

# 序 章

## 現代生活と健康

### (序章の要点)

経済の発展、人・物の移動のボーダレス化、技術革新等は、豊かな生活を国民にもたらし、国民の健康の水準は向上。

一方で、食品安全問題、新興・再興感染症、心の病、生活習慣病、医療事故といった国民の健康を脅かす様々な健康リスクが発生。

健康リスクを行政、企業、保健・医療従事者、国民の協働の下で低減していく方策を探ることが本白書の主題。

### < 国際比較に見る日本人の健康 >

我が国の国民の健康の水準は、第二次世界大戦以降の国民の生活水準の向上、医療技術の進歩、公衆衛生等の社会保障の充実が大きく寄与し、世界でも最高レベルに達しており、世界保健機関 (World Health Organization : WHO) が2003 (平成15) 年に発表した加盟192か国の健康指標の資料によれば我が国の平均寿命<sup>(注)</sup>は81.9年で世界最長である。

図表序-1 世界の平均寿命

1	日本	81.9 (年)
2	モナコ	81.2
3	サンマリノ	80.6
4	スイス	80.6
5	オーストラリア	80.4
6	スウェーデン	80.4
7	アンドラ	80.3
8	アイスランド	80.1
9	カナダ	79.8
10	フランス	79.7

資料 : WHO 「The World Health Report」(2003年)

### < 新たな健康課題の出現 >

一方で、物流の発展により多様化する食品の安全性の確保、移動の高速化に対応した広域な感染症対策、経済の低迷等による自殺増加等に対する心の健康対策、増加する生活習慣病への対策、高度化した医療の中の安全対策など、新たな健康課題も発生している。

加えて、国民の健康への関心は、寿命の長さだけでなく、生活の質にも配慮したいいわゆる「健康寿命」にも向けられるようになり、健康増進に関わる商品やサービスの需要は増加しており、その質と量を確保することも課題になってきている。

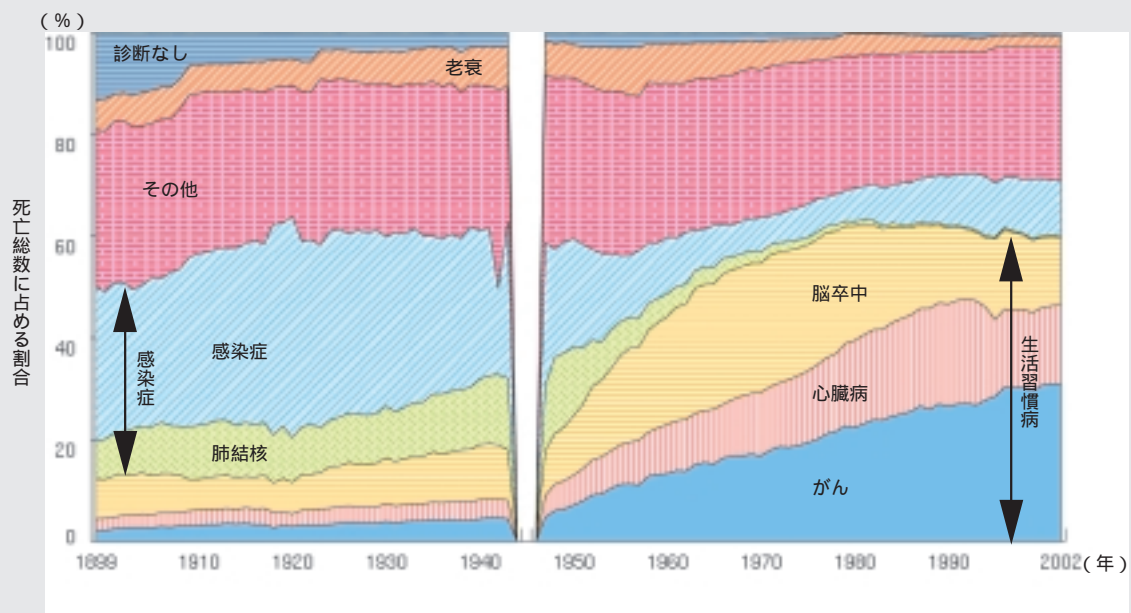
### < 現代人を取り巻く健康リスク >

本白書では、「人の健康に生ずる障害又はその発生頻度や重大性」を「健康リスク」と呼ぶこととする。

世に生を受けてから死に至るまでの期間に、個人が遭遇する健康を脅かす要因(健康リスク)は数

(注) 平成14年簡易生命表によれば、男の平均寿命は78.32年、女の平均寿命は85.23年。

図表序-8 我が国の20世紀の死亡に関する疫学的変遷



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」より作成

多い。周産期の妊娠中毒症や早産、遺伝性の疾患、乳幼児期の感染症、成人期のがん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病、うつ病や痴呆、様々な事故や中毒など、人は人生のあらゆる局面で健康リスクに直面する。

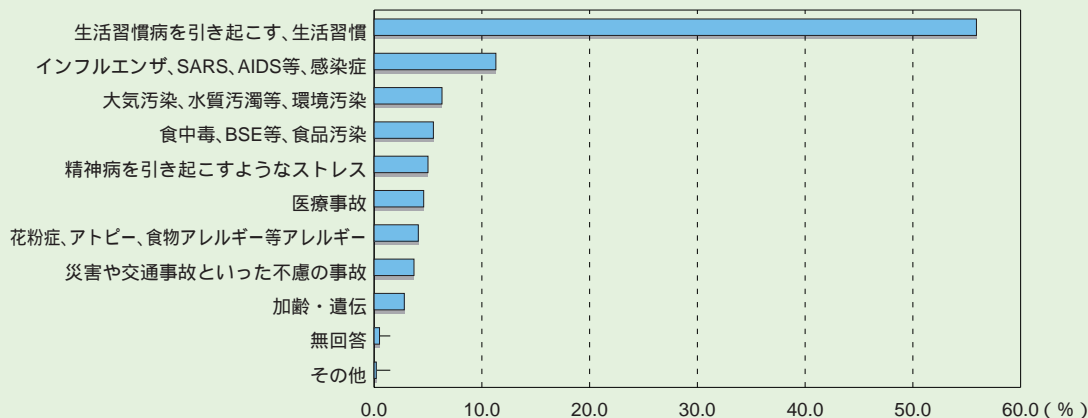
図表序-7 年代別死因上位

年齢	死亡数	第1位	%	第2位	%	第3位	%	第4位	%	第5位	%
0歳	3,497	先天奇形、変形及び染色体異常	39.7	周産期に特異的な呼吸障害等	14.5	乳幼児突然死症候群	7.2	不慮の事故	4.8	胎児及び新生児の出血性障害等	4.2
1-4	1,249	不慮の事故	23.5	先天奇形、変形及び染色体異常	16.3	悪性新生物	8.3	心疾患	5.8	肺炎	5.4
5-9	730	不慮の事故	37.9	悪性新生物	14.8	(その他の新生物) 心疾患	5.8			先天奇形、変形及び染色体異常	5.5
10-14	644	不慮の事故	27.0	悪性新生物	20.7	心疾患	6.7	先天奇形、変形及び染色体異常	6.2	自殺	5.7
15-19	2,191	不慮の事故	41.4	自殺	18.7	悪性新生物	10.9	心疾患	5.9	先天奇形、変形及び染色体異常	2.2
20-24	3,468	自殺	34.1	不慮の事故	31.9	悪性新生物	8.1	心疾患	6.5	脳血管疾患	1.8
25-29	4,419	自殺	36.1	不慮の事故	22.3	悪性新生物	12.0	心疾患	8.3	脳血管疾患	2.5
30-34	5,782	自殺	32.0	悪性新生物	17.3	不慮の事故	15.5	心疾患	9.7	脳血管疾患	4.7
35-39	6,955	自殺	25.3	悪性新生物	23.0	心疾患	11.8	不慮の事故	11.1	脳血管疾患	6.3
40-44	10,110	悪性新生物	29.7	自殺	19.9	心疾患	11.6	脳血管疾患	8.7	不慮の事故	8.4
45-49	17,014	悪性新生物	36.1	自殺	14.6	心疾患	11.7	脳血管疾患	9.3	不慮の事故	7.0
50-54	36,605	悪性新生物	41.8	心疾患	11.6	自殺	11.3	脳血管疾患	9.3	不慮の事故	5.7
55-59	43,427	悪性新生物	45.1	心疾患	11.6	脳血管疾患	9.2	自殺	8.7	不慮の事故	4.9
60-64	58,667	悪性新生物	46.8	心疾患	12.4	脳血管疾患	9.1	自殺	5.1	不慮の事故	4.3
65-69	85,289	悪性新生物	47.0	心疾患	12.8	脳血管疾患	10.2	肺炎	3.8	不慮の事故	3.6
70-74	116,977	悪性新生物	43.5	心疾患	13.5	脳血管疾患	11.3	肺炎	5.7	不慮の事故	3.4
75-79	140,943	悪性新生物	35.5	心疾患	15.1	脳血管疾患	13.4	肺炎	8.2	不慮の事故	3.4
80-84	147,737	悪性新生物	27.0	心疾患	17.2	脳血管疾患	15.7	肺炎	11.2	不慮の事故	3.2
85-89	152,140	悪性新生物	20.2	心疾患	18.7	脳血管疾患	17.1	肺炎	14.0	老衰	3.5
90歳～	143,874	心疾患	19.7	脳血管疾患	16.7	肺炎	16.5	悪性新生物	12.1	老衰	10.0
再65歳～	786,960	悪性新生物	29.1	心疾患	16.6	脳血管疾患	14.5	肺炎	10.6	不慮の事故	3.1
75歳～	584,694	悪性新生物	23.6	心疾患	17.7	脳血管疾患	15.8	肺炎	12.5	老衰	3.8
総数	982,379	悪性新生物	31.0	心疾患	15.5	脳血管疾患	13.3	肺炎	8.9	不慮の事故	3.9

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」(2002年)

健康リスクを比較検討する上では、統計学的に算出される客観的な健康リスクの大きさのみならず、国民が感じている主観的な健康リスクの大きさにも留意する必要がある。

図表序-11 健康リスクが一番高いと感じるもの

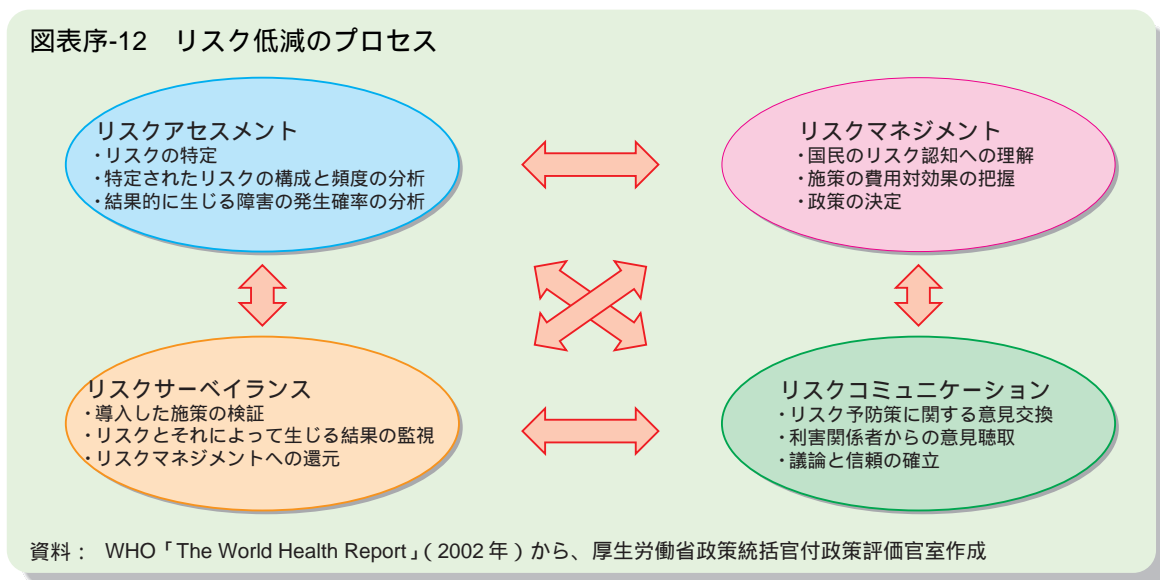


資料：(株)UFJ総合研究所「生活と健康リスクに関する意識調査」(厚生労働省委託2004年)

