

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第1節 医療制度を取り巻く状況と最近の動き

1 医療制度を取り巻く状況

1961（昭和36）年に国民皆保険制度が実現してから、40年近くが経過した。その間、患者による医療機関の自由選択（フリーアクセス）の確保とともに、医療保険制度の充実によって、国民一人一人が等しく質の高い医療が受けられるようになったことは、我が国の誇りうる成果である。

しかし、近年、急速な人口の高齢化や医療の高度化等により、医療費が増加する一方で、経済基調の変化に伴い、医療費の伸びと経済成長との間の不均衡が拡大してきている。今後の我が国の経済については、かつてのような高成長は期待し難く、このような不均衡が拡大していくと、医療費を賄うための国民の負担、特に若年世代の負担が高まり、国民皆保険制度そのものに対する信頼が失われるおそれもある。

また、就業構造や社会構造の変化に伴って、各医療保険制度の加入者の構成も大きく変化してきている。制度間の加入者構成の違いを踏まえながら、今後、高齢化に伴い増加していく老人医療費をどのように公平に負担し合っていくのか、また、どのように医療費の増加を穏当なものにしていくかが、大きな課題となっている。

これらの課題を克服し、21世紀の本格的な少子高齢社会においても、信頼できる安定した医療保険制度を堅持していくためには、医療提供体制を含め、制度全般にわたる抜本的な改革を実現することが必要である。

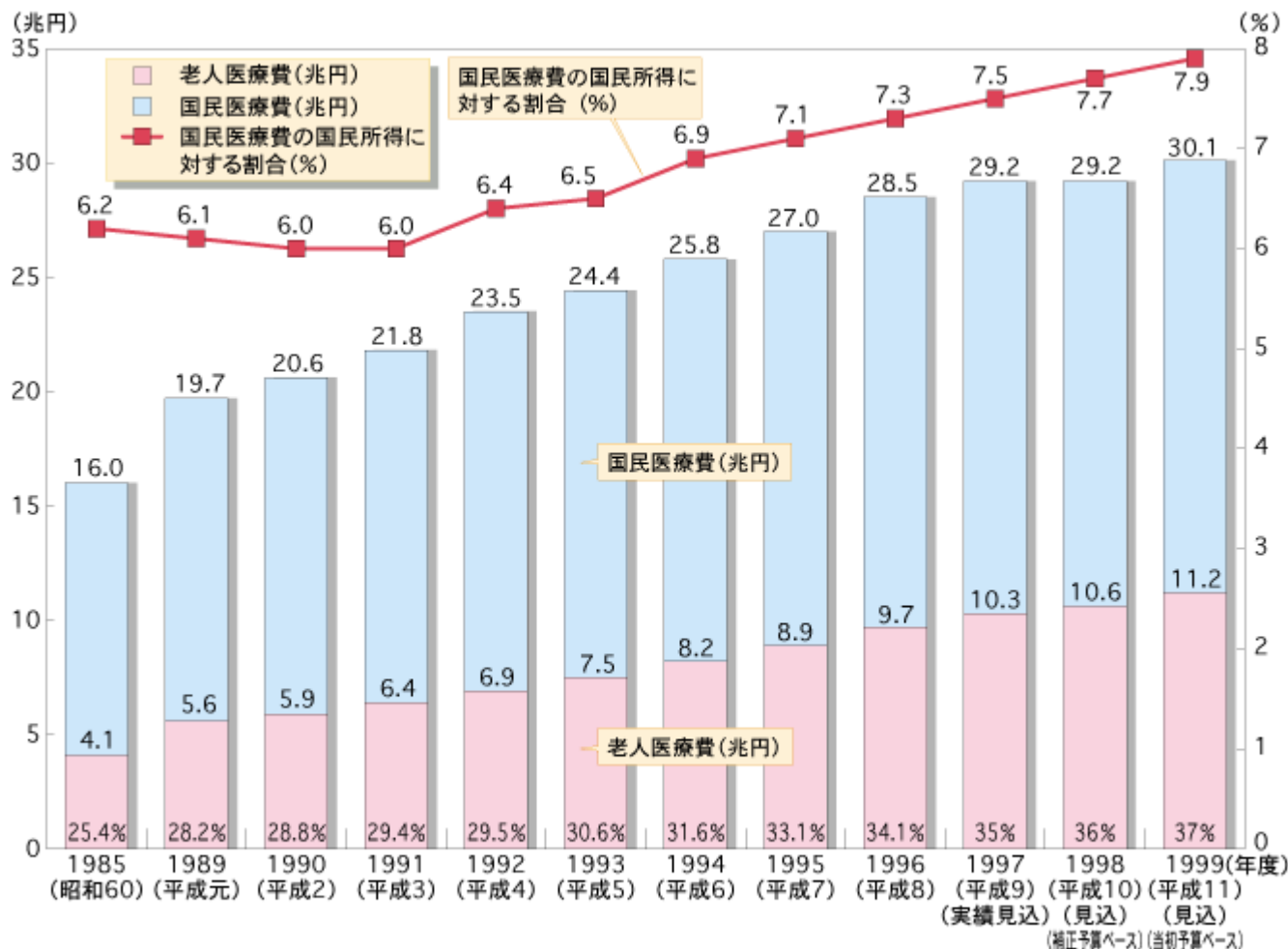
(1) 医療費の状況

近年の国民医療費の動向について、1992（平成4）年度から1996（平成8）年度までの実績をみると、平均で毎年度5%程度の伸び率、金額にして約1兆3,000億円程度の規模で増加を続けており、1996年度の国民医療費は28.5兆円となっている。なかでも老人医療費は、急速な高齢化の進行に伴い、毎年9%前後の伸びを示しており、同年度には9.7兆円と国民医療費の約3分の1を占めている。

なお、国民医療費は、1997（平成9）年度の実績見込みでは29.2兆円（対前年度2.2%の伸び）、1998（平成10）年度では29.2兆円（1998年度補正予算ベース、対前年度0.2%の伸び）となっている。これは、患者一部負担の引上げ等を内容とする1997年の健康保険法等の改正の影響もあり、伸び率が一時的に落ちたことによるものである。しかし、1999（平成11）年度には、30.1兆円（1999年度当初予算ベース、対前年度3.0%の伸び）と、初めて30兆円を超えるものと見込まれている。

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. 1997年度は実績見込, 1998, 1999年度は見込である。そのためこれらに係る諸率は今後変わる場合がある。

