

- 「あるべき社会保障」の実現に向けて(民主党・社会保障
と税の抜本改革調査会) ……1頁

- 平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業関係資料 ……8頁

2011年5月26日

「あるべき社会保障」の実現に向けて

社会保障と税の抜本改革調査会

民主党では、社会保障と税の抜本改革の実現に向けて、昨年末「中間整理」をとりまとめた。その中で、社会保障を取り巻く社会・経済情勢の変化を整理した上で、「全世代を通じた安心の確保」「国民一人ひとりの安心感を高める」「包括的支援」「納得の得られる社会保障制度」「自治体、企業の役割分担」といった抜本改革の方向性を明示した。

今回のとりまとめは、この「中間整理」で確認した方向性を踏まえ、我が国が目指すべき「あるべき社会保障」について党内で議論を重ねてきたものである。

<あるべき社会保障と目指す社会像>

我が国の社会保障は高齢化の進展や経済構造の変化に対応できないままに、旧政権下において社会保障費の抑制が続いたために、セーフティネットにほころびが生じ、格差を拡大させてきた。その反省に立ち、これからの社会保障改革は、所得の再分配機能の強化や家族関係の支出の拡大を通じて、これまでセーフティネットから抜け落ちていた人を含めて、すべての人が社会保障の受益者であることを実感できるようにすることが必要である。そのことが、社会保障に係る負担が単なる負担ではなく、将来のリスクに対する国民一人ひとりの備えであるという、社会保障に対する理解につながる。政治は国民の信頼を獲得することによって再分配機能の強化などの社会保障の抜本改革を実現し、国民の理解の下で、安心できる社会保障制度を構築しなければならない。

社会保障の各分野の議論を通じて浮かび上がってきたことは、国民が社会保障という支え合いの仕組みに積極的に参加するためには、サービスの欠乏、就職難・ワーキングプア、社会的疎外、虐待などの国民が直面する現実の課題に立ち向かい、情報開示や必要な効率化などの質の向上を図りつつ、より公平・公正で、より受益感覚が得られ、より納得できる社会保障制度に改革していくことが必要だということである。さらには、社会保障サービスの提供において、行政が「待ち」の姿勢にとどまることなく、適切な情報提供などを通じて、ライフステージに応じた、適切な社会保障サービスを全ての人に能動的に提供できる体制を構築しなければならない。

そこで目指すのは、制度が出産・子育てを含めた生き方や働き方に中立的で誰も生き方や働き方を選択できる社会であり、雇用などを通じて参加が保障される社会である。また、子どもが家族や社会とかかわり良質な環境の中でしっかりと育つ社会であり、健やかに暮らすことができ、病気になった場合にはしっかりと治す医療と、治らない病気等であっても地域で最期までその人らしく尊厳をもって生きられるよう支える医療・介護が実現した社会である。さらに、様々な困難な状況にある人を単に保護するのではなくその人の自立を支援し、居場所と出番が確保され一人ひとりの力が活きる社会である。

<社会保障と経済の好循環>

子育て、医療、介護などの社会サービスの分野は、需要に供給が追いついておらず、こう

1 / 18

した巨大な潜在需要に答えていくことで雇用を生み、またデバイス・ラグやドラッグ・ラグの解消を含むライフイノベーションを通じて医療分野などを成長産業化することで、デフレを脱却し、経済成長に結び付けることができる。また、当面、少産多死で人口減少が見込まれる我が国では、若者、女性、高齢者、障がい者の就業率を高めていくことが、本人の人生にとって大きな意味があるだけでなく、一人あたりのGDPを押し上げ、我が国の経済成長を下支えすることも忘れてはならない。

<東日本大震災を受けて>

この間、3月11日に「東北地方太平洋沖地震(東日本大震災)」が発災した。史上最大レベルのマグニチュード9.0の地震、大津波に加え、我が国が初めて経験する極めて深刻な原発事故まで同時発生した今回の事態は、まさに未曾有の事態であり、多くの国民の生活、我が国の将来に重大な影響を与えた。

社会保障もその例外ではなく、診療情報の喪失や医療介護・医薬品の提供不足など高齢化の進む地域におけるサービス提供体制のあり方、地方自治体におけるワンストップ機能・セーフティネット機能の重要性などを浮き彫りにする一方で、地域社会には「国民の絆」がまだしっかりと結ばれており、社会保障の基盤である国民の連帯感が維持されていることに希望が感じられた。

また今回の震災は、少子高齢化の急速な進行、人口減少社会の到来、社会保障制度の疲弊、極めて厳しい財政状況など危機的な状況の中で生じたいわば「危機の中の危機」である。震災からの復旧・復興に真剣に取り組むのは当然であるが、震災を理由とする抜本改革の先送りは許されるものではなく、社会保障と税の抜本改革の歩みを着実に進めなければならない。

その際、被災者・被災地の復旧、復興を日本全体の復興、そして再生へつなげていかなければならない。社会保障についても、以下に記載する事項を中心とする「あるべき社会保障」を実現することで、災害に強いだけでなく、未来志向の見地から、被災地を少子高齢化が進む日本社会の先進的モデルとしていく。

<社会保障と税の共通番号制度の導入>

今回、「あるべき社会保障」に向けた検討を行うにあたって、これまでとは大きく異なるのは、政権交代によって「社会保障と税の共通番号制度」が2015年のスタートに向けて着々と進んでいることであり、今後の社会保障制度の構築にあたっては、これが前提となる。番号制度は、特に個人情報保護に関するセキュリティに万全を期すことが前提であり、その導入によって抜本的な行財政改革が可能となる。

民主党が目指す「社会保障と税の共通番号制度」の最大の目的は、「すべての人が、支援を必要とする場合には、効率的に、適切に支援を受けられる」ことにある。国民一人ひとりの税や社会保険料の負担状況、社会サービスの受給状況などについての的確に把握することによって、例えば種々の自己負担の合計負担額を無理のない範囲に調整することができる。また、社会保障制度の「申告制度」を抜本的に改め、番号制度によって把握できる情報を基に「必要な人に必要なサービスの情報を適切に提供する」ことも可能になると考えられる。さらに、一人ひとりの状況に配慮した給付付き税額控除も可能になる。

番号制度の導入によって、年末の「中間整理」に掲げた「国民一人ひとりの安心感を高める」「包括的支援」「納得の得られる社会保障制度」の実現に向けて、大きな一歩を踏み出したと考えている。

2 / 18

<国・地方の役割分担>

子育て、医療、介護などの社会サービスの多くは、地方自治体を通じて国民に提供されており、社会保障における自治体の役割は極めて大きい。地域住民の視点から見ると、国庫補助事業と地方単独事業は一体として提供されている。特に現物サービスの提供については、地域事情や国民生活の多様化に応じてきめ細かに提供が必要があること、そのためにはNPOやボランティアなどの「新しい公共」と協力する必要があることなどを考えても、主たる担い手は地方自治体、とりわけ住民に直接接する基礎自治体になるのが当然であり、民主党政権の掲げる地域主権改革を進めることで、その重要性は一層高まる。

この基礎自治体をはじめとする地方自治体が、自らが持つ資源を十分に生かし、住民に対してワンストップサービスを含む質の高い社会サービスを効率的に提供し、また助け合いの地域社会の基盤を強化できるよう、国は財政基盤の安定化、柔軟なルールの設定などを進める必要がある。国は社会保障制度の改革に当たっては、「国と地方の協議の場」などを通じて、十分に意見交換を行うことで双方の役割分担を明確にするとともに、改革の実施に当たっては、密接な協力を行っていく必要がある。

