

〔平成22年12月22日（水）〕  
10時～12時30分  
中央合同庁舎第5号館9階  
厚生労働省議室

## 第15回

# 社会保障審議会医療部会

## 議事次第

- 医療提供体制のあり方について
  - ・ 医療計画
  - ・ 在宅医療                      など
- その他

### (配布資料)

- 資料1 社会保障審議会医療部会（12/22）資料
- ・ 医療計画について
  - ・ 救急医療・周産期医療について
  - ・ 在宅医療について
- 資料2 社会保障改革の推進について（平成22年12月14日閣議決定）  
社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～

### (参考資料)

- 参考資料1 資料1 関連資料
- 参考資料2 第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書

### (委員提出資料)

- 近藤委員提出資料  
齋藤（訓）委員提出資料  
山崎委員提出資料  
山本委員提出資料

(平成22年10月1日現在)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
上田 清司	全国知事会 (埼玉県知事)
海辺 陽子	NPO法人がんと共に生きる会副理事長
大西 秀人	全国市長会 (香川県高松市長)
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
小島 茂	日本労働組合総連合会総合政策局長
小野 精一	全国町村会常任理事 (山形県小国町長)
※ 加藤 達夫	(独) 国立成育医療研究センター総長
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
光山 由一	(社) 日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会 部会長補佐
近藤 勝洪	(社) 日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	(社) 日本看護協会常任理事
※ 齋藤 英彦	名古屋セントラル病院院長
水田 祥代	九州大学名誉教授
田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
辻本 好子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
中川 俊男	(社) 日本医師会副会長
西澤 寛俊	(社) 全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
邊見 公雄	(社) 全国自治体病院協議会会長
山崎 學	(社) 日本精神科病院協会会長
山本 信夫	(社) 日本薬剤師会副会長
※ 横倉 義武	(社) 日本医師会副会長
※ 渡辺 俊介	国際医療福祉大学大学院教授

※：社会保障審議会委員

# 社会保障審議会医療部会(12/22)資料

○医療計画について .....	1
○救急医療・周産期医療について .....	41
○在宅医療について .....	80
○「規制・制度改革に係る対処方針」等への対応 ...	119

# 医療計画について

## 〈医療計画の概要について〉

# 医療計画制度について

## 趣旨

- 各都道府県が、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
- 地域の実情に応じた数値目標を設定し、PDCAの政策循環を実施。

## 記載事項

- 四疾病五事業(※)に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
- 居宅等における医療の確保      ○ 医師、看護師等の医療従事者の確保      ○ 医療の安全の確保
- 二次医療圏、三次医療圏の設定      ○ 基準病床数の算定      等

※ 四疾病五事業…四つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

### 【 基準病床数制度 】

- ◇ 二次医療圏等ごとの病床数の整備目標であるとともに、それを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となる病床数(基準病床数)を算定。
- ◇ 基準病床数制度により、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導し、病院・病床の地域偏在を是正。

### 【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 四疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。

# 地域完結型医療の実現

生活習慣病の増加など  
疾病構造の変化

医療資源(介護、福祉含む)を  
有効活用する必要性

医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

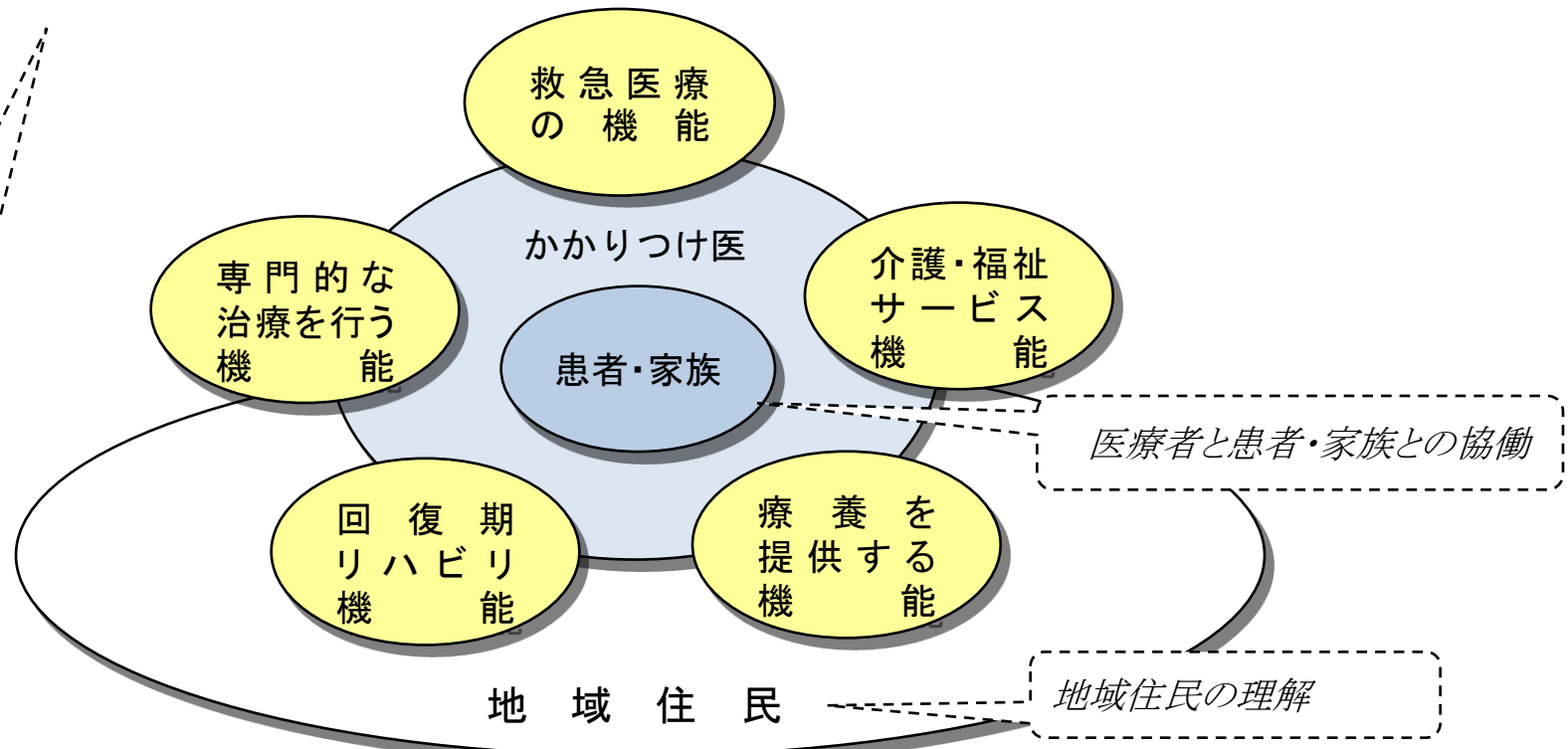
- ➡
- 都道府県は、四疾病五事業ごとに、必要な医療機能と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築
  - 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解

## 四疾病

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 急性心筋梗塞
- ・ 糖尿病

## 五事業

- ・ 救急医療
- ・ 災害医療
- ・ へき地医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療  
(小児救急含む)



# 医療法の改正の主な経緯について

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 医療法制定	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○病院の施設基準を創設
昭和60年 第一次改正	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、 <u>医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進</u> を目指したものの。	○ <u>医療計画制度の導入</u> ・二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年 第二次改正	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	○特定機能病院の制度化 ○療養型病床群の制度化
平成9年 第三次改正	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、 <u>医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進</u> 等を行ったもの。	○診療所への療養型病床群の設置 ○地域医療支援病院制度の創設 ○ <u>医療計画制度の充実</u> ・二次医療圏ごとに以下の内容を記載 地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標 医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年 第四次改正	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	○療養病床、一般病床の創設 ○ <u>医療計画制度の見直し</u> ・基準病床数へ名称を変更
平成18年 第五次改正	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、 <u>医療計画制度の見直し</u> 等を通じた <u>医療機能の分化・連携の推進</u> 、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○都道府県の医療対策協議会制度化 ○ <u>医療計画制度の見直し</u> ・4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付け



# 医療計画の作成手順について

## 法的手続き

医療計画の作成等に関しては、医療法(以下「法」という。)に基づく次の手続きが必要である。

- (1) 医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認められるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする(法 § 30の4 ⑨)。
- (2) 医療計画を作成するため、都道府県の区域を単位として設置された医師会、歯科医師会、薬剤師会等診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴く(法 § 30の4 ⑩)。
- (3) 医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、市町村(救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。)の意見を聴く(法 § 30の4 ⑪)。
- (4) 医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴く(法 § 30の4 ⑪)。
- (5) 医療計画を定め、又は変更したときは、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示する(法 § 30の4 ⑫)。
- (6) 医療計画を作成し、事業を実施するために必要がある場合は、市町村、官公署、医療保険者、医療提供施設の開設者又は管理者に対して、医療機能に関する情報等必要な情報提供を求めることができる(法 § 30の5)。

医療計画の作成手順については、「医療計画について(平成19年7月20日 医政発0720003 医政局長通知)」において、各都道府県に以下のとおり示している。

## 作成手順の参考

医療計画の作成等に当たっては、概ね次の手順が考えられる。

- (1) 医療計画(案)を作成するための体制の整備  
〔略〕
- (8) 診療又は調剤に関する学識経験者の団体(医師会、歯科医師会及び薬剤師会)から医療計画(試案)についての意見の聴取  
(必要に応じて試案の手直し)
- (9) 医療計画(案)の決定
- (10) 医療計画(案)についての市町村の意見聴取(必要に応じて医療計画(案)の手直し)
- (11) 医療計画(案)について都道府県医療審議会への諮問、答申
- (12) 医療計画の決定
- (13) 医療計画の厚生労働大臣への提出及び公示

### 【住民・患者の意見の反映】

都道府県は、住民へのアンケート調査やヒアリング、作業部会(※)への参加、医療計画のパブリックコメントの実施等により、住民・患者の意見を医療体制構築に反映させることが重要である。

※ 4疾病5事業それぞれの医療体制を構築するため、地方公共団体、医療関係団体等の代表者等が疾病・事業ごとに協議する場を、都道府県が設置。

## 〈基準病床数制度について〉

# 基準病床数制度について

## 目的

病床の整備について、病床過剰地域(※)から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

※既存病床数が基準病床数(地域で必要とされる病床数)を超える地域

## 仕組み

### ○ 基準病床数を、全国統一の算定式により算定

※一般病床・療養病床は、二次医療圏ごとの性別・年齢階級別人口、病床利用率等から計算

精神病床は、都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算

結核病床は、都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を知事が定めている

感染症病床は、都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に知事が定めている



### ○ 既存病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、公的医療機関等の開設・増床を許可しないことができる

## 病床数の算定に関する例外措置

① 救急医療のための病床や治験のための病床など、更なる整備が必要となる一定の病床については、病床過剰地域であっても整備することができる特例を設定

② 一般住民に対する医療を行わない等の一定の病床は既存病床数に算定しない(病床数の補正)

# 基準病床数制度について

病院・診療所の病床数については、各都道府県が地域で必要とされる「基準病床数」を全国统一の算定式により算定し、「既存病床数」が「基準病床数」を超える地域(病床過剰地域)では、病院開設・増床を許可しないこととなっている。

## 基準病床数

○ 都道府県は、以下の算定式に基づき基準病床数を設定する。

「一般病床の基準病床数」＝

$$((\text{性別・年齢階級別人口}) \times (\text{性別・年齢階級別退院率}) \times (\text{平均在院日数} \times 0.9) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

「療養病床の基準病床数」＝

$$((\text{性別・年齢階級別人口}) \times (\text{性別・年齢階級別入院・入所需要率}) - (\text{介護施設(介護療養型医療施設を除く)等で対応可能な数}) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

○ ただし、都道府県は、県外への流出患者数が県内への流入患者数を上回る場合、「(流出患者数－流入患者数)×1/3」を限度として基準病床数を加算することができる。

○ さらに、都道府県は、以下に掲げる事情があるときは、厚生労働大臣に協議の上その同意を得た病床数を基準病床数に加算できる。

- ◇ 急激な人口の増加が見込まれること
  - ◇ 特定の疾患に罹患する者が異常に多くなること
- 等

## 既存病床数

- 病院の一般病床及び療養病床
- 有床診療所の一般病床(平成19年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る)及び療養病床
- 介護老人保健施設については、入所定員数に0.5を乗じた数を既存病床数に算定  
(※経過措置により、現在は原則算定対象外)

※職域病院等の病床数の補正

職域病院等の病床は、部外者が利用している部分を除き、特定の患者のみが利用しているため、既存病床数には算入しない。

「職域病院等」

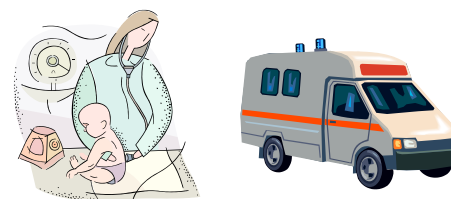
- ・重症心身障害児施設の病床
  - ・バックベッドが確保されているICU病床
  - ・国立ハンセン病療養所の病床
- 等

# 基準病床数制度における特定の病床等に係る特例

## 概要

○ 更なる整備が必要となる一定の病床については、病床過剰地域であっても、都道府県は、厚生労働大臣の同意を得た数を基準病床数に加えて、病院開設・増床の許可を行うことができる。具体的には、以下の通り。

- ① がん又は循環器疾患の専門病床
- ② 小児疾患専門病床
- ③ 周産期疾患に係る病床
- ④ 発達障害児の早期リハビリテーション等に係る病床
- ⑤ 救急医療に係る病床
- ⑥ 薬物(アルコールその他)中毒性精神疾患、老人性精神疾患、小児精神疾患、合併症を伴う精神疾患に係る病床
- ⑦ 神経難病に係る病床
- ⑧ 緩和ケア病棟
- ⑨ 開放型病床
- ⑩ 後天性免疫不全症候群に係る病床
- ⑪ 新興・再興感染症に係る病床
- ⑫ 治験に係る病床
- ⑬ 診療所の療養病床に係る病床



○ 急激な人口の増加が見込まれる、特定の疾患に罹患する者が異常に多い等の場合については、都道府県は、厚生労働大臣の同意を得た数を基準病床数に加えることができる。

# 職域病院等の病床数の補正

## 職域病院等

- ・労災病院
- ・国の開設する病院（宮内庁、防衛省等）
- ・重症心身障害児施設である病院 等

## ハンセン病療養所

国立及び国立以外のハンセン病療養所の病床

## 医療観察法病院

医療観察法に基づく指定入院医療機関である病院の病床

## 介護老人保健施設

介護老人保健施設の入所者定員

## ICU病床等

- ・集中強化治療室(ICU病床)
- ・放射線治療病室(RI病床)
- ・無菌病室(無菌病床) 等

特定の患者のみが利用している。

医療と福祉の中間的な施設である。

患者1人で2床を利用している。

⇒これらの病床を既存病床数に算定する際は補正を行う。

・職域病院等は、以下の式により補正

当該病院の病床数×(本来の目的の利用者以外の者の数÷当該病院の利用者の数)=補正後病床数として算定

・ハンセン病療養所、医療観察法の指定入院医療機関、ICU病床等は、当該病床を既存病床数に算定しない

・介護老人保健施設は、入所者定員に0.5を乗じた数を既存病床数に算定(経過措置により現在は原則算定対象外)

# 基準病床数制度の算定式(一般病床及び療養病床)の変遷

## 第一次医療法改正以前 (※病床規制の対象は公的医療機関等のみ)

「その他の病床」の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (各市町村の区分に応じて厚生大臣が定める数値)



## 第一次医療法改正(S63)(医療計画制度の創設)

「その他の病床」の必要病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率



## 第四次医療法改正(H12)(「その他の病床」を一般病床と療養病床に区分)

「一般病床+療養病床」の基準病床数(\*) =  
( (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ) ÷ 病床利用率

\* 病床種別の届出期間中(~H15.8.31)は、経過措置として、  
「一般病床+療養病床」+「その他の病床(診療所の療養型病床群を含む)」の基準病床数

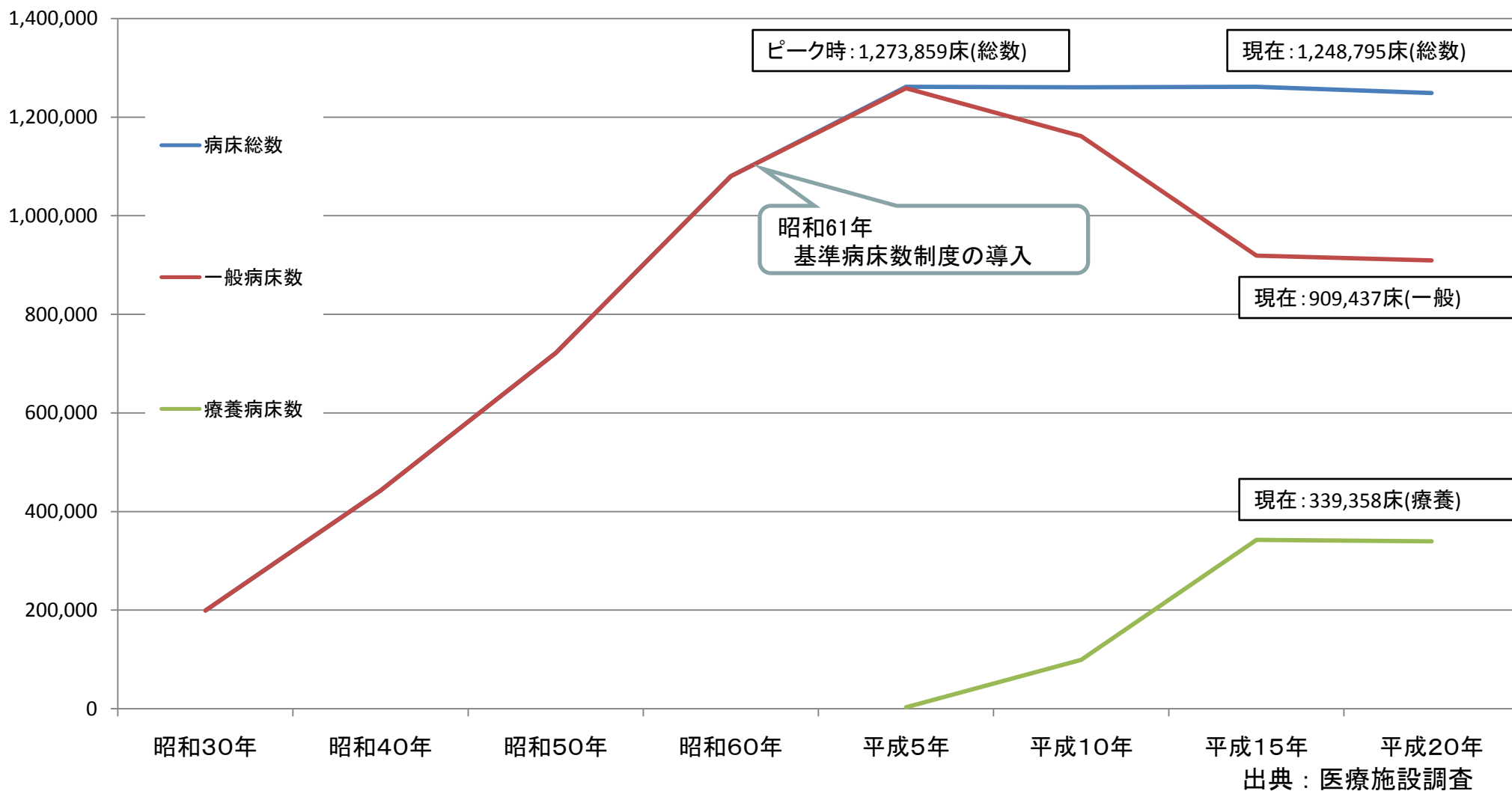


## 新算定式の導入(H18. 4. 1)

○ 一般病床の基準病床数 = ( (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別退院率) × 平均在院日数 × 0.9 ) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ) ÷ 病床利用率

○ 療養病床の基準病床数 = ( (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院・入所需要率) - ( 介護施設(介護療養型医療施設を除く)等で対応可能な数 ) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ) ÷ 病床利用率

# 一般病床・療養病床の病床数の推移

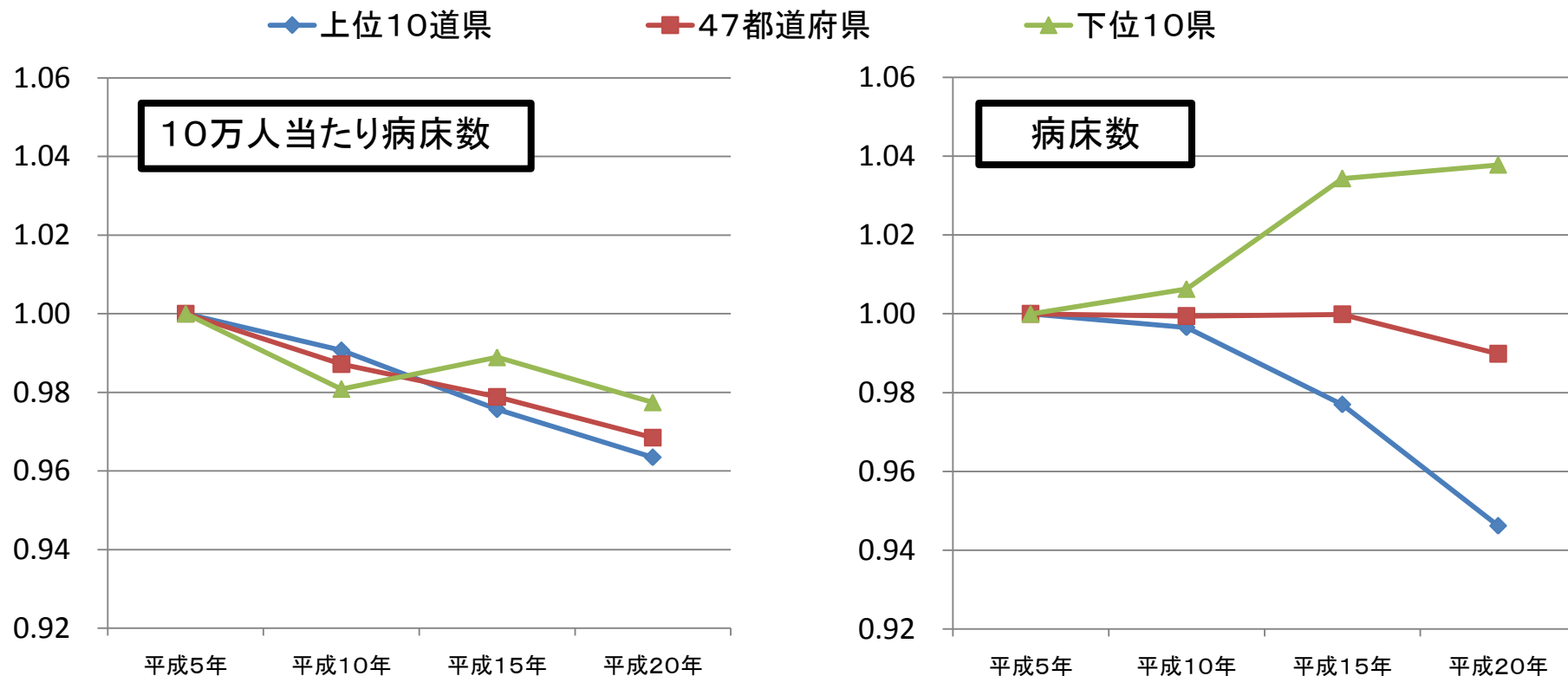


- 注: 1)「一般病床」について、昭和30年～昭和60年は「その他の病床」であり、平成5年～平成10年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものである。  
2)「療養病床」は、平成5年～平成10年までは「療養型病床群」である。  
3)「病床総数」は、「一般病床数」と「療養病床数」の合計である。



# 一般病床数及び療養病床数の推移 (平成5年を1.0とした場合)

- 10万人当たり病床数(平成5年)の上位10道県と下位10道県について、いずれも10万人当たり病床数は減少。
- 上位10道県の病床数(総数)は減少し、下位10道県の病床数(総数)は増加。



出典:厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」及び総務省統計局「人口推計(10月1日現在)」

# 基準病床数に対する病床数の推移

○ 平成5年度において、病床数が基準病床数を上回っていた県については、病床数が減少し、病床数が基準病床数を下回っていた県については、病床数が増加している。

基準病床数に対する病床数 (平成5年度)	基準病床数 (平成5年度)	病床数の推移				基準病床数(平成5年度)に対する割合			
		5年度	10年度	15年度	20年度	5年度	10年度	15年度	20年度
120%~の県	162,000	204,615	201,013	193,664	190,748	126.3%	124.1%	119.5%	117.7%
100%~120%の県	582,860	626,896	620,655	613,484	603,181	107.6%	106.5%	105.3%	103.5%
100%未満の県	455,214	430,068	439,181	454,265	454,866	94.5%	96.5%	99.8%	99.9%

※「基準病床数」の数値については、平成6年3月31日現在で適用された基準病床数。出典：「平成6年版厚生白書」  
「病床数」の数値については、各年10月1日現在の数値。出典：「医療施設調査」

## 〈二次医療圏について〉

# 医療圏について

## 概要

○都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。

## 三次医療圏

52医療圏（平成22年4月1日現在）

※都道府県ごとに1つ  
北海道のみ6医療圏

### 【医療圏設定の考え方】

都道府県の区域を単位として設定  
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

**特殊な医療を提供**

## 二次医療圏

349医療圏（平成22年4月1日現在）

### 【医療圏設定の考え方】

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

**一般の入院に係る医療を提供**

## 特殊な医療とは…

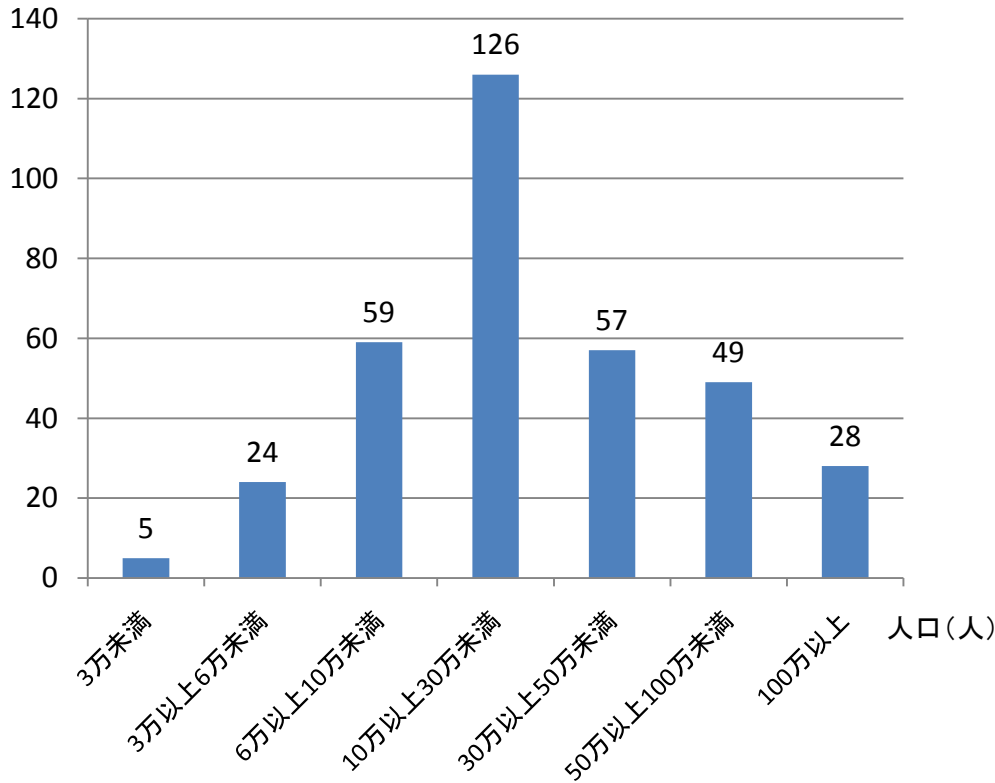
（例）

- ① 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療（高度救命救急センターなど）
- ② 経皮的カテーテル心筋焼灼術、腎移植等の先進的技術を必要とする医療（都道府県がん診療連携拠点病院など）
- ③ 高圧酸素療法、持続的血液濾過透析等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ④ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療 等

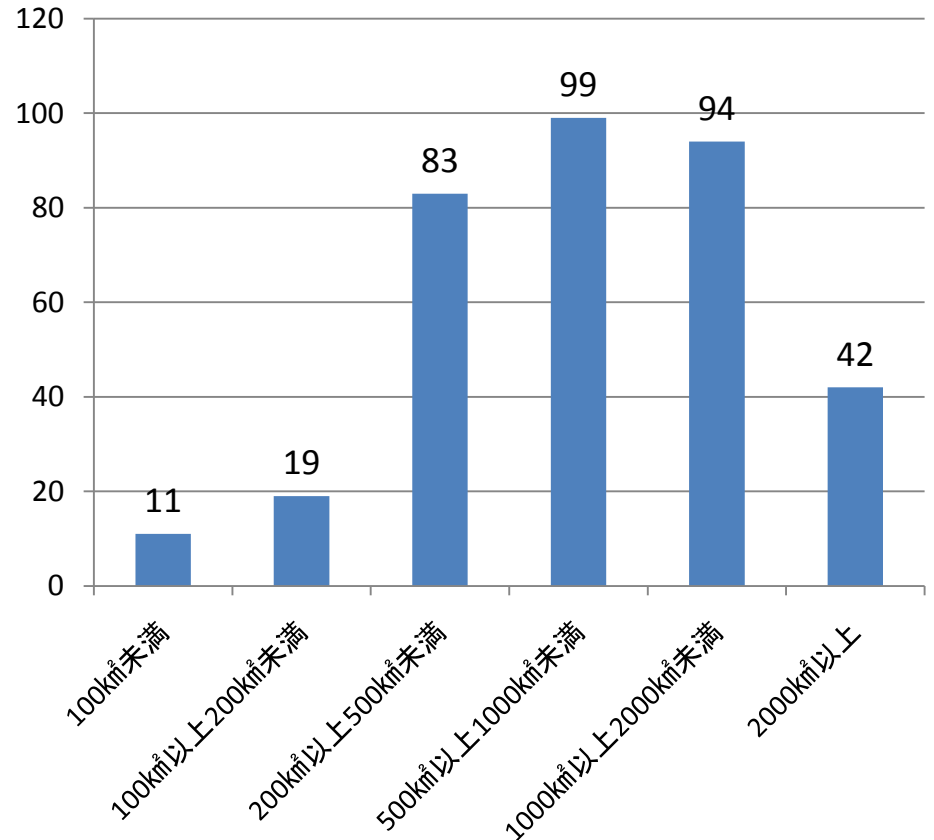
# 規模別にみた二次医療圏(人口・面積)

- 二次医療圏間の人口の最大格差は、103.6倍 ※島しょ部を除く。  
→2,534,176人(大阪市医療圏) / 24,461人(南部Ⅱ医療圏・徳島県)
- 二次医療圏間の面積の最大格差は、99.8倍 ※北海道を除く。  
→41.88km<sup>2</sup>(尾張中部医療圏・愛知県) / 4177.59km<sup>2</sup>(飛騨医療圏・岐阜県)

医療圏数



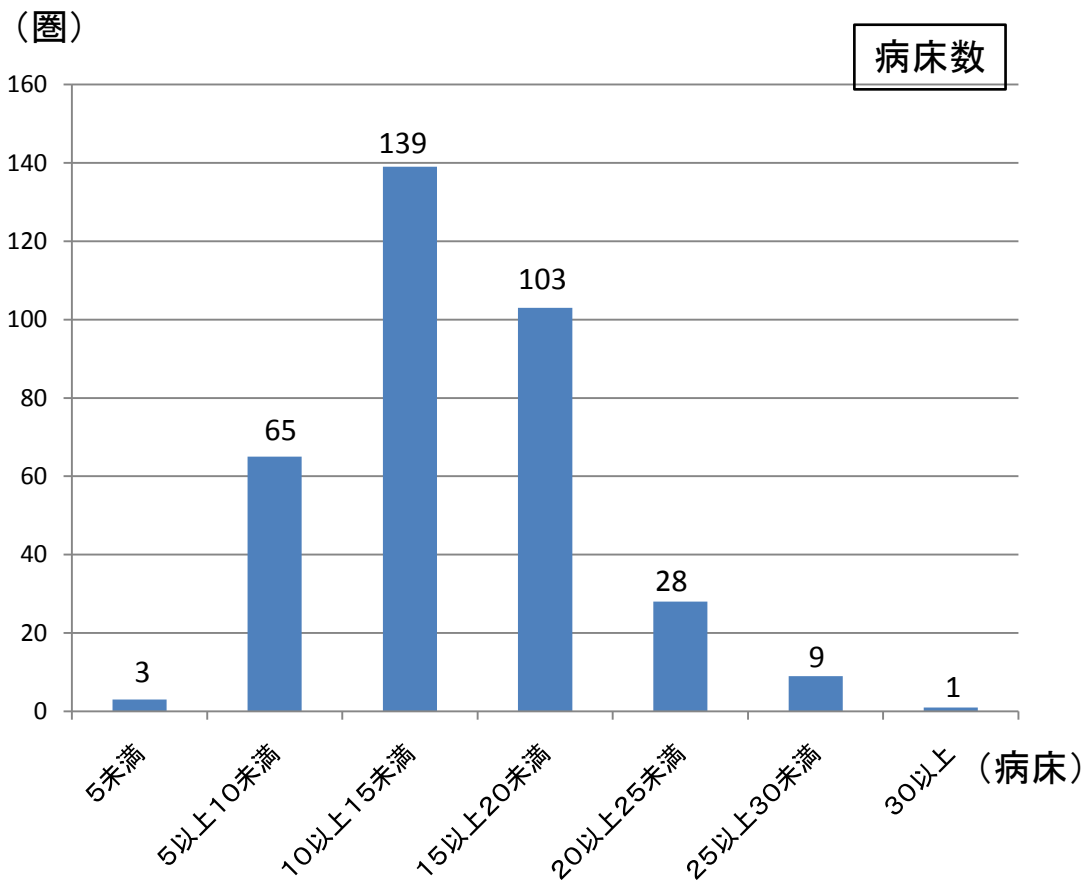
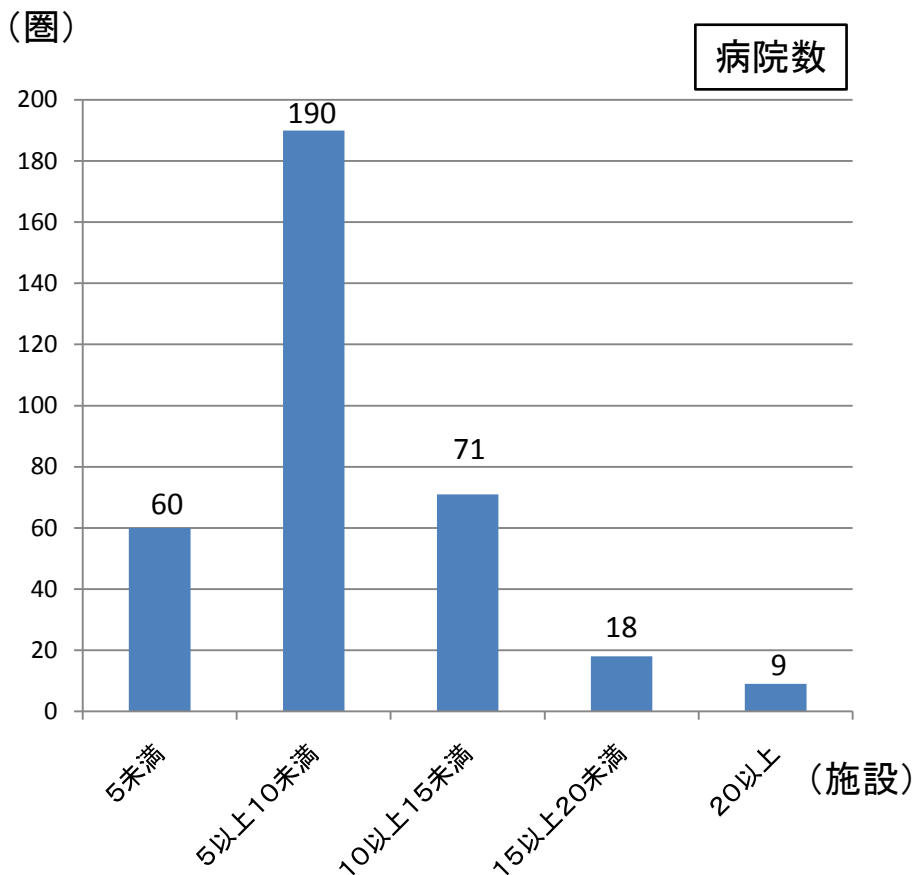
医療圏数



出典 : 平成21年度人口動態(市区町村別)  
平成21年全国都道府県市区町村別面積調(国土地理院技術資料)  
二次医療圏 : 348医療圏(平成20年4月時点)

# 人口10万人当たり病院数、人口1000人当たり病院病床数（二次医療圏）

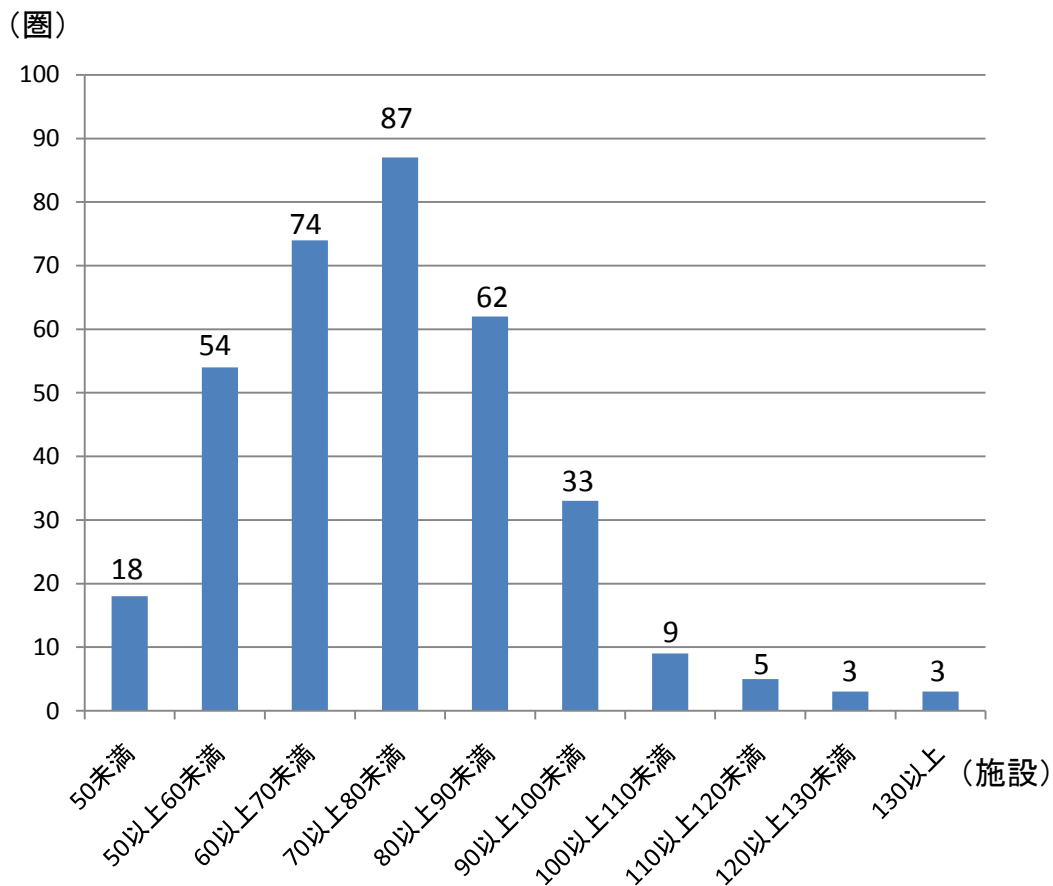
- 人口10万人当たりの病院数は、全国平均で6.9施設。
- 病院数が5以上10未満の二次医療圏が最も多く、190圏。
- 人口1000人当たりの病院病床数は、全国平均で12.7床。
- 病院病床数が10以上15未満の二次医療圏が最も多く、139圏。



出典：平成20年医療施設調査、平成21年度人口動態(市区町村別)  
 二次医療圏：平成20年4月時点 348圏

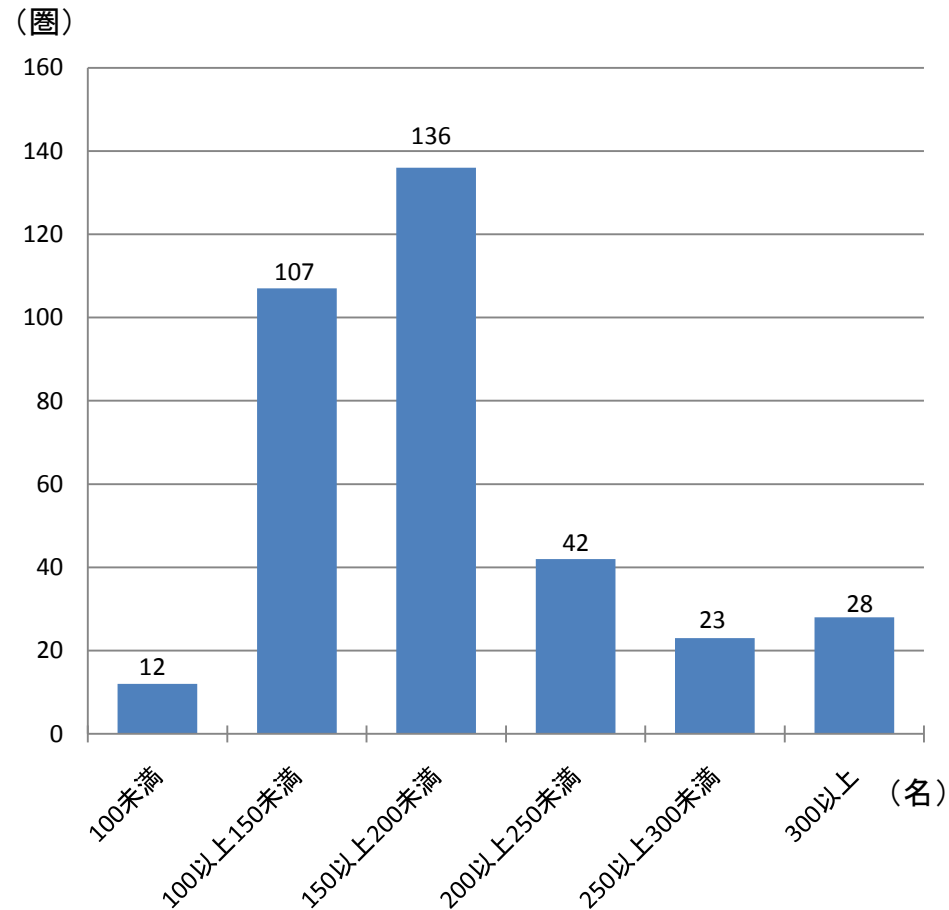
## 人口10万人当たり診療所数(二次医療圏)

