

第1節

安全・安心で質の高い医療提供体制の充実

1 医療提供体制の改革

(1) 医療提供体制の改革の経緯

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、国民の意識の変化など、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。

このような状況を踏まえ、国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、2004（平成16）年9月より審議してきた社会保障審議会医療部会における意見書の取りまとめ（2005（平成17）年12月）及び同月に政府・与党医療改革協議会で取りまとめられた「医療制度改革大綱」に沿って、2006（平成18）年2月に「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」を第164回通常国会に提出し、同年6月14日に成立（6月21日公布）したところである。

(2) 医療提供体制の改革の概要

1) 患者・国民の選択の支援に資する医療に関する情報提供の推進
(都道府県による医療機関情報の集約と公表)

医療に関する情報提供については、制度的には医療機関の任意によって行われる広告と主として医療機関の利用者に対して行われる院内掲示に限られ、また、一部の都道府県のホームページ上において医療機関情報の提供が行われているものの、その内容に地域差があるなど、医療機関の選択に資する客観的な情報の提供は限定的である。

特に、患者や住民による医療機関の適切な選択の観点からは、地域の医療機関の機能に関する情報を比較可能で分かりやすい形で入手できることを制度的に可能とすることが重要である。

これらを踏まえ、今回の医療提供体制の改革においては、

- ・ 医療機関の管理者に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県に報告することを義務づける
- ・ 都道府県への報告が義務づけられる一定の情報のうち医療機関の選択に当たり特に必要と考えられるものについては、変更後速やかに都道府県に報告すること

を義務づける

- ・ 都道府県知事は、報告のあった内容を整理し、インターネットなどの住民が利用しやすい形で公表する

などの方法により、都道府県を通じて医療機関の医療機能に関する一定の情報が広く住民に提供される仕組みを新たに設けることとした。

また、患者の医療に関する情報の理解に資するため、医療安全支援センターによる相談助言の位置づけとともに、医療機関における情報提供や相談に必ずべき責務も定めている。

(入退院時における治療計画等の文書による説明の位置づけ)

現行の医療法においては、医療の提供に当たってのインフォームドコンセントの理念が規定されているところであるが、その理念に基づく具体的な規定は設けられていない。

一方で、機能の分化・連携を推進し、地域における切れ目のない医療の流れを作っていく上では、患者が病院又は診療所を退院する際に、患者に対し退院後の療養について適切な情報提供を行い、さらには、関係する医療機関間でその情報の共有を進めていくことが重要となる。

このような考え方を踏まえ、今回の医療提供体制の改革においては、入院時や退院時における医療又は介護その他の関連するサービスに関する計画書の作成・交付や適切な説明を制度的に位置づけた。

(広告規制の見直しによる広告できる事項の拡大)

医療法においては、医療に関する広告を原則禁止とし、広告可能な事項を個別に列挙する方式を採っている。これにより不適切な広告による不当な誘引から利用者を保護しているが、その一方で、患者及び国民に広告を通して提供される情報量が限定されており、医療の選択を支援する観点からも、広告可能な内容の拡大を図ることが必要である。そこで、今回の改正では、「に関する事実」といった包括的な規定の仕方を採用し、客観的な事実について相当程度広告可能な内容を拡大した。

また、現行の広告規制制度においては、広告できる事項として列挙されたもの以外の内容を広告した場合には、直接罰が適用されることとなっているが、少なくとも近年では適用の実績はないことや、医療情報の積極的提供を通じて患者及び国民による選択を支援するという基本的考えを踏まえ、今回の改革においては、広告できる事項を拡大させることに伴い、報告徴収、立入検査、勧告、是正の命令などでまず対応する間接罰の方式に改めた。

2) 医療計画制度の見直しなどを通じた医療機能の分化・連携の推進

(医療計画の見直し)

医療計画制度は、1985(昭和60)年に制度化されて以降、病床などの量的整備の充

実に寄与し、一定の評価を受けているものの、さらに、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、住民・患者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。

このため、今回の医療提供体制の改革においては、医療機能の分化・連携を推進し、地域連携クリティカルパスの普及などを通じ、急性期から回復期、在宅療養に至るまでの適切な医療サービスが切れ目なく提供できるよう、脳卒中、がん、小児救急医療など事業別の具体的な医療連携体制を構築するとともに、分かりやすい指標と数値目標を住民・患者に明示し、事後評価できる仕組みにするなど、医療計画制度を見直すこととしている。

（在宅医療の推進）

こうした医療機能の分化・連携を推進する上では、在宅における療養生活を送ることができ環境整備が重要であり、また、患者の生活の質（QOL）の向上の観点から、希望する患者ができる限り住み慣れた地域や家庭で生活を送れるよう、在宅医療を推進していくことが重要である。このため、今回の医療制度構造改革においては、医療法の改正や診療報酬の評価などでその推進を図ることとしている。

具体的には、主治医などの医療従事者のほか、介護サービスの従事者などの連携が図られるよう、地域における在宅医療に係る連携体制の構築を医療計画に位置づける、患者の退院時に他の医療機関など在宅医療を提供する者等との連携を図る、いわゆる退院調整機能を強化する、平成18年度診療報酬改定において、新たに在宅医療において中心的な役割を担う「在宅療養支援診療所」を設け、24時間往診、訪問看護等の提供体制を構築する、新たに制度化する都道府県による医療機関情報の提供制度において、在宅医療の実施について対象とする、処方せんの確認等の調剤業務の一部を患者宅で行えるよう薬剤師法の改正を行う、介護の居宅系サービスを含めた地域における生活の場に対する在宅医療提供体制の整備等を行うこととしている。

3) 地域や診療科における医師偏在問題への対応

国民の医療に対する安心・信頼を確保するためには、へき地等の特定の地域や小児救急医療、産科医療などの特定の分野における医師の偏在問題に対応し、地域において必要な医療を確保していくことが重要である。

このため、厚生労働省では、総務省、文部科学省とともに、昨年8月に、「医師確保総合対策」を取りまとめ、制度、予算、診療報酬など、様々な面からの取組みを進めてきている。

具体的には、まず、特に小児救急医療や産科医療の分野では、病院に勤務する医師の確保が難しくなっていることから、厳しい労働環境の改善や医療安全の確保のため、地域において医療機能の集約化・重点化を進めていくことが必要である。この場合、都道府県が中心となり、地域の医療需要や医師の偏在の状況などを分析し、地域の医療関係者等と協議の上、医療機能の集約化・重点化の取組みを進めることが重要であ

る。このため、医療制度構造改革では、医療法に、都道府県が地域の大学病院、公的医療機関、臨床研修指定病院、地域の医師会といった医療関係者と医師確保の具体策について協議を行う場である医療対策協議会を位置づけ、また、公的医療機関、病院等の開設者・管理者、医師などの医療従事者について、それぞれ医師確保等の施策に協力すべき責務を位置づけるなどの制度的対応を図っている。

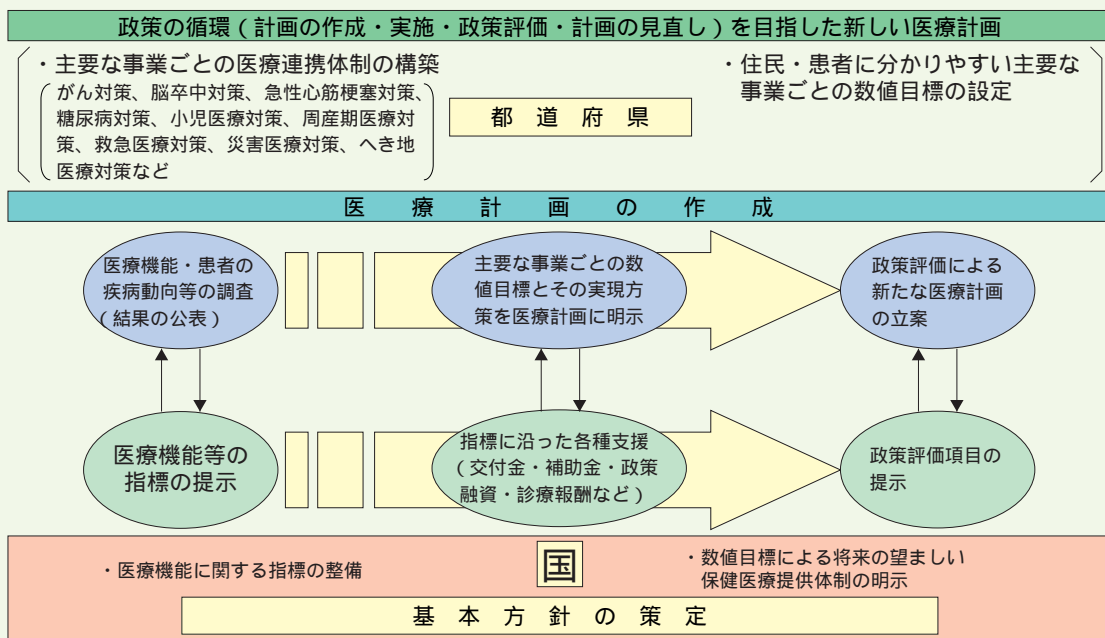
また、へき地医療、小児救急医療、周産期医療など地域において特に確保の必要性の高い医療については、「救急医療等確保事業」として都道府県の医療計画に位置づけることとし、住民に身近な開業医の方々にも協力を求めながら、地域における医療連携体制を構築することとしている。あわせて、軽症患者も含め、休日・夜間に病院に小児患者が集中することに対応し、全国共通番号（#8000）で保護者が夜間などに小児救急医療等について相談ができる窓口事業の充実を図っていくこととしている。

