

# 厚生省国民医療総合対策本部中間報告

昭和62年6月26日

## はじめに

我が国は21世紀を控えて、社会経済情勢の変動の過程にあるが、我が国の医療が来たるべき世紀においてさらによりよく国民の要望に即したものとなるための努力が求められている。

人口の高齢化の進展に伴い老人医療の持つ意味は極めて大きくなりつつある。これは、単に医療費総体の増大という問題のみではなく、老人医療に対する新しい考え方など我が国の医療全体に大きな改革

を促すものであろう。また、一般的な国民生活水準の向上や意識の変化に伴って、医療についての国民の期待の内容も変化しつつあるように思われる。

医療は、その国の社会・文化に根ざしているものであり、国民生活の基本に関わるものであることから、その改革は医療関係者のみならず、広く国民一般の合意を得ながら着実に一步一步改革を進めていく必要があると考える。

## 第1部 国民医療の現状と今後の方向

### 1 国民医療の現状

#### （高い健康水準と我が国の医療）

我が国はかつて国民病といわれた結核その他の感染症の克服、乳児死亡率のめざましい低下、最近における脳血管疾患による死亡率の減少などにより、今や世界有数の長寿国となり、国民の健康水準は大きく向上している。

このような高い健康水準は、めざましい医学医療の進歩や医師を中心とする医療関係者の長年の努力の成果である。

また、国民皆保険体制を基本とする医療保険制度の充実や医療供給面での量的整備も医療を国民

に身近なものとして、国民の健康水準の向上に貢献してきている。

#### （国民医療をめぐる状況の変化）

このような高い健康水準を支えてきた我が国の医療システムについては、その基本である自由開業医制と国民皆保険体制を、国民福祉の上から今後とも維持していかなければならない。

しかしながら、現行の医療システムを支えてきた経済条件、人口構成等の諸条件は今や大きく変わりつつある。例えば、高齢化の進展は今後とも老人医療費を中心に国民医療費の増大を招かざるをえないが、これを支える高い経済成長はもはや望めない状況にある。一方、健康に対する関心の

高まりや所得水準の上昇などによって、国民はこれまでよりも質の高い医療サービスを求める傾向にある。

国民医療費の中で急速にウエイトが増大しつつある老人医療の現状をみると、老人の長期入院患者の増加がみられる。望ましい老人医療の在り方からみて、老人の心身の特性にふさわしい施設処遇や在宅処遇の在り方など現状には検討すべき課題が多い。

また、我が国の医療は従来の量的拡大から質的充実の時代を迎えたといえることができるが、このような医療の質的充実という観点から、医師の研修や生涯教育の在り方、患者サービスの在り方など問われている。

世界に誇りうる我が国の医療システムの基本は堅持しつつ、これを21世紀の本格的な高齢化社会に耐えうるものとしていくためには、このような状況の変化を踏まえ、国民医療全般にわたる構造的な検討が必要と考えられる。

## 2 今後の方向

# 第2部 良質で効率的な国民医療をめざして

## 第1 老人医療の今後の在り方

### 1 現状と問題点

老人の医療は、若い人と異なり、個々の疾患の治療だけではなく、家庭や地域社会で生活できるよう、老人の残在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。

また、老人一人一人の置かれている社会環境や家庭環境に配慮しながら、病院、中間施設、在宅療養など老人の症状にふさわしい適切なケアを行っていく必要がある。

しかし、我が国では主として病院が老人のケアに対応してきたこともあって、老人入院患者は毎年相当程度増加を続けており、入院期間が6ヶ月を超える長期入院患者が半数を占めるなど長期入

(医療サービスの量から質への転換)

厳しい経済情勢や財政状況下で、「質の良い」医療サービスを「効率的に」供給していくためのシステムづくりをこれからの医療改革の基本に据える必要がある。

また、成人病中心の時代にあっては、「自らの健康は自分で守る」「自分の病気は最終的には自らが治す」というセルフ・ケアの観点を重視する方向で改革を行っていく必要がある。

診療報酬の在り方についても、現行の出来高払い方式を堅持しつつ、医療の質と効率性をより重視した方向で改革を行っていく必要がある。

必要な医療サービスは社会保険に基づく給付を原則としつつ、生活水準の向上などに伴ってニーズが高まりつつある「快適サービス」については、患者のサービス選択の幅を拡大する。

