

第5節 健康な生活と安心で質の高い医療の確保等のための施策の推進

1 質の高いサービスの安定的な提供

(1) 医師確保及び医療人材確保等の推進

1) 医師養成数の増加

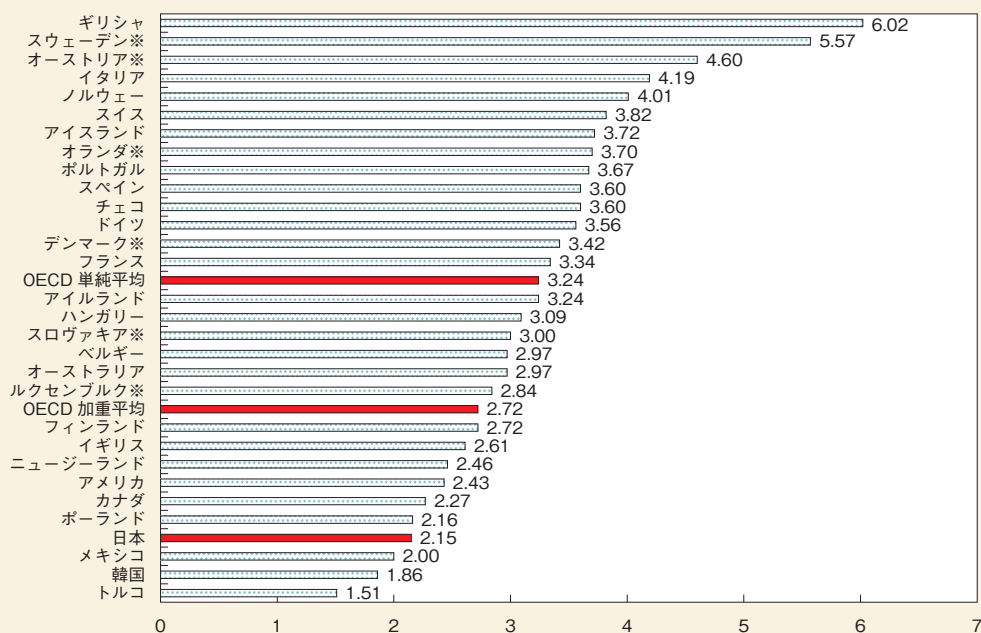
我が国では、人口当たりの医師数がOECD平均を下回っており、医師の絶対数が不足していることが指摘されている。このため、2007（平成19）年には、医師が不足する地域で勤務する医師を養成するため、医学部定員が緊急臨時的に増員されることとなり、2008（平成20）年度の医学部入学定員は、168名増員され、7,793人となった。

また、2008年には、「経済財政改革の基本方針（骨太の方針）2008」を踏まえ、2009（平成21）年度の医学部入学定員を過去最大の8,486人まで増員を行った。さらに、2010（平成22）年度の定員についても、地域の医師確保等の観点から、緊急臨時的に360名の増員が認められることとなり、入学定員は8,846人となった。

2) 医師の診療科偏在・地域偏在対策

我が国では、都市部に比べ山間部・へき地の医師数が極めて少ないといった医師の地域的な偏在、産科・小児科等の診療科を中心に医師不足が深刻であるなど診療科間の偏在の問題が生じている。このため、平成21年度第1次補正予算において、都道府県に「地域医療再生基金」を設

図表 2-5-1 人口1,000人当たり臨床医師数の国際比較（2008（平成20）年）



※は2007年

- (注) 1) 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。
 2) 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。
 3) カナダ・フランス・ギリシャ・イタリア・トルコは現職医師数を、アイルランド・オランダ・ポルトガル・スウェーデンは総医師数を用いている。

OECD Health Data2010 より

置し、地域における医療課題の解決に向けて、都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づき、地域の医師の確保等の取組みを支援することとした。

平成22年度予算においても、医師の診療科偏在対策の観点から、2009年度に実施していた休日・夜間の救急医療、分娩を担う勤務医等の手当への財政支援に加え、新たに新生児医療を担う勤務医についても同様の財政支援を創設するとしてほか、地域偏在対策の観点から、医師不足地域の臨床研修病院において研修医が宿日直等を行う場合の医療機関への財政支援等を行うこととしている。

また、平成22年度の診療報酬改定においては、診療報酬本体の改定で、+1.55%の改定を行ったところであり、救急、産科、小児科、外科等の医療の再建や病院勤務医の負担軽減を図ることとしている。

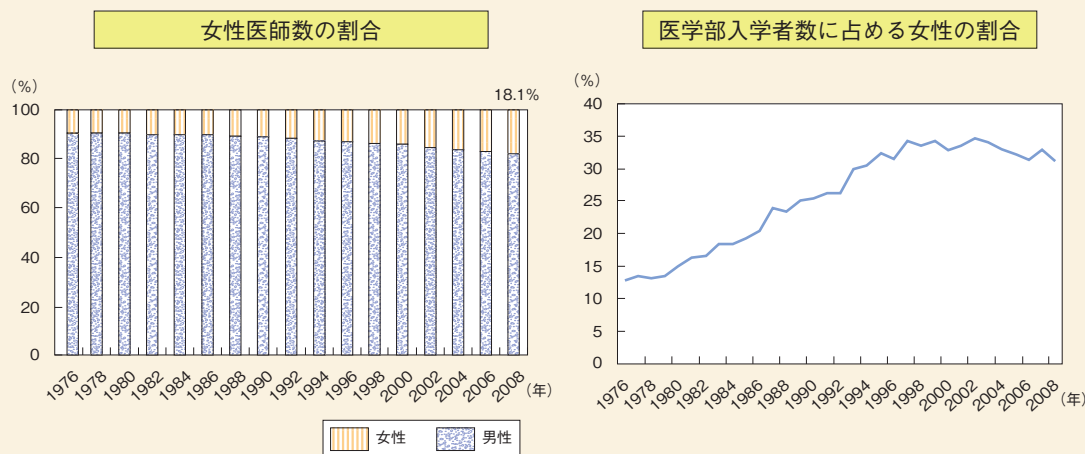
さらに、現在、地域ごとの医師確保の目標を明確にするため、都道府県を通じて必要医師数実態調査を実施中であり、夏過ぎに概要を公表する予定である。

3) 女性医師等の離職防止・復職支援

近年、医師国家試験の合格者に占める女性の割合が約3分の1に高まるなど、医療現場における女性の進出が進んでいる。このため、出産や育児といった様々なライフステージに対応して、女性医師の方々が安心して業務に従事していただける環境の整備が重要である。具体的には、平成22年度予算において、病院内保育所の運営等に対する財政支援を拡充するとともに、出産や育児等により離職している女性医師の復職支援のため、都道府県に受付・相談窓口を設置し、研修受入れ医療機関の紹介や復職後の勤務様態に応じた研修の実施等を盛り込んでいるところである。こうした対策を病院勤務医の勤務環境の改善対策と併せて実施することで、女性医師の方々が安心して就業の継続や復職ができるような環境の整備を行うこととしている。

図表 2-5-2 女性医師の推移

- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、2008（平成20）年時点で18.1%を占める。
- 近年、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっているなど、若年層における女性医師の増加は著しい。



資料：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」

資料：文部科学省「学校基本調査」

4) チーム医療の推進

患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、各医療スタッフの専門性を高めるとともに、それぞれの業務・役割を拡大し、かつ、各スタッフが互いに連携することで、患者の状況に的確に対応した医療を提供することが重要である。こうした観点から、2009年8月より、医師・看護師・患者・法学者等、様々な立場の有識者から構成される「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、医療現場の関係者の方々からヒアリングを行いながら、チーム医療を推進するための具体的方策について検討を進め、2010年3月末に報告書を取りまとめたところである。厚生労働省としては、当該報告書を受け、チーム医療を推進するための具体的方策に取り組んでいくこととしている。

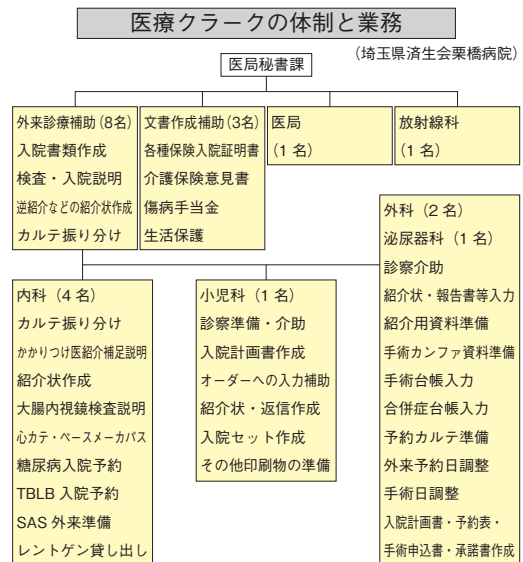
コラム

医療現場における事務職員の役割 ～済生会栗橋病院における「医療クラーク」の活用を例として～

我が国の医療現場では、医療の高度化・複雑化に伴い、業務量の増大等が見られる一方、患者・家族からは、質が高く、安心・安全な医療を求める声が高まっている状況にある。現場で業務に従事する医療関係職種の疲弊も指摘され、医療の在り方が根本的に問われている状況にあると言えるであろう。そのような中、多種多様な医療スタッフがそれぞれの専門性を活かしながら互いに連携・補完し合う「チーム医療」は、我が国の医療に変革をもたらし得るキーワードとして注目を集めている。厚生労働省においても、2009（平成21）年8月に「チーム医療の推進に関する検討会」を立ち上げ、我が国の実情に即した医療スタッフの協働・連携の在り方について検討を行い、2010（平成22）年3月に報告書を取りまとめた。

この報告書の中でも、診断書、意見書、紹介状等の書類作成に関する業務量の増加により医師・看護師の負担が増加していることから、医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クラーク）を積極的に導入し、医師等の負担軽減を図るとともに、患者・家族へのサービス向上を推進する必要があると提言されている。診療報酬においても、平成20年度改定において専従の医師事務作業補助者を配置している等の要件を満たした病院に対する「医師事務作業補助体制加算」を新設し、平成22年度改定においてはその点数の引上げを行ったところである。

このような政策的な動きに先駆けて、「医療クラーク」の導入という独自の取組みを進め、成果を上げているのが埼玉県済生会栗橋病院で



ある。同病院においても、従来は、書類作成やその他の事務手続に係る業務量の増加が続いていた。各種入院証明書などの作成が時間外や休日に行われているような実態の中で、勤務医の疲弊感や不満の増大があり、これを解決するために医療クラークが導入された。2005（平成17）年6月に試験的に1名を配置して以降、外科、内科、小児科の外来等への配置を増やしており、2008（平成20）年4月にはそれらを統合して11名の「医局秘書課」を診療部の下に置く体制とした。直近の状況では、2010年4月1日時点で16名（うちパート3名）が医療クラークとして配置されている。

医療クラークの導入による効果を見ると、同病院において2007（平成19）年10月に常勤医45名に対して行った無記名アンケート（39名回答）では、ほとんどの医師から「時間外労

働が減った」、「煩雑な外来業務が省けて楽になった」といった回答が寄せられている。実際の時間外労働時間の推移をみても、医療クラーク導入直後の2006（平成18）年度の時間外労働時間は対前年度で14%減少し、それ以降も継続して減少しているところである。

また、医療クラークについては、実際に働く職員の能力の維持・向上を図ることも重要である。同病院では、医療クラークに対する独自の教育研修プログラムを持っており、1～2か月目はオリエンテーション、基本的事務スキルの確保、個人情報保護やコンプライアンス関係の教育を行い、3～4か月目は診療内容の理解、

診療録に関する知識や医療関係法規についての研修、5～6か月目には知識・技能の達成度を確認した上で、具体的に配置される診療科の業務を把握させるといった形で、医療クラークに必要な体系化された知識・技能が習得できるような体制となっている。

このような医療現場における取組みは、医療の質の確保という観点からも重要であるが、新たな雇用創出という観点からも今後進めていくべきものと考えている。厚生労働省としては、こうした取組みを推進する立場から、引き続き施策を進めてまいりたい。

5) 地域医療再生基金

地域における医療課題の解決を図るため、平成21年度第1次補正予算において、都道府県に「地域医療再生基金」を設置し、2013（平成25）年度までの5年間、都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づく、地域の医師確保、救急医療の強化等の取組みを支援することとしている。

コラム

地域医療再生計画の実際 ～広島県の取組み～

平成21年度第1次補正予算で設置された地域医療再生基金は、地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置し、従来の病院ごとの支援ではなく、都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づく対象地域全体への支援を行うものである。

各都道府県において救急やハイリスク分娩等に対応する拠点病院化や県・大学の共同での医師プール制など様々な計画が作成されたが、ここでは広島県の計画を紹介する。

広島県は14市9町からなり、各種統計値が日本の平均値に近く、山、海、川、谷、平野、盆地、離島など日本の特徴的な地形や、政令市などの大都市部からへき地まで多様な人口分布を有し、いわば日本の縮図ともいえる。

広島県の地域医療の現状は、都市部において、病院等の医療資源は充実しているが、都市部周辺地域から患者が流入、救急搬送患者も増加し勤務医の疲弊を招いている一方、広大な過疎地域を有する中山間地域ではへき地医療拠点



病院の医師が激減し、診療科の縮小が進むなど深刻な問題を抱えている。

このような状況の中、立案された計画は、医師不足対策や中心的医療機能の強化、高度化・多様化する高度医療ニーズに対応するための医療施設間連携の推進を一体的に行うこととしている。

中でも計画の中心となるのが、県、市町、広島大学、県医師会等で構成する「広島県地域医療推進機構（仮称）」の設立である。機構では、地域医療を志す医師の県内医療機関等への派

遣・配置の調整や、女性医師の復帰支援等を行う「医師確保対策」、広島市内の基幹病院の連携や中山間地域を初めとした医療機関の再編・連携などの調整を行う「地域医療の連携システムの推進」を柱としている。この二つを一括して行うことで、総合的な人材確保対策の基盤を作り、広島県の医療環境全体の底上げを目指している。

また再生計画と関連して、救急医療対策などを行政（県、広島市）、県医師会、広島大学の4者で協議している「広島県地域保健対策協議会」（1969（昭和44）年設立）の充実を図ることとしている。広島県地域保健対策協議会ではこれまで、2機の消防・防災ヘリを一元管理し、低コストで全県をカバーする広島方式のドクターヘリの事業の運用や小児救急電話相談事業における「#8000」等、様々な取り組みを行ってきた全国的にも注目されている組織であり、40年にわたる活動の積み上げによって関係者間の連携が醸成されており、計画の実現をサ

ポートしていくこととしている。

これまでも広島県では2008（平成20）年2月に、行政・医療・教育関係者が共同して『「みんなで守ろう広島県の医療」緊急アピール』を県民に対して行い、単に医療の受け手としてだけではなく、医療を支える側の一員としての協力をお願いし、官民をあげて医療問題に取り組んだり、市町が自ら医師の招聘やその環境整備などに取り組む経費に対し「緊急医療支援市町交付金」を交付し、地域で必要な医療体制を確保するための取組みを促している。さらに、人口規模に比較して医育機関（医学部定員数）が少なく医師不足に対して脆弱な体制の改善のため、広島大学医学部にふるさと枠の設置や広島県医師育成奨学金を創設し、医師の養成に努める等県独自の施策を積極的に展開してきたところである。広島県ではこれらの取組みから得た経験を活かして地域医療再生計画を実行し、医療体制の再生を目指している。

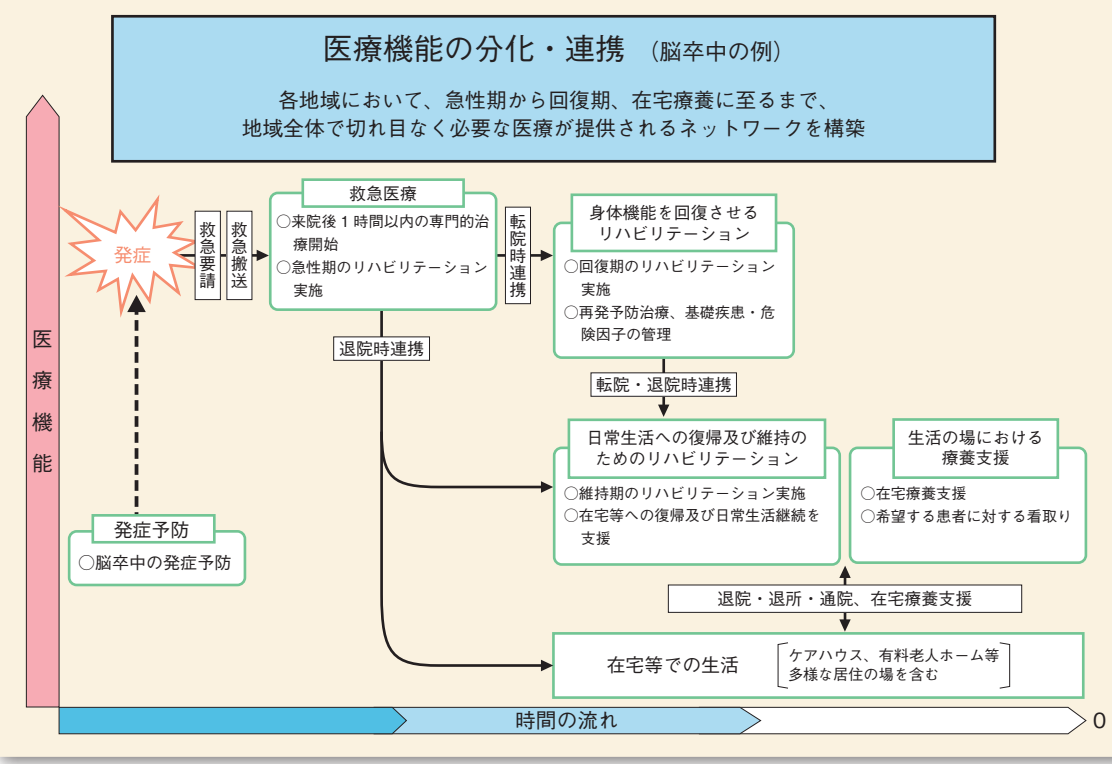
(2) 質が高く効率的な医療提供体制の構築

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。しかし、現在、産科・小児科等の診療科やへき地等における深刻な医師不足問題や、救急患者の受入れの問題等に直面しており、これらの問題に対する緊急の対策を講じる必要があり、また、急速な少子高齢化、医療技術の進歩、国民の医療に対する意識の変化等、医療を取り巻く環境が変化する中で、将来を見据え、どのような医療提供体制を構築するかという中長期的な課題にも取り組まなければならない。

