

各都県提出のポイントペーパー(地域医療再生について)

茨城県	.....	P. 1
岐阜県	.....	P. 2
愛知県	.....	P. 3
愛媛県	.....	P. 5
宮城県	.....	P. 6
東京都	.....	P. 7
群馬県	.....	P. 9
埼玉県	.....	P. 10
三重県	.....	P. 11
奈良県	.....	P. 12
鳥取県	.....	P. 13
長崎県	.....	P. 14
沖縄県	.....	P. 15

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案																																																			
<現状> ○ 人口 10 万人当たり医師数等 <table><tr><td></td><td></td><td>全 国</td><td>茨城県</td><td>順位</td></tr><tr><td rowspan="2">医師総数</td><td>実数</td><td>277,927 人</td><td>4,609 人</td><td></td></tr><tr><td>人口 10 万対</td><td>217.5</td><td>155.1</td><td>4 6</td></tr><tr><td rowspan="2">小児科</td><td>実数</td><td>14,700 人</td><td>231 人</td><td></td></tr><tr><td>人口 10 万対</td><td>11.5</td><td>7.8</td><td>4 7</td></tr><tr><td rowspan="2">産婦人科 (産科含む)</td><td>実数</td><td>10,074 人</td><td>193 人</td><td></td></tr><tr><td>人口 10 万対</td><td>7.9</td><td>6.5</td><td>4 1</td></tr><tr><td rowspan="2">外 科</td><td>実数</td><td>21,574 人</td><td>353 人</td><td></td></tr><tr><td>人口 10 万対</td><td>16.9</td><td>11.9</td><td>4 5</td></tr></table> ○ 人口 10 万人当たり医学部入学定員 <table><tr><td></td><td>人口 10 万対</td><td>順位</td><td>大学数・入学定員</td><td>人口 (H20.10.1)</td></tr><tr><td>茨城県</td><td>3.6 人</td><td>4 4</td><td>1 大学 108 人</td><td>296 万人</td></tr></table> 1 位:石川県 18.8 人, 2 位:鳥取県 15.1 人, 3 位:島根県 14.4 人 45 位:静岡県 2.9 人, 46 位:千葉県 1.8 人, 47 位:埼玉県 1.6 人 (参考) 複数医大 (医学部) を有する 11 都道府県 ・ 13 大学 (東京都)・ 5 大学 (大阪府)・ 4 大学 (神奈川県, 愛知県, 福岡県)・ 3 大学 (北海道)・ 2 大学 (栃木県, 石川県, 京都府, 兵庫県, 岡山県) <県としての取組み> 県内の医師確保対策の推進を図るため, 平成 18 年 4 月に「医師確保支援センター」を設置し, 次の事業を実施している。 ・ 医学部進学への支援 (修学資金の貸与) ・ 初期臨床研修医受入促進 (県内外における合同説明会, 救急ライセンス研修) ・ 後期研修医受入促進 (後期研修医奨励金, 受入病院に対する補助) ・ 不足地域の医師確保 (医科大学に対する寄付講座の設置) ・ 女性医師支援 (子育て支援奨励金, 医師就業サポート (育児・復職研修等相談紹介窓口)) また, 地域医療再生基金事業として, 県内外の医科大学に対する寄付講座の設置等による医師確保対策を実施していく予定である。			全 国	茨城県	順位	医師総数	実数	277,927 人	4,609 人		人口 10 万対	217.5	155.1	4 6	小児科	実数	14,700 人	231 人		人口 10 万対	11.5	7.8	4 7	産婦人科 (産科含む)	実数	10,074 人	193 人		人口 10 万対	7.9	6.5	4 1	外 科	実数	21,574 人	353 人		人口 10 万対	16.9	11.9	4 5		人口 10 万対	順位	大学数・入学定員	人口 (H20.10.1)	茨城県	3.6 人	4 4	1 大学 108 人	296 万人	○ 医師養成に 10 年程度を要することを勧案すると, 昨今の医学部定員増による対応だけでは, 現下の医師の絶対数不足, 医師の地域偏在, 医師の診療科偏在の解消は難しい。 ○ 近年の産科や小児科などへ配慮した診療報酬の見直しが行われおり, 今後も産科や小児科, あるいは外科などの医師不足が深刻となっている診療科について, より一層の配慮が必要である。 ○ また, 最近の医師国家試験合格者において女性が約 35% を占め, 産科や小児科などにおける女性医師の従事割合が高い状況にあり, 出産・育児などでキャリアを中断する医師もいることが, 医師不足の背景の一つとなっている。 ※30 代半ばの女性医師の就業率: 76% (H18 厚生労働省「日本の医師需給の実証的調査研究」) ○ 現在, 医師は診療科や勤務地域を含め自由に選択して従事しているが, 医師養成には多額の公費負担が行われており, それに伴い公的責務も求められている状況にある。	○ 民主党のマニフェストにおいて, 医学部学生を 1.5 倍に増やすとされているが, 具体の取組みをどのように考えているのか, 早急にその道筋を示すこと。 ○ 既存大学の定員増だけではなく, 医学部あるいは医科大学の新設も含め, 新たな視点で医師の養成確保対策を講じること。 ○ 診療報酬の見直しについては, 医師不足診療科の医師の増加に繋がるような見直しを図ること。 ○ 短時間勤務制度の法整備を踏まえ, 女性医師が第一線で継続して働くことができるよう, 短時間正規雇用など柔軟な勤務体制の促進と定着を図るとともに, 保育制度の充実や再就業支援など就業環境の整備促進を図るための措置を講じること。 ○ 医師養成に多額の公費負担が行われていることを踏まえて, ある程度の義務的な勤務期間を設けることや, 診療科偏在は是正のために大学や関係学会と連携し, いわゆる後期研修医を含む専門医の適正配置等を勧案した医師のあり方の見直しを早急に図ること。
		全 国	茨城県	順位																																																	
医師総数	実数	277,927 人	4,609 人																																																		
	人口 10 万対	217.5	155.1	4 6																																																	
小児科	実数	14,700 人	231 人																																																		
	人口 10 万対	11.5	7.8	4 7																																																	
産婦人科 (産科含む)	実数	10,074 人	193 人																																																		
	人口 10 万対	7.9	6.5	4 1																																																	
外 科	実数	21,574 人	353 人																																																		
	人口 10 万対	16.9	11.9	4 5																																																	
	人口 10 万対	順位	大学数・入学定員	人口 (H20.10.1)																																																	
茨城県	3.6 人	4 4	1 大学 108 人	296 万人																																																	

