

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第1節 医療制度の現状と課題

我が国では戦後、すべての国民に平等に医療を受ける機会を保障するという観点から、医療提供体制の整備が進められてきた。また、国民皆保険制度を採用し、すべての国民はいずれかの医療保険制度に加入し、いつでも、どこでも平等に医療機関にかかり、医療技術の進歩を享受することができる。その結果、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準が実現し、世界保健機関(World Health Organization;WHO)が発表した「2000年版世界保健報告(The World Health Report 2000)」においても、保健医療システムを総合的に評価して我が国の医療制度は世界第一位とされるまでになっており、その成果は今後とも守っていく必要がある。

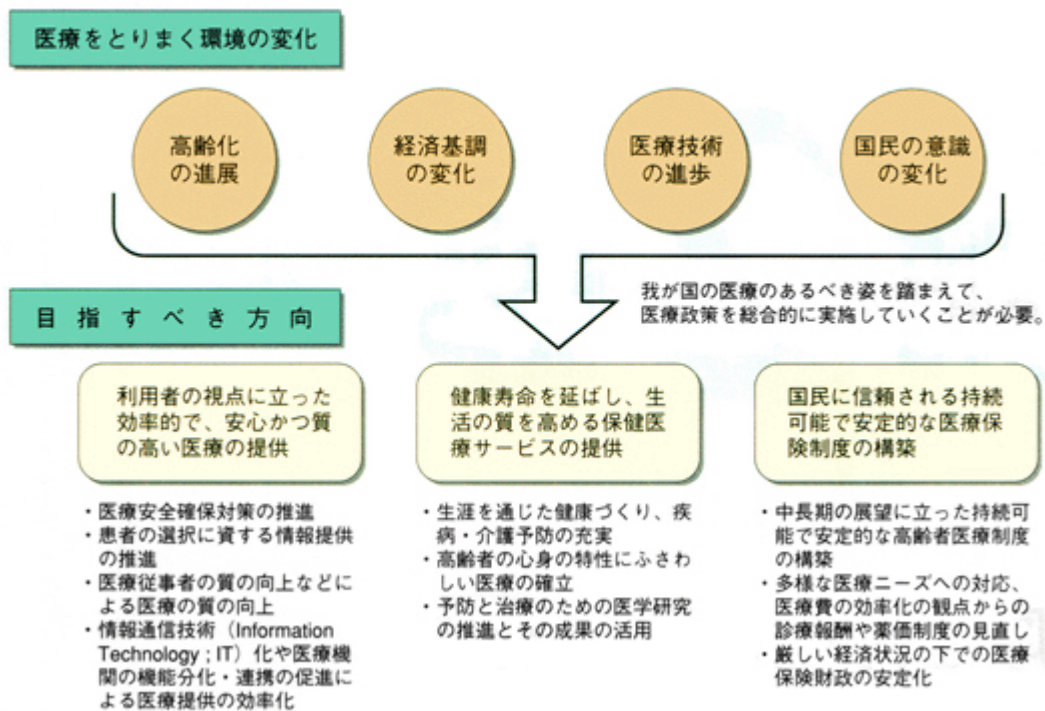
一方、我が国の医療をとりまく環境は大きく変化している。急速な高齢化の進展等により、我が国の国民医療費は年々増大し、今では国民所得の8%程度の規模になっている。とりわけ、老人医療費の大きさは医療費の3分の1を占め、国民医療費の伸びの最大の要因となっている。こうした医療費の増大は、経済の低迷による保険料収入の伸び悩みと相まって医療保険財政に大きな影響を与え、各医療保険者の運営は非常に厳しい状況となっている。

また、医療に関する情報を求める国民の声が高まるなど国民の意識が変化している中、情報を適切に開示し、国民が自らの責任と選択により医療を受けられるようにすることが重要である。さらに、医療技術の高度化、専門化に適切に対応するとともに、治療における選択の幅が広がっている中で、個々の患者のニーズに応じた適切な医療を提供していく必要がある。

以上のような環境変化と我が国の医療のあるべき姿を踏まえて、医療の質の向上、医療提供体制の効率化、医療保険の財政安定化のための改革など、医療政策を総合的に実施していくことが必要である。

