

資料 2

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

○社会保障改革に関する有識者検討会報告　・・・・・・・・・・・・・・ 2

社会保障改革の推進について

〔平成 22 年 12 月 14 日〕
閣 議 決 定

社会保障改革については、以下に掲げる基本方針に沿って行うものとする。

1. 社会保障改革に係る基本方針

- 少子高齢化が進む中、国民の安心を実現するためには、「社会保障の機能強化」とそれを支える「財政の健全化」を同時に達成することが不可欠であり、それが国民生活の安定や雇用・消費の拡大を通じて、経済成長につながっていく。
- このための改革の基本的方向については、民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」や、「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」において示されている。
- 政府・与党においては、それらの内容を尊重し、社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、2 3 年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る。
また、優先的に取り組むべき子ども子育て対策・若者支援対策として、子ども手当法案、子ども・子育て新システム法案（仮称）及び求職者支援法案（仮称）の早期提出に向け、検討を急ぐ。
- 上記改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、そのための場として、超党派による常設の会議を設置することも含め、素直に、かつ胸襟を開いて野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

2. 社会保障・税に関わる番号制度について

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

社会保障改革に関する有識者検討会報告 ～安心と活力への社会保障ビジョン～

1 現行社会保障制度と改革の課題

(1) 日本社会の現状と社会保障改革の課題

日本の社会保障の発展

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

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

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

社会の変化と社会保障の機能不全

ところが、こうした仕組みが根本から変化してしまった。

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

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

ビジョンから行動へ

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

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

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

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

(2) 社会保障改革の可能性 　いかなる日本を目指すのか

参加と包摂の日本

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

つながりと居場所のある日本

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

活力ある中間所得層の再生

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

アジアのなかの安心先進国

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

責任を分かち合う日本

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

(3) これまでの社会保障改革論議の総括

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

(4) 改革の方法と選択肢

雇用、教育と連携するシステム改革

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

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

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

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

国民と共にすすめる改革

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

社会保障諮問会議

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

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

2 社会保障改革の3つの理念と5つの原則

(1) 社会保障改革の3つの理念

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

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

1) 参加保障

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

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

2) 普遍主義

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

3) 安心に基づく活力

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

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

(2) 社会保障改革が目指す5つの原則

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

1) 切れ目なく全世代を対象とした社会保障

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

2) 未来への投資としての社会保障

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

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

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

4) 縦割りの制度を越えた、国民一人ひとりの事情に即しての包括的な支援

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

5) 次世代に負担を先送りしない、安定的財源に基づく社会保障

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

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

(3) 理念と原則を踏まえた改革の各論

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

<所得保障・年金>

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

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

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

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

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

＜サービス保障 医療・介護＞

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

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

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

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

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

<子ども・子育て支援>

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

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

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

＜格差・貧困対策＞

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

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

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

3 社会保障改革の枠組み

(1) 社会保障負担のあり方

「負担」とは何か

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

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

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

負担と給付をめぐり歪みの是正を

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

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

将来世代への先送りを見直す

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

社会保険の揺らぎを税負担で補完を

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

社会保険制度を中核に

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

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

(2)信頼醸成への道

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

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

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

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

(3)社会保障強化と財政健全化の同時達成

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

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

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

4 社会保障改革を支える税制のあり方

(1) 税の再分配機能と所得・資産課税の重要性

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

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

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

(2) 人口構造・雇用・経済環境の変容のなかでの消費税の基幹性

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

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

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

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

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

(3) 消費税の使途明確化の必要性

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

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

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

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

(4) 社会保障改革とそれを支える税制改革の一体的実施

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

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

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

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

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

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

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

(5) 基礎年金国庫負担2分の1確保のための安定財源確保

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

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

(6) 地方の税源確保

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

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

5 持続可能な希望のもてる日本へ

機能強化に向けた当面の優先課題

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

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

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

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

中規模の高機能な社会保障体制へ

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

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

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

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

資料 1 関連資料

○基準病床数及び既存病床数の状況（都道府県別）	1
○医療計画に記載している対策（4 疾病 5 事業以外）	3
○病床種別ごとの算定式	4
○医療提供体制の確保に関する基本方針（平成 19 年厚生労働省告示第 70 号）	5
○医療計画について（医政発第 0720003 号平成 19 年 7 月 20 日医政局長通知）	16
○在宅医療に関する各地の取組	52
○国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組	56
○医療保険・介護保険・障害者福祉施策における取組・検討状況	62
○終末期ケアに関する国際比較、英国 Gold Standard Framework	66
○終末期医療のあり方に関する懇談会報告書	69

都道府県医療計画における基準病床数及び既存病床数の状況

(平成20年3月末現在)

番号	区 分	一般病床及び療養病床							
		二次 医療 圏数	基 準 病床数 A	既 存 病床数 B	差 引 B-A	病床過剰医療圏		病床非過剰医療圏	
						圏数	過 剰 病床数	圏数	非過剰 病床数
1	北 海 道	21	64,393	80,997	16,604	21	16,604		
2	青 森 県	6	13,258	14,428	1,170	5	1,296	1	△ 126
3	岩 手 県	9	13,451	14,743	1,292	6	1,709	3	△ 417
4	宮 城 県	7	18,402	19,635	1,233	4	1,428	3	△ 195
5	秋 田 県	8	10,636	12,211	1,575	5	1,762	3	△ 187
6	山 形 県	4	11,551	11,678	127	3	540	1	△ 413
7	福 島 県	7	16,879	21,670	4,791	6	4,823	1	△ 32
8	茨 城 県	9	22,587	25,881 *	3,294	9	3,294		
9	栃 木 県	5	15,418	16,774	1,356	5	1,356		
10	群 馬 県	10	19,383	19,464 *	81	5	385	5	△ 304
11	埼 玉 県	9	46,033	48,699	2,666	5	3,347	4	△ 681
12	千 葉 県	9	44,241	45,537	1,296	4	1,822	5	△ 526
13	東 京 都	13	95,744	104,433	8,689	5	9,779	8	△ 1,090
14	神奈川県	11	57,403	59,034	1,631	6	2,703	5	△ 1,072
15	新 潟 県	7	20,875	23,257	2,382	1	3,249	6	△ 867
16	富 山 県	4	11,461	15,377 *	3,916	4	3,916		
17	石 川 県	4	12,634	15,612	2,978	4	2,978		
18	福 井 県	4	8,224	9,769	1,545	4	1,545		
19	山 梨 県	4	7,473	9,002	1,529	4	1,529		
20	長 野 県	10	19,815	19,614	△ 201	4	546	6	△ 747
21	岐 阜 県	5	18,101	16,620 *	△ 1,481			5	△ 1,481
22	静 岡 県	8	32,196	33,703 *	1,507	6	1,909	2	△ 402
23	愛 知 県	11	46,982	55,590	8,608	8	8,883	3	△ 275
24	三 重 県	4	14,320	16,254	1,934	4	1,934		
25	滋 賀 県	7	11,150	12,304	1,154	6	1,219	1	△ 65
26	京 都 府	6	26,202	29,381 *	3,179	1	3,950	5	△ 771
27	大 阪 府	8	69,587	89,256	19,669	8	19,669		
28	兵 庫 県	10	50,849	53,037	2,188	6	2,548	4	△ 360
29	奈 良 県	5	13,657	13,666 *	9	2	454	3	△ 445
30	和歌山県	7	9,267	11,832	2,565	7	2,565		
31	鳥 取 県	3	6,151	7,306	1,155	3	1,155		
32	島 根 県	7	9,075	9,186	111	6	295	1	△ 184
33	岡 山 県	5	20,298	23,526 *	3,228	5	3,228		
34	広 島 県	7	29,603	32,823	3,220	5	3,355	2	△ 135
35	山 口 県	8	17,034	21,894 *	4,860	8	4,860		
36	徳 島 県	6	7,354	12,136	4,782	6	4,782		
37	香 川 県	5	9,478	12,666	3,188	5	3,188		
38	愛 媛 県	6	15,965	18,690	2,725	6	2,725		
39	高 知 県	4	9,547	14,969	5,422	4	5,422		
40	福 岡 県	13	51,638	66,324	14,686	13	14,686		
41	佐 賀 県	5	9,652	11,085	1,433	5	1,433		
42	長 崎 県	9	16,018	21,469 *	5,451	9	5,451		
43	熊 本 県	11	19,716	26,289	6,573	11	6,573		
44	大 分 県	6	13,096	15,489	2,393	6	2,393		
45	宮 崎 県	7	11,735	14,496	2,761	7	2,761		
46	鹿 児 島 県	9	18,675	25,355	6,680	9	6,680		

都道府県医療計画における基準病床数及び既存病床数の状況

47	沖 縄 県	5	9,861	12,595	2,734	5	2,734		
	計	348	1,097,068	1,265,756	168,688	271	179,463	77	△ 10,775

*印の病床数は指導課調査による（平成20年3月31日現在）

医療計画に記載している対策（4疾病5事業以外）

	精神	認知症	うつ	呼吸器	感染症	肝炎	結核	エイズ	アレルギー	移植医療	難病	在宅医療	リハビリ	高齢者	障害者	終末期	歯科保健
北海道	○				○				○	○	○	○			○		○
青森県	○				○					○	○	○					○
岩手県	○	○	○							○	○		○		○		
宮城県	○				○						○						○
秋田県	○	○			○					○	○	○			○		○
山形県	○				○					○		○					○
福島県	○	○		○	○					○	○	○	○		○		○
茨城県	○				○					○	○	○	○	○	○		○
栃木県	○				○					○	○		○				○
群馬県	○				○					○	○		○				
埼玉県	○				○							○	○				
千葉県	○				○		○	○		○	○	○	○				○
東京都	○				○					○	○	○	○	○	○		○
神奈川県	○				○	○	○	○	○		○		○	○	○		○
新潟県	○	○			○	○				○	○	○			○		○
富山県	○				○		○			○	○	○	○	○			○
石川県	○				○					○	○	○					○
福井県	○				○					○		○					○
山梨県	○				○	○	○	○		○	○	○	○	○			○
長野県	○				○					○	○	○	○			○	○
岐阜県	○				○		○	○		○	○	○			○		○
静岡県	○				○	○	○	○		○	○	○	○	○			○
愛知県	○				○		○	○		○	○	○		○			○
三重県	○				○		○			○	○	○		○			○
滋賀県	○				○					○	○	○	○	○	○		○
京都府	○				○				○	○	○	○	○	○	○		○
大阪府	○				○				○	○	○	○	○	○			○
兵庫県	○				○		○	○	○	○	○	○	○				○
奈良県	○				○		○			○	○	○					○
和歌山県	○				○		○			○	○	○	○	○			○
鳥取県	○				○					○	○	○					○
島根県	○									○		○					
岡山県	○				○					○		○	○				
広島県	○				○	○			○	○	○	○	○				○
山口県	○											○	○				
徳島県	○				○					○	○	○		○			○
香川県	○				○					○	○			○	○		○
愛媛県	○						○			○	○	○	○				○
高知県	○				○					○	○	○					○
福岡県	○				○					○	○	○					○
佐賀県	○				○					○	○	○			○		○
長崎県	○									○	○	○	○				○
熊本県	○				○					○	○						○
大分県	○				○					○	○	○	○		○		○
宮崎県	○									○	○	○					○
鹿児島県	○				○	○			○	○	○	○	○		○		
沖縄県	○				○					○	○	○					○
合 計	47	4	1	1	42	6	12	7	7	43	41	40	24	13	15	1	40

※ 医療計画より指導課調べ

病床種別ごとの算定式

○一般病床

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

○療養病床

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

○精神病床

$$(\text{1年未満群※}) + (\text{1年以上群※※}) + \text{加算部分}$$

※1年未満群 $= (\sum AB + C - D) \times F / E1$

※※1年以上群 $= [\sum G(1 - H) + I - J] / E2$

A 各歳別人口

G 各歳別1年以上在院者数

B 各歳別新規入院率

H 1年以上在院者各歳別年間退院率

C 流入患者数

I 新規1年以上在院者数

D 流出患者数

J 長期入院者退院促進目標数

E1 病床利用率

E2 病床利用率

F 平均残存率

○結核病床

都道府県において結核の予防等を図るため必要なものとして知事が定める数

※1日あたり結核患者数(入院)×退院までの平均日数×新規患者発生数に応じた数値×区域の事情に照らして都道府県知事が定めた数値(1～1.5の範囲内)

○感染症病床

都道府県における特定感染症指定医療機関・第一種感染症指定医療機関・第二種感染症指定医療機関の感染症病床の合計数を基準として知事が定める数

○医療提供体制の確保に関する基本方針

(平成十九年厚生労働省告示第七十号)

この基本方針は、我が国の医療提供体制において、国民の医療に対する安心、信頼の確保を目指し、医療計画制度の中で医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保(以下「医療提供体制の確保」という。)を図るための基本的な事項を示すものである。

都道府県においては、この方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。

第一 医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本となるべき事項

一 医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本的考え方は、医療は、我が国社会の重要なかつ不可欠な資産であり、医療提供体制は、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。

また、医療は、患者と医療提供者との信頼関係を基本として成り立つものである。患者や国民に対して医療サービスの選択に必要な情報が提供されるとともに、診療の際には、インフォームドコンセント(医師等が医療を提供するにあたり適切な説明を行い、患者が理解し同意すること)の理念に基づき、医療を受ける主体である患者本人が求める医療サービスを提供していく、という患者本位の医療を実現していくことが重要である。安全で質が高く、効率的な医療の実現に向けて、患者や国民が、その利用者として、また、費用負担者として、これに関心を持ち、医療提供者のみに任せるのではなく、自らも積極的かつ主体的に医療に参加していくことが望ましく、そうした仕組みづくりが求められる。

さらに、医療は、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。以下同じ。)からはじまり、終末期における医療まで、人生のすべての過程に関わるものであり、傷病の治療だけではなく、健康づくり等を通じた予防や、慢性の症状を持ちながらの継続した介護サービスの利用等様々な領域と関わるものである。また、医療の提供に際しては、医療分野や福祉分野の専門職種、ボランティア、家族その他様々な人が関わってくることから、医療提供者は、患者本位の医療という理念を踏まえつつ、医師とその他の医療従事者がそれぞれの専門性を発揮しながら協力してチーム医療を推進していくことはも

とより、地域において、患者の視点に立った医療提供施設（医療法（昭和二十三年法律第二百五号。以下「法」という。）第一条の二第二項に規定する医療提供施設をいう。以下同じ。）相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制（以下「医療連携体制」という。）の構築にも積極的に協力していくことが求められる。

国及び都道府県は、このような理念に基づき、少子高齢化の進展や医療技術の進歩、国民の意識の変化等も踏まえながら、安全で質が高く、効率的な医療を提供するための施策に積極的に取り組むことが不可欠である。

医療に対する患者や住民の意識、また、医療提供体制の現状は、都道府県により、あるいは各都道府県内においても都市部とそれ以外の地域とでは、大きな違いがあることから、具体的な施策を講ずるに当たっては、それぞれの地域の状況やニーズに十分配慮していかなければならない。

また、人口の急速な高齢化が進む中で、疾病の構造が変化し、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病等の生活習慣病が増加している中、生活の質の向上を実現するため、特に、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病に対応した医療連携体制の早急な構築を図ること、さらに、地域における医療提供体制の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療に対応した医療連携体制の早急な構築を図ることが必要である。

二 医療提供体制の確保に関する国と都道府県の役割

安全で質が高く、効率的な医療提供体制を確保するためには、都道府県が中心となって、その医療計画に基づき自らの創意工夫で施策を企画立案及び実行し、国は都道府県の取組を支援することが必要である。

第二 医療提供体制の確保に関する調査及び研究に関する基本的な事項

一 調査及び研究に関する基本的考え方

医療提供体制の確保に関する調査及び研究については、以下の観点に配慮して実施する必要がある。

1 医療を提供する側の視点だけでなく、医療を受ける主体である患者の視点も踏まえる。

2 医療提供体制の量的な整備という観点だけでなく、医療連携体制の構築等質的な向上に資する観点も重視する。

3 患者や住民に対する医療機能に関する情報提供を推進するため、個別の医療提供施設の医療機能に限らず、地域の医療機能全体の概要を明らかにすることに資するものとする。

二 調査及び研究に関する国と都道府県の役割

1 具体的な調査及び研究については、国と都道府県とがそれぞれ次のとおり行うこととする。

(一) 国は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の四疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の五事業（以下「四疾病及び五事業」という。）について調査及び研究を行い、疾病又は事業ごとに求められる医療機能を明らかにする。

(二) 都道府県は、国の調査等に加え、法第六条の三第一項及び薬事法（昭和三十五年法律第四百十五号）第八条の二第一項の規定により医療提供施設の医療機能に関する情報を把握するほか、患者や住民のニーズに沿った情報を把握するために独自の調査を行うこともできる。

なお、都道府県は、必要に応じて、法第三十条の五の規定に基づき、医療提供施設の開設者等に対し、必要な情報の提供を求めることができる。

2 国及び都道府県は、医療機能に関する調査により把握した情報を公表することを通じて、医療連携体制及び地域の医療機能についての住民の理解を促進させることが必要である。

第三 医療提供体制の確保に係る目標に関する事項

一 目標設定に関する基本的考え方

医療提供体制の確保に係る目標については、以下の観点に配慮して定めることが必要である。

1 患者本位の、かつ、安全で質が高く、効率的な医療の提供を実現する。

2 医療連携体制の構築に資する医療機能の明確化を目指す。

3 地域の医療提供体制の概要を明らかにし、その改善を図る。

二 目標設定に関する国と都道府県の役割

都道府県は、本基本方針に基づく医療計画の見直し後五年間を目途に、四疾病及び五事業並びに当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療について、地域の実情に応じた数値目標を定める。

その際には、新健康フロンティア戦略や二十一世紀における国民健康づくり運動（健康日本二十一）など、「第七 その他医療提供体制

の確保に関する重要事項」に掲げる諸計画等に定められる目標等を十分勘案するものとする。

都道府県は、数値目標の達成状況について、少なくとも五年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

国は、都道府県に対して、医療提供体制の確保に向けた実効性ある施策が図られるよう支援するものとする。

第四 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

一 医療連携体制の基本的考え方

医療連携体制の構築は、患者が可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けることを可能とし、居宅等医療の充実による生活の質の向上を目指すものであることを踏まえ、さらに、以下の点に留意することが求められる。

診療所における医療の提供に関しては、例えば、居宅等における療養を支える入院医療の提供も可能である有床診療所の特性など、各診療所の地域における役割を考慮することが重要である。その上で、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談といったかかりつけ医の機能の向上を図りつつ、診療所相互間又は診療所と病院との業務の連携によって、診療時間外においても患者又はその家族からの連絡に対し、往診等必要な対応を行うことができる体制の構築が求められる。

病院における医療の提供に関しては、質の高い入院医療が二十四時間提供されるよう、医師、看護師、薬剤師をはじめとした医療従事者の適切な人員配置を通じた勤務環境の改善が行われることが求められる。

これらの役割が、患者の視点に立って的確に果たされるよう、地域の診療に携わる医師等の団体の積極的な取組が期待される。

二 疾病又は事業ごとの医療連携体制のあり方

四疾病及び五事業に係る医療連携体制については、それぞれ以下の機能に即して、地域の医療提供施設の医療機能を医療計画に明示することが必要である。これにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る必要がある。

1 疾病又は事業ごとに明示する機能

(一) がん

がんの種別ごとの専門的ながん医療を行う機能、緩和ケアを行う機能及び相談支援を行う機能（がん診療連携拠点病院、医療機能に着目した診療実施施設等）

（二） 脳卒中

救急医療の機能、身体機能を回復させるリハビリテーションを提供する機能及び日常生活に復帰させるリハビリテーションを提供する機能（発症から入院そして居宅等に復帰するまでの医療の流れ、医療機能に着目した診療実施施設（急性期・回復期・居宅等の機能ごとの医療機関）等）

（三） 急性心筋梗塞

救急医療の機能及び身体機能を回復させるリハビリテーションを提供する機能（発症から入院そして居宅等に復帰するまでの医療の流れ、医療機能に着目した診療実施施設（急性期・回復期・居宅等の機能ごとの医療機関）等）

（四） 糖尿病

重篤な疾病を予防するための生活指導を行う機能及び糖尿病による合併症を含めた疾病の治療を行う機能（発症から居宅等で継続して治療するまでの医療の流れ、医療機能に着目した診療実施施設等）

（五） 救急医療

休日夜間急患センターや二十四時間対応する診療所等で初期の救急医療を提供する機能、緊急手術や入院を必要とする救急患者に医療を提供する機能及び生命にかかわる重篤な救急患者に救命医療を提供する機能（都道府県内のブロックごとの救急医療機関の役割（産科合併症以外の合併症を有する母体に対して救急医療を提供する医療機関の役割を含む。）、在宅当番医制又は休日夜間急患センター・入院を要する救急医療機関・救命救急センターに実際に搬送される患者の状態、自動体外式除細動器（AED）等病院前救護体制や消防機関との連携（病院間搬送を含む。）等）

（六） 災害時における医療

災害時に被災地へ出動し、迅速に救命医療を提供する機能、その後避難所等において診療活動を行う機能、被災しても医療提供を引き続き維持し被災地での医療提供の拠点となる機能及びNBCテロ（核兵器、生物兵器、化学兵器等）によるテロをいう。）等特殊な災害に対し医療支援を行う機能（都道府県内外での災害発生時の医療の対応（災害派遣医療チーム（DMAT）の整備状況と活用計画を含む。）、広域搬送の方法、後方医療施設の確保、消防・警察等関係機関との連携、広

域災害・救急医療情報システムの状況、災害拠点病院の耐震化・医薬品の備蓄状況、災害に対応した訓練計画等）

（七）へき地の医療

へき地保健医療計画と整合性がとれ、継続的にへき地の医療を支援できる機能（第十次へき地保健医療対策を踏まえた対応、搬送・巡回診療・医師確保等へき地の支援方法等による連携体制等）

（八）周産期医療

正常な分娩を扱う機能（日常の生活・保健指導及び新生児の医療相談の機能を含む。）及び高度な診療を要するリスクの高い分娩を扱う機能（妊産婦の状態に応じ、居宅等に戻るまでの医療の流れ、病態・医療機能に着目した診療実施施設、総合周産期母子医療センターと地域の周産期医療の医療連携体制（搬送体制を含む。）、自治体立病院等の産科に関する医療資源の集約化・重点化等）

（九）小児医療

小児の健康状態の相談を行う機能、在宅当番医制、休日夜間急患センターや二十四時間対応する診療所等初期の小児救急医療を提供する機能、緊急手術や入院を必要とする小児救急患者に医療を提供する機能及び生命にかかわる重篤な小児救急患者に救命医療を提供する機能（発症から外来での通院や入院を経て居宅等に戻るまでの医療の流れ、病態・医療機能に着目した診療実施施設、小児救急医療の提供体制（在宅当番医制又は休日夜間急患センター・入院を要する救急医療機関・救命救急センター・病院間搬送・電話相談事業等）の状況、自治体立病院等の小児科に関する医療資源の集約化・重点化等）

2 事業ごとに配慮すべき事項

（一）救急医療において、生命にかかわる重篤な救急患者に救命医療を提供する機能を有する医療機関である高度救命救急センターを医療計画に明示する場合には、広範囲熱傷、急性中毒等の特殊疾病のうち、特に当該センターが対応体制を整備しているものについて記載する必要がある。なお、この場合においては、当該都道府県内のセンターに限らず、広域的に対応する隣接都道府県のセンターを記載することも可能である。

精神科救急医療については、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を強化することが求められる。

産科合併症以外の合併症を有する母体に対する救急医療については、総合周産期母子医療センター等による周産期医療と救命救急センター等による救急医療との連携体制を確保することが重要である。

(二) 救急医療や災害時における医療については、患者の緊急度、重症度等に応じた適切な対応が求められる。このため、救急用自動車はもとより、ドクターカー(必要な機器等を装備し、医師等が同乗することにより救命医療が可能な救急搬送車両をいう。)、消防防災ヘリコプターを含む救急患者搬送用のヘリコプター等の搬送手段を活用することにより救急医療の確保を図ることが重要である。その際、今般、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(平成十九年法律第百三号)が成立したことを踏まえ、地域の実情に応じ、同法第二条に規定する救急医療用ヘリコプターを用いることが考えられる。この場合、同法第五条第一項の規定に基づき、医療計画に同項各号に掲げる事項を定めることが求められる。こうした一連の救急搬送と救急医療の連携の確保に当たっては、いわゆるメディカルコントロール体制の一層の充実・強化を図ることも重要である。

(三) 離島やへき地における医療については、医師等の個人の努力に依存するのではなく、へき地保健医療対策に基づく各般の施策による充実が必要であり、特に、公的医療機関や社会医療法人等の役割の明確化を通じ、医師等の継続的な派遣による支援体制の確立等に努める。また、各都道府県において、効率的な救急搬送体制が確保されるよう努めることが必要である。

(四) 周産期医療については、地域の助産師の活用を図り、診療所や助産所等とリスクの高い分娩を扱う病院との機能の分担及び業務の連携の充実に努めることが必要である。さらに、周産期医療体制の整備を進める中で、隣接都道府県との連携体制を必要に応じて確保することや、産科合併症以外の合併症を有する母体に適切に対応するための救急医療との連携体制を確保することも重要である。また、NICU(新生児集中治療室)退院後の未熟児等に対する後方支援施設等における継続的な医療提供体制の構築が必要である。

(五) 小児医療については、小児科医師や看護師等による小児救急電話相談事業等による健康相談を支援する機能を充実させるとともに、診療所が当番制等により初期の小児救急医療を二十四時間体制で担うことを通じて、拠点となる病院が重症の小児救急患者に重点的に対応することを可能とする体制を構築することが必要である。

三 救急医療等確保事業に関する公的医療機関及び社会医療法人の役割

公立病院等公的医療機関については、その役割として求められる救急医療等確保事業（法第三十条の四第二項第五号イからへまでに掲げる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療）に係る業務の実施状況を病院ごとに明らかにするとともに、救急医療等確保事業に係る業務を担う社会医療法人の積極的活用を図り、その活用状況も併せて明らかにすることが重要である。

四 医療機能に関する情報の提供の推進

都道府県は、法第六条の三第一項及び薬事法第八条の二第一項を通じて把握した医療提供施設の情報について、患者や住民に分かりやすく明示することが必要である。

さらに、都道府県は、それぞれの地域の実情に応じて、任意の情報の把握の方法やより効果的な情報提供のあり方等を検討することが必要である。

五 居宅等における医療の確保

看取りの体制を含めた居宅等における医療のあり方については、かかりつけ医等により、医療を受けながらの居宅等での生活を希望する患者及び家族に対し適切な情報提供がなされることに加え、診療所、病院、訪問看護ステーション、薬局等の相互間の機能の分担と業務の連携の状況を医療計画に明示することにより、地域の住民に情報提供がなされることが重要である。

また、療養病床の再編成も踏まえ、保健医療サービスだけでなく介護サービスも含めた地域のケア体制を計画的に整備するため、住宅政策との連携を図りつつ、療養病床の円滑な転換を含めた地域におけるサービスの整備や退院時の相談・支援の充実等に努めることが求められる。

六 薬局の役割

薬局については、医療提供施設として、四疾病及び五事業ごとの医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割を担うことが求められる。また、都道府県において、薬局の医療機能を医療計画に明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図ることが重要である。

七 医療の安全の確保

都道府県、保健所を設置する市及び特別区は、医療提供施設が講じている医療の安全を確保するための取組の状況を把握し、医療の安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発等に関し、必要な措置を講ずるよう努めることが重要である。また、医療安全支援センターを設置し、住民の身近な地域において、患者又はその家族からの医療に関する苦情又は相談に対応し、必要に応じて当該医療提供施設に対して、必要な助言を行う等の体制を構築するよう努めることが重要である。

第五 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する基本的な事項

一 医療従事者の確保に関する基本的考え方

医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者については、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進めることが必要である。その際、医療提供施設相互間における医療連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になること、また、都道府県が中心となって地域の医療機関へ医師を派遣する仕組みを再構築することが求められていることを踏まえ、都道府県においては、法第三十条の十二第一項に基づき、特定機能病院、地域医療支援病院、公的医療機関、臨床研修病院、診療に関する学識経験者の団体、社会医療法人等の参画を得て、医療従事者の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるための協議を行い、そこで定めた施策を公表し実施していくことが必要である。

二 医療従事者の資質向上に関する基本的考え方

医師については、臨床研修の必修化を通じ、すべての医師が、医師としての人格をかん養し、患者との良好な信頼関係の下に患者を全人的に診ることができるよう、基本的な診療能力を身につけることが求められる。

歯科医師については、臨床研修の必修化を通じ、すべての歯科医師が、歯科医師としての人格をかん養し、総合的な歯科診療能力を身につけることが求められる。

薬剤師については、医療の高度化と専門化に対応するため、より高度な知識と技術を有する薬剤師の養成強化を含め、継続的な資質向上に努めることが求められる。また、薬学教育において、医療機関や薬局の協力の下、充実した実務実習を行うこと等を通じて、臨床に係る実践的な能力を培うことが求められる。

看護師等については、看護基礎教育において、医療機関、訪問看護ステーション、行政機関等の協力の下、充実した臨地実習を行うこと等を通じて、実践能力を培うことが求められる。また、医療の高度化と専門化に対応するため、より高度な知識と技術を有する看護師等の養成強化とともに、新卒者に対する研修を含め、継続的な資質の向上に努めることが求められる。