- 人口10万人当たりの診療所数は、全国平均で78施設。
- 診療所数が70以上80未満の二次医療圏が最も多く、87圏。



## 人口10万人当たりの従事医師数(二次医療圏)

- 人口10万人当たりの従事医師数の平均は214名であり、平均に満たない二次医療圏が全体の約8割を占める。



出典：平成20年医療施設調査、平成21年度人口動態(市区町村別)  
 平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)  
 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成21年3月31日現在)(総務省)  
 二次医療圏：平成20年4月時点 348圏

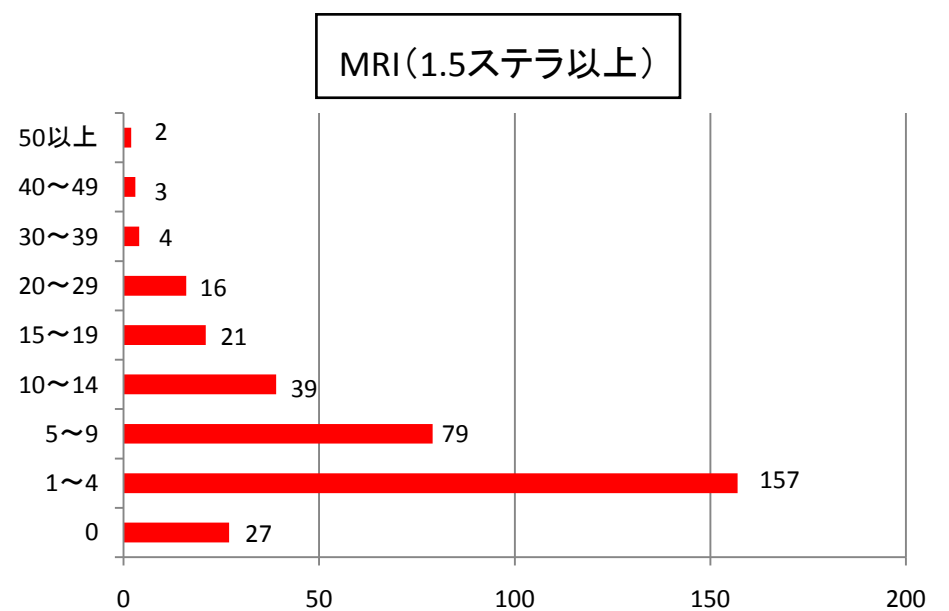
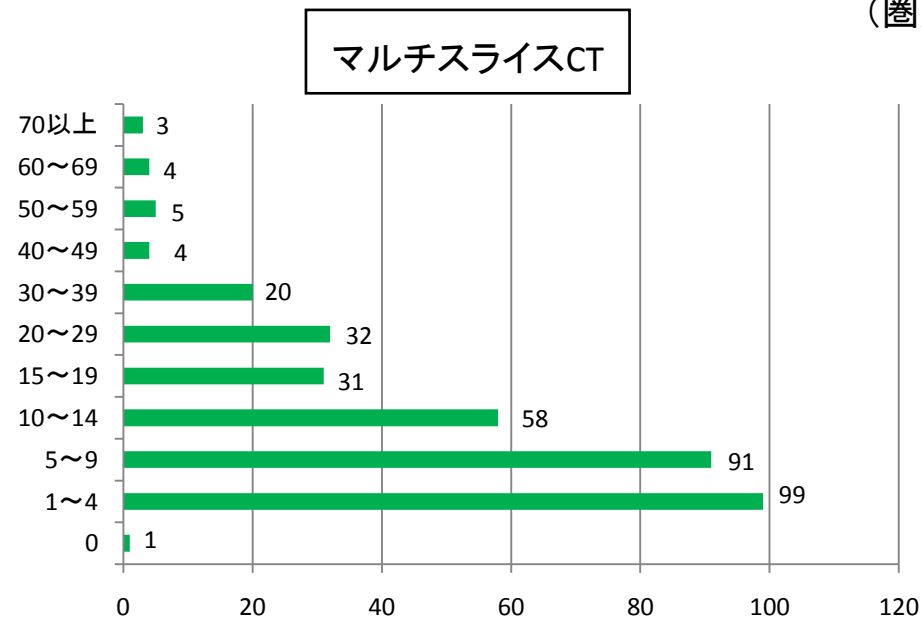
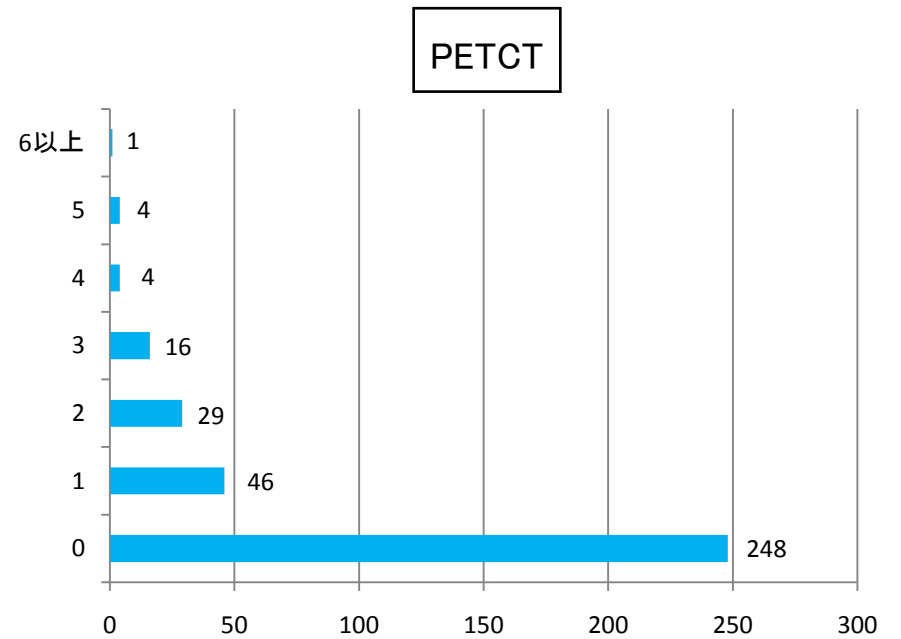
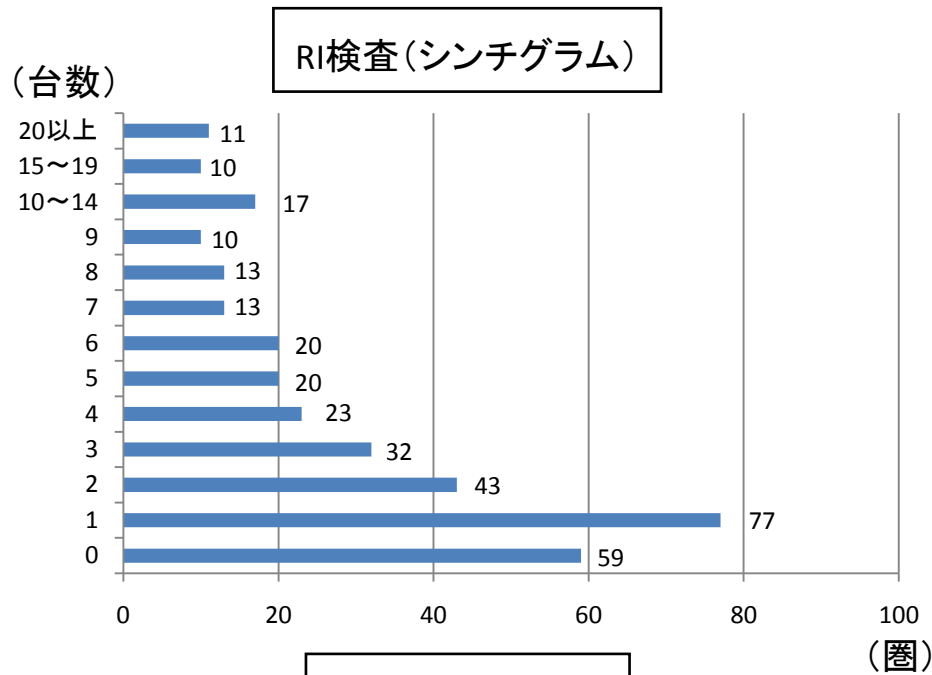
# 二次医療圏別人口10万人当たり従事医師数

各都道府県内においても、県庁所在地など人口当たりの医師数が多い地域と、郡部など少ない地域がみられる。

都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数（県内）	県内での差	都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数（県内）	県内での差	都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数（県内）	県内での差
北海道	上川中部	313.2	3.5倍	石川県	石川中央	328.8	2.6倍	岡山県	県南東部	324.3	2.1倍
	根室	89.8			能登北部	124.7			高梁・新見	151.2	
青森県	津軽地域	285.2	2.9倍	福井県	福井・坂井	315.5	2.7倍	広島県	呉	291.8	1.6倍
	西北五地域	98.5			奥越	115.8			広島中央	185.5	
岩手県	盛岡	288.5	2.5倍	山梨県	中北	269.8	2.6倍	山口県	宇部・小野田	386.1	2.3倍
	久慈	114.4			峡南	105.6			萩	167.9	
宮城県	仙台	270.5	2.7倍	長野県	松本	339.0	2.9倍	徳島県	東部Ⅰ	353.4	2.1倍
	登米	99.9			木曾	115.5			南部Ⅱ	164.7	
秋田県	秋田周辺	290.3	2.5倍	岐阜県	岐阜	239.1	1.7倍	香川県	高松	319.1	2.2倍
	北秋田	116.8			中濃	137.7			小豆	148.1	
山形県	村山	262.5	1.9倍	静岡県	西部	237.9	1.9倍	愛媛県	松山	309.2	2.0倍
	最上	136.2			中東遠	122.7			宇摩	156.0	
福島県	県北	256.7	2.5倍	愛知県	尾張東部	353.7	4.7倍	高知県	中央	325.6	2.2倍
	南会津	104.3			尾張中部	75.5			高幡	149.1	
茨城県	つくば	352.8	4.0倍	三重県	中勢伊賀	252.9	1.7倍	福岡県	久留米	422.4	3.1倍
	常陸太田・ひたちなか	89.1			東紀州	150.4			京築	138.5	
栃木県	県南	399.8	3.2倍	滋賀県	大津	341.8	2.7倍	佐賀県	中部	337.6	2.2倍
	県西	126.5			甲賀	125.0			西部	154.8	
群馬県	前橋	384.3	2.8倍	京都府	京都・乙訓	396.3	3.2倍	長崎県	長崎	368.1	2.9倍
	太田・館林	135.9			山城南	124.3			上五島	126.9	
埼玉県	西部第二	271.2	2.7倍	大阪府	中河内	344.6	2.0倍	熊本県	熊本	394.5	3.4倍
	利根	102.1			大阪市	173.5			阿蘇	115.1	
千葉県	安房	336.3	3.4倍	兵庫県	神戸	294.6	2.0倍	大分県	中部	293.1	2.0倍
	山武長生夷隅	98.9			西播磨	145.4			西部	146.8	
東京都	区中央部	1305.2	10.1倍	奈良県	東和	248.8	1.5倍	宮崎県	宮崎東諸県	319.8	2.6倍
	島しょ	128.7			南和	161.0			西部児湯	122.2	
神奈川県	横浜南部	247.0	1.9倍	和歌山県	和歌山	357.1	2.3倍	鹿児島県	鹿児島	335.7	3.1倍
	県央	133.3			那賀	154.9			曾於	108.2	
新潟県	新潟	246.0	2.0倍	鳥取県	西部	389.4	2.0倍	沖縄県	南部	274.4	1.7倍
	魚沼	121.6			中部	199.1			宮古	164.4	
富山県	富山	295.6	1.6倍	島根県	出雲	427.2	3.4倍	「平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）、 「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成21年 3月31日現在）」（総務省）より作成			
	高岡	189.8			雲南	126.1					

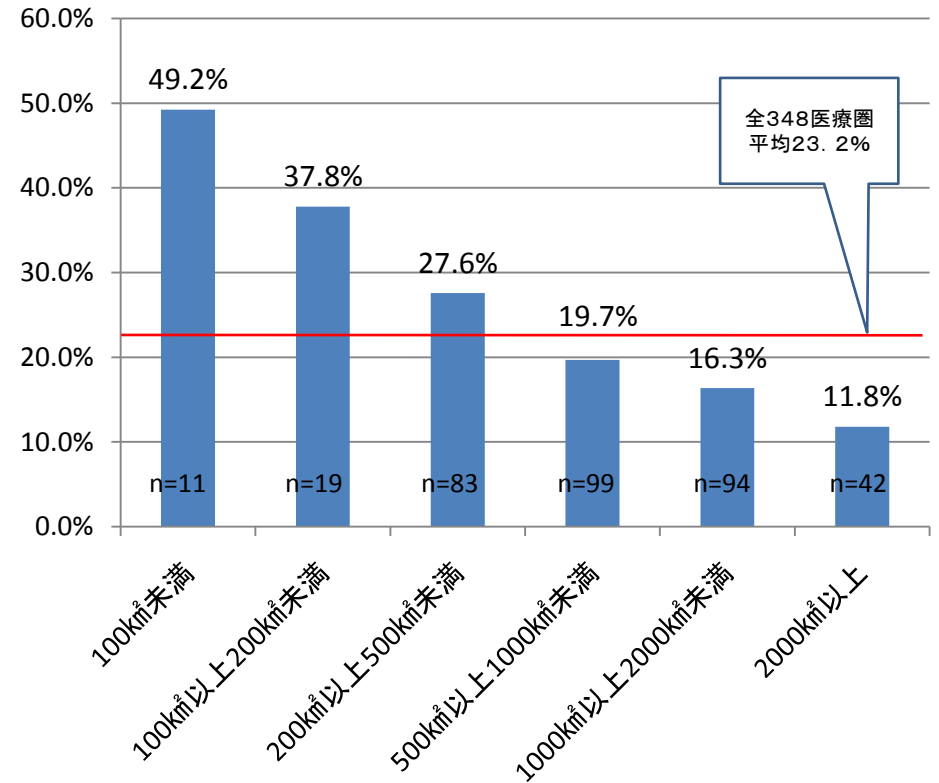
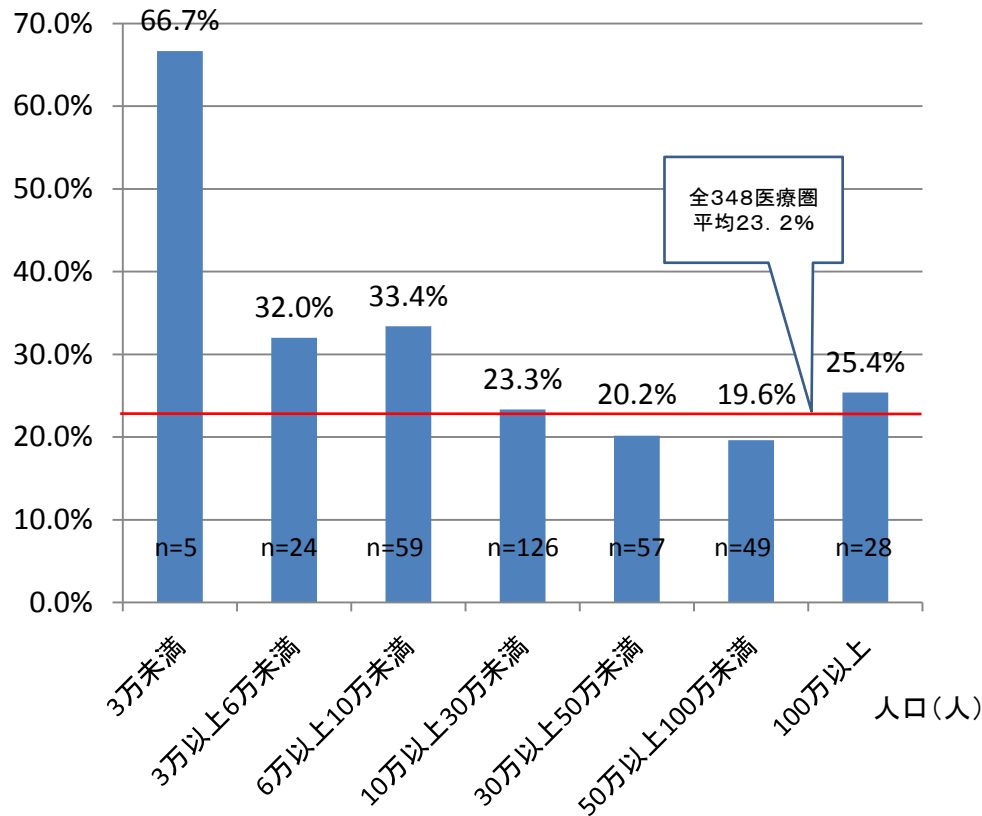


# 医療機器設置台数(二次医療圏)



# 規模別にみた二次医療圏ごとの流出患者割合(人口・面積)

- 人口規模が50万～100万人の二次医療圏において、流出患者数が総患者数に占める割合は19.6%で最も低く、人口規模が3万人以下の2次医療圏では66.7%で最も高くなっている。
- 面積規模が100km<sup>2</sup>未満の二次医療圏からの流出患者数が総患者数に占める割合は49.2%で最も高く、2000km<sup>2</sup>以上の2次医療圏では11.8%で最も低くなっている。



出典：平成20年患者調査、平成21年度人口動態(市区町村別)、  
平成21年全国都道府県市区町村別面積調(国土地理院技術資料)

二次医療圏：平成20年4月時点 348圏

総患者数：当該二次医療圏を住所地とする患者の総数

# 二次医療圏の見直しの実例

## 新潟県

二次医療圏：13圏域（H18.3）→7圏域（H20.12）

### <見直しの背景>

- 高速交通体系、医療情報の受発信・共有基盤の整備の進展により、患者の受療動向や医療機関の連携は13圏域を超えて広域化しており、13圏域のほとんどで完結度が低く、患者の需要に十分応えられていないとの問題が発生

### <二次医療圏を取り巻く状況>

- ・ 13圏域の多くで人口規模が小さく、医療需要もこれに比例して少ないことから、機能整備が進まない要因の一つとなっている
- ・ 市町村合併の進展により、13圏域の過半数が1～2市町村で構成されることとなり、二次医療圏の設定目的に一致しなくなってきた 等

### <見直しの方針>

- 二次医療圏を広域化し、二次医療圏で担うべき機能が果たせるよう、政策医療の充実と医療機関の役割分担と連携の促進により、高度・専門的な医療提供を図るとともに、二次医療圏内での完結度の向上を目指す
- 見直しにあたっては、県、市町村、関係機関等が連携して、へき地等の医師確保や地域医療支援等の整備充実に努める

## 〈4疾病5事業について〉

# 4疾病5事業について

○ 4疾病5事業については、医療計画に明示し、医療連携体制を構築。

## 4 疾病

(医療法第30条の4第2項第4号に基づき  
省令で規定)

→ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図る  
ために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要  
と認められる疾病として厚生労働省令で定める  
ものの治療又は予防に係る事業に関する事項

<医療法施行規則第30条の28>

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病

## 5 事業 [=救急医療等確保事業]

(同項第5号で規定)

→ 医療の確保に必要な事業

- 救急医療
  - 災害時における医療
  - へき地の医療
  - 周産期医療
  - 小児医療(小児救急医療を含む)
- 
- 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等  
に照らして特に必要と認める医療

## 考え方

- 患者数が多く、かつ、死亡率が高い等緊急性が高いもの
- 症状の経過に基づくきめ細かな対応が求められることから、医療機関の機能に応じた対応が必要なもの
- 特に、病院と病院、病院と診療所、さらには在宅へという連携に重点を置くもの

## 4疾病5事業の圏域の設定について①

4疾病5事業ごとの圏域の設定については、「疾病又は事業ごとの医療提供体制(平成19年7月20日 医政指発07200001指導課長通知)」において、各都道府県に以下のとおり示している。

### ○がん

専門的な診療を行う医療機関における集学的治療の実施状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の実情に応じて弾力的に設定する。

※ がん対策推進基本計画(平成19年6月15日閣議決定)においては、「原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、概ね1箇所程度拠点病院を整備するとともに、すべての拠点病院において、5年以内に、5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)に関する地域連携クリティカルパスを整備することを目標とする」こととされている。

### ○脳卒中

発症後3時間以内の脳梗塞における血栓溶解療法の有用性が確認されている現状に鑑みて、それらの恩恵を住民ができる限り公平に享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

### ○急性心筋梗塞

急性心筋梗塞は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることを勘案し、住民ができる限り公平に享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

### ○糖尿病

従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

## 4疾病5事業の圏域の設定について②

### ○救急医療

地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定も行うこともあり得る。

ただし、救命救急医療について、一定のアクセス時間内に当該医療機関に搬送できるように圏域を設定することが望ましい。

### ○災害時における医療

原則として都道府県全体を圏域として、災害拠点病院が災害時に担うべき役割を明確にするとともに、大規模災害を想定し、都道府県をまたがる広域搬送等の広域連携体制を定める。

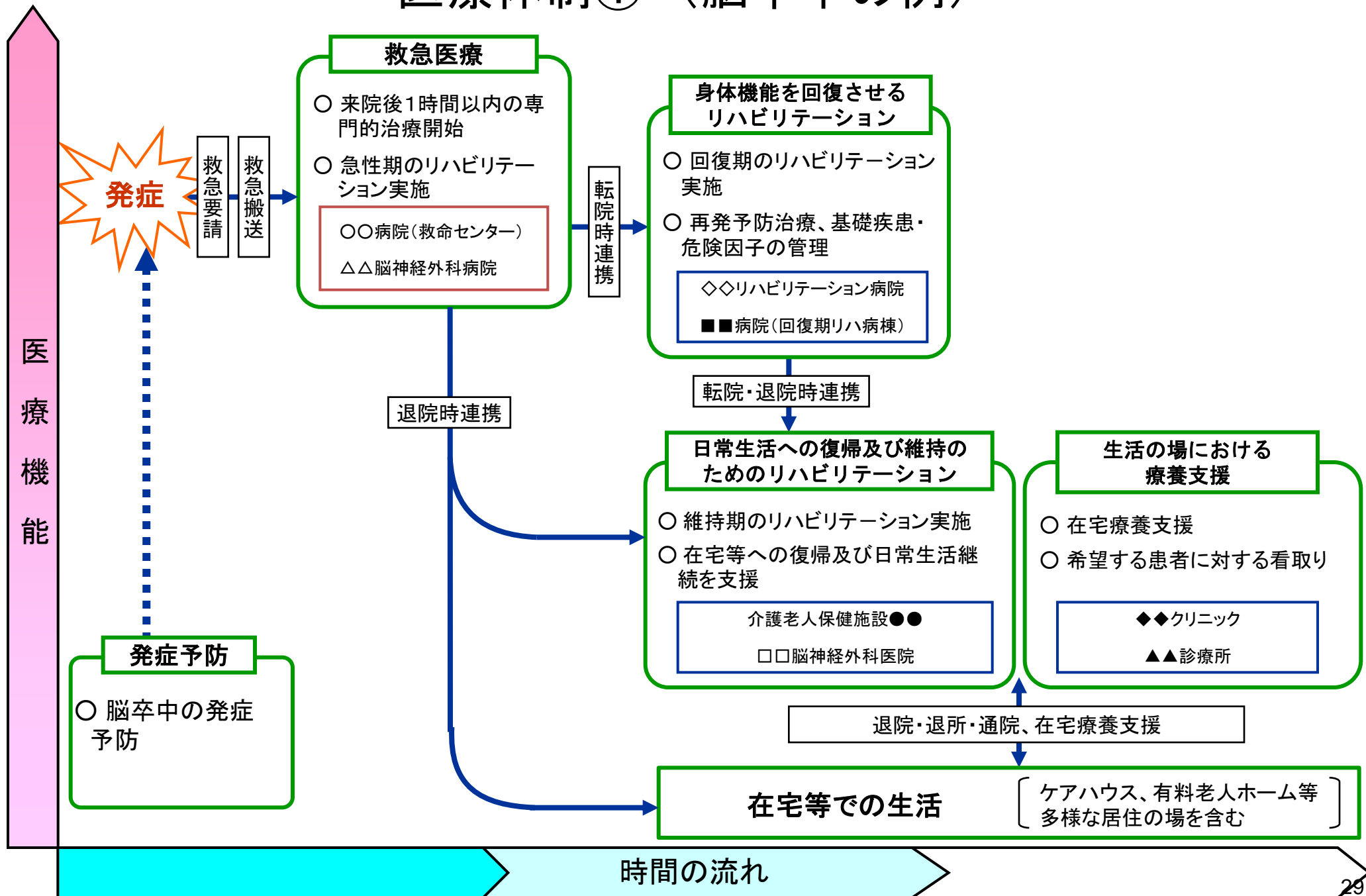
### ○周産期医療

重症例(重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等)を除く産科症例の診療が圏域内で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

### ○小児医療(小児救急医療含む)

地域小児医療センターを中心とした診療状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の実情に応じて弾力的に設定する。

# 医療体制① (脳卒中の例)





# 医療体制② (脳卒中の例)

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	《在宅療養》 生活の場での療養支援
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後2時間以内の急性期病院到着	●来院後1時間以内の専門的治療開始 ●急性期に行うリハビリテーション実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援	●在宅療養支援 ●希望する患者に対する看取り
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●脳卒中の専用病室を有する病院	●リハビリテーションを専門とする病院 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院	●介護老人保健施設 ●通所リハビリテーション事業所(病院・診療所・老健)	●診療所 等
求められる事項(抄)	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請  【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院に2時間以内に搬送	●CT・MRI検査の24時間実施 ●専門的診療の24時間実施 ●来院後1時間以内にt-PAによる脳血栓溶解療法を実施 ●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始 ●廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを調整	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●訪問看護ステーション、調剤薬局と連携した在宅医療 ●希望する患者に対する居宅での看取り ●居宅介護サービスとの連携
連携			●医療施設間における診療情報・治療計画の共有			
	●発症から治療開始までの時間短縮		●在宅等での生活に必要な介護サービスの調整			
指標による現状把握	●基本健診受診率	●発症から救急通報までの時間 ●救急要請から医療機関到着までの時間	●SCU等を有する医療機関数・病床数 ●t-PAによる脳血栓溶解療法実施医療機関数、実施率 ●急性期リハビリテーション実施医療機関数	●回復期のリハビリテーション実施医療機関数	●介護保険によるリハビリテーション実施施設数	●在宅療養支援診療所数
	●入院中のケアプラン作成率				●地域連携クリティカルパス導入率	
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合		●発症1年後のADLの状況	●脳卒中を主原因とする要介護認定者数	●年齢調整死亡率	

# 疾病ごとに見る患者の移動状況等(肺の悪性新生物(入院))

【医療圏を越える患者の移動状況】

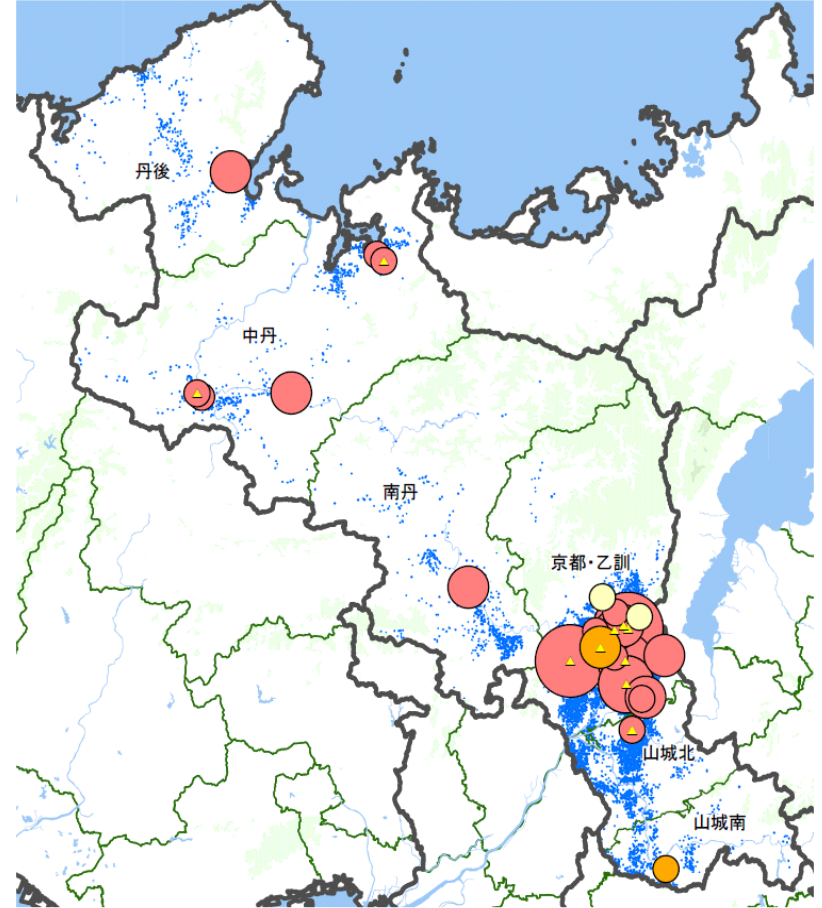


【利用データ】

国保・後期高齢レセプト(平成20・21年6月審査分)  
協会けんぽレセプト(平成21年4・5月審査分)

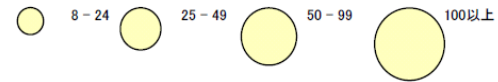
※ 出典:平成22年3月京都府「あんしん医療制度研究会報告書」

【受入医療機関】



丸の大きさは、入院件数(H20年6月・H21年6月の2ヶ月)を表示

- 化学療法対応 可、手術対応 可
- 化学療法対応 可、手術対応 なし
- 化学療法対応 なし、手術対応 可 ※該当施設なし
- 化学療法対応 なし、手術対応 なし



▲ 放射線療法対応施設

人口総数(500mメッシュ集計) 1ドット=200

# 疾病ごとに見る患者の移動状況等(急性心筋梗塞(入院))

【医療圏を越える患者の移動状況】

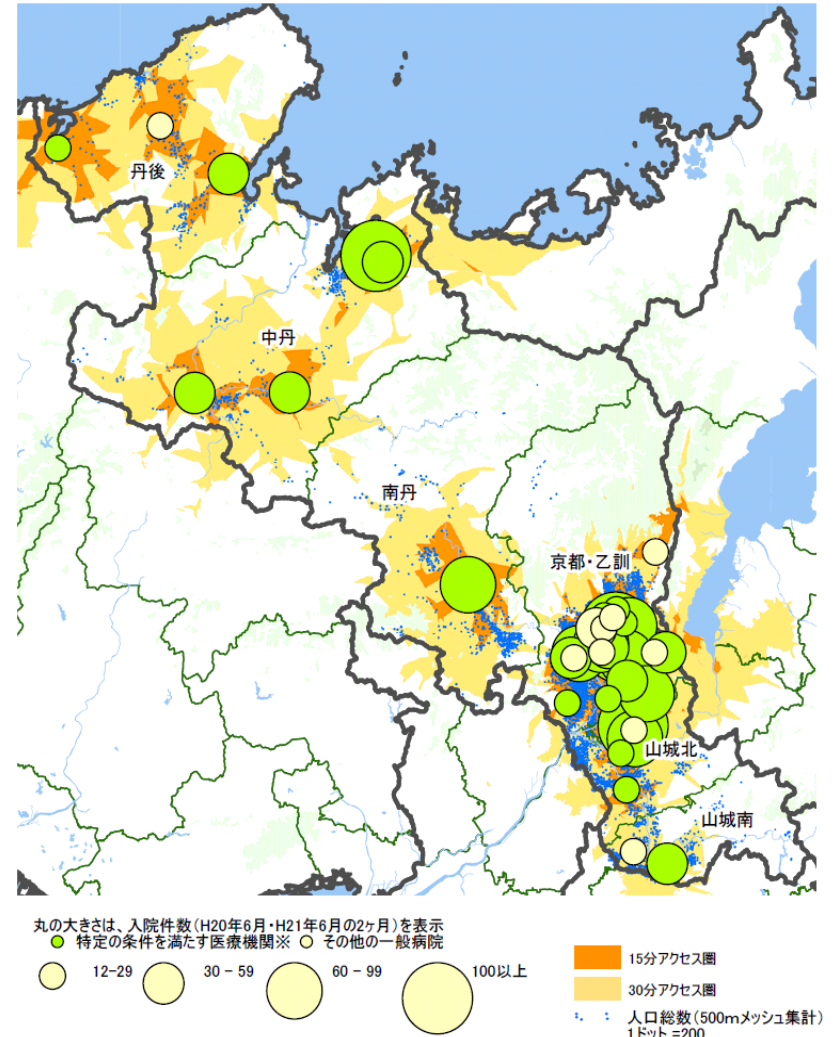


【利用データ】

国保・後期高齢レセプト(平成20・21年6月審査分)  
協会けんぽレセプト(平成21年4・5月審査分)

※ 出典:平成22年3月京都府「あんしん医療制度研究会報告書」

【受入医療機関】



※以下の条件を全て満たす施設

- (1) 日本循環器学会認定循環器専門医が常勤していること
- (2) 日本循環器学会認定研修施設もしくは同研修関連施設の基準を満たしていること
- (3) PCI(経皮的冠動脈形成術)が24時間実施可能であること
- (4) 冠動脈バイパス手術等の外科的治療が可能であるか、もしくは可能な医療機関と連携していること
- (5) 包括的リハビリテーションが実施可能であること
- (6) 回復期(あるいは在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携が可能であること

# 傷病分類別患者数①

単位:千人

傷病分類	平成20年	平成14年
I 感染症及び寄生虫症	1,202	1,259
腸管感染症(再掲)	95	100
結核(再掲)	27	47
皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患(再掲)	254	184
真菌症(再掲)	430	444
II 新生物	1,949	1,764
(悪性新生物)(再掲)	1,518	1,280
胃の悪性新生物(再掲)	213	222
結腸及び直腸の悪性新生物(再掲)	235	221
気管, 気管支及び肺の悪性新生物(再掲)	131	99
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	200	238
IV 内分泌, 栄養及び代謝疾患	4,401	4,285
甲状腺障害(再掲)	309	323
糖尿病(再掲)	2,371	2,284
V 精神及び行動の障害	2,815	2,277
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害(再掲)	795	734
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)(再掲)	1,041	711
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害(再掲)	589	500
VI 神経系の疾患	1,354	1,191
VII 眼及び付属器の疾患	2,787	3,191
白内障(再掲)	917	1,292
VIII 耳及び乳様突起の疾患	636	502
IX 循環器系の疾患	11,188	10,337
高血圧性疾患(再掲)	7,967	6,985
(心疾患(高血圧性のものを除く))(再掲)	1,542	1,667
虚血性心疾患(再掲)	808	911
脳血管疾患(再掲)	1,339	1,374

※網掛けは「4疾病」に該当する分類

出典: 患者調査(平成14年、平成20年)

# 傷病分類別患者数②

単位：千人

傷病分類	平成20年	平成14年
X 呼吸器系の疾患	3,258	3,403
急性上気道感染症(再掲)	825	812
肺炎(再掲)	77	59
急性気管支炎及び急性細気管支炎(再掲)	322	339
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患(再掲)	224	271
喘息(再掲)	888	1,069
X I 消化器系の疾患	8,373	7,542
う蝕(再掲)	1,656	1,480
歯肉炎及び歯周疾患(再掲)	2,592	1,647
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍(再掲)	520	782
胃炎及び十二指腸炎(再掲)	583	704
肝疾患(再掲)	247	350
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	1,726	1,481
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	5,039	4,245
炎症性多発性関節障害(再掲)	500	499
関節症(再掲)	1,185	864
脊柱障害(再掲)	2,184	1,862
骨の密度及び構造の障害(再掲)	502	452
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	1,574	1,532
糸球体疾患, 腎尿細管間質性疾患及び腎不全(再掲)	414	342
前立腺肥大(症)(再掲)	442	398
乳房及び女性生殖器の疾患(再掲)	528	533
X V 妊娠, 分娩及び産じょく	150	158
妊娠高血圧症候群(再掲)	2	3
X VI 周産期に発生した病態	28	24
X VII 先天奇形, 変形及び染色体異常	115	102
X VIII 症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類され	557	436
X IX 損傷, 中毒及びその他の外因の影響	1,212	1,020
骨折(再掲)	510	406
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	3,559	2,635
歯の補てつ(再掲)	1,916	1,420

出典：患者調査(平成14年、平成20年)

# 死因別死亡率

死因順位(第10位まで)別 死亡数・死亡率(人口10万対)

単位:人、%

平成20年					平成15年				
順位	死因	死亡数	死亡率	死亡総数に占める割合(%)	順位	死因	死亡数	死亡率	死亡総数に占める割合(%)
1	悪性新生物	342,963	272.3	30.0	1	悪性新生物	309,543	245.4	30.5
2	心疾患	181,928	144.4	15.9	2	心疾患	159,545	126.5	15.7
3	脳血管疾患	127,023	100.9	11.1	3	脳血管疾患	132,067	104.7	13.0
4	肺炎	115,317	91.6	10.1	4	肺炎	94,942	75.3	9.4
5	不慮の事故	38,153	30.3	3.3	5	不慮の事故	38,714	30.7	3.8
6	老衰	35,975	28.6	3.1	6	自殺	32,109	25.5	3.2
7	自殺	30,229	24.0	2.6	7	老衰	23,449	18.6	2.3
8	腎不全	22,517	17.9	2.0	8	腎不全	18,821	14.9	1.9
9	肝疾患	16,268	12.9	1.4	9	肝疾患	15,737	12.5	1.6
10	慢性閉塞性肺疾患	15,520	12.3	1.4	10	慢性閉塞性肺疾患	13,626	10.8	1.3

出典:人口動態統計(確定数)(平成15年・平成20年)

# ストラクチャ、プロセス、アウトカム指標の盛り込み状況及び実例

S:Structure 医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制を測る指標

P:Process 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

O:Outcome 医療サービスの結果としての住民の健康状態や満足度を測る指標

都道府県ごとのSPO指標設定状況(上位・下位3県)

単位:件

	都道府県	S	P	O	合計
上位3県	千葉県	37	36	14	87
	青森県	39	32	13	84
	茨城県	26	23	7	56
下位3県	静岡県	3	2	0	5
	鳥取県	1	1	1	3
	岡山県	0	2	1	3

千葉県の事例(脳卒中) ※数値は目標値

S: t-PAを用いた血栓溶解療法が可能な病院数55ヶ所

P: t-PAを用いた血栓溶解療法の実施件数460件

O: 年齢調整死亡率(人口十万対)男49.6女23.1

青森県の事例(救急) ※数値は目標値

S: 1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率83%

P: 救急搬送するまでに30分以上を要した件数(現状維持)

O: 心肺停止患者の1ヶ月後の予後(3.3%より向上)

# 医療計画と診療報酬の連動について

## ○ 初診料における時間外加算の特例

次に掲げる保険医療機関であって都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関が特例(加算点数が「85点」→「230点」(6歳未満の乳幼児の場合は「200点」→「345点」))の適用を受ける。

- ①地域医療支援病院、②救急病院または救急診療所、
- ③病院群輪番制病院、輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

## ○ 救急医療管理加算(1日につき800点)・乳幼児救急医療管理加算(1日につき200点)

次に掲げる保険医療機関であって都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関において緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に算定できる。

- ①地域医療支援病院、②救急病院または救急診療所、
- ③病院群輪番制病院、輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

## ○ 地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料等

脳卒中を対象疾患とする場合にあっては、各都道府県が作成する医療計画において脳卒中に係る医療提供体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関であることが要件となる。

- |         |                   |      |
|---------|-------------------|------|
| * 急性期   | 地域連携診療計画管理料       | 900点 |
| * 回復期等  | 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ) | 600点 |
|         | 地域連携診療計画退院計画加算    | 100点 |
| * 在宅復帰後 | 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ) | 300点 |

## ○ DPCの機能評価係数Ⅱの地域医療指数として評価(平成22年8月より)

地域医療への貢献を7つの項目で評価し、機能評価係数Ⅱに反映する。

主な項目

- ①「脳卒中」について、脳卒中を対象とする地域連携診療計画管理料等を算定している医療機関を評価
- ②「救急医療」について、医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型若しくは共同利用型の施設又は救命救急センターを評価
- ③「周産期医療」について、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価



# 医療計画の見直し等に関する検討会要綱

## 1 趣旨

医療計画は、医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ることを目的としている。

本検討会は、平成20年度～24年度の5カ年計画で開始されている医療計画の課題等について検討を行うことにより、平成25年度からの新医療計画が、地域医療連携などの点でより実効性が高いものにするを目的に開催するものである。

## 2 主な検討内容

- ・ 医療体制の構築に係る指針(\*)に示された、4疾病5事業に係る医療機関に求められる医療機能の見直し
- ・ 医療計画の達成状況を把握するための指標の在り方
- ・ 医療計画策定のためのデータ集積・分析等の在り方 等

\* 疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針(平成19年7月20日指導課長通知)

## 3 スケジュール等

平成25年度からの次期医療計画の開始に向けて、平成23年度中を目途に検討結果をとりまとめる。

## 4 検討会のメンバー

別紙参照

## 5 事務局

医政局指導課において行うものとする。

# 医療計画の見直し等に関する検討会メンバー

(氏名)

(役職)

伊藤伸一	日本医療法人協会副会長
尾形裕也	九州大学大学院医学研究院教授
神野正博	全日本病院協会副会長
齋藤訓子	日本看護協会常任理事
末永裕之	日本病院会副会長
鈴木邦彦	日本医師会常任理事
池主憲夫	日本歯科医師会常務理事
中沢明紀	神奈川県保健福祉局保健医療部長
長瀬輝誼	日本精神科病院協会副会長
伏見清秀	東京医科歯科大学大学院教授
布施光彦	健康保険組合連合会副会長
○ 武藤正樹	国際医療福祉大学大学院教授
山本信夫	日本薬剤師会副会長
吉田茂昭	青森県立中央病院長

平成22年12月17日現在

注1 ○は座長(予定)

