
第1編

第5章 適正な国民医療の確保

家庭復帰のためのリハビリテーション(老人保健施設)



家庭復帰のためのリハビリテーション (老人保健施設)

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

自由開業医制と国民皆保険体制の枠組みの中で、技術進歩や医療関係者の努力により、国民の健康水準は大きく向上してきた。しかし、現行の医療システムを支えてきた社会経済環境は大きく変化しつつあり、これに対応した医療供給体制の見直しが課題となっている。例えば高齢化の進展は医療に対する需要を増大させている。

一方、具体的な医療サービスのあり方に目を向けてみると、慢性疾患を中心とする老人の心身の特性が十分考慮されていない、老人の社会復帰、自立を促進するような効果的な医療が行われていない等の問題点が指摘されており、病院における入院医療費を傷病別にみると循環系の疾患などの成人病による医療費増が国民医療費増加の相当の要因になっている。

また、国民の所得水準の上昇や健康に関する意識の高まり等により、医療に対する意識も変化し、より質の高い医療サービスの需要が増大しつつある。

厚生省では、このような医療を取り巻く諸状況に対応し、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、すなわち、多様な国民のニーズに対応した良質で効率的な医療システムの構築を推進していくことが必要であるとの観点から、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あり方等の面から総合的に見直しを行うため、昭和62年1月に「国民医療総合対策本部」を設置した。同本部は、同年6月に中間報告を取りまとめたところであり、以後、これを踏まえて、各種の具体的な施策の実施が図られている。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な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

昭和60年12月の医療法改正を受けて、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。平成元年1月現在44道府県が計画を策定済みで、残りの都県についても昭和63年度中には策定を終える予定である。(注)

今後とも効率的な保健医療供給体制を確立していくためには、各都道府県において地域医療計画を作成し、病床過剰地域では病床の増加を抑制することにより、医療資源の地域的偏在を是正し、効率的な保健医療システムを構築する必要がある。これとの関連で、62年9月には、医療法第30条の7に基づく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保険医療機関の指定拒否等の措置を通知で示した。

(注) 東京都、富山県、香川県が作成中である。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

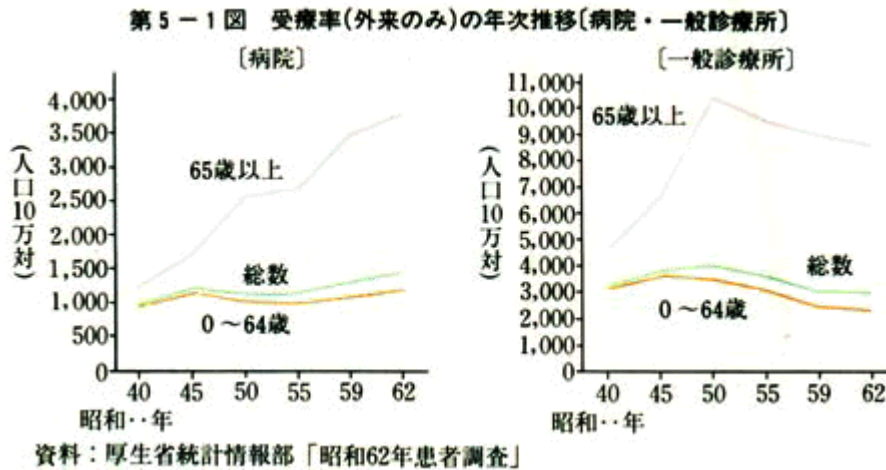
第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

1 地域医療システムの確立

(2) 医療機関の機能分担と相互連携

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5-1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。

第5-1図 受療率(外来のみ)の年次推移〔病院・一般診療所〕



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ことも考えられる。

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75か所(昭和63年11月現在)であるが、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る等患者にとっても望ましい点があり、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。

なお、63年4月の診療報酬改定では、医師が開放型病院におもむき自分が入院させた患者に対し指導等を行った場合の指導料や、医療機関相互で診療情報の提供を行った場合の情報提供料の引上げを図った。

厚生白書(昭和63年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

1 地域医療システムの確立

(3) 家庭医機能の推進

医療の高度化,専門化に伴い,若手医師の勤務医志向,開業医の高齢化が進む中で,平素から健康管理を含めたプライマリ・ケアを担い,地域の特性を考慮しつつ健康増進,疾病予防から,早期発見,治療,機能回復訓練に至る包括的かつ継続的な保健医療を行う医師の確保が重要な課題となっている。このため,「家庭医に関する懇談会」の報告(昭和62年4月)に基づいて,63年度より,家庭医機能モデル事業(4市町(注1),対象医師80名)及び家庭医機能モデル研修実施調査を実施しているところである。前者は,十分な臨床経験を有する開業医を対象とし,懇談会報告において示された養成カリキュラムによる研修を行った後,一般診療に加えて,希望する家族に対して継続的に,健康診断,健康相談,指導等包括的な医療を実践するものであり,後者は,臨床研修指定病院及び臨床研修医を対象とし,家庭医機能を担う医師を研修するための教育スタッフ,施設設備等研修施設のあり方を検討するために必要な事項を調査するものである。

(注1) 徳島県徳島市,千葉県船橋市,愛媛県八幡浜市,群馬県中之条町

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

1 地域医療システムの確立

(4) 在宅医療の推進

近年の医療技術の進歩により、これまで医療施設においてしか成し得なかった治療が、連続携行式腹膜灌流法(CAPD)や在宅酸素療法などによって在宅で行い得るようになった。

また、高齢者に対しては、適切な在宅医療と同時に日常生活において適切なケアを行うことも重要となっている。

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、62年度からモデル事業を実施している(63年度は4市町(注2))。モデル地区では、保健婦が軸となって、在宅医療に関わり、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問題点を整理・分析の上、対応策の検討を行っている。

また、在宅で療養中のねたきり者等に対しては、老人保健事業における保健婦による訪問指導を実施しているが、国民健康保険団体連合会では、市町村と協力して長期入院患者のうち退院が可能とみられる者を対象とする、家庭復帰等促進モデル事業(63年末現在8国保連合会)を行っている。さらに63年度から、訪問看護をモデル実施するとともに、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あり方を探る訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業が全国11市町で実施されている。診療報酬の面でも、63年4月の改定で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・指導について退院要件が撤廃されるとともに、保険点数の大幅な引上げが図られた。

今後、厚生省としては、モデル事業の評価等を踏まえ、保健・医療・福祉のあらゆる面から在宅医療の推進を図っていくこととしている。

(注2) 新潟県大和町、兵庫県尼崎市、長野県茅野市、栃木県南河内町

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

1 地域医療システムの確立

(5) 国立病院,療養所の再編成

昭和62年度末現在,全国で251施設を数える国立病院,療養所は,20年に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。

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,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,61年1月,再編成計画を策定,公表した。

再編成計画は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。

なお,62年10月に,再編成に伴い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,移譲等を受け運営する医療機関に対する国の補助等の特別措置を内容とする「国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律」が公布,施行されている。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

2 医療従事者の養成・確保

(1) 医療従事者の需給

医師、歯師医師については、将来の過剰に備え、それぞれの検討会において将来の需給を検討し、昭和59年には、平成7(1995)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%削減すべきであるとの意見書が示された。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、昭和63年度までに医科大学220人、歯科大学225人の入学定員の削減が行われている。

看護職員については、質の改善と供給の確保が課題であり、62年4月に出された看護制度検討会報告書を踏まえて、養成カリキュラムの改善を含めた学校・養成所指定規則の見直し、新たな看護職員の需給見通しの策定などを行っている。

理学療法士及び作業療法士の養成については、63年9月の医療関係者審議会理学療法士作業療法士部会の意見書において、近時、新たに老人保健施設等における需要が生じており、その不足が指摘されていることから、養成力をそれぞれ約100人増加させる必要がある旨具申されており、今後、これらの方向に沿って養成確保を図ることとしている。

