

平成 21 年 7 月 9 日 (木)
10 時 00 分～12 時 30 分
厚生労働省議室

第 8 回

社会保障審議会医療部会

議 事 次 第

- 1 平成 22 年度の診療報酬改定に向けた検討について
- 2 その他

(配布資料)

- 資料 1 経済財政改革の基本方針 2009
- 資料 2 平成 22 年度一般歳出の概算要求基準の考え方
- 資料 3 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」
- 資料 4 地域医療再生基金事業
- 資料 5 「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化検討会中間とりまとめ(概要)
- 資料 6 「安心と希望の医療確保ビジョン」とりまとめ(概要)
- 資料 7 看護の質の向上と確保に関する検討会中間とりまとめ(概要)
- 資料 8 救急医療等の医療体制に係る現状と課題について
- 資料 9 診療報酬改定の流れ・平成 22 年度の診療報酬改定スケジュール(案)
- 資料 10 平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 20 年度調査)結果等

(参考資料)

- 参考資料 1 堤委員提出資料
- 参考資料 2 平成 20 年度診療報酬改定の基本方針等
- 参考資料 3 平成 20 年度診療報酬改定の概要
- 参考資料 4 「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化検討会中間とりまとめ
- 参考資料 5 看護の質の向上と確保に関する検討会中間とりまとめ
- 参考資料 6 周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書
- 参考資料 7 重篤な小児患者に対する救急医療の検討会中間とりまとめ
- 参考資料 8 社会保障国民会議関係資料

経済財政改革の基本方針 2009
～安心・活力・責任～

平成 21 年 6 月 23 日

経済財政改革の基本方針 2009

(目次)

第1章 危機克服の道筋	1
1. はじめに	1
2. 経済の現状と課題	1
3. 社会の現状と課題	2
4. 「安心と活力」の両立を目指して	3
(1) 「経済の危機」と「社会の危機」への一体的対応	3
(2) 財政健全化と安心社会実現	3
(3) 当面の「最優先課題」(府省に広くまたがる横断的課題)	3
第2章 成長力の強化	5
1. 成長戦略の推進	5
(1) 低炭素革命	5
(2) 健康長寿	6
(3) 魅力発揮	6
2. アジア・世界の持続的成長への貢献	7
3. 農政改革	9
4. 地域発の成長	10
5. 中小企業の活性化と研究開発の強化	11
6. 規制・制度改革	12
第3章 安心社会の実現	13
1. 生活安心保障の再構築	13
(1) 安心社会とは	13
(2) 安心社会実現の道筋	13
(3) 安心社会に向けての行政基盤の強化	15
2. 安全・生活の確保等	15
3. 防衛・防災・治安等	16
4. 教育の再生	17
第4章 今後の財政運営の在り方	18
1. 平成22年度予算の基本的考え方	18
(1) 今後の経済動向と当面の経済財政運営の考え方	18
(2) 平成22年度予算の方向	18
(3) 新たな行政改革の取組	19
2. 財政健全化目標	20
(別紙1) 「中期プログラム」の別添工程表で示された諸課題のうち 2011年度までに実施する重要事項	21
(別紙2) 「中期プログラム」の別添工程表で示された諸課題への 対応策の具体化	23

第1章 危機克服の道筋

1. はじめに

我が国の経済と社会は、これまで培ってきた「豊かさ」と「希望」と「信頼」とを次代に引き継げるか否かの歴史的な正念場にある。

外にあっては、世界同時不況と資源環境制約の高まり、内にあっては、少子高齢化、格差の拡大傾向、財政悪化など、内外の難局が同時かつ複合的に押し寄せている。国民の暮らしと生活を守ることを最優先すべく、経済と社会を一体的にとらえた変革に取り組まなければならない。将来世代への「責任」を堅持しつつ、国民相互の信頼や助け合い、連携によって「安心社会」を実現し、各世代や各企業それぞれの「努力と挑戦」を最大限に引き出す。一方で、低炭素革命や健康長寿社会の創造、アジアへの共生型貢献等を通じて有効需要の基盤を内外で広げ、国民や企業の「活力」を高める。「安心・活力・責任」を同時達成するための経済と社会の変革である。

「安心・活力・責任」という3つの目標は対応次第では相反するおそれがある。将来への道筋をあいまいにしたままの局所的な対処療法では、経済と社会双方からなる「複合危機」は克服できない。「経済の危機」と「社会の危機」を一体的にとらえ、3つの目標への相乗効果を最大に発揮する施策の実行へと政府全体の資源配分を傾斜していかなければならない。

本「基本方針2009」はこうした観点から取りまとめたものである。

2. 経済の現状と課題

一部に底打ちの兆しが見られるものの、我が国の経済は、依然として「当面の危機」と「構造的な危機」に直面している。

第一の課題は、我が国経済の当面の「底割れ」の防止と、確実な底入れ・反転の実現である。世界の金融危機や耐久消費財需要の急激な収縮などの要因による失業の急増や資金繰り倒産などを最小限にとどめるべく、また、主要先進国と比べて一時的に突出したマイナス成長幅に陥った我が国経済を国際協調の観点も踏まえて下支えすべく、政府及び日本銀行は、可能な限りの最大限の措置を講じてきた。

輸出や生産等一部に明るさが見えてきたとはいえ、今後とも、国内における雇用情勢の一層の悪化やデフレが懸念されるところであり、また、過剰信用の巻き戻しなど世界の金融・経済の不確実性は高い。政府は、「経済危機対策」¹等に基づき、金融対策、雇用対策などを中心に「当面の危機」を克服する。また、日本銀行に対しては、我が国経済が、物価安定の下での持続的成長経路に復帰するため、引き続き政府との緊密な連携の下で、適切かつ機動的な金融政策運営を期待する。

第二の課題は、金融危機後の世界経済を見通し、産業構造・雇用構造を大きく転換

¹ 「経済危機対策」（平成21年4月10日）

することによって過度に外需に依存した経済成長から新たな持続的成長へと移行することである。

まず、低炭素、健康長寿、ソフトパワーなどの分野で世界最先端の「未来市場」を創出し、市場とイノベーションの好循環を生み出すことにより、国際的な競争優位の獲得と質の高い雇用の創造を図る。このためには、規制改革、モデル市場づくり、内外の資本・人材・技術の集積が必要である。同時に、アジアを始め世界が直面する資源・環境・広域インフラ整備等の課題解決に、我が国の優れた産業力・技術力をいかして積極的に貢献しながら、世界の再成長の果実を国内に取り込む。

内需と外需の「双発エンジン」によりけん引されるこうした新たな持続的成長プロセスを一刻も早く始動すべく、以上の二つの課題への対応を不可分一体なものとして、2010年度においても引き続き大胆に取り組む。

3. 社会の現状と課題

少子高齢化の進行、企業・家族・地域の機能・役割の変容やつながりの希薄化、格差の拡大傾向、若年失業の増大等を背景に、多くの国民が将来の生活に強い不安を抱いている。我が国社会は「静かなる危機」に直面している状況にある。

「希望と信頼」を次代に引き継ぐためには、国民の間の不安感の高まりに正面から向き合い、すべての国民が参加する活力があり公正な「安心社会」の実現を全力で進めていく必要がある。

第一の課題は、制度や行政への信頼を回復し、強化することである。このためには、安定財源の裏打ちの下で、年金・医療・介護など社会保障制度の「ほころび」を早急に修復するとともに、信頼構築のための制度・行政基盤を早急に整えていく必要がある。また、新型インフルエンザ対策や消費者行政などの分野にも万全な対応が必要である。

第二の課題は、「雇用を軸とした安心社会」を実現していくことである。将来の人口構造や産業構造を踏まえ、次代の日本を担う若者世代・子育て世代の支援・育成の強化を始め、意欲あるすべての世代の人々の「働く安心」を基軸としながら、「子育て」、「学びと教育」、「医療とコミュニティ」、「老後と介護」といった各分野での安心強化のための施策を有機的、効果的に連携・強化していかなければならない。

その際、「官から民へ」、「大きな政府から小さな政府へ」といった議論を超えて、「安心社会」の実現に向けて無駄なく「機能する政府」への変革や、企業・NPO・地域などの参加と役割・責任分担による新たな「公」の創造を国全体の課題として位置づけ直すことが必要である。

4. 「安心と活力」の両立を目指して

(1) 「経済の危機」と「社会の危機」への一体的対応

「経済の危機」と「社会の危機」への対応は、相互に補完し合い、強め合うことができる。老後や介護への安心を確保することにより、巨額の金融資産をいかした内需主導成長が動き始める。若者世代の能力発揮や少子化対策の強化により、将来の成長力が底上げされる。経済の過度のマイナス成長を防ぎ、「未来市場」にかかわる産業の拡大を通じて、質の高い雇用を創出することは、日本型安心社会の基軸となる「雇用の安心」をもたらす。

経済と社会、どちらの危機への対応を優先するかという視点を超えて、双方の危機に同時、かつ一体的に取り組む。安心と活力を高める上で不可欠な支出については、政策にかかる費用とそのため安定的な財源を具体的に明示し、検討を早急に進める。残された時間は短い。2010年代前半から半ばにかけて、団塊世代が高齢世代入りし、就職氷河期の若年世代は社会の中核を担うべき年齢に到達し始めることになる。

(2) 財政健全化と安心社会実現

金融危機後の世界各国の財政状況の悪化から、国際的な長期金利の上昇傾向が見られる中、我が国財政の持続可能性を確保し財政硬直化についてのリスクを最小化しつつ、安心社会を実現するためには、我が国財政について健全化への中長期的な取組姿勢を市場からの信頼に足る形で明確に示すことが不可欠である。また、そのための財源は、具体性・持続性・安定性を兼ね備える必要がある。以下を基本方針として、財政健全化と安心社会実現に向けて取り組む。

- ① 行政の無駄を不断に削減することは当然であり、徹底した行政改革と歳出改革は継続する。ただし、経済危機的状況に照らし、果敢な対応は適時適切に図る。
- ② 「中期プログラム」²と「平成21年度税制改正法」附則³の税制の抜本改革の規定に則って、社会保障の機能強化と安定財源確保を着実に具体化する。
- ③ 安心社会を実現するための雇用を軸とした新規施策（雇用・生活セーフティネット、職業訓練、教育等の分野における新規施策）については、「安定財源なくして制度改正なし」との原則に立って、税制抜本改革や歳出歳入改革の中で、所要の財源を確保する。

(3) 当面の「最優先課題」（府省に広くまたがる横断的課題）

以下を当面の「最優先課題」とし、関係府省は、予算・人材両面において最大限の重点対応を行う。さらに、内閣主導で、府省横断的なプロジェクト・チームを設置する等により迅速かつ総合的な取組を図る。

² 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた『中期プログラム』」（平成20年12月24日閣議決定、平成21年6月23日一部改正）

³ 「所得税法等の一部を改正する法律」（平成21年法律第13号附則第104条）

① 経済危機克服

- i) 経済と社会の安定の基軸である雇用については、雇用維持のための緊急取組に加え、「次世代の日本を担う若年層」に対して職業能力向上と再挑戦の機会拡大のための支援を強化する。その際、企業・自治体と連携しながら「縦割り」を超えた政府横断的取組を図る。
- ii) 同時に、新たな持続的成長プロセスを一刻も早く始動するため、
 - ・ 低炭素・環境共生型社会に向けて民間投資を引き出すための取組（制度改革・先進モデル市場づくり・リスクマネーの供給・内外人材の集積等）を多年度にわたり強化する。
 - ・ 地域経済の回復のため、各地域の取組を全力で支援する。国は、発想を転換し、予算のみならず、人材・人脈・情報・アイデア・制度改革等執行面において各地域の主導を最大限に支援する。
 - ・ 金融危機後の世界経済の再成長を確固たるものとするため、国際協力に関する各省の取組（金融通貨協力、インフラ整備・環境・技術等、貿易投資、人材交流等）を連携させ、戦略的な国際貢献を加速する。特にアジアとの間については、「共生型貢献」を進め、内需の基盤と成長の源泉をアジアへと拡大する。

② 安心社会実現

- i) 社会保障の「ほころび」の修復なしに政府への信頼回復はない。税制抜本改革を通じた安定財源の裏打ちを制度的に確保しつつ、社会保障の機能強化について、効率化を図りつつも、緊急措置として前倒しで「先行実施」を図る。また、少子化対策や子育て世代への支援を総合的に強化する。
- ii) 安心社会実現のための具体的な道筋について合意を図るため政府与党一体で検討を行うとともに、安心社会の基盤となる情報インフラ、行政体制、人材の傾斜配置などへの取組を政府横断的に進める。

第2章 成長力の強化

未来への投資を戦略的に進め、国民の夢を一つ一つ実現しつつ、我が国の成長力を強化する。これにより、環境や人口減少等の制約を克服し、日本の底力を発揮させ、中長期的な経済成長を実現し、安心社会の実現とあわせ、国民が回復を実感できる経済社会を目指す。

1. 成長戦略の推進

重点的・集中的な投資、戦略的なプロジェクトの実行、大胆な制度改革を実施し、短期的な需要創出と中長期的な成長力強化の「二重の配当」を得るため、「新経済成長戦略改訂版」⁴を基礎とした「未来開拓戦略」⁵等を実行する。多年度を視野に入れた対応を進めることとし、平成21年度における取組の検証を本年度末までに行い、それを踏まえて平成22年度以降の戦略を点検し推進する。

(1) 低炭素革命

○ 太陽光発電・省エネ世界一プラン（2020年頃に再生可能エネルギーの対最終エネルギー消費比率を世界最高水準の20%程度へ、太陽光発電を20倍程度へ）、エコカー世界最速普及（2020年に新車販売の5割へ）、低炭素交通・都市革命、資源大国実現プランを推進する。

<主な施策>

- ・ 太陽光発電の導入抜本加速、風力・小水力等再生可能エネルギーの利用推進、建築物のゼロエミッション化の加速的展開、温室効果ガス排出の少ない省エネ機器等の加速的普及、国内クレジット制度の活用、環境・エネルギー革新技術等の開発・実証の集中実施、環境ビジネスへの投資促進、CO₂排出量の「見える化」等、カーボン・オフセット⁶の普及。
- ・ 次世代自動車などエコカーの需要拡大、国際競争力の強化。
- ・ 低炭素交通機関の世界最速開発・最速普及（超電導リニア、フリーゲージトレイン等）、低炭素交通インフラ整備等の集中対策（国土ミッシングリンク、スーパー中核港湾・産業港湾インフラ、モーダルシフト⁷対策、整備新幹線等）、我が国高速鉄道システム等の海外展開、公共交通機関の利用促進、コンパクトで人と環境に優しい都市・地域づくり。
- ・ レアメタル等を含む製品のリサイクルシステムの構築、廃プラスチックの総資

⁴ 「新経済成長戦略のフォローアップと改訂」（平成20年9月19日閣議決定）

⁵ 「未来開拓戦略」（平成21年4月17日）

⁶ 自らの温室効果ガス排出量のうち、削減が困難な量の全部又は一部を、他の場所で実現した温室効果ガスの排出削減や森林の吸収等をもって埋め合わせる活動。

⁷ 貨物輸送において、環境負荷の少ない大量輸送機関である鉄道貨物輸送・内航海運の活用により、輸送機関（モード）の転換（シフト）を図ること。

源化、先進国型シップリサイクルの推進による鉄資源の確保と低炭素化への貢献、アジアにおける資源循環システムの構築、森林吸収源対策など森林の整備・保全と木材・木質バイオマス利用の推進、世界水ビジネス市場に参入、安全を前提とした原子力発電及び核燃料サイクルの推進・原子力産業の国際展開の推進、原子力教育の推進、上流権益確保への支援強化、海洋資源の探査・開発促進、クリーンアジア・イニシアティブ等の推進。

- ・環境保全の取組によって経済を再生させる「緑の経済と社会の変革」に向け、低炭素社会、循環型社会、自然共生社会への移行等を推進。

(2) 健康長寿

○介護機能強化プラン（介護雇用を3年間で30万人創出）、地域医療強化・健康産業創出プラン、医療・介護福祉新技術イノベーションプラン（未承認薬等の開発支援・承認審査迅速化、新型インフルエンザワクチンの開発・生産期間短縮等）を推進する。

<主な施策>

- ・介護人材の処遇改善に向けた取組、介護職員等の資格取得等のキャリア形成支援、介護基盤の緊急整備等、バリアフリー化等の推進のためのインフラの重点整備。
- ・地域医療の再生、大学病院の機能強化、医療拠点病院の強化等、医療機関に対する優遇融資拡充、地域総合健康サービス産業創出プロジェクト。
- ・がん等の戦略的分野における医薬品・医療機器・再生医療の開発・橋渡し・実用化加速国家プロジェクトの中長期的戦略に基づく推進、医薬品・医療機器の承認までの期間の短縮、安全対策の体制強化、世界トップレベルの新型インフルエンザ対策、生活支援ロボット等実用化の推進、医療IT化推進。

(3) 魅力発揮

○農林漁業潜在力発揮プラン（植物工場を3年以内に3倍増）、ソフトパワー発揮プラン（2020年にコンテンツ輸出比率を米国並みへ）、世界に誇る観光大国実現（2020年までに訪日外国人旅行者数2000万人へ）、人財力強化・技術力発揮プラン、IT底力発揮戦略を推進する。

<主な施策>

- ・緑と水の環境技術革命、耕作放棄地解消、農山漁村IT活用総合化、食品産業グリーンプロジェクト、先進的モデルの実施、ものづくり技術をいかした農林漁業の付加価値拡大。
- ・林業・木材産業の再生に向け、持続的林業経営の確立、「緑の雇用」の推進、間伐材の総合利用に向けた路網整備・機械化、生産・加工・流通体制の整備、国産材の需要拡大等を推進。力強い水産業の確立に向け、漁業収益力の向上等による燃油価格の変動等にも対応し得る持続的経営の確立、産地販売力の強化、

漁業の就業者対策、地産地消等消費拡大、漁場の整備等を推進。

- ・ソフトパワーの海外展開支援、次世代著作権取引支援システムの整備、地域ソフトパワー発信・活用の強化。
- ・国際競争力の高い魅力ある世界有数の観光地の形成、世界からのアクセス抜本改善（訪日査証の見直し、羽田・成田空港の機能強化、関西空港・中部空港のフル活用、空港入国審査待ち時間の短縮等）、日本ブランド発信強化による需要拡大、訪日外国人旅行者への外国語対応の強化。
- ・小中高校における理数教育、社会・職業への円滑な移行のためのキャリア教育・職業教育の強化、世界トップレベルの研究環境実現、大学等における教育研究の水準向上、創造性に富んだ若手研究者の育成、超小型衛星システムの開発や中小企業・ベンチャー等の活用による宇宙開発利用分野での新市場創造等、地域の産業構造の変革、雇用の安定に向けたセーフティネットの強化、人材育成の推進等。
- ・グリーンITで世界をけん引、ITを活用したリーディング産業の競争力強化と地域・中小企業の活性化、ITを活用した地域の活性化等、ITによるアジア知識経済圏の構築等、電子行政の加速、IT社会基盤の整備、高度IT人材等の育成強化、先進的デジタルネットワークの構築。
- ・デジタル放送の送受信対策、デジタル受信機器の普及促進、公共施設のデジタル化等、地上テレビジョン放送のデジタル化の推進を始めとするICT基盤の整備等の推進。
- ・IT戦略本部において決定する「デジタル新時代への戦略」（仮称）を早期に策定し、着実に施策を実施。
- ・国民電子私書箱（仮称）は、平成25年度までの整備を目指し、既存のシステムの利用を視野に社会保障番号・カード（仮称）と一体的に検討し、本年度中に基本構想を策定。
- ・「第2次情報セキュリティ基本計画」⁸に基づき、「セキュア・ジャパン2009」の施策を着実に実施し、情報セキュリティ対策を推進。

2. アジア・世界の持続的成長への貢献

① アジア経済倍増へ向けた成長構想等

- ・アジアの経済規模が2020年に現在より倍増することを目指すとともに、世界の成長センターであるアジアの強みを最大限いかし、我が国がアジアとともに発展する道筋をつける。そのため、東アジア・ASEAN経済研究センター（ERIA）等が、「アジア総合開発計画」を策定するなど、アジア諸国と協力しながら、我が国の国際公約に則り、アジアの広域開発を推進するとともに、アジアの内需拡大に向けた制度整備等を進める。

⁸ 「第2次情報セキュリティ基本計画」（平成21年2月3日）

- ・アジア諸国との物流面の連携強化等を図るため、新たな総合物流施策大綱を平成21年中に策定し、物流施策を推進する。
- ・アジアの金融市場安定のため、チェンマイ・イニシアティブのマルチ化の早期実現など、アジア域内の金融協力強化に、ASEAN+3諸国と緊密に連携し積極的に取り組む。
- ・アジア諸国を中心に「法制度整備支援に関する基本方針」⁹を踏まえ、法制度整備支援を推進する。

② ポスト京都議定書の枠組みづくりへの貢献等

- ・「京都議定書目標達成計画」¹⁰及び「低炭素社会づくり行動計画」¹¹に基づく取組を推進する。
- ・先進国は2015年、途上国は2025年に排出量をピークアウトするとともに、2050年までに世界全体での半減につなげるため、我が国として2020年に2005年比15%削減するとの中期目標¹²及び2050年に60~80%削減するとの長期目標を掲げ、本年12月の気候変動枠組条約第15回締約国会議での、米中印等の主要排出国を始めとする「全員参加」型の公平で実効性ある次期枠組みの合意を目指し、イニシアティブを発揮する。このため、次期枠組みに責任を共有して参加する途上国への技術移転、革新技术や原子力の開発・適切な普及等にも力を入れ、今後の国際交渉に全力で取り組むとともに、低炭素革命実現に向け各界各層で一致協力した行動を進める。
- ・アジア・世界の生物多様性の保全と持続可能な利用を促進するため、2010年10月に愛知県名古屋市で開催される生物多様性条約第10回締約国会議に向け、議長国としてリーダーシップを発揮する。

③ 高度人材受入促進と対日投資の拡大

- ・外国高度人材受入れの推進組織など体制の整備を図るとともに、「外国高度人材受入政策の本格的展開を」¹³に即し、本年秋までにアクション・プログラムを策定し、必要な政策を実施する。
- ・「対日直接投資加速プログラム」¹⁴に則って、対日投資の拡大を進めるとともに、内外無差別原則の例外である外資規制の在り方について包括的検討を引き続き進める。
- ・海外投資家の我が国金融・資本市場への投資の促進を検討する。

④ 経済連携、新興国・資源国との関係強化等

- ・多角的自由貿易体制の維持・強化に向け、保護主義の抑止とWTOドーハ・ラウンドの早期妥結に取り組む。民間知見を活用し、途上国の一村一品運動を支

⁹ 「法制度整備支援に関する基本方針」（平成21年4月22日）

¹⁰ 「京都議定書目標達成計画」（平成20年3月28日閣議決定）

¹¹ 「低炭素社会づくり行動計画」（平成20年7月29日閣議決定）

¹² 省エネなどの国内での努力を積み上げて算定したもの（いわば「真水」の目標）。

¹³ 「外国高度人材受入政策の本格的展開を」（平成21年5月29日）

¹⁴ 「対日直接投資加速プログラム」（平成20年12月11日改定）

援する。

- ・ 経済連携協定については、「2010年に向けたEPA工程表」¹⁵に基づき、引き続き積極的に推進するとともに、投資協定等の締結を推進する。
- ・ 2010年に我が国が議長を務めるアジア太平洋経済協力（APEC）において、地域の統合と発展に向けた新たなビジョンを示し、その実現に向けリーダーシップを発揮する。
- ・ 中東・ロシア・中南米・アフリカ等の新興国・資源国と産業協力による重層的關係を強化する等、エネルギー安全保障の強化や新興市場の拡大に取り組む。
- ・ 海外への農業投資の促進などにより、世界及び我が国の食料安全保障に資する。

⑤ 総合的な外交力強化

- ・ 戦略的国際協力の推進、知的交流や日本語普及を含むソフトパワー発揮等の政府の対外的機能につき、在外公館、マンパワー等の外交実施体制を軸に、NGO等外部人材の積極的活用を含め、できるだけ早期に総合的な外交力を質・量双方で強化する。
- ・ 対アフリカ政府開発援助の倍増、クールアース・パートナーシップ構築等の国際公約を着実に実施し、地球規模課題に対する指導力発揮、テロとの闘い、核軍縮等の気運の高まりを踏まえた軍縮・不拡散の推進、平和構築の人材育成や人間の安全保障を含め、国際社会での責任ある役割を果たす。これらの戦略的援助に必要な事業量を確保する。
- ・ 円借款の更なる迅速化を図る。JICAの海外投融資業務について、開発効果の高い新しい需要に対応するため、早急に過去の実施案件の成功例・失敗例等を十分研究・評価し、本年秋を目途にJICA・関係省を中心に協議の上、きちんとした執行体制を確立し、関係省によるチェック体制を整備した上で実施する。
- ・ 科学技術外交及び宇宙外交を強化する。

3. 農政改革

「産業としての持続性」、「食料の供給力」、「農山漁村の活力」の三つを再生するため、農政改革を進め、農林水産政策の新たな展開を図る。

- ・ 新たな「農地法」¹⁶について、生産現場等への浸透を図り、農地集積加速化事業等を通じて農地の面的集積を進め、多様な経営体の参入や連携を進めるとともに、平成23年度を目途に農業上重要な地域を中心に耕作放棄地を解消する。新たな構造展望を明確にするとともに、担い手の育成、農地の利用集積を進展させるための総合的な工程表を作成する。

¹⁵ 「経済財政改革の基本方針2008」（平成20年6月27日閣議決定）

¹⁶ 「農地法等の一部を改正する法律」（平成21年6月17日成立）

- ・ 現在の水田農業の構造改革が遅れていること、生産調整の実施者に不公平感があることを踏まえ、自給力の向上のための米政策・水田農業の在り方について検討を進める。世界的な食料需給のひっ迫の可能性も踏まえ、大豆・麦・米粉・飼料米などの定着・拡大が進むような思い切った生産振興策を検討し、早期に実施に移す。
- ・ 若者が農業に魅力を感じられるようにするとの観点から、生産・流通・販売の各段階における改革を通じて農業・農村の所得増大が図られるよう取り組む。農業経営体の参入促進・育成・支援に関する施策の充実を図る。
- ・ 従来 of 直接支援に加え、農山漁村が本来有する自然環境の保全など様々な機能の向上や地域社会の維持を図るための支援策について検討し、早期に実行に移す。
- ・ バイオマス資源や自然エネルギー資源など農山漁村の潜在力をいかした新産業の創出を支援し、地域の活性化に役立てる。

4. 地域発の成長

活力と独自性のある地域づくりを進め、地域発の成長を実現する。

- ・ 太陽光発電の導入加速や低炭素交通インフラ整備等の低炭素革命、地域医療再生等の健康長寿、農林漁業の潜在力発揮、観光大国等の魅力発揮、IT底力発揮戦略、といった成長戦略を地域において推進し、地域発の成長につなげていく。
- ・ 地域交通の活性化、内航海運の活性化を図るとともに、地域におけるまちづくりへの支援や地域の実情に応じた活性化策等を推進する。
- ・ 離島航路・産業の再生を図るとともに、離島における子弟教育の充実や適切な医療の確保への取組なども含めた離島地域の実情に応じた活性化策等を積極的に推進する。
- ・ 商店街が地域コミュニティの担い手として重要な役割を果たすことを踏まえ、空き店舗利用、地域資源活用等による商店街活性化の取組を積極的に推進する。
- ・ 住宅・建築物の耐震化、長寿命化等の促進、既存住宅の流通促進など住宅ストックの有効活用、資金調達の円滑化等により、住宅投資の活性化、離職者の居住安定確保等を図る。
- ・ 地方分権改革推進委員会の勧告を踏まえ、地方分権改革を着実に推進する。
- ・ 地方分権改革の推進とあいまって、「地方再生戦略」¹⁷等に基づき、地域の人材力強化、地域力の創造等に取り組む。
- ・ 「定住自立圏構想」¹⁸により定住を促進する取組を、各府省連携して推進する。

¹⁷ 「地方再生戦略」（平成20年12月19日改定）

¹⁸ 「定住自立圏構想」（平成20年5月23日）

- ・ 現行「過疎法」¹⁹の失効を控え、厳しい現状を踏まえた新たな過疎対策に取り組む。
- ・ 経済情勢を踏まえた地方財政計画の策定等を通じ、地方団体の安定的な財政運営に必要な地方税、地方交付税等の一般財源の総額を確保する。
- ・ 直轄事業について検討を行い、情報開示の充実等必要な措置を講ずる。
- ・ 地方分権改革の推進を図った上で、「道州制基本法」（仮称）の制定に向けて、内閣に「検討機関」を設置する。
- ・ 力強い子どもの成長を支える子ども農山漁村交流プロジェクトを着実に推進し、都市と農山漁村の共生・対流の推進を図る。

5. 中小企業の活性化と研究開発の強化

① 中小企業の活性化

- ・ ものづくり基盤技術や次世代産業を支える技術の開発、人材の育成・活用などによる雇用のミスマッチ解消、国内外市場の販路開拓、経営や事業再生の支援、「独占禁止法」²⁰、「下請法」²¹等による取締り強化等を通じて、中小企業を総合的に支援する。
- ・ 資金繰り対策に万全を期するほか、ダンピング対策の充実等を図り、官公需の受注機会の確保に配慮する。また、「小規模企業共済制度」を拡充する。

② 研究開発の強化等

- ・ 将来のイノベーションの源泉となる基礎科学力強化や出口を見据えた研究開発の促進に取り組む。また、「研究開発力強化法」²²に基づき、産学官連携の強化、研究成果の実用化促進、研究支援体制強化、多様な人材の育成を図るとともに、次期科学技術基本計画の策定に向けた検討を進める。
- ・ 我が国を代表する研究者が研究に専念できる新たな研究者最優先の支援制度等により、世界最先端の研究開発を推進し、基礎研究も含め我が国の研究開発力や国際競争力の強化を図る。
- ・ 革新的な環境・エネルギー技術や先端医療技術、デジタル技術、新型インフルエンザ等感染症対策、防災対策、気候変動対策等、成長力強化と安全・安心確保につながる研究開発を推進する。産学官連携の拠点形成を通じた科学技術による地域活性化やグローバルな研究開発の拠点形成等のイノベーション創出に向けた取組を推進する。
- ・ 「第3期知的財産戦略の基本方針」²³に基づき、グローバルな知財戦略を推進す

¹⁹ 「過疎地域自立促進特別措置法」（平成12年法律第15号）

²⁰ 「私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律」（昭和22年法律第54号）

²¹ 「下請代金支払遅延等防止法」（昭和31年法律第120号）

²² 「研究開発システムの改革の推進等による研究開発能力の強化及び研究開発等の効率的推進等に関する法律」（平成20年法律第63号）

²³ 「第3期知的財産戦略の基本方針」（平成21年4月6日）

る。

- ・「宇宙基本計画」²⁴に基づき、研究開発力を高めつつ、利用重視の政策に転換するとともに、国民生活の向上、安全保障の強化、産業育成、国際協力の推進、環境の保全等を図るため、利用システム・研究開発プログラム等の施策を推進する。
- ・海洋資源の開発・利用等「海洋基本計画」²⁵に基づく施策を総合的に推進する。

6. 規制・制度改革

成長力の強化に向けて、規制・制度改革に取り組んでいく必要がある。新たな産業や技術により国際競争力を強化し、新規の需要と雇用の創出に資するよう、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」²⁶等に沿って積極的に取り組むとともに、規制改革に関係する推進組織間の連携の強化等により、規制・制度改革の実効性の向上を図る。

- ・ ライフサイエンス分野等の新事業創出が見込まれる革新的なテーマについて、資金面での支援に加え、規制・制度改革要望に係る検討・支援を行う。
- ・ 医師と看護師等との役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる。
- ・ IT利活用促進のための重点点検を平成21年中に実施し、その結果を踏まえ、所要の措置を講ずる。
- ・ 休暇の取得・分散化を促進するため、内閣官房と観光庁は、関係省庁、経済界、労働界、教育界と連携して具体的な検討を行い、今秋までに結論を得る。
- ・ 規制改革会議がその設置期限を迎えることから、今後の推進体制について検討することとし、平成21年度中に成案を得る。

²⁴ 「宇宙基本計画」（平成21年6月2日）

²⁵ 「海洋基本計画」（平成20年3月18日閣議決定）

²⁶ 「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）

第3章 安心社会の実現

安心社会の実現のために、社会保障の機能強化・効率化と雇用を軸とした生活安心保障の再構築を進める。その財源については、第1章 4. (2)の基本方針に従って確保する。また、消費者政策を始めとする安全・生活の確保等、防衛・防災・治安等や教育の再生に取り組む。

1. 生活安心保障の再構築

(1) 安心社会とは

- ・「安心社会」とは、国民が生き生きと働く機会が確保され、働くことが報われる公正で活力ある社会であり、また、人が助け合い、いたわり合い、支え合う社会である。こうした安心社会を実現するためには、現役世代支援も含めて、全生涯・全世代を通じての「切れ目のない生活安心保障」を再構築する必要がある。
- ・このため、持続可能性を確保しながら、社会保障の機能強化・効率化を図ることにより、高齢者施策を中心とする社会保障の「ほころび」に対応する。加えて、人生前半の安心保障について、若年層の雇用を軸とした生活安心保障を再構築するとともに、子どもの成長過程や生活に対応して少子化対策を抜本的に拡充し、社会の「安心」と「活力」を両立させる必要がある。

(2) 安心社会実現の道筋

- ・上記の生活安心保障を再構築する取組を、中期的に下記の3つの局面に沿って同時に進める。その際、新たな費用負担を伴う施策については、国民の納得が得られるよう税制抜本改革を実施する前までに、改革内容や費用額を具体的に明らかにする。あわせて、格差の是正・固定化防止等の政策で、少子化対策に含まれる政策については、「中期プログラム」の枠内での確立・制度化を検討する。
- ① 安心再構築局面（2009年度～2011年度頃）
- この期間においては、優先課題の着実な実施と安心基盤の設計を行う。
- ・「中期プログラム」で示された社会保障の機能強化・効率化のうち、2011年度までに実施すべき重要事項については、先般成立した平成21年度第1次補正予算²⁷で対処することとなっている優先課題など（別紙1参照）を軸に、着実に実行に移す。
 - ・上記社会保障の機能強化・効率化のうち、2010年代半ばに向けた取組については、税制抜本改革の検討にあわせて、「中期プログラム」の別添工程表で示された諸課題（別紙2参照）を軸に検討を進め、対応策の具体化を行う。
 - ・子育て等に配慮した低所得者支援策（給付付き税額控除等）について、財源確

²⁷ 「平成21年度一般会計補正予算（第1号）」（平成21年5月29日）

保方策とあわせ、制度設計の論点を含めて検討する。

- ・ 幼児教育、保育のサービスの充実・効率化・総合的な提供、財源確保方策とあわせた幼児教育の無償化について総合的に検討する。
- ・ 雇用・生活保障セーフティネット（職業能力開発と一体となった求職者の所得保障）の整備・改善の財源の在り方を含めた検討、職業訓練やジョブ・カード制度の拡充、高等教育における職業適性診断等職業指導の推進、国と地方の連携による地域のニーズに対応した職業能力開発の実施、非正規雇用から正規雇用への転換促進、非正規雇用の待遇格差の是正（社会保険の適用拡大など）、仕事と生活の調和の推進など、雇用を軸とした生活安心保障政策の再構築を行う。
- ・ 高齢者医療制度について、高齢者の心情等に配慮しつつ、より良い制度への見直しを着実に進める。
- ・ 高額療養費制度等について、患者負担の現状や医療保険財政の状況等を踏まえつつ、その在り方を検討する。
- ・ 住まい・まちづくりと連動した単身高齢者等への支援（都市部を始めとするケア付き住宅や介護施設・拠点の整備、日常生活・見守りの支援、住替えの支援等）を強化する。

