

本編

第2章 健康はどう守られているか

第1節 国民の健康の状態

1 保健医療の水準は世界のトップグループ

我が国の保健医療の水準は戦後著しく向上した。保健医療の水準を判断する場合、その総合的な指標として平均寿命、訂正死亡率(注1)、乳児死亡率(注2)が用いられることが多い。

(注1) 訂正死亡率とは、人口の年齢構成の違いによる影響と取り除くため、毎年の人口の年齢構成がある年(ここでは昭和10年)と同じと仮定して、人口千対の死亡率を計算したものの。

(注2) 乳児死亡率とは、出生千に対する生後1年未満の死亡率をいう。

平均寿命(0歳の平均余命)は、終戦直後の昭和22年に男50.06年、女53.96年であったものが、昭和56年では男73.79年、女79.13年へと延びている。

訂正死亡率は昭和22年の15.1が、昭和55年では3.6へと低下を示した。また、乳児死亡率も昭和22年の76.7から昭和56年で7.1へと大幅に低下した。

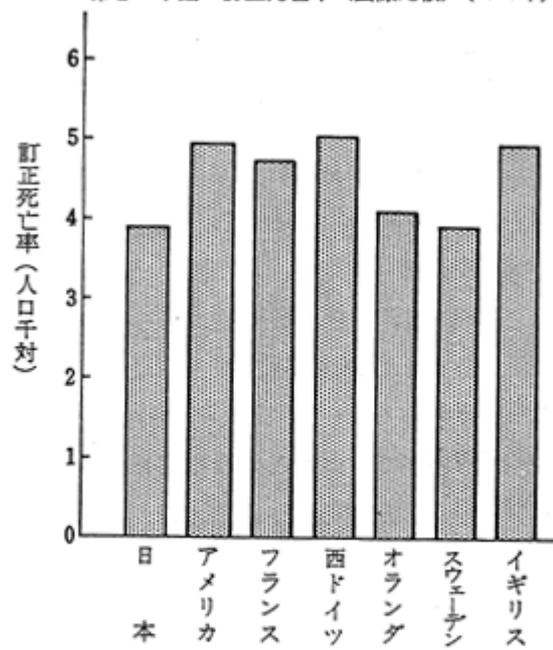
保健医療の水準を表すこれらの数字はアメリカ、フランス、イギリス等の諸外国の水準をしのいでおり、日本は世界のトップグループにある。

このような高い医療水準が達成された理由を考えると、まず医学医術の進歩、保健医療供給体制の充実、国民皆保険を達成した医療保険制度が挙げられる。その他、水道の整備などをはじめとする生活環境の着実な整備の果たした役割も大きい。

これらに加え、国民生活水準の向上が果たした役割も見逃せない。例えば、食生活の向上に著しいものがあり、かつての低栄養であった状態はほぼ解消された。こうした食生活の向上も国民の健康状態の改善に大きく寄与したとみられる。

第2-1図 訂正死亡率

第2-1図 訂正死亡率(国際比較)(1979年)



資料：国際連合「世界人口年鑑」

(注1) 訂正死亡率とは、人口の年齢構成の違いによる影響を取り除くため、毎年の人口の年齢構成がある年(ここでは昭和10年)と同じと仮定して、人口千対の死亡率を計算したもの。

(注2) 乳児死亡率とは、出生千に対する生後1年未満の死亡率をいう。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第1節 国民の健康の状態

2 成人病への挑戦が今後最大の課題

(1) 死因の変化

結核をはじめとする感染症はかつて我が国の死亡原因の上位を占めていた。しかし、戦後これらの感染症は減少し昭和26年には脳血管疾患が死亡原因の第1位となった。以後、がんや心疾患が上位を占めるようになり、最近では、これらの三大疾患をはじめとするいわゆる成人病による死亡が、死因の大半を占めるようになった。昭和55年では成人病による死亡は全体の死亡の69.4%に達している。特に日本では脳血管疾患による死亡が多いことが特徴であり、心疾患による死亡のウェイトが高い欧米諸国とは対照的であった。しかし、近年、先進国病といわれるがんと心疾患による死亡率が上昇している。

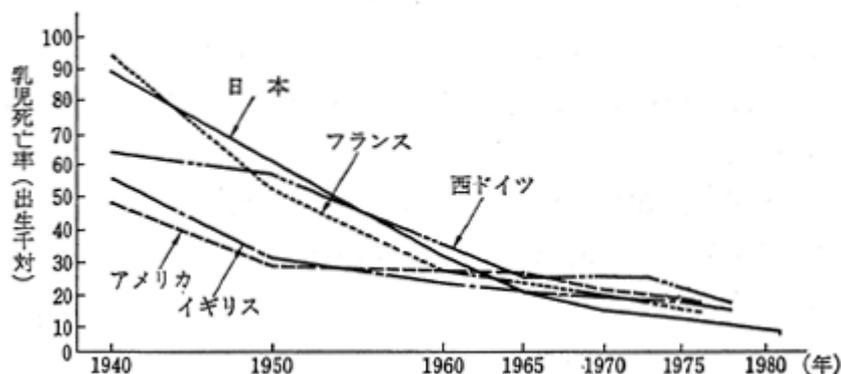
がんの死亡率は昭和25年には人口10万対77.4であったが、昭和56年には142.0とこの2倍に達しつつあり、これまで長く死亡原因のトップの座を占めてきた脳血管疾患を遂に抜いた。

また、心疾患の死亡率も昭和25年の人口10万対64.2から昭和56年の107.5へと大幅に上昇している。

脳血管疾患の死亡率は、昭和45年に人口10万対175.8のピークを記録したが、医療や食生活などの改善により、以後低下傾向にある。

第2-2図 乳児死亡率

第2-2図 乳児死亡率(国際比較)



資料：厚生省統計情報部「人口動態統計」、国際連合「世界人口年鑑」

本編

第2章 健康はどう守られているか

第1節 国民の健康の状態

2 成人病への挑戦が今後最大の課題

(2) 疾病の変化

1) 全体の基調

国民の疾病と傷害(以下「傷病」という。)の状況をみると,昭和56年の有病率は130.5であった。これは国民7.7人に傷病1件の割合となっている。性別では,男は122.0,女は138.5であり,女が高い。有病率(注)の近年の推移をみると,昭和50年以降55年までは110前後で横ばいに推移していたが,昭和56年は急上昇を示した(厚生省統計情報部「国民健康調査」)。

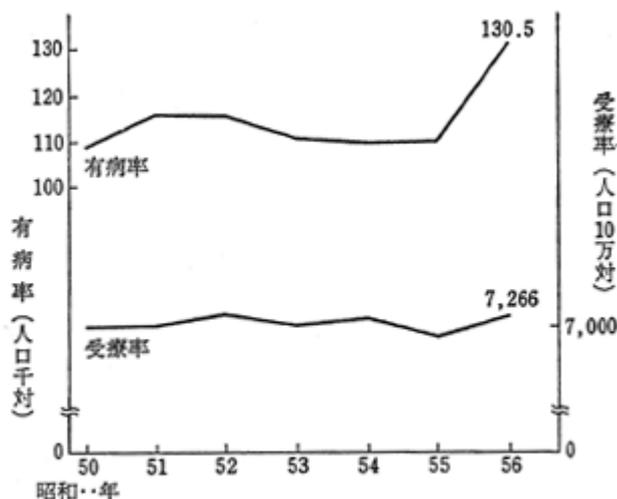
(注) 有病率とは,調査期間中(昭和56年10月5日~7日)の2日目から3日目に繰越した傷病件数の人口1,000人に対する率をいう。

また,患者の受療状況をみると,昭和56年の受療率(人口10万人当たりの受療患者数)は7,266で,これは昭和56年7月15日の調査当日,国民13.8人に1人が医療施設でなんらかの治療を受けていたことになる。この数字はこれまでで一番受療率の高かった昭和52年の7,214より高いものとなっている(厚生省統計情報部「患者調査」)。

このように,このところ横ばい傾向にあった有病率と受療率は,昭和56年にはこれまでで一番高い値を記録したが,これが一時的なものか,今後の基調につながるかについては,なお今後の推移を見守らなければわからない。

第2-3図 有病率,受療率の推移

第2-3図 有病率、受療率の推移



資料：厚生省統計情報部「国民健康調査」, 「患者調査」

2) 疾病構造の変化

患者の疾病構造をみると、高血圧性疾患が際立って多く、脳血管疾患、心疾患、がんといった成人病の増大も顕著である。

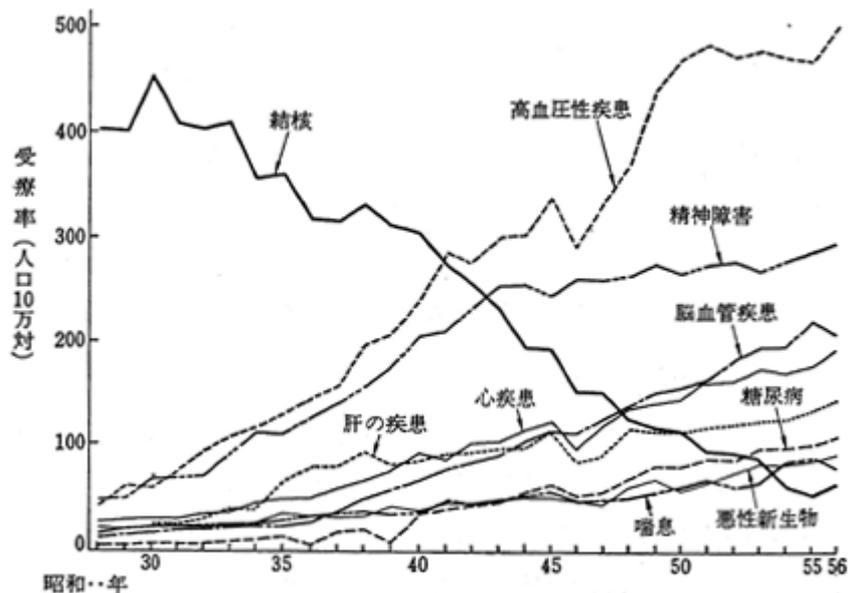
今後の疾病構造の動向としては、国民生活の向上に伴い、栄養の過剰摂取や肥満などが高血圧や動脈硬化などを招き、成人病といわれる中高年齢者に多い疾病の一層の増加が懸念される。人口構造の高齢化はこの傾向に一層拍車をかけよう。

また、社会生活環境の複雑多様化に伴うストレスの増大等により、精神障害が増加することも予想され、更に、高齢者の人口の増加に伴い、老人痴呆を中心とした老人精神障害者の増加への対応が今後の大きな課題となろう。