#### 図1-1-1 医療制度改革の基本的方向

図1-1-1 医療制度改革の基本的方向



## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

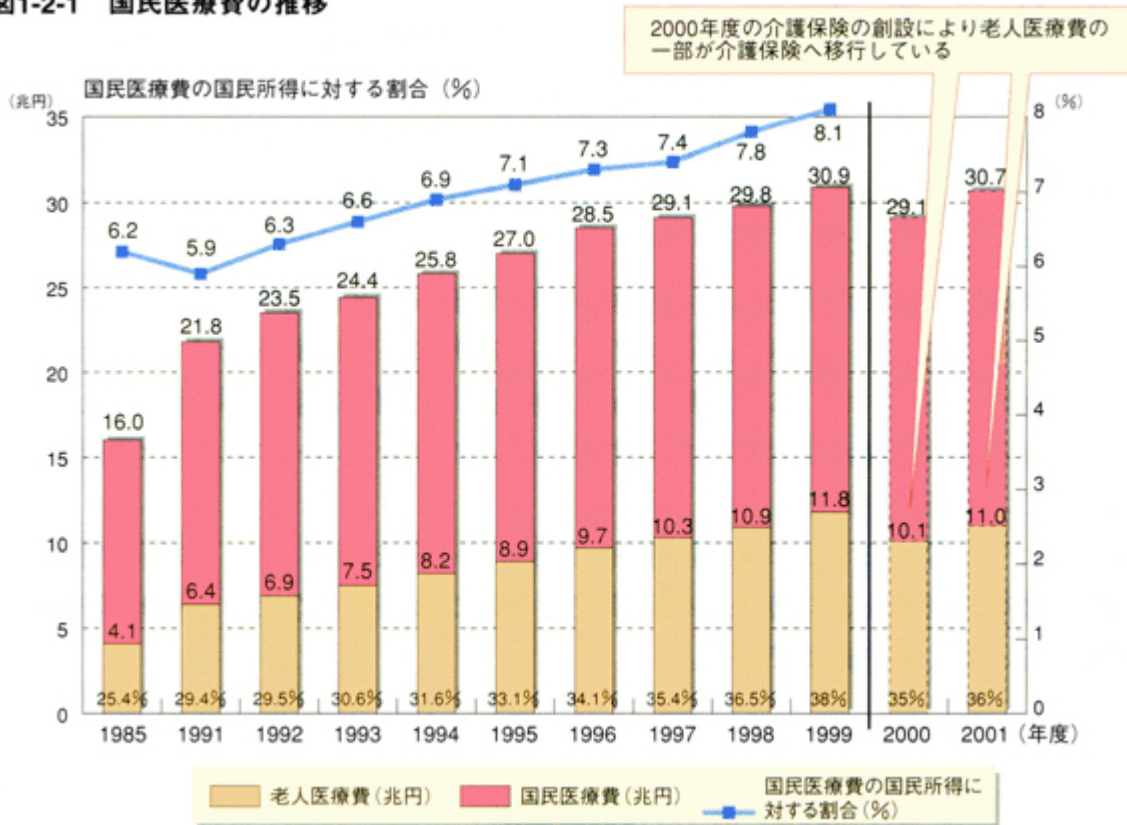
#### 第2節 医療保険制度の改革

##### 1 医療費の状況

我が国の国民医療費は年々増加し、現在、国民所得の8%程度、約30兆円の規模となっている。このうち老人医療費は約10兆円であり、医療費全体の3分の1を占め、年々その割合が上昇している。また、国民医療費の伸びは、国民所得の伸びを上回る伸びを示しており、特に老人医療費の伸びが著しいものとなっている。

図1-2-1 国民医療費の推移

図1-2-1 国民医療費の推移



このまま、国民医療費が国民所得の伸びを上回る勢いで伸び続ければ、国民医療費の対国民所得比は現在の7%台から2025(平成37)年度には12%を超え、現在の1.7倍もの規模になると予測されている。

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第2節 医療保険制度の改革

##### 2 医療保険制度の現状

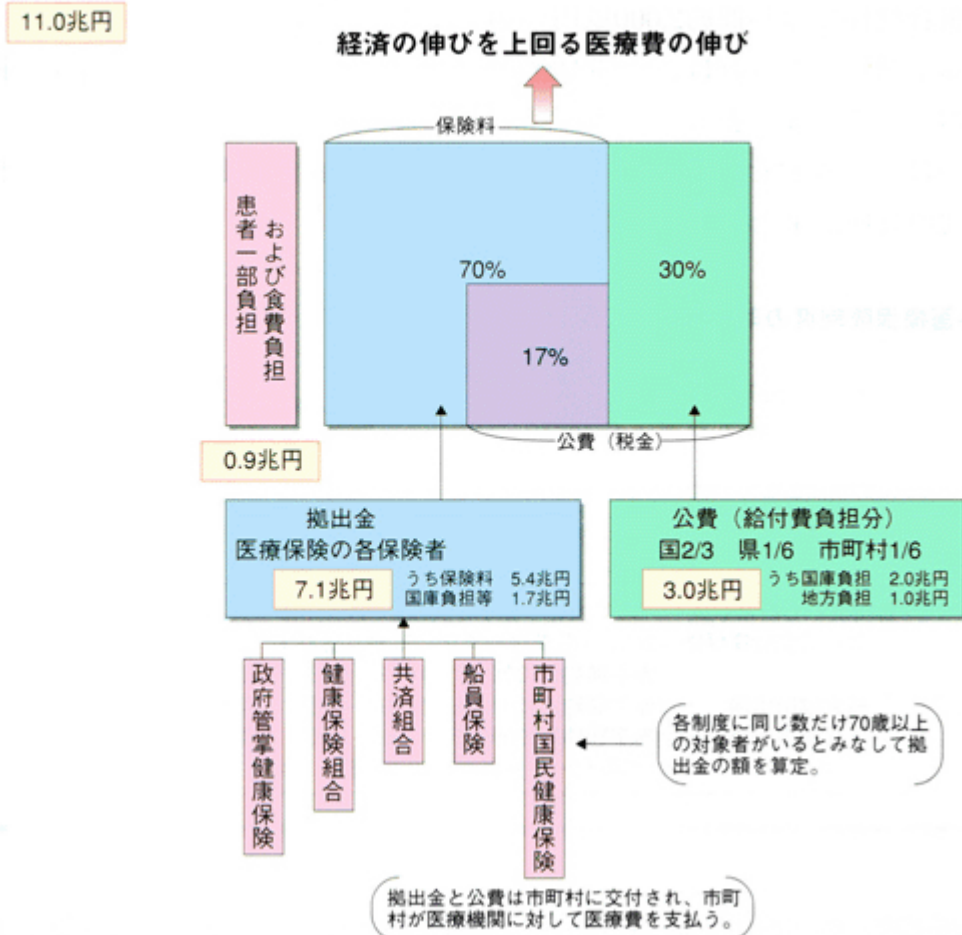
我が国の医療保険制度は、被用者を対象とする政府管掌健康保険や組合管掌健康保険などの被用者保険制度と、自営業者や無職者等を対象とする国民健康保険制度の2本立ての体系を基本としており、こうした体系を前提として70歳(寝たきりの者等については65歳)以上の高齢者については、これを全国民で支える老人保健制度が設けられている。

老人保健制度は、老人医療費を患者負担のほか、給付費の7割を医療保険の各保険者からの拠出金により、3割を国・都道府県・市町村の公費負担(税)により賄う制度である。

図1-2-2 老人保健制度による老人医療費の負担の仕組み

図1-2-2 老人保健制度による老人医療費の負担の仕組み

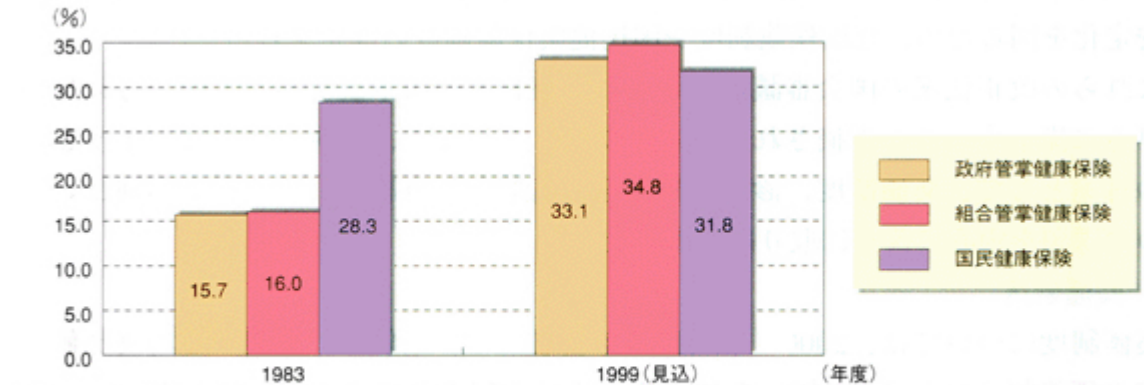
老人医療費(2001(平成13)年度予算ベース)



