

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

---

#### これからの献血の主流となる成分献血第1節 医療供給体制



これからの献血の主流となる成分献血

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

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

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第1節 医療供給体制

##### 1 増え続ける病院

第2次世界大戦により打撃を受けた我が国の医療資源も、終戦とともに急速に回復し、我が国の医療制度の基本を定めた医療法や医師法等が制定された昭和23年頃にはほぼ戦前の水準に回復した。25年に医療法人制度が設けられて医療機関経営の継続制や資本集積が容易になったこと、36年の国民皆保険の実施やその後の経済の高度成長等により医療需要が拡大したこともあり、30年の5,119病院・約51万床が63年には10,034病院・約163万床と病院数で2倍弱、病床数で3倍強と我が国の病院数・病床数は着実に増加してきた。なお、病床の種類別には一般病床が6倍

強、精神病床が8倍弱となっているのに対し、伝染病床、結核病床、らい病床が減少している。

また、この間、病院の大型化の傾向が一貫して続いており、1病院当たり平均病床数は昭和30年の100.2床から63年の162.9床と1.6倍となっている。なお、我が国の病院病床数は国際的に見て比較的高い水準となっており、人口10万対で比較するとフランス、西ドイツと同程度、アメリカは日本の約半分、イギリスは3分の2となっている。

これに対し、診療所は昭和30年の約5万から、63年には約8万と増加してきているが、入院施設を有する有床診療所は近年減少傾向にある。

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第1節 医療供給体制

#### 2 医療制度改革の動き

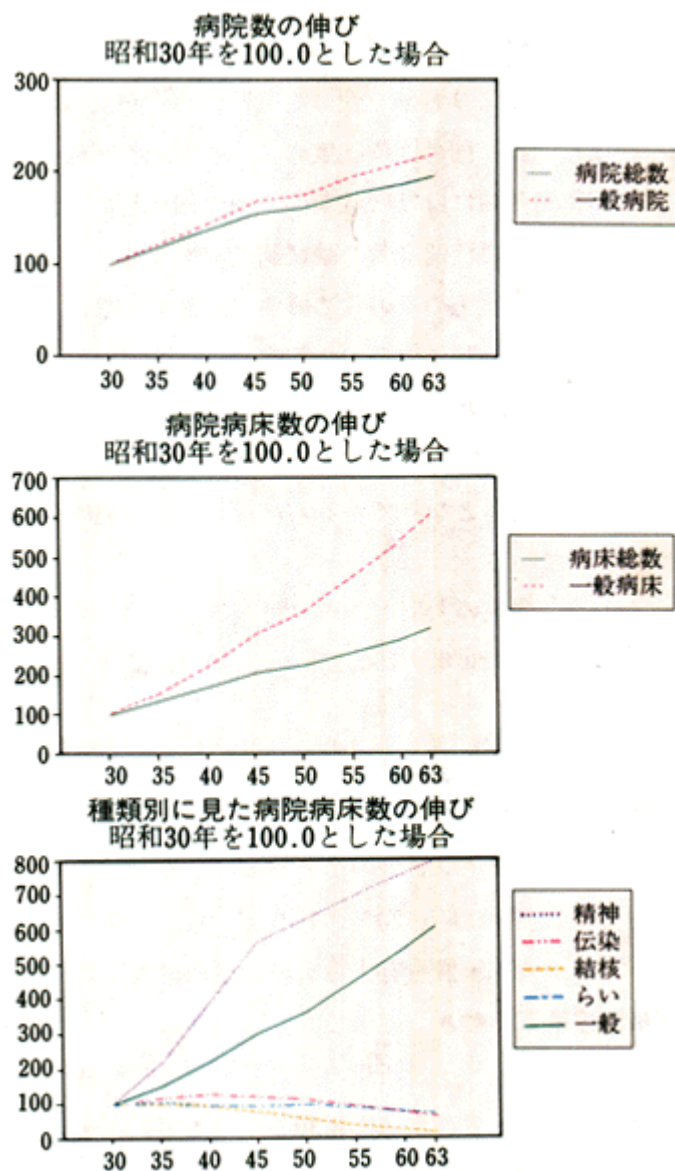
結核の脅威の著しい低下(新規の患者発生数は昭和62年には30年の約10分の1強,結核による死亡者数も30年の約4万7,000人から63年の約4,000人に激減)に象徴されるように,我が国の疾病構造は大きく変化してきている。我が国の死因をみると結核等感染症の順位が低下し,56年以来,悪性新生物(がん)が一位になっており,現在,心疾患が第二位,脳血管疾患が第三位となっている。医療機関を利用している患者の疾病等について調査している患者調査の中から受療率(人口10万人当たりの受療患者数)の疾病別年次推移をみても,結核の急減と高血圧性疾患・精神障害の急増が特に顕著であり,また脳血管疾患・心疾患も増加してきていることが分かる。このように,衛生水準の向上と医学の進歩や人口構造の高齢化もあり,我が国では感染症中心の疾病構造から,がん,循環器疾患等成人病中心の疾病構造に変わってきている。これに伴い,一般病床の平均在院日数も30年の28日から63年の39日と伸びてきている。ちなみに65歳以上の退院患者の平均在院日数は80.4日(一般病院のみ)となっている。

また,医療機関の整備が進んだことや生活水準が向上したこともあり,次第に「治療や病気の内容についてよく説明してくれない」、「病院の待ち時間が長い」、「病院のトイレが汚い」、「給食が早い,まずい,冷たい」、「どこの医療機関を選んだらよいのか情報がない」、「プライバシーが守られない」といった不満や,「がんの末期の患者には延命治療よりもむしろ人間らしい時を送ることができるよう,精神的なケアを重視すべきではないか」、「住み慣れた自宅で療養ができるようにならないか」といった多様な要求が医療機関に向けられるようになってきた。

このような医療を取り巻く環境の変化に対応するため,「患者サービスの在り方に関する懇談会」、「末期医療に関するケアの在り方の検討会」や「在宅医療環境整備に関する検討会」等から相次いで報告書が出され,あるべき医療の姿の検討が行われている。他方,患者サービスの向上や医療機関の経営の安定化などのため患者給食など医療機関の業務の一部を外部に委託するケースも増加してきており,これら医療関連サービスを提供する民間企業等の指導及び健全な育成のためにガイドラインの策定等の検討を進めている。地域における医療機関の連携と医療資源の効率的な配置を進める医療計画制度を導入する医療法改正が昭和60年に行われた。また,医療機関の機能を重視した医療施設の類型の見直し等21世紀に向けて我が国の医療供給体制を整備していくため,医療法の改正の検討作業を進めている。

#### 第3-1図 病院数・病院病床数の推移

第3-1図 病院数・病院病床数の推移



資料：厚生省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第1節 医療供給体制

#### 3 医療計画の推進

---

我が国の医療制度は、自由開業制をとっているため、全体では医療資源は量的にはほぼ充足しているものの、無医地区の存在や医療機能の集中にみられるように、医療資源の偏在が問題にされてきている。このため、昭和60年の医療法改正により、各都道府県において地域医療のシステム化を進めるため医療計画を作成することとなったが、平成元年3月をもって全都道府県において医療計画が策定され公示されるに至った。

