

第2章では健康づくり、医療提供体制及び医療保険制度をめぐる現状と課題について、また、第3章では都道府県間の保健医療・介護をめぐる地域差の現状と課題について見てきたところである。

本章では、先般の医療構造改革の基本的考え方及び経緯を述べた上で、第2章及び第3章で述べた課題に対して、先般の医療構造改革で講じた施策を、「予防の重視～働き方を含め生活を見直す～（第2節）」、「生涯を通じて国民の安心を保障する医療の推進（第3節）」、「保険基盤の安定化と保険者機能の発揮による医療費適正化（第4節）」、「保健医療分野の情報化の推進（第5節）」、「都道府県が描く保健医療の将来ビジョン（第6節）」として、具体的に述べることにする。

そして、最後に、「関係当事者の全員参加による国民本位の医療構造改革の実現に向けて（第7節）」として、関係者のそれぞれの役割を明らかにし、積極的な取組みへの期待を述べる。

## 第1節

### 医療構造改革の視点

#### 1 医療構造改革の基本的考え方

第3章までに見てきたとおり、国民皆保険制度を堅持し、将来にわたって持続可能な医療保険制度を構築するためには、治療を重視した医療から、疾病の予防を重視した保健医療への転換を図るとともに、医療提供体制、医療保険制度等の在り方等にまで踏み込んだ見直しを行い、結果として、医療費の伸びの適正化を実現するという、抜本的な医療構造改革が求められていた。

そこで、先般の医療構造改革においては、

都道府県単位を軸として、健康づくり、医療提供、医療保険に関する政策を有機的に連動させつつ、

国、都道府県、市町村、医療保険者、医療機関等がそれぞれ役割を果たしながら、

今後の国民の健康と医療の在り方を展望し、国民の生活の質（QOL）を確保・向上させる形で医療を効率化し、医療費適正化を行うとともに、

医療費に係る給付と負担の関係を公平かつ透明で分かりやすい仕組みとする、

という視点に立ち、国民本位の医療構造改革を推進することとした。

すなわち、先般の医療構造改革は、生活習慣病対策の推進による患者の減少や、平均在院日数の削減等の医療提供体制の見直しなど、国民の生活の質（QOL）を確保・向上する形で医療を効率化するという、中長期的な医療費適正化対策が中心であるという点が大きな特徴である。

### （社会保障審議会医療保険部会での検討）

2003（平成15）年3月に「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）」が閣議決定され、その中で、「医療保険制度体系に関する改革については、平成20年度に向けて実現を目指す。（中略）法律改正を伴うものについては、概ね2年後を目途に順次制度改正に着手する」こととされたことを受け、厚生労働省は、同年7月に社会保障審議会医療保険部会を立ち上げ、検討を開始した。

こうした検討の過程を踏まえ、厚生労働省は、2005（平成17）年10月19日に「医療制度構造改革試案」を取りまとめ、その後は、これを基に同部会で更に議論が進められ、同年11月に「医療保険制度改革について（意見書）」が取りまとめられた。

### （経済財政諮問会議における議論、医療制度改革大綱の取りまとめ）

医療費は日本の経済、財政に与える影響が大きいため、経済財政諮問会議においても重要な検討課題として取り上げられた。

経済財政諮問会議では、国民負担の観点から、国全体の医療給付費の伸びについて、経済の伸び（名目GDP成長率）に高齢化の進行分を一定程度加味したマクロ的な数値目標を設定し、これにより医療給付費の伸びの管理を行うこと、また、医療費の適正化はPDCAサイクル（目標 - 実行 - 評価 - 反映（Plan-Do-Check-Action）サイクル）によって実施されるべきことについて議論がなされた。

厚生労働省は、医療給付費は高齢化に加え、技術進歩等による増大が見込まれるところであり、国民にとって安心できる医療を確保する観点からは、マクロ的な数値目標を基にその伸びを管理することは適当でないとした上で、医療費適正化のためには、都道府県ごとに医療費の水準に大きな格差があることから、生活習慣病対策の推進や平均在院日数の短縮といった点を重視し、都道府県単位で医療費適正化に取り組むことが適切であると主張した。

こうした議論も踏まえ、2005（平成17）年12月に政府・与党医療改革協議会で「医療制度改革大綱」が取りまとめられた。

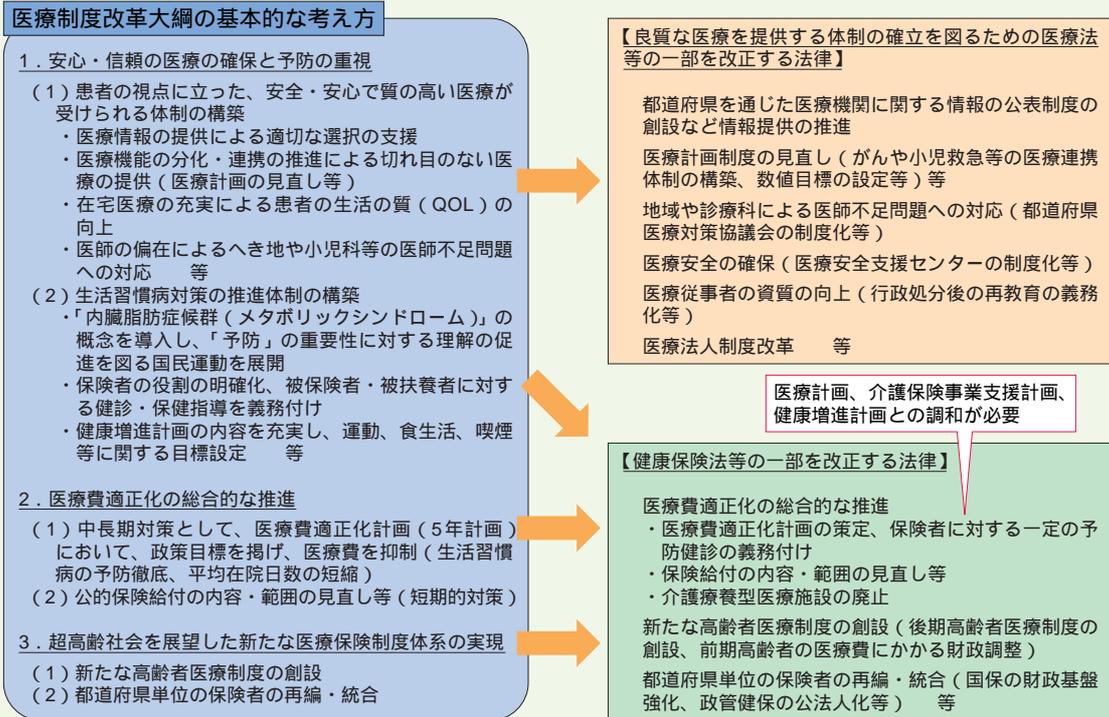
この「医療制度改革大綱」においては、「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」、「医療費適正化の総合的な推進」、「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」という基本的考え方が示され、特に、「医療費適正化の総合的な推進」の中では、医療給付費の伸びについて、その実績を検証する際の目安となる指標を策定し、実績を突き合わせることにより、医療費適正化方策の効果を検証し、その検証結果を将来に向けた施策の見直しに反映させることとされた。また、現実に医療給付費の対国民所得比等の一定の増加が見込まれる場合、どのような要因に基づいているのか検証し、施策の見直しの必要性について検討を行うとされた。このようなことを踏まえた上で、国の責任の下、国及び都道府県等が協力し、生活習慣病対策や長期入院の是正などの計画的な医療費適正化に取り組むこととされた。

**(医療構造改革関連法案の成立)**

この「医療制度改革大綱」を受け、政府は、2006(平成18)年の通常国会に医療構造改革関連法案を提出し、同年6月に可決成立した(図表4-1-1)。

この医療構造改革は、医療にとどまらず、健康、介護等の関連施策にまたがる今までにない大規模な改革であり、その施行も数年かけて段階的に実施することとしている(図表4-1-2)。

図表4-1-1 医療構造改革関連法の概要



図表4-1-2 医療構造改革のスケジュール

		17年度		18年度		19年度		20年度以降	
		17年12月	18年4月	18年6月	19年3月	19年4月	19年夏～秋	20年4月	(20年4月以降)
〔医療費適正化〕	医療				医療費適正化基本方針(案)の提示		都道府県医療費適正化計画の策定	医療費適正化基本方針の施行	
					全国医療費適正化計画(案)の提示			都道府県医療費適正化計画の施行	全国医療費適正化計画の施行
〔健康増進計画〕	制度				健康増進法に基づく基本方針改正案の提示		新しい都道府県健康増進計画の策定	新しい都道府県健康増進計画の施行	
					都道府県健康増進計画改定ガイドライン確定版を提示				
〔医療計画〕	改革				改正医療法施行		新しい都道府県医療計画の策定	新しい都道府県医療計画の施行	
					医療法に基づく基本方針の施行				
〔介護〕	大綱				地域ケア体制整備指針の提示(国)		地域ケア体制整備構想の策定(都道府県)(19年度中)	(21年4月)第4期介護保険事業支援計画の施行	(23年度未まで)療養病床の介護施設等への転換
〔後期高齢者医療制度〕	網				後期高齢者医療広域連合の設立期限(19年3月31日まで)		後期高齢者診療報酬体系の骨子取りまとめ	後期高齢者医療制度の施行	
〔診療報酬〕	案成立	平成18年度診療報酬改定実施							
					診療報酬改定の結果検証		平成20年度診療報酬改定の基本方針取りまとめ	平成20年度診療報酬改定実施	

〔医療構造改革推進本部総合企画調整部会の取りまとめ〕

先般の医療構造改革を円滑に施行していくために、厚生労働省に大臣を本部長とする医療構造改革推進本部を設置するとともに、各般にわたる改革の全体が総合的に進められるよう同本部の下に総合企画調整部会を設け、当面急がれる課題について検討を進めた。

総合企画調整部会としては、医師不足問題を始めとする国会での審議内容も踏まえ、医療提供体制を中心とした医療政策の在り方に関し、これまでの経緯や現状を踏まえつつ、今後の検討に当たっての方向性について部局横断的に共通認識を持つことが重要であるとの認識の下、2007(平成19)年4月に、医療政策に係るこれまでの経緯、現状及び今後の課題の取りまとめを行った(「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」)。この取りまとめについては、都道府県における各種計画の検討作業に資するよう、計画作成に当たる都道府県職員向けの参考資料として公表されたところである。概要は図表4-1-3のとおりであり、医療供給体制を中心に、先般の医療構造改革関連法の内容だけでなく、医療機能の分化・連携、開業医の役割の重視、在宅医療の推進など、今後目指すべき医療の方向について提言を行っている。

図表4-1-3 「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」(概要)

医療提供体制に係る「これまでの経緯」及び「現状と課題」

これまでの経緯

戦後は、病院の量的確保が課題。国民皆保険、フリーアクセス、自由開業制と相まって、経済成長もあり、医療機関数は増大。

昭和48年の老人医療費無料化政策を契機に、家庭での介護が困難な高齢者の受け皿としての病院・病床が増大。

昭和60年の医療法改正で病床規制制度導入。

平成4年以来三次の医療法改正で、機能分化を図るための病院類型等の創設、インフォームドコンセントなど患者の視点に立った見直し等。

医師数についても量的拡大を目指し、無医大県解消策を進めてきたが、昭和61年からは抑制基調。医師免許取得後の研修は大学での単一分野の研修が多かったが、平成16年度からローテート方式での新臨床研修制度実施。

平成12年度から介護保険制度実施。

介護基盤の整備を踏まえ、平成23年度末をもって、介護療養型医療施設の類型廃止。

現状と課題

1. 病院について

諸外国に比べ、人口当たりの病床数が多く、病床当たりの従事者が少なく、平均在院日数は短縮傾向にあるが長い。

病床の半数以上(90万床超)が一般病床。200床未満の中小病院が、病院全体の7割を占める。各病院が担う医療機能を明確化する仕組みとはなっていない。

診療所を含めた入院と外来の機能分化がされておらず、拠点となる急性期病院の外来に患者が集中している。

2. 診療所について

時間外診療や休日・夜間診療を行っている診療所数・診療件数は減少傾向にある。往診・訪問診療を実施する診療所割合は低下している。

3. 医療従事者について

医師数は全国的には毎年増加しているが、地域格差がある。大学の医局による医師の供給調整機能が低下し、小規模な公立病院を中心に、医師の確保が困難となるケースが生じている。

病院の勤務医の労働時間は長く、当直の翌日も勤務する働き方が多くなっている。

専門医の養成は基本的に臓器別であり、大学教育あるいは学会が、養成の中心を担っている。

4. 関係機関の連携

地域連携バスが利用される地域(熊本市など)もあるが、必ずしも一般的ではない。

医療・介護の連携による地域でのケア体制の構築を、在宅医療の中心たるかかりつけの医師や国保の直診施設が中心となって取り組んでいる地域もあるが、その推進には課題も残されている。

5. 後期高齢者の生活を支える体制

2030年には、後期高齢者数は現在の2倍近くに増加。特に都市部における体制確保が課題となる。

現在は年間死亡者110万人のうち病院等で8割以上が亡くなっており、在宅での死亡は1割余り。2040年には、年間166万人が亡くなる見通しである。

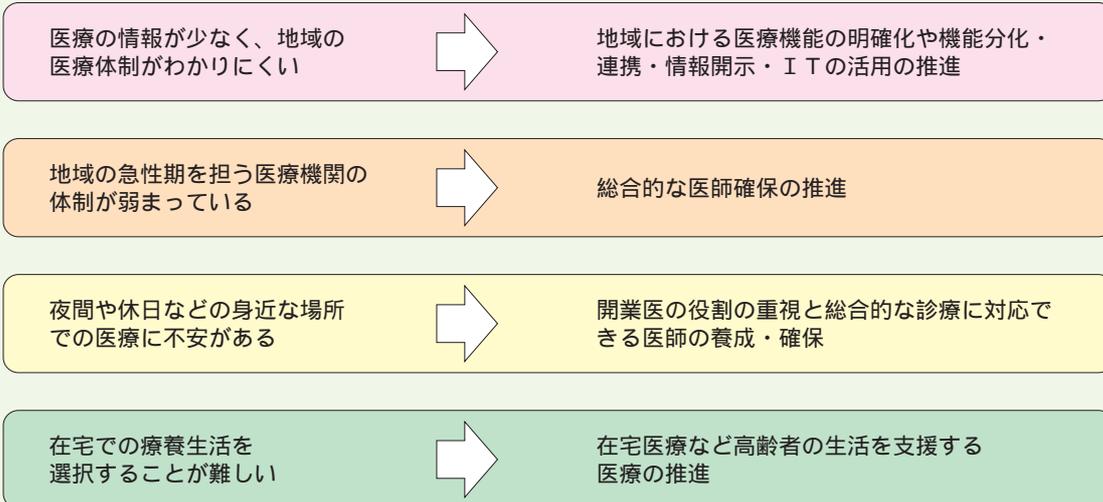
今後、高齢者の一人暮らし世帯が急速に増加する。認知症高齢者も急増する。

患者・住民の視点からみた現状と課題

医療の情報が少なく地域の医療提供体制がわかりにくい  
夜間や休日などの身近な場所での医療に不安がある

地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている  
在宅での療養生活を選択することが難しい

それぞれの課題に対応した今後の医療政策の検討の方向性



## （医療・介護サービスの質向上・効率化プログラムの策定）

厚生労働省は、安全・安心で質の高いサービスを安定的に提供する持続可能な制度を構築するため、2007（平成19）年5月15日に「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」を策定した。これは、「日本経済の進路と戦略」（2007年1月25日閣議決定）において、「医療・介護サービスについては、サービスの質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減させていくための総合的な取組を計画的に推進する」こととされていること等を踏まえて策定したものである。

同プログラムは、目標期間を2008（平成20）年度から2012（平成24）年度までの5年間の基本とし、先般の医療構造改革関連法の施行を含め、可能な限り定量的な指標・目標とそれを達成するための政策手段について、具体的な取組を盛り込んでいる。

具体的には、生活習慣病対策の推進、介護予防の推進、平均在院日数の短縮、在宅医療・在宅介護の推進と住宅政策との連携、往診・訪問診療、休日・時間外診療の重視、診療所と病院の役割の明確化、EBMの推進と医療の標準化、重複、不要検査の是正や健診の標準化、後発医薬品の使用促進、不正な保険医療機関や介護サービス事業者等への指導・監査の強化、医師・看護師等の医療従事者等の役割分担の見直し、診療報酬・薬価の見直し、診療報酬の包括払いの促進、後期高齢者の心身の特性に応じた診療報酬の創設、介護報酬の見直し、健康情報の効率的な利活用等のためのIT化の推進、医師確保対策など地域医療提供体制の整備、患者に対する医療情報の提供の推進などが盛り込まれている。

なお、同プログラムの推進は、「経済財政改革の基本方針2007」（2007年6月19日閣議決定）においても明記されているところである。

次節以下では、以下の5つの視点から、医療構造改革の具体的施策について述べることとする。

予防の重視 ～働き方を含め生活を見直す～（第2節）

生涯を通じて国民の安心を保障する医療の推進（第3節）

保険基盤の安定化と保険者機能の発揮による医療費適正化（第4節）

保健医療分野の情報化の推進（第5節）

都道府県が描く保健医療の将来ビジョン（第6節）

なお、ここで述べる医療構造改革の内容については、医療構造改革関連法、医療構造改革推進本部総合企画調整部会の取りまとめ、医療・介護サービスの質向上・効率化プログラムに加え、トータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）などの労働安全衛生対策や、ワーク・ライフ・バランスなどの働き方の問題まで視野に入れたものである。

## 第2節

### 予防の重視 ～働き方を含め生活を見直す～

第2章第4節では、生活習慣病の現状を踏まえ、健康づくりにメタボリックシンドローム概念を導入する意義を明らかにするとともに、「健康日本21」の中間評価から明らかになった健康づくりの課題を整理した。また、職場にも目を向け、労働者の職場における健康確保をめぐる課題について整理を行った。

健康づくりについては、これまで成人病対策の時代から長い歴史があるが、医療費適正化の手段として明確に位置づけられたのは、今回が初めてのことである。これは、先般の医療構造改革の大きな柱の一つが、国民の生活習慣病予防により、中長期的に生活習慣病患者を減らし、結果として医療費適正化を図るという考え方に基づくことによるものである。

本節では、第2章第4節で整理した課題に対し、まず、生活習慣病予防を推進するための具体的な施策について、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチに分けて述べる。また、労働分野において取り組んでいる健康確保対策として、過重労働による健康障害防止対策、メンタルヘルス対策、ワーク・ライフ・バランスの実現に向けた取組み等についても述べる。

#### 1 保険者が実施する特定健診・保健指導を通じた健康づくり（ハイリスクアプローチ）

##### （特定健診・保健指導の保険者への義務づけ）

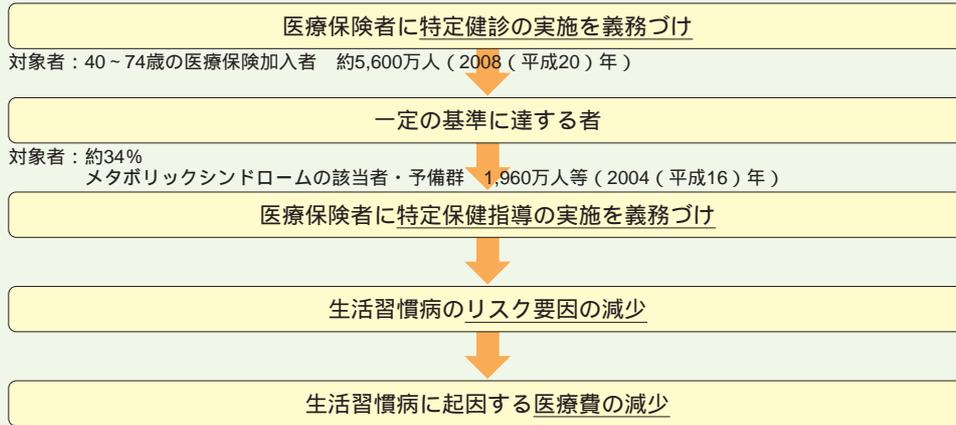
生活習慣病は、国民医療費の約3割、死亡数割合では約6割を占めており（第2章第4節（59頁）参照）、より効果的な健診やその結果を踏まえた保健指導が求められていた。

内臓脂肪を減少させることで個々の諸病態の改善や発症リスクの低減が図られるというメタボリックシンドロームの概念が登場したことを踏まえ、先般の医療構造改革の一環として成立した高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」という。）により、2008（平成20）年4月から保険者（国民健康保険・被用者保険）に対して、40歳以上の加入者（被保険者・被扶養者）を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（以下「特定保健指導」という。）の実施が義務づけられた（図表4-2-1）。

従来の健診・保健指導は、個別疾患の早期発見・早期治療が主たる目的であったが、今後は内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容という観点から行われることとなった。また、従来、「要指導」と指摘された健診受診者のみに行われていた保健指導については、内臓脂肪の蓄積に着目して対象者を選定することとなった。これは、保健指導の性格を従来の健診結果の伝達や一般的な情報提供にとどまる、いわば「プロセス重視」から、個別に行動変容を促し、生活習慣の改善につなげる「結果重視」へと変えるものである（図表4-2-2）。

また、今回保険者に義務づけられた特定健診及び特定保健指導（以下「特定健診・保健指導」という。）は、被用者保険の被扶養者も対象とされている。保険者にもよるが、従来から被扶養者の健診受診率が低い保険者が少なくないことから、今後は被扶養者への周知等により、受診率の向上を図らなければならない。

図表4-2-1 保険者による健診・保健指導の実施（2008（平成20）年度施行）



図表4-2-2 生活習慣病に関する健診・保健指導の基本的な考え方

	これまでの健診・保健指導		これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">最新の科学的知識と、課題抽出のための分析</div> <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">行動変容を促す手法</div>	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）予防のための保健指導を必要とする者を抽出するための健診
特徴	プロセス重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らで選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	実施回数や参加人数 アウトプット評価		糖尿病等の患者・予備群の25%減少（アウトカム評価）
実施主体	市町村		医療保険者

### （標準的な健診・保健指導プログラム）

各保険者が行うべき特定健診・保健指導が適切かつ円滑に進むよう、厚生労働省は2007（平成19）年4月に「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」を策定し、健診、保健指導、データ分析・評価の標準化を図ったところである。これらの標準化には、健診項目、判定基準の標準化により保健指導の対象者を客観的に絞り込むことができる、階層化基準の標準化により対象者にリスクに応じた保健指導を実施することができる、アウトソーシング基準により質の高い実施体制を確保することができる、保健指導の成果を客観的に評価することができる、保健師、管理栄養士等の仕事を客観的に評価することができるなどのメリットがある。保険者は、この標準化されたプログラムに基づき、計画の作成、健診の実施、保健指導対象者の選定・階層化、保健指導、評価という流れに沿って、特定健診・保健指導を実施することとなる（図表4-2-3）。