② 安心回復局面（2011年度頃～2010年代半ば）

この期間においては、持続可能な財政構造の確立にあわせて、安心基盤を重点的に整備する。

- ・ 安定財源を確保した上で、2015年までの「医療・介護及び子育てサービス・人材整備」目標を実現する。
- ・ 幼児教育、保育のサービスの充実・効率化・総合的な提供を推進する。
- ・ 子育て等に配慮した低所得者支援策（給付付き税額控除等）の検討を踏まえた対応、所得課税や資産課税の見直しを通じた格差是正を行う。
- ・ 修学困難な高校生・大学生への公平な教育機会の確保のための制度（授業料減免等教育費負担の軽減）の質的充実・拡大、若年層の人材投資（留学・研修への支援）の拡充を行う。

③ 安心充実局面（2010年代半ば～2020年代初め）

この期間においては、団塊世代が年金生活に入る本格的な高齢時代到来も踏まえながら、各世代に対応したきめ細やかな以下の施策を通じて、安心の充実を図る。

- ・ 若者世代：国際性や専門性が発揮できるような集中的な人材投資。
- ・ 子育て世代：少子化傾向の反転につながる充実した子育てと就労の両立支援策。
- ・ 働き盛りの中年世代：地域参加とリカレント教育（社会人に対する再教育）等を通じた複線化したキャリアパスの形成支援。
- ・ 高齢世代：雇用や地域活動への参加機会の確保等を通じた「生涯現役社会」の促進、地域の中での生活支援・介護体制の整備。

(3) 安心社会に向けての行政基盤の強化

- ・安心社会に向けた行政基盤を強化するため、国民への総合的なサービスの提供、閣僚主導にふさわしい規模、地方分権の徹底、官民挙げた人材の投入などの視点を踏まえ、現行の行政組織の見直し・再編へ向けた検討を行う。
- ・子育て支援、仕事と子育ての両立などの「少子化対策」や、困難を抱える子ども・若者を助け、自立させるための対策を始めとする各般の「子ども・若者支援策」を総合的に推進するため、内閣府の体制を強化する。

2. 安全・生活の確保等

① 消費者政策等

- ・消費者庁を創設するとともに、地方の相談窓口の充実や消費者教育の一体的な取組を図るなど、消費者行政を推進する。
- ・公文書管理法制を確立し、国立公文書館を中心に公文書管理の体制を整備する。
- ・輸入食品の監視等、食品の安全性の確保に係る取組を推進する。
- ・契約内容の適正化等安心して民間賃貸住宅等に居住できる市場環境を整備する。

② 生活支援等

- ・障害者の生活支援や就労支援、雇用維持・拡大等の施策を進めるとともに、「自立支援法」²⁸を見直す。
- ・児童相談所の機能強化等児童虐待防止対策の強化を図る。
- ・生活困窮者、失業者等に対する相談支援を推進する。
- ・男女共同参画センターや女性センターなどによる女性のライフコースを通じた相談やネットワーク構築の推進を支援する。また、女性の就業支援を推進する。
- ・子ども等への日本語指導等を含めた定住外国人への支援を推進する。
- ・公的賃貸住宅への子育て支援施設の併設等を推進する。
- ・生涯を通じて歯及び口腔の健康を保持する社会を目指し、8020 運動²⁹を推進する。
- ・がんの総合的な対策を講ずるとともに、難病対策を推進する。原爆被爆者対策を総合的に推進する。
- ・新型インフルエンザ対策について、これまでの取組状況も踏まえ、国際的な協力も含め、万全の対応を図る。
- ・子どもの健康と環境に関する研究の推進等、国民の安心を環境面で確保する。

²⁸ 「障害者自立支援法」(平成 17 年法律第 123 号)

²⁹ 80 歳になっても自分の歯を 20 本以上保つことを目標とした歯科保健の普及啓発活動。

3. 防衛・防災・治安等

① 防衛

- ・北朝鮮によるミサイル発射、核実験など厳しさを増す安全保障環境に適切に対処するとともに、任務の多様化・国際化への対応を図るため、人的基盤や情報機能の重要性も踏まえつつ、「防衛計画の大綱」³⁰の修正等の検討を進め、国の諸施策との調和を図る中で、効率的な防衛力の整備を着実に推進する。
- ・米軍再編関連措置を着実に進める。
- ・選択と集中の考え方の下、真に必要な防衛生産・技術基盤の確立に努めるとともに、防衛調達等の改革を実施する。

② 防災

- ・集中豪雨の増加等の自然環境の変化も考慮しつつ、大規模地震、大規模水害・土砂災害、津波・高潮、豪雪、火山噴火等への防災・減災対策、渇水対策、社会資本ストックの予防保全対策、消防を戦略的・重点的に実施する。災害時等の安全な通行を確保するための道路整備、学校等の耐震化について、引き続き推進する。
- ・「宇宙基本計画」及び「地理空間情報活用推進基本計画」³¹に基づき、衛星による測位・監視技術等の活用による災害・安全保障情報の迅速な提供等を推進する。
- ・地籍整備を推進する。

③ 治安等

- ・「犯罪に強い社会の実現のための行動計画 2008」³²を進め、「世界一安全な国、日本」を目指す。また、犯罪の見逃し防止及び公衆衛生の向上のため、法整備に向けた動きも踏まえつつ、死因究明制度に係る施策を着実に推進する。
- ・海賊対策、海上保安の確保等海洋の安全、密輸阻止等の水際対策を推進する。
- ・「第8次交通安全基本計画」³³に基づく取組を推進し、今後10年間で交通事故死者数の半減を目指す。また、「地域自殺対策緊急強化基金」の活用などを通じ、自殺対策を強化する。
- ・「官邸における情報機能の強化の方針」を踏まえ、内閣の情報機能を強化する。
- ・「重要インフラの情報セキュリティ対策に係る第2次行動計画」等を着実に実施する。
- ・北方領土隣接地域の特殊事情等にかんがみ、交流等事業、隣接地域の振興、後継者の育成等を推進する。
- ・司法制度改革の一環として、裁判員制度の円滑な実施・定着及び日本司法支援センターの業務と体制の充実を図る。
- ・地域の暮らしを守る鳥獣被害対策を着実に推進する。

³⁰ 「平成17年度以降に係る防衛計画の大綱」（平成16年12月10日閣議決定）

³¹ 「地理空間情報活用推進基本計画」（平成20年4月15日閣議決定）

³² 「犯罪に強い社会の実現のための行動計画2008」（平成20年12月22日）

³³ 「第8次交通安全基本計画」（平成18年3月14日）

4. 教育の再生

- ・「教育基本法」³⁴の理念を実現し、公平な教育機会を確保するため、公教育の質の向上を図る。そのため、「教育振興基本計画」³⁵等に基づき、①初等中等教育については、新学習指導要領の円滑な実施、幼児教育、特別支援教育、国語教育、外国語教育、徳育や読書・体験活動の充実、「スクール・ニューディール」構想の推進、教員が一人一人の子どもと向き合う環境づくり、教職員定数の適正化や多様な手段を通じた学校のマンパワーの充実、学校の事務負担軽減、教育的観点からの学校の適正配置、②高等教育については、国際的に開かれた大学づくり、高等教育の教育研究基盤の充実、競争的資金の拡充などの新たな時代に対応した教育施策に積極的に取り組む。
- ・安心して教育が受けられる社会の実現に向けて、各学校段階の教育費負担に対応するため、所要の財源確保とあわせた中期的な検討を行いつつ、当面、軽減策の充実を図る。
- ・スポーツが人間形成に重要な役割を果たすことにかんがみ、武道教育の推進や、スポーツ立国を目指し、オリンピック等の招致、国際競技力の向上、地域スポーツの振興、これらのための体制の充実などを推進する。「青少年育成施策大綱」に基づく青少年の健全育成や、「食育推進基本計画」³⁶に基づく食育を推進する。日本文化の発信や文化財の保存・活用、子どもの文化芸術体験など文化芸術を振興するため、総合的な施策を推進する。

³⁴ 「教育基本法」（平成 18 年法律第 120 号）

³⁵ 「教育振興基本計画」（平成 20 年 7 月 1 日閣議決定）

³⁶ 「食育推進基本計画」（平成 18 年 3 月 31 日）

第4章 今後の財政運営の在り方

「短期は大胆、中期は責任」との観点から、今後の財政運営を行う。

1. 平成22年度予算の基本的考え方

(1) 今後の経済動向と当面の経済財政運営の考え方

- ・我が国経済は、雇用情勢の一層の悪化が懸念されるものの、輸出や生産に明るい動きが見られ、「経済危機対策」を含む累次の景気対策の着実な実施により、景気は底割れが回避され、先行きは緩やかに持ち直していくことが期待される。
- ・平成22年度においては、世界経済の改善に応じて外需が回復するとともに、対策の効果が引き続き発現し、民需の持ち直しの動きが徐々に進展していくことが見込まれ、景気の回復が確かなものとなることが期待される。
- ・しかしながら、雇用の大幅な調整、物価の下押し圧力によるデフレ懸念、世界の景気後退長期化のおそれ等の我が国経済を下振れさせるリスクが存在することに留意する必要がある。
- ・政府は、引き続き景気回復を最優先で進める。「経済危機対策」においては、多年度を視野に入れ、時宜を得た様々な施策を講ずることとしており、これらを着実に実施することにより景気を回復させるとともに、中長期的に、日本経済の成長力を高めていく。また、本「基本方針2009」に基づき、安心と活力を両立させる国づくりへの取組を加速する。
- ・経済危機的状況に照らし、果敢な対応を適時適切に図る。

(2) 平成22年度予算の方向

- ・平成22年度予算は、持続的な経済成長と財政健全化の両立を図る上で重要な予算である。「基本方針2006」等³⁷を踏まえ、無駄の排除など歳出改革を継続しつつ、安心・安全を確保するために社会保障の必要な修復をするなど安心と活力の両立を目指して現下の経済社会状況への必要な対応等を行う。

(安心と活力のための予算編成)

- ・上記の基本姿勢に沿って、昨年度とは異なる概算要求基準を設定し、メリハリの効いた予算編成を行う。
- ・経済社会状況への対応等として、「第1章 4. (3) 当面の『最優先課題』」とともに、「第2章 成長力の強化」、「第3章 安心社会の実現」に述べた取組を推進する。そのため、予算面において所要の対応を行うことを含め、予算配分

³⁷ 「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006」(平成18年7月7日閣議決定)、「経済財政改革の基本方針2007」(平成19年6月19日閣議決定)、「経済財政改革の基本方針2008」(平成20年6月27日閣議決定)等

の重点化・効率化を行う。

- ・各府省の予算要求に当たっては、成果目標を掲げ、事後評価を十分に行い、予算の重点化に活用するなど、PDCAサイクルを着実に実施する。

(3) 新たな行政改革の取組

- ・ 不断の行政改革の推進と無駄排除の徹底を継続していく。
- ・ 簡素にして温かい政府を創るため、「量の改革」とともに、政府全体としての具体的な取組方針³⁸に基づく「質の改革」を進める。
- ・ 国民全体の奉仕者として、責任を自覚して職務を遂行する等のため、国家公務員制度改革を着実に実行する。
- ・ 新たな定員合理化計画（5年間で10%以上）を策定するとともに、「出先機関改革に係る工程表」³⁹に沿って出先機関の事務・権限の移譲に伴う人員の地方移管等を進めるための取組を行う。
- ・ 人事院に対し、今夏勧告時に地域別官民給与の実態を公表し、その状況も踏まえつつ、俸給表水準について必要な見直しを検討するよう要請⁴⁰している。
- ・ 独立行政法人について、来年度に中期目標期間が終了する統合予定法人の見直しを前倒す等により、「独立行政法人整理合理化計画」⁴¹を確実に実施する。
- ・ 独立行政法人、特殊法人等、国と特に密接な関係を持つ公益法人等における役員の報酬・退職金について、「公務員制度改革大綱に基づく措置について」等⁴²の趣旨を踏まえ点検を行う。
- ・ 重要対象分野である地震対策及び医師確保対策の政策評価を推進する。

³⁸ 『「質の行政改革」に関する取組方針』（平成21年6月19日）

³⁹ 「出先機関改革に係る工程表」（平成21年3月24日）

⁴⁰ 「公務員の給与改定に関する取扱いについて」（平成20年11月14日閣議決定）

⁴¹ 「独立行政法人整理合理化計画」（平成19年12月24日閣議決定）

⁴² 「公務員制度改革大綱に基づく措置について」（平成14年3月29日）、「独立行政法人整理合理化計画」（平成19年12月24日閣議決定）、「行政改革の重要方針」（平成17年12月24日閣議決定、平成18年6月16日一部改正）、「公務員の給与改定に関する取扱いについて」（平成20年11月14日閣議決定）、「公益法人の設立許可及び指導監督基準」（平成8年9月20日閣議決定、平成18年8月15日一部改正）

2. 財政健全化目標

「短期は大胆、中期は責任」との方針の下、経済成長や社会保障制度を持続可能なものとするため、以下の目標を掲げ、財政健全化の取組を進める。

- ・ 財政の持続可能性を確保するため、財政健全化目標の基本として国・地方の債務残高対GDP比を位置付け、これを2010年代半ばにかけて少なくとも安定化させ、2020年代初めには安定的に引き下げる。
- ・ このため、今後10年以内に国・地方のプライマリー・バランス⁴³黒字化の確実な達成を目指す。さらに、我が国の債務残高が他国に類例を見ないほどの高い水準にあることから、利払い費を含む財政収支の均衡を視野に入れて、収支改善努力を続ける。
- ・ 当面の経済財政運営に当たっては、まずは景気を回復させ、5年を待たずに国・地方のプライマリー・バランス赤字（景気対策によるものを除く）の対GDP比を少なくとも半減させることを目指すが、この目標については、現下の世界経済等の流動的要素にかんがみ、時宜に応じた検証を行う。

⁴³ プライマリー・バランスは、基礎的（初期的）財政収支を意味する。

「中期プログラム」の別添工程表で示された諸課題のうち2011年度までに実施する重要事項

共通

- ・ 社会保障番号・カード（仮称）を2011年度中を目途に導入する。それに向け、省庁横断的な検討や実証実験の結果を踏まえた制度設計を行う。
- ・ あわせて、番号・カードを活用した社会保障サービスの向上・創設の検討を行う。

医療・介護

(医療)

- ・ 地域医療再生のため、5年間程度の基金を都道府県に設置し、地域全体での連携の下、計画に従って、以下の事業を地域の実情に応じて実施して、地域医療再生・強化を図る。
（平成21年度第1次補正予算）
 - － 医療機能連携のための施設・IT基盤の整備
 - － 医療機関の役割分担・機能分化の推進
 - － 大学病院等と連携した医師派遣機能の強化
 - － 医師事務作業補助者の配置 等
- ・ 2013年度からの都道府県医療計画の改定に向け、急性期医療の新たな指針を作成する。
- ・ 2010年度に見込まれる診療報酬改定において、「選択と集中」の考え方に基づき、診療報酬の配分の見直しを行うとともに、救急、産科等の体制強化などの方策を検討する⁴⁴。
- ・ 地域間、診療科間、病院・診療所間の医師の偏在を是正するための効果的な方策及び医師等人材確保対策を講ずる。
- ・ 看護師等の専門性を更に高めるとともに、医師と看護師等との役割分担が可能な行為を一層明示・普及し、業務範囲と責任の所在を明確にしつつ、チーム医療・役割分担を積極的に推進する。
- ・ 医療新技術に対応するための革新的医薬品等の開発支援を行う。（平成21年度第1次補正予算）
 - － がん、小児等の未承認薬等の開発支援、審査の迅速化を図る。
 - － 新型インフルエンザ対策のため、全国民分のワクチン開発・生産期間を大幅に短縮する体制（現在1年半～2年→約半年）を5年以内に整備する。
- ・ 後発医薬品の使用促進等、医療の効率化を進める。
- ・ 「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」を踏まえ、2011年度当初までのレセプトの原則完全オンライン化を進める。

⁴⁴ 診療報酬点数の設定に関しては、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定される「診療報酬改定の基本方針」に基づき、中央社会保険医療協議会への諮問・答申を経て行われる。

(介 護)

- ・ デイサービスセンター等を併設した公的賃貸住宅の整備などを進める。
- ・ 特別養護老人ホーム、老人保健施設、認知症高齢者グループホーム等の緊急整備を進める。(平成21年度第1次補正予算)
- ・ 2009年度のプラス3.0%の介護報酬改定による介護従事者の処遇改善を図る。
- ・ 介護職員の処遇改善に取り組む事業者に対し助成を行う。(平成21年度第1次補正予算)
- ・ 介護経験のない離職者等に対する職業訓練、潜在的有資格者の再就職支援、現に働く介護人材の資格取得等のキャリアアップ支援などを行う。(平成21年度第1次補正予算)
- ・ 2009年度の介護報酬改定の事後検証も踏まえ、介護報酬の在り方について、望ましい地域包括ケアの観点から検討を進める。

(医療と介護の連携)

- ・ 医療と介護が連携したサービスを提供するための診療報酬と介護報酬の同時改定(2012年度見込)に向けた検討を進める。

少子化対策

- ・ これから子どもを産み育てることを望むあらゆる世帯に対応した新しい子育て支援制度の在り方の検討を進め、税制改革の動向を踏まえつつ、必要な法制上の整備を図る。
- ・ 「安心こども基金」(2010年度まで)等により、保育所・放課後児童クラブの整備、家庭的保育、小規模保育など保育サービスの提供手段の多様化・供給拡大を進めるとともに、放課後子どもプランを推進する。
- ・ 一時預かりサービスの利用助成と普及、地域子育て支援拠点等の基盤整備など、すべての子ども・家庭を対象とする子育て支援サービスの整備を進める。(平成21年度第1次補正予算)
- ・ 社会的養護等の特別の支援を必要とする子ども達等へのサービスを拡充する。(平成21年度第1次補正予算)
- ・ 妊婦健診への公費負担を通常必要とされる14回程度まで拡充する。(平成20年度第2次補正予算⁴⁵⁾)
- ・ 「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」及びその「行動指針」に基づいた取組を推進する。
- ・ 「育児・介護休業法」⁴⁶⁾の改正及び「次世代育成支援対策推進法」⁴⁷⁾の改正を踏まえ、企業における仕事と家庭の両立を進める。
- ・ これらの取組を踏まえつつ、年内を目途に新しい「少子化社会対策大綱」を策定する。

⁴⁵⁾ 「平成20年度補正予算(第2号)」(平成21年1月27日)

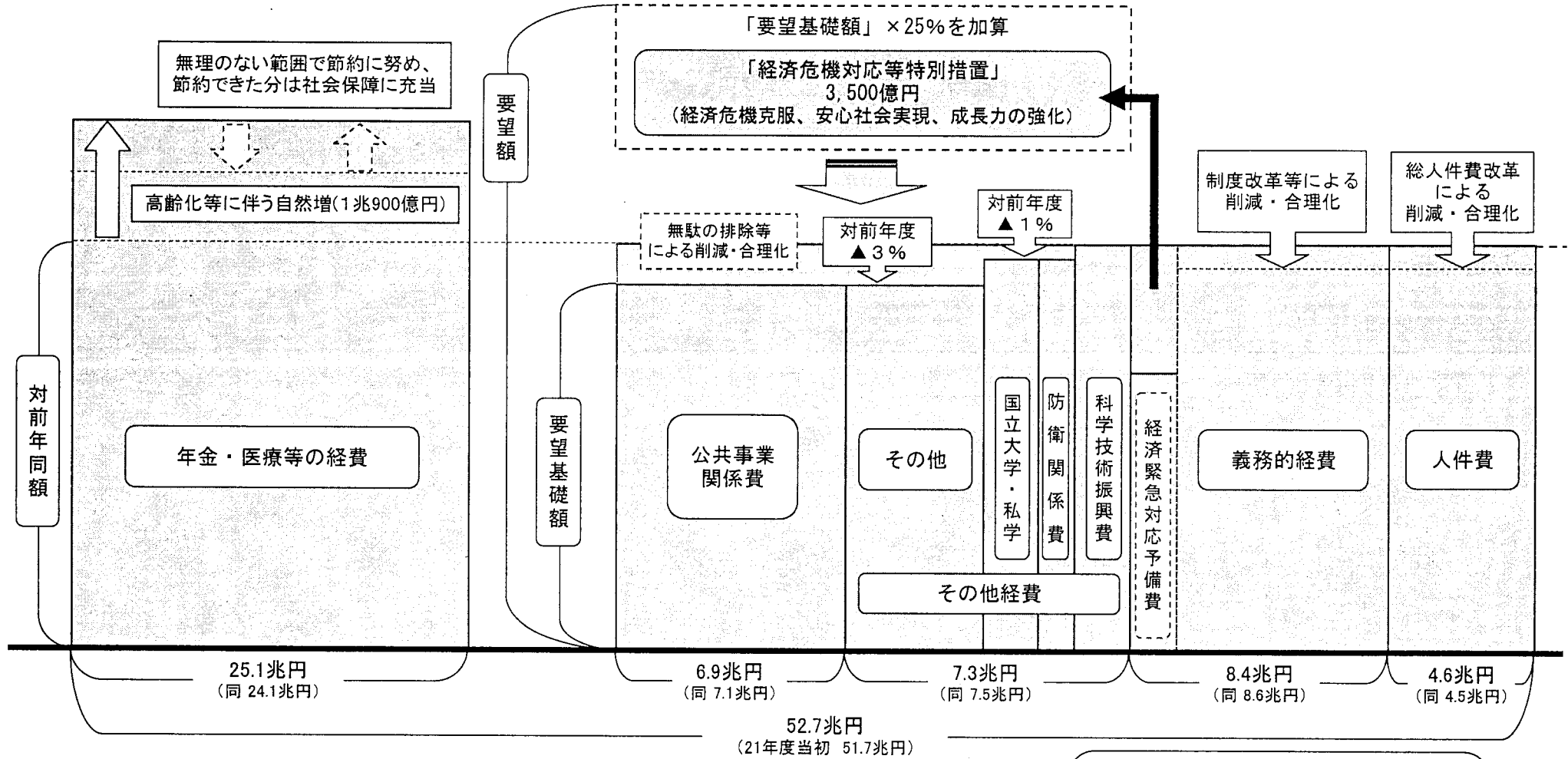
⁴⁶⁾ 「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」(平成3年法律第76号)

⁴⁷⁾ 「次世代育成支援対策推進法」(平成15年法律第120号)

「中期プログラム」の別添工程表で示された諸課題への対応策の具体化

	2010年代半ばに向けた取組の方向	左記実現のために税制抜本改革を実施する前に具体案を検討すべき事項
年金	<ul style="list-style-type: none"> ・低年金・無年金者対策の推進 ・在職老齢年金制度の見直し ・育児期間中の保険料免除 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険料免除制度の見直し、受給資格期間の見直し、厚生年金適用拡大、保険料追納の弾力化 ・就労する高齢者への年金支給停止の在り方 ・育児期間中の保険料免除の対象者の範囲
医療・介護	<p>(医療)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性期医療の機能強化、在宅医療等地域で支える医療・地域連携の強化 ・医師と看護師等との役割分担の推進 ・新技術、効率化への対応 など <p>(介護)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス基盤の強化、地域包括ケアの実現 ・介護従事者の確保・定着支援 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・2015年における、急性期医療の職員配置、医療・介護のマンパワー数、機能別の病床数、救命救急センター数、ICUベッド数、平均在院日数、一人当たり病院医師の業務量減、居宅サービス・介護保険施設等の介護サービスの量、などの目標（「医療・介護サービス・人材整備目標」）
少子化対策	<ul style="list-style-type: none"> ・これから子どもを産み育てることを望むあらゆる世帯に対応した新しい子育て支援制度の導入と、その下での給付・サービスの抜本的拡充 ・すべての子ども・家庭を対象とする一時預かりサービスの充実や地域子育て支援拠点の整備 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・2015年における、保育所・家庭的保育・企業内保育所・認定こども園の定数、保育士数、放課後児童クラブ数、一時預かりサービス拠点数、地域子育て支援拠点数、などの目標（「子育てサービス・人材整備目標」）

平成22年度一般歳出の概算要求基準の考え方



※ 「経済危機対応等特別措置」とは、経済社会状況への対応等として「基本方針2009」の第1章4.(3)「当面の「最優先課題」」、第2章「成長力の強化」、第3章「安心社会の実現」等に掲げられたもののうち、緊急性や政策効果が特に高い施策に必要な経費として加算するもの。

(参考) 22年度概算要求基準の増減額

年金・医療等の経費	+10,900億円
公共事業関係費	▲2,100億円
その他経費	▲1,400億円
経済危機対応等特別措置	+3,500億円
経済緊急対応予備費	▲3,500億円
特殊要因加減算等	+2,000億円
合計	+9,400億円

持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた 「中期プログラム」

平成20年12月24日
閣議決定
平成21年6月23日
一部改正

I. 景気回復のための取組

- (1) 世界経済の混乱から国民生活を守り、2008年度を含む3年以内の景気回復を最優先で図る。このため、政府・与党においては、景気回復期間中に、減税措置及び定額給付金を税制抜本改革を前提に時限的に行うことを含め、累次の景気対策（安心実現のための緊急総合対策、生活対策、生活防衛のための緊急対策及び経済危機対策）を着実に実施する。特に、景気後退の影響が大きい雇用、企業の資金繰り、生活者支援等の面で、様々な政策手段を適切に活用しながら、最大限の努力を傾注する。また、政府は日本銀行と一体となって適切な経済運営に万全を期す。
- (2) あわせて、世界の潮流変化を先取りした経済成長の実現に向け、日本の底力を最大限に発揮させる「未来開拓戦略」等を推進する。

II. 国民の安心強化のための社会保障安定財源の確保

安心強化の3原則

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

1. 堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度の構築

急速に進む少子・高齢化の下で国民の安心を確かなものとするため、我が国の社会保障制度が直面する下記の2つの課題に同時に取り組み、

堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度を構築する。

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

2. 安心強化と財源確保の同時進行

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

3. 安心と責任のバランスの取れた財源確保

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

分の1への引上げに要する費用をはじめ、上記2. に示した改革の確立・制度化及び基礎年金、老人医療、介護に係る社会保障給付に必要な公費負担の費用を、消費税を主要な財源として安定的に賄うことにより、現世代の安心確保と将来世代への責任のバランスを取りながら、国・地方の安定財源の確保への第一歩とする。

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

Ⅲ. 税制抜本改革の全体像

経済状況の好転後に実施する税制抜本改革の3原則

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

1. 税制抜本改革の道筋

- (1) 基礎年金国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置や年金、医療及び介護の社会保障給付や少子化対策に要する費用の見通しを踏まえつつ、2008年度を含む3年以内の景気回復に向けた集中的な取組により経済状況を好転させることを前提に、消費税を含む税制抜本改革を2011年度より実施できるよう、必要な法制上の措置をあらかじめ講じ、2010年代半ばまでに段階的に行って持続可能な財政構造を確立する。なお、改革の実施に当たっては、景気回復過程の状況と国際経済の動向等を見極め、潜在成長率の発揮が見込まれる段階に達しているかなどを判断基準とし、予期せざる経済変動にも柔軟に対応できる仕組みとする。

- (2) 消費税込収が充てられる社会保障の費用は、その他の予算とは厳密に区分経理し、予算・決算において消費税込収と社会保障費用の対応関係を明示する。具体的には、消費税の全税込収を確立・制度化した年金、医療及び介護の社会保障給付及び少子化対策の費用に充てることにより、消費税込収はすべて国民に還元し、官の肥大化には使わない。

2. 税制抜本改革の基本的方向性

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

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

- (5) 資産課税については、格差の固定化防止、老後扶養の社会化の進展への対処等の観点から、相続税の課税ベースや税率構造等を見直し、負担の適正化を検討する。
- (6) 納税者番号制度の導入の準備を含め、納税者の利便の向上と課税の適正化を図る。
- (7) 地方税制については、地方分権の推進と、国・地方を通じた社会保障制度の安定財源確保の観点から、地方消費税の充実を検討するとともに、地方法人課税の在り方を見直すことにより、税源の偏在性が小さく、税収が安定的な地方税体系の構築を進める。
- (8) 低炭素化を促進する観点から、税制全体のグリーン化を推進する。

IV. 今後の歳出改革の在り方

歳出改革の原則

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

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

(社会保障部門)

- ・ 「中福祉」に見合ったサービス水準を確保するべく、安定財源の確保と並行して社会保障の機能強化を図るとともに、コスト縮減、給付の重点化等の効率化を進める。

(非社会保障部門)

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

V. 中期プログラムの準備と実行

準備と実行に関する原則

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

- (1) 経済好転後の税制抜本改革等の速やかな施行のために、その実施時期に先立ち、改革の内容の具体化を進めるとともに、法案その他の制度的準備を整える。政府においては、経済財政諮問会議や政府税制調査会などで行われる議論も踏まえつつ、関係省庁が連携してそのための検討に着手する。
- (2) 2009 年度（平成 21 年度）の税制改正に関する法律の附則において、前記の税制抜本改革の道筋及び基本的方向性を立法上明らかにする。（「所得税法等の一部を改正する法律」（平成 21 年法律第 13 号）において措置済み）
- (3) 基礎年金国庫負担割合の 2 分の 1 への引上げについては、2004 年（平成 16 年）年金改正法に沿って、前記の税制抜本改革により所要の安定財源を確保した上で、恒久化する。2009 年度及び 2010 年度の 2 年間は、臨時の財源を手当てすることにより、基礎年金国庫負担割合を 2 分の 1 とする。なお、Ⅲ. 1. (1)における「予期せざる経済変動」に対応する場合には、それまでの間についても、臨時の財源を手当て

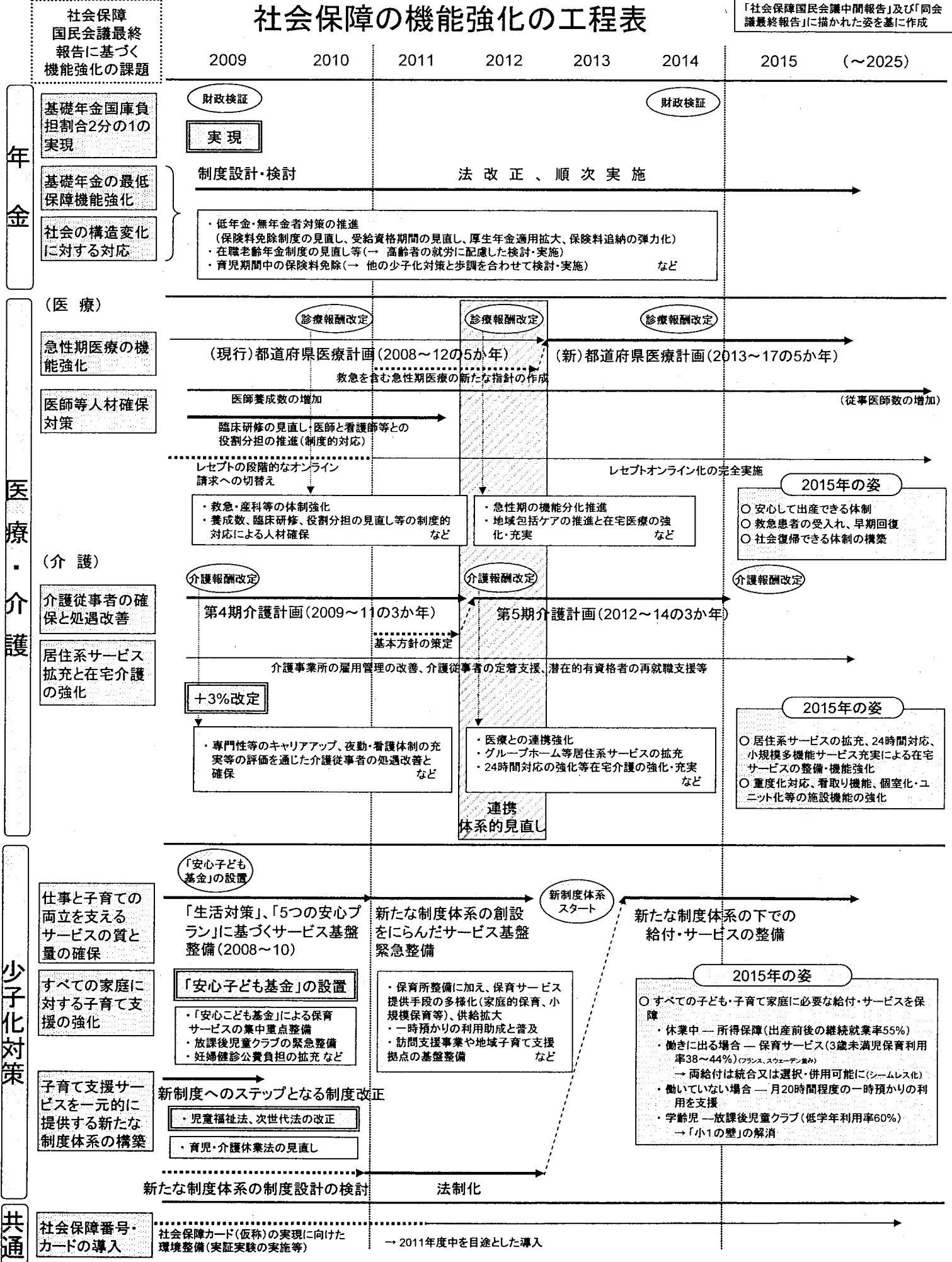
することにより、基礎年金国庫負担割合を2分の1とする措置を講ずるものとする。

- (4) 「経済危機対策」及び関連補正予算において時限的に講じられた社会保障の機能強化の措置のその後の対応については、「経済財政改革の基本方針2009」における社会保障の機能強化の必要性の観点等を踏まえつつ、財源確保と併せて検討する。

(了)

社会保障の機能強化の工程表

「社会保障国民会議中間報告」及び「国民会議最終報告」に描かれた姿を基に作成



地域医療再生基金の概要

総額3,100億円

救急医療の確保、地域の医師確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県が策定する計画(地域医療再生計画)に基づく都道府県の取組を支援

計画

- 計画の対象地域は、二次医療圏が基本。ただし、周辺の地域を含めるなど、柔軟な設定が可能。
- 複数年度(25年度末まで)にわたる取組を支援。
※ 施設整備については25年度末までに着工すれば可。
- 県ごとに、地域の実情に応じて、自由に事業を決定。
 - ・ 施設・設備整備費、運営費ともに使用可能。
 - ・ 県全体で実施した方が効果的な事業(医師確保事業等)は、県全体を対象として実施することも可能。

経費

- 1地域につき100億円(10箇所以内)又は30億円を上限に分配。
- 補助率は設定しておらず、県に一律に新たな負担は求めない。
- 新規・拡充ならば、国庫補助事業の地方負担分への充当も可能。

手続の流れ

①計画の提出(順次)
(~10月中旬頃まで)

都道府県

基金

随時相談

③交付金の交付
(計画承認後順次)