(2) 医療保険財政の状況

このように、国民医療費が急速な高齢化等により増加を続ける一方で、近年は経済基調の低迷により、国民所得の伸びが低水準で推移しているため、国民医療費の伸び率が国民所得の伸び率を上回る状況が続いている。特に、現在、健康保険や国民健康保険などの各保険者は老人医療費を支えるため、老人保健制度に対し、老人保健拠出金を拠出しているが、老人医療費の増加に伴い、各保険者の支出に占める老人保健拠出金の負担の割合は年々増加しており、現在では、各医療保険者の支出の約3割を占めている。一方、最近の深刻な経済状況の下、保険料収入は伸び悩み、医療保険各制度の財政状況は極めて厳しい状況にある。

こうした状況から、政府管掌健康保険の1997(平成9)年度の単年度収支は950億円の赤字であり、1993(平成5)年度から5年度連続の赤字決算となっている。

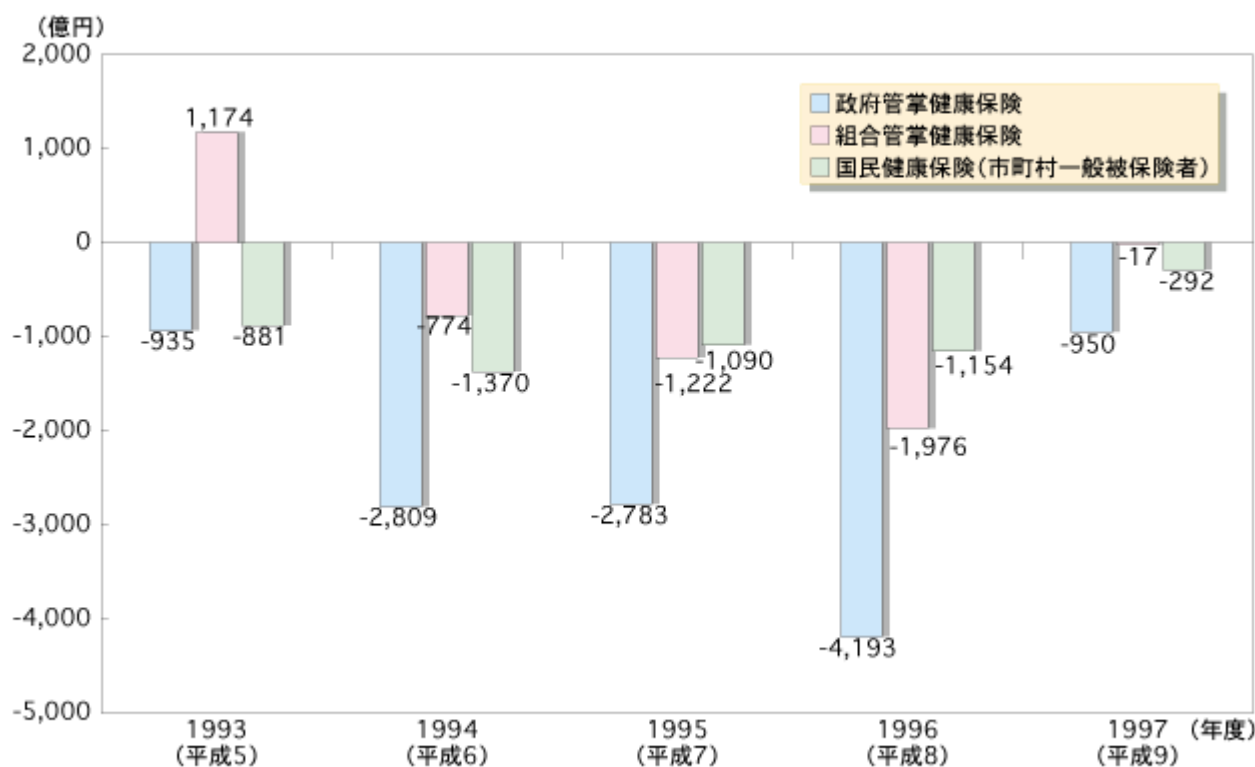
組合管掌健康保険については、1997年度決算見込みで全組合の55.2%に相当する1,001組合が依然として赤字となっており、健康保険組合全体の経常収支も、17億円の赤字となっている。

国民健康保険についても、1997(平成9)年度の単年度経常収支についてみると、全体の47.5%に相当する1,543市町村保険者が赤字となっており、全体の収支は292億円の赤字となっている。

全体的に、1997年の健康保険法等の改正により、当面の危機的な状況は回避したとはいえ、医療費増加傾向が法改正前の状態に戻りつつあること等もあり、今後とも厳しい状況が続くものと思われる。

図3-1-2 医療保険各制度の財政状況

図3-1-2 医療保険各制度の財政状況



資料：厚生省保険局調べ、社会保険庁調べ

(3) 医療提供体制の状況

急速な高齢化の進展を始め、近年の医療を取り巻く環境の変化の中で、例えば、社会的入院の存在、国際的にも長いといわれる入院期間、大病院の外来の待ち時間の長さに対する患者の不満、医療従事者の地域偏在などの問題が指摘されている。

今後、質の高い医療の確保と医療保険制度の安定的運営との調和を図っていくためには、医療機関の機能分担の明確化、患者の病態に応じた入院医療の提供、医師数の適正化などを通じて、医療需要に見合った適正かつ効率的な医療提供体制の確立が求められている。

また、質の高い医療を確保するためには、医療従事者の資質の向上を図るとともに、患者の立場を重視し、患者と医療従事者との信頼関係を維持しながら、医療に関する情報提供の推進を図っていくことが大きな課題となっている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第1節 医療制度を取り巻く状況と最近の動き

2 医療制度をめぐる最近の動き

(1) 医療制度の抜本改革の検討に至る経緯

1996(平成8)年11月、現在の医療保険福祉審議会の前身である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が取りまとめられた。これを踏まえ、1997(平成9)年6月、制度の抜本改革に取り組むことを前提に、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、患者負担の引上げや薬剤に対する患者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。

一方、1996年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)が設置され、医療制度の抜本改革に向けて本格的な議論が開始された。1997年4月には、健康保険法等の改正法案を国会に提出するに当たり、与党協において「医療保険制度改革の基本方針」が取りまとめられた。

1997年6月、健康保険法等の一部改正法が成立したが、国会における審議では、医療制度について早急に抜本的な改革の基本的な方針や内容を提示するべき、と重ねて指摘された。これを受け、厚生省では同年8月7日に「21世紀の医療保険制度」(厚生省案)を取りまとめ、さらに、与党協では各方面の意見を踏まえ、同年8月29日に「21世紀の国民医療」(与党協案)を取りまとめた。この中で、抜本改革は2000(平成12)年度を目途とし、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。

