

第6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、医療費が年々増大しているが、医療費を賄う主たる財源である保険料は伸び悩んでおり、医療保険財政は厳しい状況にある。

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

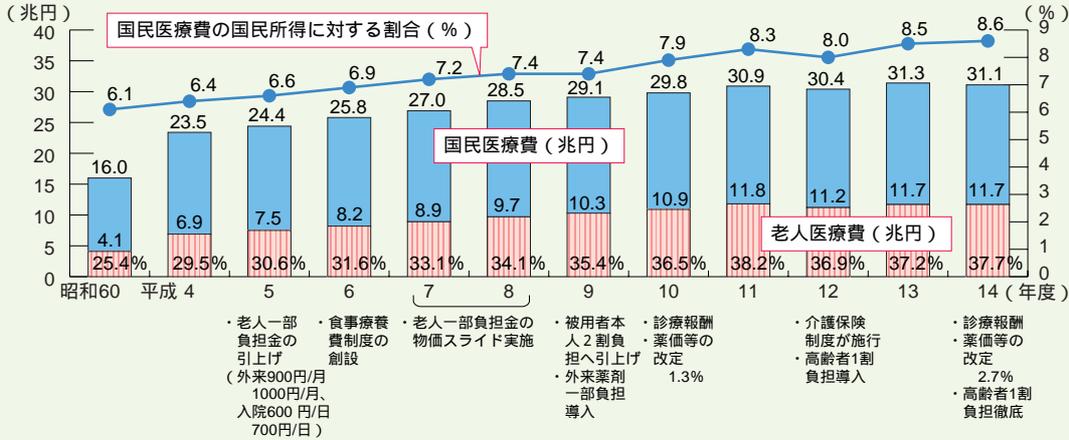
近年、国民医療費は、経済（国民所得）を上回る伸びを示している。介護保険制度が施行され、医療の一部が介護に移行した2000（平成12）年度を除いて、患者一部負担の引き上げや診療報酬のマイナス改定を行った年以外は、医療費は毎年約1兆円（3～4%程度）にのぼる増加を示している。また、厚生労働省が2004（平成16）年5月に発表した「社会保障の給付と負担の見通し」ベースの推計値によれば、このまま推移した場合には、国民医療費の対国民所得比は現在の8.8%から2025（平成37）年に

は13.2%、一部負担を除いた給付費ベースでも7.0%から11.0%へ上昇する見込みである。

◀ 図表6-1-1
◀ 図表6-1-2

図表6-1-1 国民医療費の推移

我が国の国民医療費は国民所得を上回る伸びを示しており、近年、制度改革等がなければ、毎年約1兆円ずつ伸びている
特に老人医療費の伸びが著しい



(注) 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2003年12月発表)による

図表6-1-2 国民医療費等の対前年度伸び率

	昭和60	平成4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
国民医療費	6.1	7.6	3.8	5.9	4.5	5.8	1.9	2.6	3.7	1.9	3.2	0.6
老人医療費	12.7	8.2	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	5.1	4.1	0.6
国民所得	7.4	0.5	0.1	1.4	0.0	3.3	0.9	3.0	1.5	1.5	2.8	1.3

3 医療保険財政の現状

医療保険財政の現状については、各制度ともに厳しい状況が続いている。具体的には、2003（平成15）年度の決算見込みが健康保険組合の財政状況については約1,390億円と、2003年度に総報酬制の導入や3割負担の導入等で収支は改善したが、厳しい状況となっている。

2003年度の政府管掌健康保険の単年度収支については、約700億円と収支は改善しているが、2005（平成17）年度概算要求時点の基礎係数等をベースにした試算をみると、今の保険料のままで、制度改正等による医療費適正化の措置が講じられなければ、2008（平成20）年度には中期的な積立金に相当する事業運営安定資金が枯渇する見通しになっている。

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は、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2003年度（見込み）は約3,520億円の経常赤字となっている。

4 医療費の適正化にむけて

医療費が増大を続けている一方、これを賄う収入が伸び悩む中で、今後医療費をいかに適正化していくかというのが大きな課題となっている。なかでも、1人当たり医療費が若人の約5倍にも達する老人医療費の伸びを適正化することは喫緊の課題であるが、その老人医療費には都道府県によって大きな格差が存在している。このような地域格差が生じる要因の約7割は、一人当たり入院医療費の格差に起因しており、平均在院日数との関連が見られる。

また、別の要因としては、一人当たり外来医療費の格差がある。この背景には、生活習慣病を中心とする外来受診者の受診行動があり、そこには生活習慣病患者の増大という問題がある。生活習慣病患者の増加は、これを原因とする入院により、平均在院日数の格差にもつながる。

したがって医療費適正化のためには、医療費の伸び自体を適正化する構造的な取り組みが必要であると考えられる。具体的には、まず老人医療費の伸びへの寄与の大きい入院医療費に対する方策として、一つには、医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮といった取り組みが挙げられる。患者・住民の生活の質（Quality of Life：QOL）の向上の観点から、病院間、病院・診療所間等の連携等を通じ、急性期から回復期、更には療養期、在宅療養への切れ目ない流れが患者の住む地域内で原則完結する体制作りを促進していくことが必要である。また、入院後に在宅で生活できる人は

在宅に戻り、地域において、高齢者の生活機能を重視した形で、医療と介護が連携した総合的なサービスを受けられるようにして在宅療養率を上げた方が、患者の生活の質（QOL）を向上させると同時に、医療費の適正化にもつながる。

