

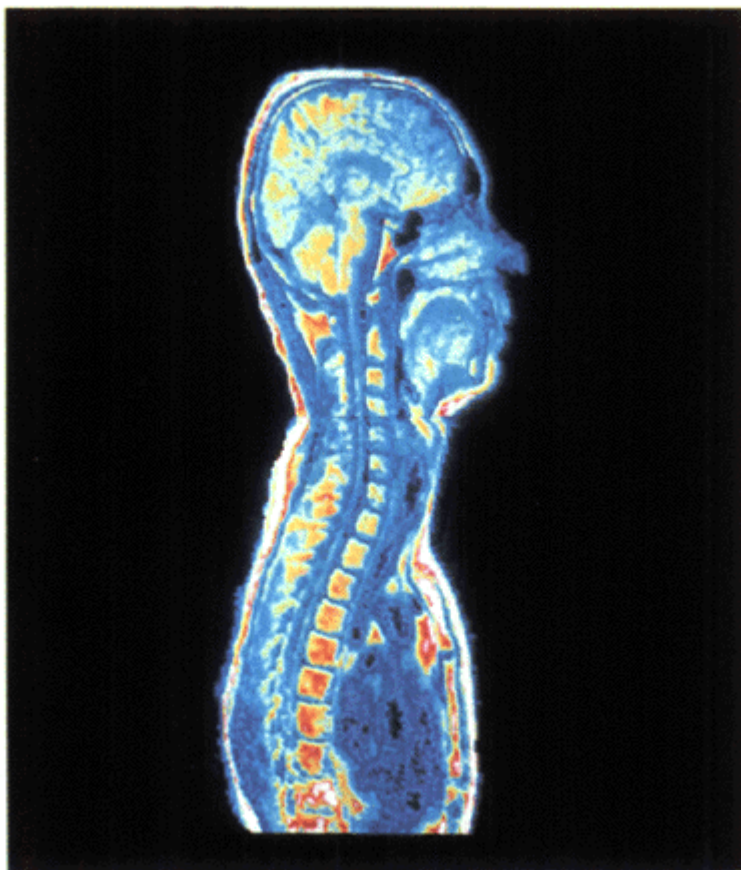
---

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

---

#### MRI装置による人体上部縦断像



MRI装置による人体上部縦断像



## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第1節 国民医療の総合的改革

##### 1 国民医療の現状と新しい課題

我が国の医療の現状をみると、医療保険制度の給付水準や医療供給体制の整備量はほぼ国際的な水準に到達している。我が国の医師数を国際的に比較してみると、人口10万対157(昭和61年)で欧米諸国の200前後に比べてやや低い。医師数は毎年8,000人程度の増加を続けており、むしろ将来は過剰が予想されている。また、我が国の病床数も人口10万対で1,492.5(61年)となっており、既に欧米諸国の水準を超えている。

こうした医療保険制度や医療供給体制の整備、国民の所得水準の向上等に伴って、国民の健康水準も大きく向上してきた。

しかしながら、他方では人口の高齢化の進展や国民の生活水準の向上による医療に対するニーズの高度化・多様化に伴って、新たな課題が生じている。

#### (老人医療の現状)

60年度の国民医療費は16兆159億円で、前年度に比べ6.1%の伸びとなっており、国民所得に対する比率は6.3%となっている。このうち、歯科と薬局分を除いた一般診療医療費は14兆287億円で前年度に比べ8,360億円増加している。この8,360億円の増加のうち、4,684億円が70歳以上の老人医療費の増加によるものであり、全増加額の56%を占めている(第3-1表)。この結果、老人医療費は国民医療費全体の4分の1を占めるに至っている。

第3-1表 昭和60年度一般診療医療費対前年度増加寄与率

第3-1表 昭和60年度一般診療医療費対前年度増加寄与率  
(入院、入院外・年齢階級・特定傷病別)

(単位：%)

59年度から60年度にかけて の一般診療医療費増加分 8,360億円に対する増加寄 与率	総 数		入院	入院外	
	0～69歳	70歳以上	合 計	合 計	
全傷病	100.0	44.0	56.0	68.1	32.0
新生物	13.4	8.1	5.3	8.7	4.7
悪性新生物 (再掲)	11.7	7.0	4.7	7.5	4.2
循環系の疾患	31.5	9.2	22.3	19.1	12.4
高血圧性疾患 (再掲)	13.9	5.2	8.7	4.3	9.7
虚血性心疾患 (再掲)	3.3	1.1	2.2	2.5	0.8
脳血管疾患 (再掲)	12.6	3.8	8.8	10.9	1.7
消化系の疾患	11.2	7.0	4.3	7.4	3.8

資料：厚生省統計情報部「国民医療費」(昭和60年度)

(注) 1. 一般診療医療費とは、国民医療費から歯科診療医療費及び薬局調剤医療費を除いたものである。

(59年度13兆1,927億円、60年度14兆287億円)

2. 70歳以上の人口は全人口の6.8%

3. 増加寄与率は次のような計算式で計算した。

$$\text{増加寄与率} = \frac{\text{60年度の入院、入院外・年齢階級・特定傷病別医療費} - \text{59年度の入院、入院外・年齢階級・特定傷病別医療費}}{\text{60年度の一般診療医療費} - \text{59年度の一般診療医療費}} \times 100(\%)$$

60年度の実績では、70歳以上の老人1人当りの医療費は年間約50万円で、69歳以下の平均の5倍となっている。現状のまま推移すれば、75年の老人医療費の国民医療費に占める割合は36%程度に上昇すると見込まれ、高齢化に伴う老人医療費の増加に伴って国民医療費の増加も避けられないと予想される。

今後の急速な高齢化を考えると、老人医療の問題は単に規模の大きさの問題だけではなく、21世紀の本格的な高齢化社会における我が国の医療の在り方そのものの問題であるといえよう。

老人医療の現状をみると、60年では全老人入院患者の50.8%が6か月以上の長期入院患者で占められている(第3-2表)。また、年齢階級別の患者数の推移をみると、昭和50年には約18%であった70歳以上の入院患者の割合は、59年には31%にまで上昇している。こうした老人の入院患者の増加とともに、施設から在宅に至る総合的なケアシステムが確立されておらず特に在宅ケアが不十分であること、老人の症状に応じた適切な看護・介護サービスや社会復帰を促すような効果的なりハビリテーションが行われていないことなどが問題として指摘されている。

第3-2表 入院期間別の老人入院患者構成割合

第3-2表 入院期間別の老人入院患者構成割合

入院期間	総 数	2週間未 満	2週間～1ヵ月	1ヵ月～3ヶ月	3ヵ月～6ヵ月	6ヵ月 以上
入院期間別老人入院患者構成割合	100.0%	10.3%	8.9%	17.5%	12.5%	50.8%

資料：厚生省統計情報部「社会医療診療行為別調査報告」(昭和60年)

こうした観点から、老人医療の今後を考えると、老人の医療は若い人と異なり個々の疾患の治療だけではなく、家庭や地域社会で生活できるよう老人の日常生活能力を可能な限り維持・回復させることを中心に考えていく必要があり、慢性疾患中心の時代に対応した日常生活を重視した医療を確立していく必要がある。また、老人1人1人が置かれている社会環境や家庭環境に配慮しながら、施設サービスから在宅サービス

に至るそれぞれの症状にふさわしい適切なケアを提供していくことが重要となっている。

### (入院医療の現状)

入院医療の現状をみると、入院医療費は外来を上回って増加してきており、60年度には初めて入院医療費総額が外来を上回るに至っている。我が国の平均在院日数は全傷病で48.7日(59年)とフランスや西ドイツの約3倍もの期間となっている。この傾向は、新生物(がん)、循環器といった慢性疾患や損傷及び中毒といった急性疾患をとってもほぼ同様となっている。

また、後述するように(120頁参照)、我が国の入院日数や1人当りの入院医療費には各都道府県の間で大きな地域差がみられる。

こうした我が国の長期入院傾向は、老人医療費を中心として国民医療費の増加をもたらすという観点から大きな問題であり、また、医療費の大きな地域差は、医療保険制度における国庫負担の配分や保険料負担の公平という観点からも問題がある。

### (国民意識の変化と医療サービスの質的充実への要請)

所得水準の上昇や健康への関心の高まりなどにより、国民の医療に関する意識も大きく変わってきており、国民はより質の高いサービスを求める傾向が強くなっている。

大学病院等には多数の若い医師が勤務しているが、医療サービスの質的充実のためのマンパワーの養成という観点から、大学病院等における医療と研修の実態をみると、医学・医療の高度化を背景に、研究重視になりがちな姿勢からくる著しい専門指向や計画的な研修プログラムが少ないという問題が指摘されている。

また、医療機関に関する広告が厳しく制限されているために患者に対する情報提供が不十分であることや医療機関と患者の関係も一方通行的になりやすいという問題が指摘されている。成人病が増えている今日において、医師と患者の関係は一方通行的な関係ではなく、医師と患者が共同して治療に取り組むという姿勢が大切であり、近年では、「インフォームド・コンセント(注)」という考え方が一般化してきている。

病院給食についても、「夕食時間が早い、おいしくない、冷たい」との不満や栄養面での管理が中心でサービスのきめ細かさに欠けるという評価が少なくなく、患者のニーズに十分対応したものになっているとはいえない状況にある。

---

(注)「インフォームド・コンセント」とは、直訳すれば「知らされたうえでの同意」ということであり、患者が医師から治療を受けるに当たって事前にその内容、目的、効果などについて十分説明を受け、患者が納得した上で治療を受けることが望ましい、という考え方である。