また、1997年12月に公布された「財政構造改革の推進に関する特別措置法」では、2000年度までのできるだけ早い時期に医療保険制度等の抜本的な改革を検討し、必要な措置を講ずることとされた。

(2) 国民健康保険法等の改正

一方、医療保険制度等の抜本改革が行われるまでの間においても、現行制度の枠内において、各医療保険の保険者間における老人医療費拠出金の負担の見直しを図るとともに、医療費の適正化等に資するための措置を講ずることを内容とする、国民健康保険法等の一部改正法が、1998(平成10)年6月に成立した。本法においては、市町村国民健康保険の保険者において、加入者に占める退職者の割合や老人加入率が増加していることにかんがみ、抜本改革までの間、退職被保険者等に係る老人医療費拠出金の2分の1を退職者医療制度を通じて被用者保険が負担するとともに、老人医療費拠出金の算定に用いる老人加入率の上限を25%から30%に引き上げることとされた。また、医療保険制度に対する信頼の確保と医療費の適正化を図るため、1)保険医療機関の指定及び保険医の登録の取消しが行われた場合に再指定等を行わないことができる期間を延長すること、2)診療報酬の不正請求に係る返還金に対する加算金の割合を引き上げること、3)病床過剰地域内の病院について、医療法に基づく勧告に従わない場合等には、都道府県知事は、病床の全部または一部について保険医療機関の指定等を行わないことができることが規定された。

厚生白書(平成11年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第2節 医療保険制度の抜本改革

1 抜本改革の検討

現在、厚生省においては、医療保険制度全般にわたる総合的、抜本的な見直しという観点から、2000（平成12）年度からの改革の実施を目指し、次のような事項について検討を進めている。なお、これらの事項は相互に関連するものであり、一体的に検討を行っている。

(1) 診療報酬体系の見直し

現在の診療報酬体系は、1958（昭和33）年に導入されたものであるが、急性期疾患が多いという当時の疾病状況を背景に組み立てられたものであり、慢性疾患が増加している現在の疾病状況に合わなくなっている。また、出来高払いを原則としているため、過剰診療等の問題が生じているとの指摘もある。さらに、導入当時は診療所における医師個人による診療が中心であったこともあり、医療における病院の比重が高まった現在において、医療機関の機能を全体として適切に評価する仕組みには十分になっていない。このため、疾病構造の変化等を踏まえ、疾病の特性や医療機関の機能に応じた評価を行うべきであると指摘されている。

このため、医療保険福祉審議会の制度企画部会において、1997（平成9）年11月から、医療機関の機能に応じた評価、疾病の特性に応じた定額払いの導入等、診療報酬の見直しに関する基本的枠組みについて検討を開始した。1999（平成11）年1月13日には、制度企画部会の下に設けられた「診療報酬体系見直し作業委員会」の報告書が制度企画部会に提出された。その後、制度企画部会において、当報告書を中心に審議を重ね、同年4月16日に意見書「診療報酬体系のあり方について」を取りまとめた。今後は、意見書を踏まえ、中央社会保険医療協議会において、診療報酬体系の具体的なあり方について検討を行っていく予定である。

(2) 薬価制度の見直し

現行の薬価基準制度については、薬価差（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剤の価格との差）等に起因して、1)価格の高い薬剤が使用されたり、薬剤が不必要に多用される誘因の強い仕組みであること、2)薬価差が大きく開発が容易な新規性の乏しい新薬に研究開発が偏重する誘因が強いこと、3)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、等が指摘されている。

このため、制度企画部会では、1998（平成10）年1月から薬価制度の見直しに関する検討を開始し、同年10月23日には制度企画部会の下に設けられた「薬価基準制度の見直しに関する作業チーム」の報告書が制度企画部会に提出された。その後、当報告書を素材として、審議や関係団体からの意見聴取を行い、1999年1月7日に意見書「薬剤給付のあり方について」を取りまとめた。意見書では、現行の薬価基準制度を廃止し、医薬品のグループごとに市場実勢価格に基づき医療保険から給付する基準額を定める制度（薬剤定価・給付基準額制）の導入を提案している。なお、同制度について反対する意見も併記された。

自民党医療基本問題調査会・社会部会合同会議においても、薬価制度について、薬剤定価・給付基準額制度を含め、複数の案をもとに検討を行っていたが、1999（平成11）年4月には、薬価差の解消を目指

すとともに、薬価差に依存する医療機関経営からの脱却のために技術料の適切な評価を通じて経営の安定化を図る、等の方針で薬剤定価・給付基準額制度等とは別の、第三の改革案を取りまとめていくこととされた。

今後、厚生省では、与党と協議しながら具体的な制度改正案を検討することとしている。

表3-2-1 「薬剤給付のあり方について」の概要

表3-2-1 「薬剤給付のあり方について」の概要

<p>1 現行制度の問題点</p> <p>薬価基準制度を中心とする現在の薬剤給付の仕組みが有する以下のような構造上の問題の解消が必要。</p> <ul style="list-style-type: none">・医療現場で高薬価シフトや薬剤の不必要な多用等が発生しやすい仕組み・企業の研究開発が、薬価差が比較的大きく開発が容易なゾロ新に偏重しやすい仕組み・薬剤に関する情報やコスト意識の不足により、患者は多剤投与等を安易に受容
<p>2 見直しの基本的視点</p> <ul style="list-style-type: none">・同等の効果があればより安価な薬剤の使用を促進・質と価格により薬剤が選択される健全な薬剤の市場の形成・有用性の高い薬剤の研究開発の促進と産業の育成
<p>3 見直しの具体的方向</p> <p>(1) 薬剤の分類と情報提供</p> <p>薬効・薬理作用などにより薬をグループ化した上で、そのグループや品質、価格情報を容易に入手できる情報提供システムを確立することが必要</p> <p>(2) より安価な薬剤の選択を促進する保険給付の仕組み</p> <p>以下の仕組みが現実的かつ実施すべき案として多数の委員が賛成</p> <p>(薬剤定価・給付基準額制)</p> <ul style="list-style-type: none">○ 薬剤のグループごとに給付基準額を設定し、低価格の薬の使用を促進<ul style="list-style-type: none">・薬剤のグループごとに給付基準額を設定・製薬企業の主体的判断により個々の薬ごとに設定される薬剤定価が、給付基準額を上回る場合には超過部分は全額自己負担。その他は定率負担○ 画期的新薬、希少疾病用医薬品等や有用性の高い改良型新薬には、配慮<ul style="list-style-type: none">・給付基準額を設定しない等の配慮を一定期間行うことにより、国民医療の向上にとって有用性の高い薬剤の研究開発を促進

