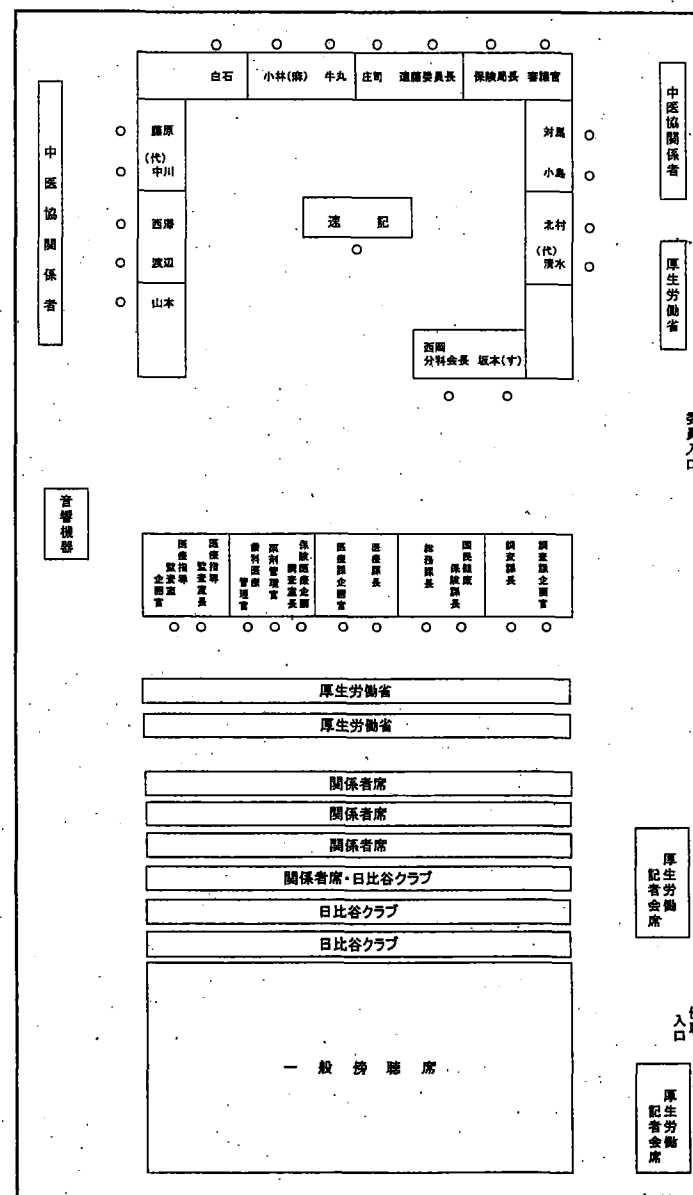


平成21年4月15日(水)
於 厚生労働省
専用第18～20会議室

- D P Cについて
 - ・ 新たな機能評価係数の検討について
 - ・ 平成21年度D P C準備病院の募集について
- 基本診療料について
- その他

日時:平成21年4月15日(水) 10:45(目途)~12:30
会場:厚生労働省 専用第18~20会議室 (17階)



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③

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）。
- 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
- ⑤ 中医協・基本問題小委員会（平成21年3月25日）において、「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における急性期としての評価が困難であるもの」については、平成22年度改定に向けた議論では、検討を見送ることが決定された。

また、DPC評価分科会に対しては、論点のさらなる整理、及び各項目の評価方法の明確化を行い、必要に応じてデータを添えることが求められた。

II. これまでに提案された項目の整理(2)

これまで、各項目について、データの有無や既存の制度との整合性等を中心に議論を進めてきた。これらの項目について、更に以下の三つの観点から検討を行った。

A. DPC対象病院において評価を検討すべき項目

- i) 調整係数の廃止に伴い評価が必要と考えられる項目
- ii) DPCで提出されているデータを用いなければ評価できない項目

B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目

DPC対象病院に限らず、出来高の病院においても課題となっている項目

C. 次期の診療報酬改定では、評価が困難な項目

A. DPC対象病院において評価を検討すべき項目

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの
 - ①DPC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)
 - 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
 - ③医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価
 - 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
 - ⑥医療の質に係るデータを公開していることの評価
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
 - (2)既に診断群分類の分岐として評価されているもの
 - ②副傷病による評価
 - (3)出来高で評価されているもの
 - ⑤がん診療連携拠点病院の評価

B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目

2. DPCデータによって一分析が可能なもの、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)
 - (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
- (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

C. 次期の診療報酬改定では、評価が困難な項目

1. D P Cデータを用いて分析が可能なものであるもの
 - ③手術症例割合に応じた評価
2. D P Cデータによって一部分分析が可能なもの、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
 - ②術後合併症の発生頻度による評価
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
 - (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
 - 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
 - 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。

※ ア～オについては、望ましい5基準に係る項目であるが、これらの項目について出来高で評価されているものではない。

 - ④高度な設備による評価
 - (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

各項目の評価指標について

A. DPCにおいてのみ評価を検討する項目

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの

項目	評価指標の例
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)	部位不明・詳細不明コード／全DPC対象患者 様式1の非必須項目の入力患者数／非必須項目の入力の必要のある患者数
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)	全DPC対象病院の平均在院日数 ／ 当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の、平均在院日数
④ 複雑性指数による評価	当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の、平均在院日数 ／ 全病院の平均在院日数
⑤ 診断群分類のカバー率による評価	当該医療機関で、一定数以上の出現した診断群分類の数 ／ 全診断群分類の数
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)	当該医療機関で、入院期間Ⅰ(又はⅡ)の診断群分類点数が、一定程度より高いものを算定した患者の数 ／ 全DPC対象患者
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	様式1で救急車ありの患者数 ／ 全DPC対象患者 様式1で緊急入院の患者数 ／ 全DPC対象患者 様式1で救急車ありの小児の患者数 ／ 全DPC対象患者 様式1で緊急入院の小児の患者数 ／ 全DPC対象患者 様式1で救急車ありの患者で、入院精神療養が算定されている患者数 ／ 全DPC対象患者 様式1で緊急入院の患者で、入院精神療養が算定されている患者数 ／ 全DPC対象患者
⑧ 患者の年齢構成による評価	一定の年齢以上又は未満の患者数 ／ 全DPC対象患者

2. DPCデータによって一部分分析が可能なもの、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

項目	評価指標の例
① 診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価	診療ガイドラインを明示して、患者へ治療方針の説明を行っている 診療ガイドラインから逸れた診療を行う場合、十分に検討をするための委員会等が設置されている 等の体制が取られていること
③ 医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価	各4疾病・5事業による入院患者数 ／ 当該地域のDPC病院における、各4疾病・5事業による総入院患者数
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	各職種の職員数 ／ 全DPC対象患者 病棟に勤務している各職種の職員数 ／ 全DPC対象患者
⑥ 医療の質に係るデータを公開していることの評価	特定のデータ(医療の質の評価等につながる項目)の公表の実施の有無

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

(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	評価指標の例
②	副傷病による評価	副傷病ありの患者数 / 全DPC対象患者

(3)出来高制度で評価されているもの

	項目	評価指標の例
⑤	がん診療連携拠点病院の評価	がん患者の患者数 / 全DPC対象患者

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、ご検討頂くことを願います。

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの

①DPC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。

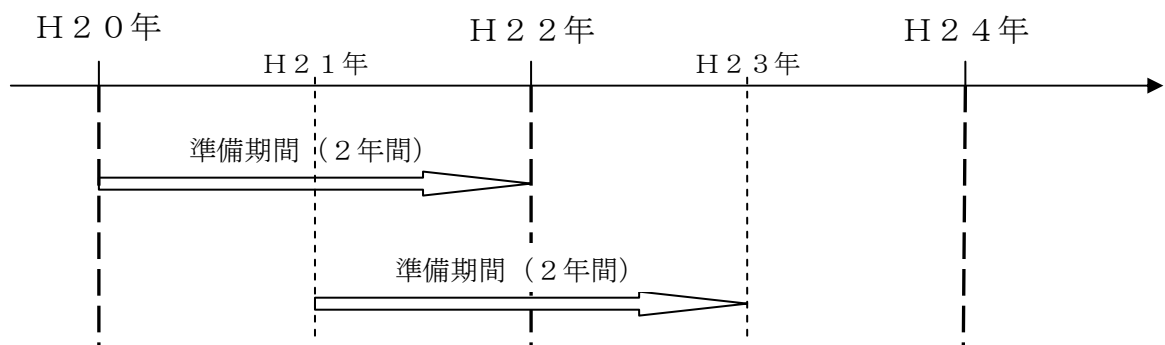
- 1 DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
 - 2 DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。
 - 3 DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
 - 4 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。
-
- 5 DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価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。

D P C 準備病院の募集について

１．現状

- (１) 「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」においては、平成２４年度までにD P C対象病院を１０００病院にすることを目標としていたが、今年度中には１２００余りに達する見込みである（別紙１）。
- (２) 調整係数は、平成２２年度より段階的に廃止される。

２．課題



- (１) D P C対象病院になるためには、２年間の準備期間を必要としており（別紙２）、平成２１年度に準備病院を募集すると、最短で平成２３年度からD P C対象病院となることになる。
- (２) 調整係数は、過去２年間のデータを用いて計算するため、改定時以外にD P Cへの参加を認めることになると、改定前後の一部の項目や点数の異なるデータを用いて、計算しなければならない。
- (３) D P Cの診断群分類点数表は、全D P C対象病院のデータを元に計算しているため、新たに参加する医療機関が多くあった場合、この元となるデータが大幅に変化する可能性がある。

