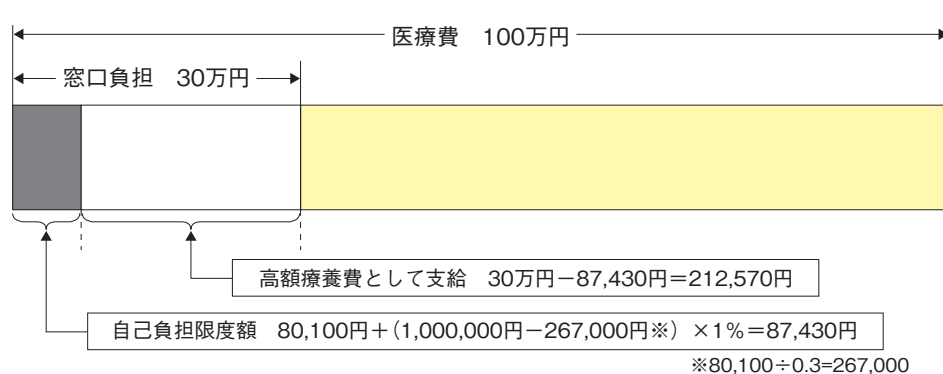




## 詳細資料① 高額療養費制度の概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。  
（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入  
（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）

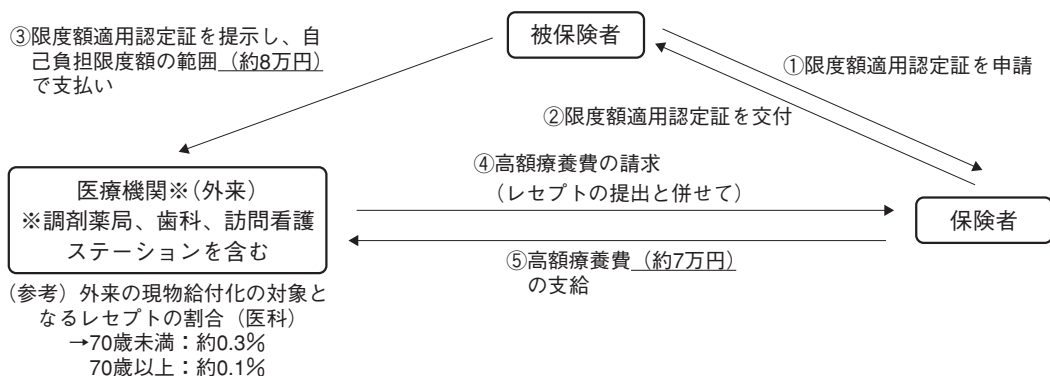


（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

## 詳細資料② 外来診療の現物給付化への対応について

- 高額な薬剤費等がかかる患者の負担を軽減するため、従来の入院診療に加え、外来診療についても、同一医療機関での同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合は、患者が高額療養費を事後に申請して受給する手続きに代えて、保険者から医療機関に支給することで、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる取扱い（現物給付化）を導入（平成24年4月施行）。

医療費50万円（3割負担）、年収約370万円～約770万円、70歳未満の場合



### 現物給付化の基本的な仕組み

- ①被保険者等から保険者に対して、限度額適用認定証の交付を申請。（入院の場合と同様の取扱い）
- ②保険者から被保険者に対して、世帯の所得区分に応じた限度額適用認定証を交付。（個人単位）
- ③被保険者は医療機関の窓口で限度額適用認定証を提示。医療機関はその被保険者等の自己負担額を個人単位で集計し、限度額を超える一部負担金等の徴収は行わない。  
※1%加算分については、自己負担が限度額を超えた後も毎回自己負担が発生する。
- ④医療機関はレセプト請求時に併せて高額療養費分を保険者に請求。

## 詳細資料③

## 高額介護合算療養費の支給開始（平成20年4月施行。平成21年8月より順次支給開始）

②

保健医療

＜同一世帯において医療と介護でかかった費用の合計の負担を緩和します。＞

- ・今までは、医療保険と介護保険の制度ごとに、自己負担の毎月の上限を設定
- ・これらに加え新たに両制度の自己負担を合計した額についても年間の上限を設定

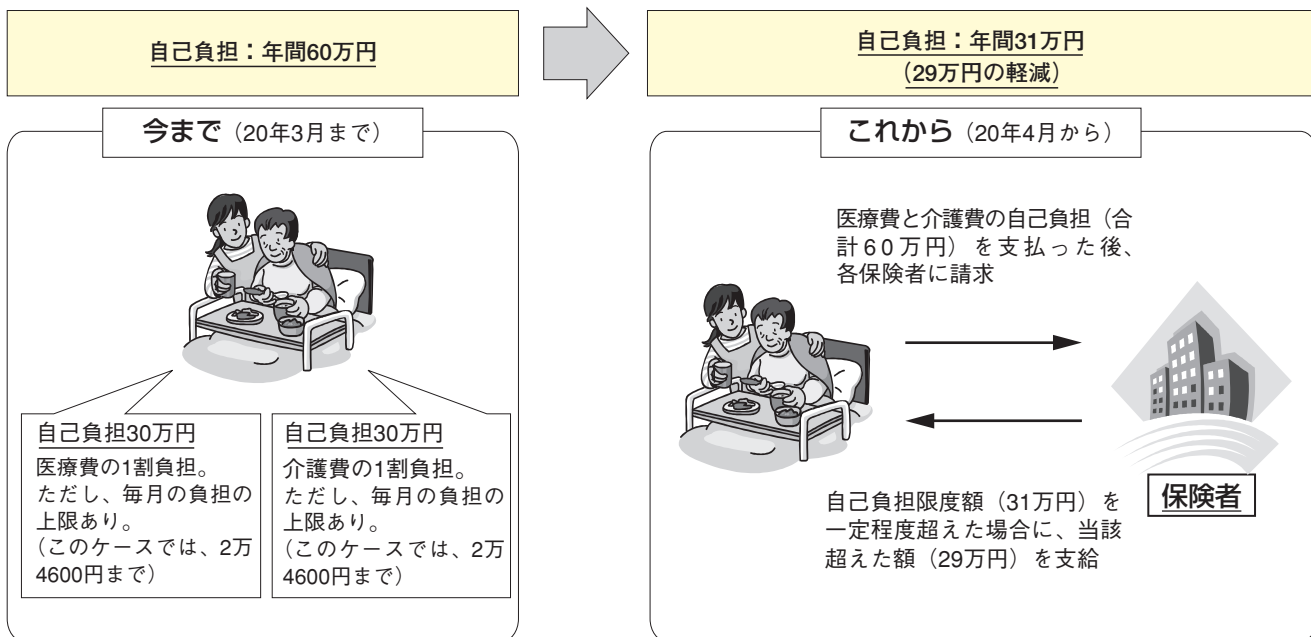
※自己負担の限度額は、年齢、所得区分によりきめ細かく設定します。

※食費・居住費については、別途負担が必要です。

## 高額医療・高額介護合算療養費制度の参考事例

## ○ 夫婦とも75歳以上（住民税非課税）で、夫が医療サービス、妻が介護サービスを受けている世帯の場合

- （医療サービス） 病院に入院（※）  
 （介護サービス） 要介護4で小規模多機能型居宅介護を利用  
 （年金収入） 夫婦で年間211万円以下（住民税非課税）

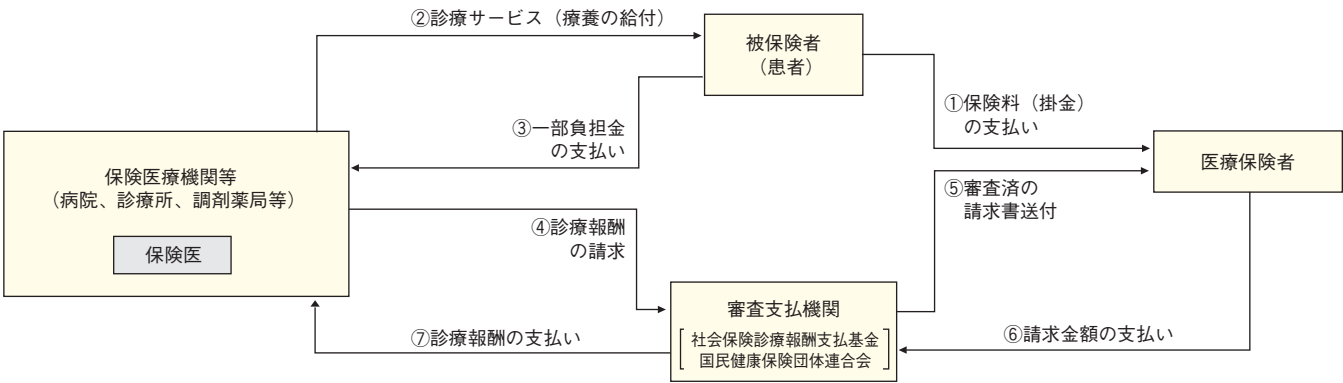


（※）療養病床に入院した場合にかかる食費・居住費及び差額ベッド代等については、別途負担が必要となる（現行の高額療養費等の制度と同様。）。

# 保険診療の仕組み

## 概要

保険診療の概念図



診療報酬は、まず医科、歯科、調剤報酬に分類される。  
 具体的な診療報酬は、原則として実施した医療行為ごとに、それぞれの項目に対応した点数が加えられ、1点の単価を10円として計算される（いわゆる「出来高払い制」）。例えば、盲腸で入院した場合、初診料、入院日数に応じた入院料、盲腸の手術代、検査料、薬剤料と加算され、保険医療機関は、その合計額から患者の一部負担分を差し引いた額を審査支払機関から受け取ることになる。

## 詳細資料 平成26年度診療報酬改定の概要

### 平成26年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年（平成37）年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
- ・ 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

全体改定率	＋0.10％	※（ ）内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分
診療報酬（本体）	＋0.73％（＋0.63％）	【約3,000億円（約2,600億円）】
<div> <div> <div>医科</div> <div>＋0.82％（＋0.71％）</div> </div> <div> <div>歯科</div> <div>＋0.99％（＋0.87％）</div> </div> <div> <div>調剤</div> <div>＋0.22％（＋0.18％）</div> </div> </div>		<div>【約2,600億円（約2,200億円）】</div> <div>【約300億円（約200億円）】</div> <div>【約200億円（約100億円）】</div>
薬価改定	▲0.58％（＋0.64％）	【▲約2,400億円（約2,600億円）】
材料価格改定	▲0.05％（＋0.09％）	【▲約200億円（約400億円）】

※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。

## 平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

### 基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

### 重点課題

- 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等  
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

### 改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点  
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点  
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- 医療従事者の負担を軽減する視点  
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点  
後発医薬品の使用促進 等

### 将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025（平成37）年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

## 平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

### 重点課題

#### 社会保障審議会の「基本方針」

- ・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



### 重点課題への対応

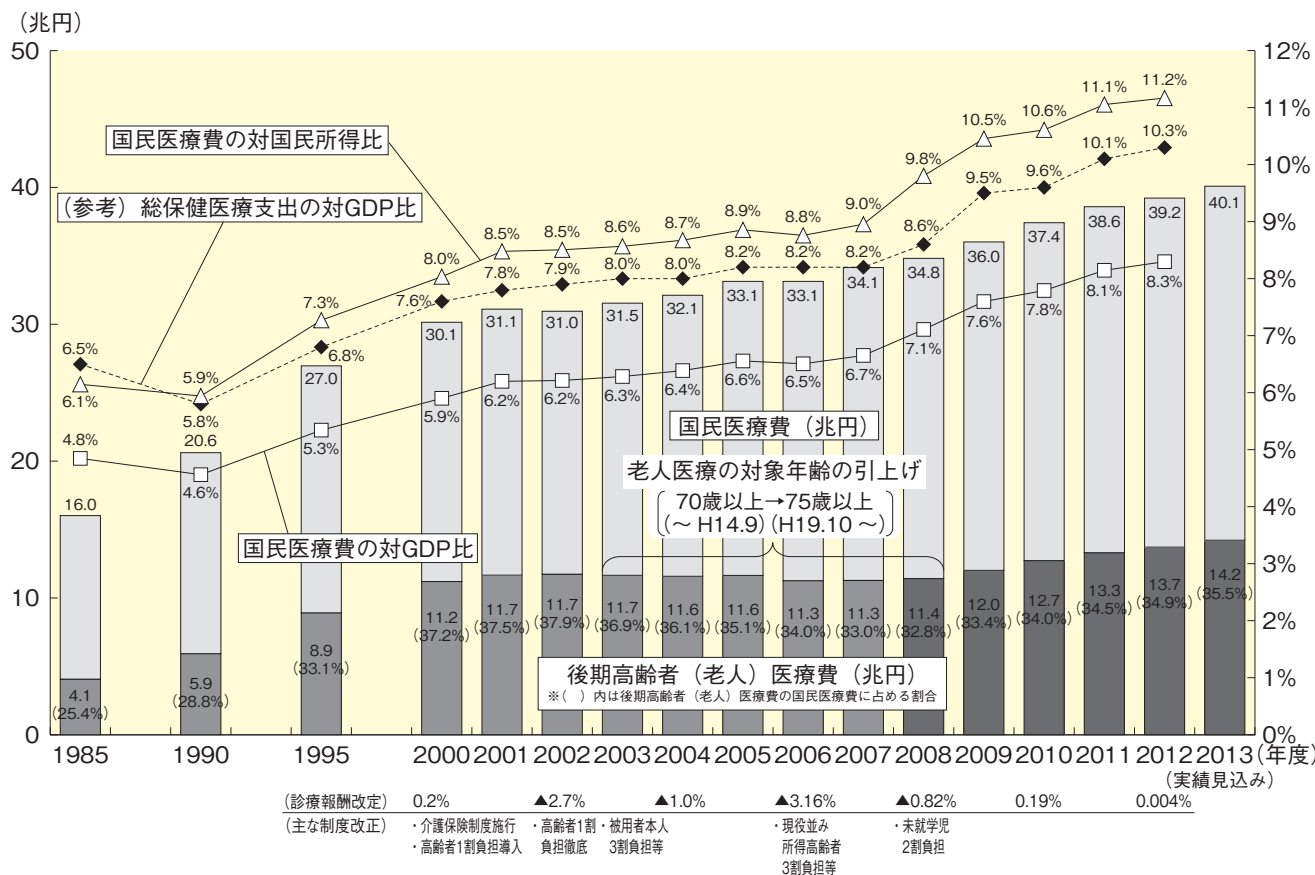
#### 重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について
  - ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
  - ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
  - ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
  - ④ 地域の実情に配慮した評価
  - ⑤ 有床診療所における入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化・連携の推進について
  - ① 主治医機能の評価
  - ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化
3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について
4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

## 医療費

### 概 要

### 医療費の動向



### 〈対前年度伸び率〉

(%)

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2
後期高齢者 (老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.7
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲1.0	0.6	—
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.3	▲1.4	▲0.2	1.9

- (注) 1. 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。総保健医療支出はOECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2012年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.3%
2. 2013年度の国民医療費 (及び後期高齢者医療費。以下同じ。) は実績見込みである。2013年度分は、2012年度の国民医療費に2013年度の概算医療費の伸び率 (上表の斜字体) を乗じることによって推計している。



詳細データ① OECD加盟国の総医療費の状況（2012年）

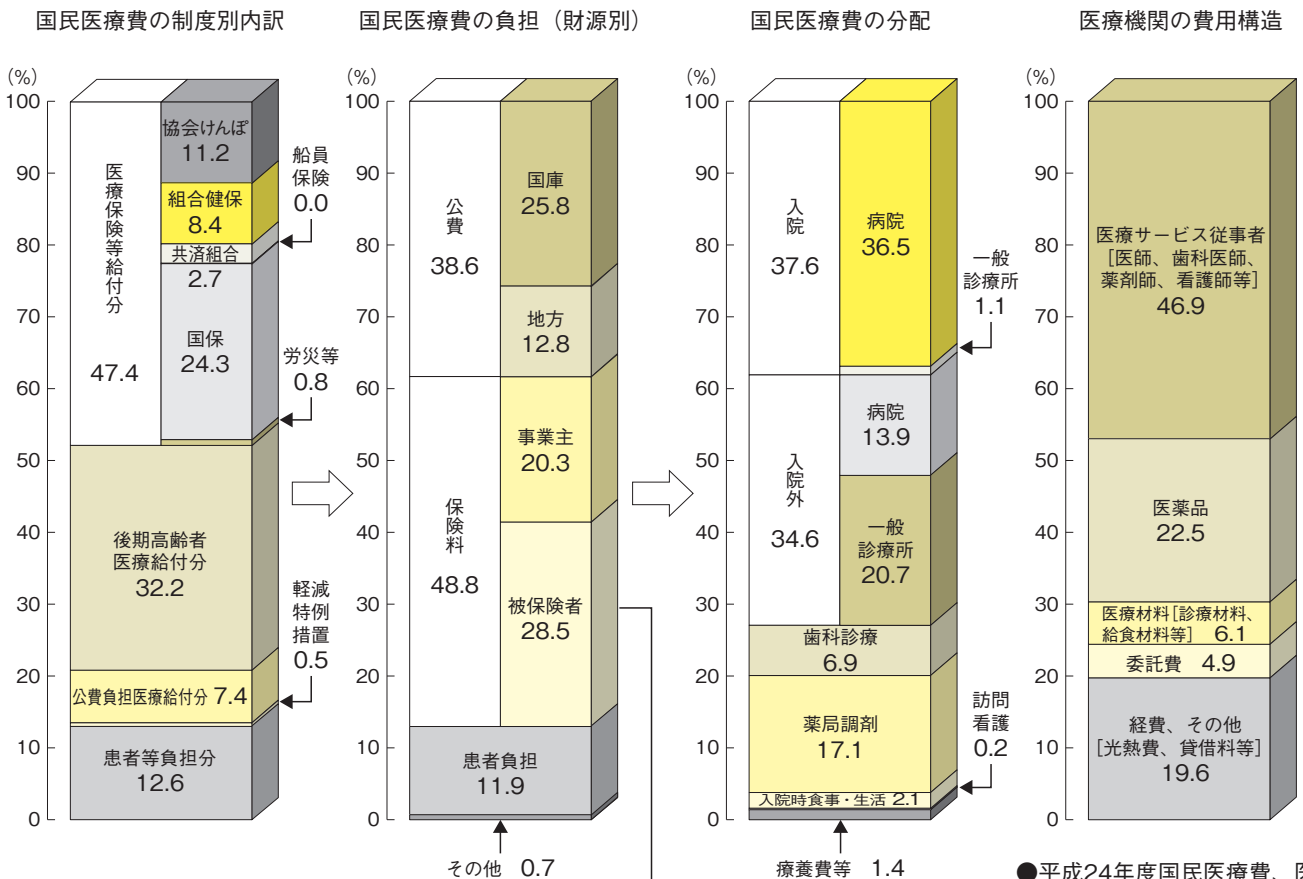
国名	総医療費の対GDP比（％）		一人当たり医療費（ドル）		備考
		順位		順位	
アメリカ合衆国	16.9	1	8,745	1	
オランダ	11.8	2	5,099	4	
フランス	11.6	3	4,288	11	
スイス	11.4	4	6,080	3	
ドイツ	11.3	5	4,811	6	
オーストラリア	11.1	6	4,896	5	
デンマーク	11.0	7	4,698	7	
カナダ	10.9	8	4,602	8	
ベルギー	10.9	8	4,419	10	
日本	10.3	10	3,649	15	
ニュージーランド	10.0	11	3,172	20	※
スウェーデン	9.6	12	4,106	12	
ポルトガル	9.5	13	2,457	23	
スロベニア	9.4	14	2,667	22	
スペイン	9.4	14	2,998	21	※
ノルウェー	9.3	16	6,140	2	
イギリス	9.3	16	3,289	18	
ギリシャ	9.3	16	2,409	24	
OECD平均	9.3		3,484		

出典：「OECD HEALTH DATA 2014」

（注） 1. 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの  
2. ※の数値は2011年のデータ

詳細データ② 国民医療費の構造（平成24年度）

〔国民医療費 39兆2,117億円〕  
〔一人当たり医療費 307,500円〕



●平成24年度国民医療費、医療経済実態調査（平成25年）結果等に基づき推計

# 詳細データ③ 国民医療費及び構成割合の推移

年次	国民医療費	一般診療医療費	病院	一般診療所	入院医療費	病院	一般診療所	入院外医療費	病院	一般診療所	歯科診療医療費	薬局調剤医療費	入院時食事・生活医療費	老人保健施設療養費	訪問看護医療費
												3)	4)	5)	
昭和37年度(1962)	6,132	5,372	2,948	2,424	2,344	2,072	272	3,028	875	2,153	759	…	・	・	・
40 ('65)	11,224	10,082	5,499	4,583	4,104	3,635	469	5,978	1,864	4,113	1,143	…	・	・	・
45 ('70)	24,962	22,513	12,121	10,392	8,799	7,801	998	13,714	4,320	9,394	2,448	…	・	・	・
50 ('75)	64,779	59,102	32,996	26,106	25,427	22,640	2,787	33,675	10,356	23,319	5,677	…	・	・	・
55 ('80)	119,805	105,349	62,970	42,379	48,341	43,334	5,007	57,008	19,636	37,372	12,807	1,649	・	・	・
60 ('85)	160,159	140,287	92,091	48,195	70,833	65,054	5,778	69,454	27,037	42,417	16,778	3,094	・	・	・
平成2年度('90)	206,074	179,764	123,256	56,507	85,553	80,470	5,082	94,211	42,786	51,425	20,354	5,290	・	666	・
7 ('95)	269,577	218,683	148,543	70,140	99,229	94,545	4,684	119,454	53,997	65,456	23,837	12,662	10,801	3,385	210
12 (2000)	301,418	237,960	161,670	76,290	113,019	108,642	4,376	124,941	53,028	71,913	25,569	27,605	10,003	・	282
13 ('01)	310,998	242,494	164,536	77,958	115,219	110,841	4,378	127,275	53,695	73,580	26,041	32,140	9,999	・	324
14 ('02)	309,507	238,160	162,569	75,591	115,537	111,180	4,357	122,623	51,389	71,234	25,875	35,297	9,835	・	339
15 ('03)	315,375	240,931	164,077	76,854	117,231	112,942	4,289	123,700	51,135	72,565	25,375	38,907	9,815	・	348
16 ('04)	321,111	243,627	164,764	78,863	118,464	114,047	4,417	125,163	50,717	74,446	25,377	41,935	9,780	・	392
17 ('05)	331,289	249,677	167,955	81,722	121,178	116,624	4,555	128,499	51,331	77,167	25,766	45,608	9,807	・	431
18 ('06)	331,276	250,468	168,943	81,525	122,543	117,885	4,658	127,925	51,058	76,867	25,039	47,061	8,229	・	479
19 ('07)	341,360	256,418	173,102	83,316	126,132	121,349	4,782	130,287	51,753	78,534	24,996	51,222	8,206	・	518
構成割合(%)															
昭和37年度(1962)	100.0	87.6	48.1	39.5	38.2	33.8	4.4	49.4	14.3	35.1	12.4	…	・	・	・
40 ('65)	100.0	89.8	49.0	40.8	36.6	32.4	4.2	53.3	16.6	36.6	10.2	…	・	・	・
45 ('70)	100.0	90.2	48.6	41.6	35.2	31.3	4.0	54.9	17.3	37.6	9.8	…	・	・	・
50 ('75)	100.0	91.2	50.9	40.3	39.3	34.9	4.3	52.0	16.0	36.0	8.8	…	・	・	・
55 ('80)	100.0	87.9	52.6	35.4	40.3	36.2	4.2	47.6	16.4	31.2	10.7	1.4	・	・	・
60 ('85)	100.0	87.6	57.5	30.1	44.2	40.6	3.6	43.4	16.9	26.5	10.5	1.9	・	・	・
平成2年度('90)	100.0	87.2	59.8	27.4	41.5	39.0	2.5	45.7	20.8	25.0	9.9	2.6	・	0.3	・
7 ('95)	100.0	81.1	55.1	26.0	36.8	35.1	1.7	44.3	20.0	24.3	8.8	4.7	4.0	1.3	0.1
12 (2000)	100.0	78.9	53.6	25.3	37.5	36.0	1.5	41.5	17.6	23.9	8.5	9.2	3.3	・	0.1
13 ('01)	100.0	78.0	52.9	25.1	37.0	35.6	1.4	40.9	17.3	23.7	8.4	10.3	3.2	・	0.1
14 ('02)	100.0	76.9	52.5	24.4	37.3	35.9	1.4	39.6	16.6	23.0	8.4	11.4	3.2	・	0.1
15 ('03)	100.0	76.4	52.0	24.4	37.2	35.8	1.4	39.2	16.2	23.0	8.0	12.3	3.1	・	0.1
16 ('04)	100.0	75.9	51.3	24.6	36.9	35.5	1.4	39.0	15.8	23.2	7.9	13.1	3.0	・	0.1
17 ('05)	100.0	75.4	50.7	24.7	36.6	35.2	1.4	38.8	15.5	23.3	7.8	13.8	3.0	・	0.1
18 ('06)	100.0	75.6	51.0	24.6	37.0	35.6	1.4	38.6	15.4	23.2	7.6	14.2	2.5	・	0.1
19 ('07)	100.0	75.1	50.7	24.4	36.9	35.5	1.4	38.2	15.2	23.0	7.3	15.0	2.4	・	0.2

年次	国民医療費	歯科診療医療費	病院	一般診療所	入院医療費	病院	一般診療所	入院外医療費	病院	一般診療所	歯科診療医療費	薬局調剤医療費	入院時食事・生活医療費	訪問看護医療費	療養費等
		6)										3)	4)		6)
平成20年度(2008)	348,084	254,452	172,298	82,154	128,205	123,685	4,520	126,247	48,613	77,634	25,777	53,955	8,152	605	5,143
21 ('09)	360,067	262,041	178,848	83,193	132,559	128,266	4,293	129,482	50,582	78,900	25,587	58,228	8,161	665	5,384
22 ('10)	374,202	272,228	188,276	83,953	140,908	136,416	4,492	131,320	51,860	79,460	26,020	61,412	8,297	740	5,505
23 ('11)	385,850	278,129	192,816	85,314	143,754	139,394	4,359	134,376	53,421	80,954	26,757	66,288	8,231	808	5,637
24 ('12)	392,117	283,198	197,677	85,521	147,566	143,243	4,323	135,632	54,434	81,197	27,132	67,105	8,130	956	5,597
構成割合(%)															
平成20年度(2008)	100.0	73.1	49.5	23.6	36.8	35.5	1.3	36.3	14.0	22.3	7.4	15.5	2.3	0.2	1.5
21 ('09)	100.0	72.8	49.7	23.1	36.8	35.6	1.2	36.0	14.0	21.9	7.1	16.2	2.3	0.2	1.5
22 ('10)	100.0	72.7	50.3	22.4	37.7	36.5	1.2	35.1	13.9	21.2	7.0	16.4	2.2	0.2	1.5
23 ('11)	100.0	72.1	50.0	22.1	37.3	36.1	1.1	34.8	13.8	21.0	6.9	17.2	2.1	0.2	1.5
24 ('12)	100.0	72.2	50.4	21.8	37.6	36.5	1.1	34.6	13.9	20.7	6.9	17.1	2.1	0.2	1.4

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」

- (注) 1. 平成12年4月から介護保険制度が開始されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち、介護保険の費用に移行したものがあがるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。
2. 本表は昭和37年度から推計している。
3. 薬局調剤医療費は、昭和52年度から項目を設けたもので、昭和51年度までは入院外医療費に含まれる。
4. 平成17年度までは「入院時食事医療費」(入院時食事療養費及び標準負担額の合計額)、平成18年度からは入院時食事療養費、食事療養標準負担額、入院時生活療養費及び生活療養標準負担額の合計額。
5. 老人保健施設療養費は、介護認定を受けた者が入所対象者であるため、平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。
6. 「歯科診療医療費」及び「療養費等」は、平成20年度から項目を設けたもので、平成19年度までは「一般診療医療費」に含まれる。



## 詳細データ④ 後期高齢者（老人）医療費の推移

②

保健医療

	年 度	計	診療費			薬剤の 支 給	食事療養 生活療養	訪問看護	療養費等	老人保健 施設療養
			入院	入院外	歯科					
実 額 (億円)	昭和58年度	33,185	31,966	17,785	13,405	776	640	・	579	・
	昭和59年度	36,098	34,645	19,725	14,025	895	689	・	764	・
	昭和60年度	40,673	38,986	22,519	15,433	1,034	785	・	902	・
	昭和61年度	44,377	42,445	24,343	16,924	1,178	902	・	1,030	・
	昭和62年度	48,309	46,104	26,247	18,605	1,252	1,037	・	1,168	・
	昭和63年度	51,593	49,138	27,798	19,975	1,365	1,133	・	1,296	26
	平成元年度	55,578	52,573	29,400	21,743	1,430	1,312	・	1,441	253
	平成 2年度	59,269	55,669	30,724	23,315	1,630	1,457	・	1,523	619
	平成 3年度	64,095	59,804	32,325	25,705	1,773	1,689	・	1,633	970
	平成 4年度	69,372	64,307	35,009	27,249	2,049	1,992	5	1,626	1,442
	平成 5年度	74,511	68,530	36,766	29,536	2,228	2,529	29	1,535	1,888
	平成 6年度	81,596	72,501	38,235	31,790	2,476	3,133	86	1,439	2,582
	平成 7年度	89,152	75,910	38,883	34,319	2,708	3,909	174	1,224	3,259
	平成 8年度	97,232	82,181	42,314	36,789	3,078	4,620	323	1,094	4,198
	平成 9年度	102,786	85,475	44,205	37,965	3,305	5,606	479	1,073	5,285
	平成10年度	108,932	88,881	46,787	38,584	3,511	6,900	657	1,101	6,426
	平成11年度	118,040	94,653	49,558	41,181	3,915	8,809	858	1,169	7,436
	平成12年度	111,997	94,640	48,568	41,871	4,200	10,569	235	1,271	670
	平成13年度	116,560	97,954	50,296	43,243	4,416	12,462	191	1,277	-2
	平成14年度	117,300	97,155	51,198	41,434	4,522	13,913	192	1,352	-1
	平成15年度	116,524	95,653	51,828	39,609	4,216	14,711	174	1,342	-1
	平成16年度	115,764	94,429	52,048	38,371	4,010	15,143	190	1,348	-0
	平成17年度	116,444	94,441	52,867	37,726	3,848	15,777	205	1,342	-0
	平成18年度	112,594	91,492	51,822	36,129	3,540	15,579	225	1,329	-0
	平成19年度	112,753	91,048	52,167	35,524	3,357	16,245	239	1,345	—
	平成20年度	114,146	91,558	53,009	35,029	3,520	17,035	264	1,439	-0
	平成21年度	120,108	95,672	55,594	36,381	3,698	18,717	289	1,517	・
	平成22年度	127,213	101,630	59,994	37,654	3,981	19,631	318	1,620	・
	平成23年度	132,991	105,409	62,170	38,980	4,260	21,489	341	1,725	・
	平成24年度	137,044	108,751	64,094	40,139	4,518	22,111	404	1,767	・
	平成25年度	141,912	111,837	65,599	41,484	4,753	23,798	461	1,788	・

(注) 1. 用語の定義は次のとおりである。

- ア 診療費 : 保険医療機関等（保険薬局等を除く。）において医療を受けた場合に支払われる費用をいう。（現物給付）
- イ 薬剤の支給 : 保険薬局等において薬剤の支給を受けた場合に支払われる費用をいう。（現物給付）
- ウ 食事療養・生活療養 : 入院中の食事・居住費をいう。（現物給付）
- エ 訪問看護 : 訪問看護事業者から当該指定に係る訪問看護を行う事業所により行われる訪問看護を受けた場合に支払われる費用をいう。（現物給付）
- オ 療養費等 : 高齢者の医療の確保に関する法律第77条及び第83条に基づき補装具の支給、柔道整復師の施術を受けた場合等に支払われる費用をいう。（現金支給）
- カ 老人保健施設療養 : 老人保健施設から施設療養を受けた場合に支払われる費用をいう。（現物給付）（老人保健での給付対象は平成12年3月分まで）
- キ 費用には一部負担金、食事療養・生活療養の標準負担額及び訪問看護に係る基本利用料を含む。

