

第1節 「新健康フロンティア戦略」の推進

2006（平成18）年9月の第165回臨時国会の内閣総理大臣の所信表明演説において、健全で安心できる社会の実現に向けて「新健康フロンティア戦略」を推進することが表明された。これを受けて、同年11月、内閣官房長官の主宰による新健康フロンティア戦略賢人会議において、戦略の策定に向けた検討が進められた。そして2007（平成19）年4月、第3回新健康フロンティア戦略賢人会議において「新健康フロンティア戦略」が取りまとめられたところである（第1部第4章第2節（109頁）参照）。厚生労働省においても、同戦略の内容を踏まえた施策の実施を図ることとしている。

第2節 「健康日本21」による生活習慣病対策等の推進

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

また2003（平成15）年5月には、「健康日本21」を中核とする国民の健康づくりを更に積極的に推進する法的基盤を整備するために健康増進法が施行された。

2006（平成18）年12月には、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において、「健康日本21」の中間評価が行われ、2007（平成19）年4月に「健康日本21中間評価報告書」が公表された（第1部第2章第4節（60頁）参照）。今後は、中間評価を踏まえ、産業界との連携による国民運動の実施、医療保険者による効果的・効率的な健診・保健指導の実施など、生活習慣病対策の一層の推進を図っていくこととしている。

また、医療構造改革の一環として、2008（平成20）年度から開始されるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健診・保健指導の効果的・効率的な実施を図るため、「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」において、科学的根拠に基づく効果的・効率的な健診・保健指導の在り方について議論を行い、2007（平成19）年4月に「標準的な健診・保健指導プログラム」を策定したところである（医療構造改革については、第1部第4章（97頁））。

さらに、メタボリックシンドローム対策は、2007年4月に策定された「新健康フロンティア戦略」においても位置づけられており、糖尿病受療率の改善等を本戦略の進捗状況を図る指標として位置づけ、予防を重視した健康づくりを行うこととしている。

1 栄養・食生活

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

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

また、「食育」の推進の一環として健康づくりに資する食生活の実現を図るため、厚生労働省、文部科学省、農林水産省の連携によって策定した「食生活指針」の普及・定着に向けた取組みとして、具体的に「何を」「どれだけ」食べればよいかについてわかりやすい情報提供を行い、個人の行動変容を促すため、厚生労働省と農林水産省の連携の下、2005年6月に「食事バランスガイド」を作成した。その普及活用に向け、管理栄養士等による事業の展開、食生活改善推進員等の地域のボランティアによる普及啓発、さらには食品産業等とも連携した活用に向けた取組みを推進していくこととしている（食育の推進については、第5節（173頁）参照）。

このほか、2008年度からのメタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導の実施に向け、管理栄養士を始め、保健指導担当者の育成の促進を図っているところである。

2 身体活動・運動

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

このため、最新の科学的知見を踏まえ、2006（平成18）年7月に「健康づくりのための運動所要量」を「健康づくりのための運動基準2006 身体活動・運動・体力」に改定し、これまでの種々の研究成果に基づき、生活習慣病を予防するための身体活動量・運動量・体力の基準値を示すとともに、その内容をわかりやすく広く国民に向けて発信するものとして、「健康づくりのための運動指針2006」（「エクササイズガイド2006」）を策定し、その普及・活用を図っている（第1部第4章第2節（108頁）参照）。

3 休養・こころの健康づくり

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

このため、2003（平成15）年に「健康づくりのための睡眠指針」を策定しており、関係団体やマスメディアと連携し、睡眠に関する知識の普及啓発を図っている（ストレス対策及び自殺予防対策については、第3章第2節（209頁）、第9章第4節（284頁）参照）。

4 たばこ

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

このため「健康日本21」において、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を立て、施策を推進している。

健康増進法においても、多数の者が利用する施設の管理者は、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない旨が規定されており、2005（平成17）年度からは、たばこ対策緊急特別促進事業により、都道府県における、子どもへの影響の大きい父母等や未成年者に対する喫煙防止対策、受動喫煙防止対策が遅れている娯楽施設等に対する分煙の徹底に重点を置いた施策を支援し、地域におけるたばこ対策を推進している。

また、2005年2月には「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効し、我が国も、たばこ対策の充実強化に向けた体制整備を行っており、2006（平成18）年4月から禁煙治療に対する保険適用が開始され、その効果の検証を実施することとしたほか、より効果的な禁煙支援を推進するための「禁煙支援マニュアル」を2006年5月に作成・配布し、禁煙支援の推進を図っている。

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

5 アルコール

アルコールの健康に対する影響としては、短時間内の多量飲酒による急性アルコール中毒、

慢性影響として肝疾患、がん等の疾患との関連や、未成年者の飲酒による精神的・身体的発育への影響、妊婦による飲酒を通じた胎児への影響などが指摘されている。

「健康日本21」では、多量に飲酒する人の減少、未成年者の飲酒防止、節度ある適度な飲酒の知識の普及を目標とし、地方自治体等のアルコール対策担当者を対象とした講習会や、未成年者飲酒防止を呼びかけるシンポジウムの開催等による情報提供、飲酒習慣の改善や未成年者飲酒防止に関する研究等を実施している。

また、2005（平成17）年5月の世界保健機関（World Health Organization：WHO）総会において、「アルコールの有害な摂取によって引き起こされる公衆衛生上の問題」の決議が採択され、加盟国には、アルコールの有害な摂取による健康や社会への悪影響を低減するための効果的な戦略及びプログラムを作成、実行、評価すること等が要請されたところである。これに伴い、戦略案の策定のため、WHO地域委員会等において議論が行われているところであり、国際的に見てもアルコール対策は重要な課題となってきたことから、厚生労働省では、国税庁を始め関係省庁と連携を図りながらアルコール対策を推進している。

6 歯の健康

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

そのため、歯の喪失防止、歯の喪失の原因となるう蝕（虫歯）及び歯周病の予防の観点から、地域の実情に応じた歯科保健事業の推進を目的に、8020運動推進特別事業を実施しているところである。また、歯周病対策として、2004（平成16）年度から老人保健事業の歯周疾患検診の対象がこれまでの40歳と50歳に加え、60歳と70歳にも拡大された。

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

7 糖尿病

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

我が国の糖尿病患者数は、生活習慣と社会環境の変化に伴って急速に増加しており、2002（平成14）年度の「糖尿病実態調査」（厚生労働省健康局）によれば、糖尿病が強く疑われる人

は約740万人、糖尿病の可能性を否定できない人を合わせると約1,620万人と推計され、5年間で約2割増加している。

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

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

また、厚生労働科学研究費補助金において、IGT（Impaired Glucose Tolerance：耐糖能異常^{たいとうのう}（注））から糖尿病型への移行率が半減する介入方法、糖尿病患者の治療の中断率が半減する介入方法、糖尿病合併症の進展を30%抑制する介入方法についての「糖尿病予防のための戦略研究」を、2005（平成17）年度から実施しているところである。

8 循環器病

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

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

また、循環器疾患等生活習慣病対策総合研究において、循環器病の予防・診断・診療に関する研究を推進している。

9 がん

がんは、1981（昭和56）年より我が国において第1位の死因であり、現在では年間30万人以上の国民が亡くなっている。これに対応するためには、生活習慣の改善による予防等の取組みが重要である。このため、がん対策については、1984（昭和59）年度から「対がん10カ年総合戦略」、1994（平成6）年度からは「がん克服新10か年戦略」、そして2004（平成16）年度からは「第3次対がん10か年総合戦略」として研究に重点を置いた取組みを実施し、がんの診断・治療技術は進歩してきたところである。今後は、2006（平成18）年6月16日に成立し、2007（平成19）年4月1日に施行されたがん対策基本法にのっとり、がん検診による早期発見などの取組みが一層重要となっている（がん対策の推進については、第4節（171頁）参照）。