I. すべての子どもの育ちを社会全体で支える ＝「子ども・子育て」の改革の方向性＝

1. 基本的な考え方

- 子ども・子育てをめぐる社会環境が大きく変化している。少子化は日本が直面する国家最大の危機であり、民主党は子ども・子育て支援を成長戦略の一環として位置づけ、社会に出る前のすべての子どもの育ちを社会全体で支えていく。
- 子育ての第一義的責任を担う家族を支え、高齢期を含むすべての世代の社会保障を支える次世代の子どもの育ちを社会全体で支えることは、子育てを終えた世代の方々、子どもいない方々も含め、社会全体にとっての「将来への投資」にほかならず、被災地の復旧・復興を支える上でも重要なテーマである。
- 日本の「家族関係社会支出」は、子ども手当を加えたとしてもなお、先進諸外国と比べて低く、所得の再分配が十分効いているとはいえない。民主党は家族関係社会支出を拡充し、所得の再分配を確実にし、公平・公正・平等な社会、子育てのしやすい社会の実現をめざす。
- 同時に、いわゆる「M字カーブ」という言葉に象徴されるように、女性が「就労」か「結婚・出産」かの二者択一を迫られることがないようにする。これは男性が長時間就労のため、家族とともに過ごし、子育てに十分参加できない現状を変えることと表裏一体の関係にあるといっても過言ではない。民主党は働き方の改革を進め、男女ともに、それぞれが希望する結婚・出産・子育てが可能となる社会を実現する。また、働く意欲を持つすべての人の労働市場参加を実現し、非正規社員の雇用の安定、処遇改善などを進め、その均等待遇を実現する。

2. 子ども・子育て支援の4本の柱

(1) 子育てを包括的に支援するバランスのとれた枠組み

①現金給付

○現行の「子ども手当」は、年少扶養控除と予算の組み替えによりすでに恒久財源を確保しているが、今後の見直しにおいても「控除から手当へ」の考え方に立ちつつ、実質手取額の逆転現象が、特に3歳未満児、低所得世帯において生じないように最大限配慮する。

②現物給付

- 幼保一体化を含め、地域において当事者が参加する中で、すべての子どもと子育て家庭を支援する仕組み・「子ども・子育て新システム」を実現する。新システム開始前においても、待機児童対策などを強力に推進する。また、ひとり親家庭など経済的に恵まれない子どもや社会的養護の必要な子どもに対する迅速な支援に取り組む。
- 保育サービスの量の拡充のみならず、夜間（深夜を含む）・休日サービスの拡充などのため、職員体制の強化、職員の処遇改善等、質の改善にも取り組む。

(2) 働き方の改革による仕事と生活の調和の実現

①仕事・雇用の確保

- 生活するに足る十分な収入を得られるよう、資格取得の促進など、特に若年者やひとり親家庭に対する積極的な就労支援・能力開発等を展開する。この際ジョブカードを全員に配布し活用する。
- 正社員の過剰労働、過剰拘束を是正すると同時に、非正規社員の雇用の安定、処遇改善、公正な働き方を実現し、ライフスタイルに応じて多様な働き方を可能にする。これにより、子どもを産み育てながら、安心して働くことができるようにする。
- 特に専業主婦の就労構造に制約を与えている配偶者控除については、平成23年度税制改正大綱の方針を踏まえ、抜本的な見直しに取り組み、女性がライフスタイルの選択をしやすい社会を構築する。また、第3号被保険者問題を解消する。非正規労働者への社会保険の適用を拡大する。

②ワークライフバランス

- 男女ともに「働きたい」という希望と、「子どもを持ちたい、家族といっしょに過ごしたい」という希望とを両立させる。
- 育児休業取得促進のため、企業に対する助成の充実や、育児休業給付の引上げに取り組む。現行育児介護休業法で、短時間勤務制度が義務化されているのは3歳未満であり、この年齢の引き上げに取り組む。
- 週1日の休日取得すら困難といった正社員の過剰労働を是正し、メンタルヘルス対策を含めた労働安全衛生対策を充実させ、勤務間インターバルについて労使の取り組みを促す。
- 非正規雇用から正規雇用への転換を促す。非正規社員の正社員化やワークライフバランスの推進に積極的に取り組むことが企業価値の評価につながるようなメリットシステムを導入する。「くるみんマーク」のさらなる活用や、競争入札の指名の条件にすること等にも取り組む。

3 子ども・子育て関係経費のあり方

○平成25年度からスタートする予定の「子ども・子育て新システム」では、国の一般会計からの負担金・補助金と労使（事業主・本人）の拠出金により、財源を「子ども・子育て勤定（仮称）」に一元化し、ステークホルダーの関与の仕組みも設けたうえで、都道府県の一般会計からの負担金・補助金を実施主体である基礎自治体の負担分とあわせて給付・

サービスを包括的・一体的に実施する仕組みを想定している。

Ⅱ. 希望するすべての人が働いて能力を発揮できる社会を ＝「就労促進」「貧困・格差」の改革の方向性＝

1. 基本的な考え方

- 民主党は、働くことを望むすべての人が、それぞれの希望や能力、ライフスタイルに応じて、そのなかで公正に処遇され、安心して健康に、やりがいをもって働くことのできる雇用社会を目指す。
- そのため、雇用を通じた参加保障を社会保障制度改革の最優先課題として位置づけ、新卒やフリーターなどの若者、女性、高齢者、障がい者、非正規社員を念頭に、①失業給付や求職者支援制度の給付と結びついた職業紹介、②地域経済の実情に応じて、民間活力を導入した計画的な職業能力開発による人材育成、③企業に対する雇用助成のみならず、特に若年世代の資格取得の促進等、早期に就職につなげる「攻め」の労働政策を展開し、労働市場への参加保障を実現する。
- 今国会で成立した求職者支援法の国会審議において、今後の見直しに際して費用負担の在り方を検討する旨の与野党合意が行われたことも踏まえ、求職者支援制度の十分な財源確保に加えて、安定財源確保とあわせて、第一のセーフティネットの一角を担う雇用保険制度の国庫負担本則戻しを引き続き求めていく。

2. 「第二のセーフティネット」である求職者支援制度の機能強化

- 現在住宅手当を一時的に利用している人、母子家庭の母、生活保護受給者などが求職者支援制度を積極的に活用して職業訓練を受け、仕事のある世界に戻るプログラムを充実させる。
- このため、現行のハローワークでの求職者支援制度に対する取り組みに加え、社会福祉協議会が対応する総合支援資金貸付、福祉事務所が対応する生活保護を組み合わせ、ハローワークとの連携のもと、市町村の窓口で専門相談員を配置し（「4. 無縁社会」参照）、あちこち行かずにワンストップで労働市場復帰につなげる。この際ジョブカードを全員に配布し活用する。
- 住宅支援についても、現行施策を整理し直し、現金給付のあり方を検討するとともに、ソフト支援が組み込まれている「求職者支援制度」と「公営住宅」等の現物給付を適切に組み合わせ、就労・自立につながるような住宅支援策を行っていく。

