

第1章

心身ともに健康な生活と安心で質の高い
効率的な医療の確保等のための施策の推進

第1節 安全・安心で質の高い医療提供体制の充実

1 緊急医師確保対策について

国民の医療に対する安心・信頼を確保するために、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確保問題に対応することが重要である。

このため、医師確保対策については2005（平成17）年8月に「医師確保総合対策」、2006（平成18）年8月に「新医師確保総合対策」を、厚生労働省、総務省、文部科学省の3省で協力して取りまとめた。さらには、日増しに大きくなる、全国各地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、政府・与党において検討が行われ、2007（平成19）年5月31日に、更なる対策として「緊急医師確保対策について」が取りまとめられた。

（1）医師不足地域に対する国レベルでの緊急臨時的医師派遣システムの構築

緊急臨時的医師派遣については、「緊急医師確保対策について」を受け、地域の医師確保を担う都道府県医療対策協議会が相当の努力をしてもなお医師確保が困難で、地域の医療を維持できない場合に、都道府県からの要請を踏まえ、緊急臨時的に医師を派遣するというシステムを構築し、これまで2回にわたり、全国の5道県7病院への医師派遣を実施し、分娩や救急患者の受入れが継続、あるいは再開するなどの成果が挙げられている。

また、医師派遣に協力する医療機関の負担を軽減するために、2008（平成20）年度予算においては、派遣医師が従前行っていた業務をカバーするなど派遣医師以外の医師の負担を軽減するとともに、診療体制の強化を図るため、診療体制の確保や医療機器等の整備に対する支援を行うこととしている。

（2）病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等

近年、病院勤務医は特に若年・中堅層を中心に極めて厳しい勤務環境に置かれており、こうした病院勤務医の勤務環境を改善するため、交代勤務制等の導入を支援する補助事業を2008（平成20）年度より創設し、その支援をすることとしている。

また、病院勤務医の厳しい勤務環境の要因の一つとして、医師でなくても対応可能な業務を行っている現状があるとの指摘があり、2007年12月には、厚生労働省医政局長による通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」を発出し、役割分担の推進による医師の勤務環境の改善のため、医師等でなくても対応可能な業務例を示した。また、2008年3月には、役割分担の推進について周知徹底を図るとともに、短時間正規雇用医師等の柔軟な勤務形態の普及・啓発を行っている。

このほか、平成20年度診療報酬改定においても、病院勤務医対策に1,500億円を充て、産科・

小児科の重点的な評価に加えて、医師事務作業補助者の配置等を評価し、病院勤務医の勤務環境の改善に努めている。

さらに、特に勤務環境の厳しい産科医師の業務負担の軽減を図る観点からも、産科医師と助産師との適切な役割分担・連携の下で、助産師が正常産を扱うことができる体制の整備に取り組んでおり、2008年度からは産科を有する病院・診療所における院内助産所・助産師外来の設置を支援する事業を創設することとしているほか、2008年3月には院内助産所・助産師外来の先駆事例を学ぶためのシンポジウムを開催し、これら助産師の活用についての普及・啓発を行い、安全で安心にお産の出来る体制整備に取り組んでいる。

(3) 女性医師等の働きやすい職場環境の整備

出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すため、病院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備に努めるとともに、女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援や女性医師の再就業を支援する女性医師バンクの体制の充実に努めている。

(4) 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等

2006年12月より、医道審議会医師分科会臨床研修部会において医師臨床研修制度の在り方について検討が行われ、2007年12月に取りまとめられた報告書を踏まえ、臨床研修病院の体制の充実等を図るため2008年4月より研修プログラムの柔軟化や臨床研修病院の指定基準の見直し等を行った。さらに、都市部の病院への研修医集中の是正のため、2008年度から医師不足地域等で地域医療等の研修を行う場合の支援等を行うこととした。

(5) 医療リスクに対する支援体制の整備

1) 産科医療補償制度

安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、産科医療補償制度の創設に向けた検討が行われ、2008年1月に本制度の骨格が、財団法人日本医療機能評価機構に設置された産科医療補償制度運営組織準備委員会において取りまとめられた。

この制度は、分娩に係る医療事故（過誤を伴う事故及び過誤を伴わない事故の両方を含む。）により脳性麻痺となった児及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ることを目的としている。

本制度は民間の損害保険を活用した制度であるが、産科医不足対策や分娩に係る医療事故の再発防止を通じた産科医療の質の向上につながるという側面から、厚生労働省としても、本制度が各分娩機関において導入され、円滑に運営されるよう支援を行うこととしている。

2) 医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方

医療の安全を向上させていくためには、医療事故（過誤を伴う事故及び過誤を伴わない事故の両方を含む。）による死亡が発生した際に、解剖や診療経過の評価を通じて事故の原因を究明し、再発防止に役立てていく仕組みが必要である。また、遺族にはまず真相を明らかにしてほ

しいとの願い、そして同様の事態の再発防止を図ってほしいとの願いがある。このため、医療の安全の確保の観点から、医療死亡事故について、分析・評価を専門的に行う機関を設ける必要がある。

厚生労働省では、2008年4月にこのような新しい仕組みについての厚生労働省第三次試案を公表し、各方面からの意見を集約するとともに、同年6月には「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」を公表し検討を進めている。

（6）医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

2006年の「新医師確保総合対策」及び2007年の「緊急医師確保対策について」に基づき、地域や特定の診療科で医師が不足している現状に対応し、奨学金を活用して都道府県が定める地域や診療科に医師が配置できるための医師養成数を2009（平成21）年度までに最大395名の増を行うこととし、2008年度から16大学168名の定員増が行われることとなった。

2 安心と希望の医療確保ビジョン

国民が安心と希望の持てる医療を確保するためには、医療についての中長期的なビジョンを持ち、将来を見据えた改革を行うことが必要である。

このため、厚生労働大臣の下に有識者からなるアドバイザリーボードを開催し、全10回にわたる会議を経て、「安心と希望の医療確保ビジョン」を2008（平成20）年6月に取りまとめた。

このビジョンは、医療従事者のみならず患者・家族等国民がみんなで医療を支える体制を築くことを目指すものであり、①医療従事者等の数と役割（医師数の増加、医師の勤務環境の改善、職種間の協働・チーム医療の充実等）、②地域で支える医療の推進（救急医療の改善策の推進、「地域完結型医療」の推進等）、③医療者と患者・家族の協働の推進（相互理解の必要性等）の三つの柱からなっている。今後、このビジョンの実現に向け、具体的な施策を講じていく。

3 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

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。

このような状況を踏まえ、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2006年通常国会に提出し、同年6月14日に成立、2007（平成19）年4月1日に施行された。この医療提供体制の改革を始めとした次のような取り組みによって、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している。

(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

患者・国民が医療に関する情報を十分に得、適切な医療を選択できるよう支援するため、

- ① 都道府県が医療機関等に関する情報を集約し、分かりやすく住民に情報提供する制度における公表事項の拡大
- ② 広告可能な診療科名の拡大

を行ったところである。

(2) 地域における医療提供体制の確保

1) 医療計画制度による医療機能の分化・連携の推進

地域において切れ目のない医療の提供を実現する観点から、2006年の医療法改正において、医療計画制度の見直しを行い、医療機関間の機能分化・連携を推進することとした。これに基づき、各都道府県においては、2008（平成20）年4月に、以下の内容等を盛り込んだ新たな医療計画を策定・公表したところである。

- ① 脳卒中、がん、救急医療等4疾病5事業の具体的な医療連携体制
- ② 地域の実情に応じて、分かりやすい指標と数値目標等を明示し、事後評価できる仕組み

2) 救急医療

地域において安心して生活を送るためには救急医療体制の確保が重要である。このため、1977（昭和52）年度から、初期救急、入院を要する救急（二次救急）、救命救急（三次救急）の役割分担に基づく体系的な体制整備を図るとともに、効率的な救急搬送を支援するため、救急医療情報システムを導入している。

また、2001（平成13）年度からドクターヘリ導入促進事業を実施しており、2008年3月現在13道府県で運用が行われている。さらに、ドクターヘリを用いた救急医療の全国的確保を図るため、議員立法として、2007年通常国会に「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法案」が提出され、同年6月19日に成立したところである（2008年4月1日全面施行）。

さらに、小児救急医療体制については、一般の救急医療体制の中で対応するほか、入院を要する救急レベルにおいて、小児救急医療支援事業（1999（平成11）年度～）や小児救急医療拠点病院事業（2002（平成14）年度～）を、初期救急レベルにおいて、小児初期救急センター整備事業（2006年度～）を進めている。また、小児救急については、少子化、核家族化、夫婦共働きの増加といった社会情勢・家庭環境の変化を受け、時間外診療が増加していると指摘されていることから、直ちに受診すべきか否かといった保護者の判断を支援し、不安を解消するため、小児救急電話相談事業（#8000）や小児救急普及啓発事業も実施している。

このほか、救急搬送受入体制については、2007年8月に奈良県在住の妊婦が救急搬送中に死産するという事案が発生したことを受け、厚生労働省は、総務省消防庁と共に「救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査」を行い、当該事案を検証するとともに、全国的に共通する課題を分析した。この結果を踏まえ、総務省消防庁と連携の下、各都道府県に対して、①救急搬送受入体制の総点検を行い、その結果を踏まえた方策の検討と併せて、②救急搬送に対

する支援体制の確保、救急医療と産科・周産期医療の連携、妊婦健康診査の受診勧奨など地域の実情に応じた必要な対策の実施を要請した。

3) 災害時医療

地震等による災害時の医療対策として、災害拠点病院の整備や、被災地に専門家チームを派遣し医療活動を行う体制を整えるDMAT（Disaster Medical Assistance Team：災害医療派遣チーム）の研修等を進めている。