一方、伝染病は激減し今後とも減少をたどるとみられる。しかし、なお、肝炎の問題に引き続き取り組むとともに、ラッサ熱等の今まで日本に存在しなかった疾病の問題などについても今後とも注意が必要である。また、その他の感染症については、近年その発生状況、症状、経過等に著しい変化がみられており、これに対処するため昭和56年7月から感染症サーベイランス事業をスタートさせて監視体制の一層の強化を図っている。

第2-4図 主要傷病の年次受療率

第2-4図 主要傷病の年次受療率



資料：厚生省統計情報部「患者調査」

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

1 医療供給体制の整備

いまや医療施設は国民の日常生活に深く関わりを持ち、身近なものとなっている。「国民健康調査」(昭和56年10月実施)によると、過去1年間で病院・診療所で治療を受けた者は51.4%と過半数を超えており、11日以上かかった者も全体の18.0%に達している。また、現在では病院・診療所内での出生が全体の96.2%を占め、59.8%がそこで生を終えるようになった。

医療供給の基本は、すべての国民に、いつでも、どこでも、だれでもが必要な医療を受けることができるようにその確保を図っていくことであり、これまで医療施設の整備充実と医療関係者の確保に努めてきた。これについては全国的にみれば病床数、医師数等量的にも質的にもかなり高い水準に達しつつある。

(医療供給制度の詳細な内容は指標編第1部のIII参照。)

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

1 医療供給体制の整備

(1) 医療関係者

1) 医師,歯科医師

医師数は昭和56年末には約17万人と推定され,人口10万対145人となった。また,医科大学(医学部)の整備が進められてきた結果,昭和57年度の医科大学(医学部)等は80,総入学定員は8,360人となっている。昭和60年までに人口10万対医師数を150人程度にすることが当面の目標とされてきたが,これは昭和58年には達成されることが確実となった。その間,医師数の増加が従来不足の著しかった領域における医師の充実をもたらしている。例えば福祉施設に専任で従事する医師は,昭和40年には2,711人であったものが,昭和55年には4,259人となっており,その間の医師数の伸びを上回る伸びを示してきた。しかし,地域格差の存在,人口構造の高齢化,疾病構造の変化,医療の高度化及び専門分化の進展などにより,なお公衆衛生の分野,へき地,大都市周辺等の地域において医師の不足が続くものとみられる。

歯科医師数についても,昭和60年までに,人口10万対50人程度を目標に養成に努めてきたが,昭和56年末には,約6万1,000人と推計され,既に人口10万対52人となっている。また,昭和57年度の大学の歯学部数は29,入学定員も3,380人となっている。

次に医師数,歯科医師数の推移を中長期的に展望すると,入学定員の近年の急速な増大によって,今後の医師数及び歯科医師数は着実に増加していくものと見込まれる。現在の医科大学,歯科大学の入学定員及び国家試験の合格状況等を勘案して推計すると,昭和75年(2000年)には人口10万対の医師数は210人に,また,歯科医師についても昭和75年には,人口10万対81人に達すると見込まれる。このため,この推計どおり医師数・歯科医師数が増えると,人口10万対医師数・歯科医師数はこの20年間で5割程度増えることになる。

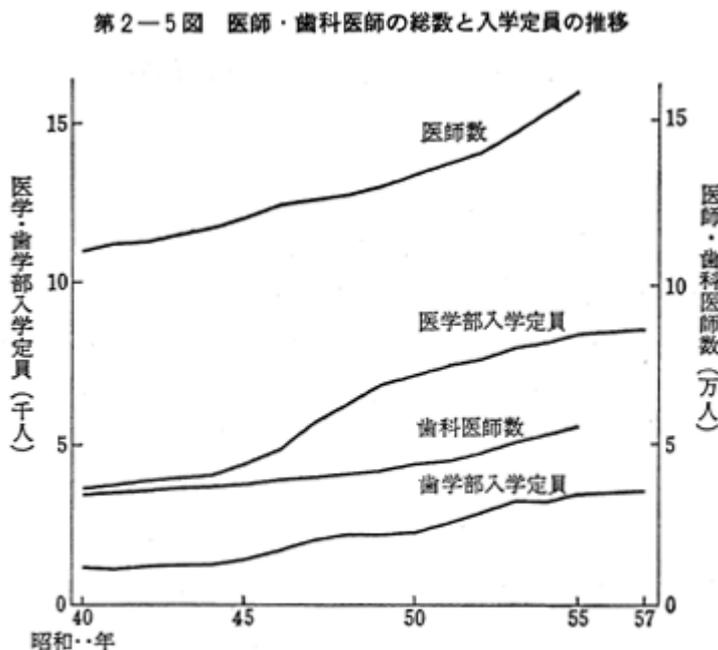
今後の医師数・歯科医師数については,全国的にみれば相当の水準に達している現状を踏まえ,地域別,領域別等の偏在の是正,将来の医療需要の多様化等の問題をも考慮しつつ,適正な水準となるよう,中長期的展望に立って医師・歯科医師の養成の在り方を検討していく必要がある。

また,医療の中核を担う医師の資質の向上も重要な課題となってきた。

特に地域の住民に密着した包括的かつ継続的な保健医療需要に対応するプライマリーケアの充実が強く求められており,これを担う医師の養成が必要である。そのため,先ず第1に医師免許取得後の臨床研修の充実が図られるべきで,厚生省では,プライマリーケアの研修を重視した臨床研修の充実を図っている。更に,生涯にわたる医師の研修体制の整備が必要である。厚生省では,昭和54年度から国立病院又は公私立の臨床研修指定病院等に,地域医療を担う医師の生涯教育の場として地域医療研修センターを整備している。

最後に、医師及び歯科医師は国民の生命と健康を守る専門家であるため、その資質の向上については上述のような特別な配慮がされているが、近時、国家試験に対する疑惑を招くような事態が発生したので、一層厳正かつ適正な国家試験を行っていくための方策を検討している。

第2-5図 医師・歯科医師の総数と入学定員の推移



資料：厚生省統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」、入学定員は、文部省大学局調べ

2) 薬剤師

薬剤師は、医薬品に関する専門職として、医薬品の開発、製造から医療の現場に至るまで様々な局面において国民の保健衛生の向上に大きな役割を果たしている。昭和56年末の薬剤師数は12万444人であり、その業務別内訳は、薬局の開設者及び勤務者が31.9%、病院又は診療所の勤務者が24.0%、医薬品営業従事者19.1%、衛生行政又は保健衛生業務の従事者4.0%、大学において教育又は研究に従事する者2.4%、その他18.6%となっている。医学・薬学の進歩は目覚ましく次々と多種多様な医薬品が生み出されているが、これらの医薬品を適切に管理し、患者に供給するため、薬剤師の資質の向上を図るとともに、医薬分業を推進していく必要がある。

3) 看護職員

看護職員については、国民医療の充実を図る上で極めて重要な役割を果たしており、そのニーズは高い。

保健婦は、国民の健康づくりを進める上で重要な役割を担っており、就業者数は昭和56年末において1万9,000人弱となっている。老人保健法成立に伴って、今後は市町村が疾病の予防、機能訓練等の保健事業を総合的に実施することとなり、こうした保健事業の中で、保健婦の果たす役割は大きく、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導などで中心的な働きをすることとされている。この保健事業を推進していくため、厚生省としては、計画的に所要の保健婦の確保を図ることとしている。

看護婦及び准看護婦の就業者数は昭和56年末において、約56万人(病院・診療所勤務の助産婦を含む。)となっており、そのうち約98%は、病院・診療所の医療施設で働いている。その充足状況については、依然として地域格差や設置主体別格差あるいは医療施設の規模別格差がみられる。また、今後の医療需要の増大や医療内容の高度化、就業者の勤務条件の改善に伴い、看護婦に対する需要はますます増大することが見込まれ、昭和60年には、約66万人(病院・診療所勤務の助産婦を含む。)の就業者を確保することとしている。

助産婦については、就業者の半数以上が55歳以上であるため離職する者が多く、就業者数は減少傾向にあり、その確保を図る腰が生じている。

これらのことから看護職員については引き続き養成力の拡充、ナースバンクによる未就業者の活用、資質の向上等看護職員確保対策に努めることとしている。

4) リハビリテーション従事者

医学的リハビリテーションを行う専門技術者には理学療法士と作業療法士がある。人口の高齢化に伴う脳卒中などの脳血管障害者の増加、後遺症を伴う交通事故患者の増加などにより、医学的リハビリテーションに対する需要の増大は著しい。

また、予防からリハビリテーションまでを含めた包括的な医療体制を確立することの重要性が広く認識されるとともに、医学的リハビリテーション自体の医学的・心理学的技術水準の進歩も著しく、ますます大きな役割を担っていくものとみられる。

加えて、老人保健の施行に伴い、今後は病院のみでなく、市町村の機能訓練事業を進めるために保健所にも理学療法士及び作業療法士の配置を進めることとなった。

昭和56年末の免許取得者数は、理学療法士3,045人(昭和57年度入学定員760人)、作業療法士1,089人(昭和57年度入学定員445人)となっている厚生省としても、国立養成施設を増設してきたが、民間立施設に対しても施設費、運営費の補助を行うなどリハビリテーション要員の確保策を進めている。

しかし、我が国では欧米諸国に比べこの分野は依然として遅れており、専門的医療施設の拡充とともに、これらの専門技術者の養成の拡充及び資質の向上を図ることが必要である。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

1 医療供給体制の整備

(2) 医療施設

病院及び診療所の数は、全体で毎年少しずつ増加しているが、両者とも人口10万対で見ると昭和46年から56年までの10年間ではほとんど増加が見られない。昭和56年末の病院数は9,224施設で前年の1.9%増、一般診療所数は77,909施設で前年の0.4%増、歯科診療所数は40,116施設で前年の3.3%増であった。

最近の傾向として、我が国の疾病構造の変化を反映して、一般病院、精神病院は増加し、結核病院、伝染病院は減少している。

全国の病院が有する病床数は微増が続いており、昭和46年から56年の10年間で総数では26%増加し、人口10万対では1,155.5床となり12%の伸びを示した。人口10万対病床数は諸外国の水準と比較してみても、かなり高い水準である。

更に、一般病床の人口対比を都道府県別にみると、人口の集中する大都市周辺の地域においては、増加する人口に病床の整備が追いつかない等の地域格差の問題がある。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

1 医療供給体制の整備

(3) 需要に応じた医療供給体制の整備

医療施設と医療従事者は全国的にみれば質量ともかなりの水準に達しているが、医療に対する個別の需要について、きめ細かな対応が必要である。

1) 救急医療対策

救急医療対策は、交通事故による負傷あるいは休日、夜間において発生する急病等に対処するものであり、医療行政における最も緊急を要する課題のひとつである。

このため、昭和52年度から年次計画に基づいて体系的整備を進め、初期救急医療、第2次救急医療、第3次救急医療、更にこれらを結ぶ救急医療情報システムを加えた救急医療体制の充実を図ってきた。計画はおおむね所期の目標を達成したが、今後ともその充実強化を図っていく必要がある。

