

# 第7章 国民が安心できる医療の確保

## 第1節

### 持続可能な医療保険制度の確立

#### 1 医療制度の現状

我が国の医療制度は、すべての国民が健康保険や国民健康保険といった公的な医療保険制度に加入し、いつでも必要な医療を受けることができる国民皆保険制度を採用している。

こうした仕組みは、経済成長に伴う生活環境や栄養水準の向上などとも相まって、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現する上で大きく貢献し、今日、我が国の医療制度は、国際的にも高い評価を受けている。

その一方で、医療制度を取り巻く環境は現在大きく変化している。

まず、世界的にも例を見ない急速な高齢化が進展し、老人医療費を始めとする医療費が年々増大しているが、医療費をまかなう主たる財源である保険料は、厳しい経済環境の下で伸び悩んでおり、医療保険財政は極めて厳しい状況にある。

また、遺伝子治療や再生医療など医療技術が日進月歩の勢いで進歩する中で、こうした技術の進歩にどのように対応していくかが問われている。さらに、医療は専門性の高いサービスであるが、近年、インフォームドコンセント（説明と同意）に見られるように、患者からは自らが受ける医療を「知りたい」「選びたい」といった要求が高まっている。

こうした医療制度を取り巻く環境の構造的な変化に対応し、国民の安心の基盤である医療制度を将来にわたり揺るぎない持続可能なものへと再構築していくことが求められている。

## 2 医療費の動向

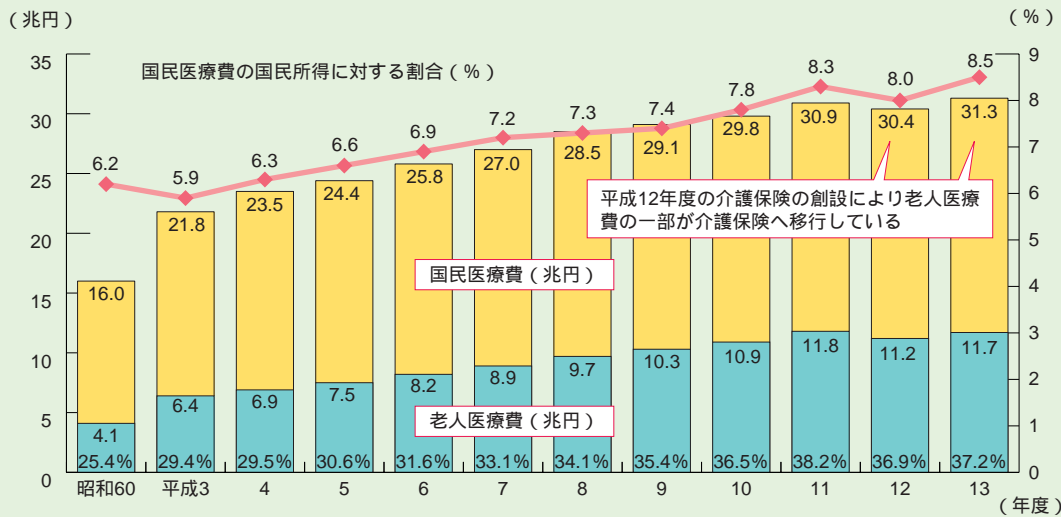
近年、国民医療費は経済（国民所得）の伸びを上回って伸びており、国民所得の約8%を占めるに至っている。中でも国民医療費の3分の1を占める老人医療費の伸びが著しいものとなっている。

今後とも、高齢者数の増加に伴い老人医療費が増加していくことが見込まれるが、経済の伸びを大きく上回って医療費が伸び続ければ、これを支える国民、特に保険料の主たる負担者である若年層の負担が過重なものとなる。

今後の医療制度を考える場合、こうした医療費の伸びを経済・財政とも均衡のとれた適正なものとしていくとともに、いかに増加する負担を国民全体で公平に分かち合っていくかが、重要な視点となる。

◀ 図表7-1-1

図表7-1-1 国民医療費の推移



国民医療費等の対前年度伸び率（％）

	昭和60	平成3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
国民医療費	6.1	5.9	7.6	3.8	5.9	4.5	5.8	1.9	2.6	3.7	1.9	3.2
老人医療費	12.7	8.1	8.2	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	5.1	4.1
国民所得	6.8	6.4	0.5	0.0	1.3	0.1	3.3	0.9	3.0	1.6	1.6	2.7

### 3 医療保険財政の状況

医療保険財政の現状については、各制度とも厳しい状況になっている<sup>(注)</sup>。具体的には2002(平成14)年度の健康保険組合の財政状況については、被保険者数と保険料収入の大幅な減少及び老人保健拠出金及び退職者給付金の増加により、過去最高の約4,000億円の経常赤字となっている。また、総収支から積立金等の取り崩しによる収入の補填分を除いたネットの総収支ベースでも、約2,500億円の赤字となっている。

2002年度の政府管掌健康保険の単年度収支は、被保険者数や給与の減少による保険料収入の減少などにより過去最高の約6,200億円の赤字となり、累積の収支も赤字となっている。