また、生活習慣病有病者・予備群を減少させるためには、健診後の特定保健指導を確実に、そして効果的に実施する必要がある。そのためには、保険者が特定健診・保健指導の事業を適切に企画・評価し、また、医師、保健師、管理栄養士等が特定保健指導を的確に実施することが求められる。そこで、上記の「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の中に人材育成を体系的に実施するための「研修ガイドライン」も盛り込み、都道府県、医療保険者、医療関係者団体はそれに基づき各地で研修を行うこととなっている。

### （保険者の努力を評価する仕組み）

また、2013（平成25）年度から、以下に掲げる目標の達成状況を基に、各保険者が拠出する後期高齢者支援金の加算・減算を行うこととしている。

特定健診の実施率（2012年の目標値は被保険者・被扶養者割合等を考慮して医療保険者の種別により定められる（65%、70%、80%））

特定保健指導の実施率（2012（平成24）年の目標値45%以上）

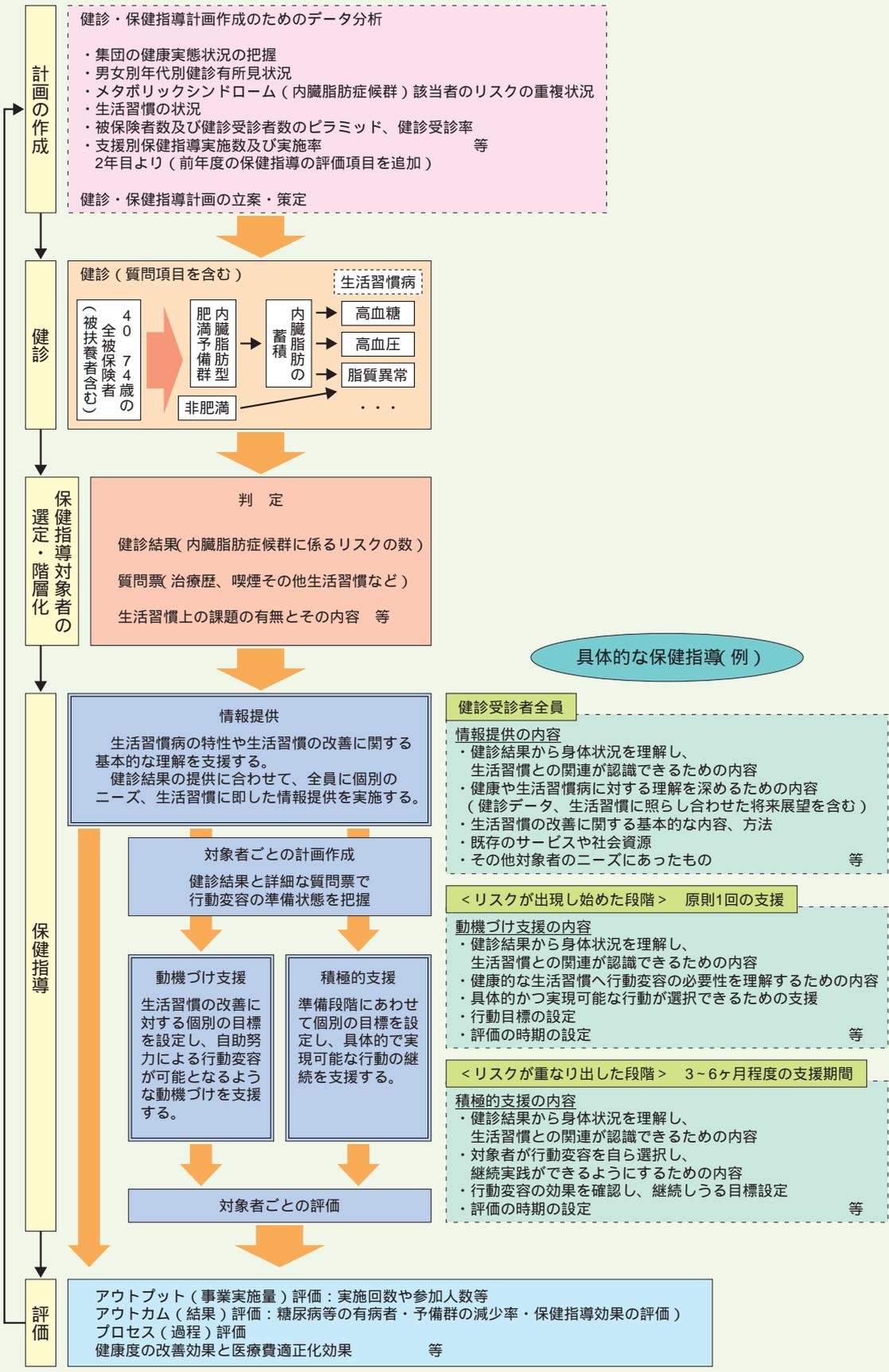
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率（2008（平成20）年と比べた2012年の目標値10%以上、2015（平成27）年の目標値25%以上）

これは、保険者が糖尿病等の生活習慣病対策を推進すれば、脳卒中や心筋梗塞などの生活習慣病の重症化が予防され、中長期的に後期高齢者の医療費の適正化につながることから、特定健診・保健指導に取り組む保険者の努力を評価する仕組みであり、こうした仕組みを通じて実効性のある取組みを担保することとしている。

### （労働安全衛生法に基づく健康診断・保健指導との関係）

労働安全衛生法に基づく定期健康診断等については、これまでも作業関連疾患としての脳・心臓疾患に適切に対応するという観点から項目の追加が行われてきたところである。先般、高齢者医療確保法で義務づけられた特定健診・保健指導の実施のための「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」（2006（平成18）年7月）の中で示された健診項目には、労働者の脳・心臓疾患の予防に資するものがあり、これらを労働安全衛生上どのように取り扱うべきか等の課題について、「労働安全衛生法における定期健康診断等に関する検討会」が開催され、検

図表4-2-3 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ（イメージ）



討が行われた。

その結果、2007（平成19）年3月に、定期健康診断の検査項目について、

腹囲を健診項目に追加すること（40歳未満（35歳を除く。）は医師の判断により省略可とするなど、測定の省略基準を策定・簡便な測定方法を導入）

総コレステロールを健診項目から削除し、低比重リポたんぱくコレステロール（LDLコレステロール）を健診項目に追加すること（40歳未満（35歳を除く。）は医師判断により省略可）

尿糖の省略基準を削除すること（尿糖を必須の健診項目とすること）

等を内容とする報告書が取りまとめられた。

この報告書の内容に基づき、同年7月には労働安全衛生規則等の改正が行われ、今後施行する予定となっているが、同規則等の施行は高齢者医療確保法に基づき実施される特定健診・保健指導に併せて2008（平成20）年4月1日に行う予定である。

また、高齢者医療確保法において、保険者は、加入者が、労働安全衛生法その他の法令に基づき行われる特定健診に相当する健康診断を受けた場合又は受けることが想定される場合は、特定健診の全部又は一部を行ったものとする定められており、今後労働安全衛生規則の改正が施行された後は、保険者は労働安全衛生法に基づく定期健康診断の結果の提出を受けることで、特定健診を行ったこととなる予定である。

労働安全衛生法に基づく保健指導は、産業医・保健師等が中心となり事業者の努力義務として行われており、生活習慣のみならず労働者の作業環境等の背景も考えた包括的な保健指導となっている。また、高齢者医療確保法に基づく特定保健指導は生活習慣の改善が主な目的であるため、生活習慣の指導という面で両者は一致する。このため、労働者に対してより効果的・効率的な指導を行う観点から、労働安全衛生法における保健指導を特定保健指導と併せて実施する意向のある事業者に対しては、保険者が特定保健指導を委託することが適当である。

### （健診データの電子化の必要性）

医療保険者が、保険者機能を発揮し、特定健診・保健指導の結果から、被保険者・被扶養者の疾病等の特徴を多角的に分析し、次年度以降の保健事業の実施等に役立てるには、データが電子化されていることが必要となる。また、その分析のためには、記録データの互換性を確保し、継続的に多くの記録データを蓄積していくことが必要であり、形式・様式等のそろった電子データであることが重要である。

さらに、国・都道府県においても、医療費適正化計画の進捗状況を管理する上で、全国あるいは都道府県単位での特定健診・保健指導の実施率等を算出する必要があるほか、今後の医療政策、疫学的対策等を検討していく上でも健診データ分析は重要である。

こうしたことから、特定健診・保健指導の結果データは、標準的な電子的様式により作成・保管・送付されることとなっている。

## 2 健康づくりの普及啓発（ポピュレーションアプローチ）

### （医療構造改革における健康づくりの普及啓発の意義）

従来の「健康日本21」においても、健康づくりの普及啓発（ポピュレーションアプローチ）が行われてきたが、個人の具体的な行動変容、健康な生活習慣の獲得に必ずしも結びついていなかった（第2章第4節（60頁）参照）。このため、「健康日本21」の既存項目の中から代表項目を選定するとともに、運動施策、栄養・食育対策、たばこ対策の各分野について、ターゲットを明確にした上で効果的なプログラムを策定するほか、産業界を含めた国民運動を展開していく。

このように、ポピュレーションアプローチを積極的に展開することにより、保険者が中心的な役割を担うハイリスクアプローチとの相乗効果によって、国民の健康増進や生活の質（QOL）の向上を目指し、生活習慣病対策の成果を着実にあげていくこととしている。

### （1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ）

2005（平成17）年に厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会で取りまとめられた「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」において、今後の生活習慣病対策は、「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」というスローガンの下、具体的な施策プログラムを提示し、推進することとされた。これを受け、2007（平成19）年の「健康日本21」の改定に伴う代表目標項目の設定においても、運動、食事、禁煙の分野から重点的に選定されている。

ここでは、このスローガンに基づき、運動、食事、禁煙についてそれぞれ具体的な対策について紹介する。

### （運動施策の推進）

日常生活における歩数が成人男女とも減少するなど、運動により生活習慣病の予防を図るための目標達成に向けた進捗状況は満足のものとはなっていない（第2章第4節（61頁）参照）。そこで、2006（平成18）年、「運動所要量・運動指針の策定検討会」において、生活習慣病を予防するための身体活動量・運動量・体力（最大酸素摂取量）の基準を示す「健康づくりのための運動基準2006 - 身体活動、運動、体力 - 」と、その運動基準に基づき現在の身体活動量・体力の評価と目標設定の方法及び達成方法を具体的に示した「健康づくりのための運動指針2006（エクササイズガイド2006）」が策定されたところである。「エクササイズガイド2006」では、ウォーキングなどの運動から日常生活での買い物や掃除などの活動までをメニューにして組み合わせ、どのような活動をどの程度行えば1週間に必要な運動量を達成できるか把握できるようになっており、普段の生活スタイルに運動の要素を取り込みやすくなっている。

### （栄養・食育対策の推進）

健康づくりに資する食生活の実現を図るため、2000（平成12）年に厚生労働省、文部科学省、農林水産省の連携によって、国民が日々の生活の中で具体的に実践できる目標として「食生活

指針」を示したが、十分に国民に知られるものとはなっていなかった。そこで、「食生活指針」の普及・定着に向けた取組みとして、2005（平成17）年6月に厚生労働省と農林水産省の連携の下、個人の行動変容を促すため、具体的に「何を」「どれだけ」食べればよいかについて分かりやすくコマ型のイラストで情報提供を行うものとして、「食事バランスガイド」が作成された。

この「食事バランスガイド」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<sup>（注1）</sup>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。

### （たばこ対策）

たばこ対策については、2003（平成15）年に施行された健康増進法において、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、受動喫煙防止対策が進められた。

また、2005（平成17）年には、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効した。我が国ではこれを踏まえ、たばこ対策の更なる充実強化に向けた体制整備を行っており、禁煙の希望があり、治療の必要性が認められたニコチン依存症患者に対する一定期間の禁煙治療について、2006（平成18）年4月から保険給付の対象とし、その効果の検証を実施することとしたほか、より効果的な禁煙支援を推進するための「禁煙支援マニュアル」を2006年に作成・配布し、禁煙支援の推進を図っている。

なお、2000（平成12）年に定めた「健康日本21」において、喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及、未成年者の喫煙防止、公共の場所での分煙の徹底及び知識の普及、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が定められていたが、2007（平成19）年の中間評価報告書により、新たに成人喫煙率に関する目標として、「喫煙をやめたい人がやめる」が追加されることとなった。

### （新健康フロンティア戦略）

2007（平成19）年4月に、「健康フロンティア戦略」の内容を更に発展させた「新健康フロンティア戦略」が新健康フロンティア戦略賢人会議において策定された。この戦略の実施期間は、2007（平成19）年度から2016（平成28）年度までの10年間である。国民の健康寿命の延伸に向け、国民自らがそれぞれの立場等に応じ、予防を重視した健康づくりを行うことを国民運動として展開するとともに、家庭の役割の見直しや地域コミュニティの強化、技術と提供体制の両面からのイノベーションを通じて、病気を患った人、障害のある人及び年を取った人も持っている能力をフルに活用して充実した人生を送ることができるよう支援することとしている。

具体的には、国民自らが取り組んでいくべき分野として、「子どもの健康」、「女性の健康」、「メタボリックシンドローム克服」、「がん克服」、「こころの健康」、「介護予防」、「歯の健康」、「食の選択」、「運動・スポーツ」の9つの分野を取り上げ、それぞれの分野において対策を進め

（注1） 「食生活改善推進員」とは、市町村が開催する「食生活改善推進員養成教室」に参加し、食生活改善や健康づくりに関する約40時間の講習を受け、その修了証を得てボランティア活動を行う者をいう。

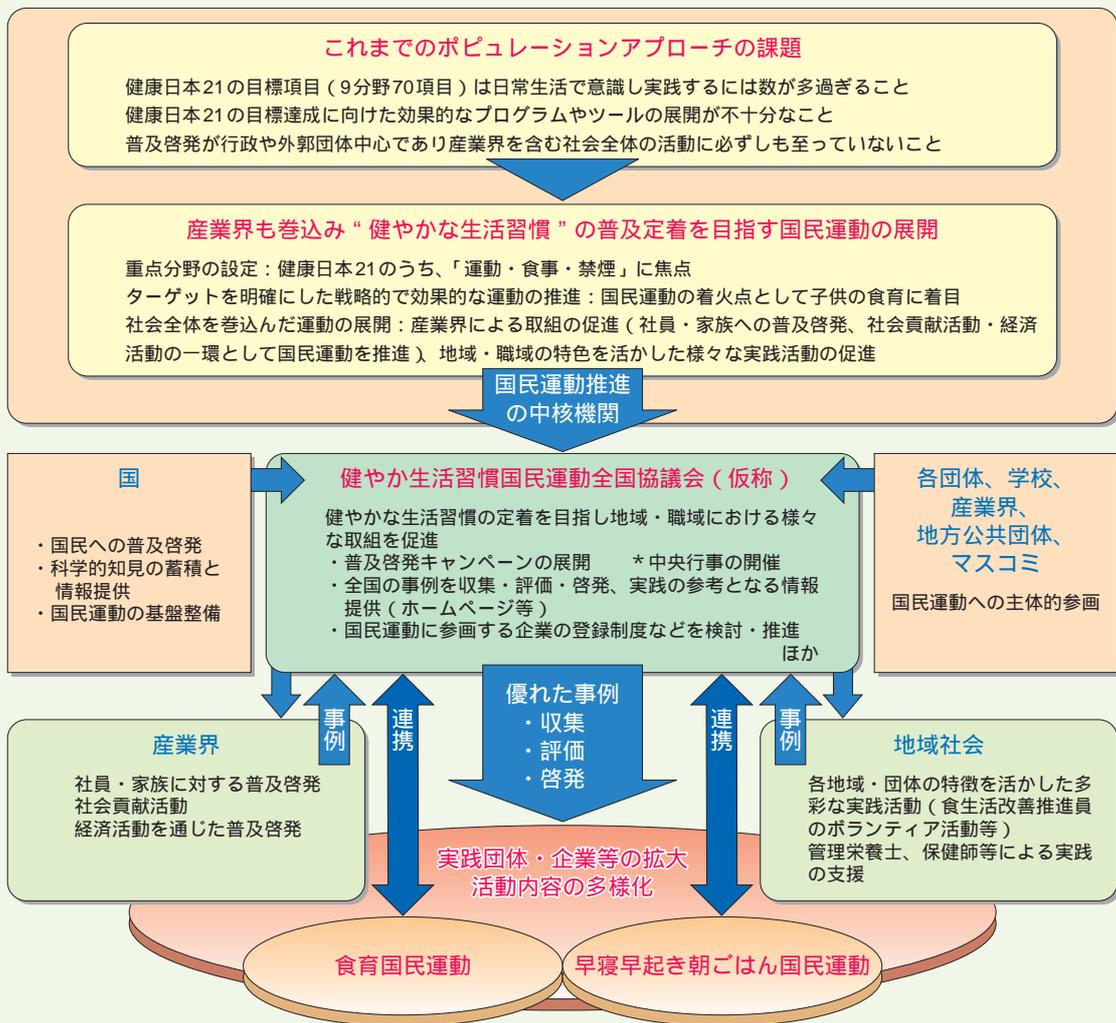
ていくこととしている。また、これらの対策を支援する「家庭・地域」、「人間活動領域拡張」、「研究開発」の3つの分野においても、対策を進めていくこととしている。

今後、政府一体となって健康国家の実現を図るため、2007年内に、本戦略の内容を踏まえた具体的な実施計画（アクションプラン）を策定し、国民運動の展開など具体的な施策の実施を図る。

**（健やかな生活習慣を国民の生活文化として定着させるための国民運動の展開）**

これまでの健康づくりの普及啓発は行政や外郭団体による取組みが中心であり、産業界を含めた社会全体としての活動に至っていなかった。こうした反省に立ち、今後は産業界を含めた社会全体を巻き込んだ国民運動の展開のため、「健やか生活習慣国民運動（仮称）」を展開することとしている。前述した「新健康フロンティア戦略」も踏まえつつ、今後「健やか生活習慣国民運動（仮称）準備会議」において、国民運動の推進方策、重点課題などを検討するとともに、啓発イベント、好事例の情報提供などを通じて健やかな生活習慣の定着を目指すこととしている（図表4-2-4）。

図表4-2-4 健やか生活習慣国民運動（仮称）について



### 3 職場における健康確保対策

#### (過重労働による健康障害防止対策)

過重労働による健康障害防止対策に関する一層の取組みが重要な課題となっている中で(第2章第4節(62頁)参照)脳・心臓疾患の労災認定については、2001(平成13)年12月に発出された「脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準について」において、発症前1週間以内の業務による過重負荷のほか発症前6か月間の疲労蓄積を評価することとされ、併せて、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられる労働時間と脳・心臓疾患の発症との関連性が示されたところである。

業務による脳・心臓疾患の防止のためには、疲労回復のための十分な睡眠時間又は休息時間が確保できないような長時間にわたる過重労働を排除するとともに、疲労が蓄積するおそれのある場合の健康管理対策の強化が重要である。このため、2002(平成14)年2月に時間外労働の削減や一定以上の時間外労働を行わせた場合の健康管理措置等について定めた「過重労働による健康障害防止のための総合対策」(旧総合対策)が策定され、その周知及び指導が行われた。

その後、働き方の多様化が進む中で、長時間労働に伴う健康障害の増加など労働者の生命や生活にかかわる問題が深刻化した。これに的確に対処するため、2006(平成18)年4月から一定以上の時間外・休日労働(1週当たり40時間を超えて行う労働が1月当たりで100時間を超える労働)を行い、疲労の蓄積が認められる労働者に対して、医師による面接指導の実施を事業者に義務づける面接指導制度<sup>(注2)</sup>が労働安全衛生法の改正に基づき導入された。

また、法改正の内容等を踏まえ、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」を同年3月に改定した。総合対策においては、過重労働による健康障害を防止するために事業者が講ずべき措置として、時間外・休日労働時間の削減、年次有給休暇の取得促進、労働時間等の設定改善、労働者の健康管理に係る措置の徹底を示しており、これらの措置が確実に講じられるよう、事業者への指導等を行っているところである。

#### (メンタルヘルス対策)

メンタルヘルス対策に関する一層の取組みが重要な課題となっている中で(第2章第4節(63頁)参照)事業場における労働者の心の健康の保持増進を図るため、事業者が行うことが望ましいメンタルヘルスケアの具体的実施方法を総合的に示した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(旧指針)が2000(平成12)年に策定された。

同指針では、心の健康づくりに関する問題点を解決する具体的な方法等を定めた「心の健康づくり計画」を事業者が策定し、同計画に基づき、次の4つのケアを継続的かつ計画的に行うことが重要であるとしている。

セルフケア(労働者が自ら行うストレスへの気づきと対処)

ラインによるケア(管理監督者が行う職場環境等の改善と相談への対応)

(注2) 面接指導制度については、労働者数50人未満の事業場に対しては、2008(平成20)年4月から適用される。

事業場内産業保健スタッフ等によるケア（事業場内の産業医等による心の健康づくり計画の推進等）

事業場外資源によるケア（事業場外の専門機関を活用した労働者からの相談対応等）

その後も精神障害等による労災補償の請求件数、認定件数ともに増加傾向にあるなど心の健康問題が労働者、その家族、事業場及び社会に与える影響がますます大きくなっている状況を踏まえ、2006（平成18）年3月に労働安全衛生法に基づく「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（新指針）が策定されたところである。

新指針においては、上記の4つのメンタルヘルスケアを推進するとともに、事業場の衛生委員会等においてメンタルヘルスケアを推進するための調査審議を行うことや、事業場において中長期的な視点に立った心の健康づくり計画を策定してメンタルヘルス対策を推進することが望ましいことなどが盛り込まれており、新指針を周知することにより、事業場でのメンタルヘルス対策の推進を図っているところである。

また、厚生労働省は、事業場に対する専門家による指導・助言等の実施、労働者の家族を含めた相談体制の整備、産業医と精神科医等とのネットワークの形成などにより、事業場に対するメンタルヘルス対策に関する支援を実施している。

#### （T H Pの推進）

これまで述べてきた過重労働による健康障害防止対策やメンタルヘルス対策に加えて、労働者の健康の保持増進を図るため1988（昭和63）年に策定された「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」に基づく取組み（T H P（トータル・ヘルスプロモーション・プラン））の推進も重要である（第1章第3節（23頁）参照）。T H Pは、職場における労働安全衛生の一環として、健康保持増進計画の策定、健康測定、健康測定の結果に基づく健康指導（運動指導、メンタルヘルスケア、栄養指導、保健指導）、健康保持増進計画の実施結果の評価を実施するものである。厚生労働省においては、T H Pの事業者への普及・啓発を図るとともに、中小企業に対してはT H Pの導入・定着のための支援事業を実施している。

