

第 部
日本の保健医療の概観

第1章 保健医療の取り組みの変遷

本章では、日本の保健医療の概況を把握するために、保健医療分野の基礎となる人口、死亡率・出生率、疾病構造の変遷を最初に概説する。次に、明治期から今日までの日本の保健医療に対する取り組みの変遷を紹介し、どのような時代にどのような取り組みを行ってきたのかを概観する。

1. 人口 / 死亡率・出生率 / 疾病構造

1-1 人口の推移

日本の総人口は、2002年10月1日現在で1億2,743万人で、世界第7位である。日本の人口は明治初期の1800年代後半にはおよそ3,500万人であったが、資本主義社会の基盤の確立と国民経済の発展に伴って人口増加が起こり、1930年には6,400万人を超えた（図1-1）。

第2次世界大戦後には、海外からの軍人の帰還や民間人の引き揚げ、また1947年～49年の3年間の第1次ベビーブームによる自然増によって、約1,000万人が増加し、1950年の総人口は8,320万人

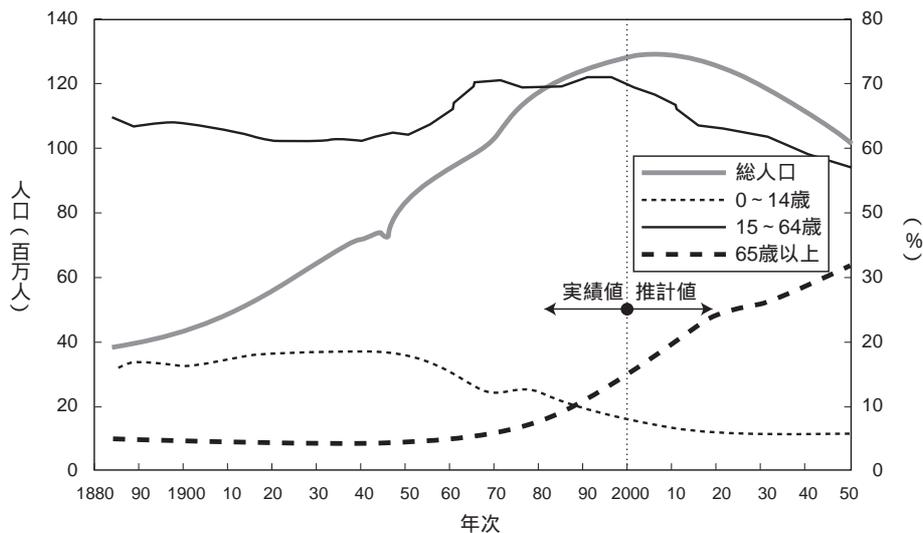
となった。1950年以降は、年増加率1%前後で安定的に推移した。

しかし、1970年以降、少子化と寿命の伸びによって人口構造が急激に高齢化し、1970年に老年人口（65歳以上人口）が7%を超え、国連の定義による「高齢化社会」となった。その後も、寿命は伸び続け、さらに未婚化・晩婚化による少子化も進行し、2002年4月現在では老年人口は18.3%、年少人口（14歳以下人口）は14.3%と、老年人口が年少人口を大幅に上回っている。このように長期化する少子化の影響で、日本の人口は2006年をピークに減少に転じることが予想されている（2002年1月推計）。

1-2 死亡率と出生率

死亡率と出生率の変遷をみると、1870年頃（明治時代初期）までは出生率も死亡率も相当に高い「多産多死」の状態であった（図1-2）。その後、死亡率は低下していく。他方、出生率のほうは、1910年頃まではやや上昇傾向にあり、その後緩やかな低下傾向が始まる。この期間は「多産少死」の時代といわれる¹。

図1-1 総人口と人口構造の推移



出所：国立社会保障・人口問題所（2002）より筆者作成。

¹ 阿藤（2000）

そして、第2次世界大戦の混乱を経て、戦後の第1次ベビーブーム期では年間出生数は270万人を超える高い出生率となる。ところが1949年を境に、出生率は一挙に低下し、特に1949～57年には急激な減少をみせた。この主な要因は、1948年の優生保護法（現・母体保護法）制定によって、条件付きで人工妊娠中絶が認められたことによるもので、1955年には人工妊娠中絶届出数が117万件と同年の出生数173万件に匹敵するほどの数に上った。他方、この時期死亡率は大きく低下した。