３．論点

- (１) 今年度もD P C準備病院の募集を行うべきか。
- (２) 診療報酬改定のない年度にD P C対象病院が追加されることについて、どのように考えるか。

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	○ 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

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	1	81	82
平成16年度DPC対象病院	2	12	13	17	5	13	62
平成18年度DPC対象病院	4	16	34	58	34	69	215
平成20年度DPC対象病院	35	75	84	61	45	57	357
平成21年度DPC対象病院	93	150	130	91	51	52	567
DPC対象病院小計	134	253	261	227	136	272	1,283
平成19年度準備病院	54	55	16	4	4	4	137
平成20年度準備病院	41	49	21	17	5	4	137
準備病院小計	95	104	37	21	9	8	274
計	229	357	298	248	145	280	1,557
(参考)全一般病院数 (平成19年医療施設調査)	3,391	2,725	1,150	763	360	473	8,862

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	495	66,254	66,749
平成16年度DPC対象病院	159	1,910	3,341	5,818	2,216	9,630	23,074
平成18年度DPC対象病院	252	2,488	8,536	19,992	15,068	40,818	87,154
平成20年度DPC対象病院	2,539	11,473	20,308	20,882	19,701	35,984	110,887
平成21年度DPC対象病院	6,309	22,317	32,350	30,985	22,475	31,931	146,367
DPC対象病院小計	9,259	38,188	64,535	77,677	59,955	184,617	434,231
平成19年度準備病院	3,225	7,867	3,928	1,406	1,683	2,467	20,576
平成20年度準備病院	2,426	6,645	5,180	6,192	2,191	2,610	25,244
準備病院小計	5,651	14,512	9,108	7,598	3,874	5,077	45,820
計	14,910	52,700	73,643	85,275	63,829	189,694	480,051
(参考)全一般病床数 (平成19年医療施設調査)	120,349	188,621	115,993	145,809	98,932	243,530	913,234

※DPC病院数の病床数区分は、DPC算定病床数による。

※全病院の病床数区分は、総病床数による。

※DPC算定病床数(準備病院含む)は平成20年12月分DPC調査データより集計

※平成21年度DPC対象病院には、平成21年7月DPC対象病院(予定)を含む。

※平成19年度準備病院には、平成20、21年度対象病院に参加しなかった平成18年度準備病院12病院を含む。

※平成18年度対象病院は、病院の合併により昨年度より1病院減少している

※平成20年度対象病院は、病院の廃院により昨年度より1病院減少している

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）

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 1 0 |
| ○ 「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 1 9 |
| ○ 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会 中間報告書（平成 20 年 10 月） | P 2 1 |
| ○ 社会保障国民会議 最終報告（平成 20 年 11 月） | P 2 6 |
| ○ 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 3 5 |
| ○ 安心と希望の介護ビジョン（平成 20 年 11 月） | P 3 9 |
| ○ 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 4 5 |

安心と希望の医療確保ビジョン

平成20年6月
厚生労働省

1. はじめに

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

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

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

○ 改革努力を怠らない。

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

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

とりわけ医師数については、現状では総数が不足しているという認識の下で対策を行う必要があるが、単に医師数を増やすのみで課題が解決するものではなく、医療従事者のみならず、患者・家族等国民がみんな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重となっており、適正な勤務状況における必要な医療提供体制を確保するため、総体として医師数を増やす方向とし、同時に医師養成環境の整備を行う。

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

イ. コメディカル雇用数の増加

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

ウ. 総合的な診療能力を持つ医師の育成

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

エ. 臨床研修制度の見直し

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

オ. 歯科医師の養成

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

(2) 医師の勤務環境の改善

ア. 女性医師の離職防止・復職支援

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

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

イ. 医師の多様な勤務形態

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

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

(3) 診療科のバランスの改善等

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

麻酔科については、現在、国が標榜資格を定め許可しているが、

専門医制度の整備状況を踏まえ、規制緩和を行う。

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

(4) 職種間の協働・チーム医療の充実

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

ア. 医師と看護職との協働の充実

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

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

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

イ、医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実

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

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

ウ、医師とコメディカルとの協働の充実

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

エ、医師・看護職と看護補助者・メディカルクラーク等との協働の充実

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

メディカルクラーク（医師事務作業補助者、医療秘書など）については、書類記載、オーダー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磐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弊を防ぐため交代勤務制を整備する。

また救急医療機関での受入れを確実なものとするために、急性期

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

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

イ. 夜間・救急利用の適正化

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

(2) 「地域完結型医療」の推進

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

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

(3) 在宅医療の推進

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

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

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

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

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

(4) 地域医療の充実・遠隔医療の推進

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

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

3 医療従事者と患者・家族の協働の推進

(1) 相互理解の必要性

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

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

(2) 医療の公共性に関する認識

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

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

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

(3) 患者や家族の医療に関する理解の支援

患者や家族に対し療養生活上の心理的社会的問題の解決援助を行

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

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

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

Ⅲ．医療のこれからの方向性

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

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

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

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

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

IV. 会議の構成員及び会議の経過

◎ 構成員（敬称略）

- ・舩添要一厚生労働大臣
- ・西川京子厚生労働副大臣
- ・松浪健太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（野中医院院長）
- ・矢崎義雄（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、国際的位置づけも踏まえた我が国の医療のあり方 ・尾身茂（WHO 西太平洋事務局事務局長） ・新村拓（北里大学一般教育部長）
第3回	2月20日	「ホームケアクリニック川越（在宅療養支援診療所）」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） ・桑江千鶴子（都立府中病院産婦人科部長） ・花田直樹（花田子どもクリニック院長） ・中川恵一（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主任教授）
第5回	3月19日	ヒアリング（歯科医師、看護師、助産師） ・田上順次（東京医科歯科大学歯学部部長） ・坂本すが（東京医療保健大学医療保健学部看護学科長） ・堀内成子（聖路加看護大学看護学科長）
第6回	4月8日	ヒアリング（地域医療） ・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） ・草場鉄岡（医療法人北海道家庭医療学センター理事長）
第7回	4月21日	ヒアリング（薬剤師） ・林昌洋（国家公務員共済組合連合会虎の門病院薬剤部長） 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）

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階層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年度には救命救急センター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、我が国における良質かつ効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会報告書」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い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、怪我から病気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。このような中で、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100万人に一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な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評価するために、平成11年度より施設の充実度評価を行ってきたが、評価尺度の基準についての各施設の対応が進み、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、特に指肢切断、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、真に緊急性のある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言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

総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、都市部には受入先候補となる医療機関が多数存在しており、救急隊と複数の医療機関の間で詳細な情報のやりとりを行う中で、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・手間を必然的に要し、やむを得ない部分もあるとする意見がある。

3. 受入先となる救急医療機関

救急医療機関においては、救急利用の増加・多様化等に対応した体制の充実が十分に図られておらず、救急医療を担う病院勤務医等の過酷な勤務環境、勤務状況に見合った報酬となっていないことへの不満、泥酔者や薬物依存患者等とのトラブルといった問題も挙げられる。

4. 救急医療を担う医師を取り巻く環境

診療科の偏在や、病院勤務医の離職等に伴う医師偏在・不足の深刻化もあり、地域によっては救急医療体制の確保に支障が生じている。また、救急医療へのニーズが増大する中で、特に救急医療を担う病院勤務医の疲弊は著しく、これらの医師の意欲の低下が指摘されている。さらには、従来は非専門家による応急的な診療が容認された救急医療に対し、国民が、時と場所によらず高度な専門的医療を期待するようになったことで、救急医療を担う医師が、診療内容が専門的水準に至らない場合の訴訟リスク等を懸念するようになり、これが、医師の意欲の低下の一因にもなっているとの指摘がある。

また、へき地等においては、一人の医師が救急医療も含めた診療を担当している場合も多く、そうした医師の疲弊も同様に懸念される。

こうした状況を踏まえると、救急医療を支える医師の養成も重要と考えられ、例えば、卒前・卒後教育を通じての救急医療への配慮も必要と考えられる。

5. 救急医療に係る公的財政支援

初期救急医療や第二次救急医療の体制整備に要する財源については、平成16年度からのいわゆる三位一体改革等により国の補助金が順次一般財源化され、その実施については地方自治体の裁量に委ねられるようになった。このため、救急医療に関する公的財政支援の程度は地域によって異なるものと考えられる。

救急医療は、採算性にかかわらず提供されることが最も求められる医療分野であり、必要に応じた公的財政支援が適切に行われることが、救急医療の維持には不可欠である。

以上のような状況により、個々の救急医療機関における努力だけでは、地域において安定的に救急医療を提供し続けることが難しくなりつつあり、制度的な支援の充実が特に強く求められるようになっている。

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にした。

(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

準を調整する。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に基づき、別添資料のとおり、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・地域メディ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、評価が実態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、現場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ということを、病院、地方自治体及び国は十分に認識して、それぞれの責任を果たす必要がある。

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）これまでの整備の流れと量的状況

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、防ぎ得た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。

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、重症外傷や発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おり、このことを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、医師の過重な労働態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化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、実態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等を用いて、施設ごとに体制や実績を経年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

