整備を行うとともに、整備実現に向けた地域住民との調整を含め、自ら積極的に整備を促進すべき。
また、夜間の安全・安心を確保するための必要な人員体制の確保、支援内容の向上等、質の面でも充実を図るべき。

(公営住宅への入居促進)

- 優先枠設定等による優先入居の一層の普及、民間住宅の借上げによる公営住宅の供給の促進、先進事例の調査研究やその成果の普及等を通じて精神障害者の公営住宅への入居促進を図るべき。

(公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進)

- 地方公共団体の住宅部局及び福祉部局並びにグループホーム事業者の具体的な連携方を示したマニュアルの作成・普及、改良工事費への助成の充実等により、公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用を更に促進すべき。

(民間賃貸住宅への入居促進)

- 「あんしん賃貸支援事業」の更なる普及や公的家賃債務保証制度の拡充・普及等により、民間賃貸住宅への入居を更に促進すべき。

(家族に対する支援)

- 精神障害者本人だけではなくその家族を支えるとともに、本人と家族との自立した関係を構築することを促すという観点も踏まえ、上記の施策を進めるなど、効果的な家族支援を一層推進すべき。

3. 精神科救急医療の充実・精神保健指定医の確保について

(1) 精神科救急医療の充実について

- 地域の実情を踏まえつつどの地域でも適切な精神科医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による精神科救急医療体制の確保やモニタリングの実施等について、制度上位置付けるべき。
- 精神科救急医療と一般救急医療の双方を必要とする患者に対する適切な医療の提供を確保する観点から、精神科救急医療と一般救急医療との連携についても制度上位置付けるべき。

(2) 精神保健指定医の確保について

- 都道府県等が、措置診察等を行う精神保健指定医の確保について積極的に実施している先例を参考に、医療機関及び指定医への協力依頼や、輪番制等の体制整備に努めるよう促すべき。
- 精神保健指定医について、措置診察等の公務員としての業務や精神科救急医療等の都道府県における精神医療体制の確保に協力すべきことを法律上規定すべき。
- また、失念等により精神保健指定医資格の更新期限を超えた場合については、例えば、運転免許と同様に、再取得の際に一定の配慮を行うよう、制度上対応すべき。
- なお、措置診察に全国一律に輪番制を導入することや、措置診察等の業務への参画を精神保健指定医の資格更新の要件とすることについては、上記の確保策の効果を検証した上で、その適否を含め将来的に検討することとする。

4. 入院中から退院までの支援等の充実について

- 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援等の施策の推進体制について制度上位置付けるべき。
その際、精神保健医療福祉に従事する者について、相互に連携・協力を図り、精神障害者の地域生活への移行や地域生活の支援に取り組む責務を明確化すべき。
- 病院等から地域生活への移行を目指す精神障害者に対する個別支援の充実強化とともに、自立支援協議会等の機能の活性化等を通じて、地域資源の開発や地域における連携の構築等、地域生活に必要な体制整備を行う機能についても、引き続き充実を図るべき。
- 長期にわたり入院している精神障害者をはじめ、入院中の段階から地域生活への移行に先立って、試行的にグループホーム等での生活の体験や通所系の福祉サービスの利用ができる仕組みとすべき。

III 今後の検討に向けて

本検討会においては、今後、ビジョンの後期5年間の重点施策群の策定に向けて、精神保健医療に関する事項や国民の理解の深化（普及啓発）に関する事項等、この中間まとめに盛り込まれていない事項について、「論点整理」に基づき、集中的に検討を行い、今後の精神保健医療福祉施策の全体像の取りまとめを目指す。

安心と希望の介護ビジョン

平成20年11月20日

超高齢社会を迎え、我が国の将来への不安が広がっている。

今後10年以内に、いわゆる「団塊の世代」である昭和20年代前半生まれが65歳以上の高齢者になり、高齢者数が急増する。これによって、介護・医療・年金にかかる社会保障費が増大することへの不安。全人口が減少し、高齢者が人口の4分の1を占めることによる経済停滞への不安。人生85年時代に、老後の長い時間を幸せに暮らせるのだろうかという不安。高齢者を支える介護・医療を担う人材が十分に確保できるのか、また、その仕事にやりがいを感じて働ける人が増えるのかという不安。

一方で、同時に、これまで豊かな超高齢社会に向けて実現してきたことも考えあわせる必要がある。介護保険が始まって以来、「介護は家族がするもの」という考えから、「介護を社会として支える」基盤が作られ、措置としての福祉から選択できる介護サービスへと変化してきている。その中で、様々な担い手が介護に参画できるようになり、介護職は職業として確立してきた。介護が必要な状態になっても、介護の現場では尊敬をもって自立した生活を送れるような取り組みが始まっており、地域ではお互いを支え合おうという地域活動も始まっている。

暮る将来の不安を乗り越え、「安心」と「希望」を抱いて生活できる超高齢社会を築いていくためには、これまで築いてきた基盤を充実させ、新しい選択肢を積み重ねていく必要がある。

私たちは、「安心」と「希望」の実現に向け、3つの実現すべきことをビジョンとして掲げる。

まず、高齢者の増加を、即ちマイナスと捉える基本的な発想を改める必要がある。

これまで高齢であること、要介護者であることは、社会的弱者であり、保護されるべき存在と考えられてきた。社会に価値を生み出す「生産年齢人口」は15～64歳と定義され、60代、70代は経済社会の負担と考えられる風潮があった。しかし、今日では、60代から新しい仕事を始める人、70代でも地域活動などに動かし、要介護者になっても何か人の役に立ちたいと考える人たちがたくさんいる。

私たちは、たとえ高齢、要介護になっても、最期まで生き方に選択肢を持ち、人と

のつながりを持って生きていける社会を創らなければならない。住み慣れた地域の中でどのように暮らし、生きていくか、まずは、私たち一人一人が考え、選択していく必要がある。そして、私たち一人ひとりが、人とのつながりを持って生きていける社会を創ることによって、世代、心身の状態を超えて一人ひとりが必要とされ、生きがいを持って生きていくことができると共に、介護が必要な高齢者やその家族が社会の中で孤立することを防ぐことを目指さなければならない。

ただし、一人ひとりの多様な選択肢へのニーズに対して、個々の力（自助）だけでも、全国一律の政府施策や介護保険だけでも十分に対応することはできない。地域コミュニティにおいて一人一人が支え合い、役割を持って生きていくための「共助」の仕組みを整備する必要がある。

そのために、各地域において、その地域の「人材」と潜在的な意欲を掘出し、「できること」と「必要とされること」を結び付け、高齢者が主体的・積極的に活動するための「場」づくりの担い手役となりたいという意欲ある地域の高齢者や住民（「コミュニティ・リーダー（高齢者地域活動推進者）」（仮称））に対して、先進的事例や様々なノウハウを修得できる機会を提供（今後10年間、年間300人ずつ輩出）し、地域の創意工夫を活かした「場」づくりを応援していく。