医療計画においては、主として一般の病床の整備を図るべき地域的単位を2次医療圏として設定し、2次医療圏単位で一般病床の必要数を定めることになっている。具体的には、地理的条件や交通事情等を考慮して定められる2次医療圏ごとに、各地方の入院動向をもとに必要な病床数を計算し、計画として公示することになっている。この結果、医療計画に示された必要病床数に対して、現実の病床数が少ない地域と逆に上回る地域が存在することになる。病床過剰圏では新規に病院を開設することや病床の増設を図ることは制限されることになっており、医療資源の偏在を防ぐことになっている。

また、医療計画には高額医療機器の共同利用、病診連携等病院・診療所・薬局の相互の機能・業務の連携を図り、医療資源が効率的に使用されるような事項を含めることができるようになっている(任意的記載事項)。さらに、救急医療体制の質的な充実及び無医地区における医療の確保等へき地医療の充実を図るための検討を行っている。

---

---

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第1節 医療供給体制

#### 4 国立病院,療養所の再編成

---

平成元年末現在,全国で250施設を数える国立病院,療養所は,昭和20年に旧陸海軍病院等を引き継いで発足して以来,国民医療の確保に大きな役割を果たしてきたが,40数年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。

このような情勢の変化を踏まえ,国立病院,療養所は,医療機関の役割分担として,国立医療機関にふさわしい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,重度心身障害等の専門医療,医療内容の高度化等に対応した臨床研究,医療従事者の教育研修等を担う医療機関として,その機能の充実強化を図っていくことが重要となっている。

そこで,国立病院,療養所の機能,役割を見直し,全国的視点に立って,経営移譲又は統合を通じて機能の充実強化を図るための再編成を実施することとし,昭和61年1月,再編成計画を策定,公表した。

再編成計画は昭和61年度を初年度としておおむね10年間を目途に実施するものであるが,各都道府県の地域医療計画との整合性を保ちつつ,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。

また,昭和62年10月に,再編成を円滑に推進するとともに,経営移譲又は統合が行われる地域において,引き続き地域医療の確保に資するため,国立病院等の資産の無償又は減額譲渡措置等の特別措置を定めた「国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律」が公布,施行されている。

平成元年度においては,再編成計画における経営移譲の最初の実施例として,元年10月1日に,国立療養所阿久根病院が地元鹿児島県の(社)出水郡医師会に経営移譲されたところである。

---

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第1節 医療供給体制

#### 5 医療従事者の養成確保

##### (1) 医師・歯科医師

---

国民への医療の提供に必要な医師数を確保するため、厚生省では昭和45年「昭和60年までに人口10万人対医師数を150人程度とするため、医学部定員を6,000人程度とする」旨の依頼を文部省に対して行った。

昭和49年にはいわゆる1県1医大構想が打ち出され、各都道府県の医学部の整備が進み、56年の琉球大学医学部の設置により無医大県が無くなった。これにより30年に2,820人、45年に4,380人だった医学部の定員が56年には8,260人となり(防衛医科大学校(定員80人)、大阪大学医学部専門課程(3年次20人)を除く。)、また人口10万対医師数も59年には150人を超え、この目標が達成され、63年には164人となった。

一方、人口10万対医師数は、平成12年には220人、37年には300人になると予想され、逆に将来的な医師の過剰が問題になってきた。このため、厚生省では昭和61年に「昭和70(平成7)年を目途に医師の新規参入を最小限10%、歯科医師の新規参入を最小限20%削減する必要がある」との検討会の報告を受け、文部省等関係方面に定員削減の協力を求めてきている。また、医学・歯学教育の総合的な改善を検討していた文部省でも学生数の調整が必要であるとし、平成元年度までに医科大学465人(5.6%)、歯科大学633人(18.7%)の入学定員の削減(募集定員の削減を含む。)がなされた。この結果、歯科大学については、ほぼ目標が達成されつつあるが、医科大学については、国立大学医学部の学生定員削減を中心に年々増加しているものの、まだ目標の達成に至っていないことから、

目標の早期達成が急務となっており、引き続き関係方面に協力を求めることとしている。

医療施設で働く医師は19万人を超え、全体の96%(昭和63年)となっている。うち、病院の勤務者が大学病院を含め6割、診療所の開設者が3割となっている。

医師の平均年齢は新規に医師になる者の数が増加していることもあり、少しずつ下がってきているが、開業医の平均年齢は60歳近くなっている。これは、若い医師を中心に病院勤務医の希望者が増えていることや開業に必要な資金が高騰していることもあり、新規の開業医が少なくなっているため、医師の就業形態の面からも病院中心の医療供給体制に移行しつつある。このため、厚生省は平成元年度から地域の医療を支える診療所を維持するため、高齢で引退を希望している医師と開業を希望する若手医師の橋渡しをする開業医承継支援制度を発足させた。

---



第1編

第3章 適正な国民医療の確保

第1節 医療供給体制

5 医療従事者の養成確保

(2) 計画的な養成が図られている看護婦

看護婦・准看護婦等看護職員の数  
は昭和35年の24万4,000人から63年には77万8,000人と3倍になってきているが、医療機関の整備・拡充は進んでおり、医療界にとって看護婦の確保が大きな課題となっている。

厚生省では昭和49年に第一次看護婦需給計画(49～53年)、54年に第二次看護婦需給計画(54～60年)を策定し、看護婦養成所等への助成や離職した看護婦の再就職の促進・離職の防止等の施策を講じてきており、第二次看護婦需給計画の最終年次である60年には、計画目標である66万2,800人を上回る66万8,400人の就業者が確保されるとともに、年間に看護婦(3年課程)2万人、准看護婦3万3,000人の養成体制となった。しかし、その後も入院患者や外来患者の予想を上回る増加や夜勤体制の改善(同時に夜勤につく看護婦数を増やしたり、看護婦1人当たりの夜勤回数を減らしたりという勤務条件の改善)等の要因もあって、看護婦の需要は増大し続けており、地域ごとの需要を反映させるため、各都道府県ごとの看護職員需給計画を作成し、これを基に全国的な看護職員需給見通しを策定した(第3-2表)。これによると看護職員は平成元年では需要数が就業数を上回っているものの、その後、関係施策の推進により次第に改善が進み、6年には需要数・就業数ともに93万5,000人となり、需給が均衡すると見込まれている。