災害拠点病院の整備については、阪神・淡路大震災において、医療機関にも甚大な被害を出した教訓をいかし、被災地の医療を確保し、多数の重症患者を受け入れる機能を持ち、被災した地域への医療支援等を行うために基幹災害医療センター、地域災害医療センターの整備が、各都道府県ごとに進められている（2007年度末現在579か所）。

DMATについては、災害急性期（発災後48時間以内）に活動ができる機動性を持った、トレーニングを受けた医療チームとして、2005（平成17）年3月より研修が開始され、2008年3月までに442チームの研修が終了している。

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。

4) 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「へき地保健医療計画」を策定し、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。

2006年度からは、第10次へき地保健医療計画（2006～2010（平成22）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んでいる。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、今後は、その意義について若手の医師の理解を促進し、地域医療の確保に努めていくこととしている。

(3) 医療安全の確保

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年4月に取りまとめられた「医療安全推進総合対策」、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」、2005年6月に取りまとめられた「今後の医療安全対策について」（報告書）に基づいた施策を推進してきた。

1) 医療安全支援センターの制度化

医療に関する患者の苦情や相談等に迅速に対応するため、医療安全支援センターは、これま

で47都道府県において設置され、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。厚生労働省においては総合支援事業として、医療安全支援センターに従事する相談職員等が相談困難事例等に適切に対応するために、専門的知識の賦与及び能力向上を図るための研修や、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行っている。

2006年度の医療提供体制の改革の中で、医療安全支援センターは医療法上の組織として位置づけるとともに、その機能を拡充し①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、②管理者や患者や家族への医療安全に関する情報提供、③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、医療の安全の確保のための必要な支援を行っている。

2) 医療機関の管理者の医療の安全を確保するための義務

病院、有床診療所の管理者に対して、医療に係る安全管理のための指針の整備、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てきたが、2006年度の医療提供体制の改革においては、その対象を無床診療所、助産所にも拡大した。また、医薬品、医療機器の安全な使用、保守管理体制の整備等についても、医療の安全を確保するための措置として新たに義務づけられた。

3) 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かつ、質の高い情報を収集し、専門家による分析をした上で、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月から、第三者機関である財団法人日本医療機能評価機構において、報告が義務化され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）及び特定機能病院のほか、任意の参加登録医療機関からの報告に基づいて医療事故情報等の収集、分析を行い、3か月ごとに報告書の公表を行っている。

報告書では、数量的な分析とともに、個別の事故のテーマについても分析、検討が行われており、公表された報告書の中で各医療機関が注意すべき事例については、厚生労働省から各関係団体等及び都道府県を介して通知することで、全医療機関への周知に努めている。

(4) 医療を担う人材の確保と資質の向上

1) 医師臨床研修制度

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目的として、これまで医師の努力義務とされていた臨床研修が2004年4月に義務化され、診療に従事する医師は、医師免許取得後2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。

また、2006年12月より、医道審議会医師分科会臨床研修部会において医師臨床研修制度の在り方について検討が行われ、2007年12月に取りまとめられた報告書を踏まえ、2008年4月に臨床研修病院の指定基準の見直し等を行ったところである。

2) 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、医師等の医療従事者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の医療従事者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。

そのため、2007年4月1日より、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たところであり、2007年度においては、合計99名の医師及び歯科医師に対して再教育研修を実施した。

また、2008年4月1日より、行政処分を受けた保健師、助産師、看護師及び准看護師並びに薬剤師に対しても、同様に再教育研修を義務づけた。

3) 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、確実に身につける必要がある。

こうした状況を踏まえ、2006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、歯科診療所あるいは保健所や社会福祉施設などの研修協力施設のそれぞれの施設の特長をいかした、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った。

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ている。

4) 看護職員の資質向上等について

我が国の看護を取り巻く環境は、急速な少子高齢化の進展、医療技術の進歩等大きく変化している。こうした中で、医療現場の安全・安心を支え、患者のニーズに見合った看護を提供するという看護職員の役割は、ますます重要なものになると見込まれ、看護職員の資質の向上が一層求められている。一方で、看護業務の複雑・多様化、国民の医療安全に関する意識の向上等の中で、学生の看護技術の実習の範囲や機会が限定される傾向にある。

こうした背景の下、2006年3月より「看護基礎教育の充実に関する検討会」において、看護をめぐる現状と課題、充実すべき教育内容、専任教員の資質の向上、臨地実習の方法等について検討を行い、2007年4月に報告書が取りまとめられ、この報告書を踏まえ、必要な省令改正により実習の強化等の教育内容の充実を図るカリキュラムの改正等を行い、2009（平成21）年度より新しいカリキュラムを導入することとした。

さらに、2008年1月からは、「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」を開催し、これからの看護職員に求められる資質について議論するとともに、資質の高い看護職員の養成をしていく上での看護基礎教育の充実の方向性について幅広い観点から議論を行っているところであり、看護職員の基礎教育の充実についての必要な検討を引き続き実施している。

(5) 社会医療法人制度

2006年度の医療提供体制の改革において、民間の医療法人が地域医療の重要な担い手としてその役割を果たせるよう、社会医療法人制度が創設された。社会医療法人は、①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、②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、③医療計画に位置づけられたべき地医療、小児救急医療等の実施などを要件として、税制上の優遇措置、一定の収益業務の実施、社会医療法人債の発行などの優遇措置が認められるものである。

(6) 医療施設における木材利用の推進を通じた療養環境の整備

医療の提供に当たっては、患者の療養環境等に配慮する必要がある。このような観点から、近年、医療施設においては、木材を積極的に利用することにより患者の精神面におけるリラックス等を図る取組みも進められている。

このため、リハビリ部門、患者食堂などを始めとして、内装材への活用を含めた木材利用の推進を図ることとしている。

4 後発医薬品の普及促進

後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資することから、2012（平成24）年度までに後発医薬品の数量シェアを30%以上にするという目標を掲げ、これを積極的に推進することとしている。厚生労働省においては、2007年10月に「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定し、これに基づき、後発医薬品に対する患者及び医療関係者の信頼を高めるため、後発医薬品の安定供給、品質の確保、情報提供体制の強化等に取り組んでいるところである。さらに、平成20年度診療報酬改定において、処方せん様式について、処方医が後発医薬品に変更することに支障があると判断した場合にチェック欄に署名を行う方式に変更し、当該署名がない場合には薬局において先発医薬品を後発医薬品に変更して調剤することを可能にすること等の内容を盛り込み、後発医薬品の使用促進を図ることとしている。

5 国立高度専門医療センター等における我が国の医療政策の推進

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る。これらの機関は、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

の下、我が国の医療政策として担うべき医療の着実な実施に取り組んでいる。

ナショナルセンターは6センター（がん、循環器病、精神・神経、国際医療、成育医療、長寿医療）により構成されている。各センターは、国民の健康や安心・安全な医療の提供に重大な影響を及ぼす特定の疾患群に罹患する患者や当該疾患群を専門とする医療関係者が集積しているという、ナショナルセンターの強みをいかし、高度先駆的医療の提供、画期的治療法の研究、研修の実施及び情報発信などを行っている。

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もまた、重要な役割を果たすべきであり、特に、がん対策など我が国の医療政策の臨床水準の均てん化の更なる推進が求められる。

このような観点から、ナショナルセンターは、2010（平成22）年度の独立行政法人化に向けて、地方の中核拠点病院との連携を念頭において、医療、研究、人材育成、情報発信の牽引車としての役割や、高度先駆的な医療技術の開発等を行う役割を担うとともに、政策提言も行えるよう、その果たすべき役割や機能、体制等について整備を進める必要がある。また、イノベーションの推進の観点から、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。

なお、六つあるナショナルセンターを、それぞれ2010（平成22）年度から非公務員型の独立行政法人へ移行させるための所要の措置を講ずるため、「高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律案」を2008（平成20）年通常国会に提出し、継続審査とされているところである。また、同法律案成立の際には、2008年通常国会で成立した「研究開発システムの改革の推進等による研究開発能力の強化及び研究開発等の効率的推進等に関する法律」に基づく研究開発法人（研究開発等を行う独立行政法人の中でも重要な法人）として、独立行政法人化後のそれぞれのナショナルセンターが対象となることとなっている。

第2節 「新健康フロンティア戦略」の推進

2006（平成18）年臨時国会の総理所信表明演説において、健全で安心できる社会の実現に向けて、「新健康フロンティア戦略」を推進することが表明された。これを受けて、2007（平成19）年4月、内閣官房長官の主催による新健康フロンティア戦略賢人会議において、国民の健康寿命の延伸に向け、予防を重視した健康づくりを国民運動として展開し、健康国家の創造に向けて挑戦していく「新健康フロンティア戦略」が取りまとめられた。関係省庁においても、同戦略の内容を踏まえた施策の実施を図ることとしている。

第3節 「健康日本21」による生活習慣病対策と「食育」の推進

1 「健康日本21」による生活習慣病対策の推進

厚生労働省では、2000（平成12）年から第3次の国民健康づくり対策として、「21世紀における国民健康づくり運動」（「健康日本21」）を推進している。「健康日本21」は、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質（QOL）の向上を実現することを目的とし、以下の9分野について具体的な目標を掲げている。

また2003（平成15）年5月には、「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に健康増進法が施行された。