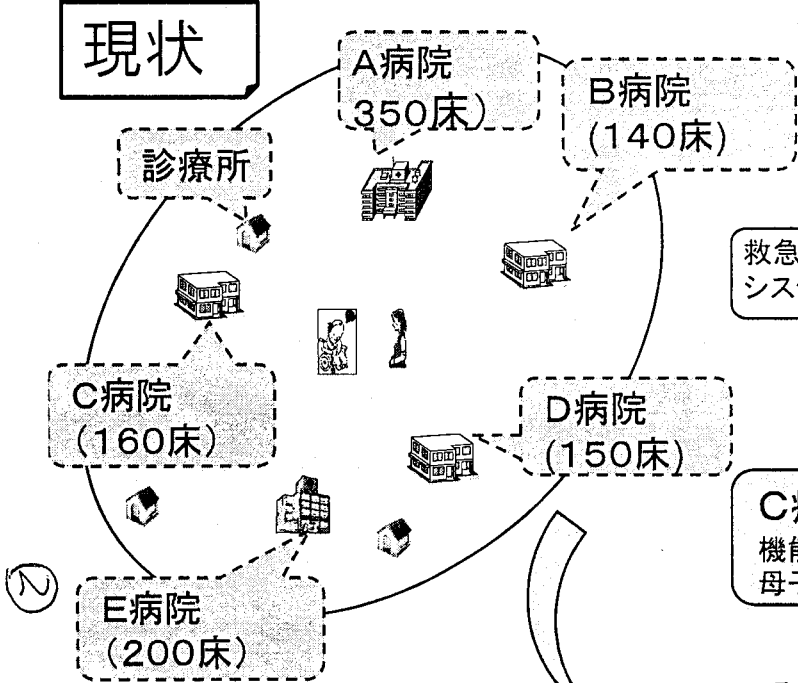
厚労省

有識者による
協議会

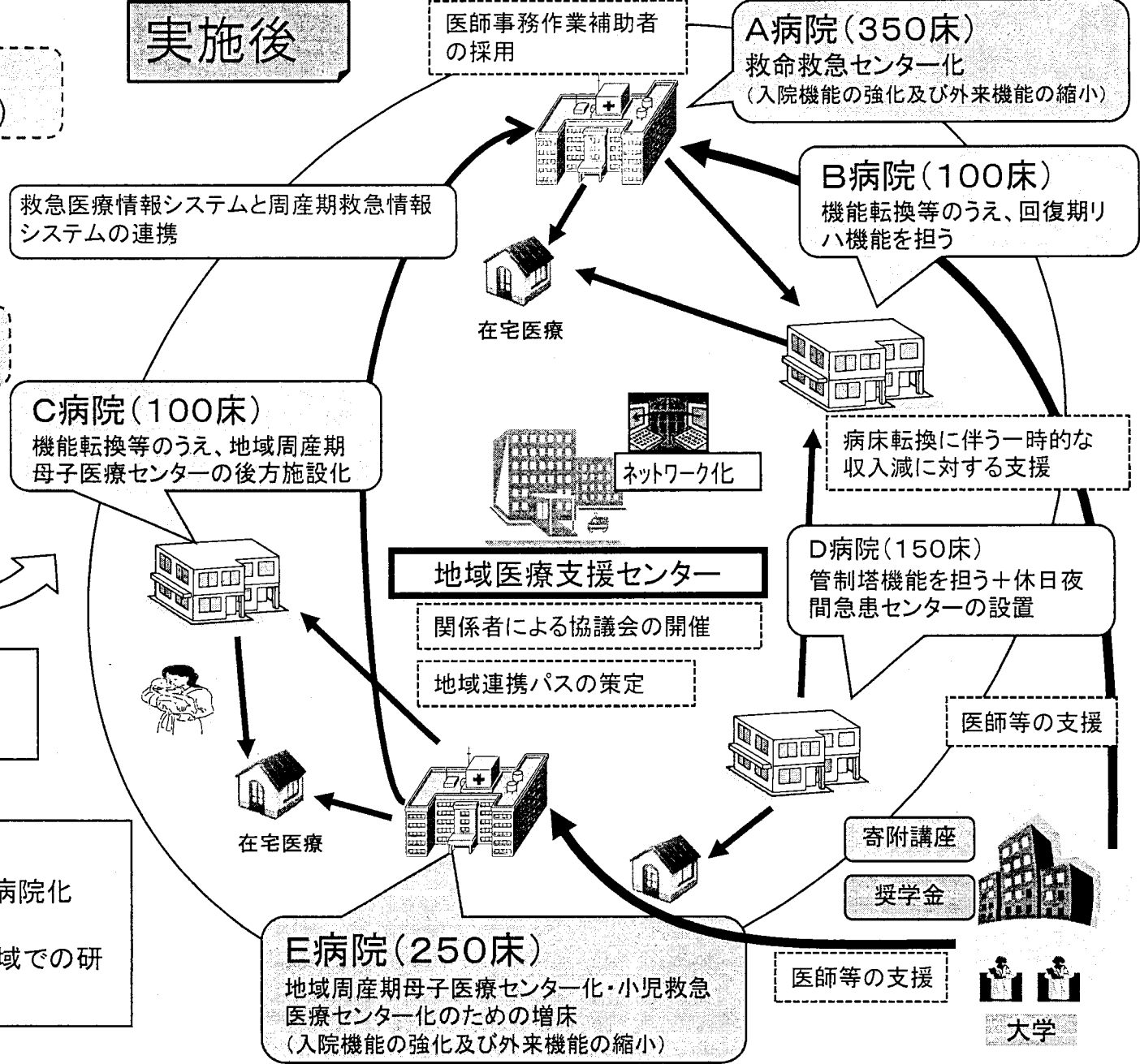
②計画の審議(順次)
(~11月下旬頃まで)
※ 大型案件は別途調整

地域医療再生計画モデル例(救急・周産期医療等に重点化)

現状



実施後



課題

- 地域の医療資源が不足
- 施設間で機能分化と連携ができていない

方策

- 役割分担の明確化、連携体制の構築
 - ・ 救急やハイリスク分娩等に対応する拠点病院化
 - ・ 回復期医療等を担う病院の確保 等
- 県・大学の共同での医師のプール制、地域での研修プログラムの開発

大学

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化検討会（平成20年9月中間まとめ）

1. 医師養成数

- ・来年度においては、過去最大の医学部定員(8,360人)を上回る程度を目指すべき。
- ・将来的には50%程度医師養成数の増加を目指すべき。必要な医師数を推計し直すべき。

2. 医師の偏在と教育

- ・医師が魅力あると思うようなインセンティブが重要。ドクターフィーの検討が必要。
- ・専門医としての総合医・家庭医の養成等が必要。
- ・産科、救急、へき地などで勤務する医師等に対して手当を支給し、働きを評価すべき。
- ・臨床研修制度のあり方について、対策の具体化を図るべき。

3. コメディカル等の専門性の発揮とチーム医療

- ・コメディカルのキャリアアップ、その職種でなくても行いうる業務を他職種に担わせるべき。

4. 地域医療・救急医療体制支援

- ・在宅医療・在宅医の専門性の評価や、訪問看護のあり方を検討すべき。
- ・数多く救急患者を受入れた医療機関・医師を評価すること、福祉関係機関とも協力して受け止められる体制が必要。

5. 患者・住民の参画

- ・必要な人が必要な医療を受けられるよう、住民とともに地域医療を守ること等が重要。

安心と希望の医療確保ビジョン(平成20年6月とりまとめ)

I. はじめに

- 現場地域のイニシアチブを第一とする
- 医療従事者のみならず、患者・家族等国民がみんなで医療を支えることが必要
- 改革努力を怠らない

II. 具体的な政策

①医療従事者の数と役割

- 医師数の増加(H9年閣議決定の見直し)
- 医師の勤務環境の改善(女性医師の離職防止・復職支援)
- 診療科のバランスの改善等(産科・小児科等の増員方策の検討)
- 職種間の協働・チーム医療の充実 等

②地域で支える医療の推進

- 救急医療の改善策の推進(量的・質的な充実、地域全体でのトリアージ、夜間・救急利用の適正化)
- 「地域完結型医療」の推進(医療計画に基づく医療連携体制の推進、診療所機能の強化)、
- 在宅医療の推進
- 地域医療の充実・遠隔医療の推進 等

③医療従事者と患者・家族の協働の推進

- 相互理解の必要性
- 医療の公共性に関する認識、患者や家族の医療に関する理解の支援 等

III. 医療のこれからの方向性

- 「治す医療」から「治し支える医療」へ

看護の質の向上と確保に関する検討会

中間とりまとめ 概要

(平成21年3月17日)

国民に対する医療・看護サービスの向上のために、チーム医療を担う一員としての看護職員の質の向上と量の確保を総合的に検討することが重要であり、諸課題について今後の基本的な方向性について検討した。

1. 看護教育のあり方について

- 看護教育は、看護サービスの基礎をなすもので、充実を図る必要があることから、現在の教育年限を必ずしも前提とせず、教育内容及び教育方法の検討に早急に着手し、さらなる充実を図るべきである。看護師養成機関の状況は多様であることから、いわゆる「大学化」についても今後の動向を見極めて対応する必要がある。
- 保健師・助産師教育は、より高い専門性が求められることから教育内容の充実や臨地実習の場の確保が必要であり、今後、保健師・助産師教育のあり方について文部科学省と厚生労働省は協力して、結論を出すべきである。
- 看護教員の専門性を高めかつ実践能力を保持・向上するために、教員の継続教育への支援、高度実践能力を持つ看護職員の受け入れなどが求められる。

3. チーム医療の推進について

- チーム医療推進のために、看護職員と医師をはじめとする多様な関係職種との協働・連携のあり方についてさらに具体的に示し、その普及を図ることが必要である。

2. 新人看護職員の質の向上について

- 看護基礎教育と臨床現場との乖離を埋めるために、今後の新人看護職員研修の制度化・義務化を視野に、新人看護職員研修の実施内容や方法、普及方策について早急に検討し、実施に移すべきである。
- この際、新人看護職員研修を実施する医療機関に対する財政も含めた支援を行うべきである。

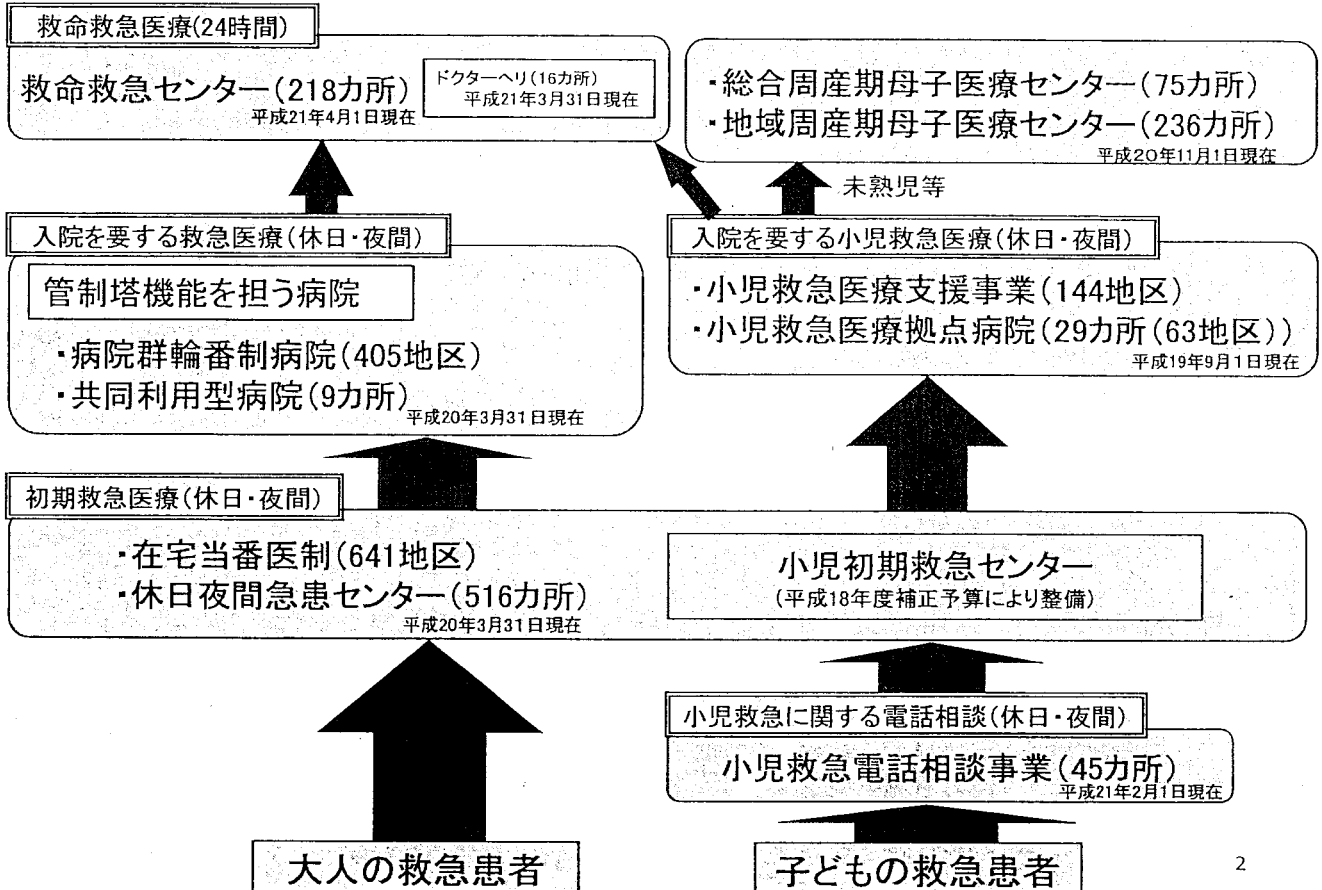
4. 看護職員の確保について

- 看護職員の需給見通しについては、現行制度を前提としつつ、制度改革等の情勢を踏まえて必要に応じた見直しを検討するとともに、長期的な需給見通しについても検討するべきである。
- 看護職員の確保のためには、働く意向がある潜在看護職員を把握する仕組みづくりを検討するとともに、多様な勤務形態の導入や院内保育所の整備などの支援体制を強化することが求められる。
- 厚生労働省においては、文部科学省などの関係省庁とも連携・協力し、財政支援も含め看護の質の向上と確保に積極的に取り組むよう、当検討会として強く要請する。

救急医療等の医療体制に係る 現状と課題について

平成21年7月9日
厚生労働省医政局指導課

救急医療等の体系図



救急医療等の予算補助事業

- 政策目的に照らして、地域において必要な医療提供体制の構築を促す観点から、奨励的な予算補助事業(施設・設備整備費、運営費、人材確保等)を実施
- さらに、救急医療、小児救急医療、へき地医療等の医療提供体制確保に係る費用で、診療報酬でまかないきれない不採算部分等について、予算補助事業を実施

- ### 施設・設備整備費
- ・ 救命救急センター
 - ・ 病院群輪番制病院、共同利用型病院
 - ・ 休日夜間急患センター
 - ・ 総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター
 - ・ 小児救急医療拠点病院
 - ・ 小児初期救急センター 等

- ### 運営費
- ・ 救命救急センター
 - ・ ドクターヘリ導入促進事業
 - ・ 管制塔機能を担う病院
 - ・ 共同利用型病院
 - ・ 救急医療情報センター
 - ・ 総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター
 - ・ 小児救急医療拠点病院
 - ・ 小児初期救急センター
 - ・ 小児救急医療支援事業 等

- ### 人材確保
- ・ 救急勤務医支援事業
 - ・ 救急医療トレーニングセンター運営事業
 - ・ 救急医療専門領域医師研修事業
 - ・ 産科医等確保支援事業
 - ・ ヘリコプター等添乗医師等確保事業 等

- ### その他
- ・ 救急患者受入コーディネーター事業
 - ・ 救急救命士病院実習受入促進事業
 - ・ 小児救急電話相談事業 等

救急医療の確保のための主な施策

対象 施策	救 急 医 療				医師等の医療従事者
	病院前救護	初期救急医療	二次救急医療	三次救急医療	
制度上の措置	救急医療に係る医療連携体制を定めた医療計画の策定				医学部定員の増加
	消防法に基づく救急搬送・受入ルールの策定				医学部の地域枠の拡大
	基準病床数制度における特例病床の対象に救急医療に係る病床を規定				標榜診療科に「救急科」を追加
予算上の措置	救命救急センターの充実段階評価				看護師等によるトリアージ
	社会医療法人の認定要件の一つに、一定水準以上の救急医療の実施を規定				臨床研修プログラムの必修科に救急を位置づけ
	医療機能情報の提供制度				
	休日夜間急患センター	病院群輪番制病院 共同利用型病院	救命救急センター運営事業		救急救命士病院実習受入促進
	ドクターヘリ導入促進事業	管制塔機能を担う病院		救急医療トレーニングセンター	
	救急医療情報センター運営事業				救急勤務医支援事業
平成20年度診療報酬改定における措置	救急患者受入コーディネーター確保事業				
	救急医療専門領域医師研修事業				
	ドクターヘリ等による診療の評価 (救急搬送診察料)の引上げ		診療所での夜間等の診療を新たに評価		入院早期における救命救急入院料の手厚い評価
	脳卒中対策として、t-PAIによる超急性期の治療の評価				精神科疾患への診療の大幅な加算
	産科、小児科、内科、整形外科、及び脳神経外科に係る入院医療を提供している病院の評価 (入院時医学管理加算)				勤務医負担軽減策の具体的な計画を評価 (入院時医学管理加算(再掲))
	(産科)妊産婦緊急搬送入院加算の新設				医師事務作業補助体制加算の新設
	(産科)ハイリスク妊産婦の入院管理を評価				
	(小児)時間外等の外来医療の評価		(小児)超重症児・準超重症児入院診療加算の引き上げ		
	急性期後の入院機能の評価(亜急性期入院医療管理料2の新設)				
	救急外来等で死亡した患者を入院と見なし入院料等を評価				

周産期医療の確保のための主な施策

対象 施策	地域(行政・住民)	周産期医療			医師等の医療従事者
		正常分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	
制度上の措置	周産期医療に係る医療連携体制を定めた医療計画の策定				医学部定員の増加
	消防法に基づく救急搬送・受入ルールの策定				医学部の地域枠の拡大
	基準病床数制度における特例病床の対象に周産期疾患に係る病床を規制				一定の臨床研修病院は、産科の研修プログラムを策定
	社会医療法人の認定要件の一つに、一定水準以上の周産期医療の実施を規定				
	医療機能情報の提供制度				
	産科医療補償制度				
予算上の措置	診療行為に係る死因究明制度(検討中)				産科医等確保支援事業
	産科医療機関への支援	地域周産期母子医療センター運営事業	総合周産期母子医療センター運営事業		産科医等育成支援事業
	周産期医療施設施設・設備整備事業				大学の産科医養成に対する支援
	周産期医療ネットワーク整備事業				医師交代勤務導入等による勤務環境整備
	院内助産所の設置等、助産師の活用への支援				女性医師等の働きやすい職場環境の整備
	産科・小児科医療体制の集約化・重点化への支援				
	妊娠・出産をサポートする先駆的な取組に対する助成				
	医療リスクに対する支援体制の整備				
	(新設・拡大・引上)ハイリスク妊産婦に係る入院管理の評価				(新設)勤務負担軽減の具体的な計画の評価
	(新設・拡大)ハイリスク妊産婦に係る医療連携の評価				(新設)医師の事務作業を補助する体制の評価
平成20年度診療報酬改定における措置	(新設)妊産婦の緊急搬送入院の評価				
	(引上)ハイリスク新生児に対する高度医療の評価				
	(引上)医師が同乗する救急患者搬送の評価				
	(新設)産科等を含む総合的な急性期病院の評価				
	(新設)産科等を含む総合的な急性期病院の評価				
	(新設)産科等を含む総合的な急性期病院の評価				

小児救急医療の確保のための主な施策

対象 施策	小児医療			医師等の医療従事者		
	初期小児救急医療	二次小児救急医療	三次小児救急医療			
(小児救急中心) 制度上の措置	小児医療に係る医療連携体制を定めた医療計画の策定				医学部定員の増加	
	消防法に基づく救急搬送・受入ルールの策定				医学部の地域枠の拡大	
	社会医療法人の認定要件の一つに、一定水準以上の小児医療の実施を規定				一定の臨床研修病院は、小児科の研修プログラムを策定	
	基準病床数制度における特例病床の対象に小児疾患に係る病床を規定				看護師等によるトリアージ	
(小児救急中心) 予算上の措置	医療機能情報の提供制度					
	小児救急電話相談事業	小児救急医療支援事業	小児救急専門病床確保事業			小児救急地域医師研修事業
	小児初期救急センター運営事業	小児救急医療拠点病院運営事業				救急医療専門領域医師研修事業
	小児初期救急センター施設・設備整備事業	小児救急医療拠点病院施設・設備整備事業				救急勤務医支援事業
平成20年度診療報酬改定における措置 (小児救急中心)	小児医療施設施設・設備整備事業					
	診療所での夜間等の診療を新たに評価	地域の小児医療の中核的病院における、手厚い人員配置をさらに高く評価 (小児入院医療管理料)				
	※ 小児(外)科医20人以上、乳幼児等手術年間200例以上、7:1以上看護配置等					
	入院早期における救命救急入院料の手厚い評価					
	産科、小児科、内科、整形外科、及び脳神経外科に係る入院医療を提供している病院の評価 (入院時医学管理加算)					勤務医負担軽減策の具体的な計画を評価 (入院時医学管理加算(再掲))
	(小児)超重症児・準超重症児入院診療加算の引上げ					医師事務作業補助体制加算の新設
	(小児)時間外等の外来医療の評価					
	急性期後の入院機能の評価(亜急性期入院医療管理料2の新設)					
救急外来等で死亡した患者を入院と見なし入院料等々を評価						

救急医療等に係る課題と必要な支援

救急医療等に係る課題

救急医療の需要増加

- ・救急搬送件数の増加
- ・地域の搬送・受入ルールが不明確
- ・管制塔機能やコーディネーター機能が不十分

周産期

- ・低出生体重児等ハイリスク分娩の増加

小児

- ・1～4歳児死亡率が高い

救急患者受入体制の不足

- ・救急医療機関の減少
- ・勤務医の疲弊

- ・分娩施設の減少
- ・NICUの不足
- ・産科医・小児科医の不足・疲弊

- ・重篤な小児救急患者の受入体制の不足

「出口の問題」

- ・後方病床との連携不足
- ・在宅医療との連携不足

- ・後方病床(回復期治療室、一般小児病床等)の対応能力の不足

- ・病院間搬送の体制不足

必要な支援

円滑な搬送・受入体制の構築

- 地域の搬送・受入ルールに協力する救急医療機関を支援

救急医療機関への支援

- 確実に患者を受け入れる救急医療機関を支援
- 実績に応じて救命救急センター・二次救急医療機関や周産期母子医療センターを支援
- 救急医療に参加する診療所を支援
- 小児の救命救急医療を担う医療機関を支援
- 小児の集中治療・専門的医療を提供する小児集中治療室を支援

後方病床・在宅療養の機能強化

- 後方病床の手厚い配置を支援
- 在宅療養者への診療支援を支援

地域の医療機関等との連携強化

- 救命救急センター・二次救急医療機関と支援医療機関や在宅医療との連携を支援
- 周産期母子医療センターと分娩施設や在宅医療との連携を支援
- 母体・新生児の施設間搬送を担う医師等の活動を支援

救急医療を担う医師の勤務環境の改善

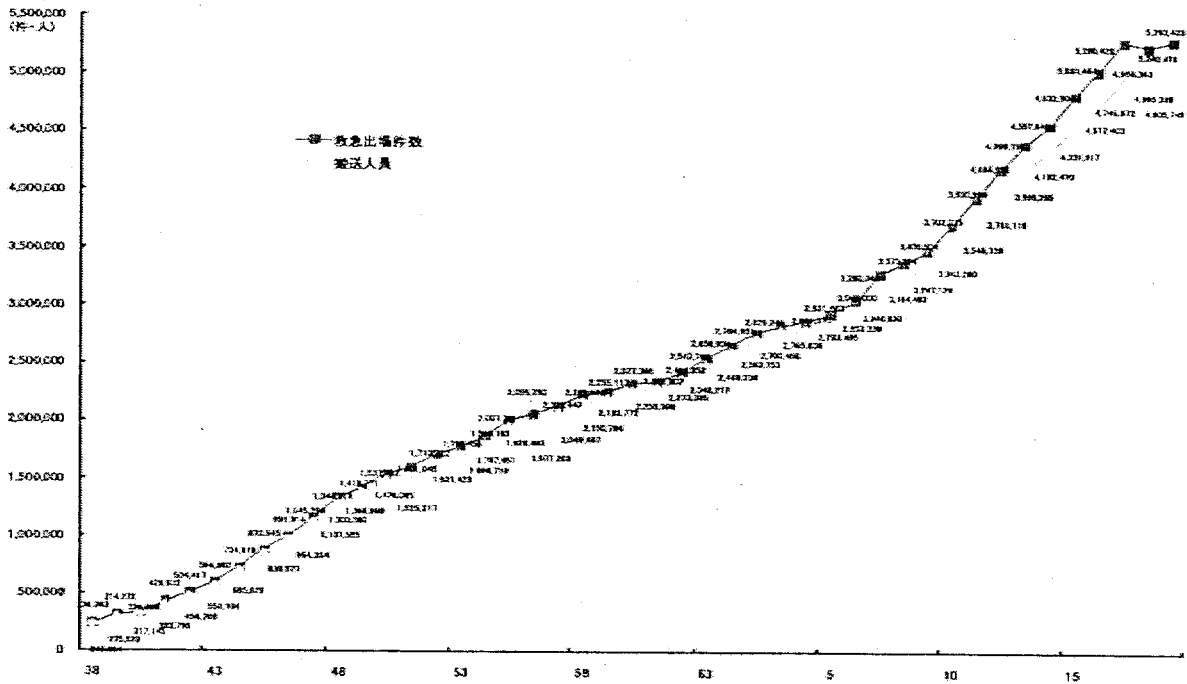
- 医師の処遇改善の取組を支援、実績に応じた医師への手当支給を支援

7

1-1. 救急医療体制の現状

救急出場件数及び搬送人員の推移

救急搬送件数は、この10年間で約1.5倍の年間約500万件まで急速に増加。

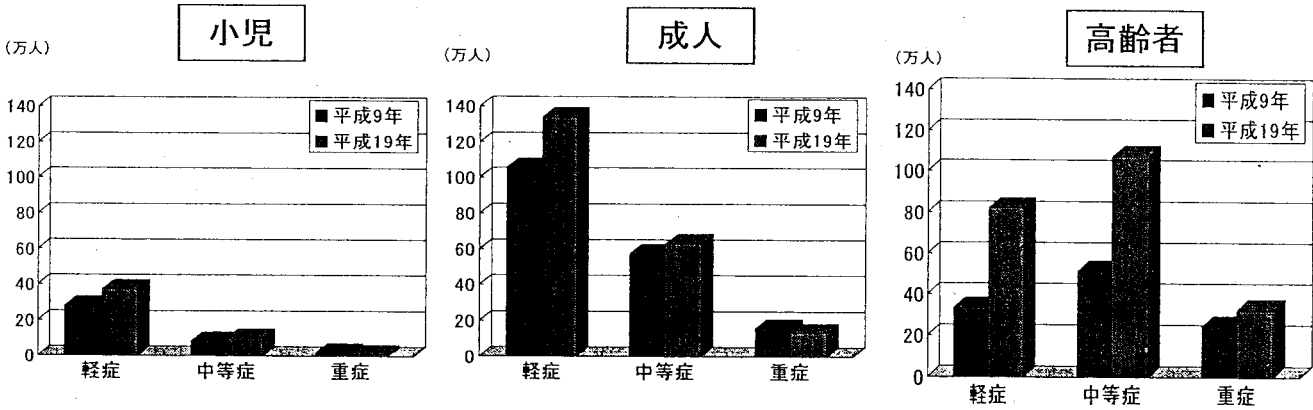


(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出場分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)

10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

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



平成9年中

全体	小児	成人	高齢者
重症	1.9万人	16.1万人	24.9万人
中等症	8.5万人	57.7万人	51.4万人
軽症	28.2万人	105.7万人	33.4万人

平成19年中

全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.2万人 0.7万人減 -37%	13.6万人 2.5万人減 -16%	32.8万人 7.9万人増 +31%
中等症	10万人 1.5万人増 +17%	63.3万人 5.6万人増 +9%	107.2万人 55.8万人増 +108%
軽症	37.3万人 9.1万人増 +32%	133.9万人 28.2万人増 +26%	82.1万人 48.7万人増 +145%

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

救急医療体制の整備状況の推移

(各年3月31日時点)

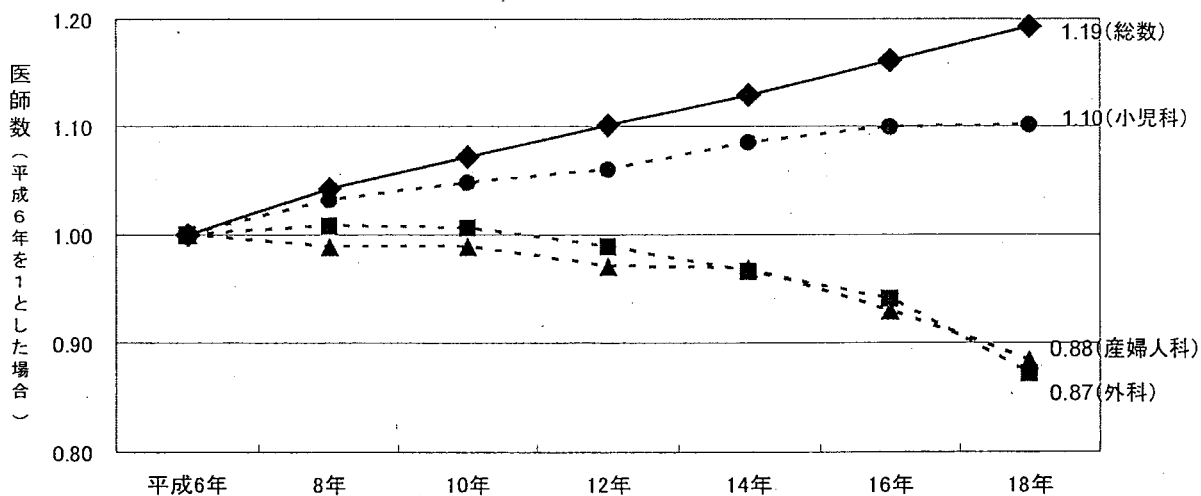
		16年	17年	18年	19年	20年
三次救急 (救命救急)	救命救急センター (施設数)	170	178	189	201	208
二次救急 (入院を要する 救急)	入院を要する救急医療 施設 (施設数)	3,253	3,238	3,214	3,153	3,175
	(地区数)	(403)	(411)	(411)	(408)	(405)
一次救急 (初期救急)	休日夜間急患センター (施設数)	510	512	508	511	516
	在宅当番医制 (実施地区数)	683	677	666	654	641

(厚生労働省医政局調べ)

11

診療科別医師数の推移

医師の総数は増加しているものの、医師が減少傾向にある診療科もある。



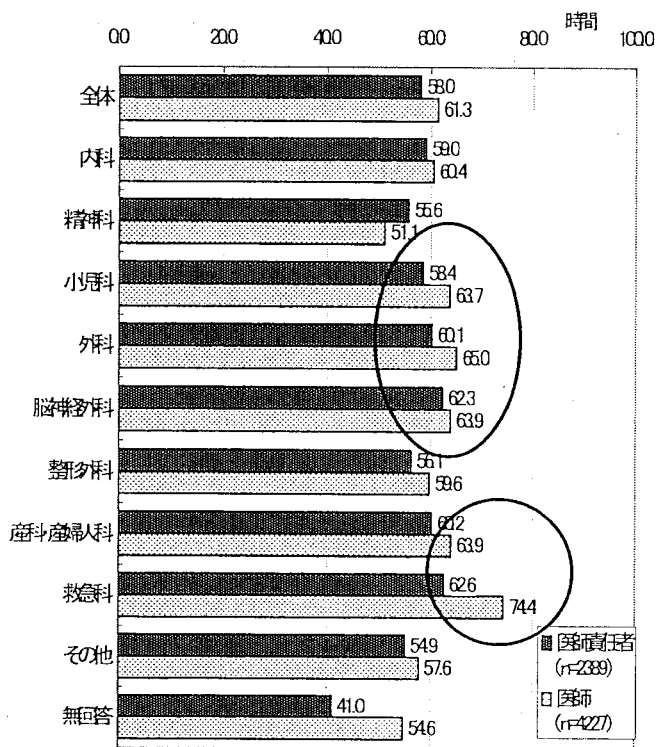
※ 平成18年より研修医の分類が創設され、従来の独立した診療科から移行した医師もいるため、それ以前との単純な比較はできない。

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

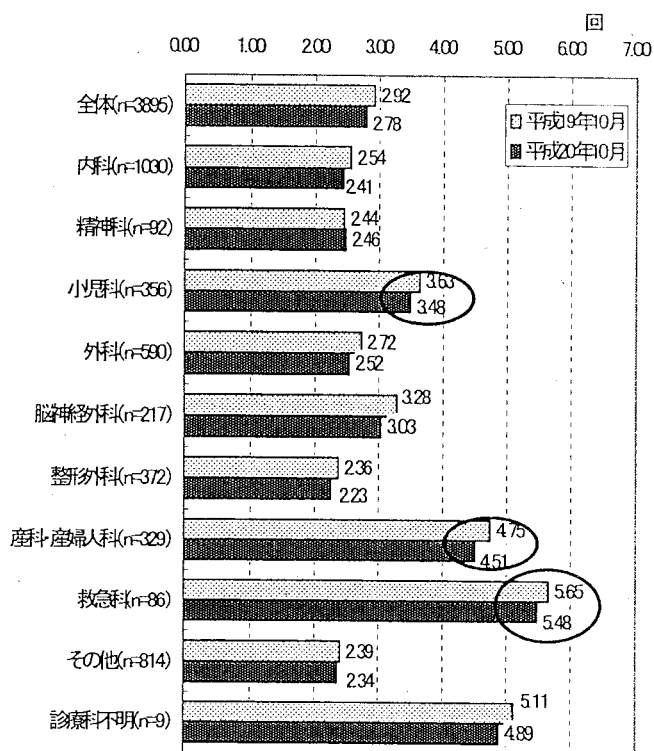
12

病院勤務医の勤務状況

図表 106 診療科別 直近1週間の実勤務時間(平均)



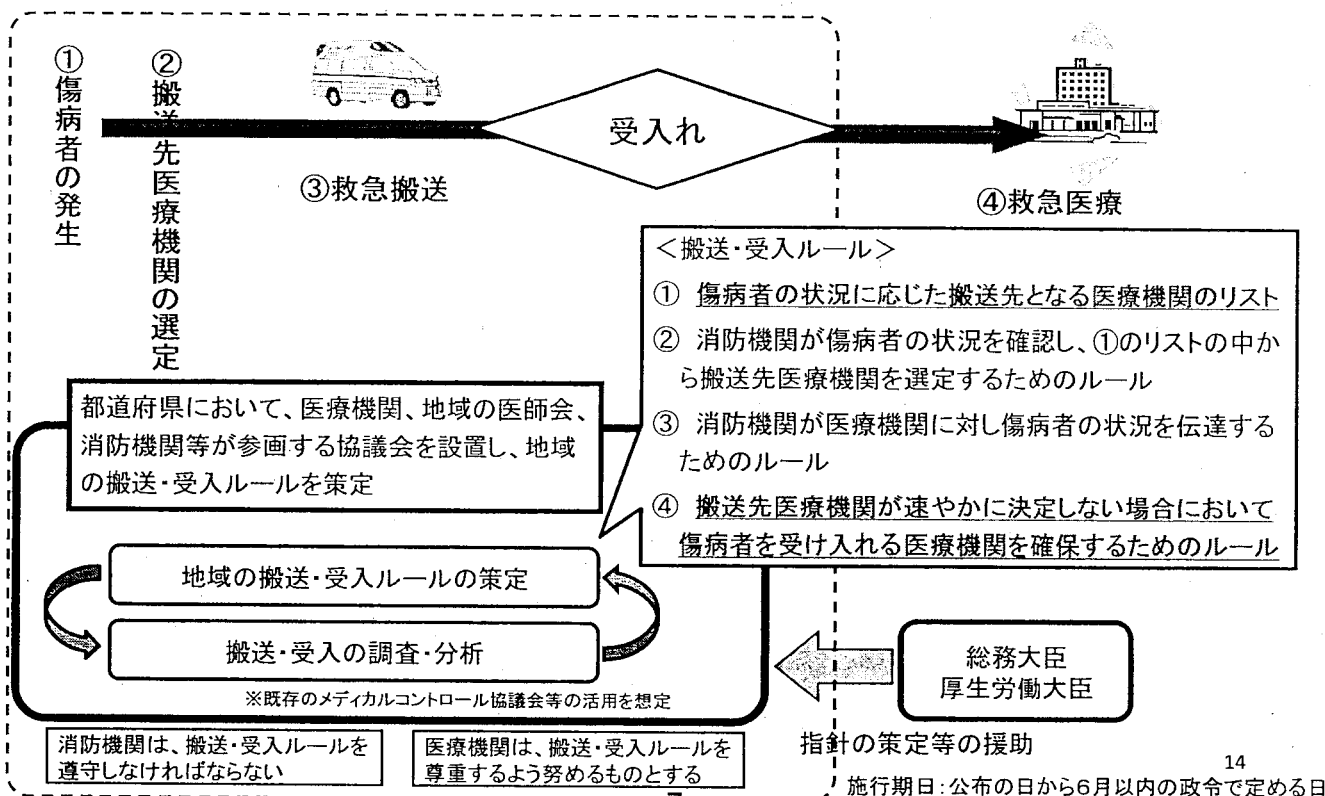
図表 110 1か月あたり平均当直回数(医師)