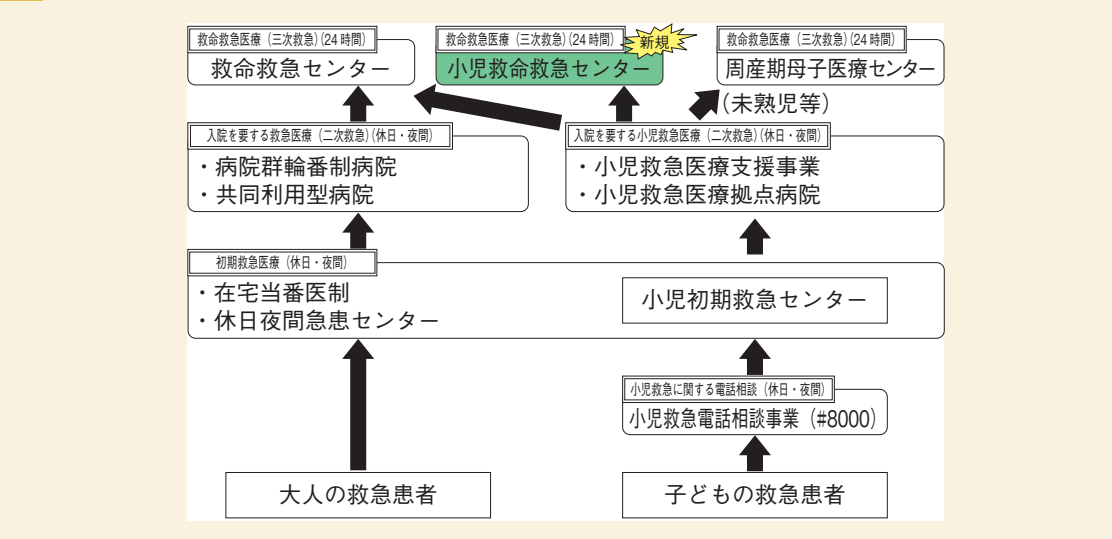
1) 医療計画による地域の医療機能の分化・連携の推進

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、地域の医療機関が機能分化と連携を図り、急性期から回復期を経て維持期に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療を提供する体制を整備することが重要である。このため、都道府県の医療計画において、四疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）・五事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））ごとに、必要となる医療機能を定めた上で、それぞれの医療機能を担う医療機関を明示し、地域の医療連携体制を構築することとしている。

図表 2-5-3 医療機能の分化・連携



図表 2-5-4 救急医療体制の体系



2) 救急医療、周産期医療を始めとする地域医療体制の整備

① 救急医療

救急医療は、国民が安心して暮らしていく上で、欠かすことのできないものである。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）の救急医療体制を体系的に整備してきた（図表 2-5-4）。

しかし、救急利用の増加に救急医療体制が対応できず、救急患者が円滑に受け入れられない事案が発生している。

このような状況を改善するため、平成22年度予算において、①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対する支援、②診療所医師が二次救急医療機関等で夜間・休日に診療を行う場合の支援、③急性アルコール中毒患者や精神疾患患者等の受け入れが困難な患者を確実に受け入れる役割を担う医療機関に対する支援、④夜間・休日の救急医療を担う医師に支給する手当に対する支援、⑤急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進するためのコーディネーターの配置に対する支援等を行っている。

また、消防と医療の連携を強化し、救急患者の搬送・受け入れがより円滑に行われるよう、第171回通常国会において消防法の一部改正（2009（平成21）年10月30日施行）が行われ、現在、都道府県において、消防機関や医療機関等と連携し、救急患者の搬送・受け入れの実施基準を策定しているところである。

さらに、ドクターヘリの地域の実情に応じた全国的な配備を図るため、ドクターヘリの導入を促進するための補助事業を行っているところであり、2010（平成22）年7月1日現在、19道府県で23機のドクターヘリが運用されている。

なお、平成22年度診療報酬改定においても、①救急入院医療の評価の充実、②地域の連携による救急外来の評価の充実等を行ったところである。

コラム

AEDの普及促進 ～東京救急協会の取組み～

自動体外式除細動器（Automated External Defibrillator：AED）は心臓が心室細動という不整脈を起こした時に、電気ショック（除細動）を与え、心臓の動きを正常な状態に戻すための医療機器である。機器の使用は医師又は医師の指示を受けた看護師又は救急救命士に限定されていたが、心停止から除細動までの時間と生存率は1分経過するごとに7～10%ずつ低下するといわれており、現場に居合わせた人が速やかにAEDを使用することで救命率を高めることができることや、欧米各国では既に一般市民による使用が普及しており、安全性・信頼性が確立していること等から、2004（平成16）年7月以降一般市民によるAEDの使用が可能になった。その後、駅、空港、学校などの公共施設、また事業所や集合住宅等様々な場所に設置され、我々の目にふれる機会も多くなった。普及台数は2008（平成20）年12月現在の推計で約20万台強である。

応急手当の普及啓発を目的に1994（平成6）年に設立された公益財団法人東京救急協会（以下「協会」）は、2005（平成17）年1月から各種救命講習にAEDの取扱いを加え、AEDの正しい使用方法等について普及に努めている団体である。講師の大半は救急救命士など救急現場での活動経験が豊富な者で、自らの実体験



を交えた講義を行うのでとてもわかりやすいと受講者に評判である。

2009（平成21）年度、救命講習は年間約10,000回開催している。各講習ともほぼ毎回定員に達するほど人気がある。講習会場は東京都内の消防署や福祉施設等であるが、希望があれば事業所へ出張講習も行っている。2008年度の救命講習受講者数は延べ約23万人であった。

AEDを使用する講習においては、まず心肺蘇生を学ぶ。これはAEDの使用時には、機器の使用だけではなく、胸骨圧迫や人工呼吸等による心肺蘇生も合わせて行う必要があるためである。

AEDの使い方は、機種によって若干は異なるが、電源を入れると何を行えばよいかすべて音声で指示をしてくれるので初心者でも簡単に使用できる仕組みになっている。しかし、いざAEDを使用する場面に遭遇した際、冷静に対応できるか否かは事前に講習等で経験したことがある場合と無い場合で大きな違いがある。協会では、今後も多くの方に講習を受講してもらい、一人でも多くの命が助かることを願い、救命講習の普及に努めたいと話している。

（参照）

○公益財団法人東京救急協会ホームページ

<http://www.teate.jp/>



② 小児医療

小児医療は、少子化が進行する中で、子どもたちの生命を守り、また保護者の育児面における安心の確保を図る観点から、その体制の整備が重要となっている。我が国は、他の先進国と比べ、乳児死亡率は低いですが、1～4歳児死亡率は高くなっており、小児の救命救急医療を担う医療機関等を整備する必要性が指摘されている。このため、平成22年度予算において、①小児の救命救急医療を担う小児救命救急センターに対する支援、②急性期にある小児への集中的・専門的医療を行う小児集中治療室に対する支援等を行っている。

また、小児の急病時の保護者等の不安解消等のため、小児の保護者等に小児科医等が電話で助言等を行う小児救急電話相談事業（#8000）を実施している。

小児の保護者等が、夜間・休日の急な小児の病気にどう対処したらよいか、病院の診療を受けた方がよいか等の判断に迷ったときに、全国同一の短縮番号#8000により、都道府県の電話相談窓口につながり、小児科医・看護師等から、小児の症状に応じた適切な対処の仕方や受診する病院等の助言等を受けることができる。

小児の保護者等が、夜間・休日の急な小児の病気にどう対処したらよいか、病院の診療を受けた方がよいか等の判断に迷ったときに、全国同一の短縮番号#8000により、都道府県の電話相談窓口につながり、小児科医・看護師等から、小児の症状に応じた適切な対処の仕方や受診する病院等の助言等を受けることができる。



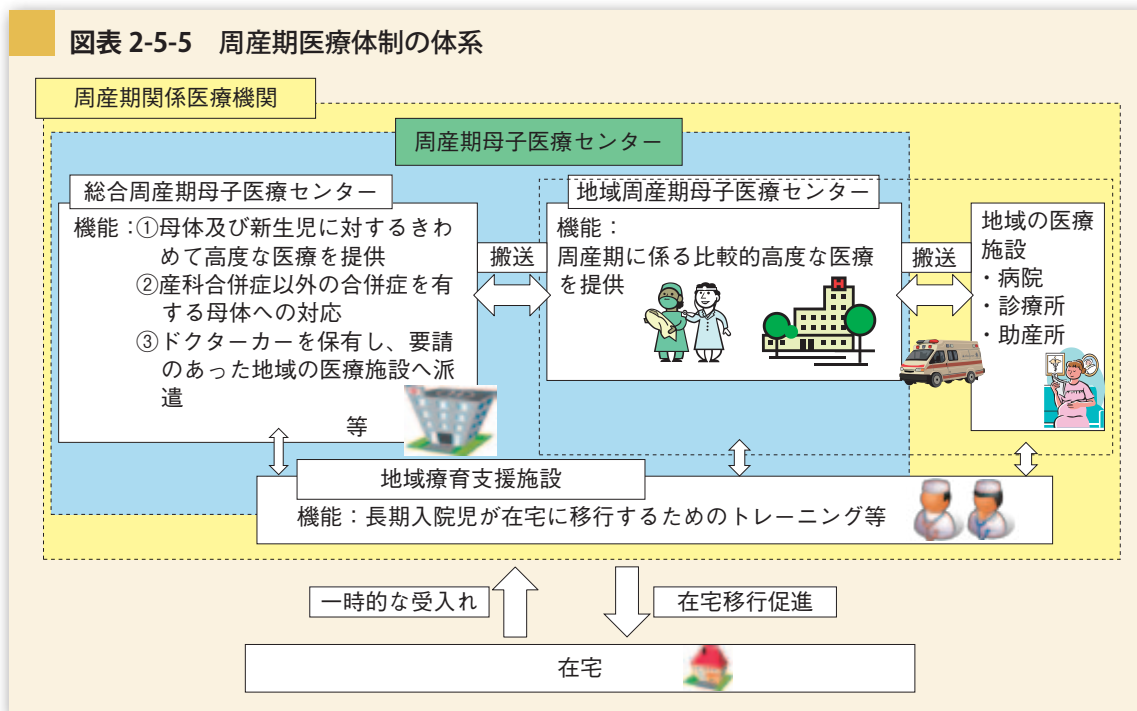
小児救急電話相談事業（#8000）

③ 周産期医療

ハイリスクの妊産婦や新生児等に高度な医療が適切に提供されるよう、周産期医療の中核となる総合周産期母子医療センター及びそれを支える地域周産期母子医療センターを整備し、地域の分娩施設との連携を確保する等により、妊産婦死亡率や新生児死亡率の改善が図られてきた。しかし、2008（平成20）年に東京都において、医療機関の受入れに多くの照会を要した妊婦の救急搬送事案が発生した。この事案等を踏まえ、総合周産期母子医療センターの機能として、自施設又は他施設の関係診療科と連携して産科合併症以外の合併症を有する母体に対応することを位置づけたところである。また、「子ども・子育てビジョン」（2010年1月29日閣議決定）において、新生児集中治療室（NICU^{*1}）について、2014（平成26）年度までに出生1万人当た

*1 NICU：「Neonatal Intensive Care Unit」の略。

図表 2-5-5 周産期医療体制の体系



り 25～30 床を目標に更なる整備を進めることとしている。

また、平成 22 年度予算において、①周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療室 (M F I C U^{*2})、N I C U 等に対する支援、②産科医等の分娩手当、N I C U の新生児医の手当に対する支援、③N I C U 等に長期入院している小児の在宅移行を促進するため、トレーニング等を行う「地域療育支援施設」を設置する医療機関に対する支援、④自宅に移行した小児をいつでも一時的に受け入れる医療機関に対する支援等を行っている (図表 2-5-5)。

さらに、平成 22 年度診療報酬改定においては、①合併症等によりリスクが高くなっている妊産婦の分娩を取り扱う場合の評価の引上げ、②緊急搬送された妊産婦を受け入れた場合の評価の引上げ、③N I C U の評価の引上げ、④N I C U からハイリスクの新生児を受け入れる新生児治療回復室等の評価の新設等を行ったところである。

④ 災害時医療

地震等の災害時における医療対策として、阪神・淡路大震災の教訓をいかし、災害発生時の医療拠点となる災害拠点病院の整備 (2009 年 7 月現在 588 か所) や、災害医療派遣チーム (D M A T) の養成等を進めている。

※ 災害医療派遣チーム (D M A T : Disaster Medical Assistance Team) は、災害拠点病院等において、5 名の医師・看護師等により構成され、災害発生後直ちに被災地に入り、被災地内におけるトリアージや救命処置、被災地内の病院の支援等を行う (2010 年 3 月末までに 703 チームが研修終了)。

また、医療機関の耐震化について、病院の耐震整備に対する補助事業を行うとともに、平成 21 年度第一次補正予算において、医療施設耐震化臨時特例交付金により、病院耐震化の基金を都道府県に設置し、災害拠点病院等の耐震整備を支援しているところである。

* 2 M F I C U : 「Maternal Fetal Intensive Care Unit」の略

⑤ へき地・離島医療対策

へき地や離島における医療の確保は、人口が少なく、交通が不便であるなどの難しさを抱えている。このため、都道府県において「第10次へき地保健医療計画」（2006（平成18）～2010年）を策定し、地域の実情に応じて、へき地診療所における住民への医療の提供、へき地医療拠点病院等による巡回診療（写真）や代診医派遣、救急時の搬送手段の確保、遠隔医療の導入等に取り組んでいる。



高知県における無医地区巡回診療
（医療チームと巡回診療車）

⑥ 救急医療等を担う社会医療法人

社会医療法人は、医療計画に基づき地域で提供することが特に必要な医療（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む））を担うものとして、都道府県知事又は厚生労働大臣が認定する医療法人である。その経営の安定化を図るため、医療保健業に係る法人税の非課税措置、救急医療等確保事業を行う病院及び診療所に係る固定資産税等の非課税措置が講じられている。2010年6月1日現在で99の社会医療法人が認定されている。

3) 医療を担う人材の確保と資質の向上

① 行政処分を受けた医師、看護師等の再教育の義務化等

2006年度の医療制度改革により、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、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師に対して再教育が義務づけられた。

現在、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師に対する再教育研修は、国が実施しており、准看護師については、各都道府県が実施している。

② 臨床研修制度の見直し

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（平成16）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。

これにより、研修医の身分と処遇が大幅に改善され、研修医が研修に専念できる環境が整い、研修医の診療能力が向上するなど一定の効果は見られたという意見がある一方、医師の地域偏在、大学病院等の医師派遣機能の低下、臨床研修内容の低下などの課題が指摘され、制度の見直しが求められるようになった。

このため、2008年9月から臨床研修制度の見直しについて、厚生労働省と文部科学省との合同検討会が開催され、2009年2月に意見が取りまとめられた。これを踏まえ、同年4月に、臨床研修に関する厚生労働省令の改正などが行われた。見直しの具体的な内容は、研修プログラムの基準の弾力化、臨床研修病院の指定基準の厳格化、研修医の募集定員に都道府県別の上限を設定することなどである。見直された制度については、2010年度から研修を開始する研修医に適

用され、今後、見直しの影響・効果等の評価などを行い、5年後を目処に再度見直すこととされている。

③ 歯科医師臨床研修制度の見直し及び歯科医療の向上

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とから、2006年4月より歯科医師の臨床研修が必修化され、歯科医師の資質向上に努めているところであるが、歯科医師の一層の資質向上及び近年の歯科医療ニーズへの対応を図るため、2010年6月に臨床研修に関する厚生労働省令の改正などが行われたところである。

なお、近年、安全で安心な質の高い歯科医療を提供することが求められていることから、2008年4月より、各地域の実情に応じた歯科医療安全管理体制を推進するための事業を実施しているところである。

また、在宅高齢者や寝たきり者に対する歯科治療のニーズは高いものの、在宅歯科医療を提供している歯科医療機関はまだ少ないことから、2008年4月より、高齢者・寝たきり者等に対する在宅歯科医療、口腔ケア等を推進する歯科医師・歯科衛生士への養成講習会やこの講習会を修了した歯科医師の歯科医療機関への在宅歯科医療機器の補助制度を実施し、国民の歯科保健医療のニーズに対応しているところである。