二つ目に、たとえ介護が必要となっても、住み慣れた自宅や地域で住み続けるために、高齢者の生活を支える介護の質を一層高めていく必要がある。

要介護者の自宅での生活を支えるために、24時間・365日安心して在宅生活を送れるような基盤整備を推進していかなければならない。併せて、要介護であっても残存する自らの能力を大切に、その維持・向上を図ることによって、できるだけ自立した生活を目指すために、リハビリテーションを積極的に推進する必要がある。さらに、利用者が生活を支える介護と医療の継ぎ目を感じることなく利用でき、医療と介護の間に挟まり、どちらからも救済されないということのないよう、両者の連携が十分に確保されている環境を整備していく必要がある。また、要介護高齢者の増加は、慢性期医療ニーズの増加も意味しており、そのニーズに適切に対応できるような基盤確保・ネットワーク整備を進めていく必要がある。

そのために、地域の特性、住民ニーズとサービス整備の状況に応じて、利用者の選択肢を増やし、財政的にも合理性の高い24時間・365日のサービス提供拠点や安心の基となる施設の計画的・戦略的な整備や、要介護高齢者のニーズに対応した慢性期医療基盤の確保、救急医療に係るネットワークの整備を進める。同時に、自宅での生活に必要な心と身体の機能の回復、悪化の予防を目指す「在宅生活支援リハビリテ

「チーム・ケアの推進」などに取り組み、介護の質の向上を目指していく。特に、認知症については、介護と医療の連携を進め、認知症の進行と症状、合併症に対する知識を関係者、住民が幅広く共有し、連携して対応できる基盤を築いていく。

また、これらのサービスの裏打ちとなる介護保険のあり方について、医療保険とのより緊密な連携・整合性の確保を図るべく、包括的に議論を行っていく。

介護保険は、高齢者が要介護状態になっても、尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするという、高齢者本人を支援するための制度であるが、そのような高齢者を身近なところで支えている家族に対しても、目を向ける必要がある。

そのために、適切な休息（レスパイト）や、介護サービスの充実などを通じて、要介護高齢者の介護を行う家族の介護疲労や介護負担ができるだけ軽減されるようにするとともに、要介護高齢者の介護を行う家族に対して、適切な介護情報や、介護知識・技術を習得できるような機会を提供していく。同時に、働きながら要介護高齢者の介護をしている家族が、仕事と介護を両立し、無理なく働き続けることができるよう、現行の介護休業制度（長期の休業）に加えて、一日単位で取得できる介護のための短期の休暇制度を設けることを検討するなど、要介護高齢者の家族も支え、家族自身の生活を大切にしていけるようにするための仕組みを整備していく。

三つ目に、介護従事者が働きやすく、介護の仕事に誇りとやりがいを持って生き生きと取り組み続けていくことができるための環境整備に取り組む必要がある。

現在、ホームヘルパー（訪問介護員）の研修修了者は326万人（2006年度時点）に上っているが、2007年度の介護関係職種の離職率21.6%は、全産業の平均15.4%（2007年度）を上回っている。また、介護福祉士資格保有者（47万人（2005年））の4割（20万人）が介護等の業務に従事していない潜在的介護福祉士となっている。この要因として、介護従事者の雇用環境が悪く、ワーク・ライフ・バランスが難しく、負担の大きい勤務となっていること、介護分野でのキャリアアップが見えづらいことなどが要因として考えられる。

2025年までに、介護人材が現在の約2倍必要となるという予測もある中、将来

にわたって質の高い介護サービスを実現していくには、介護従事者の数を確保すると共に、介護従事者が質の高い仕事をできるように社会全体でサポートしていく必要がある。特に、介護保険は主に保険料と公費で成り立っており、そこから収入を得る介護事業者は、介護従事者の労働条件の整備、専門性とやりがいの向上といった環境づくりに公的な責任があることを強く自覚していなければならない。介護事業者には、介護従事者の処遇改善に取り組むことにより、優秀な人材の確保や離職率の低下を実現し、高齢者や家族が安心して生活できる地域を実現していくことに貢献しなければならない。

そこで、介護従事者の雇用環境を改善していくために、「各事業所における介護従事者の処遇に関する情報の積極的な公表」を推進する。同時に、「介護従事者の専門性向上などの継続教育の充実」「介護従事者の処遇改善に資する介護報酬の設定」「新規人材の育成」などの環境整備に取り組んでいく。

超高齢社会における「安心」とは、たとえ高齢、要介護となっても多様な生き方や必要なサービスを選択できることであり、超高齢社会における「希望」とは、年齢や心身の状態、所得の多寡や家族の有無に関わらず、一人ひとりが大切にされ、必要とされ、自らの持つ知恵と力を活かせることだと考える。

その実現のために、これまで構築してきた制度、培ってきた人材や地域社会、積み重ねてきた経験を活かし、これからの社会を支える担い手として、自ら人生を開こうとする人たち、地域の共助に参画する人たち、介護を担う人たちが尊重され、その持つ能力を発揮できる環境を作らなければならない。そのために、政府、企業、地域、国民が知恵と力を結集することが、今、求められている。

政府においては、本ビジョンで示した施策を実現するために、計画的に取り組んでいくことを要請する。

「安心」と「希望」のある超高齢社会を実現するために、2025年を見据えて取り組む施策

1. 高齢者自らが安心と希望の地域づくりに貢献できる環境づくり

(1) コミュニティ・ワーク・コーディネーター（仮称）の輩出

○意欲のある地域の高齢者や住民が、主体的・積極的に活動するための場を自ら立ち上げ、推進できる環境を作るため、地域の高齢者や住民の抱える課題（求めていること）と、自らの持てる力を活かしたい高齢者（要介護者を含む）の「できること」を結び付け、高齢者が主体的・積極的に参画するコミュニティ・ビジネスや互助事業などを育成する「キーパーソン」になりたい、という意欲のある地域の高齢者や住民（「コミュニティ・ワーク・コーディネーター（高齢者地域活動推進者）」（仮称））を地域から募集する。

そして、地域独自の「場」づくりに積極的に取り組んでいる先進的事例や、このような取組を成功に結びつけるための様々なノウハウ（暗黙知）を「コミュニティ・ワーク・コーディネーター」が修得できる機会を厚生労働大臣が提供する。

○「コミュニティ・ワーク・コーディネーター」は、年間300人（10年間で3,000人）輩出することとし、それぞれの地域において、地域の創意工夫を活かした「場」づくりに積極的に取り組む。

(2) 地域包括支援センターのコミュニティ支援機能の強化

○地域包括支援センターにおいて、高齢者の生活を総合的に支える中核的役割を担うために、介護、医療の従事者に加え、地域活動者、地域ボランティアを含めた「コミュニティ会議」を開催する。

○要介護高齢者や認知症高齢者等の在宅生活を支援する「地域の守り役」として地域包括支援センターが円滑に機能している好事例を収集し、紹介する。

○地域包括支援センターについて、地域の高齢者やその家族が生活を送る上で、何か困ったことがあった場合の最初の「総合相談窓口」としての位置付けを明確にし、その機能強化を図る。

2. 高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上

(1) 在宅生活を支援するサービスの基盤整備 ～24時間・365日介護の早期実現等～

○地域の特性、地域の介護事業者数、拠点・施設の状況、自治体の緊急通報サービスなどの独自施策を考慮した、在宅サービス拠点や安心の誓となる施設の計画的・効率的・戦略的整備