高齢化が急速に進展している中で、老人保健制度の発足当初(1983(昭和58)年度)と比較すると老人医療費拠出金は急増しており、各医療保険制度の老人医療費拠出金への支出割合をみると、例えば組合管掌健康保険では平均して約35%と老人保健制度創設当時の2倍を上回っている。

図1-2-3 老人医療費拠出金への支出割合の推移

図1-2-3 老人医療費拠出金への支出割合の推移



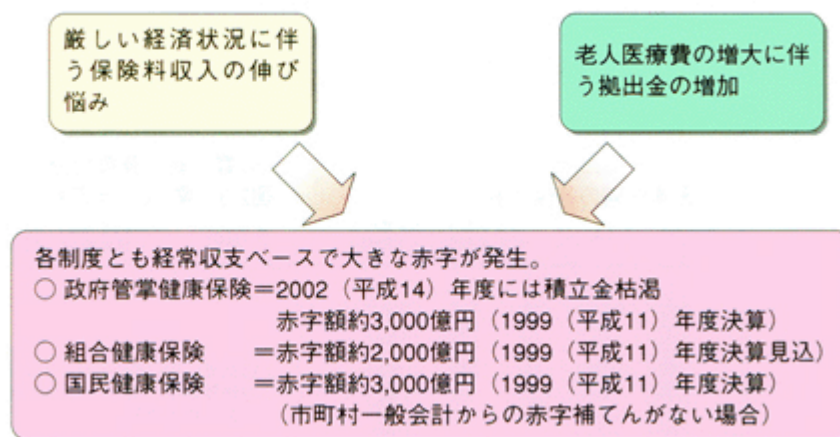
- (注) 1. 老人保健制度創設時は、老人医療費の50%だけを拠出金制度による調整の対象としていたが、老人医療費をより公平に負担するため、1990(平成2)年度より老人医療費の100%を調整対象とすることとした。この結果、各制度の拠出金への支出割合の格差が縮小することとなった。
2. 
$$\text{支出割合} = \frac{\text{老人医療費拠出金}}{\text{若人への医療費給付分} + \text{老人医療費拠出金} + \text{退職者給付拠出金}}$$

このような中で、各医療保険制度とも、低迷する経済状況を反映して保険料収入が伸び悩む一方、老人医療費を中心に医療費支出が増大し続け、大変厳しい財政状況となっている。

例えば、組合健保では年間約2,000億円の赤字であり、国民健康保険も市町村の一般会計からの赤字補填がなければ、年間3,000億円の赤字となる。政府管掌健康保険も赤字が続いており、このまま推移すれば、2002(平成14)年度には積立金が枯渇し、医療費の支払いに欠けるおそれも出てくるなど、良質な医療を国民にあまねく提供する医療保険制度の責任が果たせなくなるおそれがある。

図1-2-4 各医療保険制度の財政状況

図1-2-4 各医療保険制度の財政状況



## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第2節 医療保険制度改革

##### 3 近年における改革の経緯

厚生労働省は、こうした高齢化や経済環境等の変化に対応した医療保険制度改革に取り組んでいる。1997(平成9)年および1998(平成10)年には、医療保険制度の運営の安定化を図るため、健康保険制度や国民健康保険制度の改正を行った。

これらの改正法案の国会審議において、医療制度の抜本改革の基本的な方針や内容を早急に提示すべきと指摘されたことを受け、これまで、2000(平成12)年度をひとつの目途として、薬価制度、診療報酬体系、高齢者医療制度、医療提供体制といった四つの課題を中心に改革に取り組んできた。

#### (1) 薬価制度

薬価制度については、2000(平成12)年度までは、薬価は、薬剤の市場実勢価格に一定の価格幅(いわゆるR幅)を加える方式で改定されてきた。しかしながら、医療保険から医療機関等に給付される薬価と実際に医療機関等が購入する薬の価格との差(薬価差)等により、多剤投与や高薬価の薬剤の使用など、薬剤使用にゆがみが生じやすいこと、薬価の算定ルールやその過程が必ずしも透明でないことなどが指摘されてきたところである。

薬価差については、これまで市場実勢価格を踏まえた適時の薬価改定により、年々縮小し、薬剤比率も徐々に低下してきたところであるが、2000年度の薬価改定においては、1999(平成11)年12月に中央社会保険医療協議会(中医協)において了解された「薬価制度改革の基本方針」を踏まえ、薬価差益を解消するため、市場実勢価格に上乘せする一定の価格幅を、薬剤流通安定のための最小限必要な調整幅として一律2%に縮小した。

また、薬価算定のルールの文書化や、専門的見地から薬価算定について検討する薬価算定組織の接地(2000年10月)など、そのルールの一層の明確化やプロセスの透明化を図ったところである。

#### (2) 診療報酬体系

診療報酬体系については、1)診療に応じて報酬が増すため、過剰診療や長期入院等といった出来高払いの弊害を招きやすいこと、2)医療技術の評価が不明瞭、不十分であること、3)医療機関の機能に応じた効率的な医療提供を促進する評価体系とする必要があることなどの指摘がなされてきた。