市町村が運営している国民健康保険の財政状況についても同様に、厳しい経済状況、就業構造の変化、高齢者や低所得者の増加等により2002年度は約2,300億円の経常赤字となっている。

### 4 近年における改革の経緯

#### (1) 基本方針の策定まで

医療制度改革については、1997(平成9)年以降、薬価制度の見直しによる薬価差の縮小、包括化の推進など診療報酬体系の見直し、病床区分の見直し等を行う医療法の改正、高齢者の定率1割負担の導入等を行う健康保険法等の改正など、着実に改革が進められてきたが、医療を取り巻く環境が大きく変化するとともに医療保険財政が厳しい状況となる中で、将来にわたり持続可能な制度としていくためには、更なる改革を行うことが必要となっていた。

このため、2002(平成14)年度に健康保険法等が改正され、各保険間の給付率を7割に統一するなどの各制度・世代を通じた給付と負担の見直し、老人医療の対象を70歳以上から75歳以上に、老人医療費に係る公費負担の割合を3割から5割に、それぞれ段階的に引き上げることによる高齢者への施策の重点化、国民健康保険制度の財政基盤の強化等を柱とする改革を実施した。

この2002年の改正では、改正法の附則に 保険者の再編・統合を含む医療保険制度体系の在り方、新しい高齢者医療制度の創設、診療報酬体系の見直しに関し、2002年度中に「基本方針」を策定することが盛り込まれ、これを受けて、2003(平成15)年3月28日に「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針(医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針)」を閣議決定し

(注) 各制度とも医療分の収支である。

た。

## (2) 基本方針の主な内容

基本方針の主な内容は以下のとおりである。

### 〔保険者の再編・統合〕

約5,000に分立している保険者について、地域の医療提供のまとまりに見合った保険者となるよう、都道府県単位を軸として保険者の再編・統合を進める。

### 〔高齢者医療制度〕

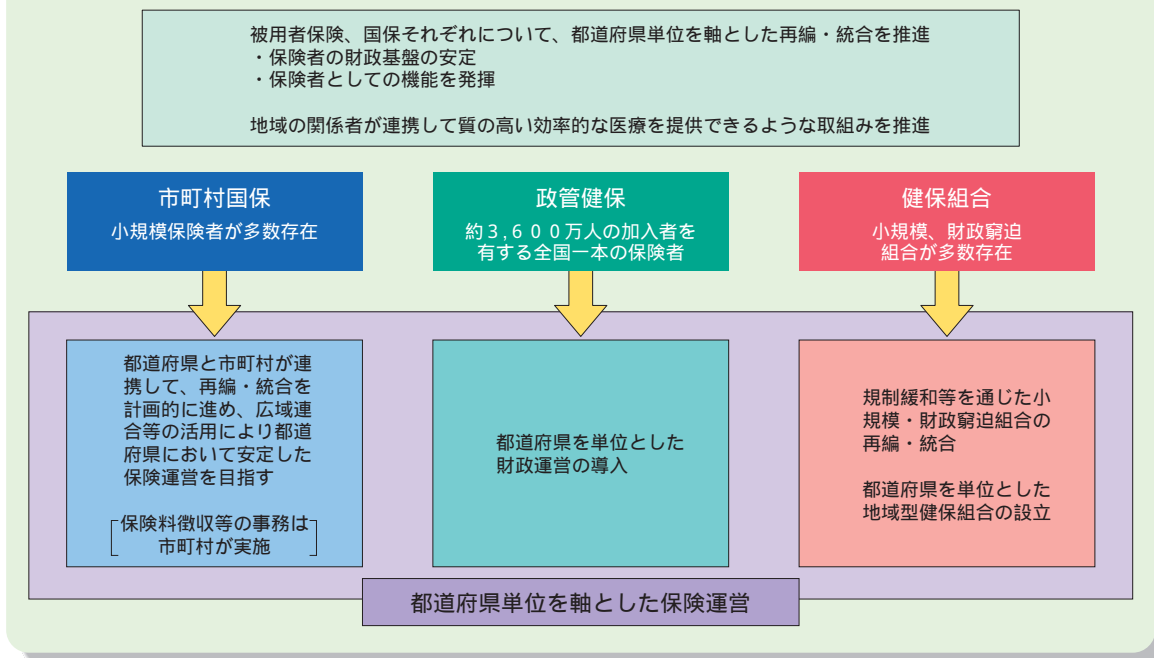
年金制度の支給開始年齢や介護保険制度の対象年齢との整合性を考慮し、また、1人当たり医療費が高く、国民健康保険、被用者保険の制度間で偏在の大きいことから、65歳以上の者を対象とし、75歳以上の後期高齢者と65歳以上75歳未満の前期高齢者のそれぞれの特性に応じた新たな制度とする。