○なじみのある関係にある事業者からのサービス提供等により、高齢者が住み慣れた地域で24時間・365日安心して生活できるよう、訪問介護・訪問看護のネットワーク整備に向けた事業者数の確保と、適切な運営方法の整備

○要介護高齢者のニーズに対応した慢性期医療基盤の確保、救急医療に係るネットワークの整備

○要介護高齢者の家族を支えるため、適切な休息（レスパイト）や、介護サービスの充実、適切な介護情報、介護知識・技術を習得できるような機会の提供、介護のための短期の休暇制度の検討

(2) 在宅生活支援リハビリテーションの強化 ～自らの持てる心身の能力の維持・向上に向けて～

○訪問リハビリテーションの創設、既存施設における在宅生活を常に念頭に置いたリハビリテーションの推進など、在宅生活支援リハビリテーション拠点の整備と質の向上に向けた取組の推進

○「維持すれば十分」などといった関係者の意識改革を促すため、いわゆる「維持期」リハビリテーションの呼称の見直し

(3) 医療と介護の連携強化 ～医療と介護の継ぎ目を感じることのないように～

①関係者間での連携

○介護従事者が質の高い総合的なケアを提供できるようにするため、将来的には、医師や看護師との連携の下に、介護の現場で必要な医療行為を行うことができるようにすることを含め、資格・研修のあり方の検討

○当面、利用者の重症化が進み、夜間も含めた医療的なケアのニーズが高まっている施設において、必要な知識・技術に関する研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲で行う

ことができる仕組みの整備

- 医療関係者と介護関係者が同じチームの一員として個々の高齢者に最適なケアを提供するチーム・ケアの一層の推進、地域における最適な医療・介護の提供システムを議論するため、関係機関や団体等が一堂に会した「地域ケア推進会議」（仮称）の立ち上げ
- 安心・尊厳のある最期を迎えることができるよう、関係職種間の連携による緩和ケアの積極的な推進
- 医療関係者・介護関係者の養成課程等における介護・医療職間の協働や連携を学習する実習の実施、ケアマネジャー等に対する医療研修の実施

②制度面での連携

- 退院後の在宅生活への移行に係る医療と介護の連携を強化するための病院とケアマネジャー・地域包括支援センターとの間の引継ぎ連絡体制の確立
例) 入院中に胃瘻が施設されたとしても、地域包括支援センターの連絡調整の下、医療関係者と介護関係者が十分な連携を図ることにより、経管栄養を行いつつ、経口栄養への復帰を目指すケア
- 医療保険による診療報酬と介護保険による介護給付の連動性・整合性の確保に向けた取組の推進

(4) 認知症対策の充実 ~認知症高齢者を地域で支え、受け入れていくために~

- 認知症の進行と症状、合併症に対して、医療と介護が連携して対応できるようにするための地域のかかりつけ医、介護従事者等に対する認知症研修の実施、地域での総合的なケアの提供を進めるための地域レベルでの検討会の設置、認知症医療と介護の橋渡し役としての地域包括支援センターの機能強化
- 認知症高齢者の症状、本人の特性、終末期などライフステージに対応した認知症ケアの標準化、介護現場への普及に向けた取組の推進
- 認知症高齢者の持てる能力を積極的に評価した、社会との接点づくりの拡大
- 認知症高齢者の実態把握、及びその実態把握の結果も踏まえた、小規模多機能型居宅介護など、認知症ケアに対応した介護サービスの基盤整備
- 認知症高齢者を地域で支えていくため、住民による「認知症サポーター」の普及
- 判断能力が低下した高齢者を虐待や消費者被害などから守り、必要な支援を得ることができるようにする制度である成年後見制度について、弁護士や司法書士、社会福祉士などの専門職や、高齢者の権利擁護のための相談支援を行っている団

体等との協力・連携の下で、その活用を一層促進

(5) 地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備 ~高齢者増に対応した新たな街づくり~

- 地域ごとの高齢化の度合いや地域住民のニーズなど、地域特性に応じた高齢者の住まいや終のすみかとしての施設の整備
※ 公的賃貸住宅のケア付き住宅化（生活支援サービスや介護サービスの付いた住宅）や、既存住宅のバリアフリー化の推進、社会インフラの整備、「早めの住み替え」を促す高齢者住宅やケア付き住宅の整備などを地域特性に応じて計画的に整備。その際、福祉政策と住宅政策との緊密な連携、ケアの質の確保という視点が必要
- ※ さらに、「既に高齢化がある程度進んでいる地方部」と「今後高齢化が急速に進む都市部」という視点だけではなく、都市部の中でも、「医療機関や商業施設等の社会的インフラが充実している街中」、「社会的インフラがある程度整っている大規模団地」、「街中から一歩離れた新興住宅街」という視点を加えることが必要
- 高齢者のみの「兼住」とならず、地域に常に開かれた場として、多世代交流機能を持つ小規模の住宅や施設の整備

3. 介護従事者にとっての安心と希望の実現

(1) 各事業所における介護従事者の処遇に関する情報の公表

- 介護従事者の処遇改善により、介護従事者の士気の向上、ひいては介護の質の向上を促すために、各事業所における介護従事者の労働条件や給与水準、教育訓練など、介護従事者の処遇に関する情報の積極的な公表を推進（基本的にすべての事業者が公表することを目指す）
- ハローワークにおける公表情報の積極的な活用を推進

(2) 介護従事者が誇りとやりがいをもって働くことができる環境の整備

- 介護従事者の処遇改善に資するための介護報酬の設定
- 効率的な事業経営を行うために参考となる経営モデルの作成・提示
- 事業所における介護従事者のワーク・ライフ・バランスへの配慮の促進
- 介護従事者の専門性向上などの継続教育の充実を目的とした、社会人大学・大学院での学習機会の拡大、介護従事者の能力開発等を行う事業者への支援
- 介護の質の評価、ひいては介護従事者の技能の評価に資するようなアウトカム指標のあり方についての検討
- 長期間勤務を推進するための、資格や経験等に応じたキャリアアップの仕組みの構築、介護従事者のキャリア・サポートの充実
- 「介護の日」や国民の積極的な介護体験、介護現場からの積極的な情報発信を通じて、介護職の役割や魅力に対する国民の認識・理解の深化、介護従事者が誇りとやりがいをもって働けるような社会的意識の醸成
- EPAにより入国した外国人介護従事者への適切な処遇
- 介護従事者の負担軽減や介護の質の向上に資するような介護ロボットや福祉用具等の研究開発の推進

(3) 介護従事者の確保・育成 ~増大する介護従事者のニーズへの対応~

- 奨学金制度の拡充など、社会福祉士、介護福祉士などの専門職を育成する養成校を志望する学生への支援
- 潜在的介護福祉士等の掘り起こし、現場復帰に向けた再研修の実施

- 雇傭者職種の介護分野での現場復帰のための再研修の実施、訪問看護ステーション設立支援などの取組
- フリーター等の介護未経験者を積極的に雇用する事業者への支援など、介護未経験者への就業支援
- 高校生向けの説明会、高校生・大学生の介護現場でのインターンシップの拡大など、介護専門職志望者の拡大のための取組
- 福祉人材ハローワーク（仮称）の創設など、人材確保支援の強化

(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、それが最速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、新生児科は診療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課程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性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任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罹患に応じ、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機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。

