

第3節

保健医療・生活支援

我が国の保健医療や生活支援のサービスについては、戦後、国民のニーズに応じてサービスの種類や内容、量の拡大等が図られてきている。国民にとって、できる限り健康でいることは時代を超えて変わらぬ望みであり、そのためには、病気の予防意識（自らの健康づくりに向けた努力や健診への理解）が拡がり、さらには、病気になれば医療を受けることができる環境を整えることが重要である。生活支援については、1980年代頃より、誰もができる限り住み慣れた地域や自宅において尊厳を持って自立した生活を送ることができる社会を目指す観点（ノーマライゼーション）から、施設サービスから在宅サービスへと重点を移すとともに、必要なサービスを計画的に拡充してきた。近年は、個人の自立生活を支援するという考え方に立って施策が展開される中で、地域住民がお互いに必要な支援を行う「地域（まち）」づくりが志向されるに至っている。この節では、このような流れを、保健医療、高齢者介護、障害者福祉及び子育て支援のそれぞれの分野ごとに見ていくこととする。

第1款

健康な国民生活を実現するために

現在の我が国では、人々はより長く、より健康に生きることができるようになっており、世界でも有数の「健康大国」と言える。しかし、ここに至るまでには戦後の様々な社会状況の変化や制度の改正があった。戦後直後の感染症の蔓延を防止する等の対策に始まり、その後、医療サービスの量的な拡大を行ってきた。現在は、高齢化社会の到来と疾病構造の変化の中で、国民が健康問題に積極的に関与し、地域で安心して医療を受けることのできる体制の整備を推進することがこれまで以上に注目されている。第1款では、健康づくり、地域医療提供体制及びそれを支える医療保険制度の変遷を確認し、到達点と今後の課題を検証する。その際、あわせて、人々の充実した生活の基盤である「健康」を守るための地域における取組みについて概観する。

1 国民一人一人が取り組む予防の実践とそれを実現するための環境整備

（保健所が果たす地域保健体制整備）

我が国に保健所が初めて設置されたのは、1937（昭和12）年、今から70年近く前までさかのぼる。結核撲滅と母子保健の向上を目的に旧保健所法が制定された。食品衛生や、急性感染症の予防活動等は、そのときは警察が担当していたが、1947（昭和22）年に保健所法が大幅改正されると、新たに保健所がそれらの業務を担うこととなり、保健所は地方における公衆衛生上の行政業務を一体的に実施する機関となった。

また、地域保健の新たな体系作りとして、保健所と市町村保健センターの役割を定めた「地域保健法」が、保健所法を大幅に改正して、1994（平成6）年に制定された。

これにより、住民に身近で利用頻度の高い保健、福祉サービスは市町村が担い、保健所は精神保健、難病対策、エイズ対策等についての機能と食品衛生、環境衛生、医事、薬事など広域的監視・検査が必要な事項についての機能をそれぞれ強化し、地域保健における広域的・専門的かつ技術的拠点としての位置づけを確立する。

かつて、保健所は、結核・性病・感染症等の疾病予防に加え、母子及び老人保健、精神保健、栄養改善等の保健衛生といった地区診断の基本的活動、住宅・水道・清掃・食品さらには公害等の環境衛生、衛生概念の普及等、幅広い分野において大きな成果を残した。我が国は、戦後の感染症の克服に代表されるように、公衆衛生上での劇的な改善を遂げているが、その中で保健所の果たした役割は大きいといえる。

その後、疾病構造の変化、乳児死亡率の低下等に伴い、それぞれの地域の保健、医療、福祉の状況に合わせ、保健所は施設、業務の面で拡充を図っていった。疾病構造の変化、少子高齢化の進行、個人ニーズの多様化、地方分権の進行といった時代の変化を背景に、医療や福祉との連携強化や、地方分権の流れの中で都道府県・市町村との新たな役割分担、さらに地域における健康危機管理等、求められる課題に応じて保健所は役割を果たし、今日に至っている。

（国民の主体的な健康づくり対策のはじまり）

昭和50年代は、感染症対策から地域保健行政への展開が見られた時代である。1978（昭和53）年には、「国民健康づくり運動」として、健康増進、疾病予防、リハビリテーションを包括的に捉えた総合的対策（第1次国民健康づくり対策）が打ち出された。このような流れの中、身近な市町村が地域保健において役割を果たすことが期待された。

1988（昭和63）年には、第2次国民健康づくり対策が始まり、健康づくりの3要素「栄養」「運動」「休養」のうち、特に「運動」のもつ意義を積極的に取り上げた「アクティブ80ヘルスプラン」が示された。その中では、「自分の健康は自分で守る」という理念のもと、健康管理における自己責任が強調されている。これは、これまで都市環境の整備など公衆衛生施策が中心だった感染症に代わり、慢性疾患の割合が増加してきたことが背景にある。慢性疾患は多くの場合、苦痛や症状が長期にわたり、一生続くこともあるだけに、その効果的・効率的なケアには患者自身のマネジメントが必要である。国民医療総合対策本部中間報告（1987年）においては、『成人病中心の時代であっては、「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」という自己管理の観点を重視する方向で改革を行っていく必要がある。』としており、これは、患者の主体性に注目した初めての行政としての報告書である。

