

我が国の保健医療は様々な課題を抱えている。

医療提供体制については、国際的に見ても長い平均在院日数、産科・小児科、へき地等における医師不足の問題などが指摘されている。医療保険制度については、高齢化の進行もあって、国民医療費が増加の一途をたどっている。健康づくりについては、生活習慣病が死亡原因の6割を占め、国民の健康に対する大きな脅威となっている。

本章では、まず保健医療の歴史を振り返ることで、それらの背景を探ることとする。具体的には、我が国の保健医療をめぐるこれまでの経緯を、医療提供体制、医療保険制度、健康づくりに分けて振り返る。

### 第1節 これまでの医療提供体制の歩み

第1節では、これまでの医療提供体制の歴史を、医療基盤の整備と量的拡充の時代（おおむね1945（昭和20）年から1985（昭和60）年まで）、病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代（おおむね1985年から1994（平成6）年まで）、医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代（おおむね1992（平成4）年以降）の3つの時代区分に沿って概観する。

#### 1 医療基盤の整備と量的拡充の時代

##### （公的病院の整備・充実）

第二次世界大戦は国民生活、国民経済に大きな被害をもたらしたが、医療もまた同様であった。戦災で多くの医療施設が破壊・閉鎖され、医療従事者の不足や食糧・医薬品・衛生材料の不足と相まって、戦後の我が国の医療施設の状況は悲惨なものであった。

厚生省（当時）においては、1945（昭和20）年に占領軍から旧日本軍の陸海軍病院等の返還を受け、国立病院・国立療養所として国民一般に開放することとした。これは、医療機関の不足を補うという点で重要な意味を持っていた。

都道府県や市町村が設置する公立病院については、医療水準の確保を図るため病院の施設基準を定めた医療法（1948（昭和23）年制定）の中で、その設置に要する費用に対して国庫補助を行うことを可能とする規定が設けられた。1951（昭和26）年には、国庫補助の対象が日本赤十字社、厚生連（厚生農業協同組合連合会）済生会といった他の公的医療機関にも拡大された。

その後、昭和20年代後半には、朝鮮戦争を契機とする経済の回復に加え、地方公共団体などにおける病院建設機運の高まりもあって、年々病院の整備が進められた。診療所については、市町村直営診療所の整備に対する国庫補助が増額されたこともあり、市町村直営診療所が著し

く増加した。また、その他の公的医療機関も徐々に復興していった。

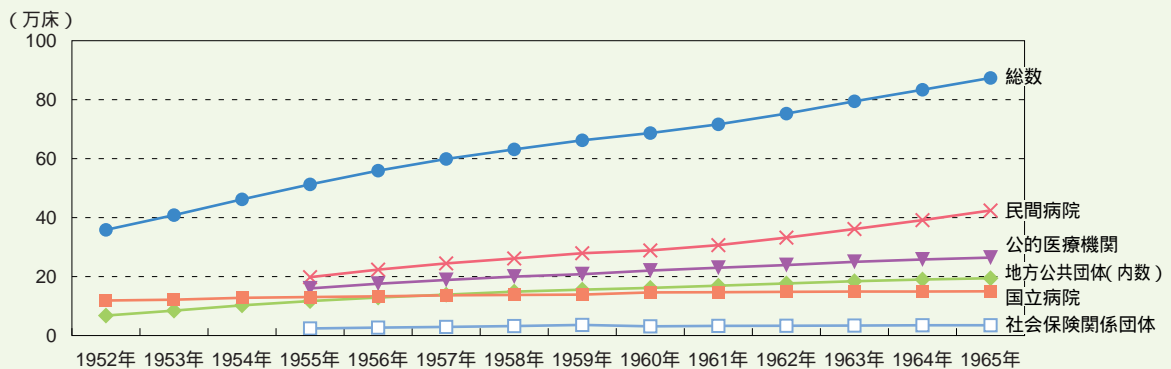
ただ、こうした医療機関の整備は、医療提供水準の向上に大きく寄与したが、これら医療機関はそれぞれ独自の判断で施設整備を行い、総合的な計画の下で進められたとはいえないものであり、1956（昭和31）年の社会保障制度審議会の勧告では、私的医療機関を含めた医療機関網の整備の重要性を指摘する一方で、公的医療機関の濫立が問題視された。このため、1962（昭和37）年には、医療法の改正により、国及び地方公共団体に対し、医療機関不足地域における病院・診療所の整備について努力義務を課す一方で、公的病院の病床規制の制度が導入された。

### （民間病院の整備・充実）

我が国では、医療法で定められた標榜科目の中から自由に標榜科目を選ぶことができる自由標榜制が採られるとともに、民間病院については、公的病院で行われたような病床規制は行われず、施設基準を満たせばどこでも自由に開業できる自由開業制が採られた。

しかしながら、終戦後の窮迫した経済情勢の下においては、医師単独による民間病院の開設は困難であった。営利企業であれば会社形態という法人化の手段があるが、医療は非営利であり（注<sup>1</sup>）、法人化の手段がなかった。そこで、資金調達を容易にするため、病院開設主体が非営利の法人格を取得できる医療法人制度が設けられた（1950（昭和25）年、医療法改正）。その結果、安定的な医療施設経営が可能となり、都市部を中心に民間病院の開業が進んだ。具体的には、1955（昭和30）年からの10年間で、民間病院の病床数は198,096床から424,224床へと、約2倍に増加している（図表1-1-1）。

図表1-1-1 経営主体別病床数の推移



資料：厚生省大臣官房統計調査部「病院月報」、「医療施設調査」

（注<sup>1</sup>） 医療法上、営利目的の医療機関の開設は許可しないことができるとされ、また医療法人の剰余金の配当は禁止されている。

さらに、国民皆保険制度の発足に併せ、高まる医療需要に見合う医療提供が行われるよう、医療機関の適正配置とその診療機能の充実強化が必要とされた。こうした中、1960（昭和35）年には医療金融公庫（現在の独立行政法人福祉医療機構）が発足し、医療機関が不足している地域に対する病院や診療所の新築への低利融資が行われることとなった。

### （一県一医大構想と医師の養成）

我が国における医師の養成は、戦前までは、大学のみならず旧制中学卒業で入学できる医専（注2）でも行われていた。1948（昭和23）年の教育制度の大改革において、医学教育は大学医学部に一本化され、従来の大学、医専は新制大学へ切り替えられた。医学部入学定員は、後述する国民皆保険制度が確立した1961（昭和36）年時点で2,840人であり、医療需要の増大に応ずるには必ずしも十分とはいえなかった。

その後、医学部入学定員は徐々に増加していたが、後述する保険給付等の拡充（16頁参照）により医療需要がますます高まり、1973（昭和48）年に閣議決定された「経済社会基本計画」に無医大県の解消（いわゆる「一県一医大構想」）が盛り込まれた。これに基づき、医科大学・医学部が存在しない県に医科大学・医学部が新たに設置された。その結果、医学部入学定員は1984（昭和59）年に過去最高の8,280人となった。

また、医師になるためには、1946（昭和21）年以降、大学医学部卒業後1年間の実地修練（インターン）を経た後、医師国家試験に合格することが必要であった。しかし、インターン制度は、指導体制の不備、実地修練生の処遇などの問題を抱えていた。そのため、1968（昭和43）年から、インターン制度は廃止され、大学医学部卒業者は直ちに医師国家試験を受験できるようになる一方、医師免許取得後2年間の臨床研修が努力義務となった。

こうして養成された医師の臨床研修やその後の勤務先については、医学部の診療科別に設けられたいわゆる医局の意向が大きく影響を及ぼした。医局も、病院からの医師派遣（紹介）要請に応えることにより、その病院における派遣（紹介）先ポストを確保していた。このため、大半の医師は、出身医局の専門診療科の臨床研修を行い、大学に残る場合はもとより関連病院に派遣（紹介）されても、出身医局の専門診療分野に従事することとなった。

### （多様なコメディカル<sup>（注3）</sup>職種の登場）

看護師の養成施設への入学要件は、1948（昭和23）年に高校卒業以上とされたが、高校進学率が低い当時の状況下においては、戦後の看護師需要の増大に対応することは困難であったため、1951（昭和26）年に准看護師制度が創設された。その結果、2005（平成17）年末における准看護師の就業者数は看護職員の3割を占めるなど、准看護師は我が国の医療の普及に大きく貢献した。