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案
<現状> 行政刷新会議ワーキンググループにおいて、「医師確保、救急・周産期対策の補助金等（一部モデル事業）」の評価結果が「予算要求の縮減（半額）」とされたところである。本県は、全国でも特に医師不足の県として、医療体制充実のために、医学生修学資金貸付金など事業を実施しているが、国庫補助金が半減となると関係事業に影響が出ることが予想される。 <県としての取組み> 来年度、本県では上記に係る新たな取り組みとして以下の事業を検討している。 【ドクターヘリ導入事業費】 ・国補助率 1 / 2（県 1 / 2） ・ドクターヘリの運航経費（22年度新たに導入予定） 【地域周産期母子医療センター運営事業費補助金】 ・国補助率 1 / 3（県 1 / 3 以内） ・新たに地域周産期母子医療センターの運営費に対し財政支援 ・国新規事業 （参考）行政刷新会議WGとりまとめコメント（抜粋） ・今後の診療報酬見直しの経緯を見ながら、真に必要なならば平成22年度補正予算での対応もありえると考える。 ・平成22年度当初予算についても、真に必要な事項に絞ることとし、支給する方法、内容、支給先についても厚生労働省の政務三役としっかりと相談してもらいたい。	○ 喫緊の課題である地域医療の確保を推進していくにあたっては、診療報酬の見直しのみでは不十分であり、以下のとおり現行補助制度の活用が必要不可欠であること。 【不採算医療に対する補助金】 ・全国一律で診療報酬を引き上げるだけでは地域間の医療格差の是正にはつながらず、2次医療圏、3次医療圏単位で整備する医療機能については、個々の医療機関の経営判断だけでなく、地域全体での調整が必要となる。 ・診療報酬による誘導だけでは、地域の事情に応じて医療機能を確保し、適切に配置していくことは困難であり、補助制度の併用が不可欠である。 □不採算医療に対する補助金の具体例 ・地域周産期母子医療センター運営事業 ・小児救急医療拠点病院運営事業 ・救命救急センター運営費（公立以外） 【診療報酬の見直しとの関連性が低い補助金】 ・医療機関以外が実施主体となる事業や医療機関が実施主体であっても診療報酬対象外の事業もあるため、補助制度が必要。 □医療機関以外が実施主体となる事業の具体例 ・ドクターヘリ導入促進事業（実施主体：各都道府県） ・小児救急電話相談事業（実施主体：各都道府県） ・救急医療情報センター運営費（実施主体：各都道府県） □医療機関が実施主体であっても診療報酬対象外の事業の具体例 ・病院内保育所運営事業（実施主体：各病院）	○ 大前提として、例えば自治体病院のように、不採算であっても地域に必要な医療を行う医療機関に対し、診療報酬による適切な評価を行うことが必要である。 ○ 加えて、「医師確保、救急・周産期対策の補助金等」については、診療報酬の見直しのみでは現行補助制度での取組を全てカバーできるものではないことを踏まえて見直す必要があり、「医師確保、救急・周産期対策の補助金等」として一括して議論すべきものではない。 ○ 現行補助制度を見直す場合は、真に必要な事業は当然現行制度を維持することとし、補助制度を活用する地方自治体や医療機関等の意見を踏まえて、個々の事業ごとに見直すことを提案する。 ○ また、左記のとおり、不採算医療に対する補助金については、患者の有無にかかわらず体制維持が必要である点や、診療報酬の見直しと関連性が低い補助金がある点を考慮して現行補助制度を見直すことを提案する。 ○ さらに、民主党マニフェストでは、医療計画の見直し、都道府県単位での医療従事者の確保、救急業務の都道府県への移管など、都道府県の役割の拡大が並ぶが、これらは診療報酬の見直しだけで実現できるものではなく、これらの政策を実施するに当たっては、新たに都道府県の財政負担を生じない仕組みとされたい。

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案
＜次期診療報酬の改定について＞ ○ 平成 20 年度の診療報酬改定では、「産科、小児科、救急への重点評価」、「勤務医の事務作業を補助する職員の配置の評価」などの見直しが行われた。 ・ ハイリスク分娩管理加算の引き上げ 1,000 点→2,000 点 ・ 小児入院医療管理料の引き上げ 3,600 点→4,500 点 ・ 医師事務作業補助体制加算の新設 等 ○ 次期診療報酬改定に当たって、重点課題は次のとおりとされている（社会保障審議会医療保険部会における基本方針（案））。 ・ 救急、産科、小児、外科等の医療の再建 ・ 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援） ＜地域医療再生計画について＞ ○ 国における地域医療再生基金事業の一部執行停止により、当初予定していた 100 億円 1 地域、25 億円 1 地域の計画を見直し、25 億円 2 地域の計画に修正し国に提出した。 ○ 計画の修正にあたっては、対象地域及び対象事業については従来どおりとし、個々の事業ごとの再生基金からの充当額を削減して対応した。 ○ 国では、地域医療再生基金事業の一部執行停止にあたり、次期診療報酬改定において十分に地域医療に資する対応を行うことを前提としている。	○ 産科、小児科等の病院勤務医の不足の問題は依然として深刻であり、次期診療報酬改定において病院勤務医の負担軽減策のさらなる充実が求められる。 ○ 国が今年度創設した救急勤務医の手当に対する助成事業について、本県では厳しい財政事情からやむなく国負担分のみで事業を実施しているが、本県病院協会は、「手当は継続性が担保されるべきで本来診療報酬で解決すべき」、「県負担がないため病院側の負担が大きく病院経営を圧迫する」との理由から会員に補助金申請を拒否するよう通知。 ○ 本県の地域医療再生計画は、昨年度から公立病院改革に関連して協議を重ね、救急医療体制の確保のための地域医療連携や、県内に医学部を有する大学と連携した医師確保対策などを再生計画としてまとめているが、地域医療再生基金の一部執行停止による影響は否定できない。 ○ 地域医療再生計画においては、医師確保対策のほか、救急医療体制の確保のため、地域における医療機関の連携を図ることや、周産期医療対策の充実が主要な項目となっている。 ○ 上記事項を診療報酬改定において反映させるためには、地域の医療機関の機能分担の推進や、周産期医療体制の確保を図る仕組みを導入する必要がある。 ○ 次期診療報酬改定における重点課題としては、「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」が掲げられており、その中に「地域医療連携による救急患者の受入の推進」が触れられているが、具体的な検討はこれからとなっている。	○ 基本方針（案）の着実な実施、具体的には以下のとおり診療報酬の改定を提案する。 ・ 救急医療、周産期医療等の医師確保が困難な分野における病院勤務医の待遇改善のための診療報酬の評価の引き上げ ・ 病院勤務医の過重労働を解消し、本来業務に専念できる勤務環境を確保するため、医療関係職種との役割分担の在り方や業務の範囲を検討し、診療報酬の評価へ反映 ○ さらに、次の観点での見直しを提案する。 ・ 地域の病院間の機能分担を推進するため、効率的で質の高い医療を切れ目なく行う仕組みを推進する ⇒地域連携クリティカルパス（診療計画）対象疾患の拡大（心筋梗塞、多発性傷害など） （現状） ・ 地域連携診療計画管理料（900 点） ・ 地域連携診療計画退院時指導料（600 点） （対象疾患）「大腿骨頸部骨折」「脳卒中」 ・ 周産期医療体制及び小児救急医療体制の確保のため診療報酬を重点的に配分する ⇒現在、診療報酬上評価されていない P I C U（小児集中治療室）について、N I C U（新生児集中治療室）や M F I C U（母体胎児集中治療室）と同様の評価を行う （現状） ・ 新生児特定集中治療室管理料（8,500 点／日） ・ 母体・胎児集中治療室管理料（7,000 点／日）