こうした一連の我が国の取組みは世界の動向とも呼応している。第1次国民健康づくり対策の開始は、医療の重点を高度医療中心から予防を含む一次医療への転換を提唱したWHO（世界保健機関）の「アルマアタ宣言」（1978年）が発表された時期とほぼ一致する。また、健康増進を個人の生活改善に限定して捉えるのではなく、社会的環境の改善を含むことを確認した「オタワ宣言」（1986年）が採択された時期とほぼ一致

して、第2次国民健康づくり対策を開始している。

（生活習慣に着目した疾病対策への転換）

1996（平成8）年、それまでの加齢に注目した「成人病」に代わって、生活習慣に着目した「生活習慣病」という名称が新たに導入された。その定義は「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に關与する疾患群」^{（注）}とされている。この導入の背景の一つとして、かつての成人病対策のような、病気の早期発見・早期治療を重視する二次予防から、生活習慣を見直し、環境改善などにより病気の発生そのものを予防する一次予防の考え方に転換し、「生活習慣病」の認識を国民に醸成し、行動に結びつけることが重要になったことが挙げられる。

その後、2000（平成12）年からは、第3次の国民健康づくり対策として、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を推進している。「健康日本21」は、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、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実現することを目的とし、栄養・食生活、身体活動・運動、たばこ等の9分野70項目について、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2003（平成15）年5月には、「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」が施行された。

さらに、2005（平成17）年からの10か年戦略として、国民一人一人が生涯にわたり元気で活動的に生活できる「明るく活力ある社会」の構築のため、「生活習慣病対策の推進」と「介護予防の推進」を柱とした「健康フロンティア戦略」を推進している。健康フロンティア戦略では、健康寿命（健康で自立して暮らすことができる期間）を2年程度伸ばすことを目標に、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としている。

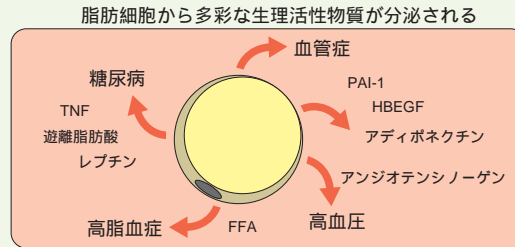
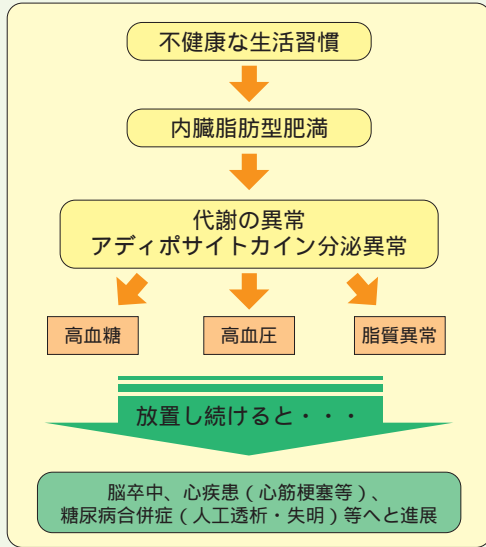
また、2005年4月には、「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」の定義と診断基準が、日本内科学会等8学会によって示された。これは、糖尿病、高血圧症、高脂血症等は内臓脂肪型肥満と強く関連があり、内臓脂肪型肥満に加えてこれらが重複した状態は心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少することで糖尿病等の諸病態の改善及び心疾患、脳血管疾患等の発症リスクの低減が図られるという考え方を基本とした概念である。今後は、この内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入し、国民の運動、栄養、喫煙面での健全な生活習慣の形成に向け、国民や関係者の「予防」の重要性に対する理解の促進を図るための国民運動を展開することとしている。

図表2-3-1-1▶

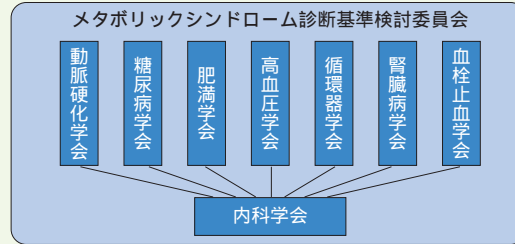
（注） 公衆衛生審議会「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）」（1996（平成8）年）

図表2-3-1-1 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の疾患概念の確立

～ 脳卒中や心疾患の発症を予防するカギとなる考え方が提唱されている ～



8学会が合同で定義と診断基準を策定した
(平成17年4月 日本内科学会総会で公表)



