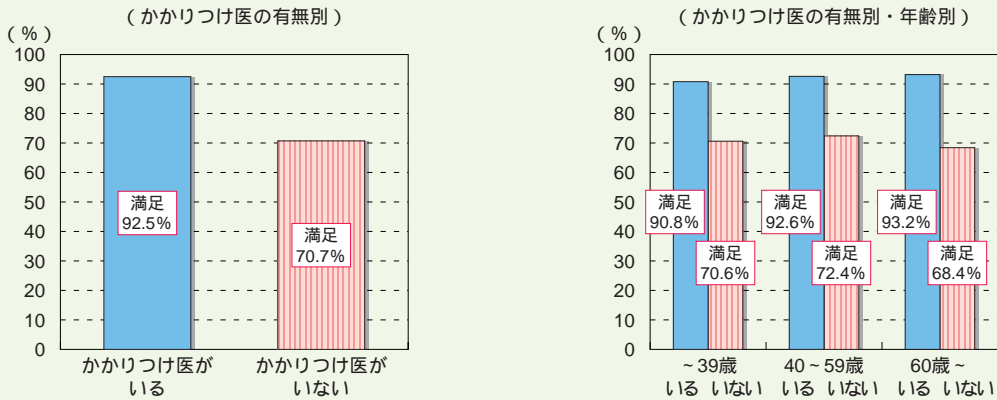


図表2-2-15 受けた医療に対する満足度

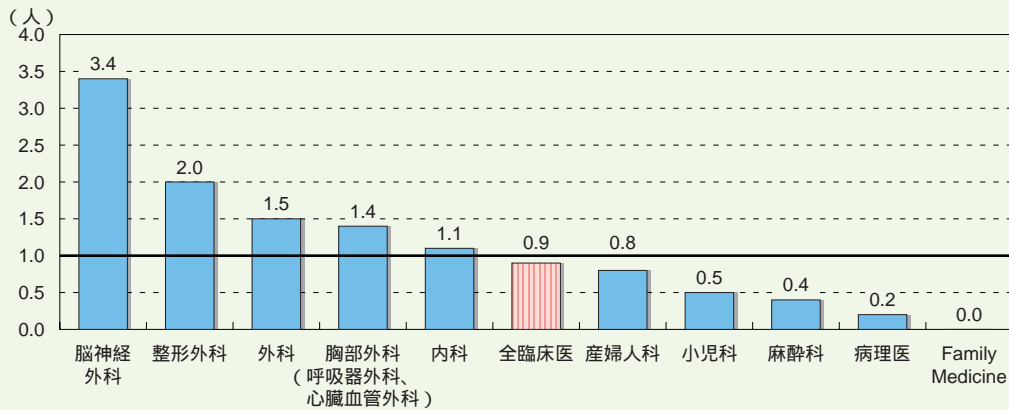


資料：日本医師会総合政策研究機構「第2回日本の医療に関する意識調査」(2007年)

(専門医及び総合的な診療に対応できる医師の養成)

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(図表2-2-16)。複数の疾患を有する高齢者などへの対応が今後ますます増えることが予想されるため、そうした総合的な診療に対応できる医師の養成が課題となっている。

図表2-2-16 アメリカの人口当たり医師数を1とした場合の日本の医師数



資料：「第2回医師の需給に関する検討会」(2005年3月11日)資料より厚生労働省医政局作成。
 (注1) アメリカのデータは、American Board of Medical Specialties「2004 ABMS Annual Report & Reference Handbook」による2004年6月現在の専門医数。
 (注2) 日本のデータは、厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」による2002年末現在の「主たる診療科名」。
 (注3) アメリカではInternal Medicine(161,000名)のほかにFamily Medicine(65,000名)がある。これを内科に含めた場合は、内科の日本の対アメリカ医師比率は0.75となる。
 (注4) 日本における公的統計では、アメリカのFamily Medicineに直接対応する診療科名がない。
 (注5) アメリカには、Physician's AssistantやNurse Practitionerといった日本の医師業務の一部を担っている職種がいることや、診療科の分類が両国で異なることから、単純な比較は困難。
 (注6) アメリカでは、診療科別のBoard(専門医認定委員会)が中心となって専門医認定の前提となるレジデントプログラムを定めている。各プログラムのレジデント数に制約があるため新規参入医師は自由に専攻する診療科を選択することができない。
 (注7) 病理医については、日本病理学会認定病理専門医の数(1,901名)を用いた。

（コメディカルの位置づけ ～職種間の役割分担の不十分さ～）

病院においては職種間の役割分担が十分でなく、様々な書類の作成などの事務手続、医療機器の操作や調整など、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もあり、医師や看護師等とその他の職種との間での役割分担をより明確にしていくことが必要となっている。