2006（平成18）年12月には、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において、「健康日本21」の中間評価が行われ、2007（平成19）年4月に「健康日本21中間評価報告書」が公表された。今後は、中間評価を踏まえ、産業界との連携による国民運動の実施、医療保険者による効果的・効率的な健診・保健指導の実施など、生活習慣病対策の一層の推進を図っていくこととしている。

また、医療制度改革の一環として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健診・特定保健指導の効果的・効率的な実施を図るため、「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」において、科学的根拠に基づく効果的・効率的な健診・保健指導の在り方について議論を行い、2007年4月に「標準的な健診・保健指導プログラム」を策定し、2008（平成20）年度から特定健診・特定保健指導が開始された。

（1）栄養・食生活

栄養・食生活は、多くの生活習慣病との関連が深く、また生活の質（QOL）との関連も深いことから、健康・栄養状態の改善を図り、良好な食生活を実現するためには、個人の行動変容を促すことや、個人の行動変容を支援する環境を確保することが必要である。

このため、国民の健康の増進、エネルギー及び栄養素欠乏症の予防、生活習慣病の予防、過剰摂取による健康障害の予防を目的に、栄養指導や給食提供の基礎となる科学的データとして、2005（平成17）～2009（平成21）年度までの5年間使用する「日本人の食事摂取基準（2005年版）」を策定し、エネルギー及び各栄養素の摂取量の基準を示した。

また、「食育」の推進の一環として健康づくりに資する食生活の実現を図るため、厚生労働省、文部科学省、農林水産省の連携によって策定した「食生活指針」の普及・定着に向けた取組みとして、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い情報提供を行い、個人の行動変容を促すため、厚生労働省と農林水産省の連携の下、2005年6月に「食事バランスガイド」を作成した。その普及活用に向け、管理栄養士等による事業の展開、食生活改善推進員等の地域のボランティアによる普及啓発、さらには食品産業等とも連携した活用に向けた取組みを推進している（食育の推進については後述（163頁））。

このほか、2008年度からはメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健診・特定保健指導が開始されたところであり、管理栄養士を始め、保健指導担当者の育成の促進を図っている。さらに、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の予防戦略事業として、運動の推進と食生活のリズムを整えることに重点を置き、実態把握、講習会、民間産業等と連携した取組みを推進している。

（2）身体活動・運動

身体活動・運動には、生活習慣病の発生を予防する効果があり、健康づくりの重要な要素の一つであることから、国民の身体活動・運動に関する意識を高め、日常の活動性及び運動習慣を持つ者の割合を増加させるとともに、これらの活動を行うことができる環境づくりを行う必要がある。

このため、最新の科学的知見を踏まえ、2006年7月に「健康づくりのための運動所要量」を「健康づくりのための運動基準2006—身体活動・運動・体力—」に改定し、これまでの種々の研究の成果に基づき、生活習慣病を予防するための身体活動量・運動量・体力の基準値を示すとともに、その内容を分かりやすく広く国民に向けて発信するものとして、「健康づくりのための運動指針2006」（「エクササイズガイド2006」）を策定し、その普及・活用を図っている。

（3）休養・こころの健康づくり

こころの健康は、生活の質を大きく左右する要素である。また、身体及びこころの健康を保つための三要素は、適度な「運動」、バランスの取れた「栄養・食生活」、心身の疲労回復と充実した人生を目指す「休養」とされている。さらに、十分な休養を取り、ストレスと上手に付き合うことは、こころの健康に欠かせない要素となっている。

このため、2003年に「健康づくりのための睡眠指針」を策定しており、関係団体やマスメディアと連携し、睡眠に関する知識の普及啓発を図っている（ストレス対策及び自殺予防対策については、第3章第2節（198頁）、第9章第4節（277頁）参照）。

（4）たばこ

たばこは、がんや循環器病など多くの疾患の危険因子であるだけでなく、他人のたばこの煙を吸入することによる「受動喫煙」によって、周囲の人々にも健康への悪影響が生じることが指摘されている。

このため「健康日本21」において、①喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及、②未成年者の喫煙防止、③公共の場所での分煙の徹底及び知識の普及、④禁煙希望者に対する禁煙支援プログラムの普及について具体的な目標を立て、施策を推進している。

健康増進法においても、多数の者が利用する施設の管理者は、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない旨が規定されており、2005年度からは、たばこ対策緊急特別促進事業により、都道府県における、子どもへの影響の大きい父母等や未成年者に対する喫煙防止対策、受動喫煙防止対策が遅れている娯楽施設等に対する分煙の徹底に重点を置いた施策を支援し、地域におけるたばこ対策を推進している。

2005年2月には「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効し、我が国も、たばこ対策の充実強化に向けた体制整備を行っている。

また、2006年4月から禁煙治療に対する保険適用が開始され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2006年5月に作成・配布し、禁煙支援の推進を図っている。2007年7月には、「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」が採択されたことを受け、受動喫煙防止対策をより一層推進する観点から、2008年3月「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会」を開催し、検討を進めている。

さらに、「健康日本21」の中間評価において、国民運動としてより多くの人が賛成しうる目標として、「喫煙をやめたい人がやめる」という目標を新規に設定することとした。この目標の下、喫煙の健康への影響についての普及啓発を進め、健康づくりのために喫煙をやめたい人を増やすとともに、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことにより、喫煙率を引き下げ、たばこの消費を抑制し、国民の健康に与える悪影響を低減させていくことが必要であるとされている。

(5) アルコール

アルコールの健康に対する影響としては、短時間内の多量飲酒による急性アルコール中毒、慢性影響として肝疾患、がん等の疾患との関連や、未成年者の飲酒による精神的・身体的発育への影響、妊婦による飲酒を通じた胎児への影響などが指摘されている。

「健康日本21」では、①多量に飲酒する人の減少、②未成年者の飲酒防止、③節度ある適度な飲酒の知識の普及を目標とし、シンポジウムの開催等による情報提供、飲酒習慣の改善や未成年者飲酒防止に関する研究等を実施している。

また、2005年5月の世界保健機関（World Health Organization:WHO）総会において、「アルコールの有害な摂取によって引き起こされる公衆衛生上の問題」の決議が採択され、加盟国には、アルコールの有害な摂取による健康や社会への悪影響を低減するための効果的な戦略及びプログラムを作成、実行、評価すること等が要請された。これに伴い、戦略案の策定のため、WHO地域委員会等において議論が行われ、「アルコールの害を軽減するための戦略」が承認され、第63回WHO総会で世界的戦略案を提出すべく準備しているところであり、国際的に見てもアルコール対策は重要な課題となってきたことから、厚生労働省では、国税庁を始め関係省庁と連携を図りながらアルコール対策を推進している。

(6) 歯の健康

歯の健康は、食物のそしゃくのほか、食事や会話を楽しむ等による、生活の質（QOL）を確保するための基礎となる重要な要素である。歯科保健の分野では、生涯にわたり自分の歯を20歯以上保つことにより健全なそしゃく能力を維持し、健やかで楽しい食生活を過ごそうという「8020（ハチマル・ニイマル）運動」が推進されており、この実現に向けた歯及び口腔の健康増進の推進が必要となる。

そのため、歯の喪失防止、歯の喪失の原因となるう蝕（むし歯）及び歯周病の予防の観点か

ら、地域の実情に応じた歯科保健事業の推進を目的に、8020運動推進特別事業を実施している。また、歯周病対策として、従来、老人保健法に基づき市町村において実施されていた40歳、50歳、60歳、70歳の住民を対象とした歯周疾患検診については、2008年度からは、健康増進法に基づく事業として、引き続き実施されることとなった。

本分野においては、既に「健康日本21」の目標値を達成した項目が認められ、多くの項目が目標値に近づいているものの、地域により達成状況に差が見られるため、地域特性に応じた対策を継続して推進していくことが必要である。

(7) 糖尿病

糖尿病は自覚症状がないことが多く、治療することなく放置すると、網膜症、腎症、神経障害等の合併症を引き起こし、末期には失明したり人工透析治療が必要になることがある。さらに、糖尿病は脳卒中、虚血性心疾患などの心血管障害の発症・進展を促進することも知られており、生活の質（QOL）の低下等を招いている。この疾患の対策としては、発症の予防、早期発見、合併症の予防が重要である。

我が国の糖尿病患者数は、生活習慣と社会環境の変化に伴って急速に増加しており、2006年の「国民健康・栄養調査結果の概要」（厚生労働省健康局）によれば、糖尿病が強く疑われる人は約820万人、糖尿病の可能性を否定できない人を合わせると約1,870万人と推定される。

「健康日本21」では、糖尿病の一次予防の推進を図る観点から、生活習慣の改善、糖尿病有病者の早期発見及び治療の継続について目標を設定している。

さらに、医療制度改革や「健康日本21」の中間評価を踏まえ、糖尿病分野と循環器病分野において、「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の減少」、「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上」という目標を新規に設定した。

また、厚生労働科学研究費補助金において、①糖尿病予備群から糖尿病型への移行率が半減する介入方法、②糖尿病患者の治療の中断率が半減する介入方法、③糖尿病合併症の進展を30%抑制する介入方法の検証についての「糖尿病予防のための戦略研究」を、2005年度から実施している。

(8) 循環器病

我が国の死亡原因の第2位は心疾患、第3位は脳血管疾患であり、これらの循環器病による死亡者は、全体の約3割を占めている。循環器病の後遺症は、本人の生活の質（QOL）の低下を招く大きな要因となっており、循環器病の罹患率及び死亡率を低下させることが課題となっている。