コラム

内臓脂肪症候群に着目した健診・保健指導の実施による職員の健康管理対策

兵庫県尼崎市役所では、1999（平成11）年度当時、地方公共団体の職員で構成する全国自治体健康保険組合（都市健保）48団体内、職員1人当たりの医療費の額が全国最高であり、また職員の現職死亡も年平均12人、長期療養を必要とする休職者は年平均約50人を数え、組織として職員の健康管理対策が喫緊の課題であった。

そこで、まず、レセプトデータや健診データから、職員の疾病傾向及び現職死亡や長期療養者の過去の健診結果、受診状況等の分析を行った。その結果、現職死亡や長期療養の原因として高率を占めるのは脳・心臓疾患であるという「集団としての健康課題」が明確になり、それを焦点に対策の充実を図ることとした。

図表 脳・心臓疾患に至る経過

血管障害を起こしている職員のほとんどがこのような経過を辿っている

A氏 54歳 脳梗塞		34歳	35歳	36歳	37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳	
検査結果	BMI25以上（肥満）	[経過線]																					
	高中性脂肪	[経過線]																		[経過線]			
	高血圧	[経過線]																		[経過線]			
	高尿酸	[経過線]																		[経過線]			
治療	低HDL	[経過線]																		[経過線]			
	高LDL	[経過線]																		[経過線]			
	一過性脳虚血治療 左脳梗塞治療	[経過線]																					
B氏 57歳 心筋梗塞		37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳	55歳	56歳	57歳	
検査結果	BMI25以上（肥満）	[経過線]																					
	高GPT	[経過線]																		[経過線]			
	高血圧	[経過線]																		[経過線]			
	高中性脂肪	[経過線]																		[経過線]			
心電図	低HDL	[経過線]																		[経過線]			
	高血糖	[経過線]																		[経過線]			
	陰性T波	[経過線]																		[経過線]			
	反時計方向回転	[経過線]																		[経過線]			
	ST-T異常	[経過線]																		[経過線]			
治療	異常Q波	[経過線]																					

資料：「生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会」尼崎市野口緑氏提出資料より

また、従来は健診結果で要指導と指摘された人を対象に保健指導を行ってきたが、脳・心臓血管障害を発症するおそれが高い、つまり、血管障害が進んでいる可能性が高い職員を体の代謝のメカニズムから序列化し、優先順位をつけて保健指導を行うなど、予防の緊急性を明確にして、対策のターゲットを絞り込んだ。

保健指導の方法については、従来、高血圧には「塩分摂取に注意」、肥満や糖尿病には「食べすぎと運動不足」など、一般的、指示的な内容が中心だったが、これを見直し、本人の自己選択にゆだねながらも具体的な方策を示すような保健指導を行うこととした。これにより、職員が自らの健診結果として示されたデータから自分の血管変化をイメージでき、これまでに至った理由を自分の生活習慣と結びつけて考え、将来を予測することで、行動変容につなげることが可能となった。

このような取組みの結果、

- ・ 健診結果を保存している職員の増加（健康管理に対する意識）
- ・ 昼食弁当への関心や飲酒時の食べ方を考える人の増加（食生活に対する意識）

- ・ 万歩計をつけたり、通勤時に歩いたりする職員の増加（運動に対する意識）

などの行動変化が現れ、その結果体重（内臓脂肪）の減少、健診データの改善などの効果が現れた。さらに、現職死亡が激減し、特に虚血性心疾患による死亡は対策実施前4年間（1996年～1999年度）の5名から実施後4年間は0名になり、循環器疾患による休職者数も大幅に減少した。

また、医療費についても、対策前と対策後では本人医療費が職員1人当たり1,707円、職員全体で500万円減少している。

図は脳梗塞や心筋梗塞治療をしている人がどのような経過をたどってきたのか、健診結果を遡った事例である。ここから内臓脂肪型肥満から始まり、長期間かけて少しずつ所見が重なり、血管障害が進行した結果、最終的に脳梗塞や心筋梗塞に至っていることが見てとれる。このような事例から、リスクの重複がある人に対して医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につなげる保健指導が重要であることがわかる。

（注）上記心電図所見は、いずれも心筋梗塞を疑う所見

コラム

住民参加型で進める健康づくり

健康づくりに対する取組みについては、地域住民が主体となって、それを行政がサポートする形で進んでいるところが増えてきている。

新潟県魚沼市（人口43,554人）には、「エンジョイスポーツクラブ魚沼」というNPO法人がある。子どものスポーツクラブ、一般成人や、中高年者を対象としたトレーニングコースや、スポーツ（卓球、パウンドテニスなど）の環境整備など、各年代層に応じたスポーツ環境を備えているところが特徴的である。具体的には、それぞれのライフスタイルや運動能力にあったメニューが用意され、時には、外部からの講師も招き、また、中高齢者のスポーツ事業では、それまでスポーツ経験のある中高齢者が指導に当たる立場に回るなど、地域住民が支え合って、積極的な活動が行われている。