なお、このような方向に沿って医療制度全体にわたる改革を行っていくことが、結果的に医療費の適正化にも資するものと考えられる。

院の大半は老人である。また、その中には、在宅や老人ホームなどの受入れ基盤に欠ける等の理由で入院しているいわゆる社会的入院も少なくない。

これは、福祉施設等の整備が不十分であったこと、老人保護施設など長期療養のための施設がなかったこと、在宅サービスが立ち遅れていたこと等、総合的な老人のケアシステムが確立されていなかったことによるものと考えられる。なお、病院と老人ホームや在宅療養との間で費用負担に整合性がないことなども老人の入院期間を長期化させる一因となっているものと考えられる。

また、診療内容をもても、依然として検査や点滴、投薬などが多く、老人の症状に応じた適切な看護、介護サービスや社会復帰を促すような効果的なりハビリテーションが十分に行われていないなど、現在の老人医療は老人の自活能力を失わせるのではないかと等の問題も指摘されている。

## 2 具体的な方策

### (1) 老人にふさわしい施設ケアの確立

#### (老人病院におけるケア)

慢性期の老人の患者に対しては、老人にふさわしい看護、介護の機能を有し、リハビリテーションの機能を持った病院でケアを行うことができるよう、老人病院の在り方を見直す。また、中・長期的に病院の体系を慢性疾患の治療を中心とする「慢性病院」と急性疾患の治療を中心とする「一般病院」と区分する方向で検討する。

#### (老人保健施設におけるケアの推進)

また、入院治療の必要はないが在宅療養が困難な長期入院患者が可能な限り老人保健施設において医療ケアと生活ケアを受けることができるよう、昭和75年にはねたきり老人等要介護老人の約3割が老人保健施設においてケアを受けることを目途に、病院や診療所の既存病床の転換も含め老人保健施設の整備の促進を図る。

#### (老人ホーム等におけるケアの推進)

また、福祉対策の面からも、特別養護老人ホームの整備を進めるとともに新たに老人のケア付き住宅についても検討する。

### (2) 在宅ケアの充実

#### (訪問看護の拡充)

在宅における療養を支援するため、病院や診療所が訪問看護を専門に行う看護婦に患者の訪問看護を委託し、病院や診療所の主治医との連携の下で継続的な訪問看護サービスが提供できるような方策を検討する。

#### (在宅介護の促進)

在宅福祉を促進するために、社会福祉士や介護福祉士の活用を図るとともに、民間保険の導入についても検討する。

#### (家庭医機能の充実)

老人の在宅療養の推進を図る上でも家庭医機能の充実が重要であり、このため、当面、家庭医機能についての研修システムの試行や家庭医機能を担う開業医を支援していくためのモデル事業を行う。

### (3) 地域ケアのシステム化

#### (地域ケア体制の確立)

ねたきりにならないための予防や退院したねたきり老人等が継続して訪問看護や保健婦による訪問指導、老人ホームにおけるケア、在宅の介護サービスなどが受けられるよう施設サービスと在宅サービスとの連携のとれた総合的な地域ケア体制の整備を進める。

地域の診療所が病院から退院した患者の在宅療養上の指導などが行えるような体制づくりを進める。

#### (訪問看護・介護モデル事業の実施)

老人や家族のニーズに応じた在宅療養を推進するためには、訪問看護等の医療サービスとあわせて在宅介護等の福祉サービスが必要不可欠である。このような観点から、総合的な地域ケア推進のためのモデル事業を実施する。

### (4) 老人医療の見直し

#### (老人医療のガイドラインの作成)

老人の心理などを踏まえた処遇の在り方、老人の疾患に対する検査の実施方法や評価の基準、治療効果の評価、老人に適した薬剤投与の在り方など老年医学に関する調査研究を推進する。

良質な老人医療についてのガイドラインづくりを進める。

また、老人のターミナル・ケアについても、人間の尊厳の見地からその在り方について考え直してみる必要である。

#### (リハビリテーション対策の見直し)

脳血管障害に対する医療の在り方を見直し、リハビリテーションを重視する。

脳血管障害患者の早期退院、家庭復帰を推進していくため、リハビリテーション・マニュアルを作成し、急性期、回復期、慢性期における患者の状態に適合するリハビリテーションの実施を図る。