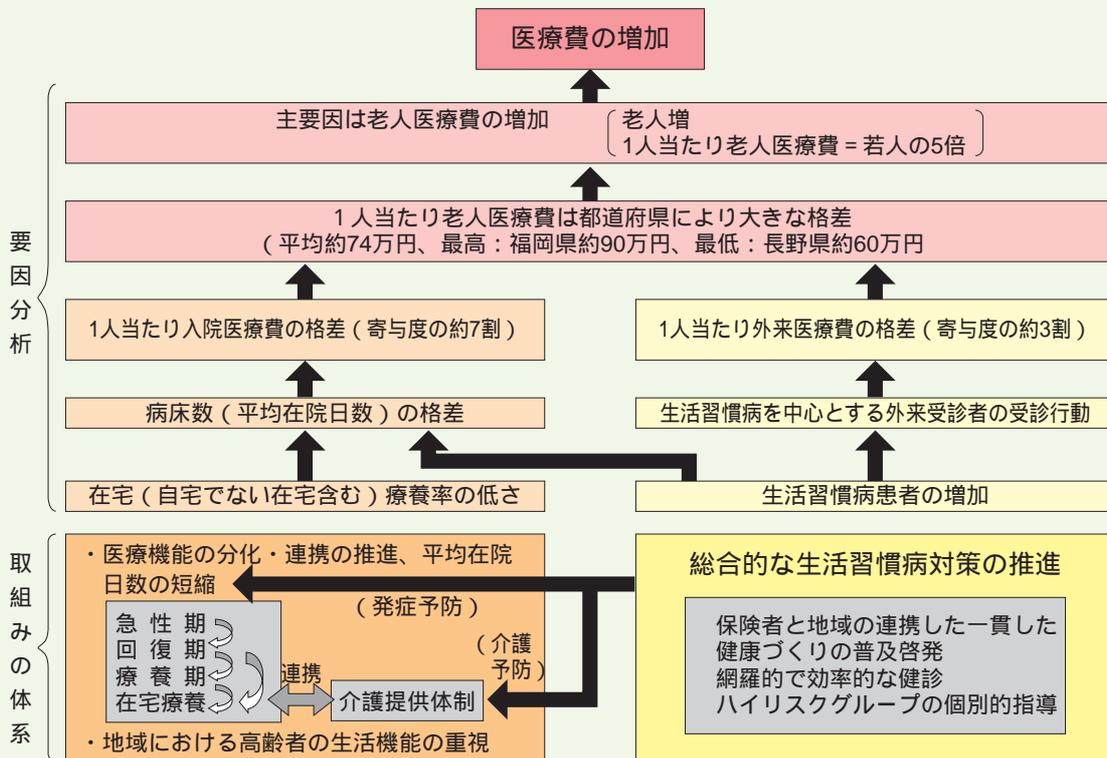
また、外来医療費に対する方策としては、保険者間及び地域の連携した健康づくりの普及啓発、効率的な検診、ハイリスクグループの個別指導等からなる、総合的な生活習慣病対策の推進が必要である。生活習慣病対策は、発症予防を通じて平均在院日数の短縮につながる他、介護予防の効果もあり、要介護状態になることを防ぐことにもつながる。

以上のように、医療費の伸びを適正化させるためには、ライフスタイルを通じて生活習慣病対策の推進 医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮 地域における高齢者の生活機能の重視、といった取組みを一体的かつ総合的に進めていくことが不可欠であり、医療費適正化に向けてこのような構造的な取組みを積極的に展開することが求められている。

◀ 図表6-1-3

図表6-1-3 医療費適正化の構図

構造的な医療費適正化の取組みを進める上では、生活習慣病対策の推進や医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮、地域における高齢者の生活機能の重視がポイント



5 いわゆる「混合診療」問題に係る改革

いわゆる「混合診療」問題については、2004（平成16）年12月15日に、厚生労働大臣と規制改革担当大臣との間で「いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意」がなされた。

この問題については、安全面に十分配慮しながら、患者の切実な要望に迅速かつ的確に対応する観点から抜本的な改革を行うこととしたものである。この改革により、国内未承認薬の使用や先進技術への迅速な対応などの保険診療と保険外診療との併用に関する具体的要望については、今後新たに生じるものについても、おおむねすべてに対応することができ、国民と患者の立場に立った改革が実現できるものと考えている。

なお、今般の改革は、一定のルールの下に、保険診療と保険外診療との併用を認めるとともに、これに係る保険導入手続を制度化するものであり、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えたものである。

（1）国内未承認薬の使用

抗がん剤をはじめとする国内未承認薬の使用については、確実な治験の実施に繋げ、制度的に切れ目なく保険診療との併用が可能な体制を確立することとしている。

これは、 確実な治験の実施、 医師主導の治験の支援体制の整備、 追加的治験の導入、 制度的な保険診療との併用の断絶の解消の措置を講じるものであり、具体的には、

- ・患者の要望の把握と科学的な評価を行うために、新たに厚生労働大臣の下で、専門家からなる検討会を年4回定期的に開催するとともに、必要に応じ随時開催することで、患者要望のある未承認薬の取扱いについて、最長でも3か月以内に結論を出す
- ・米、英、独及び仏で新たに承認された薬については、自動的に検証の対象とするといったことを実施することで、おおむねすべての事例について、確実な治験の実施に繋げるものである。

（2）先進的な医療技術への対応

医療技術については、必ずしも高度でない先進技術を含め、医療技術ごとに医療機関に求められる一定水準の要件を事前に設定し、この要件に該当する医療機関は、届出により実施可能な仕組みを新たに設けることとし、迅速かつ科学的知見を踏まえた

