

官の立場からの公衆衛生活動： ローカルからグローバルへ

国際医療福祉大学 大学院教授 山本尚子

2024年4月18日

私の略歴 (その1)

最初の15年：仕事していく上での基盤形成

- 1985年 札幌医科大学卒業 ⇒ 厚生省入省
- 1985年～横浜市衛生局・戸塚保健所 ⇒ (4-5月新人事務職員・6月から医師(医系技官))
- 1989年～環境庁大気保全局自動車 ⇒ スパイクタイヤ禁止法
- 1991年～米国ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院留学 ⇒ 国際保健の学び
- 1992年～厚生省保健医療局エイズ結核感染症課 ⇒ 1990年代のエイズ対策/国際エイズ会議
- 1995年～佐世保市保健福祉部 ⇒ 子育て支援の拠点づくり(参考文献)
- 1998年～厚生省保健医療局臓器移植対策室 ⇒ 脳死臓器移植第1例～7例

スパイクタイヤによる健康課題への対応（環境省 自動車公害課補佐）

スパイクタイヤ：

日本では1960年代に生産が開始。1970年代には本格的に普及し、積雪寒冷地域では100%近い装着率となった。スノータイヤに比べて、氷結路面でのグリップ力が大きくブレーキ効果が高い。タイヤチェーンと異なり装着の手間が費用。

しかし、スパイクタイヤには、

- 融雪時や解氷時の舗装路面へのダメージが大きく補修費がかさみ、事故にもつながる
- 舗装路面が削られて粉塵が飛散し人々の健康に影響を与える**
- 古い製品の場合、スタッドレスタイヤのような溝がなく、金属のピンだけでグリップ力を得るものが大半であるため路面の状況によっては夏タイヤと変わらない。という欠点がある。



スパイクタイヤ（写真は乗用車用）



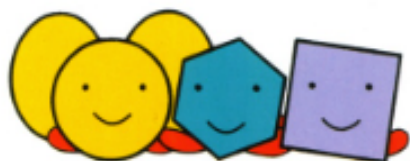
・1990年（平成2年）に、[スパイクタイヤ粉じんの発生の防止に関する法律](#)が発布、施行。
（禁止規定は1991年4月から。罰則規定は1992年4月から。）

「環境大臣に指定された地域においては、積雪また凍結の状態にある場合はスパイクタイヤ使用が認められるが、それ以外の場合はセメント・コンクリート舗装またはアスファルト・コンクリート舗装が施されている道路での使用は原則禁止」

- ・ **(公衆衛生上の課題)** スパイクタイヤによる**粉塵**の健康影響への懸念。
- ・ **(地域の状況)** **仙台市**では、夜間の路面凍結が多い一方で降雪量が少ないことから、昼の乾いた路面が削られる粉塵公害が深刻。
- ・ **(メディアの役割)** **(市民の関心)** **1981年** (**昭和56年**) 1月27日付けの**河北新報** 読者欄にて「なぜ仙台の街はほこりっぽいのか」という読者からの新聞投書ききっかけに「スパイクタイヤが原因では」「未舗装道路の土泥では」という論争がおり、社会問題へ発展。
- ・ **(自治体の取組み)** 同年11月に「仙台市道路粉じん問題研究会」が発足し「粉じん発生の主因が、スパイクタイヤによる道路舗装剤の削損である」と発表。
- ・ **(地域の状況)** **(アカデミアの役割)** **北海道**などの積雪地では、雪が無くなる4月頃までスパイクタイヤを装着したまま舗装路を走行する自動車が多く、特に粉塵の影響が目立つ。**さっぽろ雪まつり**では雪像が車粉で黒く汚れて、**観光**への悪影響も示唆。**毛利衛** (北海道大学講師) らの調査により粉塵はアスファルト由来であることを確認。
- ・ **(国の役割)** **(省庁横断的な取組み)** **1983年** (昭和58年) には、**仙台市**で「第1回道路粉じん問題行政連絡会議」開催。環境・通産・運輸・建設・自治・警察の6省による『スパイクタイヤ使用自粛指導要綱』が施行。
- ・ **1985年** (**昭和60年**) 12月に、宮城県が全国初のスパイクタイヤ対策条例を制定、札幌市なども。
- ・ **(企業の役割)** **1984年** (**昭和59年**) に、**社団法人日本自動車タイヤ協会**により**スタッドレスタイヤ**制動試験が実施。**1986年** (**昭和61年**) に**通商産業省**よりスパイクタイヤの出荷削減指導。
- ・ **1988年** (**昭和63年**) に**公害等調整委員会**において、タイヤメーカー7社と**長野県**の**弁護士**等との間で、スパイクタイヤの製造・販売中止の調停が成立。
- ・ **(法整備)** 1990年「スパイクタイヤ禁止法」成立・施行。

子育て支援と療育の拠点づくり（佐世保市 保健福祉部長）

佐世保市子ども発達センター



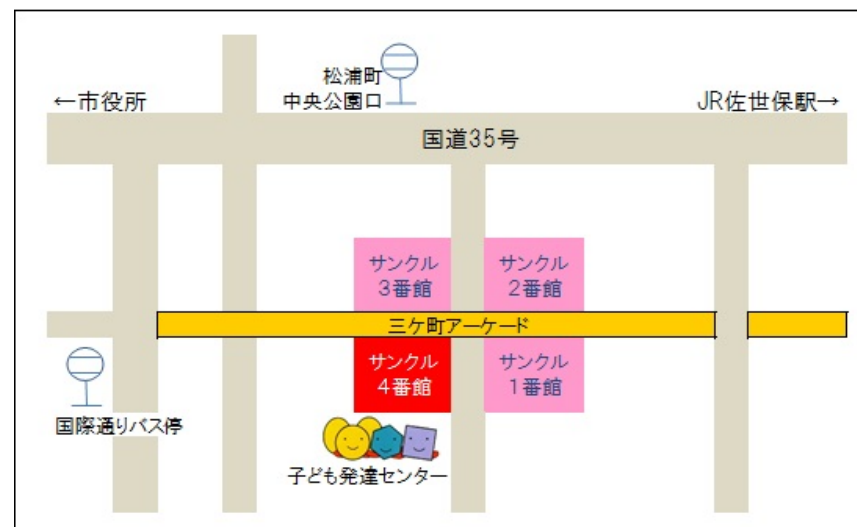
子ども発達センターは、平成10年からスタートしました。佐世保の子どもたちとご家族の「笑顔」、「ふれあい」、「成長」を確かなかたちで支えていくことをめざしています。

「親子交流部門」と「療育部門」があり、「親子交流部門」は乳幼児を育てるご家族のために親子遊びを紹介したり、育児相談に応じて子育てをサポートしています。「療育部門」は心身の発達に心配のあるお子様とご家族のために、専門医の診察、リハビリや園、学校訪問などで発達を促す子育てを応援しています。



療育部門：

- ・小児科（総合相談）
- ・整形外科、理学療法、作業療法、
- 言語療法、心理療法、歯科相談、児童発達支援・保育



私の略歴（その2）

ローカルからグローバルへ

- 2000年～浦安市助役 ⇒ **インクルーシブな教育の実現（参考文献）**・保健医療福祉分野
を越えて
- 2004年～外務省国連日本政府代表部参事官 ⇒ **国連機関（UNICEF等）＋外交**
- 2007年～千葉県健康福祉部地域医療担当理事 ⇒ **障がい者差別禁止条例・医療崩壊**
- 2009年～防衛省人事教育局衛生官 ⇒ **東日本大震災**
- 2011年～厚労省健康局疾病対策課長 ⇒ **難病対策（難病対策法）**
- 2013年～成育医療センター企画戦略室長 ⇒ **医療的ケア児への支援（子どもホスピス）**
- 2025年～厚労省国際保健担当審議官 ⇒ **エボラの後の国際保健、G7、国連会合**
- 2017年～WHO本部 ⇒ **ヘルスシステム・コロナ対策・栄養・気候変動（参考文献）**
- 2023年～国際医療福祉大学 大学院（国際保健担当）⇒ **公衆衛生大学院設立**