重大な障害を引き起こす健康リスク、未知の健康リスク、コントロールの難しい健康リスク、次世代への影響が懸念される健康リスク、情報の少ない健康リスク、過誤が社会的に容認されない健康リスク等は、より重大なものとして印象付けられる傾向がある。

### < 健康に関する安全・安心 >

国民の生活上の安全・安心の確保は政策上の最重要課題となっているが、健康の分野は其中でも国民にとって最も身近なものである。生活習慣の変化と疾病の克服により、健康を取り巻く状況が大きく変容した現代においては、生活の質を確保した安全・安心な長寿社会を築いていくことが目標となる。そのためには、行政を中心に、企業、保健・医療従事者、国民の協力の下、社会全体で安全・安心な社会を脅かす健康リスクを低減していくことが必要となる。



健康リスクを削減していくためには、こうしたプロセスの循環について、行政、企業、保健・医療従事者及び国民が理解した上で、社会全体が協働して取り組んでいくことが重要になる。

# 第1章

## 安全で信頼できる食を求めて

### (第1章の要点)

フードチェーン<sup>(注)</sup>の複雑化やグローバル化等による食品衛生の新たな課題に対応するためには、国民の健康保護を最重視し、予防的観点に立った積極的な食品安全対策が不可欠。

行政、食品等事業者等が自律的に食品安全対策に取り組み、相互に連携することが重要。

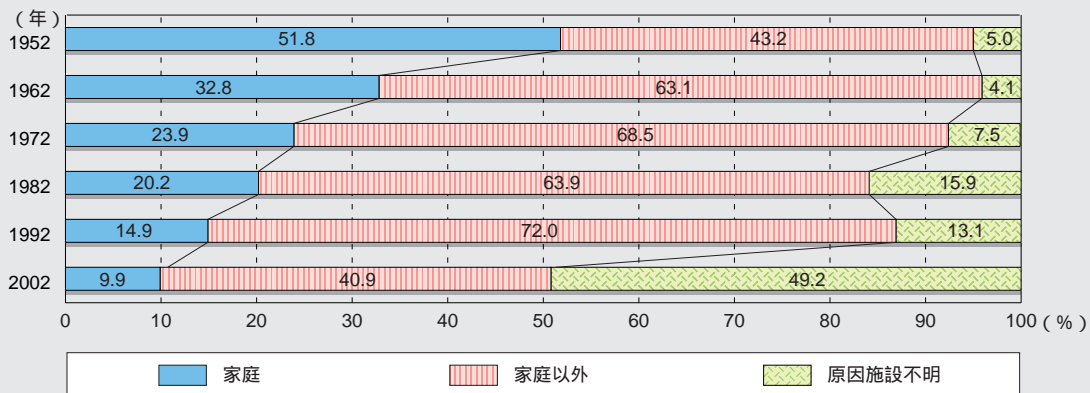
消費者も食品の安全性の確保に関する知識と理解を深め、施策に意見を表明するという役割を持って、積極的に食品安全対策に参加することが重要。

### 第1節 食を取り巻く現状と課題

#### 食を取り巻く環境の変化

フードチェーンの複雑化、グローバル化、食品の消費方法の大きな変化は、食品に関する健康被害において最大のリスク要因である食中毒の原因施設を、家庭から食品メーカーや外食産業等へと変化させるとともに(図表1-1-1)、被害の広域化を招く等、新たな食品衛生の課題をもたらしている。

図表1-1-1 食中毒の原因施設別構成割合の推移



資料：厚生労働省医薬食品局食品安全部「食中毒統計」

(注1)「家庭以外」とは、事業場・学校・病院・旅館・飲食店・販売所・製造所・仕出屋・行商・採取場所・その他を計上している。

(注2)2002年の「原因施設不明」が増加しているのは、1996年以降、発生患者数が1人の事件が増加したため原因施設の判明率が低下したことによる。

近年、国内外において、食品に関する事件・事故が頻発している。内閣府大臣官房政府広報室が実施した国政モニター課題報告「食の安全性に関する意識調査」(2003年12月)によると、食の安全に対して何らかの不安を感じている者が全体の94.8%にも上っている。

#### BSE(牛海綿状脳症)の教訓

1986(昭和61)年に英国でBSEが発見されて以来、ヨーロッパを中心にBSE罹患牛が確認されている。我が国においては、2001(平成13)年9月10日に、BSE罹患牛が発見された。同年10月には、我が国は世界で最も厳格なBSE検査体制等を整備したが、BSE問題は、食品安全対策に以

(注) 生産、加工、流通、小売、消費に至る一連の過程をいう。



下のような教訓を与えた。

行政及び食品関係事業者の恒常的な危機意識と危機管理体制の重要性

食品の安全性確保や国民の健康保護の最重要視

政策決定過程の透明化と省庁間の連携強化

科学的根拠に基づいたリスク分析体制の整備

行政、食品関係事業者、消費者といった利害関係者間の信頼関係の構築

科学的で冷静な報道と消費者の理解促進

国際的な食品安全対策の連携強化 等

## 食品衛生の動向

### （輸入食品を取り巻く現状と課題）

我が国の食料自給率は、カロリーベースで40%まで低下している。一方、輸入食品の届出件数は急激に増加しており、輸入食品の少量多品目化が進んでいる。

検疫所における水際対策に加え、新たな安全対策を求めるきっかけとなったのが、2002（平成14）年の中国産冷凍ほうれんそうの残留農薬事件<sup>（注）</sup>であった。この事件は、輸入時の監視機能の強化に加えて、輸出国における衛生対策の推進、国内監視との連携や国際協力といった様々な施策を組み合わせることによって、輸入食品の安全対策を総体的に強化していくことが重要であることを強く示唆した。

### （食中毒を取り巻く現状と課題）

2002（平成14）年の食中毒発生状況は、事件数1,850件、患者数27,629名、死者18名となっており、500名を超える大規模事件が6件発生している。

食中毒に対する行政の取組みとしては、監視体制の強化を図る、全国の市場等で採取した食材の汚染実態調査を実施する等、流通段階での汚染食品の発見や改善措置に力を入れている。さらに、広域化する食中毒に迅速に対応するため、厚生労働省、国立感染症研究所、地方自治体本庁及び保健所等をオンラインで結び、地理的に離れた複数機関の連携を強化している。

食中毒発生の主な当事者である食品等事業者の自主的な安全管理体制を確立するため、1995（平成7）年に、食品等事業者における高度な衛生管理手法であるHACCPシステムを、総合衛生管理製造過程の承認制度として食品衛生法に導入した。しかし、2000（平成12）年に、承認を受けた施設を原因施設として加工乳による集団食中毒が発生したことから、HACCPシステムの普及とともに、食品等事業者の安全管理意識の徹底が課題となっている。

食中毒事件を原因施設別に見ると、家庭の割合は減少傾向にあるものの、今なお全体の約20%を占めている。食中毒についてわかりやすい情報提供や教育が必要であるが、消費者自身も、食品衛生の担い手であることを自覚し、食品に関心を持ち、食品を適切に取り扱って、安心して食事をするができるよう、積極的に食中毒対策に取り組むことが重要である。

### （「健康食品」を取り巻く現状と課題）

高齢化の進行、食生活の乱れ等を背景に、不足がちな栄養の摂取等による健康の保持・増進に国民の関心が高まっており、「健康食品」に対する需要が伸びてきている。こうした中、消費者の適切な選択に資するため、2001（平成13）年より、ある一定の要件を満たすものを保健機能食品として制度化し、健康の保持・増進に役立つ旨の表示を行うことを認めている。

「健康食品」については、2002（平成14）年に中国製ダイエット用食品等による死亡事例など健

（注） 冷凍ほうれんそうから残留農薬基準値を超えるクロルピリホスが検出された。

健康被害が発生し、安全性を確保するための様々な措置を講じてきた。また、国民の健康づくりにおける「健康食品」の役割をどう位置づけるか、消費者に対しいかに適切な情報提供を行うか、安全性及び有効性をどのように確保するか等の課題の検討が進められてきた。

## 第2節 健康の保護を重視した予防的な安全対策の促進

### 新たな食品安全対策のねらい

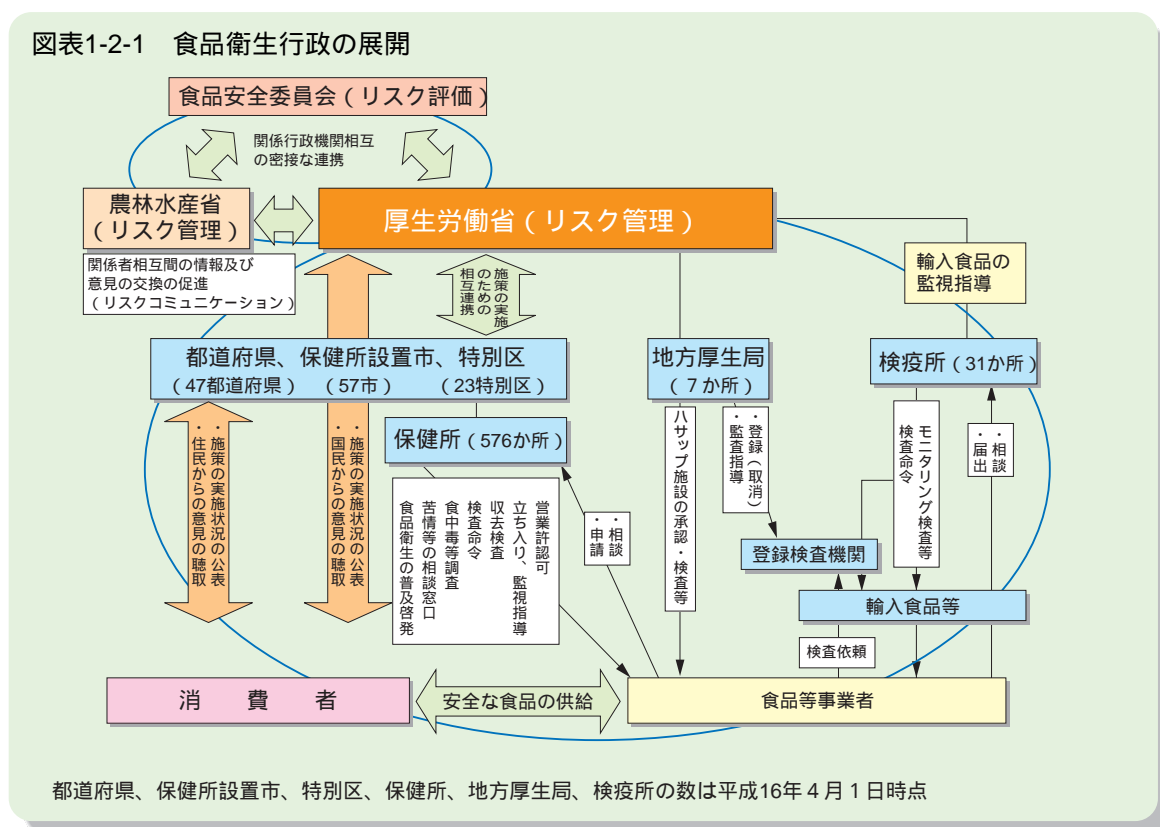
2003（平成15）年5月、新たに成立した食品安全基本法は、

内閣府に設置する食品安全委員会が科学的知見に基づく食品健康影響評価（リスク評価）を行い、その結果に基づき関係行政機関がリスク管理を実施すること

施策の策定に当たり、関係者相互間の情報・意見の交換（リスクコミュニケーション）を行うこと等を規定した。また、食品衛生法は、その目的を従来の「公衆衛生の向上と増進」から「食品の安全確保を通じて国民の健康保護を図る」ことへと改正した。