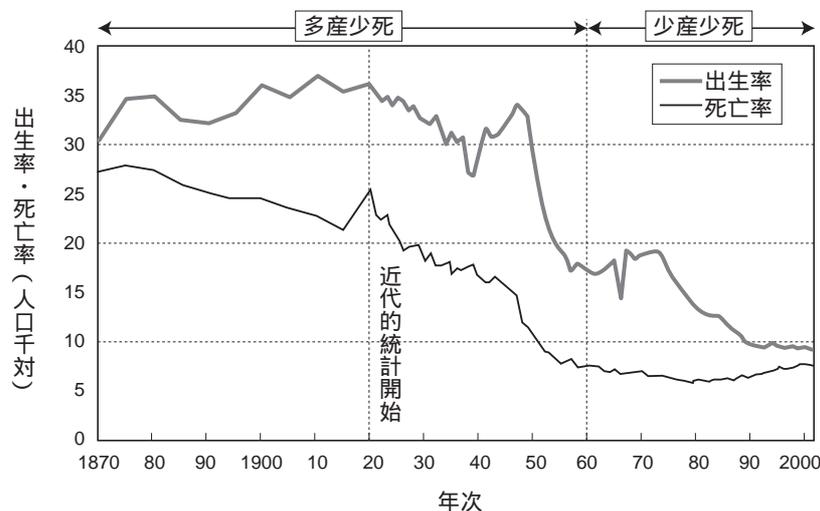
出生率は1973年から現在まで低下傾向が続いて

いる。一方、死亡率は人口の高齢化の影響で1980年代後半より緩やかな上昇傾向に転じている。1960年以降、死亡率・出生率ともに低水準の「少産少死」の時代と呼ばれている（図1-2参照）。

1-3 疾病構造

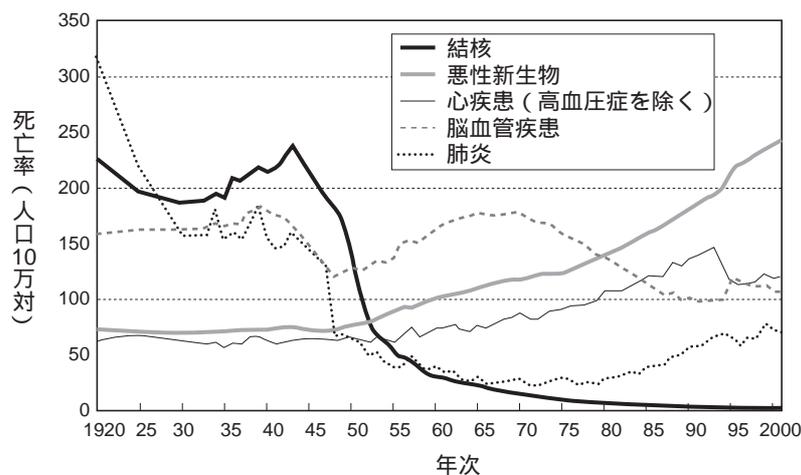
疾病構造の変遷を主要死因（人口10万対の死亡率）の変遷でみると、明治時代までは肺炎が死因の1位であったが、その後結核が1位となりこの状態が1951年まで続いた。1951年には、死因1位が結核から「脳血管疾患」に代わり、2位が「悪性

図1-2 死亡率と出生率の推移



出所：国立社会保障・人口問題所（2002）より筆者作成。

図1-3 主要死因の推移



出所：厚生労働省『人口動態統計』より筆者作成。

² 阿藤（2000）

新生物（がん）、3位が「肺炎等」となり、現在の三大死因が出揃った。この時期、主な死因が感染症からいわゆる生活習慣病へと移行したといえる。1960年代後半から、脳血管疾患は着実に減少した一方、心疾患は上昇した。また、悪性新生物も戦後一貫して増加傾向を見せ、1981年に死因の1位となり、その後も上昇を続けている（図1・3参照）³。