3. 公正な働き方の実現

- 既に国会に提出している「労働者派遣法改正案」の成立を図る。さらに非正規社員の雇用の安定、処遇改善、公正な働き方を実現するため、雇用形態による合理的理由のない不利益取り扱いを禁止するための法整備に取り組み、均等待遇を実現する。また、年齢・障がいを理由とした不利益取り扱いを禁止するための法整備に取り組む。最低賃金引上げに向けてさらに取り組みを強化する。低賃金でもすべての労働者に社会保険を適用し、保険料支出に見合った給付を行うのが基本であることを明確にする。
- 高齢者の就労促進のため、少なくとも希望者全員についての65歳までの継続雇用を確保する。

5/18

4. 無縁社会を防ぐパーソナルサポートの充実

- 所得確保の観点から、また、無縁社会を防ぐため、仕事、家族、病気、生活、多重債務などの複合的な悩みを抱え、誰にも言えずに困っている人たちに対して特別な支援を実施する。まずは気軽に無料で相談できるよう、全市町村に窓口を設置し、懇切丁寧に長期にわたって付き添う専門相談員を配置する。
- 小口の貸付と相談事業を組み合わせ、少額でも定期的に返済しながら、専門相談員との対面相談を通じて将来の展望を描き、自立・就労を促すパーソナルサポート体制を敷く。地域や相談者の実情に応じ、アウトリーチ型支援やNPO等の支援機関との連携を進める。

5. 国民の理解を得られる生活保護への転換

- 生活保護については、①上記のような自立・就労支援の強化、②子どもの貧困連鎖を防ぐ進学支援など現物給付の充実、③医療扶助を悪用した重複診療による医療機関の不当な診療報酬請求、過剰に薬を入手して転売するなどの不正行為の防止徹底、④生活保護基準のあり方の検証作業⑤受給資格審査の適正化——などを実施し、生活に困窮する人がその能力に応じて、自立・就労を実現し、社会生活を送ることができる仕組みに改善する。

6. 給付付き税額控除の導入

- 給付付き税額控除は、その制度設計によって雇用促進、子育て支援、消費税の逆進性緩和など幾つかの政策目的を実現するための有力な手段であり、民主党政権による番号制度の導入により、これを実現する環境が整いつつある。給付付き税額控除の導入は、これまでの社会保障の在り方の根本的な見直しに繋がることから、従来の社会保障制度との整合性を確保しつつ、また番号制度の安定的な運営等を前提に導入を図る。

Ⅲ. 安心できる医療・介護の実現

＝医療・介護制度の改革の方向性＝

1. 基本的な考え方

我が国が世界の最長寿国となる原動力となった世界に冠たる「皆保険」を将来にわたって維持し、国民ができる限り地域で健康で過ごすことができ、必要なときに良質な医療・介護サービスが利用できるように、医療・介護の提供体制、従事者の確保、予防、認知症対策、医療・介護保険制度の持続可能性等に関する改革を進めていく。

2. 安心できる医療・介護の提供体制の構築（包括的な医療・介護連携のための機能分化とネットワークの構築）

（1）病院・病床の機能分化と強化

- 身近な地域で必要な医療を受けられる体制作りを推進する。高度な急性期医療、一般的急性期医療、亜急性期医療、回復期、長期療養についてニーズに応じた機能分化、病床の転換、そして連携強化を図り、地域で完結できるネットワーク（情報共有、連携パス）を構築する。
- 施設における医療提供については、医療・介護連携、チーム医療の特性を生かし、一人ひとりにとって必要な医療・看護・介護が提供できる仕組みを検討する。

6/18

(2) 地域での暮らしを支える仕組みの強化

- 日常生活圏で在宅医療・介護が可能となるよう、市町村レベルで計画的に整備し、入院から看取りを含めた在宅への移行が円滑に行われるようにチームとしての連携を強化する。
- 高齢者が住み続けながら必要な医療・看護・介護が受けられるように配慮した住宅やヒートショック対策など健康の維持に配慮した住宅を整備するとともに、民間住宅の利用法について検討を加える。
- 日常生活圏内の医療、介護、予防、住居が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。特に今後、都市部を中心に急速な高齢化が進展するため、過疎化する団地において多世代共存型のまちづくりを進め、教育、医療、介護が地域の支えあいの中で行われるように検討する。僻地においても医療等の体制を確保する。

(3) ICT活用

- 医療・介護双方のニーズをもつ高齢社会では、シームレスなケアの実現のために個人情報保護に十分配慮しつつ健康情報、診療情報、レセプトの共有が不可欠である。
- 受診行動の困難な引きこもり、うつ、認知症、難病や僻地の医療、在宅医療・介護、あるいは薬局でインターネット、テレビ電話等を利用した疑似対面診療、および個人による健康管理のあり方について検討を加える。

(4) 精神科医療のあるべき姿

- チーム医療（医師・看護師・ソーシャルワーカー・精神保健福祉士・臨床心理士等）によるアウトリーチ支援を推進する。退院後も必要な医療との連携を図りながら、介護サービスの継続的な提供によって出来る限り地域の生活の場で暮らせるための精神科医療を目指す。

3. 地域に必要な医療・介護従事者の確保と調整のスキーム、処遇の確保

(1) 国民の期待する専門医療と診療科領域別の医師養成のあり方

- 地域における科別医師の必要数、不足数の把握と地域偏在に対処するため、平成23年度に新たに導入した「地域医療支援センター」を活用する。
- 高齢化により、複数の疾病に罹患している患者への対応の必要性が高まっていることから、フリーアクセスを確保しつつ総合的な診療を専門的に行う『総合医』について積極的に評価することを検討する。

(2) 専門的医療従事者の職能分担の見直し、チーム医療・介護の推進

- チーム医療推進の観点から薬剤師、看護師等の専門的医療従事者の職域、職能分担について総合的に検討を加える。他学部4年生大学卒業予定者が現在よりも短期間で看護師国家試験等の受験資格を得られるよう検討を加える。
- 多職種専門性を高めつつ、例えば早期からのリハビリや緩和ケアなど、個人のニーズにあった必要な治療やケアが提供できるようにする。
- 服薬指導や栄養指導など質の高い医療提供を受けるとともに、きめ細かな在宅での対応を可能にすることにより、特に慢性期、終末期に安心して良質な医療・介護が受けられる体制づくりを目指す。その際、ケアマネジメントの強化が必須であり、ケアマネジャーの資

質の向上及び専門性を高める必要がある。

(3) 女性医師、看護師等の労働条件の整備、ケアラー（介護者）の研修等

- 女性医師や看護師等が病院において持続的に勤務が可能になるよう、短時間勤務制や交代制の導入を進める。家庭内介護者の研修、ならびに評価・支援策について検討する。

4. 国民の願いに応える予防、認知症対策の強化等

(1) 予防医療・介護予防

- 医療や介護は提供者側とサービスを受ける側との協働作業であるとの認識に立ち、健診の受診、保健事業への積極的な参加を促す仕組みを構築する。
- WHOの推奨するワクチンの法定接種化を進める。そのための予防接種法改正、健康被害救済制度の拡充を図る。
- 費用対効果の高いがん検診の推進を図る。
- 自立支援型介護、予防型介護へ重点化を図る。介護が必要な高齢者に対して、心身機能や生活機能の維持・向上を図るため、リハビリテーションを重点的に提供する。

(2) 認知症対策の強化

- 様々なタイプの認知症の正確な診断、及び治療への取り組み、さらに本人・家族支援を推進する。小規模多機能型居宅介護、グループホーム等の基盤整備、市民後見人の育成等個人の意思を反映させる仕組みや尊厳の保持に努める。