食品安全対策は、関係行政機関の連携を密にし、食品等事業者や消費者も含めた厚みのある食品安全体制を構築し、国民の健康の保護に踏み込んだ積極的な対策を講ずる方向へと、その在り方を一新したのである（図表1-2-1）。

図表1-2-1 食品衛生行政の展開



### 新たな食品安全対策の全体像

#### (規格・基準の見直し)

これまで、240品目の農薬、29品目の動物用医薬品に残留基準を設定し（2004（平成16）年3月現在）、基準を超えて農薬等が含まれる食品は流通しないよう規制してきた。しかし、残留基準が設定されていない農薬等が含まれる食品が国内外で数多く流通している、残留基準未設定の農薬等が農作物に残留していても販売を規制することが難しい等の問題等が指摘されていたことから、残留規

制の在り方を方向転換し、残留基準のない農薬等が残留する食品については販売を原則禁止する、いわゆるポジティブリスト制を導入することとした。また、農林水産省が定める使用基準に従って適正に農薬等を使用すれば、食品中の農薬等が残留基準を超えることがないよう、省庁間の連携を強化している。

食経験のない動植物から抽出される物質が食品添加物として使用される可能性が出てきたこと等に対応するため、1995（平成7）年に食品衛生法を改正し、指定制度の対象となる添加物の範囲を化学的合成によるもののみから天然添加物にまで拡大した。この際、1995年当時に流通していた489品目の天然添加物については、「既存添加物」として公示し、継続使用を認めていた。一方、仮にこの既存添加物について、人の健康確保にとって問題がある知見が得られたとしても、これまでの規定では「既存添加物」のリストから外すことができない状態であった。

そこで、科学的根拠に基づいた食品安全対策を徹底するため、国が中心となって計画的に安全性確認を実施し、その結果等から、問題があることが判明したもの、既に使用実態がなくなっているものについては、既存添加物のリストから外し、その使用等を禁止することとした。

これまで食品によると疑われる健康被害が発生した場合でも、当該食品が健康被害の原因であることがほぼ明らかになるまでは、その流通を禁止することができなかった。そこで、通常の食品とは著しく異なる方法で摂取される食品について人の健康を損なうおそれがないと確認できない場合、一般的に飲食されてこなかったものが含まれているおそれがある食品に起因すると疑われる重大な健康被害が発生した場合

は、食品安全委員会及び薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて販売を禁止できることとした。

#### （監視・検査体制の整備）

食品の輸入時における監視・検査体制の強化を図るため、食品衛生監視員<sup>（注）</sup>の増員や高度な検査を行う輸入食品・検疫検査センターの体制整備を進めてきたが、その能力には一定の限界がある。このため、公正、中立的な立場で十分な検査を行うことができること等を要件に、民間の検査機関も登録検査機関として輸入食品の試験検査を行うことができることとした。

また、輸入食品の多様化に伴い、輸入者の営業を禁停止して違反原因の改善、再発防止を図る必要が増大している。これまで事業者に対する営業禁停止処分は、事業者を管轄する都道府県知事等のみが行うことができたとされていたが、安全対策を強化するため、輸入食品の監視指導を行う厚生労働大臣も営業禁停止処分を行うことができるようにした。

なお、国と都道府県等との連携に加え、国際協力によって、輸入食品の安全の確保を図っている。

#### （事業者による自主管理の促進）

改正食品衛生法では、食品等事業者の責務として、食品の安全性の確保に係る知識や技術を習得するとともに、原材料の安全確保や自主検査を実施するなど、常日頃から自らが取り扱う食品の安全管理を実施するよう努めること、原材料や製品の仕入元等の記録を作成・保存するほか、万一自社製品により健康被害が発生した場合は、当該食品の廃棄等を的確かつ迅速に行うよう努めることが明示されたところ。

これは、フードチェーンを構成する各事業者の取組みにより、食品衛生上の危害の発生防止を図るシステムの構築をめざすものである。

（注）食品衛生法に基づき、食品関係の営業施設等への立入等の監視指導を行う国家公務員（主に検疫所職員）又は地方公務員（主に保健所職員）をいう。



### (正確でわかりやすい情報提供の促進)

消費者の商品選択や食品の安全確保に役立てること、当該食品について正確で誤認を生じさせない情報提供をすることを目的として、食品表示制度が定められている。しかし、複数の法律によるものが存在し、表示項目に重複があったり、用語の統一がとられておらず、監視体制や是正措置の連携も十分ではない等、消費者、事業者双方にとってわかりにくい制度と指摘されている。

このため、厚生労働省と農林水産省の連携の下、2002(平成14)年12月に「食品の表示に関する共同会議」を設置し、表示制度の見直しを始めており、これまでに、品質が劣化しやすく、製造日を含めておおむね5日以内で品質が急速に劣化する食品の期限表示を「消費期限」に、品質が比較的劣化しにくい食品の期限表示を「賞味期限」にそれぞれ統一した(2003(平成15)年7月31日施行)

いわゆる健康食品による健康被害を防止するためには、消費者に対する正確でわかりやすい情報提供が不可欠である。そのため改正健康増進法では、食品の健康保持増進効果等が著しく事実に相違する、又は著しく人を誤認させるような広告等の表示を禁止することとした。規制対象となる者には、広告の掲載を依頼し、販売促進等によって利益を受ける食品製造業者や販売業者は当然のこととして、広告等の表示内容が虚偽誇大なものであることを予見し得た場合等の広告掲載者(新聞社、テレビ局、出版社等)も含まれる。

## 第3節 信頼に裏打ちされた食品安全対策をめざして

### 消費者の食に関する知識と理解の促進

食品に対する不安は、科学的な根拠に基づく安全対策を積み重ねても完全に払拭することは難しく、不安を持つ一人一人の消費者が、食品による健康被害の原因と対処の方法を知り、それに基づいて自ら「安全」を実感することが重要である。

国民一人一人が科学的な知識を身につけるとともに、様々な食品の特性を十分に理解し、自分の食生活の状況に応じた食品の選択ができるよう、生涯を通じて「食育」を継続することが重要である。

こうした中、「健康食品」についても、「健康食品」に係る制度のあり方に関する検討会において、正確で十分な情報提供が行われるべきこと等を柱とする検討がなされ、今般、提言が取りまとめられた。

### リスクコミュニケーションの促進

食品安全基本法及び改正食品衛生法によって食品安全対策に取り入れられたリスクコミュニケーションは、社会の様々な知恵を集め、食品による健康被害という不確実なリスクを効果的に管理していく上で合意形成を促す取り組みであり、行政、食品等事業者、消費者が協働して食品安全対策に取り組む上での基盤となるものである。

厚生労働省では、内閣府食品安全委員会及び農林水産省と連携して、2003(平成15)年7月以降、「食の安全に関する意見交換会」を東京、大阪、福岡等で開催する等、2004(平成16)年3月31日までに、32回のリスクコミュニケーションを行ってきている。

リスクコミュニケーションが有効に機能するためには、より多様な参加者を惹きつけていくことが重要であり、インターネットの活用など、時間や場所に縛られない意見交換の在り方を検討する等、柔軟な取り組みが求められている。また、これまでは、改正食品衛生法の施策説明が中心であったが、今後は、様々な観点からの参画が可能な議題を取り上げ、双方向の対話となるよう工夫を重ねることが重要である。

# 第2章

## 現代生活に伴う健康問題の解決に向けて

### (第2章の要点)

感染症、生活習慣病、アレルギー、心の病などの健康リスクは、行政、企業、保健・医療従事者による国民への適切な情報の提供と、社会全体の協働によって、その低減を図ることが可能。

感染症は、感染拡大防止のための迅速な初期対応が極めて重要。正確な情報の迅速な提供とそれを踏まえた行政、関係機関、国民による協働が肝要。

生活習慣病、アレルギーなど日常生活の中での健康リスクは、誰でも直面し得るものであるが、正確な情報に基づいた行政、企業、医療機関、そして国民一人一人の取組みにより低減が可能。

心の病は、誰でもかかり得るものであり、正しい理解に基づいた患者本人や周囲の適切な対応により、症状の緩和又は治癒が可能。

### 第1節 感染症への対応

#### < 人類と感染症の歴史 >

人類と感染症の関わり方の歴史は古く、人類の誕生とともに感染症との闘いの歴史が始まったといっても過言ではない。ここ30年の間に、エボラ出血熱やエイズ（後天性免疫不全症候群）、SARS（重症急性呼吸器症候群）など少なくとも30の新興感染症が出現するなど、感染症の脅威が大きくなってきている。

我が国においても、感染症対策は引き続き重要な位置を占めており、最新の知見に基づき、科学的な根拠に基づいた予防・治療・まん延防止策を講ずる必要がある。

#### < 我が国における感染症対策の基本 >

我が国における感染症対策は、「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」（感染症法）（1999（平成11）年4月施行）に基づき、国、地方自治体等関係機関が連携して、ふだんから感染症の発生・まん延を防止するための施策を講ずることとされている。また、治療等に当たっても、個々の国民の感染予防・治療に重点を置き、患者の人権に最大限配慮するため、各感染症の感染力や症状の重篤性等によりきめ細かく分類した上で、必要な対応を行うこととされている（図表2-1-1）。

#### < 新興感染症 - SARSの教訓 - >

##### (SARSの出現と我が国におけるSARS対策)

2003（平成15）年2月、21世紀になってから初の新興感染症SARSが出現した。

我が国では、WHO（世界保健機構）のSARS緊急情報の発表を受け、直ちに国民・関係機関に周知した。また、厚生労働省内にSARS対策本部を設置し、医療提供体制の整備などSARSに対し効果的かつ迅速な対応が行える体制を整備しつつ、水際対策の強化など国内におけるSARS対策を講じた。

2003年5月、国内を旅行していた外国人が、SARSを発症していたことが明らかになった。

図表2-1-1 感染症法に基づく5分類

感染症 類型	定 義	主な対応
1類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点から見た危険性が極めて高い感染症 (エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、SARS、痘瘡(天然痘)の7感染症)	患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者について入院等の措置を講ずる
2類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点から見た危険性が高い感染症 (急性灰白髄炎、コレラ、細菌性赤痢、ジフテリア、腸チフス、パラチフスの6感染症)	患者及び一部の疑似症患者について入院等の措置を講ずる
3類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点から見た危険性は高くないが、特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起し得る感染症 (腸管出血性大腸菌感染症)	患者及び無症状病原体保有者について就業制限等の措置を講ずる  媒介動物の輸入規制、消毒、物件
4類感染症	動物、飲食物等の物件を介して人に感染し、国民の健康に影響を与えるおそれのある感染症(ヒトからヒトへの伝染はない。) (ウエストナイル熱、狂犬病、高病原性鳥インフルエンザ、日本脳炎、マラリア、レジオネラ症等の30感染症)	の廃棄等の物的措置  発生動向の収集把握と情報の提供
5類感染症	国が感染症の発生動向の調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を国民一般や医療関係者に情報提供・公開していくことによって、発生・まん延を防止すべき感染症 (ウイルス性肝炎(E型及びA型を除く)、エイズ、インフルエンザ、麻疹《ましん》等の41感染症)	
指定感染症	既知の感染症のうち1類～3類に分類されていない感染症であって、1類～3類に準じた対応の必要性が生じた感染症	政令で指定し、具体的な対応を定める
新感染症	ヒトからヒトに感染すると認められる疾病であって、既知の感染症と症状等が明らかに異なり、当該疾病に罹患した場合の病状の程度が重篤であり、かつ、当該疾病のまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められる感染症	新感染症に係る情報の収集、分析により、必要となる措置を明らかにし、1類感染症と同様の措置を講ずる