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重篤な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（発症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数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である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IT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) これまでの整備の流れ

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 …… 医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間における診療体制の確保を図るもの。

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

そのための予算については国と都道府県が補助を行ってきたが、例えば、病院群輪番制運営事業については、平成17年度に一般財源化される等、その多くは地方自治体の裁量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」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」、「一定の枠組みを満たし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」、「医療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、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、脳卒中や心筋梗塞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、幅広い傷病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

いうまでもなく、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、広域搬送に関わ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力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り、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業務高度化推進検討会においても指摘されたところである。

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（管制塔機能）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、同事業拡充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・転院が停滞し、結果的に救急医療用の病床を長期間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、医療機関の受入照会回数が多数に及ぶ事案に関し、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、「処置困難」、「ベッド満床」、「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、「ベッド満床」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準じ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、同一医療機関内での転床、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度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。

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関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関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。その状況を概括してみると、

- ・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。

仮に、我が国においてER型救急医療機関を普及させるとした場合、地域や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（救急医療機関）での試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り、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

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。特定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年度に発足した救急救命士制度についても、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、救急救命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、議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、特に救急医療は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、軽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クや不確実性が伴うことを認識した上で、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、地域のセーフティー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。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。

「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※第1～3回
染谷 意	茨城県保健福祉部次長※第4～7回
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長 / 杏林大学救急医学教授
豊田 一則	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※第1～3回
溝口 達弘	総務省消防庁救急企画室※第4～7回

これまでの検討の経緯

(第1回の議題)

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回の議題)

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回の議題)

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回の議題)

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

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する方策が必要である。また、専門医としての総合医・家庭医の養成とともに、他の専門医が総合医・家庭医となって地域医療を担うようなキャリアパス、再教育のプログラムが必要である。

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

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

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

3 コメディカル等の専門性の発揮とチーム医療

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

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

4 地域医療・救急医療体制支援

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

- 地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、診療所医師が病院での診療に携わることを進めるためには、病院における医療に対する診療報酬を、ホスピタルフィーとドクターフィーに区別することを検討する必要がある。また、地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、患者の入退院・転院を円滑に進めるためには、地域の医療機関における電子カルテの情報共有が必要である。また、医療の透明化を図るため患者が無料で明細書(診療内容がわかる領収書)を受け取ることができるようにする必要がある。

- 救急医療において、患者が適切な医療を受けられるようにするためには、最も重症の者を受け入れる第三次救急の体制を堅固なものとすると同時に、軽症者も含め多くを受け入れている二次救急を支える体制を構築することが重要である。その際、地域医療を現在保っているネットワークを活用するよう、各地域の実情を十分把握する必要がある。
- このため、数多く救急患者を受け入れた医療機関・医師を評価すること、地域によっては二次救急が福祉的なニーズを持った患者を相当数受け入れているケースがあることから福祉関係の行政機関をはじめ関係機関が協力して受け止められる体制を構築すること、医師以外にも適切なトリアージができる看護師を養成すること、が必要である。

- 医療と消防の連携を円滑化し、消防防災ヘリコプターの救急搬送における活用を推進するべきである。

5 患者・住民の参画

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

精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会
中間報告書

目 次

1. はじめに	1
2. 求められる精神保健福祉士の役割及び必要となる技術	2
(1) この10年間での変化	2
(2) 今後の精神保健福祉士に求められる役割	2
(3) 必要となる技術	4
3. 求められる役割を踏まえた対応	4
(1) 現状と課題	4
(2) 具体的な対応	5
4. 今後の検討について	6
参考	7
○精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会構成員名簿	7
○これまでの検討過程	7

平成 20 年 10 月 21 日

1. はじめに

我が国の精神障害者施策については、長らく精神障害者を医療及び保護の対象として位置づけ、入院処遇を中心として進められてきたことから、精神障害者の長期入院の解消を図り、社会復帰を促進することが精神保健福祉行政の最大の政策課題の一つとして認識されてきた。

このため、精神障害者が社会復帰を果たす上で障害となっている諸問題の解決を図る必要があり、医療的なケアに加えて、退院のための環境整備などについての様々な支援を行う人材として、従来から医療機関及び社会復帰施設において精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的な活動を実践してきた精神科ソーシャルワーカーの国家資格化が求められた。

こうしたことから、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を行う者として、平成9年に精神保健福祉士の資格制度が精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）により創設された。

資格制度創設から現在に至るまでのこの10年間に精神保健福祉士を取り巻く環境に変化があったところであるが、その中でも、平成16年9月に精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下「ビジョン」という。）において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を押し進めるため、地域生活支援体系の再編などを柱に掲げ、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編及び基盤強化の推進により、10年後の解消を図ることとしている。

このビジョンに基づき、これまで精神保健医療福祉に関する施策が実施されてきたところであるが、長期入院患者を中心とした精神障害者の地域移行が十分に進んでいない状況にある。

現在、障害者自立支援法の3年後の見直しに向けた議論が行われているところであるが、特に、精神障害者については、別途検討会を設置し議論が行われており、その中で、精神障害者の地域移行及び地域生活の支援を更に推進していく方向で検討が進められている。

精神障害者が地域において安心して自立した生活を送るためには、「相談支援」、「住」、「生活」及び「活動」の各側面における地域生活支援体制の充実を図る必要があるが、上記の議論においては、特に、今後、「相談支援」の強

化を図ることの重要性が指摘されている。

今後、相談支援の強化を進めていくにあたっては、精神障害者の立場に立ち、権利擁護及び主体性を尊重した相談援助により、これらの地域生活支援を行う専門職である精神保健福祉士が担う役割はますます重要になる。

このような状況の中、本検討会は、平成19年12月から審議を開始し、精神保健福祉士の高い専門性を担保できるような養成の在り方等について、これまでの議論を踏まえて中間的な取りまとめを行うものである。

2. 求められる精神保健福祉士の役割及び必要となる技術

（1）この10年間での変化

前述のとおり、我が国の精神保健福祉行政の最大の政策課題の一つであった長期入院患者を中心とした精神障害者の地域移行を促進するため、地域移行に関する様々な課題の解決を図り、医療とは異なる観点から精神障害者の立場に立ち、社会復帰のために必要な医療的なケア以外の支援を行う人材が求められたことから、医療機関及び社会復帰施設において精神障害者の社会復帰を支援する専門職として精神保健福祉士制度が精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）により創設され、これまで一定の成果をあげてきたところである。

しかしながら、「入院医療中心から地域生活中心へ」という施策の転換が図られているものの、長期入院患者を中心とした精神障害者の地域移行が十分に進んでいない現状にあり、制度創設当時に求められた「精神障害者の社会復帰の支援」を担う役割については、その重要性が一層高まっている。また、その一方で、国民の精神保健の課題にも拡大がみられている。

（2）今後の精神保健福祉士に求められる役割

① 中核の業務として担うべき役割

上記のような背景から、医療機関等におけるチームの一員として精神障害者の地域移行を支援する役割については、今後も精神保健福祉士の重要な役割であり、これに加え、精神障害者の地域生活を支援する役割がより重要となっている。

これらが、精神保健福祉士が精神障害者を支援する専門職として担うべき最も重要な役割であり、具体的な業務としては、

- 援助の方向性を明らかにし、一貫性を保つための援助計画の作成、日常生活能力向上のための指導、生活技能訓練及び退院のための家族環境の調整を行うこと
 - 在宅医療・福祉サービスの調整、住居の確保・日常生活上の能力の向上のための訓練等の居住支援及び就職に向けた相談・求職活動・職業生活上での環境調整等の就労支援を行うこと
 - 地域住民に精神障害者の理解を求めるとともに、他職種・関係機関・ボランティアと連携し、必要な社会資源を整備、開発するための地域づくりを行うこと
- などがある。

② 精神保健の課題の拡大を背景として広がった役割

近年の精神保健の課題の拡大を背景として、職域の拡大や、求められる支援が多様化しており、精神保健福祉士の役割が広がってきた。

(ア) 職域の拡大

- 行政に関する分野では、精神保健福祉センター、保健所に加え、市町村等において、地域の精神保健医療福祉施策を推進する役割
- 司法に関する分野では、心神喪失者等医療観察法における社会復帰調整官及び精神保健参与員、矯正施設等からの地域生活への移行を支援する専門スタッフ
- 教育に関する分野では、学校等において、いじめや不登校、教員の精神疾患罹患者の増加などを背景に環境調整等の支援を行うスクールソーシャルワーカー
- 労働に関する分野では、精神疾患により休職中の者の職場復帰支援を行う産業保健スタッフ、ハローワークにおいて、精神障害者の求職者に対して、就労支援を行う精神障害者就職サポーターなど職域の広がりがみられる。

(イ) 求められる支援の多様化

- 従来からの統合失調症への対応のみならず、各々の疾患及びそれに伴う生活上の課題に対して、固有の特性を踏まえた適切な対応が求められており、例えば、
- 様々なストレスに関連する障害や、社会経済状況等を背景として大きく増加しているうつ病等の気分障害
 - 人口の高齢化の進行に伴い、大きな社会問題となっている認知症

- 人口に占める割合は高いにもかかわらず、これまで十分な対応がされてこなかった発達障害などへの対応が求められている。

なお、精神保健福祉士についても、その他の関係職種と同様に、行政機関等と協力して、国民の精神保健の向上に資する予防及び普及啓発活動に関する取組を行うことへの期待もある。