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だけの地域においては、当該センターが稼働し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、同一施設に一般救急科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、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。

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。

(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仰ぐ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婦・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ていないと選定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は恒常的に満床が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、医療機関が求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係している。

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當分機が集中し、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

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基盤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態が不明

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、認識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

少子化社会において、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一元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ぬ。

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る特性を有しており、国としての総合的な対応に加え、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、社会的ハリスツや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

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責務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周連名通知（医政発第1226006号、雇発第1226004号、社投発第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高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、中長期的視点になつ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、病態に応じた搬送優先度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（胎児・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）
救命救急センター・麻酔科・脳神経外科・心臓外科等

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す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収集、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維持するためには、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、積極的な活用のある方を検討する。

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11日に、救急・周産期医療等対策高を提言）に努める。併せて、総務省消防庁との連携に

- ・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（胎児型）【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適切に配慮する。

(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、他医療機関に向かいの応援診療や新生児の迎え入れ等

に対しドクターフィーのあり方を検討する。また、人員確保が困難な同僚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同僚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・分娩回数
- ・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、取り搬送※）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

取り搬送：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就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

同僚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、同僚期医療に携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須である。

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婦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、妊婦初期に産科を訴える患者に対しては、その鑑別にこだわらず、同僚期初期救急として適切に対応する必要がある。
- ・初期対応のための同僚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、同僚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、救急患者に携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、総合同僚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。
 - ・総合同僚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（取り搬送）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

同僚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、病室の労働条件、患者の利便性等を考慮して最適化を図り、設置にあたっては隣接に分散させることは避ける。

- ・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、病室の労働条件、患者の利便性等を考慮して最適化を図り、設置にあたっては隣接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

重症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棟、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や一般小児病棟等への十分な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棟の確保やレスパイトケアのために、例えば一般小児科病棟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期間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連携を強化しており、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、総合同僚期母子医療センター等に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、初期分娩施設数の減少が一層進み、既存の同僚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

同僚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。産婦人科に限らず、新生児医療担当医、麻酔科医、救急医などの実態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、適切に対応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、長時間延長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数を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、産生児科の臨床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・研修事業への支援など、同僚期医療を支える医師の確保・育成に取組む必要がある。

・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と呼び戻すこと、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

産後防止及び産休・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について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急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、地域の事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、**圏域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整備する**。

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、圏域を越えた搬送定例においては、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、**搬送センターを設置**（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、医師間で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、圏域を超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、地域の事情に応じて決める。その際、委員の候補として、周産期の事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急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（#9000）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) 妊産婦や妊娠可能な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講ずることを要請する。

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真情を踏まえて行うべきであるが、その基本方針は国が設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に基く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、医療法に關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、これを實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>

- 阿賀 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 誠也 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 業 昭和大学医学部産婦人科学教授 主任教授 (◎)
- 金山 孝正 山形大学医学部長 脳神経外科教授 救急部長
- 川上 正人 青森市立総合病院 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 東京都立東部救急センター 院長
- 岡本喜代子 (社)日本助産師会 副会長
- 迫井 正輝 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 産科産科診療科長

(敬称略、五十音順、◎:議長、○: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

- 産科併用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
- ・ 医師の専攻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就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、厚生労働科学研究費において、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結んだ地域ネットワーク、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、遠く搬送、三角搬送、戻り搬送、医師・看護師の行う新生児救急搬送、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や一般小児病棟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療育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棟の整備への支援
- ・ 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
- ・ 新生児科の増設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

病院の機能に応じた分類(イメージ)

中医協 診 - 2 - 2
2 1 . 3 . 2 5

病床数 913,234床
病床利用率 76.6%
平均在院日数 19.0日

医療法上の位置づけ

病床数 343,400床
病床利用率 90.7%
平均在院日数 177.1日

DPC

一般病床

療養病床

特定機能病院
82施設
64,523病床※1
※1 一般病床に限る

回復期リハビリテーション
入院料1 入院料2
195施設 716施設
11,602床 39,066床

救命救急 202施設
6,453病床

一般病棟
5,437施設
700,358病床

亜急性期
入院料1 入院料2
1,017施設 45施設
11,951床 900床

療養病棟
3,650施設
211,592床

特定集中治療室 592施設
4,307病床

新生児特定集中治療室 198施設
1,329病床

総合周産期特定集中治療室 75施設
600病床
781病床

脳卒中ケアユニット 58施設
355病床

ハイケアユニット 68施設
776病床

小児入院医療管理料
入院料1 入院料2 入院料3
35施設 187施設 329施設
2,704病床 7,986病床 8,868病床

障害者施設等
816施設
62,116床

特殊疾患
入院料1 入院料2
84施設 109施設
4,251床 7,739床

緩和ケア病棟 193施設
3,780病床

有床診療所一般 8,022施設 102,064施設

有床診療所療養 1,247施設 10,443施設

精神科救急 42施設
2,615病床

精神科急性期治療病棟
入院料1 入院料2
219施設 20施設
10,967病床 1,016病床

精神病棟
1,335施設
188,796病床

精神療養
819施設
90,382病床

認知症病棟
入院料1 入院料2
373施設 62施設

入院基本料

- A100 一般病棟入院基本料
- A101 療養病棟入院基本料
- A102 結核病棟入院基本料
- A103 精神病棟入院基本料
- A104 特定機能病院入院基本料
- A105 専門病院入院基本料
- A106 障害者施設等入院基本料
- A108 有床診療所入院基本料
- A109 有床診療所療養病床入院基本料

1

一般病棟入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>428 点</p> <p>192 点</p> <p>1,300 点 (10対1入院基本料の場合)</p> <p>1,105 点</p> <p>14日 30日 180日</p>	救急患者、重症患者等、急性期の治療を必要とする患者	(平均在院日数) 7対1 19日以内 10対1 21日以内 13対1 24日以内 15対1 60日以内	5,437 700,358
	主な人員基準等 点数 看護師比率 7対1 1,555点 70% 準7対1 1,495点 70% 10対1 1,300点 70% 13対1 1,092点 70% 15対1 954点 40% 15対1未満 575点	主な施設基準等 ・7対1入院基本料: 看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟である ・7対1の医師要件:当該病棟の入院患者数の10%以上の常勤医師 ・準7対1は7対1の医師の要件を満たさない場合に算定する	

療養病棟入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
	・主として長期にわたり療養の必要な患者	なし	3,650 211,592
<p style="text-align: center;">1,198点 (入院基本料Cの場合)※ 検査、投薬、注射、処置等を包括</p>	主な人員基準等		主な施設基準等
	看護職員 25対1 看護補助者 25対1	看護師比率 20%	・病棟単位で褥瘡の発生割合等について継続的に測定し、備え付けていること