（注）耐糖能異常^{たいとうのう}とは、血糖に対して身体が示す代謝能力が障害を受けている状態のことをいう。

第3節

「介護予防10ヵ年戦略」による効果的な介護予防対策の推進

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

1 家庭や地域で行う介護予防対策

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

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

2 効果的な介護予防プログラムの開発・普及

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

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

3 骨折予防対策の推進

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

の基礎疾患となる骨粗鬆症の予防等の必要性は極めて高い。今後とも、骨粗鬆症の予防等の必要性が十分に認識されるよう骨折予防対策を推進していくこととしている。

4 脳卒中対策の推進

第1章

(1) 救急医療体制の整備（SCUの整備）

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

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

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

2006（平成18）年度の介護報酬の改定においては、基本的な視点の一つとして「介護予防、リハビリテーションの推進」を掲げている。リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点や効果的・効率的なリハビリテーションを実施する観点を重視して、個別かつ短期集中的なサービス提供や、多職種が協働して個別のリハビリテーション実施計画を策定する等の一連のプロセスを実施した場合、報酬上評価を創設し、個別の利用者の心身の状況等を勘案して、個別リハビリテーションの実施を進めることとしている。また、早期に集中的にリハビリを行うという急性期リハビリの重要性にかんがみ、2006年の診療報酬改定において、心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器という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、リハビリ料の逓減制の導入等を図ったところである。こうした見直しにより、医療と介護の連携の強化を図り、切れ目のないリハビリテーションの実施を図っているところであるが、介護保険のリハビリテーションについても、2006年度から、今後に向けた課題等について調査・研究を進めているところである。

5 地域で支える「認知症ケア」

(1) 地域における認知症サポート体制の整備

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

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

(2) 認知症ケアの人材育成

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

介護現場においても、今後増加する認知症高齢者に対応するため、認知症介護従事者やその指導者等に対する研修を実施することにより、認知症介護の専門職員を養成し、認知症介護技術の向上を図っているところである。

第4節

がん対策の総合的かつ計画的な推進

1 がんをめぐる状況と政府の取組み

(1) がんをめぐる状況

がんは、我が国において1981（昭和56）年より死因の第1位であり、現在では年間30万人以上の国民が亡くなっている。また、生涯のうちにがんにかかる可能性は、男性の2人に1人、女性の3人に1人と推計されている。さらに、がんは加齢により発症リスクが高まるが、今後ますます高齢化が進行することを踏まえると、その死亡者数は今後とも増加していくと推測される。

胃がん及び子宮がん等については最近10年間で死亡率及び罹患率^{りかん}が横ばいとなっているのに対して、肺がん、大腸がん、乳がん及び前立腺がん等については食生活の欧米化等により、増加傾向にあるなど、がんの種類に変化が見られる。また、継続的に医療を受けているがん患者数は現在140万人以上、1年間に新たにがんにかかる者は現在50万人以上と推計されている。

(2) 政府の取組み

政府におけるがん対策については、1984（昭和59）年度から開始された「対がん10カ年総合戦略」及びこれに引き続き1994（平成6）年度から開始された「がん克服新10か年戦略」により、がんのメカニズムの一端を解明するとともに、各種がんの早期発見技術や標準的治療法の確立など、その診断・治療技術も一定の進歩を遂げてきた。

さらに、政府においては、2004（平成16）年度から、がん罹患率^{りかん}と死亡率の激減を目指して、「がん研究の推進」に加え、質の高いがん医療を全国に普及することを目的に、「がん予防の推進」及び「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」を柱とする「第3次対がん10か年総合戦略」に基づき、がん対策に取り組んできた。

また、厚生労働省においては、2005（平成17）年5月、厚生労働大臣を本部長とする「がん対策推進本部」を設置し、がんの病態に応じた部局横断的な連携を推進するとともに、8月に「がん対策推進アクションプラン2005」を策定し、第3次対がん10か年総合戦略の更なる推進を

図ってきた。

2 今後のがん対策

(1) 「がん対策基本法」の施行

このように、厚生労働省をはじめ政府においては、がん対策を着実に実施し成果を収めてきたものの、がんが依然として国民の生命及び健康にとって重要な課題となっている現状にがんがみ、第164回通常国会において、議員立法として、「がん対策基本法」が2006（平成18）年6月16日に成立、2007（平成19）年4月1日から施行された。

基本法においては、政府は「がん対策推進基本計画」を策定することとされており、厚生労働大臣は、その案を作成しようとするときは、がん患者及びその家族又は遺族を代表する者、がん医療に従事する者、学識経験のある者により構成される「がん対策推進協議会」の意見を聴くこととされた。

(2) 「がん対策推進基本計画」の策定

政府においては、こうしたがん対策基本法の規定に基づき、2007年4月5日から計5回にわたり開催されたがん対策推進協議会の意見を踏まえ、6月15日、がん対策に関する初めての計画として、がん患者の意見も反映した「がん対策推進基本計画」を閣議決定した。

本基本計画は、2007年度から2011（平成23）年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めるとともに、「都道府県がん対策推進計画」の基本となるものである。

具体的には、「がんによる死亡者の減少（がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少）」及び「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を全体目標として、「がん医療」を中心としつつ、「医療機関の整備等」、「がん医療に関する相談支援及び情報提供」、「がん登録」、「がんの予防」、「がんの早期発見」、「がん研究」という分野別施策を、がん患者を含めた国民の立場に立って、総合的かつ計画的に推進していくことを内容としている。

とりわけ、我が国のがん医療については、手術と比較して放射線療法及び化学療法の提供体制等が不十分であること、緩和ケアについては、治療の初期段階からこうした積極的な治療と並行して十分に行われていないこと、がん登録については、がん対策の企画立案や評価に際しての基礎となるデータを把握・提供するために必要不可欠なものであるが、我が国では、諸外国と比較してもその整備が遅れていることを踏まえ、「放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師の育成」、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」及び「がん登録の推進」に重点的に取り組んでいくこととしている。

今後は、本基本計画に基づき、国、地方公共団体、医療従事者及びマスメディア等が一体となってがん対策に取り組むことにより、がん患者を含めた国民が、進行・再発といった様々ながんの病態に応じて、安心・納得できるがん医療を受けられるようにするなど、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がん向き合い、がんを負けることのない社会」の実現を目指して

いくこととしている。

(3) 「新健康フロンティア戦略」における取組み

2007年4月に取りまとめられた「新健康フロンティア戦略」において、がん対策については、「女性の健康力」の中の「女性のがんへの挑戦」において、女性特有のがんである乳がんや子宮がんへの対策（普及啓発の推進、検診体制の整備等）が盛り込まれている。また、「がん克服力」については、がん対策の一層の推進を行うため、がんの早期発見の推進、がん医療の提供体制の充実を図ることとされている。

3 「女性のがん緊急対策」におけるマンモグラフィの緊急整備などの「乳がん対策」の推進

我が国においては、乳がんは女性のがん罹患率^{りかん}の第1位となっている。年間約3万5千人が発症し、約1万人が死亡するとともに、年々増加する傾向にある。また、乳がんによる死亡率も年々上昇しており、65歳未満の世代で女性のがん死亡の第1位となっている。