### 〔診療報酬体系〕

患者の視点から質が高く効率的な医療が提供されるよう、診療報酬を定める基準・尺度の明確化を図り、国民にわかりやすい体系へと見直しを進める。

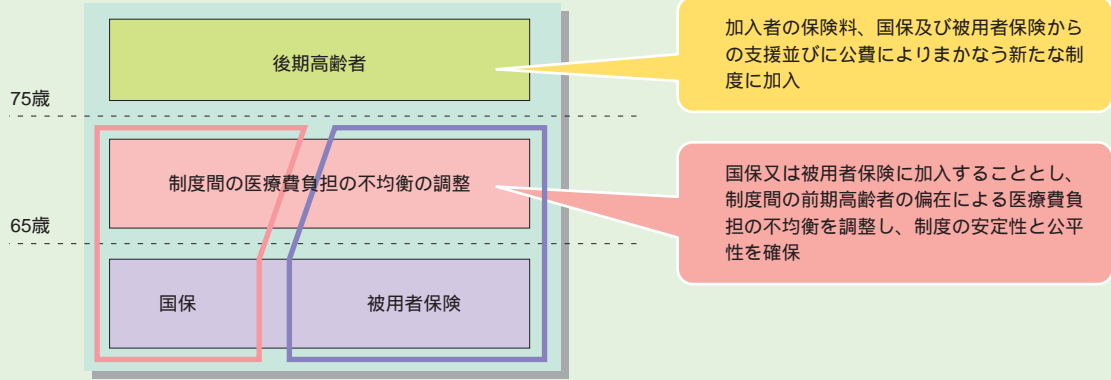
◀ 図表7-1-2  
 ▶ 図表7-1-3  
 ▶ 図表7-1-4

図表7-1-2 保険者の再編・統合の基本的考え方



図表7-1-3 高齢者医療制度の基本的考え方

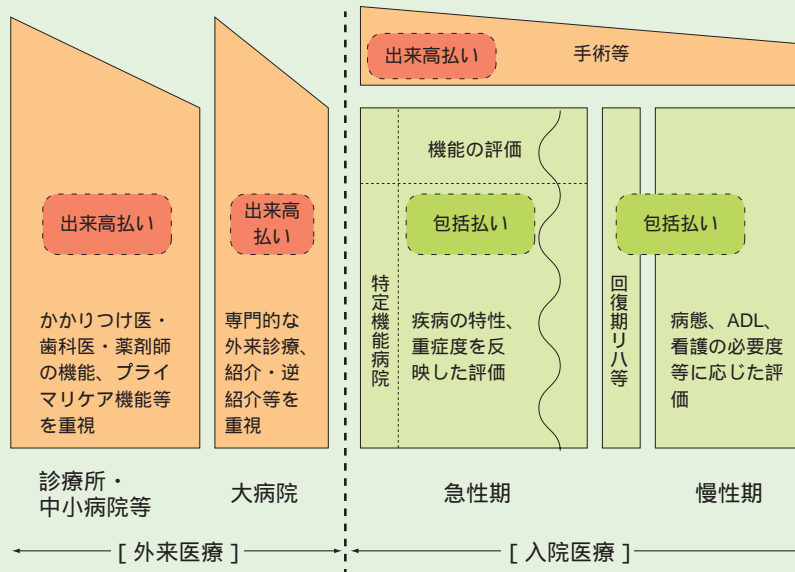
個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式とする  
65歳以上の者を対象に、後期高齢者と前期高齢者のそれぞれの特性に応じた制度とする  
世代間、保険者間の保険料負担の公平化、制度運営の責任主体の明確化を図る  
現役世代の負担が過重なものとならないよう、増大する高齢者の医療費の適正化を図る



図表7-1-4 診療報酬体系の基本的考え方

医療技術の適正な評価（難易度、時間、技術力を重視）  
ドクターフィー的要素

患者の視点の重視  
・情報提供の推進  
・患者による選択の重視



医療機関のコストや機能の適切な反映  
ホスピタルフィー的要素

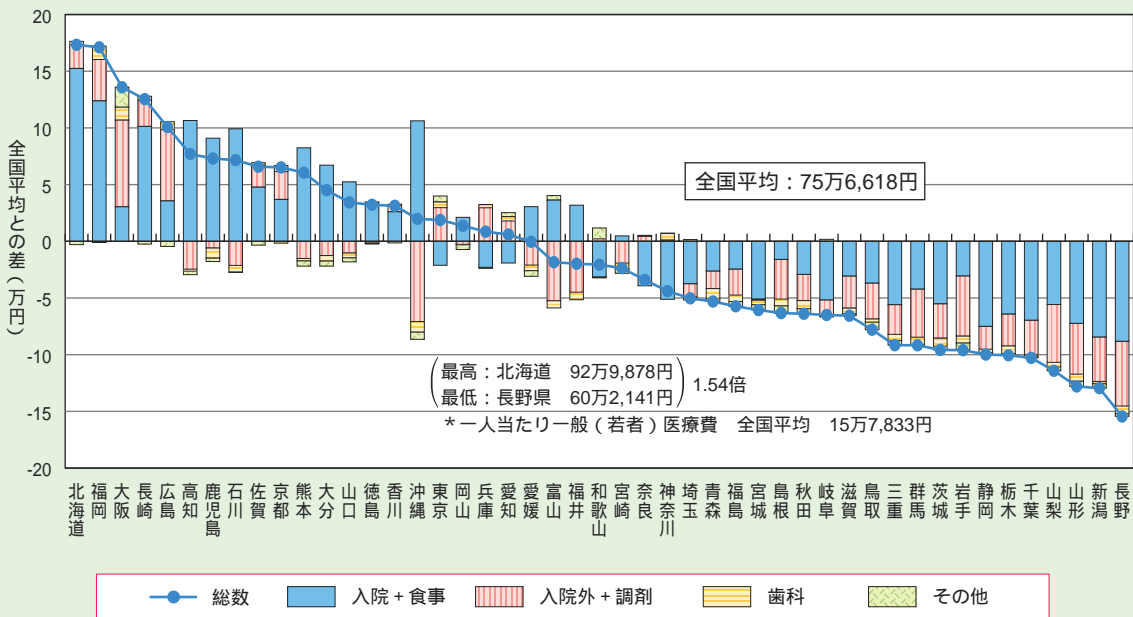
### (3) 老人医療費の伸びを適正化するための指針の策定

2002（平成14）年に改正された老人保健法の規定に基づき、都道府県・市町村の老人医療費の伸びの適正化に向けた取組みを支援することを目的とする「老人医療費の伸びを適正化するための指針（厚生労働大臣告示）」を2003（平成15）年9月に策定した。

指針においては、老人医療費の水準に地域特性があることから、老人医療費の伸びの適正化に当たっては、地域における老人医療費の現状の把握及び分析を行った上で、地域の実情を踏まえた施策の推進を図ることが重要であるとしている。また、老人医療費の分析・施策の推進のため、都道府県における推進体制の整備を図るとともに、計画の策定を行うことを求めている。

◀ 図表7-1-5

図表7-1-5 一人当たり老人医療費の診療種別内訳（全国平均との差）



資料：厚生労働省（2001年度）

## 5 診療報酬改定

2004（平成16）年度診療報酬改定については、中央社会保険医療協議会において、本体部分±0%、薬価等マイナス1.0%の改定を行うことが決定された後、個別の診療行為に対する評価等についての議論が進められ、同協議会の諮問・答申を経て、4月から実施された。今回の改定においては、患者中心の、質が良く安心できる効率的な医療を確立するという基本的考え方に立って、合理的でメリハリの利いた評価を行っている。

具体的には、

小児医療について、専門的な入院医療や救急医療体制等に対する評価の充実を図る、精神医療について、医療保護入院等における適切な処遇の確保への対応や精神科在宅医療等に対する評価の充実を図る、

2003（平成15）年4月から導入している急性期入院医療に係る診断群分類別包括評価（DPC<sup>（注）</sup>）について、その導入の影響の検証を引き続き行うとともに、調査協力医療機関についても、DPC方式を試行的に適用してデータ収集の拡大を図り、その評価を検証する、  
などである。

## 6 今後の課題と検討の視点

基本方針においては、医療保険制度体系については、安定的で持続可能な医療保険制度を構築する中で、給付の平等、負担の公平を図るとともに、良質で効率的な医療サービスを確保していくことを基本的な考え方としている。

また、診療報酬体系については、医療技術の適正な評価、医療機関のコストや機能の適切な反映、患者の視点の重視といった視点に立って見直しを進めることとしている。

基本方針に基づく改革については、2008（平成20）年度の実現を目指し、法律改正を伴わず実施可能なものについては逐次実施に移すものとし、法律改正を伴うものについてはおおむね2年後を目途に順次制度改正に着手することとしている。現在、この基本方針に基づく改革については社会保障審議会医療保険部会等において検討が進められているところである。

（注） 診断群分類による1日当たりの包括評価を原則とした支払い方式。大学病院等82病院において、2003（平成15）年4月から導入されている。



具体的には、新しい高齢者医療制度の創設については、高齢者の保険料負担の在り方、若年者からの支援の在り方、後期高齢者の医療を担う保険者などについて検討が進められているところである。

また、少子高齢化がピークを迎える将来においても持続可能な医療保険制度を維持していくためには、増大する医療費の伸びを適正なものとしていくことも求められている。

そのためには、医療費における地域差、生活習慣病対策、医療保険と介護保険の役割分担や連携といった課題に地域において取り組んでいくことが必要である。

医療費における地域差については、「基本方針」においては医療には地域特性（疾病構造、患者の受診行動等）があり、それに起因して生ずる医療費の地域差（年齢構成の違い以外の要因による医療費の格差）については、地域における適正化努力を促すような仕組みを導入することとしている。今後保険者の再編・統合の議論を進める中で医療費の地域差が保険料に反映されることを通じて、地域における医療費適正化努力がなされるような取組みを検討していくことが必要である。

また、人口の高齢化とともに、疾病全体に占める割合が増加している生活習慣病対策を検討することが医療保険制度にとっては重要である。生活習慣病は若年期からの生活習慣に根ざしたものであり、一旦発症すると完治は難しいという特徴がある。このため、若年期からの予防が必要であり、保険者においては、被保険者相談等の保健事業への取組みが求められる。今後、都道府県単位で保険者が保健事業を共同実施することなどにより保健事業を効率的に実施していくことが重要である。