なお、平成21年度介護報酬改定においては、高齢者における口腔ケア等の充実を図るため、①「口腔機能向上加算」の評価の引上げと評価の範囲の見直し、②介護保険施設における「口腔機能維持管理加算」の新設等を行ったところである。さらに、平成22年度診療報酬改定においては、在宅歯科医療を一層推進する観点から、①在宅歯科医療が必要な患者に対するきめ細かな歯科疾患の管理の評価の新設、②歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の評価の引上げ等を行ったところである。

④ 看護職員の資質向上などについて

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ることから、看護職員の資質のより一層の向上が求められている。

こうした背景の下、看護基礎教育については、実習の強化等教育内容の充実を図るカリキュラムの改正等を行い、2009年度より新しいカリキュラムが導入された。

2009年7月には、保健師助産師看護師法等の一部を改正する法律（平成21年法律第78号）が制定され、新たに業務に従事する看護職員の臨床研修その他の研修が努力義務とされる等の改正が行われ、2010年4月1日から施行された。これに伴い、「新人看護職員研修ガイドライン」を作成するとともに、平成22年度予算において、新人看護職員の研修事業を実施する病院への支援等を盛り込んでいる。こうした対策に着実に取り組むことにより、新人看護職員の卒後の研修を充実させるための体制整備を目指している。

コラム

訪問看護の担う役割の広がり ～新宿区「白十字訪問看護ステーション」の例～

在宅で介護が必要な方や療養生活を送られている方に対して看護を提供する訪問看護は、1983（昭和58）年に制度上初めて位置づけられ、1991（平成3）年10月の老人保健法の改正において看護師が運営者となる「老人訪問看護ステーション」が創設された（2008（平成20）年10月1日現在で5,434か所）。1994（平成6）年10月1日にはそれ以外の在宅の難病の方や障害をお持ちの方々も対象となり、また、2006（平成18）年の介護報酬改定において、従来であれば入院しか選択肢がなかった末期のがんや難病の方が在宅で療養生活をされる際の通所施設として、新たに「療養通所介護」という、訪問看護ステーションに通うサービス類型も創設されるに至っている。

（1）訪問看護とは

訪問看護は患者の主治医の指示書に基づき、①食事や栄養、排泄、清潔保持の管理・援助、ターミナルケア等の「療養上の世話」、②じょく瘡（床ずれ）の処置や、医療器具（カテーテル等）装着中の管理等の「診療の補助」、③リハビリテーション、④家族への療養上の指導や相談、家族の健康管理と言った「家族支援」、⑤在宅医療への移行に係る支援等を行っており、医療と介護と両方のニーズを持つ患者が対象となる。

患者・家族の生活の中に入り行われる訪問看護は、看護師としての技術を提供することに加え、技術を提供する際には、自分がない際に例えば痰の吸引であるとか胃ろうの管理を行う家族介護者に対して方法を指導することもある。また、技術の提供のみならず、住宅環境や生活環境の観察や、医学的な知識と経験に基づく患者への接し方の指導、日々の療養生活の中での様々な悩みや疑問に関する相談、訪問看護以外の保健医療福祉に関する地域の社会資源の活用に関するアドバイス、家族の健康状況の管理といった多様な役割が担われている。患者も、同じ病を患う方であったとしても、日常生活の場で過ごされている方であり、家族との葛藤や自らの病状に関する思いなど、入院されている方とは違う精神状況にある。また、医療機関において看護を行うのとは異なり、十人十色の環境で過ごしている患者に関して多くのことをその場で看護師が自ら判断しなければならず、また、患者の主治医や福祉を提供する他の職種の方々

との連携・協働も求められるなど、高い専門性と幅広い視野が求められる仕事である。

（2）「白十字訪問看護ステーション」の取組み

東京都新宿区にある「白十字訪問看護ステーション」は、そうした訪問看護を実践しているステーションの一つである。介護保険対象の高齢者だけではなく、障害を持っている子どもや在宅の難病患者も訪問対象としている。

先天性の障害を持っており、出生後数年の入院生活を経て自宅に戻った後に週に一度「白十字」の訪問看護を利用している子どもの例では、保護者の方が、普段の生活の中で必要な着眼点やケアの方法等について、看護師のケアの実践を観察し、指導を受け、また対話をする中で学んでいる。また、別の長年にわたり在宅で療養生活を送っている難病患者の場合、週に三度「白十字」の訪問看護を利用している。全身の筋肉が動かず、気管切開をしているが、呼吸器をつけたまま自宅で入浴を介助することで、入浴の安全が確保されるとともに、患者・家族の方々の生活の質が大変高くなっている。

子どもの場合であれば、心身の成長・発達や養護学校への通学などの変化に応じ様々な課題が持ち上がる。また、難病患者の病状の進行や、様々な医療機器の家での利用、薬剤の投与、24時間の看護の必要など家族の負担も大きい。こうした場合でも、家に定期的に医療の専門職が訪問することで、実情に即した具体的な解決策が提案され、また普段の生活で生じる疑問や不安が解消されることも多い。訪問看護は、このような、直接的な医療の提供のように外形的には見えにくい部分についても非常に重要な意味を持つサービスとなっている。



4) 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（平成14）年4月に取りまとめられた「医療安全推進総合対策」、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（平成17）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いる。

① 産科医療補償制度について

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制度の骨格が取りまとめられた。これを受け、2009年1月から産科医療補償制度^{*3}が開始されている。

産科医療補償制度は、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等により、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、産科医師不足対策や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っている。



② 医療安全支援センターにおける医療安全の確保対策

医療安全支援センターは、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、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。

医療安全支援センターは、2006年6月に医療法に位置づけられ、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、病院等の管理者への助言の実施、②病院等の管理者等や患者や家族への医療安全の確保に関する情報提供、③病院等の管理者・従業者への医療の安全に関する研修の実施など、これまでの取組みに加えて新たに制度化され、医療の安全の確保のための必要な支援を行っている。

厚生労働省においては、総合支援事業^{*4}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。

③ 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年度の医療制度改革により、無床診療所、助産所にも病院等と同様の義務が課された。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 産科医療補償制度の詳細を紹介したホームページ
財団法人日本医療機能評価機構 産科医療補償制度運営部
<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/index.html>

*4 医療安全支援センター総合支援事業を紹介したホームページ
<http://www.anzen-shien.jp/>

④ 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通じて、改善方策を医療現場に提供する必要がある。このため、2004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、同機構に対する報告が義務づけられている国立高度医療センター、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、大学病院（本院）及び特定機能病院のほか、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^{*5}、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特に各医療機関が広く共有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通じて改めて通知することで、全医療機関への周知に努めている。

コラム

医療安全の向上のための取組み ～薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業～

国民が適切で質の高い医療を安心して享受できることは、医療を受ける立場からだけでなく、医療を提供する立場からも等しく望まれているところである。国民の医療に対する信頼を揺るぎないものとし、その質の一層の向上を図るために、病院を始めとする医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関として、1995（平成7）年に財団法人日本医療機能評価機構が設立された。

日本医療機能評価機構が実施している事業には、病院機能評価事業、認定病院患者安全推進事業、産科医療補償制度運営事業、EBM医療情報事業（Minds）医療事故情報収集等事業のほか、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業がある。

2006（平成18）年の医療法改正に伴い、薬局は「医療提供施設」として位置づけられ、「責任者の設置」、「手順書の作成」など、医療の安全確保のための体制整備が義務化された。病院や診療所における“ヒヤリ”または“ハット”とした事例については、医療事故情報収集等事業において収集、情報の提供がされてきたが、医療安全対策のより一層の推進を図るための取組みとして、新たに薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業が開始され、2009（平成21）年4月からすべての薬局を対象として参加登録の受付が始まった。全国の薬局で発生または発見したヒヤリ・ハット事例の収集、分析を行い、広く医療安全対



策に有用な情報として提供することを通して、重大な医療事故を未然に防止すること、さらには薬局における安全文化の醸成を目的としている。

結果については、年1回公表される年報と年2回公表される集計報告、および各薬局から報告された個別事例等が、日本医療機能評価機構の薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業ホームページ（<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>）を通じて、関係者や国民に情報提供されている。

* 5 医療事故情報収集等事業を紹介したホームページ
<http://www.med-safe.jp/>

5) 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、わかりやすく住民に情報提供する制度（医療機能情報提供制度）を創設するとともに、②医療広告として広告できる事項について大幅な緩和、③広告可能な診療科名の拡大を実施している。

(3) 国立高度専門医療センターの独立行政法人化について

国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）については、国民の健康に重大な影響のある、がん、脳卒中、心臓病といった疾病について、疾病の原因の解明、治療法の開発・研究、最先端の医療の提供及び技術者の研修を一体に行っている。ナショナルセンターは、がん、循環器、精神・神経、国際医療、成育医療、長寿医療の六つのセンターで構成されており、これらに関する医療の研究等について国内をリードするものである。

ナショナルセンターについては、2010（平成22）年4月からそれぞれ六つの独立行政法人へ移行した。これは、ナショナルセンターがもつ調査・研究及び技術の開発機能をさらに発揮させることを目的としている。独立行政法人への移行により、大学、民間企業との連携、人事交流や民間からの資金の活用といったことが可能となり、ナショナルセンターは日本の医療を牽引し、世界の保健医療の向上に寄与するセンターとなることが期待されている。

独立行政法人化に際しては、各センターの目的・機能を十分に発揮し、将来にわたって安定的なセンターの運営が可能となるよう、財政基盤を強化する必要があった。そこで、平成22年度予算案において、借入金債務の一部を国に承継し、独立行政法人化後のナショナルセンターが承継する借入金を軽減することとした。また、運営費交付金についても、独立行政法人化後のナショナルセンターの運営に必要な費用を確保した。

(4) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進

後発医薬品とは、先発医薬品と同一の有効成分を同一量含む同一投与経路の製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一で、先発医薬品と同等の臨床効果が得られる医薬品をいい、ジェネリック医薬品とも呼ばれる。

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ており、その目標達成に向け国及び後発医薬品メーカー等関係者が取り組むべき内容をまとめた「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」（2007（平成19）年10月策定）に基づき、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、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の取組みを進めているところである（2009（平成21）年9月現在、すべての医療用医薬品の取引における後発医薬品の数量シェア20.2%）。

医療保険制度上も、平成20年度診療報酬改定において、処方せん様式の変更、療養担当規則の改正等を行ったほか、平成22年度診療報酬改定においても、薬局における後発医薬品の調剤を更に促すための調剤報酬上の評価の見直しや後発医薬品を積極的に使用する医療機関に対する診療報酬上の評価の創設等、種々の後発医薬品の使用促進策を打ち出している。

また、各都道府県において、「後発医薬品の安心使用促進のための協議会」を設置し、地方の実情に応じた普及・啓発を始めとした環境整備を行っている。

図表 2-5-6 後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム（概要）

「平成 24 年度までに、後発医薬品の数量シェアを 30%（現状から倍増）以上」という政府の目標達成に向け、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、①安定供給、②品質確保、③後発品メーカーによる情報提供、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項に関し、国及び関係者が行うべき取組を明らかにする。

①安定供給

<p>医療現場の声</p> <p>発注から納品までに時間がかかることがある</p> <p>等</p>	<p>国</p> <ul style="list-style-type: none"> ○安定供給の指導の徹底 <ul style="list-style-type: none"> ・医療関係者からの苦情の受付、メーカーの指導・指導内容の公表 等
	<p>後発品メーカー</p> <ul style="list-style-type: none"> ●納品までの時間短縮 <ul style="list-style-type: none"> ・卸への翌日までの配送 100%（19 年度中） ・卸に在庫がない場合、卸への即日配送 75%（20 年度中） ●在庫の確保 <ul style="list-style-type: none"> ・社内在庫・流通在庫 1 か月以上（19 年度中） ・品切れ品目ゼロ（21 年度中）

②品質確保

<p>医療現場の声</p> <p>一部の後発品では、溶出性・血中濃度が先発品と異なるのではないかと</p> <p>等</p>	<p>国</p> <ul style="list-style-type: none"> ○後発品の品質に関する試験検査の実施・結果の公表 <ul style="list-style-type: none"> ・注射剤等を対象に、不純物に関する試験を実施 ・後発品の品質に関する研究論文等を収集整理し、また、「後発医薬品相談窓口」に寄せられた品質に関する意見等を検討の上、必要に応じ、試験検査を実施。 ○一斉監視指導の拡充・結果の公表 <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県及び国の立入検査による GMP に基づく指導 ・検査指定品目の拡充
	<p>後発品メーカー</p> <ul style="list-style-type: none"> ●品質試験の実施・結果の公表 <ul style="list-style-type: none"> ・ロット毎に製品試験を実施（19 年度中） ・長期保存試験など、承認要件でない試験についても、未着手のものは、年度内に着手（19 年度中） ●関連文献の調査等 <ul style="list-style-type: none"> ・関連団体の医薬工業協議会において、後発品の関連文献を調査・評価し、必要な対応を実施（19 年度中）

③後発品メーカーによる情報提供

<p>医療現場の声</p> <p>・MR の訪問がない</p> <p>・「先発メーカーに聞いて欲しい」など情報が先発メーカー頼み</p> <p>等</p>	<p>国</p> <ul style="list-style-type: none"> ○添付文書の充実を指導 <ul style="list-style-type: none"> ・添付文書には、添加物、生物学的同等性試験データ、安定性試験データ、文献請求先等を記載すること ・20 年 3 月末までに改訂 → 後発品メーカーは、自主的に、19 年 12 月までに前倒し対応 ○後発品メーカーの情報提供体制の強化を指導 <ul style="list-style-type: none"> ・研究開発データ、収集した副作用情報、関係文献を整理・評価し、医療関係者へ情報する体制の強化
	<p>後発品メーカー</p> <ul style="list-style-type: none"> ●医療関係者への情報提供 <ul style="list-style-type: none"> ・試験データ、副作用データについて、ホームページへの掲載等、資料請求への迅速な対応（19 年度中）

④使用促進に係る環境整備

<p>国</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○都道府県レベルの協議会の設置 <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県レベルにおける使用促進策の策定・普及啓発を図るため、医療関係者、都道府県担当者等から成る協議会を設置 ○ポスター・パンフレットによる普及啓発 <ul style="list-style-type: none"> ・医療関係者・国民向けポスター・パンフレットの作成・配布（19 年度～）
<p>後発品メーカー</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●「ジェネリック医薬品 Q&A」を医療機関へ配布・新聞広告

⑤医療保険制度上の事項

<p>これまでの取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品を含む調剤を診療報酬上評価（14 年度～） ○後発品の品質に係る情報等に加え、先発品と後発品の薬剤料の差に係る情報を患者に文書により提供し、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合に調剤報酬上評価（18 年度～） ○処方せん様式を再変更し、「変更不可」欄に医師の署名がない場合に変更調剤を可能に（20 年度～） ○薬局において、後発医薬品の調剤数量の割合に応じて段階的に調剤報酬上評価（22 年度～） ○医療機関において、後発医薬品を積極的に使用する体制が整備されている場合に診療報酬上評価（22 年度～） ○厚生労働省令等において、保険薬剤師による後発医薬品に関する患者への説明義務並びに調剤に関する努力義務、保険医による後発品の使用に関する患者への意向確認などの対応の努力義務を規定（22 年度～）
----------------	--

資料：厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/10/h1015-1.html>）

コラム

医療者と患者の協働 ～特定非営利活動法人ささえあい医療人権センター COML（コムル）の 20 年～

大阪梅田・天満橋近くの一角にある「特定非営利活動法人ささえあい医療人権センター COML（コムル）」は、患者中心の開かれた医療の実現を目指し、患者と医療者が、対話と交流

の中から、互いに気づき合い、歩み寄ることのできる関係を構築するため、様々な活動を続けている。1990（平成 2）年のニューズレター第ゼロ号の発行と無料電話相談の開始を皮切り

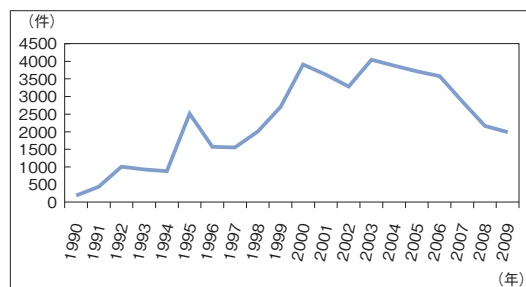
に、様々なテーマでの市民フォーラム、患者が医療について学ぶ「患者塾」、SP (Simulated Patient) 活動¹、よりよい病院づくりのために訪問して医療者に提案を行う「病院探検隊」、医療の様々な分野で活躍するボランティアの養成講座など、活動は広がりを見せている。

COMLにおいて常に気を配っているのは、医療者と患者との間のバランス感覚である。COMLのCはConsumer (消費者) のCであるが、Consumerを用いた理由は、1990年当時は医療者が弱い立場にいる患者の利益を考えたとしてもその意思に反した介入を行うといういわゆる「パターナリズム (父権主義・温情主義)」の考え方が強かったため、患者側に、医療は患者も主体的に参画して成り立たせるものであることの「気づき」を促すためであった。20年を経過した今では、逆に患者の側の行き過ぎた要求や主張もしばしばあり、当初とはバランス感覚の軸を変えた対応を行うこともある。そうした姿勢は、時に「医療者寄り」、また逆に「患者寄り」との批判を受けることもあるとのことだが、20年間一貫して実践することで、医療者、患者両者からの信頼を得るに至っている。