難病対策（厚生労働省 疾病対策課長）

難病対策の経緯

- 我が国の難病対策は、昭和39年頃にスモンの発生が社会問題となったことを背景に、原因究明や治療法確立に向けた研究事業を開始したことを契機として始まった。それ以降、我が国では、「難病対策要綱」に基づき、調査研究の推進や医療費の助成等を実施してきた。

難病対策の背景

- 国が難病対策を進めることとなった発端の一つは、スモンの発生。
昭和39年以降、全国各地で集団発生を思わせる多数の患者発生があったために社会問題化。
- この原因不明の疾患に対しては、昭和39年度から研究が進められ、昭和44年にはスモン調査研究協議会が組織され、以後大型研究班によるプロジェクト方式の調査研究が進められた。
- 昭和45年、この研究班からスモンと整腸剤キノホルムとの関係について示唆があり。同年、厚生省（当時）は、キノホルム剤の販売等を中止。それ以降新患者発生は激減。
- 厚生省はスモンの入院患者に対して、昭和46年度から月額1万円を治療研究費の枠から支出することとした。
- 昭和47年にはスモン調査研究協議会の総括的見解として、「スモンと診断された患者の大多数は、キノホルム剤の服用によって神経障害を起こしたものと判断される」と発表された。
- 厚生省は、難病対策の考え方、対策項目などについて検討を加えるため、昭和47年に難病プロジェクトチームを設置し、その検討結果を「難病対策要綱」として発表。

難病対策要綱（昭和47年厚生省）

<疾病の範囲>

- 取り上げるべき疾病の範囲について整理
 - (1) 原因不明、治療方法未確立であり、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない疾病
 - (2) 経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず介護等に著しく人手を要するために家庭の負担が重く、また、精神的にも負担の大きい疾病

<対策の進め方>

- 1) 調査研究の推進
- 2) 医療施設の整備
- 3) 医療費の自己負担の解消

難病対策

- 昭和47年に下記疾患から対策をスタート
(下線のある疾患は、医療費助成の対象)
 - ・ スモン
 - ・ ベーチェット病
 - ・ 重症筋無力症
 - ・ 全身性エリテマトーデス
 - ・ サルコイドーシス
 - ・ 再生不良性貧血
 - ・ 多発性硬化症
 - ・ 難治性肝炎
- ※昭和49年の受給者数（対象10疾患）は17,595人

特定疾患治療研究事業（旧事業）における医療費助成事業の概要

- ①希少性、②原因不明、③治療方法未確立、④生活面への長期の支障の4要素を満たす疾患のうち、特定疾患について、医療の確立・普及を図るとともに、患者の医療費の負担軽減を図ることを目的として、医療費の自己負担分を補助する制度を実施してきた。
- 事業費の増大に伴い、都道府県の超過負担も年々拡大していた。

事業の概要

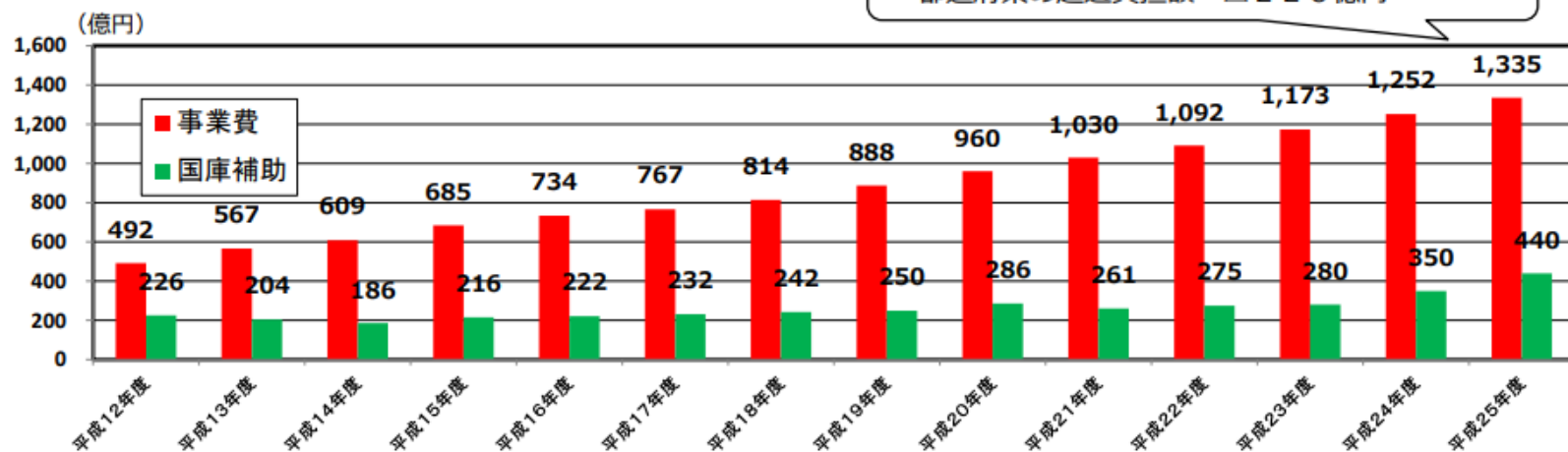
- 根拠法 なし（予算事業として実施）
- 実施主体 都道府県
- 補助率 予算の範囲内で1/2
- 自己負担 世帯の生計中心者の所得に応じて、治療に要した費用について一部自己負担がある。ただし、低所得者（住民税非課税）及び重症と認定された者は自己負担はなし。
- 対象疾患 56疾患（研究費の助成対象となる疾患から医療費助成の対象となる疾患を選定）
- 受給者数 約93万人（平成26年末時点）