資料：2003(平成15)年の感染症法改正により、新たに動物由来感染症等を「4類感染症」と分類し、それまでの「4類感染症」は「5類感染症」と分類された。

厚生労働省はSARS対策オペレーションセンターを設置し、関係地方自治体との連携を緊密にし、迅速に必要な措置を講ずることができる体制を整えた上で、専門家等を現地に派遣し、都道府県等に対する指示、連絡調整、当該外国人と接触のあった者に関する調査等を行うとともに、ホームページを通じた国民への情報提供を行い、国民の不安解消に努めた。

### (感染症法及び検疫法の改正)

この事例では、我が国においてSARSは発生しなかった一方、検疫体制や感染症発生時の迅速かつ機動的な対応の重要性が再認識され、2003年10月に感染症法及び検疫法の改正が行われた(同年11月に施行)(図表2-1-3)。

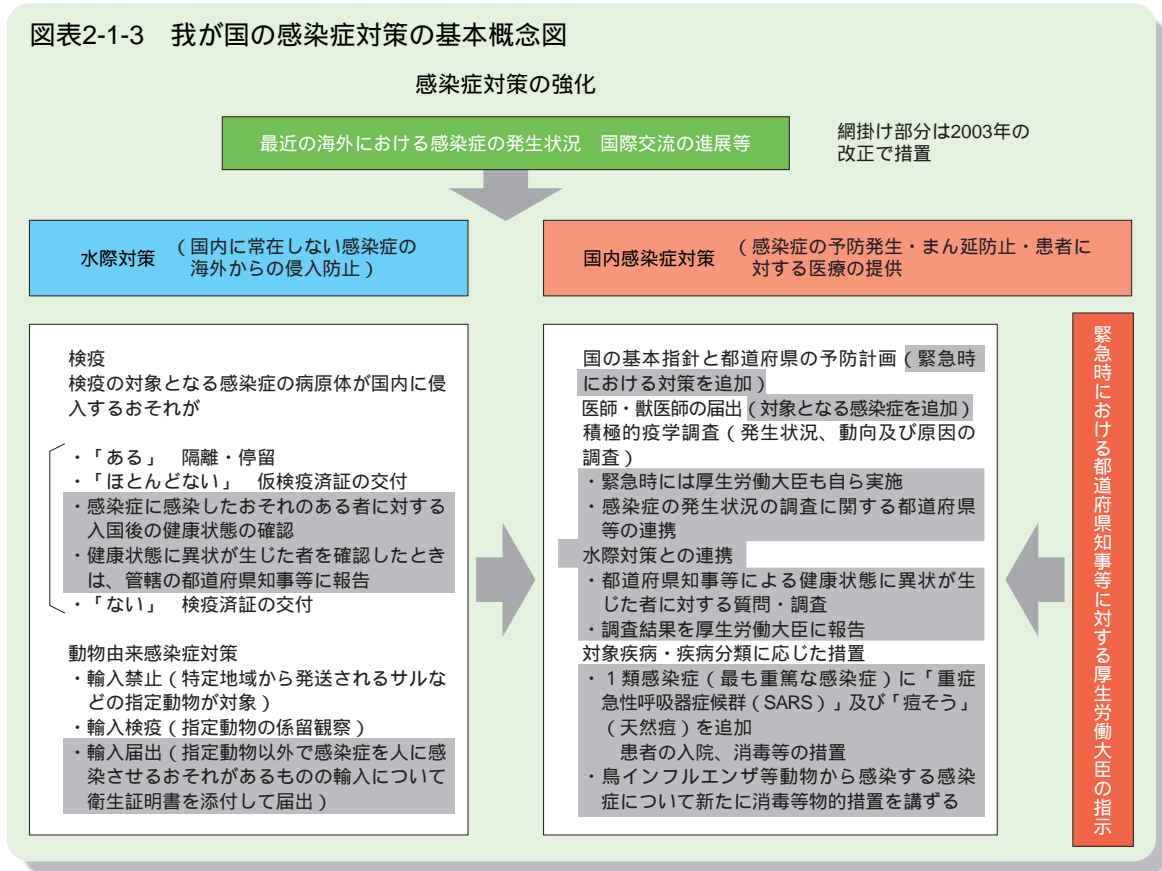
#### 感染症法の改正

- ・ 緊急時における感染症対策の強化等(国の役割、国と地方自治体との連携の強化)
- ・ 感染症の類型の見直し及び動物由来感染症対策の強化

#### 検疫法の改正(水際対策(検疫)と国内感染症対策の連携強化)

2004(平成16)年5月時点において我が国ではSARSは発生していないものの、SARSの発生に備え、情報の収集と提供等の対策を講ずるとともに、SARS対策の訓練を行った。

図表2-1-3 我が国の感染症対策の基本概念図



## < 動物由来感染症 >

動物由来感染症 (脊椎動物と人類との間で自然に感染する病気の総称) は、WHOで確認されているだけでも150種類以上あり、このうち3割は動物からヒトだけではなく、ヒトからヒトへと直接に感染するといわれている。また、新興感染症の多くが動物由来感染症であるともいわれている (図表2-1-4)。

近年、交通手段の発達により膨大な数の人間や動物の移動が生じ、また、土地開発に伴って自然環境が著しく変化するなど、人間社会の変化と人間の行動の多様化が進み、感染症を起こす病原体との遭遇機会が増加していることが、動物由来感染症が問題になる背景ともなっている。

我が国は、島国であるという地理的要因、家畜衛生対策等の徹底、衛生への関心が高い国民性などにより、動物由来感染症の発生状況は外国に比べて比較的低水準にあり、引き続き、ふだんからの予防を心掛けることが重要である。

今後の課題としては、野生動物に由来する感染症を防ぐため、国内への流入を防ぐとともに、国民に対する積極的な普及啓発を行うことがあげられる。



図表2-1-4 主な動物由来感染症

感染症名	感染源とされる主な動物種	
	ペット動物・家畜	野生動物
狂犬病	イヌ、ネコ	アライグマ、コウモリ、キツネ
エキノコックス症	イヌ	キツネ
パストレルラ症	イヌ	
皮膚糸状菌症	イヌ	
回虫症	イヌ、ネコ	
猫ひっかき病	ネコ	
トキソプラズマ症	ネコ	
Q熱	ウシ、ネコなど	
オウム病	小鳥	野鳥
サルモネラ症	鑑賞魚類	
ベスト		プレーリードッグ、リス
野兔病		プレーリードッグ、リス
ハンタウイルス肺症候群		ネズミ、リス
アライグマ回虫症		アライグマ
リッサウイルス感染症		コウモリ
ニパウイルス感染症		コウモリ
ヘンドラウイルス感染症		コウモリ
Bウイルス症		サル
細菌性赤痢		サル
結核		サル
ウエストナイル熱		野鳥、カラス
レプトスブラ症		ネズミ
腎症候性出血熱		ネズミ
クリプトスポリジウム症	ウシなど	
腸管出血性大腸菌	ウシなど	

資料：厚生労働省健康局「動物由来感染症ハンドブック」

## < 既知の感染症との闘い - 適切な予防法と治療法の確立に向けて - >

### (エイズ(AIDS、後天性免疫不全症候群))

エイズについては、現在もアフリカやアジアを中心に感染は拡大しており、我が国でもエイズ患者やHIV感染者は増加傾向にある。

我が国の近年の特徴として、新規のHIV感染の経路のほとんどが性的接触によるものであり、特に男性同性愛者の感染者が急増していることがあげられ、性感染症としての側面からエイズ対策を進める必要がある。

HIV感染は、正しい知識とそれに基づく一人一人の注意深い行動により、予防することが可能である。また、エイズは致死的な疾病から慢性的な疾病へと変わってきており、早期発見、早期治療を行うことにより、患者の生活の質(Quality of Life: QOL)の低下を防ぐことが可能となっている。

エイズ対策については、1999(平成11)年に策定した「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」(エイズ予防指針)に基づき、国、地方自治体、医療関係者及び患者組織を含むNGOが連携して、予防と医療に関する総合的施策を、人権に十分配慮しつつ進めていくこととしている。

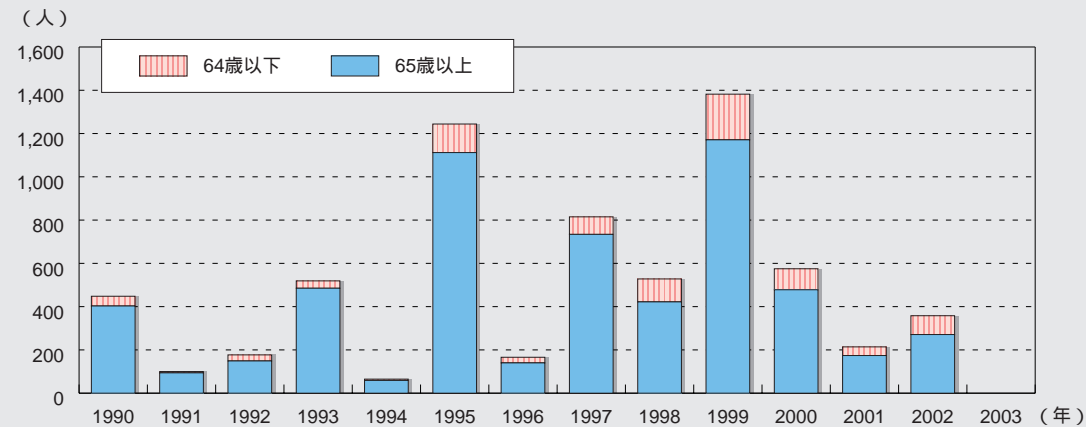
また、献血された血液の中でHIV感染が判明した件数が増加しており、輸血医療の安全確保のため、HIV等の検査を目的とした献血をしない、させないための体制づくりが求められている。



## (インフルエンザ)

インフルエンザは、感染力の強さ、罹患した場合の症状の重篤性、肺炎等の合併症の問題に加えて、スペイン風邪のような世界的な大流行（パンデミック）が20～30年に一度発生し、世界各国で甚大な健康被害と社会活動への影響を引き起こすという、一般の風邪とは異なる特徴を有している。また、我が国ではインフルエンザによる死亡者の約80%以上を高齢者が占めるなど、高齢化が進行している中で、インフルエンザはますます大きな脅威となっている（図表2-1-5）。

図表2-1-5 インフルエンザによる死亡者数



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

インフルエンザに対する最も効果的な予防策は、流行前に予防接種を受けることである。

しかし、我が国においてはワクチン接種率は他の先進国に比べて低く、インフルエンザの流行を防止するに当たっての課題となっている。高齢者についてはワクチン接種の有効性が高いことが確認されており、2001（平成13）年の予防接種法改正により、65歳以上の者等については、インフルエンザが定期的予防接種の対象疾患と位置づけられ、高齢者への予防接種が促進されている。