2. 日本の保健医療の変遷⁴

本調査研究では日本の保健医療の変遷を、その時代の保健医療に関する主要課題とそれに対する主な取り組みの両方の側面から、5期に区分して検討した（表1・1参照）⁵。

各時期の特徴を簡単に説明すると、第1期の「急性感染症対応期」は、日本の近代化に伴って西洋医学を導入した時期であり、最も大きな課題は急性感染症の流行であった。

第 期の「慢性感染症対応および母子保健サービス形成期」は、戦時下における健兵健民の思想

からではあったが、結核を中心とする慢性感染症と母子保健に対する保健サービスの強化が図られ、今日の保健制度の骨格が形成された時期である。

第 期の「保健医療行政再構築期」は、敗戦からの復興期に保健医療行政が再構築された時期である。この時期には緊急の課題として急性感染症に対応し、また結核への重点的な取り組みが行われた。その一方で母子保健、家族計画に関する取り組みが積極的に推進され、乳児死亡率や出生率が急速に低下した時期でもある。

第 期の「医療サービス拡充期」は、国民皆保険が達成され、国民の医療ニーズが急激に増大し、それに対応するために医療サービスが量的に拡充された時期である。一方で重化学工業の興隆により公害問題等が社会問題化した時期でもある。また、感染症に代わって生活習慣病が大きな課題となった時期である。

第 期の「高齢社会対応期」は、急速な人口高齢化に対応するため保健医療制度の抜本的な見直しを迫られている時期である。社会保障体制の大きな組み替えの中で、保健医療のあり方が見直されている。また地方分権化が推進される中で保健

表1・1 日本の保健医療の時期区分

	第 期	第 期	第 期	第 期	第 期
時代区分	1868～1919	1920～1945	1946～1960	1961～1979	1980～現在
	急性感染症対応期	慢性感染症対応および母子保健サービス形成期	保健医療行政再構築期	医療サービス拡充期	高齢社会対応期
主要課題	急性感染症	慢性感染症 母子保健	戦後の急性感染症 慢性感染症 母子保健 環境衛生	生活習慣病 交通事故 公害 労働衛生	人口の少子高齢化
取り組み	・中央集権的防疫体制の整備 ・統計の整備	・保健婦等を中心とした地域保健アプローチの開始	・保健医療行政の再構築 ・地域保健アプローチ	・国民皆保険 ・医療サービスの拡充 ・保健医療の充実を求める国民的運動	・医療施設・人材の効果的・効率的配分 ・抜本的な社会保障制度改革 ・新しい地域保健の推進

出所：筆者作成。

³ 死因統計の分類はWHOの基準に従って行われているが、1995年にこの基準（1979年設定）が大きく変更されたため、1995年を境としてその前後を比較する場合には十分な留意が必要である（厚生統計協会（2002）p.47）。

⁴ 本節は第2部を基に記載しており、各分野における取り組みの詳細は第2部各章を参照されたい。

⁵ 時期区分を検討するに当たっては章末に添付したようないくつかの時代区分を参照しつつ、途上国にもわかりやすいように年代を西暦で区切りのいいように区切った。

医療分野も地域に根ざしたサービス提供体制の強化が行われている時期である。

以下、日本の保健医療の取り組みの特徴を、期ごとに概観する。

2-1 第一期：急性感染症期 (1868～1919年)

[近代国家の誕生]

1868年、日本は約250年にわたる鎖国政策と幕藩体制(将軍と各地の大名による封建領主制)に幕を下ろし、明治政府を樹立し、西欧諸国に伍する近代国家の成立と発展に邁進した。衛生行政も、このような近代国家への歩みの中に位置づけられた。

[近代医療制度の導入]

