

平成23年2月17日(木) 10時～  
中央合同庁舎第5号館9階  
厚生労働省議室

## 第16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
- その他

### (配布資料)

資料1-1 医療提供体制の改革の検討の方向性に関するこれまでの主な議論・意見  
資料1-2 「検討の方向性」・関連する最近の指摘事項  
資料2 在宅医療と連携について  
資料3 平成23年度予算案関係資料  
資料4 社会保障改革の動向について  
関連資料

### (委員提出資料)

山本委員提出資料

(平成23年2月17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<br>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           |
| 永井 良三   | 東京大学大学院教授                           |
| 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

医療提供体制の改革の検討の方向性に関する  
これまでの主な議論・意見

※ 委員名の後に記載された⑫～⑮は、それぞれ⑫：第12回(10/15)、⑬：第13回(11/11)、⑭：第14回(12/2)、⑮：第15回(12/22)の医療部会を指す。

## 1. 医師等の人材確保

### <部会資料でお示した論点>

- 診療科や地域における医師の偏在についてどのように考え、医師等医療人材の確保対策について、より有効なものとするために、どのような改善が考えられるか。(第13回)
- 病院勤務医が疲弊し、開業する者が増えているとの指摘もあるが、勤務医が安心して働き続けることができるようにするためにどのような対策が考えられるか。(第13回)
- 高齢化の進展や疾病構造の変化等が進む中、医療人材の専門性(知識や技能)の向上策、今後、入院・外来・在宅等の分野でそれぞれの医療人材が果たすべき役割についてどのように考えるのか。(第13回)
- 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。(第15回)

### 【医師確保の現状について】

- ・ 高齢の医師が増えていることから、実働医師数が重要。また、都道府県内での医師の偏在の問題がある。(山崎委員⑫)
- ・ 地域医療の崩壊には、例えば9時～17時しか診療しない開業医の増加といった診療所機能の問題と中堅の先生が疲れて辞めていくという病院機能の問題がある。(山崎委員⑫)
- ・ 山村過疎地域では、未だ医師の確保が非常に大変である。(小野委員⑫)
- ・ 現場では、民間の医師派遣業者が高い報酬を要求しつつ、高い実績をあげているが、この実態を何とか改善する必要。(中川委員⑬)
- ・ 医療が細分化された中で質が問われているので、医師数が増えれば安心というわけではない。(加藤委員⑫)
- ・ 医師不足が解消されないと、外国から医師あるいは看護師をもってこいという声が国内から巻き起こる。(小島委員⑬)
- ・ 医師不足かつ勤務医の疲弊が深刻な地域で、若手の医師をきちんと質を確保しつつ、育成していくことは可能なのか。(海辺委員⑫)

### 【医療従事者の処遇改善について】

- ・ 医師手当等医師としての処遇改善が重要。(水田委員⑫)
- ・ 医療提供体制の議論の中で、勤務医と看護師等、医療従事者の労働条件の是正につ

いて直視する必要がある。（小島委員（伊藤参考人）⑫）

- ・ 医師、看護師、薬剤師等の医療従事者に女性が多くなっている現状の中、夜間働くことの健康リスクを踏まえて、女性が長く働けるような環境を検討する必要がある。（齋藤（訓）委員⑫）
- ・ 医療職全体を見据えて、女性をどうするかという論点が必要。（山本委員⑬）
- ・ 看護師の職場環境と同じように医師も、最終的には3交代、複数主治医制といった職場環境にならなくてはならない。（邊見委員⑬）

#### 【医師等の養成、配置について】

- ・ 現行の医療提供を踏まえ、どの地域にどのような医師が必要か検討した上で、将来の医師数の見通しを可能な限り明らかにするべき。（西澤委員⑫）
- ・ 女性医師が出産で医師として働けない期間も踏まえ、医師数は推計する必要がある。（西澤委員⑫）
- ・ 患者の絶対数が減ってきている中で、全体としてどういう医療提供体制を作るかによって医師の総数が決まるにもかかわらず、その議論がない。（相澤委員⑬）
- ・ 医師の養成数をもっと多めにとるべきなのではないか。（海辺委員⑬）
- ・ 歯科医師は過剰という問題がある。長期的に見て、医師を増やすことで歯科のようなことにならないように考えていく必要がある。（近藤委員⑫）
- ・ 地域枠は、例えば「県民枠」のように、そこに生活基盤のある人を取るようすべき。（山崎委員⑫）
- ・ 地域枠の学生も、将来その地域の中でしか仕事ができなくなると、夢や希望を持ちにくい。（辻本委員⑫）
- ・ 地域枠はその県出身の学生だけが対象だが、他県出身者でもその地域に貢献しようという学生のこと考えるべき。（中川委員⑫）
- ・ 医師の養成数を増やすとともに、実効性のある地域枠を設定してほしい。（小野委員⑬）
- ・ 医学部増員は、既存の医学部の定員を増やすべき。また、医師の偏在対策として、一定の制約をもたせた仕組み（地域で医師を育てる仕組み）を考える必要がある。医学部新設は反対。（中川委員⑫）
- ・ 医師偏在の是正を図るための需給調整システム、地域の実情に応じた柔軟な医師の派遣体制の構築を進めるための財政措置が必要。（小野委員⑬）
- ・ ほとんどの医者が国民皆保険制度の下で従事しているという点に着目した配置計画、養成計画が必要。（高智委員⑫）
- ・ 自由標榜制とフリーアクセスが今の財政の中で成り立つのか、そこに強制や法律を持ち込むのかといった議論が必要。（部会長⑬）
- ・ 職業選択の自由も奪わない一方で、地域における国民の生存権もきちんと守れるというような、緩やかな定数配置が必要ではないか。（邊見委員⑬）
- ・ 診療科別のバランスを取るためにも、医学部を卒業して臨床研修に行く過程の中で、診療科を一定程度誘導するシステムを構築できないか。（高智委員⑬）
- ・ 病院の勤務医が開業するに当たっては、地域での経験を積んだ方が開業する必要がある



あると考えるが、こうしたキャリアパスはどうなっているのか。また、地域で開業する医師にはコミュニケーション能力が必要。（海辺委員⑬）。

- ・ 医学部卒業後２年間の初期臨床研修制度はある程度成果を上げており、今後、後期の研修や専門医などが課題である。（部会長⑫）
- ・ 臨床研修制度で地域医療を学ぶ期間を延ばせないか。（小野委員⑬）
- ・ 全身像、心の病まできちんと診られる一般医（総合診療医）の養成が重要。ドイツでは、一般医という専門医職があり、国民の多くが、期待と信頼を持っている。（高智委員⑫）
- ・ 国として看護師の数を確保すべき。養成所に国として責任を持って補助をすべき。（横倉委員（羽生田参考人）⑬）
- ・ 医師の地域偏在を是正するため、保険医の需給調整と医療提供体制の役割分担を強力に進めるような体制整備を早急にすべき。（小島委員⑬）

#### 【地域医療支援センターについて】

- ・ 民間の医師あっせん業者は高い手数料をとり、それが病院経営を圧迫しているのので、地域医療支援センターがもっと知名度をあげ、早くこの問題を解決してほしい。（日野委員⑬）
- ・ 若い人の意識の変化、教授のガバナンスの低下に着目する必要がある。（相澤委員⑬）
- ・ 長期的には、センターで常勤で勤務する医師をどう育てるかが必要。（相澤委員⑬）
- ・ 現在、都道府県で行われている取組例を集め、お互いの都道府県が参考にできるようにすべき。（西澤委員⑬）
- ・ 機能として、地域医療対策協議会との関係や費用面で無駄が生じることがないように、また、地域の実情に応じた制度となるようにすべき。（光山委員⑬）
- ・ 地域医療支援センターは、全国一斉に始めるのではなく、まずモデル事業的にいくつかの県を集中して試行してみて、成果を見ながら次へ移るようにしてはいかがか。（水田委員⑬）
- ・ 地域医療支援センターは、PDCAサイクルに乗せることが重要。（海辺委員⑬）
- ・ 地域医療支援センターを、都道府県の地域医療対策協議会をより具体的に推進するための、中核的なセンターとして位置づけるべき。（小島委員⑬）

#### 【医療従事者間の役割分担とチーム医療について】

- ・ チーム医療は医者数が少ないからやるわけではなく、病院医療の質を高くするために必要である。（相澤委員⑫）
- ・ 役割分担とチーム医療は、少ない人数で最大の効果を上げるため、進めていくべき。（齋藤（訓）委員⑫）
- ・ 少子化が進む中、少ないマンパワーで、どうやって患者のニーズに医療従事者が応えていくかを考えると、役割分担やチーム医療の推進は必須。（齋藤（訓）委員⑬）
- ・ 医師以外の医療従事者の医療現場での活用について、積極的に検討する必要がある。（高智委員⑫）

- ・ チーム医療の中で、「専門的口腔ケア」を担う歯科医師、歯科衛生士の果たす役割は非常に大きい。（近藤委員⑫）
- ・ チーム医療の中に歯科を入れるべき。歯科医師が在宅医療チームの中で一緒に口腔ケアを行うことはとても大切である。（水田委員⑫）
- ・ 療養病床での歯科は非常に大切だ。最後まで自分の口で食べるということが大切。（海辺委員⑫）
- ・ 歯科医師、歯科衛生士が専門職種として口腔ケアに関与することで、医師不足問題、チーム医療に役立つことができる。（近藤委員⑬）
- ・ 薬が安全に提供されるということも国民・患者にとって安心な医療提供体制を組むという意味では大きな問題。（山本委員⑫）
- ・ 医療機関、施設、在宅と患者の移動があっても、薬剤など必要なサービスが受けられなくなるようなことがないように検討すべき。（山本委員⑭）
- ・ 患者、国民から見れば、どこに、どんな職種が、どのように配置されたいかというのは、重要。こうした視点で在宅や病院でどうするかを議論すべき。（山本委員⑬）
- ・ 新たな業務独占資格である特定看護師（仮称）の創設は、一般看護職員の業務縮小につながるため、その必要性はない。（横倉委員（羽生田参考人）⑬）

## 2. 医療提供施設の機能

### <部会資料でお示した論点>

- 人口・世帯構造や疾病構造の変化等をうけて、病院、診療所、薬局等には、患者のニーズ（急性期治療、リハビリ、長期療養、在宅医療など）に応じた医療機能の観点から、どのような役割が期待されるか。（第14回）
- 一般病床、療養病床の病床区分や介護保険の施設・在宅サービスなどを含め、医療機能分化の現状をどう評価するか。今後に向けて、病院・診療所が担う入院・外来の医療機能について、それぞれどのような方向性が考えられ、どのような機能強化が必要か。（第14回）
- 特定機能病院（高度の医療の提供、開発評価、研修など）、地域医療支援病院（地域での医療確保に必要な支援など）について、それぞれに期待される役割、今後の方向性をどう考えるか。（第14回）

### 【病院・病床の機能について】

- ・ 少子高齢化の進展により、入院する患者の疾病構造や患者の状態も大きく変わってきていることを十分認識する必要がある。（相澤委員⑫）
- ・ これからは小規模の自治体立病院がすべて必要な医師数を集めることは困難であり、その町の中で最低限必要な医療は何かを考え、提供体制を構築していく必要がある。（西澤委員⑫）
- ・ 医療の空洞化が心配される中、地域医療を担う保険医療機関にきちんと人が配置されることが重要だ。（小島委員（伊藤参考人）⑫）

- ・ がんの患者が増えると、非常に高度な治療を求める患者の数が増えるので、そういう病院などに手厚く医師を配置する必要がある。(海辺委員⑫)
- ・ 経験豊かで高いスキルを持った医師、医学部の教授などは、外来でかぜの患者を診るのではなく、最も重症度の高い方に向けることが医療資源の効率的なあり方。(高智委員⑬)
- ・ がん対策基本法ができた後、各地に拠点病院ができたが、がん患者にはその機能が実感できない。病院は要件を満たすことに汲々として、ソフトが充足されていない。(海辺委員⑫)
- ・ 似たような総合病院が多すぎという印象が国民にはある。きっちり先進的な医療を提供してもらえるところと、治療後に近所で定期的に経過観察をしてもらえるところと、機能の棲み分けを行うべき。砂漠に水を撒くような感じではなく、どこに集中的にやるのかというのを、国民の目にもわかるように議論していく必要。(海辺委員⑭)
- ・ 療養病床の再編について、ほとんど介護保険施設に転換できていないようだが、介護の社会化という、基本的な理念は推進する必要。(小島委員(伊藤参考人)⑭)
- ・ 今以上にマンパワーが増えない中、病床数が非常に多く、広く薄くマンパワーを配置している状況をどうするのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。(齊藤(訓)委員⑭)
- ・ 一般病床は、さまざまな機能を持った病床が一緒くたになっており、同一の基準では整合性がとれない。地域一般病床と急性期病床を区分する必要があり、人員配置は自ずと異なる。(相澤委員⑭)
- ・ 有床診療所や、中小病院の一般病床のあり方をしっかり議論すべき。(横倉委員⑭)
- ・ 平均在院日数の計算式を外国の計算式の考え方と合わせるべき。(山崎委員⑭)

#### 【特定機能病院等の在り方について】

- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院の機能が曖昧になっている。病院の機能と人員配置のあり方、地域の医療機関で十分対応可能な患者が特定機能病院や地域医療支援病院、がん拠点病院等に集中していることや、外来が多く来る病院もある現状について、これらの病院と役割を分担する有床診療所や中小病院等も含めて、見直すよう議論すべき。(横倉委員⑭)
- ・ 医師等の地域間格差と診療科間格差がいわれるが、病院形態での格差も大きい。医療提供体制の面と、診療報酬の両面から、特定機能病院の在り方を検討する場を別途設けるべき。(中川委員⑭)
- ・ 病院の果たす役割、診療所の果たす役割を見直す必要がある。その中で、地域医療支援病院は、その病院でしかできない検査を地域の病院が共有するという趣旨などがあったが、各種診断装置がいろいろなところに配置されていると、地域医療支援病院のそもそもの理念がどうなっているのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。(齊藤(訓)委員⑭)
- ・ 特定機能病院にしても、DPCの進展とともに中身が変わってきているにもかかわらず、もとの制度のままであり、特定機能病院、地域医療支援病院について、取り上げるべき。(部会長代理⑭)

- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院については、医療施設体系のあり方に関する検討会である程度議論の整理が行われており、政府はこれを受け止め検討を進めるべき。（尾形委員⑭）

#### 【診療所について】

- ・ 有床診療所は、専門性の高い医療、救急医療、病院から在宅へのつなぎ等、地域において様々な機能を果たしているが、経営が苦しく、減少の一途を辿っている。（横倉委員⑭）
- ・ 地域で切れ目のない医療・介護の提供が必要とされる中、地域住民の身近にある病床としてその社会的役割は大きいので、有床診療所がその機能を維持できるよう対策と活用を図るべき。（横倉委員⑭）
- ・ 有床診は、今後地域での医療提供体制に欠かせない存在であり、有床診の機能を地域医療計画あるいは地域医療提供体制の構築の中できちんと位置付けるべき。（渡辺委員⑭）
- ・ 有床診療所の活用にあたっては、高齢者だけではなく、子どもの受け皿としても念頭におくべき。（加藤委員⑭）

#### 【人員配置標準について】

- ・ 地域による医師の偏在、新型インフルエンザのように急激な外来患者の増加なども踏まえ、医師の配置基準について、外来患者に係る現在の基準（40：1）の是非について議論が必要。（横倉委員⑭）
- ・ 外来の医師配置基準については、これを撤廃した場合の代替りの計算方式について検討する場をつくるべき。（山崎委員⑭）
- ・ 医師の配置標準は昭和23年以来変わっていないが、その当時と比較すると現在の方が1人の患者を診るのに時間がかかる。それが過労の原因にもなり、同じ基準ではやっていけない。（部会長⑭）
- ・ 人員配置基準は、医療のアウトカム情報の提供など、それに代わる指標が整備充実されれば撤廃は望ましいが、未だに標準人員を充足しない医療機関が存在しており、医療の安全の確保等の視点からみると重要。（高智委員⑭）
- ・ 医療法で定められている基準というのは、必要最低基準と認識しており、そのことはきちんと共有した上で議論する必要。（齊藤（訓）委員⑭）
- ・ 病院の中に歯科医師、歯科衛生士を置くことで、病院内でのチーム医療が発揮できる。病棟に歯科医師を置くような施設基準等について検討すべき。（近藤委員⑭）
- ・ 人員配置基準の話では、必ず看護師中心の議論になるが、チーム医療の観点からは、看護師以外の職種を入れるなど柔軟性があってもよい。（山崎委員⑭）
- ・ 今後、医療安全やチーム医療を考えれば、人員配置の見直しにあたっては、実際に仕事をする必要性や目的を考えた上で検討すべき。（山本委員⑭）
- ・ ルールの定め方について、一律の基準ではなく、地域性、病院の特殊性に基づく例外も認めるような柔軟性を持った定め方があってもよいのではないか。（樋口委員⑭）

#### 【医療機器の配置状況について】

- ・ 多くの保険医療機関が高額な医療機器を配置しており、その状況は国際比較からみても突出している。（高智委員⑭）
- ・ 医療機器の台数が多い反面、ほぼ待たずにアクセスできるという日本の良さを生かした中でどう効率化を図るかの議論が必要。（西澤委員⑭）
- ・ 病床数、医療機器が多い。一方、医療を受ける側から言うと、すぐ身近に病院があって良い機械があるというのは便利。その数を減らす、集約化するには国民、患者の理解を得ないと難しい。（部会長⑭）
- ・ 最近では患者側も医療機器の適正な設備の配置が必要と主張している。国民は負担をしているので、無駄なく理に適ったやり方にしてほしいと思っており、議論できる環境にあるのではないか。（海辺委員⑭）
- ・ 医療機器の配置が診療所に多いという指摘については、大病院が検査を行わない時間帯にCT専門のクリニックが検査している実態があり、その結果、患者サービスが向上している面がある。（日野委員⑭）

### 3. 在宅医療・連携

#### ＜部会資料でお示した論点＞

- 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。（第15回）
- 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。（第15回）
- 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。（第15回）

#### 【在宅医療の推進について】

- ・ 在宅について、整備が進まない原因を分析し、高齢者が病院に逆戻りしない仕組みをどのように作るのか考える必要がある。（齋藤（訓）委員⑫）
- ・ 訪問看護ステーションでの規模拡大、新規採用や教育研修の充実が進むような支援体制が必要。（齋藤（訓）委員⑬）
- ・ NICUに長期入院している患者について、後方病床や中間施設が必要。また、地域や家庭で生活できるような受け皿作り、特に在宅医療・在宅看護をより積極的に推進する必要がある。（加藤委員⑫）
- ・ 小児の在宅医療について、在宅での子どもへのサービスが非常に不足しており、障害を持った子供たちが長期間、親の負担も軽減しつつ療育できるような環境の整備をしていくべき。（齋藤（訓）委員⑮）
- ・ 次期医療計画策定の際には、在宅看取り率を各都道府県で目標として設定して、そ

のための指標として、訪問看護で働く従事者数を挙げてほしい。また、安定的な訪問看護サービスの提供が可能となるよう、事務作業のIT化、サテライト事業所の活用、常に衛生材料等が不足なく供給できる体制の整備が必要。（齊藤（訓）委員⑮）

- ・ 在宅医療の中で薬剤に関する問題は、高齢者の方が増えることによる重複投薬や相互作用へのリスク増や、視覚・聴覚感覚の衰え、嚥下能力の低下による入念な服薬の管理の必要性などがあり、薬剤師が参加できると考える。また、薬剤師が在宅医療に参加すれば、飲み残しの無駄が省けるほか、在宅を担当する医師の負担軽減につながる。（山本委員⑮）
- ・ 日本歯科医師会においても在宅医療における多職種との連携、チーム医療の中でどういう歯科医療を提供できるかを検討しているが、提出資料のとおり、歯科疾患を持っている要介護者に対して、歯科診療所からの医療提供体制が現在不十分であり、歯科医療側の体制を整えるとともに、医科、介護、歯科との連携を迅速に推進することが喫緊の課題。（近藤委員⑮）
- ・ 在宅医療の後方支援機能として、有床診療所の病床は重要である。また、患者の身近で、終末期医療も担っている。（横倉委員⑭）

#### 【地域における医療機関間、医療・介護間の連携について】

- ・ 地域における医療機関連携のための施策の実施状況や効果をきちんと検証すべき。地域連携は着実に進んでいるのか。（光山委員⑫）
- ・ 現在進んでいる厚労省の「地域医療再生計画」のプロジェクトでは、それぞれの県で行政、医師会、大学、地域の病院が一緒に行うという計画である。（水田委員⑫）
- ・ 救急については、もっと医療機関はお互い様の考え方を持って、分け合えばいいと思う。得意な分野だけ診てもらって、あとは他の病院で診るといった、柔軟な仕組みを作ればよい。（相澤委員⑮）
- ・ 紹介され別の病院に行くたびに同じ検査を繰り返し受けているのが現状。疑わしければ確かな施設できっちり診断してもらって、そのデータが他の病院でも活用されるようにすべき。（海辺委員⑭）
- ・ ICTを使った遠隔医療等が実施されているが、医療機関が連携し、リソースの共同利用を進め、同じエリアで同じ質の医療をみんなが利用できる環境を整備すべき。（光山委員⑭）
- ・ 全国の多くの町村は二次医療機関を持たないため、二次医療機関との情報ネットワークの形成が重要であり、電子カルテ等の整備を急ぐ必要。（小野委員⑭）
- ・ 家に帰っても看る人がいないといった変化の中で、慢性期や高齢者の医療、福祉、介護をどうしていくのかという視点から考える必要がある。（相澤委員⑫）
- ・ 医療提供体制ということで医療だけで見るとはなくて、介護、福祉を併せて議論すべき。（西澤委員⑫）
- ・ 高齢者も小児も、家事支援のような医療とは違うところも整わないと、家に帰るのは非常に難しい。（海辺委員⑫）
- ・ 精神科病院に入院している患者の半分は高齢者であるが、今ある施設を転換して、こうした者を地域で受け入れる体制を整備すべき。（山崎委員⑭）



- ・ 自殺した人の家族等に対する支援体制の構築が必要である。（山崎委員⑮）
- ・ 医療提供体制のグランドデザイン、介護提供体制のグランドデザインのリンケージを忘れてはならない。（部会長代理⑫）
- ・ 有床診療所は、病院と在宅、病院と介護施設のつなぎを行う受け皿（病院からの早期退院も含む後方支援病床）として重要な役割を担っている。（横倉委員⑭）
- ・ 医療を伴う介護の拠点として有床診療所を活用することにより、地域の介護力アップにつながる。（横倉委員⑭）

#### 4. 医療計画

##### <部会資料でお示した論点>

- 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。（第15回）
- 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。（第15回）
- 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。（第15回）

##### 【医療計画について】

- ・ 医療制度の枠組み自体は、国がきちんと骨格を定めるべき。その上で、広域的自治体（都道府県というよりは将来は道州制の道州）に需要・供給を調整できる権限が与えられるという姿が望ましい。（大西委員⑭）
- ・ 二次医療圏は都道府県で決めていいということになっているが、都道府県に本当にそうした意識があるのか。意識をもたせる方法の検討が必要。（西澤委員⑮）
- ・ 同じ二次医療圏同士の中でも相当な格差があり、二次医療圏を見直す必要があるのではないか。（渡辺委員⑫）
- ・ 医療提供体制は医療計画で二次医療圏ごとに作るということになっているが、一定の形になっていない二次医療圏ごとにやること自体が間違い。（相澤委員⑭）
- ・ 地域医療計画については、地域の範囲というのは何なのかというところを議論しないと、議論が進まない。基本的に地域をどういう具合に設定するかによって、計画の作り方が違う。（相澤委員⑮）
- ・ まずは医療圏の在り方を議論し、その中で、必要な地域医療の機能や、連携の在り方について、地域医師会の代表も関わり議論すべき。（横倉委員⑭）
- ・ 各地域における介護の分野も含めた具体的な医療提供体制のあり方を示さないと、マクロで議論していてもなかなか現実に進まない。（渡辺委員⑫）
- ・ 厚生労働省の指針では、医療機関の機能の分化・明確化、総合的な医師確保体制といったことも触れているが、踏み込みが足りない。二次医療圏のあり方も含めて、よ

り具体的に踏み込んだ指針を作らないと、都道府県も動きようがないと思う。（渡辺委員⑮）

- ・ 地域医療計画の記載をどうするかというときに、地域の実情に応じたところをどう加味するか。特に連携のところは相当広い範囲での連携も狭い範囲での連携もある。そのあたりを十分に勘案する必要。（横倉委員⑮）
- ・ 一般医療の医療圏と精神科の医療圏が別になっており、都道府県によって、例えば社会医療法人が取りやすい県と、取りにくい県ができるなど問題が生じているので、整理が必要。（山崎委員⑮）

#### 【医療計画における4疾病5事業について】

- ・ 今後、増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要があり、4疾病5事業の疾病に精神疾患を追加した5疾病5事業とすべき。（山崎委員⑮）
- ・ 精神疾患の方が救急で来た場合の連携が地域で問題となっており、精神科医療については4疾病から5疾病に増やすなり、何らかの対応が必要。（横倉委員⑮）
- ・ 4疾病5事業の中の歯科、歯科医師の役割は必ずしも明確でない。地域の医療資源としての歯科医師、歯科医療機関を活用する方法を講ずべき。（近藤委員⑮）
- ・ 現行の4疾病5事業についても、PDCAサイクルの実効性が当初の目標どおりに機能しているのか否かを検証するとともに、その評価結果を踏まえた議論が非常に大切になっていくのではないかと。（高智委員⑮）
- ・ 4疾病5事業というカテゴライズがぴったり来ない。（日野委員⑮）

#### 【基準病床数制度について】

- ・ 基準病床数が、平均在院日数をベースに計算されたり、二次医療圏の積み上げをベースに定められている限り、是正できるはずがない。基準病床のルールそのものについて、リソースの平準化、有効活用、地域偏在の解消という意味でも検討すべき。（光山委員⑭）
- ・ 一般病床は病床利用率が低下しており、基準病床は、今ある病床を守っているという逆の側面も発生しているのではないかと。一般病床、特に急性期病床の基準病床の考え方について、今後取り上げる必要。（部会長代理⑭）

### 5. 救急・周産期医療体制

#### ＜部会資料でお示した論点＞

- 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。（第15回）
- 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。（第15回）



- 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。（第15回）

#### 【救急・周産期医療体制について】

- ・ 救急医療機関が総じて医師不足であり、担当する医師が疲弊をしているという現状をどうにかしないと、救急医療体制がきちんと組めなくなる。（大西委員⑮）
- ・ 小さい病院が救急医療を抱えるというのは非常に困難な状況。交付税措置はあるが、救急医療を担う病院に対して支援措置を確立してほしい。（小野委員⑮）
- ・ 消防法が改正され、各都道府県は傷病者の搬送および傷病者の受入れの実施に関する基準を策定することになったが、救急医療の計画を立てるときには、こうした消防法との関係、調和が保たれる必要がある。（横倉委員⑮）
- ・ ドクターヘリについて、トリアージの仕方、ヘリコプターの固定費と、1回あたりに飛ぶときの変動費をどの財源から出すかといった検討もすべき。（部会長代理⑮）

## 6. 患者との関係、広告など

### ＜部会資料でお示した論点＞

- 広告可能事項の範囲やその内容について、患者・国民の選択を支援する観点から、どのような改善が考えられるのか。（第13回）
- 病院のホームページの記載等については、医療法上広告ではなく、患者自らのアクセスに対する情報提供として取り扱っているが、誤った情報が長期間更新されていない、不正確な情報が記載されるなどの事例が指摘されることがある。これらに対してどのような対応が考えられるか。（第13回）
- 患者にとって有益な情報を容易に得られる医療機能情報提供制度とするため、今後どのように制度を改善すべきか。また、医療の実績情報（アウトカム指標）の公表の在り方について、どのように考えるのか。（第13回）
- 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。（第15回）

#### 【患者中心の医療と住民意識の啓発について】

- ・ 医療関係者の患者に対するアプローチの仕方が良くなったので、患者の満足度は上がっている。これはとても良いことであり、大切なことである。（水田委員⑬）
- ・ 医療計画のあるべき姿を検討する上においても、患者中心の医療に着実に結び付いていく方向性が重要。（高智委員⑮）
- ・ 医療保険の事務的分野でのICT化が進歩・発展しており、蓄積されたデータの有効活用という視点から、積極的に対応すべき。（高智委員⑮）
- ・ 地域の医療を話す場には地域の住民の方も参加して議論するという形式が必要であ

り、そのためには、住民へのわかりやすい情報提供や公平なデータの公開などが必要。  
(海辺委員⑭)

- ・ 救急車利用の啓発や、コンビニ受診の抑制等地域でも取り組んでいるが、国からもそういうことをやってはダメだというキャンペーン的な対策を検討してほしい。(大西委員⑮)
- ・ 東京消防庁によると、救急車が1台出るために人件費・保険費を含めて3万円かかるとのこと。住民の意識を高めるために、こういうコストがかかることを住民等に情報公開すべき。(加藤委員⑮)

#### 【広告・情報提供について】

- ・ 病院のホームページは今日では「広告」と考えるべきだが、実際の規制は技術的に困難。各都道府県の医療機能情報提供制度のホームページからリンクされているという保証や、第三者認証といった工夫が必要。(部会長代理⑬)
- ・ 広告と広報は区別して議論すべき。広告は規制すべき。広報は第三者的な指標などを公的な機関が公表するものと理解している。(相澤委員⑬)
- ・ 医療機能情報の提供を検討するにあたっては、数字の出し方など、開示情報の統一が重要であり、広告の仕方も含め、情報提供のあり方そのものの検討が必要。県の医療機能情報提供制度は、今は単なるカタログ。地域で各医療機関が機能を特化し、役割分担・連携しているのだから、それが患者に理解してもらえて行動を誘導するような仕掛けが必要。(光山委員⑬)
- ・ がん患者の情報を集める取組を実施しているが、個人情報保護法に抵触するという理由で医療機関から患者情報の提供を断れてしまうことがある。患者情報を分析する目的で収集することは個人情報保護法上問題がない旨、もう少しアピールすべき。(樋口委員⑬)
- ・ 前回、医療情報を集めて公表するという制度ができたとき、将来的には質も含めて公表することを考えるという記述が入っていたが、そういうことは必要だと思う。(相澤委員⑬)

#### 【医療の質の評価・公表について】

- ・ 諸外国における評価・公表の主流は、ガイドラインに基づく診療を行った患者割合などのプロセス指標や入院待ち日数減少といったアウトプット指標。いずれにせよ、大切なことは指標を標準化すること。アメリカでも、標準化されたレポートでデータが横並びで見られることが第一歩であるということは理解されている。(部会長代理⑬)
- ・ 今は何となく出ている情報で患者が惑わされているという印象。きちんと公平なデータが出るようになってほしい。また、質に関してはもうちょっと厳しい評価軸を作ってほしい。(海辺委員⑬)
- ・ 医療の質に関する情報の公表は必要。患者が医療機関を決める際に最も大事にしているのは、一番親しい人の一言であり、医療機関は公表に躊躇する必要はない。(相澤委員⑬)

【関連する動きについて】

- ・ 「グローバル臨床研究拠点等の整備の拡充」は重要。日本は日本国内の治験にこだわることから、良い薬があっても、なかなか使えるようにならない。臨床試験については予算づけをしてほしい。（海辺委員⑫）
- ・ 医療ツーリズムは、高い診療費を払う外国人患者優先につながるおそれがあり、やがては混合診療の全面解禁や株式会社の参入につながり、地域医療の崩壊を招くおそれがある。（中川委員⑬）
- ・ 医療提供体制全体について、中長期的な展望やビジョンを当部会でしっかり議論し、とりまとめるべき。（尾形委員⑭）

## 「検討の方向性」・関連する最近の指摘事項

(凡例)