このため、2004年度から市町村（特別区を含む。以下同じ。）における乳がん検診については、40歳以上の女性に対して、2年に1度マンモグラフィ（乳房エックス線検査）による検診を原則とした。

さらに、市町村において実施するマンモグラフィによる乳がん検診を促進し、乳がん検診の受診率を向上させることにより、乳がん患者を早期に発見し、死亡率の減少に資するため、マンモグラフィ緊急整備事業を実施してきた。また、全国的に整備されたマンモグラフィによる乳がん検診の精度を向上させるため、コンピューター診断支援システムの導入を支援するとともに、検診従事者の育成等を行っている。

第5節 「食育」の推進

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

この計画では、食育の推進に関する施策についての基本的な方針として、

健全な食生活に必要な知識等が年齢、健康状態等により異なることに配慮しつつ、心身の健康の増進と豊かな人間形成を目指した施策を講じること

父母その他の保護者や教育・保育関係者の意識向上を図り、子どもが楽しく食を学ぶ取

組みが積極的に推進されるよう施策を講じること

食品の安全性等、食に関する幅広い情報を多様な手段で提供するとともに、行政、関係団体、消費者等との意見交換が積極的に行われるよう施策を講じること等を含む7項目が定められている。

また、食育を国民運動として推進するためにふさわしい目標として、朝食を欠食する国民の割合の減少、「食事バランスガイド」等を参考に食生活を送っている国民の割合の増加、メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加、食育の推進に関わるボランティアの数の増加等を含む9つの目標を掲げ、その達成が図られるよう取組みを推進することとしている。

さらに、食育の国民運動の一層の展開に寄与していくため、2007（平成19）年6月に食育推進有識者懇談会が開催され、「食育推進国民運動の重点事項」が取りまとめられたところである。

1 健康づくりを通じた「食育」の推進

近年、不適切な食生活や運動不足による成人の肥満者の割合が増加しており、肥満を予防するためには子どもの頃から健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、健全な食生活や運動習慣を身につけることが重要であることから、厚生労働省では、「若年期からの肥満予防対策」として、都道府県が行う事業を支援している。2007（平成19）年度は、若年期からの肥満予防対策に加え、メタボリックシンドローム対策として、20～30歳代をターゲットとした肥満予防の取組みも行っていくこととしている。

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

2 「健やか親子21」による母子保健活動を通じた「食育」の推進

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

特に、乳幼児期は、食習慣の基礎を培い、健やかな親子関係の形成の上でも重要な時期にある。2006（平成18）年6月に公表した「平成17年度乳幼児栄養調査結果」では、出産直後の授乳や離乳食の開始時期での親の不安が高まること、幼児（4歳未満）の約1割が朝食を毎日食べていないことなどが明らかとなった。このため、授乳や離乳について適切な支援が推進されるよう、母乳育児の推進や離乳食の進め方の目安等を盛り込んだ「授乳・離乳の支援ガイド」を2007（平成19）年3月に作成、公表したところである。

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

3 消費者とのリスクコミュニケーションを通じた「食育」の推進

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

厚生労働省としては、食品の安全に関する知識と理解を深め、国民の適切な食生活の実践に資する観点からも、後述のリスクコミュニケーション（第9章第2節（279頁）参照）の取組みについて、地方公共団体を含む関係機関と連携しながら、計画的に進めていくこととしている。

第6節 健康寿命を伸ばす科学技術の振興

2007（平成19）年4月に策定された「新健康フロンティア戦略」（第1部第4章第2節（109頁）参照）では、科学技術に関して「人間の活動領域の拡張に向けた取組み（人間活動領域拡張力）」及び「医療・福祉技術のイノベーション（研究開発力）」という形で取り上げられている。

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

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

1 2007（平成19）年度の科学技術研究の推進

このように、科学技術研究の推進は「新健康フロンティア戦略」においても重要な柱の一つとして位置づけられているところである。

厚生労働省では、2007（平成19）年度において、「健康安心の推進」、「先端医療の実現」、「健

康安全の確保」という3つの柱を設定し、科学技術を推進することとしている。

(1) 健康安心の推進

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

1) 生活習慣病に関する研究

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

2) こころの健康の推進に関する研究

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

また、神経・筋疾患の多くは、根本的な治療法がないことから、遺伝子解析・分子機構解明・画像解析などによる脳内機構の解明、行動面の評価、福祉を含む社会システムとの関連、倫理や人権上の問題をも含んだ、多角的かつ重層的な研究を行っている。

3) がん予防・診断・治療法の開発

がんの本態解明の研究とその成果を、がんの予防・診断・治療等に幅広く応用し実用化するため、その橋渡しとなる研究を進めている。具体的には、乳がん検診の精度向上のための研究の推進、がんの早期発見に資する有用な早期診断技術の研究開発、がん医療の提供体制の充実を目的とした治療効果と生活の質(QOL)を両立させる治療法の開発等に取り組んでいる。

4) 介護予防の推進に関する研究

高齢者が要介護となる主な原因である生活機能低下、骨折や脳卒中、認知症をできる限り防ぐために、効果的な介護予防対策を推進する。

そのために、様々な心身の状態の者を対象とした運動機能の低下の予防方法の技術評価・普及に関する研究、生活機能向上に向けた介護予防の技術とプログラムに関する研究を行っている。

5) 免疫・アレルギー疾患の克服に向けた研究

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

目指している。

6) 障害・難病などの生活の質(QOL)向上のための研究

障害者の自立支援のための就労対策、住まい対策などの充実・推進、従来のいわゆる三障害の枠にはおさまらない発達障害や高次脳機能障害への対応、障害者の社会参加支援、福祉用具の評価の在り方など、障害者を対象とした総合的な保健福祉施策に関する研究を推進している。

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

(2) 先端医療

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

1) 先端医療実現のための基盤技術の開発

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

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

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

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

2) 臨床研究(治験)基盤の整備の推進

我が国の臨床研究の環境を更に向上させるべく、2005(平成17)年4月から「新たな治験活性化5カ年計画」に基づき、中核病院10か所(うち、5か所は2006(平成18)年度に選定済み)及び拠点医療機関30か所を選定し、質の高い臨床研究が実施できるよう医療機関の体制整備を推進している。

これまでも、臨床研究環境の改善を図るべく臨床研究コーディネーター（Clinical Research Coordinator：CRC）の研修を実施してきているが、更なる臨床研究の円滑な実施に必要な人材の育成を目的として、当該研修に加え、上級CRC及びデータマネージャーの研修に係るモデル研修を行うこととしている。

2 第3期科学技術基本計画

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

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

第7節 感染症・疾病対策の推進

1 難病対策について

難病対策については、現在、「調査研究の推進」、「医療施設の整備」、「医療費の自己負担の軽減」、「地域における保健医療福祉の充実・連携」、「生活の質（QOL）の向上を目指した福祉施策の推進」の5つを柱としてその推進を図っており、重症難病患者に重点を置いた保健医療福祉サービスの提供を推進しているところである。

2007（平成19）年4月には、難治性疾患克服研究事業の対象疾患を追加したところであり、引き続き難治性疾患に関する調査・研究の推進により、治療等の確立と普及を図るとともに、2003（平成15）年度に創設した難病相談・支援センター事業を推進するなど、地域における難病患者の生活支援等の推進を図ることとしている。

また、2005（平成17）年2月に国内における最初のvCJD（variant Creutzfeldt-Jakob disease：変異型クロイツフェルト・ヤコブ病）症例が確認されたことを踏まえ、CJDサーベイランス体制の強化を図っている。