さらに、平成18年度診療報酬改定においては、小児救急医療やハイリスクの産科医療についての重点的評価を行っており、そのほか、近年女性医師が増加し、医療現場で大きな役割を果たしてきていることに対応し、2006（平成18）年度に女性医師バンクの設立をすることとするなど、女性医師の就労支援の推進、へき地勤務医師に対する支援の充実、休日・夜間などの時間外の小児救急医療を行う病院に対する運営費補助金の増額など、予算面における対応も講じている（2006年の診療報酬改定については第2部第8章第3節参照）。

地域における医師の確保については、今後とも、関係省庁とも十分に連携して、引き続き総合的な対策を進めていくことが必要である。

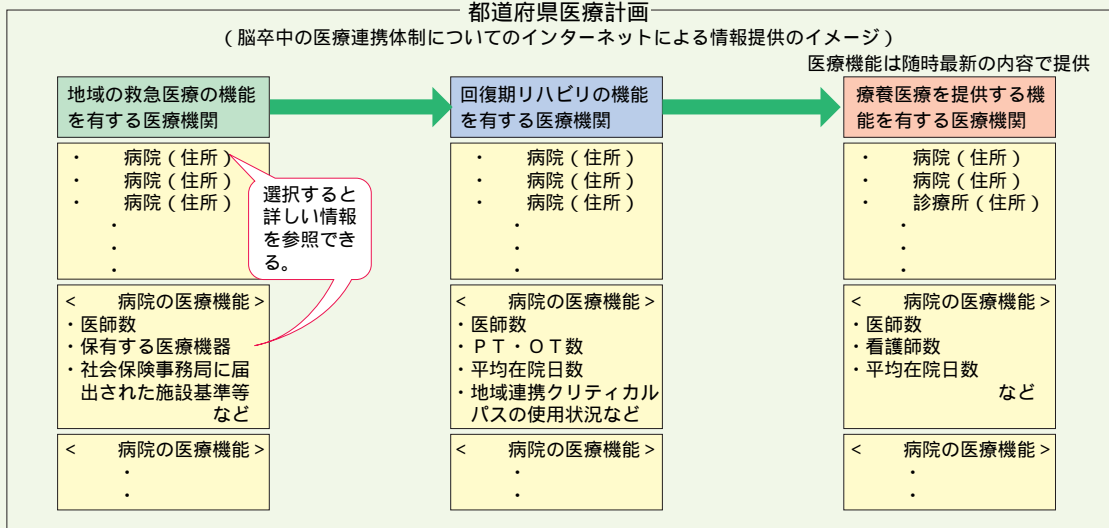
◀ 図表8-1-1
◀ 図表8-1-2

図表8-1-1 政策の循環を目指した新しい医療計画



図表8-1-2 がん対策や小児医療対策の地域医療機能に関する住民への情報提供

がん対策、脳卒中对策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策又はへき地医療対策といった主要な事業ごとの医療連携体制の状況について、医療連携体制に関わる医療機関の所在地と医療機能（医師の配置、保有する医療機器、社会保険事務局に届出された施設基準等、公費負担医療の実施、地域連携クリティカルパスの使用状況など）がわかるように医療計画に明示する。



4) 医療安全の確保

(医療安全支援センターの制度化)

医療安全支援センターについては、これまで、47都道府県への設置は完了し、現在、保健所設置市区及び二次医療圏ごとの設置を推進しているところである。厚生労働省は、センターの設置の促進と円滑な運営を図るため、総合支援事業として、相談職員等に対する研修や、相談事例の収集と分析及び情報提供等を支援するための事業を、(財)日本医療機能評価機構に委託して行っている。今回の医療制度構造改革では、この医療安全支援センターを制度的に位置づけ、その機能として、患者又はその家族からの医療に関する苦情への対応や相談、医療機関管理者等への助言の実施、管理者や患者や家族への医療安全に関する情報提供、医療機関の管理者・従業者への医療の安全に関する研修の実施など、医療安全の確保のための必要な支援を行うこととしている。

(医療機関の管理者の医療安全に関する義務)

現在、病院、有床診療所の管理者に対して、医療安全に係る指針の整備、職員研修の実施等の安全管理体制の整備について義務づけを行っているが、今回の改革において、その対象を無床診療所、助産所にも拡大した。

あわせて、医薬品、医療機器の安全な使用、保守管理体制の整備について新たに義務づけることとした。

5) 医療従事者の資質の向上

(行政処分を受けた医師等の再教育の義務化等)

医療の質と安全を確保するためには、医師等の資質と能力の向上を図ることが重要な課題の一つであり、行政処分を受けた医師等に対する再教育の在り方は、患者の安全・安心を確保する観点からも、国民の医療に対する信頼を確保する観点からも重要な課題である。

現在、業務停止処分を受けた医師等は、業務停止期間を過ぎれば、特段の条件なく業務に復帰することができるが、その一方で、行政処分のみでは十分な反省や適正な業務の実施が期待できないのではないかと、業務停止前の医療技術を保つことが困難であるのみならず、業務停止期間中の医療技術の進歩も十分に修得できていない可能性があるのではないかとといった指摘もなされてきたところである。

そのため、今回の医療提供体制の改革においては、被処分者の職業倫理や医療技術が業務を再開するに当たって問題がないことを被処分者自らが再確認し、国民に対し安全・安心な医療、質の高い医療を確保できるよう、行政処分を受けた医師等に対して再教育を義務づける仕組みを設けた。

また、従来業務停止処分等としていた事例の中には、業務停止等を伴うことなく再教育を課することが適切と考えられるものがあることや、行政指導として行っている戒告の事例の中にも再教育を課することが適切と考えられるものがあることから、再教育制度の導入に合わせて、行政処分の類型を見直し、新たに業務停止等を伴わない戒告処分を設けることとしている。

なお、医師等でない者による医療行為の防止等を通じて、国民の医療に対する安心・信頼の確保や医療に関する適切な選択に資する観点から、医師等の氏名・性別等を公表し、医師等の資格を有しているかどうか、国民が確認することができる仕組みを設けることとしている。

(看護職員の資質向上等について)

看護職員の資質向上等に関しては、患者の視点に立ち、医療安全の確保及び看護の質を向上させる観点から、「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会」で掘り下げて議論された。

検討会における検討の結果を踏まえ、今回の医療提供体制の改革においては、行政処分を受けた看護職員に対する再教育の義務化・行政処分類型としての「戒告」の創設、看護職員全体の名称独占規定の整備、看護師資格を持たない保健師及び助産師に対応するための保健師及び助産師の免許付与要件の見直し、医療安全の確保の観点から、助産所助産師と連携して健やかな出産に導く役割を期待されている嘱託医師については産科医師とするとともに、嘱託医師では十分に対応できない場合の後方支援として、連携医療機関を確保すること等の事項について、制度的措置をとることとした。

6) 医療法人制度改革

我が国の医療法人制度については、1950（昭和25）年に民間非営利部門として位置づけるための制度が医療法上に創設され、国民皆保険制度の下で、医療法人の開設する医療機関の整備が推進されてきたところである。

一方で、市町村合併の推進や地方財政の改善に向けた取組みの中で、自治体立病院をはじめとした公的医療機関がこれまで果たしてきた役割の見直しが進んでおり、これまで自治体立病院が中心として担ってきた地域のへき地医療、小児救急医療など地域社会にとって特に確保の必要性が高い医療サービスの提供についても、これまで以上に民間非営利部門である医療法人に期待される役割は極めて大きい。