(3) 高齢者医療制度の見直し

老人(70歳以上)の1人当たり医療費は、若年者(70歳未満)の1人当たり医療費の5倍となっており、高齢化の進展等に伴い、老人医療費は急速に増加している。老人医療費は既に国民医療費の3分の1を占めているが、2025(平成37)年頃には国民医療費の2分の1にまで達することが予想されている。現行制度の下で、このような状況が続くと、若年世代にとって、老人医療費に係る負担が更に増大することが見込まれる。老人医療費を国民全体で公平に負担するためには、老人医療費の効率化を進めるとともに、若年者と高齢者の負担の均衡を図る必要がある。

また、現行の老人保健制度については、1)医療保険の各保険者が拠出している老人保健拠出金の負担増が各保険者の運営の圧迫要因となっていること、2)現行の老人保健拠出金の算定方式は、各保険者間の公平な負担という点で問題が残ること、3)老人医療費の給付主体は市町村であるが、その費用は老人保健拠出金という形で各保険者の負担となるため、財政・

運営責任が曖昧になりがちであること、4)若い頃からの健康管理等の重要性が高まっているにもかかわらず、これに十分対応できていないこと等の指摘がある。

このため、制度企画部会では、1998(平成10)年5月から高齢者医療制度等に関する検討を行い、同年11月9日に意見書「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」を取りまとめた。意見書では、寝たきり等にならないで健康に生活できる期間、すなわち健康寿命を重視した予防施策や高齢者にふさわしい保健医療を実現するとともに、新たな高齢者医療制度の姿として、高齢者全体の医療を他の医療から区分し独立した仕組みとすべきとする考え方と、被用者保険・国民健康保険のグループごとに高齢者の医療費を負担すべきとする考え方の2つの方向が示された。

表3-2-2 国民医療費の将来推計(1997(平成9)年推計)

表3-2-2 国民医療費の将来推計(1997(平成9)年推計)

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 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第2節 医療保険制度の抜本改革

2 高齢者の薬剤一部負担に関する臨時特例措置

1997（平成9）年の健康保険法等の改正により、外来の薬剤に対する患者一部負担が導入されたが、1998年12月末、1999（平成11）年度予算編成過程における政府・与党の検討の中で、現下の厳しい経済状況等を総合的に勘案し、医療保険制度の抜本改革までの応急的な措置として、同年度において、高齢者の薬剤一部負担金を国が代わって支払うことを内容とする臨時特例措置を講ずることとした（同年7月より実施予定）。

なお、当該措置に伴う各保険者の財政への影響については、保険料負担の増加を招くことのないよう、国において確実に所要の措置を講ずることとしている。

表3-2-3 「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」の概要

表3-2-3 「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」の概要

<p>1 高齢者に関する新たな保健医療制度が求められる背景</p> <ul style="list-style-type: none">○高齢者を取り巻く社会経済環境の変化の中で、現行老人保健制度に対する次のような指摘を踏まえ、高齢者に関する新たな保健医療制度の創設が喫緊の課題<ul style="list-style-type: none">・高齢者の1人当たり医療費が若年者に比べ著しく高いこと・老人保健拠出金の負担増が各保険者の運営の圧迫要因となっていること・70歳以上の老人加入率を用いた拠出金算定方法が不完全であること・給付主体と費用負担の主体が異なるため、財政・運営責任が曖昧なこと・若いころからの健康管理等の重要性が高まっていること
<p>2 高齢社会にふさわしい保健医療を実現するために</p> <p>(1) 高齢者にふさわしい医療とは</p> <ul style="list-style-type: none">○人としての尊厳を保ち、高齢者自身の立場に立った望ましい医療<ul style="list-style-type: none">・高齢者の特性を踏まえた全人的・包括的な医療・その人らしく人生を完結できるよう、個人の意志を尊重する考え方を重視・自立を助け、生活の質の維持・向上を図る医療・医療費の無駄や非効率の是正が高齢者の医療の質の確保にとって不可欠の条件 <p>(2) 健やかな長寿を目指して</p> <ul style="list-style-type: none">○単なる寿命の延長でなく健康寿命を重視すべき<ul style="list-style-type: none">・生活習慣病の予防、早期発見・早期治療、リハビリテーションの充実・健康管理・健康増進は自己判断と自己責任で行うことを基本とし、行政がそれを支援
<p>3 高齢者医療の公平かつ安定的な費用負担のために</p> <ul style="list-style-type: none">○望ましい医療の実現のためには、費用負担の仕組みを国民の納得のいくものにすることが不可欠○そのためには、高齢者の医療費の適正化・効率化を前提に、次のような観点に立って、新たな費用負担の仕組みを構築すべき<ul style="list-style-type: none">・高齢者にふさわしい医療の効率的な提供

- ・費用の公平な分担
- ・国民にとってわかりやすい簡素かつ透明な仕組み

4 高齢者に関する新たな保健医療制度の設計

(1) 生活の質を重視した保健医療の実現

- ・生活習慣病の一次予防を重視した「健康日本21計画」の策定・実施
- ・加齢に対応した健康診査や食事・運動等に重点を置いた保健・予防活動の展開
- ・プライマリ・ケアの重視とかかりつけ医・歯科医機能の支援
- ・介護サービスなどとの連携による在宅医療・地域ケアの充実
- ・薬剤の過剰投与・長期入院・行き過ぎた延命治療などの是正

(2) 新たな制度の基本的な枠組みについて

1) 高齢者全体の医療を他の医療から区分し独立した仕組みとすべきとする考え方

- ＜趣旨＞・若年者との医療内容・疾病の発生日合いなどの相違
- ・公費負担などの重点的な投入のわかりやすさ

＜反論＞・疾病の発生日合いが違う者を広く加入させるという社会保険の趣旨に反し、世代間の対立を招くおそれ

- ・被用者保険グループと国保グループの高齢者との所得形態の相違のため、高齢者の保険料負担に不公平が発生
- ・保険者をどうするかについての関係者の合意が困難

2) 被用者保険・国保グループごとに高齢者の医療費を負担すべきとする考え方

＜趣旨＞・グループ間の所得形態・所得捕捉の実態の相違

- ・グループ内の高齢者・若年者の連帯感・一体感を重視
- ・被用者保険グループについては、高齢者を対象とする全国統一的な社会保険の仕組みが必要
- ・制度間の年齢構成、所得水準の格差による高齢者医療の費用負担の不均衡の是正が必要