（注2） 「医専」とは旧制の医師専門学校であり、戦時中、戦争による医師不足のため大量に創設された。

（注3） 「コメディカル」とは、医師と協同して医療を行う医療専門職種の総称をいう。看護師、助産師、保健師、理学療法士、作業療法士、診療放射線技師、臨床検査技師、（管理）栄養士などがある。

また、保健医療需要の増大や医学・医療技術の進歩に伴う医療内容の高度化などに対応して、コメディカルの専門分化が図られ、多様な職種が登場した。医療マンパワーの中核をなす医師、歯科医師、薬剤師及び看護師に加えて、昭和40年代に入ってから、医学的リハビリテーション（以下「リハビリ」という。）の需要の高まりや検査業務の高度化などから、専門技術者の資格として理学療法士、作業療法士、診療放射線技師、臨床検査技師などの新たな資格制度が創設された。

### （老人福祉法の制定と社会福祉施設緊急整備5か年計画の策定）

戦後当初の我が国の高齢者福祉施策は、ごく一部の低所得者を対象に、生活保護法に基づいて養老施設に収容保護する事業が行われる程度であった。当時は、多世代同居が一般的であり、高齢者の世話は家族の仕事と考えられていた。

しかし、高齢者の増加、産業構造の変化による高齢者の就業機会の減少、人口の都市集中に伴う家族形態の変化など、高齢者を取り巻く環境も変わりつつあった。こうした状況を受けて、高齢者の福祉を幅広く推進し発展させていくための独立した制度が期待されるようになり、1963（昭和38）年に老人福祉法が制定され、国と地方公共団体が高齢者の福祉を増進する責務が定められた。これによって、高齢者福祉施策は、それまでの低所得者を保護する救貧施策の枠を越えて、加齢に伴う一般的な介護ニーズが制度の対象として位置づけられることとなり、一つの節目を迎えることとなった。

老人福祉法には、具体的施策として、老人福祉施設の設置、健康診査の実施、社会参加の奨励などが盛り込まれた。このうち、老人福祉施設については、生活保護法に位置づけられてきた養老施設が養護老人ホームという類型で引き継がれたほか、新しく特別養護老人ホーム<sup>（注4）</sup>と軽費老人ホーム<sup>（注5）</sup>という類型が加わった。

養護老人ホームが、養老施設の流れをくんで、経済的に困窮している高齢者を入所対象としていたのに対し、特別養護老人ホームは、心身の障害が著しいため常時介護を必要とするにもかかわらず居宅において養護を受けることが困難な高齢者を入所対象とした。これにより、我が国で初めて、経済的な状況にかかわらず介護を必要とする高齢者を養護する施設が登場することとなった。

その後、1970年代に近づくと、寝たきり高齢者の数やその生活実態の深刻さが明らかにされるなど、高齢者福祉サービスが、一部の低所得者だけでなく、徐々に一般的・普遍的なニーズとして顕在化してきた。こうした状況を受け、1971（昭和46）年を初年度とする社会福祉施設緊急整備5か年計画が策定されるなど、高齢者福祉の拡充と量的整備への取組みが進められた。この計画により、特別養護老人ホームは、5年間に年平均100施設のペースで増加した。さらに、1980年代に入ると、老後も住み慣れた地域で、家族や親しい人とともに暮らしたいという多く

（注4） 「特別養護老人ホーム」とは、要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいう。

（注5） 「軽費老人ホーム」とは、無料又は低額な料金で、老人を入所させ、食事の提供その他生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設をいう。



の高齢者の希望に応えるため、在宅福祉に力を入れたゴールドプラン、新ゴールドプラン（10頁参照）が策定された。

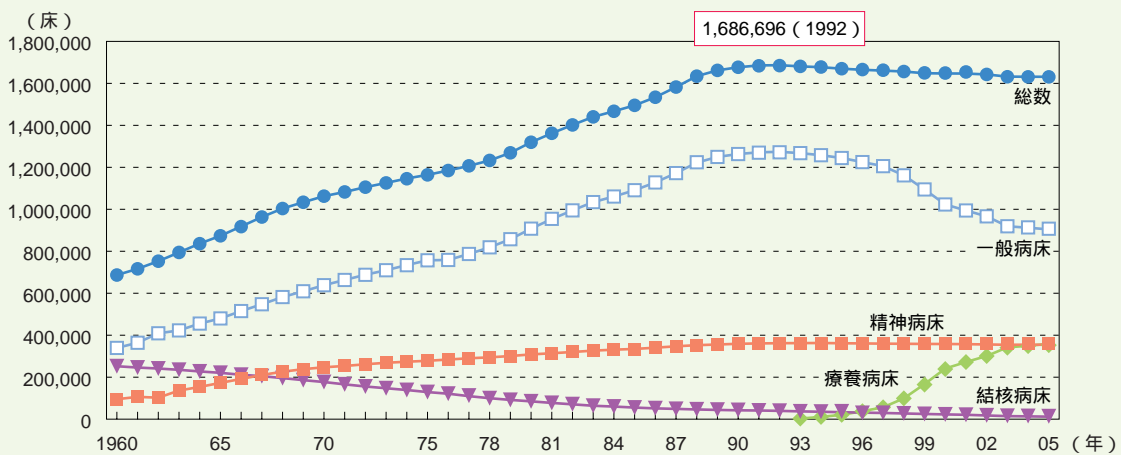
## 2 病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代

### （1）都道府県医療計画制度の導入

1973（昭和48）年の老人医療費無料化（16頁参照）に伴う病床の急激な増加もあり、我が国の病床数の量的確保は1985（昭和60）年頃までにほぼ達成されていたが、地域的な偏在が見られ、また、医療施設の機能分担も不明確であった。そこで、1985年に、都道府県ごとに医療計画を策定し、地域における体系立った医療体制の実現を目指す医療法の大規模な改正が行われた（第1次医療法改正）。

同改正により、地域の実情に応じた医療計画に沿って、公私の医療施設の整備を進めていくこととされ、都道府県知事が、従来の公的病院の病床規制に加え、民間の病院についても、自由開業制を前提としつつ、二次医療圏（注6）単位で必要病床数を設定し、それを上回る病床過剰地域において、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、病院の開設、増床等に関して勧告を行うことができることとなり、自由開業制に一定の制約が課されることとなった。これによって、制度施行前のいわゆる「駆け込み増床」を最後に、病院病床数の伸びに歯止めがかかることとなった（図表1-1-2）。

図表1-1-2 病院病床数の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

（注1）「一般病床」は、1992年までは「その他の病床」であり、1993～2000年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、2001・2002年は「一般病床」及び「経過の旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）」である。

（注2）「療養病床」は、2000年までは「療養型病床群」であり、2001・2002年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

（注6） 「二次医療圏」とは、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域をいい、全国に365圏設定されている（2006（平成18）年3月31日現在）。

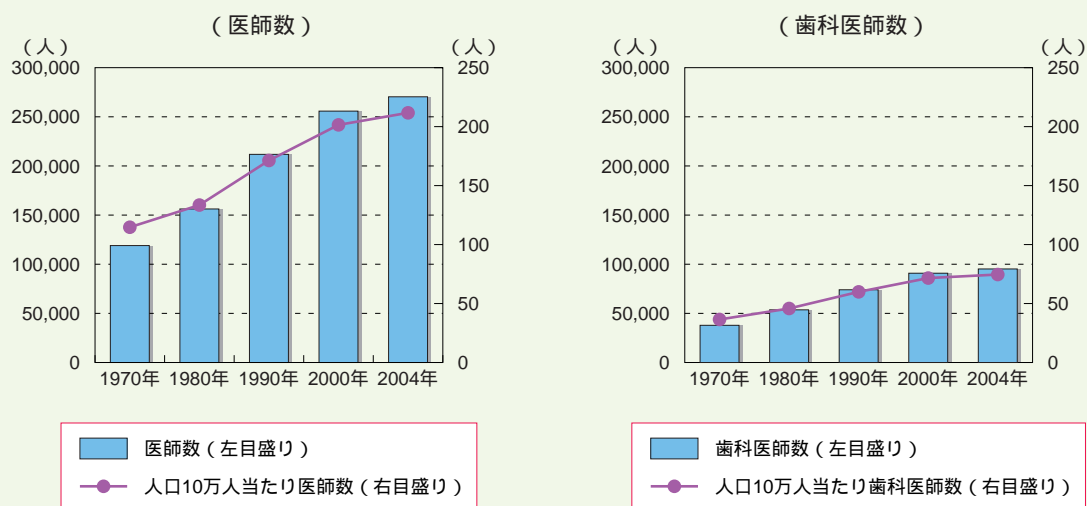
## (2) 将来見通しを踏まえた医師数の抑制

前述した一県一医大構想により医師養成数の増大が図られる中、昭和50年代に入ると将来の医師数過剰が議論されるようになった。医師数過剰による問題点としては、医師数の増加が医療需要を生み出すという傾向も否めないこと、医師数の増加が行き過ぎた競争をもたらし、診療以外の面で患者を引き寄せるといった事態も考えられることが指摘されている<sup>(注7)</sup>。