右のグラフは、COMLにおける、全国から寄せられる無料電話相談件数の年次推移を示したものである。発足当初から増え始め、1995 (平成7) 年の阪神・淡路大震災を経た後、特に医療不信をめぐる相談の急増により相談件数はピークを迎えた。その後落ち着きを見せ、2009 (平成21) 年はピーク時の半数の相談件数となった。COMLでは、相談数はマスメディアにおける報道の頻度や内容に左右される面が大きいと見ている。

また、2005 (平成17) 年と2009年の相談内容の割合の変化を次のグラフで示している。上位3つは「ドクターへの不信」、「医療不信」、「ドクターの説明不足」と変わらないが、「薬に関すること」、「医療費」の割合が増えている。

COMLにおける無料電話相談件数の年次推移



COMLにおいては、こうした変化は不況も背景とした患者のコスト意識の高まりを示しているものと分析している。特に「医療費」に関していうと、差額ベッド代や入院に付帯する費用に関する疑問が多く、診療報酬に関しては「同じ病気でかかっているのになぜ病院と診療所で値段が違うのか」、「なぜ薬局で薬剤料以外の費用がかかるのか」といった質問がしばしば寄せられるとのことである。さらに「法的解決や示談交渉」について順位は下げているが割合は変わっていない点については、COMLでは、全体の相談数が減っていることで「漠然とした不信感」や「煽られた不信感」は減少していることは言える反面、対象となる相手を特定化し、行動を起こそうと相談してくる人は一向に減っていないことを示しているとみている。

このように、医師への不満が順位としては上位を占めている一方で、COMLでは医師の対応がよい方向に変わってきていることも感じている。「病院探検隊」等の機会に病院を訪問すると、医師の「心の鎧」のようなものがここ数年感じられなくなりつつある。病院においては医師も接遇の講習を受けている場合があったり、あるいは医学部教育におけるOSCE²の成果で、挨拶から始まりきちんとコミュニケーションがとれる医師が若い世代に増えていることが理由として考えられるとのことである。

また、COMLでは、一般市民の側に常に「賢い患者になりましょう」ということを呼びかけている。医療は、自分や家族の病に関わる

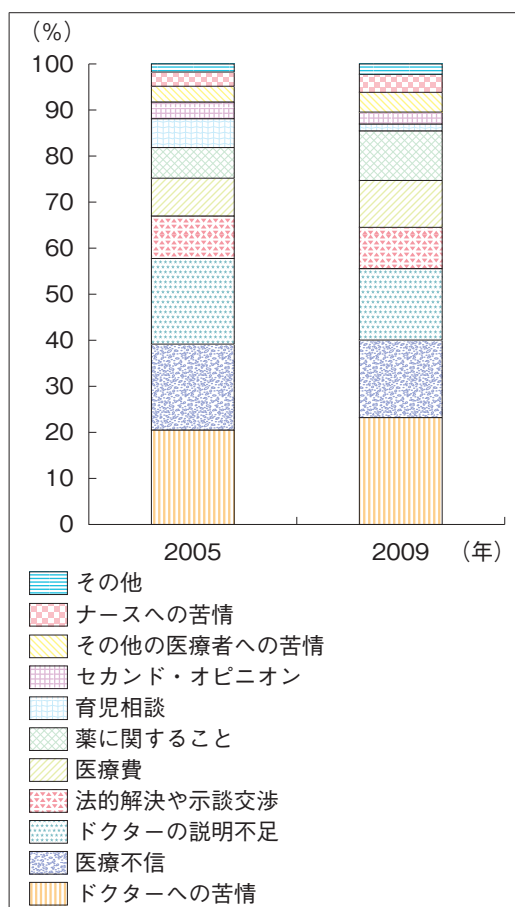
¹ Simulated Patient とは「模擬患者」のことであり、医療職を目指す学生等が患者との対話を学ぶための患者役を行うボランティアのことを指す。

² Objective Structured Clinical Examination (臨床能力についての客観的試験) の略。カタカナで「オスキー」と呼ばれることもある。医学生の臨床能力 (臨床実技) を客観的に評価するために開発されたもので、医学部4年生あるいは5年生に対して、必要な教育が着実に進んでいるかを確認するため、個々の医学部において試験がなされている。

という意味ではあくまでも個人の問題であるが、医療資源が有限であること、また医療を提供する医療者も自らと同じ一人の人格を持ち、自分の行動が他人の受ける医療の内容に影響を及ぼすことなどを視野に入れれば、医療は社会の問題でもあることが理解されるのではないか、あるいは、医療では全力を尽くしても「今よりいい方向に変える」ことにとどまるものとの理解や、医療には不確実性が伴うことへの理解は、「賢い患者」になる上で、今後社会において広く認識されるべきであるとしている。

医療者が患者や家族の肉体的・精神的な苦痛や葛藤を理解し、丁寧な説明の上で納得を得て最善の治療を尽くすこと、また患者サイドが、医療の限界の理解や疾病や治療に関する主体的な理解に努めつつ医療者と協働することにより、受けた医療への満足度も高まり、医療者の喜びや専門性への誇りといったものも高まることにつながる。厚生労働省においては、都道府県等が行う、医療者と患者が対話集会等を通して相互理解を深めよりよい医療の在り方を模索していく事業に対して2009年から補助を行うなど（患者・家族対話推進事業）、全国の現場において、活動が多くの地域に広まるよう支援を行っている。

COMLにおける相談内容の割合の変化



2 感染症や疾病などへの対策

(1) 難病対策について

いわゆる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」の五つを柱として保健医療福祉サービスの提供を推進している。

厚生労働科学研究の「難治性疾患克服研究事業」については、原因が不明で、根本的な治療方法が確立しておらず、かつ後遺症が残るおそれが少なくない疾患のうち、患者数が少なく研究を進めることが困難である疾患の中から選定された難治性疾患に関する調査・研究を推進するため、前年度と同額の100億円の予算を確保したところである。具体的には、臨床調査研究分野の対象疾患（130疾患）のほか、これまで十分に研究が行われていない疾患について、診断法の確立や実態把握のための研究を行う研究奨励分野を中心に研究の充実を図ることとしている。

なお、難病患者の医療費負担を軽減するための特定疾患治療研究事業については、平成21年度第1次補正予算において追加することとされた11疾患を含めた56疾患を引き続き医療費助成の対象とすることとしている。

また、難病相談・支援センターを全都道府県に設置するなど、地域における難病患者の生活支

援などを引き続き推進することとしている。

その他、2005（平成17）年2月に国内における最初のv C J D（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、C J D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、都道府県及び関係団体などに通知し、「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、これまではその対象疾患が喘息のみであったが、2010（平成22）年度からは、リウマチ及びアレルギー系疾患の新規患者減少を目的とする都道府県向けのリウマチ・アレルギー特別対策事業として事業を拡充することとしている。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、アレルギー相談センターの開設、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、厚生労働科学研究において、リウマチ・アレルギー疾患の病因・病態の解明、治療法の開発などに関する研究の推進を図っている（第5節4（1）1）（235ページ参照）。

(3) エイズ（AIDS／後天性免疫不全症候群）対策の推進について

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2008（平成20）年末において、3,340万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、2008年における新規HIV感染者／エイズ患者報告数は1,557件で過去最高となり、累積HIV感染者報告数は10,552件、累積エイズ患者報告数は4,899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1,439件を除く。）となっている。発生動向の特徴としては、新規感染者数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による感染が増加していることなどであり、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」などを踏まえ、「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（平成18）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などが共に連携して、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

1) ハンセン病問題の経緯について

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、入所者などに対する必要な療養、社会復帰の支援などを実施してきた。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」を発表し、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」）が公布・施行され、入所者などに対する補償を行った（なお、2006（平成18）年2月に同法が改正され、国外療養所の元入所者についても補償金を支給することとした）。

その後も、厚生労働省と患者・元患者の代表者との間で、定期的に「ハンセン病問題対策協議会」を開催し、名誉の回復や福祉の増進の措置等について協議を行っている。

患者・元患者の方々に対しては、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」の支給などを行っている*6。

2) 「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」について

これらの取組みにより、ハンセン病患者であった者等が受けた被害の回復については一定の解決が図られているところであるが、ハンセン病患者であった者等の福祉の増進、名誉回復等に関し、未解決の問題が残されている。このような状況を踏まえ、これらの問題の解決の促進に関して、必要な事項を定めた「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」（以下「促進法」）が、2008（平成20）年6月に議員立法により成立、2009年（平成21）年4月1日より施行された。

これにより「らい予防法の廃止に関する法律」は廃止され、促進法の下、①国立ハンセン病療養所等における療養及び生活の保障、②社会復帰の支援及び社会生活の援助、③名誉回復及び死没者の追悼、④親族に対する援護等に関する施策が引き続き実施されることとなった。

ハンセン病及びハンセン病対策の歴史に関する知識の普及啓発として、2002年度より中学生向けのパンフレットを作成し、全国の中学校等に配付するとともに、厚生労働省の主催で「ハンセン病問題に関するシンポジウム」を開催している。さらに、2009年度より新たに、補償法の施行の日である6月22日を「らい予防法による被害者の名誉回復及び追悼の日」とし、厚生労働省主催の追悼、慰霊と名誉回復の行事を実施することとした。

国立ハンセン病資料館については、2007（平成19）年4月の再オープン以来、①普及啓発の拠点、②情報の拠点、③交流の拠点として位置づけ、ハンセン病及びハンセン病の対策の歴史に関するより一層の普及啓発に向けた取組みを行っている。

*6 「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」の2009年4月1日からの施行に伴い、「国内ハンセン病療養所退所者給与金」は「国内ハンセン病療養所退所者給与金」、「国内ハンセン病療養所死没者改葬費」は「国立ハンセン病療養所等死没者改葬費」、「国内ハンセン病療養所非入所者給与金」は「ハンセン病療養所非入所者給与金」に名称が変更となった。

(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」）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、肝臓及び腎臓などの移植が制度化された。

臓器移植法施行から2010（平成22）年3月末までの間に、臓器移植法に基づき87名の者が脳死と判定されている。2009（平成21）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5名の提供者から5件の移植が、肺は5名の提供者から8件の移植（心臓・肺のうち、心臓と肺を同じ方に同時に移植した事例は0件）が、肝臓は4名の提供者から4件の移植が、腎臓は83名の提供者から146件の移植が、膵臓は5名の提供者から5件の移植（腎臓・膵臓のうち、膵臓と腎臓を同じ方に同時に移植した事例は5件）が、角膜は962名の提供者から1,627件の移植が行われている。

また、移植希望登録者数は、2010年3月末現在、心臓166名、肺142名、肝臓277名、腎臓12,010名、膵臓175名、小腸3名、眼球2,604名となっている。

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を参集して開催する「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など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

臓器の移植に関する法律については、2009年通常国会において、親族に対し臓器を優先的に提供する意思を表示することができること、本人意思が不明な場合であっても、家族の書面による承諾により脳死判定・臓器摘出を可能とし、15歳未満の者からの臓器提供の途を開くこと等を内容とする「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正法」）」が議員立法により成立し、親族への優先提供に関する規定については2010（平成22）年1月17日より、その他の規定については同年7月17日より施行することとされた。

改正法において、国及び地方公共団体は、臓器を提供する意思の有無を運転免許証や医療保険の被保険者証等に記載することができることとする等の施策を講ずることとされたことを受け、運転免許証や健康保険組合、国民健康保険等の被保険者証の裏面に臓器提供に関する意思の記入欄が設けられることとなった。また、従来より厚生労働省及び社団法人日本臓器移植ネットワークにおいて作成、配布している臓器提供意思表示カードについても、改正法の趣旨を踏まえ、様式の変更が行われた。

なお、2007（平成19）年3月より（社）日本臓器移植ネットワークにおいてインターネットを利用して臓器提供に関する意思を登録することができる臓器提供意思登録システムを運用しており、その周知に努めている。

臓器移植に関するQ&A

Q 臓器提供でも家族で悩むことがありますか？ 年齢の上限はありますか？

A 意思を表示することには、年齢の上限はありません。高齢の方でも病気で寝込んでいたりする場合でも記入していただくことができます。ただし、がんや全身性の感染症で亡くなった場合に臓器提供できない場合があり、実際の臓器提供時に医師の検査をして判断します。これまで70～79歳代の方からの臓器提供が行われています。

Q 臓器提供からお金はどのくらいもらえますか？

A 入院している病院で、医師等（3～5時間）の摘出手術をした後にご家族の方に戻ります。臓器を届出するためのお金ができませんが、きれいに縫い合わせて、清潔な状態で届くように見てもらえます。また臓器提供の際は、善処を入れますので額はほとんど変わりません。

Q 臓器提供に際して臓器提供が困難な場合はどうしますか？

A あくまで善意に基づく臓器提供ですので、臓器提供者の方には提供に関する費用は一切かかりません。また、臓器の費用や額が支払われることもありません。

Q 臓器提供意思表示カードを印刷していただけますか？

A 平成22年7月17日より新しい制度に変わり、意思表示カードの内容も変わりました。今お持ちのカードも有効ですが、この機会になるべく書き直し、家族にも自分の意思を伝えておきましょう。

Q このカードをネットでの意思表示（登録）も出来ますか？

A 本人の意思をより確実に確認するために最終に親族優先提供を希望する方、臓器を提供しない意思の方は、インターネットでの登録をお願いします。意思を登録すると、ID入り登録カードが郵送されます。変更や削除は、いつでも可能です。

その他のQ&Aについては、ホームページでご覧になれます。

臓器移植 検索 あなたの意思を登録しましょう。

ホームページ <http://www.jotnw.or.jp>
 モバイルサイト <http://www.jotnw.or.jp/m>

臓器移植に関するお問い合わせ先
 〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-5-16 表参ビル3階
(社)日本臓器移植ネットワーク ☎0120-78-1069
 (携帯電話からは) TEL: 03-3502-2071 FAX: 03-3502-2072

臓器提供意思表示カード
 厚生労働省(社)日本臓器移植ネットワーク



このカードは常に携帯してください。

ドナー情報用全国共通連絡先 **0120-22-0149**

臓器移植に関するお問い合わせ先：(社)日本臓器移植ネットワーク
 フリーダイヤル 0120-78-1069 <http://www.jotnw.or.jp>

臓器提供意思表示カード（表面）

〈1、2、3、いずれかの番号を○で囲んでください。〉


1. 私は、**臓器提供及び心臓の提供した経験のあるいずれでも**、移植の為に臓器を提供します。

2. 私は、**心臓が提供可能な状態にあり**、移植の為に臓器を提供します。

3. 私は、臓器を提供しません。

〈1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、Xをつけてください。〉
 【心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球】

(特記欄：)

署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 

本人署名(自筆)： _____

家族署名(自筆)： _____

臓器提供意思表示カード（裏面）

カード配布用のリーフレット（裏面）。臓器移植に関する簡単なQ&A等も掲載。

3) 造血幹細胞移植について

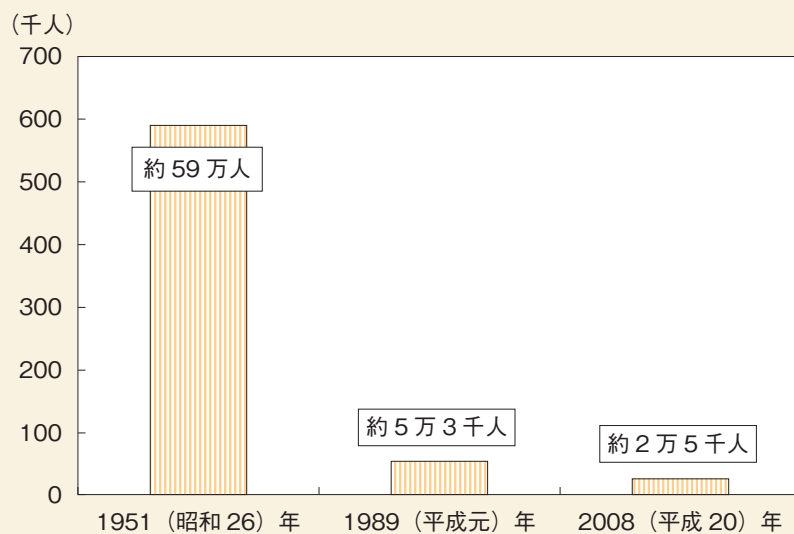
白血病や再生不良性貧血などの治療方法として、骨髄移植やさい帯血移植などの造血幹細胞移植が実施されている。移植の際には、患者と骨髄提供者（ドナー）又は保存されているさい帯血のヒト白血球抗原（Human Leukocyte Antigen：HLA）（白血球の型）が適合することが必要であり、造血幹細胞移植を必要とするすべての患者が移植を受けられるようにするためには、より多くのドナーやさい帯血の確保が重要となる。

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、非血縁者間における造血幹細胞移植の円滑な実施に向けて、ドナーやさい帯血の確保を推進してきた。2010（平成22）年3月末現在、公的骨髄バンク事業のドナー登録者は357,378人、さい帯血保存公開数は32,793個となっている。今後も、より多くの患者により適した造血幹細胞の移植が可能となるよう、ドナー登録を推進するとともに、より移植に適したさい帯血の確保を図ることとしている。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、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) 結核対策の推進について