医師等他の医療従事者の負担軽減に向け専門業務に可能な限り特化できるよう病院全体で適切に支援できる体制を整備するため、事務職員を含めた職員全体の資質の向上を図ることが重要である。

第六 医療計画の作成及び医療計画に基づく事業の実施状況の評価に関する基本的な事項

一 医療計画の作成に関する基本的な事項

都道府県の医療計画の作成に当たっては、「第二 医療提供体制の確保に関する調査及び研究に関する基本的な事項」の観点を踏まえた医療機能調査を通じて把握される情報を基礎として行う必要がある。

四疾病及び五事業に係る数値目標については、都道府県において、「第三 医療提供体制の確保に係る目標に関する事項」で示した方針に即して、かつ、評価可能な具体的なものとすることが必要である。

四疾病及び五事業に係る医療連携体制については、都道府県において、「第四 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項」で示した方針に即して、かつ、患者や住民に分かりやすい具体的なものとすることが必要である。

「第五 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する基本的な事項」に即して、具体的な施策を明示することが重要である。

基準病床数の算定においては、医療圏に関する考え方は従来と変わるものではないが、四疾病及び五事業に係る医療提供体制の確保においては、従来の二次医療圏ごとの計画ではなく、地域の実情に応じた計画を作成することに留意する必要がある。その際、既存の医療提供施設の医療機能を明確に患者や住民に示すことに重点を置くことが重要である。

二 事業の実施状況の評価に関する基本的な事項

事業の実施状況に関する評価については、都道府県は、設定した数値目標を基に、事業の達成状況を検証することにより、次の医療計画の見直しに反映させることが求められる。

第七 その他医療提供体制の確保に関する重要事項

医療計画及びそれに基づく具体的な施策を定めるに当たっては、健康増進法（平成十四年法律第百三十三号）等医療関係各法や障害者自立支援法（平成十七年法律第百二十三号）等の規定及び以下の方針等に配慮して定めることが求められる。

- 1 新健康フロンティア戦略
- 2 二十一世紀における国民健康づくり運動（健康日本二十一）及びその地方計画
- 3 がん対策基本法（平成十八年法律第九十八号）に定めるがん対策推進基本計画及び都道府県がん対策推進計画
- 4 健康増進法に定める基本方針及び都道府県健康増進計画
- 5 介護保険法（平成九年法律第百二十三号）に定める基本指針及び都道府県介護保険事業支援計画
- 6 療養病床の再編成に当たり国が示す指針及びそれに沿って各都道府県で定める構想等
- 7 障害者自立支援法に定める基本指針及び都道府県障害福祉計画
- 8 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）に定める医療費適正化基本方針及び都道府県医療費適正化計画

医政発第0720003号
平成19年7月20日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医 療 計 画 に つ い て

平成18年6月21日付けで公布された良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年法律第84号。以下「改正法」という。）により、医療法（昭和23年法律第205号）の一部が改正され、このうち、改正後の医療法（以下「法」という。）における医療計画に関する規定については、本年4月1日から施行されたところである。

これに伴い、医療法施行令等の一部を改正する政令（平成19年政令第9号）が本年1月19日付けで、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成19年厚生労働省令第39号）が本年3月30日付けで公布され、本年4月1日から施行されたところである。

また、法第30条の3第1項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）が、本年3月30日に告示され、本年4月1日から適用されたところである。

本改正においては、医療計画制度の中で医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、国民の医療に対する安心、信頼の確保を図ることを目的として、所要の改正が行われたものである。

具体的には、厚生労働大臣が医療提供体制の確保に関する基本方針を定め、都道府県はその基本方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて医療計画を定めること、医療計画の記載事項として、これまでの基準病床数に関する事項等に加え、新たに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病に係る治療又は予防に関する事項、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の確保に必要な事業に関する事項、さらに、これらの疾病及び事業に係る医療提供施設相互の医療連携体制に関する事項が定められるなど、医療計画の見直しを通じて、患者本位の、かつ、安全で質が高く、効率的な医療提供体制の確保を図るために必要な改正が行われたところである。

新たな医療計画の見直しについては、平成20年4月からの適用を目指していることから、都道府県においては、前述の趣旨にのっとり、下記の事項に留意の上、作成の趣旨、内容の周知徹底を図り、その達成の推進に遺憾なきを期されたい。

なお、平成10年6月1日健政発第689号健康政策局長通知「医療計画について」及び昭和62年2月23日健政計第9号健康政策局計画課長通知「医療計画に係る報告等に

ついて」は廃止する。

記

1 医療計画の作成について

医療計画の作成に当たっては、別紙「医療計画作成指針」を参考として、基本方針に即して、かつ、医療提供体制の現状、今後の医療需要の推移等地域の実情に応じて、関係者の意見を十分踏まえた上で行なうこと。

また、法改正に伴う医療計画制度の改正の要点は、平成19年3月30日付け医政発第0330010号本職通知「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」の「第5の2 医療計画について」において示しているので、参照すること。

2 医療連携体制について

- (1) 法第30条の4第2項において、医療計画の記載事項として、新たに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業（以下「4疾病及び5事業」という。）が追加となり、4疾病及び5事業に係る医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制（以下「医療連携体制」という。）に関する事項を医療計画に定めることとされたこと。

また、4疾病及び5事業については、地域の実情に応じて数値目標を定め、調査、分析及び評価を行い、必要があるときは変更することとされているが、これは医療機能に関する情報提供等とともに、住民にわかりやすい医療計画とし、より実効性を高めるために政策循環の機能が働く仕組みが組み込まれたことに留意すること。

- (2) 法第30条の4第3項において医療計画に4疾病及び5事業に係る医療連携体制を定めるに当たっては、次の事項に配慮しなければならないとされたこと。

- ① 疾病又は事業ごとに医療連携体制の具体的な方策を定めること。
- ② 医療連携体制の構築の内容が、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けることができることを確保するものであること。
- ③ 医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含むものであること。
- ④ 医療連携体制が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護サービス事業者、住民その他の関係者による協議を経て構築されること。

また、具体的には、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進する観点から、特に次の事項を念頭において、協議するよう留意されたい。

- ① 患者の内、居宅等で暮らし続けたいと希望する者が可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けることを可能とし、居宅等における医療の充実による生活の質の向上を目指すものであること。
- ② 診療所相互間、診療所と病院間、病院相互間（周産期医療においては助産所を含む。）、さらにはこれらの施設と調剤を実施する薬局との医療機能の分担及び業務の

連携によって、通常の診療時間外においても患者又はその家族からの求めに応じて、居宅等医療、救急医療など必要な医療の提供ができること。

- ③ 患者の緊急度、重症度等に応じた適切な対応を図ることが重要であるため、病院前救護体制や消防機関との連携（病院間搬送を含む。）、さらには、生命にかかわる重篤な患者を円滑に救命救急センターへ搬送する体制の確保など、救急搬送体制における連携を一層推進すること。
- ④ 疾病又は事業ごとの医療連携体制については、必ずしも従来の二次医療圏ごとの計画ではなく、地域の実情に応じた圏域ごとの計画を作成することに留意する必要があること。その際、原則として医療提供施設の医療機能や名称を患者や住民に明示すること。

これらの医療連携体制の構築を通じて、各都道府県において充実すべき医療機能が明確になり、その後の対策の検討に資することとなること。

3 居宅等における医療の確保等の記載事項について

- (1) 法第30条の4第2項第6号の居宅等における医療の確保について定めるときは、当該医療におけるそれぞれの機能分類に即して、地域の医療提供施設の医療機能を計画的に明示すること。

また、以下の目的を達成するために患者を中心とした居宅等における医療についての地域の医療提供体制の確保状況、その連携状況及び患者急変時等の支援体制を明示すること。

- ① 患者自身が疾病等により通院困難な状態になっても、最後まで居宅等で必要な医療を受けられるために、地域にどのような診療所、病院、訪問看護ステーション、調剤を実施する薬局等が存在し、かつ、どのような連携体制を組んでいるのか、また、患者の状態等に応じて適切な他の医療提供者等にどのように紹介するのかなどの仕組みがわかりやすく理解できること。
 - ② 適切な療養環境を確保し、虚弱な状態になっても最後まで居宅等で暮らし続けたいと希望する住民や患者が安心感をもてるようにすること。
 - ③ 医薬品の提供拠点としての調剤を実施する薬局の機能を活用するために、居宅等への医薬品等の提供体制を明示すること。
- (2) 法第30条の4第2項第7号の医療従事者の確保については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者について、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進める必要があること。

その際、医療提供施設相互間における連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になることや、都道府県が中心となって地域の医療機関へ医師を派遣する仕組みを再構築することが求められていること。

これらを踏まえ、都道府県においては、法第30条の12第1項に基づき、地域医療対策協議会の活用等により医療従事者の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるための協議を行い、そこで定めた施策を医療計画に記載するとともに、公表し実施していくことが必要であること。

- (3) 法第30条の4第2項第8号の医療の安全の確保については、地域の住民や患者がわかりやすく理解できるよう医療計画に記載すること。

その際、都道府県は、保健所を設置する市及び特別区の協力のもと、医療提供施設における医療安全を確保するための取組状況を把握し、都道府県が講ずる医療安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発等の現状及びその目標を計画に明示すること。

また、住民の身近な地域において、患者又はその家族からの医療に関する苦情、相談に対応し、必要に応じて医療提供施設に対して必要な助言を行う体制等を構築するため、都道府県における医療安全支援センターの設置状況及びその目標についても計画に明示すること。

- (4) 法第30条の4第2項第9号の地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項として、特定の病院等が果たすべき機能について医療計画に記載する場合には、事前にその開設者と十分な意見調整を行うものとする。

4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例について

- (1) 医療計画に基づく基準病床数の算定は、病院の病床及び診療所の病床（以下「病院の病床等」という。）に対して行うものであること。

なお、基準病床数及び区域の設定については、厚生労働省令で定める標準により実施すること。これは、病院の病床等の適正配置を図るためには、全都道府県において統一的に実施しなければ実効を期しがたいからであること。

- (2) 精神病床、結核病床及び感染症病床に係る基準病床数については、法第30条の4第2項第11号の区域が1都道府県において2以上設定された場合においても、当該都道府県全体について定めるものであること。

- (3) 療養病床及び一般病床の基準病床数については、当該都道府県の病床数が少ないために他の区域の病院に入院している場合があると考えられることから、規則第30条の30第1号後段の規定により、都道府県外への流出院患者数から都道府県内への流入入院患者数を控除した数の3分の1を限度として、それぞれの区域にふりわけて加算を行うことができること。

また、精神病床に係る基準病床数については、規則第30条の30第2号後段の規定により、都道府県外への流出院患者数の3分の1を限度として加算を行うことができること。

- (4) 各区域における入院患者の流出入数の算出に当たって病院に対し特に報告の提出を求める場合には、医療計画作成の趣旨等を調査対象となる病院に十分説明の上、円滑な事務処理が行われるよう配慮すること。

- (5) 法第30条の4第5項及び第6項における特例は、大規模な都市開発等により急激な人口の増加が見込まれ、現在人口により病床数を算定することが不適當である場合、特殊な疾病に罹患する者が異常に多い場合等病床に対する特別の需要があると認められる場合に行うものとする。

- (6) 法第30条の4第7項の規定により特定の病床に係る特例の対象となる病院の病床

等が定められたが、これは、特に今後各区域において整備する必要があるものに限り、各区域において基準病床数を超える病床が存在する等の場合でも必要に応じ例外的に整備できるものとしたものであること。

この場合において、特例の対象とされる数は、当該申請に係る病床と機能及び性格を同じくする既存の病床数等を勘案し、必要最小限とすること。

なお、これらの特例の対象となった病床については、既存病床数として算定するものであること。

- (7) 法第30条の4第5項、第6項及び第7項による特例については、都道府県医療審議会に諮ること。

この場合、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠を明らかにして当該都道府県医療審議会の意見を聴くものとする。

また、前記の規定に基づき、特例としての取扱いを受ける数について厚生労働大臣に協議するときは、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠等を記載した申請書（別紙様式1、2）に当該都道府県医療審議会の意見を附すること。

5 既存病床数及び申請病床数について

- (1) 規則第30条の33第1項第1号により国の開設する病院又は診療所であって宮内庁、防衛省等の所管するもの、特定の事務所若しくは事業所の従業員及びその家族の診療のみを行う病院又は診療所等の病床について、既存病床数及び当該申請に係る病床数の算定に当たり、当該病床の利用者のうち、職（隊）員及びその家族以外の者、従業員及びその家族以外の者等の部外者が占める率による補正を行うこととしたのは、それらの病院又は診療所の病床については部外者が利用している部分を除いては、一般住民に対する医療を行っているとはいえないからであること。

なお、当該病院又は当該診療所の開設許可の申請があったときは、その開設の目的につき十分審査するものとする。また、開設の目的につき変更の申請があったときも同様とする。

- (2) 放射線治療病室の病床については、専ら治療を行うために用いられる病床であることから、これを既存病床数及び当該申請に係る病床数として算定しないものとする。

無菌病室、集中治療室（ICU）及び心臓病専用病室（CCU）の病床については、専ら当該の病室の病床に収容された者が利用する他の病床が同一病院又は診療所（以下「病院等」という。）内に別途確保されているものは、病床数として算定しないものとする。なお、無菌病室、ICU及びCCUの病床数のうち、既存病床数及び当該申請に係る病床数として算定しないものの数を決定するに当たっては、当該病院等及び当該病院等と機能及び性格を同じくする病院等の病床利用の実績等を考慮するものとする。

- (3) 国立及び国立以外のハンセン病療養所である病院の病床については、既存の病床数に算定しないこと。

- (4) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第16条第1項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた指定入院医療機関である病院の病床（同法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者に対する同法による入院による医療に係るものに限る。）については、既存の病床数に算定しないこと。
- (5) 診療所の一般病床のうち、改正法附則第3条第3項に定める「特定病床」については、別途政令で定める日までの間、既存の病床数に算定しないこと。
- (6) 診療所の一般病床について、規則第1条の14第7項第1号から第3号までに該当する診療所として都道府県医療審議会の議を経たときは、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるが、既存病床数の算定に当たっては当該届出病床も含めて算定を行うこと。

6 医療計画の作成手順等について

- (1) 法第30条の4第8項の「医療と密接な関連を有する施策」とは、基本方針の「第7 その他医療提供体制の確保に関する重要事項」に掲げる方針等が該当すること。
- (2) 法第30条の4第9項の規定において、都道府県は医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとされたこと。

これは、4疾病及び5事業に係る医療連携体制の構築など事業の内容によっては、より広域的な対応が求められることから、都道府県内における自己完結にこだわることなく、当該都道府県の境界周辺の地域における医療を確保するために、必要に応じて隣接県等との連携を図ることが求められたものである。

- (3) 法第30条の4第10項の「診療又は調剤に関する学識経験者の団体」としては、都道府県の区域を単位として設立された社団法人である医師会、歯科医師会及び薬剤師会が考えられること。
- (4) 改正法附則第7条の規定により、従前の医療計画は改正法の規定により定められた医療計画とみなされるが、できるだけ平成20年4月からの実施を目指し改正法に基づく医療計画を作成する必要があること。

ただし、基準病床に関する事項など従来の取扱と変更がない医療計画の記載事項については、この限りでないこと。

なお、4疾病及び5事業に係る医療連携体制については、平成20年4月から適用することとしているが、都道府県において地域の実情を踏まえて構築する必要があることから、疾病又は事業ごとに取組が必要である又は可能である分野・領域から、順次、医療連携体制を構築することとして差し支えないこと。

- (5) 法第30条の4第11項の規定における医療計画の変更とは、法第30条の6の規定に基づく変更をいうものであり、例えば、疾病又は事業ごとの医療連携体制において、医療機能を担う医療提供施設を変更する場合などは、この規定に基づく医療計画の変更には当たらないこと

7 医療計画の推進について

- (1) 法第30条の7第1項の規定において、医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとされたこと。また、同条第2項の規定において、病院又は診療所の管理者は居宅等において医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、必要な支援を行うよう努めるものとされたこと。
- (2) 法第30条の7第3項の規定に基づく病院の開放化については、単に病床や医療機器の共同利用にとどまらず、当該病院に勤務しない地域の医師等の参加による症例の研究会や研修会の開催までを含めた広義のものであること。
また、医療計画の推進を図るに当たっては、大学における医学又は歯学に関する教育又は研究に支障を来さないよう十分配慮すること。なお、同項の「当該病院の医療業務」には、大学附属病院における当該大学の教育又は研究が含まれること。
- (3) 法第30条の9の規定に基づく国庫補助については、医療計画の達成を推進するために、医療計画の内容を考慮しつつ行うこととしていること。
- (4) 医療計画の推進の見地から、病院の開設等が法第30条の11の規定に基づく勧告の対象とされた場合においては、独立行政法人福祉医療機構の融資を行わないこととしていること。

8 都道府県知事の勧告について

- (1) 法第30条の11の「医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合」とは、原則として法第7条の2第1項各号に掲げる者以外の者が、病院の開設又は病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可の申請をした場合、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請をした場合において、その病床の種別に応じ、その病院又は診療所の所在地を含む法第30条の4第2項第10号の区域(以下「二次医療圏」という。)又は都道府県の区域における既存の病床数が、医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している場合又はその病院又は診療所の開設等によって当該基準病床数を超えることとなる場合をいうものであること。
また、「病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加に関して勧告する」とは、それぞれの行為の中止又はそれぞれの行為に係る申請病床数の削減を勧告することをいうものであること。なお、都道府県知事は、勧告を行うに先立ち、病院又は診療所を開設しようとする者に対し、可能な限り、他の区域における病院又は診療所の開設等について、助言を行うことが望ましいものであること。
- (2) 法第30条の11の規定に基づく勧告は、第7条の許可又は不許可の処分が行われるまでの間に行うものであること。
- (3) 精神病床、結核病床及び感染症病床については、都道府県の区域ごとに基準病床数を算定することとされているが、これらの病床が都道府県の一部に偏在している場合であって、開設の申請等があった病院の所在地を含む二次医療圏及びこれと境界を接する他の二次医療圏(他の都道府県の区域内に設定された二次医療圏を含む。)の内にその申請に係る種別の病床がないときは、当該都道府県の区域における病院の病床数が医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している等の場合であっても勧告

の対象としないことが適当と考えられること。なお、その際には都道府県医療審議会の意見を聴くこと。

(4) 病院又は診療所の開設者に変更があった場合であっても、その前後で病床の種別ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

(5) 病院又は診療所が移転する場合であっても、その前後で、その病院又は診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数並びに都道府県内の精神病床、結核病床又は感染症病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

なお、特定病床を有する診療所が移転する場合、その診療所が存在する二次医療圏内の既存病床数は当該特定病床分増加することとなるが、移転の前後で病床の種別ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないものとする。

(6) 病院を開設している者がその病院を廃止し、当該病院を開設していた場所において診療所の病床を設置する場合であっても、その診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

(7) 国（独立行政法人放射線医学総合研究所、独立行政法人航海訓練所、独立行政法人労働者健康福祉機構、独立行政法人国立病院機構、日本郵政公社及び国立大学法人を含む。以下同じ。）の開設する病院又は診療所については、法第6条に基づく医療法施行令（昭和23年政令第326号）第3条の規定により、法第30条の11の規定は適用されないこと。

なお、国が病院を開設し、又はその開設した病院につき病床数を増加させ若しくは病床の種別を変更しようとするときは「医療法の一部を改正する法律の施行に伴う国の開設する病院の取扱いについて」（昭和39年3月19日閣議決定）又は法第7条の2第7項の規定に基づき、主務大臣等は、あらかじめ、その計画に関し、厚生労働大臣に協議等をするものとされていること。

この場合において、当職から関係都道府県知事に速やかにその旨及びその概要を通知するとともに、当該計画の審査をするために必要な資料及び医療計画の達成の推進を図る観点からの意見の提出を求めるものとする。

また、当該計画に係る病院の開設等の承認の申請があったとき及びこれに承認を与えたときは、当職から関係都道府県知事に通知するものとする。

(8) 医育機関に附属する病院を開設しようとする者又は医育機関に附属する病院の開設者若しくは管理者に対して勧告しようとするときは、大学における医学又は歯学に関する教育研究に係る立場から、意見を述べる機会を与えることが望ましいものであること。

(9) 診療所の一般病床の設置について、規則第1条の14第7項第1号から第3号までに該当する次の診療所のいずれかとして都道府県医療審議会の議を経た場合は、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるため、勧告の対象とならないこと。

なお、「医療計画に記載される診療所」については、平成18年12月27日医政発第1227017号医政局長通知「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」における留意事項を参照されたい。

- ① 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
 - ② へき地に設置される診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
 - ③ ①及び②に掲げる診療所のほか、例えば、周産期医療、小児医療等地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- (10) 次に掲げる病床について、平成19年1月1日以後に一般病床の設置の許可を受ける場合は、勧告の対象としないこと。
- ① 平成19年1月1日前において、法第7条第1項又は第2項の規定により行われている診療所の開設の許可又は病床数の変更の許可の申請に係る診療所の療養病床以外の病床
 - ② 平成19年1月1日前において、建築基準法第6条第1項（同法第87条第1項において準用する場合を含む。）の規定により、同法第4条の建築主事が受理している確認の申請書に係る診療所の療養病床以外の病床

9 公的性格を有する病院の開設等の規制について

法第30条の4第12項の規定により医療計画が公示された日以降における法第7条の2第1項各号に掲げるものが開設する公的性格を有する病院の開設等の規制は、当該医療計画に定める区域及び基準病床数を基準として行われるものであること。

(別紙)

医療計画作成指針

目次

はじめに

第1 医療計画作成の趣旨

第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項

1 医療計画作成等に係る法定手続

2 記載事項

3 他計画等との関係

4 医療計画の作成体制の整備

5 医療計画の名称等

6 医療計画の期間

第3 医療計画の内容

1 医療計画の基本的な考え方

2 地域の現状

3 疾病又は事業ごとの医療連携体制

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

5 居宅等における医療

6 医療従事者の確保

7 医療の安全の確保

8 医療提供施設の整備の目標

9 基準病床数

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

11 事業の評価及び見直し

第4 医療計画作成の手順等

1 医療計画作成手順の概要

2 疾病又は事業ごとの医療連携体制構築の手順

3 医療圏の設定方法

4 基準病床数の算定方法

第5 医療計画の推進等

1 医療計画の推進体制

2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討

第6 医療計画に係る報告等

1 医療計画の厚生労働大臣への報告

2 医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況の報告

はじめに

都道府県は、厚生労働大臣が定める医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療計画を定めることとされているが、医療計画の作成の手法その他重要な技術的事項については、厚生労働大臣が都道府県に対し必要な助言をすることができることとされている。本指針は、そのような事項について都道府県の参考となるものを手引きの形で示したものである。

第1 医療計画作成の趣旨

我が国の医療提供体制については、国民の健康を確保し、国民が安心して生活を送るための重要な基盤となっている。一方で、高齢化の進行や医療技術の進歩、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変わる中、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められている。

特に、人口の急速な高齢化が進む中、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病（以下「4疾病」という。）を含む生活習慣病については、生活の質の向上を実現するため、これらに対応した医療提供体制の構築が求められている。

さらには、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む。）の5事業（以下「5事業」という。）についても、これらに対応した医療提供体制の構築により、住民や患者が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。

このような状況を踏まえ、国民の医療に対する安心、信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制を確立するため、患者の視点に立った制度全般にわたる改革の一環として、医療計画制度の見直しが行われたものである。

具体的には、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するためには、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目ない医療が受けられるような体制を各地域に構築するとともに、どの医療機関でどのような医療が提供されるのか患者や地域住民に、わかりやすく伝えるなど情報提供の推進を図ることとされた。

このため、都道府県においては、4疾病及び5事業について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制（以下「医療連携体制」という。）を構築することが必要である。

加えて、都道府県は、構築した地域の医療連携体制をわかりやすく示すことにより、

住民や患者が地域の医療機能を理解し、病期に適した質の高い医療を受けられるようになる体制を構築することが必要である。

今般の医療計画制度の見直しは、これら医療連携体制の構築を中心とした医療計画を作成するとともに、具体的な数値目標の設定及び評価により改善を図ることのできる医療計画を作成することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するためのものである。

なお、医療計画の作成に際し、医療や行政の関係者に加え、患者や住民が医療の現状について共通の認識を持ち、一体となって課題の解決に向け、協議・検討を行うことは今後の医療の進展に大きな意義を有するものである。

第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項

1 医療計画作成等に係る法定手続

医療計画の作成等に関しては、医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）に基づく次の手続が必要である。

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

2 記載事項

法第30条の4第2項に基づく次の事項については、医療計画に必ず記載しなければならない。

- (1) 都道府県において達成すべき、4疾病及び5事業の目標に関する事項
- (2) 4疾病及び5事業に係る医療連携体制に関する事項
- (3) 医療連携体制における医療機能に関する情報提供の推進に関する事項
- (4) 居宅等における医療の確保に関する事項
- (5) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
- (6) 医療の安全の確保に関する事項
- (7) 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
- (8) 病床の整備を図るべき区域の設定に関する事項
- (9) 基準病床数に関する事項
- (10) その他医療提供体制の確保に関し必要な事項

3 他計画等との関係

医療計画の作成に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策との連携を図るよう努める。医療の確保に関する内容を含む計画及び医療と密接に関連を有する施策としては、例えば次のようなものが考えられる。

- (1) 過疎地域活性化特別措置法（平成27年法律第15号）に基づく過疎地域活性化計画
- (2) 離島振興法（昭和28年法律第72号）に基づく離島振興計画
- (3) 山村振興法（昭和40年法律第64号）に基づく山村振興計画
- (4) 基本方針「第7 その他の医療提供体制の確保に関する重要事項」に掲げる方針等
 - ① 新健康フロンティア戦略
 - ② 21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）及びその地方計画
 - ③ がん対策基本法（平成18年法律第98号）に定めるがん対策推進基本計画及び都道府県がん対策推進計画
 - ④ 健康増進法（平成14年法律第103号）に定める基本方針及び都道府県健康増進計画
 - ⑤ 介護保険法（平成9年法律第123号）に定める基本指針及び都道府県介護保険事業支援計画
 - ⑥ 療養病床の再編成に当たり国が示す指針及びそれに沿って各都道府県で定める

構想等

- ⑦ 障害者自立支援法（平成 17 年法律第 123 号）に定める基本指針及び都道府県障害福祉計画
- ⑧ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に定める医療費適正化基本方針及び都道府県医療費適正化計画

4 医療計画の作成体制の整備

各種の調査及び医療計画の作成に当たっては、関係行政機関、医療関係団体等との協議の場を設けるなど関係者の十分な連携の下に進めることが望ましい。特に、4 疾病及び 5 事業に係る医療連携体制については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されるよう配慮する。

なお、法第 30 条の 9 に基づき厚生労働省が予算の範囲内で補助することとしている医療提供体制推進事業費補助金（医療連携体制推進事業）については、前述のような体制整備に活用できるものである。

5 医療計画の名称等

都道府県における医療計画の名称は「〇〇県医療計画」とすることが望ましいが、法に基づく手続により作成され、法に基づく事項が記載されている計画であれば、例えば〇〇県保健医療計画のような名称のものであっても差し支えなく、又福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画であっても差し支えない。

6 医療計画の期間

医療計画の期間については、特段の定めはなく、適宜設定して差し支えないが、少なくとも 5 年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合、医療計画を変更するものとしている。

なお、基準病床数に係る見直し時期と異なることにより不都合が生じるようであれば、適宜整合を図ることが望ましい。

第 3 医療計画の内容

医療計画の内容は概ね次のようになると考えられるが、その構成を含めた具体的な内容については、都道府県において、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて、定めるものとする。

ただし、法第 30 条の 4 第 2 項において医療計画の記載事項とされているものについては、必ず記載するものとする。

1 医療計画の基本的な考え方

医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

(1) 医療計画作成の趣旨

医療計画に関する根拠法令と作成の趣旨を明示する。

(2) 基本理念

基本方針との整合性に留意の上、都道府県における基本的な理念を記載する。

(3) 医療計画の位置付け

保健、福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画を作成している場合には、医療計画との関係を明示する。

(4) 医療計画の期間

計画の対象期間を記載する。

なお、基準病床数について計画全体と異なる期間を対象とする場合には、その期間を付記する。

2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。その際、医療に関する事項のほか、公衆衛生、薬事及び社会福祉に関する事項並びに社会経済条件等に関する事項を記載することが考えられる。

参考として地域の現状に関する指標として考えられるものを次に示す。

(1) 地勢と交通

地域の特殊性、交通機関の状況、地理的状況、生活圏等

(2) 人口構造（その推移、将来推計を含む。）

人口、年齢三区人口、高齢化率、世帯数等

(3) 人口動態（その推移、将来推計を含む。）

出生数、死亡数、平均寿命等

(4) 住民の健康状況

生活習慣の状況、生活習慣病の有病者・予備群の数等

(5) 住民の受療状況

入院・外来患者数（流入、流出状況を含む。）、病床利用率、平均在院日数等

(6) 医療提供施設の状況

- ① 病院（施設数、病床種別ごとの病床数）
- ② 診療所（有床及び無床診療所、歯科診療所の施設数、有床診療所の病床数）
- ③ 調剤を実施する薬局
- ④ その他

3 疾病又は事業ごとの医療連携体制

疾病又は事業ごとの医療連携体制については、基本方針の「第4 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項」で示された方針に即して、かつ、患者や住民にわかりやすいように記載する。

