

第1編

第2部 社会保障構造改革に向けた取組み

第3章 21世紀に向けた医療制度改革

第1節 医療制度をめぐる状況

1 医療制度の現状と課題

我が国の医療保険制度は、1922（大正11）年に制定された健康保険法をもとに始まり、以後、1938（昭和13）年の旧国民健康保険法の制定、職員健康保険、船員保険の創設などを経て、戦後、1961（昭和36）年に全市町村において国民健康保険事業が開始されたことにより、国民皆保険制度が実現するに至った。

全国民が公的医療保険に強制加入し、必要な医療を保障される国民皆保険制度は、我が国の医療保険制度の大きな特徴である。国民皆保険制度によって、我が国は全国一本の診療報酬のもと、被保険者証一枚でどの医療機関に行っても平等に診療を受けることができるという、優れて平等性の高い制度を維持してきた。

一方、医療保険制度は、保険料や公費、患者負担を財源として、これまでその内容や給付の水準を充実させてきたが、現在高齢化の進展に伴って、老人医療費を始めとする医療費の増加に直面している。また、老人医療費が増加するにつれ、現役世代から高齢者への世代間移転という面が強くなってきている。増加し続ける老人医療費を適正化し、国民が納得して公平に負担することのできる制度をどのように再構築していくかが、大きな課題となっている。

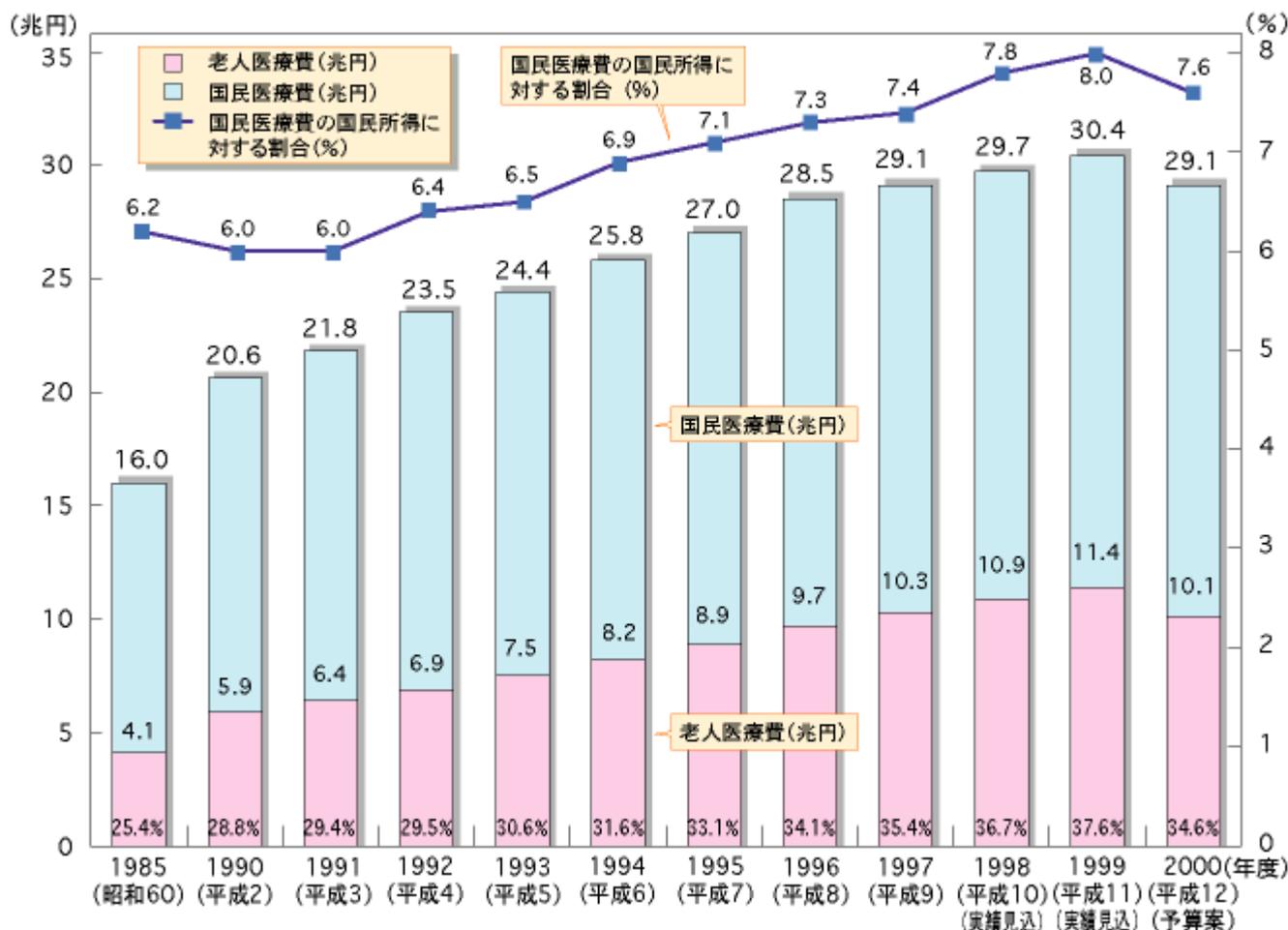
(1) 医療費の状況

ここ数年、経済の低迷が続いている一方で、医療費は毎年増加を続けており、経済成長と医療費の伸びとの不均衡はますます拡大している。なかでも老人医療費は、急速な高齢化の進行に伴い毎年約9%前後の伸びを示しており、近年の医療費の伸びの主要な要因となっている。また、1999（平成11）年度には国民医療費が初めて30兆円を超え、国民所得に対する割合も8%に達すると見込まれる。

なお、2000（平成12）年度では、国民医療費は予算案ベースで29.1兆円と、対前年度比マイナス4.3%となっているが、これは同年4月より介護保険制度が実施されることに伴い、医療費から介護給付費に移行する分を約2兆円見込んでいるためであり、従来ベースの推計では31.2兆円と、対前年度比で2.6%の伸びとなる。

図3-1-1 国民医療費の推移

図3-1-1 国民医療費の推移



(注) 1. 老人医療費の下の%は老人医療費の国民医療費に対する割合である。
 2. 2000年度は介護保険への移行による医療費の減(約2兆円)を見込んでいる。

(2) 医療保険財政の状況

ここ数年、深刻な経済状況と、急速な高齢化の進展等に伴う医療費の伸びを背景として、医療保険財政は赤字基調で推移しており、1997(平成9)年の健康保険法等の改正により多少の改善が見られたものの、引き続き厳しい状況が続いている。