【グループ間の費用負担の不均衡を専ら公費の投入により是正】

＜趣旨＞・グループ間に所得捕捉の格差があることなどから、専ら公費の投入により負担の不均衡を是正

【グループ間の費用負担の不均衡を年齢や所得に着目して積極的に是正】

＜趣旨＞・グループ間の年齢や所得の相違に着目し、より積極的に負担の不均衡を是正

- 対象年齢については、65歳以上、70歳以上（現行どおり）、75歳以上、あるいは老齢年金受給開始年齢という考え方
- 患者一部負担については、定率1割負担とすべき、対象となる高齢者の範囲を75歳以上とし、保険料と患者一部負担を併せて1割程度とすべき、との考え方
- 今後、政府において、数量的側面・実務的側面も十分勘案した具体的な制度案の作成に努めるべき。制度企画部会では、その具体案を待って、引き続き検討

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

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

急速な少子高齢化の進展や慢性期疾患中心の疾病構造への変化など、医療を取り巻く環境が変化する中で、良質でかつ適切な医療を効率的に提供していくことが重要な課題となっている。また、質の高い医療を確保するためには、患者の立場に立った医療機関からの積極的な情報提供を促進することが一層求められている。

このような状況を踏まえ、「21世紀の入院医療のあり方に関する検討会」、「必要病床数等に関する検討会」及び「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」において検討が行われ、1998（平成10）年の夏にそれぞれ報告書が取りまとめられた。さらに、これらの報告書を踏まえて、同年9月末より医療審議会において、1)入院医療を提供する体制の整備、2)医療における情報提供の推進等について審議が行われている。

各報告書の概要は次のとおりである。

1) 「21世紀に向けての入院医療のあり方に関する検討会」報告書（1998年7月）の概要

病院は、患者の要望に的確に応えつつ、患者の状態にふさわしい医療を効率的に提供していけるような管理・運営が必要とされており、一般病床について、その機能を明確化した上で、それにふさわしい人員配置基準と構造設備基準を設定する。

一般病床を「急性期病床」と「慢性期病床」に区分する。

急性期病床・・・

主として、急性期医療を必要とする患者（急性増悪を含む発症間もない患者）または亜急性期医療を必要とする患者（病状が不安定で回復期にある患者）に対し一定期間の集中的な医療を提供して、患者の状態の改善を図る病床

慢性期病床・・・

主として、慢性期医療を必要とする患者（病状は安定し、疾病と障害を抱えている患者）に対し長期間にわたる医療を提供する病床

人員配置基準については、急性期病床は、現行の一般病床の基準を参考としながら設定し、慢性期病床は、療養型病床群の基準を踏襲し設定することが必要である。

構造設備基準については、規制緩和の観点から基本的に見直すことが必要である。その上で、急性期病床は一般病床の構造設備基準を、慢性期病床は療養型病床群の構造設備を踏襲し設定する。

2) 「必要病床数等に関する検討会」報告書(1998年7月)の概要

第3次医療法改正により、医療計画の記載事項が見直されたことから必要病床数の性格について、再検討が必要である。

急性期病床については、現在の平均在院日数の短縮化が促進され、慢性期病床については、治療の効果や療養環境の充実等による長期入院の改善が図られる。

必要病床数の地域間格差の是正に当たっては、現行のブロック単位の考え方を改め最終的な目標として全国統一とすることが適切である。

必要病床数の算定方式について、急性期病床は入院件数及び平均在院日数を用いる算定方式とする。また、全体の必要病床数から、急性期病床の必要病床数を引いた数を慢性期病床の必要病床数とすることが適切と考えられる。

3) 「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」報告書(1998年6月)の概要

診療情報の提供が必要な理由としては、第一に医療従事者と患者の信頼関係の強化、情報の共有化による医療の質の向上、第二に個人情報の自己コントロールが考えられる。

診療情報の提供は、患者に対する説明の一環として、患者の求めがなくとも行うべきであり、また、患者が説明とは別に診療記録の開示を求めた場合には、基本的に医療従事者はその要請に応じるべきである。

診療情報は個人情報であり、本人以外の対象者の範囲は厳格に考えるべきである。また、治療効果に悪影響がある場合には、診療情報の提供を留保することもやむを得ない。

診療情報の提供がその趣旨に即して行われるためには、医療活動の記録が患者に理解しやすい形で適切に作成され、かつ、適正に管理されることが前提である。また、電子カルテ等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、今後一層推進していくべきである。

診療情報の提供を積極的に推進するため、法律上診療情報の開示義務を定めることには大きな意義がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第3節 新しい時代の医療サービス

2 末期医療患者の生活の質の向上

末期医療に対する国民の意識の変化、国民と医療従事者の意識の格差の現状の把握を行い、我が国にふさわしい末期医療のあり方について検討するために、「末期医療に関する意識調査等検討会」は、1998（平成10）年1月から3月にかけて、1993（平成5）年に一般国民を対象に行った調査と同様の調査（アンケート方式）が、今回は医療従事者も対象に加えて行った。

今回の調査結果は、おおむね前回の調査結果と同様であり、1993年から1998年にかけて末期医療における国民の意識にはほとんど変化がないことが確認された。すなわち、末期医療に対する関心が高いこと、多くの人単なる延命医療をやめて苦痛などの症状の緩和を望んでいること、リビング・ウィル（文書による生前の意思表示）に対しては法制化を望む人は少なく、安楽死を容認する人は少ないといったことなどが確認された。

こうした結果を踏まえて、1998年6月に同検討会において報告書が取りまとめられ、今後の末期医療に対する取組みとして、末期医療に関わる人材の育成、緩和ケア病棟などの入院医療や在宅における末期医療の充実など療養環境の整備が必要であるという提言が行われた。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第3節 新しい時代の医療サービス

3 医療サービスを担う人材の確保と資質の向上

良質かつ適切な医療サービスが提供されるためには、医療従事者の確保と資質の向上が重要な課題であり、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となっている。

医師・歯科医師の数の適正化については、1998（平成10）年5月に、「医師の需給に関する検討会」及び「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、需給バランスの必要性が提言されている。また、医師・歯科医師の卒後臨床研修の一層の充実が求められていることから、現在、医療関係者審議会医師臨床研修部会及び歯科医師臨床研修部会において、努力義務である医師・歯科医師の臨床研修の必修化に関する検討が行われている。また、必修化を含めた医師の卒後臨床研修の改善・充実については、文部省・厚生省・関係者からなる「医師の卒後臨床研修に関する協議会」において議論が行われている。

薬剤師については、調剤技術の進歩、服薬指導や薬歴管理などの病棟業務の増大という状況を踏まえ、病院において適切な数が確保されるよう見直しが図られたところである。また、1994（平成6）年6月の「薬剤師養成問題検討委員会」の最終報告において、薬剤師国家試験の受験資格を6か月以上の実務実習を含め、6年の教育を受けたものとするのが有力な方策として提案されたことを受けて、現在、実務実習の受入体制の整備方策など薬剤師養成の充実方策について、文部省・厚生省・関係団体で構成される「薬剤師養成問題懇談会」において検討を行っている。