2 国民・患者の立場から見た現状と課題

ここまでは、主として医療提供者側から見た問題点を整理したが、これらの現状や課題を、医療の受け手である国民・患者の視点に立って、改めて整理する。

（地域の医療提供体制の分かりにくさや、在宅での療養生活を選択することの難しさ）

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。医療の内容に関する情報の提供まで行っている地域も存在するが、各都道府県によって、各医療機関の有する機能や患者の入退院、在宅療養の流れなどに関する情報の把握やその開示についての取組状況に差があり、医療提供に係る具体的な情報提供は全国的には必ずしも十分なものとなっていない。脳卒中で倒れたり、大腿骨を骨折したりして病院に運ばれた場合、直ちに急性期治療を受け、その後、継続して回復期リハビリを受けて残存能力を最大限に発揮し、できる限り速やかに自宅など生活の場に帰れるという、医療機関が連携して一貫した切れ目のない医療を提供することが求められている。しかしながら、そうした医療機関間の連携の姿が住民には見えにくいのが現状である。このため、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不安を抱えることとなる。

また、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、高齢者の生活を支える地域医療の基盤は整っていない。自宅で最期を迎えることを希望する高齢者が多いが、家族の負担や症状が急変した場合の懸念のほか、現状では実際には在宅での看取りを支える診療所等が少ないことから、在宅療養を選択できずにいる。

在宅医療の中心となるかかりつけの医師が、継続して治療を行っていく中で、再入院等の時も含め、医療機関や看護・介護サービス機関等との連携を図るなど、中心的な役割を担う仕組みが構築されている地域では、患者は安心して療養生活を送りやすい。しかし、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。

（急性期医療を担う医療機関の体制の弱体化や、地域において総合的に診てもらえる機会などの不足）

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。産科については、病院勤務の医師が退職した際に後任の医師が確保できず、その病院で分娩を取り扱えなくなる、地域にある他の分娩を取り扱う病院に妊婦が集中するために、その病院の負担が高まってしまい、人員体制を強化できなければ、その病院に残った医師もまた負担に耐えられなくなるという悪循環が生じている。また、小児科についても、多くの診療所が閉まっている休日・夜間に、小児救急病院に駆け込む傾向が見られ、それが、病院に勤務する医師の過剰負担につながっている。このようなことから、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。

また、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、一部の都心部等を中心に、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ら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

第1章第2節において、医療保険制度の変遷について概観したとおり、将来にわたって持続可能な医療保険制度の構築に向けて、これまでも医療保険制度の累次の改正が行われてきたところである。

本節では、医療保険制度について、保険給付、高齢者の医療制度、保険者の財政・事業運営に分けて現状と課題を整理する。

1 保険給付をめぐる現状と課題

(医療保険制度の現状)

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。

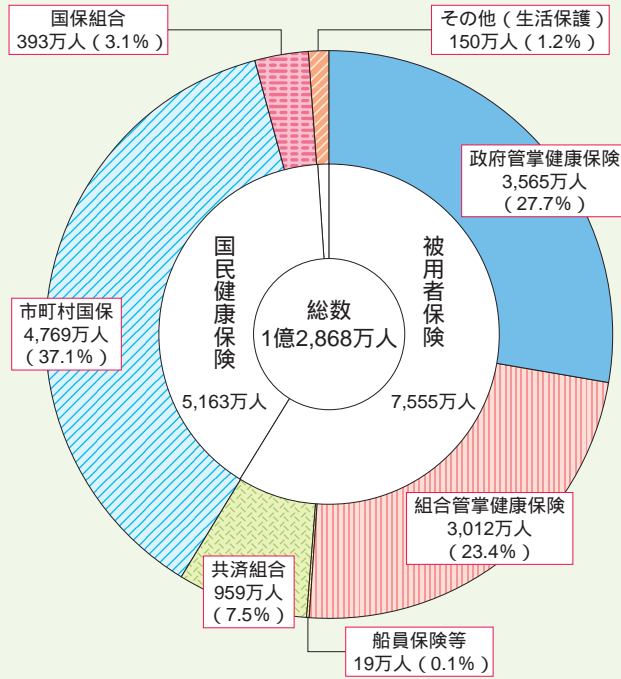
被用者保険は、適用事業所に使用されている者とその被扶養者を対象とするものであり、中小企業の被用者を中心に加入する政府管掌健康保険（政管健保）（2006（平成18）年3月末の加入者数：約3,600万人）、大企業の被用者を中心に加入する組管掌健康保険（組合健保）（同：約3,000万人）、船員が加入する船員保険（同：約19万人）、公務員等が加入する共済組合（同：約1,000万人）に分かれる。

また、国民健康保険は、自営業者や農業者などの被用者保険に加入していない者を対象とするものであり、医師、弁護士等といった職種別に組合を組織する国民健康保険組合（国保組合）（同：約400万人）と、被用者保険・国保組合に加入していない者すべてを対象とする市町村国民健康保険（市町村国保）（同：約4,800万人）に分かれる（図表2-3-1）。

保険給付の内容としては、まず療養の給付があり、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。第1章第2節（16頁）参照）、医療費の負担が過大にならないよう配慮されている。その他、現金給付として、出産育児一時金（35万円）の支給や休業補償である傷病手当金・出産手当金の支給（被用者保険のみ）も行われている（いずれも2007（平成19）年4月時点）（図表2-3-2）。