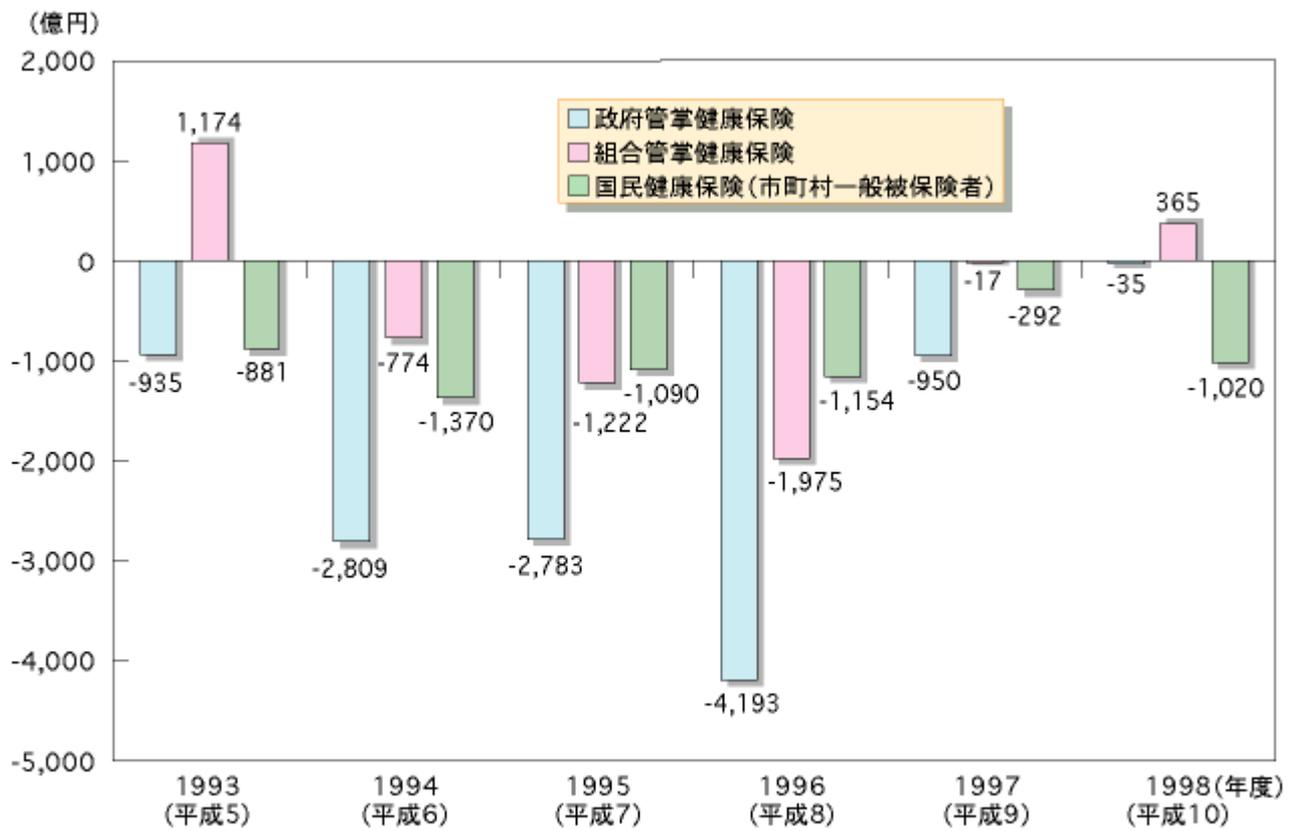
こうした状況のなか、政府管掌健康保険は1998(平成10)年度も35億円の実質赤字となり、1993(平成5)年度から6年連続の赤字決算となった。とりわけ被保険者数の伸び率は、厳しい雇用情勢を反映し、第1次オイルショック後の不況にあえいでいた1975(昭和50)年度以来23年ぶりのマイナスとなった。さらに、1999(平成11)年度は、被保険者数の減少等により保険料収入が減少すると見込まれる一方、老人保健拠出金および退職者給付拠出金が大幅に増加すること等から、再び大幅な赤字となるものと見込まれている。

また、組管掌健康保険については、1998年度も全組合のうち過半数を超える組合が赤字を計上しており、その額は1,436億円に達するなど依然として厳しい状況にある。1999年度には、保険給付費や老人保健拠出金等の支出が増加する一方、標準報酬月額低迷や保険料率の引上げが困難なことから、保険料収入の増加は期待できず、再び大幅な赤字になる見込みである。

市町村が運営する国民健康保険に関しては、1998年度の単年度経常収支は1,020億円の赤字となり、赤字被保険者数は1,817となった。1999年度は、1998年度に引き続き、厳しい雇用情勢を反映し、いわゆる現役世代の被用者保険からの移動が増加しており、保険財政への負荷要因となることが懸念されている。

図3-1-2 医療保険各制度の財政状況(収支差)の推移

図3-1-2 医療保険各制度の財政状況(収支差)の推移



(注) 1. 1998年度の政管健保の収支差「▲35」は、健保組合の解散に伴う承継財産を除いた場合の数値である。
 2. 1998年度は、政管健保は決算、組合健保及び市町村国保は見込の数値である。

第1編

第2部 社会保障構造改革に向けた取組み

第3章 21世紀に向けた医療制度改革

第1節 医療制度をめぐる状況

2 医療制度をめぐる最近の動き

21世紀を間近に控え、これから我が国は、世界に先駆けて本格的な少子高齢社会を迎えることになるが、その中でも誰もが安心して良質な医療サービスを受けることができるような医療制度を堅持していくために、制度全般にわたる改革を実現していくことが必要である。

厚生省では、一貫して医療制度の抜本改革に取り組んできており、1997（平成9）年6月には、制度の抜本改革に取り組むことを前提として、当面の医療保険制度の運営を安定させるとともに、薬剤使用の適正化を図るため、患者負担の引き上げや薬剤一部負担の導入等を内容とする健康保険法等の一部改正を行った。

また、同法の国会審議において、医療制度の抜本改革の基本的な方針や内容を早急に提示すべき、と指摘されたことを受け、同年8月には「21世紀の医療保険制度（厚生省案）」および「21世紀の国民医療（与党協案）」が相次いでとりまとめられた。与党協案においては、抜本改革は2000（平成12）年度を目標とし、可能なものからできる限り速やかに実施することとされた。