(3) 必要となる技術

上記の役割を適切に遂行するために、従来からの相談援助技術に加え、包括的な相談援助を行うための関連援助技術として、

- 多様化するニーズに対し、適切なサービスに結びつけ調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保するためのケアマネジメント
- 相談内容に関し適切に問題を解決するために、他の分野の専門家との助言に基づくコンサルテーション
- 人的・物的資源の連携により、提供するサービスの充実や効率化、継続性の確保などのためのチームアプローチ及びネットワーキングなどの技術が必要となってきた。

また、職務を遂行するにあたっては、精神障害者の人権を尊重し、誠実に努めることが求められている。

3. 求められる役割を踏まえた対応

(1) 現状と課題

- ① 長期入院患者を中心とした精神障害者の地域移行を更に促進するとともに、安心して地域で暮らせるための支援が求められている。
- ② また、精神障害者の地域生活を支援するにあたり、医療・福祉・就労など多様な精神障害者等のニーズに対応したサービスを効果的に提供することが求められている。
- ③ 精神保健福祉士を取り巻く環境や求められる役割について変化があったが、これまで、この変化に対応した精神保健福祉士としての必要な知識及び技術が習得できるようなカリキュラムへの見直しが行われていない

い。

- ④ なお、カリキュラムの見直しにあたっては、特に相談援助にかかる技術を習得する実習・演習の充実を図り、その実践力を高める必要がある。
- ⑤ 精神保健福祉士を取り巻く環境について、今後に変化することがあり得るが、精神障害者等からのニーズに応じ、常に適切な支援を提供するためには、資格取得後の資質の向上が必要である。

(2) 具体的な対応

上記の現状と課題を踏まえ、行政、医療機関、障害福祉サービス事業所、教育機関、職能団体等においては、それぞれが連携を図りつつ、以下のとおり具体的な対応を図るべきである。

① 精神保健福祉士の役割の理解の深化

現行の法律においては、精神保健福祉士は精神障害者の社会復帰の支援を担う者とされているが、これに加え、精神障害者の地域生活の支援を担う者であることについて明示すべきである。

さらに、これらの職務を遂行するにあたっては、精神障害者の人権を尊重し、誠実に努めることについても明示すべきである。

その上で、この役割を適切に遂行できる人材を養成することを目標とした教育を行うべきである。

② 他職種・関係機関との連携の重要性の明示

医療・福祉・就労など多様化するニーズに対応するためには、それらの領域の専門職種・関係機関と連携を図りながら効果的に支援することが必要となるが、現行の法律では、医療関係職種との連携を図ることについてのみ規定されていることから、これに加え、福祉・労働・司法・教育などの様々な領域の専門職種・関係機関との連携を図ることについても明示すべきである。

その上で、他職種・関係機関との連携を実践できることを目標として必要な知識及び技術について教育を行うべきである。

③ カリキュラムの充実

精神保健福祉士の役割及び他職種・関係機関との連携を含め、今後、精神保健福祉士が中核の業務として担うべき役割である、精神障害者の社会復帰の促進を図り、地域生活を支援していく上で必要となる知識及び技術については不可欠なものとして重点的に、さらに、職域の拡大や

求められる支援の多様化に伴い拡がった役割についても基礎的な知識を習得できるよう、カリキュラムを充実させるべきである。

④ 実習・演習にかかる水準の確保

- 精神保健福祉士の実践力を高めるため、養成施設における養成課程について、時間数の増や教育内容の充実を図るとともに、保健福祉系大学等における養成課程についても、養成施設と同程度の水準を確保すべきである。
- 精神科病院等の医療機関での現場実習が極めて重要であることから、必須とすべきである。
- 保健福祉系大学等及び養成施設の教員の質を高めるとともに、実習先の指導者の質についても高める必要がある。

⑤ 資格取得後の資質の向上

- 資格取得後の資質の向上については、資格を有する者の意識によるところが大きいことから、法律上明示し、資格を有する者に対し、その重要性についての意識の醸成を促すべきである。
- 自己の研鑽のみならず、職能団体としても資質の向上のための卒後研修等に積極的に取り組むべきである。
- 行政、医療機関、障害福祉サービス事業所、教育機関等においては、資質の向上のための機会を提供するなどの支援に努めるべきである。

4. 今後の検討について

本検討会は、精神保健福祉士制度創設からの精神保健医療福祉分野を取り巻く環境の変化を踏まえ、今後の精神保健福祉士に求められる役割を明らかにするため、精力的に議論を行ってきた。

今後、本中間報告を踏まえ、より優れた人材の養成や、精神障害者に対する支援の一層の充実に向け、求められる精神保健福祉士を養成していくために必要となるカリキュラムについての検討を行っていく。

なお、カリキュラムの具体的な検討にあたっては、ワーキングチームを設置し、検討会での議論を踏まえ、検討を行うこととする。

参 考

○精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会構成員名簿

- 石川 到覚 大正大学人間学部 教授
 大塚 淳子 社団法人日本精神保健福祉士協会 常務理事
 鹿島 晴雄 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室 教授
 ◎ 京極 高宣 国立社会保障・人口問題研究所 所長
 新保 祐元 東京成徳大学応用心理学部 教授
 谷野 亮爾 社団法人日本精神科病院協会 副会長
 寺谷 隆子 山梨県立大学人間福祉学部 教授
 古川 孝順 東洋大学ライフデザイン学部 学部長

◎ 座長（構成員の記載は五十音順、役職等は平成20年10月1日現在）

○これまでの検討過程

回	開催日	議 題
第1回	平成19年12月19日	○ 精神保健福祉士の現状について ○ 精神保健福祉士と社会福祉士の共通科目について
第2回	平成20年3月13日	○ 精神保健福祉士と社会福祉士の共通科目について
第3回	平成20年7月11日	○ 求められる精神保健福祉士の役割について
第4回	平成20年8月29日	○ 求められる精神保健福祉士の役割について ○ 求められる役割を踏まえた対応について
第5回	平成20年9月29日	○ 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会中間報告書について
第6回	平成20年10月14日	○ 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会中間報告書について

社会保障国民会議 最終報告

目次

平成20年11月4日
社会保障国民会議

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) セーフティネット機能の強化	5
(7) 制度に対する信頼の回復・国民目線に立った改革の実施	6
3 中間報告後の議論	6
(1) 低所得者対策	6
(2) 能力開発政策	7
(3) 医療・介護費用のシミュレーション	8
(4) 少子化対策の意義と課題	9
(5) 新たな制度体系構築に向けた基本的視点	9

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

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

社会保障国民会議 最終報告

平成 20 年 11 月 4 日

社会保障国民会議

1 最終報告の位置付け

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

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

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

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

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

2 これからの社会保障 ～ 中間報告が示す道筋 ～

1 社会保障国民会議における議論の出発点

(1) 国民の安全と安心を支える社会保障

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

(2) 時代の要請・社会の変化に応える社会保障

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

(3) 全ての国民が参加し支える、国民の信頼に足る社会保障

社会的な相互扶助の仕組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。

(4) 国と地方が協働して支える社会保障

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

2 社会保障改革の基本的視点

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

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

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

3 社会保障の機能強化のための改革

(1) 社会保障の制度設計に際しての基本的な考え方

① 自立と共生・社会的公正の実現

私たちの社会は、個人の自助・自律を基本とし、一人一人の安全と安心は、相互の助け合い・連帯によって支えられている。社会的な連帯・助け合いの仕組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、簡素で分かりやすいものであることが必要である。

④ 公私の役割分担・地域社会の協働

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

⑤ 社会経済の進歩・技術革新の成果の国民への還元

技術革新の成果がサービスの効率化や質の向上に活かされることが必要である。

⑥ 給付と負担の透明化を通じた制度に対する信頼、国民の合意・納得の形成

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

⑦ 当事者として国民全体が社会保障を支えるという視点の明確化

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

(2) 社会保障を支える基盤の充実

① 安定的な経済成長の確保

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

② 現役世代の活力の維持・強化

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

③ ユニバーサル社会の実現

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

(3) 高齢期の所得保障

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

① 公的年金(基礎年金)の財政方式

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

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

建設的な制度改革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関する議論がさらに深まることを期待する。

② 未納問題への対応

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

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

などの属性に対応した実効ある対策を早急に実施することが必要である。

③ 無年金・低年金問題への対応

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

(4) 医療・介護・福祉サービスの改革

① 医療・介護にかかる需要の増大

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

② 不十分・非効率なサービス提供体制

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

③ サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

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

必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

④ 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し

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

⑤ 医療・介護に関する将来試算の実施

あるべきサービスの姿はどのようなものなのか、そのことを明らかにしつつ、それを実現し、維持していくためにはどれだけの費用(フロー・ストック)が必要なのかを推計する試算を早急に実施。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」の解決を通じた「希望と現実の乖離」の解消。「仕事と生活の調和の実現」と「子育て支援の社会的基盤の拡充」を車の両輪として取り組むことが重要である。