1982(昭和57)年には、医師については、全体として過剰を招かないように配慮し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進めることが閣議決定(「今後における行政改革の具体化方策について」)され、それを受けて1986(昭和61)年には、厚生省(当時)の「将来の医師需給に関する検討委員会」の最終意見において、2025(平成37)年には医師の10%が過剰になるとの将来推計に基づき、1995(平成7)年を目途に医師の新規参入を10%程度削減するとの提言がなされた。また、1987(昭和62)年に、文部省(当時)の「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」の最終まとめにおいて、1995年に新たに医師になる者を10%程度抑制することを目標として、国公立大学を通じて入学者数の削減等の措置を講じることが提言された。これらの提言を踏まえ、各大学において入学定員の削減が行われ、入学定員が最高であった1984(昭和59)年当時と比較して、2004(平成16)年現在、国公立立を合わせ7.9%(国立10.7%、公立0.8%、私立5.3%)の削減(8,280人から7,625人)が実施されている(図表1-1-3)。

また、歯科医師についても、1986年に出された厚生省(当時)の「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」報告書により、将来の過剰とその問題点が指摘されるとともに、1995年を目途に歯科医師の新規参入を最小限20%削減するとの提言がなされた。これを受け、入学定員のおおむね20%削減が実施されたものの、なおも過剰感があり、1998(平成10)年に出された厚生省(当時)の「歯科医師の需給に関する検討会」報告書において、さらに10%程度の新規参

図表1-1-3 医師数及び歯科医師数の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

(注7) 将来の医師需給に関する検討委員会「将来の医師需給に関する検討委員会 最終意見」(1986(昭和61)年)

入歯科医師数の削減が提言されたが、2006（平成18）年度の入学定員は対1998年度比で1.7%の削減にとどまっている。このため、各大学に対して更なる定員削減を要請するとともに、国家試験の合格基準を引き上げることにより、歯科医師数の削減に取り組んでいる（図表1-1-3）。

### （3）介護サービスの整備・充実

1973（昭和48）年の老人医療費無料化（16頁参照）と福祉施設の整備の遅れは、介護サービスを必要とする高齢者が入院を選択せざるを得ないという社会的入院の問題を生じさせた。その解決を目指し、高齢者にふさわしい看護や介護に重点を置いたケアの必要性が高まり、医療と福祉が連携した総合的なサービスの提供が求められるようになった。そこで1986（昭和61）年、病状がほぼ安定して、病院での入院治療よりも看護、介護、機能訓練に重点をおいたケアを必要とする高齢者に、必要な医療ケアと日常生活サービスを提供するための施設として、老人保健施設<sup>（注8）</sup>が創設された。

1989（平成元）年12月には、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイといった在宅福祉対策の緊急整備に重点が置かれた「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が策定され、それを節目に在宅介護の充実が図られることとなった。

1990（平成2）年には、ゴールドプランを円滑に推進するため、在宅福祉サービスを高齢者保健福祉の一つとして法律上位置づけること、全市町村及び都道府県において老人保健福祉計画の作成を義務づけること、老人福祉、身体障害者福祉にかかわる実施責任を都道府県から市町村に委譲することなどを内容とした老人福祉法等の改正が行われた。

1994（平成6）年には、全国の市町村及び都道府県で作成された老人保健福祉計画の内容を踏まえ、ゴールドプランの内容を見直して一層の充実を図る「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）」が策定され、在宅、施設両面にわたる基盤整備が急速に進められた。

## 3 医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代

### （1）医療施設の機能分化や患者に対する情報提供を推進するための制度改革

平成に入り、医療施設の機能分化や患者に対する情報提供を推進するための第2次から第4次にわたる医療法改正が行われた。

#### 1）医療施設の機能分化を推進するための制度改革

医療施設の機能分化を図る観点から、1992（平成4）年の改正（第2次改正）では、新たに「特定機能病院」及び「療養型病床群」が制度化された。「特定機能病院」は、高度の医療サービスの提供、高度の医療技術の開発能力などの機能を有する、他の病院や診療所からの紹介患者の受入れを特徴とする病院であり、主として大学病院が指定された。「療養型病床群」は、主として長期にわたり療養を必要とする患者のために、人的・物的両面において長期療養にふさわしい療養環境を有する病床群である。

（注8） 「老人保健施設」とは、要介護者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設をいう。

1997（平成9）年の改正（第3次改正）では、複数の診療科を有し100床以上の病院を対象とした総合病院制度が廃止され、新たに、かかりつけの医師・歯科医師等に対する支援として、紹介患者への医療提供、施設・設備の共同利用や開放化、救急医療の実施、地域の医療従事者の研修などを行う病院を「地域医療支援病院」として位置づける制度化が行われた。

2000（平成12）年の改正（第4次改正）では、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床について、主として慢性期の患者が入院する療養環境に配慮した「療養病床」と医師・看護師の配置を厚くした「一般病床」に区分された。

## 2) 患者に対する情報提供を推進するための制度改革

1992（平成4）年の改正（第2次改正）により、医療法に医療提供の理念が明記され、医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて良質かつ適切なものでなければならないと定められた。その後、こうした信頼関係に基づく良質で適切な医療提供を目指し、患者に対する情報提供を促進するための医療法改正が相次いで行われた。

1997（平成9）年の改正（第3次改正）では、医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならないという医療の提供に当たってのインフォームド・コンセント（患者に対する十分な説明と同意）の努力義務規定が整備された。

2000（平成12）年の改正（第4次改正）では、患者の医療に関する情報を求めるニーズの高まりに応えるとともに、患者による医療機関の選択に資するため、医療機関に関する広告規制の緩和が行われた。具体的には、「カルテ等に係る情報を提供することができる旨」、「財団法人日本医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果」などが、新たに広告できる事項として追加された。

## (2) コメディカル教育の高度化

### (看護職員の需給見通し)

看護職員の需給見通しについては、2005（平成17）年12月に、2006（平成18）年以降5年間の「第六次看護職員需給見通し」が策定された。これによると、需要見通しは2006年の約131万4千人から2010（平成22）年には約140万6千人に達する一方、供給見通しは2006年の約127万2千人から2010年には約139万1千人にとどまるものと見込まれている。その上で、今後、資格を有しながら就業しない潜在看護職員（約55万人と推計）の再就業の促進、毎年約5万人いる新人看護職員のうち、就職後1年以内に約4,500人が退職することを踏まえた離職の防止と定着促進等の看護職員確保対策を講じていく必要があるとしている。



### （看護系大学など高等教育の充実）

高齢化の進行、医療サービスの高度化・多様化などに伴い、対応できる質の高い看護職員を確保すべきという要請が高まったことから、1994（平成6）年12月に「少子・高齢社会看護問題検討会」の報告書が取りまとめられ、医療関係者審議会保健婦助産婦看護婦部会です承された。この中で、看護職員の養成に関し今後取り組むべき具体策として、看護系大学・大学院などの高等教育、養成所の教員、施設、高齢者や在宅療養者の看護を重視した教育カリキュラム、生涯教育などの充実を図ることが指摘された。その後、この方針に沿って看護教育カリキュラムの改正、看護系大学・大学院の設置が進められることとなった。