第3-2表 看護職員需給見通し(昭和63年～平成6年)

| 第3-2表 看護職員需給見通し(昭和63～平成6年) (単位：人) |         |                    |                    |                      |                      |
|-----------------------------------|---------|--------------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| 年次                                | 需要数     | 新卒就業者数             | 再就業者数              | 離職者数                 | 就業者数                 |
| 昭和63年                             | 831,000 | (55,200)<br>55,200 | (11,900)<br>11,200 | (△37,100)<br>△41,400 | (778,000)<br>766,000 |
| 平成元年                              | 851,000 | (56,500)<br>55,600 | 11,900             | △42,500              | 791,000              |
| 2年                                | 865,000 | 55,800             | 14,800             | △43,600              | 818,000              |
| 3年                                | 883,000 | 56,200             | 17,600             | △45,800              | 846,000              |
| 4年                                | 901,000 | 56,500             | 20,300             | △47,800              | 875,000              |
| 5年                                | 919,000 | 56,800             | 23,300             | △49,100              | 906,000              |
| 6年                                | 935,000 | 57,100             | 24,400             | △52,500              | 935,000              |

(注) ( )内は、実績である。

〔ナースバンク事業〕

看護職員の需要の増加に対する確保対策の柱の一つに、離職している看護職員の再就業の促進があり、このために、昭和49年度から全都道府県にナースバンクが設置されている。

ナースバンクでは、再就業を希望する有資格者と求人情報を登録し、再就業希望者の要望にきめ細かに応じながら、就業相談から職業あっせんまで一貫した職業指導を無料で行っている。さらに、長期間離職していたことによる技術的な不安を解消するため、再就業のため必要な新しい医学・看護技術・知識の情報を提供するとともに再就業のため必要な講習を行っている。また、いずれのナースバンクにおいても、ニュースの発行等によりPRに努めており、昭和63年度末には、全国で約6万人が登録し、同年度だけで

## 厚生白書 (平成元年版)

約1万2,000人が再就業している。

しかし、ナースバンクは、県外にまたがる情報の収集が困難であり、再就業を希望する看護職員の情報把握にも限度がある。このため、平成元年度からは、県域単位では達成しがたい広域的・統一的な事業を実施して、ナースバンクを補完し支援するための看護情報センターが全国4ブロックに設置され、広報、調査、情報提供を行っている。

この間、厚生省としては毎年少なくとも400人程度養成力を増強していき、平成6年には5万7,000人の新卒就業者を確保することを見込むとともに、退職した看護婦の再就業を促進するナースバンク事業の強化を図ることとしている。

また、医学の進歩とともに看護業務が高度化し、従来入院を必要としていた医療が在宅で受けられるようになったこと等の医療界の環境変化を受けて、看護職のあり方の見直しを検討していた看護制度検討会の報告が昭和62年に出され、これを受けて平成元年には保健婦・助産婦・看護婦・准看護婦のカリキュラムの改正が行われる等の対策が進められてきている。

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第2節 医療費の保障

##### 1 医療費の現状と課題

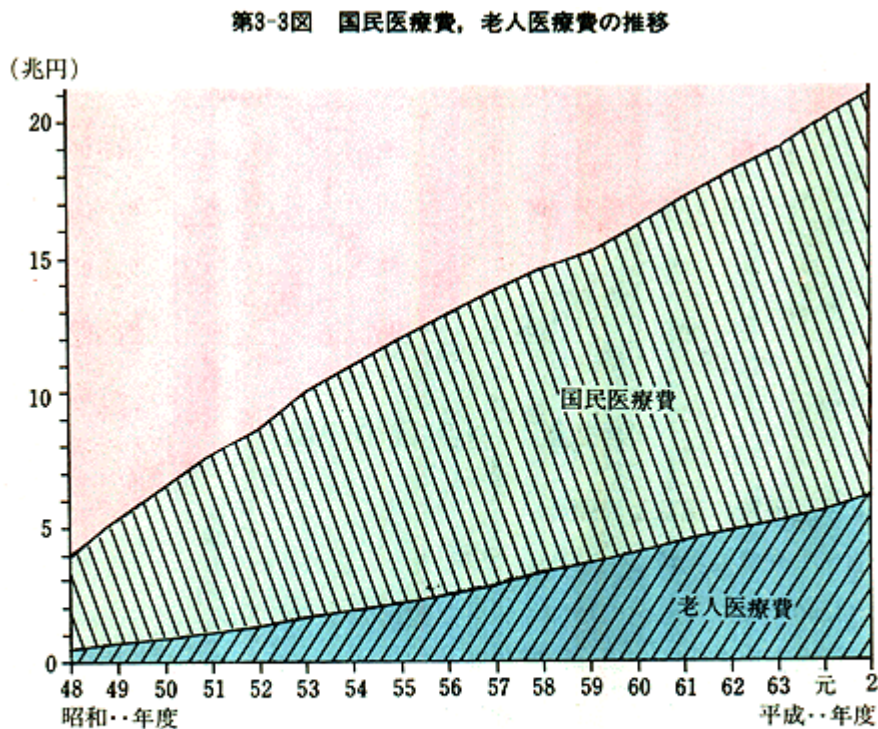
###### (1) 医療費の現状

昭和40年代以降急激に増加してきた国民医療費の額は、58年度以降、健康保険制度の改正や種々の医療費適正化努力によって、やや落ち着きを見せていた。しかし、61年度及び62年度には再び国民所得の伸びを超える伸びを示しており、62年度には18兆759億円(対前年度5.9%増、対国民所得比6.6%)に達している。

老人医療費は過去15年間に約12倍に増大し、昭和62年度においては4兆8,309億円(対前年度8.9%増)、国民医療費の4分の1強(26.7%)にまで増加している。

一人当たり医療費(昭和62年度)についてみると、老人(原則70歳以上)については52万4,000円となっているのに対して、若人(老人以外)の診療医療費が9万9,000円となっており、その差は約5.3倍となっている。また、制度別にみると、被用者保険である政府管掌健康保険、組合管掌健康保険がそれぞれ117,000円、91,600円であるのに対して国民健康保険(市町村)では177,500円となっている。