- ・国民会議中間報告：社会保障国民会議中間報告（平成 20 年 6 月）
- ・成長戦略：新成長戦略（平成 22 年 6 月）
- ・調査会中間整理：税と社会保障の抜本改革調査会「中間整理」（平成 22 年 12 月）
- ・有識者報告：社会保障改革に関する有識者検討会報告（平成 22 年 12 月）

| 医療提供体制の改革の検討の方向性に関するこれまでの主な議論・意見（第12回～第15回）   | 社会保障全体の改革に関する最近の報告書等における関連指摘  |
|---|---|
| 医師等の人材確保  |   |
| <p>&lt;医療従事者の処遇改善について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師手当等医師としての処遇改善が重要。（水田委員⑫）</li> <li>・ 医療提供体制の議論の中で、勤務医と看護師等、医療従事者の労働条件の是正について直視する必要がある。（小島委員（伊藤参考人）⑫）</li> <li>・ 医師、看護師、薬剤師等の医療従事者に女性が多くなっている現状の中で、夜間働くこと健康リスクを踏まえて、女性が長く働けるような環境を検討する必要がある。（齋藤（訓）委員⑫）</li> <li>・ 医療職全体を見据えて、女性をどうするかという論点が必要。（山本委員⑬）</li> <li>・ 看護師の職場環境と同じように医師も、最終的には3交代、複数主治医制といった職場環境にならなくてはならない。（邊見委員⑬）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保（成長戦略）</li> </ul>  |
| <p>&lt;医師等の養成、配置について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行の医療提供を踏まえ、どの地域にどのような医師が必要か検討した上で、将来の医師数の見通しを可能な限り明らかにすべき。（西澤委員⑫）</li> <li>・ 女性医師が出産で医師として働けない期間も踏まえ、医師数は推計する必要がある。（西澤委員⑫）</li> <li>・ 患者の絶対数が減ってきている中で、全体としてどういう医療提供体制</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療・介護分野全体及び専門分野ごとの人的資源需要予測を行い、計画的養成・整備に早急に取り組む（国民会議中間報告）</li> <li>・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要（調査会中間整理）</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
| <p>を作るかによって医師の総数が決まるにもかかわらず、その議論がない。<br/>（相澤委員⑬）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の養成数はもっと多めにとるべきなのではないか。（海辺委員⑬）</li> <li>・ 歯科医師は過剰という問題がある。長期的に見て、医師を増やすことで歯科のようなことにならないように考えていく必要がある。（近藤委員⑫）</li> <li>・ 国として看護師の数を確保すべき。養成所に国として責任を持って補助をすべき。（横倉委員（羽生田参考人）⑬）</li> </ul>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域枠は、例えば「県民枠」のように、そこに生活基盤のある人を取るようにすべき。（山崎委員⑫）</li> <li>・ 地域枠の学生も、将来その地域の中でしか仕事ができなくなると、夢や希望を持ちにくい。（辻本委員⑫）</li> <li>・ 地域枠はその県出身の学生だけが対象だが、他県出身者でもその地域に貢献しようという学生のこと考えるべき。（中川委員⑫）</li> <li>・ 医師の養成数を増やすとともに、実効性のある地域枠を設定してほしい。（小野委員⑬）</li> <li>・ 医学部増員は、既存の医学部の定員を増やすべき。また、医師の偏在対策として、一定の制約をもたせた仕組み（地域で医師を育てる仕組み）を考える必要がある。医学部新設は反対。（中川委員⑫）</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師養成数の増加（成長戦略）</li> <li>・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要（調査会中間整理）</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ほとんどの医者が国民皆保険制度の下で従事しているという点に着目した配置計画、養成計画が必要。（高智委員⑫）</li> <li>・ 自由標榜制とフリーアクセスが今の財政の中で成り立つのか、そこに強制や法律を持ち込むのかといった議論が必要。（部会長⑬）</li> <li>・ 職業選択の自由も奪わない一方で、地域における国民の生存権もきちんと守れるというような、緩やかな定数配置が必要ではないか。（邊見委員⑬）</li> <li>・ 診療科別のバランスを取るためにも、医学部を卒業して臨床研修に行く過程の中で、診療科を一定程度誘導するシステムを構築できないか。（高智委員⑬）</li> <li>・ 病院の勤務医が開業するに当たっては、地域での経験を積んだ方が開業する必要があると考えるが、こうしたキャリアパスはどうなっているのか</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である（調査会中間整理）</li> <li>・ 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（有識者報告）</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <p>。また、地域で開業する医師にはコミュニケーション能力が必要。（海辺委員⑬）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医学部卒業後2年間の初期臨床研修制度はある程度成果を上げており、今後、後期の研修や専門医などが課題である。（部会長⑫）</li> <li>・ 臨床研修制度で地域医療を学ぶ期間を延ばせないか。（小野委員⑬）</li> <li>・ 全身像、心の病まできちんと診られる一般医（総合診療医）の養成が重要。ドイツでは、一般医という専門医職があり、国民の多くが、期待と信頼を持っている。（高智委員⑫）</li> <li>・ 医師偏在の是正を図るための需給調整システム、地域の実情に応じた柔軟な医師の派遣体制の構築を進めるための財政措置が必要。（小野委員⑬）</li> <li>・ 医師の地域偏在を是正するため、保険医の需給調整と医療提供体制の役割分担を強力に進めるような体制整備を早急にすべき。（小島委員⑬）</li> </ul>  |  |
| <p>&lt;地域医療支援センターについて&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 民間の医師あっせん業者は高い手数料をとり、それが病院経営を圧迫しているの、地域医療支援センターがもっと知名度をあげ、早くこの問題を解決してほしい。（日野委員⑬）</li> <li>・ 若い人の意識の変化、教授のガバナンスの低下に着目する必要がある。（相澤委員⑬）</li> <li>・ 長期的には、センターで常勤で勤務する医師をどう育てるかが必要。（相澤委員⑬）</li> <li>・ 現在、都道府県で行われている取組例を集め、お互いの都道府県が参考にできるようにすべき。（西澤委員⑬）</li> <li>・ 機能として、地域医療対策協議会との関係や費用面で無駄が生じることがないように、また、地域の実情に応じた制度となるようにすべき。（光山委員⑬）</li> <li>・ 地域医療支援センターは、全国一斉に始めるのではなく、まずモデル事業的にいくつかの県を集中して試行してみて、成果を見ながら次へ移るようにはいかかがか。（水田委員⑬）</li> <li>・ 地域医療支援センターは、P D C Aサイクルに乗せることが重要。（海辺委員⑬）</li> <li>・ 地域医療支援センターを、都道府県の地域医療対策協議会をより具体的</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である（調査会中間整理）</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <p>に推進するための、中核的なセンターとして位置づけるべき。(小島委員⑬)</p>   |  |
| <p>医療従事者間の役割分担とチーム医療について</p>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チーム医療は医者数が少ないからやるわけではなく、病院医療の質を高くするために必要である。(相澤委員⑫)</li> <li>・ 役割分担とチーム医療は、少ない人数で最大の効果を上げるため、進めていくべき。(齋藤(訓)委員⑫)</li> <li>・ 少子化が進む中、少ないマンパワーで、どうやって患者のニーズに医療従事者が応えていくかを考えると、役割分担やチーム医療の推進は必須。(齋藤(訓)委員⑬)</li> <li>・ 医師以外の医療従事者の医療現場での活用について、積極的に検討する必要がある。(高智委員⑫)</li> <li>・ チーム医療の中で、「専門的口腔ケア」を担う歯科医師、歯科衛生士の果たす役割は非常に大きい。(近藤委員⑫)</li> <li>・ チーム医療の中に歯科を入れるべき。歯科医師が在宅医療チームの中で一緒に口腔ケアを行うことはとても大切である。(水田委員⑫)</li> <li>・ 療養病床での歯科は非常に大切だ。最後まで自分の口で食べるということが大切。(海辺委員⑫)</li> <li>・ 歯科医師、歯科衛生士が専門職種として口腔ケアに関与することで、医師不足問題、チーム医療に役立つことができる。(近藤委員⑬)</li> <li>・ 薬が安全に提供されるということも国民・患者にとって安心な医療提供体制を組むという意味では大きな問題。(山本委員⑫)</li> <li>・ 医療機関、施設、在宅と患者の移動があっても、薬剤など必要なサービスが受けられなくなるようなことがないように検討すべき。(山本委員⑭)</li> <li>・ 患者、国民から見れば、どこに、どんな職種が、どのように配置されたいかというのは、重要。こうした視点で在宅や病院でどうするかを議論すべき。(山本委員⑬)</li> <li>・ 新たな業務独占資格である特定看護師(仮称)の創設は、一般看護職員の業務縮小につながるため、その必要性はない。(横倉委員(羽生田参考人)⑬)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、様々な緊急の課題に直面している。…救急医療体制の強化や臨床研修指定病院の機能強化、専門職種間の役割分担の見直しによる医師の負担軽減など、現段階でできる緊急の対策を講じていくことはもちろん必要(国民会議中間報告)</li> <li>・ 「チーム医療」「多職種協働」を基本に、限られた専門人材を効果的・効率的に活用し、利用者に対するよりよいサービスの提供を実現(国民会議中間報告)</li> <li>・ 医療・介護従事者間の役割分担を見直す(成長戦略)</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関経営・介護事業経営に関わる専門人材の養成・能力開発<br/>(国民会議中間報告)</li> </ul>  |
| <p>病院・病床の機能について</p>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>少子高齢化の進展により、入院する患者の疾病構造や患者の状態も大きく変わってきていることを十分認識する必要がある。(相澤委員⑫)</li> <li>これからは小規模の自治体立病院がすべて必要な医師数を集めることは困難であり、その町の中で最低限必要な医療は何かを考え、提供体制を構築していく必要がある。(西澤委員⑫)</li> <li>医療の空洞化が心配される中、地域医療を担う保険医療機関にきちんと人が配置されることが重要だ。(小島委員(伊藤参考人)⑫)</li> <li>がんの患者が増えると、非常に高度な治療を求める患者の数が増えるので、そういう病院などに手厚く医師を配置する必要がある。(海辺委員⑫)</li> <li>経験豊かで高いスキルを持った医師、医学部の教授などは、外来でかぜの患者を診るのではなく、最も重症度の高い方に向けてことが医療資源の効率的なあり方。(高智委員⑬)</li> <li>がん対策基本法ができた後、各地に拠点病院ができたが、がん患者にはその機能が実感できない。病院は要件を満たすことに汲々として、ソフトが充足されていない。(海辺委員⑫)</li> <li>似たような総合病院が多すぎという印象が国民にはある。きっちり先進的な医療を提供してもらえるところと、治療後に近所で定期的に経過観察をしてもらえるところと、機能の棲み分けを行うべき。砂漠に水を撒くような感じではなく、どこに集中的にやるのかというのを、国民の目にもわかるように議論していく必要。(海辺委員⑬)</li> <li>療養病床の再編について、ほとんど介護保険施設に転換できていないようだが、介護の社会化という、基本的な理念は推進する必要。(小島委員(伊藤参考人)⑭)</li> <li>今以上にマンパワーが増えない中、病床数が非常に多く、広く薄くマンパワーを配置している状況をどうするのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。(齊藤(訓)委員⑭)</li> <li>一般病床は、さまざまな機能を持った病床が一緒くたになっており、同</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>病床数が諸外国と比較して多く、急性期・慢性期・回復期といった病床の機能分化は不明確である一方で、医療現場の人員配置が手薄で、国際標準から見ても病床当たりで比較した医師・看護師数が少なく、病院全体のスタッフ数も少ない(国民会議中間報告)</li> <li>国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護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(国民会議中間報告)</li> <li>専門的医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器整備の充実(国民会議中間報告)</li> <li>医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化(成長戦略)</li> <li>医師不足が深刻な急性期医療を中心に、…「病床機能の効率化・高度化」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要(調査会中間整理)</li> <li>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(有識者報告)</li> <li>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、できる限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(有識者報告)</li> </ul> |



|   |  |
|---|--|
| <p>一の基準では整合性がとれない。地域一般病床と急性期病床を区分する必要があり、人員配置は自ずと異なる。(相澤委員⑭)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 有床診療所や、中小病院の一般病床のあり方をしっかり議論すべき。(横倉委員⑭)</li> <li>・ 平均在院日数の計算式を外国の計算式の考え方と合わせるべき。(山崎委員⑭)</li> </ul>   |  |
| <p>診療所について</p>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 有床診療所は、専門性の高い医療、救急医療、病院から在宅へのつなぎ等、地域において様々な機能を果たしているが、経営が苦しく、減少の一途を辿っている。(横倉委員⑭)</li> <li>・ 地域で切れ目のない医療・介護の提供が必要とされる中、地域住民の身近にある病床としてその社会的役割は大きいので、有床診療所がその機能を維持できるよう対策と活用を図るべき。(横倉委員⑭)</li> <li>・ 有床診は、今後地域での医療提供体制に欠かせない存在であり、有床診の機能を地域医療計画あるいは地域医療提供体制の構築の中できちんと位置付けるべき。(渡辺委員⑭)</li> <li>・ 有床診療所の活用に当たっては、高齢者だけではなく、子どもの受け皿としても念頭におくべき。(加藤委員⑭)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現(国民会議中間報告)</li> <li>・ 「地域における医療機能ネットワーク化」…「急性期からポストホスピタルの一体化」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である(調査会中間整理)</li> </ul> |
| <p>地域における医療機関間、医療・介護間の連携、在宅医療の推進について</p>  |  |
| <p>&lt;地域における医療機関間、医療・介護間の連携について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域における医療機関連携のための施策の実施状況や効果をきちんと検証すべき。地域連携は着実に進んでいるのか。(光山委員⑫)</li> <li>・ 現在進んでいる厚労省の「地域医療再生計画」のプロジェクトでは、それぞれの県で行政、医師会、大学、地域の病院が一緒に行うという計画である。(水田委員⑫)</li> <li>・ 救急については、もっと医療機関はお互い様の考え方を持って、分け合えばいいと思う。得意な分野だけ診てもらって、あとは他の病院で診るといった、柔軟な仕組みを作ればよい。(相澤委員⑮)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現(国民会議中間報告)</li> <li>・ 「地域における医療機能ネットワーク化」…「急性期からポストホスピタルの一体化」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である(調査会中間整理)</li> </ul> |

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紹介され別の病院に行くたびに同じ検査を繰り返し受けているのが現状。疑わしければ確かな施設できっちり診断してもらって、そのデータが他の病院でも活用されるようにすべき。(海辺委員⑭)</li> <li>・ ICTを使った遠隔医療等が実施されているが、医療機関が連携し、リソースの共同利用を進め、同じエリアで同じ質のものがみんなで利用できる環境を整備すべき。(光山委員⑭)</li> <li>・ 全国の多くの町村は二次医療機関を持たないため、二次医療機関との情報ネットワークの形成が重要であり、電子カルテ等の整備を急ぐ必要。(小野委員⑭)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ とによって対応していくことが必要である(調査会中間整理)</li> <li>・ 在宅での医療介護の充実(調査会中間整理)</li> <li>・ 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(有識者報告)</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家に帰っても見る人がいないといった変化の中で、慢性期や高齢者の医療、福祉、介護をどうしていくのかという視点から考える必要がある。(相澤委員⑫)</li> <li>・ 医療提供体制ということで医療だけで見るとはなくて、介護、福祉を併せて議論すべき。(西澤委員⑫)</li> <li>・ 高齢者も小児も、家事支援のような医療とは違うところも整わないと、家に帰るのは非常に難しい。(海辺委員⑫)</li> <li>・ 精神科病院に入院している患者の半分は高齢者であるが、今ある施設を転換して、こうした者を地域で受け入れる体制を整備すべき。(山崎委員⑭)</li> <li>・ 自殺した人の家族等に対する支援体制の構築が必要である。(山崎委員⑮)</li> <li>・ 医療提供体制のグランドデザイン、介護提供体制のグランドデザインのリンケージを忘れてはならない。(部会長代理⑫)</li> <li>・ 有床診療所は、病院と在宅、病院と介護施設のつなぎを行う受け皿(病院からの早期退院も含む後方支援病床)として重要な役割を担っている。(横倉委員⑭)</li> <li>・ 医療を伴う介護の拠点として有床診療所を活用することにより、地域の介護力アップにつながる。(横倉委員⑭)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人々が日常を過ごす地域で、必要な医療・介護・福祉のサービスが包括的・継続的に提供できる体制の実現(国民会議中間報告)</li> <li>・ 在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門員の連携を軸とした「地域包括ケアマネジメント」の実現(国民会議中間報告)</li> <li>・ 医療・介護・健康関連サービス提供者のネットワーク化による連携(成長戦略)</li> <li>・ 介護施設、居住系サービスの増加を加速(成長戦略)</li> <li>・ 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(有識者報告)</li> <li>・ 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(有識者報告)</li> <li>・ 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、できる限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(有識者報告)</li> </ul> |

<在宅医療の推進について>

- ・ 在宅について、整備が進まない原因を分析し、高齢者が病院に逆戻りしない仕組みをどのように作るのか考える必要がある。(齋藤(訓)委員⑫)
- ・ 訪問看護ステーションでの規模拡大、新規採用や教育研修の充実が進むような支援体制が必要。(齋藤(訓)委員⑬)
- ・ NICUに長期入院している患者について、後方病床や中間施設が必要。また、地域や家庭で生活できるような受け皿作り、特に在宅医療・在宅看護をより積極的に推進する必要がある。(加藤委員⑭)
- ・ 小児の在宅医療について、在宅での子どもへのサービスが非常に不足しており、障害を持った子供たちが長期間、親の負担も軽減しつつ療育できるような環境の整備をしていくべき。(齋藤(訓)委員⑮)
- ・ 次期医療計画策定の際には、在宅看取り率を各都道府県で目標として設定して、そのための指標として、訪問看護で働く従事者数を挙げてほしい。また、安定的な訪問看護サービスの提供が可能となるよう、事務作業のIT化、サテライト事業所の活用、常に衛生材料等が不足なく供給できる体制の整備が必要。(齋藤(訓)委員⑯)
- ・ 在宅医療の中で薬剤に関する問題は、高齢者の方が増えることによる重複投薬や相互作用へのリスク増や、視覚・聴覚感覚の衰え、嚥下能力の低下による入念な服薬の管理の必要性などがあり、薬剤師が参加できると考える。また、薬剤師が在宅医療に参加すれば、飲み残しの無駄が省けるほか、在宅を担当する医師の負担軽減につながる。(山本委員⑰)
- ・ 日本歯科医師会においても在宅医療における多職種との連携、チーム医療の中でどういう歯科医療を提供できるかを検討しているが、提出資料のとおり、歯科疾患を持っている要介護者に対して、歯科診療所からの医療提供体制が現在不十分であり、歯科医療側の体制を整えるとともに、医科、介護、歯科との連携を迅速に推進することが喫緊の課題。(近藤委員⑱)
- ・ 在宅医療の後方支援機能として、有床診療所の病床は重要である。また、患者の身近で、終末期医療も担っている。(横倉委員⑲)

- ・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現(国民会議中間報告)
- ・ 勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保(成長戦略)
- ・ 医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化(成長戦略)
- ・ 情報通信技術の活用による在宅での生活支援ツールの整備(成長戦略)
- ・ 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(有識者報告)
- ・ 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、できる限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(有識者報告)

## 医療計画

### <医療計画について>

- ・ 医療制度の枠組み自体は、国がきちんと骨格を定めるべき。その上で、広域的自治体（都道府県というよりは将来は道州制の道州）に需要・供給を調整できる権限が与えられるという姿が望ましい。（大西委員⑭）
- ・ 二次医療圏は都道府県で決めていいということになっているが、都道府県に本当にそうした意識があるのか。意識をもたせる方法の検討が必要。（西澤委員⑮）
- ・ 同じ二次医療圏同士の中でも相当な格差があり、二次医療圏を見直す必要があるのではないかと。（渡辺委員⑫）
- ・ 医療提供体制は医療計画で二次医療圏ごとに作ることにしているが、一定の形になっていない二次医療圏ごとにやること自体が間違い。（相澤委員⑭）
- ・ 地域医療計画については、地域の範囲というのは何なのかというところを議論しないと、議論が進まない。基本的に地域をどういう具合に設定するかによって、計画の作り方が違う。（相澤委員⑮）
- ・ まずは医療圏の在り方を議論し、その中で、必要な地域医療の機能や、連携の在り方について、地域医師会の代表も関わり議論すべき。（横倉委員⑭）
- ・ 各地域における介護の分野も含めた具体的な医療提供体制のあり方を示さないと、マクロで議論していてもなかなか現実に進まない。（渡辺委員⑫）
- ・ 厚生労働省の指針では、医療機関の機能の分化・明確化、総合的な医師確保体制といったことも触れているが、踏み込みが足りない。二次医療圏のあり方も含めて、より具体的に踏み込んだ指針を作らないと、都道府県も動きようがないと思う。（渡辺委員⑮）
- ・ 地域医療計画の記載をどうするかというときに、地域の実情に応じたところをどう加味するか。特に連携のところは相当広い範囲での連携も狭い範囲での連携もある。そのあたりを十分に勘案する必要。（横倉委員⑮）
- ・ 一般医療の医療圏と精神科の医療圏が別になっており、都道府県によって、例えば社会医療法人が取りやすい県と、取りにくい県ができるなど問題が生じているので、整理が必要。（山崎委員⑮）
- ・ 医療・介護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（国民会議中間報告）
- ・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現（国民会議中間報告）
- ・ 医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化（成長戦略）
- ・ 「病床機能の効率化・高度化」「地域における医療機能ネットワーク化」…「急性期からポストホスピタルの一体化」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要（調査会中間整理）
- ・ 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（有識者報告）
- ・ 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、できる限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（有識者報告）

|   |  |
|---|--|
| <p>&lt;医療計画における4疾病5事業について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後、増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要があり、4疾病5事業の疾病に精神疾患を追加した5疾病5事業とすべき。(山崎委員⑮)</li> <li>・ 精神疾患の方が救急で来た場合の連携が地域で問題となっており、精神科医療については4疾病から5疾病に増やすなり、何らかの対応が必要。(横倉委員⑮)</li> <li>・ 4疾病5事業の中の歯科、歯科医師の役割は必ずしも明確でない。地域の医療資源としての歯科医師、歯科医療機関を活用する方法を講ずべき。(近藤委員⑮)</li> <li>・ 現行の4疾病5事業についても、PDCAサイクルの実効性が当初の目標どおりに機能しているのか否かを検証するとともに、その評価結果を踏まえた議論が非常に大切になっていくのではないかと。(高智委員⑮)</li> <li>・ 4疾病5事業というカテゴリーがぴったり来ない。(日野委員⑮)</li> </ul> |  |
| <p>救急・周産期医療体制</p>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急医療機関が総じて医師不足であり、担当する医師が疲弊をしているという現状をどうにかしないと、救急医療体制がきちんと組めなくなる。(大西委員⑮)</li> <li>・ 小さい病院が救急医療を抱えるというのは非常に困難な状況。交付税措置はあるが、救急医療を担う病院に対して支援措置を確立してほしい。(小野委員⑮)</li> <li>・ 消防法が改正され、各都道府県は傷病者の搬送および傷病者の受入れの実施に関する基準を策定することになったが、救急医療の計画を立てるときには、こうした消防法との関係、調和が保たれる必要がある。(横倉委員⑮)</li> <li>・ ドクターヘリについて、トリアージの仕方、ヘリコプターの固定費と、1回あたりに飛ぶときの変動費をどの財源から出すかといった検討もすべき。(部会長代理⑮)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、様々な緊急の課題に直面している。…救急医療体制の強化や臨床研修指定病院の機能強化、専門職種間の役割分担の見直しによる医師の負担軽減など、現段階でできる緊急の対策を講じていくことはもちろん必要(国民会議中間報告)</li> <li>・ 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(有識者報告)</li> </ul> |

## 患者との関係、広告など

### <患者中心の医療と住民意識の啓発について>

- ・ 医療関係者の患者に対するアプローチの仕方が良くなったので、患者の満足度は上がっている。これはとても良いことであり、大切なことである。(水田委員⑬)
- ・ 医療計画のあるべき姿を検討する上においても、患者中心の医療に着実に結び付いていく方向性が重要。(高智委員⑮)
- ・ 地域の医療を話す場には地域の住民の方も参加して議論するという形式が必要であり、そのためには、住民へのわかりやすい情報提供や公平なデータの公開などが必要。(海辺委員⑭)
- ・ 救急車利用の啓発や、コンビニ受診の抑制等地域でも取り組んでいるが、国からもそういうことをやってはダメだというキャンペーン的な対策を検討してほしい。(大西委員⑮)
- ・ 東京消防庁によると、救急車が1台出るために人件費・保険費を含めて3万円かかるとのこと。住民の意識を高めるために、こういうコストがかかることを住民等に情報公開すべき。(加藤委員⑮)

- ・ 医師と患者の信頼関係、医療・介護サービスを求める者と利用する者の信頼関係が非常に重要である。両者がそれぞれに相手の立場を理解し、協力し合う関係をつくることが重要(国民会議中間報告)

### <広告・情報提供について>

- ・ 病院のホームページは今日では「広告」と考えるべきだが、実際の規制は技術的に困難。各都道府県の医療機能情報提供制度のホームページからリンクされているという保証や、第三者認証といった工夫が必要。(部会長代理⑬)
- ・ 広告と広報は区別して議論すべき。広告は規制すべき。広報は第三者的な指標などを公的な機関が公表するものと理解している。(相澤委員⑬)
- ・ 医療機能情報の提供を検討するにあたっては、数字の出し方など、開示情報の統一が重要であり、広告の仕方も含め、情報提供のあり方そのものの検討が必要。県の医療機能情報提供制度は、今は単なるカタログ。地域で各医療機関が機能を特化し、役割分担・連携しているのだから、それが患者に理解してもらえて行動を誘導するような仕掛けが必要。(光山委員⑬)
- ・ がん患者の情報を集める取組を実施しているが、個人情報保護法に抵触

|   |   |
|---|---|
| <p>するという理由で医療機関から患者情報の提供を断れてしまうことがある。患者情報を分析する目的で収集することは個人情報保護法上問題がない旨、もう少しアピールすべき。(樋口委員⑬)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 前回、医療情報を集めて公表するという制度ができたとき、将来的には質も含めて公表することを考えるという記述が入っていたが、そういうことは必要だと思う。(相澤委員⑬)</li> </ul>  |   |
| <p>&lt;医療の質の評価・公表について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 諸外国における評価・公表の主流は、ガイドラインに基づく診療を行った患者割合などのプロセス指標や入院待ち日数減少といったアウトプット指標。いずれにせよ、大切なことは指標を標準化すること。アメリカでも、標準化されたレポートでデータが横並びで見られることが第一歩であるということは理解されている。(部会長代理⑬)</li> <li>・ 今は何となく出ている情報で患者が惑わされているという印象。きちんと公平なデータが出るようになってほしい。また、質に関してはもうちょっと厳しい評価軸を作ってほしい。(海辺委員⑬)</li> <li>・ 医療の質に関する情報の公表は必要。患者が医療機関を決める際に最も大事にしているのは、一番親しい人の一言であり、医療機関は公表に躊躇する必要はない。(相澤委員⑬)</li> </ul> |   |
| <p>&lt;関連する動き等について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療保険の事務的分野でのICT化が進歩・発展しており、蓄積されたデータの有効活用という視点から、積極的に対応すべき。(高智委員⑮)</li> <li>・ 「グローバル臨床研究拠点等の整備の拡充」は重要。日本は日本国内の治験にこだわることから、良い薬があっても、なかなか使えるようにならない。臨床試験については予算づけをしてほしい。(海辺委員⑫)</li> <li>・ 医療ツーリズムは、高い診療費を払う外国人患者優先につながるおそれがあり、やがては混合診療の全面解禁や株式会社の参入につながり、地域医療の崩壊を招くおそれがある。(中川委員⑫)</li> <li>・ 医療提供体制全体について、中長期的な展望やビジョンを当部会でしっかり議論し、とりまとめるべき。(尾形委員⑭)</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療・介護におけるIT化の推進 (国民会議中間報告)</li> <li>・ がんや認知症などの重点疾患ごとに、専門的医療機関を中心としたコンソーシアムを形成し、研究費や人材を重点的に投入する (成長戦略)</li> <li>・ アジアの富裕層等を対象とした健診、治療等の医療及び関連サービスを観光とも連携して促進 (成長戦略)</li> </ul> |

## 社会保障国民会議医療・介護費用のシミュレーション「参考資料」(平成 20 年 10 月 23 日)より

### 医療・介護提供体制にかかる課題 ～ 我が国の一般病床・療養病床 ～

- ・老人医療費無料化時代（1973～82年）から1980年代頃までは、高齢者の入院・入所ニーズはほぼ病院で受け入れていた。
- ・1990年頃から、急性期医療（一般病床）、慢性期医療（療養病床）、介護（介護老人保健施設）のニーズに応じた機能分化を進めてきたが、機能分化はまだ不十分であるとともに、急性期医療をさらに機能分化・機能強化するニーズが生じてきている。

#### （一般病床）

- ・急性期医療については、医療資源の集中投入がより必要な重症患者を中心とした急性期医療の機能分化・重点化が十分でなく、さらに、平均在院日数も諸外国と比較しても長くなっており、全体として非効率であるのみならず、医療の質・患者のQOLにも影響を与えている。
- ・他方、そのような重症急性期患者の退院後の受け皿となる、いわゆる亜急性期・回復期にふさわしい、ある程度安定した急性期治療やリハビリ等の機能を有する病床は非常に不足している。このことが、一般病床と療養病床の機能分化、平均在院日数短縮が進まない一因となっている。

#### （療養病床）

- ・医療ニーズの強い患者を受けれている事例が存在する一方、いわゆる社会的入院を受け入れる事例もあるなど、病院の機能と患者の状態像とが必ずしも合致していない。



## 社会保障国民会議医療・介護費用のシミュレーション「解説資料」(平成 20 年 10 月 23 日)より

### 「シミュレーションの前提」におけるサービス提供体制改革の基本的考え方

- 平成 37 (2025) 年において、国民の医療・介護ニーズを保障するために必要な医療・介護サービスを確保する（サービス総量の確保）。
- 社会保障国民会議中間報告で指摘されている、現在の医療・介護サービス提供体制の問題点を克服し、国民の求める医療・介護サービスを、質・量両面で最も効率的かつ効果的に提供できる体制を実現する。（効率的・効果的サービス提供の実現）
- 病気や介護が必要になっても、適切なサービスを利用して、個人の自立と QOL の追求が可能になるよう、医療・介護を通じて、個々人の心身状態に最もふさわしいサービスが切れ目なく提供できるような医療・介護サービス提供体制の一体的改革を行う。（サービスの質の確保、利用者の個別性の尊重）
- 施設か在宅かの二者択一ではなく、介護施設の生活環境の改善（個室、ユニット化）や小規模化と在宅医療・介護サービスの多様化と拡充、ケア付き住宅など居住系サービスの拡充により、利用者の希望と選択により、重度であっても、地域のなかでの暮らしを継続できるために必要なサービスを提供する。（個人の選択・生活の継続性の保障）
- 欧米先進諸国の実情も参考にし、国際的にみても遜色ないレベルの医療・介護を目指す。

《参考》社会保障国民会議中間報告で指摘されているサービス提供体制の構造改革

- ・ 病院機能の効率化と高度化
- ・ 地域における医療機関のネットワーク化
- ・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現
- ・ 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

### 具体的改革の方向

#### （総論）

- 医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革を行うことを基本に、改革度合いが緩やかなシナリオ（B 1 シナリオ）から、最も改革が進んだシナリオ（B 3 シナリオ）まで、複数の改革シナリオを見込む。

#### （急性期医療）

- 急性期入院医療について、早期の社会生活復帰を可能とするよう、医療の質の向上と効率性の向上により平均在院日数の短縮を図る。

- このため、現在の一般病床を急性期病床と亜急性期・回復期病床等とに機能分化し、急性期病床について人的・物的資源の集中投入による重点化・機能強化を図る。
- 同時に、急性期後の継続的な入院医療が必要な者に対する回復期リハビリテーション、亜急性期医療の機能強化を図るとともに、連携パスの普及、在宅医療の充実強化等により、急性期医療全体での早期退院－社会復帰の実現・在宅での療養継続支援を目指す。
- また、医療の高度化、集中化、機能分化等の医療提供体制の充実により、救急医療体制についても、機能分化にあわせた救急機能の充実強化を図る。

### **(慢性期医療)**

- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

### **(介護)**

- 介護サービスについては、高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、できる限り住み慣れた地域での生活の継続を支援することを目指し、高齢化の進行等による要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的拡充を図るとともに、高齢単身／夫婦のみ世帯の増大、認知症高齢者の増大、重度要介護者の増大、医療・介護双方のサービスを必要とする高齢者の増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスの多様化と機能強化を実現する。
- できる限り住み慣れた地域での生活を継続したいという国民の意向を実現するため、既存の在宅サービスの充実に加えて、24時間対応訪問介護・看護サービスなどを拡充するとともに、グループホームやケア付き住宅などの居住系サービスを諸外国並みの水準まで拡充する。
- また、増大する認知症高齢者に適切な介護サービスを提供するため、小規模多機能サービスやグループホームを拡充し、重度化しても在宅生活の継続を可能にする在宅サービスの整備・機能強化を図る。
- 施設サービスについても、認知症高齢者への対応強化や個々人の暮らしの継続性を尊重する個別性の高いケアを実現する観点から、個室・ユニット化を推進するとともに地域に密着した小規模型施設を重点的に整備する。
- また、全体としての入所者の重度化の進行や終の棲家としての看取り機能、在宅支援（通過施設）機能など、介護施設利用者のニーズを踏まえた施設機能の強化を図る。

### **(在宅医療・地域ケア)**

- 急性期・慢性期の入院医療からの早期退院・在宅療養や、在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすことができるよう、地域における病院・診療所の連携を強化するとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護など在宅医療サービスの充実強化を図る。
- また、入院医療に関する機能強化・分化にあわせて、病院の外来を専門外来として位置づけるとともに診療所におけるプライマリケア機能や主治医機能の強化、訪問診療等の強化を目指す。

- さらに、多くの要介護者は、医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアマネジメント体制を整備する。

**(専門職種間の機能・役割分担の見直しと医療・介護を通じた協働体制の構築)**

- 急性期を中心に医療資源を集中投入し、医師の配置増に加え、専門職種能力の一層の活用と生産性向上の観点から、専門職種間の役割分担の見直しを行い、看護職員等のコメディカル、事務職員等について、医師業務（看護師業務）のうち医師（看護師）でなくても行える業務を移す前提でより大幅な増員を図る。  
これにより、医師や看護職員などが、自らの専門分野に特化した患者本位の医療に注力できるようにする。
- 入院から退院（転院）・地域生活への移行を支援するとともに、地域での暮らしの継続を支援する観点から、地域包括ケアマネジメントなど、医療・介護を通じた協働体制を構築する。

# 民主党・税と社会保障の抜本改革調査会「中間整理」(抜粋) (平成 22 年 12 月 6 日)

## 3. 個別の社会保障の課題と方向性

### (1) サービス給付(医療、介護)

#### <課題>

医療は国民の生命に直結する課題であり、国民の関心も高い。我が国の医療制度は国際的には高い評価を受ける一方で、救急や産科・小児科・外科などの医師不足、地域医療の困窮などの医療提供体制や、高齢化の進展に応じた財源確保のための保険料、自己負担額の増大に対する国民の不安が高まっている。

介護保険は 2000 年にスタートした、比較的新しい保険制度であるが、その需要の伸びは著しく、介護保険料が累次にわたり引き上げられ、その負担が課題となっている。また、保険スタート時に示された「在宅介護中心」は、在宅サービスの不足などから未だに実現していない。

#### <方向性>

世界に先駆けて実現した、我が国の「皆保険」制度は将来にわたって堅持していかなければならない。病気やけがなどで医療を必要とする人がいつでも適切な医療サービスの提供を受けられる「フリーアクセス」は国民の安心感の基盤であり、引き続き、堅持していく。現在の国民の不安に対しては、医師不足が深刻な急性期医療を中心に、「病床機能の効率化・高度化」「地域における医療機能ネットワーク化」「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」「急性期からポストホスピタルの一体化」「ガンをはじめとする生活習慣病対策の強化」などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である。また、規制制度の改革などによるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消、在宅での医療介護の充実など、国民がより良質の医療サービスを受けられるようにすべきである。

介護については、24 時間の介護サービス提供など地域におけるトータルケアの充実などの在宅介護サービスの質的・量的な拡充や家族介護者へのサポートなど在宅支援の強化に引き続き取り組むと共に、介護人材の養成や待遇改善による介護従事者の確保を行っていく必要がある。「介護予防」については、引き続き、その効果の検証を踏まえ、行っていくべきである。

医療、介護いずれについても、増大する需要を支える財源をいかに求めるかが最大の課題である。不要・過剰なサービスの根絶、診療報酬審査機関を含めた関連事務体制の効率化などに最大限努めつつ、国民の理解を得られる財源確保の手段を検討すべきである。

一方で医療、介護の分野の潜在需要は大きく、量的な不足の解消、多様なサービスの提供など国民ニーズに基づき潜在需要を顕在化させることで、医療、介護に係わる産業の成長を促し、雇用の拡大を図ることができる。社会保障全体の改革、特に医療、介護分野の改革は、成長戦略の一環と位置づけるべきである。

なお、現在政府において「高齢者医療の見直し」「介護保険制度改革」の議論が進んでいるが、これらの改革は抜本改革と平仄を合わせたものでなければならない。

# 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～（抜粋）（平成22年12月6日）

## ＜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。

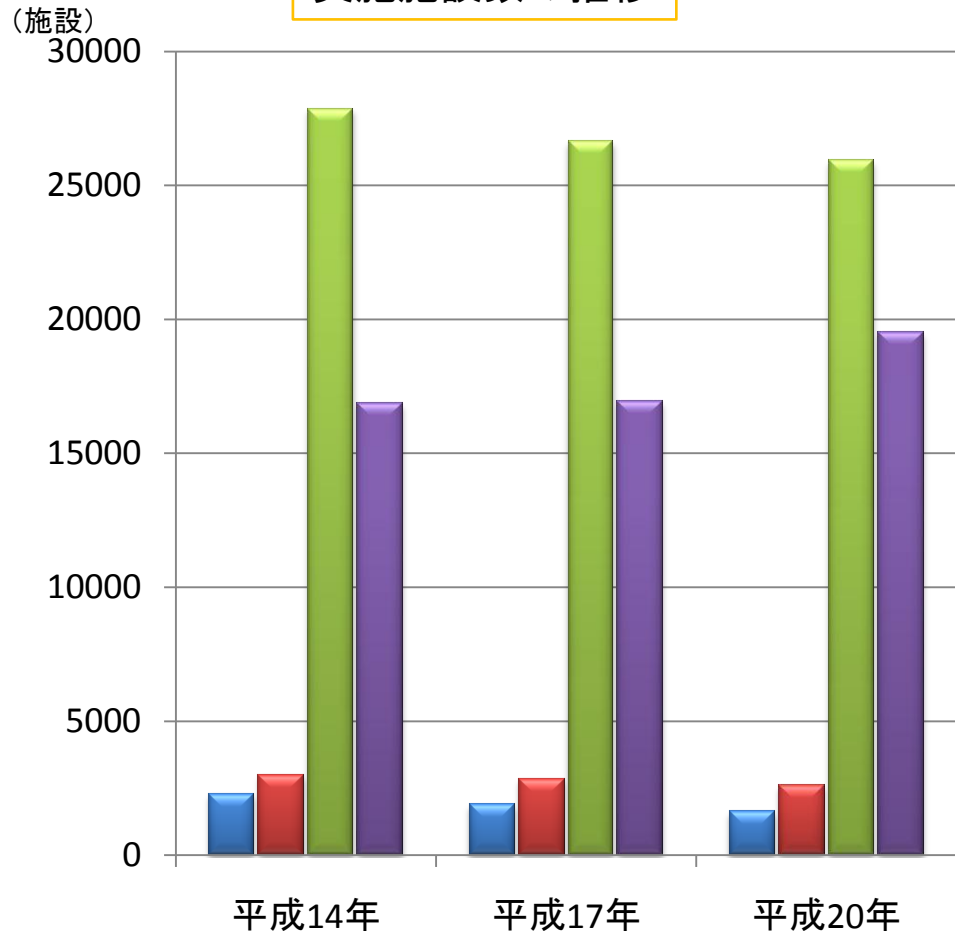
# 在宅医療と連携について

# <在宅医療>



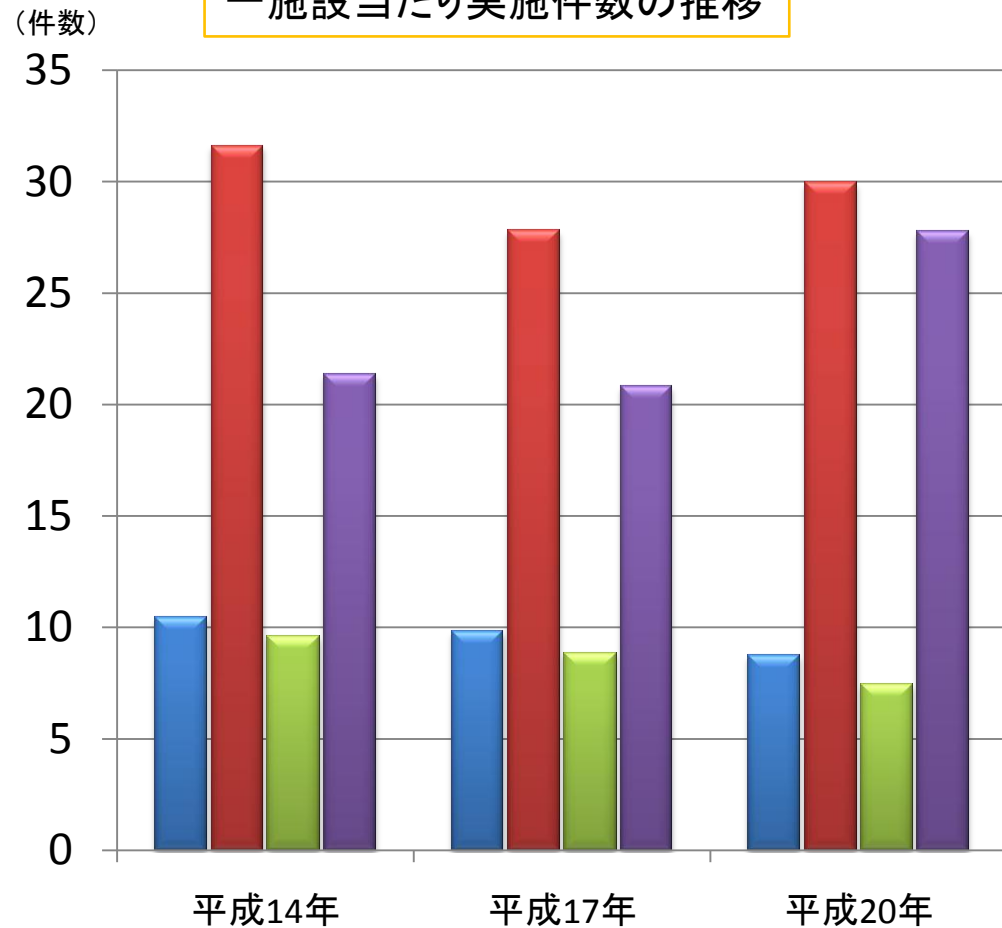
# 往診・訪問診療の状況

## 実施施設数の推移



■ 病院 往診                      ■ 病院 訪問診療  
 ■ 一般診療所 往診              ■ 一般診療所 訪問診療

## 一施設当たり実施件数の推移



■ 病院 往診                      ■ 病院 訪問診療  
 ■ 一般診療所 往診              ■ 一般診療所 訪問診療

注1) 往診とは、患家の求めに応じて患家に赴き行われた診療

注2) 訪問診療とは、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して行われた診療

# 在宅療養支援診療所

**在宅療養支援診療所の届出状況：12487件**

(厚生労働省保険局医療課調べ：平成22年7月1日時点)