### （3）新たな医師臨床研修制度の導入

医師免許取得後の臨床研修については、1で見てきたように、2003（平成15）年度までは努力義務であった（6頁参照）。また、臨床研修においては医局の意向が大きく関わっていたため、出身大学やその関連病院を中心に出身医局の専門診療科のみで研修を行うことが一般的であった（ストレート方式）。その結果、大半の医師は専門診療科の医師となり、幅広い診療能力が身に付きにくく、また、地域医療との接点が少なく、「病気を診るが、人を診ない」と評された。

そこで、2004（平成16）年度からは、医師の臨床研修が必修化され、全人的な医療を行える医師の養成を目指し、内科、外科、救急部門、小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療を含む複数の診療科で研修を行うスーパーローテート方式による新たな医師臨床研修制度が実施されている。現在は半数以上が大学病院以外の臨床研修病院<sup>（注9）</sup>で臨床研修を受けている（図表1-1-4）。

図表1-1-4 臨床研修医在籍状況の推移

区 分	2003年度		2004年度		2005年度		2006年度		2007年度	
	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率
臨床研修病院	2,243	27.5	3,262	44.2	3,824	50.8	4,266	55.3	4,137	54.7
大学病院	5,923	72.5	4,110	55.8	3,702	49.2	3,451	44.7	3,423	45.3
計	8,166	100.0	7,372	100.0	7,526	100.0	7,717	100.0	7,560	100.0

資料：厚生労働省医政局調べ。

（注9） 「臨床研修病院」とは、臨床研修の到達目標が達成できる等の一定の条件を満たし、厚生労働大臣の指定を受けた研修プログラムを有する病院をいう。

#### (4) 介護保険制度の創設と介護サービスの拡充

行政がサービスの受け手を特定し、サービスの内容を決定する措置制度から、利用者が自ら選択した施設との契約に基づいてサービスを利用する制度への転換の先駆けとして、2000（平成12）年に介護保険制度が導入された。これは、利用者の選択によって契約により各種介護サービスを利用することを可能とし、費用負担を含め国民全体で高齢者の介護を支える仕組みである。

介護保険制度では、各市町村が地域における将来の介護サービスの必要性を見定めた上で介護保険事業計画を策定（各都道府県は広域調整の観点を含め「介護保険事業支援計画」を策定）し、その中で保険料についてもサービス量に応じて独自に決定する枠組みとしたことによって、最も身近な地方公共団体であり、保険者である市町村においてきめ細かく給付と負担の均衡を図ることが可能となった。

制度スタート後、サービス提供基盤は急速に整備され、サービス利用者も5年間でスタート当時の約150万人から2005（平成17）年4月には330万人と、2倍を超える大きな伸びを見せた。また、2005年には、軽度者の状態の維持・改善につなげるため予防重視型システムを確立するなど、制度全般にわたる見直しが行われ、2006（平成18）年4月から施行されている。

なお、こうした流れを受けて、2000年には、社会福祉事業法等の改正を始めとする社会福祉基礎構造改革が行われ、障害者福祉や児童福祉においても、措置から契約によるサービス利用への転換が行われた。

## 第2節

### これまでの医療保険制度の歩み

第2節では、これまでの医療保険制度の歴史を、国民皆保険制度確立の時代（おおむね1922（大正11）年から1961（昭和36）年まで）、保険給付等の拡充の時代（おおむね1961年から1973（昭和48）年まで）、医療費の増大に対応するための給付と負担の見直しの時代（おおむね1973年以降）の3つの時代区分に沿って概観する。

#### 1 国民皆保険制度確立の時代

万が一病気になったときに備えて皆でお金を出し合い、医療にかかる費用の一部又は全部をそこから拠出する医療保険の仕組みについては、労働者を対象とした健康保険法が1922（大正11）年に制定（1927（昭和2）年施行）され、農民等を対象とした国民健康保険法が1938（昭和13）年に制定（同年施行）された。国民健康保険は、地域住民を対象とする普通国民健康保険組合（市町村単位）と、同種同業の者で構成する特別国民健康保険組合により運営されていたが、その後、敗戦と戦後の混乱のため、事業を休廃止する組合が続出した。また、健康保険の適用除外である零細企業の労働者とその家族や、国民健康保険を実施していない市町村の居住者は、公的保険のない状態に置かれていた。

そこで、市町村に国民健康保険事業の運営を義務づけるとともに、市町村に住所を有する者は被用者保険加入者等でない限り強制加入とする国民健康保険法の全面改正が1958（昭和33）年に行われた（施行は1959（昭和34）年、市町村に対する義務化は1961（昭和36）年）。こうして1961年に、国民誰もが一定の自己負担で必要な医療を受けることができる国民皆保険制度が確立することとなった。

こうした保険制度の下、公的保険の保険者から医療機関に支払われる医療行為の対価が診療報酬である。我が国の医療保険制度では、個々の診療行為についてそれぞれ点数を設定し、それを積み上げて診療報酬を算出する出来高払い制度を基本としている。診療報酬については、健康保険法制定後しばらくは各保険者で一点単価が異なっていたが、1958年には全国一律の報酬体系となった。

## コラム

## 国民皆保険制度の意義

我が国の医療保険制度の特色としては、国民が、いずれかの公的医療保険制度に加入し、保険料を納め、医療機関で被保険者証を提示することにより、一定の自己負担で必要な医療を受けることができる国民皆保険制度があげられる。こうした国民皆保険制度は、生命と健康に対する国民の安心を確保するための不可欠の基盤であり、今後とも堅持していく必要がある。

では、他の欧米諸国の医療保険制度はどのようなになっているのであろうか。医療保険制度の在り方を議論する際にしばしば我が国の比較対象にあげられるアメリカ、イギリス、フランス、ドイツと比較してみる。

- (1) アメリカについては、高齢者に対して現役層の社会保障税と公費を財源とするメディケア、低所得者に対して公費を財源とするメディケイドに基づき医療提供が行われるが、メディケア、メディケイドの対象外で、民間医療保険にも加入していない者が4千万人以上いるといわれている。このため、保険に加入していない者が病気になり医療が必要となった場合には多額の負担を強いられることとなる。例えば、虫垂炎（盲腸）の手術で入院した場合、入院日数や地域、為替レート等で異なってくるものの、その医療費は我が国のおおむね10倍程度かかり（ニューヨークの事例）、アメリカの無保険者と、高額療養費制度の適用もある日本の被保険者・被扶養者の自己負担額の差は少なくとも20倍を超えるといわれている。また、保険加入者であっても、加入している医療保険の種類によって、受診できる病院や保険でカバーされる疾患が異なるといった問題点が指摘されている。
- (2) イギリスについては、すべての国民が税財源により基本的に無料で医療提供を受けられることに

なっている（国民保健サービス（National Health Service：NHS））。しかし、入院について、最近では改善が見られるものの、入院待機者数が多く入院まで長期間待たされる、病院の選択肢が少ない、年度末には医療機関による入院拒否が見られるなどといった問題点が指摘されている。また、税財源による医療提供は公的病院に限られ、私立病院にかかる場合は任意の民間保険に入っていないければ多額の負担を強いられることとなる。

- (3) フランスについては、すべての国民が公的医療保険に加入している。しかし、開業医に、協約料金を遵守することが強制される「セクター1医師」と協約料金以上の診療費を請求できる「セクター2医師」の区分があり、後者の場合、協約料金を超える部分は全額自己負担となるため、任意の民間保険に入っていないければ多額の負担を強いられることとなる。
- (4) ドイツについては、一定の所得以上の国民を除き、公的医療保険に強制加入となっている。しかし、公的医療保険の加入者の外来診療は、あらかじめ登録された加入者数に応じた形で支払われるため、医療機関は、民間医療保険の加入者を優先的に治療する傾向が見られるといった問題点が指摘されている。

これらの先進諸国と比較すると、我が国は、国民皆保険制度の下、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現してきており、国際的にも高い評価を受けている。今後は、我が国の宝である国民皆保険制度を維持しながら、更なる効率化を図りつつ医療の質を上げていくことが課題である。