このため、これまでも、長期入院の是正、薬剤使用の適正化、包括払い方式の導入などの見直しを行ってきたところであるが、2000(平成12)年4月には、医療機関の機能分担と連携、医療技術の適正評価、出来高払いと包括払いの最善の組合せなどを内容とする「診療報酬体系(医科・歯科・調剤)のあり方に関する審議の中間報告」(1999(平成11)年12月:中医協とりまとめ)を踏まえ、1)大病院から診療所への紹介(逆紹介)を評価するなど、病院外来機能とかかりつけ機能の明確化、2)技術難易度等の観点からの手術料の体系的な見直し、3)一般病棟に3か月を超えて入院する高齢者について、原則として検査、投薬等を包括した入院料による評価などの見直しを実施したところである。

#### (3) 健康保険法等の改正

また、2000(平成12)年2月には、医療保険制度の安定的運営を確保するため、老人の一部負担金について

月額上限付きの定率1割負担制を導入することなどを内容とする「健康保険法等の一部を改正する法律案」が、第147回通常国会に提出された。同法案は同年6月の衆議院解散に伴い廃案となったが、施行日など一部を修正した上で、後述する「医療法等の一部を改正する法律案」とともに、第150回臨時国会に再提出され、同年11月に可決成立した。

図1-2-5 健康保険法等の一部を改正する法律の概要

図1-2-5 健康保険法等の一部を改正する法律の概要

1. 老人の患者負担の見直し

(外来)

定額負担  
(1日530円・月4回まで)  
+  
薬剤一部負担



定率1割負担・月額上限3,000円  
・大病院(200床以上)は、5,000円  
・診療所は、定額負担(1日800円・月4回まで)と定率1割負担とを選択

(入院)

定額負担  
(1日1,200円)



定率1割負担・月額上限 37,200円  
・ただし、低所得者等には低い上限(24,600円等)

2. 高額療養費の見直し

・低所得者 (市町村民税非課税世帯)	35,400円
・一般	63,600円



・低所得者	35,400円
・一般	63,600円(平均月収の22%) ± 一定の限度額を超えた医療費の1%
・上位所得者(月収56万円以上)	121,800円(月収56万円の22%) ± 一定の限度額を超えた医療費の1%

3. 保険料率上限の見直し

一般保険料率+介護保険料率 ≤ 91% (健保組合は95%)



一般保険料率 ≤ 91% (健保組合は95%)

4. その他

- ・2000年度の措置に引き続き、医療保険制度の抜本改革を行うための検討を行い、所要の措置を講じる。
- ・育児休業期間中の保険料について、被保険者分に加え、事業主分を免除
- ・老人に係る薬剤一部負担臨時特例措置法の廃止 等

5. 施行 2001年1月1日

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

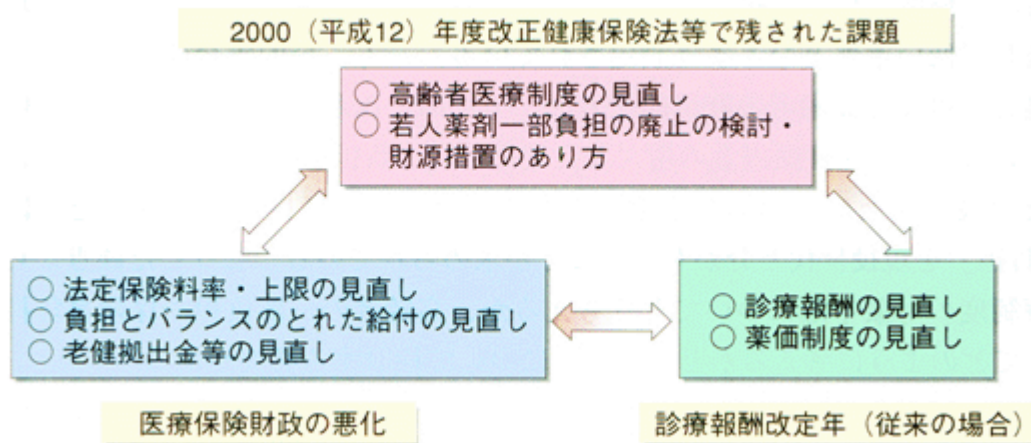
#### 第2節 医療保険制度改革

##### 4 当面の医療保険改革をめぐる状況

厳しい経済状況の下で保険料収入が減少する一方、老人医療費が増大しているため、医療保険財政は各制度とも極めて厳しい状況にあり、2002(平成14)年度の改革は不可避である。

図1-2-6 当面の医療保険制度改革をめぐる状況

図1-2-6 当面の医療保険制度改革をめぐる状況



とりわけ、これまでの改革で残された課題への対応が求められている高齢者医療制度の見直しについては、増え続ける老人医療費にどう対応するのか、各保険者の負担のあり方をどう見直すのかなどについて、関係者からさまざまな提言がなされている。こうした課題を中心に、医療保険制度全般について、また診療報酬体系や薬価制度についても、引き続き適切に見直しを進めるとともに、医療提供体制においても質の向上と効率化を推進するなど、総合的な観点から改革を進める必要がある。

#### (1) 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度の見直しに当たっては、1)適切で効率的な高齢者医療の提供をいかにして実現していくか、2)そうした高齢者医療に要した費用をどのように公平に分担していくか、という視点を持って考えていく必要がある。

##### 1)適切で効率的な医療の提供

高齢者の1人当たり医療費は、若人の約5倍となっており、こうした格差の要因として、高齢者の受診率等が高いことがあるが、その背景には、「病気にかかりやすい」「入院した場合に入院期間が長期になりやすい」「要介護状態になりやすい」といった高齢者の特性がある。高齢者医療を適切で効率的なものにするためには、高齢者の心身の特性を踏まえた医療や介護サービスとの連携・調整、終末期における医療・ケアのあり方などについて議論を深めていく必要がある。



また、老人医療費は近年10か年の平均をとれば、8%程度の伸びを示している。高齢者数の増加に伴う老人医療費の伸びは避けられないものの、持続可能で安定的な医療保険制度を実現していくためには、経済の動向と大きく乖離しないよう、その伸びを抑制するための枠組みを構築することが重要である。このことは、政府・与党社会保障改革協議会の「社会保障改革人綱」や、経済財政諮問会議の「基本方針」においても指摘されているが、医療の質の維持が可能な医療費の伸び率の水準をどの程度とするか、医療費の伸びの適正化を図るためには具体的にどのような手法が適切かといった点について幅広く検討を進める必要がある。