第3-3図 国民医療費、老人医療費の推移



(注1) 昭和63年度については見込み、平成元年度以降は推計である。

(注2) 国民医療費は老人医療費を含んだものである。

資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民医療費」

厚生省大臣官房老人保健福祉部「老人医療事業年報」

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第2節 医療費の保障

##### 1 医療費の現状と課題

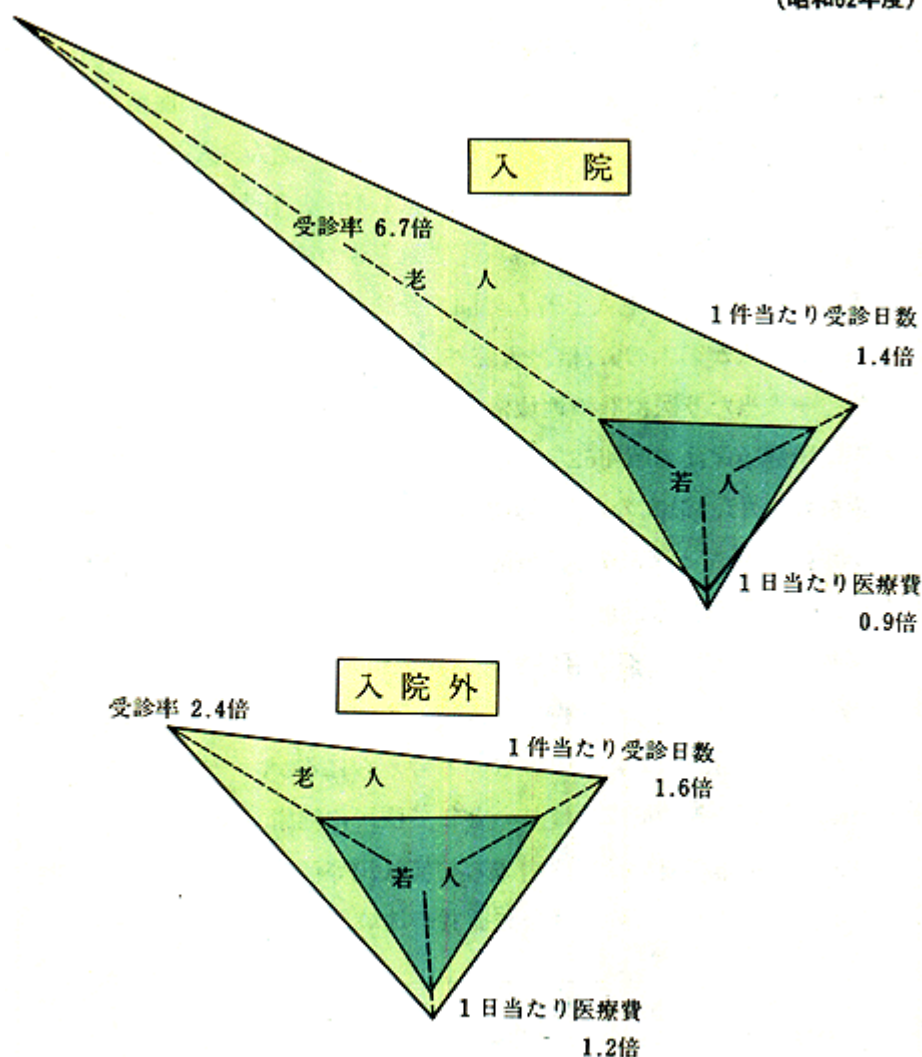
##### (2) 医療費の内訳

医療費の問題は、受診率(注1)、1件当たり受診日数、1日当たり医療費という一人当たり医療費を構成する3要素に着目して分析することが有効である。(注2)昭和62年度に5.3倍の差を生じている老人と若人の医療費をそれぞれ歯科診療を除いた入院・入院外別にみると、老人・入院29万8,000円(若人の8-3倍)、入院外21万1,000円(同4.4倍)、若人・入院3万6,000円、入院外4万8,000円となっている。これを3つの要素に分けてみたものが第3-4図である。老人と若人の間で受診率に大きな差があり、入院については老人が若人の6.7倍、入院外は2.4倍となっている。

第3-4図 老人・若人、入院・入院外、受診率・受診日数・医療費の比較(昭和62年度)



第3-4図 老人・若人, 入院・入院外, 受診率・受診日数・医療費の比較  
(昭和62年度)



資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民医療費」  
厚生省大臣官房老人保健福祉部「老人医療事業年報」

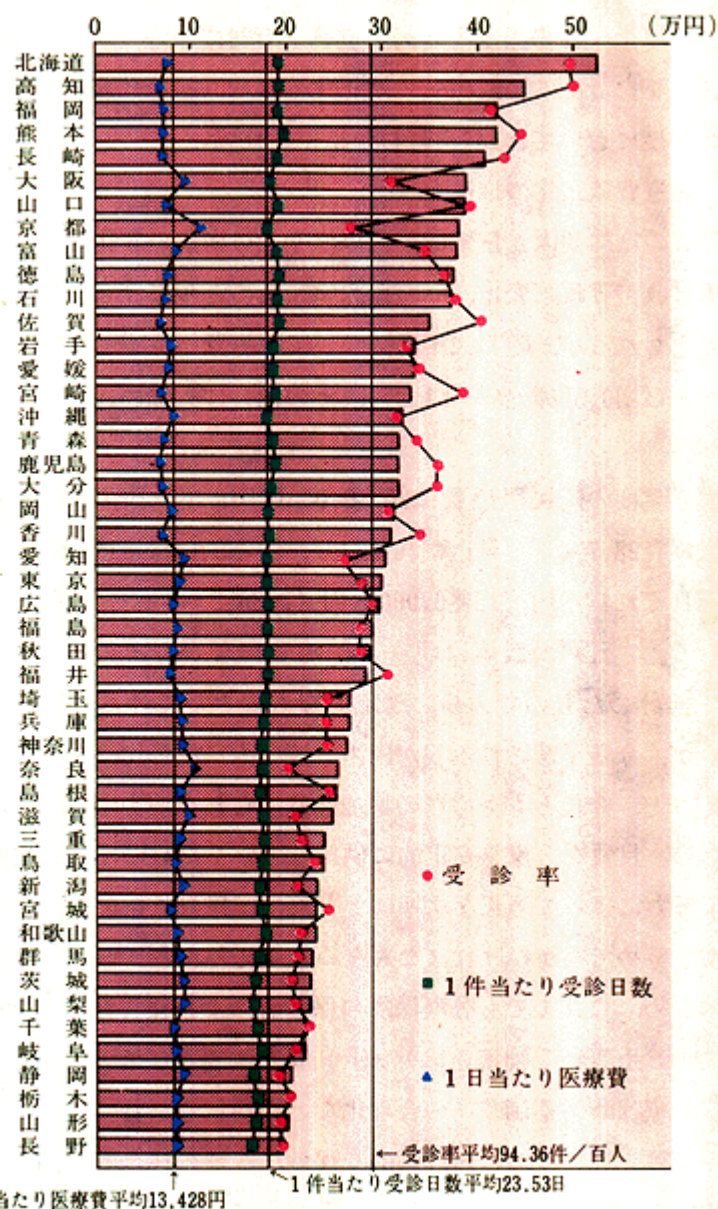
(注1)受診料とは1人当たりが医療機関にかかる件数をいう。件数には、通常医療機関ごとに毎月作成する診療報酬明細書の枚数を用いる。例えば、1人の患者が1つの病気で1月内に数日通院した場合や、同じく1月内に何日間か入院した場合は、それぞれ1件で計上される。1件当たり診療日数の件数も同じである。

(注2)医療費は、それぞれの制度ごとの1人当たり医療費とその加入者数の積によって表わされ、さらに、1人当たり医療費は受診率、1件当たり受診日数、1日当たり医療費の積で表わされる。