なお、本年から9月9日を救急の日と定め、広く救急医療の啓蒙を図ることとした。

2) へき地医療対策

山村、離島等のへき地における地域住民の医療を確保するため、昭和31年度以来4次にわたり計画を立て地域の特性に応じて診療所の設置、患者輸送車(艇)、巡回診療車(船)、へき地中核病院の整備等を中心とする施策が推進された。

昭和55年度からは6か年を計画期間とする第5次へき地医療対策整備計画を策定した。この計画ではへき地中核病院、へき地保健指導所の整備等従来の施策を強化するほか、新たにへき地医療情報システムの導入、へき地勤務医師の確保事業等を加えて、より総合的な施策を展開することとした。

3) 高度専門医療対策

成人病の研究と治療を進めることが急務であり、その他にも腎不全や小児医療などへの取組が進められている。

(i) がん対策

厚生省では、がん対策として、昭和41年度から年次計画を立て、がん診療のための専門医療施設の体系的整備、予防診断面での専門技術者の養成研修予防対策として集団検診車等の整備及びがん研究の助成を行っている。

医療施設の体系的整備を図るため、高度の診断機能と研究、研修の中心的役割を果たす施設として、昭和36年度に国立がんセンターを設立し、次いで昭和41年度から全国9ブロックにそれぞれ地方がんセンターが設

置された。また、診療部門における高度の医療機器を有する施設として、都道府県がん診療施設が昭和47年度末までに161か所設置された。更に、昭和48年度からは、地域性を考慮し、がん診療機能に重点を置いたがん診療施設を計画的に187か所整備することとしており、昭和56年度までに112か所が整備された。

その他、専門技術者の養成研修を行うとともに、がん研究助成金が交付されており、がん制圧のための努力が払われている。

(国立がんセンター提供)



(国立がんセンター提供)

(ii) 循環器疾患対策

脳血管疾患心疾患等の循環器疾患の病因及び病態に関しては、現在の医学でも十分解明されていない部分があり、早期診断、的確な治療方法及び効果的な予防方法が確立されていない現状である。

このような情勢に対処するため、昭和52年度に国立循環器病センターを設置し、高度の診療、研究、研修を行っている。また、昭和53年度からは地方において循環器疾患対策の指導的役割を果たす医療施設として各ブロックに1か所既存の国立病院の機能の強化を図っており、昭和56年度までに8か所が整備された。

(iii) 腎不全対策

腎不全患者の医療対策が重要であるため、人工腎臓装置の整備、人工透析に関する専門技術者の養成医療費の公費負担等の施策を実施してきている。

更に、腎不全の根治療法である腎移植が確立した治療方法となってきたことから、昭和52年度から腎移植術を円滑に進めることを目的として、国立佐倉病院を我が国の腎移植に関する中核医療施設として整備するとともに、地方腎移植施設を全国的に整備するなどの諸施策を行っている。

また、腎移植施設の整備と併せて、腎移植についての普及啓蒙活動や腎移植に必要な腎の提供者の登録等の活動を進めている。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

2 医療供給の重点——充足から効率的活用へ

医療の供給が質量両面にわたってかなりの水準に達してきているが、一方、医療資源の地域的偏在、重複等がみられることは既に述べたとおりである。

今後、人口の高齢化の進展、医学医術の進歩に伴う医療需要の増大と多様化は避け難く、これに適切に対処し必要な国民医療を確保していくためには、予防からリハビリテーションに至る包括医療制度の実現をめざすとともに、地域の医療需要に沿った診療機能のネットワーク作りが必要である。

このような観点に立って、医療体制について見直すこととし、その一環として地域医療の計画的整備を図ること等を目的とした医療法の改正を検討している。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

2 医療供給の重点——充足から効率的活用へ

1) プライマリーケア・高度専門医療・医学的リハビリテーションの連

携

我が国では患者が自由に医療施設を選択することができる。例えば、風邪などの治療のために、大学病院で診療を受けるような事例もみられる。しかし、例えばイギリスのように、病院で治療を受けるためには診療所の医師を経由することが制度化されているなど、欧州諸国では一般に診療所と病院の役割が分化していることが多い。

また、現在の医療保険制度の下において、高度な医療は保障されているが、一方、予防や健康管理の面では患者と日常的に接し、生活全般にわたる健康管理を行いながら初期診療を行うような医師が医療の裾野を形成するには至っていない。

以上のとおり、現在の医療は初期診療から専門的・高度診療に進み、治療が進めば医学的リハビリテーションへと進むという、国際的にもモデルとされるシステムに達している地域は我が国ではまだ少ない。その結果、医療資源の活用にも非効率が生じており、高額な医療機器が無秩序に導入されるなどの弊害も近時指摘された。しかし、救急医療対策にみられるとおり、診療機能を初期、2次、3次とシステム化して成功を収めている例もみられる。このように、機能分化を進めるとともに、全体として有効に機能するように、システム化を図っていく必要がある。

医学的な見地から見ても、医療費の効率的活用という面から考えても、各種の医療施設の連携の下に予防からリハビリテーションに至る一貫した保健医療が供給されることが必要である。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

2 医療供給の重点——充足から効率的活用へ

2) 地域医療計画

今後の医療供給を考える場合、地域の実情に応じた均衡ある医療体制を整えていくことが重要である。

医療は地域社会と結びついたものであり、医療供給体制の整備は関係者の協議の上に地域の自主性に基づいて推進されるべきである。高齢化社会において、がん、脳卒中、心臓病対策に関する地域医療の向上を図るためには、プライマリーケア、リハビリテーション医療をはじめ、きめ細かい診療機能のネットワーク作りが必要である。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

3 目覚ましい医療の技術革新

近年の医療分野における科学技術は、遺伝子組換え等の分子生物学領域の進歩、CTスキャンニング(コンピュータを組み込んだ断層撮影技術)等にみられるエレクトロニクスの応用、レーザー光線の治療技術への導入、バイオセンサーの診断機器、人工臓器への導入等、目覚ましく進歩している。このため診断がより確かになり、従来は治療が不可能であったものでも治療可能と焔など明るい見通しが多くの分野でもたらされている。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

3 目覚ましい医療の技術革新

1) 診断面の進歩

LSI,超LSIといったハードウェアの部分の進歩やソフトウェアの進歩によって,コンピュータはシステムとして検査分析器,診断機器に応用され,診断の迅速化,精密化が進んでいる。

また,陽子を利用した陽電子放出核種コンピュータ断層装置(ポジトロンCT)の開発ペビーサイクロトロン
の医療への利用等の研究により,血液,体液,吸気の動態の観察が可能になり,今まで困難であった分野の診断が可能になった。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

3 目覚ましい医療の技術革新

2) 治療面の進歩

予防や治療の面でも進歩は著しく厚生省が行ってきた研究の中では、各種難病の治療法の進展、B型肝炎ワクチン、おたふくかぜワクチン及びインターフェロンの開発について大きな成果を収めている。

また、レーザー光線の応用が注目されている。これは、眼の病気の治療には既に実用化されているが、レーザー光線の特徴を利用して、より精密な検査が行えることが研究で明らかになった。また、この光の集中エネルギーを利用したレーザーメスにより、がんの手術が、正常な組織を傷つけることなく行えるようになる期待がもたれており、その実用に向けて研究が推進されている。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

3 目覚ましい医療の技術革新

3) 人工臓器等の開発

人工臓器や福祉機器の開発も近年大きく進歩し、例えば、厚生省では、新しい素材の開発による人工心臓、人工関節、人工膀胱、代用皮膚、人工呼吸器等の開発を進めている。また、圧覚、すべり覚、温覚を持った超うす膜シート(感覚ゴム)とマイクロコンピュータによる制御を合わせたシステムをつくり、長期間ねたきりの患者に対する褥瘡防止マット、人工ハンドへの皮膚感覚の付与及び盲人の視覚認識装置の開発を進めている。

次にマイクロコンピュータと超小型モーターの組合せにより、患者の介護をする看護ロボットが試作されているが、実用化への一層の研究が期待されている。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

3 目覚ましい医療の技術革新

4) 情報システムの進展

保健医療サービスの向上のため,様々な形で情報システムの応用が図られている。

まず,保健医療施設相互の連携を図る地域医療情報システムの開発が行われており,現在までに救急医療情報システム,積雪地帯における医療連携システム,離島医療システム等の開発を行った。昭和54年度から更に,都市型健康管理情報システム,老人を対象とした健康福祉情報システム等の開発を行っている。

次に,病院情報システムの研究開発が進められており,医療施設の診療機能の向上及び管理運営の効率化を図るため,コンピュータを利用した情報処理技術の開発が進められている。これによって患者登録,診療報酬請求事務や病歴管理などの合理化が図られつつある。

また,医療情報サービスシステムの研究開発が進んでいる。これは医療に関する最新の情報を収集整理し,必要時に医療関係者に迅速に提供して医療の質的向上をめざすものである。

以上に加えて,第1節で紹介した感染症サーベイランス事業にも情報システムが活用されている。

また,各種の化学物質による急性中毒に関する医学情報を提供する「中毒情報センター」も地域において実験的に行われている。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

3 目覚ましい医療の技術革新

5) 遺伝子組換え技術

これまでは未知の分野であった各種の遺伝子情報の謎の解明については、技術の進歩が目覚ましい遺伝子組換えに大きな期待が寄せられている。この技術については、生命現象の解明という基礎生物学の研究から、感染症、先天異常、免疫異常、がん等の病気の原因解明、診断、治療、予防面への応用や、新しい手法による抗生物質やワクチンの生産の研究開発が進められている。

しかしこれは、全く新しい技術であるだけに、実験や研究を行う際の危険性を十分に予見し、こうした技術の開発が安全に進められるような措置を講じる必要がある。最近、科学技術会議の答申に基づいて、こうした実験のガイドラインの緩和がなされたところであるが、厚生省としては、こうした実験の安全性を確保し、更に、この技術によりつくられる薬剤等の安全性を確認する一方、海外での技術開発の動向を踏まえて、研究の推進を図っていくこととしている。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

4 医薬品の生産と研究開発

医学医術の進歩に並行して、医薬品や医療機器の分野の進歩も著しい。これらの分野の進歩は、新薬や新機器の開発等を通じ、多くの疾病の克服に目覚ましい成果をあげてきた。今後とも有効でしかも安全な医薬品や医療機器の開発を促進し、その安定的な供給を確保していくことが国民の健康確保の上で重要な課題である。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