結核は、かつて「国民病」とも言われ、我が国の死因第1位を占める等、国民の生命と健康を脅かす我が国最大の感染症として恐れられていた。1951（昭和26）年に結核予防法が制定され、国をあげての取組みにより、結核患者数が大幅に減少する等、結核をめぐる状況は飛躍的に改善されてきた。2007（平成19）年には結核予防法を感染症の予防及び感染症の患者に対する

図表 2-5-7 結核患者発生数の推移



資料：財団法人結核予防会「結核の統計 2009」より厚生労働省健康局作成

医療に関する法律に統合し、他の感染症とともに総合的な結核対策を推進している。

結核患者数の激減に伴い、結核は国民の間でも「過去の病気」としてその認識も薄れてきているが、現在においてもなお、年間約2万5千人の新規患者が発生（図表 2-5-7）するなど、結核は依然として我が国の主要な感染症である。

特に近年、抗結核薬に耐性を有する多剤耐性結核の発生、住所不定者や外国人の感染、高齢者の再発等が大きな課題となっており、これらの者に対する結核対策の強化が求められている。

また、結核患者の減少による結核病床の利用率低下等に伴い、結核病棟を閉鎖する医療機関が相次ぐ等、地域によっては、結核病床の不足が懸念されている。

こうした状況を踏まえ、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等に基づき、健康診断、公費負担医療、予防接種、患者への服薬管理を徹底し確実に治療を行う直接服薬確認療法（DOTS）による対策、地域医療連携体制の強化など、総合的な結核対策を推進するとともに、結核患者に良質かつ適切な医療を提供できる体制を確保するため、厚生科学審議会感染症分科会結核部会において、今後の結核医療の在り方について、検討を進めているところである。

(7) 予防接種対策の推進について

予防接種法に基づき、感染症の発生とまん延の防止を目的として、一定の疾患に対する予防接種が市町村を実施主体とした定期予防接種として行われている。その種類はジフテリア、百日せき、破傷風、麻しん、風しん、ポリオ、日本脳炎、結核、インフルエンザと九つの疾患があり、接種する年齢、接種回数及び接種間隔、又は接種に用いるワクチンの種類等が政省令により規定されている。

予防接種は感染症の流行予防に大きな効果を持つ反面、その性質上ごく稀にはあるが副反応の発生も避け得ないものであるため、予防接種の効果、安全性、副反応又は健康被害が生じた時の救済制度等に関して、接種を受ける者若しくはその保護者の十分な理解の下に実施されるべきものであり、そのために厚生労働省や各地方公共団体はホームページやリーフレット等の各種媒体を通じて適切な情報提供に努めている。

定期予防接種については、接種対象者においては接種を受けるよう、またその保護者においては接種対象者に受けさせるように努めるべき（いわゆる「努力義務」）とされており、予防接種に関する理解と合意の下に予防接種が実施され、高い予防接種率が維持されている。

一方で、感染症によっては免疫の維持状況の変化等により新たな流行のきざしが見られる場合もあり、近年では、麻しんについて2007（平成19）年の春先から若年層の間に流行が見られた。

厚生労働省としては、麻しん対策の推進のために、2012（平成24）年までに日本国内からの麻しん患者の発生数を限りなくゼロに近づけることを目標に、麻しんを、その予防対策に推進的に取り組むべき感染症として位置づけ、「麻しんに関する特定感染症予防指針」（2007年12月28日第442号厚生労働省告示）を策定し、同指針に基づいて、予防接種を推進するための具体的な施策の一環として、13歳相当の者（中学校1年生相当）及び18歳相当の者（高校3年生相当）に対し、定期の予防接種を5年間の時限措置として実施することとし、2010（平成20）年4月1日から開始された。

○麻しん（はしか）の今年の発生動向について（全数報告）

2008（平成20）年に報告された患者数（全数報告）	11,007名
2009（平成21）年に報告された患者数（全数報告）	731名

○麻しん（はしか）の2007（平成19）年以前の発生動向について（定点報告）

年度	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
報告数（人）	5,875	22,552	33,812	12,473	8,285	1,547	537	516	3,133

※2008（平成20）年から全数把握することとされたため、それ以前の定点把握の数字とは比較が困難

また、2009年4月の新型インフルエンザ（A/H1N1）の発生とその対策を契機として、予防接種制度全般の見直しに関する国民の機運が高まり、それを受け同年12月に厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会を新たに設置した。特に、緊急に講ずべき措置として、今回の新型インフルエンザ対策について、2010（平成22）年2月に提言をまとめ、予防接種法等改正案を提出したところ。さらに、今後の日本脳炎の定期接種の進め方に向けた検討を行うため、予防接種部会の下に「日本脳炎に関する小委員会」を設置し、2010年3月に、日本脳炎に係る第1期の定期接種については積極的な勧奨を行うことが妥当であること等を規定した「中間報告」をとりまとめた。本報告を踏まえ、2010年4月1日より、第1期の標準接種期間に該当する者（2010年度においては3歳に対する初回接種）に対して積極的な勧奨を行うこととした。

同部会においては、現在、予防接種の目的や基本的な考え方、関係者の役割分担等について、予防接種制度の抜本的な見直しに向けた検討を進めているところである（第1章第5節5参照）。

（8）性感染症対策の推進について

性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒及び淋菌感染症（以下「性感染症」）は、性的接触により誰もが感染する可能性がある感染症であり、生殖年齢にある男女を中心とした大きな健康問題の一つである。

性感染症は、患者等が、自覚症状がある場合でも医療機関を受診しないことがあるため、感染の実態を把握することが困難であり、感染の実態を過小評価してしまうおそれがあること、また、性的な接触を介して感染するため、個人情報の保護への配慮が特に必要であること等の特徴

を有することから、公衆衛生対策上、特別な配慮が必要な疾患である。

さらに、性感染症を取り巻く近年の状況として、10歳代の半ばごろから20歳代にかけての年齢層における感染者の割合が多いことから、これらを踏まえた上で、性感染症対策を進めていくことが重要である。

性感染症の予防には、正しい知識とそれに基づく注意深い行動が重要であり、早期発見及び早期治療により、治癒、重症化の防止又は感染の拡大防止が可能な疾患であるため、予防対策としては、正しい知識の普及啓発及び性感染症の予防を支援する環境づくりが重要である。

厚生労働省では、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に基づいて、性感染症に関する特定予防指針を策定しており、本指針に基づいて、保健所での性感染症検査や性感染症に関する相談事業について、都道府県、政令市及び特別区に対して補助事業を行っている。

また、毎年11月25日から12月1日の間を「性の健康週間」と位置づけ、性感染症の感染率を低下させるための普及啓発活動を、この週間を通じて特に集中的に行っている。

コラム

院内感染対策 ～NTT東日本関東病院の取り組み～

NTT東日本関東病院は、急性期医療を中心とした病床数606床の企業立病院である。2003（平成15）年に東京都は、重症急性呼吸器症候群（以下「SARS」）の診療体制の強化として、感染症指定医療機関以外でSARS疑い患者の外来初期診療に対応する「SARS外来診療協力医療機関」を指定しており、当該病院も2003年より指定を受けている。2008（平成20）年には、新型インフルエンザを含むSARS以外の感染症の外来診療への対応も行う「感染症診療協力医療機関」となっている。

(1) 組織面の対応

院内感染対策の具体的な取り組みとしては、以前より感染対策チームが結成され活動していたが、感染対策活動を充実強化するために、2005（平成17）年に病院長直轄の権限を有する感染対策推進室が設置された。感染対策推進室には、感染管理に関する認定資格を有する医師や看護師、薬剤師、検査技師が兼任等で8名配置（うち感染管理の認定看護師1名は専任）されており、感染対策チームとして活動している。この感染対策推進室は、病院長直轄であることから、病院長から感染対策に関する指示を受けるとともに、病院長に対し提言も行う機能を持っている。また、病院内には病院長、看護部長、事務長、臨床検査部、各診療科、薬剤部等の22名からなる感染対策委員会を設定

し、病院内の感染対策等に対する諮問機関としての役割を果たしている。また、感染対策推進室の下には、各病棟、外来部門、手術部門にリーダーシップが取れて感染に関する興味がある看護師25名をリンクナースとして配置しており、感染対策の実践、指導、情報収集を行っている。

感染対策チームの主な活動としては、院内見回りがあり、耐性菌（抗菌薬（抗生物質）が効きにくい菌）が検出されている病棟を集中的に見回り、患者の病状や抗菌薬の使い方、感染対策の実施状況をチェックし、必要に応じてアドバイスを行っている。当然、耐性菌の検出状況や抗菌薬の使用状況等については、臨床検査部、薬剤部、各病棟等から院内ファックス等により報告され、情報が集められ分析される。そのほか、病院感染対策マニュアルの整備や感染対策チームニュースを発行し院内職員の感染対策に対する意識の向上と啓発活動を行っている。

(2) 設備面の対応

設備面では、血液内科病棟や産科病棟等の特殊病棟を除いて、各病棟に通常の病室からウィルスなどが他の病室病棟に広がらないように陰圧に切り替えられる陰圧・等圧可変病室（1床）や、夜間・休日の外来診療を行う救急センターにも同様の陰圧・等圧可変診察室等が設置され



病室に設置された針捨て容器と个人防护具

ている。各病室には通常であれば診察等の度に看護師がカート等で持ち運んでいる感染防止用の手袋やマスク、エプロンを病室内で常時使用できるように、各病室の壁に設置されたボックスに収納するとともに、特に針刺し事故等感染の危険もある注射針等鋭利なものを病室内で処理し、鋭利なものがむき出しにならないよう廃棄するボックスも壁に設置されている。また、病棟では、病棟スタッフの専用通路が確保されており、汚物処理や感染性廃棄物等が専用通路側で処理することができ、患者側には出さない設計となっており、エレベーターも当然ごみ専用のものが設置されている。

(3) 新型インフルエンザへの対応

昨年の新型インフルエンザに対しては、2008年11月に強毒性の鳥インフルエンザA(H5N1)を想定して作成してあったマニュアル

を2009（平成21）年4月に新型インフルエンザA(H1N1)用に改定して対応している。面会者が病院内へインフルエンザを持ち込まないための注意喚起ポスターは、従来の季節型インフルエンザではシーズン中のみであったものを常時掲示するようにして対応している。新型インフルエンザに関する東京都や保健所からの情報は、病院内職員へ行き渡るよう週報として院内メールによって周知され、職員が情報共有できるようにされている。地域住民に対しては、新型インフルエンザが流行し各地で集会などが自粛されている5月23日に、毎年恒例となっている「ふれあいフェスティバル」（地域住民との交流を目的とした催し）を開催し、感染対策コーナーを設けることで、新型インフルエンザ対策のビデオ放映やマスクの着用体験、教育教材による手洗い体験等を行ない感染対策を啓発する機会としている。

(4) 結び

当該病院においての院内感染対策は、病院の当初の設計および設備の面での工夫もすばらしいと感じたが、それだけでなく感染対策チームを中心とした職員による病院一丸となった取り組みを行っていることが伺えた。

また、今回の取材で、担当者より昨年の新型インフルエンザの流行時には、インフルエンザの感染防止としてマスクをする人がいたようだが、マスクは人からうつされるのを予防するためにするものではなく、他人にうつすのを予防するためのものであり、国のほうでもそういう機会にもっとインフルエンザの疑いがあるような人に対して咳エチケットを守るなどの正確な感染予防対策を広めてほしいと話があった。

(9) 原爆被爆者対策の推進

被爆者援護法^{*7}等により、被爆者健康手帳を交付された被爆者に対しては、従来より、①健康診断の実施、②公費による医療の給付、③各種手当等の支給、④相談事業などの福祉事業の実施など、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。

原爆症認定については、厚生労働大臣が認定を行うに当たり、科学的・医学的見地から専門的な意見を聴くこととされている「疾病・障害認定審査会原爆被爆者医療分科会」では、2008

*7 「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」

(平成20)年4月以降、従来の審査方針を見直した「新しい審査の方針」に基づいて審査を行い、2010(平成22)年3月末現在で、約5,800件の認定を行っている。

原爆症認定集団訴訟については、2009(平成21)年8月6日、原告について、長期間にわたり訴訟に携わってきたことや高齢化が進んでいるといった「特別の立場」を考慮し、集団訴訟の早期解決と原告の早期救済を図るため、総理と被爆者団体との間で、「原爆症認定集団訴訟の終結に関する基本方針に係る確認書」が署名された。この確認書の内容を踏まえ、2009年12月1日「原爆症認定集団訴訟の原告に係る問題の解決のための基金に対する補助に関する法律」(以下「基金法」)が、議員立法により全会一致で成立し、原告に係る問題の解決のための支援を行う基金を設けることとされ、2010年4月1日より施行された。また、この基金法の附則において、原爆症認定制度の在り方について検討を加える旨規定されたことを踏まえ、幅広い観点から総合的に検討を進めている。

在外被爆者については、これまでも各種支援の充実を図ってきたところ、2008年6月に成立した国外からの被爆者健康手帳の交付申請を可能にする改正被爆者援護法附則における「政府は、この法律の施行の状況等を踏まえ、在外被爆者に係る原爆症認定申請の在り方について検討を行う」旨の規定を踏まえ、事務処理方策も含めて検討を進め、2010年4月1日より国外からの原爆症認定の申請を可能とした。さらに、国外に居住される方で健康診断受診者証の交付を受けようとする方が、国外から健康診断受診者証の交付申請を行うことについても2010年4月1日より可能とした。

(10) 総合的な肝炎対策の推進

B型・C型ウイルス性肝炎は、国内最大級の慢性感染症であり、その対策は国民的課題である(国内感染者は、B型・C型合わせて、300万人以上とも推計される)。

肝炎は自覚症状が現れにくいため、肝炎ウイルスに感染していることに気がつかないまま、肝硬変・肝がん等の重い病気に進行してしまう方が多い。しかしながら、早期に適切な治療を実施すれば、肝炎の治癒あるいは肝がん等への進行を遅らせることが可能である。このため、国民の健康保持の観点から、B型・C型肝炎ウイルスの感染を早期に発見し、早期かつ適切な治療を推進することが非常に重要である。

厚生労働省においては、2008(平成20)年から、

- ・都道府県等が委託した医療機関における無料検査や、

図表 2-5-8 肝炎総合対策の5本柱

1. 肝炎治療促進のための環境整備(医療費助成)
2. 肝炎ウイルス検査の促進
3. 肝疾患診療体制の整備、
医師等に対する研修、
相談体制整備などの患者支援 等
4. 国民に対する正しい知識の普及と理解
5. 研究の推進



図表 2-5-9 肝炎治療の医療費助成（2009（平成 21）年度）

国内最大の感染症である B 型・C 型ウイルス性肝炎については、インターフェロン治療が奏功すれば根治でき、肝硬変、肝がんといったより重篤な疾病を予防することが可能。しかし、当該治療にかかる医療費が高額であるため、早期治療の妨げになっていることにかんがみ、インターフェロン治療への医療費助成を行う。

実施主体	都道府県	
対象者	B 型及び C 型肝炎の患者	
対象医療	B 型及び C 型肝炎の根治を目的としたインターフェロン治療	
月額自己負担限度額	上位所得層（20%）	5 万円
	中間所得層（30%）	3 万円
	上記以外の所得層（50%）	1 万円
財源負担	国：地方＝1：1	

図表 2-5-10 2009（平成 21）年度 インターフェロン医療費助成に係る運用上の変更点について

2009（平成 21）年度
インターフェロン医療費助成に係る運用上の変更点について



1. 投与期間の延長について（72 週投与）

- 助成期間は、原則 1 年間。

2009 年度

一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の延長投与（72 週投与）が必要と認める患者について、助成期間の延長を認める。

2. 所得階層区分認定の例外的取扱いについて

- 自己負担限度額決定のための、所得階層区分認定は、申請者の住民票上の「世帯」全員の市町村民税課税額の合計による。

2009 年度

住民票上の「世帯」を原則としつつも、税制上・医療保険上の扶養関係にない者については、例外的な取扱い（課税額合算対象から除外）を認める。

・肝炎に対するインターフェロン治療の医療費助成を開始するなど、肝炎総合対策を強化している（図表 2-5-8、2-5-9 参照）。

さらに、2009（平成 21）年度においては、インターフェロン医療費助成について、新たな医学的知見等を踏まえて、助成期間の延長等の運用変更を行い、早期治療の更なる推進を図ったところである（図表 2-5-10 参照）。

また、2009 年 11 月には、肝炎対策を総合的に推進することを目的として、衆議院厚生労働委員長による肝炎対策基本法が成立し、2010（平成 22）年 1 月から施行された（肝炎対策基本法については、第 1 部第 2 章第 2 節 3 参照）。

2010 年度においては、本法の趣旨も踏まえ、一人でも多くの肝炎患者の方が、安心して、早期かつ適切な治療を受けられるよう、肝炎医療に対する助成を拡充し、肝炎総合対策の更なる促

進に努めることとしている（2010年度肝炎医療費助成については、第1部第2章第2節3）
①参照）*8。

3 がん、糖尿病など生活習慣病への対策

(1) がん対策の総合的かつ計画的な推進

1) がん対策の推進

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。また、生涯のうちにがんになる可能性は、男性の2人に1人、女性の3人に1人と推計されている。さらに、がんによる死亡者数は、高齢化の進行と合わせて今後とも増加していくものと推測される。