こうしたことを踏まえ、今後は民間の医療法人も地域医療の中心的な担い手としてその役割を果たせるよう、今回の医療提供体制の改革においては、解散時の残余財産の帰属先の制限など医療法人の非営利性の強化、貸借対照表など毎事業年度の決算書類の都道府県への届出と閲覧の規定の整備による医業経営の透明性の確保、医療計画に位置づけられたへき地医療、小児救急医療等を担うべき新たな医療法人類型（「社会医療法人」）の創設といった医療法人制度改革を行ったところである。

2 患者の視点を尊重した医療の推進及び質が高く効率的な医療提供体制の構築

本節1で述べた医療提供体制の改革に盛り込まれた事項のほかに、次のような取組みにより、患者の視点を尊重した医療を推進し、質が高く効率的な医療提供体制を構築することとしている。

(1) 医療安全の確保（医療安全対策）

医療安全の確保は、医療政策における最も重要な課題の一つであり、これまで、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発せられた「医療事故対策緊急アピール」に基づいた施策を推進してきた。2005（平成17）年6月、これまでの取組みを更に強化し新たな課題への対応を図るため、「今後の医療安全対策について」報告書が取りまとめられ、医療制度構造改革に盛り込まれた医療安全支援センターの制度化等のほかに主として以下のような施策を行っている。

1) 医療事故情報収集等事業

医療事故の発生予防・再発防止策を講じるには、医療現場から幅広く質の高い情報を収集し、専門家により分析をした上で、改善方策を医療現場に提供する必要がある。このため、2004（平成16）年10月より第三者機関である（財）日本医療機能評価機構において医療事故情報等の収集、分析を行い、3か月ごとに公表を行っている。国立高度医療センター、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報告を義務化している。また、任

意の病院からも報告されている。

報告書は、数量的な分析と共に、個別の事故のテーマについても分析、検討が行われている。また、公表された報告書のなかの各医療機関が注意すべき事例については、厚生労働省より通知として、各関係団体等及び、都道府県を介して全医療機関への周知に努めている。

2) 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

本モデル事業は診療行為に関連した死亡について、医療機関から調査依頼を受け付け、臨床医、法医、病理医による解剖を実施し、更に臨床医による診療内容に関する専門的な調査分析を実施し、専門的、学際的なメンバーで死因究明及び再発防止策を総合的に検討するものである。現在は厚生労働省補助事業として、社団法人日本内科学会が実施しており、2005（平成17）年9月から東京都、愛知県、大阪府、兵庫県、2006（平成18）年2月から茨城県、3月から新潟県において実施されている（2006年3月23日）。

今後は、本事業の実施状況も踏まえながら、診療行為に関連した死亡の原因究明制度など医療事故に係る第三者機関による調査、紛争解決の取組み等について検討を行っていく予定である。

(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、安心して子どもを産み、健やかに育てる基礎として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、全国的に見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、すべての小児救急医療圏において、24時間の受診体制を確立することを目指しており、地方公共団体や地域の医師会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むとともに、既存の救命救急センターに重篤な小児救急患者を専門的に受け入れる体制の整備を進める。

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どのため、全国共通番号（#8000）で保護者が夜間などに小児救急医療等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とともに、小児の急病時の対応等について保護者への啓発を行うほか、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

的な取組みを進めている。

(災害時医療)

地震等の災害時には、外傷や熱傷の治療など、緊急で、かつ多くの傷病者に対し、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(2005(平成17)年度末現在552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。

(へき地・離島医療)

へき地や離島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や人口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ところである。

2006(平成18)年度からは、第10次へき地保健医療計画(2006~2010年)を推進することにより、へき地・離島医療の充実に向けて積極的に取り組むこととしている。

また、へき地・離島での医療は、幅広い分野の医療に関して臨床経験を積むことができる機会でもあることから、今後、地域医療へ貢献を目指す若い医師にも、その意義を伝えていくこととしている。

(3) 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。

従来の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、医学及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。

2006（平成18）年春には、2004年度に新制度の下で臨床研修を開始した第1期生が臨床研修を修了している。2005（平成17）年度には、研修修了者の水準を確保するために、修了認定等の統一的な基準を示した。

また、現場での研修医の指導及び評価に係る具体的な指針について検討を行い、「新医師臨床研修制度における指導ガイドライン」（試行版）を示した。なお、このガイドラインについては、今後研修医の指導に当たる方に実際に使っていただき、意見をいただきながら改善を重ね、最終的には2007（平成19）年度に完成版を作成する予定としている。

（歯科医師臨床研修制度）

我が国の歯科医療を取り巻く環境は、高齢化に伴う疾病構造の変化や国民のニーズの多様化、患者の権利をより尊重するための患者と歯科医師とのコミュニケーションの在り方の変化等により、大きな変貌を遂げている。一方、歯科医療技術はますます高度化・専門化しており、より安全・安心で質の高い歯科保健・医療を国民に提供するためには、歯科医師個人が医療人としての基本的な態度、技能、知識を十分に理解し、確実に身に付ける必要がある。

こうした状況を踏まえ、2006（平成18）年4月より歯科医師の臨床研修が必修化され、診療に従事する歯科医師は、歯科医師免許取得後1年以上の臨床研修を受けなければならないこととされた。

新制度においては、病院だけではなく歯科診療所も主たる研修の場として位置づけられており、大学病院や病院歯科、歯科診療所のそれぞれの施設の特長を生かした、あるいは役割分担による、生涯研修の第一歩としての研修プログラムの実践が可能となる。

また、保健所や社会福祉施設などの施設を研修協力施設として研修プログラムに組み込むことで、地域保健や福祉の分野についても知見を深め、経験を得ることができるようになる。

新歯科医師臨床研修制度の創設は、歯科医師の養成にとどまらず、歯科医療提供体制の変化や歯科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。

（第六次看護職員需給見通しについて）

看護職員の需給見通しについては、1974（昭和49）年以来、5回にわたって策定してきたが、2005（平成17）年12月、2006（平成18）年以降5年間の第六次看護職員需給見通しを策定した。需要については、現場の必要とする数を反映させるため、都道

府県を通じて医療機関に対して実態調査を行い、医療安全の確保、勤務条件の改善の観点から医療機関が望ましいと考える数値を積み上げて算定することとした。一方、供給については現状及び今後の動向を踏まえ、都道府県が一定の政策効果を加味した上で算定することとした。結果、需要見通しは2006年の約131万4千人から2010（平成22）年には約140万6千人に、供給見通しは、2006年の約127万2千人から2010年には約139万1千人に達するものと見込んでいる。今後、約55万人と推計される資格を有しながら就業しない潜在看護職員の再就業の促進、毎年約5万人いる新人看護職員のうち、就職後1年以内に約4,500人が退職することを踏まえた離職の防止と定着促進等の看護職員確保対策を講じていくこととしている。

3 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、生命科学の進捗が著しい21世紀において、患者の生活の質（QOL）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。直近では、2006（平成18）年4月に2005（平成17）年度末までの進捗状況を取りまとめ公表し、同年6月に「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、広く医薬品等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、魅力ある創薬環境の創出を目指し、治験環境の整備のために「全国治験活性化3カ年計画」に基づき、治験のネットワーク化や医療機関における治験実施体制の充実などの取組みを進めるとともに、創薬の研究支援拠点である独立行政法人医薬基盤研究所において、民間企業単独では困難な医薬品創製の基盤の構築を図るなど、研究開発面での支援を強化している。

今後とも、こうした取組みのもと、質が高く、安全・安心な医薬品・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。

4 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、

2005（平成17）年4月に政策医療の中核を担う国立高度専門医療センターとの組織的一体性を活かし、最先端の臨床現場から得られる情報を基に、臨床看護と直結した教育・研究を展開するため、国立国際医療センター国立看護大学校に研究課程部（修士）を開設

2005年10月に革新的な研究成果を新しい薬剤や医療機器、医療技術の形で迅速に導入するため、国立がんセンター東病院に臨床開発センターを設置

同じく2005年10月に国立循環器病センター研究所に設置している先進医工学センターにおいて開発された成果を臨床応用するため、病院に臨床研究開発部を設置

また、2006（平成18）年10月には、さまざまながん対策に関連する情報の効果的・効率的な収集、分析、発信等に不可欠な情報ネットワークの中核的組織として、国立がんセンターにがん対策情報センター（仮称）を設置するなど、機能の充実・強化を進めているところである。