#### （ワーク・ライフ・バランスの実現に向けた取組み）

労働者の心身の健やかさを保つ観点から、仕事と生活の調和の実現が重要である（第2章第4節（64頁）参照）。このため、同年4月から施行されている「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」に基づき、労働時間等の設定の改善に関する労使の自主的な取組みを促進している（次項参照）。

### （労働時間等の設定の改善に関する取組み）

これまでの労働時間短縮の取組みにより年間総労働時間が1,842時間となる一方で（第1章第3節（24頁）参照）、労働時間の長短二極化が進展（第2章第4節（62頁）参照）するなど、これまで労働時間の短縮目標として掲げてきた「年間総労働時間1,800時間」という一律の目標を用いることは時宜に合わなくなってきた。

こうした情勢を踏まえ、2006（平成18）年4月から施行されている「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」に基づき、単に労働時間の短縮を図るだけでなく、個々の労働者の健康と生活に配慮して労働時間等の設定を行うとともに、多様な働き方に対応したものへと改善を図ることとしている。

また、同法に基づき、事業主等が労働時間等の設定の改善に適切に対処するために参考となる事項を「労働時間等設定改善指針」として厚生労働大臣が定め、労働時間等の設定の改善に関する労使の自主的な取組みを通じ、所定外労働の削減や、年次有給休暇の取得促進に取り組んでいる。

## 第3節

## 生涯を通じて国民の安心を保障する医療の推進

第2章第1節及び第2節で見たとおり、国民・患者の立場からは、我が国の医療提供体制は、地域の医療提供体制の分かりにくさや在宅での療養生活を選択することの難しさ、急性期医療を担う医療機関の体制の弱体化や地域において総合的に診てもらえる機会などの不足が課題となっている。

本節においては、このような課題に対応するため、入院から在宅までの切れ目のない医療の提供、医療関係者の確保と資質の向上に分けて、先般の医療構造改革関連法の内容を紹介するとともに、医療機能の分化・連携、開業医の役割の重視、在宅医療の推進など、今後の日本の医療の進むべきと考えられる方向にも言及することとする。

### 1 入院から在宅までの切れ目のない医療の提供

#### (1) 医療機能の分化・連携の推進

##### (病院と診療所の機能分化の方向性)

第2章第2節で見たように、患者は、時間外、夜間、休日における身近な医療機関での受診や、必要に応じた適切な専門の病院への紹介について不満や不安を抱えている。こうした中で、患者が大病院に集中し、大病院は本来の病院の機能を発揮できず、病院の勤務医に過度の負担がかかるといった問題も生じている(47頁)。

こうした状況を改善するためには、各医療機関が地域における急性期から回復期、在宅医療に至るまで適切に役割を分担し、地域住民にとって分かりやすい形での医療提供体制を整備することにより、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していかなければならない。医療施設は、病院、一般診療所、歯科診療所に分けられるが、診療所と病院が持つ機能をこれまで以上に明確にし、それぞれが持つ特徴を十分にいかせるようにしていくことが必要である。

具体的には、診療所は、一次的な地域医療の窓口としての機能の強化が求められる。患者の生活管理を含めた日常の生活機能の向上を図りつつ、時間外や休日でも連絡が可能となるようにすることや、必要に応じ往診を行うこと等、患者の急な体調の変化等への対応を実現できる体制の構築が望まれている。その際には、診療所相互間あるいは病院との連携が重要になる。

これに対し、急性期の病院は、高度な医療機器の整備や専門医の十分な配置による質の高い入院医療が24時間提供されるよう、原則として入院治療と専門的な外来のみを基本とすることを検討する必要がある。こうした高度な医療サービスについては、すべての医療機関で提供することは困難であることから、地域の中核的な病院に集約する一方、在宅医療や高度・特殊な技術を要しない医療については、中核的な病院以外の医療機関での対応を中心とするなど、それぞれの医療機関がその役割・機能を見据えた医療サービスの提供等を推進することが求められている。

また、退院後の生活については、再度、診療所を中心とする地域医療が、訪問看護や介護サービス等と連携して受け止めていく必要がある。

### （中小病院及び有床診療所の役割）

高度な急性期医療を担うためには、内科、外科、整形外科、脳神経外科、産科、小児科等、急変が考えられる疾患を担当する診療科及び高度な医療機器が病院にそろっていることが必要である。一定規模以上のいわゆる総合病院は、多くの診療科を置き、高度な医療機器がそろっていることが多く、高度な急性期医療を担うことが多い。

したがって、中小病院<sup>（注1）</sup>や、入院機能を有する診療所（有床診療所）は、医療機能の分化を推進する観点から、一定規模以上の病院とは異なる役割が期待されている。

具体的には、都市部の中小病院は、高度な急性期医療を担っている大病院と連携し、大病院の急性期を終えた後の回復期のリハビリの機能や、軽度の急性期医療への対応など、地域の診療所と連携した在宅療養の支援拠点機能を持ち合わせる必要があると考えられる。

また、大病院のない地域における中小病院は、その地域の拠点となる病院としての急性期医療も担っていくことが必要である。また、診療所等とも連携し、在宅医療の後方支援を行うことも役割の一つと考えられる。

このように、中小病院は、地域の医療ニーズに対応し、他の医療機関との役割分担も考慮しながら、これまで以上に地域に密着した医療を提供していく必要がある。

有床診療所については、地域医療の中心的な役割を果たすという診療所としての特性に加え、外来のみならず入院治療までカバーできるという機能を併せ持っており、身近な場所で医療を提供できる利便性のある医療提供機関として、一定の役割を果たしていることから、地域の貴重な医療資源として有効な活用を図っていく必要がある。

### （地域における主要疾病・事業ごとの医療連携体制の構築）

患者が入院治療後できるだけ早期に日常生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けられるようになるためには、地域の医療機関が互いに役割を分担し、かつ連携して医療を提供することが重要である。

そこで、先般の医療構造改革（第5次医療法改正）に基づき、都道府県が新しく策定する医療計画では、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）及び5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。））について、地域の医療連携体制を構築し、地域の実情に応じた各医療機関の機能分担及び連携の状況を、医療計画に明記し、住民に明らかにしていくことを目指している。具体的には、2008（平成20）年度当初までに、発症から入院、そして居宅等生活の場に復帰するまでの医療の流れや、医療機能に着目した診療実施施設（急性期、回復期などの機能ごとの医療機関）を、従来の二次医療圏の設定にとらわれることなく明示していくこととしている。その際、都道府県は、疾病又は事業ごとに、医療機能の分化・連携の推進状況を評価するための具体的な数値目標を

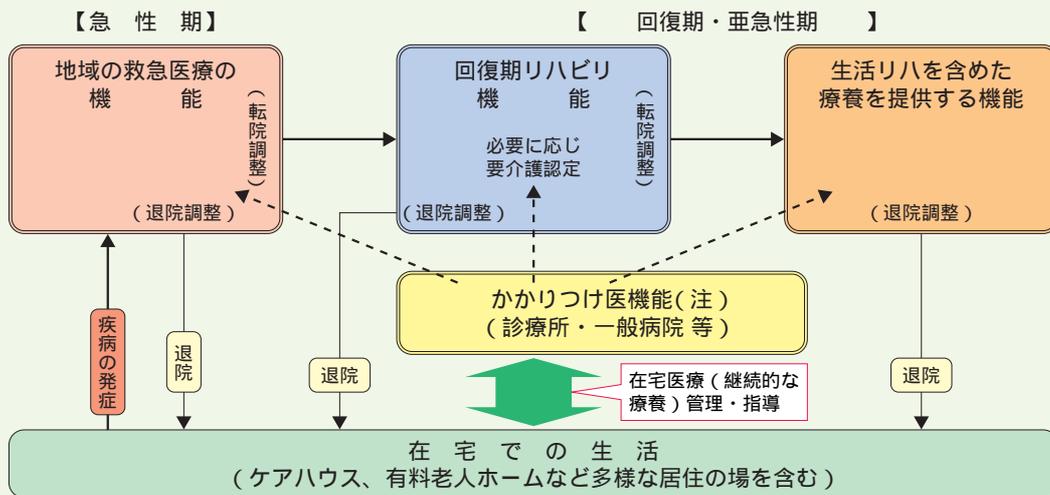
（注1） 大病院と中小病院とは、病床数等の規模で一律に区分されるものでないことに留意が必要である。

設定するとともに、その事後評価結果を踏まえ、必要に応じ医療計画を見直すなど、当該計画の実効性を高めることとしている。

また、切れ目のない医療を患者に提供するため、医療機関は、それぞれの特性に基づき機能を分化し、対応できる医療と連携の姿を明らかにしていく必要がある。こうした地域の医療機能の分化・連携を着実に推進するための有効なツールとして、「地域連携クリティカルパス」がある。これは、疾病別に、疾病の発生から診断、治療、リハビリ、在宅療養までを、複数の医療機関、施設にまたがって作成する一連の診療計画である。その普及により、転院しても中断されることなく、急性期病院から回復期病院を経て在宅に戻るまで継続的な医療の提供が円滑に行われ、在宅生活への早期復帰を希望する患者の安心を得ることが期待されている。

こうした医療連携体制について、脳卒中を例に取れば、まずは急性期の病院で治療を受けることが必要であり、治療後はリハビリ機能を有する病院で早期に適切なりハビリにより、車いすの必要だった者が杖で歩けるようになる等、身体機能の改善が図られた後、在宅での生活ができるようになる。場合によっては、重度の意識障害や機能障害等の後遺症が残ったり、肺炎等の合併症を併発したりすることもあるが、そうした場合には、生活リハビリを含めた療養を提供する病院において、継続的な治療やリハビリを行い、在宅での生活を目指すこととなる。このような経緯を経て在宅に戻った後も、必要な時に医療を受けることのできる体制を構築することが重要である（図表4-3-1）。

図表4-3-1 脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ



(注) 急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することを始め、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

### （入退院時における治療計画等の文書による説明の位置づけ）

医療機能の分化・連携を推進し、地域における切れ目のない医療の流れを作っていくためには、患者が病院又は診療所を退院する際に、患者に対し退院後の療養について適切な情報提供を行うとともに、関係する医療機関間でその情報の共有化を進めていくことが重要となる。このような考え方にに基づき、先般の医療構造改革においては、医療機関の管理者に対して、入院時に、入院から退院に至るまで患者に対して提供される医療に関する計画書を作成・交付し、適切な説明を行うことを義務づけるとともに、退院時に、退院後に必要な保健、医療又は福祉サービスに関する事項を記載した退院後の療養に関する計画書を作成・交付し、適切な説明を行うことを努力義務としたところである。

### （地域住民への情報提供の推進）

地域住民がその人生の各段階の中で遭遇する、様々な疾病や健康問題に対して、住民自らが最適な医療資源を選択できるようにするためには、広く医療に関する情報提供が行われなければならない。

そこで、先般の医療構造改革では、国民・患者による医療の適切な選択を支援するため、「医療機能情報提供制度」を設け、都道府県を通じた医療機関の医療機能に関する一定の情報の公表制度を創設するとともに、広告規制を大幅に緩和するなどの改正を行ったところである。

「医療機能情報提供制度」は、医療機関の管理者に対し医療機能に関する一定の情報を都道府県へ報告することを義務づけ、都道府県は報告を受けた一定の情報を比較可能な形に整理し、インターネットなどにより、国民・患者が利用しやすい形で提供し、国民・患者による医療機関の適切な選択を支援することとしている。提供される情報の内容は、診療科目等の基本情報から疾患ごとの手術件数、差額ベッド代等の費用まで幅広いものとなっている。この制度は、2007（平成19）年度から準備を開始し、2008（平成20）年度中には完全運用を開始することとしている。

また、広告規制の緩和に関して、従来、医療法では、医療に関する広告を原則禁止とし、広告できる事項を個別に列挙する方式を取ってきたため、広告を通して提供される情報量が限定されていた。しかし、先般の医療構造改革で、「に関する事項」のように包括的に規定する方式に改め、客観的な事実について広告可能な内容を相当程度拡大したことにより、例えば、医療従事者の専門性、治療方針、医療機器に関する事項なども広告できることになる。

これらの取組みにより、患者が、医療の「質」を意識しつつ、主体的に適切な医療機関を選択し、安心して医療を受けることができる環境整備につながっていくことが期待される。

さらに、患者・家族等からの苦情・心配や相談への迅速な対応や医療機関への情報提供等を行うため、都道府県及び保健所設置市区に対して、医療安全支援センターを設けるよう努めることを医療法に位置づけるとともに、医療機関についても患者からの相談に適切に応じる努力義務が創設されたところである。

## (2) 開業医の役割の重視

### (開業医の役割・機能の明確化)

風邪をひいたとき、腹の調子が悪くなったとき等、幅広い症状に対し、住んでいる地域の開業医が適切な診察を行うことができれば、地域住民にとって安心である。しかし、診療所は医師一人のところが多く、単独の診療所が24時間体制での在宅医療を含めた地域医療を提供することは困難である。そこで、各医療機関は、地域の医師会とも連携しながら、地域における在宅当番医制のネットワーク構築、休日・夜間の救急センターへの交替での出務、時間外(いわゆる準夜帯を想定)でも携帯電話等で連絡を取れる体制の整備といった取組みが期待されているところである。

また、地域に根ざす開業医は、内科や外科といった個別の診療科の枠にとどまらず、基本的な診断、治療を幅広く行い、必要に応じて患者を病院へ紹介することが求められる。その際、過去の疾病歴、現在の治療状況、健診の結果、さらには、その患者が入院した場合の家業や家庭への影響といった患者の生活を取り巻く状況などを幅広く考慮し、適切な指導・助言を行うことも必要である。さらに、診療所に足を運ぶことのできない患者に対しては、往診や訪問診療を行うことも重要である。

このように、開業医については、その役割・機能を明確化しつつ、在宅療養支援診療所<sup>(注1)</sup>の制度も活用しながら、休日・夜間を含めた診療、連絡や相談といった機能を果たすことができる、一次的な地域医療の窓口としての機能が求められている。

### (在宅療養を支える主治医の役割)

長期療養を必要とする高齢者など、継続的かつチームでの医療を必要とする者については、その患者が、普段自分がかかっている医師の中から主治医を選び、その主治医が、必要に応じ関係する医師の間の調整を行うとともに、担当患者の再入院や退院時のケアカンファレンスにおいて中心的な役割を担うことになれば、患者にとって望ましい療養がなされやすいと考えられる。

また、脳血管疾患、骨折等で入院した高齢者等が退院して在宅での療養を始めた場合、それまで地域に主治医を有していなかったというケースが考えられる。そうした場合には、地域で在宅医療を行っている医師の中から、その患者が、在宅での主治医となる医師を選び、当該医師が退院前カンファレンスに参加し、病院の主治医との連携を取って退院後の健康管理を担ってくれる仕組みができれば、住民の安心につながると考えられる。

(注1) 「在宅療養支援診療所」とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、必要に応じて他の医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有する診療所のことをいい、在宅時医学総合管理料が他の診療所より高く設定されている等、診療報酬において高い評価が行われている。

**(患者を適切に紹介できる医師の養成・確保)**

医療の分野においては、情報の非対称性があるため、患者が自己判断（診断）して数多くの医療機関から受診先を選ぶよりも、専門家である医師が判断して患者に適切な情報を提供する方がより望ましいと考えられる。そこで、患者との間に立って、各医療資源への振り分け機能を発揮できる医師の養成・確保を図る必要がある。

こうした振り分け機能を効果的に発揮するためには、患者がかかりつけの医師を持つことが望ましい。かかりつけの医師を持っている者の方が、そうでない者より、受けた医療の満足度が高いという調査結果もある（第2章第2節（49頁）参照）。かかりつけの医師と患者の信頼関係を基礎として、紹介された病院でその後の治療が行われれば、病院の医師と患者の間においても、望ましい意思疎通が図られることもあり、身近な開業医が、かかりつけの医師として、こうした振り分け機能を発揮していくことが期待される。

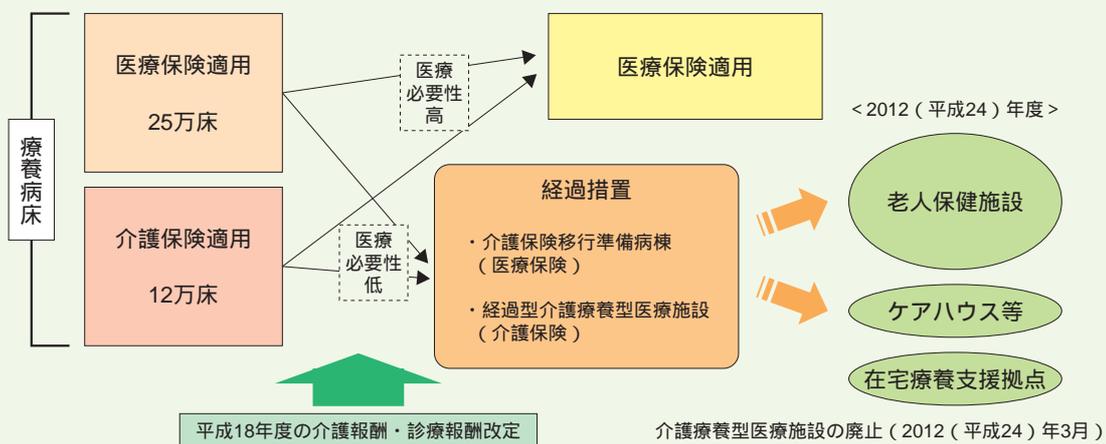
**(3) 療養病床の再編成**

**(再編成の趣旨・規模とスケジュール)**

主として長期にわたる療養を必要とする患者が入院する療養病床については、医療保険が適用される医療療養病床と介護保険が適用される介護療養病床があるが、いずれにしても慢性期入院医療実態調査（2005（平成17）年度）で、医師による指示の変更がほとんど必要のない方も利用していた実態が明らかとなった（第2章第2節（43頁）参照）。このような実態を踏まえ、先般の医療構造改革では、高齢者の状態に即した適切な医療・介護サービスの提供、医療保険や介護保険の財源の有効かつ効率的な使用、医師・看護職員など専門能力を有する貴重な人材の有効かつ効率的な活用という視点に立ち、療養病床の再編成に取り組んでいる。

具体的には、医療の必要性が高い高齢者に対しては、引き続き医療保険により療養病床において必要な医療サービスを提供する一方、医療サービスの必要性が低い高齢者については、こうした人たちが利用している療養病床を2011（平成23）年度末までの間に、より居住環境の良い老人保健施設等に転換して対応することとする（図表4-3-2）。

図表4-3-2 医療の必要性に応じた療養病床の再編成



また、今後、療養病床の再編成が進められる中で、療養病床から転換した老人保健施設の入所者に引き続き適切な医療を提供する必要があることから、今般、社会保障審議会介護給付費分科会の「介護施設等の在り方に関する委員会」において、療養病床から転換した老人保健施設における医療サービスの在り方について取りまとめを行ったところであり、今後は同委員会における議論を踏まえ、介護給付費分科会において引き続き検討を進めていくこととしている。

#### （都道府県の実情に応じた計画的整備）

療養病床の再編成に当たっては、地域によって、療養病床や介護保険施設等の整備状況や高齢化の進行状況が異なることから、各地域の実情に応じて行っていくことが必要である。

このため、各都道府県において、「地域ケア体制整備構想」を2007（平成19）年秋頃を目途に策定し、高齢者を地域において支える地域ケア体制の整備を図りつつ、療養病床の再編成を計画的に進めていくこととしている。

具体的には、「地域ケア体制整備構想」においては、厚生労働省が2007年6月29日づけで都道府県などに通知した「地域ケア体制の整備に関する基本方針」に基づき、10年単位でおおよそ30年後までを展望した中長期的な地域ケア体制の望ましい将来像とその実現に向けた方策を整理するとともに、それを踏まえた2011（平成23）年度末までの介護サービス等の必要量の見通し、その前提となる療養病床転換推進計画やその転換推進方策等を盛り込むこととしている。

#### （円滑な再編成を推進するための取組み）

療養病床の再編成については、転換先の施設の基準を満たすことが難しい、医療機関と老人保健施設を併設する場合、設備の共用が限られる、転換後の経営の見通しが不透明である、転換に伴う施設の改修等に費用がかかる、地域によっては介護保険事業（支援）計画の整備枠がなく転換が進まない等の問題が指摘されていることから、医療療養病床、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めることができるよう、各般の転換支援措置を講じ、地域の特性に応じた計画的な転換を進めていくこととしている。

具体的には、2007（平成19）年3月に当面の支援策として、施設基準の緩和、医療機関と老人保健施設が併設する場合の設備基準の緩和、転換後の経営モデルの提示、医療法人経営の選択肢の拡大、転換時の改修等に関する特別償却制度（法人税）の創設、福祉医療機構の融資条件の優遇、第3期介護保険事業（支援）計画における定員枠の弾力化等の施策を講じるとともに、今後も引き続き必要な支援措置を行い円滑な転換を図ることとしている。

#### （4）在宅医療の推進等高齢者の生活を支援する医療の推進

##### 1）在宅医療を基本とする地域ケア体制の推進

住み慣れた家庭や地域において療養しながら生活を送り、身近な人に囲まれて、人生の終末を迎えることを望む患者も多い。しかし、第2章第2節（41頁）で見たように、在宅医療を行う診療所の割合が低下しており、それを希望する患者と家族をサポートする体制が十分に整備されているとは限らない地域もある。急性期を過ぎたものの、なお療養が必要な患者が、住み慣れた環境で生活し、さらに終末期を在宅で迎えられようようにすることが、今後の在宅医療を

推進する上で重要である。なお、ここでいう「在宅」の範囲には、自宅のみならず、ケアハウスや有料老人ホームなど多様な居住の場が含まれるものであり、とりわけ高齢の患者に対して、住み慣れた環境で最期を迎えたいという希望があれば、それに応えられるようにしていく必要がある。