具体的には、4 疾病及び5 事業のそれぞれについて、まず（1）必要となる医療機能を明らかにした上で、（2）原則、各医療機能を担う医療機関等の名称、（3）数値目標等を記載する。

また記載に当たっては（4）公的医療機関及び社会医療法人の役割、（5）薬局の役割にも留意する。

(1) 必要となる医療機能

例えば脳卒中の急性期、回復期から維持期に至るまでの各病期において求められる医療機能を記載するなど、医療連携体制の構築に必要な医療機能を、4 疾病及び5 事業のそれぞれについて明らかにする。

(2) 医療機関等の具体的な名称

前記（1）の各医療機能を担う医療機関等については、医療法第7条第3項に基づく医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第1条の14第7項の規定に留意しつつ、原則として名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合など、地域の実情に応じて記載することで差し支えない。

(3) 数値目標の設定

疾病又は事業ごとに、前記第2の3（4）に掲げる各計画等で定められた目標を勘案し、地域の実情に応じて、評価可能で具体的な数値目標を定め、記載する。

(4) 公的医療機関及び社会医療法人の役割

公的病院等（平成15年4月24日医政発第0424005号医政局長通知「地域における公的病院等を含めた医療機関の機能分担と連携の確保への協力依頼について」別添2に記載する病院をいう。以下同じ。）の役割や公的病院等と民間医療機関との役割分担を踏まえ、医療提供施設相互間の機能分担及び業務連携を記載する。

特に、公立病院等公的医療機関については、その役割として求められる救急医療等確保事業（法第30条の4第2項第5号イからへまでに規定する救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）に係る業務の実施状況を病院ごとに明らかにする。

なお、今後、総務省が公表する「公立病院改革ガイドライン」を十分勘案し、公立病院に係る再編・ネットワーク化等との整合性を図るものとする。

また、社会医療法人については、救急医療等確保事業において積極的な役割を図ることとしていることから、認定を受けた事業全てにおいて社会医療法人であることを明確にすることが重要である。

(5) 薬局の役割

薬局については、医療提供施設として、4疾病及び5事業に係る医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割を担うことが求められる。また、都道府県においては、医療機関と調剤を実施する薬局の医療機能の分担及び業務の連携によって時間外においても対応できることなどを医療計画に記載することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る。

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

5事業以外で都道府県における疾病の発生の状況等に照らして、都道府県知事が特に必要と認める医療について明記する。

5 居宅等における医療

居宅等における医療（以下、「在宅医療」という。）は、治療や療養を必要とする患者が、通院困難な状態にあっても居宅等の生活の場で必要な医療を受けられるように、医師が居宅等を訪問して看取りまで含めた医療を提供するものである。

都道府県は、法第30条4第2項第6号の規定に基づく在宅医療の確保を図るため、関係者による協議の場を設け、次に掲げる事項について検討の上、計画に記載する。

記載に当たっては、地域においてどのような診療所、病院、訪問看護ステーション、

薬局等が、どのような連携体制により在宅医療の機能を担っているのか、住民や患者、医療関係者に分かりやすく理解できるように記載することが重要である。

また、地域ケア体制整備構想との整合性を図ることも重要である。

- (1) 入院又は通院医療を担う医療機関と、在宅医療を担う医療機関との適切な役割分担及び連携の体制
- (2) 重症患者であっても、最期まで居宅等生活の場で暮らし続けたいと希望する者が、在宅医療を受けられる医療及び介護の体制
- (3) 地域における在宅医療機能の底上げを図るための、在宅医療に関する研修の実施体制
- (4) 前記(1)から(3)までの体制において在宅医療を担う医療機関にかかる、その名称の計画への原則記載
- (5) 在宅医療の確保について、その進捗状況を評価するための情報の収集、指標の設定及び評価の体制

6 医療従事者の確保

医療従事者の確保に関する事項については、医療連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になること及び都道府県が中心となって医師を地域の医療機関へ派遣する仕組みの再構築が求められていることを踏まえ、法第30条の12第1項の規定に基づく医療従事者の確保に関する事項に関し、必要な施策を定めるための協議会(以下「地域医療対策協議会」という。)を開催し、当該協議会において決定した具体的な施策を記載する。

特に、「第10次へき地保健医療計画等の策定について」(平成18年5月16日医政発第0516001号医政局長通知)に基づき策定する「医師をはじめとした医療従事者の確保を必要とする地域への対応方針」を医療計画に反映させることに留意する。

また、記載に当たっては、医療従事者の資質向上に関する事項を含め、医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

- (1) 地域医療対策協議会の取組
 - ① 地域医療対策協議会の開催経過
 - ② 地域医療対策協議会の定めた施策

(2) 各職種の現状及び目標

- ① 医師
- ② 歯科医師
- ③ 薬剤師
- ④ 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）
- ⑤ その他の保健医療従事者
診療放射線技師、臨床検査技師・衛生検査技師、理学療法士・作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、管理栄養士等
- ⑥ 介護サービス従事者

7 医療の安全の確保

医療提供施設及び医療安全支援センターの現状及び目標について記載する。

(1) 医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に関する現状及び目標

- ① 病院、診療所及び歯科診療所ごとの医療機関数に対する医療安全管理者を配置している医療機関数の割合
- ② 病院の総数に対する専任の医療安全管理者を配置している病院数の割合
- ③ 病院、診療所及び歯科診療所ごとの医療機関数に対する医療安全に関する相談窓口を設置している医療機関数の割合

(2) 医療安全支援センターの現状及び目標

記載に当たっては、平成19年3月30日医政発第0330036号医政局長通知「医療安全支援センターの実施について」を参考に、次の事項について記載すること。

- ① 二次医療圏の総数に対する医療安全支援センターを設置している二次医療圏数の割合
- ② 相談職員（常勤換算）の配置数
- ③ ホームページ、広報等による都道府県、二次医療圏及び保健所設置市又は特別区における医療安全支援センターの活動状況に関する情報提供の状況
- ④ 都道府県、二次医療圏、保健所における医療安全推進協議会の設置状況

8 医療提供施設の整備の目標

(1) 地域医療支援病院の整備の目標

地域医療支援病院は、医療施設機能の体系化の一環として、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医（歯科医）等を支援する能力を備える病院である。

かかりつけ医（歯科医）等への支援を通じた地域医療の体系化と地域医療支援病院の整備目標について、次の機能及び地域の実情を考慮し検討を行う。

- ① かかりつけ医（歯科医）等からの紹介等、病診連携体制
- ② 共同利用の状況
- ③ 救急医療体制
- ④ 医療従事者に対する生涯教育等、その資質向上を図るための研修体制

その結果を踏まえ、必要に応じて地域医療支援病院の整備目標（例えば二次医療圏ごとに整備する等）を設定する。

なお、地域医療支援病院を整備しない二次医療圏にあつては、医療機関相互の機能分担及び業務連携等の充実を図ることが重要である。

（２）その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標

疾病又は事業ごとに医療機能に関する調査を行い、必要に応じてその整備の目標を設定する。

その手順については次の①及び②を参考にされたい。また、③及び④で示すように医療提供施設に対する情報提供を行うことも必要である。

なお、４疾病及び５事業の医療連携体制に係る医療提供施設の整備の目標については、前記「３ 疾病又は事業ごとの医療体制」において、疾病又は事業ごとに記載する。

- ① 疾病又は事業ごとの医療圏において、都道府県が必要とする医療機能について、当該機能を有する各医療提供施設の施設、設備、症例数、平均在院日数、紹介先とその件数、院外処方せん発行率、処方せん受け取り枚数及び専門職員数等の実態調査を行う。なお、これらの調査については医療計画の見直し時期にとらわれることなく、定期的に行うことが望ましい。
- ② 前述の調査に基づき医療機能の整備の必要性を検証し、不足している医療機能については、その整備の方法及び整備の目標等について記載する。
- ③ また、これらの実態調査に基づき得られた各医療提供施設の医療機能に関する情報（施設、設備、症例数、平均在院日数、紹介先とその件数、院外処方せん発行率、処方せん受け取り枚数及び専門職員数等）を各医療提供施設に提供する。
- ④ 都道府県が必要とする医療機能が、各医療圏内にない場合、当該医療機能を有する医療提供施設に関する情報を収集し、その情報を圏内の各医療提供施設に提供する。

9 基準病床数

(1) 療養病床及び一般病床

療養病床及び一般病床に係る基準病床数については、二次医療圏ごとに、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号。以下「規則」という。）第30条の30に規定する算定式に基づいて算定する。

(2) 精神病床、結核病床及び感染症病床

精神病床に係る基準病床数、結核病床に係る基準病床数及び感染症病床に係る基準病床数については、都道府県の区域ごとに、規則第30条の30に規定する算定式に基づいて算定する。

(3) 基準病床数の算定の特例

各区域の急激な人口の増加が見込まれること等、医療法施行令（昭和23年政令第326号）第5条の3で定める事情があるときは、都道府県知事が厚生労働大臣と協議の上算定する数を基準病床数とすること等ができる。

(4) 都道府県知事の勧告

(1) から (3) までにより基準病床数が算定された後は、各区域において病院の開設、病床数の増加若しくは病床の種別の変更、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請（以下「許可申請等」という。）があった場合において、当該区域の既存病床数が基準病床数を超過している場合又は許可申請等により病床数が基準病床数を超えることになる場合には、法第30条の11に基づく都道府県知事の勧告（当該病院等が法第7条の2第1項各号に掲げられている者が開設等する公的性格を有する病院等であれば法第7条の2第1項に基づく不許可処分）の対象となり得る。

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

4 疾病及び5 事業以外で都道府県における疾病の状況等に照らして特に必要と認める医療等については、次の事項を考慮して、記載する。

(1) 精神保健医療対策

- ① 精神科医療に係る各医療提供施設の役割
- ② 精神科救急医療（重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を有する医療機関の整備や他科診療科との連携による身体合併症治療体制の整備等）
- ③ うつ病対策（性別や児童、労働者、高齢者、産後等のライフステージ別の相談・治療体制、一般医療機関と精神科医療機関の連携体制、地域における理解の促進等）に関する取組
- ④ 精神障害者の退院の促進に関する取組
- ⑤ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律

（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号等に基づく決定を受けた者に対する医療の確保、社会復帰支援等（指定医療機関の整備、保護観察所との協力体制等）に関する取組

（2）障害保健対策

障害者（高次脳機能障害者、発達障害者を含む。）に対する医療の確保等（都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等）に関する取組

（3）認知症対策

- ① 鑑別診断、急性期症状等に対応するための医療体制
- ② かかりつけ医と鑑別診断等を行う専門医療機関との連携体制

（4）結核・感染症対策

- ① 結核対策、感染症対策に係る各医療提供施設の役割
- ② インフルエンザ、エイズ、肝炎などの取組

（5）臓器移植対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

（6）難病等対策

- ① 難病、リウマチ、アレルギーなどの都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

（7）歯科保健医療対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

（8）血液の確保・適正使用対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

（9）医薬品等の適正使用対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先
- ③ 治験の実施状況や医薬品提供体制

（10）医療に関する情報化

医療提供施設の情報システム（電子レセプト、カルテ、地域連携クリティカルパス等）の普及状況と取組

(11) 保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組

地域の医療提供体制の確保に当たっては、疾病予防から治療、介護までのニーズに応じた多様なサービスが地域において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の医療の確立を基本とすべきである。

このため、疾病予防、介護、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策について、連携方策や地域住民への情報提供体制を記載する。

なお、医療と密接に関連を有する施策としては、前記第2の3（4）に掲げる計画等が求められている

11 事業の評価及び見直し

事業の実施状況については、都道府県は、設定した数値目標等を基に、事業の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められる。

法第30条の6に基づいて行う事業の評価及び見直しについては、例えば次に掲げる項目をあらかじめ医療計画に記載する。

(1) 事業の目標等

4 疾病及び5 事業の医療連携体制に係る数値目標等

(2) 推進体制と役割

事業の目標を達成するための推進体制及び関係者の責務と役割

(3) 目標の達成に要する期間

(4) 目標を達成するための方策

(5) 評価及び見直し

(6) 進捗状況及び評価結果の広報・周知方法

第4 医療計画作成の手順等

都道府県が医療計画を作成する際、技術的見地からみて全国に共通すると考えられる手順等を参考までに示す。

1 医療計画作成手順の概要

医療計画の作成等に当たっては、概ね次の手順が考えられる。

(1) 医療計画（案）を作成するための体制の整備

(2) 医療計画の目的、基本理念についての検討及び医療計画の基本骨子についての検討

(3) 地域医療の現状分析等に係るデータの収集、調査の実施及び将来予測の検討

(4) 疾病又は事業ごとの医療連携体制を構築するための具体的方策についての検討及び整備目標等の検討

(5) 疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築

- (6) 医療圏及び基準病床数の検討
- (7) 以上の検討を踏まえた医療計画（試案）の作成
- (8) 診療又は調剤に関する学識経験者の団体（医師会、歯科医師会及び薬剤師会）から医療計画（試案）についての意見の聴取（必要に応じ試案の手直し）
- (9) 医療計画（案）の決定
- (10) 医療計画（案）についての市町村の意見聴取（必要に応じ医療計画（案）の手直し）
- (11) 医療計画（案）について都道府県医療審議会への諮問、答申
- (12) 医療計画の決定
- (13) 医療計画の厚生労働大臣への提出及び公示

2 疾病又は事業ごとの医療連携体制構築の手順

(1) 情報の収集

都道府県は、医療連携体制を構築するにあたって、患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。

これらの情報には、次に掲げる既存の統計・調査から得られる情報のほか、関係団体や住民に対するアンケート調査やヒアリング等で得られる情報がある。既存の統計・調査等のみでは現状把握ができない場合、積極的に新たな調査を行うことが重要である。

- ① 人口動態統計
- ② 国民生活基礎調査
- ③ 学校保健統計
- ④ 患者調査
- ⑤ 国民健康・栄養調査、保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）
- ⑥ 保健福祉動向調査
- ⑦ 介護保険事業状況報告
- ⑧ 医療施設調査
- ⑨ 病院報告
- ⑩ 薬事関係業態数調

(2) 協議の場の設置

都道府県は、医療審議会もしくは医療対策協議会の下に、4 疾病及び5 事業それぞれの医療体制を構築するため、疾病又は事業ごとに協議する場（以下「作業部会」という。）を設置する。また必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置する。

作業部会と圏域連携会議は、有機的に連携しながら協議を進めることが重要であ

る。

① 作業部会

ア 構成

作業部会は、地域の実情に応じた医療体制を構築するため、例えば次に掲げる者を代表する者により構成する。

- (ア) 地域医師会等の医療関係団体
- (イ) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者
- (ウ) 介護保険法に規定するサービス事業者
- (エ) 医療・介護サービスを受ける住民・患者
- (オ) 保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村
- (カ) 学識経験者
- (キ) 上記（ア）から（カ）までの他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者

イ 内容

作業部会は、下記の事項について協議する。

(ア) 地域の医療資源の把握

医療資源・医療連携に関する情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする。特に4疾病については、まずは二次医療圏を基礎として医療資源を把握する。

(イ) 圏域の設定

上記（ア）に基づき、圏域を検討・設定する。この場合、各疾病及び事業に特有の重要事項に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(ウ) 数値目標の検討

地域の実情に応じて数値目標を定める。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第7に掲げる諸計画等に定められた目標等を勘案するものとする。

② 圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互また

は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

ア 構成

各医療機能を担う全ての関係者

イ 内容

下記の（ア）から（ウ）について、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

（ア）医療連携の必要性について認識の共有

（イ）医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有

（ウ）当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

（３）住民・患者の意見の反映

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

（４）医療計画への記載

都道府県は、前記第３の３に示すとおり、医療機能ごとに、目標、医療機関に求められる体制、数値目標等を医療計画に記載する。

また、原則として各医療機能を担う医療機関等の名称も記載するものとする。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る。

（５）変更が生じた場合の措置

医療計画策定後、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、可能な限り速やかに記載内容を変更する必要がある。

この場合、医療審議会の議をその都度経なくてもすむように、医療機関の変更に伴う手続をあらかじめ定めておく必要がある。

3 医療圏の設定方法

（１）基準病床数の算定における医療圏設定については、規則で定める標準に準拠するため、従来の取扱に変更はないが、疾病又は事業ごとの医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(2) 基準病床数の算定における二次医療圏の設定に当たっては、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院に係る医療（法第30条の4第2項第11号に規定する区域（以下「三次医療圏」という。）で提供することが適当と考えられるものを除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として認定することとなるが、その際に参考となる事項を次に示す。

- ① 人口構造、受療の状況、医療提供施設の分布など、健康に関する需要と保健医療の供給に関する基礎的事項については、市町村単位で地図上に表示することなどを検討する。なお、患者の受療状況の把握については統計学的に有意な方法による諸調査を実施することが望ましい。
- ② 既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学校区（特に高等学校に係る区域）等に関する資料を参考とする。

(3) 三次医療圏については、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、その区域が特に広大であることその他特別の事情がある都道府県にあっては、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定しても差し支えない。

また、一般的に三次医療圏で提供することが適当と考えられる医療としては、例えば、特殊な診断又は治療を必要とする次のものが考えられる。

- ① 経皮的カテーテル心筋焼灼術、腎移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法、持続的血液濾過透析等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

(4) 都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし、隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、各都道府県の計画にその旨を明記の上、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない。

なお、その際は関係都道府県間での十分な協議や調整を行うとともに必要に応じ厚生労働省にも連絡されたい。

4 基準病床数の算定方法

(1) 基準病床数の算定方法

基準病床数の算定は、規則で定める標準に準拠し、次に掲げる方式によること。

- ① 療養病床及び一般病床に係る基準病床数は、アの算定式により算出した数と、イの算定式により算出した数に、ウの式により算定した数を加えた数の合計数を標準とする。

ア 療養病床

$$\left\{ \left\{ \begin{array}{l} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{人口} \end{array} \right\} \times \left\{ \begin{array}{l} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{入院・入所需要率} \end{array} \right\} \text{の総和} - \left\{ \begin{array}{l} \text{介護施設} \\ \text{で対応可} \\ \text{能な数} \end{array} \right\} + \left\{ \begin{array}{l} 0 \sim \text{当該区域への他区域} \\ \text{からの流入入院患者数の} \\ \text{範囲内で知事が定める数} \end{array} \right\} - \left\{ \begin{array}{l} 0 \sim \text{当該区域から他区域} \\ \text{への流出入院患者数の範} \\ \text{囲内で知事が定める数} \end{array} \right\} \right\} \times \frac{1}{\text{病床利用率}}$$

ただし、上記算定式により二次医療圏ごとに算定した数の都道府県における合計数は、

$$\left\{ \left\{ \begin{array}{l} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{人口} \end{array} \right\} \times \left\{ \begin{array}{l} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{入院・入所需要率} \end{array} \right\} \text{の総和} - \left\{ \begin{array}{l} \text{介護施設} \\ \text{で対応可} \\ \text{能な数} \end{array} \right\} \right\} \times \frac{1}{\text{病床利用率}}$$

により二次医療圏ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。

イ 一般病床

$$\left\{ \left\{ \begin{array}{l} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{人口} \end{array} \right\} \times \left\{ \begin{array}{l} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{退院率} \end{array} \right\} \text{の総和} \times \text{平均在院日数} + \left\{ \begin{array}{l} 0 \sim \text{当該区域への他区域} \\ \text{からの流入入院患者数の} \\ \text{範囲内で知事が定める数} \end{array} \right\} - \left\{ \begin{array}{l} 0 \sim \text{当該区域から他区域} \\ \text{への流出入院患者数の範} \\ \text{囲内で知事が定める数} \end{array} \right\} \right\} \times \frac{1}{\text{病床利用率}}$$

ただし、上記算定式により二次医療圏ごとに算定した数の都道府県における合計数は、

$$\left\{ \left\{ \begin{array}{l} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{人口} \end{array} \right\} \times \left\{ \begin{array}{l} \text{当該区域の性別} \\ \text{及び年齢階級別} \\ \text{退院率} \end{array} \right\} \text{の総和} \times \text{平均在院日数} \right\} \times \frac{1}{\text{病床利用率}}$$

により二次医療圏ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。

ウ 基準病床数の加算部分

なお、当該都道府県において、都道府県外への流出院患者数が都道府県内への流入入院患者数よりも多い場合は、

$$\left\{ \left[\begin{array}{c} \text{都道府県外への} \\ \text{流出院患者数} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{都道府県内への} \\ \text{流入入院患者数} \end{array} \right] \right\} \times \frac{1}{3}$$

で得られた流出超過加算数を限度として適当と認める数を各二次医療圏の基準病床数に加えることができる。

(注1)「人口」とは、医療計画作成時における夜間人口をいう。その数値については、国勢調査の結果による人口、地方公共団体の人口に関する公式統計による人口等のうち最近のものによることとする。

(注2)「年齢階級」とは、5歳ごとの年齢による階級である。

(注3)「当該区域の性別及び年齢階級別入院・入所需要率」とは、厚生労働大臣が定める在宅以外の長期療養に係る医療又は介護を必要とする者の性別及び年齢階級別の入院・入所需要率を上限として、都道府県知事が当該区域の状況を勘案して定める値とする。

(注4)「介護施設で対応可能な数」とは、介護施設（介護療養型医療施設を除く。）に入所している者の実数に都道府県知事が今後の介護サービスの進展を考慮した数を加えた数をいう。

(注5)「当該区域の性別及び年齢階級別退院率」とは、地方ブロックの性別及び年齢階級別の退院率をいう。

(注6)「入院・入所需要率」、「退院率」、「病床利用率」及び「平均在院日数」として使用する（参考とする）数値については、医療法第30条の3第2項第3号の療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等を定める件（昭和61年厚生省告示第165号）により定められている。

(注7)各区域における流入入院患者数については、都道府県知事が当該区域における医療の確保のために必要と認める事情があるときは、当該区域ごとの数を超えて、当該事情を勘案した数を加えることができる。

(注8)各区域における流入流出院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。

(備考)「地方ブロック」とは、以下の9ブロックをいう。

ブロック名	都 道 府 県 名
北 海 道	北海道
東 北	青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
関 東	茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野
北 陸	富山、石川、福井
東 海	岐阜、静岡、愛知、三重
近 畿	滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山
中 国	鳥取、島根、岡山、広島、山口
四 国	徳島、香川、愛媛、高知
九 州	福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄

- ② 精神病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに次の算定式により算出した数を標準とする。

ただし、算定式中「入院率」、「病床利用率」及び「入院患者数」は、それぞれ「精神病床に係る入院率」、「精神病床利用率」及び「精神病床入院患者数」と読み替えて適用する。

$$\begin{aligned}
 & \left\{ \left(\text{当該都道府県の年齢階級別人口} \right) \times \left(\text{当該都道府県の年齢階級別新規入院率} \right) \right\} \text{の総和} + \left(\text{当該都道府県への他都道府県からの流入入院患者数} \right) - \left(\text{当該都道府県から他都道府県への流出入院数} \right) \\
 & \times \text{平均残存率} \times \frac{1}{\text{入院期間が1年未満である者に係る病床利用率}} \\
 + & \left\{ \left(\text{当該都道府県における入院期間が1年以上である年齢階級別入院患者数} \right) \times (1 - \text{退院率}) \right\} \text{の総和} + \left(\text{当該年において入院期間が1年に達した入院患者数} \right) - \left(\text{長期入院患者退院促進目標数} \right) \\
 & \times \frac{1}{\text{入院期間が1年以上である者に係る病床利用率}}
 \end{aligned}$$

この場合において、都道府県知事は当該都道府県に所在する病院の入院患者のうち当該都道府県に住所を有する者の数が、

$$\left(\text{当該都道府県の年齢階級別人口} \right) \times \left(\text{当該都道府県の年齢階級別入院率} \right) \text{の総和}$$

により算定される数を下回っている都道府県については、

$$(\text{他の都道府県への流出入院患者数}) \times \frac{1}{\text{病床利用率}}$$

で得られた数の3分の1を限度として適当と認められる数をその都道府県における前記の算定式により算定した基準病床数に加えることができる。

(注1)「人口」とは、医療計画作成時における夜間人口をいう。その数値については、国勢調査の結果による人口、地方公共団体の人口に関する公式統計による人口等のうち最近のものによることとする。

(注2)「年齢階級」とは、20歳未満、20歳以上40歳未満、40歳以上65歳未満、65歳以上の年齢による階級とする。

(注3)「平均残存率」とは、次の二つの値を平均した値を標準として都道府県知事が定める値とする。ただし、アの値がイの値を下回る都道府県にあっては、アの値とする。

ア 当該都道府県の平均残存率

イ 全国の平均残存率の目標値

なお、ア及びイの値として使用する数値については、医療法第30条の3第2項第3号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等を定める件（平成18年厚生労働省告示第161号。以下「精神病床算定告示」という。）により定められている。

(注4)「退院率」とは、次の二つの値を平均した値を標準として都道府県知事が定める値とする。ただし、アの値がイの値を上回る都道府県にあっては、アの値とする。

ア 当該都道府県の入院期間が1年以上である入院患者の年齢階級別年間退院率

イ 全国の退院率の目標値

なお、ア及びイの値として使用する数値については、精神病床算定告示により定められている。

(注5)「当該都道府県の年齢階級別新規入院率」、「入院期間が1年未満である者に係る病床利用率」、「長期入院患者退院促進目標数」、「入院期間が1年以上である者に係る病床利用率」、「当該都道府県の年齢階級別入院率」、「病床利用率」と

して使用する数値については、精神病床算定告示により定められている。

(注6) 各都道府県における流入流出入院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。

- ③ 結核病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに都道府県知事が定める数とする。

なお、基準病床数の算定に当たっては、「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」(平成17年7月19日健感発第0719001号健康局結核感染症課長通知)を参照すること。

- ④ 感染症病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第38条第1項の規定に基づき厚生労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに同条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算した数を基準として都道府県知事が定める数とする。

(2) 基準病床数の算定の特例

医療計画作成時に次のような事情があるため、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いた上で厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数又は厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を基準病床数とすることができる。

- ① 急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合
- ② 特定の疾患に罹患する者が異常に多い場合
- ③ 高度の医療を提供する能力を有する病院が集中している場合
- ④ 基準病床数に係る特例の対象となる病床以外で、医学・医術の進歩に伴い特殊病床が必要と考えられる場合
- ⑤ その他当該区域において準ずる事情がある場合

第5 医療計画の推進等

1 医療計画の推進体制

医療計画の推進体制については、第4の2(2)に定める協議の場を設けるなど、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるような体制を構築することが望ましい。

2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討

医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要である。

そのため、第3の11に示すとおり、事業の目標、推進体制、推進方策、評価・見直し方法等を計画においてあらかじめ明らかにした上で、少なくとも5年ごとに、事業の達成状況について調査、分析及び評価を行い、必要があるときは計画を変更する。

第6 医療計画に係る報告等

各都道府県の実情を把握し適正な医療計画の推進に資するため、法第30条の4第12項の規定に基づく医療計画の厚生労働大臣への報告については、次のとおり取り扱う。

1 医療計画の厚生労働大臣への報告

(1) 報告事項

- ① 医療計画及びその概要並びに付属資料
- ② 公示の方法（都道府県の公報の写し等を添付）
- ③ 原案作成年月日、市町村からの意見聴取年月日、医療審議会への諮問年月日及び答申年月日、公示年月日

(2) 提出部数 5部

(3) 報告時期

医療計画及びその概要並びに付属資料は公示前とし、その他の印刷物がある場合は公示後速やかに報告するものとする。

なお、例えば疾病又は事業ごとの医療連携体制において、医療機能を担う医療機関の記載を変更した場合など、法第30条の6の規定に基づかない計画変更の場合には、報告の対象としないこととする。

2 医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況の報告

(1) 報告事項……………別紙様式3

開設者氏名、病院所在地、開設等申請年月日、申請病床数、申請病床の種別、勧告年月日、医療審議会の意見、勧告に対する申請者の対応、その他参考事項

(2) 提出部数 4部

(3) 報告時期

勧告の行った日の属する月の翌月の10日までとする。ただし、「勧告に対する申請者の対応」が相当遅れる場合は、当該部分のみ後日報告するものとする。

(別紙様式 1)

番 号
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

医療法第 30 条の 4 第 5 項の規定に基づく承認について

医療法第 30 条の 4 第 5 項の規定による病床数の加算について関係書類を添付し、次のとおり申請いたします。

添付書類

- 1 都道府県医療審議会の意見を記載した書面
- 2 関係地域の地図その他参考となる書類

1 加算すべき病床数		2 加算する病床の種別	
3 加算する地域			
4 加算を必要とする理由			
5 加算しようとする病床数の算定根拠			
6 関係医療施設の現状と計画			
7 備 考			

記載上の注意

「4 加算を必要とする理由」の欄には、特定の疾病の多発等のため特定の病院を整備しようとする場合にはその旨、並びに当該病院の整備計画の概要及び設置場所選定の理由等を記載すること。

(別紙様式2)

番 号
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

医療法第30条の4第6項（又は第7項）の規定に基づく承認について

医療法第30条の4第6項（又は第7項）の規定による病床数の特例について関係書類を添付し、次のとおり申請いたします。

添付書類

- 1 都道府県医療審議会の意見を記載した書面
- 2 関係地域の地図その他参考となる書類

1 特例とすべき病床数		2 特例とする病床の種別	
3 特例とする地域			
4 特例を必要とする理由			
5 特例としようとする病床数の算定根拠			
6 関係医療施設の現状と計画			
7 備 考			