また、一人当たり医療費の地域格差が生じていることも広く知られている。国民健康保険の昭和62年度市町村別一人当たり医療費(老人保健対象者を含む)は、最高の市が45万3,000円であるのに対して最低の村は6万500円となっており約7.5倍の格差が生じている。また、都道府県別では、最高の北海道と最低の沖縄県の間で約2.1倍となっている。老人入院医療費に着目した都道府県別の状況が第3-5図である。老人入院医療費の地域格差は受診率(例北海道、高知県)や1日当たり医療費(例大阪府、京都府)の差によるものと考えられるが、一般に医療費の地域差は、住民の年齢構成をはじめとして住民の健康意識、地域における保健・福祉事業の展開状況、病床の整備状況等種々の要因により生ずるものと考えられる。このような医療費の地域差は、国民健康保険の運営等に影響を及ぼしている。このため、63年の国民健康保険の制度改正により、厚生大臣の指定する高医療費市町村については、国や都道府県の支援の下に計画的に医療費の適正化等に取り組む仕組みが創設され、平成元年度においては147市町村が指定されている。

第3-5図 都道府県別1人当たり老人入院医療費の状況(昭和62年度)

第3-5図 都道府県別1人当たり老人入院医療費の状況(昭和62年度)



(注) 1人当たり医療費=受診率×1件当たり受診日数×1日当たり医療費  
資料: 厚生省大臣官房老人保健福祉部「老人医療事業年報」

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第2節 医療費の保障

##### 1 医療費の現状と課題

##### (3) 医療費適正化の推進

---

医療費の増加要因としては、人口増や人口構成の変化、診療報酬の改定や給付改善等政策変化、その他医学技術の進歩に伴う医療の高度化などが考えられるが、昭和62年度について医療費増加率の要因別内訳をみると、人口増0.5%、高齢化1.2%、その他4.1%(計5.9%)となっている。

平成2年度の国民医療費は20兆9,000億円、老人医療費は6兆円(対国民医療費28.7%)と見込まれており、将来的には平成12(2000)年度にはそれぞれ43兆円、15兆6,000億円(同36.3%)になるものと推計されている。これらの数値は現在の医療費の伸びがそのまま続いたものとして推計したものであり、確定的なものとして考えることは適当ではないが、今後予想される我が国の急速な人口高齢化、医療の高度化等を考えると、今後とも医療費の増加は避けられないものと予想される。このため、良質な医療を安定的に供給していくためには、医療費の伸びを政策努力によって適正な水準にとどめ、国民の負担を過大なものとしないうよう努めていかなければならないと考えられる。

このため、これまでも医療保険の保険者による経営努力を指導するとともに、診療報酬明細書(レセプト)審査体制及び指導監査体制の充実強化、診療報酬・薬価基準の合理化などの対策を講じてきたところである。今後は、地域における計画的な保健・医療の総合的展開等医療資源の効率的な利用を図りつつ、従来から行っている対策に一層積極的に取り組むとともに、併せて、都道府県の医療計画の推進、患者の心身の特性に見合った医療サービスの提供など医療供給面にまで踏み込んだ総合的な対策を実施していくこととしている。

---



## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第2節 医療費の保障

##### 2 安定した医療保険制度の構築

今後、高齢化の一層の進展や社会経済状況の変化が進むなかにおいても、全ての国民が安心して医療を受けられるようにするためには、医療保険制度の長期的安定を図っていくことが重要である。

このため、今後とも、被用者保険と地域保険からなる現行の医療保険制度の基本的枠組みを維持しつつ、医療保険各制度間の給付と負担の公平化(一元化)を図るための措置を段階的に講ずることとしており、この場合、全体としての給付率をおおむね8割程度とすることを目標とするとともに、負担の水準も適正なものとする考えである。

また、給付と負担の公平化に向けての条件整備の一環として、平成2年度には国民健康保険制度の改正を行うこととしている。

第1編

第3章 適正な国民医療の確保

第2節 医療費の保障

2 安定した医療保険制度の構築

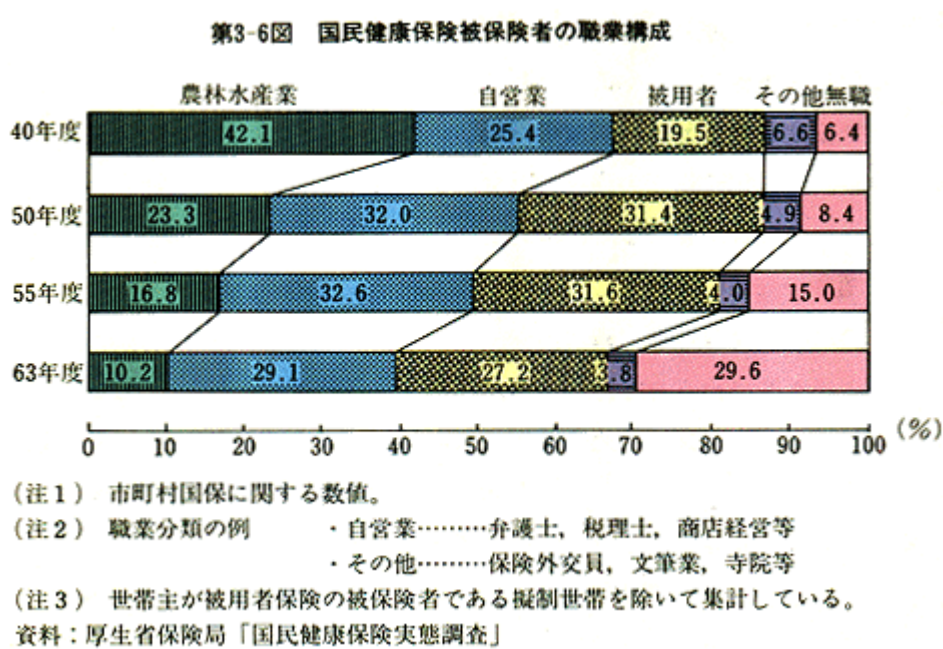
(1) 国民健康保険制度の改正

国民皆保険を支える地域保険である国民健康保険制度については、社会経済状況の変化の中、次のような構造的な問題を抱えており、制度運営の不安定要因となっている。

まず第一に加入者の年齢構成が高いことである。年齢階級別の被保険者を被用者保険と国民健康保険とで比べてみると、被用者保険では全人口の人口構成と加入者の構成がほぼ同じような傾向を示しているのに対して、国保については20～40歳の働き盛りの層が薄く比較的高額の医療費がかかる高齢層の割合が高くなっている。