このため、政府においては、1984（昭和59）年度から「対がん10か年総合戦略」、1994（平成6）年度からは「がん克服新10か年戦略」、そして2004（平成16）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り組みを実施し、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（平成18）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、2007（平成19）年6月に「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」）を閣議決定し、がん対策を総合的かつ計画的に推進している。



垣添がん対策推進協議会会長から提案書を受け取る
長妻厚生労働大臣（4月9日、厚生労働省内大臣室）

2) 放射線療法及び化学療法の推進

我が国のがん医療のうち、放射線療法及び化学療法については、その提供体制が不十分であるとの指摘があることから、基本計画においては、「放射線療法及び化学療法の推進」を重点的に取り組むべき課題の一つとして位置づけ、2011（平成23）年度までに、すべての「がん診療連携拠点病院」（全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、厚生労働大臣が指定する医療機関。専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、がん患者に対する相談支援及び情報提供等を行っている。）において、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備するという目標などを掲げている。

このため、厚生労働省においては、2008（平成20）年3月、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（以下「指針」）を見直すとともに、放射線療法及び化学療法の質的向上を図るため、放射線療法及び化学療法に携わる医師などを対象とした研修を実施している。

3) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

がん患者の多くは、がんと診断された時から身体的な苦痛や精神心理的な苦痛を抱えており、

*8 肝炎総合対策についての詳細情報は、厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/>）



→バナーで参照できる。

また、その家族も様々な苦痛を抱えていることから、基本計画においては、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を重点的に取り組むべき課題の一つとして位置づけ、10年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得するという目標などを掲げている。

このため、厚生労働省においては、この目標を2011年度までに達成できるよう、2008年4月に「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」として、研修内容についてのモデルプログラム等を定めたところであり、①各地域における緩和ケア研修を指導できるよう、「がん診療連携拠点病院」等で中心的に緩和ケアを実施している医師を対象とした研修を行うとともに、②各地域において、これらの医師によるがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修を行っている。また、③緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師や看護師などを構成員とする緩和ケアチームの整備、④外来において緩和ケアを提供できる体制の整備など、適切な緩和ケアを提供できる体制を整備することとしている。

このほか、一般国民を対象とした緩和ケアに関する普及啓発にも取り組むとともに医療関係者を対象とした講習会の開催などにより、緩和医療に必要な医療用麻薬の適正使用推進を図っている。

4) がん登録の推進

がん登録は、がんの発生状況や治療後の経過等、罹患^{りかん}の状況を把握・分析する仕組みであり、「院内がん登録」と「地域がん登録」に分けられ、いずれも、科学的知見に基づく適切ながん医療を提供するために必要なものである。基本計画においては、「がん登録の推進」を重点的に取り組むべき課題の一つとして位置づけ、2011年度までに、すべてのがん診療連携拠点病院において、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講するという目標などを掲げている。

「院内がん登録」とは、病院のがん診療を向上させることやがん患者の支援を目的として、病院を訪れたがん患者について、診断、治療、予後などの情報を集めて整理することをいう。

がん診療連携拠点病院におけるがん登録（院内がん登録）の実施体制については、

- ①健康局総務課長が定める「標準登録様式」に基づく院内がん登録を実施すること、
- ②院内がん登録を活用することにより、当該都道府県が行う地域がん登録事業に積極的に協力すること、
- ③国立がんセンターの開催する研修を受講した専任の院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置すること、
- ④毎年、院内がん登録の集計結果等を国立がんセンターに情報提供することを義務づけているところである。

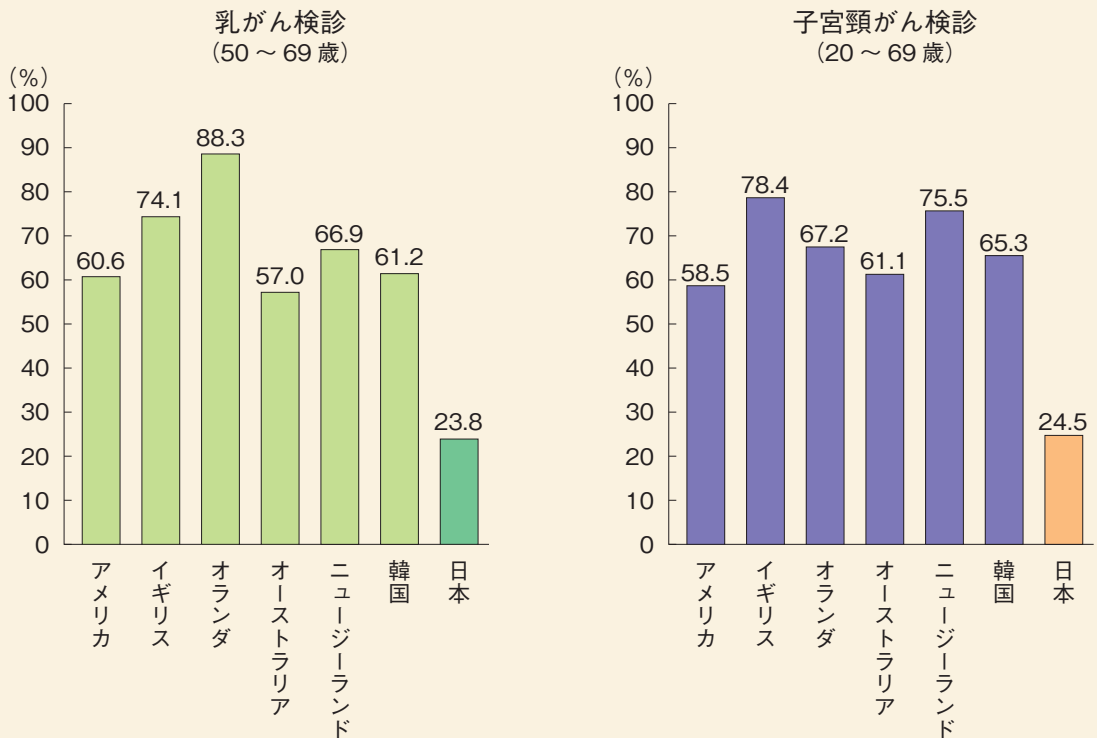
一方、「地域がん登録」とは、特定の地域において発生するがんの傾向を把握することで、その地域での効果的な検診や予防を行う基礎資料とする等のために、がんに罹患した住民（がんと診断された住民）の情報を集めて整理することを指す。我が国においては、現在、37道府県市において実施されているところであるが、未実施の都道府県等においても、地域がん登録事業の実施について積極的に検討いただくよう要請しているところである。

5) がん検診・がん研究の推進等

がん検診については受診率が20～30%程度にとどまっており、国際的にみても低い状況にあることから（図表2-5-11）、基本計画において、2011（平成23）年度までに、その受診率を50%以上とするという目標などを掲げている。同計画に基づき、がん検診の受診率向上に係る

図表 2-5-11 がん検診の受診率：国際比較

日本のがん検診の受診率は国際的にみて最も低い水準



(アメリカ) 2008年調査データ、(イギリス) 乳がん：2007年事業データ、子宮頸がん：2008年事業データ
 (オランダ) 2007年調査データ、(オーストラリア) 乳がん：2006年事業データ、子宮頸がん：2007年事業データ
 (ニュージーランド) 2009年調査データ、(韓国) 2009年調査データ、(日本) 2007年調査データ

OECD Health Data 2010 - Version : June 2010

モデル的取組みや普及啓発に対する支援を行うとともに、がんに関して有効かつ確な普及・啓発事業を実施するために、2008（平成20）年10月から「がんに関する普及啓発懇談会」を開催し、がんの病態、検診の重要性、がん登録、緩和ケア等に対する正しい理解の普及・啓発に関する先駆的な事例を収集し、有識者による意見交換を行っているところである。さらに、がん検診の受診率向上を総合的に推進するため、2009（平成21）年7月に厚生労働大臣を本部長とする「がん検診50%推進本部」を設置し、第1回本部会議においてがん検診受診率50%達成に向けたロゴマーク等の決定を行ったところである（下記参照）。

さらに、同年より毎年10月を「がん検診受診率50%達成に向けた集中キャンペーン月間」と定め、当該期間中に「がん検診50%推進全国大会」を開催するなど、国民一人一人が、がん予防の必要性を認識し、検診を受診するという行動につなげるための各種施策を展開しているところである。

また、職域におけるがん検診受診率の向上や、がん受診勧奨事業等への企業からの協力を得るために推進パートナー企業を募集する「がん検診受診促進企業連携実施本部【略称：がん検診企業アクション事務局】」を2009年度より設置したところであり、各都道府県において、がん検診企業アクション事務局と連携・協力した受診勧奨事業に積極的に取り組むよう協力をお願いしているところである。

このほか、がん患者及びその家族に対する不安や疑問に適切に対応するため、がん診療連携拠点病院に「相談支援センター」を設置し、電話やファックス、面接等により、がん医療に関する相談支援及び情報提供を行っている。

また、がんの研究については、がん対策全体を下支えするという位置づけの下、がんの本態解

明の研究とその成果を幅広く応用するトランスレーショナル・リサーチの推進、がん医療水準の均てん化を目的とした効果的な治療法の確立、緩和ケア等の療養生活の質の維持向上に関する研究、がんの実態把握とがん情報の発信に関する研究及びがん医療水準の均てん化を促進する体制整備等の政策課題に関する研究等に取り組んでいるところである。

がん検診
愛する家族への
贈りもの

（キャッチフレーズ）



（イメージキャラクター）



（ロゴマーク）

6) 女性特有のがん対策

がんは我が国において、1981年から死亡原因の第1位であり、がんによる死亡者数は年間30万人を超える状況となっているが、診断・治療技術の進歩により、早期発見・治療が可能となっているところである。

こうした状況の中、がんによる死亡者数を減少させるためには、がん検診の受診率を向上させ、がんを早期に発見し治療することがきわめて重要であり、特に女性特有のがん（子宮頸がん、乳がん）については検診受診率が低い状況にあることから、平成21年度補正予算において、未来への投資につながる子育て支援の一環として、一定年齢の方を対象に、女性特有のがん検診（子宮がん検診、乳がん検診）の「がん検診無料クーポン」と、がんについて分かりやすく解説した「検診手帳」が配布されることとなった。

本事業については、2010（平成22）年度においても引き続き実施し、女性特有のがん対策の推進を図っているところである。

（2）糖尿病、脳卒中などの生活習慣病対策

1) 国民の健康状況に関する調査及び調査結果の動向

国民健康・栄養調査は、健康増進法に基づき、国民の健康増進の総合的な推進を図るための基礎資料として毎年11月に実施している。「平成20年国民健康・栄養調査」の結果によると、最も目立ったデータとして示されたのは、肥満と喫煙率の現状である。

「健康日本21」が始まった2000（平成12）年以降、男性の20～60歳代では肥満者の割合の増加傾向がそれ以前の5年間に比べ鈍化し、女性の40～60歳代では、肥満者の割合が減少している。

喫煙率については、現在習慣的に喫煙している者の割合は、男性36.8%、女性9.1%であり、男女とも年々減少している。

2) 生活習慣の改善に向けた国民運動の展開

厚生労働省では、2000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、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「休養・こころの健康づくり」等の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。

さらに、2007（平成19）年4月に公表された「健康日本21 中間評価報告書」を踏まえ、2008（平成20）年度から、日常生活の中で「健やかな生活習慣」の爽快感を実感し、自ら行動変容を行うことにより生活習慣病を予防することを目的に、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」に焦点を当て、産業界とも連携した新たな国民運動として「すこやか生活習慣国民運動」を展開すべく新たに効果的な手法を開発している。また、医療構造改革の一環として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査・特定保健指導を実施するなど、生活習慣病対策の一層の推進を図っているところである。



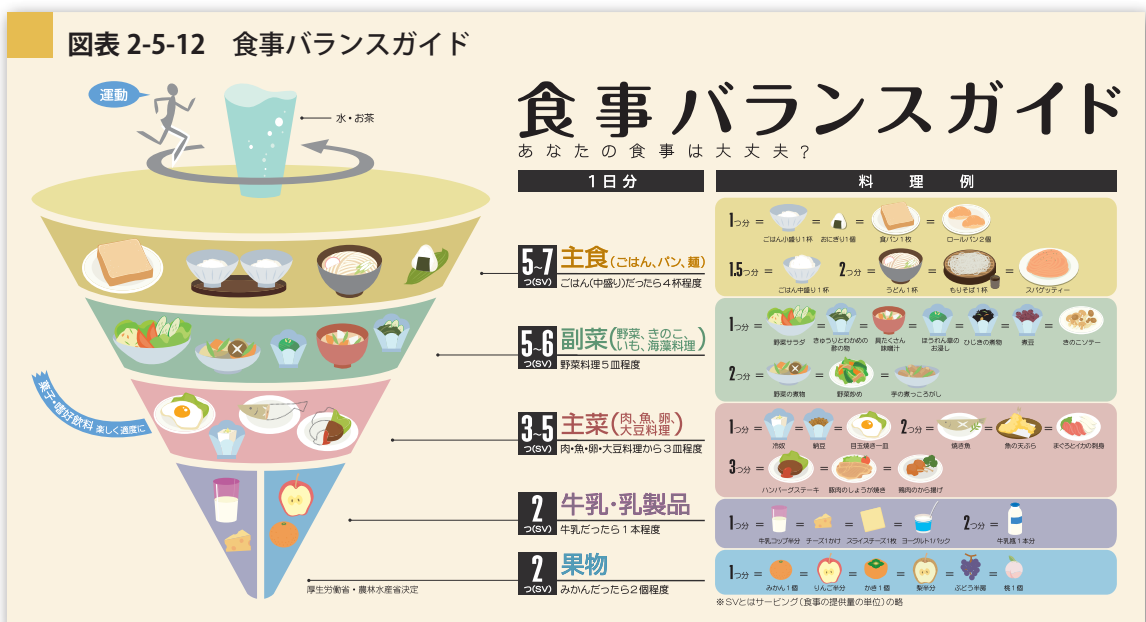
「健康日本21」
ロゴマーク

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、国民の健康の増進と疾病予防等を目的に、栄養指導や給食提供の基礎となる科学的データとして、2010（平成22）～2014（平成26）年度までの5年間使用する「日本人の食事摂取基準（2010年版）」を取りまとめ、指標の理解を深めるための講演会を全国6ブロックで開催したところである。さらに、2009（平成21）年度は、食事改善、給食管理における適切な活用方法について検討を行ったところである。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、厚生労働省と農林水産省の連携の下、2005（平成17）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（図表2-5-12）。

図表 2-5-12 食事バランスガイド



このほか、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るとともに、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（平成18）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（図表2-5-13）。

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、十分な睡眠と休養を取り、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、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。

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、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」、「健康増進法」及び「健康日本21」等に基づいて、喫煙による健康への悪影響についての知識の普及、未成年者の喫煙防止等について総合的なたばこ対策の推進に努めている（たばこ対策の推進については、第5節3（3）参照）。

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。

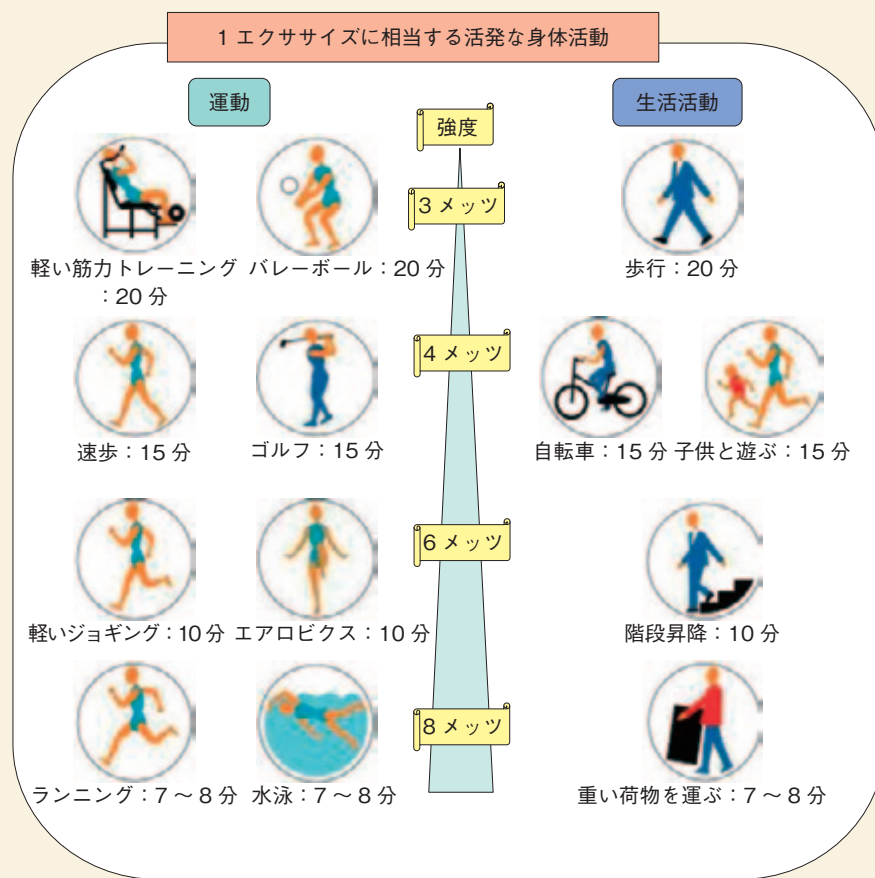
「健康日本21」では、①多量に飲酒する人の減少、②未成年者の飲酒防止、③節度ある適度な飲酒の知識の普及を目標とし、シンポジウムの開催等による情報提供、飲酒習慣の改善や未成年者飲酒防止に関する研究等を実施している。