日本は、1868年に西洋医学の導入を決め、1872年に文部省内に医務課を設置し、衛生行政への取り組みを開始した。医務課設置の目的は医学教育と医事行政を一元的に運用することである。翌1873年、医務課は医務局に昇格した。1874年には、総合法典である「医制」が公布され、衛生行政の中央・地方行政機構、医学教育の体系、病院の設立運営基準、医療従事者の取締規定、薬事行政が規定された。医制の特筆すべき点は、中央政府の下の医療供給体制を確立したこと、医学教育と資格制度を拡充したこと、開業医制度を国民医療の中核としたことである。1875年、衛生行政は医学教育を除いて、内務省に移された。

[人材養成]

人材養成については、従来の漢方医学などの学校が、次々と西洋医学の学校として生まれ変わった。これらの医学校では、競ってドイツや英国から著名な教育者を雇い入れるなどの方策を講じ、日本の西洋医学を担う多くの人材が養成されていた。

江戸時代から漢方医などさまざまな「自称医者」が存在していたが、明治政府は医制に基づき1875年に医師の開業試験を実施、また1879年には「医師試験規則」を制定し、西洋医学を学んだもの

だけが開業免許を与えられる制度を確立した。この後、地方医学校の拡充に伴って、免許資格を持つ医師数は1907年36,000人から、1911年40,000人、1931年49,000人と、飛躍的に増加した⁶。さらに、1906年には、医師法、歯科医師法が公布され、医師免許は開業免許から身分許可に変更となった。

助産婦は、江戸時代から産婆という名称で開業していたが、何ら資格制度も養成制度もなく、科学的知識や技術も乏しく、また中には墮胎を専業とするものもあった。そのため明治政府は維新後ただちに(1868年)産婆に売薬や墮胎の取り扱いを禁止する布告を発した(1880年に制定された旧刑法で墮胎罪を規定)。産婆が全国的な資格制度となったのは、1899年の「産婆規則」からである。同規則では年齢や業務範囲、登録制度について規定され、これ以降、各地で産婆養成所が次々と開設されていった。

一方、看護婦については医師や助産婦に比べるとその歴史は浅く、看護婦自体が国家的に制度化されたのは1915年の看護婦規則制定からであり、それまでは看護婦資格は各府県が所管していた。

[社会防衛体制としての保健行政]

開国に伴い、海外との交易が盛になると、コレラ、ペスト、痘瘡等の外来の感染症の大流行が繰り返された。そのため公衆衛生の重点は急性感染症対策に置かれ、防疫対策を柱とする衛生行政が整備されていった。活動の基本は「社会防衛」となり第一線の活動は警察に委ねられた。こうして強力な中央集権の下、保健医療体制が拡充されていった。

体系的な感染症対策が必要になったため、1879年、内務省は府県に衛生課の設置を義務付けた。同時に、財政上の制約から町村における衛生事務については、町村住民による自治機関である「町村衛生委員」を設置した。1885年の内閣制度の発足によって地方官制が制定されたのに伴い、地方の衛生行政機構も改められ、官制制度の中に位置づけられた。また、末端における衛生行政は警察行政の一環として郡区の警察署が扱うこととなり、町村衛生委員制度は廃止された。その後1893

⁶ 川上(1965)

年に、警察部が衛生行政監督の執行を担当することとなり、この体制が基本的に第2次世界大戦の終わり（1945年）まで続くこととなった。

[統計の整備と科学的根拠に基づく政策決定]

保健医療情報システムの中核である統計整備については、1876年に死亡統計が、また1899年には「人口動態統計」が開始され、これにより出生・死亡数についてはほぼ確実なデータが揃うようになった。これらの統計の整備や全国的な実態調査によって、科学的な根拠に基づく政策策定の手法に道筋がつけられ、保健医療行政の能力を押し上げた。

1916年には内務省に「保健衛生調査会」が設置された。同調査会は、乳児、幼児、学齢時および青年、結核、花柳病、らい、精神病、衣食住、農村衛生状態、統計の8分野を主な調査対象とし、これまであまり明らかにされなかった全国津々浦々の実態を調査した。これによって、結核などの各種慢性疾患や、乳児死亡率、国民の体位・健康に関する問題が諸外国に比して著しく深刻な状態であることが認識されるようになった。その結果、結核予防法、らい予防法、トラコマ予防法、花柳病予防法、寄生虫予防法などの各種法律が制定され、慢性感染症対策に前進が見られた。

統計整備や実態調査は後の時代にも継続して行われ、1920年に第1回の国勢調査が実施された。これにより近代的手法による人口統計が揃うようになり、正確な実態把握と将来予測による政策決定が可能となった。

[衛生インフラ]

明治時代当初、コレラを中心とする感染症対策の前提として、また感染の原因を除去する手段として、飲料水、清掃対策、下水道、家屋の改善などの環境衛生の改善の重要性について関心はもたれていた。しかし、繰り返す感染症の大流行に対する当面の対策に追われ、行政が環境衛生に力を注ぐことは難しかった。

1800年代後半になると、コレラへの対応が一応確立し、上水の供給や下水の改善に関する対策への取り組みが始まった。その際最初に着手したの

は上水道の敷設であった。1887年に日本で初の水道が横浜に敷設されたのに続いて、1889年の市制・町村制の施行に伴い、全国で市町村の事業として上水道敷設が計画されるようになった。また、政府は1890年に水道条例を制定し、その促進を図った。さらに1900年には、下水道法（旧法）、汚物掃除法が制定された。

2-2 第 期：慢性感染症および母子保健サービスの形成期（1920～1945年）

[戦時下の保健医療制度の整備]

この時期は戦時体制に突入し、軍の統制下において、軍需産業が伸び、中央集権的な行政機構が拡充した。健兵健民思想の下、慢性感染症対策、母子衛生および国民体位の向上等の一連の施策が次々に打ち出された。1938年には厚生省が創設され、特に結核対策と乳児死亡率・妊産婦死亡率の改善という国家的な二大課題への対策を通じて、今日の保健医療行政の骨格ができていった。

[国民病としての結核]

この時期、結核は紡績女工や軍需工業の労働者、また軍隊の中で蔓延し、さらに感染したものが帰郷することによって農村にも持ち込まれ、全国に感染が拡大していった。当時はまだ結核に対する特效薬はなく、発病者は安静・栄養・清浄な空気という3つの要素によって体力を付け快復を待つより方法はなかった。結核による死亡は、1900年代から増加の一途をたどり、1918年には死亡数14万人、死亡率257.1（人口10万対）とピークに達し、一般の国民の間では「国民病」として恐れられた（第5章図5-1参照）。このような状況から、政府は1919年「結核予防法」を制定し、組織的な結核対策を開始した。

[防疫から予防へ]

乳児死亡率を減少させるための方策として、1926年に厚生省は乳児健康相談所を各地に開設し、保健婦を配置し、保健婦が家庭訪問を行い妊産婦や小児の生活指導・疾病予防をするという施策を打ち出した。これによって、各自治体などでも類似したアウトリーチによる保健指導活動が盛んに行われるようになり、この流れが保健所の制

度化へとつながった。

他方、東北の農村は恐慌や天災による窮乏にあえいでいた。貧しい農民には医療費の負担は大変な重荷であり、貧しさゆえに医者にもかかれず、乳児死亡率も非常に高い悲惨な状況であった。このような地域において、恩賜財団済生会（1911年設立）や民間の東北更新会（1935年設立）といった団体が、農民の命を守るために無医村などへ保健婦を派遣する事業を行った。これらは一部の地域で行われた事業にすぎなかったが、1938年に国民健康保険法が制定されると「国保保健婦」が制度化され、産業組合や自治体などで全国的に保健婦が配置されるようになった。これら保健婦の活動によって、それまで防疫中心であった保健活動は予防中心の活動へと発展していった。こうして戦後まで、保健婦は地域の保健向上に大きく貢献し、地域保健活動の中核となった。

[保健所と厚生省の誕生]

戦時下の健民健兵思想の下、1937年に「保健所法」が制定された。既に各地で活動をしていた各種健康相談所を核として、結核対策、母子保健、栄養改善などの指導・相談事業を行う機関として、全国に約40の保健所が設置された。第2次世界大戦の末期1944年になって、これまでにいろいろな形で設置されていた地方自治体などの運営する健康相談所をこの保健所法下の保健所と認定することになり、保健所の数は全国で700を超えるものとなった。