1998（平成10）年には、老人医療費拠出金について、各保険者間の負担の公平化を図る措置を講ずること等を内容とする国民健康保険法等の一部改正が行われた。

この間、厚生省には医療保険福祉審議会が設置され、抜本改革に関する議論が進められ、各テーマについて意見書が取りまとめられた。

さらに2000年を迎え、1月には「医療制度抜本改革の進め方について」が厚生省より提示され、改革を2000年度から順次実施するとともに、検討に日時を要する事項については、基本的には2002（平成14）年度からの実施を目指して検討を進めることとされた。こうした流れの中、抜本改革の第一歩として、高齢者の患者一部負担について月額上限付きの定率一割負担制を導入すること等を内容とする、健康保険法等の一部改正法案が2000年2月に国会に提出された。

表3-1-3 医療制度をめぐる最近の動き

表3-1-3 医療制度をめぐる最近の動き

1996(平成8)年11月	医療保険審議会において、医療制度の抜本改革に関する建議書 をとりまとめ
12月	与党3党による与党医療保険制度改革協議会(与党協)の設置
1997(平成9)年6月	健康保険法等の一部改正法成立 (被用者患者負担を1割から2割へ、薬剤一部負担の導入等)
8月	「21世紀の医療保険制度」(厚生省案)をとりまとめ 「21世紀の国民医療」(与党協案)をとりまとめ
1998(平成10)年6月	国民健康保険法等の一部改正法成立
1999(平成11)年10月	自民党医療基本問題調査会・社会部会において、「医療制度抜 本改革の基本的考え方」をとりまとめ
2000(平成12)年1月	厚生省、「医療制度抜本改革の進め方」を提示
2月	健康保険法等の一部改正法案を国会に提出

第1編

第2部 社会保障構造改革に向けた取組み

第3章 21世紀に向けた医療制度改革

第2節 医療保険制度の抜本改革

1 抜本改革の検討

厚生省では、これまで医療制度の抜本改革として、薬価制度の見直し、診療報酬体系の見直し、高齢者医療制度の見直し、医療提供体制の見直しの四つを主要課題として総合的に検討を進めており、国民各層や関係者の声も踏まえながら、一步一步着実に実施していくこととしている。

(1) 薬価制度の見直し

現行の薬価制度については、医療保険から医療機関に給付される薬価と実際に医療機関が購入する薬の価格との差（薬価差）等により、薬価差の大きい薬剤を使用する傾向があることや、薬剤の不必要な多用などが生じやすい仕組みであること、薬剤に関する情報やコスト意識が不足していることにより患者が薬剤の多用を受容しやすい環境にあることなどが指摘されてきた。このため、1999（平成11）年12月の中央社会保険医療協議会（中医協）において、1)2002（平成14）年までにR幅方式（市場平均価格に上乗せして公定価格を設定する方式）に代わる新たな薬価算定ルールの導入を図る、2)先発品・後発品については、2002年度までに新たなルールの具体的な内容について検討を進める、3)画期的新薬等の薬価算定ルールの見直しについても、先発品・後発品の薬価算定ルールの見直しと併せて検討する、といった基本方針をとりまとめた。また、与党より、薬価差問題を解消するため、1)いわゆるR幅（薬価算定時に各薬剤の市場平均価格に上乗せされる価格幅）は、流通安定のために最小限必要な調整費率とし、一律2%とすること、2)薬価差益を解消し、技術料の適正な評価を進めること、3)溶出試験の実施や「医療用医薬品品質情報集（日本版オレンジブック）」の発行等の公平な競争条件の整備を進め、2002年度を目途に薬価制度の改革を進めること、といった方針が示されている。これらを受け、2000（平成12）年度においては、R幅を薬剤流通の安定のために最小限必要な調整費率とし、一律2%とするとともに、同年10月を目途に薬価算定組織を新設し、薬価算定過程の透明化を図ることとしている。

薬価制度改革については、いわゆる日本型参照価格制の提案など、これまで様々な議論を経てきたが、以上に述べたような方針をもとに、今後、現行の枠組みの中で実のある薬価制度改革を進めていくこととしている。

(2) 診療報酬体系の見直し

診療報酬体系を考えるに当たっては、適正な医療を、効率的に提供するために、どのような報酬体系が必要かという視点が必要である。現在、議論されている点としては、以下のようなものがある。

まず、医療機関における機能分担と連携の推進である。外来における大病院への過剰な集中を解消し、適切な医療の確保を図るため、診療所・中小病院のかかりつけ医機能を重視し、大病院における入院の適正評価を促進することが挙げられる。また、入院については、患者ができるだけ早く健康になって地域や家庭に復帰できるように、急性期医療、慢性期医療、リハビリテーションなど、患者のそれぞれの医療ニーズを満たすことができるような機能分担の推進が必要である。

また、出来高払いと包括払いの組み合わせについても、それぞれの長所・短所を踏まえながら、最善の組み合わせを目指していく必要がある。とりわけ、定型的な治療の多い慢性疾患や、高齢者に対する医療については、包括化を積極的に進めていくとともに、在宅医療の一層の推進を図ることが必要であ

る。併せて、出来高払いに発生しやすい不適切な高額医療や、包括払いに発生しやすい粗診粗療の適正化を図る観点から、提供されている医療内容を把握する方法や、診療報酬の審査のあり方などについても検討が必要である。

(3) 高齢者医療制度の見直し

現在、老人医療費は国民医療費の約3分の1を占めているが、2025（平成37）年には国民医療費の2分の1にまで達することが予想されている。良質な医療を確保しつつ、いかに老人医療費を効率化するか、また、公平な費用負担の仕組みをどのように再構築するかが課題となっている。

老人医療費は、高齢者のみが負担することはできず、何らかの形で現役世代も負担しなければならない。また、各保険団体ごとに高齢者の加入率は異なっており、保険団体の責めによらない高齢化による負担の不均衡を医療保険制度全体の中で公平化することも必要になってくる。このように高齢者医療制度の問題は、医療保険制度全体のあり方と切り離して考えることはできない。現在は、老人保健制度を通じて、老人の患者負担、公費および各保険者が負担する拠出金によって費用を賄っているところであるが、新たな制度のあり方については、様々な考え方が示されており、現段階では一つに集約されるに至っていない。