〔事業の課題〕

- 都道府県の超過負担の発生
- 要件を満たすが助成対象でない疾患の存在

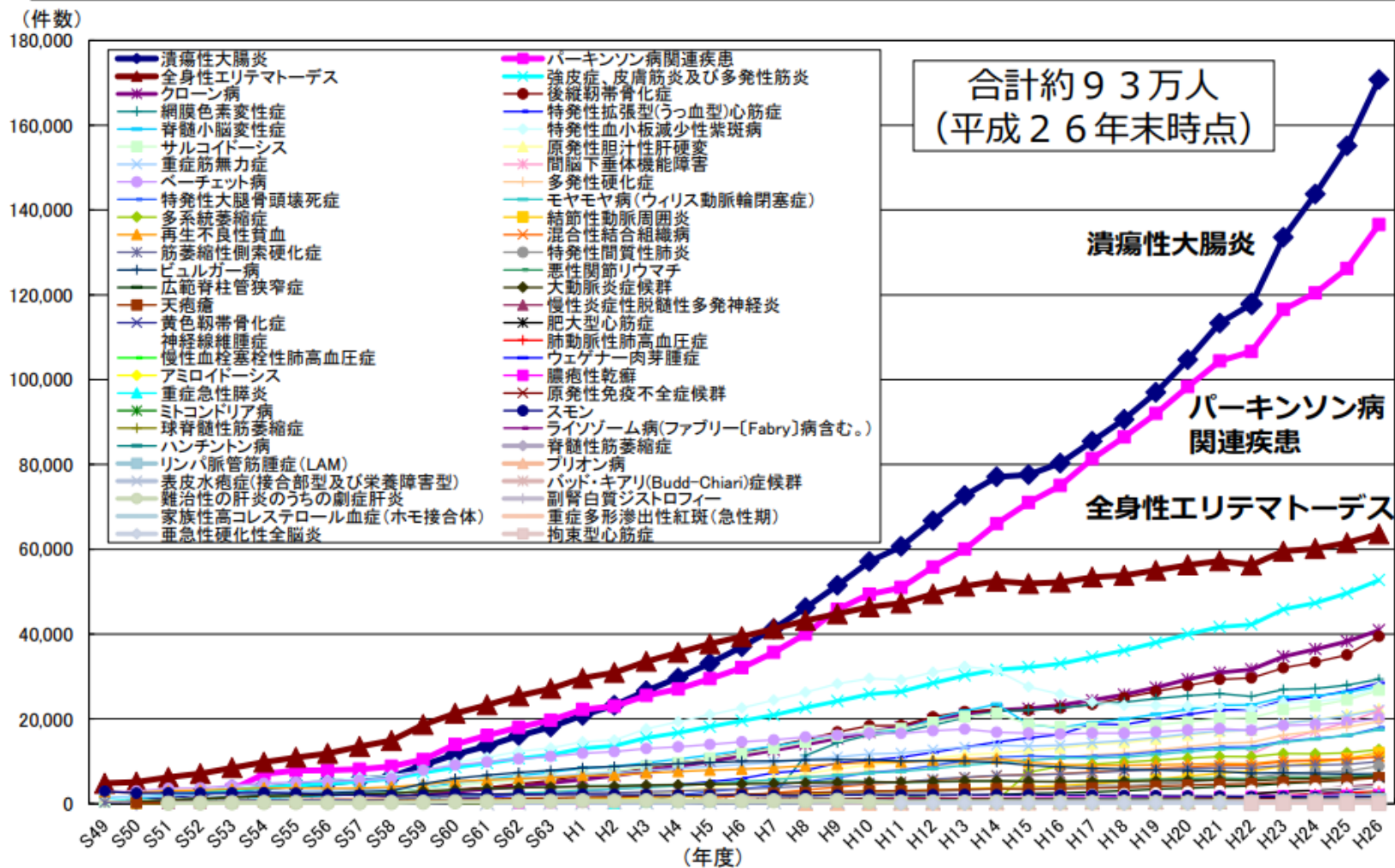
事業費・国庫補助額の推移

- 補助金交付率 65.9%
- 都道府県の超過負担額 △228億円



特定疾患治療研究事業（旧事業）における疾患別受給者数の推移

○ 医療費助成の受給者数も年々増加していた。



厚労省資料

社会保障・税一体改革の概要（議論の経緯）

<平成20年>

社会保障国民会議（最終報告・H20.11）

持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム（H20.12）

21年度税制改正（H21.3）

〔21年度税制改正関連法附則104条〕

経済状況を好転させることを前提として、遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、2011年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする。

<平成21年>

安心社会実現会議（報告・H21.6）

<平成22年>

政府・与党社会保障改革検討本部（H22.10）

民主党・税と社会保障の抜本改革調査会中間整理（H22.12）

社会保障改革に関する有識者検討会報告（H22.12）

社会保障改革の推進について（H22.12.14閣議決定）

社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、**23年半ばまでに成案**を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る。

<平成23年>

社会保障改革に関する集中検討会議

- ・社会保障・税一体改革の集中的な検討、国民的なオープンな議論
- ・平成23年2月5日 第1回開催 ⇒ 第6回（5月12日）「厚生労働省案」 ⇒ 第10回（6月2日）「社会保障改革案」

「あるべき社会保障」の実現に向けて（民主党 社会保障と税の抜本改革調査会（H23.5））

「国と地方の協議の場」（6月13日）等、地方団体との意見交換

政府・与党社会保障改革検討本部 成案決定会合

- ・社会保障と税制の一体改革の成案を作成するため、政府・与党社会保障改革検討本部の下に設置。
- ・第1回を6月8日に開催。以降、第5回（6月30日）まで開催。

「社会保障・税一体改革成案」（H23.6.30政府・与党社会保障改革検討本部決定） ⇒ 7月1日 閣議報告

社会保障・税一体改革の概要（議論の経緯）

<平成20年>

社会保障国民会議(最終報告・H20.11)

持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム(H20.12)

21年度税制改正(H21.3)

[21年度税制改正関連法附則104条]

経済状況を好転させることを前提として、遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、2011年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする。

<平成21年>

安心社会実現会議(報告・H21.6)

<平成22年>

政府・与党社会保障改革検討本部(H22.10)

民主党・税と社会保障の抜本改革調査会中間整理(H22.12)

社会保障改革に関する有識者検討会報告(H22.12)

社会保障改革の推進について(H22.12.14閣議決定)

社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、**23年半ばまでに成案**を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る。

<平成23年>

社会保障改革に関する集中検討会議

- ・社会保障・税一体改革の集中的な検討、国民的なオープンな議論
- ・平成23年2月5日 第1回開催 ⇒ 第6回(5月12日)「厚生労働省案」 ⇒ 第10回(6月2日)「社会保障改革案」

「あるべき社会保障」の実現に向けて(民主党 社会保障と税の抜本改革調査会(H23.5))

「国と地方の協議の場」(6月13日)等、地方団体との意見交換

政府・与党社会保障改革検討本部 成案決定会合

- ・社会保障と税制の一体改革の成案を作成するため、政府・与党社会保障改革検討本部の下に設置。
- ・第1回を6月8日に開催。以降、第5回(6月30日)まで開催。

「社会保障・税一体改革成案」(H23.6.30政府・与党社会保障改革検討本部決定) ⇒ 7月1日 閣議報告

厚労省資料

社会保障・税一体改革の概要（社会保障改革の主な項目）

I 子ども・子育て

- 子ども・子育て新システムの制度実施等に伴い、地域の実情に応じた保育等の量的拡充や幼保一体化などの機能強化を図る。
 - ・ 待機児童の解消、質の高い学校教育・保育の実現、放課後児童クラブの拡充、社会的養護の充実
 - ・ 保育等への多様な事業主体の参入促進、既存施設の有効活用、実施体制の一元化

所要額(公費)2015年
0.7兆円
※ 税制抜本改革以外の財源も含めて
1兆円超程度の措置を今後検討

II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
 - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
 - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防
- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
 - a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
 - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化
 - b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
 - ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
 - ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化
 - c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
 - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。
 - d) その他
 - ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
 - ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

所要額(公費)2015年
~0.6兆円程度

所要額(公費)2015年
~1兆円弱程度

Ⅲ 年金^(注)

- 国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、「新しい年金制度の創設」実現に取り組む。
 - ・ 所得比例年金(社会保険方式)、最低保障年金(税財源)
- 年金改革の目指すべき方向性に沿って、現行制度の改善を図る。
 - ・ 最低保障機能の強化+高所得者の年金給付の見直し
 - ・ 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大、第3号被保険者制度の見直し、在職老齢年金の見直し、産休期間中の保険料負担免除、被用者年金の一元化
 - ・ マクロ経済スライド、支給開始年齢の引上げ、標準報酬上限の引上げなどの検討
- 業務運営の効率化を図る(業務運営及びシステムの改善)。

所要額(公費)2015年
～0.6兆円程度

(注)基礎年金国庫負担2分の1財源については、税制抜本改革により措置する。税制抜本改革実施までの各年度分の繰入れも適切に行われるよう、必要な措置を講じる。

2015年度の上記の所要額(公費)合計 = 約2.7兆円程度

Ⅳ 就労促進

- 全員参加型社会の実現のために、若者の安定的雇用の確保、女性の就業率のM字カーブの解消、年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり、障害者の雇用促進に取り組む。
- ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現を図る。
- 雇用保険・求職者支援制度の財源について、関係法の規定を踏まえ検討する。

Ⅴ I～IV以外の充実、重点化・効率化

- ・ サービス基盤の整備、医療イノベーションの推進、第2のセーフティネットの構築、生活保護の見直し(充実、重点化・効率化)、障害者施策の充実、難病対策の検討、震災復興における新たな安心地域モデルの提示
- ・ 社会保障制度改革と併せた教育環境整備や教育の質と機会均等を確保するための方策

Ⅵ 地方単独事業

- 地域の実情に応じた社会保障関係の地方単独事業の実施

※ 社会保障給付にかかる現行の費用推計については、そのベースとなる統計が基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

難病対策の見直しに関する経緯

- 特定疾患治療研究事業（旧事業）における様々な課題を踏まえ、難病対策の見直しについて、厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会や社会保障・税一体改革の議論の場において審議が行われた。
- それを踏まえ、平成26年2月に「難病の患者に対する医療等に関する法律案」が国会に提出され、同年5月に成立、翌年（平成27年）1月に施行された。