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案									
<医師確保対策> ○ 病院の勤務医不足により、本年6月末現在において、県内の全病院332病院の約2割に当たる69病院が診療科の休止などの診療制限を行っている。	○ 診療制限を行っている診療科別の状況を見ると、内科28病院、産婦人科17病院、小児科16病院となっており、これら診療科における医師不足によって、救急医療や周産期医療に支障を生じてきている。	○ 診療科間や地域間の医師偏在を是正するため、政策医療への従事がある程度義務づけることを提案する。 ・ 救急医療、周産期医療、小児救急医療、へき地医療等の政策医療への従事経験を医療機関の管理者となる要件とする。 ・ 卒後3年目以降のいわゆる後期臨床研修を制度化し、その中で一定期間、政策医療への従事を義務づける。									
○ 診療科の細分化や医療の高度・専門化により、医師が専門分野に特化するなど、より多くの医師が必要な状況が生じている。	○ 医師の絶対数は増加しているにもかかわらず、病院勤務医不足による診療制限の状況は改善されていない。	○ 幅広い診療科で高い診療能力を有するいわゆる病院総合医を専門医と同様に位置づけ、育成を図ることを提案する。									
○ 夜間など診療時間外における受診患者のうち入院を要しない軽症の患者が約9割となっている（平成19年3月 本県調査）。	○ 診療時間外における病院への患者集中により、病院勤務医が疲弊するとともに、本来、優先すべき重症患者への対応に支障を生じている。	○ 病院の診療時間外を受診をできる限り避け、診療時間内における「かかりつけ医」の利用を呼びかけるキャンペーンの実施を提案する。									
<医師臨床研修制度> ○ 医師臨床研修制度の見直しにより都道府県毎に募集定員の上限が設定され、本県では研修医数の大幅な減少が予想されたが、今年度については経過措置が盛り込まれた。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>募集定員</th><th>研修医採用実績</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H20 募集 (H21 採用)</td><td>699 名</td><td>493 名</td></tr> <tr> <td>見直し案 (経過措置適用)</td><td>448 名 (583 名)</td><td>—</td></tr> </tbody> </table> ○ 本県では、従来から多くの研修医は大学病院ではなく地域の関連病院で研修を受け、特に救急医療において指導医の指示を受けながら一定の役割を果たしている（名大方式）。		募集定員	研修医採用実績	H20 募集 (H21 採用)	699 名	493 名	見直し案 (経過措置適用)	448 名 (583 名)	—	○ 本県では、人口当たりの病院勤務医師数が全国平均に比べて少ないにもかかわらず、救急搬送の受入照会が他県に比べて少ない回数で患者を収容できているのは、名大方式の定着が要因の一つと考えており、研修医数の大幅削減は本県の救急医療体制を崩壊させる。 ・ 人口10万対病院勤務医師数（H18.12.31） 全国平均131.7人、本県115.4人 （厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」） ・ 重症以上搬送のうち受入照会4回以上の比率（H20） 全国平均3.6%、本県0.5% （総務省「救急搬送における医療機関の受入状況等調査」） ○ 医師不足は各県で状況が異なるにもかかわらず、都道府県募集定員の上限について都道府県別人口分布と医学部入学定員を基礎指標とすることは合理性に欠ける。	○ 都道府県募集定員の上限設定について、「人口10万人あたりの病院勤務医師数」等の指標を加えて再見直しすべきである。また、早急に再見直しができないのであれば、それまでの間は経過措置を継続すべきである。
	募集定員	研修医採用実績									
H20 募集 (H21 採用)	699 名	493 名									
見直し案 (経過措置適用)	448 名 (583 名)	—									