1999（平成11）年8月の医療保険福祉審議会制度企画部会意見書では、新たな高齢者医療制度のあり方について、四つの考え方が示された。

一つ目は、公費を主要な財源とし、すべての高齢者を対象とした地域単位の新たな保険制度を設けるという考え方である。これに対しては、高齢者の医療を若年者の医療と切り離し、高齢者の医療制度に対してのみ公費を投入する仕組みは、高齢者は弱者であるという発想に立つものであり、成熟社会の下での医療制度のあり方として不適当ではないか、また、医療費財源の大部分を公費に依存する制度では、給付と負担の関係が一体として捉えられないため、保険者に医療費適正化の誘因が生じにくく、医療費の効率化が期待しにくいのではないかと、といった問題点が指摘されている。

二つ目は、国民健康保険（国保）グループとは別に被用者保険グループの高齢者のみを対象に新たな医療保険制度を設ける考え方である。これに対しては、就業構造が流動化している中で、高齢期となっても被用者と非被用者を区分して医療費を賄うことは、社会連帯の理念から見て問題ではないかと、といった問題点が指摘されている。

三つ目は、現行の保険者を前提とし、保険加入者の年齢構成など保険者の責めによらない事由に基づく各保険者間の負担格差については、保険者間の財政調整（リスク構造調整）を行って、負担の不均衡を調整しようという考え方である。この考え方に対しては、所得形態や財源構成の実態等、根本の部分が異なる国保グループと被用者保険グループの間で、保険者間の財政調整を実施することに納得が得られるか、といった問題点が指摘されている。

四つ目は、現行の医療保険制度を一本化して新たな医療保険制度を設けるという考え方である。この考え方については、新たな保険者をどうするか、現在の保険者の取扱いをどうするのか、あるいは所得捕捉の問題をどう考えるか、といった意見や、保険団体構成員の連帯感や保険制度運営の効率性という観点から、制度の完全一本化は適当ではないのではないかと、といった指摘がなされている。

以上のように、新たな高齢者医療制度のあり方については、保険団体をどうするのか、あるいは財源の問題をどうするかなど、様々な論点があるため、現段階では未だ成案を得るには至っていないが、まずは改革へ向けた第一歩として、「健康保険法等の一部を改正する法律案」を2000（平成12）年2月に通常国会に提出し、高齢者の患者負担について月額上限付きの定率1割負担制を導入するなど、所要の措置を講ずることとしている。また、同年3月には、厚生省内に事務次官を本部長とする「高齢者医療制度等改革推進本部」が設置され、医療保険制度や医療提供体制のあり方をも視野に入れながら、新たな高齢者医療制度の構築のための具体的措置について、2002（平成14）年度を目途に厚生省としての考え方のとりまとめを行うこととしている。

表3-2-1 国民医療費の将来推計

年 度	1995 (平成7)	2010 (平成22)	2025 (平成37)
国民医療費(兆円) (年平均伸び率、%)	27	54 (5.6)	104 (4.5)
うち老人医療費(兆円) (年平均伸び率、%)	9	23 (8.2)	56 (6.2)
国民医療費に占める 老人医療費の割合(%)	33	42	54

資料：厚生省保険局調べ

第1編

第2部 社会保障構造改革に向けた取組み

第3章 21世紀に向けた医療制度改革

第2節 医療保険制度の抜本改革

2 2000年度における施策

(1) 健康保険法等の一部改正

2000(平成12)年2月、医療保険制度の安定的運営を確保するため、老人に係る薬剤一部負担金の廃止、老人の一部負担金について月額上限付きの定率1割負担制の導入、所得および医療サービスの費用に応じた高額療養費の自己負担限度額の見直し、保険料率上限の見直し等を内容とする「健康保険法等の一部を改正する法律案」が、通常国会に提出された。これらの制度改正とともに、長年の懸案である薬価差の縮小と併せ、医療の質の向上、医療提供の効率化・安定化を図る観点から薬価・診療報酬の見直しを行うことにより、抜本改革の第一歩を踏み出したところである。

なお、若人の薬剤一部負担金の廃止については、2002(平成14)年度までに、所要の財源を確保した上で実施することとしている。

図3-2-2 健康保険法等の一部改正案の概要

1.老人の患者負担の見直し(2000(平成12)年7月施行)

①老人の薬剤一部負担の廃止。

(若人については、2002(平成14)年度までに所要の財源を確保した上で廃止)

②月額上限付きの定率1割負担を導入。高齢者にとって過度の負担とならないよう、月額上限を設定。

(外来)

1日 530円 (月 4回まで) + 薬剤定額負担



定率1割負担 ・診療所及び病院(200床未満) 月額上限3,000円 ・病院(200床以上) 月額上限5,000円 ※診療所については、事務処理負担の観点から定額負担(1日800円、月4回まで)も選択可
--

(入院)

1日 1,200円 市町村民税非課税かつ 老齢福祉年金受給者 1日 500円



定率1割負担(月額上限 37,200円) ・市町村民税非課税世帯 (月額上限 24,600円) ・市町村民税非課税世帯かつ老齢福祉年金受給者 (月額上限 15,000円)

※市町村民税非課税世帯(年金受給高齢者2人世帯の場合)年収約267万円

2.高額療養費の見直し(2000年7月施行)

①所得の多寡にかかわらず一定の自己負担限度額を改め、上位所得者(月収56万円以上)について、負担能力に応じた負担となるよう自己負担限度額を引き上げる。

②医療費の多寡にかかわらず一定の自己負担限度額を改め、医療を受ける人と受けない人の負担の公平、コスト意識の喚起等のため、医療費に応じて自己負担額を設定する。

・低所得者 35,400円 (市町村民税非課税世帯)
・一般 63,600円



・低所得者 35,400円 (市町村民税非課税世帯)
・一般 63,600円 + 一定の限度額を超えた医療費の1%
・上位所得者(月収56万円(年収約900万円)以上一区分を新設) 121,800円 + 一定の限度額を超えた医療費の1%

※市町村民税非課税世帯(標準4人世帯の場合)年収約250万円以下

3.保険料率上限の見直し(2000年7月施行)

以下の理由から、介護保険料率を法定上限の外枠とする。

①医療保険給付の一部が介護保険に移行することから一般保険料率(医療給付分)が本来下げられるべきところ、医療保険の財政状況から一般保険料率が下げられないこと

②介護保険料率は一部の者(40~64歳)のみに適用されるため、保険者間でのばらつきが大きいこと

③介護納付金の額は、介護保険制度における介護サービスに要する費用に応じて決定されること

一般保険料率+介護保険料率≤91%。(健保組合は95%)
↓
一般保険料率≤91%。(健保組合は95%)