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、看護職員の確保・養成は順調に進んでいる。また、いわゆる准看護婦問題については、1998（平成10）年3月より、「准看護婦の資質の向上に関する検討会」において准看護婦養成の質的向上について、「准看護婦の移行教育に関する検討会」において准看護婦の看護婦への移行教育について、それぞれ検討が行われ、1999（平成11）年4月には「准看護婦の移行教育に関する検討会」の報告書が取りまとめられた。報告書においては、就業経験10年以上の准看護婦を対象とした移行教育を実施期間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が提言されている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第3節 新しい時代の医療サービス

4 救急医療対策

今後の救急医療体制のあり方については、1997（平成9）年12月に取りまとめられた「救急医療体制基本問題検討会報告書」において、地域の救急患者を対象とした初期（在宅当番医制、休日夜間救急センター等）、二次（病院群輪番制、共同利用型病院）及び三次（救命救急センター）の救急医療機関からなる救急医療体制と、救急隊により搬送される傷病者を対象とした医療機関を救急病院・救急診療所として認定・告示する救急告示制度との一元化、救命救急センターの再評価及び機能強化といった方向性が示されたところであり、この提言を踏まえ、1998（平成10）年3月に「救急病院等を定める省令」の改正を行うなど、救急医療体制の一層の質的な充実と地域格差の是正を図るべく、各種の施策に取り組んでいる。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第3節 新しい時代の医療サービス

5 へき地医療対策

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医師の休暇時等に代替医師の派遣を行う病院を「へき地医療支援病院」として位置づけるとともに、診療科の充実、情報通信技術の活用、保健・医療・福祉の連携の推進等地域の実情に応じた保健医療対策を講じることとした。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第3節 新しい時代の医療サービス

6 医療の質の評価

国民の医療に対する要望の高度化・多様化や医療の質的な保証の重要性に対する認識の高まりを背景として、医療についての第三者的な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。その評価の結果、認定証を受けている病院は175（1999（平成11）年2月15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、医療行為そのものについては、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として、「医療技術評価」が欧米で導入され、一定の成果が得られているところである。このため、「医療技術評価の在り方に関する検討会」においては、この手法を我が国で利用すること等について検討を行い、1997年6月に報告書を取りまとめ、医療技術評価を推進していくべきとの方向性を示した。

また、医療技術評価を推進するためには、その成果が医療の現場においても有効に活用され得ることを検証する必要がある。このため、「医療技術評価推進検討会」において医療技術評価の具体的な推進策及びその活用等について検討を行い、1999年3月に報告書を取りまとめた。この報告書では、1)医療技術評価はその成果が活用されることにより医療の質の改善につながるものであること、2)このような活用方法として、臨床医等がより科学的な根拠に基づいて診断・治療方法等を選択、決定することが重要であることが示された。これは、臨床医等が治療に当たっている患者の臨床上の疑問点に関して、関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で診断・治療方法等を患者に適用することの妥当性を評価し、更には、患者の持つ価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、医師自身の専門技能をもってして医療を行うことであり、「根拠に基づく医療（E B M：Evidence Based Medicine）」と呼ばれているものである。今後、報告書の提言を踏まえて、医療技術評価の利用及びE B M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。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第4節 臓器移植の推進と難病対策

1 臓器移植の推進

(1) 臓器の移植に関する法律

我が国においては、1958（昭和33）年に成立した「角膜移植に関する法律」、1979（昭和54）年に成立した「角膜及び腎臓の移植に関する法律」に基づき、心臓停止後の死体からの角膜及び腎臓の移植が行われてきたが、脳死は人の死か、そして脳死した者の身体からの臓器の移植は認められるかをめぐり活発な議論を経て、現在は、「臓器の移植に関する法律」（1997年6月成立、同年10月施行）に基づき実施されている。

この法律の概要は、次のとおりである。

1)

移植の対象となる臓器

「臓器」には、人の腎臓及び眼球（角膜）に加え、心臓、肺、肝臓、膵臓及び小腸が含まれる。

2)

脳死判定及び臓器の摘出に関する事項

脳死の判定及び臓器の摘出については、本人が生前に書面でそれらに同意する意思を表示しており、かつ家族（遺族）が拒まないときまたは家族（遺族）がないときに行うことができる。こうした意思表示については、民法上の遺言可能年齢等を参考に、15歳以上の意思表示を有効なものとして取り扱うこととしている。

なお、「脳死」とは、脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止した状態をいい、脳幹の機能の全部または一部が残存しているいわゆる「植物状態」とは異なるものである。

3)

臓器売買等の禁止

臓器の売買、有償あつせん、及びそれらに関係した臓器であることを知って臓器を摘出し、または移植手術に使用することは禁止され、違反した場合は罰則の適用がある。

(2) 臓器移植法施行後の状況

1997（平成9）年度においては、心臓停止後の死体から166件の腎臓、1,748件の角膜移植が行われている。一方、心臓18名、肝臓31名、肺10名、腎臓13,119名（1999（平成11）年5月末現在社団法人日本臓器移植ネットワーク調べ）、角膜5,542名（1999年4月末現在財団法人日本眼球銀行協会調べ）の方が移植を待つ患者として臓器あつせん機関に登録されている。