また翌1938年には、厚生省が創設され、これによって初めて日本の保健医療行政において、中央から末端までを一元的に統括する機構が確立した。さらに同年、国民健康保険法が公布され、1943年末には全国の市町村の95%に国民健康保険制度が普及したことから、「第1次国民皆保険時代」と呼ばれる。

[保健婦の増加と活躍]

前述したように、1938年の国民健康保険法に保健婦の設置が盛り込まれ、保健婦数が増加した。また保健所法により保健婦は自治体所属の職種として位置づけられた。保健婦数の増加に伴い、各機関で別々の資格で働く保健婦たちが国の資格制

度を求めて声をあげ、1941年、保健婦規則が制定され保健婦が正式に資格として制度化された。戦時下の深刻な窮乏生活の中で保健婦に対する社会的ニーズは高かった。そのため、乳児死亡や結核死亡の多い状況下で、保健婦は地域住民のニーズに応じて日夜アウトリーチ活動で地域を駆け回り、保健指導から時には簡単な医療行為まで行い、農村や無医村ではなくてはならない存在であった。当時の保健婦の、ニーズに応じて柔軟に対応する主体的な保健活動は、地域保健の原点といえよう。

[妊産婦手帳制度の発足]

健民健兵政策の一環として、1942年に「母子健康手帳」の前身である「妊産婦手帳」制度が発足した。1940年の調査によると、当時日本では全国で推定200万といわれる受胎のうち、自然流産・死産が28万、人工流産が6万、早産が6万という状況であった。この周産期の状況を改善するために、ドイツの母親手帳を参考に、包括的な制度に作り上げたのが日本特有の妊産婦手帳制度である。妊産婦手帳制度は包括的な妊産婦と乳児の健康管理サービスを目指したもので、この制度では、妊婦は妊娠を市町村に届け出ることが義務付けられ、届け出ると手帳を発行され、妊娠中に少なくとも3回は医学的検診を受けることが推奨された。手帳には「診察、指導年月日」「妊娠月数等」「記事（診察、検査の所見）」「分娩記事欄」といった妊婦の状態や、出産時の経過・異常の有無などが記録され、次回の出産時の参考にされた。当時、一般の国民に自分の健康を自分で管理するという発想はなく、その点においても画期的な健康教育のツールであった。また、戦時下の食糧難の時期には、手帳を持っている妊婦は出産用の衛生綿、ガーゼ、石けん、鶏卵など特別配給が受けられたため、制度の普及が進んだ。

[公衆衛生院と保健館の寄贈]

この時期、日本の人材養成機関として注目されるのは、アメリカのロックフェラー財団の寄付により、日本の公衆衛生学技術者のための教育機関として設置された公衆衛生院⁷（1938年3月開院）である。公衆衛生院は今日まで、日本の公衆衛生

における人材養成および研究機関として重要な役割を担っている。

またこれと併せて同財団から東京市京橋に京橋保健館（1935年開館）、所沢市に所沢保健館（1938年開館）が寄贈された。京橋保健館は都市型の地域住民の健康指導・相談センターとして、所沢保健館は農村型のセンターとして保健所のモデル的な役割を果たすと同時に、公衆衛生院の学生が実習を行う場としての機能も果たした。

[民間団体の誕生]

民間では、皇室のイニシアティブによって1934年に設立された「恩賜財団母子愛育会」が、1936年から「愛育班」事業を展開した。母子愛育会は日本で初めて農漁村の実態調査を実施し、農漁村における乳児死亡率が著しく高いことに着目した。そして、村ぐるみでこの問題に取り組むという理念の下、モデル愛育村を指定した。そこでは全住民を対象に愛育班が結成され、女性たちの有志が奉仕的に愛育班員となり、家庭訪問や勉強会などを通じて、母子保健教育に努めた。同事業は1939年より厚生省の国庫補助事業となってさらに拡大し、戦前には全国1,200余の村で展開された。