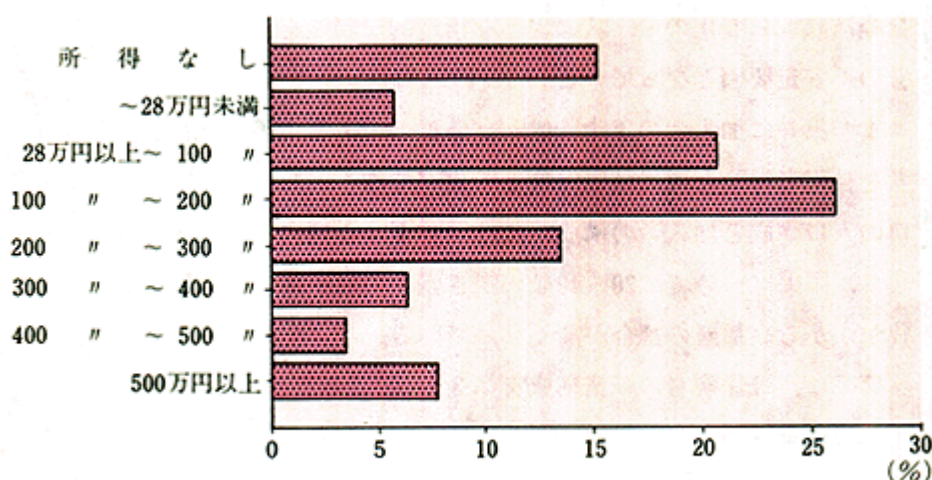
第二に、被保険者の職業構成を第3-6図でみると、昭和40年度において42.1%を占めていた農林水産業の構成割合が63年度には10.2%までに大きく減少している一方、年金受給者を中心とする無職者の割合が増加し、約3割(29.6%)にまで達している。この結果「農業者と自営業者を保険集団の中心とする制度」という性格も、社会経済の変動を背景に大きく変化している。

第3-6図 国民健康保険被保険者の職業構成



第3-7図 国民健康保険被保険者の所得階級別世帯数の分布(昭和63年度)

第3-7図 国民健康保険被保険者の所得階級別世帯数の分布 (昭和63年度)



(注) 世帯主が被用者保険の被保険者である擬制世帯を除いて集計している。

資料：厚生省保険局「国民健康保険実態調査」

加入者の所得状況については、国保被保険者は低所得層の比重が高いという特徴を有している。「所得なし世帯」が全国保世帯の15.6%、また、その85.8%は無職者が占めている。

このように、国民健康保険制度は保険料の負担能力が乏しい者を多数抱えていることからその分相対的に中堅所得層の負担が重く、他の医療保険制度と比較しても、特にその負担が過重なものとなっている。

さらに、国保の保険料については、市町村間における負担の不均衡が大きく、最高と最低でその格差は昭和62年度において約7.5倍に達している。これは、各市町村ごとに医療費や所得に格差があること、保険料賦課の方法に差異があること等によるものであるが、制度の安定化を図る観点からも、保険料負担の平準化を図っていくことが重要な課題となっている。

厚生省としては、このような構造問題に対処するため都道府県も参画して・国と地方が一体となって取り組む仕組みを導入するとともに、国保加入世帯の保険料負担の増大に歯止めをかけ、国民健康保険制度の安定化を図るための制度改革を昭和63年に行ったところである(第3-8表)。しかしながら、改正項目の多くは平成元年度までの暫定措置とされており、将来にわたり制度の安定的な運営を確保する必要があることなどから・2年度にさらに制度の見直しを行うこととなった。

第3-8表 昭和63年国民健康保険制度改革の主な内容

第3-8表 昭和63年国民健康保険制度改革の主な内容

1. 高医療費市町村における運営の安定化  
厚生大臣が指定する高医療費市町村は国保運営安定化計画を策定し、医療費適正化等に取り組む。
2. 保険基盤安定制度の創設  
低所得者に対する保険料軽減分について公費(国1/2、都道府県・市町村各1/4)によって補填する。
3. 高額医療費共同事業の強化・拡充  
共同事業(高額医療費部分の再保険事業)規模を拡大するとともに、国、都道府県が新たに事業を助成する。

このため、社会保障制度審議会に制度の長期安定方策について審議をお願いし、同審議会においては平成元年12月14日に「国民健康保険制度の長期安定確保策について」と題する意見書がとりまとめられた。政府においては、この意見書等を踏まえて検討を進めた結果、2年度において次のような措置を講ずることにより、その安定化を図ることとしており、そのための所要の法案を国会に提出することとしている。

- 1) 制度の抱える構造的問題である低所得層対策の観点から,国庫負担を充実し,保険基盤安定制度の確立を図る。
- 2) 財政調整機能の強化を図る観点から,制度改革による国庫負担増額分については,財政力の弱い市町村へ重点的に配分される仕組みとする。
- 3) 市町村間の再保険事業である高額医療費共同事業を現行方式で3年間継続する。

なお,保険料負担の平準化を進めることとし,その具体的な方法,これに伴う応益保険料の軽減制度の拡充等については,平成3年度実施を目途に検討を進めることとされている。

---

---

---

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第2節 医療費の保障

#### 2 安定した医療保険制度の構築

##### (2) 老人保健制度について

---

老人保健制度については、老人保健審議会において検討が重ねられ、平成元年12月18日に厚生大臣あてに「老人保健の見直しに関する中間意見」が具申されたが、公費負担及び患者一部負担など費用負担のあり方について、引き続き検討を重ねていくこととしている。

なお、平成2年度から、加入者按分率が100%に移行することに伴い、被用者保険の拠出金負担増の緩和を図るとともに、老人保健制度の基盤の安定化のための措置を2年度予算(案)で講ずることとしている。

---

---

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第2節 医療費の保障

##### 2 安定した医療保険制度の構築

##### (3) 健康保険制度の効率的運営

---

政府管掌健康保険については、昭和59年の被保険者本人の定率一部負担の導入等の健康保険法の改正や運営の効率化のための努力によって、近年その財政状況は相当の健全化が図られてきており、63年度までは黒字を計上してきている。しかしながら、人口の高齢化に伴う医療費の増嵩傾向等を背景として、今後の制度運営については、余断を許さない状況にある。こうした状況の中で、安定的運営を続けていくためには、健康管理事業の充実など運営の効率化のための措置を積極的に推進することが重要である。

また、組管掌健康保険の財政状況については、従来安定的に推移してきたところであるが、昭和63年度は62年度に引き続き全体で8億円の赤字決算となっており、従来に比べ厳しい状況となっている。こうした中で保健施設事業の推進をはじめとして小集団の利点を生かして、より一層効率的な運営に努めることが期待されている。

なお、家計の負担能力等を勘案して、各医療保険制度の高額療養費の自己負担限度額が、平成元年6月1日以降診療分について5万4,000円から5万7,000円へと改定された。

---



## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第2節 医療費の保障

#### 2 安定した医療保険制度の構築

#### (4) レセプト電算処理システム

---

保険医療機関等が、審査支払機関に対し磁気媒体により社会保険診療報酬請求を行えるよう、レセプト電算処理システムの開発が行われており、現在、技術的な諸問題を検討することを目的として昭和63年11月より技術評価試験を実施している。平成元年度からは実験の対象医療機関に病院を追加するとともに、2年4月に予定されている診療報酬改定への対応の試験を経たうえで、2年秋までにこれを終了し、早期に本格的運用が可能となるよう検討を行っている。

---

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第2節 医療費の保障

#### 2 安定した医療保険制度の構築

#### (5) 民間医療保険等の動向と展望

---

民間医療保険等としては、1)民間生保や簡易保険・農協共済において生命保険として死亡保障の主契約に、疾病入院特約、成人病入院特約、疾病傷害特約等の特約を付加したタイプやがん保険等のように疾病保障を単独に行うタイプ、2)公的医療保険の一部負担金や室料差額、付添看護費用等の保険外負担を給付対象とする生命保険(医療保障保険)及び損害保険(医療費用保険)が既に商品化されている。