注2 五十音順、敬称略

# 医療計画に関する論点

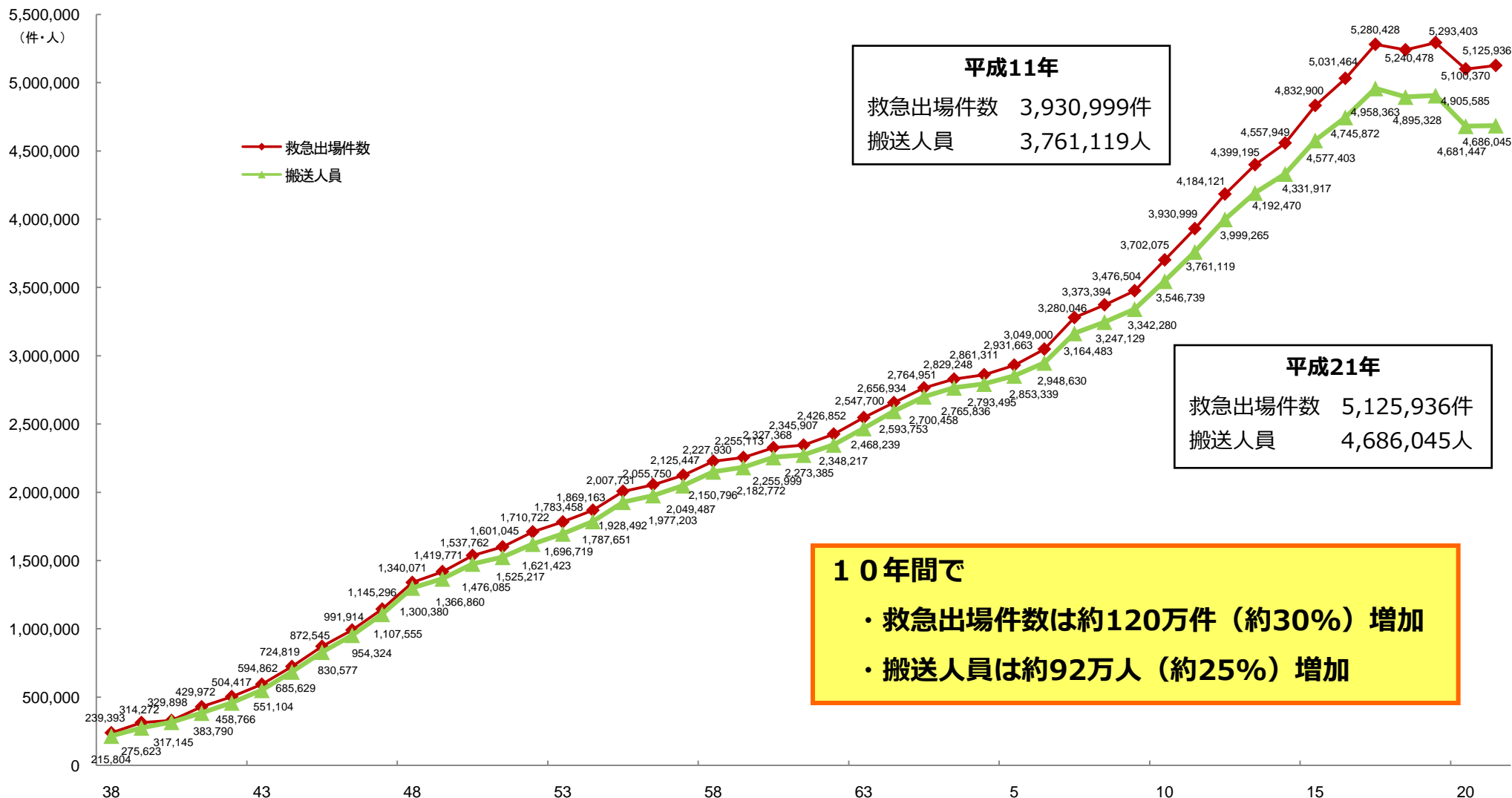
- 地域ごとの医療資源の平準化を図る手法として、基準病床数制度があるが、その効果をどのように考えるか。
- 二次医療圏については、各都道府県において、地理的条件等の自然的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して設定されているところであるが、現在の医療を取り巻く状況等を踏まえ、その設定のあり方についてどのように考えるか。
- 医療連携体制を計画的に構築すべき疾病及び事業として、4つの疾病及び5つの事業を定めているが、この疾病及び事業の範囲について見直す必要はないか。このほか、医療計画に記載すべき事項及び内容について見直す必要はないか。

# 救急医療・周産期医療について

# 〈救急医療体制について〉

# 救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、10年間で急増。



**平成11年**  
 救急出場件数 3,930,999件  
 搬送人員 3,761,119人

**平成21年**  
 救急出場件数 5,125,936件  
 搬送人員 4,686,045人

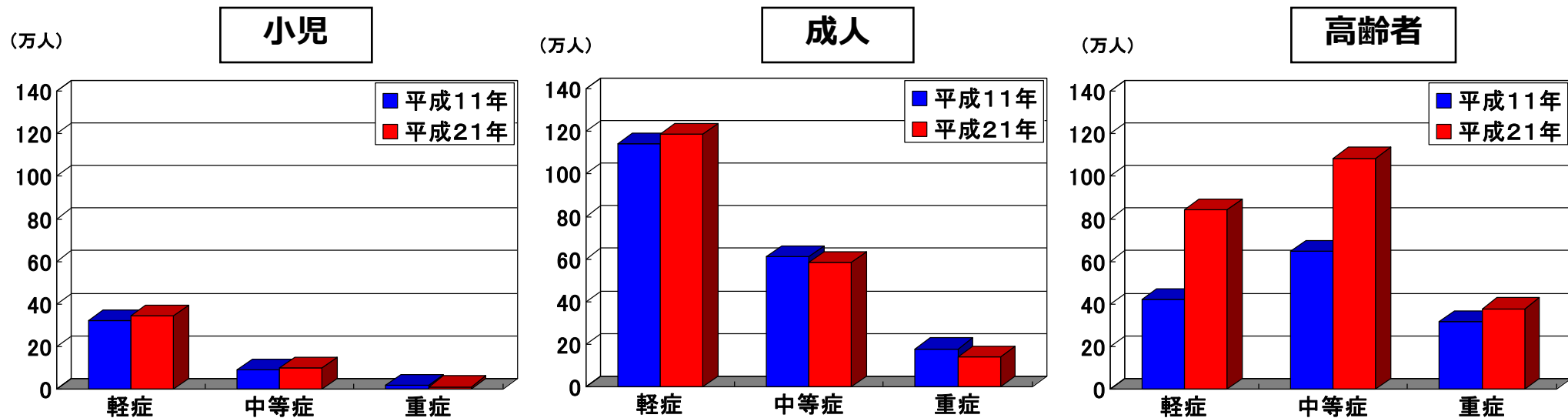
**10年間で**

- ・ 救急出場件数は約120万件（約30%）増加
- ・ 搬送人員は約92万人（約25%）増加

(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出場分を含む。  
 2 各年とも1月から12月までの数値である。

# 10年間の救急搬送人員の変化（年齢・重症度別）

○ 救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成11年中

	小児	成人	高齢者
全体			
重症	1.9万人	18.0万人	31.7万人
中等症	9.3万人	61.2万人	64.8万人
軽症	32.2万人	114.2万人	42.2万人

平成21年中

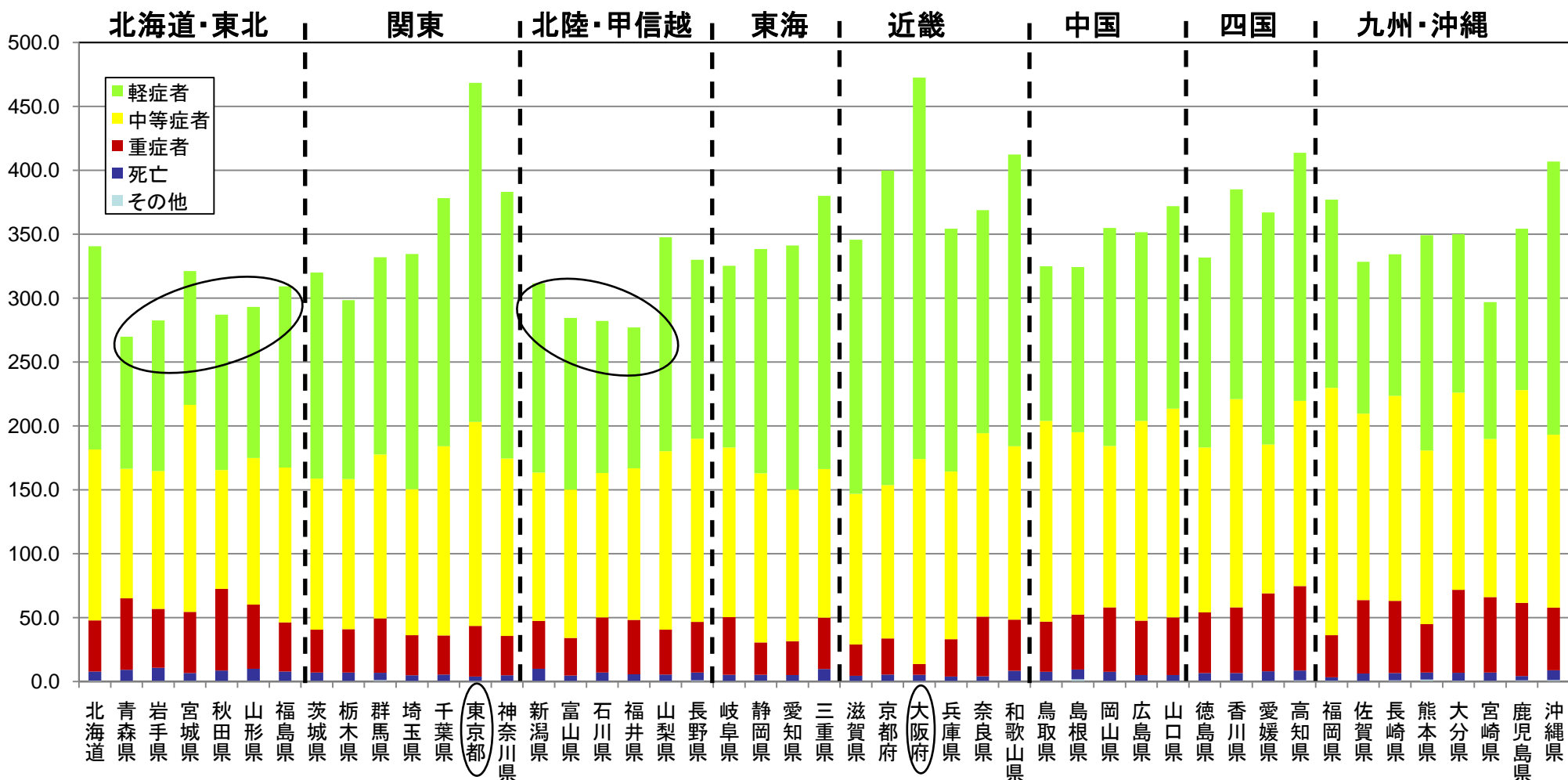
	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
全体			
重症	1.3万人 0.6万人減 -32%	14.1万人 3.9万人減 -22%	37.9万人 6.2万人増 +20%
中等症	10.2万人 0.9万人増 +10%	58.4万人 2.8万人減 -5%	108.4万人 43.6万人増 +67%
軽症	34.6万人 2.4万人増 +8%	118.7万人 4.5万人増 +4%	84.2万人 42.0万人増 +100%



# 救急自動車による都道府県別重症程度別搬送人員

- 東京都、大阪府といった都市部においては、人口1万人あたりの救急患者の搬送件数は多く、東北地方、北陸・甲信越地方は少ない傾向にある。
- 搬送件数の内訳を重症程度別に見ると、都道府県間で軽症者の多さ等に差が見られる。

人口1万人あたり  
の搬送人員(件) ※平成21年中





# 地域住民による救急利用の適正化のための取組例

## 県立柏原病院の小児科を守る会

メンバー : 地域住民 計20名 (丹生裕子代表をはじめ、全員が育児中の母親)

発足経緯 : 平成19年4月、兵庫県立柏原(かいばら)病院の小児科が閉鎖される可能性があるとの報道をきっかけとして発足

これまでの活動 :

○兵庫県に小児科医増員を求める署名活動

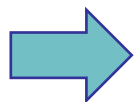
○コンビニ受診(\*)減少等に向けた地域住民への啓発活動 (小児救急冊子の作成・配布等)

\* 「軽症にもかかわらず、二次救急のための夜間外来を自己都合で受診すること」とされている

○柏原病院小児科外来の窓口に医師への感謝を伝えるため「ありがとうポスト」の設置 等

(参考)活動に当たっての3つのスローガン

1. コンビニ受診を控えよう
2. かかりつけ医を持とう
3. お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう

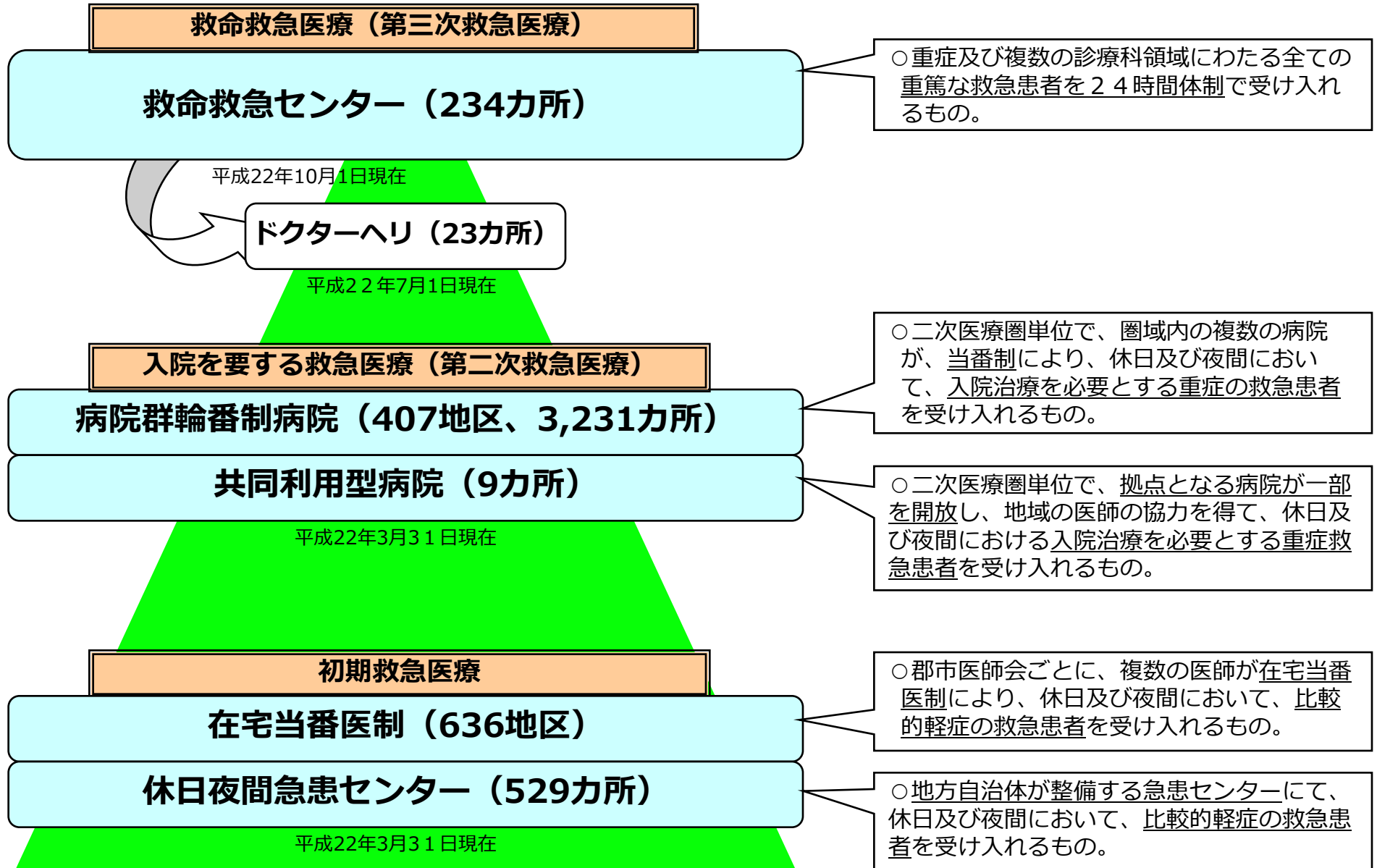


活動の結果、発足の翌年は、柏原病院小児科の時間外の受診者数が半分以下に減少

※ 「県立柏原病院の小児科を守る会」HP、医学書院「公衆衛生」(2010年12月号)等に基づき作成

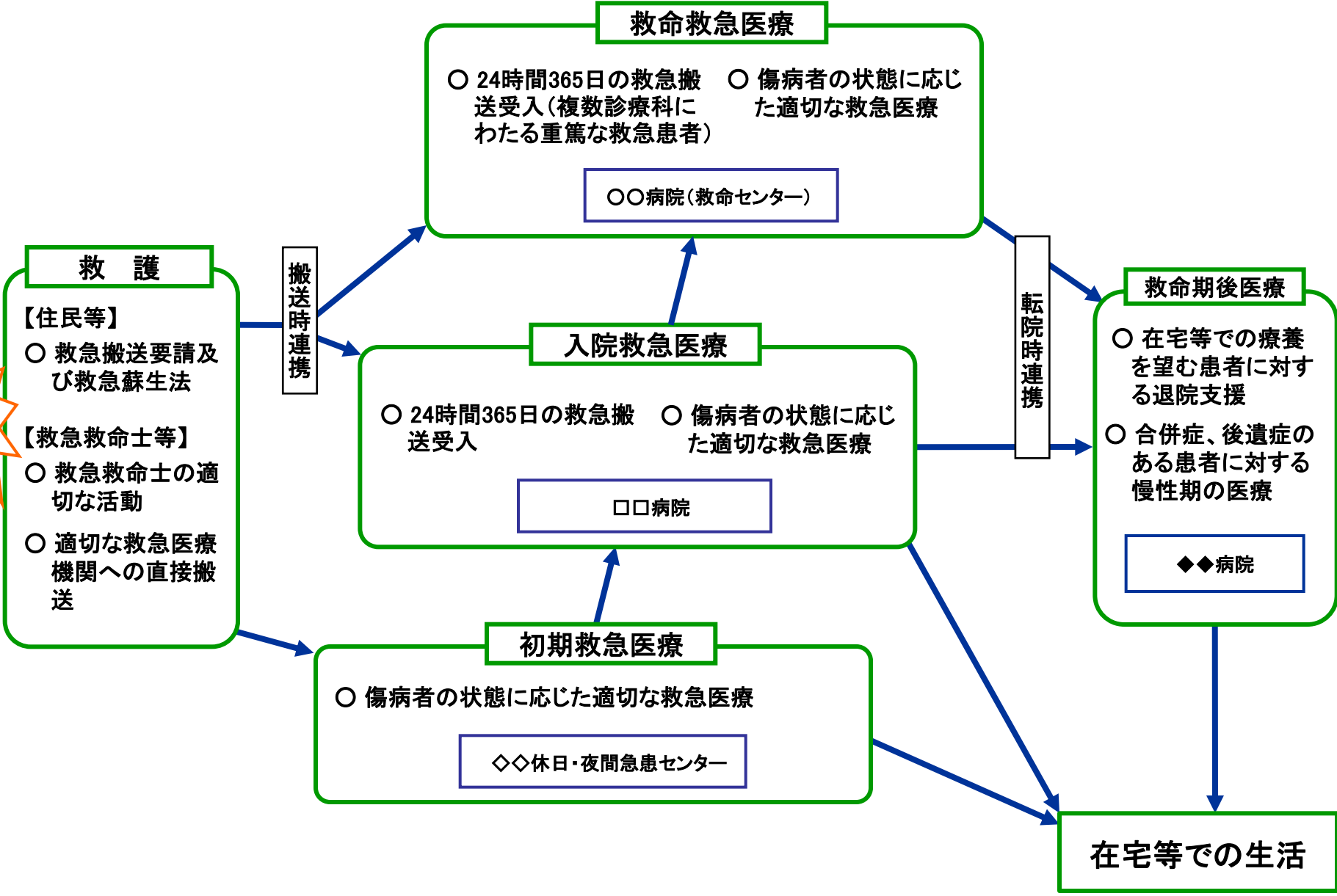
※ 兵庫県立柏原病院 : 兵庫県・丹波市内の医療機関。病床数(一般)303床。

# 救急医療体制体系図



# 医療計画に基づく救急医療の体制

重症度



時間の流れ

# 救命救急センターについて

## 趣 旨

重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県が策定する医療計画等に基づき救命救急センターの指定を行う。

## 役 割

- 重症及び複数の診療科領域にわたる、すべての重篤な救急患者を、原則として24時間体制で必ず受け入れる  
※高度救命救急センターは、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者も受け入れる
- 初期救急医療施設及び第二次救急医療施設の後方病院として救急搬送患者を受け入れる
- 医学生、臨床研修医等に対する救急医療の臨床教育を行う

## 指定要件

- 人員体制
  - ・ 専門的な三次救急医療に精通した専任の医師を適当数有すること
  - ・ 重篤な救急患者の看護に必要な専任の看護師を適当数有すること
  - ・ 診療放射線技師及び臨床検査技師等を常時確保すること
  - ・ 緊急手術ができるよう、必要な人員の動員体制を確立しておくこと
- 施設
  - ・ 救命救急センターの責任者が直接管理する概ね20床以上の専用病床を有すること  
※地域救命救急センターは専用病床10床以上20床未満
  - ・ 救命救急センターの責任者が直接管理する専用病床及び専用の集中治療室(ICU)を適当数有すること
  - ・ 専用の診察室(救急蘇生室)、緊急検査室、放射線撮影室及び手術室等を設けること
  - ・ 診療に必要な施設は耐震構造であること(併設病院を含む。) 等

※救命救急センター数(平成22年10月1日現在)・・・234施設(うち、高度:25施設、地域:3施設)

# 救命救急センターの充実段階評価について

## 新しい充実段階評価の実施

- ・ 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新基準による評価を行うこととし、平成21年度の実績(21.4.1～22.3.31)から新基準による評価を実施
- ・ 「評価項目」及び「是正を要する項目」を設け、「是正を要する項目」の点数を基づく評価区分とする
- ・ 救命センターごとに病院名とともに各項目の内容等の詳細を公表する
- ・ 病院の自己申告による評価内容が実態に即しているか、各都道府県の医療対策協議会等で確認する

## 「評価項目」及び「是正を要する項目」

- 重篤患者の診察機能
  - ・ 救急科専門医数や循環器・脳神経外科等の診療科ごとの診療体制
  - ・ 年間受入救急車搬送人員や年間に受け入れた重篤患者数 等
- 地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能
  - ・ 都道府県メディカルコントロール協議会等への関与・参画
  - ・ 救急医療情報システムへの関与 等
- 救急医療の教育機能
  - ・ 臨床研修医や救急救命士の病院実習の受入状況
- 災害時対応機能
  - ・ 災害拠点病院の認定の有無やDMAT指定医療機関の指定の有無 等

## 評価区分等

以下の区分による評価を行い、結果は、診療報酬や救命救急センター運営事業の補助額等に反映される。

A分類 … B、C以外

B分類 … 是正を要する項目の合計が22点以上のみ、2年間継続している。

C分類 … 是正を要する項目の合計が22点以上のみ、3年以上継続している。

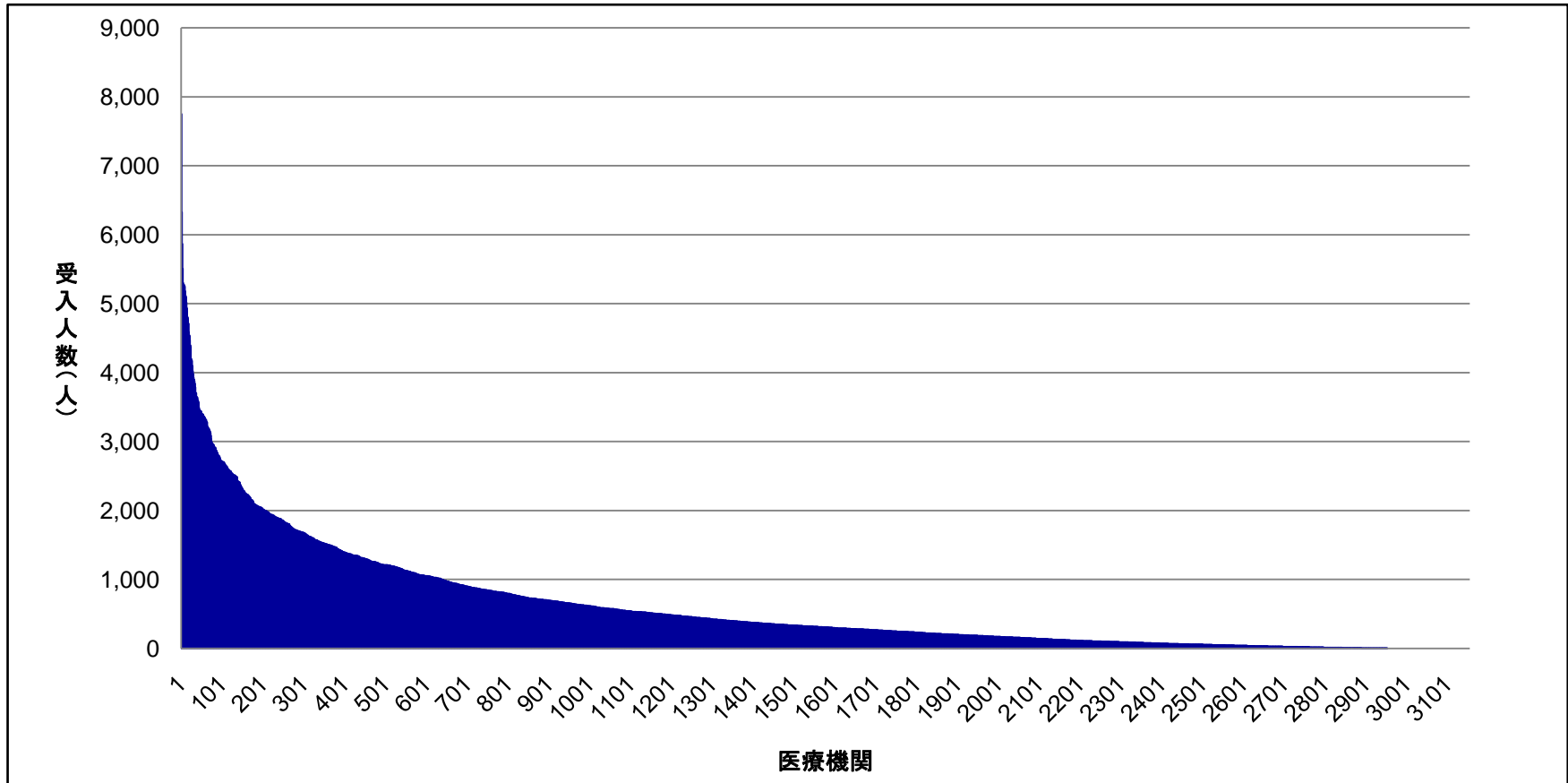
※22年度の評価は未実施。 なお、旧基準に基づく21年度までの充実段階評価の結果は全施設“A評価”

# 二次救急医療機関の状況について

(一施設当たりの時間外における年間救急搬送患者数)

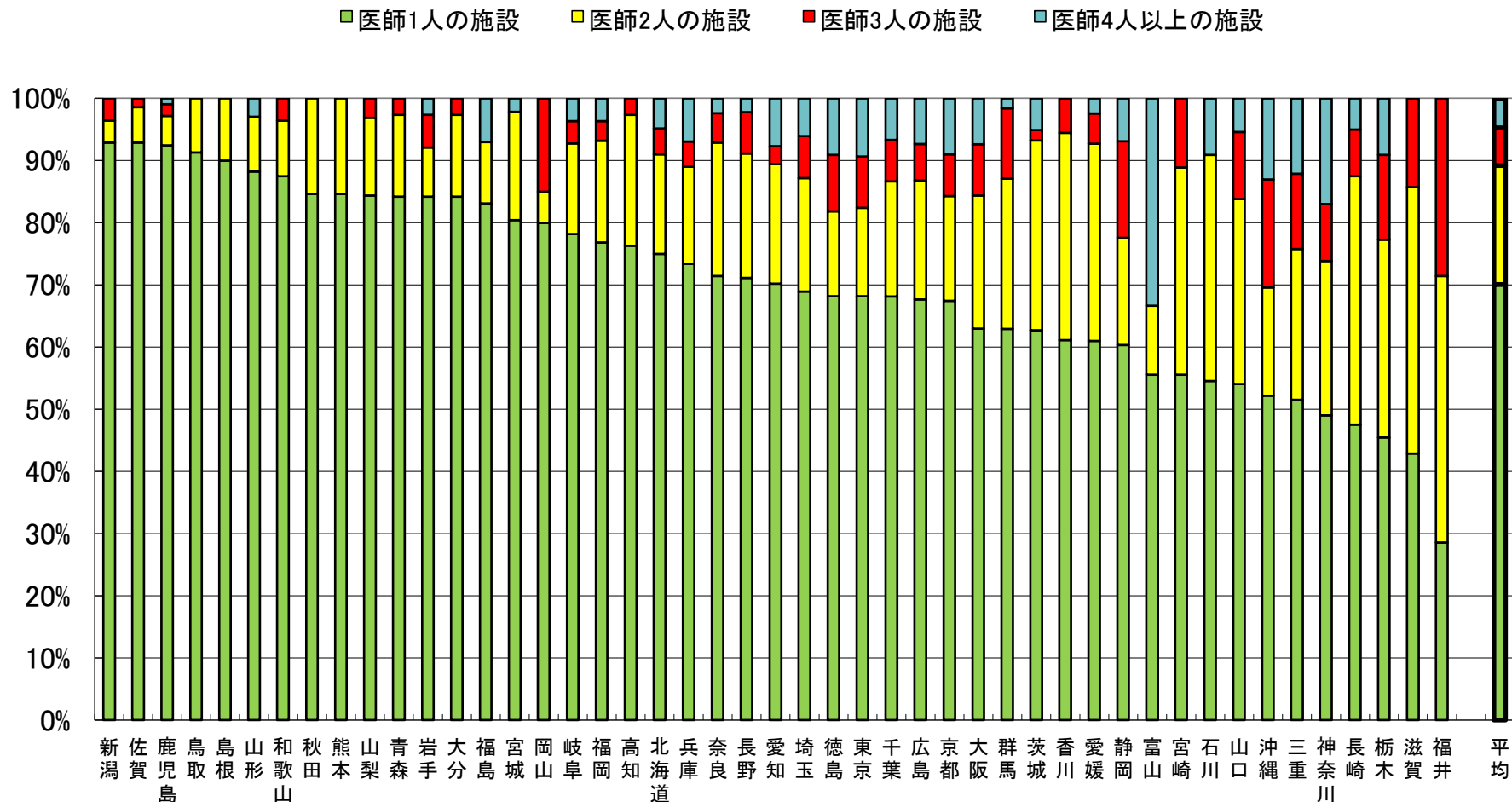
- 救急車により搬送される救急患者を多数受け入れている病院と、そうでない病院に大きな差。  
(最大7,752、最小0)
- 時間外における年間救急搬送患者が0の病院もある。
- 救命救急センターにおける年間救急搬送患者受入数(24時間)の平均値は3,881件。

※ 都道府県の医療計画上、二次救急医療機関以上として位置付けられている医療機関(救命救急センターを除く)



# 二次救急医療機関の状況について (当番日の医師数)

- 当番日における救急担当の医師の数が1名であるところが70%。 2名以下で89%。
- 複数医師がいる病院は、内科系1名、外科系1名、小児科1名といった状況。



# 救命救急センターに対する運営費補助

- 補助の概要 救命救急センターにおいて、24時間365日体制で重篤な患者を受け入れるための体制整備に必要な経費(人件費、診療材料費等)について補助を行うもの。補助額算出にあたっては、救急患者の受入等による収入を差し引き、収支差補助としている。
- 補助対象 救命救急センター(国公立の施設を除く)
- 補助額 1施設あたり 174,279千円(救命救急センターの病床数30床以上の場合)を基準として、国1/3、都道府県1/3の負担割合で補助を行う。  
※専門医の確保状況や救命センターの病床数等により加算(調整)措置あり。

※なお、第二次救急医療機関及び公立の救命救急センターの運営費補助については、平成17年度より一般財源化されており、各都道府県ごとに財政支援の仕組みが異なるため単純な比較は困難。

(参考) 病院事業に係る21年度地方交付税措置の概要(救急医療関係)

・普通交付税の算定

救急告示病院	1,697千円×救急のための専用病床数+32,900千円
--------	------------------------------

・特別交付税の算定

救命救急センター	(30床未満)	4,472千円×病床数
	(30床以上)	134,166千円(定額)

※上記算定額は、あくまで自治体に対する地方交付税の算定額であって、個別の医療機関への交付額とは必ずしも一致しない。



# 第二次救急医療機関と救命救急センターにおける診療報酬の比較

## ○ 入院収入にかかる評価の比較

### 第二次救急医療機関の評価

救急医療管理加算	
7日を限度	800点

※7対1入院基本料の施設基準を満たす医療機関の場合  
800点+1,555点 = 2,355点 を算定

### 救命救急センターの評価

救命救急入院料 1	
3日以内	9,700点
4日以上7日以内	8,775点
8日以上14日以内	7,490点

## ○ 実際の診療収入の比較 ～A病院(30床)の実績データ～

救命救急センター認定前後で、診療延点数で+100%、入院部分で+182%の増加

※ただし、平成22年度の診療報酬の改定後であっても、救命救急センターの8割(107施設中85施設)は赤字の見込み

### 第二次救急医療機関としての収入 (救命救急センター認定前)

	1ヶ月分の診療収入
診療延点数	約440万点
うち、入院部分	約220万点

受入患者数：608人 (20.3人/日)

### 救命救急センターとしての収入 (救命救急センター認定後)

1ヶ月分の診療収入	増減
約880万点	+約440万点 (+100%)
約620万点	+約400万点 (+182%)

受入患者数：766人 (24.7人/日)



(翌月)

# 「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)の概要

## 主な提言内容

### 安心と希望の医療確保ビジョン

#### 2 地域で支える医療の推進 (1) 救急医療の改善策の推進

##### ア 救急医療の充実

- ①量的充実
  - ・調査に基づく初期、二次、三次救急の更なる整備
- ②質的充実
  - ・管制塔機能を担う医療機関の整備・人材の育成
  - ・医師等の交代勤務制の整備
  - ・地域全体の各医療機関の連携
    - 急性期を脱した患者を受け入れる病床の確保等
    - 救急患者の効率的な振り分け等
  - ・医療機関と消防機関との連携強化
    - 救急患者受入コーディネーターの配置等
  - ・住民との情報共有

##### イ 夜間・救急利用の適正化

- ①国民への普及啓発
  - ・夜間救急外来の適正利用等
- ②小児救急電話相談事業(#8000)の拡充等

### 第三次救急医療機関の充実

#### 救命救急センターに対する新しい評価

- ・求められる機能の明確化、第三者の視点・検証が可能な評価、地域特性等を勘案した評価項目を導入
- ・交代勤務制を含む病院勤務医の労働環境改善に係る評価項目を追加
- ・評価結果をできる限り詳細に国民へ情報提供

#### 救命救急センターの整備のあり方

- ・救命救急センターと同等の実績等がある施設であれば新たに救命救急センターとして位置づけ
- ・ヘリコプター等による搬送やITの活用も検討

### 第二次救急医療機関の充実

#### 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備

- ・地域の実情に応じた取組を支援
- ・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
- ・全ての第二次救急医療機関について、診療体制や活動実績に関する調査を実施し、診療実績に応じた支援を検討

夜間・休日の救急医療を担う医師に対する財政的な支援

### 救急搬送における課題と円滑な受入れ推進について

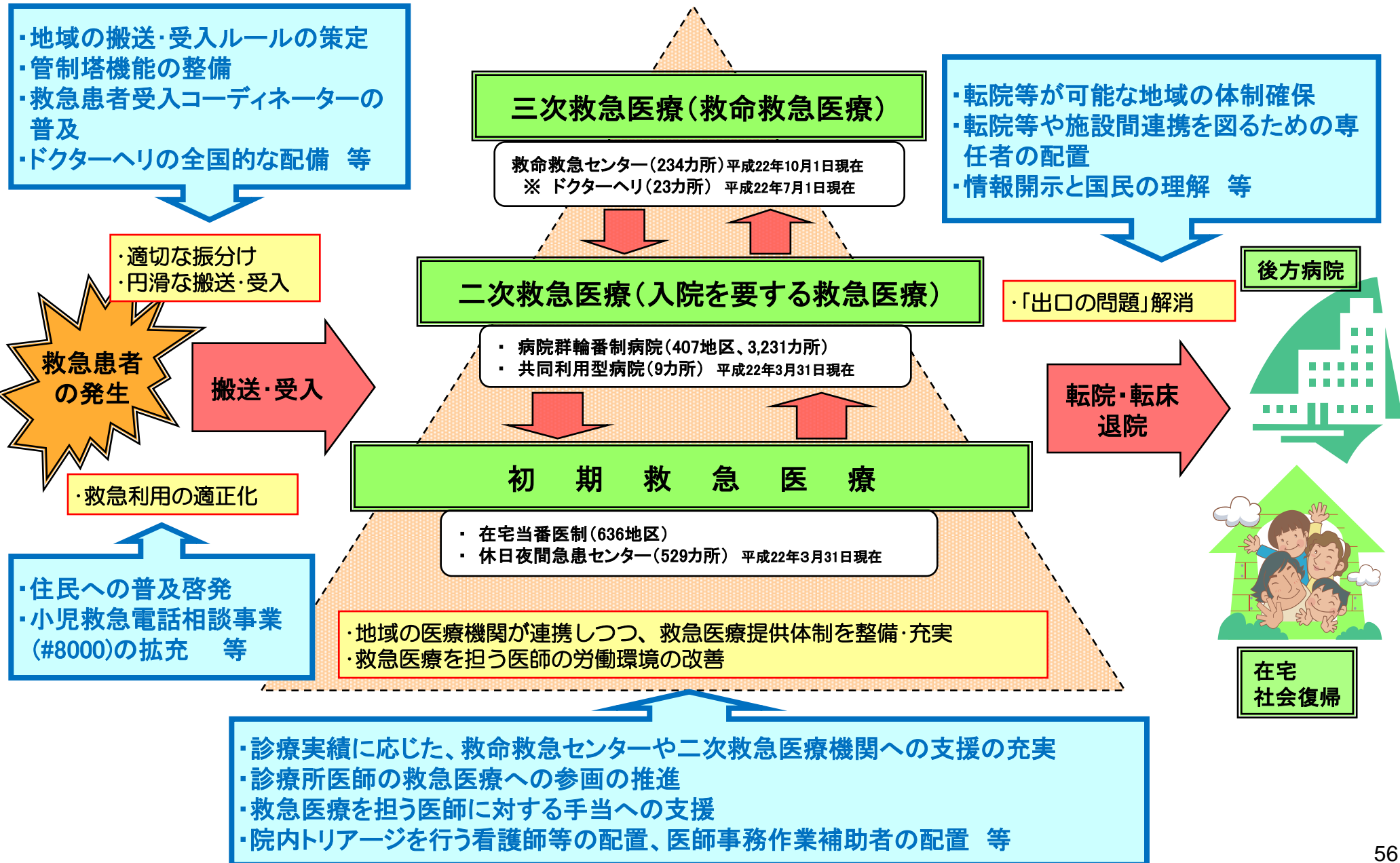
#### 医療機関と消防機関の連携

- ・病状に応じて適切な受入先医療機関・診療科に患者を振り分ける管制塔機能を整備
- ・地域の実情に精通した医師等の救急患者受入コーディネーターの普及
- ・小児救急電話相談事業(#8000)の拡充を検討

#### 円滑な受入れ推進に向けた対応

- ・診療所医師の夜間・休日の外来診療や救急医療への参画を推進
- ・院内トリアージを適切に行える医療従事者の育成と配置
- ・救急医療体制の現状や転床・転院等に関する国民に理解を求める
- ・ER型救急医療機関については、まず正確な実態把握を行う

# 救急医療に関する施策



# ドクターヘリ導入促進事業について

○ ドクターヘリについては、急病・事故や災害等の発生時に、直ちに医師等が搭乗し、ヘリコプターで救急現場等に出動し、救急医療を提供するものであり、

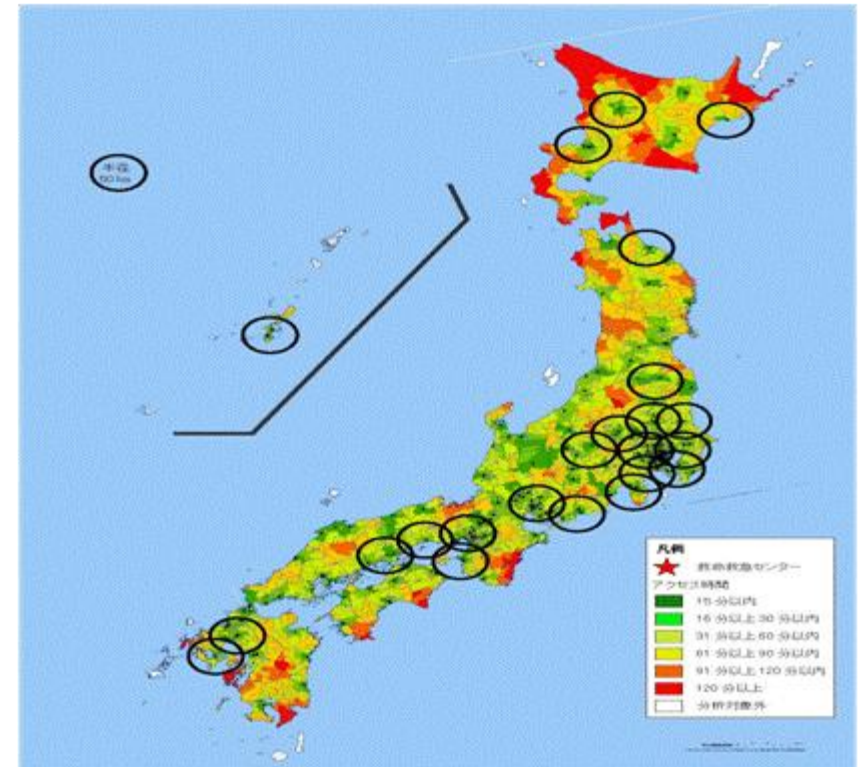
- ① 救急医療に精通した医師が、救急現場等で直ちに救命医療を開始できること
  - ② 搬送時間が短縮されること
- 等により、救命率の向上や後遺症の軽減に大きな効果を上げている。

○ 導入状況 19道府県23機にて事業を実施(平成22年7月1日現在)

平成13年度	5県	岡山県、静岡県、千葉県、愛知県、福岡県
平成14年度	2県	神奈川県、和歌山県
平成17年度	2道県	北海道、長野県
平成18年度	1県	長崎県
平成19年度	3府県	埼玉県、大阪府、福島県
平成20年度	3県	青森県、群馬県、沖縄県
平成21年度	4道県	千葉県(2機目)、静岡県(2機目) 北海道(2機目、3機目)、栃木県
平成22年度	2県	兵庫県、茨城県

○ 平成22年度予算

予算額	約27.3億円(前年度約20億円)
箇所数	28ヶ所(前年度24ヶ所)
補助率	1/2(負担割合:国1/2、都道府県1/2)
基準額	1ヶ所当たり年間 約2.1億円(前年度約1.7億円)



# 消防法の一部を改正する法律の概要 (平成21年5月1日公布)

○ 傷病者の搬送及び受入れを円滑に行うことが、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減等の観点から、重要な課題。このため、消防法を改正し、都道府県において、医療機関、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールを策定することとしたところ。

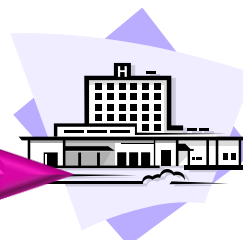
① 傷病者の発生

② 搬送先医療機関の選定

③ 救急搬送

受入れ

④ 救急医療



都道府県において、医療機関、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールを策定

地域の搬送・受入ルールの策定

搬送・受入の調査・分析

※既存のメディカルコントロール協議会等の活用を想定

＜搬送・受入ルール＞

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

消防機関は、搬送・受入ルールを遵守しなければならない

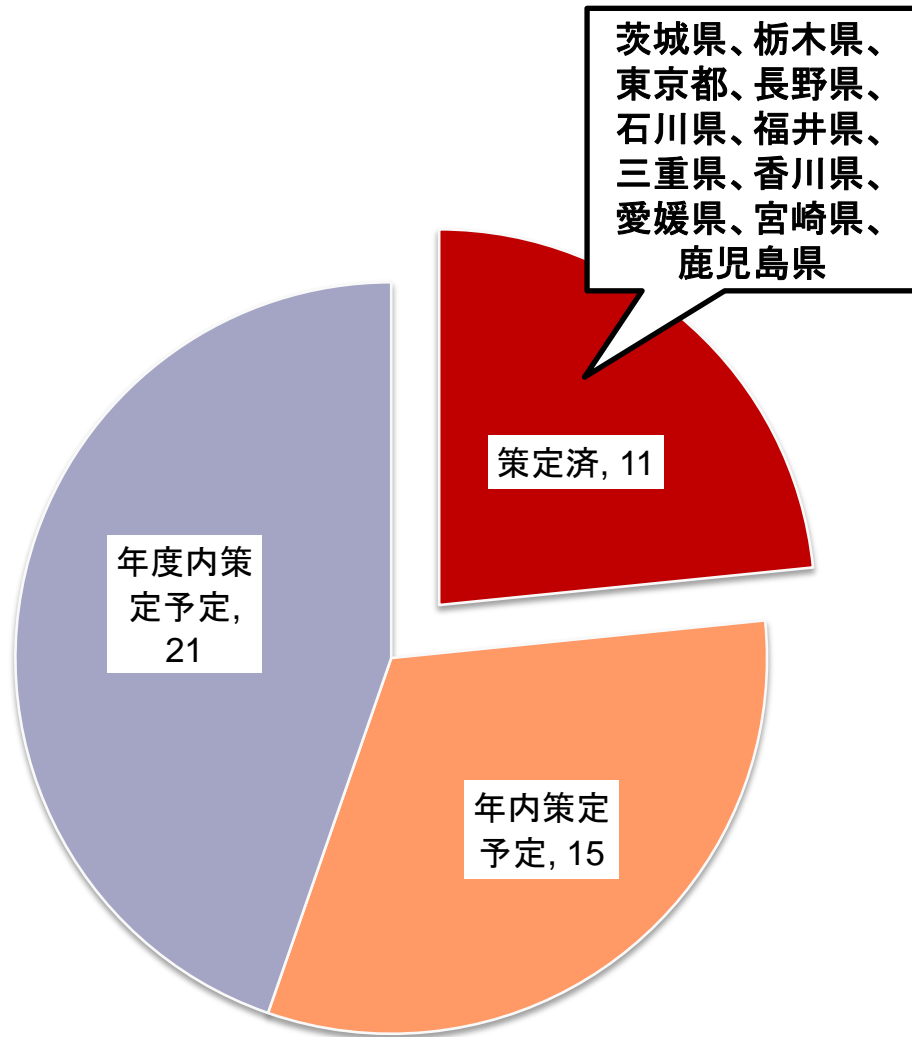
医療機関は、搬送・受入ルールを尊重するよう努めるものとする

指針の策定等の援助

総務大臣  
厚生労働大臣

施行期日：平成21年10月30日

# 各都道府県における実施基準の策定状況



(平成22年12月2日現在)

## ＜策定済団体の策定期期＞

策定期期	団体名
平成22年3月	石川県、東京都、鹿児島県、愛媛県
平成22年4月	香川県
平成22年5月	栃木県
平成22年9月	三重県
平成22年11月	福井県、茨城県
平成22年12月	宮崎県、長野県

## ＜未策定団体の策定見込時期＞

策定見込時期	団体数
平成22年12月中旬	3
平成22年12月下旬	12
平成23年1月～3月	21
計	36

※平成22年12月中旬策定見込団体については、

富山県、京都府、山口県

※平成22年12月下旬策定見込団体については、

北海道、青森県、福島県、埼玉県、岐阜県、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、徳島県等

# 実施基準の具体例

## ○福井県の例

### 傷病者の搬送および受入れに関する実施基準(概要)

本県の現状

#### 救急搬送における医療機関の受入搬送実態調査

受入照会2回以内の搬送先医療機関決定の割合(平成21年)

	重症	周産期	小児
福井	99.2%	100.0%	98.3%
全国	93.6%	93.3%	93.6%

(総務省消防庁: 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査より)

策定に当たっての考え方

- 現状における傷病者の搬送および受入れ体制を基本とする。
- 消防機関と医療機関とのさらなる連携強化を図る。
- 医学的知見に基づくとともに、第5次福井県保健医療計画との調和を図る。

### 救急搬送のフロー

傷病者の観察(観察カード)

#### 実施基準で取り上げる症例(分類基準)

循環器系疾患

脳卒中疑い  
心筋梗塞疑い

・脳疾患と心疾患の重症搬送件数の割合36.7%

小児

・後遺症を残す可能性のある急性疾患を念頭に置く必要あり

妊産婦

・妊産婦特有の傷病を念頭に置く必要あり

精神疾患

・症状によって搬送先の選定が困難

発症3時間以内

YES  
NO

かかりつけ医の有無

有  
無

#### 対応可能な受入れ医療機関(医療機関リスト)

t-PA投与対応可能な脳卒中急性期医療機関(10機関)  
※t-PAとは、脳梗塞の超急性期に用いる血栓を溶かす薬

全ての脳卒中急性期医療機関(12機関)

心筋梗塞急性期医療機関(11機関)

※一時受入れ可能な医療機関を含む。

小児救急夜間診療番医療機関(8機関)  
または救急医療機関(64機関) ※重複機関あり

かかりつけ医療機関  
総合周産期母子医療センター(1機関)  
周産期医療支援病院(1機関)  
地或周産期母子医療センター(5機関)

精神科救急情報センターが情報提供する医療機関

高度な医療を必要とする場合

#### 最終的に受入れる医療機関(受入医療機関確保基準)

三次医療機関

福井県立病院

杉田玄白記念  
公立小浜病院

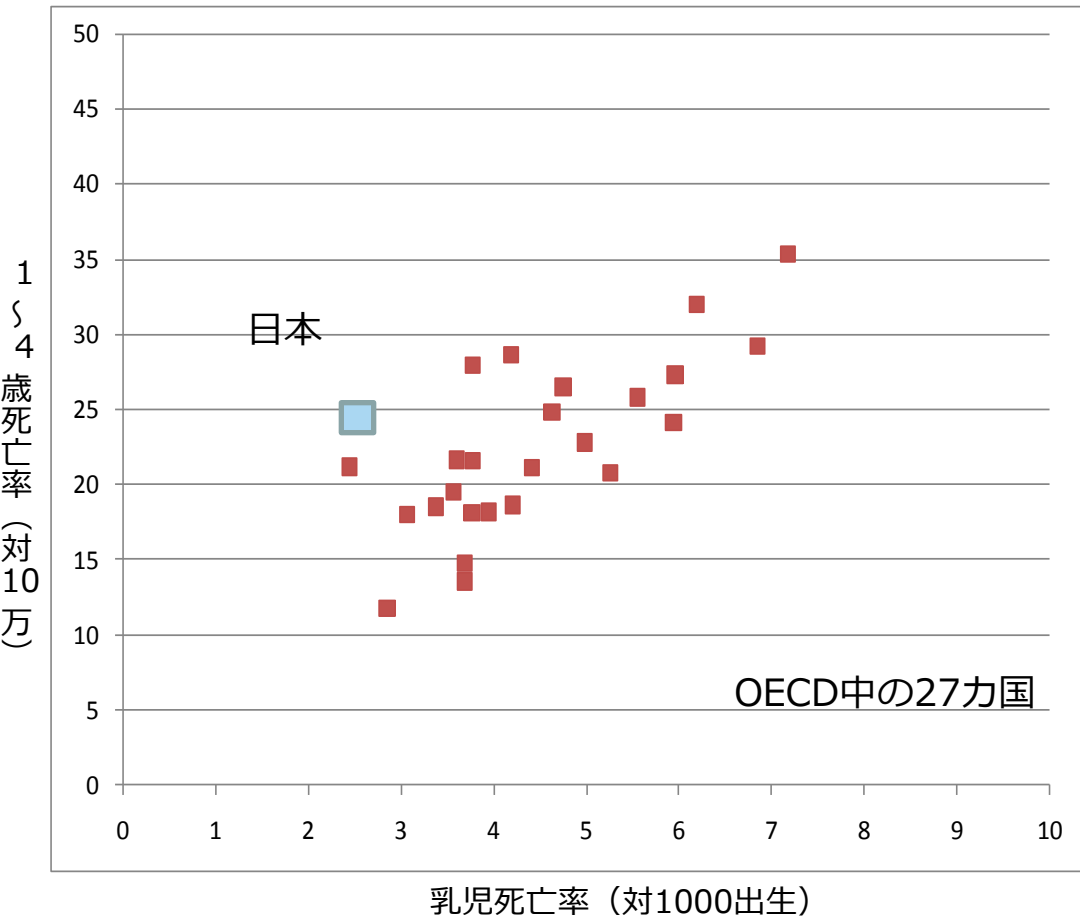
総合周産期母子医療センター(福井県立病院)  
周産期医療支援病院(福井大学医学部附属病院)

※当該医療機関で対応できない場合の流れ

# 1～4歳児の死亡率の国際比較

○ 我が国は、乳児死亡率は低いにもかかわらず、1～4歳児死亡率は高く、他の国と異なる状況にある。 ※ 乳児死亡率（生後1年未満の死亡の出生1,000対）, 1～4歳児の死亡率（1～4歳児の人口10万対）

乳児死亡率と1～4歳児死亡率の関係



1～4歳児死亡率の国際比較

ランク	国名	1-4歳児死亡率
1	Finland	11.85
2	Ireland	13.60
3	Greece	14.85
4	Norway	18.05
5	Germany	18.20
6	Italy	18.25
7	Czech Republic	18.60
8	Switzerland	18.70
9	France	19.55
10	Canada	20.85
11	Netherlands	21.15
12	Sweden	21.25
13	Spain	21.65
14	Austria	21.70
15	United Kingdom	22.85
16	New Zealand	24.20
17	Japan	24.55
18	Denmark	24.85
19	Belgium	25.85
20	Australia	26.55
21	Poland	27.35
22	Republic of Korea	27.95
23	Portugal	28.70
24	United States of America	29.25
25	Hungary	32.00
26	Slovakia	35.35
27	Mexico	76.60

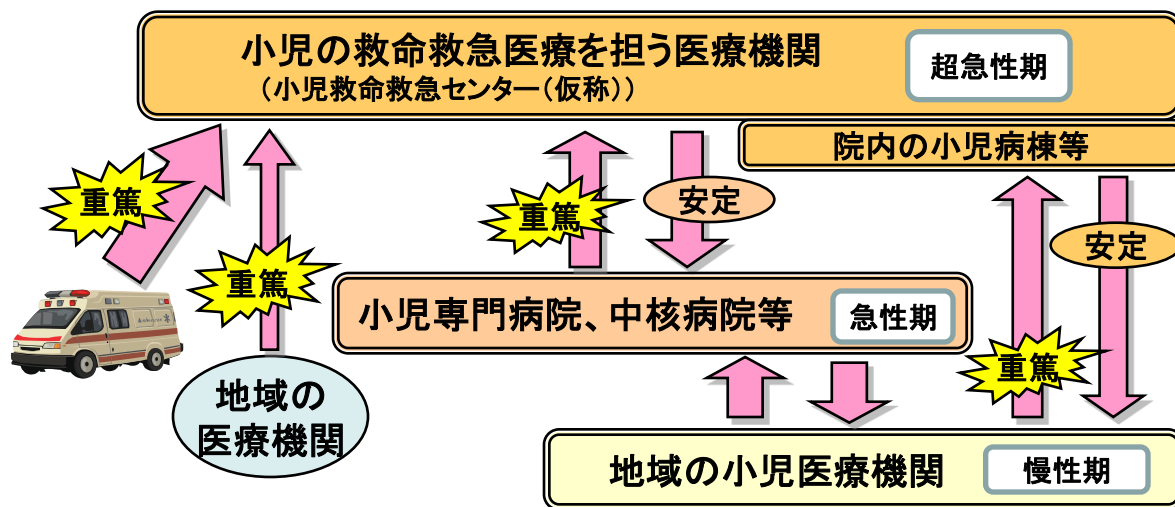


# 「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」中間取りまとめ(平成21年7月8日)の概要

すべての重篤な小児救急患者が地域において必要な救命救急医療を受けられる体制について検討

## 1. 小児救急患者の搬送と受入体制の整備

- ・改正消防法に基づき都道府県に設置する協議会に小児科医も参加し、小児救急患者の搬送・受入ルールを策定
- ・消防機関が小児救急患者の緊急度や症状等を確認するための基準を策定
- ・ドクターヘリ等を活用し、必要に応じて県域を越えた広域の連携体制を構築
- ・小児救急患者の受入体制を医療計画に明示し、住民に周知



## 2. 発症直後の重篤な時期(超急性期)の救命救急医療を担う体制の整備

- ・基本的に、すべての救命救急センターや小児専門病院・中核病院は、心肺停止等の重篤な小児救急患者に救命救急医療を提供
- ・その上で、小児救急患者への医療提供体制の特に整った救命救急センターや小児専門病院・中核病院について、「超急性期」の小児の救命救急医療を担う医療機関として位置付け、少なくとも都道府県又は三次医療圏に一か所整備(小児の救命救急医療を担う救命救急センター・小児専門病院・中核病院は、「小児救命救急センター(仮称)」として必要な支援)
- ・小児の救命救急医療を担う医療機関に求められる機能は、他の救命救急センター等の支援機能、重篤な小児救急患者について診療科領域を問わず24時間体制で受け入れる機能(小児救急専門病床の設置、本院の小児科等との連携が必要)

## 3. 急性期の集中治療・専門的医療を担う体制の整備

- ・「超急性期」を脱した小児救急患者に「急性期」の集中治療・専門的医療を提供する小児集中治療室の整備のための支援が必要
- ・小児の救命救急医療及び集中治療を担う医師及び看護師を養成
- ・地域全体で、病院前救護から、「超急性期」「急性期」を経て、在宅医療を含む「慢性期」にいたるまでの医療提供体制を一体的に整備

# 小児救命救急センターについて

## 趣 旨

重篤な小児救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県が小児救命救急センターの指定を行う。

## 役 割

- 診療科領域を問わず、すべての小児救急患者を、原則として24時間体制で必ず受け入れる
- 医学生、臨床研修医等に対する小児救急医療の臨床教育を行う

## 指定要件

- 小児集中治療室の人員体制
  - ・ 集中治療専門医、小児科専門医などの指導的立場にある人を含む専従の医師を常時確保すること
  - ・ 専従の看護師を患者2人に対し1人以上の割合で常時確保すること
  - ・ 診療放射線技師及び臨床検査技師等を院内に常時確保すること
  - ・ 24時間診療体制を確保するために必要な職員を配置すること
- 救急患者の受入体制
  - ・ 小児集中治療室病床については、年間概ね300例以上の入院を取り扱うこと
  - ・ 救急搬送を相当数受け入れること
- 施設
  - ・ 専用の小児集中治療室病床を6床以上有し、独立した看護単位を有すること
  - ・ 専用の診察室(救急蘇生室)を設けること
  - ・ 緊急検査室、放射線撮影室、手術室等については、優先して使用できる体制を確立しておくこと
  - ・ 診療に必要な施設は耐震構造であること(併設病院を含む。) 等

※小児救命救急センター数(平成22年12月22日現在)・・・4施設(県から国庫補助申請のあったもの)

# 小児救急電話相談事業(#8000)

地域の小児科医師等による小児患者の保護者等向けの電話相談を平成16年度より実施。

- ・ 保護者の不安解消
- ・ 小児患者の症状に応じた迅速な対応



休日、夜間における地域の小児救急医療体制の充実

## 実施状況

○ 47都道府県で実施（平成22年7月5日現在）

○ 実施日は実情に応じた対応

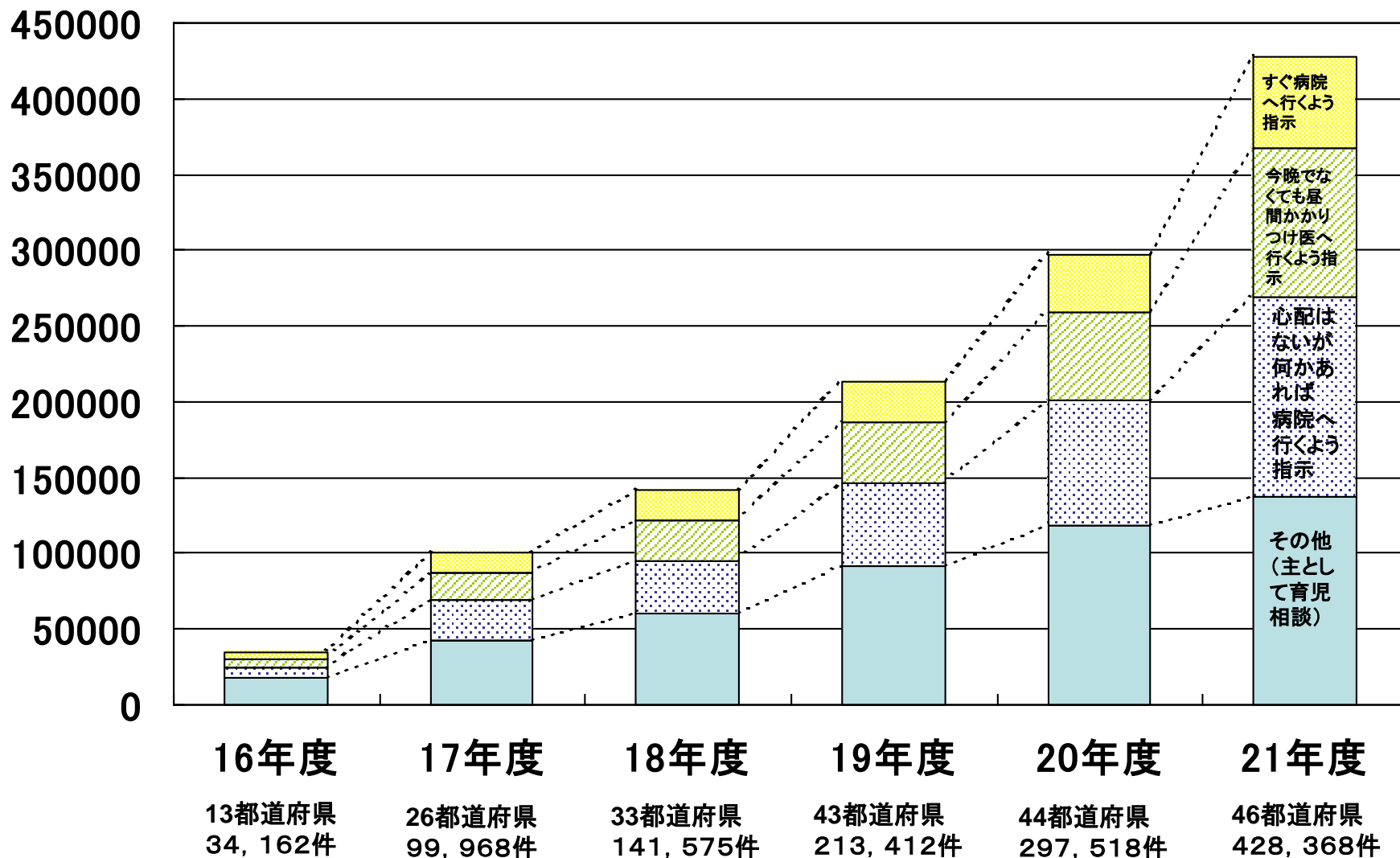
毎日	39県	月～土曜日	2県
----	-----	-------	----

金曜日および休日	1県	休日のみ	5県
----------	----	------	----

○ 実施時間帯は概ね準夜帯(19:00~23:00)をカバー

○ 携帯電話から短縮番号「#8000」への接続が可能

# 小児電話相談実績(平成16年度～平成21年度比較)



(注) 電話相談を受けた小児科医、看護師等による回答ぶりについて集計したものであって、実際の受療行動ではない。

出典: 厚生労働省医政局指導課調べ

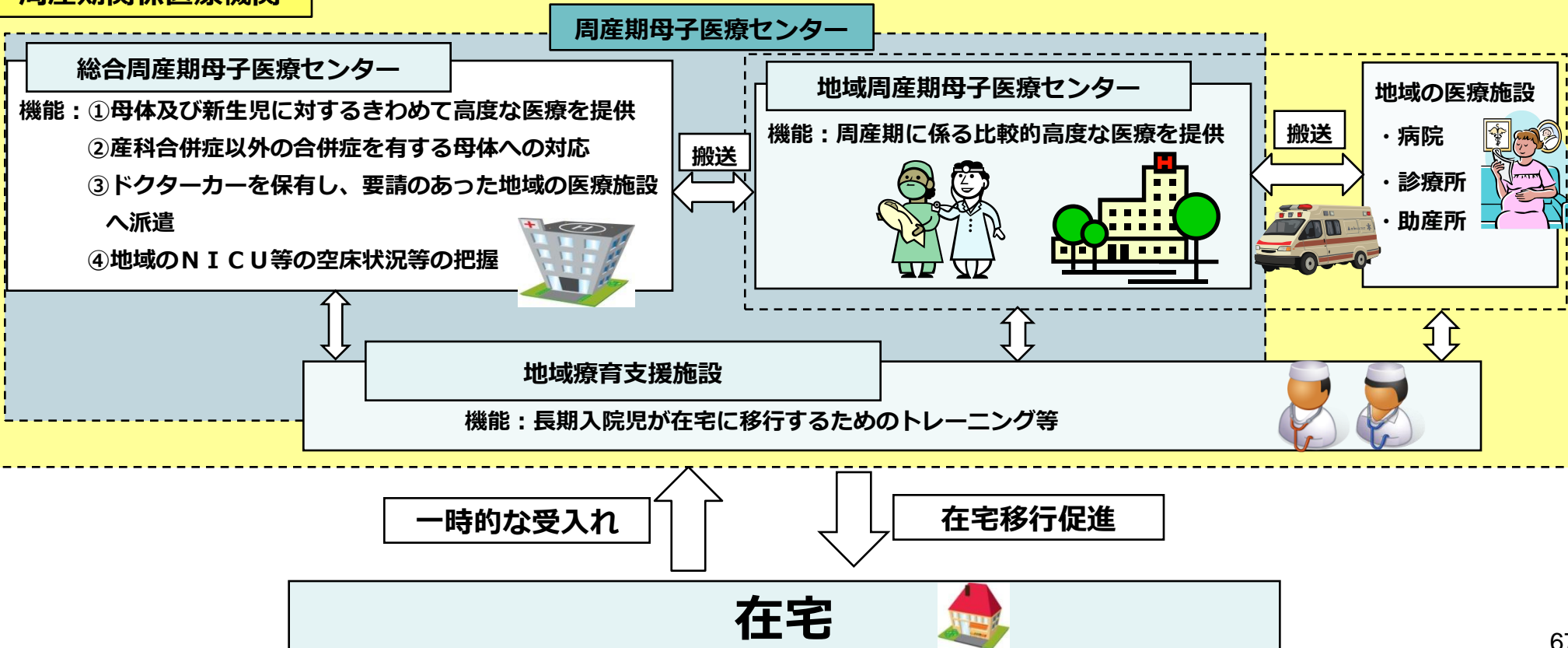
## 〈周産期医療体制について〉

# 周産期医療体制

リスクの高い妊産婦や新生児などに高度の医療が適切に提供されるよう、周産期医療の中核となる「総合周産期母子医療センター」やそれを支える「地域周産期母子医療センター」の整備、地域の医療施設と高次の医療施設の連携体制の確保など、周産期医療ネットワークの整備を推進している。

- NICUの病床数（平成14年 2,122床 → 平成17年 2,341床 → 平成20年 2,310床）
- 平成26年度までに、出生1万人当たりNICU25～30床を目標に整備を進める（現状：平成20年度21.2床）（「子ども・子育てビジョン」平成22年1月29日閣議決定）
- 都道府県別では、32都道府県が出生1万人当たり25床に満たない状況。また、41都道府県が出生1万人当たり30床に満たない状況

## 周産期関係医療機関



# 医療計画に基づく周産期医療の体制

分娩のリスク

## 総合周産期医療

- リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
- 周産期医療システムの中核としての地域の周産期医療施設との連携
- 周産期医療情報センター

◇◇総合周産期  
母子医療センター

母体・新生児搬送

## 地域周産期医療

- 周産期に係る比較的高度な医療行為
- 24時間体制での周産期救急医療

△△地域周産期  
母子医療センター

オープンシステム等による連携

## 正常分娩

- 正常分娩の対応
- 妊婦健診を含めた分娩前後の診療
- 他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応

○○病院、◆◆診療所、□□助産所

## 療養・療育支援

- 周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の提供
- 在宅で療養・療育している児の家族に対する支援

●●診療所(在宅医療)  
■療育センター

時間の流れ

# 周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書概要

- 周産期医療と救急医療の確保と連携を推進するため、平成20年11月から具体的な対応等について検討を行い、平成21年3月4日に報告書を取りまとめた。

- 1 厚生労働省の組織の連携強化による縦割りの解消
- 2 妊婦の救命救急にも対応できるよう、周産期医療対策事業の見直し  
(産科合併症以外の母体救命救急への対応能力等の診療機能を明示する)
- 3 救急医療・周産期医療に対する財政支援とドクターフィー
- 4 地域におけるネットワーク
- 5 医療機関等におけるリソース維持・増強
- 6 救急患者搬送体制の整備
- 7 搬送コーディネーター配置等による救急医療情報システムの整備
- 8 地域住民の理解と協力の確保
- 9 対策の効果の検証と改良サイクルの構築



# 周産期医療体制整備計画について

- 都道府県は、周産期医療協議会<sup>(※)</sup>の意見を聴いて、周産期医療体制整備計画を平成22年度中に策定予定。

※ 保健医療関係機関・団体の代表、地域の中核となる総合周産期母子医療センター等の医療従事者、医育機関関係者、消防関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表等で構成

- 周産期医療体制整備計画には、
  - ・ 総合・地域周産期母子医療センター等の設置数、診療機能、病床数等
  - ・ 中長期的な観点から、地域の医療需要に見合う十分な医療を提供することを目標とした医療施設や医療従事者に関する整備・確保方針等を盛り込む。

- 策定に当たっての留意事項

- (1) 都道府県は、出生1万人対25床から30床を目標として、地域の実情に応じたNICUの整備を進めるものとされている。
- (2) 都道府県は、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整備を図るものとされている。また、在宅の重症児の療育・療養を支援するため、訪問看護やレスパイト入院等の支援が効果的に実施される体制の整備を図るものとされている。

※12月1日現在、計画策定済みは、東京都・新潟県・滋賀県・島根県の4都県

# 周産期母子医療センターについて

## 趣旨

地域における周産期医療の適切な提供を図るため、周産期医療体制整備計画を踏まえ、必要な機能、診療科目、設備等を有する医療施設を都道府県が指定又は認定。

## 役割

- 総合周産期母子医療センター
  - ・母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療の提供
  - ・産科合併症以外の合併症を有する母体に対応
  - ・地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携
- 地域周産期母子医療センター
  - ・産科及び小児科等を備え、周産期に係る比較的高度な医療の提供
  - ・総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携

## 指定(認定)要件

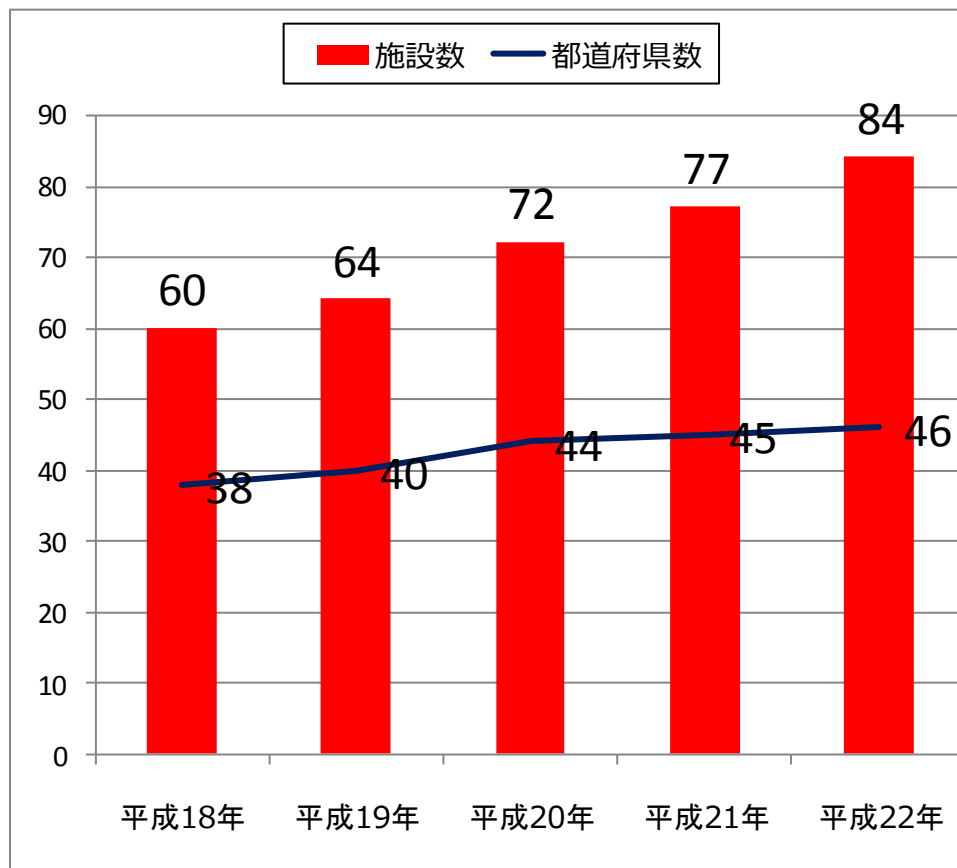
- 総合周産期母子医療センター
  - ・原則として、三次医療圏に一か所整備
  - ・産科及び新生児医療を専門とする小児科、麻酔科その他の関係診療科を有する
  - ・当該施設の関係診療科と日頃から緊密な連携を図る
  - ・MFICU(母体・胎児集中治療室)の病床数は6床以上、NICU(新生児集中治療室)の病床数は9床以上
  - ・適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めるものとする等
- 地域周産期母子医療センター
  - ・総合周産期母子医療センター一か所に対して数か所の割合で整備
  - ・産科及び小児科を有するものとする等

※指定を受けている総合周産期母子医療センター(平成22年4月1日現在)・・・84施設  
認定を受けている地域周産期母子医療センター(平成22年4月1日現在)・・・252施設

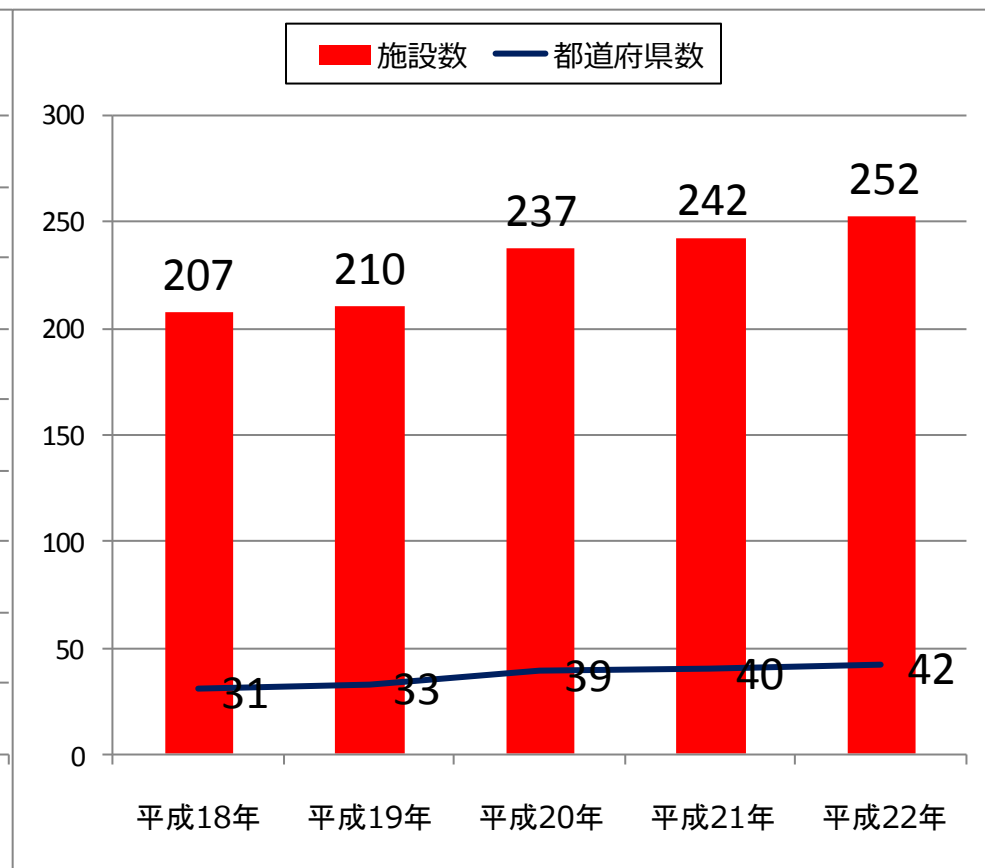
# 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの推移

- 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の施設数と所在都道府県数はいずれも増加している。

## 総合周産期母子医療センター数の推移



## 地域周産期母子医療センター数の推移



(厚生労働省医政局指導課調べ)

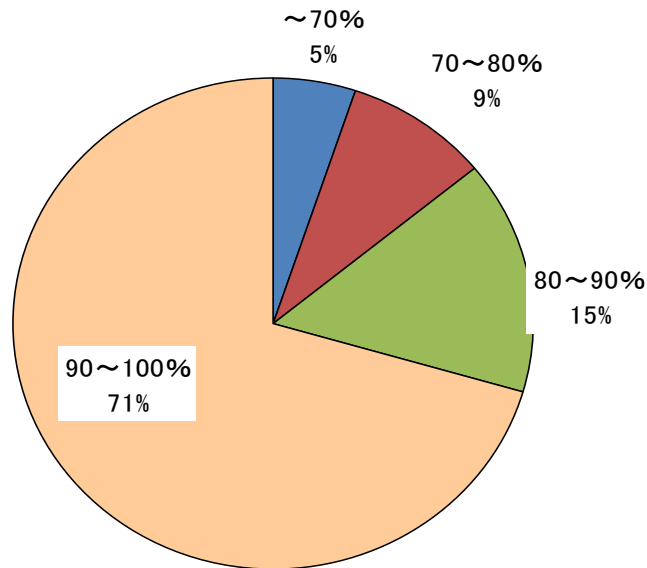
# 母体及び新生児の搬送受入れ

- 約7割の総合周産期母子医療センターにおいて、NICU（新生児集中治療管理室）の病床利用率が90%超。母体・新生児の搬送受入れが困難である理由として、「NICU満床」と回答したセンターは8割を超えている。

## 「周産期医療ネットワークに関する実態調査（平成21年12月実施）」結果にみる現状について

NICU病床利用率について  
(総合周産期母子医療センター77施設における20年度実績)

### NICU病床利用率90%超のセンターは約7割



母体及び新生児搬送受入れができなかった理由について  
(総合周産期母子医療センター 20年度実績)

### 受入れができなかった主な理由は「NICU満床」

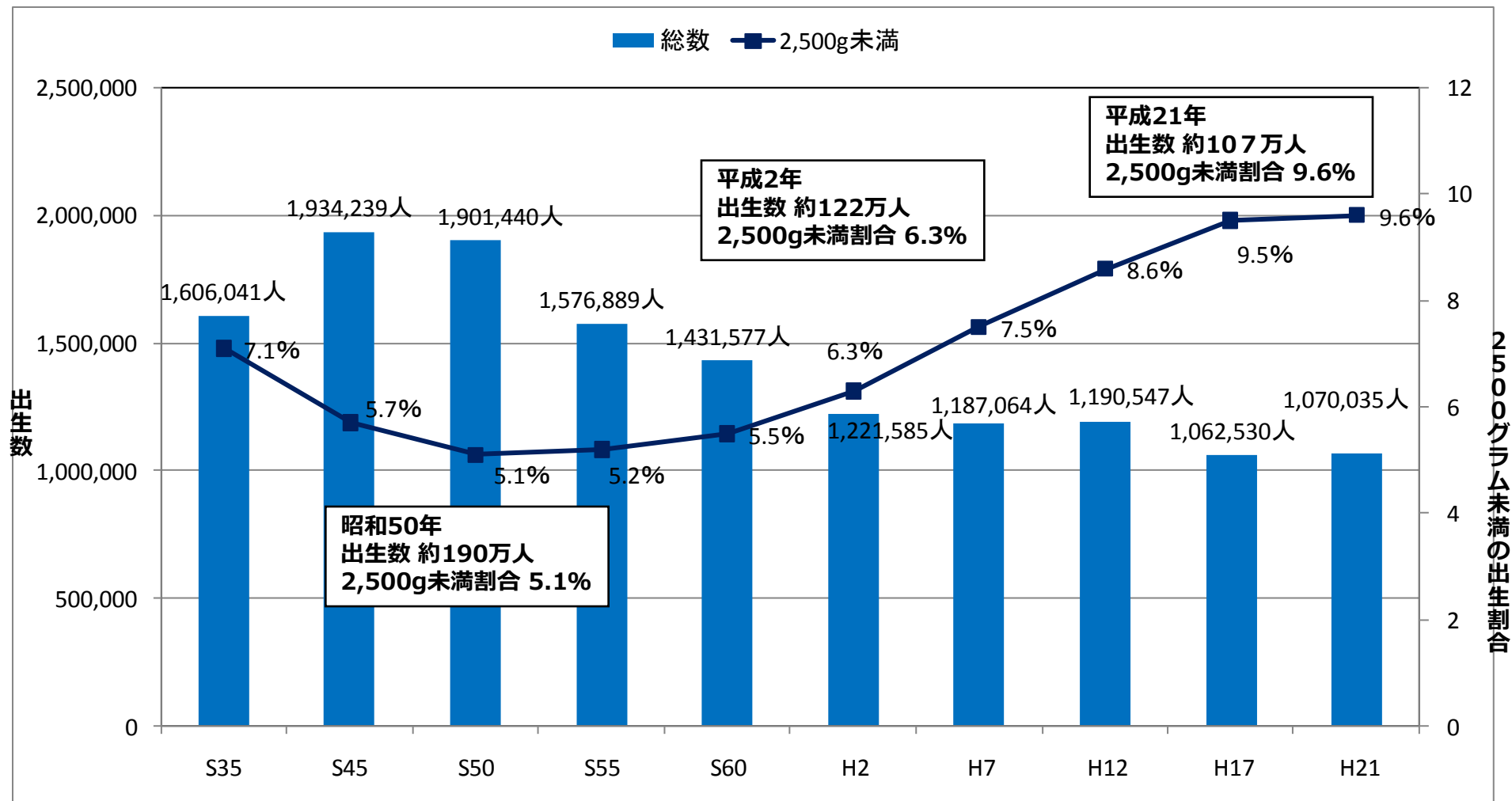
母体	理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
	センター数	53/62	32/62	17/62	33/62
割合 (%) ※		85.5%	51.6%	27.4%	53.2%

新生児	理由	NICU満床	診察可能医師不在	その他
	センター数	40/47	2/47	16/47
割合 (%) ※		85.1%	4.2%	34.0%

※受入れができなかったことがあるセンター数に対する割合

# 出生数及び出生時体重2,500g未満の出生割合の推移

この20年で、出生数は減少しているが、低出生体重児の割合が増加している。



# NICUの必要病床数について

- NICUの必要病床数について、これまで出生1万人対20床としていたが、今後は、出生1万人対25～30床を目標に更なる整備を進める。

- 平成6年のNICU必要数は  
約2床/出生1,000（厚生省心身障害研究、分担研究者；多田裕）
- 平成17年現在のNICU整備数は  
2,341床（医療施設調査）あるいは2,052床（診療報酬届出数）
- 平成19年度厚労科学研究でのNICU必要数は  
約3床/出生1,000（約3,000床、平成6年に比較して約50%増加）  
不足しているNICU病床の総数 700床～1000床  
うち早急に整備すべき病床 200床～500床



出典）厚生労働科学研究「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価とフォローアップ・介入による改善・向上に関する研究