さらに、高齢者、とりわけ後期高齢者の状態に相応しい医療サービスの在り方の検討に当たっては、急性期の医療から退院後の在宅における医療・介護に至るまでのサービスについて、変化する高齢者の状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、医療保険と介護保険の役割分担と連携の在り方について検討していくことが必要である。

今後はこのような視点に立って、医療と関連する健康施策等の動向と併せて医療保険制度改革の検討を進めていくこととしている。



## 第2節

### 安心で質の高い医療提供体制の整備

#### 1 我が国の医療提供体制の課題と改革の方向

少子高齢化の進展、医療技術の進歩、患者・国民の意識の変化等の医療を取り巻く環境の変化に対応し、我が国の医療制度が将来にわたって国民生活の安心の基盤として機能できるよう、医療保険制度の改革と併せて、医療提供体制について改革を進めることが課題となっている。

こうした医療制度の改革には、国民皆保険やフリーアクセスといった我が国の医療制度の基本的な特徴を維持しつつ、医療提供体制の整備状況の地域的な違いなどの残された量的な課題にも対応しながら、医療の質の向上を目指していく必要がある。

こうした改革を進めるに当たっては、医療提供体制の将来像について国民的な合意を得ていくことが重要である。このため、厚生労働省では、有識者や関係団体も含め国民各層の幅広いご意見をいただきながら、2003（平成15）年8月に、「医療提供体制の改革のビジョン」を取りまとめ、医療提供体制の分野ごとの将来像のイメージやその実現に向けて当面進めるべき施策を示したところである。ビジョンでは、今後の医療提供体制の改革は、患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め、医療への参加意識を持つとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供される患者本位の医療を確立することを基本として進めるべきであるとし、「患者の視点の尊重」、「質が高く効率的な医療の提供」、「医療の基盤整備」の3つの基本的視点に立って、医療に関する情報提供の推進、医療安全対策の推進、質の高い効率的な医療提供体制の構築、医療を担う人材の確保と資質の向上、医療分野の情報化の推進、医薬品・医療機器産業の国際競争力の強化などの分野で改革を進めることが必要であるとされている。第1部第3章においては、医療安全対策の推進、医療を担う人材の確保と資質の向上等について記述したところであるが、このほか以下のような課題に取り組んでいくことが必要である。

## 2 地域における医療提供体制の確保

### (1) 小児救急医療体制の整備

小児救急医療については、我が国において少子化が進行する中で、今後の我が国社会を担う若い生命を守り育てるため、保護者の育児面の安心の確保を図るという観点から、体制の整備が急務となっている。

小児救急医療体制の整備については、一般の救急医療の場合と同様に、初期（主として外来医療）、二次（入院が必要な重症患者に対応）、三次（救命救急センター）の体系に沿い、地域ごとの実情に応じ、機能分化と連携に配慮した体制の整備を図るとの方針の下、二次医療圏単位で当番制により小児救急対応が可能な病院を確保する「小児救急医療支援事業」の実施や、二次医療圏単位での体制の構築が困難な地域において、複数の二次医療圏ごとに小児救急患者を受け入れる「小児救急医療拠点病院」の整備により、全国的な体制の整備に取り組んでいるところである。

また、小児救急医療を取り巻く現状においては、保護者の大病院指向により、多数の軽症者を含む小児患者が、夜間、病院へ集中し、これに伴い病院勤務の小児科医への負担が増大するなど、様々な問題が生じている。このため、全国共通番号（#8000）で保護者が夜間等に安心して小児救急医療に関する相談ができる窓口（小児救急電話相談事業）の創設や、医療関係者が積極的に小児救急医療に従事できるよう、地域の内科医等を対象とした小児救急に関する医師研修の実施、ITを活用して小児科以外の医師が小児科専門医の診療支援を受けながら診断に当たることができる小児救急医療ネットワークを構築するなど、小児救急医療体制の充実を図ることとしている。

さらに、小児救急に携わる医師の過重な労働が指摘されていることを踏まえ、2002（平成14）年度から、厚生労働科学研究において、小児科医師の勤務状況の改善、小児救急における地域小児科の連携体制の在り方等、小児科医の確保・育成に関する研究が行われている。

### (2) 救急救命士の業務の見直し

救急救命士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、救急救命処置を行うことを業とする者であるが、その業務拡大については、厚生労働省と総務省消防庁が合同で立ち上げた「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」の報告書（2002（平成14）年12月11日等）に基づき、病院前救護体制の充実に向けて、救急救命士の処置範囲の拡大と業務の高度化を図るため、2003（平成15）年4月から既に医師の包括的指示の下での除細動<sup>（注）</sup>が実施できることとなったが、気管挿管については、

（注）心室細動等の不整脈に対し、強い電流を瞬時に流すことにより、心拍を正常化させる治療法。

2004（平成16）年7月から必要な条件を満たした救急救命士が実施できることとなった。

なお、救急救命士が行う薬剤投与については、上記検討会の報告書において、「現段階ではエピネフリン（心臓の動きを増強するために用いられる薬剤）1剤に限定して、諸条件について整備、普及を図った上で、2006（平成18）年4月を目途に必要な諸条件を満たした救急救命士に使用を認めることとするべきである」とされたことから、今後、本報告書の内容を踏まえ、養成カリキュラムの見直し等、必要な準備を行う予定である。