## 2)老人医療費の公平な分担

高齢者の医療費に係る負担については、高齢者の心身の特性なども勘案し、現役世代と比較して低い水準となるよう設定されている。一方、公的年金の成熟化等もあって、可処分所得など高齢者の経済的能力は、平均的にみれば現役世代と遜色ないものになっている。老人保健拠出金の増大など現役世代の負担感が大きくなっている中で、高齢者と現役世代との負担の公平を図るためには、高齢者にもその負担能力に応じ「応分の負担」を現役世代と分かち合うことが求められている。こうした観点から、高齢者医療制度の対象年齢についてどう考えるか、高齢者の一部負担や保険料負担の水準についてどのように考えるかといった点について検討する必要がある。

現在、老人医療費は、その3割が公費で、残りの7割が現役世代が中心となって負担している各医療保険者の拠出金で賄われている。制度の持続性を高め安定化を図るためには、どのような形であるにせよ、引き続き現役世代の支援が不可欠であるが、こうした負担を担う各保険者や国民の理解を得ていくためには、各医療保険者間の分担や公費(税)と保険料との分損を公平なものとしていくことが求められている。

### (2) 医療保険制度全般を通じた見直しと診療報酬体系や薬価制度の見直し

医療制度改革の中心的な課題が高齢者医療制度の見直しにあるのは言うまでもないが、医療保険制度は全体として一体であり密接不可分な構造になっている。医療保険制度の持続可能性を高め安定化を図るためには、医療保険制度全般を通じて、制度間・世代間で給付と負担を公平なものとしていくとの視点が重要である。

診療報酬体系および薬価制度についての見直しも逐次行われてきているが、診療報酬体系のあり方については、医療機関の機能分担と連携の促進、医療技術の適正評価、出来高払いと包括払いの最善の組合せ、患者への適切な情報提供の推進、高齢者の心身の特性を踏まえた高齢者医療のあり方など、薬価制度については、調整幅方式、先発品と後発品、画期的新薬、希少疾病用医薬品の薬価算定ルールなどの課題について、引き続き検討を進めていくこととしている。

### (3) 2002(平成14)年度制度改革に向けて

国民誰もが安心して良質な医療サービスを受けることができるという我が国の医療保険制度は、今世紀に迎える本格的な高齢化社会においても堅持していかなければならない。すべての国民の生活を支える基本となる医療制度改革に当たっては、利害や立場を越えた国民的な合意が不可欠である。厚生労働省においては、2001(平成13)年3月に、医療制度改革についてこうした国民的な議論を行っていただくための素材として、医療制度の現実の姿や問題点等についてまとめた「医療制度改革の課題と視点」を公表した。また同年5月から6月にかけては全国4か所(神戸、福岡、札幌、横浜)で「医療改革フォーラム」が開催された。厚生労働省としては、経済財政諮問会議等の指摘や政府・与党社会保障改革協議会等の議論を踏まえつつ、2002(平成14)年度に向けて今後、更に検討を進めることとしている。

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第3節 医療提供体制の見直し

##### 1 医療法等の一部改正

---

医療技術の進歩、高齢化の進展、国民生活の水準の向上や意識の変化など、医療をとりまく環境が大きく変化している中、これらの変化に適切に対応した医療提供体制を構築していく必要がある。我が国の医療提供体制は、国民に広く遍く医療の提供を行うという理念の下、医療機関の整備や医療関係者の充実を行ってきており、医療資源の地域的偏在を是正する必要はなおあるものの、量的な面での整備は十分整ってきたといえる。しかしながら、世界の標準と比較した場合、平均在院日数が長く、病床数が多いことなどにより、病床当たりの医療従事者数が少ないなどといった課題が指摘されており、医療の質や効率性を高めていく必要がある。

このような状況を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、「医療法等の一部を改正する法律」が2000(平成12)年11月に成立し、2001(平成13)年3月より施行された(一部2004(平成16)年4月、2006(平成18)年4月施行)。今回の改正は、入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進および医療従事者の資質の向上を図ることを三つの柱として行われたものである。

#### 図1-3-1 医療法等の一部を改正する法律の概要(主な改正事項)

## 図1-3-1 医療法等の一部を改正する法律の概要（主な改正事項）

### 【制度改正の趣旨】

高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化などを踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進および医療従事者の資質の向上を図る。

### ○ 入院医療を提供する体制の整備 <医療法>

#### ○ 病床区分の見直し

結核病床、精神病床、感染症病床を除いた病床（従来の「その他の病床」）を「療養病床」および「一般病床」に区分

#### ① 療養病床

- ・ 人員配置および構造設備基準は現行の療養型病床群と同じ

#### ② 一般病床

- ・ 入院患者4人に対し看護婦1人の基準を入院患者3人に対し看護婦1人に引上げ
- ・ 病床面積について患者1人当たり6.4㎡以上に引上げ（新築・全面改築）

- \* 現行の「その他の病床」を有する病院は、施行日から2年6ヶ月以内に新たな病床区分の届出を行う
- \* 人員配置基準については、へき地・離島等の病院又は現行の「その他の病床」が200床未満の中小病院について施行後5年間の経過措置を設定
- \* 5年間の経過措置期間後の取扱いについては、対象となる病院の病床区分の推移や看護職員の充足状況等を踏まえて見直しを行う

※2001（平成13）年3月1日から実施

### ○ 医療における情報提供の推進 <医療法>

#### ○ 広告規制の緩和

「診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報を提供することができる旨」を広告できる事項として追加