## 「周産期医療体制整備指針」

低出生体重児の増加等によって、NICUの病床数が不足傾向にあることから、都道府県は、出生1万人対25～30床を目標として、地域の実情に応じたNICUの整備を進めるものとする。

## 「周産期医療体制整備計画」に見る各都道府県のNICU整備目標

東京都320床、新潟県51床、滋賀県38床、島根県20床

※12月1日現在、計画を策定済みの都道府県を対象。

# NICU（新生児集中治療室）の整備状況（平成20年度）

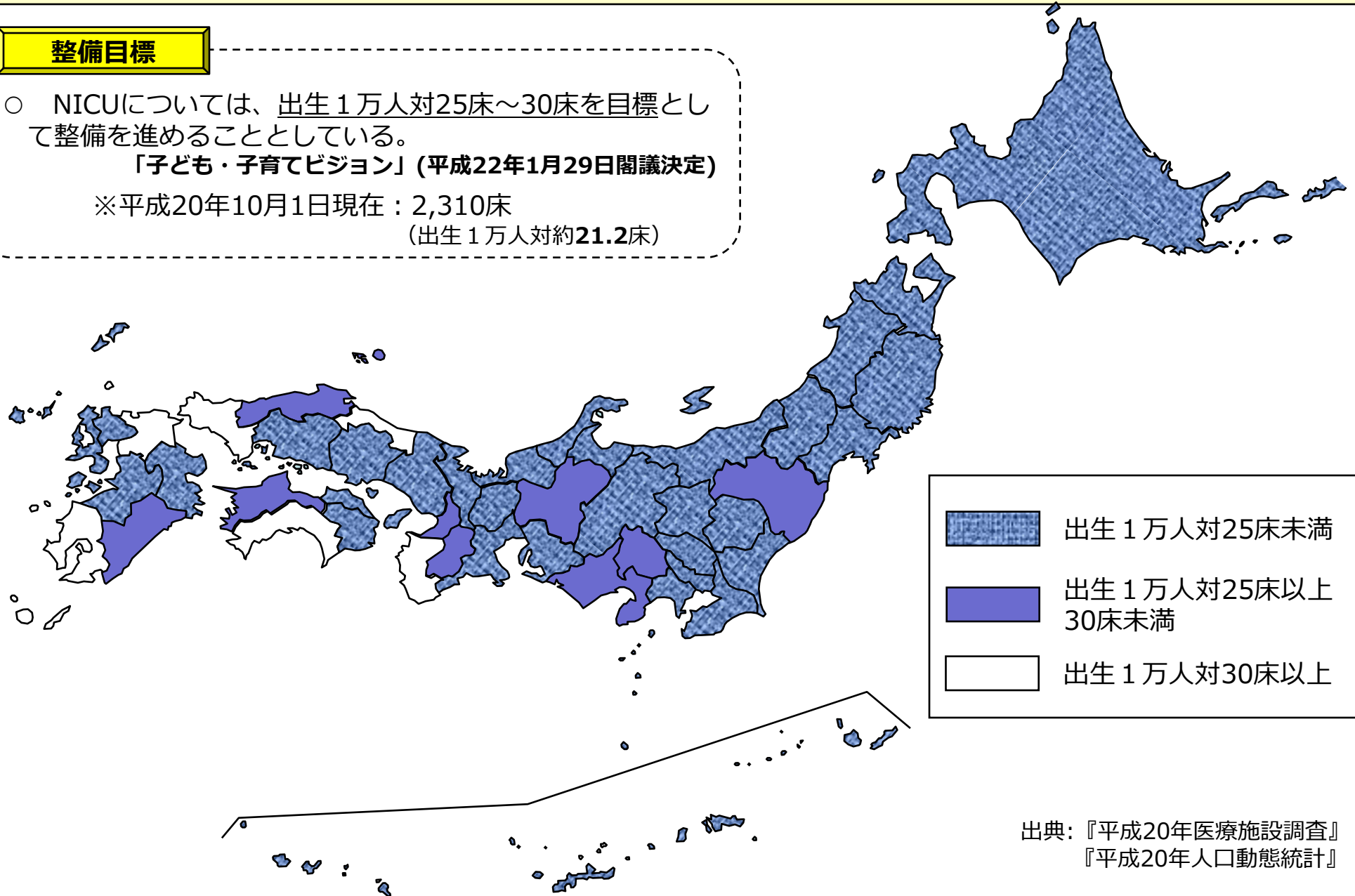
○ 32都道府県が出生1万人対25床に満たない状況。また、41都道府県が出生1万人対30床に満たない状況。

## 整備目標

○ NICUについては、出生1万人対25床～30床を目標として整備を進めることとしている。

「子ども・子育てビジョン」（平成22年1月29日閣議決定）

※平成20年10月1日現在：2,310床  
（出生1万人対約**21.2**床）



出典：『平成20年医療施設調査』  
『平成20年人口動態統計』

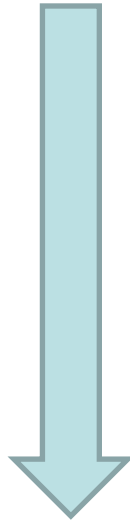
# 長期入院児の転帰

- 研究班の報告書によると、年間の長期入院児の発生数のうち、約55%（約120名）に対する受入れ施設あるいは在宅支援体制を整える必要がある。

長期入院児\*の年間発生数：  
約220例（約2.2例/出生1万人）

（参考）年間NICU入院 約36,000例

\*12ヶ月以上のNICU入院児を長期入院児とした



死亡退院：約15%

自宅退院：約30%

約55%（約120名）の症例に対し、受入れ施設あるいは在宅支援体制を整える必要がある。

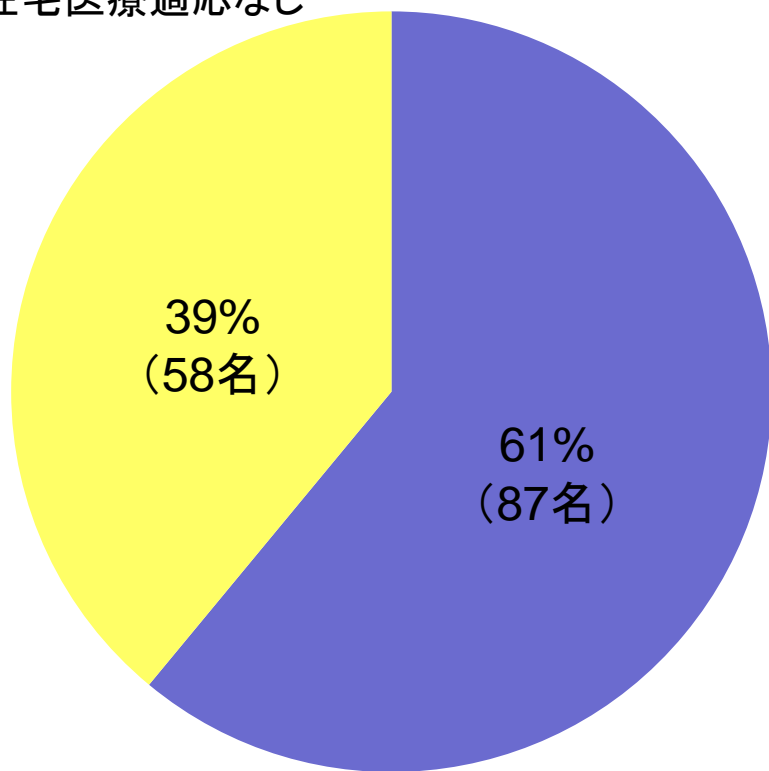


# NICUから在宅医療への移行の阻害要因

- 研究班が行った新生児施設へのアンケート調査によると、長期人工換気患者がNICUを退院できない理由の上位は、「病状が安定しない」24%、「家族の受け入れ不良」20%、「家族の希望なし」18%であった。

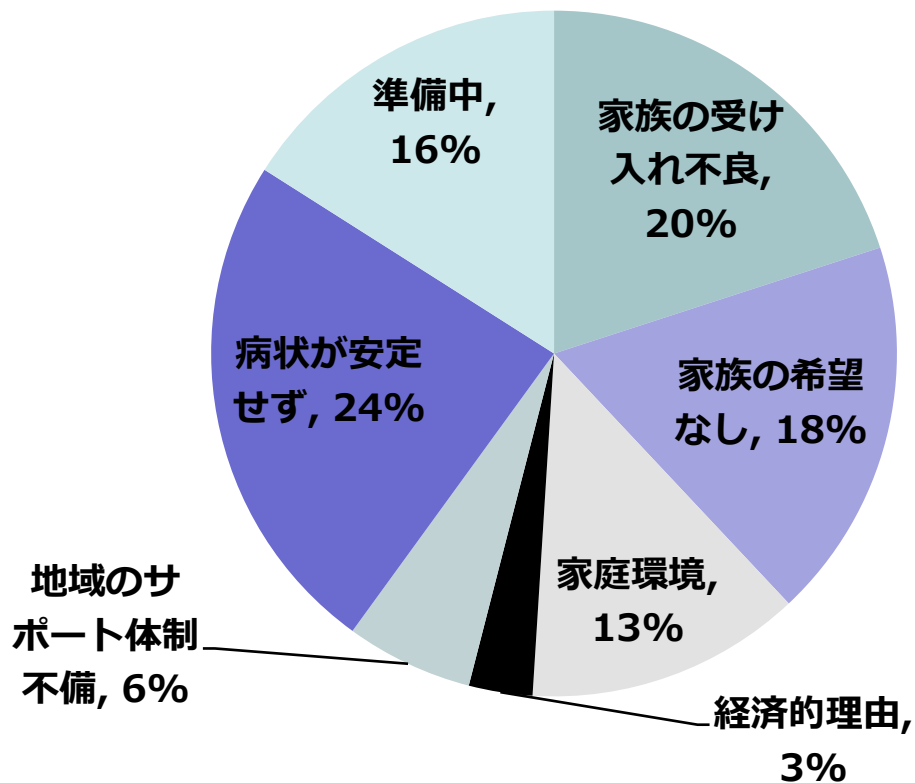
長期人工換気患者\*(n=145)

- 在宅医療適応あり
- 在宅医療適応なし



NICU入院中の長期人工換気患者

退院できない理由



\*6ヶ月以上人工換気患者を長期人工換気患者とした。

## 救急医療・周産期医療に関する論点

- 厳しい状況にある救急医療機関の負担を少しでも軽減する必要があるが、救急利用に対する住民の意識を高めるために、どのような取組みが考えられるか。
- 2次救急医療機関の状況には大きな差があるが、そのうち、地域の中で大きな救急搬送受入実績を有する医療機関等が、その機能を十分に発揮できるような評価・位置付けについて、どのように考えるか。
- 周産期医療の提供体制については、都道府県が今年度中に定めることとされている周産期医療体制整備計画に基づき体制の充実を図っていくこととなるが、その着実な実施のためにどのような取組みが必要となるか。

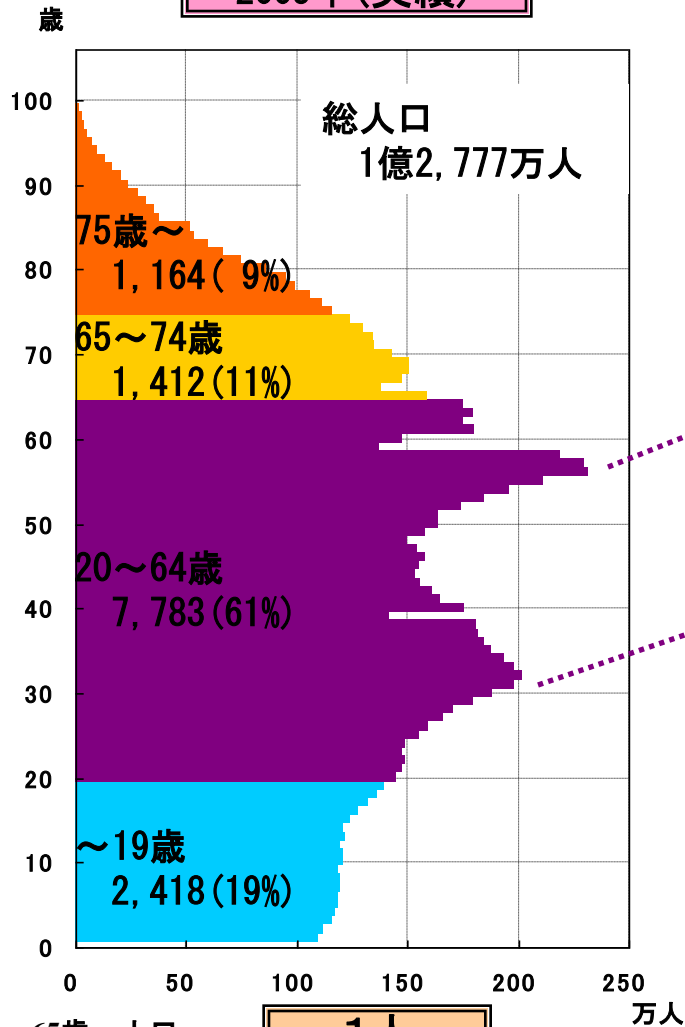
# 在宅医療について

# ＜在宅医療を取り巻く現状＞

# 人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

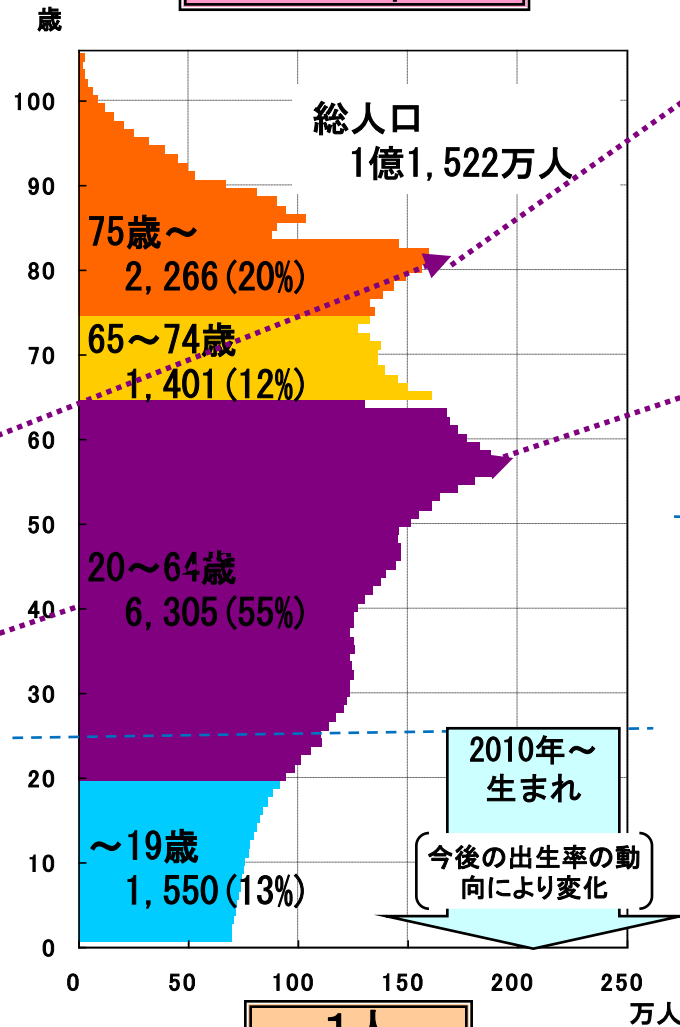
○我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

2005年(実績)



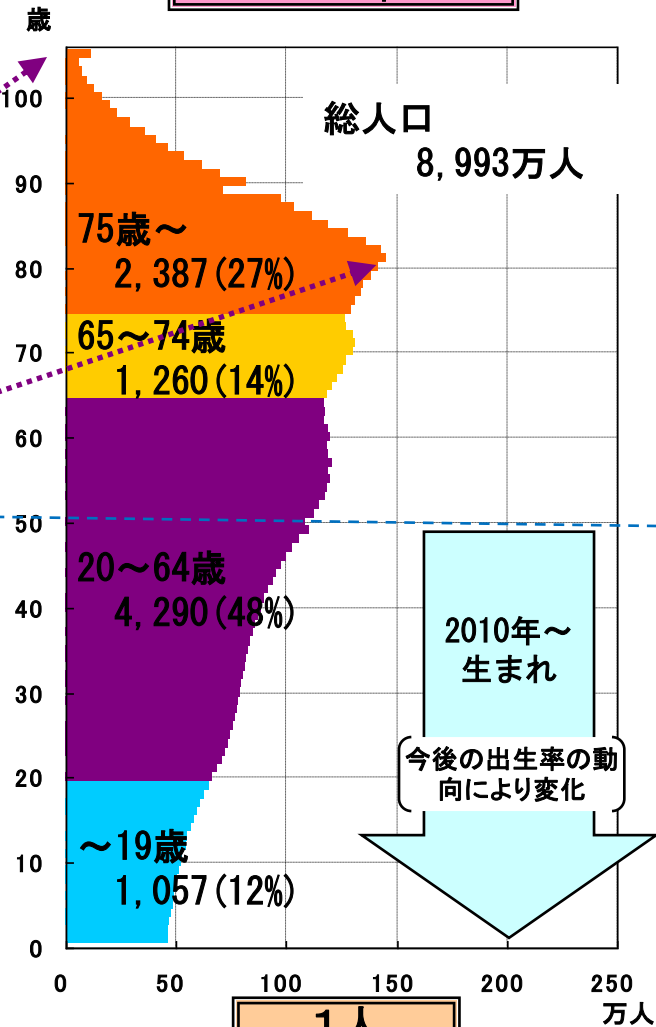
65歳~人口 / 20~64歳人口 = 1人 / 3.0人

2030年



65歳~人口 / 20~64歳人口 = 1人 / 1.7人

2055年

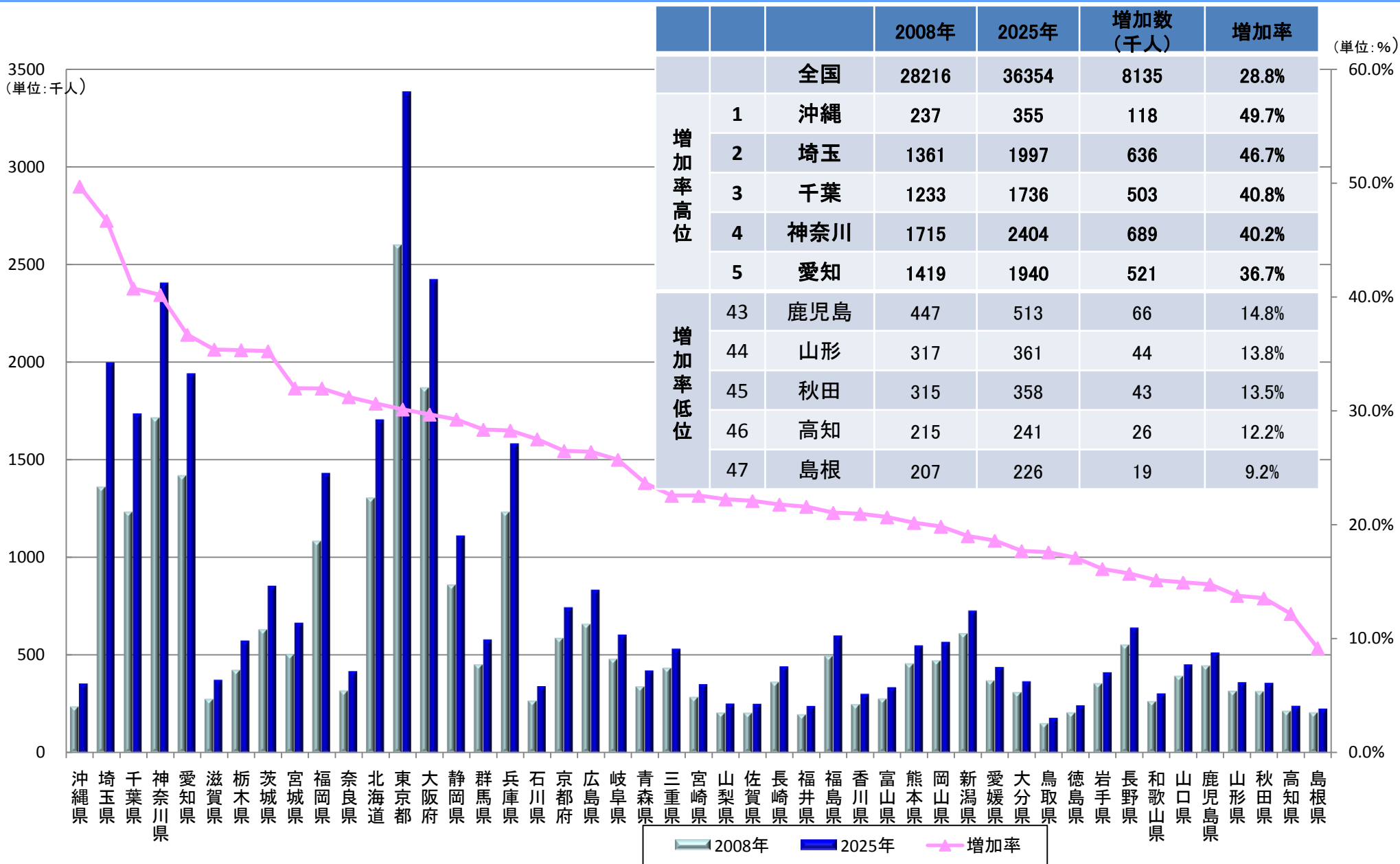


65歳~人口 / 20~64歳人口 = 1人 / 1.2人

注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

出典) 社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口(平成18年12月推計) (出生中位・死亡中位)

# 都道府県別の65歳以上人口の増加率



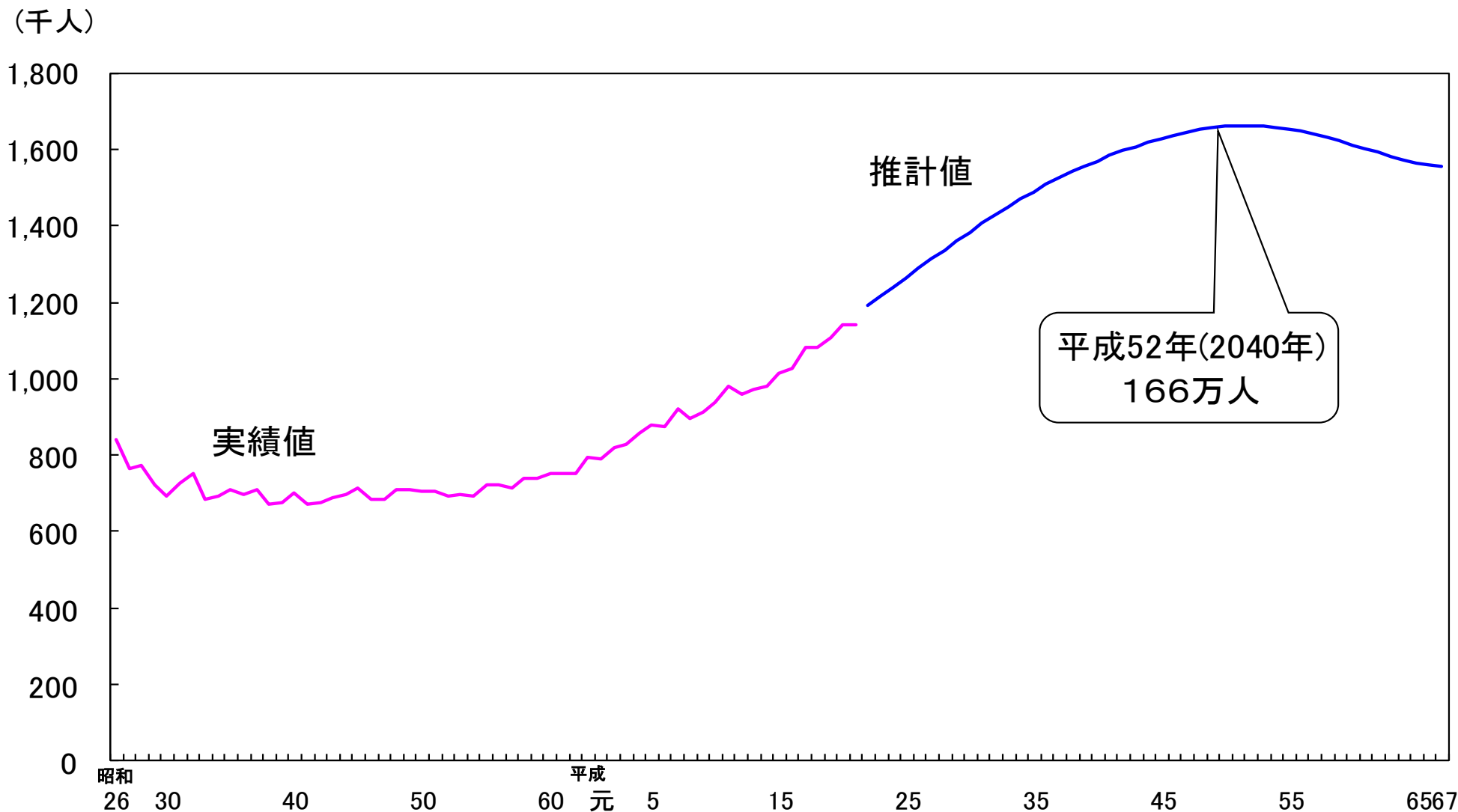
65歳以上人口増加率

高

低

出典)2008年データ「総務省統計局 人口推計年報」、2025年データ「国立社会保障・人口問題研究所 日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)」をもとに、厚生労働省にて作成

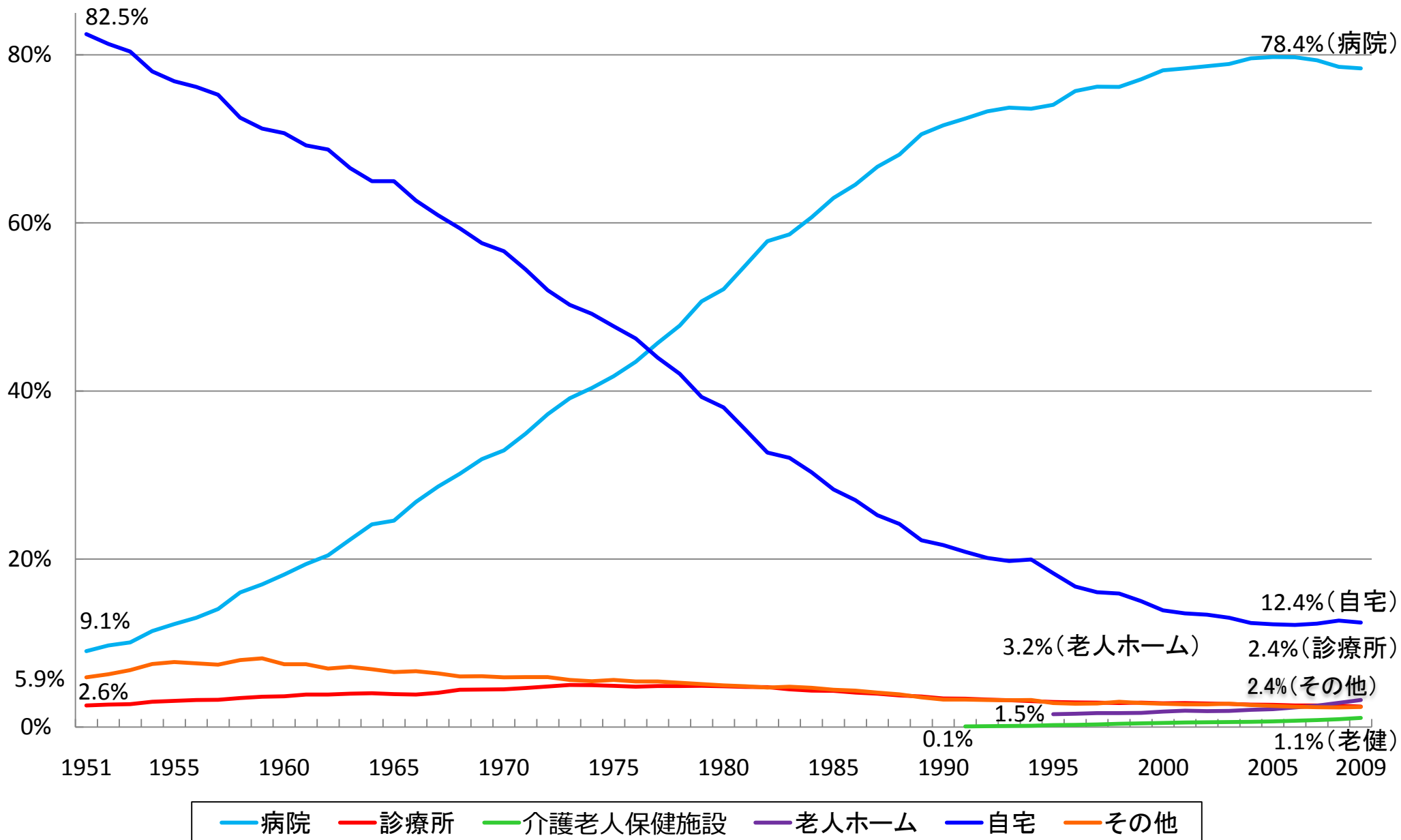
# 死亡数の年次推移



出典)平成21年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

平成22年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

# 死亡場所の推移



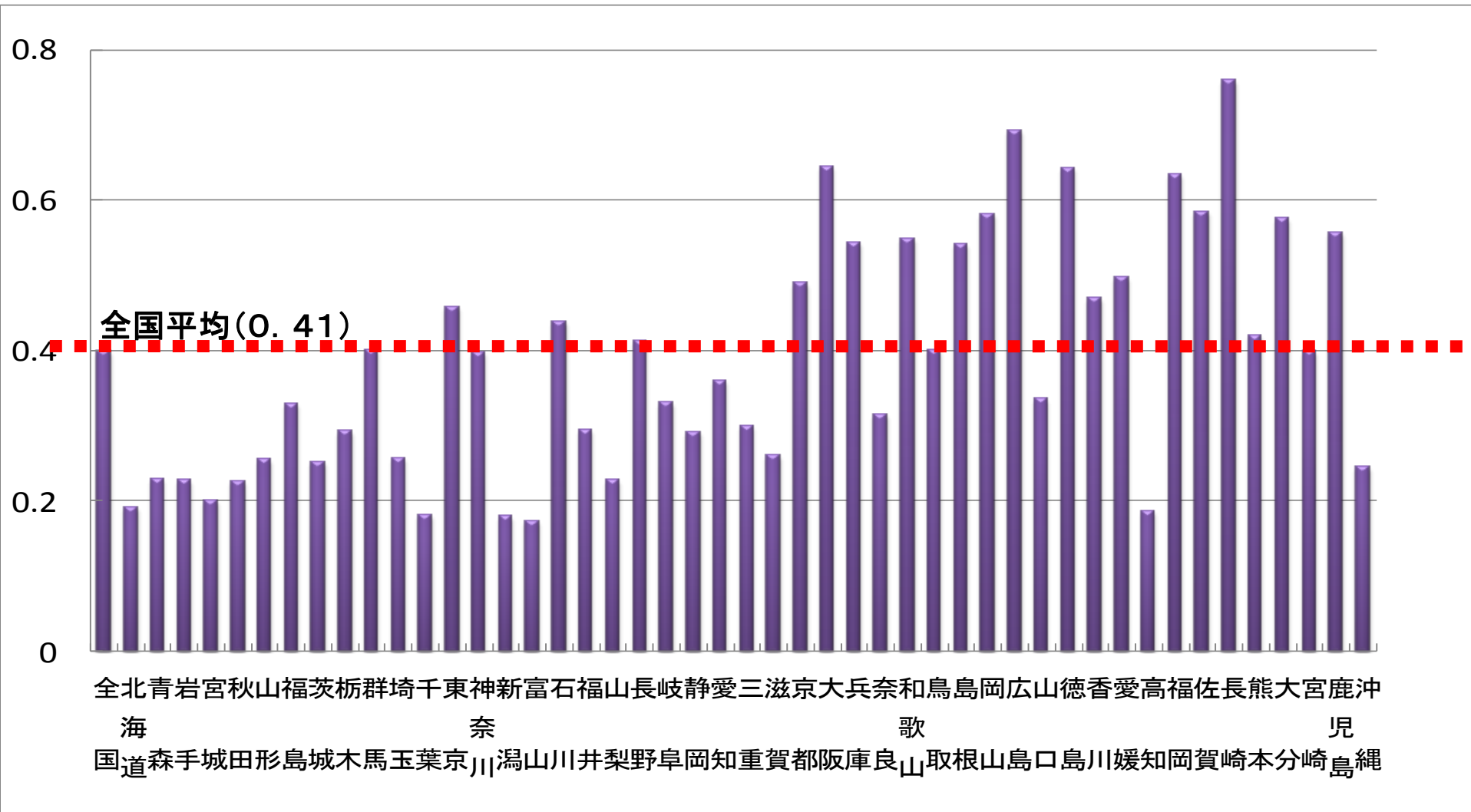
※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典)厚生労働省「人口動態調査」



# 在宅療養支援診療所(1)

■65歳以上人口1000人あたりの在宅療養支援診療所の都道府県別分布



# 在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の届出状況：12552件

各地方厚生局調べ(平成22年10月1日現在)

平成18年度～

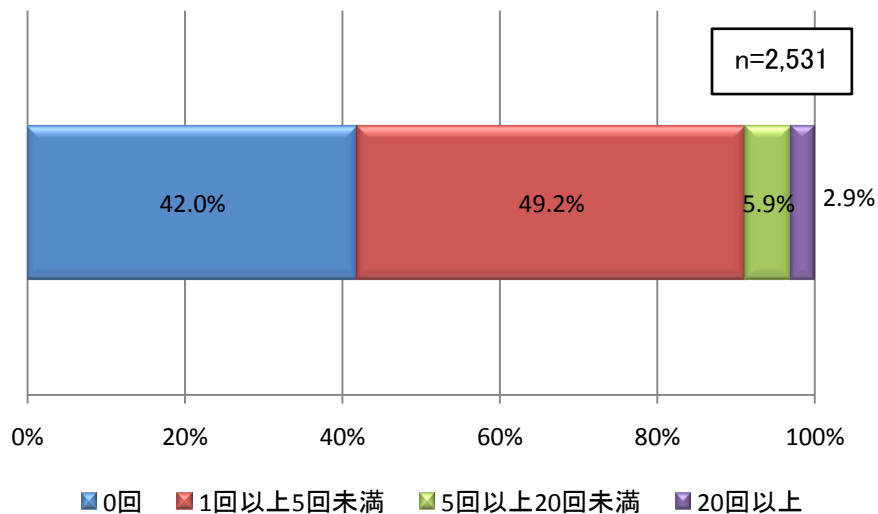
診療報酬上の制度として、新たに「在宅療養支援診療所」を設け、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築

## 在宅療養支援診療所の要件

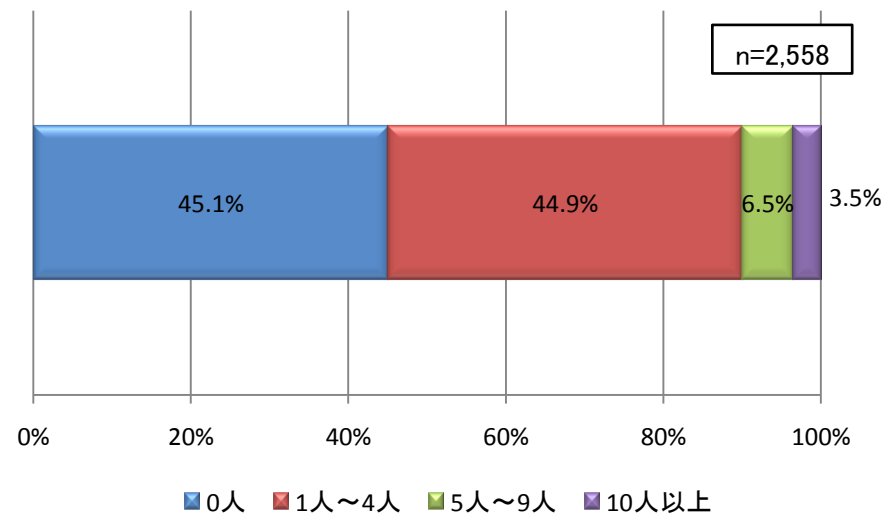
- 保険医療機関たる診療所であること
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患者に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること
- 当該診療所における在宅看取り数を報告すること等 等

# 在宅療養支援診療所(2)

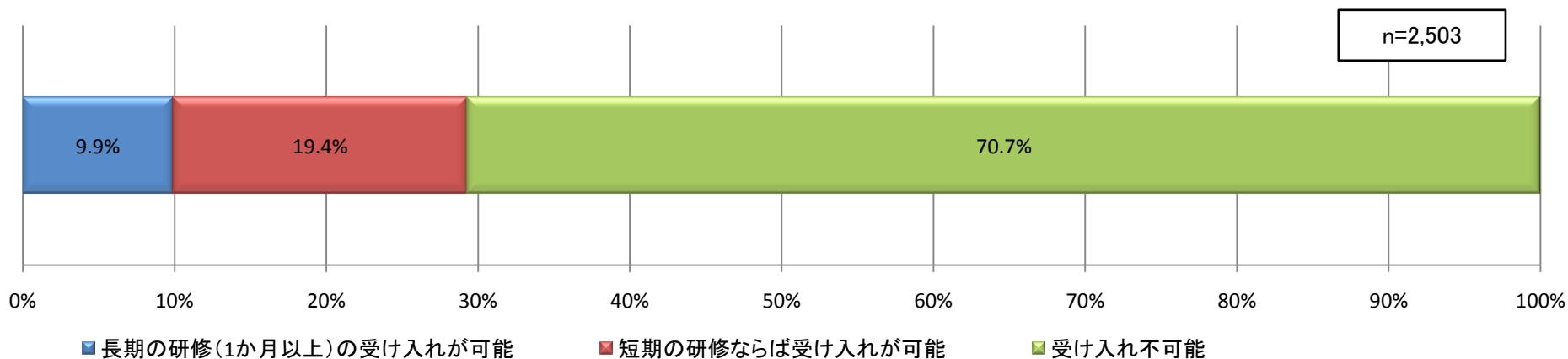
## ■時間外往診の数(直近半年における月平均の回数)



## ■半年間の看取り数



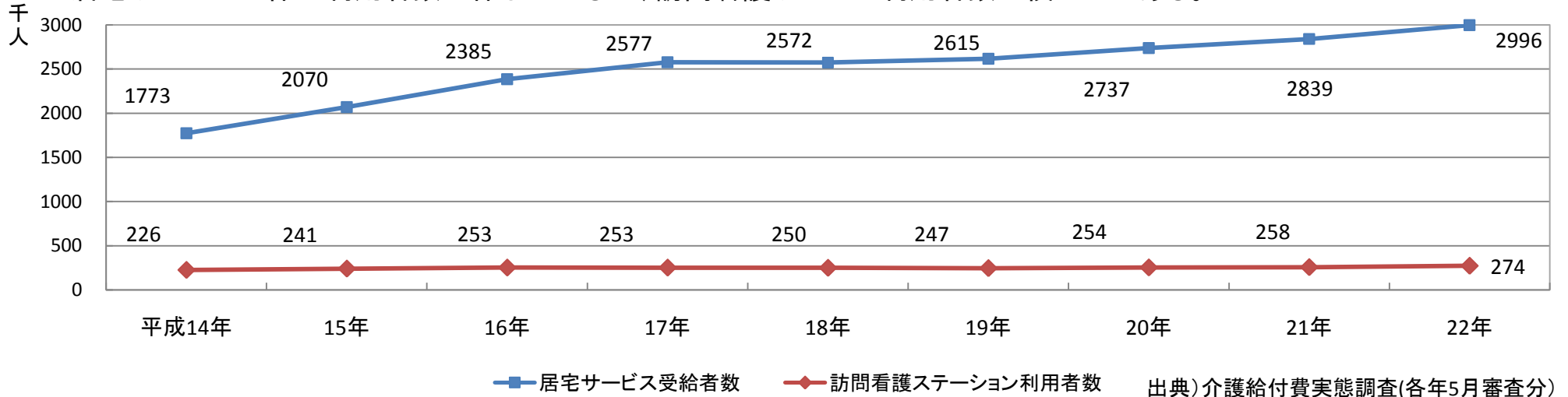
## ■在宅医療に関する研修の受け入れの可能性



# 訪問看護(1)

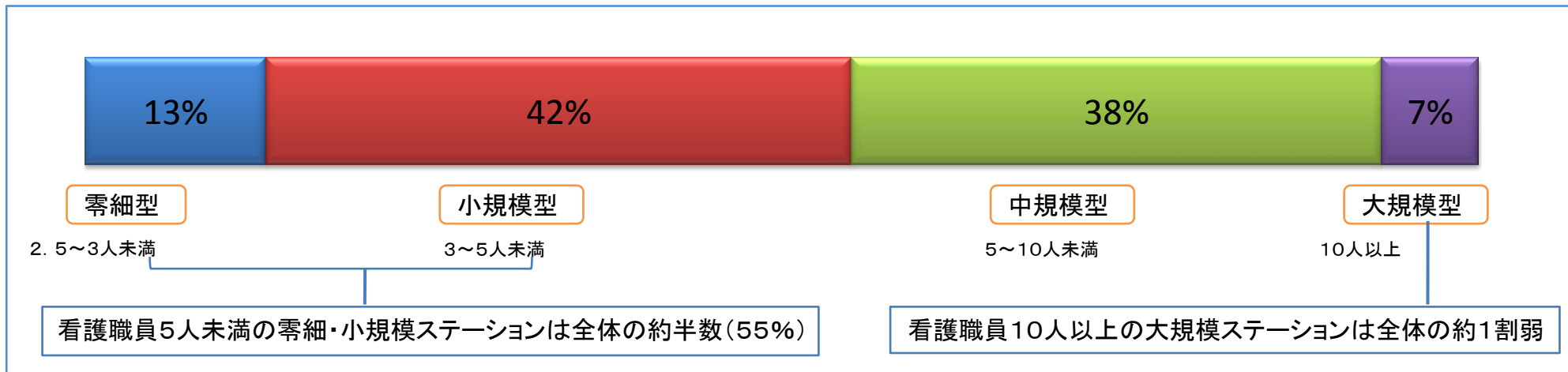
## ■ 居宅サービス利用者および訪問看護利用者の推移

居宅サービス全体の利用者数は伸びているが、訪問看護サービス利用者数は横ばいである。



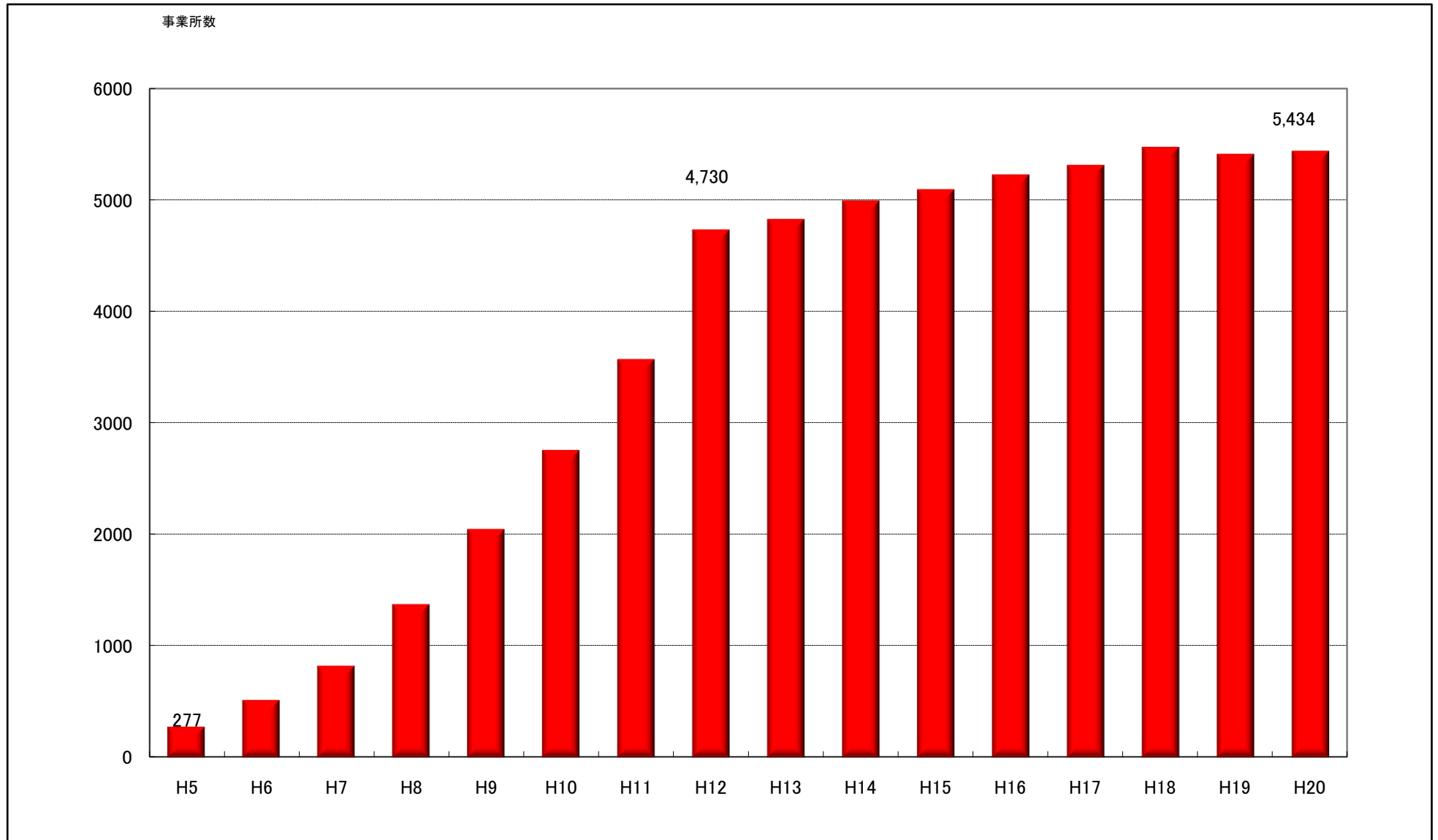
## ■ 訪問看護ステーション人員の実態

小規模事業所が多い(5人以下の「零細型・小規模型」が55%、7人以上の「大規模型」は7%)