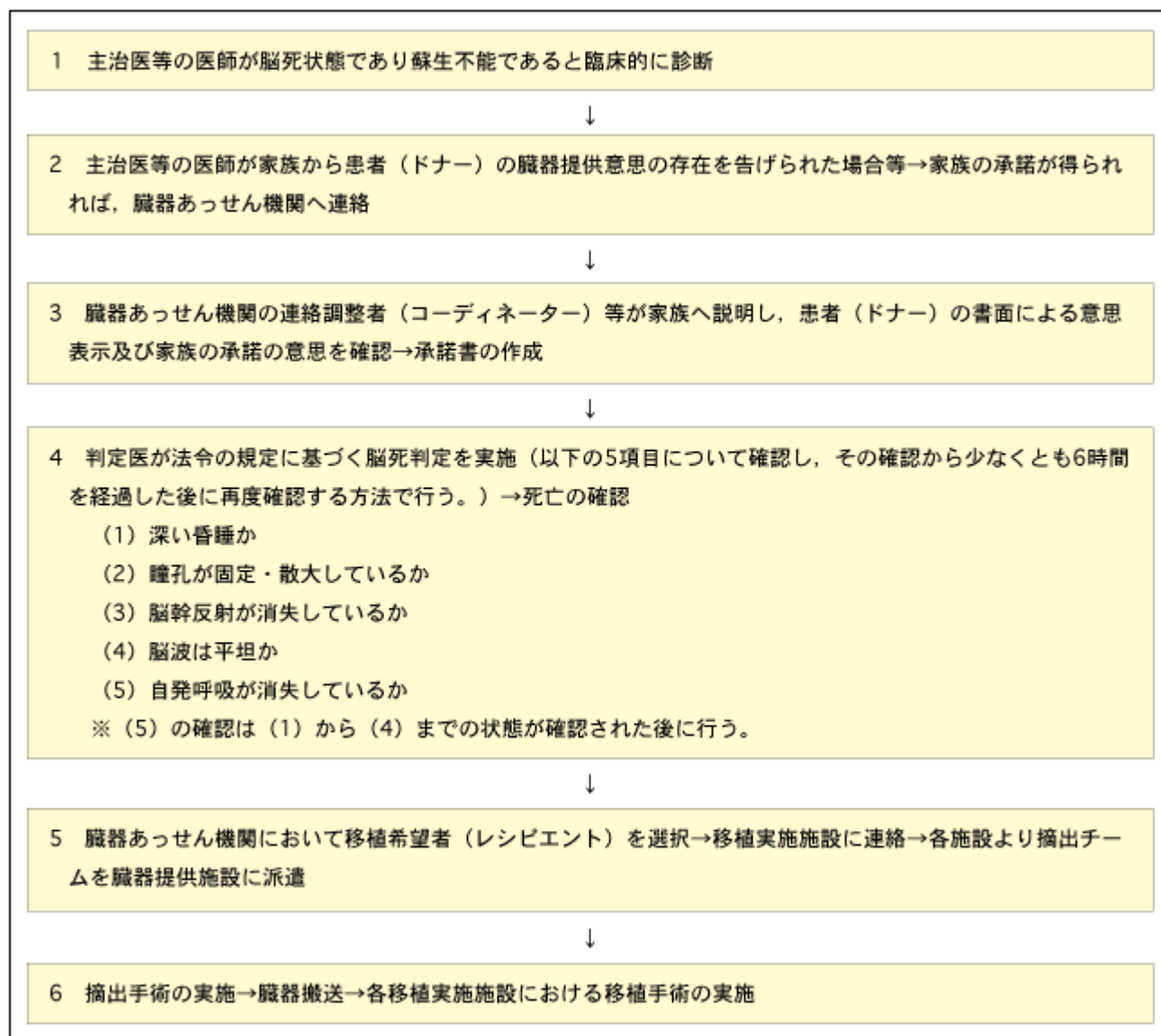
こうした中、1999年2月28日に、臓器移植法の制定後初めて、脳死した者からの臓器の提供があり、3月1日にかけて心臓、肝臓、腎臓及び角膜について移植手術が行われ、移植医療の新時代を切りひらく第一歩となった。

本事例は、臓器提供、摘出手術、搬送及び移植手術を通じ関係者の協力の下、脳死下で心臓、肝臓、腎臓及び角膜の摘出・移植が行われた国内初の心臓を含めた多臓器移植の事例として大きく報道され、国民の注目を集めたが、その一方で、様々な問題が提起されている。すなわち、移植医療の透明性確保と臓器提供者及びその家族等のプライバシー保護の両立、臓器あっせん機関における移植希望患者選択体制の整備等の課題や問題点が明らかにされた。特に臓器提供者及びその家族等のプライバシー保護に関しては、厚生省としても、重要な問題であると受け止めており、その点を含め、公衆衛生審議会臓器移植専門委員会等を通じて一連の手続の点検・検証等を行い、今回の事例を教訓とした制度改善策を可能な限り早くまとめることとしている。

なお、同年5月には、第2例目の脳死下での臓器提供が行われていることから、同事例についても同じく検証等を行うこととしている。

表3-4-1 脳死下での臓器移植の概略の流れ

図3-4-1 脳死下での臓器移植の概略の流れ



(臓器提供意思表示カード)

(表面)



(裏面)

↓ (該当する1.2.3.の番号を○で囲んだ上で提供したい臓器を○で囲んで下さい)

1. 私は、脳死の判定に従い、脳死後、移植の為に○で囲んだ臓器を提供します。(×をつけた臓器は提供しません)
心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・その他()

2. 私は、心臓が停止した死後、移植の為に○で囲んだ臓器を提供します。(×をつけた臓器は提供しません)
腎臓・眼球(角膜)・膵臓・その他()

3. 私は、臓器を提供しません。

署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名(自筆)： _____

家族署名(自筆)： _____

(可能であれば、この意思表示カードをもちていることを知っている家族が、そのことの確認の為に署名して下さい。)

(3) 臓器移植推進のための取組み

既に欧米諸国においては、脳死した者の身体から摘出された心臓、肝臓等の移植は日常医療として定着し、多くの患者の救命に役立っている。

我が国において臓器移植を推進していくためには、まずは脳死と臓器移植に関する正しい知識の普及啓発が不可欠である。このため、これまで毎年10月を「腎移植推進月間」として腎臓移植の普及啓発を行ってきたが、これを1999(平成11)年からは「臓器移植普及推進月間(仮称)」とし、普及啓発を強化していくこととしている。

また、臓器移植法においては、脳死判定及び臓器摘出について本人の書面による意思表示が前提となっていることから、従来より「臓器提供意思表示カード」を作成し、地方公共団体、都道府県警察、郵便局等の協力の下に配布を行ってきたが、こうした取組みに加え、意思表示の手段の多様化を図る等の観点から、医療保険の被保険者証や運転免許証にはり付けることができる「臓器提供意思表示シール」を作成し、普及を図っている。

このほか、臓器提供施設、移植実施施設、社団法人日本臓器移植ネットワークの体制整備等、国民が安心、信頼できる移植医療の推進に向けて総合的な対策を講じていくこととしている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第4節 臓器移植の推進と難病対策

2 難病対策

(1) 難病対策の新たな方向

我が国では、現在、「調査研究の推進」「医療施設の整備」「医療費の自己負担の軽減」「地域における保健医療福祉の充実・連携」「生活の質（Quality Of Life：QOL）の向上を目指した福祉施策の推進」の5つを施策の柱として、難病対策に取り組んでいる。

しかし、難病対策を開始してから四半世紀が経過し、この間に、医学・医療の進歩により生命予後や生活の質が大幅に向上した疾病がある一方、依然として有効な対症療法もなく、また、重い病状のため家族にも大きな負担がかかる疾病もあるなど、その状況は、難病の中でも疾病の種類や個々の患者によって大きく異なってきた。