透明なルールの下に、保険診療との併用を認めることとしている。

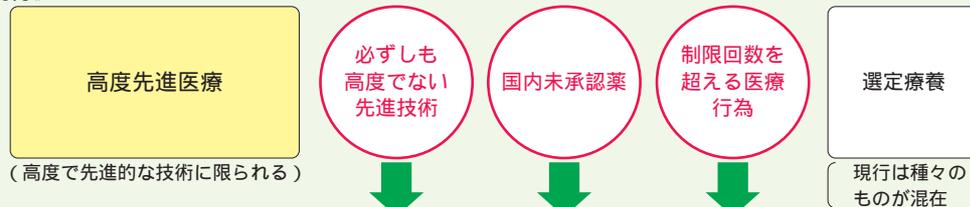
いわゆる「混合診療」問題に係るこれらの改革については、先進技術の迅速な実施などについては、2006（平成18）年の通常国会に提出予定の医療保険制度に係る改革法案の中で、「将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうか」の観点から現行制度を抜本的に見直すこととしており、「特定療養費制度」を廃止し、保険導入のための評価を行う「保険導入検討医療（仮称）」と保険導入を前提としない「患者選択同意医療（仮称）」とに再構成することとしている。

図表6-1-4 改革の考え方

「将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうか」の観点から現行制度を抜本的に見直し、「特定療養費制度」を廃止し、「保険導入検討医療（仮称）」と「患者選択同意医療（仮称）」とに新たな枠組みとして再構成する。

このような改革により、より分かりやすい制度となるとともに、保険診療と保険外診療との併用に関する具体的な要望については、今後新たに生じるものについても、おおむねすべてに対応することができる。

《現行》



【保険導入検討医療（仮称）】
《見直し後》（保険導入のための評価を行うもの）



【患者選択同意医療（仮称）】
《保険導入を前提としないもの》

快適性・利便性に係るもの
医療機関の選択に係るもの
制限回数を超える医療行為

療養の給付と直接関係のないサービス等については、保険診療との併用の問題が生じないことを明確化

6 医療保険制度改革の方向性

経済の低迷や急速な高齢化の進展、医療の技術の進歩など、医療を取り巻く環境が大きく変化してきており、医療保険財政が厳しい状況が続いている中で、今後も持続可能な医療保険制度を維持し、将来にわたり国民皆保険を守っていくためには、医療の質の確保を図りつつ、制度全般にわたる改革が必要である。このような認識の下、2003（平成15）年3月28日に閣議決定した「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（医療保険制度体系および診療報酬体系に関する基本方針）」においては、医療保険制度体系について、安定的で持続可能な医療保険

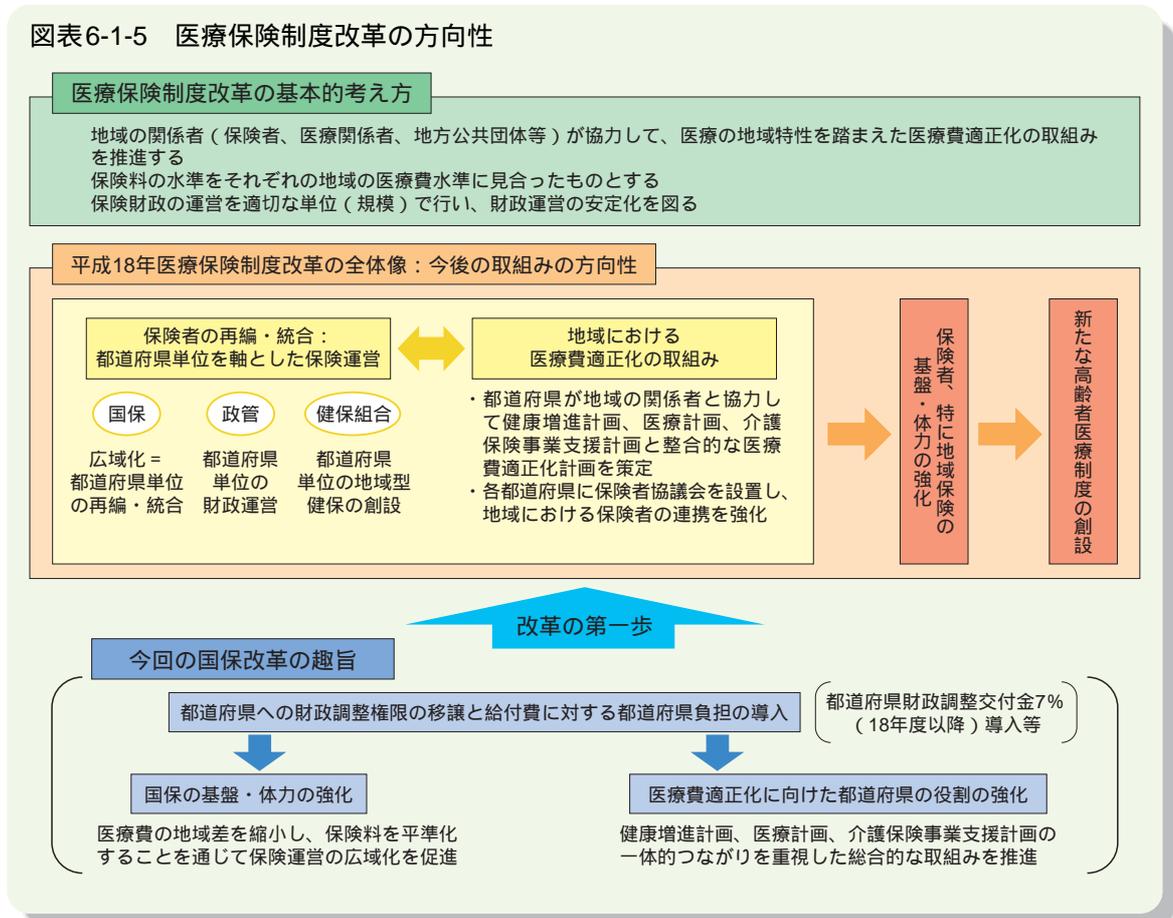
制度を構築する中で、給付の平等、負担の公平を図るとともに、良質で効率的な医療サービスを確保していくことを基本的な考え方としている。また、診療報酬体系については、医療技術の適正な評価、医療機関のコストや機能の適切な反映、患者の視点の重視といった視点に立って見直しを進めることとしている。

医療保険制度改革を進めるにあたっては、基本的な考え方として 医療の地域特性を踏まえた医療費適正化の取組みの推進 地域の医療費水準に見合った保険料の設定 保険財政運営の安定化、といった観点に立った下に都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合を進めていくこととしている。こうした改革の第一歩として、国民健康保険の改革を行い、都道府県への財政調整権限の移譲と給付費に対する都道府県負担の導入をすることとした。

高齢者医療制度については、世代間・保険者間の保険料負担の公平化及び制度運営に責任を有する主体の明確化を図って、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ことを基本的な方向としている。

図表6-1-5 ▶

図表6-1-5 医療保険制度改革の方向性



第2節

安心で質の高い医療提供体制の整備

1 医療提供体制の課題と改革の方向

我が国の医療提供体制は、国民皆保険制度とフリーアクセスの下で、国民が必要な医療を受けることができるよう整備が進められ、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。一方で、少子高齢化の進行、医療技術の進歩、国民の意識の変化等、医療を取り巻く環境の変化に対応するため、より質の高い効率的な医療サービスを提供するための改革を推進することが課題となっている。

厚生労働省においては、2003（平成15）年8月に取りまとめた「医療提供体制の改革のビジョン」において、医療提供体制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掲げ、その取組みを進めてきたところであるが、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、医療保険制度と車の両輪の関係にある医療提供体制についても、医療保険制度の改革と一体となって改革に取り組むことが必要不可欠である。

このような観点から、「医療提供体制の改革のビジョン」を踏まえ、昨今の医療を取り巻く状況の変化に対応すべく、安全、安心で質の高い医療サービスの効率的な提供の実現に向けた医療提供体制の改革の議論を行うため、2004（平成16）年9月より社会保障審議会医療部会を開催している。

同部会においては、「医療提供体制の改革のビジョン」で掲げた将来像のイメージと当面の取組みの進捗状況を確認しつつ、患者の視点の尊重（医療情報の提供の促進、安全で安心できる医療の再構築 等）、質の高い効率的な医療提供体制の構築（医療機関の機能分化、地域医療の確保、医業経営の近代化・効率化 等）、医療を担う人材の確保と資質の向上、医療の基盤整備等の事項について、2004年9月の第1回以降、フリートーキングを経た後、2005（平成17）年2月の第5回において主要な論点の整理を行った。同年3月の第6回以降、「患者の視点の尊重」、「医療機能の分化・連携」等、それぞれの論点について、さらに議論を行っている。2006（平成18）年に予定している医療制度改革に向け、同部会における同年夏の中間的な取りまとめを経て、年内を目途に具体的な改革案の取りまとめを行う予定としている。

◀ 図表6-2-1

図表6-2-1 医療提供体制の改革（社会保障審議会医療部会）における主な検討事項

1. 医療提供体制の改革の基本的考え方
- 患者の視点に立った、患者のための医療提供体制の改革
2. 患者・国民の選択の支援
- 医療機関等についての患者・国民の選択の支援(広告規制等)、診療情報の提供の推進と患者の選択の尊重
3. 医療安全対策の総合的推進
- 医療安全対策における国及び地方の役割、医療機関における安全管理体制、苦情・相談への対応体制、医療事故や医療関連死の報告・届出に関する制度、医療事故をおこした医師等への対応
4. 小児をはじめとした救急医療体制等の在り方、小児医療や周産期医療といった母子医療の推進
5. 医療計画制度
- 医療計画を通じた医療機能の分化・連携の推進、医療計画で明らかにすべき事項 等
6. へき地医療提供体制の確保（医師等の確保 等）
7. 医療機能の分化・連携、医療施設体系及び医療施設に係る規制の在り方
- 医療機能の分化・連携の推進（急性期から回復期を経てかかりつけ医での在宅療養といった流れが原則二次医療圏内で完結するような体制確保等）医療提供施設の機能分化 等
8. 在宅医療の推進
9. 医療法人制度の見直し
- 基本的考え方、公益性の確立等について 等
10. 医療を担う人材の確保と資質の向上
- 医師の診療科及び地域による偏在、生涯教育 等

以下、医療提供体制の主な課題と取組みの状況について紹介する。

2 患者の視点を尊重した医療の推進

（1）安全で、安心できる医療の再構築

（医療安全対策）

医療安全対策は、我が国の医療政策における最重要課題の一つであり、現在、2002（平成14）年4月に取りまとめられた「医療安全推進総合対策」及び、2003（平成15）年12月に厚生労働大臣から出された「医療事故対策緊急アピール」に基づき、「人」、「モノ」、「施設（組織・システム）」を柱とした以下のような施策を実施している。

1）ヒヤリ・ハット事例及び医療事故事例等の収集・分析

ヒヤリ・ハット事例（日常医療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったものをいう。）の収集については、2001（平成13）年10月から収集を開始し、2004（平成16）年4月以降、事例の収集機関を第三者機関である財団法人日本医療機能評価機構とし、対象を全国の医療機関に拡大したところ、現在約1,300の医療機関が本事業に参加登録している。2005（平成17）年度からは、これまでに集積した事例を解析し、再発防止対策に活用するとともに、更に効率的、効果的な事業とするため、事例収集方法等の改善を図ることとしている。