2 リウマチ・アレルギー対策について

今後のリウマチ・アレルギー対策を総合的・体系的に実施するため、2005（平成17）年10月に、「リウマチ対策の方向性等」、「アレルギー疾患対策の方向性等」を策定し、都道府県等及び関係団体等に通知し、「医療提供等の確保」、「情報提供・相談体制の確保」、「研究開発等の推進」の三つの柱を推進しているところである。

このうち、「医療提供等の確保」については、喘息死を減少させることを目的に「喘息死ゼロ作戦」を2006（平成18）年度より実施している。また、「情報提供・相談体制の確保」については、相談員養成研修会の充実の他に、シンポジウム開催等の普及啓発の推進に努めている。さらに、「研究開発等の推進」については、リウマチ・アレルギー疾患の病因・病態の解明、治療法の開発等に関する研究の推進を図っている。

3 エイズ（AIDS / 後天性免疫不全症候群）対策の推進

国連合同エイズ計画（Joint United Nations Programme on HIV / AIDS : UNAIDS）によると、全世界のヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus : HIV）感染者は2006（平成18）年末において、3,950万人に上ると推計されている。HIV流行が最も深刻な地域は、サハラ以南のアフリカであるが、HIV感染が急増しているのは東欧・中央アジア（2004（平成16）年からの2年間で21%増）と東アジア（2004年からの2年間で21%増）であり、日本を含む東アジアは感染拡大の傾向にある。

我が国における状況を見ると、2004年における新規HIV感染者 / エイズ患者報告数は、初めて1,000件を突破し、2006年（速報値）は1,304件で過去最高となり、累積HIV感染者報告数は8,306件、累積エイズ患者報告数は4,034件（いずれも血液凝固因子製剤の投与に起因する感染者数1,438件を除く。）となっている。発生動向の特徴としては、新規感染者の増加率が上昇を続けていること、地方の大都市においても増加の傾向が見られ、20～30歳代の占める割合が高いこと、感染の原因は、約9割が性的接触によるもので、特に男性の同性間性的接触が増加していること等であり、更なる対策の充実・強化が必要な状況となっている。

こうしたことから、2005（平成17）年6月に取りまとめられた「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会報告書」等を踏まえ、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」（いわゆるエイズ予防指針）を見直し、2006年4月1日から施行したところである。

本指針では、中核拠点病院制度を創設し、都道府県内による総合的な医療提供体制の構築を進めていくなど、施策の重点化を図るべき3分野（普及啓発及び教育、検査・相談体制の充実及び医療提供体制の再構築）を中心として、国、地方公共団体、医療関係者や患者団体を含むNGO等が共に連携して、HIV感染者 / エイズ患者の人権に配慮しつつ、予防と医療に係る総合的施策を展開することとしている。

4 ハンセン病問題の解決に向けて

1996（平成8）年4月に「らい予防法の廃止に関する法律」が施行され、入所者等に対する必要な療養、社会復帰の支援等を実施してきた。その後、国を被告とした国家賠償請求訴訟が、熊本地裁等に提起され、2001（平成13）年5月に熊本地方裁判所において原告勝訴の判決が言い渡された。政府は控訴しないことを決定し、同月25日には、「ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話」を公表し、同年6月22日に「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」（以下「補償法」という。）が公布・施行され、入所者等に対する補償を行った。

2001年12月25日には厚生労働省と患者・元患者の代表者との間で「ハンセン病問題対策協議会における確認事項」を合意し、従来の施策に加え、新たに名誉の回復や福祉の増進のための措置を行うこととした。

現在、患者・元患者の方々に対して、裁判による和解金に加え、2002（平成14）年度より退所者の生活基盤の確立を図るための「国内ハンセン病療養所等退所者給与金」、死没者の名誉回復を図るための「国内ハンセン病療養所等死没者改葬費」、2005（平成17）年度より、裁判上の和解が成立した入所歴のない患者・元患者に対し、平穏で安定した平均的水準の社会生活を営むことができるように「国内ハンセン病療養所等非入所者給与金」の支給等を行っている。

また、2004（平成16）年度から、全国各地でハンセン病問題に対する正しい知識の普及啓発を目的としたシンポジウムの開催に加え、2007（平成19）年4月には、患者・元患者の名誉回復及び偏見・差別解消のための普及啓発の一環として「国立ハンセン病資料館」を再オープンしたところである。

さらに、2006（平成18）年2月の補償法の改正を受け、補償金の新たな支給対象として、戦前国外に設置された元ハンセン病療養所（楽生院（台湾）及び小鹿島更生園（韓国））に入所していた者に補償金の支給を行うなど、ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けた取組みを引き続き行っている。

5 臓器移植等の適切な実施

（1）臓器移植の実施状況

「臓器の移植に関する法律」（以下「臓器移植法」という。）が、1997（平成9）年10月に施行されたことにより、脳死した者の身体からの眼球（角膜）、心臓、肺、肝臓及び腎臓等の移植が制度化された。

臓器移植法施行から2007（平成19）年6月末までの間に、臓器移植法に基づき57名の者が脳死と判定されている。2006（平成18）年度においては、臓器移植法に基づき、脳死下及び心停止下における提供を合わせて、心臓は9名の提供者から9件の移植が、肺は5名の提供者から6件の移植が、肝臓は6名の提供者から6件の移植が、腎臓は103名の提供者から188件の移植が、膵臓は9名の提供者から9件の移植が（腎臓・膵臓のうち膵腎同時移植は9件）、角膜は967名の提供者から1,507件の移植が行われている。

また、移植を希望されている待機患者数は、2007年6月末現在、心臓98名、肺129名、肝臓164名、腎臓11,513名、膵臓153名、小腸1名、眼球3,392名（2007年5月末現在）となっている。

なお、脳死下での臓器提供事例については、厚生労働大臣が有識者に参集を求めて開催する「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議」において、臓器提供者に対する救命治療、法的脳死判定等の状況及び社団法人日本臓器移植ネットワークによる臓器のあっせん業務の状況等についての検証が行われている。

（2）臓器移植の適切な実施に向けた最近の動き

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

2007年7月には、臓器移植法違反事件及び病腎移植問題を受け、臓器移植法の運用に関する指針を改正し、生体間の臓器移植に関する規定を設けたところである。

なお、第164回通常国会において、脳死下での臓器提供の要件の改正等を内容とした、議員立法である「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案」2案が提出され、2007年7月、第166回通常国会において継続審査とされたところである。

（3）造血幹細胞移植について

白血病や再生不良性貧血などの治療方法として、骨髄移植やさい帯血移植などの造血幹細胞移植が実施されているが、こうした造血幹細胞移植においては、患者と骨髄提供者（ドナー）又は保存されているさい帯血の白血球の型（HLA型）が適合することが必要であり、造血幹細胞移植を必要とする全ての患者が移植を受けられるようにするためには、ドナーの確保が重要となる。

このため、1991（平成3）年度から公的骨髄バンク事業を、1999（平成11）年度から公的さい帯血バンク事業を実施し、非血縁者間の造血幹細胞移植を実施してきた。現在、これらの事業については、効果的な普及啓発、より一層の事業の推進や安全性の確保及び具体的な事業の実施体制等について検討が求められており、厚生科学審議会疾病対策部会造血幹細胞移植委員会において、今後における造血幹細胞移植対策の諸課題についての検討を行っている。