機能の維持を目的としたリハビリテーションについては老人が楽しみながら行えるよう配慮する。

老人病院における施設基準、人員配置基準を見直し、リハビリテーション機能の充実を図る。

老人保健事業による地域における機能訓練を推進する。

## (5) 老人診療報酬の見直し

老人の心身の特性にふさわしい医療を重視し、医療の質と効率性を重視するという観点から現行の診療報酬の見直しを行う。

このような観点から、

ア) 急性期、慢性期等老人の病状に応じた適切な看護や介護サービスが行われるよう入院医療について基準看護や付添看護の在り方を見直し、老人医療にふさわしい看護、介護の在り方を検討するとともに、在宅医療や訪問看護の評価を高める。

イ) リハビリテーションに対する診療報酬の在り方を見直し、発症後の早期リハビリテーション、回復期における集中的なリハビリテーションを重点的に評価する。

ウ) 在宅や老人ホーム、老人保健施設などにおいて患者の継続的な病状管理が適正に行われるよう、退院した患者に関する情報提供を促進するため診療報酬面においても配慮する。

エ) 後述の入退院判定委員会や入退院チェックリストの活用などにより、長期入院の在り方を見直す等の方策を講ずる。

## 第2 長期入院の是正

### 1 現 状

#### (長い入院日数)

入院医療をみると、OECDの統計によれば、病院等の制度に関して違いはあるものの、諸外国と比べ我が国の入院日数は著しく長く、例えばフランスや西ドイツの約3倍であり、急性疾患をとっても同じ傾向がみられる。

また、我が国では、今まで中間施設等の長期療養施設が制度化されていなかったため、主として病院がねたきり等要介護老人の施設入所に対するニーズに対応してきたこともあって、老人の長期入院傾向が顕著であり、入院患者に占める老人の割合も年々上昇しつつある。

#### (入院日数及び医療費の大きい地域差)

一人当たり医療費や平均在院日数には大きな地域差がみられる。特に、老人の一人当たり入院医療費は高医療費県と低医療費県では2倍を超える開きがあり、また、老人入院患者の平均在院日数も同様の開きがみられる。

ところが、高医療費県と低医療費県では、疾病構造や70歳以上の死亡率、死因別死亡率などにそれほど差異がみられず、県民の健康状態の違いによってこのような医療費の大きい地域差がもたらされているとは考えにくい。

長期入院の背景としては家族形態、生活習慣など各種の社会的要因も指摘されているが、人口当たり病床数の多い地域ほど平均在院日数が長く、一人当たり医療費が高いという関係がみられる。病床の増加が地域においてそれまで潜在化していた入院需要を顕在化させるという面もある。

現在、老人医療費を中心として国民医療費が増加する傾向にあることは、今後の国民医療の在り方を考える上で大きな問題であり、また、医療費の大きい地域差は、医療保険制度における国庫負担の配分や保険料負担の公平という観点からも問題がある。

### 2 具体的な方策

入退院の適正化のための条件整備

長期入院の是正を図るため、入退院の管理が適正に行われるような条件整備を図る。

#### ア) 入退院判定委員会(仮称)の設置

主治医を含む医師、看護婦その他の医療関係者により構成される入退院判定委員会を各病院ごとに設置し、入院患者の症状や退院可能性などを定期的にチェックして退院計画の策定等を行う。なお、入退院判定委員会の構成等については、病院ごとの独自性が反映されるよう配慮する。

#### イ) リハビリテーション・マニュアルの作成

早期退院へ向けて適切なりハビリテーションが行われるよう、老人の長期入院の約4割を占める脳血管障害患者に対するリハビリテーションのためのマニュアルを作成する。

#### ウ) 当面、以下の施策を講じる。

入院期間が一定期間を超える患者について、

継続入院の必要性、退院の可能性等についてチェックを行うための入院退院チェックリストを作成する。

医療機関が入院期間の目安として活用するために、病気の種類ごとの平均入院日数を公表する。

入院期間が平均入院日数に比べ著しく長い患者について医師、医療機関、保険者の連携や協力の下に患者の家庭復帰、老人保健施設への入所等を促進するため家庭復帰等促進事業を推進する。