民間医療保険をめぐる新しい動きとしては、生保において昭和63年から歯科の自由診療等にかかる費用を保障する保険が商品化されたこと、さらに、平成元年から損保において介護費用を対象とする商品(介護費用保険)が発売されたことが挙げられる。これまでも、民間生保や簡易保険・農協共済において痴呆やねたきりにより被保険者が要介護状態になった場合に一時金や介護年金を支給する保険があったが、新たに発売された介護費用保険は、被保険者が要介護状態になった場合に一定の範囲内で病院、診療所、介護施設等の費用、介護のための諸費用、介護機器の購入費用や住宅改造費用を補償する保険である。

これらの動きは、昭和62年の保険審議会答申により高齢化社会に対応した保険商品の積極的な開発の必要性が指摘されたことなどを背景としたものである。民間医療保険等に対してはこれが医療に対するニーズの高度化・多様化や介護ニーズの増大に対応し、公的医療保険を補完するという位置づけから、税制上の措置等による適切な普及促進を図っていくことが望まれる。

---

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第3節 有効な医薬品の安定的供給

##### 1 医薬品の有効性及び安全性の確保

医薬品については,その品質,有効性,安全性を確保することが何よりも重要である。

このため,厚生省では個別の医薬品について,毒性,臨床試験成績等に関するデータに基づく承認審査を行い,承認を受けた医薬品のみが市販されるような仕組みをとっている。特に,医薬品の臨床試験については,さらに倫理的,科学的に実施されるよう「医薬品の臨床試験の実施に関する基準」(GCP)を定め,平成2年10月より実施に移すこととしている。医薬品の承認後においても,市販されている医薬品の副作用情報を常時収集するシステムを設けるとともに,承認後一定の期間を経て蓄積された多くの使用例に基づいて行われる再審査や,医学・薬学等の進歩を絶えず反映させるための再評価を実施している。

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第3節 有効な医薬品の安定的供給

##### 2 国内自給に向けた血液事業

---

血液製剤には、大別して輸血用製剤と血漿分画製剤がある。前者には、採血した血液全部をそのまま製剤化した全血製剤と、採血後遠心分離して必要な成分のみを取り出し製剤化した血液成分製剤とがあるが、これらの製剤は、全て献血血液を用い、日本赤十字社により供給されている。後者は、血液中の血漿に含まれている種々の蛋白質を、物理的・化学的

手法を用いて製剤化したもので、血液凝固因子製剤、アルブミン製剤及び免疫グロブリン製剤が主なものである。これらの製剤は、外国企業も参入して自由競争市場を形成しているため、献血由来製剤の供給は僅か10%程度と低く、そのほとんどをアメリカの売血に依存している状況にある。

両者ともそのもとは血液であり人体を構成する一部であることに変わりがないことから、かねてよりWHOや国際輸血学会から「自国に必要な血液は自国の献血で確保すべき」とめ提言がなされている。我が国においても献血血液による血漿分画製剤の国内自給の確立が懸案とされ、早急な対応が求められていたが、平成元年9月、新血液事業推進検討委員会から、国内自給達成に向けての具体的推進方策が示されたことから、今後はこの報告に基づき、事業を推進することとなる。

具体的には、血液凝固因子製剤については、平成3年度中に日本赤十字社において製造・供給を一元的に行うこととし、地域毎に原料血漿確保目標量を定めるとともに、その受入れのための体制整備を図っているところである。その他のアルブミン製剤、免疫グロブリン製剤については、日本赤十字社の能力を超える分は、民間企業に製造及び供給を依頼し、献血由来製剤の割合を段階的に増やしていくこととしている。

また、近い将来国内自給が達成された時点での血漿分画製剤の供給については、供給専門公益法人を全国数か所のブロック単位に設置して、供給主体の専門化、公益化を図り、医療機関の需要に応じた計画的な採血・製造・供給を図ることとしている。

なお、昭和61年4月から新たに400ml献血及び成分献血を導入し、その普及を図っているところであるが、血漿分画製剤の原料を確保するためには、これまで以上に成分献血を中心とした献血への国民の理解と参加を求めていくことが必要である。そのためには、事業の実施主体である日本赤十字社は、地方公共団体及び各種ボランティア団体との連携を密にして、地域の実情に応じた効果的な献血運動を展開していく必要がある。

---

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

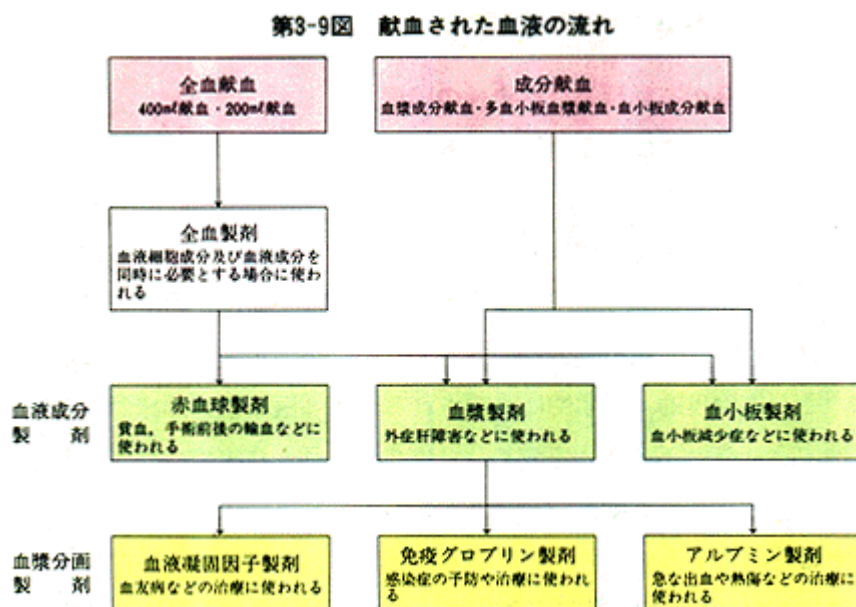
#### 第3節 有効な医薬品の安定的供給

##### 3 医薬分業の推移

医薬分業とは、医師から院外処方せんをもらって薬局で薬を調剤してもらうことで、医師と薬剤師がそれぞれ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、日本以外の先進国で実施されている。医薬分業の利点は、医師が手持ちの医薬品にしばられず患者に最も適した医薬品を処方できること、医師と薬剤師が薬の処方をチェックし合って、より安全な薬物治療が期待できること、薬について薬剤師から十分な説明を受けられること、さらに薬局において患者の医薬品服一用の記録をとること(薬歴管理)により、複数の医療機関から同じ薬を重複してもらうことや、複数の薬物の相互作用の発生を予測し回避できることなどである。