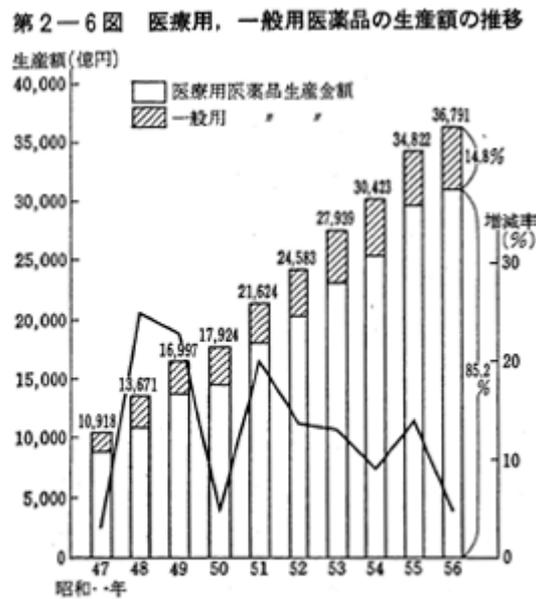
4 医薬品の生産と研究開発

(1) 医薬品の生産・輸出入

我が国の医薬品生産金額は年々増加を続け、昭和56年には約3兆7,000億円にのぼっている。医薬品は、大きく分けて医療用医薬品(医療保険制度等の下で医療機関において使用される医薬品)と一般用医薬品(薬局・薬店などで販売される医薬品)とに区分されるが、医薬品生産の増大は、主として昭和30年代半ば以降の医療保険制度の拡充や新薬の出現を背景にした、医療用医薬品分野の急成長によるものであった。

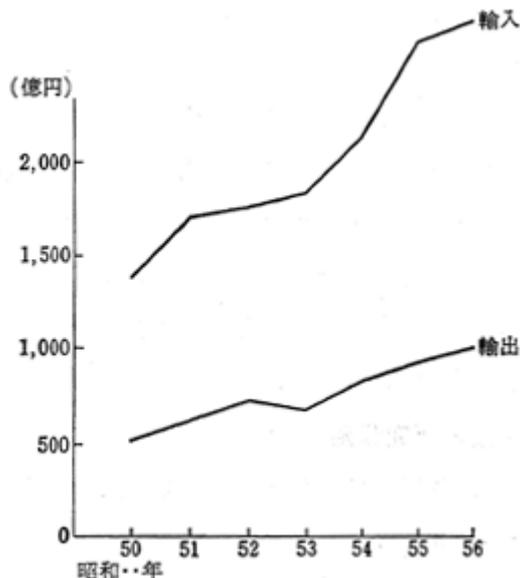
しかし、国民医療費、医療保険財政の問題が大きく取り上げられるなかで、医療用医薬品分野の伸び率も鈍化する状況にあり、医薬品全体の生産動向にも変化が現れつつある。

第2-6図 医療用、一般用医薬品の生産額の推移



第2-7図 医薬品の輸出入額の推移

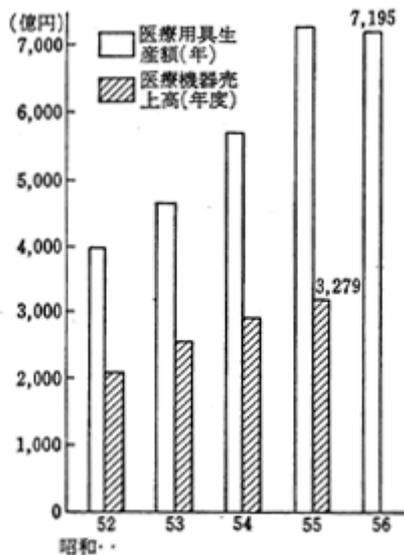
第2-7図 医薬品の輸出入額の推移



資料：大蔵省「日本貿易統計」

第2-8図 医療用具,医療機器の生産額の伸び

第2-8図 医療用具, 医療機器の生産額の伸び



資料：厚生省業務局「薬事工業生産動態統計」, 「診断治療用医療機器産業実態調査」

また,医薬品の輸出入の面では,我が国は大幅な入超である。昭和56年の医薬品輸出入金額においても,輸出が1,017億円であるのに対し,輸入は2,757億円で輸出の約2.7倍である。医薬品の場合,欧米諸国では大幅な出超を記録しているケースが多いが,日本はこれとは際立った相違を見せている。

医療機器を含む医療用具の生産額も,近年大きく増加しており,特に,昭和52年から55年の間にその生産規模は1.8倍へと飛躍的な拡大をみた。こうした急速な成長は,医療用X線装置等の分野における著しい技術進歩とそれに伴う需要の拡大に伴うものであるが,医薬品同様医療用具の分野においても最近になってその伸び率が低下し,昭和56年には伸び率がマイナスに転じている。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

4 医薬品の生産と研究開発

(2) 医薬品の研究開発

医薬品や医療機器の分野における最も重要な課題は研究開発の促進である。

これらの分野では、これまで多くの新薬や新機器が開発され、例えば医薬品の分野でみた場合ペニシリン、ストレプトマイシンをはじめとし、各種の画期的な抗生物質製剤、抗悪性腫瘍剤の開発などにより多くの疾病が克服された。また、医療機器の分野では、超音波診断装置やCTスキャナーなどの画期的な新機器の開発により、診断技術等の飛躍的な向上がもたらされた。医療において医薬品や医療機器が果たすべき役割は今後とも極めて大きく、がんや心臓疾患などの治療困難な疾病に対する新薬などの研究開発促進の重要性が増している。

しかし、他方では、近年、研究開発に要する期間や費用、更に開発をめぐるリスクが著しく増大しており、新薬の開発は次第に困難になっている。このため、今後は、各企業レベルの努力にとどまらず、研究システムの改善や研究開発体制の整備などについて国においても環境作りを積極的に進め、研究開発の促進を図っていく必要があると考えられる。

また、今後の新たな研究開発分野として注目されているものとしてバイオテクノロジーの利用が挙げられる。これは遺伝子組換えや細胞融合等従来とは全く異なった製法により、インターフェロン、インシュリン、ヒト成長ホルモンなどの物質を医薬品として大量に生産しようというものであるが、これについても積極的な対応方策等の確立に努めている。

本編

第2章 健康はどう守られているか

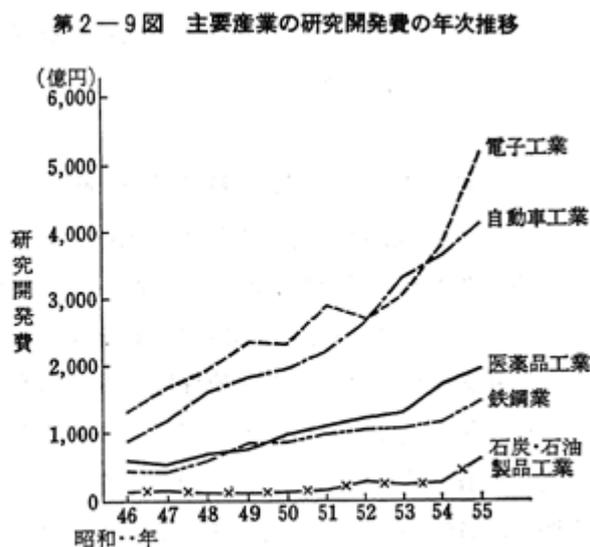
第2節 医療資源の現状と課題

4 医薬品の生産と研究開発

(3) 医薬品の有効性及び安全性の確保

医薬品は疾病の治療・診断・予防に有効であり、医療上必要不可欠なものである反面その特性から人体にとって好ましくない副作用が生じることがあるというマイナスの側面を持っている。このため、従来から医薬品の有効性及び安全性の確保のための諸施策の充実強化に努めている。まず、医薬品として製造(又は輸入)承認するに当たっては、申請者より、毒性、薬理作用等に関する詳細な資料の提出を求め、その品質、有効性及び安全性について厳格な審査を行い、不適当な医薬品の出現の防止を図っている。また、新医薬品については、原則として承認の6年後にその間の使用成績をもとにして再審査を行うこととしている。

第2-9図 主要産業の研究開発費の年次推移



資料：総理府「科学技術研究調査報告」

いったん製造承認された医薬品についても、承認後の医学、薬学等の進歩に応じ、有効性及び安全性等を見直すため医薬品の再評価を実施しており、現在までに、医療用医薬品1万4,948品目、一般用医薬品3,386品目について再評価を終了した。このうち、有効性と安全性等を総合判断して有用性が認められなかった662品目については、製造、販売の中止、製品の回収を指示し、また、有用性が認められた医薬品でも、評価の結果その効能、効果及び用法、用量等が変更されたものについては、表示の変更を指示した。

医薬品の安全性を確保するためには、副作用情報の収集、評価、伝達を的確に行うことが不可欠である。副作用情報は、国が実施している病院、薬局の副作用モニター制度、WHO国際医薬品モニタリング制度及び製薬企業からの副作用報告等により幅広く収集されており、専門家の評価を得て必要に応じ医療機関等への伝達、医薬品の使用上の注意の改訂を行うなど、副作用による事故の拡大を防止する措置をとっている。

医薬品の品質、有効性、安全性を確保するためには、更に、医薬品を実際に製造、販売する段階で適切な取扱いが行われる必要がある。このため、製造段階については、「医薬品の製造及び品質管理に関する基準」

(GMP)を定めている。また,不良,不適正な医薬品等の製造,輸入,販売を防止するため,薬事監視の強化を図るとともに,関係各業界に対する積極的な指導を実施している。

これまで述べたような万全の規制にもかかわらず,医薬品の特性を考慮すると,副作用の発生を完全に防止することは困難である。このため,医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生する副作用被害の迅速な救済を図るため,昭和54年に医薬品副作用被害救済基金が設立され,医療費,障害年金等の給付を行っている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

第2章 健康はどう守られているか

第2節 医療資源の現状と課題

4 医薬品の生産と研究開発

(4) 麻薬・覚せい剤問題への取組

麻薬・覚せい剤は医療上必要な医薬品である反面、乱用すれば、その害悪は単に一個人にとどまらず、家庭を破壊し、更には犯罪の要因ともなって社会全体にまで及ぶ。このため、麻薬・覚せい剤及び覚せい剤原料の取扱いについては、生産、流通、施用などを厳しい法規制のもとにおき、不正使用の防止に努めるとともに、違反の取締りを行っている。

戦後の麻薬及び覚せい剤乱用の大流行は取締りの強化等により順次鎮静化したが、昭和45年以来再び覚せい剤の乱用が急増し、現在は極めて深刻な事態に至っている。特に昭和56年には、通り魔事件など覚せい剤乱用の弊害に結びつけられるような凶悪事件が頻発し、大きな社会問題となった。この事態に対処するため、今後とも関係機関との緊密な連携のもとに、違反取締り及び啓発活動などの乱用防止対策を強力に推進していく必要がある。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第3節 医療費の適正化