---

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第1節 国民医療の総合的改革

##### 2 良質で効率的な医療システムの構築

こうした問題に対応し、21世紀の本格的な高齢化社会にふさわしい医療システムを構築していくためには、今後の医療政策の重点を従来の量的整備から質的な充実に移していく必要がある。このことによって、人口の高齢化や国民意識の変化に対応した、良質で効率的な医療システムの構築を進め、国民の医療ニーズに的確に応えていくことが重要である。

(国民医療総合対策本部の中間報告)

こうした観点から、厚生省では昭和62年1月「国民医療総合対策本部」を設置し、我が国の医療制度について医療供給体制や医療サービスの在り方などの面から総合的な見直しを行い、同年6月に中間報告を取りまとめた。

中間報告では、「質の良い」医療サービスを「効率的に」供給していくためのシステムづくりを今後の医療改革の基本に据えるとともに、併せて、セルフ・ケアの重視、現行の出来高払い方式を堅持しつつ医療の質と効率性を重視した診療報酬の改革、患者サービスの選択の幅の拡大が重要であると指摘している。具体的には、1)老人医療の今後の在り方(老人にふさわしい施設ケアの確立と在宅ケアの充実、老人医療のガイドラインづくり、脳卒中リハビリテーション・マニュアルの作成等)、2)長期入院の是正(入退院判定委員会の設置、病床過剰地域における病床の規制等)、3)大学病院等における医療と研修の見直し(卒後研修・医師国家試験の改善、大学病院等高度専門病院に対する診療報酬の在り方の見直し等)、4)患者サービス等の向上(患者に対する情報提供機会の拡大、病院給食の改善等)の4点について改善方策を提言している。

---

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第1節 国民医療の総合的改革

##### 3 医療保険制度の一元化に向けて

---

###### (医療保険制度の一元化)

現行の医療保険制度においては、各制度間の給付と負担の両面で格差が存在している。21世紀の本格的な高齢化社会に向かって、医療費保障システムを長期的に安定したものにしていくためには、医療保険制度における給付と負担を公平なものにしていく必要がある。これまで、医療費の適正化を推進するとともに、老人保健制度の創設(昭和58年)及び改革(61年)、健康保険法の改正(59年)等医療保険制度の改革を行い、給付と負担の不均衡の是正を図ってきたところであるが、今後ともこの方向に沿って国民健康保険制度の見直しをはじめとする医療保険制度の改革を推進していくことが重要な課題となっている。

###### (国民健康保険制度の見直し)

老人保健制度の創設及び改革・退職者医療制度の創設により、高齢者の加入割合が高いことに伴う国民健康保険制度の負担面での問題の改善は図られたが、一方で医療費の増嵩傾向は続いており、赤字保険者が増加する等国民健康保険の財政運営は依然として厳しい状況にある。

国民健康保険制度の在り方については、臨時行政改革推進審議会の意見「今後における行財政改革の基本方向」(61年6月10日)や国会の附帯決議(61年12月)等において制度の見直しが必要との指摘を受けている。

そこで、61年12月の大蔵、厚生、自治三大臣の合意に基づき、学識経験者から成る国保問題懇談会が開催され、62年5月から国民健康保険の安定した運営が確保されるよう医療保険制度全体の中における制度の在り方について、国と地方の役割分担等を含め幅広く基本的な検討が行われた。同懇談会は、62年12月に保険料負担能力の低い低所得者対策や医療費の地域差に関する対策等、国民健康保険制度の安定化に向けて当面取り組むべき課題と方策を提示した報告をとりまとめた。政府においては、この報告を踏まえ国保制度の運営の安定化を図るため、保険基盤安定制度の実施、高医療費市町村における医療費適正化の推進等所要の措置を講ずるための国民健康保険法の一部改正を行うこととしている。

---

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

##### 1 地域医療システムの確立

我が国の保健医療供給体制は、戦後から今日まで国民の保健医療の確保という観点から逐次整備されてきた結果、医療施設数や病床数は欧米に比べて遜色のない水準に達しており、また、医師、歯科医師等医療従事者についても量的にはほぼ充足している。

しかし、一方では病床数や医師数等について相当数の地域差がみられることや、高度な医療機能を有する病院に軽症の患者が多数来院するため、病院本来の機能が十分発揮されなかったり、また、使用頻度の少ない高度な医療機器を競って導入すること等により、医療経営に悪影響を及ぼすなど多くの問題をかかえている。

一方、所得水準の向上、健康に関する意識の高まり、医学・医術の進歩などに伴い、国民はより質の高い医療やより快適なサービスを求めるようになってきており、そのニーズが多様化している。

効率的な保健医療供給体制を確立するため、各都道府県において地域医療計画を作成し、病床の不足地域においては病院等の整備に努めるとともに、病床過剰地域は病床の増加を抑制することにより、医療資源の地域的な偏在を是正し、効率的な保健医療システムを構築する必要がある。また、国民の医療ニーズの多様化・高度化に適切に対応していくため、質の高い医療サービスを効率的に供給するためのシステムづくりが不可欠である。



## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

##### 1 地域医療システムの確立

###### (1) 医療計画の作成

各都道府県が医療計画を作成し、それに基づく医療機能の体系的整備や無秩序な病院病床の増加のコントロールを図って、地域医療のシステム化を推進すること等を目的として昭和60年12月、医療法が改正された。

この改正を受け、現在、各都道府県において、医療圏における必要病床数のほか、病院の機能を考慮した整備の目標等を盛り込んだ地域医療計画の作成作業が進められている。現在までに17都道府県(注)(62年12月末現在)で医療計画が作成されているが、62年度中には都道府県の約8割で作成される予定である。

(注) 青森県、山形県、神奈川県、新潟県、長野県、山梨県、石川県、愛知県、兵庫県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、熊本県、宮崎県、鹿児島県

この医療計画が作成されることに伴い、一部の地域において医療計画公示前に病院の開設、増床の許可申請が著しく増加する例がみられるがこれは医療計画の趣旨を著しく逸脱するものであることから、厚生省では、62年6月、医療計画公示前に病院の開設等の許可を一括して処理することを控えること、病院開設申請者が既存の医療法人である場合は、当該開設に伴う定款等の変更審査の際に、法人の資産要件の充足等を十分確認すること等の内容を通知により各都道府県に指示した。また、62年9月には医療計画公示後における病院開設等の取扱い方針として、医療計画上の知事の勧告を受けながら、病院開設を行った医療機関に対する措置(保険医療機関の指定拒否等)を通知等で示した。

#### 〔新潟県「地域保健医療計画」〕

新潟県は62年6月「新潟県地域保健医療計画」を作成、公示した。

同計画は、「21世紀に向けての県民の健康と医療」の副題がついており、1)包括性、2)需要即応、3)地域完結、4)自己責任、の4つの基本原則により県民の保健医療サービスが確保されることを目指したものである。施策の重点事業として、医療面では、1)必要病床数の適正な配置、2)救急医療体制の充実、3)腎移植体制の確立等を挙げている。

なお、全県版の保健医療計画とともに、13の二次保健医療圏について、それぞれ「新潟県地域保健医療計画―地域版」を作成している。

#### 医療圏域と病床数

医療圏域と病床数

保健医療圏域		既存病床数 (A)	必要病床数 (B)	A/B
一 般 病 床	村上保健医療圏	666 床	831 床	0.80
	新発田保健医療圏	1,064	1,841	0.58
	新津保健医療圏	1,232	1,545	0.80
	新潟保健医療圏	6,352	5,374	1.18
	巻・三条保健医療圏	2,080	2,845	0.73
	長岡保健医療圏	2,482	3,006	0.83
	小出保健医療圏	973	1,119	0.87
	六日町保健医療圏	568	671	0.85
	十日町保健医療圏	652	642	1.02
	柏崎保健医療圏	858	1,169	0.73
	上越保健医療圏	2,040	2,387	0.85
	糸魚川保健医療圏	265	485	0.55
	佐渡保健医療圏	867	785	1.10
	合 計	20,099	22,700	0.89
精神病床	県 全 域	7,401	5,908	1.25
結核病床	県 全 域	527	1,079	0.49
合 計	28,027	29,687	0.94	

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

##### 1 地域医療システムの確立

##### (2) 医療施設間の機能連携とプライマリ・ケアの充実

医療技術の進歩等に伴い、患者は設備の整った病院における受診を選択する傾向が強くなり、一般診療所の外来患者が減少しているのに対し、病院の外来患者は増加してきている(第3-3図)。その結果、特に、大病院においては診療時間に比べ待ち時間が長くなり、病院側にとっても、本来期待されているような機能を十分発揮できないといった弊害もみられる。

東京都「都民の保健医療に関する意識調査」(62年3月)により、「診療所と病院の機能分担」に関し、国民の意識をみても、7割以上の者が病院と診療所の機能分担に賛成すると答えているが、その理由として、「検査や人員の揃っている病院の本来機能を発揮するため」、「病院の混雑防止、待ち時間減少のため」など病院の本来機能に着目したものが多くある。