なお、「国の行政機関の定員の純減について」（2006年6月30日閣議決定）において国立高度専門医療センターについて、今後ともナショナルセンターとしての機能を的確に果たせるよう、必要な制度的・財政的な措置を講じた上で自律的かつ効率的な事業運営を行うことにより、その機能の充実発展を図りつつ、非公務員型独立行政法人とすることと決定され、今後その機能の更なる充実・強化を行うこととしている。

第2節 感染症・疾病対策

1 難病対策について

難病対策については、現在、「調査研究の推進」、「医療施設の整備」、「医療費の自己負担の軽減」、「地域における保健医療福祉の充実・連携」、「QOLの向上を目指した福祉施策の推進」の五つを柱としてその推進を図っており、重症難病患者に重点を置いた保健医療福祉サービスの提供を推進しているところである。

2006（平成18）年度においては、難治性疾患に関する調査・研究の推進により、治療法等の確立と普及を図るとともに、2003（平成15）年度に創設した難病相談・支援センター事業を推進するなど、地域における難病患者の生活支援等の推進を図ることとしている。

また、CJD（クロイツフェルトヤコブ病）対策としては、2005（平成17）年2月に国内における最初のvCJD（変異型クロイツフェルト・ヤコブ病）症例が確認されたことを踏まえ、CJDの剖検等に要する経費を新たに国庫補助事業の対象に追加するなど、CJDサーベイランス体制の強化を図っている。

2 リウマチ・アレルギー対策について

今後のリウマチ・アレルギー対策を総合的・体系的に実施するため、2005（平成17）年10月に、「リウマチ対策の方向性等」、「アレルギー疾患対策の方向性等」を策定し、都道府県等及び関係団体等に通知し、「医療提供等の確保」、「情報提供・相談体制の確保」、「研究開発等の推進」の三つの柱を推進しているところである。

このうち、「医療提供等の確保」については、喘息死を減少させることを目的に「喘息死ゼロ作戦」を2006（平成18）年度より実施している。

「情報提供・相談体制の確保」については、相談員養成研修会の充実の他に、新たにシンポジウム開催等の普及啓発の推進に努めている。

「研究開発等の推進」については、リウマチ・アレルギー疾患の病因・病態の解明、治療法の開発等に関する研究の推進を図っている。

3 エイズ（AIDS / 後天性免疫不全症候群）対策の推進

国連合同エイズ計画（Joint United Nations Programme on HIV / AIDS : UNAIDS）によると、全世界のヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus : HIV）感染者は2005（平成17）年末において、4,030万人に上ると推計されている。HIV流行が最も深刻な地域は、サハラ以南のアフリカであるが、HIV感染が急増しているのは東欧と中央アジア（2003年からの2年間で25%増）と東アジア（2003年からの2年間で20%増）であり、日本を含む東アジアは感染拡大の傾向にある。

また、我が国における状況をみると、2004（平成16）年における新規HIV感染者 / エイズ患者報告数は、初めて1,000件を突破し、さらに2005年における報告件数も1,199件と、過去最高となっている。また、2006（平成18）年3月26日現在、累積HIV感染者報告数は7,536件、累積エイズ患者報告数は3,715件（いずれも血液凝固因子製剤の投与に起因する感染者数1,435件を除く）となっている。

発生動向の特徴としては、新規感染者の増加率が上昇を続けていること、地方の大都市においても増加の傾向が見られ、20～30歳代の占める割合が高いこと、感染の原因は、約9割が性的接触によるもので、特に男性の同性間性的接触が増加しているこ

と等であり、更なる対策の充実・強化が必要な状況となっている。

こうしたことから、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会報告書」等を踏まえ、後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（いわゆるエイズ予防指針）を見直し、2006年4月1日から改正エイズ予防指針を施行したところである。

新指針では、中核拠点病院制度を創設し、都道府県内による総合的な医療提供体制の構築を進めていくなど、施策の重点化を図るべき3分野（普及啓発及び教育 検査・相談体制の充実 医療提供体制の確保）を中心として、国、地方公共団体、医療関係者や患者団体を含むN G O等が共に連携して、H I V感染者／エイズ患者の人権に配慮しつつ、予防と医療に係る総合的施策を展開することとしている。

4 ハンセン病問題の解決に向けて

1996（平成8）年4月に「らい予防法の廃止に関する法律」が施行され、入所者等に対する必要な療養、社会復帰の支援等を実施してきた。その後、国を被告とした国家賠償請求訴訟が、熊本地裁等に提起され、2001（平成13）年5月に熊本地方裁判所において原告勝訴の判決が言い渡された。政府は控訴しないことを決定し、同月25日には、「ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話」を公表し、同年6月22日に「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」（ハンセン病補償法）が公布・施行され、これに基づき入所者等に対する補償を行っている。また、同年12月25日には厚生労働省と患者・元患者の代表者との間で「ハンセン病問題対策協議会における確認事項」を合意し、従来 of 施策に加え、新たに名誉の回復や福祉の増進のための措置を行うこととした。

現在、患者・元患者の方々に対しては、裁判による和解やハンセン病補償法に基づく補償に加え、退所者の生活基盤の確立を図るための「国内ハンセン病療養所退所者給与金」、死没者の名誉回復を図るための「国内ハンセン病療養所死没者改葬費」の支給等を行っているところである。

また、2004（平成16）年度より、全国各地でのハンセン病問題に対する正しい知識の普及・啓発を目的としたシンポジウムを開催しているのに加え、2005（平成17）年度より、裁判上の和解が成立した入所歴のない患者・元患者に対し、平穏で安定した平均的水準の社会生活を営むことができるように「国内ハンセン病療養所非入所者給与金」の支給を開始した。さらに、2006（平成18）年2月10日にハンセン病補償法が改正され新たに国外ハンセン病療養所に入所していた者を補償金の支給対象としたことを受け、1945（昭和20）年8月15日までの間に楽生院（台湾）及び小鹿島更生園（韓国）に入所していた者に補償金の支給を行うなど、ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けた取組みを引き続き進めているところである。

5 臓器移植等の推進

(1) 臓器移植の実施状況

「臓器の移植に関する法律」(臓器移植法)が、1997(平成9)年10月に施行されたことにより、脳死した者の身体からの眼球(角膜)、心臓、肺、肝臓及び腎臓等の移植を行うことができるようになった。

臓器移植法施行から2006(平成18)年6月末までの間に、臓器移植法に基づき48名の者が脳死と判定されている。2005(平成17)年度においては、臓器移植法に基づき、脳死下および心停止下における提供を合わせて、心臓は6名の提供者から6件の移植が、肺は5名の提供者から5件の移植が、肝臓は3名の提供者から3件の移植が、腎臓は99名の提供者から175件の移植が、膵臓は6名の提供者から6件の移植が(腎臓・膵臓のうち膵腎同時移植は5件)、角膜は917名の提供者から1,404件の移植が行われている。

また、移植を希望されている待機患者数は、2006年6月末現在、心臓85名、肺119名、肝臓119名、腎臓11,801名、膵臓142名、小腸2名、眼球3,925名(2006年4月末現在)となっている。

なお、脳死下での臓器提供事例については、厚生労働大臣が有識者に参集を求めて開催する「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議」において、臓器提供者に対する救命治療、法的脳死判定等の状況および社団法人日本臓器移植ネットワークによる臓器のあっせん業務の状況等についての検証が行われている。

(2) 臓器移植の推進に向けた最近の動き

臓器移植法については、これまでの法の施行状況を踏まえ、制度の運用に関する事項をはじめとする臓器移植をめぐる諸課題について、厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会において検討を行っている。今後、委員会における議論の結果を踏まえ、普及啓発やあっせん業務体制等制度の運用に関する事項について、適宜改善を図っていくこととしている。

また、2006(平成18)年3月31日に「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案」が第164回国会に提出され、継続審議とされているところである。

(3) 造血幹細胞移植について

白血病や再生不良性貧血などの治療方法として、骨髄移植やさい帯血移植などの造血幹細胞移植が実施されているが、こうした造血幹細胞移植においては、患者と骨髄提供者(ドナー)または保存されているさい帯血の白血球の型(HLA型)が適合することが必要であり、造血幹細胞移植を必要とする全ての患者が移植を受けられるようにするためには、ドナーの確保が重要となる。

このため、1991(平成3)年度から公的骨髄バンク事業を、1999(平成11)年度から公的さい帯血バンク事業を実施し、非血縁者間の造血幹細胞移植を実施してきた。現在、これらの事業については、効果的な普及啓発、より一層の事業の推進や安全性の