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案
〈現状〉 ○ 全国の医師数が平成 18 年時点で約 27 万 8 千人であり、平成 16 年と比較し約 8 千人増加している中で、本県の医師数は 3,399 人と 2 年前から 45 人減少（昭和 43 年以来の減少）しており、全国で医師数が減少した 6 県の中でも広島県（△81 人）に次ぐ減少数となるなど、近年、本県の医師不足は急速に深刻化している。 ○ また、診療科目別に見ると、本県の人口 10 万に対する小児科従事医師数は 142.3 人で、全国平均（177.9 人）を大きく下回っている（全国 42 位）他、県内の医療圏域別に見ると、松山圏域を除く 5 圏域全てで医師数の減少が続いており、人口 10 万に対する医師数も全国平均を下回るなど、診療科目や地域区分による医師の偏在も、大きな課題となっている。 〈県としての取り組み〉 ○ 自治医科大学卒業医師のへき地医療機関への配置や、将来、県内でへき地医療に従事しようとする医学生を対象とした奨学金貸与制度の運営等に加え、19 年度からは、市町立病院・診療所へ医師を紹介するドクターバンク事業や、県が採用した医師を市町立病院へ派遣するドクタープール制度の創設、20 年度からは、地元愛媛大学医学部との連携のもと、地域特別枠入学生を対象とした新たな奨学金制度や地域医療学講座（寄附講座）の創設等を行い、地域医療を担う医師の養成・確保に努めているところである。	○ 医師の養成には年数を要することや地方勤務を希望する医師そのものが少ないことなどから、地域において喫緊の課題である医師不足問題等に十分対応できていない状況にある。	○ 医師不足地域での勤務を促す施策を検討すること ・病院、診療所の管理者となる要件に医師不足地域における一定期間の診療経験を付加すること ・臨床研修修了後、一定期間の医師不足地域勤務を義務づけること ○ 地域医療に貢献する総合医を育成する仕組みを構築すること ・国立大学等医学部において総合医を育成するための一貫した教育プログラムを導入すること

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案
〈現状〉 ○ 医師不足の状況 ・宮城県の人口 10 万人当たり医師数は全国 27 位。 - 宮城県 208.7 人 全国 217.5 人 (H18.12.31 現在) ・仙台医療圏以外は、全国平均医師数を大きく下回る。 - 登米医療圏 106.5 人 気仙沼医療圏 115.3 人 など ・二次医療圏の急性期医療を担う中核的な公立病院の一部で医師数の減少が著しく、医療機能が弱体化。 ※ 常勤医師数の減少例 (H19.4.1 と H21.4.1 の比較) - 県北の市立 S 病院 [H19] 23 人 → [H21] 16 人 - 県南の公立 K 病院 [H19] 35 人 → [H21] 27 人 ○ 市町村等が設置する公立病院の経営状況 (H20 年度決算) ・病院事業を行う 19 団体のうち、経常収支黒字が 4 団体、赤字が 15 団体。19 団体全体の経常収支は 44 億円の赤字。 〈県としての取組〉 ○ 県職員採用型ドクターバンク事業 (H17 年度～) ・採用実績数 12 人、現在の在籍数 10 人 (市町村等に派遣) ○ 医学生修学資金等貸付事業 (H17 年度～) ・貸付実績数 54 人、県指定病院に勤務した者は現在まで 3 人 ○ 産科セミオープンシステム構築 (H19 年度～) ・仙台市及び県北地域に導入済み、他の地域への導入検討 ○ 周産期救急患者搬送コーディネーター事業 (H21 年度～) ・東北地方では本県が唯一実施	○ 民間等の医療機関が少ない地域の政策医療を担っている公立病院等において、分娩・入院診療の休止など、医師不足によって診療体制の縮小を余儀なくされる事例が増加している。 ○ 平成 20 年度における本県の市町村等の一般会計から病院事業会計への繰入額は 158 億円となった。前年度と比べ 10 億円の増加であり、市町村等にとって大きな財政負担となっている。 ○ 医師の絶対数の増加に向け、医学部入学定員を増加する施策は重要であるが、定員増を認める条件として都道府県に奨学金制度の拡充が求められている。本県は、「緊急医師確保対策」「経済財政改革の基本方針 2008・2009」に基づく東北大学医学部の定員増を実現するため、地域医療再生臨時特例交付金の活用を含めて対応することとしたが、奨学金事業に係る一般財源の後年度負担の増加が大きな課題となっている。 また、医師の絶対数の増加とともに、地域・診療科間における偏在の解消についての具体的な施策が必要な状況となっている。	〈診療報酬関係〉 ○ 民主党マニフェスト「22. 医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する」を実現する上で、地域医療を守る医療機関の経営健全化は不可欠。診療報酬の動向は病院経営の根幹にかかわることから、政策医療を担う病院等の診療報酬増額を最優先に取り組む施策と位置づけ、平成 22 年度診療報酬改定で実現することを提案する。 ○ 二次・三次救急や周産期の医療等を担う病院では、医療ニーズの増加等によって勤務医が疲弊しており、これらの病院の医師減少を招く大きな要因となっていることから、医師の勤務環境の向上を図る診療報酬上の支援 (例；チーム医療の促進に資する評価の導入、医師事務作業補助体制加算に係る要件緩和及び評価の拡充) や医師の待遇改善を図る診療報酬上の支援 (例；ドクターフィーなど勤務医に何らかのインセンティブを与える評価の導入) 等が必要であり、同趣旨の補助制度の拡充と併せて検討することを提案する。 〈医師確保等関係〉 ○ 公立病院をめぐる極めて厳しい現状を打開するため、上記の診療報酬による対応に加え、病院事業を行う地方自治体に対する地方財政措置の更なる拡充を提案する。 ○ 医師養成数を増加する施策の推進については、都道府県の負担増が伴わないよう配慮願いたい。また、医師の地域・診療科間の偏在を解消するため、国としても今後の医師の需給見通し等を踏まえた上で、有効な手立てを講じるよう提案する。