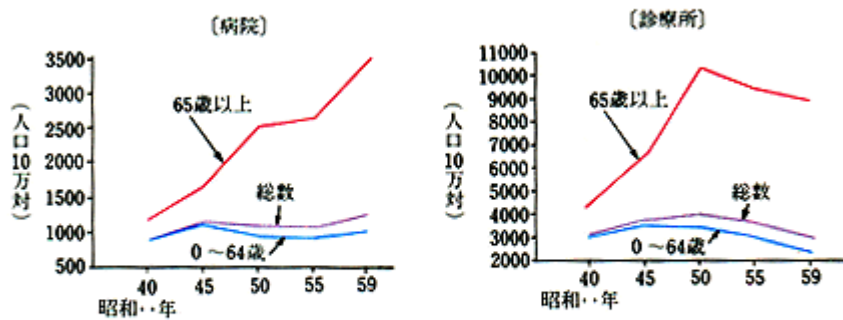
このため、医療機器等の医療資源を有効に活用しながら、地域住民に良質の医療を提供していくため、診療所から高度医療施設に至るまで各種施設の機能、役割を明確にするとともに、施設相互間の連携を確保していく必要がある。

また、地域において医療施設間の機能分化を図り、連携体制を確保する一つの方法として、病院の施設を地域の開業医等に可能な限り、開放していく、病院のオープン化も一つの方法と考えられる。

この開放型病院の数は、健康保険法に基づいて承認されているだけでも全国で69か所(62年11月現在)あるが、施設・設備を開放することによって、1)高度医療機器等の効率的活用ができる、2)1人の患者に対し、継続的ケアが可能となり、患者にとっても望ましい、といったメリットがあり、地域の医師会等の協力を得ながら進めていく必要がある。

#### 第3-3図 受療率(外来のみ)の年次推移〔病院・診療所〕

第3-3図 受療率(外来のみ)の年次推移(病院・診療所)



資料：厚生省統計情報部「患者調査」(昭和59年)

(注) 受療率とは、ある特定日に疾病治療のため、全ての医療施設に入院あるいは通院または往診を受けた患者数と人口10万人との比率である。

$$\text{受療率} = \frac{\text{1日の全国推計患者数}}{\text{10月1日現在総人口}} \times 100,000$$

(家庭医機能)

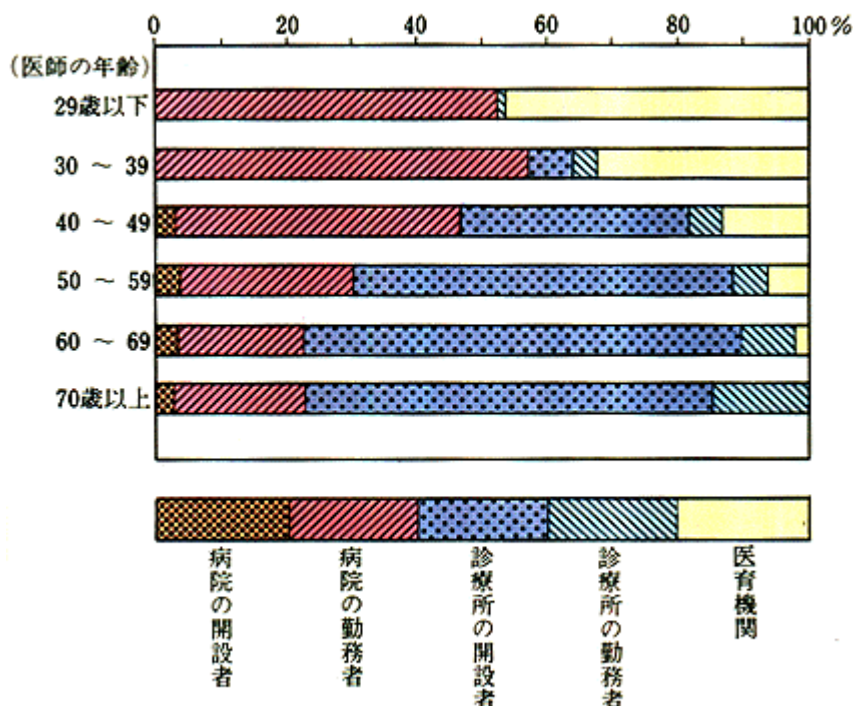
また、地域におけるプライマリ・ケア(1次医療)の充実を図ることは、医療施設間の機能連携を図る上でも重要である。

しかし、近年の若手医師の勤務医志向、プライマリ・ケアを担う開業医の高齢化の進行(第3-4図)等、将来のプライマリ・ケアをめぐるいくつかの問題があり、厚生省では60年6月「家庭医に関する懇談会」を設置し、「家庭医機能(プライマリ・ケアを含めた住民の日常からの健康管理、諸疾患に対する適切な診断、治療、さらには必要に応じ、患者を専門医療機関等へ紹介すること等)」を担う医師の養成、支援態勢等を中心に検討を進め、62年4月報告書を取りまとめた。

また、これを受けて63年度から家庭医機能普及定着事業(モデル実施)を推進することとしている。

第3-4図 医療施設に従事する医師の状況

第3-4図 医療施設に従事する医師の状況(業務の種別、年齢階級別)



資料：厚生省統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」(昭和61年)

(注) 医育機関とは、大学の附属病院及び分院をいう。

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

##### 1 地域医療システムの確立

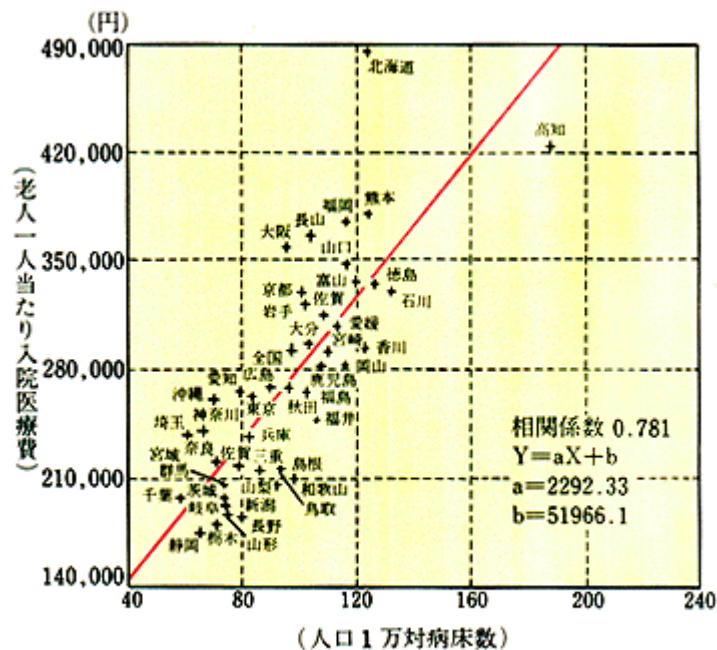
##### (3) 病床数と入院需要の関係

地域医療計画作成の目的の一つは、前述のとおり病床過剰地域における無秩序な病床の増加を是正することであるが、ここで病床数が入院需要にいかなる影響を与えているかみてみよう。

都道府県別人口1万対病床数と老人1人当たり入院医療費の相関を第3-5図でみると、老人1人当たり入院医療費の高い北海道、高知、熊本などは人口1万対病床数も多く、逆に老人1人当たり入院医療費の低い静岡、栃木、長野などは病床数も少なくなっており、病床数と入院医療費とは高い相関関係があることがわかる。

第3-5図 都道府県別人口1万対病床数と老人1人当たり入院医療費の相関

第3-5図 都道府県別人口1万対病床数と老人1人当たり入院医療費の相関



資料：老人1人当たり入院医療費は、厚生省老人保健部「老人医療事業月報」（昭和60年度）、病床数は、厚生省統計情報部「医療施設調査」の一般病床数である。

ところが、高医療費県と低医療費県では、疾病構造や70歳以上の死亡率、死因別死亡率などそれほど差異はみられず、県民の健康の違いによってこのような入院医療費の大きい地域差がもたらされているとは考えにくい。むしろ、病床数の無秩序な増加が、地域においてそれまで潜在化していた入院需要を顕在化させるという面があり、過剰な病床をコントロールすることによって、医療を本当に必要としている者に効率よく、適正に提供していく必要がある。

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*



## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

##### 1 地域医療システムの確立

##### (4) 国立病院・療養所の再編成

###### (国立病院・療養所の果たすべき役割)

国立病院・療養所は、戦後、旧陸海軍病院等を転用して発足して以来国民医療の確保に大きな役割を果たしてきたが、この間に疾病構造の変化、他の公私医療機関の整備充実等医療環境は大きく変化してきている。今後、本格的な高齢化社会への移行が急速に進む中で、医療の果たすべき役割は一層重要なものとなるが、我が国の医療機関の整備状況を踏まえれば、今後は医療資源の効率的な活用を図りつつ、医療機関相互の機能分担と連携を強化していくことが重要となってくる。

このような観点から、国立病院・療養所については、医療機関における役割分担として、より広域を対象とする高度医療又は他の公私医療機関が担うことが困難な結核、重症心身障害等の専門医療、臨床研究、医療従事者の教育研修等を担えるよう医療機関として機能の充実強化を図っていくことが必要である。

###### (機能強化を図るための再編成)

今後、国立病院・療養所が国立にふさわしい役割を積極的に担っていくためには、さらに、医療スタッフ等の増強を図っていく必要がある。また、国立病院・療養所は、旧陸海軍病院等を転用して発足したため、施設の老朽化や地域的な偏在が見られる。このため、全国的なバランスにも配慮しながら、国立としての機能を果たすにふさわしい施設の充実を図っていくことが適当である。

このような観点から、近接して国立病院・療養所があり、統合することにより機能の強化が図れる施設は統合し、病床数、診療機能、診療圏等を勘案し、他の経営主体が経営するのが適当な施設は経営移譲を行い、これによって生み出された要員等を必要に応じて国立として存続すべき施設に重点的に投入していくこととしている。