「健康日本21」では、循環器病の一次予防の観点から、生活習慣の改善及び循環器病の早期発見について目標を設定している。そのため、健診による早期発見、重症化予防に加えて、栄養・食生活、身体活動・運動等に関連する知識の普及啓発等を通じた一次予防対策が重要である。

また、循環器疾患等生活習慣病対策総合研究において、循環器病の予防・診断・診療に関す

る研究を推進している。

(9) がん

がんは、我が国において1981（昭和56）年より死因の第1位であり、現在では、年間30万人以上の国民が亡くなっている。これに対応するためには、生活習慣の改善による予防等の取組みが重要である。このため、がん対策については、1984（昭和59）年度から「対がん10カ年総合戦略」、1994（平成6）年度からは「がん克服新10か年戦略」、そして2004年度からは「第3次対がん10か年総合戦略」として研究に重点を置いた取組みを実施し、がんの診断・治療技術は進歩してきたところである。また、2006年6月に議員立法により成立した「がん対策基本法」に基づき、「がん対策推進基本計画」を2007年6月に策定し、がん対策に総合的かつ計画的に取り組んでいる（がん対策の総合的かつ計画的な推進については、第2章（184頁）参照）。

2 「食育」の推進

近年の国民の食生活をめぐる環境の変化に伴い、国民が生涯にわたって健全な心身を培い、豊かな人間性を育むための食育を推進することが課題となっていることから、食育に関し基本理念を定め、国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、食育に関する施策の基本となる事項を定めること等を目的とする食育基本法が2005（平成17）年7月に施行された。さらに、2006（平成18）年3月には、食育の推進に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、食育推進会議において、2006年度から2010（平成22）年度までの5年間を対象とする「食育推進基本計画」が策定された。

この計画では、食育の推進に関する施策についての基本的な方針として、

- ① 健全な食生活に必要な知識等が年齢、健康状態等により異なることに配慮しつつ、心身の健康の増進と豊かな人間形成を目指した施策を講じること
- ② 父母その他の保護者や教育・保育関係者の意識向上を図り、子どもが楽しく食を学ぶ取組みが積極的に推進されるよう施策を講じること
- ③ 食品の安全性等、食に関する幅広い情報を多様な手段で提供するとともに、行政、関係団体、消費者等の間の意見交換が積極的に行われるよう施策を講じること

等を含む7項目が定められている。

また、食育を国民運動として推進するためにふさわしい目標として、①朝食を欠食する国民の割合の減少、②「食事バランスガイド」等を参考に食生活を送っている国民の割合の増加、③メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加、④食育の推進に関わるボランティアの数の増加等を含む九つの目標を掲げ、その達成が図られるよう取組みを推進することとしている。

また、食育の国民運動の一層の展開に寄与していくため、2007（平成19）年6月に食育推進有識者懇談会が開催され、「食育推進国民運動の重点事項」が取りまとめられた。さらに、2007年10月から、食育の推進状況についての評価等を行うことを目的とした「食育推進評価専門委員会」を開催するとともに、食育に関する情報提供の内容等について検討を行う「企業分野等

食育活動検討会議」を開催した。

(1) 健康づくりを通じた「食育」の推進

近年、不適切な食生活や運動不足による成人の肥満者の割合が増加しており、肥満を予防するためには子どもの頃から健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、健全な食生活や運動習慣を身につけることが重要であることから、厚生労働省では、「若年期からの肥満予防対策」として、都道府県が行う事業を支援している。2007年度は、若年期からの肥満予防対策に加え、メタボリックシンドローム対策として、20～30歳代をターゲットとした肥満予防の取り組みを実施し、2008（平成20）年度も引き続き行っていくこととしている。

さらに、毎年10月を食生活改善普及月間とし、国民一人一人の食生活改善に対する自覚を高め、日常生活での実践を促すことを目的に、食生活改善普及運動を実施している。

(2) 「健やか親子21」による母子保健活動を通じた「食育」の推進

乳幼児期から思春期に至る発育・発達段階に応じた食育を推進することを目的として、2004（平成16）年2月に「食を通じた子どもの健全育成（—いわゆる「食育」の視点から—）のあり方に関する検討会報告書」を取りまとめるなど、家庭、保育所、学校等関係機関の連携による取り組みが推進されるよう支援体制の充実を図っている。

特に、乳幼児期は、食習慣の基礎を培い、健やかな親子関係の形成の上でも重要な時期にある。2006年6月に公表した「平成17年度乳幼児栄養調査結果」では、出産直後の授乳や離乳食の開始時期での親の不安が高まること、幼児（4歳未満）の約1割が朝食を毎日食べていないことなどが明らかとなった。このため、授乳や離乳食について適切な支援が推進されるよう、母乳育児の推進や離乳食の進め方の目安等を盛り込んだ「授乳・離乳の支援ガイド」を2007年3月に作成、公表し、普及・啓発を進めている。

また、食を通じた妊産婦の健康支援の観点から、妊娠期・授乳期における食事の望ましい組合せや量、妊娠中の適切な体重増加に関する目安等を盛り込んだ「妊産婦のための食生活指針」（2006年2月に作成、公表）による普及・啓発を進めている。

(3) 消費者とのリスクコミュニケーションを通じた「食育」の推進

食育基本法は、栄養バランスを踏まえた健全な食生活に関すること、食に関する感謝の念など、様々な側面を有しているが、食品の安全の観点からは、その第8条に「食育は、食品の安全性が確保され安心して消費できることが健全な食生活の基礎であることにかんがみ、食品の安全性をはじめとする食に関する幅広い情報の提供及びこれについての意見交換が、食に関する知識と理解を深め、国民の適切な食生活の実践に資することを旨として、国際的な連携を図りつつ積極的に行われなければならない。」と規定されている。

厚生労働省としては、食品の安全に関する知識と理解を深め、国民の適切な食生活の実践に資する観点からも、後述のリスクコミュニケーション（第9章第3節（273頁）参照）の取り組みについて、地方公共団体を含む関係機関と連携しながら、計画的に進めていくこととしている。

第4節 「介護予防10ヵ年戦略」による効果的な介護予防対策の推進

高齢者の生活機能の低下や、要介護となる主な原因である脳卒中や骨折、認知症をできる限り防ぐために、2004（平成16）年に「介護予防10ヵ年戦略」を策定し、効果的な介護予防対策を推進している。

1 家庭や地域で行う介護予防対策

介護保険制度施行後、要介護者・要支援者は増加したが、特に軽度者が大幅に増加し、認定者の半数を占めている。軽度者は、転倒・骨折、関節疾患などにより徐々に生活機能が低下していく「廃用症候群（生活不活発病）」の状態の方や、その可能性の高い方が多いのが特徴で、適切なサービス利用により「状態の維持・改善」が期待される。このため、2006（平成18）年4月1日から「介護保険法等の一部を改正する法律」が施行され、できる限り要支援・要介護状態にならない、あるいは、重度化しないよう、従来の予防給付について、対象者の範囲・サービス内容・ケアマネジメントを見直し、「介護予防」を重視した「新たな予防給付」へと再編した。

また併せて、生涯スポーツ、文化活動を通じた介護予防の推進も行うとともに、老人クラブが行う生きがい・健康づくりのための活動に対して支援を行っている。

2 効果的な介護予防プログラムの開発・普及

効果的な介護予防プログラムの開発と普及体制を確立させるために「介護予防研究・研修センター」を設立し、科学的根拠に基づく介護予防プログラムの開発研究と指導・普及を行う専門職員の養成を行っている。

また、2006（平成18）年度から、要介護・要支援状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から市町村が実施する地域支援事業を創設し、①介護予防事業、②包括的支援事業、③任意事業を行うものとしている。市町村は、介護保険事業計画に基づき事業内容を充実させ、実施に当たっては、高齢者のニーズや生活実態に応じて、継続的・総合的なサービス提供を図ることとしている。

3 骨折予防対策の推進

骨粗鬆症は、全身疾患であり、成長期の頃からの長年の生活習慣などにより、骨量の低下や骨の構造の劣化によって骨強度が低下し、骨折の危険性が高い状態と定義されている。現在、我が国の骨粗鬆症患者は約1,000万人と考えられているが、高齢社会の進展によりその増加が予想されている。骨折は身体機能を著しく悪化させ、予後にも大きく影響を及ぼすため、骨折等の基礎疾患となる骨粗鬆症の予防等の必要性は極めて高い。今後とも、骨粗鬆症の予防等の必

要性が十分に認識されるよう骨折予防対策を推進していくこととしている。

4 脳卒中对策の推進

(1) 救急医療体制の整備（SCUの整備）

救急医療体制としては、初期から救命救急に対応する医療施設及び救急医療情報センターの計画的かつ体系的な整備を推進することにより、その充実を図っている。

重症及び複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターについては、急性期の重篤な脳卒中の救急患者の受入れに対応する脳卒中専用病室（Stroke Care Unit:SCU）の整備に対し助成を行い、その機能強化を進めている。

(2) 切れ目のないリハビリテーションの推進・医療と介護のリハビリテーションの連携強化

2006（平成18）年度の介護報酬の改定においては、基本的な視点の一つとして「介護予防、リハビリテーションの推進」を掲げている。リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点や効果的・効率的なリハビリテーションを実施する観点を重視して、個別かつ短期集中的なサービス提供や、多職種が協働して個別のリハビリテーション実施計画を策定する等の一連のプロセスを実施した場合、報酬上評価を創設し、個別の利用者の心身の状況等を勘案して、個別リハビリテーションの実施を進めることとしている。また、早期に集中的にリハビリを行うという急性期リハビリの重要性にかんがみ、2006年の診療報酬改定において、心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器という四つの疾患別リハビリ料を導入し、算定日数の上限を設けたが、その後、当該改定の結果検証を踏まえ、よりきめの細かな対応を可能とするために、2007（平成19）年に再改定を行い、算定日数上限除外対象疾患の拡大、リハビリ料の通減制の導入等を図ったところである。こうした見直しにより、医療と介護の連携の強化を図り、切れ目のないリハビリテーションの実施を図っているが、介護保険のリハビリテーションについても、2006年度から、今後に向けた課題等について調査・研究を進めているところである。