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案
1 診療報酬 (現状) ○ 救急医療需要が増加する一方、救急医療機関数は減少しており、受入医療機関の選定に時間を要する事例も生じている。 ○ 低出生体重児やハイリスク妊婦の増加による高度周産期医療の需要の増大や、地域の産科医や分娩取扱医療機関の減少等に伴う分娩の集中等により、周産期母子医療センターの負担が増大している。 ○ 休日・全夜間診療事業（小児）参画医療機関について、小児科医師不足等により、辞退する医療機関が生じている。 ○ 急速な高齢化の進展に対応していくため、急性期を脱した後の地域における医療提供体制の確保が求められている。 ○ 患者の病院指向の高まりにより、病院勤務医の労働条件が益々過酷なものとなり、病院勤務医の減少を加速させている。 (取組) ○ 救急医療では「救急医療の東京ルール」を定め、地域救急医療センターを核とした連携体制を構築するとともに、周産期医療においては、ミドルリスク対応の「周産期連携病院」を創設し、「周産期搬送コーディネーター」を設置するなど、限られた医療資源を有効に活用し、適切な役割分担のもと、地域の医療提供体制の強化を図っている。 2 医師確保 (現状) ○ 不足する産科、小児科、救急医療、へき地医療等における医師の確保及び医師の診療科偏在の是正が急務となっている。 ○ 宿日直勤務などにおける医師の勤務実態について、労働基準監督署からは正勧告を受けた事例も発生している。 (取組) ○ 救急医療や周産期医療など、都民ニーズが高い分野の医師の定着を図るため、病院勤務医師の勤務環境改善事業を行うとともに、医師の養成という中期的視点から医師奨学金制度を創設するなど、重層的な取り組みを行っている。	1 診療報酬 ○ 救急医療、周産期医療、小児救急医療は、医療人材確保が困難であるとともに、不採算部門となっており、早急な対応が求められる。 ○ 医療療養病床については、診療報酬改定において二度にわたる評価の引下げが行われたことなどから、療養病床数の確保が困難になっている。 ○ 平成 20 年度の診療報酬改定で病院への報酬を増やしたが、依然として病院は厳しい状況にある。 2 医師確保 ○ これまでの医師確保対策は、長期的ビジョンが欠落し、この結果、今日の深刻な医師不足を招いた。 ○ 国は、平成 21 年度の医学部入学定員を過去最大に増員し、平成 22 年度についても緊急臨時的に最大 370 名程度の定員増を認めたが、医師の養成には時間を要するため、あわせて、今ある危機に対し即効性のある対策も重層的に講じる必要がある。また、国は、平成 21 年度予算において、救急医療を担う医師の手当の新設など補助事業の拡充等の対策を講じ、臨床研修制度の見直しも行っているが、	1 診療報酬 ○ 救急医療、周産期医療、小児救急医療の厳しい現状を踏まえ、迅速・適切な医療提供体制の確保に向け、抜本的な対策を講じること。 ○ 急性期を脱した後も医学的管理を必要とする高齢者が、地域で安心して医療を受けることができるよう、高齢者にみられる複合的かつ多様な合併症状に対する医療的ケアの重要性を踏まえ、医療療養病床の入院基本料の評価水準を全体的に改善すること。 ○ 医療機関の安定的運営のためには、基本的には診療報酬により経営が成り立つ仕組みとすること。 ○ 過酷な勤務状況等、病院勤務医の負担が大きいのにもかかわらず、現行の診療報酬制度においては十分に反映されていない。そのため、診療報酬の改定に当たっては、勤務医が勤める病院に手厚く配分し、経営基盤の強化を図るとともに医師の確保を図ること。 2 医師確保 ○ 現下の医師不足の状況に対して、不足が顕著な産科、小児科、救急医療等の医師の早急な確保や医師の勤務環境改善に向け、診療報酬制度、医師の養成、医師法等を所管する国の責任において、診療報酬の改善を含めた抜本的な対策を講じること。 ○ 診療報酬の改善は無論、診療科ごとに必要な医師が確保されるような制度を構築するなど総合的な対策を図ること。

○ 医師不足が深刻な多摩・島しょの病院に、医師を派遣することにより、地域医療を支える人材の確保を支援する、「地域医療支援ドクター事業」を実施している。 <都立病院における取組> ○ 平成 20 年 4 月から東京医師アカデミーを開講し、高度な専門能力を有する医師を育成 ○ 都立病院医師の処遇改善等、医師の勤務環境を改善する取組の実施 ○ 都立病院における医療クランクの配置拡大による医師の過重勤務の緩和	医師の診療科偏在の解消に向けた施策として十分とはいえない。	
--	--------------------------------------	--

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案
＜現状＞ ○ 病院勤務医の不足と地域間での医師の偏在が生じている。 ○ 従来から問題となっていた小児科や産婦人科に限らず、外科や内科等の主要診療科でも病院勤務医の不足が生じている。 ○ 大学病院の医師不足に伴う医師派遣停止等により、地域の基幹病院における診療体制の縮小等が生じている。 (最近の例) H20.4.1 総合太田病院産婦人科分娩休止(H21.10～再開) H21.4.1 館林厚生病院小児科 入院休止 利根中央病院消化器内科 入院休止・救急外来縮小 公立碓氷病院整形外科・眼科 入院休止 ＜県としての取組み＞ 上記の状況から、本県では、次の5つを柱として医師確保に取り組んでいる。 ①研修医の県内への誘導・確保 臨床研修病院合同ガイダンス開催、メールマガジン配信等 ②臨床研修病院への支援 指導医養成講習会開催、臨床研修病院新規参入補助等 ③小児科や産科など特定診療科の医師不足への対応 医師確保修学研修資金貸与等 ④女性医師の働きやすい就業環境づくり 女性医師再就業支援事業等 ⑤医師の県内就業支援や広報啓発等 ドクターバンク、地域医療連携協議会、大学定員増支援等	○ 現在、医師不足や偏在の問題に対して、補助金等によりインセンティブを与える施策を中心に行っているが、各県がこのような施策(奨学金や給与への上乗せ等)を行い始めると、各県の競争になり、施策の効果が薄れ、インセンティブの更なる上乗せが必要になる。 国、自治体とも財政が苦しい中、インセンティブ施策には多額の費用を必要とするため、診療報酬により国全体でメリハリのあるインセンティブを与える必要がある。 ○ また、インセンティブ施策は効果が出るまでに時間がかかることや、インセンティブ施策だけで医師の地域的偏在や診療科ごとの偏在を完全に解消するのは極めて困難であるという問題もある。 そのため、医師の配置について、制度的な枠組みを整備し、偏在の解消を図るべきである。 ○ 医師の専門分化が進んでいるが、地域の救急医療を支える中小病院等で全ての専門医を揃えるのは困難であり、幅広い診療に従事できる総合医(家庭医)の育成が必要である。	○ 左記のような問題点を踏まえて、医師不足を解消し、地域における医療提供体制を維持するために、次の施策を講じる必要がある。 ① 疲弊した勤務医を守るため、思い切った診療報酬の改定を行い、医師の病院勤務への誘導を図ること。 ・ 特に、救急医療や周産期医療、小児救急医療を行っている病院に対する診療報酬を手厚くすることが必要である。 ② 特定の診療科及び地域における医師不足をなくすため、たとえば、後期臨床研修を法定化するなど、診療科ごと地域(各都道府県)ごとの定数枠を設け、必要な医師数を養成できるシステムを構築すること。 ③ 地域医療を担い、幅広い診療能力を持つ人材を養成するため、総合医の育成を抜本的に強化すること。