行政はこのNPO法人に、社会体育事業や介護予防事業を委託することにより、事業

の効率化・財政負担の軽減をはかり、NPO法人は会費収入だけでは難しいスポーツクラブの安定経営基盤としている。また、本事業は、笹川スポーツ財団の助成を受けているプログラムも提供しており、多様なクラブ運営の工夫が地域住民によってなされている。



（中高年者を対象としたスポーツ活動の様子）

（地域と職場が一体となった健康づくり）

健康教育、健康相談などの保健事業は、これまで、市町村を中心とする地域保健と職域保健という枠組みの中で実施されてきた。今後、継続的、かつ包括的な保健事業を展開していくためには、それらを連携して充実させることが重要である。

生活習慣病の予防については、とりわけ青壮年期の健康管理の支援が重要である。個人の生活習慣を見直し、若い頃から継続的で計画的な健康づくりを進めることで、働く人がより健康になることを目標とし、1988（昭和63）年から働く人の心とからだの健康づくり（通称：トータル・ヘルスプロモーション・プラン）が推進されている。具体的には、職場における労働安全衛生の一環として、健康測定とその結果に基づく運動指導、メンタルヘルスケア、栄養指導、保健指導が行われている。

1999（平成11）年から3年間、生活習慣病予防を目的とした地域保健と職域保健の連携の在り方について、有識者や現場の専門家による検討を行い、2002（平成14）年、2003（平成15）年にモデル事業を実施した。それをもとに、2004（平成16）年には、地域保健及び職域保健の連携を全国的に普及するため、ガイドラインを作成している。

連携の具体的内容は、地域・職域の共通の課題やニーズを把握するための調査事業、健康教育、健康相談等の健康づくりに関する事業、フォーラム、健康情報マップ作成など全体企画としての事業、関係者の資質の向上に関する事業、である。

コラム

産業界におけるメンタルヘルスの取組み

我が国の産業界におけるメンタルヘルス対策は、従来から職場に対して不応状態に陥ってしまった従業員に対するカウンセリングを中心とした事後的なケアを中心として行われてきた。しかし、我が国では、厳しい経済環境などにより労働者の心身の過重な負荷・ストレスは増加の一途をたどり、自殺未遂事件が労災認定されるようになり、心の健康が大きな問題となっている。

精神的なストレス・不安を抱える従業員に対して適切なサポートを行い、職場環境へのより良好な適応を促す従業員支援プログラム（EAP）は、1940年代のアメリカで社会問題となっていたアルコール、薬物依存への対応のために開発されたものであるが、現在の我が国では、うつ、神経症、心身症、家庭問題への対応など、EAPの応用領域は多様化している。厚生労働省が2000（平成12）年に策定した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」の中でも、必要に応じて事業場外の専門機関によるケアを利用することが望ましいとしている。厚生労働省は、2006（平成18）年にこれを見直し、労働安全

衛生法に基づく指針として「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を策定、公示するなど、積極的にメンタルヘルスについて取組みを行っている。

また、企業が独自でメンタルヘルス対策の取組みを行っているところもある。富士通株式会社では、富士通川崎病院を中心に社員への教育を重視してきた。1984（昭和59）年に幹部社員が受ける教育プログラムにメンタルヘルス教育が入ったことをきっかけに、主任教育、新人教育とその対象を広げていった。その直後からは、面接・教育の依頼が増加する等効果が見られたという。また、2005（平成17）年からは、全社員がイントラネットやインターネット経由で、メンタルヘルスの知識を学習できるシステムを導入した。従来の対面式の教育に加え、コンピューターによる教育システムも用意し、その充実を図っている。一般の健康管理活動と同様、メンタルヘルスについても、社員全員が自分でケアできる力を身につけることがその対策の第一歩であるといえる。

また、それぞれの地域特性を考慮した地域保健と職域保健の連携をより実効性のあるものとして進めていくために、都道府県と政令指定都市、2次医療圏で、その話し合いの場となる「地域・職域連携推進協議会」の設置が進められている。

（健診による早期発見と保健事業の徹底）

40～74歳人口約5,700万人のうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の該当者数は約940万人、予備群は約1,020万人にのぼり、大きな課題となっている^{（注）}。その対策としては、生活習慣病予防の更なる徹底、特に、健診による該当者・予備群の早期発見と適切な保健指導の徹底が重要である。