(3) 自己決定権の尊重

- 医療や介護の提供者側の説明責任とともに、情報の共有に基づいた理解のうえに協働によって成り立つという医療や介護の特性に鑑み、受ける側の役割についても定めるよう、必要な法令整備を行う。

(4) 死亡原因診断への積極的取り組み

- 死因不明社会からの脱却をめざす。納得の得られない医療関連死、及び非自然死体に対し、積極的にAi (Autopsy imaging) を取り入れるための支援を行う。さらに、医療事故に関する無過失補償制度の検討を進める。

(5) 高額療養費制度と難治性疾患自己負担のあり方の連続性・整合性

- 疾患によって医療費負担の仕組みが異なるという制度を拡大していくことは困難である。比較的高額で長期にわたる療養を必要とする場合の負担軽減策を検討することとし、その際に、大病院に紹介状を持参せずに受診した場合の初診の患者負担のあり方について、負担軽減策の推進という観点からも検討する。保険者の機能の強化による負担軽減策として、受診抑制につながらないよう配慮をしながら受診の際に低額を負担する制度の導入についても検討を加える。

5. 若者や現役世代にも配慮した持続可能な医療・介護保険制度の構築

- 経済成長（新成長戦略に整合させた名目GDP）、高齢化率、医療費自然増、介護費用自然増、報酬改定の影響を加味したシミュレーションを行う。

- 増加する非正規労働者の市町村国保への加入状態を、本来の被用者保険に適用する方策を検討する。
- 医療保険の最後の砦である市町村国保、被用者保険の最終受け皿である協会けんぽの基盤強化のため、広域化とともに国と都道府県の役割の見直し等を行う。将来的には、医療保険制度の一元的運用を通じて、国民皆保険を堅持する。
- 後期高齢者医療制度廃止に向けた取り組みを進める。加速する少子高齢社会における高齢者に係る公費負担割合の見直しを検討する。医療保険の自己負担割合の見直しも検討する。
- 医療・介護のみならず、子育てや障がいも含めた自己負担について、世帯内合算に上限を設ける。
- 会計検査院から指摘された柔道整復療養費等の支給について効率化する。
- 介護施設における給付の公平化を図るとともに介護保険の2号被保険者の年齢を引き下げることを検討する。
- 長く健康を保った場合、保険料上のインセンティブを考慮する。

IV. 抜本改革で公平で、信頼できる年金へ ＝公的年金制度の改革の方向性＝

1. 基本的な考え方

現行の年金制度は、職業によって加入する制度が異なる上、非常に複雑な制度となっている。そのため、ライフスタイルの多様化など現在の国民生活に適合せず、また制度を理解することが困難なことから、公的年金制度にとって最も重要な国民の信頼を失っている。

そこで民主党は、先の総選挙マニフェストで年金制度を抜本的に改め、簡素で、公平で、わかりやすい制度に転換することを訴えた。具体的には、公的年金制度を、納めた保険料に応じて年金を受給できる「所得比例年金」と、公的年金制度に適切に加入した場合に一定額の年金を保障する「最低保障年金」を組み合わせた年金制度を創設し、すべての国民がこの制度に加入する（「公的年金制度の一元化」）こととした。

これによって制度が簡素かつ公平になるとともに、高齢期の生活の安定を高め、また国民の多様なライフスタイルにも対応が可能となると考えており、今般の抜本改革において、改めて民主党案の実現を求めていく。

一方で、いわゆる「公的年金制度の一元化」を実現するためには、所得の捕捉を確実に行うための番号制度の導入、税と社会保険料の一体徴収など、現在の行政の仕組みを大きく転換することが必要であるが、これを短時間で実現することは困難である。

そこで、このような公的年金制度の抜本改革を実現するための環境が整備されるまでの間、現行制度の問題を可能な限り是正し、国民の年金制度に対する信頼を回復することとする。

2. 抜本改革後の新たな年金制度のポイント

(1) 抜本改革の前提

<年金受給者（60歳に達し、保険料を払い終えている方を含む）>

制度改革の影響を受けず、現在の受給額に変化なし。

<制度改革時に現役世代（20～59歳）>

①制度改革時までに現行制度で納めた保険料に対しては、将来、現行制度に基づく年金額を

受給（現行制度の受給資格期間25年に達していない方も含む）。

②制度改革以降に新制度で納めた保険料に対しては、将来、新制度に基づく年金額を受給。将来の受給額は「現行制度に基づく受給額①」と「新制度に基づく受給額②」の合算額。

<制度改革時以降に20歳に達する方>

新制度に基づく保険料納付を行い、将来、新制度に基づく年金額を受給。

(2) 新制度の骨格

①加入対象者

○20歳以上65歳未満の者すべて

○20歳未満または65歳以上で所得のある者

○被用者も自営業者もすべての人が同じ制度に加入（一元化）。

②制度の骨格

○現役時代に納める保険料に応じて給付を受ける「所得比例年金」と所得比例年金の額に応じて給付を受ける「最低保障年金」の組み合わせ

○上記の組み合わせで、すべての人が概ね月額7万円以上の年金を受けられるようにする（新制度の完成時点）。

○「所得比例年金」の給付財源は「保険料」、「最低保障年金」の財源は「税」。

(3) 所得比例年金

①保険料

○保険料は老齢年金に係る部分について15%程度とし、別途、遺族年金・障害年金に係る保険料を加算することとする。

○被用者の保険料は労使折半とする。また、被用者保険の使用者負担分は企業会計上、給与と同等の扱いであることを踏まえ、自営業者の保険料は全額自己負担とするが、導入にあたっては激変緩和措置を設ける。

○被用者の賦課ベースは給与収入、自営業者の賦課ベースは「売上－必要経費」とする。なお、賦課ベースには上限を設ける（＝年金受給額に上限を設ける）。

②所得比例年金額

○個人単位で計算（有配偶者の場合、夫婦の納めた保険料を合算して二分したものを、それぞれの納付保険料とする＝二分二乗）。

○納付した保険料を記録上積み上げ、その合計額を年金支給開始（裁定）時の平均余命などで割って、毎年の年金額を算出（納付保険料については、年金支給開始時まで、一定の運用益＝金利を付利して計算）。

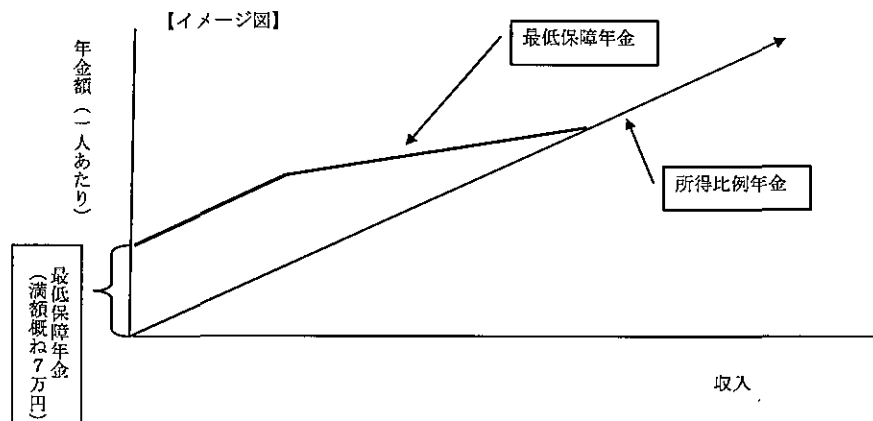
○上記の「一定の運用益」として「見なし運用利回り」を用いる。「見なし運用利回り」は、1人当たり賃金上昇率をベースにしつつ、現役人口の減少を加味することで、概ね100年間、所得比例年金の財政が維持できるように調整した値とする。