###### (国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律の成立)

再編成の基本的な考え方については、大方の理解が得られているものと考えているが、個別の施設の統合又は経営移譲については、従来通り国立の施設として存続を要望する声も強い。しかしながら21世紀に向けて適切かつ効率的な医療供給体制を確立していくためには、国立の医療機関としての機能、役割について見直しを図り、国公私の医療機関の機能分担と連携の強化という方向で再編成を行うことが必要である。再編成計画の実施に当たっては、都道府県において作成作業が進められている地域医療計画と整合性を保ちながら、地域医療の確保に支障が生じないように、十分な配慮の上進めていくこととしている。

なお、再編成の円滑な実施を図るとともに、地域の医療を確保するためには、1)経営移譲を行う施設については、移譲後の経営が成り立つよう、土地、建物等の割引譲渡、運営費の助成措置、2)統合により使用されなくなる施設については、地域の実情により医療施設として地元が活用できるよう、土地、建物等の割引譲渡の措置等を講ずる必要がある。これらを内容とする「国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律」が、62年9月第109回国会において成立をみたところである。



*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

#### 2 病院機能及び患者サービスの向上

##### (1) 病院機能評価

病院が国民に良質な医療サービスを効率的に提供していくためには、病院自らがその医療機能を自己評価できるような客観的な基準を作成し、優れている点と改善すべき点を把握して、病院運営上の重点事項を明確化することが重要である。

このため、昭和60年8月厚生省と日本医師会が合同で「病院機能評価に関する研究会」を設置し、62年4月病院機能評価マニュアルが作成された。これは、病院機能を第3-6表に示すように5つに分類し、それぞれの評価項目ごとに病院機能における重要度を勘案し、点数の数量化を行うことにより、病院機能の自己評価を行うものである。同年10月このマニュアルによる自己評価の調査結果では、全国の3分の2以上の病院から回答が得られ、病院機能評価に対する理解と関心が示されているところである。

第3-6表 病院機能評価項目の項目例

第3-6表 病院機能評価項目の項目例

I 基本的事項 (10項目)

- 病院の基本方針が文書に作成されており、それが明示されていますか
- 病院のこれらの課題として具体的な活動目標(例えば、リハビリテーション、患者サービス、地域サービス、学術活動等)がありますか

II 地域ニーズの反映 (15項目)

- 地域で行われている検診活動に協力していますか
- 在宅ケア(往診、訪問看護など)の支援システムをもっていますか

III 患者の満足と安心 (25項目)

- 患者の意見や要望を聞くための窓口等を設けていますか
- 給食は(栄養指導、時間、温度、メニューなど総合して)患者本位となるよう努力していますか

IV 診療の学術性 (25項目)

- 病院として組織的に診療評価を行なっていますか
- 薬剤情報等に関する委員会を設け、新薬情報、副作用情報等に関する検討をしていますか

V 病院運営管理の合理性 (25項目)

- 病床管理を円滑に調整する体制が整っていますか
- 医療機器の保守管理、安全点検の体制が確立していますか

資料：厚生省健康政策局「病院機能評価マニュアル」(昭和62年4月)

(注) 評価項目毎に病院機能における重要度を勘案し、点数の設定による数量化を行い、評価結果の概括的な把握や経年的な比較等が可能となるようにしている。

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

#### 2 病院機能及び患者サービスの向上

##### (2) 病院経営の近代化・安定化

---

人口の高齢化に伴う疾病構造の変化,高度医療機器の普及など医業経営を取り巻く状況は大きく変化している。

医療は,個々人の生命と健康に直接かかわるという個別性の強い対人サービスであるという特殊性や,人間生活に不可欠であり,他の業種のように経済状況の変化などによりその存続自体が問われるような事態は少ないことなどのため,これまで医業経営の近代化は必ずしも十分ではなかった。

しかし,医療機関であればどこでも患者が当然に訪れるという考え方で十分であった時代から,医療機関相互の競争の激化,患者の病院志向,高度医療機器の普及,質の良い医療サービスへのニーズなどにより,経営の近代化を図らなければ経営を安定的に維持発展できない時代へ変わりつつある。

こうした状況を踏まえて,61年7月に「医業経営の近代化・安定化に関する懇談会」が設置され,62年9月に報告書がまとめられた。

報告書では,今後の医業経営の在り方として,

- 1) 院長は経営についての素養を高めるとともに,事務長ら専門の経営管理スタッフと協力・連携を図ること。
- 2) 業務の外部委託,医薬分業,院内情報システムの整備などにより業務の合理化・効率化を図ること。
- 3) 地域住民のニーズに対応した機能を明確にし,特徴を持った経営を行うこと。

等を挙げている。

---

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

#### 2 病院機能及び患者サービスの向上

##### (3) 患者サービスの向上

国民の医療に対する不満の中には、医療の情報提供に関するものや患者サービスの向上に関するものが少なくない。

例えば、「保健医療サービスに関する世論調査」(昭和62年6月)で具体的にみると、病気の状態や治療方法についての医師の説明に対しては、過半数の人が十分には満足しておらず、特に、薬の内容などについては、約4分の3の人が医師の説明に十分には満足していないと答えている。

このため、前節でみたように、国民医療総合対策本部中間報告において、医療機関から患者への情報提供策として、病院が自主的に治療方針や治療の段階、使用する薬剤の作用、入院に要する費用等を盛り込んだ「医療サービス指針」を作成すべきであるとし、厚生省は63年1月病院関係者等による「患者サービスの在り方に関する懇談会」を設け、検討することとしている。

また、病院の患者サービス向上という観点からは、病院給食について「夕食時間が早い、おいしくない、冷たい」との不満や、栄養面での管理が中心でサービスのきめ細かさに欠けるという評価が少なくない。

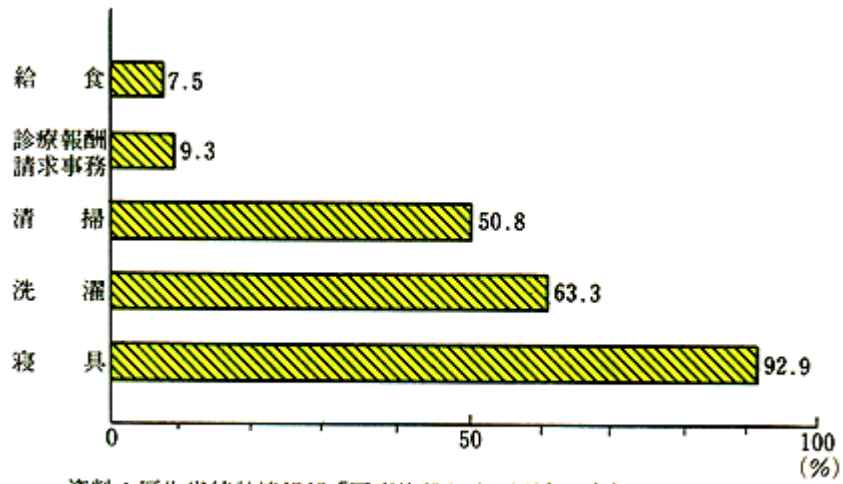
このため、報告書では、給食に対する患者の不満を解消し、カロリー等に偏った給食の在り方を見直すとともに、それに応じた診療報酬面での対応を図るほか、患者のニーズに応じた複数の選択メニューが提供できるように検討すべきであるとしている。

病院における給食業務については、病院の管理者が業務遂行上必要な注意を払い、給食の質を確保するという前提の下に、調理部門について一部、外部の業者に委託することができることとなっているが、第3-7図で病院の業務別に委託率をみると、寝具、洗濯、清掃は5割を超えているのに対し、給食は7.5%と低い。

今後、効率的で質の良い患者サービス提供のため、病院の業務委託に関する基本的なルール作りを進め、医療関連ビジネスの指導、育成を図っていく必要がある。

第3-7図 病院の業務別委託率

第3-7図 病院の業務別委託率



資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」(昭和59年)

(注) 委託率とは、全病院において、当該業務を第三者に委託している割合をいう。

---

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

##### 3 在宅ケアの充実

---

高齢化の進展に伴い、老人入院患者は毎年相当程度増加を続けているが、これは我が国では老人保健施設など長期療養のための施設が制度化されておらず、主として病院が老人のケアに対応してきたことや、また、在宅ケア対策がたち遅れていたことも大きな要因になっていると考えられる。

ねたきり老人や痴呆性老人など要介護老人や、高血圧や糖尿病といった慢性疾患患者等の増大に伴い、日常生活において適切なケアを行うことが重要となっており、在宅ケア体制の充実が求められている。

---

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

##### 3 在宅ケアの充実

###### (1) 在宅医療

医療技術の進歩等により、CAPD(注1)(連続携行式腹膜灌流法)や在宅酸素療法(注2)などについては、現在では在宅による治療が技術的には可能となってきているが、在宅療養のための諸条件が整備されていないために、入院させざるを得ないケースも少なくない。

(注1) 慢性腎不全の患者の腹腔内に透析液を入れて、腹膜を通して行うもので、1日平均4回透析液を交換することにより血液の浄化が行える。

(注2) 肺気腫、肺結核後遺症等で呼吸不全の状態にあり、動脈血の酸素ガスレベルが低下している患者に、酸素濃縮器や酸素ポンペを用いて高濃度の酸素を吸わせるもので、これにより患者の症状の軽減や死亡率の低下が図られる。