※ 医療区分、ADL区分により点数が異なる

結核病棟入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数																						
	結核の患者	(平均在院日数) 7対1 25日以内 10対1 25日以内 13対1 なし 15対1 なし 18対1 なし 20対1 なし	225 8,177																						
<p style="text-align: center;">400点 300点 100点</p> <p style="text-align: center;">1,192点 (10対1入院基本料の場合)</p> <p style="text-align: center;">14日 30日 90日</p>	主な人員配置等		主な施設基準等																						
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>点数</td> <td>看護師比率</td> </tr> <tr> <td>7対1</td> <td>1,447点</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>準7対1</td> <td>1,387点</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>10対1</td> <td>1,192点</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>13対1</td> <td>949点</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>15対1</td> <td>886点</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>18対1</td> <td>757点</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>20対1</td> <td>713点</td> <td>40%</td> </tr> </table>		点数	看護師比率	7対1	1,447点	70%	準7対1	1,387点	70%	10対1	1,192点	70%	13対1	949点	70%	15対1	886点	40%	18対1	757点	40%	20対1	713点	40%
	点数	看護師比率																							
7対1	1,447点	70%																							
準7対1	1,387点	70%																							
10対1	1,192点	70%																							
13対1	949点	70%																							
15対1	886点	40%																							
18対1	757点	40%																							
20対1	713点	40%																							
	・7対1の医師要件: 当該病棟の入院患者数の10%以上の常勤医師 ・準7対1は7対1の医師の要件を満たさない場合に算定する																								

精神病棟入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数																				
<p>459点 242点 125点 20点 5点</p> <p>1,240点 (10対1入院基本料の場合)</p> <p>14日 30日 90日 180日 1年</p>	精神疾患を有する者	(平均在院日数) 10対1 25日以内 その他の区分 なし	1,335 188,796																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">主な人員基準等</th> <th>主な施設基準等</th> </tr> <tr> <th>点数</th> <th>看護師比率</th> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10対1 1,240点</td> <td>70%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15対1 800点</td> <td>40%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18対1 712点</td> <td>40%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20対1 658点</td> <td>40%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25対1 550点</td> <td>40%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	主な人員基準等		主な施設基準等	点数	看護師比率		10対1 1,240点	70%		15対1 800点	40%		18対1 712点	40%		20対1 658点	40%		25対1 550点	40%		
主な人員基準等		主な施設基準等																					
点数	看護師比率																						
10対1 1,240点	70%																						
15対1 800点	40%																						
18対1 712点	40%																						
20対1 658点	40%																						
25対1 550点	40%																						

5

特定機能病院入院基本料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数																								
<p>712点 207点</p> <p>1,300点 (一般病棟10対1入院基本料の場合)</p> <p>14日 30日 180日</p> <p>1,105点</p>	(一般病棟) 高度な医療を必要とする患者等	(平均在院日数) (一般病棟) 7対1 28日以内 10対1 28日以内	(一般病棟) 82 64,523 (結核病棟) 14 238 (精神病棟) 73 3,385																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">主な人員基準等</th> <th>主な施設基準等</th> </tr> <tr> <th>点数</th> <th>看護師比率</th> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(一般病棟) 7対1 1,555点</td> <td>70%</td> <td rowspan="15">・7対1入院基本料: 入院患者の看護必要度等につ いて継続的に測定を行い、その 結果に基づき評価を行っている こと</td> </tr> <tr> <td>10対1 1,300点</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>(結核病棟) 7対1 1,447点</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>10対1 1,192点</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>13対1 949点</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>15対1 886点</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>(精神病棟) 7対1 1,311点</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>10対1 1,240点</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>15対1 839点</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>	主な人員基準等		主な施設基準等	点数	看護師比率		(一般病棟) 7対1 1,555点	70%	・7対1入院基本料: 入院患者の看護必要度等につ いて継続的に測定を行い、その 結果に基づき評価を行っている こと	10対1 1,300点	70%	(結核病棟) 7対1 1,447点	70%	10対1 1,192点	70%	13対1 949点	70%	15対1 886点	70%	(精神病棟) 7対1 1,311点	70%	10対1 1,240点	70%	15対1 839点	70%	
主な人員基準等		主な施設基準等																									
点数	看護師比率																										
(一般病棟) 7対1 1,555点	70%	・7対1入院基本料: 入院患者の看護必要度等につ いて継続的に測定を行い、その 結果に基づき評価を行っている こと																									
10対1 1,300点	70%																										
(結核病棟) 7対1 1,447点	70%																										
10対1 1,192点	70%																										
13対1 949点	70%																										
15対1 886点	70%																										
(精神病棟) 7対1 1,311点	70%																										
10対1 1,240点	70%																										
15対1 839点	70%																										

6

専門病院入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>512点 207点 1,300点 (10対1入院基本料の場合) 1,105点</p> <p>14日 30日 180日</p>	主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を一般病棟の7割以上入院させていること	(平均在院日数) 7対1 30日以内 10対1 33日以内 13対1 36日以内	20 6,151
	主な人員基準等 点数 看護師比率 7対1 1,555点 70% 準7対1 1,495点 70% 10対1 1,300点 70% 13対1 1,092点 70% ・7対1の医師要件:当該病棟の入院患者数の10%以上の常勤医師 ・準7対1は7対1の医師の要件を満たさない場合に算定する	主な施設基準等 ・7対1入院基本料:看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟で ある	

7

障害者施設等入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>312点 167点 1,300点 (10対1入院基本料の場合)</p> <p>14日 30日</p>	・重度の肢体不自由児 ・重症心身障害児 ・脊髄損傷等の重度障害者 ・重度の意識障害者 ・筋ジストロフィー患者 ・難病患者	なし	816 62,116
	主な人員基準等 点数 看護師比率 7対1 1,555点 70% 10対1 1,300点 70% 13対1 1,092点 70% 15対1 954点 40% ・看護職員+看護補助者: 10対1	主な施設基準等 ・肢体不自由児施設 ・重症心身障害児施設 ・国立高度専門医療センター等 あるいは 以下に該当する一般病棟 ・重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を7割以上入院させている ・7対1を算定する場合には超重症児(者)・準重症児(者)が合計3割以上	

8

有床診療所入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>810点 660点 490点 450点</p> <p>7日 14日 30日</p> <p>(入院基本料1の場合)</p>	なし	なし	8,022 102,064
	主な人員基準等 (有床診療所入院基本料1) 看護職員5人以上 [※] (有床診療所入院基本料2) 看護職員1人以上5人未満 [※] 夜勤:看護要員1以上 ※診療所に勤務しその業務に従事する数	主な施設基準等	