平成18年度創設

患家に対する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。

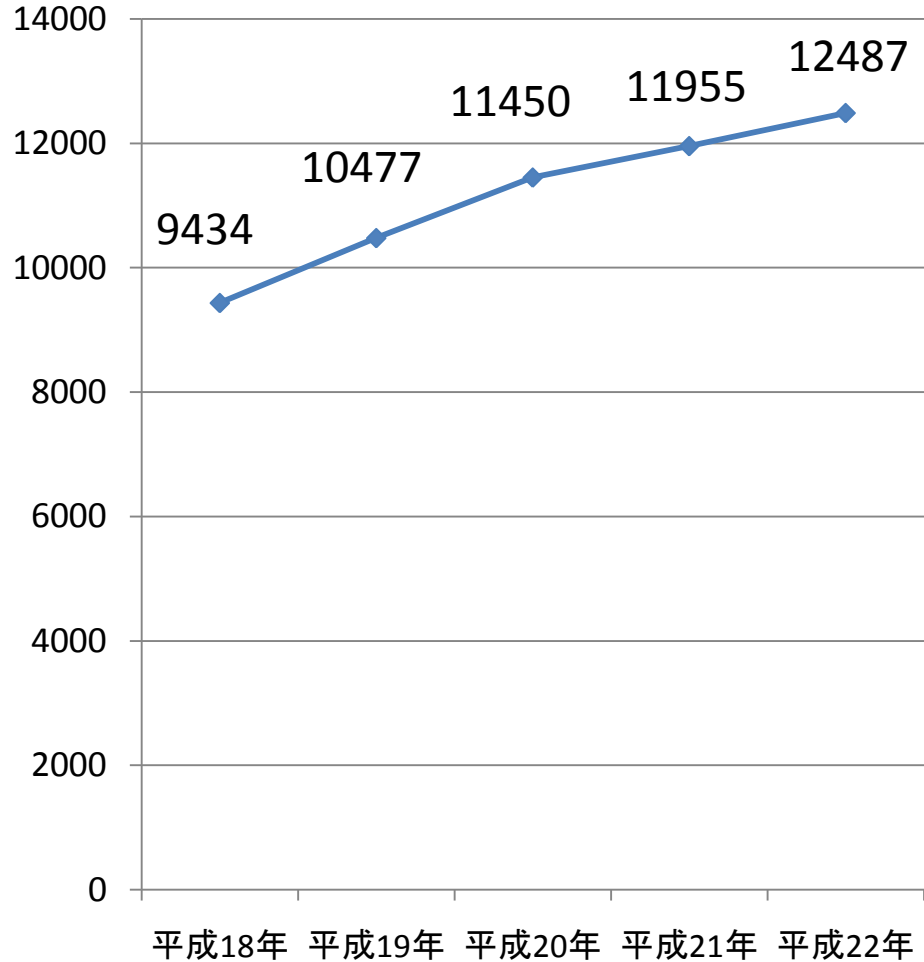
## 在宅療養支援診療所の要件

- 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家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、患家の求めに応じて、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家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、患家の求めに応じて、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家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

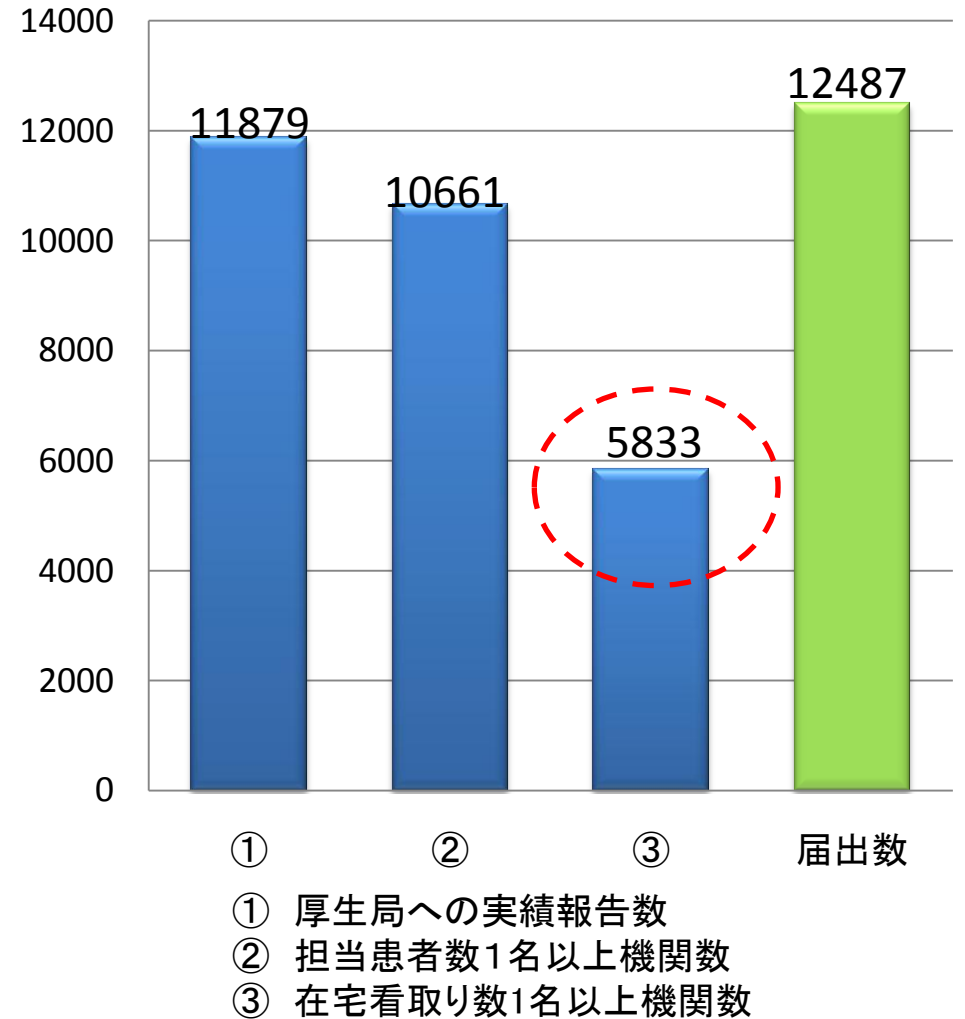
# 在宅療養支援診療所の届出数の推移

○ 在宅療養支援診療所のうち、平成22年に看取りを行っているのは約半数。

## 在宅療養支援診療所 届出数



## 在宅療養支援診療所の実績



# 在宅療養支援病院

在宅療養支援病院の届出状況: 331件

(厚生労働省保険局医療課調べ:平成22年7月1日時点)

平成20年度創設

診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、そのような病院が行う在宅医療について在宅療養支援診療所と同様の評価を行うこととした。

## ■ 具体的な内容

下記のような要件を満たす病院を在宅療養支援病院とし、在宅療養支援診療所と同じように在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を認める。

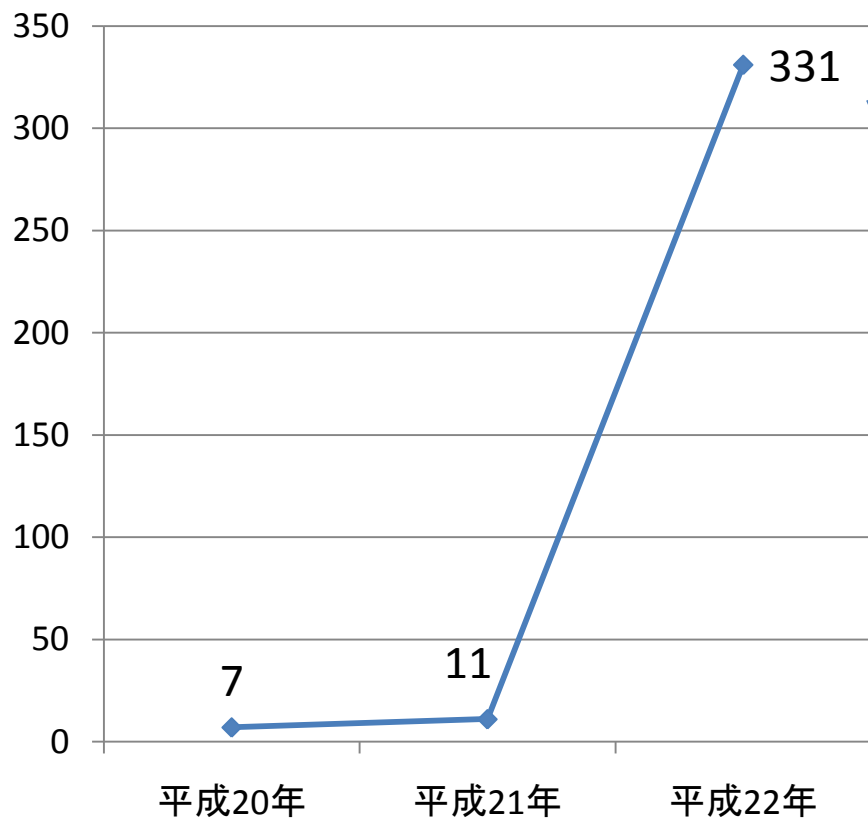
## 在宅療養支援病院の要件

- 許可病床数が200床未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4Km以内に診療所が存在しないものであること
- 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 患家の求めに応じて、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家に提供していること
- 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること
- 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること
- 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること
- 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
- 在宅看取り数等を報告していること等

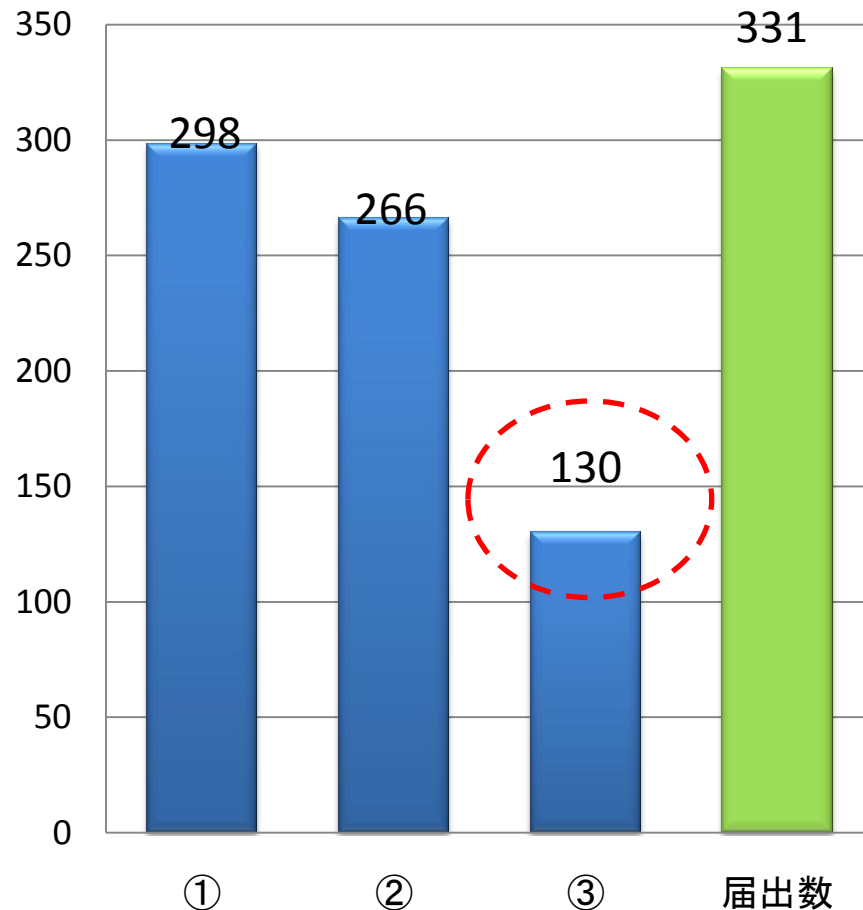
# 在宅療養支援病院の届出数の推移

○ 平成22年の診療報酬改定の際に、在宅療養支援病院の要件が緩和され、数が急増している。

## 在宅療養支援病院 届出数



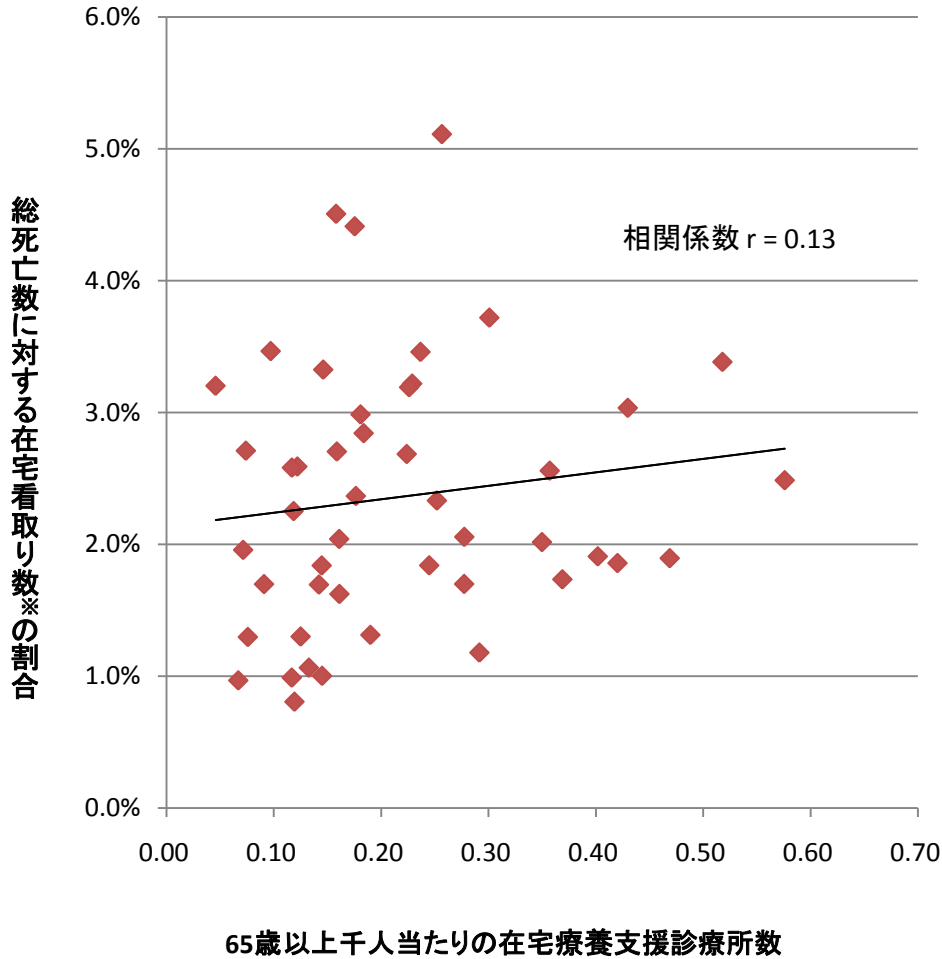
## 在宅療養支援病院の実績



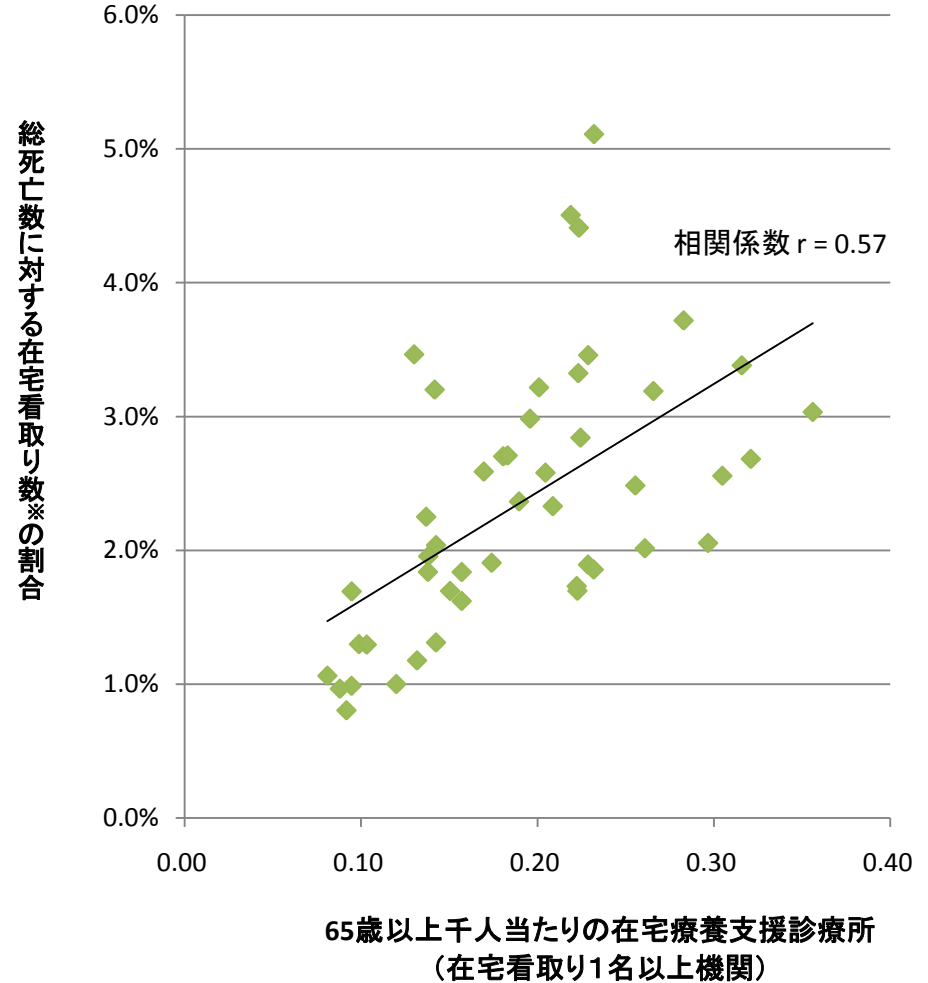
- ① 厚生局への実績報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

# 在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)

## 在宅療養支援診療所



## 在宅看取り数1名以上の在宅療養支援診療所

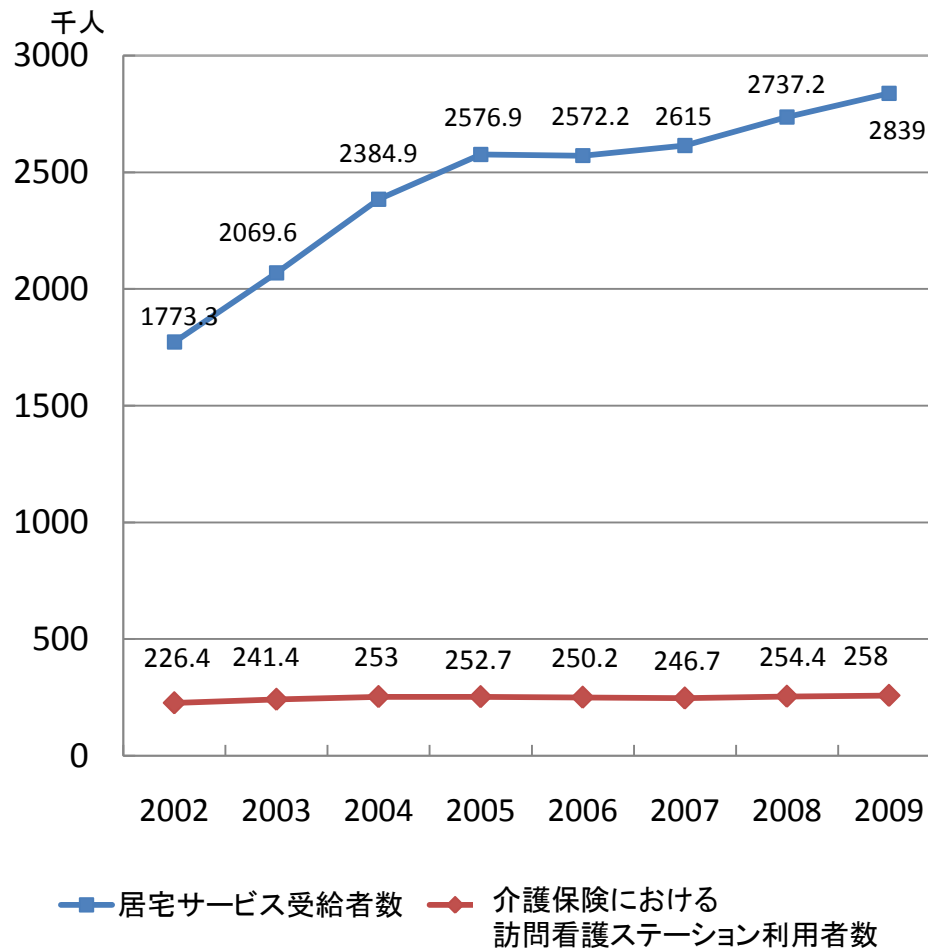


(※)在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

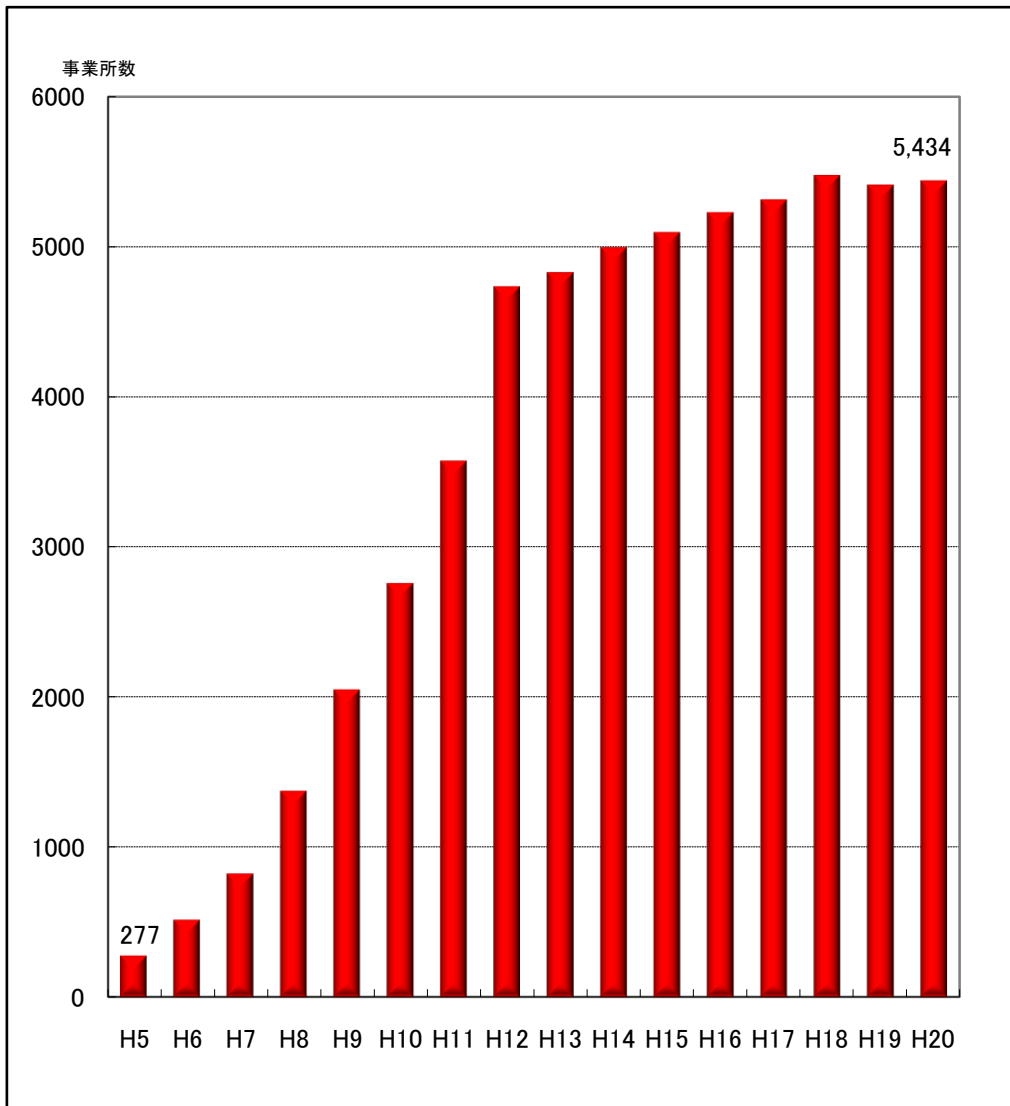
# 訪問看護サービス利用者数と訪問看護ステーション数の推移

## ■ 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。



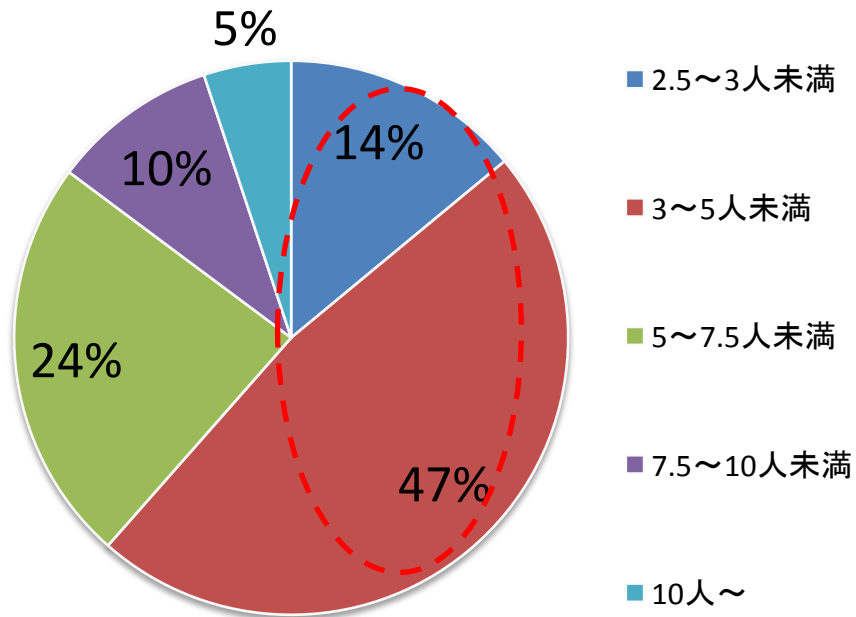
## ■ 訪問看護ステーション数の変化



# 訪問看護ステーションの規模別状況

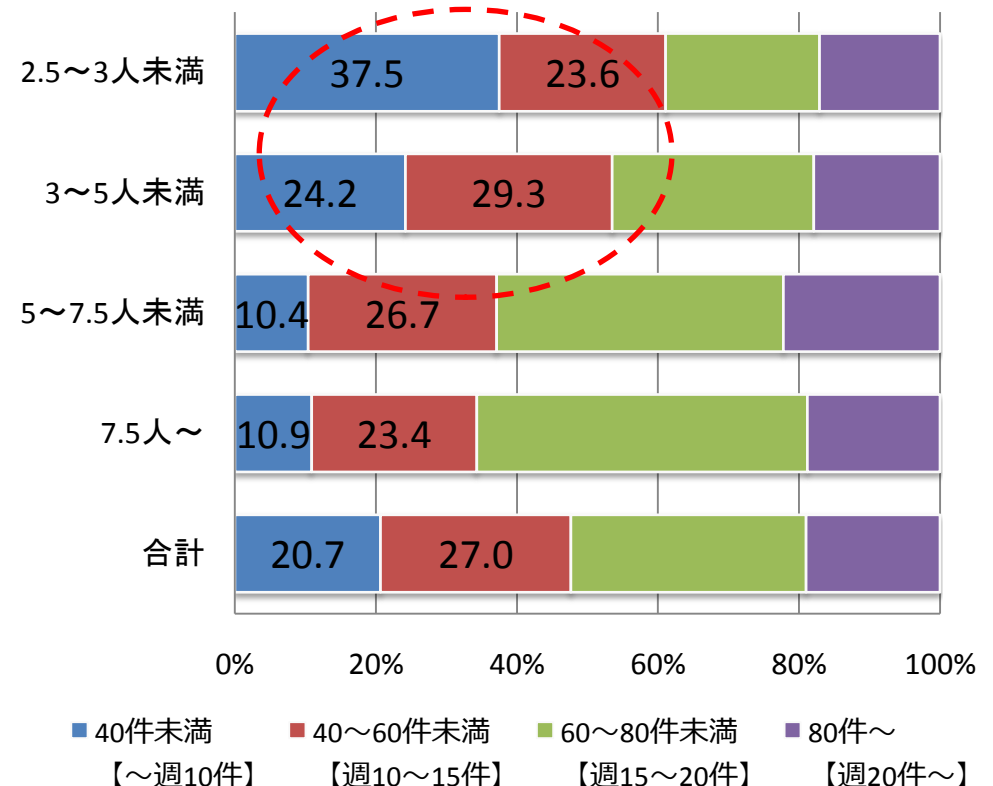
- 5人未満の小規模なステーションが約60%を占めている。
- 小規模なステーションであるほど職員一人当たりの訪問件数(医療保険と介護保険の合計数)が少ない。

職員※数規模別にみた事業所数の構成(N=1,713)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

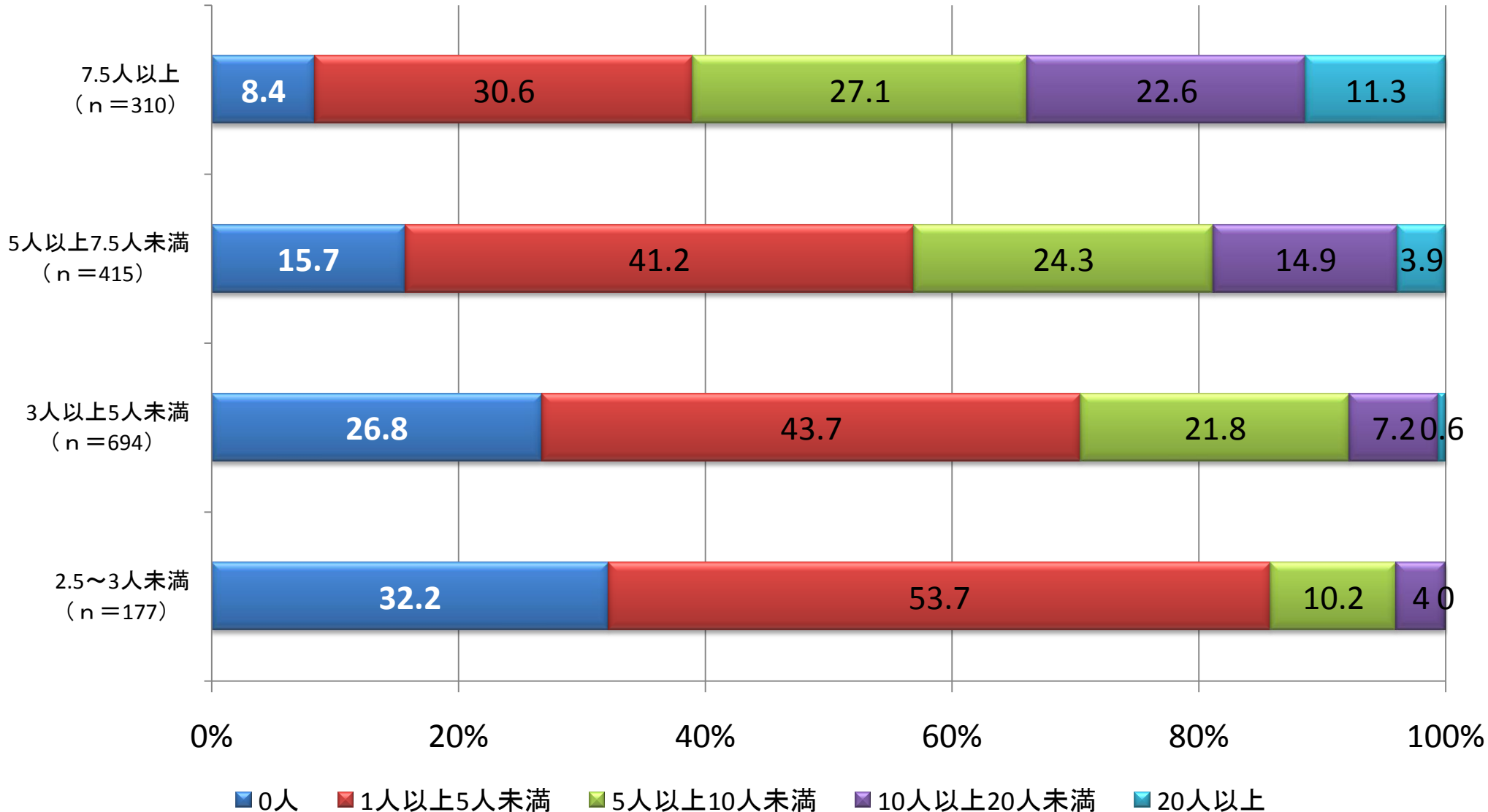
職員※数規模別にみた  
職員一人月当たりの訪問看護件数(N=1,556)





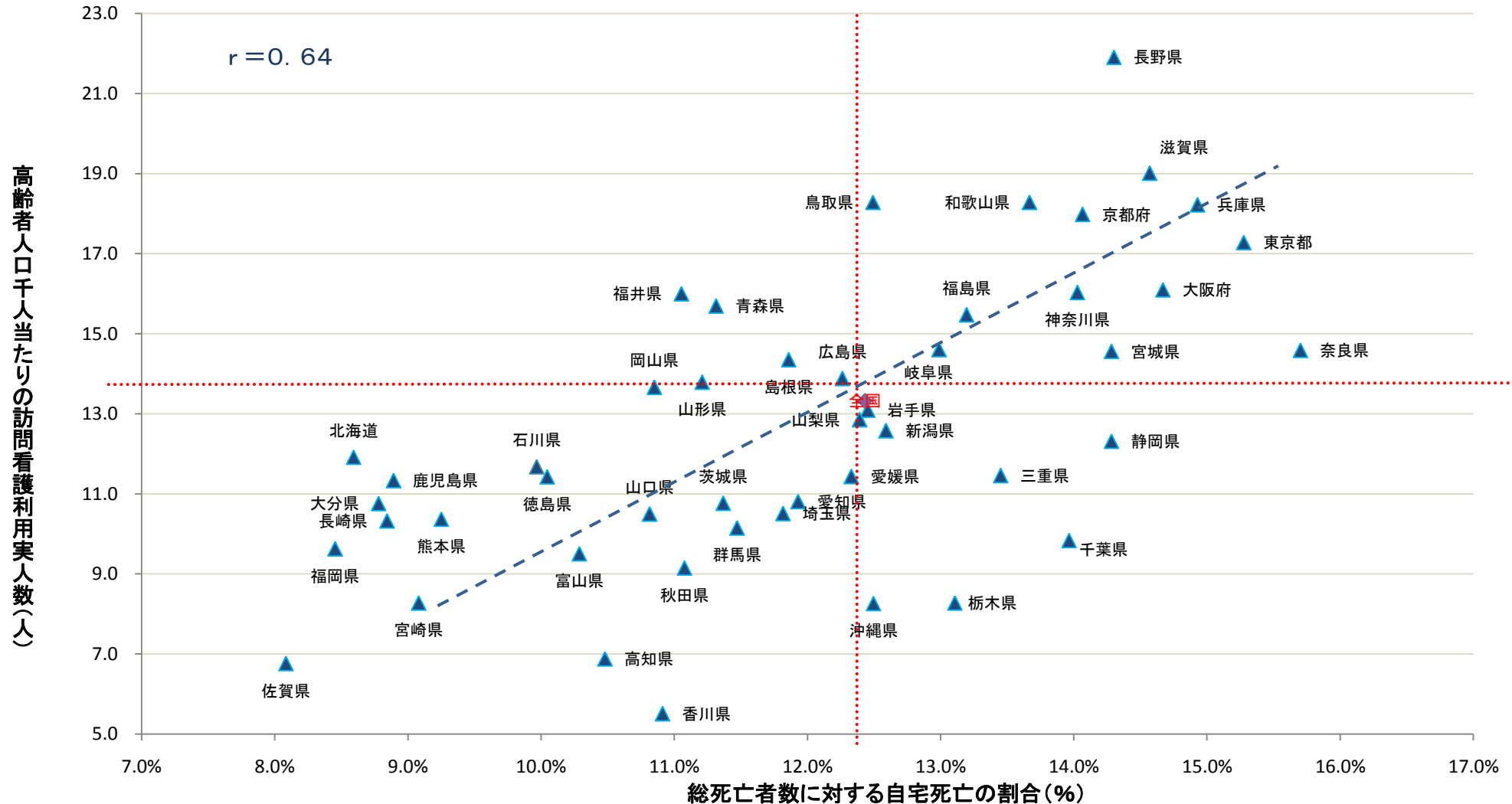
# 訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況

○訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。



# 訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。  
(最多は長野県、最少は香川県)
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



## ■ 在宅医療推進上の課題

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。

## ■ 本事業の目的

- 在宅医療提供機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

在宅医療の連携拠点を設け、地域包括支援センター等と連動しながら  
多職種連携を促進

分断した医療と介護を包括的に提供できる体制を構築する

### 多職種連携の課題に対する 解決策の抽出

地域の医療福祉従事者が、一堂に会する場を定期的に設定。

在宅医療における連携上の課題抽出し、その対応策の検討等を行う。

### 在宅医療従事者の負担軽減の支援

地域の在宅医療をより効率的に提供するための仕組みを構築。

- ・ 24時間体制を構築するための地域医療資源のネットワーク化
- ・ チーム医療を提供するための情報共有体制

### 効率的な医療提供のための 多職種連携

医療・福祉分野の経験豊富なスタッフを配置。

地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動等を通じて、地域のハブ機関としての機能を担う。

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推進と充実を図る。

## 訪問看護推進協議会設置の支援

- 訪問看護ステーションに関する総合的な相談
- 訪問看護普及のための活動
- 医療福祉従事者による多職種会議の開催

## 研修事業の支援

- 訪問看護ステーションの看護師の研修
- 医療機関の看護師の研修
- 訪問看護ステーション間の研修

## 在宅医療普及啓発活動の支援

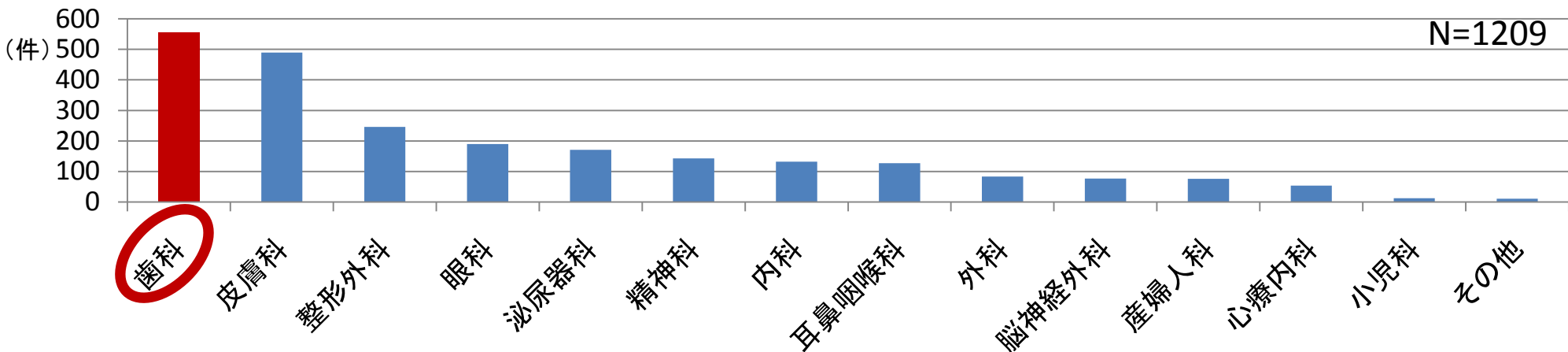
- 在宅医療全般に関するフォーラム、講演会等の開催
- パンフレットの作成等

訪問看護事業所の看護の質の向上  
訪問看護師の人材育成



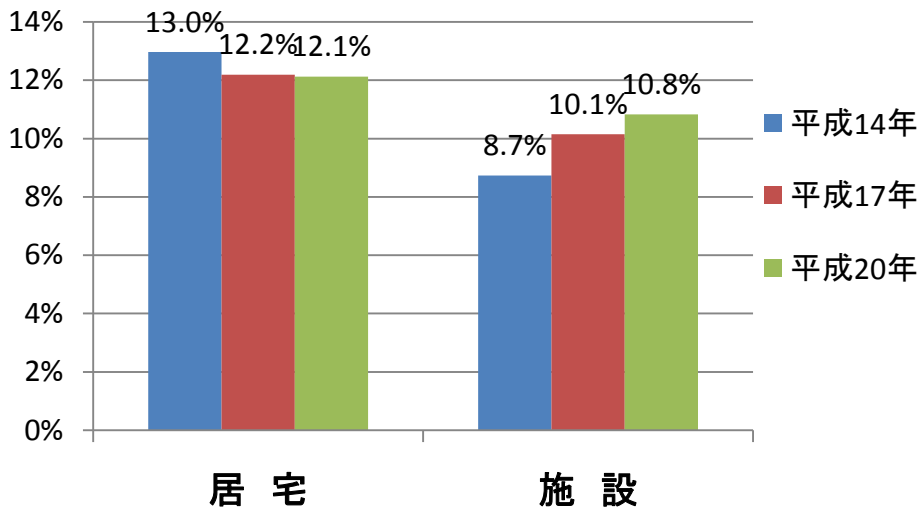
# 在宅歯科診療の現状

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。



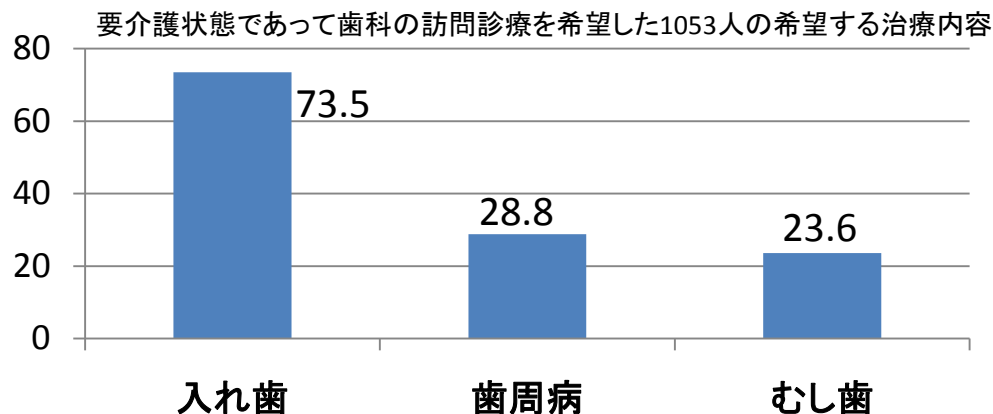
出典) 東京の在宅医療の現在 ~ 東京都在宅医療実態調査

訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合  
一施設は増加しているが居宅は増加していない。



出典) 厚生労働省「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。



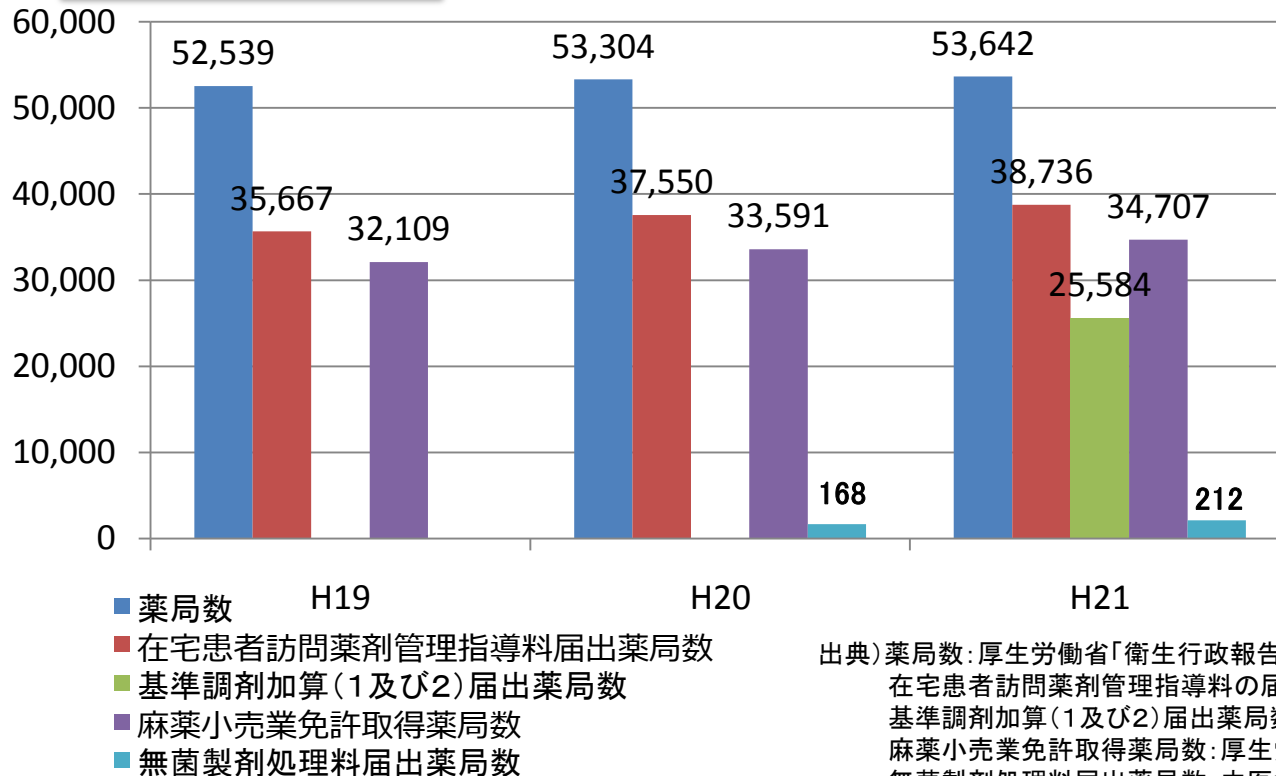
出典) 平成12年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)  
「要介護老人の摂食障害発生要因に関する研究」

# 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)

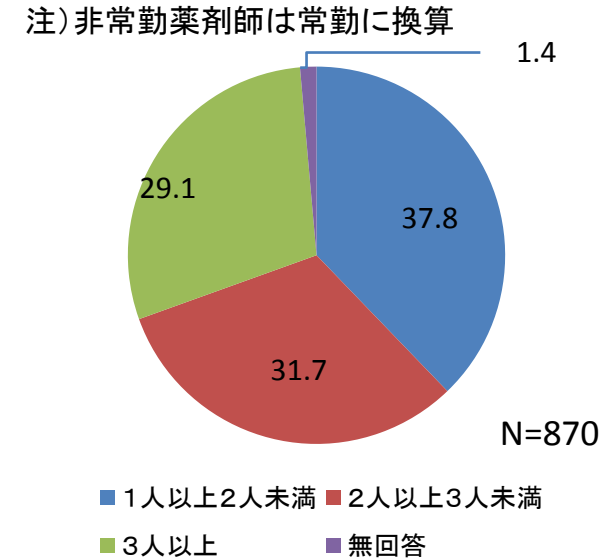
薬局については、**夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応などを確実に実施**するため、地域における**医薬品などの供給体制**や、**医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実**に取り組む。

## 薬局数等の推移



出典) 薬局数: 厚生労働省「衛生行政報告例結果」  
在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局数: 中医協資料  
基準調剤加算(1及び2)届出薬局数: 中医協資料  
麻薬小売業免許取得薬局数: 厚生労働省「麻薬・覚せい剤行政の概要」  
無菌製剤処理料届出薬局数: 中医協資料  
勤務薬剤師数別の薬局数: 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
—後発医薬品の使用状況調査 結果概要(速報)(案)—

## 勤務薬剤師数別の薬局数



# 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)

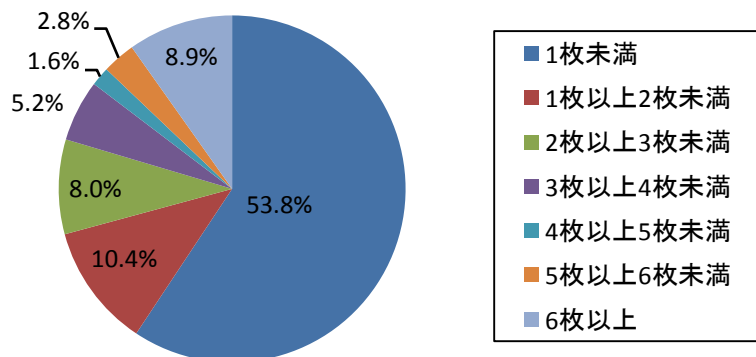
麻薬の在庫を有している施設 61.5% (n = 637)

## 医療用麻薬の在庫を有している施設の状況

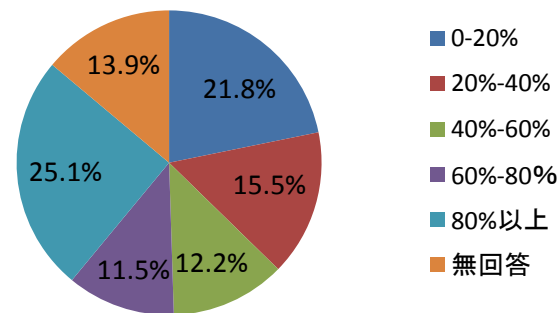
麻薬調剤について  
 経口麻薬製剤の調剤 53.6% (n = 555)  
 注射麻薬製剤の調剤 0.6% (n = 6)

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)

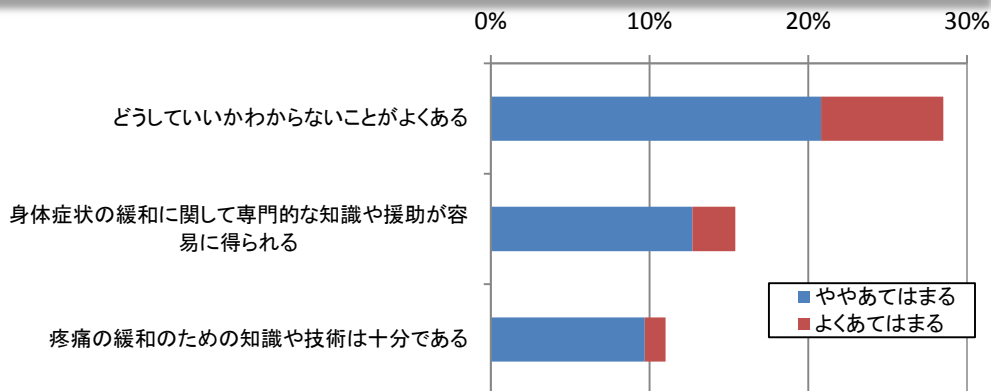
## 月平均麻薬処方の処方せん枚数



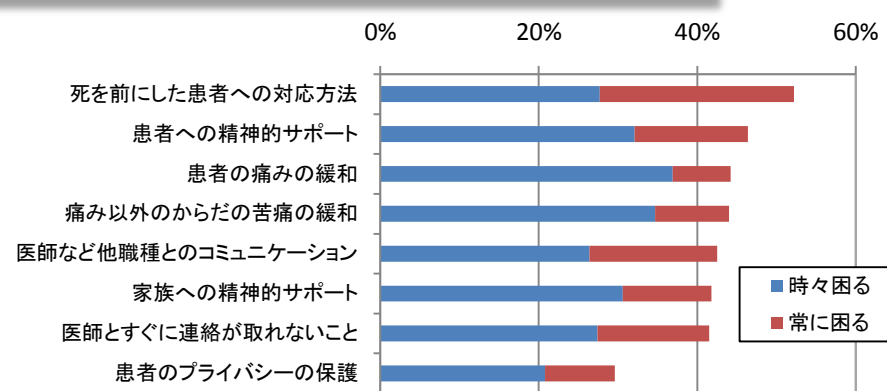
## 全体の仕入れ量に対するデットストックの割合



## 医療用麻薬を使用しているがん患者への対応について



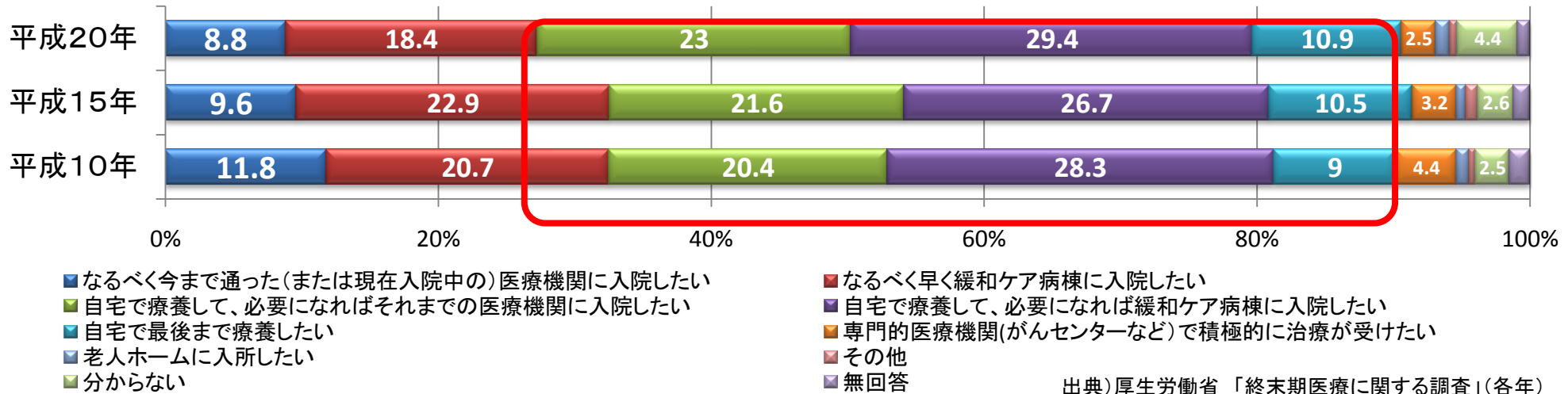
## がん患者への対応について、困っていること



# 終末期医療に関する調査(1)

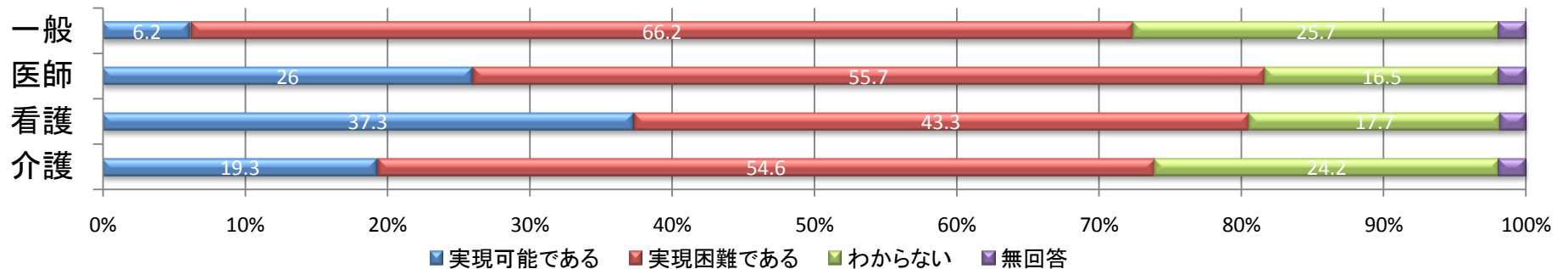
## ■ 終末期の療養場所に関する希望

「自宅で最後まで療養したい」「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。



## ■ 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。

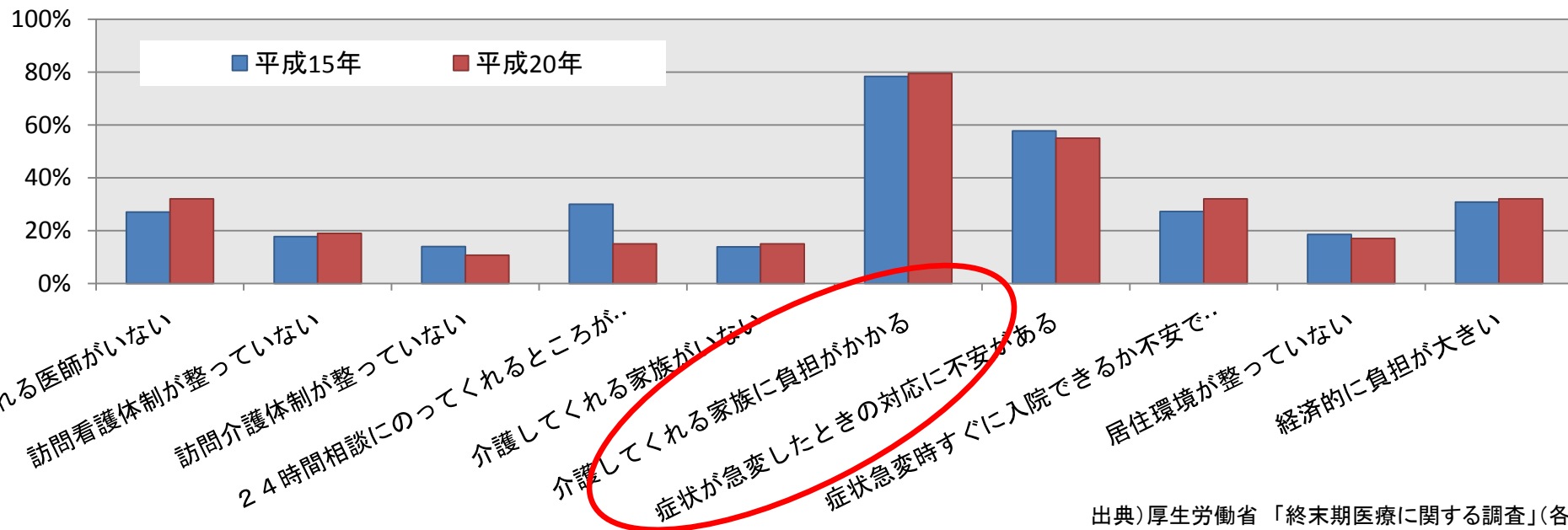
「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医師26%、看護師37%、介護士19%)。





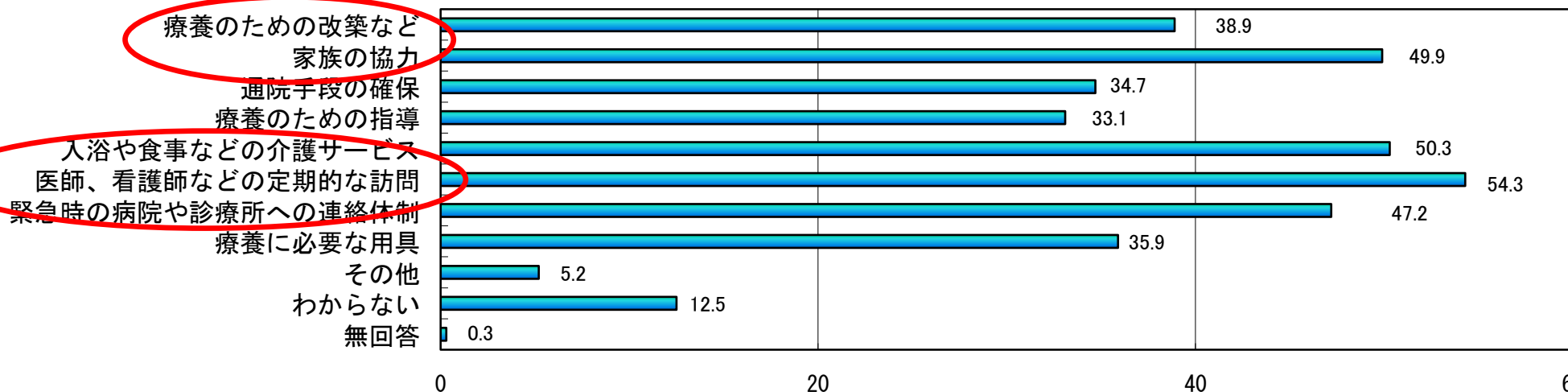
# 終末期医療に関する調査(2)

## ■ 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)厚生労働省「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)厚生労働省 平成20年「受療行動調査」 18

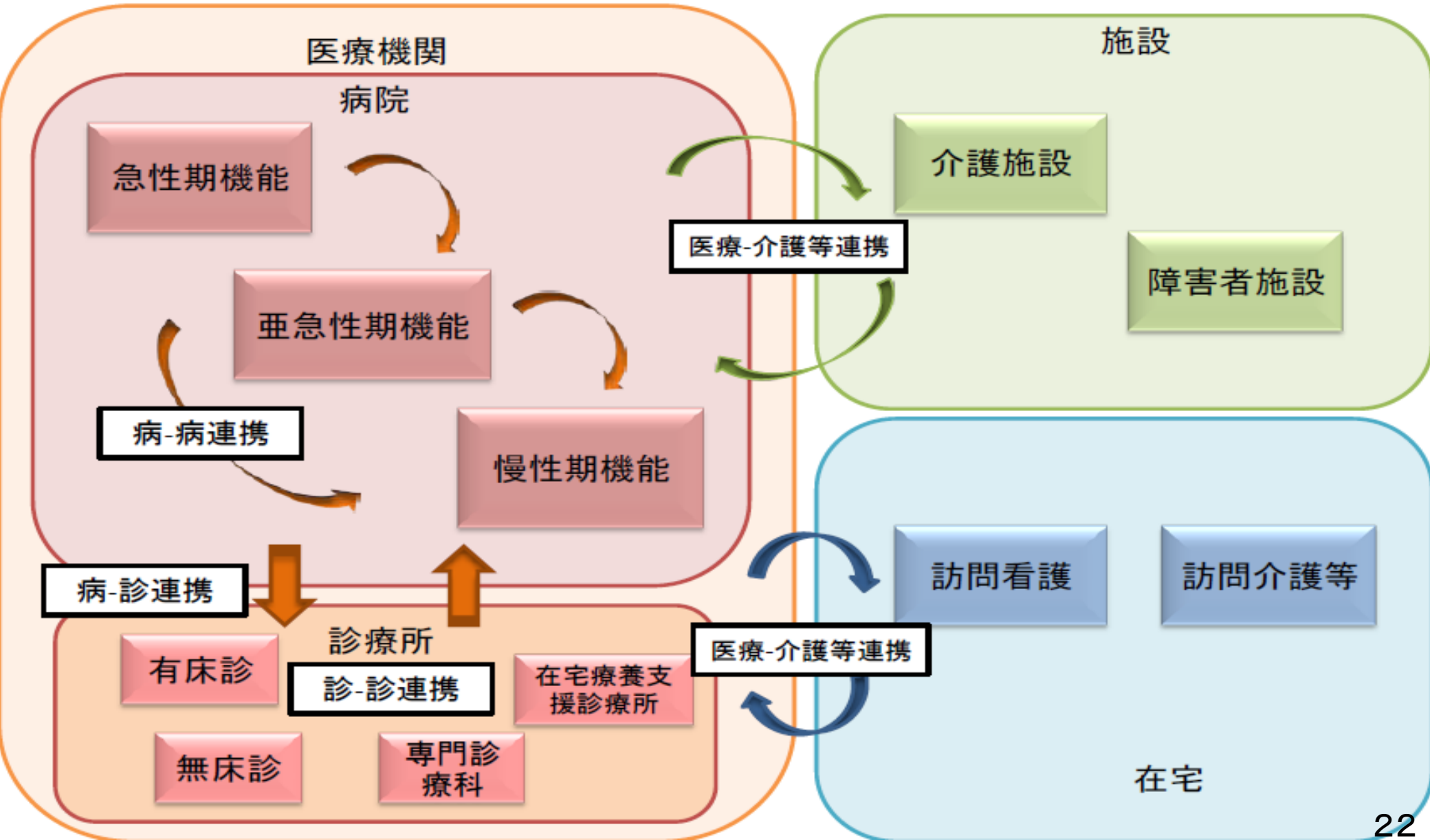
< 連携 >

## 医療法における連携に係る主な規定

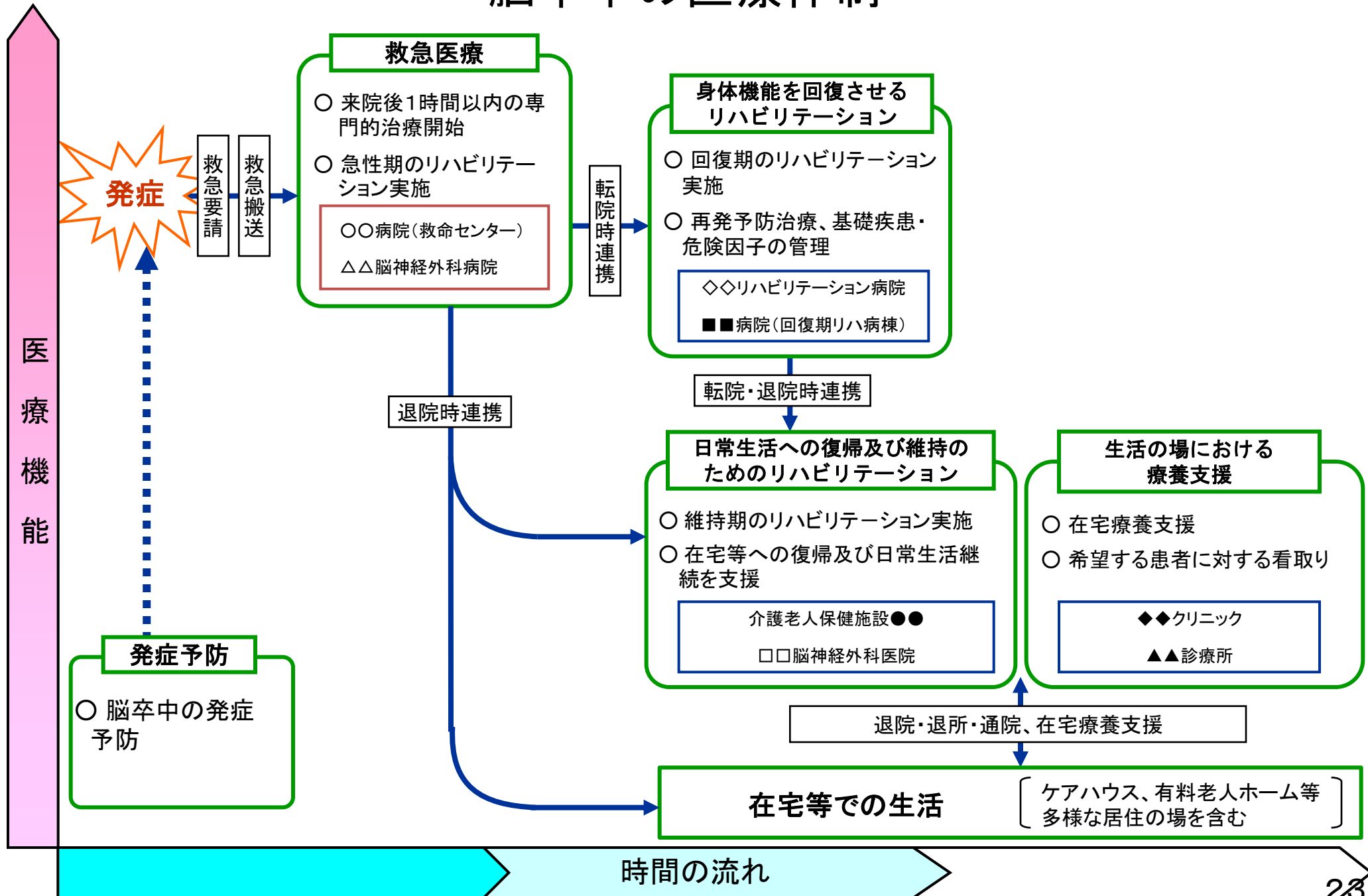
- 医療は、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない（第1条の2第2項）
- 医師及び歯科医師は、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するため、必要に応じ、医療を受ける者を他の医療提供施設に紹介し、必要な限度において医療を受ける者の情報を他の医療提供施設に従事する医師、歯科医師、薬剤師に提供し、その他必要な措置を講ずるよう努めなければならない（第1条の4第3項）
- 病院又は診療所の管理者は、退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう配慮しなければならない（第1条の4第4項）
- 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療技術の普及及び医療の効率的な提供に資するため、当該施設に勤務しない医療従事者の診療、研究又は研修のために、その建物又は設備を利用させるよう配慮しなければならない（第1条の4第5項）

- 病院又は診療所の管理者は、患者を退院させるときは、退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるよう努めなければならない(第6条の4第3項)
- 病院又は診療所の管理者は、第三項の書面の作成に当たっては、当該患者の退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携が図られるよう努めなければならない(第6条の4第5項)
- 病床を有する診療所の管理者は、入院患者の病状が急変した場合においても適切な治療を提供することができるよう、当該診療所の医師が速やかに診療を行う体制を確保するよう努めるとともに、他の病院又は診療所との緊密な連携を確保しておかなければならない(第13条)

# 医療機関等の連携について



# 脳卒中の医療体制



# がんの医療体制

## 専門的ながん診療

- 手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施
- 初期段階からの緩和ケア、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケア
- 身体症状、精神心理的問題の対応を含めた全人的な緩和ケア

等

※ さらに、がん診療連携拠点病院としては  
院内がん登録、相談支援体制、地域連携支援 等

○○病院(がん診療連携拠点病院)

紹介・転院・退院時の連携

経過観察・合併症併発・再発時の連携

## 標準的ながん診療

- 精密検査や確定診断等の実施
- 診療ガイドラインに準じた診療
- 初期段階からの緩和ケア
- 専門治療後のフォローアップ
- 疼痛等身体症状の緩和、精神心理的問題の対応

□□病院、◆◆診療所

## 在宅療養支援

- 生活の場での療養の支援
- 緩和ケアの実施

等

△△クリニック

在宅療養支援

在宅等での生活

発見

予防

- がん発症リスク低減
- 検診受診率の向上

がん治療

緩和ケア

時間の流れ

# 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、どのような取組が必要か。
- 在宅医療（在宅歯科医療を含む。）・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。
- 入院前・退院後の連携を円滑・効果的に行うために必要な連絡調整等を担う職員や担当部門の在り方について、どう考えるか。
- 在宅での緩和ケア・看取り等への対応も含めて、在宅医療の普及・確保の観点から、病院・診療所（有床・無床・歯科）が取り組む在宅療養支援機能について医療提供体制の中でどのような位置付けや機能強化策が考えられるか。
- ニーズに応じて包括的な医療・介護サービスが地域の中で提供されるよう、医療機関、薬局、訪問看護事業所、介護サービス事業所、介護施設等による包括的な連携を進めるために、どういう連携強化策が考えられるか。



## 平成23年度予算案の概要 (厚生労働省医政局)

|                        |              |           |
|------------------------|--------------|-----------|
| 平成23年度予算案              | 1,696億       | 5百万円      |
| 〔うち、要求枠<br>元氣な日本復活特別枠〕 | 1,608億3千2百万円 | 87億7千3百万円 |
| 平成22年度当初予算額            | 1,943億3千6百万円 |           |
| 差引増▲減額                 | ▲247億3千1百万円  |           |
| 対前年度比                  |              | 87.3%     |

(注) 上記計数には、厚生労働科学研究費補助金等は含まない。

### 「元氣な日本復活特別枠」で要望した事業の予算案

|   |        |
|---|--------|
| ・地域医療確保推進事業                             | 19.1億円 |
| ・地域医療支援センター運営経費                         | 5.5億円  |
| ・臨床研修指導医の確保事業                           | 10億円   |
| ・チーム医療の実証事業                             | 3.6億円  |
| ・健康長寿のためのライフ・イノベーションプロジェクト              | 85.3億円 |
| ※ 医政局分のみ計上                              |        |
| ※ 上記計数には、研究事業（厚生労働科学研究費補助金）を含めて計上       |        |
| ・世界に先駆けた革新的新薬・医療機器創出のための<br>臨床試験拠点の整備事業 | 33.3億円 |
| ※ うち7.7億円は研究事業（厚生労働科学研究費補助金）            |        |
| ・再生医療の実用化研究事業（厚生労働科学研究費補助金）             | 9億円    |
| ・先端医療技術等の開発・研究の推進事業<br>（国立高度専門医療研究センター） | 43億円   |

## 主要施策

### 1. 地域医療確保対策の推進

43,495百万円（52,366百万円）

**医師の地域偏在の是正など地域医療を担う人材の確保を図るとともに、質の高い医療サービスを実現し、国民が安心・信頼できる医療提供体制を確保する**

#### (1) 地域医療支援センターの整備

546百万円

地域医療に従事する医師のキャリア形成の支援と一体的に医師不足病院への医師の配置等を行うため、都道府県※が実施する「地域医療支援センター」の運営について財政支援を行い、各都道府県の医師確保対策の取組を支援する。（新規・特別枠）