1 伸び続ける医療費

我が国では昭和36年以来、国民皆保険が実現されており、すべての国民がなんらかの公的医療保険にカバーされている。そのため、国民は病気にかかった場合でも、自由に医療機関を選択し、費用の心配なく必要な医療を受けることができる。また、医療機関にとっても、患者の状況に応じて最善の治療を提供することができる仕組みになっている。

日本の医療水準の高さは既に第2節で述べたとおりであるが、すべての国民に高度な医療を受ける機会を保障し、安心して暮らせるような社会を築いたという点で、医療保険制度の果たしてきた役割は大きい。

高齢化社会が進展する中では、成人病の増大など、医療の果たす役割は一層重要性を増していく。これに伴って医療費も増大するため、現在の高い医療水準を維持発展させるためには、今後も、医療は供給面のみならず費用の面からも検討が行われねばならない。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第3節 医療費の適正化

1 伸び続ける医療費

(1) 医療費の規模

国民の医療水準の向上と並行して、国民医療費も急成長し、昭和55年度では約12兆円に達した。これは国民所得の6.2%に当たり、昭和57年度には14兆円に近づくと予測されている。経済が高度成長を続けていた間は、国民医療費の増大は経済全体の伸びに吸収されており、あまり目立たなかった。しかし、石油ショック後、経済が安定成長に移行した後も医療費は経済成長を上回るテンポで増大を続け、昭和48年度から昭和55年度の7年間で、医療費の対国民所得比は2.1ポイントの上昇を示した。

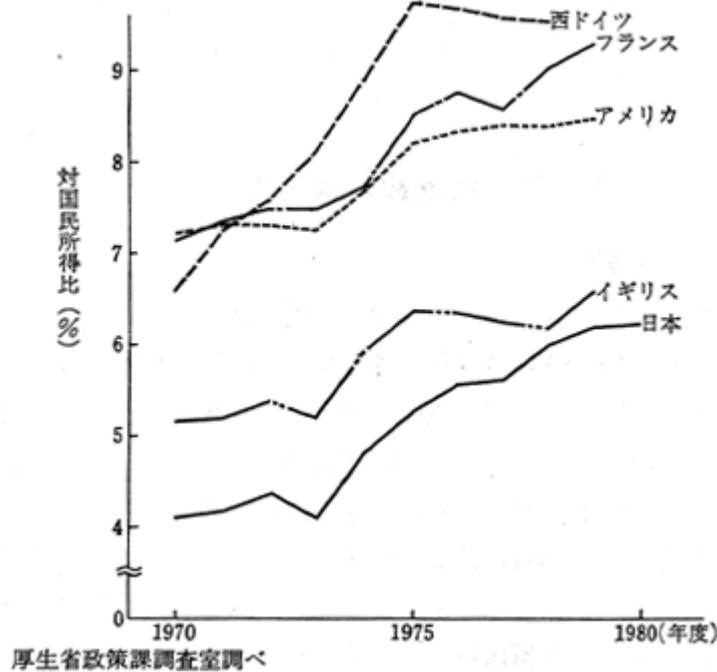
1人当たりの医療費は、昭和55年度で約10万円となっている。したがって4人世帯に換算すると、医療費は1世帯で40万円に達している。

次に、国民医療費がどのように負担されているかをみると、昭和55年度では国庫負担が30.5%、地方負担が2.9%であり、保険者として事業主負担が23.8%、被保険者負担が30.7%(計54.5%)を占め、企業負担の0.3%を含めると、医療費全体の88.2%が医療保険制度により賄われている。したがって患者が医療機関において負担する分は11.8%である。

以上のとおり、保険料収入を基礎として運用する保険制度をとっているものの、かなり大きな国庫負担が組み込まれている。国庫負担には大きく分けて2つの種類がある。ひとつは特定の政策目的のために医療費を公費で負担するものであり、老人医療費や生活保護の医療扶助、精神衛生法上の措置入院などがある。このための国庫負担は昭和55年度で1兆404億円である。もうひとつは医療保険各制度に対する国庫補助であり、この額は昭和55年度で2兆5,857億円である。

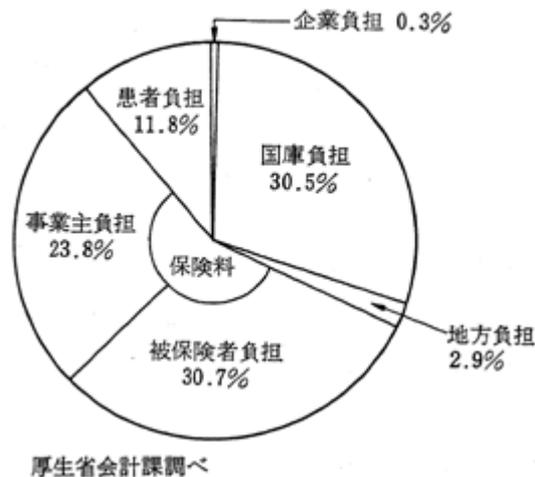
第2-10図 国民医療費の対国民所得比の伸び

第2-10図 国民医療費の対国民所得比の伸び(国際比較)



第2-11図 国民医療費の負担区分

第2-11図 国民医療費の負担区分(昭和55年度)



日本の医療費の規模(医療費の国民所得に対する比率)は昭和54年度で6.2%であるが、これを同年度の欧米先進諸国と比較してみると、当面6.6%のイギリスとほぼ同水準である。しかし、9.5%(昭和53年度)の西ドイツ、9.3%のフランス及び8.5%のアメリカなどよりは若干低い。その理由としては、人口の構造が若いことがあげられる。例えば、総人口に対する65歳以上人口の比率は昭和55年度で西ドイツの15.3%に対し、日本は9.1%である。ちなみに日本の人口年齢構成を西ドイツの人口年齢構成に置きかえ、同じ人口老齢化度合という前提で国民医療費を推計し、その国民所得比率を求めると7.5%程度となる。

国際比較において特に注意すべき点は、我が国の医療費の対国民所得比の伸びが近年著しかったことである。欧米諸国は近年医療費の伸びを抑制する方向で努力しており、国民所得の伸びを1とした場合に医療費がどれくらい伸びたかを調べると、昭和50年度から昭和54年度の間で、イギリスは1.03、フランスは1.09、アメリカは1.03であり、西ドイツは0.98(昭和53年度まで)であった。しかし、我が国は1.17と格段に高く、他と比べて、医療費が国民所得の伸びをかなり上回っていた。

厚生白書(昭和57年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

第2章 健康はどう守られているか

第3節 医療費の適正化

1 伸び続ける医療費

(2) 医療費はなぜ増大するか

医療費が伸びる要因には様々なものが指摘されている。まず、診療報酬の引上げ及び人口の増加があげられる。現在特に論議されているのはそうした明白な増加要因以外のいわゆる自然増と呼ばれるものである。これらの自然増が近年の医療費の増大の主役となっている。

1) 人口構造の高齢化

人口構造の高齢化は国民医療費の増加に寄与するところが大きい。高齢者は他の年齢層と比べて受療率が高い。また、複数の疾病に罹患していることが多く、入院率も高いため、国民健康保険を例にとると、老人1人当たりの医療費は、老人以外の1人当たり医療費の約4.6倍(昭和55年10月)となっている。また、昭和55年度では65歳以上の老人は全人口の9.1%であるが、老人の医療費は医療費総額の31.3%を占めた。

今後とも人口の高齢化が進むので、引き続きこれが医療費増大の重要な要因になると見込まれる。

2) 疾病構造の変化

疾病構造は、すでに述べたとおり、がんや循環器疾患といった成人病を中心に、慢性疾患の割合が増大している。特にがんと循環器の疾患の医療費が増大しており、昭和55年度ではこれらの疾患の医療費が全体の27.4%を占めている。これらの疾患の治療にはより多くの時間と手間を要するため、その増加は医療費の大きな増加要因となっている。

3) 医学医術の進歩

電子工学、材料工学、分子生物学などをはじめとする諸分野での多様な進歩が医用工学の進歩に結実し、現代の医療の姿は急速に変わりつつある。腎透析、CTスキャナーなど診断、治療にわたって技術の導入が著しい(第2章第2節の3参照)。また、我が国の場合は、他の先進諸国と比べて、それらの普及のスピードが際立って速い。医学の面でも、近年は医師の間の専門分化が進んだこととも関連して、1件の治療により多くの医師が関与する方向にあり、より行き届いた治療が行われるようになってきている。

第2-1表 がん、循環器疾患に要する医療費

第2-1表 がん、循環器疾患に要する医療費

	医療費に占める割合 (%)		
	昭和53年度	昭和54年度	昭和55年度
総 数	100.0	100.0	100.0
が ん ①	5.7	6.0	6.2
循環器疾患 ②	20.2	20.4	21.2
計 (①+②)	25.9	26.4	27.4

資料：厚生省統計情報部「国民医療費」

しかし、これらの新しい技術には高いコストがかかるものが多く、加えてそのための専門技術者を必要とすることなどから、人件費の面でも新しいコスト増を招く傾向がある。それらの結果、1日当たりの診療費が近年増大し続けている。

このように、医学医術の進歩と普及は国民にとって福音であるものの、医療費に与える影響も大きいことを認識する必要がある。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第3節 医療費の適正化

1 伸び続ける医療費

(3) 医療費に関する重要な問題

医療費の増加要因は上でみたとおりであるが、医療費については、以下のような重要な問題がある。

1) 高い薬剤比率

統計上の制約があるため、国際比較を完全な形で行うことは困難であるが、医療費に占める薬剤費の割合は我が国は世界でも異例に高い。政府管掌健康保険を例にとると、昭和55年では薬剤費は医科医療費の38.2%に達している。この比率は一般診療所においては更に高くなり、診療所に関する医療費総額中44.2%は薬剤費で占められている。また、近年の傾向として、投薬や注射は1件当たりの回数の増加は目立たないが、1回当たりの点数が多くなっており、新薬や高価な薬への乗換えが目立っている。

薬剤については、我が国の場合、医薬分業の普及がまだ十分でないという事情があり、また、最近では医療機関からの独立性に問題があるいわゆる第二薬局を設立して増収を図るといった問題が生じており、これらについてはかねてから行政指導が行われている。

2) 検査の増大

検査機器や技術の進歩、現代医学のすう勢、医事紛争上の対抗措置上の問題など、様々な理由を背景に、検査に要する医療費は増大を続けている。昭和53年から55年にかけては、医科1件当たりの検査回数は、2.73回から3.28回へと大幅に増加した。その間、医療費に占める検査の比率も9.1%から11.0%へと伸び、最近では検査の過剰という問題が生じている。

徹底した検査によって、より正確な診断、治療が行われるようになるとともに、従来では発見できなかった疾病も容易に発見されるようになったが、これが新たな医療費を生み出す傾向もみられる。