5 地域で支える「認知症ケア」

(1) 地域における認知症サポート体制の整備

認知症対策は、今後の高齢者介護における中心的な課題であり、10年後、20年後を見越し、総合的な対策を進めていく必要がある。

認知症対策の基本は、多くの人々が認知症を正しく理解することにより偏見を解消すること及び認知症の人が尊厳を持って地域で暮らし続けることを支える「地域づくり」が重要である。そこで2005（平成17）年度から「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想の下、「認知症サポーター（認知症を理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する人）養成講座」を始めとした、様々な広報キャンペーンを実施している。

(2) 認知症ケアの人材育成

地域における支援体制の整備を進めるためには、早期発見・早期診断が重要である。2005年度から、主治医（かかりつけ医）への助言や地域における連携づくり等の支援、主治医（かかりつけ医）を対象とした研修の企画立案等を行う「認知症サポート医」の養成を実施し、2006（平成18）年度からは、主治医（かかりつけ医）の認知症への対応（診断や相談等の対応）を向上させるため、医師会等と連携を図りながら研修事業を実施している。

介護現場においても、今後増加する認知症高齢者に対応するため、認知症対応型サービス事業の管理者等に対する研修を実施することにより、認知症介護の専門職員を養成し、認知症介護技術の向上を図っている。

第5節 健康寿命を伸ばす科学技術の振興

2007（平成19）年4月に策定された「新健康フロンティア戦略」では、科学技術に関して「人間の活動領域の拡張に向けた取組み（人間活動領域拡張力）」及び「医療・福祉技術のイノベーション（研究開発力）」という形で取り上げられている。

「人間の活動領域の拡張に向けた取組み（人間活動領域拡張力）」では、今後、高齢者が疾病に伴い障害を持つ等、有病者、障害者、高齢者のすべてに当てはまる者が増加することから、健康科学技術をニーズに基づき開発し、有効に活用することにより、有病者、障害者、高齢者の活動領域を拡張し、社会的に受け入れられ、自由な意思の下で社会的に活動できる可能性を広げ、関係者の生きがいを向上させることとしている。

「医療・福祉技術のイノベーション（研究開発力）」では、そうした「人間活動領域拡張力」を実現し、また、健康科学技術産業の国際競争力を高め、今後高齢化が進行する世界に対して国際的に貢献すること等を目指し、有病者、障害者、高齢者等のニーズを踏まえ、既にある技術、改良や使い方に係る技術の改良などの「汎用技術」、使用者が少なかったり、健康リスクが高い等の事業リスクが高い技術、遺伝子治療、再生医療、遺伝子診断技術（バイオマーカー等）、ナノテクノロジー（超小型化医療機器等）を活用した「革新的技術」の開発・普及の推進を図ることとしている。

1 2007（平成19）年度の科学技術研究の推進

厚生労働省では、2007（平成19）年度において、「健康安心の推進」、「先端医療の実現」、「健康安全の確保」という三つの柱を設定し、科学技術を推進することとしたところである。

(1) 健康安心の推進

「健康安心の推進」においては、疾病、障害の予防・診断・治療法などの開発を推進し、健康寿命を延ばすことを目的とした研究開発を進めている。

1) 生活習慣病に関する研究

生活習慣病の一次予防から診断・治療まで、生活習慣病対策を体系的かつ戦略的に進める研究を行っている。また、心疾患、脳卒中などの生活習慣病の危険因子として、近年注目が集まっているメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）への対策のため、その科学的根拠の構築に関する研究や、患者の生活の質（QOL）の低下や医療費の増大の原因となっている糖尿病や腎疾患に関する研究を戦略的に実施している。

2) こころの健康の推進に関する研究

統合失調症、うつ病、神経症、ストレス性障害、発達障害などの精神疾患について、非常に広範かつ深刻な問題に及んでいることを踏まえ、その予防・診断・治療法の開発や支援体制の在り方及び疫学研究を戦略的に進めている。

また、神経・筋疾患の多くは、根本的な治療法がないことから、遺伝子解析・分子機構解明・画像解析などによる病態の解明、診断・治療法の確立、生活の質（QOL）の向上、福祉を含む社会システムとの関連も含んだ、多角的かつ重層的な研究を行っている。

3) がん予防・診断・治療法の開発

がんによる死亡者の減少、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を目指し、①がんの本態解明の研究と、その成果を幅広く応用し臨床へと橋渡ししていく研究、②がん医療における標準的治療法の確立を目的とした多施設共同臨床研究、③全国どこでも安心・納得できるがん医療の提供体制を整備し、がん医療水準の均てん化の推進に資する研究に取り組んでいる。

4) 介護予防の推進に関する研究

高齢者が要介護状態となる主な原因である運動器疾患や認知症について予防、診断、治療及びリハビリテーションについて研究を行っている。

また、運動機能の低下の予防、生活機能向上に向けた介護予防の技術とプログラムに関する研究を行っている。

これらの研究を通して、高齢者が要介護状態になることの予防及び要介護状態になった者の自律支援を目指す。

5) 免疫・アレルギー疾患の克服に向けた研究

リウマチ、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症などの免疫アレルギー疾患について、発症原因と病態との関係を明らかにし、予防・診断・治療法に関する新規技術を開発するとともに、既存の治療法の再評価を行うことにより、国民に対してより良質かつ適切な医療の提供を目指している。

6) 障害・難病などの生活の質（QOL）向上のための研究

障害者の自立支援のための就労対策、住まい対策などの充実・推進、従来のいわゆる三障害

の枠にはおさまらない発達障害や高次脳機能障害への対応、障害者の社会参加支援、福祉用具の評価の在り方など、障害者を対象とした総合的な保健福祉施策に関する研究を推進している。

また、原因が不明で根本的な治療法が確立していない、いわゆる難病のうち、生活面への長期にわたる支障があり、患者数が少なく研究の進みにくい疾患について、重点的・効率的に研究を行うことにより、進行の阻止、機能回復・再生を目指した画期的な診断・治療法の開発を行い、患者の生活の質（QOL）の向上を図っていく。

（2）先端医療

「先端医療の実現」においては、生涯を通じた女性の健康の向上及び次世代育成、ゲノム科学、たんぱく質、ナノテクノロジー、生物資源を活用した先端医療の実現のための基盤技術の開発や、臨床研究（治験）の基盤整備を推進していく。

1) 先端医療実現のための基盤技術の開発

ゲノム科学の成果に基づく個人の特徴に応じた革新的な医療の実現、自己修復能力を利用した骨、血管などの再生医療の実現などを目指し、これらに関わる安全性の確保のための研究や生物資源の活用に係る研究を進めている。

また、企業と連携しながら、ナノテクノロジーを医学へ応用することにより、非侵襲・低侵襲を目指した医療機器などの研究・開発を推進し、患者にとってより安全・安心な医療技術を提供することを目指している。

さらに、高血圧、糖尿病、がん、認知症などの疾患を中心として、治療に用いる医薬品の効果や副作用の発現に密接に関連するSNPs（Single Nucleotide Polymorphisms:ヒト単一塩基多型）やマイクロサテライトなどを同定するとともに、その成果を利用して、簡便で安価な解析システムを開発することとしている。これにより、最新の検査機器を揃えた大病院だけでなく診療所においても、例えば、薬剤に対する反応について、ゲノムレベルでの個人差を明らかにした上で、最適な処方を行うことが可能となる等、患者にとってより安全・安心な医療技術を提供することができる。

そのほか、遺伝子治療、細胞治療、ヒト化抗体を用いる治療、新規の医療機器の開発に関する研究といった基礎研究の成果を、企業などとの協力により、確実な臨床応用につなげるための臨床応用推進研究にも取り組んでいる。

2) 臨床研究（治験）基盤の整備の推進

我が国の臨床研究の環境を更に向上させるべく、2007年4月から「新たな治験活性化5カ年計画」に基づき、中核病院10か所及び拠点医療機関30か所を選定し、質の高い臨床研究が実施できるよう医療機関の体制整備を推進している。

また、これまでも、臨床研究環境の改善を図るべく臨床研究コーディネーター（Clinical Research Coordinator:CRC）の研修を実施してきているが、当該研修に加え、上級CRCやデータマネージャーのための研修等を実施し、臨床研究実施のための人材育成を行う等の施策を実施しており、臨床研究推進に向けた環境整備を進めている。

2 第3期科学技術基本計画

政府においては、2006（平成18）年度から2010（平成22）年度までを計画期間とした「第3期科学技術基本計画」を策定し、実施しているところであるが、この基本計画では「健康と安全を守る」という理念の下、社会や国民への説明責任の徹底と科学技術の成果の還元という観点から、「国民を悩ます病の克服」、「誰もが元気に暮らせる社会の実現」に貢献するという政策目標を掲げている。

また、第2期計画期間（2001（平成13）年度～2005（平成17）年度）と同様に、ライフサイエンス、情報通信、環境、ナノテクノロジー（超微細技術）・材料の4分野を「重点推進4分野」とし、予算と人材を優先的に配分することとしている。