※ 平成23年度は、先行的に、県内医師の地域偏在が大きい、へき地、無医地区が多い等の15の都道府県で実施予定。

#### (2) 臨床研修の充実

1,096百万円

##### ① 医師不足地域における臨床研修の充実（新規・特別枠）

1,003百万円

医師不足地域の臨床研修指導医や研修医を確保するため、大学病院や都市部の中核病院と医師不足地域の中小病院・診療所が連携した臨床研修の実施について財政支援を行う。

##### ② 臨床研修の質の向上及び研修医の確保等に向けた臨床研修病院群の形成促進（新規）

93百万円

地域の特色ある研修プログラムの作成や研修医の適正配置に関する協議など臨床研修の質の向上や地域医療を担う人材の確保に向けた取組（臨床研修病院群の形成）を促進する。

#### (3) チーム医療の総合的な推進

365百万円

看護師、薬剤師等医療関係職種の活用の推進や役割の拡大によりチーム医療を推進し、各職種の業務の効率化・負担軽減等を図るとともに、質の高い医療サービスを実現するため、チーム医療の安全性や効果の実証を行う。（新規・特別枠）

#### (4) 女性医師等の離職防止・復職支援

2,200百万円

出産や育児等により離職している女性医師の復職支援のため、都道府県に受付・相談窓口を設置し、研修受け入れ医療機関の紹介や復職後の勤務態様に応じた研修を実施する。

また、病院内保育所の運営に対する財政支援について、新たに休日保育を対象に加え、子どもを持つ女性医師や看護職員等の離職の防止、復職支援の充実を図る。

**(5) 看護職員の確保策等の推進****7, 583百万円**

看護の質の向上や安全な医療の確保、早期離職防止の観点から、新人看護職員研修の更なる普及や充実を図るため、新たに新人看護職員を指導する教育担当者及び実地指導者に対する研修等を実施するとともに、病院内保育所や看護師等養成所の運営に対する財政支援を行う。

**(6) へき地などの保健医療対策の充実****2, 013百万円**

へき地医療支援事業の企画・調整などを行う「へき地医療支援機構」の充実を図るほか、へき地医療の現場を担う人材を育成するため、へき地医療拠点病院における人材育成機能を強化する。

**(7) 在宅医療・在宅歯科医療の推進****417百万円****① 在宅医療の推進（新規）****109百万円**

在宅医療を希望する患者ができる限り住み慣れた地域や家庭で生活を送ることを支えていくため、医療・福祉・保健にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供していく連携体制の構築に向けた取組を行う。

**② 在宅歯科医療の推進****245百万円**

生涯を通じて歯の健康の保持を推進するため、寝たきりの高齢者や障害者等への在宅歯科医療について、地域における医科、介護等との連携体制の構築、人材の確保、在宅歯科医療機器の整備等について財政支援を行う。

**(8) 医療分野の情報化の推進****890百万円**

新成長戦略(平成22年6月閣議決定)等を踏まえ、シームレスな地域連携医療を実現するため、医療機関間等でのデータ共有や、個人が自らの診療情報等を電子的に管理・活用できる仕組みを構築するための実証事業を実施し、情報サービスの確立を目指す。(新規)

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

**(9) 歯科保健医療対策の推進****476百万円**

8020運動について、成人の歯科疾患予防や検診の充実を行うなど、生涯を通じた歯の健康の保持を引き続き推進する。

全てのライフステージにおける国民の歯・口腔の健康状態の把握や、8020運動等をはじめとした取組の効果について検証を行うため、歯科疾患に関する実態調査を行う。

また、安全で安心かつ良質な歯科保健医療を提供する観点から、歯科医療現場における院内感染対策の取組状況等の情報収集等を行い、国民や歯科医療関係者へ歯科医療に関する情報発信を行う。

## 2. 救急医療・周産期医療の体制整備

20,731百万円（23,826百万円）

### 救急、周産期等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する

#### (1) 救急医療体制の充実

13,748百万円

##### ① 救急医療体制の整備

5,286百万円

救急患者の円滑な受入れが行われるよう、受入困難患者の受入れを確実にを行う医療機関の空床確保に対する財政支援を行うとともに、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターへの財政支援を行う。

##### ② ドクターヘリ導入促進事業の充実

2,932百万円

早期治療の開始と迅速な搬送による救命率の向上を図るため、ドクターヘリ（医師が同乗する救急医療用ヘリコプター）事業を推進する。

##### ③ 重篤な小児救急患者に対する医療の充実

457百万円

超急性期にある小児の救命救急医療を担う「小児救命救急センター」の運営への支援や、その後の急性期にある小児への集中的・専門的医療を行う小児集中治療室の整備等に対する財政支援を行う。

#### (2) 周産期医療体制の充実

7,123百万円

地域において安心して産み育てることのできる医療の確保を図るため、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MFICU（母体・胎児集中治療室）、NICU（新生児集中治療室）等に対する財政支援を行う。

### 3. 革新的な医薬品・医療機器の開発促進

20,694百万円(21,374百万円)

#### 革新的新薬・医療機器創出のための臨床試験拠点の体制整備、研究費の重点配分など、革新的な医薬品・医療機器の開発を促進する

##### (1) 世界に先駆けた革新的新薬・医療機器創出のための臨床試験拠点の整備

整備事業 2,559百万円

研究事業 770百万円

日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出するため、世界に先駆けてヒトに初めて新規薬物・機器を投与・使用する臨床試験等の実施拠点となる医療機関の人材確保、診断機器等の整備、運営に必要な経費について財政支援を行う。(新規・特別枠)

##### (2) グローバル臨床研究拠点等の整備

518百万円

医薬品開発の迅速化を図り、ドラッグラグの解消に資するため、外国の研究機関との国際共同治験・臨床研究を実施する拠点の体制整備を行うとともに、国内における未承認薬等の開発を推進するための治験支援拠点等の体制整備を行う。

##### (3) 医薬品・医療機器に関する研究費の重点化・拡充

17,205百万円

革新的な医薬品・医療機器の臨床研究・実用化を促進するために、再生医療、次世代ワクチン、ナノメディシン、活動領域拡張、希少疾病への研究費の重点化等を行う。

##### (4) 質の高い臨床研究・治験の実施体制の強化

9百万円

高度な臨床研究・治験を実施する人材の育成と確保を図るため、臨床研究コーディネーター及びデータマネージャー育成に対する支援を行い、質の高い臨床研究・治験の実施体制の強化を図る。(新規)

##### (5) 後発医薬品の使用促進

101百万円

後発医薬品に関する理解を向上させるため、各都道府県に設置した協議会において、地域の実情に応じた事業を検討・実施するとともに、新たに保険者が差額通知サービス(被保険者に対する後発医薬品を利用した場合の自己負担額の軽減の周知)を導入しやすくするための環境作りを行い、より一層の推進を図る。

## 4. その他

(1) 国立高度専門医療研究センター及び(独)国立病院機構における政策医療等の実施等

71,863百万円

【うち、元気な日本復活特別枠 4,300百万円】

① 国立高度専門医療研究センター及び(独)国立病院機構における政策医療等の実施

67,563百万円

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

② 先端医療技術等の開発・研究の推進(国立高度専門医療研究センター)(新規・特別枠)

4,300百万円

国立高度専門医療研究センターの豊富な症例数、専門性等を活かし、バイオリソース(血液等の生体試料)等の蓄積、先端医療技術等の開発を進めるとともに、知的財産管理のための人材確保を行う。

(2) 国立ハンセン病療養所の充実

34,450百万円

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

(3) 経済連携協定に基づく外国人看護師候補者の円滑かつ適正な受入等

268百万円

経済連携協定に基づく外国人看護師候補者を円滑かつ適正に受け入れるため、看護導入研修を行うとともに、受入施設に対する巡回指導や日本語の習得を含めた看護師国家試験の合格に向けた学習の支援を行う。

(4) 国際医療交流(外国人患者の受入れ)のための体制整備に向けた取組

35百万円

新成長戦略において国際医療交流を推進するとされたことを踏まえ、外国人患者を受け入れる医療機関の質の確保を図ることを目的に、外国人患者の受入に資する医療機関の認証制度の整備に向けた取組を行う。(新規)

**(5) 統合医療の情報発信に向けた取組**

**10百万円**

近代西洋医学と伝統医学・相補代替医療を組み合わせた統合医療について、国民にわかりやすく、適切な情報発信を行うため、統合医療の技術評価の手法、情報発信の対象、情報発信の在り方等について検討を行う。(新規)

**(6) 死因究明体制の充実に向けた支援**

**198百万円**

異状死及び診療関連死の死因究明を進めるとともに、死亡時画像診断の取組を促進させるため、医療機関等に対する支援を行う。

# 社会保障改革の動向について

社会保障審議会（平成23年2月10日）配付資料（抜粋）



# 社会保障制度を取り巻く状況の変化について

- 現在の社会保障制度を取り巻く状況は1960～70年代当時から大きく変化している。
  - ① 雇用基盤の変化(就労形態の多様化)
  - ② 家族形態の変化(単身高齢世帯の増加、離婚の増加に伴うひとり親世帯の増加)
  - ③ 地域基盤の変化(都市化と過疎化の同時進行、地域コミュニティの弱体化、人口減少社会到来)
  - ④ 生活・リスク形態の変化(社会的ストレスの増大、自殺、うつ等の増加)



+

少子高齢化の進展と経済成長の鈍化により、  
社会保障給付費の対GDP比が増加

社会情勢の変化に対応し、これまで、年金、医療、福祉など制度ごとに対応を実施してきたが、

- 世代間の給付・負担のアンバランス、ニーズの変化に対応したサービスの充実・強化、縦割り型制度、不十分な貧困・困窮者対策、負担の次世代への先送りといった問題は未解決
- 問題解決には、財源問題も含めた社会保障制度の一体的・抜本的な改革が必要



## 改革の全体像を議論するためのポイント

- 経済を支え、経済成長に貢献する社会保障(一人一人の能力を引き出す社会保障＝ポジティブ・ウェルフェア)の構築
- 新たな課題やニーズの変化、各制度が内包している課題に対応した社会保障の機能強化  
他方、必要な効率化を併せて実施
- 安定的な財源の確保

※これらを一体的、総合的に議論する必要

# 社会保障改革に係る検討体制

## 政府・与党社会保障改革検討本部

本部長：菅内閣総理大臣

本部長代理：枝野内閣官房長官

与謝野社会保障・税一体改革担当大臣

(政府側構成員)

片山総務大臣、野田財務大臣、細川厚生労働大臣、海江田経済産業大臣、  
与謝野内閣府特命担当大臣(経済財政政策、少子化対策)、玄葉国家戦略担当大臣、  
藤井内閣官房副長官、福山内閣官房副長官、細野内閣総理大臣補佐官、峰崎内閣官房参与

(与党側構成員)

仙谷民主党代表代行、岡田民主党幹事長、玄葉民主政策調査会長、  
小沢民主党社会保障と税の抜本改革調査会会長代理、  
平田民主党参議院幹事長、藤村民主党幹事長代理、長妻民主党筆頭副幹事長、  
城島民主政策調査会長代理、一川民主政策調査会長代理、  
下地国民新党幹事長、亀井国民新党政務調査会長、田中新党日本代表

## 社会保障改革に関する有識者検討会

宮本太郎 北海道大学大学院法学研究科教授(座長)  
駒村康平 慶應義塾大学経済学部教授(副座長)  
井伊雅子 一橋大学国際・公共政策大学院教授  
土居丈朗 慶應義塾大学経済学部教授  
大沢真理 東京大学社会科学研究所教授

## 社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会

与謝野社会保障・税一体改革担当大臣  
藤井官房副長官、平野内閣府副大臣、末松内閣府副大臣  
鈴木総務副大臣、小川法務副大臣、五十嵐財務副大臣、  
大塚厚生労働副大臣、池田経済産業副大臣、  
和田内閣府大臣政務官、細野内閣総理大臣補佐官、  
峰崎内閣官房参与  
(オブザーバー)  
古本民主党税制改正PT事務局長  
大串民主党社会保障と税の抜本改革調査会事務局長  
亀井国民新党政務調査会長

# 社会保障改革に係る最近の検討経過

| 時 期                   | 概 要  |
|-----------------------|--|
| 平成22年<br>10月28日       | 第1回 政府・与党社会保障改革検討本部<br>・今後の進め方   |
| 11月 9日<br>～<br>12月 8日 | 社会保障改革に関する有識者検討会<br>(第1回) ・社会保障の現状と課題<br>(第2回) ・社会保障改革に関するこれまでの主な議論<br>・社会保障の財源と財政運営戦略<br>(第3回) ・社会保障を支える税制<br>・相対的貧困と財政、雇用<br>(第4回) ・社会保障改革の具体的内容に関するこれまでの議論<br>(第5回) ・報告書とりまとめ |
| 12月10日                | 第2回 政府・与党社会保障改革検討本部<br>・民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」の報告<br>・「社会保障改革に関する有識者検討会報告」の報告<br>・本部決定  |
| 12月14日                | 閣議決定   |
| 平成23年<br>1月21日        | 第3回 政府・与党社会保障改革検討本部<br>・「社会保障改革に関する集中検討会議」の設置について  |
| 1月31日                 | 第4回 政府・与党社会保障改革検討本部<br>・社会保障・税に関わる番号制度についての基本方針決定<br>・「社会保障改革に関する集中検討会議」の人選について  |
| 2月5日                  | 第1回 社会保障改革に関する集中検討会議<br>・今後の進め方  |

# 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。

# 厚生労働省社会保障検討本部

## 本 部

## 事務局

### 政務三役会議

大臣  
(本部長)

大塚副大臣  
(医療・介護、年金、番号担当)

小宮山副大臣  
(子ども・子育て支援、就労促進担当)

岡本政務官  
(医療・介護、貧困・格差担当)

小林政務官  
(就労促進担当)

事務次官  
(副本部長)

厚生労働審議官  
(副本部長)

統括官(社会保障)  
(事務局長)

医政局長  
健康局長  
医薬局長  
基準局長  
安定局長  
能開局長  
雇児局長  
社援局長  
老健局長  
保険局長  
年金局長  
統括官(労働)

医療・介護チーム  
└ 医療イノベーション  
サブチーム

年金チーム

就労促進チーム

貧困・格差チーム

└ 低所得者対策  
(自己負担等軽減)  
総合検討サブ  
チーム

子ども・子育て  
支援チーム

番号チーム

## 検討事項（医療・介護チーム、医療イノベーションサブチーム）

- 診療報酬・介護報酬同時改定の基本となる方針を策定する。
- 上記の基本となる方針の策定に当たって、それと統合的な医療及び介護の提供体制の見直し等の改革案を作成する。その際、以下の課題について、改革の内容、手法等を具体化する。

### <政策課題>

- ・ 医療・介護施設の機能分化の推進及び地域における連携体制の構築
    - …病院・病床機能、介護施設機能、医療・介護計画、療養病床の再編の検討を含む。
  - ・ 急性期医療の強化、重点化及び急性期から慢性期への円滑な移行
  - ・ 在宅医療・介護の充実、プライマリケアの明確化
    - …地域包括ケアの具体像の提示を含む。
  - ・ 在宅を支える高齢者向け住宅保障
  - ・ マンパワーの充実確保 等
- 予防医療、介護予防の具体化
    - ・ 介護予防に関するエビデンスやノウハウの集積、普及 等
  - 医療・介護の効率化方策の具体化
    - ・ IT化の推進 等
  - 上記改革を踏まえた、医療・介護の費用推計
    - ・ 社会保障国民会議試算を推計の基礎とし、改革内容に応じた修正を適切に行う。
    - ・ 必要な給付費から算定されるニーズと実態のギャップに基づき、必要な基盤整備などの投資的経費の試算を行う。

### <サブチームでの検討事項>

- 新成長戦略に基づく医療イノベーションの具体化
  - ・ 日本発の医薬品・医療機器、医療技術の研究開発推進
  - ・ 内閣官房における検討と連携して取り組む。

※ 上記検討に当たっては、医療・介護分野における雇用拡大等、経済成長とのよい循環を生んでいく観点を踏まえた内容とすること。



# 社会保障改革に関する集中検討会議

## 1. 趣旨

社会保障・税一体改革の検討を集中的に行うとともに、国民的な議論をオープンに進めていくため、内閣総理大臣を議長とし、少数の関係閣僚及び与党幹部と民間有識者からなる会議を政府・与党社会保障改革検討本部の下に設置する。

## 2. 役割

- 社会保障・税一体改革に関する重要提案のヒアリング、論点の明確化
- 政府における一体改革検討に関する助言
- 国民的な議論を進めるための環境作り

## 3. 構成

### 【幹事委員】

#### (1) 政府

内閣総理大臣（議長）  
社会保障・税一体改革担当大臣（議長補佐）  
内閣官房長官、内閣官房副長官  
総務大臣、財務大臣、厚生労働大臣、国家戦略担当大臣

#### (2) 与党

仙谷由人 民主党社会保障と税の抜本改革調査会長  
亀井亜紀子 国民新党政務調査会長

#### (3) 各界有識者

##### 【経済界】

成田豊 電通名誉相談役（安心社会実現会議座長）  
渡辺捷昭 トヨタ自動車株式会社代表取締役副会長

##### 【労働界】

古賀伸明 日本労働組合総連合会会長

##### 【学界】

清家篤 慶應義塾長  
宮本太郎 北海道大学大学院法学研究科教授  
吉川洋 東京大学大学院経済学研究科教授  
（社会保障国民会議座長）

##### 【有識者】

堀田力 さわやか福祉財団理事長  
峰崎直樹 内閣官房参与  
宮島香澄 日本テレビ解説委員  
柳澤伯夫 城西国際大学学長

### 【委員】

赤石 千衣子 特定非営利活動法人しんぐるまざあず・ふぉーらむ理事  
安藤 哲也 特定非営利活動法人ファザーリング・ジャパン代表理事  
岡村 正 日本商工会議所会頭  
小川 泰子 社会福祉法人いきいき福祉会専務理事  
亀田 信介 医療法人鉄蕉会亀田総合病院院長  
駒崎 弘樹 特定非営利活動法人フローレンス代表理事  
笹森 清 内閣特別顧問  
生水 裕美 野洲市市民部市民生活相談室主査  
鈴木 晶子 特定非営利活動法人ユースポート横濱理事

丹生 裕子 県立柏原病院の小児科を守る会代表  
中橋 恵美子 特定非営利活動法人わははネット理事長  
濱田 邦美 徳島県那賀町日野谷診療所長  
藤本 晴枝 特定非営利活動法人地域医療を育てる会理事長  
細野 真宏 株式会社アーク・プロモーション代表取締役社長  
前田 正子 甲南大学教授  
宮本 みち子 放送大学教授  
矢崎 義雄 独立行政法人国立病院機構理事長  
湯浅 誠 内閣府参与 反貧困ネットワーク事務局長

目次

○社会保障国民会議 中間報告・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

○新成長戦略 ～「元気な日本」復活のシナリオ～（抄）・・・・・・・・・・ 13

○税と社会保障の抜本改革調査会「中間整理」（民主党）・・・・・・・・・・ 16

○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～ ・・・・・ 22

○平成23年度予算案概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 31

○外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律施行規則の一部を改正する  
省令等について（通知）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35



## 社会保障国民会議 中間報告

### 目次

平成20年6月19日  
社会保障国民会議

## 社会保障国民会議 中間報告

平成20年6月19日  
社会保障国民会議

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| <b>1 はじめに ～社会保障国民会議における議論の出発点～</b>    | <b>1</b> |
| 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           | 2        |
| 4 国と地方が協働して支える社会保障                    | 3        |
| <b>2 社会保障改革の基本的視点</b>                 | <b>4</b> |
| 1 これまでの社会保障改革の流れ                      | 4        |
| 2 今日の社会保障が直面する課題                      | 4        |
| (1) 少子化対策への取組みの遅れ                     | 4        |
| (2) 高齢化の一層の進行                         | 5        |
| (3) 医療・介護サービス提供体制の劣化                  | 5        |
| (4) セイフティネット機能の低下                     | 5        |
| (5) 制度への信頼の低下                         | 6        |
| 3 今後の社会保障改革の基本方向～社会保障の機能強化～           | 6        |
| <b>3 社会保障の機能強化のための改革</b>              | <b>7</b> |
| 1 社会保障の制度設計に際しての基本的な考え方               | 7        |
| (1) 自立と共生・社会的公正の実現                    | 7        |
| (2) 持続可能性の確保・国民の多様な生き方の尊重             | 7        |
| (3) 効率性・透明性                           | 8        |
| (4) 公私の役割分担・地域社会の協働                   | 8        |
| (5) 社会経済の進歩・技術革新の成果の国民への還元            | 8        |
| (6) 負担と給付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 | 8        |

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| (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  | 9  |
| 2 社会保障を支える基盤の充実                   | 9  |
| (1) 安定的な経済成長の確保                   | 9  |
| (2) 現役世代の活力の維持・強化                 | 10 |
| (3) ユニバーサル社会の実現                   | 10 |
| 3 高齢期の所得保障                        | 10 |
| (1) 公的年金(基礎年金)の財政方式               | 11 |
| (2) 未納問題への対応                      | 11 |
| (3) 無年金・低年金問題への対応                 | 12 |
| 4 医療・介護・福祉サービスの改革                 | 12 |
| (1) 医療・介護にかかる需要の増大                | 12 |
| (2) 不十分・非効率なサービス提供体制              | 13 |
| (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 | 13 |
| (4) 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し             | 14 |
| (5) 医療・介護に関する将来試算の実施              | 15 |
| 5 少子化・次世代育成支援対策                   | 15 |
| (1) 未来への投資としての少子化対策               | 15 |
| (2) 仕事と生活の調和の推進                   | 16 |
| (3) 子育て支援サービスの充実                  | 17 |
| (4) 地域における子育て環境の整備                | 17 |
| (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 | 18 |
| 6 セーフティネット機能の強化                   | 18 |
| 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       | 20 |
| (1) 公的年金制度への信頼回復                  | 20 |
| (2) 運用面での改善—できることはすぐに着手—          | 20 |

#### 4 社会保障の機能強化のための財源

21

## 社会保障国民会議 中間報告

平成20年6月19日

社会保障国民会議

### 1 はじめに ～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

すべての国民を対象とする公的年金、医療・介護保険、子育て支援、生活保護などの社会保障制度は、私たちの暮らしを支える最も重要な社会基盤である。人が生まれ、育ち、学び、働き、暮らしていく中で、何かがおきた時、いざという時のための備えが社会保障制度であり、この備えが社会の仕組みとして用意されていることで、人は安心して人生をまっとうすることができる。

社会保障制度が信頼できるものでなければ、国民生活の安定はありえない。

各種世論調査や政府の調査(資料1)を見ても、社会保障は常に国民の最重要関心事項であり、国民の高い関心の裏側には、社会保障に対する国民の大きな期待が存在している。

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

1950年(昭和25年)のわが国の平均寿命は男性58歳、女性61.5歳で、日本は先進国中最も平均寿命が短い国であった。それから半世紀あまり、今やわが国の平均寿命は男性79歳、女性86歳(資料2)で、日本は世界一の長寿国となった。

こうした大きな変化は、戦後の日本が成し遂げた世界に誇りうる大きな成果である。平均寿命の伸長や高齢人口の増大、つまりより多くの人が長生きすることができるようになったことは、社会の豊かさと安定の反映であるといえる。

この過程で、社会保障制度が大きな役割を果たしたことはいうまでもない。世界保健機構(WHO)の「健康達成度調査」(2000年)によれば、平均寿命や健康寿命などの指標において日本は世界一位の評価を得ている(資料3)。我が国の医療システムは、国民皆保険体制の

下で、これまで大きな成果を生み出してきた。

しかし、21世紀を迎えた今日、経済社会を取り巻く環境が大きく変化する中で、社会保障制度は様々な課題に直面している。

経済社会の環境変化の中で最も重要なことは、言うまでもなく少子高齢化の進行(資料4)である。

わが国の少子高齢化は他の先進国に例を見ないスピードで進行している。出生率は1.34(2007年(平成19年))で先進国でも最も低いグループに属している一方、高齢化率は20%を超え、既に世界で最も高齢化が進んだ国となっている。

社会保障給付の対象者は高齢者に限られるわけではないが、年金・医療・介護などいずれをとっても高齢者への給付が大きな比重を占める(資料5)。高齢化の進行によって社会保障給付は増大していく。他方、負担の主たる担い手は現役世代であり、現役世代の数は少子化の下で減少していく(資料6・資料7)。このことによって、社会保障制度は財政上の困難に直面することとなる。

少子高齢社会において社会保障制度の持続性をいかに維持していくか。このことは私たちが解決しなければならない大きな課題である。

豊かな社会の成果である高齢化と少子化・人口減少という二つの大きな課題を同時に解決するべく、私たちは、世界に先例のないモデル、「本格的な少子高齢社会における社会保障のモデル」の構築に取り組まなければならない。

少子高齢化の進行以外にも、社会保障制度は様々な課題に直面している。

働き方の多様化や女性の社会進出、核家族化の進行などによって、職場や地域、家族の姿は大きく変わり、人々の生き方・暮らし方や価値観も多様化している。

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、時代が求める機能・役割を果たすことのできるものとなるよう、その機能を強化していかなければならない。

時代の要請・社会の変化に応えられる社会保障制度を実現するべく、必要な改革の方向性・処方箋を提起すること。これが社会保障国民会議に課せられた役割である。

### 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

社会保障制度は、全ての国民にとって必要なものである。給付の裏側には必ず負担がある。必要な給付を行うためには、誰かが何らかの形で負担をしなければならない。

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。まさに、「私たち自身―「あなた」が支える社会保障」なのである。

また、社会保障制度の運営には、企業もその社会的責任にふさわしい応分の役割を果たすことが求められるし、NPOはじめ地域の市民組織の参加も必要である。

社会保障は、国民一人一人が支え手として参加して初めて有効に機能するものであるが、そのためには、社会保障制度が私たちの信頼に足るものであること、即ち「分かりやすく」「納得できるもの」でなければならない。

簡素で効率的かつ公平で透明な制度を作っていくこと。このことが改革の基本でなければならない。

### 4 国と地方が協働して支える社会保障

社会保障制度を国民に身近で安心できるものとするためには、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

### 1 これまでの社会保障改革の流れ

1990年代から2000年代前半にかけて、わが国では一連の「構造改革」を実施されたが、「社会保障構造改革」はその重要な柱のひとつであった。

具体的には、2000年以降、以下のような医療・年金・介護の制度改革が行われた。

2000年(平成12年)介護保険制度創設

2001年(平成13年)医療保険制度改革(本人3割負担の導入等)

2004年(平成16年)年金制度改革(マクロ経済スライドの導入、将来保険料水準の固定等)

2005年(平成17年)介護保険制度改革(予防重視への転換、施設居住費・食費の自己負担化等)

2006年(平成18年)医療保険制度改革(新たな高齢者医療制度の創設、療養病床の再編成等)

「社会保障制度の持続可能性の確保」をキーワードとするこれら一連の改革により、社会保障制度の構造改革が進み、経済財政との整合性、社会保障制度の持続可能性は高まった。

### 2 今日の社会保障が直面する課題

しかしながら、これら一連の社会保障構造改革によっても十分対応できなかった問題や改革の過程で新たに生じた問題など、社会保障制度は引き続き様々な課題に直面している。

#### (1) 少子化対策への取組みの遅れ

過去20年以上わが国の出生率はほぼ一貫して低下してきており、少子化の進行スピードは非常に早い。2007年、ついにわが国の総人口は減少に転じ、人口減少社会に突入した。1990年(平成2年)の「1.57ショック」以降、国も地方自治体も少子化対策への取組みを進めてきたが、本格的少子化対策への取組みは十分とはいえず、そのことが更なる少子化の進行をまねく要因となっている。

少子化の進行は社会保障のみならずわが国経済社会全体の基盤を揺るがす大きな問題であり、少子化対策は文字通り「待ったなし」の課題である。

#### (2) 高齢化の一層の進行

前述のように、わが国の高齢化率は20%を超え、世界一の高齢社会になっているが、今後も、少子化の動向が変わらない限り、高齢化は一段と進み、2025年(平成37年)には30.5%、2050年(平成62年)には39.6%に達すると予想されている。

さらに、75歳以上高齢者の増加ともなっており、医療・介護を中心に社会保障給付費の増大は不可避である。したがって、医療・介護を中心に、制度の持続可能性をいかに確保していくかは依然として大きな課題となる。

しかし他方、高齢者世代には給付切り下げ・自己負担増への不安があり、現役世代(特に若者世代)には負担増への忌避意識・世代間の負担の不公平感がある。今後の改革の方向によっては、国民意識の分裂・社会保障制度の基盤が揺らぐ可能性すらある。

#### (3) 医療・介護サービス提供体制の劣化

救急医療体制の弱体化、産科・小児科を中心とする医師不足、地域医療の崩壊、介護分野における恒常的人材確保難など、生活を支える医療や介護サービスの基盤が劣化している。

「医療崩壊」という言葉さえ使われるようになった。

#### (4) セーフティネット機能の低下

労働市場の二極化・格差の固定化が進み、被用者保険から脱落する非正規労働者が増大するなど、社会保障制度の網目(セーフティネット)からもれてしまう層が増大している、との批判がある。また、本来、労働市場改革(規制緩和)とセットで行うべきだった社会保障改革(非正規労働者への社会保険適用拡大等)が行われなかったことが、労働市場の二極化、非正規労働者の増大を増幅した、との批判もある。さらには、一人暮らし高齢者の増大、家族や地域の支援力の低下、格差の拡大やワーキングプアといった課題に対して、社会保障の生活保障機能、所得再分配機能が十分働いていない、との批判もある。

格差の拡大やセーフティネット機能の低下は、「社会の公正さ」への不信感を増大させ、社会保障の基盤である「国民の相互連帯意識」を大きく損なうという意味でも大きな問題である。

### (5) 制度への信頼の低下

制度改正を重ねる中で、社会保障制度は非常に複雑なものになってしまった。運用面での課題も多く、国民にとってわかりにくく利用しにくい制度になっていると言わざるを得ない。

制度が複雑で分かりにくいことは、制度運営の非効率さにもつながるものであり、結局は制度が本来の機能を十分発揮できない原因にもなる。

加えて、社会保険庁問題など事業運営面で国民の信頼を大きく裏切る不祥事が発生し、そのことで制度そのものへの不信が生まれている。

### 3 今後の社会保障改革の基本方向～社会保障の機能強化～

1で述べたように、これまでの社会保障改革は、経済財政政策との整合性を基本に「制度の持続可能性」に重点を置いた改革であった。今日までの一連の制度改革により、公的年金制度を始め、社会保障制度の持続可能性は向上している。

しかしながら他方で、今日の社会保障制度は2で述べたような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・自律を基本としている。しかし同時に、どれだけ経済的・社会的に恵まれた人でも、人は一人では生きていけない。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。

社会的な助け合い・連帯の仕組みである社会保障制度にあっては、給付はニーズに応じて行われ、他方で負担は経済的能力に応じて行われるのが原則である。

経済的・社会的に恵まれている人は多くを負担し、社会的・経済的に弱い立場にいる人の負担は小さい。高齢者であっても経済的・社会的に恵まれている人はいるし、逆に現役世代の中にも弱い立場の人がいる。

社会保障制度は、このような「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」を実現している(資料8・資料9)。

#### (2) 持続可能性の確保・国民の多様な生き方の尊重

いわゆる「団塊の世代」がこれから高齢者の仲間入りをする。

この人たちは、その人数の大きさ(1947年から49年生まれの人全体で677万人になる)もさることながら、現在の高齢世代と比較すれば、多様な価値観とはっきりした権利意識を持ち、戦後の経済成長の中で豊かな生活を送ってきた人たちであり、「新しい高齢者」ともいうべき人たちであるといえる。

この人たちが、75歳になるのは2025年以降であり、2025年以降が国はさらに一段と高齢化が進行する(資料10)。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しなければならない。

同時に、働き方の多様化や女性の社会進出、核家族化の進行などによって、人々の生き方・暮らし方や価値観は多様化している。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

いうまでもなく、社会保障制度は効率的なものでなければならない。社会保障が果たすべき機能を十分に果たし、同時に制度の運営やサービス提供の仕組みはできる限り無駄のない効率的なものとするのが求められる。

そのためには、社会保障制度は簡素で分かりやすいものであること、つまり透明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

助け合い・連帯の仕組みを担っているのは、「社会的に制度化された仕組み」としての社会保障制度だけではない。地域社会の中での日常的な支え合いやNPO・住民参加型相互扶助組織のような「自律的・インフォーマルな相互扶助(共助)の仕組み」もある。

公的な支えである社会保障制度とともに、様々な地域社会の支えあい・助け合いの仕組みがあつてこそ、人は安心して生きていくことができる。

したがって、一人一人が地域社会の一員としてこのような相互扶助の仕組みに参加し、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

ITの進歩は社会のあらゆる面に大きな影響を与えているし、医療・介護分野においても技術革新はめざましい。こうした技術革新の成果が医療や介護などのサービスの効率化や質の向上に活かされる必要がある。

### (6) 給付と負担の透明化を通じた制度に対する信頼、国民の合意・納得の形成

国民だれもが必要な時に必要な給付を受けていることを実感できることが、社会保障を支える負担への納得につながる。

その意味で、社会保障の「みえる化」は重要である。幼年期・学齢期・若年期・壮年期・高齢期など、一人一人のライフステージの各段階で、給付・負担両面で社会保障がどのように関わっているかを明らかにし、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、さらには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(資料11・資料12)、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(資料13)。

社会保障制度を支える責任とは、第一義的には必要な負担をするということであるが、それにとどまらず、社会保障制度の運営に関心を持ち、制度運営に参加していくことでもある。

社会保障制度が十分に機能することによって、必要な人が必要な時に必要な給付を受けられ、公平な負担が実現されるかどうか、国民一人一人が常にその制度運営に関心を持ち、関わりをもつことが求められる。

その意味で、制度運営に参加することも、国民の権利であり、責任である。

## 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

経済成長は社会保障の持続可能性にとって不可欠の前提であることはいうまでもない。安定的な経済成長がなければ、社会保障に必要な財源(税金や社会保険料)を確保することはできない。

安定的な経済成長が確保されるよう、経済財政政策、雇用・労働政策、産業政策など、必要な施策が一体となった総合的な政策を強力に推進していかなければならない(資料14・資料15)。

他方、社会保障の本来機能は、国民生活の安心・安定を確保することである。国民生活が安定していることは経済社会の発展の前提であり、経済成長を支える基盤となる。例えば公的年金は高齢者の所得保障を通じて世代間・地域間の所得再配分に寄与しているし、地域経済の底支えにも貢献している(資料16)。

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

社会保障を支えているのはいうまでもなく現役世代である。社会保障を支える基盤の強化という意味で、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である。

働くことを望む若者、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。

この点については、所得確保・保障分科会(雇用・年金)中間取りまとめの中で詳しく書かれているが、現役世代の雇用確保は、多様な人生選択の保障、さらには本人自身の老後保障の確保という観点からも重要であり、就職氷河期に正社員となれなかった年長フリーター等の正規雇用化促進など非正規労働者対策を通じた若年者の安定雇用の確保・処遇の改善(資料17・18)、諸外国と比較しても就労意欲の高い高齢者の雇用機会の拡充(資料19)、結婚・出産後の女性の就労継続・再就労支援、障害者雇用の確保などの施策を積極的に進めていくことが必要である。

同時に、雇用の質を確保するための人的資本の充実(人材力＝職業能力の開発)、多様な働き方を保障する働き方に中立的な社会保障制度の確立を図るべきである。

## (3) ユニバーサル社会の実現

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

とりわけ、障害がある人が、必要な給付サービスを保障されつつ、社会の支え手として自らの能力を発揮し、自己実現していけるような施策を講じることが重要である。

## 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(資料20)。

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

社会保障国民会議では、平成16年の国民年金改正法に規定されている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。

シミュレーションの詳細、各方式それぞれの所要財源額及びシミュレーション結果を踏まえた論点の整理等については、所得確保・保障(雇用・年金)分科会中間取りまとめの中で詳述している。

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る。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している。

## (2) 未納問題への対応

現行制度の最大の問題は未納問題である。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。しかしながら、継続的な未納者は将来無年金者となり、生活保護受給者となる可能性があるという意味で未納の増加(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である。

また、未納者の増大は真面目に納付する人々の不公平感を増大させ、制度への信頼を低下させ、更なる未納の増大を招く危険がある。その意味でも未納問題は基礎年金制度にとって重大な問題である。

未納問題を解決していくためには、未納者の属性を分析し、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。具体的には、

- ① 低所得者については、免除制度の積極的活用(事実上の税方式による最低保障)を行う
- ② 非正規雇用者・非適用事業所雇用者については、厚生年金の適用を拡大するとともに、雇用主による代行徴収を行う
- ③ 確信的不払い者(多くは中高額所得者)については、徹底した強制徴収を実施する等、制度的対応を含めた措置を講じ、納付率の向上に真剣に努めるべきである(資料21)。

### (3) 無年金・低年金問題への対応

無年金者は現在 44 万人、高齢者人口の約2%弱である(資料22)。無年金・低年金は過去の納付実績の反映であり、近時の適用拡大による未加入者の減少(過去は統計上の納付率は高かったが未加入者が多かったので実質的な意味での納付率は現在とあまり変わっていない)等を考慮すれば、現行の納付率で推移した場合、将来無年金者が大きく増大することは考えにくい。逆にいえば、現在のままの納付率水準であれば将来にわたって継続的に高齢者の一定割合(約2%)の無年金者が発生しつづけるということであり、やはり大きな問題である。