その他、感染症発生動向調査システム（感染症サーベイランスシステム）を活用して、インフルエンザの発生・まん延の状況を早期に把握し、インターネット等を通じて、逐次、関係者や国民に情報提供している。

新型インフルエンザの発生に備え、厚生労働省では体制整備を進めてきた結果、一定の成果をあげており、これを踏まえ、現在、新型インフルエンザ対策の見直しを進めている。

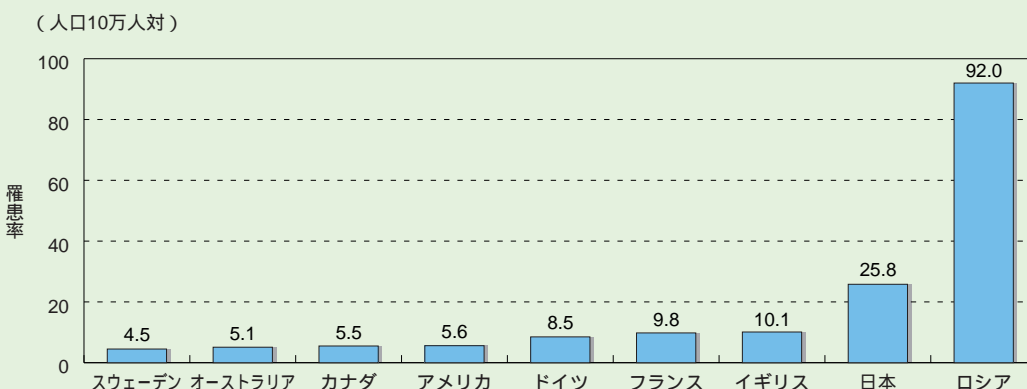
## < 再興感染症 - 再燃した感染症「結核」 - >

かつては「国民病」として恐れられた結核は、死亡者数や罹患者数が劇的に減少したものの、1997（平成9）年には新登録患者数と罹患率が上昇する事態となるなど、今なお我が国最大の感染症の一つである。

我が国における結核の現状は、国際的に見ても、罹患率はロシアを除いた先進諸国中最も高い（図表2-1-8）。また、罹患状況については、高齢者、合併症を持つ者、住所不定の者などいわゆるハイリスク者が中心となっている。

2002（平成14）年3月、結核の予防・早期発見について、科学的な根拠に基づく総合的・計画的な施策の実施が必要であるとする提言が厚生科学審議会感染症分科会結核部会から出され、2003（平成15）年4月から、小学1年生と中学1年生に対するツベルクリン反応検査、BCG再接種を廃止

図表2-1-8 先進工業国の結核罹患率（2002年）



資料：WHO資料（2003）

（注）スウェーデン、オーストラリアについては2001年の数値である。

するとともに、患者の早期発見とまん延防止のため、接触者健診（患者に接触した者への健診）と直接服薬確認療法（医療従事者の目の前で患者が薬を飲むのを確認すること）の推進強化を行い、より合理的で有効性の高い結核対策への転換を図ってきている。

また、国が結核予防に関する基本指針を策定し、都道府県が具体的な予防計画を策定することや、定期、定期外の健康診断の効率的な実施を行うことを内容とする結核予防法の改正法案が2004（平成16）年の通常国会で成立している（2005（平成17）年4月1日施行予定）。

## 第2節 日常生活の中での健康リスクへの対応

### < 国民の健康増進対策 >

#### （21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進）

我が国の健康水準は、世界でも最高のレベルに達している一方、食生活を始めとする生活習慣の変化、居住環境や生活環境の変化などに伴う健康リスクの増大が見られるが、これらは日常生活における対応次第で低減することが可能である。

厚生労働省では、2000（平成12）年から「健康日本21」を推進している。ここでは、2次予防（早期発見、早期治療）のみならず、健康を増進し、生活習慣病<sup>（注1）</sup>等の発病を予防する「1次予防」の重視、健康づくりに取り組もうとする個人を社会全体として支援していく環境の整備、多様な経路による情報提供等を基本方針として取り組んでいる（図表2-1-1）。

2003年5月には、「健康日本21」を中核とする国民の健康づくり・疾病予防を更に積極的に推進する法的基盤を整備することを目的とした健康増進法が施行された（図表2-2-2）。

食生活改善指導員による食生活の改善や在宅健康管理システム<sup>（注2）</sup>等を導入した結果、脳血管疾患による死亡率を低下させている地方自治体もある。

（注1）従来は、成人病と称されていたもので、食習慣、運動習慣、休養、喫煙、アルコール摂取などの生活習慣がその発病や進行に影響を与えるがん、脳卒中、心臓病、糖尿病などの病気をいう。

（注2）利用者が端末で血圧、脈拍、心電図を測定し、問診、体重、体温を入力すると、そのデータが保健センターに送信され、異常があれば担当医や主治医が対応するシステム。

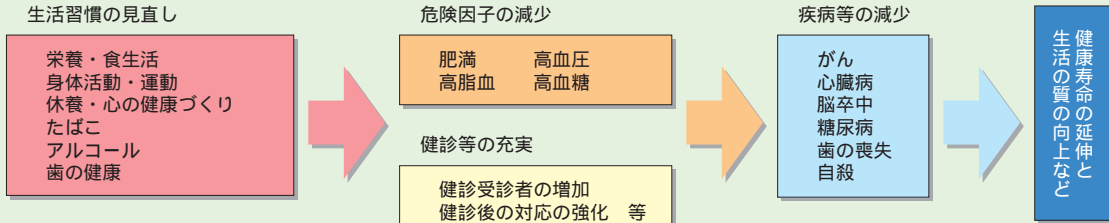
図表2-2-1 健康日本21の概要

基本的な方向

- (1) 一次予防の重視
- (2) 健康づくり支援のための環境整備
- (3) 目標の設定と評価
- (4) 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進

目標値

栄養・食生活、身体活動・運動、休養・心の健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病（心臓病・脳卒中）、がんの9分野にわたり、70項目の目標値を設定



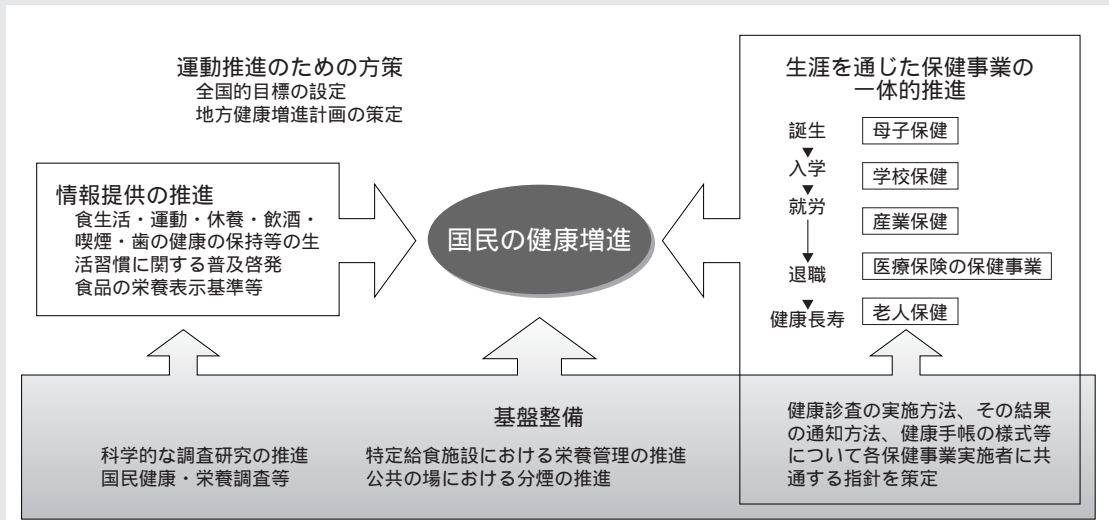
【目標値の具体例】

		現状（1997年）	2010年
・食塩摂取量の減少	成人	13.5g	10g未満
・野菜の摂取量の増加	成人	292g	350g以上
・日常生活における歩数の増加	男性	8,202歩	9,200歩以上
	女性	7,282歩	8,300歩以上

図表2-2-2 健康増進法の骨格

基本的考え方

国民は自ら健康の増進に努め、国、地方公共団体、保健事業実施者、医療機関その他の関係者は相互に連携、協力しながらその努力を支援



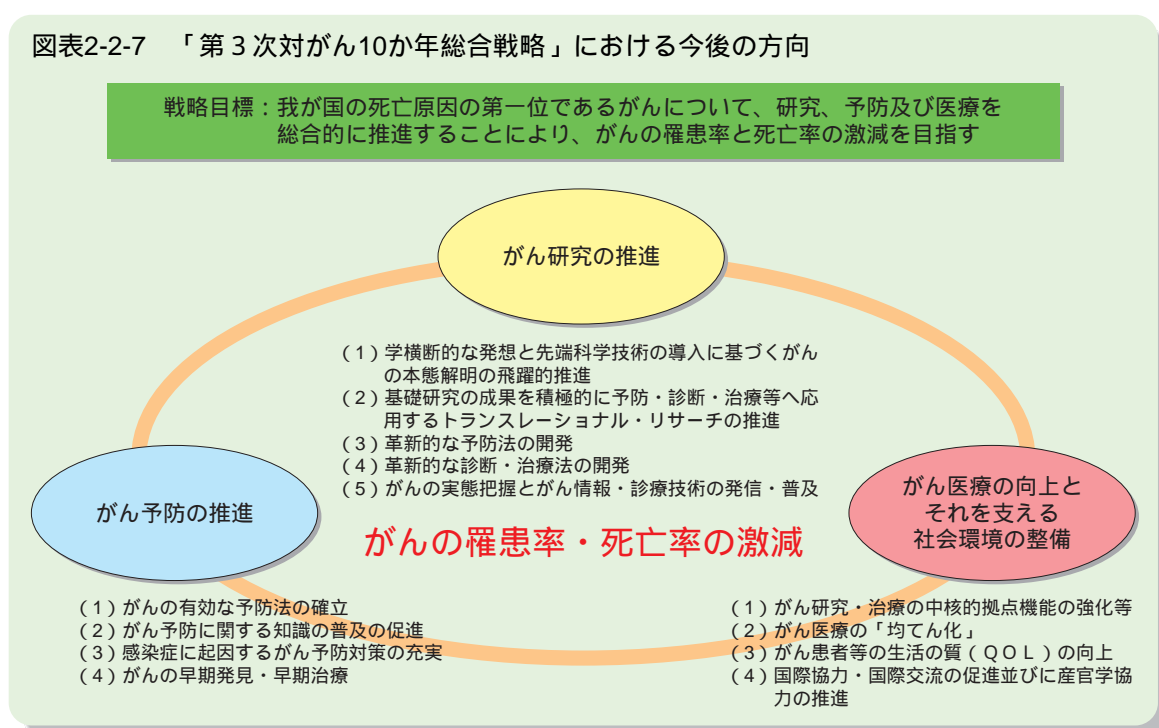
## （第3次対がん10か年総合戦略の推進）

がん対策は、「第1次対がん10か年戦略」（1984（昭和59）年度～）及び「がん克服新10か年戦略」（1994（平成6）年度～）により、遺伝子レベルでの病態の理解が進む等がんの本態解明の進展とともに、治療・診断技術も目覚ましい進歩を遂げてきた。

この間、胃がん、子宮がん等による死亡率は低下する一方で、大腸がん、肺がん、乳がん等は増加を続けており、依然としてがんは日本人の死亡原因の約3割と、第一位を占めている。