「病院勤務医の負担軽減の実態調査報告書(案)」(平成21年4月22日中央社会保険医療協議会・診療報酬改定結果検証部会資料)

消防法の一部を改正する法律の概要(平成21年5月1日公布)

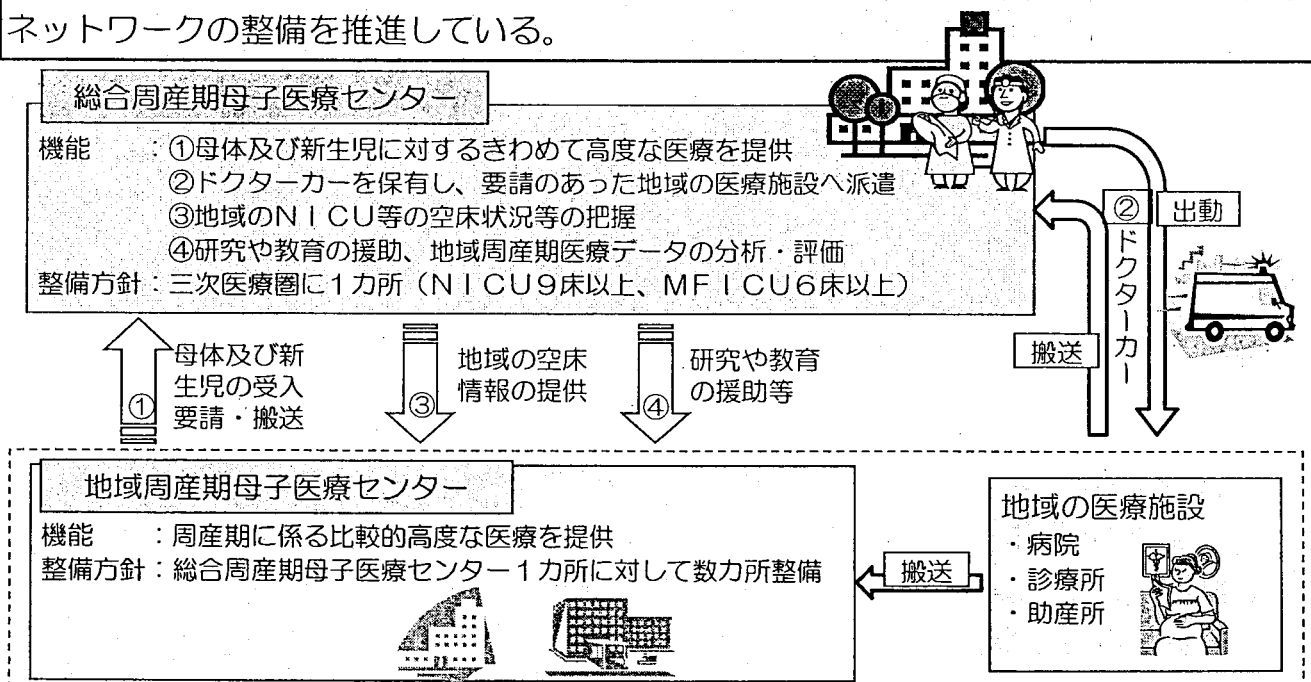
○ 傷病者の搬送及び受入れを円滑に行うことが、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減等の観点から、重要な課題。このため、消防法を改正し、都道府県において、医療機関、地域の医師会、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールを策定することとしたところ。



1-2. 周産期医療体制の現状

周産期医療体制

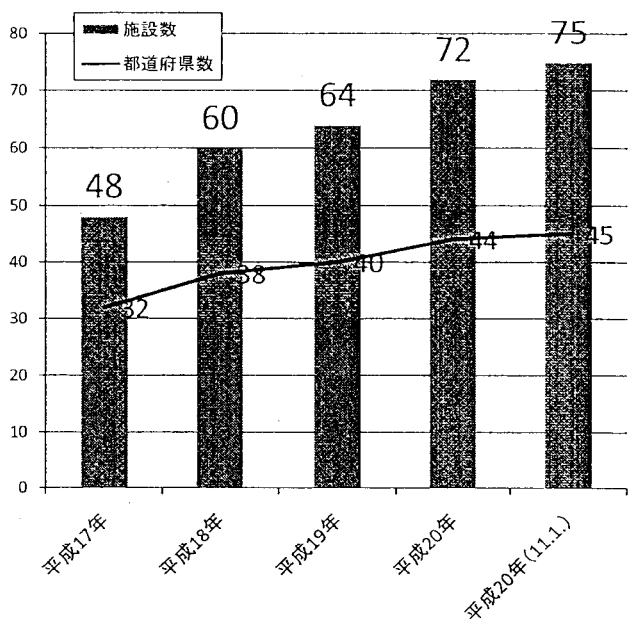
リスクの高い妊産婦や新生児などに高度の医療が適切に提供されるよう、周産期医療の中核となる「総合周産期母子医療センター」やそれを支える「地域周産期母子医療センター」の整備、地域の医療施設と高次の医療施設の連携体制の確保など、周産期医療ネットワークの整備を推進している。



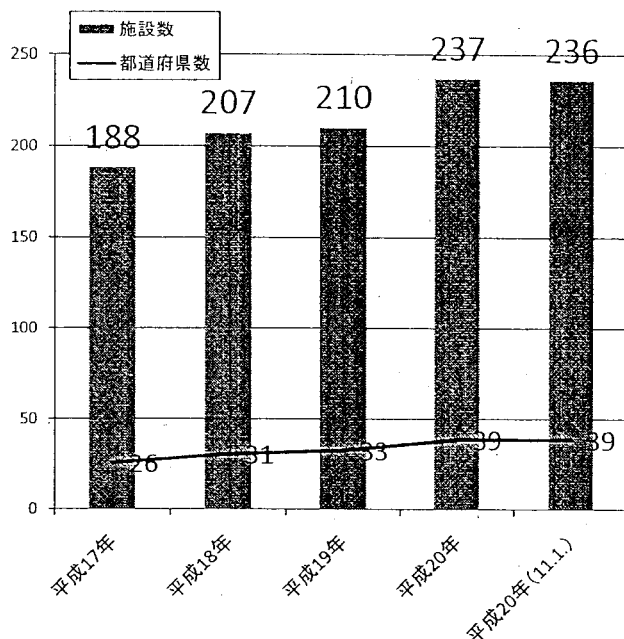
※ NICU : 新生児集中治療管理室
 MFICU : 母体・胎児集中治療管理室

総合周産期母子医療センター数、 地域周産期母子医療センター数の推移

総合周産期母子医療センター数の推移

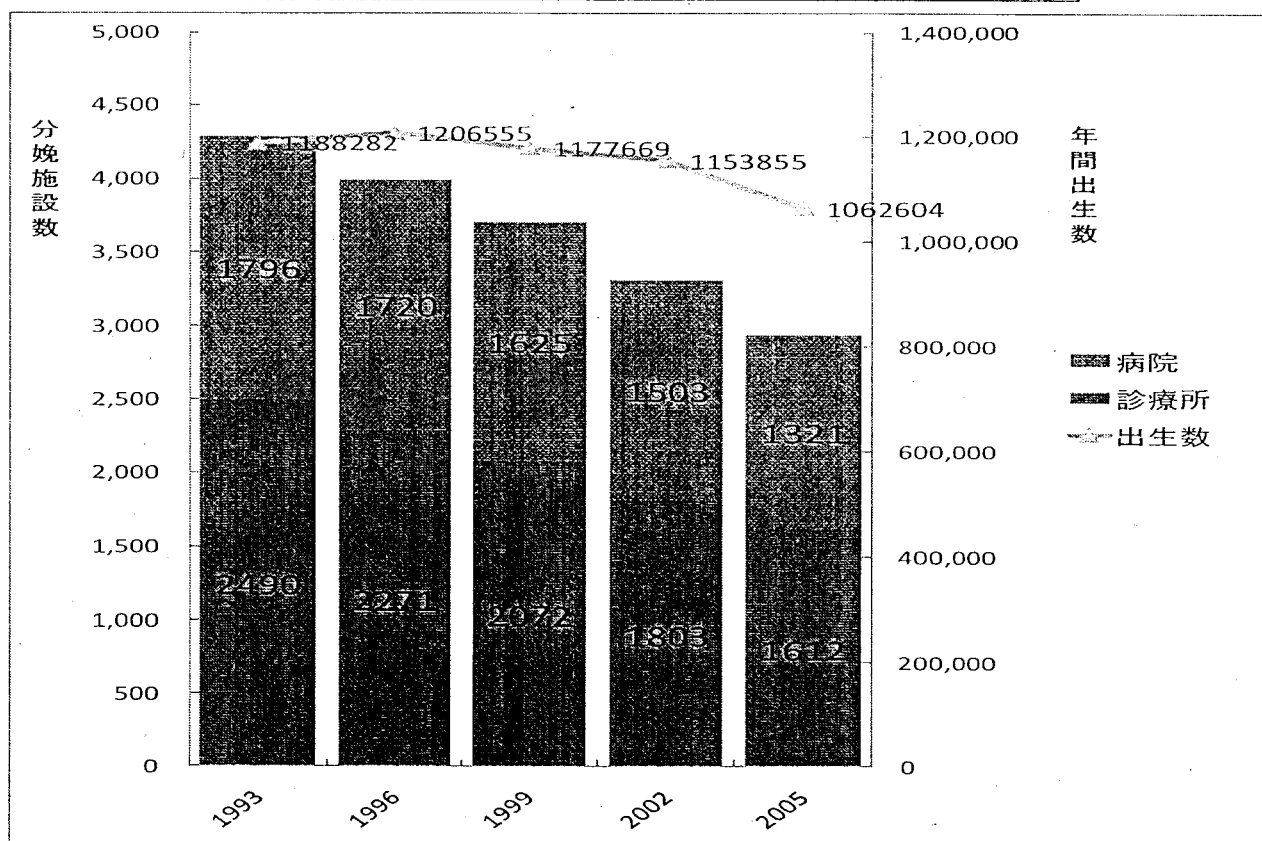


地域周産期母子医療センター数の推移



(厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ)¹⁷

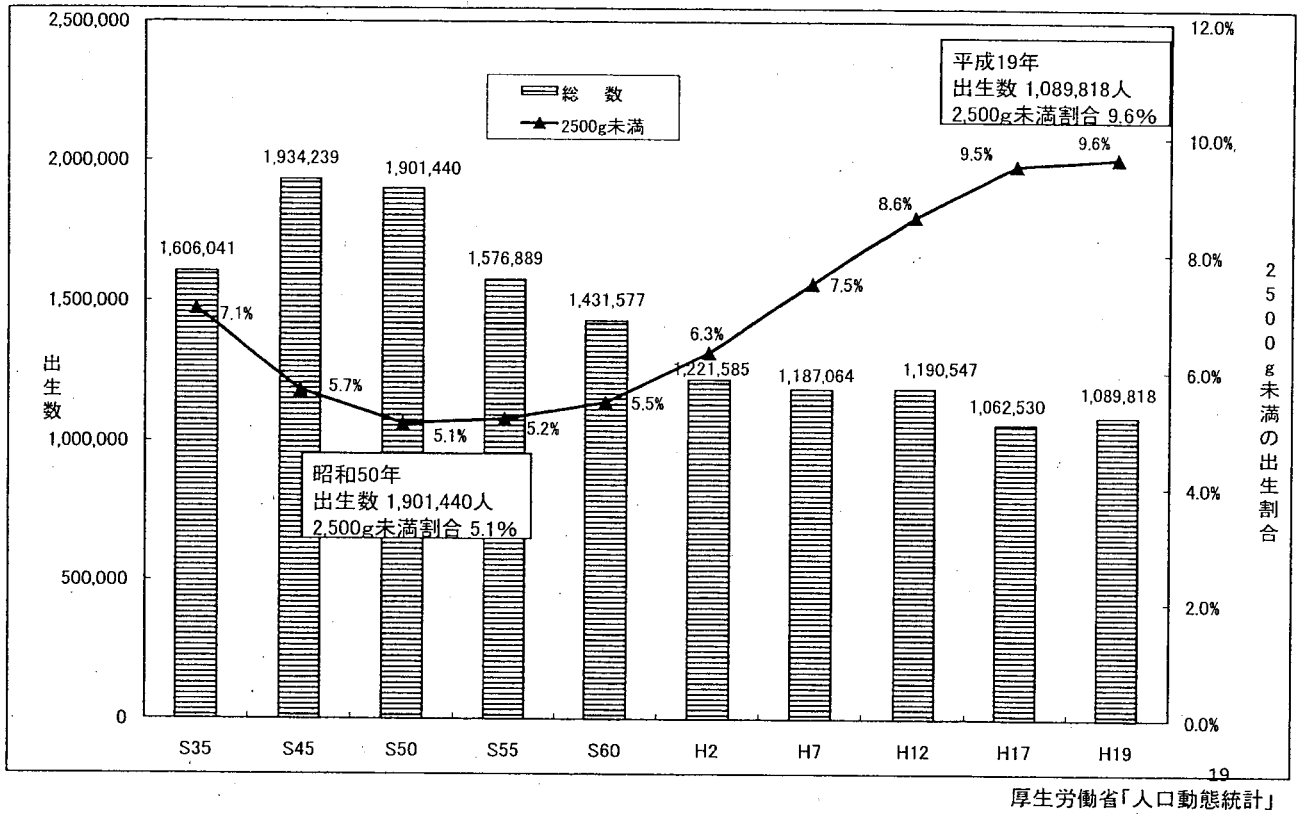
分娩施設数の推移



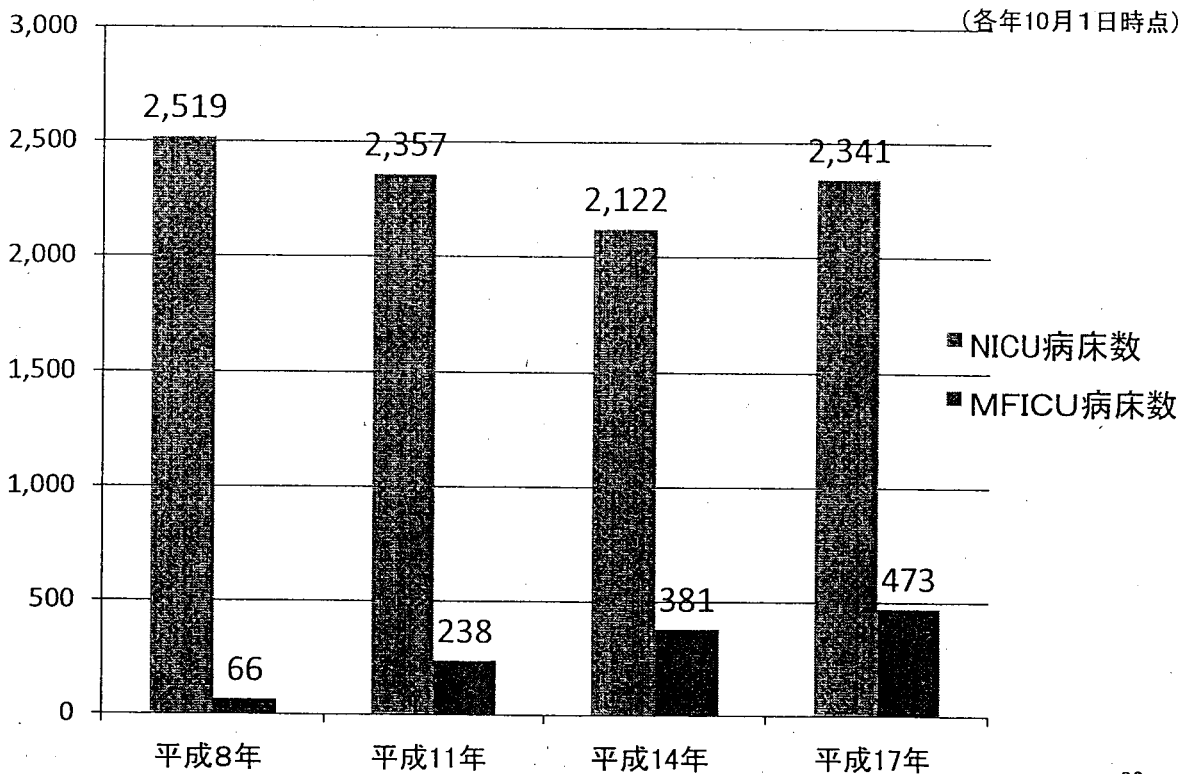
¹⁸
厚生労働省「医療施設調査」

出生数及び出生時体重2,500g未満の出生割合の推移

この20年で、出生数は横ばい・減少となっているが、低出生体重児の割合が増加している。



新生児集中治療室(NICU)数、母体・胎児集中治療室(MFICU)数の推移



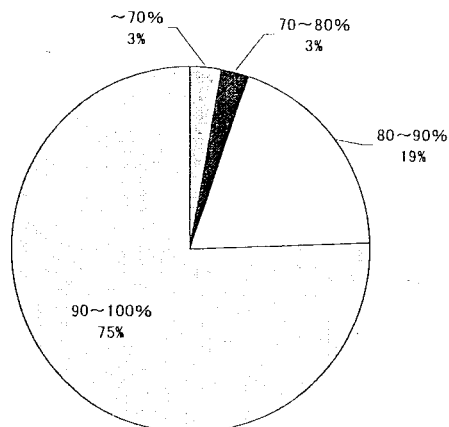
母体及び新生児の搬送受入れ

- 約8割の総合周産期母子医療センターにおいて、新生児集中治療管理室(NICU)の病床利用率が90%超。母体・新生児の搬送受入れが困難である理由として、「NICU満床」と回答したセンターは9割を超えている。

「周産期医療に係る実態調査(平成20年10月実施)」結果にみる現状について

NICU病床利用率について
(総合周産期母子医療センター19年度実績)

NICU病床利用率90%超のセンターは約8割



母体及び新生児搬送受入れができなかった理由について
(総合周産期母子医療センター19年度実績)

受入れができなかった主な理由は「NICU満床」

理由	母体			
	NICU満床	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	49	31	12	30
割合(%)※	92.5%	58.5%	22.6%	56.6%

理由	新生児		
	NICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	41	5	12
割合(%)※	97.6%	11.9%	28.5%

※回答センター数に対する割合

21

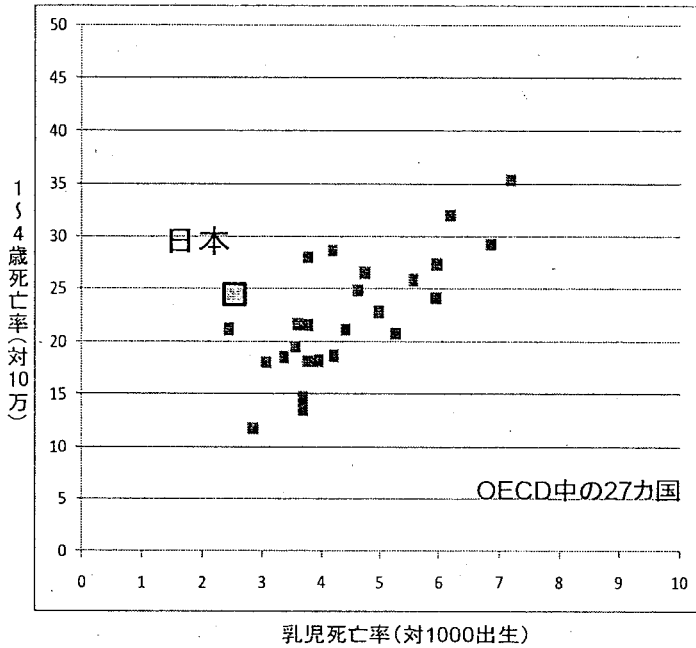
(厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ)

1-3. 小児救急医療体制の現状

1～4歳児の死亡率の国際比較

○ 我が国は、乳児死亡率は低いにも関わらず、1-4歳児死亡率は高く、他の国と異なる状況にある。
 ※ 乳児死亡率(生後1年未満の死亡の出生1,000に対する比率)

乳児死亡率と1-4歳児死亡率の関係



1-4歳児死亡率の国際比較

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

出典)厚生労働科学研究「新生児関連疾患が我が国の幼児死亡に与える影響」主任研究者 池田智明(国立循環器病センター)

小児救急医療体制の整備状況

救命救急センターの小児救急専門病床数

(平成19年12月1日現在)

施設名	救命救急センター運営病床数	
	総数 (床)	小児救急専門病床 (床)
A	36	6
B	30	1
C	42	6
D	32	2
E	31	2
F	30	2
合計6施設	201床	19床

厚生労働省医政局指導課調べ

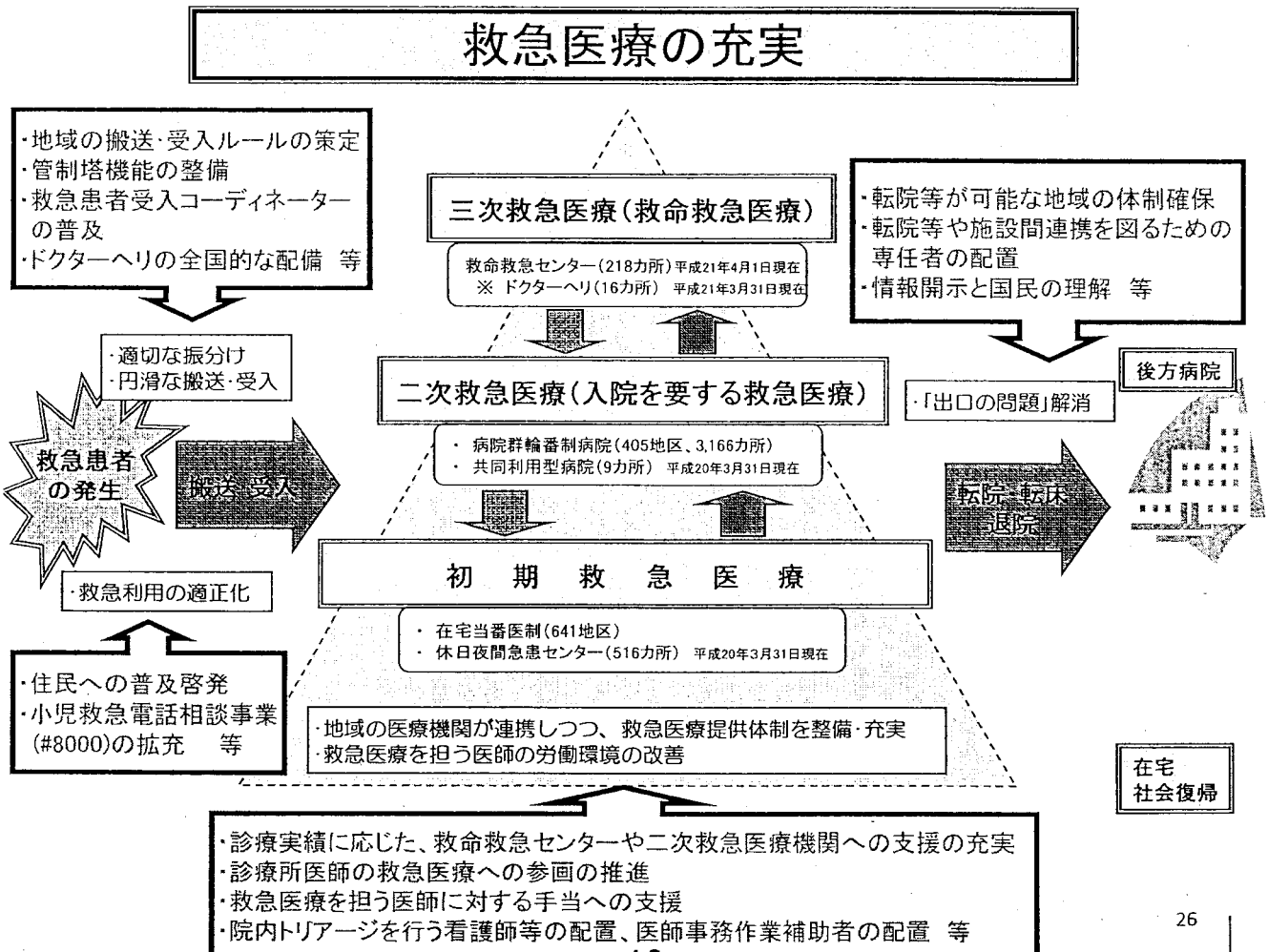
小児専門病院の小児集中治療室の病床数

(平成20年3月31日現在)

小児集中治療室の病床の内訳	施設数 (数)	小児集中治療室 病床数	
		術後用 (床)	重症・ 救急用 (床)
術後患者用病床のみ有り	3	16	0
重症・救急患者用病床のみ有り	6	0	65
術後患者用病床と 重症・救急患者用病床有り	3	36	20
術後患者用病床と 重症・救急患者用病床の区分なし	3	23	
合計	15施設	160床	
		(52)	24(85)

小児総合医療施設協議会調べ

2. 今後の課題について



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

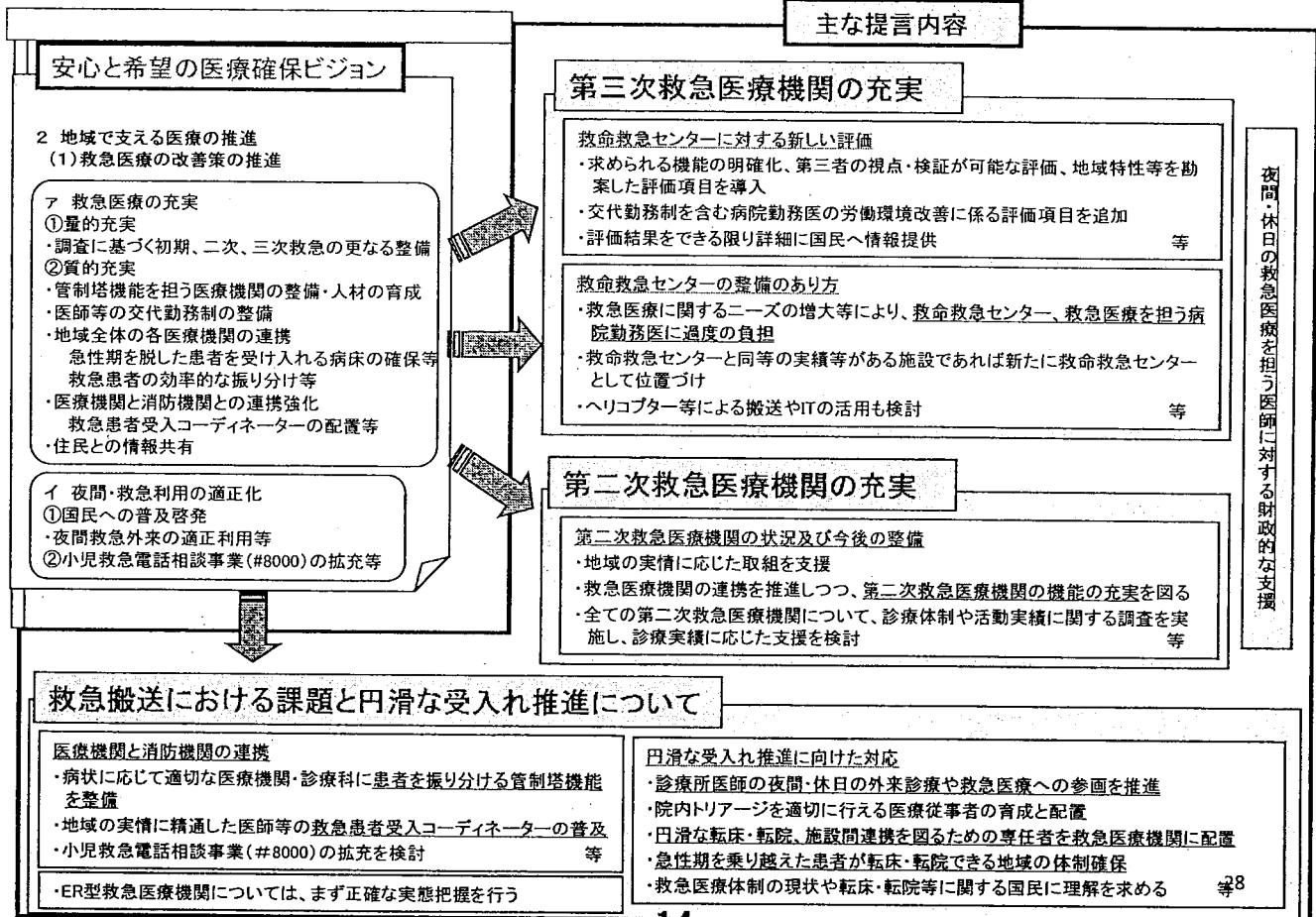
平成21年3月4日
厚生労働省医政局指導課

- 1 救急医療部門と周産期医療部門等の連携強化
- 2 周産期医療対策事業の見直し
- 3 救急医療・周産期医療に対する財政支援とドクターフィー
 - ・ 周産期母子医療センターについて、診療実績を客観的に評価する仕組みを検討
 - ・ 救命救急センターや二次救急医療機関の妊産婦の受入れを推進するための支援
- 4 地域におけるネットワーク
 - ・ 周産期母子医療センター等から状態の安定した妊産婦・新生児の搬送元医療機関等への搬送(戻り搬送)の促進
- 5 医療機関等におけるリソース維持・増強
 - ・ 新生児集中治療室(NICU)について、地域の実情に応じた整備と支援(出生1万人対25～30床を目標)
 - ・ 新生児回復期治療室(GCU)や一般小児病床等について、手厚い看護職員配置など対応能力の強化
 - ・ 重症心身障害児施設等の後方病床や短期入所病床の整備と支援
 - ・ 人的リソースの維持・増強(適切に処遇するための医師への手当等に対する支援)
- 6 救急患者搬送体制の整備
 - ・ 重症患者に対応する医療機関を定めるなど、地域において、救急患者の病態に応じた搬送・受入ルールを作成
 - ・ 新生児の施設間搬送を担う医師等の活動への支援
- 7 搬送コーディネーター配置等による救急医療情報システムの整備
 - ・ 空床情報の入力等を担当する医師事務作業補助者の充実
- 8 地域住民の理解と協力の確保
- 9 対策の効果の検証と改良サイクルの構築

27

「救急医療の今後のあり方に関する検討会」中間取りまとめの概要

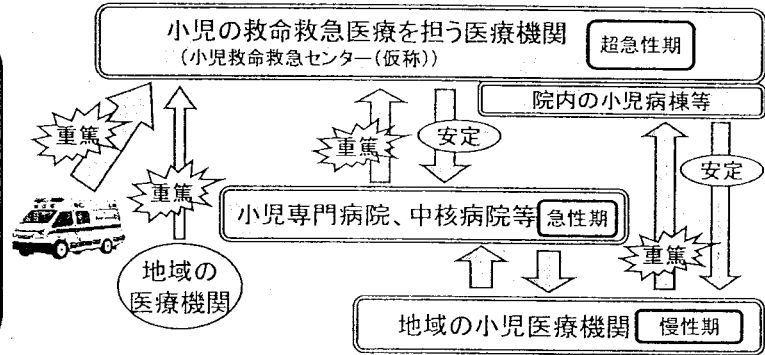
平成20年7月30日
厚生労働省医政局指導課



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

1. 小児救急患者の搬送と受入体制の整備

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



2. 発症直後の重篤な時期(超急性期)の救命救急医療を担う体制の整備

- ・基本的に、すべての救命救急センターや小児専門病院・中核病院は、心肺停止等の重篤な小児救急患者に救命救急医療を提供
- ・その上で、小児救急患者への医療提供体制の特に整った救命救急センターや小児専門病院・中核病院について、「超急性期」の小児の救命救急医療を担う医療機関として位置付け、少なくとも都道府県又は三次医療圏に一所整備(小児の救命救急医療を担う救命救急センター・小児専門病院・中核病院は、「小児救命救急センター(仮称)」として必要な支援)
- ・小児の救命救急医療を担う医療機関に求められる機能は、他の救命救急センター等の支援機能、重篤な小児救急患者について診療科領域を問わず24時間体制で受け入れる機能(小児救急専門病床の設置、本院の小児科等との連携が必要)

3. 急性期の集中治療・専門的医療を担う体制の整備

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

「救急医療用ヘリコプターの導入促進に係る諸課題に関する検討会」報告書の概要

「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」の成立・施行(平成19年6月)を踏まえ、ドクターヘリ運航のための助成金交付事業や、ドクターヘリの全国的な配備のあり方について検討

1. 助成金交付事業に関する制度のあり方

- ・法第9条に基づく法人の登録に関する基準
- ・助成金交付事業の対象
 - ①基盤整備に要する費用、②運航に要する費用
 - ③運航円滑化のための費用、④調査研究に要する費用

助成金交付事業に係る登録に関する省令を制定(平成20年4月施行)



2. ドクターヘリの配備のあり方

- ・救命救急センターまでの陸路による搬送時間が30分(ヘリの飛行距離で50~70kmに相当)を超える地域の人口規模が大きい場合には、ドクターヘリの配備について検討が必要(なお、人口規模は小さくとも、離島やへき地等については配慮が必要)
- ・人口規模が大きい地域では複数配備の検討も必要
- ・一般的には、同一都道府県における複数配備は、追加配備による効果・効率性等について検証等を行った上で、段階的に進めることが考えられる
- ・飛行範囲内に近隣県が含まれる場合、複数の都道府県による共同運用の検討も必要
- ・他の機関(消防等)が運用するヘリコプターとドクターヘリとの役割分担や連携体制の構築も必要であり、医療機関と消防機関等との協議の場の活用等が必要



3. ドクターヘリの運用のあり方

- ・ドクターヘリを配備した医療機関以外の医師を交代で搭乗させるといった複数の医療機関の共同運用方式
- ・効果的・効率的な運用のためには、関係者が協議する場等において、運航実績、救命効果等について継続的に検証し、改善に努めることが重要
- ・災害時のドクターヘリの運用方法について検討が必要
- ・安定的に運航を継続するためには、運航費用の確保のあり方についてさらに検討が必要

3. 予算補助事業

31

医師確保対策関係 平成21年度予算

平成20年度予算160億円 → 平成21年度予算271億円

「経済財政改革の基本方針2008」(平成20年6月)、「安心と希望の医療確保ビジョン」(平成20年6月)、「5つの安心プラン」(平成20年7月)等を踏まえ、以下の事業等に約271億円の予算額を計上し、医師確保対策の一層の推進を図ることとしている。

- ① 医師派遣の推進等
- ② 勤務医等の勤務状況の改善・業務負担の軽減
- ③ 医師と看護師等の協働・連携の推進
- ④ 臨床研修病院等への支援

32

【主な新規予算等】

●産科医等育成・確保支援事業(新規) 2,834,807千円(0千円)

- ①産科医等確保支援事業 2,770,207千円(0千円)
産科医等の処遇を改善しその確保を図るため、分娩手当等を支給する分娩取扱機関に対して財政支援を行う。

(対象経費)産科医等に対する手当(分娩取扱手当)
(補助先)都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣が認める者※)
※高額な分娩費用を得ている分娩取扱機関を除く。
(補助率)1/3(負担割合:国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内)
(積算単価)10千円/件
(創設年度)平成21年度

- ②産科医等育成支援事業 64,600千円(0千円)
臨床研修終了後の後期研修で産科を選択する者の処遇改善を行う医療機関に対して財政支援を行い、産科を志望する若手医師等へのインセンティブとする。