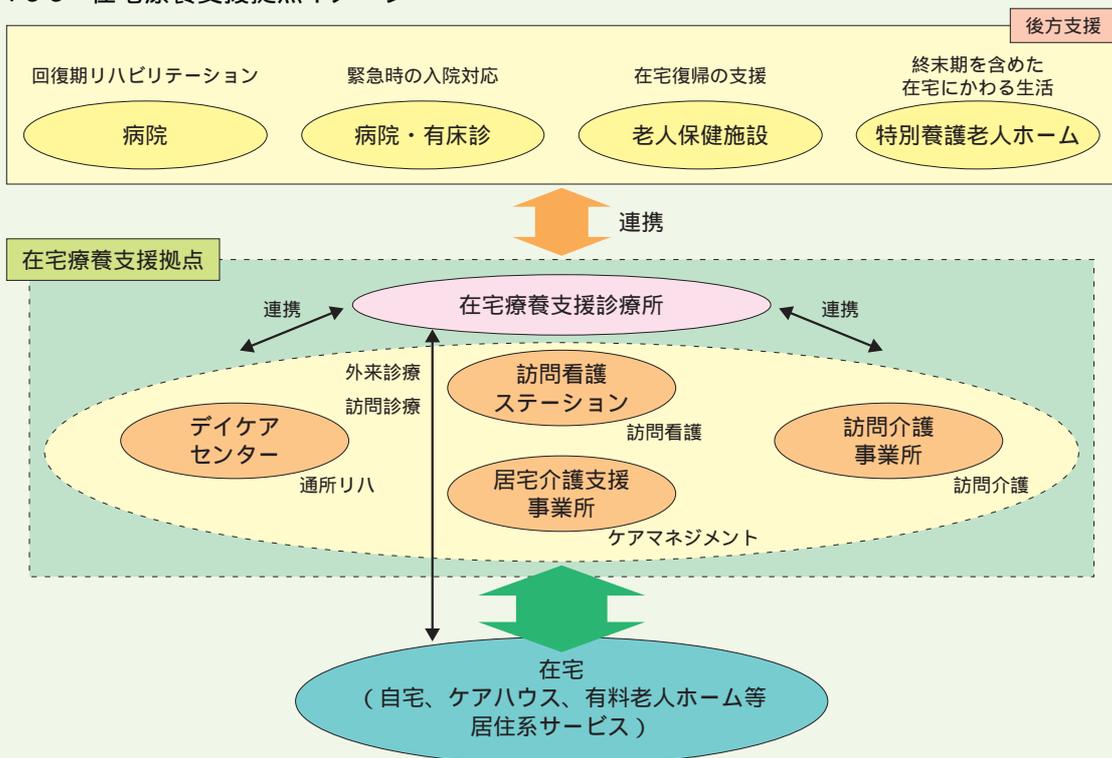
**(異なる職種間の連携)**

在宅医療を推進していくためには、地域において医療を担う在宅主治医が中心となり、他の医療機関、さらには介護、看護等多職種（訪問看護師、ケアマネジャーや薬剤師等）とによる連携をこれまで以上に強化する必要がある。併せて、自宅以外の多様な居住の場の確保、継続的な療養管理・指導、訪問看護、症状が急変した際の緊急入院体制、終末期における看取りの体制の整備等が急がれる。

病院、有床診療所、老人保健施設、特別養護老人ホーム、在宅療養支援診療所、居住系サービス施設が連携して在宅療養を支える姿を示すと図表4-3-3のようになる。在宅医療を推進するためには、24時間体制で終末期も含め患者の急変等に対応できる体制を準備することが必要であることから、在宅療養支援診療所の整備が進められており、9,434施設が届出を行っている（2006（平成18）年7月1日現在）。

また、「在宅」における対応が困難な状態に陥った場合、患者の状況に応じて、救急医療の機能を持った医療機関、回復期リハビリ機能を持った医療機関、さらには生活リハビリを含め療養を提供する機能を持った医療機関と連携し、適切な医療を提供できるよう用意しておくことが重要であり、患者、家族の安心につながるものである。

図表4-3-3 在宅療養支援拠点イメージ



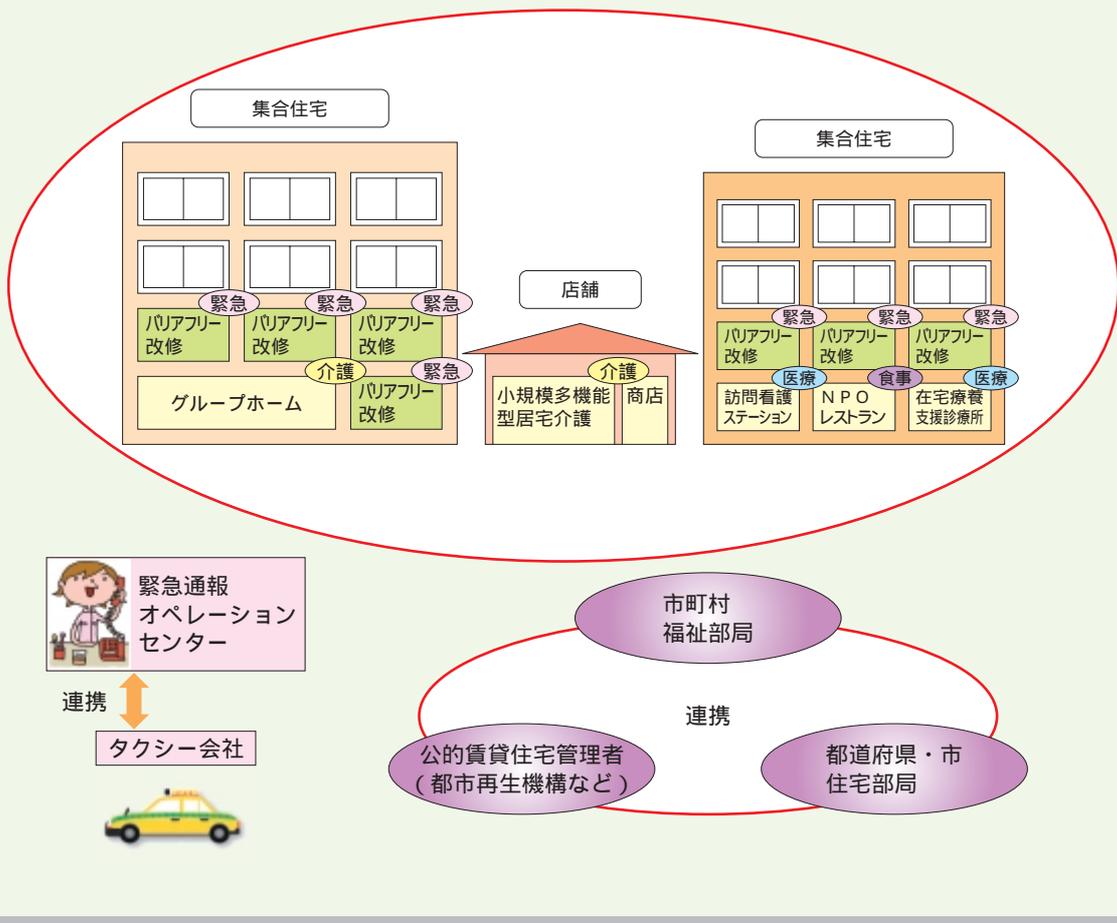
（住宅政策との連携）

現状では、住宅が高齢者や障害者に適していないために在宅での療養生活の継続をあきらめなければならない場合がある。そこで、高齢者や障害者が、在宅で福祉用具を使いながら、希望する生活に近づくことのできるよう、それに見合った住宅整備を推進していくことが必要である。また、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で安心して暮らし続けることができるよう、自宅以外でも高齢者向けの多様な住まいでの生活を支援できるケア体制を推進することが求められる。

このため、都道府県は「地域ケア体制整備構想」の中で、地域のケア体制の整備の方針を盛り込むこととされているところであるが、ここでは、地域の見守りを伴った、高齢者の生活に適した住宅を整備するなどの住宅施策を進めていくことが重要となる。その際には、過疎地域・山村地域におけるサービスの効率的な提供に向けた住み替えの必要性、高齢者の集住しているエリア（ニュータウン地域、公営住宅など）における食事、安否確認、緊急通報などの支援システムの在り方などについても検討する必要がある。

なお、住生活基本計画（都道府県計画）においては、地域の特性に応じて、住宅のバリアフリー化や公的賃貸住宅等と福祉施設の一体的整備等も定められており、当該計画との整合性を図りつつ、福祉政策と住宅政策の連携を具体的に進めることが求められる（図表4-3-4）。

図表4-3-4 住宅政策との連携のイメージ



## 2) 高齢者の心身の特性にふさわしい医療の在り方

### (高齢者の生活を支援する医療の推進)

高齢者は、複数の疾患を有している場合が多く、複数科受診に伴う重複した投薬や検査が行われていることも指摘されている。そこで、主治医等が高齢者の状態を把握することにより、こうした重複した投薬や検査を防ぐとともに、高齢者の個人差の大きさを十分に踏まえつつ、薬剤の投与の在り方などを含む高齢者に対する診療の標準化を進めることなどにより、高齢者の特性を踏まえた適切な医療の普及を図る必要がある。

特に、後期高齢者は、複数の疾患の併発、ADL（日常生活動作）の低下等の状況にあることが多く、総合的な医療が必要である。このため、例えば入院患者について、手術等を受けた後に、病状が安定したところで、速やかにCGA（高齢者総合機能評価）<sup>(注1)</sup>等を行うことが求められる。病院では、その結果について患者・家族と相談するとともに、この評価結果を活用して、それ以後の治療方針を決定し、患者の療養及び生活指導を行うことが望ましいと考えられる。

### (総合的な視点に立って認知症に対応できる医療の必要性)

第2章第1節（34頁）で述べたように、今後、認知症の患者の増加が予想されている。また、本人や家族が初期の段階から認知症であることを必ずしも認めない等の理由から、治療の開始が遅れ、重度の症状に発展する例がある。

したがって、高齢者を総合的に診療するに当たり、医師は、認知症の知識を持ち合わせる必要がある。具体的には、認知症の初期段階においては、家族への説明、早期診断や専門医への紹介といった機能、中期段階では、ケアマネジャーを始めとする介護サービスへの紹介やつなぎを行う機能が求められている。また、終末期においては、病院や看護・介護サービス機関と連携しつつ、在宅医療を提供することが重要となる。

こうした認知症の高齢者に対して、医師とケアマネジャー等との連携が適切に行われているのは、一部の先進的な地域に限られているのが現状である。したがって、地域の医師も含め、医療・介護関係者を対象とした、認知症に関する研修等により、医療・福祉諸機関との連携を推進するとともに、地域において認知症高齢者やその家族を総合的に支援する体制を構築していく必要がある。

### (老年医学の考え方の普及の必要性)

高齢者は壮年と比べ、認知症を始めとして、加齢に伴う様々な疾病、障害を併せ持ちながら地域で生活している状況があり、またそれを支える上で活用し得る必要な社会資源や検査の基準値、投薬する薬剤の量などが異なっている。そこで、老年医学に関する知見や考え方の普及を図るとともに、更なる調査研究を推進する必要がある。

また、近年、慢性疾患や複数の疾患を有する高齢者が増加し、高齢者一人一人に適した医療

(注1) 「CGA（高齢者総合機能評価）」とは、高齢者の状態について、医学的評価のみならず、生活機能、精神機能、社会・環境の3つの面から総合的にとらえて問題点を整理し、評価を行う手法をいう。

の必要性が高まっており、西洋医学に漢方等の伝統医学等の知見を加え、病気の早期発見、健康の維持を目指す「統合医療」に対する国民的関心が高まっている。今後、このような「統合医療」について、安全性や有効性の評価方法を確立していくことが望まれる。

#### （終末期を見据えた医療提供の在り方）

後期高齢者の増加、高齢者の一人暮らし世帯の増加等を踏まえると、終末期医療の重要性は今後増すことが予想される。

こうした中、患者及び医療従事者がともに広くコンセンサスが得られる基本的な点についてガイドラインを示すことが、より良き終末期医療の実現に資すると考えられることから、2007（平成19）年5月、患者の意思の確認方法や治療内容の決定手続など、終末期医療に関する主な事項の決定手続を取りまとめた「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（たたき台）」が策定されたところであり、今後も更に幅広く議論されていくことが望まれる。また、緩和ケアの充実など終末期を迎える患者及び家族を支えるための体制整備を推進していくことも必要である。

#### （5）国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）の役割

##### （高い水準の医療の全国への均てん化、患者本位の情報センターの拠点）

国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）は6センター（がん、循環器病、精神・神経、国際医療、成育医療、長寿医療）により構成されている。各センターは、国民の健康や安心・安全な医療の提供に重大な影響を及ぼす特定の疾患群に罹患する患者や当該疾患群を専門とする医療関係者が集積しているという、ナショナルセンターの強みをいかし、高度先駆的医療の提供、画期的治療法の研究、研修の実施及び情報発信などを行っている（図表4-3-5）。

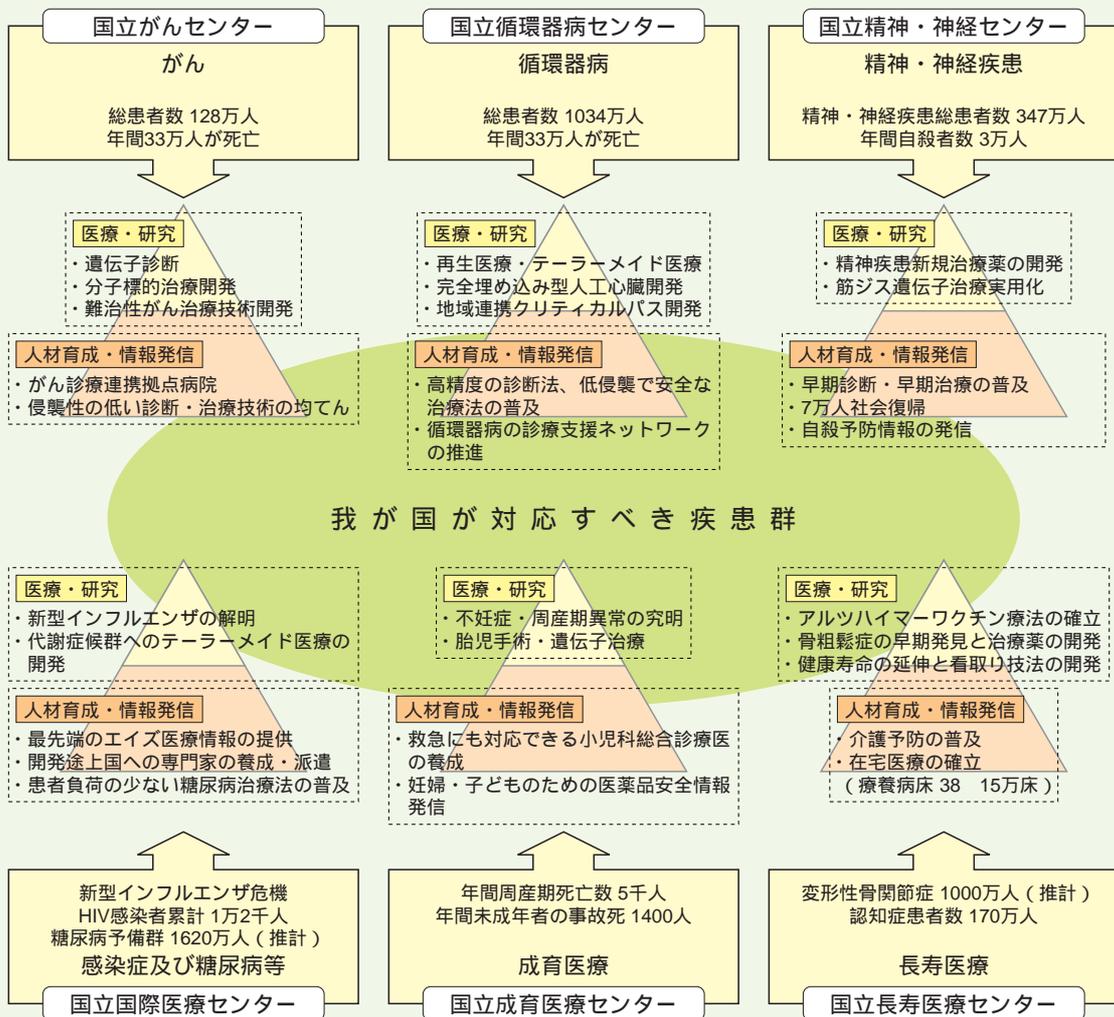
医療機能の分化・連携の推進に当たっては、ナショナルセンターもまた、重要な役割を果たすべきであり、特に、がん対策など政策医療の臨床水準の均てん化の更なる推進が求められる。

このような観点から、ナショナルセンターは、2010（平成22）年度の独立行政法人化に向けて、地方の中核拠点病院との連携を念頭に置いて、医療、研究、人材育成、情報発信の牽引車としての役割や、高度先駆的な医療技術の開発、高齢者の在宅医療システムの全国への普及等を行う役割を担うとともに、政策提言も行える方向で、その果たすべき役割や機能、体制等について整備を進める必要がある。

##### （イノベーションの拠点）

「新健康フロンティア戦略」（第2節（109頁）参照）でも取り上げられているように、医薬品、医療機器等の技術（以下「健康科学技術」という。）のめざましい進歩や知見の集積が進んでおり、これらの技術や知見を的確に活用することで、これまでは考えられなかった方法で、有病者、障害者及び高齢者の活動を支援することが可能な段階に入りつつある。今後、高齢者が疾病に伴い障害を持つ等、有病者、障害者、高齢者のすべてに当てはまる者が増加することが予想される中、健康科学技術をニーズに基づき開発し、有効に活用することにより、そうした高齢者が社会的に受け入れられ、自由な意思の下で社会的に活動できる可能性を広げ、生き

図表4-3-5 ナショナルセンターの取り組む主な医療課題



がい向上させることが期待されており、その実現のための基盤となる研究開発力の向上を図る必要がある。こうした研究開発力の向上は、健康科学技術産業の国際競争力を高めることや、今後高齢化が進行する世界に対して国際的に貢献することにも資するものである。

このような観点から、有病者、障害者、高齢者等のニーズを踏まえ、既にある技術、改良や使い方に係る技術の改良などの「汎用技術」、使用者が少なかったり、健康リスクが高い等の事業リスクが高い技術、遺伝子治療、再生医療、遺伝子診断技術（バイオマーカー等）、ナノテクノロジー（超小型化医療機器等）を活用した「革新的技術」の開発、普及の推進を図る必要がある。その推進に当たっては、ナショナルセンターが、特に重点的な推進が必要と考えられる領域における中核的医療研究機関として、産業界、大学、国立病院機構等との密接な連携を構築し、高度先駆的な医療技術、医薬品、医療機器の開発を進めていくことが求められる。

### （高齢者に対する総合的な診療を推進するための拠点）

国民・患者が安心して日常生活を過ごすために必要な患者本位の医療サービスの基盤を整備するためにも、国はナショナルセンターを活用し、精度の高い標準的な地域連携クリティカルパス（116頁参照）を開発するとともに、モデル地域を設定し、その実践と客観的な評価を行う必要がある。

このような観点から、国立長寿医療センターは、高齢者の疾病や障害をできるだけ軽減し、日常生活における自立を促進して健やかに生活できる「長寿社会」の目標実現に向けて、高齢者医療の拠点として大きな役割を果たしている。愛知県大府市を中心とする医療圏（知多半島医療圏）においては、同センターを中心として、認知症総合支援ネットワーク等のモデル的な地域連携体制を、市町村、診療所、介護施設等とともに構築することにより、医療の質を保ちつつ、平均在院日数や地域の老人医療費を減少させることに成功している。

今後は、このようなモデル的医療を他の地域でも応用する等、国として戦略的にその体制基盤の整備を図っていくことが重要である。

## 2 医療関係者の確保と資質の向上

### （1）医師不足問題についての基本的認識と対応方策

#### （医師確保に係る背景）

医師の需給については、1982（昭和57）年に、全体として過剰を招かないように配慮し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める旨の閣議決定がされた以後、累次にわたり検討が行われてきた（第1章第1節（9頁）参照）。

1986（昭和61）年に取りまとめられた「将来の医師需給に関する検討委員会」最終意見においては、近い将来医師が過剰になることが予測されること（1983（昭和58）年に人口10万人当たり医師数が150人を超えた。）先進諸国でも1960年代までは医師不足の認識をもって養成数の拡大に努めてきたが、養成数が急増した1980年代には一転して医師過剰に悩んでいること、医師数の増加が医療需要を生み出すという傾向も否めないこと等から、医学部入学定員を削減し、医師の新規参入を抑制する必要がある旨の提言がなされたところである。

同様に、1994（平成6）年に取りまとめられた「医師需給の見直し等に関する検討委員会」意見においても、間もなく人口10万人当たり医師数が200人を超えることが見込まれる中で（実際に200人を超えたのは2000（平成12）年）、欧米諸国でも人口10万人当たり医師数がおおむね200人を超える時点で、医師過剰に対する取組みが開始されていることにかんがみると、何らかの対策が必要であるとの考え方に立ち、引き続き、医学部入学定員の削減に向けた関係者の努力が必要である旨の提言がなされたところであり、この考え方は、1998（平成10）年に取りまとめられた「医師の需給に関する検討会」報告書においても、基本的には維持されている。

しかしながら、近年、

医療の高度化・専門化が急速に進み、以前のように、一人の医師が様々な分野・領域を担当することが困難になってきたこと

女性医師の増加（かつては、医師国家試験の合格者に占める女性の割合は20%を下回っ

ていたが、近年は合格者の約3分の1が女性となっている。)や、男女問わず仕事と家庭の両立を希望する医師の増加など、医師全体の働き方に対する意識が多様化しつつあること(短時間勤務など多様なライフステージに応じた柔軟な就労形態のニーズの高まり)

休日・夜間の診療を希望する患者の増加や、大病院や専門医を志向する患者の増加など、患者の意識も多様化しつつあること

社団法人日本病院会が2007(平成19)年3月に取りまとめた報告書(勤務医に関する意識調査報告書)によれば、38.5%の医師が5年前に比べ勤務時間が増えたと回答し、その理由として、患者数や診療時間の増加に比して医師が増えていないこと、書類を書く時間や会議等の時間が増加したことをあげており、また、25.9%の医師が医療紛争を経験したことがあると回答していること等から、インフォームド・コンセントの普及・充実や、近年の医療安全に対する取組みの強化等により、結果として勤務医の負担が増加している可能性もあると考えられること

など、医療を取り巻く環境が急速に変化している。2006(平成18)年に取りまとめられた「医師の需給に関する検討会」報告書においても、診療科別の必要医師数について、その算定方法等個々の困難はあるものの、今後検討することが望まれる旨の提言がなされているところであり、今後は、これまでのように、マクロ的に見た場合に医師の需給が均衡するかどうかといった観点のみだけでなく、地域や診療科ごとなどの実情に即した見通しを立てることについても検討が必要になってきている。

#### (政府・与党による緊急医師確保対策等)

このような情勢を踏まえ、厚生労働、総務、文部科学の3省は、2006(平成18)年8月に「新医師確保総合対策」を策定した。その中で、小児科・産科に係る拠点病院(マグネットホスピタル)づくりや医療機関相互のネットワークの構築、小児救急電話相談事業の一層の普及、またこれらの都道府県の取組みへの国の支援や、医師不足が特に深刻な県にある大学医学部の暫定的な定員増等の対策が示され、速やかに実施に移されているところである。

さらに、2007(平成19)年5月31日、政府・与党において、日増しに大きくなる、全国各地からの医師不足を訴える声を深刻に受け止め、地域に必要な医師を確保していく観点から「緊急医師確保対策について」が取りまとめられた。今後は、図表4-3-6に掲げる対策を早急に具体化し、地域の医療が改善されたと実感できる実効性のある取組みを行うこととしている。