4.その他

・2000年度の措置に引き続き、医療保険制度の抜本改革を行うための検討を行い、所要の措置を講じる。

・育児休業期間中の保険料について被保険者分に加え、事業主分を免除する。(2000年7月施行)

・国民健康保険の海外療養費を創設する。(2000年7月施行) 等

(2) 薬価・診療報酬の改定

2000(平成12)年度の診療報酬改定においては平均1.9%(薬価基準等についての△1.7%の引下げ改定をあわせると平均0.2%)の改定を行ったところである。

2000年度診療報酬改定においては、医療保険制度抜本改革の一環としての診療報酬体系の見直しの第一歩として、「診療報酬体系(医科、歯科、調剤)のあり方に関する中間報告」(1999(平成11)年12月1日)に示された主要課題に従い、医療機関の機能分担と連携を促進する観点、医療技術を適正に評価する観点および出来高払いと包括払いの最善の組み合わせを実現する観点から、基本診療料、手術料を中心に体系的な見直しに着手し、包括払いの範囲を拡大したところである。

また、2000年度薬価制度改革にあわせて薬剤使用の適正化策の拡大および薬剤関連技術料の適正な評価

厚生白書(平成12年版)

を行うとともに、小児医療の充実、回復期リハビリテーションの充実、遮減制の見直しを含む長期療養患者への必要な医療の確保、有効性・効率性の高い新規技術の保険導入、歯科医療技術の評価、患者に必要な情報提供の確保、在宅医療の充実等を行ったところである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 社会保障構造改革に向けた取組み

第3章 21世紀に向けた医療制度改革

第3節 新しい時代の医療サービス

コラム EBMとその推進

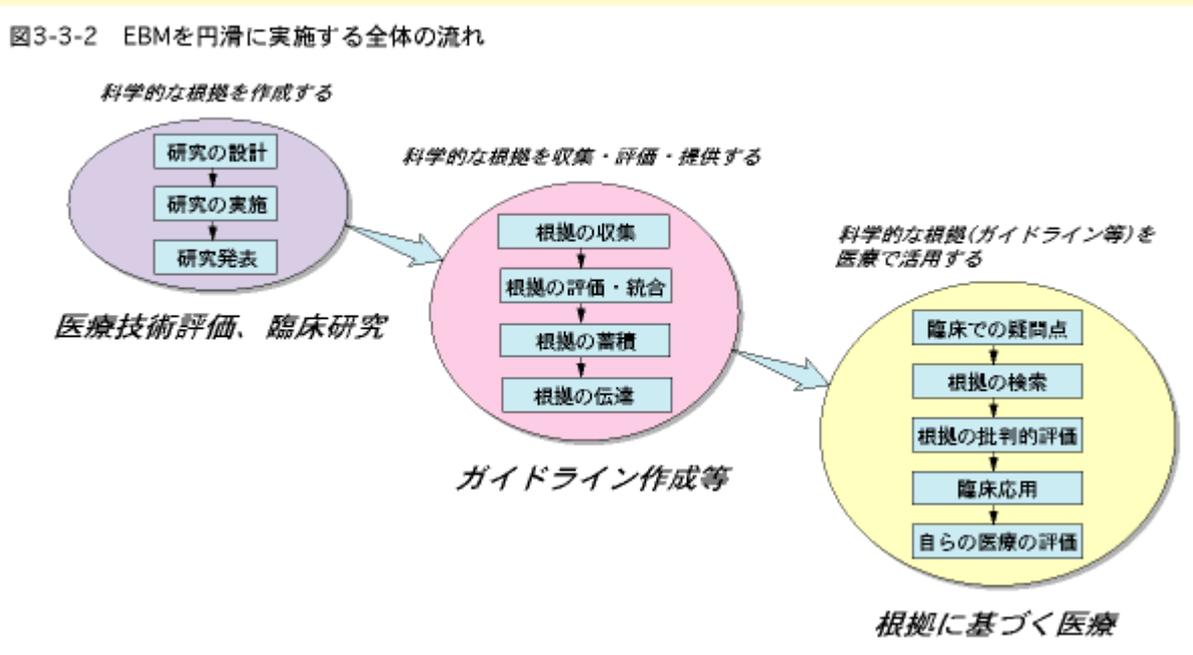
EBM (Evidence Based Medicine : 根拠に基づく医療) とは、医師など医療関係者が日頃の臨床の現場で、科学的な根拠に基づき治療法などを決める時に患者の健康状態を最良のものにする可能性の高い治療法を決定する方法である。

具体的には、「診ている患者の臨床上的疑問点に関して、(1) 医師などが関連する医学文献等を検索し、それらを統計学的な知識等を使い批判的に吟味した上、診ている患者への適用の妥当性を評価し、さらに(2) その患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、(3) 自分自身の専門技能を活用して医療を行うこと」と定義される実践的な手法である。

EBMを推進することにより、最新かつ最適な情報に基づく治療法等を、例えばネットワークの活用などにより、経験の浅い医師や医学雑誌等の情報の入手が難しい遠隔地に勤務する医師等を含め、すべての診療の場で容易に活用でき、医療の質の向上につながる効果が期待されている。また、患者にとっても治療法等の拠り所となる科学的な根拠が明示されるため、自分の病気を十分に理解して、治療法等を選択することが可能となる。

EBMが円滑に実施されるためには、科学的根拠を創る臨床研究、科学的な根拠をまとめた診療ガイドラインの作成なども同時に行われることが望ましいと考えられる。

図3-3-2 EBMを円滑に実施する全体の流れ



第1編

第2部 社会保障構造改革に向けた取組み

第3章 21世紀に向けた医療制度改革

第3節 新しい時代の医療サービス

1 医療提供体制の見直し

我が国の医療提供体制については、医療技術の進歩、高齢化の進展、国民の生活水準の向上と意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変化している中、これらの変化に適切に対応していく必要がある。

このような状況を踏まえ、1998（平成10）年9月からの医療審議会における審議を経て、良質で効率的な医療提供体制の実現を図るため、「医療法等の一部を改正する法律案」が2000（平成12）年3月に国会に提出されたところである。