平成23年	9月13日	第13回 難病対策委員会	「難病対策の見直し」について審議開始
平成24年	2月17日	社会保障・税一体改革大綱	難病患者の医療費助成について、法制化も視野に入れ、助成対象の希少・難治性疾患の範囲の拡大を含め、より公平・安定的な支援の仕組みの構築を目指す。
平成25年	1月25日	第29回 難病対策委員会	「難病対策の改革について」（提言）
	8月6日	社会保障制度改革国民会議	報告書 難病対策の改革に総合的かつ一体的に取り組む必要があり、医療費助成については、消費税増収分を活用して、将来にわたって持続可能で公平かつ安定的な社会保障給付の制度として位置付け、対象疾患の拡大や都道府県の超過負担の解消を図るべきである。 ただし、社会保障給付の制度として位置付ける以上、公平性の観点を欠くことはできず、対象患者の認定基準の見直しや、類似の制度との均衡を考慮した自己負担の見直し等についても併せて検討することが必要である。
	12月5日		「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（プログラム法）」が第185回国会（臨時会）にて成立 難病等に係る医療費助成の新制度の確立に当たっては、必要な措置を平成26年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成26年に開会される国会の常会に提出することを目指す。
	12月13日	第35回 難病対策委員会	「難病対策の改革に向けた取組について」（報告書）
平成26年	2月12日	第186回国会（常会）	「難病の患者に対する医療等に関する法律案」を提出
	5月23日		「難病の患者に対する医療等に関する法律」成立（平成26年法律第50号）
平成27年	1月1日		「 難病の患者に対する医療等に関する法律 」施行（110疾病を対象に医療費助成を開始） 消費税引き上げによる収入を財源とし、法律に基づく公平かつ安定的な医療費助成制度を確立。 以後毎年、「社会保障の充実・安定化」にかかる経費として予算を確保。
	9月15日		「難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針について」（基本方針）告示
平成28年	10月21日	難病対策委員会	「難病の医療提供体制の在り方について」（報告書）取りまとめ

社会保障・税一体改革による社会保障の充実

※ 消費税引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向けてのこととなっており、基礎年金国庫負担割合の1/2への恒久的引上げ等*による社会保障の安定化のほか、以下の社会保障の充実を予定している。

子ども・子育て

○子ども・子育て支援の充実(待機児童の解消などの量的拡充と質の向上)

- ・子ども・子育て支援新制度の実施による、幼児教育・保育と地域の子ども・子育て支援の総合的推進・充実
 - ・「待機児童解消加速化プラン」の実施
 - ・新制度への円滑な移行を図るための保育緊急確保事業
 - ・社会的養護の充実
- など

0.7兆円程度

医療・介護

○医療・介護サービスの提供体制改革

- ①病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等
- ・病床の機能分化と連携を進め、発症から入院、回復期(リハビリ)、退院までの流れをスムーズにすることで、早期の在宅・社会復帰を可能にする。
 - ・在宅医療・介護を推進し、地域での生活の継続を支える。
 - ・医師、看護師等の医療従事者を確保する。
- (新たな財政支援制度の創設、診療報酬に係る適切な対応の在り方の検討・必要な措置)
- ②地域包括ケアシステムの構築
- 介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らせるよう、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するため、以下の取組を行う。
- i) 医療と介護の連携、ii) 生活支援・介護予防の基盤整備
 - iii) 認知症施策、iv) 地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し
 - v) マンパワーの確保等
- など

○難病、小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立

○医療・介護保険制度の改革

- ①医療保険制度の財政基盤の安定化
- ・低所得者が多く加入する国民健康保険への財政支援の拡充(国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関する改革の前提として行われる財政支援の拡充を含む)
 - ・協会けんぽに対する国庫補助
- ②保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
- ・国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充
 - ・後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入
- ③保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等
- ・低所得者に配慮しつつ行う高額療養費の見直し
 - ・医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し
- ④介護給付の重点化・効率化
- ・一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し
- ⑤介護保険の一号保険料の低所得者軽減強化
- など

1.5兆円程度

※充実と重点化・効率化を併せて実施

年金

○現行制度の改善

- ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付
- ・受給資格期間の短縮
- ・遺族年金の父子家庭への拡大

0.6兆円程度

* 2017年度時点では、3.2兆円程度の見込み。

(注)上記の表は、消費税増収分を活用した社会保障の充実について、公費に影響のあるものについて整理したものである。

所要額(公費※)合計 = 2.8兆円程度 ※ 消費税財源(平年度ベース) 1

難病対策の見直しに関する経緯（

- 社会保障制度改革国民会議の報告書において、難病及び小児慢性特定疾病の医療費助成について、消費税増収分を活用して持続可能で公平かつ安定的な社会保障給付の制度として位置付けること等が盛り込まれた。

社会保障制度改革国民会議 報告書 ～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～（平成25年8月6日）

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(3) 難病対策等の改革

希少・難治性疾患（いわゆる「難病」）への対策については、1972（昭和47）年に「難病対策要綱」が策定され、40年にわたり各種事業が推進されてきた。

特に、医療費助成は、難病が原因不明であって、治療方法が確立されていないため、長期にわたる療養が必要となり、その結果、比較的若い時期から長期にわたり高額な医療費の負担が必要となるなどといった難病特有の事情に着目して設けられてきた。

しかし、難病対策については、相対的には他の福祉制度等に隠れて光が当たってこなかった印象は否めず、対象となる疾患同様に原因不明で治療法未確立でも医療費助成の対象に選定されていないケースがあるなど疾患間の不公平が指摘され、予算面でも医療費助成における都道府県の超過負担の早急な解消が求められているなど、様々な課題を抱えている。

難病で苦しんでいる人々が将来に「希望」を持って生きられるよう、難病対策の改革に総合的かつ一体的に取り組む必要があり、医療費助成については、消費税増収分を活用して、将来にわたって持続可能で公平かつ安定的な社会保障給付の制度として位置付け、対象疾患の拡大や都道府県の超過負担の解消を図るべきである。

ただし、社会保障給付の制度として位置付ける以上、公平性の観点を欠くことはできず、対象患者の認定基準の見直しや、類似の制度との均衡を考慮した自己負担の見直し等についても併せて検討することが必要である。

慢性疾患を抱え、その治療が長期間にわたる子どもについても同様の課題があり、児童の健全育成の観点から、身体面、精神面、経済面で困難な状況に置かれ、将来の展望に不安を抱えている子どもやその家族への支援として、難病対策と同様の措置を講じていく必要がある。

難病対策の見直しに関する経緯

- 公明党の「難病対策の改革に関する提言」（平成25年12月9日）、自由民主党の「難病対策及び小児慢性特定疾患対策に関する決議」（平成25年12月10日）を踏まえ、難病対策委員会において「難病対策の改革に向けた取組について（概要）」が取りまとめられた。

難病対策の改革に向けた取組について（概要）

平成25年12月13日 厚生科学審議会
疾病対策部会 難病対策委員会

難病対策の基本理念及び基本的事項

- 難病（※）の治療研究を進め、疾患の克服を目指すとともに、難病患者の社会参加を支援し、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指す。
※ 原因不明で、治療方法が未確立であり、生活面で長期にわたり支障が生じる疾病のうち、がん、生活習慣病等別個の対策の体系がないものをいう。
- 国による基本方針の策定
難病対策に係る基本方針を定め、医療や研究開発の推進を図るとともに、福祉や雇用などの他の施策との連携を図る。

第1. 効果的な治療方法の 開発と医療の質の向上

1. 治療方法の開発に向けた難病研究の推進
 - 診断基準の作成を行う研究や診療ガイドラインの作成の推進
 - 病態解明を行い、新規治療薬等の開発等を推進
2. 難病患者データベースの構築
 - 患者全員が登録可能。データを登録した患者に難病患者登録証明書（仮称）を発行
 - 「難病指定医（仮称）」が正確に診断し、患者データの登録を実施
3. 医療提供体制の確保
 - 新・難病医療拠点病院（総合型）（仮称）や指定医療機関（仮称）の指定
 - かかりつけ医等による日常診療
 - 難病医療支援ネットワーク（仮称）等により、正しい診断ができる体制を整備

第2. 公平・安定的な 医療費助成の仕組みの構築

1. 医療費助成の基本的な考え方
 - 新たな医療費助成は、治療研究を推進する目的に加え、福祉的な目的を併せ持つ
2. 医療費助成の対象疾患及び対象患者
 - 対象疾患は、患者数が人口の0.1%程度以下等であり、客観的な指標に基づく一定の診断基準が確立しているもの
 - 対象患者は、症状の程度が重症度分類等で一定程度以上の者、もしくは高額な医療を継続することが必要な者
3. 患者負担の在り方について
 - 負担割合を3割から2割に軽減し、所得に応じて負担限度額等を設定
 - 人工呼吸器等装着者の更なる負担の軽減
 - 現行の事業の対象であった者については、3年間の経過措置
4. 「医療受給者証（仮称）」の交付
 - 都道府県が対象患者に交付

第3. 国民の理解の促進と 社会参加のための施策の充実

1. 難病に関する普及啓発
 - 難病情報センターにおける情報の充実
2. 難病患者の社会参加のための支援
 - 難病相談・支援センターの機能強化
 - 症状の程度等に応じた取組の推進
3. 福祉サービスの充実
 - 医療費助成の対象疾患の拡大に伴う障害福祉サービスの対象疾患の拡大
4. 就労支援の充実
 - ハローワークと難病相談・支援センターの連携強化等
5. 難病対策地域協議会（仮称）
 - 保健所を中心とした難病対策地域協議会（仮称）の活用等による適切な支援

難病及び小児慢性特定疾病の新たな医療費助成制度について

○ 医療費助成の対象疾病の拡大

○ 対象疾病(指定難病の要件に該当する疾病は対象とする)

- ・ 難病:56疾病 → 約300疾病(現時点で想定される疾病数)
- ・ 小慢:514疾病 → 約600疾病(現時点で想定される疾病数)

○ 受給者数

難病+小慢:約89万人(平成23年度)→ 約165万人(平成27年度)(試算)

- ・ 難病:約78万人(平成23年度) → 約150万人(平成27年度)(試算)
- ・ 小慢:約11万人(平成23年度) → 約14.8万人(平成27年度)(試算)

○ 委員会報告書の考え方に基づく医療費助成の事業規模(試算)

年 度		平成23年度(実績)	平成25年度(見込)	平成27年度(試算)
総事業費		約1,440億円	約1,600億円	約2,140億円
難病	事業費 (国費)	約1,190億円 (約280億円)	約1,340億円 (約440億円)	約1,820億円 (約910億円)
小慢	事業費 (国費)	約250億円 (約125億円)	約260億円 (約130億円)	約320億円 (約160億円)

指定難病患者への医療費助成の概要

- 指定難病の患者の医療費の負担軽減を図るとともに、患者データを効率的に収集し治療研究を推進するため、治療に要した医療費の自己負担分の一部を助成している。
- 助成対象者は、①症状が一定程度以上（重症）の者、②軽症だが医療費が一定以上の者としている。

医療費助成の概要

- 対象者の要件
 - ・ 指定難病（※）にかかっており、その病状の程度が厚生労働大臣が定める程度であること。
 - ※①発病の機構が明らかでないこと、②治療方法が確立していないこと、③希少な疾病であること、④長期の療養を必要とすること、⑤患者数が本邦において一定の人数に達しないこと、⑥客観的な診断基準が確立していること、の全ての要件を満たすものとして、厚生労働大臣が定めるもの。
 - ・ 指定難病にかかっているが、その病状の程度が厚生労働大臣が定める程度ではない者で、申請月以前の12ヶ月以内に、その治療に要した医療費総額が33,330円を超える月が3月以上あること。
- 自己負担 患者等の所得に応じて、治療に要した費用について一部自己負担がある。
- 実施主体 都道府県、指定都市（平成30年度より指定都市へ事務を移譲）
- 国庫負担率 1 / 2（都道府県、指定都市：1 / 2）
- 根拠条文 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条、第31条第1項

対象疾病

110疾病（平成27年1月）→306疾病（平成27年7月）→330疾病（平成29年4月）→331疾病（平成30年4月）→333疾病（令和元年7月）→338疾病（令和3年11月）

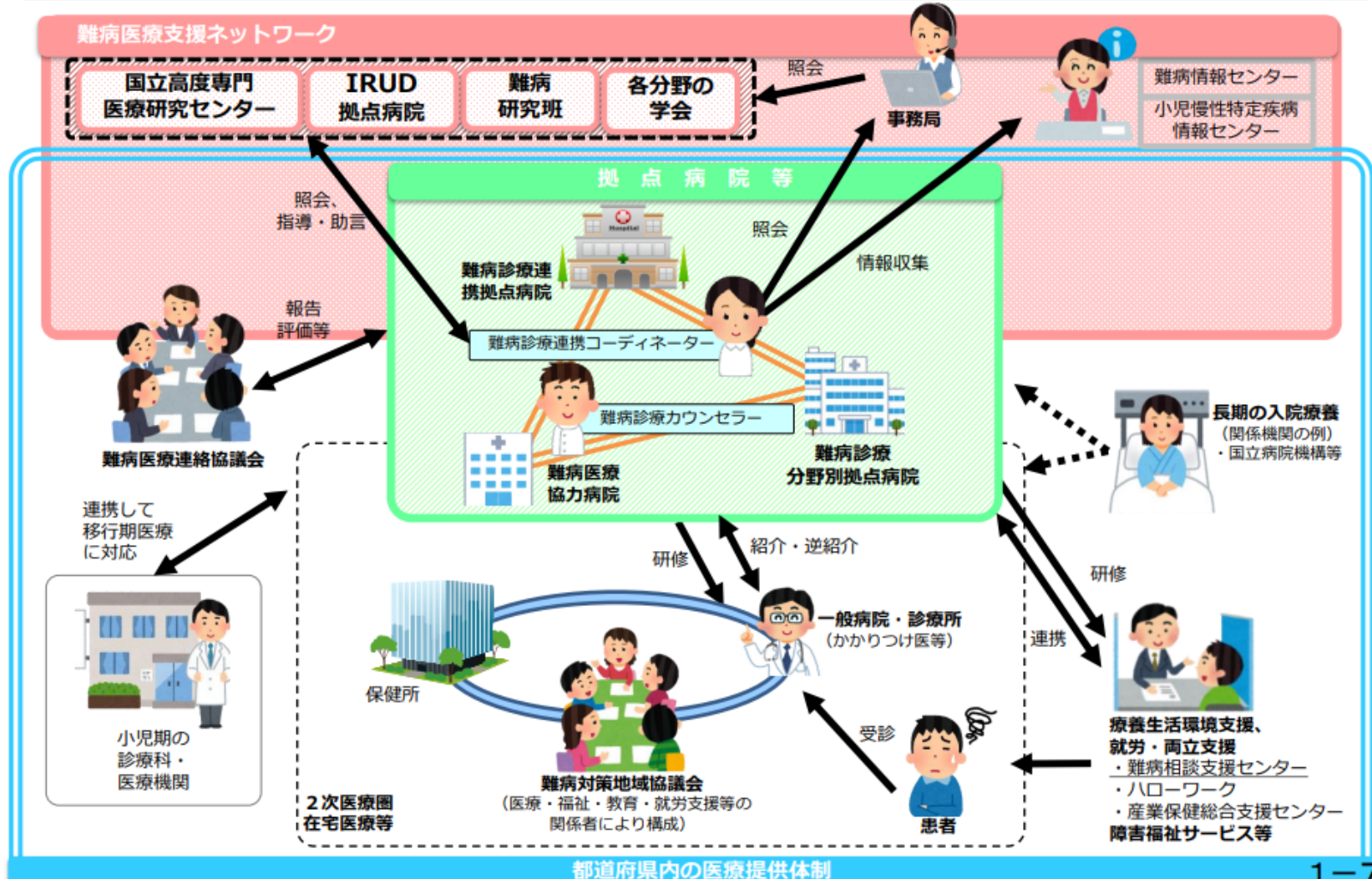
予算額

・ 令和5年度予算（案） : 127,338百万円

1-3

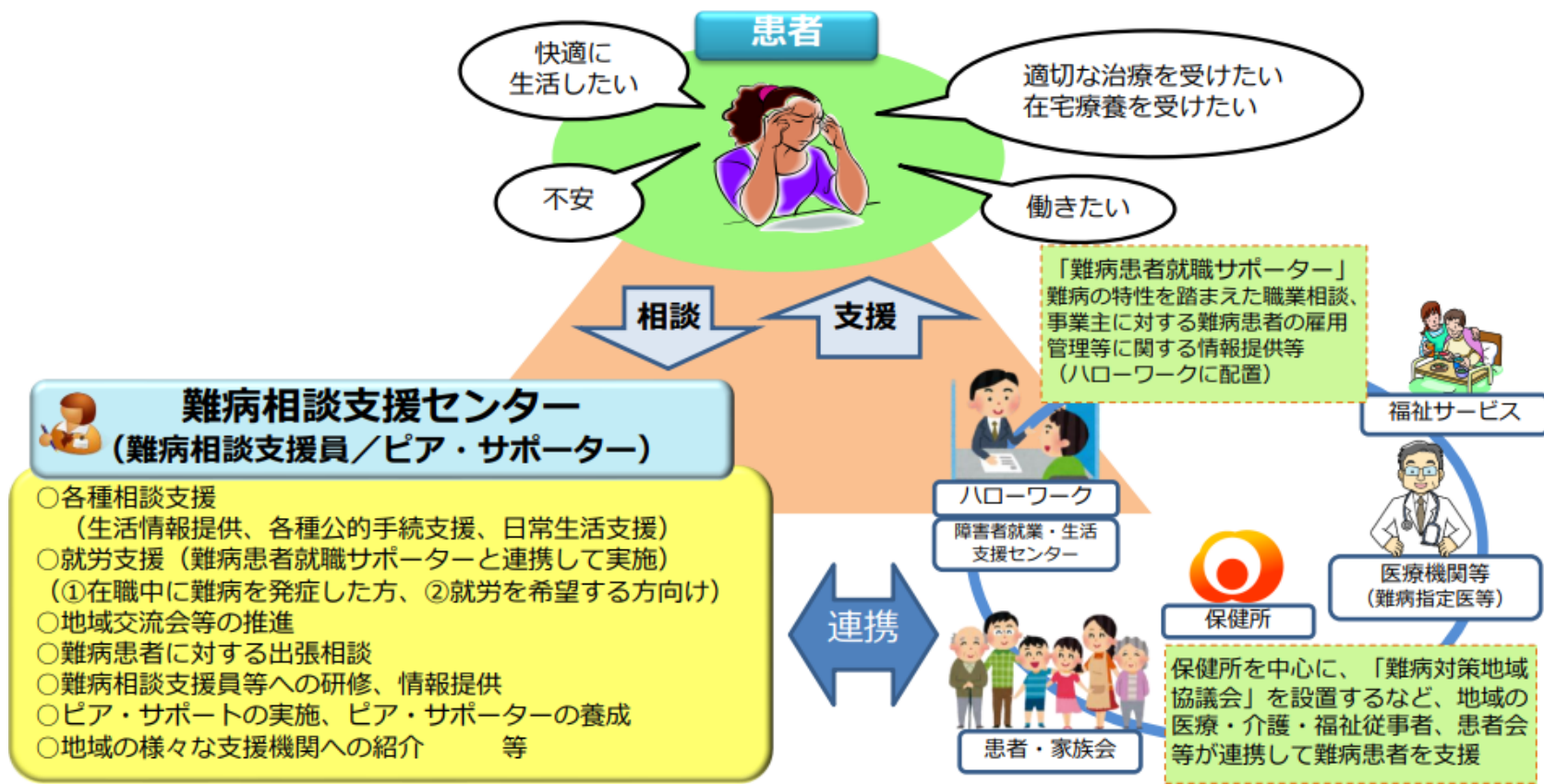
難病の医療提供体制のイメージ（全体像）

- 「できる限り早期に正しい診断が受けられ、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制」を整備するため、都道府県が指定する難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院が中心となって、難病医療支援ネットワークと連携しながら、難病患者に対する相談支援や診療連携、入院調整等を行う体制の整備を行うこととしている。



療養生活環境整備事業（難病相談支援センター事業）

- 難病相談支援センターは、難病の患者の療養や日常生活上の様々な問題について、患者・家族その他の関係者からの相談に応じ、必要な情報の提供・助言を行う機関である。
- 現在、都道府県・指定都市に概ね1カ所設置されており、難病の患者等の様々なニーズに対応するため、地域の様々な支援機関と連携して支援を実施。



難病相談支援センターの運営形態別の設置状況

- 難病相談支援センターの運営形態には、大きく分けて、①医療機関委託、②自治体直接運営、③患者・支援者団体委託、の3つのタイプがある。

①医療機関委託

12自治体（22カ所）

- ・群馬県 ・埼玉県 ・千葉県 ・東京都
- ・神奈川県 ・長野県 ・兵庫県 ・鳥取県
- ・広島県 ・愛媛県 ・千葉市 ・神戸市

24自治体（24カ所）

- ・北海道 ・青森県 ・岩手県 ・宮城県
- ・秋田県 ・山形県 ・福島県 ・埼玉県
- ・東京都 ・新潟県 ・山梨県 ・岐阜県
- ・静岡県 ・三重県 ・滋賀県 ・大阪府
- ・高知県 ・佐賀県 ・長崎県 ・熊本県
- ・宮崎県 ・沖縄県 ・仙台市 ・静岡市

③患者・支援者団体委託

②自治体直接運営

14自治体（14カ所）

- ・茨城県 ・栃木県 ・石川県 ・福井県
- ・京都府 ・奈良県 ・和歌山県 ・山口県
- ・徳島県 ・香川県 ・鹿児島県 ・浜松市
- ・岡山市 ・北九州市

※同一の自治体内において、複数の保健所を難病相談支援センターとして指定している場合は、まとめて1カ所としてカウント。

8自治体（9カ所）

- ・富山県 ・愛知県 ・島根県 ・岡山県
- ・香川県 ・福岡県 ・大分県 ・堺市

※医師会等の公益法人や社会福祉協議会等へ委託により実施している場合など

④その他

※47都道府県、18指定都市が設置。2指定都市が未設置。

※設置している18指定都市の内、10指定都市（札幌市、横浜市、川崎市、相模原市、新潟市、名古屋市、京都市、広島市、福岡市、熊本市）が道府県と共同設置。

※東京都及び埼玉県は①及び③の、香川県は①及び④の運営形態でそれぞれ設置。

※未設置であるさいたま市及び大阪市は、府県内のセンターで対応。

（資料出所）厚生労働省健康局難病対策課調べ（R4.4.1時点）

データベースの充実と利活用（R6.4施行）

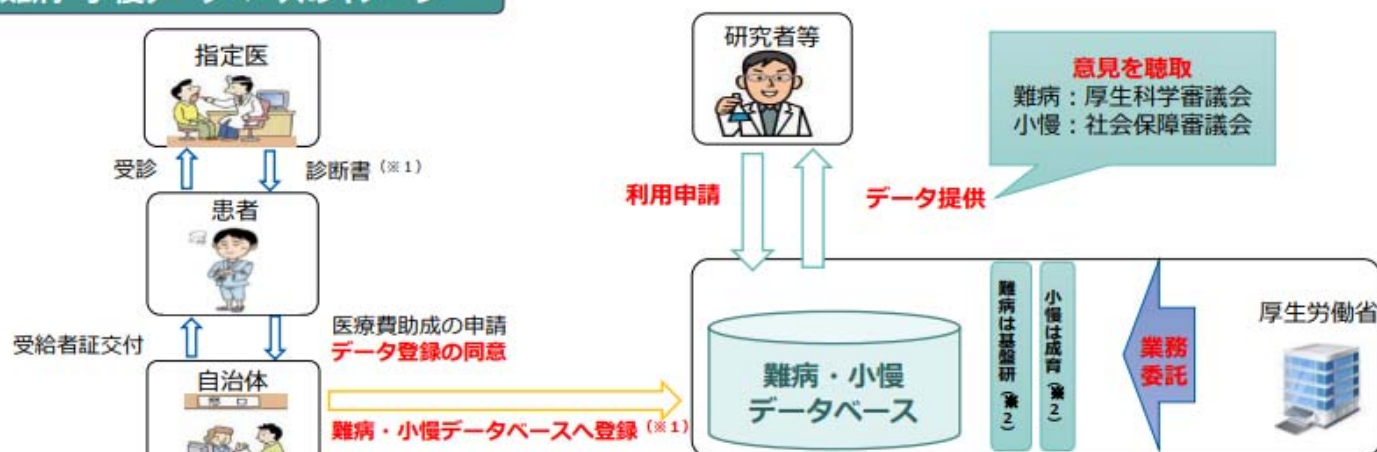
現状と課題

- ◆ 予算事業として難病・小慢データベースを運営しているが、法律上の規定はない。
- ◆ 医療費助成の申請時に提出する指定医の診断書情報をデータベースに登録しているため、医療費助成に至らない軽症者等のデータ収集が進んでいない。