病床過剰地域における病床の規制  
過剰な病床をコントロールすることによって長期入院の是正を図っていく必要がある。

ア) 勧告を受けた医療機関の保険指定

医療計画の必要病床数を超えるとして都道府県知事の勧告を受けた病院については、保険医療機関の指定を行わないこととし、そのための必要な措置を講ずる。

イ) 医療計画の策定の促進

医療計画が策定されていない都道府県については、医療計画の早期策定のための方策を講ずるとともに、当該地域における病院に対する融資や補助の在り方を見直すなどにより、いわゆる「かけこみ増床」に対処する。

### 第3 大学病院等における医療と研修の見直し

#### 1 大学病院等における医療、研修の在り方

##### (1) 現 状

大学病院には現代の医療技術が集積しており、教育研究機関としての使命のほか、中枢的病院としての機能をも果たし、我が国における医療の高度化や医療技術の向上に大きな役割を果たしてきた。

我が国の医師の教育、研修は現状では大半が大学病院で行われており、そのため、20歳代の医師の5割、30歳代前半の医師の4割は大学病院に所属している。その結果、大学病院における医療が一般の病院、診療所での診療を主導するという関係がみられる。

大学病院における研修や医療は、研究、教育、

診療が渾然一体となって実施されている。大学病院は他の医療機関に比べ重症、難病、原因不明の患者等に対する医療のウエイトが大きいという特徴がみられるが、ややもすると研究優位の姿勢からくる過度の専門指向や検査指向型の診療傾向がみられる。

高齢化の進行を踏まえた老年医学や効率的な医療の在り方に関する研修が十分でない、計画的な研修プログラムに基づく研修が少ない、などの問題も指摘されている。

#### (2) 具体的な方策

良質で効率的な医療を確保するため、大学病院における医療や研修の在り方を見直し、次のような方策を講じていくことが必要である。臨床研修指定病院における研修の在り方についても同様の措置を講ずる。

##### ア) 卒後研修の改善

モデル病院を指定し、計画的な研修プログラムを確立するとともに、地域医療、老年医学、医療経済等を研修プログラムに加える。

##### イ) 総合研修方式の普及

専門指向の行き過ぎを是正し、医師として十分な診療技術の修得を図るため、初期研修の段階で主な診療科をひとつたり研修する総合研修方式の普及を推進するとともに、そのための効果的な研修カリキュラムを作成する。

##### ウ) 医師国家試験の改善

医師国家試験において、医療全般についての基礎的な知識や技術を重視するとともに、地域医療、老年医学、医療経済等についても配慮する。

##### エ) 大学病院など高度専門病院に対する診療報酬の在り方の見直し

大学病院等においては、研究、教育、診療が渾然一体となって実施されているが、考え方としては、本来それぞれの機能を区分し、医療保険としては診療部分を評価すべきである。このような視点から、検査料などについて大学病院等の実態に即した診療の在り方を検討する。

##### オ) 大学病院など高度専門病院における外来診療の見直し

大学病院など高度専門病院については、その本来の機能が発揮できるよう外来診療の在り方を見直すそのための方策として、紹介外来制や医療費の支払方法の在り方など今後幅広く検討を行っていく必要がある。

## 2 保険医登録制度の見直しと医師の生涯教育体制の確立

### (1) 現状

我が国の保険医登録は、医師免許を取得すれば、事実上これに連動して行われるため、医療に関する知識や実務経験の必ずしも十分でない新卒医師も保険医療が行えることとされている。

医学医術の進歩を医師が十分に吸収しうるような生涯教育の体制が必ずしも十分でないという問題も指摘されている。

### (2) 具体的な方策

良質で効率的な医療を供給しうる医師を確保していくため、医療保険制度においても、次のような方策を検討する必要がある。

#### ア) 保険医登録条件の見直し

1の(2)の(ア)及び(イ)で述べたような計画的な臨床研修や社会保険に関する講習を受けた医師に対して保険医登録を行うこととするなど保険医の登録要件の見直しを行う。なお、大学病院等の実態に即した診療報酬の見直しを行う一環として、卒後研修費用についても医療保険面の相応を検討する。