記載上の注意

「4 特例を必要とする理由」の欄には、特定の疾病の多発等のため特定の病院を整備しようとする場合にはその旨、並びに当該病院の整備計画の概要及び設置場所選定の理由等を記載すること。

(別紙様式3)

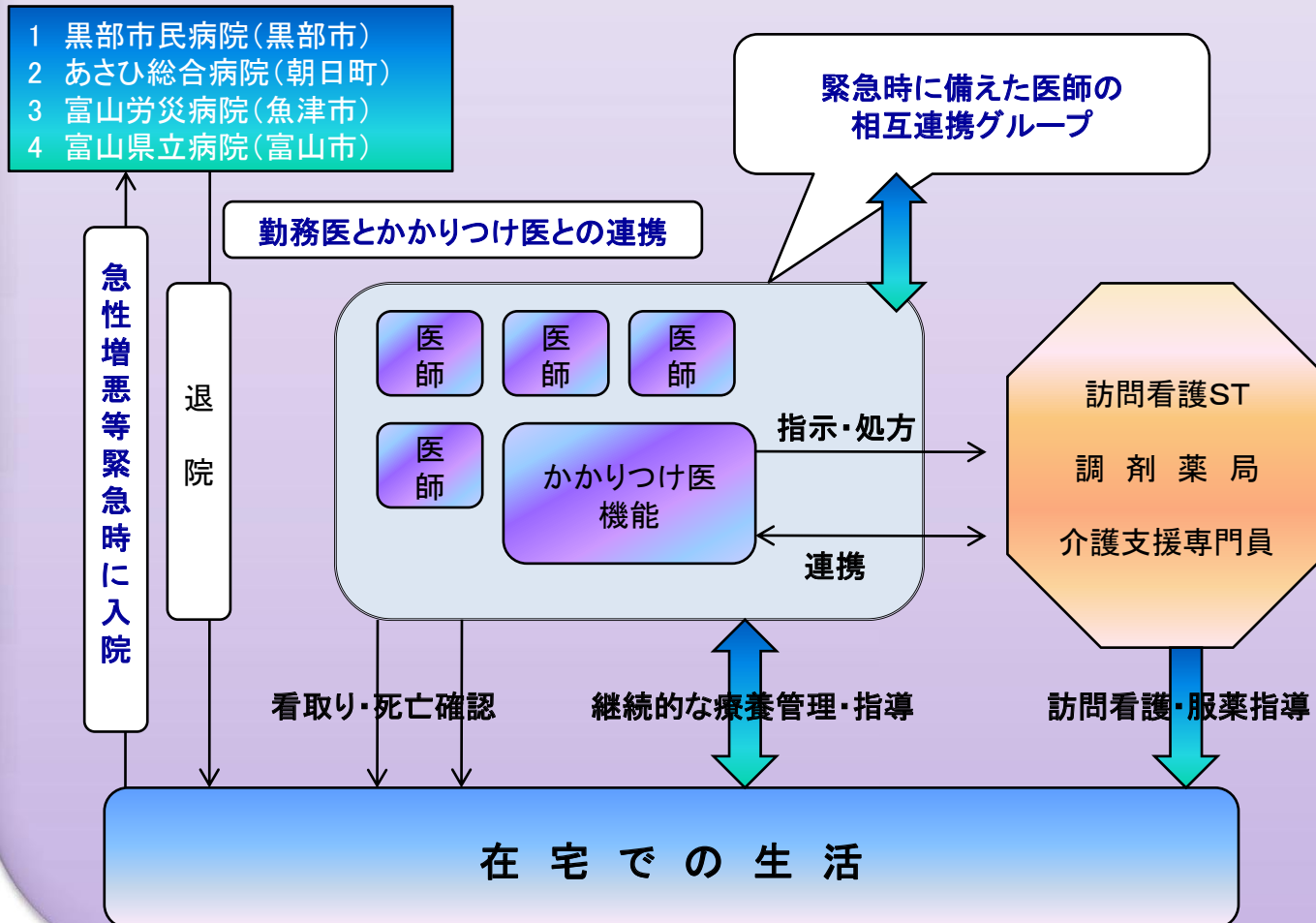
医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況報告

病 院 名			
開 設 者 氏 名			
病 院 所 在 地			
開設等申請年月日			
申 請 病 床 数		申 請 病 床 の 種 別	
勧 告 年 月 日			
医療審議会の意見			
勧 告 に 対 す る 申 請 者 の 対 応			
その他参考事項			

在宅医療に関する各地の取組①

◆富山県新川地区：在宅終末期パスの導入

過疎・高齢の地域で有志の診療所が、コツコツとできる範囲内の医療・看護をお互いに持ち寄って成立する連携体制を目指す。



○在宅主治医は、一人あたりの対応患者は2-3人まで

○市民病院の地域連携室には、医師会代表を連携室院外部長として配置

○退院前カンファレンスには患者・家族も参加

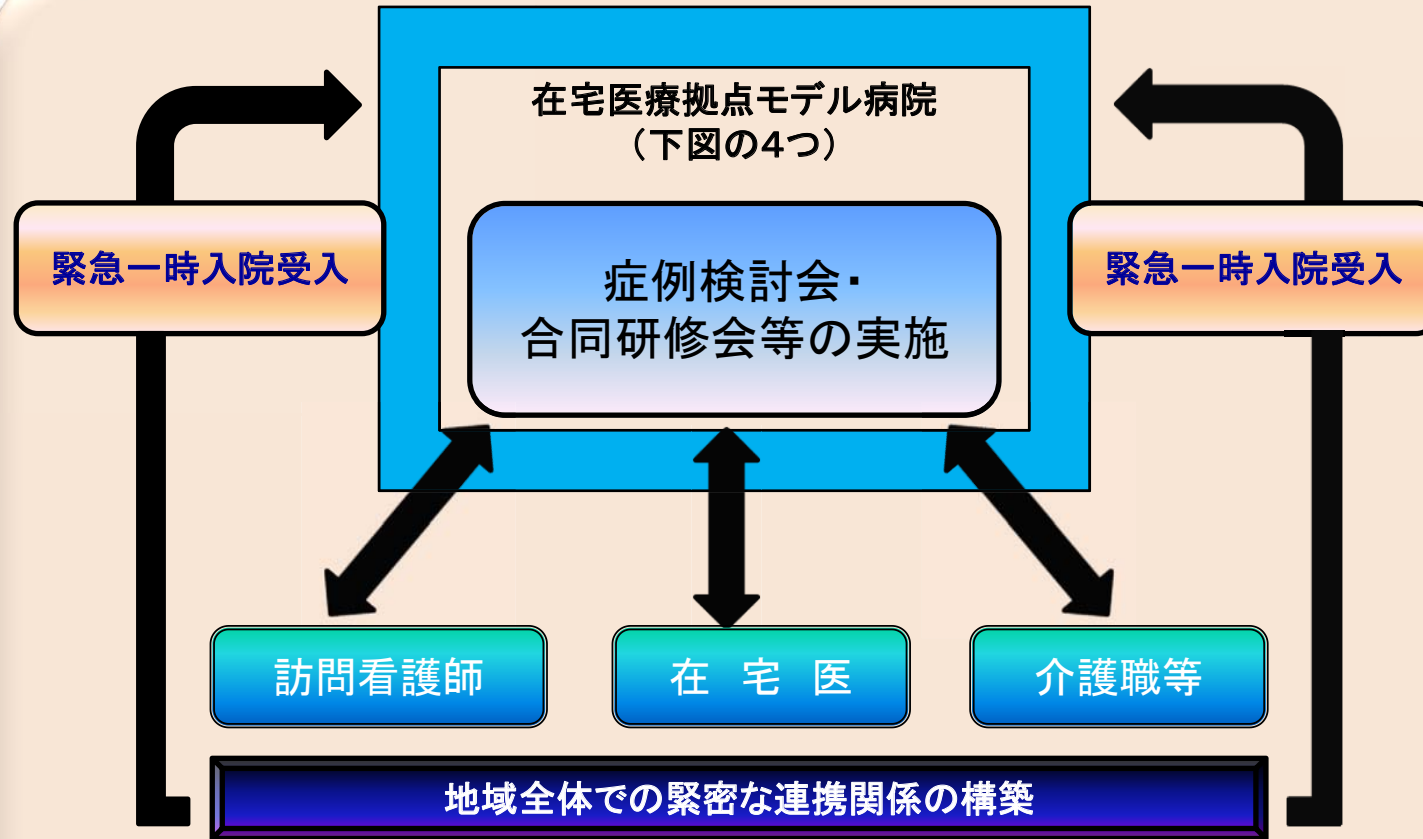
○在宅療養実施計画書に緊急連絡の基準・手順・連絡先を明記

○調剤薬局薬剤師が退院前カンファレンスに参加

○調剤薬局間では、地域でグループを組み、麻薬小売業者間譲渡許可を申請

在宅医療に関する各地の取組②

◆東京都：モデル事業を展開し、在宅医療拠点病院のあり方を模索



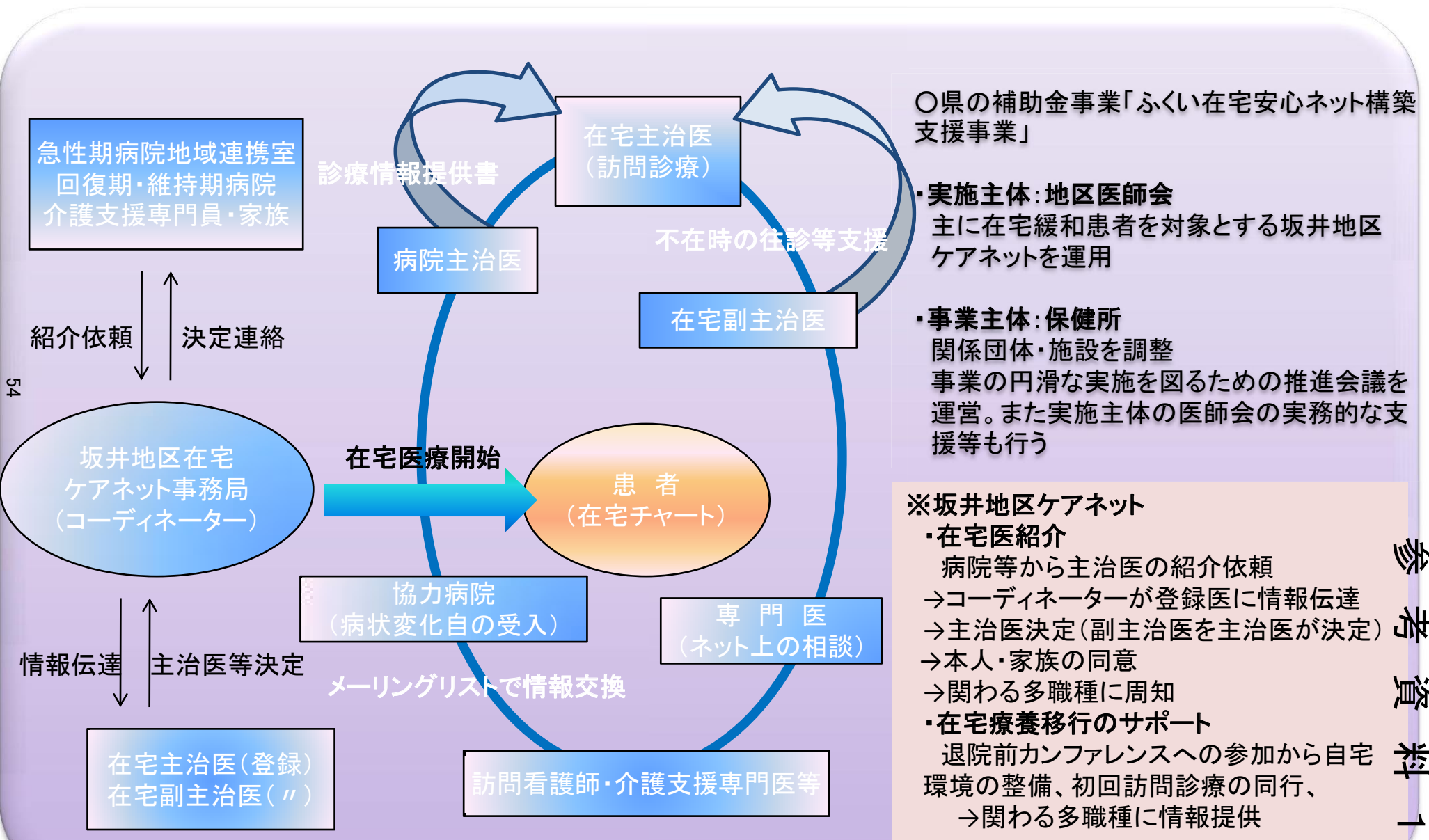
○地域における身近な病院を拠点とし、誰もが安心して在宅療養生活を継続できるような地域医療基盤の整備を図るモデル事業を、都内4地域で実施

○モデル病院が在宅療養患者の緊急一時入院を受け入れながら、患者の在宅医療を担う医師、看護師、介護職等とともにケースカンファランス(症例検討会)や合同研修会などを行うなかで、地域全体で、在宅療養生活を支えるより緊密な連携関係を構築していく。

モデル地域	台東区	荒川区	日野市	三鷹市
	人口16.5万人 高齢化率24%(11%) 1世帯当たり1.83人	人口18.4万人 高齢化率23%(10%) 1世帯当たり1.99人	人口17.3万人 高齢化率20%(8%) 1世帯当たり2.23人	人口17.6万人 高齢化率19%(9%) 1世帯当たり2.03人
二次保健医療圏	区中央部	区東北部	南多摩	北多摩南部
	在宅医51(25) 訪問看護11 訪問介護44	在宅医46(15) 訪問看護14 訪問介護50	在宅医29(9) 訪問看護6 訪問介護29	在宅医33(10) 訪問看護9 訪問介護30
モデル病院	区立台東病院 120床;ケアミックス	木村病院 88床;一般病床	日野田中病院 96床;療養病床	野村病院 117床;ケアミックス

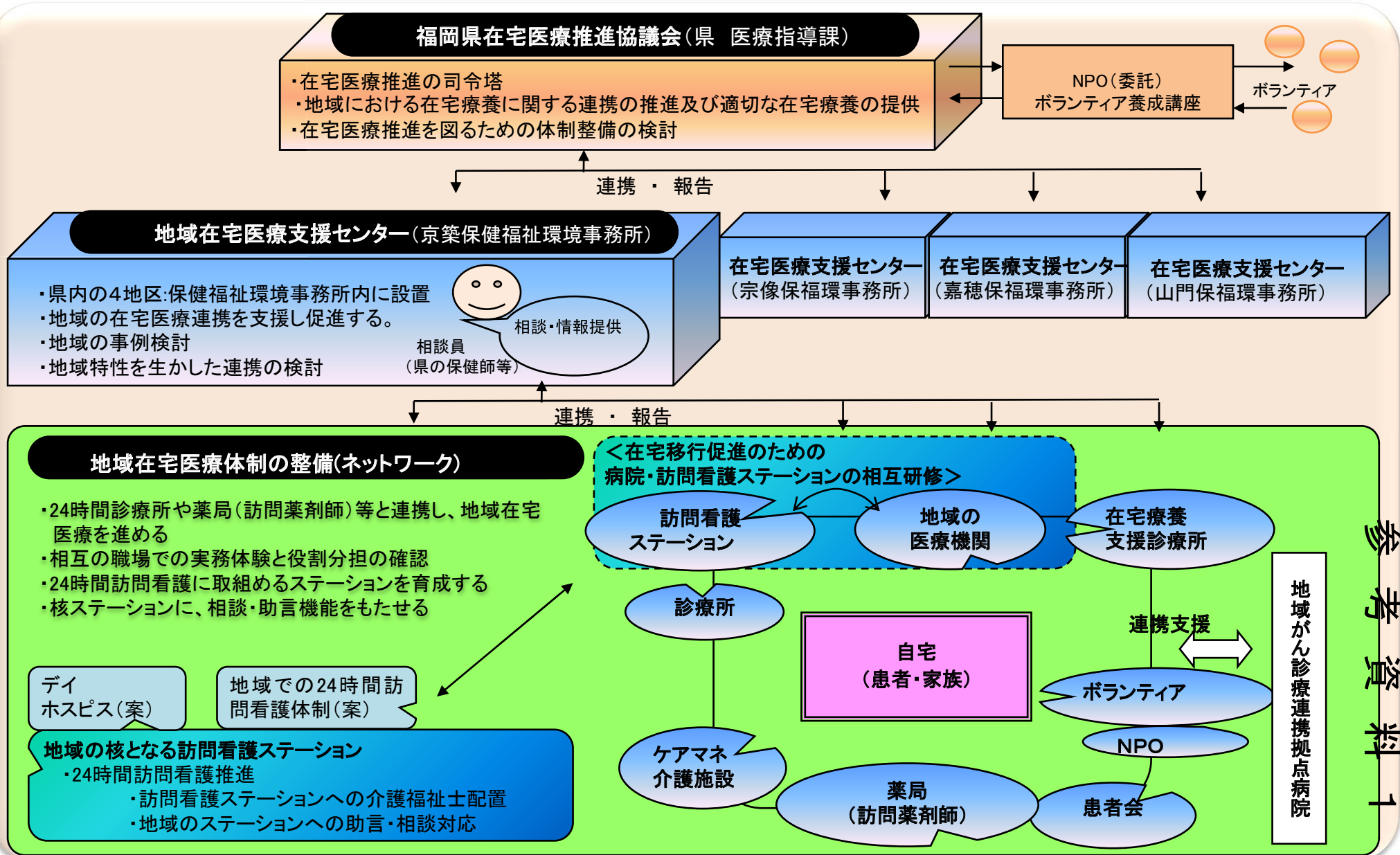
()内は在宅療養支援診療所数

在宅医療に関する各地の取組③



在宅医療に関する各地の取組④

◆福岡県：県及び保健所が中心となり在宅医療および地域連携を促進



国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組

在宅医療に対する現状認識

- 高齢者の生活を支える医療として未だ十分定着していない
- 急性期医療、介護サービスとの連携や救急、終末期受け入れ先の確保が不十分
- 在宅死亡比率の増加停滞



国立長寿医療研究センターの役割(中期計画の着実な実施)

センターの中期計画において、在宅医療に関するモデル提供、研究開発等を規定
→国民が地域で安心して生活できる在宅医療システムを確立し、全国的な推進に寄与する。

センターの行動方針

- **在宅医療推進会議の開催**による課題抽出、方策推進、政策提言
 - ・ 24時間365日の支援体制のための多職種連携推進
 - ・ 在宅療養支援診療所等の活性化、在宅看取り率の増加
 - ・ 医療・介護サービスにおける連携方策の推進
- **在宅医療支援病棟**(医療提供、ネットワークモデルの研究開発)
 - ・ 地域の在宅医療実施診療所と連携、需要調査
 - ・ 患者・家族の臨床・QOL向上への効果を評価(高齢者総合生活機能評価の実施)
 - ・ 在宅看護で重視すべきケアの分析・評価
- 在宅医療の効果、経済分析等に関する研究
- 関係医療団体、学会、NPO等に対する支援



国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組(在宅医療推進会議)

在宅医療推進会議(平成19年5月設置)

1 位置づけ

国立長寿医療研究センター総長が召集し、わが国における在宅医療を推進するための方策について、関係者の意見を聴くために開催。

会議の意見を基に、在宅医療推進方策について、国立長寿医療研究センター及び関係機関・関係者が実施すると共に、必要に応じて、制度に反映させる等のために政策提言を行う。

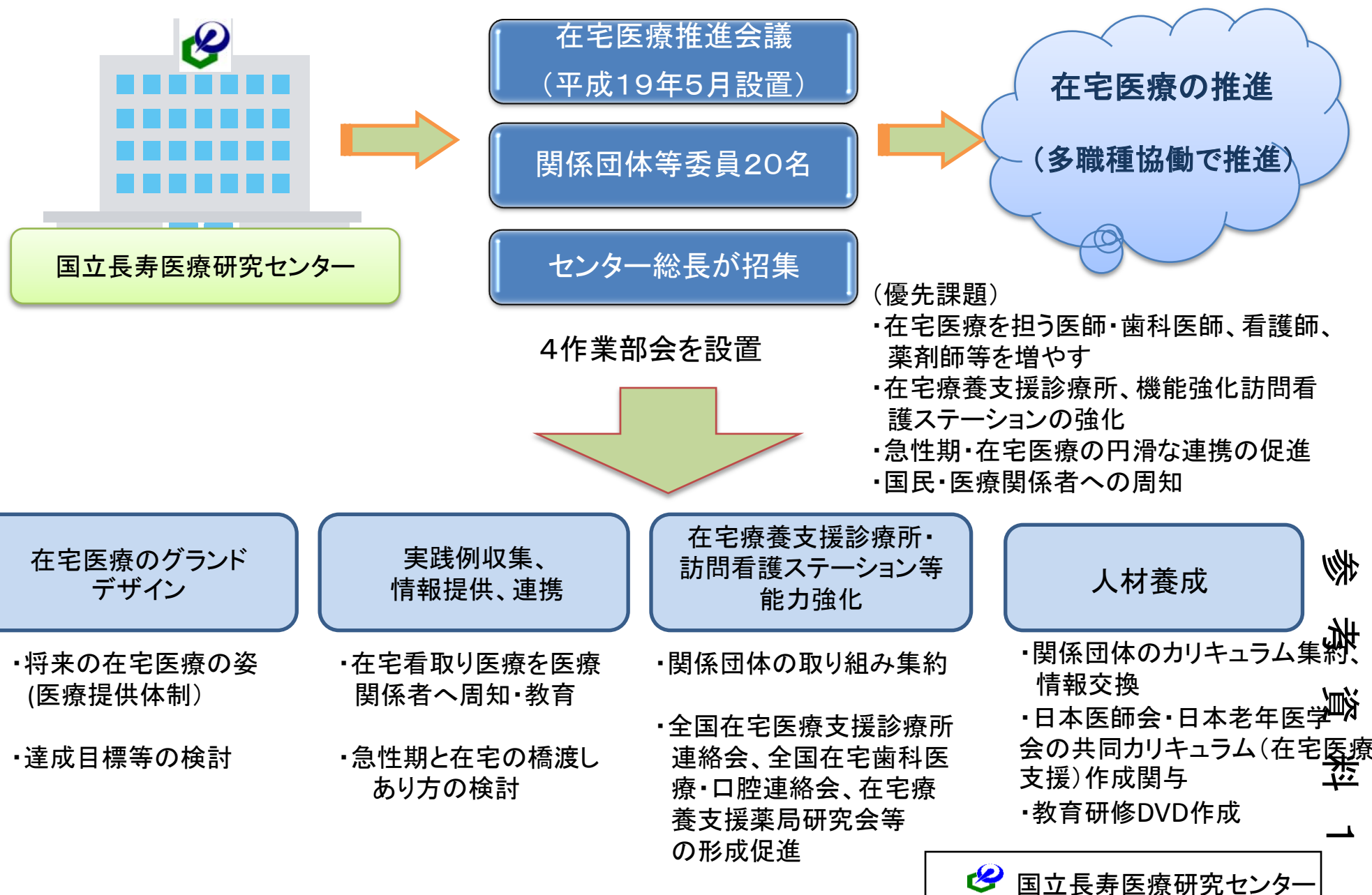
2 メンバー

- ・日本ホスピス・在宅ケア研究会
- ・日本薬剤師会
- ・日本老年医学会 東大大学院医学系研究科
- ・尾道市医師会
- ・日本介護支援専門員協会
- ・在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- ・日本看護協会
- ・日本在宅医学会
- ・日本訪問看護振興財団
- ・日本在宅医療学会
- ・在宅医療助成 勇美記念財団
- ・長寿科学振興財団
- ・日本歯科医師会
- ・東大 高齢社会総合研究機構
- ・日本プライマリ・ケア連合学会
- ・国立がん研究センター中央病院緩和医療科
- ・日本医師会
- ・全国国民健康保険診療施設協議会
- ・日本ホスピス緩和ケア協会
- ・全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会

- | | |
|--------|------|
| 蘆野 吉和 | 副理事長 |
| 安部 好弘 | 常務理事 |
| 大内 尉義 | 会長 |
| 片山 壽 | 会長 |
| 木村 隆次 | 会長 |
| 黒岩 卓夫 | 会長 |
| 坂本 すが | 副会長 |
| 佐藤 智 | 顧問 |
| 佐藤 美穂子 | 常務理事 |
| 城谷 典保 | 会長 |
| 住野 勇 | 理事長 |
| 祖父江 逸郎 | 理事長 |
| 池主 憲夫 | 常務理事 |
| 辻 哲夫 | 教授 |
| 前沢 政次 | 理事長 |
| 的場 元弘 | 医長 |
| 三上 裕司 | 常任理事 |
| 山口 昇 | 常任顧問 |
| 山崎 章郎 | 理事 |
| 米満 弘之 | 会長 |



国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組（在宅医療推進会議）



在宅医療推進会議

国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組(在宅医療推進会議)

在宅医療推進会議のこれまでの取り組み経緯

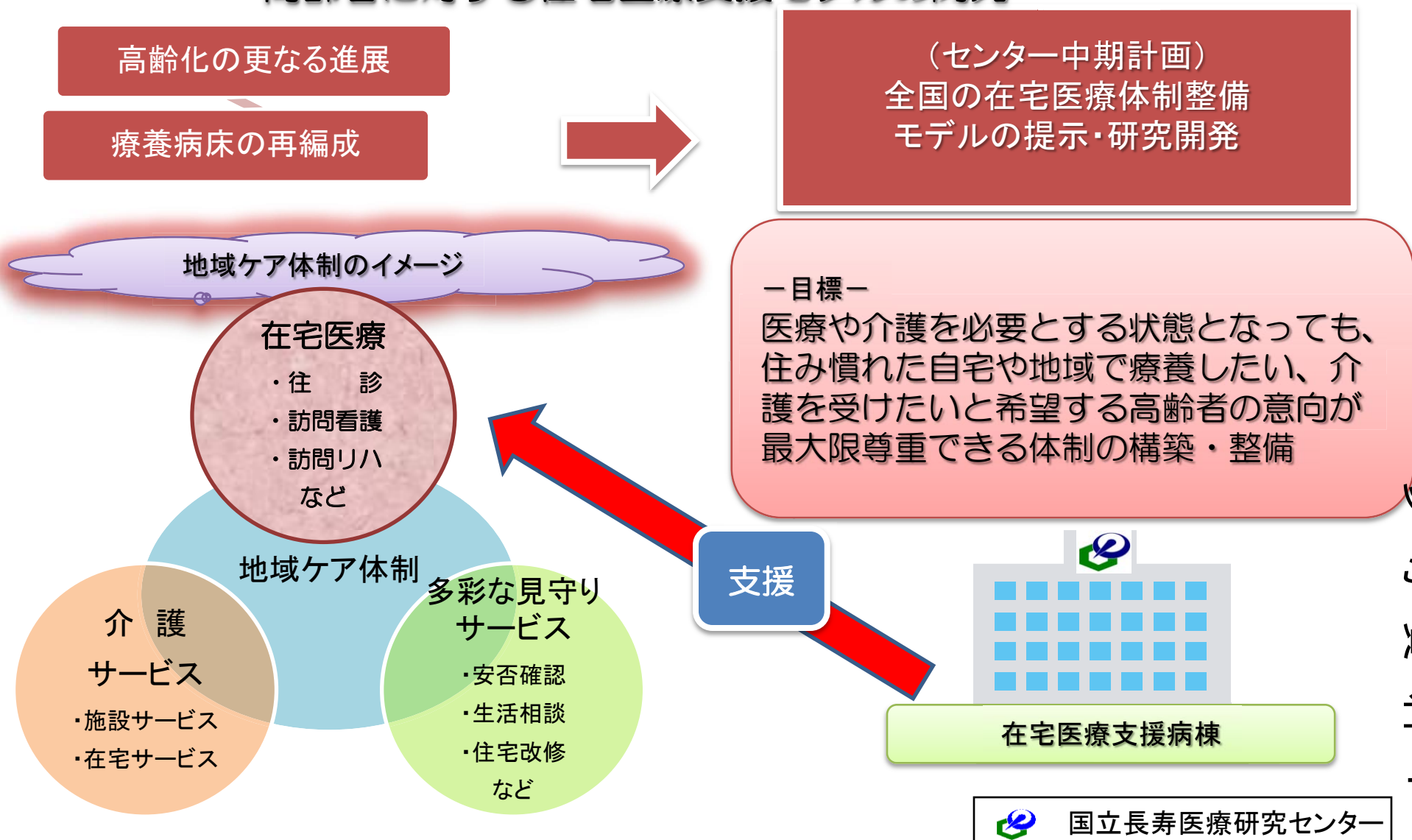
- 平成19年 5月 (第1回)センター総長が関係団体への呼びかけて設置。
重要課題に係る作業部会を設置し、今後の取り組みについて検討開始。
- 11月 (第2回)中間報告取りまとめ(作業部会)
優先度が高く、推進会議、構成団体が主体的に取り組む必要のある
5項目を提言。
- ・ 在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師を増やす
 - ・ 訪問看護ステーションの機能を強化する
 - ・ 在宅療養支援診療所の機能を強化する
 - ・ 急性期医療と在宅医療の円滑な連携を促進する
 - ・ 国民・医療関係者が在宅医療を知ることを促進する
- 20年 5月 厚生労働省医政局に在宅医療推進室設置。
- 10月 (第3回)多職種協働による連携強化の必要性等を提言
- 10月 センター主催で、在宅医療推進多職種協働懇話会開催(近畿ブロック)
- 21年 3月 同上、多職種協働懇話会開催(北関東地域ブロック)
- 3月 日本医師会在宅医療支援研修第1回実施(カリキュラム作成への関与)
- 4月 在宅療養支援診療所連絡会一般社団法人化
- 22年 3月 (第4回)国の施策の現状、高齢社会総合研究機構との連携強化確認
- 23年1~2月 (第5回,)連携推進のあり方等について検討を予定。