また、斜視、弱視などによる両眼視機能障害のある者に対する矯正訓練等を行う視能訓練士については、62年12月に視能訓練士需給計画検討会から報告書が出された。ここでは、62年から母子健康手帳に眼科のチェック項目が追加されたことに伴い、大幅な需要の増加が予想されること等から、その数が不足しており、今後10年を目途に年間140人程度養成力を増加させる必要があることが提言されている。

さらに63年4月に、人工心肺装置、血液透析装置等の生命維持管理装置の操作及び保守点検を業とする臨床工学技士に関する臨床工学技士法、及び、義肢及び装具の採型、製作、適合を業とする義肢装具士に関する義肢装具士法が施行された。現在養成施設としては、それぞれ4校及び2校が指定されており、第1回国家試験がそれぞれ63年11月(合格者数2,670人)及び10月(同735人)実施されたところである。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

2 医療従事者の養成・確保

(2) 医療従事者の資質の向上

医師の養成は、大学における卒前教育と医師国家試験、卒後研修、生涯教育の各段階で実施されている。これらの各段階について、時代の要請に対応した質の高い保健医療サービスの提供という観点から、様々な検討及び改善が行われている。

医師国家試験における試験科目については、内科、外科、産婦人科、小児科、公衆衛生の必修5科目を含む7科目が出題されることになっていたが、昭和63年4月「医師国家試験出題基準検討委員会」は、高齢化社会の到来などの社会環境の変化に適切に対応できる医師の養成を図るため、最近の医学の進歩を取り入れ、プライマリ・ケアに関する事項を重視し、出題基準の改定案を策定した。その内容は、基本的臨床知識・技能をより重視し、社会問題にも配慮するため、医学・医療総論を導入すること、内科、外科、小児科の各論を統合すること等で、平成元年の試験より適用される予定である。

また、臨床研修(新たに医師となった者が免許取得直後2年間行うように努めることとされている)については、近年、医師の専門分化が顕著であり、卒後の早い時期に医師としての基本的な技術・態度を身に付け、病人を全人的に診る能力を修得することの重要性が高まっているため、昭和62年から医療関係者審議会臨床研修部会において、臨床研修のあり方につき、到達目標、カリキュラムをはじめ多角的に検討されているところである。

歯科医師については、歯科全般についての基本的な診療能力を修得させるため、62年度から卒業直後の時期に臨床研修を行っており、その資質向上を図っている。

薬剤師については、62年度に国家試験の実施を年1回にしたこと等の改革が行われてきた。また、日本薬剤師会などを中心として卒後研修が実施されている。さらに、63年6月の「薬剤師養成問題検討委員会」の中間報告では、生涯教育について、調剤現場から離れていた者が再就職する場合等における初任者研修に準じた教育の必要性、実地研修の重要性、教育への国の積極的関与、研修調整・推進組織の設置等の提言がなされている。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

3 医療の質的充実

(1) 入院医療

我が国の平均在院日数は、昭和62年一般病床で見ると39.3日であり、これを退院した患者について一般病院で見ても、40.1日となっており、フランスや西ドイツ等西欧諸国の約3倍もの期間となっている(厚生省統計情報部「昭和62年病院報告」「昭和62年患者調査」)。また、我が国の入院日数や一人当た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原因となっている。これに対応するためには、慢性疾患中心の時代に対応した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である。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

3 医療の質的充実

(2) 老人医療ガイドライン及び脳卒中リハビリテーションマニュアルの

作成

老人の医療は、若い人と異なり、個々の疾患の治療だけでなく、家庭や地域社会で生活できるよう、老人の残存能力や日常生活能力を可能な限り維持し、回復させることを中心に考える必要がある。

厚生省では、老人の心身の特性に見合った医療を確保する一環として、日常生活動作能力(ADL)を高め、地域社会や家庭への復帰を促進するとともに、老人個々の心身の特性や家族・社会環境に配慮した診療のあり方に関する総合的な老人医療ガイドラインを作成、普及することとしており、検討を行っている。

また長い間、我が国の死因の第一位を占めていた脳卒中の死亡率は、医療の進歩や予防対策の充実等によって次第に低下し、現在では第三位に下がっているが、脳卒中はねたきり老人の原因疾患の少なくとも3割以上を占めていると考えられており、脳卒中に対するリハビリテーションの重要性が再認識されているところである。このため脳卒中発症後早期の適切なリハビリテーションのあり方の確立と普及を目的として「脳卒中リハビリテーションマニュアル検討会」を63年度から発足させ、平成元年度には具体的実用的な手引書を作成することとしている。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

3 医療の質的充実

(3) 末期医療

今日、診断・治療技術や救急時における対応技術など医療技術の進歩により、かつては不治の病であった多くの疾病から救われるようになったが、進行した悪性新生物など現在の医療技術によっても治癒の見込みがなく死が避けられない状況の患者に対してどのような医療を提供していくかについては依然大きな課題として残されている。

このような患者に対して必要なことは、精神的、肉体的苦痛や症状を軽減するための処置、残された期間を有意義に過ごすための配慮などであって、家族や友人との交流のなかで、おだやかに死を迎えることができるようにしていくことも必要である。

死を病院など施設内で迎える比率は昭和50年の46.7%から62年70.7%に増加しているが(厚生省統計情報部「人口動態統計」)、医療施設において末期医療についての体制整備が進んでいるとはいいがたい。一方、死亡する場所としては住み慣れた自宅を望む場合が多く、在宅におけるケアについても適切な対応が求められている。

厚生省では、62年7月から「末期医療に関するケアの在り方の検討会」を設け、末期医療のケアに関する現状、問題点を総括し、そのニーズを満たすための条件整備方策を検討しているところである。検討会においては、施設のケアのあり方や在宅との比較、病名告知の是非等末期医療をめぐる論点について、医学、法律、社会的観点、経済的観点など幅広い視野から検討を進めているところである。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

4 患者サービスの向上

医療供給体制の量的整備,医療技術の進歩のほか,国民生活の質の向上,患者側の知識向上などを背景として,疾病の治療以外の関連サービスの質についても関心が高まっている。特に,医療機関に関する情報提供機会の拡大,病院給食の改善等により,患者サービスの向上を図ることが重要な課題となっている。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

4 患者サービスの向上

(1) 情報提供機会の拡大

医療機関に関する広告は、医療法により制限されているが、健康に関する国民の意識の高まり等から、医療機関に関する正確な情報が求められている。

このうち、診療科名の表示については、昭和63年2月に「診療科名等の表示に関する検討会」が報告書を取りまとめた。現在、医療機関が広告することができる診療科名は、内科、精神科、神経科(又は神経内科)など医業について24種類、歯科医業について3種類のほか、厚生大臣の許可を受けたものに限られており、医師・歯科医師の資格さえ持っていれば、専門分野や経験年数を問わず、先に挙げた診療科名のいずれでも表示できる「自由標榜制」がとられている。これに対し、近年の専門分化の進行、学会による専門医認定制度の普及、国民の医療サービスの内容に対する関心の高まり等を踏まえ、報告書では、第1に、診療科名については、内科、外科など基本的なものを除き、一定の能力判定を前提として表示を認めるべきであること、第2に、このため、専門医(認定医)制度の活用を図ることが考えられるが、認定条件をできる限り統一する等の調整が必要であること、さらに、現行の診療科名を、この考え方で分類すると第5-2表のようになることなどを提言している。

第5-2表 診療科名の標榜の例

第5-2表 診療科名の標榜の例

(医科)	
【第Ⅰ診療科群】	……診療科名と患者の症状等との関係が明らかであり、その意味する内容が国民に十分に理解されており、患者が最初に受診することが予想される診療科 内科、小児科、精神科(神経科)、皮膚科、外科、整形外科、泌尿器科、「皮膚泌尿器科」、産婦人科、「産科」、「婦人科」、眼科、耳鼻咽喉科
【第Ⅱ診療科群】	……第Ⅰの群に対して専門分化した診療科 神経内科、呼吸器科、消化器科、「胃腸科」、循環器科、形成外科、美容外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、性病科、こう門科、気管食道科、理学診療科
【第Ⅲ診療科群】	……主として他の医師からの紹介で受診することが適当と考えられる診療科 放射線科、麻酔科
(歯科)	
【第Ⅰ診療科群】	……歯科、小児歯科
【第Ⅱ診療科群】	……矯正歯科
【第Ⅲ診療科群】	……
(注1)	「」は削除してもよいのではないかと意見があったもの
(注2)	()は()の前に掲げられた診療科名と同様の意味で使用してもよいので、残してもよいとの意見があったもの
この場合、第Ⅰ診療科群については自由標榜制を維持することとする。他方、第Ⅱ診療科群及び第Ⅲ診療科群については、専門医(認定医)の認定を前提として表示を行うことを認めることとするが、その際経過措置に十分配慮する必要がある。	