(対象経費)産科後期研修医に対する手当(研修医手当等)
(補助先)都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣が認める者)
(補助率)1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3以内、市町村1/3以内、事業主2/3以内)
(積算単価)1人あたり月額5万円
(創設年度)平成21年度

(担当課:総務課)

33

●医師派遣等推進事業(一部新規) 4,163,610千円(0千円)

都道府県医療対策協議会の要請を踏まえ、医師不足地域の医療機関へ医師派遣を行う医療機関を多数確保し、円滑に医師派遣が実施される体制を構築するため、医師派遣に関する補助制度を統合し、

- ① 都道府県医療対策協議会が医師派遣の調整等を行う場合に必要となる経費
- ② 派遣先医療機関が派遣医師を受け入れるための準備に必要となる経費
- ③ 医師を派遣することに伴い派遣元医療機関に生じる逸失利益等
- ④ 派遣医師が派遣後に海外研修に参加する自己研鑽に必要となる経費

等に対する補助事業を創設する。

(対象経費)医師派遣調整等経費、派遣医師受入準備経費、逸失利益等、海外研修等
(補助先)都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣の認める者)
(補助率)1/2(負担割合:国1/2、都道府県1/2以内、事業主1/2以内)
(積算単価)・医師派遣調整等経費 3,000千円/1都道府県
・派遣医師受入準備経費 1,500千円/1都道府県(各10医療機関)
・逸失利益等(都道府県内) 150,000千円/1都道府県(各10人×12月)
(都道府県外) 7,500千円/1人(6月)(10人分)
・海外研修等経費(都道府県内) 20,640千円/1都道府県(各10人)
(都道府県外) 2,064千円/1人(10人分)
(創設年度)平成21年度

(担当課:指導課)

34

●短時間正規雇用支援事業(新規) 1,522,831千円(0千円)

「短時間正規雇用」の導入により、勤務医の過重労働の軽減及び女性医師の出産・育児等と勤務との両立を可能とし、医師の離職防止・復職支援を図り、医療機関における医師を安定的に確保するものである。

(対象経費)代替医師雇上謝金
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣の認める者)
(補助率) 1/3(国1/3、都道府県1/3、事業者1/3)
(積算単価)5,115千円/1か所

(担当課:医事課)

●医師事務作業補助者設置支援事業(新規) 814,625千円(0千円)

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

(対象経費)代替職員賃金
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣の認める者)
(補助率) 1/2(国1/2、都道府県1/2)
(積算単価)2,606千円/1か所

(担当課:医事課)

37

●協働推進研修事業(新規) 349,991千円(0千円)

看護師等の能力の研鑽のための研修の場を確保し、医師の業務負担の軽減及び看護職員等の専門性を発揮する機会の増大を図り、医療提供体制の充実を図るものである。

(対象経費) 謝金、旅費、需用費、役務費、備品購入費等
(実施主体) 都道府県
(補助率) 1/2(国1/2、都道府県1/2)
(創設年度) 平成21年度

(担当課:看護課)

●女性医師等就労環境改善緊急対策事業(新規) 940,000千円(0千円)

院内の就労環境の改善等について効果的な総合対策を行う医療機関を緊急的に整備し、働きやすい職場環境の普及に資する。

(対象経費)夜勤・当直免除、主治医制の廃止、キャリア形成の支援、院内における就労環境改善の検討などに必要な経費
(補助先) 都道府県(市町村、その他厚生労働大臣の認める者)
(補助率) 1/2(国1/2、都道府県1/2以内、事業主1/2以内)
(積算単価)20,000千円/1か所
(創設年度)平成21年度

(担当課:総務課)

38

●臨床研修費等補助金(新規)

110,331千円(0千円)

医師不足地域等の臨床研修病院が外部講師(指導医)を招へいするために必要な経費等を支援することにより、課題解決を図る。

(対象経費) 外部講師謝金、旅費、宿泊費

(補助先) 公私立大学附属病院、厚生労働大臣の指定した公私立病院

(補助率) 定額

(積算単価) 外部指導医経費 :506千円/1か所

(創設年度) 平成21年度

(担当課:医事課)

39

救急医療対策関係

平成21年度予算

平成20年度予算100億円 → 平成21年度予算205億円

「経済財政改革の基本方針2008」(平成20年6月)、「安心と希望の医療確保ビジョン」(平成20年6月)、「5つの安心プラン」(平成20年7月)等を踏まえ、以下の事業等に約205億円の予算額を計上し、救急医療対策の一層の推進を図ることとしている。

- ①救急医療を担う医師の支援
- ②救急医療の充実
- ③管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援
- ④ドクターヘリ導入促進事業の充実
- ⑤周産期医療の充実

40

【主な新規予算等】

●救急勤務医支援事業(新規) 2,044,967千円(0千円)

救命救急センター及び第二次救急医療機関(総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターを含む)に勤務する救急医(産科医、麻酔科医、新生児科医、小児科医等を含む)の処遇改善を図るため、休日・夜間において新たに救急勤務医手当(宿日直手当や超過勤務手当とは別)を創設する。

- (対象経費) 勤務医に対する手当(救急勤務医手当)
 - (補助先) 都道府県(間接補助先:厚生労働大臣が認める者)
 - (補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内)
 - (積算単価) 土日祝日の昼間13,570円/回、夜間18,659円/回
 - (創設年度) 平成21年度
- ※ 都道府県、市町村が負担しない場合でも補助が可能。 (担当課:指導課)

●小児初期救急センターの運営に対する支援事業(新規) 26,633千円(0千円)

軽症患者が9割を超える二次救急医療機関への患者を小児初期救急センターで受け入れることにより、病院勤務医の負担を軽減するなど、小児救急医療体制の確保を図る。

- (対象経費) 小児初期救急センターに派遣される診療所医師等の交通費
 - (補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、その他厚生労働大臣が認める者)
 - (補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3、事業主1/3)
 - (積算単価) 1,700千円/1か所
 - (創設年度) 平成21年度
- (担当課:指導課)

41

●救命救急センター運営事業 5,069,674千円(2,771,669千円)

①救命救急センター(20~30床型)4,841,649千円(2,571,277千円)

- (対象経費) 医師・看護師等の確保に係る人件費、材料費等
- (補助先) 都道府県(間接補助先:厚生労働大臣の認める者(公立分除く))
- (補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3、事業者1/3)
- (積算単価) 121,571千円 → 178,995千円/1施設(30床型)
- (創設年度) 昭和51年度

②地域救命救急センター(10床型)228,025千円(200,392千円)

既存の救命救急センターまでのアクセスに相当の時間を要する地域に対し、地域救命救急センターの設置促進を図る。

- (対象経費) 医師・看護師等の確保に係る人件費、材料費等
- (補助先) 都道府県(間接補助先:厚生労働大臣の認める者(公立分除く))
- (補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3、事業者1/3)
- (積算単価) 103,648千円/1施設(10床型)
- (創設年度) 平成15年度

(担当課:指導課)

42

●管制塔機能を担う救急医療機関等運営事業

5,114,234千円(0千円)

救急患者に対し、地域全体でトリアージ(重症度、緊急性等による患者の区分)を行い、各医療機関の専門性の中から、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関又は院内の診療科へ紹介できる体制を整備し、救急患者の受入れ実績を踏まえた支援や、地域の診療所医師の救急医療への参画を促すための財政支援を行う。

・管制塔を担う病院

- (対象経費) 医師、診療補助者等の人件費、医療機器購入費等
- (補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、その他厚生労働大臣が認める者)
- (補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3、事業主1/3)
- (積算単価) 30,746千円/1施設

・支援病院

- (対象経費) 医師人件費、空床確保費
- (補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、その他厚生労働大臣が認める者)
- (補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3、事業主1/3)
- (積算単価) 9,966千円/1施設
- (創設年度) 平成21年度

・支援診療所

- (対象経費) 医師人件費(派遣経費)
- (補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、その他厚生労働大臣が認める者)
- (補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3、事業主1/3)
- (積算単価) 4,953千円/1施設

(担当課:指導課)

管制塔機能を担う医療機関の整備(救急医療機能の拠点化)

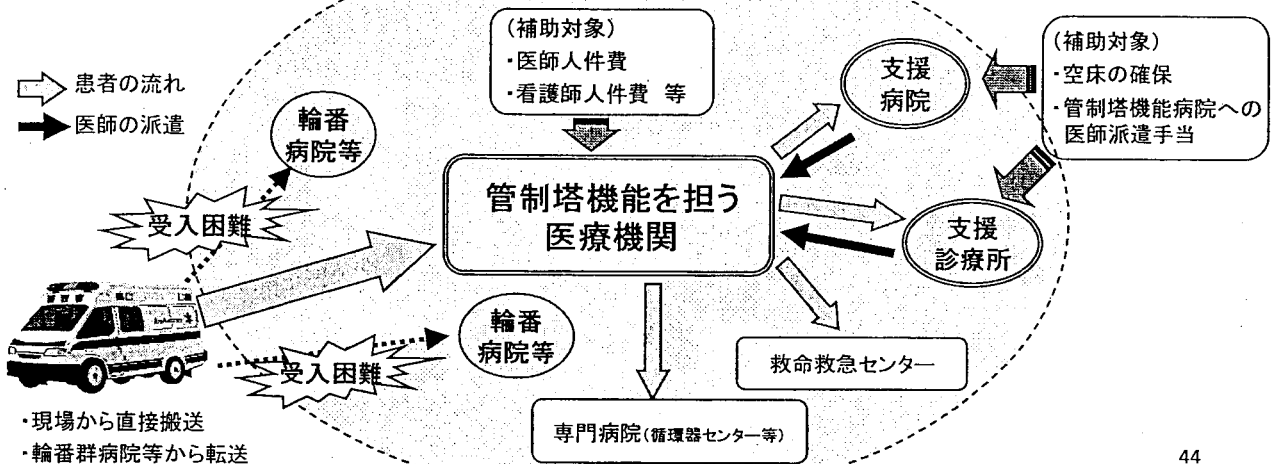
- 地域において安心できる(救急患者搬送が円滑に受け入れられる)救急医療体制を構築
- 患者の症状に応じた適切な医療を、医療機関が迅速に選択

管制塔機能を担う医療機関に期待される機能

- 都道府県と協力し、地域において救急患者搬送が円滑に受け入れられる第二次救急医療体制を構築するにあたり中心的役割を担う(調整機能を有する)
- 必要に応じ、患者を処置の上、支援医療機関や救命救急センター等に紹介
- 患者の重症度に応じ、診療優先順位を決定し、対応
- 地域の医師の応援派遣を受入れ

支援医療機関の機能

- 管制塔機能を担う医療機関からの受入要請に対応する医療機関
- 必要に応じ、空床を確保
- 必要に応じ、管制塔機能を担う医療機関に医師を派遣



●救急医療支援センター運営事業(新規) 108,595千円(0千円)

モデル事業として、救急医療機関において、特に緊急的な措置が必要な脳卒中や循環器疾患について、小児科を含む専門医が3人体制で休日・夜間に常駐する救急医療支援センターを設置し、遠隔画像診断等による診断・治療の支援を図る。

(対象経費) 医師の人件費等
 (補助先) 厚生労働大臣が認める者
 (補助率) 定額
 (積算単価) 108,595千円/1施設
 (創設年度) 平成21年度

(担当課:指導課)

●救急医療トレーニングセンター運営事業(新規) 89,798千円(0千円)

全国2ヶ所の医療機関を「救急医療トレーニングセンター(仮称)」として指定し、後期臨床研修生を対象とした充実した研修を行うことにより、救急医療に関する基礎技術の底上げを図りつつ、救急全般に対応できる専門医の基礎能力育成を行うことにより救急医療を担う人材の確保を図る。

(対象経費) 医師の人件費等
 (補助先) 指定医療機関
 (補助率) 1/2(負担割合:国1/2、指定医療機関1/2)
 (積算単価) 89,798千円/1施設
 (創設年度) 平成21年度

(担当課:指導課)

45

●ドクターヘリ導入促進事業 2,014,080千円(1,358,632千円)

(運営か所数の追加による増)

救命率の向上及び広域患者搬送を目的として、救急患者に早期に治療を開始するとともに、医療機関へ迅速に搬送するドクターヘリ(医師が同乗する救急専用ヘリコプター)を救命救急センターに配備する。

(対象経費) 運航経費(委託費)、搭乗医師等確保経費、運航調整委員会経費
 (補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、その他厚生労働大臣の認める者)
 (補助率) 1/2(負担割合:国1/2、都道府県1/2)
 (積算単価) 167,840千円/1か所
 (創設年度) 平成13年度

(導入か所)(実施状況:平成21年3月現在)

北海道、福島県、群馬県、千葉県、埼玉県、神奈川県、長野県、静岡県、愛知県、大阪府、和歌山県、岡山県、福岡県、長崎県、沖縄県(20年度予定:青森県)

(担当課:指導課)

●ドクターヘリ夜間搬送モデル事業(新規) 51,499千円(0千円)

既存のドクターヘリ導入促進事業をベースとして、夜間も運航するための体制を確保する場合に必要な経費を補助する。

(対象経費) 運航経費(委託費)、搭乗医師等確保経費、照明機器設置費
 (補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、その他厚生労働大臣の認める者)
 (補助率) 1/2(負担割合:国1/2、都道府県1/2)
 (積算単価) 51,499千円/1か所
 (創設年度) 平成21年度

(担当課:指導課)

46

●周産期医療対策事業

222,526千円(171,055千円)

救急医療を必要とする未熟児等に対応するため、都道府県において妊婦・新生児に対する周産期医療システム(ネットワーク)を整備。また、医療機関相互の連携を強化するため、受入妊婦の病状に応じた専門病院への搬送先の調整、確保するための「母体搬送コーディネーター」を総合周産期母子医療センターなどに配置する。

(対象経費) 周産期協議会開催経費、周産期救急情報システムの改修経費、コーディネーターの人件費等
(補助先) 都道府県
(補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県2/3)(母体搬送コーディネーターを除く)
1/2(負担割合:国1/2、都道府県1/2)(母体搬送コーディネーター)
(積算単価) 母体搬送コーディネーター 29,625千円/1都道府県
(創設年度) 平成8年度 (担当課:指導課)

●総合周産期母子医療センター運営事業

886,839千円(777,556千円)

周産期にある妊婦のうち、特に危険度の高い者を対象とし、出産前後の母体及び胎児、新生児の一貫した管理を行う施設(総合周産期母子医療センター)に対する運営費の補助。また、妊婦搬送の受入の促進を図るため、近隣の開業医等から医師等の協力を得て、夜間、祝日等の勤務する場合、その医師等に対して謝金を支給する。

(対象経費) 医師等の確保に係る人件費、材料費等
(補助先) 都道府県(間接補助先:厚生労働大臣の認める者)
(補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3、事業者1/3)
(積算単価) 70,603千円(MFICU12床)/1か所
(創設年度) 平成8年度 (担当課:指導課)

47.

●地域周産期母子医療センター運営事業(新規)

142,285千円(0千円)

地域において、出産前後の母体及び胎児、新生児の一貫した管理を行う比較的高度な医療を提供する施設(地域周産期母子医療センター)に対する運営費の補助。また、妊婦搬送の受入の促進を図るため、近隣の開業医等から医師等の協力を得て、夜間、祝日等の勤務する場合、その医師等に対して謝金を支給する。

(対象経費) 医師等の確保に係る人件費、材料費等
(補助先) 都道府県(間接補助先:厚生労働大臣の認める者)
(補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3、事業者1/3)
(積算単価) 41,551千円(MFICU6床)/1か所
(創設年度) 平成21年度 (担当課:指導課)

●産科医療機関確保事業

737,516千円(737,516千円)

分娩を行う医療機関が逡減している現状を踏まえて、当面、病院の集約化が困難な地域において、分娩可能な産科医療機関を確保する観点から、一機関あたりの分娩件数が少ない産科医療機関に対して、経営の安定化を図るための支援を行う必要がある。このため、産科医療機関に対して、運営費等の補助を行う。

(対象経費) 産科医療機関に勤務する医療従事者の人件費、医師等の休日代替要員雇上経費
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣が認める者)
(補助率) 1/2(負担割合:国1/2、都道府県1/2)
(基準単価) 22,810千円(分娩取扱機関年間9月以上)/1か所
(創設年度) 平成20年度 (担当課:指導課)

48

●産科医療機関 設備 整備事業

420,641千円(420,641千円)

分娩を行う医療機関が逡減している現状を踏まえて、当面、病院の集約化が困難な地域において、分娩可能な産科医療機関を確保する観点から、一機関あたりの分娩件数が少ない産科医療機関に対して、産科医療機関として必要な医療機器の整備を実施する。(医療施設等設備整備費補助金の事項)

(対象経費) 産科医療機関として必要な医療機器購入費(分娩台、超音波診断装置、分娩監視装置等)
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣が認める者)
(補助率) 1/2(負担割合:国1/2、都道府県1/2)
(基準単価) 8,673千円/1か所
(創設年度) 平成20年度

(担当課:指導課)

●産科医療機関 施設 整備事業

91,831千円(91,831千円)

分娩を行う医療機関が逡減している現状を踏まえて、当面、病院の集約化が困難な地域において、分娩可能な産科医療機関を確保する観点から、一機関あたりの分娩件数が少ない産科医療機関に対して、分娩室の増改築整備等を実施する。(医療施設等施設整備費補助金の事項)

(対象経費) 分娩室、病室等の増改築等に要する工事費又は工事請負費
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣が認める者)
(補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3、事業者1/3)
(積算単価) 分娩室、病室等 4,950千円/1か所 妊産婦等宿泊施設 14,728千円/1か所
(創設年度) 平成20年度

(担当課:指導課)

49

小児救急医療体制整備予算(抜粋)

[21年度予算額]
3,069百万円

○小児救急医療(初期～三次)体制の整備

2,332百万円

- ① 小児初期救急センターの運営に対する支援事業(平成21年度新規) 27百万円
小児の急患を受け入れる小児初期救急センターの運営に対する財政支援を行う。
- ② 小児救急医療支援事業(平成11年度～) 1,291百万円
二次医療圏内の小児科を標榜する病院において実施する当番制等休日・夜間の体制を充実する。
- ③ 小児救急医療拠点病院運営事業(平成14年度～) 866百万円
二次医療圏単位での小児救急医療体制の確保が困難な地域において、広域(原則複数の二次医療圏)を対象にした小児救急医療拠点病院の充実を図る。
- ④ 小児救急専門病床確保事業(平成18年度～) 149百万円
既存の救命救急センターに小児専門集中治療室を整備し、重篤な小児救急患者を受け入れる体制を整備充実する。
- ⑤ 小児救急専門病床施設・設備整備事業(平成18年度～)
救命救急センターにおける小児専門集中治療室の施設及び専用の医療機器の整備を行う。
(医療提供体制推進事業費補助金[設備整備費]及び医療提供体制施設整備交付金の事項)
- ⑥ 小児初期救急センター施設・設備整備事業(平成19年度～)
小児の急患を受け入れる小児初期救急センターの施設及び医療機器等の整備を行う。
(医療提供体制推進事業費補助金[設備整備費]及び医療提供体制施設整備交付金の事項の追加)

50

○小児救急医療体制の充実

737百万円

- ① 小児救急電話相談事業(平成16年度～) 520百万円
地域の小児科医により夜間における小児患者の保護者等向けの電話相談体制を整備し、地域の小児救急医療体制の補強を推進する。(全国同一短縮番号(#8000)で実施することにより、どこでも患者の症状に応じた適切な医療が受けられる。)
- ② 小児救急地域医師研修事業(平成16年度～) 26百万円
地域の内科医等を対象に小児救急に関する研修を実施し、地域の小児救急医療体制の補強及び質の向上を図る。
- ③ 救急医療専門領域医師研修事業(平成20年度～) 83百万円
入院を要する救急医療を担う医療機関等において診療を行う医師を対象に、脳卒中・急性心筋梗塞・小児救急・重症外傷等に対する専門的な救急医療に対応する研修を救命救急センター等において実施する。
- ④ 小児科・産科連携病院等協力体制促進事業(平成19年度～) 64百万円
集約化・重点化を実施する地域において、拠点病院とのネットワーク化を進めるため、小児科・産科の病床を削減し、医療機能の変更(他科病床、他の診療機能など)を行う連携病院等を対象に経過的な支援を行う。
- ⑤ 小児救急遠隔医療設備整備事業(平成16年度～)
ITを活用し、小児救急患者の肉眼的映像、病理画像、X線画像等を小児科専門医の所在する医療機関に伝送し、診療支援を受けるための設備整備。
(医療提供体制推進事業費補助金〔設備整備費〕の事項)
- ⑥ 小児科・産科連携病院等病床転換施設・設備事業(平成19年度～)
集約化・重点化を実施する地域において、拠点病院とのネットワーク化を進めるため、連携病院等を対象に小児科・産科の病床を削減し、医療機能の変更(他科病床、他の診療機能など)に伴う整備費を助成する。
(医療提供体制推進事業費補助金〔設備整備費〕及び医療提供体制施設整備交付金の事項)

51

平成20年度第一次補正予算、第二次補正予算

【第一次補正】

●医師派遣緊急促進事業

5,921,875千円

都道府県医療対策協議会の派遣調整に基づき、医師派遣を行う医師派遣協力医療機関(派遣元医療機関)が、医師を派遣することによる逸失利益に対して、それに相当する額を助成する。

- (対象経費) 医師を派遣することによる逸失利益に相当する経費
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣が認める者)
(補助率) 県内派遣:1/2(国1/2、都道府県1/4、事業主1/4)
緊急臨時的医師派遣:3/4(国3/4、都道府県1/4)
(積算単価) 1,250千円/月

(担当課:指導課)

●医師事務作業補助者設置事業

678,854千円

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

- (対象経費) 代替職員賃金
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣の認める者)
(補助率) 1/2(国1/2、都道府県1/2)
(積算単価) 2,172千円/1か所

(担当課:医事課)

53

●短時間正規雇用支援事業

466,115千円

「短時間正規雇用」の導入により、勤務医の過重労働の軽減及び女性医師の出産・育児等と勤務との両立を可能とし、医師の離職防止・復職支援を図り、医療機関における医師を安定的に確保する。

- (対象経費) 代替医師雇上謝金
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣の認める者)
(補助率) 1/3(国1/3、都道府県1/3、事業者1/3)
(積算単価) 2,130千円/1か所

(担当課:医事課)

●病院内保育所施設整備事業

156,021千円

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

- (対象経費) 老朽化等の病院内保育所の増改築に要する工事費、工事請負費
(対象か所数) 53か所
(補助先) 都道府県(間接補助先:厚生労働大臣の認める者(自治体立の病院・診療所を除く))
(補助率) 1/3(国1/3、事業者2/3)
(積算単価) 収容定員(上限30人)×5㎡×基準単価
(例:20人×5㎡×145,700円=14,570千円)

(担当課:看護課)

54

●管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援事業

582,534千円

救急患者に対し、地域全体でトリアージ(重症度、緊急性等による患者の区分)を行い、院内の各診療科だけでなく、地域全体の各医療機関の専門性の中から、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関又は院内の診療科へ効率的に振り分ける体制の整備を図る。

・管制塔を担う病院

(対象経費) 医師等の人件費
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、その他厚生労働大臣が認める者)
(補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3、事業主1/3)
(積算単価) 22,779千円/1施設

・支援病院

(対象経費) 医師人件費、空床確保費
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、その他厚生労働大臣が認める者)
(補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県1/3、事業主1/3)
(積算単価) 9,966千円/1施設

(担当課:指導課)

●基幹災害医療センター施設整備事業、地域災害医療センター施設整備事業医療提供体制施設整備交付金 10,733,050千円の内数

医療施設の耐震化を一層促進するため、医療提供体制施設整備交付金の事項のうち、基幹災害医療センター施設整備事業及び地域災害医療センター施設整備事業の調整率の嵩上げを行う。

(対象経費) 耐震化工事費
(補助先) 都道府県(間接補助先:厚生労働大臣が認める者(公立除く))
(調整率) 0.33 → 0.50
(基準額) 2,300㎡×32,700円=75,210千円

(担当課:指導課)

55

【第二次補正】

●緊急ヘリポート施設整備事業

1,101,119千円

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

(対象経費) ヘリポート設置工事費
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣が認める者)
(補助率) 1/3(国1/3、事業主2/3)
(積算単価) 36,909千円/1か所

(担当課:指導課)

●災害派遣医療チーム体制設備整備事業

1,114,633千円

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

(対象経費) 医療機器購入費等
(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣の認める者)
(補助率) 1/2(国1/2、都道府県1/2)
(積算単価) 6,227千円/1か所

(担当課:指導課)

56

●看護師等協働推進研修モデル事業

101,760千円

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

(対象経費) 講師謝金、旅費、印刷製本費、備品購入費、消耗品費
(補助先) 医療機関
(補助率) 定額
(積算単価) 5,088千円／1か所

(担当課:看護課)

中央社会保険医療協議会の新たな出発のために（抄）

平成17年7月20日

中医協の在り方に関する有識者会議

2 診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方について

(1) 診療報酬の位置付けについて

- 診療報酬改定は、①診療報酬改定の改定率の決定、及び②診療報酬改定に係る基本方針を踏まえた具体的な診療報酬点数の設定、という2つのプロセスを経て行われることとなるが、それぞれにおいて、中医協の機能・役割を明確化していくことが求められている。

(2) 診療報酬改定の改定率の決定について

- 診療報酬改定の改定率は、医療費に係る予算編成の際の算定根拠となる係数であり、その決定は内閣の権限である。

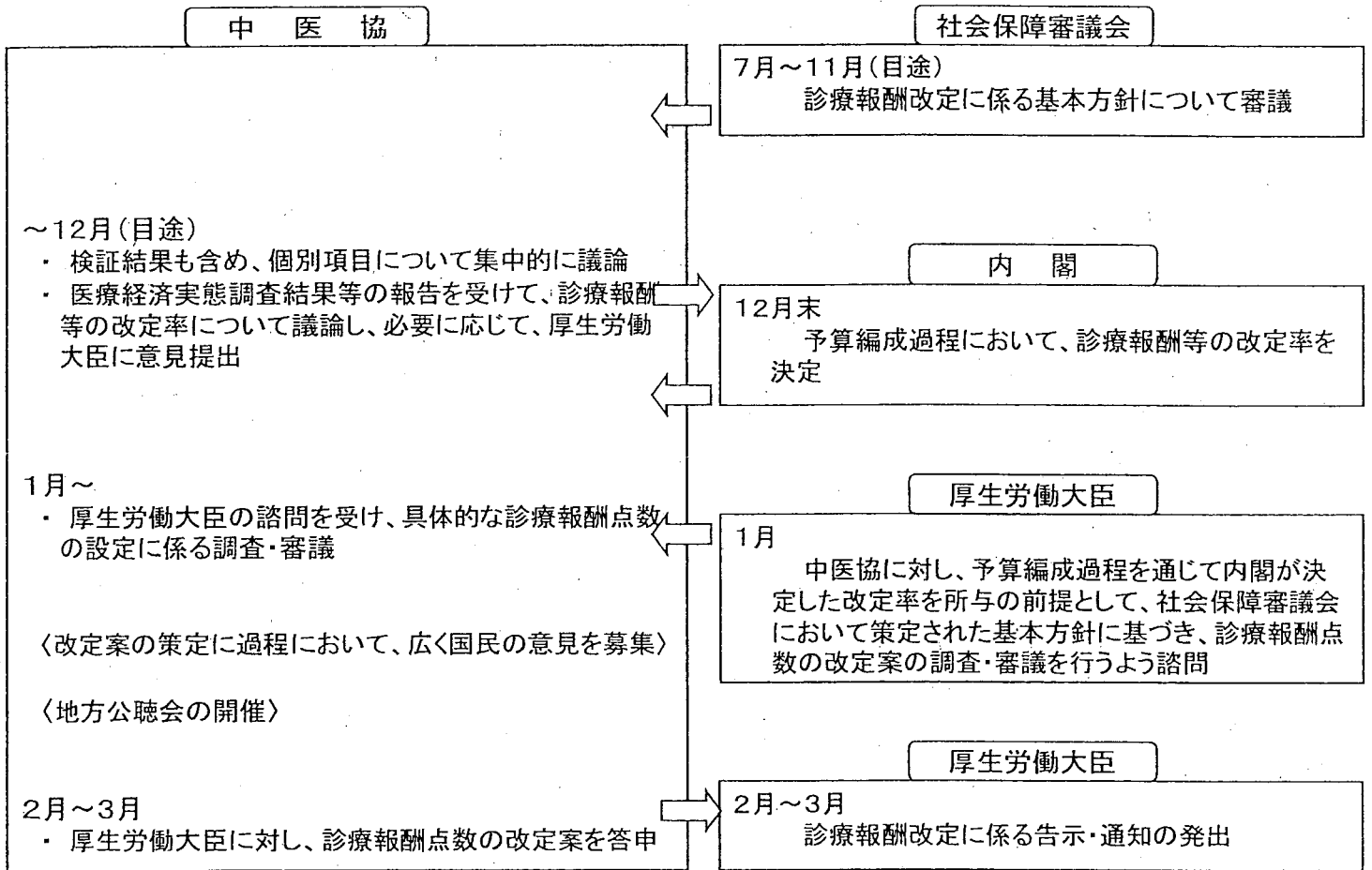
(3) 診療報酬改定に係る基本方針について

- 改定率を除く診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議については、厚生労働大臣の下における他の諮問機関にゆだね、そこで「診療報酬改定に係る基本方針」を定めることとし、中医協においては、この「基本方針」に沿って、診療報酬改定に係る考え方を整理しつつ、具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行うこととすべきである。
- なお、診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議を行う場としては、社会保障審議会の医療保険部会及び医療部会が考えられる。

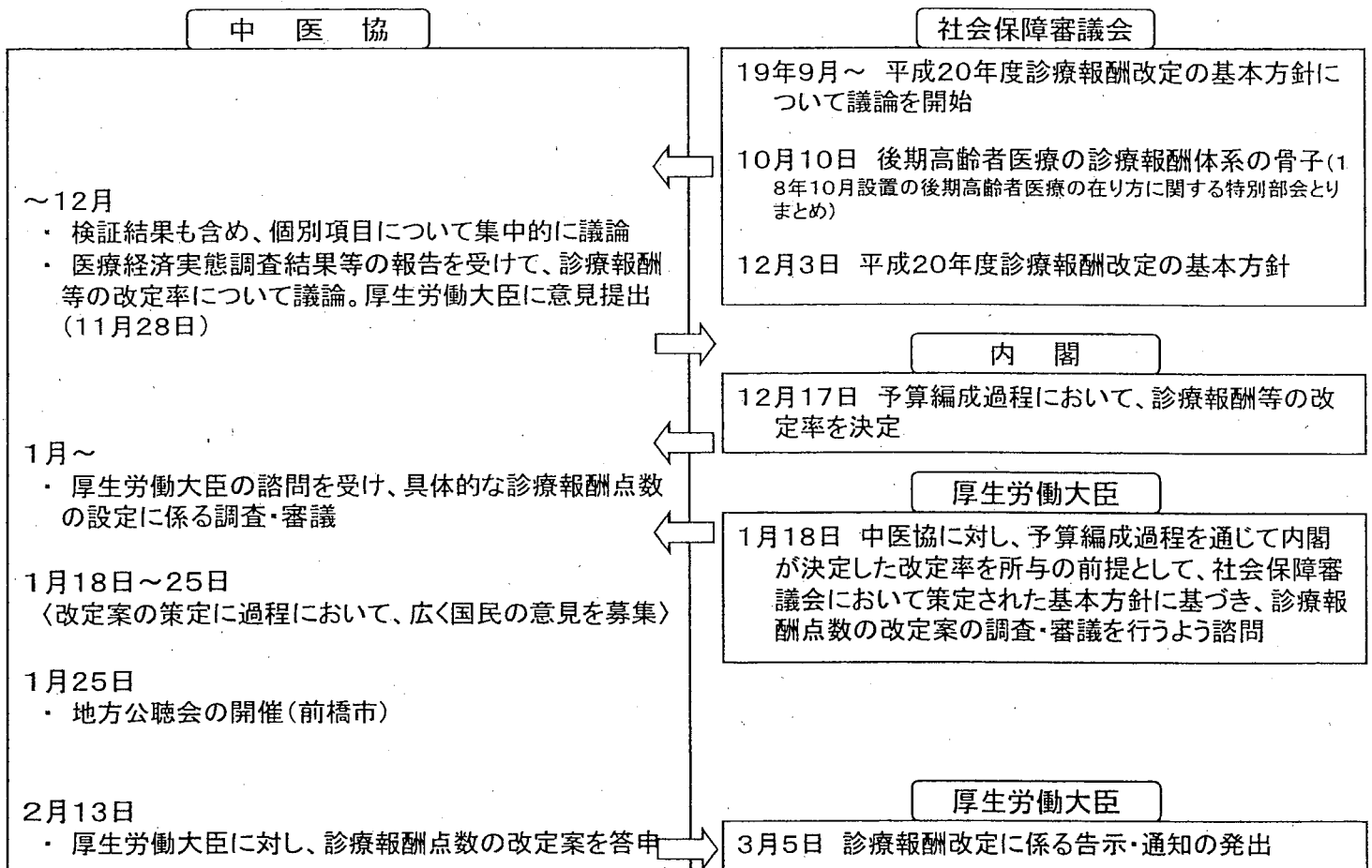
(4) 診療報酬改定に係る中医協への諮問及び中医協からの答申の在り方について

- 診療報酬改定に係る厚生労働大臣から中医協への諮問においては、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、厚生労働大臣の下における他の諮問機関において策定された「基本方針」に基づき、診療報酬点数の改定案の調査及び審議を行うことを求めるとともに、中医協においては、これを受けて慎重かつ速やかに審議を行い、改定案を作成して答申する取扱いとするべきである。

平成22年度診療報酬改定に向けたスケジュールについて(案)



(参考) 平成20年度診療報酬改定のスケジュール



平成 20 年度診療報酬改定の結果の検証について

(平成 21 年 5 月中医協検証部会)

〔目次〕

- 診療報酬改定の結果の検証について 1 頁

- 平成 20 年度調査項目
 - 1 病院勤務医の負担軽減の実態調査 2 頁

 - 2 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 7 頁

 - 3 後発医薬品の使用状況調査 11 頁

 - 4 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1 17 頁
(後期高齢者診療料の算定状況に係る調査)

 - 5 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 2 19 頁
(後期高齢者終末期相談支援料に係る調査)

診療報酬改定の結果の検証について

- 診療報酬改定については、その結果の検証を行い、これをその後の診療報酬改定に係る議論に繋げていくことが求められており、中央社会保険医療協議会に「診療報酬改定結果検証部会」を設置し、検証作業を行っているところ。

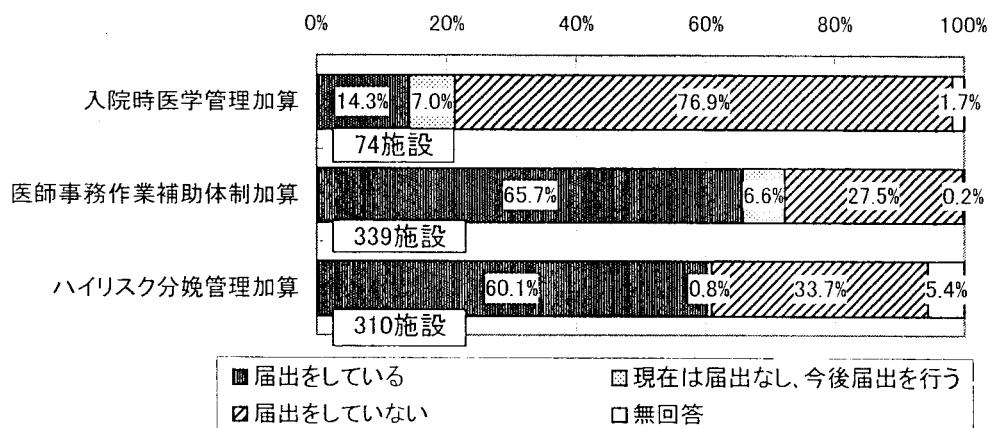
- 平成20年度診療報酬改定については、医療を巡る様々な課題等に対応すべく、
 - ① 緊急課題として産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減策を推進したほか、
 - ② 後発医薬品の使用促進等の適正化策を講ずるなど、メリハリをつけた改定を行ったところ。
 - ③ また、後期高齢者については、長寿を迎えられた方が、出来るだけ自立した生活を送ることができるよう、「生活を支える医療」が提供できる診療報酬体系を創設したところ。