厚生省では、医薬分業の推進のため、昭和63年度から5か年計画によりて医薬分業推進基盤整備事業を全国8地区において開始している。本事業においては、1)大病院からの処方せんに応需できる調剤薬局の体制整備、2)薬局による医療機関に対する医薬品の作用・副作用に関する情報の提供などを行っている。

第3-9図 献血された血液の流れ



このほか、主として大都市部の外来患者の多い37の国立病院を対象として、2～3年程度の年次計画を策定して院外処方せんの発行を推進するとともに、財団法人日本薬剤師研修センターを設立して、医薬分業を担う薬剤師の資質の向上に努めるなど、積極的な取り組みを行っている。

〔薬歴管理は電話番号で〕

患者が服用した薬や副作用歴、アレルギー歴等を記録しておくことを「薬歴管理」という。これにより、アレルギーや副作用を防止したり、飲みあわせの悪い薬を事前にチェックすることができる。

薬歴管理を実施する場合、一つの薬局で数千から数万の顧客の薬歴カードを保管しなければならず、検索には工夫が必要である。

## 厚生白書 (平成元年版)

五十音順では,同姓が多く検索に手間どる。また,保険証番号は,処方せんに必ず記入されているが,大衆薬を買いに来た場合には対応できない。

そこで,電話番号の下四桁で分類し「薬歴管理」を行っている薬局がある。この方法であれば,検索は早く,また家族が同一の番号に分類され,薬に対するアレルギー体質などの要素や生活環境のチェックも容易となる。

この薬局では,このほか、電話で患者に服用状況を尋ねたり,自害へ行って服薬指導を行っている。また,医師に患者紹介をしたり,顧客の薬歴や服薬状況を医師に報告するなどして,顧客や医師の信頼を得ている。

医薬分業の進む中,この薬局のような地域に密着した薬局のあり方が望まれている。

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第4節 疾病対策

##### 1 成人病その他の疫病対策

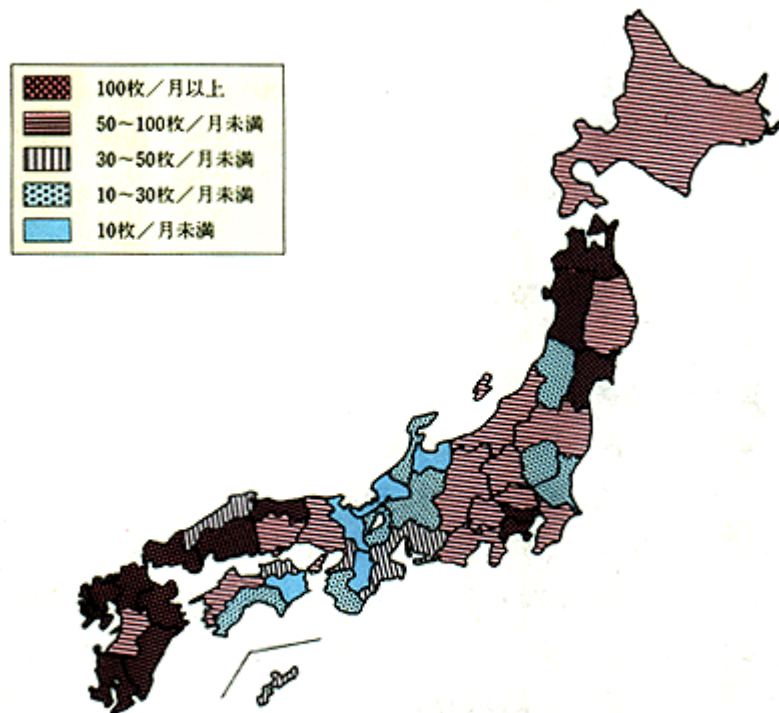
##### (1) 成人病対策

我が国では、戦後の公衆衛生水準の向上等により乳児死亡率及び結核等の感染症死亡率が低下したが、人口の高齢化、生活様式の変化等に伴い、がん、心疾患、脳血管疾患等の成人病が増加している。

第3-10図 都道府県別人口1,000人当たり処方せん枚数

第3-10図 都道府県別人口1,000人当たり処方せん枚数

(昭和63年10月)



資料：社会保険診療報酬支払基金「基金統計月報」

国民健康保険連合会「審査支払業務統計」

がんについては、昭和58年にがん対策関係閣僚会議において策定された「対がん10か年総合戦略」に基づき、がん対策を強力に推進するとともに、予防対策の推進、医療施設の整備等を図っているところである。また、循環器疾病については、国立循環器病センターの充実、脳卒中リハビリテーション対策等の推進を図っているところである。平成元年度においては、新たに糖尿病について調査研究を行い、これらの病気に対する



対策を一層強化することとしている。

また,その他の成人病については,リウマチなど患者数が増加し,国民の健康及び生活の質に大きな影響を与えている疾病につき,その対策を重視していく必要がある。

---

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第4節 疾病対策

##### 1 成人病その他の疫病対策

##### (2) 腎不全対策

---

現在行われている腎不全対策としては,1)人工透析,2)腎移植の推進などがある。人工透析は,かつて,不治の病であった腎不全の患者の生命を支えている療法であるが,透析のための時間の拘束等,患者の社会生活や家庭生活に与える影響は大きい。腎不全の唯一の根治療法は腎移植であるが,その推進のためには死体腎の提供が増加することが望まれる。腎移植希望者は,腎移植センターに登録されており,提供者が現われた場合には,ただちに組織適合検査を行って,適当な希望者に手術が行われる。このシステムを円滑に動かしていくためには,腎バンクへの腎提供登録者の拡大,腎移植に関係する医療機関等の組織化等地域に密着した腎移植体制の確立に努めていく必要がある。

---

---

## 第1編

### 第3章 適正な国民医療の確保

#### 第4節 疾病対策

#### 2 エイズ対策

---

厚生省においては,昭和58年からエイズ(後天性免疫不全症候群)に関する研究を開始し診断基準を作成するとともに,59年9月には,「AIDS調査検討委員会(61年にエイズサーベイランス委員会と改称)」の開催,60年には血友病治療に用いる血液製剤の加熱処理のものへの切替え,61年11月からは,すべての献血血液に対する抗体検査の実施等の対策を講じてきた。また,62年からは,エイズ対策関係閣僚会議が設置され,同閣僚会議が決定した「エイズ問題総合対策大綱」に基づいて,政府を挙げて対策に取り組んでいるところである。同大綱においては,1)正しい知識の普及,2)感染源の把握,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点が重点とされている。重点事項の実施のため,63年度からはエイズ医薬品の開発を官民共同で効率的に推進する「エイズ医薬品開発推進事業」が始まり,平成元年2月からは,医師の感染者に対する指示及び都道府県知事への報告等,感染者であると疑われ,かつ,多数の者に感染させるおそれのある者に対する都道府県知事の健康診断の勧告又は命令,都道府県知事の感染者又はその保護者に対する指示等,関係者の守秘義務等を内容とする「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」が実施されている。さらに,元年度からは,広く国民にエイズに関する正しい知識の普及を図ることを目的としたエイズ知識啓蒙普及事業等を行っているところである。

---