また、2004年10月から、同機構において、医療事故事例及び医療安全に有用な事例

を収集し、分析・検討した上でその結果を広く情報提供する事業を実施している。国立高度専門医療センター、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、大学病院（本院）及び特定機能病院に対しては、これらの報告を義務化しているが、全国の医療機関を対象に本事業への参加を促している。

2) 医療安全支援センターの設置

本センターは、医療に関する患者・家族等の苦情・心配や相談等に迅速に対応することにより、医療の安全と信頼を高めるとともに、センターに寄せられた情報を医療機関へ提供することを通じて、医療機関が行う患者サービスの向上等を図ることを目的として、2003（平成15）年4月以降、各都道府県等に設置されている。2004（平成16）年5月には47都道府県全てに設置が完了したが、現在、保健所設置市区及び医療圏ごとの設置を促しているところである。

厚生労働省は、センターの設置促進と円滑な運営を図るため、相談職員等に対する研修や、相談事例等の収集・分析・情報提供等を支援するための事業を、財団法人日本医療機能評価機構に委託している。

これらの施策により、我が国の医療安全対策の大きな枠組み・仕組みが出来上がりつつあるが、個別具体的な安全対策の充実や事故発生後の対応等の新たな課題に対応するため、医療の質の向上という視点を加え、現在、今後の医療安全対策の在り方について検討を行っているところである。

（院内感染対策）

院内感染対策については、近年、適切な医療を提供していく上での重要な課題のひとつとして、国民の強い関心を集めている。

厚生労働省においては、院内感染対策について幅広い視点から見直しを行い、より一層の充実・強化を図るため、2002（平成14）年7月から「院内感染対策有識者会議」を開催して議論を重ねるとともに、2003（平成15）年9月には『今後の院内感染対策のあり方について』として報告書が取りまとめられ、医療機関、自治体、国、学会が今後それぞれの立場で取り組むべき課題が示された。

この報告書を受けて、2004（平成16）年1月より、特定機能病院に対し、院内感染対策に関する企画や職員の院内感染対策に関する指導などを専任で行う職員の配置を義務づけるとともに、2004年度より、院内感染対策に関して地域の感染症専門家に日常的に相談できる体制（院内感染対策地域支援ネットワーク）を整備するモデル事業を開始した。

そのほか、院内感染に関する研究の実施、研究の成果によるガイドラインの作成、医療従事者を対象とした講習会の開催、医療機関等を対象とした相談窓口事業など、院内感染の防止に向けた各種の対策を実施している。

（診療用放射線の利用）

診療用放射線の利用については、がん組織に放射線を照射する放射線治療や陽電子断層撮影法（Positron Emission Tomography：PET）に代表される新しい画像検査の普及など、医療の現場において、ますます重要な位置を占めてきていることから、新技術に対応した放射線障害の防止のための基準の策定や、安全点検等の確実な実施の周知徹底など、診療用放射線による障害防止に向けた各種の対策を実施している。

（2）医療分野における個人情報保護

ITを活用した個人情報の利用が急速に拡大している状況を踏まえ、2003（平成15）年5月に「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）が成立・公布され、2005（平成17）年4月1日から全面施行された。

個人情報保護法第6条第3項では、個人の権利利益の一層の保護を図るため、特にその適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある個人情報について、保護のための格別の措置が講じられるよう必要な法制上の措置その他の措置を講ずるものとされている。医療分野の個人情報については、「個人情報の保護に関する基本方針」（2004（平成16）年4月2日閣議決定）において、金融・信用や情報通信等と並んで、「個人情報の性質や利用方法等から特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野」の一つと位置付けられている。

このため、厚生労働省では、2004年6月から「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」を開催して、医療機関等において個人情報を適切に取り扱うためのガイドラインの策定及び医療機関等における個人情報保護の在り方に係る議論を行った。（医療機関等では医療サービスとあわせて介護サービスを提供することが多いことから、介護関係事業者も検討対象とした。）

検討会における議論を踏まえ、厚生労働省では、2004年12月24日に「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」をとりまとめた。ガイドラインでは、個人情報保護法の趣旨を踏まえ、医療・介護関係事業者における個人情報の適正な取扱いが確保されるよう、遵守すべき事項及び遵守することが望ましい事項をできる限り具体的に示している。

また、ガイドラインでは、個人情報保護法が適用されない範囲についても対象としており、具体的には、

個人情報取扱事業者としての義務等を負わない小規模事業者（取り扱う個人情報の数が5,000件以下の事業者）に対してもガイドラインの内容を遵守する努力を求めること

個人情報保護法の対象とならない死者の情報については、

- ・死亡した患者等の情報を保存している場合には、生存する個人の情報と同様の安全管理措置を講ずる必要があること
- ・厚生労働省において2003年9月に策定した「診療情報の提供等に関する指針」では死者の情報も対象になっていることから、遺族に対する診療情報等の提供に当たっては、同指針を踏まえた対応を行うこと

をガイドラインで規定している。

医療・介護関係事業者においては、個人情報保護法令、基本方針、ガイドライン等を踏まえ、個人情報の適正な取扱いに取り組む必要がある。

なお、厚生労働省のホームページでは、上記ガイドラインのほか、ガイドラインに関する事例集（Q & A）も掲載している。

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/index.html>)

3 質が高く効率的な医療提供体制の構築

(1) 医療機関の機能分化と連携の推進

(医療計画)

医療計画制度は、1985（昭和60）年に制度化されて以降、病床等の量的整備の充実に寄与し、一定の評価を受けているが、一方で、都道府県の医療計画は、大まかな社会目標の提示にとどまり、住民が真に必要とする医療サービスに関して、質的側面の充足という点で、実施計画の役割は果たしていないとされている。今後においては、安全、安心で質の高い医療を効率的に提供していくために、患者・住民の視点の尊重に重点を置き、地域における医療機能の分化と連携を推進していくことが大きな役割として期待されている。