また、適切な患者サービス提供のあり方を検討するため、63年1月に設置された「患者サービスの在り方に関する懇談会」においても、治療効果を高め、医療の質の向上を図るため、患者、家族等への情報提供のあり方について検討が進められている。

今後、ますます医療に対する情報提供のニーズは高まってくると考えられ、行政的にも関係団体も、この問題に対し積極的に取り組んでいく必要がある。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第1節 良質で効率的な医療供給体制の整備

4 患者サービスの向上

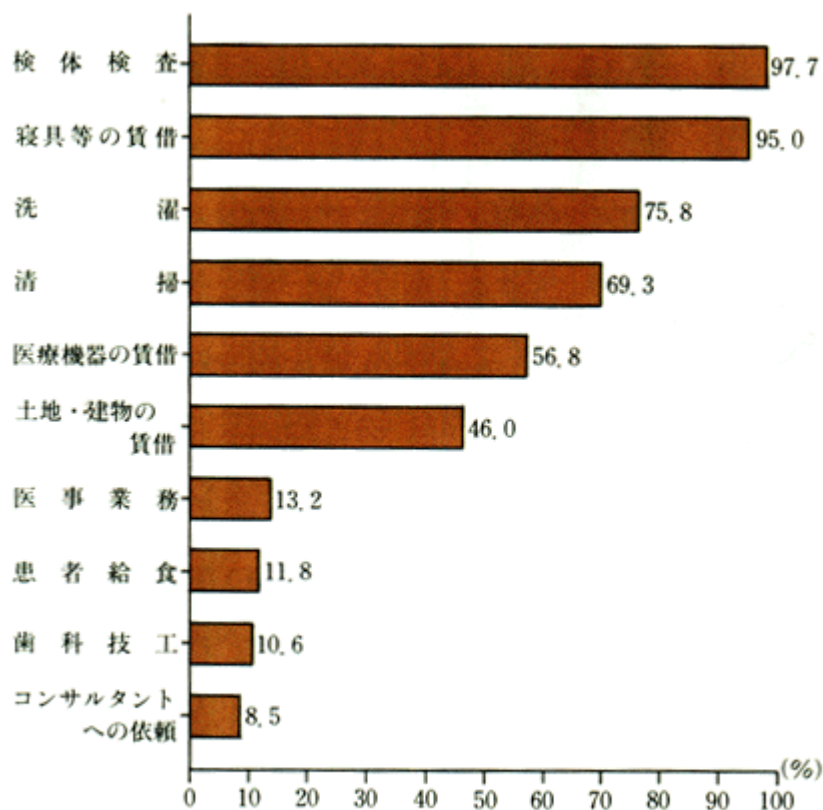
(2) 医療関連ビジネス

従来、病院における寝具類の洗濯、給食、清掃といった業務は、医療機関が自ら行ってきたが、近年、人口の高齢化、疾病構造の変化、医療をめぐる各種の技術進歩等医業経営を取り巻く環境の変化の中で、医療機関がこれらの業務を民間業者へ委託する(病院業務の外注化)ことが行われてきている。また、健康や医療に対するニーズの多様化、在宅医療の拡大等を背景として、健康・医療情報サービス、在宅療養機器レンタル等の在宅医療関連サービス等を提供する民間サービス事業者も増加している。

昭和63年に行われた病院業務委託状況アンケートによれば、業務委託を行っている病院の割合は、検体検査97.7%、寝具等の賃借95.0%、洗濯75.8%、清掃69.3%、医療機器の賃借56.8%等となっており、主要10業務中4業務以上委託している病院は、85.2%に及んでいる(第5-3図)。また、患者給食については、サービスの質の確保の面等なお今後の課題が指摘されているものの、委託したことにより、51.8%の病院において夕食の配膳時間が早いという状況に改善がみられるなど、患者に対するサービスの向上にも役立っていることがわかる。

第5-3図 事業別委託病院数の割合

第5-3図 事業別委託病院数の割合



(注) 一部委託を含む。

資料：医療関連ビジネス検討委員会「病院業務委託状況アンケート」

このような医療関連ビジネスの拡大の動きは、今後、医療機関、患者相互のニーズがさらに高まることにつれ、一層活発化すると思われる。

医療関連ビジネスは、先に述べたように病院業務の外注の対象となるサービスのほか、様々なサービスがあり、その範囲も幅広いが、共通する課題として、生命、身体に関わる医療と密接に関係するという特殊性から、そのサービスの質は特に安全性を確保することが求められている。

厚生省では、61年3月に「医療関連ビジネス調査室」を設置し、さらに62年11月には「医療関連ビジネス検討委員会」を設け、医療関連ビジネスの現状の分析及び今後の健全な育成のための施策等について検討を進めていたが、63年12月、委員会は報告書を取りまとめた。報告書では、今後の具体的方向として、次の内容を提言している。

1) 医療そのものの外注あるいは医業経営の主体性の喪失につながるような経営代行的な外注やサービスの質の低下を招くような外部委託は認めるべきではない。

また、医療情報サービス等医療機関外での医療関連サービスの提供については、医療関連法規に抵触しないよう(注)十分配慮するとともに、提供されるサービスの質の確保を十分に行うことを前提としつつ、一定の規制緩和を図っていくことが必要である。

2) 今後、医療関連ビジネスの育成と発展を図っていくためには、業界団体の結成、業界の倫理綱領の制定等業界の自主努力、ガイドラインの策定、優良業者、優良サービスの認定制度、公的融資制度の導入、税制面での優遇措置、医療法人の業務範囲等の規制緩和の検討を行うことが必要である。

今後、厚生省としても、報告の趣旨に沿って、さらに具体的な対策を検討していくこととしている。

(注) 医療情報サービスについては、特定の医療機関の紹介・斡旋を行うこと等は、医療法の広告規制に抵触する恐れがあり、また電話や郵便のみの利用で診断を行うことは、医師法の無診察治療等の禁止規定に抵触することとなる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第2節 医療費の保障

1 国民医療費の現状と課題

(1) 国民医療費

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、60年度に16兆円の大台に乗り、対前年度6.1%と3年ぶりに5%を超える伸びをみせたのに引き続き、61年度には1兆円以上増加し、17兆690億円(対国民所得比6.44%)となり、伸び率においても6.6%と前年度に引き続き高く、4年ぶりに国民所得の伸び率4.1%を上回るなど再び増加傾向が強まりつつある。

我が国の人口の高齢化の進行は急激であり、さらに医療の高度化等他の要因も考えると、今後とも、医療費の増加は避けられないものと考えられる。仮に現状のまま推移すれば、国民医療費の額は、平成12(2000)年には約43兆円、国民所得の伸びを4~5.5%とすれば、対国民所得比で7.8~9.3%に達するものと見込まれている。このような状況の中で将来にわたって良質な医療を安定的に供給していくためには、医療保険各制度間における給付と負担の公平化を図るとともに、医療資源の効率的な利用、医療費の適正化等により国民の負担が過大なものとならないように努めていくことが必要である。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第2節 医療費の保障

1 国民医療費の現状と課題

(2) 老人医療

老人医療費(70歳以上の者及び65～69歳のねたきり老人等に係る医療費)の現況をみると、昭和61年度の老人医療費は4兆4,377億円(対前年度伸び率9.1%)と国民医療費の26%を占めるに至っている。この傾向で推移するとすれば、平成12(2000)年度には約16兆円、国民医療費の約37%にまで増加すると予測されている。