確保及び具体的な事業の実施体制等について検討が求められており、厚生科学審議会疾病対策部会造血幹細胞移植委員会において、今後における造血幹細胞移植対策の諸課題についての検討を行っている。

6 新型インフルエンザ対策

新型インフルエンザは、これまで人に感染しなかったインフルエンザウイルスがその性質を変え、人から人へ感染するようになり発生するもので、過去にもスペインインフルエンザやアジアインフルエンザなど10年から40年周期で出現し、世界的に大きな流行（パンデミック）を引き起こしてきた。

2003（平成15）年12月以降、鳥類に対して強い病原性を持つ高病原性鳥インフルエンザが東南アジアを中心に流行し、現在では、ヨーロッパ、アフリカまで発生地域が拡大している。

また、ベトナム、インドネシア、トルコ等においては、インフルエンザウイルス（H5N1）がヒトに感染し、死亡した例が報告されており、新型インフルエンザの発生が危惧されている。

我が国では、2005（平成17）年11月に政府として「新型インフルエンザ対策行動計画」を策定し、現在その「行動計画」に基づき、関係省庁が連携し、政府一丸となって新型インフルエンザ対策を推進している。

なお、新型インフルエンザに関する情報については、厚生労働省や国立感染症研究所のホームページで逐次国内外の最新情報等を提供している。

厚生労働省ホームページ：

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/index.html>

国立感染症研究所ホームページ：

http://idsc.nih.go.jp/disease/avian_influenza/index.html

（1）感染症法に基づく指定感染症への指定等

海外におけるインフルエンザ（H5N1）の人への感染事例の発生状況にかんがみ、我が国における発生の予防及びまん延の防止に必要な措置を講ずるため、2006（平成18）年6月から、インフルエンザ（H5N1）を指定感染症として定めた。これにより、インフルエンザ（H5N1）に感染した場合には、就業制限、入院措置等が行えるようになった。さらに、水際での侵入を防止するため、検疫においても、医師による診察及び病原体の有無の検査を行い、指定感染症における措置等において効果的に連携することとした。

（2）治療薬の確保

新型インフルエンザが国内において広く流行した場合、患者数は約2,500万人になると推計されることから、インフルエンザの治療薬であるリン酸オセルタミビルについて、市場流通分の一部を見込んで、政府及び都道府県における備蓄目標量を2,100万人

分として定め、2005（平成17）年度から順次、備蓄を行っている。

（3）新型インフルエンザワクチンの開発

新型インフルエンザウイルスに対する安全で有効なワクチンが実用化されれば、ヒトへの感染防止に大きな効果を発揮することが期待される。新型インフルエンザの発生が見られた段階で迅速な供給がなされるよう、現在プロトタイプ（モックアップ）ワクチンの臨床試験等の承認に必要な手続を進めているところである。

また、医療従業者・社会機能維持に必要な者に緊急に使用できるよう、プロトタイプワクチン原液の製造・貯蓄に必要な体制を確保するための経費を平成17年度補正予算に計上し、国内ワクチン製造業者において、現在、臨床試験等が進められているプロトタイプワクチン原液の製造・貯留を進めているところである。

7 原爆被爆者対策の推進

原爆被爆者に対しては、従来より、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（被爆者援護法）等により、健康診断の実施、公費による医療の給付、医療特別手当、特別手当、健康管理手当、保健手当や介護手当、葬祭料などの支給、相談事業、居宅における日常生活支援事業、原爆養護ホームにおける養護事業などの福祉事業の実施、（財）放射線影響研究所における調査研究の推進、国立原爆死没者追悼平和祈念館（広島・長崎）の運営など、保健・医療・福祉にわたる総合的な援護施策を推進している。

在外被爆者等に関する支援としては、被爆者健康手帳を申請したり、治療を受けたりするために渡日する際の旅費や、住んでいる国で医療機関にかかったときの医療費の助成などを行っている。また、在外被爆者が国外に居たままで健康管理手当等を受けられるよう、在外公館を経由した手当等の申請を受け付けている。

8 総合的な肝炎対策の推進

我が国の肝炎ウイルスキャリアはB型C型合わせて220万人から340万人程度存在すると推定されている。感染の自覚がない者が多く、また、肝硬変や肝がんへの移行が問題とされており、年間3万人以上の死亡者の死因である肝がんの約8割がC型肝炎ウイルス、約1割がB型肝炎ウイルスによると考えられている。こうした状況の中、「肝炎対策に関する有識者会議」の報告書が2001（平成13）年3月に取りまとめられ、これを踏まえ、2002（平成14）年度から、「C型肝炎等緊急総合対策」として、国民に対する普及啓発・相談指導の充実、老人保健事業など現行の健康診査体制を活用した肝炎ウイルス検査の実施、「肝炎等克服緊急対策研究事業」などによる予防・治療方法の研究開発と診療体制の整備などを柱とした総合対策を実施してきた。さらに、2005（平成17）年8月に開かれた「C型肝炎対策等に関する専門家会議」の報告書として「C型肝炎対策等の一層の推進について」が取りまとめられ、これを踏まえ、

保健所における肝炎ウイルス検査体制を強化するとともに、医療機関への受診を勧奨された者について、検査から治療につなげるための連携体制を強化する、

全国C型肝炎診療懇談会を開催し、全国的な肝炎診療水準を均てん化し、向上させるとともに、肝炎の診断と治療に関するガイドラインを策定し、また、肝臓病の新たな治療方法等を研究開発する、

血液透析、歯科診療に伴う感染や母子感染の防止を徹底する、

国民に対し、C型肝炎ウイルス検査の受診勧奨、感染の予防、人権への配慮に主眼をおいた普及啓発を推進するとともに、地域や職場等における相談体制を確保する

などの取組みを実施し、今後とも、より積極的に総合的な肝炎対策を推進していくこととしている。感染予防、検査と治療の連携、適切な医療提供体制の確保、普及啓発・相談体制の確保など総合的な対策を一層充実させている。

◀ 図表8-2-1

図表8-2-1 C型肝炎対策等の一層の推進について（平成18年度予算額）

平成18年度予算額 53億円（17年度予算 51億円）

基本的な考え方

多くの国民に対して、C型肝炎ウイルス検査を行い、早期に感染の有無を確認し、感染者に対し適切な治療を行うことにより、C型肝炎ウイルス感染に起因する死亡を効果的に減らすことが可能。
C型肝炎に関する正しい知識の普及は、適切な受診・受療行動につながるとともに、感染者に対する偏見・差別等を防ぐためにも重要。

（C型肝炎対策等に関する専門家会議報告書）

1. 肝炎ウイルス検査等の実施、検査体制の強化

保健所等における肝炎ウイルス検査体制の強化（対象を40歳未満へ拡大・単独検査）**拡充**
老人保健事業や政府管掌健康保険等における肝炎ウイルス検査の実施
健康保険組合、職域における健康診断の動奨
検査と治療との連携強化 **新規**

2. 治療水準の向上（診療体制の整備、治療方法等の研究開発）

診療体制の整備
・全国C型肝炎診療懇談会の設置による全国的な肝炎診療水準の均てん化と向上 **新規**
・都道府県等において肝炎診療協議会（仮称）の設置によるかかりつけ医と専門医療機関との連携等の推進 **新規**
・地域がん拠点病院の整備 **拡充**
治療のガイドラインの策定 **新規**
肝臓病の新たな治療方法等の研究開発 **拡充**
C型肝炎治療等に関する薬事承認・保険適用の推進
・リバビリンとインターフェロンの併用療法に医療保険を適用（平成13年12月）
・インターフェロンの保険適用上の投与期間制限の撤廃（平成14年2月）
・ペグインターフェロンの保険適用（平成15年12月）
・生体部分肝移植の成人への保険適用の拡大（平成16年1月）
・リバビリンとペグインターフェロンの併用療法に医療保険を適用（平成16年12月）

3. 感染防止の徹底

血液透析、歯科診療に伴う感染や母子感染への対応 **拡充**
院内感染対策のための医療従事者講習会の実施等

4. 普及啓発・相談指導の充実

国民に対する普及啓発充実
・都道府県等において肝炎対策推進協議会の設置による普及啓発の推進 **拡充**
・C型肝炎等に関するQ & Aの改訂やリーフレット等の作成 **拡充**
・就職差別を未然に防ぐための公正な採用選考及び就業上の配慮に係る啓発等
地域や職場等における相談機会の確保
・肝炎に関する保健指導従事者研修の実施
・職域における講習会の実施
相談事業の実施