無年金者・低年金者の発生を最小限に食い止めるため、未納対策の徹底とともに、単身高齢者女性等を念頭に置いた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。

さらに、最後のセーフティネットとしての生活保護制度の再評価等についても検討すべきである。

## 4 医療・介護・福祉サービスの改革

医療・介護・福祉は、年金のような所得保障(現金給付)ではなく、サービスの保障(現物給付)が基本となることから、国民が、医療サービスや介護サービスという「現物のサービス」が保障され、そのサービスを提供するために必要な費用を医療保険制度や介護保険制度を通じて保険料や税金として負担する、というのが基本的な姿になる。

したがって、医療・介護・福祉については、サービスを提供する体制・システム(医療機関や介護施設など)をどのように整備するかという問題と、サービスにかかる費用をどんな仕組みでどのように負担していくかということと同時に考えなければならない。

### (1) 医療・介護にかかる需要の増大

繰り返して述べてきているように、今後、75 歳以上高齢者の増大(資料23)、核家族化や一人暮らし世帯の増大による家族介護力の低下(資料24)、地域のサポート力の低下の進行などにより、医療・介護サービスの需要は高齢化のスピードを上回って増大していくものと考えなければならない。

他方、現時点におけるわが国の医療・介護サービスにかかる給付費は国際的に見ても必ずしも高くない。したがって、医療・介護サービスの需要に応えるサービスを確保していく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である。

### (2) 不十分・非効率的なサービス提供体制

わが国の病院は、公的病院よりも民間病院(個人立・医療法人立)の病院の割合が高く、全体として病院の規模も小さい(資料25)。また、病床数が諸外国と比較して多く(資料26)、急性期・慢性期・回復期といった病床の機能分化は不明確である一方で、医療現場の人員配置が手薄で、国際標準から見ても病床あたりで比較した医師・看護師数が少なく、病院全体のスタッフ数も少ないという特徴が指摘されている(資料27)。

現在、わが国は、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、様々な緊急の課題に直面している。これらの課題に対しては、救急医療体制の強化や臨床研修指定病院の機能強化、専門職種間の役割分担の見直しによる医師の負担軽減など、現段階でできる緊急の対策を講じていくことはもちろん必要だが、同時に、(3)で述べるような、わが国の医療が抱えている構造問題の解決への取組みが欠かせない。

また、「人が人を支えるサービス」である医療・介護・福祉サービスにあっては、医師と患者の信頼関係、医療・介護サービスを求める者と利用する者の信頼関係が非常に重要である。両者がそれぞれに相手の立場を理解し、協力し合う関係をつくることが重要である。

### (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

わが国の医療・介護サービス提供体制が抱える問題は、長い時間をかけて形成されてきたものであり、様々な背景要因が複雑に絡み合っていることから、問題解決のためには、文字通り思い切った「構造的な改革」が必要である。

詳細については、サービス保障分科会(医療・介護・福祉)中間とりまとめの中で詳しく述べているが、「選択と集中」の考え方に基づいて効率化すべきものは思い切った効率化し、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。



### ① サービス提供体制の構造改革

#### ・病院機能の効率化と高度化

国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護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

専門的医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実

#### ・地域における医療機能のネットワーク化

「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現

#### ・地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現

人々が日常を過ごす地域で、必要な医療・介護・福祉のサービスが包括的・継続的に提供できる体制の実現。

在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門員の連携を軸にした「地域包括ケアマネジメント」の実現

#### ・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

「チーム医療」「多職種協働」を基本に、限られた専門人材を効果的・効率的に活用し、利用者に対するよりよいサービスの提供を実現

### ② サービスを支える人的・物的資源の計画的整備

#### ・人的資源の確保

「人が人を支える」という意味における「労働集約型サービス」としてのサービスの特性を踏まえ、医療・介護分野全体及び専門分野ごとの人的資源需要予測を行い、計画的養成・整備に早急に取り組む(資料28)。

医療機関経営・介護事業経営に関わる専門人材の養成・能力開発

#### ・物的基盤の整備

知識集約産業としての特性を踏まえた、病院・施設の設備整備コストの確保

医療・介護におけるIT化の推進(可能な限りのレセプトオンライン化前倒し、データベース化促進等)

### (4) 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し

上記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であるが、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である。

そのためには、診療報酬・介護報酬について、構造改革を着実に推進する観点から、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

上記の一連の改革を行っていくことを前提にした上で、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進め実施する。

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

次世代を担う子どもたちを育むことは、何時の時代にあっても人間の基本的な営みの一つであり、子どもを育てる親たち、次世代を育む現役世代の努力を社会全体で支援していくことは当然のことである。

子どもたちが健やかに成長していくための地域や社会の環境を整備し、全ての子ども、全ての子育て家族を支援することこそが、次世代育成支援対策の基本である。

### (1) 未来への投資としての少子化対策

出生数の一層の減少は、社会保障制度の基盤を危うくするのみならず、将来の労働力人口の減少等を通じて、日本の経済社会の活力そのものを失わしめる大きな問題である。

少子化は日本が直面する最大の課題である。

少子化対策は次世代を担う子どもたちへの投資であり、「未来への投資」である。これまで十分な少子化対策に取り組んでこなかったことが更なる少子化の進行を招いてきた。国はこの事実を深刻に受け止め、第2次ベビーブーマーが30歳代半ばにある現在、速やかに財源を集中投入し、具体的な行動を起こすべきである。

若者の多くは、仕事をもち、結婚し子どもを持つことを望んでいる。しかし、仕事と結婚・子育てのどちらをとるか、二者択一を迫られているのが現状である。就労と結婚・出産・子育ての不本意な「二者択一構造」の解決を通じて、若者たちの「希望と現実の乖離」を解消しなければならぬ(資料29・資料30)。

そのためには、「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、必要な改革に取り組むことが重要である(資料31)。

## (2) 仕事と生活の調和の推進

仕事と生活の調和の実現は、結婚、出産、子育てについての国民の希望と現実の乖離を解消するに当たっての大前提であり、「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必要がある。

まず、若い人々が就労による経済的自立が可能な社会を実現するとともに、出産・子育て期において父親も母親もともに育児に当たり、子どもと豊かな時間が持てる社会を実現することが必要である。

とりわけ、出産前に仕事をしてきた女性の7割が出産を機に退職しており、その中には仕事と子育ての両立が難しかったために辞めた人が少なからず含まれている。子どもの成長や育児の状況に応じた多様な柔軟な働き方が選択できるように、代替要員の確保など育児休業を取得しやすい環境づくりを進めるとともに、休業復帰後の勤務時間短縮等の措置の導入促進の方策について制度的な手当を含めて検討を進めていくべきである。また、働き方を見直し、先進諸国の中で最低レベルにある男性の育児参加を促進する職場の意識改革と環境整備、生まれた直後から子どもに接し関われる時間を多く持てるよう「男の産休」(配偶者の産休中は父親の育児休業取得が可能)の普及が重要である。

少子化が進む中、企業には社会的責任を果たす立場からも仕事と生活の調和に取り組んでいくことが求められる。また、それは、長い目で見れば、企業の生産性の向上につながる、企業にとってもメリットの大きな取組みである。しかし、現状では、特に中小企業において余裕のある企業だからできるという意識も根強い。好事例の情報提供やメリット分析、呼び水となるようなインセンティブの工夫などにより、仕事と生活の調和への取組を全ての企業に浸透させていくことが求められる。

## (3) 子育て支援サービスの充実

エンゼルプランの策定以来、総合的な少子化対策が講じられ、各種サービスのメニュー自体はある程度出そろってきたが、「保育所が一杯で入れないために職場復帰できない」、「入所の通知が遅すぎる」(1歳の壁)、「3～4歳からは幼稚園に通わせたいが、子どもを預かる時間が短い」(4歳の壁)、「利用希望が多く放課後児童クラブに入れられない」、「利用時間がニーズに合っていない」(小1の壁)、「小学校3年生までしか利用できないクラブが多い」、「放課後児童クラブ(厚生労働省)と放課後子ども教室(文部科学省)の連携が不十分」(小4の壁)など、施策が実際に利用される場面において使いやすいものになっておらず、利用者にとって各種施策の推進による改善が実感できない状況となっている。

まずは、こうした利用者からの声に応え、現場レベルのきめ細かな運用改善をできることから速やかに手をつけていくことが必要である。

また、住民が各種施策の効果を十分に享受できるかどうかは、基本的な自治体として住民に直接接し、施策の担い手となっている市町村の取組によるところが極めて大きい。

利用できるサービスに著しい差異が生じている状態の解消、柔軟性が求められるサービスについての地方公共団体の財源と裁量性の確保、保育所・幼稚園や放課後子どもプランなど密接に連携し合うべき施策についての関係省庁の一層の連携、共同の取組の推進を図るべきである。

## (4) 地域における子育て環境の整備

子育てには時間と人手がかかるが、それだけに得られる幸福感も大きい。しかしながら、子育てが家庭が孤立化する中で、親が子どもとのきずなを見いだせない、子育ての負担ばかりを感じがちであるといったケースが増えてきており、子どもとともに親も成長する充実感、子育ての本当の楽しさを実感できるような子育て支援が必要である。親が働いているにもかかわらず、各種の子育て支援の基盤として、すべての家庭における子育てを支援する取組を進める必要がある。

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

家族関係社会支出の対GDP比をみると、欧州諸国が2～3%であるのに対し、わが国は1%未満と著しく小さい(資料32)。国が責任を持って国・地方を通じた財源の確保を図った上で、大胆かつ効果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べきである。

同時に、利用者の選択を保障し、利用者のニーズ・子育ての段階に応じたサービスの切れ目ない提供を実現していくためには、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。昨年末にとりまとめられた「子どもと家族を応援する日本」重点戦略では、仕事と生活の調和の実現と国民の希望する結婚や出産・子育ての実現を支える給付・サービスに必要な社会的なコストは、現在の4.3兆円に加えて1.5～2.4兆円と推計されている(資料33)。

このまま少子化の流れが続くことは、結婚、出産、子育てについての国民の希望が実現しないだけでなく、わが国の経済や社会保障全体の持続可能性を脅かすことになる。わが国の少子化の状況は、もはや猶予を許す状況にはない。子育て支援の質量の抜本的拡充と新たな制度体系の構築、負担を将来に先送りせず社会全体で広く負担を分かち合うことについての国民的な合意形成が速やかに進められる必要がある。

## 6 セーフティネット機能の強化

非正規労働者のような制度の適用から外れる層の発生や未納問題など基礎年金制度を巡る問題、「年長フリーター」、「ワーキングプア」、「ネットカフェ難民」など、現在様々な指摘されている社会保障のセーフティネット機能の低下をめぐる指摘について分析すると、現在の社会保障制度の体系や制度を支える基本的考え方それ自体が、雇用の流動化・就労形態の多様化、女性・高齢者の社会参画の拡大、ライフスタイルの多様化といった社会経済状況の変化、私たちの暮らし方の変化に対応できていないことに大きな背景・要因があるのではないかと考えられる。

働き方に中立的な制度設計、派遣労働者や短時間労働者等の非正規労働者への適用拡大、個人単位の制度適用と世帯単位の制度適用の関係整理など、社会保障制度全体について、社会経済の実態に即した制度の再点検・見直しを早急に行い、具体的な対応策を講じることが強く望まれる。

また、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、以下の点について、制度面・運用面からの見直しを検討すべきである。

### ① 高額療養費制度の改善

わが国の医療保険制度・介護保険制度には、高額な医療費・介護費が発生した場合に、自己負担(医療保険であれば原則3割負担)が高額となってその負担が家計を脅かすことのないよう、自己負担に一定の上限を設ける「高額療養費」という制度がある。

大きなリスクが生じた時に手厚い給付を行う、という意味で優れた制度であるが、必ずしも十分周知されているとはいえず、使い勝手もよくない。というのも、患者は病院や施設の窓口に入った瞬間自己負担全額を支払った上で、後日申請によって高額療養費を償還してもらおう、という仕組みになっているからである。

この制度は、入院の場合について改善措置が講じられてきたが、制度本来の趣旨目的に照らし、そもそも初めから窓口での負担は上限額までとする(現物給付化する)など、さらに改善を図るべきである。

### ② 低所得者対策の制度的改革

現在、医療保険制度、介護保険制度、障害者福祉、児童福祉等々、全ての社会保障制度において、保険料や利用者負担について、いわゆる「低所得者特例」が設けられている。

低所得者にきめの細かい措置を講じること自体は必要なことだが、制度ごとにその基準や考え方がまちまちで手続きも異なり、さらに制度改革により複雑なものになっている。

これでは利用者にはその全体像がよくわからないし、果たして本当に十分な措置なのか、社会保障制度全体で考えた時に本当に公平な措置といえるのか、判断できない。

本来の趣旨である「家計に過重な負担をかけない」という原点に立ち戻って、制度横断的な簡素で分かりやすい制度へと改革すべきである。

そのためには、個人レベルでの社会保障の給付と負担を明らかにすることが不可欠であり、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

所得確保・保障(雇用・年金)分科会中間とりまとめにもあるように、現在の基礎年金制度の財政的安定性は、平成16年改正のマクロスライド制度導入により保険料水準の上限が設定されるとともに給付の調整措置が講じられたことで大きく向上した。

にもかかわらず、全額税方式への転換など公的年金の財政方式を巡る議論が活発化している大きな背景には、現行制度に対する不信の増大がある。この不信は、制度それ自体の問題というよりは制度運営に関わる国(厚生労働省・社会保険庁)に対する信頼の低下(度重なる不祥事など)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(厚生労働省・社会保険庁)は、制度への信頼の回復のために総力をあげて努力しなければならない。

### (2) 運用面での改善—できることはすぐに着手—

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。

運用面での課題については、各分科会の中間とりまとめの中で、それぞれ具体的に指摘されているが、特に少子化対策(子育て支援サービス)に関連しては、本国民会議のホームページ上に設置した「子育て支援ページ」にも、多くの国民から数多くの事項が指摘されており、詳細は持続可能な社会構築分科会(少子化・仕事と生活の調和)中間とりまとめの別添の中で紹介されている。

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。

## 4 社会保障の機能強化のための財源

「社会保障制度の持続可能性」を重視しつつも、「社会保障の機能強化」を実現するためには、国民経済全体として、社会保障の財源について考えなければならない。

社会保障制度の機能を十全なものにし、将来の安心と安定を確保していくためには、制度の効率化への不断の努力を継続する一方で、速やかに負担についての国民合意を形成し、社会保障制度に対する国・地方を通じた必要な財源の確保を図るべきである(資料34)。

医療・介護サービスに関しては、サービス保障(医療・介護・福祉)分科会において、将来費用の推計の実施を予定している。

国民会議としても、この費用推計試算を含め、各分科会からの報告も踏まえつつ、社会保障全体の財源確保方策について、引き続き検討していく予定である。

既に述べたとおり、今回、国民会議では基礎年金に関する定量的シミュレーションを行い、基礎データとともに公表した。根拠に基づく政策を進めていくためには、客観的なデータに基づいた議論が不可欠である。

社会保障に関する統計データの整備・公表について、国は一段の努力を行うべきである。

## 新成長戦略

～「元気な日本」復活のシナリオ～

(抄)

2010年6月18日

### (2) ライフ・イノベーションによる健康大国戦略

#### 【2020年までの目標】

『医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用の創出、新規市場約50兆円、新規雇用284万人』

(医療・介護・健康関連産業を成長牽引産業へ)

我が国は、国民皆保険制度の下、低コストで質の高い医療サービスを国民に提供してきた結果、世界一の健康長寿国となった。世界のフロンティアを進む日本の高齢化は、ライフ・イノベーション（医療・介護分野革新）を力強く推進することにより新たなサービス成長産業と新・ものづくり産業を育てるチャンスでもある。

したがって、高い成長と雇用創出が見込める医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置付けるとともに、民間事業者等の新たなサービス主体の参入も促進し、安全の確保や質の向上を図りながら、利用者本位の多様なサービスが提供できる体制を構築する。誰もが必要なサービスにアクセスできる体制を維持しながら、そのために必要な制度・ルールの変更等を進める。

(日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発推進)

安全性が高く優れた日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発を推進する。産官学が一体となった取組や、創薬ベンチャーの育成を推進し、新薬、再生医療等の先端医療技術、情報通信技術を駆使した遠隔医療システム、ものづくり技術を活用した高齢者用パーソナルモビリティ、医療・介護ロボット等の研究開発・実用化を促進する。その前提として、ドラッグラグ、デバイスラグの解消は喫緊の課題であり、治験環境の整備、承認審査の迅速化を進める。

(アジア等海外市場への展開促進)

医療・介護・健康関連産業は、今後、高齢社会を迎えるアジア諸国等においても高い成長が見込まれる。医薬品等の海外販売やアジアの富裕層等を対象とした健診、治療等の医療及び関連サービスを観光とも連携して促進していく。また、成長するアジア市場との連携（共同の臨床研究・治験拠点の構築等）も目指していく。

#### (バリアフリー住宅の供給促進)

今後、一人暮らしや介護を必要とする高齢者の増加が見込まれており、高齢者が居住する住宅内での安全な移動の確保や転倒防止、介助者の負担軽減等のため、手すりの設置や屋内の段差解消等、住宅のバリアフリー化の促進が急務である。このため、バリアフリー性能が優れた住宅取得や、バリアフリー改修促進のための支援を充実するとともに、民間事業者等による高齢者向けのバリアフリー化された賃貸住宅の供給促進等に重点的に取り組む。

#### (不安の解消、生涯を楽しむための医療・介護サービスの基盤強化)

高齢者が元気に活動している姿は、健全な社会の象徴であり、経済成長の礎である。しかし、既存の制度や供給体制は、近年の急速な高齢化や医療技術の進歩、それに伴う多様で質の高いサービスへの需要の高まり等の環境変化に十分に対応できていない。高齢者が将来の不安を払拭し、不安のための貯蓄から、生涯を楽しむための支出を行えるように医療・介護サービスの基盤を強化する。

具体的には、医師養成数の増加、勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保とともに、医療・介護従事者間の役割分担を見直す。また、医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化、介護施設、居住系サービスの増加を加速させ、質の高い医療・介護サービスを安定的に提供できる体制を整備する。

#### (地域における高齢者の安心な暮らしの実現)

医療、介護は地域密着型のサービス産業であり、地方の経済、内需を支えている。住み慣れた地域で生涯を過ごしたいと願っている高齢者は多く、地域主導による地域医療の再生を図ることが、これからの地域社会において重要である。具体的には、医療・介護・健康関連サービス提供者のネットワーク化による連携と、情報通信技術の活用による在宅での生活支援ツールの整備などを進め、そこに暮らす高齢者が自らの希望するサービスを受けることができる社会を構築する。

高齢者が安心して健康な生活が送れるようになることで、生涯学習や、教養・知識を吸収するための旅行など、新たなシニア向けサービスの需要も創造される。また、高齢者の起業や雇用にもつながるほか、高齢者が有する技術・知識等が次世代へも継承される。こうした好循環を可能

とする環境を整備していく。

これらの施策を進めるとともに、持続可能な社会保障制度の実現に向けた改革を進めることで、超高齢社会に対応した社会システムを構築し、2020年までに医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用の創出により、新規市場約50兆円、新規雇用284万人を目標とし、すべての高齢者が、家族と社会のつながりの中で生涯生活を楽しむことができる社会をつくる。また、日本の新たな社会システムを「高齢社会の先進モデル」として、アジアそして世界へと発信していく。

## 《21 世紀の日本の復活に向けた 21 の国家戦略プロジェクト》

### II. ライフ・イノベーションにおける国家戦略プロジェクト

今後、飛躍的な成長が望まれる医薬品・医療機器・再生医療等のライフサイエンス分野において、我が国の技術力・創造力を発揮できる仕組みづくりに重点に置いたプロジェクトに取り組む。また、医療分野での日本の「安心」技術を世界に発信し、提供する。

#### 4. 医療の実用化促進のための医療機関の選定制度等

がんや認知症などの重点疾患ごとに、専門的医療機関を中心としたコンソーシアムを形成し、研究費や人材を重点的に投入するほか、先進医療に対する規制緩和を図ることにより、国民を守る新医療の実用化を促進する。

また、患者保護、最新医療の知見保持の観点で選定した医療機関において、先進医療の評価・確認手続を簡素化する。

これにより、必要な患者に対し世界標準の国内未承認又は適応外の医薬品・医療機器を保険外併用にて提供することで、難治療疾患と闘う患者により多くの治療の選択肢を提供し、そのような患者にとってのドラッグ・ラグ、デバイス・ラグを解消する。

新たな医薬品・医療機器の創出、再生医療市場の顕在化などにより、2020 年までに年間約 7,000 億円の経済効果が期待される。

#### 5. 国際医療交流（外国人患者の受入れ）

アジア等で急増する医療ニーズに対し、最先端の機器による診断やがん・心疾患等の治療、滞在型の慢性疾患管理など日本の医療の強みを提供しながら、国際交流と更なる高度化につなげる。そのため、いわゆる「医療滞在ビザ」を設置し、査証・在留資格の取扱を明確化して渡航回

数、期限等を弾力化するほか、外国人医師・看護師による国内診療を可能とするなどの規制緩和を行う。

また、外国人患者の受入れに資する医療機関の認証制度の創設や、医療機関ネットワークを構築することで、円滑な外国人患者の受入れを図るとともに、海外プロモーションや医療言語人材の育成などの受入れ推進体制を整備するほか、アジア諸国などの医療機関等との連携に対する支援を行う。

これらの取組を推進することで、2020 年には日本の高度医療及び健診に対するアジアトップ水準の評価・地位の獲得を目指す。

2010年12月6日

## 税と社会保障の抜本改革調査会「中間整理」

民主党

### 1. 社会保障を取り巻く社会・経済情勢の変化

現在、多くの国民が我が国の社会保障に対して不満・不信・不安を抱いている。それは政治や行政自体に対する不信、各種の社会保障制度の運用に対する不満によるものもあるが、最も大きな原因は社会保障制度が近年の社会や経済情勢、国民の価値観やライフスタイルの変化に適合していないことである。

我が国の社会保障制度、特に従来の社会保障の中核である年金、医療が整備された1970年代前半は、我が国経済に高度成長期の余韻が強く残り、出生率は2.0を超え、若年層が多く、高齢者が少ない人口構成であった。また、何より家族、地域の支え合いが機能すると同時に、有能な人材を確保する目的から企業が積極的にセーフティネットの機能を強化している時期であった。

この時期に基盤を形成した社会保障制度は、人口増、経済成長やそれによる税収の大幅な伸びを見込み、家族や企業のセーフティネット機能を前提にしている。そのため、我が国は、財政面も含めて比較的小さな社会保障制度にとどめることができたとも言える。

しかし、現在の社会保障を巡る社会・経済情勢は、1970年代前半に比べて大きく変化した。代表的な変化を列記してみると

- ①バブル崩壊以降の経済の低迷、デフレの長期化の中で度重なる減税を実施し、経済・財政とも異常事態にある。
- ②出生率の低下が進み、人口、とりわけ現役世代の減少は顕著である。
- ③高齢化が加速し、社会保障に関わる費用が急速に増大している。
- ④企業の国際競争が激化し、企業のセーフティネット機能が減退している。
- ⑤都市化、核家族化、単身化が進み、地域・家族のセーフティネット機能が減退している。
- ⑥雇用の流動化が進み、終身雇用・安定雇用の前提が崩れてきている。  
などが挙げられる。いずれも社会保障にとっては極めて重要な変化である。

### 2. 抜本改革の方向性

国民が安心して生活し、将来に希望を抱ける社会を創ることは政治の大きな役割である。この役割を果たすためには、前述のような社会・経済の変化を十分に踏まえた上で、これに的確に対応する社会保障制度のあり方を、抜本的な改革を通じて追求していかなければならない。

抜本的な改革は、少子高齢社会を克服する日本モデルに向けて、社会保障の水準を現在より引き上げることで、国民が社会保障のメリットを実感でき、現在の安心と将来への希望を抱ける豊かな福祉社会を構築し、これをデフレ脱却を含めた経済成長に結びつけていくことを目標とする。

現在の社会保障制度では必要な人に必要な社会保障サービスを提供できておらず、国民は不安を抱いている。厳しい財政状況を十分に認識しつつも、民主党としては、社会保障の水準を現在よりも切り下げるという選択肢は断固として排除し、国民の安心感、生活を高めるための社会保障の量的・質的な拡充を実現していく。

また従来、社会保障は経済・財政にとって負担であるとの印象を与えがちであったが、この認識を改める必要がある。巨大な潜在需要がある社会保障分野には成長の可能性が高い産業が数多く存在し、この潜在需要を顕在化させることによって、雇用を生み、デフレ脱却を含めた経済成長や財政健全化に結びつける。家庭内で提供されていた社会サービスを経済化することは内需拡大を通じて新たな経済成長の原動力となることが期待できる。

#### 【社会保障改革の方向性】

##### ①全世代を通じた安心の確保

年金・医療・介護など高齢者に関わる制度の改革・充実を進める中で、生活の基盤となる住宅を含め、現金給付と現物給付をバランスよく、効率的に提供することで、高齢者の安心感を高めるべきである。

一方で、我が国の社会保障に対する不信・不満の理由のひとつとして、現役世代にとっては負担感が大きく、受益の実感に乏しいことが指摘されている。現役世代が主な対象となる子育て支援、雇用対策を含めた社会保障全体の中で、現役世代への支援を拡充し、社会保障に対する受益感覚を醸成することが必要である。

国民のライフスタイルが多様化する中で、社会保障が個人のライフスタイル、



職業、就労形態などに選択に中立的な制度とすべきである。

## ②国民一人ひとりの安心感を高める

雇用の不安定化、家族・地域の機能低下、これらを通じた孤独感が一人ひとりの国民の不安感をさらに高めている。個人に対する社会保障の重要性にも配慮しつつ、若者、女性、高齢者、障がい者など幅広い就労支援・雇用の安定化を進めると共に、社会保障分野のみならず「新しい公共」に関わる政策を強力に進めることによって、一人ひとりの「居場所と出番」を創り、誰もが参加し、身近に相談できる人のいる社会の構築を目指す。

## ③包括的支援

家族や地域など個人を全人格的に支援する機能が低下する中で、現在の社会保障制度は年金、医療、介護、生活保護、障がい者支援などが縦割りになっており、個々人のニーズに適切に対応できているとは言えないばかりか、制度の間で必要なサービスを全く受けられない人がいる。また、社会保障サービスがあっても、そのサービスを知らない、使えないという事例も多い。国民の安心感を高めるためには、支援を必要とする人の立場に立って、積極的、一元的かつ面的にサービスを提供することが重要であり、社会保障制度間の縦割りを越えたサービス提供体制が必要である。

## ④納得の得られる社会保障制度

巨額の税金を投入する社会保障制度は、効率化に常に努めることが国民の理解を得るために必要であり、同時に受益と負担の関係に納得を得ることが必要である。そのためには、ライフステージの各段階における負担と受益の関係など、「どの程度の負担でどの程度の受益を得られるのか」を国民にわかりやすく提示することが必要である。

年金、医療、介護、雇用は社会保険制度によって運営されているが、財政悪化の中での少子高齢化の進展、現役世代の所得の低迷や保険料に特有の逆進性などから負担感が増大している。高齢者の生活の基礎を支える部分の年金給付など所得の再分配機能が特に必要とされる分野については、税の役割をより拡大していくことが必要である。

「必要な人に必要なサービスを適切に提供する」観点から、個々人の所得や社会保障サービスの受給状況を的確に把握する必要がある。そのためには社会保障と税に共通して利用できる番号制度の整備が不可欠であることから、速やかに番号制度の創設に着手すべきである。

## ⑤自治体、企業との役割分担

医療、介護、保育などは国・地方自治体の役割分担を明確にした上で、それぞれが権限と責任を持つ体制を構築することで「必要とする人が、いつでも必要なサービスを受けられる」環境を整備することが重要である。また企業は社会の安定性確保や企業にとっての人材確保の観点から、社会保障に対しても一定の責任を負うべきである。ただし、企業の経済活動については、その自由を保障することが必要である。

## 3. 個別の社会保障の課題と方向性

### (1) サービス給付（医療、介護）

#### <課題>

医療は国民の生命に直結する課題であり、国民の関心も高い。我が国の医療制度は国際的には高い評価を受ける一方で、救急や産科・小児科・外科などの医師不足、地域医療の困窮などの医療提供体制や、高齢化の進展に応じた財源確保のための保険料、自己負担額の増大に対する国民の不安が高まっている。

介護保険は2000年にスタートした、比較的新しい保険制度であるが、その需要の伸びは著しく、介護保険料が累次にわたり引き上げられ、その負担が課題となっている。また、保険スタート時に示された「在宅介護中心」は、在宅サービスの不足などから未だに実現していない。

#### <方向性>

世界に先駆けて実現した、我が国の「皆保険」制度は将来にわたって堅持していかなければならない。病気やけがなどで医療を必要とする人がいつでも適切な医療サービスの提供を受けられる「フリーアクセス」は国民の安心感の基盤であり、引き続き、堅持していく。現在の国民の不安に対しては、医師不足が深刻な急性期医療を中心に、「病床機能の効率化・高度化」「地域における医療機能ネットワーク化」「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」「急性期からポストホスピタルの一体化」「ガンをはじめとする生活習慣病対策の強化」などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である。また、規制制度の改革などによるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消、在宅での医療介護の充実など、国民がより良質の医療サービスを受けられるようにすべきである。

介護については、24時間の介護サービス提供など地域におけるトータルケアの充実などの在宅介護サービスの質的・量的な拡充や家族介護者へのサポートなど在宅支援の強化に引き続き取り組むと共に、介護人材の養成や待遇改善に

よる介護従事者の確保を行っていく必要がある。「介護予防」については、引き続き、その効果の検証を踏まえ、行っていくべきである。

医療、介護いずれについても、増大する需要を支える財源をいかに求めるかが最大の課題である。不要・過剰なサービスの根絶、診療報酬審査機関を含めた関連事務体制の効率化などに最大限努めつつ、国民の理解を得られる財源確保の手段を検討すべきである。

一方で医療、介護の分野の潜在需要は大きく、量的な不足の解消、多様なサービスの提供など国民ニーズに基づき潜在需要を顕在化させることで、医療、介護に係わる産業の成長を促し、雇用の拡大を図ることができる。社会保障全体の改革、特に医療、介護分野の改革は、成長戦略の一環と位置づけるべきである。

なお、現在政府において「高齢者医療の見直し」「介護保険制度改革」の議論が進んでいるが、これらの改革は抜本改革と平仄を合わせたものでなければならない。

## (2) 現金給付（年金、生活保護など）

### <課題>

公的年金制度の最大の課題は、いかに国民の信頼を取り戻すかと言うことにある。年金制度は過去20年間にわたり、負担増・給付減が繰り返されてきたことで不信感が高まり、さらに「グリーンピア」に代表されるムダづかいや年金記録問題が明らかになり、国民の不信感が頂点に達した。その結果、国民年金納付率は非常に低い水準にとどまっている。未納・未加入者の増加に歯止めがかからない現状は「国民皆年金」の理念から大きく乖離している。また、「基礎年金国庫負担率引き上げ」の安定財源が確保されていないことも喫緊の課題である。

生活保護受給世帯はバブル崩壊以降、右肩上がりに増加してきた上、近年は雇用状況の悪化を背景にさらに加速しており、その財政負担は非常に重くなっている。同時に生活保護の不適正受給に対する国民の不信感は根強く、「最後のセーフティネット」の機能を維持するためには、適切な運用が不可欠である。

### <方向性>

基礎年金国庫負担率の問題については、今年の予算編成の過程で2011年度における対応について結論を得た上で、税制抜本改革に一刻も早く着手すること

によって、早急に2分の1国庫負担を実現するよう、政府与党一体で全力を挙げなければならない。その際、今後の年金制度の抜本改革についても一定の結論を得なければならない。

民主党はすでに「社会保険方式である所得比例年金を基本に、それだけでは年金額が十分ではない高齢者に税を財源とする最低保障年金を補足給付する新年金制度」を提案している。高齢者の生活の安定、特に独居老人の増加に対応するためには最低限の年金を税で保障する制度が必要であると考えている。

生活保護については、就労支援策の拡充などにより失業による生活保護受給者の増大を抑制すると共に、早急に「第二のセーフティネット」である「求職者支援制度」を制度化することが重要である。

また生活保護受給者が就労した場合に収入に応じた生活保護受給額の減額によって受給者の手取額が増加しないことによる就労意欲低下への対応や、生活保護費の約半分を占める医療扶助について、医療機関への重点指導を含めた適正化への取組の強化も検討すべきである。

住宅の確保は生活の安定に特に資することから、生活保護の住宅扶助による対応だけでなく、失業者、年金受給者も含めた低所得者に対する住まい対策を充実させるべきである。

現役世代、高齢期を通じて基礎的な生活を支える一手段として、「給付付き税額控除」を積極的に検討すべきである。所得税における所得控除は、最高税率の高い高所得者に有利である一方で、低所得の人にはメリットが乏しい。これを「給付付き税額控除」に転換することによって、収入の無い人にも一定の給付を行うことができる。低収入の現役世代、高齢者が増加する中で、年金や生活保護との関係に留意しつつ、「給付付き税額控除」を検討する意義は大きくなっている。

また、年金と生活保護の受給水準について、国民の納得が得られる見直しもしくは説明を行うとともに、地方自治体と協力して、生活保護を真に必要とする人が受給できることを確保することを前提に、生活保護受給者への受給サービスのコスト通知などを通じて過剰・不適正な受給の是正を図り、また受給期間を通じて所得把握を厳格にすべきである。

## (3) 幅広い世代へのセーフティネット（子育て、雇用など）

### <課題>

国家の存続や経済成長、社会保障の基盤確保に重要な影響を及ぼす少子化は

日本が直面する最大の課題であり、政府のみならず国を挙げて取り組むべき課題と認識しなければならない。

子育て支援策については、民主党政権では「子ども手当」の創設、「子ども・子育て新システム」の検討など積極的に取り組んできているが、さらなる強化が必要である。現在でも約2万6000人もの特機児童が存在する他、短時間保育や病児・病後児の保育など多様な保育サービスが十分には提供されておらず、子育てのしやすい環境が整っているとは言い難い。また男性の育児休業の取得率は低迷したままである。

雇用については、失業率が高止まりしている。昨年の政権交代以降、累次の対策を講じてきているが、景気が踊り場に入っていること、企業にとって将来の展望が十分に見通せないことなどから、新卒者の就職内定率も低迷している。

雇用の課題の一つは、今後の望ましい雇用形態をどう考えるかということである。小泉政権による過度の規制緩和によって、現在では就業者の3分の1が非正規雇用となっているが、国民のライフスタイルや価値観の多様化、企業の置かれた状況などから、過去と同様の「正規雇用中心」「終身雇用中心」という状況に戻すことは容易ではない。我が国の社会保障は「企業が正規従業員を中心に雇い、一定のセーフティネットを提供する」ということを前提に組み立てられおり、その観点から、今後の雇用形態のあり方は社会保障制度全体に大きな影響を与える重要な課題である。

障がい者福祉制度は、支援費制度、自立支援制度と2度の大きな制度改革を行ってきた。現行の自立支援制度については、応益負担が導入されたことから「障がいの度合いが重いほど、負担が重くなる」という根本的な問題に加え、導入に際して当事者の意見を十分に聞かなかったことが、関係者の不信を大きくした。現在、政府において新たな総合福祉制度の検討が進んでいるが、その検討にあたっては過去の反省を踏まえ、十分に関係者の意見を聞くことが重要である。

#### <方向性>

子育て支援については、民主党としてはマニフェストに掲げた「月額2万6000円の子ども手当」の実現にギリギリまで努力すると共に、当面は、恒久財源を確保できた範囲内でその充実を図る。その際には、国民の間から現物サービスの充実を望む声も多いことから、現物サービスとのバランスを十分に勘案していくことが必要である。同時に、現在政府で検討している「子ども・子育て新システム」について早期に内容を詰め、関係者の理解を得た上で、実施に移す

ことが重要である。その中で、子育て支援の充実が、保育サービスの充実自体による雇用増をもたらすことに加えて、子育て家庭が働きやすい環境を整備することで子育て世代の就労増を可能とし、経済活性化へ繋がることを踏まえるべきである。さらに教育政策の充実とも連携しつつ、子育てを社会全体で支援することで、将来の我が国を支える有為な人材を確保することが可能となる。

雇用については、新卒者を含めた就労支援に引き続き全力を挙げることが重要である。同時に、雇用保険のあり方を検証しつつ、離職者や雇用保険受給が終了した人に対するセーフティネットが生活保護しかないという現状を改めるため、「第二のセーフティネット」の仕組みを早急に整備し、就労を通して社会に迅速に復帰できる環境整備が必要である。とりわけ、民主党がかねてから掲げてきた「求職者支援制度」については、次期通常国会で法案を成立させ、制度を確立させなければならない。

雇用形態のあり方については、すでに民主党政権として国会に提出している「労働者派遣法改正案」を速やかに成立させた上で、国民の価値観、ライフスタイルの多様化の中での望ましい雇用形態や有期雇用のあり方について議論を進めなければならない。その中では、均等待遇の実現、最低賃金の引き上げの具体化、また高齢者の就労支援の強化策なども議論すべきである。