(この他センターとして、在宅医療推進フォーラムを関係団体と毎年、計6回開催)



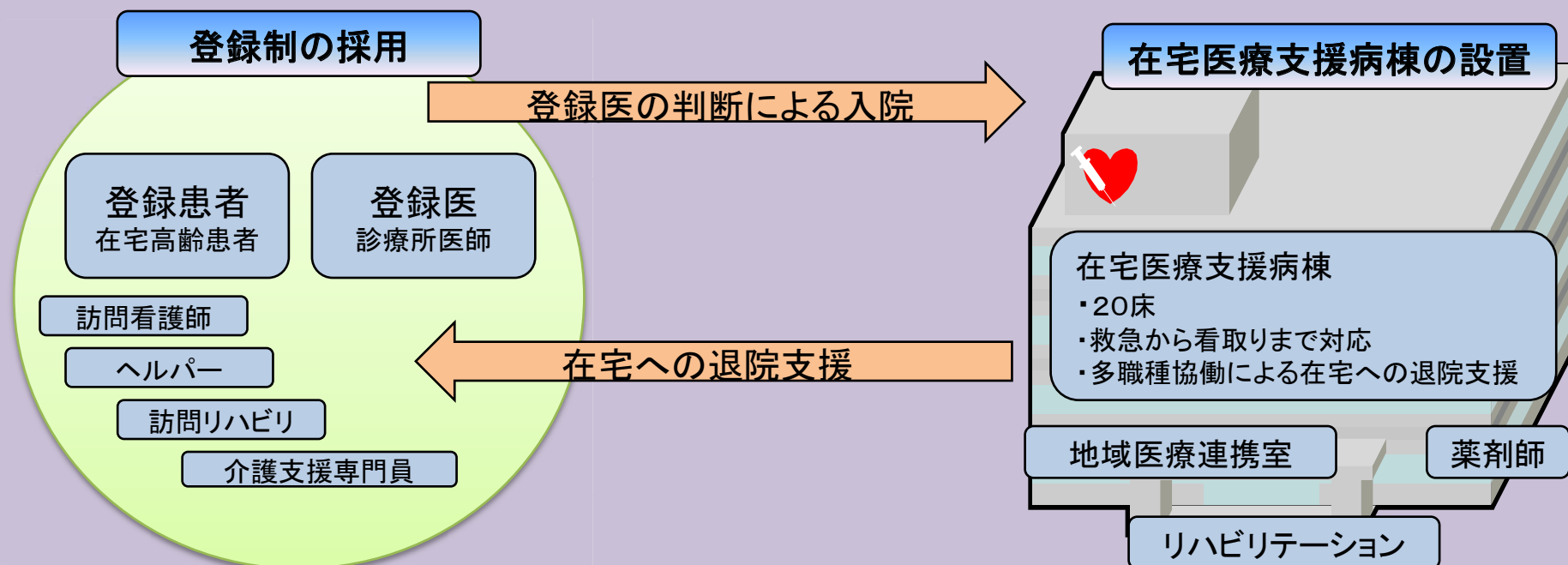
「在宅医療支援病棟」の位置付け：NCの中期計画に基づく取り組み

高齢者に対する在宅医療支援モデルの開発



国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組（在宅医療支援病棟）

在宅ケアチームと病院チームの切れ目のない医療・ケアを目指す。



国立長寿医療研究センター近隣の在宅ケアチーム

国立長寿医療研究センター病院チーム

2009年4月～2010年3月の在宅医療支援病棟への入院患者の調査結果

延べ253件(164名)が利用 平均年齢77.3歳

平均入院日数17.8日

入院目的は治療(52.2%)、在宅療養のための指導・調整(22.1%)、レスパイト(7.9%)

紹介入院164名中77名が死亡、うち自宅死亡26名(在宅死亡率33.7%)



医療保険における在宅医療の取組と検討状況

＜これまでの主な取組＞

- 平成22年の診療報酬改定において、
- 症状が増悪した緊急時の対応など、患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価の引き上げ
- 小児に対する在宅医療の評価の新設
- 365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価として、在宅療養支援病院の拡大
- 入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価
- 頻回の皮膚処置が必要な患者について、在宅における医療材料の選択等の指導管理を新設
- 同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数の制限の緩和
- 訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し
- 乳幼児等への訪問看護の評価
- 等の所要の措置を講じている。

＜検討事項(予定)＞

平成22年の診療報酬改定について、答申にあたっての中央社会保険医療協議会の意見のうち、在宅医療に係る主なものは以下の通り。

- 8 訪問看護については、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、訪問看護ステーションの安定的な運営や、患者の病状に合わせた訪問に対する評価の在り方について、検討を行うこと。
- 11 診療報酬と介護報酬の同時改定に向け、必要な医療・介護サービスが切れ目無く円滑に提供されるよう、検討を行うこと。
- 16 平成22年度診療報酬改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととすること。
 - (2) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
 - (3) 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況

介護保険制度の見直しに関する意見【課題と方向性】

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会

【地域における介護の課題】

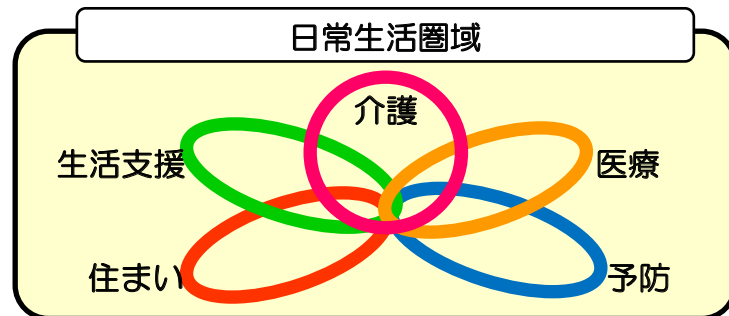
- ・介護になっても在宅で過ごしたい高齢者が多数
- ・高齢者のみ世帯や重度の要介護者に対する支援の不足
- ・介護人材の需要が今後増大、医療ニーズを担う人材確保が必要

【介護保険財政の課題】

- ・介護費用の上昇(2025年に19～23兆円)
- ・第5期(平成24～26年度)に5000円を超える介護保険料
- ・介護職員の処遇改善の継続のために必要な財源確保

【地域包括ケアシステムの構築】

- 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制整備
 - ・単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備(24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等)
 - ・軽度の要介護者へのサービス、地域支援事業
 - ・住まいの整備、施設サービスのあり方
 - ・認知症高齢者への対応、家族支援のあり方
 - ・地域包括支援センターの運営の円滑化
- たんの吸引、人材の確保
- 保険者が果たすべき役割



【給付と負担のバランス】

○給付の充実等

- ・給付の充実
- ・低所得者への配慮
- ・平成24年度以降の介護職員処遇改善の継続
- ・保険料の軽減

○給付と負担の見直し

(検討事項)

- ・給付範囲の見直し
- ・利用者負担の見直し
- ・総報酬割への移行
- ・被保険者範囲の見直し



- 日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現
- 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ることで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築

介護保険制度の見直しに関する意見【概要版】

◎見直しの基本的考え方

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会

- 地域包括ケアシステムの実現 : 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく、有機的かつ一体的に提供
- 持続可能な介護保険制度の構築 : 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図る

◎見直しの方向

(※):異なる意見や反対意見も併記

- 単身・重度の要介護者等に対応しうるサービスの整備
 - ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設
 - ・複合型サービスの導入(小規模多機能型居宅介護と訪問看護等)
 - ・介護福祉士等の介護職員による日常の医療的ケアの実施を可能に
- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス
 - ・給付の効率化・重点化と自立支援の観点からの検討(※)
- 地域支援事業
 - ・保険者判断による予防給付と生活支援サービスの総合化

- 住まいの整備
 - ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ
- 施設サービスのあり方
 - ・社会医療法人が特養を開設することを可能とする
 - ・介護療養病床の廃止を一定の期間に限り猶予(※)

- 認知症を有する人への対応
 - ・認知症のケアモデル構築と地域の実情に応じたケアパスの作成
 - ・市民後見人活用による支援のための体制整備
 - ・認知症の人や家族への支援について地域支援事業の活用検討
- 家族支援のあり方
 - ・仕事と介護の両立支援(介護休暇制度の利用促進等)
 - ・デイサービス利用者の宿泊ニーズへの対応を慎重に検討
 - ・地域支援事業における家族支援事業の推進

- 地域包括支援センターの運営の円滑化

- ケアマネジメント
 - ・ケアプラン、ケアマネジャーの資質向上の推進
- 要介護認定
 - ・認定の有効期間の延長などの事務の簡素化
- 情報公表制度と指導監督
 - ・手数料によらず、利用しやすい情報公表制度への変更
 - ・都道府県における指導監督体制

- 介護人材の確保と資質の向上
 - ・介護報酬改定による処遇改善の取組の継続(※)
 - ・労働法規遵守、キャリアアップの取組の推進

- 給付と負担のバランス
 - ・処遇改善継続と給付拡充のための財源確保(ペイアス・ユーゴー原則)
 - ・被用者保険間の負担の公平性を図るため総報酬割導入の検討(※)
 - ・財政安定化基金の取り崩しによる保険料の軽減の検討(※)
 - ・ケアプランに係る利用者負担の導入の検討(※)
 - ・一定以上所得者の利用者負担の引き上げの検討(※)
 - ・家族の負担能力等を考慮した補足給付の支給の検討(※)
 - ・多床室における給付範囲の見直し(低所得者は維持)(※)
 - ・被保険者範囲の見直しの検討(※)

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた保険者の役割
 - ・介護保険事業計画策定の際の地域ニーズの的確な把握
 - ・医療サービスや高齢者の住まいに関する計画との調和
 - ・地域密着型サービスの提供事業者の適正な公募を通じた選考

- 低所得者への配慮
 - ・低所得者に対する保険料負担の配慮、ユニット型個室の負担軽減

障害児施策のうち医療に関する取組と検討状況

＜これまでの主な取組＞

●障害者自立支援法における取組

- ・障害児に対する支援（児童デイサービス※、居宅介護、行動援護、短期入所、補装具、自立支援医療、相談支援等）

※児童デイサービスは、医療機関等との連携により、看護職員が看護を行った場合に加算で評価

＜平成21年度＞短期入所の報酬改定。さらに、医療型短期入所に従前の宿泊型に加え日帰り型を追加。

●児童福祉法における取組

- ・通所施設（肢体不自由児通園施設、知的障害児通園施設、難聴幼児通園施設）
- ・入所施設（肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、知的障害児施設、盲ろうあ児施設）

※肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、知的障害児施設（第1種自閉症児施設に限る）は病院として、肢体不自由児通園施設は診療所として、医療の提供を実施することが可能であり、医療ニーズのある障害児に対応することが可能である。

●その他の取組

- ・重症心身障害児通園事業、発達障害施策（発達障害研修事業等）

＜検討事項（予定）＞

- 1 平成25年8月までに、障害者自立支援法を廃止し、制度の谷間を生まない「障害者総合福祉法」（仮称）を制定することとしており、障がい者制度改革推進会議および総合福祉部会において検討
- 2 「障害者総合福祉法」（仮称）の検討の基礎資料とするため、全国の在宅障害児・者の医療ニーズも含めたニーズ等の実態を把握する全国調査を平成23年度に実施する予定

我が国の終末期ケア（海外との比較）

The quality of death – Ranking end-of-life care across the world

(A report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by LIEN foundation, 2010)

- エコノミストインテリジェンスユニットによって2010年に発表された、OECD30カ国を含めた40カ国の終末期ケアに関するランキング。
- 日本は40カ国中23位。1位はイギリス、2位オーストラリア、3位ニュージーランド。
- 高齢化、終末期ケアへの予算不足、終末期ケアに対する患者の財政負担、ホスピスや緩和ケア施設の数、国家緩和ケア戦略がないこと、終末期ケア従事者の認定制度がないことなどが低い評価の原因となっている。
- 報告書の中で指摘されている主な各国共通の課題
 - 「死に対する認識」、「文化的タブー」が緩和ケアを推進する上での課題である。
 - 終末期ケアに対する予算は限られており、通常、従来の治療が優先される。
 - 緩和ケアに必要なのは施設内のケアよりも研修が必要である。

英国Gold Standards Frameworkの概要

■Gold Standards Framework(GSF)導入の背景

- 60%の国民が望んだ場所での死を迎えられていない。
- 地域の医療従事者が熱心に取り組んでいるにもかかわらず、症状のコントロールや家族の介護負担、病状の変化への困惑などにより、入院をせざるを得ない状況に陥ることが多々ある。



患者・家族も含めた関係者間のコミュニケーションやコーディネーション、緩和ケア専門家や時間外対応システム等様々な関連機関との連携も含め、地域緩和ケアを改善していくシステム構築についての検討が始まった。

■GSFとは？

- 2005年に導入されたEnd of Life Care Programの柱となる緩和ケアプログラム。
- 地域の多職種チームを中心として、余命1年以内の者に対し、最高水準の緩和ケアを提供することを目的とする。

■GSF導入の流れ

- ・2001年 GSFの試験導入
- ・2003年 終末期患者を対象としたEnd of Life Care Programが策定される。
- ・2005年 NHS(National Health Service)のEnd-of Life Care Programの一環として、1200万ポンド(約25億円)を拠出し、全国のGSFを統括する中央チームを設置
- ・2006年 GSFの一部が、Quality and Outcomes Framework (医学的な指標を基に到達目標を設定し、その到達度を点数化して診療報酬が加算されるシステム)の対象になった。
- ・2009年 90%超の診療所医師がこの診療報酬を算定。
60%以上がC4以上の介入を実施。
15% がC1-C7のすべてのタスクを実施。

■GSFのKeyとなるタスク

- C1 Communication (登録/方針・情報の共有)
- C2 Co-ordination (調整)
- C3 Control of symptoms (症状コントロール)
- C4 Continuity of Care (ケアの継続性)
- C5 Continued learning (継続的な学習)
- C6 Carer support (介護者の支援)
- C7: Care in the dying phase (看取りのケア)

Step1
Step2
Step3

英国Gold Standards Frameworkの普及システム

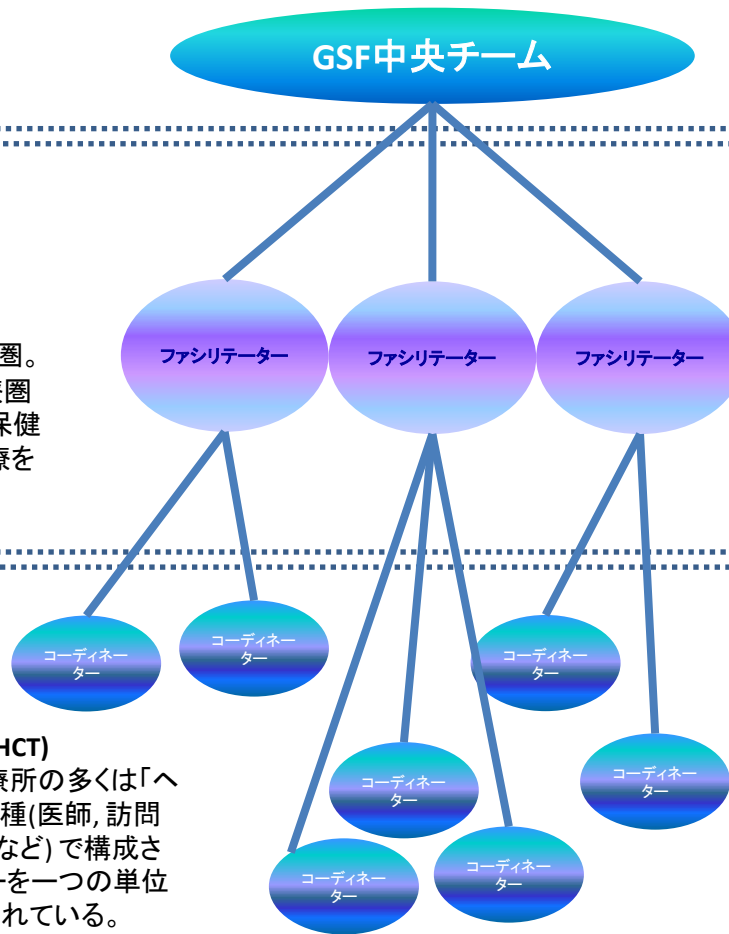
National Health Service(NHS)
(国レベル)

Primary Care Trust(PCT)
(地域レベル)

Primary Care Trust(PCT)
人口10ー20万人ごとの医療圏。
税を財源とし、管轄される医療圏
の診療所医師・訪問看護師・保健
師などによって提供される医療を
すべて把握している。

Primary Health Care Team(PHCT)
(診療所レベル)

Primary Health Care Team(PHCT)
GPがグループ診療を行う診療所の多くは「ヘルスセンター」と呼ばれ、多職種(医師、訪問看護師、保健師、各種療法士など)で構成されている。このヘルスセンターを一つの単位としてプライマリケアが運営されている。



■GSF中央チーム

* タスク: 各地域のGSF推進や円滑な実施を支援。
(例: Webサイトでの情報提供・ワークショップの開催・電話相談・ニューズレターの発行・診療支援のための様々なツールの提供)

■GSFファシリテーター

中央チームから教育を受けたGPや看護師などが各PCTに雇用され、配置される。PHCTのコーディネーターの指導等を実施する。

* タスク

- ・実践のプロセスに関する監査とフィードバック
- ・ディスカッションやコンセンサス形成のファシリテーション
- ・計画立案、責任の割り当て
- ・教育機会の提供
- ・実践開発・プロトコール管理・データ収集

■GSFコーディネーター

通常は訪問看護師がコーディネーターを担う。
GSFでは、コーディネーターがその役割をうまくこなせるように様々なツール(practice co-ordination toolkit)が用意されている。

* タスク

- ・各ケアチームのコーディネート
- ・チームミーティングの開催
- ・PCTのGSFファシリテーターの協力の下、各PHCTがGSFを実施できるように機能する。

■GSFの特徴

- もとは地域で行われていた取組が国家レベルに応用されたものである。
- これまでの知見やベストプラクティスをもとに策定された教育ツールによる人材育成 (診療所レベルの草の根リーダーを養成)。
- 地域のファシリテーターが教育活動を展開するため、地域の医療従事者のレベルやニーズに合った進め方が可能。
- 最初からすべてを要求するのではなく、STEP1からSTEP3にわけ段階的にレベルの向上を目指す。
- 患者のみではなく、家族へのサポートにも主眼をおいたプログラム。

終末期医療のあり方に関する懇談会報告書

平成22年12月

終末期医療のあり方に関する懇談会

目 次

I	はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
II	これまでの経緯・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
III	終末期医療に関する調査の概要・・・・・・・・	3
IV	終末期医療に関する調査結果	
1)	調査結果の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・	6
2)	各調査項目の結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8
①	終末期医療に対する関心	
②	病名や病気の見通しについての説明	
③	治療方針の決定	
④	死期が迫っている患者に対する医療のあり方	
⑤	遷延性意識障害の患者に対する医療のあり方	
⑥	脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者に対する医療のあり方	
⑦	リビング・ウィルと患者の意思の確認方法	
⑧	終末期医療に対する悩み、疑問	
⑨	終末期における療養の場所	
⑩	がん疼痛治療法とその説明	
⑪	終末期医療体制の充実	
V	終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見のまとめ・・・・・・・・	23
1)	終末期のあり方を決定する際のプロセスの充実とリビング・ウィルについて	
2)	終末期医療に関する患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差	
3)	終末期医療体制の整備と医療福祉従事者に対する知識の普及	
4)	緩和ケアについて	
5)	家族ケア・グリーフケア	
6)	次回調査・議論への提言	
VI	終末期医療のあり方に関する懇談会等の審議経過・・・・・・・・	26
VII	終末期医療のあり方に関する懇談会 委員及び参考人名簿・・・・・・・・	27

I はじめに

昭和62年以来4回にわたって、日本人の死生観、倫理観等に関する意識調査の結果等を踏まえながら、終末期医療のあり方に関する検討を重ねてきた。これらの報告書や意識調査の結果は、日本人の死生観の変化を示すばかりでなく、実際の医療現場でも検討資料として活用され評価されている。

この度、最終調査から5年の月日を経て、昨今の一般国民の認識及びニーズの変化、医療提供状況の変化などに鑑み、再度、終末期医療に関する意識調査及び検討を開催する運びとなった。平成20年1月に第1回「終末期医療に関する調査等検討会」を開催し、平成20年3月に意識調査を実施した後、平成20年10月からは厚生労働大臣主催の「終末期医療のあり方に関する懇談会」として開催し、平成22年10月までにあわせて7回の検討会と懇談会を行った。

本報告書は、一般国民及び医療福祉従事者（医師、看護職員、介護施設職員）に対する終末期医療に関する調査、さらに関係者からのヒアリングをもとに、日本人の死生観、倫理観等を踏まえて、終末期医療の現状の問題点の抽出、終末期医療の考え方の整理及び望ましい終末期医療のあり方を検討し、今般、以下のとおりまとめたものである。

Ⅱ これまでの経緯

1) 末期医療に関するケアの在り方の検討会（昭和62年～）

昭和62年7月に第1回を開催し、平成元年6月に報告書を取りまとめるまでに、計14回にわたり検討会を開催した。がんによる末期を中心に1) 末期医療の現状、2) 末期医療のケア、3) 施設、在宅での末期医療、4) 一般国民の理解などについて検討された。

2) 末期医療に関する国民の意識調査等検討会（平成5年～）

平成5年2月に第1回を開催し、平成5年3月に、末期医療に関する意識調査を実施した。平成5年8月に報告書を取りまとめるまでに、計4回にわたり検討会を開催した。主に1) 末期医療に対する国民の関心、2) 苦痛を伴う末期状態における延命治療、3) 患者の意思の尊重とリビング・ウィル、4) 尊厳死と安楽死などについて検討された。

3) 末期医療に関する意識調査等検討会（平成9年～）

平成9年8月に第1回を開催し、平成10年1月から3月にかけて、末期医療に関する意識調査を実施した。平成10年6月に報告書を取りまとめるまでに、計5回にわたり検討会を開催した。主に1) 末期医療における国民の意識の変化、2) 国民と医療従事者との意識を通じて見た末期医療、3) 適切な末期医療の確保に必要な取り組みなどについて検討された。

4) 終末期医療に関する調査等検討会（平成14年～）

平成14年10月に第1回を開催し、平成15年2月から3月にかけて、終末期医療に関する意識調査を実施した。平成16年7月に報告書を取りまとめるまでに、計7回にわたり検討会を開催した。主に1) 患者に対する説明と終末期医療の在り方、2) 末期状態における療養の場所、3) 癌疼痛療法とその説明、4) 終末期医療体制の充実についてなどについて検討された。

5) 終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会（平成19年～）

平成18年3月に報道された、富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件を契機として、「尊厳死」のルール化の議論が活発になったことから、コンセンサスの得られる範囲に限ったルール作りを進めることとなった。平成19年1月より3回にわたり「終末期医療の決定プロセスのあり方についての検討会」を開催し、同年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」及び「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 解説編」を策定した。

終末期のあり方を決定する際には、適切な情報提供と説明に基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者本人による決定を基本とすることや、終末期医療の内容は医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが盛り込まれた。

Ⅲ 終末期医療に関する調査の概要

1) 調査目的

- 一般国民及び医療福祉従事者の終末期医療に対する意識やその変化を把握し、我が国の終末期医療を考える際の資料として広く活用するため実施した。

2) 調査対象及び客体

- 前回（平成15年）の調査と同様、一般国民、医師、看護職員及び介護施設職員（介護老人福祉施設の介護職員をいう。以下同じ。）を対象に意識調査を実施した。調査客体の数は計14,402人（前回13,794人）であった。
- 一般国民
 - 全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法にて抽出し、客体とした。
 - 各地点の標本数が22～39程度となるように国勢調査区（平成17年）から150地点を無作為に選んだ。
 - 150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に選んだ。
- 医師、看護職員
 - 病院・診療所・緩和ケア病棟の医師3,201人と病院・診療所・緩和ケア病棟・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設の看護職員4,201人を客体とした。なお、今回調査から介護老人福祉施設の看護職員も調査対象として加えた。
 - 病院については、全国から1,000施設を無作為に選び、各施設で医師2人と看護職員2人を選定した。
 - 診療所については、都道府県ごとに23施設、計1,081施設を無作為に選び、各施設で医師1人、看護職員1人を選定した。
 - 緩和ケア病棟は、全国120施設の全数を対象とし、各施設で医師1人と看護職員1人を選定した。
 - 訪問看護ステーションについては、全国から500施設を無作為に選び、各施設で看護職員1人を選定した。
 - 介護老人福祉施設については、全国から500施設を無作為に選び、各施設で看護職員1人を選定した。
- 介護施設職員
- 介護老人福祉施設については、全国から2,000施設を無作為に選び、各施設で介護職員1人を選定し、2,000人を客体とした。

3) 調査時期

- 平成20年3月

4) 調査項目

○ 調査項目は下記①から⑪のとおりである。

- ① 終末期医療に対する関心
- ② 病名や病気の見通しについての説明
- ③ 治療方針の決定
- ④ 死期が迫っている患者に対する医療のあり方
- ⑤ 遷延性意識障害の患者に対する医療のあり方
- ⑥ 脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者に対する医療のあり方
- ⑦ リビング・ウィルと患者の意思の確認方法
- ⑧ 終末期医療に対する悩み、疑問
- ⑨ 終末期における療養の場所
 <死期が迫っている患者>
 <脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者>
- ⑩ がん疼痛治療法とその説明
- ⑪ 終末期医療体制の充実

5) 調査の方法

○ 郵送法

6) 結果の集計及び集計客体

○ 調査対象者数、回収数は表1のとおりであり、回収率は46.0%であった。

表1 「終末期医療に関する調査」回収結果

対象者	対象施設	調査人数(人)	回収数(人)	回収率(%)
一般国民	—	5,000(5,000)	2,527(2,581)	50.5(51.6)
医師	計	3,201(3,147)	1,121(1,363)	35.0(43.3)
	病院	2,000(2,000)	648(792)	32.4(39.6)
	診療所	1,081(1,034)	368(425)	34.0(41.1)
	緩和ケア	120(113)	75(78)	62.5(69.0)
	不明	—	30(68)	—
看護職員	計	4,201(3,647)	1,817(1,791)	43.3(49.1)
	病院	2,000(2,000)	854(986)	42.7(49.3)
	診療所	1,081(1,034)	310(347)	28.7(32.1)
	緩和ケア	120(113)	89(83)	74.2(73.5)
	訪問看護ステーション	500(500)	303(314)	60.6(62.8)
	介護老人福祉施設	500(—)	242(—)	48.4(—)
	不明	—	19(61)	—
介護施設職員	介護老人福祉施設	2,000(2,000)	1,155(1,253)	57.8(62.7)
総計		14,402(13,794)	6,620(6,988)	46.0(50.7)

注) () 内は前回調査結果

7) クロス集計

- 今回の調査では、年代別のクロス集計、延命医療について家族との話し合いの有無のクロス集計を行った。

【年代別のクロス集計】

20－39歳、40－59歳、60歳以上の3階級でクロス集計を行った。

(参考) 年代別人数 (各調査対象の右列は縦を計100としたときの構成比 (単位%))

	一般		医師		看護		介護		計	
20－39歳	638	25	145	13	459	25	575	50	1817	27
40－59歳	911	36	676	60	1246	69	546	47	3379	51
60歳以上	954	38	272	24	100	6	30	3	1356	20
不明	2	1	28	2	12	1	4	0	68	1
計	2527	100	1121	100	1817	100	1155	100	6620	100

【延命医療について家族との話し合いの有無別のクロス集計】

延命医療について家族と「十分に話し合っている」「話し合ったことがある」と回答した者を「話合あり」、「全く話し合ったことがない」と回答した者を「話合なし」としてクロス集計を行った。

(参考) 話合有無の人数 (各調査対象の右列は縦を計100としたときの構成比 (単位%))

	一般		医師		看護		介護		計	
話合あり	1216	48	647	58	1231	68	577	50	3671	55
話合なし	1279	51	461	41	567	31	572	50	2879	43
不明	32	1	13	1	19	1	6	1	70	1
計	2527	100	1121	100	1817	100	1155	100	6620	100

IV 終末期医療に関する調査結果

- 文中に p__とあるのは、別添「終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について」の該当ページである。
- 一般国民、医師、看護職員、介護施設職員の回答について、それぞれ般、医、看、介と省略している。
- 本報告書における医療福祉従事者とは、医師、看護職員、介護施設職員を指す。