3) 長い在院日数

我が国では患者が病院に入院する期間が極めて長く、昭和56年「病院報告」によると一般病床の平均が39日となっている。各国ごとに制度が異なり一概に比較しにくい面もあるが、これは国際的にみても際立って長い。在院日数は年齢が高くなるにしたがって長くなり、「患者調査」によると65歳以上の平均在院日数は昭和56年で88.2日となっている。老人の入院率が高くなっていることから、一般病床の平均在院日数は長くなる傾向にあり、在院日数は今後とも高い数字で推移することとなる。

我が国の場合、老人を収容する医療機関としては病院以外の形態は認められていない。今後、疾病を有する老人の長期収容の在り方について、医療と福祉の両面からの検討が必要である。

第2-2表 平均在院日数(国際比較)

国名	年次	平均在院日数
日本	1981	39.2
アメリカ	1977	8.0
西ドイツ	1977	15.8
イタリア	1976	12.5
スウェーデン	1976	12.6
フランス	1976	14.0
イングランド	1975	12.8

資料: WHO「World Health Statistic Annual 1977

Volume III・1980」

厚生省統計情報部「病院報告」

(注) 日本は一般病床である。

4) 支払方式の問題

現行の医療保険制度は、現物出来高払い方式という診療報酬の支払方式を採用している。これは、個々の診療行為に応じて、定められた診療報酬点数に基づいて、医師が保険者より支払を受けるという方式であり、受けた医療の質と量に応じて医療費が支払われること、医学の進歩、社会の変化に対応して新しい高度な医学を医療に取り入れられること、患者の病状に応じた医療供給が行われることなどの長所がある。しかし、これが薬の多用や過剰な診療により医療費の増大を招いているという指摘を受けている。

診療報酬支払方式には、我が国の方式のほか、イギリスのようにあらかじめ登録してある患者の数に応じて支払う登録人頭方式や、西ドイツのように医師団体との間で医療費の総額について契約する総額請負方式などの方式がある。

しかし、これらの診療報酬支払方式には、それぞれ長所、短所があり、また、それぞれの国の医療制度や医療保険制度の沿革や特色などと密接に関連しているため、諸外国の方式をこれらの制度の沿革や仕組み及び国情の異なる我が国にそのままの形で導入することには、なお論議の余地がある。

したがって、諸外国の例を参考にしつつ我が国の制度、国情にふさわしい診療報酬支払方式について検討を進める一方、現行方式について指摘されている短所の是正を図っていくこととしている。

5) 患者の負担をめぐる問題

(i) 保険外負担

室料の差額徴収(いわゆる差額ベッド)及び付添看護という保険外負担の問題が大きく取り上げられてきている。適正を欠く保険外負担のために、被保険者及びその被扶養者が安んじて保険診療を受ける機会が妨げられることのないよう、従来からこの問題の解消を図るべく、繰り返し指導が行われてきたが、この結果、昭和55年7月1日現在の室料差額徴収状況調査では、前年の調査と比較して、全体の差額徴収病床の割合が低下し、特に3人室以上においてかなり改善がみられた。ちなみに、3人室以上の差額徴収が完全に解消された都道府県数は、昭和55年7月現在、全国の約3分の2に達しているが、なお、昭和56年6月の診療報酬改定の際の中央社会保険医療協議会の答申において、3人室以上の差額ベットを解消するものとされており、その趣旨を踏まえ、指導を強化している。

一方、歯科においても昭和57年4月から「唇顎口蓋裂に付する歯科矯正」を新たに保険給付の対象とした。

(ii) 患者負担

近年進められた給付率の段階的改善,昭和47年度の老人医療費の無料化,昭和48年度の高額療養費の新設などによって,今では受診の際の患者負担は極めて軽減化された。医療費全体に占める患者負担の割合は,国民皆保険が達成された昭和36年度には27.5%であったが,昭和46年度では19.0%,昭和55年度では11.8%と低下してきた。

ところが,給付の改善は,受診機会を拡大し受診率の上昇をもたらしたが,老人医療において指摘されたように,一部にはゆきすぎた受診の現象も招いた。今後,医療費の効率的な活用を考えるに当たっては,適正な自己負担の在り方についても検討する必要がある。

6) その他

医療費の在り方を検討する際には,これまでは医療費の負担や医療費の使用などについてはデータが揃っているものの,医療費がどのように分配されたかについてはまだ十分なデータが把握されていない。今後,検討を進めるに当たっては,こうした分配面の論議が不可欠であるため,この面のデータの整備に努めていく必要がある。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第3節 医療費の適正化

2 医療費の有効な活用

これまで述べたとおり、人口の高齢化や医学医術の進歩などによって、我が国の医療費は今後も増大を続けることは避けられない。しかし、国民経済の動向とは無関係に、医療費のみが増大し続けることについては最近各方面から厳しい批判の眼が向けられている。

我が国の医療費は、国民皆保険制度の下で支出されているが、全体の医療費の約3割が国庫負担によって賄われている。近年は毎年1兆円前後の医療費の増大がみられ、これに伴う国庫負担の増加額は約3,000億円である。社会保障の費用としては、今後の人口の高齢化や年金制度の成熟化に伴って、年金に対する国庫負担も増大を続けるため、社会保障に対する国庫負担額の増大は著しいものとなる。しかし、現在は財政の収支構造が著しく悪化しているため、その再建が強力に推進されており、社会保障に対する一般歳出の伸び率が総枠として抑えられている。年金費用は今後不可避免的に増大するため、このような状態の中では、医療費の伸びは他の社会保障関係予算全般の伸びに多大な影響を及ぼすことになる。すなわち医療費の伸びが他の福祉等の費用の制約につながるという、一種のゼロ・サム状態となっている。

また、このまま医療費の伸びが続くと今後の社会保険料負担の増大は不可避であり、年金の負担増と併せて、一層国民の負担感を刺激するおそれがある。

このように、経済、財政、社会保障負担の現状などを考えると、現在伸び続けている医療費の効率的かつ有効な活用を図ることが急務である。

ただし、医療費の問題を考える際には、医療の持つ本質的な役割を忘れてはならない。医療に投入された費用は、サービスに対する単なる消費と見なすべきではない。生命や健康の価値を金銭に換算することは困難であるが、医療に投入されたコストはそのかなりの部分が健康の回復を通じて生産力の向上に寄与している。また、医療が個人、家庭及び社会の物心両面の幸福を支えている役割の大きさには測り知れないものがある。

後述するとおり、今後は医療費の適正化に最大限努力していくが、上のような理由から、医療費全体にかかる無差別な抑制を図ることは望ましい姿ではない。重要なことは、制度に随伴する不正や不当な行為、非効率に基づく無駄を厳しく排除し、それと同時に必要な医療には十分な費用を投下していくことである。

なお、本年8月成立した老人保健法においては、壮年期から各種保健事業を実施することにより、老人医療費の有効な活用を図ることとされている(その具体的な内容は序章第3節で扱った。)

本編

第2章 健康はどう守られているか

第3節 医療費の適正化

2 医療費の有効な活用

(1) これまでの医療費の適正化対策

医療費支出を適正化するために、従来から種々の対策を講じてきた。医療費の無駄使いをなくすためにこれまで厚生省が進めてきた対策は以下のように整理することができる。

1) 指導監査の強化

保険医療機関保険医に対する指導、監査を強化するために次の措置を講じた。

(i) 医療指導監査官、指導医療官、医療事務指導官の確保等保険医療機関に対する指導、監査体制の強化

(ii) 保険医療機関の指定時及び指定の更新時における指導の積極的実施

(iii) 不正及び不当診療に対する指導、監査の積極的実施と、それに基づく指定取消等の厳正な措置

近年医師の不正請求、過剰、濃厚診療など、医療保険制度に対する国民の信頼を著しく損なう事例が多くみられ、これら一部の不心得な医師のために医療保険全体の信頼が傷つけられることともなっている。このため厚生省においては、保険医療機関、保険医に対し、年間延べ約16万件の指導を行うとともに、悪質な保険医療機関に対しては監査を実施し、昭和56年度には11億6000万円を返還させている。医療に対する国民の信頼を回復し、医療費負担を適切なものにするとの観点から、特に社会的公正を逸脱する不正請求に対しては処分を厳正に行い、その根絶を期することとしている。

なお、昭和56年以来、こうした不正を行った医師については、医師法による処分の対象とすることとし、医道審議会の答申に基づき、厳正な処分を行っている。

2) レセプト(注)審査の充実、改善

レセプトの内容を審査し、適正な支払を行っているところであるが、このレセプト審査に、今後コンピュータを導入し、医療機関の請求事務におけるコンピュータの活用と併せて、一層の効率化を図ることとしている。

(注) レセプトとは医療機関から保険者に請求する診療報酬明細書をいう。

3) 薬価基準の適正化

投薬、注射等に使用する薬剤の価格については、厚生大臣が定める「使用薬剤の購入価格(薬価基準)」によることとされている。薬価基準価格は、薬価調査に基づいて90%バルクライン価格(当該医薬品について、全体の90%の量を医療機関がそれ以下の価格で購入し得る価格をいう。)をもって定められている。

薬価算定の在り方の基本は、市場において形成された実勢価格が薬価基準に迅速、適切に反映されることにある。しかし、現行の90%バルクライン方式には、価格操作が行われ易いという欠点が指摘されており、中央社会保険医療協議会の答申(昭和57年9月18日)を受けて、今後は薬価基準と実勢価格の乖離が大きく取引件数の多い品目について、高値10%部分をカットしたうえで現行方式を適用することとしている。

また、薬価調査の充実と改善を行い、市場における実勢価格の的確な把握に努め、これを薬価基準に迅速に反映させるよう毎年1回の薬価改定(部分改定)を行うとともに、薬価基準全体の見直しを少なくとも3年に1回行うこととしている。

更に、薬価基準制度に密接な関係があり従来から種々の指摘がなされている医療用医薬品の流通問題についても、その改善を積極的に進める観点から、流通活動の高度化と効率化、取引条件の改善、競争ルールの確立等のための具体的な方策の検討を進めている。

4) 検査の適正化

近年、検査の件数が増加し医療費に対する影響が現れている。検査機器の進歩などにより検査の自動化が進み、コストダウンが進んでいる。また、現在では検査のかなりの部分が医療機関の委託によって衛生検査所で行われているが、検査の受注のための競争もあって、診療報酬に定めた点数と検査料の間にマージンが生じており、これが利益率の高い検査に傾斜した検査を行ったり、過剰な検査等の不適正な事例を招いているとの指摘もある。そのため昭和56年6月の診療報酬の改定において、多項目検査の検査料の逡減方式の導入により適正化を図るとともに、委託検査料金の実態調査を実施している。

なお、昭和56年からは、衛生検査所における適正な検査業務を確保するため、衛生検査所の都道府県知事への登録を義務づけるとともに、それに対する都道府県知事の指導監督を強化している。