見直し内容

- ◆ **難病・小慢データベースの法的根拠を新設。**
- ◆ 国による情報収集、都道府県等の国への情報提供義務、安全管理措置、第三者提供ルール等を規定し、**難病データベースと小慢データベースの連結解析や難病・小慢データベースと他の公的データベースとの連結解析を可能とする。**
- ◆ 軽症者もデータ登録可能とする。

難病・小慢データベースのイメージ



(※1) 診断書情報や、自治体の支給認定結果について、難病・小慢データベースを活用したオンライン登録を実現

(※2) 基礎研：国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所、成育：国立研究開発法人国立成育医療研究センター

国際保健（厚生労働省 審議官⇒WHO事務局長補）

The Sustainable Development Goals



国連持続可能な開発目標 (SDGs)

1. 貧困 	2. 飢餓 	3. 健康 	4. 教育 	5. ジェンダー 	6. 水・衛生 
7. エネルギー 	8 経済成長と雇用 	9. インフラ・産業 化・革新 	10. 不平等 	11. 持続可能な都市 	12. 持続可能な 消費と生産 
13. 気候変動 	14. 海洋資源 	15. 陸上資源 	16. 平和 	17. 実施手段 	

「世代を超えて、すべての人が、自分らしく、よく生きられる社会」を目指して

3 すべての人に
健康と福祉を



目標3
あらゆる年齢のすべての人々の
健康的な生活を確実にし、
福祉を推進する

・ 3.1 2030年までに、世界の**妊産婦の死亡率**を出生10万人あたり70人未満に下げる。（現状210人）

アフリカ（サハラ以南）260人 日本 3.1人

・ 3.3 2030年までに、エイズ、結核、マラリア、熱帯病といった感染症を根絶し、肝炎、水系感染症、その他の**感染症**に立ち向かう。

・ 3.8 すべての人々が、質が高く不可欠な**保健サービス**や、安全・効果的で質が高く安価な**必須医薬品**や**ワクチン**が利用できるようになることを含む、**ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成**する。

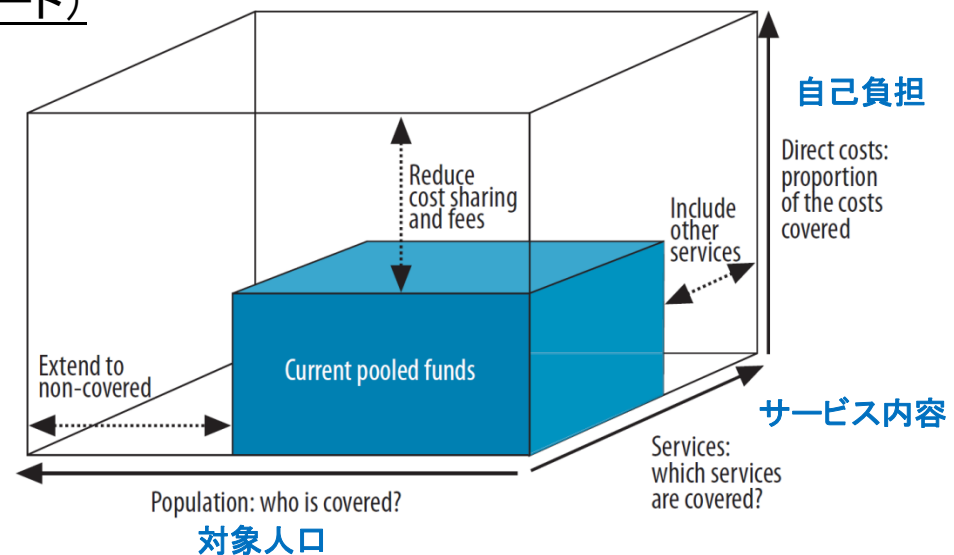
ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）とは、

主要な健康増進、予防、治療、及びリハビリテーションの保健サービスをすべての人に無理なく支払うことのできる価格で提供することによって公平なアクセスを達成すること。

（2005 WHA 決議）

UHCにおける3つの要素(2010 WHOレポート)

- ① 対象人口の割合
- ② 利用可能なサービスの幅、内容
- ③ 自己負担の軽減



社会保障制度の目的と機能

目的：国民の生活の安定が損なわれた場合に、国民に健やかで安心できる生活を保障すること。
具体的には、疾病や失業、労働災害、退職などで生活が不安定になったとき、法律に基づく公的な仕組みを活用して生活を保障すること。

機能：主として以下の3つ

- ①生活安定・向上機能
- ②所得再分配機能⇒日本では皆保険制度が機能
- ③経済安定機能

日本の特徴：①国民皆保険（⇒UHC）・皆年金制度が中核
（+雇用保険、社会福祉、生活保護、介護保険など）
②企業による雇用保障
③子育て・介護の家族依存(特に専業主婦を中心)
④比較的小規模で高齢世代中心の社会保障支出

日本の国際保健外交戦略

1. 目的

- a. 国際保健を外交政策において重視
- b. 国際保健課題及び保健向上に貢献
- c. 人間の安全保障の理念に基づき、基本的医療サービスを全ての人が受けられるUHCの達成



2. 背景

- 日本は国際保健において貢献するための特徴的なポジションにいる
- 人々が健康長寿とNCDsの予防を享受できる社会を達成
 - 持続可能性を保証する能力開発を通じ国際保健に貢献

3. 活動

- a. UHC主流化; ポスト2015年開発アジェンダにUHCの概念を入れる
- b. UHCの実現に向け二国間協力を効果的に実施; 国家計画に基づいた戦略的支援の強化; 日本の技術活用による貢献
- c. グローバル・パートナーとの協働; 二国間及び多国間協力の間の戦略的調整; その他のドナーのみならず地域及び国際的イニシアチブとの協働
- d. 国際保健人材の強化; 日本の国際保健専門家のスキルの改善

“Japan's vision for a peaceful and healthier world” 12 December, 2015

「2016年以降の世界が平和でより健康であるために」

THE LANCET

Shinzo Abe
Office of the Prime Minister of Japan, Chiyoda-ku
Tokyo 100-0014, Japan
ezoe-satoshi@mhlw.go.jp

Japan's vision for a peaceful and healthier world

Health is fundamentally a global issue. Recent outbreaks of Ebola virus disease and Middle East respiratory syndrome have reminded us that global health issues require collective action. The world must unite and countries must establish resilient and sustainable health systems, ensuring that each individual is secure and receives the highest attainable standard of health. Japan has been a longstanding advocate of human security¹ and has taken concrete action on the ground in support of this principle. Human security protects the vital core of all human lives in a way that enhances freedom, fulfilment, and capabilities² and underlies Japan's policy of Proactive Contribution to Peace. Japan regards health as an indispensable element of human security.³

In September, 2015, the United Nations General Assembly adopted the 2030 agenda for sustainable development, which includes universal health coverage (UHC), to which Japan attached great importance during the negotiation process.⁴ Achieving UHC requires comprehensive changes to systems, human resources, and public awareness. To catalyse such changes, leaders must commit to leave no one behind in the drive for the best attainable health gains. The Sustainable Development Goals (SDGs) have created an opportunity to connect sectors and empower individuals, families, and communities. It is crucial that we agree on a monitoring and evaluation framework so that the impact of UHC against investment is measurable and thus attainable.