政管健保、組合健保及び市町村国保の2004（平成16）年度の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、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%）（図表2-3-3）。

図表2-3-1 医療保険制度の加入者（2006年3月末現在）



(注) 速報値である。

図表2-3-2 政管健保・組合健保と市町村国保の給付内容

(2007(平成19)年4月以降)

給付	政管健保・組合健保	市町村国保
療養の給付 訪問看護療養費	3歳未満：8割 3歳以上70歳未満：7割	70歳以上：9割 (現役並み所得者：7割)
入院時食事療養費	食事療養標準負担額：一食につき260円 低所得者で90日を超える入院： 一食につき160円	低所得者：一食につき210円 特に所得の低い低所得者(70歳以上)： 一食につき100円
入院時生活療養費	生活療養標準負担額： 一食につき460円(食費)+320円(居住費) 特に所得の低い低所得者： 一食につき130円(食費)+320円(居住費)	低所得者： 一食につき210円(食費)+320円(居住費) 老齢福祉年金受給者： 一食につき100円(食費)+0円(居住費) 難病等の患者の負担は食事療養標準負担額
高額療養費 (自己負担限度額)	若人 (上位所得者) 150,000円+(医療費)×1% (83,400円) (一般) 80,100円+(医療費)×1% (44,400円) (低所得者) 35,400円 (24,600円) (括弧内の額は、4か月目以降の多数該当)	高齢者 入院 外来(個人ごと) (現役並み所得者) 80,100円+(医療費)×1% 44,400円 (一般) 44,400円 12,000円 (低所得者) 24,600円 8,000円 (低所得者のうち特に所得の低い者) 15,000円 8,000円
出産育児一時金	被保険者又はその被扶養者が出産した場合、 35万円を支給	出産育児一時金 給付内容は条例で定めるところ による。 (ほとんどの保険者が30万円)
家族埋葬料	被保険者が死亡した場合、遺族等に対し、 定額5万円を支給	葬祭費 埋葬料 給付内容は条例で定めるところ による。(1~5万円程度として いる市町村が多い。) ほとんどの市町村が実施
傷病手当金	被保険者が業務外の事由による療養のため労務不能 となった場合、その期間中、最長で1年6か月、1日 に付き標準報酬日額の3分の2相当額を支給	任意給付 (実施している市町村はない。)
出産手当金	被保険者本人の産休中(出産日以前42日から出産日 後56日まで)の間、1日に付き標準報酬日額の3分の 2相当額を支給	

図表2-3-3 政管健保、組合健保及び市町村国保の比較

	政管健保	組合健保	市町村国保
保険者数（18年3月末） （速報値）	1保険者 〔社会保険庁が運営〕	1,561保険者 〔単一企業又は同種同業の複数事業主等により組織された健保組合が運営〕	1,835保険者 〔市町村が運営〕
一部負担	3割（3歳未満2割） 70歳以上1割（現役並み所得者は3割）		
加入者数（18年3月末） （速報値）	3,565万人 本人 1,916万人 家族 1,649万人	3,012万人 本人 1,505万人 家族 1,507万人	4,769万人
加入者数平均年齢（16年度） （注1）	37.2歳 （34.8歳）	34.2歳 （33.0歳）	53.7歳 （44.0歳）
老人加入割合（17年3月末） （注2）	4.6%	2.1%	24.2%
平均標準報酬月額（16年度）	28.3万円	37.1万円	
1世帯当たり保険料 調定額（16年度）（注3）	16.9万円 （33.9万円）	19.0万円 （42.3万円）	15.2万円
国庫負担（医療分）	給付費の13.0% （老健拠出金は16.4%）	定額 （予算補助）	給付費等の43%
平成19年度予算	8,383億円	47億円	3兆316億円
1人当たり診療費（16年度） （注4）	11.5万円	10.1万円	16.7万円