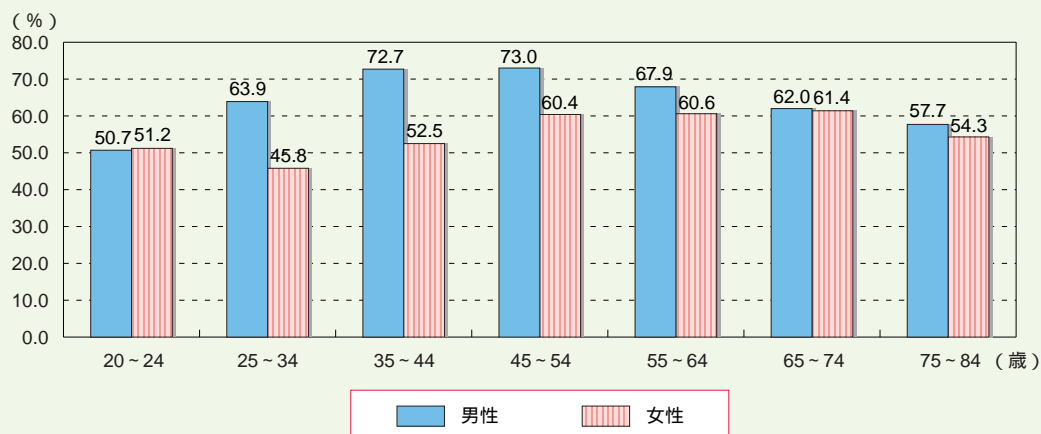
健診の目的の一つは、病気を早期発見し、早期治療すること、もう一つは、病気の危険因子と危険因子に影響を及ぼす生活習慣の有無をチェックし、その危険因子を除くか、あるいは、問題のある生活習慣を改善するための保健指導につなげることである。危険因子の程度に応じた保健指導によって健康度を評価し、より健康的な生活習慣への行動変容を促すことで、病気を未然に防ぐことができる。

健診や人間ドックを受けた者の割合を年齢別に見てみると、若年層は年齢を重ねるとともにその割合は上昇しているが、男性は45～54歳をピークに、その割合は下降に転じている。一方、女性は、おしなべて年齢とともに割合は上昇傾向にある。また、健診を受けない理由を見てみると、勤務年齢の間は「時間がない」ことがその理由の筆頭であるが、年齢を重ねるにつれ「心配なときは、いつでも医療機関を受診できる」ことを理由として挙げている。このことから、健診が疾患の早期発見や予防を目的としている、ということが国民の間で十分に認識されていなかったり、仮に認識されていても仕事などで多忙のために時間がとれていなかったりする状況に置かれていることが示唆される。

図表2-3-1-2▶

図表2-3-1-3▶

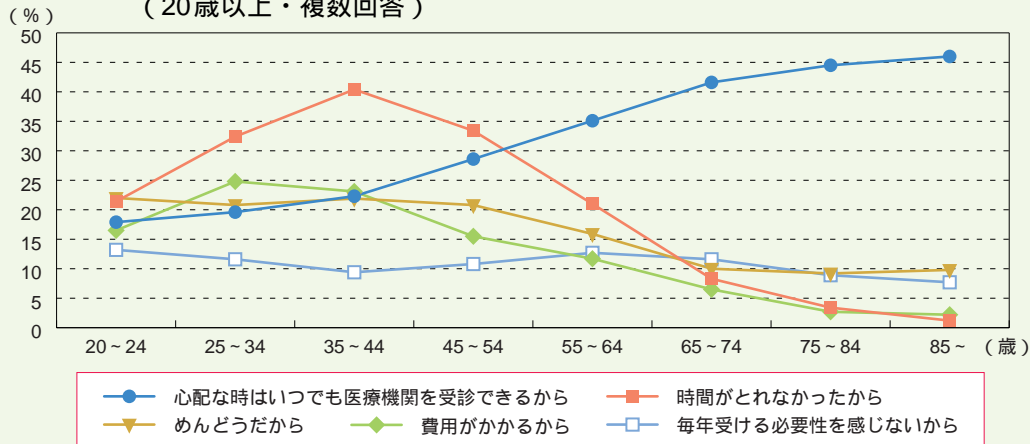
図表2-3-1-2 性・年齢階級別にみた健診や人間ドックを受けた者の割合



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」（2004年）

（注）厚生労働省健康局「2004（平成16）年国民健康・栄養調査結果の概要」

図表2-3-1-3 年齢階級別にみた健診や人間ドックを受けなかった理由の割合
(20歳以上・複数回答)



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(2004年)