在宅医療の充実を図るために、厚生省は昭和62年6月「在宅医療環境整備に関する検討会」を設け、検討を進めている。また、これと並行して、全国の市町村から7か所(次頁注)を選び、62年度からモデル事業を実施している。モデル地区では、保健婦がコーディネーターとして、在宅医療に関わる問題点(家族構成、医療機器等の入手、介護者の確保等)を幅広く調査し、医師も加わった在宅医療環境整備調査研究委員会での問題点を整理・分析の上、対応策を検討し、在宅医療の現場に反映させることとしている。

また、在宅医療の推進を図るためには、家族を支援する保健医療従事者とのチームワークが不可欠であり、そのためには、国民医療総合対策本部中間報告でも指摘されているように、このチーム医療の中核となる家庭医機能を担う医師の役割が極めて重要である。

(注) 北海道旭川市、新潟県大和町、栃木県南河内町、東京都板橋区及び三鷹市、長野県茅野市、兵庫県尼崎市

#### 第3-8図 訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業





## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

##### 3 在宅ケアの充実

###### (2) 訪問看護

老人保健制度の実施(昭和58年2月)に伴い、ねたきり老人の在宅ケア推進のため保健婦による訪問指導が老人保健事業の一環として開始されるとともに、医療機関から退院後のねたきり患者を対象とした継続看護の指導が保険点数化されている。

しかし、訪問看護の実施状況をみると、一般病院のわずか4.1%(60年日本看護協会調べ)にすぎず、また、保健や福祉サービスとの連携も必ずしも十分にとられていないなどの問題が指摘されている。

一方、国民の意識をみると、総理府広報室の「老人福祉サービスに関する世論調査」(61年1月)によれば、寝たきりの際、身の回りの世話をしてもらいたい者は、「配偶者」(35.4%)、「娘」(16.7%)の順に高くなっており、親族の女性に介護を多く期待している。このようなニードに応え、家族の介護負担の軽減につながる在宅ケアの充実が求められている。

さらに、総理府広報室の「保健医療サービスに関する世論調査」によれば、8割近くの者が長期間の療養が必要になった場合に訪問看護を利用したいと答えており、女性の社会進出、都市部における住宅事情、高齢者単独世帯の増大等により、従来家族が主に担ってきた看護や介護機能は低下してきているが、条件さえ整えば訪問看護サービスに対する需要は高いものと考えられる。

このため、国民医療総合対策本部中間報告では「病院や診療所が訪問看護を専門に行う看護婦に患者の訪問看護を委託し、病院や診療所の主治医との連携の下で継続的な訪問看護サービスが提供できるような」新しい訪問看護サービスが提案されており、また、新たに資格が定められた社会福祉士や介護福祉士と連携をとることにより、総合的な在宅ケアサービスの充実を図る必要があるとしている。

厚生省では、63年度から、訪問看護サービス、在宅福祉サービス、保健サービス相互の連携のとれた訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業を推進することとしている(第3-8図)。

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

##### 4 へき地・救急医療

##### (1) へき地保健医療対策

---

へき地医療対策は、山間、離島など医師や医療機関が不足している地域について、その医療格差を是正するため、昭和31年以来5次にわたる計画に基づき、へき地診療所等の整備やへき地勤務医師の紹介・あっせん事業等により推進されてきた。その結果、41年には2,920あった無医地区が59年には1,276まで減少してきている。しかしながら、未だ相当数の無医地区や医療機関のない離島が残されていることから、厚生省では、61年度を初年度とし、計画期間を5年間とする第6次へき地保健医療計画を策定し、より広域的な見地から医療水準の向上に配慮するとともに、医療と保健とを一体として包括的な医療を確保することとしている。具体的には、へき地診療所の後方支援病院としてのへき地中核病院の研修機能の強化や、へき地勤務医師の診療支援のための静止画像伝送システムの導入等を図ることとしている。

---

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第2節 保健医療供給体制の整備

#### 4 へき地・救急医療

#### (2) 救急医療

救急医療については、昭和52年度から計画的に、初期(休日夜間急患センター等)、二次(病院群輪番制)、三次(救命救急センター)及び救急医療情報センターからなる体制の整備を進めている。これまでに初期と二次の整備は相当進んできており、現在は三次と救急医療情報センターの整備に重点を置いている。

また、38年から、市町村の救急車が搬送する救急患者を受け入れるものとして、救急病院及び救急診療所の制度(病院・診療所合わせて5,728指定・62年)が設けられている。この制度は、当初交通事故による負傷者を主な対象としており、主として外科系の医療機関が指定されている。しかし、救急搬送において内科系の患者が多くを占めるようになったことから、消防法等が改正され、これに対応して、62年2月、救急病院等を定める厚生省令を改正し、外科だけでなく、内科系医療機関も救急病院・診療所に指定することとした。この改正にあわせ、救急医療機関の質の担保を図るため、救急病院等の指定を、無期限から三年ごとの更新制とした。

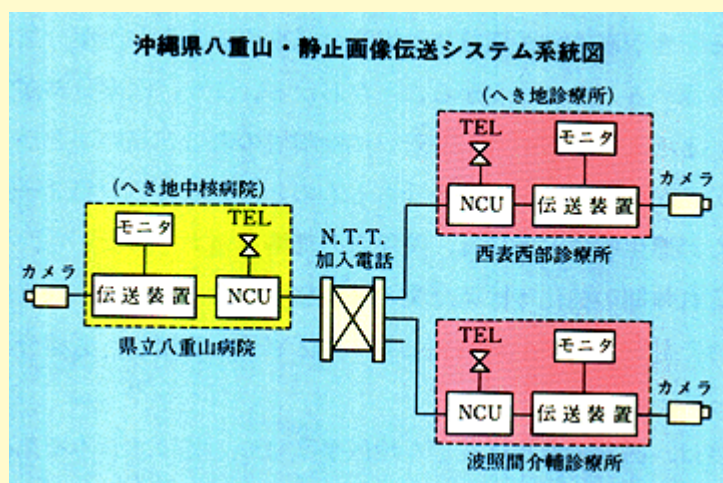
#### [へき地包括医療情報システム—沖縄県八重山保健医療圏での実験]

昭和54年度に八重山保健医療圏をモデル地区とする「へき地包括医療情報システム」の研究開発がスタートした。

モデル地区の西表西郡診療所、波照間診療所と中核病院である八重山病院に静止画像伝送装置とファクシミリを設置して通信回線を結び、離島の孤立性と診療所の医療設備の不十分な面をカバーしている。これにより、患者の生体情報を中核病院に伝送し、専門医と相談することにより、適切な診断、治療ができるよう期待されている。

システムの操作の簡素化、伝送時間の短縮化、画面の鮮明度の向上等を図ることが今後の課題となっている。

沖縄県八重山・静止画像伝送システム系統図



厚生白書(昭和62年版)

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

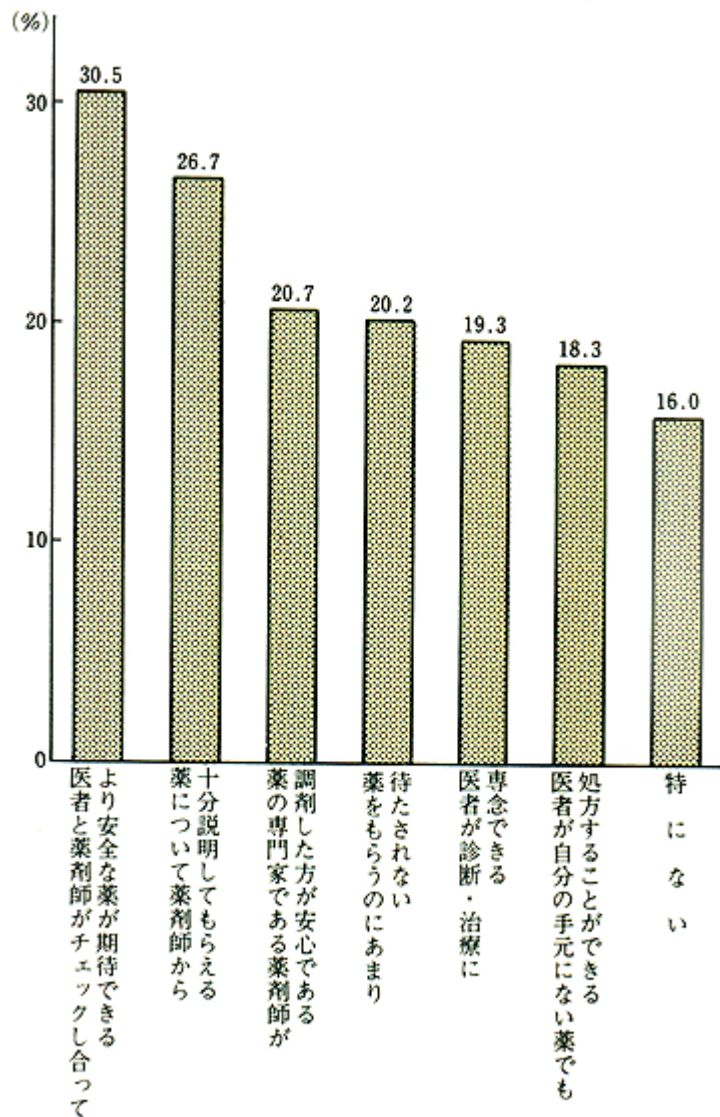
#### 第2節 保健医療供給体制の整備

##### 5 医薬分業

医薬分業とは、医師から処方せんをもらってまちの薬局で薬を調剤してもらい、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ろうとするものであり、欧米の大部分の国で実施されている。医薬分業の具体的なメリットとしては、医師と薬剤師がチェックし合っってより安全な薬が期待できることや薬について薬剤師から十分説明してもらえることなどが挙げられるが、このことは、総理府広報室「保健医療サービスに関する世論調査」(昭和62年6月)においても、示されている(第3-9図)。医薬分業は、我が国では院外処方せん料を大幅に引き上げた49年以降、漸次進展しており、ちなみに、61年度の医療機関の院外処方せん発行枚数は約1億1,253万枚と、49年度の実績の約15倍にも達している。しかし、その実施状況は全体としてみれば、なお十分とは言えず、今後も引き続きその推進に努める必要がある。例えば、前記の「保健医療サービスに関する世論調査」によれば、全体としては医薬分業の定着について否定的な意見の方が僅かに多い。しかしながら、医薬分業を実際に経験したことがある者ほど、医薬分業が定着するとよいと考える割合が高く、医薬分業を実際に経験することが医薬分業に対する理解を深めることにつながることをわかる。また、医薬分業が定着するとよいと考えるものの比率が若い年齢階層の者ほど高いことから、今後医薬分業が定着する素地は十分あるものと考えられる(第3-10図)。