（注1）（ ）内は70歳以上の者を除いた場合。

（注2）65歳以上の寝たきり老人を含む。

（注3）政管健保、組合健保は一被保険者当たり。（ ）内は事業主負担分を含む。

（注4）老人保健対象者を（国保は退職被保険者等も）除いた数値である。

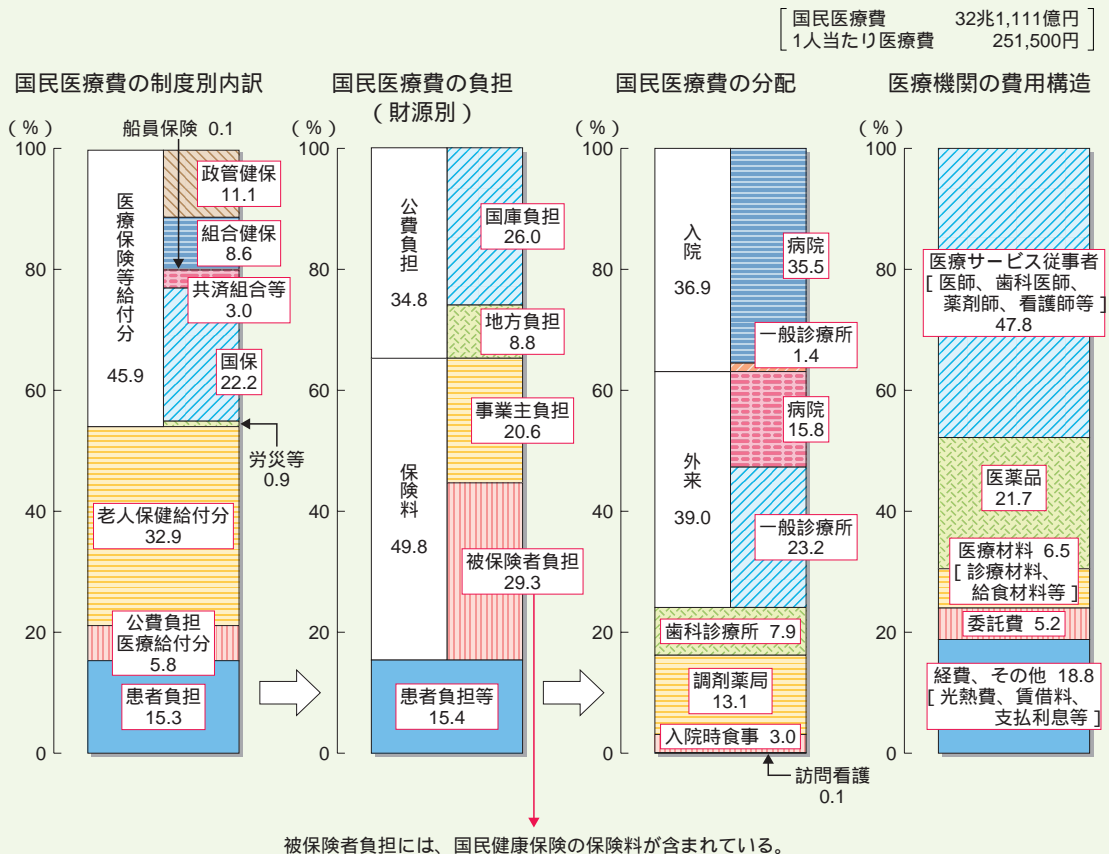
（医療費の構造）

医療費の負担と給付の構造について見ると、2004（平成16）年度国民医療費32.1兆円の内訳は、患者負担が15.3%、老人保健給付や医療保険等給付分等の給付費総額が84.7%となっている。

財源別負担については、患者負担等が約15.4%、保険料が49.8%、公費負担が34.8%（国庫負担：26.0%、地方負担8.8%）となっている。

医療費の分配は、入院36.9%、外来39.0%となっているほか、医療機関における費用構造は、医療サービス従事者に係る費用が47.8%、医薬品に係る費用が21.7%となっている（図表2-3-4）。

図表2-3-4 国民医療費の構造（2004年度）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」（2004年度）、中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査（2003年6月）」より厚生労働省保険局作成。

（注）推計値である。

（保険給付の内容・範囲、診療報酬等の見直しの必要性）

我が国の医療費は、保険料負担、公費負担（税財源）、患者自己負担等で賄われているが（第1章第2節（18頁）参照）、従来から、国民の安心の基盤である医療保険制度を持続可能なものとするため、厳しい我が国の財政状況や保険財政の状況を踏まえつつ、医療費の適正化や財源の在り方も含め、給付（保険給付の内容・範囲、診療報酬等）と負担（保険料負担、公費負担（税財源）、患者自己負担等）の在り方等について議論を行い、制度改正が行われてきた。

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ると、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。

2 高齢者の医療制度をめぐる現状と課題

高齢者の医療制度には、老人保健制度と退職者医療制度がある。

75歳以上の高齢者等の医療制度である老人保健制度は、1983（昭和58）年の制度発足以来、国民の老後における適切な医療を確保するため、老人医療費について国民全体で公平に負担するという基本理念の下、国民健康保険と被用者保険の負担の公平や医療保険制度の安定の確保に寄与してきた。これまで、その医療費を保険者からの拠出金、公費及び老人の患者自己負担で賄っていたが、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次のような問題が指摘されてきた。

まず、現役世代と高齢世代の費用負担関係が不明確という点である。これは、老人医療費は、保険者からの拠出金の中で現役世代の保険料と高齢者の保険料が区分されていないことに起因している。次に、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いう点である。これは、老人に対する医療の給付は市町村が行う一方、その財源は保険者からの拠出金、公費及び老人の自己負担により賄われており、老人医療費について、かかった費用がそのまま保険者の負担として請求される仕組みとなっていることに起因している。

また、もう一つの高齢者の医療制度である退職者医療制度は、被用者年金の加入期間が原則として20年以上の長期にわたる退職者を対象とし、被用者保険から市町村国保に移った後も、老人保健制度が適用されるまでの間は、その医療費を自ら支払う保険料と被用者保険からの拠出金により賄う制度である。この仕組みについても、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。

