

## 第4章

## 質の高い医療サービスの安定的な提供

## 第1節 国民皆保険制度の堅持

我が国では、1961（昭和36）年に国民皆保険を達成して以来、社会保険方式の下、すべての国民が職業等に応じて健康保険や国民健康保険といった公的医療保険制度に加入することとされており、病気等の際には、保険証1枚で一定の自己負担により必要な医療サービスを受けることができる。

また、日本の医療はフリーアクセスであり、受診する医療機関を自由に選ぶことができる。こうした制度を採用することにより、我が国は、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、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、近年、急速な高齢化の進展等に伴う医療費の増加や、経済情勢の悪化による所得の落ち込み等、公的医療保険を取り巻く状況は非常に厳しくなっているところである。

今年には国民皆保険50周年の節目の年であり、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 新たな高齢者医療制度の検討

後期高齢者医療制度に代わる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、厚生労働大臣主宰の「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、1年余りかけて14回に渡り議論が進められ、2010（平成22）年12月に最終的な取りまとめが行われた。

改革会議で取りまとめられた新たな制度案では、①加入する制度を年齢で区分せず、75歳以上の高齢者の方も現役世代と同じ国保か被用者保険に加入することとした上で、②約8割の高齢者が加入することとなる国保の財政運営について、段階的に都道府県単位化を図り、国民皆保険の基盤である国保の安定的な運営を確保することとしている。

厚生労働省としては、この最終取りまとめを踏まえ、引き続き、幅広く関係者の意見を聞きながら、制度改革の実現に向けて取り組んでいくこととしている。

## 2 平成24年度診療報酬改定に向けて

平成22年度の診療報酬改定においては、我が国医療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との認識の下、

- ・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は、前回改定（平成20年度改定）の4倍以上のプラス改定（0.38%→1.55%）

を行い、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等を図ったところである。

平成24年度の診療報酬改定は、6年に一度の介護報酬との同時改定になる。これからの高齢

社会を見据えたときに、高齢者が住み慣れた地域で自らの希望に応じて医療や介護を受けることができる体制を作ることが大変重要であるが、そのためには、予防に積極的に取り組むとともに、医療や介護サービス、生活支援のサービス、高齢者用住まいの確保を含めた多様なサービスを包括して提供する制度の構築を進める必要がある。在宅サービスを支える多職種間の連携強化や受け皿機能の充実、慢性期入院医療やリハビリテーションを含む医療・介護を通じたシームレスなケアの推進といった医療と介護の連携については、6年に一度の同時改定だからこそ総合的に検討することができるものである。

次期診療報酬改定に向けては、前回の改定（平成22年度診療報酬改定）の影響等を検証するとともに、関係者による議論を踏まえて、国民一人一人が地域で安心してサービスが受けられる体制づくりに向けて取り組んでいくこととしている。

### 3 出産育児一時金制度の見直しについて

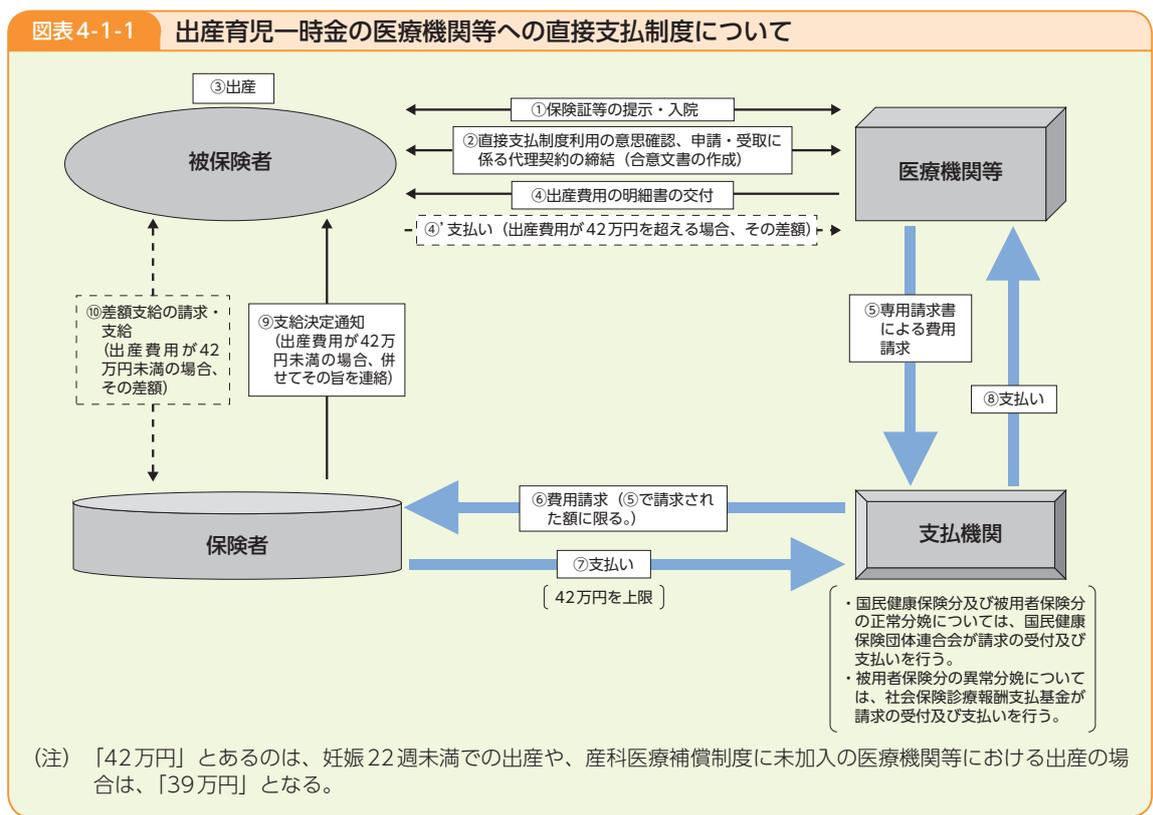
出産育児一時金及び家族出産育児一時金は、健康保険法等の医療保険各法に基づく保険給付（現金給付）として、出産に関する経済的負担を軽減するために支給されるものである。