これを踏まえ、2006（平成18）年に予定している医療制度改革への具体化に向け、2003（平成15）年8月より「医療計画の見直し等に関する検討会」において、今後の医療計画制度の在り方について議論しているところである。

◀ 図表6-2-2

(2) 地域における医療提供体制の確保

(小児救急医療)

小児救急医療の確保・充実は、安心して子どもをうみ、健やかに育てる基礎として

図表6-2-2 平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方向性

医療計画の見直しのねらい

自分が住んでいる地域の医療機関で現在どのような診療が行われており、自分が病気になったときにどのような治療が受けられ、そして、どのように日常生活に復帰できるのか、また、地域の保健医療提供体制の現在の姿はどうなっており、将来の姿はどう変わるのか、変わるためには具体的にどのような改善策が必要かということ、都道府県が作成する医療計画において、住民・患者の視点に立って分かりやすく示す。(例：新潟県、静岡県、大阪府など)

新たな医療計画に盛り込む内容

都道府県は、原則として地域の中で保健医療福祉サービスが完結できるよう主要な事業ごとに「医療連携体制」を構築することによって、その地域の医療機関相互の連携の下で、適切な医療サービスが切れ目なく提供されるようにするため、期待される保健医療提供体制の水準の数値目標やその達成のための具体的方策を、医療計画で明らかにする。

国が行う支援

都道府県が医療計画の作成、実施そして評価を円滑に確実にを行うことができるよう、国として以下について支援する。

- 1) 医療計画の作成のためのデータベース構築に向け、全国規模の医療機能調査とその結果の公表
- 2) 数値目標設定に資する主要な対策ごとの指標の提示
- 3) 指標に基づいた各種財政的支援(交付金・補助金・政策融資など)

(参考) 安心して日常生活を過ごすために必要な患者本位の医療サービスの基盤づくり

(1) 住民・患者に分かりやすい保健医療提供体制の実現(住民や患者の視点を尊重した医療制度改革)

主要な事業(がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急を含む小児医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策、へき地医療対策など)について、どのような施策が講じられているか、住民・患者に分かりやすいものとしてその内容を医療計画に明示するとともに、医療サービスの提供者・住民(患者)双方が情報を共有し、客観的に評価できるような方法を検討。あわせて、都道府県が主要な疾病ごとに診療ネットワークを構築できるように改革。

(2) 質が高く効率的で検証可能な保健医療提供体制の構築(数値目標と評価の導入による実効性ある医療計画)

医療計画の作成から実施に至る一連の政策の流れを、主要な事業ごとの医療機能の把握、適切な保健医療提供体制の明示(数値目標の設定)、数値目標を達成するための活動計画としての医療計画の立案とそれに基づく事業の実施及び事業実施後の客観的な政策評価による医療計画の見直しという実効性のあるものに改革。

(3) 都道府県が自主性・裁量性を発揮することによる地域に適した保健医療提供体制の確立

患者の受療行動に応じた圏域における医療機能の把握や各医療機関の医療機能の内容に関する住民への情報提供など医療計画の作成・実施に当たっての都道府県の役割を強化。国は都道府県の役割を支援するために制度上や財政上の支援を実施。

重要な課題となっている。小児救急医療の状況については、全国的にみて小児科医師数は増加傾向であるものの、幅広く初期診療を実施する医師の減少や保護者の大病院指向などにより、軽症者を含む多くの小児患者が休日、夜間に病院へ集中し、これによって、病院勤務の小児科医師への負担が増大するなど様々な問題が生じている。

小児救急医療の確保については、医療圏を基本に設定されたすべての小児救急医療圏において、受診体制を確立することを目指しており、地方公共団体が中心となって運営する休日夜間急患センター、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」、広域的な対応を行うための「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。

また、保護者の育児の経験不足による小児の病気やけがに対する不安に対応するな

そのため、全国共通番号（#8000）で保護者が夜間等に小児救急医療などについて相談ができる窓口（小児救急電話相談事業）を都道府県が設置するほか、医療関係者が広く小児救急医療に従事す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、さらに、小児救急医師を確保するための協議会を都道府県単位に設け、離・退職小児科医師の発掘、医師の再教育を行い、小児救急医療に対応する医師の確保を進めるなど、多角的な取り組みを進めている。

（災害時医療）

地震などの災害時には、外傷や熱傷の治療など、緊急に多くの医療が必要となる。そのため、各都道府県ごとに、災害時にライフラインを確保しつつ重症患者の治療や、現場へ医療チームを派遣する災害拠点病院の設置が進められている（2004（平成16）年度末現在545か所）。

これまでの災害医療の経験を踏まえると、大規模災害による多数の重篤な救急患者にも災害発生直後から迅速かつ広域で対応できるよう、被災地外の医療チームが被災地に入り、被災地外に患者を移送して治療を行うなどの体制づくりが必要であることから、災害拠点病院及び救命救急センターを中心に災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT）を整備し、災害発生直後から72時間程度までの急性期医療に迅速に、かつ、広域で対応する体制整備を積極的に推進することとしている。

また、医療機関が患者の安全を確保し、災害時の地域の救護の拠点となるためには、それぞれの医療機関で建物・設備の耐震化やライフラインの途絶にも対応できる準備が必要である。このため、医療機関の防災対策の状況を把握し、これに基づいて災害時に向けた準備の促進を図ることとしている。