9

有床診療所療養病棟入院基本料

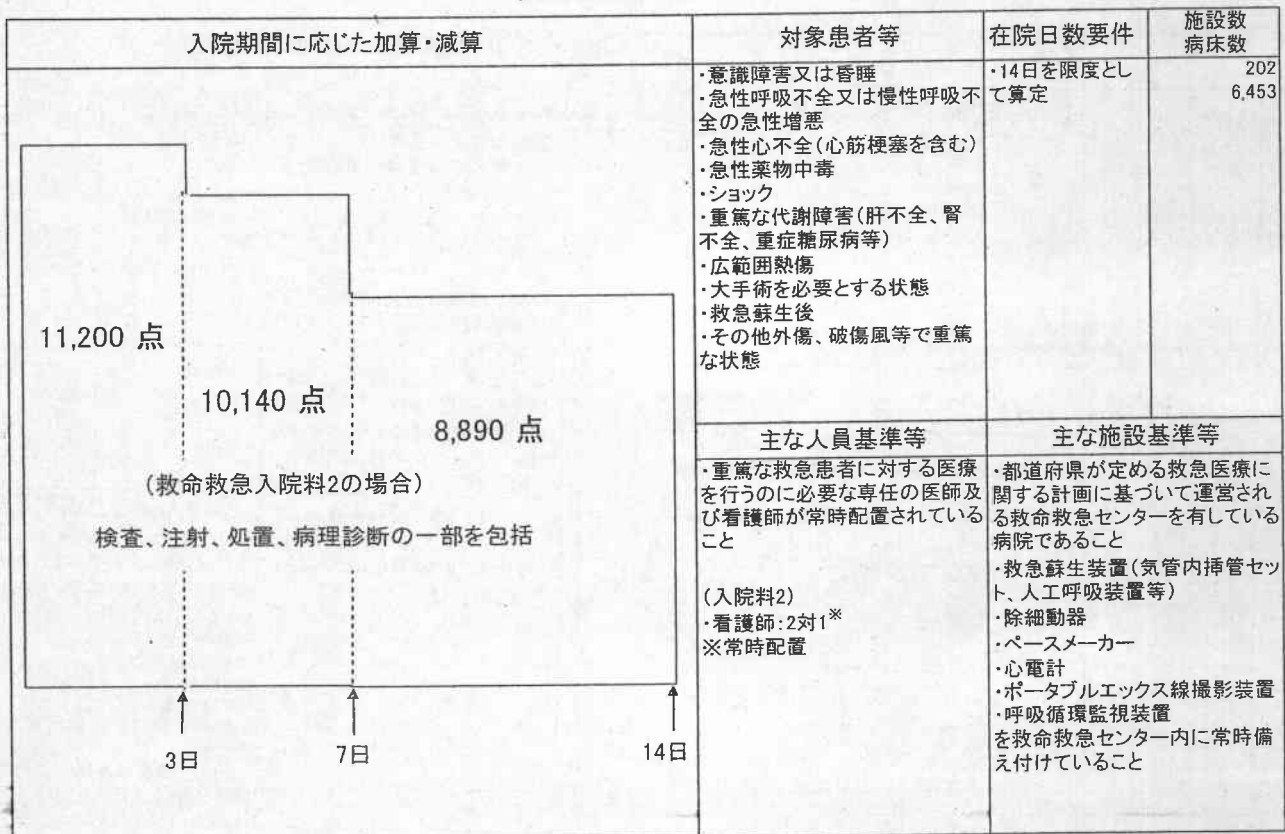
入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>764点 (入院基本料Cの場合)[※] 検査、投薬、注射、処置等を包括</p>	・主として長期にわたり療養の必要な患者	なし	1,247 10,443
	主な人員基準等 ・看護職員 30対1 [※] ・看護補助者 30対1 [※] ・夜勤:看護要員1以上 ※有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている数	主な施設基準等 ・褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、評価を行っていること	

※ 医療区分、ADL区分により点数が異なる

特定入院料

- A300 救命救急入院料
- A301 特定集中治療室管理料
- A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
- A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- A302 新生児特定集中治療室管理料
- A303 総合周産期特定集中治療室管理料(母胎・胎児集中治療室管理料)
- A303 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児集中治療室管理料)
- A304 広範囲熱傷特定集中治療室管理料
- A305 一類感染症患者入院医療管理料
- A306 特殊疾患入院医療管理料
- A307 小児入院医療管理料
- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A308-2 亜急性期入院医療管理料
- A309 特殊疾患病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料
- A311 精神科救急入院料
- A311-2 精神科急性期治療病棟入院料
- A311-3 精神科救急・合併症入院料
- A312 精神療養病棟入院料
- A314 認知症病棟入院料
- A316 診療所後期高齢者医療管理料

救命救急入院料



特定集中治療室管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <p style="text-align: center;">8,760点</p> <p style="text-align: center;">7,330点</p> <p style="text-align: center;">検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> <p style="text-align: center;">7日</p> <p style="text-align: right;">14日</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・意識障害又は昏睡 ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ・急性心不全(心筋梗塞を含む。) ・急性薬物中毒 ・ショック ・重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ・広範囲熱傷 ・大手術後 ・救急蘇生後 ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態 	<ul style="list-style-type: none"> ・14日を限度として算定 	<p style="text-align: center;">592 4,307</p>
	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること ・看護師:2対1[※] ※常時配置 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療室面積:1床あたり15m² ・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等) ・除細動器 ・ペースメーカー ・心電計 ・ポータブルエックス線撮影装置 ・呼吸循環監視装置を特定集中治療室内に常時備えていること 	

13

ハイケアユニット入院医療管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <p style="text-align: center;">3,700点</p> <p style="text-align: center;">検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> <p style="text-align: right;">21日</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・意識障害又は昏睡 ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ・急性心不全(心筋梗塞を含む。) ・急性薬物中毒 ・ショック ・重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ・広範囲熱傷 ・大手術後 ・救急蘇生後 ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態 	<ul style="list-style-type: none"> ・21日を限度として算定 ・一般病棟の平均在院日数:17日以内 	<p style="text-align: center;">68 776</p>
	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師が常時、保険医療機関内に勤務していること ・看護師:4対1[※] ※常時配置 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハイケアユニット治療室の病床数は30床以下であること ・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等) ・除細動器 ・ペースメーカー ・心電計 ・呼吸循環監視装置を治療室内に常時備えていること ・重症度の基準を満たす患者を概ね8割以上入院させる 	

14

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>5,700点</p> <p>検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・脳梗塞 ・脳出血 ・くも膜下出血 	<ul style="list-style-type: none"> ・14日を限度として算定 	<p>58</p> <p>355</p>
	<p>14日</p>	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の常勤医師が常時、保険医療機関内に勤務している ・看護師:3対1* ・常勤の理学療法士又は作業療法士:当該治療室に1名以上 ※常時配置 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療室の病床数は30床以下であること ・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等) ・除細動器 ・心電計 ・呼吸循環監視装置を治療室内に常時備えていること ・脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血の患者を概ね8割以上入院させていること ・脳画像撮影及び診断が常時可能であること ・脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)、又は(III)の届出を行っていること

15

新生児特定集中治療室管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>8,500点</p> <p>検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・高度の先天奇形 ・低体温 ・重症黄疸 ・未熟児 ・意識障害又は昏睡 ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ・急性心不全(心筋梗塞を含む。) ・急性薬物中毒 ・ショック ・重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ・大手術後 ・救急蘇生後 ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態 	<ul style="list-style-type: none"> ・出生時体重1,500g以上は21日を限度として算定 ・出生時体重1,000g以上1,500g未満は60日を限度として算定 ・出生時体重1,000g未満は90日を限度として算定 	<p>198</p> <p>1,329</p>
	<p>21日</p> <p>60日</p> <p>90日</p>	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務している ・助産師又は看護師:3対1* ※常時配置 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療室面積:1床あたり7m² ・救急蘇生装置(気管内挿管セット) ・新生児用呼吸循環監視装置 ・新生児用人工換気装置 ・微量輸液装置 ・経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置 ・酸素濃度測定装置 ・光線治療器を新生児特定集中治療室内に常時備えていること

16

総合周産期特定集中治療室管理料(1 母胎・胎児集中治療室管理料)