これら「新医師確保総合対策」や「緊急医師確保対策について」などを踏まえ、ここでは、医療関係者の確保と資質の向上を図るための施策について、各都道府県の実情に応じた医師確保対策に係る具体的取組みの推進、病院勤務医の負担の緩和、女性医師が働きやすい環境づくり、医療リスクに対する支援体制の整備、総合的な診療に対応できる医師の養成・確保、医療関係者の資質の向上に分けて説明する。

図表4-3-6 政府・与党による緊急医師確保対策

## 1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築

医師不足地域に対し、都道府県からの求めに応じ、国レベルで緊急臨時的な医師の派遣を行う体制を整備する。上記の実施に伴い、規制緩和等の所要の措置を講じる。

## 2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等

病院勤務医の過重な労働を解消するため、交代勤務制など医師の働きやすい勤務環境の整備、医師、看護師等の業務分担の見直し、助産師や医療補助者等の活用を図る。また、特に勤務が過重で、深刻な医師不足の現状にある地域医療を支える病院への支援を充実する。さらに、一次救急を含めて地域医療を担う総合医の在り方について検討する。

## 3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備

出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すため、院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備を図るとともに、女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援や女性医師バンクの体制を充実する。

## 4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等

大学病院を含む医師臨床研修病院の臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中の是正に取り組む。また、臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方についても、地域医療への従事や医師派遣の仕組みと関連付けて検討する。

## 5. 医療リスクに対する支援体制の整備

産科補償制度の早期実現や、診療行為に係る死因究明制度（医療事故調査会）の構築など、医療リスクに対する支援体制を整備する。

## 6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

地域や特定の診療科で医師が不足している現状に対応し、奨学金を活用して都道府県が定める地域や診療科に確実に医師が配置できるための医師養成数の緊急臨時的な増加を行う。さらに、地域の医療に従事する医師数の増加を図るため、医学部における地域枠の拡充を図るとともに、医師養成総数が少ない県においては、医師の養成数を増加させる。また、臨床医を養成する医育機関の在り方についても検討する。

**(2) 各都道府県の実情に応じた医師確保対策に係る具体的取組みの推進****(医師確保についての都道府県の役割と機能の強化)**

かつては、大学病院により地域への医師派遣（紹介）機能が有効に働いていたが、近年、大学病院よりも臨床研修病院で臨床研修を行う医師が増えたこと等により、大学病院の医師派遣（紹介）機能が低下したことが指摘されている。こうした状況を踏まえると、今後は、医師の確保等について、大学、医療機関、医師会、行政等が一体となって検討する必要がある。

特に、都道府県は、都道府県医療対策協議会<sup>(注1)</sup>において、公的医療機関を中心としたいわゆるマグネットホスピタル（医師が多く集まる地域の中核的な病院）を活用して、医師の需給調整機能を発揮できるようにすることで、地域の病院の医師確保を推進していく方策について検討する必要がある。その際には、必要な数の看護師や助産師等を医師とのチームとして派遣することも考慮すべきである。なお、良い指導医のいる病院が、医師にとってキャリア形成上魅力のある病院であることから、マグネットホスピタルの活用に当たっては、大学との連携を図るなどにより、そうした人材の確保に留意する必要がある。

(注1) 「都道府県医療対策協議会」とは、医療法の定めにより、地域において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるため、都道府県が中心となって地域の医療関係者と協議を行う場として設置されるものをいう。

また、厚生労働省は、地域医療支援中央会議<sup>(注2)</sup>において、地域の医師確保対策について、都道府県医療対策協議会等からの相談等に対する審議、支援を行うこととしており、要請に応じて地域医療アドバイザー<sup>(注3)</sup>を派遣する等、きめ細かい助言、指導を行うこととしている。

加えて、2007（平成19）年5月の「緊急医師確保対策について」に基づき、2007年6月に医師不足地域に対する医師派遣の仕組みの大枠を同会議において決定し、その第1弾として、国レベルの病院グループや公募医師から全国6か所の病院への派遣が実施されたところである。

### （医学部卒業生の地元定着の促進）

医師確保のための中長期的な対応策として、医学部卒業生の地元定着を促進することが必要であり、具体的には、現在各大学で設定されている、医学部の入学者選抜における地元出身者のための入学枠（いわゆる地域枠）の設定・拡充、一定期間地元の医療機関で医療に従事することを条件とする都道府県の奨学金の拡充、医師不足が深刻な県における暫定的な医学部の定員増、自治医科大学の暫定的な定員増といった取組みを一体的に推進する必要がある。

については、地元出身の医学生は卒業後もその地域の医療機関に残る可能性が高いと考えられることから、地元出身者のための優先入学枠である「地域枠」を導入するものである。

については、各地方公共団体の実情に応じて、様々な形で行われているものであるが、在学中の学費等を奨学金として地方公共団体等が貸与し、地元の医療機関等に一定期間従事すれば、貸与された奨学金等の返済が免除されるものが一般的である。については、人口当たり及び面積当たりの医師数に基づき、10県（青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重）の大学医学部を対象とし、それに自治医科大学を加え、計11大学において、それぞれ最大10人、最大10年間増員するものである。

さらに、2007（平成19）年5月の「緊急医師確保対策について」に基づき、医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、都道府県の奨学金と連動した形で、緊急臨時的な大学医学部の定員増や、医師養成数が少ない県における大学医学部の定員増の実現に向けた取組みを実施しているところである。

### （臨床研修病院の定員等の見直し等）

また、近年、研修医が都市へ集中しているとの指摘もされており、地域医療への影響が懸念されるため、厚生労働省としては、大学病院を含む臨床研修病院の臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中を是正することとしている。さらに、臨床研修医がへき地、離島の診療所での研修、小児科・産婦人科や医師不足地域の病

<sup>(注2)</sup> 「地域医療支援中央会議」とは、全国的な病院ネットワークを有する公的医療機関の代表等を構成員として、地域医療の確保に関する好事例の紹介や改善方策の提示などにより広域的な視点で都道府県の取組みを支援する仕組みをいう。

<sup>(注3)</sup> 「地域医療アドバイザー」とは、地域医療の確保及び医師の確保に取り組む都道府県を支援するため、都道府県の要請に基づき厚生労働省が派遣（紹介）し、医療機能の分化・連携の方策や医師確保対策について助言する者をいう。

院での研修を行う際には、財政的支援を行っているところである。

なお、へき地等の医師確保が極めて困難な地域を抱える地方公共団体からは、例えば開業前のへき地勤務を義務づけるなどの規制をしてでも医師不在への対応を図ってほしいという要請があるが、へき地医師確保のための対策として全医師にへき地勤務を個人として義務づけることの合理性について、自由開業制を採る制度体系の中でどのように位置づけるか等の論点にも留意しつつ、検討していく必要がある。

### (3) 病院勤務医の負担の緩和

近年、病院における勤務医の繁忙が指摘されており、それが病院勤務医の離職等につながり、病院医療に支障を来している（第2章第2節（47頁）参照）。その背景には、休日・夜間における病院への患者の集中や、小児科医・産科医等を中心とする厳しい勤務環境などがあげられる（第2章第2節（45頁）参照）。

病院勤務医の負担の増加は、様々な問題が複合的に関わっているが、ここでは、医療機能の分化・連携の推進、休日・夜間における開業医の協力について述べる。

#### 1) 医療機能の分化・連携の推進

##### (病院勤務医の負担の緩和、ひいては医師等確保にもつながる医療機能の分化・連携)

国民・患者が地域において安心して医療を受けることができるよう、医療機能の分化・連携（114頁参照）を中心とした医療提供体制を構築していくことが重要である。

具体的には、都道府県医療計画の策定を通じて、医療機能の分化・連携を促進し、これを国民に周知することで、患者が自らの症状に合わせて、病院や診療所を選択することができ、患者の過度な病院への集中を避けることが可能となる。また、各医療施設の機能の特化により効率的な医療提供が可能となり、地域の中核病院において、質の高い医師や看護師等コメディカルを確保しやすい環境が整備されることが期待されている。さらに、機能の明確化された病院における勤務が医師のキャリア形成（専門医資格の取得など）の中で重要視されることとなり、拠点となる大病院だけでなく、その周辺に位置づけられる中小規模の病院についても、その大病院との関係で機能を明らかにすることにより、医師の研修の受入れなどキャリアパスシステムの中に位置づけられることとなる。

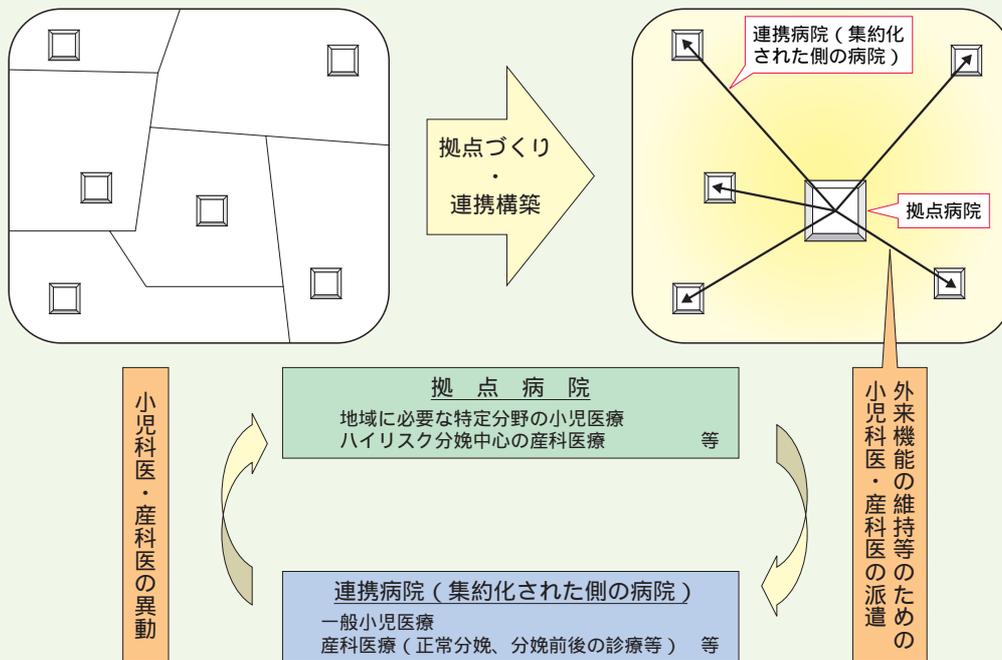
このように、各医療機関の機能の明確化と連携体制の確保といった取組み自体が、病院勤務医の負担の緩和、ひいては医師等確保にもつながる有効な解決策となる。病院勤務医も含め、限られた医療資源を有効に活用するためにも、医療機能の分化・連携を図り、地域における医療機能を包括的に充実・強化することが求められる。

##### (産科・小児救急を始め急性期の医療をチームで担う拠点病院づくり)

産科・小児科における医師不足という課題については、産科や小児救急の医療機能の重点化・集約化を図るとともに、病院と診療所の連携を推進することで、病院勤務医の負担を軽減しつつ、医療資源の効率的活用を図ることが重要である（図表4-3-7）。

産科については、病院勤務の医師が退職した際に後任の医師を確保できず、その病院で分娩

図表4-3-7 産科・小児科の医療資源の重点的かつ効率的な配置（集約化・重点化）のイメージ



を取り扱えなくなり、地域にある他の分娩を取り扱う病院に妊婦が集中するために、その病院に一層負担が集中し、人員体制を強化できなければその病院の医師も負担に耐えられなくなってしまふという悪循環が生じている。また、医師が高齢であるなどの理由で分娩を扱えない産科診療所が増えており、分娩は病院にますます集中している。このような状況に対応するため、診療所が病院と連携することで分娩前後の妊産婦ケアを担うなど、産科の分野における医療機関間の連携を進める必要がある。さらに、分娩を扱える医師を拠点となる病院へ集約的に配置することにより、医師が交代勤務などの勤務調整を行うことを可能にし、その結果、必要な睡眠の確保をするなど働きやすい環境作りを整備することも重要である。こうした取組みにより、診察の際患者とその家族への説明、相談に十分な時間を使うことや、母体、新生児に対する十分な処置が可能となり、ひいては医療事故防止にもつながると考えられる。

小児医療については、休日・夜間の診療ニーズと診療体制のミスマッチがあり（第2章第2節（46頁）参照）小児科医の負担増の主な要因は休日・夜間の診療や救急によるものである。したがって、小児救急の重点化・集約化とともに、次に述べるように、休日夜間急患センターの充実や、小児救急電話相談の普及・充実を図ることが重要となる。

## 2) 休日・夜間における開業医の協力

休日・夜間における病院への患者の集中を緩和するためには、開業医が往診や時間外対応という役割を果たすという方向性を明確にし、軽症の患者については開業医が対応することで病院への患者の集中を防ぐことが期待される（114頁参照）。

具体的には、地域の開業医が中心となって、休日及び土曜日などの昼間又は夜間における、急病などの患者に対応する「休日夜間急患センター」の活用を図っていく必要がある。従来、

地域の初期救急を担う医療機関は、診療所が当番医制で担っていたが、これを同センターに固定化し、地域の開業医が、当番制で、自らの診療所から出て同センターにおいて、特に患者の集中する夕方から23時頃にかけて、主に初期救急部分を担当することにより、地域住民にとって身近で分かりやすい初期救急医療体制を一層充実させることができる。

また、「小児救急電話相談事業（#8000）」の普及・充実も重要である。この電話相談事業は、休日・夜間に子どもが急に発病した場合に、親が全国同一の短縮番号（#8000）をプッシュすることにより、各都道府県の相談窓口に自動転送され、小児科医師や看護師から患者の症状に応じた適切な対処の仕方や受診する病院等のアドバイスを受けることができるものである。

これらにより、大病院志向の患者の受療行動に変化を与え、医療機関の機能分化と地域の小児救急医療体制の強化を図ることが期待される。

#### （4）女性医師が働きやすい環境づくり

近年、医師国家試験合格者の3割以上を女性が占めるまでになっているが（第2章第2節（48頁）参照）、出産、育児のために離職する女性医師も多い。今後の医師確保を考える上で、女性医師が働きやすい環境づくりを構築していくことが重要である。

特に、産科・小児科等は女性医師が占める割合が大きく、女性医師がライフステージに応じて柔軟に働くことができるよう、院内保育所への補助、離職している女性医師の職場復帰のための必要な研修、さらには女性医師に特化して職業あっせん事業を行う女性医師バンクの活用などの取組みを着実に実施するとともに、今後はこれらの取組みを更に充実していくこととしている。

#### （5）医療リスクに対する支援体制の整備

医療事故が刑事事件として訴訟の対象となるケースが目立ち始めたことで、医療関係者からは、訴訟が医療現場を萎縮させているという指摘もある。診療行為に関連した死亡等については、これまで死因の調査や臨床経過の評価・分析、再発防止策の検討等を行う専門的機関が設けられていないこともあり、結果として民事手続や刑事手続に持ち込まれるようになっているのが現状である。

そこで、全国8か所（札幌市、茨城県、東京都、新潟県、愛知県、大阪府、兵庫県、福岡県）で、診療行為に関連した死亡について、専門的・学際的に検討される中立的な調査を目指す死因究明のモデル事業を実施している（2007（平成19）年7月20日現在）。これは、第三者の医師が解剖、診療録の分析、医療機関に対する聞き取り等の調査を行った上で、法律家等も交えた評価委員会が報告書をまとめる仕組みである。また、2007年4月より、厚生労働省において、「診療行為に関連した死亡にかかる死因究明等の在り方に関する検討会」が開催され、死因究明制度等の在り方について検討が進められているところである。こうした制度は、医療の透明性を増し、患者にとって納得のいく医療を確保できるとともに、医療従事者にとっても、事故の発生予防及び再発防止や紛争の早期解決につながると期待されている。

また、分娩時の医療事故は、過失の有無の判断が困難な場合も多く、裁判で争われるような紛争につながる案件の多いことが、産科の医師不足に拍車をかけるとの懸念がある。分娩に係

る医療事故により脳性麻痺となった患者を救済し、紛争の早期解決を図るとともに、事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図ることを目的に、産科医療における補償制度についても検討が進められているところである。

#### (6) 総合的な診療に対応できる医師の養成・確保

患者は専門的な知識を有しておらず、どの診療科を受診すればよいか分からないことが多い。また、複数の疾患を有する高齢者が増えている中で、病院においても細分化した専門医のみで対応することは難しい場合がある。こうした地域のニーズにかんがみると、総合的な診療に対応できる人材の育成が急務である。

新たな医師臨床研修制度（第1章第1節（12頁）参照）では、新たに医師となった者が免許取得後2年間にわたり、基本的な診療科をローテートすることを必須化しており、そこでは、幅広い疾病の診断・治療を習得するための専門的なトレーニングが行われ、全人的な医療を行える医師の養成が期待されている。こうした総合的な医療を担う医師（総合医）の位置づけについては、関係団体・学会の意見も踏まえつつ検討を行う必要がある。

当面の対応としては、現在の在宅医療を担っている医師が、業務を遂行する中で（on the job）総合的な医療を行う力量を増していく方向を目指すということになると考えられるため、そうした観点に立った養成システム等の具体化のための検討が必要となっている。

#### (7) 医療関係者の資質の向上

##### (医療関係者の質的向上)

医師、薬剤師、看護職員等医療関係者の質的向上を図るためには、卒前教育、国家試験、卒後の研修の整合性を図りつつ、生涯教育の更なる普及と充実を図っていかなければならない。

医師については、前項で述べたように総合的な診療に対応できる医師の養成・確保が必要とされており、その具体的な方法については、行政、関係団体・学会等において検討を行うことが求められている。また、認定医・専門医など医師の専門性に関わるものについては、従来から専門医認定協議会等の場でその在り方について検討が行われている。その他、日本医師会においては、1992（平成4）年から、「生涯教育カリキュラム」を導入し、臨床医として繰り返し研さんすべき日常遭遇する疾病に対する診療方法や最近の医学の進歩などについて、生涯教育を行い、医療レベルの向上に努めている。

薬剤師については、在宅医療における薬剤管理、服薬指導、薬物療法への関与など幅広い役割を果たすことが求められているが、医療技術の高度化、専門化に伴い、2006（平成18）年度から薬学教育の年限が6年に延長されたところであり、併せて既卒の薬剤師についての生涯研修や専門研修の充実など、薬剤師の一層の資質向上に係る取組みが行われている。

また、看護師等については、医療に対する国民のニーズの拡大・多様化する中で、患者により良い医療・看護サービスを提供するため、各医療関係職種との密接な連携の下に、療養生活支援の専門家として患者に起こり得る病態の変化に対応した的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが求められている。特に、今後ますます必要性が高まる在宅医療において、看護師等が在宅における患者の様々な病状変化について、医師だけに頼ることなく、

看護師等の専門性を発揮し、適切な看護判断による療養上の世話や診療の補助ができる能力を身につけることが重要である。その際、訪問看護に従事する看護師は、訪問看護ステーションや在宅医療を行う診療所等を基点にして、併せて地域の健康相談や介護予防のアドバイザーなど、様々な機能を担うことも期待される。こうした要請に応えるべく、看護師等の判断力、責任能力の向上を図るため、「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書（2003（平成15）年3月）では、看護基礎教育の充実、専門性の高い看護師等の養成強化・普及、生涯教育の推進といった取組みが必要であるとの提言がなされた。

こうした看護環境の変化に対応すべく、日本看護協会では、専門性の高い看護師を養成する仕組みとして資格認定制度<sup>（注1）</sup>を設けている。

### （職種間の役割分担の在り方）

医師が本来の業務に専念できるような体制の構築や、チーム医療の推進を図る観点からも、看護職員、事務職等の資質の向上や役割分担の在り方を検討することが求められている。特に、近年増大している書類の作成など、医療職でなくとも遂行可能で、かつ専門的に行った方が効率的な事務については、事務職の積極的な活用を検討することが必要である。

また、助産師は、正常な分娩の介助や、妊産婦、新生児などに対する保健指導を行うことになっており、分娩を扱う産科医が減少している現状も踏まえ、産科医と連携し、責任を持って正常産を担える助産師の積極的な活用を図っていくことが必要である。

### （行政処分を受けた医療従事者に対する再教育制度の創設）

医師、歯科医師、薬剤師、看護職員は、罰金以上の刑に処せられた場合や、業務に関する犯罪や不正の行為がある場合には、免許取消や業務停止の行政処分を受けることがある。業務停止処分を受けた者（被処分者）は、業務停止期間を過ぎれば、特段の条件なく業務に復帰することができ、実際に、業務停止処分を受けた者の多くは、後に臨床現場に復帰して業務を再開していた。しかし、被処分者の中には職業倫理の欠如や医療技術の未熟さなどがあって、行政処分のみでは十分な反省や適正な業務の実施が期待できず、再教育の必要性が指摘されていた。

そこで、先般の医療構造改革においては、国民に対し安全・安心な医療、質の高い医療を確保する観点から、被処分者の職業倫理を高め、併せて、医療技術を再確認し、能力と適性に応じた医療を提供できるよう、行政処分を受けた医療従事者に対する再教育制度が創設された。具体的には、医師、歯科医師については、すべての被処分者を再教育の対象とし、処分の程度に応じて、被処分者自身が職業倫理・医療技術のそれぞれについて助言指導者を選任し、被処分者が助言指導者とともに作成する研修計画書に基づいた再教育が行われ、厚生労働省が再教育修了の認定を行うこととしている。また、薬剤師や看護職員の再教育の具体的な仕組みについては2008（平成20）年4月施行に向け検討が進められている。

（注1） 日本看護協会の「資格認定制度」とは、高度化・専門化が進む医療現場における看護ケアの広がりや看護の質向上を目的とするものをいう。専門看護師、認定看護師、認定看護管理者の3つの資格がある。

第4節

保険基盤の安定化と保険者機能の発揮による  
医療費適正化

第2章第3節で見たとおり、国民皆保険制度を堅持し、医療保険制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、医療保険制度について、世代間や保険者間の保険料負担の公平化及び制度運営に責任を有する主体の明確化を図ること、都道府県単位を軸としてより安定した保険運営を行うこととともに、財政状況等を踏まえた保険給付の内容・範囲の見直し等を行うことが課題となっている。

本節では、このような課題に対応するため、先般の医療構造改革の一環として行った医療保険制度の見直しについて述べることにする。具体的には、新たな高齢者医療制度の創設、保険者単位の広域化、都道府県単位を軸とした給付と負担の公平化、そして保険給付の内容・範囲の見直し等と診療報酬等の改定について解説することとする。