② 仕事と生活の調和の推進

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

③ 子育て支援サービスの充実

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

④ 地域における子育て環境の整備

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

⑤ 少子化対策に対する思い切った財源投入と新たな制度体系の構築

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

(6) セーフティネット機能の強化

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

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

(7) 制度に対する信頼の回復・国民目線に立った改革の実施

① 公的年金制度への信頼回復

現行制度に対する不信は、制度それ自体の問題というよりは制度運営に関わる国に対する信頼の低下に起因する面が大きい。公的年金制度の信頼を回復させ、本来の機能を十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 運用面での改善

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

3 中間報告後の議論

中間報告においては、セ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な就労支援施策の実施が必要である。

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

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

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

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

低所得者対策として各社会保障制度ごとにきめ細かく負担軽減策が講じられているが、制度ごとの体系がバラバラであり、複雑である。国民の視点からみて、分かりやすく利用しやすいものとするよう制度を見直し、各制度の担当者が相互理解に努めるとともに、制度横断的な視点に立って、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 工程表と不断の施策改善の仕組み

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

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

② 能力開発施策体制の強化

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

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

③ 職業生涯長期化に対応した能力開発

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

④ 若年時能力開発対策による社会保障の基盤強化

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

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、社会保障制度については我が国経済社会全体の基盤の強化を図るべきである。

(3) 医療・介護費用のシミュレーション

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

シミュレーションを実施するに当たってのポイントは、以下のとおりである。

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

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

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

：予防の強化による患者数減(外来患者約 32 万人/日減)

：医薬品・医療機器の効率化等の効率化(伸び率ケース①の場合)

を見込んだ。

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

(4) 少子化対策の意義と課題

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

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

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

(5) 新たな制度体系構築に向けた基本的視点

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

① 仕事と子育ての両立を支えるサービスの質と量の確保等

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

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

仕組とする必要がある。また、病児保育などの多様なニーズへの対応も課題。

サービス量の抜本的拡充のためにも、

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

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

放課後児童対策について、制度面・予算面とも拡充する必要。

身近な地域における社会的な子育て支援機能の強化が必要。

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

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

② すべての家庭の子育て支援のあり方

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

安心して子どもを産むことができるための妊娠・出産期の支援の拡充が必要。

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

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

③ 国民負担についての合意形成

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

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

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

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

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

4 社会保障の機能強化に向けて

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

基礎年金制度については、財政方式を巡る議論があることから、国民会議では、現行社会保険方式による場合と税方式による場合のそれぞれについて定量的シミュレーションを行った。中間報告でも述べたが、建設的な制度改革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問題であるが、それはマクロの年金財政の問題というよりは、未納の増加(とそれによる無年金者・低年金者の発生)が皆年金制度の理念を脅かし、将来の低年金者・無年金者の増大によって国民皆年金制度の本来機能である「全ての国民の老後の所得保障」が十全に機能しなくなることがより大きな問題であり、その観点から、非正規労働者への厚生年金適用拡大や免除制度の積極的活用などの未納対策の強化、基礎年金の最低保障機能の強化等が大きな課題となる。

医療・介護サービスについては、社会の高齢化に伴い医療・介護サービスを必要とする人が大きく増大していくことから、費用が今後急速に増えていくことは避けられない。他方で現在の医療・介護サービスは様々な構造的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」が不可欠である旨指摘した。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5 おわりに ～ 国民会議からのメッセージ ～

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

に議論する場面は、残念ながらほとんどなかったと言えるであろう。

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

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

今後、社会の高齢化が進み、負担の増加が避けられない中で、社会保障の機能を強化し、同時に安定的な持続できる制度にしていくためには、大胆な制度改革が不可欠であり、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。

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

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

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

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

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

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」という基本的方策を更に推し進めるという共通認識の下、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、そ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はなく、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にする重要な機能であり、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1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等も含めて、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。

(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策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。

(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、雇用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。

(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、措置診療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、措置診療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、措置診療に全国一律に輪番制を導入することや、措置診療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きり、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」という考え方から、「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、介護の現場では尊厳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勤しむ人、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、個々人の力（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」と潜在的な意欲を発掘し、「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・ワーク・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砦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

ーション拠点の整備」、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、医療的なケアのニーズが高まっている施設において、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備、地域包括支援センターを舞台に介護従事者と医療従事者がチームとして要介護者を支援する「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整備していく。

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かなければならない。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って、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、その持てる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「地域の守立て役」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砦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 ～自らのも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、利用者の重度化が進み、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内で行う

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）入院中に胃瘻が造設されたとしても、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「集住」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の推進

(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

- 離職看護師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

安心と希望の介護ビジョン 構成員名簿

石川 誠	医療法人社団輝生会初台リハビリテーション病院理事長
石川 良一	稲城市長
太田差恵子	NP0 法人パオッコ理事長
駒村 康平	慶應義塾大学経済学部教授
袖井 孝子	お茶の水女子大学名誉教授
鳥羽 研二	杏林大学医学部教授
中村 邦夫	パナソニック（株）代表取締役会長（社団法人シルバーサービス振興会会長）
古川 静子	日本化薬メディカルケア（株）デイサービス部部长
堀田 聡子	東京大学社会科学研究所特任准教授
◎前田 雅英	首都大学東京都市教養学部長
村上 勝彦	社会福祉法人慧誠会帯広けいせい施設長
村田 幸子	福祉ジャーナリスト

◎ 座長

（五十音順、敬称略）

（H20.10.1 現在）

安心と希望の介護ビジョン（概要）

平成20年11月20日

超高齢社会を迎える中で、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社会を築いていくために、2025年を見据えて取り組むべき施策を提言する。

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

～高齢者が安心して暮らすための環境づくり～

① コミュニティ・ワーク・コネクター（仮称）の輩出

地域の高齢者が「求めること」と「できること」を結びつけ、必要ある高齢者が主体的・積極的に参加するコミュニティ・ビジネスや互助事業等を育成する「キーパーソン」づくりを目指す。高齢者地域活動推進者（仮称）を地域から輩出し、先進的事例や様々なノウハウを修得できる機会を提供（高齢者地域活動推進者）

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

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

～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～

① 在宅生活を支援するサービスの基盤整備

② 在宅生活支援リハビリテーションの強化

③ 医療と介護の連携強化

④ 認知症対策の充実

⑤ 地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備

3. 介護従事者にとっての安心と希望の実現

～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取り組み続けていけるために～

① 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の推進

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介護報酬の設定、ワークライフバランスへの配慮、資格や経験等に応じたキャリアアップの仕組みの構築、介護ロボットの研究開発の推進等

③ 介護従事者の確保・育成

～潜在的介護福祉士等の掘り起こし、現場復帰に向けた研修の実施、介護未経験者の就業支援等

平成21年3月4日

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

第1 はじめに

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

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

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

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

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

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

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

第2 現状の問題点

1 周産期救急医療を担うスタッフの不足

（1）産科医不足

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

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

（２）新生児医療担当医不足

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

（３）麻酔科医不足

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

（４）救急医療を担う医師の不足

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

（５）分娩を取り扱う助産師の不足

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

（６）新生児医療を担う看護師の不足

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

２ 周産期医療機関の機能と相互連携の問題

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

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

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

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

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

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

3 周産期救急医療と一般救急医療の連携の問題

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

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

4 情報システムの問題

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

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

5 妊産婦死亡の実態が不明

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

6 社会的ハイリスク妊婦の実情が不明

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

第3 基本的な方針（検討における大前提）

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

1 国の責務

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

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

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

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

2 地域の役割

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

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

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

3 医療現場の役割

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

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

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

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

4 国民、地域住民の協力

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

第4 周産期救急医療体制についての提言

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

1 現状の把握及び情報公開

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

2 関係者間の連携

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

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

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

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

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

3 医療機関のあり方と救急患者の搬送体制

（1）医療機関の機能のあり方

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

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

（周産期母子医療センターの分類例）

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

- ・ 総合周産期母子医療センター（胎児・新生児型）〔N型総合周産期センター〕
産科・MFICU・小児科（新生児）・NICU（小児外科・小児心臓外科）・麻酔科

- ・ 地域周産期母子医療センター（母体型）〔M型地域周産期センター〕
産科・小児科（新生児）・救命救急センター・麻酔科・脳神経外科・心臓外科等

- ・ 地域新生児搬送センター〔N型地域周産期センター〕
小児科（新生児）・関連診療科（地域における新生児搬送及びそのコントロール機能を有する）

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

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

（2）救急医療・周産期医療に対する財政支援とドクターフィー

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

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

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

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

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

(診療実績の評価項目の例)

○母体について

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

○胎児・新生児について（新生児領域）

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

※ 迎え搬送：受入医療機関の医師が救急車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

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

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

(3) 地域におけるネットワーク

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

① 初期対応と初期救急

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

② 高次医療機関の機能の強化と維持

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

国及び都道府県は、上記の体制整備に対して必要な支援策を検討する。

(4) 医療機関等におけるリソースの維持・増強

① NICUの確保

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

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

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

② 後方病床拡充とNICUに長期入院している重症児に対する支援体制の充実

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

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

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

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

③ 人的リソースの維持・拡充

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

・医師の確保

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

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

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

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

・助産師の確保

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

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

・看護師の確保

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

・女性医師の勤務継続支援

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

・救急隊員のスキルアップ

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

・医師事務作業補助者の配置

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

4 救急患者搬送体制の整備

（１）母体搬送体制

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

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

（２）新生児搬送体制

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

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

(3) 広域搬送体制

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

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

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

(4) 戻り搬送

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

5 救急医療情報システムの整備

(1) 周産期救急情報システムの改良

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

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

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

(2) 搬送コーディネーターの役割

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

①搬送先照会・斡旋

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

②情報収集

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

第5 地域住民の理解と協力の確保

1 地域住民への情報公開

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

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

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

(提供項目の例)