Japan will host the first G7 Summit after the adoption of the SDGs in May, 2016. Alongside the G7 Health Minister's Meeting, and the Tokyo International Conference on African Development, Japan will create an opportunity for countries and partners to discuss concrete steps towards achieving new goals, while sharing Japan's relevant experiences, so that we can move forward together with this new agenda.

Japan's global health priorities are to construct a global health architecture that can respond to public health crises and to build resilient and sustainable health systems. To realise these goals, Japan has endorsed two new global health strategies: the Basic Design for Peace and Health⁵ and the Basic Guidelines for Strengthening Measures on Emerging Infectious Diseases.⁶ I would like to underline the importance of these priorities and foster succinct and relevant discussions during our G7 presidency in 2016.

First, in preparation for the G7 Summit, we will discuss how to address the challenges of public health emergencies. The existing global health architecture must be restructured to ensure prompt and effective responses to public health emergencies. Public and private partners, government, and civil society—at global, regional, country, and community levels—should reach agreement on their respective roles in advance of emergencies. Japan expects WHO to have the lead role in prompt detection and containment, especially in the early stages of a public health emergency, while acknowledging WHO's need for further reform and capacity strengthening. Japan is ready to support this reform process, including the launch of the Contingency Fund for Emergencies.⁶ Japan also fully supports the efforts of the World Bank's Pandemic Emergency Facility, and calls for coordination between WHO and the World Bank to ensure the two mechanisms have supplementary and complementary roles so that they increase efficiency and effectiveness in crises responses.

Second, we will discuss strategies to build resilient, sustainable national health systems. In the past 70 years, Japan's life expectancy increased by more than 30 years and, since the early 1980s, health outcomes have consistently been top ranked.⁷ These achievements are the result of the establishment of universal health insurance in 1961, favourable proximal determinants of health, such as healthy diet and access to clean water,



Japan's Prime Minister Shinzo Abe

国際社会におけるUHCのモメンタム醸成・維持



2015年

SDGs合意 目標3.8にUHC、UHC東京国際会議



2016年

G7 伊勢志摩サミット 政治宣言、TICAD6（アフリカ開発会議）in ケニア



2019年6月

G20 大阪サミット 政治宣言



2019年8月

TOCAD7（アフリカ開発会議 in 横浜）



2019年9月

国連総会 UHCハイレベル会合



2019年10月

G20 岡山保健大臣会合 宣言



2021年10月

WHO西太平洋地域委員会 in 姫路



2023年5月

G7 長崎保健大臣会合 広島サミット 政治宣言



The LANCET 岸田総理：人間の安全保障とUHC

Comment



Human security and universal health coverage: Japan's vision for the G7 Hiroshima Summit



The COVID-19 pandemic has made an unprecedented impact on the international community and exposed the vulnerabilities of the present global health architecture. Better governance and finance measures are urgently needed to strengthen pandemic prevention, preparedness, and response (PPR) for global health threats and to create more resilient and sustainable health systems that lead to universal health coverage (UHC).

The international community, including Japan, is now discussing the way forward for global health architecture to ensure better health and living standards for all people—with a sense of urgency. I firmly believe that global health should be based on a human-centred approach in line with human security. The concept of human security in the Anthropocene, which focuses on the importance of global solidarity, can help guide efforts to address this planetary challenge.¹

I believe that human security remains critical to strengthen the global capacity to prevent, prepare for, and respond to public health emergencies and contribute to achieving UHC. Realising and sustaining UHC is crucial to improve people's health and provide the safety net that contributes to inclusive growth and the creation of peaceful and stable societies. This

Based on the lessons learned from gaps and vulnerabilities exposed by the COVID-19 pandemic,⁴ the international community needs to further work on policies, governance, and financing to enhance the global health framework with a focus on PPR for health emergencies.

More specifically, an integrated and holistic approach is needed to improve international governance and ensure sustainable financing to rebuild PPR within the global health architecture. This approach requires coordinated actions and effective financial mobilisation. Enhanced collaboration between finance and health policy makers is crucial for these efforts and was an underlying rationale of hosting the first G20 Joint Finance and Health Ministers' Meeting in 2019 under the Japanese Presidency. As the international community looks towards the post-COVID-19 era, we need to build up this political momentum to strengthen and institutionalise finance and health collaboration, as well as operationalise the Pandemic Fund,⁵ which Japan has supported since its creation. These actions should also foster whole-of-government and multisectoral approaches based on the coordinated engagement of heads of state and government.

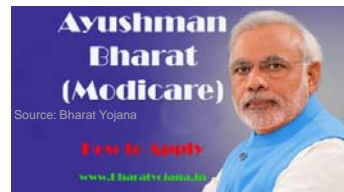
It is also vital to reinforce international norms and standards in building pandemic preparedness. For this reason

Published Online
January 20, 2023
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00014-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00014-4)

各国におけるUHC実現に向けたリーダーシップ

ケニア

ケニヤッタ大統領の取組み：
ビッグ4・アジェンダ－国家ビジョン実現を加速させる
ための5カ年開発計画



インド

モディ首相のイニシアチブ:モディケア

1次、2次、3次のケアシステムにおいて、予防・健康
増進も含めて包括的に健康に取り組むもの

フィリピン

ドゥテルテ大統領は、審議が止まっていたユニバーサル・
ヘルスケア法案の通過を後押し、2019年2月に大統領署
名し、成立。





カンボジア：医療の質向上と生活習慣病対策

<課題等>

- ✓ 質の低い医療のため、1次レベルの医療施設の低い利用率
- ✓ 生活習慣病等が増加し、感染症との疾病の二重負荷
 - 死因：1位 虚血性心疾患 2位脳卒中 3位結核



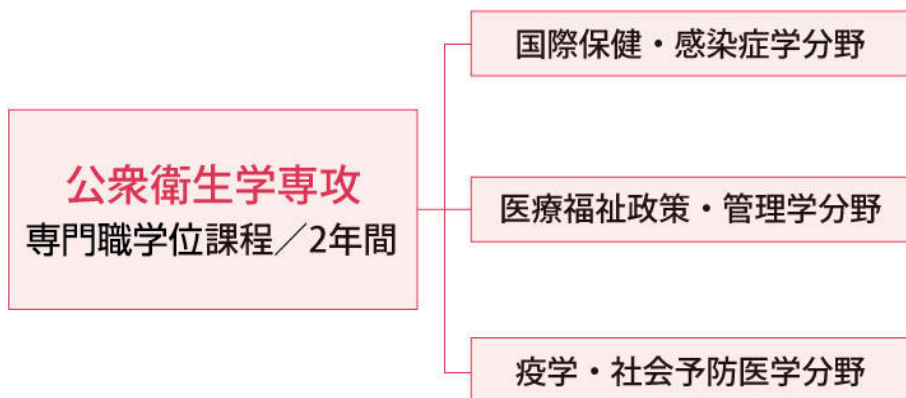
<WHOによる支援> 技術支援、リーダーシップ

- ✓ 生活習慣病等の早期発見・診療能力の強化(ガイドライン作成、指標作り、人材育成等)
- ✓ 医療の質向上、地域住民の巻き込み(ガイド作りやプログラム実施の技術的アドバイス等)

<世銀による支援> 世銀H-EQUIPプロジェクト (5年間174M USD クレジット)

- ✓ 医療施設への成果報酬や、インセンティブを通して、異なるレベルの医療施設で質の高いサービス提供の拡大を支援(マニュアル・チェックリスト等の活用、有害事象立入検査等へのインセンティブ)
- ✓ WHOはプログラム実施にあたって技術支援

公衆衛生学専攻（専門職学位課程）組織図



国際保健・感染症学分野責任者

山本 尚子



医療福祉政策・管理学分野責任者

池田 俊也



疫学・社会予防医学分野責任者

山崎 力

専攻種別

医学研究科公衆衛生学専攻（専門職学位課程 2 年間）
入学定員 20 名

取得学位

公衆衛生学修士（専門職）
（Master of Public Health）

開設地

- ・成田キャンパス（千葉県成田市）
- ・東京赤坂キャンパス（東京都港区）



ご清聴ありがとうございました。
ご質問、ご意見などは、
yamamoton@iuhw.ac.jp まで。