コラム

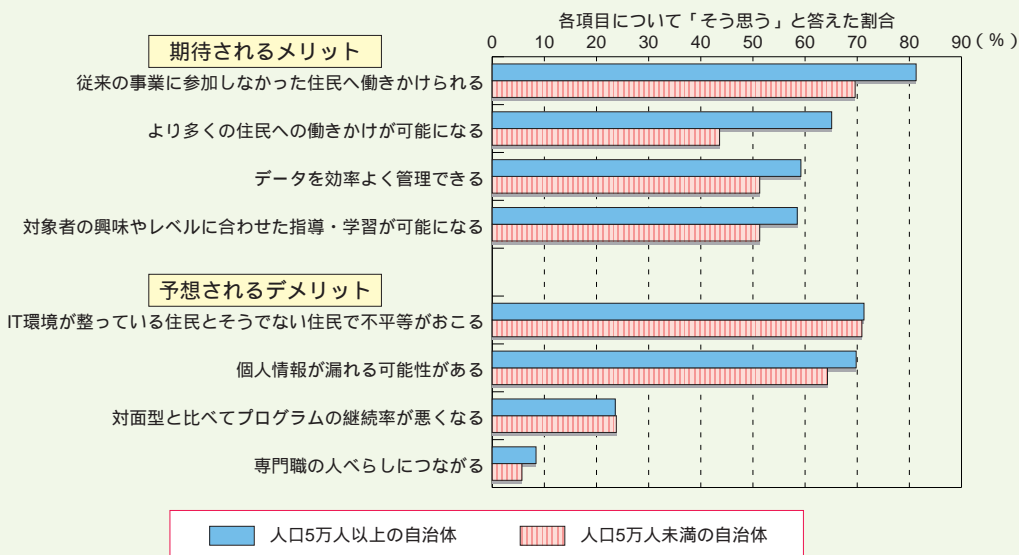
保健指導の様々なかたち

地域や職域における健康教育は、面接・教室などの対面型アプローチが中心であり、働きかけられる人数や住民層に限界がある。そこで、電子メール・インターネット・電話・郵便などを利用した非対面型の健康教育プログラムの開発と実践が試みられている。そのメリットとしては、多様な住民層へのアプローチ、プログラムの個別化、データ管理の効率化に、特に期待が寄せられている。住民間の不平等や個人情報漏洩が懸念されているが、インフラ整備や携帯電話の効果的な利用、情報セキュリティーを高めることで解決できると考えられる。さ

らに近年では、生活習慣の評価・教材作成・データ蓄積などの部分にもITが活用されている。それにより、より利便性が高く、効果的で費用対効果に優れた非対面型プログラムが可能となっている。

2005(平成17)年2月現在、ITを用いた非対面型プログラムを実践しているのは、人口5万人以上の比較的大きな自治体でも4%と少ない。しかし、42%はその必要性を感じており、今後、使いやすいツールが開発・提供されることで、非対面型の健康教育プログラムの有用性について検討の余地はある。

図表 ITを用いた非対面型の健康教育に期待するメリットと予想されるデメリット



資料：平成16年度厚生労働科学研究長寿科学総合研究事業「老人保健事業の推進のためのITを活用した地域健康づくりの推進方策と指導者教育法の確立に関する研究」(主任研究者：中村正和)