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案
<現状> ○ 厚生労働省の「医療経済実態調査」によると、開業医の年収は2,522万円、病院勤務医は1,450万円であり、開業医が勤務医の約1.7倍であるという結果が判明した。 ○ 救急医療などを担う病院勤務医は、患者の集中やリスクの高い診療により疲弊し、常勤医師の一週間当たりの勤務時間も平均6時間と過酷な勤務状況になっているため、病院離れが進行しており、医師不足の状況を招いている。 ○ 一方、開業医は開業当初において設備投資など大きな経済的負担を負うが、重篤な患者は病院へ誘導するなど、勤務医と比べて勤務の過酷さは少なく、年収面（処遇面）では優遇されるという不均衡が生じている。 ○ その結果、分娩取扱病院、小児科を有する病院及び救急医療機関が年々減少しており、救急搬送困難事例、いわゆる「たらい回し」の増加の一因となっている。 <県としての取組> ○ 本県では産科、小児科及び救急の病院勤務医不足が課題となっているため、 ・ 産科、小児科の後期研修医に対する研修資金貸与制度の創設による研修医の誘導、定着策の推進 ・ 地域の開業医が拠点病院の診療支援を行う仕組みづくりによる勤務医の負担軽減策の推進 などに取り組み、一定の効果をあげているが、根本的な解決策とはなっていない。（他の都道府県も同様の実態である。）	○ 開業医と病院勤務医の処遇に不均衡が生じており、産科、小児科、救急を担う病院勤務医不足の一因になっている。	○ 左記の問題点を踏まえて、次期診療報酬改定に向けては、次の視点を取り入れて改定する必要がある。 ① 産科、小児科、救急など医師不足が深刻な病院に医師を誘導すること。 ② 診療報酬は、病院の収入になるため、これが勤務医に還元され、十分に処遇改善が図れるよう制度設計をすること。 ○ 医師養成に多額の公費が投入されている現状に鑑み、一定期間病院勤務を義務付けることや、後期研修医の研修先となる診療科に定員枠を設けるなど、公的な関与を検討すべきである。 ○ 医師の負担軽減を図り、医師が本来の医療に専念できるよう医師の専任とされている医療行為の一部を看護師等が実施するなど、身分法の見直しを行うこと。

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案
○ 三重県の人口 10 万人あたりの医師数は 177.9 人で、全国平均の 206.3 人を大きく下回り、さらに県内でも伊賀地域では 117.5 人と特に少ないなど、県内の医師不足、地域偏在は深刻な状況にあります。(平成 18 年度医師・歯科医師・薬剤師数調査) また小児科医、産婦人科医、麻酔科医等が依然として不足していることに加え、近年、地域医療を担う公立病院の勤務医師数の減少が著しいなど、地域医療を確保するにあたり医師の偏在が大きな課題となっています。 ○ 本県においては、これまで三重県医師修学資金制度の抜本的な見直しやドクタープール制度、みえ医師バンク制度の創設など、医師不足の解消に向けた取組を進めています。 また、地域医療に従事する医師の育成と地域定着をはかることを目的とした「ポジティブ・スパイラル・プロジェクト」として、市町、三重大学、医療機関等と協働して、 ① 医師不足地域の医療機関に対する診療支援 ② 地域医療研修センターを設置し、地域医療にかかる実践的な研修の提供 ③ 三重大学医学部における、医学教育体制の充実・強化に向けた支援 などの取組を進めており、今後地域医療再生臨時特例交付金を活用しこれらの取組を加速させていくこととしています。	○ 政府与党では、医師養成数増加の方向性を示していますが、養成数の増加だけでは地域の医師不足は解決できず、あわせて地域偏在や診療科偏在などを解消するための取組を行うことが重要です。 ○ また、本県では看護職員の不足も深刻な状況にあり、看護職員の確保に向け、看護学生に対する修学資金の貸付、病院内保育所の運営補助、新卒・中堅看護職員を対象とした交流会の開催、潜在看護職員の復帰支援や再就業のための就職情報の提供等の取組を行っています。今後ともこうした取組を積極的に行っていくための財政支援が求められます。 ○ 地域医療の諸課題を解決していくうえでは、疾病構造、患者の受療行動、医療従事者数、病院・診療所の配置など、地域特有の医療資源の状況を踏まえた対策が必要です。 ○ 国においては、「地域医療再生臨時特例交付金」の一部執行停止にあたり、「次期診療報酬改定において十分に地域医療に資する対応を行うことが前提」とされています。	○ 地域医療を担う医療従事者の安定確保のため、医師の養成数を増加するだけでなく、医師の大都市集中を防ぐため卒後臨床研修制度の見直しを行う、必要な専門医数を算出した上で医師の診療科選択に何らかのルールを設ける、医療機関を開設するにあたり一定の要件を設けるなど、医師の地域偏在や診療科偏在などを解消するため、諸外国の制度等も参考に、新たな視点での大胆かつ抜本的な制度改革を行う。 ○ 潜在看護職員の職場復帰に向けた取組など看護職員確保のための支援の充実を行う。 ○ 地域医療の諸課題を解決していくため、国による画一的な施策ではなく、地域の状況に応じて自治体が取り組む施策に対して、柔軟に支援を行う。 ○ 次期診療報酬の改定では、地域のセーフティネットである救急医療、周産期医療、小児医療等にかかる診療報酬の増額を図るなど、地域医療の再生に資する措置を講じる。