こうしたことを踏まえ、高齢者の医療制度については、抜本的な見直しが必要との指摘がなされていた。

3 保険者の財政・事業運営をめぐる現状と課題

3,500近くの保険者が分立する現状の下で、それぞれ被保険者数や年齢構成、所得に格差があり、財政・事業運営に様々な課題を抱えていた。

（政管健保）

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、地域の取組みで医療費が低くなくても保険料に反映されない。このように、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。一方で、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。また、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）

健保組合については、一定以上の社員がいる企業が単独で、若しくは、同業種の複数の企業が共同で設立し、企業単位を基本として運営されている。このため、母体企業が衰退すれば健全な運営基盤が失われることとなる。現に、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）

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。

また、被保険者が3,000人未満である保険者は、2004（平成16）年ではおよそ1,000保険者だったところ、平成の大合併により2006（平成18）年には3分の1までその数を減少させている。このような小規模保険者は、大規模な保険者と比較して、保険事故のリスク分散が十分に図られず、突発的に医療費が増加した場合に事業運営の不安定化につながりやすいといった問題がある。

さらに、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、健保組合、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

第1章第3節において、健康づくり対策の変遷について概観してきたが、最近、メタボリックシンドローム概念といった新しい知見に基づいた生活習慣病対策が求められている。

本節では、生活習慣病対策及び職場における健康確保対策をめぐる現状と課題について整理する。

1 生活習慣病対策をめぐる現状と課題

(1) 生活習慣病の現状

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。また、死因別死亡割合における糖尿病等生活習慣病の占める割合は約6割にも上っている（第1節（29頁）参照）。生活習慣病の中でも特に糖尿病に関しては最近有病者数が増加しており、1997（平成9）年の690万人から2002（平成14）年の740万人へと、5年間で50万人（約7%）増加している^{（注1）}。また、糖尿病の合併症である腎不全も増加しており、慢性透析患者は1997年の17.5万人から2002年の22.9万人へと、5年間で約5.4万人（約30%）増加している^{（注2）}。

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^{（注3）}又は予備群と考えられる者^{（注4）}となっている^{（注5）}。

（注1） 厚生労働省健康局「糖尿病実態調査報告書」（2004（平成16）年6月）

（注2） 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」（2004（平成16）年）。なお、慢性腎不全患者に対する血液透析にかかる医療費は推計で年約550万円かかるとされている。

（注3） 「メタボリックシンドロームが強く疑われる者」とは、腹囲が男性85cm、女性90cm以上で、3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち2つ以上の項目に該当する者をいう。

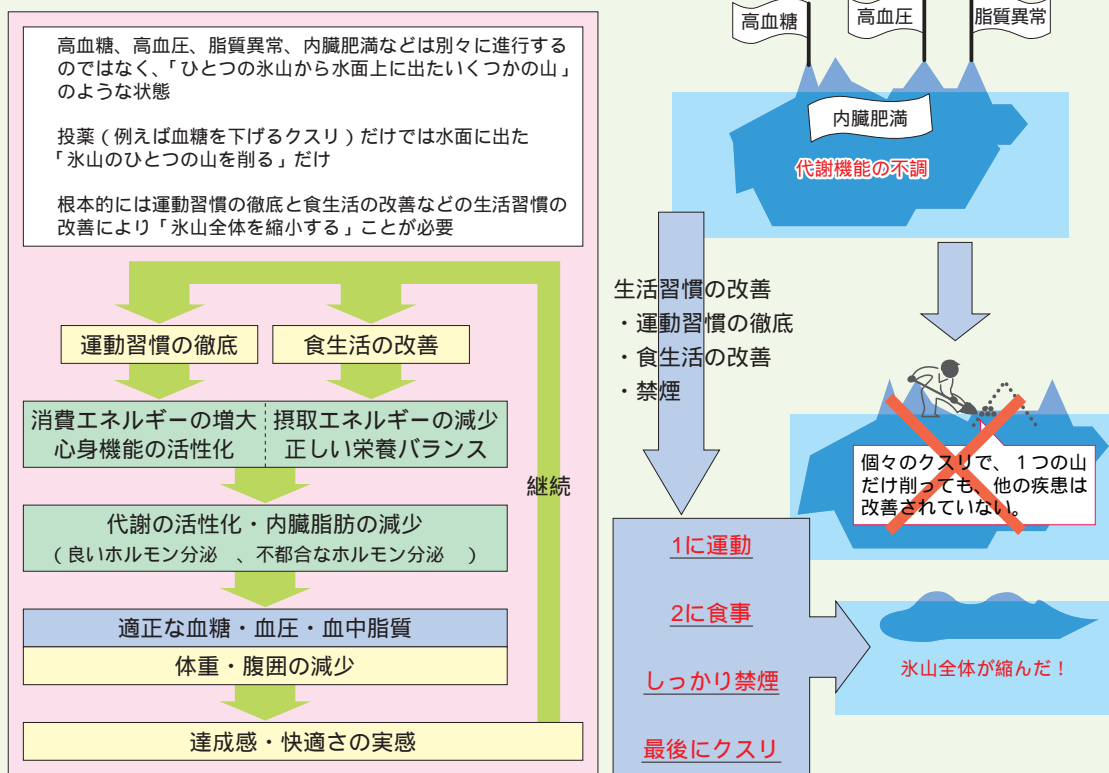
（注4） 「メタボリックシンドロームの予備群と考えられる者」とは、腹囲が男性85cm、女性90cm以上で、3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち1つに該当する者をいう。