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

2 地域住民の啓発活動

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

緊急時の対処方法等について、地域が行う住民への啓発活動を支援する。

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

第6 対策の効果の検証と改良サイクルの構築

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

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

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

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

第7 おわりに

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

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

「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」構成員

<委員>

阿真 京子 「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達」の会 代表
 有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座 主任教授
 池田 智明 国立循環器病センター周産期科 部長
 海野 信也 北里大学医学部産婦人科学 教授
 大野 泰正 大野レディスクリニック 院長
 岡井 崇 昭和大学医学部産婦人科学教室 主任教授 (◎)
 嘉山 孝正 山形大学医学部長 脳神経外科学教授 救急部長
 川上 正人 青梅市立総合病院 救命救急センター長
 木下 勝之 順天堂大学医学部産婦人科学講座 客員教授
 杉本 壽 大阪大学医学部救急医学 教授 (○)
 田村 正徳 埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター長
 藤村 正哲 大阪府立母子保健総合医療センター 総長
 横田順一郎 市立堺病院 副院長

<参考人>

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

(敬称略、五十音順。◎座長、○座長代理。)

「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」検討経緯

第1回 平成20年11月5日

○周産期医療と救急医療の現状と課題について
 ○意見交換

第2回 平成20年11月20日

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

第3回 平成20年11月25日

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

第4回 平成20年12月8日

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

第5回 平成20年12月18日

○報告書(案)について

第6回 平成21年2月3日

○報告書(案)について

<主な検討事項の一覧>

●既に対応又は対応中の事項

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

●平成 20 年度末までに検討すべき事項

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

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

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

●平成 21 年度以降に検討すべき事項

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

病院の機能に応じた分類(イメージ)

医療法上の位置づけ

一般病床

療養病床

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

病床数 913,234床
病床利用率 76.6%
平均在院日数 19.0日

718施設
288,610病床

DPC

特定機能病院

82施設
64,523病床※1
※1 一般病床に限る

専門病院
20施設
6,151病床
一類感染症 19施設
79病床

救命救急 202施設
6,453病床

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

広範囲熱傷 25施設、52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

一般病棟

5,437施設
700,358病床

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

亜急性期

入院料1 入院料2
1,017施設 45施設
11,951床 900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

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

緩和ケア病棟 193施設
3,780病床

療養病棟

3,650施設
211,592床

介護療養病床

2,608施設
110,730(人)

有床診療所一般

8,022施設、102,064病床

診療所後期高齢者
335施設、1,454病床

有床診療所療養 1,247施設
10,443病床

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

結核病棟

225施設、8,177病床

施設基準の
届け出:平成
20年7月1日
現在

基本診療料について

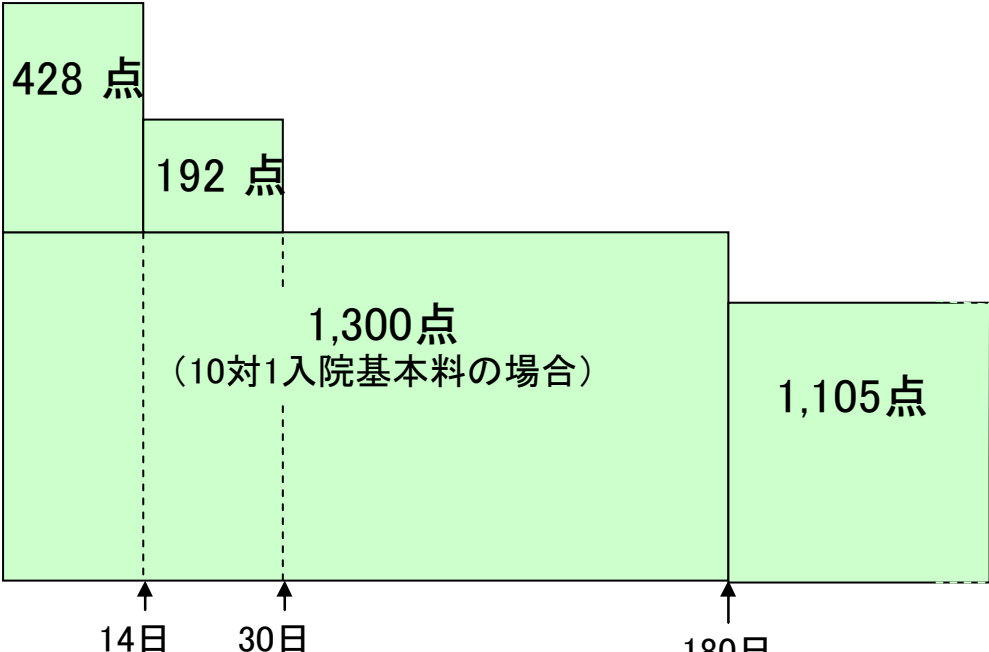
中医協 診－２－３
２ １ ． ４ ． １ ５

基本診療料は、初診若しくは再診の際及び入院の際に行われる基本的な診療行為の費用を一括して評価するもの。									
初・再診料	<p>初診料(1回につき) 270点 外来での初回の診療時に算定する点数。基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用が含まれている。</p> <p>再診料(1回につき) 病院 60点 診療所 71点 外来での二回目以降の診療時に一回毎に算定する点数。基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用が含まれている。</p>								
入院基本料	<p>入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用を含み、病棟の種別、看護配置、平均在院日数等により区分されている。</p> <p>例)一般病棟入院基本料(1日につき)</p> <table> <tr> <td>7対1入院基本料</td><td>1,555点</td></tr> <tr> <td>10対1入院基本料</td><td>1,300点</td></tr> <tr> <td>13対1入院基本料</td><td>1,092点</td></tr> <tr> <td>15対1入院基本料</td><td>954点</td></tr> </table> <p>なお、療養病床の入院基本料については、その他の入院基本料の範囲に加え、検査、投薬、注射及び簡単な処置等の費用が含まれている。</p>	7対1入院基本料	1,555点	10対1入院基本料	1,300点	13対1入院基本料	1,092点	15対1入院基本料	954点
7対1入院基本料	1,555点								
10対1入院基本料	1,300点								
13対1入院基本料	1,092点								
15対1入院基本料	954点								
入院基本料等加算	<p>人員の配置、特殊な診療の体制等、医療機関の機能等に応じて一日毎又は一入院毎に算定する点数。</p> <p>例)入院時医学管理加算(1日につき) 120点 (急性期医療を提供する体制及び勤務医の負担軽減に対する体制を評価)</p> <p>診療録管理体制加算(1入院につき) 30点 (診療記録管理者の配置その他の診療録管理体制を評価)</p>								
特定入院料	<p>集中治療、回復期リハビリテーション、亜急性期入院医療等の特定の機能を有する病棟又は病床に入院した場合に算定する点数。入院基本料の範囲に加え、検査、投薬、注射、処置等の費用が含まれている。</p> <p>例)救命救急入院料2(1日につき)(3日以内の場合) 11,200点 (救命救急センターでの重篤な救急患者に対する診療を評価)</p>								

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

一般病棟入院基本料

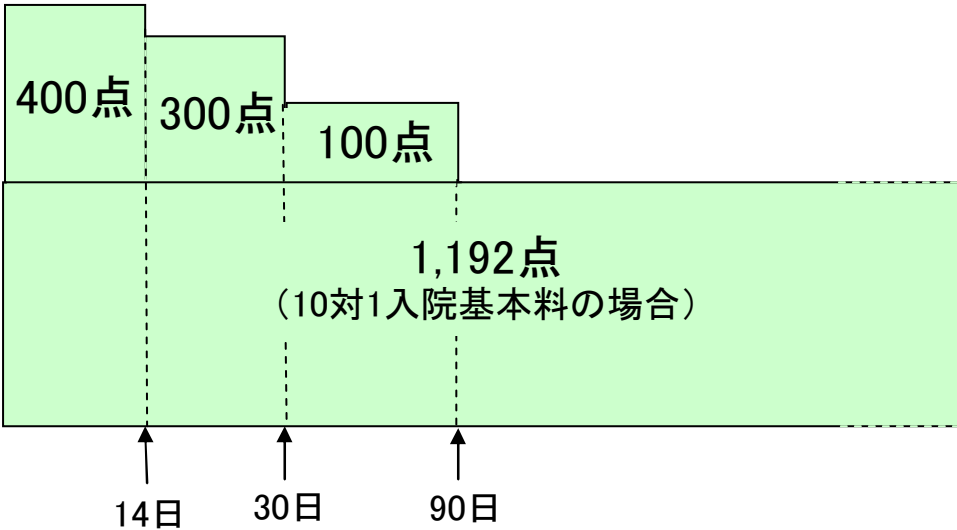
入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数																						
 <p>428 点</p> <p>192 点</p> <p>1,300点 (10対1入院基本料の場合)</p> <p>1,105点</p> <p>14日 30日 180日</p>	救急患者、重症患者等、急性期の治療を必要とする患者	(平均在院日数) 7対1 19日以内 10対1 21日以内 13対1 24日以内 15対1 60日以内	5,437 700,358																						
	<table><tr><th colspan="2">主な人員基準等</th><th>主な施設基準等</th></tr><tr><td>点数</td><td>看護師比率</td><td rowspan="7">・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</td></tr><tr><td>7対1</td><td>1,555点</td><td>70%</td></tr><tr><td>準7対1</td><td>1,495点</td><td>70%</td></tr><tr><td>10対1</td><td>1,300点</td><td>70%</td></tr><tr><td>13対1</td><td>1,092点</td><td>70%</td></tr><tr><td>15対1</td><td>954点</td><td>40%</td></tr><tr><td>15対1未満</td><td>575点</td><td></td></tr></table> <p>・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</p> <p>・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</p>	主な人員基準等		主な施設基準等	点数	看護師比率	・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	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	
主な人員基準等		主な施設基準等																							
点数	看護師比率	・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	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																								