その概要は図3-3-1のとおりである。

図3-3-1 医療法等の一部を改正する法律案の概要

図3-3-1 医療法等の一部を改正する法律案の概要

【制度改革の趣旨】

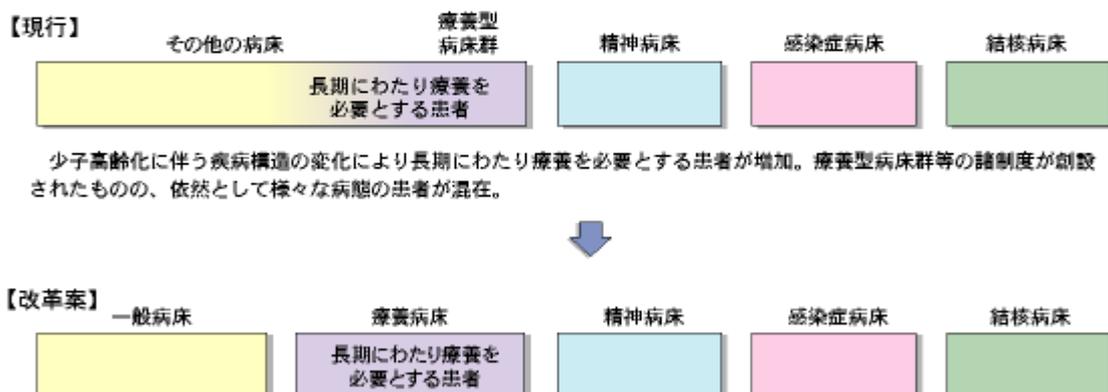
高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化などを踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進及び医療従事者の資質の向上を図る。

【制度改革の内容】

1 入院医療を提供する体制の整備 <医療法>

(1) 病床区分の見直し

結核病床、精神病床、感染症病床を除いた病床（従来の「その他の病床」）を「療養病床」及び「一般病床」に区分



① 療養病床（精神病床、感染症病床及び結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床）

・ 人員配置及び構造設備基準は現行の療養型病床群と同じ

② 一般病床（精神病床、感染症病床、結核病床及び療養病床以外の病床）

・ 人員配置及び構造設備基準は現行の一般病床と同じ

- ・ 入院患者4人に対し看護婦1人の基準を入院患者3人に対し看護婦1人に引き上げ
- ・ 病床面積について患者1人当たり6.4以上に引き上げ(新築・全面改築)
- * 現行の「その他の病床」を有する病院は、2003(平成15)年3月まで(2年6ヶ月間)に新たな病床区分の届出を行う
- * 人員配置基準については、へき地・離島等の病院又は現行の「その他の病床」が200床未満の中小病院について施行後5年間の経過措置を設定
- * 5年間の経過措置期間後の取扱いについては、対象となる病院の病床区分の推移や看護職員の充足状況等を踏まえて見直しを行う

(2) 必置規制の緩和

病院の施設のうち、外部委託の進展等により一律の義務付けの必要が薄れてきた施設について、必置規制を緩和

(3) 適正な入院医療の確保

人員配置基準に照らして著しく不十分である等の場合における医療機関に対する増員命令等を制度化
※2000年10月施行(予定)

2 医療における情報提供の推進 <医療法>

(1) 広告規制の緩和

「診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報を提供することができる旨」を広告できる事項として追加

※2000年10月施行(予定)

3 医療従事者の資質の向上 <医師法・歯科医師法>

(1) 医師及び歯科医師の臨床研修の必修化

診療に従事しようとする医師・歯科医師の臨床研修を必修とする(現在は努力義務)

[医師は2年以上、歯科医師は1年以上の臨床研修]

(2) 臨床研修の専念義務

臨床研修を受けている医師・歯科医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならないこととする

(3) 臨床研修を修了していない医師・歯科医師の取扱い

病院・診療所の管理者は、臨床研修を修了した医師・歯科医師でなければならないこととする

※ 医師の臨床研修に係る部分は2004(平成16)年4月施行(予定)
歯科医師の臨床研修に係る部分は2006(平成18)年4月施行(予定)

第1編

第2部 社会保障構造改革に向けた取組み

第3章 21世紀に向けた医療制度改革

第3節 新しい時代の医療サービス

2 医療サービスを担う人材の確保と資質の向上

良質な医療サービスが安定的に提供されるためには、それを担う医療従事者の確保と資質の向上が重要であり、卒前教育から国家試験、生涯教育に至るまで一貫した養成が必要である。

医師・歯科医師の確保については、1998（平成10）年5月に、「医師の需給に関する検討会」および「歯科医師の需給に関する検討会」において報告書が取りまとめられており、将来的にいずれの数も過剰になると推計されることから、需給の均衡を図る必要性が提言されている。また、高い資質を有する医師を確保する上で重要な役割を担っている医師国家試験については、2001（平成13）年からは、プライマリ・ケア、医の倫理、患者の人権に関することなど、医師として基本的な事項である問題を増やすなど、出題内容や実施方法の改善に取り組むこととしている。現在努力義務として行われている医師・歯科医師の卒後臨床研修については、診療に従事しようとするすべての医師・歯科医師に義務づける（必修化する）とともに、研修内容・環境の改善・充実を図る方向で、前述した医療提供体制の見直しの中の一つとして取り組んでいるところである。

また、薬剤師養成に係る諸問題に関しては、1996（平成8）年より、文部省、厚生省、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会の4者で「薬剤師養成問題懇談会」を設けて意見交換を行ってきた。さらに1999（平成11）年5月からは、国公立および私立の大学薬学部・薬科大学の関係者を加えて検討が進められており、現在、病院等での実務実習の充実方策や6年制を含む修業年限のあり方など、薬学教育の充実方策について具体的な検討が行われている。

看護職員については、「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」に基づき、離職の防止、再就業の促進、養成力の拡充、資質の向上などの施策を総合的に講じており、現在のところ1991（平成3）年に策定した看護職員需給見通しを上回って推移しており、1998年末では、109万3,000人が就業している。今後、需給見通しの達成状況や介護保険の導入等看護を巡る状況の変化等を勘案して、2001年以降の需給見通しを検討することとしている。

准看護婦の問題については、1999年4月にまとめられた「准看護婦の移行教育に関する検討会」の報告において、就業経験の長い准看護婦が希望している看護婦への道を広げるために、就業経験10年以上の准看護婦を対象とした移行教育を5年間の時限措置として実施することが適当であること等の提言がなされ、その開始時期について関係団体との調整を図っているところである。

また、1999年6月にまとめられた「准看護婦の資質の向上に関する検討会」の報告においては、准看護婦養成の質の向上を図る観点から、カリキュラムの総時間数を現行の1,500時間から1,890時間とし、専任教員数を現行の2人から5人（当分の間3人）とすることが提言されたところであり、1999年12月に保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の一部改正を行い、2002（平成14）年度から適用することとしている。