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p style="text-align: center;">7,000点</p> <p style="text-align: center;">検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・合併症妊娠 ・妊娠高血圧症候群 ・多胎妊娠 ・胎盤位置異常 ・切迫流早産 ・胎児発達遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・14日を限度として算定 	<p style="text-align: right;">75 600</p>
	<p style="text-align: center;">主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、母胎・胎児集中治療室内に勤務している ・助産師又は看護師:3対1[※] ※常時配置 	<p style="text-align: center;">主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療室面積:1床あたり15m² ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となる体制があること ・都道府県知事が、総合周産期母子医療センターとして適当であると認めた病院であること ・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等) ・心電計 ・呼吸循環監視装置 ・分娩監視装置 ・超音波診断装置(カラードップラー法による血流測定が可能なものに限る。) を母胎・胎児集中治療室内に常時備え付けていること ・3床以上であること 	

21日

17

総合周産期特定集中治療室管理料(2 新生児集中治療室管理料)

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p style="text-align: center;">8,500点</p> <p style="text-align: center;">検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高度の先天奇形 ・低体温 ・重症黄疸 ・未熟児 ・意識障害又は昏睡 ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ・急性心不全(心筋梗塞を含む。) ・急性薬物中毒 ・ショック ・重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・出生時体重1,500g以上は21日を限度として算定 ・出生時体重1,000g以上1,500g未満は60日を限度として算定 ・出生時体重1,000g未満は90日を限度として算定 	<p style="text-align: right;">75 781</p>
	<p style="text-align: center;">主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、新生児集中治療室内に勤務している ・助産師又は看護師:3対1[※] ※常時配置 	<p style="text-align: center;">主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療室面積:1床あたり7m² ・都道府県知事が、総合周産期母子医療センターとして適当であると認めた病院であること ・救急蘇生装置(気管内挿管セット) ・新生児用呼吸循環監視装置 ・新生児用人工換気装置 ・微量輸液装置 ・経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置 ・酸素濃度測定装置 ・光線治療器 を新生児特定集中治療室内に常時備えていること ・6床以上であること 	

出生体重 1,500g以上

出生体重 1,000g以上 1,500g未満

出生体重 1,000g未満

21日

60日

90日

18

広範囲熱傷特定集中治療室管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p style="text-align: center;">7,890点</p> <p style="text-align: center;">検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・第2度熱傷30%程度以上の重症広範囲熱傷患者で医師が広範囲熱傷特定集中治療室管理が必要であると認めた者 ・熱傷には電撃傷、葉傷及び凍傷が含まれる 	・60日を限度として算定	25 52
	<p style="text-align: center;">主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時、広範囲熱傷特定集中治療室内に勤務している ・看護師：2対1[*] ※常時配置 	<p style="text-align: center;">主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療室面積：1床あたり15m² ・熱傷用空気流動ベッド ・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等) ・除細動器 ・ペースメーカー ・心電計 ・心電図モニター装置を特定集中治療室内に常時備えていること 	

一類感染症患者入院医療管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p style="text-align: center;">8,890点</p> <p style="text-align: center;">検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・新感染症又は一類感染症に罹患している患者 ・新感染症又は一類感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者 	・14日を限度として算定	19 79

特殊疾患入院医療管理料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p style="text-align: center;">1,943点 診療に係る費用は包括[※]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・脊髄損傷等の重度障害者 ・重度の意識障害者 ・筋ジストロフィー患者 ・神経難病患者 	なし	39 606
	主な人員基準等	主な施設基準等	
	看護職員+看護補助者:10対1 看護職員比率:50% 看護師比率:20%	病室床面積: 患者1人あたり6.4m ² 以上	

※ 一部加算とインターフェロン製剤、抗ウイルス製剤、血友病治療に係る血液凝固因子等は除く

21

小児入院医療管理料

入院期間に応じた加算・減算	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p style="text-align: center;">4,500点 (小児入院管理料1の場合)</p> <p style="text-align: center;">診療に係る費用は包括^{※1}</p>	・15歳未満の入院患者	(平均在院日数)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理料1: 35 21日以内 2,704 ・管理料2: 187 21日以内 7,986 ・管理料3: 329 28日以内^{※2} 8,868 ・管理料4: 105 なし (※2当該病棟を含めた一般病棟の入院患者の平均在院日数)
	主な人員基準等	主な施設基準等	
	・病院内の小児科常勤医師 管理料1 20名 管理料2 5名 管理料3 3名 管理料4 1名 ・看護配置 看護師比率 管理料1 7対1 ^{※3} 100% 管理料2 7対1 100% 管理料3 10対1 70% 管理料4 15対1 40% (※3夜間も含め、常時9対1の看護師の配置)	・小児医療を行うにつき十分な体制が整備されていること	

※1 投薬・注射・麻酔等の費用を除く

22

回復期リハビリテーション病棟入院基本料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="margin: 0;">1,690点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括^{※1}</p> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">↑ 180日[※]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患又は大腿骨頭部骨折等の回復期リハビリテーションの必要性が高い患者を8割以上入院させている 	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・入院料1 <ul style="list-style-type: none"> 195 5,047(一般) 6,555(療養) ・入院料2 <ul style="list-style-type: none"> 716 13,770(一般) 25,296(療養)
	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師:1名 ・専従の理学療法士:2名 ・専従の作業療法士:1名 ・看護職員:15対1 ・看護師比率40% 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病室面積:患者1人あたり6.4m² ・患者の利用に適した浴室及び便所 ・廊下の幅 1.8mが望ましい(ただし両側に居室がある場合2.7m) <p>(入院料1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること ・在宅復帰率が6割以上であること 	

※ リハビリテーションにかかる費用等を除く
 ※ 高次脳機能障害を伴う重症脳血管障害等の場合

23

亜急性期病棟入院医療管理料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="margin: 0;">2,050点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括^{※1}</p> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">↑ 90日^{※2}</p>	<p>(入院料1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性期治療を経過した患者又は在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等 <p>(入院料2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性期治療を経過した患者 	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・入院料1 <ul style="list-style-type: none"> 1,017 11,951 ・入院料2 <ul style="list-style-type: none"> 45 900
	<p>主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護職員 13対1 ・看護師比率70% ・在宅復帰支援担当者 1名 	<p>主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病室面積:患者1人あたり6.4m²以上 ・診療録管理体制加算を算定していること ・在宅等復帰率が6割以上であること 	

※1 リハビリテーション、1000点を超える処置、手術等を除く
 ※2 亜急性期入院医療管理料2の場合は60日

24

特殊疾患病棟入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p style="text-align: center;">1,943点 (入院料1の場合) 診療にかかる費用は包括^{※1}</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・脊髄損傷等の重度障害者 ・重度の意識障害者 ・筋ジストロフィー患者 ・神経難病患者 	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・入院料1 84 4,251 ・入院料2 109 7,739
	<p style="text-align: center;">主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟に専任の常勤医師の配置 ・看護職員+看護補助者: 10対1 ・看護職員比率:50% ・看護師比率:20% ※2 	<p style="text-align: center;">主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟床面積:患者1人につき16m²(入院料1) ・一般病棟 ・当該病棟の入院患者の概ね8割以上が、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者(入院料2) ・一般病棟又は精神病棟 ・肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、国立高度専門医療センター等 ・当該病棟の入院患者の概ね8割以上が、重度の肢体不自由児(者)等の重度の障害者(入院料1の対象者を除く) 	

※1 一部加算とインターフェロン製剤、抗ウイルス製剤、血友病治療に係る血液凝固因子等は除く

※2 入院料2の肢体不自由児施設等については看護配置の基準なし

25

緩和ケア病棟入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p style="text-align: center;">3,780点 診療に係る費用は包括[※]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者 	なし	<ul style="list-style-type: none"> 193 3,780
	<p style="text-align: center;">主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤の医師:1名 ・看護師:7対1 	<p style="text-align: center;">主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟床面積:患者1人あたり30m²以上 ・病室の床面:患者1人あたり8m²以上 ・患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室 	

※ 除外薬剤・注射薬の費用等を除く

26

精神科救急入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>3,431点</p> <p>3,031点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括※1</p> <p>30日</p> <p>3月</p>	新規患者※2のうち、 ・器質性精神障害 ・精神作用物質使用による精神及び行動の障害 ・統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 ・気分障害 ・神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害※3 ・成人の人格及び行動の障害※4 ・知的障害※3	・3月を限度として算定	42 2,615
	主な人員基準等 ・常勤医師:16対1 ・常勤精神保健指定医:病棟に1名、病院に5名以上 ・看護師:10対1 ・常勤精神保健福祉士:病棟に2名以上	主な施設基準等 ・1看護単位あたりの病床数は60床以下 ・当該病棟の病床のうち個室が半数以上 ・検査及びCT撮影の速やかな実施体制 ・4割以上が新規患者 ・精神科救急外来診療が常時可能 ・時間外・休日・深夜における診療件数が年間200件以上か地域人口※5対2.5件以上 ・当該病棟の年間新規患者のうち6割以上が措置入院等※6 ・年間30件以上あるいは地域の1/4以上の措置入院、緊急措置入院、応急入院の受け入れ (入院料1) ・新規患者のうち6割以上が3ヶ月以内に在宅へ移行 (入院料2) ・新規患者のうち4割以上が3ヶ月以内に在宅へ移行	

- ※1 一部加算、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療は除く
 ※2 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者又は入院当初から当該病棟に入院している患者
 ※3 自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る ※4 精神疾患を有する状態に限る
 ※5 都道府県又は1精神科救急医療圏と1機関病院が対となって明確に区分された圏域がある場合は当該圏域
 ※6 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院

精神科急性期治療病棟入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>1,900点</p> <p>1,600点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括※1</p> <p>30日</p> <p>3月</p>	・入院前3ヶ月に精神科病棟に入院したことがない患者 ・急性増悪のため当該病棟で治療が必要な患者 ・入院当初から当該病棟に入院している患者	なし	・入院料1 219 10,967 ・入院料2 20 1,016
	主な人員基準等 ・常勤精神保健指定医:病棟に1名、病院に2名以上 ・常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者:病棟に1 (入院料1) ・看護職員:13対1 ・看護師比率40% ・看護補助者:30対1 (入院料2) ・看護職員:15対1 ・看護師比率40% ・看護補助者:30対1	主な施設基準等 ・精神科救急医療システムに参加 ・特定機能病院であるか当該病院の病床数の7割以上又は200床以上が精神病床 ・病棟に隔離室 ・4割以上が新規患者 ・新規患者のうち4割以上が3ヶ月以内に在宅へ移行	

- ※1 一部加算、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療は除く

精神科救急・合併症入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">3,431点</p> <hr style="border: 0.5px dashed black;"/> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">3,031点</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">(入院料1の場合)</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">診療に係る費用は包括^{※1}</p> </div> <p style="margin-top: 10px; text-align: center;">30日 ↑ 3月</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・措置入院患者、緊急措置入院患者、応急入院患者 ・入院当初から当該病棟に入院している患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した後に当該病棟に入院した患者 ・入院前3ヶ月に精神科病棟に入院したことがない患者 	なし	0 0
	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤医師: 16対1 ・常勤精神保健指定医: 病棟に3名、病院に5名以上 ・看護師: 10対1 ・精神保健福祉士: 病棟に2名 	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センター ・精神科救急医療施設 ・合併症ユニットを有する ・必要な検査及びCT撮影が速やかに実施できる体制を確保 ・1ヶ月の延べ入院日数のうち4割以上が新規患者の延べ入院日数 ・新規患者のうち4割以上が3ヶ月以内に在宅へ移行 ・精神科救急外来診療が常時可能 ・時間外・休日・深夜における診療件数が年間200件以上か地域人口^{※2}対2.5件以上 ・当該病棟の年間新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院または合併症ユニットへ入院する患者 ・年間30件以上あるいは地域の1/4以上の措置入院、緊急措置入院、応急入院の受け入れ 	

※1 一部加算、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療は除く

※2 都道府県又は1精神科救急医療圏と1機関病院が対となって明確に区分された圏域がある場合は当該圏域

精神療養病棟入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">1,090点</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">診療に係る費用は包括^{※1}</p> </div>	<p>主として長期にわたり療養の必要な精神障害患者</p>	なし	819 90,382
	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">主な人員基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤精神保健指定医: 病棟に1名、病院に2名以上 ・看護職員+看護補助者: 15対1 ・看護職員比率50% ・看護師比率20% ・病院に精神保健福祉士又は臨床心理技術者 ・病棟に常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤看護職員 	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟床面積: 患者1人につき18m² ・病室床面積: 患者1人につき5.8m² ・病棟に談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話 ・病院に作業療法室又は生活機能回復訓練室 	

※1 一部加算と精神科専門療法、インターフェロン製剤、抗ウイルス製剤、血友病治療に係る血液凝固因子等は除く

認知症病棟入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>1,330点</p> <p>1,180点</p> <p>(入院料1の場合) 診療にかかる費用は包括*1</p> <p>90日</p>	<ul style="list-style-type: none"> 精神症状・行動異常が特に著しい重度の認知症患者 	なし	<ul style="list-style-type: none"> 入院料1 373 入院料2 62
	主な人員基準等 <ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉士又は臨床心理技術者・病院に専従1名 精神科医師:病院に1名(入院料1) 看護職員:20対1 看護師比率20% 看護補助者:25対1 作業療法士:認知症病棟専従1名(入院料2) 看護職員:30対1 看護師比率20% 看護補助者:25対1 認知症患者の作業療法の経験を有する看護師(作業療法士が週1回以上評価) 	主な施設基準等 <ul style="list-style-type: none"> 病棟床面積:患者1人につき18m² 60m²以上の専用生活機能訓練室 生活機能訓練を患者1人あたり1日4時間週5回行う 	

※1 一部加算と精神科専門療法、インターフェロン製剤、抗ウイルス製剤、血友病治療に係る血液凝固因子等は除く

診療所後期高齢者入院医療管理料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p>1,080点</p> <p>診療に係る費用は包括*</p> <p>645点</p> <p>14日</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養計画を策定し、その計画に基づき、在宅での療養を行っている患者 	なし	<ul style="list-style-type: none"> 335 1,454
	主な人員基準等 <ul style="list-style-type: none"> 看護職員+看護補助者:15対1 夜間看護職員又は補助者 1名 	主な施設基準等 <ul style="list-style-type: none"> 患者1人あたり病室面積 6.4m² 食堂及び浴室を有する 機能訓練ができる 	

※ 除外薬剤・注射薬の費用等を除く