（離島・へき地医療）

離島やへき地における医療の確保は、交通が不便であることや、住民の少なさなどの地域的条件によって難しさを抱えている。このため、1956（昭和31）年から5年ごとに計画（へき地保健医療計画）を立てて、へき地診療所への支援、巡回診療への支援、救急時の移送手段の確保、遠隔医療の導入、へき地診療所を支援する病院の整備、へき地診療所への代診医の派遣などに取り組むことにより改善を図ってきた。

また、現在第9次へき地保健医療計画に基づいた事業が実施されているところであるが、当該計画は2005（平成17）年度で終了することから、引き続き、離島・へき地医療の充実に向け、第10次（2006（平成18）年～2010（平成22）年）計画を策定するために、へき地保健医療対策検討会を開催し、従来の事業やその推進方策を見直し、

より実効性を高めた計画を策定するよう議論しているところである。引きつづき離島・へき地医療の充実を図ることとしている。

(3) 医業経営の近代化・効率化

我が国の医療提供主体は、数多くの開設者が質の高い医療サービスの提供を目指す上で、その基盤となる経営の近代化・効率化に向け、取り組んでいるところである。特に、地域における医療提供体制の有力な担い手である医療法人が、自ら医業経営の近代化・効率化を図ることによって、質が高く効率的な医療サービスの提供を行っている。

これに関しては、医療法人が質の高い保健医療福祉サービスを効率的に、かつ、透明性を確保しながら提供し続けていくため、厚生労働省として、非営利性の徹底、公益性の確立、効率性の向上、透明性の確保、安定した経営の実現という視点に立ち、医療法人の理事長要件の緩和、公益性の高い「特定医療法人制度」・「特別医療法人制度」の普及・要件緩和、医療法人の附帯業務の拡大、出資額限度法人の制度化、新たな病院会計準則の制定、医療機関債発行のガイドラインの制定などに取り組んできた。

さらに、医療法人が、引き続き民間非営利の事業体として社会保障制度の一翼を担い、今後の医療提供体制に占める位置付けがより一層高まるものであることを踏まえ、制度創設後50年以上経過した医療法人制度について、非営利性・公益性の徹底による国民の信頼の確保、効率的で透明な医業経営の実現による医療の安定的な提供を柱として、2006（平成18）年に予定している医療制度改革に向けて議論している。

4 医療を担う人材の確保と資質の向上

(臨床研修制度)

2004（平成16）年4月より医師の臨床研修が必修化され、診療に従事する医師は、医師免許取得後2年間の臨床研修を受けなければならないこととされた。

新たな医師臨床研修制度の創設は、インターン（実地修練）制度の廃止以来36年ぶりの大幅な改革である。

従来医師の臨床研修については、出身大学やその関連病院を中心に専門の診療科に偏った研修が行われていたため、幅広い診療能力が身に付きにくく、また、地域医療との接点が少なく、「病気を診るが、人を診ない」と評されていた。

こうした背景を踏まえ、新しい医師臨床研修制度は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学および医療の果たすべき社会的役

割を認識しつつ、基本的な診療能力を身につけることを基本的な考え方としてスタートした。

研修医は2年間の研修プログラムの中で、内科、外科、救急、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の各医療分野において、日常的に頻繁に関わる負傷または疾病を経験するとともに、医療人として必要な基本姿勢・態度を身に付けることとなる。

また、都市部の大病院だけでなく、地域の中小病院、診療所、保健所、社会福祉施設等においても研修が行われることとなり、研修医は、医療のみならず、地域の保健、福祉の分野についても経験することとなった。

新医師臨床研修制度の創設は、医師の養成に留まらず、医療提供体制の変化や医療の質の向上など様々な変革をもたらすものと期待される。

また、歯科医師の臨床研修についても、2006（平成18）年4月から必修化されることとなっており、診療に従事しようとする歯科医師は、歯科医師免許取得後1年以上、臨床研修を受けなければならないこととされている。なお、現在の臨床研修は努力義務となっている。

歯科の分野においても専門分化が進み、従来の卒後研修では専門領域に偏る傾向が見られる等の指摘があったことから、新たな歯科医師臨床研修では、歯科医師としての基盤形成の時期に、患者中心の全人的医療を理解した上で、歯科医師としての人格をかん養し、基本的・総合的な歯科診療能力を身につけ、臨床研修を生涯研修の第一歩とすることを目標として制度設計を進めている。

研修歯科医は1年間の研修プログラムの中で、大学病院だけでなく、歯科診療所も主な研修の場として、患者中心の全人的医療を理解した上で、いわゆる一般的な歯科診療能力（知識・技能及び態度）を身につけることとなる。さらに、保健所、社会福祉施設等においても研修を行うことで、地域保健や福祉の分野についても知見を深め、経験を得ることを目指している。

（行政処分を受けた医師に対する再教育に関する検討会）

医師は、罰金以上の刑に処せられたり、医事に関する犯罪や不正の行為がある場合には免許取消や医業停止の行政処分を受けることがある。医業停止を受けた医師（被処分者）は、医業停止期間を過ぎれば、特段の条件なく医業に復帰することができ、実際に、医業停止処分を受けた医師の多くは、後に臨床現場に復帰して医業を再開している。しかし、被処分者の中には職業倫理の欠如や医療技術の未熟さなどがあって、行政処分のみでは十分な反省や適正な医業の実施が期待できず、再教育の必要性が指摘されている。

このため、2004（平成16）年10月から「行政処分を受けた医師の再教育に関する検

討会」において再教育の具体的内容や実効性を担保するための方策等について議論が行われた。

その結果、再教育は、国民に対し安心・安全な医療、質の高い医療を確保する観点から、被処分者の職業倫理を高め、併せて、医療技術を再確認し、能力と適性に応じた医療を提供するように促すことを目的とすべきとされた。具体的には、全ての被処分者を再教育の対象とし、被処分者ごとに、職業倫理に関する再教育及び医療技術に関する再教育のそれぞれについて助言指導者を選任すること、再教育の提供は、助言指導者自身や、助言指導者とともに作成する研修計画書に基づいて第三者が行うこととされた。