※2001（平成13）年3月1日から実施

### ○ 医療従事者の資質の向上 <医師法・歯科医師法>

#### ○ 医師および歯科医師の臨床研修の必修化

診療に従事しようとする医師・歯科医師の臨床研修を必修とする（現在は努力義務）

〔医師は2年以上、歯科医師は1年以上の臨床研修〕

※ 医師の臨床研修に係る部分は2004（平成16）年4月から実施

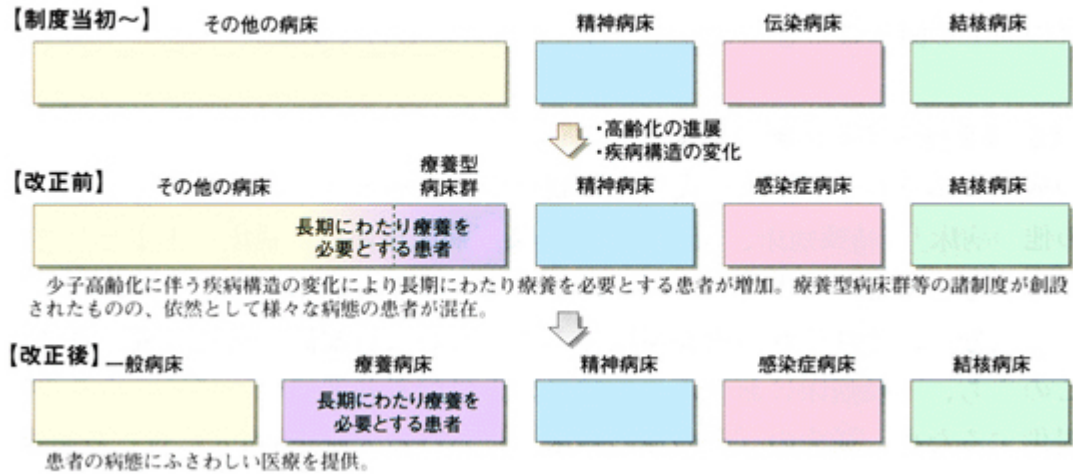
歯科医師の臨床研修に係る部分は2006（平成18）年4月から実施

### (1) 入院医療を提供する体制の整備

患者の病態にふさわしい医療を提供する観点から、病床区分の見直しを行い、従来の「その他の病床」（結核病床、精神病床、感染症病床を除いた病床）を主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための「療養病床」と、それ以外の「一般病床」に区分し、それぞれの療養環境にふさわしい人員配置、構造設備の基準を定めた。このうち、一般病床における看護職員の人員配置基準については、より手厚い看護を提供するため、従来の「その他の病床」における入院患者4人に対し看護職員1人から、入院患者3人に対し看護職員1人に引き上げられた。

図1-3-2 病床区分の考え方

図1-3-2 病床区分の考え方



### (2) 医療における情報提供の推進

患者の医療に関する情報を求めるニーズの高まりに応えるとともに、患者による医療機関の選択を進めるため、医療に関する情報提供の推進は極めて重要であることから、医療機関に関する広告規制の緩和を行った。これにより、「診療録その他診療に関する諸記録(カルテ等)に係る情報を提供することができる旨」「財団法人日本医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果」などが、新たに広告できる事項として追加された。

### (3) 医療従事者の資質の向上

高度化、専門化する医療技術に対応し医師等の専門分化が進展していく一方で、高齢化などによる慢性疾患患者の増大などから、患者を全人的に診られる医師等の養成が求められている。このため、医師等の資質の一層の向上を図り、特に臨床能力を高めるとの観点から、現在努力義務として行われている医師・歯科医師の卒後臨床研修を、医師については2004(平成16)年4月から、歯科医師については2006(平成18)年から、診療に従事しようとするすべての医師・歯科医師に必修化することとし、現在、研修内容・環境の改善・充実に向けた検討を行っているところである。

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第3節 医療提供体制の見直し

##### 2 医療安全対策の推進

---

近年、多くの医療事故が報じられており、医療の安全に対する国民の関心は高まっている。医療の安全を確保することは極めて重要な課題であり、厚生労働省としてもこれを積極的に推進していくこととしている。

医療事故を防止する観点からは、研修等を通じ医療従事者の意識向上を図るのみならず、個々の職員が誤りを犯してしまったとしても事故に発展しないような考え方に立ち、医療機関において医療安全に対する組織的な取り組みが行われることが必要である。また、医療事故の多くは投薬段階で起こるというデータもあり、投与する薬剤を間違えるといったミスを防ぐ観点からは、製造業者等において、医薬品の表示の改良、医療用具の仕様の変更等を行うなど、使用するもの自体の改善により人為的なミスを減らすための取り組みが必要である。このように、現在、全医療関係者が医療事故の防止に向けた積極的な取り組みを行っており、行政としてもこれを積極的に支援するための各般の施策を行っているところである。

具体的には、国立病院等において医療事故防止手順書を作成するための「リスクマネジメントマニュアル策定指針」の策定(2000(平成12)年9月)、国公立大学病院等の高度な医療を提供する特定機能病院における安全管理の確保のための体制の義務化(2000年4月施行)、医療事故を起こした特定機能病院に対する改善指導等の措置、インシデント事例(ヒヤリとしたりハッとした事例)の収集分析などによる医療安全管理体制の確保に関する調査研究、医療関係団体の代表者による医療安全対策連絡会議の開催(厚生労働大臣から医療事故防止に向けた取り組みを要請)、医薬品・医療用具等関連医療事故防止システムの確立などを行ってきたところである。

また、2001(平成13)年を「患者安全推進年」として位置づけ、「患者の安全を守るための医療関係者の共同行動(Patient Safety Action;PSA)」を推進することとしている。

さらに、2001年4月に医療関係者のみならず、産業工学などの幅広い専門家からなる「医療安全対策検討会議」を開催するとともに、インシデント事例の収集分析や、医療従事者に対する教育、研修の充実など、総合的な医療安全対策の確立に向け、取り組んでいるところである。

---

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第3節 医療提供体制の見直し

##### 3 医療における情報化

---

医療の高度化・専門分化等が進む中、より質の高い医療提供のための環境整備が課題となっており、その方策として医療の情報化の必要性が指摘されてきている。一般に情報化は、情報のネットワーク化が実現されることにより、科学的、客観的データが多量にかつ容易に蓄積されるとともに、大量の最新医療情報がリアルタイムに伝送、共有されることが可能となることであり、医療分野においては、診療情報の電子化・高速伝送・同時共有がなされ、最新医療情報への多方向アクセスが可能となることを意味している、その結果、医学研究の活性化と発展が促進されるとともに、医療の質の向上と医療の効率的提供が期待される。

このように、医療のあり方を大きく変化させる手段として、今後医療分野における情報化が進められることとされており、医療の情報化を進める上で重要な診療録等の電子化に関しては、1999年(平成11)年4月に関係局長通知により、これまで紙やフィルム等の形でしか保存を認められていなかった医療に関する情報について、電子媒体による保存も可能とした。

また、医療情報の電子化と患者情報を相互に伝送する場合に必要な基盤整備として、診療情報の用語・コードの標準化(病名、手術・処置、医薬品、検査、医療材料)を整備し、2000(平成12)年11月から提供を開始している。

医療の情報化を進めるに当たって、明確な目標を設定するとともに、今後の保健医療情報のあり方を明らかにするため、2001(平成13)年3月より「保健医療情報システム検討会」を開催し保健医療分野における情報化の戦略的グランドデザインを作成することとしている。

---

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第3節 医療提供体制の見直し

#### 4 EBMの推進

---

EBM(Evidence-based Medicine)とは「根拠に基づく医療」のことであり、「臨床の現場において、医師が診ている患者に対する臨床上の疑問点に関して、最新の医学情報を検索し、その治療法が患者に適応できるかどうかを十分吟味し、さらに患者の価値観や意向を加味した上で臨床判断を下し、専門技能や経験を活用して医療を行うこと」とされる。

EBMを実践することにより、医師は最新の医学情報や治療法を容易に取得することが可能となり、患者に対して、患者の抱えている健康上の問題点や疾病の病態に適した治療法を提供する際の支援となる。

また、EBMに基づいた情報提供を進めることにより国民が医学情報や最新の治療法などを入手しやすくなることで、自分の病気をより理解し、納得して治療を受けることも可能になると考えられる。

このことから、厚生労働省としてもEBMを積極的に推進することとしており、そのための取組みとして、学会が最新の治療法を集積した診療ガイドラインを作成することを支援しているほか、それらをいち早く臨床の現場で利用できるよう、医学情報の提供体制整備として最新の医学情報や専門家が評価した医学文献および診療ガイドラインに関するデータベースの整備について、関係者による検討を進めているところである。

---

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第3節 医療提供体制の見直し

##### 5 病院機能の評価の推進

---

国民の医療に対する要望の高度化・多様化や医療の質に対する認識の高まりなどを背景として、病院の機能に対する評価への関心が高まりつつある。

このことから、(財)日本医療機能評価機構において、病院の診療・看護体制、運営管理状況等に関して第三者の立場で評価を行う「第三者病院機能評価事業」が1997(平成9)年から本格実施されている。評価・認定を受けている病院は499(2001(平成13)年6月18日現在)であり、これらの病院名については同機構のホームページなどを通じて公表されている。また、2002(平成14)年度には、評価項目の見直し・充実を図る予定であり、現在、国民の最も関心の高い医療安全の確保についての取組み状況を評価するため、患者の安全確保の視点等を新たに評価項目に盛り込むなど、最近の医療をとりまく環境の変化を踏まえた審査項目に改訂するための取組みが進められている。

---



## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第3節 医療提供体制の見直し

##### 6 地域における医療提供体制の整備

---

###### (1) 救急医療対策

これまで、地域の救急患者を対象とした初期(主として外来医療)、2次(入院が必要な重症患者に対応)および3次(救命救急センター)の救急医療機関と救急医療情報センターからなる救急医療体制の整備を進めてきているところであり、1999(平成11)年度には救命救急センターの評価制度を導入し、2000(平成12)年度より個別センターの評価結果の公表を開始したところである。

また、「病院前救護体制の在り方に関する検討会」における検討結果等を踏まえ、救急救命士制度を含めた病院前救護体制の充実に引き続き取り組んでいくこととしている。

さらに、1999年度から2000年度に試行的に実施したドクターヘリ(医師が同乗する救急専用ヘリコプター)事業においては、救命救急医療上、顕著な成果が得られたところでありこの結果を踏まえ、2001(平成13)年度より全国的な展開を図るため、都道府県事業として本格的に導入を進めることとしている。

###### (2) へき地医療対策

へき地における保健医療対策については、2001(平成13)年度から第9次へき地保健医療計画を策定し、従来2次医療圏を単位として行われてきたへき地保健医療対策について、より広域的に行うための企画・調整ができるよう新たに「へき地医療支援機構」の設置を進めることとしている。また、「へき地中核病院」および「へき地支援病院」については、「へき地医療拠点病院」として再編成するとともに、効率的なへき地医療支援の推進を図るために関係者間で各種の情報を共有化するための「へき地保健医療情報システム」の構築が進められている。

---

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第3節 医療提供体制の見直し

##### 7 医療サービスを担う人材の確保と資質の向上

---

良質な医療サービスが安定的に提供されるためには、それを担う医療従事者の確保と資質の向上が重要であり、卒前教育から国家試験、生涯教育に至るまで一貫した養成が必要である。

医師国家試験については、2001(平成13)年から、プライマリ・ケア、医の倫理、患者の人権に関することなど、医師として基本的な事項である問題を増やすなど、出題内容や実施方法の改善に取り組んだところである。

また、薬剤師養成に係る諸問題に関しては、1999(平成11)年5月より、文部科学省、厚生労働省、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会そして国公立および私立の大学薬学部・薬科人学の関係者からなる「薬剤師養成問題懇談会」において、病院等での実務実習の充実方策や6年制を含む修業年限のあり方など、薬学教育の充実方策について具体的な検討が行われている。

看護職員の確保については、離職の防止、再就業の支援、養给力の確保および資質の向上等の施策を総合的に講じており、看護職員就業者数は、1989(平成元)年末の80.2万人から1999年末では113.4万人と順調に増加してきたところである。また、2000(平成12)年12月には新たな看護職員需給見通し(2001年～2005(平成17)年)を策定したところであり、2005年末には130万人前後でおおむね需給が均衡するものと見込んでいる。

准看護婦の問題については、1999年4月の「准看護婦の移行教育に関する検討会」の報告を踏まえ、看護婦免許の取得を希望する就業経験の長い准看護婦を対象とした移行教育の実施について、関係者との調整を図っているところである。

また、2002(平成14)年4月から、准看護婦のカリキュラムの総時間数を1,890時間に引き上げ、資質の向上を図ることとしている。

---

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第4節 政策医療を担う国立病院・療養所

##### 1 政策医療の実施と再編成の推進

---

国立病院・療養所は、戦後、旧陸海軍病院などを引き継いで発足し、当時、国民病といわれた結核の治療など国民の医療の向上に大きく貢献してきたが、医療内容の高度化・多様化や他の開設主体による医療機関の量的な充足など医療環境が大きく変化する中で、国立医療機関としてふさわしい役割を積極的に果たすことが求められるようになった。