資料：医療経済研究機構「医療関連データ集」（各国、2005年版）等



## 2 保険給付等の拡充の時代

### （国民健康保険等における7割給付の実現・高額療養費支給制度の創設）

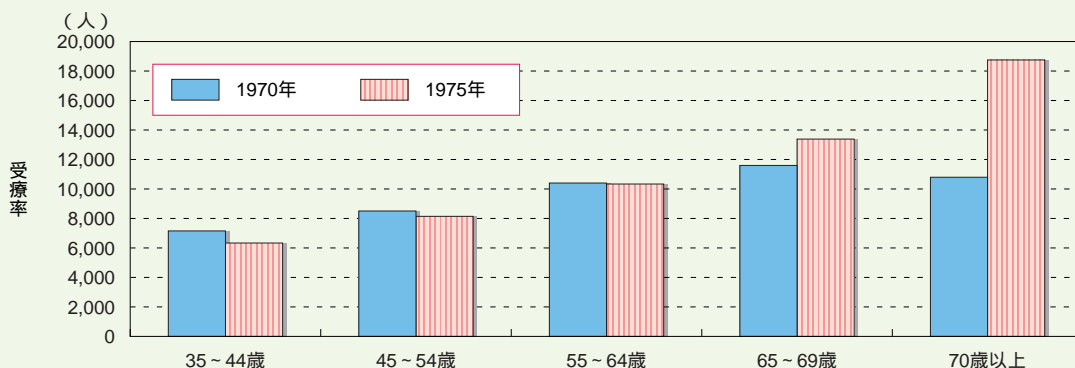
1961（昭和36）年の国民皆保険達成時における患者の自己負担は、被用者保険については、本人は負担なし、家族は5割であり、国民健康保険は5割であった。その後、1968（昭和43）年には国民健康保険が3割負担となり、続いて1973（昭和48）年には、被用者保険の被扶養者も3割負担となった。また同年には、自己負担分の一定額（月額3万円（当時））以上を超える額を支給する高額療養費支給制度が創設された。

### （老人医療費無料化）

我が国の医療保険制度は、大きく分けて被用者保険と国民健康保険に分かれているが、かつては、加入する医療保険によって保険給付率が異なっており、また、主に市町村国保に加入することとなる高齢者は複数の疾患を抱えて長期の療養生活を送ることも多いことから、高齢者の医療費負担をいかに軽減するかが大きな問題となっていた。こうした中で、1969（昭和44）年に東京都と秋田県が老人医療費の無料化に踏み切ったことを契機に、各地の地方公共団体が追随し、1972（昭和47）年には、2県を除いて全国で老人医療費が無料化される状況となった。このような状況を踏まえ、国の施策として1972年に老人福祉法が改正され、1973（昭和48）年から老人医療費支給制度が実施されることとなった。この制度は、70歳以上（寝たきり等の場合は65歳以上）の高齢者に対して、医療保険の自己負担分を、国と地方公共団体の公費を財源として支給するものであった。

この制度により、1970（昭和45）年から1975（昭和50）年までの5年間で、70歳以上の受療率が約1.8倍になるなどの結果が生じ（図表1-2-1）、「必要以上に受診が増えて病院の待合室がサロン化した」との問題も指摘されるようになった。また、介護サービスを必要とする高齢者の受け皿が家庭や福祉施設に乏しいとともに、社会福祉施設に入所するよりも入院の方が手続も容易な上、老人医療費が無料であるため医療機関に入院する方が費用負担が軽いこともあって、いわゆる「社会的入院」を助長しているとの指摘もなされるようになった。

図表1-2-1 人口10万人当たり年齢階級別受療率（1970年、1975年）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」

## 3 医療費の増大に対応するための給付と負担の見直しの時代

## (高齢化等を背景とした医療費の増大)

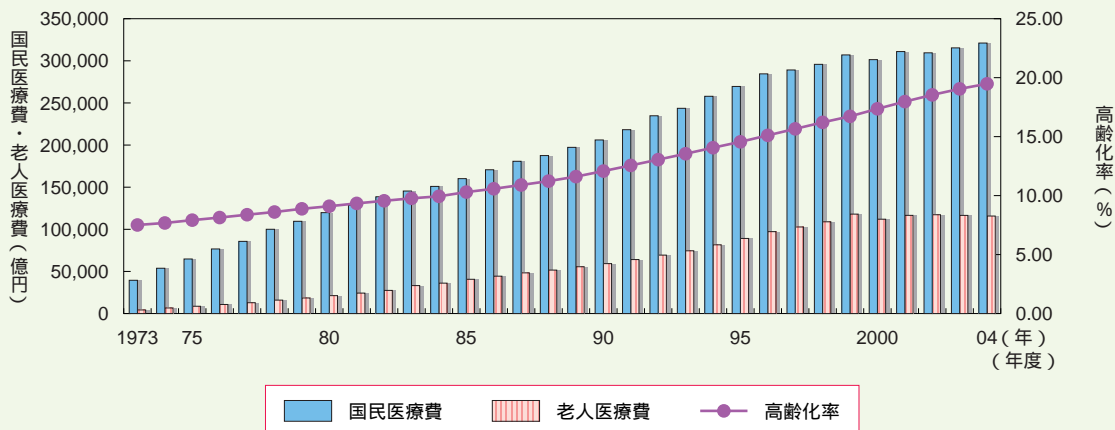
図表1-2-2に示すとおり、我が国の医療費は増加の一途をたどっている。こうした医療費増大をもたらす背景としては、前述した医療提供体制の整備・充実（第1節（4頁）参照）や、老人医療費無料化などの保険給付等の充実に加え、近年においては、高齢化や医療技術の高度化の影響が大きい。

まず、高齢化の状況について見ると、65歳以上の人口は、1947（昭和22）年の374万人から戦後一貫して増加し、1970（昭和45）年には739万人、1995（平成7）年には1,826万人となり、2005（平成17）年には2,682万人となっている。高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は、1947年には5%に満たなかったが、1970年に7%、1994（平成6）年に14%を超え、2005年には20.1%となっている。

次に、医療技術の高度化について見ると、戦後、医学や医療技術は急速に進歩し、新しい診断法、新しい治療法が次々に開発された。感染症に対する抗生物質や外科手術における全身麻酔などの戦後の技術革新は、結核患者の大幅な減少など疾病の治癒に直接貢献した。

これに対し、1970年代以降開発された技術は、自動分析器やCT、MRIなどの診断技術が中心となり、治療技術も、メスによって胸や腹を開いて行う手術に代わって、カテーテルや内視鏡を使って行う、より高度な非開胸や非開腹の手術が盛んに行われるようになった。これらの技術は、高価な医療機器・医薬品を用いることが多いことから、医療費増大の一因になっているといわれている。

図表1-2-2 国民医療費、老人医療費、高齢化率の推移



資料：1982年までの老人医療費は厚生省大臣官房老人保健福祉部調べ、1983年以降の老人医療費は厚生労働省保険局「老人医療事業年報」、国民医療費は厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」、高齢化率は総務省統計局「国勢調査」、「10月1日現在推計人口」による。

## （老人保健法の制定）

老人医療費無料化以降、老人医療費は著しく増大した（図表1-2-2）。オイルショックを契機に、日本経済が高度成長から安定成長に移行する中で、特に高齢者の割合の高い市町村国保の財政負担は重くなった。こうした中で、高齢者の医療費の負担の公平化を目指して、老人保健法<sup>（注1）</sup>が1982（昭和57）年に成立した。老人保健法においては、各医療保険制度間の負担の公平を図る観点から、全国平均の高齢者加入率に基づいて算出された拠出金を各医療保険者で等しく負担する仕組みが新たに導入された。また、老人医療費の一定額を患者が自己負担することとなった。

## （保険料の見直し）

医療費は、主として、保険料負担、公費負担（国庫負担、地方負担）、患者自己負担により賄われている。まず、保険料負担について見ていく。

医療費の増大、賃金水準の上昇等を踏まえ、医療保険財政を持続可能なものとするため、累次にわたって保険料の見直しが行われてきた。1992（平成4）年10月以降は、健康保険の保険料賦課基準である標準報酬月額の上限は1月当たり98万円とされている。また、保険料率の改定の上限は、政府管掌健康保険（政管健保）においては1000分の91、組合管掌健康保険（組合健保）においては1000分の95とされている（1980（昭和55）年の改正による。）。2003（平成15）年からは、保険料負担の公平性を確保する観点から、賞与についても月収と同様に保険料が徴収されることとなっている。