- このうち、平成20年度に検証を行う項目については、平成20年7月の中医協の検証部会において決定されたところであり、具体的には、以下の5項目について検証することとされたところ。
 - ① 病院勤務医の負担軽減の実態調査
 - ② 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査
 - ③ 後発医薬品の使用状況調査
 - ④ 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1
(後期高齢者診療料の算定状況に係る調査)
 - ⑤ 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2
(後期高齢者終末期相談支援料に係る調査)

1 病院勤務医の負担軽減の実態調査

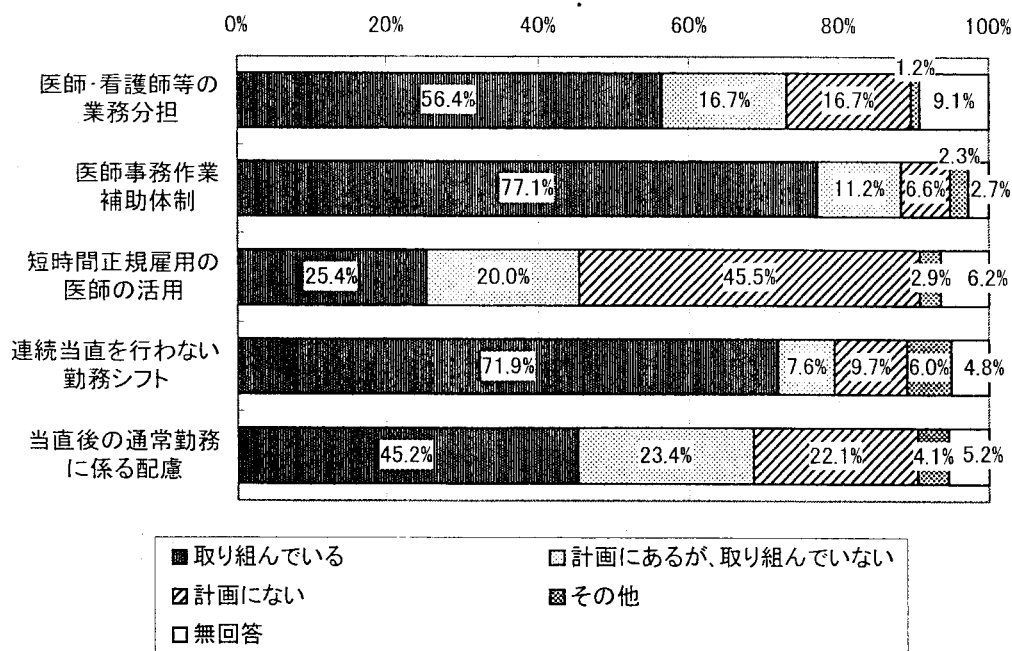
○ 施設基準の届け出状況

図表 2 施設基準の届出状況(n=516)



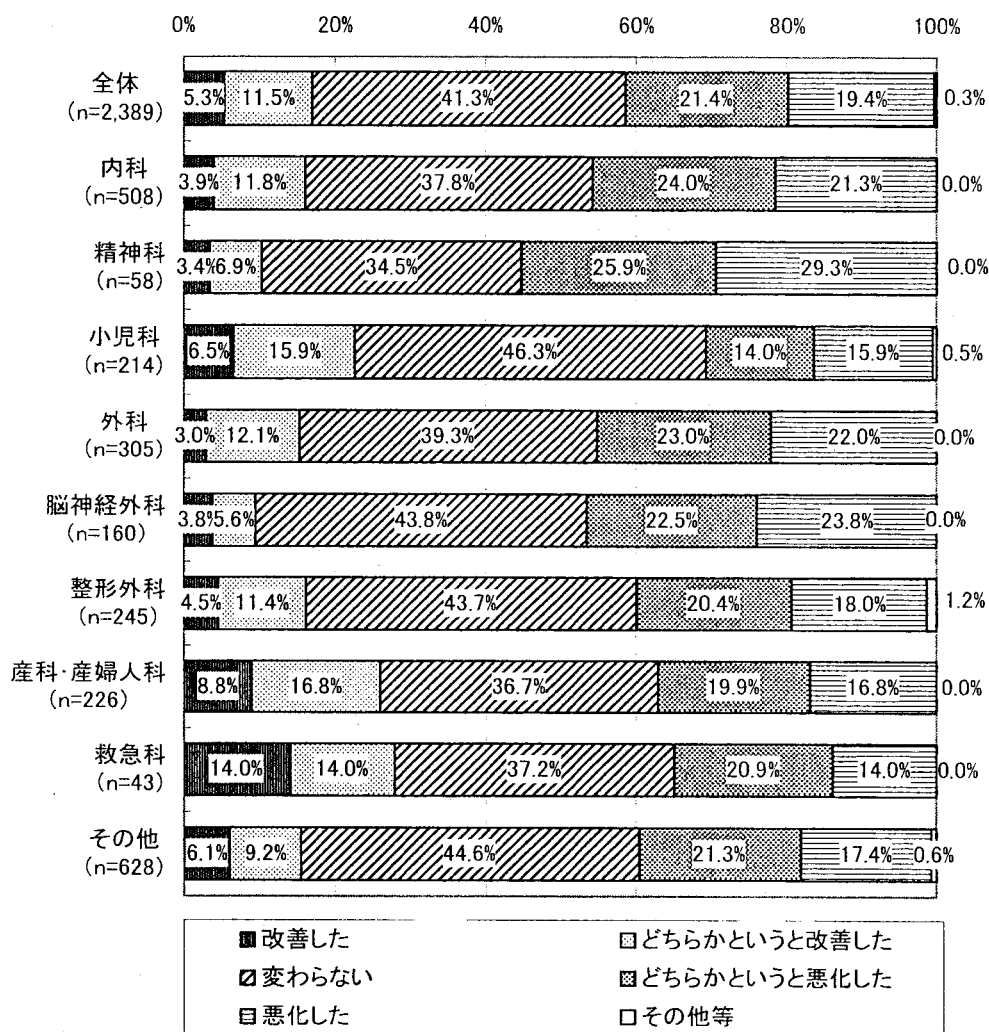
○ 病院勤務医の負担軽減策の実施状況

図表 37 負担軽減策の取組み状況(施設, n=516)



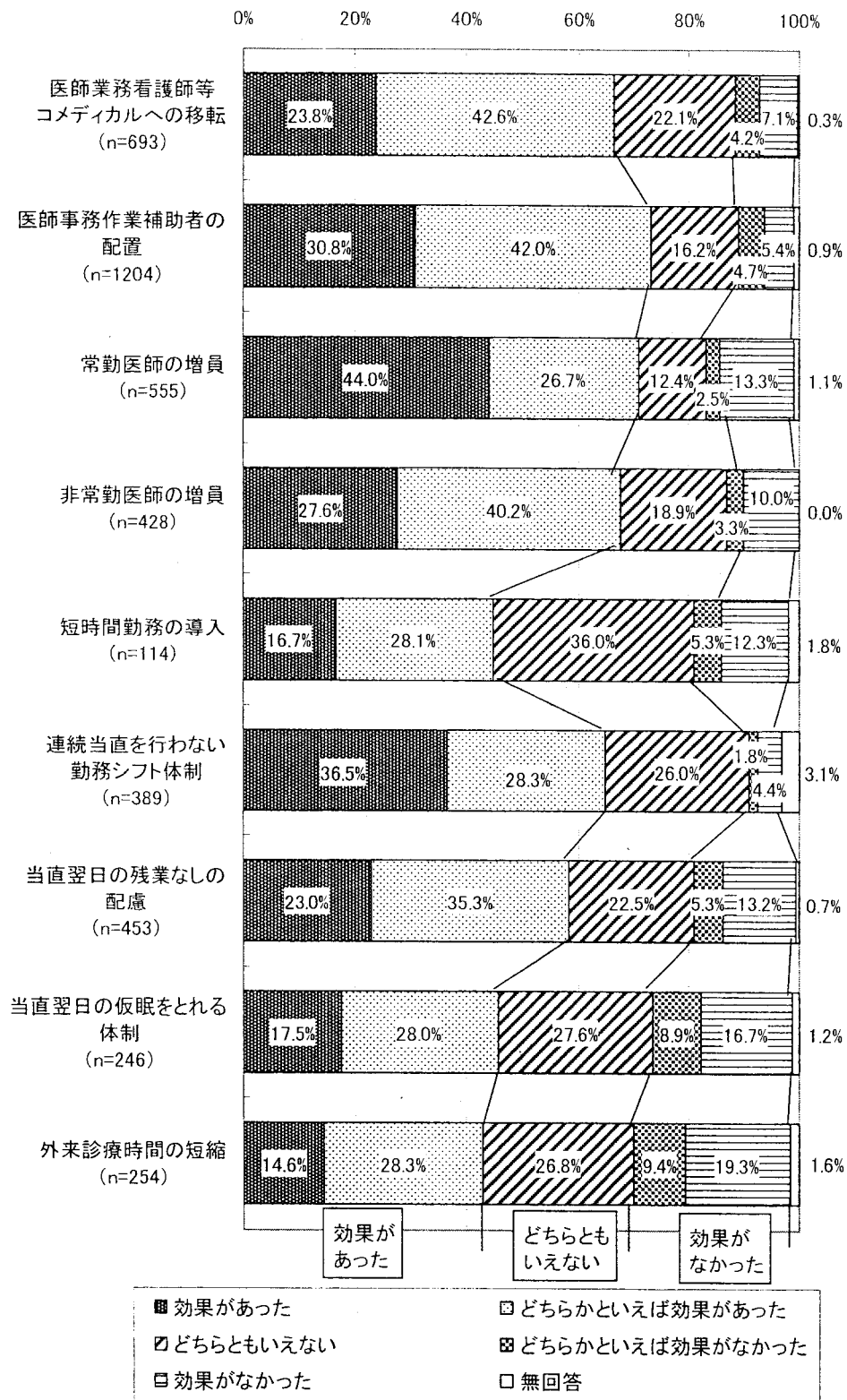
○ 各診療科における医師の勤務状況の変化

図表 128 各診療科における医師の勤務状況の変化(医師責任者)
1年前と比較して



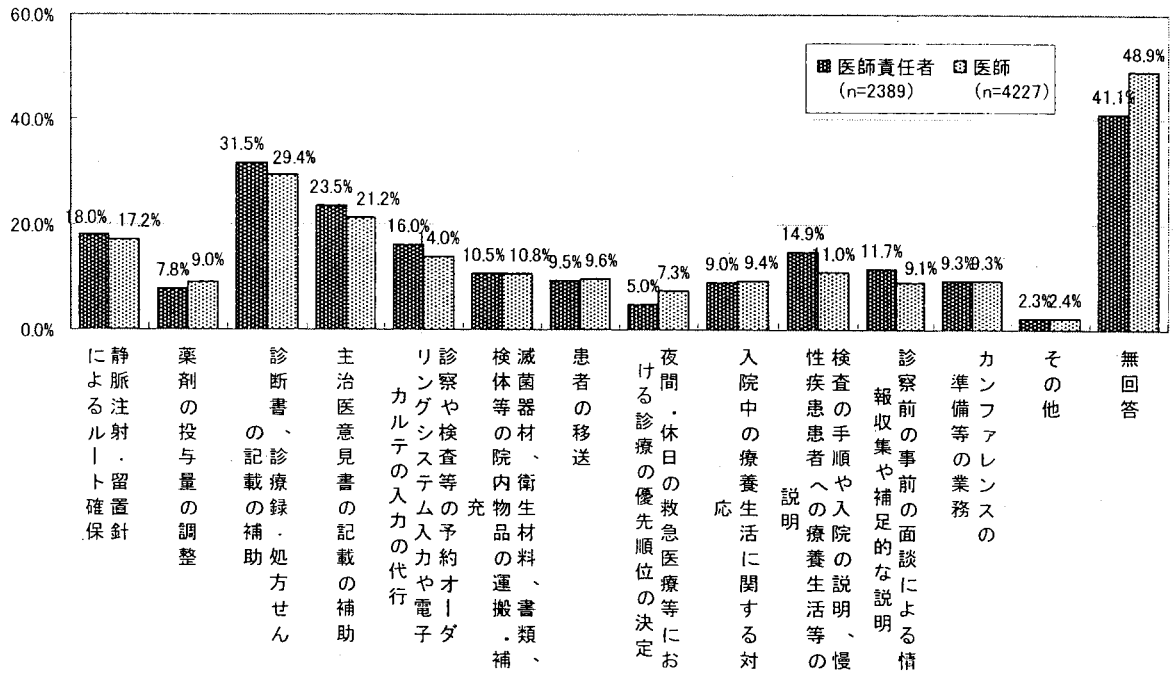
○ 取り組んでいる勤務医負担軽減策の効果

図表 140 取り組んでいる勤務負担軽減策の効果(医師責任者)



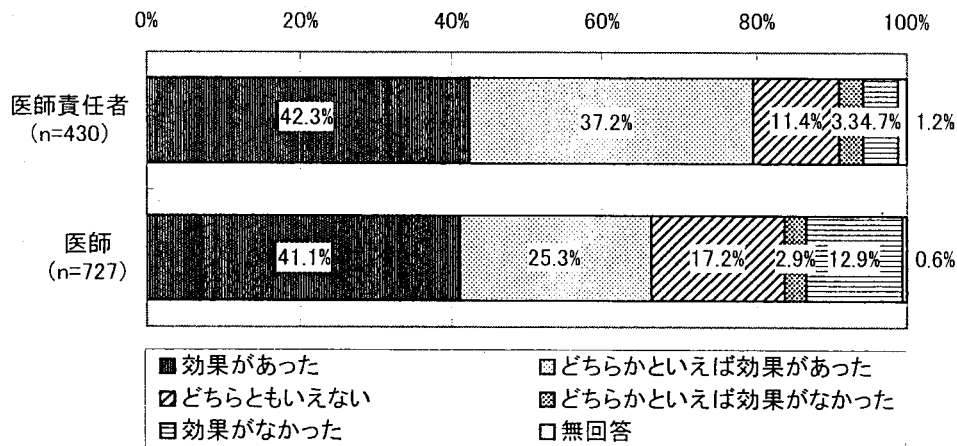
○ 業務分担の効果

図表 163 業務分担の進捗状況(医師責任者・医師)

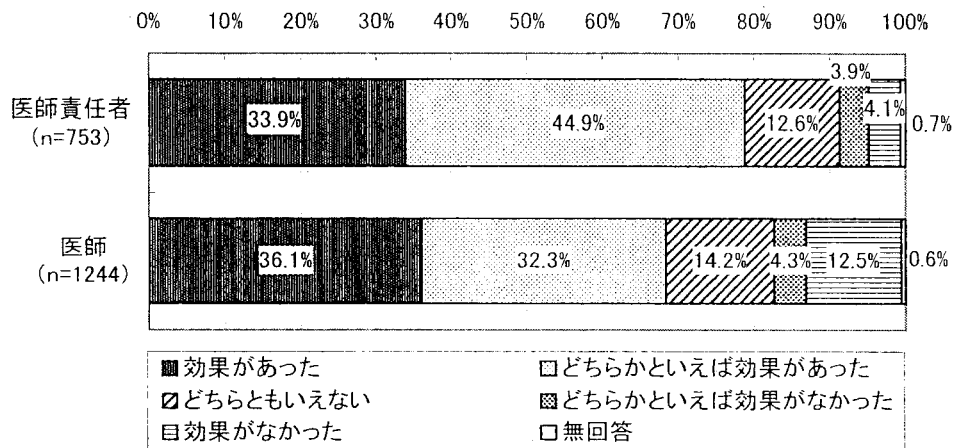


図表 164 実施している業務分担の効果(医師責任者・医師)

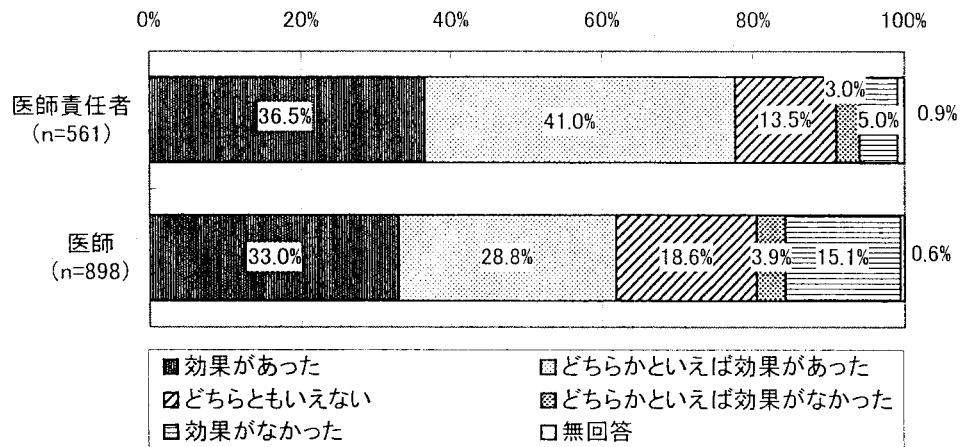
～①静脈注射及び留置針によるルート確保～



図表 166 実施している業務分担の効果(医師責任者・医師)
 ～③診断書、診療録・処方せんの記載の補助～



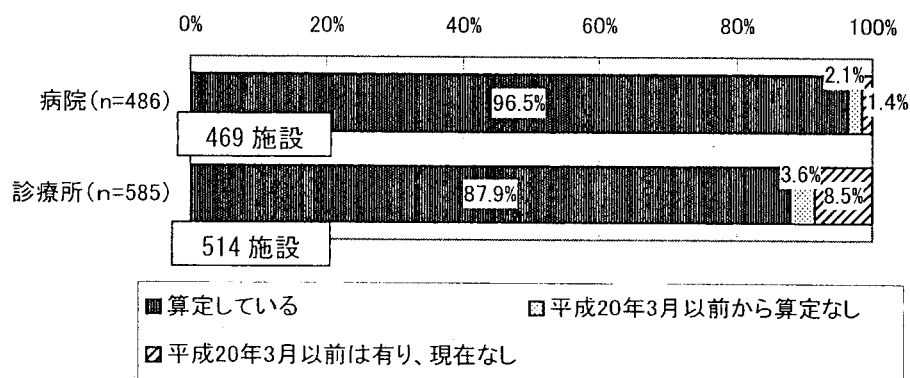
図表 168 実施している業務分担の効果(医師責任者・医師)
 ～④主治医意見書の記載の補助～



2 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査

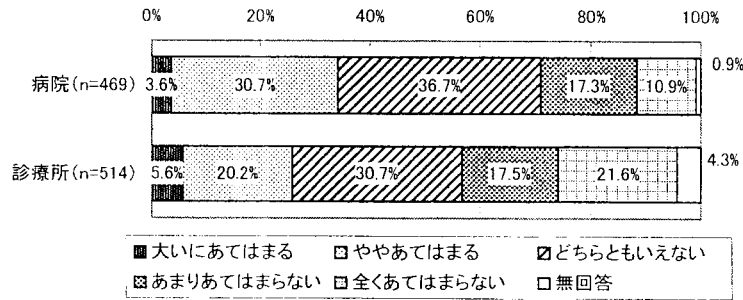
○ 外来管理加算の算定状況

図表 21 外来管理加算の算定状況等(平成 20 年 10 月末現在)

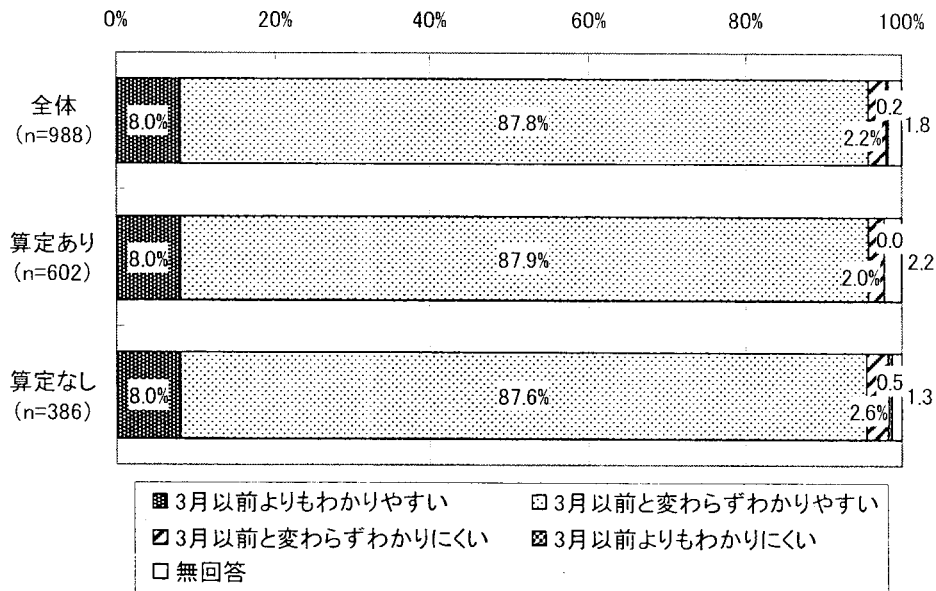


○ 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響

図表 31 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響
 「(2)患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった」
 (病院、診療所)

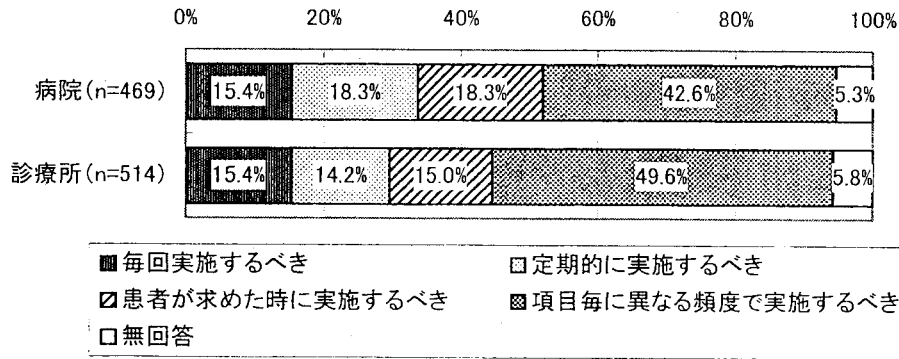


図表 68 平成 20 年 4 月以降の診察内容の変化
 「症状・状態についての医師からの説明」(患者)

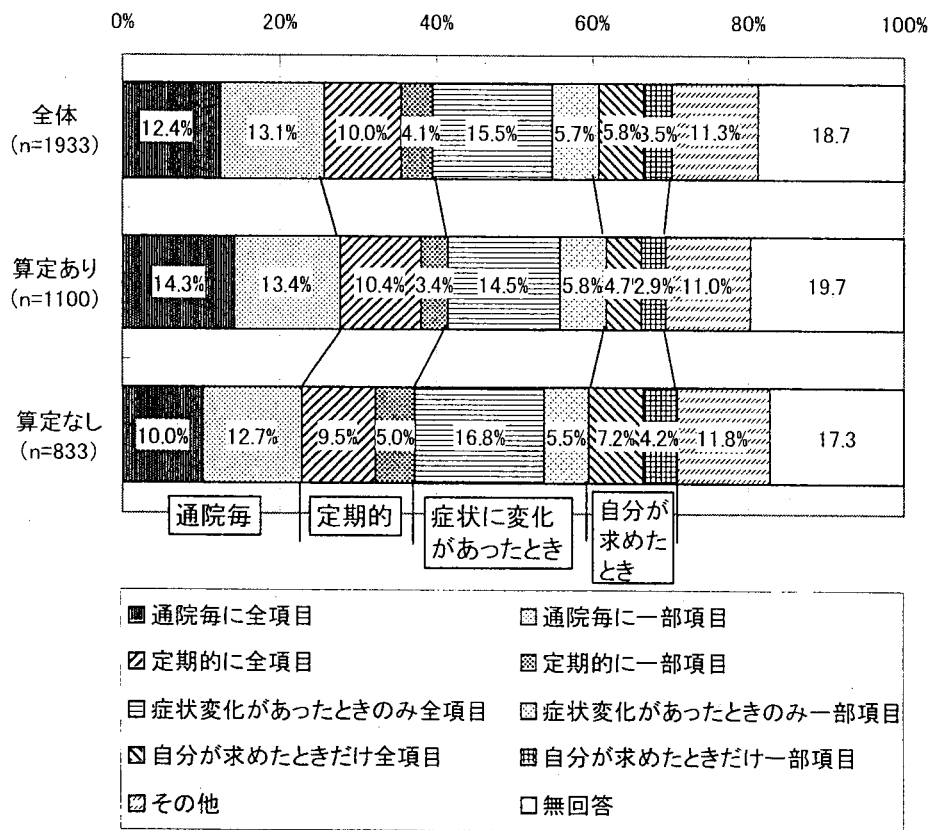


○ 望ましい「懇切丁寧な説明」の実施頻度

図表 52 望ましい「懇切丁寧な説明」の内容(病院・診療所)



図表 107 「懇切丁寧な説明」についての要望(患者)

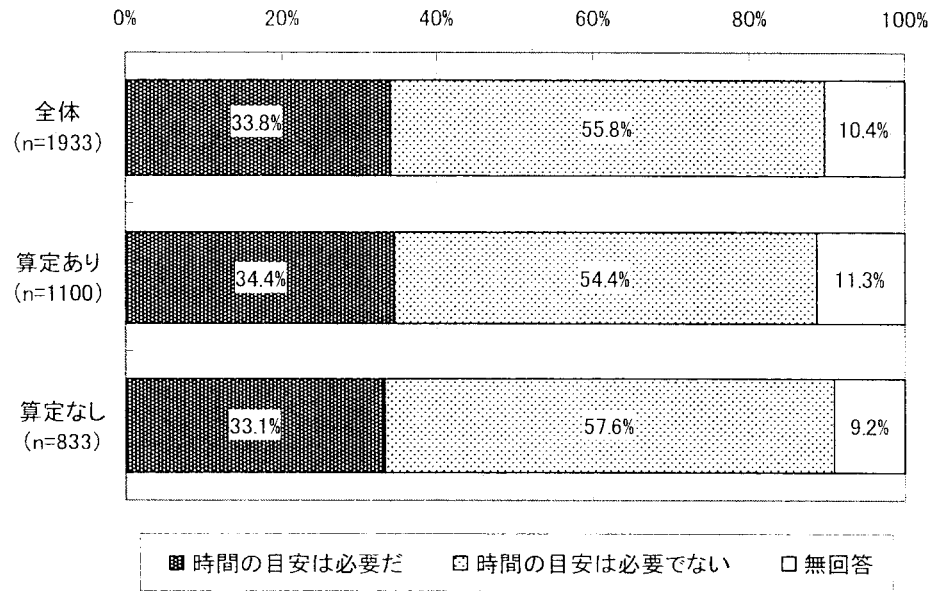


※ 「懇切丁寧な説明」の項目

問診、身体診察、症状・状態についての説明、治療方針についての説明、生活上の注意や指導、処方薬についての説明、悩みや不安・疑問への対応、その他

○ 時間の目安について

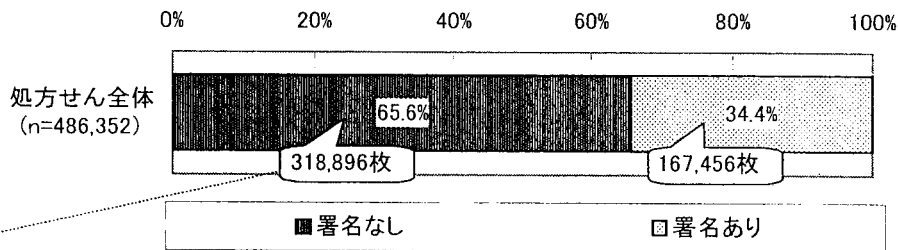
図表 1 外来管理加算の時間の目安についての考え(患者)



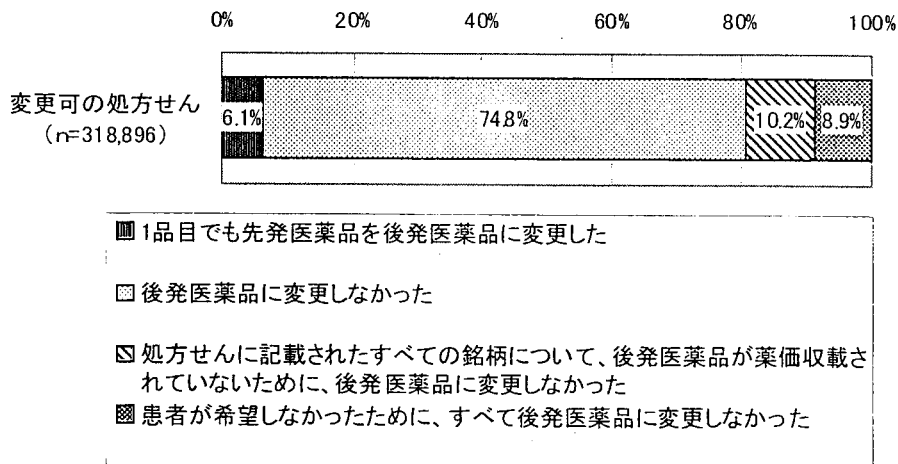
3 後発医薬品の使用状況調査

○ 保険薬局調査の結果概要

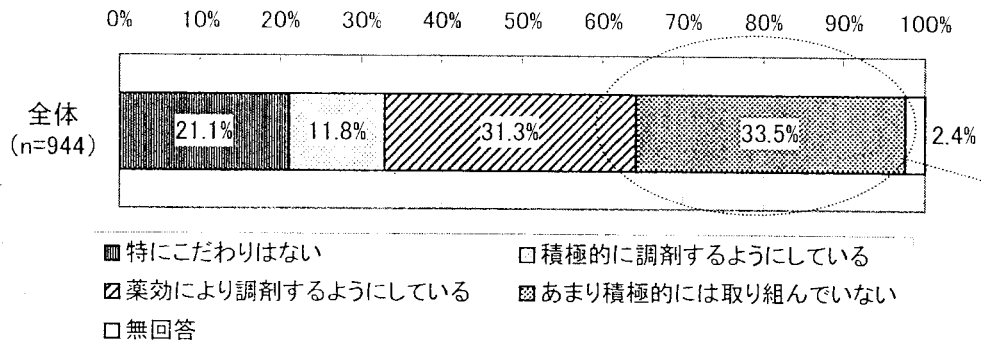
図表 19 すべての処方せんにおける、「後発医薬品への変更不可」欄の
処方医の署名等の有無（平成 20 年 12 月 1 か月分の処方せんベース）



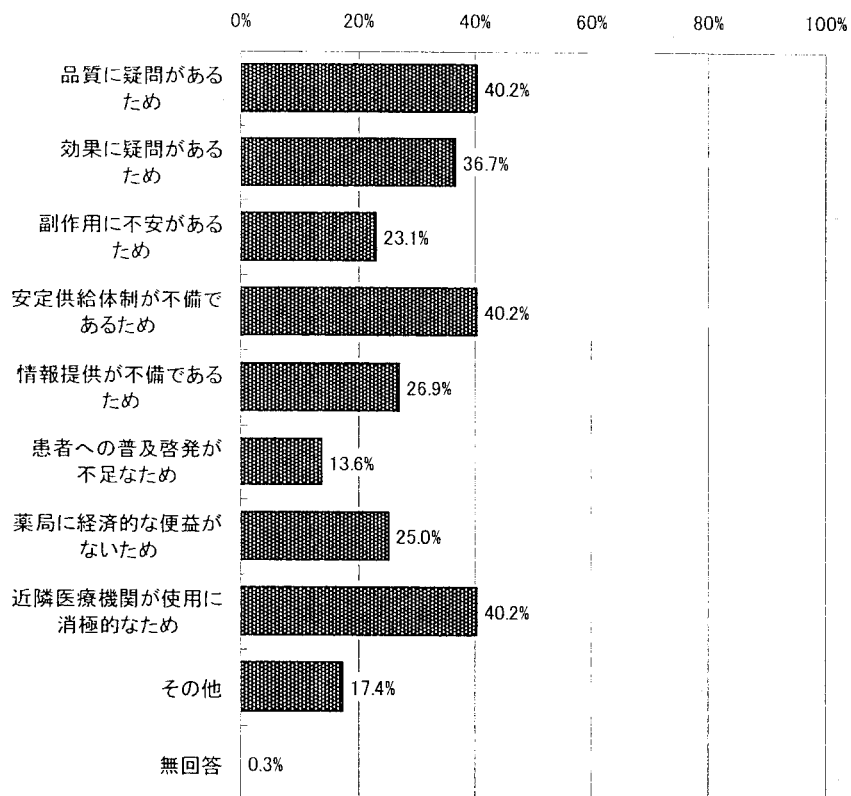
図表 20 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん
(n=318,896) における、後発医薬品への変更状況
(平成 20 年 12 月 1 か月分の処方せんベース)



図表 46 後発医薬品調剤に関する考え方

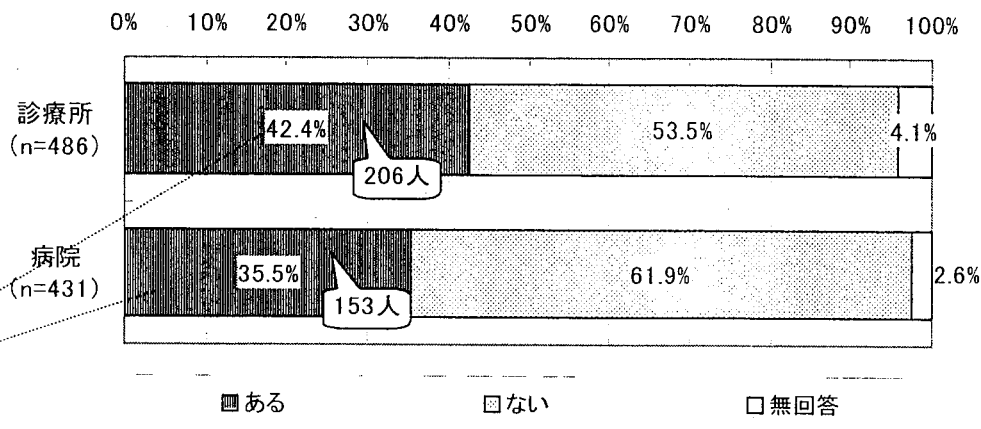


図表 47 後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない理由
(複数回答、n=316)