○出生率・人口動態、経済成長率・賃金上昇率等の経済前提に一定の変化があった場合には、将来の年金給付を確実にする観点から、「見なし運用利回り」及びこれを通じた年金の財政計算の見直しを速やかに行う。

(4) 最低保障年金

①最低保障年金の骨格

- 最低保障年金は、消費税を財源として、所得比例年金の受給額の少ない人に給付することとする。最低保障年金の受給にあたっては、適切な受給要件を設ける。
- 最低保障年金の満額は概ね7万円（現在価額）。
- 最低保障年金は、生涯平均年収ベース（＝保険料納付額）で一定の収入レベルまで全額を給付し、それを超えた点より徐々に減額を行い、ある収入レベルで給付額をゼロとする。
- 全ての受給者が所得比例年金と最低保障年金の合算で、概ね7万円以上の年金を受給できる制度とする。
- 最低保障年金についても、所得比例年金額の算定に用いる「見なし運用利回り」でスライドを行う。



3. 抜本改革までの現行制度の改善

「公的年金制度の一元化」などの抜本改革を実現するまで、一定の時間を要することから、その間は現行制度を改善することによって、無年金者・低年金者問題、年金の財政基盤強化などの課題に対応する。なお、抜本改革の着手にあたっては現行制度の財政再計算を行うこととする。

【現行制度改善の例】

- 厚生年金の適用範囲拡大
非正規雇用の増大を踏まえ、現在の加入要件を見直すなどによって、可能な限り厚生年金の加入者の適用範囲を拡大することで、将来の低年金者・無年金者を少なくする。
- 年金財政の基盤強化
税制の抜本改革を通じて、基礎年金国庫負担1/2の安定的な財源を確保する。

○国民年金保険料の適正な徴収

国民年金保険料の納付率の低下が続いていることから、徴収体制の見直しなどにより納付率の向上を図る。

またマクロ経済スライド、物価スライドのあり方を検討するとともに、抜本改革の環境整備に必要な期間、新制度への移行期間などを踏まえつつ、被用者年金の一元化、基礎年金の最低保障機能の強化、在職老齢年金制度の見直しなどについても、検討を加えていくこととする。

V. 障がい者が当たり前前に地域で暮らせる社会へ ＝「障がい者施策」の改革の方向性＝

1. 基本的な考え方

○1. 基本的な考え方

○民主党は、障がい者が当たり前前に地域で暮らし、いきいきと働き、社会参加が保障される社会、インクルーシブ社会の実現を目指し、「制度の谷間」のない支援体制を構築する。身体・知的・精神・発達障がいに加え、高次脳機能障がい、難病などを支援の対象とするよう引き続き求めていく。また、障害者権利条約の批准、障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定に向け取り組む。

2. 新たな障がい者福祉制度の構築

○障害者自立支援法を廃止し、「制度の谷間」のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする制度を構築するため、障がい者総合福祉法（仮称）を制定する。障がい者・障がい児の家族、保護者への支援を拡充する。現在、障がい者制度改革推進会議・総合福祉部会において、当事者が参加して制度について検討中であり、2012年に法案提出、2013年8月までの施行を目指す。

3. 福祉から就労へ

- 障がい者の雇用の機会を増やし、勤務先で安心して働き続けられよう、法定雇用率の徹底、就労支援、職場適応支援（ジョブコーチの派遣）、職業能力開発・職業リハビリテーションの拡充、在宅就労支援、公共事業・サービスの受注について障がい者雇用率の要件を設ける等の取組みをすすめる。
- 障がい者の就労・定着には、住まいや通勤手段の確保など、生活基盤を整えることが重要であり、包括的な相談・支援を受けられるようにする。
- 障害年金については、年金制度改革の中で位置付ける。

4. 障がい医療

- 社会的入院を解消するため、地域での受入れ体制を整備する。精神障がい者の強制入院の在り方については、障がい者制度改革推進会議で検討しており、2012年度内の取りまとめを目指す。
- 低所得者世帯の障がい医療費負担を軽減する方策を検討する。

<今後の進め方>

民主党は「中間整理」で、「社会保障の水準を現在より引き上げることで、国民が社会保障のメリットを実感でき、現在の安心と将来への希望を抱ける豊かな福祉社会を構築」「国民の安心感、生活を高めるための社会保障の量的・質的な拡充を実現」という方向性を打ち出した。

その後、東日本大震災が発災し、国民生活や我が国の経済・財政に甚大な影響を与えたが、国民の安心と社会の活力を高めるためにも「中間整理」に掲げた基本的な方向性を維持する。

そのためには社会保障に係る財政的基盤を大幅に強化することが必要であるが、冒頭提示した目指す社会像を実現するため、この財源の議論から逃げることはできない。国際的にみても、高齢化の状況からいっても、我が国の国民負担率は決して高いとは言えない。国民負担率を国際的に妥当な水準まで引き上げ、社会保障分野への還元率もふまえて、適切な所得再配分の財源に充当することで、より公平・公正で、より受益感覚が得られ、より納得感のある社会保障を実現し、真に必要な支援の更なる拡充を図るべきである。

今後、「あるべき社会保障」を実現するための財源の議論を行うことで、将来の社会保障の姿とこれを支える財源について、国民の皆様提示していく。

以上

(参考資料)

平成22年度医療の質の評価公表等推進事業における各臨床指標の算出方法等

1. 患者満足度

(1-1) 入院患者満足度

質問項目：

- ①全体としてこの病院に満足している
- ②治療の結果に満足している
- ③入院期間に満足している
- ④入院中に受けた治療に満足している
- ⑤治療に私の考えが反映されたことに満足している
- ⑥この病院は安全な治療をしている
- ⑦この病院の医師や職員の説明はわかりやすい
- ⑧入院中に受けた治療に納得している
- ⑨全体としてこの病院を信頼している
- ⑩この病院を家族や知人に勧めたい

各項目の得点範囲は1～5点（1. たいへん不満、2. やや不満、3. どちらでもない、4. やや満足、5. たいへん満足）で、合計点の範囲は10点～50点

リスク調整：有効回答のみを対象とした。

(1-2) 入院患者満足度

質問項目：

- ①入院するまでの手続き
- ②医師の対応（説明、対応、患者に対する配慮）
- ③看護師の対応（説明、対応、患者に対する配慮）
- ④医師・看護師以外の次の職員の仕事や対応
- ⑤食事、清掃、プライバシーへの配慮
- ⑥入院中の不服・不満
- ⑦入院中の良かった点
- ⑧入院が全体として満足だったかどうか
- ⑨万一、再び入院が必要になったとき利用したいと思うか
- ⑩万一、家族や友人が病気になったとき薦めたいと思うか
- ⑪病院を選択した理由

調査月における全退院患者を対象に、「満足」「やや満足」「やや不満」「不満」の4段階評価で割合算出

リスク調整：退院患者のうち、小児科、産科の正常分娩、精神科、死亡退院、及び病状により本人が回答不可能な場合を除外。5段階評価で調査を実施した施設については、中間評価の「普通」を「やや満足」及び「やや不満」の割合をもとに振り分け。