## （公費負担の増加）

国民に対する医療保障は国の責務であるとともに、厳しい財政運営を迫られる保険者が存在することから、我が国の医療保険では公費負担が行われている。公費負担には国庫負担と地方負担があり、保険事業の事務の執行に要する費用（事務費）及び給付費等の一部に補助が行われているが、給付費等に対する公費負担割合については各保険者の財政状況等を考慮して定められている。

国庫負担について見ると、2007（平成19）年において、組合健保の国庫負担は事務費のみであるが、政管健保については、こうした事務費に加えて給付費の13.0%、老人保健拠出金分の16.4%、市町村国保については給付費等の43%の国庫負担がある。また、老人保健についても医療等に係る給付費の約33%の国庫負担がある。このため、全体の給付費が増加している中では、それぞれの負担割合に応じて国庫負担も増加することから、国家財政への影響も大きいものとなっている。

また、地方負担について見ると、市町村国保は都道府県が給付費等の7%<sup>（注2）</sup>、老人保健は都道府県及び市町村がそれぞれ、医療等に係る給付費の約8%ずつを負担している。

（注1） 老人保健制度の対象年齢は、2002（平成14）年10月から5年間で70歳以上から75歳以上に段階的に引き上げられている。

（注2） 2004（平成16）年の三位一体の改革において導入することとされた都道府県調整交付金によるものである。

### （患者自己負担の増加）

患者自己負担についても、累次の改正により増加している。

昭和50年代以降について被用者保険における被用者本人の自己負担の改正を見ると、1977（昭和52）年の改正では、初診時一部負担金の額が200円から600円に、入院時一部負担金の額が60円から200円に改定された。また、1980（昭和55）年の改正では、初診時一部負担金の額が600円から800円に、入院時一部負担金の額が200円から500円に改定された。続いて、1984（昭和59）年に患者の自己負担が定額から1割に、1997（平成9）年に1割から2割に、2002（平成14）年に2割から3割に改正が行われた。扶養家族の自己負担については、外来は1973（昭和48）年以降3割であり、入院は1973年に5割から3割に、1980年に3割から2割に引き下げられたが、2002年に再び2割から3割に引き上げられた。国民健康保険の自己負担については1968（昭和43）年以降3割となっている。このような経緯により、現役世代における制度間を通じた3割への負担統一がなされた。

また、老人の自己負担については、1987（昭和62）年から数次にわたり負担定額が引き上げられ、2000（平成12）年に定額から定率1割に、2002年に現役並み所得者を2割とする改正が行われた。

なお、2004（平成16）年における医療費に対する患者の実効負担率（医療費に占める患者負担割合）は、全体で15.3%、老人で8.7%となっている。

図表1-2-3 患者自己負担の推移

～1972 （昭和47年 12月）		1973 （昭和48年 1月～）	1983 （昭和58年 2月～）	1997 （平成9年 9月～）	2001 （平成13年 1月～）	2002 （平成14年 10月～）	2003 （平成15年 4月～）	2006 （平成18年 10月～）	2008 （平成20年 4月～）	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支 給制度（老人 福祉法）		老人保健制度					75 歳以上	後期高齢者 医療制度
国 保	3割	なし	入院300円/日 外来400円/月	1000円/日 500円/日 （月4回まで） +薬剤一部 負担	定率1割負担 （月額上限付き） *診療所は定額 制を選択可 薬剤一部負担の 廃止 高額医療費創設	定率1割負担 （現役並み所得者2割）		定率1割 負担 （現役並 み所得 者3割）	1割負担 （現役並み 所得者3割）	
被用者本人	定額 負担	国保	3割 高額療養費創設 （S48～）	入院3割 外来3割+薬剤一部負担					70 ～ 74 歳	2割負担 （現役並み 所得者3割）
被用者家族	5割	被用者本人	定額 1割（S59～） 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担		3割 薬剤一部 負担の廃 止		3割	70 歳未 満	3割
		被用者家族	3割（S48～） 高額療養費創設 （S48～） 入院2割 （S56～） 外来3割	入院2割 外来3割+薬剤一部負担						

（注1）平成6年10月から入院時食事療養費制度創設、平成18年10月から入院時生活療養費制度創設。

（注2）平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大。



### （特定療養費制度の創設）

1984（昭和59）年の健康保険法改正において、新しい医療技術の出現や、患者のニーズの多様化に適切に対応すべく特定療養費制度が導入された。特定療養費制度は、高度先進医療や特別の療養環境の提供に係る部分について、一定のルールの下で保険外診療との併用を認める制度であり、その内容は、高度で先進的な医療技術の技術料相当部分に係る費用やいわゆる差額ベッド代や予約診療など特に定められたサービスに係る費用について自己負担としつつ、入院・検査費用などの、本来保険給付の対象となる基礎的部分について療養費の給付を行うというものである。

### （診療報酬・薬価等の改定）

保険者から医療機関に支払われる診療報酬・薬価等については、1958（昭和33）年に全国一律の料金体系になって以降一貫して引上げが行われていたが、高度成長の終焉<sup>しゅうえん</sup>以降その伸びは小さいものとなっていった。

薬価について、我が国では諸外国に比較して薬剤比率が高く、その理由として、薬価基準に従って保険者から医療機関に支払われる薬価と、医療機関が実際に市場から購入する実際の価格（実勢価格）との間に大きな差（薬価差）があり、薬を使えば使うほど医療機関の収入が増える仕組みになっていることがかねてから指摘されていた。そこで、薬価調査の結果に基づき、1967（昭和42）年以降毎年のように実勢価格に合わせていく形で薬価引下げが行われた。

診療報酬については、医療技術の進歩などにより引き上げられてきたが、2002（平成14）年、近年の賃金・物価の動向や厳しい経済動向を踏まえ、医師の技術料等に関する診療報酬本体についての1.3%、薬価等についての1.4%（薬価ベースでは6.3%）を合わせて2.7%の引下げが行われることとなった。診療報酬本体について引下げが行われるのは初めてのことであった。

### （介護保険制度の成立と医療保険制度との棲み分け）

2000（平成12）年から始まった介護保険制度では、これまで高齢者福祉と老人医療の双方に分かれていた介護サービスを、一つの制度として統合した。これにより、医療保険制度が事実上担っていた老人医療のうち、介護的色彩の強い部分が介護保険に移行することとなった。

## 第3節

## これまでの健康づくりの歩み

第3節では、これまでの健康づくりの歴史を、成人病対策を中心とした疾病予防の時代（おおむね1955（昭和30）年から1996（平成8）年まで）、生活習慣に着目した健康づくりの時代（おおむね1996年から2005（平成17）年まで）、新しい知見に基づく総合的な生活習慣病予防と職場における新たな健康確保対策（おおむね2005年以降、職場における新たな健康確保対策は2000（平成12）年以降）の3つの時代区分に沿って概観する。