この出産育児一時金等については、2009（平成21）年10月から2011（平成23）年3月までの措置として、支給額を4万円引上げ、原則42万円とするとともに、妊婦等があらかじめ多額の出産費用を用意しなくても済むように、出産育児一時金等を医療保険者から医療機関等に直接支給する直接支払制度が実施されてきた（図表4-1-1）。

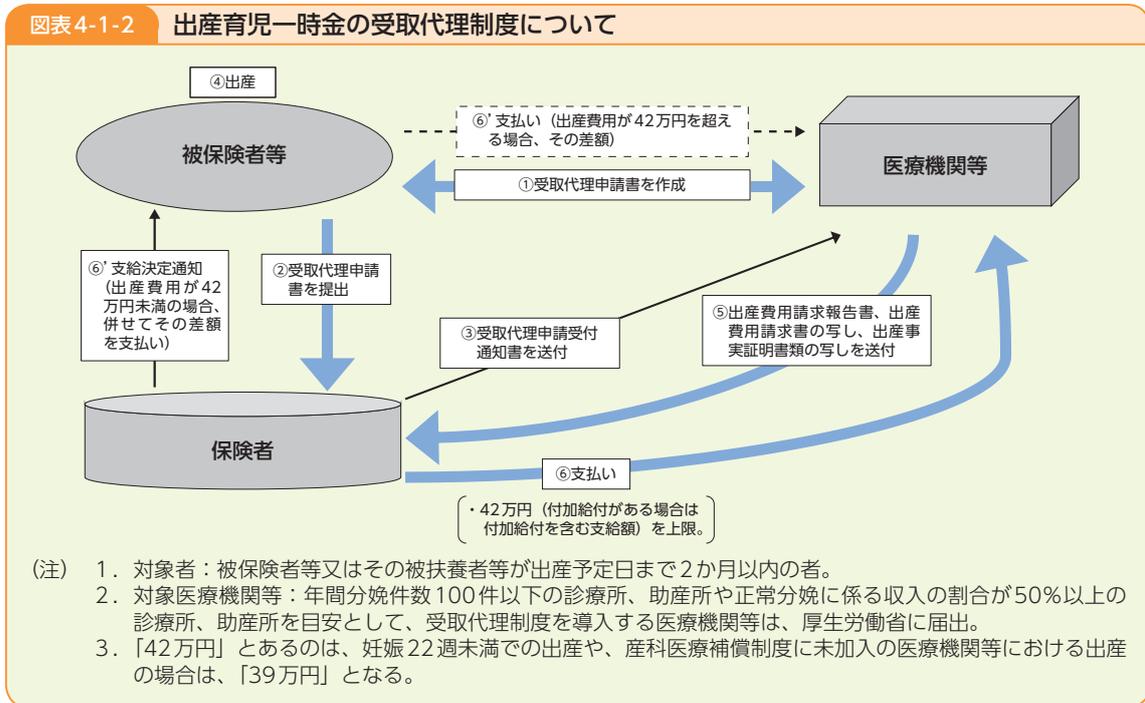
2011年4月以降の出産育児一時金制度については、社会保障審議会において、産科医療機関や医療保険者等の関係者による議論が行われたところである。

その結果、支給額については、医療保険者の厳しい財政状況などから、さらなる引上げは困難ではないかといった意見を踏まえ、引き続き、原則42万円としたところである。

また、直接支払制度については、妊婦等の負担軽減や、医療機関等における未収金の減少といった利点がある一方で、医療機関等への支払いまでに一定の期間を要することや、医療機関等



図表 4-1-2 出産育児一時金の受取代理制度について



における事務負担が大きいといった意見を踏まえ、医療機関等への支払いの早期化や、医療機関等における事務手続きの簡素化などの改善を図ったところである。

さらに、直接支払制度への対応が困難と考えられる小規模施設等については、直接支払制度よりも比較的医療機関等への支払いが早く、医療機関等における事務負担が過大とならない受取代理の仕組みを制度化したところである（図表 4-1-2）。

こうした取組みにより、関係者それぞれの負担に配慮しながら、引き続き、安心して出産できる環境の整備を進めていくこととしている。

#### 4 高額療養費制度の見直しについて

高額療養費制度は、病気や事故などにより高額な医療費がかかった場合でも、家計に対する医療費の負担が過大なものとならないよう、公的医療保険の自己負担額に一定の歯止めをかけるものである。

具体的には、患者が医療機関等の窓口で医療費の自己負担を支払った後、所得に応じて設定される月ごとの自己負担の上限額（一般的な所得の方で約8万円）を超える部分を、保険者が高額療養費として支給する。

高額療養費の支給に当たっては、一回の受診や一人の窓口負担では自己負担の上限額を超えない場合でも、複数回の受診や同じ世帯の家族の窓口負担額を1か月単位で合算できる。また、継続して高額な医療費がかかる場合の負担を軽減するため、過去12か月で3回以上高額療養費制度を利用している場合には、4回目以降からは、更に自己負担の上限額が引き下げられる（一般的な所得の方で44,400円）。

このように、高額な医療費に対しては負担に一定の歯止めをかけているが、近年、医療の進歩などに伴い、重い病気にかかった場合でも服薬等の治療を続けながら日常生活を送ることができる方が増えている反面、高額な治療薬を長期間服用し続ける必要がある患者などから、負担を更に軽減してほしいという要望が寄せられている。