厚生白書(平成12年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 社会保障構造改革に向けた取組み

第3章 21世紀に向けた医療制度改革

第3節 新しい時代の医療サービス

3 質の高い医療の確保

(1) 医療事故への対応

1999（平成11）年5月に、「患者誤認事故予防のための院内管理体制の確立方策に関する検討会」が、医療事故防止方策について報告書を取りまとめた。この報告書では、航空業界や米国の医療分野などにおいて既に導入されているリスクマネジメントの手法を紹介した上で、従来のような医療従事者個人の努力に依存した対応ではなく、組織として医療事故防止に取り組むことの重要性を指摘している。具体的には、職員による自主的な報告等により収集した医療事故やインシデント（患者に傷害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で“ヒヤリ”としたり“ハッ”とした経験）の分析を通じて、医療機関のシステム上の問題を把握し、予防的な対応を組織的に行うことを提言している。

また、2000（平成12）年度より、特定機能病院の承認の要件として安全管理の体制確保のための取組み（1)安全管理のための指針の整備、2)医療事故やインシデント事例の院内報告制度の整備、3)事故防止委員会の開催、4)職員研修の実施）を位置づけ、その実施の徹底を図ることとした。

さらに、2000年3月には、厚生大臣から、関係団体に対して、医療事故防止に関する緊急要請を行った。

なお、2000年度より、1)医薬品の容器などについて、医療ミスを起こしにくいものに改めるシステムの構築、2)国立病院・療養所向けの具体的な事故防止マニュアルの作成、3)調査研究により収集したインシデント事例の分析など、新たな取組みも予定している。

(2) 救急医療対策

これまで、地域の救急患者を対象とした初期（主として外来医療）、二次（入院が必要な重症患者に対応）および三次（救命救急センター）の救急医療機関と救急医療情報センターからなる救急医療体制の整備を進めてきているところであるが、1999（平成11）年度には、救命救急センターについて、新たに評価制度を導入した。

また、「病院前救護体制の在り方に関する検討会」における効果的なメディカルコントロール体制の確立等についての検討結果を踏まえ、救急救命士制度を含めた病院前救護体制の充実に取り組んでいくこととしている。

さらに、1999年度に試行的に実施したドクターヘリ（医師が同乗するヘリコプター）事業については2000（平成12）年度においても引き続き実施し、広域救急搬送体制の充実等を図るための効果的なドクターヘリの運用等について検証を行うとともに、この結果を踏まえ、本格的な導入について検討を進めることとしている。

写真 ドクターヘリ事業の試行的実施

ドクターヘリ事業の試行的実施



(3) ヘキ地医療対策

へき地における保健医療対策については、1996（平成8）年度から、第8次へき地保健医療計画を策定し、従来からへき地医療を担ってきたへき地中核病院やへき地診療所に加え、へき地診療所に対して代替医師を派遣する「へき地医療支援病院」を位置づけるとともに、地域の実情に応じた保健医療対策を講じている。また、1999（平成11）年度から新たなへき地保健医療対策に関する検討を開始している。

(4) 医療の質の評価

国民の医療に対する要望の高度化・多様化や医療の質に対する認識の高まりなどを背景として、医療の質に対する評価への関心が高まりつつある。

このため、病院の機能評価については、財団法人日本医療機能評価機構において、診療・看護体制、運営管理状況等に関して第三者の立場で評価を行う「第三者病院機能評価事業」が1997（平成9）年から本格実施されている。評価・認定を受けている病院は318（2000（平成12）年3月27日現在）に上り、これらの病院名については厚生省ホームページなどを通じて公表されている。

一方、医療サービスについては、医療資源を効率的に活用し、医療の質と患者サービスを向上させる手法を推進するため、根拠に基づく医療（Evidence Based Medicine；EBM）およびその具体的な支援策となり得る治療ガイドラインの作成について検討を進める等、具体的な環境整備に積極的に取り組むこととしている。

(5) 診療録等の電子化

医療の情報化を進める上で重要な診療録等の電子化に関しては、1996（平成8）年3月に閣議決定された「規制緩和推進計画」において、「診療録の電子媒体による保存の技術的基準を定め、電子媒体による保存を認める方向で検討する」ことが盛り込まれ、1998（平成10）年6月には、「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」において、「診療情報の電子化は、患者に対する質の高い医療の提供に貢献するものであり、今後一層推進して行くべき」との報告書が取りまとめられた。

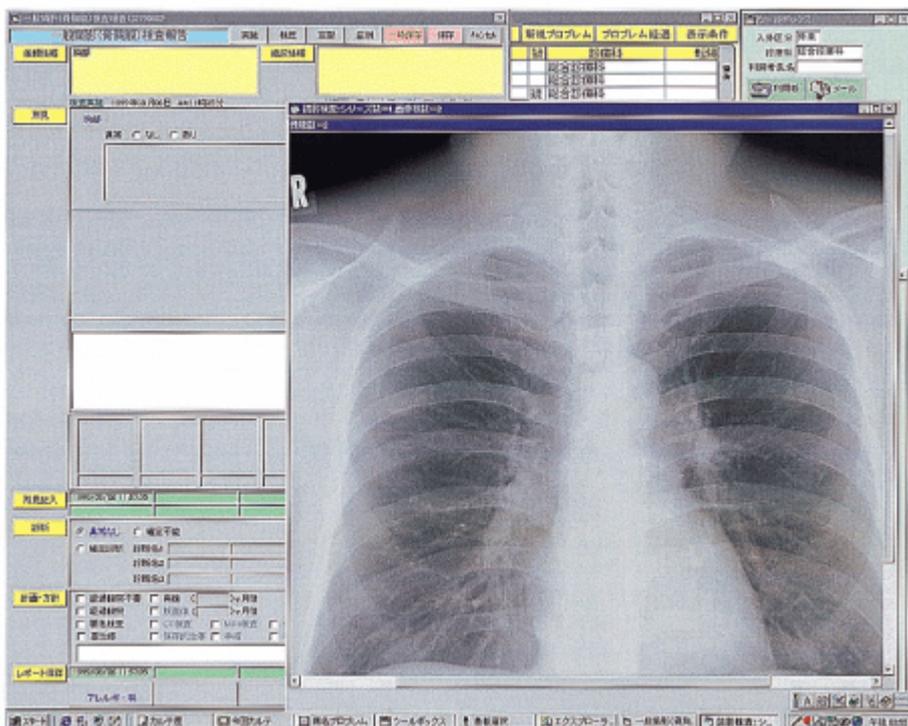
これらの提言を踏まえ、1999（平成11）年4月に厚生省健康政策局長、医薬安全局長、保険局長連名通知「診療録等の電子媒体による保存について」を発出した。この通知は、医師法、歯科医師法等により保存義務が定められている文書等について、・真正性の確保、・見読性の確保、・保存性の確保の三つの基準を満たす場合には、電子媒体による保存を認めることとし、その実施に際しての留意すべき事項を示したことにより、これまで紙やフィルム等の形でしか保存を認めていなかった医療情報に、電子媒体という保存手段の選択肢を増やしたものである。