今後の経済成長を実現するために我が国の産業構造を転換していくことが必要であるが、この構造転換を円滑に進めるためには雇用のセーフティネットが不可欠である。その意味で、雇用のセーフティネット強化は、単なる失業対策ではなく、将来に向けた構造改革の大きな柱となる政策である。

子育て支援、雇用問題は我が国の将来を左右する極めて重要な課題である。特に女性の就労支援やその基盤としての子育て支援の充実が喫緊の課題であり、これらを通じて、労働力人口の維持を図るとともに将来のわが国を支える人材を育成していかなければならない。そのためには、現金・現物のバランスのとれた子育て支援策や正規・非正規を通じた働きやすい環境の整備などに重点を置き、いわゆる「M字カーブ」の解消など労働力の確保を確実に実現できる大胆な施策に取り組む必要がある。

障がい者福祉制度については、様々な障がいの間に隙間を生むことのない総合的な福祉体系を整備すると共に、障がい者の就労支援の強化を含めて、障がいや難病などがあってもなくても同様の生活ができるような社会の構築に向け

て全力で取り組むべきである。

#### 4. 社会保障を支える財源

民主党は 2008 年度税制改正において、今後の税制改革の理念や方向性を網羅的に示した「税制改革大綱」をまとめ、翌 09 年度改正ではあるべき税制改正の手続きを「アクションプラン」にまとめた上で、昨年は政府として「2010 年度税制改正大綱」をとりまとめた。その方向性を今後も引き続き、堅持していくことが重要である。

その意味では、今回の「税と社会保障の抜本改革」においても、これまで民主党が主張してきた原点に戻り、これを丁寧に繰り返し説明することで国民の理解を得ていくことが基本であると考えている。

民主党の税に対する基本理念は「公平・透明・納得」である。特に、仮に今後、国民の負担を求めざるを得ない状況になった場合には、その負担増を国民に納得してもらえかが最も重要であり、そのためには必要性や負担の配分、そして社会保障などを支える租税負担は単なる負担ではなく、国民同士で支え合い、共に生きる社会を創るための分担であるということについて国民に十分に説明することが不可欠となってくる。

現在の仕組みでは、消費税（国分）を社会保障の高齢者 3 経費と言われる年金・高齢者医療・介護に充当することとなっているが、現実にはこの 3 経費に対しても約 10 兆円の財源が不足している。さらに、今後も高齢化の進展などにより社会保障関係費は毎年 1 兆円程度の増加が見込まれており、不足分は更に拡大していく。将来にわたり社会保障制度を安定的に運営していくためには、現在の財政構造は極めて不安定であり、まずは早急にこれを安定・強化していくことが必要である。

社会保障は主に社会保険料と税を財源としていることから、その財政基盤の安定・強化には社会保険料もしくは税の引き上げは不可避となる。これへの国民の納得を得るためには、国会議員定数の削減、歳費削減といった国会議員自身の率先垂範した身を削る努力をはじめ、全般的な税金のムダづかい根絶に徹底的に取り組むとともに、将来の社会保障がどのような姿になり、それによって個々の国民がどの程度のサービスを受けられるのか、その場合の税と社会保険料の役割分担や国民負担率などで見た国民負担はどの程度になるのかを明らかにした上で、国民の判断を得なければならない。

そのような考え方に立ち、社会保障の将来像と負担のあり方の提示を一体的に行うことを前提に、今回の抜本改革における税制の基本的な考え方を以下に示す。

○政策の時間軸と共に、速やかに一体的な改革案を示す

先に記したように、現在の社会保障の財源の多くは赤字国債、すなわち将来世代の負担で賄われている。このような現状は、危機的ともいえる国の財政の面からもこれ以上放置しておくことはできず、「現在の世代が受ける社会保障は、現在の世代で負担する」状態へ回帰させるために、できるだけ速やかに税制と社会保障制度一体での具体的な改革案を示し、財政健全化にもつなげる。

○国民が安心できる福祉社会は公正な国民負担の上で成立する

「現在の世代が受ける社会保障は、現在の世代で負担する」ことを目指す中で、現在の世代に負担を求める時には、国民の納得を得られる実質的に公正な負担のあり方とする。

社会保障の財源は、税制全体で「所得・消費・資産」のバランスのとれた改革を行う中で確保していく。社会保障全体の財源は税制全体で確保していくが、その中でも「国民全体で広く薄く負担する」「安定した税収」という特徴を有する消費税は非常に重要である。「公平・透明・納得」の税制を築き、社会全体が支え合う新しいモデルを構築していくためには、およそ所得税改革だけでなし得るものではなく、消費税を含む抜本改革に政府は一刻も早く着手すべきである。

○消費税は社会保障目的税に

社会保障の安定・強化を目的に消費税の引き上げを提起する場合には、国民の理解と納得を得るためにも、消費税を社会保障の目的税とすることを法律上も、会計上も明確にする。その際の「社会保障」とする給付費の範囲は、まずは高齢者 3 経費を基本としつつ、現役世代のセーフティネットの安定・強化についてどこまで対象とすることが適当か、検討を行っていく。将来的には「社会保障」全体について安定財源を確保することにより、制度の一層の安定・強化につなげていく。また消費税率が一定の水準に達し、税・社会保障全体の再分配を見てもなお「逆進性対策」が必要となった場合には、制度が複雑となり、また政治的な要因が働きやすい「複数税率」よりも、制度が簡素で、透明性の高い「還付制度」を優先的に検討する。

#### 5. 今後の進め方

本年の参議院選挙以降、社会保障の全体像について財源を含めた本格的な検討を、政府与党で開始した。今回の中間整理では個別の社会保障制度の具体的な将来像やその必要財源及びその必要財源を確保するための具体的な税制改革の方策まで示すに至っていないが、社会保障に対する国民の信頼を早急に回復する必要があること、財政状況が極めて厳しいことを踏まえれば、税と社会保障の抜本改革は一刻の猶予もならない課題であり、少子高齢社会を克服する日本モデルに向けて、早急に政府与党で検討を行った上で、国民的な議論に付さなければならない。また、社会保障制度が長期にわたって安定的に国民に安心を与えるものとなるよう、早期に政府与党の考え方を取りまとめた上で、党派を超えた議論を呼びかけていく。民主党としては、現役世代を中心に、自らの生活の中で社会保障サービスによるメリットが実感できるという国民の受益感を高めつつ、その実感の高まりに合わせて漸進的かつ着実に社会保障制度改革を進めていく所存である。

(平成22年12月8日取りまとめ)

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。支出面ではつ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る、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、長時間労働に明けくれるというかたちは、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、社会が活性化される。

つながりと居場所のある日本

社会保障は、家族や地域のとつながりによ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づきが弱まるなかで、それを活き活きと甦らせる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方として取り入れ、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どして、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るべきである。

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身が目的ではなく、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、安定的財源の確保ぬきに、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る。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。時々の選挙結果などで頻り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るなければならない。

#### <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、家族と地域の活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ING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結びを示している。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ぞくするために、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ともと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、国民負担率が大きい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率との差額が、(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。

#### 社会保障の揺らぎを税負担で補完を

さらに、社会保障料の負担について言えば、現行制度の給付は、約3分の2が社会保障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、社会保障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、社会保障料負担のあり方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とも必要となる。

#### 社会保障制度を中核に

しかしながら、他方において社会保障制度は、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、社会保障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。現行の社会保障制度が内包する、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、社会保障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、縦割り型の社会保障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、社会保障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、負担増を受け入れると回答している。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播らぎを補完し、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えても、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) 消費税の使途明確化の必要性

消費税については、使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うことが、求められている。

まず、消費税の使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、消費税の使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年度では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るべきである。

#### (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るべきである。

#### (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助け、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ことが出来るように、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にらんで、新規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ぞれ自体は、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、参加と包摂を拡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という現状からすれば、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。

## 平成23年度予算案概要

### 厚生労働省

#### 平成23年度厚生労働省予算案(一般会計)の全体像

(22年度当初予算額) 27兆5,561億円 → (23年度予算案) 28兆9,638億円 (対22年度増額) (+1兆4,077億円)

#### 一般会計

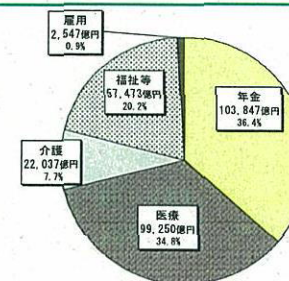
(単位:億円)

| 区分      | 平成22年度<br>予算額<br>(A) | 平成23年度<br>予算案<br>(B) | 増△減額<br>(C)<br>(B) - (A) | 増△減率<br>(C) / (A) |
|---------|----------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| 一般会計    | 275,561              | 289,638              | 14,077                   | 5.1%              |
| 社会保障関係費 | 270,793              | 285,153              | 14,360                   | 5.3%              |
| 科学技術振興費 | 1,125                | 1,090                | △35                      | △3.1%             |
| その他の経費  | 3,643                | 3,396                | △247                     | △6.8%             |

【計数整理の結果、異動を生ずることがある。】

2

#### 平成23年度 厚生労働省一般会計予算案 社会保障関係費の内訳



(単位:億円)

|         | 平成22年度<br>予算額<br>(A) | 平成23年度<br>予算案<br>(B) | 増△減額<br>(C)<br>(B) - (A) | 増△減率<br>(C) / (A) |
|---------|----------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| 社会保障関係費 | 270,793              | 285,153              | 14,360                   | 5.3%              |
| 年金      | 101,354              | 103,847              | 2,493                    | 2.5%              |
| 医療      | 94,594               | 99,250               | 4,655                    | 4.9%              |
| 介護      | 20,803               | 22,037               | 1,233                    | 5.9%              |
| 福祉等     | 50,780               | 57,473               | 6,693                    | 13.2%             |
| 雇用      | 3,262                | 2,547                | △715                     | △21.9%            |

【計数整理の結果、異動を生ずることがある。】

3



特別会計

(単位:億円)

| 区分           | 平成22年度<br>予算額<br>(A) | 平成23年度<br>予算額<br>(B) | 増△減額<br>(C)<br>(B) - (A) | 増△減率<br>(C) / (A) |
|--------------|----------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| 特別会計         | 842,693              | 838,563              | △4,130                   | △0.5%             |
| 労働保険<br>特別会計 | 53,078               | 42,569               | △10,509                  | △19.8%            |
| 年金特別会計       | 789,615              | 795,994              | 6,378                    | 0.8%              |

[計数整理の結果、異動を生ずることがある。]

4

平成23年度厚生労働省予算案に盛り込んだ主な施策

子ども・子育て支援

(注) 子ども・子育て支援の予算の全体像については、別紙1(p.13)を参照

【子ども手当の充実】 【2兆77億円】  
 ○子ども手当に関しては、所要額を平成23年度予算に計上するとともに、平成23年度分の支給のための所要の法律案を平成23年通常国会に提出(給付費分1兆9,479億円、事務費分99億円、現物サービス分500億円)  
 (注) 給付費総額 2兆9,356億円

- 現金給付に関しては、
- ① 3歳未満の子ども一人につき月額20,000円を、3歳以上中学校修了までの子ども一人につき月額13,000円を支給
  - ② 子ども手当の一部として、児童手当法に基づく児童手当を支給する仕組みとし、児童手当分については、児童手当法の規定に基づき、国、地方、事業主が費用を負担
  - ③ ②以外の費用については、全額を国庫が負担

○地方が地方独自の子育て支援サービス(現物サービス)や待機児童対策(最低基準を満たす認可外保育施設への支援等)を新たに実施するために使えるよう、次世代育成支援対策交付金を改組し、新たな交付金を設ける(500億円)

(注) 保育料を子ども手当から直接徴収できるようにする。また、学校給食費については本人の同意により子ども手当から納付することができる仕組みとし、実効性が上がるような取組を行う。

5

【待機児童ゼロ特命チーム】

【総額200億円程度】

○待機児童解消の推進など保育サービスの充実

- ・平成22年11月29日に取りまとめられた「待機児童ゼロ特命チーム」の「国と自治体が一体的に取り組み待機児童解消「先取り」プロジェクト」を推進するため、現物サービスを拡大するための新たな交付金(再掲、新規500億円)のうち100億円程度を充てるとともに、平成22年度補正予算で1,000億円を追加した「安心こども基金」(平成23年度末までカバー、都道府県に設置)から100億円程度を施設整備等に充てることにより、平成23年度は計200億円程度を措置する。

【不妊に悩む方への特定治療支援事業】【特別枠】

○「不妊に悩む方への治療費助成を充実

【95億円】

- ・医療保険が適用されず、高額の治療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成する。
- ・従来1回あたり15万円を2回、通算5年→1回あたり15万円、1年目は年3回までに対象回数を拡大する(2年目以降年2回まで、通算5年、通算10回を超えない。)

【育児休業、短時間勤務等を利用しやすい職場環境の整備】

○「仕事と家庭の両立実現化プログラム」の実施

【97億円】

- ・代替要員の配置等の雇用管理改善に向けたアドバイスをを行う「両立支援アドバイザー(仮称)」(新規)を、都道府県労働局に配置(107人)する。
- ・両立支援に取り組む事業主に対し、中小企業に重点を置いて助成金を支給する。
- ・「イクメンプロジェクト」の実施により、男性の育児休業取得を促進する社会的な気運を醸成する。

(参考) 【平成22年度補正予算】

- 保育サービスの基盤の整備と児童虐待の防止等 【968億円】
- 「安心こども基金」を積み増し、平成23年度末まで延長した上で、保育サービス等の充実(保育所等について年間5万人の受入れ定員増等)、すべての家庭を対象とした地域子育て支援の充実、児童虐待防止対策の強化等を推進する。
- 妊婦健診に対する公費助成の継続 【111億円】
- 平成23年度も妊婦が必要な回数(14回程度)の健診が受けられるよう支援。

6

雇用・労働

(注) 雇用・労働の予算の全体像については、別紙2(p.14)を参照

【求職者支援制度の創設】

○無料の職業訓練及び訓練期間中の生活支援のための給付を行う制度(求職者支援制度)を創設・恒久化し、成長力を支えるトランポリン型社会を構築 【775億円】

- ・雇用保険(失業給付)を受給できない方々に、無料の職業訓練と訓練期間中の生活支援のための給付(10万円/月)を支給する。
- ・ハローワークにおいて、訓練終了後の就職の実現に向けて、きめ細かな支援が必要と判断される方への担当者制によるマンツーマン支援を実施する。

(参考) 【平成22年度補正予算】

- 緊急人材育成支援事業の延長 【1,000億円】
- 雇用保険を受給できない方々に、無料の職業訓練及び訓練期間中の生活給付を行う「緊急人材育成支援事業」について、「求職者支援制度」の制度化まで間延長する。

【雇用保険の機能強化】

○基本手当の充実と早期再就職のインセンティブの強化 【2,147億円】

- ・基本手当の日額の上下限等を引き上げる。(例 現行の下限 1,600円 → 1,856円)
- ・再就職手当の給付率を引き上げる。(例 支給日数2/3以上の給付率:現行【法律本則30%、暫定措置50%】→60%に引き上げた上で恒久化)

(参考) 平成23年度予算案における労働保険の保険給付等

- 失業等給付費として、2兆298億円(昨年度は2兆6,790億円)を計上。
- 労働者災害補償保険法に基づく業務災害及び通勤災害を受けた労働者に対する保険給付等として9,034億円(昨年度は9,094億円)を計上。

【最低賃金の引上げに向けた中小企業への支援事業】【特別枠】

○最低賃金800円の実現に向けたワン・ストップ相談窓口の設置・助成金制度の創設 【50億円】

- ・賃金引上げに取り組む中小企業の経営面と労働面の相談等にワン・ストップで対応する相談窓口を全国(167箇所)に設置する。
- ・最低賃金引上げの影響が大きい13業界の全国規模の業界団体が、賃金底上げを図るための取組を行う場合に助成(上限2,000万円、15団体)を行う。
- ・最低賃金700円以下の地域の中小企業が、賃金を計画的に800円以上に引き上げ、労働能率の増進に資する設備導入等を行う場合に助成(助成率1/2)を行う(※)。
- ※ 対象:地域別最低賃金700円以下の34道県、約7,500企業  
支給要件:1年当たり40円以上の賃金引上げなど

7



【若年者の就職促進、自立支援対策】

○新卒者、既卒者の就職支援 【110億円】

・新卒者・既卒者専門の「新卒者支援ハローワーク」の周知を進め、一層の活用促進を図る。また、平成22年度に「経済危機対応・地域活性化予備費」や補正予算により倍増配置（928人→2,003人）した「学卒ジョブサポーター」による高校・大学等と一体となった就職支援や中小企業とのマッチング等を進めることにより、新卒者・既卒者の就職を支援する。

（参考）【平成22年度経済危機対応・地域活性化予備費、平成22年度補正予算】

- 新卒者就職実現プロジェクト 【予備費120億円、補正予算495億円】
- ・「経済危機対応・地域活性化予備費」において「3年以内既卒者（新卒扱い）採用拡大奨励金」・「3年以内既卒者トライアル雇用奨励金」（「新卒者就職実現プロジェクト」）を創設し、補正予算において積み増しし、平成23年度末まで延長。
- ・補正予算において「既卒者育成支援奨励金」を創設し、長期の育成支援が必要な方を支援。

<各奨励金の具体的な内容>

- ・3年以内既卒者（新卒扱い）採用拡大奨励金：正規雇用から6か月後に100万円
- ・3年以内既卒者トライアル雇用奨励金：有期雇用（原則3か月）1人月10万円、正規雇用から3か月後に50万円
- ・既卒者育成支援奨励金：有期雇用（原則6か月）1人月10万円、そのうちOff-JT期間（3か月）は毎月5万円を上限に実費を上乗せ、正規雇用から3か月後に50万円

【雇用のセーフティネット機能の強化・成長分野を支える人材の育成のための職業訓練の充実強化】

○人材ニーズを踏まえ、成長分野における職業訓練を推進 【317億円】

・国や各地域に、関係機関による協議の場を設定し、そこで協議を経て、人材ニーズを踏まえた訓練計画等を毎年取りまとめる仕組みを創設する。

・大学・短大等の学校教育機関を含む多様な訓練機関を活用し、成長分野における職業訓練を推進する。

年金

【年金給付費国庫負担金】

○平成23年度における基礎年金国庫負担割合について、2分の1を維持 【10兆3,755億円】

【年金記録に関する紙台帳とコンピュータ記録との突合せ】

○年金記録に関する紙台帳とコンピュータ記録との突合せを促進 【736億円】

・被保険者名簿等の紙台帳等とコンピュータ上の年金記録について、高齢の年金受給者等の記録から突合せを進めていく。（全体の約3割）

【新たな年金制度の創設に向けた検討】

○新たな年金制度の創設に向けた検討のため、国民各層の方々との対話、意見聴取等を実施 【1.1億円】

【健康長寿社会実現のためのライフ・イノベーションプロジェクトの推進】 【特別枠】（新規）

【131億円】

○難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業 【57億円】

・難病やがん等の疾病の原因解明や診断法・治療法・予防法の開発、再生医療技術の臨床実現化のための研究等を推進する。

※難病に関する研究は、既存の事業とあわせて100億円（うち特別枠20億円）

○日本発のがんワクチン療法による革新的がん治療の開発研究事業 【13億円（再掲）】

・がん患者が仕事とがん治療を両立できるような日常生活の質の向上に資する新たな治療法として、日本発のがんワクチン療法の実用化に向けた臨床開発研究を強力に推進する。

○世界に先駆けた革新的新薬・医療機器創出のための臨床試験拠点整備事業 【33億円（一部再掲）】

・ヒトに初めて新規薬物・機器を投与・使用する臨床試験等の実施拠点を整備するため、対象医療機関における人材の確保、診断機器の整備等に係る財政支援を行う。（がん等の重点疾患分野ごとに拠点を選定し、計5箇所を整備する予定。）

○先端医療技術等の開発・研究推進事業（国立高度専門医療研究センター） 【43億円】

・国立高度専門医療研究センターの豊富な症例数、専門性等を活かし、バイオリソース（血液等の生体試料）等の蓄積、先端医療技術等の開発を進めるとともに、知的財産管理のための人材確保を行う。

○日本発シーズの実用化に向けた医薬品・医療機器事業戦略相談推進事業 【999万円】

・日本発シーズ（医薬品・医療機器の候補となる物質・技術等）の実用化に向けて、産学官からなる懇談会を設置し、相談対象範囲の選定等を検討した上で、大学・ベンチャー等を対象に、治験に至るまでに必要な試験や有効性・安全性の評価法等にかかる実質的・実務的な相談（事業戦略相談）に応じる。

○医療情報データベース基盤整備事業 【3.7億円】

・全国の大学病院等5箇所1,000万人規模のデータを収集するための医療情報データベースを構築するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に情報分析システムを構築し、医薬品等の安全対策を推進する。

※基盤整備に必要な経費の1/2を国が負担し、残りの1/2は（独）医薬品医療機器総合機構が負担

○福祉用具・介護ロボット実用化支援事業 【830万円】

・福祉用具や介護ロボット等の実用化を支援するため、試作段階にある当該機器等を対象として、臨床的評価や介護保険施設等におけるモニター調査等を実施する。

医療・健康

【地域医療支援センター運営経費】 【特別枠】

○医師の地域偏在を是正するため、地域医療支援センターを設置する都道府県を支援 【5.5億円】

・地域医療に従事する医師のキャリア形成の支援と一体的に医師不足病院への医師の配置等を行うため、都道府県（※）が実施する「地域医療支援センター」の運営について財政支援を行い、各都道府県の医師確保対策の取組を支援する。

※平成23年度は、先行的に、県内医師の地域偏在が大きい、へき地、無医地区が多い等の15の都道府県で実施予定。

（参考）【平成22年度補正予算】

- 都道府県を単位とした高度・専門医療、救急医療等の整備・拡充等 【2,100億円】
- ・都道府県に設置されている「地域医療再生基金」を拡充し、高度・専門医療や救命救急センターなど都道府県（三次医療圏）の広域的な医療提供体制を整備・拡充する。

【がん対策の総合的かつ計画的な推進】 【一部特別枠】

○働き盛り世代のがん予防対策など、がん対策の強化・拡充 【343億円】

・新たに、大腸がん検診について、働き盛り世代（40歳、45歳、50歳、55歳、60歳）が無料で検診を受けることができるようにするとともに、女性特有のがん（乳がん、子宮頸がん）検診推進事業を継続し、市町村のがん検診体制を整備する。

・加えて、がん診療拠点病院の機能強化や、総合的な相談支援体制の整備などを図り、がん対策を総合的に強化する。

（参考）【平成22年度補正予算】

- 子宮頸がん等のワクチン接種の促進 【1,085億円】
- ・都道府県に基金を設置し、市町村における子宮頸がん予防ワクチンの接種事業に対する財政支援を行い、既存事業の検診と併せ、子宮頸がん予防対策を万全なものとする。

【国民の安心を守る肝炎対策の強化】 【一部特別枠】

○医療費助成や検査の個別勧奨などによる肝炎対策の強化 【238億円】

・国内最大級の感染症であるB型肝炎及びC型肝炎について、引き続き医療費助成を行うとともに、40歳以上の5歳刻みの方への肝炎ウイルス検査受検に関する自己負担の軽減が可能な個別勧奨メニューの追加、適切な治療へつなげるための人材養成など、早期発見・早期治療のための各種施策を強化する。

【HTLV-1対策の強化】

○HTLV-1関連疾患に関する研究の推進 【10億円】

・HTLV-1（ヒトT細胞白血病ウイルス1型）への感染対策と、これにより発症するATL（成人T細胞白血病）やHAM（HTLV-1関連脊髄症）の診断・治療法に関する研究を、感染症・がん・難病・母子保健対策の連携により、総合的に推進するため、HTLV-1関連疾患研究領域を創設し、研究費の拡充を図る。

介護

【地域包括ケアの推進】

○24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等の推進 【特別枠】 【新規】 【27億円】

・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスを60か所で行う等

○介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施 【新規】 【9.4億円】

・特別養老老人ホーム、障害者（児）施設や在宅等において、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員等の各都道府県における養成を支援する。

（参考）【平成22年度補正予算】

- 地域の日常的な支え合い活動の体制づくり 【200億円】
- ・NPO法人、福祉サービス事業者等の協働による、見守り活動チーム等の人材育成、家族介護者支援、地域資源を活用した徘徊3S等のネットワークの整備等の実施

障害者支援

【障害者の地域移行・地域生活支援のための緊急体制整備事業】 【特別枠】 【100億円】

○障害者があつて自ら選んだ地域で暮らしていけるよう、施設や病院からの地域移行や地域生活の支援を充実させるため、①地域での安心生活を支援する事業、②在宅の精神障害者へのアウトリーチ（訪問支援）事業、③地域で暮らす場の整備事業を、緊急的かつ総合的に行うこととし、これらの事業に係る経費を支援

① 地域移行のための安心生活支援（新規） 【10億円】

・市町村で障害者が地域で安心して暮らすための地域支援策を盛り込んだプランを作成し、それに基づき、夜間も含めた緊急対応や緊急一時的な宿泊等の事業を面的に一体的に行う体制を整備するとともに、移動支援やコミュニケーション支援等、地域での活動支援を更に必要とする場合には、その経費を重点的に支援する。（100箇所）

② 精神障害者アウトリーチ（訪問支援）推進事業（新規） 【7億円】

・未治療者、治療中断者などの在宅の精神障害者に対し、アウトリーチ（訪問支援）により、医療・保健・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を行うため、多職種チームによる訪問活動等を実施する。（25か所（定額補助））

③ 地域で暮らす場の整備促進 【83億円】

・障害者の地域移行支援の核となる、グループホーム（都道府県の障害福祉計画の目標8.3万人を達成）の地域で暮らす（住まいの場）の整備、就労支援等の「日中活動の場」の整備など、障害者が地域で暮らす場等を確保する。

（参考）【平成22年度補正予算】

- 障害者自立支援対策臨時特別基金の積み増し 【39億円】
- ・施設サービスの昼夜分離や就労支援の充実等の新体系サービスへの移行に必要な施設改修や設備の充実を推進するとともに、発達障害者に対する情報支援機器や障害者のための自立支援機器の開発・普及を促進するため、基金の積み増しを行う。



**福祉一般・生活保護**

【被保護者の社会的な居場所づくりの支援】  
 ONPO、企業、市民等と行政が協働する「新しい公共」により、社会から孤立しがちな生活保護受給者への様々な社会経験の機会の提供や、貧困の連鎖を防止するために生活保護世帯の子どもへの学習支援を行うなど、生活保護受給者の社会的自立を支援する取組を推進

【セーフティネット支援対策等事業費補助金（200億円）の内訳】

- (例) ・農作業やものづくりなどの就労体験を行う事業を民間企業に委託
- ・公園の緑化や清掃活動などの社会参加事業を財団・社会福祉法人に委託
- ・生活保護世帯の子どもに対して学ぶ意欲や勉強を教える学習支援事業をNPO法人に委託

**【生活保護に係る国庫負担】**

○生活保護を必要としている方について適切に保護を行う [2兆5,676億円]

- (参考) 【平成22年度補正予算】
- (参考) 【平成22年度補正予算】
- (参考) 【平成22年度補正予算】
- (参考) 【平成22年度補正予算】

**【自殺・うつ病対策の推進】**

○未治療者、治療中断者などの在宅の精神障害者へのアウトリーチ（訪問支援）を実施するとともに、うつ病の治療において有効性が認められている認知行動療法の普及などの取組を推進 [4.9億円]

- (参考) 【平成22年度補正予算】
- (参考) 【平成22年度補正予算】

**戦没者遺族等の援護**

【平和を祈念するための硫黄島特別対策事業】 【特別枠】  
 ○国内最多数の御遺骨が眠る硫黄島において、政府一体となって御遺骨の帰還や戦没者の慰霊を推進 [1.2億円]

- (参考) 【平成22年度補正予算】
- (参考) 【平成22年度補正予算】

**総合的な子ども・子育て支援の推進(平成23年度予算案等での対応)**

別紙1

次代の社会を担う子どもの健やかな育ちを社会全体で支援するため、子ども・子育てビジョン（平成22年1月29日閣議決定）を踏まえ、平成23年度予算案等において、妊産期・出産等の保健医療、子ども手当の支給、待機児童解消の推進や仕事と子育ての両立支援など子育てに係る支援策を充実させることを通じて、総合的な子ども・子育て支援を推進する。

| 【妊産期・出産】   | 【乳幼児期】   | 【学習期】   |
|--|--|---|
| <p>○妊婦健康診査支援基金の積み増し・延長 <b>【拡充】</b><br/>                     [111億円(平成22年度補正予算)]<br/>                     妊婦が必要な回数(14回程度)の健診が受けられるよう支援</p> <p>○出産に関わる経済的負担の軽減 <b>【拡充】</b><br/>                     [92億円(平成23年度予算案)]<br/>                     出産育児一時金を42万円支給し、妊産期の経済的負担を軽減 <b>【拡充】</b><br/>                     ※このほか、妊婦健診について、14回分の事業の公費負担に係る積算額は、1人あたり12万円程度(地方財政措置分を含む)</p> <p>○不妊治療への支援 <b>【拡充】</b><br/>                     [95億円(平成23年度予算案)]<br/>                     配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成(1回15万、1年目は年3回まで対象回数を拡大(通算5年まで、通算10回を超えない))</p> <p>○周産期医療体制の充実 <b>【拡充】</b><br/>                     [71億円(平成23年度予算案)]<br/>                     総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターのMFCU(母体・胎児集中治療室)、NICU(新生児集中治療室)等の財政支援</p> | <p>○子ども手当の上積み <b>【拡充】</b> [2兆77億円(平成23年度予算案)]<br/>                     ・3歳未満の子どもに、子ども手当を2万円を上積みして支給(引き続き、中学校修了前の子どもに、1万3千円の子ども手当を支給)<br/>                     ・自治体が現物サービス充実のために使える新たな交付金制度を創設(500億円)</p> <p>○待機児童解消策の推進 <b>【拡充】</b><br/>                     [4,100億円(平成23年度予算案)]<br/>                     ・保育所等の受入児童数(毎年約5万人)の拡大<br/>                     ・待機児童ゼロ特命チームの「国と自治体が一体的に取り組む待機児童解消「先取り」プロジェクト」の具体的な施策の実施(総額200億円程度)<br/>                     ※新たな交付金(500億円)と安心こども基金(968億円)により各々100億円程度を実施</p> <p>○安心こども基金の積み増し・延長 <b>【拡充】</b> [968億円(平成22年度補正予算)]<br/>                     ・保育所の整備等<br/>                     ・地域の創意工夫による地域の子育て力を育む取組や体制整備<br/>                     ・子どもの安全確認の強化のための補助職員の雇い上げなどの児童虐待防止対策の強化を推進</p> <p>○ひとり親家庭の総合的な自立支援の推進 <b>【拡充】</b> [1,887億円(平成23年度予算案)]</p> <p>○小児の慢性疾患等への支援 <b>【拡充】</b> [161億円(平成23年度予算案)]</p> <p>○子宮頸がん等のワクチン接種の促進 <b>【拡充】</b> [1,085億円(平成22年度補正予算)]<br/>                     ・地方自治体における子宮頸がん予防ワクチン・ヒブ(ヘモフィルスインフルエンザ菌b型)ワクチン・小児用肺炎球菌ワクチンの接種事業に対する財政支援(都道府県に基金を設置)</p> | <p>○放課後児童クラブの充実 <b>【拡充】</b><br/>                     [308億円(平成23年度予算案)]<br/>                     ・放課後子どもプランの着実な推進<br/>                     ・放課後児童クラブの箇所数の増(24,872→25,591か所)や開設時間の延長</p> <p>○児童虐待への対応など要保護児童対策 <b>【拡充】</b> [915億円(平成23年度予算案)]<br/>                     ・こころには赤やん事業や施設におけるケア単位の小規模化等を推進</p> <p>○育児休業、短時間勤務等を利用しやすい職場環境の整備 <b>【拡充】</b> [97億円(平成23年度予算案)]</p> |

**厳しい経済環境下における雇用・労働政策の推進(平成23年度予算案等での対応)**

別紙2

現下の雇用情勢に適切に対応するため、「雇用戦略・基本方針2011」を踏まえ、新成長戦略の「ステップ2」を着実に実施し、加えて「ステップ3」として、本格的な「雇用・人材戦略」の推進を図る。具体的には、平成23年度予算案等において、求職者支援制度の創設、新卒者等への就職支援、雇用保険の機能強化や最低賃金の引上げに向けた取組など雇用・労働に係る支援策を充実させ、総合的な雇用・労働政策を推進する。

(注)「実数」の欄は、平成23年度予算案の事業、「点検の特例」は、平成22年度の「経済危機対応・地域活性化予備費」又は平成22年度補正予算において措置されたもの。

| 雇用を「つなぐ」   | 雇用を「創る」   | 雇用を「守る」  |
|--|---|--|
| <p>○求職者支援制度の創設 <b>【新規】</b> [775億円]<br/>                     雇用保険を受給できない方々に対し、無料の職業訓練、訓練期間中の生活支援のための給付を行う制度を恒久化</p> <p>○緊急人材育成支援事業の延長 <b>【拡充】</b><br/>                     [補正:1,000億円]<br/>                     「緊急人材育成支援事業」を「求職者支援制度」の制度拡大まで関係延長</p> <p>○雇用のセーフティネット機能の強化・成長分野を支える人材の育成のための職業訓練の充実強化 <b>【拡充】</b> [317億円]<br/>                     大学・短大等の学校教育機関を含む多様な訓練機関を活用し、成長分野における職業訓練を推進</p> <p>○ジョブカード制度の推進 <b>【拡充】</b> [107億円]</p> | <p>○新卒者、既卒者の就職支援 <b>【拡充】</b> [110億円]<br/>                     ・RO-ワークに学卒373サポートを配置<br/>                     ・大学との連携を強化し、求人確保等就職面接の開催への協力等を推進<br/>                     ・「新卒応援RO-ワーク」や「既卒者就職応援本部(RO-ワーク、地公体、労働界、学校等)により構成」の活用を促進</p> <p>○新卒者就職実現プロジェクト <b>【新規】</b><br/>                     [予備費:120億円、補正:495億円]<br/>                     「3年以内既卒者(新卒扱い)採用拡大奨励金」、「3年以内既卒者トライアル雇用奨励金」を創設し(予備費)、平成23年度末まで延長(補正予算)、「既卒者育成支援奨励金」を創設(補正予算)</p> <p>○パーソナル・サポート・モデルプロジェクトの実施 <b>【新規】</b> [3.9億円]<br/>                     パーソナルサポートサービスのモデル事業を行っている自治体に、職業相談・職業紹介を行う就職支援ナビゲーター(80人)を配置</p> <p>○パーソナル・サポート・モデルプロジェクトの実施(予備費:29億円)<br/>                     パーソナルサポートサービスをモデル事業として実施</p> | <p>○成長分野等の人材育成支援事業の創設 <b>【新規】</b><br/>                     成長分野等と関連するものづくり分野に、労働者を雇い入れ又は異分野からの配置転換を行った事業主が訓練を実施する場合の実費を支援(上限20万円)</p> <p>○雇用調整助成金 <b>【拡充】</b> [3,927億円]<br/>                     企業の雇用維持を支援する雇用調整助成金及び中小企業緊急雇用安定助成金を支給</p> <p>○雇用調整助成金の要件緩和 <b>【拡充】</b> [補正:制度見直し]<br/>                     急激な円高の影響により、生産量等の回復が遅れている事業所に対して支給要件を緩和</p> <p>○雇用保険の機能強化 <b>【拡充】</b> 拡充効果額383億円 [2,147億円(失業等給付費 2兆298億円)]<br/>                     ・基本手当の日額の上下限等を引き上げる。(例 現行の下限 1,600円 → 1,856円)<br/>                     ・再就職手当の給付率を引き上げる。(例 支給残日数2/3以上の給付率:現行(法律本期30%、暫定措置50%) → 80%に引き上げた上で恒久化)</p> <p>○最低賃金の引上げに向けた中小企業への支援 <b>【拡充】</b> [50億円]<br/>                     ・資金引上げに取り組む中小企業の経営面の相談等にワンストップで対応する相談窓口を全国(167箇所)に設置<br/>                     ・最低賃金引上げの影響が大きい3業界の全国規模の業界団体が、資金引上げを図るための取組を行う場合に助成(上限2,000万円、15団体)<br/>                     ・最低賃金700円以下の地域の中小企業が、資金を計画的に2,000円以上に引き上げ、労働生産性の増進に資する設備導入等を行う場合に助成(成功率1/2)</p> <p>○労働者のメンタルヘルス対策の推進 <b>【拡充】</b> [36億円] 14</p> |