また、同様に皇室のイニシアティブによって、1939年には官学民による「財団法人結核予防会」が設立された。結核予防会は今日まで日本における結核に関する実態調査、治療法の研究、施策策定など結核対策事業の中心的機関として、大きく貢献している。

2-3 第 期：保健医療行政再構築期 (1946～1960年)

[終戦直後の混乱と復興]

第2次世界大戦直後、食糧難、外地からの引き揚げによる発疹チフス、痘瘡、コレラなど外来感染症の大流行などで、人々の生活は混乱状態にあった。1947年の健康水準は、乳児死亡率は76.7（出生千対）、結核死亡率は187.2（人口千対）で死亡原因の1位を占め、現在の途上国と類似した状況にあった。しかし、戦後の10年間で総死亡率と乳児死亡率は2分の1へ、結核死亡率は3分の1へ

激減し（1952年に死因1位は結核から脳血管疾患へ）、出生率も激減し、健康水準の向上は目覚ましいものがあった。

この背景には、社会経済状況の改善、教育水準の向上、医療の発展等があったが、何よりもGHQの指導の下で、行政における保健制度の整備、保健所網を基盤とした保健サービスの拡充、住民の自主的な組織活動の発展と普及、保健婦の活躍、などが複合的に作用した結果であろう。

[保健医療行政の再構築]

戦後、民主化政策が推し進められた。1946年11月3日、日本国憲法が公布され、これによって国民の生存権が規定され、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上および増進に努めなければならない」（日本国憲法第25条第2項）と規定された。これに伴い、保健医療行政も再構築された。GHQ（連合軍最高司令官総司令部）の指導の下で行われた保健医療行政の基本的改革には、厚生省の衛生3局（公衆保健、予防、医務）の設立、1947年地方自治法改正による全都道府県における独立した衛生部局の設置、同年の保健所法の全面改正による人口10万に1カ所を目標とする全国的な保健所網の拡充強化、医療従事者資格制度の刷新、医薬分業などがある。衛生法規としては、母子保健関係では児童福祉法、予防接種法、優生保護法、学校保健法が成立し、結核対策では結核予防法が改正され、予算および保健医療従事者の増大も図られ、新しい行政基盤が構築されていった。

[新制保健所の誕生]

GHQの指導によって「新制保健所法」（1947年）が制定され、保健所網の整備・業務強化が図られ、保健所は地域における保健行政の第一線機関として位置づけられた。戦後の混乱期、感染症や性病の蔓延、食糧の不足等により日本の公衆衛生水準は極めて低い状態にあった。この公衆衛生状態の改善のために、保健所が都道府県または政令に定める市に設置され、公衆衛生のほとんど全分野にわたる指導を行った。具体的には、衛生思想の普

⁷ 現国立保健医療科学院

及・向上、人口動態統計、栄養改善・食品衛生、水道・清掃等環境衛生の改善、保健婦に関すること、公共医療事業の向上・増進、母性・乳幼児の衛生、歯科衛生、衛生上の試験・検査、結核・性病等の疾病予防などである。保健所には医師をはじめ保健婦等の必要な専門スタッフが配置され、レントゲンなどの各種検査設備が整備された。

[保健婦の活躍]

戦時下の1941年に制定された「保健婦規則」によって制度化された保健婦は、戦後、民主的な地域保健行政の中に再編成された。1947年、新しい保健所法が制定され、保健所における保健婦の業務も飛躍的に拡充された。1949年には保健婦業務指導指針が出され、保健婦は地域の保健行政サービスの中核として位置づけられた（第8章図8-1参照）。その活動は、自治体の業務から、医師の補助、寄生虫撲滅運動の指導、乳幼児健診・妊産婦検診、受胎調節指導、保健教育活動など、地域のニーズに即して、また保健婦の使命感と個人的努力によって発展し、多方面にわたった。

[開業助産婦の貢献]