2. 平成20年3月以前は老人保健法による老人医療受給対象者に係るものである。

3. 平成20年度は、平成20年4月から平成21年2月までの請求遅れ分の老人医療費を含む。

4. 平成23年度は、東日本大震災に係る医療費等（概算請求支払分及び保険者不明医療費分計45億円）を含まない。

資料：厚生労働省保険局「後期高齢者医療事業年報」

## 医療保険制度の財政状況

### 概 要

### 医療保険制度の財政状況（2012（平成24）年度決算）

（単位：億円）

		全国健康保険協会 管掌健康保険	組保管掌健康保険	国民健康保険 （市町村分）	船員保険	後期高齢者医療制度
経常 収入	保険料（税）収入	73,156	68,779	27,936	283	9,922
	国庫負担	11,808	35	29,718	30	41,398
	都道府県負担	—	—	9,798	—	12,381
	市町村負担	—	—	8,016	—	10,851
	後期高齢者交付金	—	—	—	—	53,172
	前期高齢者交付金	—	1	32,189	—	—
	退職交付金	—	—	7,634	—	—
	その他	155	1,242	15,746	1	179
	合 計	85,119	70,057	131,035	314	127,902
経常 支出	保険給付費	47,788	36,725	92,149	200	126,869
	後期高齢者支援金	16,021	15,079	17,442	62	—
	前期高齢者納付金	13,604	12,985	19	43	—
	退職者拠出金	3,154	3,265	—	13	—
	その他	1,456	4,976	20,164	7	751
	合 計	82,023	73,030	129,774	323	127,620
	経常収支差引額	3,096	▲2,973	1,262	▲9	282

		全国健康保険協会管掌健康保険	組保管掌健康保険
経常外 収入	国庫補助繰延返済	—	—
	給付費臨時補助金等	—	325
	調整保険料収入	—	1,092
	財政調整事業交付金	—	1,154
	準備金等からの繰入れ・繰越金	—	5,543
	その他	8	156
	合計	8	8,270
経常外 支出	財政調整事業拠出金	—	1,084
	その他	—	172
	合計	—	1,256
	経常外収支差引額	8	7,014（1,471）
	総収支差引額	3,104	4,041（▲1,502）
	準備金等	5,054	36,940

- （注） 1. 医療分の収支である。  
2. 国民健康保険（市町村分）の経常収入には、決算補てんのための市町村一般会計の法定外繰入3,534億円が含まれている。また、国民健康保険（市町村分）及び後期高齢者医療制度について、翌年度に精算される国庫負担等の額を調整している。  
3. 組保管掌健康保険の（ ）内は、準備金等からの繰入れ、繰越金を除いたネットの経常外収支差引額及び総収支差引額である。  
4. 各制度における老人保健拠出金は経常支出の「その他」に含まれている。  
5. 準備金等とは、全国健康保険協会管掌健康保険では準備金を指す。組保管掌健康保険では準備金・積立金（32,140億円）のほか、土地・建物等の財産を含む。  
6. 全国健康保険協会管掌健康保険の経常外収入については、平成23年度末業務勘定剰余金が平成24年度決算に計上されている。  
7. 全国健康保険協会管掌健康保険、組保管掌健康保険の総収支差引額は、経常収支差引額と経常外収支差引額の合計である。  
8. 端数の関係上、合計及び収支差がずれることがある。

資料：厚生労働省保険局調べ

## (2) 医療提供体制

### 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要（平成26年改正）

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

#### I 概要

1. 地域医療介護総合確保基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）
  - ① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金を都道府県に設置
  - ② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定
2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）
  - ① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
  - ② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け
3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）
  - ① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
  - ② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
  - ③ 低所得者の保険料軽減を拡充
  - ④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
  - ⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
4. その他
  - ① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
  - ② 医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
  - ③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
  - ④ 介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

#### II 施行期日

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

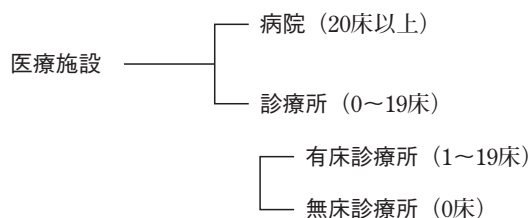
## 医療施設の類型

### 概 要

### 医療施設の類型

#### 1. 病院、診療所

医療法においては、医業を行うための場所を病院と診療所とに限定し、病院と診療所との区分については、病院は20床以上の病床を有するものとし、診療所は病床を有さないもの又は19床以下の病床を有するものとしている。



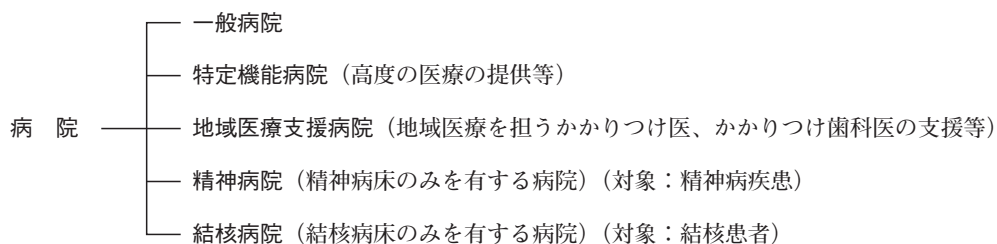
病院については傷病者に対し真に科学的かつ適正な診療を与えることが出来るものであることとし、構造設備等についても相当程度、充実したものであることを要求している。

また、診療所については19床以下の病床を有する診療所について構造設備等に関し病院に比べて厳重な規制をしていない。

#### 2. 病院の類型

医療法においては、病院のうち一定の機能を有する病院（特定機能病院、地域医療支援病院）について、一般の病院とは異なる要件（人員配置基準、構造設備基準、管理者の責務等）を定め、要件を満たした病院については名称独占を認めている。

また、対象とする患者（精神病患者、結核患者）の相違に着目して、一部の病床については、人員配置基準、構造設備基準の面で、取扱いを別にしている。



## 詳細資料① 特定機能病院制度の概要

### 趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

### 役 割

- 高度の医療の提供
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度の医療に関する研修

### 承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上の維持）
- 病 床 数……………400床以上の病床を有することが必要。
- 人員配置
  - ・医 師……………通常の病院の2倍程度の配置が最低基準。  
また、医師の配置基準の半数以上が15種類いずれかの専門医であること。
  - ・薬 剤 師……………入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
  - ・看護師等……………入院患者数÷2が最低基準。（一般は入院患者数÷3）  
〔外来については、患者数÷30で一般病院と同じ〕
  - ・管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備……………集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要。
- 原則定められた16の診療科を標榜していること。
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等
- 特定の領域に対応する特定機能病院に関しては、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等について、別途、承認要件を設定。

※承認を受けている病院（平成27年6月1日現在） …… 84病院

## 詳細資料② 地域医療支援病院制度について

### 趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認している。

### 役 割

- 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む）
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域の医療従事者に対する研修の実施

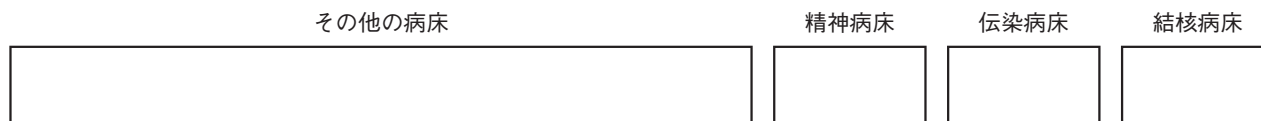
### 承認要件

- 紹介患者中心の医療を提供していること（以下のいずれかを満たすこと）
  - ① 紹介率が80%以上
  - ② 紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上、
  - ③ 紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上
- 救急医療を提供する能力を有すること（原則として以下のいずれかを満たすこと）
  - 1 年間の救急搬送患者の受入数÷救急医療圏人口×1000 ≥ 2
  - 2 年間の救急搬送患者の受入数 ≥ 1000
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

※承認を受けている病院（平成25年10月末時点） …… 466病院

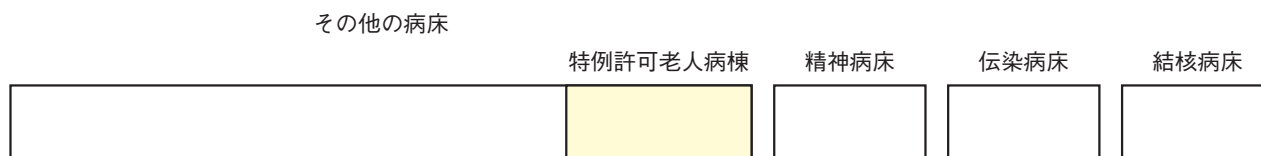
### 詳細資料③ 病床区分に係る改正の経緯

【制度当初（昭和23年）～】



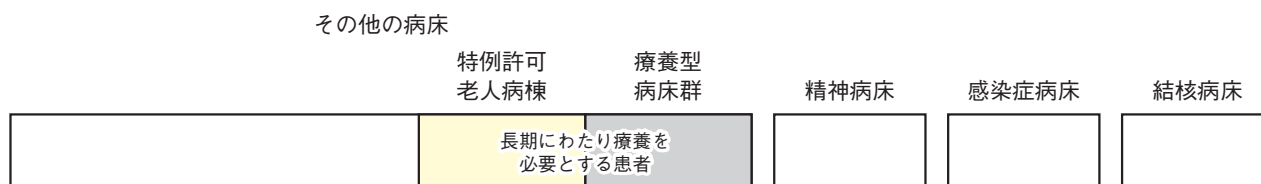
- ・高齢化の進展
- ・疾病構造の変化

【特例許可老人病棟の導入（昭和58年）】



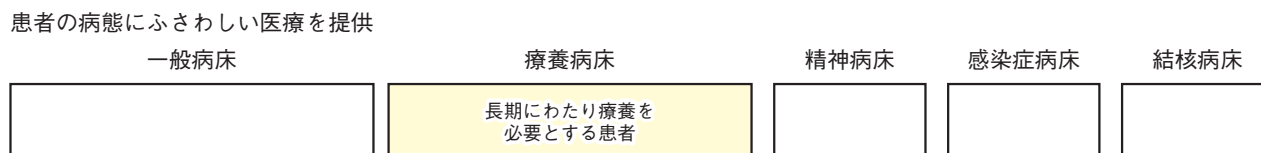
- ・高齢化の進展、疾病構造の変化に対応するためには、老人のみならず、広く「長期療養を必要とする患者」の医療に適した施設を作る必要が生じる。

【療養型病床群制度の創設（平成4年）】



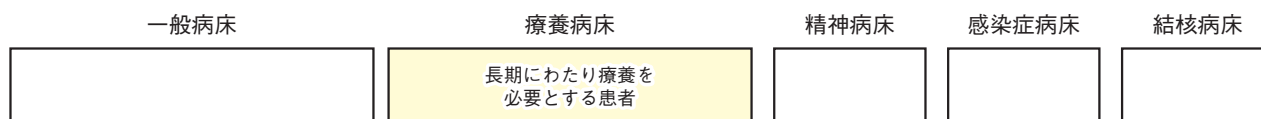
- ・少子高齢化に伴う疾病構造の変化により、長期にわたり療養を必要とする患者が増加。療養型病床群等の諸制度が創設されたものの、依然として様々な病態の患者が混在。

【一般病床、療養病床の創設（平成12年）】



- ・医療機能の分化・連携の推進のため、地域においてそれぞれの医療機関が担っている医療機能の情報を把握し、分析することが必要

【病床機能報告制度の創設（平成26年）】



一般病床及び療養病床について、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能から1つを選択して、病棟単位で病床の機能を報告する制度を創設。



## 医療施設の動向

## 概 要

## 医療施設（病院・診療所）数の推移

年 次	病 院	(再掲) 国立	(再掲) 公的	(再掲) その他	一般診療所	歯科診療所
1877 (明治10) 年	159	12	112	35		
1882 ( 15)	626	(330)		296		
1892 ( 25)	576	(198)		378		
1897 ( 30)	624	3	156	465		
1902 ( 35)	746	4	151	591		
1907 ( 40)	807	5	101	691		
1926 (大正15)	3,429	(1,680)		1,749		
1930 (昭和 5)	3,716	(1,683)		2,033		
1935 ( 10)	4,625	(1,814)		2,811	35,772	18,066
1940 ( 15)	4,732	(1,647)		3,085	36,416	20,290
1945 ( 20)	645	(297)		348	6,607	3,660
1950 ( 25)	3,408	383	572	2,453	43,827	21,380
1955 ( 30)	5,119	425	1,337	3,357	51,349	24,773
1960 ( 35)	6,094	452	1,442	4,200	59,008	27,020
1965 ( 40)	7,047	448	1,466	5,133	64,524	28,602
1970 ( 45)	7,974	444	1,388	6,142	68,997	29,911
1975 ( 50)	8,294	439	1,366	6,489	73,114	32,565
1980 ( 55)	9,055	453	1,369	7,233	77,611	38,834
1985 ( 60)	9,608	411	1,369	7,828	78,927	45,540
1990 (平成 2)	10,096	399	1,371	8,326	80,852	52,216
1995 ( 7)	9,606	388	1,372	7,846	87,069	58,407
1996 ( 8)	9,490	387	1,368	7,735	87,909	59,357
1997 ( 9)	9,413	380	1,369	7,664	89,292	60,579
1998 ( 10)	9,333	375	1,369	7,589	90,556	61,651
1999 ( 11)	9,286	370	1,368	7,548	91,500	62,484
2000 ( 12)	9,266	359	1,373	7,534	92,824	63,361
2001 ( 13)	9,239	349	1,375	7,515	94,019	64,297
2002 ( 14)	9,187	336	1,377	7,474	94,819	65,073
2003 ( 15)	9,122	323	1,382	7,417	96,050	65,828
2004 ( 16)	9,077	304	1,377	7,396	97,051	66,557
2005 ( 17)	9,026	294	1,362	7,370	97,442	66,732
2006 ( 18)	8,943	292	1,351	7,300	98,609	67,392
2007 ( 19)	8,862	291	1,325	7,246	99,532	67,798
2008 ( 20)	8,794	276	1,320	7,198	99,083	67,779
2009 ( 21)	8,739	275	1,296	7,168	99,635	68,097
2010 ( 22)	8,670	274	1,278	7,118	99,824	68,384
2011 ( 23)	8,605	274	1,258	7,073	99,547	68,156
2012 ( 24)	8,565	274	1,252	7,039	100,152	68,474
2013 ( 25)	8,540	273	1,242	7,025	100,528	68,701

資料：内務省「衛生局年報」（明治8年～昭和12年）、厚生省「衛生年報」（昭和13年～昭和27年）、  
厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」（昭和28年～）

(注) ( ) 内は、公的総数。

## 詳細データ① 開設者別病院数及び病床規模別病院数の推移

	2002 (平成14)	2003 (平成15)	2004 (平成16)	2005 (平成17)	2006 (平成18)	2007 (平成19)	2008 (平成20)	2009 (平成21)	2010 (平成22)	2011 (平成23)	2012 (平成24)	2013 (平成25)
総数	9,187	9,122	9,077	9,026	8,943	8,862	8,794	8,739	8,670	8,605	8,565	8,540
国	336	323	304	294	292	291	276	275	274	274	274	273
公的医療機関	1,377	1,382	1,377	1,362	1,351	1,325	1,320	1,296	1,278	1,258	1,252	1,242
社会保険団体	130	129	129	129	125	123	122	122	121	121	118	115
医療法人	5,533	5,588	5,644	5,695	5,694	5,702	5,728	5,726	5,719	5,712	5,709	5,722
個人	954	838	760	677	604	533	476	448	409	373	348	320
その他	857	862	863	869	877	888	872	872	869	867	864	868
20～99床	3,726	3,667	3,616	3,558	3,482	3,391	3,339	3,296	3,232	3,182	3,147	3,134
100～299床	3,862	3,860	3,855	3,865	3,862	3,875	3,876	3,875	3,882	3,877	3,882	3,873
300～499床	1,110	1,110	1,125	1,118	1,120	1,123	1,111	1,106	1,096	1,090	1,087	1,083
500床～	489	485	481	485	479	473	468	462	460	456	449	450

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

## 詳細データ② 病院種別病院数の推移

	2002 (平成14)	2003 (平成15)	2004 (平成16)	2005 (平成17)	2006 (平成18)	2007 (平成19)	2008 (平成20)	2009 (平成21)	2010 (平成22)	2011 (平成23)	2012 (平成24)	2013 (平成25)
総数	9,187	9,122	9,077	9,026	8,943	8,862	8,794	8,739	8,670	8,605	8,565	8,540
精神科病院	1,069	1,073	1,076	1,073	1,072	1,076	1,079	1,083	1,082	1,076	1,071	1,066
結核療養所	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	—
一般病院	8,116	8,047	7,999	7,952	7,870	7,785	7,714	7,655	7,587	7,528	7,493	7,474

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

## 詳細データ③ 病床種別病床数及び一病院当たり病床数の推移

	2002 (平成14)	2003 (平成15)	2004 (平成16)	2005 (平成17)	2006 (平成18)	2007 (平成19)	2008 (平成20)	2009 (平成21)	2010 (平成22)	2011 (平成23)	2012 (平成24)	2013 (平成25)
総数	1,642,593	1,632,141	1,631,553	1,631,473	1,626,589	1,620,173	1,609,403	1,601,476	1,593,354	1,583,073	1,578,254	1,573,772
精神病床	355,966	354,448	354,927	354,296	352,437	351,188	349,321	348,121	346,715	344,047	342,194	339,780
感染症病床	1,854	1,773	1,690	1,799	1,779	1,809	1,785	1,757	1,788	1,793	1,798	1,815
結核病床	17,558	14,507	13,293	11,949	11,129	10,542	9,502	8,924	8,244	7,681	7,208	6,602
療養病床	300,851	342,343	349,450	359,230	350,230	343,400	339,358	336,273	332,986	330,167	328,888	328,195
一般病床	966,364	919,070	912,193	904,199	911,014	913,234	909,437	906,401	903,621	899,385	898,166	897,380
一病院当たり病床数	178.8	178.9	179.7	180.8	181.9	182.8	183.0	183.3	183.8	184.0	184.3	184.3

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

- (注) 1. 療養病床については、平成14年は療養病床及び経過旧療養型病床群である。  
2. 一般病床については、平成14年は一般病床及び経過旧その他の病床（経過旧療養型病床群を除く。）である。

## 詳細データ④ 病床種別病床利用率及び平均在院日数の推移

	病床利用率											
	2002 (平成14)	2003 (平成15)	2004 (平成16)	2005 (平成17)	2006 (平成18)	2007 (平成19)	2008 (平成20)	2009 (平成21)	2010 (平成22)	2011 (平成23)	2012 (平成24)	2013 (平成25)
総数	85	84.9	84.9	84.8	83.5	82.2	81.7	81.6	82.3	81.9	81.5	81.0
精神病床	93.1	92.9	92.3	91.7	91.1	90.2	90.0	89.9	89.6	89.1	88.7	88.1
感染症病床	2.5	2.4	2.6	2.7	2.2	2.2	2.4	2.8	2.8	2.5	2.4	3.0
結核病床	45.3	46.3	48.6	45.3	39.8	37.1	38.0	37.1	36.5	36.6	34.7	34.3
療養病床	94.1	93.4	93.5	93.4	91.9	90.7	90.6	91.2	91.7	91.2	90.6	89.9
一般病床	80.1	79.7	79.4	79.4	78	76.6	75.9	75.4	76.6	76.2	76.0	75.5
介護療養病床	…	…	…	…	94.1	93.9	94.2	94.5	94.9	94.6	93.9	93.1

	平均在院日数											
	2002 (平成14)	2003 (平成15)	2004 (平成16)	2005 (平成17)	2006 (平成18)	2007 (平成19)	2008 (平成20)	2009 (平成21)	2010 (平成22)	2011 (平成23)	2012 (平成24)	2013 (平成25)
総数	37.5	36.4	36.3	35.7	34.7	34.1	33.8	33.2	32.5	32.0	31.2	30.6
精神病床	363.7	348.7	338.0	327.2	320.3	317.9	312.9	307.4	301.0	298.1	291.9	284.7
感染症病床	8.7	8.7	10.5	9.8	9.2	9.3	10.2	6.8	10.1	10.0	8.5	9.6
結核病床	88	82.2	78.1	71.9	70.5	70	74.2	72.5	71.5	71.0	70.7	68.8
療養病床	179.1	172.3	172.6	172.8	171.4	177.1	176.6	179.5	176.4	175.1	171.8	168.3
一般病床	22.2	20.7	20.2	19.8	19.2	19	18.8	18.5	18.2	17.9	17.5	17.2
介護療養病床	…	…	…	…	268.6	284.2	292.3	298.8	300.2	311.2	307.0	308.6

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」

- (注) 1. 療養病床については、平成14、15年は療養病床及び経過旧療養型病床群である。  
2. 一般病床については、平成14、15年は一般病床及び経過旧その他の病床（経過旧療養型病床群を除く。）である。  
3. 東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。

## 国立ハンセン病療養所及び独立行政法人国立病院機構等の概要

### 概 要

### 国立ハンセン病療養所及び独立行政法人国立病院機構等の概要

#### 【国立ハンセン病療養所】

- ① 国立ハンセン病療養所は全国に13施設、入所者数は1,718人（平成27年5月1日現在）。
- ② 国立ハンセン病療養所は、主にハンセン病の後遺症や、入所者の高齢化に伴う生活習慣病等に対する医療、介護を提供する。

（参考）施設数（平成27年5月末現在）

区 分	施設数（か所）	入所者数（人）
国立ハンセン病療養所	13	1,718

※入所者数は平成27年5月1日現在。

区 分	施設数（か所）	[学生定員（人）]
看護師養成所（国立ハンセン病療養所）	2	100

#### 【独立行政法人国立病院機構】

- ① 国立病院機構は、「独立行政法人国立病院機構法」（平成14年法律第191号）に基づき設立された独立行政法人である。
- ② 独立行政法人国立病院機構は、国の危機管理や積極的貢献が求められる医療、他の設置主体では必ずしも実施されないおそれのあるセーフティネット分野の医療、地域のニーズを踏まえた5疾病・5事業の医療について、全国的な病院ネットワークを活用し、診療・臨床研究・教育研修を一体的に提供する。

（参考）病院数（平成26年10月1日現在）

法 人 名	病院数（か所）	病床数（床）
独立行政法人国立病院機構	143	54,820

#### 【国立高度専門医療研究センター】

- ① 国立高度専門医療研究センターは、「高度専門医療に関する研究等を行う国立研究開発法人に関する法律」（平成20年法律第93号）に基づき設立された6つの国立研究開発法人である。
- ② 国立高度専門医療研究センターは、がん、脳卒中、心臓病など、国民の健康に重大な影響のある特定の疾病等に係る医療に関し、調査、研究及び技術の開発並びにこれらの業務に密接に関連する医療の提供、技術者の研修等を総合的・一体的に行う。

（参考）病院数（平成27年1月1日現在）

法 人 名	対象とする疾患等	病院数（か所）	病床数（床）
国立研究開発法人国立がん研究センター	がんその他の悪性新生物	2	1,025
国立研究開発法人国立循環器病研究センター	心臓病、脳卒中、高血圧等の循環器病	1	612
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター	精神疾患、神経疾患、筋疾患、知的障害その他の発達障害	1	474
国立研究開発法人国立国際医療研究センター	感染症その他の疾患、国際医療協力	2	1,353
国立研究開発法人国立成育医療研究センター	成育医療（小児医療、母性・父性医療等）	1	490
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター	長寿医療（認知症、骨粗鬆症等）	1	383

※法人名は、平成27年4月1日以降の名称

（参考）施設数（平成27年1月1日現在）

区 分	施設数（か所）	[学生定員（人）]
国立看護大学校（国立研究開発法人国立国際医療研究センター）	1	430

※法人名は、平成27年4月1日以降の名称

#### 【独立行政法人地域医療機能推進機構】

- ① 地域医療機能推進機構は、「独立行政法人地域医療機能推進機構法」（平成17年法律第71号）に基づき設立された独立行政法人である。
- ② 地域医療機能推進機構は、救急からリハビリまでの幅広い医療機能を有し、また約半数の病院に介護老人保健施設が併設されているなどの特長をいかしつつ、地域の医療関係者などとの協力の下、5疾病・5事業、リハビリ、在宅医療等地域において必要な医療及び介護について、全国に施設がある法人として、「急性期医療～回復期リハビリ～介護」まで切れ目なく提供し、地域医療・地域包括ケアの確保に取り組む。

（参考）施設数（平成27年3月末現在）

区 分	施設数（か所）	病床数（床）
病院	57	16,230

区 分	施設数（か所）	[入所定員（人）]
介護老人保健施設	26	2,479

区 分	施設数（か所）	[学生定員（人）]
看護専門学校	7	885

## 医療関係従事者

### 概 要

### 医師数等の概要

医師及び歯科医師数は、年々増加しており、2012（平成24）年12月31日現在、医師303,268人、歯科医師102,551人。

### 医療関係従事者数

・医師	303,268人
・歯科医師	102,551人
・薬剤師	280,052人

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査」

・保健師	58,535人
・助産師	36,395人
・看護師	1,103,913人
・准看護師	372,804人

資料：厚生労働省医政局調べ。（H25）

・理学療法士（PT）	61,620.8人
・作業療法士（OT）	35,427.3人
・視能訓練士	6,818.7人
・言語聴覚士	11,456.2人
・義肢装具士	138.0人
・診療放射線技師	49,105.9人
・臨床検査技師	62,458.5人
・臨床工学技士	20,001.0人

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成23年医療施設調査・病院報告」  
※常勤換算の数値

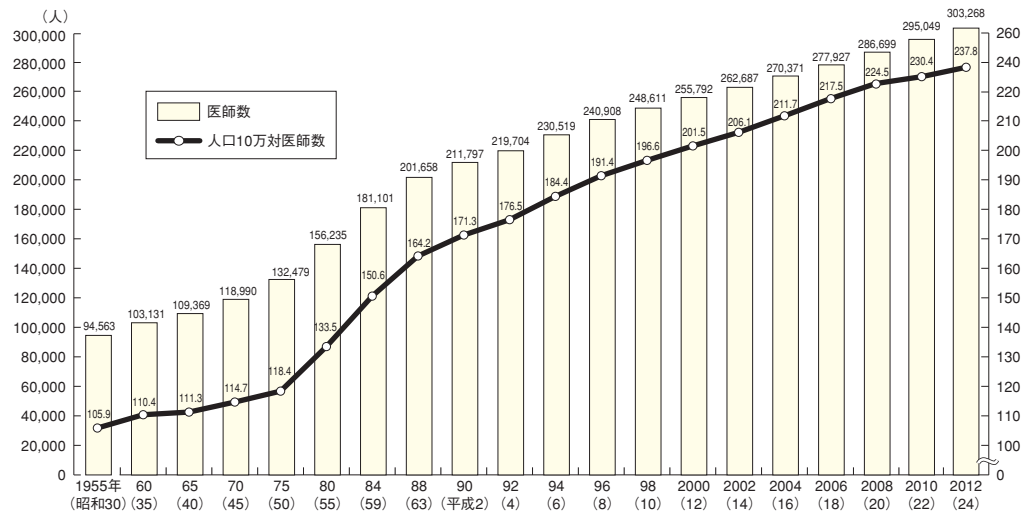
・就業歯科衛生士	108,123人
・就業歯科技工士	34,613人
・就業あん摩マッサージ指圧師	109,309人
・就業はり師	100,881人
・就業きゅう師	99,118人
・就業柔道整復師	58,573人

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成24年衛生行政報告例」

・救急救命士	37,567人
--------	---------

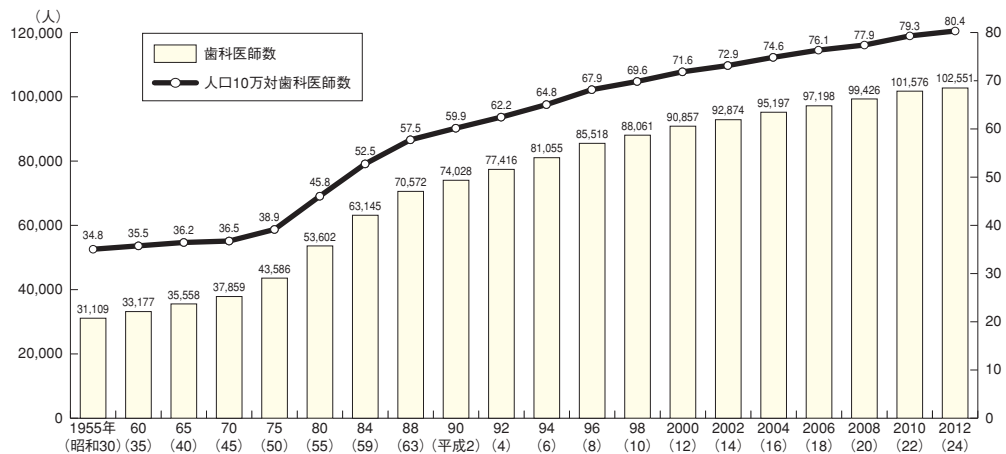
資料：厚生労働省医政局調べ。（H21.12.31現在）

## 詳細データ① 医師数の推移



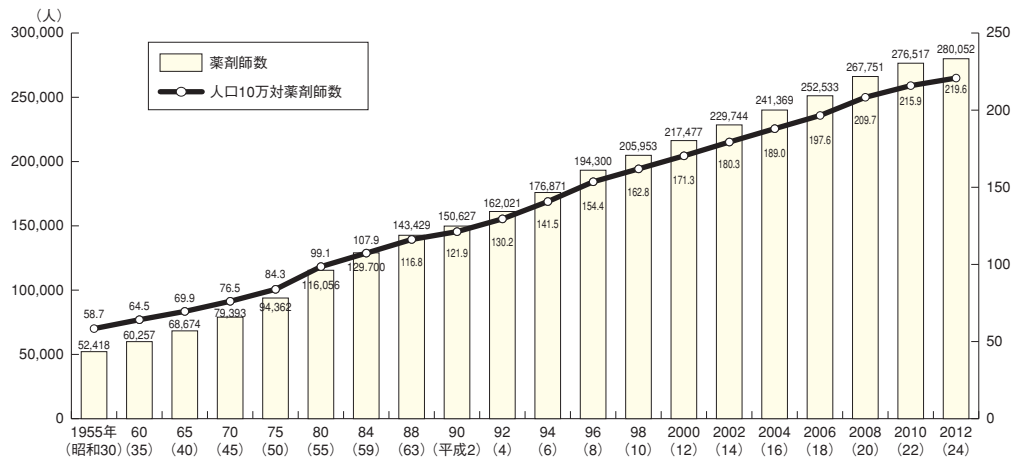
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

## 詳細データ② 歯科医師数の推移



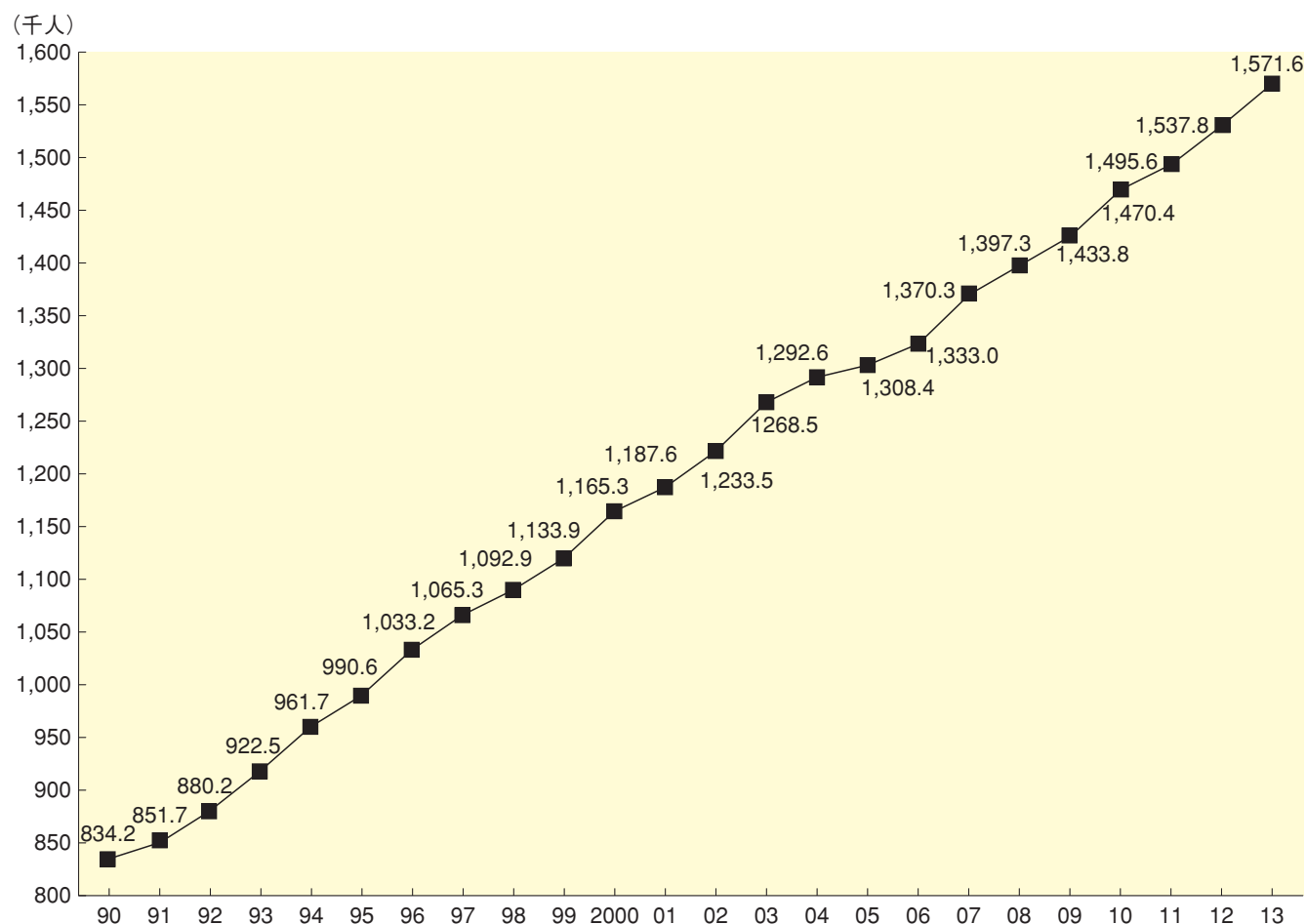
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

## 詳細データ③ 薬剤師数の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

## 詳細データ④ 看護職員数の推移



資料：厚生労働省医政局調べ。

## 詳細データ⑤ 第七次看護職員需給見通し

2010（平成22）年12月に策定された「第七次看護職員需給見通し」においては、2015（平成27）年には、看護職員の需要見通しが約150万1千人に、供給見通しが約148万6千人に達する見込みとなっている。

1992（平成4）年制定の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」及びこれに基づく基本指針に基づき、資質の向上、養成力の確保、再就業の促進、離職の防止等総合的な看護職員確保対策が講じられている。

（単位：人、常勤換算）

区 分	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
需 要 見 通 し	1,404,300	1,430,900	1,454,800	1,477,700	1,500,900
①病 院	899,800	919,500	936,600	951,500	965,700
②診 療 所	232,000	234,500	237,000	239,400	242,200
③助 産 所	2,300	2,300	2,400	2,400	2,400
④訪問看護ステーション	28,400	29,700	30,900	32,000	33,200
⑤介護保険関係	153,300	155,100	157,300	160,900	164,700
⑥社会福祉施設、在宅サービス（⑤を除く）	19,700	20,400	20,900	21,500	22,100
⑦看護師等学校養成所	17,600	17,700	17,700	17,800	17,900
⑧保健所・市町村	37,500	37,600	37,800	38,000	38,200
⑨事業所、研究機関等	13,800	14,000	14,100	14,300	14,500
供 給 見 通 し	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300	1,486,000
①年当初就業者数	1,320,500	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300
②新卒就業者数	49,400	50,500	51,300	52,400	52,700
③再就業者数	123,000	126,400	129,600	133,400	137,100
④退職等による減少数	144,600	145,900	147,900	149,900	152,100
需要見通しと供給見通しの差	56,000	51,500	42,400	29,500	14,900
（供給見通し/需要見通し）	96.0%	96.4%	97.1%	98.0%	99.0%

（注）四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。



医療法に規定する病院の医師、看護師の標準数に対する適合率及び充足状況（平成24年度立入検査結果）

詳細データ① 地域別適合率

（単位：％）

職 種 \ 地 域	全 国	北海道 東 北	関 東	北 陸 甲 信 越	東 海	近 畿	中 国	四 国	九 州
医 師	93.6	86.1	96.6	90.4	95.5	97.3	93.7	90.9	94.4
看護師	99.0	99.1	98.2	98.7	99.6	98.6	99.5	99.3	99.6

詳細データ② 全国の充足状況

	医師数充足	医師数未充足	計
看護師数充足	7,494（92.2）	497（6.1）	7,991（98.3）
看護師数未充足	112（1.4）	19（0.2）	131（1.6）
計	7,606（93.6）	516（6.3）	8,122（100.0）

（注） 数値は病院数（歯科病院を除く）、（ ）内は構成割合（％）。

（用語の説明）

- ・ 標準数 医療法で定められている病院に置くべき医師、看護師の法定人数のこと。
- ・ 適合率 「立入検査病院数」に対する「法定人員を満たしている病院数の割合」のこと。
- ・ 充足・未充足 立入検査病院数のうち、標準数を満たしている病院は「充足」、満たしていない病院は、「未充足」として計上。

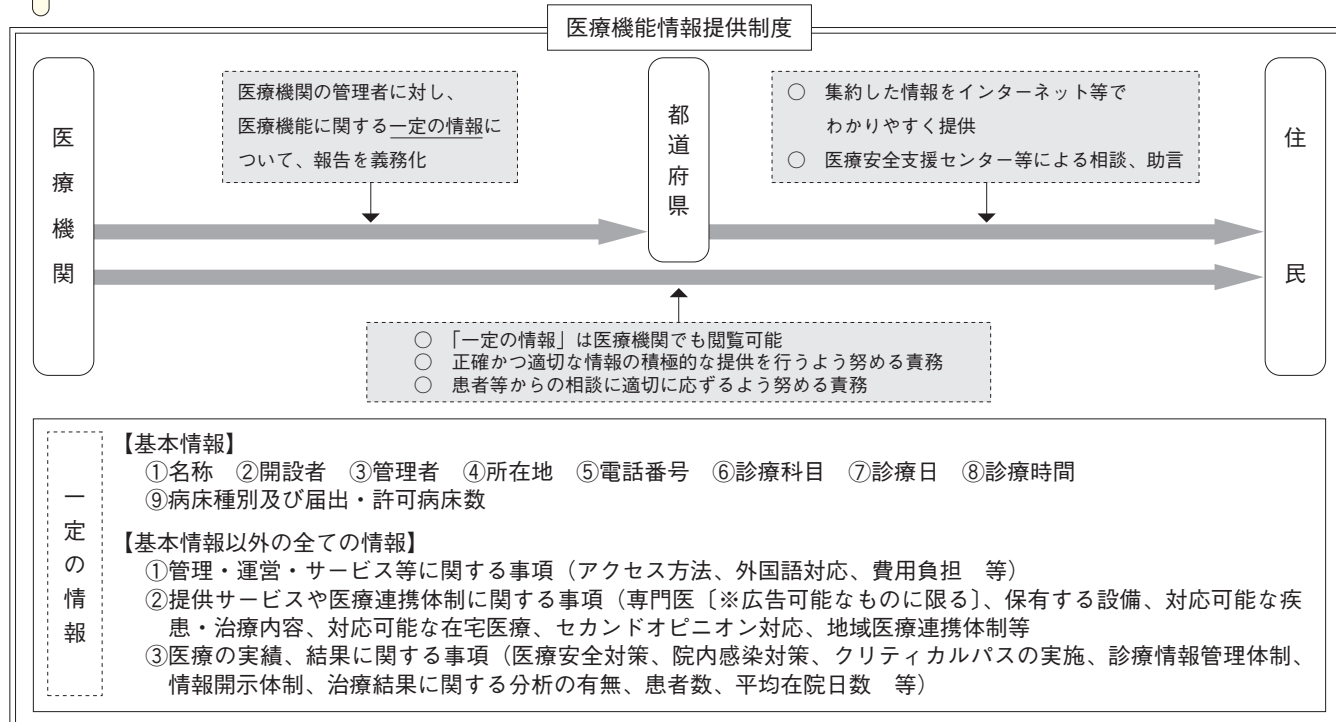
## 医療機能に関する情報提供

### 概 要

### 医療機能情報の提供制度について

平成19年4月1日施行

医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みを創設（薬局についても同様の仕組みを創設）



## 入退院時の文書による説明の位置づけ（医療法）（平成18年改正）

入退院時に、病院又は診療所の管理者が入退院計画書の作成・交付・説明を行うことを、医療法上位置付ける。

### 【改正後の制度の概要】

#### 入院時の診療計画の義務付け

- 医療機関の管理者に対して、入院から退院に至るまでの当該患者に対し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付け。
- その際、病院・診療所の医療従事者の知見を十分反映させ、これらの者の間で有機的連携が図られるよう努力義務化。

#### （計画書の記載事項）

- ◆ 患者の氏名、生年月日及び性別
- ◆ 当該患者の診療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名
- ◆ 入院の原因となった傷病名及び主要な症状
- ◆ 入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画
- ◆ その他厚生労働省令で定める事項

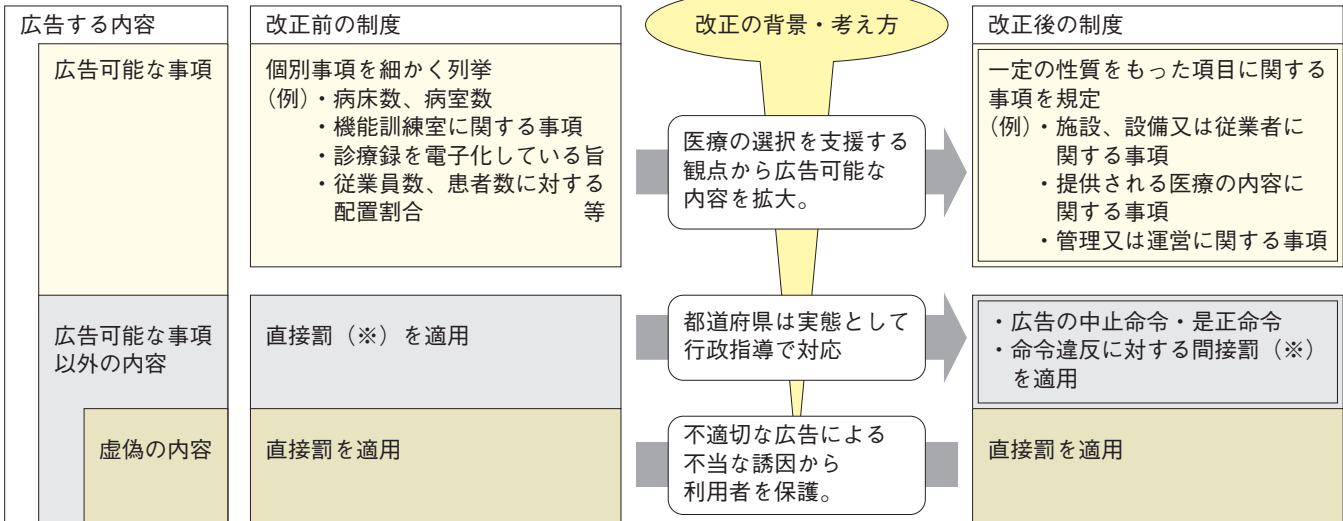
#### 退院時の療養計画書の努力義務

- 医療機関の管理者に対して、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化。
- その際、退院後の保健、医療、福祉サービスを提供する者と連携が図られるよう努力義務化。

【効果】 ○患者への情報提供の充実 ○インフォームドコンセントの充実 ○チーム医療の推進 ○他の医療機関等との連携（いわゆる退院調整機能の発揮）の強化 ○根拠に基づく医療（EBM）の推進等

広告規制の見直しによる広告可能な事項の拡大（医療法）

- ・ 広告規制制度における広告可能な事項の規定方式について、従来の個別事項を細かく列挙する方式を改め、一定の性質をもった項目群ごとに、「〇〇に関する事項」というように包括的に規定する方式に改正。  
⇒広告規制の大幅な緩和
- ・ 広告可能な事項以外の内容を広告した場合の対応について、直接罰方式から間接罰方式へと改正。



※ … 6か月以下の懲役又は30万円以下の罰金。

【緩和された広告の例】

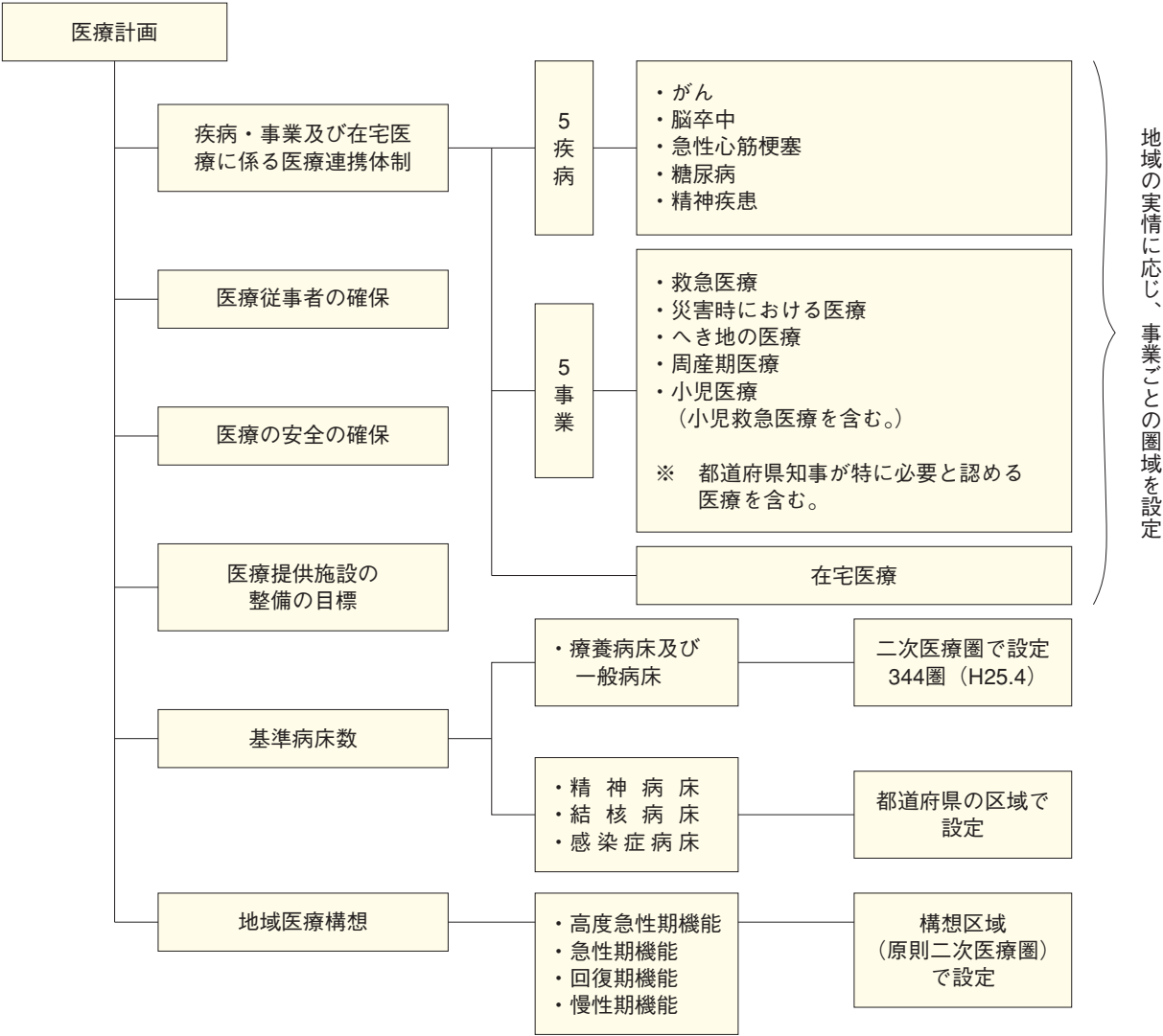
- 医療従事者の専門性      ○ 施設や医療従事者等の写真、映像      ○ 治療方針      ○ 治療薬の一般名・開発コード
  - 提供している診療、治療内容のわかりやすい提示      ○ 医療機器に関する事項 等
- (※ただし、法令及びガイドラインに沿った内容でなければならない)

# 医療計画

## 概 要

## 医療計画の概要

1. 目的
- 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、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
2. 内容



### 3. 基準病床数及び既存病床数の状況

（平成25年4月現在）

区 分	基準病床数	既存病床数
療養病床及び一般病床	1,052,631床	1,237,464床
精神病床	310,510床	340,470床
結核病床	4,377床	6,777床
感染症病床	1,899床	1,776床

## 詳細データ

## 都道府県別医療計画における基準病床数及び既存病床数等の状況

(平成25年4月1日現在)

番号	区 分	公示年月日 (平成)	一般病床及び療養病床			精神病床		結核病床		感染症病床	
			二 次 医療圏数	基 準 病床数	既 存 病床数	基 準 病床数	既 存 病床数	基 準 病床数	既 存 病床数	基 準 病床数	既 存 病床数
1	北海道	H25. 3.29	21	59,648	77,373	18,967	20,108	143	359	98	94
2	青森県	H25. 4.30	6	11,320	13,041	3,870	4,511	60	66	32	20
3	岩手県	H25. 3.29	9	11,157	13,889	4,220	4,454	30	137	40	40
4	宮城県	H25. 4. 1	4	17,174	18,576	5,021	6,388	62	62	28	28
5	秋田県	H25. 3.29	8	8,791	11,580	3,839	4,152	38	58	36	30
6	山形県	H25. 3.29	4	10,150	11,338	3,373	3,817	34	30	20	18
7	福島県	H25. 4. 5	7	15,351	20,386	6,478	7,236	60	134	36	36
8	茨城県	H25. 4. 2	9	17,890	25,216	5,770	7,444	60	128	48	48
9	栃木県	H25. 3.29	6	12,140	16,195	4,779	5,224	65	115	32	26
10	群馬県	H25. 3.29	10	16,998	18,841	4,419	5,207	66	69	48	48
11	埼玉県	H25. 3.29	10	42,707	47,910	13,345	14,495	137	191	85	40
12	千葉県	H25. 5.24	9	48,482	48,325	12,949	12,936	114	218	59	58
13	東京都	H25. 4. 1	13	95,627	104,140	21,956	23,221	398	563	130	124
14	神奈川県	H25. 3.29	11	59,985	60,572	12,958	13,889	166	166	74	74
15	新潟県	H25. 4. 5	7	21,051	21,863	6,490	6,850	41	100	36	36
16	富山県	H25. 3.29	4	10,235	14,339	3,080	3,365	82	86	20	20
17	石川県	H25. 4. 1	4	9,910	14,608	3,656	3,816	62	92	18	18
18	福井県	H25. 3.29	4	6,471	9,001	2,116	2,342	22	48	20	20
19	山梨県	H25. 3.28	4	6,144	8,449	2,345	2,468	20	50	20	28
20	長野県	H25. 3.28	10	17,801	19,067	4,861	4,977	42	74	46	46
21	岐阜県	H25. 3.29	5	14,552	17,094	3,294	4,118	95	137	30	30
22	静岡県	H25. 3.29	8	34,126	31,939	6,946	7,021	108	178	48	48
23	愛知県	H25. 3.29	12	51,195	54,809	12,554	13,031	218	256	74	70
24	三重県	H25. 3.29	4	13,612	15,756	4,120	4,786	60	54	24	24
25	滋賀県	H25. 4. 1	7	10,279	12,706	2,345	2,373	73	77	34	32
26	京都府	H25. 4. 2	6	24,786	28,796	5,728	6,376	300	300	38	38
27	大阪府	H25. 4. 3	8	67,263	88,397	18,318	19,025	514	577	78	78
28	兵庫県	H25. 4. 1	10	54,082	53,523	10,938	11,411	178	211	58	54
29	奈良県	H25. 3.29	5	13,747	13,890	2,800	2,863	50	60	28	13
30	和歌山県	H25. 4.16	7	8,496	11,484	1,850	2,336	27	73	32	32
31	鳥取県	H25. 4. 1	3	5,665	6,813	1,729	1,966	21	34	12	12
32	島根県	H25. 3.29	7	7,885	8,443	2,369	2,376	16	33	30	30
33	岡山県	H25. 3.29	5	21,172	21,991	5,356	5,674	76	216	26	26
34	広島県	H25. 4. 1	7	26,284	31,512	8,174	8,984	85	155	36	24
35	山口県	H25. 5.31	8	16,585	21,035	5,848	6,068	37	60	40	40
36	徳島県	H25. 4. 9	3	7,025	11,240	2,772	3,928	37	49	16	16
37	香川県	H25. 3.29	5	8,886	11,984	2,943	3,459	35	123	24	18
38	愛媛県	H25. 4. 5	6	15,165	18,311	4,569	5,160	54	153	28	26
39	高知県	H25. 3.29	4	8,403	14,896	2,493	3,721	60	170	11	11
40	福岡県	H25. 3.29	13	49,713	65,704	18,469	21,436	191	312	66	56
41	佐賀県	H25. 4. 1	5	9,187	10,961	4,090	4,239	30	30	24	22
42	長崎県	H25. 4. 9	8	16,185	19,501	6,844	7,955	70	143	38	38
43	熊本県	H25. 4. 2	11	19,053	25,476	7,522	8,931	54	231	48	48
44	大分県	H25. 3.31	6	11,720	15,183	4,693	5,247	38	50	28	40
45	宮崎県	H25. 4. 1	7	11,762	13,847	5,370	5,844	26	97	32	30
46	鹿児島県	H25. 3.29	9	16,769	25,046	8,683	9,812	183	181	44	44
47	沖縄県	H25. 3.29	5	10,002	12,418	5,201	5,430	39	71	26	24
計			344	1,052,631	1,237,464	310,510	340,470	4,377	6,777	1,899	1,776

(注) 1. 基準病床数については、各都道府県における公示年月日時点のものである。  
 2. 公示年月日は、各都道府県の医療計画の見直し時期により異なる。

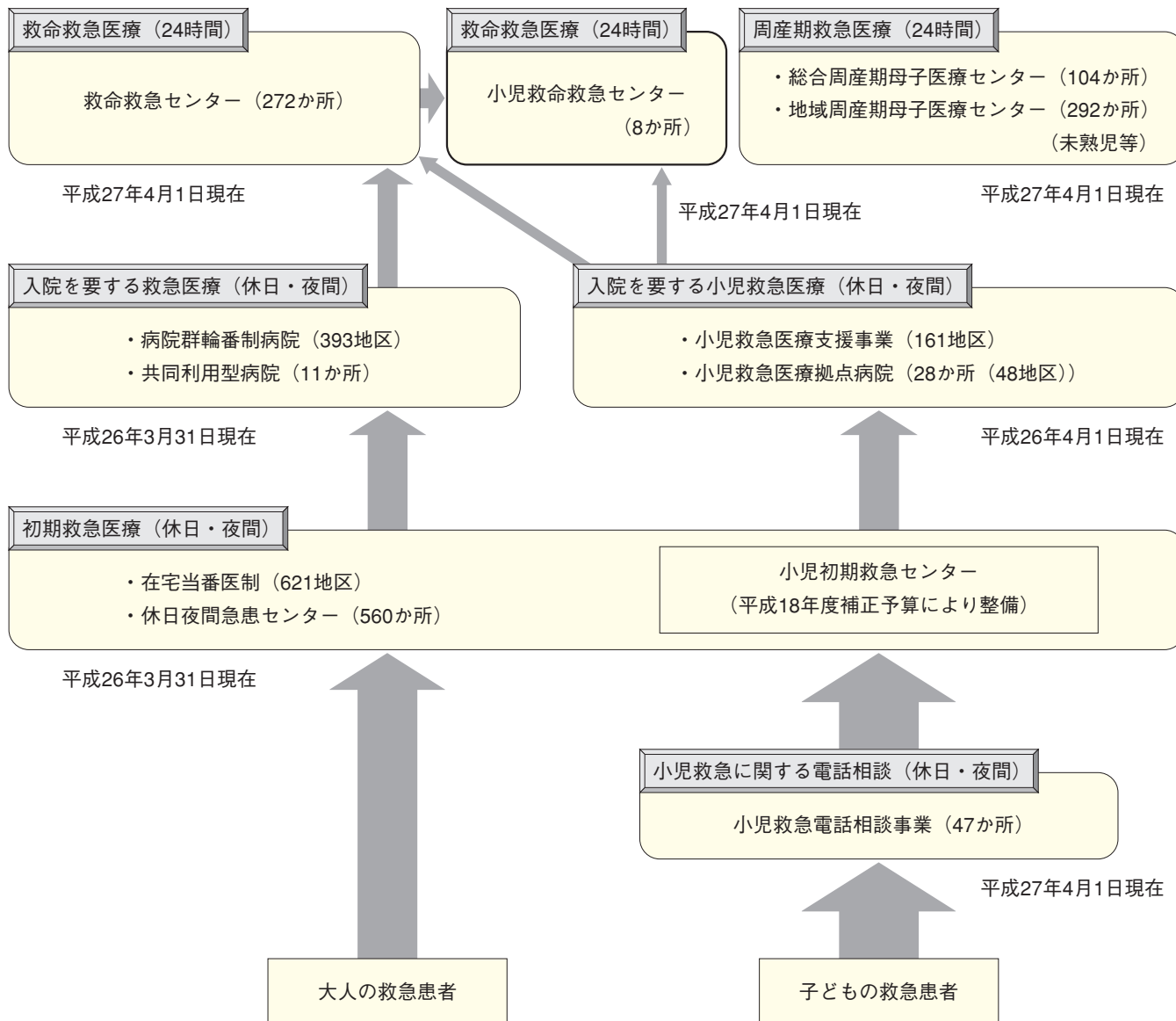
②

保健医療

## 救急医療体制

### 概 要

### 救急医療体系図



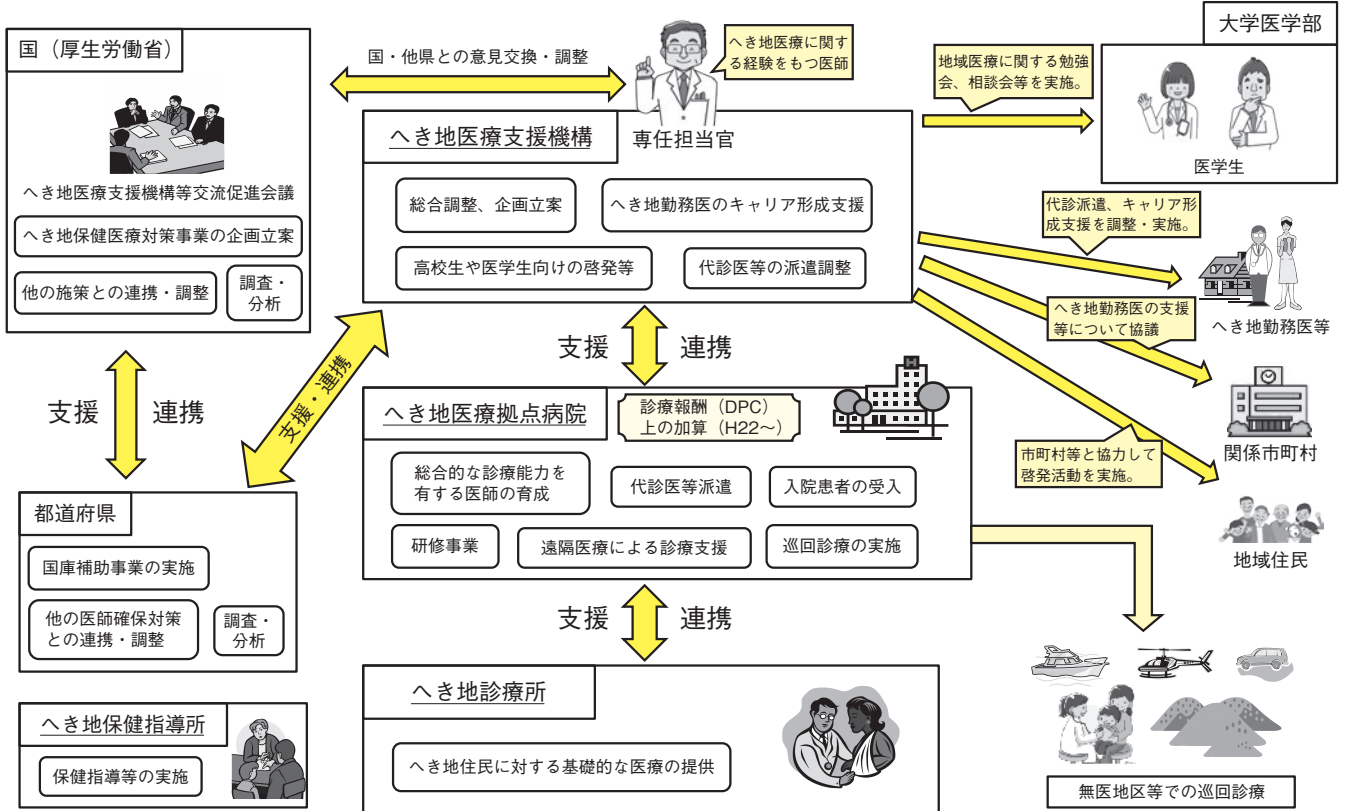


## へき地医療対策

## 概 要

## 第11次 へき地保健医療計画体系図（平成23年度～平成27年度）

へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



## へき地保健医療対策の現状

## 1 へき地保健医療計画における取り組み

平成23年度よりはじまった第11次へき地保健医療計画においては、これまでの第10次計画に同様、各都道府県に「へき地医療支援機構」を設置し都道府県単位での広域的なへき地保健医療対策を引き続き、推進することとしている。

調査年（5年に1度）	無医地区数（地区）	対象人口（万人）
昭和41年	2,920	119
昭和48年	2,088	77
昭和59年	1,276	32
平成11年	914	20
平成16年	787	16.5
平成21年	705	13.6

※ 無医地区

医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地域であって、通常交通機関を利用して医療機関まで片道1時間超を要する地域。

## 2 整備状況

- へき地医療支援機構（運営費の補助対象）  
平成27年1月1日現在で40都道府県で設置・運営
- へき地医療拠点病院（運営費、施設整備費及び設備整備費の補助対象）  
平成27年1月1日現在で302か所を指定
- へき地診療所（運営費、施設整備費及び設備整備費の補助対象）  
平成27年1月1日現在で1,055か所（国民健康保険直営診療所を含む）が整備

## 医療安全対策

### 概 要

### 医療安全対策

【基本的考え方】 医療の安全と質の向上という視点を重視して、医療安全対策検討会議報告書（H17年6月）等を踏まえ各施策を実施

#### <主な提言>

#### <対応>

##### 【医療の質と安全性の向上】

- 無床診療所、歯科診療所、助産所、及び薬局に対し、一定の安全管理体制の構築を制度化  
(①安全管理指針マニュアル整備、②医療安全に関する研修実施、③事故等の院内報告)
- 医療機関における院内感染対策の充実  
(①院内感染防止の指針・マニュアル整備、②院内感染に関する研修実施、③感染症の発生動向の院内報告、④院内感染のための委員会設置（病院または有床診療所のみ）)
- 医薬品・医療機器の安全確保  
(①安全使用に係る責任者の明確化、②安全使用に係る業務手順の整備、③医療機器に対する定期的な保守点検)
- 医療従事者の資質向上
- 行政処分を受けた医療従事者に対する再教育の義務づけ

- 医療安全管理体制の強化（H18法改正等）
- 院内感染制御体制整備の義務づけ（H18省令改正）
- 医薬品・医療機器等の安全使用に係る責任者の配置等の義務づけ（H18省令改正）
- 医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針（H19年3月）
- 行政処分を受けた医師等に対する再教育の義務化（H18法改正等）