#### イ) 保険医登録の更新制の検討と生涯教育システムとの連動

医学、医術の進歩に対応しうる医師を確保するという観点から、自主的、効果的な生涯教育システムとの連動を図りつつ、保険医登録の更新制の導入を検討する。

## 第4 患者サービス等の向上

### 1 情報提供機会の拡大

#### (1) 現状

現在では、医療機関に関する広告は医療法により厳しく制限されているが、健康に関する関心の高まり等から、国民は医療機関に関する正

確な情報を求めている。

一方、医療機関側においても自らに関する情報を提供したいという考え方が次第に強くなりつつある。

#### (2) 具体的な方策

国民が医療機関を正しく選択し、医療機関側も必要な情報を提供できるよう、医療法に基づく広告規制の緩和について検討するとともに、診療科名や医師の専門分野など国民が医療機関の選択を的確に行うために必要と考えられる情報については医療機関が表示する等の方策について検討する。

また、住民の電話等の問い合わせに応じて保健所や市町村、地域の医師会等が医療機関の診療科名・診療時間等に関して適切な情報提供を行えるような方策について検討を行う。

## 2 医療機関と患者の関係

### (1) 現状

国民の医療に村する不満の中には、「医師が病気の状態や治療方法をよく説明してくれない」など医療の情報提供に関するものが少なくない。

成人病は生活習慣に根ざした疾病であり、疾病に対する自己コントロールが重要であるが、国民の側も自分の病気を自分でコントロールするセルフ・ケアという考え方が薄く、ややもすれば安易に受診する傾向がみられる。

成人病中心の時代においては、医師と患者の関係は一方通行的な関係ではなく、共同して疾病の治療に取り組むという考えが大切である。

近年、「インフォームド・コンセント（知らされた上での同意）」という考え方が提唱され、患者は事前に医師から治療の内容、目的、効果などについて十分な説明を受け、納得した上で治療が行われることが望ましいという考え方が一般化しつつあるが、医療機関は医療サービスの内容をできる限り患者に説明する方向で対応していく必要があり、またそれが治療効果を高め良質な医療にもつながるものと考えられる。

#### (2) 具体的な方策

##### (医療サービス指針の作成)

医療機関があらかじめ患者に説明する事項を

自主的に医療サービス指針として作成することとし、それを普及させていく方策について検討する。

患者に説明する事項としては、例えば、日常生活上の注意、治療や入院の必要性、治療方針や受けている治療の段階、使用する薬剤の作用、検査の目的、入院期間の見込み、入院に要する費用、などが考えられる。  
( 卒後研修等における配慮 )

患者に医療内容等を十分に説明するなど患者の病状、心理等に適切に応じた医師としての相応を修得するよう卒後研修等においても十分配慮する。

### 3 病院給食の改善

#### (1) 現 状

入院している患者にとって、給食は療養生活上大きな意味をもっているが、病院給食については、「夕食時間が早い、おいしくない、冷たい」との不満や、栄養面の管理が中心でサービスのきめ細かさに欠けるという評価が少なくなく、患者のニーズに十分に対応したものになっているとはいえない。

#### (2) 具体的な方策

給食に対する患者の不満を解消し、患者がおいしく食べられる食事を提供し、医療サービスの一環として給食の効果が十分に発揮されるよう、カロリー等に偏った給食の在り方を見直すとともに、それに応じた診療報酬面での対応を

図る。また、ニーズの多様化、高度化に対応するため患者が選択できる複数メニューの提供を図ることとし、そのための費用負担の在り方を検討するとともに、病院給食の外部委託の活用を図る。

さらに、老人など長期の入院を要する患者については、食事のムードを向上させ、あたたかい食事を可能とする等の観点から、病院内の食堂における食事を推奨していく。

### 第5 今後の検討事項

以上、4つの事項について、我が国医療の抱える問題と対応の方向を中間報告として取りまとめたが、ここで取り上げた項目以外にも、医療対策の基本である総合的な健康づくり対策の推進をはじめ、痴呆性老人の総合的対策、医薬分業の推進、検査事業を含む医療関連ビジネスの問題、歯科医療問題など今後の国民医療の在り方を考えていく上で検討すべき項目は多い。

さらに、将来にわたって良質で効率的な医療サービスを国民に提供していくためには、医療機関の機能、役割分担の明確化や老人保健施設以外の中間施設の検討などが重要であり、中長期的な視点に立って検討を進めていく必要がある。

また、科学技術の発展を保健医療の分野はもとより関連する福祉の分野の向上に結びつけ、その成果を速やかに国民が享受しうるよう十分配慮する必要がある。

＜参考資料＞

表1 医師数等の国際比較（人口10万対）

国名	医師数	歯科医師数	病床数
日本 <sup>1905</sup>			
アメリカ <sup>1900</sup>			
フランス <sup>1901</sup>			
西ドイツ <sup>1900</sup>			