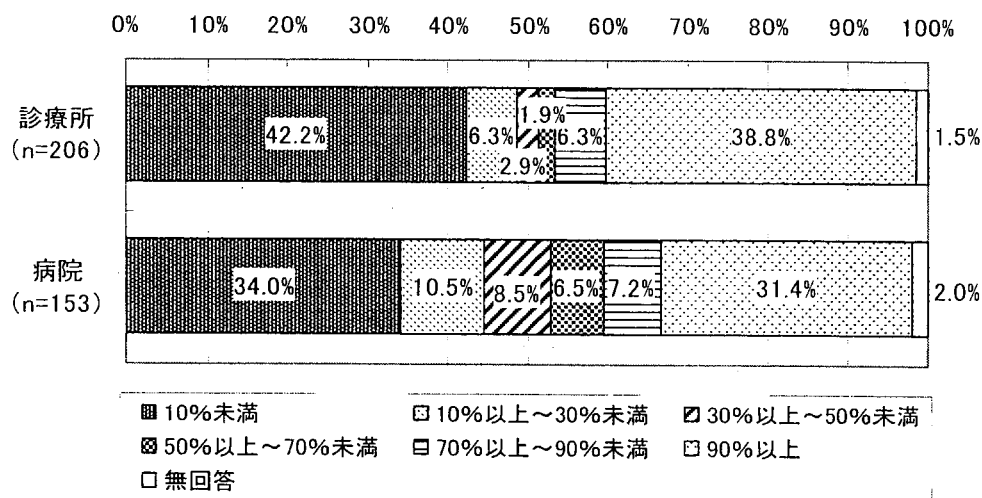


○ 診療所・病院・医師調査の結果概要

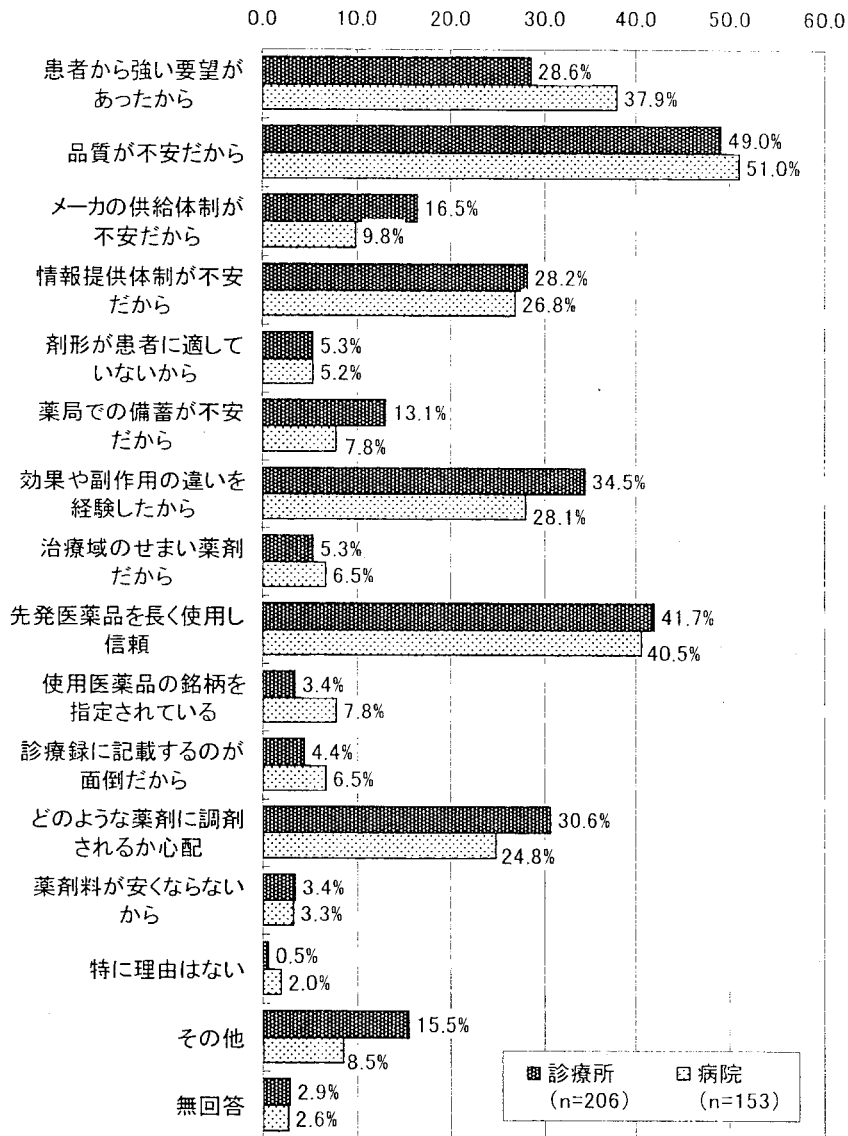
図表 79 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無
(医師ベース)



図表 80 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した
処方せんの割合 (医師ベース)

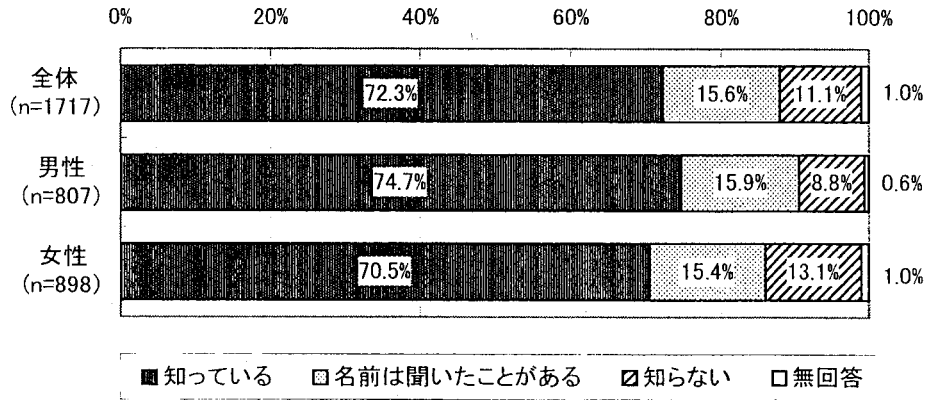


図表 81 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由
(医師ベース、複数回答)

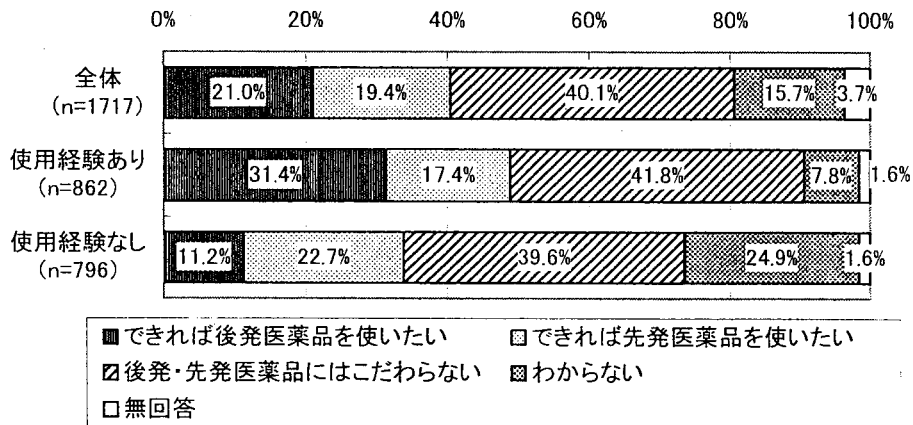


○ 患者調査の結果概要

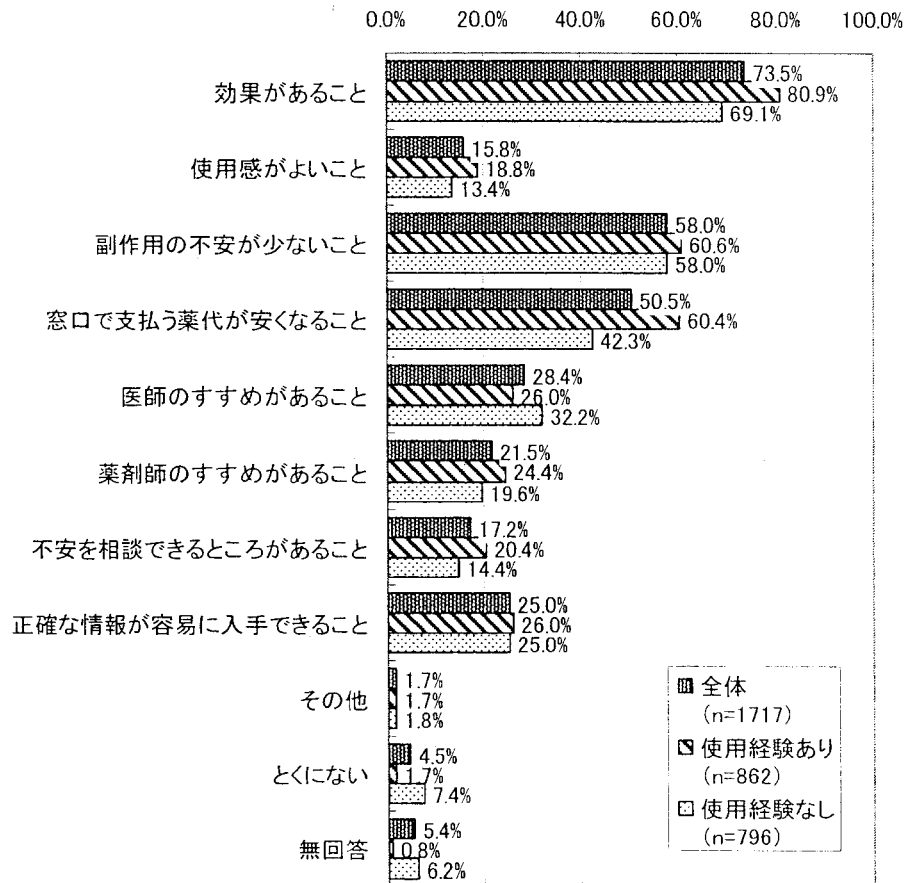
図表 104 後発医薬品の認知状況（男女別）



図表 125 後発医薬品使用に対する考え方（後発医薬品の使用経験別）



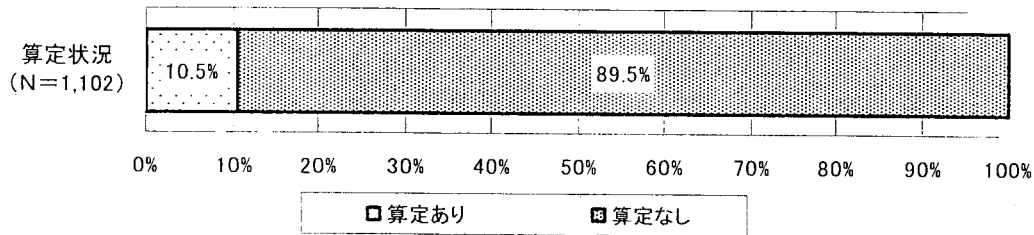
図表 130 後発医薬品を使用するにあたって必要なこと
 (複数回答、後発医薬品の使用経験の有無別)



4 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1
 (後期高齢者診療料の算定状況に係る調査)

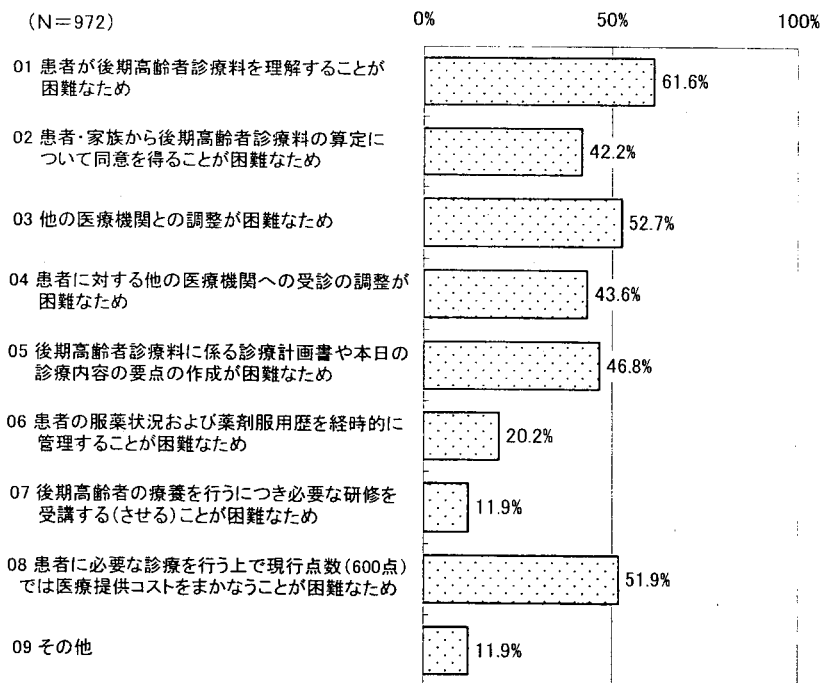
○ 後期高齢者診療料の算定状況

図表 1-6 後期高齢者診療料の算定状況



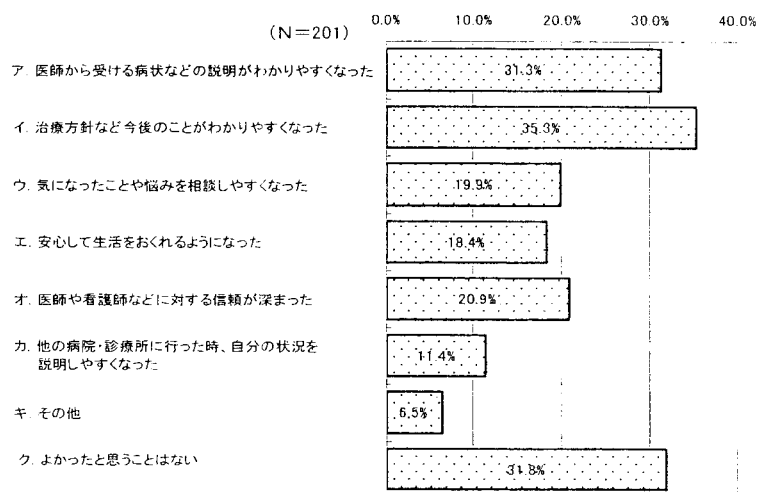
○ 後期高齢者診療料を1人も算定していない理由

図表 1-30 後期高齢者診療料を1人も算定していない理由(医療機関)



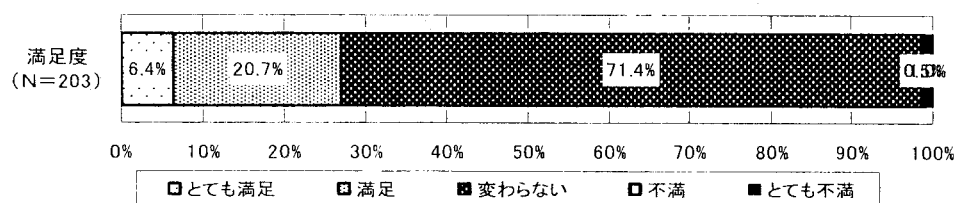
○ 後期高齢者診療料の算定後のよかった点

図表 2-27 後期高齢者診療料の算定後のよかった点(患者)



○ 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化

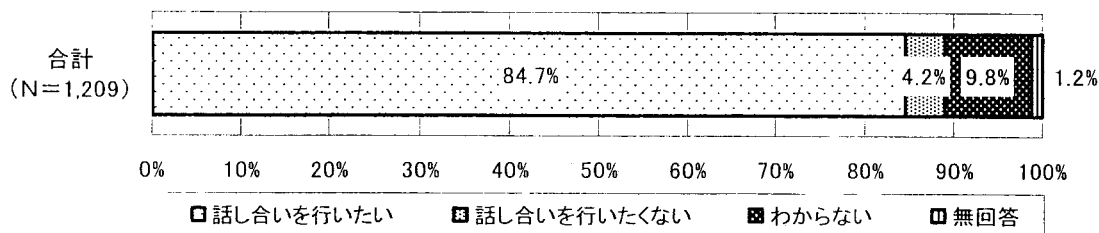
図表 2-33 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化
(患者)



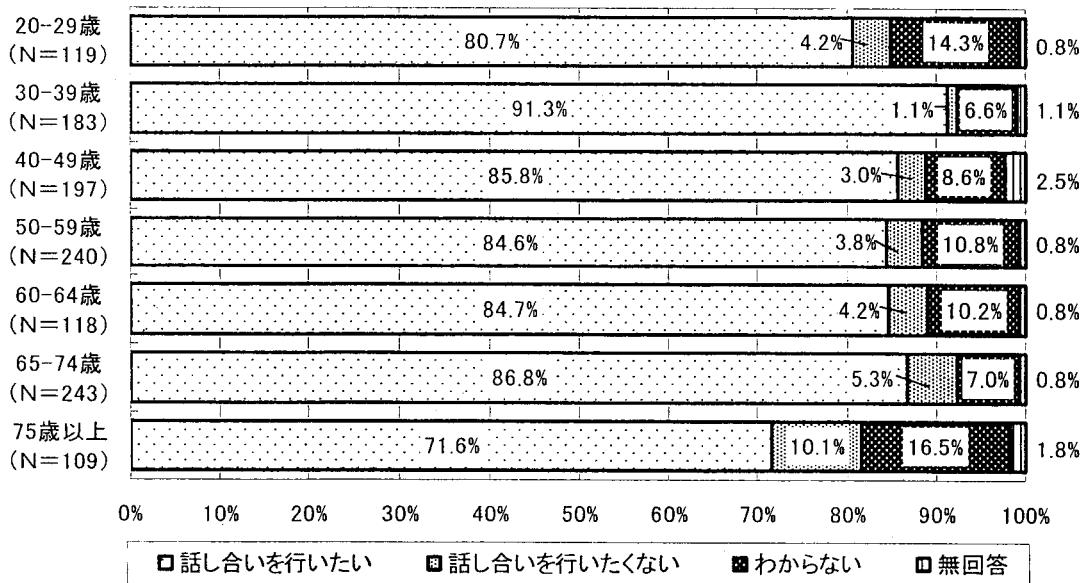
5 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2
 (後期高齢者終末期相談支援料に係る調査)

○ 終末期の治療方針等についての話し合いに関する意識(意識調査)

図表 3-9 終末期の治療方針等の話し合いの実施意向

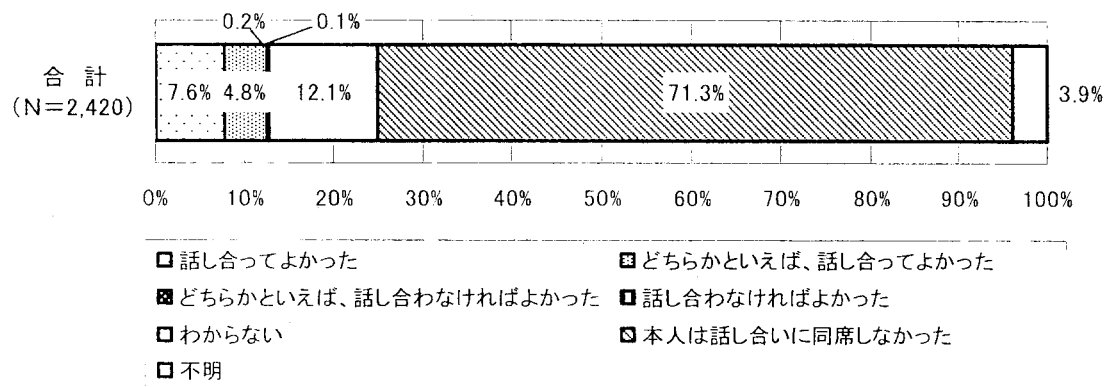


図表 3-10 年齢階層別にみた終末期の治療方針等の話し合いの実施意向

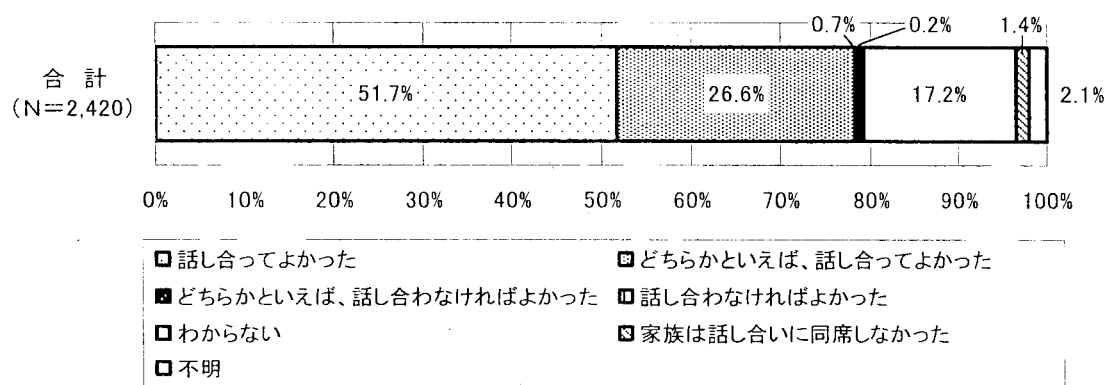


○ 話し合い後の患者・家族の状況(事例調査、回答者は医療機関のスタッフ)

図表 2-10 話し合い後の患者本人の様子



図表 2-11 話し合い後の家族の様子

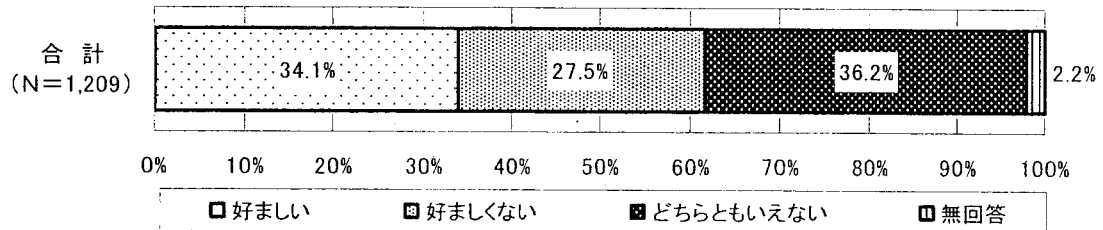


図表 2-12 話し合いが患者・家族へもたらした影響<複数回答>

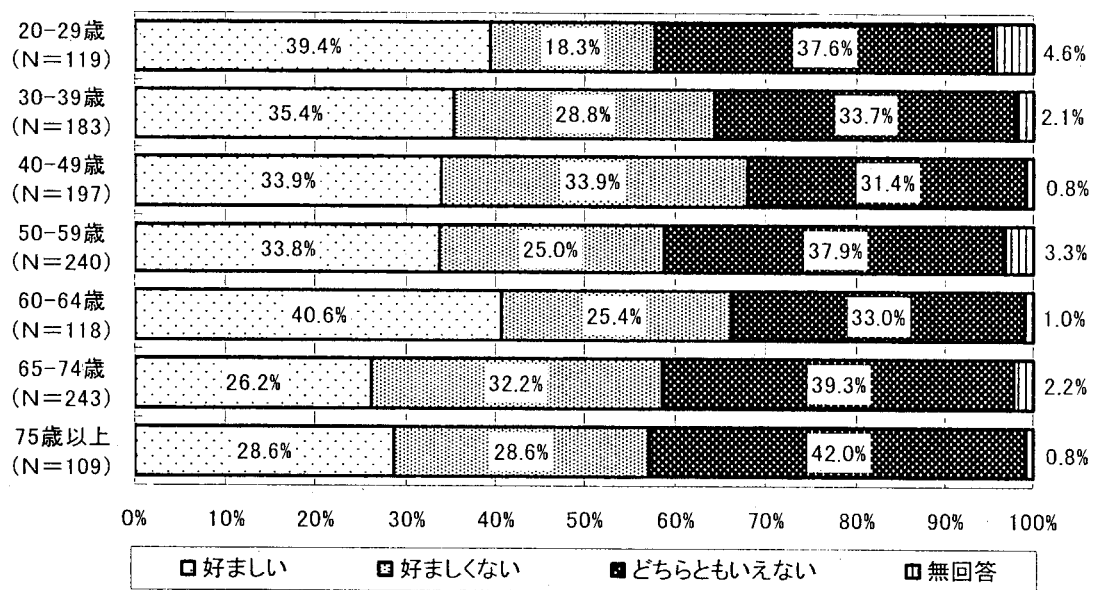
	事例数	割合
不安が軽減されたようだった	1,121 件	46.3%
患者にとってよりよい(自分らしい)決定に生かされたようだった	748 件	30.9%
医療提供者への信頼が深まったようだった	594 件	24.5%
患者と家族の間で思いが共有されたようだった	366 件	15.1%
家族の悲しみが深まったようだった	169 件	7.0%
迷いや混乱が生じたようだった	116 件	4.8%
医療提供者への不信感をもったようだった	26 件	1.1%
患者の元気がなくなったようだった	18 件	0.7%
その他	132 件	5.5%
特になし	473 件	19.5%
総 数	2,420 件	100.0%

○ 終末期の治療方針等についての話し合い等に対する費用の支払いに関する意識(意識調査)

図表 3-17 公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識



図表 3-18 年齢階層別にみた公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識



平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(平成20年度調査)の結果について

平成21年5月20日
中央社会保険医療協議会
診療報酬改定結果検証部会

1 特別調査(平成20年度調査)の実施について

診療報酬改定結果検証部会(以下、「検証部会」という。)では、平成20年5月21日に策定した「平成20年度診療報酬改定結果検証特別調査項目について」に掲げられた特別調査10項目のうち、平成20年度早急に着手する項目として、次の5項目を選定し、調査を行った。

- (1) 病院勤務医の負担軽減の実態調査
- (2) 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査
- (3) 後発医薬品の使用状況調査
- (4) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1
- (5) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2

この特別調査は外部委託により実施することとし、実施に当たっては調査機関、検証部会委員、関係者等により構成された「調査検討委員会」における具体的な調査設計及び集計、分析方法の検討を経て行った。調査結果については、調査報告書案として平成21年4月22日に開催した当検証部会に報告を行い、その評価についての検討を行った。その結果を取りまとめたので以下に報告する。

2 「病院勤務医の負担軽減の実態調査」の結果について

(1) 調査の目的

病院勤務医の負担軽減策の取組み状況等の把握、および病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の把握を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

平成 20 年 7 月 1 日現在で「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかの施設基準の届出をしている病院、1,151 施設に対し、平成 20 年 12 月に調査票を発送。

<医師責任者調査・医師調査>

調査対象となった病院における診療科責任者及び医師を調査対象とした。1 施設当たり医師責任者最大 8 名（各診療科につき 1 名×最大 8 診療科）、医師最大 24 名（各診療科につき 3 名×最大 8 診療科）。

(3) 回収の状況

<施設調査>

発送数：1,151 施設 回収数：516 施設（回収率 44.8%）

<医師責任者調査・医師調査>

医師責任者 2,389 件、医師 4,227 件

(4) 主な結果

<施設調査>

- 施設基準の届出状況についてみると、調査対象施設のうち「入院時医学管理加算」については 14.3%、「医師事務作業補助体制加算」については 65.7%、「ハイリスク分娩管理加算」については 60.1%の施設が「届出をしている」と回答。（5 ページ：図表 2）
- 病院勤務医の負担軽減策として、「医師・看護師等の業務分担」をはじめ 5 つの負担軽減策を設定し、当該施設の取組状況をきいたところ、「医師事務作業補助体制」に 77.1%、「連続当直を行わない勤務シフト」に 71.9%、「医師・看護師等の業務分担」に 56.4%、「当直後の通常勤務に係る配慮」に 45.2%、「短時間正規雇用の医師の活用」に 25.4%が「取り組んでいる」と回答した。（34 ページ：図表 37）

- ・ 医師への経済面での処遇改善について、45.0%の施設が「改善した」と回答し、53.7%の施設が「変わらない」と回答した。(45 ページ：図表 48)
「改善した」施設のうち 36.2%が基本給を増やしたと回答し、75.4%が手当を増やしたと回答した。(46 ページ：図表 49)
- ・ 特定の診療科に勤務する医師に対して手当を増やしたと回答した施設について、手当を増やした特定の診療科の内容をみると、「産科又は産婦人科」の 78.7%が最も多かった。(51 ページ：図表 54)

<医師責任者調査・医師調査>

- ・ 直近 1 週間の平均実勤務時間は、医師責任者で 58.0 時間、医師で 61.3 時間と回答。
医師の平均勤務時間を科別で見ると、最も長いのが救急科で 74.4 時間、最も短いのが精神科で 51.1 時間であった。(90、91 ページ：図表 105、106)
- ・ 平成 20 年 10 月における 1 か月あたり当直回数は、医師責任者で平均 1.61 回、医師で平均 2.78 回であった。〔平成 19 年 10 月 医師責任者 平均 1.75 回、医師 平均 2.92 回〕
特に「産科・産婦人科」においては、医師責任者で平均 2.90 回、医師で 4.51 回、〔平成 19 年 10 月 医師責任者 平均 3.25 回、医師 4.75 回〕
「救急科」においては、医師責任者で平均 2.73 回、医師で 5.48 回であった。〔平成 19 年 10 月 医師責任者 平均 3.13 回、医師 5.65 回〕(92、94 ページ：図表 107、109)
- ・ 平成 20 年 10 月における 1 か月あたり連続当直回数は、医師責任者で平均 0.07 回、医師で平均 0.13 回、平成 19 年 10 月における平均回数とほぼ同じであったが、「産科・産婦人科」においては、医師責任者で平均 0.29 回、医師で平均 0.40 回（平成 19 年 10 月における平均回数は医師責任者 0.40 回、医師 0.47 回）であった。(96、98 ページ：図表 111、113)
- ・ 各診療科における入院・外来診療に係る業務負担の変化について「軽減した」と回答した医師責任者は、入院では 7.3%、外来では 6.0%である一方で、「増加した」は、それぞれ 43.3%、38.3%であった。
また、施設における各勤務医負担軽減策の取り組みの有無別に見ると、すべての取り組みで、「取り組んでいる」施設の医師責任者の方が「取り組んでいない」施設の医師責任者より「軽減した」と回答した割合がやや高かったものの、大きな差は見られなかった。(103、107 ページ：図表 118、123)
- ・ 各診療科における医師の勤務状況の変化について、医師責任者の 16.8%が

「改善した」又は「どちらかという改善した」と回答した一方、41.3%が「変わらない」、40.8%が「どちらかという悪化した」又は「悪化した」と回答。(111 ページ：図表 128)

- ・ 医師責任者に対して、取り組んでいる勤務負担軽減策として9つの項目を設定し、その効果について質問したところ、「効果があった」及び「どちらかといえば効果があった」との回答が6割を超えたのは、「医師事務作業補助者の配置」(72.8%)、「常勤医師の増員」(70.7%)、「非常勤医師の増員」(67.8%)、「医師業務看護師等コメディカルへの移転」(66.4%)、「連続当直を行わない勤務シフト体制」(64.8%)であった。(123 ページ：図表 140)
- ・ 医師への経済面での処遇改善について、基本給では6.8%の医師責任者が増えたと回答。診療科別の基本給では、増額したと回答したのは脳神経外科 11.3%、産科・産婦人科 10.2%、整形外科 6.9%の順である。(124 ページ：図表 141)
- ・ 手当については、医師責任者の10.9%が増えたと回答。診療科別の手当では、増額したのは産科・産婦人科 19.9%、脳神経外科 14.4%、救急科 14.0%、小児科 14.0%の順。(125 ページ：図表 142)
- ・ 医師個人の1年前と比較した勤務状況の変化については、医師責任者の13.2%が「改善した」又は「どちらかという改善した」と回答した一方、47.7%が「変わらない」、37.8%が「どちらかという悪化した」又は「悪化した」と回答。

また、医師は14.3%が「改善した」又は「どちらかという改善した」と回答した一方、49.8%が「変わらない」、34.8%が「どちらかという悪化した」又は「悪化した」と回答。(126 ページ：図表 143)
- ・ 日常業務において医師が負担が最も重いと感じている業務を一つ選択する質問については、医師責任者では「病院内の診療外業務」が24.0%、「外来診療」が23.4%であり、医師では「当直」が30.6%、「外来診療」が20.9%であった。(139、140 ページ：図表 156、157)
- ・ 医師にとって負担が重いと感じる具体的な業務について、12の項目を設定した上で選択する質問(複数選択可)では、医師の50.8%が「診断書、診療録・処方せんの記載」、44.2%が「主治医意見書の記載」、29.0%が「検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明」、27.6%が「診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力」と回答。(142 ページ：図表 160)
- ・ 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度について、医師責任者の42.2%、

医師の69.9%が「知らない」と回答。(143ページ：図表161)

- ・ 業務分担が進んだ項目として12の項目を設定した上で医師責任者及び医師に対して業務分担が進んだかどうか尋ねたところ、医師責任者及び医師ともに、「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」については約3割、「主治医意見書の記載の補助」については約2割が「進んだ」旨回答した。

また業務分担の軽減上の効果について「効果があった」又は「どちらかといえば効果があった」との回答が6割以上であったのは、①「静脈注射および留置針によるルート確保」、③「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」、④「主治医意見書の記載の補助」である。いずれの項目においても、「医師責任者」に比べ「医師」の方が「効果があった」等の割合が少なかった。(145～160ページ：図表163～166、168、170、172～178)

(5) 検証部会としての評価

本調査では、医師の勤務時間や当直回数、処遇状況や負担軽減策の実施状況等について詳細な情報を提供してくれた。自由記載部分も含め今後のとるべき方策に大いに示唆を与えるものである。

ただし、本調査の対象は「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」及び「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかを算定している施設であり、得られた結果についてはその点を留意する必要がある。これらの施設は比較的医療資源が豊富であると思われる施設であり、全ての施設において同様に普及していると受け取るべきではない。また、1年前と比較して医師個人の勤務状況に関して、医師責任者の場合13.2%が「改善した」「どちらかといえば改善した」と回答し、37.8%が「悪化した」「どちらかといえば悪化した」と回答している。医師の場合14.3%が「改善した」「どちらかといえば改善した」と回答し、34.8%が「悪化した」「どちらかといえば悪化した」と回答している。

調査結果が示すように、病院勤務医の状況はよいとは言えない。

病院勤務医の負担軽減は診療報酬の設定のみで解決できるものではないが、効果が認められる項目等が見受けられることに鑑みると、引き続き、診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減策を実施することが必要だと考えられる。

特に施設における病院勤務医の負担軽減策の取り組みの有無で、入院・外来診療に係る医師の業務負担には大きな差違は認められないが、実際に負担軽減策の一環として業務分担を進めている項目について「静脈注射および留置針によるルート確保」、「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」、「主治医意見書の記載の補助」等ある程度の効果が認められるものもある。特に、後者の二つは

多くの医師が負担だと感じている業務であり、それだけに業務分担の効果が大きく表れたと思われる。今後も引き続き更なる改善策の検討が必要だと考えられるが、その際には、現場の医師の方が医師責任者より業務分担の効果が小さいと受け止める傾向があることを踏まえ、より効果的な方策を検討する必要がある。

診療報酬の要件についてみると、まず「入院時医学管理加算」については、平成20年7月1日現在の施設基準の届出数が88施設と少ないことが指摘される。病院勤務医の負担軽減に繋がるように、施設基準の要件の見直し等について検討する必要があると考えられる。

また勤務医負担軽減に関する計画については、医師責任者及び医師の認知度が低く、施設を挙げての体系的な取り組みが求められる。

勤務医不足を背景に一部の施設では医師に対する経済面の処遇改善が実施されているが、基本給もしくは勤務手当が増額されたと回答した医師責任者はそれぞれ1割程度であった。また、基本給の増額より手当を充実させている施設が多いことがわかった。

3 「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査」の結果について

(1) 調査の目的

外来管理加算の意義付けの見直しによる医療機関及び患者への影響を把握することを目的とした。

(2) 調査対象及び調査の概要

<施設調査>

全国の一般病床数が 200 床未満の病院の中から無作為抽出した 1,500 施設及び全国の一般診療所の中から無作為抽出した 2,000 施設に対し、平成 20 年 11 月に調査票を発送。

<患者調査>

施設調査の対象となった施設に、「算定あり」2 名分及び「算定なし」2 名分の計 4 名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

<施設調査>

病院調査 発送数：1,500 施設 回収数：486 施設 (回収率 32.4%)

診療所調査 発送数：2,000 施設 回収数：585 施設 (回収率 29.3%)

<患者調査>

1,933 件

(4) 主な結果

<施設調査>

- ・ 外来管理加算を算定している医療機関は、病院 96.5%、診療所 87.9%であった。(16 ページ：図表 21)
- ・ 平成 20 年 4 月以降の外来管理加算の算定施設数は病院が 8 施設増加したが診療所は 39 施設減少した。主たる診療科別に見ると病院では内科が 10 施設、診療所でも内科が 6 施設増加したが、一方で、診療所の眼科では 29 施設、耳鼻咽喉科では 11 施設が減少していた。(17、18 ページ：図表 23、図表 25)
- ・ 外来管理加算算定患者 1 人あたりの平均診察時間は、病院 7.3 分、診療所 7.5 分であった。(20 ページ：図表 27)