これは老人人口の急速な増加とともに、老人の1人当たり医療費が年間約50万円と老人以外の1人当たり医療費の約5.5倍にもなっていることによるものである。老人の1人当たり医療費が高くなる要因としては、入院・外来を通じて老人の受診率が老人以外と比べ著しく高いこと(入院で6.9倍、外来で3.1倍)、入院医療費の占める割合が高く、また、慢性的な経過をたどることが多いことから入院が長期化しがちであることが挙げられる(第5-4表)。

第5-4表 入院患者の入院期間別構成割合(一般病院)

	0～14日	15～30日	1月～3月	3月～6月	6月以上
70歳未満	31.6	14.4	20.4	8.9	24.7
70歳以上	14.7	10.1	18.8	11.8	44.6

(注) 入院期間及び年齢の不詳を除く。

資料: 厚生省統計情報部「昭和62年患者調査」

老人医療費の地域格差も問題である。都道府県別老人1人当たり医療費をみると、最も高いところと最も低いところで約2倍の開きがある。老人の1人当たり医療費が同じように高い都道府県でも、北海道、高知県等にみられるような入院日数が長いタイプと、近畿地方の府県に多くみられる1日当たりの診療費が高いタイプの2つのタイプがある等の特徴がみられる(第5-5図)。

第5-5図 老人1人当たり診療費(入院)(昭和61年度)

第1編

第5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革

昭和63年6月に実施された国民健康保険制度の改革は、医療保険制度の給付と負担の公平化を図る改革の一環として、低所得者の加入割合の増大による財政基盤の脆弱化や医療費に地域差があることによる保険者の経営の不安定性などの国民健康保険制度の当面する構造問題に国と地方が一体となって取り組む仕組みを導入することにより運営の安定化を図るためのものである。

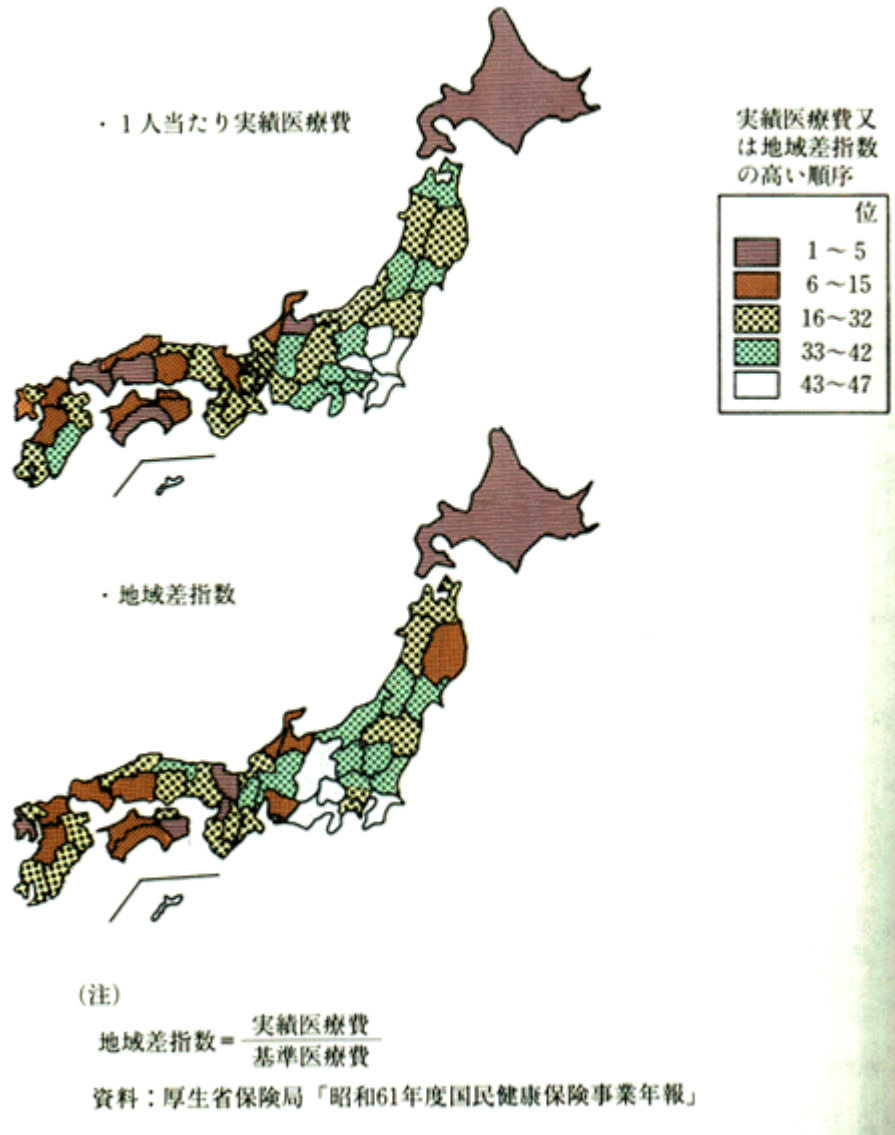
具体的には、まず、昭和63年度及び平成元年度の措置として低所得者に対する保険料(税)の軽減相当額を国、都道府県、市町村が共同して負担する保険基盤安定制度を創設するとともに、高額な医療給付費の発生による小規模保険者の経営の不安定要素を緩和するための高額医療費共同事業について、国及び都道府県の負担を導入してその充実、強化が図られた。また、被保険者の年齢構成その他の事情を勘案してもなお著しく医療費が高いと認められる市町村として厚生大臣が指定する市町村(指定市町村)については、昭和63年度から次のような国民健康保険事業の運営の安定化計画を策定、実施することとされた。

地域ごとの医療費の状況からみると、例えば、61年度の国民健康保険における市町村別の1人当たり医療費については、最も高いところと最も低いところでは6倍を超える格差が生じている。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。住民の年齢構成の高い地域で医療費が高くなるのは止むを得ない面があることから、医療費の地域差の程度を適切に判断するためには、年齢構成の相違を勘案した医療費(基準医療費)(注1)と実績医療費とを比較してみなければならない。

そこで実績医療費の基準医療費に対する比(地域差指数)(注2)をみると、年齢構成の相違を勘案してもなお北海道、西日本の地域において医療費が全国平均より高いことがわかる(第5-6図)。

第5-6図 都道府県別の1人当たり実績医療費と地域差指数(昭和61年度市町村国保)

第5-6図 都道府県別の1人当たり実績医療費と地域差指数
(昭和61年度市町村国保)



このような医療費の地域差は、国民健康保険事業の運営や保険料負担のあり方等にも影響を及ぼしている。

指定市町村の安定化計画は、このような地域ごとに異なる高医療費の要因分析を行った上で安定化に向けての目標や安定化対策等を盛り込むこととされており、指定市町村は、この計画に従って、国や都道府県の支援の下に被用者保険の保険者等の関係者とも連携を図りつつ、地域における保健・医療・福祉施策を総合的に実施すること等により、医療費の適正化等国民健康保険事業の安定化を図ることとされている。指定市町村は、毎年度、前年度の療養給付費等の実績をもとに指定されることになっており、63年度は、北海道下の86市町村、大阪府下の17市町村など15道府県146市町村が指定された。

今回の国民健康保険制度の改正は、平成元年度までの措置とされている事項もあり、さらに制度の長期的安定化を図っていく必要がある。このため、平成2年には、その制度全般を見直し、その安定化を図ることとしている。このため現在社会保障制度審議会において、制度の長期的安定化方策について検討が行われているところである。

(注1) 基準医療費とは、年齢階級別に医療費水準が全国並であった時、その地域の年齢構成ならば医療費がいくらになるか示したものである。

厚生白書(昭和63年版)

(注2) 地域差指数とは、実績医療費を基準医療費で除して算出されるもので、地域の年齢構成の違いを除去した全国の1人当たり医療費とのかい離を示している。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第5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) 医療保険制度の給付と負担の公平化

今後の医療保険制度のあり方をめぐる基本的な諸問題については、社会保険審議会基本問題等小委員会において議論されているが、小委では、昭和63年1月、これまでの審議内容を踏まえて、効率的運営の確保や企業に対する帰属意識が強い等の我が国の社会条件に対応する等の観点から、現行の社会保険方式や被用者保険と地域保険の二本建て方式を維持しつつ、給付と負担の公平化を漸進的に図ることなどを内容とした論点の整理メモがまとめられたところである。

厚生省としても、今後、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。

老人保健制度については、61年12月、老人医療費の負担の一層の公平化を図る等の観点から、一部負担の額や医療費に対する拠出金の算定の方法等の改正が行われたが、平成2年度までの間に制度全般を見直し、その安定化を図ることとしており、現在、老人保健審議会で検討されているところである。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第2節 医療費の保障

3 診療報酬体系の合理化と医療費の適正化

(1) 診療報酬の合理化と薬価基準の改正

昭和63年4月に実施された社会保険診療報酬の改定は、医療を取り巻く状況の変化に対応し診療報酬の合理化を図る見地から、国民医療総合対策本部の中間報告の趣旨も踏まえ、長期入院の是正、在宅医療の推進、検査の適正化、高度医療技術の評価等を図るとともに、医療機関の機能、特質に即した診療報酬上の評価を図ったものであり、平均3.4%の引上げとなった。

具体的には、1)診療所のプライマリー・ケア機能や病院の高次医療機能等に即した評価、2)長期入院の是正を図るための入院時医学管理料や看護料の改正、3)在宅医療を推進するための訪問診療や訪問看護の点数化とともに、往診料等の大幅な引上げ、4)患者のニーズの高度化、多様化に対応するため、特定療養費制度を活用し、患者の特別注文による給食など患者サービスの選択の幅の拡大、を主な改正内容とするものである。

また、老人診療報酬についても、社会保険診療報酬と併せ、63年4月、老人の心身の特性を踏まえ、より良質かつ効率的な診療報酬の設定を推進する観点に立って、1)長期入院の是正を図るため入院時医学管理料の逓減制の強化及び看護料への逓減制の導入等、2)ねたきり老人の在宅医療推進の観点から退院後もリハビリテーションを継続させるための指導料の新設、在宅のねたきり老人に対する訪問診察料、訪問看護料の大幅引上げや訪問理学療法指導管理料の新設等、3)病期に応じたリハビリテーションを実施するため、離床を目的として行う理学療法の点数化と、従来の作業療法料及び運動療法料の大幅引上げ、また、老人デイ・ケア料の大幅引上げ等老人に対するリハビリテーションの評価、4)痴呆性老人に対するケアを充実するため重度痴呆患者の収容治療及びデイ・ケアと在宅痴呆患者に対する療養指導の点数化、等の改定を行った。

さらに、63年6月、高齢化社会においては歯科医療が重要となっていくことを踏まえて、欠損補綴や歯冠修復の診療報酬上の重点的な評価、ねたきり老人に対する歯科医療の充実を図るため、歯科医療費を1.0%引き上げる診療報酬改定を行った。

薬価基準については、62年5月に中央社会保険医療協議会(中医協)が行った建議を踏まえ、63年4月に10.2%の引下げを行う薬価基準の全面改正を実施した。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第2節 医療費の保障

3 診療報酬体系の合理化と医療費の適正化

(2) 健康保険制度の効率的運営と医療費の適正化

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、62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、組管掌健康保険については、小集団による効率的な運営が期待できるという利点を生かす観点から60年4月に設立認可基準を緩和し、その設立の促進を図ってきたが、63年5月には、異業種であっても、地域的に連帯の強い事業主が共同して設立する地域総合健康保険組合についても設立を認めることとし、63年6月に2組合を認可したところである。健康づくり等の地域の事情に即した今後の運営が期待される。

なお、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、62年度は全体では2億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。

無駄な医療費を排除し医療資源の効率的な利用を図ることは、医療保険制度の安定的運営を確保するとともに、国民の負担が過大なものにならないようにしていく上で極めて重要な課題である。厚生省ではこのような医療保険の保険者の経営努力を強力に指導するとともに、従来より、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により医療費の適正化を図ってきた。

今後はこれらの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、老人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5章 適正な国民医療の確保

第2節 医療費の保障

4 民間医療保険等の動向と展望

(1) 最近の動向

民間医療保険については、従来から、生命保険として死亡保障の主契約に付帯した特約型やがん保険等の医療保障を中心とした単独型が、また損害保険として傷害保険があった。しかし、これら従来型民間保険は、公的医療保険の給付内容にかかわらず入院日数1日ごとに定額給付を行うという方式をとっており、公的医療保険との調和が図られたものではなかった。

昭和60年5月30日の保険審議会答申のなかで公的医療保険給付がカバーしていない分野における民間保険の積極的開発が提言されたが、これを受けて公的医療保険の下部負担金をてん補し、さらに室料差額、付添看護料等の保険外負担を給付対象とする生命保険タイプ(定額給付)、損害保険タイプ(実損てん補)の新型の医療保険が61年4月に登場した。

しかし、新たに開発される民間医療保険は、あくまで公的保険の補完という立場を明確にし、公的保険でカバーされていない部分、個人の選択によることが適当な公的保険給付の上乗せ的部分を対象とするという考え方を原則とし、不必要な受診を助長することのないような配慮が必要である。例えば、従来型民間保険において、生命保険の入院保障特約が20日以上継続入院に対してのみ初日から支払う方式(フランチャイズ方式)を採用している例が多いため、入院日数が20日に偏り、在院日数の長期化の一因となっている等の指摘もあったところである。この点から61年5月保険局・年金局は生命保険業界及び損害保険業界に対し、新型医療保険が不必要な受診を助長し、国民医療費の無秩序な膨張に拍車をかけることのないよう呼びかけを行った。このような呼びかけに応じて前述の新型医療保険では、1)保険給付を償還払いとする、2)一入院につき一定額の自己負担を残す、3)フランチャイズ方式をとらず、保険金の支払いが始まる日を超える部分(免責日数を超える日数)についてのみ給付する、4)給付日額があまり高額にならないよう設定する等の措置が講じられている。

従来型を含めた民間医療保険の63年3月末における保有契約件数は、生命保険の場合、疾病入院特約3,006万件、成人病入院特約711万件、単独医療保険及び医療保障保険1,217万件、損害保険の場合は1,766万件となっている。また、簡易保険においても疾病障害特約4,766万件、傷害特約731万件となっている。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第2節 医療費の保障

4 民間医療保険等の動向と展望

(2) 今後の展望

民間保険については、ニーズの多様化に応じ、今後介護サービスのための費用負担や介護の現物給付といった新たな商品の開発が期待されているところであり、昭和62年5月19日の保険審議会答申では、介護保険等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ている。これまでも、すでに、民間保険や簡易保険において痴呆やねたきりにより要介護状態となった場合に介護給付を支給する介護保険が商品化されており、また、63年度からは歯科治療のための給付金を支給する歯科医療保険も発売された。ただし介護の現物給付については、保険商品としての普遍性を備えるために介護施設・介護人派遣サービスを全国で展開できるかどうかなど新たな商品開発に当たって解決していかなければならない問題もあり、一層の工夫が期待されているところである。

第1編

第5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の確保

1 医薬品の有効性及び安全性の確保

医薬品について、厚生省はその品質、有効性、安全性を確保するため個別の医薬品ごとに承認審査を行っている。

承認時においては、長期保存等に対する品質の安定性、毒性、臨床試験成績等に関するデータについて審査を行っている。動物等を使った毒性に関する試験データについては、その信頼性の確保のため医薬品の安全性試験の実施に関する基準(GLP)が定められている。また、実際に薬をヒトに投与する臨床試験についても、倫理的、科学的に見て適正に実施されるように医薬品の臨床試験の実施に関する基準(GCP)を作成中である。

市販後の安全対策としては、副作用報告のシステムを設けるとともに、医薬品の再審査、再評価を実施している。副作用報告システムとは承認段階で予想できなかった副作用等の問題が市販後に判明したときはいち早く情報を収集するものであり、医薬品副作用モニター制度、薬局モニター制度を運用するとともに、世界保健機構(WHO)国際医薬品モニタリング制度への参加等を行っている。これらにより収集された副作用情報は、中央薬事審議会において検討を行い、その評価に基づいて使用上の注意の改訂、用法・用量の変更、要指示薬の指定、製造販売の中止等の措置を講じている。