1 新たな高齢者医療制度の創設

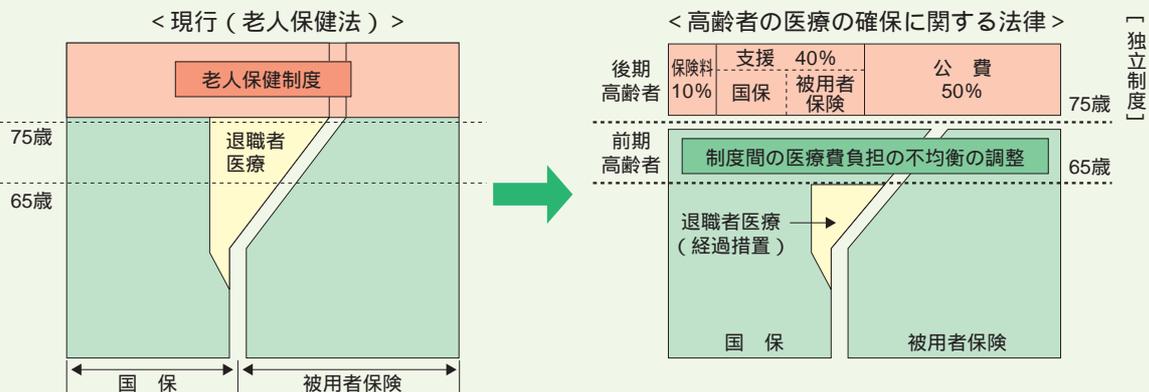
(高齢者医療制度の全体像)

現行の75歳以上の高齢者等の医療制度である老人保健制度は、その医療費を、保険者からの拠出金と公費、老人の患者自己負担で賄い、市町村が運営するという方式を採っている。この制度については、拠出金の中で現役世代の保険料と高齢者の保険料が区分されておらず、現役世代と高齢世代の費用負担関係が不明確であること、保険料の決定・徴収主体と給付主体が別であり、財政運営の責任が不明確であることが問題点として指摘されていた(第2章第3節(57頁)参照)。

このため、今後の高齢者の医療制度については、75歳以上の後期高齢者については、現行制

図表4-4-1 新たな高齢者医療制度の創設

75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、2008(平成20)年度に独立した医療制度を創設する。あわせて、65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、2014(平成26)年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる。



度を発展的に継承した独立制度を創設して、高齢者の保険料と支え手である現役世代の負担の明確化を図るとともに、都道府県単位ですべての市町村が加入する広域連合を運営主体とすることにより、財政運営の責任の明確化を図ることとした。

また、65歳から74歳の前期高齢者については、被用者が退職後は市町村国保に加入することとなり、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設することとした（図表4-4-1）。

以下では、後期高齢者医療制度、前期高齢者の財政調整制度等について詳述する。

### （後期高齢者医療制度の創設）

75歳以上の後期高齢者医療については、2008（平成20）年度から都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が運営主体となることにより、都道府県単位で保険料を決定する仕組みとなった。

被保険者の範囲は、広域連合の区域内に住所を有する75歳以上の者のほか、65歳以上75歳未満の者のうち寝たきり等の者で広域連合の認定を受けた者も含まれる。財源構成は、患者自己負担を除き、現役世代（国民健康保険・被用者保険）からの支援（約4割）及び公費（約5割）のほか、高齢者から広く薄く保険料（1割）を徴収することとし、高齢者の保険料と支え手である現役世代の負担の明確化を図った。また、療養を受けた際は、かかった医療費の1割（現役並所得者は3割）を患者が自己負担する。

従来の老人保健制度が保険者間の共同事業であったのに対し、後期高齢者医療制度は、後期高齢者を被保険者として保険料を徴収し、医療給付を行う仕組みとなっており、独立した医療保険制度となっている。また、後期高齢者医療広域連合は、保険料の決定、医療給付等の事務を処理し、財政責任を持つ運営主体となるため、後期高齢者医療の保険者として位置づけられることとなった。

### （後期高齢者の診療報酬体系の在り方）

後期高齢者医療制度の創設に併せて、治療の長期化や複数疾患の罹患等<sup>りかん</sup>といった後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、2008（平成20）年度に後期高齢者に係る新たな診療報酬体系を構築することとしている。

後期高齢者医療の在り方について審議するため、現在、社会保障審議会に専門の部会として「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」が設置され、議論が進められているところである。その中間的な報告として、2007（平成19）年4月に、後期高齢者医療の診療報酬を考える上での「基本的考え方」が取りまとめられた。そこでは、後期高齢者の生活の中での医療、後期高齢者の尊厳に配慮した医療、後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療を「基本的な視点」に掲げ、急性期入院医療において高齢者の評価とマネジメント、在宅重視の医療、介護・福祉サービス等との連携、終末期医療の4つの方向性から、後期高齢者にふさわしい医療の体系を作っていくことが示されたところである。今後は、後期高齢者の診療報酬体系の骨子を取りまとめるべく引き続き議論が行われることとなっている。

### （前期高齢者の財政調整制度）

65歳から74歳までの前期高齢者については、退職を契機に市町村国保に加入する者が多く、当該年齢層の約8割が市町村国保に加入しており、被用者保険との間で高齢者割合の偏在が生じている。現在、原則20年以上被用者年金に加入していた退職者を被用者保険が支える制度として退職者医療制度があるが、雇用の流動化などを背景に被用者年金の加入期間が短い者も多く、社会実態に合わなくなっていた。

このため、これを廃止することとし、被用者保険と市町村国保の負担の公平及び医療保険制度の安定を確保する観点から、新たに保険者間で財政調整を行う制度を創設することとした。

この財政調整制度は、保険者の負担を平準化する仕組みであり、前期高齢者の医療費を国民全体で支えるという趣旨により、前期高齢者の医療給付費について、被用者保険及び国民健康保険の各保険者の75歳未満の加入者数に応じて負担するものである。

患者自己負担は、70歳未満の者については、これまでと同様に3割負担とし、70歳から74歳までの者については、2008（平成20）年4月から2割負担（現役並所得者は3割負担）となる。その際、低所得者については、自己負担限度額を据え置く措置を講ずることとしている。

なお、前期高齢者の財政調整制度の創設に伴い、現行の退職者医療制度は廃止されるが、今後、団塊世代が退職年齢に差し掛かり、65歳未満の退職者が大量に発生することが見込まれることから、現行制度からの円滑な移行や市町村国保の財政基盤の安定を図る観点から、退職者医療制度は2014（平成26）年度までの間に退職した者が65歳に達するまでの間は、経過措置として存続することとなっている。

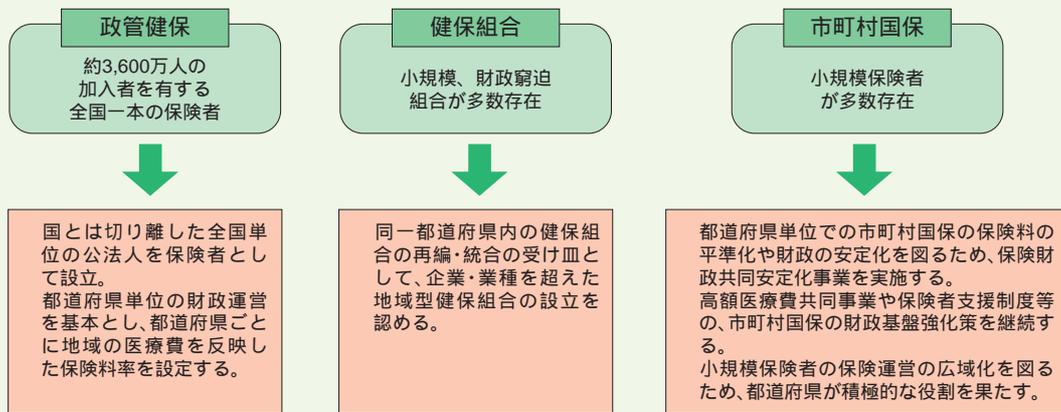
## 2 保険者単位の広域化

政府管掌健康保険（政管健保）、健康保険組合（健保組合）、国民健康保険（市町村国保）といった枠組みの中で、全体として、3,500近くの保険者が分立し、それぞれ被保険者数や年齢構成、所得に格差があり、財政・事業運営に様々な課題を抱えていた（第2章第3節（57頁）参照）。このため、2005（平成17）年12月、政府・与党医療改革協議会において取りまとめられた「医療制度改革大綱」においては、保険者として安定的な運営ができる規模が必要であること、

各都道府県において医療計画が策定されていること、医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があることを考慮し、都道府県単位を軸として保険者の再編・統合を進め、保険財政の基盤の安定化を図ることとされた。

同大綱を踏まえ、先般の医療構造改革においては、約3,500に分立している医療保険制度の保険者の規模の適正化や財政の安定を確保するとともに、保険料が地域の医療の水準に見合ったものとなるよう、都道府県を軸として再編・統合を行うことを基本的な方向として、以下の改正が行われた。

図表4-4-2 都道府県単位を軸とする医療保険者の再編・統合



### （政管健保）

政管健保は、約3,600万人の加入者を有する全国一本の最大の保険者である。保険料率も全国一律であることから、地域における取組みや努力によって医療費が低くなってもそれが保険料率に反映されないという問題がかねてから指摘されてきた。

そこで、自主自律の運営による保険者機能の強化や、地域の実情を踏まえた取組みの推進を図るため、2008（平成20）年10月に国とは切り離された全国単位の公法人である全国健康保険協会を新たな保険者として設立し、都道府県単位の財政運営を基本とすることとした。

保険料率については、年齢構成や所得水準の違いを調整した上で、都道府県単位で、地域の医療費の違いを適切に反映して設定することとしているが、都道府県単位の保険料率への移行に伴い、保険料率が大幅に上昇する場合には、5年間に限り激変緩和措置を講ずる。

なお、適用・徴収業務については、厚生年金保険と一体的に年金運営主体において行うこととしている。

### （健保組合）

近年、被保険者数の減少等に伴う規模の縮小や財政の窮迫のために、安定した保険運営が困難な健保組合が見られる。

そこで、健保組合の安定的な保険運営のため、同一都道府県内における健保組合の再編・統合の受け皿として、企業や業種を超えた都道府県を単位とした地域型健保組合の設立を認めることとし、最長6年間、統合前の健保組合ごとに別建ての保険料率を設定することを認める等の規制緩和を行った。

### （市町村国保）

市町村国保は、加入者の高齢化の進行、無職者や低所得者の増加等により、財政基盤が脆弱な保険者が多数存在している。

そこで、保険財政の安定化と市町村国保間の保険料平準化を促進する観点から、都道府県単位での保険運営を推進することとし、レセプト1件30万円を超える医療費を対象として、市町

村国保の拠出による保険財政共同安定化事業を2006（平成18）年10月から新たに実施しているところである。その他、2005（平成17）年度で期限切れとなる国保財政基盤強化策（高額医療費共同事業<sup>（注1）</sup>）、保険者支援制度<sup>（注2）</sup>及び国保財政安定化支援事業<sup>（注3）</sup>を2009（平成21）年度まで継続することとしている。

### 3 都道府県単位を軸とした給付と負担の公平化

ここまで述べたように、新たに創設される後期高齢者医療制度は、都道府県を単位とした広域連合により運営が行われる。また、保険者の再編・統合の中で、政管健保は地域の医療費を反映した保険料率を設定するなど、都道府県単位の財政運営となる。健保組合も企業や業種を超えた都道府県を単位とした地域型健保組合の設立が認められる。市町村国保も、2004（平成16）年の三位一体の改革において導入することとされた都道府県調整交付金による財政調整や、保険財政共同安定化事業等により、都道府県単位の保険財政の安定化を推進することとされた。このように保険者については都道府県単位の保険運営の推進、都道府県単位の給付と負担の公平化という枠組みに向かうこととなる。

すなわち、都道府県下の各保険者の生活習慣病対策の地道な取組みが、自身の保険料水準に反映されるのみならず、都道府県の策定する医療費適正化計画等（第6節（146頁）参照）の着実な実施とも連動し、都道府県の医療費適正化につながっていくこととなる。

また、都道府県が、医療関係団体、保険者、企業等と協力し、医療費適正化計画及び関連する三計画（健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画）に盛り込まれた各種対策を着実に実施することが、都道府県単位の医療費適正化につながり、ひいては都道府県下の保険者の財政状況も好転し、それが保険料水準にも反映されていくこととなる。

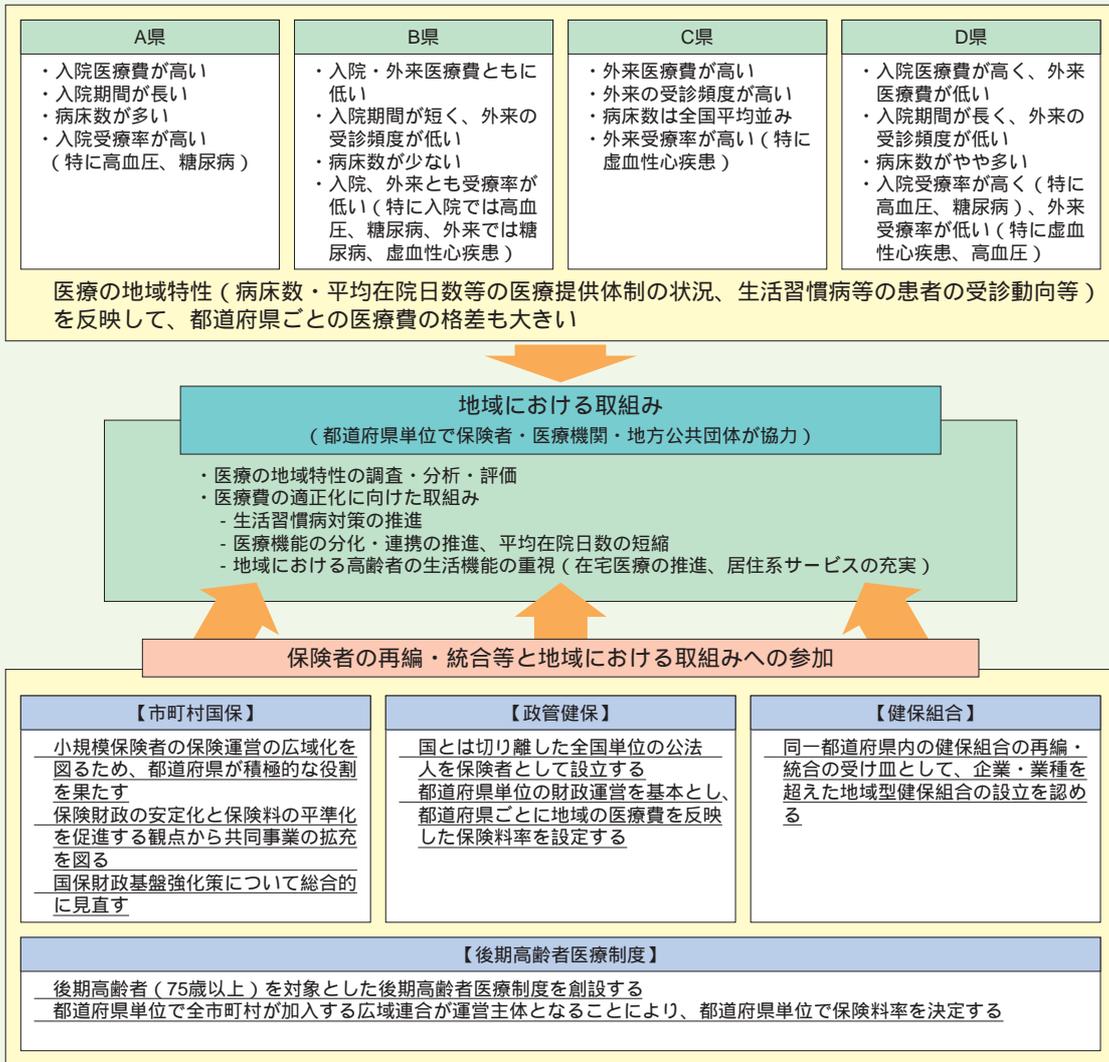
このように、先般の医療構造改革により、都道府県、保険者を始めとした関係者が、都道府県単位の医療費適正化という共通の目標に力を結集する仕組みが構築された（図表4-4-3）。

（注1）「高額医療費共同事業」とは、高額な医療費の発生が市町村国保の財政に与える影響を緩和するために都道府県単位で財政リスクを分散する事業のことをいう。

（注2）「保険者支援制度」とは、市町村国保の財政基盤を強化するために低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援する事業のことをいう。

（注3）「国保財政安定化支援事業」とは、市町村国保の財政の安定化や保険料負担の平準化等に資するために市町村の一般会計から国民健康保険特別会計への繰入れを地方財政措置で支援する事業のことをいう。

図表4-4-3 医療費適正化に資する地域における取組みと保険者の再編・統合



#### 4 保険給付の内容・範囲の見直し等と診療報酬等の改定

先般の医療構造改革では、生活習慣病予防や長期入院の見直しなどにより、国民の生活の質（QOL）を確保・向上するという中長期的な医療費適正化対策を主としているが、併せて、以下のとおり、保険給付の内容・範囲の見直しなどの短期的対策も講じたところである。

##### （高齢者の患者自己負担の見直し等）

医療保険における厳しい財政状況を勘案し、現役世代の負担が過重なものとならないよう世代間負担の公平の観点から、負担能力のある高齢者からは応分の負担をいただく考え方に立って、2006（平成18）年10月から現役並みの所得を有する70歳以上の高齢者の患者自己負担について2割から3割へと引上げが行われた。また、2008（平成20）年4月からは、70歳から74歳までの高齢者の患者自己負担について1割から2割へと引上げが行われることとなっている。

さらに、介護保険法の改正により、2005（平成17）年10月から介護保険においては、食費・

居住費が給付対象外とされたことを踏まえ、医療保険においても食費・居住費の負担の見直しを進め、医療保険適用の療養病床に入院している70歳以上の高齢者については、介護保険との負担の均衡を図るため、2006年10月から食費・居住費の負担上げが行われた。また、高額療養費については、総報酬制の導入や負担の公平を図る観点から、自己負担限度額の引上げが行われた。

なお、低所得者については、食費・居住費の負担額の軽減措置を設けることや、高額療養費の自己負担限度額を据え置くことにより、過度の負担とならないよう配慮がされている。

その他、出産育児一時金などの現金給付の見直し、乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大、70歳未満の者の入院に係る高額療養費の現物給付化（自己負担限度額を超える額については医療機関の窓口で支払わなくともよいこととする仕組み）、高額医療・高額介護合算制度（1年間の医療保険と介護保険における自己負担の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み）の創設、標準報酬月額の上下限の範囲の拡大、標準賞与の範囲の見直しを行ったところである。

### （特定療養費制度の見直し）

これまでの特定療養費制度では、必ずしも高度ではない先進技術や国内未承認薬などは対象となっておらず、保険診療との併用が認められていなかった。

このため、先般の医療構造改革においては、「将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうか」の観点から見直しを行い、保険外併用療養費制度を創設した。これにより、保険診療との併用が認められる療養として、先進的な医療や治験など、今後保険導入のための評価を行う「評価療養」、差額ベッド代や予約診療など、今後の保険導入を前提にせず、患者の選択に委ねる「選定療養」が行われた場合には、本来保険給付がなされる基礎的部分に対して、保険外併用療養費が支給されることとなった。この見直しにより、保険診療と保険外診療との併用に関する具体的な要望については、今後新たに生じるものについても、おおむねすべてに対応できるものとなった。

### （診療報酬、薬価等の改定）

持続可能で安心できる医療保険制度を維持していくために、医療費の伸びを適正化することが不可避となっており、診療報酬や薬価等についても適切に改定する必要に迫られていた（第2章第3節（56頁）参照）。

2005（平成17）年12月に政府・与党医療改革協議会において策定された医療制度改革大綱においては、2006（平成18）年度の診療報酬改定について、保険財政の状況等を踏まえ、引下げの方向で検討し、措置することとされた。併せて、薬価・保険医療材料価格については、市場実勢価格を踏まえ引下げを行うこととされた。

この医療制度改革大綱を踏まえ、中央社会保険医療協議会の審議を経て、2006年度の改定率は、診療報酬本体で1.36%、薬価等で1.8%、合計で3.16%と過去最大のマイナス改定が決定された。

その中でも、医療構造改革の推進に資する事項については、以下に示すとおり、診療報酬上

で評価されているところである。

今回の白書で取り上げた事項に関するもの

- ・ 地域における疾患ごとの医療機能の連携体制（地域連携クリティカルパス）に対する診療報酬上の評価の新たな導入
- ・ 24時間往診及び訪問看護を提供できる体制等を整えている「在宅療養支援診療所」に対する各種の診療報酬の新設
- ・ 急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の拡大等
- ・ 乳幼児深夜加算の引上げや24時間の小児救急診療体制を地域の医療機関が連携して整備した場合の報酬の引上げ
- ・ 小児医療、産科医療、救急医療、麻酔、病理診断等の点数の引上げ
- ・ レセプト電算化システムを導入していること等の一定の要件を満たした医療機関に、電子化加算として、初診料に対する加算の新設
- ・ 療養病棟入院基本料に、医療の必要性による区分及びA D Lの状況による区分に基づく患者分類を用いた評価の導入

なお、早期に集中的にリハビリを行うという急性期リハビリの重要性にかんがみ、2006年の診療報酬改定において、心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器という4つの疾患別リハビリ料を導入し、算定日数の上限を設けたところであるが、その後、当該改定の結果検証を踏まえ、よりきめの細かな対応を可能とするために、2007（平成19）年に再改定を行い、算定日数上限除外対象疾患の拡大、リハビリ料の逡減制の導入等を図ったところである。

### （包括払い制度（DPC）の導入）

日本の診療報酬制度は出来高払い方式を特徴としているが、この方式については、個々の診療行為にきめ細かく対応できるが、いわゆる過剰診療に傾きやすい、医療技術評価や医療機関運営コストが必ずしも適切に反映されていない、医療の質や効率性の評価が十分反映されないなどの弊害も指摘されてきた。

このため、2003（平成15）年4月から、入院1日当たりを支払い単位とした包括払いで、在院日数に応じて低減する仕組みを特徴とする日本版の包括払い制度（Diagnosis Procedure Combination：DPC）が、全国82の特定機能病院（大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センター）の一般病棟に導入された。

その後、2004（平成16）年、2006（平成18）年の診療報酬改定において、対象病院の拡大や診断群分類及び診断群分類ごとの診療報酬点数等について所要の見直しが行われており、過剰な診療や長期入院、薬剤の不必要な多用などの弊害の解消が期待されている。

## 第5節 保健医療分野の情報化の推進

第2章で述べた、予防の重視、生涯を通じて国民の安心を保障する医療の推進、保険基盤の安定化と保険者機能の発揮という諸課題に適切に対応していくためには、健康情報の電子化、医療機関の情報化やレセプトのオンライン化など、保健医療分野の情報化を進めていく必要がある。

このため、厚生労働省は、2007（平成19）年3月に、医療・健康・介護・福祉分野の情報化について、2006（平成18）年度からおおむね5年間における施策及び事業の計画等、具体的アクションプランを示した「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン」を取りまとめ、医療分野の情報化の方向性を提示した（下記（1）（3）（4））。この取組みについては、「経済財政改革の基本方針2007」（2007年6月19日閣議決定）においても、その推進が明記されているところである。