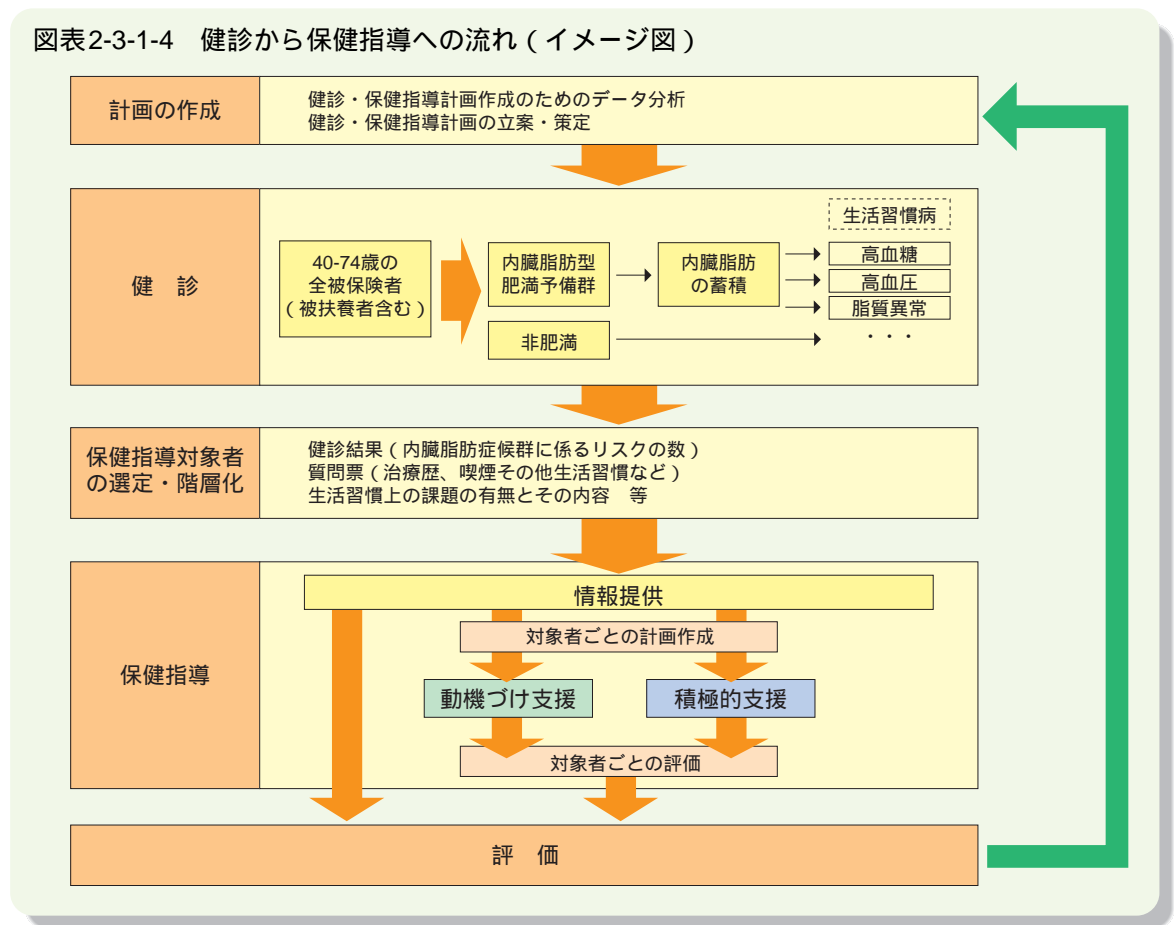
（今後の課題）

最も致命的で心身に影響の大きい疾患に対する予防が進められると、国全体の健康水準は大きく上昇する。我が国では、戦後猛威をふるった感染症の予防が着実に進められると、感染症り患率やそれによる死亡率は大きく減少した。代わりに、糖尿病等の生活習慣病の発生率が上昇しており、今や、国民医療費の約3分の1、国民全死亡の約3分の2近くを占め、多くの疾病発生や障害の発生要因となっている。今後も生活習慣の影響による肥満者の増加や人口の高齢化などのためにその傾向が続くことが予想される。

健診により、生活習慣病の予備群の段階でリスクを早期に発見し、生活習慣改善のための行動変容に結びつく保健指導がますます重要になる。その際には、特に、患者自身が自らの健康状態を知り、その増進に向けて取り組んでいく意欲を持つ（動機づけ）ことが重要で、そのための行動変容を促すための仕組みを構築していく必要がある。このため、現在、「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」において、科学的根拠に基づく効果的・効率的な健診・保健指導の在り方について議論を行い、「標準的な健診・保健指導プログラム」を策定しているところである。

図表2-3-1-4 ▶

図表2-3-1-4 健診から保健指導への流れ（イメージ図）



今後、生活習慣病予防の基本的な考え方等を国民に広く普及するポピュレーションアプローチと、生活習慣病の予備群の段階でリスクを早期に発見し、生活習慣の改善

を促すハイリスクアプローチを組み合わせるなど、より効率的な対策が必要である。あわせて、個人の主体的取り組みを実現させるためには、生活習慣改善などの行動変容を可能にする体制整備を進めることが重要であり、健診・保健指導等の保健事業による生涯を通じた継続的な健康管理への支援が必要である。

このような観点から、国民健康保険の保健事業においては、2002（平成14）年度から2004（平成16）年度にかけて、生活習慣病の一次予防を目的とした個別健康支援プログラムの開発をするために「国保ヘルスアップモデル事業（以下「モデル事業」という。）」を行った。このモデル事業を実施した市町村では、肥満、高血圧、高血糖等のリスクをもつ人が減少したという効果が得られており、2005（平成17）年度からは、この個別健康支援プログラムに基づく健康づくり事業の実施、分析、評価を行う「国保ヘルスアップ事業」を実施している。また、2006（平成18）年の医療制度構造改革においては、生活習慣病の予防の徹底等を通じて中長期的に医療費適正化を推進する取組みの一環として、2008（平成20）年度から医療費適正化計画を導入し、生活習慣病の有病者・予備群を2015（平成27）年度までに25%減少させることを目標として掲げることとされており、あわせて、保険者に40歳以上の加入者に対して糖尿病等に着眼した一定の健診・保健指導の実施を義務付けることとしている^{（注）}。

2 地域で安心して医療を受けられる基盤整備

（医療施設の量的整備の時代）

第2次世界大戦で我が国の医療資源は大きな打撃を受けたが、その後、医療・衛生環境は急激に回復した。1950（昭和25）年に医療法人制度が設けられ医療機関経営の持続性や資本集積が容易になったこと、1960（昭和35）年に医療金融公庫（現独立行政法人福祉医療機構）が発足し医療施設の整備等に対して政策融資が開始されたこと、1961（昭和36）年に国民皆保険体制が確立したこと、その後の人口の高齢化に伴って医療需要が拡大したこと、等を背景に、戦後、OECD諸国に比べ高水準を維持しながら、病院数、病床数は増加の一途をたどってきた。

