

# はじめに

## （要点）

日本の医療は、世界に誇れる国民皆保険制度を採用しており、その結果、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現してきた。

しかしながら、医療保険制度、医療提供体制、健康づくりにおいて様々な課題を抱えており、日本の医療は難しい舵取りが迫られている。

こうした課題を解決すべく、2006（平成18）年6月に成立した医療構造改革関連法は、生活習慣病予防、医療提供体制、医療保険制度に関する改革を総合的かつ一体的に行うもので、国民皆保険制度創設以来の大改革といわれるものである。

今年の白書では、先般成立した医療構造改革関連法の円滑な施行や都道府県の各種計画の策定作業にも資するよう、医療構造改革の内容を解説するとともに、今後の日本の医療の進むべき方向を提示する。

## < 国民皆保険制度の採用による世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準の実現 >

日本の医療は、国民が、いずれかの公的医療保険制度に加入し、保険料を納め、医療機関で被保険者証を提示することにより、一定の自己負担で必要な医療を受けることが可能であるという、世界に誇れる国民皆保険制度を採用しており、その結果、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現してきた。

## < 難しい舵取りが迫られている日本の医療 >

今後、高齢者医療費を中心に医療費の大幅な増加が見込まれ、将来にわたり持続可能な医療保険制度の構築が大きな課題となっている。

日本の医療は、国際的に見て長い平均在院日数や医療紛争の増加の問題に加え、最近では、産科・小児科、へき地等における医師不足の問題、病院における勤務医の疲弊等、新聞報道がなされない日はないほど、その抱える課題は多岐にわたっている。

近年、生活習慣病患者が増大し、死因の6割を占めるまでに至っているが、生活習慣の改善により、生活習慣病の発症や重症化を予防し、将来にわたって健康な生活を維持できることが明らかとなり、生活習慣病対策の拡充が求められている。

このような状況にかんがみると、日本の医療構造改革は、医療提供体制等の効率化等を図りつつ、国民本位の医療を提供し、日本の医療の抱える課題を解決していく中で、医療費の伸びを適正化していくという、難しい舵取りが迫られている。

## < 医療構造改革関連法 >

2006（平成18）年6月に成立した医療構造改革関連法は、生活習慣病予防、医療提供体制、医療保険制度に関する改革を総合的かつ一体的に行うもので、国民皆保険制度創設以来の大改革といわれるものである。

生活習慣病予防や長期入院の是正などにより、国民の生活の質（QOL）の維持・向上を確保しつつ医療費の適正化を進めるというものであり、その実現のため、国及び都道府県が協力して、医療計

画などの関連計画と整合性を図りつつ、それぞれ医療費適正化計画を定め、中長期的に医療費の適正化を行うこととした。

これと併せ、75歳以上の後期高齢者を対象とした新たな医療制度の創設や都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合など、超高齢社会を展望した医療保険制度体系の見直しを行うこととし、こうした改革を通じ、将来にわたり持続可能な制度を構築していくこととした。

また、医療法等の改正も行い、都道府県医療対策協議会の制度化など都道府県が中心となった医師確保対策の実施、患者の視点に立った医療情報提供体制の充実、医療機能の分化・連携を図る新しい医療計画制度の着実な推進などを通じて、患者の視点に立った良質な医療が効率的に提供される体制の確立に取り組むこととした。

## < 今年の白書の主眼 >

今年の白書では、先般成立した医療構造改革関連法の円滑な施行や都道府県の各種計画の策定作業にも資するよう、医療構造改革の内容を解説するとともに、今後の日本の医療の進むべき方向を提示する。

# 第1章

## 我が国の保健医療をめぐる これまでの軌跡

### (第1章の要点)

医療提供体制では、医療基盤の整備と量的拡充の時代（おおむね1945（昭和20）年から1985（昭和60）年まで）、病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代（おおむね1985年から1994（平成6）年まで）、医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代（おおむね1992（平成4）年以降）へと変化してきた。

医療保険制度では、国民皆保険制度確立の時代（おおむね1922（大正11）年から1961（昭和36）年まで）、保険給付等の拡充の時代（おおむね1961年から1973（昭和48）年まで）、医療費の増大に対応するための給付と負担の見直しの時代（おおむね1973年以降）へと変化してきた。

健康づくりでは、成人病対策を中心とした疾病予防の時代（おおむね1955（昭和30）年から1996（平成8）年まで）、生活習慣に着目した健康づくりの時代（おおむね1996年から2005（平成17）年まで）、新しい知見に基づく総合的な生活習慣病予防と職場における新たな健康確保対策の時代（おおむね2005年以降、職場における新たな健康確保対策は2000（平成12）年以降）へと変化してきた。

### 第1節 これまでの医療提供体制の歩み

#### < 医療基盤の整備と量的拡充の時代 >

戦災で多くの医療施設が破壊・閉鎖され、医療従事者の不足や食糧・医薬品・衛生材料の不足と相まって、戦後の我が国の医療施設の状況は悲惨なものであった。

公的病院については、医療法の中で、その設置に要する費用に対して国庫補助を行うことを可能とする規定が設けられた。その後、昭和20年代後半には、年々病院の整備が進められた。

民間病院については、資金調達を容易にするため、病院開設主体が非営利の法人格を取得できる医療法人制度が設けられた（1950（昭和25）年、医療法改正）結果、安定的な医療施設経営が可能となり、都市部を中心に開業が進んだ。

医師の養成については、保険給付等の拡充により医療需要がますます高まり、1973（昭和48）年に閣議決定された「経済社会基本計画」に無医大県の解消（いわゆる「一県一医大構想」）が盛り込まれ、これに基づき、医科大学・医学部が存在しない県に医科大学・医学部が新たに設置された。

看護師需要の増大に対応するため、1951（昭和26）年に准看護師制度が創設された。また、昭和40年代に入ってから、保健医療需要の増大や医学・医療技術の進歩に伴う医療内容の高度化などに対応して、コメディカルの専門分化が図られ、多様な職種が登場した。

1963（昭和38）年に老人福祉法が制定され、国と地方公共団体が高齢者の福祉を増進する責務が定められた。さらに、1971（昭和46）年を初年度とする社会福祉施設緊急整備5か年計画が策定されるなど、高齢者福祉の拡充と量的整備への取組みが進められた。

## < 病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代 >

病床が急増する一方で地域的な偏在が見られる中、1985（昭和60）年に、医療法の大幅な改正が行われ、都道府県知事が、民間の病院についても、病床過剰地域において、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、病院の開設、増設等に関して勧告を行うことができることとなった（第1次医療法改正）。

医師の養成については、2025（平成37）年には医師の10%が過剰になるとの将来推計に基づき、各大学において入学定員の削減が行われた。

老人医療費無料化と福祉施設の整備の遅れにより生じた社会的入院の解決を目指し、高齢者にふさわしい看護や介護に重点を置いたケアが求められるようになった。1989（平成元）年12月には、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイといった在宅福祉対策の緊急整備に重点が置かれた「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が策定された。さらに、1994（平成6）年には、ゴールドプランの内容を見直して一層の充実を図る「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）」が策定され、在宅、施設両面にわたる基盤整備が急速に進められた。

## < 医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代 >

平成に入り、医療施設の機能分化や患者に対する情報提供を推進するための第2次から第4次にわたる医療法改正が行われた。

高齢化の進行、医療サービスの高度化・多様化などに伴い、対応できる質の高い看護職員を確保すべきという要請が高まったことから、1994（平成6）年12月に「少子・高齢社会看護問題検討会」の報告書が取りまとめられ、この方針に沿って看護教育カリキュラムの改正、看護系大学・大学院の設置が進められることとなった。

2004（平成16）年度から、医師の臨床研修が必修化され、全人的な医療を行える医師の養成を目指し、内科、外科、救急部門、小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療を含む複数の診療科で研修を行うスーパーローテート方式による新たな医師臨床研修制度が実施されている。

2000（平成12）年に、利用者の選択によって契約により各種介護サービスを利用することを可能とし、費用負担を含め国民全体で高齢者の介護を支える仕組みである介護保険制度が導入された。

## 第2節 これまでの医療保険制度の歩み

### < 国民皆保険制度確立の時代 >

1961（昭和36）年に、国民誰もが一定の自己負担で必要な医療を受けることができる国民皆保険制度が確立することとなった。

診療報酬については、健康保険法制定後しばらくは各保険者で一点単価が異なっていたが、1958（昭和33）年には全国一律の報酬体系となった。

### < 保険給付等の拡充の時代 >

1961（昭和36）年の国民皆保険達成時における患者の自己負担は、被用者保険については、本人は負担なし、家族は5割であり、国民健康保険は5割であった。その後、1968（昭和43）年には国民健康保険が3割負担となり、続いて1973（昭和48）年には、被用者保険の被扶養者も3割負担となった。また、同年には、自己負担額の一定額（月額3万円（当時））以上を超える額を支給する高額療養費支給制度が創設された。

1972（昭和47）年に老人福祉法が改正され、1973年から、70歳以上（寝たきり等の場合は65歳以上）の高齢者に対して、医療保険の自己負担分を、国と地方公共団体の公費を財源として支給する老人医療費支給制度が実施されることとなった（老人医療費無料化）。しかし、「必要以上に受診が増えて病院の待合室がサロン化した」との指摘や、いわゆる「社会的入院」を助長しているとの指摘がなされるようになった。

## < 医療費の増大に対応するための給付と負担の見直しの時代 >

我が国の医療費は増加の一途をたどっているが、こうした背景としては、医療提供体制の整備・充実や、老人医療費無料化などの保険給付等の充実に加え、近年においては、高齢化や医療技術の高度化の影響が大きい。

老人医療費無料化以降、老人医療費が著しく増大する中、1982（昭和57）年に老人保健法が成立し、各医療保険制度間の負担の公平を図る観点から、全国平均の高齢者加入率に基づいて算出された拠出金を各医療保険者で等しく負担する仕組みが新たに導入された。また、老人医療費の一定額を患者が自己負担することとなった。

1992（平成4）年10月以降、健康保険の保険料賦課基準である標準報酬月額の上限は1月当たり98万円とされている。また、保険料率の改定の上限は、政府管掌健康保険（政管健保）においては1000分の91、組管掌健康保険（組管健保）においては1000分の95とされている（1980（昭和55）年の改正による）。2003（平成15）年からは、保険料負担の公平性を確保する観点から、賞与についても月収と同様に保険料が徴収されることとなっている。

国庫負担について見ると、2007（平成19）年において、組管健保の国庫負担は事務費のみであるが、政管健保については、こうした事務費に加えて給付費の13.0%、老人保健拠出金分の16.4%、市町村国保については給付費等の43%の国庫負担がある。また、老人保健についても医療等に係る給付費の約33%の国庫負担がある。地方負担について見ると、市町村国保は都道府県が給付費等の7%、老人保健は都道府県及び市町村がそれぞれ、医療等に係る給付費の約8%ずつを負担している。

患者の自己負担については、2002（平成14）年に現役世代における制度間を通じた3割への負担統一がなされた。また、老人の自己負担については、2000（平成12）年に定額から定率1割に、2002年に現役並み所得者を2割とする改正が行われた。

1984（昭和59）年の健康保険法改正において、新しい医療技術の出現や、患者のニーズの多様化に適切に対応すべく、高度先進医療や特別の療養環境の提供に係る部分について、一定のルールの下で保険外診療との併用を認めるという特定療養費制度が導入された。

診療報酬については、医療技術の進歩などにより引き上げられてきたが、2002年、近年の賃金・物価の動向や厳しい経済動向を踏まえ、医師の技術料等に関する診療報酬本体についての1.3%、薬価等についての1.4%（薬価ベースでは6.3%）を合わせて2.7%の引下げが行われることとなった。診療報酬本体について引下げが行われるのは初めてのことであった。