第3節

安定的で持続可能な医療保険制度運営

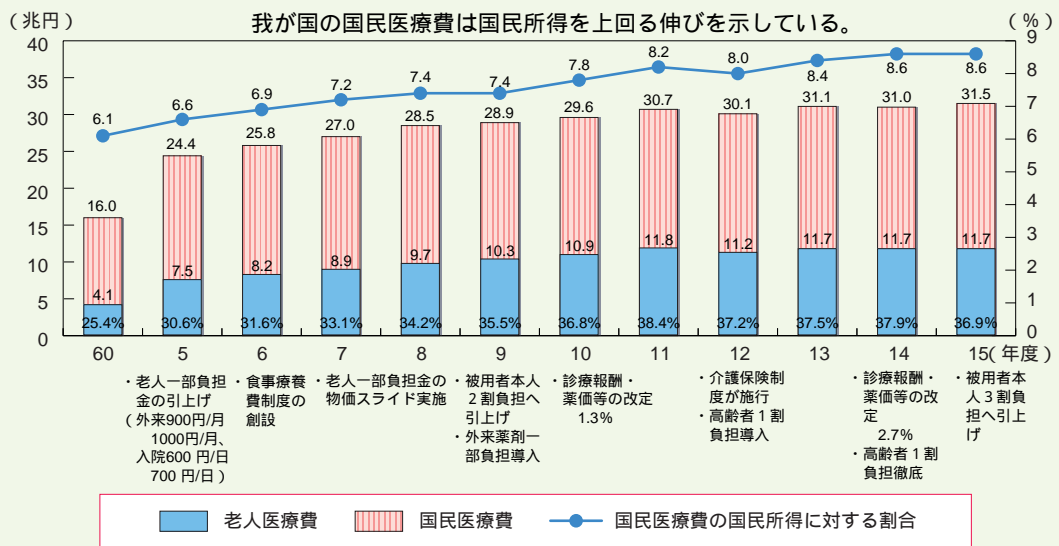
1 医療保険制度の現状

我が国の医療制度は全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、保険証一枚で誰もが安心して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、近年の医療費の動向をみると、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%）にのぼる増加を示しており、2003（平成15）年度の国民医療費は31.5兆円となっている。

図表8-3-1 ▶

図表8-3-1 医療費の動向



国民医療費等の対前年度伸び率 (%)

	60	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
国民医療費	6.1	3.8	5.9	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	1.8	3.2	0.5	1.9
老人医療費	12.7	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	5.1	4.1	0.6	0.7
国民所得	7.4	0.1	1.4	0.1	3.3	1.2	3.1	1.6	1.5	2.8	1.7	1.8

（注1）国民所得は、内閣府発表の国民経済計算（2004年12月発表）による。

（注2）老人医療費は、平成14年の制度改正により、対象年齢が70歳から段階的に引き上げられており、平成15年10月より71歳以上となっている。

世界的にも例を見ない急速な高齢化の進展、国民生活や意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、医療保険制度を将来にわたって安定的で持続可能なものとしていくためには、医療の質の確保を図りながら、制度全般にわたる構造改革を行っていく必要がある。

2 平成18年度医療制度構造改革

こうした状況を踏まえ、医療保険制度については、健康保険法等の一部を改正する法律（平成14年法律第102号）附則第二条第二項に基づく「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針（基本方針）」（2003（平成15）年3月閣議決定）において、診療報酬体系については改定の都度見直しを図り、新たな高齢者医療制度の創設及び保険者の再編・統合については、2008（平成20）年度に向けて実現を図ることとされ、また、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005（骨太の方針2005）」（2005（平成17）年6月閣議決定）においては、「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、達成のための必要な措置を講ずる」とされた。これらに基づき、社会保障審議会医療保険部会等において、平成18年度医療制度構造改革について、議論が行われてきた。

（1）医療制度構造改革試案の公表（2005（平成17）年10月19日）

厚生労働省においては、こうした検討を踏まえ、国民的議論のたたき台に供するため、2005年（平成17）年10月19日に「医療制度構造改革試案」を公表した。この厚生労働省試案は、国民生活に密接に関わる医療制度の改革について、広く国民の議論のたたき台として供するため、厚生労働省としてとりまとめたものであり、この中で、以下のような医療制度構造改革の基本的な方向性が示された。

1）予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取組み

生活習慣病を中心とした疾病予防を重視するとともに医療計画の見直しによる総治療期間（在院日数を含む）の短縮等により、地域ごとに患者本位の医療提供体制を確立する。

2）医療費適正化に向けた総合的な対策の推進

医療費適正化計画に基づき、関係当事者の参加による中長期的な医療費適正化を進めるとともに、公的保険給付の内容・範囲の見直し等の短期的な方策を組み合わせ、国民的合意を得ながら医療費の適正化に強力に取り組む。

3）都道府県単位を軸とする医療保険者の再編統合等

保険財政運営の適正化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進する。これにより、保険財

政の安定化を図り、医療費適正化に資する保険者機能を強化する。

4) 新たな高齢者医療制度の創設

高齢者の心身の特性、生活実態等を踏まえ、新たな高齢者医療制度を創設する。具体的には、75歳以上の後期高齢者の医療の在り方に配慮した独立保険を創設するとともに、65歳から74歳の前期高齢者については予防を重視して国保・被用者保険といった従来の制度に加入しつつ、負担の不均衡を調整する新たな財政調整の制度を創設する。

(2) 医療制度改革大綱の決定(2005(平成17)年12月1日)

医療制度構造改革試案の公表後には、政府・与党医療改革協議会において検討が行われ、同年12月1日に「医療制度改革大綱」が取りまとめられた。この大綱において、安心・信頼の医療の確保と予防の重視、医療費適正化の総合的な推進、超高齢社会を展望した医療保険制度体系の実現という医療制度構造改革の骨格が決定された。また、高齢者の患者負担の見直し、療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担の見直し、高額療養費の自己負担限度額の見直し、出産育児一時金及び埋葬料の額の見直し、傷病手当金及び出産手当金についての見直し、乳幼児に対する患者負担軽減の対象年齢を拡大、レセプトのオンライン化の推進や、保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行う「後期高齢者医療制度」の創設、国保及び被用者保険双方における都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合等がこの場において決定された。

(3) 健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年6月21日法律第83号)

2006(平成18)年に入り、厚生労働省においては、医療制度構造改革大綱を踏まえた医療制度改革関連法案を国会に提出すべく準備を進め、2月10日に健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制を確保するための医療法等の一部を改正する法律案を2006年の通常国会に提出した。その後、衆参両議院での審議を経て、6月14日に成立し、21日に公布された。

図表8-3-2 ▶
図表8-3-3 ▶
図表8-3-4 ▶
図表8-3-5 ▶
図表8-3-6 ▶

健康保険法等の一部を改正する法律の概要

(注)【 】内は施行期日

1 医療費適正化の総合的な推進

(1) 医療費適正化計画の策定

生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のため、国が示す基本方針に即し、国及び都道府県が計画(計画期間5年)を策定【平成20年4月】

(2) 保険者に対する一定の予防健診等の義務付け

医療保険者に対し、40歳以上の被保険者等を対象とする糖尿病等の予防に着眼した健診及び保健指導の実施を義務付け【平成20年4月】

(3) 保険給付の内容・範囲の見直し等

現役並みの所得がある高齢者の患者負担を2割から3割に引き上げ【平成18年10月】

療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の負担を見直し【平成18年10月】

傷病手当金・出産手当金の支給率等を見直し【平成19年4月】

70歳から74歳までの高齢者の患者負担を1割から2割に引き上げ【平成20年4月】

乳幼児に対する患者負担軽減(2割負担)の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前まで拡大【平成20年4月】

(4) 介護療養型医療施設の廃止【平成24年4月】

2 新たな高齢者医療制度の創設

(1) 後期高齢者医療制度の創設【平成20年4月】

75歳以上の後期高齢者の保険料(1割)、現役世代(国保・被用者保険)からの支援(約4割)及び公費(約5割)を財源とする新たな医療制度を創設

保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が実施

高額医療費についての財政支援、保険料未納等に対する貸付・交付など、国・都道府県による財政安定化措置を実施

(2) 前期高齢者の医療費に係る財政調整制度の創設【平成20年4月】

65歳から74歳までの前期高齢者の給付費及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、国保及び被用者保険の加入者数に応じて負担する財政調整を実施

退職者医療制度について、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として、現行制度を経過措置として存続