ガイドライン：CAHPS® Hospital Survey

(1-3) 病院推奨度

調査月における全退院患者を対象に、「そう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」「そう思わない」の4段階評価で割合算出

リスク調整：・退院患者のうち、小児科、産科の正常分娩、精神科、死亡退院、病状により本人が回答不可能な場合を除外。5段階評価で調査を実施した施設については、中間評価の「普通」を「ややそう思う」及び「あまりそう思わない」の割合をもとに振り分け。

ガイドライン：CAHPS® Hospital Survey

(1-4) 入院患者満足度

分子：「この病院での診療に満足している」と回答した入院患者数

分母：患者満足度調査に回答した入院患者数

「全体としてこの病院に満足している」という内容で、5段階評価で調査する。似た項目があれば、それを代用。収集期間の目安は1週間以上とする。

(2-1) 外来患者満足度

分子：各対象者（有効回答のみ）の10項目の得点を合計した点数

分母：対象者数（有効回答のみ）

調査項目：

- ①全体としてこの病院に満足している
- ②治療の結果に満足している
- ③通院期間に満足している
- ④受けている治療に満足している
- ⑤治療に私の考えが反映されたことに満足している
- ⑥この病院は安全な治療をしている
- ⑦この病院の医師や職員の説明はわかりやすい
- ⑧受けている治療に納得している
- ⑨全体としてこの病院を信頼している
- ⑩この病院を家族や知人に勧めたい

各項目の得点範囲は1～5点（1. たいへん不満、2. やや不満、3. どちらでもない、4. やや満足、5. たいへん満足）で、合計点の範囲は10点～50点

(2-2) 外来患者満足度

分子：「この病院での診療に満足している」と回答した外来患者数

分母：患者満足度調査に回答した外来患者数

「全体としてこの病院に満足している」という内容で、5段階評価で調査する。似た項目があれば、それを代用。収集期間の目安は2日以上とする。

2. 病院全体に関する指標

(1) プロセス指標

1) 高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率

分子：分母のうち、「褥瘡患者管理加算」又は「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が算定された患者数

分母：「入院時に褥瘡がある」又は「褥瘡の危険因子がある」75歳以上(入院時)の退院患者数

リスク調整：【分母の適用基準】褥瘡の危険因子が、「栄養失調有」、「関節拘縮有」、「浮腫有」又は「移乗や平地歩行で全介助」のいずれかである患者 【分母の除外基準】①「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」、「医療資源を2番目に投入した傷病名」、「入院時併存症」又は「入院後発症疾患」に、「片麻痺」、「下肢麻痺」、「四肢麻痺」、「二分脊椎」又は「無酸素性脳損傷」のいずれかの診断がある患者、②退院時転帰が「死亡」の患者

ガイドライン：日本褥瘡学会編/医療・GL(09年)/ガイドライン：
http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html

1-2) 高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率

分子：分母のうち、褥瘡対策が実施された患者数(カルテ等より褥瘡対策の実施が認められたもの。褥瘡対策の実施とは、褥瘡のリスク評価に基づいて実施された処置やケアを指す)

分母：「入院時に褥瘡がある」又は「褥瘡の危険因子がある」75歳以上(入院時)の退院患者数

リスク調整：【分母の適用基準】褥瘡の危険因子が、「栄養失調有」、「関節拘縮有」、「浮腫有」又は「移乗や平地歩行で全介助」のいずれかである患者 【分母の除外基準】①「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」、「医療資源を2番目に投入した傷病名」、「入院時併存症」又は「入院後発症疾患」に、「片麻痺」、「下肢麻痺」、「四肢麻痺」、「二分脊椎」又は「無酸素性脳損傷」のいずれかの診断がある患者、②退院時転帰が「死亡」の患者

ガイドライン：特になし。

2-1) 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(リスクレベルが中リスク以上)

分子：分母のうち、「肺血栓塞栓症予防管理料(弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた計画的な医学管理)」が算定されている、又は抗凝固薬が処方された患者数

分母：肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数(リスクレベルが「中」以上の手術は「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)」の予防ガイドライン¹⁾に準じて抽出)

リスク調整：【分母の適用基準】「計測マニュアル」¹⁾に示した「別表1危険因子手術の手術」を行った15歳以上の患者(ただし、別表1の区分2については40歳以上)

ガイドライン：①肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症) 予防ガイドライン作成委員会：肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症) 予防ガイドライン、②日本整形外科学会：静脈血栓塞栓症予防ガイドライン、③肺塞栓研究会監修：ACCPガイドライン第8版静脈血栓塞栓症の予防

2-2) 手術患者における静脈血栓塞栓症の予防行為の実施率

分子：静脈血栓塞栓症の予防行為を行った患者数

分母：手術を受けた退院患者数

リスク調整：【分子の適用基準】肺血栓塞栓症予防管理料を算定されている患者 【分母の除外基準】①麻酔時間が45分未満の手術、②局所麻酔のみの手術、③同一入院中に2回以上手術

ガイドライン：特になし。

3) 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子：手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数

分母：入院手術を受けた退院患者

リスク調整：【分母の除外基準】①同一入院期間中に複数回の手術が行われている患者、②手術申し込みが手術開始24時間以内に行われた患者(緊急手術)、③外来手術、④術前に感染が明記されている患者、⑤予防的抗菌薬投与がされていない患者、⑥手術前日～術後2日目までに抗菌薬が投与されていない患者

ガイドライン：特になし。

(2) アウトカム指標

1-1) 高齢患者(75歳以上)におけるⅡ度以上の褥瘡の院内発生率

分子：分母のうち、褥瘡対策に関する治療計画書において、NAUPの分類にて、StageⅡ以上又はDESIGN評価表でd2以上と判定された院内の新規発生の褥瘡を有する患者数

分母：「入院時に褥瘡がある」又は「褥瘡の危険因子がある」75歳以上(入院時)の退院患者の述べ在院日数の総計(在院患者延べ数)

リスク調整：【分母の適用基準】褥瘡の危険因子が、「栄養失調有」、「関節拘縮有」、「浮腫有」又は「移乗や平地歩行で全介助」のいずれかである患者 【分母の除外基準】①「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」、「医療資源を2番目に投入した

¹⁾「平成22年度医療の質の評価公表等推進事業」における臨床評価指標計測マニュアル(平成23年3月 独立行政法人 国立病院機構) http://www.hosp.go.jp/resources/content/5922/ci2007_manual.pdf

傷病名」、「入院時併存症」又は「入院後発症疾患」に、「片麻痺」、「下肢麻痺」、「四肢麻痺」、「二分脊椎」又は「無酸素性脳損傷」のいずれかの診断がある患者、②退院時転帰が「死亡」の患者

ガイドライン：日本褥瘡学会編／医療・GL(09年)／ガイドライン：

http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html

1-2) 褥瘡発生率

分子：調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数

分母：入院延べ患者数

リスク調整：【分子の適用基準】①院内で新規発生の褥瘡（入院時刻より24時間経過後の褥瘡の発見又は記録）、②深さd2以上の褥瘡・深さ判定不能な褥瘡（DU）、③深部組織損傷疑い 【分母の除外基準】①分母・日帰り入院患者の入院日数（同日入院患者も含む）、②入院時すでに褥瘡保有が記録（d1, d2, D3, D4, D5, DU）されていた患者の入院日数（ただし、院内での新規発生に限定）、③ 調査期間より前に褥瘡の院内発生（d1, d2, D3, D4, D5, DU）が確認され、継続して入院している患者の入院日数（ただし、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定）

ガイドライン：特になし。

1-3) 褥瘡学会 褥瘡推定発生率

分子：（調査日に褥瘡を保有する患者数）－（入院時既に褥瘡保有が記録されていた患者数）

分母：調査日の施設入院患者数

リスク調整：特になし。

ガイドライン：特になし。

1-4) 褥瘡学会 褥瘡有病率

分子：調査日に褥瘡を保有する患者数

分母：調査日の施設入院患者数

リスク調整：特になし。

ガイドライン：特になし。

2-1) 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率(リスクレベルが中リスク以上)

分子：分母のうち、入院後発症疾患名に「肺塞栓症」が記載されている患者数

分母：肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数（リスクレベルが「中」以上の手術は「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）の予防ガイドライン」に準じて抽出）

リスク調整：【分母の適用基準】「計測マニュアル」に示した「別表1 危険因

子手術の手術」を行った15歳以上の患者（ただし、別表1の区分2については40歳以上）

ガイドライン：①肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン作成委員会：肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン、②日本整形外科学会：静脈血栓塞栓症予防ガイドライン、③肺塞栓研究会監修：ACCPガイドライン第8版静脈血栓塞栓症の予防

2-2) 予防可能であった可能性のある静脈血栓塞栓症の発生率

分子：入院期間中に静脈血栓塞栓症を新規発症した患者数

分母：肺血栓塞栓症予防管理料を算定されていない退院患者数

リスク調整：【分子の適用基準】下肢静脈エコー・下肢静脈造影検査・肺血流シンチグラフィ・胸部CTなど画像検査にて血栓・塞栓が認められた患者であり、かつ退院時処方にワーファリンが含まれている患者

【分母の除外基準】静脈血栓塞栓症の診断で入院した患者

ガイドライン：特になし。

2-3) 手術患者における入院期間中の静脈血栓塞栓症発生率

分子：入院期間中に静脈血栓塞栓症を新規発症した患者数

分母：手術を受けた退院患者数

リスク調整：【分子の適用基準】下肢静脈エコー・下肢静脈造影検査・肺血流シンチグラフィ・胸部CTなど画像検査にて血栓・塞栓が認められた患者であり、かつ退院時処方にワーファリンが含まれている患者

【分母の除外基準】静脈血栓塞栓症の診断で入院した患者

ガイドライン：特になし。

3) 術後の大腿骨頭部/転子部骨折の発生率

分子：分母のうち、入院後発症疾患名に、「大腿骨転子部骨折」又は「大腿骨頭部骨折」が記載され、入院中の2回目以降の手術として、「大腿骨頭回転骨切り術」、「大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術」又は「人工骨頭挿入術」のいずれかを含む患者数

分母：手術を施行した退院患者の術後在院日数の総計（術後在院患者延べ数）

リスク調整：【分母の除外基準】「医療資源を最も投入した傷病名」、「医療資源を2番目に投入した傷病名」、「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」又は「入院時併存症名」のいずれかに、「けいれん」、「失神」、「脳卒中」、「昏睡」、「心停止」、「中毒」、「外傷」、「せん妄その他の精神科疾患」、「低酸素性脳症」、「リンパ腫」、「骨腫瘍」又は「自傷行為による怪我」のいずれかの記載がある患者

ガイドライン：特になし。

4-1) 退院患者の標準化死亡率

分子：観測死亡患者数（退院時転帰が「死亡」の患者）

分母：予測死亡患者数*

リスク調整：分母算出の際に実施されている。

ガイドライン：特になし。

※詳細については、「計測マニュアル」を参照

4-2) 死亡退院患者率

分子：死亡退院患者数

分母：退院患者数

リスク調整：【分子の除外基準】緩和ケア等退院の死亡患者 【分母の除外基準】①緩和ケア等退院患者、②DPCで様式1に含まれる「救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされる患者（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）。」

ガイドライン：特になし。

5) 院内感染症発生頻度

分子：期間中に発生した入院後発症感染の件数

分母：期間中の入院患者の延べ人数

リスク調整：入院後に病原微生物の感染を生じ、治療を必要とするものをいい、病院外で感染が成立し、入院後に発症したものは除外。

ガイドライン：①CDC CDC/NHSN surveillance、②全日本病院協会診療アウトカム評価事業

6-1) 転倒転落率

分子：期間中に発生した転倒・転落の件数

分母：期間中の入院患者の延べ人数

リスク調整：病院内で発生した全ての転倒・転落を対象（原因としては、患者の健康障害（歩行障害など）、治療に伴うもの（画像検査に際しての壇上からの転落など）、環境（滑りやすい廊下など）等）

ガイドライン：①International Quality Indicator Project、②全日本病院協会診療アウトカム評価事業

6-2) 転倒・転落率

分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数

分母：入院延べ患者数

リスク調整：【分子の適用基準】介助時および複数回の転倒・転落 【分子の除外基準】訪問者、学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

ガイドライン：特になし。

6-3) 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

分子：医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル²以上の転倒・転落件数

分母：入院延べ患者数

リスク調整：【分子の適用基準】介助時および複数回の転倒・転落 【分子の除外基準】訪問者、学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

ガイドライン：特になし。

7) 抑制率

分子：期間中に発生した抑制の件数

分母：期間中の入院患者の延べ人数

リスク調整：物理的・化学的（薬剤など）を問わず、患者の自由を制限する全ての行為を対象（理由としては認識障害（徘徊など）、治療の円滑化、転倒の危険、破壊・粗暴行為等）

ガイドライン：①International Quality Indicator Project、②全日本病院協会診療アウトカム評価事業

8) 退院後6週間以内の緊急再入院率（参照：3.（2）5）

分子：退院後6週間以内の緊急入院患者数

分母：退院患者数

リスク調整：特になし。

ガイドライン：特になし。

3. 疾病別・領域別の指標

(1) プロセス指標

1) 急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率

分子：分母のうち、「脳血管疾患等リハビリテーション料」が入院日から4日以内に算定された患者数

分母：「医療資源を最も投入した傷病名」が「脳梗塞(I63)」であり、「脳梗塞」の発症時期が急性期（発症4日以内）であった患者のうち、「脳血管疾患等リハビリテーション料」が算定された患者数

リスク調整：【分母の除外基準】①「入院時併存症名」又は「入院後発症疾患

² 損傷レベル

- 1 なし 患者に損傷はなかった
- 2 軽度 包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
- 3 中軽度 縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、又は筋肉・関節の挫傷を招いた
- 4 重度 手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、又は神経損傷・身体内部の損傷の診察が必要となった
- 5 死亡 転倒による損傷の結果、患者が死亡した
- 6 UTD 記録からは判定不可能

名」に、「急性心筋梗塞」、「起立性低血圧」、「くも膜下出血」、「脳内出血」又は「その他の非外傷性頭蓋内出血」のいずれかの記載がある患者、②退院時転帰が「死亡」の患者、③在院日数が3日以内の患者

ガイドライン：日本脳卒中学会：脳卒中治療ガイドライン2009

2) 急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CTもしくはMRIの施行率

分子：分母のうち、入院当日・翌日に「CT撮影」又は「MRI撮影」が算定された患者数

分母：「医療資源を最も投入した傷病名」が「脳梗塞」であり、入院時の「脳梗塞」の発症時期が急性期(発症4日以内)であった退院患者数

リスク調整：【分母の除外基準】①脳卒中の発症時期=00000000又はyyyyymm0とされている患者(発症時期不明のもの)、②入院中に脳卒中を発症した患者

ガイドライン：「脳血管障害画像診断のガイドライン」作成に関わるワーキンググループ：脳血管障害画像診断のガイドライン急性期脳梗塞—血栓溶解療法の適応決定における画像診断の役割—