2000年から始まった介護保険制度では、これまで高齢者福祉と老人医療の双方に分かれていた介護サービスを、一つの制度として統合した。これにより、医療保険制度が事実上担っていた老人医療のうち、介護的色彩の強い部分が介護保険に移行することとなった。

## 第3節 これまでの健康づくりの歩み

### < 成人病対策を中心とした疾病予防の時代 >

#### (成人病対策)

国民の栄養水準の向上とも相まって、結核死亡率は大幅に低下し、1951(昭和26)年に脳血管疾患が結核に代わって死因の第1位を占めるようになり、1958(昭和33)年には、現在の3大死因である悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患が死因の上位を占めるようになった。

悪性新生物、心疾患、脳血管疾患については、40歳前後から急に死亡率が高くなり、加齢に伴ってかかりやすくなる病気ということで「成人病」と呼ばれ、国民の関心が高まった。

老人の疾病の予防、早期発見・早期治療という見地から、65歳以上の者を対象とする老人健康診査が1962(昭和37)年から実施されてきた。その後、1982(昭和57)年に成立した老人保健法により、健康診査を始めとする総合的な老人保健事業の対象年齢も40歳まで引き下げる形で実施された。

第1次国民健康づくり運動は1978(昭和53)年に始まり、健診の徹底による疾病の早期発見・早期治療に努めた。第2次国民健康づくり運動は1988(昭和63)年に始まり、運動プログラムの作成及び指導を行う健康運動指導士の養成などが行われた。

#### (職場における健康確保対策)

1947(昭和22)年の労働基準法の公布・施行、1972(昭和47)年の労働安全衛生法の公布・施行により、事業場における安全衛生管理体制の整備が進められた。

1947年に公布・施行された労働基準法等により労働者に対する健康診断を行う義務が事業者に課された。また、1988(昭和63)年の労働安全衛生法改正により、運動のみならず生活、栄養そしてメンタルヘルスケアを含めた総合的な健康づくりである「THP(トータル・ヘルスプロモーション・プラン)」が企業の努力義務として導入された。

1992(平成4)年に「労働時間の短縮の促進に関する臨時措置法」(時短促進法)が制定され、事業主が労働時間の短縮を計画的に進めるために必要な措置を講ずるように努めることとされた。

### < 生活習慣に着目した健康づくりの時代 >

1996(平成8)年に公衆衛生審議会において取りまとめられた「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について(意見具申)」に基づき、新たに「生活習慣」という要素に着目して捉え直した「生活習慣病」という概念が健康づくり対策に導入された。

2000(平成12)年に、第3次の国民健康づくり運動としてスタートした「健康日本21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を目的としており、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がんの9分野70項目について、具体的な目標を掲げ、疾病を予防する一次予防に重点を置いた施策を推進している。また、2002(平成14)年には、「健康日本21」を中核とする国民の健康づくりを更に積極的に推進する法的基盤を整備するため、健康増進法が制定された。

がん対策については、1984(昭和59)年度から「がんの本態解明」を目標に「対がん10か年総合戦略」を、1994(平成6)年度からは「がんの本態解明からがん克服へ」を目標に「がん克服新10か年戦略」を進めてきた。2004(平成16)年からは、研究、予防、臨床への応用を総合的に推進することを目指し、「第3次対がん10か年総合戦略」を定め、がん対策の総合的な推進に取り組んでいる。

## < 新しい知見に基づく総合的な生活習慣病予防と職場における新たな健康確保対策の時代 >

### (新しい知見に基づく健康づくり対策の展開)

2005(平成17)年に、日本内科学会等内科系8学会の合同により、メタボリックシンドロームの疾患概念と基準が示された。メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、高血圧、脂質異常などを呈する状態のことをいい、腹囲が基準値(男性85cm、女性90cm)以上の場合に「要注意」とされ、さらに、血中脂質、血圧、血糖値のうち2項目以上が基準値に該当する場合をメタボリックシンドロームに該当するとしている。

2004(平成16)年に、国民の健康寿命を伸ばすことを基本目標とする「健康フロンティア戦略」が策定された。2007(平成19)年4月には、この戦略の内容を更に発展させた「新健康フロンティア戦略」が策定された。

がんについては、2006(平成18)年にがん対策基本法が成立し、2007年4月から施行されている。同法では、今後更なるがん対策の充実を図るため、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的に掲げ、政府によるがん対策推進基本計画の策定、都道府県による都道府県がん対策推進計画の策定、がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の均てん化の促進、がん研究の推進、がん対策推進協議会の設置等の規定が盛り込まれている。

2005年に食育基本法が成立し、同法に基づき、2006年に食育推進基本計画が策定された。同基本計画に沿って、栄養指導などの健康づくり活動を通じた食育に関する普及啓発活動が総合的かつ計画的に推進されている。

### (職場における新たな健康確保対策)

職場における健康確保対策については、労働者の過重労働による健康障害防止対策、労働者の心の健康の保持増進(メンタルヘルスケア)対策、仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)の実現に向けた取組みが行われている。

# 第2章

## 我が国の保健医療の現状と課題

### (第2章の要点)

国民皆保険制度を堅持し、持続可能な医療保険制度を構築していくためには、国民・患者の視点に立って、生活習慣病対策、良質かつ効率的な医療提供体制の確立に努める中で、中長期を見据えた医療費適正化を推進することが求められている。具体的には、生活習慣病の有病者・予備群を減らすとともに、入院期間を短縮し病院から早く家庭や地域に戻れるようにし、国民の生活の質(QOL)を確保・向上しつつ、結果として医療費適正化に資するという、中長期的な対策を講ずることが求められている。

医療提供体制については、国際的に見て長い平均在院日数や医療紛争の増加の問題に加え、最近では、産科・小児科、へき地等における医師不足の問題、病院における勤務医の疲弊等、多くの問題が指摘されている。

医療保険制度については、保険給付の内容・範囲、診療報酬等の見直し、高齢者の医療制度の抜本的な見直し、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、保険者としての機能を発揮しやすくするための再編・統合の推進が求められていた。

健康づくりについては、国民の生活の質(QOL)の向上の視点から、生活習慣の改善を通じた健康づくりを徹底することが重要であり、若い時からメタボリックシンドロームの予防を効果的に推進していくことが課題となっている。また、労働者の働き方の現状を踏まえれば、ワーク・ライフ・バランスを含めた働き方の見直しも重要となっている。

### 第1節 医療構造改革の必要性

#### <医療をめぐる環境変化>

##### (高齢化の進行と医療費の増大)

2030(平成42)年には、75歳以上の後期高齢者が、現在の2倍近い2,266万人に増加すると推計されている。

1人当たりの老人医療費は、老人以外の1人当たり医療費の約5倍になっている。今後、後期高齢者が増加することから、今後何らの対策も講じなければ、医療技術の進歩とも相まって、将来の医療費は大幅に増大していくことが確実である。

##### (生活習慣病対策の重要性の増大)

現在の疾病全体に占める生活習慣病の割合について見ると、死亡原因では6割、医療費では3割を占めており、国民の健康に対する大きな脅威となっている。

循環器系の生活習慣病の進行を抑えるためには、境界領域期での生活習慣の改善にしっかり取り組むことが重要である。それにより、疾病の発症リスク要因を減少させることができ、生活の質(QOL)の維持とともに、結果として老人医療費の適正化を行うことができる。

##### (患者の視点に立った医療提供の重要性の増大)

我が国の平均在院日数は、OECDに加盟する先進国30か国の中で最も長い。このような違いの大きな要因の一つに、日本では、主として慢性期の患者が入院する療養病床の平均在院日数が172.6

日と長くなっていることがあげられる。

我が国の高齢者は今後ますます増加するとともに、高齢者の一人暮らし世帯の数も、2000（平成12）年の303万世帯から2025（平成37）年には680万世帯と2倍以上に増加すると推計されている。

何らかの介護・支援を必要とし、かつ認知症がある高齢者は、2015（平成27）年までに250万人、2025年には323万人になると推計されている。

死亡の状況について見ると、現在は8割の方が医療機関で亡くなっており、在宅死亡割合は1割余りとなっている。また、年間死亡者数は、2005（平成17）年に108万人であるが、2040（平成52）年には166万人に達すると推計されている。

## < これまでの医療費適正化対策 >

最近の国民医療費の動向を見ると、1994（平成6）年度から2004（平成16）年度までの10年間で、25.8兆円から32.1兆円に6.3兆円増加し、24.5%上昇した。中でも、過去10年間（1994-2004年度、介護保険制度が導入された2000（平成12）年度は除く。）の老人医療費の年平均伸び率は4.6%となっており、国民医療費全体の同時期の年平均伸び率（2.7%）を大きく上回っている。

近年の医療保険制度の改正においては、医療費適正化のために、患者自己負担の引上げが繰り返し行われてきた。しかしながら、それぞれの患者自己負担引上げによる医療費の伸びの抑制効果については、経験則上1年程度しかないことに留意する必要がある。

## < 今後の医療政策の検討の方向性 >

国民皆保険制度を堅持し、持続可能な医療保険制度を構築していくためには、短期的な医療費適正化対策に加え、国民・患者の視点に立って、生活習慣病対策、良質かつ効率的な医療提供体制の確立に努める中で、中長期を見据えた医療費適正化を推進することが求められている。具体的には、生活習慣病の有病者・予備群を減らすとともに、入院期間を短縮し病院から早く家庭や地域に戻れるようにし、国民の生活の質（QOL）を確保・向上しつつ、結果として医療費適正化に資するという、中長期的な対策を講ずることが求められている。

今後、後期高齢者が大幅に増加していく中、家族による看護や介護が難しい高齢者世帯や認知症高齢者の増加、終末期医療の在り方も視野に入れつつ、患者の視点に立った医療提供の在り方を考える必要がある。

## 第2節 医療提供体制をめぐる現状と課題

### < 医療提供をめぐる現状と課題 >

#### （一般診療所）

診療所数が増加しているにも関わらず、診療所における時間外、深夜、休日の診療の件数は、必ずしも増加していない。

往診を実施している一般診療所数はおおむね横ばいであり、一般診療所の総数が増加する中で、在宅医療に取り組む施設の割合は低下している。

#### （病院）

患者の医療機関の選択に関する調査結果によると、身体の不調などで最初にかかる医療機関につい

て、「身近な医院」にかかるとする者が62.4%いる一方、「地域の比較的大きな病院」、「遠くても大きな病院や専門病院」にかかるとする者がそれぞれ28.6%、7.9%となっており、大病院志向の患者も多い。また、患者が大病院等を選んだ理由としては、「各種医療機器がそろっている」、「高い技術を持った専門医がいる」、「どんな病気でも対応してくれる」、「大きな病院の方が何となく安心できる」をあげる人が多い。

慢性期入院医療実態調査（2005（平成17）年度）によると、医療療養病床と介護療養病床で提供されているサービス内容には大差がなく、療養病床の患者の約半分が医師による指示の変更がほとんど必要ない方たちであり、療養病床には医療の必要性が必ずしも高くない者も入っていると考えられる。

## （医療従事者）

医師数は、全国的には毎年3,500～4,000人程度増加しているが、都道府県間、また同一都道府県内でも県庁所在地のある医療圏とそれ以外の医療圏間で地域格差がある。

産婦人科医数については全国的に減少しているものの、出生数当たりの産婦人科医数は横ばいである一方、分娩を実施した施設（病院、診療所）は、この10年で26.5%減少している。小児科医数の現状を見ると、その総数及び15歳未満小児人口1万人当たりの小児科医数はともに、1998（平成10）年以降増加傾向にもかかわらず、小児科を標榜する病院は減少している。

地域的な医師不足や、一部の診療科における医師不足の背景の一つに、医師臨床研修制度の義務化や大学病院を取り巻く状況の変化により、大学病院の医師派遣（紹介）機能が低下したことが指摘されている。