# 訪問看護(2)

## ■訪問看護ステーション数の変化



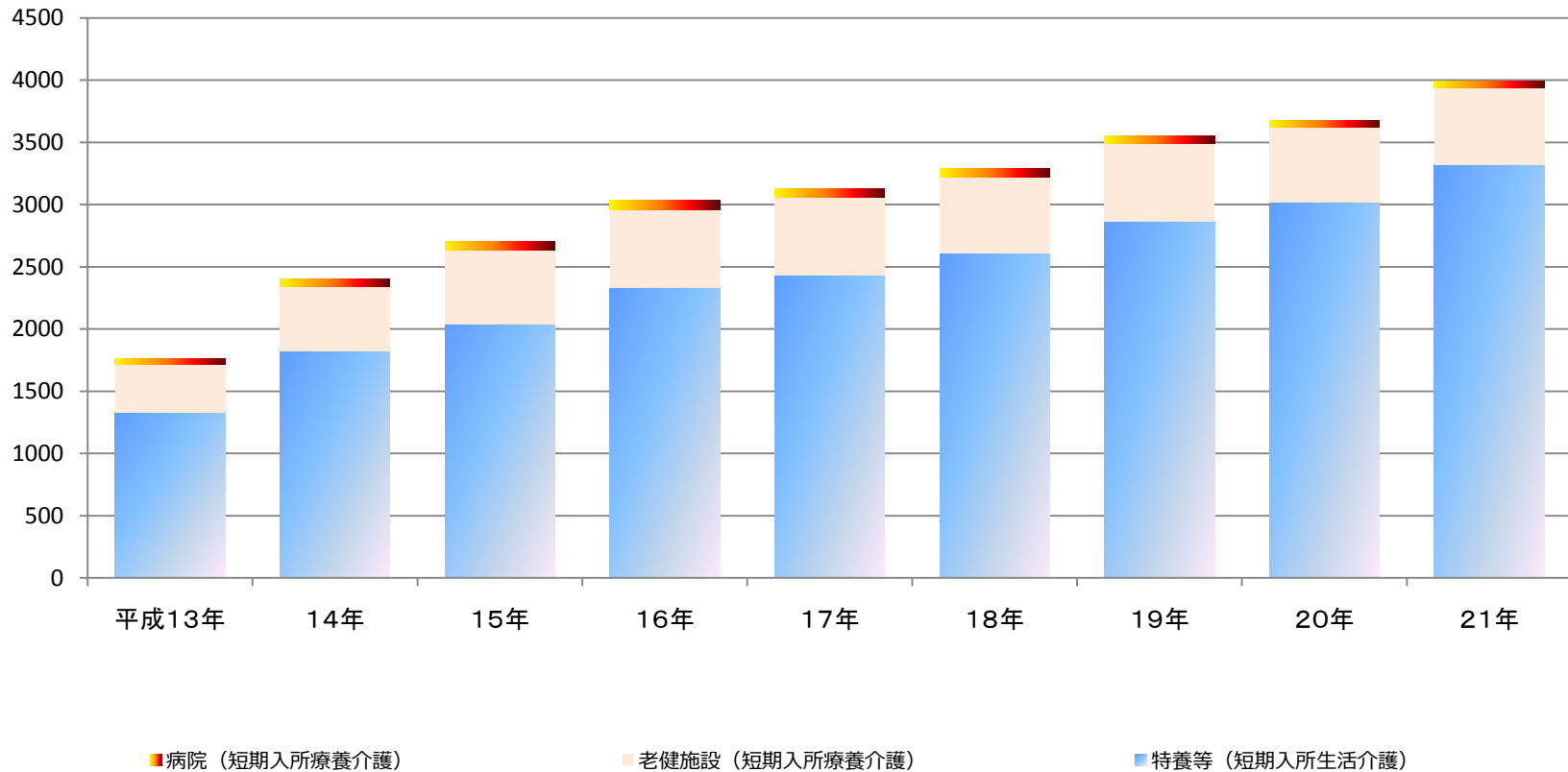
出典)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

# ショートステイの現状

## ■短期入所(ショートステイ)利用者数の経年変化

\* 特養等の短期入所生活介護  
平成13年→平成21年 2.5倍

\* 老健・病院等の短期入所療養介護  
平成13年→平成21年 1.5倍

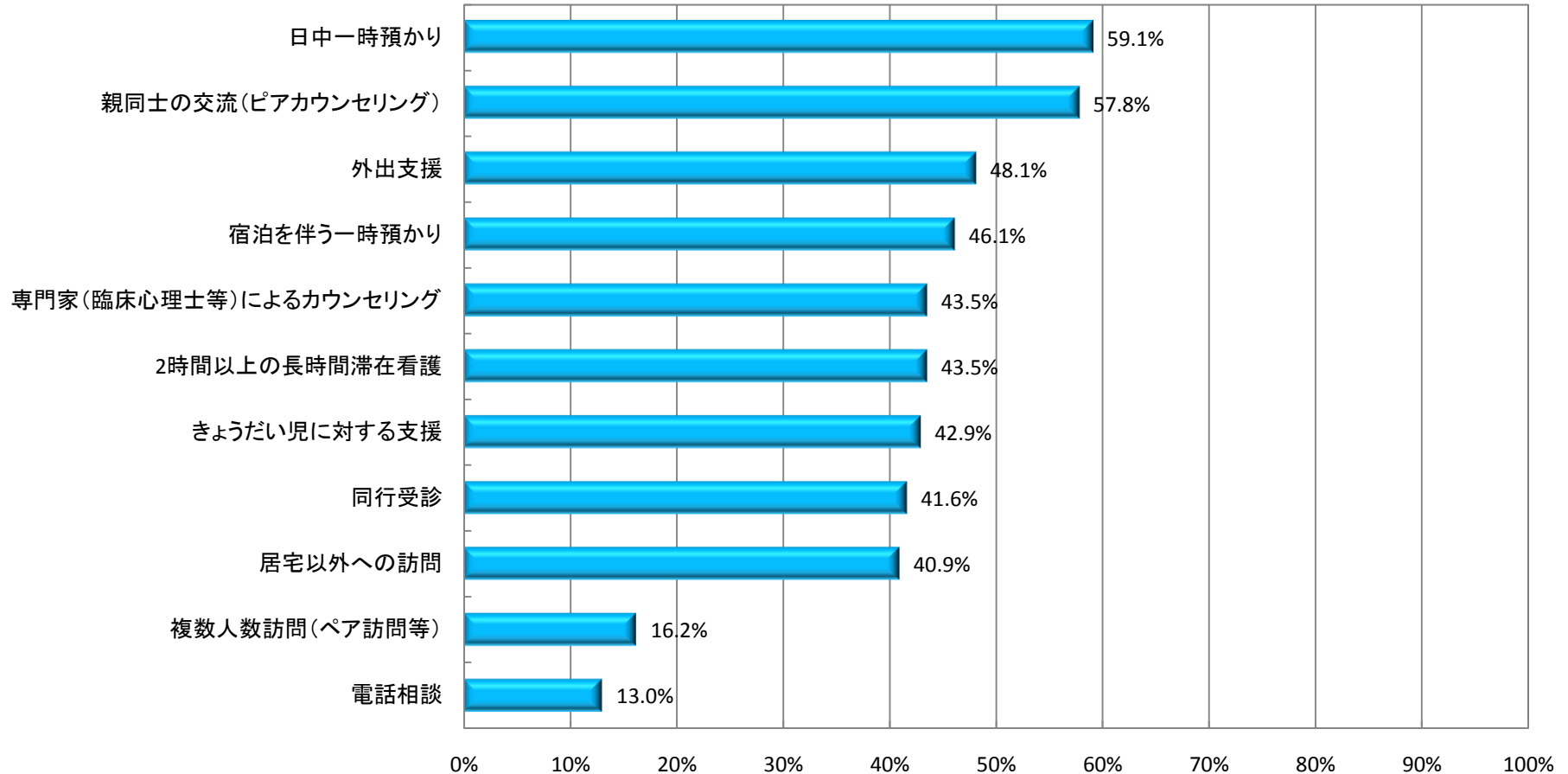


出典)介護サービス給付実態調査

# 重症心身障害児の親のサービスニーズ

## ■重症心身障害児の親のサービスニーズ

重症心身障害児の親のサービスニーズとして「日中一時預かり」、「親同士の交流」、「外出支援」、「宿泊を伴う一時預かり」などのニーズが高い。



出典) (財)日本訪問看護振興財団 平成21年3月  
重症心身障害者の地域生活支援に関する調査研究事業

# <医療計画における在宅医療>



# 医療計画における在宅医療の位置付け

## 医療法

**第30条の4** 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

1～5 (略)。

### 6. 居宅等における医療の確保に関する事項

7～13(略)

**第30条の7** 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとする。

2 病院又は診療所の管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、居宅等において医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、居宅等における医療の提供に関し必要な支援を行うよう努めるものとする。

## 居宅等における医療の確保等の記載事項について

平成19年7月20日付け医政局長通知  
『医療計画作成指針』より抜粋

法第30条の4第2項第6号の居宅等における医療の確保について定めるときは、当該医療におけるそれぞれの機能分類に即して、地域の医療提供施設の医療機能を計画的に明示すること。また、以下の目的を達成するために患者を中心とした居宅等における医療についての地域の医療提供体制の確保状況、その連携状況及び患者急変時等の支援体制を明示すること。

①患者自身が疾病等により通院困難な状態になっても、最後まで居宅等で必要な医療を受けられるために、地域にどのような診療所、病院、訪問看護ステーション、調剤を実施する薬局等が存在し、かつ、どのような連携体制を組んでいるのか、また、患者の状態等に応じて適切な他の医療提供者等にどのように紹介するのかなどの仕組みがわかりやすく理解できること。

②適切な療養環境を確保し、虚弱な状態になっても最後まで居宅等で暮らし続けたいと希望する住民や患者が安心感をもてるようにすること。

③医薬品の提供拠点としての調剤を実施する薬局の機能を活用するために、居宅等への医薬品等の提供体制を明示すること。

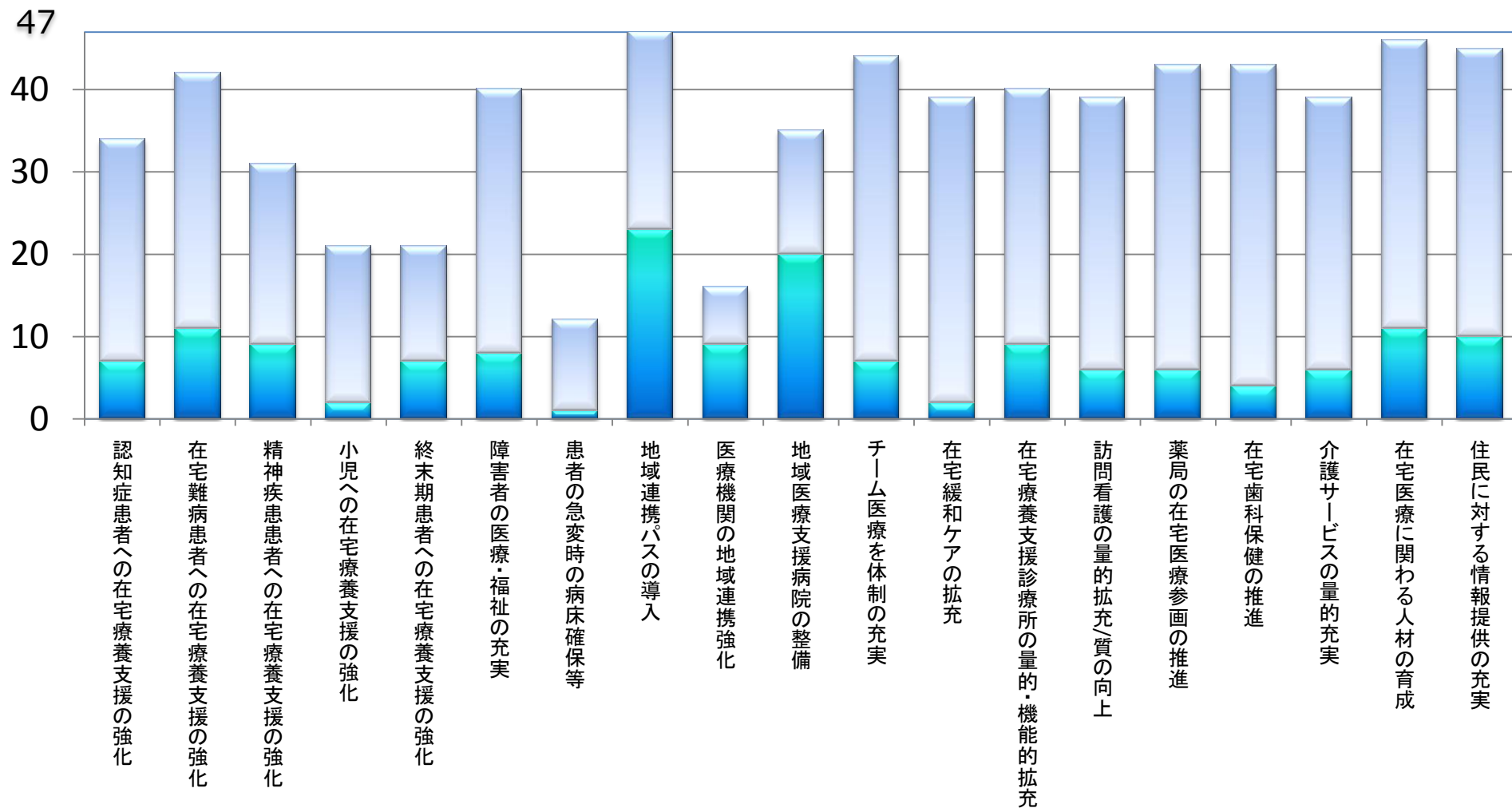
# 在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

## ■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

- 北海道
  - ・在宅医療を実施する医療機関割合  
現状35.2%→目標値38.1%
- 山形
  - ・主任介護支援専門員研修受講者数  
44人(H18)→50人(H24)
- 福島
  - ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
  - ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
  - ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局  
76.9%(H18) → 81%(H24)
  - ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合  
84.1%(H18) → 85.9%(H24)
- 茨城
  - ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合  
6%(H18) → 50%(H24)
- 東京
  - ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)  
5自治体(H19) → 全市町村(H24)
- 山梨
  - ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数  
1圏域(H18) → 4圏域(H24)
- 福井
  - ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区  
→5地区(H24)
- 福岡
  - ・在宅医療を受ける患者数  
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)
- 佐賀
  - ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)
- 熊本
  - ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
  - ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
  - ・往診や訪問看護を実施する医療機関数  
582(H18) → 640(H24)
  - ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合  
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)  
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
  - ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合  
82.9%(H18) → 100%(H24)
- 沖縄
  - ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)  
0.46(H18) → 0.82(H24)
  - ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)  
3.7(H18) → 4.5(H24)

# 在宅医療に関する医療計画の内容

## ■医療計画の内容



■数値目標あり

□記載有り

## <在宅医療推進の取組>

# 在宅医療推進支援事業

補助先:都道府県(市町村、厚生労働大臣の認める者) 補助率:1/2 (平成22年度 58,914千円)

## 在宅医療推進支援センター

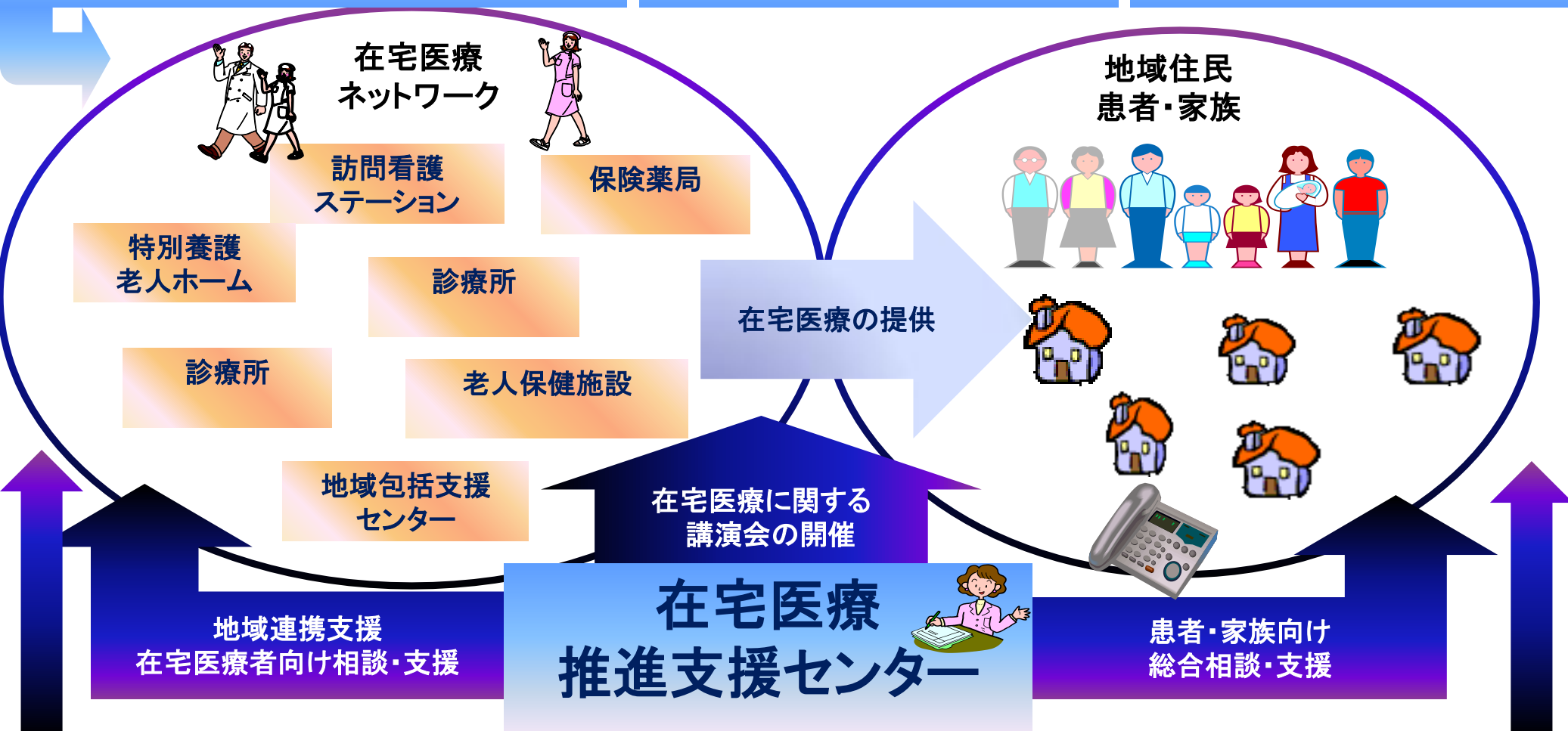
地域における在宅療養患者等に対する相談・支援、在宅医療等の普及啓発を行う拠点として、在宅療養患者および在宅医療福祉従事者の相談支援機能を担う。

## 在宅医療推進連絡協議会

在宅医療推進連絡協議会を設置し、地域における在宅医療に関する医療連携の推進及び適切な在宅医療の提供促進を図る。

## 在宅医療従事者研修

在宅医療福祉従事者に対し、それぞれの業務内容に応じた専門研修を実施し、適切な在宅医療の提供促進を図る。



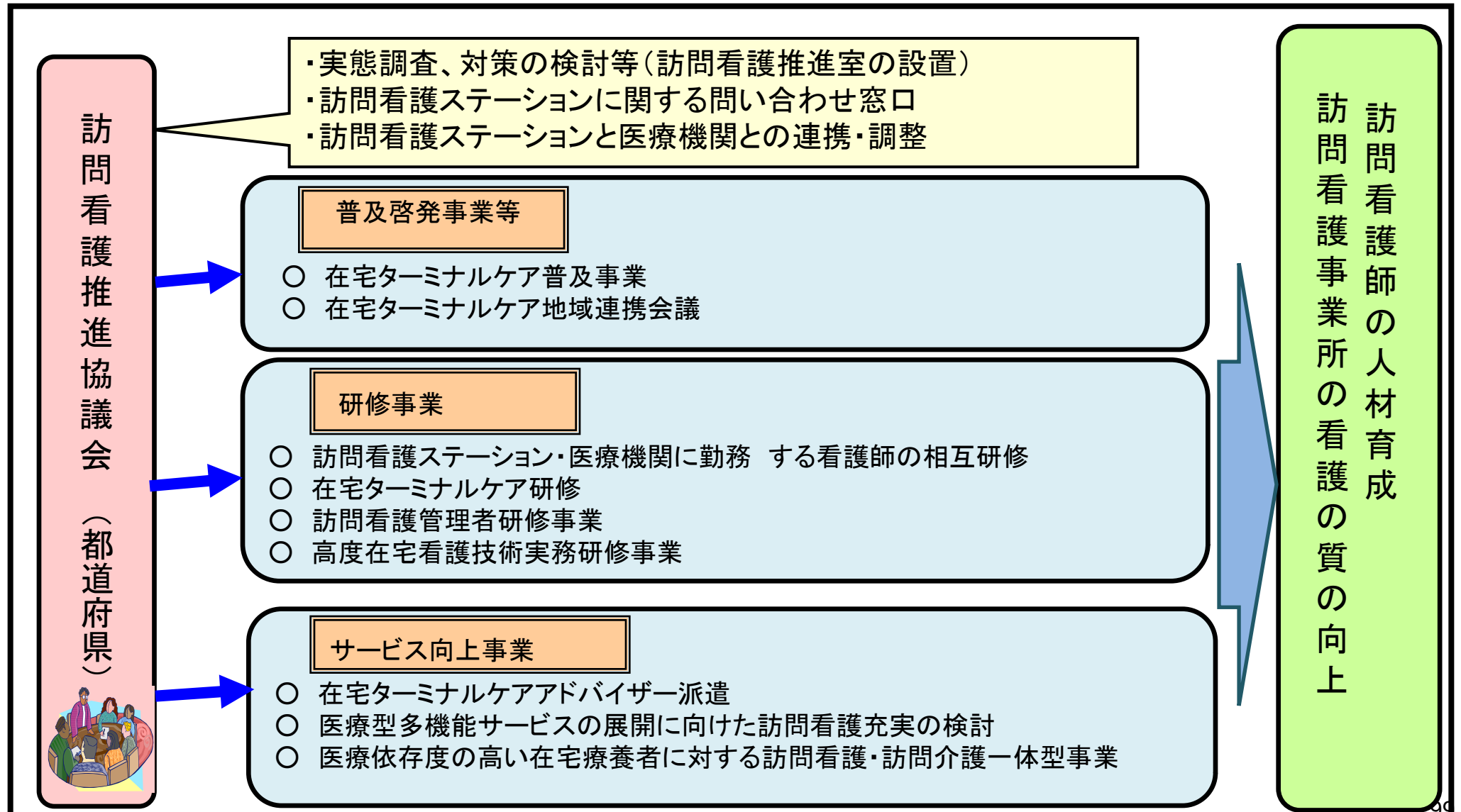
在宅医療に関する国内外の情報収集及び患者・家族、医療関係者への情報提供  
在宅医療に必要な機器の展示



# 訪問看護推進事業

補助先:都道府県(市町村、厚生労働大臣の認める者) 補助率:1/2 (平成22年度 160,818千円)

生活の視点を重視した看護提供や医療と介護をつなぐ役割など、在宅医療において重要な役割を担う訪問看護の充実を図る。



# <在宅歯科診療>

# 在宅歯科診療の背景

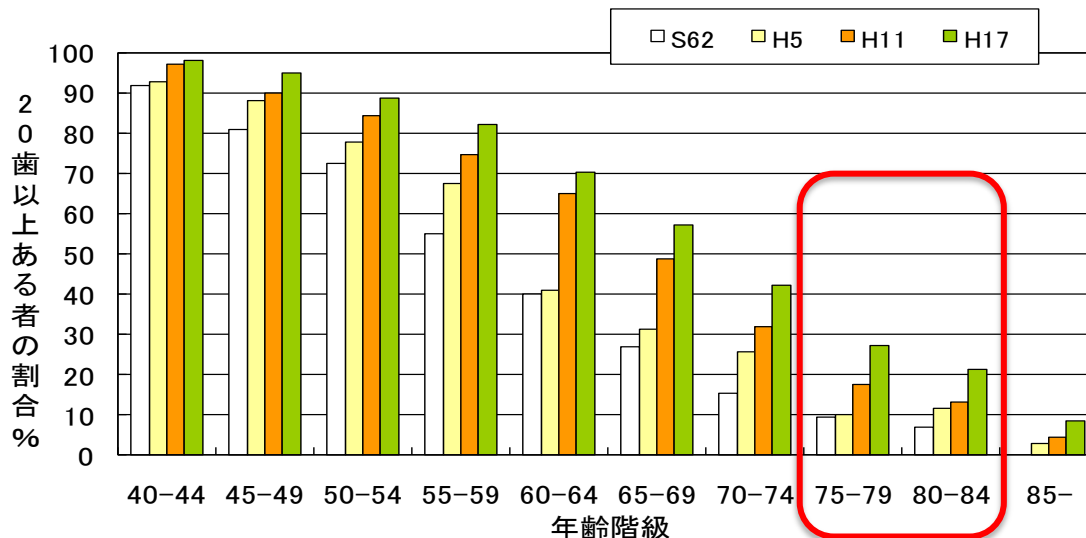
## 高齢者へのアンケート — 高齢者のQOLと口腔は関係が深い —

- 80歳以上の高齢者 233人
- 生きがい(喜びや楽しみ)を感じる時
  - ① 孫など家族との団らんのとき 47.2%
  - ② テレビを見たり、ラジオを聞いているとき 36.1%
  - ③ 趣味やスポーツに熱中しているとき 34.8%
  - ④ 友人や知人と食事、雑談しているとき 30.0%
  - ⑤ おいしいものを食べているとき 26.2%

出典)内閣府 平成15年 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査)

20歯以上の歯を有する高齢者が増加してきており、  
高齢者の歯が残るようになってきている。

### 20歯以上の歯を有する者の割合の推移

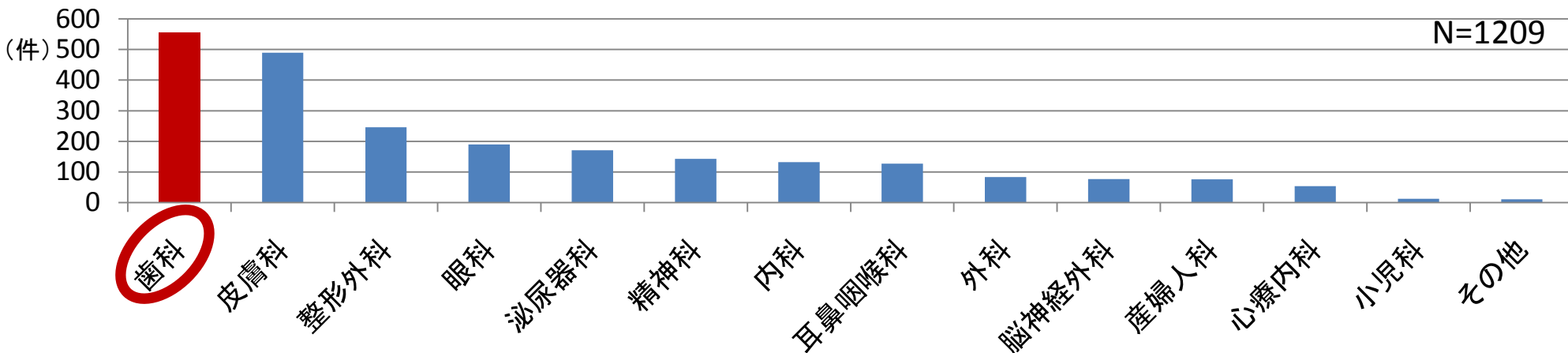


8020達成者の割合は、着実に増加  
平成17年調査結果で  
75～79歳 27%、80～84歳 21%と  
健康日本21の2010年の目標値20%を既に達成



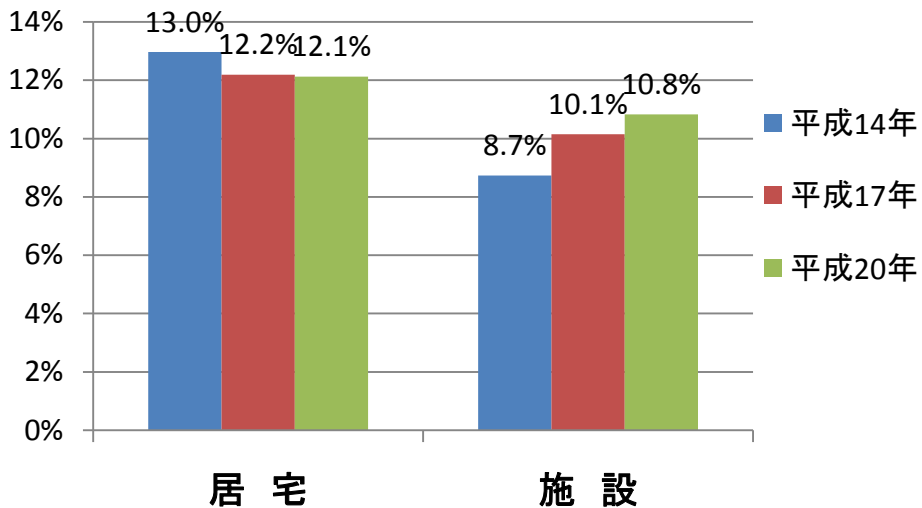
# 在宅歯科診療の現状

在宅医療の主治医(医師)が連携を必要とした診療科は「歯科」が多い。



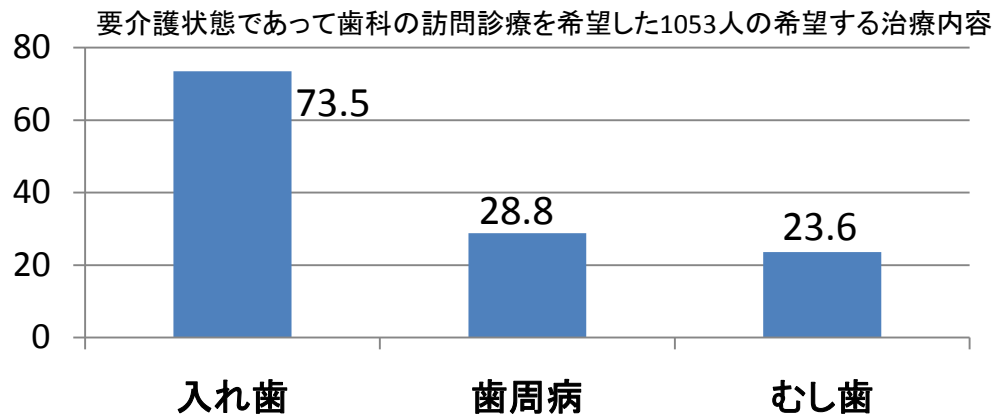
出典)東京の在宅医療の現在 ~東京都在宅医療実態調査

訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合  
—施設は増加しているが居宅は増加していない。



出典)医療施設調査

要介護者の希望する治療内容のほとんどは  
「入れ歯」の治療である。



出典)平成12年度「要介護老人の摂食障害発生要因に関する研究」 102

# 在宅高齢者への歯科保健医療対策の推進

＜在宅高齢者に対する歯科保健医療推進の必要性＞

- 89.4%の者が「何らかの歯科治療または専門的な口腔ケアが必要」である一方、実際に歯科治療を受診した者は26.9% ※1)
- 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にある。 ※2)
- 在宅歯科医療サービスを実施している歯科医療機関は少ない。 ※3)  
→ 居宅：約12%、 施設：約11%

## 平成20年度～

- 【歯の健康力推進歯科医師等養成講習会】（H21年度は7地区11会場で実施）  
高齢者・寝たきり者等に対する在宅歯科医療、口腔ケア等を推進する歯科医師、歯科衛生士の養成講習会
- 【在宅歯科診療設備整備事業】（H21年度は20都道府県で実施）  
上記講習会を修了した歯科医師で、歯科医療機関の開設者に対する在宅歯科医療機器の補助制度

## 平成22年度～

- 【在宅歯科医療連携室整備事業】  
在宅歯科医療を推進するため、医科・介護等との連携窓口、在宅歯科医療希望者の窓口、在宅歯科医療や口腔ケア指導者等の実施歯科診療所等の紹介、在宅歯科医療に関する広報、在宅歯科医療機器の貸出しなどを行う在宅歯科医療連携室を整備する事業を実施する。

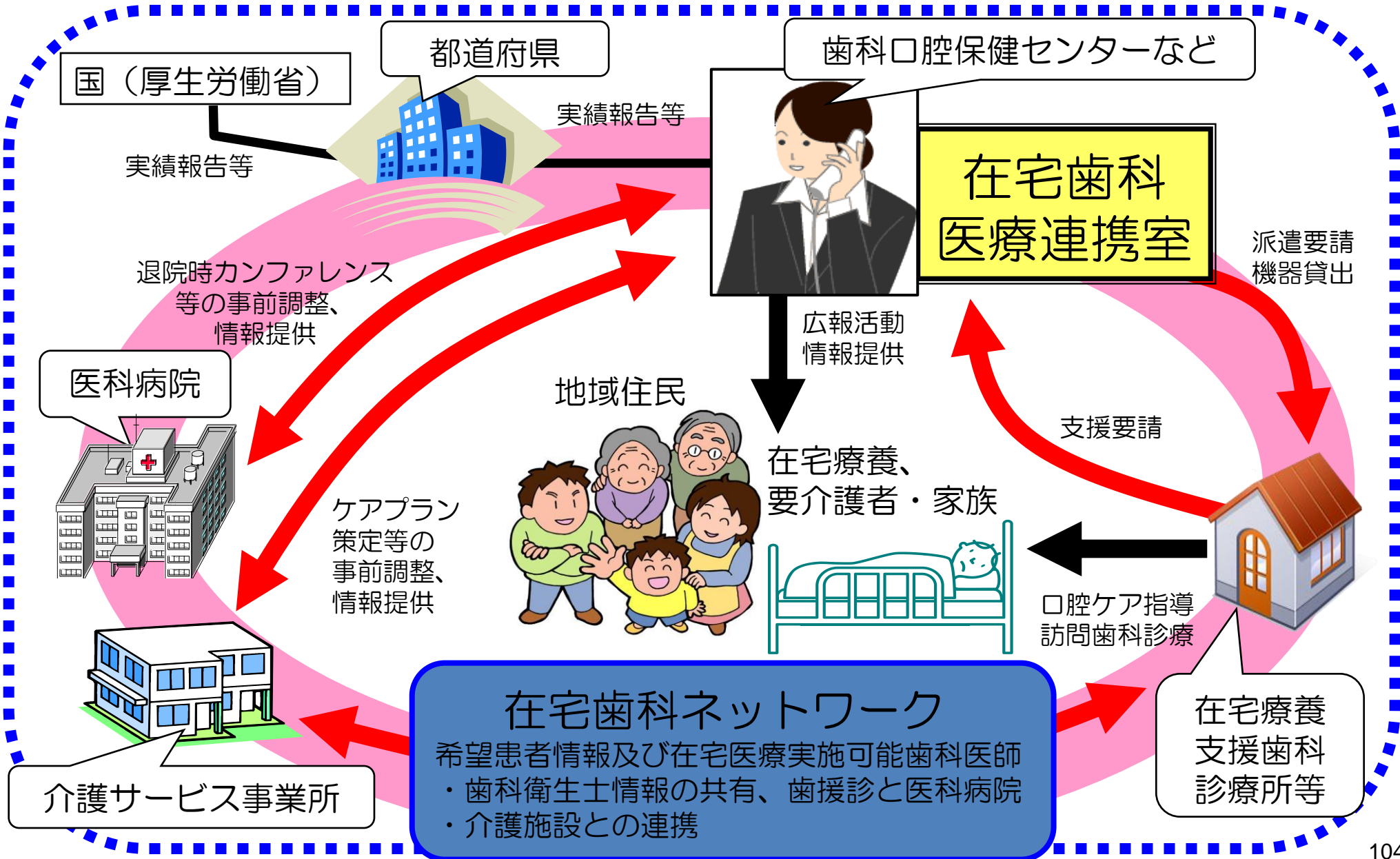


※1 出典) 平成14年度「情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究」

※2 出典) 平成14年度「病院別要介護者口腔保健医療ケアに係る工程表（クリニカルパス）の開発と評価」

※3 出典) 平成20年医療施設調査

# 在宅歯科医療連携室整備事業 (平成22年度～、医政局、2.7億円)



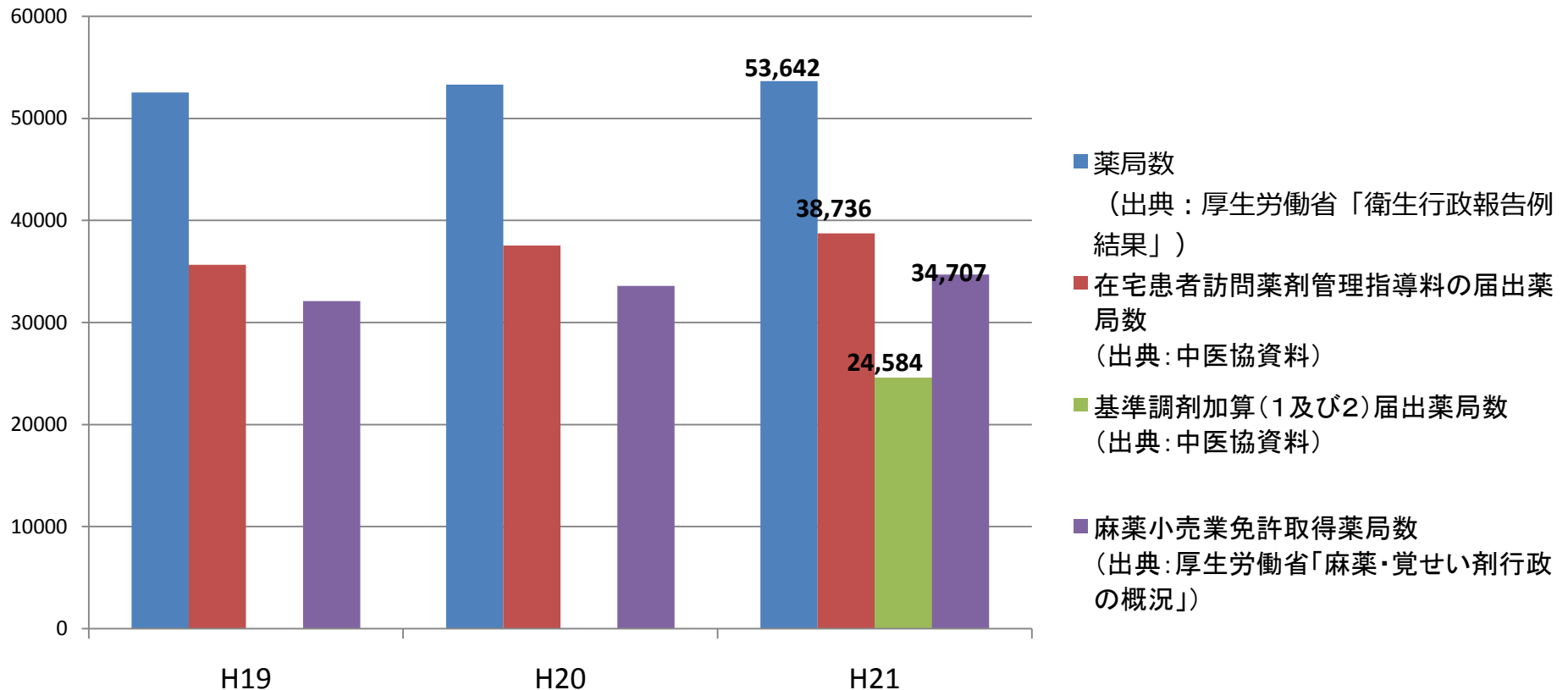
# ＜在宅医療における薬剤師＞

# 在宅医療における薬局・薬剤師の役割と現状

「安心と希望の医療確保ビジョン」(H20年6月)