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
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; 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 </div>	・主として長期にわたり療養の必要な患者	なし	3,650 211,592
	主な人員基準等	主な施設基準等	
	看護師比率 看護職員 25対1 看護補助者 25対1	・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																							
 <p>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>	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																							
	主な人員配置等	主な施設基準等																								
	<table><thead><tr><th></th><th>点数</th><th>看護師比率</th></tr></thead><tbody><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></tbody></table> <p>・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</p> <p>・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</p>		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%	<p>・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こと</p>
	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%																								

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																	
	主な人員基準等		主な施設基準等																	
	<table><thead><tr><th></th><th>点数</th><th>看護師比率</th></tr></thead><tbody><tr><td>10対1</td><td>1,240点</td><td>70%</td></tr><tr><td>15対1</td><td>800点</td><td>40%</td></tr><tr><td>18対1</td><td>712点</td><td>40%</td></tr><tr><td>20対1</td><td>658点</td><td>40%</td></tr><tr><td>25対1</td><td>550点</td><td>40%</td></tr></tbody></table>			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%
	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%																		

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</p> <p>207点</p> <p>1,300点 (一般病棟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>	(一般病棟) 高度な医療を必要とする患者等 (結核病棟) 結核の患者 (精神病棟) 精神疾患を有する患者	(平均在院日数) (一般病棟) 7対1 28日以内 10対1 28日以内 (結核病棟) 7対1 28日以内 10対1 28日以内 13対1 36日以内 15対1 なし (精神病棟) 7対1 28日以内 10対1 28日以内 15対1 なし	(一般病棟) 82 64,523 (結核病棟) 14 238 (精神病棟) 73 3,385
	主な人員基準等	主な施設基準等	
	(一般病棟) 点数 看護師比率 7対1 1,555点 70% 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%	・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	

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</p> <p>207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>	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													
	<table><tr><th colspan="2">主な人員基準等</th><th>主な施設基準等</th></tr><tr><td>7対1</td><td>点数 看護師比率</td><td rowspan="4">・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</td></tr><tr><td>7対1</td><td>1,555点 70%</td></tr><tr><td>準7対1</td><td>1,495点 70%</td></tr><tr><td>10対1</td><td>1,300点 70%</td></tr><tr><td>13対1</td><td>1,092点 70%</td><td></td></tr></table> <p>・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</p> <p>・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</p>	主な人員基準等		主な施設基準等	7対1	点数 看護師比率	・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	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%	
主な人員基準等		主な施設基準等														
7対1	点数 看護師比率	・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	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%															

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</p> <p>1,300点 (10対1入院基本料の場合)</p> <p>14日 30日</p>	<ul style="list-style-type: none">・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										
	<table><tr><th colspan="2">主な人員基準等</th><th>主な施設基準等</th></tr><tr><td>7対1</td><td>点数 看護師比率 1,555点 70%</td><td rowspan="4">・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</td></tr><tr><td>10対1</td><td>1,300点 70%</td></tr><tr><td>13対1</td><td>1,092点 70%</td></tr><tr><td>15対1</td><td>954点 40%</td></tr></table> <p>・看護職員＋看護補助者： 10対1</p>	主な人員基準等		主な施設基準等	7対1	点数 看護師比率 1,555点 70%	・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	10対1	1,300点 70%	13対1	1,092点 70%	15対1	954点 40%
主な人員基準等		主な施設基準等											
7対1	点数 看護師比率 1,555点 70%	・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											
10対1	1,300点 70%												
13対1	1,092点 70%												
15対1	954点 40%												

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>(入院基本料1の場合)</p> <p>7日 14日 30日</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	

有床診療所療養病床入院基本料

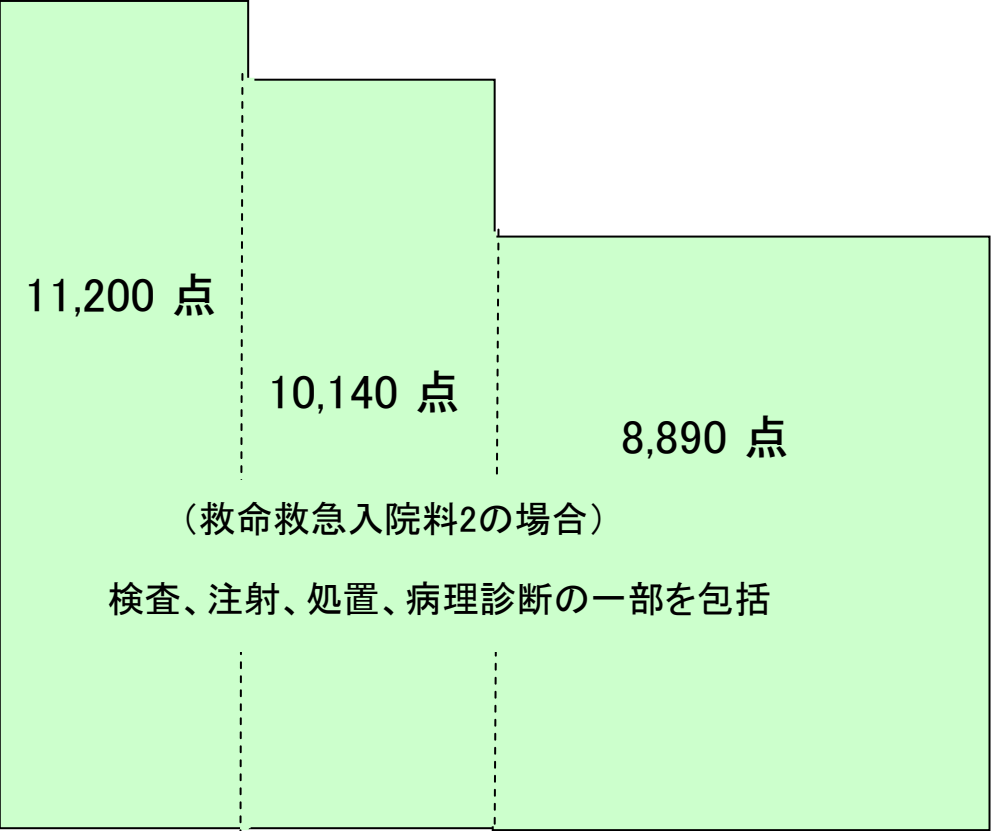
入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; margin: 10px auto; width: 80%;"> 764点 (入院基本料Cの場合)※ 検査、投薬、注射、処置等を包括 </div>	・主として長期にわたり療養の必要な患者	なし	1,247 10,443
	主な人員基準等 ・看護職員 30対1※ ・看護補助者 30対1※ ・夜勤:看護要員1以上 ※有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている数	主な施設基準等 ・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) 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

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>11,200 点</p> <p>10,140 点</p> <p>8,890 点</p> <p>(救命救急入院料2の場合)</p> <p>検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> <p>3日 7日 14日</p>	<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 ・大手術を必要とする状態 ・救急蘇生後 ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態 	<p>・14日を限度として算定</p>	<p>202 6,453</p>
	<p>主な人員基準等</p>	<p>主な施設基準等</p>	
	<p>・重篤な救急患者に対する医療を行うのに必要な専任の医師及び看護師が常時配置されていること</p> <p>(入院料2)</p> <p>・看護師:2対1※</p> <p>※常時配置</p>	<p>・都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であること</p> <p>・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)</p> <p>・除細動器</p> <p>・ペースメーカー</p> <p>・心電計</p> <p>・ポータブルエックス線撮影装置</p> <p>・呼吸循環監視装置</p> <p>を救命救急センター内に常時備え付けていること</p>	

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;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>8,760点</p> <p>検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>7,330点</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>↑</p> <p>7日</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>↑</p> <p>14日</p> </div> </div> </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 	<div style="text-align: right;"> <p>592</p> <p>4,307</p> </div>
	<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、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 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 ・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 	

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; text-align: center;"> <p>3,700点</p> <p>検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p>↑</p> <p>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に準じる状態 	<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>
	主な人員基準等	主な施設基準等	
	<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 	<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 	

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; margin: 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 style="text-align: right;">58</p> <p style="text-align: right;">355</p>
	<p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">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 	

↑
14日

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="text-align: center;"> <p>出生体重 1,500g以上</p> <p>出生体重 1,000g以上 1,500g未満</p> <p>出生体重 1,000g未満</p> <p>8,500点</p> <p>検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> <p>21日 60日 90日</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>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 	