3) 急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリン又は硫酸クロピドクレル処方率

分子：分母のうち、退院時処方アスピリン又は硫酸クロピドクレルが処方された患者数

分母：「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞(DPCコード：050030)」の退院患者数

リスク調整：【分母の除外基準】①退院時転帰が「死亡」の患者、②退院先が「他院へ転院(入院した場合)又は「その他(介護老人保健施設、介護老人福祉施設等への転所)」のいずれかに該当する患者、③Killip分類が「Class4」であった患者

ガイドライン：合同研究班参加学会(日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本集中治療医学会、日本心血管インターベンション学会、日本心臓血管内視鏡学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本心電学会、日本心不全学会、日本動脈硬化学会、日本脈管学会)：心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版)

4) 乳癌(ステージI)の患者に対する乳房温存手術の施行率

分子：分母のうち、乳房温存手術として、「乳癌悪性腫瘍摘出術」のうち、「乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)」又は「乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの)」が行われた患者数

分母：乳房の悪性腫瘍でステージI(TNM分類：「T1：大きさ2cm以下」「N0：領域リンパ節転移なし」)であり、「乳房切除術」又は「乳癌悪性腫瘍手術」のいずれかを施行した退院患者数

リスク調整：【分母の適用基準】UICC病期分類(TNM分類)がそれぞれ1,0,0

の患者

ガイドライン：日本乳癌学会/編：乳癌診療ガイドライン外科療法

5) 人工関節置換術/人工骨頭挿入術における手術部位感染予防のための抗菌薬の3日以内又は7日以内の中止率

分子：分母のうち、術日以降に抗菌薬が予防的に投与され、手術当日から数えて3日以内又は7日以内に中止された患者数

分母：「人工関節置換術」、「人工関節再置換術」又は「人工骨頭挿入術」のいずれかを施行した退院患者数

リスク調整：【分母の除外基準】①入院中に手術が2回実施された患者、②手術日から数えて2日以内に退院した患者

日本整形外科学会診療ガイドライン委員会、骨・関節術後感染予防ガイドライン策定委員会：骨・関節術後感染予防ガイドライン

6) 人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率

分子：分母のうち、手術当日から数えて4日以内に「運動器リハビリテーション料」が算定された患者数

分母：「膝関節症の手術有の手術・処置等1なし(DPCコード：070230XX010XX)」に該当した退院患者数

リスク調整：【分母の除外基準】①入院中に手術が2回実施された患者、②手術日から数えて3日以内に退院した患者

ガイドライン：日本整形外科学会肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン改訂委員会：日本整形外科学会静脈血栓塞栓症予防ガイドライン

7) 出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の施行率

分子：分母のうち、「内視鏡的消化管止血術」が算定された患者数

分母：「医療資源を最も投入した傷病名」が「胃潰瘍」又は「十二指腸潰瘍」であり、「急性、出血を伴うもの」に該当する退院患者数

リスク調整：特になし。

ガイドライン：日本消化器学会編集：消化性潰瘍ガイドライン

8) 肺炎に対する抗生物質使用率

分子：期間中に主病名が肺炎で入院当日に抗生物質の投与を受けた症例数

分母：期間中に主病名が肺炎で退院した症例数

リスク調整：重症度別の算出

ガイドライン：International Quality Indicator Project

9) 急性心筋梗塞患者のアスピリン投与率

分子：退院時にアスピリンが処方されている患者数

分母：急性心筋梗塞の診断で入院し生存退院した患者数

リスク調整：【分子の除外基準】アスピリン以外の抗血小板薬のみの患者
【分母の除外基準】①死亡退院患者、②アスピリン処方ができない理由が診療記録に記載されている患者
ガイドライン：特になし。

(2) アウトカム指標

1) 急性脳梗塞患者における入院死亡率

分子：分母のうち、退院時転帰が「死亡」の患者数
分母：医療資源を最も投入した傷病名が「脳梗塞」であり、「脳梗塞」の発症時期が急性期(発症4日以内)であったJCS1桁の退院患者数
リスク調整：【分母の除外基準】「脳動脈の塞栓症による脳梗塞」、「脳幹梗塞」又は「出血性梗塞」のいずれかに該当する患者
ガイドライン：特になし。

2) PCI(経皮的冠動脈インターベンション)を施行した患者(救急車搬送)の入院死亡率

分子：分母のうち、退院時転帰が「死亡」の患者数
分母：救急車で搬送され、「医療資源を最も投入した傷病名」が、「不安定狭心症」、「急性心筋梗塞」、「再発性心筋梗塞」又は「その他の急性虚血性心疾患」のいずれかであり、PCIを入院当日あるいは翌日に施行した退院患者数
リスク調整：①「急性心筋梗塞」、「再発性心筋梗塞」又は「その他の急性虚血性心疾患」の患者であり、入院時にKillip分類が「Class3」又は「Class4」であったもの、②入院時点で「心停止」が認められた患者
ガイドライン：特になし。

3) 平均在院日数

分子：期間中に退院した対象24疾患³毎症例の在院日数の合計
分母：期間中に退院した対象24疾患毎症例数
リスク調整：重症度別、年代別、性別、入院経路別の算出
ガイドライン：①International Quality Indicator Project、②全日本病院協会診療アウトカム評価事業

4) 死亡率

分子：期間中に死亡退院した対象24疾患毎症例数
分母：期間中に退院した対象24疾患毎症例数
リスク調整：重症度別、年代別、性別、入院経路別の算出

ガイドライン：①International Quality Indicator Project、②全日本病院協会診療アウトカム評価事業

5) 予定しない再入院率(参照：2.(2)8)

分子：期間中の退院症例のうち予定しない再入院であった対象24疾患毎症例数
分母：期間中に退院した対象24疾患毎症例数
リスク調整：重症度別、年代別、性別、入院経路別の算出
ガイドライン：①International Quality Indicator Project、②全日本病院協会診療アウトカム評価事業

6) 医療費

分子：期間中に退院した対象24疾患毎症例の入院医療費の合計
分母：期間中に退院した対象24疾患毎症例数
リスク調整：重症度別、年代別、性別の算出
ガイドライン：全日本病院協会診療アウトカム評価事業

7) 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0% (HbA1c (JDS) <6.6%)

分子：HbA1c (JDS) の最終値が6.6%未満の患者数
分母：糖尿病の薬物治療を施行されている患者数
リスク調整：【分母の適用基準】過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者 【分母の除外基準】運動療法又は食事療法のみ糖尿病患者

³ ①胃の悪性新生物、②結腸の悪性新生物、③直腸の悪性新生物、④気管支・肺の悪性新生物、⑤急性心筋梗塞、⑥肺炎、⑦喘息、⑧脳梗塞、⑨脳出血、⑩糖尿病、⑪大腿骨骨折、⑫胃潰瘍、⑬急性腸炎、⑭急性虫垂炎、⑮胆石症、⑯前立腺肥大症、⑰白内障、⑱痔核、⑲子宮筋腫、⑳狭心症、㉑腎結石及び尿管結石、㉒乳房の悪性新生物、㉓関節症、㉔せきいヘルニア