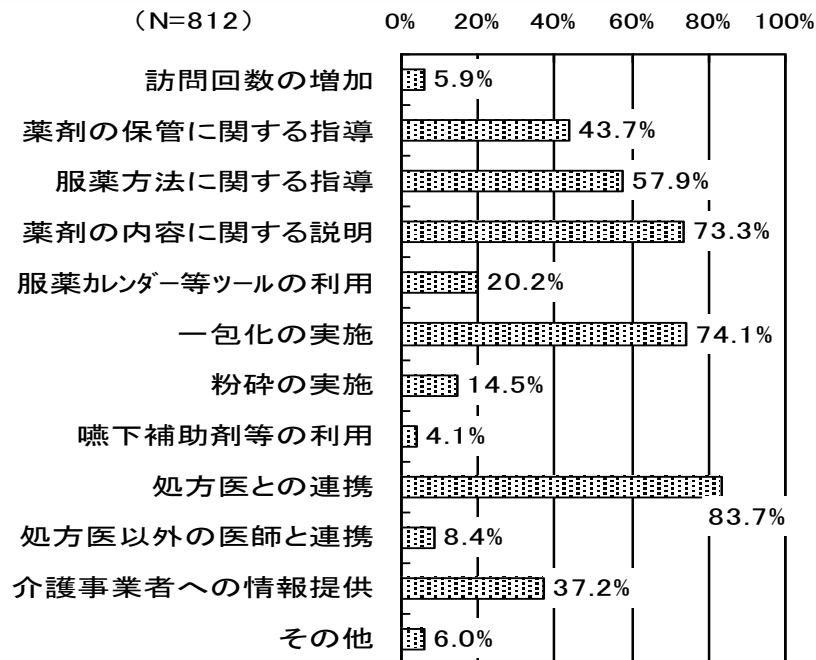
薬局については、**夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応などを確実に実施**するため、地域における**医薬品などの供給体制**や、**医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実**に取り組む。

薬局数等の推移

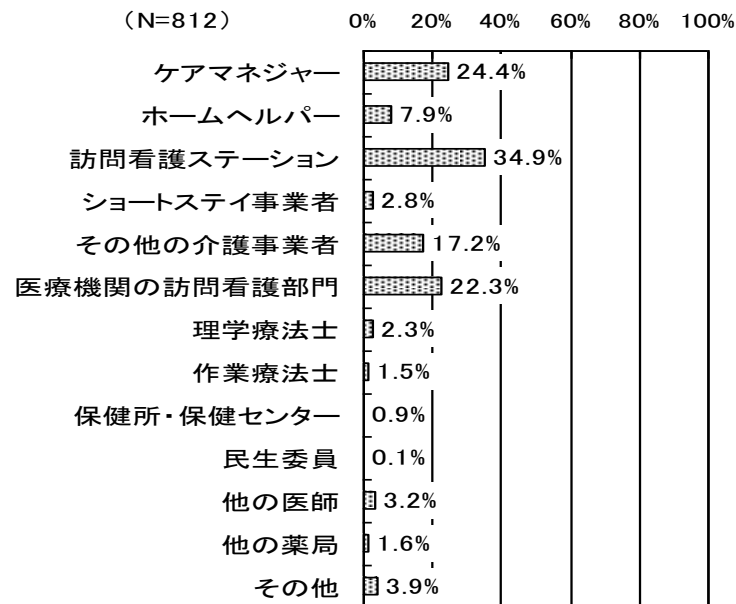


# 在宅訪問薬剤管理指導等の内容

## 在宅患者訪問薬剤管理指導等の重点的取り組み事項



## 処方医以外の連携先



### ■入院中の患者に対する共同指導の実施施設

5施設（調査数500件、うち回答のあった施設350施設中）

### ■在宅療養中の患者に対する共同指導の実施施設

112施設（調査数500件、うち回答のあった施設350施設中）

# 在宅患者訪問薬剤管理指導等の実施体制

## 施設あたりの従業員数

調査票発送数: 500件  
回収数: 350件

[N=350]	常勤職員	非常勤職員
薬剤師	2.55人	1.32人
その他の職員	2.01人	0.82人
[再掲]ケアマネジャーの資格保有者	0.49人	0.11人

## 実施体制

	件数	割合
薬剤師である職員が1人のみであるため、在宅患者訪問薬剤管理指導等を実施する際は定期的に閉店する	16	5.4%
薬剤師である職員が1人のみであるため、在宅患者訪問薬剤管理指導等を実施する際は不定期に閉店する	23	7.8%
複数の薬剤師がシフトを組んで担当しており、各薬剤師が患者の受持ち制をとっている	66	22.4%
複数の薬剤師がシフトを組んで担当しているが、患者の受持ち制はとっていない	31	10.5%
複数の薬剤師が他業務の空いた時間帯に随時実施し、各薬剤師が患者の受持ち制をとっている	55	18.7%
複数の薬剤師が他業務の空いた時間帯に随時実施しているが、患者の受持ち制はとっていない	43	14.6%
在宅患者訪問薬剤管理指導等を専任とする薬剤師を置いている	45	15.3%
無回答	15	5.1%
合計	294	100.0%

# 薬局薬剤師の緩和ケアの取り組み状況

## 薬局での医療用麻薬の取り扱いについて

麻薬小売業者免許を有している施設 76.7% (n = 795)

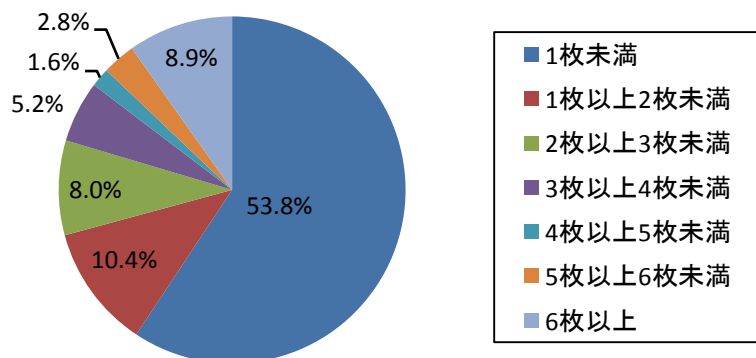
麻薬の在庫を有している施設 61.5% (n = 637)

## 医療用麻薬の在庫を有している施設の状況

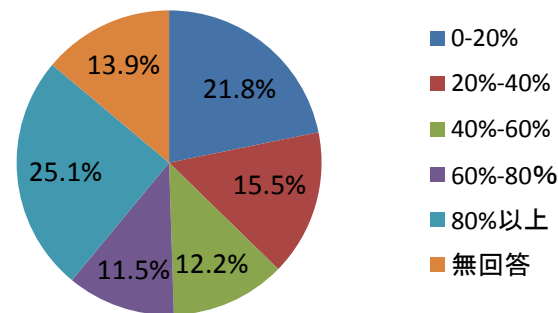
麻薬調剤について  
 経口麻薬製剤の調剤 53.6% (n = 555)  
 注射麻薬製剤の調剤 0.6% (n = 6)

麻薬の配達について  
 経口麻薬製剤の配達 15.1% (n = 156)  
 注射麻薬製剤の配達 0.7% (n = 7)

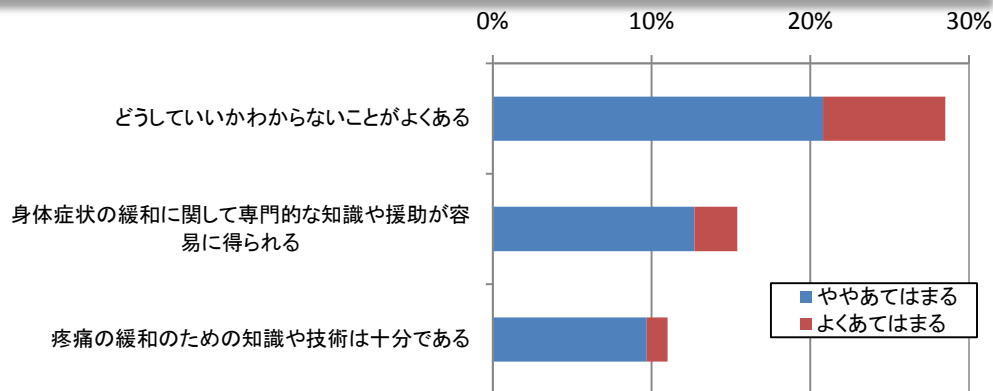
## 月平均麻薬処方せんの枚数



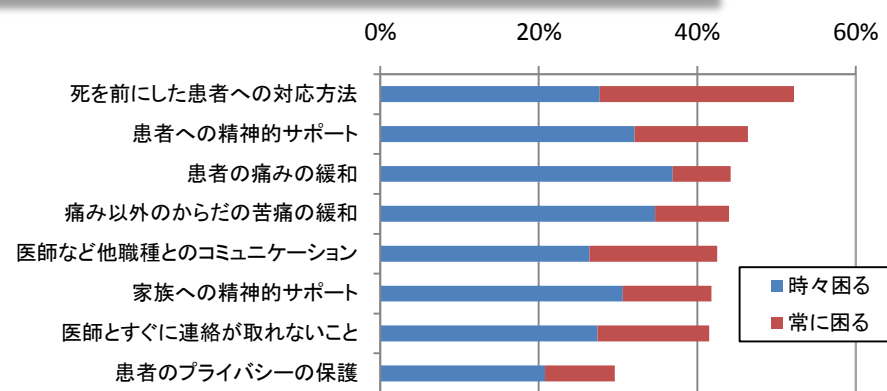
## 全体の仕入れ量に対するデットストックの割合



## 医療用麻薬を使用しているがん患者への対応について



## がん患者への対応について、困っていること





# <終末期医療について>

# 終末期医療のあり方に関する懇談会

## ■ 終末期医療のあり方に関する懇談会

- 平成20年3月に実施された一般国民及び医療福祉従事者（医師、看護職員、介護施設職員）に対する終末期医療に関する調査、関係者からのヒアリングをもとに、日本人の死生観、倫理観等を踏まえて、終末期医療の現状の問題点の抽出、終末期医療の考え方の整理及び望ましい終末期医療のあり方について検討を行った。
- 平成20年10月から計6回開催し、平成22年10月に「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」がとりまとめられた。

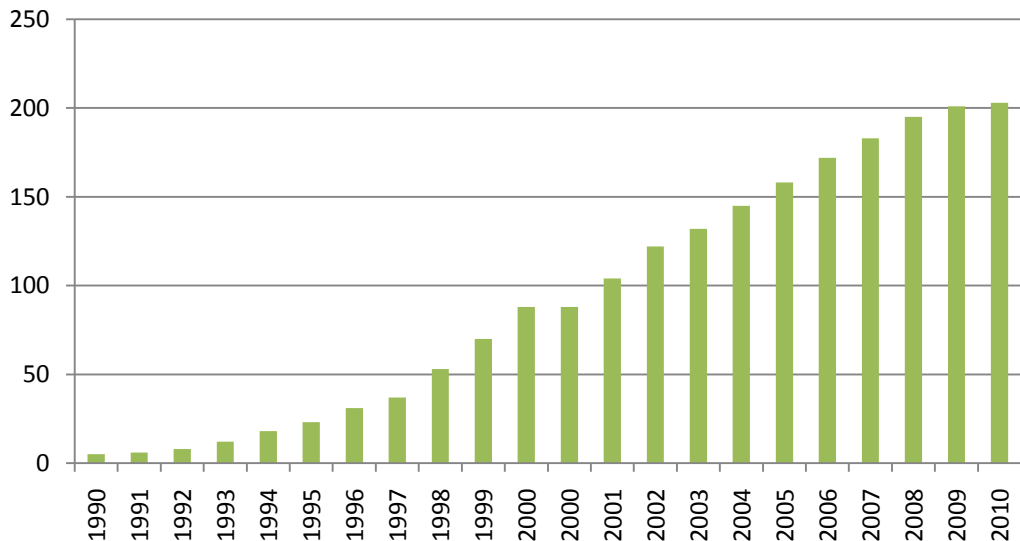
## ■ 終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見の概要

（「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」（平成22年12月）より作成）

- リビング・ウィルの法制化については慎重な意見が多かったが、リビング・ウィルが患者の意思を尊重した終末期を実現する一つの方法として、リビング・ウィルを作成する際も、意思決定に至る過程において患者・家族に十分な情報を提供し、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に記載されているようなプロセスをさらに現場に浸透させ、充実させていくことが望まれる。
- 医療福祉従事者から十分な情報提供や説明を行うためには、医療福祉従事者が終末期医療に関する知識を十分に備えた上で、患者、患者家族及び医療福祉従事者が話し合う機会を確保していくことが必要である。
- 緩和ケアについても、終末期医療と同様、患者や家族の暮らしを支える観点が必要であり、緩和ケアを提供できる場所の拡大や、緩和ケアに関わる医療福祉従事者に対する正しい知識の普及が重要である。
- 患者をそばで支える家族へのケア、遺族に対するグリーフケアについて今後議論を深めるべきである。

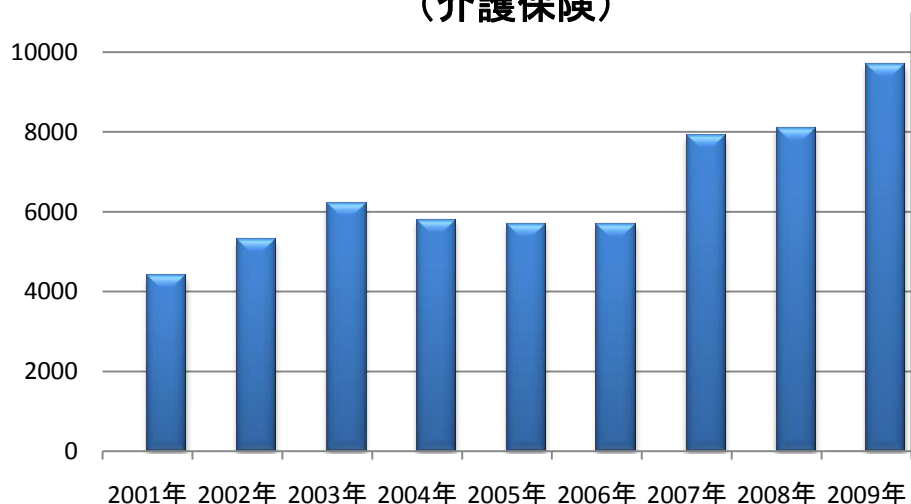
# 我が国の終末期医療の現状

## 緩和ケア病棟入院料届出受理施設



出典) 特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア (http://www.hpcj.org/what/pcu\_sii.html)

## 訪問看護におけるターミナル加算の算定回数の推移 (介護保険)



■ 訪問看護 ターミナルケア加算の算定回数(年間)

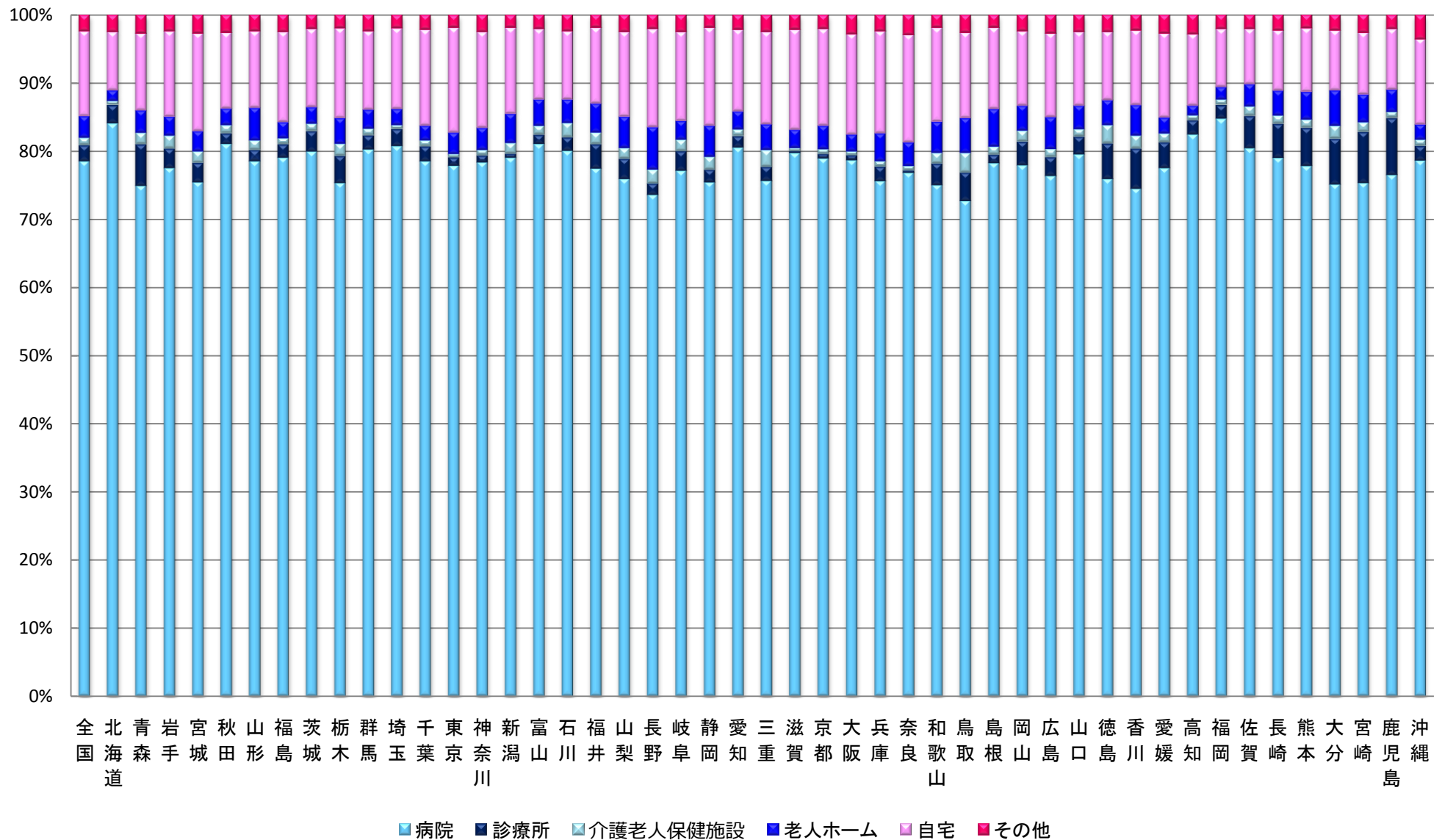
出典) 介護給付費実態調査

## 日本人の死亡場所

	病院	診療所	老健	老人ホーム	自宅	その他
死亡場所の割合	78.4%	2.4%	1.1%	3.2%	12.4%	2.4%
病院・診療所・老健・老人ホーム の病床数・定員数の合計を 100%とした時の割合	64.5%	5.5%	12.9%	17.1%	-	-

出典) (上段) 平成21年人口動態調査  
(下段) 医療施設動態調査(平成22年8月末概数)、2010/2011年「国民の福祉の動向」

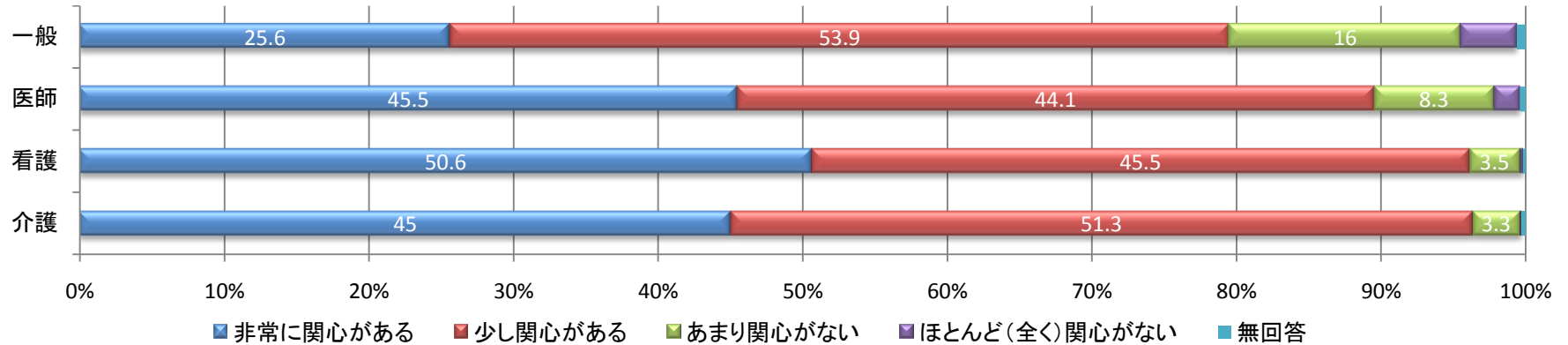
# 日本人の死亡場所(都道府県別)



# 終末期医療に関する調査(1)

## ■終末期医療に対する関心の有無

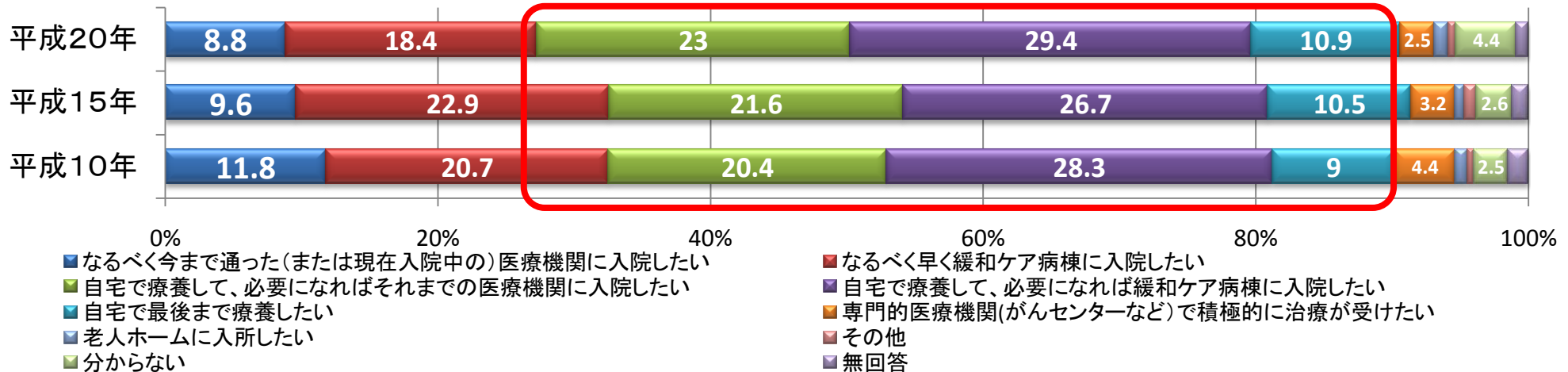
終末期医療に関して、一般国民及び医療福祉従事者ともに「非常に関心がある」、「少し関心がある」と回答した者の割合が高かった。



出典)平成20年終末期医療に関する調査

## ■終末期の療養場所に関する希望

自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した。

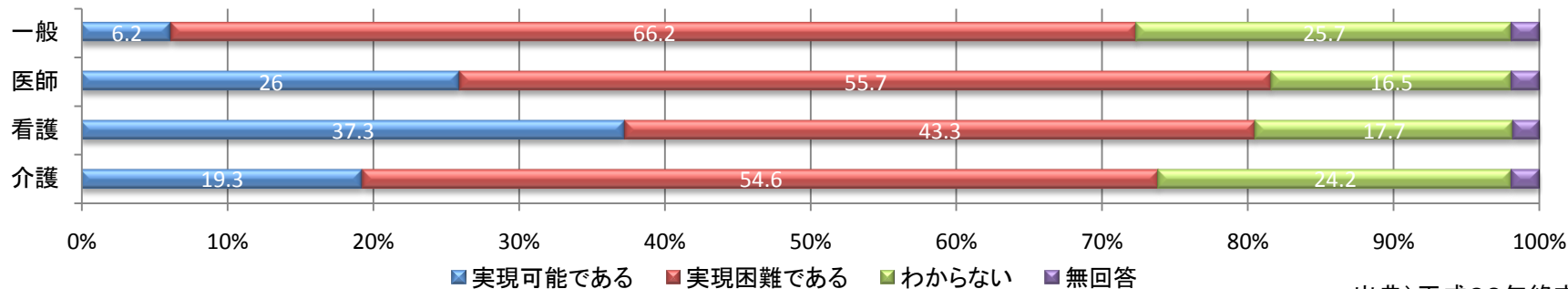


出典)終末期医療に関する調査(各年)

# 終末期医療に関する調査(2)

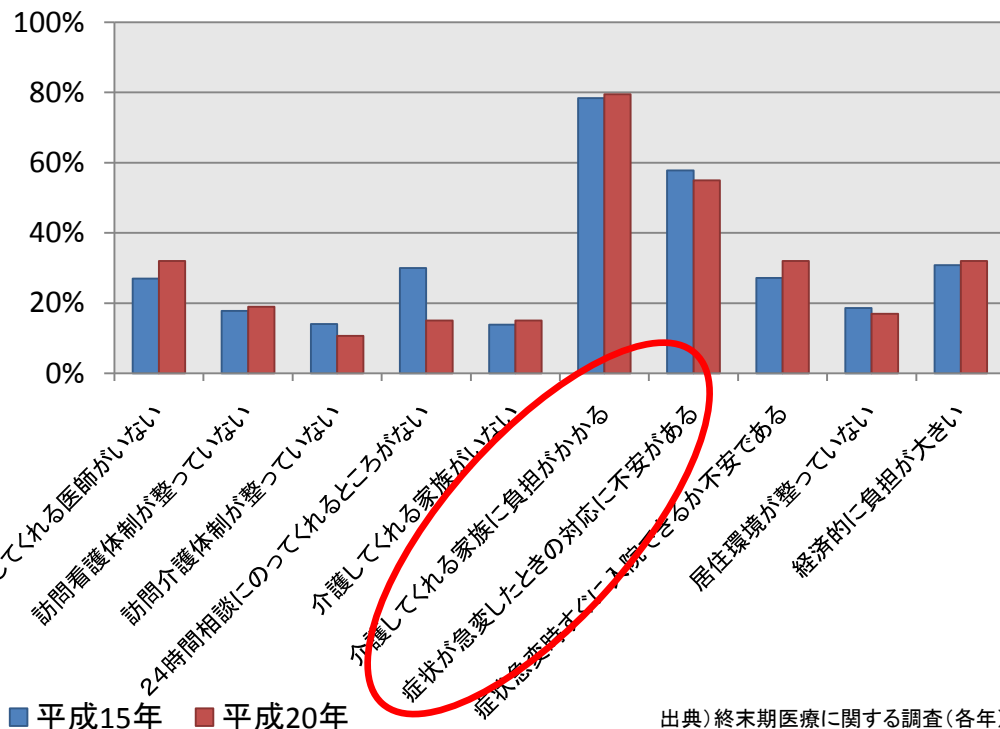
## ■ 自宅での療養: 60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。

実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医師26%、看護師37%、介護士19%)



出典)平成20年終末期医療に関する調査

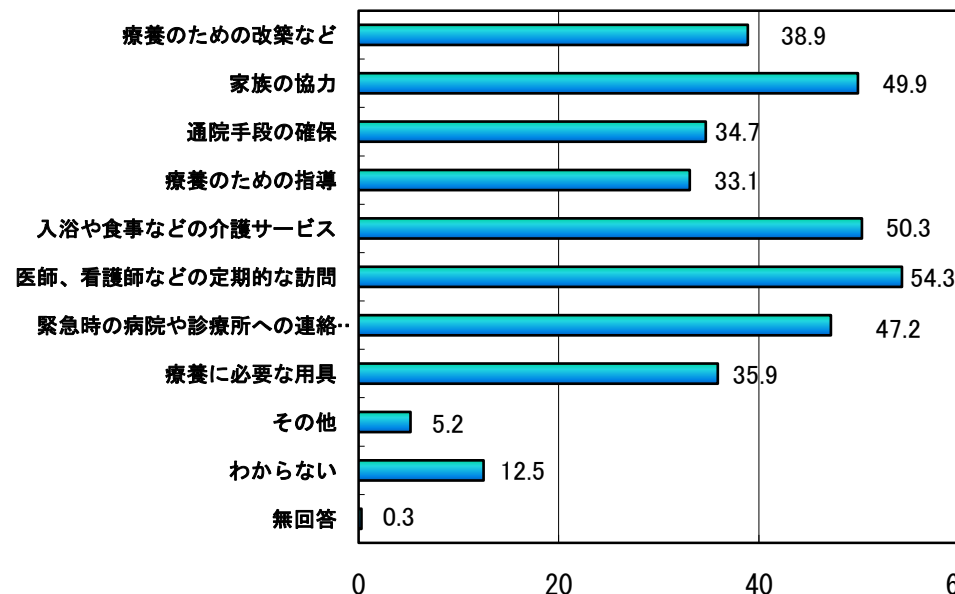
## ■ 自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



出典)終末期医療に関する調査(各年)

## ■ 自宅療養を可能にする条件(複数回答)(※)

※「自宅で治療・療養したい」と回答した者のうち、「自宅で療養できない」と答えた者を対象

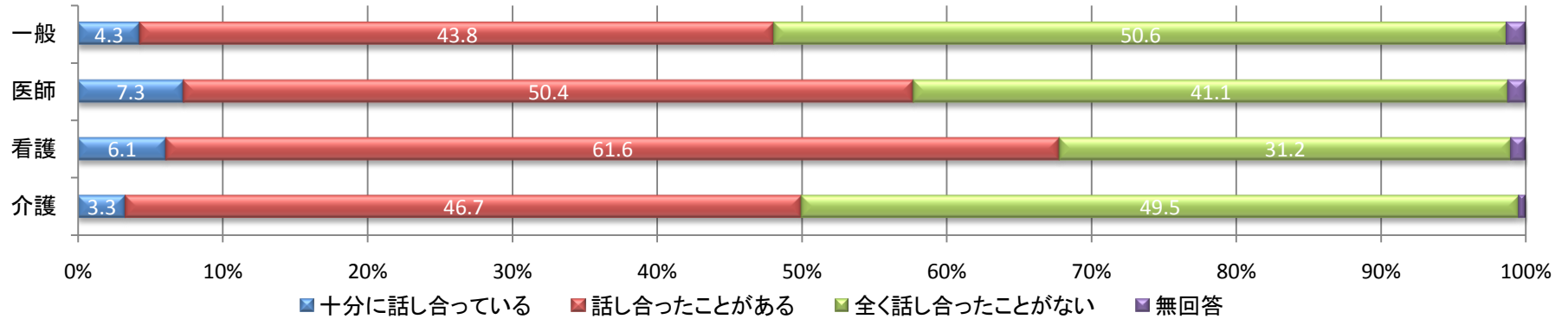


出典)平成20年度 厚生労働省「受療行動調査」 115

# 終末期医療に関する調査(3)

## ■ 延命医療の継続に関する家族との話し合いの有無について

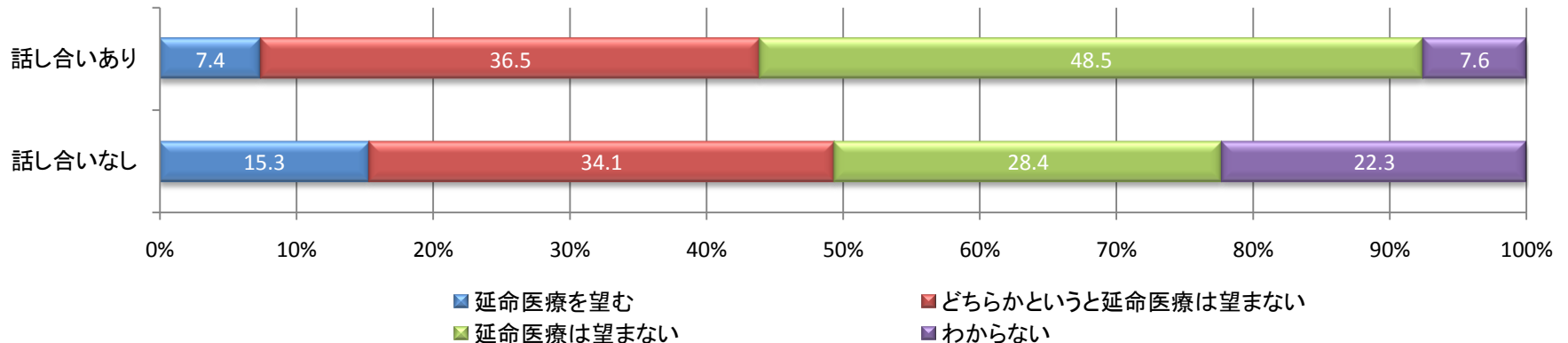
自分自身の延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、「家族で話し合ったことがある」と「全く話し合ったことがない」で回答が二分した。



出典)平成20年終末期医療に関する調査

## ■ 自分が治る見込みがなく死期が迫っていると告げられた場合の延命医療について(一般国民)

延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった

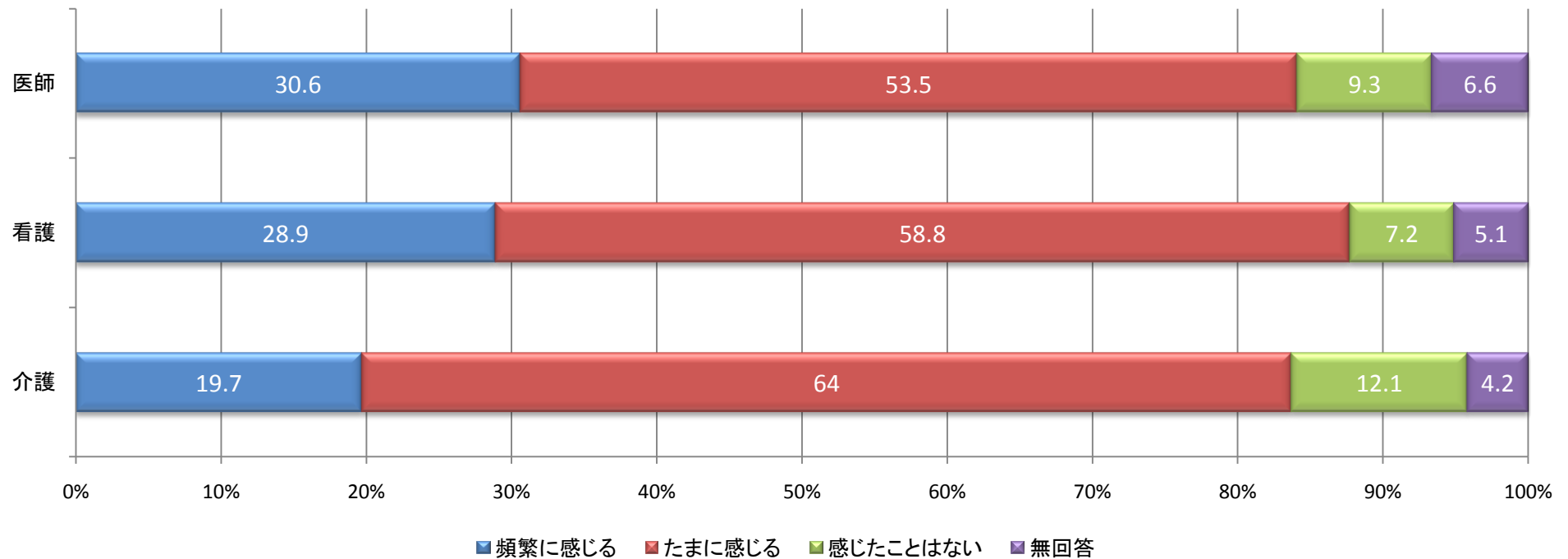


出典)平成20年終末期医療に関する調査16

# 終末期医療に関する調査(4)

## ■終末期医療にする悩みや疑問

終末期医療に対して、悩みや疑問を感じたことがある医療福祉従事者は80%を超える。



出典)平成20年終末期医療に関する調査



## 在宅医療に関する論点

- 子どもから高齢者に至るまで、ライフステージごとのニーズに応じた在宅医療の普及や質の確保を図るために、どのように取り組むべきか。特に、次期医療計画（平成25年から5年）に向け、数値目標等具体的な指針のあり方も含めて、どのように取り組むべきか。
- 地域における看取りも含め、本人の意思を尊重した終末期医療を実現するために、どのような取り組みが必要か。
- 在宅医療・終末期医療に携わる人材育成・確保をどのように進めるべきか。

「規制・制度改革に係る対処方針」等への対応

# 外国人臨床修練制度の見直しに関する閣議決定

## **規制・制度改革に係る対処方針（平成22年6月18日閣議決定）（抄）**

- ・ 医師の臨床修練制度の活用を促進するため、手続の簡素化や2年間という年限の弾力化を図るなど、制度・運用を見直す。また、国内での診療について、臨床修練目的の場合だけでなく、医療技術の教授目的の場合や国際水準の共同研究目的の場合にも認めるための制度改革を行う。  
＜平成22年度中検討、結論＞
- ・ 看護師の臨床修練制度についても、医師と同様にその活用を促進するため、手続の簡素化を図るなど、制度・運用を見直す。＜平成22年度中検討、結論＞

## **新成長戦略実現に向けた3段階の経済対策（平成22年9月10日閣議決定）（抄）**

- ・ 医師の臨床修練制度の活用を促進するため、手続の簡素化や2年間という年限の弾力化を図るとともに国内での診療について、臨床修練目的の場合だけでなく、医療技術の教授目的の場合や国際水準の共同研究目的の場合にも認めることについて、制度・運用の見直しを早期に検討し、平成22年度中に結論を得て、できる限り平成23年中に順次所要の措置を講ずる。
- ・ 看護師の臨床修練制度についても、医師と同様にその活用を促進するため、手続の簡素化を図ること等について制度・運用の見直しを早期に検討し、平成22年度中に結論を得て、できる限り平成23年中に順次所要の措置を講ずる。

# 外国人臨床修練制度の概要

## 【原則】

医師法第17条 医師でなければ、医業をしてはならない。

## 【特例】

外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律

## 【趣旨】

医療分野における国際交流の進展と発展途上国の医療水準の向上に寄与することを目指し、医療研修を目的として来日した外国の医師等に対し、その目的を十分に達成することができるよう、当該研修で診療を行うことを特例的に認める制度。

## 【臨床修練の定義】

外国の医師等が、厚生労働大臣の指定する病院において、臨床修練指導医等の実地の指導監督の下に医業等を行うこと。

## 【臨床修練の許可】

外国の医師等は、厚生労働大臣の許可を受けて、2年以内の期間、臨床修練を行うことができる。

- ① 医療に関する知識・技能の習得を目的として本邦に入国していること。
- ② 臨床修練を行うのに支障のない日本語等の能力を有すること。
- ③ 外国の医師等の資格を取得後、3年以上の診療経験を有すること。

# 運用改善に関する具体的方策

## (1) 審査期間の短縮

- 現在、入国後でなければ許可申請を提出できない取扱いとしており、また、審査手続に約2ヶ月程度を要しているため、入国後、許可が下りるまでの2ヶ月程度は十分な医療研修を実施できない状況にある。
- このため、入国後、速やかに医療研修を開始できるよう、以下のとおり運用の見直しを行う方向で検討する。
  - (ア) 入国前の申請書類の提出を認めることとする。(一部書類を除く。)
  - (イ) 入国前に提出された申請書類の事前審査を実施するなど、審査手続を効率化し、原則として、入国後7日以内に臨床修練の許可を行うこととする。

※ 入国の15日前までに旅券等以外の書類を不備無く提出し、かつ、入国日に旅券等(写しで可)を提出した場合を想定。

## (2) 申請書の添付書類の簡素化【省令改正】

- ① 以下の書類について、添付不要とする。
  - (ア) 本国政府の公的機関による帰国証明書
  - (イ) 外国において、(1)医業停止等の処分を受けていないこと、(2)成年被後見人等として取り扱われていないこと、(3)罰金以上の刑に処せられていないこと、に関する本国政府の公的機関による証明書
  - (ウ) 日本において、(1)成年被後見人等でないこと、(2)罰金以上の刑に処せられていないこと、に関する本人の申述書
- ② 本国の医師免許証等については、写しの添付で可とする(現行は原本)。
- ③ 医師の診断書については、自国の医師によるもので可とする(現行は日本の医師による診断書)。

※ 許可申請書の中に、(ア)から(ウ)までにに関する事項の申述欄を設けることとする。

## (3) スケジュール(予定)

平成22年12月20日～	パブリックコメント(平成23年1月18日まで)
平成23年 1月 下旬	改正省令の公布
4月 1日	改正省令の施行、審査期間の短縮の運用開始

# 制度改正に向けた論点

## (1) 年限の弾力化

- 日本の医学部の大学院修士課程（一般に4年課程）への留学のニーズがある一方で、現在、医療研修で診療を行うことが認められるのは最大2年。
- こうした事情にかんがみ、「最大2年」という年限の弾力化について、どう考えるか。  
（例えば、一定の理由があると認められる場合に限り、2年以内の延長を認める等の対応が考えられるのではないか。）

## (2) 手続・要件の簡素化

- 現在、例えば、外国の医師等に対して実地指導を行う「臨床修練指導医」は、厚生労働大臣の認定を受ける必要。また、外国の医師等は、臨床修練の許可を受けるに当たり、損害賠償保険に加入する必要。
- 各病院において研修の受入体制が整備されている中で、こうした手続・要件の必要性について、どう考えるか。
- こうした手続・要件を簡素化した場合、適切な研修が実施されていない病院への対応について、どう考えるか。