病院に従事する全体の医師数は増加しているにもかかわらず、病院内の診療外業務、臨床研修医等への教育・指導、外来患者数、外来患者1人に費やす時間の変化により、病院における勤務の繁忙感が強まっていることが医療現場から強く指摘されている。そうした繁忙感に加え、勤務に見合う処遇が与えられていないこと、さらに訴訟のリスクにさらされていることも含めて、社会からの評価も低下しつつあるという感覚が、病院診療の中核を担う中堅層に広がり、病院での勤務に燃え尽きるような形で、病院を退職する医師が増加しているとの指摘がある。

医師全体で見ると、女性の従事医師数は全体の15%程度にとどまるが、近年、医師国家試験合格者の3割以上を女性が占めるまでになっており、医師全体に占める女性医師の割合が今後増加していくことが予想される。

近年、医療紛争が増加している。医療紛争が起こる背景の一つとして、医師と患者との信頼関係が構築されていないことも指摘されている。

専門医について諸外国と比較すると、制度の違いがあるため単純な比較はできないが、我が国では、アメリカに比べ人口比で2倍以上の専門医が養成されている分野がある一方で、アメリカの「Family Medicine」に対応するような、一人の人間を全人的に診る総合的な診療に対応できる医師の養成について十分に行われているとはいえない状況にある。

コメディカルについては、医師や看護師等以外に事務職や機器の専門家が行った方が効率的な業務までを、医師や看護師等が自ら行っている状況にある。

## < 国民・患者の立場から見た現状と課題 >

現在のところ、地域住民にとって、地域のどこでどのような医療が受けられるのか詳しく分かるようにはなっていないのが実情である。患者にとっては、退院によりいったん病院から切り離されてしまうと、在宅でどのようなケアを受けることができるのか、いざという時に病院に戻れないのではな

いかとの不安を抱えることとなる。

高齢者が急増する一方で往診を行う診療所の割合はむしろ減少しているなど、在宅医療を中心に、高齢者の生活を支える地域医療の基盤は十分に整備されていない。現状では、医療面だけでなく介護の相談や家族指導など生活面全般の対応までも熟知した上で、在宅医療を行ってくれる医師を見つけることは容易ではない。

医師確保の難しさから、地域の医療機関の診療科の縮小や廃止、さらには医療機関自体の廃業等により、急性期医療の確保が困難となっている地域がある。特に、産婦人科、小児科等の急性期医療を担う医療機関において、医師不足の問題が顕在化しており、国民・患者にとって安心できる医療提供体制の構築が課題となっている。

普段から自分の健康状態を全体的に把握してくれていて、変調を気軽に訴えたりすることができ、必要に応じて専門の医療機関を紹介してくれる医師を地域で見つけるのは難しいのが現状である。特に、一部の都市部等を中心に、国民・患者から、日中にかかっている診療所はビルの中にあり、休日や夜になると医師と連絡が取れなくなってしまう、往診など在宅医療を行う医師を地域で見つけれないといった声がある。

### 第3節 医療保険制度をめぐる現状と課題

#### < 保険給付をめぐる現状と課題 >

我が国の公的医療保険は、被用者保険と国民健康保険に大別される。被用者保険は、政府管掌健康保険（政管健保）、組管掌健康保険（組合健保）、船員保険、共済組合に分かれる。また、国民健康保険は、国民健康保険組合（国保組合）と、市町村国民健康保険（市町村国保）に分かれる。

保険加入者は、一定の自己負担割合（3歳未満：2割、3歳～70歳：3割、70歳以上：1割（現役並み所得者：3割））で医療機関を受診することができる。また、1か月当たりの自己負担限度額（一般所得者の場合：80,100円＋医療費1%）も設定されており（高額療養費制度）、医療費の負担が過大にならないよう配慮されている。

加入者平均年齢について比較すると、政管健保37.2歳、組合健保34.2歳、市町村国保53.7歳となっており（2004（平成16）年度）被用者が退職後は市町村国保に加入することとなることから、市町村国保の高齢者の加入率が高くなっている（高齢者の加入割合：24.2%（2005（平成17）年3月末））。

先般の医療構造改革においては、中長期的な医療費適正化対策を推進していくことに加え、世代間の負担の公平の観点から、現役並みの所得を有する高齢者にも応分の負担を求め、介護保険制度との負担の均衡を図る観点から、療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担を見直すこと、賃金・物価の動向等の最近の経済動向、保険財政の状況等を踏まえ、適切に診療報酬・薬価等を見直すことを始めとして、保険給付の内容・範囲、診療報酬等を見直すことも求められていた。

#### < 高齢者の医療制度をめぐる現状と課題 >

75歳以上の高齢者等の医療制度である老人保健制度は、高齢化の進行に伴い老人医療費が増大する中で、保険者からの老人保健拠出金が増大し、特に被用者保険から、現役世代と高齢世代の費用負担関係が不明確、国民健康保険や被用者保険と比較して、財政運営の責任が不明確との指摘がなされてきた。

退職者医療制度についても、産業構造や雇用形態等が変化する中で、被用者年金の加入期間が原則

20年以上の人を被用者保険が支える制度では、高齢者の医療費の制度間の負担の不均衡を是正するには不十分であるとの指摘が強かった。

### < 保険者をめぐる現状と課題 >

政管健保については、全国一律の保険料・保険運営となっており、受益に応じた適切な負担や、被保険者等の意見を反映した保険運営等、給付と負担のバランスを図るための保険者としての機能を発揮しにくい状況となっている。また、健保組合に比べて被保険者の所得水準が低いことから保険料収入も少ないのが現状であり、その点で財政基盤が弱いといえる。さらに、高齢化の進行等に伴う老人保健拠出金等の増額が財政に大きく影響しており、厳しい財政状況が続いている。

健保組合については、近年、平均で見れば保険料率は低下傾向にあるものの、雇用の抑制・リストラ等により被保険者数が減少し、保険者規模が小さくなった組合や、標準報酬の伸び悩みに伴う保険料収入の減少とともに、老人保健拠出金等の増加に伴い財政が圧迫されている組合も見られる。

市町村国保においては、農業者や自営業者の他、退職後のサラリーマンや常用雇用でない被用者が加入しており、高齢者・低所得者を多く抱える構造的問題が従来より指摘されてきた。近年の厳しい経済情勢を背景に、リストラ等により無職の被保険者が増加する一方、被保険者の所得水準が低下し、収納率が低下するなど保険料収入が減少しており、厳しい財政運営が迫られる状態が続いている。加えて、1人当たりの保険料（2004年度数値）も、医療費の差も反映して、都道府県単位で最低の5.5万円から最高の8.6万円まで約1.6倍の差があるなど、保険者により大きく異なっている。

このような中、政管健保、組合健保、市町村国保のそれぞれについて、各保険者の歴史的経緯や実績を尊重しながら、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、保険者としての機能を発揮しやすくするための再編・統合を推進する必要性が高まっていた。その際、医療サービスがおおむね都道府県の中で提供されている実態があり、各都道府県において医療計画も策定されていることを考慮し、都道府県単位を軸に考えることが課題となっていた。

## 第4節 健康づくりをめぐる現状と課題

### < 生活習慣病対策をめぐる現状と課題 >

糖尿病等生活習慣病にかかる医療費は10.4兆円（2004（平成16）年度）となっており、国民医療費の約3割を占めている。こうした生活習慣病患者の増加の背景には、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）があり、2005（平成17）年の調査では、40～74歳では男性の2人に1人、女性の5人に1人が、メタボリックシンドロームが強く疑われる者又は予備群と考えられる者となっている。

メタボリックシンドロームは、過栄養や運動不足などにより内臓脂肪が蓄積され、その結果引き起こされる代謝異常が原因であるとされており、生活習慣の改善による内臓脂肪の減少が重要であるといえる。今後、メタボリックシンドロームの考え方を取り入れた生活習慣病対策を推進し、国民や関係者の「予防」の重要性に対する理解の促進が重要であり、その効果的な推進が課題となっている。

「健康日本21中間評価報告書」（2007（平成19）年）では、「健康日本21」の中間評価として、既に目標を達成している項目もある一方で、策定時のベースラインから改善が見られない項目やむしろ悪化している項目も見られるなど、これまでの取組みには必ずしも十分ではない点も見られるとしている。そこで、これまでの生活習慣病対策の課題及び今後の方向性として次の6点をあげている。

総花主義からの脱却

目標達成に向けた効果的なプログラムやツールの展開  
政府全体や産業界を含めた社会全体としての取り組み  
保険者、市町村等の関係者の役割分担  
保健師、管理栄養士等医療関係者の資質の向上  
現状把握、施策評価のためのデータの収集、整備

こうした課題を踏まえ、今後取り組むべき対策として、産業界と連携すること、生活習慣病対策に関わる人材の育成と体制整備を図ること、最新の知見の収集を図り、エビデンスに基づいた施策の展開を図ることとし、その具体的な手法については、ポピュレーションアプローチ（メタボリックシンドローム概念を導入し、健康づくりの国民運動化を図ること）とハイリスクアプローチ（効果的な健診・保健指導の実施を図ること）を適切に組み合わせて対策を推進していくことを提言している。

### < 職場における健康確保対策をめぐる現状と課題 >

我が国の年間総実労働時間は短縮されてきたものの、一般労働者においては、長時間労働が問題となっている。特に30歳代及び40歳代の男性において長時間労働が顕著であり、週60時間以上働く労働者の割合は20%を超えている。過重労働により脳・心臓疾患を発症したとして労災認定された事案は、2000（平成12）年度まで年間100件以下であったのに対し、2001（平成13）年度に脳・心臓疾患の認定基準が改正され、長時間にわたる疲労の蓄積によって発症した脳・心臓疾患も認定されるようになったこともあり、2002（平成14）年度以降は300件前後と高水準で推移している。

自分の仕事や職業生活に関して「強い不安、悩み、ストレスがある」とする労働者は2002年の調査で6割を超えている。また、精神障害等に係る労災認定件数は、1998（平成10）年度まで年間10件以下であったところ、1999（平成11）年度に精神障害等の判断指針が策定されて以降、精神障害と業務による心理的負荷との関係について社会的に認識が広まったこともあり、労災請求件数が年々増加し、その認定件数についても、2002年度には100件を超え、2006（平成18）年度には200件を超えるなど大幅に増加している。

労働者の健康確保を図る観点からも、今後のあるべき働き方として、働く者が、人生の段階に応じて、「仕事」と「仕事以外の活動」（家庭生活、地域生活、個人の自己啓発等）を種々に組み合わせ、バランスの取れた働き方を安心・納得して選択していけるようにすること、すなわち「ワーク・ライフ・バランス（仕事と生活の調和）」の実現が重要である。

## 第5節 まとめ

前節までの考察を踏まえ、以下の4つの視点で、先般の医療構造改革に至る我が国の保健医療をめぐる課題を整理できる。

予防の重視 ～働き方を含め生活を見直す～

生涯を通じて国民の安心を保障する医療の推進

保険基盤の安定化と保険者機能の発揮による医療費適正化

保健医療分野の情報化の推進（～の課題に適切に対応し、質の高いサービスを効率的・効果的に提供していくために必要）

# 第3章

## 保健医療・介護をめぐる 地域差の現状と課題

### (第3章の要点)

都道府県の医療費、健康、保健事業、医療提供体制、介護については大きな地域差が存在する。

1時点で見ると、高齢化率が高い都道府県ほど医療費は高い傾向にあるが、2時点間で比較すると、高齢化の進行度合いと医療費の増加度合いの関係は一樣ではない。

都道府県をグループ化し、それぞれの特性を見出すという試みを行った。

- ・ 1人当たり老人医療費の高い3グループのうち2グループはいずれも入院医療費が高いが、その背景事情として、病床数が多く、平均在院日数が長く、入院医療では、供給が需要を生み出す側面があることを示唆している。
- ・ 1人当たり老人医療費が低いグループの健康関連指標について見ると、いずれも健診受診率が高い水準に位置しており、健康づくりを推進していく上での重要性を示唆している。

ここで取り上げた分析結果を固定的な視点で見ることなく、医療費適正化を推進していく上での一つのヒントとして活用するとともに、各都道府県において更なる分析を行った上で、地域の実情を踏まえながら保健医療の将来ビジョンを総合的に展望し、医療構造改革の取組みを推進することを期待したい。

### 第1節 地域差の存在

2005(平成17)年を起点として20年後の高齢者数(65歳以上)の推移を都道府県別に見ると、今後は首都圏を始めとする都市部を中心に高齢者数が増加することが見込まれる。

1人当たり年間医療費総額(国民医療費)について見ると、最も高い鹿児島県が33万4千円であり、最も低い埼玉県の17万9千円の約1.9倍となっている。

### 第2節 医療費をめぐる地域差

1人当たりの老人医療費を見ると、最も高い福岡県は96万5千円で、最も低い長野県の63万5千円の約1.5倍となっている。1994(平成6)年当時と比較すると、地域差は縮小しているものの、上位5地域は同じであり(順位は変動あり)、医療費の高い都道府県は変わっていない。

老人医療費について入院医療費を比較すると、最も高い北海道が54万1千円であり、最も低い長野県の29万5千円の約1.8倍となっている。入院外医療費を比較すると、最も高い広島県が43万2千円であり、最も低い沖縄県の30万円の約1.4倍となっている。このように、入院医療費が入院外医療費よりも地域差が大きい。

医療費の3要素が入院医療費に与える影響を見ると、入院医療費が高い地域は、受診率が高く、1件当たり日数が長い傾向にある。

## 第3節 健康・保健事業をめぐる地域差

### < 平均寿命の現状 >

男性平均寿命の最も長い長野県（78.90年）と最も短い青森県（75.67年）との間では3.23年の開きがある。女性平均寿命では、最も長い沖縄県（86.01年）と最も短い青森県（83.69年）の間で2.32年の開きがある。

### < 生活習慣病を中心とする健康をめぐる現状 >

悪性新生物の年齢調整死亡率では、男性では最も高い青森県の人口10万人当たり234.1人に対し、最も低い長野県では163.9人と約1.4倍、女性では最も高い大阪府の107.0人に対し、最も低い岡山県では82.8人と約1.3倍の差がある。

心疾患（高血圧性を除く。）の年齢調整死亡率では、男性では最も高い青森県の人口10万人当たり108.0人に対し、最も低い福岡県では66.8人と約1.6倍、女性では最も高い愛媛県の55.5人に対し、最も低い長野県、福岡県では35.6人と約1.6倍の開きがある。

脳血管疾患の年齢調整死亡率では、男性では最も高い青森県の人口10万人当たり84.0人に対し、最も低い奈良県、和歌山県では49.6人と約1.7倍、女性では最も高い栃木県の46.4人に対し、最も低い沖縄県では23.1人と約2.0倍の大きな開きが存在する。

3大死因に糖尿病を加え、70歳以上に限定した受療率を用いて比較を行うと、入院では、最も高いのは高知県で、人口10万人当たり2,904人であり、最も低い長野県1,139人の約2.5倍となっている。外来は和歌山県が最も高く2,490人であり、最も低い神奈川県1,147人の約2.2倍となっている。

政管健保のデータから、メタボリックシンドロームリスク保有者の割合を見ると、男性では、最も高い沖縄県が18.7%であり、最も低い新潟県9.8%の約1.9倍となっている。女性は、最も高い徳島県が5.1%であり、最も低い新潟県2.6%の約2倍となっている。

### < 保健事業の現状 >

健診受診率（市区町村で行う健診のほか、職場、学校における健診、人間ドック等を含む。）を見ると、最も低い和歌山県は49.1%となっており、最も高い山形県70.9%よりも20ポイント以上低い結果となっている。

40歳以上の者（職域などにおいて事業対象となる場合を除く。）を対象とする老人保健事業の「基本健康診査」においても、最も高い山形県61.7%に対し、最も低い高知県は21.8%となっており、約2.8倍の地域差がある。

がん検診受診率（市区町村で行う健診のほか、職場、学校における健診、人間ドック等を含む。）について見ると、大阪府や福岡県のように25%程度の受診率の地域がある一方で、宮城県、山形県、島根県、岡山県のように40%を超える地域もある。

## 第4節 医療提供体制をめぐる地域差

### < 病床数と平均在院日数の現状 >

病院の病床数を比較すると、人口10万人当たり、高知県の2,446.1床から神奈川県の859.1床まで約3倍の差が見られる。平均在院日数については、高知県の55.4日から長野県の27.3日まで約2倍の差が見られる。

病院の療養病床数を比較すると、高知県の人口10万人当たり1,022.4床から神奈川県142.7床まで7倍を超える差が見られる。療養病床の平均在院日数を比較すると、富山県の325.4日から宮城県の98.0日まで約3.3倍の差がある。

### < 医師数の現状 >

人口10万人当たり医療施設従事医師数を見ると、東京都の264.2人から埼玉県129.4人まで約2倍の差が見られる。

出生数千人当たり産婦人科医療施設従事医師数を見ると、徳島県の14.9人から埼玉県6.9人まで約2倍の差が見られる。

15歳未満人口1万人当たり小児科医療施設従事医師数を見ると、東京都12.4人から茨城県の5.8人まで約2倍の差が見られる。

### < 在宅医療の現状 >

在宅等死亡率（全死亡に対する自宅、老人ホーム、介護老人保健施設（老人保健施設）における死亡の割合）を比較すると、長野県の21.0%から北海道9.6%まで、約2倍の地域差が見られる。

人口10万人当たり医療保険等による在宅サービスの実施医療施設数（一般診療所）を見ると、最高の和歌山県53.5施設から最低の沖縄県10.5施設まで5倍以上の差がある。

訪問看護ステーションの人口10万人当たり常勤換算従事者数は、和歌山県の39.2人から千葉県12.3人まで約3.2倍の差がある。

## 第5節 介護をめぐる地域差

第1号被保険者1人当たり介護保険サービス費用を見ると、徳島県の309,508円から埼玉県の182,515円まで約1.7倍の差がある。介護保険サービス費用のうち、居宅サービス費用について比較すると、青森県の151,272円から茨城県の94,560円まで約1.6倍の差がある。また、施設サービス費用について見ると、徳島県の174,901円から埼玉県の83,826円まで約2.1倍の差がある。

介護保険第1号被保険者千人当たり介護保険3施設（介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）介護老人保健施設（老人保健施設）及び介護療養型医療施設）の定員を見ると、徳島県の48.1人から東京都22.5人まで約2.1倍の差がある。

施設ごとに見ると、介護老人福祉施設は島根県の20.7人から埼玉県の11.5人まで約1.8倍、介護老人保健施設（老人保健施設）は徳島県の20.4人から東京都5.4人まで約3.8倍、介護療養型医療施設は高知県の14.7人から山梨県の1.3人まで約11.3倍の地域差がある。

## 第6節 地域差を生み出す要因及び地域ごとの特性と課題

### < 地域差を生み出す要因 >

1時点で見ると、高齢化率の高い都道府県ほど医療費は高くなる傾向にあるものの、2時点間で比較すると、高齢化の進行度合いと医療費の増加度合いとの関係は一樣ではない。

1人当たり老人医療費と健診受診率（市区町村で行う健診のほか、職場、学校における健診、人間ドック等を含む。）の関係を見ると、健診受診率が高い都道府県では1人当たり老人医療費が低くなる

傾向がある。

高齢者就業率（70歳以上人口のうちの就業者数の割合）が高い都道府県では1人当たり老人医療費が低いという一定程度の相関関係もある。

1人当たり老人医療費（入院）と人口当たりの病床数、平均在院日数の関係を見ると、強い正の相関が見られる。

1人当たり老人医療費と在宅等死亡率の関係を見ると、在宅等死亡率の高い都道府県では、老人医療費が低くなる傾向にある。

これらの結果は、健康診査の受診率を高め、生活習慣病を予防するとともに、在宅医療を推進し、在院日数を適正化していくことが、医療費適正化に寄与する可能性を示している。

## < 地域ごとの特性と課題 >

ここまで都道府県別に見てきた保健医療・介護の現状をめぐる様々な指標に高齢者（70歳以上）就業率等を加え、クラスター分析の手法を用いて総括的に捉え、都道府県をいくつかのグループに区分し、それぞれの特性を見出すという試みを行った。ここでは、47の都道府県が10個のグループになるまで集約（クラスター化）した。

### 1) 1人当たり老人医療費が高いグループ（老人医療費が高い順）

- ・ グループ（北海道、福岡県、長崎県）
- ・ グループ（大阪府、広島県）
- ・ グループ（山口県、高知県、佐賀県、熊本県、鹿児島県）
- ・ グループ（沖縄県）
- ・ グループ（石川県、京都府）

### 2) 1人当たり老人医療費が低いグループ（老人医療費が低い順）

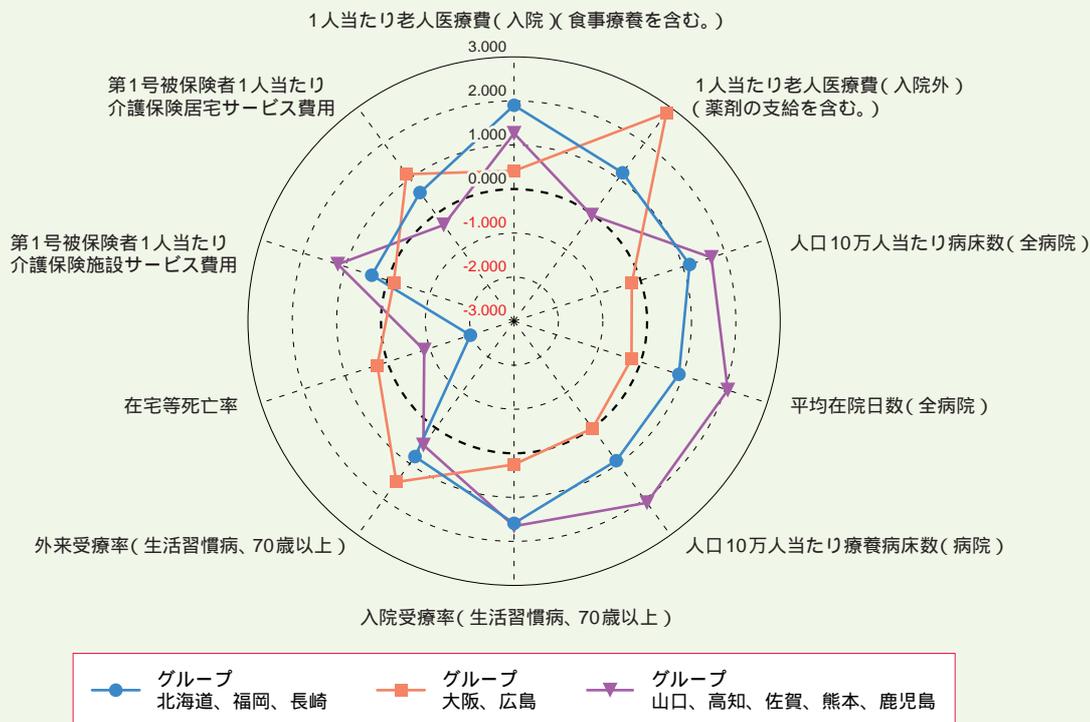
- ・ グループ（山形県、新潟県、山梨県、長野県、静岡県）
- ・ グループ（岩手県、宮城県、秋田県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県）

### 3) その他のグループ

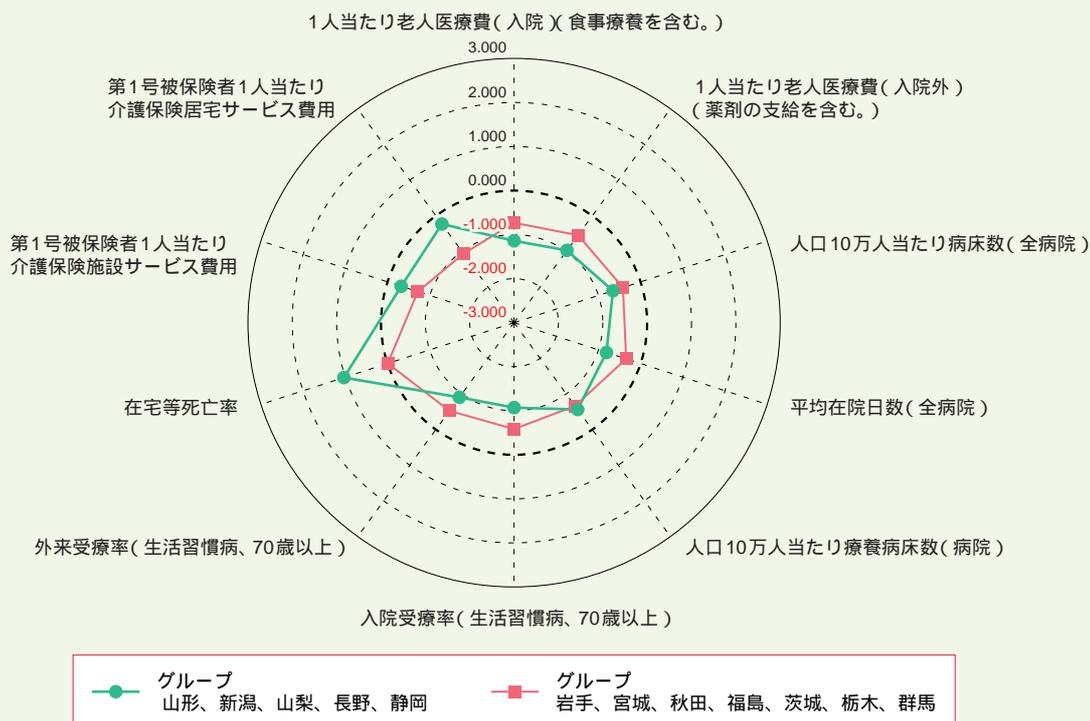
- ・ グループ（青森県、和歌山県、徳島県、愛媛県）
- ・ グループ（埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、愛知県、三重県、滋賀県、兵庫県、奈良県）
- ・ グループ（富山県、福井県、鳥取県、島根県、岡山県、香川県、大分県、宮崎県）

これらの10グループの中から、1人当たり老人医療費が高いグループのうち上位3グループ（～）1人当たり老人医療費が低い2グループ（、）を取り上げ、標準化した各指標の数値についてグループごとに平均値を出し、医療関連指標と健康関連指標に分けてレーダーチャート化し特徴を整理する（図表3-6-9～12）。

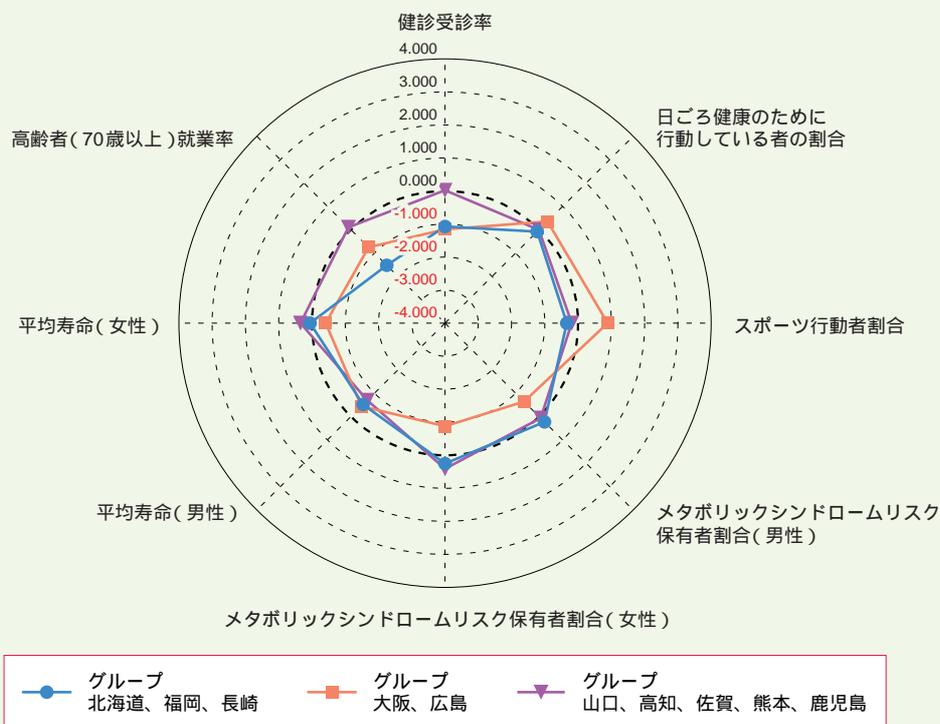
図表3-6-9 1人当たり老人医療費が高いグループの医療関連指標



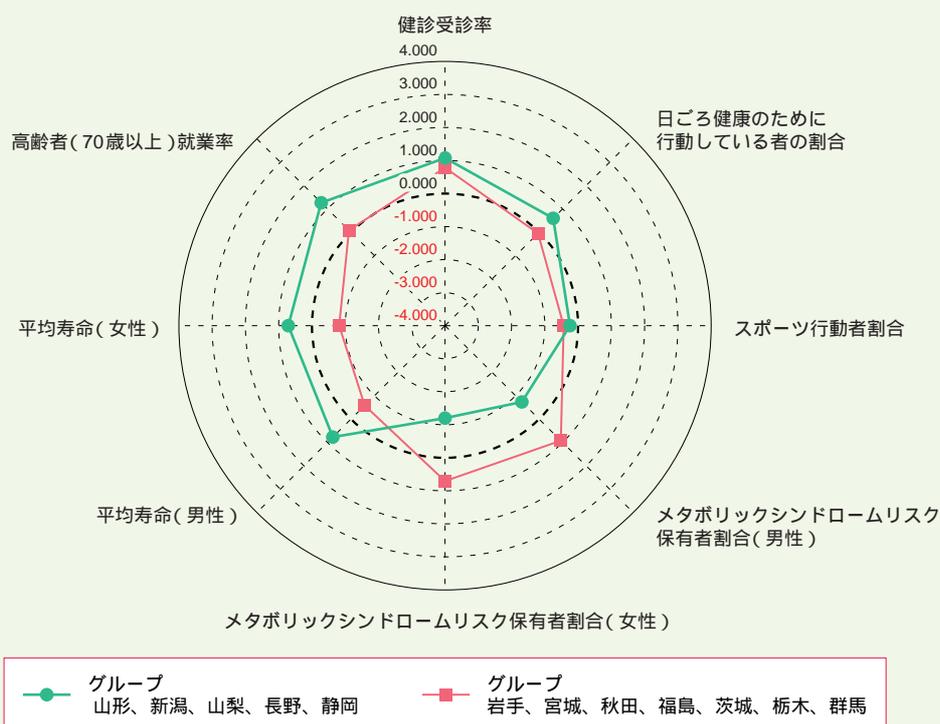
図表3-6-10 1人当たり老人医療費が低いグループの医療関連指標



図表3-6-11 1人当たり老人医療費が高いグループの健康関連指標



図表3-6-12 1人当たり老人医療費が低いグループの健康関連指標



1人当たり老人医療費の高い3グループ（ ～ ）のうち、 及び はいずれも入院医療費が高いが、その背景事情として、病床数が多く、平均在院日数が長く、また、入院受療率が高く、さらに在宅等死亡率が低いという共通点がある。前述したとおり、病床数や平均在院日数は入院医療費と強い相関関係を有しており、入院医療では、供給が需要を生み出す側面があることを示唆している。

グループ 、 はいずれも健診受診率が低く、高齢者就業率が低いという点において共通性が見られるところであり、今後の健康づくりを推進していく上で重点的な取組みとして考慮していく必要がある。

1人当たり老人医療費が低い2グループ（ 、 ）の医療関連指標について見ると、ともに病床数は多くなく、平均在院日数も短い。また、入院、外来ともに受療率は低い。さらに、健康関連指標について見ると、いずれも健診受診率が高い水準に位置しており、健康づくりを推進していく上での重要性を示唆している。

ここで取り上げた分析結果を固定的な視点で見ることなく、医療費適正化を推進していく上での一つのヒントとして活用するとともに、各都道府県において更なる分析を行った上で、地域の実情を踏まえながら保健医療の将来ビジョンを総合的に展望し、医療構造改革の取組みを推進することを期待したい。

# 第4章

## これからの健康づくりと医療 ～医療構造改革の目指すもの～

### (第4章の要点)

先般の医療構造改革は、生活習慣病対策の推進による患者の減少や、平均在院日数の削減等の医療提供体制の見直しなど、国民の生活の質（QOL）を確保・向上する形で医療を効率化するという、中長期的な医療費適正化対策が中心であるという点が大きな特徴である。

具体的施策については、次の5つの視点で整理できる。

予防の重視 ～働き方を含め生活を見直す～

生涯を通じて国民の安心を保障する医療の推進

保険基盤の安定化と保険者機能の発揮による医療費適正化

保健医療分野の情報化の推進

都道府県が描く保健医療の将来ビジョン

医療構造改革を実効あるものとするためには、国、都道府県、市町村、保険者、医療機関、医療関係者、事業者・企業、国民の関係者全員が、その役割を認識し、互いに連携・協力しなければならない。

## 第1節 医療構造改革の視点

### <医療構造改革の基本的考え方>

先般の医療構造改革においては、

都道府県単位を軸として、健康づくり、医療提供、医療保険に関する政策を有機的に連動させつつ、

国、都道府県、市町村、医療保険者、医療機関等がそれぞれ役割を果たしながら、

今後の国民の健康と医療の在り方を展望し、国民の生活の質（QOL）を確保・向上させる形で医療を効率化し、医療費適正化を行うとともに、

医療費に係る給付と負担の関係を公平かつ透明で分かりやすい仕組みとする、

という視点に立ち、国民本位の医療構造改革を推進することとした。

先般の医療構造改革は、生活習慣病対策の推進による患者の減少や、平均在院日数の削減等の医療提供体制の見直しなど、国民の生活の質（QOL）を確保・向上する形で医療を効率化するという、中長期的な医療費適正化対策が中心であるという点が大きな特徴である。

### <医療構造改革の経緯>

厚生労働省は、2003（平成15）年7月に社会保障審議会医療保険部会を立ち上げ、検討を開始した。こうした検討の過程を踏まえ、厚生労働省は、2005（平成17）年10月19日に「医療制度構造改革試案」を取りまとめ、その後は、これを基に同部会で更に議論が進められ、同年11月に「医療保険制度改革について（意見書）」が取りまとめられた。

経済財政諮問会議における医療費の伸びの管理に関する議論も踏まえ、2005年12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」においては、「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新たな医療保険制度体系の実現」という基本的考え方が示された。特に、「医療費適正化の総合的な推進」の中では、国の責任

の下、国及び都道府県等が協力し、生活習慣病対策や長期入院の是正などの計画的な医療費適正化に取り組むこととされた。

「医療制度改革大綱」を受け、政府は、2006（平成18）年の通常国会に医療構造改革関連法案を提出し、同年6月に可決成立した。

2007（平成19）年4月に、厚生労働省に設置された医療構造改革推進本部総合企画調整部会において、医療政策に係るこれまでの経緯、現状及び今後の課題の取りまとめを行った（「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」）。医療供給体制を中心に、先般の医療構造改革関連法の内容だけでなく、医療機能の分化・連携、開業医の役割の重視、在宅医療の推進など、今後目指すべき医療の方向について提言を行っている。

2007年5月15日に厚生労働省は「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」を策定した。同プログラムは、目標期間を2008（平成20）年度から2012（平成24）年度までの5年間を基本とし、先般の医療構造改革関連法の施行を含め、可能な限り定量的な指標・目標とそれを達成するための政策手段について、具体的な取組みを盛り込んでいる。

## 第2節 予防の重視 ～働き方を含め生活を見直す～

### < 保険者が実施する特定健診・保健指導を通じた健康づくり（ハイリスクアプローチ） >

先般の医療構造改革の一環として成立した高齢者医療確保法により、2008（平成20）年4月から保険者（国民健康保険・被用者保険）に対して、40歳以上の加入者（被保険者・被扶養者）を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した特定健診及び特定保健指導（以下「特定健診・保健指導」という。）の実施が義務づけられた。

2007（平成19）年4月に厚生労働省は「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」を策定し、健診、保健指導、データ分析・評価の標準化を図った。またその中に、人材育成を体系的に実施するための「研修ガイドライン」も盛り込み、都道府県、医療保険者、医療関係者団体はそれに基づき各地で研修を行うこととなっている。

2013（平成25）年度から、特定健診の実施率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率の目標の達成状況を基に、各保険者が拠出する後期高齢者支援金の加算・減算を行うこととしている。こうした、特定健診・保健指導に取り組む保険者の努力を評価する仕組みを通じて実効性のある取組みを担保することとしている。

2007年3月に「労働安全衛生法における定期健康診断等に関する検討会」は定期健康診断の検査項目について、腹囲を健診項目に追加すること、総コレステロールを健診項目から削除し、低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）を健診項目に追加すること、尿糖の省略基準を削除すること等を内容とする報告書が取りまとめられた。同年7月には労働安全衛生規則等の改正が行われ、2008年4月に改正規則が施行された後は、保険者は労働安全衛生法に基づく定期健康診断の結果の提出を受けることで、特定健診を行ったこととなる予定である。

労働安全衛生法に基づく保健指導と高齢者医療確保法に基づく特定保健指導は生活習慣の指導という面で一致するため、労働安全衛生法における保健指導を特定保健指導と併せて実施する意向のある事業者に対しては、保険者が特定保健指導を委託することが適当である。

特定健診・保健指導の結果データは、医療保険者や国・都道府県による健診データ分析に資するため、標準的な電子的様式により作成・保管・送付されることとなっている。

## <健康づくりの普及啓発（ポピュレーションアプローチ）>

ポピュレーションアプローチを積極的に展開することにより、保険者が中心的な役割を担うハイリスコアアプローチとの相乗効果によって、国民の健康増進や生活の質（QOL）の向上を目指し、生活習慣病対策の成果を着実にあげていくこととしている。

2005（平成17）年に厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会で取りまとめられた「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」において、今後の生活習慣病対策は、「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」というスローガンの下、具体的な施策プログラムを提示し、推進することとされた。

2006（平成18）年、「運動所要量・運動指針の策定検討会」において、生活習慣病を予防するための身体活動量・運動量・体力（最大酸素摂取量）の基準を示す「健康づくりのための運動基準2006 - 身体活動、運動、体力 - 」と、その運動基準に基づき現在の身体活動量・体力の評価と目標設定の方法及び達成方法を具体的に示した「健康づくりのための運動指針2006（エクササイズガイド2006）」が策定された。

「食生活指針」の普及・定着に向けた取組みとして、2005年6月に厚生労働省と農林水産省の連携の下、個人の行動変容を促すため、具体的に「何を」「どれだけ」食べればよいかについて分かりやすくコマ型のイラストで情報提供を行うものとして、「食事バランスガイド」が作成された。

たばこ対策については、2003（平成15）年に施行された健康増進法において受動喫煙防止対策が進められた。また、禁煙の希望があり、治療の必要性が認められたニコチン依存症患者に対する一定期間の禁煙治療について、2006年4月から保険給付の対象とし、その効果の検証を実施することとしたほか、より効果的な禁煙支援を推進するための「禁煙支援マニュアル」を同年に作成・配布し、禁煙支援の推進を図っている。さらに、2007（平成19）年の「健康日本21中間評価報告書」において、新たに成人喫煙率に関する目標として、「喫煙をやめたい人がやめる」が追加されることとなった。

2007年4月に策定された「新健康フロンティア戦略」では、国民自らが取り組んでいくべき分野として、「子どもの健康」、「女性の健康」、「メタボリックシンドローム克服」、「がん克服」、「こころの健康」、「介護予防」、「歯の健康」、「食の選択」、「運動・スポーツ」の9つの分野を取り上げ、それぞれの分野において対策を進めていくこととしている。また、これらの対策を支援する「家庭・地域」、「人間活動領域拡張」、「研究開発」の3つの分野においても、対策を進めていくこととしている。

今後は産業界を含めた社会全体を巻き込んだ国民運動の展開のため、「健やか生活習慣国民運動（仮称）」を展開することとしている。「新健康フロンティア戦略」も踏まえつつ、今後「健やか生活習慣国民運動（仮称）準備会議」において、国民運動の推進方策、重点課題などを検討するとともに、啓発イベント、好事例の情報提供などを通じて健やかな生活習慣の定着を目指すこととしている。

## <職場における健康確保対策>

脳・心臓疾患の労災認定基準については、2001（平成13）年12月に発出された「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準について」において、発症前1週間以内の業務による過重負荷のほか発症前6か月間の疲労蓄積を評価するなどの改正を行った。また、2002（平成14）年2月には、時間外労働の削減や一定以上の時間外労働を行わせた場合の健康管理措置等について定めた「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（旧総合対策）が策定された。さらに、2006（平成18）年4月から長時間の時間外・休日労働を行った労働者に対する医師による面接指導制度が労働安全衛生法の改正に基づき導入された。加えて、法改正の内容等を踏まえ、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」を同年3月に改定した。

2006年3月に策定された労働安全衛生法に基づく「労働者の心の健康の保持増進のための指針」

においては、4つのメンタルヘルスクエア（セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケア）を推進するとともに、事業場の衛生委員会等においてメンタルヘルスクエアを推進するための調査審議を行うことや、事業場において中長期的な視点に立った心の健康づくり計画を策定してメンタルヘルス対策を推進することが望ましいことなどが盛り込まれており、本指針を周知することにより、事業場でのメンタルヘルス対策の推進を図っているところである。

ＴＨＰは、職場における労働安全衛生の一環として、健康保持増進計画の策定、健康測定、健康測定の結果に基づく健康指導（運動指導、メンタルヘルスクエア、栄養指導、保健指導）、健康保持増進計画の実施結果の評価を実施するものである。ＴＨＰの事業者への普及・啓発を図るとともに、中小企業に対してはＴＨＰの導入・定着のための支援事業を実施している。

個々の労働者の健康と生活に配慮して労働時間等の設定を行うとともに、多様な働き方に対応したものにへと改善を図るため、2006年4月から施行されている「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」に基づき、労働時間等の設定の改善に関する労使の自主的な取組みを促進している。

### 第3節 生涯を通じて国民の安心を保障する医療の推進

#### <入院から在宅までの切れ目のない医療の提供>

##### （医療機能の分化・連携の推進）

診療所は、一次的な地域医療の窓口としての機能の強化が求められる。患者の生活管理を含めた日常の生活機能の向上を図りつつ、時間外や休日にも連絡が可能となるようにすることや、必要に応じ往診を行うこと等、患者の急な体調の変化等への対応を実現できる体制の構築が望まれている。

急性期の病院は、高度な医療機器の整備や専門医の十分な配置による質の高い入院医療が24時間提供されるよう、原則として入院治療と専門的な外来のみを基本とすることを検討する必要がある。

都市部の中小病院は、高度な急性期医療を担っている大病院と連携し、大病院の急性期を終えた後の回復期のリハビリの機能や、軽度の急性期医療への対応など、地域の診療所と連携した在宅療養の支援拠点機能を持ち合わせる必要があると考えられる。大病院のない地域における中小病院は、その地域の拠点となる病院としての急性期医療も担っていくことが必要である。有床診療所については、地域医療の中心的な役割を果たすという診療所としての特性に加え、外来のみならず入院治療までカバーできるという機能を併せ持っており、地域の貴重な医療資源として有効な活用を図っていく必要がある。

都道府県が新しく策定する医療計画では、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）及び5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。））について、地域の医療連携体制を構築し、地域の実情に応じた各医療機関の機能分担及び連携の状況を、医療計画に明記し、住民に明らかにしていく。具体的には、2008（平成20）年度当初までに、発症から入院、そして居宅等生活の場に復帰するまでの医療の流れや、医療機能に着目した診療実施施設（急性期、回復期などの機能ごとの医療機関）を、従来の二次医療圏の設定にとられることなく明示していく。

医療機関の管理者に対して、入院時に、入院から退院に至るまで患者に対して提供される医療に関する計画書を作成・交付し、適切な説明を行うことを義務づけるとともに、退院時に、退院後に必要な保健、医療又は福祉サービスに関する事項を記載した退院後の療養に関する計画書を作成・交付し、適切な説明を行うことを努力義務とした。

国民・患者による医療の適切な選択を支援するため、「医療機能情報提供制度」を設け、都道府県を通じた医療機関の医療機能に関する一定の情報の公表制度を創設するとともに、広告規制を大幅に緩和するなどの改正を行った。

### （開業医の役割の重視）

開業医については、その役割・機能を明確化しつつ、在宅療養支援診療所の制度も活用しながら、休日・夜間を含めた診療、連絡や相談といった機能を果たすことができる、一次的な地域医療の窓口としての機能が求められている。

長期療養を必要とする高齢者など、継続的かつチームでの医療を必要とする者については、その患者が、普段自分がかかっている医師の中から主治医を選び、その主治医が、必要に応じ関係する医師の間の調整を行うとともに、担当患者の再入院や退院時のケアカンファレンスにおいて中心的な役割を担うことになれば、患者にとって望ましい療養がなされやすいと考えられる。

かかりつけの医師と患者の信頼関係を基礎として、紹介された病院でその後の治療が行われれば、病院の医師と患者の間においても、望ましい意思疎通が図られることもあり、身近な開業医が、かかりつけの医師として、患者との間に立った振り分け機能を発揮していくことが期待される。

### （療養病床の再編成）

療養病床の再編成については、医療の必要性が高い高齢者に対しては、引き続き医療保険により療養病床において必要な医療サービスを提供する一方、医療サービスの必要性が低い高齢者については、こうした人たちが利用している療養病床を2011（平成23）年度末までの間に、より居住環境の良い老人保健施設等に転換して対応する。

療養病床の再編成に当たっては、地域によって、療養病床や介護保険施設等の整備状況や高齢化の進行状況が異なることから、各地域の実情に応じて行っていくことが必要である。このため、各都道府県において、「地域ケア体制整備構想」を2007（平成19）年秋頃を目途に策定し、高齢者を地域において支える地域ケア体制の整備を図りつつ、療養病床の再編成を計画的に進めていく。

医療療養病床、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めることができるよう、各般の転換支援措置を講じ、地域の特性に応じた計画的な転換を進めていく。

### （在宅医療の推進等高齢者の生活を支援する医療の推進）

在宅医療を推進していくためには、地域において医療を担う在宅主治医が中心となり、他の医療機関、さらには介護、看護等多職種（訪問看護師、ケアマネジャーや薬剤師等）とによる連携をこれまで以上に強化する必要がある。併せて、自宅以外の多様な居住の場の確保、継続的な療養管理・指導、訪問看護、症状が急変した際の緊急入院体制、終末期における看取りの体制の整備等が急がれる。

都道府県は「地域ケア体制整備構想」の中で、地域のケア体制の整備の方針を盛り込むこととされているが、そこでは、地域の見守りを伴った、高齢者の生活に適した住宅を整備するなどの住宅施策を進めていくことが重要となる。

主治医等が高齢者の状態を把握することにより、複数科受診に伴う重複した投薬や検査を防ぐとともに、高齢者の個人差の大きさを十分に踏まえつつ、薬剤の投与の在り方などを含む高齢者に対する診療の標準化を進めることなどにより、高齢者の特性を踏まえた適切な医療の普及を図る必要がある。

高齢者を総合的に診療するに当たり、医師は、認知症の知識を持ち合わせることが必要である。地域の医師も含め、医療・介護関係者を対象とした、認知症に関する研修等により、医療・福祉諸機関との連携を推進するとともに、地域において認知症高齢者やその家族を総合的に支援する体制を構築

していく必要がある。

高齢者は壮年と比べ、認知症を始めとして、加齢に伴う様々な疾病、障害を併せ持ちながら地域で生活している状況があり、またそれを支える上で活用し得る必要な社会資源や検査の基準値、投薬する薬剤の量などが異なっているため、老年医学に関する知見や考え方の普及を図るとともに、更なる調査研究を推進する必要がある。

2007（平成19）年5月、患者の意思の確認方法や治療内容の決定手続など、終末期医療に関する主な事項の決定手続を取りまとめた「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（たたき台）」が策定されたところであり、今後も更に幅広く議論されていくことが望まれる。

### （国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）の役割）

医療機能の分化・連携の推進に当たっては、ナショナルセンターの役割は重要であり、特に、がん対策など政策医療の臨床水準の均てん化の更なる推進が求められる。

有病者、障害者、高齢者等のニーズを踏まえた医薬品・医療機器等の技術の開発、普及の推進に当たっては、ナショナルセンターが、特に重点的な推進が必要と考えられる領域における中核的医療研究機関として、産業界、大学、国立病院機構等との密接な連携を構築し、高度先駆的な医療技術、医薬品、医療機器の開発を進めていくことが求められる。

国民・患者が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を整備するためにも、国はナショナルセンターを活用し、精度の高い標準的な地域連携クリティカルパスを開発するとともに、モデル地域を設定し、その実践と客観的な評価を行う必要がある。

## < 医療関係者の確保と資質の向上 >

### （医師不足問題についての基本的認識と対応方策）

医療を取り巻く環境が急速に変化しており、マクロ的に見た場合に医師の需給が均衡するかどうかといった観点のみだけでなく、地域や診療科ごとなどの実情に即した見通しを立てることについても検討が必要になってきている。

このような情勢を踏まえ、厚生労働、総務、文部科学の3省は、2006（平成18）年8月に「新医師確保総合対策」を策定した。さらに、2007（平成19）年5月31日、政府・与党において、日増しに大きくなる、全国各地からの医師不足を訴える声を深刻に受け止め、地域に必要な医師を確保していく観点から「緊急医師確保対策について」が取りまとめられたところであり、今後は、対策を早急に具体化し、地域の医療が改善されたと実感できる実効性のある取組みを行う。

### （各都道府県の実情に応じた医師確保対策に係る具体的取組みの推進）

都道府県は、都道府県医療対策協議会において、公的医療機関を中心としたいわゆるマグネットホスピタル（医師が多く集まる地域の中核的な病院）を活用して、医師の需給調整機能を発揮できるようにすることで、地域の病院の医師確保を推進していく方策について検討する必要がある。

医師確保のための中長期的な対応策として、医学部卒業生の地元定着を促進することが必要であり、具体的には、現在各大学で設定されている、医学部の入学者選抜における地元出身者のための入学枠（いわゆる地域枠）の設定・拡充、一定期間地域の医療機関で医療に従事することを条件とする都道府県の奨学金の拡充、医師不足が深刻な県における暫定的な医学部の定員増、自治医科大学の暫定的な定員増といった取組みを一体的に推進する必要がある。さらに、2007（平成19）年5月の「緊急医師確保対策について」に基づき、医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、都道府県の奨学金と連動した形で、緊急臨時的な大学医学部の定員増や、医師養成数が少ない

県における大学医学部の定員増の実現に向けた取組みを実施しているところである。

大学病院を含む臨床研修病院の医師臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中を是正することとしている。さらに、臨床研修医がへき地、離島の診療所での研修、小児科・産婦人科や医師不足地域の病院での研修を行う際には、財政的支援を行っているところである。

### **（病院勤務医の負担の緩和）**

各医療機関の機能の明確化と連携体制の確保といった取組み自体が、病院勤務医の負担の緩和、ひいては医師等確保にもつながる有効な解決策となる。病院勤務医も含め、限られた医療資源を有効に活用するためにも、医療機能の分化・連携を図り、地域における医療機能を包括的に充実・強化することが求められる。

産科・小児科における医師不足という課題については、産科や小児救急の医療機能の重点化・集約化を図るとともに、病院と診療所の連携を推進することで、病院勤務医の負担を軽減しつつ、医療資源の効率的活用を図ることが重要である。

休日・夜間における病院への患者の集中を緩和するためには、開業医が往診や時間外対応という役割を果たすという方向性を明確にし、軽症の患者については開業医が対応することで病院への患者の集中を防ぐことが期待される。また、「小児救急電話相談事業（#8000）」の普及・充実も重要である。

### **（女性医師が働きやすい環境づくり）**

女性医師がライフステージに応じて柔軟に働くことができるよう、院内保育所への補助、離職している女性医師の職場復帰のための必要な研修、さらには女性医師に特化して職業あっせん事業を行う女性医師バンクの活用などの取組みを着実に実施し、更に充実していく。

### **（医療リスクに対する支援体制の整備）**

診療行為に関連した死亡等については、これまで死因の調査や臨床経過の評価・分析、再発防止等の検討等を行う専門的機関が設けられていないこともあり、結果として、民事手続や刑事手続に持ち込まれるようになってきているのが現状である。そこで、診療行為に関連した死亡について、専門的・学際的に検討される中立的な調査を目指す死因究明のモデル事業等を実施するとともに、死因究明制度等の在り方について検討が進められている。こうした制度は、医療の透明性を増し、患者にとって納得のいく医療を確保するとともに、医療従事者にとっても、事故の発生予防及び再発防止策や紛争の早期解決につながると期待されている。

分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった患者を救済し、紛争の早期発見を図るとともに、事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図ることを目的に、産科医療における補償制度についても検討が進められている。

### **（総合的な診療に対応できる医師の養成・確保）**

総合的な医療を担う医師（総合医）の位置づけについては、関係団体・学会の意見も踏まえつつ検討を行う必要がある。

### **（医療関係者の資質の向上）**

医師、薬剤師、看護職員等医療関係者の質的向上を図るためには、卒前教育、国家試験、卒後の研

修の整合性を図りつつ、生涯教育の更なる普及と充実を図っていかなければならない。

近年増大している書類の作成など、医療職でなくとも遂行可能で、かつ専門的に行った方が効率的な事務については、事務職の積極的な活用を検討することが必要である。また、産科医と連携し、責任を持って正常産を担える助産師の積極的な活用を図っていくことが必要である。

国民に対し安全・安心な医療、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できるよう、行政処分を受けた医療従事者に対する再教育制度が創設された。

## 第4節 保険基盤の安定化と保険者機能の発揮による医療費適正化

### < 新たな高齢者医療制度の創設 >

75歳以上の後期高齢者については、現行制度を発展的に継承した独立制度を創設して、高齢者の保険料と支え手である現役世代の負担の明確化を図るとともに、都道府県単位ですべての市町村が加入する広域連合を運営主体とすることにより、財政運営の責任の明確化を図る。財源構成は、患者自己負担を除き、現役世代（国民健康保険・被用者保険）からの支援（約4割）及び公費（約5割）のほか、高齢者から広く薄く保険料（1割）を徴収することとし、高齢者の保険料と支え手である現役世代の負担の明確化を図った。また、療養を受けた際は、かかった医療費の1割（現役並所得者は3割）を患者が自己負担する。

後期高齢者医療制度の創設に併せて、治療の長期化や複数疾患の罹患等といった後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、2008（平成20）年度に後期高齢者に係る新たな診療報酬体系を構築する。

65歳から74歳までの前期高齢者については新たに保険者間で財政調整を行う制度を創設し、その医療給付費について、被用者保険及び国民健康保険の各保険者の75歳未満の加入者数に応じて負担することとした。

### < 保険者単位の広域化 >

約3,500に分立している医療保険制度の保険者の規模の適正化や財政の安定を確保するとともに、保険料が地域の医療の水準に見合ったものとなるよう、都道府県を軸として再編・統合を行うことを基本的な方向とした改正が行われた。

政管健保については、2008（平成20）年10月に国とは切り離された全国単位の公法人である全国健康保険協会を新たな保険者として設立し、都道府県単位の財政運営を基本とすることとした。

健保組合については、その安定的な保険運営のため、同一都道府県内における健保組合の再編・統合の受け皿として、企業や業種を超えた都道府県を単位とした地域型健保組合の設立を認めることとし、最長6年間、統合前の健保組合ごとに別建ての保険料率を設定することを認める等の規制緩和を行った。

市町村国保については、保険財政の安定化と市町村国保間の保険料平準化を促進する観点から、都道府県単位での保険運営を推進することとし、都道府県内の市町村国保の拠出による保険財政共同安定化事業を2006（平成18）年10月から新たに実施しているところである。

## < 都道府県単位を軸とした給付と負担の公平化 >

保険者については、都道府県単位の保険運営の推進、都道府県単位の給付と負担の公平化という枠組みに向かうことから、都道府県下の各保険者の生活習慣病対策の地道な取組みが、自身の保険料水準に反映されるのみならず、都道府県の策定する医療費適正化計画等の着実な実施とも連動し、都道府県の医療費適正化につながっていく。また、都道府県が、医療関係団体、保険者、企業等と協力し、医療費適正化計画及び関連する三計画（健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画）に盛り込まれた各種対策を着実に実施することが、都道府県単位の医療費適正化につながり、ひいては都道府県下の保険者の財政状況も好転し、それが保険料水準にも反映されていく。

## < 保険給付の内容・範囲の見直し等と診療報酬等の改定 >

2006（平成18）年10月から現役並みの所得を有する70歳以上の高齢者の患者自己負担について2割から3割へと引上げが行われた。また、2008（平成20）年4月からは、70歳から74歳までの高齢者の患者自己負担について1割から2割へと引上げが行われることとなっている。さらに、医療保険適用の療養病床に入院している70歳以上の高齢者については、介護保険との負担の均衡を図るため、2006年10月から食費・居住費の負担引上げが行われた。なお、高額療養費については、総報酬制の導入や負担の公平を図る観点から、自己負担限度額の引上げが行われた。

特定療養費制度については、「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」の観点から見直しを行い、保険外併用療養費制度を創設した。この見直しにより、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できるものとなった。

診療報酬、薬価等に係る2006年度の改定については、診療報酬本体で 1.36%、薬価等で 1.8%、合計で 3.16%と過去最大のマイナス改定とされた。

2003（平成15）年4月から、入院1日当たりを支払い単位とした包括払いで、在院日数に応じて低減する仕組みを特徴とする日本版の包括払い制度（Diagnosis Procedure Combination：DPC）が、全国82の特定機能病院（大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センター）の一般病棟に導入され、その後、2004（平成16）年、2006年の診療報酬改定において、対象病院の拡大や診断群分類及び診断群分類点数等について所要の見直しが行われている。

## 第5節 保健医療分野の情報化の推進

「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン」（2007（平成19）年3月）等に基づき、生涯を通じた健康情報の電子的収集と活用、医療機能情報等の公表制度の創設、医療機関における情報化のための取組み、レセプトオンライン化のための取組み、「社会保障カード」（仮称）の導入を推進していくこととしている。

### （生涯を通じた健康情報の電子的収集と活用）

2008（平成20）年度から開始される保険者が実施する特定健診・保健指導における健診情報の電子的収集を開始し、同年度末までに、個人が自分自身の健康情報を電子的に入手し、健康管理に活用できるよう健康情報入手に関するルール等の仕組みについて方針を示すことなどを予定している。

### （医療機能情報等の公表制度の創設）

医療機関の医療機能に関する一定の情報について、医療機関が都道府県に報告することを義務づけ、都道府県が、報告のあった内容を比較可能なように整理し、インターネットなど住民が利用しやすい形で公表する仕組みを創設した。また、薬局についても同様の仕組みとしている。

### （医療機関における情報化のための取組み）

医療用語及び用語間の関連性コードの標準化に関する取組みを引き続き実施していくとともに、新たに医療情報システム間の相互運用性（システム間で情報のやり取りが可能になるようにすること）の検証を行い、その結果に基づく標準規格を採用した情報システムの普及を促進する。

### （レセプトオンライン化のための取組み）

2006（平成18）年度から、医療機関等と審査支払機関の間のレセプトの提出・受領をオンラインで、審査支払機関と保険者の間のレセプトの提出・受領を電子媒体又はオンラインで行えるようにした。その上で、医療機関等の規模等に応じて段階的にオンライン請求が義務化され、2010（平成22）年4月には8割以上、2011（平成23）年4月からは、原則としてすべてのレセプト請求事務がオンライン化されることとなっている。

### （「社会保障カード」（仮称）の導入）

年金記録管理の在り方の抜本的な見直し方策の一つとして、2011年度中を目途に「社会保障カード」（仮称）を導入することとされた。このカードは、個人情報を保護する観点から記載内容が他人に見られないよう十分なセキュリティ確保を行った上で、1人1枚とすること、年金手帳だけでなく、健康保険証や介護保険証の役割も果たすことなどを想定しており、政府として検討を進めている。

## 第6節 都道府県が描く保健医療の将来ビジョン

### < 医療費適正化計画の策定 >

医療費適正化を総合的かつ計画的に進めるため、国において、全国医療費適正化計画や、医療費適正化基本方針を策定し、これに基づき、都道府県において都道府県医療費適正化計画を策定することとしている。この全国医療費適正化計画、都道府県医療費適正化計画については、2008（平成20）年度を初年度とする5か年計画として策定するものであり、その政策目標として、国民（住民）の健康の保持の推進、医療の効率的な提供の推進を掲げることとなっている。

この全国医療費適正化計画、都道府県医療費適正化計画については、中間年に進捗状況に関する評価を、計画期間終了年度の翌年度に達成状況に関する評価を行うこととしているとともに、評価の結果を踏まえて、都道府県の診療報酬の特例などの措置を講じることが可能であり、これらを通じて実効性のある取組みを確保している。

### < 医療費適正化計画と関連計画との調和 >

生活習慣病の予防が、国民の健康確保を図る上で重要であるのみならず、医療費の適正化にも資することとなるとの観点から、生活習慣病予防のための取組体制として、保険者に特定健診・保健指導を義務づけるとともに、都道府県における健康増進計画の内容の充実を図る。

限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するためには、各医療機関が適切に役割を分担し、医療機関同士が連携して疾病の状況に応じた適切な医療を提供していく必要があるとの観点から、医療計画制度を見直し、脳卒中、小児救急医療などの主要な疾病及び事業ごとに、地域における医療連携体制を構築し、これを医療計画に具体的に位置づける。

療養病床の再編成を行うに当たっては、地域ケア体制整備構想により療養病床の転換を進めながら、2009（平成21）年度からの第4期介護保険事業支援計画において、療養病床の転換の受け皿となる介護施設等の介護サービス量を適切に見込むとともに、その見込量を確保するための方策を定める。

療養病床の再編成は、都道府県が今後策定する3つの計画（医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画）にも密接に関連するため、各計画相互に整合性の取れた方針を速やかに整理し、各計画に適切に反映させることが必要になる。そこで、2007（平成19）年秋頃を目途に、各都道府県において、10年単位でおよそ30年後までを展望した地域のケア体制の望ましい将来像と、その実現に向けた方策などを盛り込んだ「地域ケア体制整備構想」を策定する。

### < 都道府県による総合調整機能の発揮 >

先般の医療構造改革における医療費適正化の取組みにおいて、都道府県が果たすべき役割は非常に大きなものとなっており、都道府県の総合的な調整機能の発揮があつてこそ、関係当事者の全員参加による、地域の特性を踏まえた保健・医療・福祉をめぐる総合的・一体的な体制整備を図ることが可能となり、結果として、医療費の適正化が図られることになる。

## 第7節 関係当事者の全員参加による 国民本位の医療構造改革の実現に向けて

医療構造改革を実効あるものとするためには、国、都道府県、市町村、保険者、医療機関、医療関係者、事業者・企業、国民の関係者全員が、その役割を認識し、互いに連携・協力しなければならない（図4-7-1）。

### < 国の基本的役割 >

先般の医療構造改革の全体像、すなわち、国民の生活の質（QOL）の確保・向上を図りつつ、医療の効率化を図り、医療費の適正化を推進するという医療構造改革の基本的方向、それを実現する制度的枠組みを示す。

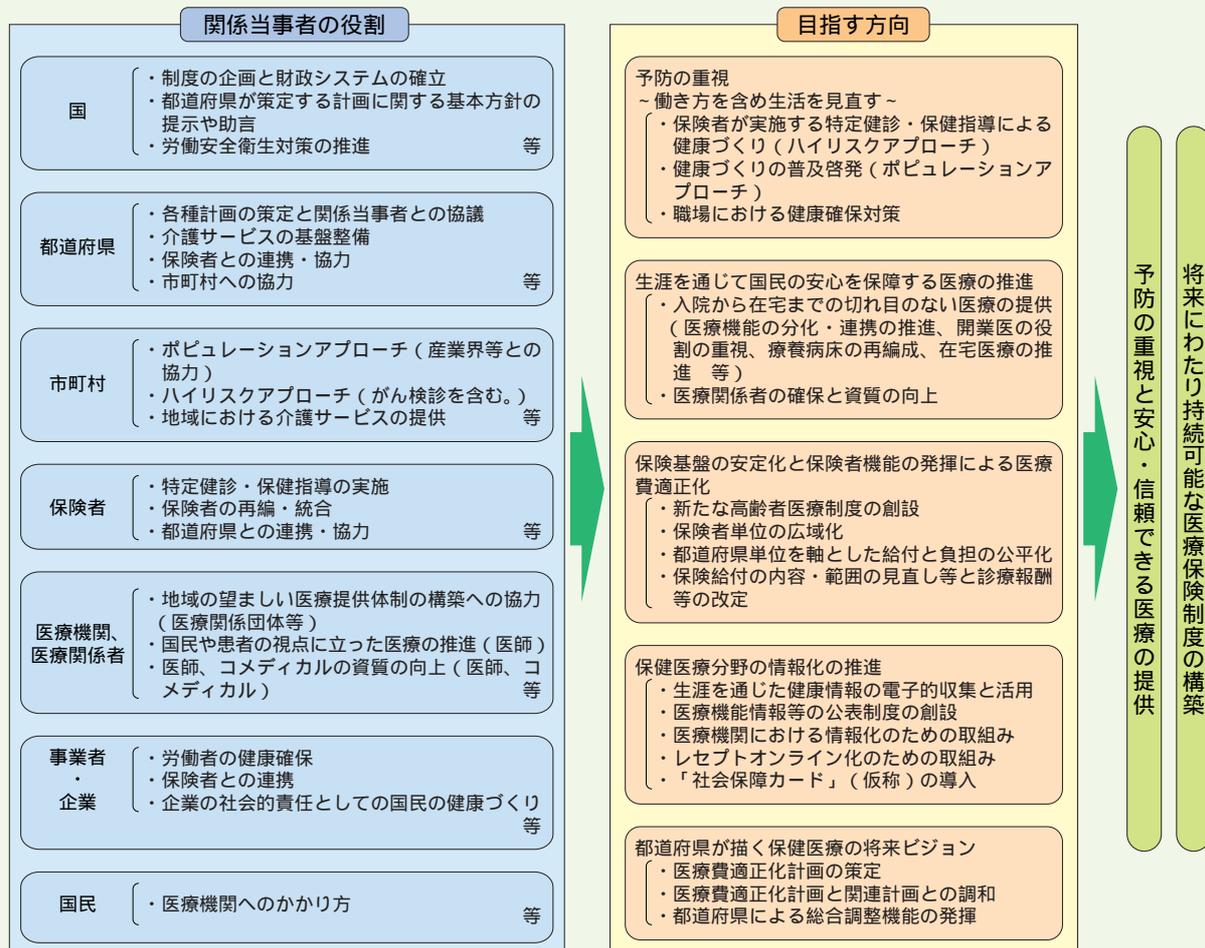
### < 都道府県の基本的役割 >

先般の医療構造改革により、都道府県は各種計画等を策定することとなる。また、保険者も都道府県を軸として再編・統合されることとなる。このように、今後の保健医療政策は、都道府県単位を軸に展開されることとなり、保健医療政策に関する都道府県の役割は、これまでに比べ格段に大きなものとなる。

### < 市町村の基本的役割 >

地域住民に対して、各種保健事業を実施する必要があるとともに、国民健康保険の保険者としては、被保険者に対する特定健診・保健指導を着実に実施する必要がある。また、新たに創設される後期高齢者医療制度の運営に自らも主体者として積極的に関わっていく。

図表4-7-1 関係当事者全員参加による医療構造改革



### < 保険者の基本的役割 >

保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合が推進されるとともに、特定健診・保健指導の実施が義務づけられた。このため、各保険者は、保険財政を安定化させ、保険者機能を強化するとともに、メタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させる。

### < 医療機関、医療関係者の基本的役割 >

医師は、高度な専門的知識及び技能を有し、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するという公共的な任務を有している。このような医師の公共的な任務を再認識し、医師は、都道府県の策定する医療計画等に定められる地域の医療供給体制に積極的に協力していくことが望まれる。

医療関係団体の代表者は、地域の望ましい医療供給体制の構築という観点から、各種計画作りに参加するとともに、各種計画の策定及び円滑な実施に向けて、自らの団体の会員等への連絡調整、さらには啓発など、積極的な協力が期待される。

## < 事業者・企業の基本的役割 >

労働安全衛生法に定められた健康診断等の労働者の健康確保に関する措置を確実に実施するとともに、所定外労働の削減など、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境の整備に努める。また、企業の社会的責任を求める声が高まる中、労働安全衛生法等の各種法令の遵守はもちろんのこと、従業員のみならず国民の健康に対しても積極的に貢献していく。

## < 国民の基本的役割 >

先般の医療構造改革の基本的考え方は、国民一人一人が若い時期から健康に留意することにより、生活習慣病を引き起こす要因を防ぎ、そのことが結果として医療費の適正化にもつながっていくというものである。したがって、国民一人一人に期待される役割は大きく、自らの健康は自分で守るという認識の下、運動、食事、禁煙に留意した日常生活を送ることに努める。

労働者自身の健康管理も重要である。長時間労働が続くなどにより、体調がすぐれない場合には、医師による面接制度を活用するなど、自らの健康は自分で守るとの認識を持つ。

## < おわりに >

関係者が医療という公共性の高い業務に携わっているとの認識の下、地域住民に安心のできる医療を提供するという崇高な志に基づく積極的な対応を期待したい。