### （3）へき地を含む地域における医師の確保等の推進

へき地を含む地域における医療提供体制の確保は、医療政策における重要課題の1つであり、これまでもへき地保健医療対策の推進、医療計画の導入等により、無医村地区数はこの30数年で大きく減少してきた（1966（昭和41）年の2,920か所から1999（平成11）年の914か所まで）ところであるが、医師の地域偏在は依然として大きな問題であり、へき地を含む地域での医師の確保は相当の困難が伴うものとなっている。

例えば、病院における医師の配置基準の適合率の状況を見ると（図表7-2-1）、北海道東北地域が全国平均を大きく下回っている。また、人口10万人当たりの医師数を各都道府県別に見ると（図表7-2-2）、各都道府県により大きなばらつきがあり、東北各県などでは全国平均を下回っている。一方、人口10万人当たりの病院の病床数を併せて見ると、北海道では全国平均を大きく上回る結果、病院の病床当たり医師数が全国平均を下回るといった状況も見られる。全国的にも、医療計画上の基準病床数を上回る病床数が存在し、病床過剰となっているところであり、医師確保の問題は、地域における病床の数や機能の在り方とも併せて検討する必要があると考えられる。

このような中、医師名義の貸し借りが大きな社会問題となっており、再発防止を徹底するとともに、大学と地域の医療機関との関係の在り方を見直し、国民の信頼を回復することが急務である。また、医師の臨床研修の必修化が2004（平成16）年度から実施されているところであり、中長期的には地域の医師確保にも資するものと期待される一方で、研修体制の整備等に伴う当面の地域医療への影響も指摘されている。

このため、厚生労働省、総務省、文部科学省においては、へき地を含む地域における医師の確保等について、2003（平成15）年11月に「地域医療に関する関係省庁連絡会議」を設置し、へき地を含む地域における医師の確保等について検討を行い、2004年2月に「へき地を含む地域における医師の確保等の推進について」として当面の緊急的な取組みを取りまとめ、併せて今後総合的に検討していく課題を整理したところである。

図表7-2-1▶  
図表7-2-2▶

図表7-2-1 医師の配置標準の適合率

地 域		全国	北海道 東 北	関東	北 陸 甲信越	東海	近畿	中国	四国	九州
適 合 率	2002年度	75.0	52.0	79.1	67.1	79.3	89.5	74.1	74.0	79.0
	2001年度	72.6	51.3	77.1	64.4	75.3	87.0	71.5	72.0	75.8
	増減数	2.4	0.7	2.0	2.7	4.0	2.5	2.6	2.0	3.2
全国との差（2002年度）			23.0	4.1	7.9	4.3	14.5	0.9	1.0	4.0

\* 適合率：当該年度に立入検査を行った病院のうち医療法で外来患者・入院患者の数等に応じて定められる医師数の標準を満たしているものが占める割合

資料：医療法第25条に基づく立入検査結果について（2002年度）

（注）「東海」は、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県を、「近畿」は、三重県を除く近畿を、「九州」は、沖縄県を含む。

当面の取組みとしては、まず、「地域における医療対策協議会」の開催を推進することとしている。具体的には、都道府県における、医師会等の医療関係団体、地域の中核的な病院、当該都道府県内の医科大学・大学医学部等を構成員とし、医師の確保が困難な地域について、医療提供体制の整備状況についての地域・診療科ごとの分析等を踏まえ、医療機関の機能分担や連携の推進、必要な医師の確保や医療機関への配置、地域医療を担う医師の生涯を通じた教育研修体制の整備等について協議を行い、対応策を推進する協議会の開催を促進するものである。このほか、医療提供体制の再編・合理化、連携の推進、地域医療を担う医師の養成・確保の推進のための施策を講じることとしている。

また、更に総合的な対策を推進することが必要であり、新たなへき地保健医療計画の策定や、医療計画を見直し、地域における医療提供体制の整備の実効性を高める方策の検討などを行うこととしている。あわせて、関係省庁と共に、医師の養成・就業の実態、地域や診療科による偏在等を総合的に勘案し、2005（平成17）年度中を目途に医師の需給見直しを行うとともに、これを踏まえ、地域医療を担う医師の養成や地域への定着を推進する観点から、2005年度に向けて、自治医科大を含む医科大学、大学医学部の医師の養成システム（奨学金制度の構築、地域枠の設定を含む入学定員の在り方等）について検討を行うこととしている。