##### 【医療事故等事例の原因究明・分析に基づく再発防止対策の徹底】

- 事故事例の原因究明・分析に基づく再発防止対策の徹底
- 医療関連死の届出制度・原因究明制度、及び医療分野における裁判外紛争処理制度の検討

- 医療事故情報収集等事業の推進（H16年度～）
- 「医療安全情報」の提供（H18年度～）
- 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業（H17年度～平成26年度）
- 医療紛争における調整・調停を担う人材の養成研修事業（H18年度）
- 医療事故による死亡の原因究明・再発防止等についての検討（H19年4月～H20年12月）
- 産科医療補償制度（H21年1月～）
- 医療裁判外紛争解決（ADR）機関連絡調整会議（H22年3月～）
- 死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討（H22年9月～H23年7月）
- 医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討（H23年8月～H25年6月）
- 医療事故調査制度施行（H27年10月～）

##### 【患者、国民との情報共有と患者、国民の主体的参加の促進】

- 患者、国民との情報共有と患者、国民の主体的参加の促進
- 医療安全支援センターの制度化

- 患者安全共同行動（PSA）の推進（H13年度～）
- 医療機関等対して患者等からの相談に応じることに付て努力義務（H18法改正）
- 医療安全支援センターの制度化（H18法改正等）
- 医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針（H25年1月）

##### 【医療安全に関する国と地方の役割】

- 国、都道府県、医療従事者の責務及び患者、国民の役割等の明確化
- 法令の整備、研究の推進及び財政的支援等

- 国、地方公共団体、医療機関の責務の明確化（H18法改正）
- 医療安全支援センター総合支援事業の推進（H15年度～）
- 医療安全管理体制推進のための研究等（厚生科研）
- 集中治療室（ICU）における安全管理指針等（H19年3月）
- 周産期医療施設のオープン病院化モデル事業（H17～19年度）

## 医師の資質の向上

## 概 要

## 臨床研修制度に関する経緯

- 昭和23年 インターン制度を開始（国家試験の受験資格を得るために必要な1年の課程）  
 ○昭和43年 臨床研修制度創設（医師免許取得後2年以上の努力義務）



## 【指摘されていた問題点】

1. 研修は努力義務にすぎない
2. 研修プログラムが不明確
3. 専門医志向のストレート研修中心
4. 施設間格差が著しい
5. 指導体制が不十分
6. 研修成果の評価が不十分
7. 身分・処遇が不安定 → アルバイト
8. 研修医が都市部の大病院に集中

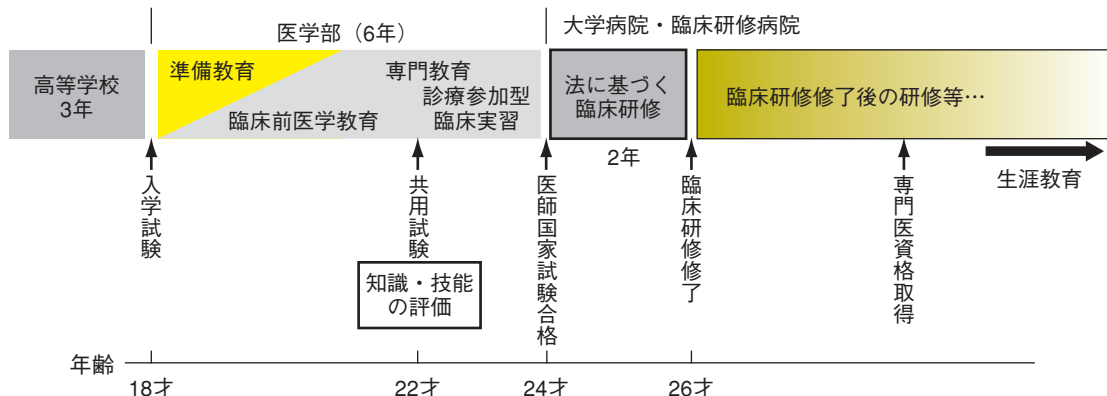
- 平成12年 医師法、医療法改正（臨床研修の義務化）  
 ○平成16年 新制度の施行  
 ○平成22年 制度の見直し  
 ○平成27年 制度の見直し

## 臨床研修制度の概要

## 1. 医学教育と臨床研修

- 法に基づく臨床研修（医師法第十六条の二）

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学部を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。



## 2. 臨床研修の基本理念（医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令）

臨床研修は、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、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

## 3. 臨床研修の実施状況

## ① 臨床研修実施施設（平成26年度）

臨床研修病院（基幹型）	897 病院
臨床研修病院（協力型）	1,513 病院
大学附属病院（基幹型相当）	117 病院
大学附属病院（協力型相当）	18 病院

## ② 研修医の採用実績の推移（大都市部のある6都道府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡）とその他の道県別）

区 分	6都府県	その他の道県
旧 制 度（平成15年度）	51.3%	48.7%
新制度1年目（平成16年度）	47.8%	52.2%
新制度6年目（平成21年度）	48.6%	51.4%
新制度7年目（平成22年度）	47.8%	52.2%
新制度10年目（平成25年度）	45.5%	54.5%
新制度11年目（平成26年度）	44.4%	55.6%

## ② 研修医の採用実績の推移（大学病院と臨床研修病院別）

区 分	大学病院	臨床研修病院
旧 制 度（平成15年度）	72.5%	27.5%
新制度1年目（平成16年度）	55.8%	44.2%
新制度2年目（平成17年度）	49.2%	50.8%
新制度6年目（平成21年度）	46.8%	53.2%
新制度7年目（平成22年度）	47.2%	52.8%
新制度10年目（平成25年度）	42.9%	57.1%
新制度11年目（平成26年度）	42.8%	57.2%

## 平成22年の制度見直しの概要

### (1) 研修プログラムの弾力化

- ・臨床研修の基本理念及び到達目標を前提として、研修プログラムの基準を弾力化。
- ・「必修科目」は内科、救急部門、地域医療。外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は「選択必修科目」とし、この中から2診療科を選択して研修。
- ・研修期間は、内科6月以上、救急部門3月以上、地域医療1月以上。
- ・将来産科、小児科を希望する研修医を対象とした研修プログラムを用意（研修医の募集定員が20人以上の病院）。

### (2) 基幹型臨床研修病院の指定基準の強化

- ・基幹型臨床研修病院について、入院患者数が年間3,000人以上であること、研修医5人に対して指導医を1人以上配置すること等。

### (3) 研修医の募集定員の見直し

- ・研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、都道府県別の募集定員の上限を設定。
- ・各病院の研修医の募集定員は、研修医の過去の受入実績、医師派遣等の実績を勘案して、都道府県別に定める募集定員の上限と必要な調整を行って設定。

### (4) 検討規定

- ・臨床研修省令の施行後5年以内に臨床研修省令規定について検討を行い、必要な措置を講ずる。

## 平成27年の制度見直しの概要

### (1) 基幹型臨床研修病院の在り方

- ・基幹型病院の在り方を明確化し、到達目標の多くの部分を研修可能な環境を備えるとともに、研修医及び研修プログラムの全体的な管理・責任を有する病院とする。

### (2) 臨床研修病院群の在り方

- ・頻度の高い疾病等について様々なバリエーションの能力形成が可能となる群を構成。
- ・病院群の地理的範囲は同一都道府県内、二次医療圏内を基本とする。

### (3) 基幹型病院に必要な症例

- ・年間入院患者数3,000人以上に満たない新規申請病院も、当面2,700人以上の病院から、良質な研修が見込める場合には訪問調査により評価する。

### (4) キャリア形成の支援

- ・妊娠、出産、研究、留学等の多様なキャリアパスに応じた臨床研修中断・再開の円滑化。

### (5) 募集定員の設定方法の見直し

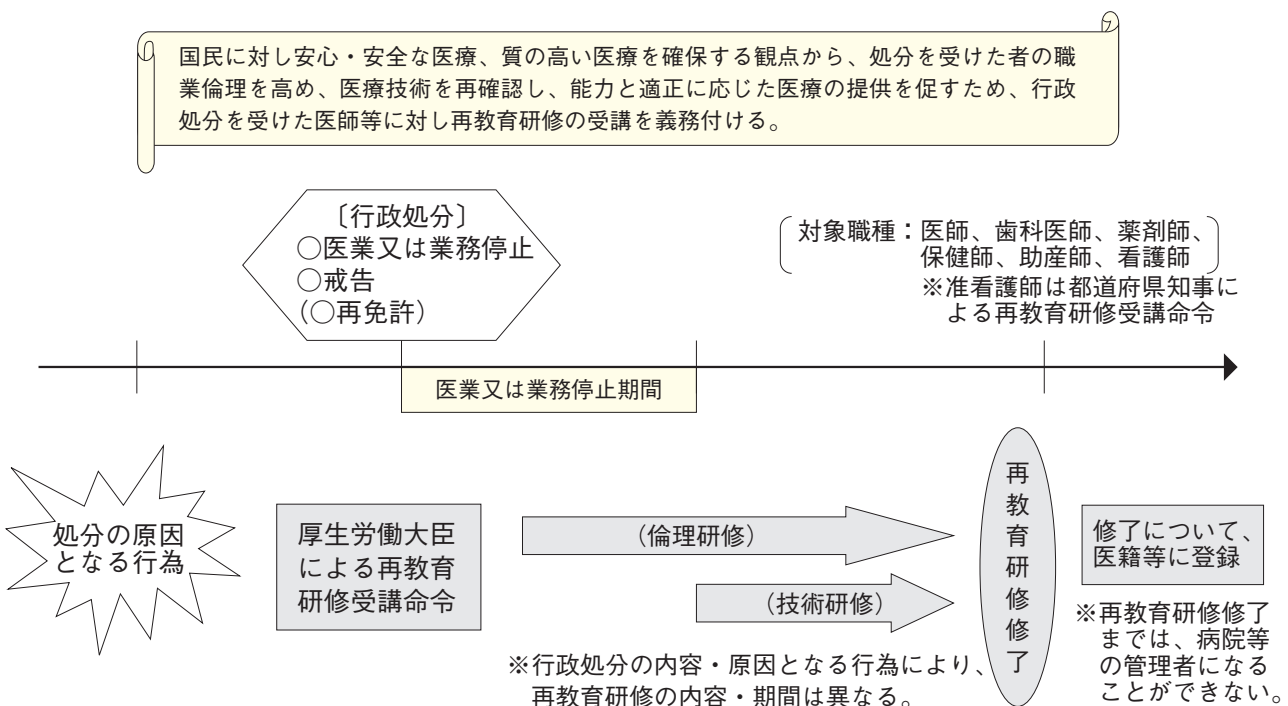
- ・研修希望者に対する募集定員の割合を縮小（約1.23倍（平成25年度）→当初1.2倍（平成27年度）、次回見直しに向けて1.1倍）。
- ・都道府県上限の計算式を一部見直し（新たに高齢化率、人口当たり医師数も勘案）。
- ・各病院の募集定員において、大学病院等の医師派遣の実績を考慮。

### (6) 地域枠への対応、都道府県の役割の強化

- ・地域枠、医師派遣等の状況を踏まえつつ、都道府県が、都道府県上限の範囲内で各病院の定員を調整できる枠を追加。

※今回の制度見直しの施行後5年以内に所要の見直しを行う。

## 行政処分を受けた医師等に対する再教育研修（医師法等）



## 医療法人制度

## 医療法人制度の概要

## 1 制度の趣旨

- 医療法に基づく法人。昭和25年の医療法改正により制度創設。
- 医療事業の経営主体が医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得する途を開く。

【制度創立当初】  
私人による医療機関の経営の困難を緩和  
(資金の集積を容易にするねらい)

医療機関の経営に継続性を付与  
→地域医療を安定的に確保

## 2 設 立

- 医療法に基づく社団又は財団。
- 都道府県知事の認可。  
(2以上の都道府県において医療機関を開設するものは主たる事務所の所在地の都道府県知事の認可。)



(法人数)

- ・医療法人 50,866 (H27.3.31)  
うち社団法人 50,480 (持分なし 9,453、持分あり41,027)、財団法人 386  
※持分なし医療法人
  - ・解散時の残余財産の帰属先について、個人(出資者)を除外し、国、地方公共団体、他の持分なし医療法人等と定めている医療法人。
  - ・平成18年の医療法改正で、新設法人は持分なし法人に限定。ただし、既存の法人については、従前の規定を適用した上で自主的な移行を図る。
- ・社会医療法人 248 (H27.4.1)

## 3 運 営

- 医業(病院、診療所、老人保健施設の運営)のほか、保健衛生や社会福祉等に関する附帯業務を行うことができる。
- 社会医療法人の認定を受けた医療法人は、その収益を病院等の経営に充てることを目的として、収益業務を行うことができる。
- 剰余金の配当をしてはならない。
  - ※社会医療法人
    - ・民間の高い活力を活かしながら、地域住民にとって不可欠な救急医療やへき地医療等(救急医療等確保事業)を担う公益性の高い医療法人として、平成18年の医療法改正で制度化。
    - ・役員等について同族性が排除されていること、解散時の残余財産は国、地方公共団体等に帰属する(持分がない)こと、などの要件を満たすことが必要。
    - ・医療保健業の法人税は非課税。救急医療等確保事業を行う病院・診療所の固定資産税等は非課税。



(3) 健康づくり・疾病対策

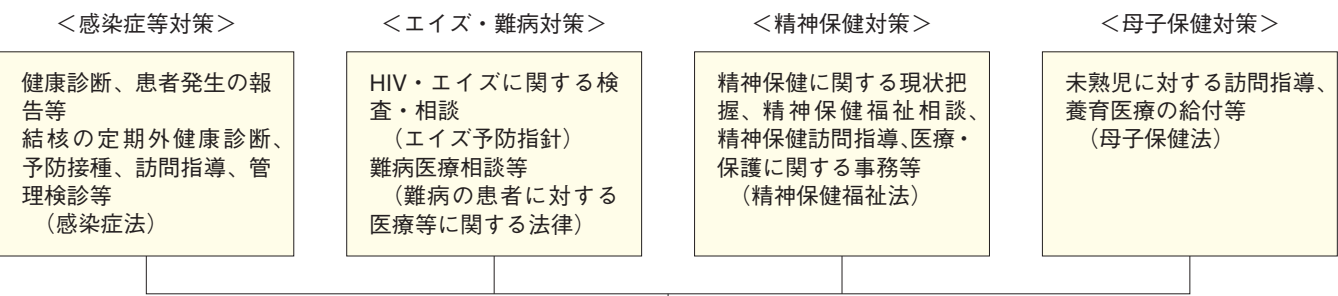
保健所等

概 要 保健所の活動

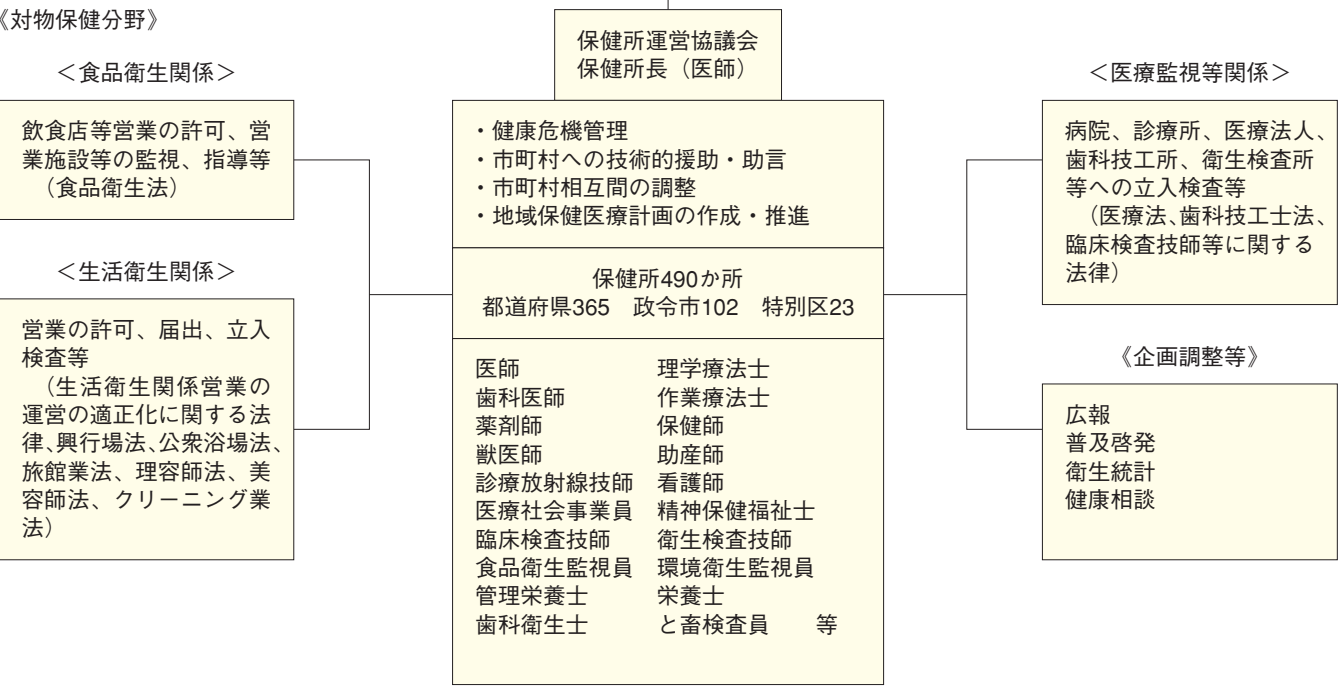
保健所は、対人保健サービスのうち、広域的に行うべきサービス、専門的技術を要するサービス及び多種の保健医療職種によるチームワークを要するサービス並びに対物保健等を実施する第一線の総合的な保健衛生行政機関である。また、市町村が行う保健サービスに対し、必要な技術的援助を行う機関である。

地域保健法により、都道府県（47）に365か所、政令で定める市（71）に102か所、特別区（23）に23か所設置されている。（平成26年4月1日現在）

《対人保健分野》



《対物保健分野》



\* これら業務の他に、保健所においては、薬局の開設の許可等（薬事法）、狂犬病まん延防止のための犬の拘留等（狂犬病予防法）、あんま・マッサージ業等の施術所開設届の受理等（あん摩マッサージ指圧師等に関する法律）の業務を行っている。



保健所数の推移

区 分	1998 (平成10)	1999 (平成11)	2000 (平成12)	2001 (平成13)	2002 (平成14)	2003 (平成15)	2004 (平成16)	2005 (平成17)	2006 (平成18)	2007 (平成19)	2008 (平成20)	2009 (平成21)	2010 (平成22)	2011 (平成23)	2012 (平成24)	2013 (平成25)	2014 (平成26)
保健所総数	663	641	594	592	582	576	571	549	535	518	517	510	494	495	495	494	490
都道府県	490	474	460	459	448	438	433	411	396	394	389	380	374	373	372	370	365
保健所設置市	137	136	108	109	111	115	115	115	116	101	105	107	97	99	100	101	102
特別区	36	31	26	24	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23

資料：厚生労働省健康局調べ。  
(注) 保健所は、各年4月1日現在

詳細データ① 保健所の職種別常勤職員数

職 種	職員数
	人
医師	751
歯科医師	87
薬剤師	2,777
獣医師	2,227
保健師	7,998
助産師	53
看護師	156
准看護師	12
診療放射線技師等	528
衛生検査技師等	794
管理栄養士	1,117
栄養士	125
歯科衛生士	320
理学・作業療法士	97
その他	10,829
〈再掲〉	
医療社会事業員	55
精神保健福祉相談員	1,156
栄養指導員	1,011
総 計	27,871

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「地域保健・健康増進事業報告」より健康局で改変。(平成25年度末現在)

詳細データ② 保健師数の推移

(単位：人)

	1998年度 (平成10年度)	1999年度 (平成11年度)	2000年度 (平成12年度)	2001年度 (平成13年度)	2002年度 (平成14年度)	2003年度 (平成15年度)	2004年度 (平成16年度)	2005年度 (平成17年度)	2006年度 (平成18年度)	2007年度 (平成19年度)	2008年度 (平成20年度)	2009年度 (平成21年度)	2010年度 (平成22年度)	2011年度 (平成23年度)	2012年度 (平成24年度)	2013年度 (平成25年度)
市町村	15,355	15,366	15,643	15,856	16,004	15,908	15,629	15,315	14,519	14,483	14,498	14,613	14,179	15,015	14,753	14,920
政令市・特別区	4,167	4,450	4,584	4,696	4,907	5,047	5,281	5,524	5,563	5,604	5,964	6,094	6,081	6,280	6,256	6,564
小 計	19,522	19,816	20,227	20,552	20,911	20,955	20,910	20,839	20,082	20,087	20,462	20,707	20,260	21,295	21,009	21,484
都道府県	4,620	4,535	4,481	4,439	4,311	4,242	4,178	4,014	3,935	3,889	3,800	3,737	3,640	3,689	3,659	3,603
合 計	24,142	24,351	24,708	24,991	25,222	25,197	25,088	24,853	24,017	23,976	24,262	24,444	23,900	24,984	24,668	25,087

資料：平成10年度は大臣官房統計情報部「地域保健事業報告」  
平成11年度から19年度までは大臣官房統計情報部「地域保健・老人保健事業報告」  
平成20年度以降は大臣官房統計情報部「地域保健・健康増進事業報告」  
(注) 平成22年度は東日本大震災の影響により、岩手県の一部の市町村（釜石市、大槌町、宮古市、陸前高田市）、宮城県のうち  
仙台市以外の保健所及び市町村、福島県の一部の市町村（南相馬市、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、飯舘村、  
会津若松市）が含まれていない。

## 肝炎対策

### 概 要

### 肝炎対策基本法

肝炎対策基本法（平成21年法律第97号）

肝炎対策を総合的に策定・実施

- ・ 肝炎対策に関し、基本理念を定め、
- ・ 国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにし、
- ・ 肝炎対策の推進に関する指針の策定について定めるとともに、
- ・ 肝炎対策の基本となる事項を定めることにより、肝炎対策を総合的に推進。

#### 基本的施策

##### 予防・早期発見の推進

- ・ 肝炎の予防の推進
- ・ 肝炎検査の質の向上 等

##### 研究の推進

##### 肝炎医療の均てん化の促進

- ・ 医師その他の医療従事者の育成
- ・ 医療機関の整備
- ・ 肝炎患者の療養に係る経済的支援
- ・ 肝炎医療を受ける機会の確保
- ・ 肝炎医療に関する情報の収集提供体制の整備 等

実施に当たり  
肝炎患者の  
人権尊重  
・  
差別解消  
に配慮

#### 肝炎対策基本指針策定

##### 肝炎対策推進協議会

- ・ 肝炎患者等を代表する者
- ・ 肝炎医療に従事する者
- ・ 学識経験のある者

##### 関係行政機関

設置  
意見  
資料提出等、  
要請  
協議

厚生労働大臣

策定

##### 肝炎対策 基本指針

- 公表
- 少なくとも5年  
ごとに検討  
→ 必要に応じ、変更

#### 肝硬変・肝がんへの対応

- 治療水準の向上のための環境整備
- 患者支援の在り方について、医療状況を勘案し、必要に応じ検討

## 肝炎対策基本指針の概要（平成23年5月16日策定）

### 第1 肝炎の予防及び肝炎医療の推進の基本的な方向

- 肝炎患者等を含む関係者が連携して対策を進めることが重要であること。
- 肝炎ウイルス検査の受検体制の整備及び受検勧奨が必要であること。
- 地域の特性に応じた肝疾患診療連携体制の整備の促進が必要であること。

- 抗ウイルス療法に対する経済的支援に取り組み、その効果の検証を行うことが必要であること。
- 肝炎医療を始めとする研究の総合的な推進が必要であること。
- 肝炎に関する正しい知識の普及啓発が必要であること。
- 肝炎患者等及びその家族等に対する相談支援や情報提供が必要であること。

### 第2 肝炎の予防のための施策に関する事項

- 新たな感染を予防するための正しい知識の普及やB型肝炎ワクチンの予防接種の在り方に係る検討が必要であること。

### 第3 肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項

- 全ての国民が少なくとも一回は肝炎ウイルス検査を受けることが必要であることの周知、希望する全ての国民が検査を受検できる体制の整備及びその効果の検証が必要であること。

### 第4 肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項

- 全ての肝炎患者等が継続的かつ適切な肝炎医療を受けられる体制の整備及び受診勧奨が必要であること。

### 第5 肝炎の予防及び肝炎医療に関する人材の育成に関する事項

- 肝炎の感染予防について知識を持つ人材や、感染が判明した後適切な肝炎医療に結びつけるための人材を育成することが必要であること。

### 第6 肝炎に関する調査及び研究に関する事項

- 研究実績の評価や検証、肝炎対策を総合的に推進するための基盤となる研究の実施が必要であること。

### 第7 肝炎医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項

- 肝炎医療に係る医薬品を含めた医薬品等の研究開発の促進、治験及び臨床研究の推進、審査の迅速化等が必要であること。

### 第8 肝炎に関する啓発及び知識の普及並びに肝炎患者等の人権の尊重に関する事項

- 肝炎ウイルス検査の受検勧奨や新たな感染の予防、肝炎患者等に対する不当な差別を防ぐため、普及啓発が必要であること。

### 第9 その他肝炎対策の推進に関する重要事項

- 肝炎患者等及びその家族等に対する支援の強化が必要であること。
- 肝硬変及び肝がん患者に対する更なる支援を行うこと。
- 地域の実情に応じた肝炎対策を講じるための体制の構築等が望まれること。
- 国民一人一人が、自身の肝炎ウイルス感染の有無について認識を持ち、肝炎患者等に対する不当な差別が生じること等のないよう、正しい知識に基づく適切な対応に努めること。
- 今後、各主体の取組について定期的に調査及び評価を行い、必要に応じ指針の見直しを行うこと。また、肝炎対策推進協議会に対し、取組の状況について定期的な報告を行うこと。

## 健康づくり対策

概 要	健康づくり対策の変遷		
第1次国民健康づくり対策 (S.53年～63年度)	<b>【基本的考え方】</b> 1. 生涯を通じる健康づくりの推進 [成人病予防のための1次予防の推進] 2. 健康づくりの3要素(栄養、運動、休養)の健康増進事業の推進(栄養に重点)	<b>【施策の概要】</b> ①生涯を通じる健康づくりの推進 ・乳幼児から老人に至るまでの健康診査・保健指導体制の確立 ②健康づくりの基盤整備等 ・健康増進センター、市町村保健センター等の整備 ・保健婦、栄養士等のマンパワーの確保 ③健康づくりの啓発・普及 ・市町村健康づくり推進協議会の設置 ・栄養所要量の普及 ・加工食品の栄養成分表示 ・健康づくりに関する研究の実施 等	<b>【指針等】</b> ・健康づくりのための食生活指針(昭和60年) ・加工食品の栄養成分表示に関する報告(昭和61年) ・肥満とやせの判定表・図の発表(昭和61年) ・喫煙と健康問題に関する報告書(昭和62年)
第2次国民健康づくり対策 (S.63年度～H.11年度) アクティブ80ヘルスプラン	<b>【基本的考え方】</b> 1. 生涯を通じる健康づくりの推進 2. 栄養、運動、休養のうち遅れていた運動習慣の普及に重点を置いた、健康増進事業の推進	<b>【施策の概要】</b> ①生涯を通じる健康づくりの推進 ・乳幼児から老人に至るまでの健康診査・保健指導体制の充実 ②健康づくりの基盤整備等 ・健康科学センター、市町村保健センター、健康増進施設等の整備 ・健康運動指導者、管理栄養士、保健婦等のマンパワーの確保 ③健康づくりの啓発・普及 ・栄養所要量の普及・改定 ・運動所要量の普及 ・健康増進施設認定制度の普及 ・たばこ行動計画の普及 ・外食栄養成分表示の普及 ・健康文化都市及び健康保養地の推進 ・健康づくりに関する研究の実施 等	<b>【指針等】</b> ・健康づくりのための食生活指針(対象特性別:平成2年) ・外食栄養成分表示ガイドライン策定(平成2年) ・喫煙と健康問題に関する報告書(改定)(平成5年) ・健康づくりのための運動指針(平成5年) ・健康づくりのための休養指針(平成6年) ・たばこ行動計画検討会報告書(平成7年) ・公共の場所における分煙のあり方検討会報告書(平成8年) ・年齢対象別身体活動指針(平成9年)
第3次国民健康づくり対策 (H.12年度～H.24年度) 21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21)	<b>【基本的考え方】</b> 1. 生涯を通じる健康づくりの推進 [「一次予防」の重視と健康寿命の延伸、生活の質の向上] 2. 国民の保健医療水準の指標となる具体的な目標の設定及び評価に基づく健康増進事業の推進 3. 個人の健康づくりを支援する社会環境づくり	<b>【施策の概要】</b> ①健康づくりの国民運動化 ・効果的なプログラムやツールの普及啓発、定期的な見直し ・メタボリックシンドロームに着目した、運動習慣の定着、食生活の改善等に向けた普及啓発の徹底 ②効果的な健診・保健指導の実施 ・医療保険者による40歳以上の被保険者・被扶養者に対するメタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導の着実な実施(2008年度より) ③産業界との連携 ・産業界の自主的取組との一層の連携 ④人材育成(医療関係者の資質向上) ・国、都道府県、医療関係者団体、医療保険者団体等が連携した人材育成のための研修等の充実 ⑤エビデンスに基づいた施策の展開 ・アウトカム評価を可能とするデータの把握手法の見直し 等	<b>【指針等】</b> ・食生活指針(平成12年) ・分煙効果判定基準策定検討会報告書(平成14年) ・健康づくりのための睡眠指針(平成15年) ・健康診査の実施等に関する指針(平成16年) ・日本人の食事摂取基準(2005年版)(平成16年) ・食事バランスガイド(平成17年) ・禁煙支援マニュアル(平成18年) ・健康づくりのための運動基準2006(平成18年) ・健康づくりのための運動指針2006(エクササイズガイド2006)(平成18年) ・日本人の食事摂取基準(2010年版)(平成21年)
第4次国民健康づくり対策 (H.25年度～) 21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21(第二次))	<b>【基本的考え方】</b> 1. 健康寿命の延伸・健康格差の縮小 2. 生涯を通じる健康づくりの推進 [生活習慣病の発症予防・重症化予防、社会生活機能の維持・向上、社会環境の整備] 3. 生活習慣病の改善とともに社会環境の改善 4. 国民の保健医療水準の指標となる具体的な数値目標の設定及び評価に基づく健康増進事業の推進	<b>【施策の概要】</b> ①健康寿命の延伸と健康格差の縮小 ・生活習慣病の総合的な推進、医療や介護などの分野における支援等の取組を推進 ②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底 (NCD(非感染性疾患)の予防) ・がん、循環器疾患、糖尿病、COPDの一次予防とともに重症化予防に重点を置いた対策を推進 ③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上 ・こころの健康、次世代の健康、高齢者の健康を推進 ④健康を支え、守るための社会環境の整備 ・健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進 ⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善 ・上記項目に関する基準や指針の策定・見直し、正しい知識の普及啓発、企業や民間団体との協働による体制整備を推進 等	<b>【指針等】</b> ・健康づくりのための身体活動基準2013(平成25年) ・アクティブガイド—健康づくりのための身体活動指針—(平成25年) ・禁煙支援マニュアル(第2版)(平成25年) ・健康づくりのための睡眠指針2014(平成26年) ・日本人の食事摂取基準(2015年版)(平成26年)

## 健康増進法の概要

### 第1章 総則

- (1) 目的  
国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の健康の増進を図るための措置を講じ、国民保健の向上を図る。
- (2) 責務
  - ① 国民 健康な生活習慣の重要性に対し感心と理解を深め、生涯にわたり、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努める。
  - ② 国及び地方公共団体 健康の増進に関する正しい知識の普及、情報の収集・整理・分析・提供、研究の推進、人材の養成・資質の向上を図るとともに、関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努める。
  - ③ 健康増進事業実施者（保険者、事業者、市町村、学校等）健康相談等国民の健康の増進のための事業を積極的に推進するよう努める。
- (3) 国、地方公共団体、健康増進事業実施者、医療関係その他の関係者の連携及び協力

### 第2章 基本方針（「健康日本21」の法制化）

- (1) 基本方針  
国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本方針を厚生労働大臣が策定。
  - ① 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向
  - ② 国民の健康の増進の目標に関する事項
  - ③ 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的事項
  - ④ 国民健康・栄養調査その他の調査・研究に関する基本的事項
  - ⑤ 健康増進事業実施者間の連携及び協力に関する基本的事項
  - ⑥ 食生活、運動、休養、喫煙、飲酒、歯の健康保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項
  - ⑦ その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項
- (2) 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画）の策定。
- (3) 健康診査の実施等に関する指針  
生涯を通じた健康自己管理を支援するため、健康増進事業実施者による健康診査の実施及びその結果の通知、健康手帳の交付その他の措置に関する指針を厚生労働大臣が策定。

## 平成25年国民健康・栄養調査結果の概要について

### 国民健康・栄養調査について

目的：健康増進法（平成14年法律第103号）に基づき、国民の健康増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得る

調査客体：平成25年国民生活基礎調査により設定された単位区から無作為抽出した300単位区内の世帯（約5,700世帯）及び当該世帯の1歳以上の世帯員（約15,000人）

調査項目：〔身体状況調査〕身長、体重、腹囲、血圧、血液検査、歩数、問診（服薬状況、運動）

〔栄養摂取状況調査〕食品摂取量、栄養素等摂取量、食事状況（欠食、外食等）

〔生活習慣調査〕食生活、身体活動・運動、休養（睡眠）、飲酒、喫煙、歯の健康等に関する生活習慣全般

### 調査結果のポイント

#### 〈主な生活習慣に関する状況〉

- ・食事、身体活動・運動、喫煙、睡眠の状況について、性・年齢階級別に見ると、60歳以上で良好な一方、20歳代及び30歳代では課題が見られた。

#### 〈食品群の組合せの状況〉

- ・3食ともに、穀類・魚介類・肉類・卵・大豆（大豆製品）、野菜を組み合わせ食べている者の割合は、男女ともに年齢が若いほど低い傾向。

#### 〈身体状況に関する状況〉

- ・肥満者の割合について女性は減少傾向にあり、男性は平成23年以降、増加に歯止め。血圧の平均値は男女ともに低下傾向。

#### 〈たばこに関する状況〉

- ・受動喫煙の影響をほぼ毎日受けた者の割合は、平成20年と比べて学校、遊技場を除く全ての場（家庭、職場、飲食店、行政機関、医療機関）で有意に減少。



## 詳細データ① 全国の自治体における健康増進計画の策定状況

### 【都道府県における健康増進計画の策定状況】

全ての都道府県において計画策定済（平成14年3月末）

### 【市町村、特別区における健康増進計画の策定状況】

	総数	計画策定済	平成26年度中策 定予定	平成27年度中策 定予定	平成28年度以降 策定予定	策定予定なし
保健所政令市	71	71	0	0	0	0
東京都特別区	23	23	0	0	0	0
その他市町村	1,647	1,406	31	51	120	39

（平成27年1月1日現在）

### 【都道府県別市町村における健康増進計画の策定状況】

都道府県名	市町村数	策定済	策定率	H26年度中	H27年度中	H28年度以降	策定予定なし
北海道	175	116	66.3%	5	13	39	2
青森県	39	39	100.0%	0	0	0	0
岩手県	32	32	100.0%	0	0	0	0
宮城県	34	34	100.0%	0	0	0	0
秋田県	24	23	95.8%	0	0	0	1
山形県	35	35	100.0%	0	0	0	0
福島県	57	40	70.2%	4	1	12	0
茨城県	44	38	86.4%	4	2	0	0
栃木県	24	24	100.0%	0	0	0	0
群馬県	33	31	93.9%	0	1	1	0
埼玉県	61	45	73.8%	4	5	7	0
千葉県	51	25	49.0%	1	6	8	11
東京都	37	28	75.7%	2	1	4	2
神奈川県	28	24	85.7%	1	1	1	1
新潟県	29	29	100.0%	0	0	0	0
富山県	14	14	100.0%	0	0	0	0
石川県	18	18	100.0%	0	0	0	0
福井県	17	17	100.0%	0	0	0	0
山梨県	27	27	100.0%	0	0	0	0
長野県	76	64	84.2%	2	4	1	5
岐阜県	41	41	100.0%	0	0	0	0
静岡県	33	33	100.0%	0	0	0	0
愛知県	50	50	100.0%	0	0	0	0
三重県	28	20	71.4%	0	3	5	0
滋賀県	18	17	94.4%	0	1	0	0
京都府	25	19	76.0%	0	0	2	4
大阪府	37	34	91.9%	0	2	1	0
兵庫県	37	37	100.0%	0	0	0	0
奈良県	38	34	89.5%	1	0	2	1
和歌山県	29	20	69.0%	0	0	5	4
鳥取県	19	19	100.0%	0	0	0	0
島根県	19	19	100.0%	0	0	0	0
岡山県	25	25	100.0%	0	0	0	0
広島県	20	20	100.0%	0	0	0	0
山口県	18	18	100.0%	0	0	0	0
徳島県	24	22	91.7%	1	0	1	0
香川県	16	16	100.0%	0	0	0	0
愛媛県	19	19	100.0%	0	0	0	0
高知県	33	32	97.0%	0	1	0	0
福岡県	56	27	48.2%	0	3	18	8
佐賀県	20	16	80.0%	0	3	1	0
長崎県	19	19	100.0%	0	0	0	0
熊本県	44	35	79.5%	2	1	6	0
大分県	17	17	100.0%	0	0	0	0
宮崎県	25	25	100.0%	0	0	0	0
鹿児島県	42	34	81.0%	3	3	2	0
沖縄県	40	35	87.5%	1	0	4	0
	1,647	1,406	85.4%	31	51	120	39

（注）保健所政令市、特別区は除く。

②

保健医療

## 詳細データ② 生活習慣病に関する患者数、死亡数

	総患者数 (千人)	死亡数 (人)	死亡率 (人口10万対)
悪性新生物	1,526	367,943	293.3
糖尿病	2,700	13,647	10.9
高血圧性疾患	9,067	6,928	5.5
心疾患 (高血圧性のものを除く)	1,612	196,760	156.9
脳血管疾患	1,235	114,118	91.0

資料：〈総患者数〉厚生労働省大臣官房統計情報部「平成23年患者調査」

〈死亡数・死亡率〉厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」(平成26年概数)

(注) 総患者数は、東日本大震災の影響により、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

## 詳細データ③ 糖尿病に関する推計

	男性（調査客体：5,752人）		女性（調査客体：8,337人）	
年齢	糖尿病が強く疑われる人	糖尿病の可能性を否定できない人	糖尿病が強く疑われる人	糖尿病の可能性を否定できない人
20～29	0.6%	0.5%	0%	0.8%
30～39	1.4%	1.8%	1.1%	3.1%
40～49	5.4%	7.2%	1.7%	7.5%
50～59	12.2%	10.2%	6.2%	12.1%
60～69	20.7%	15.5%	12.6%	17.4%
70～	23.2%	17.7%	16.7%	20.8%

平成24年10月1日現在の推計人口に当てはめると、日本全国で

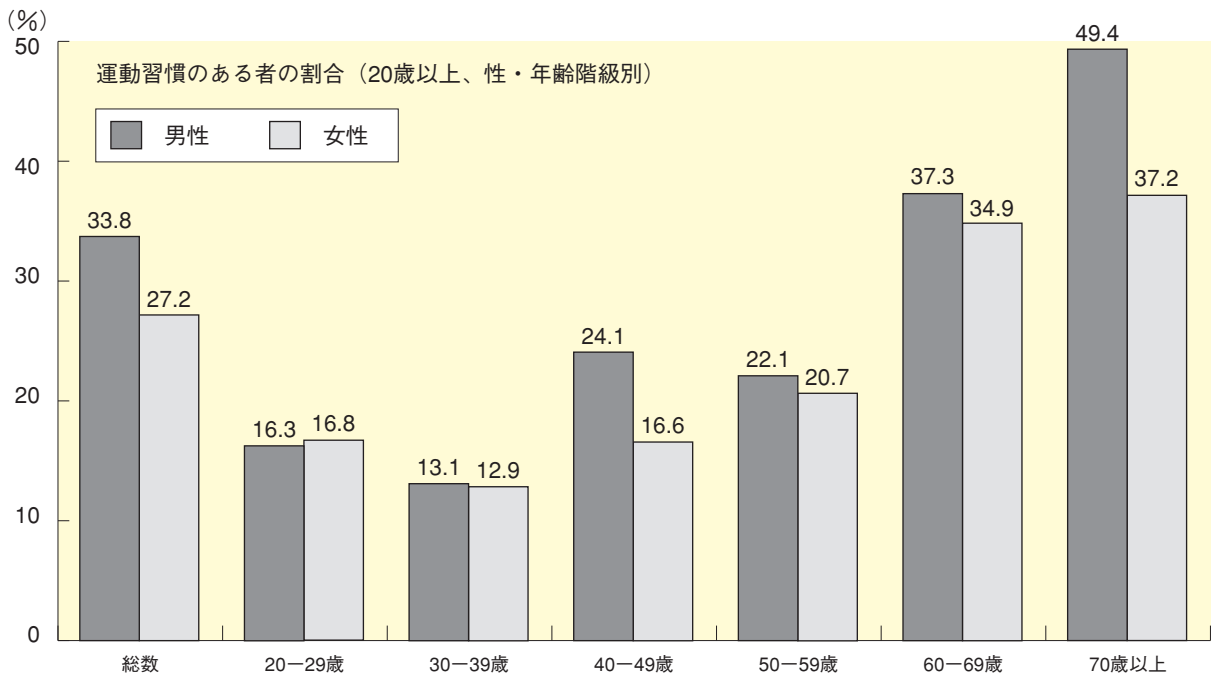
・糖尿病が強く疑われる人：約950万人

・糖尿病の可能性を否定できない人：約1,100万人

と推計される。

資料：厚生労働省健康局「平成24年国民健康・栄養調査」

詳細データ④ 運動習慣の状況



資料：厚生労働省健康局「平成25年国民健康・栄養調査」

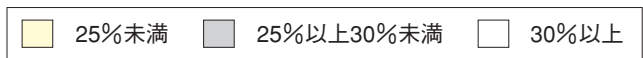
(注) 運動習慣のある者：1回30分以上の運動を週2日以上実施し、1年以上継続している者

詳細データ⑤ 脂肪エネルギー比率の分布の推移（20歳以上）

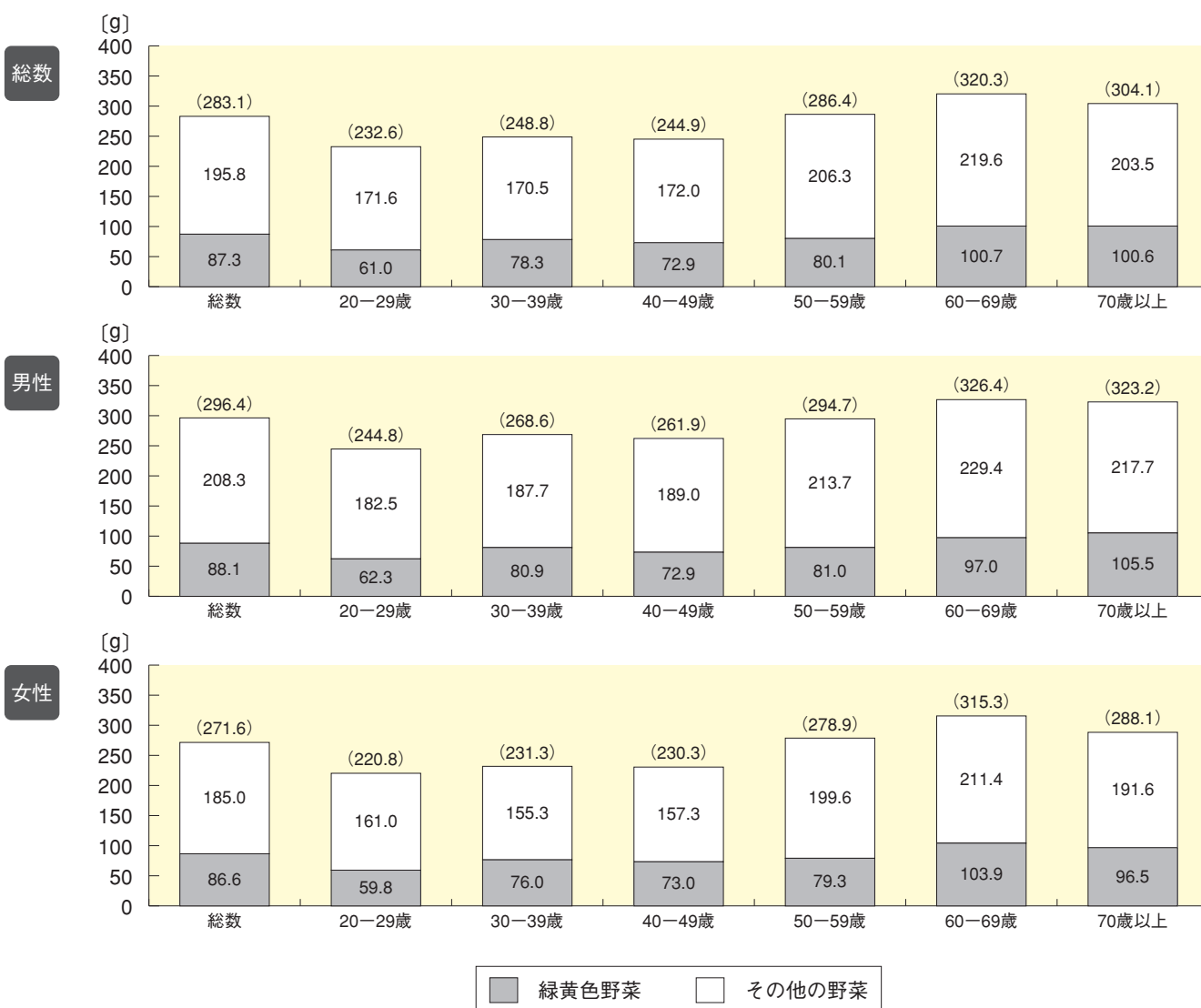


資料：厚生労働省健康局「国民健康・栄養調査」

(注) 脂肪エネルギー比率：脂肪からのエネルギー摂取割合



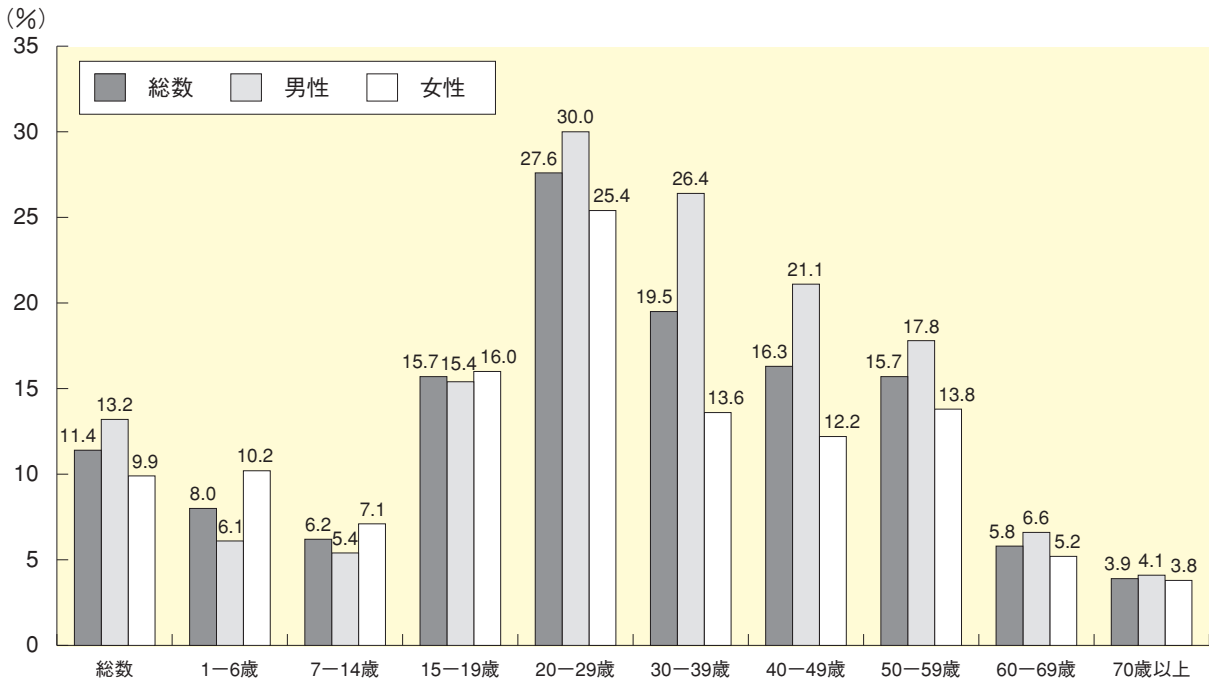
## 詳細データ⑥ 野菜類摂取量の平均値（20歳以上、性・年齢階級別）



資料：厚生労働省健康局「平成25年国民健康・栄養調査」

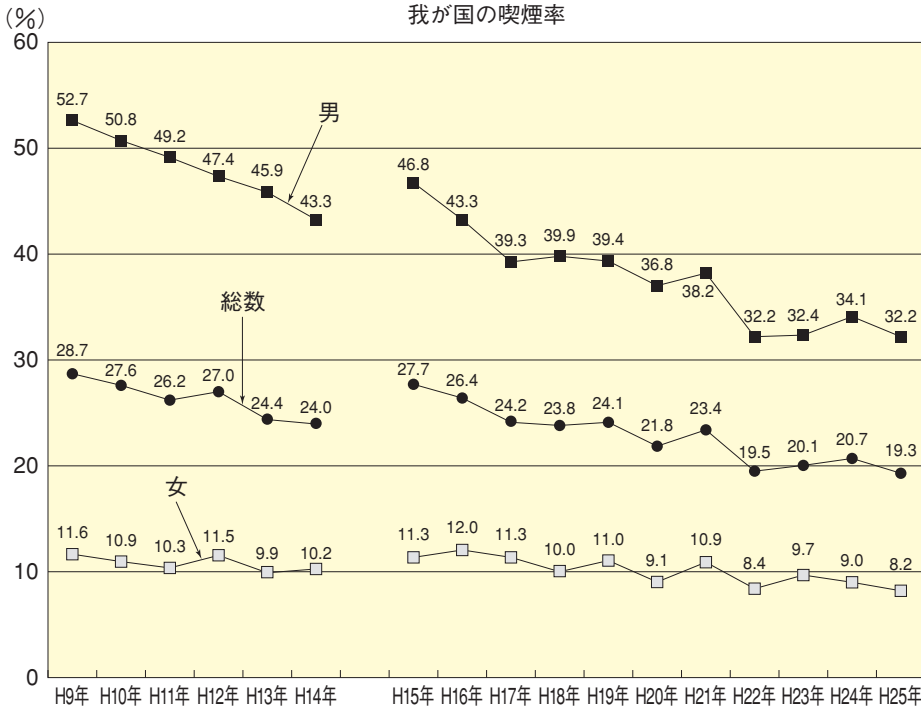
(注) ( ) 内は、「緑黄色野菜」および「その他の野菜（野菜類のうち緑黄色野菜以外）」摂取量の合計。

詳細データ⑦ 朝食の欠食率（１歳以上、性・年齢階級別）



資料：厚生労働省健康局「平成25年国民健康・栄養調査」

詳細データ⑧ 喫煙率の状況



諸外国の喫煙率（％）

国名	男性	女性
日本	(32.2) 32.4	(8.4) 9.7
ドイツ	(34.8) 34.8	(27.3) 27.3
フランス	(33.3) 35.6	(26.5) 27.4
オランダ	(31.0) 28.1	(25.0) 22.1
イタリア	(28.3) 32.8	(16.2) 19.2
イギリス	(22.0) 22.0	(20.0) 21.0
カナダ	(19.9) 19.1	(15.5) 15.8
アメリカ	(23.9) 21.6	(18.0) 17.4
オーストラリア	(16.6) 19.9	(15.2) 16.3
スウェーデン	(16.5) 12.8	(18.8) 15.7

出典：Tobacco ATLAS（2012）  
日本の数値は「平成23年国民健康・栄養調査」  
（注）（ ）書き：Tobacco ATLAS(2009)  
日本の数値は「平成22年国民健康・栄養調査」

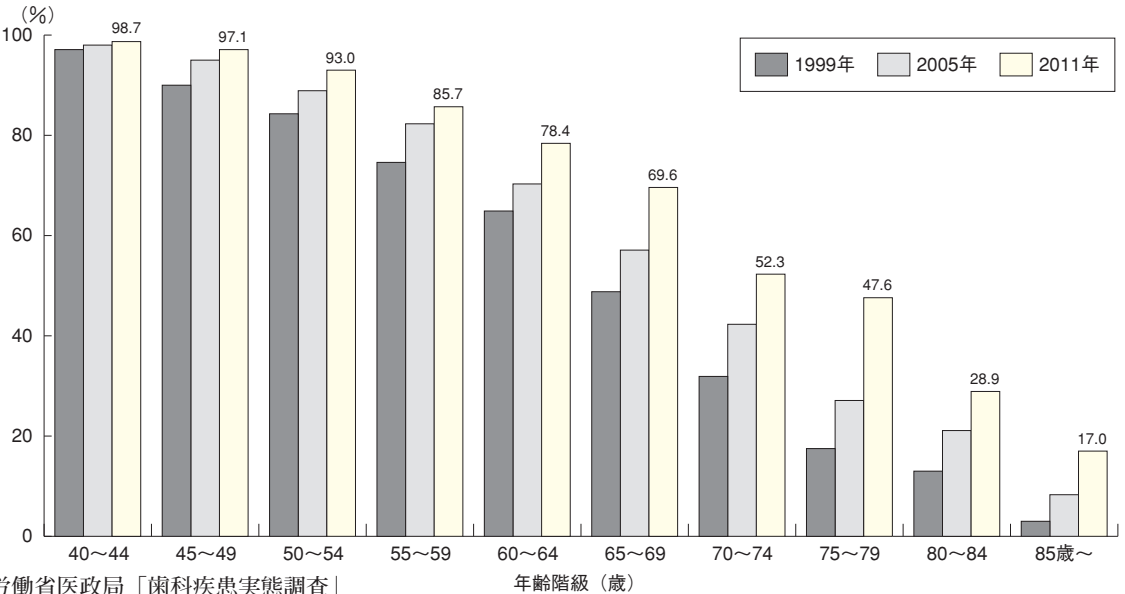
出典：平成14年までは「国民栄養調査」、平成15年からは「国民健康・栄養調査」  
（注）国民栄養調査と国民健康・栄養調査では、喫煙率の定義及び調査方法が異なるため、その単純比較は困難である。

# 歯の健康対策

概 要		8020（ハチマル・ニイマル）運動
[8020運動の経緯]		
1989（平成元）年		成人歯科保健対策検討会中間報告において、80歳になっても自分の歯を20本以上保とうという「8020（ハチマル・ニイマル）」運動が提唱される。
1991（3）年		歯の衛生週間（6月4日～10日）の重点目標が「8020運動の推進」となる。
1992（4）年		8020運動の普及啓発を図る「8020運動推進対策事業」が開始される。（～8年）
1993（5）年		8020運動推進対策事業の円滑な推進を図る8020運動推進支援事業が開始される。（～9年）
1997（9）年		市町村を実施主体とした歯科保健推進事業（メニュー事業）が開始される。
2000（12）年		都道府県を実施主体とした「8020運動推進特別事業」が開始される。
2006（18）年		「平成17年歯科疾患実態調査結果」を公表。8020達成者が調査開始以来、初めて20％を超えた。
2011（23）年		「歯科口腔保健の推進に関する法律」が成立。
2012（24）年		「歯科口腔保健の推進に関する法律」に基づき、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」が大臣告示。 8020運動の更なる推進等の取組について規定した「健康日本21（第二次）」が大臣告示。 「平成23年歯科疾患実態調査結果」を公表。8020達成者が40％を超えた。
2013（25）年		「歯の衛生週間」の名称が「歯と口の健康週間」に変更され、重点目標が「生きる力を支える歯科口腔保健の推進～生涯を通じた8020運動の新たな展開～」となる。

[8020運動と「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」、「健康日本21（第二次）」]  
 平成24年7月に告示された「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」と「健康日本21（第二次）」は相互に調和を保つとともに、「8020運動」の更なる推進について規定している。それぞれの目標で「80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加」を設定しており、平成34年度の目標値は50％としている。今後も生涯を通じた歯科保健対策（8020運動）により歯・口腔の健康づくりの取組みが重要である。

詳細データ		自分の歯を20本以上もつ者の年齢階級別割合の推移									
年	年齢	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～85	85歳～
1999年		97.1%	90.0%	84.3%	74.6%	64.9%	48.8%	31.9%	17.5%	13.0%	3.0%
2005年		98.0	95.0	88.9	82.3	70.3	57.1	42.3	27.1	21.1	8.3
2011年		98.7	97.1	93.0	85.7	78.4	69.6	52.3	47.6	28.9	17.0



資料：厚生労働省医政局「歯科疾患実態調査」

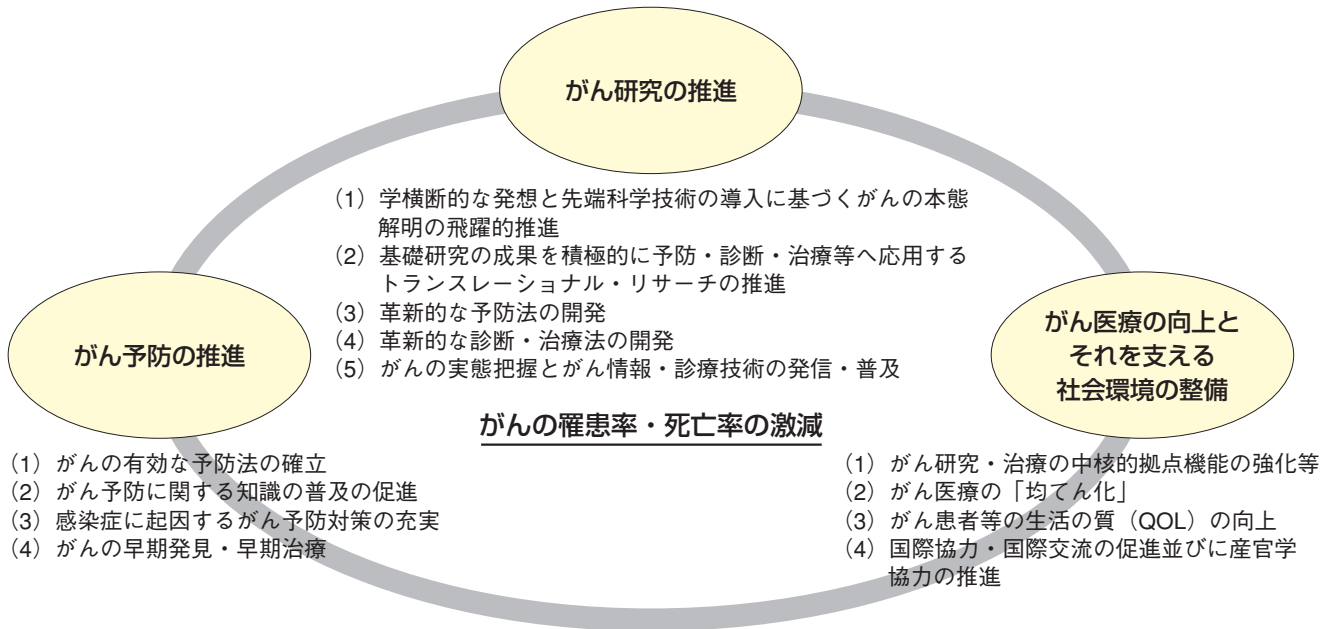


## がん対策

## 概 要

## 「第3次対がん10か年総合戦略」

戦略目標：我が国の死亡原因の第一位であるがんについて、研究、予防及び医療を総合的に推進することにより、がんの罹患率と死亡率の激減を目指す。



## がん対策基本法の概要

### 第1 総則

#### 1 目的

- 我が国のがん対策がこれまでの取組により進展し、成果を収めてきたものの、なお、がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状にかんがみ、がん対策の一層の充実を図るため、次に掲げる事項を定めることにより、がん対策を総合的かつ計画的に推進する。

#### 2 基本理念

- がんの克服を目指し、がんに関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進するとともに、研究等の成果を普及・活用し、発展させること。
- がん患者がその居住する地域にかかわらず、科学的知見に基づく適切ながん医療を受けることができるようにすること。
- がん患者が置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重して治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制を整備すること。

#### 3 関係者の責務等

- 国、地方公共団体、医療保険者、国民、医師等の責務等を定める。

### 第2 がん対策推進基本計画等

- 厚生労働大臣は、関係行政機関の長と協議するとともに、がん対策推進協議会の意見を聴いて、「がん対策推進基本計画」の案を作成し、閣議の決定を求めること等とする。
- 厚生労働大臣は、関係行政機関の長に対し、がん対策推進基本計画の実施等について、必要な要請をすることができる。
- 都道府県は「都道府県がん対策推進計画」を策定する。

### 第3 基本的施策

#### 1 がんの予防及び早期発見の推進

- がんの予防の推進、がん検診の質の向上、がん検診の推進のために必要な施策を講ずる。

#### 2 がん医療の均てん化の促進

- がん専門医等の育成、拠点病院・連携協力体制の整備、がん患者の療養生活の質の維持向上、がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等のために必要な施策を講ずる。

#### 3 がん研究の推進等

- がん研究の推進、がん医療を行う上で特に必要性が高い医薬品・医療機器の早期承認に資する環境整備のために必要な施策を講ずる。

### 第4 がん対策推進協議会

- 厚生労働省に、がん対策推進基本計画の策定に係る審議会等として、がん対策推進協議会を置く。
- 協議会の委員は、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並びに学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命し、委員数は20名以内とする。

### 第5 施行期日等

- この法律の施行期日は平成19年4月1日とする。
- がん対策推進協議会の設置等に関し、厚生労働省設置法を改正し、所要の規定整備を行う。

## がん対策推進基本計画（平成24年6月閣議決定）

## 重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(3) がん登録の推進

新 (4) 働く世代や小児へのがん対策の充実

## 全体目標【平成19年度からの10年目標】

(1) がんによる死亡者の減少  
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

新 (3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

## 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

## 1. がん医療

- ①放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進
- ②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- 新 ⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組
- ⑥その他（希少がん、病理診断、リハビリテーション）

## 2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

## 3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

## 4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

## 5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成する。

## 6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定する。

## 新 7. 小児がん

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

## 新 8. がんの教育・普及啓発

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

## 新 9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

## がん対策推進基本計画の概要

### 趣旨

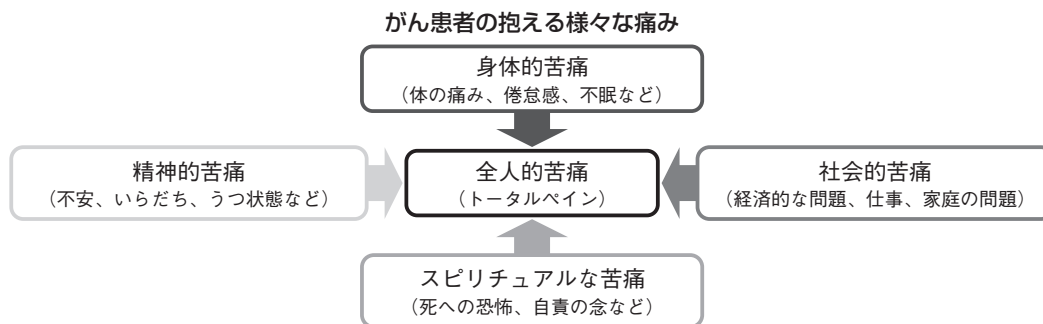
がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という）は、がん対策基本法（平成18年法律第98号）に基づき政府が策定するものであり、平成19年6月に策定され、基本計画に基づきがん対策が進められてきた。今回、前基本計画の策定から5年が経過し、新たな課題も明らかになっていることから、見直しを行い、新たに平成24年度から平成28年度までの5年を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な方向を明らかにするものである。これにより「がん患者を含む国民が、がんを知り、がんに向き合い、がんに負けることのない社会」を目指す。