このため、高額療養費制度の見直しについて、2010（平成22）年7月以降、患者や医療関係者、保険者等の代表から構成される社会保障審議会医療保険部会において検討が行われた。その

結果、2012（平成24）年度より、従来から対象になっている入院に加え、外来に関する高額療養費の支給についても、窓口で多額の自己負担を立替えて支払う必要がない仕組みを導入することとした（現物給付化）。これにより、医療機関等で患者が支払う窓口負担が、高額療養費制度による自己負担の上限額までとなり、患者の負担が軽減されることとなる。

## 5 その他の施策

### (1) 医療費適正化の取組みの推進

2008（平成20）年度の国民医療費は、約34.8兆円（1人当たり約27.3万円）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。そのような中、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目標を掲げた医療費適正化計画（2008年度～2012（平成24）年度）を定めている。中間年度である2010（平成22）年度に、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（中間評価）を行った。

全国医療費適正化計画の中間評価においては、目標の進捗状況の確認とともに、特定健診等の実施率向上のための取組み内容や医療機関の機能分化・連携の推進等に関する取組み内容についての把握を行った。

医療費適正化計画の作成、実施及び評価に活用することを目的として、電子データにより請求されたレセプトの情報及び特定健診等の情報を国において収集している。

医療費適正化計画の作成等への活用の他に、医療サービスの質の向上や学術研究の発展に資する研究を行うことを目的として、これらの情報の国以外の第三者への提供を2011（平成23）年度より試行的に行うこととしている。

### (2) 審査支払機関の在り方に関する検討

医療費が増大する中で、レセプトの電子化の進展とあいまって、診療報酬の適正な審査の確保や、審査の質の向上、審査支払事務の効率化が求められている。

このため、2010（平成22）年4月より、有識者による「審査支払機関の在り方に関する検討会」が開催され、審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会）の組織の在り方や審査の質の向上等について議論を行い、同年12月に、議論の中間的整理として、審査の質の向上や審査支払事務の効率化のための取組みの具体的内容を取りまとめたところであり、引き続き、効率化に取り組むこととしている。

## 第2節 質の高い医療サービスの確保

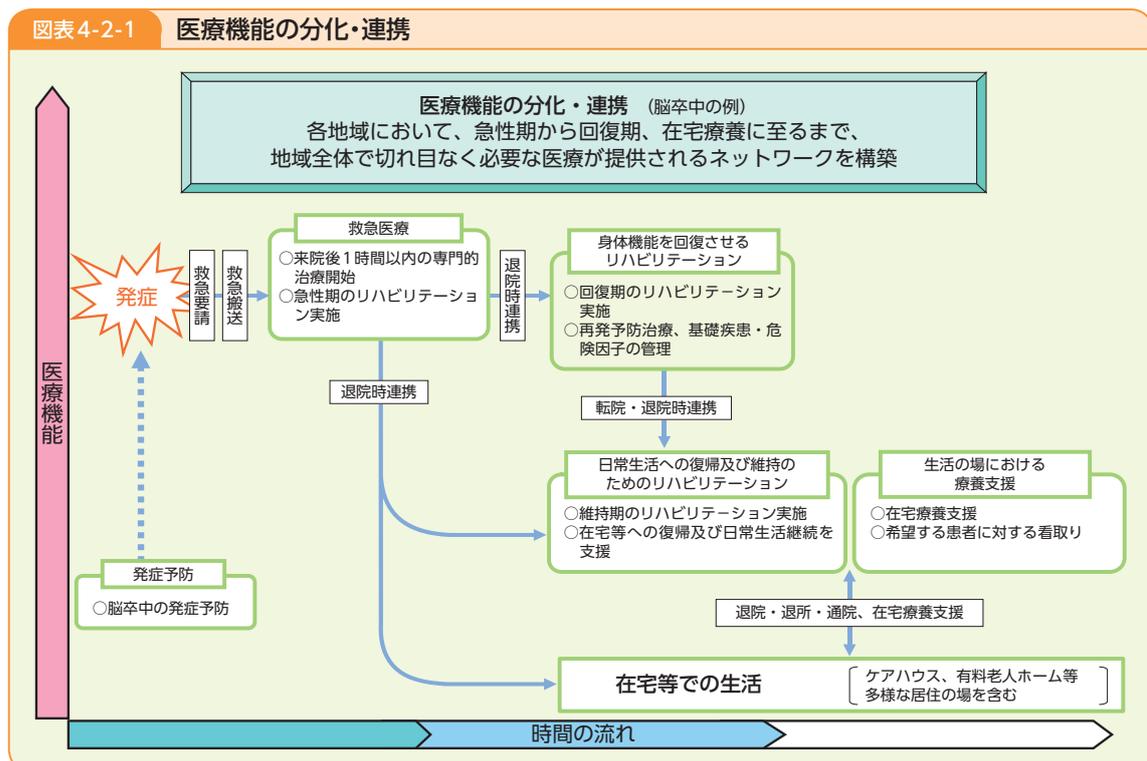
### 1 質が高く効率的な医療提供体制の構築

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る。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。このため、2010（平成22）年10月より社会保障審議会医療部会において、医療提供体制の在り方について議論をいただいております。今後、社会保障と税の一体改革の議論を踏まえつつ、取りまとめが行われることとされている。

#### (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、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4-2-1）。

また、2013（平成25）年度からの次期医療計画の開始に向け、2010（平成22）年12月より「医療計画の見直し等に関する検討会」を開催しており、その検討結果を踏まえて、新たな医療計画の作成指針を都道府県に提示する予定である。