6 新型インフルエンザ対策

新型インフルエンザは、これまでヒトに感染しなかったインフルエンザウイルスがその性質を変え、ヒトからヒトへ感染するようになり発生するもので、過去にもスペインインフルエンザやアジアインフルエンザなど10年から40年周期で出現し、世界的に大きな流行（パンデミック）を引き起こしてきた。

2003（平成15）年11月以降、鳥類に対して強い病原性を持つ高病原性鳥インフルエンザが東南アジアを中心に流行し、現在では、ヨーロッパ、アフリカまで発生地域が拡大している。同

時に、インドネシア、エジプト、トルコ等においてインフルエンザウイルス（H5N1）がヒトに感染し、患者数285人（うち死亡者170人、2007（平成19）年3月30日現在）と感染の拡大を認めており、新型インフルエンザの発生が危惧されている。

我が国では、2005（平成17）年11月に政府として「新型インフルエンザ対策行動計画」を策定し、現在その「行動計画」に基づき、専門家会議においてガイドラインを取りまとめるとともに、関係省庁が連携し、政府一丸となって新型インフルエンザ対策を推進しており、具体的には以下の対策を行っている。

なお、新型インフルエンザに関する情報について、厚生労働省や国立感染症研究所のホームページで逐次国内外の最新情報等を提供しているところである。

厚生労働省ホームページ：

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/index.html>

国立感染症研究所ホームページ：

http://idsc.nih.go.jp/disease/avian_influenza/index.html

（1）感染症法に基づく指定感染症への指定等

海外におけるインフルエンザ（H5N1）の人への感染事例の発生状況にかんがみ、我が国における発生の予防及びまん延の防止に必要な措置を講ずるため、2006（平成18）年6月から、インフルエンザ（H5N1）を指定感染症として定め、インフルエンザ（H5N1）に感染した場合には、就業制限、入院措置等が行えるようにするとともに、検疫においても、医師による診察及び病原体の有無の検査を行うことにより、水際での侵入を防止するとともに、指定感染症における措置等へ効果的に連携することとした。

（2）抗インフルエンザウイルス薬の確保

新型インフルエンザが国内において広く流行した場合、医療機関受診患者数は最大約2,500万人になると推計されることから、インフルエンザの治療薬であるリン酸オセルタミビルについては、市場流通分の一部を見込んで、政府及び都道府県における備蓄目標量を、予防投与分の300万人分と併せ2,400万人分と定めている。2005年度から、世界で需要が増加する中で、生産量にも限度があることから、国際的な協調の下で、順次、備蓄を行っている。

（3）新型インフルエンザワクチンの開発

新型インフルエンザウイルスに対する安全で有効なワクチンが実用化されれば、人への感染防止に大きな効果を発揮することが期待される。新型インフルエンザの発生が見られた段階で迅速な供給がなされるよう、現在プレパンデミックワクチン^{（注）}の承認申請が行われているところである。

また、医療従業者・社会機能維持に必要な者に緊急に使用できるよう、2005年度補正予算に

（注） プレパンデミックワクチンとは、新型インフルエンザウイルスがパンデミックを起こす以前に、トリ・ヒト感染の患者又は鳥から分離されたウイルスを基に製造されるワクチンをいう。

より、プレパンデミックワクチン原液の製造・貯留に必要な体制を確保し、製造されたプレパンデミックワクチン原液を2006年度補正予算により買い上げて備蓄したところである。

(4) 新型インフルエンザ対応訓練

新型インフルエンザの発生を想定した訓練として、2006年9月に関係省庁間の机上訓練、2007(平成19)年2月に関係省庁及び地方公共団体において総合訓練を実施し、対策本部の設置や患者の搬送、患者家族等への積極的疫学調査等、具体的な対応と関係省庁及び地方公共団体間の連携を確認した。これらの訓練の結果を対策に反映するとともに、発生時に適切な対応が迅速に講じられるよう、さらに必要な訓練の実施を視野に入れているところである。

7 原爆被爆者対策の推進

原爆被爆者に対しては、従来より、「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」(被爆者援護法)等により、健康診断の実施、公費による医療の給付、医療特別手当、特別手当、健康管理手当、保健手当や介護手当、葬祭料などの支給、相談事業、居宅における日常生活支援事業、原爆養護ホームにおける養護事業などの福祉事業の実施、財団法人放射線影響研究所における調査研究の推進、国立原爆死没者追悼平和記念館(広島・長崎)の運営など、保健・医療・福祉にわたる総合的な援護施策を推進している。

在外被爆者等に関する支援事業としては、被爆者健康手帳を申請したり、治療を受けたりするために渡日する際の旅費や、住んでいる国で医療機関にかかったときの医療費の助成などを行っている。また、在外被爆者が国外に居たままで健康管理手当等を受けられることができるよう、在外公館を経由して、健康管理手当等の申請を受け付けている。なお、時効を理由に支払われていなかった過去の未払手当(2007(平成19)年11月以前の未払い手当)については、支払いを行うべきとする2007年2月の最高裁判決を受け、未払手当の支給を進めているところである。

8 総合的な肝炎対策の推進

我が国の肝炎ウイルス持続感染者は、B型が110~140万人、C型が150~190万人程度存在すると推定されている。これらの感染者の多くは自覚症状がないため感染していることに気づかず、治療を受けることなく肝硬変や肝がんへ進行してしまうケースが多いことが問題とされている。

こうした状況の中、肝炎については早期発見・早期治療の促進並びに治療水準の向上によって、感染者の健康の保持・増進及び不安の解消を図ることが重要であるという認識の下、2002(平成14)年度から、「C型肝炎等緊急総合対策」として、国民に対する普及啓発・相談指導の充実、老人保健事業など現行の健康診査体制を活用した肝炎ウイルス検査の実施、「肝炎等克服緊急対策研究事業」などによる予防・治療方法の研究開発と診療体制の整備などを柱とした総合対策を実施してきたところである。また、2005(平成17)年には「C型肝炎対策等に関する専門家会議」の報告書として取りまとめられた「C型肝炎対策等の一層の推進について」を踏

まえ、感染予防、検査と治療の連携、適切な医療提供体制の確保、普及啓発・相談体制の確保などの取組みを積極的に実施している。さらに、2006（平成18）年度には「全国C型肝炎診療懇談会」を開催して、肝炎診療体制の在り方について検討し、「都道府県における肝炎検査後肝疾患診療体制に関するガイドライン」を取りまとめて関係する地方公共団体に周知するとともに、肝炎検査・診療に関する正しい知識の普及のためのリーフレットを一般向け及び医療機関向けにそれぞれ作成して配布するなどの取組みを実施した。

2007（平成19）年度においても、引き続き検査体制の強化、診療体制の整備、治療方法の研究開発等の取組みを実施するなど、総合的な肝炎対策を一層推進していくこととしている（図表1-7-1）。

図表1-7-1 肝炎対策の一層の推進について

基本的な考え方

検査・治療・普及啓発・研究を、より一層総合的に推進する。
検査未受診者の解消、肝炎医療の均てん化、正しい知識の普及啓発等を着実に実施していく。

1. 総合的な推進体制の強化

検査・治療・普及啓発に係る総合的な肝炎対策が推進されるよう、国において「全国肝炎対策懇談会」を設置するとともに、都道府県等において「肝炎対策協議会」を設置し、肝炎対策計画の策定等を行う。

2. 肝炎ウイルス検査等の実施、検査体制の強化

保健所における肝炎ウイルス検査の受診勧奨と検査体制の推進
・検査未受診者の解消を図るため、利便性に配慮した検査体制の整備を図る。
老人保健事業や政府管掌健康保険等における肝炎ウイルス検査等の実施
健康保険組合、職域における健康診断の勧奨
検査と治療との連携強化