3 保険者の再編・統合

(1) 国保の財政基盤強化

国保財政基盤強化策(高額医療費共同事業等)の継続【公布日(平成18年4月から適用)】

保険財政共同安定化事業の創設【平成18年10月】

(2) 政管健保の公法人化【平成20年10月】

健保組合の組合員以外の被保険者の保険を管掌する全国健康保険協会

を設立

都道府県ごとに、地域の医療費を反映した保険料率を設定
適用及び保険料徴収事務は、年金新組織において実施

(3) 地域型健保組合【平成18年10月】

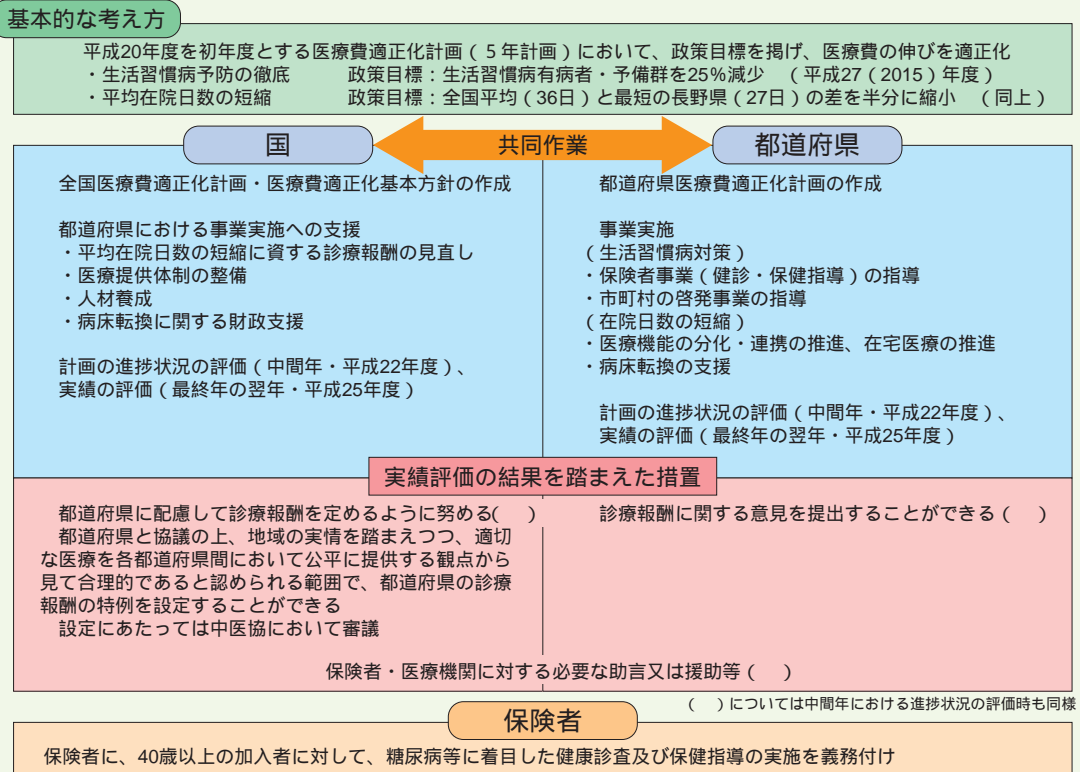
同一都道府県内における統合を促進するため、統合後の組合（地域型健保組合）について、経過措置として、保険料率の不均一設定を認める

4 その他

保険診療と保険外診療との併用について、将来的な保険導入のための評価を行うかどうかの観点から再構成【平成18年10月】

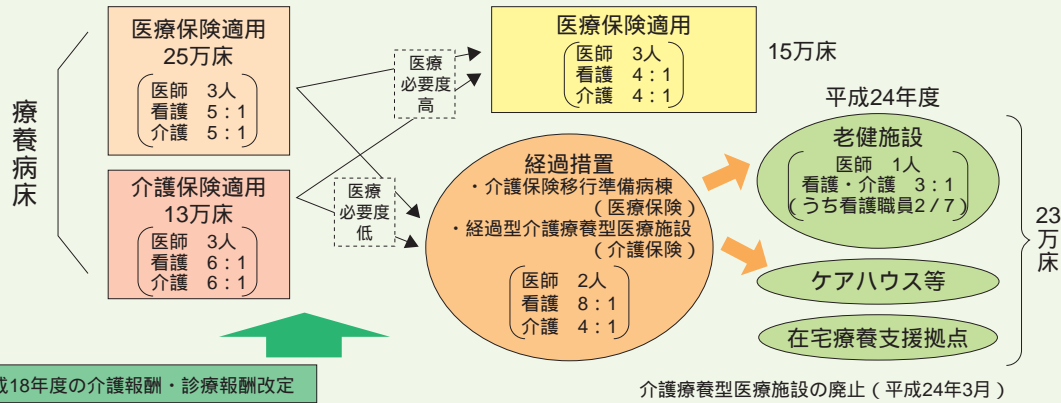
中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止等所要の見直しを実施【平成19年3月】 等

図表8-3-2 中長期的な医療費適正化方策



図表8-3-3 医療の必要性に応じた療養病床の再編成

療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、医療の必要性の低い患者については、病院ではなくケアハウス等の居住系サービス又は老健施設等で受け止めることで対応する。

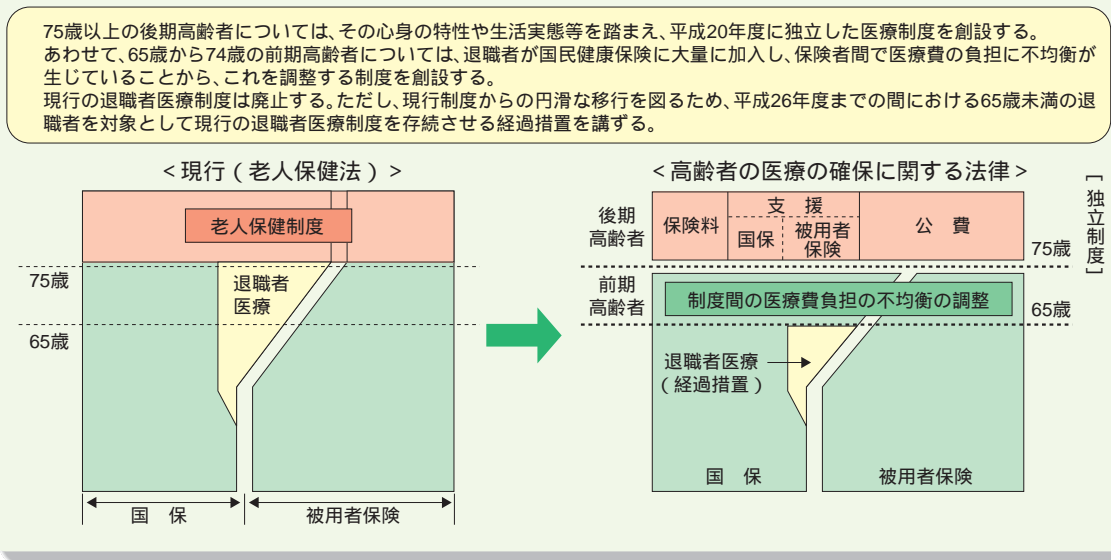


- (1) 医師・看護職員の配置等が緩和された「経過型介護療養型医療施設」の創設 [介護報酬改定]
将来的な老健施設等への移行を視野に入れた平成23年度末までの経過措置
- (2) 医療の必要性による区分の導入 [診療報酬改定]
 - ・医療の必要性の高い患者については評価を引き上げ、低い患者については評価を引き下げ
 - ・医療の必要性の低い患者を一定以上受け入れている場合について、「介護保険移行準備病棟」を平成23年度末までの経過措置として創設