厚生労働省及び文部科学省では、2004年度を初年度とする「第3次対がん10か年総合戦略」を策定した。本戦略においては、進展が著しい生命科学の分野との連携を一層強力に進め、がんのより深い本態解明に迫る、基礎研究の成果を幅広く予防、診断、治療に応用する、がんの革新的な予防、診断、治療法を開発する、がん予防の推進により、国民の生涯がん罹患率を低減させる、全国どこでも、質の高いがん治療を受けることができるよう「均てん化」を図る、の5つを戦略目標に挙げている（図表2-2-7）。

図表2-2-7 「第3次対がん10か年総合戦略」における今後の方向



## < アレルギー性疾患対策 >

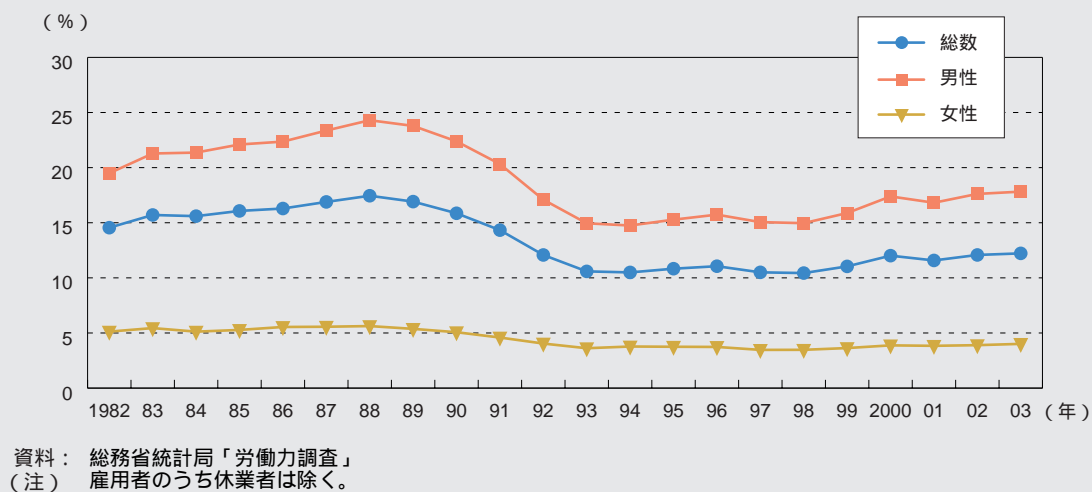
喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症などのいわゆるアレルギー性疾患を有する患者は、国民の約30%に上るといわれ、多くの国民が日常生活に支障を来しており、その対策は重要な問題となっている。こうしたアレルギー性疾患への対処法としては、アレルゲンとの接触を避けることやアレルゲンの除去など日常生活の中での努力も重要である。

アレルギー性疾患に関しては、民間療法も含め膨大な情報が氾濫し、正しい情報の取捨選択が困難であることから、厚生労働省では、一般国民向けの普及啓発等に取り組んでいる。また、独立行政法人国立病院機構相模原病院を中心とする「免疫異常政策医療ネットワーク」において、専門的医療の提供、臨床研究、医療従事者の教育研修、専門家及び一般への情報発信を行っている。

## < 過重労働対策 >

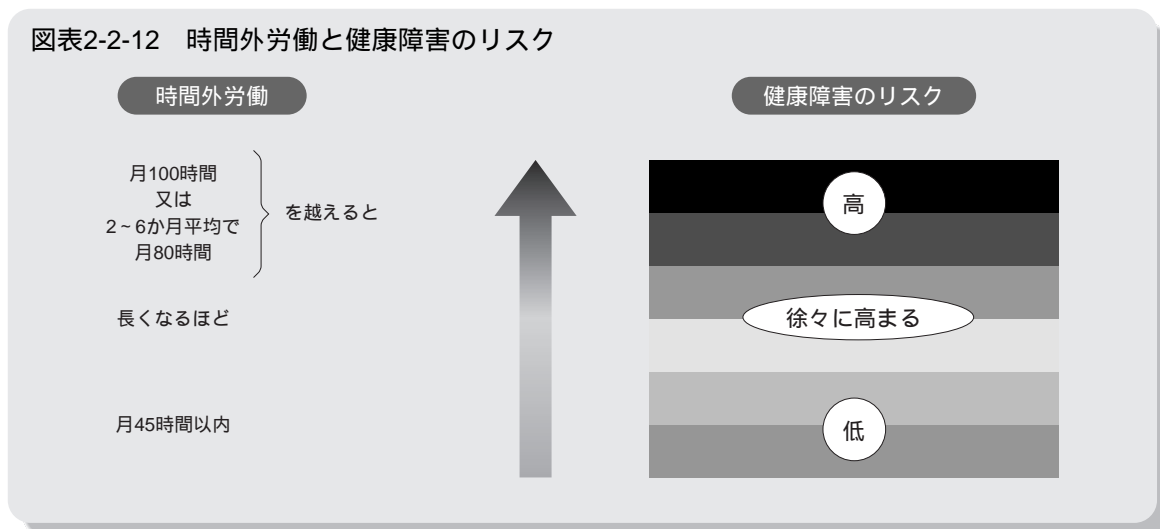
労働時間の動向をみると、全体としての労働時間が短縮傾向で推移し、労働時間が短い労働者の割合が上昇傾向にある一方、長時間労働者の割合が再び上昇する傾向にある（図表2-2-11）。こうした中、「過労死」等事案に関する労災認定件が増加しているが、その背景には、労働者間の労働時間配分に偏りが生じていることもあると考えられる。

図表2-2-11 雇用者に占める週の労働時間が60時間以上の者の割合（非農林業）



厚生労働省では、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」を策定し、時間外労働の削減、年次有給休暇の確保、一定時間以上の時間外労働を行わせた場合の健康診断の徹底と産業医の助言指導等の事業主が講ずべき具体的措置を示している（図表2-2-12）。

図表2-2-12 時間外労働と健康障害のリスク



過重労働による健康被害を防止するためには、事業者が労働時間を適正に把握・管理すること、定期健診の実施等により日頃から労働者の健康状態を把握し、有所見者には必要な措置を講ずる等により労働者の健康の確保に努めることが重要である。行政による対応としては、過重労働による健康障害を防止するための対策の着実な実施、長時間労働を行わせている者への指導等重点的対応や全体的な労働時間の短縮の促進等が重要である。



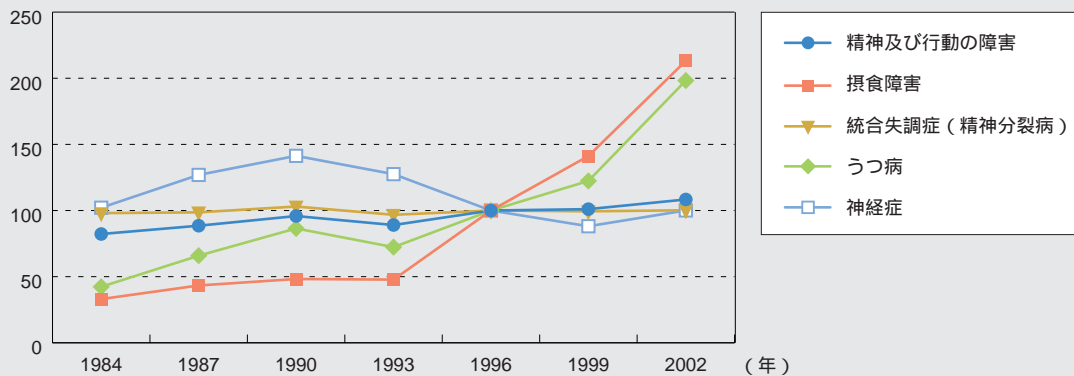
### 第3節 心の健康問題への対応

#### <増加する心の病>

現代社会においては、家庭や地域社会の中での人間関係が希薄化するとともに、長期間にわたり厳しい経済情勢が続く中でリストラ圧力も高まり人事労務管理も変化する等の下で、人々は精神的なストレスを蓄積しやすくなっていると考えられ、うつ病など心の病が広がってきている（図表2-3-1）。

図表2-3-1 心の病の推移（'96年 = 100）

（1996年の受療率を100とした場合の指数）



資料：厚生労働省統計情報部「患者調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

心の病は、置かれた環境次第でどんな人にも生じ得るものであり、生涯を通じれば、5人に1人が精神疾患と診断され得るともされる。

精神疾患は、早期に発見し、正しく治療・支援を行い、ストレスを和らげる環境を作ること等により症状の緩和、治癒を図ることができるが、回復過程において本人が無理をしたり、周囲の者が焦って励ましたりすると逆効果となることがあることを家族や周囲の者が理解しておく必要がある。

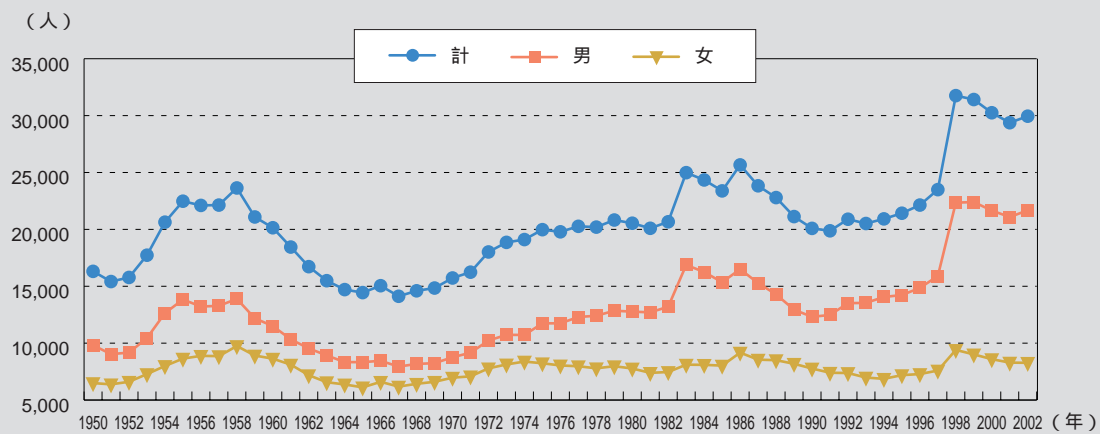
#### <心の健康確保対策>

心の病が最も深刻な結果として表れるものとしてとらえることができる自殺者数は、1998（平成10）年に3万人を超え、それ以降はほぼ横ばいと高水準で推移している（図表2-3-2）。特に、バブル崩壊後の年齢階層別自殺率をみると、男性の50歳代層が最も高くなっており、特に1998年以降は高水準で推移している。

心の健康確保対策を有効なものとしていくために、まず理解しておくべきことは、心の病やこれと関係が深いといわれる自殺の問題は、誰もが抱え得る身近な問題であるということである。こうした問題を正面から捉え、正しい理解の普及や啓発を国民一人一人に対して行い、心の健康問題を抱えている人々への適切な支援や治療が円滑に行われるような環境づくりや支援の実施が重要である。

具体的な対応としては、1）地域においては、高齢者を中心とした家庭に居る人々の健康の確保と健康を害した人々へのうつ病への対応を中心とした心のケアが重要であり、2）職域においては、労働者自身のストレスへの気付きと対処、管理監督者による職場環境改善等、産業医や医療機関等による専門的ケアによる継続的かつ計画的な実施が重要である。

図表2-3-2 男女別自殺死亡者数の推移



資料：厚生労働省統計情報部「人口動態統計」

# 第3章

## 安全で納得できる医療の確立をめざして

### (第3章の要点)

医療技術の高度化や治療内容の複雑化により、医療は様々な職種の連携によって提供されるようになっており、「人」(医療従事者に関する施策)、「施設」(医療機関に関する施策)、「もの」(医薬品・医療機器・情報等に関する施策)を軸とした組織的、体系的な医療安全対策が不可欠。

安全で納得できる医療を確立するためには、患者自身も治療に主体的に参加し、医療従事者との信頼関係を強化することが重要。

### 第1節 医療安全の現状

医療事故は過去にも報じられていたが、行政、医療関係者、国民に衝撃を与えた患者取り違え手術事故(1999(平成11)年)以後、相次ぐ医療事故が社会問題化している。

(株)UFJ総合研究所「生活と健康リスクに関する意識調査」(厚生労働省委託2004年)によると、7割を超える者が医療機関や医師等に対し不安を感じている。

医学や医療技術の急速な進歩によって、新しい診断法、新しい治療法が次々に開発される中、医師・看護師を始めとする医療従事者が取得すべき手技や業務は多様化、複雑化している。また、同一時間帯に多種類の業務をこなさなければならない状況の中で、常に忙しさや焦りを感じており、これらが、医療従事者の過失(以下、「ヒューマンエラー」という)による医療事故が頻発する要因となっている。

医療事故を予防、低減するためには、医療従事者一人一人が確実な知識と技術を身につけることはいうまでもないが、管理者が医療事故の要因を分析し、医療提供システム全体から事故に関わる要因や条件を取り除くとともに、必要かつ十分な人員を配置する、医療従事者同士が十分なコミュニケーションを図ること等により、組織全体で医療安全対策に取り組むことが不可欠である。

### 第2節 組織的・体系的な医療安全対策の促進

#### 医療安全対策をめぐる経緯

1999(平成11)年の患者取り違え手術事故を契機に、厚生労働省は、医療安全の確保を医療政策における最も重要な課題の一つと位置づけ、積極的に取り組んできた。医療安全対策の基本的な方向性と緊急に取り組むべき課題を検討するため、2001(平成13)年5月に、医療安全対策検討会議が設置され、2002(平成14)年4月には、医療安全推進総合対策が提言された。

医療安全推進総合対策において示された医療安全対策の基本的な方向性は、以下の3つの柱からなり、現在の医療安全対策の基盤となっている。

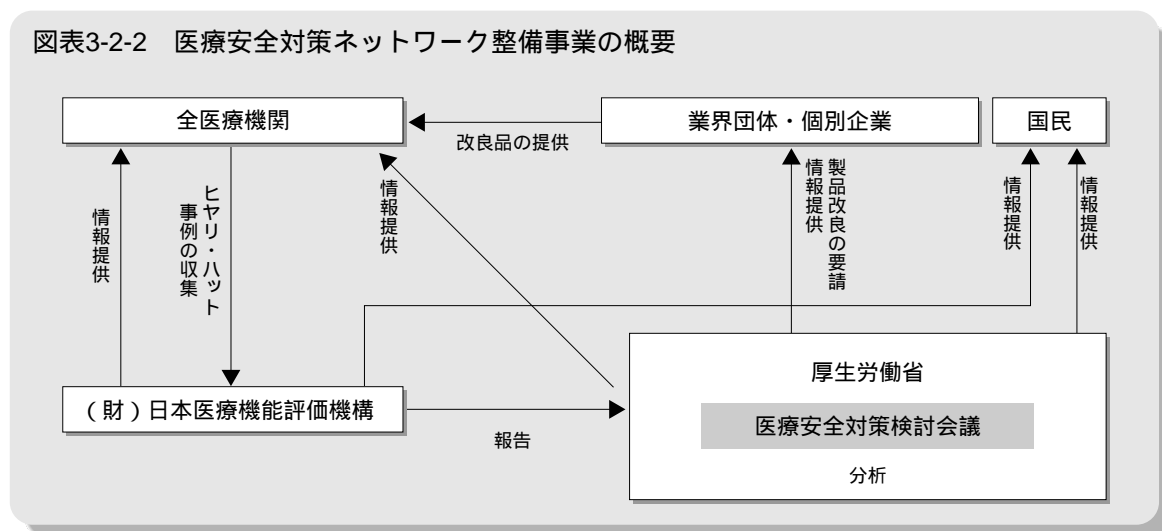
医療の安全と信頼を高める

医療安全対策を医療システム全体の問題としてとらえる

医療安全対策のための環境を整備する

## ヒヤリ・ハット事例の分析に基づいた効果的な安全対策の実施

医療安全対策ネットワーク整備事業（2001（平成13）年10月～）は、医療現場のヒヤリ・ハット事例<sup>（注1）</sup>を収集、分析、共有することで、対策を講ずべき領域や対処方法などを明らかにするとともに、有効な安全対策を実施・検証し、更なる改善につなげる取組みである（図表3-2-2）。



### （ヒューマンエラーの予防・低減に向けた取組み）

有効な安全対策を講ずるためには、発生したヒヤリ・ハットについて、当該医療機関の組織的な背景を含めて要因を分析し、職種を超えた具体的な改善策（業務マニュアルの整備、指示の記載方法の統一等）の徹底が重要であり、医療機関の管理者及び医療安全管理者のリーダーシップと、その資質の向上が求められる。厚生労働省では、2001（平成13）年以降、特定機能病院の管理者及び安全管理者を対象に研究集会を開催し、医療安全に関する取組みの紹介や厚生労働科学研究の成果の発表を通じて、医療安全対策に係る最先端の方法論を共有し、医療機関における取組強化の支援を行っている（一般病院に対しても、2002（平成14）年から地方厚生局において同様の取組みを行っている）。

電子カルテシステム<sup>（注2）</sup>を中心とする医療のIT化は、医療従事者間での伝達ミス防止するとともに、IT導入に当たって行われる様々な職種間での議論を通じて、作業手順の明確化や職種間の連携が向上する等、医療の安全の確保に資するものである。厚生労働省では、2001（平成13）年12月に「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」を取りまとめ、医療分野にITを積極的に導入する取組みを進めている。

### （医薬品・医療機器の安全対策）

医療機関は、間違いやすい医薬品を組み合わせる採用することの必然性について十分検討するとともに、間違いを予防するための方策の再確認を行うことが重要である。また、過量投与に伴う重大事故が発生している医薬品については、処方ミスを防ぐ方策を講じる、薬剤部において二重確認を行う等、安全体制の整備が強く求められる。

厚生労働省は、新たに開発される医薬品について、販売名の工夫を含めて、既存のものとの取り違

（注1） 日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったものをいう。

（注2） 診療録等の診療情報を電子化して保存・更新するシステムをいう。

え・誤使用等のリスクを軽減するための対策に取り組むことを指導するほか、既に承認され流通している医薬品<sup>(注1)</sup>についても、ラベル表示の在り方を検討するよう指導することとしている。また、2004(平成16)年度から、名称や外観が類似する医薬品について容易に区別することができるよう、医薬品の情報のバーコード表示について検討を行うとともに、情報データベースの構築を進めることとしている。

医療機器に係るヒヤリ・ハット事例の発生要因として、医療機器の不適切な管理がある。医療機器企業は、医薬情報担当者(MR)のような専門的な人材(医療機器情報担当者)を育成するなど、情報提供を一層促進するとともに、医療機関においても、適切な保守管理及び提供された情報の活用を徹底することが重要である。厚生労働省では、「医療機器産業ビジョン」(2003(平成15)年3月)のアクションプランに基づき、医療機関に医療機器の評価・選定から保守管理、廃棄までの一貫した窓口の設置を促進している。

医療機器の使用の誤りを防止するためには、操作方法等に関する医療従事者への研修に加え、医療機器の製品開発においても、医療従事者の行動特性や限界を考慮し、過ちが起きにくい、誤った操作をしても重大な事故に結びつかない設計とすることが重要である。

## 医療事故情報収集等事業の導入

医療安全を一層促進するためには、ヒヤリ・ハットを超えて医療事故に至った要因を明らかにし、その結果を広く共有することが不可欠である。厚生労働省では、2004(平成16)年度から、医療事故の分析体制が確立されている医療機関<sup>(注2)</sup>を対象に、特に重大な医療事故事例<sup>(注3)</sup>の報告を義務化する医療事故情報収集等事業を導入し、医療事故の予防・低減を促進している。

## 医療安全に関する教育研修の強化

医師等には、高いコミュニケーション能力と患者を全人的に診ることができる能力が求められるとともに、医療安全を確保するため、医療事故等の発生時に的確に対応できる能力が求められている。こうしたニーズに応えるべく、現在、文部科学省において医師等の卒前教育を見直すとともに、厚生労働省において、国家試験の改善を進めている。

2000(平成12)年の医師法改正により、医師としての人格を涵養すること、プライマリ・ケア(初期診療における総合的な診断と治療)への理解を深め、患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得すること等を目的として、2004(平成16)年4月から国家試験合格後、2年以上の臨床研修が必修化されることとなった(歯科医師については、2006(平成18)年4月から1年以上の臨床研修が必修化)。

看護師国家試験においても、医療安全に関する出題を追加・充実(2004(平成16)年~)させるとともに、新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会において卒後1年の到達目標と指導指針を示す(2004年3月)等、看護師等への安全教育を強化している。

## 厚生労働大臣による医療事故対策緊急アピール

今後取り組むべき医療安全対策を国民に伝え、安全管理体制の再確認と更なる推進を医療関係者に求めるべく、2003(平成15)年12月、厚生労働大臣は医療事故対策緊急アピールを発出した。厚

<sup>(注1)</sup> 既に流通している医薬品については、定着した名称を変更することに伴う医療現場の混乱も予想されることから慎重な対応が必要である。

<sup>(注2)</sup> 対象となる医療機関は、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、特定機能病院、学校教育法に基づく大学の付属施設である病院(病院分院を除く)。

<sup>(注3)</sup> 明らかに誤った医療行為や管理上の問題により、患者が死亡若しくは患者に障害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例、明らかに誤った行為は認められないが、医療行為や管理上の問題により、予期しない形で、患者が死亡若しくは患者に障害が残った事例、あるいは濃厚な措置や治療を要した事例、その他、警鐘的意義が大きいと医療機関が考える事例をいう。



生労働省としては、より一層の医療安全対策を促進していくため、「人」「施設」「もの（医薬品・医療機器・情報等）」を軸として、個別具体的な対策を積極的に実施していくこととしている（図表3-2-4）。

図表3-2-4 厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール

「人」を軸とした施策	「施設」を軸とした施策	「もの（医薬品・医療機器・情報等）」を軸とした施策
<p>1) 医師等の資質向上 【例】 ・国家試験における安全意識を踏まえた対応 ・臨床研修における安全意識の徹底（研修医用安全ガイドの作成） ・生涯教育に資する講習会の受講を奨励（届出事項とすること及び医籍登録事項への追加を検討）</p> <p>2) 刑事事件とならなかつた医療過誤等に係る医師法等上の処分及び刑事上、民事上の理由を問わず処分された医師・歯科医師の再教育 【例】 ・医道審における審査の強化 ・再教育の在り方の研究・検討</p> <p>3) 医療機関における安全・衛生管理の徹底 - 産業医制度の活用 【例】 ・産業医制度の活用（医療機関職員の安全・衛生管理等の労務管理の徹底）</p>	<p>1) 事故報告の収集・分析・提供システムの構築等 【例】 ・第三者機関による事故事例情報の収集・分析・提供システムの構築 ・医療機能評価機構等の受審促進等</p> <p>2) ハイリスク施設・部署の安全ガイドライン導入 【例】 ・ハイリスク施設・部署の特定とリスク要因の明確化 ・ガイドラインの策定</p> <p>3) 手術室における透明性の向上 【例】 ・ビデオ等による記録及び患者への提供の在り方の研究</p> <p>4) 小児救急システムの充実 【例】 ・小児救急にかかる各システムの充実</p> <p>5) 周産期医療施設のオープン病院化 【例】 ・モデル研究</p> <p>6) 病院設計における安全思想の導入 【例】 ・ガイドライン作成</p>	<p>1) 治療法選択に係るEBMの確立及びガイドラインの作成支援 【例】 ・白血病の抗がん剤治療・骨髄移植・臍帯血移植等</p> <p>2) 薬剤等の使用に際する安全管理の徹底 【例】 ・医薬品における2次元コード・ICタグの利用 ・名称・外観データベースの整備 ・抗がん剤等の投与に際して特に慎重な取扱を要する薬剤の処方の際する条件の明確化</p> <p>3) ITの導入・活用 【例】 ・医療安全のためのオーダリングシステム活用 ・ITによる点滴の集中管理 ・ITによる患者の参加による安全推進</p> <p>4) 輸血の管理強化 【例】 ・輸血医療を行う医療機関での責任医師及び輸血療法委員会の設置 ・特定機能病院・臨床研修指定病院における責任医師、輸血部門等の設置</p> <p>5) 新しい技術を用いた医療安全の推進 【例】 ・新規技術の研究</p>

## 第3節 患者と医療従事者の信頼関係の強化

### 患者と医療従事者が情報を共有できる環境の整備

生活と健康リスクに関する意識調査によれば、医療機関や医療従事者に対して患者が不安を感じるのは、「医療従事者と十分なコミュニケーションがとれないとき」が60.1%（複数回答）と最も多くなっている。

厚生労働省「受療行動調査」（2002年）によれば、カルテ内容を知りたいと思う者は入院患者で67.9%（外来患者（以下同じ）69.2%）となっている。一方、実際に自分のカルテを自ら要望して「見せてもらったことがある」者は8.6%（8.9%）となっている。

厚生労働省では、2003（平成15）年9月に「診療情報の提供等に関する指針」を策定し、患者等の求めに応じて原則としてカルテを開示することを求めている。また、2003年5月に成立した個人情報保護に関する法律により、医療機関は、その保有する患者の診療情報を本人からの開示請求に応じて、原則として開示する法的な義務を負うこととなる。2005（平成17）年4月1日の全面施行

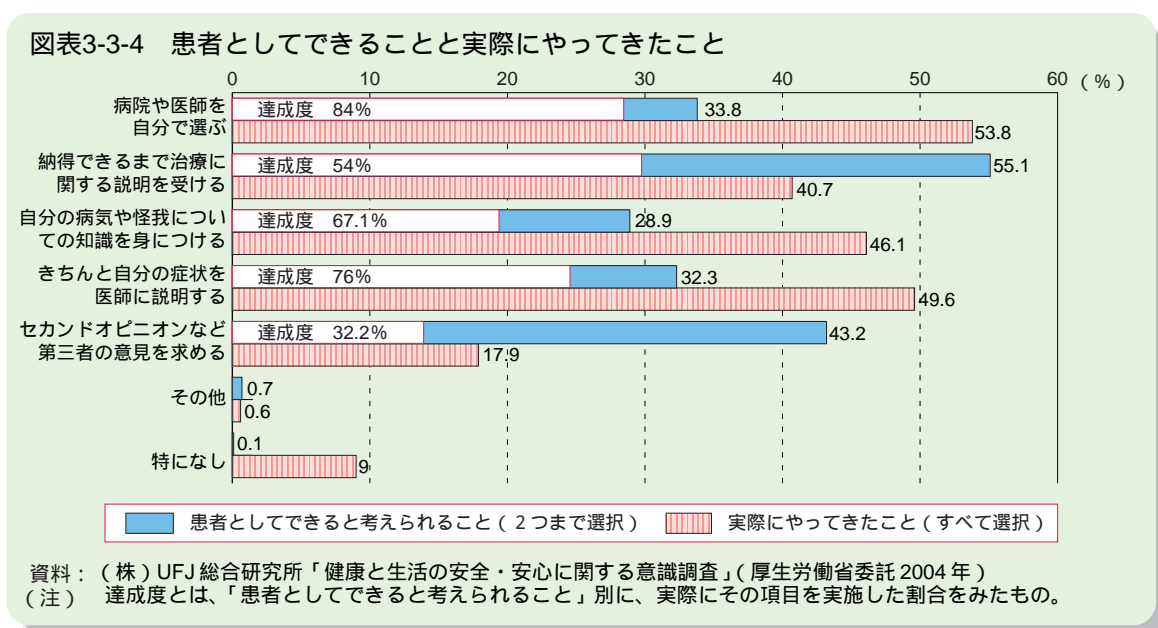
に向けて、必要な対応を行うこととしている。

学会等が根拠に基づく医療（Evidence-Based Medicine:EBM<sup>(注)</sup>）の手法を用いて最新の医学情報を収集・整理・評価して診療ガイドライン（診療に係る指針）を作成することを支援している。

## 患者の治療に対する理解の促進

がんや糖尿病など現代の生活習慣に起因する疾病の増加を背景に、患者側も、医師等の説明を十分理解し、納得して医療従事者と治療に取り組んでいこうとする者が増えつつある。

図表3-3-4によれば、「患者としてできると考えられること」として筆頭にあげられた「納得できるまで治療に関する説明を受ける」の達成度は54%、次いであげられた「セカンドオピニオンなど第三者の意見を求める」の達成度は32.2%となっている。こうした背景には、十分な診療時間がないといった医療提供側の事情に起因するものもあろうが、患者側にも努力の余地があると考えられる。また、「きちんと自分の症状を医師に説明する」という患者として基本的な事項を実際にやってきたとする者は49.6%にとどまっており、患者自らの取組みの重要性が認識される必要がある。



2003（平成15）年から、医療に関する患者や家族等の苦情・心配や相談に対応する、医療機関に患者や家族等からの相談等の情報を提供し、医療機関における患者サービスの向上を図る、医療機関への指導等を実施し、医療の安全と信頼を高めることをめざして、都道府県及び2次医療圏ごとに、医療安全支援センターの設置が進められており、2004（平成16）年度には、全都道府県で設置される予定である。医療に関する患者の相談等に迅速に対応することは、患者が納得できる医療を実現し、医療への信頼を高めるとともに、相談事項から医療の質の向上や安全対策に有益な情報を得る等の効果もあり、医療安全支援センターの今後の活動が期待されている。

<sup>(注)</sup> 可能な限り系統的に収集、整理及び評価（又は批判的に吟味）された最新の医学情報に基づき、医師が臨床判断をし、専門技能を活用して個々の患者に最適な医療を提供するとともに、国民一人一人が納得できる医療を選択することができることを目指す取組みであり、臨床の現場、学会・大学等の研究部門、科学的根拠に関する情報を集積して提供する第三者機関等の連携の中で確立されるものである。

# おわりに

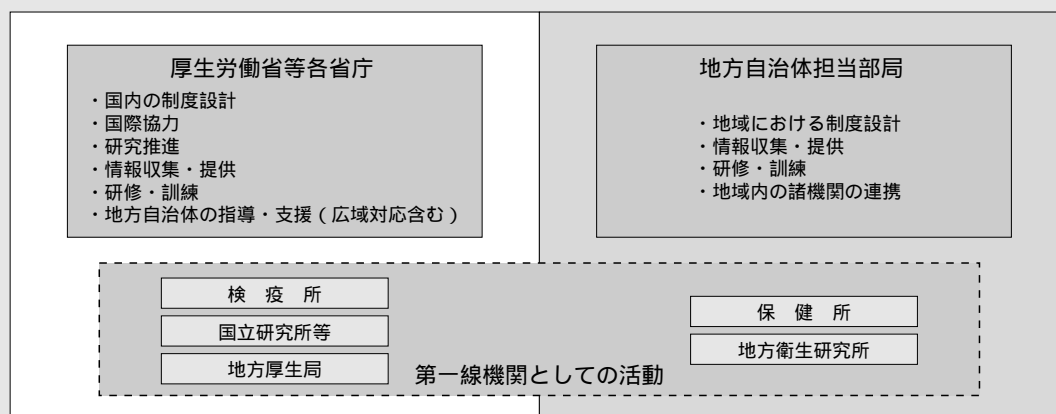
## 社会全体で健康リスクを低減するために

### < 健康リスクに備える重層的ネットワークの構築 >

健康リスクの低減に向けた取組みは、内外の情報収集・研究開発・人材養成、対策立案、実践、の3段階のサイクルに分けて考えることができるが、そのいずれにも国、地方自治体、各種研究機関、保健所・地方衛生研究所・検疫所等の第一線機関、事業者等のほか、国民も含め様々な主体が関わることとなる。このため、各主体が下記のようにそれぞれの役割を認識しつつ、情報の提供・交換を迅速に行うとともに、タテ（～の各段階間）・ヨコ（各主体間）の連携を一層密にしながら、社会全体として健康リスクの低減に取り組んでいくことが不可欠となる。

- ・ 国立感染症研究所や国立医薬品食品衛生研究所等の国立研究所、検疫所、各地方自治体の保健所、地方衛生研究所、国立高度専門医療センターを始めとする専門医療機関などの第一線機関の強化
- ・ 国民の生命・健康の安全を脅かす健康危機への迅速かつ適切な対応を図るための健康危機管理体制の整備
- ・ 厚生労働省（本省）や地方自治体（本庁）の政策立案部門と国立研究所等の研究部門の連携による最新の科学的知見の施策への反映
- ・ 健康リスクに関わる公衆衛生・臨床の医師、歯科医師、保健師・看護師・助産師、薬剤師、獣医師等を始めとする専門家の養成・確保と資質の向上
- ・ 健康リスク低減に関わる省庁間、国 - 地方自治体間等の連携と業務の最適化

図表終-1 行政の連携



### < 情報の迅速な収集・分析・提供と相互の対話を通じた社会全体の協働 >

健康リスクの低減には行政、企業、保健・医療従事者、国民の間で協働して取り組んでいくことが重要であるが、健康リスクの情報には下記のような情報の取り扱いが求められる。

- ・ 「健康リスクの把握 対策の実施 対策の効果の測定と新たな健康リスクの監視」を一貫して行う体制づくり

- ・健康リスク情報の迅速かつ正確な提供
- ・国民の安心感を高めていくための相談体制の強化等、国民一人一人の取組みを支える施策の充実

また、健康リスクに関わる施策については、行政が単独で適切な施策を立案し、講ずればよいという訳ではなく、施策の必要性や内容が事業者等や国民に十分に理解され、納得された上で決定し、実施に移していくことが求められる。

例えば、たばこ対策では、喫煙が健康に及ぼす悪影響に関する研究やたばこ対策の在り方について行政と事業者等との間に長期間にわたる議論を経て、喫煙者本人のほか、その周囲の者にも受動喫煙という形で健康リスクが存在していることが国民に認識されるようになり、分煙や防煙の考え方も定着するようになった。現在では、行政による規制（多数の者が利用する施設や職場での受動喫煙防止の努力規定、禁煙サポート等）と情報提供、事業者等の対応（たばこ広告の自主規制、受動喫煙防止のための禁煙や分煙化等）、国民の判断と行動（喫煙・非喫煙の選択、移動時の禁煙席の選択等）それぞれが広範に取り込まれるに至っている。

リスクコミュニケーションは、事業や施策の実施者が国民等と情報を共有し、対話を行うことを通じて理解と信頼を得て、関係者全体が協働して問題の解決に取り組むことを目指すものである。今後、行政、企業、保健・医療従事者及び国民が共通の理解の下に協働して、健康リスクを引き下げる取組みが進んでいくことを期待したい。

図表終・2 健康リスク対策のイメージ図