## 1 成人病対策を中心とした疾病予防の時代

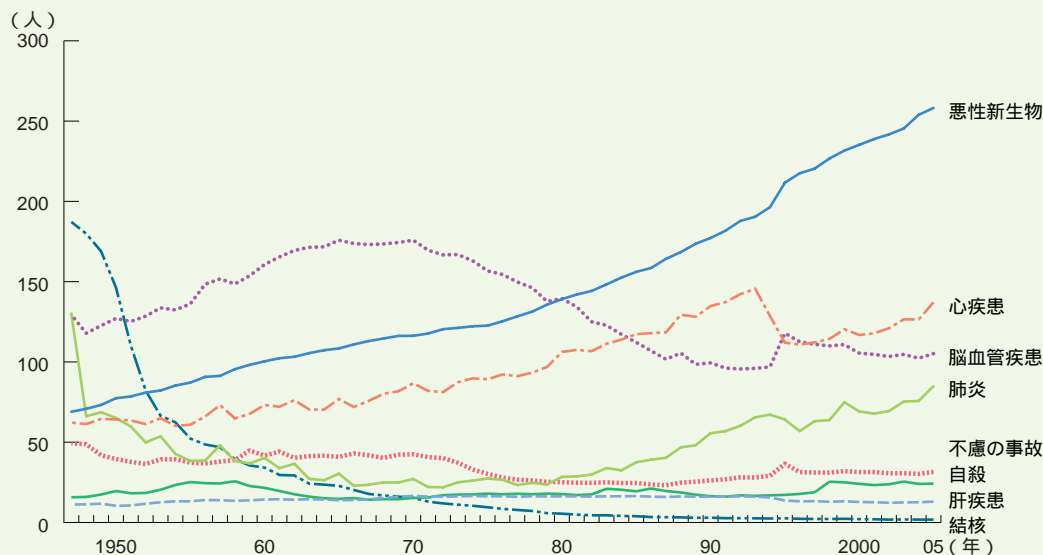
## (1) 成人病対策

## (疾病構造の変化)

戦後直後の我が国の死因の第1位は結核であった。これに対しては、治療薬の普及や、定期健診・BCG予防接種の実施などの広範な公衆衛生対策に加え、民間の全国的組織である結核予防会による調査研究、啓発、治療が行われた。その結果、国民の栄養水準の向上とも相まって、結核死亡率は大幅に低下し、1951（昭和26）年に脳血管疾患が結核に代わって死因の第1位を占めるようになり、1958（昭和33）年には、現在の3大死因である悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患が死因の上位を占めるようになった（図表1-3-1）。

悪性新生物、心疾患、脳血管疾患については、40歳前後から急に死亡率が高くなり、加齢に伴ってかかりやすくなる病気ということで「成人病」と呼ばれ、国民の関心が高まった。

図表1-3-1 主要死因別に見た死亡率（人口10万人当たり）の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

## （老人保健事業に基づく健康診査）

1963（昭和38）年に制定された老人福祉法により、65歳以上の者を対象として、老人の疾病の予防、早期発見・早期治療という見地から老人健康診査が実施されてきた。その後、1982（昭和57）年に成立した老人保健法により、健康診査を始めとする壮年期からの総合的な保健医療サービスの提供により国民の老後の健康を確保するという観点から、総合的な老人保健事業の対象年齢も40歳まで引き下げる形で実施された。

## （国民健康づくり運動）

我が国では、これまで10年単位で国民健康づくり運動が行われてきた。

第1次国民健康づくり運動は1978（昭和53）年に始まり、生涯を通じる健康管理、健康づくりの基盤整備、健康づくりの啓発普及を健康づくり体制の3本柱とし、健診の徹底による疾病の早期発見・早期治療に努めた。また、「栄養」・「運動」・「休養」が健康増進の3要素であるという観点に立って、乳幼児から老人に至るまでの健診制度の充実、市町村保健センターの整備、市町村保健師・栄養士の設置などが進められた。

第2次国民健康づくり運動は1988（昭和63）年に始まり、健康づくりの3要素（「栄養」・「運動」・「休養」）のうち、特に「運動」の意義を積極的に取り上げた「アクティブ80ヘルスプラン（国民健康づくり対策）」が示され、運動プログラムの作成及び指導を行う健康運動指導士の養成などが行われた。

## （2）職場における健康確保対策

### （安全衛生管理体制の整備）

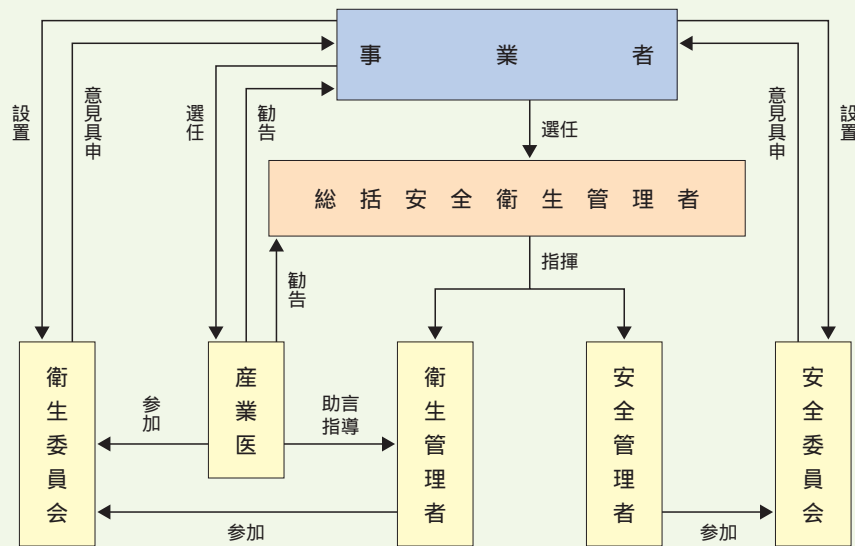
1947（昭和22）年に労働基準法が公布・施行され、一定の規模の事業場ごとに、安全管理者と衛生管理者を選任すべきことが義務づけられた。

1972（昭和47）年には、産業社会の急速な進展に対応するため、労働基準法とは別に労働安全衛生についての単独法として労働安全衛生法が公布・施行された。これにより、事業場における安全衛生管理体制の整備として、一定規模以上の事業場に安全管理者、衛生管理者等を指揮する総括安全衛生管理者の選任が義務づけられ、衛生委員会の設置が法律上の制度として整備された。また、医師である衛生管理者の呼称を産業医と定め、産業医は労働者の健康管理等に当たるとともに、事業者又は総括安全衛生管理者に対し指導助言等を行う専門家として活動するものとされた（図表1-3-2）。

### （健診の義務化とTHPの推進）

1947（昭和22）年に公布・施行された労働基準法及び旧労働安全衛生規則では、労働者が常に健康な状態で労働に従事するには、結核等の感染症をできる限り早期に発見することが必要であり、そのためには定期的な健康診断の実施が不可欠であるとの認識に基づき、労働者に対する健康診断を行う義務が事業者に課された。1989（平成元）年、1998（平成10）年には労働安全衛生規則が改正され、肝機能検査、血中脂質検査、貧血検査、心電図検査、血糖検査等が健診項目として追加された。また、2001（平成13）年には、労災保険制度に「二次健康診断等

図表1-3-2 労働安全衛生法に基づく安全衛生管理体制（例）



給付」が創設され、事業者の行う定期健康診断において脳・心臓疾患に関連する項目に異常があると診断された労働者に対して、受診者の負担なく、脳血管及び心臓の状態を把握するための二次健康診断及び脳・心臓疾患の発症の予防を図るための医師等による保健指導を受けることができることとなった。

さらに、健診で異常なしと判定された人の中にも、成人病の予備群といわれる人が多く含まれていることから、1979（昭和54）年、中高年者を対象に運動による健康づくり運動「SHP（シルバー・ヘルス・プラン）」が開始された。その後、1988（昭和63）年の労働安全衛生法改正により、運動のみならず生活、栄養そしてメンタルヘルスケアを含めた総合的な健康づくりである「THP（トータル・ヘルスプロモーション・プラン）」が企業の努力義務として導入された。

### （労働時間の短縮）

長時間労働は、労働者の心身の健康に影響を及ぼすおそれがあるといわれている。昭和50年代の労働者1人平均年間総実労働時間はおおむね2,100時間程度で推移していた。1987（昭和62）年に取りまとめられた経済審議会の建議「構造調整の指針」（いわゆる新前川レポート）においては、国際的な「働きすぎ」批判を浴びる中、構造調整のための方策の一つとして「労働時間の短縮」が大きな柱となり、「年間総労働時間について1,800時間程度を目指すこと」など具体的な施策の目標が掲げられた。

これを受けて、1987年に労働基準法の改正が行われ、週48時間労働制から週40時間労働制を法定労働時間短縮の目標として明確にしつつ、段階的に法定労働時間を短縮することとされ、1997（平成9）年4月から、特例措置対象事業場を除き全面的に週40時間労働制が適用された。また、1987年の労働基準法改正では、多様な働き方を可能とするため、変形労働時間制やフレックスタイム制も導入された。