3. 治療水準の向上（診療体制の整備、治療方法等の研究開発）

診療体制の整備
・都道府県において、中核医療施設として「肝疾患診療連携拠点病院」を整備し、「肝疾患診療連携拠点病院等連絡協議会」を設置するとともに、患者、キャリア等からの相談等に対応する体制（相談センター）を整備する。
医療の質の向上
・クリティカルパス等の導入により医療の質の向上を図る。
・肝がんへの進行予防等、総合的なガイドラインを策定する。
・肝炎の医療に従事する者の資質の向上のための研修を行う。
肝疾患の新たな治療方法等の研究開発
・テーラーメイド治療への応用に関する研究等
肝炎治療等に関する開発・薬事承認・保険適用等の推進
・治療薬等の研究開発の状況に応じて、速やかな薬事承認・保険適用を進める。

4. 感染防止の徹底

血液透析、歯科診療に伴う感染や母子感染への対応
院内感染対策のための医療従事者講習会等

5. 普及啓発・相談指導の充実

国民に対する普及啓発
相談事業の実施
患者への情報提供

第8節

安全・安心で質の高い効率的な医療提供体制の充実

1 患者の視点を尊重した医療の推進及び質が高く効率的な医療提供体制の構築

我が国の医療提供体制は、国民皆保険制度とフリーアクセスの下で、国民が必要な医療を受けることができるよう整備が進められ、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。一方で、少子高齢化の進行、医療技術の進歩、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境の変化に対応するため、より質の高い効率的な医療サービスを提供するための改革を推進することが課題となっている。

このような状況を踏まえ、2006（平成18）年2月に「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」を第164回通常国会に提出し、同年6月14日に成立、2007（平成19）年4月1日に施行された。この医療提供体制の改革を始めとした次のような取り組みによって、国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築しているところである。

（1）患者・国民の選択の支援に資する医療に関する情報提供の推進

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

都道府県が医療機関等に関する情報を集約し、分かりやすく住民に情報提供し、住民からの相談等に適切に応じる仕組みの制度化

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

広告規制の見直しによる広告できる事項の拡大

を行ったところである（第1部第4章第3節（114頁）参照）。

（2）地域における医療提供体制の確保

1）医療計画制度の見直しなどを通じた医療機能の分化・連携の推進

医療計画制度を見直し、医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、質の高い医療を安心して受けられる体制を構築することとした。具体的な取組内容は次のとおりである（第1部第4章第3節（114頁）参照）。

医療計画における、脳卒中、がん、小児救急医療等4疾患5事業の具体的な医療連携体制の構築

医療計画における、分かりやすい指標と数値目標等を明示し、事後評価できる仕組みの構築

退院時調整機能等在宅医療推進のための規定整備

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の策定

2) 救急医療

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

また、2001（平成13）年度からドクターヘリ導入促進事業を実施しており、2007年3月現在10道県で運用が行われている。さらに、ドクターヘリを用いた救急医療の全国的確保を図るため、議員立法として、2007年4月、第166回通常国会に「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法案」が提出され、同年6月19日に成立したところである（一部を除き同年6月27日施行）。

さらに、小児救急医療体制については、一般の救急医療体制の中で対応するほか、入院を要する救急レベルにおいて、小児救急医療支援事業（1999（平成11）年度～）や小児救急医療拠点病院事業（2002（平成14）年度～）を、初期救急レベルにおいて、小児初期救急センター整備事業（2006年度～）を進めている。また、小児救急については、少子化、核家族化、夫婦共働きの増加といった社会情勢・家庭環境の変化を受け、時間外診療が増加していると指摘されていることから、直ちに受診すべきか否かといった保護者の判断を支援し、不安を解消するため、小児救急電話相談事業（#8000）や小児救急普及啓発事業も実施している（第1部第4章第3節（132頁）参照）。

3) 災害時医療

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

災害拠点病院の整備については、阪神・淡路大震災において、医療機関にも甚大な被害を出した教訓をいかし、被災地の医療を確保し、多数の重症患者を受け入れる機能を持ち、被災した地域への医療支援等を行うための基幹災害医療センター、地域災害医療センターの整備が、各都道府県ごとに進められている（2006年度末現在577か所）。

DMATについては、災害急性期（発災後48時間以内）に活動ができる機動性を持った、トレーニングを受けた医療チームとして、2005（平成17）年3月から研修が開始され、2007年3月までに258チームの研修が終了している。

また、医療機関が患者の安全を確保し、災害時の地域の救護の拠点となるためには、それぞれの医療機関で建物・設備の耐震化やライフラインの途絶にも対応できる準備が必要である。このため、医療機関の防災対策の状況を把握し、これに基づいて災害時に向けた準備の促進を図ることとしている。

4) へき地・離島医療

へき地や離島における医療の確保は、交通が不便であることや、住民の少なさなどの地域的条件や人口によって難しさを抱えている。このため、1956（昭和31）年から5年ごとに「へき

地保健医療計画」を策定し、へき地診療所への支援、巡回診療への支援、救急時の移送手段の確保、遠隔医療の導入、へき地診療所を支援する病院の整備、へき地診療所への代診医の派遣などに取り組むことにより改善を図ってきた。

2006年度からは、第10次へき地保健医療計画（2006～2010年）を推進することにより、へき地・離島医療の充実に向けて積極的に取り組んでいるところである。また、へき地・離島での医療は、幅広い分野の医療に関して臨床経験を積むことができる機会でもあることから、今後は、その意義について若手の医師の理解を促進し、地域医療の確保に努めていくこととしている。

（3）地域や診療科における医師確保の問題への対応

国民の医療に対する安心・信頼を確保するため、へき地等の特定の地域や小児救急医療、産科医療などの特定の分野における医師確保の問題に対応することが重要である。

このため、医師確保対策については、2005年8月に「医師確保総合対策」、2006年8月に「新医師確保総合対策」を、厚生労働、総務、文部科学の3省で協力して取りまとめ、都道府県の地域医療対策協議会を通じた医師派遣に係る財政面からの支援、地域医療支援中央会議を通じた各取組みへの助言等を進めているところである。さらには、日増しに大きくなる、全国各地の医師不足を訴える声を深刻に受け止め、地域に必要な医師を確保していく観点から、政府・与党において検討が行われ、2007年5月31日に、更なる対策として「緊急医師確保対策について」が取りまとめられたところである（第1部第4章第3節（127頁）参照）。

特に確保の必要性の高い医療については、救急医療等確保事業として都道府県の医療計画に位置づけることとし、住民に身近な開業医にも協力を求めながら、地域における医療連携体制を構築することとしている。

（4）医療安全の確保（医療安全対策）

医療安全の確保は、医療政策における最も重要な課題の一つであり、これまで、2002（平成14）年4月に取りまとめられた「医療安全推進総合対策」、2003（平成15）年12月に厚生労働大臣から発せられた「医療事故対策緊急アピール」、2005年6月に取りまとめられた「今後の医療安全対策について」（報告書）に基づいた施策を推進してきた。また2006年度の医療提供体制の改革では、医療安全支援センターの制度化等が盛り込まれたところである。

1）医療安全支援センターの制度化

医療に関する患者の苦情や相談等に迅速に対応するため、医療安全支援センターは、これまで47都道府県において設置され、現在、保健所設置市区及び二次医療圏ごとの設置を推進しているところである。厚生労働省においては総合支援事業として、センターに従事する相談職員等が相談困難事例等に適切に対応するために、専門的知識の賦与及び能力向上を図るための研修や、相談事例の収集と分析及び情報提供等を支援するための事業を行っている。

2006年度の医療提供体制の改革の中で、センターは医療法上に位置づけられた。その機能として、患者又はその家族からの医療に関する苦情への対応や相談、医療機関管理者等への助言の実施、管理者や患者や家族への医療安全に関する情報提供、医療機関の管理者・従業

者への医療の安全に関する研修の実施など、医療の安全の確保のための必要な支援を行うこととなっている。

2) 医療機関の管理者の医療の安全を確保するための義務

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

3) 医療事故情報収集等事業

医療事故の発生予防・再発防止策を講じるには、医療現場から幅広く質の高い情報を収集し、専門家による分析をした上で、改善方策を医療現場に提供する必要がある。このため、2004(平成16)年10月から、第三者機関である財団法人日本医療機能評価機構において、報告が義務化されている国立高度医療センター、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構が開設する病院、大学病院(本院)及び特定機能病院のほか、任意の参加登録医療機関からの報告に基づいて医療事故情報等の収集、分析を行い、3か月毎に報告書の公表を行っている。

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

4) 診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方

診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方を検討するために、2005年9月から、診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業が実施されており、その実施状況等を踏まえ、2007年3月には「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する課題と検討の方向性」が、厚生労働省試案として提示された。さらに、2007年4月からは、有識者による「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方」に関する検討会が開催され、医療事故に係る届出の在り方、原因究明制度など第三者機関による調査、紛争解決の取組み等について具体的に検討を行っていく予定である(第1部第4章第3節(132頁)参照)。

5) 産科医療補償制度

安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、2006年11月に、与党で示された「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」に沿う形で、分娩に係る医療事故により障害が生じた患者に対して救済し、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仕組みの創設に向けた検討を進めているところである(第1部第4章第3節(132頁)参照)。

(5) 医療を担う人材の確保と資質の向上

1) 行政処分を受けた医師等の再教育の義務化等

医療の質と安全を確保するためには、医師等の資質と能力の向上を図ることが重要な課題の一つであり、行政処分を受けた医師等に対する再教育の在り方は、患者の安全・安心、さらには国民の医療に対する信頼を確保する観点から重要な課題である。

このため、2006年度の医療提供体制の改革においては、被処分者の職業倫理や医療技術が業務を再開するに当たって問題がないことを被処分者自らが再確認し、国民に対し安全・安心な医療、質の高い医療を確保できるよう、行政処分を受けた医師等に対して再教育を義務づける仕組みを設け、2007年4月1日に施行したところである（薬剤師及び看護師等については、2008（平成20）年4月1日施行）（第1部第4章第3節（134頁）参照）。

なお、医師等でない者による医療行為の防止等を通じて、国民の医療に対する安心・信頼の確保や医療に関する適切な選択に資する観点から、医師等の氏名・性別等を公表し、医師等の資格を有しているかどうか、国民が確認することができる仕組みを設けたところである。

2) 看護職員の資質向上等

我が国の看護をめぐる環境は、急速な少子高齢化の進展、医療技術の進歩等大きく変化してきており、看護職員には患者の視点に立った質の高い看護の提供が求められている。一方で、看護業務の複雑・多様化、国民の医療安全に関する意識の向上等の中で、学生の看護技術の実習の範囲や機会が限定される傾向にある。

こうした背景の下、2006年3月から「看護基礎教育の充実に関する検討会」において、看護をめぐる現状と課題、充実すべき教育内容、専任教員の資質の向上、臨地実習の方法等について検討を行い、2007年4月に、看護基礎教育のカリキュラム改正案等を内容とする報告書が取りまとめられたところである。この報告書を踏まえ、カリキュラムの改正等の看護基礎教育の充実に向けた取組みを進めることとしている。

また、2006年度の医療提供体制の改革において、保健師及び助産師の免許付与要件として、看護師国家試験の合格を条件とすること、看護職員全体の名称独占規定の整備、行政処分を受けた看護職員に対する再教育の義務化と行政処分類型としての「戒告」の創設、助産所について、嘱託医師を産科医師とするとともに、嘱託する病院又は診療所を定めること、病院の備えるべき診療に関する諸記録に、看護記録を追加すること等の事項について、制度的措置を採ったところである。

3) 医師臨床研修制度

医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、基本的な診療能力を身に付けることを目的として、新しい医師臨床研修制度が2004年4月にスタートし、診療に従事する医師は、医師免許取得後2年間の臨床研修を受けなければならないこととされた（第1部第1章第1節（12頁）参照）。2007年春には、新制度の下で臨床研修を開始した第2期生が臨床研修を修了している。

また、現場での研修医の指導及び評価に係る具体的な指針について、「新医師臨床研修制度に

おける指導ガイドライン（試行版）」を示し、今後研修医の指導に当たる方の意見を踏まえつつ改訂し、最終的には2007年度に完成版を作成する予定としている。

4) 歯科医師臨床研修制度

我が国の歯科医療を取り巻く環境は、高齢化に伴う疾病構造の変化や国民のニーズの多様化、患者の権利をより尊重するための患者と歯科医師とのコミュニケーションの在り方の変化等により、大きな変貌を遂げている。一方、歯科医療技術はますます高度化・専門化しており、より安全・安心で質の高い歯科保健・医療を国民に提供するためには、歯科医師個々人が医療人としての基本的な態度、技能、知識を十分に理解し、確実に身に付ける必要がある。

こうした状況を踏まえ、2006年4月から歯科医師の臨床研修が必修化され、診療に従事する歯科医師は、歯科医師免許取得後1年以上の臨床研修を受けなければならないこととされた。新制度においては、病院だけではなく歯科診療所も主たる研修の場として位置づけられており、大学病院や病院歯科、歯科診療所あるいは保健所や社会福祉施設などの研修協力施設のそれぞれの施設の特長を生かした、あるいは役割分担による、生涯研修の第一歩としての研修プログラムの実践が可能となった。新制度の創設は、歯科医師の養成にとどまらず、歯科医療提供体制の変化や歯科医療の質の向上など様々な変革をもたらすものと期待されている。2007年春には、新制度の下で臨床研修を開始した必修化後の第1期生が臨床研修を修了している。

(6) 医療法人制度改革

我が国の医療法人制度については、1950（昭和25）年に民間非営利部門として位置づけるための制度が医療法上に創設され、国民皆保険制度の下で、医療法人の開設する医療機関の整備が推進されてきたところである。

一方で、市町村合併の推進や地方財政の改善に向けた取組みの中で、自治体立病院を始めとした公的医療機関が果たしてきた役割の見直しが進んでおり、これまで自治体立病院が中心として担ってきたへき地医療、小児救急医療など地域にとって特に確保の必要性が高い医療サービスの提供についても、これまで以上に民間非営利部門である医療法人に期待される役割が大きくなっている。

こうしたことを踏まえ、今後は民間の医療法人も地域医療の中心的な担い手としてその役割を果たせるよう、2006年度の医療提供体制の改革において、解散時の残余財産の帰属先の制限など医療法人の非営利性の強化、貸借対照表など毎事業年度の決算書類の都道府県への届出と閲覧の規定の整備による医業経営の透明性の確保、医療計画に位置づけられたへき地医療、小児救急医療等を担うべき新たな医療法人類型（「社会医療法人」）の創設が行われた。

2 世界最高水準の医薬品・医療機器の迅速な提供と医薬品・医療機器産業の国際競争力の強化

厚生労働省では、世界最高水準の医薬品・医療機器を国民に迅速に提供することや医薬品・医療機器産業を日本の成長牽引役へ導くことを目標として、2007（平成19）年4月に、文部科学省及び経済産業省とともに「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」を策定・公

表した。今後、研究資金の集中投入、ベンチャー企業育成、医療クラスターの形成や再生医療拠点の形成等の臨床研究・治験環境の整備、アジアとの連携、新薬の上市までの期間を2.5年短縮する等の審査の迅速化・質の向上、革新的新薬の適切な評価と後発品の使用促進のための薬価制度の改革や医療機器の評価の適正化等を内容とする当該戦略を着実に推進する。

また、研究開発面での支援を強化するため、2007年3月に、文部科学省とともに「新たな治験活性化5カ年計画」を策定し、中核病院・拠点医療機関の整備を行う等、臨床研究・治験環境の充実を図っている。また、独立行政法人医薬基盤研究所において、民間企業単独では困難な医薬品創出の基盤構築を行っている。

さらに、厚生労働省が2002（平成14）年度に策定した「医薬品産業ビジョン」、「医療機器産業ビジョン」については、国の支援策をまとめた5か年の行動計画の期間が終了することから、2007年度に改定することとしている。

こうした取組みの下、今後も、質が高く、安全・安心な医薬品・医療機器の提供を通じて、国民の保健医療水準のより一層の向上を図るために必要な措置を講じていくこととしている。

3 後発医薬品の普及促進

後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資することから、政府としても、積極的に推進することとしている。後発医薬品の使用促進策としては、処方せんの様式を変更し、「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設けて、医師が後発医薬品への変更を可とする旨の意思表示を行いやすくしたほか、国民や医療関係者の後発医薬品に対する信頼を獲得するため、後発医薬品企業に対し、安定供給の確保、添付文書情報の充実、情報提供体制の整備等に努めるよう指導を行ってきたところである。こうしたこれまでの施策の効果等を踏まえ、更なる後発医薬品の使用促進を図るための方策を検討していくこととしている。

4 国立高度専門医療センター等における政策医療の推進

現在、厚生労働省が所管する国の医療機関としては、国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）及び国立ハンセン病療養所があり、2004（平成16）年4月にこれらを除く国立病院・国立療養所が移行して設立された独立行政法人国立病院機構との緊密な連携の下、国の医療政策として担うべき医療（政策医療）の着実な実施に取り組んでいる。

具体的には、国民の健康に重大な影響があるがん・循環器病等に対する高度先駆的な医療、ハンセン病・進行性筋ジストロフィーなど歴史的・社会的な経緯等により地方・民間での対応が困難な医療、国際的感染症、広域災害への対応など国家の危機管理や積極的国際貢献等の各々の分野について、診療のみならず、臨床研究、教育研修及び情報発信と一体となった医療の提供に取り組んでいる。

近年では、

様々ながん対策に関連する情報の効果的・効率的な収集、分析、発信等に不可欠な情報ネットワークの中核的組織として、国立がんセンターにがん対策情報センターを設置する

(2006(平成18)年10月)

諸外国の医療情報や患者情報を収集し、診断方法及び治療方法の開発及び改良のための臨床研究を行うため、国立国際医療センター研究所に国際臨床研究センターを設置する(2006年10月)

など、機能の充実・強化を進めているところである。

なお、2010(平成22)年度に予定されている各ナショナルセンターの独立行政法人化に当たっては、必要な制度的・財政的措置を講じた上で、各ナショナルセンターがそれぞれの分野において十分に機能を発揮できるよう、更なる充実・強化を行うこととしている(第1部第4章第3節(124頁)参照)。

第9節 安定的で持続可能な医療保険制度運営の確保

1 医療保険制度改革

我が国では今後、団塊の世代が高齢化し、老人医療費が増大していくことが見込まれていることから、給付と負担の均衡を図り、人口構造の変化に対応できる持続可能なシステムを作り上げていくことを目的とした「健康保険法等の一部を改正する法律案」が、2006(平成18)年2月、第164回通常国会に提出され、同年6月14日に成立した。その概要は以下のとおりであり、現在、円滑な施行に向けた取組みを進めているところである。

(1) 医療費適正化の総合的な推進(2008(平成20)年4月施行)

医療費適正化を総合的かつ計画的に進めるため、国においては「全国医療費適正化計画」や関連する施策の基本的な方針を策定し、都道府県においては、健康増進計画、医療計画及び介護保険事業支援計画と調和の取れた「都道府県医療費適正化計画」を策定する(第1部第4章第6節(146頁)参照)。また、保険者においては、特定健診・保健指導の事業実施が義務づけられる(第1部第4章第2節(103頁)参照)。さらに、平均在院日数の短縮のための具体的な取組みとして、療養病床の再編成を行う(第1部第4章第3節(119頁)参照)。

(2) 保険給付の内容・範囲の見直し(2006年10月以降段階的に施行)

中長期を見据えた対策を主としつつ、併せて短期的な医療費適正化対策及び少子化対策の観点から、2006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負担を現役世代と同じ3割負担へ引上げ、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食費・居住費の自己負担引上げ、出産育児一時金について30万円から35万円への引上げが行われた。また、2007(平成19)年4月から、傷病手当金や出産手当金の支給率の引上げが行われた。さらに、2008年4月から、70歳から74歳までの高齢者の患者負担について1割から2割への引上げ、乳幼児に対する患者負担軽減(2割)の対象年齢について3歳未満から義務教育就学前

への拡大を行うこととしている（第1部第4章第4節（140頁）参照）。

（3）新たな高齢者医療制度の創設（2008年4月施行）

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等を図るため、75歳以上の後期高齢者を対象とする新たな医療制度を創設する。この制度においては、75歳以上の後期高齢者の心身の特性等を踏まえ、それにふさわしい医療サービスを提供するとともに、保険料、現役世代からの支援及び公費を財源として、都道府県単位ですべての市町村が加入する広域連合が運営する。

また、65歳から74歳までの前期高齢者の医療費について、国民健康保険及び被用者保険の各保険者の75歳未満の加入者数に応じて負担する財政調整制度を創設する（第1部第4章第4節（135頁）参照）。

（4）都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合

都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合を進めるため、政府管掌健康保険については、公法人化し、都道府県ごとの医療費を反映した保険料率を設定する。健康保険組合については、企業や業種を超えた都道府県単位の地域型健保組合の設立を認める。国民健康保険については、都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化等を図るための共同事業の拡充を行うとともに、保険者支援制度等の国保財政基盤強化策も継続する（第1部第4章第4節（137頁）参照）。

（5）中医協の見直し（2007（平成19）年3月施行）

中央社会保険医療協議会（中医協）については、「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために」（2005（平成17）年7月20日「中医協の在り方に関する有識者会議報告」）に基づき、「健康保険法等の一部を改正する法律」により、社会保険医療協議会法の改正を行った。

具体的には、公益委員の機能の強化を図るため、中医協の委員構成を、支払側委員8名、診療側委員8名、公益委員4名から、支払側委員7名、診療側委員7名、公益委員6名へと見直すこととした。あわせて、支払側委員、診療側委員任命に当たっての関係団体の推薦規定（団体推薦規定）を廃止するとともに、それらの委員の任命に当たっては、地域医療を担う関係者等の意見に配慮するものとした。

これらの改正は、2007年3月から施行されており、現在、新たな体制により中医協の審議が行われている。