（注5） 厚生労働省健康局「国民健康・栄養調査」（2007（平成19）年5月）

(2) メタボリックシンドローム対策

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た、高血糖、高血圧、脂質異常などを呈する状態のことをいうが（第1章第3節（25頁）参照）、いずれの状態も、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いる。つまり、脳卒中、心筋梗塞などの予防のためには、高血糖、高血圧などの症状一つ一つを抑えても根本的な改善につながらず、運動習慣の徹底、食生活の改善、禁煙などの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（図表2-4-1）。こうしたことから、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。

図表2-4-1 生活習慣病の発症・重症化予防



(3) 「健康日本21」の中間評価から見てきた課題

「健康日本21」の中間評価とそれを踏まえた今後の生活習慣病対策の基本的方向性については、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において、「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」（2005（平成17）年）、「健康日本21中間評価報告書」（2007（平成19）年）（以下「中間評価報告書」という。）が取りまとめられている。そこでは、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。

例えば、栄養面では、20～60歳代男性の肥満者の目標15%以下に対し、24.3%（1997（平成9）年）から29.0%（2004（平成16）年）に上昇している。また、運動面では、日常生活における歩数が成人男性で目標9,200歩以上に対し、8,202歩（1997年）から7,532歩（2004年）に減少、成人女性で目標8,300歩以上に対し、7,282歩（1997年）から6,446歩（2004年）に減少している。

こうした現状を踏まえ、中間評価報告書では、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

「健康日本21」の9分野70項目の目標は、各分野の健康づくり施策の指標等としてはいずれも重要であるが、国民が日々の生活で意識するには多すぎるため、今後は70項目の目標項目の中から代表目標項目を選定することとする。

目標達成に向けた効果的なプログラムやツールの展開

「健康日本21」の目標の多くは性別や年齢等を絞ったターゲットとすべき対象が示されていないほか、各分野の目標達成に向けた具体的な施策プログラムも十分には提示されていないことから、個人の具体的な行動変容、健康な生活習慣の獲得に必ずしも結びついていなかった。今後は、「標準的な健診・保健指導プログラム」や運動、栄養、禁煙などそれぞれのツールの開発・普及啓発を進めていく。

政府全体や産業界を含めた社会全体としての取組み

これまでの健康づくりの普及啓発は行政や外郭団体の取組みが中心であり、産業界を含めた社会全体としての活動に至っていなかった。今後は、産業界などとの一層の連携の下、健やかな生活習慣を国民の生活文化として定着させるための国民運動の展開を進めていく。

保険者、市町村等の関係者の役割分担

現在、健診、保健指導等については、医療保険各法に基づき保険者、老人保健法等に基づき市町村、労働安全衛生法に基づき事業者等がそれぞれ実施しており、対象者が重なる中で、健診・保健指導の実施に係る保険者と市町村等の責任・役割分担が不明確となっており、特に被扶養者、自営業者を中心に未受診者の把握や受診勧奨、保健指導が徹底されない一因となっていた。今後は保険者による保健事業の取組強化を図っていく。

保健師、管理栄養士等医療関係者の資質の向上

保健師、管理栄養士等医療関係者による保健指導については、これまで運動指導と栄養指導が一体的に提供されておらず、行動変容につながっていない。今後は行動変容につながる運動指導、栄養指導、禁煙指導を行うことができる人材の育成を図っていく。

現状把握、施策評価のためのデータの収集、整備

地域レベルでの健康関連データの把握が必ずしも十分ではないため、データに基づく目標の設定や、事業実施の効果の定量的評価が十分ではない。また、保険者、市町村等の各健康増進事業実施者においても、健診・保健指導の実施等による事業の効果について、十分なデータの蓄積や分析評価がなされていない。今後はアウトカム^(注6)評価が可能な形で、健診結果データの電子化を進めていく。

こうした課題を踏まえ、これら報告書では、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^(注7)(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^(注8)(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。

2 職場における健康確保対策をめぐる現状と課題

(長時間労働の実態)

第1章で見てきたとおり、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^(注9)においては、長時間労働が問題となっている。年齢階級別就業者の週間就業時間の推移を見ると、2000(平成12)年以降は1990年代と比べて、週間就業時間の年齢階級間の格差が広がっている。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(図表2-4-2)。

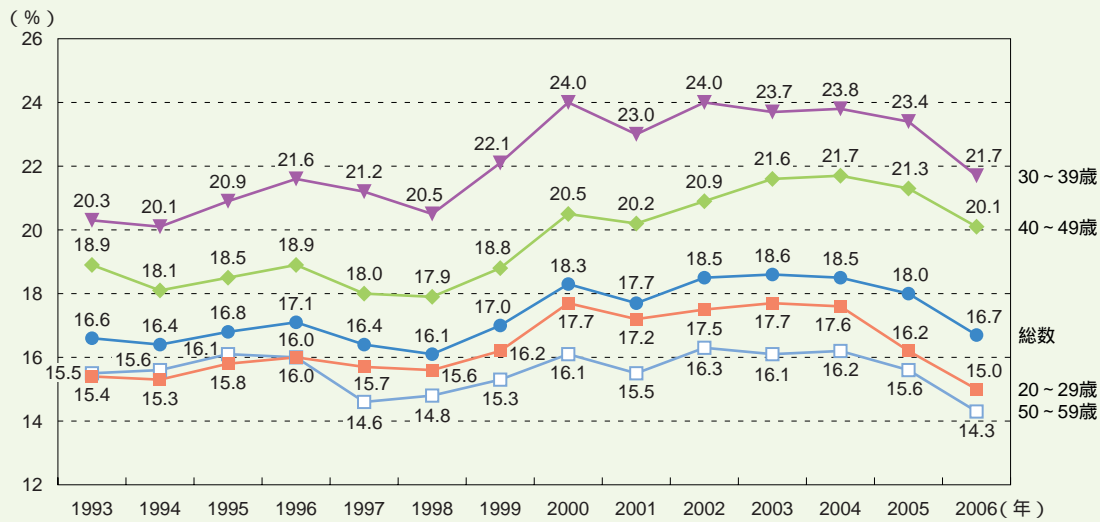
(注6) 「アウトカム」とは、政策介入によりもたらされる結果、効果や成果をいう。

(注7) 「ポピュレーションアプローチ」とは、対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチをしていく方法をいう。

(注8) 「ハイリスクアプローチ」とは、疾患を発生しやすい高いリスクを持った人を対象に絞り込んでアプローチをしていく方法をいう。

(注9) 「一般労働者」とは、常用労働者(労働者のうち当該事業場において常時使用する労働者として雇い入れられた者)のうち、パートタイム労働者(1日の所定労働時間が一般の労働者より短い者、1日の所定労働時間が一般の労働者と同じで1週の所定労働日数が一般の労働者よりも短い者のいずれかに該当する者のことをいう。)以外の者のことをいう。

図表2-4-2 年齢階級別就業者の週間就業時間が60時間以上の者の割合の推移（男性）



資料：総務省統計局「労働力調査」
 (注) 休業者を除く。

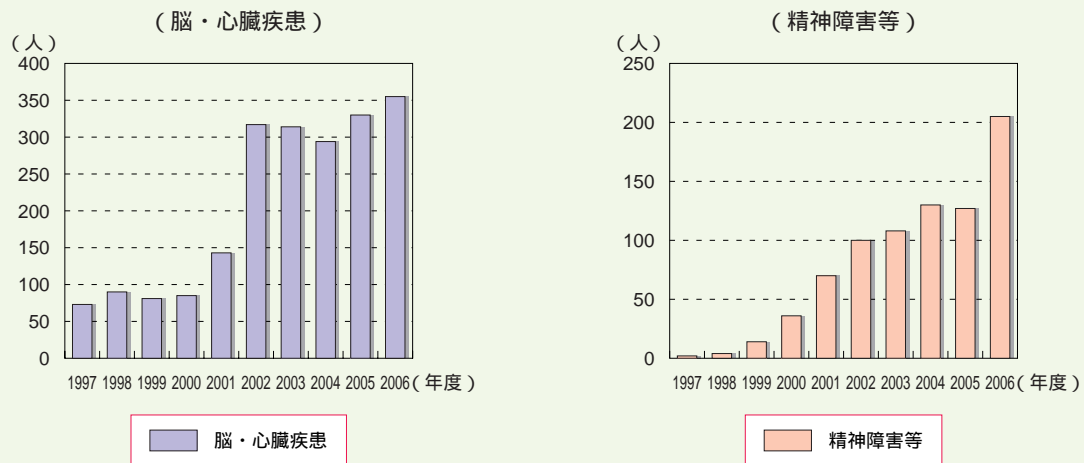
また、脳血管疾患及び虚血性心疾患（脳・心臓疾患）の発症が長時間労働との関連性が強いとする医学的知見^(注10)が得られており、労働者の健康確保の観点からも、長時間労働対策は重要な課題となっている。過重労働により脳・心臓疾患を発症したとして労災認定された事案は、2000年度まで年間100件以下であったのに対し、2001（平成13）年度に脳・心臓疾患の認定基準が改正され（第4章第2節（111頁）参照）、長時間にわたる疲労の蓄積によって発症した脳・心臓疾患も認定されるようになったことなどもあり、2002（平成14）年度以降は300件前後と高水準で推移している（図表2-4-3）。

（メンタルヘルスの実態）

我が国の労働者は仕事上のストレスを抱えている者が多い。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（平成14）年の調査で6割を超えている（図表2-4-4）。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（図表2-4-3）。

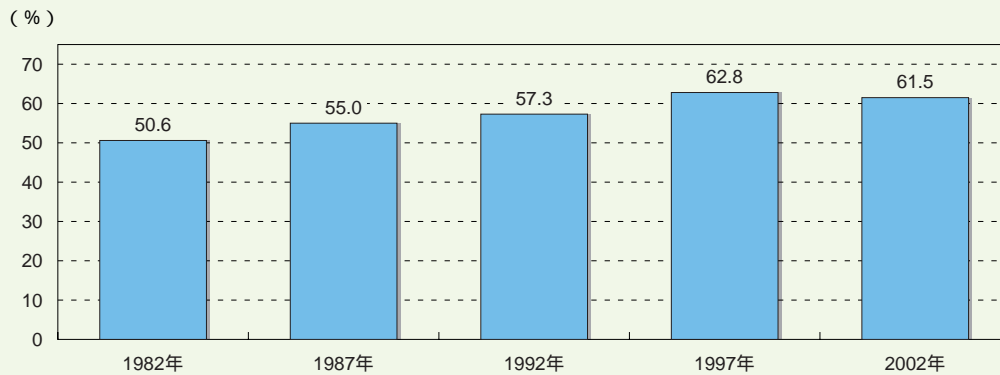
(注10) 脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門委員会報告書」（2001（平成13）年）

図表2-4-3 脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災認定件数



資料：厚生労働省労働基準局調べ。

図表2-4-4 仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスがある労働者割合の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「労働者健康状況調査」

（ワーク・ライフ・バランスの実現の必要性）

30歳代及び40歳代男性に顕著に見られるような長時間労働の下では、健康の保持など仕事以外の活動に振り向ける時間を持つことができない。また、子育て期間も働き続けるためには、労働時間の点で配慮がなければ仕事と家庭の両立は困難である。こうした仕事と生活の調和が実現しにくい社会においては、働く者は高い意欲を持って仕事に向き合うことが困難となるばかりか、心身の健やかさを損なうおそれも高く、その者の能力発揮と企業における人材活用がともに阻害されることとなる。一方、仕事と生活の調和を実現できる社会においては、多様な価値観を持った働く者が、不満やストレスを抱え込むことなく、心身ともに充実した状態で潜在する能力を十分発揮することが可能となる。

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

第2章では、医療構造改革の必要性について論じた上で、医療費適正化の観点を踏まえた医療をめぐる現状と課題について、医療提供体制、医療保険制度、健康づくりの3点から考察を行ってきた。

本節では、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改めて整理する。

予防の重視 ～働き方を含め生活を見直す～

国民の生活の質（QOL）の向上の視点から見れば、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、予防を重視し、生活習慣病患者を減らしていくことは、中長期的な医療費適正化の観点からも必要となっている。

さらに、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。

生涯を通じて国民の安心を保障する医療の推進

日本の平均在院日数は国際的に見ても長いなど、現在の医療提供体制は様々な課題を抱えている。こうした中、生涯を通じて国民の安心を保障する医療を、効率的に提供する体制づくりを行っていくことは、中長期的な医療費適正化の観点からも必要であり、次のような対策を講じていくことが求められている。

まず、生活を支援する視点を重視し、地域において入院から在宅までの切れ目のない医療を提供していくことが重要である。とりわけ、地域住民にとって最も身近な存在である開業医が、一次的な地域医療の窓口としての役割を果たすことが求められる。

また、地域や診療科における医師不足が課題となっている。勤務医の負担軽減を図るとともに、医療の質の向上を図り、患者のニーズに的確に応えていくためには、医師のほか、看護職員、事務職員など関係職種間の適切な役割分担やそれらの資質向上等についても検討を進めていく必要がある。

さらに、患者の健康状態や過去の病歴、家族の病歴など、患者の周辺情報を十分に把握し、患者をトータルで診ることができ、必要に応じて専門医を紹介できる医師の養成も重要である。

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

国民皆保険制度を堅持し、医療保険制度を将来にわたり持続可能なものにしていくためには、医療保険制度自体についても適切な見直しが求められている。

まず、高齢者の医療制度については抜本的な見直しを行い、高齢者世代と現役世代の負担を明確化し、公平で分かりやすい制度とすることが必要である。

また、政管健保、健保組合、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、都道府県単位の再編・統合を推進することが求められる。

さらに、保険給付の内容・範囲や診療報酬・薬価等の見直し等、短期的な医療費適正化対策を行うことも必要とされている。

保健医療分野の情報化の推進

～ に掲げた医療をめぐる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は、健康情報の電子化、医療機関の情報化、レセプトのオンライン化など、保健医療分野の情報化の推進が求められている。

本章第1節で述べたとおり、これからの医療については、国民・患者の視点に立ち、生活習慣病対策や良質かつ効率的な医療提供体制の確立に努め、中長期を見据えた医療費適正化対策が求められている。これを推進していくためには、住民に身近な地域の関係者が保健事業や医療提供体制の現状を把握し、地域における望ましい保健医療の在り方を考え、お互いに協力しながら実現していくというのがあるべき姿である。

そこで第3章では地域に視点を移し、我が国の保健医療・介護をめぐる地域差の現状と課題について分析を行うこととする。