再教育の実効性を担保するためには、医師法を改正して、被処分者に対して再教育を義務づけることが必要とされており、当面は、現行制度の下で試行的に対応し、その取組みにおける知見を踏まえて、実効性のある再教育制度を構築すべきであるとされている。

このため、厚生労働省では、2006（平成18）年通常国会への再教育の義務づけのための改正法案の提出も含め、再教育制度構築のための準備を進めている。

（新人看護職員の臨床実践能力の向上）

新人看護職員が当事者となるヒヤリ・ハット事例が多いこと等から、看護の質を確保、向上させ、安心して安全な医療を提供するために、新人看護職員の研修の充実が求められている。

厚生労働省が2003（平成15）年度に開催した、「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」において、医療安全の確保及び看護の質の向上の観点から、新人看護職員が卒後1年間に修得すべき知識、技術の目標である「新人看護職員研修到達目標」及び到達目標達成のために必要な要件、指導方法等である「新人看護職員研修指導指針」が取りまとめられ、新人看護職員研修の標準的な内容が初めて示された。

2004（平成16）年度からは、個々の病院において新人看護職員研修の教育責任者及び教育担当者の役割を担っている者を対象に、研修の到達目標や指導指針の理解を深め普及を図るため、「新人看護職員研修教育責任者講習会」及び「新人看護職員研修教育担当者講習会」を全国7か所で開催し、2,500余名が受講した。

なお、新人看護職員研修到達目標及び新人看護職員研修指導指針のパンフレットについては、厚生労働省のホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/12/tp1215-3.html>）でも公開する等、その普及を図っている。

更に、2005（平成17）年度からは、「新人助産師臨床実践能力向上推進事業」において、新人助産師に対して、専任の現地指導者による十分な教育体制のもとで研修プロ

グラムに基づいた研修事業を実施するなど、新人看護職員の資質の向上に向けた取り組みを推進している。

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おり、2002（平成14）年度に公表した「医薬品産業ビジョン」、「医療機器産業ビジョン」において、国の個別具体的な支援策を行動計画として提示している。具体的には、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等を提示している。また、2002年に「医薬品・医療機器産業政策推進本部」を設置し、毎年、行動計画の進捗状況等を取りまとめている。2004（平成16）年4月に2003（平成15）年度までの進捗状況等を取りまとめ、公表した。その後、2004年5月から6月にかけて、産業界の代表者等を参集し、医薬品・医療機器産業政策の検証を行うべく「医薬品・医療機器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、2004年9月には、産・学・官が一体となり国民の健康に貢献するための革新的な医療機器の開発促進を目指し努力するため、医療機器業界が中心となり医療技術産業戦略コンソーシアム（METIS）が立ち上がったところであり、厚生労働省としても今後の活動に期待し、協力していきたいと考えている。

今後とも、こうした取組みのもと、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。

第3節

国立高度専門医療センター等における 政策医療の推進

現在、厚生労働省が所管する国の医療機関としては、国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）及び国立ハンセン病療養所があり、2004（平成16）年4月にこれらを除く国立病院・療養所が移行して設立された独立行政法人国立病院機構との緊

密な連携のもと、国の医療政策として担うべき医療（政策医療）の着実な実施に取り組んでいる。

具体的には、国民の健康に重大な影響があるがん・循環器病等に対する高度先駆的な医療、ハンセン病・進行性筋ジストロフィーなど歴史的・社会的な経緯等により地方・民間での対応が困難な医療、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等の各々の分野について、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、教育研修及び情報発信と一体となった医療の提供に取り組んでいる。

近年においては、

長寿医療（認知症、骨粗鬆症などの加齢に伴う疾患等）を担当する全国6番目のナショナルセンターとして、2004年3月に愛知県大府市に国立長寿医療センターを設置

2004年10月に循環器病の制圧に必要な医療技術及び医療機器の開発及び実用化を一層推進するため、国立循環器病センターに先進医工学センターを設置

同じく2004年10月に、新感染症等防止に必要な専門家チームの派遣、診断・治療・発生原因の究明及び海外渡航者への健康相談等を行うため、国立国際医療センターに国際疾病センターを設置

など、機能の充実・強化を進めており、今後も引き続き、政策医療の確実かつ効率的な実施に向けて取り組んでいくこととしている。

コラム

独立行政法人国立病院機構の取り組み

2004（平成16）年4月に発足した独立行政法人国立病院機構については、明確な数値目標を掲げた中期目標の設定、外部機関による定期的な業績評価、企業会計原則の適用等、新たな仕組みが導入されており、独立行政法人制度の趣旨である独自性・自主性を発揮して、政策医療の確実かつ効果的な実施・患者サービスの向上など、様々な課題に積極的に取り組んでいるところである。

具体的には、

患者の目線に立った国民に満足される
安心で質の高い医療の提供

例）セカンドオピニオン制度の導入、救急医療・小児救急の受入数の増加、クリティカルパスの活用、病診連携・病病連

携の推進、長期療養患者のQOLの向上

国立病院機構のネットワークを生かしたエビデンス（Evidence）の形成
例）EBMのためのエビデンスづくりの推進と診療ガイドラインの作成・改善、ネットワークを活かした迅速で質の高い治験の推進

良質な医療人の育成

例）臨床研修医やレジデントの養成数の増加、医師と看護師のキャリアパス制度の構築、地域医療に貢献する研修事業の充実

効率的かつ効果的な業務運営の確立

例）業務運営コストの節減、経営の改善に取り組むこととしている。