このため、地域における基本的・一般的医療の提供は原則として他の公私立医療機関に委ね、国立病院・療養所は、広域を対象とした高度又は専門医療など、国の施策として担うべき医療(政策医療)を実施することとした。

具体的には、1)がん、循環器病などに対する高度先駆的医療、2)エイズ、ハンセン病、結核など歴史的・社会的な経緯等により地方・民間での対応が困難な医療、3)国際的感染症、広域災害への対応など国家の危機管理や積極的国際貢献、の各々については、全国的なネットワークを構築し、診療のみならず、臨床研究、教育研修および情報発信と一体となった医療を行うとともに、4)診療報酬支払方式に関するモデル的試行など、国家的見地から重要な医療政策の実践に取り組んでいるところである。

こうした国立医療機関として担うべき役割を積極的に果たしていくため、限られた経営資源を集中・集約すべく、施設の統廃合、経営移譲等による再編成を強力に推進しているところである。具体的には、1986(昭和61)年に策定した再編成計画に基づき、当時の239施設を165施設(1999(平成11)年に152施設に見直し)に再編成することとしており、2000(平成12)年度末までに42施設の再編成が完了したところである。

また、2001(平成13)年4月には、再編成の一層の推進を図るため、1986年の再編成計画対象施設のうち未実施施設(32施設)について、移譲又は廃止の別、実施予定時期、移譲する場合の引受先の候補を具体的に公表したところであり、今後も引き続き再編成を推進していくこととしている。

---

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第4節 政策医療を担う国立病院・療養所

##### 2 経営改善の実行

---

国立病院・療養所が政策医療を安定して遂行するためには、経営改善を着実に実行し、効率的な経営体制の確立を図ることが重要である。

1992(平成4)年度まで国立病院・療養所の財政状況は悪化の一途をたどっていたが、その後、診療収入の確保、経費の節減等の経営改善に努力してきた結果、経常収支比率は1992年度には国立病院90.4%、国立療養所76.9%であったが、1999(平成11)年度には国立病院103.2%、国立療養所94.1%まで向上してきており、引き続き経営改善に努めていくこととしている。

---

## 第2部 主な厚生労働行政の動き

### 第1章 安心・信頼してかけられる医療の確保

#### 第4節 政策医療を担う国立病院・療養所

##### 3 独立行政法人化に向けた準備

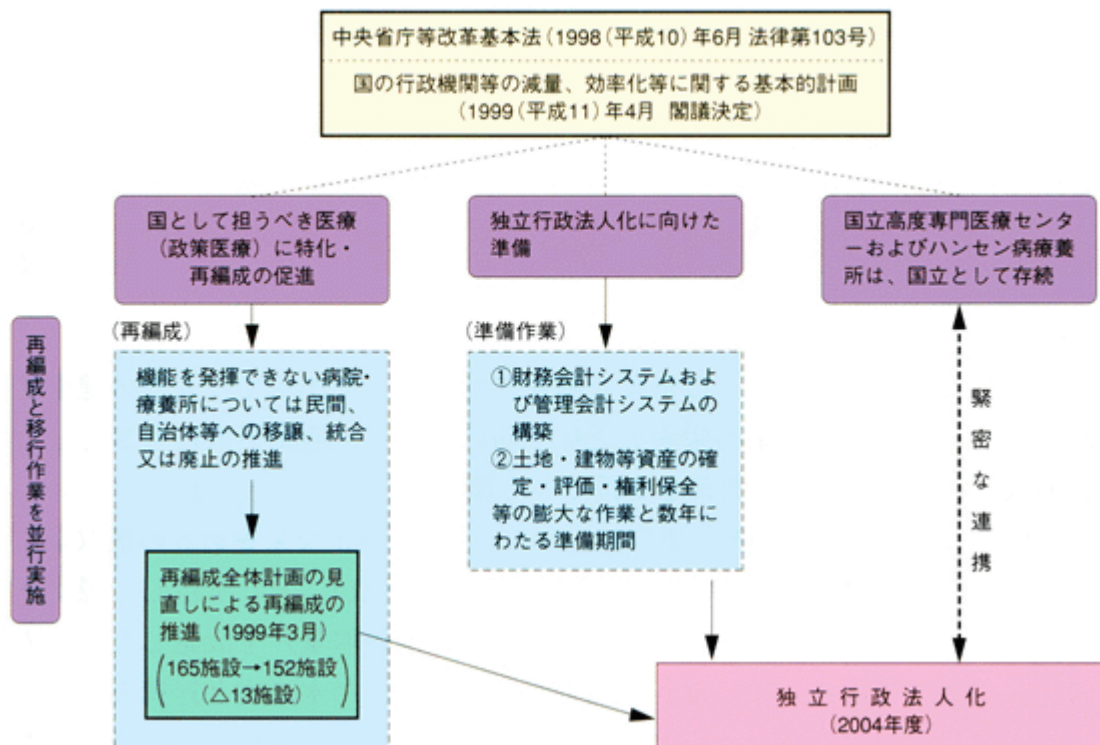
国立病院・療養所については、高度かつ専門的な医療センターやハンセン病療養所等を除き、独立行政法人に移行することとされている。

2000(平成12)年に閣議決定された「行政改革大綱」においては、各施設ごとに業績評価ができるよう区分経理する形で単一の独立行政法人に2004(平成16)年度に移行し、そのための法案を2002(平成14)年の通常国会に提出することとされており、今後、制度設計、実務作業の両面にわたる準備作業を進めていく必要がある。

国の組織から独立行政法人に移行することにより、弾力的な病院運営が可能になり、効率性の向上、透明性の確保および質の向上が図られることとなる。とはいえ、独立行政法人に移行した後も、国立病院・療養所の役割は、政策医療を適切に遂行することであることに変わりはなく、今後、経営の効率性を追求するとともに、政策医療の質の確保、向上を図ることにより、引き続き医療の向上に貢献していくこととしている。

図1-4-1 独立行政法人への移行

図1-4-1 独立行政法人への移行



*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*