

一般的であり、患者との意思の疎通が十分にできていない面がある。このため、医師と患者の信頼関係の下、主治医等が検査や治療の必要性及び内容、薬の作用(副作用)等について、患者の年齢、病状、精神状態等の条件を配慮した上で分かりやすく十分納得が得られるような説明を行うことが求められてきている。

イ 長期入院患者の増大に対応

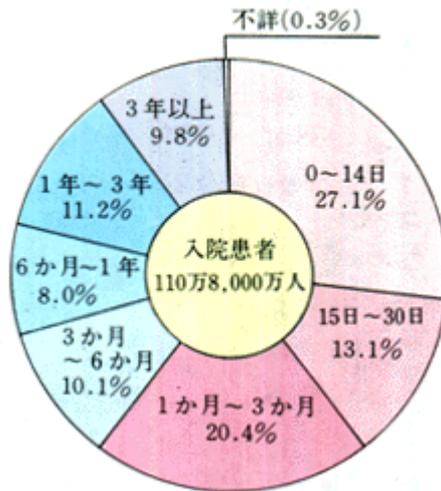
高齢化や急性疾患から慢性疾患への疾病構造の変化に伴い、入院患者のうち、精神障害を除く約4割が3か月以上の長期入院となっている。

このような状況に対応して、医療法改正案では、長期療養患者の生活面にも配慮した最適の医療を提供するため、一般の病院の中に、「療養型病床群」の制度を設けることとしている。

「療養型病床群」では、長期療養患者に適した員数の医師、看護婦、看護補助者等の職員や機能訓練室などの施設を備えることとしている。

入院期間別にみた入院患者の構成割合

入院期間別にみた入院患者の構成割合
(昭和62年) (精神障害を除く入院)



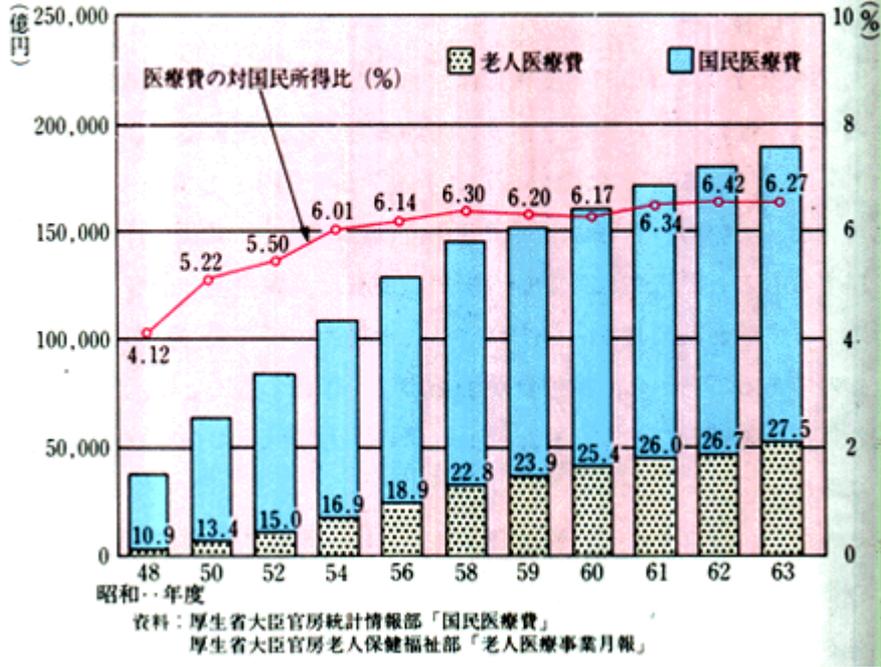
(3) 適切な医療情報の提供

健康志向の高まりとあいまって、医療に関する国民の知識が向上してきている。

医療法改正案では、このような状況を踏まえ、現行の医療に関する広告制限等を、国民の需要に合ったものとするため、広告についての具体的な基準の作成を行うことなどを規定している。

医療法改正集による新しい患者の流れ

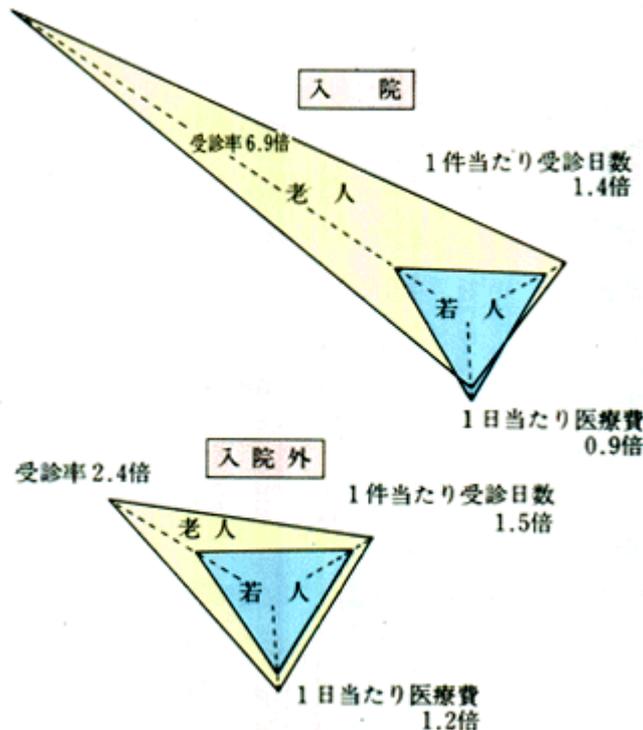
国民医療費、老人医療費の推移



こうした老人医療費の増大は、老人人口そのものの増加とともに老人1人当たり医療費が若人と比べて極めて高いことが原因となっている。1人当たり医療費(昭和63年度)は、若人が約10万2,000円となっているのに対し、老人は約54万1,000円となっており、その格差は約5.3倍となっている。さらに、この1人当たり医療費を入院と入院外に分けると、1人当たり入院医療費は若人約3万6,000円に対し老人約30万6,000円となっており、その格差(約8.5倍)が特に大きくなっている。こうしたこと背景としては、受診率(医療機関にかかった者の割合、老人の入院の受診率は若人の6.9倍)の大きな格差を指摘することができる。

老人・若人、入院・入院外、受診率・受診日数・医療費の比較

老人・若人、入院・入院外、受診率・受診日数・医療費の比較 (昭和63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」

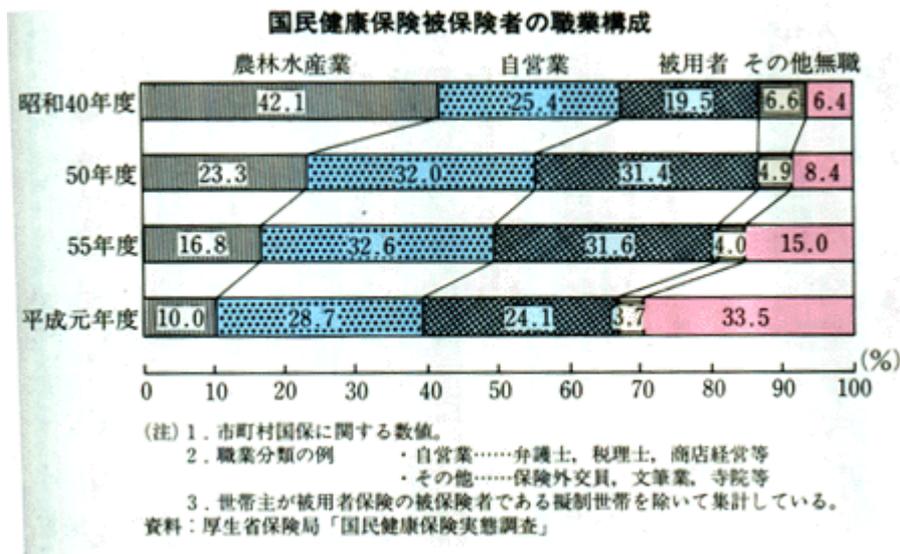
厚生白書(平成2年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二に、産業構造の変化に伴い、農林水産業の世帯が減少し、年金受給者を中心とした無職者が増加するなど、加入者の職業構成が大きく変化してきている。また、加入者の所得状況をみると、「所得なし世帯」(注)が国民健康保険に加入している全世帯の17.7%であり、その大部分が無職者となっている。このように国民健康保険制度は保険料負担能力の低い者の加入割合が高くなっている。

(注)「所得なし世帯」には、収入があるが必要経費控除等により所得なしとなる者、年金受給者で公的年金等控除により所得なしとなる者などを含む。

国民健康保険被保険者の職業構成



第三に、地域によって医療費や保険料負担の格差が存在することである。医療費については先に述べたとおりであるが、保険料についても医療費の地域差等から格差がある程度存在することはやむを得ないが、昭和63年度においては最高の市は全国平均の約1.5倍の保険料負担となっている。

イ 国民健康保険制度をめぐる改革と課題

以上のような構造的な問題に対し、これまで種々の措置により制度の運営の安定化を図ってきており、特に平成2年には国民健康保険制度の改正を行い、制度の安定強化を図った。

まず、第一の問題(年齢構成の高さ)については、昭和58年における老人保健制度の創設など一連の制度改正や平成2年度から老人保健拠出金に係る加入者按分率が100%に移行したことにより、大幅な改善が図られている。

加入者按分率

老人保健制度は、各医療保険の保険者の拠出金を中心に運営されているが、この拠出金は、老人医療費の公平な負担を実現するため、各保険者の老人加入率の違いによる負担の不均衡を是正し、どの保険者も同じ割合で老人が加入しているものと仮定して算定(加入者按分)する方法をとっており、各保険者の老人医療費のうち、このように老人加入率の格差を是正したうえで拠出する部分の割合を加入者按分率という。老人保健法施行当初は、加入者按分率は50%以下であったが、昭和61年の老人保健法改正において段階的に引き上げられることとされ、平成2年からは100%とされている。

次に、第二の問題(低所得者の加入割合の高さ)については、昭和63年に制度改正を行い、低所得者に係る保険料の軽減分について国と地方が一体となって公費による補てんを行う保険基盤安定制度が2年間の暫定措置として導入され、平成2年の改正において国庫負担の充実や財政調整機能の強化等の措置とともに、この

第1編

第2部 厚生行政の動き

第2章 適正な国民医療の確保

第3節 安全な医療品等の安定的供給

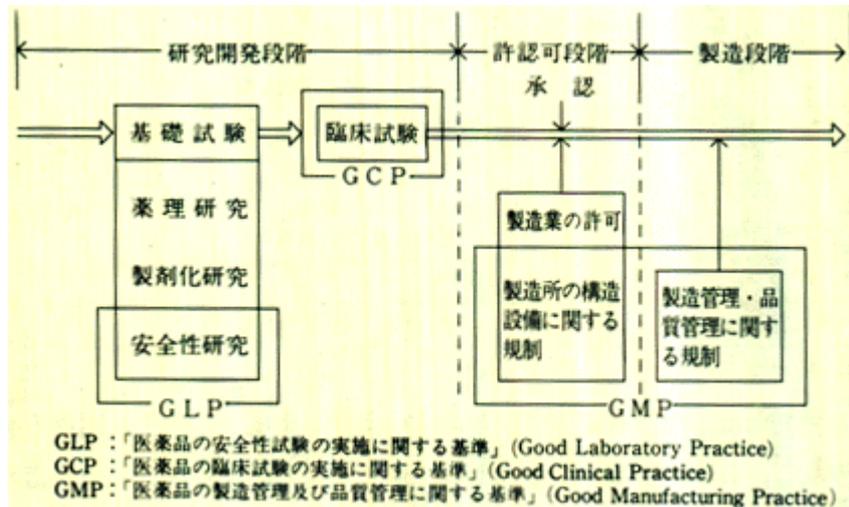
1 医薬品等の有効性及び安全性の確保

有効で安全な優れた医薬品,医療機器等を安定的に供給するため,その製造,輸入の承認に当たっては,毒性,臨床試験成績等の各種実験データに基づく厳格な審査を行っている。特に,医薬品の臨床試験については,倫理的,科学的に実施されるよう,治験に携わる医療機関,医師,企業等が遵守すべきルールとして,「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月から実施している。

GCP(医薬品の臨床試験の実施に関する基準)

医薬品の製造(輸入)承認申請の際に提出すべき資料収集のために実施される臨床試験(治験)は,医薬品の有効性及び安全性を評価する上で極めて重要である。一方,この臨床試験は,人を対象とするものであることから,十分な倫理的配慮の下に科学的に適正に実施される必要がある。GCP(Good Clinical Practice)は,臨床試験の実施に関する遵守事項を定め,被験者の人権保護及び試験成績の信頼性確保を目的とする基準である。同基準の骨子は,次のとおりである。

- 1) 治験を実施する際には,治験を実施する医療機関と治験依頼者である企業とが,組織間で文書をもって契約する。
- 2) 治験を実施する医療機関に治験審査委員会を設置し,治験の実施の妥当性及び被験者の治験参加の同意が適切に得られていることの確認等を行う。
- 3) 治験担当医師は,被験者に治験の内容を説明した上で,自由意思による治験参加の同意を得る。
- 4) 各種報告書,記録,生データ等について,一定期間保存する。



厚生白書(平成2年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 厚生行政の動き

第2章 適正な国民医療の確保

第3節 安全な医療品等の安定的供給

2 血液事業の展開

血液製剤には、輸血用製剤(全血製剤及び血液成分製剤)と血漿分画製剤(血液凝固因子製剤,アルブミン製剤,免疫グロブリン製剤)があり,前者はすべて献血血液を用い日本赤十字社により供給されている。しかしながら,後者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わずか10%程度と低く,90%程度をアメリカの売血に依存せざるを得ない状況にある。このため,倫理性,安全性,安定供給の観点から,血漿分画製剤についても献血血液による国内自給の確立が懸案とされており,「新血液事業推進検討委員会」の報告に基づき事業の推進を図ることとしている。

各国の血液輸入依存状況

各国の血液輸入依存状況

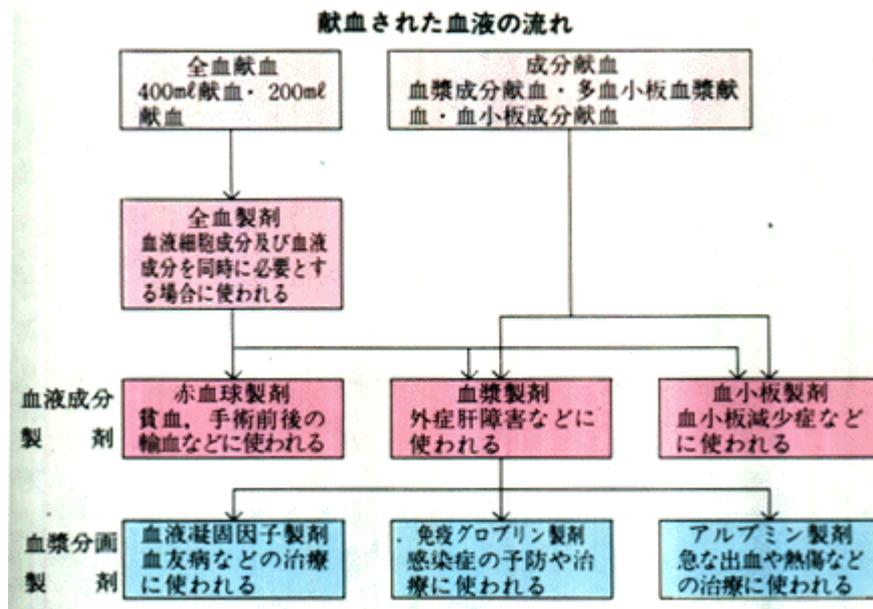
国名	主な輸入先国	輸入製剤	依存率
日本	アメリカ	アルブミン 凝固因子製剤	91% 91%
アメリカ	スイス 旧西ドイツ	濃厚赤血球	3%程度
イギリス	アメリカ	凝固因子製剤 アルブミン	30%程度 10% #
旧西ドイツ	アメリカ	アルブミン	50%程度
スイス	旧西ドイツ アメリカ	第Ⅷ凝固因子製剤	40%から50%程度
スウェーデン	旧西ドイツ アメリカ	原則自給自足だが、フリーマーケットのため一部輸入製品がある	
フランス	—	100%自給	
オーストラリア	—	100%自給	

資料：厚生省調べ

具体的には,血液凝固因子製剤については,平成3年度中に国内自給を確立し,日本赤十字社において製造供給を一元的に行うことを目標として事業を推進しており,そのため,成分献血の飛躍的推進等により都道府県別の原料血漿確保目標量の完全達成を目指すとともに,北海道千歳市に血液凝固因子棟(血液凝固因子製剤の製造施設)の整備を進めている。また,アルブミン製剤及び免疫グロブリン製剤については,段階的に自給率を高めることとし,日本赤十字社の能力を超える分は,民間企業に委託して両製剤の製造供給を行うこととしている。

しかしながら,これらの事業を円滑に進めるためには,成分献血を中心とした献血への国民の理解と参加が欠かせないことであり,地域の実情に応じた効果的な献血運動をこれまで以上に強力に推進する必要がある。

献血された血液の流れ



第1編

第2部 厚生行政の動き

第2章 適正な国民医療の確保

第3節 安全な医療品等の安定的供給

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い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の専門性を発揮し、より質の高い医療を目指すものであり、日本以外の先進国ではすべて実施されている。

医薬分業の利点

医薬分業の利点は、薬局において薬剤師が薬学的知見に基づき、患者の医薬品服用の記録をとること(薬歴管理)により、複数の薬物の相互作用の発生を予測し回避できること、薬について薬剤師から十分な説明を受けられること、医師が手持ちの医薬品に縛られず患者に最も適した医薬品を処方できること、患者の薬の待ち時間が短縮できることなどである。しかし、これら医薬分業の利点は、地域の多くの薬局が処方せんを応需する面分業の体制でなければ十分得られないものであり、今後、地域医療のなかで医薬分業をとらえ、地域の実情、住民の需要を考慮した推進を図ることが必要である。

しかしながら、我が国では、国民の、医師から薬をもらうことへの慣れ、薬局の医薬品備蓄等受入体制の未整備などから1割強程度しか実施されていない。

このため、厚生省では、従来から医薬分業の推進に取り組んできたが、平成2年度から新たに在宅老人医薬品使用安全対策特別事業を開始した。同事業は慢性疾患等により使用される医薬品の量、種類が多く、加齢による生理機能の低下により副作用が出やすくなる状態にある高齢者に対し、地域の薬局が一体となって薬歴管理、服薬指導を充実させるものである。また、2年4月からは、日本薬剤師会による基準薬局の認定制度が創設された。

薬歴管理

薬歴(薬剤服用歴)とは、患者ごとに作成された医薬品に関する服用記録のことである。これには薬剤による副作用歴や処方医への疑義照会の要点(重複投薬、服薬上の問題点等)、患者への指導事項等も記載される。薬歴を連続して記載することにより、使用された薬剤やその量を正確に把握することができ、患者のかけもち受診による薬剤の重複投薬や過去に副作用のあった薬剤の投与

等を未然に防止できる。このように、薬歴を管理することで、1枚の処方せんに基づいて行う調剤に比べ、個々の患者に応じたよりの確で安全な、質の高い調剤や服薬指導を行うことが可能となる。

基準薬局

基準薬局とは、地域医療の質的向上に貢献することを主目的として、地域の住民・患者が使用する医薬品について重複投薬や相互作用の有無等を調べ薬学的立場から適切な指導助言を行い、一般用医薬品の適切な供給及び迅速的確な処方せん応需等を実践する薬局として、各都道府県の薬剤師会が個別に認定した薬局のことである。

本認定制度は、平成2年4月にスタートし、平成3年1月現在、全国で約7,000の薬局が認定を受けている。



(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 厚生行政の動き

第2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) 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感染症死亡率は低下したが、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、糖尿病、肝疾患等の成人病が増加している。このため、予防、治療、リハビリテーション等を含めた成人病の総合対策の確立に向けて、平成2年11月、公衆衛生審議会に新たに成人病難病対策部会を設置し、検討を進めている。

ア がん対策

がん対策については、研究面についても、昭和58年に策定された「対がん10か年総合戦略」に基づき、がんの本態解明についての研究が推進され成果を上げている。

平成2年6月に発表された「第5次悪性新生物実態調査」では、がん患者の高齢化とともに、胃がん、子宮がんの減少に対して、乳がん、肺がんが増加する、がんの欧米化が報告されている。今後はこうした動向に沿った、より効果的ながん対策を進める必要がある。

イ 循環器疾患対策

循環器疾患、とりわけ脳卒中については、死亡者そのものは減少傾向にあるものの、高齢化とあいまって患者数はむしろ増加傾向にある。特に、我が国のねたきり老人は脳卒中をその原因とするケースが多いことから、高齢社会を迎えてねたきり老人対策を適切に講じていくためにも、脳卒中有病状況調査を行い、実態を正確に把握することが必要となっている。

ウ その他の成人病対策

平成2年度においては、新たにリウマチについて調査研究を開始するとともに、引き続き糖尿病調査研究を推進するなど、これら疾病に対する対策を一層強化することとしている。

また、小児期から成人病を予防していくための総合的な対策を確立、推進することを目的として、平成2年度より「小児期からの成人病予防に関する研究」を実施している。

(2) 臓器移植の推進

ア 腎移植

腎不全対策については、予防対策、人工透析に加えて、腎移植等の医療対策の推進を図っている。

平成2年度においては、新たに地方腎移植センター、救命救急センター等に腎移植推進員を配置し、腎提供についての連絡調整等の業務を行うこととしたも、今後は、地域により死体腎移植を行っていないところもあることから、全国的な慢性腎不全患者の腎移植の推進を図るため、腎バンク、都道府県腎移植推進・情報センター、腎移植推進員の設置、拡充を図っていくこととしている。

イ 骨髄移植

近年、主に白血病や重症再生不良性貧血の治療として骨髄移植が行われるようになってきており、年々移植数も増えている。

こうしたなか、厚生省の「骨髄バンク組織に関する研究班」が、平成年11月に報告書を提出し、骨髄バンクの具体的な組織、管理、運営方法について提言を行った。現在、この報告を受けて、平成3年度中には日本赤十字社の協力を得て骨髄データバンク事業が実施されるよう、骨髄提供者に対する補償体制等の具体的な内容について検討を行っている。

(3) 感染症対策

ア エイズ対策

エイズ対策については、感染源把握や二次感染防止のため、「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」に基づき、プライバシーの保護を前提とした医師によるエイズウイルス感染者の報告等が行われている。

また、国民がエイズに対する正しい知識をもち感染の危機を回避することが基本であることから、政府広報等を通じた積極的な啓発活動を展開している。

イ 肝炎対策

我が国の肝炎患者は急性、慢性合わせて200万人に及ぶとも推定されている。特に慢性肝炎については、その多くが、病因が未解明で予防法が未確立である非A非B型肝炎ウイルス(C型が大半)が原因となっていることから、非A非B型肝炎についての研究を推進している。

(4) 老人性痴呆疾患対策

老人性痴呆疾患対策としては、保健所において相談事業や訪問指導を行っているほか、専門医療相談、治療方針の選定、救急対応を行う老人性痴呆疾患センターや精神症状や問題行動の著しい者について短期集中的に治療を行う老人性痴呆疾患治療病棟の整備を進めている。また、医師、保健婦等を対象に、在宅で介護する家族の支援と地域における適切な痴呆性老人の処遇を図るための研修を行っている。

第1編

第2部 厚生行政の動き

第2章 適正な国民医療の確保

第4節 疾病対策

2 原藤被爆者対策

原爆被爆者は現在35万人に及ぶが、放射線による健康障害という特別の状態に着目して、医療の給付、諸手当の支給等被爆者の実態に即した対策を講じている。

また、平成2年5月には、原爆死没者の実態をより明らかにし、後世に伝えることを目的とした原爆被爆者実態調査(死没者調査)の結果を発表した([昭和60年度原子爆弾被爆者実験調査(死没者調査)結果の概要]参照)。