また、国民・患者が医療機関を選択する際に、医療機関の情報を比較可能で分かりやすい形で入手できる仕組みが制度化される必要があるとの観点から、先般の医療構造改革の一環で、都道府県による医療機関に関する情報の公表制度の創設等を行った（下記（2）第3節（117頁）参照）。

本節においては、保健医療分野の情報化の推進について、生涯を通じた健康情報の電子的収集と活用、医療機能情報等の公表制度の創設、医療機関における情報化のための取組み、レセプトオンライン化のための取組みに分けて述べる。また、「社会保障カード」（仮称）の導入についても述べる。

### （1）生涯を通じた健康情報の電子的収集と活用

医療構造改革においては、「生活習慣病予防の徹底」を図るため、2008（平成20）年4月から、保険者に対して特定健診・保健指導の実施が義務づけられた。健診未受診者の確実な把握、保健指導の徹底、医療費適正化効果までを含めたデータの蓄積と効果の評価といった観点から、健診データの電子化が進められることが重要である。

そこで、厚生労働省は、健診データが電子化されることによる利点を最大限に活用し、健診情報を自分自身の健康管理に利用できるようなするための方策、健診情報を全国的規模で収集し、学術的・疫学的に活用するための方策やレセプトデータとの連携の在り方について検討することとしている。

具体的には、2006（平成18）年度に定められた標準的な健診項目、標準的なデータ形式と、レセプトデータ及び診療情報との連携の進め方などについて検討を進め、2007（平成19）年度には結論を得ることとしている。さらに、2008年度から開始される保険者が実施する特定健診・保健指導における健診情報の電子的収集を開始し、同年度末までに、個人が自分自身の健康情報を電子的に入手し、健康管理に活用できるよう健康情報入手に関するルール等の仕組みについて方針を示すことなどを予定している（第2節（107頁）参照）。

## (2) 医療機能情報等の公表制度の創設

先般の医療構造改革では、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、医療機関が都道府県に報告することを義務づけ、都道府県が、報告のあった内容を比較可能なように整理し、インターネットなど住民が利用しやすい形で公表する仕組みを創設した。また、薬局についても同様の仕組みとしている（第3節（117頁）参照）。

こうした情報提供が本格化すれば、国民・患者は、自宅にいながらインターネットを介して医療機関の情報を入手することができ、IT化のメリットを享受できるようになる。

## (3) 医療機関における情報化のための取組み

カルテの作成、管理などの医療機関内の事務の情報化により、カルテ保存や運搬等の効率化、安全で効率的な物流管理、情報伝達の円滑化・迅速化や誤記・誤読防止等による医療安全の推進、情報の統計的・疫学的活用等が図られる。また、医療機関間で、診療画像や検査情報等を安全・円滑に情報交換することが可能となり、専門医への紹介やセカンドオピニオンをスムーズに受け取ることができる。さらに、個人が生涯にわたる健診情報・診療情報等を電子的に入手・管理できる仕組みが構築されれば、日常の健康管理に役立てるとともに、医療機関に提供して適切な医療を受けることなどが期待できる。

こうしたことを実現していくためには、医療用語・コードなどの標準化、医療情報システムの相互運用性の確保（システム間で情報のやり取りが可能になるようにすること）等を図っていく必要がある。

このため、厚生労働省は、医療用語及び用語間の関連性コードの標準化に関する取組みを引き続き実施していくとともに、新たに医療情報システム間の相互運用性の検証を行い、その結果に基づく標準規格を採用した情報システムの普及を促進することとしている。

また、医療機関における費用負担を軽減しつつ、診療情報に係る連携を促進するため、2006（平成18）年度に開発した標準的な診療情報提供書<sup>（注1）</sup>を作成するシステムのソフトウェアを、2007（平成19）年度から全国の医療機関等に無償配布することなどを予定している。

## (4) レセプトオンライン化のための取組み

従来、病院や診療所等医療機関から、国民健康保険団体連合会や社会保険診療報酬支払基金といった審査支払機関へのレセプトの提出は紙又は電子媒体で、審査支払機関から市町村国保や組合健保、政管健保などの保険者へのレセプトの提出は紙で行われ、処理されてきた。紙での処理は、医療保険事務の高コスト化とともに、レセプトデータの予防医療等への活用が十分になされていないという状況を招いていた。

（注1） 「診療情報提供書」とは、医師が他の医師へ患者を紹介する場合に発行する書類をいう。一般には紹介状と呼ばれる。

このため、2006（平成18）年度から、医療機関等と審査支払機関の間のレセプトの提出・受領をオンラインで、審査支払機関と保険者の間のレセプトの提出・受領を電子媒体又はオンラインで行えるようにした。その上で、医療機関等の規模等に応じて段階的にオンライン請求が義務化され、2010（平成22）年4月には8割以上、2011（平成23）年4月からは、原則としてすべてのレセプト請求事務がオンライン化されることとなっている。

#### （5）「社会保障カード」（仮称）の導入

また、2007（平成19）年7月5日、政府・与党で「年金記録に対する信頼の回復と新たな年金記録管理体制の確立について」が取りまとめられ、発表された。この中で、年金の記録を適正かつ効率的に管理するとともに、常にその都度国民が容易に自身の記録を確認でき、年金の支給漏れにつながらないようにするための年金記録管理の在り方の抜本的な見直し方策の一つとして、2011（平成23）年度中を目途に「社会保障カード」（仮称）を導入することとされた。

このカードは、個人情報を保護する観点から記載内容が他人に見られないよう十分なセキュリティ確保を行った上で、1人1枚とすること、年金手帳だけでなく、健康保険証や介護保険証の役割も果たすことなどを想定しており、政府として検討を進めているところである。

## 第6節

## 都道府県が描く保健医療の将来ビジョン

先般の医療構造改革は、患者自己負担の見直し等を中心とした短期的な方策による医療費適正化だけでなく、今後の国民の保健・医療・福祉の在り方を展望し、国民の生活の質（QOL）を確保・向上する形で医療そのものを効率化することにより、結果として、医療費の伸びを徐々に適正化するという中長期的な取組みを導入していくものである。

こうした中長期的な対策を講じるに当たっては、第3章で見たとおり、都道府県ごとの医療費、医療提供体制、介護サービス提供体制等の現状に大きな格差が存在することを踏まえ、地域の実態に応じて対策を講じていくことが不可欠である。

このため、都道府県は、地域住民に対する保健・医療・福祉の在り方を展望し、地域における体制の整備を図りつつ、実態に応じた医療費適正化方策に計画的に取り組む必要がある。具体的には、地域の実情を踏まえ、健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画という三計画との調和を図りながら医療費適正化計画を策定し、総合的・一体的な取組みを推進していくこととしている。

本節では、こうした総合的・一体的な取組みが必要であるという観点から、「医療費適正化計画の策定」と「医療費適正化計画と関連計画との調和」について解説した上で、都道府県の役割の重要性という観点から、「都道府県による総合調整機能の発揮」について述べることとする。

### 1 医療費適正化計画の策定

医療費適正化を総合的かつ計画的に進めるため、国において、全国医療費適正化計画や、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）を策定し、これに基づき、都道府県において都道府県医療費適正化計画を策定することとしている。

この全国医療費適正化計画、都道府県医療費適正化計画については、2008（平成20）年度を初年度とする5か年計画として策定するものであり、その政策目標として、

国民（住民）の健康の保持の推進

医療の効率的な提供の推進

を掲げることとなっている。具体的には、2012（平成24）年時点において、

国民（住民）の健康の保持の推進に関する目標

ア 特定健診の実施率を70%以上とする

イ 特定保健指導の実施率を45%以上とする

ウ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備群の減少率を10%以上とする

医療の効率的な提供の推進に関する目標

ア 医療療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。）の病床数を、一定の算式に基づき算定した数とする

イ 平均在院日数は、全国の平均と最短の都道府県との差の1/3を減らすことを基本としている。

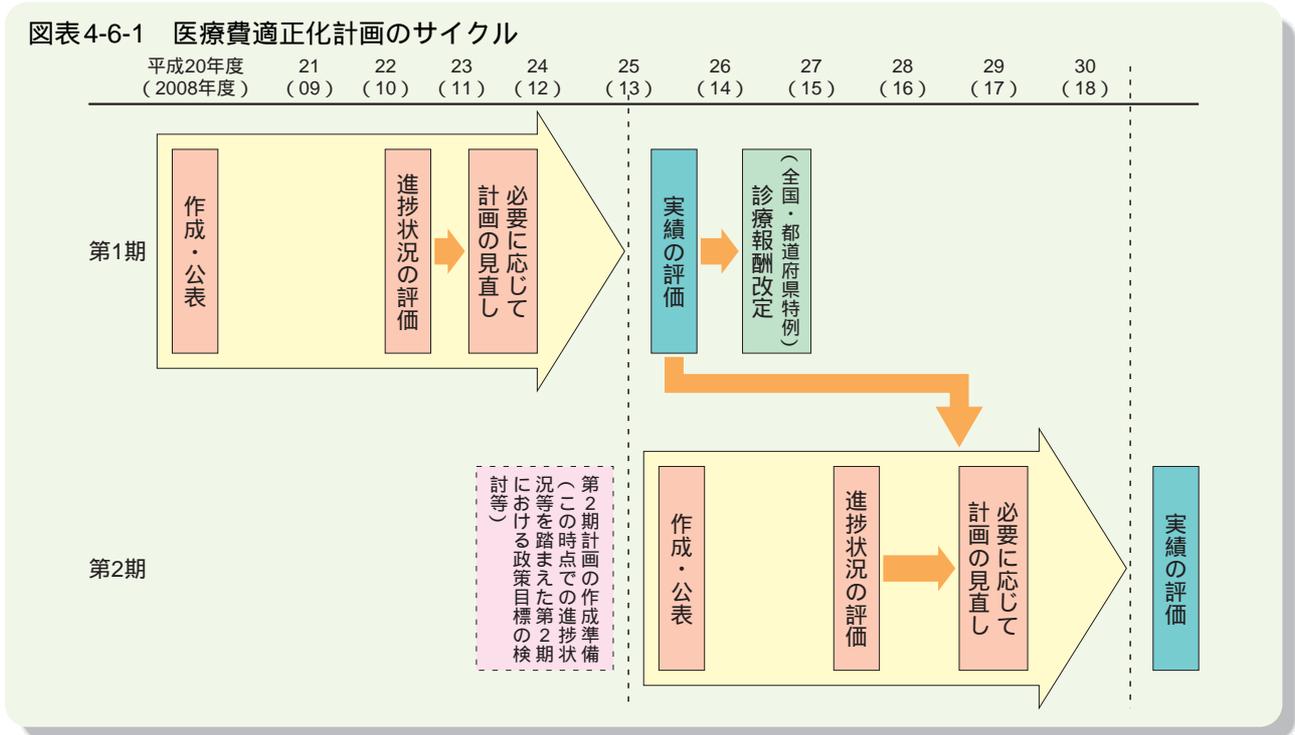
そして、この政策目標を達成するための方策として、

国民（住民）の健康の保持の推進のためには、生活習慣病対策として、保険者に40～74歳の加入者に対する、メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導（特定健診・保健指導）の実施を義務づける（第2節（103頁）参照）

医療の効率的な提供の推進のためには、療養病床の再編成を進めるほか、医療機能の分化・連携や在宅医療支援の強化などを進める（第3節（114頁）参照）こととしている。

この全国医療費適正化計画、都道府県医療費適正化計画については、計画策定から3年目の中間年に計画の進捗状況に関する評価を、計画期間終了年度の翌年度に計画の達成状況に関する評価を行うこととしているとともに、評価の結果を踏まえて、都道府県の診療報酬の特例などの措置を講じることが可能であり、これらを通じて実効性のある取組みを確保しているところである（図表4-6-1）。

図表4-6-1 医療費適正化計画のサイクル

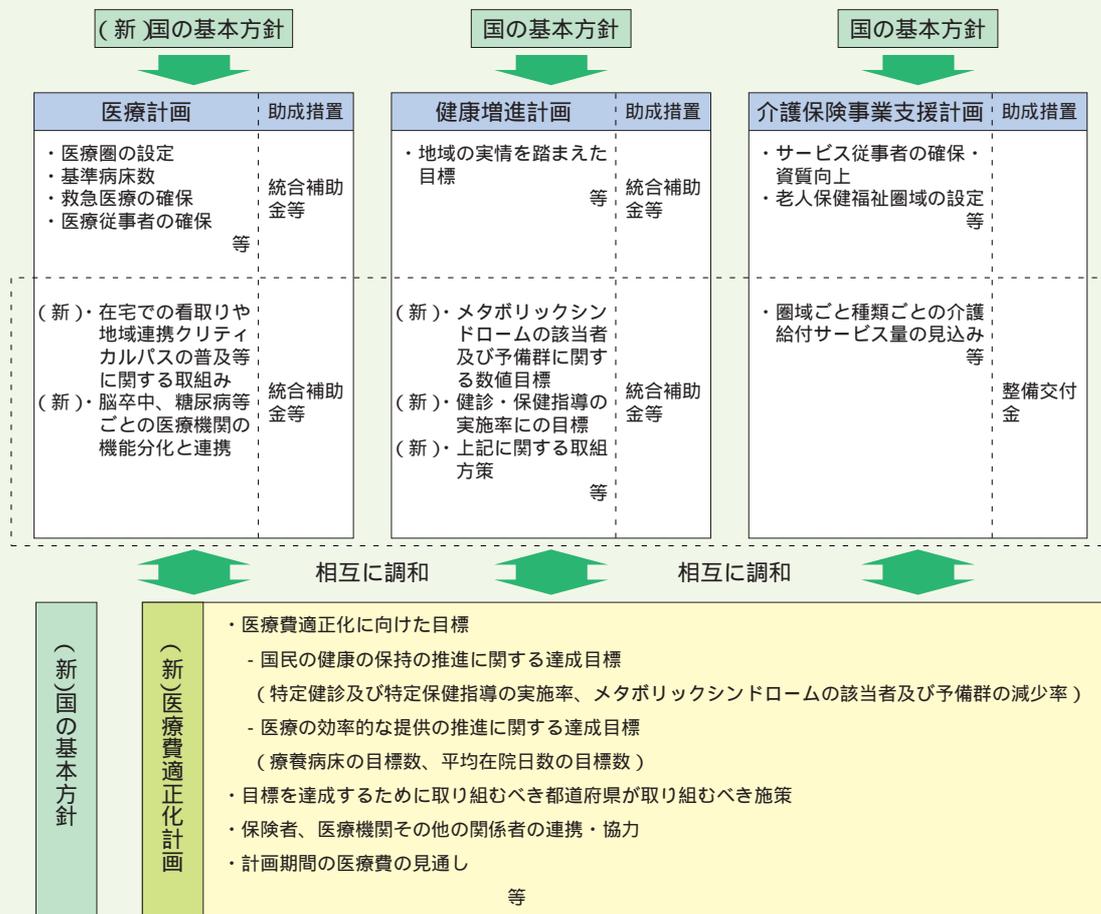


2 医療費適正化計画と関連計画との調和

医療費適正化計画は、住民の健康の保持の推進と医療の効率的な提供の推進を主たる柱とすることから、前者は健康増進計画と、後者は医療計画及び介護保険事業支援計画と密接に関連しており、医療費適正化に関連する取組みを総合的に進めていくためには、これらの計画との調和が保たれたものとするのが求められる（図表4-6-2）。

ここでは、都道府県医療費適正化計画に関連する三計画（健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画）における取組みを通じた地域の保健・医療・福祉の体制整備について説明する。

図表4-6-2 都道府県における三計画と医療費適正化計画



(健康増進計画との調和)

健康増進計画は、地域住民の健康増進を図るため、国の定める基本指針を勘案し、都道府県、市町村が、地域住民の健康に関する各種指標や地域の社会資源等の地域の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、策定するものである。

先般の医療構造改革において、生活習慣病の予防が、国民の健康確保を図る上で重要であるのみならず、医療費の適正化にも資することとなるとの観点から、生活習慣病予防のための取

組体制として、保険者に特定健診・保健指導を義務づけるとともに、都道府県における健康増進計画の内容の充実を図ることとされた。具体的には、

地域の実情を踏まえた具体的な目標値の設定

関係者の役割分担・連携促進のための都道府県の総合調整機能の強化

各主体の取組みの進捗状況や目標の達成度の評価の徹底

を盛り込むことにより、健康増進計画の見直しを図ることとしている。

特に、新しい健康増進計画においては、メタボリックシンドロームに着目し、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率や、健診・保健指導の実施率に係る目標を、地域の実情を踏まえて設定することとしている。また、その目標を達成するため、都道府県や市町村による健康づくりの普及啓発（ポピュレーションアプローチ）や保険者による特定健診・保健指導の実施（ハイリスクアプローチ）等の取組みを同計画の中に位置づけ、総合的な生活習慣病対策を推進することにより、住民の健康増進・生活の質（QOL）の向上を図ることとしている。

### （医療計画との調和）

医療計画は、地域の体系的な医療提供体制の整備を促進するため、

医療資源の効率的活用

医療施設相互の機能連携の確保や必要な医療機能の体系的整備

を目的として、都道府県ごと（二次医療圏単位）に作成しているものであり、医療圏の設定及び基準病床数に関する事項、地域医療支援病院の整備の目標等に関する事項、医療関係施設相互の機能の分担及び業務の連携等に関する事項を定めているものである。

先般の医療構造改革において、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、各医療機関が適切に役割を分担し、医療機関同士が連携して疾病の状況に応じた適切な医療を提供していく必要があるとの観点から、医療計画制度を見直し、脳卒中、小児救急医療などの主要な疾病及び事業ごとに、地域における医療連携体制を構築し、これを医療計画に具体的に位置づけることとしている（第3節（115頁）参照）。

### （介護保険事業支援計画との調和）

都道府県が定める介護保険事業支援計画は、介護サービスの基盤整備と充実のために、国が定める基本指針に則して、市町村がサービスの確保・円滑な提供等について定める介護保険事業計画とともに、介護サービスの円滑な実施の支援に関する計画であり、

- ・ 市町村の介護保険事業計画を踏まえた介護サービス量の見込み
- ・ 施設の整備に関すること
- ・ 介護支援専門員等人材の確保に関すること
- ・ 介護サービスの円滑な提供を図るための事業

等を定めるものである。この介護保険事業支援計画は、従来5年を1期として策定し、3年ごとに見直しが行われていたが、2006（平成18）年度からの第3期介護保険事業支援計画からは3年を1期として策定されているところである。

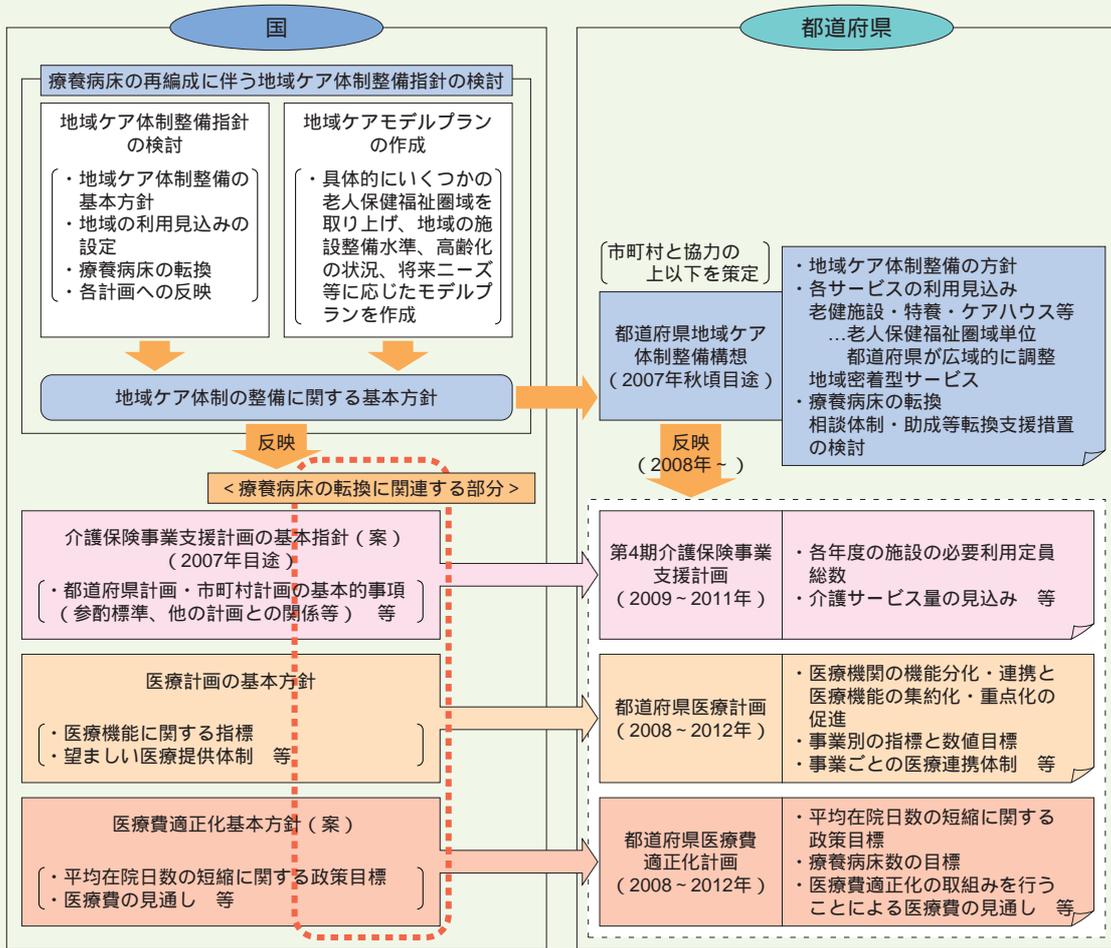
今後、療養病床の再編成を行うに当たっては、地域ケア体制整備構想により療養病床の転換を進めながら、2009（平成21）年度からの第4期介護保険事業支援計画において、療養病床の転換の受け皿となる介護施設等の介護サービス量を適切に見込むとともに、その見込量を確保するための方策を定めることが必要となる。

#### （地域ケア体制整備構想を踏まえた医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業支援計画の策定）

療養病床の再編成は、都道府県が今後策定する3つの計画にも密接に関連する。すなわち、地域における医療連携体制などを定める「医療計画」、療養病床数や地域の平均在院日数の短縮に関する政策目標を掲げる「医療費適正化計画」及び療養病床から転換した施設やサービスも含めた地域の介護サービス量を見込む「介護保険事業支援計画」のそれぞれを、都道府県は今後策定することとなるが、これらは相互に密接に関連するものである。