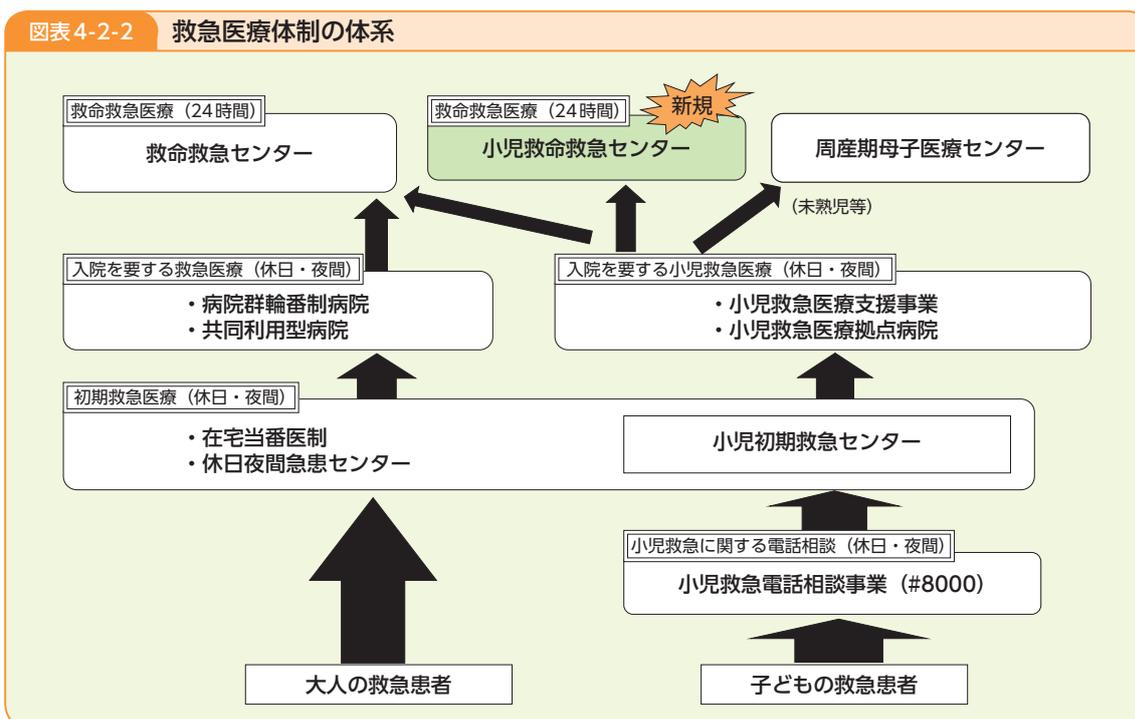
## (2) 地域医療体制の整備

### 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4-2-2**）。

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23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受入困難患者の受入れを確実にを行う役割を担う医療機関に対する支援、③夜間・休日の救急医療を担う医師の手当に対する支援、④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専任者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・受入れがより円滑に行われるよう、消防法の規定に基づき、都道府県において、消防機関や医療機関等と連携し、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準を策定しているところである。（2011（平成23）年6月20日現在43都道府県で策定済み。）さらに、ドクターヘリを用いた救急医療提供体制を全国的に整備するため、補助事業を行っており、2011年6月末現在、23道府県27か所で同事業のドクターヘリが運用されている。



## コラム ドクターヘリの運航(日本医科大学千葉北総病院)

ドクターヘリとは、救急医療に必要な医療機器及び医薬品を装備し、現場から救命救急センターに搬送するまでの間、患者に救命医療を行うことのできるヘリコプターであり、救命率の向上や後遺症の軽減に大きな効果を上げてきた。このような役割の重要性から平成19年には、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の全国的な確保を図るため、「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（平成19年法律第103号）」が公布施行され、近年、各道府県でドクターヘリの導入が進んでいる。

千葉県では、「命の地域格差」「防ぎ得た死亡」をなくしたいという日本医科大学千葉北総病院（千葉県印西市 以下「千葉北総病院」という。）の思い、また、600万人の県民が広大な県土に住居し、平成11年には交通事故死亡者数がワースト2位になるなどの状況のなか、救急医療体制の更なる整備により交通事故死亡者を減らしたいという千葉県知事の思いから、ドクターヘリの導入が決まり、平成13年度より運航を行っている。当該ドクターヘリは、平成21年度には748回（日本航空医療学会調べ）出勤し、ドクターヘリ運航病院中最多の出勤実績がある。その多くは生命の危機が切迫しているような重症患者であり、早期の治療と迅速な搬送により命を救う効果を上げている。

典型的な一例を挙げれば、クレーン作業中に約1トンの鉄杭が落下し、胸腹部が鉄杭の下敷きとなり四つしかない心臓の部屋（二心房、二心室）のうち二カ所（右心室、左心房）が破れ、肝臓も大きく破裂した予測生存率（助かる可能性）わずか9%の患者が107日後には、何の後遺症もなく退院となり自宅に帰った。このような患者はドクターヘリで搬送されていなければ、死亡の可能性が高かった事例である。

このような実績は、千葉北総病院の体制と千葉県全体の取組みの結果である。千葉北総



病院の体制としては、救命救急センターに属する救急医療に精通した経験豊富な専任のヘリ搭乗医師・看護師が、ドクターヘリで現場に出向いて治療に当たり、その間病院側ではヘリ搭乗医師等と連絡・連携を密にしながら、救命救急センターのスタッフに加え、病院全体が一丸となって患者の受入れや手術に対応できる態勢を確保する体制が取られている。千葉県全体としては、救急現場でドクターヘリ搭乗スタッフと救急隊、消防隊、警察官等関係者との緊密な連携を図ることや、救急患者の受入れに関して他の救命救急センターや地域の医療機関との連携も必要なため、これらの関係機関からなる千葉県ドクターヘリ運営協議会を設置し、関係機関と密接に連携することなど、ドクターヘリの運航が円滑に行われるように取り組んでいる。