1) 調査結果の概要

- 終末期医療に対する関心は高い（80～96％）が、延命治療について家族で話し合ったことがある者は半数程度（48～68％）であり、十分に話し合ったことがある者は少ない（3～7％）。
- 延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、延命医療に対して消極的な傾向がみられる。
- 病態ごとに異なるものの、治る見込みがないと診断された場合、延命医療に対して消極的である。一方、自分自身の延命医療に比べて、自分の家族には延命医療を望む傾向がある。
- 死期が迫っている場合、延命医療を中止して自然に死期を迎えさせるような医療・ケアを望む者が前回より増加しており、苦痛を和らげることに重点を置く医療・ケアを望む者が半数以上を占める（52～71％）。
- リビング・ウィル（書面による生前の意思表示）の考え方に賛成する者の割合は前回よりも増加している。また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、リビング・ウィルに賛成する者の割合が多い。
- リビング・ウィルの法制化について、一般国民は法制化に否定的な意見が6割を超える一方、医師と看護職員は意見が二分している。
- 延命医療に関して、51～67％の者が医師と患者の間で十分な話し合いが行われていないと考えている。
- 終末期医療に対して、悩みや疑問を感じたことがある医療福祉従事者は80％を超える。
- 医療福祉従事者の間で、終末期状態の定義や延命医療の不開始、中止等に関する一律な判断基準については、「詳細な基準を作るべき」という意見と「一律な基準ではなく医療・ケアチームが十分に検討して方針を決定すればよい」という意見で二分している。

- 死期が迫っているときの療養場所として、63%の一般国民は自宅で療養することを望んでいるが、66%は自宅で最期まで療養することは困難であると感じている。その理由として、「家族への負担」と「急変した時の対応への不安」をあげる者が多い。
- 死期が迫っているときの療養場所として、自宅で最期まで療養することが実現可能だと回答した者は、一般国民（6.2%）よりも、医療福祉従事者の方が多い（医26%、看37%、介19%）。
- 「WHO方式癌疼痛治療法」¹についてよく知っている医療福祉従事者は少なく（20～31%）、前回調査に比べてやや減少している。
- 終末期医療の普及のために充実していくべき点として、「在宅終末期医療が行える体制作り」、「患者（入所者）、家族への相談体制の充実」をあげる者が多い。

¹WHOが公表しているがん性疼痛緩和のガイドライン

2) 各調査項目の結果

① 終末期医療に対する関心

- 終末期医療に関して、一般国民及び医療福祉従事者ともに「非常に関心がある」、「少し関心がある」と回答した者の割合が高かった（般80%、医90%、看96%、介96%）。また医師で「あまり関心がない」「ほとんど(全く)関心がない」と回答した者の割合は、前回、前々回に比べて、わずかに増加していた（今回10%、前回8%、前々回5%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「非常に関心がある」、「少し関心がある」と回答した者の割合が多かった。

一般国民及び看護・介護職員は、年代が上がるにつれて、「非常に関心がある」と回答した者の割合が増加する傾向が見られた。（P4-5）

- （終末期に関して「非常に関心がある」、「まあ関心がある」と回答した者を対象）

終末期に関する問題（リビング・ウィル、安楽死、尊厳死）について、一般国民及び医療福祉従事者ともに「よく知っている」、「詳しくはないが、少し知っている」と回答した者の割合が最も多く、医師は看護・介護職員に比べて「よく知っている」、「詳しくはないが、よく知っている」と回答した者の割合が多かった（般57%、医84%、看74%、介67%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「よく知っている」、「詳しくはないが、少し知っている」と回答した者の割合が多かった。年代別では60歳以上の者が「よく知っている」、「詳しくはないが、少し知っている」と回答した者の割合が多かった。（P6-7）

- 自分が治る見込みがない病気になった場合、病名や病気の見通し（治療期間、余命）について知りたいかという問いに対して、一般国民及び医療福祉従事者ともに、病名や病気の見通し（治療期間、余命）について「知りたい」と回答した者の割合が最も多かった（般77%、医88%、看90%、介84%）。一方で、「知りたくない」と回答した者の割合も一定数あった（般9%、医5%、看3%、介5%）。

延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「知りたい」と回答した者の割合が多かった。年代別では、介護職員を除き、年代が上がるにつれて「知りたくない」と回答した者の割合が増加する傾向がみられた。（P8-9）

- （自分が治る見込みがない病気になった場合、病名や病気の見通しについて知りたいと回答した者を対象）

一般国民及び医療福祉従事者ともに、自分が治る見込みがない病気になった場合、病名や病気の見通し（治療期間、余命）に関する説明は、担当医師から

「直接受けたい」と回答した者の割合が最も多かった（般 94%、医 99%、看 98%、介護 97%）。（P 10－11）

② 病名や病気の見通しについての説明

- 医療福祉従事者のうち、担当している患者（入所者）が治る見込みがない病気に罹患した場合、病名や病気の見通し（治療期間、余命）を誰に説明するかという問いに対して、「患者本人に説明する」、「患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する」と回答した者の割合は、前回調査に比べて、医師では増加し、看護・介護職員では減少していた（医：今回 65%、前回 47%、看：今回 37%、前回 76%、介：今回 19%、前回 30%）²。（P 12）
- 医療福祉従事者のうち、担当している患者（入所者）が治る見込みがない病気に罹患した場合、患者（入所者）や家族に納得のいく説明ができているかという問いに対して、「できている」、「ある程度できている」と回答した者の割合が多かったが、「できている」と回答した者の割合は前回・前々回よりも減少していた（医：今回 85%、前回 87%、前々回 88%、看：今回 53%、前回 62%、前々回 65%、介：今回 53%、前回 77%）。（P 13）

③ 治療方針の決定

- 医療福祉従事者のうち、担当している患者（入所者）が治る見込みがない病気に罹患した場合、治療方針の決定に当たって、誰の意見を聞くかという問いに対して、「患者（入所者）本人の意見を聞く」と回答した者の割合（医 19%、看 16%、介 8%）よりも、「患者（入所者）本人の状況を見て誰にするかを判断する」と回答した者の割合（医 59%、看 61%、介 49%）が多かった。
また、前回調査に比べて、医師では「患者（入所者）本人の意見を聞く」と回答した者が増加し（今回 19%、前回 14%）、「家族の意見を聞く」と回答した者が減少したが（今回 22%、前回 28%）、看護・介護職員では「家族の意見を聞く」と回答した者が増加した（看：今回 20%、前回 11%、介：今回 42%、前回 36%）。（P 14）

④ 死期が迫っている患者に対する医療のあり方

【自分自身に死期が迫っている場合】

- 自分が突然重い病気や不慮の事故などで、適切な医療の継続にもかかわらず治る見込みがなく死が間近に迫っている（数日程度あるいはそれより短い期間）と告げられた場合、心肺蘇生措置³を望むかという問いに対して、心肺蘇生措置に消極的な回答（「どちらかという望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった。（般 74%、医 93%、看 94%、介 86%）。

² ただし、前回調査においては「意見を聞く対象」を質問したのに対し、今回は「直接説明する対象」を質問したため、単純に比較することはできない。

³ 死が迫ったときに行われる次の行為を指す。「心臓マッサージ、気管内挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与等の医療行為」（調査票より抜粋）

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも心肺蘇生措置に消極的な回答をした者の割合が多かった。(P 15－16)

- 自分が治る見込みがなく死期が迫っている（6か月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかというと望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった。（般71%、医84%、看88%、介81%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。(P 17－18)

- （「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような治療の中止を望むかという問いに対して、「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった（般43%、医51%、看53%、介42%）。

「胃ろう⁴や中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止」と回答した者の割合は、一般国民よりも医療福祉従事者の方が多かった（般20%、医30%、看29%、介39%）。

また「点滴の水分補給など、一切の治療を中止」と回答した者の割合は、一般国民よりも医療福祉従事者の方が少なかった（般18%、医15%、看14%、介10%）。(P 19－20)

- （「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような医療・ケア方法を望むかという問いに対して、「痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法」と回答した者の割合が、前回に比べて減少しているものの、最も多かった（般：今回52%、前回59%、医：今回71%、前回84%、看：今回71%、前回83%、介：今回61%、前回75%）。

また、前回と比べると「延命医療を中止して、自然に死期を迎えさせるような方法」と回答した者の割合が増え（般：今回28%、前回25%、医：今回18%、前回13%、看：今回17%、前回14%、介：今回29%、前回21%）、「医師によって積極的な方法で生命を短縮させるような方法」と回答した者は減少している（般：今回5%、前回14%、医：今回1%、前回3%、看：今回0.3%、前回2%、介：今回0.4%、前回3%）。(P 21－22)

⁴ 人工的に胃壁に作られた穴（ろう孔）を指す。食物摂取が困難な際にこの穴を介し、胃に栄養分を注入する。（調査票より抜粋）

【自分の家族に死期が迫っている場合】

- 自分の家族が治る見込みがなく死期が迫っている（６カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかという望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（般５２％、医７８％、看７７％、介６０％）。
また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（Ｐ２４－２５）
- （「どちらかという延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）
具体的にどのような治療の中止を望むかという問いに対して、「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった（般４７％、医５５％、看６０％、介４７％）。（Ｐ２６－２７）
- （「どちらかという延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）
具体的にはどのような医療・ケア方法を望むかという問いに対して、「痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法」と回答した者の割合が最も多かった（般５４％、医７２％、看７４％、介６５％）。（Ｐ２８－２９）

【自分の患者（入所者）に死期が迫っている場合】

- 自分の患者（入所者）が治る見込みがなく死期が迫っている（６カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）場合、延命医療の中止についてどのように考えるかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかという望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（医７７％、看６５％、介５０％）。（Ｐ３０）
- （「どちらかという延命医療は中止したほうがよい」、「延命医療は中止するべきである」と回答した医療福祉従事者を対象）
具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった（医６５％、看６６％、介５５％）。（Ｐ３１）
- （「どちらかという延命医療は中止したほうがよい」、「延命医療は中止するべきである」と回答した医療福祉従事者を対象）
具体的にどのような医療・ケア方法が考えられるかという問いに対して、「痛みを始めとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法」と回答した者の割合が最も多かった（医７４％、看７２％、介５５％）。（Ｐ３２）

⑤ 遷延性意識障害⁵の患者に対する医療のあり方

【自分自身が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合】

- 自分が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかという望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（般 79%、医 88%、看 92%、介 89%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P 33 - 34）

- （「どちらかという延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような時期に中止することを望むかという問いに対して、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」と回答した者の割合（般 55%、医 64%、看 59%、介 60%）が「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」と回答した者の割合（般 42%、医 34%、看 39%、介 38%）よりも多かった。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。（P 35 - 36）

- （「どちらかという延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸器等、生命維持のための特別な治療までを中止」と回答した者の割合が多かった（般 40%、医 42%、看 47%、介 43%）。（P 37 - 38）

【自分の家族が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合】

- 自分の家族が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかという望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（般 59%、医 80%、看 79%、介 65%）。一方で「延命医療を望む」と回答した者も一定数見られた（般 17%、医 8%、看 8%、介 18%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P 39 - 40）

⁵脳幹以外の脳の機能が障害され、通常 3 - 6 ヶ月以上自己及び周囲に対する意識がなく、言語や身振りなどによる意思の疎通はできないが、呼吸や心臓の動き、その他内臓機能は保たれている状態をいう。（調査票より抜粋）

- 「どちらかというと言命医療は望まない」、「言命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような時期に中止することを望むかという問いに対して、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」（般 42%、医 52%、看 38%、介 38%）と「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」（般 54%、医 47%、看 60%、介 59%）で回答が二分した。

医師は、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」より「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」と回答した者の割合が少なかったが、一般国民及び看護・介護職員は、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」より「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。（P 41－42）

- 「どちらかというと言命医療は望まない」、「言命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が多かった（般 44%、医 48%、看 56%、介 49%）。（P 43－44）

【自分の患者（入所者）が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合】

- 医療福祉従事者のうち、担当している患者（入所者）が遷延性意識障害で治る見込みがない場合、言命医療を望むかという問いに対して、言命医療に消極的な回答（「どちらかという中止すべきである」、「中止すべきである」）をした者の割合が多かった（医 75%、看 62%、介 46%）。（P 45－46）

- 「どちらかというと言命医療は中止すべきである」、「言命医療は中止すべきである」と回答した医療福祉従事者を対象）

具体的にどのような時期に中止することが考えられるかという問いに対して、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」（医 41%、看 27%、介 31%）よりも、「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」（医 57%、看 70%、介 64%）と回答した者の割合の方が多かった。（P 47－48）

- 「どちらかというと言命医療は中止すべきである」、「言命医療は中止すべきである」と回答した医療福祉従事者を対象）

具体的にどのような治療を中止することが考えられるかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が多かった（医 55%、看 61%、介 50%）。（P 49－50）

⑥ 脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者に対する医療のあり方

【自分自身が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 自分が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、

さらに、治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかという望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（般 84%、医 91%、看 94%、介 89%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P 51－52）

- （「どちらかという延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような時期に治療を中止することを望むかという問いに対して、「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」（般 37%、医 34%、看 35%、介 37%）より「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」（般 60%、医 65%、看 64%、介 61%）と回答した者の割合が多かった。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「意識不明の状態となり、そこから回復しないと診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。（P 53－54）

- （「どちらかという延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった（般 40%、医 41%、看 44%、介 42%）。

また、年代別では、年代が上がるにつれて、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が増加する傾向がみられた。（P 55－56）

【自分の家族が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 自分の家族が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかという望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（般 65%、医 86%、看 87%、介 71%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも、延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P 57－58）

- （「どちらかという延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような時期に治療を中止することを望むかという問いに対して、医

師は、「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」（医 48%）より「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」（医 51%）と回答した者の割合が多かったが、一般国民及び看護・介護職員は、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」（般 47%、看 42%、介 40%）より「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」（般 49%、看 57%、介 56%）と回答した者の割合が多かった。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。（P 59－60）

- （「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった（般 45%、医 48%、看 53%、介 46%）。（P 61－62）

【自分の患者（入所者）が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 医療福祉従事者のうち、自分の患者（入所者）が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合、延命医療を中止するかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかというとな中止するべきである」、「中止するべきである」）をした者の割合が多かった（医 80%、看 67%、介 50%）。（P 63－64）

- （「どちらかというとな延命医療は中止するべきである」、「延命医療は中止するべきである」と回答した医療福祉従事者を対象）

具体的にどのような時期に治療を中止することが考えられるかという問いに対して、「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」（医 56%、看 65%、介 64%）より「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」（医 43%、看 33%、介 32%）と回答した者の割合が多かった。（P 65－66）

- （「どちらかというとな延命医療は中止するべきである」、「延命医療は中止するべきである」と回答した医療福祉従事者を対象）

具体的にどのような治療を中止することが考えられるかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった（医 53%、看 57%、介 48%）。（P 67－68）

⑦ リビング・ウィル⁶と患者の意思の確認方法

- リビング・ウィルに関して、「賛成する」と回答した者の割合が多く、前回、前々回に比べて増加した（般：今回62%、前回59%、前々回48%、医：今回80%、前回75%、前々回70%、看：今回83%、前回75%、前々回68%、介：今回82%、前回76%）。

一方、前回、前々回に比べて、「患者の意思の尊重という考え方には賛成するが、書面にまでする必要がない」と回答した者の割合は減少した（般：今回22%、前回25%、前々回35%、医：今回13%、前回13%、前々回18%、看：今回9%、前回14%、前々回19%、介：今回7%、前回11%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「賛成する」と回答した者の割合が多かった。（P 69－70）

- （リビング・ウィルについて「賛成する」と回答した者を対象）

リビング・ウィルについて、どのように扱われるのが適切かという問いに対して、一般国民と介護職員では「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」と回答した者の割合が最も多かった（般62%、介58%）。

また、医師・看護職員は、「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」（医54%、看44%）と「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」（医45%、看53%）とで回答が二分した。前回に比べて、医師で「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」と回答した者の割合が増加した。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」と回答した者の割合が多かった。（P 71－72）

- （リビング・ウィルについて「賛成する」と回答した者を対象）

死期が近いときの治療方針についての意思について入院（入所）前、入院（入所）時、あるいは入院（入所）後に、病院や介護施設（老人ホーム）から、書面により患者（入所者）の意思を尋ねることに賛成するかという問いに対して、「賛成する」と回答した者の割合が最も多かった。また、前回に比べて、医師・介護職員では「賛成する」と回答した者の割合が増加した（般：今回70%、前回73%、医：今回77%、前回68%、看：今回74%、前回74%、介：今回81%、前回74%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「賛成する」と回答した者の割合が多かった。（P 73－74）

- （リビング・ウィルについて「賛成する」と回答した者を対象）

⁶ 治る見込みがなく、死期が近いときに、延命医療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する方法（調査票より抜粋）

リビング・ウィルを残す時期はいつが良いかという問いに対して、一般国民及び医師は「時期はいつでもかまわない」（般30%、医28%）という回答した者の割合が、看護・介護職員は、「入院（入所）時に書類として残した方がよい」という回答した者の割合が最も多かった（看26%、介37%）。（P75－76）

- 一般国民に対して、リビング・ウィルを見せれば、医師はその内容を尊重してくれると思うかの問いに対して、「その時の状況による」と回答した者の割合が最も多かった。（般44%）

また、医師・看護職員は、意思が記載された書面を「尊重する」「尊重せざるを得ない」と回答した者の割合が多かった（医83%、看73%）が、介護職員は「その時の状況による」と回答した者の割合が最も多かった（介53%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「尊重する」「尊重せざるを得ない」と回答した者の割合が多かった。（P77－78）

- リビング・ウィルの書き直しの可否について、「何度でも容易に書き直すことが可能なことは知っている」と回答した者の割合が最も多かった（般36%、医76%、看67%、介57%）。一方で、一般国民においては、「1度書いたら、書き直しは不可能だと思っていた」（般25%）、「1度書いたら、書き直すことは、重大な理由が必要である」（般20%）と回答した者も一定数みられた。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「何度でも容易に書き直すことが可能なことは知っている」と回答した者の割合が多かった。（P79－80）

- 事前に本人の意思が確認できなかった患者（入所者）の場合、書面ではなく代理人による意思表示という考え方についてどう思うかという問いに対して、「それでよいと思う」、「そうせざるを得ないと思う」と回答した者の割合が多かったが（般58%、医72%、看65%、介61%）、「その時の状況による」という回答した者も一定数みられた（般29%、医20%、看28%、介31%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「それでよいと思う」、「そうせざるを得ないと思う」と回答した者の割合が多かった。（P81－82）

- 一般国民のうち、自分が終末期に明確な意思表示を行うことが困難と思われる場合、事前に治療方針に関する判断を自分以外の者に任せておくことは可能であるかという問いに対して、「事前に任せておくことは可能」と回答した者の割合が最も多かった（般63%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「事前に任せておくことは可能」と回答した者の割合が多かった。（P83）

- 一般国民のうち、自分が終末期に明確な意思表示が示せない場合、治療方針の決定は誰に従ってほしいかという問いに対して、「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい」と回答した者の割合が最も多かった（般 77%）。また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい」と回答した者の割合が多かった。

医療福祉従事者のうち、担当する患者（入所者）本人の明確な意思表示がわからない場合の終末期における治療方針の決定について、「配偶者など最も身近な人の意見に従うべき」と回答した者の割合が最も多かった（医 67%、看 80%、介 76%）。（P 84－85）

⑧ 終末期医療に対する悩み、疑問

- 医療福祉従事者のうち、終末期医療に関して、悩みや疑問を感じた経験があるかどうかという問いに対して、「頻繁に感じる」、「たまに感じる」と回答した者の割合は、全ての医療福祉従事者において80%を超えた。（P 86）

- （医療福祉従事者のうち、終末期医療に関して、悩みや疑問を「頻繁に感じる」「たまに感じる」と回答した者を対象）

終末期医療に関する悩みや疑問の内容について、医師は「在宅医療の体制が十分でないこと」、「病院内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと」、看護・介護職員は「痛みをはじめとした症状を緩和すること」、「病院内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと」と回答した者の割合が多かった。（P 87－88）

⑨ 終末期における療養の場所

＜死期が迫っている患者＞

【自分自身に死期が迫っている場合】

- 一般国民のうち、自分が治る見込みがなく死期が迫っている（6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合の療養の場所について、「自宅で最期まで療養したい」と回答した者の割合は11%であった。自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した。

前回、前々回の結果と比較し、「なるべく早く今まで通った医療機関に入院したい」と回答した者の割合が減少し、「自宅で最期まで療養したい」と回答した者の割合が増加した。

また、年代別では、年代が上がるにつれて「なるべく早く今まで通った医療機関に入院したい」、「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」と回答した者の割合が増加する傾向が見られた。（P 89－90）

- 自分が治る見込みがなく死期が迫っている（6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、自宅で最期まで療養することは実現可能か

という問いに対して、「実現困難である」と回答した者の割合が最も多かった（般 66%、医 56%、看 43%、介 55%）。一方で、「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民（6%）よりも医療福祉従事者が上回った（医 26%、看 37%、介 19%）。（P 91）

- （自宅で最期まで療養することは「実現困難である」と回答した者を対象）
自宅で最期まで療養することが困難な理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」と回答した者の割合が多かった。（P 92－93）

【自分の家族または自分の患者（入所者）に死期が迫っている場合】

- 自分の家族が治る見込みがなく死期が迫っている（6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）場合、どこで療養したいかという問いに対して、自宅で療養して、必要になれば医療機関等に入院させたいと回答した者の割合が多かった（般 46%）。

自分の担当する患者（入所者）が治る見込みがなく死期が迫っている場合、どこで療養することを薦めるかという問いに対して、医師・看護職員は、自宅で療養して、必要になれば医療機関等に入院を薦めると回答した者の割合が多かったが（医 69%、看 64%）、介護職員は「老人ホームを薦める」と回答した者の割合が多かった（介 31%）。

また、年代別では、年代が上がるにつれて、なるべく早く医療機関等に入院させたい（を薦める）と回答した者の割合が増加する傾向が見られた。（P 94－95）

- 自分の家族が治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、自宅で最期まで療養することは実現可能かという問いに対して、「実現困難である」と回答した者の割合が最も多かった（般 59%）。「実現可能である」と回答した者の割合は9%であった。

自分の担当する患者（入所者）が治る見込みがなく死期が迫っている場合、自宅で最期まで療養することは実現可能かという問いに対して、「実現困難である」と回答した者の割合が最も多かった（医 56%、看 43%、介 55%）。「実現可能である」と回答した者の割合は医 26%、看 37%、介 19%であった。

また、年代別では、年代が上がるにつれて「実現可能である」と回答した者の割合が減少する傾向が見られた。（P 96－97）

- （自宅で最期まで療養することは「実現困難である」と回答した者を対象）
自宅で最期まで療養することが困難な理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」と回答した者の割合が多かった。（P 98－99）

＜脳血管障害や認知症によって全身状態が悪化した患者＞

【自分自身が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 自分が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合の療養の場所について、一般国民は「病院」と回答した者の割合が最も多く、前回より増加し（般：今回44%、前回38%）、「老人ホーム」と回答した者は前回よりも減少した（般：今回15%、前回25%）。医療福祉従事者は「自宅」と回答した者の割合が最も多かった（医41%、看38%、介40%）。（P100－102）
- 自宅で最期まで療養したいと回答した者は、その理由として「住み慣れた場所で最期を迎えたい」、「最期まで好きなように過ごしたい」、「家族との時間を多くしたい」と回答した者の割合が多かった。（P103）
- 自宅以外で最期まで療養したいと回答した者は、その理由として「家族の介護などの負担が大きいから」、「緊急時に迷惑をかけるかもしれないから」と回答した者の割合が多かった。（P104－106）

【自分の家族または自分の患者（入所者）が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 自分の家族や担当する患者（入所者）が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合の療養の場所について、一般国民は「病院」と回答した者の割合が最も多かった（般43%）。医師は「介護療養型医療施設」（医35%）、看護職員は「自宅」（37%）、介護職員は「介護老人福祉施設」（34%）と回答した者の割合が最も多かった。
また、一般国民において、年代が上がるにつれて、「病院」と回答する者の割合が増加する傾向が見られた。（P107－109）
- 自宅で最期まで療養させたいと回答した者は、その理由として「住み慣れた場所で最期を迎えさせたい」、「最期まで自分の好きなように過ごさせたい」、「家族との時間を多くしたい」、「家族に看取られて最期を迎えさせたい」と回答した者の割合が多かった。（P110）
- 自宅以外で最期まで療養したいと回答した者は、その理由として「自宅では家族の介護などの負担が大きいから」、「自宅では、緊急時に家族が大変になるかもしれないから」と回答した者の割合が多かった。また、一般国民は「自宅では最期に痛み等に苦しむかもしれないから」と回答した者も多かった。（P111－112）

⑩ がん疼痛治療法とその説明

- 医療福祉従事者のうち、世界保健機関（WHO）が作成した「WHO方式癌

疼痛治療法」を知っているかという問いに対して、「内容をある程度知っている」、「内容をよく知っている」と回答した者は、医４７％、看２６％、介５％であった。「知らない」と回答した者は医２８％、看４２％、介７４％であった。

また、医師及び看護職員で「内容をよく知っている」と回答した者の割合は、前回、前々回に比べると微増している傾向が見られた。（Ｐ１１３）

- 医療福祉従事者のうち、モルヒネの使用にあたって、有効性と副作用について、患者（入所者）にわかりやすく具体的に説明することができるかという問いに対して、「説明することができる」と回答した者の割合が減少した（医：今回３６％、前回４２％、前々回４５％、看：今回１５％、前回２０％、前々回２５％、介：今回０．７％、前回２％）。

一方で、「説明できない」と回答した者の割合が増加する傾向が見られた（医：今回１２％、前回６．２％、前々回５．６％、看：今回１９％、前回１４％、前々回１１％、介：今回６８％、前回５９％）。（Ｐ１１４）

⑪ 終末期医療体制の充実

- 医療福祉従事者のうち、終末期医療の普及に関し、終末期医療の普及のために充実していくべき点は何かという問いに対して、「在宅終末期医療が行える体制づくり」、「患者・入所者、家族への相談体制の充実」と回答した者の割合が多かった。（Ｐ１１５－１１６）

- 自分自身の延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、「家族で話し合ったことがある」（般４８％、医５８％、看６８％、介５０％）と「全く話し合ったことがない」（般５１％、医４１％、看３１％、介５０％）で回答が二分した。（Ｐ１１７－１１８）

- 延命医療の継続に関する医師と患者（入所者）間の話し合いについて、一般国民及び医療福祉従事者ともに「行われているが不十分であると思う」、「行われているとは思わない」と回答した者の割合が多かった（般５１％、医６７％、看６１％、介５７％）。

延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「十分に行われていると思う」と回答した者の割合が多かった。（Ｐ１１９－１２０）

- 医療福祉従事者のうち、自分の施設で、終末期医療における治療方針について、医師や看護・介護職員等の職員間で十分な話し合いが行われているかという問いに対して、「行われているが不十分であると思う」、「行われているとは思わない」と回答した者の割合が多かった（医５９％、看５４％、介５０％）。（Ｐ１２１）

- 医療福祉従事者のうち、終末期状態の定義や延命医療の不開始、中止等に関

する一律な判断基準について、「詳細な基準を作るべきである」と回答した者の割合（医 3 9 %、看 3 8 %、介 3 5 %）よりも、「一律な基準を作らなくても医療・ケアチームでの十分に検討して方針を決定すればよい」と回答した者の割合（医 4 4 %、看 3 8 %、介 4 1 %）の方がやや多かった。（P 1 2 2）

- 「詳細な基準を作るべきである」と回答した者は、終末期状態の定義や延命医療の不開始、中止等に関する一律な判断基準の作成の可否について、「現時点では難しいが、検討を進めていくべきである」と回答した者の割合が最も多かった（医 6 6 %、看 7 1 %、介 6 9 %）であった。（P 1 2 3）

- 医療福祉従事者のうち、終末期医療に関して、治療方針の意見の相違が起こったことがあるかという問いに対して、意見の相違が起こったことがあると回答した者の割合は、医師・介護職員は医 3 4 %、介 3 1 %であったが、看護職員は 4 8 %であり、前回に比べると、やや減少している傾向が見られた。（P 1 2 4）

また、意見の相違があった場合の調整方法については、「本人または家族との意見にもとづく」と回答した者が最も多かった。（P 1 2 5）

- 医療福祉従事者は、終末期医療における重点課題について、「痛みなどの緩和方法の徹底と普及」、「治療方針等に関する患者・入所者等との十分な話し合い」、「終末期医療におけるチーム医療の充実」と回答した者が多かった。（P 1 2 6）

- 医療に対してどのようなことを望むかという問いに対して、「病気を持ちながらも自分の生活を優先させることができるよう生活を支えてくれる医療を受けたい」と回答した者の割合が最も多かった（般 6 7 %、医 7 9 %、看 8 7 %、介 8 6 %）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「病気を持ちながらも自分の生活を優先させることができるよう生活を支えてくれる医療を受けたい」と回答した者の割合が多かった。（P 1 2 7－1 2 8）

V 終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見のまとめ

1) 終末期のあり方を決定する際のプロセスの充実とリビング・ウィルについて

- リビング・ウィルの法制化については、「法制化すべきである」という意見がある一方、調査結果においても一般国民の約6割が否定的であったように、「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上、その希望を尊重して治療方針を決定する」という意見が多かった。⁷
- 一方で、患者の意思を尊重した終末期を実現する方法として、リビング・ウィルの考え方を支持する者も増えている。リビング・ウィルを作成する際も、意思決定に至る過程において患者・家族に十分な情報を提供し、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に記載されているようなプロセスをさらに現場に浸透させ、充実させていくことが望まれる。
- すでに、「終末期医療のガイドライン」（平成19年8月日本医師会）、「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」（平成19年11月日本救急医学会）、「終末期医療に関するガイドライン」（平成21年5月全日本病院協会）が策定されるなど、終末期医療の決定プロセスについて現場への普及活動もみられるが、今後、さらに患者・患者家族に対する相談体制の整備と活用、多職種の医療福祉従事者・患者・患者家族が話し合える機会の確保、医療福祉従事者への教育の充実等が必要である。
- また、患者が意思を表示できない、あるいは判断できなくなった状況に陥った時点で、患者の意思を推定し、終末期のあり方を総合的な観点から判断できるよう、患者に近い者を代弁者として事前に選定しておくべきであるという意見があった。
- 終末期のあり方については、健康な時から家族・近親者で話し合うことが重要であり、そのためには、国民の終末期医療に対する関心を高めていく取り組みも必要であるという意見があった。

2) 終末期医療に関する患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差

- 終末期医療のあり方を決定するプロセスにおいて最も重要な原則は、平成19年5月に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」にも記載されているとおり、「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めること」である。
- 「適切な情報」とは患者の病状や可能な治療法だけではなく、療養場所やこれからの過ごし方の選択肢といった「支える」医療・ケアについての情報も含む。
- しかしながら、現状では、例えば患者や患者家族がどのような医療・ケアを

⁷ 調査結果では、一般国民と介護職員では「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」と回答した者の割合が最も多かった（般62%、介58%）。また、医師・看護職員は、「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」（医54%、看44%）と「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」（医45%、看53%）とで回答が二分した。

受けることが可能なのか、終末期についてどのようなことを事前に家族や医療福祉従事者と話し合っておく必要があるのかなど、十分な情報提供や説明がないまま、患者や患者家族は判断を迫られる状況におかれているとも考えられる。

「自宅で最期まで療養できると考えるか」という問いに対しても「実現可能である」と回答した者が、一般国民は6.2%であるのに対して、医療福祉従事者が上回っているのも（医26%、看37%、介19%）、こうした情報量の格差を反映している可能性がある。

3) 終末期医療体制の整備と医療福祉従事者に対する知識の普及

- 医療福祉従事者が十分な情報提供や説明を行うためには、その前提として、終末期医療体制を整備し、医療福祉従事者が終末期医療に関する知識を十分に備えた上で、患者、患者家族及び医療福祉従事者が話し合う機会を確保していくことが必要である。
- 終末期医療体制の整備に関しては、例えば、調査結果⁸からみられるように「在宅終末期医療が行える体制づくり」、「患者・入所者、家族への相談体制の充実」などを求める者が多い。これからは、患者・患者家族を支えるという視点から、患者が充実した終末期を過ごせるよう選択肢を広げていくことが必要である。
また、在宅終末期医療に関しては、調査結果においても、死期が迫っている場合、一般国民の約6割が自宅で療養することを望んでおり、最期まで自分の慣れ親しんだ環境で過ごせるよう支援していくことが望まれるという意見があった。
- 医療福祉従事者に対する知識の普及に関しては、特に在宅で療養する場合、終末期医療は患者や患者家族の日常生活とも密接に関連することから、医療福祉従事者が情報提供する際には、患者がなるべく充実した生活を送ることができるよう、そして患者家族には過大な負担がかからぬよう、生活の視点に立った情報を備えた上で、提供することが必要である。

4) 緩和ケアについて

- 緩和ケアとはWHO（世界保健機関）によれば「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。」⁹とされている。従って、緩和ケアは医療・介護・福祉すべてを含み、その対象者は、がん患者のみではなく、生命を脅かす疾患に直面している患者とその家族である。
- 緩和ケアを進める際の課題の一つは、多くの患者が「緩和ケア＝死を迎えること」と考えていることである。こうしたイメージを払拭していくためには、

⁸ 調査結果では、終末期医療の普及のために充実していくべき点として、医療福祉従事者は「在宅終末期医療が行える体制づくり」、「患者・入所者、家族への相談体制の充実」と回答した者の割合が多かった。

⁹ 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ(<http://www.hpcj.org/what/definition.html>)より抜粋。

患者を初めから最期まで支え続けるという姿勢で、治癒を目的とした治療の初期から緩和ケアを提供し、治療と緩和ケアを同時に並行して行っていく「パラレルケア」を浸透させることが必要である。

- 緩和ケアについても、終末期医療と同様、患者や家族の暮らしを支える観点が必要であり、緩和ケアを提供できる場所の拡大や、緩和ケアに関わる医療福祉従事者に対する正しい緩和ケアの知識の普及が重要である。

5) 家族ケア・グリーフケア

- 患者の終末期のあり方は、家族や近親者の生活、あるいは死別後の人生に影響を及ぼすこともあり、患者をそばで支える家族や近親者に対するケア、死別後の遺族に対するグリーフケアについては今後さらに議論を深めていくべきである。特に、病気の子供を持つ両親は若いことが多く、子供が発症した直後から家族に対する支援が必要である。

6) 次回調査・議論への提言

- 次回調査に関しては、国民及び医療福祉従事者の終末期医療に対する考え方が、その時の日本人の死生観や、医療提供体制等によって変化すると考えられることから、今後とも一定期間ごとに調査を行うことが望ましい。これまでの調査が5年おきに実施されていることを踏まえ、次回調査は平成24年度に行われるべきである。この際、過去の調査との連続性も考慮しつつ、調査方法、調査項目について検討するべきである。具体的には、調査に先立ち検討期間を設け、例えば、調査対象者の範囲、回収率を向上させるための方策、終末期医療に関する用語の適切な使用、終末期医療の新しいニーズに適応した調査項目等を検討するべきである。
- 次回議論に関しては、終末期は患者によって期間、状態も異なり、課題も多様であることから、焦点を絞って議論し、よりよい終末期医療を実現するための、具体的な方向性を示すことが期待される。特に、終末期医療を含め、在宅での医療・ケアは家族に負担がかかっていること、さらに少子高齢化を迎え、単身世帯及び二人暮らしの世帯が増加することが予想される中、どのような形で在宅での医療・ケアの提供体制を整えていくのか、医療機関のみならず、地域社会を念頭に置いた議論を深める必要がある。

VI 終末期医療のあり方に関する懇談会等の審議経過

- 1) 平成20年1月24日 第1回終末期医療に関する調査等検討会
 - 終末期医療の検討に関するこれまでの経緯について
 - 平成19年度調査の実施について
- 2) 平成20年10月27日 第1回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - 平成19年度「終末期医療に関する調査」結果報告
 - 調査結果についての検討・議論
- 3) 平成20年12月15日 第2回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - 「終末期医療に関する調査」結果を解析するためのワーキングチーム設置について
 - 終末期医療のあり方について(ヒアリング)
- 4) 平成20年12月19日
第1回「終末期医療に関する調査」結果を解析するためのワーキングチーム会議
- 5) 平成21年1月26日
第2回「終末期医療に関する調査」結果を解析するためのワーキングチーム会議
- 6) 平成21年2月24日 第3回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - ヒアリング：終末期医療のケアのあり方について
 - 「終末期医療に関する調査」解析結果について
- 7) 平成21年4月14日 第4回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - 「終末期医療に関する調査」解析結果（追加報告）
 - これまでの議論の整理
 - 委員からの発表
- 8) 平成21年12月24日 第5回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - 委員からの発表
 - 終末期医療に関する調査等懇談会報告書骨子（案）について
- 9) 平成22年10月28日 第6回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書（案）について

Ⅶ 終末期医療のあり方に関する懇談会 委員及び参考人名簿

一 懇談会委員名簿 (50 音順、敬称略、◎＝座長)

池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
伊藤 たてお	日本難病・疾病団体協議会代表
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
川島 孝一郎	仙台往診クリニック院長
木村 厚	社団法人全日本病院協会常任理事
近藤 博子	財団法人がんの子供を守る会理事
櫻井 紀子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会
田村 里子	医療法人東札幌病院MSW課長
池主 憲夫	社団法人日本歯科医師会常務理事
中川 翼	医療法人溪仁会定山溪病院院長
中山 康子	NPO法人在宅緩和ケア支援センター虹代表理事
羽生田 俊	社団法人日本医師会副会長
林 章敏	聖路加国際病院緩和ケア科医長
樋口 範雄	東京大学大学院法学政治学研究科教授
福井 トシ子	社団法人日本看護協会常任理事
増成 隆士	筑波大学名誉教授
◎町野 朔	上智大学法学研究科教授
南 砂	読売新聞東京本社編集委員
山本 保博	東京臨海病院病院長
ワット 隆子	あけぼの会会長

一 懇談会参考人名簿 (50 音順、敬称略)

井形 昭弘	日本尊厳死協会理事長
石島 武一	聖ヨハネ会桜町病院名誉院長
土屋 文人	社団法人日本薬剤師会副会長
橋本 操	日本ALS協会副会長
福永 秀敏	国立病院機構南九州病院院長
藤田 敦子	特定非営利活動法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア代表

第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書

平成22年12月21日

第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書

1. はじめに

看護職員の人材確保に関しては、看護師等の人材確保の促進に関する法律（平成4年法律第86号）第3条に基づき、看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針が策定されているところである（平成4年12月25日文部省・厚生省・労働省告示第1号）。同指針において、国は、医療提供体制等を踏まえた需給見通しに基づいて看護師等の養成を図るなど就業者数の確保に努めるべきものとされている。

かかる看護職員の需給見通しについては、看護職員確保に資する基本的な資料として、概ね5年ごとにこれまで6回にわたり策定されてきた。

第六次看護職員需給見通しについては、看護職員の業務密度、負担が高くなっていること、患者本位の質の高い医療サービスを実現する必要があるとして、看護職員を質・量ともに確保することが求められていることを踏まえ、平成18年から平成22年までの5年間の需給見通しとして平成17年に策定されたものである。

同需給見通しについては、短時間勤務の看護職員が多くなってきていたことを踏まえ、初めて常勤換算によって取りまとめることとした。同需給見通しにおいては、平成18年の需要見通しを約131万4千人、供給見通しを約127万2千人、平成21年の需要見通しを約138万4千人、供給見通しを約135万6千人と見込んだところである。

他方、看護職員就業者数の実績としては、平成18年に実人員で約133万3千人、平成21年に約143万4千人となっており、これを基に衛生行政報告例における実人員と常勤換算の就業者数の比率で常勤換算の人員数について推計をすると、平成18年に約124万6千人、平成21年に約132万5千人となっている。

これには、第六次看護職員需給見通しにおいては、策定過程の途中において常勤換算による算定が導入されることとなったことから、各施設に対する調査等において、実人員と常勤換算に関する十分な把握ができなかったこと等が影響しているところである。

一方、平成21年3月に取りまとめられた「看護の質の向上と確保に関する検討会中間とりまとめ」においては、①少子化による養成数の減少などを踏まえた長期的な需給見通しや、②看護職員の確保のために、働く意向がある潜在看護職員を把握する仕組みづくり、多様な勤務形態の導入や院内保育所の整備などにより就労継続及び再就業の支援体制を強化すること等の推進策が求められ、これらを総合的に勘案して第七次看護職員需給見通しを策定することとされたところである。

このような状況を踏まえ、看護職員確保に資する基本的な資料として引き続き需給見通しを策定するため、本検討会は、平成21年5月の設置以来、都道府県における調査の実施等の過程を経て、のべ8回にわたって検討してきたが、今般、平成23年から平成27年までの看護職員需給見通しを取りまとめたのでここに報告する。

2. 新たな看護職員需給見通しの策定

(1) 策定の方法

本検討会においては、看護職員需給を取り巻く現状を概観した後に、看護職員の需要数や供給数についてどのように把握すべきか、その精度を高めるためにどのような調査や推計方法をとるべきか、医療機関等に対して行う調査にどこまで調査項目を盛り込むかといった点について検討を行った。

その結果、今回の需給見通しについては、地域の医療提供体制の確保を担う都道府県が、都道府県における実情を踏まえ、都道府県ごとの需給見通しを策定し、厚生労働省に対する報告がなされた後に、全国的な観点からの整合性の確保に向けた調整を経て策定することとした。そして、以下のような第七次看護職員需給見通し策定方針及び標準的な調査票について取りまとめ、各都道府県に対して通知した（平成21年8月28日付け医政発0828第1号厚生労働省医政局長通知）。

① 策定の考え方

今後の医療ニーズの増大・高度化や看護の質の向上が求められていることに鑑み、看護職員の就業の現状と同時に、各施設における看護の質の向上や勤務環境の改善などを見込んだ場合の看護職員の需要数について把握するが、供給については、一定の政策効果も加味する。

実態を適切に把握するため、各施設の協力を得て、より精度の高い調査の実施に努める。

なお、算定に当たっては、看護職員全体を積み上げることとするが、助産師については再掲とする。

② 調査の方法

都道府県は、看護職員の需要数・供給数について都道府県ごとに積上げを行い、厚生労働省で取りまとめる。

なお、調査票については、看護担当責任者（看護部長等）が記載し、提出に当たっ

ては、各施設（所）長に了承を得るものとする。

③ 需要数の推計方法

看護職員の需要数を施設ごとに推計する。

各施設における看護の質の向上や勤務環境の改善などを見込む。（なお、保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正についても留意する。）

④ 供給数の推計方法

平成２３年から平成２７年の供給数は、都道府県が推計するものとする。

なお、算定の考え方は、次のとおりとする。

年当初就業者数＋新卒就業者数＋再就職者数－退職等による減少数

各都道府県においては、上記の策定方針を踏まえ、関係団体、有識者、住民代表等の参加協力を得て、需給見通しに係る検討の場を設置し、地域の特性を考慮し、必要に応じて調査項目を追加するなど調査方法及び推計方法について検討を行った。

このような検討を踏まえ、各都道府県において、各医療機関等が現状及び今後の運営方針を踏まえて記入した調査票の集計を基にして、算定作業を実施した。

例えば、全数調査の対象施設となっている病院の需要数の推計については、各病院から都道府県に対して、労働基準法（昭和２２年法律第４９号）や育児休業、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）等が規定する法定労働時間、年次有給休暇、育児休業、介護休業、さらには保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部改正に関する法律（平成２１年法律第７８号）に伴う増減要因に関し実現可能と判断される場合の需要人数について回答がなされた。各都道府県においては、各病院が回答した人員数を集計したものを、調査の回答率を勘案して当該都道府県の病院全体の需要数として推計していた。

なお、介護療養型医療施設については、調査実施時点において今後の具体的な取扱いが必ずしも明確でなかったこともあって、平成２７年まで介護保険施設において計上した都道府県と、病院、診療所に計上することとした都道府県があった。

また、訪問看護ステーションについては、全数調査の対象施設となっていることから、多くの都道府県においては、病院と同様に増減要因について実現可能と判断される場合の需要人数として訪問看護ステーションが回答した人員数を集計したものを基に、回答率を勘案して当該都道府県全体の需要数として計上していた。他方、一部の都道府県においては、訪問看護ステーションの整備目標が独自に立てられており、これを勘案した推計が行われていた。

これに対し、供給数のうち再就業者数及び退職率の減少数については、多くの都道府県

においては、再就業者数の現状や退職の実績等を踏まえつつも、定着促進や再就業支援に係る施策の一層の強化による政策効果も加味して推計を行っていた。

厚生労働省においては、各都道府県からの報告を受けた後、個別にヒアリングを実施することにより、各都道府県が算定した需要見通し及び供給見通しについて把握した。そして、これらの都道府県の需給見通しを積み上げることを通じて全国の需給見通しを策定することとした。

なお、需要数、供給数の推計に当たっては、近年、短時間勤務の看護職員が増加していることから、第六次の需給見通しと同様に、常勤換算で算定することとした。ただし、参考として、実人員による需給見通しも作成することとした。

また、需給見通しの期間については、第六次の需給見通しと同様に、平成23年から平成27年までの5年間とすることとした。

（２）新たな看護職員需給見通し

本検討会において検討を重ねた策定方針に基づき、各都道府県が積上げを行い、これを全国規模で取りまとめた平成23年から平成27年までの看護職員に係る需要と供給の見通しについては、別表1及び別表2のとおりであり、その概要は以下のとおりである。

また、平成23年以降の看護職員に係る都道府県別の需要と供給の見通しについては、別表3及び別表4のとおりである。

① 需要見通し

看護職員の需要見通しとしては、平成23年の約140万4千人から、平成27年には約150万1千人に増加するものと見込んでおり、約6.9%の伸び率となっている。

病院については、約90万人から約96万6千人に増加するものと見込んでおり、これは約7.3%の伸び率である。

診療所については、約23万2千人から約24万2千人になるものと推計している。

助産所については、約2千人で微増傾向となっている。

訪問看護ステーションについては、約2万8千人から約3万3千人に増加するものと見込んでおり、需要数全体の伸び率を大きく上回る約16.9%の伸び率となっている。

介護保険関係については、約15万3千人から約16万5千人に増加するものと見

込んでおり、約7.4%の伸び率となっている。

社会福祉施設、在宅サービスについては、約2万人から約2万2千人になるものとの見込みである。

看護師等学校養成所については約2万人、保健所・市町村については約3万8千人でほぼ現状維持となっている。

事業所、研究機関等については、約1万4千人から約1万5千人への微増となっている。

看護職員のうち助産師の需要数については、約3万2千人から約3万5千人に増加するものと見込んでおり、約9.4%の伸び率となっている。

病院の助産師については約2万1千人から約2万4千人に、診療所の助産師については、約6千人から約7千人に増加するものと見込んでいる。

助産所の助産師については、約2千人で微増傾向となっている。

② 供給見通し

看護職員の供給見通しとしては、平成23年の約134万8千人から、平成27年には約148万6千人に増加するものと見込んでおり、約10.2%の伸び率となっている。

当初就業者数については、平成23年の当初就業者数は約132万1千人で、平成27年の当初就業者数は約144万8千人となっている。

新卒就業者数については、約5万人から約5万3千人に増加するものと見込んでいる。

再就業者数については、約12万3千人から約13万7千人に増加するものと推計しており、約11.6%の伸び率となっている。

退職等による減少数については、約14万5千人から約15万2千人に増加するものと見込んでおり、約4.8%の伸び率となっている。

また、看護職員のうち助産師の供給数については、平成23年の約3万人から、平成27年の約3万4千人に増加するものと見込んでおり、約14.3%の伸び率となっている。

上記の看護職員の供給見通しの数値については、医療現場における看護職員不足の実態を反映したものとなっていないのではないか、本検討会において需要数の加算をさらに行うべきではないかとの意見もあった。

しかしながら、前述のように当検討会が決めた策定方針に基づき各都道府県が取りまと

めた需要数については、病院等の各施設の看護担当責任者（看護部長等）が各施設（所）長の下承を得て、各施設における看護の質の向上や勤務環境の改善などの要因に関し実現可能と判断して記載した人数を基に積算されたものである。したがって、医療現場等の実態を最も熟知している関係者によって作成された資料が基礎となっている。

また、平成２７年までの看護職員の需要数については、策定方針に基づき各都道府県がとりまとめた人員数に代わる合理的な根拠ある数値も得られていない状況である。

３．長期的な看護職員需給見通しの推計

少子化による養成数の減少などを踏まえた長期的な需給見通しの推計について検討するため、本検討会においては、厚生労働科学研究費補助金による関連する研究課題（研究代表者：伏見清秀「地域の実状に応じた看護提供体制に関する研究」）の研究結果について聴取をした。

平成２０年１１月に取りまとめられた社会保障国民会議の最終報告においては、「医療・介護費用シミュレーション」として医療提供体制に関する複数のシナリオを前提とした２０２５（平成３７）年段階における推計結果が提示されたところである。

本検討会においては、社会保障国民会議による「医療・介護費用シミュレーション」によって示されたシナリオを基に、看護職員の人員配置条件を修正して推計した需要の見通しと、一定の前提を置いて推計した供給の見通しが、上記厚生労働科学研究の研究代表者から報告された。

研究結果としては、現在のサービス提供体制を前提として、単純に基本需要を推計するというシナリオの場合には、看護職員の年間労働時間について１,８００時間とすると、２０２５（平成３７）年における看護職員の需要数については、実人員ベースで約１９１万８千人から約１９９万７千人と推計された。また、一般病床を急性期と亜急性期・回復期等に機能分化し、医療資源を一層集中投入するというシナリオの場合には、看護職員の年間労働時間について１,８００時間とすると、２０２５（平成３７）年における看護職員の需要数については、実人員ベースで約１８３万９千人から約１９１万９千人と推計とされた。

他方、供給数については、２０２５（平成３７）年において実人員ベースで約１７９万８千人という推計であった。

このように、厚生労働科学研究において推計が行われた、いずれのシナリオにおいても

2025（平成37）年に、需要数が供給数を上回る結果となった。しかしながら、長期推計においては、今後の制度改革の進展により、医療提供体制の機能分化がどのようになされるか、多様な就業形態がどのように定着していくかといった要素が大きな影響をもたらすことから、上記の研究結果については、今後の看護職員確保対策を検討していくに当たって参考となる知見と位置付けるべきものと考えられる。

4. 看護職員確保対策の推進

看護職員確保対策については、これまでも看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針等に基づき各般の施策が講じられてきたところであるが、平成23年から平成27年までの看護職員需給見通しを着実に実現していくためには、定着促進を始めとして、養成促進、再就業支援にわたる看護職員確保対策について一層の推進を図っていくことが必要不可欠である。

平成22年6月に閣議決定された「新成長戦略」においては、医療・介護・健康関連産業は「日本の成長牽引産業」として位置付けられているとともに、質の高い医療・介護サービスを安定的に提供できる体制を整備することとされており、そうした観点からも看護職員の確保対策を推進していくことは重要な課題である。

（1）養成促進

養给力の確保に関して、国においては、民間立の看護師等養成所の運営に対する支援や、助産師養成所・看護師養成所2年課程（通信制）の開設準備に必要な専任教員等配置経費に対する支援を実施している。

また、都道府県においても看護師等養成所の運営に対する補助を始めとして、県立大学養成所の運営、修学資金貸与事業の実施、看護体験・看護の日等の普及啓発の推進、就職ガイダンスに取り組んでいるところである。

医療の高度化、療養の場や国民のニーズの多様化といった変化に的確に対応することができる資質の高い人材を看護職員として養成していくためには、引き続き上記のような促進策を講じていく必要があるとともに、養成段階において看護基礎教育の質の担保を図ることが後述の定着促進にも効果を挙げるものと考えられる。

今回の需給見通しにおいては、平成27年までの間の18歳人口が大きく変化しないこと、社会人や他分野の学部等を卒業した入学者の増加が見られること等から、入学者の減

少など少子化の影響は見込まれていないところである。

しかしながら、中長期的には、少子化の一層の進行も予想されることから、例えば、現在１３％程度である看護師等学校養成所の入学者の男性比率についてその向上を図ること等も含めた対応を検討していくことが必要である。

また、多様な社会経験を有する者にとっても、看護師等学校養成所を経て看護職員となることが魅力的な選択となるよう、就学支援等の強化を図っていくべきである。

（２）定着促進

看護職員の離職率が改善されない限り、養成を促進しても需給状況を改善することは困難であることから、定着の促進を図ることは極めて重要な課題となっている。

① 職場定着の現状

今般の看護職員需給見通し策定のために都道府県が実施した調査によれば、常勤退職者の主な退職理由としては、本人の健康問題、人間関係、家族の健康・介護問題、出産・育児、結婚等が多く列挙されていた。

この点に関しては、既に離職した看護職員となった者を対象として実施した社団法人日本看護協会の調査においては、妊娠・出産、結婚、勤務時間が長い・超過勤務が多いといった理由が挙げられていた。

また、都道府県が実施した調査における本人の健康問題という回答の背景には、看護職員の不規則なシフト、夜勤回数の多さ、超過勤務の多さなど過酷な労働条件があるのではないかと指摘されている。

他方、前述の都道府県による調査においては、看護職員の定着促進を促すために効果を挙げている取組みについても質問をしており、調査票に回答した施設からは、有給休暇の取得促進、人を育て個人を大切に作る風土づくり、超過勤務削減のための取組み、研修体制の確立、外部研修への援助等によるキャリアアップの支援、多様な勤務形態の導入等が多く挙げられていた。

② 勤務環境の改善

入院医療への対応を考慮すれば、看護職員の勤務において夜勤という要素を切り離すことはできない。他方、医療の高度化等に伴い、勤務実態も多忙なものとなっているが、夜勤による交代制勤務を伴う過酷な超過勤務の継続は慢性的な疲労に繋がり、医療安全

の確保という観点からも問題ではないかとの指摘もある。

かかる状況の改善を図るため、労働時間管理への取組みを促進するほか、看護業務についてもその効率化を推進していく必要がある。平成22年4月30日付け医政発0430第1号厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」においても、医療関係事務を処理する事務職員（医療クラーク）、看護業務等を補助する看護補助者等について、医療スタッフの一員として効果的に活用することが望まれるとされているところである。

③ 多様な勤務形態の導入、病院内保育所の整備

子育てや家族の介護といった事情を抱えながら就業を続けるためには、多様な勤務形態を導入することが求められる。

多様な勤務形態のうち、フルタイムの正職員より一週間の所定労働時間が短い正職員である短時間正職員制度を導入したことが、職員の定着、離職率の低下に一定の効果をもたらしたという事例も本検討会に報告されたところである。

国においては、子どもを持つ看護職員、女性医師を始めとする医療従事者の離職防止及び再就業を促進するため、医療機関に勤務する職員の乳幼児や児童の保育を行う事業に対する支援を実施している。

また、都道府県においても、病院内保育所の運営や施設整備に対する補助を始めとして、短時間正規雇用等の看護職員の多様な勤務形態導入の支援に取り組んでいるところである。

引き続き、看護職員の定着に向けて、これらの支援施策の強化を図っていくべきである。

④ 研修等による資質の向上

研修等による看護職員の資質の向上については、患者に対して良質な医療の提供を行うことに繋がるとともに、看護職員需給見通し策定のために都道府県が実施した調査に対する回答にも表れているように、看護職員にとって魅力ある職場環境に資するものとして、定着へのインセンティブともなっているものと考えられる。

平成21年の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保に関する法律の一部改正法によって、看護職員は、免許を受けた後も、臨床研修その他の研修を受け、その資質の向上を図るように努めなければならないと規定されたところである。

看護職員需給見通しの策定のための都道府県による調査によれば、新卒職員に特有の

主な退職理由として、現代の若者の精神的な未熟さや弱さのほか、基礎教育終了時点と現場とのギャップ、看護職員に従来より高い能力が求められるようになってきていること等が列挙されている。

国は、看護の質の向上及び早期離職防止を図るため、新人看護職員が基本的な実践能力を獲得するための研修を支援しており、都道府県もこうした取組みに注力している。

今後も新人看護職員研修の充実に努めるとともに、病院等において、教育研修を担う職員に対する支援を講じていくべきである。

⑤ 訪問看護における確保対策

今般の需給見通しにおいては、訪問看護ステーションの看護職員の需要数について、平成23年から平成27年にかけて約16.9%増加するものと見込まれていることから、訪問看護という働き方に応じた確保策を講じていくことが求められている。

看護職員に対して訪問看護という働き方に関する広報活動を進めるとともに、訪問看護ステーションについては、一般に事業規模が小さいことから、単独で研修を実施することや、職員の乳幼児の保育に対応することが困難な面があるため、今後定着促進に向けて工夫を講じていく必要性が高い。

また、訪問看護の利用者が重度化し、緊急対応も求められる中で、事業所規模の拡大など訪問看護サービスを安定して提供できるような体制を構築することが必要である。

（３）再就業支援

看護職員需給見通し策定のための都道府県調査によれば、看護職員の再就職に効果を挙げている取組みとして、調査票に回答した施設では、職業安定所（ハローワーク）に求人を出している、求人広告をしている、いつでも見学、相談ができるようにしている、退職者を勧誘している、ナースバンクに求人を出している等が列挙されていた。

国や都道府県においては、求人・求職情報の提供や無料職業紹介などを行うナースバンク事業に対する補助や、潜在看護師や潜在助産師等となって暫く経った者であっても看護技術の進展に対応した知識等を習得して、安心して再就業することが可能となるように臨床実務研修に対する補助を実施している。

ナースバンクについては、ハローワークにおける実績と比較をすると職業紹介にまで至った件数は少ないものの、丁寧な相談を実施できることから、ハローワークを始め雇用関係部局とも連携した取組みを進めることにより再就業支援の効果を一層増大させていくことが期待される。

なお、看護職員の資質の向上に寄与するものとして、看護職員需給見通し策定のための都道府県からの調査においては、専門看護師・認定看護師の今後の配置計画についても質問を行っており、回答をした施設のうち、専門看護師については10.0%、認定看護師については14.9%が、平成27年までの増員予定があるとしていた（平成22年11月現在における専門看護師の登録者数は約450人、同月現在における認定看護師の登録者数は約7,400人）。

5. おわりに

看護職員需給見通しについては、これまで看護職員確保に資する基礎的資料として活用するため、中期的な将来見通しとして策定されてきたが、実際に需給見通し期間にどのような状況となったのかに関しては、就業者数の実績しか把握されなかった。よりの確な需給見通しを策定していくためには、今後、需給見通し期間に実際に生じた看護職員の需要数についても把握できるよう検討すべきである。

また、今後5年間の看護職員に係る需要と供給の見通しの概要については、2.の(2)に記載したとおりであるが、本検討会においては、地域による偏在や医療機関の規模等による偏在の解消を図っていくべきことも指摘されたところである。

このため、都道府県における需給確保に関する検討を重ねるほか、医療現場の特性に応じた確保対策の検討に資するための資料を提供するという観点から、次回以降の需給見通しの策定に当たっては、調査の集計を担っている都道府県の負担を考慮しつつも、開設主体別など施設区分内のデータを取りまとめることについて検討すべきではないかとの意見があった。

なお、需給見通しについては、中期的な観点から看護職員の需要数と供給数について検討を行うものであること、策定方針の決定から施設に対する調査を経て報告書を取りまとめるまで一定の期間を要することから、毎年策定するような性質のものではないが、今後医療提供体制に大きな変革が行われた場合には、新たな需給見通しを策定する必要があるか否かについては、その時点において判断すべきものと考えられる。

ところで、本検討会においては、前述のとおり従来から策定されてきた5年間の看護職員需給見通しに加え、今後新たに長期的な需給見通しの推計についても検討を行ったところである。

これは少子化による養成数の減少など長期的な観点に立った需給見通しについて検討

することの重要性が認識されたことによるものである。

もっとも、長期的な需給見通しに関しては、今後の医療機関の機能分化など医療提供体制の在り方、医療機関内における看護職員とそれ以外の職員の役割分担の見直し、あるいは短時間勤務雇用者など多様な就業形態の定着の動向等によって大きな影響を受けることが予想されることから、今後の需給見通しの検討に当たって更なる検討を進めていくことが必要なものと考えられる。

急速に高齢化が進展し、医療技術が進歩する中で、看護職員の確保の重要性は、今後ますます増大していくものと想定される場所である。

看護師等の人材確保の促進に関する法律においては、国の責務として、看護師等の養成、研修等による資質の向上及び就業の促進並びに病院等に勤務する看護師の処遇の改善その他看護師等の確保の促進のために必要な財政上及び金融上の措置その他の措置を講ずるよう努めなければならないこと等が規定されている（第4条第1項から第3項）。

また、地方公共団体の責務として、看護に対する住民の関心と理解を深めるとともに、看護師等の確保を促進するための措置を講ずるよう努めなければならないことが規定されている（同条第4項）。

さらに、病院等の開設者についても、病院等に勤務する看護師等の処遇の改善、新たに業務に従事する看護師等に対する臨床研修の実施や看護師等が自ら研修を受ける機会を確保できるようにするために必要な配慮等を講ずる努力義務が規定されている（第5条）。

関係者がこのような役割を十分に果たしていくためには、必要となる財源についても確保を図っていくことが極めて重要であるとの意見が示された場所である。

今後、我が国が人口減少の局面を迎えていく中で、国を始めとして広く関係者が力を合わせて看護職員の確保対策を着実に講じていくことを強く期待する。

第七次看護職員需給見通し

(単位:人、常勤換算)

区 分	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
需 要 見 通 し	1,404,300	1,430,900	1,454,800	1,477,700	1,500,900
① 病 院	899,800	919,500	936,600	951,500	965,700
② 診 療 所	232,000	234,500	237,000	239,400	242,200
③ 助 産 所	2,300	2,300	2,400	2,400	2,400
④ 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	28,400	29,700	30,900	32,000	33,200
⑤ 介 護 保 険 関 係	153,300	155,100	157,300	160,900	164,700
⑥ 社会福祉施設、 在宅サービス (⑤を 除く)	19,700	20,400	20,900	21,500	22,100
⑦ 看 護 師 等 学 校 養 成 所	17,600	17,700	17,700	17,800	17,900
⑧ 保健所・市町村	37,500	37,600	37,800	38,000	38,200
⑨ 事業所、研究機関等	13,800	14,000	14,100	14,300	14,500
供 給 見 通 し	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300	1,486,000
① 年当初就業者数	1,320,500	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300
② 新卒就業者数	49,400	50,500	51,300	52,400	52,700
③ 再就業者数	123,000	126,400	129,600	133,400	137,100
④ 退職等による 減 少 数	144,600	145,900	147,900	149,900	152,100
需要見通しと供給見通しの差	56,000	51,500	42,400	29,500	14,900
(供給見通し／需要見通し)	96.0%	96.4%	97.1%	98.0%	99.0%

注) 四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

参考 第七次看護職員需給見通し

(単位:人、実人員)

区 分	平成 2 3 年	平成 2 4 年	平成 2 5 年	平成 2 6 年	平成 2 7 年
需 要 見 通 し	1,541,000	1,570,300	1,597,800	1,623,800	1,650,200
① 病 院	938,300	958,800	977,500	993,400	1,008,700
② 診 療 所	280,500	283,800	286,900	289,700	293,200
③ 助 産 所	2,700	2,800	2,800	2,800	2,900
④ 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	36,400	38,000	39,500	41,000	42,400
⑤ 介 護 保 険 関 係	182,800	185,400	188,400	193,000	197,900
⑥ 社会福祉施設、 在宅サービス (⑤を 除く)	22,900	23,700	24,400	25,100	25,800
⑦ 看 護 師 等 学 校 養 成 所	18,900	19,000	19,000	19,100	19,100
⑧ 保健所・市町村	42,400	42,700	42,900	43,100	43,300
⑨ 事業所、研究機関等	16,000	16,200	16,400	16,600	16,800
供 給 見 通 し	1,481,200	1,516,700	1,554,600	1,595,900	1,639,700
① 年当初就業者数	1,449,200	1,481,200	1,516,700	1,554,600	1,595,900
② 新卒就業者数	50,900	52,100	52,900	54,000	54,400
③ 再就業者数	140,400	144,500	148,400	153,000	157,700
④ 退職等による 減 少 数	159,400	161,000	163,300	165,700	168,300
需要見通しと供給見通しの差	59,800	53,600	43,200	27,800	10,500
(供給見通し／需要見通し)	96.1%	96.6%	97.3%	98.3%	99.4%

注) 四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

第七次看護職員需給見通し（再掲 助産師）

（単位：人、常勤換算）

区 分	平成 2 3 年	平成 2 4 年	平成 2 5 年	平成 2 6 年	平成 2 7 年
需 要 見 通 し	31,900	32,800	33,600	34,300	34,900
① 病 院	21,300	22,100	22,700	23,200	23,700
② 診 療 所	6,100	6,300	6,400	6,500	6,600
③ 助 産 所	2,200	2,200	2,200	2,200	2,300
④ 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	-	-	-	-	-
⑤ 介 護 保 険 関 係	-	-	-	-	-
⑥ 社会福祉施設、（⑤を 在宅サービス 除く）	-	-	-	-	-
⑦ 看 護 師 等 学 校 養 成 所	1,700	1,800	1,700	1,800	1,800
⑧ 保健所・市町村	500	500	500	500	500
⑨ 事業所、研究機関等	0	0	0	0	0
供 給 見 通 し	30,100	31,200	32,300	33,400	34,400
① 年当初就業者数	29,000	30,100	31,200	32,300	33,400
② 新 卒 就 業 者 数	1,700	1,700	1,700	1,800	1,800
③ 再 就 業 者 数	2,500	2,600	2,700	2,800	2,800
④ 退 職 等 に よ る 減 少 数	3,200	3,300	3,300	3,400	3,500
需要見通しと供給見通しの差	1,800	1,700	1,300	900	500
（供給見通し／需要見通し）	94.4%	95.1%	96.1%	97.4%	98.6%

注）四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

参考 第七次看護職員需給見通し（再掲 助産師）

（単位：人、実人員）

区 分	平成 2 3 年	平成 2 4 年	平成 2 5 年	平成 2 6 年	平成 2 7 年
需 要 見 通 し	35,300	36,300	37,100	37,800	38,500
① 病 院	22,100	22,900	23,600	24,100	24,600
② 診 療 所	7,600	7,700	7,900	8,000	8,100
③ 助 産 所	2,600	2,600	2,700	2,700	2,700
④ 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	-	-	-	-	-
⑤ 介 護 保 険 関 係	-	-	-	-	-
⑥ 社会福祉施設、（⑤を 在宅サービス 除く）	-	-	-	-	-
⑦ 看 護 師 等 学 校 養 成 所	1,900	1,900	1,900	1,900	1,900
⑧ 保健所・市町村	1,100	1,100	1,100	1,100	1,100
⑨ 事業所、研究機関等	100	100	100	100	100
供 給 見 通 し	33,300	34,500	35,700	36,900	38,100
① 年当初就業者数	32,200	33,300	34,500	35,700	36,900
② 新 卒 就 業 者 数	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
③ 再 就 業 者 数	3,000	3,000	3,200	3,200	3,300
④ 退 職 等 に よ る 減 少 数	3,500	3,600	3,700	3,800	3,900
需要見通しと供給見通しの差	2,000	1,800	1,400	900	400
（供給見通し／需要見通し）	94.3%	95.0%	96.2%	97.6%	99.0%

注）四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

第七次看護職員需給見通し都道府県別

(単位：人、常勤換算)

区分	平成23年				平成27年			
	需要数	供給数	需要見通しと供給見通しの差		需要数	供給数	需要見通しと供給見通しの差	
01北海道	76,845.0	72,490.0	4,355.0	94.3%	80,592.0	78,869.0	1,723.0	97.9%
02青森県	19,829.8	18,927.8	901.9	95.5%	21,237.3	21,090.5	146.8	99.3%
03岩手県	16,592.5	15,824.4	768.1	95.4%	17,170.6	16,433.2	737.4	95.7%
04宮城県	24,457.1	23,819.7	637.4	97.4%	26,687.5	26,640.7	46.8	99.8%
05秋田県	13,702.2	13,562.7	139.5	99.0%	14,264.1	14,250.9	13.2	99.9%
06山形県	14,604.0	13,670.1	933.9	93.6%	14,907.3	14,457.7	449.6	97.0%
07福島県	24,410.0	24,156.0	254.0	99.0%	25,581.0	25,565.0	16.0	99.9%
08茨城県	27,884.8	25,555.9	2,328.9	91.6%	30,043.8	29,078.7	965.1	96.8%
09栃木県	20,650.4	19,887.6	762.8	96.3%	21,595.4	21,109.8	485.6	97.8%
10群馬県	22,287.7	21,910.5	377.2	98.3%	24,542.1	23,616.9	925.2	96.2%
11埼玉県	49,847.7	48,917.8	929.9	98.1%	55,626.1	54,536.8	1,089.3	98.0%
12千葉県	45,887.3	43,456.8	2,430.5	94.7%	50,891.6	49,410.0	1,481.6	97.1%
13東京都	115,462.0	112,839.0	2,623.0	97.7%	120,575.0	120,575.0	0.0	100.0%
14神奈川県	73,160.0	59,110.0	14,050.0	80.8%	81,118.0	79,340.0	1,778.0	97.8%
15新潟県	26,793.0	26,613.0	180.0	99.3%	28,440.0	28,454.0	△ 14.0	100.0%
16富山県	14,129.9	13,777.6	352.3	97.5%	14,936.9	14,834.6	102.3	99.3%
17石川県	16,579.1	16,202.8	376.3	97.7%	17,534.7	17,485.3	49.4	99.7%
18福井県	10,740.6	10,467.8	272.8	97.5%	11,526.6	11,360.6	166.0	98.6%
19山梨県	9,046.1	8,844.4	201.7	97.8%	9,481.6	9,385.4	96.2	99.0%
20長野県	24,307.0	23,578.0	729.0	97.0%	25,833.8	25,568.0	265.8	99.0%
21岐阜県	20,624.9	19,244.3	1,380.6	93.3%	22,213.9	21,916.4	297.5	98.7%
22静岡県	35,198.8	33,785.5	1,413.3	96.0%	37,208.5	36,348.3	860.2	97.7%
23愛知県	69,327.4	65,147.1	4,180.3	94.0%	74,656.9	73,870.1	786.7	98.9%
24三重県	18,207.3	17,645.0	562.3	96.9%	20,226.1	20,295.0	△ 68.9	100.3%
25滋賀県	13,235.1	13,142.7	92.4	99.3%	14,433.7	14,393.2	40.5	99.7%
26京都府	28,581.3	28,357.0	224.3	99.2%	30,780.9	30,780.0	0.9	100.0%
27大阪府	88,909.0	85,250.0	3,659.0	95.9%	98,553.0	99,508.0	△ 955.0	101.0%
28兵庫県	60,193.9	58,954.4	1,239.4	97.9%	64,817.5	64,774.2	43.2	99.9%
29奈良県	14,157.0	13,365.0	792.0	94.4%	15,924.0	16,002.0	△ 78.0	100.5%
30和歌山県	13,816.4	13,196.6	619.8	95.5%	14,610.8	14,354.6	256.2	98.2%
31鳥取県	8,328.0	8,052.0	276.0	96.7%	8,832.0	8,594.0	238.0	97.3%
32島根県	10,687.6	10,352.8	334.7	96.9%	11,226.7	10,981.8	244.9	97.8%
33岡山県	25,522.1	24,917.1	605.0	97.6%	26,818.6	26,745.4	73.2	99.7%
34広島県	41,948.8	40,563.4	1,385.4	96.7%	44,378.1	43,785.7	592.4	98.7%
35山口県	21,222.0	20,846.0	376.0	98.2%	22,463.0	22,380.0	83.0	99.6%
36徳島県	12,406.4	11,958.8	447.6	96.4%	12,973.7	12,876.4	97.3	99.3%
37香川県	14,218.3	13,840.0	378.3	97.3%	14,853.2	14,786.0	67.2	99.5%
38愛媛県	19,622.7	19,466.0	156.7	99.2%	19,979.6	19,803.1	176.5	99.1%
39高知県	12,989.1	12,766.0	223.1	98.3%	13,491.6	13,445.6	46.0	99.7%
40福岡県	76,522.7	76,002.3	520.4	99.3%	80,633.9	80,566.4	67.5	99.9%
41佐賀県	13,640.5	13,043.2	597.3	95.6%	14,420.5	13,988.9	431.6	97.0%
42長崎県	24,422.0	23,565.0	857.0	96.5%	24,993.0	24,534.0	459.0	98.2%
43熊本県	29,030.8	28,459.4	571.4	98.0%	31,284.2	31,262.8	21.4	99.9%
44大分県	19,050.6	18,787.0	263.6	98.6%	19,878.6	19,709.0	169.6	99.1%
45宮崎県	18,833.1	18,520.3	312.8	98.3%	19,949.6	19,881.6	68.0	99.7%
46鹿児島県	29,064.9	28,617.3	447.6	98.5%	30,580.0	30,451.1	128.9	99.6%
47沖縄県	17,337.0	16,823.8	513.2	97.0%	18,124.9	17,926.8	198.1	98.9%

注)四捨五入のため、需要見通しと供給見通しの差が需要数－供給数と一致しない都道府県もある。

参考 第七次看護職員需給見通し都道府県別

(単位：人、実人員)

区分	平成23年				平成27年			
	需要数	供給数	需要見通しと供給見通しの差		需要数	供給数	需要見通しと供給見通しの差	
01北海道	82,504	76,954	5,550	93.3%	86,577	83,165	3,412	96.1%
02青森県	20,871	19,923	948	95.5%	22,377	22,199	178	99.2%
03岩手県	17,341	16,564	777	95.5%	18,033	17,201	832	95.4%
04宮城県	25,764	25,089	675	97.4%	28,218	27,854	364	98.7%
05秋田県	14,626	14,470	156	98.9%	15,256	15,203	53	99.7%
06山形県	15,282	14,351	931	93.9%	15,605	15,328	277	98.2%
07福島県	25,619	25,295	324	98.7%	26,869	26,774	95	99.6%
08茨城県	30,409	28,200	2,209	92.7%	32,748	32,326	422	98.7%
09栃木県	22,947	21,995	952	95.9%	24,023	23,235	788	96.7%
10群馬県	24,713	24,288	425	98.3%	27,310	26,212	1,098	96.0%
11埼玉県	55,548	54,420	1,128	98.0%	61,899	60,669	1,230	98.0%
12千葉県	51,815	49,266	2,549	95.1%	59,127	57,434	1,693	97.1%
13東京都	128,069	124,660	3,409	97.3%	134,409	134,409	0	100.0%
14神奈川県	82,585	66,670	15,915	80.7%	91,704	89,486	2,218	97.6%
15新潟県	28,862	28,720	142	99.5%	30,821	31,099	△ 278	100.9%
16富山県	15,498	14,866	632	95.9%	16,311	16,124	187	98.9%
17石川県	17,779	17,495	284	98.4%	18,834	19,041	△ 207	101.1%
18福井県	11,490	11,260	230	98.0%	12,357	12,290	67	99.5%
19山梨県	9,766	9,525	241	97.5%	10,185	9,999	186	98.2%
20長野県	26,854	26,350	503	98.1%	28,381	28,135	246	99.1%
21岐阜県	23,060	21,430	1,630	92.9%	24,763	24,406	357	98.6%
22静岡県	39,130	37,805	1,325	96.6%	41,325	40,939	386	99.1%
23愛知県	80,227	74,828	5,399	93.3%	86,146	84,710	1,436	98.3%
24三重県	20,964	20,221	743	96.5%	22,993	22,843	150	99.3%
25滋賀県	15,056	14,881	175	98.8%	16,430	16,355	75	99.5%
26京都府	34,508	34,227	282	99.2%	36,801	36,998	△ 197	100.5%
27大阪府	98,207	98,603	△ 396	100.4%	109,031	119,530	△ 10,499	109.6%
28兵庫県	69,189	67,374	1,815	97.4%	74,264	73,682	582	99.2%
29奈良県	16,961	15,266	1,695	90.0%	19,234	18,766	468	97.6%
30和歌山県	15,998	15,285	713	95.5%	16,922	16,517	405	97.6%
31鳥取県	9,047	8,747	300	96.7%	9,554	9,223	331	96.5%
32島根県	11,475	11,001	474	95.9%	12,042	11,586	456	96.2%
33岡山県	27,324	26,916	408	98.5%	28,835	28,755	80	99.7%
34広島県	45,320	43,807	1,513	96.7%	47,970	47,287	683	98.6%
35山口県	23,231	22,819	412	98.2%	24,681	24,589	92	99.6%
36徳島県	13,164	12,684	480	96.4%	13,731	13,611	120	99.1%
37香川県	15,275	14,900	375	97.5%	15,962	15,811	151	99.1%
38愛媛県	20,788	20,630	158	99.2%	21,187	20,892	295	98.6%
39高知県	13,509	13,258	251	98.1%	14,068	13,903	165	98.8%
40福岡県	80,785	80,229	556	99.3%	85,263	85,059	204	99.8%
41佐賀県	14,460	14,066	394	97.3%	15,263	15,083	180	98.8%
42長崎県	25,776	24,898	878	96.6%	26,343	25,765	578	97.8%
43熊本県	30,400	29,716	684	97.8%	33,041	32,622	419	98.7%
44大分県	20,278	20,007	271	98.7%	21,143	20,967	176	99.2%
45宮崎県	19,747	19,495	252	98.7%	21,013	20,950	63	99.7%
46鹿児島県	30,597	30,110	487	98.4%	32,139	31,983	156	99.5%
47沖縄県	18,134	17,603	531	97.1%	18,984	18,706	278	98.5%

注) 四捨五入のため、需要見通しと供給見通しの差が需要数－供給数と一致しない都道府県もある。

第七次看護職員需給見通し都道府県別（再掲 助産師）

（単位：人、常勤換算）

区分	平成23年				平成27年			
	需要数	供給数	需要見通しと供給見通しの差		需要数	供給数	需要見通しと供給見通しの差	
01北海道（助）	1,561.0	1,493.0	68.0	95.6%	1,651.0	1,641.0	10.0	99.4%
02青森県（助）	345.7	302.7	42.9	87.6%	359.8	337.4	22.4	93.8%
03岩手県（助）	324.4	303.6	20.8	93.6%	332.6	313.5	19.1	94.3%
04宮城県（助）	648.0	605.6	42.4	93.5%	703.5	694.5	9.0	98.7%
05秋田県（助）	333.9	328.9	5.0	98.5%	344.6	354.3	△ 9.7	102.8%
06山形県（助）	344.4	326.1	18.3	94.7%	356.4	347.1	9.3	97.4%
07福島県（助）	474.0	472.0	2.0	99.6%	519.0	532.0	△ 13.0	102.5%
08茨城県（助）	584.4	525.8	58.6	90.0%	676.0	651.7	24.3	96.4%
09栃木県（助）	421.8	387.6	34.2	91.9%	523.8	485.2	38.6	92.6%
10群馬県（助）	400.8	395.2	5.6	98.6%	422.6	414.2	8.4	98.0%
11埼玉県（助）	1,149.9	1,125.8	24.1	97.9%	1,260.5	1,255.4	5.1	99.6%
12千葉県（助）	1,155.7	929.5	226.2	80.4%	1,319.8	1,030.4	289.4	78.1%
13東京都（助）	3,776.0	3,606.0	170.0	95.5%	3,947.0	3,947.0	0.0	100.0%
14神奈川県（助）	1,760.0	1,640.0	120.0	93.2%	2,161.0	2,116.0	45.0	97.9%
15新潟県（助）	797.0	796.0	1.0	99.9%	833.0	864.0	△ 31.0	103.7%
16富山県（助）	329.7	314.0	15.7	95.3%	365.6	340.5	25.1	93.1%
17石川県（助）	352.5	333.5	19.0	94.6%	386.9	372.4	14.5	96.3%
18福井県（助）	224.1	204.9	19.2	91.4%	251.9	224.5	27.4	89.1%
19山梨県（助）	201.4	196.6	4.8	97.6%	223.5	231.8	△ 8.3	103.7%
20長野県（助）	650.8	626.3	24.5	96.2%	720.4	705.2	15.2	97.9%
21岐阜県（助）	560.0	463.0	97.0	82.7%	634.1	618.8	15.3	97.6%
22静岡県（助）	976.7	950.6	26.1	97.3%	1,082.1	1,160.3	△ 78.2	107.2%
23愛知県（助）	1,806.7	1,674.7	132.0	92.7%	1,957.7	1,927.5	30.2	98.5%
24三重県（助）	348.4	303.0	45.4	87.0%	427.2	387.7	39.5	90.8%
25滋賀県（助）	373.4	349.4	24.0	93.6%	405.4	391.4	14.0	96.5%
26京都府（助）	772.0	764.3	7.7	99.0%	863.4	878.3	△ 14.9	101.7%
27大阪府（助）	2,376.0	2,261.0	115.0	95.2%	2,511.0	2,807.0	△ 296.0	111.8%
28兵庫県（助）	1,391.9	1,352.7	39.2	97.2%	1,585.2	1,577.1	8.1	99.5%
29奈良県（助）	319.0	315.0	4.0	98.7%	396.0	399.0	△ 3.0	100.8%
30和歌山県（助）	288.7	266.3	22.4	92.2%	311.8	319.1	△ 7.3	102.3%
31鳥取県（助）	251.0	244.0	7.0	97.2%	256.0	260.0	△ 4.0	101.6%
32島根県（助）	283.5	239.7	43.7	84.6%	297.7	291.6	6.2	97.9%
33岡山県（助）	448.8	398.6	50.2	88.8%	494.9	490.7	4.2	99.2%
34広島県（助）	796.9	738.9	58.0	92.7%	853.9	820.0	33.9	96.0%
35山口県（助）	361.0	355.0	6.0	98.3%	400.0	359.0	41.0	89.8%
36徳島県（助）	228.8	217.2	11.6	94.9%	242.0	243.0	△ 1.0	100.4%
37香川県（助）	264.1	244.1	20.0	92.4%	295.4	268.5	26.9	90.9%
38愛媛県（助）	272.5	254.3	18.2	93.3%	288.5	280.2	8.3	97.1%
39高知県（助）	169.9	166.2	3.7	97.8%	177.9	178.1	△ 0.2	100.1%
40福岡県（助）	1,193.7	1,187.1	6.6	99.4%	1,264.8	1,241.9	22.9	98.2%
41佐賀県（助）	229.3	184.9	44.4	80.6%	263.0	201.8	61.2	76.7%
42長崎県（助）	398.0	367.0	31.0	92.2%	411.0	410.1	0.9	99.8%
43熊本県（助）	423.0	391.9	31.1	92.7%	436.8	434.1	2.7	99.4%
44大分県（助）	295.7	281.0	14.7	95.0%	311.2	302.0	9.2	97.0%
45宮崎県（助）	281.8	269.3	12.5	95.6%	330.9	321.8	9.1	97.2%
46鹿児島県（助）	474.9	463.6	11.3	97.6%	506.1	500.0	6.1	98.8%
47沖縄県（助）	470.4	448.9	21.5	95.4%	534.1	494.9	39.2	92.7%

注）四捨五入のため、需要見通しと供給見通しの差が需要数－供給数と一致しない都道府県もある。

参考 第七次看護職員需給見通し都道府県別（再掲 助産師）

（単位：人、実人員）

区分	平成23年				平成27年			
	需要数	供給数	需要見通しと供給見通しの差		需要数	供給数	需要見通しと供給見通しの差	
01北海道（助）	1,674	1,605	69	95.9%	1,778	1,746	32	98.2%
02青森県（助）	358	317	41	88.6%	373	354	19	94.8%
03岩手県（助）	336	314	22	93.5%	344	324	20	94.2%
04宮城県（助）	709	652	57	92.0%	770	735	35	95.5%
05秋田県（助）	356	352	4	98.9%	368	379	△ 11	103.0%
06山形県（助）	350	333	17	95.1%	362	351	11	97.0%
07福島県（助）	489	489	0	100.0%	535	549	△ 14	102.6%
08茨城県（助）	671	569	102	84.8%	763	693	70	90.8%
09栃木県（助）	477	440	37	92.2%	577	535	42	92.7%
10群馬県（助）	450	443	7	98.4%	475	465	10	97.9%
11埼玉県（助）	1,285	1,258	27	97.9%	1,399	1,393	6	99.6%
12千葉県（助）	1,351	1,068	283	79.1%	1,564	1,206	358	77.1%
13東京都（助）	4,175	3,993	182	95.6%	4,351	4,351	0	100.0%
14神奈川県（助）	2,012	1,890	122	93.9%	2,440	2,440	0	100.0%
15新潟県（助）	840	837	3	99.6%	880	908	△ 28	103.2%
16富山県（助）	349	333	16	95.4%	386	361	25	93.5%
17石川県（助）	379	364	15	96.0%	414	409	5	98.8%
18福井県（助）	235	218	17	92.8%	269	245	24	91.1%
19山梨県（助）	222	218	4	98.2%	245	250	△ 5	102.0%
20長野県（助）	712	695	17	97.6%	787	783	4	99.5%
21岐阜県（助）	631	511	120	81.0%	715	683	32	95.5%
22静岡県（助）	1,077	1,031	46	95.7%	1,191	1,254	△ 63	105.3%
23愛知県（助）	2,107	1,988	119	94.4%	2,249	2,235	13	99.4%
24三重県（助）	385	333	52	86.5%	461	418	43	90.7%
25滋賀県（助）	429	417	12	97.2%	465	465	0	100.0%
26京都府（助）	893	883	10	98.9%	993	1,010	△ 17	101.7%
27大阪府（助）	2,643	2,598	45	98.3%	2,786	3,325	△ 539	119.3%
28兵庫県（助）	1,621	1,568	54	96.7%	1,817	1,790	27	98.5%
29奈良県（助）	409	380	29	92.9%	486	535	△ 49	110.1%
30和歌山県（助）	330	297	33	90.0%	350	346	4	98.9%
31鳥取県（助）	261	254	7	97.3%	266	270	△ 4	101.5%
32島根県（助）	295	249	46	84.4%	310	302	8	97.4%
33岡山県（助）	491	433	58	88.2%	524	530	△ 6	101.1%
34広島県（助）	893	829	64	92.8%	951	920	31	96.7%
35山口県（助）	397	387	10	97.5%	435	391	44	89.9%
36徳島県（助）	236	224	12	94.9%	250	251	△ 1	100.4%
37香川県（助）	277	257	20	92.8%	308	281	27	91.2%
38愛媛県（助）	289	268	21	92.7%	305	292	13	95.7%
39高知県（助）	176	171	5	97.2%	184	182	2	98.9%
40福岡県（助）	1,287	1,280	7	99.5%	1,391	1,340	51	96.3%
41佐賀県（助）	239	199	40	83.3%	277	216	61	78.0%
42長崎県（助）	431	397	34	92.1%	444	437	7	98.4%
43熊本県（助）	441	406	35	92.1%	455	449	6	98.8%
44大分県（助）	314	294	20	93.5%	330	316	14	95.8%
45宮崎県（助）	307	295	12	96.1%	360	354	6	98.3%
46鹿児島県（助）	527	503	24	95.4%	550	539	11	98.0%
47沖縄県（助）	506	482	24	95.3%	577	528	49	91.5%

注）四捨五入のため、需要見通しと供給見通しの差が需要数－供給数と一致しない都道府県もある。

(参考)

「第七次看護職員需給見通しに関する検討会」メンバー

(◎座長、○座長代理)

浅野 弥恵子	(財) 三友堂病院看護部長
伊藤 彰久	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局次長
(飯倉 裕之 前	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局次長
※第5回まで)	
大久保 清子	福井済生会病院副院長
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
◎尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学教授
上泉 和子	青森県立保健大学副学長
神野 正博	全日本病院協会副会長
菊池 令子	日本看護協会専務理事
北澤 潤	栃木県保健福祉部長
酒井 ゆきえ	フリーアナウンサー
笹井 康典	大阪府健康医療部長
瀬戸 嗣郎	全国自治体病院協議会常務理事
(遠藤 昌夫 前	全国自治体病院協議会常務理事 ※第5回まで)
高砂 裕子	横浜市南区メディカルセンター訪問看護ステーション管理者
田中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
○伏見 清秀	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究所 医療情報システム学教授
藤川 謙二	日本医師会常任理事
(羽生田 俊 前	日本医師会常任理事 ※第5回まで)
吉田 松雄	学校法人吉田学園理事長

(五十音順、敬称略)