このため、各計画相互に整合性の取れた方針を速やかに整理し、各計画に適切に反映させることが必要になる。そこで、厚生労働省が策定した「地域ケア体制の整備に関する基本方針」（第3節（120頁）参照）に基づき、2007（平成19）年秋頃を目途に、各都道府県において、10年単位でおよそ30年後までを展望した地域のケア体制の望ましい将来像と、その実現に向けた方策などを盛り込んだ「地域ケア体制整備構想」を策定することとしている。この中で、介護サービス、高齢者向けの住まいと見守りサービス、在宅医療等を提供する地域ケア体制の整備及び療養病床の再編成を進めるに当たっての基本的な考え方、療養病床の転換の推進方策等について盛り込んでいくことを予定している。また、同構想の策定に当たっては、地域の見守りを伴った高齢者の生活に適した住宅の整備等の住宅施策との連携を視野に入れていくことが重要である（第3節（120頁）参照）（図表4-6-3）。

図表4-6-3 地域ケア体制の整備に関する基本方針及び関係計画における国と都道府県の役割



### 3 都道府県による総合調整機能の発揮

先般の医療構造改革における医療費適正化の取組みは、国民の健康づくりから医療提供体制及び地域ケアの在り方そのものを問い直すことにより、国民の健康、国民にとってのより良い医療を目指すものであり、その結果として、医療費の適正化を図ろうとするものである。こうしたことを実現するために、医療費適正化計画の策定及び関連する三計画（健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画）の見直しを総合的・一体的に行う都道府県の役割がますます重要となる。例えば、生活習慣病予防対策については、市町村を中心に住民一人一人が健康づくりに取り組む機運を高めることが求められ、これと保険者による特定健診・保健指導の取組みと組み合わせた形での住民の健康づくりを推進するという施策のコーディネート機能が求められている。また、平均在院日数の短縮については、都道府県単位において、療養病床の再編成等地域ケア体制の整備をどのように行っていくのかという将来ビジョンを示す役割や、これらの将来ビジョンを示していく上で、様々な関係者との調整を果たす役割が求められている。このように、今回の医療費適正化の取組みにおいて、都道府県が果たすべき役割は非常に大きなものとなっており、都道府県の総合的な調整機能の発揮があつてこそ、関係当事者の全員参加による、地域の特性を踏まえた保健・医療・福祉をめぐる総合的・一体的な体制整備を図ることが可能となり、結果として、医療費の適正化が図られることになる。

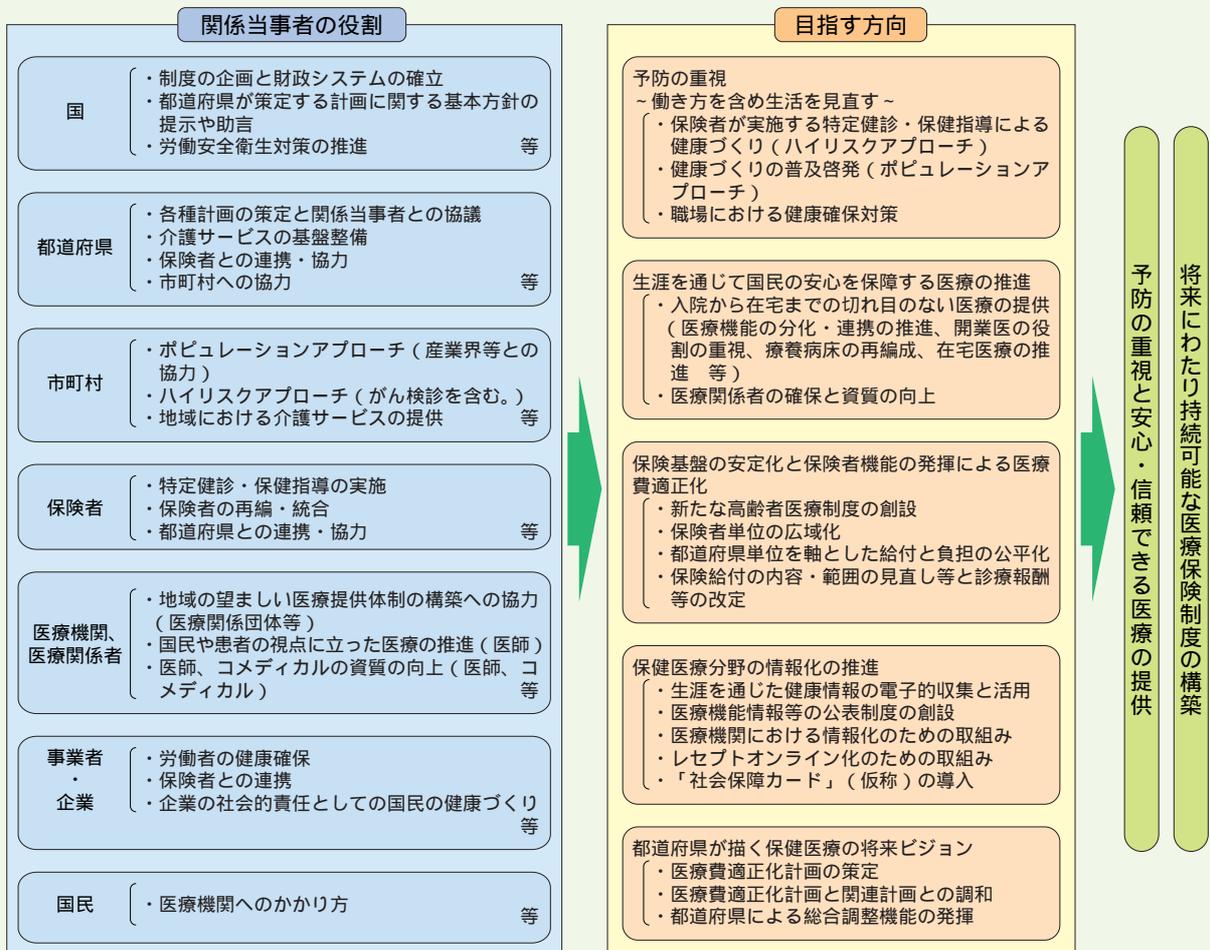
## 第7節 関係当事者の全員参加による国民本位の医療構造改革の実現に向けて

第4章

先般の医療構造改革は、1961（昭和36）年に国民皆保険制度が創設されて以来の最大の改革といわれており、国、都道府県、市町村、保険者、医療機関、医療関係者、事業者・企業、国民の関係者全員が、その役割を認識し、互いに連携・協力しなければ、実効あるものとはならない。

そこで最後に、関係者がそれぞれ果たすべき役割を改めて整理し、関係者の中で医療構造改革の理念の共有化を図り、医療構造改革の着実な進展を期すこととする。

図表4-7-1 関係当事者全員参加による医療構造改革



( 基本的役割 )

先般の医療構造改革の全体像、すなわち、国民の生活の質（QOL）の確保・向上を図りつつ、医療の効率化を図り、医療費の適正化を推進するという医療構造改革の基本的方向、それを実現する制度的枠組みを示す。

( 制度の企画と財政システムの確立 )

先般の医療構造改革全体が計画通り進捗<sup>しんちよく</sup>しているかどうか、PDCAサイクルによって検証し、必要に応じて、医療制度の企画や財政システムの確立に努める。

( 都道府県が策定する計画に関する基本方針の提示や助言 )

都道府県が策定する医療費適正化計画及び三計画（健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画）や「地域ケア体制整備構想」の策定が的確かつ円滑に進むよう、国は最大限の支援を行う。具体的には、国は自ら全国医療費適正化計画を策定するとともに、都道府県が各種計画を定める際の方向性を示す基本方針等を策定し、都道府県へ提示するほか、都道府県の担当者に対し本格的な研修を行うなど、都道府県の策定する各種計画について、共同作業との認識をもって、支援する。

( 労働安全衛生対策の推進 )

労働安全衛生に関して、THP（トータル・ヘルスプロモーション・プラン）やメンタルヘルス対策の推進により、労働者の健康づくりを推進するとともに、労働基準監督署を通じて、法令遵守の観点から、事業者に対する指導を行う。

( その他の関係当事者との協力 )

先般の医療構造改革の施行が円滑に進むよう、都道府県が策定する各種計画等の基本的な方向性を示す基本方針等を策定する際などにおいて、関係当事者との調整を行い、協力体制を構築する。

## 2 都道府県

( 基本的役割 )

先般の医療構造改革により、都道府県は各種計画等を策定することとなる。また、保険者も都道府県を軸として再編・統合されることとなる。このように、今後の保健医療政策は、都道府県単位を軸に展開されることとなり、保健医療政策に関する都道府県の役割は、これまでに比べ格段に大きなものとなる。

#### （各種計画の策定と関係当事者との協議）

国と連携して、医療費適正化計画及び三計画（健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画）や「地域ケア体制整備構想」の策定を行わなければならない。これらの計画の策定自体が、生活習慣病対策、医師不足対策、医療機能の分化・連携の推進、療養病床の再編成、在宅医療・地域ケアの推進など、多岐にわたる課題への解決につながるものである。都道府県は、関係者の協力や参加を得て協議会等の場で検討を進め、住民に対し、あるべき地域医療、医療費適正化等の全体像を提示する。

#### （介護サービスの基盤整備）

厚生労働省が策定した「地域ケア体制の整備に関する基本方針」を踏まえ、市町村と協力の上、「地域ケア体制整備構想」を作成し、療養病床転換に係る計画を盛り込んだ地域におけるケア整備体制の方針を示し、老人保健施設等を整備するとともに、必要な介護サービス量を見込んだ「介護保険事業支援計画」を策定する。

#### （新たな高齢者医療制度の創設・運営への支援）

先般の医療構造改革により新たに創設される後期高齢者医療制度については、都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が運営主体となる。都道府県単位の後期高齢者医療制度の保険者を設立し、円滑に運営していくには、都道府県内の市町村の取りまとめなど、都道府県による支援が不可欠であり、都道府県は自治行政のリーダーとして指導力を発揮する。

#### （保険者との連携・協力）

保険者については、都道府県単位を軸とした再編・統合が推進されることとなった。また、新たに創設される後期高齢者医療制度も都道府県単位で運営される。このように、保険者が都道府県単位になるとともに、都道府県医療費適正化計画等の的確な策定及び着実な実施が、保険者の財政収支、保険料水準に直結することとなることから、保険者協議会、地域・職域連携推進協議会等を通じて、医療費適正化計画等が着実に推進されるよう、関係者と調整し、指導力を発揮する。

#### （市町村への協力）

健康づくり対策においては、都道府県が策定する健康増進計画等を勘案して、市町村においても計画を定めるよう努めることとされており、市町村と連携し、生活習慣病対策を中心とした健康づくりについての普及啓発を積極的に行っていく。

また、介護についても、都道府県が策定する「地域ケア体制整備構想」や「介護保険事業支援計画」により、市町村が策定する「介護保険事業計画」を支援する。

#### （都道府県における人材の育成）

今後、都道府県が地域の医療行政の中心的役割を担うこととなるが、都道府県には、医療行政に関する人材やノウハウが必ずしも蓄積されていないことから、医療関係の専門性を身

につけた人材を確保・育成していく。

効果的な特定保健指導を実施するため、都道府県が中心となって、国、保険者、関係団体等と連携し、保健師、管理栄養士、運動の専門家等に対する計画的な研修を実施する。

#### (地域住民の適切な受診行動の普及啓発(保健所))

保健所は、総合的な保健衛生行政機関であり、地域住民に身近な存在として活用されている。地域の医療連携体制の構築に当たっては、平素より地域の医療情報を掌握し、医療機関と地域住民の中間に位置する保健所が、地域住民の適切な受診行動の普及啓発、医療機関や関係団体との連絡・調整など、積極的な役割を果たす。

### 3 市町村

#### (基本的役割)

地域住民に対して、各種保健事業を実施する必要があるとともに、国民健康保険の保険者としては、被保険者に対する特定健診・保健指導を着実に実施する必要がある。また、新たに創設される後期高齢者医療制度の運営に自らも主体者として積極的に関わっていく。

#### (ポピュレーションアプローチ(産業界等との協力))

地域住民の健康について責任を担っており、健康教室、講演会等を通じて、効果的にメタボリックシンドローム等の生活習慣病に対する啓発活動を積極的に推進する(ポピュレーションアプローチ)。その際、地元の企業、産業界とも連携し、効果的な普及啓発活動を推進する。

#### (ハイリスクアプローチ(がん検診を含む。))

国民健康保険の保険者であり、先般の医療構造改革により、特定健診・保健指導の実施が義務づけられている。このため、地域住民である被保険者に対して説明責任を果たす観点からも、特定健診・保健指導等を確実に実施し、メタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させていく(ハイリスクアプローチ)。また、一般衛生施策を担う立場として、従来から実施してきたがん検診等についても着実に実施し、早期発見・早期治療に努める。

#### (地域における介護サービスの提供)

2011(平成23)年度末をもって介護療養型医療施設が廃止され、医療の必要性の低い高齢者には、老人保健施設や居住系サービス、在宅などで適切な介護サービスを提供することとされていることから、今後、介護サービスの需要が拡大することが考えられる。市町村は、都道府県の策定する「介護保険事業支援計画」と連携し、「介護保険事業計画」を策定し、介護サービス需要に適切に対応する。

## 4 保険者

### （基本的役割）

保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合が推進されるとともに、特定健診・保健指導の実施が義務づけられた。このため、各保険者は、保険財政を安定化させ、保険者機能を強化するとともに、メタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させる。

### （特定健診・保健指導の実施）

保険者に義務づけられた特定健診・保健指導の実施については、その結果によって後期高齢者支援金が加算・減算されることもあり、被保険者への説明責任を果たす観点からも、確実にメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させていくことが求められる。

その際、被用者保険の保険者は、特定健診・保健指導の対象者が、被保険者のみならず、被扶養者も対象となることも踏まえ、その円滑な実施が望まれるほか、労働安全衛生法に基づき事業者が行う健康診断との連携を図り、特定健診及びその後の特定保健指導を円滑に実施する。

### （保険者の再編・統合）

各保険者は、以下の方向に基づき、都道府県単位を軸とした再編・統合に係る事業を円滑に実施し、安定的な財政基盤を整備するとともに、保険者機能の発揮に努める。

政管健保については、国とは切り離された全国単位の公法人である全国健康保険協会を保険者として設立し、都道府県単位の財政運営を基本に、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定することとされており、従来 of 保険者である国は、移行事務等を円滑に実施する。

健保組合については、同一都道府県内における健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えた地域型健保組合の設立が認められることとなり、健保組合は必要に応じて、新たな制度を活用する。

市町村国保については、保険財政の安定化と保険料平準化を推進するため、都道府県単位での保険運営を促進する観点から、都道府県内の市町村の拠出により医療費を賄う共同事業の拡充を図るほか、保険者支援制度等の国保財政基盤強化策に関しても継続することとしており、保険者たる市町村はこれらを活用しつつ、引き続き保険財政の安定化に努める。

新たに創設される後期高齢者医療制度については、都道府県内の全市町村が加入する広域連合が運営主体となることとされており、広域連合は保険者としての役割を果たすとともに、市町村や都道府県と連携し、制度の円滑な運営を推進する。

### （都道府県との連携・協力）

保険者については、都道府県単位を軸とした再編・統合が推進されることとなり、都道府県医療費適正化計画等の的確な策定及び着実な実施が、保険者の財政収支、保険料水準に直

結することとなる。また、都道府県下の各保険者の特定健診・保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率の実績の合計が都道府県としての実績と連動することとなる。このため、各保険者は、都道府県と連携・協力し、保険者協議会、地域・職域連携推進協議会等を活用しつつ、医療費適正化計画及び各保険者における目標を着実に達成していく。

## 5 医療機関、医療関係者

### (基本的役割)

医師は、高度な専門的知識及び技能を有し、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するという公共的な任務を有している。このような医師の公共的な任務を再認識し、医師は、都道府県の策定する医療計画等に定められる地域の医療供給体制に積極的に協力していくことが望まれる。

### (地域の望ましい医療提供体制の構築への協力(医療関係団体等))

都道府県は、医療対策協議会、医療審議会等を通じて、医療に関する施策や各種計画を策定することとなるが、これらの会議の構成メンバーとして、医師会等の医療関係団体を代表する者の参画が考えられる。医療関係団体の代表者は、地域の望ましい医療供給体制の構築という観点から、各種計画作りに参画するとともに、各種計画の策定及び円滑な実施に向けて、自らの団体の会員等への連絡調整、さらには啓発など、積極的な協力が期待される。また、地域の病院における医師の供給調整についても、医療対策協議会を通じて、地域の大学病院や公的医療機関等とともに、その望ましい在り方について検討する必要がある。

### (国民や患者の視点に立った医療の推進(医師))

患者・家族は、安全・安心な医療が提供されることを期待している。よって、医療従事者は、患者・家族との信頼関係の構築に努め、その期待に応えるよう、最大限の努力を講じ、専門家としての職責を果たす。

国民や患者からの「夜間や休日など身近な場所での医療に不安がある」などの課題に対しては、地域における一次的な医療の窓口である開業医が住民の信頼を得てその期待される役割を発揮すること、身近な地域での時間外診療や往診・訪問診療が受けられるような地域の体制を構築していくこと等が求められる。

### (医師、コメディカルの資質の向上(医師、コメディカル))

国民や患者が総合的な診療を行える医師を身近な地域で探すことは難しいという課題に対応するため、今後、臓器別の専門医だけでなく、総合的な診療に対応できる医師の養成・確保が課題となっている。国等においても、このような資質をもった医師の養成・確保を今後、積極的に検討していく必要はあるが、医師においても、必要に応じて、自らそのような資質の向上に努めていく。

今後の医療提供体制においては、各医療機関間の機能の分化・連携が重要となるため、患者との間に立って各医療資源への適切な紹介の機能を発揮できる医師の育成・確保を図る必要があり、医師においても、必要に応じて、自らそのような資質の向上に努めていくことが期待される。

医療裁判が増加している現状も踏まえ、医師は、患者へ適切な説明を行うよう努め、患者との信頼関係の樹立に努める必要がある。

看護師を始めとしたコメディカルについては、医療の高度化が進むとともに、医師の過重な負担が課題となる中、積極的にその役割を果たすことができるよう、資質の向上に努める。

## 6 事業者・企業

### （基本的役割）

労働安全衛生法に定められた健康診断等の労働者の健康確保に関する措置を確実に実施するとともに、所定外労働の削減など、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境の整備に努める。また、企業の社会的責任を求める声が高まる中、労働安全衛生法等の各種法令の遵守はもちろんのこと、従業員のみならず国民の健康に対しても積極的に貢献していく。

### （労働者の健康確保）

労働安全衛生法に基づき、産業医の選任、医師による健康診断など、職場における労働者の健康確保に責任を負う。また、T H P（トータル・ヘルスプロモーション・プラン）やメンタルヘルス対策に積極的に取り組む。さらに、労働者の過重労働による健康障害を防止するとともに、所定外労働の削減など、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境の整備に努める。

### （保険者との連携）

労働安全衛生法に基づく定期健康診断の実施に当たっては、保険者と、健康診断の実施場所、実施時期、健診結果の送付等の点について十分に連携し、労働者の受診の利便の向上や保険者との健診記録の円滑なやり取りを図る。

保険者と連携することにより、保険者が実施する特定保健指導に併せて、労働者のメンタルヘルスにも配慮した保健指導を提供することが可能になることに留意する。

従業員の健康づくりに係る健保組合の役割が大きくなったことも踏まえ、健保組合の人事も含め、その活動が円滑に実施されるよう、十分配慮する。

### （企業の社会的責任としての国民の健康づくり）

近年、企業に対して社会的責任を果たすよう求める声が高まっている。こうした中、事業者は、労働安全衛生法に定められた労働者に対する健康確保措置を確実に実施することはもとより、健康サービス産業、農業、食品産業、外食産業など、国民の健康と関連の深い産業においては、国民の健康を確保する観点から、国民の健康に資する安全で有効な商品・サー

ビスを開発、提供する。

1980年代にアメリカの臨床心理学者ロバート・ローゼンが提唱した「ヘルシーカンパニー」という考え方がある。これは、企業が従業員の健康確保に積極的に取り組めば、仕事の効率化や現場の活力向上に結びつくとともに、医療費の負担も減って財務の健全化につながるという考え方であり、アメリカにおいては、この考え方を取り入れている企業が多いとされている。日本においても、この考え方が普及しつつあるが、企業の経営者が、従業員の健康確保の重要性について、一層理解を深める。

## 7 国民

### （基本的役割）

先般の医療構造改革の基本的考え方は、国民一人一人が若い時期から健康に留意することにより、生活習慣病を引き起こす要因を防ぎ、そのことが結果として医療費の適正化にもつながっていくというものである。したがって、国民一人一人に期待される役割は大きく、自らの健康は自分で守るという認識の下、運動、食事、禁煙に留意した日常生活を送ることに努める。

労働者自身の健康管理も重要である。長時間労働が続くなどにより、体調がすぐれない場合には、医師による面接制度を活用するなど、自らの健康は自分で守るとの認識を持つ。

### （医療機関へのかかり方）

患者は、大病院志向といわれているが、今後の患者側の望ましい受療行動としては、地域の医療体制についての情報を得ながら、身近な開業医の中から、自らの健康状態を全体的に把握し、信頼関係のあるかかりつけの医師を持ち、その判断を得ながら、症状に応じた必要な医療を受けることではないかと考えられ、患者自身の意識変革も求められる。

また、本来医療は不確実な側面を有しており、患者自身の期待が完全に満たされるとは限らない場合が少なからず存することを認識することも大切であり、そのことが大きな期待の裏返しとして生じる医療従事者と患者の間の信頼関係の悪化を食い止めることにもつながる。

## 8 おわりに

医療とは、人間の本源的な営みである生老病死に関わるもので、古来より、医療を司る者は、その集団の宗教的儀式を司る者を兼ねるなど、集団の構成員から尊敬され、公共的な地位を与えられていた。現在においても、医療に求められる高い公共性、倫理性は変わるものではなく、医師はもちろんのこと、医療機関、医療関係団体、医療行政関係者、保険者、企業等の関係者は、地域住民、従業員等に、予防を含め安心できる医療を提供するという重要な役割を担っている。

先般の医療構造改革では、都道府県が中心となって、医療費適正化計画及び三計画（健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画）等を策定し、計画的に実施していくこととなって

いるところであり、関係者に課せられた責務は大きい。法律に定められた義務として形ばかりの計画を策定するのではなく、地域住民が安心できる保健、医療、介護の提供体制を確立するとの高い使命感を持って、関係者全員が、粘り強く協議しながら、各種計画を策定し、真に地域住民が安心できる体制を確立していく必要がある。

国、都道府県、市町村、保険者、医療機関、医療関係者、事業者・企業、国民の関係者の役割を本節において述べたが、最後に、改めて、関係者が医療という公共性の高い業務に携わっているとの認識の下、地域住民に安心のできる医療を提供するという崇高な志に基づく積極的な対応を期待したい。