また、1993（平成5）年の同法の改正により、休日労働の割増賃金率が引き上げられ、1998（平成10）年には、同法の改正に基づき「時間外労働の限度に関する基準」が定められ、遵守されるよう助言・指導を行うこととされた。

さらに、労使の自主的な取組みを促進することにより労働時間短縮の円滑な推進を図るため、1992（平成4）年に「労働時間の短縮の促進に関する臨時措置法」（時短促進法）が制定され、事業主が労働時間の短縮を計画的に進めるために必要な措置を講ずるよう努めることとされた。さらに、1993年には、「中小企業労働時間短縮促進特別奨励金」が創設されるなど、労働時間短縮に取り組む中小企業等に対する各種助成制度が講じられた。

こうした取組みの結果、時短促進法が施行される直前の1991（平成3）年度には2,008時間であった年間総実労働時間は、2006（平成18）年度には1,842時間となった。

## 2 生活習慣に着目した健康づくりの時代

### （「生活習慣病」概念の導入）

食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒といった生活習慣が、それまで成人病と呼ばれていた悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の発症に深く関係していることが明らかになってきた。そうしたことを背景に、1996（平成8）年に公衆衛生審議会において「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）」が取りまとめられた。この意見具申に基づき、生活習慣を改善することにより疾病の発症・進行が予防できるという認識を国民に醸成し、行動に結びつけていくために、「加齢」という要素に着目した「成人病」から、新たに「生活習慣」という要素に着目して捉え直した「生活習慣病」という概念が健康づくり対策に導入された。

### （健康日本21）

2000（平成12）年に、第3次の国民健康づくり運動として「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」がスタートした。「健康日本21」は壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を目的としており、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がんの9分野70項目について、成人の1日当たりの野菜の平均摂取量の増加、日常生活における歩数の増加など具体的な目標を掲げ、疾病を予防する一次予防に重点を置いた施策を推進している。

また、2002（平成14）年には、「健康日本21」を中核とする国民の健康づくりを更に積極的に推進する法的基盤を整備するため、健康増進法が制定された。健康増進法は、健康づくりを総合的に推進する観点から、国が全国的な目標や基本的な方向を提示するための基本方針を策定すること、地域の実情に応じた健康づくりを進める観点から、地方公共団体において、健康増進計画を策定すること、職域、地域、学校などにおける健康診査等を生涯を通じた自らの健康づくりに一層活用できるものとする観点から、共通の健康診査等の指針を定めること、多数の者が利用する施設を管理する者に対し、受動喫煙を防止する措置を採る努力義務を課すことなどを内容としている。

### （累次の対がん10か年戦略）

がんによる死亡数は全死亡数の3割を超えており、がん対策の強化は国民的関心の高い重要な課題となっている。がん対策については、1984（昭和59）年度から「がんの本態解明」を目標に「対がん10か年総合戦略」を、1994（平成6）年度からは「がんの本態解明からがん克服へ」を目標に「がん克服新10か年戦略」を進めてきた。2004（平成16）年からは、研究、予防、臨床への応用を総合的に推進することを目指し、「第3次対がん10か年総合戦略」を定め、がんの罹患率と死亡率の激減という戦略目標の下、がん研究の推進、がん予防の推進、がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備を内容とする、がん対策の総合的な推進に取り組んでいる。

### （メディカル・フロンティア戦略）

「メディカル・フロンティア戦略」は、豊かで活力ある長寿を創造することを目指し、2001（平成13）年度から2005（平成17）年度までの5か年計画で進められた。これは、働き盛りの国民にとっての二大死因であるがんと心筋梗塞、要介護状態の大きな原因となる脳卒中、認知症、骨折について、地域医療との連携を重視しつつ、先端科学の研究を重点的に振興するとともに、その成果を活用し、予防と治療成績の向上を目的としたものである。

## 3 新しい知見に基づく総合的な生活習慣病予防と職場における新たな健康確保対策の時代

### （1）新しい知見に基づく健康づくり対策の展開

#### （メタボリックシンドローム概念の登場）

2005（平成17）年に、日本内科学会等内科系8学会の合同により、メタボリックシンドロームの疾患概念と基準が示された<sup>（注1）</sup>。

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、高血圧、脂質異常などを呈する状態のことをいい、これらが重複した状態は心疾患、脳血管疾患の発症リスクを高めることから、内臓脂肪を減少させることで心疾患、脳血管疾患等の発症リスクの低減及び糖尿病等の個々の諸病態の改善が図られるという考え方を基本としている。

上記8学会の具体的な基準では、腹囲が基準値（男性85cm、女性90cm）以上の場合に「要注意」とされ<sup>（注2）</sup>、さらに、血中脂質、血圧、血糖値のうち2項目以上が基準値に該当する場合をメタボリックシンドロームに該当するとしている。簡便な検査方法である腹囲測定が一般臨床や健康診査の場で用いられることにより、メタボリックシンドロームの該当者・予備群を早期に発見し、日常の生活習慣の改善を促すことで、生活習慣病の予防を図っていくことが期待される。

（注1）メタボリックシンドローム診断基準検討委員会「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」（2005（平成17）年）

（注2）肥満の判定基準として従来から使われていたBMI（ボディー・マス・インデックス）は、BMI指数が低くても腹囲が大きい場合があり、内臓脂肪蓄積が見逃される場合があることが指摘されている。

### （健康フロンティア戦略）

2004（平成16）年に策定された「健康フロンティア戦略」は、国民の健康寿命を伸ばすことを基本目標に、働き盛り、女性、高齢者の国民各層を対象に、それぞれについて重要性の高い「生活習慣病対策の推進」、「女性のがん緊急対策」、「介護予防の推進」に係る施策を進めるとともに、それらを支える科学技術の振興を図ることを目的としている。2007（平成19）年4月には、内閣官房長官が主宰する「新健康フロンティア戦略賢人会議」において、この戦略の内容を更に発展させた「新健康フロンティア戦略」が策定されたところである（第4章第2節（109頁）参照）。

### （がん対策基本法）

がんについては、2006（平成18）年にがん対策基本法が成立し、2007（平成19）年4月から施行されている。

我が国のがん対策は、これまで一定の成果を収めてきたものの、なお、死亡の最大の原因であるなど国民の生命及び健康にとって重大な問題である。同法では、今後更なるがん対策の充実を図るため、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的に掲げ、政府によるがん対策推進基本計画の策定、都道府県による都道府県がん対策推進計画の策定、がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の均てん化<sup>（注3）</sup>の促進、がん研究の推進、がん対策推進協議会の設置等の規定が盛り込まれている。

### （食育基本法）

今日の国民の食生活においては、脂質の過剰摂取や野菜の摂取不足といった栄養の偏り、朝食の欠食に代表されるような不規則な食事、子どもも含めた肥満や生活習慣病の増加、若い女性を中心とした過度の瘦身志向<sup>（そうしん）</sup>などの問題が生じている。こうした問題を背景に、2005（平成17）年に食育基本法が成立し、同法に基づき、2006（平成18）年に食育推進基本計画が策定された。同基本計画に沿って、栄養指導などの健康づくり活動を通じた食育に関する普及啓発活動が総合的かつ計画的に推進されている。

（注3） 「がん医療の均てん化」とは、全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図ることをいう。

## (2) 職場における新たな健康確保対策

労働者の過重労働による健康障害防止対策については、2002（平成14）年に、事業者が講ずべき措置を取りまとめた「過重労働による健康障害防止のための総合対策」が策定され、2006（平成18）年には、長時間の時間外・休日労働を行った労働者に対する医師による面接指導制度の創設などに伴い、新たな「過重労働による健康障害防止のための総合対策」が策定された（第4章第2節（111頁）参照）。

また、労働者の心の健康の保持増進（メンタルヘルスケア）対策としては、2000（平成12）年に、事業者が講ずるよう努めるべきメンタルヘルスケアの具体的実施方法を定めた「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が策定され、2006年には、労働安全衛生法に基づき、より詳細な実施方法を定めた「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が新たに策定された（第4章第2節（112頁）参照）。

さらに、2006年に「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」が施行されるなど、仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の実現に向けた取組みが行われている（第4章第2節（112頁）参照）。