第3-9図 医薬分業のメリット

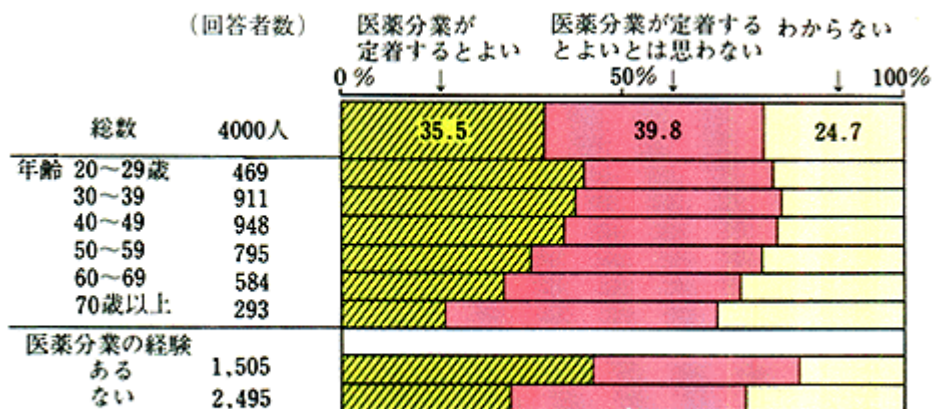
第3-9図 医薬分業のメリット(複数回答)



資料：総理府広報室「保健医療サービスに関する世論調査」(昭和62年6月)

第3-10図 医薬分業が定着するとよいか

第3-10図 医薬分業が定着するとよいか



資料：総理府広報室「保健医療サービスに関する世論調査」(昭和62年6月)  
 (注) 医薬分業の経験とは、医師から処方せんをもらって、まちの薬局で薬を調剤してもらった経験をいう。



このため厚生省においては、関係者の理解と協力を得ながら、処方せんの受入れ体制の強化等医薬分業の基盤整備を行っており、60年度からは、3カ年計画で医薬分業推進モデル地区事業も実施し、医薬分業の推進を図っている。

62年度は、医薬分業推進モデル地区事業については、日本薬剤師会にその事業の一部を委託し、医療機関に対し、新薬や流通している医薬品に関する情報提供等を行い、事業内容の充実を図っている。また、従来から実施されていた調剤センターへの補助に加え、医薬品(薬事)情報センターへも、その補助対象を広げ、医薬分業の推進のための基盤整備を図っている。

今後は、62年度で終了する医薬分業モデル地区事業の成果を踏まえ、1)大病院からの処方せん応需体制の整備、2)情報提供の実施、3)備蓄体制の整備、4)薬歴管理実施方法の検討等を行う必要がある。

[ゲッド・ジ・アンサーズ(Get the Answers)運動]

アメリカでは、医薬品を処方するに当たり、患者と医師・薬剤師等の医療専門家の間のコミュニケーションの不足が処方薬の不適正な使用をもたらしているという実態を重視して、1982年に米国医師会、米国薬剤師会など医療従事者団体や消費者団体、政府(FDA:米国食品医薬品庁)、製薬会社等が参加してNCPI(患者情報及び患者教育国民会議)が発足し、1983年ゲット・ジ・アンサーズ運動が展開されている。

これは、処方された医薬品について、患者と医師、薬剤師などの間の情報交換を促進し、これによって患者自身が治療を積極的に進めるための情報を体得し、治療過程に参加しようとするものである。具体的には、

- 1) 医薬品の名前とその効能
- 2) 医薬品の服用の仕方とその期間
- 3) 医薬品の服用中に守るべき注意
  - ・ 一緒にとるべきでない食品
  - ・ 一緒に服用するべきでない医薬品
  - ・ 例えば、車の運転等、ある特定の医薬品の服用中に行うべきでない行為
- 4) 医薬品の予想される副作用と、その副作用が起こった時になすべきこと
- 5) 何か医薬品について書かれた情報があるか無いか

の5つの事項について、処方された医薬品に関し、患者が医療専門家に質問するよう奨励しようとするものである。

また、これに対応して、主に医師・薬剤師等質問を受ける側に対する啓蒙を目的としたギブ・ジ・アンサーズ(Give the Answers)運動も同時に展開されている。



## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第3節 健康づくりの新たな展開

##### 1 生涯にわたる健康づくりの推進

我が国では、高齢者の平均余命が延長し、今後も世界に例をみないスピードで人口高齢化が進行することが見込まれている。増大する高齢者が、生涯を通じて健康な生活を営むとともに、社会の一員として積極的な役割を担い、その活力を維持向上させていくためには、あらゆる世代において健康づくりを進めていくことが重要な課題となっている。

本格的な高齢社会の到来に備え、健康で活力のある社会を構築していくため、昭和53年度から

- 1) 乳幼児から老人に至るまでの健康診査・保健指導体系の確立(生涯を通じる健康管理)
- 2) 健康増進センター、保健所及び市町村保健センターの整備並びに保健婦、栄養士等マンパワーの確保による健康づくりを具体的に推進する体制の整備(健康づくりの基盤整備)
- 3) 健康・体力づくり事業財団、食生活改善推進員等による啓発普及活動の推進(健康づくりの啓発普及)を健康づくり体制の3本柱とし、検診の徹底による疾病の早期発見、早期治療に努めるとともに栄養・運動・休養が健康増進の3要素であるという観点に立った「国民健康づくり運動」を展開してきた。

「国民健康づくり運動」が始まって、約10年が経過したが、この間、検診制度の充実、市町村保健センターの整備、市町村保健婦の設置等国民の健康を守るための基礎的な条件整備は進みつつある。

「国民健康づくり運動」は、従来ともすれば「治療」にのみ力点が置かれるきらいがあった医療行政に、一次予防(健康増進、疾病の発生予防)及び二次予防(早期発見、早期治療)をより重視し、自分の健康は自分で守るという自覚を国民ひとりひとりに促し、行政はそれをサポートすべきであるとの新たな視点を導入したところに意義があった。これら、諸施策の成果もあって、我が国ではその平均寿命が延長し、世界一の長寿国となった。

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第3節 健康づくりの新たな展開

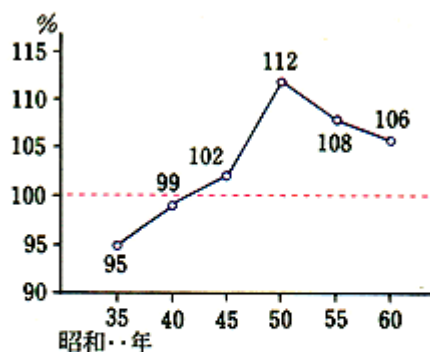
#### 2 日常生活における健康増進

##### (1) 適切な食生活の普及

我が国の栄養状態は、戦後著しい改善をみせ、全国的にみると栄養所要量はほぼ満たされており、我が国の食生活は、ほぼ満足すべき状況にある。しかしながら、個別の栄養摂取状況をみると偏り等がみられる。「国民栄養調査」(昭和60年)によれば、エネルギーについては、国民の4分の1は所要量を20%以上上回る3,000キロカロリー以上を摂取している。また、国民の平均エネルギー所要量に対する充足率でみても40年代半ば頃から100を上回り、過剰気味になっていることがわかる(第3-11図)。

第3-11図 エネルギー摂取の栄養所要量に対する充足率

第3-11図 エネルギー摂取の栄養所要量  
に対する充足率



資料：厚生省保健医療局「国民栄養調査」(昭和60年)

(注) 充足率は、次のような計算式で計算した

$$\text{充足率} = \frac{\text{被調査対象者の平均エネルギー摂取量}}{\text{被調査対象者の平均エネルギー所要量}} \times 100(\%)$$

食塩の摂取量については、減少傾向にあるものの1人1日平均12.1グラム摂取されており、目標摂取量である10グラムを上回っている。さらに、食塩の摂取量を地域別にみると、東北、北陸において特に多く摂取される傾向にある。

エネルギーの過剰摂取は肥満につながり、肥満や脂肪、食塩の摂取過剰は、心臓病、高血圧症、糖尿病等の成人病の誘因となりやすい。

「飽食の時代」と言われる今日、国民は多種多様な食品を自由に摂取することができ、適切な食生活の普及のためには、食品の栄養成分に関する正確な情報を提供するとともに、日常の食生活においてこれらの情報を活用して自ら食生活の改善に努めていくことが必要である。