5) 高額医療機器の共同利用の促進等

CTスキャナーなどの高額医療機器が地域の中で重複して設置されている実情があり、非効率な設備投資となっている。

そのため、都道府県医療対策協議会における関係者の協議の下に、高額医療機器の共同利用を促進することとしている。

現在、この協議会の部会として、おおむね広域市町村圏単位に医療資源共同利用対策部会の設置を進めており、その経費の助成を行っている。

6) 医療費通知の充実等

現行の医療保険制度では、自分の病気の治療に関して支払われた費用を、患者本人が知るような仕組みになっていない。そのため一般に患者の側にも、医療費に対するコスト意識が十分定着していないきらいがある。医療費を患者に通知することによって、被保険者等が自分の症状や医療費について認識を新たにするとといった観点から、その健康管理等の面で効果もあるものと考えられている。医療費通知は既に組合健康保険においては昭和56年2月末で84%の組合で実施されている。政府管掌健康保険については昭和55年度、56年度とも全都道府県において1か月分のレセプトを対象として実施している。昭和57年度においては1.5か月分のレセプトを対象として拡大を図り、照会に迅速的確に対応できる体制を整備するなど、一層充実することとしている。また、国民健康保険においても、昭和56年度末で保険者の96.4%が実施しており、今

厚生白書(昭和57年版)

後は医療費通知の定着と実施内容の充実を図ることとしている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

第2章 健康はどう守られているか

第3節 医療費の適正化

2 医療費の有効な活用

(2) この一年間の医療費適正化対策の動向

1) 医療費及び薬価基準の改定

昭和56年6月に医療費改定が行われた。

この改定は、技術料を重視する診療報酬体系への転換を図るものであって、医師の「無形の技術」の評価に重点を置いている。他方、投薬や検査を増やすことによって利益を得ようとする風潮に歯止めをかけるための措置が講じられたことが特徴である。主な点は次のとおりである。

(i) 検査機器の自動化などによりコストダウンした検査の点数を合理化し、同時多項目検査の点数を適正なものにした。

(ii) 点滴注射の著しい増加に対して、この手技料を是正し、いわゆる「点滴づけ」を解消する方策を講じた。

(iii) プライマリーケアを重視し、薬や検査中心の医療から、指導を重視した医療への転換を図るため、診察料、生活指導などを行うための慢性疾患指導管理料等を引き上げた。

(iv) 平均在院日数の短縮を図るため、「入院時医学管理料」を改定し、2週間以内の点数を大きく伸ばし、逆に3カ月以上の期間の点数は据え置いた。

また、昭和56年6月の医療費改定に当たっては、同時に薬価基準について18.6%の大幅な引下げを行った。

2) 最近の医療費の動き

最近の医療費の動きをみると、急増を続けていたこれまでの推移とは若干異なった様相が見受けられる。

政府管掌健康保険についてみると、昭和57年度予算編成時点における昭和56年度の収支見込みによれば、単年度で285億円の収支残高を生ずる見込みであったが、決算の結果、これが769億円となり、484億円の財政好転となった。単年度収支が見込みより好転したのは、保険給付費が見込みより減少したことによるものである。減少の要因は、歳入・歳出に共通して、被保険者数が見込みより9万8千人程度下回ったことがあげられ、またこれに加えて歳出面で被保険者1人当たり保険給付費が見込みを下回ったこと等が挙げられる。被保険者1人当たり保険給付費が見込みを下回った理由のひとつに、医療費適正化の努力の効果が浸透し、健康管理意識も高揚してきたことが挙げられている。

また、国民医療費の推移をみても、昭和54年度及び昭和55年度の対前年伸び率が9%台に低下しただけでなく、推計では昭和56年度及び昭和57年度では7%台に落ち着くと見込まれている。

このようなことから、ある程度、これまでの医療費適正化対策や健康づくりなどの効果が現れつつあると見ることもできよう。

なお、昭和56年度前半の医療費の伸びは比較的安定していたが、その後増勢に転じている。医療費の増加要因は基本的に変化していないため、今後とも医療費は増加の傾向で推移するとみられ、今後引き続きその動向には注意を払い、より徹底した対策を講じていくことが必要である。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第3節 医療費の適正化

2 医療費の有効な活用

(3) 国民医療費適正化に関する総合対策

医療費の適正化のため、これまで種々の施策を講じてきたことは前述のとおりであるが、医療に対する費用負担を適正な範囲にとどめつつ、医学医術の進歩に応じた必要な国民医療を確保、充実していくためには、単に需要面だけでなく、医療従事者養成の見直し等供給面をも含めた需給両面にわたる対策を更に強力に進める必要がある。

このため、厚生省では本年10月1日に新たに事務次官を長とする国民医療費適正化総合対策推進本部を発足させ、以下のような需要供給両面にわたる総合対策を推進することとした。

第1 当面強力に推進する対策

1 国民運動の展開(健康づくり、疾病予防対策の推進、ホームドクターをもつ慣行の助長、コスト意識、公金意識の徹底等)

2 診療の適正化対策

(1) 診療に関するもの(医師会等による自主規制、レセプト審査・指導監査の充実等)

(2) 薬剤及び検査に関するもの(薬価基準の適正化、高額機器共同利用の促進、検査の適正化等)

3 不正請求の徹底的排除

4 老人等に対する医療及び福祉に関する施策の合理化・体系化(老人関係施設の合理化・体系化、長期入院患者の社会復帰の促進、訪問指導の推進等)

5 領収書の発行の励行及び医療費の明細書の発行の促進(診療報酬の請求事務のコンピュータ化と並行)

第2 検討を急ぎ速やかに実施に移す対策

1 医療機関経営の合理化(医療法人制度の整備、医療従事者配置基準の見直し等)

2 医師など医療従事者養成の見直し及び医学教育・卒後教育の改善

3 地域における医療機能のネットワーク化

4 診療報酬体系を含む診療報酬の見直し

5 保険外負担を含む患者負担の見直し

これらの対策についてはプロジェクトチーム方式で検討を進め、成案が得られ次第、速やかに実施に移すこととしている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

第2章 健康はどう守られているか

第3節 医療費の適正化

3 医療保険制度の安定した運営

(1) 国民健康保険制度の在り方

国民健康保険は他制度に比較して中高年齢者を多く対象としているほか、職域保険からの退職者の加入等により医療費が高くならざるを得ないという問題があり、保険者は毎年増嵩する医療費への対応に苦しんでおり、このための対策が求められている。

老人保健制度の創設により、こうした問題のある程度の改善は期待されるが、今後、限りある財源を有効に活用し、国民健康保険制度運営の健全化を図るため、制度の見直しを行うとともに、保険者の経営努力の徹底を図ることが必要である。

特に、現在の国民健康保険は、高額療養費の支給が市町村国保財政の大きな負担となっていること、小規模市町村において偶発的に医療費が急増することなどによる経営の不安定、市町村における保険料水準の地域的な不均衡という問題を抱えている。

これらの問題のうち、さしあたり、高額療養費について各保険者の経営の安定化を図る措置を講ずる必要がある。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第3節 医療費の適正化

3 医療保険制度の安定した運営

(2) 日雇労働者健康保険制度の在り方

日雇労働者健康保険においては、高齢の加入者が多く1人当たり保険給付費が高くなっている反面、低所得者が多いことなどから、保険給付費の35%にあたる国庫負担が行われているにもかかわらず、毎年度相当額の収支不足を生じており(昭和56年度単年度収支不足額337億円)、昭和56年度末の累積収支不足額は、5,763億円に上っている。このため制度の在り方を含め、全般的な見直しを行う必要があり、現在社会保険審議会に諮問している。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第3節 医療費の適正化

3 医療保険制度の安定した運営

(3) 退職者医療の問題

現行の医療保険制度においては、被用者保険の被保険者が退職し国民健康保険の被保険者となった場合には、給付水準に差異が生ずることなどから、高齢退職者についての退職者医療制度の創設が求められており、現在社会保険審議会に諮問している。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第4節 健康をつくる

1 予防にまさる治療はない

これまで、疾病構造の変化、保健医療供給体制の整備、医学医術の進歩、医薬品の生産、医療費の問題などについて順に述べてきた。

健康の問題を考えるには次の3つの段階がある。

- (i) 病気にかからないようにするための予防や積極的な健康増進
- (ii) 病気にかかった場合の治療
- (iii) 治療が終わった後のケア

それぞれ非常に重要であるが、これまではやはり治療への対応に最大のウエイトが置かれてきた。

しかし、「予防にまさる治療はない」という言葉にもあるとおり、最も基本的なことは病気にかからないことである。そして、より積極的には、予防から更に深め、健康の増進を推進していくことが大切である。個人の健康の状態は地域の特性に大きく影響を受けるものであり、健康増進や予防については地域社会が一体となって取組を行うことにより、個人の健康のための努力を地域全体で効果的に支えていくことが不可欠である。

健康増進や予防が進むことにより、疾病の発生も減少していくことになる。仮に疾病が発生した場合でも、早期発見により、症状が重くなる前に効果的な治療を行うことが重要である。それが長期的には医療費の節減をもたらすものと考えられるので、これらの方策の推進は医療費を効率的に活用するという見地からも、今後の重要なポイントとなろう。住民の健康管理を積極的に行っている市町村においては、1人当たり診療費は県平均をかなり下回っているという実例もある。これらを参考にしながら、これからの保健医療の総合的な推進を国、地方それぞれのレベルで検討していくことが重要であろう(序章第3節参照)。

また、個人の健康は家庭生活の中で、例えば食事、生活のリズム、精神生活を通じて培われていくものである。したがって、以下の行政の対応の前提として、家庭におけるセルフケアが図られねばならないであろう。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第4節 健康をつくる

1 予防にまさる治療はない

(1) 国民の健康を増進する

1) 国民健康づくり

近年,我が国においては,人口の高齢化や都市化の進展などに伴って,国民の健康に影響を与える要因は複雑かつ多様化してきており,運動不足や栄養の偏りから高血圧や肥満を招き,また,がん,心臓病等の成人病が増加するなどの問題が生じている。

これらの問題については,国民一人一人が「自分の健康は自分で守る」という自覚と認識をもつことを基本とし,国民の保健需要に対応して地域に密着した保健サービスが提供できる体制を整備していく必要がある。こうした考えの下に,昭和53年度から「国民健康づくり対策」がスタートし,国民の総合的な健康づくりを目指して積極的な対策が推進されることとなった。

この対策は

(i) 生涯を通じる健康づくりの推進

(ii) 健康づくりの基盤整備

(iii) 健康づくりの啓蒙普及

という3つの柱から成り立っている。

(i)は妊婦,乳児から老人に至るまでのライフサイクルに応じた健康診査,保健指導等の保健サービスの体系を確立することを目的としており,これまで行われてきた母子保健対策,成人病予防対策,老人保健対策,職場における健康づくり対策等の諸施策の拡大強化が図られている。また,健康診断などの機会に恵まれない家庭の主婦や自営業の婦人についても,健康診断と生活指導の実施(婦人の健康づくり)が図られている。

特に昭和57年度から実施される老人保健法に基づく保健事業は,これまでの施策を発展させることが期待されている。

(ii)は健康づくり施策の実施に必要な施設等の整備及び人員の確保等を目的としており,住民生活に密着した保健相談,保健指導等の総合的な対人保健サービスの充実のため,逐次市町村保健センターを整備するとともに,市町村に保健婦を配置して市町村における保健指導体制の確立を図ることなどが内容となっている。

(iii)については、健康づくり運動の推進母体として、(財団法人)健康・体力づくり事業財団及び市町村に設置されている健康づくり推進協議会などを通じて健康づくり運動を体系的に展開するとともに、啓蒙活動を積極的に行っている。

2) 健康増進モデルセンターの整備

国民の健康増進についての助言・指導を行う施設として、昭和47年度から健康増進モデルセンターの整備を進めている。

このセンターは3つの機能を有している。第1の機能は、生活状況調査、医学的検査、体格・体力測定等を行って、総合的に個人の健康度を評価・判定することである。第2の機能は、以上の判定結果に基づき、個人の食生活、運動、休養を含めた生活プログラムを作成することである。第3の機能は、この生活プログラムによる献立指導や運動方法等の実践を指導することである。

これらの機能を有するセンターには、その規模によって都道府県立のものと市町村立のものがあり、現在、国庫補助対象となったものは16か所である。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第4節 健康をつくる

1 予防にまさる治療はない

(2) 老人保健事業の推進

本年8月に老人保健法が成立した。この法律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施することによって、国民保健の向上と老人福祉の増進を図ることを目的としている。これに基づいて、国民は、年齢、心身の状況等に応じ、職域又は地域において、老後における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会が与えられることとなった(序章第3節参照)。

健康指導教室



健康指導教室 心拍数にあった歩行数を調べる(岡山県総社市)

本編

第2章 健康はどう守られているか

第4節 健康をつくる

2 保健・医療・福祉の総合化をめざす

医療の分野における予防からリハビリテーションまでのシステム化,保健の分野における市町村を主体とする健康増進及び老人保健事業については既にふれた。今後,健康を考えるに当たっては,これらの医療サービス,保健サービスといった区分を超えた両者の総合化が求められている。

これからの疾病の大半を占める成人病や慢性疾患を例にとると,これらの病気は地域における生活そのものを背景として発病し,医療施設において治療を受け,再び地域における生活に復帰し,再発防止やリハビリテーションが行われる。そのように考えてみると,地域の特性に配慮した包括的なサービス体制の確立が望ましく,そうすることが施設と人員の両面で保健資源の有効活用につながると考えられる。

これまで整備されてきた施設を見渡すと,保健所,市町村保健センター,母子健康センター,精神衛生センター,老人福祉センター,健康増進センターがあり,これらが地域の医療施設とともに保健医療供給体制を構成してきた。

保健医療サービスの総合化を図っていくためには,これら既存の諸施設の有機的ネットワーク作りを図り,地域の実情に適合した体制を作っていくことが有効であろう。これまでは医療施設に人材等が集中しすぎていたが,これからはより幅広い局面での保健医療資源の活用を図り,保健サービスのマンパワー養成にも積極的に取り組む必要がある。

また,地域におけるケアは最終的には単に保健医療にとどまるものではない。いかに予防や早期発見,早期治療に努めたとしても,不幸にして生じた疾病等による障害や先天的な障害などには福祉サービスが提供されることが必要である。それは保健医療と深い連携を有することによって,より大きな効果を生み出す。したがって,本節においては専ら保健医療の面からアプローチしてきたが,より広く福祉関係者やボランティアも含めた地域社会全体としての保健・医療・福祉サービスの方向を検討することが,窮極的な課題である。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第5節 食品の安全性の確保

これまで健康の問題について、いわゆる対人サービスの面から述べてきたが、本節及び次節ではこの問題を人を取り巻く生活環境の側面から取り上げることとする。

なお、両節で述べる分野については、これまで様々な施策を実施しており、指標編第1部のIIIにその概要をとりまとめた。

人間の生命、健康を維持するために必要不可欠な食品の安全性を確保することは、私達が健康な日常生活を営む上で極めて重要な事項であるが、近年の社会経済の変化は、我が国の食品衛生行政を取り巻く環境に大きな変化をもたらしている。

第1に、経済成長に伴う生活水準の向上による食生活の多様化が挙げられる。その結果、食品、添加物等の輸入量が急増し、昭和56年度には件数で約35万件、数量で約2,300万トンに達しており、今後とも増加していくものと予想される。輸入食品は国内のものと異なり、その製造過程等が不明なものがあり、衛生上問題のある食品が輸入されるおそれがあるため、監視体制の一層の強化が強く要請されている。また、諸外国と我が国との食品、添加物等の規格基準の相違が貿易促進にとって技術的な障害となっているとの指摘があり、これに対して適切に対処していくことも重要な課題となっている。

第2に、食品産業の急激な発展があげられる。これは、国民に多種多様な加工食品を提供し、食生活を豊かにすることに貢献しているが、一方で有害物質の混入による食品汚染、事故等、種々の問題が発生している。

これらの変化に的確に対処し、今後とも食品の安全性の確保を図っていくためには、食品関係施設の監視指導、営業者の自主管理体制の強化、食品、添加物等の規格基準の整備等、食品衛生に関する施策を充実させ、食品の製造・加工・保存・運搬・販売等の各過程で衛生的な取扱いがなされるよう徹底していくことが重要である。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第6節 快適な暮らしの確保

1 水道の計画的整備

我が国における水道は明治20年以來着々と整備され,その普及率は昭和55年度末で91.5%に達しており,健康で快適な国民生活や都市の諸活動に不可欠な基盤施設として定着している。しかし,水道は今日においてもなお解決すべき種々の課題を抱えている。

その第1は,給水の安定性の確保である。

水道用水の需要は,生活用水を中心として依然増加基調にあり,大都市圏等では未だに不安定取水への依存度が高く,また,地方の中核都市においても水需給がひっ迫しつつある。このため,既存水利の転用,水の再利用(雑用水道)の推進等水資源の有効利用を促進するとともに,長期的な視点に立ってダム等の建設の推進を図る必要がある。また,老朽化した水道施設の計画的な更新を行うほか,地震,渇水等に対応できるよう水道施設を整備し,給水の安定性の確保を図る必要がある。

第2は,水質の安全性,快適性の確保である。近年,新たな水源を清浄な河川等に求めることが次第に困難な状況となる中で,水質の安全性,快適性に対する社会的要請が高まっており,このため水質管理体制の強化及び浄水処理の高度化を図る必要がある。

第3は,料金格差の是正である。

水道料金は,水道の布設年次,布設地域等の地理的社会的条件により著しい格差を生じているため,給水原価が著しく高くなる水道事業に対して適正な措置を講じ,料金格差の是正を図る必要がある。

以上のような課題に対しては,水道を広域的な観点から計画的に整備し,水道事業の技術的財政的基盤を強化しておく必要がある。このため所要の財政援助措置を講じるほか,技術的な指導指針等を策定している。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第6節 快適な暮らしの確保

2 廃棄物の適正処理

廃棄物を適正に処理することは、健康で快適な生活を営み、環境を保全する上できわめて重要である。廃棄物は、国民の生活水準の向上、産業活動の活発化等に伴い、量的に増大し、質的に多様化してきている。この廃棄物を適正に処理するためには、し尿処理施設、ごみ処理施設、産業廃棄物処理施設等の整備を図る必要がある。更に、今後は廃棄物の資源化、減量化、あるいは省資源・省エネルギーの観点から、再生品原料、燃料、肥料等としての利用、分別収集、集団回収、廃棄物交換等のシステム作りを積極的に推進するとともに、焼却余熱による発電、周辺施設に対する蒸気温水の供給等のための施設整備に努める必要がある。また、こうした施策を推進するため、住民に対する啓発活動を行い、よりよい地域社会の形成という観点からその理解と協力を得る必要がある。

また、廃棄物の適正な処理は、それが適切に最終処分されてこそ完結するものであり、最終処分場の確保は重要な課題である。ところが首都圏等の大都市圏では、人口、産業の集中により廃棄物の発生量、最終処分量は膨大なものとなっている。他方これらの圏域では土地が高密度に利用されているため、最終処分場の確保は極めて困難となっている。このため、関係地方公共団体等が共同して利用する最終処分場を海面に求めるいわゆるフェニックス計画を従来から推進してきたが、昨年6月に成立した広域臨海環境整備センター法に基づき、昭和57年3月には近畿圏において大阪湾広域臨海環境整備センターが設立され、フェニックス計画が実現される運びとなった。

なお、産業廃棄物については本来事業者が処理責任を負うが、地域の実情に応じ公共関与による処理も行われているところである。今後はこれら処理実態を踏まえつつ、事業者に対する指導監督体制等の整備を図ることが肝要となろう。

本編

第2章 健康はどう守られているか

第6節 快適な暮らしの確保

3 生活環境の衛生管理の向上

現代の国民生活は、生活水準の向上、生活意識の変化等に伴い、量的な充実を求める時代から質的な向上を図る時代へと転換しつつある。生活環境の衛生管理についても、単なる人体への危害防止に止まらず、生活環境の衛生水準を向上させることによって、より豊かで快適な生活環境をつくるという積極的な役割が求められてきている。

まず、国民の日常生活に極めて関係の深い飲食店、旅館、公衆浴場、理容所、美容所及びクリーニング所等の環境衛生関係営業(営業許可施設総数約220万)についてみると、国民の日常生活に種々のサービスを提供し、生活を豊かにすることに貢献している反面、その大部分は中小零細企業で経営基盤がぜい弱であり、不安定な経営状態から適正な衛生水準の維持が困難になりやすい体質を有している。したがって、環境衛生金融公庫による営業設備の衛生水準の向上、近代化促進のための長期、低利の融資並びに都道府県ごとの環境衛生営業指導センターを中心とする経営指導の実施等により、これら営業者の経営の安定化を通じて環境衛生の確保、向上が図られている。

次に建築物の衛生面における維持管理対策については、百貨店、店舗、事務所等の多くの人々が利用する一定規模以上の建築物について建築物環境衛生管理基準を定め、適正な室内空気の維持や飲料水の供給等、建築物内における衛生水準の確保、向上を図っている。

このほか、繊維製品、洗剤等の家庭用品の安全確保対策、狂犬病予防事業、食肉を提供すると畜場の衛生確保等、重要な事項が多い。国民の生活水準の向上の結果、環境衛生に対する関心が年々高まっている現在、今後とも快適な生活環境を形成するための施策の推進を図ることが重要である。