### 3 医療機関の機能分化と連携の推進

#### （1）一般病床と療養病床の区分の推進

2001（平成13）年3月に施行された第四次医療法改正により、病院の病床区分が見直された。これは、従来の病院の「旧その他病床」においては、発症後間もない又は症

図表7-2-2 都道府県ごとの医師数等の比較

都道府県別	病院の病床数			全医師数		
	2001年 実数	人口10万対 病床数	全国平均からの 乖離状況 (%)	2000年 実数	人口10万対 医師総数 (人)	全国平均からの 乖離状況 (%)
全 国	1,646,797	1,293.7	0.0	255,792	201.5	0.0
北 道	107,453	1,892.1	46.3	11,540	203.1	0.8
青 森	20,246	1,373.5	6.2	2,516	170.5	- 15.4
岩 手	21,032	1,488.5	15.1	2,469	174.3	- 13.5
宮 城	26,136	1,102.3	- 14.8	4,481	189.4	- 6.0
秋 田	17,754	1,499.5	15.9	2,155	181.2	- 10.1
山 形	14,956	1,205.2	- 6.8	2,307	185.4	- 8.0
福 島	31,452	1,480.1	14.4	3,686	173.3	- 14.0
茨 城	33,437	1,117.5	- 13.6	4,248	142.3	- 29.4
栃 木	22,488	1,118.8	- 13.5	3,782	188.6	- 6.4
群 馬	25,507	1,255.9	- 2.9	3,858	190.5	- 5.5
埼 玉	61,390	879.8	- 32.0	8,447	121.7	- 39.6
千 葉	56,431	945.6	- 26.9	8,426	142.2	- 29.4
東 京	131,036	1,079.6	- 16.5	32,157	266.6	32.3
神 奈 川	75,711	883.4	- 31.7	14,195	167.2	- 17.0
新 潟	30,304	1,225.4	- 5.3	4,270	172.5	- 14.4
富 山	18,102	1,614.8	24.8	2,452	218.8	8.6
石 川	20,733	1,754.1	35.6	2,809	237.9	18.1
福 井	12,504	1,506.5	16.4	1,685	203.3	0.9
山 梨	11,431	1,284.4	- 0.7	1,679	189	- 6.2
長 野	25,098	1,129.0	- 12.7	3,948	178.2	- 11.6
岐 阜	21,184	1,003.5	- 22.4	3,476	164.9	- 18.2
静 岡	39,526	1,045.4	- 19.2	6,223	165.2	- 18.0
愛 知	70,127	989.5	- 23.5	12,637	179.4	- 11.0
三 重	21,422	1,151.1	- 11.0	3,319	178.7	- 11.3
滋 賀	13,574	1,003.3	- 22.4	2,498	186	- 7.7
京 都	37,231	1,407.1	8.8	7,093	268.2	33.1
大 阪	115,086	1,305.1	0.9	20,586	233.8	16.0
兵 庫	64,761	1,162.5	- 10.1	10,879	196	- 2.7
奈 良	15,836	1,098.2	- 15.1	2,706	187.6	- 6.9
和 歌 山	14,820	1,390.2	7.5	2,472	231	14.6
鳥 取	9,092	1,483.2	14.6	1,615	263.3	30.7
島 根	12,142	1,595.5	23.3	1,807	237.3	17.8
岡 山	31,508	1,613.3	24.7	4,673	239.5	18.9
広 島	42,392	1,472.5	13.8	6,588	228.8	13.5
山 口	28,416	1,864.6	44.1	3,488	228.3	13.3
徳 島	16,581	2,017.2	55.9	2,222	269.6	33.8
香 川	17,430	1,705.5	31.8	2,482	242.6	20.4
愛 媛	23,726	1,591.3	23.0	3,363	225.2	11.8
高 知	20,367	2,505.2	93.6	2,128	261.4	29.7
福 岡	90,143	1,791.4	38.5	12,822	255.6	26.8
佐 賀	15,375	1,755.1	35.7	1,910	217.9	8.1
長 崎	28,945	1,913.1	47.9	3,637	239.8	19.0
熊 本	36,742	1,975.4	52.7	4,585	246.6	22.4
大 分	20,964	1,717.0	32.7	2,750	225.2	11.8
宮 崎	19,855	1,698.5	31.3	2,440	208.5	3.5
鹿 児 島	36,481	2,046.0	58.2	3,818	213.8	6.1
沖 縄	19,870	1,495.1	15.6	2,465	187	- 7.2

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」(2001年)及び「医師・歯科医師・薬剤師調査」(2000年)をもとに医政局にて便宜試算したもの



状が不安定なために短期間に集中的な医療を必要とする患者と長期にわたる療養を必要とする患者が混在し、これが病床の機能分化、質の高い効率的な医療提供の妨げになっていると考えられたことから、高齢化の進展、疾病構造の変化に伴い、高齢者を中心として、長期療養を可能とする医療提供体制を整備する一環として、主として急性期の患者などを対象とした「一般病床」と主として慢性期の患者を対象とした「療養病床」に区分することとされたものである。

この一般病床と療養病床の区分については、2003（平成15）年8月末までに、病院の開設者が選択して届出を行うこととされていたが、期限までにすべての必要な届出がなされたところであり、全国では、一般病床が約92万3千床（72.7%）、療養病床が約34万6千床（27.3%）となったところである。