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
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px;"> <p>7,000点</p> <p>検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p>↑</p> <p>21日</p> </div>	<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>
	主な人員基準等	主な施設基準等	
	<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 	<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 	

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>出生体重 1,500g以上</p> <p>出生体重 1,000g以上 1,500g未満</p> <p>出生体重 1,000g未満</p> <p>8,500点</p> <p>検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> <p>21日 60日 90日</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) 	<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 	75 781
	<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 ・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 	

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
<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center;"> <p style="font-size: 24px; margin: 0;">7,890点</p> <p style="margin: 10px 0;">検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p>↑</p> <p>60日</p> </div>	<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、薬傷及び凍傷が含まれる 	<ul style="list-style-type: none"> ・60日を限度として算定 	<div style="text-align: right;"> <p>25</p> <p>52</p> </div>
	<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
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>8,890点</p> <p>検査、注射、処置、病理診断の一部を包括</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>7,690点</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>↑</p> <p>7日</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>↑</p> <p>14日</p> </div> </div> </div>	<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 	<ul style="list-style-type: none"> ・14日を限度として算定 	<div style="text-align: right;">19</div> <div style="text-align: right;">79</div>
	主な人員基準等 <ul style="list-style-type: none"> ・看護師:2対1[※] ※常時配置 	主な施設基準等 <ul style="list-style-type: none"> ・感染症法第6条第12項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第13項に規定する第一種感染症指定医療機関であること 	

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
<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>1,943点</p> <p>診療に係る費用は包括※</p> </div>	<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
	<p style="text-align: center;">主な人員基準等</p> <p>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%</p>	<p style="text-align: center;">主な施設基準等</p> <p>病室床面積： 患者1人あたり6.4m²以上</p>	

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

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
<div style="text-align: center;"> 4,500点 (小児入院管理料1の場合) 診療に係る費用は包括^{※1} </div>	・15歳未満の入院患者	(平均在院日数) ・管理料1: 21日以内 2,704 ・管理料2: 21日以内 187 ・管理料3: 28日以内 ^{※2} 7,986 ・管理料4: なし 329 (※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)	・管理料1: 35 ・管理料2: 2,704 ・管理料3: 187 ・管理料4: 7,986 ・管理料5: 329 ・管理料6: 8,868 ・管理料7: 105 ・管理料8: -
	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 管理料1 7対1 ^{※3} 管理料2 7対1 管理料3 10対1 管理料4 15対1 (※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

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: 10px auto; width: 400px; text-align: center;"> 1,690点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括^{※1} </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">180日^{※2}</div>	・脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の回復期リハビリテーションの必要が高い患者を8割以上入院させている	なし	・入院料1 195 5,047(一般) 6,555(療養) ・入院料2 716 13,770(一般) 25,296(療養)
	主な人員基準等 ・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%	主な施設基準等 ・病室面積:患者1人あたり6.4m ² ・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) (入院料1) ・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	

※1 リハビリテーションに係る費用等を除く

※2 高次脳機能障害を伴う重症脳血管障害等の場合

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: 10px auto; width: 80%; text-align: center;"> 2,050点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括^{※1} </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">90日^{※2}</div>	(入院料1) ・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 (入院料2) ・急性期治療を経過した患者	なし	・入院料1 <div style="text-align: right;">1,017 11,951</div> ・入院料2 <div style="text-align: right;">45 900</div>
	主な人員基準等	主な施設基準等	
	・看護職員 13対1 ・看護師比率70% ・在宅復帰支援担当者 1名	・病室面積: 患者1人あたり6.4m ² 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

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
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px auto; width: 80%;"> 1,943点 (入院料1の場合) 診療にかかる費用は包括^{※1} </div>	・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	・入院料1 84 4,251 ・入院料2 109 7,739
	主な人員基準等	主な施設基準等	
	・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	・病棟床面積：患者1人につき16m ² (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

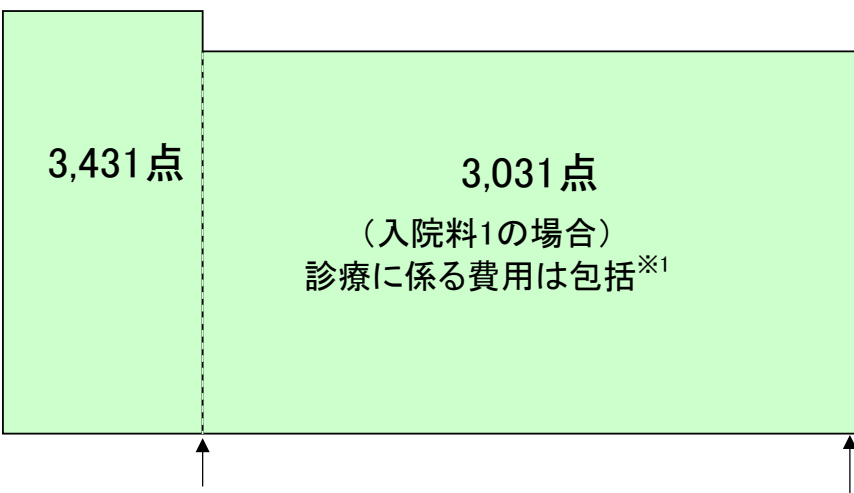
※2 入院料2の肢体不自由児施設等については看護配置の基準なし

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
<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; width: 400px; margin: 0 auto;"> <p>3,780点</p> <p>診療に係る費用は包括※</p> </div>	・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	193 3,780
	主な人員基準等 ・常勤の医師:1名 ・看護師:7対1	主な施設基準等 ・病棟床面積:患者1人あたり30m ² 以上 ・病室の床面:患者1人あたり8m ² 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

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

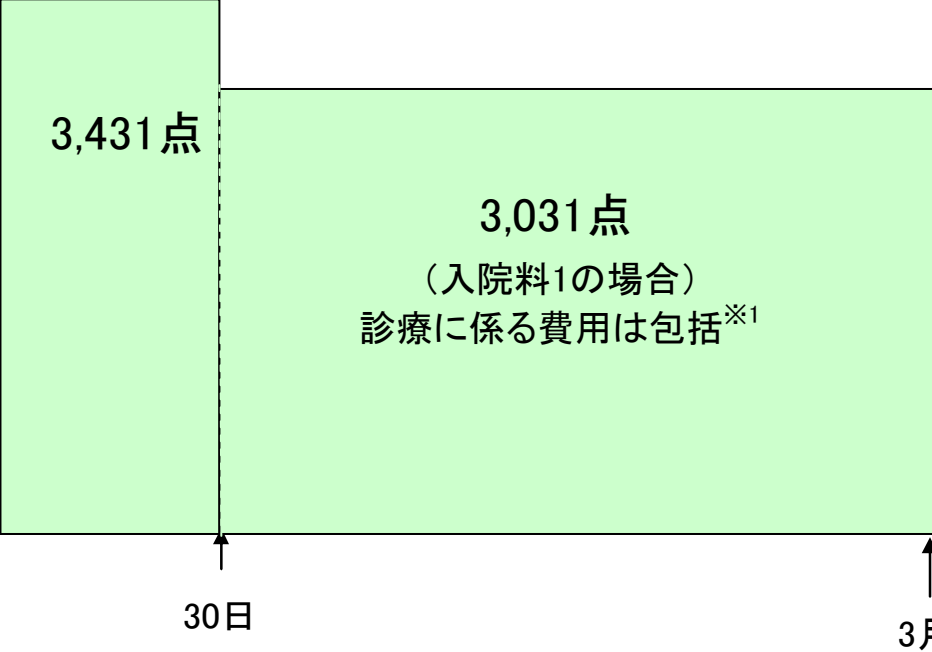
※6 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院

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>30日</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>3月</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・入院料1 219 10,967 ・入院料2 20 1,016
	主な人員基準等 <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 ・常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者:病棟に1名 <p>(入院料1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護職員:13対1 ・看護師比率40% ・看護補助者:30対1 <p>(入院料2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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
	<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
	主な施設基準等	<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 	
	主な人員基準等	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	
	<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 		

※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有る場合は当該圏域

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: 20px; text-align: center; width: 100%;"> <p>1,090点</p> <p>診療に係る費用は包括^{※1}</p> </div>	主として長期にわたり療養の必要な精神障害患者	なし	819 90,382
	主な人員基準等 <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 	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 ・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
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 150px; background-color: #d4f1d4; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px; font-weight: bold;">1,330点</div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 100px; background-color: #d4f1d4; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px; font-weight: bold;">1,180点</div> <div style="position: absolute; top: 50px; left: 50px;">(入院料1の場合) 診療にかかる費用は包括^{※1}</div> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="width: 100px; border-top: 1px dashed black; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center;">↑</div> <div style="text-align: center;">90日</div> </div>	・精神症状・行動異常が特に著しい 重度の認知症患者	なし	・入院料1 373 - ・入院料2 62 -
	主な人員基準等 ・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 ・病棟床面積: 患者1人につ き18m ² ・60m ² 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
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; background-color: #d4f1d4; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">1,080点</p> <p style="text-align: center;">診療に係る費用は包括※</p> </div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #d4f1d4; padding: 10px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">645点</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>↑</p> <p>14日</p> </div> </div>	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	335 1,454
	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">主な人員基準等</p> <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 	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">主な施設基準等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者1人あたり病室面積 6.4㎡ ・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