(参考)「元氣な日本復活特別枠」の要望

| 事項                                   | 平成23年度予算案(億円)      | 備考   |
|--------------------------------------|--------------------|--|
| 新卒者就職実現プロジェクト                        | (120億円)<br>(495億円) | ・平成22年度経済危機対応・地域活性化予備費「新卒者就職実現プロジェクト」<br>・平成22年度補正予算「新卒者就職実現プロジェクト」の拡充 |
| 地域医療確保推進事業                           | 19                 |  |
| 障害者の地域移行・地域生活支援のための緊急体制整備事業          | 100                |  |
| 24時間地域巡回訪問サービス・相談介護者支援(レスパイトケア)等推進事業 | 27                 |  |
| 認知症高齢者グループホーム等防災備増等支援事業              | (302億円)            | 平成22年度補正予算「認知症高齢者グループホーム等防災備増等支援事業」の一部                                 |
| 徘徊・見守りSOSネットワーク構築事業                  | (200億円)            | 平成22年度補正予算「地域支え合い体制づくり」事業の一部   |
| 最低賃金引上げに向けた中小企業への支援事業                | 50                 |  |
| 貧困・困窮者の「絆」再生事業                       | (100億円)            | 平成22年度補正予算「貧困・困窮者の「絆」再生事業」   |
| 生活・居住セーフティネット支援事業                    | (500億円)            | 平成22年度補正予算「生活福祉資金貸付事業の実施に必要な体制整備」事業の一部                                 |
| 子宮頸がん予防対策強化事業                        | (1,085億円)          | 平成22年度補正予算「子宮頸がん等のワクチン接種の促進」事業の一部                                      |
| 働く世代への大腸がん検診推進事業                     | 41                 |  |
| 国民の安心を守る肝炎対策強化推進事業                   | 35                 |  |
| 不妊に悩む方への特定治療支援事業                     | 95                 |  |
| 健康寿命社会実現のためのライフ・イノベーションプロジェクト        | 131                |  |
| 平和を祈念するための硫黄島特別対策事業                  | 12<br>(64億円)       | 平成22年度補正予算「遺骨帰還事業の推進」事業の一部   |



医政発0210第8号  
平成23年2月10日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長



外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律施行規則の一部を改正する省令等について（通知）

外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律施行規則の一部を改正する省令（平成23年厚生労働省令第16号。以下「改正省令」という。）が別紙のとおり公布され、平成23年4月1日から施行されることとなったところであり、また、臨床修練制度の運用及び審査期間の見直しを併せて行うこととしたところである。

貴職におかれては、下記の事項について御了知の上、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関等へ周知方願いたい。

記

#### 第一 改正省令等の趣旨

「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）及び「新成長戦略実現に向けた3段構えの経済対策」（平成22年9月10日閣議決定）において、医師・看護師の臨床修練制度の活用を促進するため、手続の簡素化を図る観点から制度・運用の見直しを行うこととされた。

これを受けて、外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律施行規則（昭和62年厚生省令第47号。以下「規則」という。）を改正し、臨床修練の許可申請書に添付することとされている書類（以下「添付書類」という。）を簡素化するとともに、臨床修練の許可申請書の様式を見直すこととした。また、臨床修練の許可に係る運用を見直すとともに、臨床修練の許可並びに臨床修練指導医、臨床修練指導歯科医及び臨床修練指導者の認定の処理期間を短縮することとした。

#### 第二 改正省令の内容

- 1 以下に掲げる書類について、添付書類から除外したこと。（規則第4条第2項）
  - (ア) 臨床修練を終えた後、外国において診療等に従事することを証する書類
  - (イ) 外国で、免許の取消し等の処分を受け、その資格に係る業務を行うことができない者等に該当しない旨を申述する書類
  - (ウ) 日本国内で、資格に係る業務に関する犯罪又は不正の行為があった者等に該当しない旨を申述する書類
- 2 添付書類のうち、外国において医師等に相当する資格を有することを証する書面について、原本ではなく写しを添付することとしたこと。（規則第4条第2項第3号）
- 3 添付書類のうち、一定の事項を記載した診断書について、日本の医師によるもののみならず、外国の医師（申請者本人を除く。）によるものであっても差し支えないこととしたこと。（規則第4条第2項第7号）
- 4 臨床修練の許可申請書について、1に掲げる事項に関する申述欄を設けることとしたこと。（規則様式第1号）

#### 第三 「行政手続法の施行に伴う審査基準等の設定について」の一部改正

「行政手続法の施行に伴う審査基準等の設定について」（平成6年10月31日付け健政発第782号）の別添2中「外国医師又は外国歯科医師の臨床修練」を「外国医師等の臨床修練」に改め、別添2の別表第9中「外国医師又は外国歯科医師が行う臨床修練に係る医師法第17条及び歯科医師法第17条の特例等に関する法律」を「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律」に、「外国医師又は外国歯科医師が行う臨床修練に係る医師法第17条及び歯科医師法第17条の特例等に関する法律施行規則」を「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律施行規則」に、「二月」を「一月」に改めること。

#### 第四 臨床修練の許可に係る運用の見直し

- 1 臨床修練の許可については、許可申請者の入国後に、許可申請書及びその添付書類を厚生労働大臣に提出することによって申請しなければならないこととしてい



(号 外)  
独立行政法人国立印刷局

目次

○外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律施行規則の一部を改正する省令  
(厚生労働一六)

(告 示)

○即席めん製造業における世帯別の雇傭の制限に関する公正競争規約外十二件の一部変更を認定した件  
(公正取引委・消費審庁一)

(官庁報告)

官庁事項

平成二十三年度地方団体の歳入歳出総額の見込額(内閣)

るが、今般、許可申請書及びその添付書類(旅券、外国人登録証明書その他の身分を証する書類の写し(以下「旅券等」という。)を除く。)については、許可申請者の入国前に、厚生労働大臣に提出することとして差し支えないこととしたこと。なお、旅券等については、許可申請者の入国後に、厚生労働大臣に提出しなければならないことに留意すること。

2 以下の要件を満たす場合には、許可申請者の入国日の翌日(入国日が(7)の入国予定日より早まった場合にあっては入国予定日)から起算して5日以内(行政機関の休日については、日数として計算しない。)に、臨床修練の許可を行うこととしたこと。

(7) 入国予定日の15日前までに、許可申請書及びその添付書類(旅券等を除く。)及び在留資格認定証明書の写しについて、郵送により厚生労働省に提出されていること(入国予定日の15日前までに厚生労働省に到達していることを要する。)

(4) 入国日の当日中に、旅券等について、メール又はファクシミリにより厚生労働省に提出されていること。

(5) 許可申請書及びその添付書類に不備等が認められないこと。

(6) 許可申請書及びその添付書類の内容を審査した上で、臨床修練の許可を与えて差し支えないものと認められること。

第五 施行期日等

1 改正省令については、平成23年4月1日から施行することとしたこと。ただし、改正省令の施行の際現にある様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとしたこと。

2 第三及び第四に関する取扱いについては、平成23年4月15日から適用することとしたこと。

(公 告)

諸事項

裁判所  
破産、免責、更生関係  
特殊法人等  
独立行政法人産業技術総合研究所特定計算器型式承認、独立行政法人中小企業基盤整備機構入札、司法書士名簿登録等、日本弁護士連合会決議・司法修習委員参見規則一部改正、弁護士推薦委員会規則中一部改正関係  
地方公共団体  
行旅死亡人関係  
会社その他  
会社決算公告

省 令

○厚生労働省令第十六号  
外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律(昭和六十二年法律第十九号)第三十条第一項の規定に基づき、外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律施行規則の一部を改正する省令を次のように定める。  
平成二十三年二月十日  
厚生労働大臣 細川 律夫

外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律施行規則(昭和六十二年厚生省令第四十七号)の一部を次のように改正する。  
第四條第二項第二号を削り、同項第三号中「看護師等」を「法第三十條第四号八からまでに掲げる資格(以下「看護師等」という。)に改め、(其前)の下に「の号」を加え、同項を同項第二号とし、同項第四号から第六号までを一括し、並び上げ、同項第七号中「記載した医師」の下に「(外国において候補に相当する資格を有する者を含む。)」を、(其前)の下に「前項に規定する者が世帯単位で成したものを除く。」を加え、同項を同項第六号とし、同項第八号及び第九号を削り、同項第十号を同項第七号とし、同項第十一号を同項第八号とし、同項第十二号を同項第九号とし、同項第十四号(第一項第十一号)を「第三項第八号」に改める。

附則  
1 この省令は、平成二十三年四月一日から施行する。  
2 この省令の施行の期限にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り替えて使用することができる。

告示

公正取引委員会 告示第一号

○不正取引禁止法（昭和三十三年法律第三十号）第二十一条の規定に基づき、不当景況及び不当表示防止法（昭和三十三年法律第三十号）第二十一条の規定に基づき、別表の申請書、標記帳の公正取引協議会等申請書に係る別表の「規約」欄記載の規約について別表のとおり一部変更を認定したため、同条第四項の規定により、次のとおり告示する。  
平成二十三年二月十日  
公正取引委員会委員長 竹崎 一彦  
消費審判長官 福崎 謙彦  
別表のとおり変更する。  
別表の「規約」欄記載のとおり。  
別表の「規約」欄記載の規約の一部変更は、それぞれ別表の「規約」欄記載の規約の一部変更の内容を添付した結果、当該規約の一部変更は、それぞれ不当景況及び不当表示防止法第二十一条第二項各号の認定要件に適合すると認められる。

| 規約  | 事業の種類         | 申請者                       |
|---|---------------|---------------------------|
| 即席めん製菓業における景況類の提供の制限に関する公正取引規約（昭和四十二年公正取引委員会告示第十一号） | 即席めん製菓業       | 日本即席食品工業公正取引協議会理事長 水野 博信  |
| 食肉のり製菓業に関する公正取引規約（昭和四十三年公正取引委員会告示第三十号）              | 食肉のり製菓業       | 食肉のり公正取引協議会会長 長 友久        |
| 食品缶詰製造業に関する公正取引規約（昭和四十三年公正取引委員会告示第五十九号）             | 食品缶詰製造業       | 全国食品缶詰公正取引協議会会長 五十嵐 勇二    |
| はちみつ類の表示に関する公正取引規約（昭和四十四年公正取引委員会告示第五十六号）            | はちみつ類製造業      | 社団法人全国はちみつ公正取引協議会会長 早川 孝  |
| チョコレート利用食品の表示に関する公正取引規約（昭和四十七年公正取引委員会告示第六十号）        | チョコレート利用食品製造業 | チョコレート利用食品公正取引協議会会長 竹内 公弘 |
| 生めん類の表示に関する公正取引規約（昭和五十二年公正取引委員会告示第三号）               | 生めん類製造業       | 全国生めん類公正取引協議会会長 安田 征信     |
| 殺菌乳菌飲料の表示に関する公正取引規約（昭和五十二年公正取引委員会告示第五十一号）           | 殺菌乳菌飲料製造業     | 殺菌乳菌飲料公正取引協議会会長 石渡 總平     |

様式第一号 次のとおり記載せよ。

申請書

公正取引委員会  
The Minister of Health, Labour, and Welfare

申請者  
Name

住所  
Address in Japan

国籍  
Nationality

生年月日  
Date of Birth

年 月 日  
Year Month Day

職業  
Occupation

申請理由  
Reason

申請書  
Application for Permission for Advanced Clinical Training

申請者  
Name

住所  
Address in Japan

国籍  
Nationality

生年月日  
Date of Birth

年 月 日  
Year Month Day

職業  
Occupation

申請理由  
Reason

申請書  
Application for Permission for Advanced Clinical Training

家産電気製品製造業における表示に関する公正取引規約（昭和五十三年公正取引委員会告示第三十号）

家産電気製品製造業における景況類の提供に関する公正取引規約（昭和五十四年公正取引委員会告示第七号）

ロイヤルゼリー製菓業に関する公正取引規約（昭和五十四年公正取引委員会告示第二十七号）

酒類小売業における景況類の提供に関する公正取引規約（昭和五十五年公正取引委員会告示第七号）

家庭電気製品小売業に関する表示に関する公正取引規約（昭和五十九年公正取引委員会告示第十三号）

豆乳類の表示に関する公正取引規約（昭和六十三年公正取引委員会告示第一号）

ハム・ソーセージ類の表示に関する公正取引規約（平成四年公正取引委員会告示第三十五号）

医療用医薬品製造業に関する景況類の提供の制限に関する公正取引規約（平成九年公正取引委員会告示第六十六号）

医療用医薬品卸売業に関する景況類の提供の制限に関する公正取引規約（平成九年公正取引委員会告示第六十七号）

包装パンの表示に関する公正取引規約（平成十二年公正取引委員会告示第九号）

即席めん製菓業に関する公正取引規約（平成十二年公正取引委員会告示第十号）

指定自動車教習所業における景況類の提供の制限に関する公正取引規約（平成十六年公正取引委員会告示第七号）

指定自動車教習所業における景況類の提供の制限に関する公正取引規約（平成十六年公正取引委員会告示第八号）

成二十一年公正取引委員会告示第一号）

成二十一年公正取引委員会告示第六号）

|                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| 家産電気製品製造業               | 公正取引協議会会長 片山 隆雄              |
| 家産電気製品製造業               | 公正取引協議会会長 片山 隆雄              |
| ロイヤルゼリー製菓業              | 社団法人全国ロイヤルゼリー公正取引協議会会長 伏見 光夫 |
| 酒類小売業及び販売業              | 全国小売酒販組合中央会会長 四万 隆           |
| 家庭電気製品小売業               | 社団法人全国家庭電気製品公正取引協議会会長 片山 隆雄  |
| 豆乳類製造業、販売業及び輸入販売業       | 日本豆乳公正取引協議会会長 長 電山 俊彦        |
| ハム・ソーセージ類製造業、販売業及び輸入販売業 | ハム・ソーセージ公正取引協議会会長 藤原 康彦      |
| 医療用医薬品製造業               | 医療用医薬品製造業公正取引協議会会長 住田 隆      |
| 医療用医薬品卸売業               | 医療用医薬品卸売業公正取引協議会会長 水浦 克彦     |
| 包装パン製造業、販売業及び輸入販売業      | 日本パン公正取引協議会会長 長 飯島 延博        |
| 即席めん製菓業、販売業及び輸入販売業      | 日本即席食品工業公正取引協議会理事長 水野 博信     |
| 指定自動車教習所業               | 指定自動車教習所公正取引協議会会長 安藤 忠夫      |
| 指定自動車教習所業               | 指定自動車教習所公正取引協議会会長 安藤 忠夫      |
| 成二十一年公正取引委員会告示第一号）      | 成二十一年公正取引委員会告示第一号）           |
| 成二十一年公正取引委員会告示第六号）      | 成二十一年公正取引委員会告示第六号）           |

申請書

公正取引委員会  
The Minister of Health, Labour, and Welfare

申請者  
Name

住所  
Address in Japan

国籍  
Nationality

生年月日  
Date of Birth

年 月 日  
Year Month Day

職業  
Occupation

申請理由  
Reason

申請書  
Application for Permission for Advanced Clinical Training

申請者  
Name

住所  
Address in Japan

国籍  
Nationality

生年月日  
Date of Birth

年 月 日  
Year Month Day

職業  
Occupation

申請理由  
Reason

申請書  
Application for Permission for Advanced Clinical Training

(削除)

七〇九 (略)

3 (略)

4 臨床修練外国医師若しくは臨床修練外国歯科医師又は臨床修練外国看護師等(以下「臨床修練外国医師等」という。)は、臨床修練計画書に記載した事項に変更を生じたときは、直ちに変更後の臨床修練に係る第二項第八号の承諾書を添えて届け出なければならない。

訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、言語聴覚士又は救急救命士  
法第三条第三項第二号及び第四項第二号に該当しない者である旨

ハ 診療放射線技師、歯科技工士又は臨床検査技師 法第三条第三項第二号に該当しない者である旨

九 許可の申請に係る次のイからハまでに掲げる資格の区分に応じ、それぞれイからハまでに定める事項に係る申述書

イ 医師又は歯科医師、成年被後見人及び被保佐人並びに罰金以上の刑に処せられた者その他医事に関し犯罪又は不正の行為のあった者でない旨

ロ 助産師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、言語聴覚士又は救急救命士  
罰金以上の刑に処せられた者その他当該資格に係る業務に関し犯罪又は不正の行為のあった者でない旨

ハ 診療放射線技師、歯科技工士又は臨床検査技師 当該資格に係る業務に関し犯罪又は不正の行為のあった者でない旨

十三二 (略)

3 (略)

4 臨床修練外国医師若しくは臨床修練外国歯科医師又は臨床修練外国看護師等(以下「臨床修練外国医師等」という。)は、臨床修練計画書に記載した事項に変更を生じたときは、直ちに変更後の臨床修練に係る第二項第十一号の承諾書を添えて届け出なければならない。

改正案

(許可の申請手続等)  
第四条 (略)

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添えなければならない。

一 (略) (削除)

二 外国において医師若しくは歯科医師又は法第二条第四号ハからヨまでに掲げる資格(以下「看護師等」という。)に相当する資格を有することを証する書面の写し

三、五 (略)

六 許可の申請に係る次のイからニまでに掲げる資格の区分に応じ、それぞれイからニまでに定める事項を記載した医師(外国において医師に相当する資格を有する者を含む。)(の診断書(前項に規定する者が自ら作成したものを除く。))

イ、ニ (略) (削除)

現行

(許可の申請手続等)  
第四条 (略)

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添えなければならない。

一 (略)

二 臨床修練を終えた後、外国において診療又は法第二条第四号ハからヨまでに掲げる資格(以下「看護師等」という。)に相当する資格に係る業務に従事することを証する書類

三 外国において医師若しくは歯科医師又は看護師等に相当する資格を有することを証する書面

四、六 (略)

七 許可の申請に係る次のイからニまでに掲げる資格の区分に応じ、それぞれイからニまでに定める事項を記載した医師の診断書

イ、ニ (略)

八 許可の申請に係る次のイからハまでに掲げる資格の区分に応じ、それぞれイからハまでに定める事項を証する書面

イ 医師又は歯科医師 法第三条第三項第二号及び第三号並びに第四項第二号に該当しない者である旨

ロ 助産師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、視能

外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律施行規則の一部を改正する省令(昭和六十二年厚生省令第四十七号)(抄)  
(傍線部分は改正部分)

|                          |                       |       |  |
|--------------------------|-----------------------|-------|--|
| 写真<br>photo<br>10mm×30mm | 収入印紙<br>revenue stamp | 申請番号  |  |
|                          |                       | 提出年月日 |  |

臨床修練許可申請書  
APPLICATION FOR PERMISSION FOR ADVANCED CLINICAL TRAINING

厚生労働大臣 殿  
To: Minister of Health, Labour and Welfare

外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に關する法律第3条第1項に基づき、関係書類を添えて臨床修練の許可を申請します。  
Under the provisions of Article 3, Paragraph 1 of the Law concerning the Exceptional Cases of the Medical Practitioners' Act, Article 17, on the Advanced Clinical Training of Foreign Medical Practitioners, I hereby apply for permission for advanced clinical training, and submit the necessary documents.

|  |  |           |            |          |
|--|--|-----------|------------|----------|
| 国籍<br>Nationality  | 生年月日<br>Date of birth  | 年<br>Year | 月<br>Month | 日<br>Day |
| 氏名<br>Name   | 原語表記<br>In the original letters  |           |            |          |
|  | 英語表記<br>In English   |           |            |          |
|  | 日本語表記(カタカナ)<br>In Japanese Katakana  |           |            |          |
| 性別 / Sex   | <input type="checkbox"/> 男/Male <input type="checkbox"/> 女/Female  |           |            |          |
| 出生地 / Place of birth                                     |  |           |            |          |
| 本国における居住地<br>Home town/city                              |  |           |            |          |
| 日本における居住地<br>Address in Japan                            |  |           |            |          |
| 電話番号 / Telephone No.                                     |  |           |            |          |
| 臨床修練終了後の予定<br>Plans after the advanced clinical training | <input type="checkbox"/> 帰国 / Return to your country<br><input type="checkbox"/> 勤務予定先 / Intended place of work<br><input type="checkbox"/> その他 / Others |           |            |          |

現行

様式第一号 (第四号関係) (平15厚労令22・金融)

|             |                       |        |  |
|-------------|-----------------------|--------|--|
| 写真<br>photo | 収入印紙<br>revenue stamp | ※許可番号  |  |
|             |                       | ※許可年月日 |  |

臨床修練許可申請書

APPLICATION FOR PERMISSION FOR ADVANCED CLINICAL TRAINING

外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に關する法律第3条第1項に基づき、関係書類を添えて臨床修練の許可を申請します。

Under the provisions of Article 3, Paragraph 1 of the Law concerning the Exceptional Cases of the Medical Practitioners' Act, Article 17, on the Advanced Clinical Training of Foreign Medical Practitioners, I hereby apply for permission for advanced clinical training, and submit the necessary documents.

|   |                                  |            |         |          |
|---|----------------------------------|------------|---------|----------|
| 国籍<br>Nationality   | 出生地<br>Place of Birth            |            |         |          |
| 日本における居住地<br>Present Address in Japan                                   | c/o _____ 方                      |            |         |          |
| 電話番号 TEL. No.   | ( )                              |            |         |          |
| 氏名<br>Name  | (原語)<br>(In Original Letters)    |            |         |          |
|   | (ローマ字)<br>(In Roman Letters)     | (Last)     | (First) | (Middle) |
|   | (カタカナ)<br>(In Japanese Katakana) | (Last)     | (First) | (Middle) |
| 性別 / Sex  | 男 / Male                         | 女 / Female |         |          |
| 生年月日<br>Date of Birth   | 年 / Year                         | 月 / Month  | 日 / Day |          |
| 理解し、使用する能力を有する外国語<br>Foreign Languages which You can understand and use |                                  |            |         |          |

D (日法八五三四・五) ⑤

|  |  |  |
|--|--|--|
| 外国医師 (歯科医師・看護師等)<br>資格<br>Foreign license of medical practitioner (dental practitioner・nurse)                                    | 資格を取得した外国の国名<br>Country where the license is obtained  |  |
|  | 資格を取得した年月日<br>Date when the license is obtained  | 年 / Year 月 / Month 日 / Day   |
|  | 資格の名称<br>Name of the license   | 原語表記<br>In the original letters<br>英語表記<br>In English<br>日本語表記(カタカナ)<br>In Japanese Katakana |
| 臨床現場で用いる主な外国語<br>Languages which you use in the hospital   | <input type="checkbox"/> 日本語 / Japanese <input type="checkbox"/> 英語 / English<br><input type="checkbox"/> その他の外国語 / other language ( ) |  |
| 日本国及び外国において<br>失格事由に該当しない旨の申述<br>Declaration that applicant has not come under grounds for disqualification in Japan or overseas | 成年被保護人又は被保佐人であることの有無<br>An adult ward or a person under curatorship  | <input type="checkbox"/> なし / No <input type="checkbox"/> あり / Yes                           |
|  | 罰金以上の刑に処せられたことの有無<br>Fine or severer punishment  | <input type="checkbox"/> なし / No <input type="checkbox"/> あり / Yes<br>具体的な内容 / Details ( )   |
|  | 免許停止等の行政処分を受けたことの有無<br>License suspension  | <input type="checkbox"/> なし / No <input type="checkbox"/> あり / Yes<br>具体的な内容 / Details ( )   |
| 刑事に因り、犯罪又は不正の行を行ったことの有無<br>Criminal records concerning medical affairs   | <input type="checkbox"/> なし / No <input type="checkbox"/> あり / Yes<br>具体的な内容 / Details ( )   |  |

以上の記載内容は事実と相違ありません。  
I hereby declare that the statement given above is true and correct.

年 / Year 月 / Month 日 / Day

- (注 意) (Remarks)
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。  
Use the paper of Japan Industry Size A-4.
  - ※印の欄には、記入しないこと。  
Column with ※sign is for official use only.
  - ボールペンを用い、かき字又はブロック体ではっきり記入すること。  
Write clearly in block letters with ball point pen.
  - 収入印紙には、消印をしないこと。  
Don't seal the revenue stamp.
  - 指示のない欄は日本語又は英語で記入すること。  
Fill in Japanese or English except in indicated cases.

|  |   |  |
|--|---|--|
| 外国医師 (歯科医師・看護師等) 資格<br>Foreign License of Medical Practitioner (Dental Practitioner・Nurse) | 資格を取得した外国の国名<br>Country where the license is obtained | 資格の名称<br>Name of the License (原語)(In Original Letters) |
|  | 資格を取得した年月日<br>Date when the license is obtained       | (カタカナ)<br>(in Japanese Katakana)                       |

厚生労働大臣 殿  
To: Minister of Health, Labour and Welfare

年 / Year 月 / Month 日 / Day  
(Date)

署名  
Signature

- (注 意) (Remarks)
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。  
Use the paper of Japan Industry Size A-4.
  - ※印の欄には、記入しないこと。  
Column with ※sign is for official use only.
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。  
Encircle the fixed letters.
  - 黒ボールペンを用い、かき字又はブロック体ではっきり記入すること。  
Write clearly in block letters with ball-point pen.
  - 収入印紙には、消印をしないこと。  
Don't seal the revenue stamp.
  - 指示のない欄は日本語又は英語で記入すること。  
Fill in Japanese or English except in indicated cases.

D (日法八五三四・五) ⑤

第四十五号 厚生 (外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に關する法律施行規則) 二五八

# 薬局薬剤師が在宅医療に積極的に 参画する上での課題

平成23年2月17日

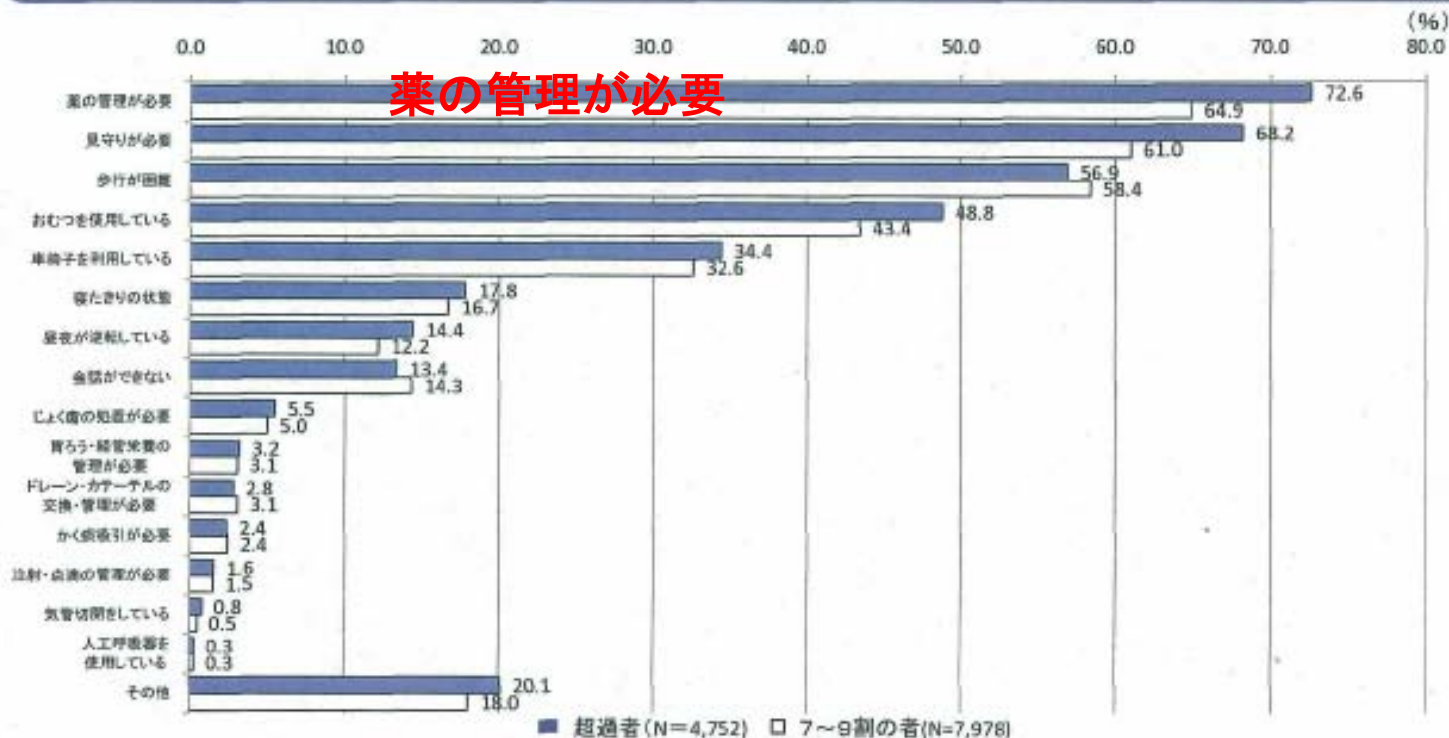
日本薬剤師会



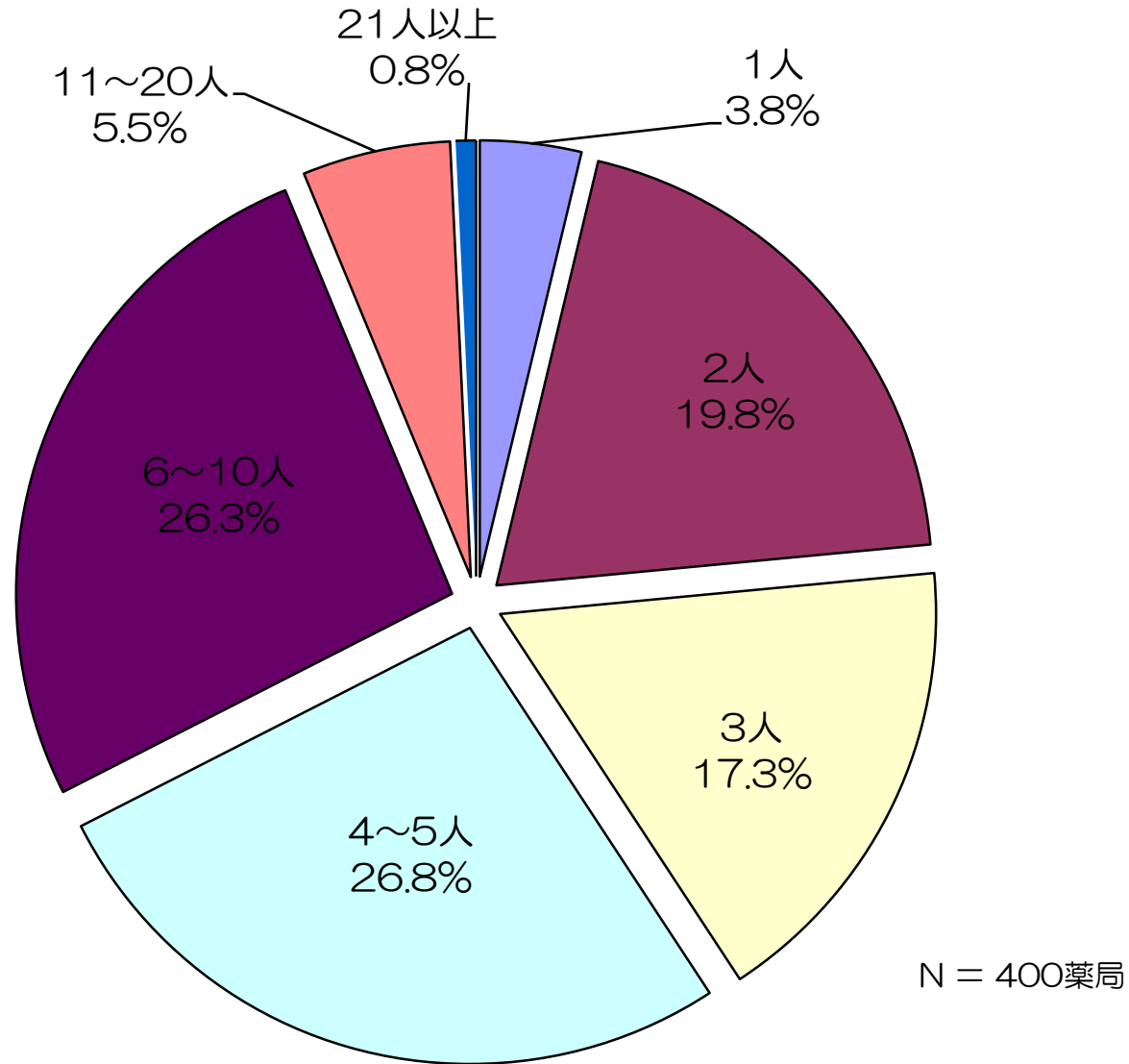
【アンケート調査】

○利用者の日常生活等の状況

- ① 「薬の管理が必要」、「見守りが必要」、「歩行が困難」、「おむつを使用している」の割合が高かった。
- ② 一方、「胃ろう・経管栄養の管理」、「ドレーン・カテーテルの交換・管理が必要」、「かく痰吸引が必要」等、医療的なケアを利用する者の割合は少なく、区分支給限度基準額を超える直接の要因となっていなかった。
- ③ 「薬の管理が必要」、「見守りが必要」、「おむつを使用している」は、7～9割の者より、超過者の方が割合が高かった。

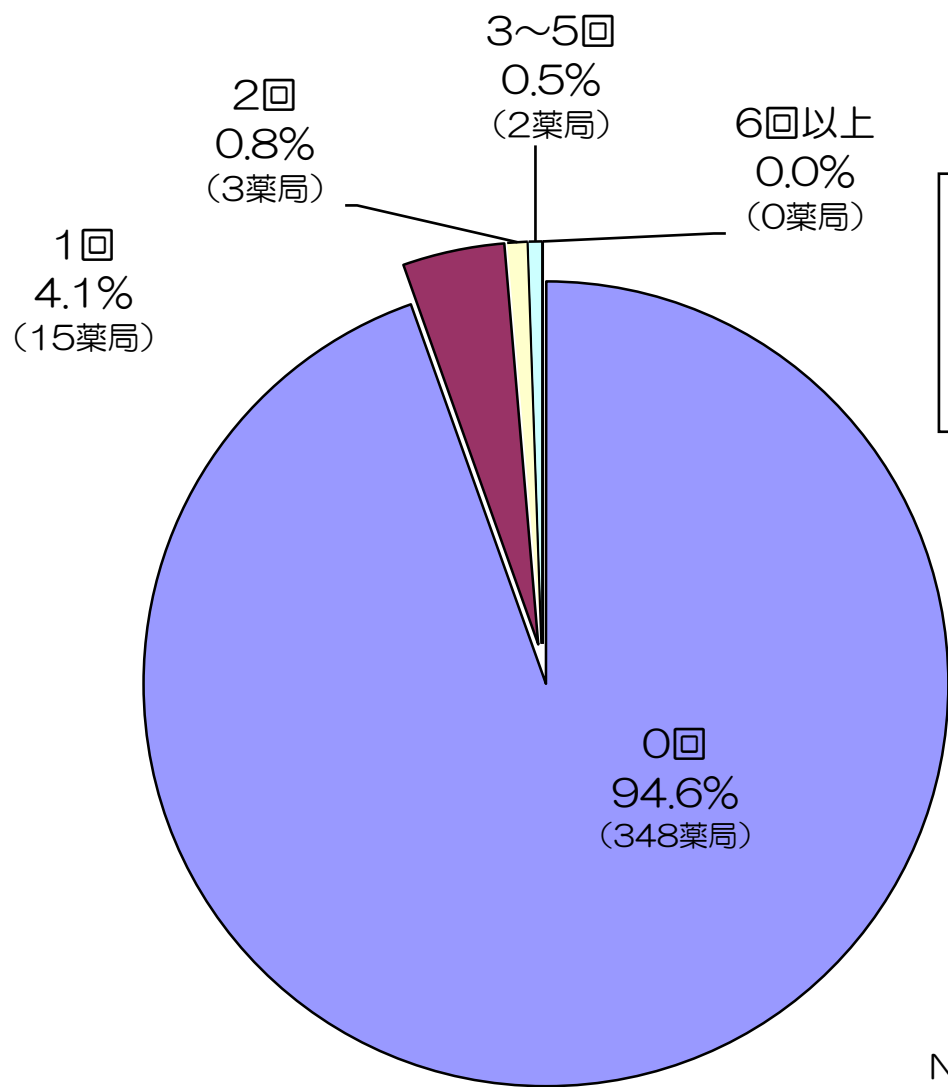


【図1】 在宅患者訪問薬剤管理指導の実施薬局における  
従事薬剤師数の状況について



1) 「平成21年度在宅医療等に関する実態調査」（平成22年12月、日本薬剤師会）より ※日薬・在宅医療サポート薬局  
2) 上記の薬剤師数は、常勤換算値ではなく、常勤／非常勤を含む実人数の合計値（平成22年1月現在の状況）

【図2】 退院時共同指導への参加状況について



9割以上の薬局が  
退院時共同指導に  
参加できていない

1) 「平成21年度在宅医療等に関する実態調査」(平成22年12月、日本薬剤師会)より ※日薬・在宅医療サポート薬局

# 薬局への訪問依頼の経緯

図表 2-18 在宅患者訪問薬剤管理指導等を開始した経緯【保険薬局】

|  | 件数   | 割合     |
|--|------|--------|
| 処方医から訪問依頼があった                          | 395件 | 84.2%  |
| 患者本人が急に来局しなくなったため、薬剤師の判断をきっかけに訪問を開始した  | 0件   | 0.0%   |
| 患者の家族から依頼され、薬剤師の判断をきっかけに訪問を開始した        | 16件  | 3.4%   |
| 事前に患者宅を自主的に訪問し、薬剤師の判断をきっかけに訪問を開始した     | 6件   | 1.3%   |
| その他（施設やグループホームからの依頼、訪問看護ステーションからの依頼 等） | 48件  | 10.2%  |
| 無回答                                    | 4件   | 0.9%   |
| 合計                                     | 469件 | 100.0% |

後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問  
薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する  
調査研究 報告書 H20 3 日本薬剤師会

# 訪問薬剤(居宅療養)管理指導開始に至る4つのパターン