千葉北総病院にはこのような実績、経験があり、ヘリ搭乗医師・看護師の教育・訓練のノウハウも蓄積されていることから、新たにドクターヘリを導入しようとする運航病院の医師・看護師の研修も行っており、こうしたことも一因となって、ドクターヘリの運航病院は着実に増えているが、平成20年度からはドクターヘリ運航費用のうち、財政規模により都道府県負担の5～8割までが特別交付税で賄われることになり、今後一層の普及が見込まれる。厚生労働省としても引き続き、ドクターヘリを用いた患者搬送等を支援していくこととしている。

## 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。また、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とから、平成23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の不安解消等のための小児救命電話相談事業（#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。

## 3) 周産期医療

リスクの高い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こと等により、妊産婦死亡率や新生児死亡率の改善が図られてきた一方で、現在でも新生児集中治療室（NICU<sup>\*1</sup>）の不足<sup>\*2</sup>等の課題を抱えている。このため、平成23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（MFICU<sup>\*3</sup>）、NICU等に対する支援、②産科医等の分娩手当、NICUの新生児医の手当に対する支援、③NICU等の長期入院児の在宅移行への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在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。

## 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（2011年1月現在609か所）や、災害派遣医療チーム（DMAT<sup>\*4</sup>）の養成等を進めている。（2011年3月末までに846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22年度予備費を活用し、平成21年度第一次補正予算により都道府県に設置した病院耐震化の基金を増額し、災害拠点病院等の耐震整備を支援している。

## 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、都道府県においてへき地保健医療計画を策定し、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。第11次へき地保健医療計

\*1 NICU：[Neonatal Intensive Care Unit] の略。

\*2 [子ども・子育てビジョン]（2010（平成22）年1月29日閣議決定）において、2014（平成26）年度までに出生1万人当たり25～30床を目標に更なる整備を進めることとされている。

\*3 MFICU：[Maternal Fetal Intensive Care Unit] の略

\*4 DMAT：[Disaster Medical Assistance Team] の略。災害拠点病院等において、医師・看護師等によりチームを構成し、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。

画（2011年度～2015（平成27）年度）においては、へき地勤務医に対するキャリア形成支援を充実させるなど持続可能性のあるへき地保健医療体制の構築に取り組むこととしている。



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) 社会医療法人制度

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。経営の安定化を図るため、収益業務の実施や社会医療法人債の発行ができるほか、医療保健業に係る法人税の非課税措置が講じられている。2011年4月1日現在で136の社会医療法人が認定されている。

### (3) 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た。（予算総額2,350億円）

平成22年度第一次補正予算においては、地域医療再生基金を拡充し、2013年度までを計画期間として新たに策定する地域医療再生計画に基づいて、高度・専門医療機関、救命救急センターの整備・拡充や、これらの医療機関と連携する医療機関の機能強化など、都道府県全域（三次医療圏）を対象とした都道府県による地域医療再生の取組みを支援することとしている。（予算総額2,100億円）

### (4) 医療安全の確保

#### 1) 医療の安全の確保

##### ①医療安全支援センターにおける医療安全の確保

2003（平成15）年より、患者・家族等の苦情・相談などへの迅速な対応や、医療機関への情報提供を行う体制を構築するため、都道府県、保健所設置市等における医療安全支援センター（以下「センター」という。）の設置を推進しており、現在では、センターはすべての都道府県に設置されている。センターにおける業務の質の向上のため、センターの職員を対象とする研修や、相談事例を収集、分析するなどの取組みを支援している<sup>\*5</sup>。

##### ②医療機関における安全確保の体制整備

一方で、医療事故を未然に防ぎ、安全に医療が提供される体制を確保するため、病院などに対して、医療に関する安全管理のための指針の整備や職員研修の実施などが義務づけられている。また、院内感染対策のための体制の確保や医薬品・医療機器の安全管理、安全使用のため体制の確保についても実施すべきものとし、個々の病院などにおける医療の安全を確保するための取組みを推進している。

\*5 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/>

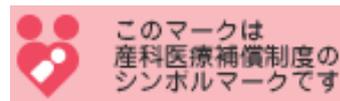
### ③医療事故情報収集等事業\*6

医療事故の原因を分析し、再発を防止するため、2004（平成16）年10月から、財団法人日本医療機能評価機構を登録分析機関として、医療事故などに関する情報を収集、分析する事業（以下「医療事故情報収集等事業」という。）を実施している。

医療事故情報収集等事業は、医療機関からの報告を基に、定量的、定性的な分析を行い、その結果を3か月ごとに報告書として公表している。2010（平成22）年からは、医療事故の予防や再発防止に役立つ情報を増やすため、Web上に報告事例のデータベースを構築し、運用を開始している。

## 2) 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、2009(平成21)年1月から、産科医療補償制度\*7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により脳性麻痺となった児及びその保護者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。



## 3) 死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討

異状死や診療行為に関連した死亡の原因究明を行う際に、死亡時画像診断（Ai；Autopsy imaging）を活用する方法等について、2010（平成22）年6月より「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会」において検討し、2011（平成23）年7月に、死亡時画像診断の有用性及実施体制の整備を内容とする報告書が取りまとめられた。

## (5) 医療に関する情報提供の推進

医療に関する十分な情報をもとに、患者・国民が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\*8）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を行った。

## (6) 医療の質の向上に向けた取組み

根拠に基づく医療（EBM）の浸透や、患者・国民による医療の質への関心の高まりなどの現状を踏まえ、厚生労働省では、2010（平成22）年度から「医療の質の評価・公表等推進事業」を開始した。本事業では、患者満足度や、診療内容、診療後の患者の健康状態に関する指標等を用いて医療の質を評価・公表し、公表等に当たっての問題点を分析する取組みを助成している。

## (7) 医療分野における国際化への対応

2010（平成22）年6月18日に閣議決定された「新成長戦略」において、国際医療交流（外国人患者の受入れ）の推進が示された。アジア等で急増する医療ニーズに対し、最先端の機器による診断やがん・心疾患等の治療、滞在型の慢性疾患管理など日本の医療の強みを提供しなが

\*6 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/>

\*7 産科医療補償制度の詳細を紹介したホームページ  
<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/index.html>

\*8 各都道府県の医療機能情報提供制度へのリンク集  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/teikyouseido/index.html>

ら、国際交流と国内医療技術のさらなる高度化につなげる。

2011（平成23）年度には、外国人患者を受け入れる医療機関の質の確保を図ることを目的に、外国人患者の受入に資する医療機関の認証制度の整備に向けた取組みを行う。厚生労働省としては、国民に対する医療の確保が阻害されることのないよう十分留意しながら、医療の国際化を進めることとしている。

また、発展途上国の医療水準の向上や我が国の医療技術のさらなる発展を促進するため、日本と外国の医療従事者間の国際交流を進展させることも重要である。こうした観点から、2011年4月に、外国医師等が日本で医療研修を受けるための臨床修練制度について、その活用を促進する観点から、手続きを簡素化したところである。

今後は、日本の医師に対する医療技術の教授や国際水準の共同臨床研究を円滑に実施できるよう、制度の見直しに向けて検討を進めることとしている。

## 2 医療人材の確保及び質の向上の推進

### (1) 医療を担う人材の確保の推進

#### 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、2008（平成20）年度より医学部入学定員を増員し、2009（平成21）年度に過去最大の8,486名とした。さらに、2010（平成22）年度には、地域の医師確保等の観点から、卒業後に当該地域で従事することを条件として奨学金を支給する仕組み（地域枠）等を活用し、緊急臨時的に360名の増員（入学定員は8,846名）を行うとともに、2011（平成23）年度についても、同様の仕組みを活用して77名の増員（入学定員は8,923名）を行った。

#### 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、2010年度に、厚生労働省では初めての試みとして、都道府県を通じて必要医師数実態調査を実施した。この調査は、全国統一的な方法により各医療機関が必要と考えている医師数の調査を行うことで、地域別・診療科別の必要医師数の実態等を把握するものであり、追加的に必要な医師数の合計は現員医師数の10%強であること等が明らかとなった。

この調査の結果を踏まえ、平成23年度予算において、病院勤務医の負担軽減等の対策を引き続き行っていくほか、

- ①医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、地域枠の医師等を活用して、医師不足病院の医師の確保の支援等を行う、「地域医療支援センター<sup>\*9</sup>」の設置
- ②医師不足地域の臨床研修指導医や研修医を確保するため、大学病院や都市部の中核病院と医師不足地域の中小病院・診療所が連携した臨床研修の実施
- ③看護師、薬剤師等医療関係職種の高齢者の活用や役割の拡大によるチーム医療を推進するため、その安全性や効果の実証

に対する財政支援を通して、各都道府県の医師確保対策の取組みを支援することとしている。

\*9 2011年度は、先行的に、県内医師の地域偏在が大きい、へき地、無医地区が多い等の15の都道府県で実施予定。

### 3) 看護職員の確保

我が国の看護を取り巻く状況は、少子化による養成数の減少、今後の医療ニーズの増大・高度化や患者本位の質の高い医療サービスを実現する必要があるなど看護職員を質・量ともに確保することが求められている。

2010（平成22）年度においては、看護師等養成所の運営費補助、病院内保育所及び新人看護職員研修の支援、ナースセンターにおける求人求職情報の提供や就職あっせん等に対して国庫補助を行うなど、看護職員の資質の向上、養成の促進、定着の促進、再就業の支援等総合的な対策を推進してきており、就業者数は毎年着実に増加している。

厚生労働省では、2010年12月に第七次看護職員需給見通しに関する検討会において策定した、2011年から2015（平成27）年までの新たな需給見通しの中で、2015年末には需要見通しを約150万1,000人、供給見通しを約148万6,000人と達するものと見込んでおり、今後とも、需給見通しに沿った着実な看護職員の確保に取り組んでいくこととしている。

また、「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム」において看護師等の勤務環境の改善に向け検討を行い、2011年6月に、魅力ある職業として、職場づくり、人づくり、ネットワークづくりの推進を提言する報告書を取りまとめ、2011年度から厚生部局と労働部局が連携して取り組むこととしている。

### 4) 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、女性医師等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23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や、出産や育児等により離職している女性医師等の復職支援のため、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等の勤務環境の改善対策と併せて実施することで、女性医師等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。

## (2) 医療を担う人材の質の向上

### 1) 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、2010（平成22年）3月に「チーム医療の推進に関する検討会」において取りまとめられた報告書を受け、2010年5月12日より、様々な立場の有識者から構成される「チーム医療推進会議」を開催し、幅広い医療行為を実施できる「特定看護師（仮称）」制度の導入等、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を実施しているところである。

また、平成23年度予算においては、「元気な日本復活特別枠」を活用し、看護師、薬剤師等医療関係職種の利用の推進や役割の拡大によりチーム医療を推進し、各種の業務の効率化・負担軽減を図るとともに、医療サービスの質の向上を実現するため、チーム医療の安全性や効果の実証を行うこととしている（チーム医療実証事業）。

厚生労働省としては、チーム医療実証事業の結果等も踏まえ、より良い医療サービスの提供を実現すべく、引き続きチーム医療の推進に取り組んでいくこととしている。

## 2) 臨床研修制度の見直し

医師については、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ため、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ている（医師臨床研修制度）。

2009（平成21）年4月には、臨床研修の質の向上を図るとともに、医師不足への対応を行うため、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、都道府県別の募集定員の上限の設定等の見直しを行ったところである。今後も、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している。

歯科医師についても、歯科医師個々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、確実に身につけるため、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ている（歯科医師臨床研修制度）。

2010年6月には、歯科医師の一層の資質向上を図り、近年の歯科医療のニーズに対応するため、新たな臨床研修施設の類型を追加する等の見直しを行ったところである。

また、今後は、医師の質の一層の向上及び偏在是正を図るという観点から、専門医制度の在り方について検討を行う場を設ける予定である。

## 3) 看護職員の資質向上等

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、患者の多様な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、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、保健師、助産師及び看護師国家試験の受験資格の改正と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、2011（平成23）年1月に保健師及び助産師の基礎教育のカリキュラム改正が行われ、2009年12月には「新人看護職員研修ガイドライン」を作成し、2011年2月には、「新人看護職員研修ガイドライン」に助産技術の到達目標等を加えるとともに、新人保健師に対応した「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」を提示した。また、2010年度より、新人看護職員の研修事業を実施する病院等への財政的支援等を行っているところである。こうした対策に着実に取り組むことにより、看護職員の資質の向上を目指しているところである。

## 3 在宅医療・医療の情報化の推進

### (1) 在宅医療の推進

高齢者の増加、価値観の多様化等に伴い、希望する人が、できる限り住み慣れた家庭や地域で療養することができるような環境を整備することが求められており、在宅医療・訪問看護に期待される役割は年々大きくなっている。

このため、平成23年度予算においては、在宅医療提供体制の整備、拡充を図るため、

- ①医療と介護を包括的に提供できる体制を構築するための拠点を設け、多職種連携を促進するためのモデル事業の実施
- ②訪問看護事業所の看護の質の向上や人材育成のため、訪問看護推進協議会の設置、訪問看護師の研修、講演会等の普及啓発活動等への支援を実施している。

## コラム 情報共有化で在宅医療従事者の負担軽減

「寝たきりになっても、自宅で暮らしたい。」「自分の人生の最期を住み慣れた自宅で迎えたい。」そのような要望に応えるため、自宅で療養を行い、医師などが訪ねて診療するのが在宅医療だ。急速に進む高齢化を受け、在宅医療の必要性はますます高まっている。そのような中、在宅医療の基盤整備に連携クリティカルパス（下記参照）やICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）を活用した取組みが富山県で成果を上げている。同県下新川郡の医師らが立ち上げた取組みを紹介する。

取組みの中心を担っているのは、同県下新川郡入善町にある中川医院院長の中川彦人氏である。中川氏は、2005（平成17）年4月に新川地域医療連携懇話会（現・新川地域在宅医療療養連携協議会）を立ち上げ、1年間あまりの準備期間を経て取組みをスタートさせた。がん患者や胃ろう<sup>1</sup>患者が増加し、在宅医療を希望する患者が増えてきたことなどが取組みを始めたきっかけだという。「がん患者であろうと、胃ろう患者であろうと、訪問診療は地域医療を担う開業医としては、取り組まねばならない仕事。」と中川氏はいう。例えば、がん患者では、急激な痛みが生じた場合など、急遽対応が必要な場合がある。主治医単独の体制では常に対応が求められるため、医師の疲弊を招きかねない。中川氏らは、主治医1人に副主治医2人の3人体制で医師のグループを作り、主治医が診療できない時は副主治医がバックアップする体制を構築した。「主治医の先生が不在でも診てもらえるので安心。」という患者の声も寄せられている。

在宅医療においては、医師同士だけでなく多職種との連携が必要になる。中川氏らは、複数の医療スタッフが診療を行う際の連携を円滑に進めるため、特にがん診療において、連携クリティカルパスを活用している。連携クリティカルパスは以下の3つから構成されている。①在宅療養実施計画書（以下「計画書」という。）②在宅終末期医療・栄養管理・ケア基本情報（以下「基本情報」という。）③在宅診療報告書（以下「報告書」と

いう。）である。在宅医療に至るまでの流れとしては、がんや脳卒中などの病気になった当初は病院で治療を行い、在宅での療養が可能になった段階で移行するのが一般的である。この場合、重要になるのは、病院から在宅医療に移行する際の病院の医療スタッフと在宅医療スタッフとの連携である。具体的には、病院主治医が受入れ先となる在宅主治医を探し、受入れ先が見つければ、基本情報の作成を行う。その後、病院の地域連携担当の職員が、訪問看護ステーションなど関係機関と調整の上、患者、家族、病院および在宅の医療スタッフが参加する退院時カンファレンスを開催し、意見交換、方針決定を行う。その合意と基本情報に基づいて、病院主治医が計画書を作成する。この計画書は、関係者全員の確認と了承を得ることになっている。



診療所内で在宅診療報告書を参照し、患者情報を閲覧している中川氏

このように、明確な仕組みのもとで関係者の情報共有と意志決定が行われ、在宅医療の方針が決められている。完成した計画書と基本情報は、副主治医2人をはじめ、訪問看護師やケアマネージャー等にも共有される。その内容は、患者の身体の状態、入院経過、問題点を整理したもの、痛み止めの使用方針、患者への病状説明の要点、看護や介護における注意すべきポイントなど多岐にわたっている。

在宅医療が行われる際も、ICTを有効活用し、情報共有が関係者の間でなされる仕組みが存在する。それが、報告書のICT化である。在宅医療を行った際に、市販の情報共有ソフトウェアを利用し、各自のパソコンなど

<sup>1</sup> □から栄養を摂ることが困難な時に、おなかの皮膚から直接胃に短いチューブを通し、そこから水分や栄養を注入すること。

の情報端末を利用して患者の状態や行った診療の内容などを記録していく。記録された情報は、すぐに他の関係者から閲覧が可能になる。在宅医療では、在宅主治医、訪問看護師などがそれぞれの頻度で訪問を行うことが多いため、一堂に会して情報を共有する機会は少ない。そのため、ICTを利用した情報共有の仕組みによって、飛躍的に共有が進んだという。画像情報も共有が容易で、例えば、皮膚の写真を皮膚科専門医に共有することで助言を得ることもできるようになったのである。

このような仕組みを行政もサポートしている。富山県新川厚生センター（保健所・本所：富山県黒部市）では、各種研修会の開催等を通じ、在宅医療に関わる多職種間の“顔

の見える関係づくり”の推進や連携におけるファシリテーター（議論の調整役）としての役割を担っている。また、富山県では、下新川郡医師会が設置した「新川地域在宅医療支援センター」の運営助成を行っており、同センターは、専門の事務員を配置し、データベースの構築や外部向け講演の調整などを補助したり、関係者の情報共有の場を設定したりと、医療スタッフの負担軽減や連携促進のための取組みを行っている。

このような取組みは、患者にとっても自宅で療養しつつ必要な医療を十分に受けることができるというメリットがあり、医療従事者にとっても連携が強化され個々のスタッフが疲弊しにくい医療提供体制を構築できるというメリットがあるといえる。

## (2) 医療の情報化の推進

医療の質の向上、医療安全の確保、医療機関間の連携等を図るため、電子カルテシステムの普及を推進しており、2005（平成17）年度からはWEB型電子カルテシステムの導入について新たに補助を行う等、電子カルテシステム導入促進に向けた支援を実施している。

医療情報システムの相互運用性向上、データの可用性確保、低価格化といった目的のためには、標準化の推進が重要である。このため、2010（平成22）年3月に通知「保健医療情報分野の標準規格として認めるべき規格について」を発出し、いわゆる厚生労働省標準規格を定めた。

また、医療情報の電子的な取り扱い（作成・保存・送受信等）に際して、医療機関や薬局・助産所等が電子的医療情報を安全・適切に取り扱うための指針として、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を2005年3月に公表した。その後も制度改正や技術的進歩に対応して適宜改版を重ね、2010年3月には第4.1版を公表している。

医療の地域格差を是正し、医療の質及び患者の利便性を向上させる上で、遠隔医療の推進は重要な意義を有している。このため、2001（平成13）年度から情報通信機器の整備など設備整備にかかる補助事業を実施している。さらに、2011（平成23）年3月に通知「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」を改正し、遠隔診療が認められ得るべき条件の明確化を行った。

## 4 政策医療の推進

歴史的・社会的な経緯等により民間等での対応が困難な医療や、高度先駆的な医療については、国が医療政策として担うべきものであり、国立病院機構及び国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）を中心としてその着実な実施に取り組んでいる。

国立病院機構では、結核、重症心身障害、筋ジストロフィー、心神喪失者等医療観察法に基づく医療など他の設置主体では必ずしも実施されないおそれのある医療や、国の政策上、特に体制確保が求められる4疾病5事業に対する医療、大規模災害や感染症発生時における危機管理対応などについて、病院ネットワークを活用し、診療・臨床研究・教育研修が一体となった事業を展開している。

また、ナショナルセンターでは、国民の健康に重大な影響のある、がんその他の悪性新生物、

循環器病、精神・神経疾患、感染症等国际的な調査研究が必要な疾患、成育に係る疾患、加齢に伴う疾患に係る医療に関し、調査、研究及び技術の開発並びにこれらの業務に密接に関連する医療の提供、技術者の研修等を行っている。

これにより国の医療政策として高度かつ専門的な医療の向上を図り、もって公衆衛生の向上及び増進に寄与することが期待されている。

さらに、現在、国立の医療機関として国立ハンセン病療養所が全国に13施設あり、その入所者が良好かつ平穏な療養生活を営むことができるよう努めている。

## 5 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・啓発をはじめとした環境整備を行っている。

図表4-2-3 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

医療現場の声

発注から納品までに時間がかかることがある等

国

○安定供給の指導の徹底  
・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

後発品メーカー

●納品までの時間短縮  
・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  
・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

医療現場の声

一部の後発品は、溶出性・血中濃度が先発品と異なるのではないか等

国

○後発品の品質に関する試験検査の実施・結果の公表  
・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  
・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

後発品メーカー

●品質試験の実施・結果の公表  
・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  
・業界団体において、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

医療現場の声

・MR（医薬情報担当者）の訪問がない  
・「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等

国

○添付文書の充実を指導  
・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  
・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

後発品メーカー

●医療関係者への情報提供  
・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

国

○都道府県レベルの協議会の設置  
・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  
・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～）

後発品メーカー

●「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

これまでの取組

○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～）

### 第3節 革新的な医薬品・医療機器の開発促進

医薬品・医療機器産業については、国民の医療保険水準の向上に資するとともに、「新成長戦略」（2010（平成22）年6月18日閣議決定）にもあるとおり、我が国の成長牽引産業として、国民経済の発展にも大きく貢献することが期待されている。厚生労働省としても、同戦略に基づき、研究資金の集中投入、臨床研究・治験環境の整備、承認審査の迅速化・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・医療機器の研究から上市に至る過程における支援に努めているところである。

加えて、我が国の治験・臨床研究の環境をさらに向上させるべく、2007（平成19）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・臨床研究の推進に取り組んでいるところである。2009（平成21）年度には、同計画の中間見直しを行い、これまでの開発後期における治験の実施体制の整備については一定の成果が得られたこと、今後はより早期段階における治験の推進に比重を移していくことなどの方向性が示された。この方向性を具体化するために、2011（平成23）年度より早期・探索的臨床試験を実施する拠点となる医療機関などのインフラの整備を開始し、日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出するためのイノベーションを力強く推進していくこととしている。また、治験・臨床研究のより一層の活性化を目指して、同計画に引き続く活性化のための施策についても検討を開始することとしている。

また、2011年1月には、産学官から広く人材を集め、オールジャパンで医療イノベーションを推進する体制の核となる「医療イノベーション推進室」が内閣官房に設置されたところである。

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。