また、医薬品の再評価については、新たに63年5月、新再評価制度を開始し、すべての医療用医薬品について少なくとも5年ごとに見直しを行うこととしている。

第1編

第5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の確保

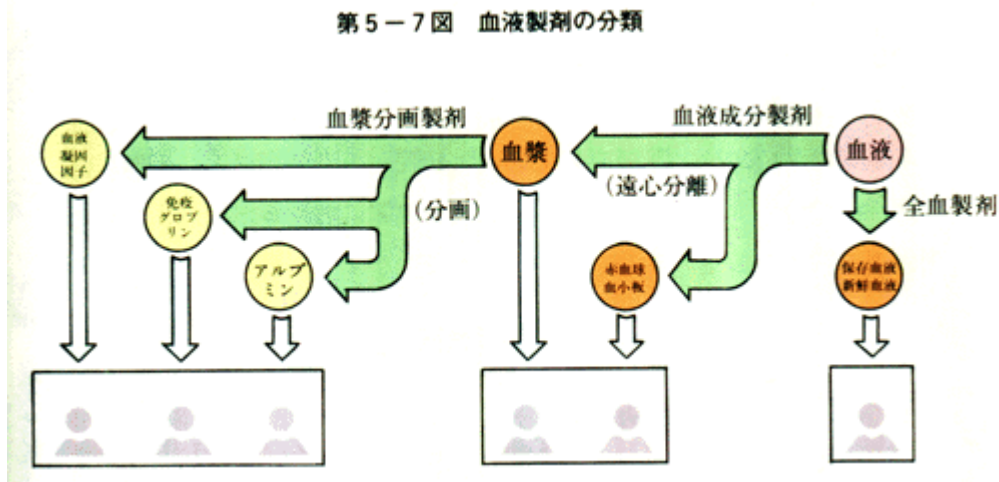
2 血液事業の展開

我が国では、現在、輸血に必要な血液(全血製剤及び血液成分製剤)はすべて献血により国内で確保している。しかし、血漿分画製剤(アルブミン、血液凝固因子製剤等)は、需要の急激な増加もあって、現在、その大部分を輸入に依存せざるを得ない状況となっている。

血液事業については、かねてよりWHO、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」との提言がなされており、また輸入血液製剤(血液凝固因子製剤)によって血友病患者に多数のエイズウイルス感染を招いたことから、血液凝固因子製剤を献血血液で確保する体制の確立を図ることとしている。

このため、献血への国民の一層の理解と協力を求め、献血(特に成分献血)の推進に努め、血液製剤の円滑な製造・供給体制を確立し、さらに、医療機関の協力を得て血液製剤の適正使用を推進することとしている。

第5-7図 血液製剤の分類



第1編

第5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の確保

3 医薬分業の推進

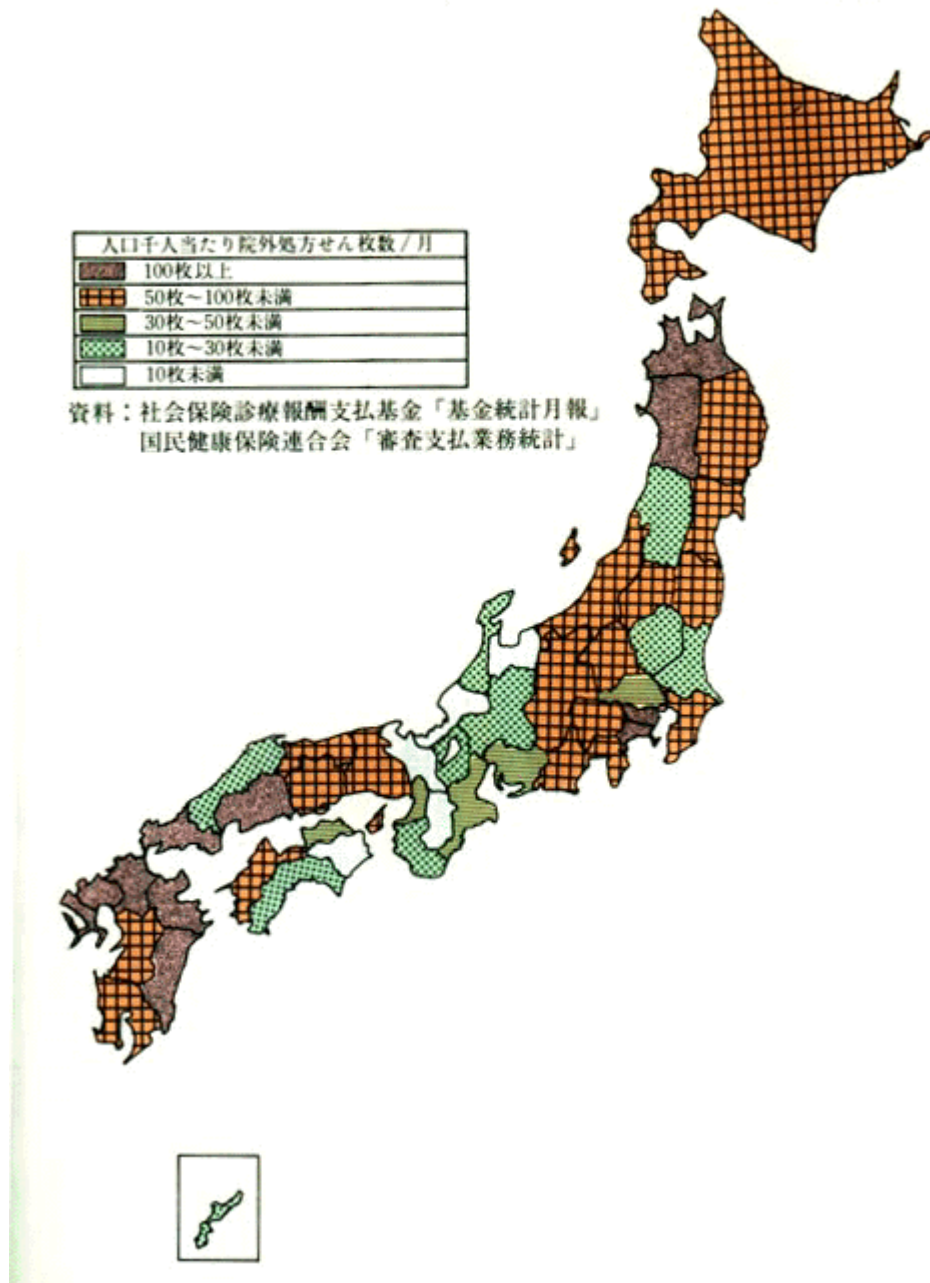
医薬分業とは、医師から院外処方せんをもらってまちの薬局で薬を調剤してもらい、医師と薬剤師がそれぞれ専門分野で業務を分担し国民医療の質的向上を図ろうとするものであり、日本以外の大部分の先進国で実施されている。医薬分業の具体的利点としては、医師と薬剤師が薬の処方をチェックしあって、より安全な薬物治療が期待できること、薬について薬剤師から十分な説明を受られること、さらに、薬局において患者の医薬品服用の記録をとること(薬歴管理)により、複数の医療機関から同じ薬を重複してもらったり、薬物アレルギーによる副作用の発生を予測し回避できることが挙げられる。

医薬分業は、これまで漸次実施されてきており、昭和62年度における院外処方せんの発行枚数は、約1億1,867万枚に達している。しかし、人口当たりの院外処方せん発行枚数で見ると、医薬分業の進捗が地域的に偏っていることがわかる(第5-8図)。

第5-8図 都道府県別院外処方せん枚数(人口千対)

第5-8図 都道府県別院外処方せん枚数(人口千対)

(昭和62年10月)



厚生省では、医薬分業の推進のために、過去3年間にわたり行った医薬分業モデル地区事業で得られた経験を踏まえ、より広い範囲の国民に医薬分業を経験してもらうことや広い範囲での医薬分業の進め方についての情報を収集することを目指して、医薬分業推進基盤整備事業を63年度から8地区において5か年計画によって開始したところである。