### 第1 基本方針

- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施
- 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施
- 目標とその達成時期の考え方

### 第2 重点的に取り組むべき課題

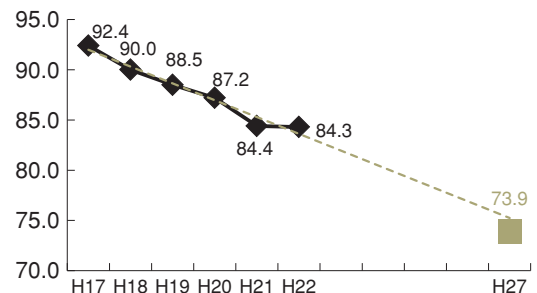
1. 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成  
がん医療を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、チーム医療を推進し、放射線療法、化学療法、手術療法やこれらを組み合わせた集学的治療の質の向上を図る。
2. がんと診断された時からの緩和ケアの推進  
がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させる。
3. がん登録の推進  
がん登録はがんの種類毎の患者の数、治療内容、生存期間などのデータを収集、分析し、がん対策の基礎となるデータを得る仕組みであるが、未だ、諸外国と比べてもその整備が遅れており、法的位置付けの検討も含めて、がん登録を円滑に推進するための体制整備を図る。
4. 働く世代や小児へのがん対策の充実  
我が国で死亡率が上昇している女性のがんへの対策、就労に関する問題への対応、働く世代の検診受診率の向上、小児がん対策等への取組を推進する。



### 第3 全体目標(平成19年度からの10年目標)

1. がんによる死亡者の減少（75歳未満の年齢調整死亡率の20％減少）
2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上
3. 働くがんになっても安心して暮らせる社会の構築

年齢調整死亡率（75歳未満）の推移（人口10万対）



## 第4 分野別施策と個別目標

1. がん医療
  - (1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進  
3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備する。
  - (2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成  
がん医療を担う専門の医療従事者を育成し、がん医療の質の向上を目指す。
  - (3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進  
5年以内に、がん診療に携わるすべての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得する。3年以内に拠点病院を中心に緩和ケアチームや緩和ケア外来の充実を図る。
  - (4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築  
3年以内に拠点病院のあり方を検討し、5年以内にその機能をさらに充実させる。また、在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目指す。
  - (5) 新医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組  
有効で安全な医薬品を迅速に国民に提供するための取り組みを着実に実施する。
  - (6) その他（希少がん、病理診断、リハビリテーション）
2. がんに関する相談支援と情報提供  
患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。
3. がん登録  
法的位置付けの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。
4. がんの予防  
平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年者の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。
5. がんの早期発見  
がん検診の受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成する。  
※健康増進法に基づくがん検診の対象年齢は、上限の年齢制限を設けず、ある一定年齢以上の者としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も勘案し、40～69歳（子宮がんは20～69歳）を対象とする。  
※がん検診の項目や方法は別途検討する。  
※目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。
6. がん研究  
がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。
7. 新小児がん  
5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。
8. 新がんの教育・普及啓発  
子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。
9. 新がん患者の就労を含めた社会的な問題  
就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

## 第5 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化
2. 都道府県による都道府県計画の策定
3. 関係者等の意見の把握
4. がん患者を含めた国民等の努力
5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定
7. 基本計画の見直し

## 詳細データ

## がんに関する統計

項 目	現 状	出典
死亡数	<p>総数36万7,943人（全死因に対し28.9%）</p> <p>[男性 21万8,301人]（全死因に対し33.1%）</p> <p>[女性 14万9,642人]（全死因に対し24.4%）</p> <p>→“日本人の3.5人に1人ががんで死亡”</p> <p>※ がんは加齢により発症リスク増 → 粗死亡率は増加傾向（高齢化の影響）</p> <p>※ 年齢調整死亡率（75歳未満）は、平成7年以降減少傾向 （平成7年：108.4 → 平成25年：80.1）</p> <p>※ がんの種類が変化している</p>	<p>人口動態統計 （平成26年概数）</p> <p>（国立がん研究センターがん対策情報センターによる再集計）</p>
罹患数	<p>80万5,236人</p> <p>[男性 46万8,048人] 多い部位：①胃、②肺、③大腸、④前立腺、⑤肝臓</p> <p>[女性 33万7,188人] 多い部位：①乳房、②大腸、③胃、④肺、⑤子宮頸部</p> <p>※ 食道、大腸、肺、皮膚、乳房、子宮頸部、膀胱の上皮内がんを含む</p>	<p>地域がん登録全国推計値 （平成22年）</p>
生涯リスク	<p>男性：60%、女性：45%</p> <p>→“日本人の2人に1人ががんになる”</p>	<p>国立がんセンターがん対策情報センターによる推計値（平成22年）</p>
受療・患者	<p>継続的な医療を受けている者は153万人</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>調査日に入院中の者は13万4,800人</li> <li>外来受診した者は16万3,500人</li> <li>1日に29万8,300人が受療（全受療の3.5%）</li> </ul>	<p>患者調査 （平成23年）</p>
がん医療費	<p>3兆3,267億円</p> <p>※ 医科診療医療費全体の11.7%</p>	<p>国民医療費 （平成24年度）</p>

（注）患者調査は、東日本大震災の影響により、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。



## 難病対策

## 概 要

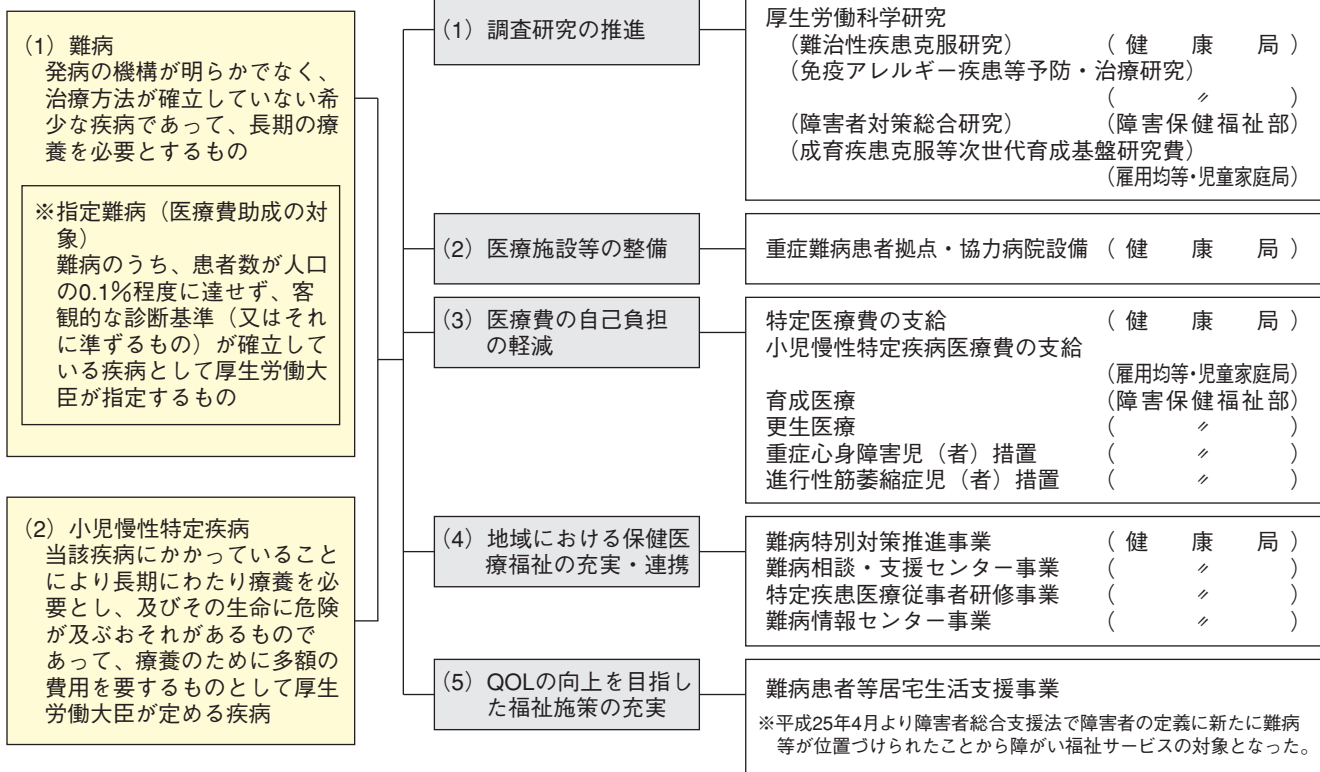
## 難病対策の概要

難病対策については、難病の患者に対する医療等に関する法律等に基づき各種の事業を推進している。

<難病対策として取り上げる疾病の範囲>

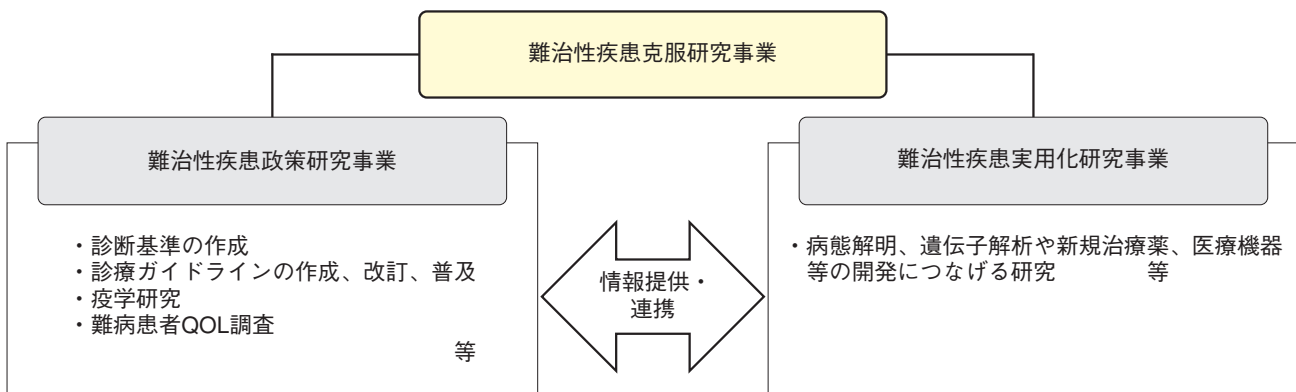
<対策の進め方>

<事業の種類>



## 難治性疾患克服研究事業

難治性疾患政策研究事業及び難治性疾患実用化研究事業がお互いに連携しながら、治療方法の開発に向けた難病研究の推進に取り組む。



## 詳細データ 指定難病

番号	病名	番号	病名	番号	病名
1	球脊髄性筋萎縮症	103	CFC症候群	205	脆弱X症候群関連疾患
2	筋萎縮性側索硬化症	104	コステロ症候群	206	脆弱X症候群
3	脊髄性筋萎縮症	105	チャーシ症候群	207	総動脈幹遺残症
4	原発性側索硬化症	106	クリオピリン関連周期熱症候群	208	修正大血管転位症
5	進行性核上性麻痺	107	全身型若年性特発性関節炎	209	完全大血管転位症
6	パーキンソン病	108	TNF受容体関連周期性症候群	210	単心室症
7	大脳皮質基底核変性症	109	非典型型溶血性尿毒症症候群	211	左心低形成症候群
8	ハンチントン病	110	フラウ症候群	212	三尖弁閉鎖症
9	神経有棘赤血球症	111	先天性ミオパチー	213	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
10	シャルコー・マリー・トゥース病	112	マリネスコ・シェーグレン症候群	214	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
11	重症筋無力症	113	筋ジストロフィー	215	ファロー四徴症
12	先天性筋無力症候群	114	非ジストロフィー性ミオトニー症候群	216	両大血管右室起始症
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎	115	遺伝性周期性四肢麻痺	217	エプスタイン病
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー	116	アトピー性脊髄炎	218	アルボート症候群
15	封入体筋炎	117	脊髄空洞症	219	ギャロウェイ・モフト症候群
16	クロウ・深瀬症候群	118	脊髄髄膜瘤	220	急速進行性糸球体腎炎
17	多系統萎縮症	119	アイザックス症候群	221	抗糸球体基底膜腎炎
18	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)	120	遺伝性ジストニア	222	一次性ネフローゼ症候群
19	ライソゾーム病	121	神経フェリチン症	223	一次性膜性増殖性糸球体腎炎
20	副腎白質ジストロフィー	122	脳表ヘモジデリン沈着症	224	紫斑病性腎炎
21	ミトコンドリア病	123	禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体性劣性白質脳症	225	先天性腎性尿崩症
22	もやもや病	124	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体性優性脳動脈症	226	間質性膀胱炎(ハンナ型)
23	プリオン病	125	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症	227	オスラー病
24	亜急性硬化性全脳炎	126	ベリー症候群	228	閉塞性細気管支炎
25	進行性多巣性白質脳症	127	前頭側頭葉変性症	229	肺胞蛋白症(自己免疫性/先天性)
26	HTLV-1関連脊髄症	128	ピックスタッフ脳幹脳炎	230	肺胞低換気症候群
27	特発性基底核石灰化症	129	けいれん重積型(二相性)急性脳症	231	α1-アンチトリプシン欠乏症
28	全身性アミロイドーシス	130	先天性無痛無汗症	232	カーニ複合
29	ウルリッヒ病	131	アレキサンダー病	233	ウォルフラム症候群
30	遠位型ミオパチー	132	先天性核上性球麻痺	234	ベルオキシゾーム病(副腎白質ジストロフィーを除く。)
31	ベスレムミオパチー	133	メビウス症候群	235	副甲狀腺機能低下症
32	自己食空腔性ミオパチー	134	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	236	偽性副甲狀腺機能低下症
33	シュワルツ・ヤンベル症候群	135	アイカルド症候群	237	副腎皮質刺激ホルモン不応症
34	神経線維腫症	136	片側巨脳症	238	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症
35	天疱瘡	137	限局性皮質異形成	239	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症
36	表皮水疱症	138	神経細胞移動異常症	240	フェニケトン尿症
37	膿疱性乾癬(汎発型)	139	先天性大脳白質形成不全症	241	高チロシン血症1型
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群	140	ドラヘン症候群	242	高チロシン血症2型
39	中毒性表皮壊死症	141	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん	243	高チロシン血症3型
40	高安静脈炎	142	ミオクロニー欠伸てんかん	244	メーブルシロップ尿症
41	巨細胞性動脈炎	143	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	245	プロピオン酸血症
42	結節性多発動脈炎	144	レノックス・ガストー症候群	246	メチルマロン酸血症
43	顕微鏡的多発血管炎	145	ウェスト症候群	247	イソ吉草酸血症
44	多発血管炎性肉芽腫症	146	大田原症候群	248	グルコーストランスポーター1欠損症
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	147	早期ミオクロニー脳症	249	グルタル酸血症1型
46	悪性関節リウマチ	148	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん	250	グルタル酸血症2型
47	バージャー病	149	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	251	尿素サイクル異常症
48	原発性抗リノ脂質抗体症候群	150	環状20番染色体症候群	252	リジン尿性蛋白不耐症
49	全身性エリテマトーデス	151	ラスムッセン脳炎	253	先天性葉酸吸収不全
50	皮膚筋炎／多発性筋炎	152	PCDH19関連症候群	254	ボルフィリン症
51	全身性強皮症	153	難治頻回部分発作重積型急性脳炎	255	複合カルボキシラーゼ欠損症
52	混合性結合組織病	154	徐波睡眠期持続性棘波を示すてんかん性脳症	256	筋型糖尿病
53	シェーグレン症候群	155	ランドウ・クレフナー症候群	257	肝型糖尿病
54	成人スチル病	156	レット症候群	258	ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症
55	再発性多発軟骨炎	157	スタージ・ウェバー症候群	259	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
56	ペーチェット病	158	結節性硬化症	260	システロール血症
57	特発性拡張型心筋症	159	色素性乾皮症	261	タンジール病
58	肥大型心筋症	160	先天性魚鱗癬	262	原発性高カイロミクロン血症
59	拘束型心筋症	161	家族性良性慢性天疱瘡	263	脳髄黄色腫症
60	再生不良性貧血	162	類天疱瘡(後天性表皮水疱症を含む。)	264	無βリポタンパク血症
61	自己免疫性溶血性貧血	163	特発性後天性全身性無汗症	265	脂肪萎縮症
62	発作性夜間ヘモグロビン尿症	164	眼皮膚白皮症	266	家族性地中海熱
63	特発性血小板減少性紫斑病	165	肥厚性皮膚骨膜腫症	267	高IgD症候群
64	血栓性血小板減少性紫斑病	166	弾性線維性仮性黄色腫	268	中條・西村症候群
65	原発性免疫不全症候群	167	マルファン症候群	269	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群
66	IgA腎症	168	エーラス・ダンロス症候群	270	慢性再発性多発性骨髄炎
67	多発性嚢胞腎	169	メンケス病	271	強直性脊椎炎
68	黄色靱帯骨化症	170	オクシビタル・ホーン症候群	272	進行性骨化性線維異形成症
69	後縦靱帯骨化症	171	ウィルソン病	273	肋骨異常を伴う先天性側弯症
70	広範脊柱管狭窄症	172	低ホスファターゼ症	274	骨形成不全症
71	特発性大腿骨頭壊死症	173	VATER症候群	275	タナトフォリック骨異形成症
72	下垂体性ADH分泌異常症	174	那須ハコラ病	276	軟骨無形成症
73	下垂体性TSH分泌亢進症	175	ウィーバー症候群	277	リンパ管腫症/ゴーム病
74	下垂体性PRL分泌亢進症	176	コフィン・ローリー症候群	278	巨大リンパ管奇形(顔部顔面病変)
75	クッシング病	177	有馬症候群	279	巨大静脈奇形(頸部口咽頭びまん性病変)
76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症	178	モフット・ウィルソン症候群	280	巨大動脈奇形(顔部顔面/四肢病変)
77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症	179	ウィリアムズ症候群	281	クリッペル・トレノネー・ウェバー症候群
78	下垂体前葉機能低下症	180	ATR-X症候群	282	先天性赤血球形成異常性貧血
79	家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)	181	クルーゾン症候群	283	後天性赤芽球癆
80	甲狀腺ホルモン不応症	182	アペール症候群	284	ダイヤモンド・ブラックファン貧血
81	先天性副腎皮質酵素欠損症	183	ファイファ症候群	285	ファンconi貧血
82	先天性副腎低形成症	184	アントレー・ピクスラー症候群	286	遺伝性鉄芽球性貧血
83	アジソン病	185	コフィン・シリズ症候群	287	エプスタイン症候群
84	サルコイドーシス	186	ロスムンド・トムソン症候群	288	自己免疫性出血病XIII/13
85	特発性間質性肺炎	187	歌舞伎症候群	289	クロンカイト・カナダ症候群
86	肺動脈性肺高血圧症	188	多脾症候群	290	非特異性多発性小腸潰瘍症
87	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症	189	無脾症候群	291	ヒルシュスプリング病(全結腸型/小腸型)
88	慢性血栓性肺高血圧症	190	鯉耳腎症候群	292	総排泄腔外反症
89	リンパ脈管筋腫症	191	ウェルナー症候群	293	総排泄腔遺残
90	網膜色素変性症	192	コケイン症候群	294	先天性横膈膜ヘルニア
91	バッド・キアリ症候群	193	ブラダー・ウィリ症候群	295	乳幼児肝巨大血管腫
92	特発性門脈圧亢進症	194	ソトス症候群	296	胆道閉鎖症
93	原発性胆汁性肝硬変	195	ヌーナン症候群	297	アラシール症候群
94	原発性硬化性胆管炎	196	ヤング・シン普森症候群	298	遺伝性脾炎
95	自己免疫性肝炎	197	1p36欠失症候群	299	囊胞性線維症
96	クローン病	198	4p-症候群	300	IgG4関連疾患
97	潰瘍性大腸炎	199	5p-症候群	301	黄斑ジストロフィー
98	好酸球性消化管疾患	200	第14番染色体父親性ダイソミー症候群	302	レーベル遺伝性視神経症
99	慢性特発性偽性腸閉塞症	201	アンジェルマン症候群	303	アッシャー症候群
100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症	202	スミス・マギニス症候群	304	若年発症型両側性感音難聴
101	腸管神経節細胞減少症	203	22q11.2欠失症候群	305	遅発性内リンパ水腫
102	ルビンシュタイン・ティビ症候群	204	エマエル症候群	306	好酸球性副鼻腔炎

## 感染症対策

## 概 要

## 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の概要

(平成10年9月28日成立、平成11年4月1日施行)

## 感染症の発生・拡大に備えた事前対応型行政の構築



- 感染症発生動向調査体制の整備・確立
- 国、都道府県における総合的な取り組みの推進  
(関係各方面の連携を図るため、国が感染症予防の基本指針、都道府県が予防計画を予め策定、公表)



- インフルエンザ、性感染症、エイズ、結核、麻しん等特定感染症予防指針の策定  
(特に総合的に予防のための施策を推進する必要がある感染症について、国が原因の究明、発生の予防、まん延の防止、医療の提供、研究開発の推進、国際的な連携に関する指針を策定、公表)

## 感染症類型と医療体制



感染症類型	主な対応	医療体制	医療費負担
新感染症	入院	特定感染症指定医療機関 (国が指定、全国に数か所)	全額公費(医療保険の適用なし)
1類感染症(ペスト、エボラ出血熱、南米出血熱等)		第1種感染症指定医療機関 [都道府県知事が指定。各都道府県に1か所]	医療保険適用残額は公費で負担 (入院について)
2類感染症(特定鳥インフルエンザ、結核、SARS等)		第2種感染症指定医療機関 [都道府県知事が指定。各2次医療圏に1か所]	
3類感染症(コレラ、腸管出血性大腸菌感染症等)	特定業務への就業制限	一般の医療機関	医療保険適用 (自己負担あり)
4類感染症(鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く)、ウエストナイル熱等)	消毒等の対物措置		
5類感染症(インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)、エイズ、ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)等)	発生動向の把握・提供		
新型インフルエンザ等感染症	入院	特定感染症指定医療機関・第1種感染症指定医療機関・第2種感染症指定医療機関	医療保険適用残額は公費で負担 (入院について)

※ 1～3類感染症以外で緊急の対応の必要が生じた感染症についても、「指定感染症」として、政令で指定し、原則1年限りで1～3類の感染症に準じた対応を行う。

## 患者等の人権を尊重した入院手続の整備



- 感染症類型に応じた就業制限、入院
- 患者の意思に基づく入院を促す入院勧告制度の導入
- 都道府県知事(保健所長)による72時間を限度とする入院
- 保健所に設置する感染症の診査に関する協議会の意見を聴いた上での10日(結核については30日)ごとの入院
- 都道府県知事に対する、入院時の処遇についての苦情の申出
- 30日を超える長期入院患者からの行政不服審査請求に対し、5日以内に裁決を行う手続の特例を規定
- 緊急時に、国の責任において患者の入院等について都道府県等に対し必要な指示を行う

## 感染症のまん延防止に資する必要十分な消毒等の措置の整備



- 1～4類感染症及び新型インフルエンザ等感染症のまん延防止のための消毒等の措置
- 1類感染症のまん延防止のための建物に対する立入制限等の措置
- 緊急時に、国の責任において消毒等の措置について都道府県等に対し必要な指示を行う

#### 動物由来感染症対策の整備



- サルの輸入禁止及び輸入検疫制度
- ハクビシン、コウモリ、ヤワゲネズミ、プレーリードッグ等の輸入禁止
- 獣医師の届出対象となる感染症としてエボラ出血熱等11疾病を指定
- 哺乳類、鳥類、げっ歯目又はうさぎ目に属する動物等を輸入する者は厚生労働大臣（検疫所）に輸出国政府機関が発行する衛生証明書を添付の上、必要事項を届出なければならないこととする「動物の輸入届出制度」

#### 病原体等の所持等の規制の整備



- 1～4種病原体等の分類に応じた、所持等の禁止、許可、届出、施設等の基準の遵守による規制
- 病原体等の分類に応じた施設等の基準の設定
- 感染症発生予防規程の整備、病原体等取扱主任者の選任、運搬の届出等の所持者等の義務
- 病原体等取扱施設への立入検査、滅菌譲渡の方法の変更等の措置を命じること等厚生労働大臣等が当該施設等を監督

#### 新型インフルエンザ対策の整備



- 入院等の措置を実施するとともに、政令により1類感染症相当の措置も可能とする
- 感染したおそれのある者に対する健康状況報告要請・外出自粛要請
- 発生及び実施する措置等に関する情報の公表
- 都道府県知事からの経過の報告
- 都道府県知事と検疫所長との連携強化

予防接種

概 要

定期の予防接種の対象疾病及び対象者

疾 病	予防接種対象者
ジフテリア	1 生後3月から生後90月に至るまでの間にある者 2 11歳以上13歳未満の者
百日せき	生後3月から生後90月に至るまでの間にある者
急性灰白髄炎	生後3月から生後90月に至るまでの間にある者
麻 し ん	1 生後12月から生後24月に至るまでの間にある者 2 5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者
風 し ん	1 生後12月から生後24月に至るまでの間にある者 2 5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者
日 本 脳 炎	1 生後6月から生後90月に至るまでの間にある者 2 9歳以上13歳未満の者
破 傷 風	1 生後3月から生後90月に至るまでの間にある者 2 11歳以上13歳未満の者
結 核	生後12月に至るまでの間にある者
H i b 感 染 症	生後2月から生後60月に至るまでの間にある者
肺炎球菌感染症 (小児がかかるものに限る。)	生後2月から生後60月に至るまでの間にある者
水 痘	生後12月から生後36月に至るまでの間にある者
ヒトパピローマウイルス感染症	12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子
インフルエンザ	1 65歳以上の者 2 60歳以上65歳未満の心・腎・呼吸器等に障害がある者
肺炎球菌感染症 (高齢者がかかるものに限る。)	1 65歳の者 2 60歳以上65歳未満の心・腎・呼吸器等に障害がある者

※ 平成7年4月2日から平成19年4月1日までの間に生まれた方について、20歳未満までの間、日本脳炎の定期の予防接種が可能。

詳細データ

予防接種健康被害救済制度の給付の種類と額

A類疾病			B類疾病		
種 類	対象者	給付の内容及び支給額	種 類	対象者	給付の内容及び支給額
医療費	予防接種を受けたことによる疾病について医療を受ける者	健康保険の例により算定した額のうち自己負担相当額	医療費	予防接種を受けたことによる疾病について医療を受ける者	健康保険の例により算定した額のうち自己負担相当額
医療手当	医療費と同じ	入院 1か月のうち8日以上(月額) 36,000円 入院 1か月のうち8日未満(月額) 34,000円 通院 1か月のうち3日以上(月額) 36,000円 通院 1か月のうち3日未満(月額) 34,000円 同一月入通院 (月額) 36,000円	医療手当	医療費と同じ	入院 1か月のうち8日以上(月額) 36,000円 入院 1か月のうち8日未満(月額) 34,000円 通院 1か月のうち3日以上(月額) 36,000円 通院 1か月のうち3日未満(月額) 34,000円 同一月入通院 (月額) 36,000円
障害児 養育年金	予防接種により障害の状態となり、一定の障害を有する18歳未満の者を養育する者	1級 (年額) 1,539,600円 (介護加算額) (年額) (836,500円) 2級 (年額) 1,231,200円 (介護加算額) (年額) (557,700円)	障害年金	予防接種により障害の状態となり、一定の障害を有する18歳以上の者	1級 (年額) 2,736,000円 2級 (年額) 2,188,800円
障害年金	予防接種による障害の状態となり、一定の障害を有する18歳以上の者	1級 (年額) 4,924,800円 (介護加算額) (年額) (836,500円) 2級 (年額) 3,939,600円 (介護加算額) (年額) (557,700円) 3級 (年額) 2,954,400円	遺族年金	予防接種により死亡した者が生計維持者の場合、その遺族に対して支給する。(支給は、10年を限度とする。)	(年額) 2,392,800円
死亡一時金	予防接種による疾病により死亡した者の遺族	43,100,000円	遺族一時金	予防接種により死亡した者が生計維持者でない場合、その遺族に対して支給する。	7,178,400円
葬祭料	予防接種による疾病により死亡した者の葬祭を行う者	206,000円	葬祭料	予防接種による疾病により死亡した者の葬祭を行う者	206,000円

※ B類疾病による健康被害の請求の期限

(注) 1. 医療費及び医療手当の請求の期限は、対象となる費用の支払いが行われた時から5年とする。

2. 遺族年金及び遺族一時金の請求の期限は、予防接種を受けたことにより死亡した者が当該予防接種を受けたことによる疾病又は障害について、医療費、医療手当又は障害年金の支給があった場合には、その死亡の時から2年、それ以外の場合には、その死亡の時から5年とする。



## 結核対策

### 概 要

### 結核予防対策の概要

ア. 定期の健康診断 (ツ反応、エックス線 検査等)	高齢者（65歳以上）、生徒（高校生）・学生、学校、病院等の従事者、 施設入所者
イ. 定期の予防接種 (BCG)	生後12月に至るまでの間にある者
ウ. 患者管理	<div>届 出</div> <div>診 断 時、入院退院時</div> <div>登 録</div> <div>結核登録票、患者の現状把握</div> <div>保 健 指 導</div> <div>家庭訪問、衛生教育等</div> <div>管 理 検 診</div> <div>要経過観察者、治療中断患者等</div>
エ. 発生予防・まん延防止	<div>就 業 制 限 等</div> <div>結核のまん延防止のための患者の就業制限、入院勧告・措置</div> <div>消毒等の措置</div> <div>家屋の消毒、物件の消毒廃棄等</div> <div>立 入 調 査</div> <div>患者調査等</div>
オ. 医 療 (公費負担)	<div>入 院 医 療</div> <div>入院勧告・措置に係る結核患者の医療療養費</div> <div>適 正 医 療</div> <div>結核の適正な医療を普及するための医療費</div>

### 詳細データ① 結核新登録患者数、罹患率、死亡数の推移

年 次	新登録患者数	罹患率	死亡数	死亡率
	(人)	(人口10万対)	(人)	(人口10万対)
1960 (昭和35) 年	489,715	524.2	31,959	34.2
65 ( 40)	304,556	309.9	22,366	22.8
70 ( 45)	178,940	172.3	15,899	15.4
75 ( 50)	108,088	96.6	10,567	9.5
80 ( 55)	70,916	60.7	6,439	5.5
85 ( 60)	58,567	48.4	4,692	3.9
90 (平成 2)	51,821	41.9	3,664	3.0
95 ( 7)	43,078	34.3	3,178	2.6
99 ( 11)	43,818	34.6	2,935	2.3
2000 ( 12)	39,384	31.0	2,656	2.1
01 ( 13)	35,489	27.9	2,491	2.0
02 ( 14)	32,828	25.8	2,317	1.8
03 ( 15)	31,638	24.8	2,337	1.9
04 ( 16)	29,736	23.3	2,330	1.8
05 ( 17)	28,319	22.2	2,296	1.8
06 ( 18)	26,384	20.6	2,269	1.8
07 ( 19)	25,311	19.8	2,194	1.7
08 ( 20)	24,760	19.4	2,220	1.8
09 ( 21)	24,170	19.0	2,159	1.7
10 ( 22)	23,261	18.2	2,129	1.7
11 ( 23)	22,681	17.7	2,166	1.7
12 ( 24)	21,283	16.7	2,110	1.7
13 ( 25)	20,495	16.1	2,087	1.7
14 ( 26)			*2,099	*1.7

資料：＜新登録患者数・罹患率＞厚生労働省健康局「結核登録者情報調査年報集計結果」

＜死亡数・死亡率＞厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

(注) 1. 平成10年以降のデータについては、非定型抗酸菌陽性を除く数値である。

2. \*印は概数である。



詳細データ② 結核罹患率の都道府県別主な順位（平成25年末現在）

	都道府県名	罹患率
罹患率の低い5県	山 梨 県	7.7
	長 野 県	9.1
	宮 城 県	9.6
	北 海 道	10.2
	秋 田 県	10.3
罹患率の高い5県	大 阪 府	26.4
	和 歌 山 県	20.6
	東 京 都	20.1
	長 崎 県	19.9
	兵 庫 県	19.8