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案
〈現状〉 今回の国の補正予算の見直しに伴い、地域医療再生計画に係る地域医療再生基金の一部が執行停止され、本県においても、１００億円の計画が取り止めとなり、２５億円の計画に変更となった。また、この執行停止の前提として「次期診療報酬改定において十分に対応を行う」とされているが、改定に向けた具体的な中身は現段階において不明である。 〈県としての取り組み〉 本県においては、救急搬送をめぐって、意識不明になった妊婦が複数の病院に受け入れを断られた後、死亡し、また、かかりつけ医のいない未受診の妊婦が複数の病院に断られて死産するといった深刻な事態が生じたことは周知の事実である。 このような中で、地域の医療提供体制の整備はもとより、健康、介護、福祉といった幅広い分野にわたる連携が求められる中で、住み慣れた地域で安心して生活したいという県民の願いを達成するため、昨年５月に「地域医療等対策協議会」を設立し、これまで様々な課題に対応するべく具体的な方策を検討してきた。 そして、これまでの協議会の検討結果を地域医療再生計画に反映することが最善であると考え、本計画を策定したところである。 この計画は、救急医療や周産期医療の充実、重要救急疾患等に係る医療連携の構築、へき地医療の確保、医師等のキャリアパスの構築や研修医の確保など、喫緊の課題に対応するもので、県内の医療体制を抜本的に改革するものである。	○ 県内に２カ所の高度医療拠点病院（マグネットホスピタル）の設置、重症な疾患について断らない救命救急室の整備、医師・看護師の養成・確保、安定的な医師派遣システムの整備、重要疾患に係る医療連携体制の構築やへき地医療の充実などの具体策を実施し、地域医療再生に向けた目標を実現していくためには、多大な経費が必要となる。 ○ 診療報酬改定においては、行政刷新会議における事業仕分けにおいても、収入の高い診療科の見直しや、開業医と勤務医の平準化等が見直し意見として提出されているが、改定に向けた具体的な中身は不明である。	○ 地域医療再生基金が大きく減額されたが、本県においてはこれまでの「地域医療等対策協議会」の検討結果を踏まえ、減額による見直しをすることなく具体策を実施することとしている。しかし、目標の実現には多大な経費が必要となることから、病院施設整備における起償償還金に対する交付税の増額や、医師確保のための奨学金に対する補助制度の創設など、新たな財政措置について検討するよう提案する。 ○ 診療報酬配分の見直しに際しては、周産期医療、小児医療、救急医療などの政策医療を担う公的病院が果たしている役割を適切に評価し、医師等が確保できる診療報酬体系を構築されることを提案する。また、勤務医対策等の診療報酬への反映は、十分な検証と制度設計を行ったうえで、適切に行われることを提案する。

① 現 状 と 取 組

② 問 題 点

③ 提 案

1 現 状

【診療報酬改定の経過】

時 期	14 年 4 月	16 年 4 月	18 年 4 月	20 年 4 月
改定率(医科)	▲1.3%	±0.0%	▲1.5%	+0.42%

【病院経営の状況】

時 期	平成 13 年 6 月	平成 20 年 6 月
収 支 差 率	▲1.7%	▲3.7%

※出典：医療経済実態調査

※収支差率＝収支差／医業収益

【平均在院日数】

区 分	平成 14 年	平成 19 年	増 減
全 国	22.2 日	19.0 日	▲3.2 日
鳥 取 県	24.1 日	20.3 日	▲3.8 日

※出典：病院統計

【県内診療科の状況】

時期	病 院 名	内 容
19.4	済生会境港総合病院	産科閉鎖
20.9	鳥取市立病院	小児科閉鎖
21.3	鳥大附属病院	救急科専門医一斉退職

【県内臨床研修医数の推移】

(人)

研修開始年度	16	17	18	19	20	21	22
マッチ数	58	44	32	28	30	29	25

【都市部と地方の臨床研修マッチング率比較】

(%)

上 位	第 1 位	第 2 位	第 3 位	第 4 位	第 5 位
都道府県名	東京	神奈川	愛知	大阪	福岡
マ ッ チ 率	92.0	89.0	88.9	88.5	88.3

下 位	第 1 位	第 2 位	第 3 位	第 4 位	第 5 位
都道府県名	島根	鳥取	山梨	埼玉	青森
マ ッ チ 率	31.0	36.7	45.7	48.2	48.8

2 取 組 み

【診療報酬改定への対応】

病院による平均在院日数の短縮など収益増への取り組み。

【診療科の縮小への対応】

- ・産科・小児科の閉鎖には、中核病院への集約で対応。
- ・救急科の専門医一斉退職には、附属病院内の他科による応援で対応。

【臨床研修医の確保】

- ・平成 21 年度より、指導医講習会の開催、臨床研修医セミナーの実施など取り組みを強化している。

【診療報酬改定】

診療報酬のマイナス改定は、病院の収支を維持するため収益の増を図ろうとする動機付けとなり、平均在院日数の短縮、管理料の獲得など医師への労働強化に繋がり、医師の疲弊を招く。

【診療科の縮小】

医師不足の影響は、産科・小児科・救急科などリスクが高く労働環境が厳しい診療科で医師の退職やそれに伴う診療科の閉鎖などの形で顕著に現れている。

これらの現象に対しては、中核病院への集約化や他科からの応援で対応している。

しかし、集約した病院への患者の集中により、当該病院に所属する医師の、また、救急科への他科の応援は、応援を出した診療科の医師の疲弊を招く。

【臨床研修医の確保】

地方における研修の質の向上、地域医療の魅力や地域の臨床研修病院の良さなどを伝えるなど地方の努力も必要。

しかしながら、地方の研修医の減少は、そもそも都会の人材の吸引力が強いところに、研修先の病院の選択を研修医の自由に任せるとした新医師臨床研修の制度設計の影響が大きい。

このまま、地方において研修医をはじめとする若い世代の医師が減り続けられ、医療提供体制の維持が困難な状況に陥ることが予想される。

【医師配置の問題点】

医療への需要は、分野によらず幅広いものであるにもかかわらず、医学生診療科選択や診療所の開業は自由意思に任されており、都市と地方、病院と診療所、診療科の偏在を発生させ、医療への需要と供給のバランスを崩し、地域住民に深刻な影響を与えている。

これまでの診療報酬の改定でも産科・小児科は評価されているが、診療科における医師偏在の解消に至っていない。

【診療報酬改定】

- ①診療報酬本体の引き下げは、結果的に医師の労働強化に繋がり、医師の疲弊を招くことから、平成 22 年度の改定においては、マイナス改定を行わないこと。
 - ②地域の病院の産科・小児科・救急科・腎臓内科（透析）などに手厚く診療報酬を配分すること。
 - ③医師の負担を軽減するため医師の業務を他職種（看護師、薬剤師、臨床工学士など）に分担することを促進する診療報酬の新設、改定を実施すること。
- ※あわせて、医師の業務を他職種でも担えるよう医師の業務範囲の見直しを進めること。（看護師による軽易な場合の処方箋発行、生活習慣病療養計画書等の作成など）