今後は、一般病床と療養病床の区分を基本としながら、患者がその病状に応じてふさわしい医療を適切に受けられるという観点から、急性期医療、難病医療、緩和ケア、リハビリテーション、長期療養、在宅医療等といった機能分化と相互の連携を推進していく必要がある。

## （2）訪問看護の推進

人口の高齢化の進展等を配慮し、患者の生活の質の向上等のニーズに応えていくためには、在宅医療を推進する必要がある。特に、在宅のがん末期患者への対応、精神障害者の社会復帰の推進、ALS患者等の在宅療養生活の支援など、医療ニーズの高い患者に対して在宅での療養支援を行うことが重要な課題となっている。このため、在宅医療を推進する一環として、訪問看護ステーションの普及を図り、訪問看護の質・量両面での充実を図っていく必要がある。

このため、厚生労働省では2004（平成16）年度から、都道府県ごとに訪問看護を取り巻く環境の現状把握と対策を検討するための協議会の設置、訪問看護ステーション・医療機関に勤務する看護師の相互研修、訪問看護推進支援モデル事業等に対して助成を行うなどの訪問看護の推進策を講じているところである。

## 4 患者・国民の視点に立った情報提供等の推進

### （1）患者・国民の視点に立った規制改革の推進

厚生労働省では、「医療分野における規制改革に関する検討会」を開催し、患者・国民の視点に立った規制改革の推進についてご議論いただき、2004（平成16）年1月、医療分野における規制改革に関する基本的考え方や規制の将来の在り方、更には、当面取り組むべき規制の改革について報告書を取りまとめたところである。



すなわち、本報告書においては、患者・国民による選択と医療への参加、患者の自立支援、患者・国民のニーズへの適切な対応のための医療機関の自主性尊重と評価のための仕組みづくりといった患者・国民の視点に立った規制の見直しを進めることが適当であるとして、患者・国民に対する情報提供の推進、患者・国民による医療機関の選択と医療機関相互の競争の促進、医療機関の管理・運営や経営の在り方、地域における医療提供体制の整備、医療資格者の資質の確保・向上等について将来の規制の見直しの方向やその実現に向けての当面の取組みが提言されたところである。厚生労働省では、この報告書に沿って必要な対応を行っていくこととしている。

## (2) 医療機関に係る情報提供の推進

診療情報提供の推進については、既に第1部第3章第3節に述べたところであるが、あわせて、医療機関に係る情報提供を推進し、患者・国民が多様な情報にアクセスし、医療機関を選択できるようにすることが、患者・国民の視点から重要であると考えられる。

まず、医療に関する広告については、患者保護の観点から、一定の事項に限って広告を認めることとされており、これまでも数次にわたり緩和を行うとともに、2002（平成14）年4月、客観的で検証可能な事項について大幅な規制緩和を行ったところであり、今後も逐次緩和を行っていくこととしている。

また、患者・国民による医療機関の選択を支えるため、医療に関する多様な情報に容易にアクセスできるよう、独立行政法人福祉医療機構のWAMNETにおいて病院・診療所情報を、財団法人日本医療機能評価機構のホームページにおいて病院機能評価結果を提供しているところであり、医療機関、民間団体等も信頼性を確保しつつ更に特色ある多様な情報の提供を推進することが期待される。

## 5 医薬品・医療機器産業の国際競争力の強化

厚生労働省としては、生命科学の進歩が著しい21世紀において、患者の生活の質（Quality Of Life）の向上等に貢献する画期的な医薬品・医療機器が、国民に対してできるだけ早く合理的な価格で提供されることを実現していきたいと考えている。

2002（平成14）年8月に公表した「医薬品産業ビジョン」においては、国としての個別具体的な支援策を行動計画として研究開発に対する支援、治験等の臨床研究の推進、承認審査の迅速化と体制整備等を柱とした薬事制度の改善、IT化・標準化の推進及び不適切な取引慣行の是正等を通じた流通機能の効率化・高度化等について提示している。厚生労働省は、盛り込まれた行動計画の着実な実施を始め医薬品や医療機

器に関する産業政策に全省的に取り組むため、2002年12月、厚生労働事務次官を本部長とする「医薬品・医療機器産業政策推進本部」を設置した。2003（平成15）年5月30日、この推進本部において、「医薬品産業ビジョン」の行動計画の進捗状況等を取りまとめ、公表した上で、6月から7月にかけて、3回にわたり「医薬品産業政策の推進に係る懇談会」を開催し、行動計画の進捗状況などにつき、広く医薬品産業関係者から意見聴取を行った。厚生労働省としては、懇談会における意見を踏まえ、行動計画の着実な実施に引き続き努めることとしている。

また、2003年3月に公表した「医療機器産業ビジョン」についても、その推進を図るため、医薬品同様の研究開発に対する支援、治験等の臨床研究の推進、薬事制度の改善の他、適切な使用方法の徹底及び保守管理の徹底を通じた市販後における適切な情報提供及びサービスの提供等を提示した行動計画の実施状況を点検する予定である。

今後とも、質が高く、安心・安全な医薬品・医療機器の提供を通じ、国民の保健医療水準のより一層の向上を図るために必要な措置を講じていくこととしている。