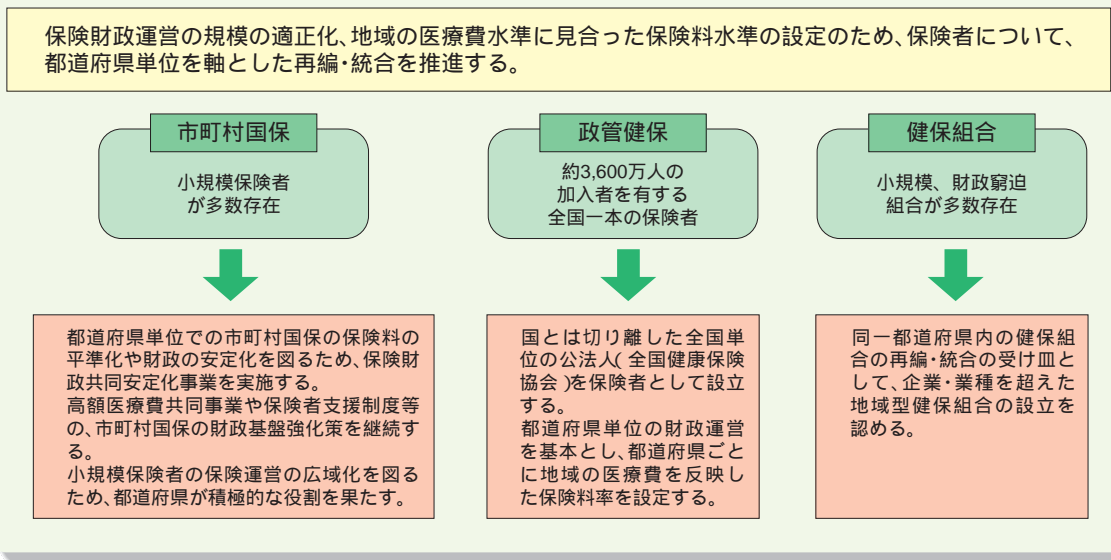
図表8-3-4 保険給付の内容・範囲の見直し等

- 高齢者の患者負担の見直し (現行: 70歳未満3割、70歳以上1割 (ただし、現役並み所得者2割))
 - ・ 現役並み所得の70歳以上の者は3割負担 (平成18年10月~)
 - ・ 新たな高齢者医療制度の創設に併せて高齢者の負担を見直し (平成20年4月~)
70~74歳 2割負担、75歳以上 1割負担 (現行どおり)
- 療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担引上げ (平成18年10月~)
- 高額療養費の自己負担限度額の引上げ
高額療養費の自己負担限度額について、低所得者に配慮しつつ、賞与を含む報酬総額に見合った水準に引上げ (平成18年10月~)
併せて、高齢者医療制度の創設に伴い見直し (平成20年4月~)
- 現金給付の見直し
 - ・ 出産育児一時金の見直し (30万円 35万円) (平成18年10月~)
 - ・ 傷病手当金及び出産手当金の支給水準の引上げ・支給範囲の見直し (平成19年4月~)
 - ・ 被用者保険の埋葬料の定額化 (5万円) (平成18年10月~)
- 乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大 (平成20年4月~)
高齢者医療制度の創設に併せて、乳幼児に対する自己負担軽減 (2割負担) の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前までに拡大
- 高額医療・高額介護合算制度の創設 (平成20年4月~)
- 保険料賦課の見直し
 - ・ 標準報酬月額の上下限の範囲の拡大 (平成19年4月~)
 - ・ 標準賞与の範囲の見直し (平成19年4月~)

図表8-3-5 新たな高齢者医療制度の創設（平成20年4月）



図表8-3-6 都道府県単位を軸とする医療保険者の再編・統合



3 平成18年度診療報酬改定

(1) 平成18年度診療報酬改定の概要

平成18年度診療報酬改定については、2003（平成15）年3月の「基本方針」を踏まえ、2005（平成17）年11月には、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において、「平成18年度診療報酬改定の基本方針」が取りまとめられた。医療制度改革大綱においては、賃金・物価の動向等の昨今の経済動向、医療経済実態調査の結果、更に保険財政の状況等を踏まえ、引き下げの方向で検討し、措置することが決定され、その際、小児科・産科・麻酔科や救急医療等の医療の質の確保への配慮や、急性期医療の実態に

即した看護配置を適切に評価した改定を行うこと、他方で、慢性期入院医療等の効率化の余地があると思われる領域について、適正化を図ることなど、メリハリをつけた改定を行うこととされた。薬剤・保険医療材料価格については、市場実勢価格を踏まえ、引き下げを行うこと、また、画期的新薬の適正な評価を行う一方、後発品の状況等を勘案した先発品の薬価引き下げを行うこと、後発品の使用促進のための処方せん様式の変更を行うこと等が決定された。

改定率については、平成18年度予算編成過程において、診療報酬本体で 1.36%、薬価について 1.8%、合計で 3.16%と決定された。

これらを踏まえ、最終的に、2006（平成18）年2月15日に中医協から診療報酬点数の改定案の答申が行われた。

1) 平成18年度診療報酬改定の概要

患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点
診療報酬体系の簡素化のための老人診療報酬点数表の医科診療報酬点数表との一本化や、患者本位の医療を実現する観点から医療費の内容の分かる領収証を無償交付しなければならないことを保険医療機関等に義務づけること、禁煙の希望があるニコチン依存症患者に対する一定期間の禁煙指導に対する評価の新設等が行われた。

質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

高齢者が住み慣れた家庭や地域で、療養しながら生活を送り、また、身近な人に囲まれて在宅での最後を迎えることも選択できるよう、診療報酬上の制度として「在宅療養支援診療所」を設け、これを患者に対する24時間の窓口として必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築することとされた。また、地域における医療機能の分化・連携を推進する観点から、大腿骨頸部骨折の場合に地域連携パスを活用するなどして医療機関間で診療情報が共有されている体制について、新たに評価を行うことや、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）による支払い対象病院の拡大等が盛り込まれた。

我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

医療制度改革大綱に沿って、深夜における小児救急体制の評価の充実等小児医療、産科医療、麻酔科等の評価の充実を行い、また、入院基本料の体系において、1.4：1（入院患者1.4人に対して1人の看護職員を雇用）の看護職員配置に相当する評価が新設されるなど、急性期入院医療の実態に対応し、より手厚い看護体制を評価するなどメリハリをつけた適切な評価を行うこととした。また、医療のIT化、医療安全対策について、重点的に評価を行った。

医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

慢性期入院医療については、患者の特性に応じた評価を行い、医療保険と介護保険の役割分担を明確化する観点から、医療区分及びADLの状況による区分等に基づく

患者分類を用いた評価を導入し、医療の必要性の高い患者に係る医療については、評価を引き上げる一方、医療の必要性の低い患者に係る医療については評価を引き下げることにした。

その他、後発品医薬品の使用促進のための環境整備を図る観点から、処方せん様式の変更などの見直しも行った。

図表8-3-7▶

図表8-3-7 平成18年度診療報酬改定について

改定率： 3.16% （診療報酬改定(本体)： 1.36% 薬価等： 1.8%）

小児科・産科・麻酔科や救急医療等の医療の質の確保に配慮する。また、急性期医療の実態に即した看護配置を適切に評価した改定を行う。一方、慢性期入院医療等の効率化の余地があると思われる領域については、適正化を図る。

重点的に評価する主な項目

小児医療：小児入院医療に係る評価や地域の医療機関の連携による夜間・休日の小児救急医療に係る評価を充実
産科医療：合併症等により母体や胎児の分娩時のリスクが高い分娩（ハイリスク分娩）への対応を強化
麻酔科：麻酔管理料に係る評価を充実
救急医療：救急医療に係る評価を充実
急性期入院医療の実態に即した看護配置
：より手厚い看護職員配置に係る評価など、看護職員配置についてメリハリを付けた評価の実施

適正化する主な項目

慢性期入院医療：医療の必要性の低い患者の慢性期入院に係る評価を適正化

その他の主な項目

保険医療機関等に、医療費の内容が分かる領収証の交付を義務付け
後発医薬品の使用促進のための環境整備を図る観点から、処方せんの様式を変更
初診料については、病院及び診療所の点数を統一、再診料については、点数を引下げ

(2) いわゆる「混合診療」問題について

いわゆる「混合診療」問題については、2004（平成16）年12月の厚生労働大臣と規制改革担当大臣との間の「基本的合意」に沿って、現行制度を見直すこととされている。「健康保険法等の一部を改正する法律案」においては、特定療養費制度について、「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、保険導入のための評価を行う「評価療養」と、保険導入を前提としない「選定療養」とに再構成することとしている。

この仕組みは、保険導入前であっても、保険診療との併用により、患者が新しい医療技術による治療を早期に少ない負担で利用することを可能とするものである。

また、評価療養については、有効性・安全性のほか、普及性、効率性、技術的成熟度等の観点から適当と認められるものについて保険適用の対象として、国民が広く利用できるようにすることとしており、国民皆保険制度を支える仕組みである。

4 医療制度構造改革の更なる推進に向けて

今回の医療制度構造改革は、これまでの医療制度構造改革の中で課題として指摘されてきた高齢者医療制度の創設や医療費適正化について、道筋を示すものである。まずはその円滑な施行に向けて、万全を期して準備していくこととしている。今後とも、安全で質の高い医療を確保し、皆保険制度を持続可能なものとしていけるよう着実に努力していかなければならない。