- (資料) 1. 日本の医師数、歯科医師数、昭和59年厚生省「医師、歯科医師、薬剤師調査」による。  
 2. 日本の病床数は、昭和60年厚生省「医療施設調査・病院報告」による。  
 3. アメリカ、フランス、西ドイツの医師数、歯科医師数及び病床数は、WHO「World Health Statistics Annual 1980, 1983」による
- (注) 1. 日本の病床数は結核、精神等を除く一般病床数。  
 2. アメリカの病床数は、一般病院の病床数。ナースィングホーム等の長期療養施設の病床は含まれていない。  
 3. フランス、西ドイツの病床数は、General Hospitalsの病床数。

表5 平均在院日数の国際比較

(単位：日)

国名	全傷痛	新生物	循環器	損傷及び中毒
日本 (1984)	48.7	54.1	83.8	36.5
アメリカ (1982)	7.1	9.9	9.4	7.4
フランス (1980)	13.5	11.3	19.8	10.5
西ドイツ (1980)	18.4	18.9	23.5	17.8

- (資料) 1. OECD「Measuring Health Care」による  
 2. 日本は、昭和59年厚生省「患者調査」による病院における退院患者の平均在院日数（人間ドック等の保健サービスによるものを除く）
- (注) 1. アメリカの平均在院日数には、ナースィングホームなどの長期療養施設は含まれていない。

表4 入院期間別の老人入院患者構成割合

入院期間	入院期間別老人入院患者構成割合
総数	100.0%
2週間未満	10.3
2週間～1か月	8.9
1か月～3か月	17.5
3か月～6か月	12.5
6か月以上	50.8

(資料) 昭和60年厚生省「社会医療診療行為別調査」

表6 年齢階級別にみた大学病院勤務医師数の割合

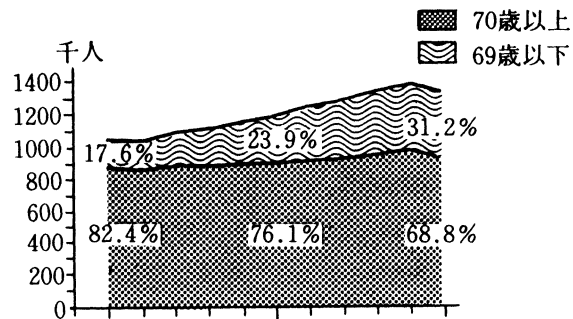
(単位：人)

	医師数	うち大学病院に勤務する医師数	大学病院に医師の割合
総数	173,500	33,200	19
～29歳	24,100	12,000	49
30～34歳	24,500	9,900	40
35～39歳	21,100	5,500	26
40歳以上	103,800	5,800	5

- (資料) 昭和59年厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」  
 (注) 1. 医師数は医療施設で診療に従事する医師数（専ら教育又は研究、保健衛生業務等に従事する者を除く。）である。



図3 年齢別入院患者数の年次推移



(資料) 厚生省「患者調査」

(注) 図中の割合は、推計患者数に占める各年齢別推計患者数の割合である。

表2 国民医療費と老人医療費の推移

年度	国民医療費		老人医療費		国民医療費に占める老人医療費の割合
	億円	伸率 (%)	億円	伸率 (%)	
50	64,779	20.4	8,666	30.3	13.4
51	76,684	18.4	10,780	24.4	14.1
52	85,686	11.7	12,872	19.4	15.0
53	100,042	16.8	15,948	23.9	15.9
54	109,510	9.5	18,503	16.0	16.9
55	119,805	9.4	21,269	14.9	17.8
56	128,709	7.4	24,281	14.2	18.9
57	138,659	7.7	27,487	13.2	19.8
58	145,438	4.9	33,185	20.7	22.8
59	150,932	3.8	36,098	8.8	23.9
60	160,159	6.1	40,673	12.7	25.4

(資料) 厚生省「国民医療費」「老人医療事業年報」

(注) 1 58年1月以前は老人医療費支給制度の対象者に係るものである。  
 2 58年2月以降は老人保健法による医療の対象者に係るものである。  
 3 58年度の老人医療費については、老人保健制度の創設に伴い、対象者(健保本人及び所得制限該当者)が増加しているため前年度とは単純に比較できない。