

医療・介護改革調整会議（第1回）

平成21年8月11日(火)

11:30～12:00

厚生労働省9階省議室

議 事 次 第

○ 議 事

1. 医療・介護改革調整会議について
2. 医療、介護を巡る最近の報告書等について
3. 検討班の設置について

(資 料)

- (資料1-1) 「医療・介護改革調整会議の設置について」
- (資料1-2) 「医療・介護改革調整会議設置要綱」等
- (資料2-1) 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」(平成20年12月24日閣議決定)
- (資料2-2) 「経済財政改革の基本方針 2009～安心・活力・責任～」(平成21年6月23日閣議決定)
- (資料2-3) 「社会保障国民会議中間報告」(平成20年6月19日)
- (資料2-4) 「安心と希望の医療確保ビジョン」(平成20年6月取りまとめ)等
- (資料2-5) 「安心と希望の介護ビジョン」(平成20年11月20日)等
- (資料2-6) 「医療と介護の連携、医療の機能強化の推進に関する平成20年度診療報酬改定」
- (資料3-1) 「検討班の設置等について(案)」

医療・介護改革調整会議の設置について

1 会議の任務

- 医療・介護の連携と機能強化に向けて、医療・介護の制度や報酬の見直しを統一的な方針の下で整合的に行うため、厚生労働省内に「医療・介護改革調整会議」（以下「調整会議」という。）を設置する。
- 医政局、老健局及び保険局の3局で特に連携が必要とされる政策課題について調整を行うため、調整会議の下に「医療・介護の連携と機能強化に関するプロジェクトチーム」（以下「プロジェクトチーム」という。）を設置する。

2 会議の構成

(1) 調整会議

- 厚生労働事務次官を議長とする。
- 医政局長、老健局長及び保険局長並びに関係の大臣官房審議官[※]を構成員とする。

※ 関係審議官

大臣官房審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）

大臣官房審議官（健康、食品安全、医療人材及び国立病院担当）

大臣官房審議官（老健、社会、障害保健福祉、医療・介護地域連携担当）

大臣官房審議官（がん対策、国際保健、医政担当）

(2) プロジェクトチーム

- 大臣官房審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）を主査とする。
- 医政局、老健局及び保険局の関係課長[※]を構成員とする。

※ プロジェクトチーム構成員

医政局総務課長、政策医療課長、指導課長、看護課長、医事課長、老健局総務課長、介護保険計画課長、高齢者支援課長、振興課長、老人保健課長、保険局総務課長、高齢者医療課長、医療課長

(3) アドバイザリーグループ

- 調整会議は、医療・介護の利用者をはじめとした外部の有識者により構成されるアドバイザリーグループを設ける。
- 調整会議及びプロジェクトチームは、必要に応じ、アドバイザリーグループの意見を聴取する。

(4) 事務局

- 調整会議の事務局長は、大臣官房審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）とする。
- プロジェクトチームの事務局長は、医療・介護連携推進官とする。
- 医政局、老健局及び保険局の企画官級職員及び課長補佐級職員を調整会議及びプロジェクトチームの事務局員とする。

3 今後の予定

- 調整会議及びプロジェクトチームは、7月24日に設置する。

医療・介護改革調整会議の設置について

- 医療・介護の連携と機能強化に向けて、医療・介護の制度や報酬の見直しを統一的な方針の下で総合的に行うため、厚生労働省内に「医療・介護改革調整会議」を設置することとする。

医療・介護改革調整会議(次官・局長・審議官級)

目的 : 医療・介護の連携と機能強化に向けた制度改正や報酬の見直し全般に関する総合調整

構成員 : 事務次官(議長)、医政・老健・保険局長、3局の関係審議官

医療・介護の連携と機能強化に関するプロジェクトチーム(審議官・課長級)

目的 : 医療・介護の連携と機能強化に向けて、医政局、老健局、保険局で特に連携が必要とされる政策課題について調整

構成員 : 審議官(医療保険、医政、医療・介護連携担当)(主査)、3局の総務課長・関係課長

医療の機能分化・連携班

- 急性期の強化
- 一般病床の機能分化(回復期、亜急性期、その他の一般)
- 療養病床の扱い 等

介護と医療の連携(地域包括ケア)班

- 在宅サービスの連携・地域包括ケア
- 在宅医療・介護、訪問看護、住居系施設・介護施設に対する外部からの医療の提供
- 主治医・高齢者担当医の役割 等

医政局

- 医療法の改正
- 医師確保対策の推進
- 救急医療体制の整備
- 職種間の連携のあり方 等

保険局

- 健保法・国保法等の改正
- 長寿医療制度の見直し
- 診療報酬改定 等

老健局

- 介護保険法の改正
- 介護従事者の確保と処遇改善
- 介護報酬改定 等

アドバイザーグループ

- 医療・介護の利用者をはじめとした外部の有識者により構成
- 調整会議及びプロジェクトチームは、必要に応じ意見を聴取

事務局

(調整会議事務局長)

- 審議官(医療保険、医政、医療・介護連携担当)

(PT事務局長)

- 医療・介護連携推進官(事務局員)
- 企画官級、課長補佐級(複数)

医療・介護改革調整会議設置要綱

平成 21 年 7 月 24 日

厚生労働大臣伺い定め

1 目的

医療・介護の連携と機能強化に向けて、医療・介護の制度や報酬の見直しを統一
的な方針の下で整合的に行うため、厚生労働省内に「医療・介護改革調整会議」（以
下「調整会議」という。）を設置する。

2 組織

- (1) 調整会議は、別紙 1 の職にある者をもって構成する。
- (2) 調整会議に議長を置き、事務次官をもって充てる。
- (3) 議長は、必要に応じ、調整会議に構成員以外の者の参加を求めることができ
る。

3 アドバイザリーグループの設置

- (1) 調整会議は、有識者により構成されるアドバイザリーグループを設ける。
- (2) 調整会議は、必要に応じ、アドバイザリーグループの意見を聴取する。

4 事務局

- (1) 調整会議に事務局を置く。
- (2) 事務局に事務局長及び事務局次長を置く。
- (3) 事務局長は、大臣官房審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）をも
って充てる。
- (4) 事務局次長は、医療・介護連携推進官をもって充てる。
- (5) (3) 及び (4) に掲げる者のほか、事務局は別紙 2 の職にある者をもって
構成する。
- (6) 事務局の庶務は、医政局総務課及び老健局総務課の協力を得て、保険局総務
課において処理する。

5 附則

この要綱は、平成 21 年 7 月 24 日から施行する。

別紙 1 (構成員)

厚生労働事務次官◎

医政局長

老健局長

保険局長

大臣官房審議官 (医療保険、医政、医療・介護連携担当)

大臣官房審議官 (健康、食品安全、医療人材及び国立病院担当)

大臣官房審議官 (老健、社会 (災害対策を含む)、障害保健福祉、医療・介護地域連携担当)

大臣官房審議官 (がん対策、国際保健、医政担当)

◎ : 議長

別紙2（事務局）

事務局長：大臣官房審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）

事務局次長：医療・介護連携推進官

事務局員：医政局総務課医療制度調整官

大臣官房総務課企画官（老健局併任）

大臣官房総務課企画官（保険局併任）※

医政局政策調整委員

老健局政策調整委員

保険局政策調整委員

※医療課に配置されている企画官をいう。

医療・介護機能の強化・連携に関するプロジェクトチーム設置要綱

平成21年7月24日

厚生労働大臣伺い定め

1 目的

「医療の機能分化・連携」や「介護と医療の連携（地域包括ケア）」等の医政局、老健局及び保険局の三局が統一された方針の下での統合的な政策の立案・実施を行う上で特に連携が必要とされる政策課題について調整を行うため、医療・介護改革調整会議（以下、「調整会議」という。）の下に「医療・介護機能の強化・連携に関するプロジェクトチーム」（以下「プロジェクトチーム」という。）を設置する。

2 プロジェクトチームの構成

- (1) プロジェクトチームは、別紙1の職にある者をもって構成する。
- (2) プロジェクトチームに主査を置き、大臣官房審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）をもって充てる。
- (3) 主査は、必要に応じ、プロジェクトチームに構成員以外の者の参加を求めることができる。

3 検討班の設置

- (1) 必要に応じて、個別テーマ毎に検討班を置く。
- (2) 検討班の班長及び副班長は、主査が指名する。

4 アドバイザリーグループからの意見聴取

- (1) プロジェクトチームは、必要に応じ、調整会議に設置されたアドバイザリーグループの意見を聴取する。

5 事務局

- (1) プロジェクトチームに事務局を置く。
- (2) 事務局に事務局長を置き、医療・介護連携推進官をもって充てる。
- (3) (2)に掲げる者のほか、事務局は別紙2の職にある者をもって構成する。
- (4) 事務局の庶務は、医政局総務課及び老健局総務課の協力を得て、保険局総務課において処理する。

6 附則

この要綱は、平成21年7月24日から施行する。

別紙1（プロジェクトチーム構成員）

大臣官房審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）◎

医政局総務課長

政策医療課長

指導課長

看護課長

医事課長

老健局総務課長

介護保険計画課長

高齢者支援課長

振興課長

老人保健課長

保険局総務課長

高齢者医療課長

医療課長

◎：主査

別紙2（事務局）

事務局長：医療・介護連携推進官

事務局員：医政局総務課医療制度調整官

大臣官房総務課企画官（老健局併任）

大臣官房総務課企画官（保険局併任）※

医政局政策調整委員

老健局政策調整委員

保険局政策調整委員

※医療課に配置されている企画官をいう。

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」
(抄)

平成 20 年 12 月 24 日
閣 議 決 定
平成 21 年 6 月 23 日
一 部 改 正

<中略>

Ⅱ. 国民の安心強化のための社会保障安定財源の確保

安心強化の 3 原則

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

1. 堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度の構築

急速に進む少子・高齢化の下で国民の安心を確かなものとするため、我が国の社会保障制度が直面する下記の 2 つの課題に同時に取り組み、堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度を構築する。

- (1) 「社会保障国民会議最終報告」(2008 年 11 月 4 日)などで指摘される社会保障制度の諸問題や「中福祉」のほころびに適切に対応し、その機能強化と効率化を図ることにより、国民の安心につながる質の高い「中福祉」を実現する。
- (2) 社会保障制度の財源(保険料負担、公費負担及び利用者負担)のうち、公費負担については、現在、その 3 分の 1 程度を将来世代へのつけまわし(公

債)に依存しながら賄っている。こうした現状を改め、必要な給付に見合った税負担を国民全体に広く薄く求めることを通じて安定財源を確保することにより、堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度を構築する。

2. 安心強化と財源確保の同時進行

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

3. 安心と責任のバランスの取れた財源確保

(1) 社会保障安定財源については、給付に見合った負担という視点及び国民が広く受益する社会保障の費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点から、消費税を主要な財源として確保する。これは税制抜本改革の一環として実現する。

(2) この際、国・地方を通じた年金、医療、介護の社会保障給付及び少子化対策に要する公費負担の費用について、その全額を国・地方の安定財源によって賄うことを理想とし、目的とする。

このため、2010年代半ばにおいては、基礎年金国庫負担割合の2分の1への引上げに要する費用をはじめ、上記2.に示した改革の確立・制度化及び基礎年金、老人医療、介護に係る社会保障給付に必要な公費負担の費用を、消費税を主要な財源として安定的に賄うことにより、現世代の安心確保と将来世代への責任のバランスを取りながら、国・地方の安定財源の確保への第一歩とする。

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

Ⅲ. 税制抜本改革の全体像

経済状況の好転後に実施する税制抜本改革の3原則

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

1. 税制抜本改革の道筋

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

<中略>

Ⅳ. 今後の歳出改革の在り方

歳出改革の原則

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

- (1) 経済状況が好転するまでの期間においては、景気回復と財政健全化の両

立を図る観点から、財政規律を維持しつつ、経済情勢を踏まえて、状況に応じて果敢な対応を機動的かつ弾力的に行う。

(2) 経済状況が好転した以降においては、社会保障の安定財源確保に向けて消費税を含む税制抜本改革を実行していく中、景気の後退により悪化した財政を建て直すべく、厳格な財政規律を確保していく。

具体的には、国・地方を通じ、社会保障、非社会保障の各部門について、以下の基本の方針の下にたゆまざる改革を実行することとする。

(社会保障部門)

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

<中略>

V. 中期プログラムの準備と実行

準備と実行に関する原則

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

<中略>

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

(了)

社会保障の機能強化の工程表(医療・介護部分)

社会保障国民会議
最終報告に基づく
機能強化の課題

「社会保障国民会議中間報告」及び「同会議最終報告」に描かれた姿を基に作成

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015 (～2025)

(医療)

急性期医療の機能強化

(現行)都道府県医療計画(2008～12の5か年) → (新)都道府県医療計画(2013～17の5か年)

救急を含む急性期医療の新たな指針の作成

医師等人材確保対策

医師養成数の増加

(従事医師数の増加)

臨床研修の見直し・医師と看護師等との役割分担の推進(制度的対応)

レセプトの段階的なオンライン請求への切替え

レセプトオンライン化の完全実施

2015年の姿

- ・救急・産科等の体制強化
- ・養成数、臨床研修、役割分担の見直し等の制度的対応による人材確保

- ・急性期の機能分化推進
- ・地域包括ケアの推進と在宅医療の強化・充実

- 安心して出産できる体制
- 救急患者の受入れ、早期回復
- 社会復帰できる体制の構築

(介護)

介護従事者の確保と処遇改善

介護報酬改定

第4期介護計画(2009～11の3か年)

介護報酬改定

第5期介護計画(2012～14の3か年)

介護報酬改定

居住系サービス拡充と在宅介護の強化

+3%改定

- ・専門性等のキャリアアップ、夜勤・看護体制の充実等の評価を通じた介護従事者の処遇改善と確保

基本方針の策定
介護事業所の雇用管理の改善、介護従事者の定着支援、潜在的有資格者の再就職支援等

連携
体系的見直し

2015年の姿

- 居住系サービスの拡充、24時間対応、小規模多機能サービス充実による在宅サービスの整備・機能強化
- 重度化対応、看取り機能、個室化・ユニット化等の施設機能の強化

経済財政改革の基本方針 2009 ～安心・活力・責任～

(平成21年6月23日閣議決定) (抄)

第3章 安心社会の実現

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

1. 生活安心保障の再構築

(1) 安心社会とは

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

(2) 安心社会実現の道筋

- ・上記の生活安心保障を再構築する取組を、中期的に下記の3つの局面に沿って同時に進める。その際、新たな費用負担を伴う施策については、国民の納得が得られるよう税制抜本改革を実施する前までに、改革内容や費用額を具体的に明らかにする。あわせて、格差の是正・固定化防止等の政策で、少子化対策に含まれる政策については、「中期プログラム」の枠内での確立・制度化を検討する。

① 安心再構築局面 (2009年度～2011年度頃)

この期間においては、優先課題の着実な実施と安心基盤の設計を行う。

- ・「中期プログラム」で示された社会保障の機能強化・効率化のうち、2011年度までに実施すべき重要事項については、先般成立した平成21年度第1次補正予算²⁷で対処することとなっている優先課題など(別紙1参照)を軸に、着実に実行に移す。
- ・上記社会保障の機能強化・効率化のうち、2010年代半ばに向けた取組については、

²⁷ 「平成21年度一般会計補正予算(第1号)」(平成21年5月29日)

税制抜本改革の検討にあわせて、「中期プログラム」の別添工程表で示された諸課題（別紙2参照）を軸に検討を進め、対応策の具体化を行う。

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

② 安心回復局面（2011年度頃～2010年代半ば）

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

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

③ 安心充実局面（2010年代半ば～2020年代初め）

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

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

(3) 安心社会に向けての行政基盤の強化

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

<中略>

第4章 今後の財政運営の在り方

1. 平成22年度予算の基本的考え方

<中略>

(2) 平成22年度予算の方向

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

(安心と活力のための予算編成)

- ・ 上記の基本姿勢に沿って、昨年度とは異なる概算要求基準を設定し、メリハリの効いた予算編成を行う。
- ・ 経済社会状況への対応等として、「第1章 4. (3) 当面の『最優先課題』」とともに、「第2章 成長力の強化」、「第3章 安心社会の実現」に述べた取組を推進する。そのため、予算面において所要の対応を行うことを含め、予算配分の重点化・効率化を行う。
- ・ 各府省の予算要求に当たっては、成果目標を掲げ、事後評価を十分に行い、予算の重点化に活用するなど、PDCAサイクルを着実に実施する。

<中略>

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

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

共 通

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

医療・介護

(医 療)

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

(介 護)

- ・ デイサービスセンター等を併設した公的賃貸住宅の整備などを進める。

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

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

(医療と介護の連携)

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

少子化対策

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

⁴⁵⁾ 「平成20年度補正予算(第2号)」(平成21年1月27日)

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

⁴⁷⁾ 「次世代育成支援対策推進法」(平成15年法律第120号)

「中期プログラム」の別添工程表で示された諸課題への対応策の具体化

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

社会保障国民会議 中間報告

平成20年6月19日
社会保障国民会議

(3) 無年金・低年金問題への対応

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

無年金者・低年金者の発生を最小限に食い止めるため、未納対策の徹底とともに、単身高齢者女性等を念頭に置いた基礎年金の最低保障額の設定、弾力的な保険料追納等の措置を検討すべきである。

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

4 医療・介護・福祉サービスの改革

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

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

(1) 医療・介護にかかる需要の増大

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

他方、現時点におけるわが国の医療・介護サービスにかかる給付費は国際的に見ても必ずしも高くない。したがって、医療・介護サービスの需要に応えるサービスを確保していくための将来の財源確保が大きな課題となることは不可避である。

(2) 不十分・非効率なサービス提供体制

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

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

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

(3) サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

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

詳細については、サービス保障分科会(医療・介護・福祉)中間とりまとめの中で詳しく述べているが、「選択と集中」の考え方に基づいて効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

① サービス提供体制の構造改革

・ 病院機能の効率化と高度化

国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化

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

・ 地域における医療機能のネットワーク化

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

・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現

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

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

・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

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

② サービスを支える人的・物的資源の計画的整備

・ 人的資源の確保

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

医療機関経営・介護事業経営に関わる専門人材の養成・能力開発

・ 物的基盤の整備

知識集約産業としての特性を踏まえた、病院・施設の設備整備コストの確保

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

(4) 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し

上記改革を実現していくためには、安定的な財源の確保・継続的な資金投入が必要であるが、同時に医療制度・介護制度内部での財源配分のあり方についての見直しも必要である。

そのためには、診療報酬・介護報酬について、構造改革を着実に推進する観点から、報酬体系そのもの、基本骨格のあり方にさかのぼった検討が必要である。

(5) 医療・介護に関する将来試算の実施

上記の一連の改革を行っていくことを前提にした上で、あるべきサービスの姿はどのようなものなのか、そのことを明らかにしつつ、それを実現し、維持していくためにはどれだけの費用(フロー・ストック)が必要なのかを推計する試算を早急に実施する。

費用推計試算を踏まえ、財源の確保方策について検討を行う。

5 少子化・次世代育成支援対策

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

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

(1) 未来への投資としての少子化対策

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

少子化は日本が直面する最大の課題である。

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

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

社会保障国民会議における検討に資するために行う
医療・介護費用のシミュレーション

(解説資料)
サービス提供体制改革の考え方

(抄)

「シミュレーションの前提」におけるサービス提供体制改革の基本的考え方

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

《参考》社会保障国民会議中間報告で指摘されているサービス提供体制の構造改革

- ・ 病院機能の効率化と高度化
- ・ 地域における医療機関のネットワーク化
- ・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現
- ・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

具体的改革の方向

(総論)

- 医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革を行うことを基本に、改革度合いが緩やかなシナリオ(B1シナリオ)から、最も改革が進んだシナリオ(B3シナリオ)まで、複数の改革シナリオを見込む。

(急性期医療)

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

(慢性期医療)

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

(介護)

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

(在宅医療・地域ケア)

- 急性期・慢性期の入院医療からの早期退院・在宅療養や、在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすことができるよう、地域における病院・診療所の連携を強化するとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護など在宅医療サービスの充実強化を図る。
- また、入院医療に関する機能強化・分化にあわせて、病院の外来を専門外来として位置づけるとともに診療所におけるプライマリケア機能や主治医機能の強化、訪問診療等の強化を目指す。
- さらに、多くの要介護者は、医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアマネジメント体制を整備する。

(専門職種間の機能・役割分担の見直しと医療・介護を通じた協働体制の構築)

- 急性期を中心に医療資源を集中投入し、医師の配置増に加え、専門職種能力の一層の活用と生産性向上の観点から、専門職種間の役割分担の見直しを行い、看護職員等のコメディカル、事務職員等について、医師業務(看護師業務)のうち医師(看護師)でなくても行える業務を移す前提でより大幅な増員を図る。

これにより、医師や看護職員などが、自らの専門分野に特化した患者本位の医療に注力できるようにする。

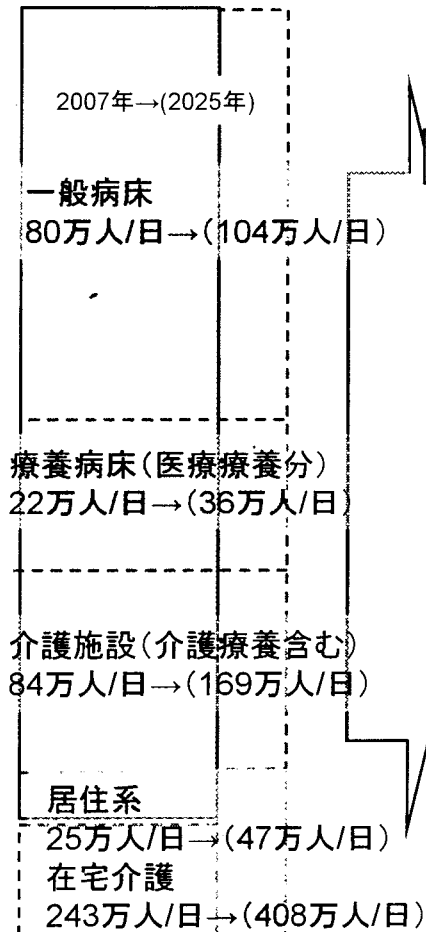
- 入院から退院(転院)・地域生活への移行を支援するとともに、地域での暮らしの継続を支援する観点から、地域包括ケアマネジメントなど、医療・介護を通じた協働体制を構築する。

医療・介護サービスの需要と供給（一日当たり利用者数等）のシミュレーション

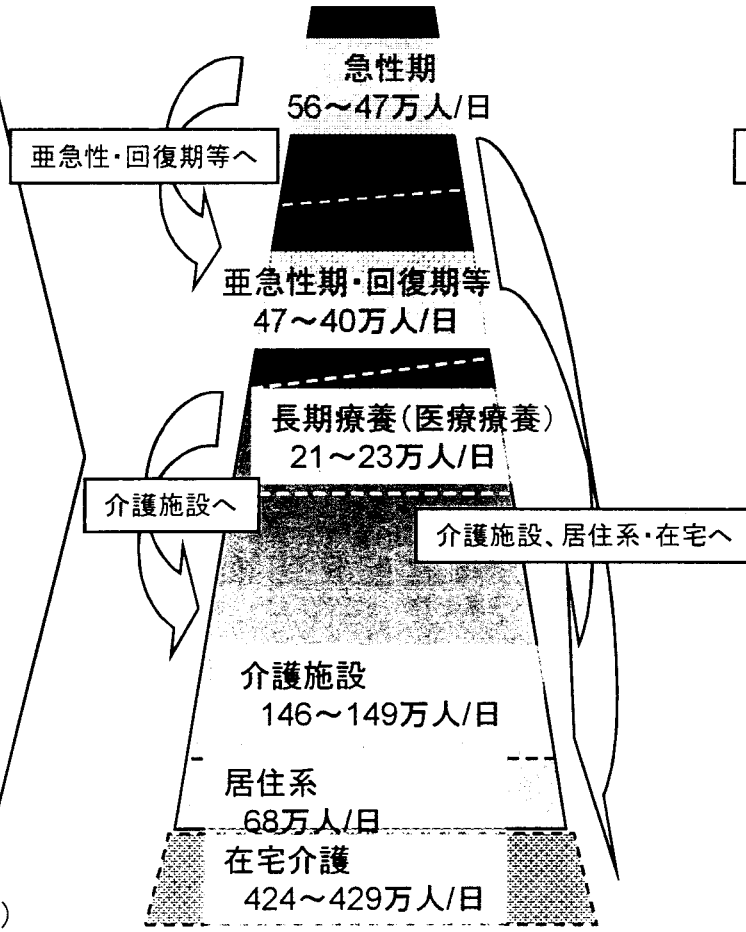
総括図

大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

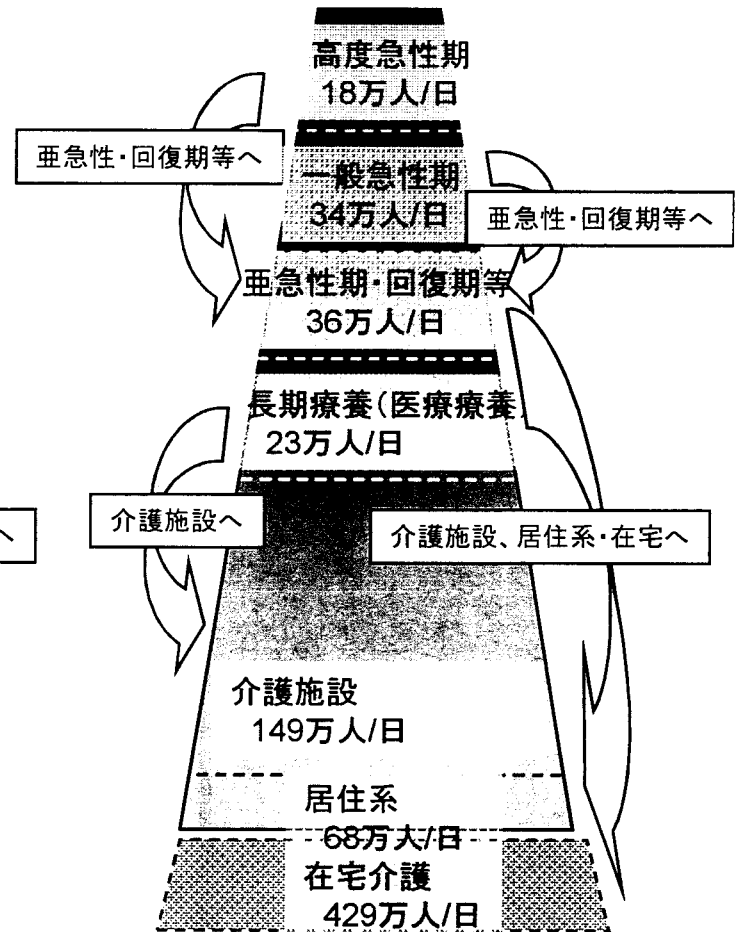
現状投影シナリオ(Aシナリオ)



B1、B2シナリオ -改革シナリオ-



B3シナリオ



現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

一般病床を機能分化(B1,B2シナリオは2分割、B3シナリオは3分割)。急性期の医療資源を集中投入し亜急性期・回復期との連携を強化。在院日数は減少。医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅介護等の提供体制を強化することにより居住系・在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

安心と希望の医療確保ビジョン(平成20年6月とりまとめ)

I. はじめに

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

II. 具体的な政策

①医療従事者の数と役割

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

②地域で支える医療の推進

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

③医療従事者と患者・家族の協働の推進

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

III. 医療のこれからの方向性

- 「治す医療」から「治し支える医療」へ

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化検討会(平成20年9月中間まとめ)

1. 医師養成数

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

2. 医師の偏在と教育

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

3. コメディカル等の専門性の発揮とチーム医療

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

4. 地域医療・救急医療体制支援

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

5. 患者・住民の参画

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

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

平成21年3月4日

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

主な提言内容

安心と希望の医療確保ビジョン

2 地域で支える医療の推進
(1) 救急医療の改善策の推進

ア 救急医療の充実

① 量的充実

- ・調査に基づく初期、二次、三次救急の更なる整備

② 質的充実

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

イ 夜間・救急利用の適正化

① 国民への普及啓発

- ・夜間救急外来の適正利用等

② 小児救急電話相談事業(#8000)の拡充等

第三次救急医療機関の充実

救命救急センターに対する新しい評価

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

救命救急センターの整備のあり方

- ・救急医療に関するニーズの増大等により、救命救急センター、救急医療を担う病院勤務医に過度の負担
- ・救命救急センターと同等の実績等がある施設であれば新たに救命救急センターとして位置づけ
- ・ヘリコプター等による搬送やITの活用も検討

第二次救急医療機関の充実

第二次救急医療機関の状況及び今後の整備

- ・地域の実情に応じた取組を支援
- ・救急医療機関の連携を推進しつつ、第二次救急医療機関の機能の充実を図る
- ・全ての第二次救急医療機関について、診療体制や活動実績に関する調査を実施し、診療実績に応じた支援を検討

夜間・休日の救急医療を担う医師に対する財政的な支援

救急搬送における課題と円滑な受入れ推進について

医療機関と消防機関の連携

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

・ER型救急医療機関については、まず正確な実態把握を行う

円滑な受入れ推進に向けた対応

- ・診療所医師の夜間・休日の外来診療や救急医療への参画を推進
- ・院内トリアージを適切に行える医療従事者の育成と配置
- ・円滑な転床・転院、施設間連携を図るための専任者を救急医療機関に配置
- ・急性期を乗り越えた患者が転床・転院できる地域の体制確保
- ・救急医療体制の現状や転床・転院等に関する国民に理解を求める

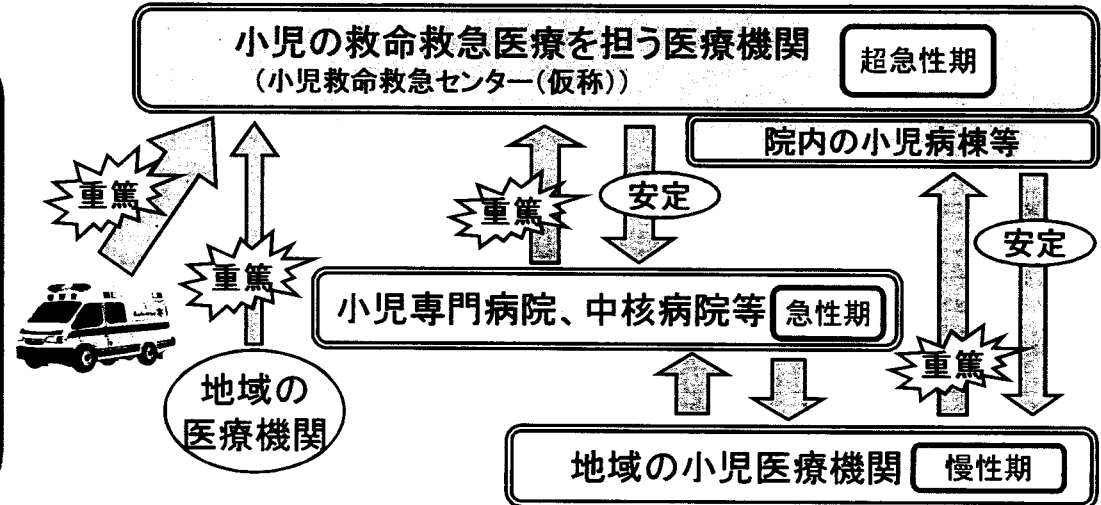
「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」中間取りまとめの概要

平成21年7月8日

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

1. 小児救急患者の搬送と受入体制の整備

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



2. 発症直後の重篤な時期(超急性期)の救命救急医療を担う体制の整備

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

3. 急性期の集中治療・専門的医療を担う体制の整備

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

看護の質の向上と確保に関する検討会

中間とりまとめ 概要

(平成21年3月17日)

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

1. 看護教育のあり方について

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

3. チーム医療の推進について

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

2. 新人看護職員の質の向上について

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

4. 看護職員の確保について

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

安心と希望の介護ビジョン（概要）

平成20年11月20日

超高齢社会を迎える中で、募る将来の不安を乗り越え、「安心」と「希望」を抱いて生活できる社会を築いていくために、2025年を見据えて取り組むべき施策を提言する。

1. 高齢者自らが安心と希望の地域づくりに貢献できる環境づくり

～高齢者や要介護者が最期まで生き方に選択枝を持ち、人とのつながりを持って生きていける社会を創るために～

① コミュニティ・ワーク・コーディネーター（仮称）の輩出

・地域の高齢者が「求めていること」と「できること」を結びつけ、意欲ある高齢者が主体的・積極的に参加するコミュニティ・ビジネスや互助事業等を育成する「キーパーソン」になりたいという、意欲ある地域の高齢者や住民（「コミュニティ・ワーク・コーディネーター（高齢者地域活動推進者）」（仮称）を地域から募集し、先進的事例や様々なノウハウを修得できる機会を提供

② 地域包括支援センターのコミュニティ支援機能の強化

2. 高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上

～たとえ介護が必要となっても、住み慣れた自宅や地域で住み続けるために～

① 在宅生活を支援するサービスの基盤整備

・訪問介護・訪問看護のネットワーク整備、家族への適切な介護情報の提供等

② 在宅生活支援リハビリテーションの強化

・リハビリテーションの拠点整備と質の向上に向けた取組の推進等

③ 医療と介護の連携強化

・必要な研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、施設入所者に対して、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備、緩和ケアの積極的な推進等

④ 認知症対策の充実

・認知症ケアの標準化、成年後見制度の活用等

⑤ 地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備

・地域特性に応じた住宅・施設整備、多世代交流機能を持つ小規模住宅の整備等

3. 介護従事者にとっての安心と希望の実現

～介護従事者が働きやすく、介護の仕事に誇りとやりがいを持って取り組み続けていけるために～

① 各事業所における介護従事者の処遇に関する情報の積極的な公表の推進

② 介護従事者が誇りとやりがいをもって働くことができる環境の整備

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

③ 介護従事者の確保・育成

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

安心と希望の介護ビジョン(抜粋)(平成20年11月20日)

二つ目に、たとえ介護が必要となっても、住み慣れた自宅や地域で住み続けるために、高齢者の生活を支える介護の質を一層高めていく必要がある。

要介護者の自宅での生活を支えるために、24時間・365日安心して在宅生活を送れるような基盤整備を推進していかなければならない。併せて、要介護者であっても残存する自らの能力を大切にし、その維持・向上を図ることによって、できるだけ自立した生活を目指すために、リハビリテーションを積極的に推進する必要がある。さらに、利用者が生活を支える介護と医療の継ぎ目を感じることなく利用でき、医療と介護の間に挟まり、どちらからも救済されないということのないよう、両者の連携が十分に確保されている環境を整備していく必要がある。また、要介護高齢者の増加は、慢性期医療ニーズの増加も意味しており、そのニーズに適切に対応できるような基盤確保・ネットワーク整備を進めていく必要がある。

そのために、地域の特性、住民ニーズとサービス整備の状況に応じて、利用者の選択肢を増やし、財政的にも合理性の高い24時間・365日のサービス提供拠点や安心の砦となる施設の計画的・戦略的な整備や、要介護高齢者のニーズに対応した慢性期医療基盤の確保、救急医療に係るネットワークの整備を進める。同時に、自宅での生活に必要な心と身体の機能の回復、悪化の予防を目指す「在宅生活支援リハビリテーション拠点の整備」、必要な知識・技術に関する研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、医療的なケアのニーズが高まっている施設において、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備、地域包括支援センターを舞台に介護従事者と医療従事者がチームとして要介護者を支援する「チーム・ケアの推進」などに取り組み、介護の質の向上を目指していく。特に、認知症については、介護と医療の連携を進め、認知症の進行と症状、合併症に対する知識を関係者、住民が幅広く共有し、連携して対応できる基盤を整備していく。

また、これらのサービスの裏打ちとなる介護保険のあり方について、医療保険とのより緊密な連携・整合性の確保を図るべく、包括的に議論を行っていく。

「安心」と「希望」のある超高齢社会を実現するために、2025年を見据えて取り組む施策

2. 高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上

(3) 医療と介護の連携強化 ～医療と介護の継ぎ目を感じることをないように～

①関係者間での連携

- 介護従事者が質の高い総合的ケアを提供できるようにするため、将来的には、医師や看護師との連携の下に、介護の現場で必要な医療行為を行うことができるようにすることを含め、資格・研修のあり方の検討
- 当面、利用者の重度化が進み、夜間も含めた医療的なケアのニーズが高まっている施設において、必要な知識・技術に関する研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備
- 医療関係者と介護関係者が同じチームの一員として個々の高齢者に最適なケアを提供するチーム・ケアの一層の推進、地域における最適な医療・介護の提供システムを議論するため、関係機関や団体等が一堂に会した「地域ケア推進会議」(仮称)の立ち上げ
- 安心・尊厳のある最期を迎えることができるよう、関係職種間の連携による緩和ケアの積極的な推進
- 医療関係者・介護関係者の養成課程等における介護・医療職間の協働や連携を学習する実習の実施、ケアマネージャー等に対する医療研修の実施

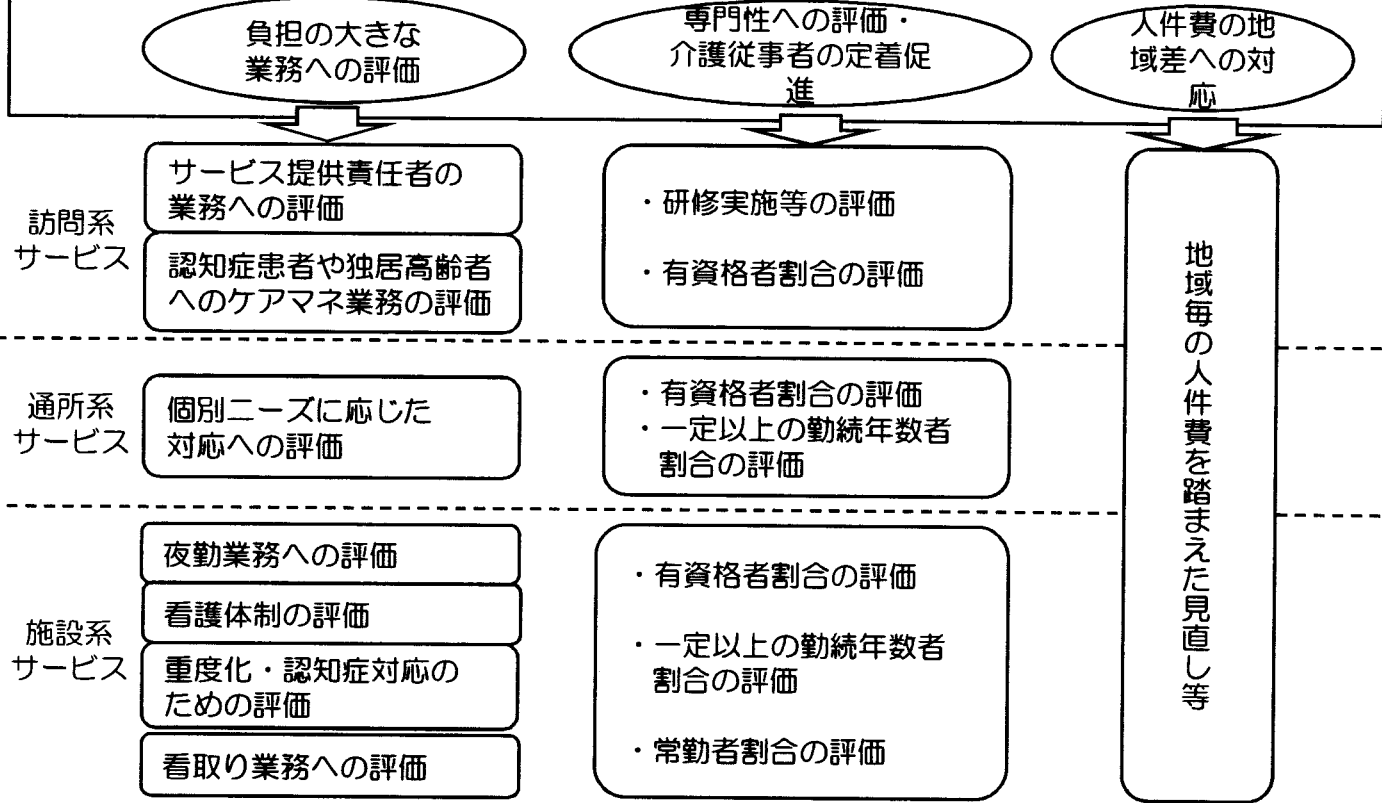
②制度面での連携

- 退院後の在宅生活への移行に係る医療と介護の連携を強化するための病院とケアマネージャー・地域包括支援センターとの間の引き継ぎ連絡体制の確立
- 例)入院中に胃瘻が造設されたとしても、地域包括支援センターの連絡調整の下、医療関係者と介護関係者が十分な連携を図ることにより、経管栄養を行いつつ、経口栄養への復帰を目指すケア
- 医療保険による診療報酬と介護保険による連動性・整合性の確保に向けた取組の推進

平成21年度介護報酬改定について

平成21年度介護報酬改定 (+3.0%改定)

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善



2. 医療との連携や認知症ケアの充実

- (1) 医療と介護の機能分化・連携の推進
- (2) 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

3. 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証

- (1) サービスの質を確保した上での効率的かつ適正なサービスの提供
- (2) 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

処遇改善の取組への
総合支援策

雇用管理改善に取り組む
事業主への助成(※)

効率的な経営を行うための
経営モデルの作成・提示

介護報酬改定の影響の
事後的検証(※)

介護従事者の処遇改善に
向けた取組に関する情報
公表の推進

潜在的有資格者養成支援
等の介護人材確保策(※)

社会的評価を高めるための
広報・普及(※)

(※) 予算案計上項目

医療と介護の連携・機能分化の推進について

○ 介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、医療と介護の継ぎ目のないサービスを効果的に利用できるような観点から、例えば、次の措置を講じる。

① 通所リハビリテーション

- 医療保険から介護保険に移行してもニーズに合ったサービスを継ぎ目なく受けることができるよう、短時間、個別のリハビリテーションについての評価を新設する。
- 診療報酬で脳血管等疾患リハビリテーション等を算定している医療機関は、通所リハビリテーション事業所の指定があったものと見なすことにより、利用者のアクセスを向上させる。
- 早期かつ集中的なリハビリテーションをさらに充実する観点から短期集中リハビリテーション実施加算について評価を見直すとともに、算定を3か月以内に限定する。また、3か月以降の個別リハビリテーションの評価を新たに行う。

② 訪問看護

- ターミナルケアの充実を図るため、ターミナルケア加算を引き上げる。
- 特別管理加算の対象者に対して1時間30分以上の訪問を行った場合の評価を新たに行う。

③ 居宅療養管理指導

- 居宅療養している要介護者等やその家族の療養上の不安・悩みを解決し、円滑な療養生活を送ることを可能とするため、看護職員による相談等に対する評価を新設する。

④ 居宅介護支援(ケアマネージャー)

- 入院時や退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価を新設する。

⑤ 特定施設

- 利用者の健康状態について、協力医療機関又は主治医に対して定期的に情報提供を行う場合の評価を新設する。

⑥ 介護療養型老人保健施設

- 療養病床再編の円滑な推進を図るため、療養病床から転換の受け皿として、入所者に対する適切な医療サービスの提供が可能となるよう、医薬品費・医療材料費や医師によるサービス提供といった医療サービスに要するコスト、要介護度の分布といった実態を踏まえ、報酬を引き上げる。

その他報告書等で指摘されている事項（介護と医療の連携関係）

○「地域ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理」（平成 20 年度老人保健健康増進等事業）（抜粋）

1. 地域包括ケアシステム

（2）地域包括ケアシステムを提供するための前提

○ ケアマネジメント

- ・（略）廃用症候群のように除々に生活機能が低下し要介護状態になる者については、介護保険制度の中で対応できるため、要介護認定や介護予防の実施等を通じて切れ目のないケアが行われやすい状況にある。一方で脳卒中等により急激に健康状態が悪化し要介護状態になる者については、医療（例えば病院）と介護（ケアマネジャー）の連携が十分でない場合は切れ目の無いケアが行えないこととなる。
- ・ 具体的には、脳卒中等により入院した者は、退院後、一定の期間が経過した後に、要介護認定やケアプランの作成を行うため、ケアに空白が生じてしまう例を少なくない。ケアの継続性を担保するためには、入院した者が入院中にケアマネジメントを利用できる体制を整備するとともに、医療機関内部の他職種が連携して退院調整（退院前カンファレンス）を行い、これらの会議により、患者・家族に対して退院後予想される問題を検討し、十分な援助計画を作成することが必要ではないか。なお、可能であれば、この退院調整（退院前カンファレンス）に、退院後の支援を行う他職種も参加していくことが望ましい。
- ・ 退院した利用者本人を支援するためには、退院前カンファレンスによって作成された援助計画が、地域における他職種連携による生活支援に有機的に結びついていくことが必要である。具体的には、退院前カンファレンスによって作成した援助計画も踏まえながら、サービス担当者会議で議論が行われ、ケアプランが作成されることが望ましい。こういった利用者サイドに立った複数サービスのケアマネジメントを実現するための方策を講じるべきではないか。

2. 地域包括ケアシステムを支えるサービス

(2) ケアサービス

○介護サービス

(外部サービスの利用)

- ・ 既存の介護保険施設等で提供されているサービスのうち、どれを内部の事者により提供すべきもの、どれを外部のサービスによっても提供しうるものとするか。また、内部で提供すべきと考えられるサービスとの関連で、ふさわしい人員配置基準について、どう考えるか。
- ・ 施設においても、医療サービスを外付けすることにより、サービスの効率化が図れるとともに、利用者が入所前に受診していた医療機関との関係を継続させることができるのではないか。
- ・ 介護保険事業者が病院に対して外付けでサービスを提供するという形も考え得るのではないかという意見について、どう考えるか。

○看護サービス

- ・ 既存の訪問看護の実施状況を把握し、今後の量的確保についての計画を作成すべきではないか。
- ・ 訪問看護に従事する看護師と病院等における看護師との連携を図るべきではないか。また、訪問看護に関して、医療保険と介護保険の関係をどう考えるか。

○リハビリテーションサービス

- ・ リハビリテーションとともに、他の居宅サービスを併せて利用する必要がある場合、他の居宅サービスが優先され、結果的にリハビリテーションの利用が制限されているケースが多いのではないか。
- ・ 要介護度とリハビリテーションの必要性が必ずしも一致しない場合であっても、リハビリテーションが適切に利用されるような仕組みについて検討すべきではないか。
- ・ リハビリ機能を重視した在宅療養支援診療所を新たに評価することについて、どう考えるべきか。
- ・ 地域包括リハビリテーションセンターにリハビリテーション専門職を配置することや地域リハビリテーション広域支援センターと地域包括支援センターが強い連携がとれる体制にすること等についてどう考えるか。
- ・ 医療保険・介護保険といった保険別の枠組みでリハビリを提供しているが、利用者の状況や状態に応じて、両者の連携を図っていくべきではないか。

○訪問診療等のサービス

- ・ 既存の訪問診療の実施状況を把握し、今後の量的確保についての計画を作成すべきではないか。
- ・ 在宅医療の推進を図るため、既存の医療機関の活用を図るべきであり、たとえば、有床診療所を、在宅復帰・支援の中核機関として活用することも検討すべきではないか。
- ・ これからの在宅医療は、在宅主治医と訪問看護師だけでなく、他の多様な専門職種が参加して安全・安心を保障する医療を提供していくべきではないか。
- ・ 認知症を有する者で、身体合併症（特に、外科的対応や循環器疾患等）があるために一般病棟で治療する必要があるが、認知症への対応が困難であるため入院を断られるという実態がある。さらに、一般病棟では、「治療のため」として認知症を有する者に対して身体拘束が行われやすいのではないか。認知症を有する者が身体合併症を伴った場合に、安心して一般病棟で治療を受けられるようにするための対策を検討すべきではないか。
- ・ 看取りの場所の考え方は、個々人の信条や主義によって多様であることから、この選択を可能とする看取りの場所の在り方について、どのように考えるか。地域包括ケアにおいては、看取りを病院や施設のみならず、地域内の様々な居住環境において実現できることが望まれる。例えば、複数の者に対して民家でホスピスケアを行う取組等、在宅で看取りを行う取組を支援すること等を検討すべきではないか。
- ・ 地域において、在宅医療等の活用で生活ができる人の要件や基準が十分開発されていない。2025年に向けては、入院の必要性も含めた医療ニーズの把握の手法を開発し、地域の中で共有すべきではないか。
- ・ 医療ニーズの把握の一時判定のレベルでは、標準的なシステムを開発して、アセスメントを行うことが考えられるのではないか、なお、このシステムの開発に当たっては、IT技術を基礎とした地域における保健・医療・福祉に関わるデータベースの構築が前提となるのではないか。

医療と介護の連携、医療の機能強化の推進に関するH20診療報酬改定

【医療と介護の連携】

(1) 外来医療について

- 他の医療機関での診療スケジュールも含めた診療計画を作成し、心身にわたる総合的な評価や検査を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことについての評価を新設。

(2) 入院医療について

- 退院後の生活に配慮するため、日常生活能力を評価し、退院が難しい高齢者の円滑な退院を調整することについての評価を新設。
- 退院時における円滑な情報共有を進めるため、入院中の医療機関の医師と、地域での在宅療養を担う医師や医療関連職種が共同して指導を行った場合についての評価を充実。

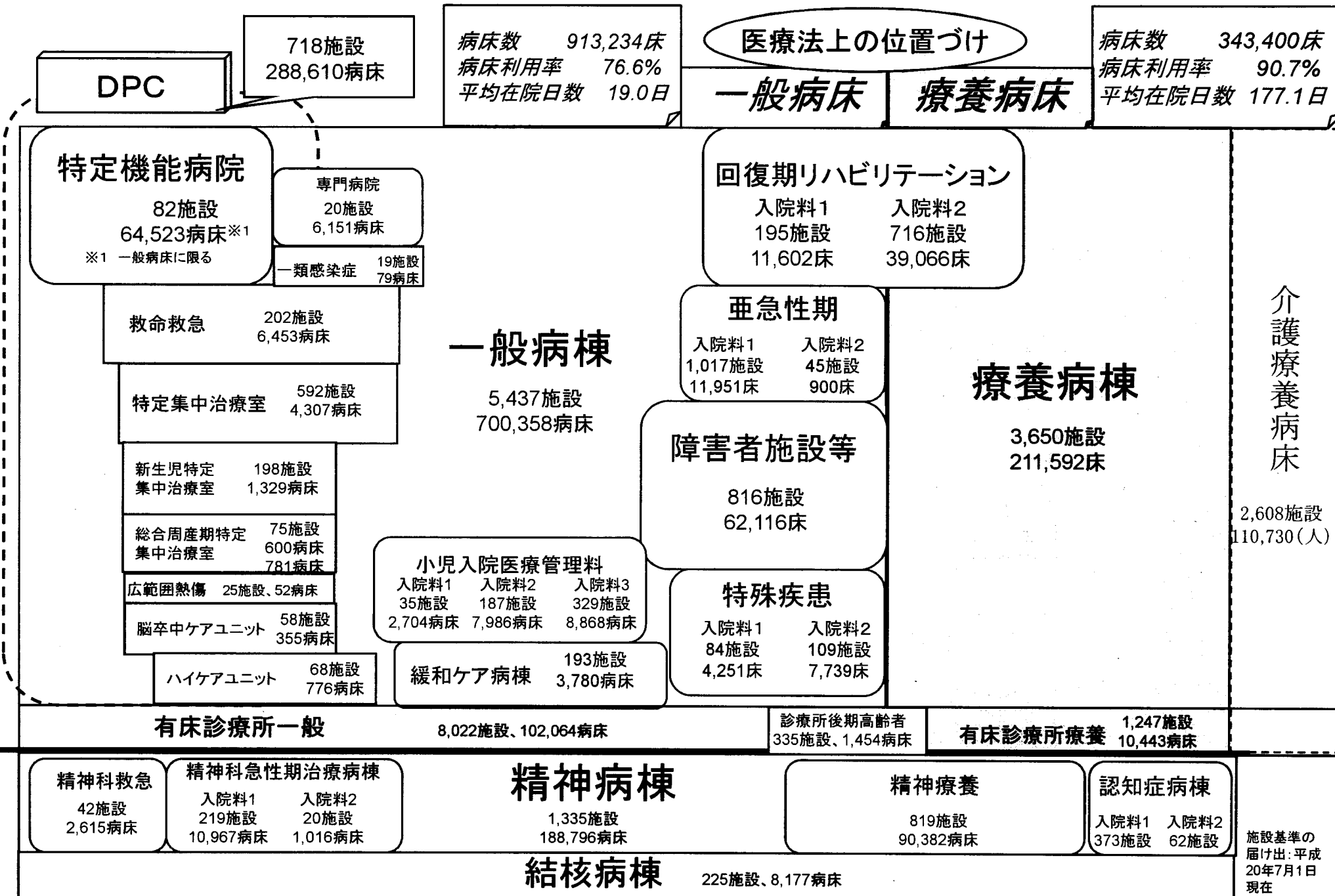
(3) 在宅医療について

- 在宅患者の病状の急変や診療方針の大きな変更などの際、関係者が情報を共有する場合の評価を新設。
- 在宅で安心して療養できる環境を整備するため、24時間電話対応や緊急時訪問看護ができる体制の評価を新設。
- 人工呼吸器を使用している患者に対して、状態や看護内容によって、標準的な訪問時間を超える長時間の訪問を行う場合についての評価を新設。また、気管切開の患者等が急性増悪した場合等の週4日以上以上の訪問についての評価を充実。
- 高齢者等が多く生活する施設(有料老人ホーム、特定施設等)に入居する患者に対して、訪問診療等を行った場合についての評価を新設。
- 介護療養型老人保健施設において、緊急時に必要となる処置について、併設保険医療機関の医師が行った場合の評価を新設。

【医療の機能分化】

- 救命救急センターにおいて極早期に手厚い医療が提供できるように、評価の仕組みを改善。
- 地域の中核病院として急性期医療を担っている病院における勤務医の負担軽減のための取組の評価を新設。
- 急性期を経過した患者に対して、在宅復帰支援機能を有する医療機関において、効率的かつ密度の高い急性期後の入院医療を行った場合についての評価を充実。
- 地域連携診療計画(地域連携クリティカルパス)の対象疾患に脳卒中を追加。
- 居宅等での療養を希望する長期入院患者等に対する医療機関による退院調整のための体制整備の評価を新設。

病院の機能に応じた分類(イメージ)



検討班の設置等について(案)

○ 以下の2分野について検討班を設置し、制度改正、予算措置、診療報酬・介護報酬改定等における対応について検討を開始する。特に、平成 22 年度予算編成及び平成 22 年度診療報酬改定から可能な措置を盛り込めるよう、具体的項目の整理を早急に進める。

名称	検討事項	班員（班長（◎）、副班長（○））	関係課（※2）
医療の機能分化・連携班	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期の強化 ・一般病床の機能分化（回復期、亜急性期、その他の一般） ・病診連携 ・療養病床の取扱い 等 	<ul style="list-style-type: none"> ◎医政局総務課長 ○医政局指導課長 ○保険局企画官（※1） ○医政局医療制度調整官 ○保険局医療保険制度企画調整官 	医政局総務課、政策医療課指導課、医事課、看護課、老健局老人保健課、保険局総務課、医療課
介護と医療の連携（地域包括ケア班）	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅サービスの連携・地域包括ケア ・在宅医療・介護、訪問看護、居住系施設・介護施設に対する外部からの医療の提供 ・主治医・高齢者担当医の役割 等 	<ul style="list-style-type: none"> ◎保険局医療課長、 ◎老健局老人保健課長 ○医政局政策医療課長 ○保険局企画官（※1） ○老健局企画官 	医政局政策医療課、医事課、看護課、老健局振興課、高齢者支援課、老人保健課、保険局医療課

※1 保険局医療課に配属されている企画官をいう。

※2 関係課は、検討の進捗状況に応じて、プロジェクトチーム主査が適宜追加等を行うものとする。