本事業においては、1)国立病院等の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うこととしている。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第4節 疾病対策

1 成人病その他の疾病対策

疾病構造の変化に対応して、疾病対策の重点は、結核をはじめとする感染症対策からがんや循環器病を中心とするいわゆる成人病対策に移ってきた。

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、がんの本態解明を図ることを目標に、発がん遺伝子やウイルスによる発がん、早期診断や治療法の開発などの重点研究課題を設定して、国外の研究者の参加も得て幅広い角度から研究を推進している。その成果として、発がん遺伝子の発見や患者の被曝の少ないレントゲン診断機器の開発等が行われている。

循環器病については、食事をはじめとする生活の改善と高血圧治療や救急治療の発達等により脳卒中の発生が少なくなっている反面、動物性脂肪の摂取過剰による心臓病の増加が危惧されている。

58年2月に施行された老人保健法では、40歳以上の地域住民を対象に、がん、心臓病、脳卒中の三大成人病等の予防、早期発見、早期治療を図るため、健康相談、健康教育、健康診査等の事業を行っている。

成人病対策については、国民の死因の上位を占める成人病のほか、患者数が増加し、国民の健康に大きな影響を与えている糖尿病も重視していく必要がある。また、腎不全対策等の一層の推進が必要である。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第4節 疾病対策

1 成人病その他の疾病対策

(1) 糖尿病

糖尿病は、膵臓から分泌されるホルモンであるインスリンの不足により、血糖値が上昇する疾患で、軽度の場合には症状がなく、尿検査や血液検査でしか発見できないが、重症化するにつれて、のどの渇き、多飲、多尿等の症状を示し、血糖値の調整がうまくいかない場合には、失明、腎不全、神経障害等の重篤な合併症を起し、患者の生活に大きな影響を及ぼす疾患である。

糖尿病は成人における中途失明の最大の原因であるといわれており、また腎不全による新規の人工透析導入患者の約2割を占め、この割合は年々高まっている。さらに神経障害によって手足のしびれが起きたり、血管障害により足が壊疽に陥り下肢の切断を要することもある。

医療機関に入通院している糖尿病の患者数は、約108万人と推計されているが、実際には、糖尿病の診断を受けながら治療を受けていない人がこれと同数程度いるといわれ糖尿病の患者数は約200万人程度と考えられる。

糖尿病の両親から生まれた子供や妊娠中に一過性に血糖が上昇していた婦人、ブドウ糖負荷試験で正常と糖尿病の中間型とされた人などは糖尿病にならないように、食事に注意し、また、運動量を増やすようにするなどの予防策を講ずる必要がある。早期に発見しても、治療を中断して、後に糖尿病が重症化したり、合併症を起してしまってはならない。治療を継続していくには、患者本人が努力するだけでなく、家族や職場などの周囲の協力が重要である。

また、今後、糖尿病対策の強化に資するため、発症予防、治療等についての調査研究を推進していく必要がある。

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第4節 疾病対策

1 成人病その他の疾病対策

(2) 腎不全

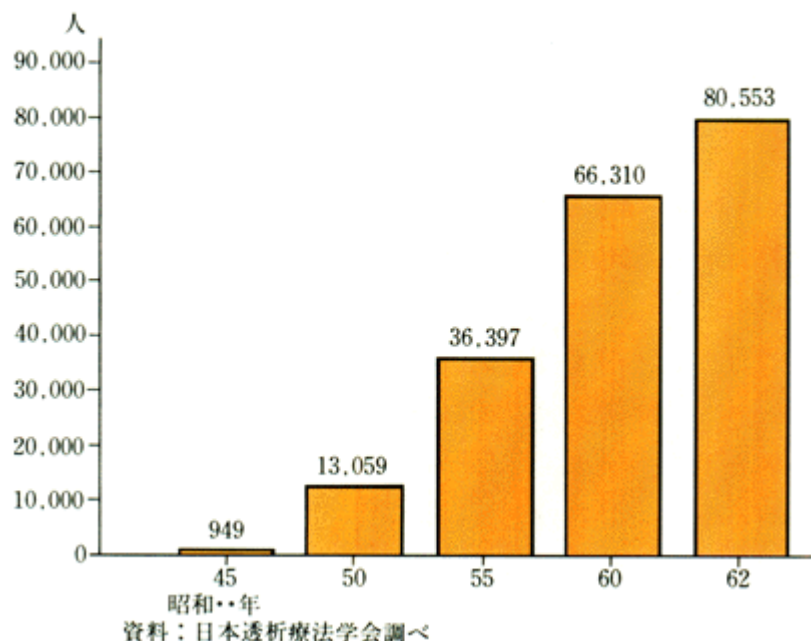
腎臓は、1日1,500lの血液を濾過して、体内で余分になった水分、塩分、尿素などを尿として体外に排出することによって、体液の成分の維持を行うほか、造血等に関するホルモンを生成している。腎疾患の発症時には、尿検査で異常所見がみられるだけで、特別の自覚症状のない場合も少なくない。

腎不全に関しては、昭和61年度に腎不全対策推進会議が設けられ、63年9月「当面緊急に対応すべき腎不全対策報告」が提出された。ここでは、腎不全の予防対策、医療対策、腎移植の推進、国立腎医療センターの設置について提言されている。

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5-9図 我が国の慢性透析患者数の推移

第5-9図 我が国の慢性透析患者数の推移



(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第5章 適正な国民医療の確保

第4節 疾病対策

1 成人病その他の疾病対策

(3) 慢性関節リウマチ等

慢性関節リウマチは、関節の腫張や疼痛を繰り返し起こし、後に障害を残す疾病で、決定的な治療法が見つかっておらず、患者に長い闘病生活と後遺症としての障害に苦しむ生活を強いる。気管支喘息などのアレルギー性疾患も再発を繰り返し、患者の生活を苦しめる。花粉症やアレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎等も生活の利便を大いに損ねる疾病である。このような疾患に対する研究を推進し、対策を検討していくことも今後の課題である。

第1編

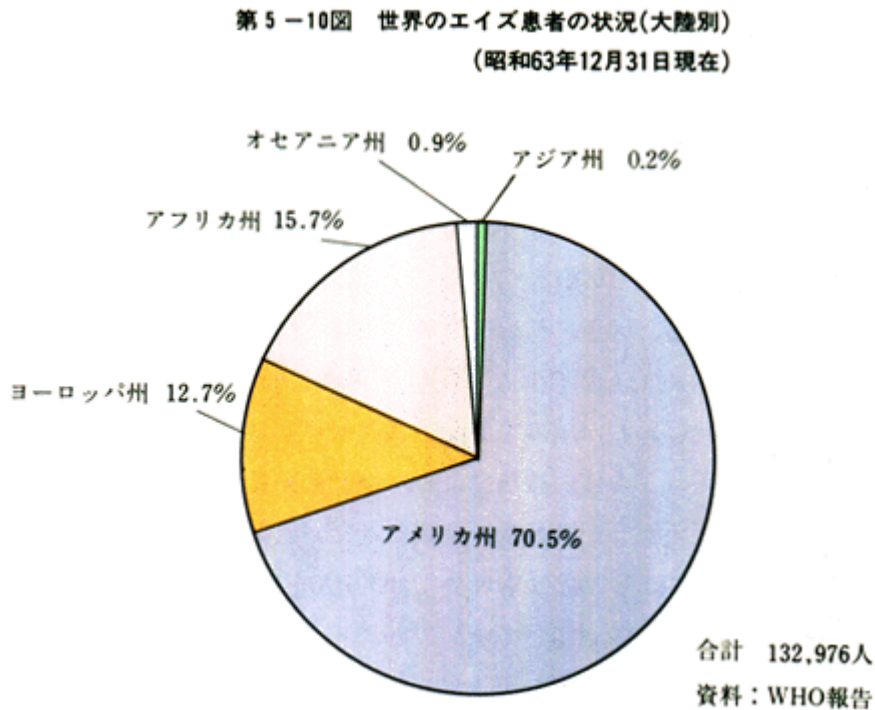
第5章 適正な国民医療の確保

第4節 疾病対策

2 エイズ対策

エイズの患者が最初に報告されたのは、昭和56年アメリカにおいてであったが、その後急速に患者数は増加して、63年12月末までにWHOに報告された患者は約13万人を超えている。WHOの発表によれば、アメリカで約8万人、フランスで約4,800人などの欧米諸国のほか、アフリカ諸国に患者数が多い(第5-10図)。