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

図表 2-5-13 健康づくりのための運動指針 2006（エクササイズガイド 2006）

目標は、
週 23 エクササイズ（メッツ・時）の活発な身体活動（運動・生活活動）！
そのうち 4 エクササイズは活発な運動を！

健康づくりのための身体活動量として、週に 23 エクササイズ以上の活発な身体活動（運動・生活活動）を行い、そのうち 4 エクササイズ以上の活発な運動を行うことを目標としました。これは、身体活動・運動と生活習慣病との関係を示す内外の文献から生活習慣病予防のために必要な身体活動量、運動量の平均を求めて設定したものです。
なお、この目標に含まれる活発な身体活動とは、3メッツ以上の身体活動です。したがって、座って安静にしている状態は 1 メッツですが、このような 3 メッツ未満の弱い身体活動は目標に含まれません。



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、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西太平洋地域戦略」が承認されるとともに、2010年5月のWHO総会において「アルコールの有害な使用を軽減するための世界戦略」が採択されるなど、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ている。

こうした状況を踏まえ、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、「健康日本 21」の施策において、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。

コラム

2009(平成21)年度アルコールシンポジウム「アルコール問題を考える」

我が国においてアルコール飲料は、古来より祝祭や会食など多くの場面で飲まれるなど、生活・文化の一部として親しまれている。一方で、飲酒による意識状態の変容は交通事故等の原因の一つとなるほか、短時間内の多量飲酒による急性アルコール中毒は、死亡の原因となることもある。また、多量飲酒と肝疾患、脳卒中、がん等の疾患の関連も指摘されている。さらに、長期にわたる多量飲酒は、アルコールへの依存を形成し、本人の精神的・身体的健康を損なうとともに、社会への適応力を低下させ、家族等周囲の人々にも深刻な影響を与える。これらは、他の一般食品にはない特性である。近年、多種多様なアルコール飲料が販売され、飲酒機会が増大する中、前述のようなアルコールに起因する様々な事柄が社会問題となっている。

2009（平成21）年度アルコールシンポジウムは、これらを踏まえて、国民一般を始め、行政、保健医療関係者、教育関係者等に対しアルコール関連問題の現状を伝えるとともに、アルコール関連問題にかかわる関係者が、それぞれの立場から意見を出し合い、アルコール関連問題の防止に向けた取組みを呼びかけることを目的として開催された。

今回のシンポジウムでは、未成年者の飲酒について実態や飲酒防止などに関する講演や報告がされた。

久里浜アルコール症センターの樋口進氏による「未成年者の飲酒可能年齢について」と題した講演では、我が国の成人年齢を20歳から18歳に引き下げる議論において、飲酒可能年齢についても引き下げられる可能性があることについて、様々な研究結果や議論が紹介された。人や動物に関する研究においては、未成年者の飲酒による悪影響は、健康面でも社会問題におい

ても成人に比べてより顕著であること、18～19歳の者が、それより年少者より悪影響を受けにくいという証拠はないことが示された。さらに、過去に飲酒可能年齢を引き下げたアメリカ、カナダの一部の州やオーストラリア、ニュージーランドでは、引き下げにより年少者のアルコール消費量や飲酒関連交通事故数が増加し、逆に飲酒可能年齢を引き上げることで、それらが低下するというを経験しているとの事例が紹介された。その上で我が国では、18～20歳前半の若年女性の飲酒量が増え、飲酒可能年齢引き下げで、更に増加する可能性があることから、「飲酒年齢の引き下げに慎重であるべき」とした。

ビール酒造組合の萩原氏による講演では、アルコール業者の未成年者飲酒防止の取組みが紹介された。こうした取組みには広告・宣伝の自主基準、消費者への啓発活動などが含まれている。

厚生労働省では、国民健康づくり対策として、アルコール対策を含む9分野について具体的な目標を掲げ「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。また、世界保健機関（WHO）においては、「アルコールの有害な使用を軽減するための世界戦略」が採択されるなど、国際的にもアルコール対策は重要な課題となってきた。こうした状況を踏まえ、厚生労働省では、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。

（参照）

○平成21年度アルコールシンポジウムの資料等

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/alccohol/sympo/sympo09.html>

⑥ 歯の健康づくりと食育の推進

歯の健康づくりは、胎児期、乳幼児期、学童期、成人期、高齢期の各ライフステージに応じた取組みが行われている。

胎児期では妊産婦に対する歯科保健指導を通して妊産婦本人の口腔の健康管理とともに胎児の歯の発生に関する知識の普及が行われている。乳幼児期では、う蝕（むし歯になること）の好発時期であるため、1歳6か月、3歳児歯科健康診査とともに歯科保健指導が行い、「食べる」機

能の確立の支援を図っている。学童期では、従来からのう蝕予防対策に加え、乳歯から永久歯への交換とともに顎骨の成長も含めた口腔の機能の確立を図っている。成人期では、高齢期における健康を維持し、食べる楽しみを享受できるよう、歯の喪失を予防することを目的として、市町村を主体として、歯周疾患検診を中心に、集団健康教育や歯周疾患健康相談が実施されている。また、高齢期では、おいしく、楽しく、安全な食生活を営むことによる自己実現の達成の支援を行うため、介護予防として「口腔機能の向上」が導入されている。

すべての国民が健やかで豊かな生活を過ごすため、80歳になっても自分の歯を20本以上保つことを目的とした「8020（ハチマルニイマル）運動」の一環として、食生活を支える口腔機能の維持等について指導を推進されてきた。歯科疾患実態調査の結果によると、20本以上の歯を有する80歳以上の割合は、1987（昭和62）年の7.0%から2005年には21.1%へと上昇している。

近年、口腔の健康と全身の健康との関係が注目されており、その基盤となる小児期から「食育」を推進していくことは重要である。また、8020運動が提唱されてから2008年に20年を迎え、これまでの歯科保健対策に加え、「食育」への関わりや、高齢者への対策など、新たな観点から歯科保健対策を推進していくことが求められている。2008年12月には、歯科保健の視点を含め、様々な立場から「食育」の推進を行う方法を検討するために「歯科保健と食育の在り方に関する検討会」が開催され、2009年7月に報告書が取りまとめられた。報告書において、食育推進に向けた今後の取り組みについては、各ライフステージにおける食育推進の在り方、関係機関（職種）における歯科保健と食育の推進方策、新たな視点を踏まえた歯科保健対策の推進などについて提言がなされたところである。

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、2008年に公表された「平成19年国民健康・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890万人、糖尿病の可能性を否定できない人を合わせると約2,210万人と推定される。

「健康日本21」では、糖尿病対策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。2007年度には、医療構造改革や「健康日本21」の中間評価を踏まえ、糖尿病と循環器病の分野において、「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」という目標を追加したところである。

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。

また、2009年度に開催された「慢性疾患の更なる充実に向けた検討会」において、糖尿病などの慢性疾患に対する効率的・効果的な啓発・普及活動を一層推進し、健診の受診率の向上に努めるとともに、関係医療機関等の連携をより一層促進させていくことなどが今後とも必要である

とされたところである。2010年度は、本検討会の結果を踏まえ、糖尿病患者のためのガイドラインを作成する予定である。

⑧ 脳卒中等の循環器病

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、厚生労働省科学研究費補助金において、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り組みが重要である。このため、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、2007年6月に「がん対策推進基本計画」を閣議決定し、個別目標の一つとして、未成年者の喫煙率を3年以内に0%とすること等を設定し、がん対策を総合的かつ計画的に推進している（がん対策の総合的かつ計画的な推進については、第5節3（1）（224ページ）参照）。

（3）たばこ対策の推進

喫煙が喫煙者本人の健康に悪影響を及ぼすことは科学的に明らかとなっている。また、喫煙は、喫煙者本人のみならず、周りの人や妊娠中の胎児に、例えば肺がんなどのがんをはじめ、虚血性心疾患といった循環器疾患や、早産、死産、出生体重の減少など、様々な健康への悪影響がある。

こうした健康への悪影響を予防する上でたばこ対策は重要であり、厚生労働省としては、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」、「健康増進法」及び「健康日本21」を中心に対策を進めている。

1) 「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」

2005（平成17）年2月には公衆衛生分野で初の国際条約である「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、基本理念である「たばこの消費及び受動喫煙が健康、社会、環境及び経済に及ぶ破壊的な影響から現在及び将来の世代を保護すること」に沿って、たばこ対策の充実強化に向けた体制整備を行っている。

具体的な取り組みとしては、毎年5月31日をWHOが定める世界禁煙デーとして、その日から1週間を禁煙週間と定め、厚生労働省では館内禁煙はもとより、たばこの自動販売機の停止などを実施し、世界禁煙デー記念シンポジウムと題して、各種イベントを実施している。

また、禁煙を目指す人のために、2006（平成18）年4月から禁煙治療に対する保険適用が開始され、同年6月には、禁煙補助剤も診療報酬の対象となり、より禁煙に取り組みやすい環境整備ができつつある状況にある。

さらに、平成22年度税制改正大綱（2009（平成21）年12月22日閣議決定）において、「たばこ税については、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するため、将来に向かって、税率を引き上げていく必要があります」との方針が示され、この方針に沿って、2010（平成22）年度において、1本あたり3.5円の税率引上げ（2010年10月1日施行）を行うこととし、2010年3月31日にたばこ税率の引き上げを含む関係法律が公布された。

2) 「健康増進法」及び「健康日本21」

健康増進法第25条には、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、これを受け厚生労働省では、受動喫煙の防止に努めている。

「健康日本21」においては、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。

受動喫煙防止対策については、2008（平成20）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、約1年にわたり検討を行い、2009（平成21）年3月、基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則的として全面禁煙であるべきなどの内容を盛り込んだ報告書が取りまとめられたところである。

これらの状況を踏まえ、平成22年2月25日付け厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策について」により、今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべき旨、各自治体宛周知したところである。

引き続き受動喫煙防止対策や禁煙支援を含め、たばこの健康への悪影響から健康を守る対策を積極的に進めていくことが重要である。

(4) 女性の健康づくり対策の推進

女性の健康づくりの取組みとしては、従来から子宮頸がん及び乳がんの検診が行われてきたが、多くの健康づくり対策は、性別の違いについてあまり考慮されず実施されてきた。しかし、近年、疾患によって、女性と男性のかかりやすさや病状の進行スピードが違うといった性差があることが徐々に明らかになってきている。また、「若い女性において、やせすぎであるにもかかわらず減量に取り組む者が多い」ことや、「女性の社会進出には、職場での昇格や結婚、妊娠、出産、育児、家族の介護などのライフイベントが同時期に重なり、心と体のバランスが不安定になり体調を崩しやすい」ことなどの課題も指摘されており、女性の健康づくりに取り組むことの重要性が増加している。

女性が生涯を通じて健康で明るく、充実した日々を自立して過ごすためには、女性の様々な健康問題を社会全体で総合的に支援する必要がある。厚生労働省では女性が健康状態に応じて的確に自己管理を行うことができるようにするため、健康教育・相談体制を整えるとともに、女性の思春期、妊娠・出産期、更年期、高齢期等各ライフステージに応じた課題に対応するため女性の健康づくり対策として効果的な手法や事例などを普及し、生涯を通じた女性の健康の保持増進を図ることとしている。

また、女性の健康に関する知識の向上と、女性を取り巻く健康課題に対する社会的関心の喚起を図るため、毎年3月1日から8日までを「女性の健康週間」と定め、国及び地方公共団体、関係団体等社会全体が一体となった各種の啓発事業及び行事等を展開しているところである。

4 健康寿命を伸ばす科学技術の振興

ライフサイエンス分野の研究開発は、科学技術基本法に基づく科学技術基本計画の中で、特に重点的に研究開発を推進すべき分野として位置づけられており、総合科学技術会議の総合調整の下、文部科学省等の関係府省との連携を図りつつ、厚生労働省においても積極的に推進しているところである。

(1) 2009（平成21）年度の科学技術研究の推進

厚生労働省では、厚生科学審議会科学技術部会における議論を踏まえ、2006（平成18）年度から、「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、科学技術を推進しているところである。

1) 「健康安心の推進」

疾病及び障害の予防・診断・治療法などの開発を推進し、健康寿命の延伸や医療の質の向上などを目的とした研究開発を進めている。

〈主な研究分野とその内容〉

研究分野	研究の内容
生活習慣病	心筋梗塞などの循環器疾患や糖尿病などの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、心疾患や脳卒中などの危険因子であ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を実施している。
こころの健康の推進	統合失調症、うつ病、神経症性障害、発達障害などの精神疾患に関して、非常に広範かつ深刻な課題があることを踏まえ、その病態解明、診断・治療法の開発、支援体制の在り方に関する研究を進めている。
がん予防・診断・治療法の開発	がんの本態解明の研究、その成果を幅広く応用するトランスレーショナル・リサーチ及びがん医療水準の均てん化を促進するための研究などを行っている。 〈がん医療水準の均てん化のための研究（例）〉 ・がんの実態把握と情報発信に関する研究 ・効果的な治療法の確立 ・緩和ケア等の療養生活の質の維持向上に関する研究 ・均てん化を促進する体制整備等の政策課題に関する研究
介護予防の推進	高齢者が要介護状態となることを予防し、自立支援を進めるため、運動器疾患や認知症などについて、予防、診断、リハビリテーションを含めた治療に関する研究を行っている。
免疫・アレルギー疾患の克服	リウマチ、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症、食物アレルギーなどの免疫アレルギー疾患について、重症化予防や適切な自己管理などを目標に、予防・診断・治療法に関する研究を推進している。
障害・難病などの生活の質（QOL）向上	難治性疾患克服研究事業においては、臨床調査研究分野の対象疾患（130疾患）のほか、これまで十分に研究が行われていない疾患について、診断法の確立や実態把握のための研究など、これまで研究が行われていない疾患について、実態把握や診断基準の作成、疾患概念の確立などを旨とする研究奨励分野を中心に研究の充実を図ることとしている。 また、障害者の社会参加支援、福祉用具の評価の在り方や、発達障害や高次脳機能障害への対応など、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。

2) 「先端医療の実現」

再生医療技術、ゲノム科学、超微細技術（ナノテクノロジー）、生物資源等を活用した先端医療の実現のための基盤技術の開発や、治験・臨床研究の基盤整備を推進している。

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、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、超微細技術（ナノテクノロジー）を医学へ応用することにより、人体への侵襲性が低い医療機器などの開発を目的とした研究を推進し、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。

そのほか、遺伝子治療、細胞治療、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 治験・臨床研究の基盤整備の推進

我が国の治験・臨床研究の環境を更に向上させるべく、2007（平成19）年4月に「新たな治験活性化5カ年計画」を定め、医療機関の体制整備、人材の育成と確保、国民への普及啓発、効率的実施等に取り組んでいる。

また、臨床研究を取り巻く環境の変化に対応し、研究倫理や被験者保護の一層の向上を図るため、「臨床研究に関する倫理指針」の全般的見直しを実施し、2009年4月から施行している。

(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。

5 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、医療機器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、科学技術政策担当大臣、文部科学大臣、経済産業大臣、医薬品、医療機器業界、教育・研究機関の関係者等が参集する「革新的創薬等のための官民対話」を2008（平成20）年より開催している。今後も継続的に官民対話を開催するとともに、研究資金の集中投入、臨床研究・治験環境の整備、審査の迅速化・質の向上、イノベーションの適切な評価等に取り組み、医薬品の研究から上市に至る過程の支援に努めているところである。

さらに、厚生労働省では2007（平成19）年8月30日に医薬品産業がイノベーションを担う国際競争力のある産業になることを目指して「新医薬品産業ビジョン」を、2008（平成20）年9月19日に医療機器の特性にも配慮し、医療機器全般及び研究開発から廃棄・再利用までのサイクル全体の方向性を明示した「新医療機器・医療技術産業ビジョン」を策定した。また、同ビジョン実現のため政府として取るべき施策をアクションプランの形で示し、進捗状況を検証しつつ、できる限り前倒して実施することとしている。

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カ年計画」を策定し、治験・臨床研究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。

そのほか、革新的技術の開発を阻害している要因を克服するため、研究資金の統合的かつ効率的な運用や、開発段階から規制を担当する機関等と意見交換や相談等を試行的に行い、最先端の再生医療、医薬品・医療機器の開発・実用化を促進するものとして、2008年度に「先端医療開発特区」（スーパー特区）を創設し、関係府省が一体となって取組みを行っている。

2010年6月にライフ・イノベーションなど七つの戦略分野の具体策を盛り込んだ「新成長戦略」が閣議決定された。同戦略では、安全性が高く優れた日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発を推進し、産官学が一体となった取組みや、新薬、再生医療等の先端医療技術の促進、ドラッグ・ラグ、デバイスラグの解消、治験環境の整備、承認審査の迅速化を進めることとしている（第2章第1節3（4）参照）。