【医師の計画的配置】

医師の偏在を解消するため、地域の医療需要を定量的に把握し、必要な医師の配置を計画として定め、実施する全国的配置調整制度を創設すること。

【新医師臨床研修制度の見直し】

平成 21 年度の新医師臨床研修制度の見直しにおいては、都道府県ごとに募集定員の上限が設定されたものの、経過措置がとられたことにより、平成 21 年度のマッチングでは研修医が都会に集中する傾向は解消されていない。

については、経過措置を廃止し、都道府県ごとに設定されている募集定員の上限を適用すること。

※経過措置の内容

- 都道府県の募集定員の上限の値にかかわらず、
- ・各臨床研修病院の過去 3 年間の研修医受け入れ実績の最大値
 - ・平成 21 年度から研修を開始している研修希望者の数
- まで募集定員とすることができるなど。

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案
<現状> ○本県は、全国一の有人離島数（５４島）を有し、県土の約４０％、約１６万人（県人口の約１０％）が生活している。 ○従来から離島医療の確保を県政の重要課題の一つと位置づけ、全国に先駆けて下記の取り組みを実施してきた。 ・昭和４５年には長崎県医学修学資金貸与制度を創設し、大学医学部生に修学資金を貸与し、離島に勤務する医師を養成。 ・平成１６年には、離島・へき地医療支援センターを設置し、離島・へき地の市町立診療所の医療支援（常勤医師の派遣・代診医の派遣・ＩＴ等を活用した診療支援等の業務）を実施。 ・また、同年、長崎大学大学院「離島・へき地医療学講座」（寄附講座）を開設した（活動拠点を五島中央病院内に設置）。 ○しかし、１０万人あたりの医師数（平成１８年長崎県医療統計）は本土地域 284.0 人に対し、離島地域 147.1 人で、いまだ地域間に大きな格差があり、離島地域の医師確保は喫緊の課題である。 ○加えて、新臨床研修医制度の影響により、本土へき地及び小児科や産科など特定診療科についても、医師不足が深刻化している。	○従来から実施している修学資金制度により離島地区の病院に勤務する医師を養成しているが、毎年新規の医師を配置しても子弟の教育等の生活環境や専門資格の取得困難等から義務終了後の医師の退職が発生するため、医師数が充足していない。 ○また、比較的勤務が過酷で、訴訟等のリスクが大きい小児科・産科への誘導も学生の使命感や診療科自体の魅力等に訴えるだけでは限界がある。 ○離島・へき地医療及び特定診療科に従事する医師の確保は、全国的に抜本的な対策をとらなければ困難と考えられる。 ○医学部入学定員増については、県内定着やへき地等勤務を奨学金による自由契約に依存しているが、入学自体に卒後の勤務義務を付与するなどの直接的な対策が必要である。また、奨学金は後年度負担が大きく都道府県の財政を圧迫しており、学生が増加し続けることは制度の破綻を招くおそれがある。 ○また、医学部入学定員増にあたっては、教育の質が低下しないような方策を講じる必要がある。	○ 初期臨床研修終了後に一定期間、離島・へき地病院等への勤務を誘導するような新たな制度の構築など、現行の医師養成システムについて抜本的かつ早急な見直しを行うこと ○ 小児科や産科等の診療科の確保を図るため、医療機関におけるこれらの領域の診療報酬のさらなる引上げを図ること。 ○ 離島・へき地の医療機関に勤務していても専門医資格の取得が不利とならないような措置を講じること ○ コメディカルの役割分担の在り方や業務の範囲について、具体的に検討し明らかにするとともに、診療報酬を適切に設定することを提案する。 ○医学部入学定員増については奨学金にかかる都道府県の負担を求めないこととし、国の負担によるへき地等勤務を条件とした奨学金制度の創設または奨学金に依存しない勤務義務制度を検討されたい。

① 現 状 と 取 組	② 問 題 点	③ 提 案
沖縄県の医師数は全国平均に近づきつつあるが、医師の地域偏在があり、依然として離島・へき地の医師の確保が困難であり、また、産科等の特定診療科の医師を確保することも困難である。 ※ 県の主な取り組み ① 医学臨床研修事業 県立病院で医師の後期臨床研修を実施し、研修を終了した者を離島等の県立病院及び離島診療所に派遣している。 ② 医学臨床プログラム経費 県立病院で実施している医学臨床研修事業のプログラム管理や海外からの指導医招聘をハワイ大学に委託し、米国式研修システムを提供する。 ③ 離島・へき地ドクターバンク等支援事業 県内の公的医療機関への勤務を希望する医師への情報発信及び医療機関からの情報集約を行い、実際に医師の派遣を行う際に、関係機関との調整を行う。 ④ 医師修学資金等貸与事業 将来、離島等の医療機関に従事しようとする意志のある医学生、及び後期臨床研修で特定診療科(産科、脳神経外科等)を専攻している者に対し、修学資金等を貸与し、卒業後に一定期間勤務義務を課すことで、必要な医師の養成・確保を図る。	県において、離島・へき地における医療提供体制を充実させるために各種事業を実施しているが十分な成果が得られるにはなお時間を要する。県の負担のみで実施している事業もあり、経費負担が多額になっているため、支援体制の充実・強化・新設等を図ることが厳しい状況である。	① 後期臨床研修医の養成に係る財政支援 地域医療を支えるためには、不足している診療科の医師を確保する必要があり、後期臨床研修医を養成する際の経費についても、国庫補助の対象とし、地域で必要とされる医師の確保・養成を図る。 ②離島・へき地勤務の義務化 医師が都市部に集中している状況があるため、臨床研修実施病院に対して、一定期間の離島・へき地への医師派遣を義務づけることで、地方の医師不足解消を図る制度を創設する。また、その派遣に係る病院の負担経費等について国庫補助制度を創設し、円滑に派遣できるようにする。 ③離島・へき地における医療体制の充実 離島・へき地における急患搬送等の救急医療の体制の強化や情報通信機器等を活用した離島・へき地診療所の医師の支援の充実を図る等離島・へき地の医療提供体制の充実を図るため、それに要する経費について国庫補助制度を拡充する。