こうした状況の変化を踏まえ、重症患者対策の充実という観点から、従来の難病対策を大幅に見直し、1998（平成10）年度から、重症患者対策に重点を移した施策を展開していくこととした。

(2) 難病対策の総合的な推進

1999年度は、このような基本姿勢のもと、重症患者に重点を置いた難病対策の総合的な推進を図ることとしている。

重症患者対策としては、1)調査研究事業について、公募の拡充を図りつつ、効果的な難病研究を推進すること、2)重症難病患者の入院施設を確保するため、都道府県ごとに難病の拠点病院と協力病院の体制整備を図ること、3)保健所を中心として、患者ごとの在宅療養支援計画の策定・評価事業、訪問相談事業、医療相談事業、訪問指導（診療）事業を効果的に実施すること、4)在宅介護支援を必要とする難病患者に対して、訪問介護、短期入所、日常生活用具給付事業など居宅生活支援事業を推進することなど、各般にわたる施策の拡充と強化を図ることとしている。

特定疾患治療研究事業（難病の医療費公費負担制度）については、対象疾患を追加するとともに（1998年度中に4疾患追加（計43疾患））、1998年5月から重症患者以外の患者について一部自己負担（医療機関ごとに外来は月額2,000円、入院は月額14,000円（食事療養費込））を導入した（重症患者に対しては医療保険制度における患者負担分の全額公費負担を継続している）。また、この事業の一環として、在宅の人工呼吸器使用患者に対する訪問看護治療研究事業（患者1人当たり年間260回）を実施し、訪問看護を通じて患者の療養実態の調査・研究と在宅療養の支援を行うこととしている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第5節 政策医療の担い手たる国立病院・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、教育研修及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。

それぞれの最近の活動としては、1)国立がんセンター中央病院新棟開棟に伴う臓器別診療体制の確立、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、臓器移植法に基づく脳死者からの心臓移植（国立循環器病センター）及び腎臓移植（国立長崎中央病院、国立佐倉病院）の実施、2)患者の身近な拠点病院においてもエイズ治療・研究開発センター等の専門医師による相談に基づいた質の高い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」の運用、3)コロンビア地震災害の際の国立病院の医師等の現地派遣、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及び医療機関におけるコンピュータ西暦2000年問題対応モデルマニュアルの策定、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、同年6月の「国立病院・療養所経営改善懇談会報告書」を踏まえ、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、1999（平成11）年度では、1,418億円（同13.2%）と大幅に減少している。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 信頼できる安定した医療制度の確立

第5節 政策医療の担い手たる国立病院・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、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ている。

近年においては、これまでの長年の取組みが功を奏しつつあるとともに、1996（平成8）年には、国立病院・療養所の資産の譲渡価格の減額、運営費の助成等を内容とする「国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律」の一部改正を行い、資産の譲渡先の範囲の拡大等の優遇措置の拡大を図ったことから、1998（平成10）年度は6事例（統合2事例、移譲4事例）の再編成が行われるなど、その進捗は加速化している状況にある。

また、再編成の推進は、1996（平成8）年の閣議決定「行政改革プログラム」において、これまでの再編成計画における対象施設で終了していないものについては、2000（平成12）年度末までに廃止を含む対処方策を決定した上で速やかに実施するとともに、再編成対象施設の追加を検討することとされた。

さらに、1998年に成立した「中央省庁等改革基本法」や1999（平成11）年1月に決定された「中央省庁等改革に係る大綱」においても、再編成を一層促進することとされている。

これらを踏まえ、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、教育研修及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か所とする集約化を行い、多剤耐性結核菌等への対応を含む専門医療の実施体制を充実する。

(イ)

重症心身障害については、中長期的な視点に立った見直しの一環として、将来における患者の望ましい処遇を見据えつつ社会福祉法人等への経営移譲をモデルとして実施する。

(ウ)

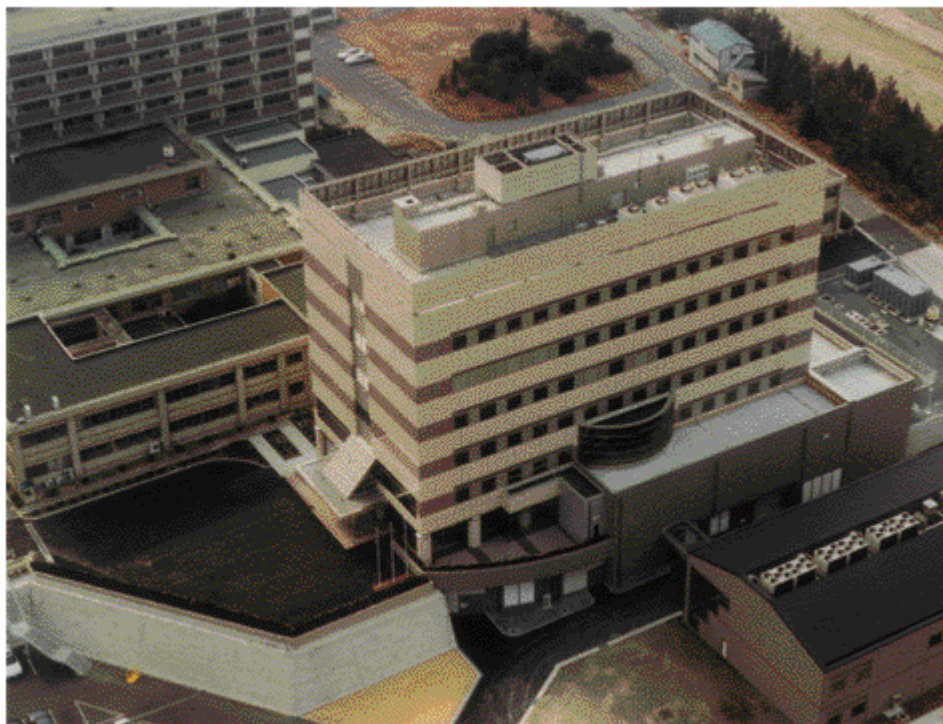
高齢者に特有の疾病に関する医療（長寿医療）に関する診療・研究体制等を充実するため、国立療養所中部病院をナショナルセンターとして整備する。

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のケースについて、再編成対象施設として追加する。

今後は、1999（平成11）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。

写真国立療養所中部病院



国立療養所中部病院（写真中央は、長寿医療研究センター）

(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るとともに、「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とともに、その職員には国家公務員の身分を与えることとされたところであり、今後、その特性に十分配慮して、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。

いずれにせよ、国立病院・療養所は、独立行政法人への移行後も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なく、組織運営上の自律性・裁量性の拡大により効率的で効果的な病院経営を可能とし、今後とも、医療の向上に大きく貢献していくこととしている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare