

# 第2部



## 主な厚生労働行政の動き (平成20年度厚生労働行政年次報告)



※第2部は、2008（平成20）年度における厚生労働行政の動きに加え、おおむね2009（平成21）年7月までの動きについても記述している。

# 第1章

## 健康な生活と安心で質の高い医療の確保等のための施策の推進

### 第1節 医師確保や救急医療の整備など、安全・安心で質の高い医療提供体制の充実

#### 1 医師確保対策を始めとする地域医療の確保について

医療の現場を見ると、産科、小児科などの診療科やへき地等で医師不足問題が深刻であり、地域で必要な医師の確保に効果的な手を打ち、国民の医療に対する安心・安全を確保することが喫緊の課題である。

医師確保対策については2005（平成17）年8月に「医師確保総合対策」、2006（平成18）年8月に「新医師確保総合対策」を、厚生労働省、総務省、文部科学省の3省において取りまとめたが、さらに、政府・与党においても2007（平成19）年5月31日に「緊急医師確保対策について」が取りまとめられた。

#### （1）「緊急医師確保対策」において取りまとめられた取組み

2007年に政府・与党において取りまとめられた「緊急医師確保対策について」では、緊急臨時的医師派遣、病院勤務医の過重労働の改善、医療リスクに対する支援体制の整備など、短期的な取組みから中長期的な取組みまで、これまでの医師確保対策に加えて更なる取組みが取りまとめられるとともに、平成20年度予算においては医師確保対策予算を161億円、平成21年度予算においては272億円に拡充し、これらの各般の対策が反映された。

##### 1) 医師不足地域に対する医師派遣システムの円滑な実施

限られた医療資源の下で、地域で必要となる医療を地域全体で提供するためには、地域の拠点病院から医師が不足している病院等に医師を派遣するシステムを構築することが重要である。

このため、都道府県において、地域の公的医療機関、大学病院、住民代表等が参画する都道府県医療対策協議会を設置し、地域の中核病院から医師が不足している病院等への医師派遣を含めた医師確保等に関する協議を行い、地域の中核病院から医師が不足している病院等に医師を派遣するシステムを構築している。また、国レベルでは、都道府県医療対策協議会で協議をしてもなお医師確保が困難で地域の医療を維持できない場合に、都道府県からの要請を踏まえ、緊急臨時的に医師を派遣するシステムを構築している。その上で、これらの医師派遣システムが円滑に実施されるよう、平成21年度予算において、医師を派遣する医療機関、派遣先の医療機関、派遣される医師に対する支援を強化したところである。

## 2) 病院勤務医の過重労働の改善や女性医師等の勤務環境の整備等

病院勤務医の過重労働は深刻な状況にあり、特に若年・中堅層を中心に極めて厳しい勤務環境に置かれている病院勤務医について、その勤務環境を改善することは喫緊の課題である。

このため、平成20年度予算においては、交代勤務制、短時間正規雇用制等を導入する医療機関に対する支援事業を実施したところであり、平成21年度予算においても、これらの事業を引き続き実施するとともに、病院勤務医の勤務環境の改善に取り組む医療機関に対する支援事業を盛り込み、実施している。

また、病院勤務医の厳しい勤務環境の要因の一つとして、医師でなくても対応可能な業務を行っている現状があるとの指摘があり、2007年12月に厚生労働省医政局長による通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」を発出し、役割分担の推進による医師の勤務環境の改善のため、医師等でなくても対応可能な業務例を示すとともに、更なる役割分担の見直しを2009（平成21）年度中にまとめることとしている。

さらに、特に勤務環境の厳しい産科医師の業務負担の軽減を図る観点からも、産科医師と助産師とが適切な役割分担・連携の下で、助産師が正常産を扱うことができる体制の整備に取り組んでおり、平成20年度予算において産科を有する病院・診療における院内助産所、助産師外来の設置を支援する事業を創設し、平成21年度予算においても引き続き実施している。

このほか、診療報酬上の取組みとしては、2008（平成20）年度診療報酬改定において病院勤務医対策に1,500億円を充て、産科・小児科の重点的な評価に加えて、医師事務作業補助者の配置等を評価し、病院勤務医の勤務環境の改善に努めている。

また、近年、医師国家試験に占める女性の割合は約3分の1になるなど、若年層における女性医師の増加が著しく、将来を見据えた医師確保対策として、出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すことが重要である。

平成20年度予算においては、女性医師の再就業を支援する女性医師バンクの体制の充実や復職のための研修等を実施する病院等の支援、病院内保育所の整備事業を実施したところであるが、平成21年度予算においては、これらの事業を引き続き拡充するとともに、女性医師、看護師等の乳幼児の保育に対する相談等に関する事業を実施している。

## 3) 医療リスクに対する支援体制の整備

### ①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、産科医療補償制度の創設に向けた検討が行われ、2008年1月に財団法人日本医療機能評価機構に設置された産科医療補償制度運営組織準備委員会において制度の骨格が取りまとめられた。これを受け、2009年1月から産科医療補償制度が創設されている。

産科医療補償制度は、分娩に係る医療事故（過誤を伴う事故及び過誤を伴わない事故の両方を含む。）により脳性麻痺となった児及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供すること等により、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ることを目的としている。

本制度は民間の損害保険を活用した制度であるが、産科医師不足対策や再発防止を通じた産科医療の質の向上につながるという側面から、厚生労働省としても、本制度が各分娩機関において導入され、円滑に運営されるよう支援を行っている。

### ②医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方

医療の安全を向上させていくためには、医療事故（過誤を伴う事故及び過誤を伴わない事故の両方を含む。）による死亡が発生した際に、解剖や診療経過の評価を通じて事故の原因を究明し、再発防止に役立てていく仕組みが必要である。また、遺族にはまず真相を明らかにしてほしいとの願い、そして同様の事態の再発防止を図ってほしいとの願いがある。このため、医療の安全の確保の観点から、医療死亡事故について、分析・評価を専門的に行う機関を設ける必要がある。

厚生労働省では、2008年4月にこのような新しい仕組みについての厚生労働省第三次試案を公表し、各方面からの意見を集約するとともに、同年6月には「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」を公表し、検討を進めている。

#### 4) 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

全国的な医師不足問題に加え、特に深刻な産科・小児科やへき地などの地域において医師不足が深刻な状況であることを踏まえ、2006年の「新医師確保総合対策」及び2007年の「緊急医師確保対策について」に基づき、奨学金の活用を通じて都道府県が定める地域や診療科に医師が配置できるための医師養成数を増員し、2008年度から16大学168名の定員増を実施した。

##### (2) 医師養成数の増員について

2006年の医療制度改革以後、医師不足問題や救急医療に対する不安など、医療に関する様々な課題が次々に指摘される中で、安心と希望の持てる医療を確保するためには、医療についての中長期的なビジョンを持ち、将来を見据えた改革を行うことが必要である。

こうした問題認識から、2008年6月に「安心と希望の医療確保ビジョン」が取りまとめられた。

「安心と希望の医療確保ビジョン」は、医療従事者のみならず患者・家族等国民がみんな医療を支える体制を築くことを目指すものである。とりわけ医師数については、毎年医師が3,000人以上増えているにもかかわらず、医療ニーズの増大に医師数が追いつかないという、全国的な医師不足問題が進行しているという認識をもって、①医療従事者等の数と役割（医師数の増加、医師の勤務環境の改善、職種間の協働・チーム医療の充実等）、②地域で支える医療の推進（救急医療の改善策の推進、「地域完結型医療」の推進等）、③医療者と患者・家族の協働の推進（相互理解の必要性等）の三つの柱から、あるべき医療の姿を取りまとめたものである。

さらに、2008年6月の閣議決定「経済財政の基本方針2008」においては、11年ぶりに従来の医師数に関する抑制方針を見直し、早急に大学医学部の定員を過去最大程度まで増員することを決定し、2009年度の医学部定員を、過去最大の8,486名に増員、2010（平成22）年度も増員する方針としている。

##### (3) 平成21年度予算に基づく取組み

我が国の社会保障の現状に対して国民が抱く不安や不満にかんがみ、例えば医療においては、病気になっても安心して医療を受けられるという「安心」につながる国民の目線に立ったきめ細かな方策を検討し、緊急に講ずべき対策が必要である。

医療について平成21年度予算では、救急医療や産科・小児科医療を始めとした地域医療の確保、医師不足や勤務医の過重労働等に対する対応が課題となる中で、国民の医療に対する安心を確保し、将来にわたり質の高い医療サービスが受けられるよう、「安心と希望の医療確保ビジョン」で示した施策の実現に向けた取組みを進めることとした。

例えば、救急医療の確保、産科・小児科医療の確保、地域の中核病院の機能低下への対応等の課題に対して講ずべき方策として、救急患者が医療機関に確実に受け入れられる体制づくりとして、夜間・休日の救急医療を担う医師の手当等への財政支援、ドクターヘリの配備、患者の状態に応じた救急医療を行えるよう、「管制塔機能」を担う医療機関の整備などが盛り込まれた。

また、地域の産科、小児科医療を守るために、地域でお産を支えている産科医や助産師の手当等へ財政支援、女性医師の離職防止・復職支援のため、院内保育や子育て相談を充実、助産師が地域で「院内助産所」や「助産師外来」を開設することの支援などが盛り込まれた。

##### (4) 「経済財政の中長期方針と10年展望について」

2009年1月の閣議決定「経済財政の中長期方針と10年展望について」では、戦略分野の一つとして、「健康長寿・子育て安心社会」があげられている。男女とも平均寿命が世界一の水準となり、世界最速で高齢化が進展する我が国において、高齢化を成長の制約として捉えるのではなく、健康長寿の伸長を明確な目標として掲げ、医療、介護、年金等の社会システムの整備や、疾患の予防・診断・治療の研究開発を始めとする広義のイノベーションへの取組みを促進しつつ、医療・介護サービスを成長が期待される分野として育成していくこととしている。特に、医療と介護、医療機関間等の途切れのない連携や、多様なサービスを国民が選択できる環境の整備、介護が必要になってもできる限り住み慣れた地域で自立して暮らすこ

とのできるシステムの構築を目指していく。その際、医療・介護の雇用吸収力にも留意することとしている。

これからの医療については、介護との連携を前提に、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、できるだけ入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築することにより利用者・患者のQOL（生活の質）の向上を目指すことが求められている。そのためには、サービス供給体制の計画的整備や専門職種間の役割分担の見直し、マンパワーの計画的養成・確保、サービス提供者間・多職種間の連携・ネットワークの仕組みの構築等を通じて、実現されるサービスの姿を分かりやすく国民に示し、国民的合意を得ながら、一つ一つ確実に改革を実現していくことが必要である。

### (5) 平成21年度補正予算に基づく取組み

「経済危機対策」（2009年4月10日「経済対策」に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議）においては、中長期的な成長を図るため、三つのプロジェクト（「低炭素革命」「健康長寿・子育て」「底力発揮・21世紀型インフラ整備」）を実行することとされた。

このうち「健康長寿・子育て」においては、医療機関間の連携強化、地域における医師の確保により地域医療の強化を図るとともに、先端医療設備の整備を進め、拠点病院等を耐震化することとされ、また、がん等の戦略的分野における医療技術・医薬品・医療機器等の開発を推進することとされた。

具体的には、

- ・都道府県が地域の医療課題の解決に向けて策定する「地域医療再生計画」に基づいて行う、医療圏単位での医療機能の強化、医師等の確保の取組みを支援
- ・医療機関の機能・設備強化（大学病院の機能強化、国立高度専門医療センターの先端医療機器等整備、災害拠点病院の耐震化等）
- ・がん等の戦略的分野における医薬品等の開発・橋渡し・実用化の加速（研究開発体制等整備、ベンチャー支援、先端医療開発特区の支援等）
- ・がん、小児等の未承認薬の開発支援、審査迅速化、治験基盤の充実

等に取り組むこととし、平成21年度補正予算に反映された。

## 2 質が高く効率的な医療提供体制の構築

我が国の医療提供体制は、国民皆保険制度とフリーアクセスの下で、国民が必要な医療を受けることができるよう整備が進められ、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。

一方で、産科、小児科などの診療科やへき地等の深刻な医師不足問題や救急医療提供体制の整備など、喫緊の課題への対応を進めていかなければならない一方で、急速な少子高齢化、医療技術の進歩、国民の医療に対する意識の変化等、医療を取り巻く環境が変化していく中において、医療提供体制をどう構築し、将来にわたって持続可能な制度をどう整備していくかという中長期的な課題にも取り組まなければならない。

こうした課題を踏まえ、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」を平成18年通常国会に提出し、同年6月14日に成立、2007（平成19）年4月1日に施行された。このように、2006年の医療提供体制の改革を始めとした様々な取組みを通じて、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の構築に努めている。

### (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、①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する制度（医療機能情報提供制度）を創設するとともに、②医療広告として広告できる事項について大幅な緩和、③広告可能な診療科名の拡大を実施している。

## (2) 医療計画による地域の医療機能の分化・連携の推進

地域において切れ目のない医療の提供を実現する観点から、2006年の医療制度改革において医療計画制度の見直しを行った。これに基づき、2008（平成20）年度から、都道府県において、脳卒中、がん、救急医療、周産期医療等の四疾病五事業の具体的な医療連携体制を医療計画で明示するとともに、地域の実情に応じた数値目標等により事後評価ができる医療計画としたところであり、これにより地域の医療機関の機能分化・連携を推進している。

## (3) 救急医療、周産期医療を始めとする地域医療体制の整備

### 1) 救急医療

地域において国民が安心して生活できるよう、救急患者の症状に応じて適切な救急医療が提供される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）の役割分担を図るとともに、効率的な救急搬送・受入れを支援する救急医療情報システムを導入するなど、救急医療体制の体系的な整備を推進してきた。

しかし、救急患者が増大する一方で、救急医療を行う医療機関が減少する等により、地域の中核的な救急医療機関に負担が集中し、救急患者の受入能力に限界が生じていると指摘されている。このような状況を改善するため、医師養成数を増やすとともに、平成21年度予算において、①休日・夜間の救急医療を担う医師の手当に対する支援、②地域の救急医療に関する「管制塔機能」を担う医療機関に対する支援、③救命救急センターに対する支援の充実等を行っている。

さらに、消防と医療が連携し、救急患者の搬送・受入れがより円滑に行われるよう、平成21年通常国会に、都道府県が救急患者の搬送・受入れの実施基準を定めるとともに、当該実施基準に関する協議等を行うための消防機関、医療機関等を構成員とする協議会を設置すること等を内容とする「消防法の一部を改正する法律案」を総務省と共同で提出し、同年4月に成立、5月に公布され、平成21年10月30日に施行される予定である。

また、ドクターヘリの全国的な配備を図るため、2001（平成13）年度からドクターヘリ導入促進事業を実施し、2007年に「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」が成立したところであり、2009（平成21）年7月現在、16道府県で同事業のドクターヘリが運用されている。

### 2) 小児医療

小児医療については、少子化が進行する中で、今後の我が国の社会を担う若い生命を守り育て、また保護者の育児面における安心の確保を図る観点から、その体制の整備が重要となっている。

このため、医療計画を通じて、小児医療を担う医療機関の機能分化・連携を推進し、地域全体で必要な小児医療が確保される体制の構築を進めている。特に小児救急医療については、二次医療圏で当番制等により小児救急対応が可能な病院を確保する小児救急医療支援事業（1999（平成11）年度～）、複数の二次医療圏を対象とし小児救急患者を受け入れる拠点病院を確保する小児救急医療拠点病院事業（2002（平成14）年度～）、夜間・休日の小児軽症患者への診療を確保する小児初期救急センター整備事業（2006年度～）を実施し、その充実を図っている。

さらに、2009年3月から、呼吸不全や多発外傷等の重篤な小児患者の救急医療体制の在り方について検討するため、「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」を開催し、同年7月に、小児の救命救急医療を担う医療機関の整備、小児集中治療室の整備等を提言する報告書が取りまとめられた。

また、地域の小児科医等が夜間・休日の小児患者の保護者等からの電話相談に応じる小児救急電話相談事業（短縮ダイヤル「#8000」）を2004（平成16）年度から実施しているほか、地域の小児医療を支えようとする地域住民や関係機関の取組みの支援を2006年度から実施している。

### 3) 周産期医療

リスクの高い妊産婦や新生児などに高度な医療が適切に提供されるよう、総合周産期母子医療センターを中核とする周産期医療体制を整備し、地域の分娩施設等と高次の医療施設との連携体制の確保などを図っている。

しかし、2008年に東京都で、妊婦の医療機関への受入れに多くの照会を要した事案が発生した。これを受け、周産期救急医療の在り方等について検討するため、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」を開催した。2009年3月に報告書が取りまとめられ、周産期医療対策事業の見直し、救急医療と周産期医療に対する財政支援、地域の実情に応じた新生児集中治療管理室（NICU）の整備等が提言されたところであり、同報告書を踏まえ、周産期救急医療の確保のための取組みを進めている。

#### 4) 災害時医療

地震等の災害時における医療対策として、阪神・淡路大震災の教訓をいかし、災害拠点病院の整備やDMAT（Disaster Medical Assistance Team：災害医療派遣チーム）の養成等を進めている。

災害拠点病院については、災害による重篤患者の救命医療等の高度の診療機能を有し、被災地からの患者の受入れ、広域医療搬送に係る対応等を行うものであり、基幹災害医療センター及び地域災害医療センターの整備を進めている（2008年7月現在582か所）。

DMATについては、災害発生後直ちに被災地に入り、被災地内におけるトリアージや救命処置、患者を近隣・広域へ搬送する際の必要な観察・処置、被災地内の病院の診療支援等を行うものであり、2005（平成17）年からその研修を開始し、2009年4月までに596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、医療機関の建物・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り、医療機関の防災対策の状況を把握し、その促進を図っている。

#### 5) へき地・離島医療対策

へき地や離島における医療の確保は、人口が少なく、交通が不便であるなどの難しさを抱えている。このため、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、その改善を図ってきた。2006年度からは、都道府県において「第10次へき地保健医療計画」（2006～2010（平成22）年）を策定し、地域の実情に応じて、へき地診療所における住民への医療の提供、へき地医療拠点病院等による巡回診療や代診医派遣、救急時の搬送手段の確保、遠隔医療の導入等に取り組んでいる。

#### 6) 社会医療法人制度の創設

社会医療法人については、医療計画に基づき地域で提供することが特に必要な医療（救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）を担うものとして、都道府県知事又は厚生労働大臣が認定する医療法人であり、その経営の安定化を図るため、医療保健業に係る法人税の非課税措置、直接救急医療等確保事業に係る業務の用に供する一定の固定資産に係る固定資産税等の非課税措置が講じられている。社会医療法人制度は2006年の医療制度改革により創設され、2009年7月31日現在58の社会医療法人が認定されている。

### (4) 医療安全の確保

医療安全の確保は、医療政策における最も重要な課題の一つであり、これまで、2002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いる。

#### 1) 医療安全支援センターにおける医療安全の確保対策

医療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。

医療安全支援センターは、2006年6月に医療法に位置づけられ、①患者又はその家族からの医療に関する苦情への対応や相談、病院等の管理者への助言の実施、②病院等の管理者等や患者や家族への医療安全の確保に関する情報提供、③病院等の管理者・従業者への医療の安全に関する研修の実施など、これまでの取組みに加えて、新たに制度化され、医療の安全の確保のための必要な支援を行っている。

厚生労働省においては、総合支援事業として、医療安全支援センターに従事する相談職員等が相談困難事例等に適切に対応するために、専門的知識の賦与及び能力向上を図るための研修や、相談事例の収集と分析及び情報提供等を支援するための事業を行っている。

## 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てきたが、2006年度の医療制度改革により、無床診療所、助産所にも病院等と同様の義務が課された。また、医薬品、医療機器の安全な使用、保守管理体制の整備等についても、医療の安全を確保するための措置として新たに義務づけられた。

## 3) 医療事故情報収集等事業

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

報告書では、数量的な分析とともに、個別の事故のテーマについても分析、検討が行われており、公表された報告書の中で特に各医療機関が広く共有すべき事例については、厚生労働省から各関係団体等及び都道府県を通じて改めて通知することで、全医療機関への周知に努めている。

## (5) 医療を担う人材の確保と資質の向上

医療の質と安全を確保するためには、医師等の医療従事者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の医療従事者に対する再教育の在り方は、患者の安全・安心を確保する観点からも、国民の医療に対する信頼を確保する観点からも重要な課題である。

### 1) 行政処分を受けた医師、看護師等の再教育の義務化等

2006年度の医療制度改革により、被処分者の職業倫理や医療技術が業務を再開するに当たって問題がないことを被処分者自らが再確認し、国民に対し安全・安心な医療、質の高い医療を確保できるよう、行政処分を受けた医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師等に対して再教育が義務づけられた。

なお、2008年度においては、合計95名の医師及び歯科医師、合計15名の保健師・看護師に対して再教育研修を実施している。准看護師については、各都道府県で再教育研修が実施されているところである。

### 2) 臨床研修制度の見直し

医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、基本的な診療能力を身につけることを目的として、これまで医師の努力義務とされていた臨床研修が2004年4月に義務化され、診療に従事する医師は、医師免許取得後2年以上の臨床研修を受けなければならないこととされた。

一方で、医師の地域偏在、大学病院を始めとする医師派遣機能の低下、臨床研修内容の向上等の観点から、臨床研修制度における募集定員の在り方を始め、臨床研修制度の見直しが求められていた。

2006年12月から、医道審議会医師分科会臨床研修部会において医師臨床研修制度の在り方について検討が行われ、2007年12月に取りまとめられた報告書を踏まえ、2008年4月に臨床研修病院の指定基準の見直し等を行った。

さらに、臨床研修制度及び関連する諸制度等の在り方等について検討するため、2008年9月に厚生労働大臣と文部科学大臣による「臨床研修制度の在り方等に関する検討会」を開催し、2009年2月に報告書が取りまとめられた。同報告書を踏まえ、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において議論を行い、臨

床研修プログラムの弾力化や、募集定員、受入病院の在り方の見直し、臨床研修制度に関連する制度等について見直しを行ったところである。

なお、新しい臨床研修制度については、5年後をめどに見直すこととしている。

### 3) 歯科医師臨床研修制度の見直し及び歯科医療の向上

我が国の歯科医療を取り巻く環境は、高齢化に伴う疾病構造の変化や国民のニーズの多様化、患者の権利をより尊重するための患者と歯科医師とのコミュニケーションの在り方の変化等により、大きな変貌を遂げている。

一方、歯科医療技術はますます高度化・専門化しており、より安全・安心で質の高い歯科保健医療を国民に提供するためには、歯科医師個人が医療人としての基本的な態度、技能、知識を十分に理解し、確実に身につける必要があることから、2006年4月より歯科医師の臨床研修が必修化され、歯科医師の資質向上に努めている。

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

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

### 4) 看護職員の資質向上等について

我が国の看護を取り巻く環境は、急速な少子高齢化の進展、医療技術の進歩等大きく変化している。こうした中で、医療現場の安全・安心を支え、患者のニーズに見合った看護を提供するという看護職員の役割は、ますます重要なものになると見込まれ、看護職員の資質の向上が一層求められている。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、生徒・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年の「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された。この検討会の報告を受け、省令改正により実習の強化等の教育内容の充実を図るカリキュラムの改正等を行い、2009年度より新しいカリキュラムが導入された。

2008年11月からは、「看護の質の向上と確保に関する検討会」において、看護職員に関する諸課題について、質・量の両側面から総合的に検討し、中間取りまとめを行った。

2009年4月から、この中間取りまとめを踏まえ「看護教育の内容と方法に関する検討会」、「今後の看護教員のあり方に関する検討会」、「新人看護職員研修に関する検討会」、「第7次看護職員需給見直しに関する検討会」を順次開催し、看護職員の質の向上と確保のための具体的な方策について議論を行っているところである。

また、国家試験の受験資格を改めるとともに、新人看護職員の臨床研修その他の研修等について定める「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律」が議員立法として2009年7月に成立した。

### (6) 医療施設における木材利用の推進を通じた療養環境の整備

医療の提供に当たっては、患者の療養環境等に配慮する必要がある。このような観点から、近年、医療施設においては、木材を積極的に利用することにより患者の精神面におけるリラクセス等を図る取組みも進められている。

このため、リハビリ部門、患者食堂などを始めとして、内装材への活用を含めた木材利用の推進を図っている。

### 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、2012（平成24）年度までに後発医薬品の数量シェアを30%以上にするという目標を掲げた「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」（2007（平成19）年10月策定）に基づき、後発医薬品に対する患者及び医療関係者の信頼を高めるため、後発医薬品の安定供給、品質の確保、情報提供体制の強化等に取り組んでいる。

2008（平成20）年度診療報酬改定により、処方せん様式の変更を行い、処方医が後発医薬品に変更することに支障があると判断した場合にチェック欄に署名を行い、当該署名がない場合は薬局において後発医薬品を調剤することが可能である。

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

### 4 国立高度専門医療センター等における我が国の医療政策の推進

現在、厚生労働省が所管する国の医療機関として、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る。これらの機関は、2004（平成16）年4月にこれらを除く国立病院・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、我が国の医療政策として担うべき医療の着実な実施に取り組んでいる。

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。

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、がん対策などで我が国の医療水準の均てん化への更なる貢献が求められる。

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おいて、研究、医療、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等を行う役割を担うとともに、政策提言も行えるよう、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。また、イノベーションの推進の観点から、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。

これらを踏まえ、近年においてナショナルセンターは、臨床研究病床、企業や大学との共同実験施設・設備を整備することにより、産官学の連携を強め、革新的な医薬品・医療機器の開発を推進することを目的とした「医療クラスター」を順次整備し始め、また、2008（平成20）年度に創設された「先端医療開発特区」（スーパー特区）制度において先端医療研究拠点に選定されるなど、その機能の充実・強化を進めている。

なお、6つあるナショナルセンターを、それぞれ2010年度から非公務員型の独立行政法人へ移行させるための所要の措置を講ずるため、「高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律」が2008年に成立したところである。また、同年に成立した「研究開発システムの改革の推進等による研究開発能力の強化及び研究開発等の効率的推進等に関する法律」に基づく研究開発法人（研究開発等を行う独立行政法人の中でも重要な法人）として、独立行政法人化後のそれぞれのナショナルセンターが対象となることとなっている。

## 第2節 総合的な健康づくり施策の推進

### 1 生活習慣の改善に向けた国民運動の展開

厚生労働省では、2000（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。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。

2008（平成20）年度から、日常生活の中で「健やかな生活習慣」の爽快感を実感し、自ら行動変容を行うことにより生活習慣病を予防することを目的に、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙」に焦点を当て、産業界とも連携した新たな国民運動として「健やか生活習慣国民運動」を展開し、また、医療構造改革の一環として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査・特定保健指導を実施するなど、生活習慣病対策の一層の推進を図っているところである。

#### （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ている。2008年度は、2010（平成22）年度から使用する「日本人の食事摂取基準（2010年版）」を策定するため、「日本人の食事摂取基準策定検討会」を開催し、検討を行ったところである。また、「食育」の推進の一環として健康づくりに資する食生活の実現を図るため、厚生労働省、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分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る（食育の推進については後述（125頁））。

このほか、2008年度からメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健診・特定保健指導が開始されたところであり、管理栄養士を始め、保健指導担当者の育成の促進を図っている。さらに、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の予防戦略事業として、運動の推進と食生活のリズムを整えることに重点を置き、実態把握、講習会、民間産業等と連携した取組みを推進している。

#### （2）身体活動・運動

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

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

### (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、関係団体等と連携し、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4節（167頁）、第7章第4節（223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、①喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及、②未成年者の喫煙防止、③公共の場所での分煙の徹底及び知識の普及、④禁煙希望者に対する禁煙支援プログラムの普及について具体的な目標を立て、施策を推進している。

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。

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いる。

また、2006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。2007年7月には、「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」が採択されたことを受け、受動喫煙防止対策をより一層推進する観点から、2008年3月「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会」を開催し、約1年にわたり検討を行い、2009年3月、基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則的として全面禁煙であるべきなどの内容を盛り込んだ報告書が取りまとめられたところである。

これらの状況を踏まえ、引き続き受動喫煙防止対策や未成年者喫煙防止対策を含め、たばこの悪影響から健康を守る対策を積極的に進めていくことが重要である。

### (5) アルコール

アルコールの健康に対する影響としては、短時間内の多量飲酒による急性アルコール中毒、慢性影響として肝疾患、がん等の疾患との関連や、未成年者の飲酒による精神的・身体的発育への影響、妊婦による飲酒を通じた胎児への影響などが指摘されている。

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

また、2005年5月の世界保健機関（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。これに伴い、WHO地域委員会等において議論が行われ、「アルコールの害を軽減するための西太平洋地域戦略」が承認され、2008年5月に開催されたWHO総会において、2010年のWHO総会に世界戦略案が提出されることが決定されるなど、国際的に見てもアルコール対策は重要な課題となってきている。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省では、国税庁を始め関係省庁と連携を図りながら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（むし歯）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。また、歯周病対策として、従来、老人保健法に基づき市町村において実施されていた40歳、50歳、60歳、70歳の住民を対象とした歯周疾患検診については、2008年度からは、健康増進法に基づく健康増進事業として、引き続き実施している。

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。（歯の健康づくりの詳細については5の（1）（124頁）参照）。

### (7) 糖尿病

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

我が国の糖尿病患者数は、生活習慣と社会環境の変化に伴って急速に増加しており、2008年に公表された「平成19年国民健康・栄養調査結果の概要」（厚生労働省健康局）によれば、糖尿病が強く疑われる人は約890万人、糖尿病の可能性を否定できない人を合わせると約2,210万人と推定される。

「健康日本21」では、糖尿病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、①糖尿病予備群から糖尿病型への移行率が半減する介入方法、②糖尿病患者の治療の中断率が半減する介入方法、③糖尿病合併症の進展を30%抑制する介入方法の検証についての「糖尿病予防のための戦略研究」を、2005年度から実施している。

### (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、我が国において1981（昭和56）年より死因の第1位であり、現在では、年間30万人以上の国民が亡くなっている。これに対応するためには、生活習慣の改善による予防等の取組みが重要である。このため、2006年6月に議員立法により成立した「がん対策基本法」に基づき、2007年6月に「がん対策推進基本計画」を閣議決定し、個別目標の一つとして、未成年者の喫煙率を3年以内に0%とすること等を設定し、がん対策を総合的かつ計画的に推進している。（がん対策の総合的かつ計画的な推進については、第1章第3節（126頁）参照）。

## 2 女性の健康づくり対策の推進

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

女性が生涯を通じて健康で明るく、充実した日々を自立して過ごすためには、女性の様々な健康問題を社会全体で総合的に支援する必要がある。そのため、厚生労働省では女性の健康に関する普及啓発を推進し、女性の健康づくりを国民運動として展開するために、2007（平成19）年12月に設置した「女性の健康づくり推進懇談会」において、女性の健康課題について総合的な検討を実施しているところである。

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

## 3 こころの健康づくり

### (1) 認知症対策の一層の推進

2008（平成20）年度において、今後の認知症対策を更に効果的に推進し、たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築することが必要であるとの認識の下、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を設け、今後の認知症対策の基本方針について取りまとめたところである。具体的には、「認知症に関する実態の把握」、「研究開発の促進」、「早期診断の推進と適切な医療の提供」、「適切なケアの普及及び本人・家族支援」、「若年性認知症対策」を積極的に推進するため、必要な措置を講じていくこととしている。

#### 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。

また、2009（平成 21）年度からは、地域包括支援センターに認知症連携担当者を配置し、医療から介護への切れ目のないサービス提供を行うための支援や、身近な地域において認知症介護の専門家等が対応するコールセンターを設置し、相談支援体制の強化を図ることとしている。

## 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、認知症対応型サービス事業の管理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。

### (2) うつ病対策の一層の推進

うつ病は自殺の大きな要因となっているが、現在我が国のうつ病患者は増加傾向にあり、自殺防止対策の観点からも、うつ病対策の一層の推進が必要である。

うつ病の治療においては、早期発見・早期治療の重要性が特に指摘されており、厚生労働省としても、うつ病の早期発見・早期治療の推進のため、2004（平成 16）年 1 月に地方自治体職員や保健医療従事者向けのマニュアルを作成し普及を図る等の対策を実施してきた。さらに、2008 年度からは、内科医等のかかりつけ医にうつ病に関する知識や診療技術の向上を図るための研修を実施し、うつ病患者の専門医への受診の促進を図っているところである。

## 4 介護予防対策の一層の推進

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、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。

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「地域包括ケア・介護予防研修センター」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 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、①介護予防事業、②包括的支援事業、③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。このため、健康増進法に基づく健康増進事業として、市町村において、40歳から5歳刻みで70歳までの女性を対象として骨粗鬆症検診を実施するなど、骨折予防対策を推進している。

### (4) 脳卒中对策の推進

#### 1) 救急医療体制の整備（SCUの整備）

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

医療保険と介護保険のサービスについては、双方が切れ目なく提供される必要があることから、2006年の診療報酬改定及び介護報酬改定においては、リハビリテーションの提供について、医療保険は急性期・回復期の状態に対応し、身体機能の早期改善を目指したリハビリテーション、介護保険は維持期の状態に対応し、生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションと、医療保険と介護保険の役割分担の明確化を行った。2008（平成20）年度の診療報酬改定においては、発症早期からのリハビリテーションを充実させるためさらなる評価を行うとともに、標準的算定日数を過ぎても個々の患者の状態に応じたきめ細やかな対応を可能とした。さらに、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が実施できるよう、介護保険のリハビリテーションについても、2009（平成21）年度介護報酬改定において短時間・個別リハビリテーションの評価を行うとともに、理学療法士等を手厚く配置している事業所の評価等を行ったところである。今後とも、リハビリテーションについて、医療と介護の継ぎ目のないサービスを効果的に利用できるよう、必要な調査・研究を進めていくこととしている。

## 5 歯の健康づくりと食育の推進

### (1) 歯の健康づくり

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

胎児期では妊産婦に対する歯科保健指導を通して妊産婦本人の口腔の健康管理とともに胎児の歯の発生に関する知識の普及が行われている。乳幼児期では、う蝕の好発時期であるため、1歳6か月、3歳児歯科健康診査とともに歯科保健指導を行い、「食べる」機能の確立の支援を図っている。学童期では、従来からのう蝕予防対策に加え、乳歯から永久歯への交換とともに顎骨の成長も含めた口腔の機能の確立を図っている。成人期では、高齢期における健康を維持し、食べる楽しみを享受できるよう、歯の喪失を予防することを目的として、市町村において、歯周疾患検診を中心に、集団健康教育や歯周疾患健康相談が実施されている。また、高齢期では、おいしく、楽しく、安全な食生活を営むことによる自己実現の達成の支援を行うため、介護予防として「口腔機能の向上」が導入されている。

すべての国民が健やかで豊かな生活を過ごすため、80歳になっても自分の歯を20本以上保つことを目的とした「8020（ハチマル・ニイマル）運動」の一環として、食生活を支える口腔機能の維持等について指導を推進されてきた。歯科疾患実態調査の結果によると、20本以上の歯を有する80歳以上の割合は、1987（昭和62）年の7.0%から2005（平成17）年には21.1%へと上昇している。

近年、口腔の健康と全身の健康との関係が注目されており、その基盤となる小児期から「食育」を推進していくことは重要である。また、8020運動が提唱されてから昨年で20年を迎えたことから、これまでの対策に加え、「食育」への関わりや、高齢者への対策など、新たな観点から歯科保健対策を推進していくことが求められており、2008（平成20）年12月に「歯科保健と食育の在り方に関する検討会」を開催し、歯科保健の視点を含め、様々な立場から「食育」を推進していくための方法を検討している。

## （2）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。

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、

- ①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
- ②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
- ③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、消費者等との間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、①朝食を欠食する国民の割合の減少、②「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、③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、④食育の推進に関わるボランティアの数の増加等を含む九つの目標を掲げ、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。

また、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。さらに、2007年10月から、食育の推進状況についての評価等を行うことを目的とした「食育推進評価専門委員会」を開催するとともに、食育に関する情報提供の内容等について検討を行う「企業分野等食育活動検討会議」を開催した。

### 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、都道府県が実施する若年期からの肥満予防対策や20～30歳代をターゲットとした肥満予防の取組みを支援している。

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（一いわゆる「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年3月に作成、公表し、普及・啓発を進めている。

また、2009（平成21）年4月1日に施行された、新たな「保育所保育指針」（厚生労働省告示第141号）において、食育についても明記し、保育所での食育を推進している。

さらに、食を通じた妊産婦の健康支援の観点から、妊娠期・授乳期における食事の望ましい組み合わせや量、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、栄養バランスを踏まえた健全な食生活に関すること、食に関する感謝の念など、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、食品の安全性を始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7章第3節（221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3節 がん対策の総合的かつ計画的な推進

### 1 放射線療法及び化学療法の推進

がんは、我が国において1981（昭和56）年より死因の第1位であり、現在では、年間30万人以上の国民が亡くなっている。また、生涯のうちにがんにかかる可能性は、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、がんによる死亡者数は、高齢化の進行と合わせて今後とも増加していくものと推測される。

このため、政府においては、1984（昭和59）年度から「対がん10カ年総合戦略」、1994（平成6）年度からは「がん克服新10カ年戦略」、そして2004（平成16）年度からは「第3次対がん10カ年総合戦略」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。また、2006（平成18）年6月に議員立法により成立した「がん対策基本法」に基づき、2007（平成19）年6月に「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）を閣議決定し、がん対策を総合的かつ計画的に推進している。

我が国のがん医療のうち、放射線療法及び化学療法については、その提供体制が不十分であることから、基本計画においては、「放射線療法及び化学療法の推進」を重点的に取り組むべき課題の一つとして位置づけ、2011（平成23）年度までに、すべてのがん診療連携拠点病院において、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備するという目標などを掲げている。

このため、厚生労働省においては、2008（平成20）年3月、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（以下「指針」という。）を見直し、2008年4月から施行したところである。

指針においては、放射線療法について、①放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師や看護師、診療放射線技師などの配置、②放射線治療に関する機器の設置など、がん診療連携拠点病院において、放射線療法を提供できる体制を整備することとしている。

また、化学療法については、①化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師や看護師、薬剤師等の配置、②外来化学療法室の設置など、より質の高い化学療法を提供できる体制を整備することとしている。

このほか、放射線療法及び化学療法の質的向上を図るため、放射線療法及び化学療法に携わる医師などを対象とした研修を実施するとともに、2007年度・2008年度において、放射線治療に関する機器の緊急整備を行ったところである。

## 2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

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

このため、厚生労働省においては、この目標を2011（平成23）年度までに達成できるよう、2008（平成20）年4月に「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」として、研修内容についてのモデルプログラム等を定めたところであり、①各地域における緩和ケア研修を指導できるよう、がん診療連携拠点病院等で中心的に緩和ケアを実施している医師を対象とした研修を行うとともに、②各地域において、これらの医師によるがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修を行っている。

また、指針においては、①緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師や看護師などを構成員とする緩和ケアチームの整備、②外来において緩和ケアを提供できる体制の整備など、適切な緩和ケアを提供できる体制を整備することとしている。

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

## 3 がん登録の推進

がん登録は、がん患者の罹患、転帰その他の状況を把握・分析する仕組みであり、科学的知見に基づく適切ながん医療を提供するために必要なものであることから、基本計画においては、「がん登録の推進」を重点的に取り組むべき課題の一つとして位置づけ、2011（平成23）年度までに、すべてのがん診療連携拠点病院において、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講するという目標などを掲げている。

このため、厚生労働省では、指針において、がん診療連携拠点病院に対し、国立がんセンターがん対策情報センターによる研修を受講したがん登録の実務を担う者の配置を求めた上で、現在、がん対策情報センターにおける研修を実施している。

このほか、がん登録の精度を高めるため、標準登録様式に基づく院内がん登録を推進するとともに、がん診療連携拠点病院等に対する実施指導を行っているところである。

## 4 がん予防・早期発見・がん研究の推進等

がんの予防については、国民の健康づくりを総合的に進める「健康日本21」を推進するとともに、2008（平成20）年度から、適度な運動、適切な食生活、喫煙に焦点を当てた新たな国民運動を展開し、生活習慣病対策の一層の推進を図っている。

また、がんの早期発見については、基本計画において、2011（平成23）年度までに、がん検診の受診率を50%以上とするという目標などを掲げていることから、がん検診の受診率向上に係るモデル的取り組みや普及啓発に対する支援を行うとともに、がんに関して有効かつ的確な普及・啓発事業を実施するために、2008年10月から「がんに関する普及啓発懇談会」を開催し、がんの病態、検診の重要性、がん登録、緩和ケア等に対する正しい理解の普及・啓発に関する先駆的な事例を収集し、有識者による意見交換を行っているところである。さらに、がん検診の受診率向上を総合的に推進するため、2009（平成21）年7月に厚

生労働大臣を本部長とする「がん検診 50%推進本部」を設置し、第1回本部会議においてがん検診受診率 50%達成に向けたロゴマーク等の決定を行ったところである（下記参照）。

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

また、がんの研究については、がん対策全体を下支えするという位置づけの下、生活の質（QOL）の向上に関する研究など臨床的に重要性の高い研究や、がん医療の均てん化など行政的に必要性の高い研究等を実施するとともに、基礎研究や新しい治療法及び有用な早期診断技術についての研究開発を推進しているところである。

がん検診  
愛する家族への  
贈りもの

（キャッチフレーズ）



（イメージキャラクター）



（ロゴマーク）

## 5 女性のがん対策

我が国においては、乳がんは女性のがん罹患率<sup>りかん</sup>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（平成16）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するとともに、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た。

その後も、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。

さらに、平成21年度補正予算において、一定の年齢に達した女性に対し、検診手帳を交付するとともに、子宮頸がん又は乳がん検診の無料クーポンを配布することとしており、女性特有のがん全般についても、がん検診の普及啓発の推進を行っているところである。

## 第4節 健康寿命を伸ばす科学技術の振興

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

## 1 2008（平成20）年度の科学技術研究の推進

厚生労働省では、2008（平成20）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」という三つの柱を設定し、科学技術を推進しているところである。

### （1）健康安心の推進

「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（内臓脂肪症候群）への対策のため、その科学的根拠の構築に関する研究や、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等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、うつ病、神経性障害、発達障害などの精神疾患に関して、非常に広範かつ深刻な課題が生じていることを踏まえ、その病態解明、診断・治療法の開発、支援体制の在り方に関する研究、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病態の解明、診断・治療法の確立に向けた研究を行っている。

#### 3) がん予防・診断・治療法の開発

がんによる死亡者の減少、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目指し、①がんの本態解明の研究と、その成果を幅広く応用し臨床へと橋渡ししていく研究、②がん医療における標準的治療法の確立を目的とした多施設共同臨床研究、③全国どこでも安心・納得できるがん医療の提供体制を整備し、がん医療水準の均てん化の推進に資する研究に取り組んでいる。

#### 4) 介護予防の推進に関する研究

高齢者が要介護状態となる原因として頻度が高い運動器疾患や認知症について、予防、診断、治療及びリハビリテーションに関する研究を行っている。

また、運動機能の低下の予防、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。

これらの研究を通して、高齢者が要介護状態になることの予防及び要介護状態になった者の自立支援を目指す。

#### 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、近年取組みが急速に進んできた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・効率的に研究を行っているところである。難治性疾患克服研究事業については、難治性疾患に関する調査・研究を推進するため、2009（平成21）年より、大幅な拡充を図ることとしており、予算についても前年度比4倍増の100億円を確保したところである。具体的には、臨床調査研究分野の対象疾患について、これまでの123疾患に新たに7疾患を加え、130疾患に拡大するほか、これまで研究事業の対象とされていなかった難治性の疾患について、その実態を明らかにするため、新たに研究奨励分野を設けることとしている。今後とも、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、再生医療技術、ゲノム科学、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、治験・臨床研究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、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。

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) 治験・臨床研究の基盤整備の推進

我が国の臨床研究の環境を更に向上させるべく、2007（平成19）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。

また、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、当該研修に加え、上級CRCやデータマネージャーのための研修等を実施し、臨床研究実施のための人材育成を行う等の施策を実施しており、臨床研究推進に向けた環境整備を進めている。

さらに、臨床研究を取り巻く環境の変化に対応し、研究倫理や被験者保護の一層の向上を図るため、「臨床研究に関する倫理指針」の全般的見直しを実施し、2008年7月に指針の改正を行った（2009年4月から施行）。

### 3) 健康研究の推進

我が国におけるライフサイエンスに関する優れた基礎研究の成果を活用し、新しい治療法や医薬品・医療機器として、社会に還元していくための「健康研究（Health Research）」（橋渡し研究・臨床研究）の強力な推進が、国民生活の向上及び国際競争力の強化を図るために不可欠である。このため、2008年度より関係府省が一体となって統一かつ重点的な取組みを進めており、その司令塔となる「健康研究推進会議」が開催されている。

## 2 第3期科学技術基本計画

政府においては、2006（平成18）年度から2010（平成22）年度までを計画期間とした「第3期科学技術基本計画」を策定し、実施しているところであるが、この基本計画では「健康と安全を守る」という理念

の下、社会や国民への説明責任の徹底と科学技術の成果の還元という観点から、「国民を悩ます病の克服」、「誰もが元気に暮らせる社会の実現」に貢献するという政策目標を掲げている。

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

## 第5節 革新的医薬品・医療機器創出の推進

我が国における医薬品、医療機器分野のイノベーション創出と産業の国際競争力強化に係る諸施策の方向性について、産官学のトップが認識を共有することを目的として、厚生労働大臣主催の下、科学技術政策担当大臣、文部科学大臣、経済産業大臣、医薬品・医療機器業界、教育・研究機関の関係者等が参集する「革新的創薬等のための官民対話」を2008（平成20）年より開催している。第3回官民対話（2009（平成21）年2月）では、研究から上市に至る過程を支援する一貫した政策パッケージである「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」について、有効で安全な医療機器を早期に医療の現場に提供するため、医療機器の審査迅速化を始めとする医療機器の承認までの期間を短縮する「医療機器の審査迅速化アクションプログラム」（2008年12月10日策定）の内容を盛り込んだ一部改定を行った。今後も継続的に官民対話を開催し、当該5か年戦略についても着実な実施に努めている。

さらに、厚生労働省では2008年9月19日に医療機器の特性にも配慮し、医療機器全般及び研究開発から廃棄・再利用までのサイクル全体の方向性を明示した「新医療機器・医療技術産業ビジョン」を策定した。また、同ビジョン実現のため政府として取るべき施策をアクションプランの形で示した。今後は、アクションプランの進捗状況を検証しつつ、できる限り前倒しで実施することとしている。

また、研究開発面での支援を強化するため、2007（平成19）年3月に、文部科学省とともに「新たな治験活性化5か年計画」を策定し、治験・臨床研究推進のための環境整備を図っている。そのほか、独立行政法人医薬基盤研究所において、民間企業単独では困難な医薬品創出のために、ベンチャー企業等への支援などを行っている。

さらに、より高度な医療を求める患者のニーズに応えるべく、薬事法の承認等が得られていない医薬品・医療機器の使用を伴う先進的な医療技術を対象に、一定の要件を満たすものについて、保険との併用を認める制度として、2008年4月に高度医療評価制度を創設した。

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

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の必要な措置を講じていくこととしている。

## 第6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」の五つを柱として保健医療福祉サービスの提供を推進している。

難治性疾患克服研究事業については、難治性疾患に関する調査・研究を推進するため、2009（平成 21）年より、大幅な拡充を図っており、予算についても前年度比4倍増の100億円を確保したところである。具体的には、臨床調査研究分野の対象疾患について、これまでの123疾患に新たに7疾患を加え、130疾患に拡大したほか、これまで研究事業の対象とされていなかった難治性の疾患について、その実態を明らかにするため、新たに研究奨励分野を設けたところである。

なお、特定疾患治療研究事業については、平成 21 年度補正予算において、難病患者の医療費負担を軽減するため、現在、医療費助成の対象となっていない難病のうち緊急性の高い疾患（11疾患その他）について、医療費助成の対象とすることとした。

また、難病相談・支援センターを全都道府県に設置するなど、地域における難病患者の生活支援などを引き続き推進することとしている。

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

## 2 リウマチ・アレルギー対策について

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

このうち、「医療提供等の確保」については、喘息死を減少させることを目的に「喘息死ゼロ作戦」を 2006（平成 18）年度より実施している。また、「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、2007（平成 19）年からはアレルギー相談センターを開設し、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、治療法の開発など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 2007（平成 19）年末において、3,320 万人に上ると推計されている。HIV 流行が最も深刻な地域は、サハラ以南のアフリカであるが、HIV 感染が急増しているのは東欧・中央アジアであり、日本を含む東アジアは感染拡大の傾向にある。

我が国における状況を見ると、2008（平成 20）年における新規 HIV 感染者／エイズ患者報告数は 1,557 件で過去最高となり、累積 HIV 感染者報告数は 10,552 件、累積エイズ患者報告数は 4,899 件（いずれも血液凝固因子製剤の投与に起因する感染者数 1,439 件を除く。）となっている。発生動向の特徴としては、新規感染者数が上昇を続けていること、地方の大都市においても増加の傾向が見られ、20～30 歳代の占める割合が高いこと、感染の原因は、約 9 割が性的接触によるもので、特に男性の同性間性的接触が増加していることなどであり、更なる対策の充実・強化が必要な状況となっている。

こうしたことから、2005（平成 17）年 6 月に取りまとめられた「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会報告書」などを踏まえ、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」（いわゆるエイズ予防指針）を見直し、2006（平成 18）年 4 月 1 日から施行している。

本指針では、中核拠点病院制度を創設し、都道府県内による総合的な医療提供体制の構築を進めていくなど、施策の重点化を図るべき 3 分野（①普及啓発及び教育、②検査・相談体制の充実、③医療提供体制の再構築）を中心として、国、地方公共団体、医療関係者や患者団体を含む N G O などが共に連携して、HIV 感染者／エイズ患者の人権に配慮しつつ、予防と医療に係る総合的施策を展開することとしている。

## 4 ハンセン病問題の解決に向けて

1996（平成8）年4月に「らい予防法の廃止に関する法律」が施行され、入所者などに対する必要な療養、社会復帰の支援などを実施してきた。その後、国を被告とした国家賠償請求訴訟が、熊本地裁等に提起され、2001（平成13）年5月に熊本地方裁判所において原告勝訴の判決が言い渡された。政府は控訴しないことを決定し、同月25日には、「ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話」を公表し、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、入所者など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退所者給与金」、死没者の名誉回復を図るための「国内ハンセン病療養所死没者改葬費」、2005（平成17）年度より、裁判上の和解が成立した入所歴のない患者・元患者に対し、平穏で安定した平均的水準の社会生活を営むことができるように「国内ハンセン病療養所非入所者給与金」の支給などを行っている（なお、2009（平成21）年4月1日より、それぞれ「ハンセン病療養所退所者給与金」、「国立ハンセン病療養所等死没者改葬費」、「ハンセン病療養所非入所者給与金」に名称が変更となった。）。

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。

また、2006（平成18）年2月に補償法が改正され、終戦前、国外に設置されたハンセン病療養所（厚生労働大臣が告示指定）の入所者も補償の対象とし、現在、楽生院（台湾）、小鹿島更生園（韓国）及び南洋群島に設置された4療養所（パラオ、ヤップ、サイパン、ヤルート）を指定するなど、ハンセン病問題の早期かつ全面的な解決に向けた取組みを行っている。

さらに、2008（平成20）年6月、通常国会において、ハンセン病問題の解決を促進させるため、国立ハンセン病療養所について地域住民などの利用を可能とすることや名誉回復措置としてハンセン病に関する正しい知識の普及を図ることなどを内容とする「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」が議員立法により成立し、2009年4月1日より施行された。

## 5 臓器移植等の適切な実施

### （1）臓器移植の実施状況

「臓器の移植に関する法律」（以下「臓器移植法」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、肝臓及び腎臓などの移植が制度化された。

臓器移植法施行から2009（平成21）年3月末までの間に、臓器移植法に基づき82名の者が脳死と判定されている。2008（平成20）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14名の提供者から14件の移植が、肺は14名の提供者から19件の移植（心臓・肺のうち心肺同時移植は1件）が、肝臓は15名の提供者から15件の移植が、腎臓は123名の提供者から229件の移植が、膵臓は14名の提供者から14件の移植（腎臓・膵臓のうち膵腎同時移植は10件）が、角膜は1,010名の提供者から1,634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、2009年3月末現在、心臓128名、肺111名、肝臓239名、腎臓11,940名、膵臓160名、小腸1名、眼球2,769名となっている。

なお、脳死下での臓器提供事例については、厚生労働大臣が有識者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などについての検証が行われている。

## (2) 臓器移植の適切な実施に向けた最近の動き

臓器の移植に関する法律については、2006（平成 18）年以降、脳死下での臓器提供の要件の改正などを内容とした、議員立法による四つの改正案が衆議院に提出されたが、平成 21 年通常国会の衆議院本会議において、本人意思が不明な場合であっても、家族の同意により脳死判定・臓器提供を可能とし、15 歳未満の者からの臓器提供の途を開く、「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案」（いわゆる A 案）が可決し、参議院に送付された。参議院では、「脳死した者の身体」の定義について、A 案を修正する修正案や内閣府に「臨時子ども脳死・臓器移植調査会」を設置し、子どもの脳死判定基準等について検討すること等を内容とする法律案が提出されたが、同年 7 月 13 日に参議院本会議において A 案が原案のまま可決・成立した。

なお、臓器提供に関する意思表示の拡大を図るため、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への記載が可能とされており、2007（平成 19）年 1 月から旧政府管掌健康保険（2008 年 10 月から協会けんぽ（全国健康保険協会管掌健康保険））の被保険者証に意思表示欄が設けられている。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。

## (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 HLA（白血球の型）が適合することが必要であり、造血幹細胞移植を必要とするすべての患者が移植を受けられるようにするためには、ドナー及びさい帯血の確保が重要となる。

このため、1991（平成 3）年度から公的骨髄バンク事業を、1999（平成 11）年度から公的さい帯血バンク事業を実施し、非血縁者間の造血幹細胞移植の円滑な実施に向けて、ドナー及びさい帯血の確保を推進してきた。2009 年 3 月末現在、公的骨髄バンク事業のドナー登録者は 335,052 人、またさい帯血保存公開数は 31,149 個となっている。今後も、より多くの患者により適した骨髄の移植が可能となるよう、ドナー登録を推進するとともに、骨髄データバンク登録事業の充実を図ることとしている。また、厚生科学審議会疾病対策部会造血幹細胞移植委員会において、造血幹細胞移植対策の諸課題についての検討を行っている。

# 6 新型インフルエンザ対策

## (1) 新型インフルエンザ発生に備えた対策

新型インフルエンザは、毎年流行を繰り返しているインフルエンザウイルスとは表面の抗原性が全く異なる新型のウイルスが出現することにより、およそ 10 年から 40 年の周期で発生している。ほとんどの人が新型のウイルスに対する免疫を持っていないため、世界的な大流行（パンデミック）となり、大きな健康被害とこれに伴う社会的影響をもたらす可能性がある。

近年、東南アジアを中心に鳥インフルエンザ（H5N1）が流行しており、このウイルスが人に感染し、死亡する例も報告されているが（2003（平成 15）年 11 月～2009（平成 21）年 7 月 1 日までの間に、発症者 436 名、うち死亡者 262 名）、この鳥インフルエンザのウイルスが変異することにより、人から人へ感染する新型インフルエンザが発生することが危惧されている。

このような状況の中で、新型インフルエンザが発生した場合の被害を最小限に食い止め、発生前後に必要な対策を迅速かつ確実に実施するため、新型インフルエンザの患者等に対する検疫措置、入院措置等の規定の整備等を内容とする「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫法の一部を改正する法律案」が平成 20 年通常国会に提出され、同年 4 月 25 日に成立した（同年 5 月 12 日施行）。

また、2009年2月に、政府として、新型インフルエンザに関する対策の指針である「新型インフルエンザ対策行動計画（2005（平成17）年12月新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザ関係省庁対策会議）」を改定するとともに、新型インフルエンザに係る対策の具体的な内容等を提示する「新型インフルエンザ対策ガイドライン（2009年2月新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザに関する関係省庁対策会議）」を策定した。

さらに、抗インフルエンザ薬の備蓄を推進するとともに、新型インフルエンザの発生を想定した訓練として、総理及び全閣僚参加の下、2009年1月に、関係省庁及び愛知県が参加した4回目の総合訓練を実施した。

## （2）新型インフルエンザ（A/H1N1）の発生（2009年4月）と対応

### 1）新型インフルエンザの発生と国内での患者の確認

2009年4月24日に、世界保健機関（World Health Organization:WHO）から、メキシコ及びアメリカにおける新型と思われるインフルエンザ様疾患の発生状況が公表され、4月28日には、抗原性が全く異なるインフルエンザウイルスにより継続的に人から人への感染が見られる状態になったとして、WHOにより、インフルエンザのパンデミック警戒水準のフェーズ4への引上げが宣言された<sup>1</sup>。

こうした事態を受け、4月28日に、厚生労働大臣により、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に規定する新型インフルエンザ等感染症が発生したことが宣言された。また、同日、内閣総理大臣を本部長とし、内閣官房長官及び厚生労働大臣を副本部長とする「新型インフルエンザ対策本部」が設置された。

その後、新型インフルエンザ対策に係る検疫時に、5月8日にアメリカから成田空港に到着した乗客4名について、新型インフルエンザに感染していることが確認され（当初3名、停留中に1名発症）、5月16日には、兵庫県神戸市において、国内最初の新型インフルエンザ患者の発生が確認された。

### 2）厚生労働省における対応

4月24日のWHOによる新型と思われるインフルエンザ様疾患の発生状況の公表直後から、厚生労働省では、国民や地方公共団体等に対する情報提供、厚生労働省内に設置したコールセンターによる新型インフルエンザに係る相談への対応等を行い、冷静な対応を呼びかけ、また、4月26日からは、メキシコ便を中心に検疫体制の強化を行った。さらに、4月28日のWHOによるフェーズ4宣言を受け、検疫法に基づく隔離・停留措置の実施や、検疫所と各地保健所との連携による健康監視などの水際対策の徹底を図るとともに、国内での発生に備え、各地方公共団体における発熱相談センターや発熱外来の整備の推進等を行った。

国内での患者確認（5月16日）以降は、積極的疫学調査による患者やその濃厚接触者の確定、患者への入院措置や濃厚接触者への外出自粛の要請等により、感染拡大防止を図った。

さらに、今回の新型インフルエンザ（A/H1N1）に適切な科学的根拠をもって対応するための研究を緊急に厚生労働科学研究費補助金により実施し、また科学技術振興調整費により、臨床現場での早期診断体制の構築、国内発生状態の早期把握及び政策決定への反映についての緊急研究開発を行っている。

なお、「新型インフルエンザ対策行動計画」は、強毒性の鳥インフルエンザ（H5N1）を念頭に策定されたものである。しかし、今回の新型インフルエンザ（A/H1N1）は、感染力は強いが、多くの感染者は軽症のまま回復しており、抗インフルエンザ薬の治療が有効であるなど、季節性インフルエンザと類似する点が多い。これらのことを考慮し、5月22日に開催された新型インフルエンザ対策本部会合において「基本的対処方針」が改定され、国民生活や経済への影響を最小限に抑えつつ、感染拡大を防ぐとともに、基礎疾患を有する者等を守ることを目標とし、新型インフルエンザ対策行動計画をそのまま適用するのではなく、地域の実情に応じた柔軟な対応を行っていくこととされた。そのために、医療の確保、検疫等に

<sup>1</sup> その後、インフルエンザのパンデミック警戒水準について、WHOは一つの地域（大陸）に属する2か国以上で地域（コミュニティ）レベルでの感染が継続しているとして、4月30日にフェーズ5への引上げを、6月12日には複数の地域（大陸）において地域（コミュニティ）レベルでの継続的な感染拡大が見られるとして、フェーズ6への引上げを宣言した。

ついて、厚生労働省において「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」が策定された。

6月19日には、南半球を始めとする諸外国での感染状況を考慮し、いつ全国的かつ大規模な患者の増加を見てもおかしくないという前提に立ち、患者数の急激で大規模な増加をできるだけ抑制・緩和して社会活動への影響を低減し、医療機関の負担を可能な限り減らして重症患者に対する適切な医療を提供し、患者数の大幅増の端緒を探知して対策につなげ、現時点を準備期間と位置づけて秋冬の社会的混乱が最小限となるよう体制整備を行うとの観点から、「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」が改定された。

なお、重症患者の把握や、地方衛生研究所及び国立感染症研究所におけるウイルスの性状変化に対する監視を実施し、ウイルスの性状に変化が見られ、病原性の増大や薬剤耐性の獲得が生じた場合には、運用指針の見直しも含めた対応の変更を行うこととし、秋冬の患者数の増加に対応できる体制整備に万全を期すこととしている。

## 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、被爆者援護法<sup>2</sup>等により、①健康診断の実施、②公費による医療の給付、③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、④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、⑤財団法人放射線影響研究所における調査研究の推進、⑥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。

被爆者健康手帳を交付された被爆者は、医療の自己負担分が公費で給付され、また一定の疾病に罹ると月額33,800円の健康管理手当が支給される。さらに、罹っている疾病が原爆症に認定されれば、月額137,430円の医療特別手当が支給される。この原爆症認定については、2008（平成20）年3月に疾病・障害認定審査会原爆被爆者医療分科会において、原爆症認定に関する「新しい審査の方針」が取りまとめられ、同年4月より、これに基づき、認定審査を進めているところであり、2008年度においては2007（平成19）年度（128件認定）の20倍以上となる2,969件の申請について認定している。また、2009（平成21）年6月22日に開催された分科会において、甲状腺機能低下症と慢性肝炎・肝硬変を積極認定の対象疾病に位置づけるよう審査の方針が改定された。

さらに、在外被爆者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ることができるよう、居住国の領事官を經由して、健康管理手当等の申請を受け付けている。さらに、在外被爆者が国外から被爆者健康手帳の交付を申請することができるようにする被爆者援護法の一部改正法が議員立法により提出され、平成20年通常国会において成立し、2008年12月より施行された。

## 8 総合的な肝炎対策の推進

我が国の肝炎ウイルス感染者は、B型が110～140万人、C型が200～240万人程度存在するとされている。これらの感染者の多くは、自覚症状がないため自分が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といった、より重篤な疾病に進行してしまうケースが多い。

こうした問題を踏まえ、ウイルス性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観点から、2002（平成14）年度の「C型肝炎等緊急総合対策」以来、国民に対する普及啓発の充実、肝炎ウイルス検査の実施、予防・治療方法の研究開発、診療体制の整備などの総合的な対策を実施してきた。

<sup>2</sup> 「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」

さらに 2007（平成 19）年度には、肝炎ウイルス検査をより一層推進するため、これまでの保健所での無料検査に加えて、都道府県等が委託した医療機関における検査についても無料で受診できるよう措置したところであり、2009（平成 21）年度においても引き続き措置を継続することとしている。

また、2008（平成 20）年度からは、B型及びC型肝炎のインターフェロン治療について、実施主体を都道府県とした医療費助成制度を開始した。これは、当該治療が奏効すればウイルス性肝炎を根治し、将来の肝硬変・肝がんを予防することができることにかんがみ、早期治療の促進の観点から、患者の自己負担をその所得に応じて一定額に抑えるものである。なお、この医療費助成制度については、2009年度からは、一定の条件を満たし医師が延長投与（72週投与）が必要と認める患者については、原則1年間の助成期間を1年半まで延長することを可能とすることや医療費の自己負担限度額決定のための所得階層区分認定の際に例外的な取扱いを認めるという運用変更を行うこととしている。

今後とも、1人でも多くの肝炎患者・感染者の方々が、肝炎を根治していただけるよう、

- ① インターフェロン療法の促進のための医療費の助成
- ② 肝炎ウイルス検査の促進
- ③ 肝疾患診療連携拠点病院の整備など診療体制の整備
- ④ 正しい知識の普及と理解
- ⑤ 肝炎研究7か年戦略を踏まえた研究の推進

といった新たな総合対策をより一層推進していくこととしている（図表1-6-1）。（C型肝炎訴訟への対応については、第7章第1節（207頁）参照）。

図表1-6-1 肝炎対策の推進

【施策の方向性】

- 肝がんへの進行予防、肝炎治療の効果的促進のため、経済的負担軽減を図る。
- 検査・治療・普及・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. インターフェロン療法の促進のための環境整備

- インターフェロン治療に関する医療費の助成の実施
  - ・ B型及びC型肝炎患者であって、インターフェロン治療を必要とする全ての肝炎患者がその治療を受けられるよう、医療費を助成。

2. 肝炎ウイルス検査の促進

- 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整備
  - ・ 検査未受診者の解消を図るため、医療機関委託など利便性に配慮した検査体制を整備。
- 市町村等における肝炎ウイルス検査等の実施

3. 健康管理の推進と安全・安心の肝炎治療の推進、肝硬変・肝がん患者への対応

- 診療体制の整備の拡充
  - ・ 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、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）を整備するとともに、国が設置した「肝炎情報センター」において、これらの拠点病院を支援する。
- 肝硬変・肝がん患者に対する心身両面のケア、医師に対する研修の実施

4. 国民に対する正しい知識の普及と理解

- 職場や地域などあらゆる方面への正しい知識の普及

5. 研究の推進

- 肝炎研究7か年戦略の推進
  - ・ 「肝炎研究7か年戦略」を踏まえ、肝疾患の新たな治療方法等の研究開発を推進。
- 肝疾患の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・保険適用の推進。

## 第7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

我が国は、国民皆保険制度の下、すべての国民がいつでも、どこでも、誰でも、適切な医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。

一方、急速な高齢化の進展など、医療を取り巻く環境は大きく変化しており、医療保険財政の厳しさが続く中で、国民の安心の基盤である皆保険制度を堅持していくためには、将来とも必要な医療を確保しつつ、給付の効率化を図ることにより、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必要がある。

こうした観点から、2006（平成 18）年に「健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、2008（平成 20）年度より長寿医療制度（後期高齢者医療制度）や医療費適正化計画の策定が開始されるなど、本格的な改革の実施に取り組んでいるところであり、今後ともその円滑な運営に努めていくこととしている。

#### （1）新たな高齢者医療制度の施行

今後、大きく伸びると見込まれる高齢者の医療費を安定的に支え、国民皆保険制度を将来にわたり維持するため、現役世代と高齢者で共に支え合う仕組みとして、老人保健制度に代わる独立した医療制度である長寿医療制度が2008年4月から実施された。

長寿医療制度は、老人保健制度と同様に75歳以上の方等を対象とする一方で、現役世代と高齢者の負担のルール（給付費の約5割を公費、約4割を現役世代からの支援金、約1割を高齢者の保険料）を明確化するとともに、都道府県単位の広域連合を運営主体とすることにより、運営責任の明確化及び財政の安定化を図ることとしたものである。

また、65～74歳の方の医療費については、新たに保険者間で加入者数に応じた財政調整を行うこととした。

#### 1) 制度の円滑な運営のための取組み

長寿医療制度の施行当初は、制度の説明不足もあり、国民の間に混乱が生じた。このため、政府としては、制度の趣旨・必要性について改めて周知・広報を図るとともに、制度の円滑な運営を図る観点から、低所得者の保険料の更なる軽減等の各般にわたる改善策を講じた。その主な内容については、以下のとおりである。

##### ① 低所得者に対する保険料の軽減

保険料の均等割については、所得に応じた7割・5割・2割の軽減措置に加え、2008年度においては、7割軽減世帯で8月まで年金からお支払いいただいている方について10月から保険料を徴収しないこととし、納付書等で納めている方についても同等の軽減措置を講じることとした（実質的に8.5割軽減。月額保険料は、全国平均で約500円）。

また、2009（平成 21）年度以降においては、7割軽減世帯のうち長寿医療制度の被保険者全員が年金収入で80万円以下（その他の各種所得はない）の方について、9割軽減（月額保険料は、全国平均で約350円）とするとともに、2009年4月10日に政府・与党において取りまとめられた「経済危機対策」に基づき、2008年度に均等割8.5割軽減であった方で2009年度に7割軽減となる方については、2009年度においても8.5割軽減を継続することとした。

さらに、所得割を支払っている方で所得が低い方については、2008年度から所得割を5割軽減することとした。

##### ② 年金からの保険料の支払いに係る改善

長寿医療制度においては、保険料を原則として年金からお支払いいただくこととしていたが、2009年度から原則としてすべての方について、口座振替と年金からの支払いとを選択できることとした。

**③ 70～74 歳の方の窓口負担の見直し**

70～74 歳の方の窓口負担割合については、法律上、2008 年度から 2 割にすることとしていたが、予算措置により 1 割に据え置き、2009 年度においても同様の措置を継続することとした。

**④ 被用者保険の被扶養者であった方の 9 割軽減措置の継続**

長寿医療制度加入前に被用者保険の被扶養者であった方については、初めて保険料を負担いただくことから、制度加入時から 2 年間の軽減措置（均等割 5 割軽減）に加え、2008 年 4 月から 9 月までは保険料の徴収を行わず、2008 年 10 月から 2009 年 3 月までは均等割を 9 割軽減したところであるが、2009 年度も同様に 9 割軽減を継続することとした。

**2) 制度の見直しの検討**

長寿医療制度については、多くの良い面がある一方で、制度について様々なご意見が寄せられていることから、高齢者の方々の心情に配慮しつつ、法律に規定する 5 年後の見直しを前倒しし、よりよい制度への改善を図ることとしている。

政府においては、2008 年 9 月より開催された厚生労働大臣主宰の「高齢者医療制度に関する検討会」において、関係者からのヒアリングも交えながら議論が重ねられ、2009 年 3 月に「高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理」が取りまとめられ、論点ごとに制度の見直しの選択肢やそれぞれの課題等が示された。

一方、与党においても見直しの議論が進められ、2009 年 4 月に、与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチームにおいて「高齢者医療制度の見直しに関する基本的な考え方」が取りまとめられ、制度の見直し等に係る基本的な方針が示された。

政府としては、これらを踏まえ、速やかに対応すべき課題については、補正予算等により迅速に対処するとともに、制度の見直しに係る課題については、今後、社会保障審議会医療保険部会等において、関係団体も参画しての具体的な議論を更に進めるなど、着実に見直しを進めていくこととしている。

**(2) 医療費適正化計画の総合的な推進****1) 医療費適正化の必要性**

今後、急速な高齢化の進展等により、現在は国民医療費の約 1/3 を占める 75 歳以上の老人医療費が、2025（平成 37）年には国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想されるが、医療を特に必要とする高齢者への適切な医療を確保するためには、給付の効率化を図り、医療費の適正化を進めていくことで、国民皆保険制度を維持する必要がある。

これまで、患者自己負担の見直しや、診療報酬改定といった医療費適正化のための取組みを行ってきたが、これらの短期的な取組みと併せて、中長期的に医療費適正化を図る観点から、2006 年の医療保険制度改革においては、医療費の伸びの構造的要因に着目した適正化、効率化を推進していく必要があるとされた。

こうしたことから、短期的な取組みを織り込みつつ、中長期的な医療費適正化対策として生活習慣病の予防や平均在院日数の短縮（長期入院の是正のための療養病床の再編成等）の取組みを計画的に進めることで、医療費適正化の総合的な推進を図ることとしている。

**2) 医療費適正化計画について**

医療費適正化を計画的に進めていくに当たっては、都道府県ごとに医療費の地域差があることから、地域の医療提供体制に責任を有する都道府県にも関与してもらうことが必要であり、国の責任の下、国と都道府県がともに協力しながら取り組んでいかなければならない。

このため、国は医療費適正化基本方針を定め、この基本方針に基づき、国と都道府県は医療費適正化計画（5 年計画）を策定することとしている。2008 年 9 月には、各都道府県による計画作成の動向も踏まえ、「高齢者の医療の確保に関する法律第 8 条第 1 項の規定に基づき定める計画」（全国医療費適正化計画）が策定・公表された。この第 1 期の医療費適正化計画は、2008 年度から 2012（平成 24）年度までの 5 年間の計画期間中の取組みを示すものであり、計画の柱である生活習慣病対策と平均在院日数の短縮に関する

具体的な数値目標を掲げている。また、計画期間の中間年度と終了後に計画の進捗状況について評価を行うことにより、実効性ある取組みを確保することとしている。

全国医療費適正化計画は、2012年度までに達成する目標として①国民（住民）の健康の保持の推進に関する目標（生活習慣病対策に対応）、②医療の効率的な提供の推進に関する目標（平均在院日数の短縮に対応）を掲げており、その具体的な内容は以下のとおりである。

#### ① 国民の健康の保持の推進に関する目標

ア 特定健康診査の実施率を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 2008年度実績と比較して、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。

#### ② 医療の効率的な提供の推進に関する目標

ア 平均在院日数は、全国平均（32.2日）と最短の都道府県（長野県、25.0日）との差の1/3（2.4日）を減らす。

イ 2012年度の療養病床の目標数は、各都道府県がそれぞれの地域の実情を踏まえて設定した目標数を当面の目標としている（計画未策定の県の目標数の推計値を含めると、合計で約22万床となる。）。療養病床の整備水準については、計画の中間評価において、必要に応じ見直す等、整備水準を引き続き検証していくこととしている。

### （3）平成20年度診療報酬改定

#### 1) 平成20年度診療報酬改定の概要

平成20年度診療報酬改定においては、賃金・物価の動向等の経済動向、医療機関等の経営実態、さらに保険財政の状況等を総合的に勘案した上で、診療報酬本体については、+0.38%と2000（平成12）年度以来8年ぶりのプラス改定を行ったところである。

具体的には、重要な課題である産科・小児科を始めとする病院勤務医の負担軽減を図るため、

① 医師の事務作業を補助する職員の配置等を行った病院に対する評価を新設

② リスクの高い妊婦の管理に対する評価の新設

③ 救急搬送された妊婦を受け入れた場合の評価の新設

④ 高度な小児医療を提供する医療機関の評価の引上げ

等を行ったところである。

#### 2) 診療報酬改定の結果の検証

診療報酬改定が医療現場にどのような影響を与えたかについては、中央社会保険医療協議会の診療報酬改定結果検証部会において調査・検証を行うこととしており、2008年度においては、病院勤務医の負担軽減の実態や後発医薬品の使用状況、後期高齢者にふさわしい医療の実施状況などの調査・検証を行ったところである。今後、その結果等も踏まえ、次回の診療報酬改定に向けた議論を行うこととしている。

### （4）協会けんぽ（全国健康保険協会）の設立

政府管掌健康保険については、国が自ら運営し、全国一本の保険料率が適用されてきたため、地域の実情に応じた保健事業を実施するなどの保険者機能の発揮が十分ではないことや、地域の取組みや努力によって医療費が下がっても保険料率に反映されないことなどの問題が指摘されてきたところである。

このため、政府管掌健康保険については、2008年10月に国とは切り離れた公法人である全国健康保険協会（協会けんぽ）が保険者として設立された。

全国健康保険協会においては、都道府県ごとに支部を設置し、地域の医療費を反映した都道府県単位保険料率を設定するなど、都道府県単位の財政運営を基本とするとともに、地域の実情に応じた保健事業や医療費適正化に向けた取組みを推進することとしている。

都道府県単位保険料率の設定に当たっては、年齢構成や所得水準といった地域の努力では対応できない部分について、都道府県間で財政調整することとされているが、保険料率が急激に上昇することがないようにするため、全国健康保険協会の設立後5年間は激変緩和措置を講ずることとされている。なお、都道府

県単位保険料率への移行は2009年9月からの予定であり、一般の被保険者については、10月納付分の保険料から新たな保険料率が適用されることとなる。

## 2 その他の施策

### (1) 出産育児一時金の見直し

緊急の少子化対策の一環として、妊婦健診の拡充と合わせ、2009（平成21）年10月より2011（平成23）年3月までの間、出産育児一時金の額を4万円引上げ、原則42万円とすることとした。また、原則として各医療保険者より分娩した医療機関等に、出産育児一時金を直接支払う仕組みに改めることにより、妊産婦の経済的負担の軽減を図ることとしている。

### (2) レセプトオンライン化の推進

医療保険事務全体の効率化、医療サービスの質の向上等を図るため、医療機関等が審査支払機関に提出するレセプトについて、2011年度当初から、原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出されるように推進しており、2009年5月末現在、電子レセプトの割合は、61.5%であり、そのうちオンライン請求によるレセプトの割合は、45.5%となっている。

一方、地域医療に配慮する必要があることから、2009年3月31日に閣議決定された「規制改革推進のための3カ年計画」（再改定）においても、「地域医療の崩壊を招くことのないよう、自らオンライン請求をすることが当面困難な医療機関等に対して配慮する」旨明記されたところである。

このためオンライン請求を行う医療機関や薬局に対する支援措置として、オンライン化に係る設備投資への支援と、薬局の代行送信に係る費用の支援を平成21年度補正予算において措置したところであり、これらの支援措置も活用しながらオンライン請求への円滑な移行を促進することとしている。