詳細データ③ 結核罹患率の国際比較

国 名	罹 患 率
アメリカ	3.1
カナダ	4.7
スウェーデン	5.9
オーストラリア	5.6
オランダ	5.5
デンマーク	6.1
フランス	4.1
イギリス	12.0
日 本	16.7

資料：WHO's global TB database

## エイズ対策

### 概 要

### エイズ対策の概要

## エイズ対策

原因の究明・発生の  
予防及びまん延の防止

- 1 エイズ発生動向調査
- 2 血液凝固異常症実態調査事業
- 3 HIV感染者等保健福祉相談事業
- 4 重点都道府県等連絡協議会
- 5 エイズに関する教育・研修
- 6 保健所等におけるHIV検査・相談事業

医療の  
提供

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1 エイズ治療のための個室病室等の整備</li> <li>2 エイズ治療拠点病院に対する医療機器等の整備</li> <li>3 エイズ治療啓発普及事業</li> <li>4 エイズ治療研究情報網整備</li> <li>5 エイズ治療拠点病院医療従事者海外実地研修</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>6 地方ブロックの拠点病院整備促進事業</li> <li>7 HIV診療医師情報網支援事業</li> <li>8 歯科医療関係者感染症予防講習</li> <li>9 医療提供体制確保</li> <li>10 血友病患者等治療研究</li> </ol> |
|---|--|

研究開発の  
推進

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1 エイズ対策の研究</li> <li>2 政策創薬総合研究</li> <li>3 エイズ発症予防に資するための血液製剤<br/>によるHIV感染者の調査研究事業</li> <li>4 エイズ・結核合併症治療研究事業</li> <li>5 外国人研究者招聘等研究推進事業</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>6 エイズ研究センター運営</li> <li>7 共同利用型高額研究機器整備</li> </ol> |
|---|--|

国際的な  
連携

- 1 国連合同エイズ計画への拠出
- 2 エイズ国際協力計画推進検討事業
- 3 エイズ国際会議研究者等派遣事業

人権の尊重・普及啓発  
及び教育・関係機関と  
の新たな連携

- 1 「世界エイズデー」啓発普及事業
- 2 啓発普及（パンフレットの配布等）
- 3 エイズ対策評価検討
- 4 エイズ予防情報センター事業
- 5 青少年エイズ対策事業
- 6 NGO等への支援事業

都道府県等による  
エイズ対策促進事業

- ・エイズ対策推進協議会等の設置・運営事業
- ・エイズ対策推進に係る研修・人材養成事業
- ・地域のエイズ対策に係る啓発普及活動事業
- ・エイズ治療拠点病院等ケア促進事業

独立行政法人国立国際  
医療研究センター運営

- ・エイズ医療治験研究

## 施策の重点化を図るべき3分野

## 普及啓発及び教育

- 《国が中心となる施策：一般的な普及啓発》
- ・ HIV/エイズに係る基本的な情報・正しい知識の提供
  - ・ 普及啓発手法の開発、普及啓発手法マニュアル作成
- 《地方自治体が中心となる施策：個別施策層に対する普及啓発》
- ・ 青少年、同性愛者への対応

## 検査・相談体制の充実

- 《国が中心となる施策：検査相談に関する情報提供》
- ・ HIV検査普及週間（毎年6/1～7）の創設
  - ・ 検査手法の開発、検査相談手法マニュアル作成
- 《地方自治体が中心となる施策：検査・相談体制の充実強化》
- ・ 利便性の高い検査体制の構築（平日夜間・休日・迅速検査等）
  - ・ 年間検査計画の策定と検査相談の実施

## 医療の提供

- 《国が中心となる施策：新たな手法の開発》
- ・ 外来チーム医療の定着
  - ・ 病診連携のあり方の検討
- 《地方自治体が中心となる施策：都道府県内における総合的な診療体制の確保》
- ・ 中核拠点病院の整備を始めとした都道府県内における医療体制の確保
  - ・ 連絡協議会の設置等による各病院間の連携支援

## 施策の実施を支える新たな手法

- 普及啓発等施策の実施におけるNGO等との連携強化
- 関係省庁間連絡会議の定期的な開催による総合的なエイズ対策の推進
- 感染者・患者数の多い都道府県等との重点的な連携

## 詳細データ① HIV感染者及びAIDS患者の国籍、性別推移

診断区分	国籍	性別	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	合計	合計の%
HIV	日本	男	34	15	35	27	52	108	102	134	147	189	234	261	379	336	475	481	525	636	709	787	931	999	894	956	923	889	963	959	13,180	78.0
		女	11	4	18	10	17	16	22	32	19	41	34	36	45	32	50	40	32	44	32	49	38	34	38	41	42	31	33	35	876	5.2
		計	45	19	53	37	69	124	124	166	166	230	268	297	424	368	525	521	557	680	741	836	969	1,033	932	997	965	920	996	994	14,056	83.2
	外国	男	10	4	21	11	26	45	33	37	47	65	49	58	39	53	59	55	48	62	60	76	76	60	71	59	71	65	97	82	1,439	8.5
		女	0	0	6	18	105	273	120	95	64	81	80	67	67	41	37	38	35	38	31	40	37	33	18	19	20	17	13	15	1,408	8.3
AIDS	日本	男	6	9	15	18	24	36	53	91	108	156	170	158	212	239	221	232	252	290	291	335	343	359	386	421	419	387	438	409	6,086	79.5
		女	3	2	2	3	0	1	5	9	11	15	12	10	12	21	24	20	19	19	11	20	22	19	15	15	16	18	11	13	348	4.5
		計	9	11	17	21	24	37	58	100	119	171	182	168	224	260	245	252	271	309	302	355	365	378	401	436	435	405	449	422	6,434	84.0
	外国	男	3	3	4	10	14	13	19	28	33	45	39	42	46	41	61	36	39	54	49	33	34	32	21	29	21	31	28	26	837	10.9
		女	2	0	0	0	0	1	9	8	17	18	29	21	31	28	26	20	26	22	16	18	19	21	9	4	17	11	7	7	387	5.1
	合計	男	5	3	4	10	14	14	28	36	50	63	68	63	77	69	87	56	65	76	65	51	53	53	30	33	38	42	35	33	1,224	16.0
		女	14	14	21	31	38	51	86	136	169	234	250	231	301	329	332	308	336	385	367	406	418	431	431	469	473	447	484	455	7,658	100.0
		計	19	17	25	41	52	65	114	172	219	292	299	294	378	391	419	364	401	411	421	461	494	514	493	512	511	521	512	518	8,882	116.0

資料：厚生労働省エイズ動向委員会「平成26年エイズ発生動向年報」

(注) 凝固因子製剤による感染者・患者数を除く。

## 詳細データ② 世界のエイズ患者の状況（2013年末現在、UNAIDS報告）

地域		HIV感染者数 (成人・子供)	新規HIV感染者数 (成人・子供)	成人HIV陽性率 (%)	AIDSによる死亡者数 (成人・子供)
サハラ以南アフリカ	2013年	2,470万 [23,500,000—26,100,000]	150万 [1,300,000—1,600,000]	4.7 [4.4—4.9]	110万 [1,000,000—1,300,000]
	2005年	2,320万 [22,000,000—24,600,000]	220万 [2,100,000—2,300,000]	5.6 [5.4—5.9]	180万 [1,700,000—2,000,000]
アジア・太平洋	2013年	480万 [4,100,000—5,500,000]	35万 [250,000—510,000]	0.2 [0.2—0.2]	25万 [210,000—290,000]
	2005年	450万 [4,100,000—4,900,000]	37万 [330,000—430,000]	0.2 [0.2—0.2]	34万 [300,000—400,000]
ラテンアメリカ	2013年	160万 [1,400,000—2,100,000]	94,000 [71,000—170,000]	0.4 [0.4—0.6]	47,000 [39,000—75,000]
	2005年	130万 [1,200,000—1,600,000]	97,000 [83,000—130,000]	0.4 [0.4—0.5]	68,000 [60,000—96,000]
西欧・中欧・北アメリカ	2013年	230万 [2,000,000—3,000,000]	88,000 [44,000—160,000]	0.3 [0.3—0.5]	27,000 [23,000—34,000]
	2005年	180万 [1,600,000—2,100,000]	95,000 [70,000—130,000]	0.3 [0.3—0.4]	28,000 [24,000—32,000]
東欧・中央アジア	2013年	110万 [980,000—1,300,000]	11万 [86,000—130,000]	0.6 [0.6—0.8]	53,000 [43,000—69,000]
	2005年	83万 [720,000—980,000]	10万 [85,000—120,000]	0.5 [0.4—0.6]	51,000 [43,000—62,000]
カリブ海沿岸	2013年	25万 [230,000—280,000]	12,000 [9,400—14,000]	1.1 [0.9—1.2]	11,000 [8,300—14,000]
	2005年	27万 [230,000—320,000]	19,000 [17,000—23,000]	1.2 [1.0—1.5]	23,000 [20,000—28,000]
中東・北アフリカ	2013年	23万 [160,000—330,000]	25,000 [14,000—41,000]	0.1 [<0.1—0.2]	15,000 [10,000—21,000]
	2005年	16万 [110,000—230,000]	23,000 [17,000—29,000]	<0.1 [<0.1—0.1]	8,800 [5,500—16,000]
合 計	2013年	3,500万 [33,200,000—37,200,000]	210万 [1,900,000—2,400,000]	0.8 [0.7—0.8]	150万 [1,400,000—1,700,000]
	2005年	3,210万 [30,500,000—34,000,000]	290万 [2,700,000—3,100,000]	0.8 [0.8—0.8]	240万 [2,200,000—2,600,000]

( ) 内の範囲に実際の数値が存在する。推計値・範囲は現在入手可能な最良のデータを基にして算出された。

資料：UNAIDS「The Gap Report」

## 新型インフルエンザ対策

### 概 要

### 新型インフルエンザ対策

#### 新型インフルエンザについて

これまで人の間で流行を起こしたことがないインフルエンザウイルスが、新たに人から人に感染するようになったものを新型インフルエンザという。毎年流行を繰り返す季節性のインフルエンザと異なり、ほとんどの人がそのウイルスに対する免疫をもっていないため、ウイルスが人から人へ効率よく感染し、世界的大流行（パンデミック）となるおそれがある。近年、アジア、中東、アフリカを中心に鳥から人に感染する高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）が散発的に発生している。そのウイルスが変異して人から人に感染するようになった場合、国民の生命及び健康、並びに国民生活及び国民経済に重大な影響を与えるおそれがあるため、国として下記の対策を行っている。

（政府行動計画上の想定）

医療機関を受診する患者数	約1,300～2,500万人
入院患者数	約53～200万人
死亡者数	約17～64万人

#### 主な経緯

2005年12月	「新型インフルエンザ対策行動計画」策定（鳥インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議）
2008年5月	感染症法・検疫法改正（新型インフルエンザについて、新たな感染症の類型として「新型インフルエンザ等感染症」を規定し、入院勧告等の措置、停留等の水際対策などを法的に整備。また鳥一人感染のH5N1型インフルエンザを「鳥インフルエンザ（H5N1）」として二類感染症に規定）
2009年2月	感染症法の改正を受け、「新型インフルエンザ対策行動計画」（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）を抜本的に改定
2009年4月	新型インフルエンザ（A/H1N1）発生
2011年3月	3月31日をもって、感染症法における「新型インフルエンザ等感染症」と認められなくなった旨の公表を行い、通常の季節性インフルエンザ対策に移行
2011年7月	予防接種法改正（新型インフルエンザ（A/H1N1）と同等の感染力は強いが、病原性の高い新型インフルエンザを想定した新たな臨時接種について規定）
2011年9月	新型インフルエンザ（A/H1N1）対策の経験等も踏まえ、「新型インフルエンザ対策行動計画」（新型インフルエンザ対策閣僚会議）を改定
2012年4月	「新型インフルエンザ等対策特別措置法」が成立（新型インフルエンザ等の発生時の特別な措置等を法的に整備）
2013年6月	「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」策定（閣議決定） 「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」策定（新型インフルエンザ等及び鳥インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議）

#### 主な予算事業

新型インフルエンザ医療機関等の体制整備	都道府県が確保した新型インフルエンザ患者入院医療機関等において、必要な病床及び医療資機材等の整備
新型インフルエンザ対策の普及啓発	個人や一般家庭、事業者などに対する普及啓発、医療現場などに国からの情報を直接届けるためのメールマガジンの発行
抗インフルエンザウイルス薬の備蓄	平成26年度までに国と都道府県を合わせて約6,800万人分を備蓄
プレパンデミックワクチンの製造・備蓄	平成26年度末の時点で、ベトナム株・インドネシア株（平成25年度製造）約1,000万人分、チンハイ株（平成24年度製造）約1,000万人分及びアンフィ株（平成26年度製造）約1,000万人分を備蓄。
パンデミックワクチンの生産体制整備	全国民分を約半年で生産できるよう細胞培養法の実用化体制整備

## 臓器移植及び造血幹細胞移植

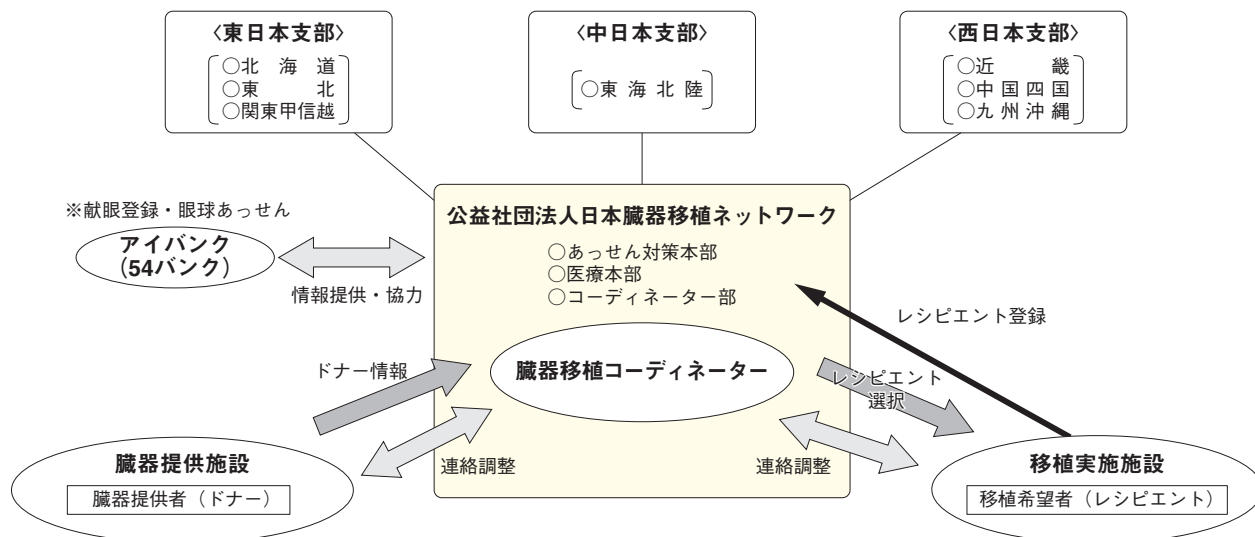
### 概 要

### 臓器移植体制

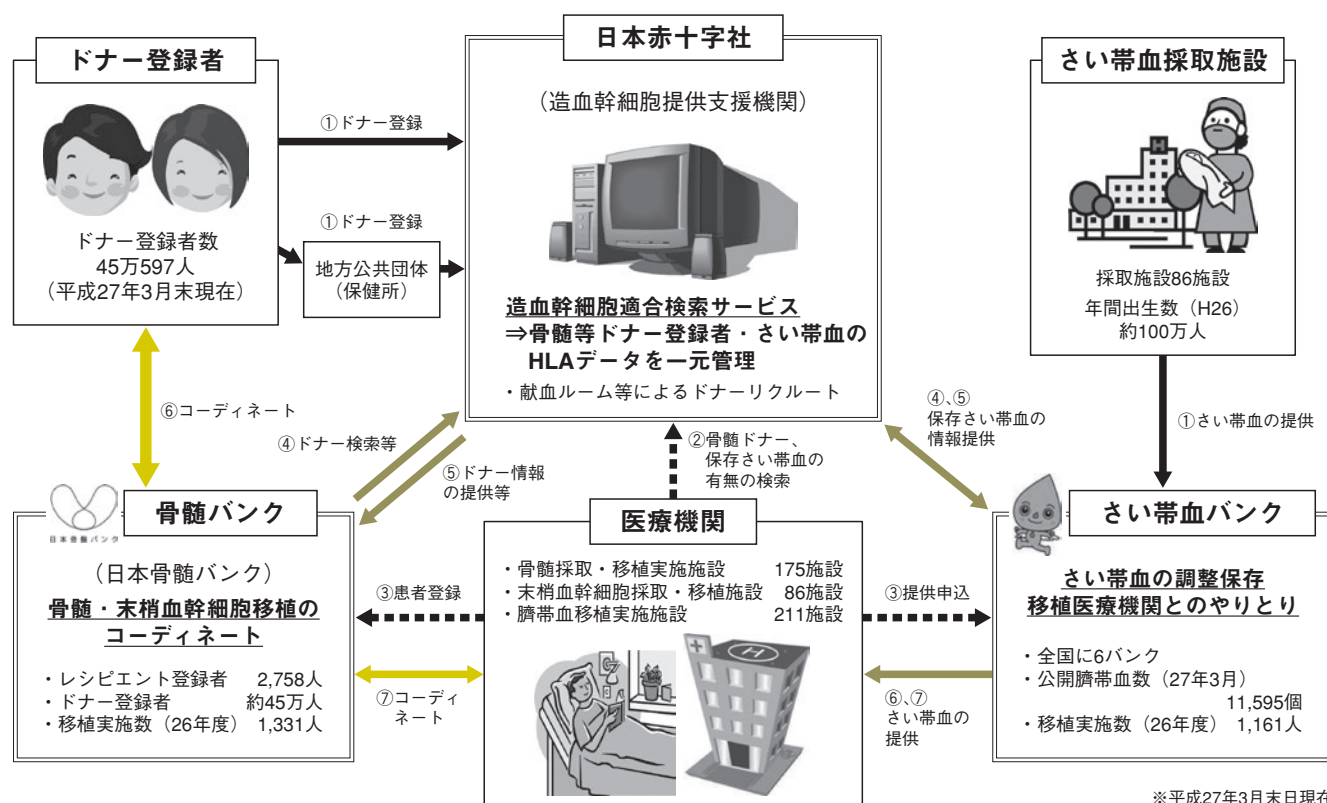
#### [臓器移植体制]

従前の腎臓移植体制を見直し、平成7年度から新たに全国を一元化した腎臓移植体制（ネットワーク）が発足した。さらに、平成9年10月に施行された「臓器の移植に関する法律」により多臓器移植が可能となり、それに対応したネットワークへと拡大を図った。現在、臓器移植については公益社団法人日本臓器移植ネットワークが中心となり、統一的な基準に基づき移植を受ける患者を選択するなど、公平かつ適正な臓器のあっせんを行っている。また、眼球（角膜等）の移植については別途全国54カ所のアイバンクが普及啓発を含むあっせん業務を行っている。

日本臓器移植ネットワーク体系図



造血幹細胞移植の実施体制



※平成27年3月末日現在



## 詳細データ① 臓器移植の累計件数

	臓器提供者数		移植実施件数		待機患者数
		うち脳死下		うち脳死下	
心臓	236名	236名	236件	236件	385名
肺	207名	207名	253件	253件	245名
肝臓	263名	263名	280件	280件	387名
腎臓	1,604名	294名	2,962件	578件	12,849名
脾臓	223名	219名	222件	219件	201名
小腸	13名	13名	13件	13件	5名
眼球（角膜）	16,742名	131名	27,006件	244件	1,836名

資料：（公社）日本臓器移植ネットワーク、（公財）日本アイバンク協会調べ

- （注） 1. 臓器提供者数、移植実施件数は、平成9年10月16日（臓器移植法施行の日）から平成27年3月31日までの累計、移植待機患者数は平成27年3月31日現在数である。
2. 臓器移植法に基づく脳死判定事例は、臓器移植法の施行の日から平成27年3月31日までに全国で320例行われている。なお、第8例目については、法的脳死判定が行われ法的に脳死と判定されたが、医学的理由により臓器の摘出が行われなかったため、臓器提供者数には含まれていない。
3. 脾臓及び腎臓の臓器提供者数、移植実施件数及び待機患者数については脾臓と腎臓の同時移植を含む。
4. 心臓及び肺の臓器提供者数、移植実施件数及び待機患者数については心臓と肺の同時移植を含む。

## 詳細データ② 造血幹細胞移植の実施件数の推移

	ドナー（提供者）		移植件数		
	骨髄提供登録者数	さい帯血公開数	骨髄	末梢血幹細胞	さい帯血
平成3年度	3,176	—	—	—	—
平成4年度	19,829	—	8	—	—
平成5年度	46,224	—	112	—	—
平成6年度	62,482	—	231	—	—
平成7年度	71,174	—	358	—	—
平成8年度	81,922	—	363	—	1
平成9年度	94,822	—	405	—	19
平成10年度	114,354	—	482	—	77
平成11年度	127,556	—	588	—	117
平成12年度	135,873	4,343	716	—	165
平成13年度	152,339	8,384	749	—	221
平成14年度	168,413	13,431	739	—	296
平成15年度	186,153	18,424	737	—	699
平成16年度	204,710	21,335	851	—	674
平成17年度	242,858	24,309	908	—	658
平成18年度	276,847	26,816	963	—	732
平成19年度	306,397	29,197	1,027	—	762
平成20年度	335,052	31,149	1,118	—	859
平成21年度	357,378	32,793	1,232	—	895
平成22年度	380,457	32,994	1,191	1	1,075
平成23年度	407,871	29,560	1,269	3	1,107
平成24年度	429,677	25,385	1,323	15	1,199
平成25年度	444,143	13,281	1,324	19	1,134
平成26年度	450,597	11,595	1,269	62	1,161
累 計	—	—	17,963	100	11,851

資料：（公財）日本骨髄バンク、日本赤十字社調べ

※平成8～10年度のさい帯血関係データはさい帯血バンクネットワーク設立前に各バンクが扱った数

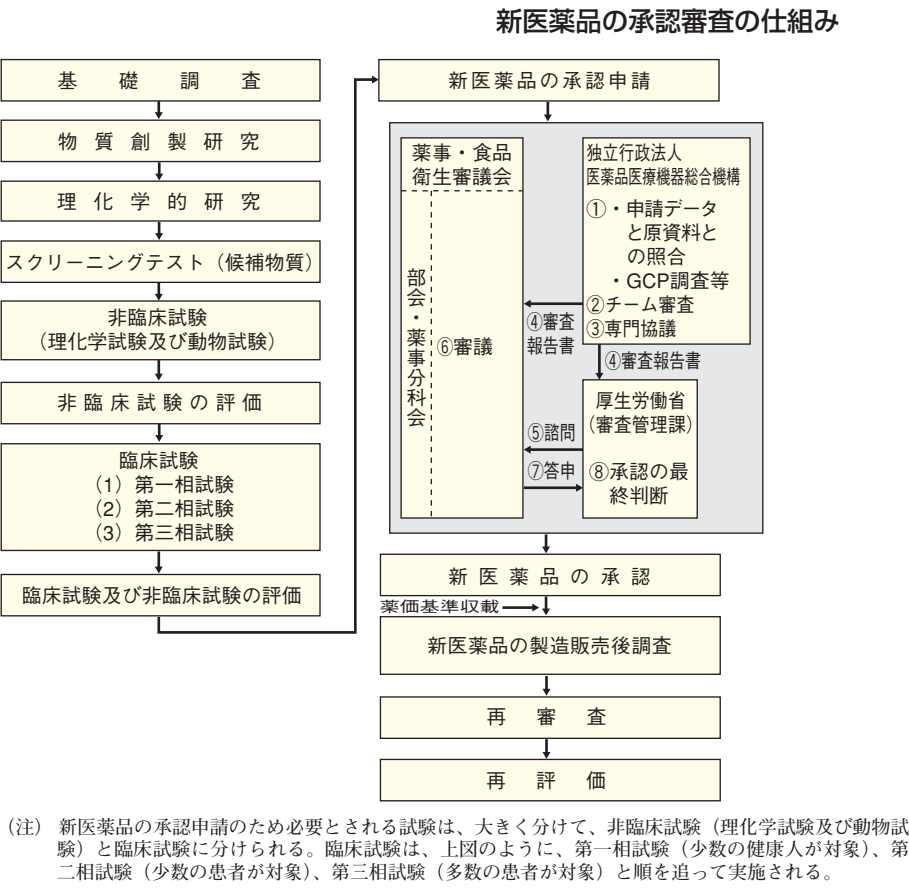
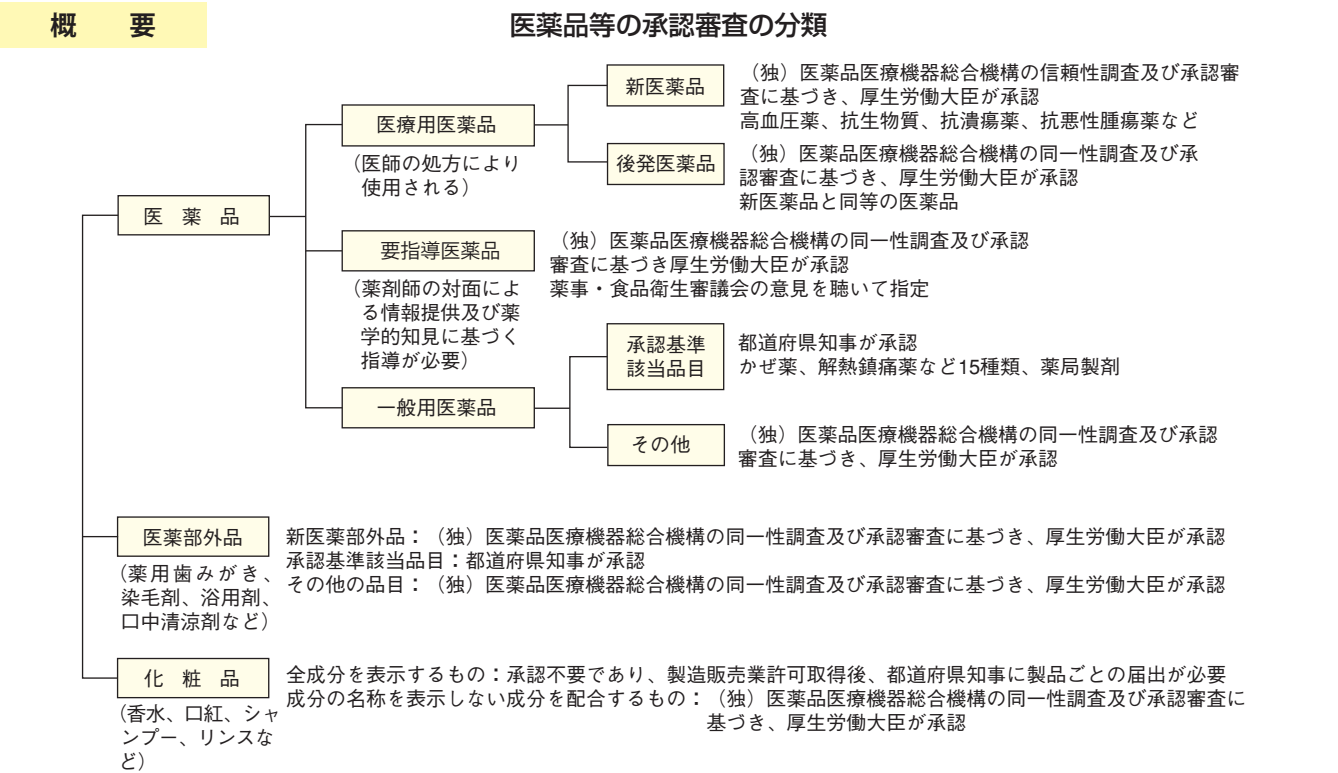
※ドナー（提供者）については年度末の数

②

保健医療

(4) 医薬品等

医薬品・医薬部外品・化粧品の承認・許可制度



**[新医薬品の承認審査]**  
新医薬品の品質・有効性及び安全性については、特に慎重な検討を必要とするため、基礎や臨床関係の多くの資料に基づいて、医学・薬学・獣医学・統計学の専門家からなる薬事・食品衛生審議会(厚生労働大臣の諮問機関)で審議を行い、その結果に基づいて厚生労働大臣が承認の可否を決定する仕組みとなっている。  
非臨床試験のうち、動物(を用いた毒性)試験の実施に対しては「医薬品の安全性に関する非臨床試験の実施の基準」、臨床試験の実施に対しては「医薬品の臨床試験の実施の基準」が省令で定められており、それぞれの試験が適正に実施されるように規制されている。

**[医薬品等の製造販売業、製造業の許可]**  
医薬品等の承認・許可制度が見直され、平成17年4月から、製品を市場へ出荷する製造販売業と、製造行為を行う製造業とに分離された。  
許可に当たっては、製造販売業は品質管理、製造販売後安全管理の方法について、また、製造業は製造所の構造設備、製造管理及び品質管理の方法について、基準に適合することが調査される。  
製造販売業の許可、一部の高度な製造技術を要するものを除く製造業の許可は、都道府県知事が与える。

### 詳細データ① 医薬品等の製造販売業許可数

(平成26年末現在)

種 別	医薬品			医薬部外品	化粧品	計
	第1種医薬品	第2種医薬品				
製造販売業	1,182	271	911	1,394	3,612	6,188

資料：厚生労働省医薬食品局調べ。

(注) 都道府県知事が許可を与えることとなっている。(平成17年4月1日～)

②

保健医療

### 詳細データ② 医薬品等の製造・輸入・製造販売の承認の実績(平成26年)

		医療用医薬品	一般用医薬品	医薬部外品	化粧品
製造	承認	0	0	0	0
	一部変更承認	0	0	0	0
	計	0	0	0	0
輸入	承認	0	0	0	0
	一部変更承認	1	0	0	0
	計	1	0	0	0
製造 販売 承認	承認	1,362	672	1,735	0
	一部変更承認	2,279	207	141	0
	計	3,641	879	1,876	0

資料：厚生労働省医薬食品局調べ。

(注) 体外診断用医薬品を除く。

### 詳細データ③ 医薬品等の製造業許可数

(平成26年末現在)

区 分	医薬品	医薬部外品	化粧品	計
製 造 業	2,256	1,730	3,496	7,482

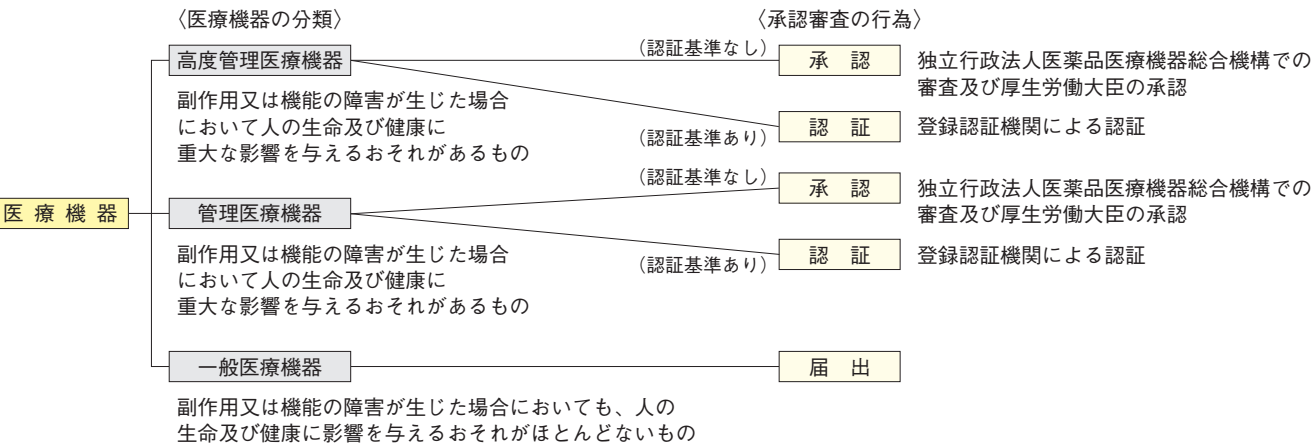
資料：厚生労働省医薬食品局調べ。

(注) 平成7年4月1日から、都道府県知事が許可を与えることとなった。(但し、医薬品の一部を除く)