- ・ 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響を把握するため、8つの項目についてどの程度あてはまるかを尋ねたところ、「より詳細に身体診察等を行うようになった」、「患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった」、「患者の疑問や不安を汲み取るようになった」の選択肢について2～3割の病院・診療所が「大いにあてはまる」又は「ややあてはまる」と選択したのに対し、「患者1人あたりの診療時間が長くなった」、「診療時間の延長が多くなった」、「患者の待ち時間が長くなった」の選択肢については3～4割の病院・診療所が「大いにあてはまる」又は「ややあてはまる」と選択した。(22、24、26、27、31、33、35 ページ：図表 30、31、33、37、39、45、48、51)
- ・ 望ましい「懇切丁寧な説明」の内容（「問診」、「身体診察」、「症状・状態/治療方針/処方薬についての説明」、「生活上の注意や指導」「悩みや不安・疑問への対応」等）について、病院 42.6%、診療所 49.6%が「項目毎に異なる頻度で実施すべき」を選択した。また、このうち「項目毎に異なる頻度で実施すべき」を選択した施設に対して、項目毎に実施すべき頻度をきいたところ、「毎回実施すべき項目」として「問診」を8割以上、「身体診察」を約7割の病院、診療所が選択した（複数回答）。(38 ページ：図表 52、53)

<患者調査>

- ・ （改定前の）3月以前と比べて4月以降の診療に関して変化があったかどうかを尋ねたところ、「問診・身体診察」や「症状・状態についての医師からの説明」等の診察内容について、（改定前の）3月以前と変わらないとした患者が、「算定あり」「算定なし」いずれについても約9割を占めた。(52～56 ページ：図表 67～71)
- ・ 外来管理加算の時間の目安については、回答のあった患者のうち、33.8%が「時間の目安は必要だ」を選択した一方、55.8%が「時間の目安は必要でない」を選択した。(77 ページ：図表 93)

また患者の属性毎の回答の違いを見ると、有効回答数が少ない場合もあるが、

- ・ 年齢階級別には、全ての年齢層で「必要でない」が「必要だ」を上回った。「必要だ」が多い年齢層の上位は順に「70～79歳」「60～69歳」「80歳以上」であり、「必要でない」が多い年齢層の上位は順に「30～39歳」「20～29歳」「40～49歳」であった(79 ページ：図表 97)、
- ・ 受診した診療科別には、「脳神経外科」「眼科」では「必要だ」が「必要でない」を上回り、その他の科では「必要でない」が「必要だ」を上回った(80

ページ：図表 98)、

- ・受診した病名別には「がん」では「必要だ」が「必要でない」を上回り、「白内障・緑内障」ではほぼ拮抗していた。その他の病名では「必要でない」が「必要だ」を上回り、特に「必要でない」の割合が高かったのは「花粉症などのアレルギー症」「皮膚炎・湿疹」「高脂血症」であった（81 ページ：図表 99)、

- ・「通院頻度」、「通院期間」、「診察内容満足度」では特段の特徴はなかった（82～84 ページ：図表 100～102)、

- ・「診察時間の長さ」では、「長すぎる」「長い」「ちょうどよい」と答えた患者では「必要でない」が「必要だ」を上回り、「短い」と答えた患者ではほぼ拮抗していた（84 ページ：図表 103)、

- ・「問診や身体診察の丁寧さ」については、「とても丁寧だった」「丁寧だった」「どちらともいえない」では「必要でない」が「必要だ」を上回り、「あまり丁寧ではなかった」ではほぼ拮抗していた（85 ページ：図表 104)、

- ・「説明内容の丁寧さ」については特段の特徴はなかったが、「説明内容理解度」において「あまり理解できなかった」と答えた患者では、特に「必要でない」の割合が高かった（86、87 ページ：図表 105、106)。

- ・施設側に対する望ましい「懇切丁寧な説明」の内容についての質問で、「全項目について、診療の都度、懇切丁寧な説明を毎回実施する」ことを選択したのは病院、診療所ともに 15.4%であり、一方患者側に対して「懇切丁寧な説明」についての要望を尋ねたところ、「通院ごとにすべての項目を実施してほしい」を選択したのは 12.4%であった。（38 ページ：図表 52（施設調査）、88 ページ：図表 107)

- ・施設側に対する頻度別に見た「懇切丁寧な説明」を実施すべき項目についての質問では、「毎回」では病院・診療所とも「問診」が、「定期的に」では病院では「生活上の注意や指導」、診療所では「治療方針についての説明」が、「患者が懇切丁寧な説明を求めた時」では病院・診療所とも「悩みや不安・疑問への対応」が、「医師が必要と判断した時」では病院では「治療方針の説明」、診療所では「処方薬についての説明」がそれぞれ最も多かった。一方患者側で「懇切丁寧な説明」を実施して欲しい項目としては、「通院毎」、「定期的」、「症状に変化があったときのみ」、「自分が求めたとき」のいずれの場合においても「症状・状態についての説明」が最も多かった。（38 ページ：図表 53（施設調査）、90 ページ：図表 108)

- ・一方で、患者側の調査で、「自分が求めたとき」に「算定あり」の患者で多

くあった項目としては「症状・状態についての説明」「治療方針についての説明」に次いで「悩みや不安の相談」であったが、他の患者では「悩みや不安の相談」の順位はこの場合より低かった。(90 ページ：図表 108)

(5) 検証部会としての評価

病院・診療所への調査では、外来管理加算の意義付けの見直しによって、加算を算定した施設数は診療所では内科が増えたものの眼科、耳鼻咽喉科が減少したため全体の算定施設数は減少した。病院では内科を中心に算定施設数は微増した。

また、病院、診療所における診療内容等について変化が見られたのは2～3割であり、一方で患者への調査では、総じて診療内容に変化があったと感じていないことが伺える。

しかしながら、病院・診療所への調査で変化が見られた選択肢のうち「患者に説明をより分かりやすく、丁寧に行うようになった」について「あてはまる」という回答が他の診療内容等に関する選択肢と比較してやや多い点については、医師の意識面で患者にとって望ましい変化が見られたことが伺える。

他方、病院・診療所への調査で「患者一人当たりの診察時間が長くなった」、「診療時間の延長が多くなった」、「患者の待ち時間が長くなった」の選択肢について「あてはまる」旨の回答が比較的多く、施設および患者の負担が増したと考える施設が一定数存在することが分かった。

時間の目安について、患者の3割強が「時間の目安は必要だ」と回答したのに対し、6割弱が「時間の目安は必要でない」と回答した点については、患者は全体的には時間よりも内容や質を重視していることの現れであると見受けられる。一方、患者の属性によっては「必要だ」が「必要ではない」を上回る、あるいはほぼ拮抗している場合や、逆に「必要ではない」の割合が特に高い場合もある。調査結果の有効回答数の規模に十分留意しつつ、患者の属性や状況に着目する必要があることを示唆している。

算定要件において、望ましい「懇切丁寧な説明」の内容が具体的に例示されているが、今後の議論の際には、

- ・医療側、患者側ともに、「全項目について、診療の都度、懇切丁寧な説明を毎回実施する」ことを10%台しか希望していないことや、
- ・例えば施設側では毎回実施するべき項目として「問診」、「身体診療」が多く挙げられているのに対し患者側では通院毎に実施してほしい項目として「症状・状態についての説明」が最も多く挙げられているなど、施設側と患者側で頻度別に見た“行われるべき「懇切丁寧な説明」の内容”が異なっていること、

を踏まえるべきである。

その際には、患者への調査で「自分が求めたとき」に実施してほしい項目こそ、患者のニーズがある項目と考えられるため、特に「算定あり」の患者で「悩みや不安の相談」の割合が比較的高いことに着目すべきである。

4 「後発医薬品の使用状況調査」の結果について

(1) 調査の目的

処方せん様式等の変更による後発医薬品の使用状況や、医療機関・医師、薬局及び患者の後発医薬品使用についての意識等を把握することを目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

全国の施設の中から無作為抽出した保険薬局 2,000 施設、診療所 2,000 施設、病院 1,000 施設に対し、平成 20 年 11～12 月に調査票を発送。

<医師調査>

調査対象となった病院における診療科の異なる 2 名の医師を調査対象とした。

<患者調査>

調査対象となった保険薬局に 65 歳以上と 65 歳未満でそれぞれ男女 1 名ずつ、計 4 名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

- | | | |
|-------|---------------------------------------|------------------------|
| ①保険薬局 | 発送数：2,000 施設 | 回収数：944 施設 (回収率 47.2%) |
| | (様式 2 に記載された処方せん枚数 7,076 枚 (435 薬局分)) | |
| ②診療所 | 発送数：2,000 施設 | 回収数：733 施設 (回収率 36.7%) |
| ③病院 | 発送数：1,000 施設 | 回収数：326 施設 (回収率 32.6%) |
| ④医師 | 回収数：431 人 | |
| ⑤患者 | 回収数：1,717 人 | |

(4) 主な結果

<保険薬局調査>

- 平成 20 年 1 月から 12 月の各月の後発医薬品調剤率をみると、わずかながらも増加傾向がみられるとともに、標準偏差についても若干減少している傾向がみられる。(10 ページ：図表 9)
- 薬局で受け付けた処方せんの発行医療機関のうち、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある医療機関の割合が 24.0%であった。(12 ページ：図表 11)
- 平成 20 年 12 月 1 か月間の処方せんにおける、1 品目でも後発医薬品を調

剤した処方せんの割合は 44.0%であった。(17 ページ：図表 17) また「後発医薬品への変更不可」欄の処方医の署名は、「署名なし」が 65.6%、「署名あり」が 34.4%であった。(19 ページ：図表 19)

- ・ 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんのうち、1 品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せんの割合は 6.1% (平成 19 年度調査 8.2%) であった。(19 ページ：図表 20 ※) 先発医薬品から後発医薬品への変更が出来なかった理由として、「処方せんに記載された全ての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていない」が 10.2%、「患者が希望しなかった」が 8.9%であった。(19 ページ：図表 20)

(※平成 19 年度調査では「後発医薬品への変更可」欄に署名等があった処方せんの割合は 17.4%であった。したがって、「医師が後発医薬品への変更を認め、かつ、薬局で 1 品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん」の割合は、平成 19 年度調査では 1.4% (17.4%×8.2%) であったが、今回の調査では 4.0% (65.6%×6.1%) であった。)

- ・ 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合は、「10%未満」と回答した薬局が 37.5%と最も多かった。(24 ページ：図表 27)

また、後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合が「10%未満」と回答した薬局が 24.2%と最も多かったが、他のいずれのカテゴリも 10%程度から 17%程度の間で回答割合があり、ばらつきが見られた。(25 ページ：図表 28)

- ・ 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、37.5%の薬局が「薬剤料等 (患者自己負担額) の差額が小さいから」、35.6%の薬局が「後発医薬品に対する不安がある」と回答。(26 ページ：図表 29 (単数回答))
- ・ 後発医薬品調剤に関する考え方について、33.5%の薬局が「あまり積極的には取り組んでいない」と回答し、その理由として「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」、「近隣医療機関が使用に消極的なため」がそれぞれ 40.2%と最も多かった。(41 ページ：図表 46、47 (複数回答))
- ・ 12/8～12/14 の 1 週間に後発医薬品に変更して調剤された処方せんの薬剤料の変化をみると、記載銘柄で調剤した場合の薬剤料は 754.5 点であるが、実際に調剤した薬剤料は 582.2 点であり、記載銘柄で調剤した場合の 77.2%となっていた。(43 ページ：図表 49)

<診療所・病院・医師調査>

- ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、有床診療所、病院ともに「後発医薬品のあるものの一部を使用」が最も多い(それぞれ 39.0%、50.0%) (56 ページ：図表 66)。また、病院のDPC対応状況別にみると、「DPC対象病院」、「DPC準備病院」及び「DPC対応をしていない病院」における「後発医薬品があるものは積極的に使用」という回答割合は、それぞれ、17.6%、17.6%及び 36.3%であった。(57 ページ：図表 67)
- ・ 病院における外来患者への院内投薬又は院外処方せんを発行する際の対応方針として、「後発医薬品をほとんど使用しない」としている施設が、それぞれ 16.6%及び 4.9%あった。(61 ページ：図表 73、図表 74)
- ・ 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験について「ある」と回答した診療所の医師が 42.4%、病院勤務医が 35.5%であった。(65 ページ：図表 79) また、これらのうち「変更不可」欄に署名した処方せんの割合が 10%未満であった医師の割合は診療所で 42.2%、病院で 34.0%であったが、一方で 90%以上であった医師の割合が診療所で 38.8%、病院で 31.4%であり、医師の対応は両極化している。(65 ページ：図表 80)
また、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、診療所の医師、病院勤務医ともに約5割の医師が「品質が不安だから」(49.0%、51.0%)、約4割の医師が「先発医薬品を長く使用し信頼」(41.7%、40.5%)としている。このほか病院勤務医では「患者から強い要望があったから」(37.9%)、「効果や副作用の違いを経験したから」(28.1%)、「情報提供体制が不安だから」(26.8%)と続き、診療所の医師では「効果や副作用の違いを経験したから」(34.5%)、「どのような薬剤に調剤されるか心配」(30.6%)、「患者から強い要望があったから」(28.6%)となっていた(66 ページ：図表 81 (複数回答))
- ・ 医師の外来診療における後発医薬品の処方に関する考えは、「患者からの要望がなくても積極的に処方」が 10.2%、「患者からの要望があっても基本的に処方しない」が 14.7%であった。最も回答が多かったのは「特にこだわりがない」で 71.1%であった。(74 ページ：図表 91)
- ・ このうち、患者からの要望があっても後発医薬品は基本的に処方しないと回答した医師に、その理由をたずねたところ、「品質への疑問」(81.3%)、「効果への疑問」(66.7%)、「副作用への不安」(56.1%)等であった。(75 ページ：図表 92 (複数回答))

<患者調査>

- ・ 患者の72.3%は、後発医薬品を「知っている」と回答。(92 ページ：図表 104)
また患者の認知度は、年齢が高くなるに従って低くなる傾向がある。(93 ページ：図表 105)
- ・ 患者の61.2%は、医師や薬剤師から後発医薬品の「説明を受けたことがある」と回答。(98 ページ：図表 110)
- ・ 説明を受けた患者のうち、84.0%が説明された内容を「理解できた」と回答。(102 ページ：図表 114)
- ・ 後発医薬品の使用経験については、50.2%が「ある」と回答した一方、「ない」と回答した患者も46.4%であった。(105 ページ：図表 117)
- ・ 今後の後発医薬品使用に対する考えは、「できれば後発医薬品を使いたい」という患者が21.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が19.4%であった。最も回答が多かったのは「後発・先発医薬品にこだわらない」で40.1%であった。(111 ページ：図表 123) また、「できれば後発医薬品を使いたい」と回答した割合は、後発医薬品の使用経験のある人で31.4%、後発医薬品の使用経験がない人で11.2%であった。ただし、後発医薬品の使用経験のある人でも17.4%が「できれば先発医薬品を使いたい」と回答した。(113 ページ：図表 125) また後発医薬品を使用したことによる窓口での薬代の負担感に関する質問で「安くなった」を選択した患者では、「できれば後発医薬品を使いたい」と回答した割合は46.7%であり、「できれば先発医薬品を使いたい」と回答した割合は7.9%であった。一方で、薬代が「それほど変わらなかった」患者では、34.6%の患者が「できれば先発医薬品を使いたい」と回答し、「できれば後発医薬品を使いたい」とした患者は14.9%であった。(115 ページ：図表 127)
- ・ 後発医薬品の使用に必要なことを尋ねたところ、「効果があること」(73.5%)、「副作用の不安が少ないこと」(58.0%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(50.5%)の順で多かった。(118 ページ：図表 130 (複数回答))

(5) 検証部会としての評価

「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんのうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せんの割合は6.1%であるなど、後発医薬品の使用の広がりがあまり感じられない。33.5%の薬局が後

後発医薬品調剤について「あまり積極的は取り組んでいない」と回答し、その理由として「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」、「近隣医療機関が使用に消極的なため」という回答が多く、また「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、約5割の医師が「品質が不安だから」と回答するなど、薬局も医療機関・医師もまだ後発医薬品に関する理解不足や不信があり、それを解消させる必要があると考えられる。

医療機関・医師についてみれば、医師の処方行動について見ると、必ずしも後発医薬品の使用に消極的であるとの印象は受けないが、一部の医療機関や医師において、後発医薬品を使用しないとの強い意思表示をしていることが見受けられる。保険医療機関及び保険医療費担当規則等において、投薬等を行うに当たって後発医薬品の使用を考慮する努力義務を規定していることを踏まえると、当該規定の周知や必要な指導などの対応が必要である。一方で、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、品質への不安や効果や副作用の違いを経験したとする医師が多いことは重視すべきである。

他方薬局についていえば、「医師が後発医薬品への変更を認め、かつ、薬局で1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん」の割合はまだ高くないものの、以前よりは高まっている。

しかしながら、処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ患者が希望しない等の理由がないにも関わらず、薬局において後発医薬品に変更していない割合が、74.8%とかなり高い。この数字には、薬局が一度先発医薬品を後発医薬品に変更し、これを受けて処方医が当該後発医薬品に切り替えて処方している場合も含まれるが、このことを考慮しても、薬局における変更割合は未だ低いものと考えられる。その理由については在庫がなかった、あるいは患者に説明しなかった等が推測されるが、明確ではなく、後発品の使用に関するボトルネックが薬局にあるものと推測される。薬局側が後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない理由として、「品質に疑問」「安定供給体制が不備」「近隣医療機関が使用に消極的」「効果に疑問」等を挙げているが、そうした説明が納得のいくものであるかどうかも含め、更に踏み込んで後発医薬品に変更していない原因を究明する必要がある。

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則において、後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者に対する後発医薬品に関する説明義務及び調剤の努力義務を規定していることを踏まえると、調査結果からは、薬局における後発医薬品についての説明及び調剤が十分でないと考えられ、当該規定の周知や必要な指導などの対応が必要である。

患者側に目を転じると、まずは後発医薬品の認知自体を進めていくことが課題ではないかと考えられる。特に年齢が高い患者ほど後発医薬品の認知度が低くなる傾向がある。後発医薬品に関する医師や薬剤師からの説明は患者の後発医薬品の認知や理解に重要な役割を果たしていることに鑑み、医師や薬剤師の間での後発品の利用促進に関する意識を高めていく必要がある。

また患者にも後発医薬品に対する完全な信頼はまだなく、漠然とした不安感のようなものがあるように見受けられる。後発医薬品使用に対する考え方において、「使用経験あり」の患者の「できれば後発品を使いたい」という割合が「使用経験なし」の患者より高いことから、実際の利用が後発医薬品の積極的な使用につながる面があると考えられる。また、薬代が安くなった患者における後発品使用の意向の相対的な高さを踏まえると、実際の経済的な負担についても後発医薬品の選択につながるのではないかと考えられる。

他方、後発医薬品を使用するにあたって必要なこととして、「効果があること」、「副作用の不安が少ないこと」といった回答の割合は後発医薬品の使用の満足度の如何にかかわらず高いことから、更なる後発医薬品の信頼性の向上に努めるべきである。

以上のことに加え、現在、保険者が被保険者に対して「ジェネリック希望カード」の配布等を進めていることを踏まえると、平成 21 年度においても継続調査を実施した上で、後発医薬品の使用が低調である要因をさらに調査する必要がある。

5 「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1」の結果について

(1) 調査の目的

「後期高齢者診療料」の算定状況及び改定後の治療内容の変化、後期高齢者診療計画書の作成状況、並びに「後期高齢者診療料」の算定を受けた患者の理解度及び満足度の把握等を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中から無作為抽出した 3,500 施設に対し平成 20 年 11 月に調査票を発送。

<患者調査>

調査の対象施設に5名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

<施設調査>

発送数：3,500 施設 回収数：1,112 施設（回収率 31.8%）

<患者調査>

206 件

(4) 主な結果

<施設調査>

- ・ 回答医療機関のうち後期高齢者診療料を算定している医療機関は、10.5%であった。「算定あり」の医療機関は「算定なし」の医療機関と比較して、在宅療養支援診療所である割合が高かった。（5ページ：図表 1-6、1-7）
- ・ 算定患者の通院回数や検査頻度などについて改定前後で「変化なし」と回答した施設が、いずれの主病においても75%前後から85%前後を占めている。また「3ヶ月間の総通院回数」、「検尿の頻度」、「血液検査の頻度」、「心電図検査の頻度」については「増加」に比べて「減少」を選択した割合が多い一方、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」は「減少」に比べて「増加」を選択した割合が多い。その理由としては、「減少」が多かった項目のうち「検尿の頻度」、「血液検査の頻度」、「心電図検査の頻度」については「必要な検査等の見直しを行ったため」が多く、「3ヶ月間の総通院回数」については「定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなった

め」が多く選択されている一方で、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」については「必要な検査等の見直しを行ったため」と「定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」が多く選択されていた。(9~14 ページ：図表 1-15、1-16)

- ・ 後期高齢者診療料の算定にかかる効果について、「ほとんど効果はない」と回答した施設が 3 割前後あるが、「患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと」や「患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと」については「きわめて効果がある」と「やや効果がある」を回答した施設をあわせるとそれぞれ 33.4%、37.5%あり、これら 2 つの項目については、算定患者を今後増やす予定の施設においても効果があるとしている割合が大きい。(15 ページ：図表 1-19、1-20)
- ・ 後期高齢者診療計画書の平成 20 年 8 月から 10 月の 3 ヶ月間の平均交付回数は、いずれの主病においても 1 回前後であった。また、計画書の記載に要する時間は平均 11.79 分であった。(17、18 ページ 図表 1-24、1-25)
- ・ 後期高齢者診療料を 1 人も算定していない施設が、算定を行っていない理由として、「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」、「他の医療機関との調整が困難なため」、「患者に必要な診療を行う上で現行点数(600 点)では医療提供コストをまかなうことが困難なため」が上位を占めた(複数回答)。(22 ページ：図表 1-30)

<患者調査>

- ・ 患者調査において、後期高齢者診療料の算定前後の通院回数、通院施設数、検査回数、処方薬数、診療時間のいずれについても、「変わらない」を選択した患者が 8 割弱~約 9 割を占めた。(27~31 ページ：図表 2-11、2-15、2-17、2-20、2-23)
- ・ 後期高齢者診療料の算定後のよかった点として、35.3%の患者が「治療方針などの今後のことがわかりやすくなった」、31.3%が「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」を選択した一方、31.8%が「よかったと思うことはない」を選択した(複数回答)。(33 ページ：図表 2-27)
- ・ 後期高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点として、49.7%の患者が「気になったり疑問に思ったことはない」とし、次いで 33.3%が「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」を選択した。(34 ページ、図表 2-29)

- ・ 後期高齢者診療料の算定後に満足度が「とても満足」又は「満足」と思うようになったと回答した患者を合わせると 27.1%であった。その者が感じてよかったと思うこととしては約6割強が「治療方針など今後のこと」や「医師から受ける症状などの説明」がわかりやすくなったことを選択した。一方、後期高齢者診療料の算定後に満足度が「変わらない」と回答した患者が 71.4%であった。(36 ページ：図表 2-33、2-35)

(5) 検証部会としての評価

後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関に対し調査を行ったが、実際には約9割が算定していなかった。理由としては、患者が後期高齢者診療料を理解することが困難な点や患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難な点、他の医療機関との調整が難しい点、あるいはコスト面での理由が指摘されており、今後の課題であると考え。また在宅療養支援診療所での算定割合の比率が高い点については、75歳以上の患者が外来患者で多い、あるいは他の医療機関との連携に積極的な傾向があるといった理由が推測される。

施設調査で、後期高齢者診療料を算定している場合において、算定前後での縦通院回数や検査回数の頻度については「変化なし」が約7～8割を占めている。また患者調査でも算定前後での通院回数、通院施設数、検査回数、処方薬数、診療時間のいずれについても「変わらない」との回答が多い。一方で、施設調査では縦通院回数や機械を用いた検査回数の減少、生活機能検査や身体計測の増加といった傾向が見られる。減少や増加の理由として「定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」、あるいは「必要な検査の見直しを行ったため」が比較的多く挙げられている。

また、患者調査において算定後の「よかった点」について、「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」等だけでなく、「よかったと思うことはない」という割合も高く、よくなったという受け止めとそうでもない受け止めが混在している。一方で満足度について、患者の 71.4%が「変わらない」と回答し、「不満」「とても不満」という回答が少なかった。

また患者調査において「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」という回答が多かったことや、施設調査で計画書の記載に要する時間は平均 11.79 分であったことは今後の検討に有益な情報となる。

一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかった。これは当該制度から生ずる患者の利益、不利益は一定期間継続された医師・患者関係の下で表れるという性格のも

のであるため、制度発足から間もない時点での調査では限界があったのではないかと考えられる。

6 「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2」の結果について

(1) 調査の目的

「後期高齢者終末期相談支援料」の算定状況、終末期の診療方針等についての話し合いの実施状況、及び終末期の話し合いや「後期高齢者終末期相談支援料」に関する国民の意識の把握等を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査及び事例調査>

全国の病院の中から無作為抽出した 1,700 施設、全国の在宅療養支援診療所の中から無作為抽出した 850 施設及び全国の内科系の診療科目を標榜する診療所 850 施設の計 3,400 施設を対象に平成 20 年 11 月に施設調査票及び事例調査票を発送。

<意識調査>

年齢層別層化後、人口構成比により無作為抽出を行った 20 歳以上の 2,000 人を対象とした。

(3) 回収の状況

<施設調査>

病院 発送数：1,700 施設 回収数：478 施設（回収率 28.1%）

診療所 発送数：1,700 施設 回収数：471 施設（回収率 27.7%）

<事例調査>

病院 2,213 件（136 施設）

診療所 207 件（70 施設）

<意識調査>

発送数：2,000 件 回収数：1,209 件（回収率 60.5%）

(4) 主な結果

<施設調査>

- ・ 終末期の診療方針等の話し合いについては、病院の 43.7%、在宅療養支援診療所の 52.3%及びその他の診療所の 21.8%が「実施している」と回答した。そのうち話し合い結果を取りまとめた文書を「一部提供している」又は「全て提供している」を選択した回答をあわせると、病院 32.1%、在宅療養支援診療所 18.8%及びその他の診療所の 16.0%となっている。（6、8ページ：図

表 1-8、1-11)

- ・ 平成 20 年 4 月～9 月までに 75 歳以上の患者に文書提供をしたと回答した 61 施設のうち、10 施設が後期高齢者終末期相談支援料を「算定した」を選択した。(10 ページ：図表 1-14)
- ・ 後期高齢者終末期相談支援料に関する意見として、話し合いを実施している施設において、病院の 40.2%、在宅療養支援診療所の 23.2%、その他の診療所の 21.4%が「診療報酬で評価することは妥当である」を選択し、病院の 29.7%、在宅療養支援診療所の 33.0%、その他の診療所の 14.3%が「終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきではない」を選択する一方、病院の 5.3%、在宅療養支援診療所の 6.3%、その他の診療所の 10.7%は「診療報酬で評価するのは時期尚早である」、病院の 22.0%、在宅療養支援診療所の 38.4%、その他の診療所の 39.3%は「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」を選択した。また話し合いを実施している病院の 55.5%、在宅療養支援診療所の 40.2%、その他の診療所の 28.6%が「75 歳以上に限定せず実施すべきである」、病院の 49.3%、在宅療養支援診療所の 31.3%、その他の診療所の 17.9%が「終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき」を選択し、病院の 23.4%、在宅療養支援診療所の 15.2%、その他の診療所の 7.1%が「後期高齢者終末期相談支援料の点数(200 点)が低すぎる」を選択した。以上の結果はすべて話し合いを実施している施設による回答をまとめたものだが、話し合いを実施していない施設における回答は多くの項目でそれとは違っていた。(複数回答)(12 ページ、図表 1-17)

<事例調査>

- ・ 事例調査において、平成 20 年 4 月～9 月に行われた話し合いの回数をみると「1 回」(42.1%)が最も多かった。話し合い当たりの平均時間は 28.6 分(1 回目)であったが、後期高齢者終末期相談支援料の算定患者のみでみると、53.6 分(1 回目)であった。(17 ページ：図表 2-6、2-7)
- ・ 話し合いに参加した職種をみると、「親族」が 94.6%と最も多く、次いで「自院の医師」88.3%、「自院の看護職員」74.0%、「患者本人」17.7%であった。(18 ページ：図表 2-8)
- ・ 話し合い後の患者本人や家族の様子についての設問で、「本人が話し合いに同席しなかった」と回答した事例が 7 割を超えていた(71.3%)。その残り(本人が話し合いに同席した場合)のうち、話し合い後の本人の様子について、「話

し合ってよかった」(7.6%) 又は「どちらかといえば、話し合ってよかった」(4.8%) と、「わからない」(12.1%) がほぼ半々であった。一方で話し合い後の家族の様子については、78.3%が「話し合ってよかった」又は「どちらかといえば、話し合ってよかった」を選択した。(20 ページ：図表 2-10、2-11)

- ・ 話し合いが患者・家族へもたらした影響として該当する項目を複数選択してもらったところ、「不安が軽減されたようだった」46.3%、「患者にとってよりよい(自分らしい)決定に生かされたようだった」30.9%、「医療提供者への信頼が深まったようだった」24.5%という回答を得た。(20 ページ、図表 2-12 (複数回答))

<意識調査>

- ・ 終末期の治療方針等の話し合いについて 84.7%が「話し合いを行いたい」を選択した。(24 ページ：図表 3-9)
- ・ 「話し合いを行いたい」を選択した方々に、「話し合いの内容として」どのようなことを希望するかについて該当する項目を複数選択してもらったところ、「予測される症状の変化の説明」(89.6%)、「病状の変化に対応した医療上の対処方法」(86.6%)、「家族にかかる具体的負担の説明」(74.6%)、「費用についての相談・希望」(69.4%)、「介護や生活支援についての相談・希望」(53.9%)、「療養場所についての相談・希望」(52.4%)、「最期の時の迎え方の相談・希望」(46.7%)、「延命に関する相談・希望」(39.5%) という回答が得られた。(25 ページ：図表 3-11 (複数回答))
- ・ さらに「話し合いを行いたい」を選択した方々に、「話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供」の希望について質問をしたところ、72.3%が「希望する」を選択した一方で、12.2%が「希望しない」を選択した。(26 ページ：図表 3-13)
- ・ 「医師や看護師、その他の医療従事者が、重い病気などで治る見込みのない患者との間で終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われること」についての質問に対して、診療費が支払われることは「好ましい」34.1%、「好ましくない」27.5%、「どちらともいえない」36.2%という結果になった。(28 ページ：図表 3-17)
- ・ 「好ましい」を選択した方に対して、相談料の設定を「75 歳以上という年齢に制限すること」についての考え方を尋ねたところ、「年齢区分は必要ない」

69.2%、「75歳以上という年齢区分が妥当」17.2%、「別の年齢区分を設けるべき」3.9%という回答であった。(29 ページ：図表 3-19)

(5) 検証部会としての評価

一般国民に対する意識調査においては、終末期の治療方針等について「話し合いを行いたい」割合が84.7%と高かったが、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについて好ましいと答えた者は34.1%、好ましくない27.5%、どちらともいえない36.2%、と意見が分かれた。好ましいと答えた者の69.2%が、「年齢区分は必要ない」と答えていたことは注目に値する。また、実際に話し合いが患者や家族にもたらした影響として、「不安が軽減された」「よりよい決定に生かされたようだった」等のプラスの影響が比較的多く見られたことも指摘できる。

しかしながら、話し合いへの参加について、事例調査において患者本人の参加が17.7%とさほど高くなく、話し合いの実際と一般国民の意識の違いが見られた。また、一般国民に対する意識調査で文書の提供を「希望する」割合が72.3%と高い一方で、施設調査では、「文書は提供していない」割合が高く、医療機関側と一般国民の意識とのずれも明らかになった。

施設調査において、後期高齢者終末期相談支援料に関し該当する考えを尋ねた設問で、例えば「後期高齢者終末期相談支援料の点数(200点)が低すぎる」という選択肢について選んだ割合が、話し合いを実施している機関でも、病院で23.4%、在宅療養支援診療所で15.2%、その他の診療所で7.1%であるなど、医療機関の種別や、終末期の診療方針等の話し合いの実施の有無により様々な意見に分かれているなど、回答施設の属性により評価が分かれる傾向が見られた。

平成20年7月より後期高齢者終末期相談支援料については凍結措置が講じられているが、一般国民に対する意識調査において、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについては、「好ましい」「好ましくない」「どちらともいえない」がほぼ拮抗していることも踏まえ、そのあり方については今後とも引き続き検討を行う必要がある。

本調査では、終末期の治療方針等の話し合いに関して施設調査、事例調査、意識調査を行った。その意義は大きく、今後この問題を検討するにおいて参考すべき事柄を多く提供してくれた。紹介した結果のみならず、最後につけた自由回答意見にも目を向けるべきである。

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

(平成20年度調査)の結果報告書について

- 標記報告書につきましては、分量が多い(750ページ程度)ことから、当日配布とさせていただきました。
- なお、報告書は、以下の URL に掲載しておりますので、必要に応じてご参照いただければ幸いです。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0520-4.html>

終末期相談支援料について

ねらい:ご本人の望む納得のいく診療方針で、残された日々を充実した形で過ごすことの実現。本人の希望する診療内容等を医療関係者等で共有

内 容:あくまでもご本人の同意のもと、医師が、診療方針等について話し合いを行い、文書にまとめ、ご本人に提供した場合に、2,000円を1回に限り算定(入院患者は退院時又は死亡時に算定)

しかしながら、

- 医療費の抑制を目的とするものではないかとの誤解
- 患者・家族に選択を迫ることにつながるのではないかとの不安



H20. 7. 1～ 算定を凍結

- 終末期における相談支援の実態に関する検証を実施。
- 対象を75歳未満の方に引き下げることも含め、今後検討。

高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等について（抄）

平成20年6月12日

政府・与党

新たな高齢者医療制度は、これまでの老人保健制度の問題点を解決すべく、長年にわたり、多くの関係者が議論を積み重ねた上で、国民皆保険制度を将来にわたり維持するため、現役世代と高齢者でともに支え合うものとして設けられることとなった。

高齢者の方々の医療費を国民全体で分かち合っていく仕組みは、高齢者の方々の医療を守っていくためにも必要であり、その円滑な運営を図るため、引き続き地方自治体関係者とも十分連携しながら、制度の趣旨・必要性を懇切丁寧に説明し、ご理解をいただく努力を重ねていく必要がある。

こうした中で、本年4月からの制度の施行状況等を踏まえ、制度の円滑な運営を図るため、高齢者の置かれている状況に十分配慮し、次の1から7の通り、きめ細かな措置を早急に講ずるとともに、地方自治体関係者と十分連携して、さらに広く国民に周知する。

3. 診療報酬における終末期相談支援料については、当面凍結することを含め、取扱いについて中医協で議論を行い、速やかに必要な措置をとるとともに、検証する。後期高齢者診療料についても、中医協で速やかに具体的な検証作業に着手する。

後期高齢者終末期相談支援料創設の経緯について

1. 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会での議論

【後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（平成19年10月10日）】

2. 後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

(4) 終末期における医療について

(終末期の医療)

- 患者が望み、かつ、患者にとって最もよい終末期医療が行われるよう、本人から書面等で示された終末期に希望する診療内容等について、医療関係者等で共有するとともに、終末期の病状や緊急時の対応等について、あらかじめ家族等に情報提供等を行うことが重要であり、これらの診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。(後略)

2. 社会保障審議会医療保険部会・医療部会での議論

【平成20年度診療報酬改定の基本方針（平成19年12月3日）】

3 後期高齢者医療の診療報酬体系

後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(平成19年10月10日。後期高齢者医療の在り方に関する特別部会)が定められたところであるが、中央社会保険医療協議会(以下「中医協」という。)においては、この趣旨を十分に踏まえた上で審議が進められることを希望する。

3. 中央社会保険医療協議会への諮問

【諮問書（平成20年度診療報酬改定について）（平成20年1月18日）】

健康保険法・・・(中略)・・・の規定に基づき、平成20年度診療報酬改定について、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙1「平成20年度診療報酬改定について」、別紙2「平成20年度診療報酬改定の基本方針」(平成19年12月3日社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会)及び別紙3「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(平成19年10月10日社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会)に基づき行っていただくよう求めます。