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。

6 半世紀を迎える国民皆保険の運営

我が国は1961（昭和36）年に国民皆保険を達成して以来、一定の自己負担で必要な医療サービスが受けられる体制を整備し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。一方、国民皆保険達成から半世紀を迎え、急速な高齢化の進展等、医療を取り巻く環境は大きく変化しており、医療保険財政の厳しさが続く中で、今後とも必要な医療を確保しつつ、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必要がある。

（1）国民健康保険法等の改正

我が国の医療保険制度については、昨今の経済状況の悪化による被保険者の収入の落ち込みや、高齢化の進展などによる医療費の増加を背景として、各保険者の財政状況が厳しさを増しているところである。したがって、このままでは、国民健康保険、協会けんぽ、後期高齢者医療制度それぞれの2010（平成22）年度以降の保険料の大幅な上昇が見込まれていた。このため、それぞれの制度における保険料の上昇を抑制するための財政支援措置を講ずること等を内容とする「医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」を平成22年通常国会に提出し、5月12日に可決・成立したところである。主な内容は以下のとおりである。

第一に、市町村国保については、まず、2009（平成21）年度まで講じてきた財政支援措置を2010年度以降も4年間延長することとしており、これにより、約2,000万世帯、加入者約3,600万人の方々に対し、1世帯平均で約1.2万円の保険料の上昇抑制が見込まれているところである。また、市町村国保においては小規模の市町村もあり、運営の広域化による財政の安定が課題になっているため、都道府県が、国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化を推進するための市町村に対する支援の方針（広域化等支援方針）を策定できるようにすることとしている。さらに、2009年4月からは世帯主が保険料を滞納していても、当該世帯に属する中学生以下の子どもには有効期間を6か月とする短期被保険者証を交付しているところであるが、当該措置の対象を高校生世代以下にまで拡大することとしている。

第二に、中小企業の従業員が加入する協会けんぽについては、財政状況が逼迫しているため、このままでは、来年度の保険料率が現在の8.2%から9.9%にまで大幅に引上げが必要な見通しであった。このため、2012（平成24）年度までの3年間において①国庫補助割合の13%から16.4%への引上げ、②単年度収支均衡の特例として、2009年度以降の赤字額について2012（平成24）年度までの償還を可能にすること、③被用者保険等の保険者が負担する後期高齢者支援金について、その額の3分の1を被用者保険等の保険者の標準報酬総額に応じたものとするとしている。

第三に、後期高齢者医療制度においては、2010年度及び2011（平成23）年度の保険料が、何らの措置を講じない場合、全国ベースで平均約14.2%（平均で年間約6,000円）上昇することとなるため、都道府県に設置する財政安定化基金について、当分の間、これを取り崩して保険料の増加を抑制するために充てることができるようにすることとしている。これにより、2010年度、2011年度の保険料の上昇率は全国平均で2.1%（平均で年間1,300円）にとどまることとなった。さらに、被用者保険の被扶養者であった高齢者に対して課する保険料の9割を軽減する措置について、多くの方が2009年度末で期限を迎えるため、これを当分の間延長することとしている。

(2) 高齢者医療制度改革

後期高齢者医療制度の廃止と新たな制度の検討

後期高齢者医療制度については、制度に対する国民の御意見等を踏まえ廃止することとし、廃止後の新たな制度の具体的な在り方を検討するため、2009（平成21）年11月に、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」が開催された。改革会議においては、検討に当たっての基本的な考え方として、「後期高齢者医療制度は廃止する」、「マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する」、「後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする」、「市町村国保などの負担増に十分配慮する」、「高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする」、「市町村国保の広域化につながる見直しを行う」といった6原則が示され、この原則に基づき検討が進められている。

また、改革会議においては、高齢者を始め、地方公共団体、保険者等広く関係者の御理解を得ながら、①2010（平成22）年夏を目途に、新たな制度の基本的な方向を中間的にとりまとめ、②2010年末を目途に最終的な取りまとめを行い、③2011（平成23）年通常国会に法案を提出し、④2013（平成25）年4月を目途に新たな制度の施行を目指して、検討を進めることとしている。また、改革会議における議論と並行して、高齢者をはじめ幅広く国民の方々に対する意識調査をきめ細かく実施するとともに、地方での公聴会を開催するなど、国民の方々のご意見を丁寧に向うこととしている。

(3) 平成22年度診療報酬改定

1) 平成22年度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内閣の予算編成過程において決定される改定率を基に、支払側委員、診療側委員及び公益委員の3者で構成され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22年度診療報酬改定については、

① 2009（平成 21）年 12 月 8 日に社会保障審議会においてまとめられた「平成 22 年度診療報酬改定の基本方針」

② 内閣における 2010（平成 22）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 1.55%、薬価等で▲ 1.36%、合計で 0.19%とする改定率

を基に、中医協で個別項目について議論が行われた。これらの議論を踏まえ、2010 年 2 月 12 日には、中医協から診療報酬点数の改定案の答申が行われ、同年 3 月に診療報酬点数の改定を行い、同年 4 月より施行した。

2) 平成 22 年度診療報酬改定の概要

今回の改定は、厳しい経済状況や保険財政の下ではあるが、我が国の置かれている危機的な状況を解消し、国民に安心感を与える医療を実現していくとの認識の下、

- ・実に 10 年ぶりのネットプラス改定（0.19%）
- ・診療報酬本体について言えば、前回改定の 4 倍以上のプラス改定（0.38%→ 1.55%）

を行ったところである。

この改定率の下で、「平成 22 年度診療報酬の基本方針」において重点課題として挙げられている救急、産科、小児科、外科等の医療の再建や病院勤務医の負担軽減策を中心に、医療現場の直面する課題に対応すべく様々な取組みを行った。

具体的には、重点課題に沿って、

- ・救急医療の評価の充実として、充実した受入体制を有する救命救急センターの入院料の引上げや、夜間休日の病院の救急外来を診療所の医師が協力して行った場合の診療報酬の新設
- ・産科・小児医療の評価の充実として、早産などのハイリスク分娩の場合の入院料の引上げや、未熟児などの治療を行うNICU（新生児集中治療管理室）の入院料の引上げ
- ・外科手術の評価の充実として、難易度の高い手術を中心に手術料の大幅な引上げ（30%～50%）
- ・病院勤務医の負担軽減策として、医師の事務作業を補助する医療クラークを医療機関内に配置した場合の診療報酬の引上げや、急性期病棟において看護補助者を配置した場合の診療報酬の新設

などを行った。

そのほかにも、今回の改定では、「平成 22 年度診療報酬の基本方針」に沿って、がん医療や認知症医療など我が国の医療の中で特に充実が求められる医療分野において、例えば、病院と診療所が連携して治療を行った場合の診療報酬の新設等を行った。

また、医療の透明化や患者への情報提供を推進する観点から、医療費の詳細がわかる明細書の医療機関・薬局における無償発行を原則化した。

さらに、75 歳という年齢に着目した後期高齢者に関連する診療報酬（終末期相談支援料等）については、後期高齢者医療制度本体の廃止に先行して廃止したところである。

全体改定率	+0.19% (約 700 億円)					
⇒10 年ぶりのネットプラス改定						
診療報酬 (本体)	+1.55% (約 5,700 億円)					
医科	+1.74% (約 4,800 億円)	<table border="0"> <tr> <td>入院</td> <td>+3.03% (約 4,400 億円)</td> </tr> <tr> <td>外来</td> <td>+0.31% (約 400 億円)</td> </tr> </table>	入院	+3.03% (約 4,400 億円)	外来	+0.31% (約 400 億円)
入院	+3.03% (約 4,400 億円)					
外来	+0.31% (約 400 億円)					
急性期入院医療に概ね 4,000 億円を配分						
歯科	+2.09% (約 600 億円)					
調剤	+0.52% (約 300 億円)					
薬価等	▲1.36% (約 5,000 億円)					

図表 2-5-14 平成 22 年度診療報酬改定のポイント

1	10年ぶりプラス改定 0.19%
	H12 +0.2% H14 -2.7% H16 -1.0% H18 -3.16% H20 -0.82%
2	診療報酬本体（医科部分）の増額幅（H20→H22）
	0.42%（1,100億円） → 1.74%（4,800億円）
3	産科、小児科、救急医療の充実
	ハイリスク分娩、NICU、NICU 後方病床、急性期入院医療に関する評価等
4	手術料の引き上げ
	難易度の高い手術の点数を 30～50%引き上げ等
5	勤務医の負担軽減
	医療クラーク、看護補助者の配置の充実等
6	地域の連携の強化
	開業医が夜間休日外来を手助けすることを評価、後方病床機能としての有床診療所の評価等
7	がん医療の充実
	化学療法・放射線療法の評価、がん患者リハビリテーション料の評価等
8	在宅医療、訪問看護の推進
	乳幼児への在宅医療、訪問看護の評価等
9	後期高齢者関連点数の廃止
	後期高齢者診療料、後期高齢者終末期相談支援料の廃止等
10	後発医薬品の使用推進
	含量違い又は別剤形への変更調剤の容認等
特別	明細書の無料発行
	電子請求が義務付けられている医療機関は原則として明細書を無料で発行

下線：新規に評価を行った項目

(4) その他の施策

1) 失業者に対する保険料軽減の創設

倒産などで職を失った失業者が安心して医療にかかれるよう、地方税法等の改正を行い、2010（平成 22）年 4 月から、市町村国保において、倒産・解雇などにより離職された方（雇用保険の特定受給資格者）や雇い止めなどにより離職された方（雇用保険の特定理由離職者）については、失業時からその翌年度末までの間、前年の給与所得を 30/100 とみなして算定することにより、国民健康保険料（税）を軽減する制度がスタートしたところである。

2) 医療費適正化の取組みの推進

2007（平成 19）年度の国民医療費は、34.1 兆円（1 人当たり 26.7 万円）となっているが、医療技術の進歩、高齢化等により、今後も医療費が伸び続けていくことが見込まれる中、国民皆保険を堅持していくため、医療費の伸びの構造的要因に着目し、必要な医療を確保した上で、効率化できる部分は効率化を図ることが重要であり、生活習慣病の予防や、患者の心身の状態に応じた適切な医療サービス等の効率的な医療の提供を推進していく必要がある。

このため、国と都道府県においては、生活習慣病対策と平均在院日数の短縮に関する具体的な数値目標を掲げた医療費適正化計画（2008（平成 20）年度～2012（平成 24）年度）を定めて

おり、中間年度である2010年度には国と都道府県それぞれにおいて、計画の進捗状況に関する評価を行い、必要な見直しを実施することとしている。なお、計画における療養病床数に係る目標は当面凍結し、機械的な病床削減は行わないこととしており、今後、施設ごとの転換移行や患者の状態像等について実態把握を進め、それを踏まえて計画の見直しを検討していくこととしている。

3) レセプト電子化について

医療保険事務全体の効率化、医療サービスの質の向上等を図るため、医療機関等が審査支払機関に提出するレセプトについて、従前は、2011（平成23）年度当初から原則としてすべてのレセプトがオンラインにより請求されるようにしていく方針としていた。2009（平成21）年11月の省令改正では、

- ① 医療保険事務の効率化や医療の質の向上といった目的は、オンラインに限らなくともレセプトの電子化が進めば達成可能であることから、医療機関等の選択により電子媒体による請求も認めること
 - ② 地域医療の崩壊を招くことがないよう、手書き・高齢などの理由により電子化が困難である医療機関等については、例外的に紙レセプトによる請求を認めること
- 等の例外措置を定めたところである。

なお、2010年6月末現在、電子レセプトの割合は、81.2%（内、オンラインは61.4%）となっており、前年6月末の61.9%（内、オンラインは46.6%）から大きく伸びている。

コラム

アメリカの医療保険制度改革

2010（平成22）年3月30日、アメリカでの医療保険加入率を94%に引き上げることを内容とした医療保険改革法案の立法プロセスが、オバマ大統領による署名を経て完了した。2009（平成21）年1月20日の就任以来皆保険制度の構築を内政の重要事項として積極的にアピールした成果が実った形になる。

一方において、ホワイトハウスは、当初の目標であった新たな公的医療保険プランの創設を断念し、上院の可決した民間保険の活用を軸にした案を後押ししたことに加え、議会通過に向けた様々な調整や交渉が重ねられたこと、また反対意見を持つアメリカ国民の抗議活動の様子等が繰り返し報道されていることなどにより、公的医療制度の拡充による皆保険の構築への根強いアレルギー感も我が国でも知られるようになっていく。

(1) 改革の背景

アメリカ統計局の最新のデータによると、2008（平成20）年現在でアメリカで医療保険を有さない者は国民の15.4%の4,634万人に

上ると推計されている。国民の約6.5人に1人は医療保険を有していない勤定となる。

他方、医療保険に加入している者を見ると、主に高齢者を対象としたメディケア（14.3%が加入）、主に貧困者を対象としたメディケイド（14.1%）、軍関係者を対象としたもの（3.8%）の3種類の公的な保険か、民間の保険として雇用主が提供するプラン（58.5%）か直接購入するプラン（8.9%）のいずれかに加入している。また、我が国では加入している制度は健保、国保等異なっても公的な保険の対象となる範囲は統一の診療報酬となっているが、アメリカの制度では、加入プランごとに対象となる給付の範囲が異なっている。さらに、累次の規制強化により、保険を移った場合に既往症等により保険料が高くなるといった不利益については是正されているが、個人事業主や小規模企業が医療保険に加入することへの不利等の問題や、管理コストの高さ等の問題は依然として存在している。医療費が対GDP比で16.0%と高い水準となっている中、このような状況となっていることが、大統領のイニシアティブで

医療保険制度改革が進められた背景となった。

(2) これまでの経緯

アメリカでは、1935（昭和10）年に社会保障法（Social Security Act）が成立している。社会保障法の制定を主張する論者の中では医療保険も法に含める意見もあったが、アメリカ医師会等の強い反対があった。折しも1930年代のアメリカの厳しい経済状況を反映し、失業保険や公的年金制度の創設が急がれたため、コンセンサス形成が困難であった医療保険制度は1935年制定の法には含まれなかった。その後も皆保険を目指した動きは起こり、1965（昭和40）年にはメディケア・メディケイド（前出）が成立するなどの改善はなされてきたが、雇用関係における付加給付（fringe benefit）としての医療保険の有用性を背景とした民間保険の成長等もあり、皆保険への国民の支持が必ずしも大きかったとは言い難い。

(3) 残された問題

我が国のみならず多くの医学者がアメリカに留学すること等からもわかるように、アメリカの医学水準は世界でもトップクラスである。政府による医学研究への大規模な投資もあり、革新的な医薬品や医療機器もアメリカで多くが開発され、その恩恵は世界各国に及んでいる。一方で、OECDの最新のデータによると、1人当たり医療費は年7,290ドルと、OECD諸国平均の約2.5倍、日本の約2.8倍と高い費用となっており、今回の法案成立で是正される見込みであるが、医療保険の有無や、仮に加入者であっても入っている保険ごとに享受できる水準も異なるという問題もある。医療保険に加入し

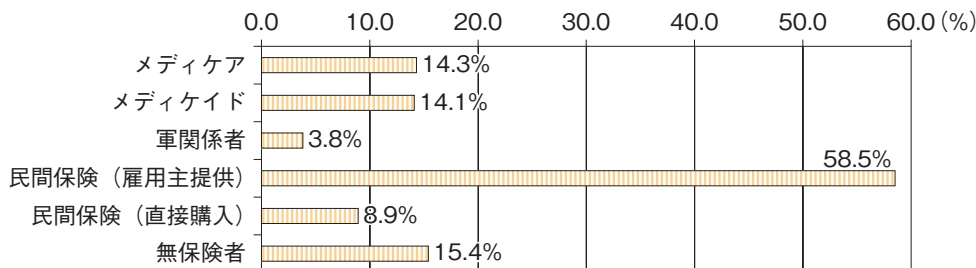
ていない、あるいは加入している医療保険の給付対象外の患者に対しては、必要な医療が提供されない、あるいは提供した場合のコストは医療機関等誰かに負担がしわ寄せされていることになる。こうした状況であっても皆保険制度の導入に反対する声が根強く存在し、法案が成立した現在でもなお国民の間の合意形成に至っているとは言い難い状況にある。医療に関する国家の統制が強まることへの警戒感が根強いと伝えられているところであり、自立・自助を重んじるアメリカの国柄がにじみ出ている。

(4) 国民的合意形成の重要性

医療制度はどこの国でもその財政のスタイルと供給のスタイルが歴史の中で相互に影響し、今日の姿を構成しているが、アメリカの例を見ても、医療の歴史においては各国の文化的な側面が大きな影響を与えていることがわかる。医療制度を理解するには、財政、供給それぞれの一面だけではなく、その社会的な背景も含めた包括的な理解が必要となる。

また医療保険制度には、保険を利用する患者・家族としての国民のみならず、費用負担者やサービス提供者といった多くの利害関係者が存在する。関係者間での合意の上に制度が成立して初めて、円滑な制度の実施も可能となる。アメリカでの皆保険をめぐる一連の議論は、そうした医療保険制度における国民的合意形成の重要性や、我が国において国民皆保険が成立して50年あまり制度が続けられていることは決して所与のものではなく、関係者の努力の蓄積とともに時を重ねていることに気付かされる。

アメリカ国民の医療保険への加入状況（2008年）



（注） 年間でみると1人で2つ以上の医療保険に加入している場合がありうる。

資料：US Census Bureau, Current Population Survey, 2008 and 2009 Annual Social and Economic Supplements により厚生労働省政策評価官室作成