◀ 図表2-3-1-5

この間、全体として見れば医療資源は量的に充足していったが、病院、診療所の在り方等を含め医療制度については、時々課題に応じて見直しが行われた。そのいずれもが、医療資源の効率的活用を図りつつ、人口の高齢化、医学医術の進歩、疾病構造の変化に対応して、国民に対し良質な医療をあまねく確保することを目指すものであった。

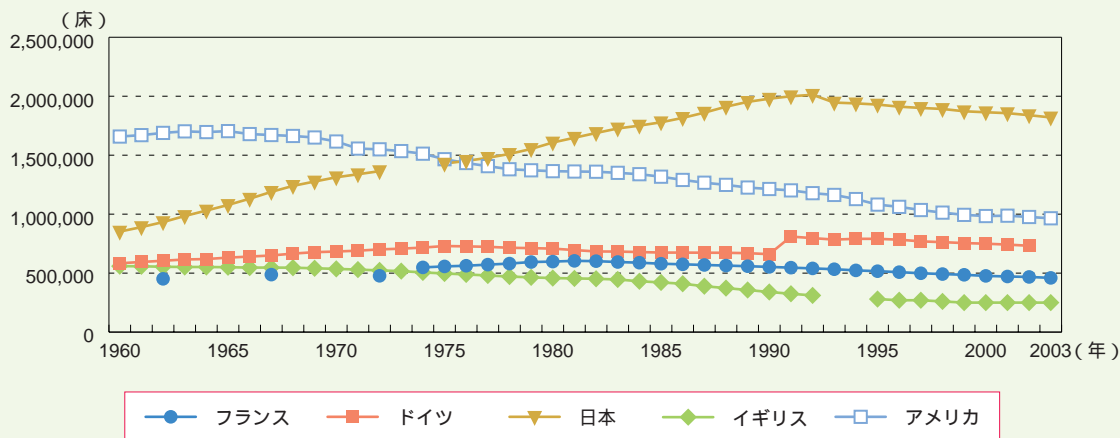
医療水準の確保を図るため病院の施設基準を整備した「医療法」（1948（昭和23）年制定）については、1985（昭和60）年に大幅な改正を行った（第一次医療法改正）。その内容は、都道府県ごとに医療計画を策定し、地域における体系立った医療体制の実現を目指すこととした。

（注） 2006（平成18）年の医療制度構造改革の一環として改正された高齢者の医療の確保に関する法律による。

図表2-3-1-6▶

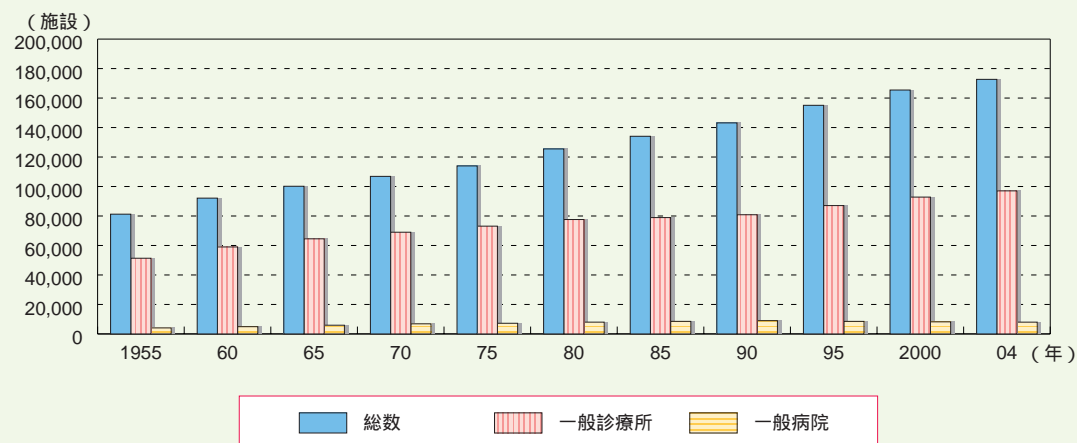
医療施設は、病院^(注1)、一般診療所^(注2)、歯科診療所に分けられるが、それらの施設数の変遷が図表2-3-1-6である。2004(平成16)年現在の医療施設数は172,685施設であり、そのうち、病院が9,077施設、一般診療所は97,051施設となっており、それぞれ1955(昭和30)年と比較すると、いずれも、半世紀の間にほぼ倍増、特に一般診療所の増加が大きいことが分かる。なお、近年では、増加は緩やかになっている。

図表2-3-1-5 総病床数の推移



資料：1992年までは「OECD Health Data2001」、1993年以降は「OECD Health Data2005」

図表2-3-1-6 施設数の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

(注1) 20人以上の患者を入院させるための施設を有する医療施設をいう。病院は、傷病者が科学的かつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならないとされている。

(注2) 患者を入院させるための施設を有しないもの、または、患者19人以下の収容施設を有する医療施設を言う。