このため、日常の食品摂取に占める加工食品の割合が急増している現状を踏まえ、公衆衛生の観点から、国民の健康の保持、増進、特に健全な食生活の実践、成人病対策及び栄養指導を効果的に推進するため、(社)日本栄

厚生白書(昭和62年版)

養食品協会により,加工食品を対象に5種(エネルギー,たん白質,脂質,糖質,食塩)の栄養成分の表示を内容とする表示制度(JSD表示制度)が61年11月に実施された。

JSD表示制度が発足して約1年が経過したが,JSD表示対象食品は1,472品目(62年12月末現在)に上っている。この情報を適切に利用し食生活の改善を進めていくため,保健所等において栄養教育,食生活改善推進員による普及活動等を行っている。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第3節 健康づくりの新たな展開

#### 2 日常生活における健康増進

##### (2) 適切な運動習慣の普及

#### 1) 健康づくりのための運動指導者の育成

健康増進を図るためには、一定強度の有酸素運動、すなわち、ジョギング、水泳、ダンスなど持続的に体の中に酸素を取り入れ、長く続けることのできる運動を一定時間行うことが必要である。これにより全身持久力の維持向上、低下の防止が達成でき、高血圧、動脈硬化、心臓病、糖尿病等の成人病の発生を予防することができるほか、身体の予備力も増加し、健康で活動的な生活を送ることが可能となる。

健康の維持増進のための適切な運動の目安としては、通常人の場合、それぞれの人の持っている最大持久力の4割から8割程度の強さの運動を週3~4回、1回当たり15分から1時間程度行うことが望ましい。

一方、過大な運動はかえって障害を招き、さらに、健康管理が不十分なまま運動を行うことは、健康増進の効果が生じないばかりか、時として致命的な事故にもつながる危険性がある。

このため厚生省では、個々人に望ましい運動の強さ、量、種類を簡単に知ることができる運動所要量の策定を進め、適切な運動を通じた健康増進に資することとしている。

また、治療の一環としての運動(運動療法)又は競技としての運動の指導を行う者ではなく、呼吸・循環器系の生理機能の維持・向上を図ることにより、動脈硬化、心臓病、高血圧等の成人病を予防し、健康水準を保持・増進するという観点から、医学的基礎知識、運動生理学の知識等に立脚して、個々人の身体の状況に適した運動プログラムを提供できる知識・技能を有する者を養成することが必要である。そのため、62年8月には、公衆衛生審議会から「健康づくりのための運動指導者」の養成の在り方に関する意見具申が厚生大臣に対して行われた。厚生省では、この意見具申を受け、63年1月に、「健康づくりのための運動指導者の知識及び技能の審査・証明事業の認定に関する規程」を告示することとしている。同規定に基づく認定機関として、健康・体力づくり事業財団を認定し、同財団において先に公衆衛生審議会の意見具申の内容に沿った講習、試験等を行うこととしている。また、養成された運動指導者に対しては「健康運動指導士」の名称を付与することとしている。

#### 2) 健康増進モデルセンターの整備促進

健康づくりの3要素は前述のとおり、栄養、運動、休養であり、この3つの調和のとれた状態が健康にとって最も望ましい状態と考えられる。そこで厚生省では、地域住民の積極的な健康増進を図るため、体力、健康度、栄養摂取の状況を測定し、個々の身体レベルに応じた食生活指導、運動指導、保健指導を総合的に行う場として健康増進モデルセンターの整備を進めている(62年12月現在17か所)。

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第3節 健康づくりの新たな展開

#### 2 日常生活における健康増進

#### (3) 喫煙と健康

我が国の成人喫煙率は、男性の場合は41年の83.7%を最高に62年には61.6%にまで低下し、また、女性の場合には41年の18.0%から62年には13.4%に低下している。一方、20歳代・30歳代の女性の喫煙率は比較的高くなっており、妊婦の喫煙の増大につながるものが懸念されている。

たばこは嗜好品であるが、健康に様々な影響を及ぼすことから、たばこの害については国民に十分な情報を与え、未成年の喫煙については、その予防に努める必要がある。

このため厚生省では、喫煙に関する調査、研究、健康教育、病院等における喫煙場所規制を行うとともに、今後の喫煙対策に資するため、61年3月に公衆衛生審議会に喫煙と健康問題検討専門委員会を設置し、喫煙と疾病の因果関係(第3-12表)等について検討を行い62年10月に「喫煙と健康問題に関する報告書」として取りまとめた。

第3-12表 喫煙の健康に及ぼす影響

第3-12表 喫煙の健康に及ぼす影響

(喫煙とがん)

喫煙者では肺がん(2.3~4.4倍)、喉頭がん(3.4~32倍)、食道がん(1.7~2.4倍)などの死亡率が高いことが認められている。また、これらの他、胃がん、膵臓がん、腎臓がん、膀胱がん、などのリスクも高くなっている。

(喫煙と循環器疾患)

喫煙者では虚血性心疾患の発生率(3.2倍)および死亡率(1.6倍)が高い。

(喫煙と呼吸器)

喫煙は慢性閉塞性肺疾患、ことに慢性気管支炎や肺気腫などの発生に密接に関連する。

(妊婦、小児に対する影響)

喫煙妊婦から生まれる児の体重は非喫煙妊婦の児より平均200g軽い。同様に早産の頻度も喫煙妊婦は3.3倍である。

資料：厚生省保健医療局「喫煙と健康問題に関する報告書」(昭和62年10月)

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第3節 健康づくりの新たな展開

#### 3 健康と福祉に関する総合的普及啓発の推進

##### (1) ふれあいと活力ある長寿社会の形成

我が国では、「人生80年時代」といわれるように、世界でも最高水準の長寿国家となっている。そして今後とも、長寿化、高齢化は進展し、21世紀初頭のピーク時には、「4人に1人が高齢者」というような社会の到来が予想されているが、このような長寿社会をふれあいと活力あるものとしていくためには、まず何よりも、多数の高齢者が健康を保持しながら積極的に社会に参加、貢献していけるようにすることが必要である。特に長い高齢期を充実して生き生きと過ごしていくためには、健康がまず基本である。これに加えて、趣味や生きがいも含め、心身両面における健康の維持増進を図っていくことが重要であり、一人一人が積極的に健康づくりや社会参加に取り組めるようにするための環境づくり、そのための普及啓発を含めた総合的、積極的な事業の展開を図っていくことが必要となってきた。

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第3節 健康づくりの新たな展開

##### 3 健康と福祉に関する総合的普及啓発の推進

##### (2) 健康と福祉に関する新たな全国的普及啓発イベントの実施

国民の健康と福祉を一層推進させていくためには、まず、広く各界各層において健康と福祉について十分な認識がなされることが必要である。このため、従来より地方の様々なレベルで高齢者スポーツ大会や各種シンポジウム、表彰、健康福祉機器展など各種の普及啓発イベントが実施されているが、これを一層活発化するとともに、より効果的なものとする全国レベルでの総合的なイベントが望まれているところである。

ちなみに、厚生省の調査によると、昭和61年度中に都道府県レベルで各都道府県の主催事業として行われたものだけでも、高齢者スポーツ大会は約6割の都道府県で、シンポジウム等の催しは約4割の都道府県で実施されており、健康をテーマとした健康展、講演、相談、表彰等の催しは都道府県、指定都市の半数近くで実施されている。



## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第3節 健康づくりの新たな展開


#### 3 健康と福祉に関する総合的普及啓発の推進

##### (3) 全国健康福祉祭の開催

以上のような背景と認識の下に、健康と福祉に関する大規模かつ集中的な普及啓発イベントの開催をめざして、62年5月に各種関係団体代表や学識経験者からなる「健康と福祉の祭典検討会」を設置し、その意義、基本構想等について検討を行ってきたが、その結果が62年8月、中間報告としてとりまとめられ厚生大臣に報告された。これを受けて、第1回全国健康福祉祭が63年10月30日から11月2日までの4日間、兵庫県において、国、地方公共団体、民間団体の三者の協力の下に開催を予定されている(第3-13表)。

第3-13表 全国健康福祉祭

第3-13表 全国健康福祉祭



**全国健康福祉祭**

ひょうご大会

▷ テーマ   いのち輝く長寿社会

▷ 会 期   昭和63年10月30日(日)～11月2日(木)

▷ 会 場   神戸市 姫路市 西宮市 宝塚市 氷上郡柏原町

▷ 主 催   厚生省 兵庫県 神戸市 全国健康福祉祭推進協議会

▷ 参加人数   延約8万人(協賛イベント含め延約22万人)

**全国健康福祉祭ひょうご大会事業概要**

オープニング・イベント	<ul style="list-style-type: none"> <li>式典・フェスティバル</li> <li>健康づくり指導教室</li> </ul>	共通イベント	<ul style="list-style-type: none"> <li>全国長寿社会すこやかセミナー</li> <li>健康福祉展</li> </ul>
健康関連イベント	<ul style="list-style-type: none"> <li>スポーツ交流大会・デモンストレーション</li> <li>ふれあいスポーツフェア</li> <li>健康フェア</li> </ul>	プレイベント	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者健康づくりの集い</li> <li>第2回はつらつ健康&amp;福祉フェア(健康福祉機器展)</li> </ul>
福祉・生きがい関連イベント	<ul style="list-style-type: none"> <li>シルバー囲碁・将棋大会</li> <li>シルバー作品展</li> <li>相談コーナー</li> <li>健康長寿交流の船</li> </ul>	協賛イベント	<ul style="list-style-type: none"> <li>第21回全国保健衛生大会</li> <li>近畿むらおこし物産展</li> </ul>