第5-10図 世界のエイズ患者の状況(大陸別)(昭和63年12月31日現在)



我が国においても、60年に初めて患者が確認されて以来、63年12月末までに患者97人、エイズウイルス(HIV)感染者1,065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いまだ少数にとどまっているが、日本人どうしの性的接触による感染例も発見されるなど、感染が広がっていることがうかがわれ、楽観できない状況にある。

第5-11表 日本のエイズ患者の状況(昭和63年12月31日現在)

第5-11表 日本のエイズ患者の状況 (昭和63年12月31日現在)

危険因子別・性別患者発生数

	男 性	女 性	合 計
男性同性愛	28 (8)	-	28 (8)
異性間性的接触	5 (2)	7 (2)	12 (4)
凝固因子製剤	52	1	53
不明	3	1	4
合計	88 (10)	9 (2)	97 (12)

(注) ()内は外国人患者数を再掲
資料：厚生省保健医療局調べ

WHOは、1991年に患者数は全世界で100万人を上回ると推計しており、今後さらに問題が深刻化していくことが考えられる。

エイズ対策としては、感染を予防するための正しい知識の普及、感染者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、蔓延防止の鍵は、教育活動を中心とした感染予防対策である。

エイズウイルスは、感染力が弱く、血液や精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。

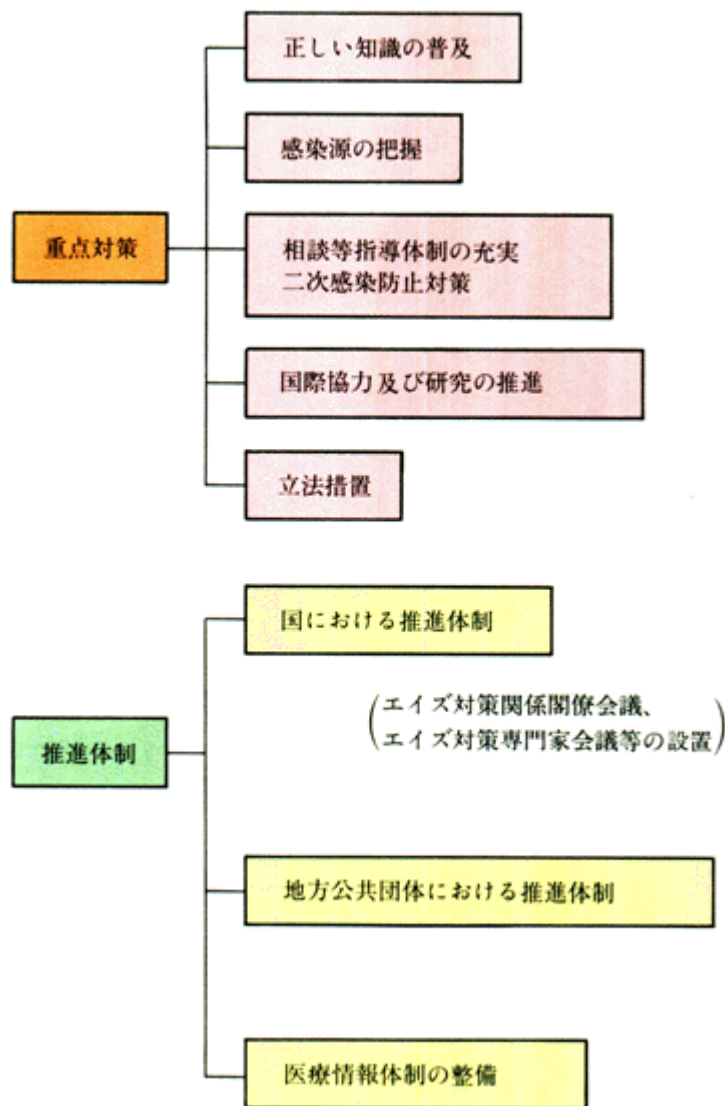
また、エイズ対策の推進に当たっては、患者や感染者のプライバシーの確保に十分に配慮することが重要である。

厚生省においては、欧米諸国において患者が急増している状況にかんがみ、エイズの我が国での流行に備え、58年から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、59年9月には、「AIDS調査検討委員会(61年にAIDSサーベイランス委員会と改称)」を設置し、患者と疑われる症例について全国約2,000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。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。

60年には血友病治療に用いる血液製剤を加熱処理のものへと切り替え、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。

62年2月には、エイズ対策関係閣僚会議を設置し、政府を挙げてエイズ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、海外旅行者に対するPRなどの積極的な啓発活動等や学校における指導が実施されている。

第5-12図 エイズ対策の概要



政府は、62年3月、医師の患者に対する指示、都道府県知事への報告、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、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案」を国会に提出したが、同法は昭和63年12月に成立、平成元年2月17日より施行された。

エイズ対策を広く国民全体で取り組む観点から、昭和62年6月(財)エイズ予防財団が設立され、ビデオテープの制作、パンフレットの配布、講演会の開催等の普及啓発事業や、外国人研究者の招へい、国内研究者の海外への派遣、研究委託等の事業を行っている。特に63年8月には、WHO及び厚生省が主催、エイズ予防財団が協賛してエイズカウンセリング国際会議を東京で開催して、患者、感染者への心理的支援の重要性について討議を行った。

また、エイズ対策については、世界的に患者が増大していること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。二国間協力として、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、12月には我が国において初のエイズ専門部会が行われ、共同研究が開始された。また、WHOに対しても、特にエイズ関連として、12億円以上の拠出が行われている。

WHOにおいても、62年からは新たに衛生教育、研究開発の各国の対策の支援などを内容とするエイズ世界特別計画を実施しており、63年1月にはロンドンで担当大臣会議が開催され、情報交換が行われた。また、WHOは、63年12月1日を「世界エイズデー」とし、世界各国においてエイズ撲滅のための啓発活動を行うよう提唱し、我が国もこの趣旨に沿い、国においてはテレビを中心とした政府広報活動、エイズ予防ポスターの作成、配布及び記念講演会を開催するなど、地方公共団体、民間を含めた幅広い啓発活動が展開された。

当面の対策としては、新たな感染の防止の観点から正しい知識の普及を進めることが最も重要である。しかし、最終的な克服のためには、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。このため、63年度においては、「抗エイズウイルス薬の開発研究」、「エイズ付随症状の治療薬・エイズ発症防止薬の開発研究」、「エイズ治療薬の開発支援システムの研究」の3分野において産学官が共同して行う「エイズ医薬品開発推進事業」などエイズに対する医薬品開発、感染者の発症予防、ワクチン開発、血液の安全性に関する研究などの研究が、総計約8億5,000万円の規模で進められている。

また、エイズウイルス感染者の中でも、血液製剤の投与により感染した人々については、精神的にも経済的にも極めて不安定な状況にあり、血液製剤という医薬品を介しての被害というその感染経路の特殊性からも、これらの人々の救済を図ることが社会全体として取り組むべき緊急の課題となっている。このため、すでにエイズ対策の一環として、61年度から最新の薬剤の投与を行う発症予防・治療研究事業、63年度から生活上の悩みごとなどの相談に応じるカウンセリング事業が実施されているが、63年10月20日には衆議院社会労働委員会において「血液製剤によるエイズウイルス感染者の早期救済に関する件」が決議され、これらのエイズウイルス感染者に対する一般施策に加え、血液製剤によるエイズウイルス感染者に対しては、特に、医薬品副作用被害救済制度に準じた給付を行うこととされた。具体的には、平成元年1月から血液製剤メーカー等からの寄付をもとに、各種給付を開始したところである。