## (3) 教授・臨床研究における診療の容認

- 現在、医療研修を目的として来日した外国の医師等に限り、医療研修で診療を行うことが認められているところ。
- 医療分野における国際交流が進み、例えば、高度な医療技術を有する外国の医師が、その技術を日本の医師に対して教授するために来日するケースや、海外のトップクラスの研究者が、日本の研究者と共同して国際水準の臨床研究を実施するために来日するケースが想定される。
- こうした目的で来日する外国の医師等に対し、教授・研究の中で診療を行うことを認めることについて、どう考えるか。

## 資料 2

○社会保障改革の推進について（平成 22 年 12 月 14 日閣議決定）・・・ 1

○社会保障改革に関する有識者検討会報告・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

## 社会保障改革の推進について

〔平成22年12月14日〕  
閣議決定

社会保障改革については、以下に掲げる基本方針に沿って行うものとする。

### 1. 社会保障改革に係る基本方針

- 少子高齢化が進む中、国民の安心を実現するためには、「社会保障の機能強化」とそれを支える「財政の健全化」を同時に達成することが不可欠であり、それが国民生活の安定や雇用・消費の拡大を通じて、経済成長につながっていく。
- このための改革の基本的方向については、民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」や、「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」において示されている。
- 政府・与党においては、それらの内容を尊重し、社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る。  
また、優先的に取り組むべき子ども子育て対策・若者支援対策として、子ども手当法案、子ども・子育て新システム法案（仮称）及び求職者支援法案（仮称）の早期提出に向け、検討を急ぐ。
- 上記改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、そのための場として、超党派による常設の会議を設置することも含め、素直に、かつ胸襟を開いて野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

### 2. 社会保障・税に関わる番号制度について

- 社会保障・税に関わる番号制度については、幅広く国民運動を展開し、国民にとって利便性の高い社会が実現できるように、国民の理解を得ながら推進することが重要である。
- このための基本的方向については、社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会「中間整理」において示されており、今後、来年1月を目途に基本方針をとりまとめ、さらに国民的な議論を経て、来秋以降、可能な限り早期に関連法案を国会に提出できるよう取り組むものとする。



# 社会保障改革に関する有識者検討会報告 ～安心と活力への社会保障ビジョン～

## 1 現行社会保障制度と改革の課題

### (1) 日本社会の現状と社会保障改革の課題

#### 日本の社会保障の発展

戦後の日本は、国民の強い想いと不断の努力に支えられ、豊かで相対的に安定した社会をつくりだしてきた。社会保障についても、社会保障制度審議会の勧告(昭和25年)で目指すべき社会保障ビジョンが示され、昭和36年には皆保険・皆年金が達成されるなど、その整備に向けて努力が重ねられてきた。ただし、これまで国民生活を維持してきた仕組みを全体として振り返ると、社会保障の役割はかならずしも大きくなかった。

国民生活の安定は、企業の長期的雇用慣行や、地域の雇用維持のための諸施策など、男性世帯主の勤労所得の確保によるところが大きかった。そして社会保障は、どちらかと言えばこれを補完する役割を担うことになった。その結果、社会保障支出は規模の点で小さく、負担も抑制されてきた。支出面ではっきり増大してきたのは、人々が現役を退いた後の年金給付であった。子育てや介護については、家庭での専業主婦の奮闘に依るところも大きかった。

にもかかわらず、雇用維持の制度が持続している限りにおいて、こうした仕組みは「雇用を軸にした安心」(安心社会実現会議)を支え、人々の希望を紡いできたのである。

#### 社会の変化と社会保障の機能不全

ところが、こうした仕組みが根本から変化してしまった。

経済のグローバル化が進行し、非正規雇用が増大するなかで、男性世帯主の安定的雇用はしだいに縮小した。企業は、従業員の生活保障を提供する余裕を失った。併せて、家族や地域のかたちは大きく変容した。この変化に対して、社会保障制度が機能不全に陥っている。とくに現役世代は、子育てや失業、不安定就業などをめぐって、新たな生活リスクに直面しているが、これに社会保障制度が十分に対応できないのである。

そのために、この国で、貧困の拡がりが無視できない事実として浮上し、多くの国民が将来の生活について強い不安を抱いている。相対的貧困率の改善度から見ると、子育て世帯などでは、税および社会保障の負担と給付をとおしてむしろ貧困率が高まるという事態も生じている。職場や家族、地域でのつながりを失い孤立感を深める人が増え、高齢世代も、年金給付などが改善され、健康寿命が世界でも最長となったにもかかわらず、これが幸福感にむすびついていない。若者は家族をつくる経済力を、あるいは子どもを産み育てる余裕を失い、少子化に歯止めがかからない。

## ビジョンから行動へ

たしかにこれまでの安心の仕組みは衰退しつつあり、もはや維持できない。現行の社会保障を維持する財源すら、多額の赤字国債に頼っている。この現状からすれば、社会保障を強化し、新しい安心の仕組みをつくりだすことは容易いことではない。元気をなくす国民が増え、社会には悲観論が漂う。まさに国難と言ってもよい事態である。

しかしながら、多くの国民が、家族と自身の生活を大切に考え、そのために手をとりあおうという気持ちをもつ限り、私たちには大きな可能性がある。この国は、これまでも幾度となく国民のそうした想いに依りながら、危機を乗り越えてきた。危機を乗り越えた後に、これまでより国民の人生の可能性を高める、新しい社会保障と日本社会のあり方を展望することも決して不可能ではない。必要なのは、ビジョンと議論と行動である。

新しい社会保障をどのように設計し、国民生活の安心をいかに高めるか。そのビジョンについては、実はすでに超党派的な議論の蓄積があり、そこには共通認識も生まれている。本報告書は、こうした議論をふまえて、負担のあり方も含めた社会保障改革のビジョンを示す。

改革のビジョンは、多くの国民に共有され、その納得と合意を得て初めて力となる。国民の間には、社会保障の再構築を求める気持ちと共に、政治と行政について、抜きがたい不信感がある。政治と行政は、不信の源を断ち切る努力を続けながら、国民との対話と議論を深め、ビジョンを錬磨しなければならない。そして、多くの国民の参加を得ながら、ただちにこれを実行に移さなければならない。事態はもはや一刻の猶予も許さない。

## (2) 社会保障改革の可能性 　いかなる日本を目指すのか

### 参加と包摂の日本

社会保障の機能強化をとおして、貧困と社会的排除をなくし、皆が能力を発揮する参加の機会を得て、各々が出番をもつ日本をつくらなければならない。これまでのように、男性世帯主だけが安定した雇用を享受し、長時間労働にあけくれるとかたちは、もはや維持しえない。老若男女が多様なかたちで働き、学び、ケアに携わる社会をつくりだすことが大切である。やる気や活力をそぐような格差については是正し、包摂を強めるならば、国民一人ひとりの能力が高まり、社会が活性化する。

### つながりと居場所のある日本

社会保障は、家族や地域のつながりにとって代わるものではない。かけがえのない家族や地域のむすびつきが弱まるなかで、それを生き活きと甦らせることこそが社会保障の役割である。子ども・子育ての支援が家族の縁を強くし、介護のネットワークが地域の縁をむすびなおす。皆が居場所を得て、互いに認め認められることが、より多くの国民が幸福を感じることができる基本条件となる。

### 活力ある中間所得層の再生

ふつうに努力すれば、誰もが家族をつくり、生活できる社会を取り戻すべきである。これまでの日本で、分厚い中間所得層の存在こそが、安定した成長と活力の源であった。社会保障の機能強化によって、中間層の疲弊に対処し、その活力を再生できれば、それは自ずと経済成長と財政の安定につながる。

### アジアのなかの安心先進国

これまでの日本は、アジアの経済大国として存在感を示してきたが、これからはアジアの安心先進国として、モデルを提示していくことが望まれる。成長の波に乗るアジア諸国は、しばしば内部に深刻な貧困や格差の問題を抱え、また遠からず高齢化社会に突入する。こうしたなかで日本は、まず、アジアの成長力を日本の経済成長の力として取り入れ、社会保障の財源を固めつつ、不安定で流動的な雇用や少子高齢化など、共通の問題を解決していく道筋を示すべきである。さらには、安心先進国のモデルとして、介護や看護の人材育成、外国人患者の受け入れなどをとおして、アジア地域の安心拡大のための共生貢献を果たしていくことも必要である。

### 責任を分かち合う日本

新しい日本のかたちをつくりだしていく財源については、打ち出の小槌はない。責任を分かち合う日本であらねばならない。責任の分かち合いは、一面では政府と国民の間でなされる。政府はすべての国民に「参加」の機会と「居場所」を得る条件を保障し、国民はこうした条件を活用して各々の力を発揮し、財政的にも社会保障を支えていく。他面ではこれは、国民相互での責任の分かち合いでもある。国家財政は基礎的財政収支すらも膨大な赤字になっている。こうした現実を直視し、次世代に負担を押しつけることなく、各自の責任を果たし、支え合っていく覚悟と合意(社会契約)をつくりだす必要がある。

### (3) これまでの社会保障改革論議の総括

新しい社会保障のあり方をめぐる議論は、前政権下の社会保障国民会議、安心社会実現会議などにおいても開始されていた。社会保障国民会議は、社会保障の機能強化について具体的な提言をおこない、安心社会実現会議は、社会保障、雇用、教育の連携をふまえて安心社会への道筋を展望した。それらの議論は、参加と包摂の社会保障によって経済との好循環を展望するという点で、本報告書とも多くの共通点がある。ここには、党派を超えて共有できる、社会保障改革論の流れがある。こうした議論の蓄積を尊重しつつ、新たな視点からの検証も加えて、議論を発展させていく必要がある。

#### (4) 改革の方法と選択肢

##### 雇用、教育と連携するシステム改革

社会保障改革は、ばらばらの個別改革としてではなく、社会保障各分野の改革を連携させつつ、なおかつ雇用や教育の改革ともむすびつけながら、すすめる必要がある。

これまでの日本のシステムでは、教育、雇用、高齢世代向け社会保障が、ライフサイクルに沿って一方通行的に並んでいた。これからの日本では、教育、雇用、社会保障を、より密接に、かつ双方向的に連結していかなければならない。老若男女が、多様なかたちで学び、働き、ケアに携わることを、3つの政策分野が一体となって支えることが求められる。

まず雇用については、暮らしと仕事の両立支援、正規雇用と非正規雇用の均衡・均等処遇、多様な職業経験や教育・訓練の履歴を評価する仕組みを形成しつつ、こうした仕組みと適切的な社会保障制度を構築していかなければならない。

教育もまた、雇用に向けて一方的に若者を送り出す仕組みから転換していくべきである。参加と包摂の社会保障は、幼保一体化のもとでの就学前教育や公的な職業訓練など、教育との関わりを強める。その上で、社会保障と教育は、雇用からいったん離れる人々を受け止め、また雇用へと送り返す機能を強化しなければならない。

##### 国民と共にすすめる改革

社会保障は、国民の生活に密接にかかわると同時に、制度や政策は複雑で、簡単に理解しにくい領域でもある。社会保障を単なる負担と考える見方も長く流布されてきた。こうしたなかで、議論の過度の単純化を避けつつも、制度の現状、問題点、オプションについて、可能なかぎり客観的で、分かりやすく整理された情報を提供し、国民の理解を得ながら改革をすすめる必要がある。いくつかの選択肢について、それぞれのメリットとデメリット、給付と負担のバランスなどを提示しつつ、深い議論をすすめる必要がある

##### 社会保障諮問会議

年金をはじめとする社会保障制度には、長期的に安定した、継続的な仕組みが必要である。時々の政権ごとに、社会保障制度が大きく振れるならば、国民の不安はいや増す。幅広い国民の間で社会保障をめぐる理念の形成と共有を促し、社会経済の変化に対して国民各層・各世代の利害を柔軟に調整し、社会保障を政争の具とせず、事実に基づいた客観的な議論をすすめることが大切である。こうした目的のために、与野党が対等に議論できる常設の会議体を設置すべきである。

かつてこうした会議体として、与野党議員や有識者などからなる(旧総理府の)社会保障制度審議会が大きな役割を果たしていたが、現在は廃止されている。しかし、社会経済の変化が激しくなり、政権交代が例外的な事態ではなくなった今日こそ、こうした会議体が必要である。法律に根拠があり、与野党議員や有識者などから構成される常設の会議体「社会保障諮問会議」(仮称)の速やかな設置を提案する。

## 2 社会保障改革の3つの理念と5つの原則

### (1) 社会保障改革の3つの理念

現役世代が減少する少子高齢社会にあつては、社会を持続させるために、国民一人一人がその持てる力を十二分に発揮していくことが要請される。困難な時代の到来にも見えるが、実は、高齢者を含めて国民にとっては、能力を育み発揮する機会を得ること、つながり合うことこそが、幸福の源となりつつある。社会保障がそのような条件をつくりだせば、社会が直面している困難を、むしろ社会に活力と幸福を拡げていく条件に転化することができる。

それゆえに「参加型保障」「ポジティブウェルフェア」「社会的包摂」などが、社会保障改革の方向性として掲げられてきた。こうした考え方をふまえるならば、今日の社会保障改革は、①参加保障、②普遍主義、③安心に基づく活力 の3つの理念に基づき、すすめられるべきである。

#### 1) 参加保障

社会保障改革は、国民の社会参加を保障し、社会的な包摂を強めていくことを目指すべきである。経済的な再分配それ自体が目的なのではなく、国民すべてに、雇用を中心に能力を形成し発揮する機会を拡げ、そのことをとおして社会の分断や貧困を解消し、予防していくことこそが課題である。また、家族、地域のコミュニティ、職場などで、人々が互いのつながりを強めていくことを支援する。

こうした理念は、ナショナル・ミニマムの考え方と対立するものではなく、むしろそれを高度化していくものである。すべての国民に、社会とつながっていく基本条件を保障することこそが、ミニマム保障の中身になる。具体的には、所得給付のみならず、最低賃金制度、給付付き税額控除、支援型のサービス給付やパーソナルなサポートなどのパッケージとなろう。憲法25条が掲げるミニマム保障の理念は、憲法13条の幸福追求権とひとつながりのものとしてとらえることが可能であり、必要なのである。

#### 2) 普遍主義

社会保障改革は、すべての国民を対象とした普遍主義的な保障の実現を目指すものである。所得の如何によらず、あるいは健常者であるか障がい者であるかを問わず、国民すべてが、人生のさまざまな局面で多様なかたちの支援や協力を必要とする。国民相互の協力を実現し、国民自らの選択に応じた支援を提供していくことが社会保障の責務となる。その場合、国・自治体のみならず、NPO、協同組合、民間企業を含めた社会的企業もまた、「新しい公共」の担い手としてそれぞれの役割と責任を発揮することが大切である。もちろん、公的扶助をはじめとして所得制限などで給付対象を限定する制度も不可欠であるが、所得制限を過度に用いると、行政手続きコストが肥大化し、あるいは納税者と社会保障のつながりが弱くなることもある。

### 3) 安心に基づく活力

社会保障改革は、社会保障と経済成長の好循環を目指すべきである。社会参加の機会が拡がり、つながりが強まるならば、国民の安心が高まる。その安心とは、受け身の安心ではなく、参加をとおして道は開けるという能動的な安心である。こうした能動的な安心に基づき、雇用と消費の拡大、国民の能力開発、相互信頼(社会関係資本)の増大などがすすめば、社会保障は経済の成長と財政基盤の安定に連動する。

また、とくに子育て支援、介護、医療などのサービス給付については、能動的な安心の形成を支えるだけでなく、それ自体が新しい雇用の場となり、地域の経済に活力をもたらす。

## (2) 社会保障改革が目指す5つの原則

3つの理念に基づく社会保障を実現するための制度は、次の5つの原則に基づいて設計されるべきである。

### 1) 切れ目なく全世代を対象とした社会保障

主に高齢世代を給付対象とする社会保障から、切れ目なく、全世代を対象とする社会保障への転換が求められる。全世代を対象とすることで、単に社会保障のコストが増大する、あるいは世代間の財源の取り合いが始まると考えるのは正しくない。全世代対応型の保障への転換は、包摂型の社会保障への転換と一体としてすすむことで、むしろ、現役世代が高齢世代を支える力を強める。また、高齢世代が社会参加をとおして幸福感を高める条件を拡げる。

### 2) 未来への投資としての社会保障

子ども・子育て支援や、若年層の就労・能力開発支援を中心に、社会保障は未来への投資という性格を強めていく。少子化の進行はまさに「静かな有事」(安心社会実現会議)であり、次世代が生まれ育っていくことは、日本社会の持続可能性を高める上で不可欠である。さらには、次世代の能力が高まりその貧困リスクが減少することは、未来への投資としても大きな意味がある。

### 3) 地方自治体が担う支援型のサービス給付とその分権的・多元的な供給体制(現物給付)

社会的包摂のためには、社会保障における支援型のサービス給付の役割が重要になる。自治体は、地域の活力を高める上で必要な標準的なサービス給付をおこなう条件を確保し、また、国民一人ひとりの声に耳を傾けつつ、サービスを自ら設計し提供できる条件を確保することが大切である。そのサービスの担い手として、行政と連携しながら、NPO、協同組合、民間企業を含めた社会的企業が活躍しやすい環境を整備することも重要である。

#### 4) 縦割りの制度を越えた、国民一人ひとりの事情に即しての包括的な支援

国民の生活を、現金給付のみで保障するのではなく、その参加や就労を促そうとするならば、社会保障のあり方は、一人ひとりの個別の事情に即しての包括的支援でなければならない。これまでの縦割りの制度を越えて、たとえば失業した人や障がいを持つ人を総合的に支援するワンストップサービスが求められると同時に、多様なサービスを束ねるパーソナルサポートの役割も大事になる。高齢者や子どもが単に給付の対象と見なされるだけでなく、互いに支え合う場を提供する共生型の支援の可能性も追求されるべきである。

#### 5) 次世代に負担を先送りしない、安定的財源に基づく社会保障

未来への投資である社会保障のコストを、将来世代に先送りすることは許されず、安定的財源の確保めきに、新しい社会保障の理念と原則は実現しない。我々は、現在の世代が享受しているサービス・給付を賄う費用さえも、その多くを赤字公債のかたちで後代の負担につけ回している、という現実を直視しなければならない。このような状態で制度が長く維持できるはずはなく、先人の英知の産物である社会保障制度を盤石なものとして、未来の世代にとっても信頼に足る制度にして引き継いでいかなければならない。

給付に必要な費用を安定的に確保し、現役世代にも支援を振り向け、現役世代が安心に基づく活力を発揮することで、社会保険料収入、税収がさらに安定するという好循環を実現していかなければならない。

### (3) 理念と原則を踏まえた改革の各論

以上の理念と原則のもとに、各分野の社会保障改革を遂行していかなければならない。緊急性の高い分野を中心に、改革の各論を例示すれば以下のようなものである。

#### <所得保障・年金>

年金制度は、次のような大きな環境変化に直面している。第一に、急速な少子高齢化によって年金財政が不安定化している。第二に、就業の多様化によって国民年金保険料の未納が増えていく。第三に、単身で低所得の高齢者が増加している。

これらの環境変化に対応するためには、大がかりな年金改革が必要である。しかし、年金制度改革は、国民の老後生活の設計に非常に大きな影響を与える。また、改革が実現(完成)されるまでには長い期間(通常20年から40年)がかかる。時々々の選挙結果などで頻繁に制度を変更することは避けなければならない。制度改革にあたっては与野党による十分な協議と合意形成が不可欠である。

公的年金制度については、まず、年金記録問題等で大きく傷ついた国民の制度への信頼を回復することが急務である。現政権下においても「7項目の基本原則」に沿った超党派的な議論が呼びかけられているが、現行制度の課題を直ちに共有し、制度の修復と改革をむすびつけながら、年金改革の大きな方向性について、速やかに与野党の合意を達成しなければならない。

年金制度改革の論点は多岐にわたるが、改革の基礎理念や基本原則をふまえれば、以下のような点にまず取り組まなければならない。

- ①安定財源を確保した上で、基礎年金について国庫負担2分の1の実現を急がなければならない。
- ②新しい仕事への挑戦や女性の就労を妨げる年金制度であってはならない。働き方、ライフコースの選択に対して中立な制度設計を目指して調整を急ぐべきである。
- ③単身高齢者、低年金者、無年金者の増大に対して、基礎年金制度の最低保障機能の強化など、高齢者の防貧・救貧機能の強化をすすめなければならない。

#### <サービス保障 医療・介護>

医療・介護については、救急医療体制の揺らぎや医師不足問題などに対して緊急の対策を講じていくとともに、今後増大するサービス需要に確実にかつ効率的に応え、国民が安心して過ごすことのできる医療・介護サービス提供基盤の強化を図ることが必要である。

医療・介護のサービス提供体制については、次のようなかたちでサービス供給体制の整備を図るべきである。

- ①ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等を図る。
- ②都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現する。
- ③不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できるかぎり最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現する。

そのような取組の中で、健康問題・病気を幅広くケアできる質の高い家庭医を多数養成するとともに、医療提供体制の中で明確な位置付けを行うなど、プライマリ・ケアの役割を明確にしていくことが求められる。こうしたプライマリ・ケアの実現は、とくに高齢者ケアに関しては、家庭医による複数の併存症のマネジメント、多重薬剤の回避、介護資源の効率的利用、疾病予防など、医療・介護サービスの質を高め、医療・介護費用の増大の抑制につながる効果も期待できる。



こうした改革を確実にすすめていくためには、サービス供給体制の改革と同時に、安定的な財源を継続的に確保していくために、医療制度と介護制度内部での資源配分のあり方を見直していくことが必要になる。おりしも2012年4月には、6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定が行われる。ここで、診療報酬と介護報酬の基本骨格の見直しをおこなうべきである。その際には、介護サービスにおける労働力を確保するためにも、介護労働者のキャリアのステップアップを支援するとともに、その給与水準が改善されるような配慮が求められる。

### <子ども・子育て支援>

子ども・子育て支援は、これまで家族の専任事項とされがちであった子育てを支援し、家族と地域の生き活きとしたむすびつきを支えるものである。第一に、子育て支援は子どもが育つことへの支援である。子どもたちが就学前において、その基本的な認知能力や共に生きていく力を身につけることは、知識社会における人材育成という点で、大きな意義をもつ。第二に、こども園などのサービス給付は、母親に仕事か子育てかという不本意な二者択一を迫ることなく、就労し社会へのかかわりを強めつつ、他方では父親と共に育児にあたり、家族が豊かな時間を過ごしていくことを可能にする。第三に、こうした子育て支援のサービス給付は、子ども手当などの現金給付と車の両輪となり、子育てのコストを削減し、経済的な理由による少子化を解消する。

すなわち子ども・子育て支援は、現役世代の就労と社会参加を支援しつつ、次世代を育成し、その能力を高める。これは、新しい社会保障の理念と原則という点から言って、基軸的な政策領域の一つである。にもかかわらず、わが国の家族政策への支出をGDP比で見ると、依然としてOECDの平均を大きく下回る。待機児童の数、少子化の進展、女性の年齢別労働力率曲線のあり方(M字カーブ)などから言って、日本の子ども・子育て支援に限界があることは明らかである。必要な財源を確保して、大胆かつ効果的な財政投入を行い、国・自治体・企業・利用者が力を合わせて子ども・子育て支援の質量両面での抜本的拡充を図るべきである。

他方で、こうした政策を担うシステムの構想が問われる。政府が検討をすすめている「子ども・子育て新システム」は、地方自治体が、民間の事業者の参入をイコールフットイングで受け入れながら、多様な家族の選択に応える仕組みを自由に設計することを可能にする。こうした可能性を活かす地方財源のあり方を論じる必要がある。また、子育ての多様なかたちと段階に切れ目なく対応しながら、就学前教育も担っていく、一元的な制度の構築は急務であり、そのための合意形成に全力を尽くすべきである。

## <格差・貧困対策>

格差・貧困問題は、現行の社会保障制度の機能不全と綻びを示している。一方では、非正規労働者など、「社会保障制度の適用から外れる層」が増大し、他方で、国民健康保険などでは、低所得のために保険料を支払うことが難しくなる人も少なくない。子育て家庭の相対的貧困率が再分配後で改善されずむしろ高くなっているなど、社会保障制度の再分配機能の弱さが、格差や貧困を拡大している面さえ指摘されている。

格差・貧困問題の深刻化は、社会の統合を脅かし、社会の分裂を招く。多くの人々の能力が発揮されずに終わり、社会的な連帯意識が弱まって不安感と緊張感が高まり、扶助費や行政コストの肥大化を招く。グローバル化や労働市場の変容のなかで、格差・貧困問題を解決し、誰でもふつうに努力すれば暮らしていくことができる社会をつくりだしていかなくてはならない。社会保障の再分配機能を強化しつつ、雇用政策、教育政策、地域政策、税制など、様々な政策を連携させていく必要がある。

雇用の条件がある人々に対しては、働くことを困難にしている要因をとりのぞくために、子育て支援、職業訓練、カウンセリングなどが、生活支援と併せて求職者支援の制度として提供される必要がある。参加を困難にしている要因には、一人ひとり複数の事情が複雑にむすびついている。この点では多様な給付を個人の事情に応じて結びつけていくパーソナルサポートが必要になる。また、フルタイムで働いても低所得から脱却できないという事態をなくすために、最低賃金や給付付き税額控除など、働く見返りを高めることが大切である。また、立ち遅れている住宅関連のサービスや子ども手当などの社会的手当によって、生活のコストを引き下げていく支援も必要になる。個人や地域の状況に応じた、一連の給付のパッケージとして最低生活保障のラインが確定されるべきである。

### 3 社会保障改革の枠組み

#### (1) 社会保障負担のあり方

##### 「負担」とは何か

日本はアメリカなどと並んで、社会保障についての公的な給付と負担がもっとも少ない国の一つである。この事実をふまえ、これまで抑制され続けてきた公的な給付と負担について、私的負担とのバランスを新たにどのように設定していくか、国民的合意を急ぐ必要がある。

社会保障給付を広く解釈し、私的な負担に基づいた給付や税の控除分などを加えて比較すると、高負担とされるスウェーデンと低負担とされるアメリカの給付水準は接近する。要するに、公的な給付と負担が少なければ、私的な給付と負担が増大する。

公的な負担は、わが国では国民負担率と呼ばれ、経済成長への足かせとされることが多かったが、国民負担率が大いにか小さいかということそれ自身が、直ちに国の経済活力を決めるわけではない。大事なことは、公的な給付がどれほど機能的に行われ社会の活力が引き出されているか、また負担と給付の関係をめぐって、人々の間で責任の分かち合いと相互信頼が実現しているか、という点である。私たちは、むしろこうした点について、わが国の現実を直視するべきである。

#### 負担と給付をめぐる歪みの是正を

わが国の現状では、少子高齢化、労働市場の変容、現行社会保障制度の特質という3つの要因がつながり合い、さらにここに現行社会保障の費用について公債依存が増大するという問題も重なって、社会保障の負担と給付に歪みが生じている。

現役世代が数の上で減少し、雇用の劣化でその経済力が衰退しているにもかかわらず、現行社会保障制度の給付構造は、現役世代の生活リスクに十分に対応しない。したがって、現役世代の一部では、見返り感が乏しいまま負担感が増し、社会保障制度への不信が高まることになっている。新しい状況に沿って、負担と給付の関係を調整していく必要がある。

#### 将来世代への先送りを見直す

他方で、現行社会保障制度の給付対象として大きな割合を占める高齢者3経費についてみると、予算総則においてその経費に充てることとされている国分の消費税収との差額が、(現在の予算総則が規定された)平成11年度の1.5兆円から、平成22年度には9.8兆円にまで拡大しており、その差額の相当部分もまた公債依存をとおして将来世代に先送りされるかたちになっている。高齢世代を含めて、現代の世代は、ここにも給付と負担をめぐる歪みがあることを自覚する必要がある。

#### 社会保険の揺らぎを税負担で補完を

さらに、社会保険料の負担について言えば、現行制度の給付は、約3分の2が社会保険料負担によって担われている。ところが、労働市場の流動化と非正規化は所得分布の二極化をもたらし、現行制度のもとでは、社会保険料の個人負担の基盤を揺るがして、保険料負担の逆進性を強める。したがって、逆進性緩和の視点から低所得者対策や標準報酬月額の高限度額の引き上げをおこなうなど、社会保険料負担のあり方をそのものを再点検し、さらには必要な税財源を確保した上で、社会保障の維持と機能強化のために投入していくことも必要になっている。税負担のあり方については、消費課税によって広く負担を求めるという視点と併せて、世代を問わず所得や資産に応じた負担を求める視点も必要となる。

## 社会保険制度を中核に

しかしながら、他方において社会保険制度は、負担と給付の関係や加入者相互の連帯が見えやすい制度である。したがって、本来は制度への支持と負担の納得度が高く、制度基盤が安定する仕組みでもある。それゆえに、社会保険方式を税方式によって置き換えたとしても、そのことが直ちに社会保障制度の持続可能性を高める方策になるとは言い難い。

むしろ、社会保障改革そのものをも手段として、雇用の量を拡大し質を高めつつ、併せて厚生年金や雇用保険の加入基盤を拡大することが求められる。現行の社会保険制度が内包する、女性の就労インセンティブを弱める要素については、その見直しが必要である。雇用の縮小と劣化を放置すれば、社会保険方式を税方式によって置き換えたとしても、国民の担税力もまた低下するのである。さらに、縦割り型の社会保険制度の再編成をすすめ、同時に消えた年金問題などの処理を迅速にすすめて信頼回復に努めることも、社会保険制度の持続可能性を高める上で不可欠である。

## (2)信頼醸成への道

世論調査などでは、多くの国民が、社会保障にきちんと充てられ、無駄遣いがなくなるのであれば、負担増を受け入ると回答している。社会保障をめぐる信頼醸成は、社会保障改革の重要な部分であり、そのために3つのことが求められる。

第一は、社会保障制度そのものが多くの国民のリスクとニーズにかみ合うことである。これは3つの理念と5つの原則に沿って実現されるべき事柄である。

第二に、負担が公平に分担され、社会保障の財源として、無駄なく活用されるということである。そのことを確実にするために、まず社会保障と税にかかわる番号制度の準備をすすめる。また、消費税については、平成 21 年度税制改正法附則104条にも示されているように、その用途を社会保障制度、なかでもその中核である年金・医療・介護および少子化対策に要する費用に充てることを明確にし、区分経理を徹底し、官の肥大化や無駄遣いにむすびつかないことを客観的に示していく。

第三に、分権型の社会保障への転換をすすめることである。とくに支援型の公共サービスについては、地方自治体が、住民の発言と参加にも支えられながら、基本的なサービスを円滑に提供できるように、あるいは自ら主体的にサービスを設計し供給できるよう、十分な権限が与えられるべきである。住民自らが、サービス給付に関与することが、信頼醸成への最短の道である。

## (3)社会保障強化と財政健全化の同時達成

社会保障強化だけが追求され財政健全化が後回しにされるならば、社会保障制度もまた遠からず機能停止する。しかし、財政健全化のみを目的とする改革で社会保障の質が犠牲になれば、社会の活力を引き出すことはできず、財政健全化が目指す持続可能な日本そのものが実現しない。

社会保障強化と財政健全化は、しばしば相反する課題と見なされるが、実は、この二つを同時達成するしか、それぞれの目標を実現する道はないのである。高齢世代向けの支出を維持するだけで多額の赤字を出している現状があり、この収支を改善しながら、さらに社会保障の強化を図っていくというのは、たしかに容易ならぬ道である。けれども、この容易ならぬ道を行くしか、この国を再び上昇軌道に乗せていく術はない。

さらに、後代に負担を先送りしない財政健全化は、新しい社会保障の理念と原則に照らしても、不可避の課題である。社会保障が国民一人ひとりの出番をつくりつながりを強めるのは、明日へと続く社会を共に支える喜びを分かち合うためである。次世代育成を支える社会保障は、未来への投資という意味もある。そのような社会保障が、次世代につけを先送りして成り立つというのは、自ら依って立つ理念と原則を否定するに等しい。

#### 4 社会保障改革を支える税制のあり方

##### (1) 税の再分配機能と所得・資産課税の重要性

税制は、社会保障制度を刷新し、その機能を高めていくための、重要な手段である。それは、国民が社会保障制度をとおして活力を高めあいながら、そのために必要な費用について、責任を分かち合う仕組みである。これからの社会保障においても、社会保険方式は基軸的な役割を担うべきであるが、同時に、必要な税財源を確保して社会保険の揺らぎを補完し、社会保障制度の維持と機能強化を図ることが必要である。

そのような税制の具体的なあり方は、社会や人口構造の変化に適合的で、かつ、「公平・透明・納得」の原則に基づき、国民の信頼と支持を得るものでなければならない。

また、支え合いながら活力ある社会をつくるという、社会保障の理念と原則とも調和するものでなければならない。したがって、行き過ぎた格差や貧困の拡大が、社会の活力をそぐような事態に対しては、社会保障をとおしての支援と併せて、税制面でも個人所得課税や資産課税において、所得再分配機能を強化する改革をおこなうことが必要である。

##### (2) 人口構造・雇用・経済環境の変容のなかでの消費税の基幹性

他方で、社会保障を支える税財源のあり方を全体として見たときに、消費税の基幹性もまた明白である。

現役世代の人口が減少し、なおかつ雇用の流動化・不安定化が進行する。社会保障制度の基軸である社会保険については、保険料の主な負担者は現役世代であるが、貧困や格差の拡大のなかで、保険料負担の逆進性も問題になっている。保険料負担を補完し、また現役世代を支援するサービスを強める財源は、特定の世代に負担が偏らず広く薄く全世代が負担する財源であることが求められる。

さらに、景気変動によって税収が左右されにくい安定財源であること、できる限り経済に対して中立的な負担であることも求められる。

以上の点を総合すると、上述のとおり所得・資産課税の重要性をふまつつも、社会保障を支える税財源としては、消費税を基本に考えていくべきである。

消費税負担の逆進性についても指摘があるが、消費税収を再分配効果の高い社会保障給付に充てることによって、逆進性は解消される。もちろん、社会保障の機能強化と税制改革の一体的な推進にあたっては、貧困や格差にかかわるデータに細心の注意を払い、給付と負担のバランスが維持されていくように適宜調整をおこなう必要がある。

### (3) 消費税の用途明確化の必要性

消費税については、用途を社会保障に限定し、絶対に官の肥大化や無駄遣いに使われることがあってはならない。各種世論調査によれば、国民は、無駄遣いの撲滅を前提に、社会保障目的での消費税増税であれば、一定の支持と理解を示している。「きちんと責任を果たせばそれに応じた安心につながる」という見通しを確かに行き届かせることが、求められている。

まず、消費税の用途を社会保障に限定することは、すでに法律や閣議決定において決められていることを改めて確認し、こうした決定をさらに具体化し、国民が点検可能な条件を構築していく必要がある。

すなわち、平成21年度税制改正法附則104条においては、「消費税の全額が制度として確立された年金、医療および介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用に充てられること」が決められている。また、この税制改正法に先立って閣議決定された「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」」においても、「消費税収は全て国民に還元し、官の肥大化には使わない」と明記されている。

政府は、この考え方を発展させ、消費税を社会保障目的税とすることも含め、区分経理を徹底するなど、消費税の用途を明確化するべきである。さらに、国民の側から見て分かりやすいように、制度上会計上の透明度を高め、また、国民からの議論や問題提起を受け止め、情報提供をおこなう仕組みも整備していくべきである。

### (4) 社会保障改革とそれを支える税制改革の一体的実施

社会保障の刷新・強化と、税制改革の一体的実施こそが、制度の機能不全、国民の活力の低下、後代負担の膨張という連鎖を食い止め、日本を再生させる道である。

私たちは、ここで厳しい現実から目を背けてはならない。繰り返し強調してきたように、現行社会保障は、全世代の参加を促し、活力を引き出す上では、さらなる機能強化を必要としている。にもかかわらず私たちは、現行社会保障を支える公費支出についてさえ、その相当部分を後代負担に頼っている。前節で述べたように、高齢者3経費と国の消費税収との差額は9.8兆円に達している。また、政府の歳入に占める特例公債(赤字公債)の割合から考えれば、医療・年金・介護・少子化にかかる国費負担総額約25兆円のうち、10兆円を超える額が後代につけ回されていることになっており、これらの額は今後さらに増大していく。

さらに私たちは、現行制度の不備を補い、全世代型の社会保障への刷新をすすめる費用を必要とする。社会保障国民会議が示した試算によれば、後述する基礎年金国庫負担2分の1実現のための費用に加えて、年金・医療・介護および少子化対策を機能強化するための追加費用として、2015年度では7.6兆円から8.3兆円、2025年では19兆円から20兆円の公費財源が必要となる(何れも基礎年金について社会保険方式を前提とした場合の試算)。加えて、若年層の雇用を支援する費用をいかに調達するかも考えなければならない。

こうした費用のどこまでを、どのようなかたちで負担しあうか。この点についての合意を早急に形成しなければならない。その上で政府は、一方では公債依存分を削減して財政健全化に努めつつ、他方では現役世代の支援を強めて、その参加を助け活力を引き出すために財源を振り向けていく、巧みな舵取りを求められる。そして、将来的には、社会保障給付にかかる公費全体について、消費税を主たる財源として安定財源を確保することによって、社会保障制度をより一層安定させる方向を目指すことが求められる。

これは困難な道であるが、ただ重い荷物を背負って急勾配の坂道を上っていただくだけの苦行のように考えることも間違っている。こうした負担は、地域に安心の医療や介護を確立し、子どもたちの元気な声を響かせ、若者たちを雇用へとつなぐためのものである。すべての国民に、そのような風景を切り開くためのものである。

逆に言えば政府は、このようなかたちで国民が負担の見返りを実感できるかたちをつくりだし、現役世代の活力を高めてこそ、さらなる機能強化と財政健全化へと歩をすすめることができる。

社会保障改革と税制改革は一体的におこなわれなければならない。政府は出来るだけ速やかに、社会保障制度と消費税を含む税制の一体的改革の具体案を作成すべきである。

#### (5) 基礎年金国庫負担2分の1確保のための安定財源確保

当面の喫緊の課題として、基礎年金国庫負担2分の1実現のための安定財源確保の問題がある。2009年度、2010年度と臨時財源を確保して対応してきているが、厳しい国家財政の下でこのような対応には限界がある。

もとより「安定財源を確保して二分の一を実現する」ことは法律上の要請でもあり、速やかに税制抜本改革の中で必要な安定財源を確保すべきである。

#### (6) 地方の税源確保

国民一人ひとりに包括的な支援をおこなうという社会保障の考え方からすれば、国民に身近なところでサービスを設計し、実行する地方自治体の役割はきわめて重要である。すべての自治体で、住民の参加と自立を支えることが、地域の自立につながる。また、国民自らが関与する分権的な社会保障は、社会保障の信頼を大きく高める。したがって、社会保障改革を支える税制改革のためには、国とともに制度を支えている地方自治体の社会保障負担に対する安定財源の確保が重要な目標でなければならない。

地方自治体もまた、安定的な公共サービスの供給をとおして地域の経済活力を高め、雇用を拡大することに責任を負わねばならない。そして、地方自治体のそのような努力を支えるためにも、税源の遍在性が少なく、安定的な税財源を確保することが必要である。また、地方が地域の実情に応じて住民合意の下に提供するサービスに関しては、独自に財源が確保できるように地方自治体の課税自主権の拡大・発揮についても検討されるべきである。

## 5 持続可能な希望のもてる日本へ

### 機能強化に向けた当面の優先課題

平成23年度には、まず子ども・子育て支援に関して、政府が検討をすすめてきた「子ども・子育て新システム」の要綱に基づき、その実現に着手するべきである。

子ども・子育て新システムは、若い親世代の就労条件を上げ、子どもたちに良質な就学前教育を提供しその未来を拓くという点で、また、自治体が「新しい公共」の力にも依りながら、具体的な制度設計をおこなうという点で、社会保障改革の理念と原則にかなった仕組みである。さらに本来は、多様な子育てのスタイルやサービスのあり方を包括できるものである。こうした制度趣旨を活かしつつ、政府と自治体は、利用者が負担にふさわしい見返りを感じる事が出来るように、安定した財源を確保しつつサービスの整備をすすめるべきである。

また、雇用がますます厳しくなる状況をにらんで、新規学卒者と若年層のための就労支援体制を強化することも優先的に取り組まれるべき課題である。この場合、地域経済の状況は多様であり、また若者たちが抱える困難も一様ではない。この点をふまえて、内閣府で取り組まれているパーソナルサポートのプロジェクトなどの成果を新しい制度にむすびつけていくことが必要である。

さらに、与野党の国会議員や有識者で構成する「社会保障諮問会議」(仮称)の設置を急ぎ、とくに年金や医療について、本報告書の提起もたたき台として、政権交代を越えて安定的に定着させるべき仕組みについての合意を形成するべきである。

### 中規模の高機能な社会保障体制へ

本検討会は、社会保障の刷新・機能強化と財政健全化の同時達成、同時追求こそ、私たちのすすむべき道と考える。そこで目標とされている負担と給付の水準は、国際比較の観点からすれば、いわゆる「高福祉高負担」とは言えず、「中福祉中負担」ともいうべき水準である。ただし、社会保障の規模の大中小それ自体は、各国の経済成長率や競争力と直接に相関しているわけではない。高福祉高負担でも経済成長率が高い国があり、公的支出を抑制しても私的負担が重い国、現役世代が活力を失い経済が低迷する国がある。大事なことは、社会保障の制度や支出を、3つの理念と5つの原則に基づいて、参加と包摂を上げる高機能なものとしていくべき、ということである。



他方で、各分野にわたり社会保障給付を徹底して切り下げて、より「低福祉低負担」に、というシナリオも方法としては考えられる。しかし、日本がこれまでも社会保障それ自体については抑制をしてきたこと、その結果、とくに現役世代が活力を失い、経済もまた勢いをもち得ないでいる現状からすれば、これは持続可能な日本を展望する上で、責任ある選択肢とは言えない。

したがって、中規模の高機能な社会保障体制こそが、日本の社会保障改革が当面の目標として設定すべきかたちである。

私たちは、希望のもてる明日へと続く日本のために、今、足を踏み出さねばならない。皆が力を発揮でき、結びつき合うことができる社会をつくり、私たちの世代の幸福と将来世代の安寧を、ともに実現していかなければならない。そのことこそが、本検討会が提起する社会保障と税の一体的改革の目指すものである。