第6節 革新的医薬品・医療機器創出の推進

我が国における医薬品分野のイノベーション創出と産業の国際競争力強化に係る諸施策の方向性について、産官学のトップが認識を共有することを目的として、厚生労働大臣主催の下、文部科学大臣、経済産業大臣、製薬業界、教育・研究機関の関係者等が参集する「革新的創薬のための官民対話」を2007（平成19）年より開催している。第2回官民対話（2007年4月）では、研究から上市に至る過程を支援する一貫した政策パッケージとして、「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」を決定・公表した。今後も継続的に官民対話を開催し、当該5か年戦略についても着実な実施に努めているところである。

さらに、厚生労働省では2007年8月30日に「新医薬品産業ビジョン」を策定し、医薬品産業の将来像とともに、今後政府として取るべき施策について5か年戦略を基本としつつアクションプランの形で示した。今後は、アクションプランの毎年のフォローアップを官民で行うこととしている。

また、研究開発面での支援を強化するため、2007年3月に、文部科学省と共に「新たな治験活性化5か年計画」を策定し、橋渡し研究支援拠点6か所、中核病院10か所、拠点医療機関30か所を選定して臨床研究・治験推進のための環境整備を図っている。そのほか、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出のために、ベンチャー企業等への支援などを行っている。

さらに、より高度な医療を求める患者のニーズに応えるべく、薬事法の承認等が得られていない医薬品・医療機器の使用を伴う先進的な医療技術を対象に、一定の要件を満たすものについて、保険との併用を認める制度として、2008（平成20）年4月に高度医療評価制度を創設したところである。

そのほか、最先端の再生医療、医薬品・医療機器について、先端医療研究拠点を選定し、研究資金の特例や規制を担当する厚生労働省、独立行政法人医薬品医療機器総合機構との並行協議等により開発を促進するための「先端医療開発特区」（スーパー特区）を創設することとして

いる。

こうした取組みの下、今後も、質が高く、安全・安心な医薬品・医療機器の提供を通じて、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7節 感染症・疾病対策の推進

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」、「生活の質（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。

2008年（平成20）年6月には、特定疾患対策懇談会において、難治性疾患克服研究事業について、対象疾患（123疾患）に新たに7疾患を追加すべきことや、実態把握等のための調査研究を奨励する仕組みを設けること等の取りまとめがなされたところであり、引き続き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、2005（平成17）年2月に国内における最初のvCJD（variant Creutzfeldt-Jakob disease: 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。

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。また、「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、シンポジウム開催、2007（平成19）年からはアレルギー相談センターを開設し、普及啓発の推進に努めている。さらに、「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2007（平成19）年末において、3,320万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・中央アジアと東アジアであり、日本を含む東アジアは感染拡大の傾向にある。

我が国における状況を見ると、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、2007年は1,500件で過去最高となり、累積HIV感染者報告数は9,426件、累積エイズ患者報告数は4,468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1,438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、2005（平成17）年6月に取りまとめられた「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日から施行している。

本指針では、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（①普及啓発及び教育、②検査・相談体制の充実、③医療提供体制の再構築）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NGO等が共に連携して、HIV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」（以下「補償法」という。）が公布・施行され、入所者等に対する補償を行った。

2001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、従来の施策に加え、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、裁判による和解金に加え、2002（平成14）年度より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」、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」の支給等を行っている。

2004（平成16）年度から、全国各地で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の開催に加え、2007（平成19）年4月には、患者・元患者の名誉回復及び偏見・差別解消のための普及啓発の一環として「国立ハンセン病資料館」を再オープンした。

また、2006（平成18）年2月に補償法が改正され、終戦前、国外に設置されたハンセン病療養所（厚生労働大臣が告示指定）の入所者も補償の対象とし、現在、楽生院（台湾）、小鹿島更生園（韓国）及び南洋群島に設置された4療養所（パラオ、ヤップ、サイパン、ヤルート）を指定するなど、ハンセン病問題の早期かつ全面的な解決に向けた取組みを行っている。

さらに、2008（平成20）年6月、通常国会において、ハンセン病問題の解決を促進させるため、国立ハンセン病療養所について地域住民等の利用を可能とすることや名誉回復措置としてハンセン病に関する正しい知識の普及を図ることなどを内容とする「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」が成立した。

5 臓器移植等の適切な実施

（1）臓器移植の実施状況

「臓器の移植に関する法律」（以下「臓器移植法」という。）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が制度化された。

臓器移植法施行から2008（平成20）年6月末までの間に、臓器移植法に基づき71名の者が脳死と判定されている。2007（平成19）年度においては、臓器移植法に基づき、脳死下及び心停止下における提供を合わせて、心臓は9名の提供者から9件の移植が、肺は7名の提供者から7件の移植が、肝臓は10名の提供者から11件の移植が、腎臓は113名の提供者から206件の移植が、膵臓は10名の提供者から10件の移植が（腎臓・膵臓のうち膵腎同時移植は6件）、角膜は995名の提供者から1,542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、2008年6月末現在、心臓105名、肺121名、肝臓210名、腎臓11,507名、膵臓149名、小腸2名、眼球2,933名（2008年5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及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）臓器移植の適切な実施に向けた最近の動き

臓器提供に関する意思表示の機会の拡大を図るため、健康保険組合及び国民健康保険の被保険者証への意思表示欄の記載が可能とされており、政府管掌健康保険においても、意思表示欄を設けた被保険者証が2007年1月から順次導入されている。また、2007年3月には社団法人日本臓器移植ネットワークにおいて臓器提供意思登録システムの運用を開始したところである。

なお、2006（平成18）年通常国会において、脳死下での臓器提供の要件の改正等を内容とした、議員立法である2案の「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案」が、また、2007年臨時国会において、議員立法である別の改正案1案が衆議院に提出され、現在、三つの法案が継続審査とされている。

（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）又は保存されているさい帯血のHLA（白血球の型）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すべ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。2008年1月には、公的骨髄バンク事業のドナー登録者が、目標とされてきた30万人に到達したが、骨髄移植を必要とする患者への移植が可能となるよう、更にドナー登録を推進している。また、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、これまでヒト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、ヒトからヒト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11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。同時に、インドネシア、エジプト、トルコ等においてインフルエンザウイルス（H5N1）がヒトに感染し、患者数385人（うち死亡者243人、2008（平成20）年6月19日現在）と感染の拡大を認めており、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12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、専門家会議においてガイドラインを取りまとめるとともに、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おり、具体的には以下の対策を行っている。

なお、新型インフルエンザに関する情報について、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ところである。

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) 感染症法及び検疫法に基づく新型インフルエンザ対策の強化

新型インフルエンザが発生した場合の被害を最小限に食い止め、発生前後に必要な対策を迅速かつ確実に実施するための法整備を行うため、2008（平成20）年通常国会に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫法の一部を改正する法律案」を提出した。具体的には、

- ・鳥インフルエンザ（H5N1）を二類感染症に位置づけ、入院措置等の法的根拠を整備すること
- ・新型インフルエンザ発生直後から検疫措置、入院措置等を可能とするため、新型インフルエンザを感染症法及び検疫法に新たに位置づけること
- ・新型インフルエンザの感染力の高さに着目したまん延防止策として、感染したおそれがある者への外出自粛の要請規定を創設し、また、停留先施設に医療機関以外の施設を追加すること

等により、新型インフルエンザ対策を強化することとし、2008年4月25日成立、同年5月2日に公布、5月12日に施行されたところである。

(2) 抗インフルエンザウイルス薬の確保

新型インフルエンザが国内において広く流行した場合、受診患者数は最大約2,500万人に達するものと推計されることから、行動計画に基づき、インフルエンザの治療薬であるリン酸オセルタミビル（商品名：タミフル）については、予防投与用の300万人分と併せて、国・都道府県・流通備蓄として合計2,800万人分の備蓄を2007（平成19）年度までに完了したところである。

リン酸オセルタミビル（タミフル）にウイルスが耐性を獲得する可能性も懸念されることから、危機管理上、ザナミビル水和物（商品名：リレンザ）を2007年度までに135万人分を備蓄したところである。

(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、感染した際の発症・重症化の予防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、プレパンデミックワクチンについて薬事法の承認申請が行われ、2007年10月に2社のワクチンが承認されたところである。

また、医療従事者・社会機能維持に必要な者に緊急に使用できるよう、プレパンデミックワクチン原液について、2006（平成18）年度に約1,000万人分（ベトナム株、インドネシア株）、2007年度に約1,000万人分（中国・安徽株）を備蓄したところである。

(4) 新型インフルエンザ対応訓練

新型インフルエンザの発生を想定した訓練として、2007年11月に関係省庁及び検疫所、地方

公共団体が参加した3回目の総合訓練を実施した。机上訓練として、新型インフルエンザが国内全体にまん延した状況までを想定し、関係省庁及び地方公共団体の対応や連携を確認した。また、検疫所や地方公共団体では、患者発生を想定した検疫や患者搬送などの実働訓練が行われた。これらの訓練の結果を対策に反映するとともに、発生時に適切な対応が迅速に講じられるよう、さらに必要な訓練の実施を視野に入れ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、被爆者援護法^(注)等により、①健康診断の実施、②公費による医療の給付、③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、④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、⑤財団法人放射線影響研究所における調査研究の推進、⑥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。

原爆症認定の在り方について、2007（平成19）年8月に、安倍内閣総理大臣（当時）より、「専門家の判断の下に検討し、見直しを行う」ようにとの指示があったことを踏まえ、同年9月から厚生労働省健康局長の下に、専門家からなる「原爆症認定の在り方に関する検討会」を開催し、同年12月17日に報告書を取りまとめた。また、与党においても、「原爆被爆者対策に関するプロジェクトチーム」が立ち上げられ、同年12月19日に提言が取りまとめられた。これらを踏まえて、2008（平成20）年3月に疾病・障害認定審査会原爆被爆者医療分科会において、原爆症認定に関する「新しい審査の方針」が取りまとめられたところであり、2008年4月より、これに基づき、認定審査を進めていくこととしている。

在外被爆者に関する支援事業としては、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健康管理手当等を受けられることができるよう、居住国の領事官を経由して、健康管理手当等の申請を受け付けている。また、在外被爆者が国外から被爆者健康手帳の交付を申請することができるようにする被爆者援護法の一部改正法が議員立法により提出され、2008年通常国会において成立した。

8 総合的な肝炎対策の推進

我が国の肝炎ウイルス感染者は、B型が110～140万人、C型が200～240万人程度存在するとされている。これらの感染者の多くは、自覚症状がないため自分が感染していることに気づかず、治療を受けることなく肝硬変や肝がんといった、より重篤な疾病に進行してしまうケースが多い。

こうした問題を踏まえ、ウイルス性肝炎については早期発見・早期治療の促進並びに治療水

(注) 「原子爆弾被害者に対する援護に関する法律」

準の向上によって、感染者の健康の保持・増進及び不安の解消を図ることが重要であるという観点から、2002（平成14）年度の「C型肝炎等緊急総合対策」以来、

- ①国民に対する普及啓発・相談指導の充実
- ②各種健康診査事業を活用しての肝炎ウイルス検査の実施
- ③「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
- ④各都道府県に設置する肝疾患診療連携拠点病院を中心とした診療体制の整備などの総合的な対策を実施してきた。

特に2007（平成19）年度においては、肝炎ウイルス検査をより一層推進するため、これまでの保健所での無料検査に加えて、都道府県等が委託した医療機関における検査についても無料で受診できるよう措置したところである。

さらに2008（平成20）年度からは、B型及びC型肝炎のインターフェロン治療について、実施主体を都道府県とした医療費助成制度を開始した。これは、当該治療が奏効すればウイルス性肝炎を根治し、将来の肝硬変・肝がんを予防することができることにかんがみ、早期治療の促進の観点から、患者の自己負担をその所得に応じて一定額に抑えるものである。

2008年度は、この医療費助成を柱として新たな総合対策をより一層推進していくこととして

図表1-7-1 肝炎対策の推進

【施策の方向性】

- 肝がんへの進行予防、肝炎治療の効果的促進のため、経済的負担軽減を図る。
- 検査・治療・普及・研究をより一層総合的に推進する。
- 検査未受診者の解消、肝炎医療の均てん化、正しい知識の普及啓発等を着実に実施していく。

1. インターフェロン療法の促進のための環境整備

- インターフェロン治療に関する医療費の助成の創設
 - ・ B型及びC型肝炎患者であって、インターフェロン治療を必要とする全ての肝炎患者がその治療を受けられるよう、医療費を助成。

2. 肝炎ウイルス検査の促進

- 保健所における肝炎ウイルス検査の受診勧奨と検査体制の整備
 - ・ 検査未受診者の解消を図るため、医療機関委託など利便性に配慮した検査体制を整備。
- 市町村及び保険者等における肝炎ウイルス検査等の実施

3. 健康管理の推進と安全・安心の肝炎治療の推進、肝硬変・肝がん患者への対応

- 診療体制の整備の拡充
 - ・ 都道府県において、中核医療施設として「肝疾患診療連携拠点病院」を整備し、患者、キャリア等からの相談等に対応する体制（相談センター）を整備するとともに、国においてもこれら拠点病院を支援する「肝炎中核医療機関（仮称）」を設置。
- 肝硬変・肝がん患者に対する心身両面のケア、医師に対する研修の実施

4. 国民に対する正しい知識の普及と理解

- 教育、職場、地域あらゆる方面への正しい知識の普及

5. 研究の推進

- 肝疾患の新たな治療方法の研究開発
 - ・ 多様な患者病態に合わせた抗ウイルス治療の適応検討やその副作用対策の研究などの臨床研究を推進。
- 肝疾患の治療等に関する開発・薬事承認・保険適用等の推進
 - ・ 治療薬等の研究開発の状況に応じて、速やかな薬事承認・保険適用の推進。

いる（図表1-7-1）（C型肝炎訴訟への対応については、第9章第1節（258頁）参照）。

第8節 安定的で持続可能な医療保険制度運営の確保

1 医療保険制度改革

医療の質の確保を図りながらも、給付と負担の均衡を図り、人口構造の変化に対応できる持続可能なシステムを作り上げていくことを目的として2006（平成18）年6月14日に成立した「健康保険法等の一部を改正する法律」については、その成立以降、段階的に施行されてきたところであり、2008（平成20）年4月には、長寿医療制度（後期高齢者医療制度）がスタートし、医療費適正化計画の策定作業も進められるなど、本格的に施行されたところである。

2007（平成19）年度と2008年4月からの主な施行事項については、以下のとおりである。

（1）保険給付の内容・範囲の見直し（2007年4月、2008年4月施行）

医療制度改革大綱に基づき、中長期を見据えた対策を主としつつ、併せて少子化対策の観点から、2007年4月より、傷病や出産のため働けない間の生活保障として支給される傷病手当金や出産手当金の支給率を、標準報酬日額の6割から3分の2まで引き上げ、事前の申請により70歳未満の方についても入院などに係る窓口での支払を一定の限度額にとどめる（高額療養費の現物給付化）こととするとともに、2008年4月以降については、乳幼児に対する窓口負担の軽減措置（3割から2割へ）が、3歳未満から義務教育就学前までに拡大された。また、医療保険適用の療養病床に入院する65歳以上70歳未満の患者については、介護保険との均衡の観点などから、食費負担額が見直されるとともに、新たに居住費（光熱水費相当）を御負担いただくこととされた。このほか、医療保険と介護保険のサービスを両方利用している世帯については、医療保険と介護保険をトータルで見た1年間の負担額が著しく大きくなる世帯の負担軽減を図るため、新たに「高額医療・高額介護合算制度」が創設された。対象となる世帯は、介護保険者から1年間の自己負担額証明書の交付を受け、申請書に添付した上で、加入している医療保険者に申請することにより、限度額を超えた分について、医療と介護の自己負担額に応じて按分した額が医療保険者と介護保険者からそれぞれ償還払いされることとなる。

なお、70歳から74歳までの高齢者の患者負担割合については、2008年4月から1割から2割へと見直すとされたところであったが、同月から施行される新たな高齢者医療制度を円滑に施行するため、激変緩和を図るべく、この見直しについては2009（平成21）年3月末までの1年間凍結することとされた。これを踏まえ、高額療養費の自己負担限度額の見直しについても、1年間据え置くこととされた。

（2）医療費適正化の総合的な推進（2008年4月施行）

医療保険制度については、急速な高齢化の進展により、2030（平成42）年には総人口の約3

分の1が高齢者が占めると見込まれる社会においても、医療を特に必要とする高齢者への適切な医療を確保するためには、医療保険制度自体の安定性や持続可能性を高め、国民皆保険を維持していく必要がある。

こうしたことから、中長期的な観点から医療費の伸びを抑えていくために、医療費を押し上げている要因に着目し、生活習慣病予防や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化対策を進めることとしており、現役並み所得がある高齢者について現役同様の3割負担とするなど患者負担の見直しと併せて、医療費適正化を総合的に推進することとしている。

医療費適正化を計画的に進めていくに当たっては、都道府県ごとに医療費の地域差があることから、地域の医療提供体制に責任を有する都道府県にも関与してもらうことが必要であり、国の責任の下、国と都道府県が共に協力しながら、進めていかなければならない。

このため、国や都道府県は、2008年度を初年度とする5か年計画である医療費適正化計画を策定し、同計画において、医療費の伸びを適正化するための政策目標として、2012（平成24）年度時点において

1) 国民（住民）の健康の保持の推進に関する目標

- ① 特定健康診査の実施率を70%以上とする
- ② 特定保健指導の実施率を45%以上とする
- ③ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率を10%以上とする

2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

- ① 療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。）の病床数を医療の必要度等から将来的に必要な一定の算式に即し、算定した数とする
- ② 平均在院日数を全国平均と最短の都道府県との差の3分の1を減らす

ことを基本としている。

これらの目標を達成するために、「国民（住民）の健康の保持の推進を図る方策」として、健康保険組合など医療保険者によるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査・特定保健指導の推進、健康増進に関する普及啓発など市町村などが行う住民に対する一般的な健康増進対策（ポピュレーションアプローチ）の実施、また、「医療の効率的な提供の推進を図る方策」として、療養病床の再編成を進めるほか、医療機関の機能分化・連携や在宅医療・地域ケアの推進により、患者や国民の生活の質（QOL）の向上を図ることで、結果としての医療費の適正化を推進することとしている。

（3）新たな高齢者医療制度の創設（2008年4月施行）

今後、大きく伸びると見込まれている高齢者の医療費を安定的に支え、国民皆保険制度を将来にわたり維持するため、現役世代と高齢者で共に支え合う仕組みとして、75歳以上の高齢者を対象とする新たな独立した医療制度（長寿医療制度）を創設した。この制度においては、75歳以上の高齢者の心身の特性に応じた、生活を支える医療を提供するとともに、保険料、現役世代からの支援金や公費を財源として、都道府県単位ですべての市町村が加入する広域連合が運営することとなっている。

なお、この長寿医療制度で新たに保険料を負担することとなる者（被用者保険の被扶養者）

の保険料負担については、制度加入時から2年間の軽減措置を講ずることとしているが、さらに、2008年4月から9月までの6か月間はこれを凍結し、2008年10月から2009年3月までの6か月間は、9割軽減の措置をとることとしている。

また、65歳から74歳までの高齢者の医療費について、国民健康保険や被用者保険の加入者数に応じて負担する財政調整制度を創設した。

さらに、長寿医療制度については、高齢者の方々の医療費を国民全体で分かち合っていく仕組みとして、高齢者の方々の医療を守っていくためにも必要であり、その円滑な運営を図るため、引き続き地方自治体関係者とも十分連携をしながら、制度の趣旨・必要性を懇切丁寧に説明し、ご理解をいただく努力を重ねていく必要がある。こうした中で、2008年4月からの制度の施行状況等を踏まえ、2008年6月12日には、政府・与党協議会で「高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等について」が決定された。その内容は以下のとおりである。

1) 保険料の軽減対策

- ① 所得の低い方への配慮として、7割軽減世帯のうち、長寿医療制度の被保険者全員が年金収入80万円以下の世帯について、9割軽減とする。
- ② 所得割を負担する方のうち、所得の低い方（具体的には年金収入210万円程度まで）について、所得割額を50%程度軽減する。
- ③ これらの措置を講じてもおお保険料を支払えない事情がある方については、個別の減免も含め、市区町村におけるきめ細かな相談体制を整備する。
- ④ これらの措置は、2009年度から実施し、2008年度においては、経過的な軽減対策を講ずる。
- ⑤ 以上の財源措置については、システム改修経費等の取扱いや概算要求基準との関係を含め、政府・与党の責任において適切に対処する。

2) 年金からの保険料徴収については、以下の場合、申し出により普通徴収ができることとする。

- ① 国民健康保険の保険料を確実に納付していた者（本人）が口座振替により納付する場合
- ② 連帯納付義務者（世帯主又は配偶者）がいる者（年金収入が180万円未満の者）でその口座振替により納付する場合

(注) 65歳から74歳の国保に加入する世帯主の年金からの保険料徴収についても同様の扱いとする。

3) 診療報酬における終末期相談支援料については、当面凍結することを含め、取扱いについて中央社会保険医療協議会（中医協）で議論を行い、速やかに必要な措置をとるとともに、検証する。後期高齢者診療料についても、中医協で速やかに具体的な検証作業に着手する。

4) 制度についての広域連合及び市区町村の果たすべき役割と責任分担を明確に規定する。 さらに、国、都道府県、広域連合、市区町村を通じて一層の広報活動を行うとともに、特に保険料に関する相談対応について、市区町村の役割を明確にする。

5) 長寿医療制度との関連で自治体独自の医療費助成事業や人間ドック費用への助成事業の

在り方について様々な指摘がある。これらの事業は、自治体独自の事業であることから、それぞれの自治体において、その実情も勘案しつつ、高齢者の方々に対する十分な情報提供や理解を得るための取組みを含め適切な対応を求める。また、広域連合や市区町村の創意工夫による健康増進への取組みを促進する。

- 6) 本制度に基づく各種事務事業の実施に当たっては、分かりやすい説明、見やすい印字などに心がけるべきであり、例えば、保険証の切替え時期には、印字を大きく変更するなど高齢者の方々に十分配慮すべきである。
- 7) 資格証明書の運用に当たっては、相当な収入があるにもかかわらず保険料を納めない悪質な者に限って適用する。それ以外の方々に対しては、従前通りの運用とし、その方針を徹底する。

また、以下の事項については、今後、与党において更に検討すべきこととされており、高齢者医療制度に関するプロジェクトチームにおいて引き続き検討が進められているところである。

- 1) 保険料軽減判定を個人単位で行うことについては、他制度との関連も含めて引き続き検討し、早急に結論を得る。また、世帯内で個々人が加入する保険が異なること等加入関係の変化に伴う問題についても、併せて検討する。
- 2) 保険料の年金からの徴収の対象要件（年金額18万円以上）の引上げやいわゆる被扶養者の年金からの徴収の是非等その在り方については、他制度への波及等も含めて引き続き検討する。
- 3) 70歳から74歳の医療費自己負担増（1割→2割）及び被用者保険の被扶養者の保険料負担についての2009年4月以後の扱いについては、2007年10月の与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチームの取りまとめを踏まえ、引き続き検討する。
- 4) 都道府県の関与の在り方について検討する。

厚生労働省としては、制度の円滑な運営を図るため、この政府・与党協議会の決定等を踏まえ、高齢者の置かれている状況に十分配慮し、きめ細かな措置を講ずるとともに、地方自治体関係者と十分連携して、更に広く国民に周知していくこととしている。

（４）都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合

都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合を進めるため、政府管掌健康保険については、2008年10月より「全国健康保険協会」として公法人化され、都道府県ごとの医療費を反映した保険料率の設定や、地域の事情を踏まえた保健事業を実施することが可能となる。

さらに、国民健康保険については、都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化などを図るための共同事業の拡充を行うとともに、保険者支援制度などの国保財政基盤強化策も継続することとしている。

（５）平成20年度診療報酬改定の概要

1) 診療報酬改定の経緯

診療報酬改定については、①社会保障審議会において決定される「基本方針」と、②賃金、物価等のマクロの経済指標の動向、医療経済実態調査の結果による医療機関の収支状況、保険財政の状況等を踏まえて内閣の予算編成過程において決定される改定率を基に、保険者、被保

険者、事業主等を代表する委員（支払側委員）、医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員（診療側委員）並びに公益委員の三者構成からなる中央社会保険医療協議会（中医協）において議論が行われ、決定されることとなっている。

平成20年度診療報酬改定では、

- ① 2007（平成19）年12月3日に社会保障審議会医療保険部会及び医療部会においてまとめられた「平成20年度診療報酬改定の基本方針」、並びに2008（平成20）年4月より施行されることとなっていた長寿医療制度（後期高齢者医療制度）の新たな診療報酬体系に関し、2007年10月10日に社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会においてまとめられた「後期高齢者医療制度の診療報酬体系の骨子」
- ② 内閣における2008年度予算の編成過程において決定された、診療報酬本体で0.38%、薬価等で▲1.2%、合計で▲0.82%とする改定率

を基に、中医協で個別項目について集中的に議論がなされ、2008年2月13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ことを受け、同年3月に改定後の診療報酬点数が定められ、同年4月より施行された。

2) 平成20年度診療報酬改定の概要

① 緊急課題への対応と重点的な評価項目

「平成20年度診療報酬改定の基本方針」においても冒頭に触れられているとおり、地域医療の現状にかんがみた緊急課題として、産科・小児科医療についての更なる診療報酬上の評価や、病院勤務医の負担軽減を図るための取組みについての診療報酬上の評価を行った。具体的には、

- ・ 産科医療について、救急搬送された妊産婦を受け入れる医療機関に対する診療報酬の新設や、合併症を有する妊産婦等に対する医学管理についての診療報酬の引上げ
- ・ 小児医療について、高度な小児医療を提供する医療機関や子ども専門病院に対する診療報酬の引上げのほか、障害を持つ乳幼児への入院医療に対する診療報酬の引上げ
- ・ 勤務医の負担軽減のための取組みとして、地域の中核病院において勤務医の負担軽減を行った際の診療報酬の評価や、医師事務作業を補助する職員（いわゆる「医療クラーク」）の配置に対する診療報酬の評価
- ・ 極早期の救急医療に対する評価の更なる充実

を行った。これらの改定項目については、診療報酬本体部分のプラス改定による財源に加え、診療所から病院への追加的な財政支援として、診療所に関係する診療報酬項目の見直しによる財源によって実現されたものである。

また、重点的な評価項目として、レセプトオンライン化が義務化された病院における明細書の発行の義務化、放射線治療や化学療法等の充実を図るためのがん医療に対する診療報酬上の評価、超急性期から回復期にわたる脳卒中医療の評価、早期の精神科受診の促進や救命救急センターにおける精神医療の評価などの自殺対策、子どもの心の外来医療や入院医療の充実等を図った。

② 長寿医療制度（後期高齢者医療制度）の診療報酬

74歳以下の方々と同様、必要な医療は引き続き受けることができるようにした上で、さらに、75歳以上の方々の心身の特性にふさわしい医療が行われることとなるよう、新たな診療報酬体系を構築した。具体的には、

- ・ 訪問看護、訪問歯科診療の充実、医療・介護サービスの連携、病状急変時の緊急入院、退院支援など、在宅療養生活を支援するための医療に対する診療報酬上の評価
- ・ 患者の選んだ高齢者担当医が、治療計画を立て、慢性疾患を有する患者の心身を全人的・継続的に診る医療に対する診療報酬上の評価
- ・ 「お薬手帳」を活用した薬歴管理の充実による重複投薬の防止、服薬支援の充実による薬の飲み忘れの防止等に対する診療報酬上の評価

などを行った。

③ 適正化・見直しを行った項目

外来管理加算について、医師の患者に対する懇切丁寧な説明を評価する観点から時間の目安を設ける見直しを行ったほか、7対1入院基本料について、急性期等手厚い看護を必要とする入院患者が多い病院を対象とする観点からの看護必要度の基準の創設、後発医薬品の使用促進を図るための処方せん様式の変更、軽微な処置について基本診療料（初診料、再診料等）に包括する見直し等を行った。