さらに、医療情報の電子化を推進する上での基盤として、用語・コード（病名、手術・処置、医薬品、

検査、医療材料)の標準化の検討・開発を行っており、2000(平成12)年度の完成を目指しているところである。

写真 電子カルテの画像

電子カルテの画像



第1編

第2部 社会保障構造改革に向けた取組み

第3章 21世紀に向けた医療制度改革

第4節 政策医療を担う国立病院・療養所

1 政策医療の遂行と経営改善の実行

(1) 政策医療の遂行

国立病院・療養所は、戦後、旧陸海軍病院などを引き継いで発足し、当時、国民病といわれた結核の治療など国民の医療の向上に大きく貢献してきたが、医療内容の高度化・多様化や他の主体による医療機関の量的な充足など医療環境が大きく変化する中で、国立医療機関としてふさわしい役割を積極的に果たすことが求められるようになった。

このため、1985（昭和60）年に「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針」を策定（1996（平成8）年に改定）し、地域における基本的・一般的医療の提供は他の公私立医療機関に委ね、国立病院・療養所は国の施策として特に推進すべき政策医療の実施を担うこととした。具体的には、1)がん、循環器病などに対する高度先駆的医療、2)エイズ、ハンセン病、結核など歴史的・社会的な経緯等により地方・民間での対応が困難な医療、3)国家の危機管理や積極的国際貢献、の各々については、診療のみならず、臨床研究、教育研修および情報発信と一体となった医療を行うとともに、4)国家的見地から重要な医療政策の実践に取り組んでいるところである。

それぞれの最近の活動としては、1)国立がんセンター東病院におけるがん陽子線治療の臨床試験の実施や、国立循環器病センターにおける脳死者からの心臓移植および長崎中央、佐倉病院における腎臓移植の実施、2)患者に身近な拠点病院において質の高いエイズ医療の提供が可能となる「HIV診療支援ネットワークシステム」の本格運用、3)東海村ウラン加工施設事故およびキルギス人質拉致事件における医師等の現地派遣、4)医療保険制度の抜本改革の一環である急性期入院医療の定額払い方式の試行や医療機関におけるコンピュータ西暦2000年問題対応マニュアルの策定、などが挙げられる。

(2) 経営改善の実行

国立病院・療養所がこうした政策医療を遂行するためには、経営改善を着実に実行し、効率的な経営体制の確立を図ることが重要である。

1992（平成4）年度まで国立病院・療養所の財政状況は悪化の一途をたどっていたが、その後、1)いわゆる一般医療は診療収入により賄い、政策医療等本来採算にのらない経費については、一般会計から繰り入れることとするなどの経費負担区分の明確化、2)借入金の償還等を含めた総収入・総支出を基本とした施設ごとの事業計画方式の導入、3)経営管理指標の設定・活用による評価、などに取り組み、経営改善に努力してきた結果、一般会計からの繰入額は、1994（平成6）年度には2,588億円（繰入率24.9%）であったものが、2000（平成12）年度では、1,404億円（同13.2%）と大幅に減少しているところである。

第1編

第2部 社会保障構造改革に向けた取組み

第3章 21世紀に向けた医療制度改革

第4節 政策医療を担う国立病院・療養所

2 行政改革の中の国立病院・療養所

(1) 再編成の推進

国立病院・療養所がその使命である政策医療を積極的に果たしていくためには、限られた医療資源を集約・集中し、その機能強化を図っていく必要がある。

このため、前述の基本指針に基づき、政策医療を遂行できない施設については、統廃合・経営移譲により民営化・地方移管を行っていくこととしており、1986（昭和61）年に、当時の239施設を165施設に再編成する計画を策定し、以降、その推進に努めてきたところであり、1999（平成11）年度は8事例（統合2事例、移譲6事例）の再編成が行われるなど、近年、再編成の進捗は加速化している状況である。

また、最近の行政改革の論議の中でも、中央省庁等改革基本法などにおいて、再編成を一層促進することが指摘されている。このような指摘を踏まえ、1999年3月に再編成計画の見直しを行ったところであり、その内容は以下のとおりである。

1)

政策医療の範囲を先駆的な医療や難治性の疾病等に特化し、政策医療の分野ごとに、診療、臨床研究、教育研修および情報発信を担う全国的な政策医療ネットワークを構築する。

2)

その際、個別疾病分野においては、（ア）結核については原則として都道府県ごとに1か所とする集約・拠点化による専門医療実施体制の充実、（イ）重症心身障害については社会福祉法人等への経営移譲のモデル的实施、（ウ）長寿医療については診療・研究体制の充実のための国立療養所中部病院のナショナルセンター化、などに取り組む。

3)

こうした政策医療ネットワークを前提として、政策医療を遂行できない施設など、12の事例について、再編成対象施設として追加する。

今後は、1999年4月の閣議決定「国の行政組織等の減量、効率化等に関する基本的計画」にもあるとおり、見直し後の再編成計画に基づき、再編成を一層促進していくこととなる。

(2) 独立行政法人化に向けた準備

国立病院・療養所については、「中央省庁等改革基本法」において、高度かつ専門的な医療センター、ハンセン病療養所等特に必要があるものを除き、独立行政法人に移行すべく具体的な検討を行うこととされ、「国の行政組織等の減量、効率化等に関する基本的計画」において、2004（平成16）年度に独立行政法人に移行することとされたところであり、今後、制度設計、実務作業の両面にわたる準備作業を進めていく必要がある。

独立行政法人に移行することにより、政策の企画立案機能と実施機能が分離されるため、弾力的な病院運営が可能になり、効率性の向上、透明性の確保および質の向上を図ることとなる。とはいえ、独立行政法人に移行した後も、国立病院・療養所の役割は、国として担うべき政策医療を適切に遂行することにより変わりはなく、今後、経営の効率性を追求するとともに、その使命である政策医療における質の確保、向上を図ることにより、引き続き医療の向上に貢献していくこととしている。

図3-4-1 独立行政法人への移行

図3-4-1 独立行政法人への移行