# 医療機器の承認・許可制度

## 概 要

## 医療機器の承認審査の仕組み



## 詳細データ① 医療機器の製造販売業許可数

(平成26年末現在)

種 別	第1種医療機器	第2種医療機器	第3種医療機器	計
製造販売業	661	1,007	910	2,578

資料：厚生労働省医薬食品局調べ。

(注) 都道府県知事が許可を与えることとなっている。(平成17年4月1日～)

## 詳細データ② 医療機器の製造・輸入・製造販売の承認の実績（平成26年）

		医療機器
製造	承認	0
	一部変更承認	0
	計	0
輸入	承認	0
	一部変更承認	0
	計	0
製造販売承認	承認	652
	一部変更承認	677
	計	1,329

資料：厚生労働省医薬食品局調べ。

## 詳細データ③ 医療機器の製造業等許可数

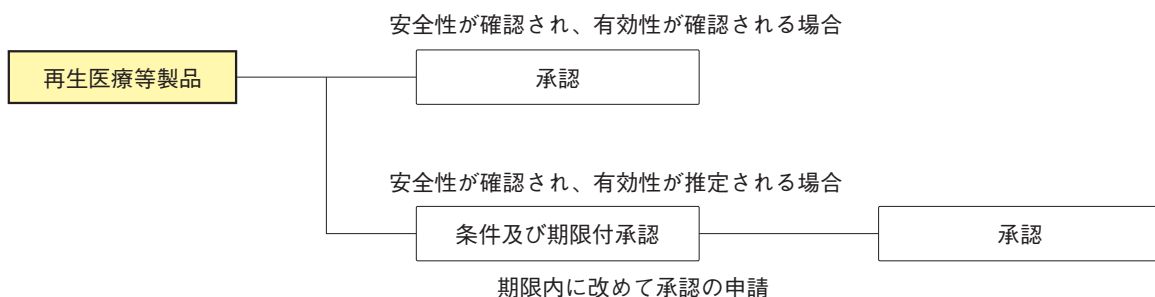
	医療機器
製 造 業	3,809
修 理 業	6,514

資料：厚生労働省医薬食品局調べ。(平成26年末現在)

(注) 平成9年4月から、都道府県知事が許可を与えることとなった。(但し、一部を除く)

## 概 要

## 再生医療等製品の承認審査の仕組み



## 詳細データ①

## 再生医療等製品の製造販売業許可数

	再生医療等製品
製造販売業	1

資料：厚生労働省医薬食品局調べ

(注) 都道府県知事が許可を与えることとなっている。

## 詳細データ②

## 再生医療等製品の製造販売承認の実績（平成26年）

	再生医療等製品
製造販売承認	0
製造販売承認一部変更承認	0
計	0

資料：厚生労働省医薬食品局調べ

## 詳細データ③

## 再生医療等製品の製造業許可数

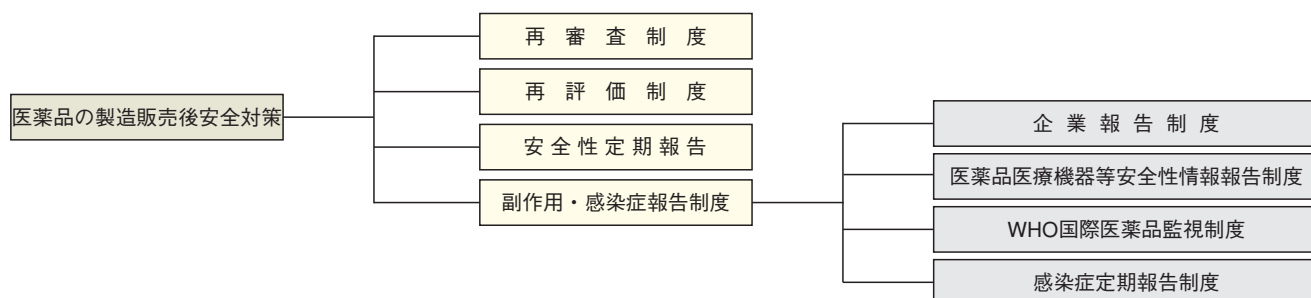
	再生医療等製品
製造業	1

資料：厚生労働省医薬食品局調べ

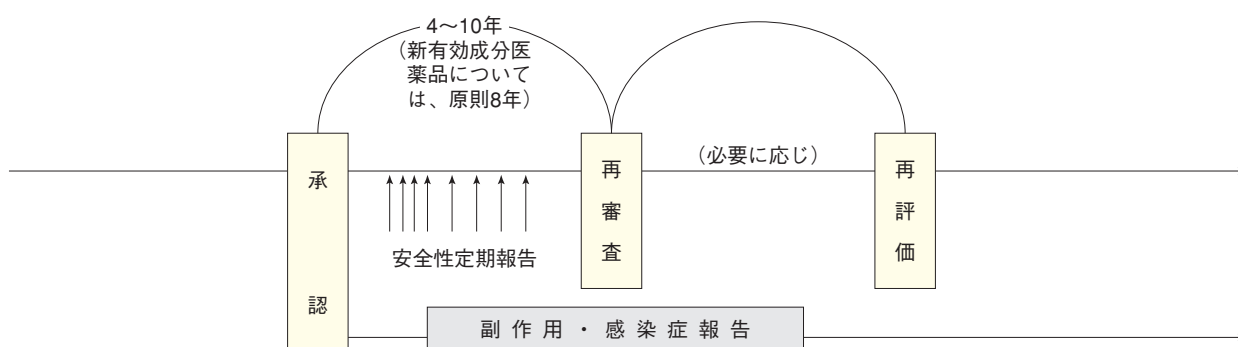
## 医薬品・医療機器の製造販売後対策

## 概要

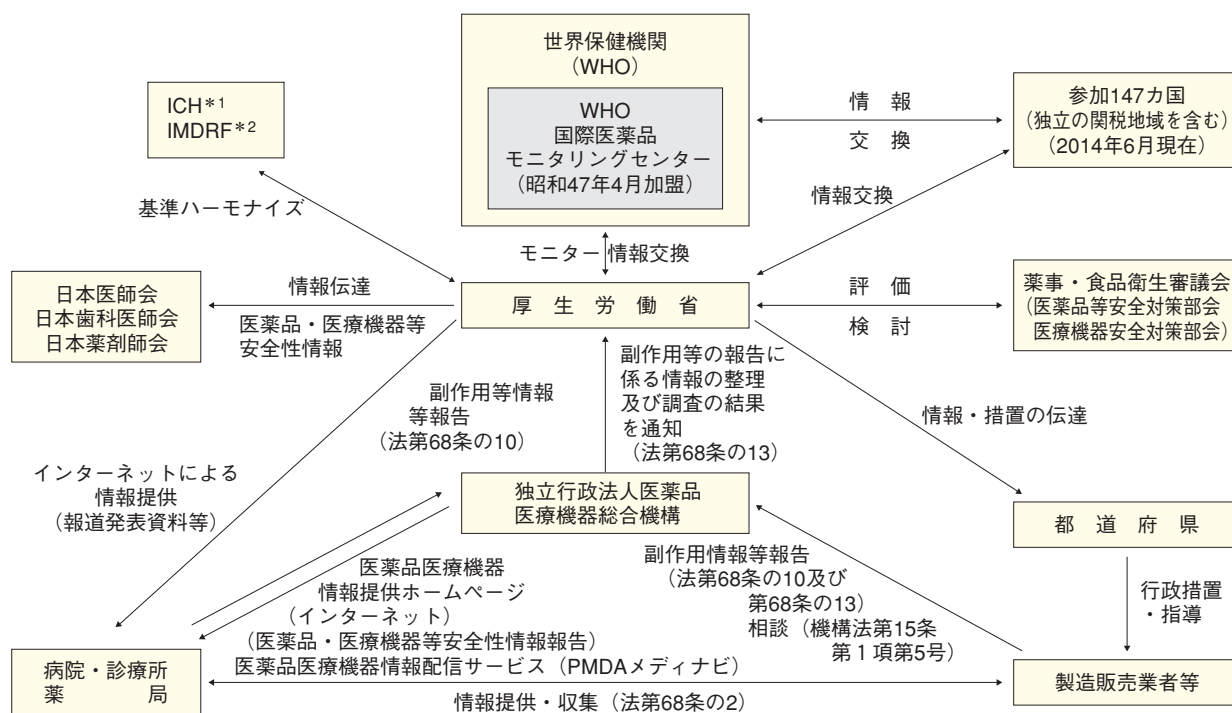
## 医薬品の製造販売後の安全対策の仕組み



## 医薬品の製造販売後調査と再審査・再評価の流れ



## 副作用等報告制度の概略



\*1：日米EU医薬品規制ハーモナイズション国際会議  
\*2：国際医療機器規制当局フォーラム



## 詳細データ① 医療用医薬品再審査結果一覧表

(平成26年度末現在)

再審査結果件数（品目数）		
有用性が認められるもの	承認事項の一部を変更すれば 有用性が認められるもの	有用性が認められないもの
3,314	142	0

※同一品目で再審査が複数回実施された場合は、重複して計数している。

資料：厚生労働省医薬食品局調べ。

## 詳細データ② 医療用医薬品再評価結果一覧表

(平成26年度末現在)

## ①第一次再評価

	終了成分数又は処方数	終了品目数
総数	1,819	19,612
医療用単味剤	1,159	18,196
医療用配合剤	660	1,443

## ②第二次再評価

	終了成分数又は処方数	終了品目数
総数	131	1,860
医療用単味剤	108	1,668
医療用配合剤	23	192

## ③新再評価

	成分数	終了品目数
総数	1,113	9,206
薬効再評価	475	4,616
品質再評価	638	4,590

資料：厚生労働省医薬食品局調べ。

- (注) 1. 第1次再評価（昭和48年11月～平成7年9月）：昭和42年9月30日以前に承認された成分を対象。  
2. 第2次再評価（昭和63年1月～平成8年3月）：昭和42年10月1日以降昭和55年3月31日までに承認された成分を対象。  
3. 新再評価（平成2年12月～平成26年7月）：すべての成分を対象。

## 詳細データ③ 最近5年間の医薬品の副作用等報告数の推移

年 度	製造販売業者からの報告（単位：件）					医薬関係者からの副作用報告 <sup>注2)</sup> （単位：例）
	副作用報告 <sup>注1)</sup>	感染症報告 <sup>注1)</sup>	研究報告	外国措置報告	感染症定期報告	
平成22年度	34,578	99	940	1,033	1,101	4,809
23年度	36,641	100	841	1,347	1,089	5,231
24年度	41,254	159	884	1,134	1,117	4,147
25年度	38,329	98	962	1,317	1,138	5,420
26年度	49,198	78	1,099	1,219	1,098	6,180

注1) 国内症例の報告

注2) 平成21年度から平成24年度は、インフルエンザワクチン（新型を含む。）の予防接種法上の任意接種、接種事業における副反応及び子宮頸がん予防ワクチン、Hib（ヒブ）ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンのワクチン接種緊急促進事業における副反応について、厚生労働省で一元的に報告を収集したものを含む。また、平成25年度より、全てのワクチンに係る予防接種後の副反応報告を「医薬関係者からの報告」に合算。

資料：厚生労働省医薬食品局調べ。

## 詳細データ④ 最近5年間の医療機器の不具合等報告数の推移

(単位：件)

年 度	製造販売業者からの報告（単位：件）					医薬関係者からの 不具合報告（単位：例）
	不具合報告 <sup>注1)</sup>	感染症報告 <sup>注2)</sup>	研究報告	外国措置報告	感染症定期報告	
平成22年度	14,811	0	27	978	58	374
23年度	16,068	0	2	1,060	62	385
24年度	22,234	0	3	1,337	69	522
25年度	25,554	0	5	1,669	75	489
26年度	30,618	0	20	1,779	73	420

注1) 不具合報告には外国症例も含む。

注2) 国内症例の報告

資料：厚生労働省医薬食品局調べ。

②

保健医療

## 詳細データ⑤ 最近1年間の再生医療等製品の不具合等報告数

再生医療等製品<sup>注1)</sup>

年 度	製造販売業者からの報告 (単位：件)					医薬関係者からの 不具合報告 (単位：例)
	不具合報告 <sup>注2)</sup>	感染症報告 <sup>注3)</sup>	研究報告	外国措置報告	感染症定期報告	
26年度	12	0	0	0	5	0

注1) 平成26年11月25日の医薬品医療機器法施行後の報告件数

注2) 再生医療等製品の不具合報告には、外国症例も含む。

注3) 国内症例の報告

## 医薬品副作用被害救済制度及び生物由来製品感染等被害救済制度

## 概 要

## [医薬品副作用被害救済制度]

医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用による健康被害に対し、民事責任とは切り離して、各種の救済給付を行い、患者または家族の迅速な救済を図ることを目的としている。

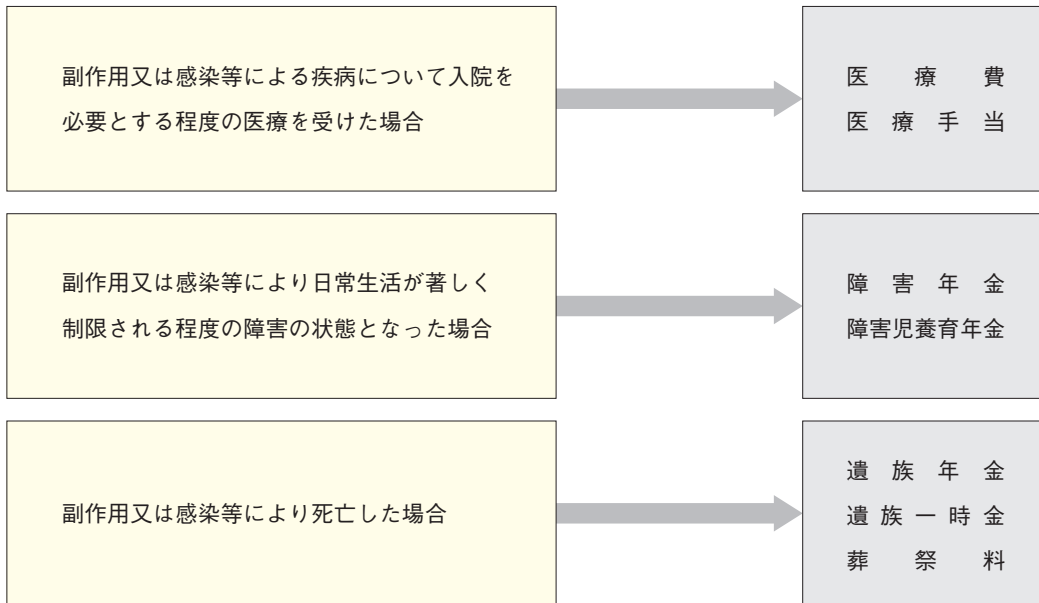
## [生物由来製品感染等被害救済制度]

生物由来製品を適正に使用したにもかかわらず発生した感染等による健康被害に対し、民事責任とは切り離して、各種の救済給付を行い、患者または家族の迅速な救済を図ることを目的としている。

## [実施主体]

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

## [救済給付の種類]



## [既発生被害の救済に関する業務]

昭和54年から、スモン被害の和解患者に対して製薬企業及び国から委託を受け、健康管理手当等の支払などを行っている。

## [血液製剤によるエイズ患者等のための救済事業等]

平成5年度から、エイズ発症前の血液製剤によるHIV（エイズウイルス）感染者に対し、日常生活の中での発症予防・健康管理のため、健康管理費用を支給し、健康状態を報告してもらうことによりHIV感染者の発症予防に役立てるための調査研究を行っている。  
また、平成8年度からエイズ発症者で裁判上の和解が成立した者に対し、エイズ発症に伴う健康の管理に必要な費用の負担を軽減するための健康管理支援事業を行っている。

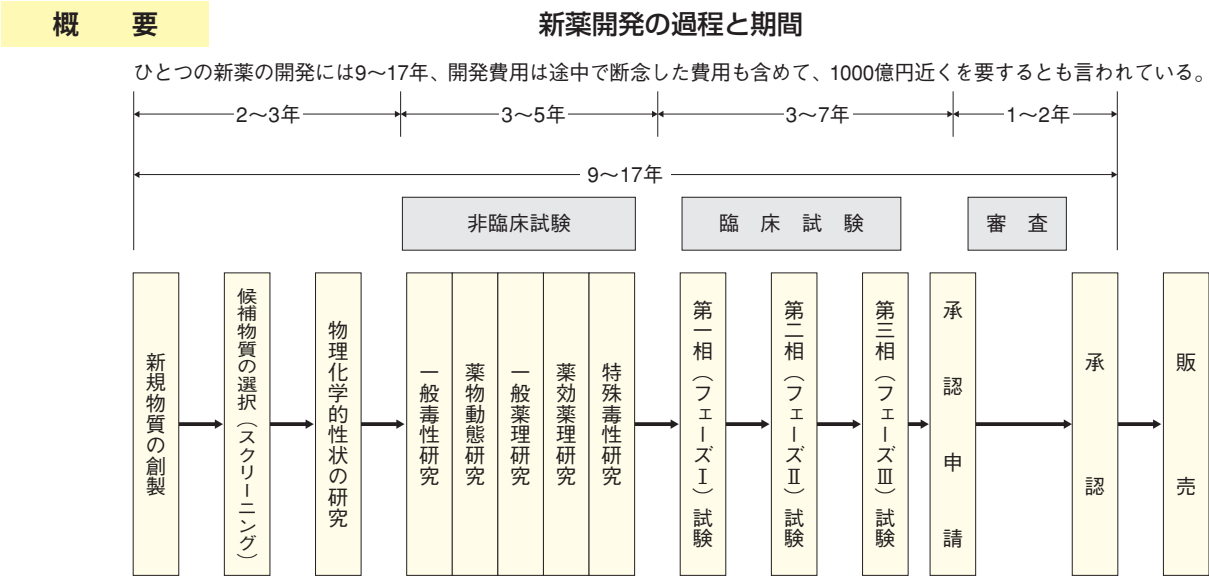
## 詳細データ

## 医薬品副作用被害救済給付状況の推移（各年度末現在）

	1980(昭和55) ～96(平成8)年度	1997 (平成9)	1998 (平成10)	1999 (平成11)	2000 (平成12)	2001 (平成13)	2002 (平成14)	2003 (平成15)	2004 (平成16)	2005 (平成17)	2006 (平成18)	2007 (平成19)	2008 (平成20)	2009 (平成21)	2010 (平成22)	2011 (平成23)	2012 (平成24)	2013 (平成25)	2014 (平成26)
支給金額 (千円)	6,058,217	797,557	928,986	920,419	935,148	1,022,185	1,055,985	1,204,243	1,262,647	1,587,567	1,582,956	1,696,525	1,798,706	1,783,783	1,867,190	2,058,389	1,920,771	1,959,184	2,113,286
請求件数 (件)	2,665	399	361	389	480	483	629	793	769	760	788	908	926	1,052	1,018	1,075	1,280	1,371	1,412
支給件数 (件)	2,076	294	306	289	343	352	352	465	513	836	676	718	782	861	897	959	997	1,007	1,204

資料：独立行政法人医薬品医療機器総合機構調べ。

# 医薬品の研究開発と医薬品産業



詳細データ

医薬品製造販売業等の規模別内訳

区 分	企 業 数 (社)		医薬品売上高 (億円)		うち医療用医薬品 (億円)	
		構成比		構成比		構成比
資本金1億円未満	163	48.4%	3,792	2.7%	2,286	1.9%
1～50億円	114	33.8%	32,933	23.9%	26,353	22.4%
50億円以上	60	17.8%	101,359	73.4%	89,058	75.7%
合 計	337	100.0%	138,084	100.0%	117,697	100.0%

資料：厚生労働省医政局「平成25年度医薬品産業実態調査報告書」  
 (注) 平成26年3月31日現在において薬事法に基づき医薬品製造販売業の許可を受けて医薬品を製造販売している者のうち、日本製薬団体連合会の業態別団体（14団体）に加盟している企業を対象とした。

## 医療機器

## 概 要

## 医療機器の生産額等

(単位：億円、%)

年 次	生産額	前年比	輸出額	輸入額	国内出荷額
1979（昭和54）年	5,669	23.1	—	—	—
1989（平成元）年	12,195	9.9	2,266	2,972	12,819
1999（平成10）年	15,075	-0.4	3,273	8,345	19,298
2005（平成17）年	15,724	2.5	4,739	10,120	20,695
2006（平成18）年	16,883	7.4	5,275	10,979	24,170
2007（平成19）年	16,845	-0.2	5,750	10,220	21,727
2008（平成20）年	16,924	0.5	5,592	10,907	22,001
2009（平成21）年	15,762	-6.9	4,752	10,750	21,829
2010（平成22）年	17,134	8.7	4,534	10,554	22,856
2011（平成23）年	18,085	5.5	4,809	10,584	23,525
2012（平成24）年	18,952	4.8	4,901	11,884	25,894
2013（平成25）年	19,055	0.5	5,305	13,008	26,722

資料：厚生労働省医政局「平成25年薬事工業生産動態統計年報」

## 詳細データ

## 医療機器分類別生産金額

(単位：億円、%)

分 類	生産金額	構成比	代表例
1 処置用機器	4,843	25.4	滅菌済み血管処置用チューブ及びカテーテル、 滅菌済み輸液セット
2 画像診断システム	2,913	15.3	全身用X線CT装置、 汎用超音波画像診断装置
3 生体機能補助・代行機器	2,618	13.7	ステント 人工股関節
4 生体現象計測・監視システム	2,542	13.3	電子内視鏡、 血圧計
5 医用検体検査機器	1,471	7.7	ディスクリット方式臨床化学自動分析装置、 血球計数装置
6 歯科材料	1,201	6.3	歯科鑄造用金銀パラジウム合金、 歯科用セラミックス
7 家庭用医療機器	830	4.4	家庭用電気マッサージ器、 耳穴型補聴器
8 画像診断用X線関連装置及び用具	583	3.2	画像記録用フィルム、 直接撮影用フィルム
9 眼科用品及び関連製品	557	2.9	視力補正用眼鏡レンズ、 コンタクトレンズ
10 その他	1,497	7.8	
合 計	19,055	100.0	

資料：厚生労働省医政局「平成25年薬事工業生産動態統計年報」

## 医薬分業

### 概 要

### 医薬分業の体制

医薬分業とは、医師が患者に処方せんを交付し、薬局の薬剤師がその処方せんに基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し国民医療の質的向上を図るものである。

#### [医薬分業の利点]

- 1) 使用したい医薬品が手元に無くても、患者に必要な医薬品を医師・歯科医師が自由に処方できること。
- 2) 処方せんを患者に交付することにより、患者自身が服用している薬について知ることができること。
- 3) 「かかりつけ薬局」において薬歴管理を行うことにより、複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無の確認などができ、薬物療法の有効性・安全性が向上すること。
- 4) 病院薬剤師の外来調剤業務が軽減することにより、本来病院薬剤師が行うべき入院患者に対する病棟活動が可能となること。
- 5) 薬の効果、副作用、用法などについて薬剤師が、処方した医師・歯科医師と連携して、患者に説明（服薬指導）することにより、患者の薬に対する理解が深まり、調剤された薬を用法どおり服用することが期待でき、薬物療法の有効性、安全性が向上すること。

### 詳細データ

### 薬局数及び処方せん枚数の推移

年 次	薬局数	処方せん枚数 (万枚/年)	1,000人当たり処方 せん枚数 (枚/月)	医薬分業率全国平均 (%)
1989 (平成元) 年度	36,670	13,542	95.2	11.3
1990 (平成 2) 年度	36,981	14,573	105.4	12.0
1991 (平成 3) 年度	36,979	15,957	111.7	12.8
1992 (平成 4) 年度	37,532	17,897	125.8	14.1
1993 (平成 5) 年度	38,077	20,149	140.6	15.8
1994 (平成 6) 年度	38,773	23,501	161.0	18.1
1995 (平成 7) 年度	39,433	26,508	182.5	20.3
1996 (平成 8) 年度	40,310	29,643	210.0	22.5
1997 (平成 9) 年度	42,412	33,782	238.1	26.0
1998 (平成10) 年度	44,085	40,006	278.8	30.5
1999 (平成11) 年度	45,171	45,537	307.3	34.8
2000 (平成12) 年度	46,763	50,620	348.6	39.5
2001 (平成13) 年度	48,252	55,960	393.7	44.5
2002 (平成14) 年度	49,332	58,462	393.0	48.8
2003 (平成15) 年度	49,956	59,812	418.8	51.6
2004 (平成16) 年度	50,600	61,889	368.7	53.8
2005 (平成17) 年度	51,233	64,508	425.2	54.1
2006 (平成18) 年度	51,952	66,083	442.5	55.8
2007 (平成19) 年度	52,539	68,375	481.0	57.2
2008 (平成20) 年度	53,304	69,436	483.0	59.1
2009 (平成21) 年度	53,642	70,222	494.1	60.7
2010 (平成22) 年度	53,067※	72,939	486.6	63.1
2011 (平成23) 年度	54,780	74,689	498.3	65.1
2012 (平成24) 年度	55,797	75,888	533.3	66.1
2013 (平成25) 年度	57,071	76,303	510.2	67.0

資料：薬局数（厚生労働省医薬食品局調べ、1996年までは各年度12月31日現在、1997年以降は、各年度末現在）、処方せん枚数、1,000人当たり処方せん枚数、医薬分業率（日本薬剤師会調べ）

(注) 医薬分業率の計算の仕方

$$\text{医薬分業率 (\%)} = \frac{\text{薬局への処方せん枚数}}{\text{外来処方件数 (全体)}} \times 100$$

※東日本大震災の影響で宮城県は含まれていない。



## 血液事業

## 概 要

## 〔血液製剤〕

血液製剤とは人の血液からつくられた医薬品を総称して呼び、輸血用血液製剤、血漿分画製剤に大別される。このうち輸血用血液製剤はそのすべてを献血により確保している。

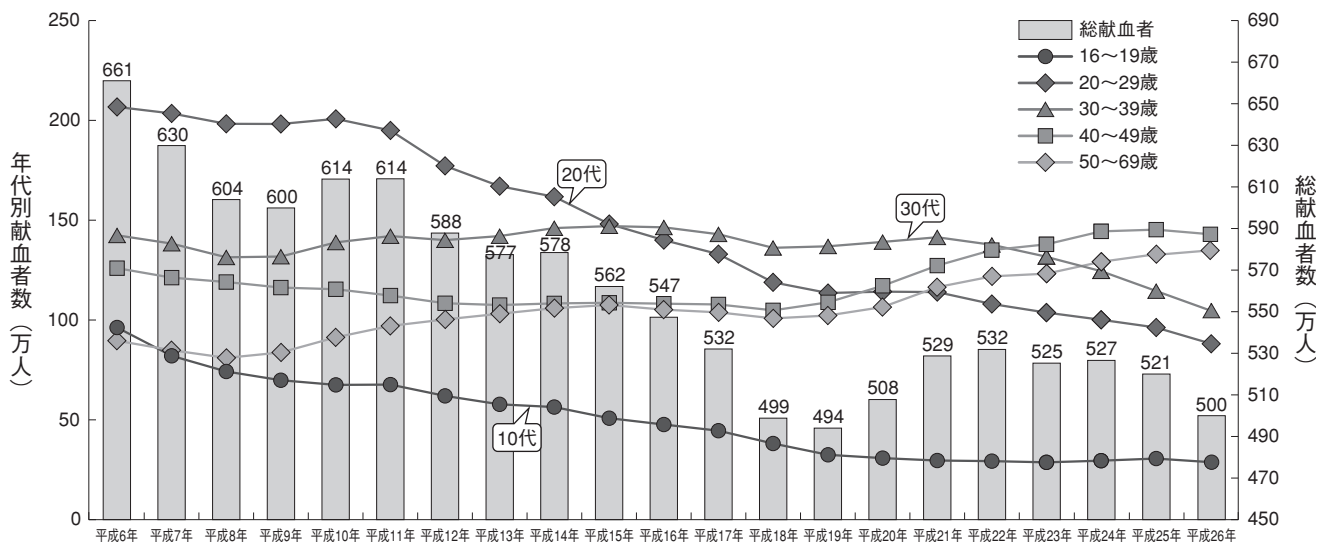
一方、血漿分画製剤のうち、血液凝固因子製剤については一部の特殊な製剤を除き国内自給を達成しているが、その他アルブミン製剤、抗HBs人免疫グロブリン製剤等については、いまだ多くを海外から輸入しており倫理性、安定供給の面からも問題を指摘されている。このため、これらの血漿分画製剤についても国内自給を図るための取組を行っている。

分 類	種 類	適 応 症
輸血用血液製剤	赤血球製剤	造血器疾患に由来する貧血、慢性出血等
	血漿製剤	肝障害、播種性血管内凝固(DIC)、血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)、溶血性尿毒症症候群(HUS)等
	血小板製剤	活動性出血、外科手術の術前状態、大量輸血時、播種性血管内凝固(DIC)、血液疾患等
血漿分画製剤	アルブミン製剤	出血性ショック、ネフローゼ症候群、難治性腹水を伴う肝硬変等
	免疫グロブリン製剤	無または低グロブリン血症等
	血液凝固因子製剤	血液凝固因子欠乏症患者に対する凝固因子の補充

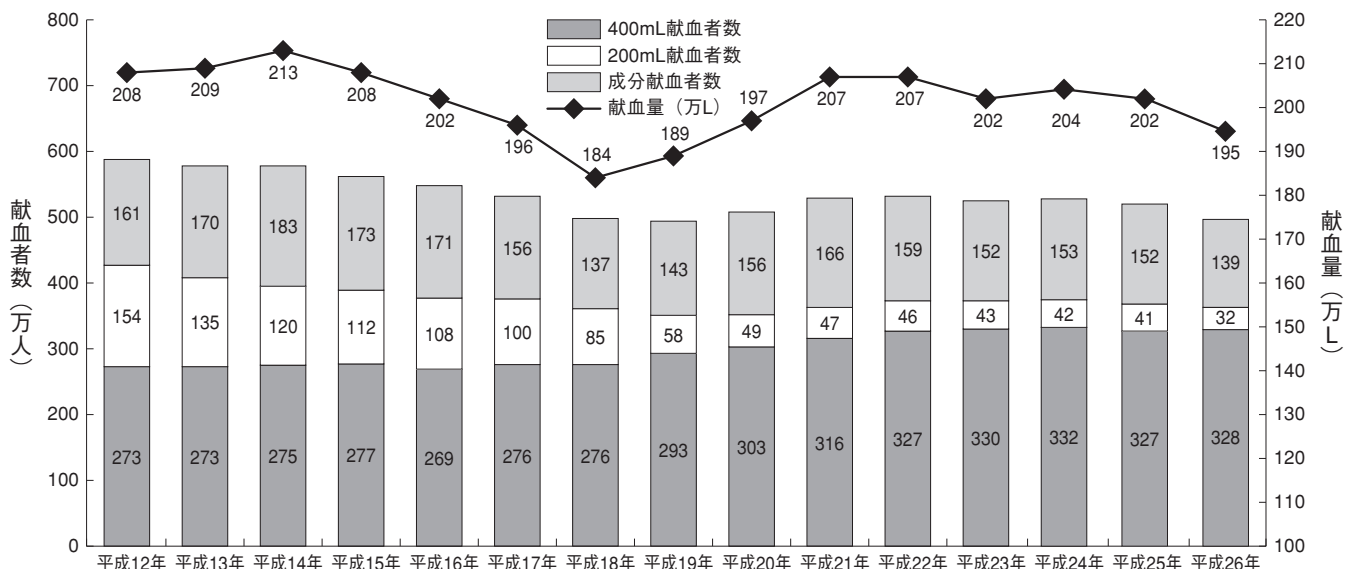
## 〔献血の状況〕

献血者数は近年減少傾向であるが、特に10代・20代・30代の若年層の献血者数の減少傾向は引き続いている。また、従来より献血は200mLのほか、400mL献血及び成分献血が導入されているが、近年では、400mL献血及び成分献血が主流になっている。

## 詳細データ① 献血者の推移



## 詳細データ② 血液確保量及び採血種類別採血人数



(5) 健康危機管理体制