第1回の「ひょうご大会」は、1)スポーツのほか、創意工夫をこらしたイベントを盛り込み、多くの国民が楽しく参加できるようにする、2)高齢者を中心に若年層も加わり、世代交流にもつながるようにする、3)一部の選手が時間や距離を競うということではなく、誰でも気軽に参加できる要素を大切にする、4)開催地の風土や観光資源を活用し特色ある行事にする、等を狙いとし、幅広い団体の参加を求め、民活型の健康福祉啓発イベントを企画している。

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第4節 エイズ対策

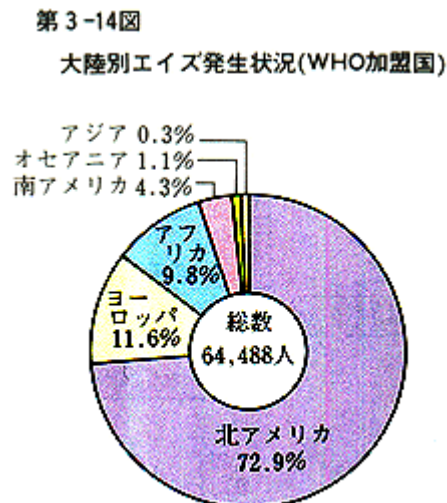
##### 1 感染の現状

エイズ(後天性免疫不全症候群)は、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)の感染によっておこり、免疫機能が侵されるため、発病すると通常ではかからないようなカリニ肺炎やカンジダ食道炎などのいわゆる日和見感染(注)や皮膚がんの一種であるカポジ肉腫をおこし高い致死率を有する病気である。

(注) カリニ原虫やカンジダ(カビの一種)など通常は生体に害を及ぼさない病原体が、免疫機能の低下により、生体に侵入し、疾病を引き起こすこと。

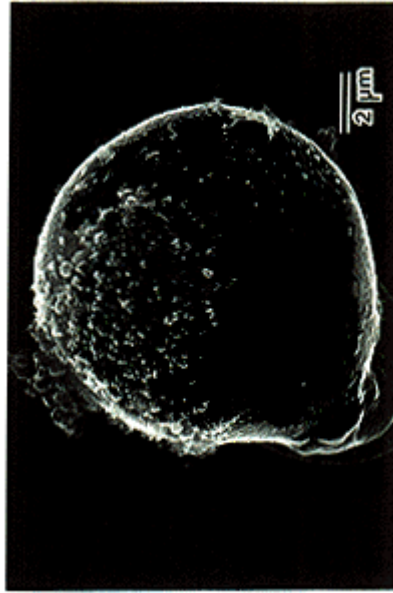
エイズは、昭和56年に初めてアメリカで報告されて以来、急速に患者数が増加しており、昭和62年11月までにWHOに報告された患者数は、約6万5,000人となっている。WHOの発表によれば、アメリカの約4万4,000人、フランスの約2,000人など欧米諸国の他アフリカ諸国の患者数が多い(第3-14図)。

第3-14図 大陸別エイズ発生状況(WHO加盟国)



資料：WHO報告による(昭和62年11月)

エイズウイルスの写真



エイズウイルスの写真

我が国においても、昭和60年に初めて患者が確認されて以来、62年11月までに、患者59人、ウイルス感染者981人が報告されている。世界的にみれば、我が国の患者発生状況は未だ少数にとどまっているが、ウイルス感染者の状況等からみると今後エイズ患者として顕在化する者が増加することも十分予想され、楽観できない状況にある。

---

---

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第4節 エイズ対策

##### 2 対策の状況

エイズの対策としては、感染を予防するための正しい知識の普及、感染したものに対する医学的あるいは精神的ケア、流行状況を常に的確に把握するためのサーベイランス、抗ウイルス剤やワクチンの開発等が基本的なものであるが、ワクチンによる予防や確立された治療法がない現状では、まん延防止のカギは教育活動を中心とした感染予防対策である。

エイズのウイルスは感染力が弱く、血液等の体液に濃厚に接触する場合を除き、必要な注意を払えば日常生活では感染しない。国民一人ひとりがエイズに対する正しい知識を持ち、感染予防に努めることが最も有効な対策である。

また、エイズ対策の推進に当たっては、患者や感染者が差別的な扱いを受けることのないよう十分配慮することが重要である。

厚生省においては、昭和58年より欧米諸国において患者が急増している状況にかんがみ、エイズの我が国への侵入に備え、エイズに関する研究を開始し、診断基準を作成するとともに、翌年9月には、「AIDS調査検討委員会」を設置し、患者と疑われる症例について全国の協力医療機関から都道府県の協力により厚生省に報告を集め、症例を検討した上で、その結果を公表したり、都道府県、協力医療機関に還元するエイズ・サーベイランスを開始した。昭和61年度末からは、無症状の感染者もサーベイランスの対象に追加して実施している。また、昭和60年3月に日本で最初の患者が確認されたことに伴い、一般向けのパンフレットの作成など本格的な普及啓発活動を開始するとともに、都道府県等では保健所等にエイズ相談窓口を設置している。さらに、昭和60年からは、血友病治療に用いる血液製剤を加熱処理のものへ切替え、昭和61年11月からは、全ての献血血液に対する抗体検査を実施しており、血液製剤や輸血を介してのエイズの感染防止に必要な対策が整えられた。

昭和62年2月には、エイズ対策関係閣僚会議を設置し、政府が一丸となって対策に取り組むこととし、エイズ患者が少数にとどまっている段階において緊急かつ総合的な対策の推進を図るため、1)正しい知識の普及、2)感染まん延状況の把握、3)相談・指導体制の充実及び二次感染防止対策の強化、4)国際協力及び研究の推進、5)立法措置の5点を重点施策とする「エイズ問題総合対策大綱」が決定された。現在、大綱に基づいて、関係省庁により政府広報、学校教育や海外旅行者に対するPRなどの積極的な啓発活動等が実施されている。

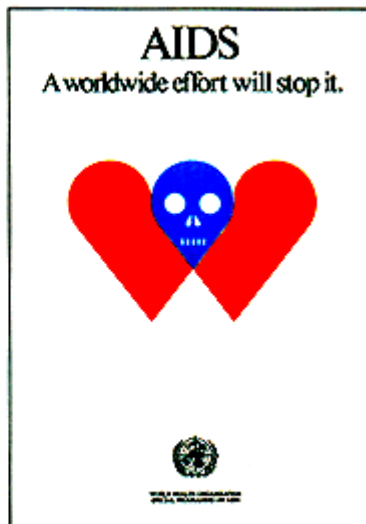
政府は、昭和62年3月には、医師の患者に対する指示、都道府県知事への報告等、感染者であると疑われる者に対する都道府県知事の健康診断の勧告等、関係者の守秘義務など法制化が必要な事項について、「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律案」を取りまとめ、国会に提出したところである。

このように行政においても各種の取組みがなされてきたが、エイズ対策は、啓発普及の必要性など行政のみならず広く国民全体で取り組むべき課題であることにかんがみ、昭和62年6月には、エイズ予防財団が設立され、普及啓発、研究助成等の活動を展開している。

また、エイズ対策については、世界的な患者の増大や治療方法が未確立であることなどから、積極的な国際協力が期待されている。既に、二国間協力としては、昭和63年度から日米医学協力委員会にエイズ専門部会を設置して共同研究を行うことで合意がなされている。WHOにおいても、毎年、各国の専門家や行政官の参加

の下にエイズ国際会議を開催し,各種研究や対策についての情報交換を行うとともに,1987年からは新たに,衛生教育,研究開発や各国の対策の支援などを内容とするエイズ特別計画を実施しており,我が国としても協力していくこととしている。また,各国と共催で各種会議を開催しており,1987年には,アジア西太平洋地域においても,8月にオーストラリアで,大臣会合が開催されたほか,10月には,日本で約20か国の専門家の参加を得て,AIDS,ATL及びB型肝炎総合対策国際会議が開催され,情報交換が行われた。

なお,昭和63年度からは国立予防衛生研究所へエイズ研究センターを設置し,WHOへのエイズ拠出金の増額を図るなど,日本におけるエイズ研究,国際協力等を一層推進することとしている。



資料：WHOのエイズ予防ポスターより

## 第1編

### 第3章 国民医療の総合的改革と健康づくりの推進

#### 第4節 エイズ対策

##### 3 今後の課題

今後の対策の推進に当たっても当面は、新たな感染の防止の観点から正しい知識の普及を図ることが最も重要である。しかし、最終的な克服には、やはりワクチンや治療薬などの予防治療方法の開発が必要であり、我が国においても、欧米諸国における研究の進展状況を踏まえ重点的な研究を進めていく必要がある。

また、医療の分野のみならず社会全体の中で患者や感染者の差別的な取扱いを防止するため、相談体制や社会的なケアの問題を含めた広い取組みが求められている。

さらに、研究や対策の推進に当たって、国際交流を行うことは我が国にとって必要なばかりでなく、エイズが世界保健上の重要問題であり、また、我が国が医療技術が進歩しており、かつ、患者発生が少ないというまん延を防止する数少ない国の1つであることから、診断検査技術を初めとする各分野において積極的な役割を果たすことが期待されている。