戦前から戦後の急激な乳児死亡率の低下の背景には、開業助産婦の貢献がある。日本では1960年代になって施設分娩が全出産の半分を占めるようになるまで、多くの出産が自宅で開業助産婦によって行われていた。1人の助産婦が母子2代をとりあげるといっても珍しくなく、家族構成や経済状態まで知りうる環境にあった。助産婦は一般に学業に優れた女子の職業とされており、地元の女性たちからの信望も厚かったために、家族計画など個人的な問題にまで踏み込んで助言することができた。戦後、多くの助産婦は受胎調節実地指導員の資格をとり、母体保護と生まれてくる子どもの保護のために、各地で家族計画（受胎調節）の普及を献身的に展開した。また、当時、農村ではお産は不浄なこととする慣習が根強く、不衛生な土間にワラを敷いた上での出産なども珍しくなかった。そのような状況を改めさせるための教育も助産婦が担った。さらに、自宅分娩では衛生面にも問題があった。妊産婦が安心してお産できないという状況を解消するために、各地の自治体等で

は衛生的で安心して出産できる「母子健康センター」を建設し、助産婦を配置し、妊産婦ケアの質の向上に貢献した。母子健康センターは1958年より厚生省の補助事業となり、さらに建設が促進された。

[住民の地区組織活動の発展と普及]

日本では戦前においても、住民による地域保健活動が実施されていたが、それは1938年に制定された「国家総動員法」の下、国民生活のすべてを統制する管理下で展開されたものであった。戦後、GHQによってこうした町内会、隣組などの地域組織が廃止されたが、地域住民全体が共通した貧困や健康問題に直面していた時期に、各地で再び自治会・婦人会・青年団などを基盤にした自主的な地区組織活動（蚊とハエのいない生活運動、愛育班活動、結核予防婦人会等）が生まれた。これらの住民ぐるみの地区組織活動は、感染症の減少、母子保健、栄養改善などに大きく貢献した。当時の住民による活動は、保健所、保健婦、自治体、学校等と密接に連携して行われた。

[さまざまな民間リソースの貢献]

戦後の混乱期、日本の寄生虫感染率は平均で73%と高く、寄生虫による死亡者も出るほどであった。これに対して、国が本格的に取り組む前に、民間の団体が全国の小中学校や職場を対象として、有料で検便と駆虫を行う事業を展開し、感染率の低下に目覚ましい成果を上げた。検便方法や駆虫薬などの開発などには寄生虫学の権威や各地の大学の教官が協力して、技術革新に寄与した。

家族計画に関連しても、1950年以降多彩な民間団体が設立された。さらに、1954年にはこれらを取りまめる「日本家族計画連盟」が発足し、1955年に東京において「第5回国際家族計画連盟世界大会」を開催し、国内の家族計画への関心を大きく高めた。また、1954年に設立された「日本家族計画普及会（後の日本家族計画協会）」は、政府・学会・民間のつなぎ役として、政策決定へ大きな影響力を与えた。さらに同会は受胎調節実地指導員の養成、教材の開発、広報活動、コンドームのソーシャルマーケティング方式（p.79参照）の開発など、日本における家族計画の普及の立て

役者となった。

他方、大手の民間企業では、1952年から「新生活運動」が展開された。新生活運動は、社員の家族計画と家族を含めた健康教育を推進し、日本の人口増加の低下と健康向上に大きく寄与したと言われている。結核についても、大企業においては1940年代後半から定期的な検診の実施や委託結核病棟の確保などを図り、企業内における結核感染を急速に減少させた。このような企業の取り組みは日本の結核感染率を下げ、経済発展を押し上げたという分析もある。

[生活改良普及員の貢献]

GHQは、保守的な日本の農村の民主化にも力を注いだ。農村の民主化施策の一環として、“女性による女性のため”の生活改善運動が展開された。これは、米国式の参加型農村開発手法を身に付けた女性の「生活改良普及員」が、農村女性たちの生活・家族・自分自身の問題を一緒に発見・解決していくというものであった。生活改善運動の発端は農林水産省の事業であったが、女性たちの問題は多岐にわたっていたため、厚生省、文部省、地方自治体などの事業とも結びつき、結果的に保健、家族計画、社会教育、環境衛生、農村開発などマルチセクター的展開となった。特に、現場においては、保健婦や栄養士との連携が必須であった。この農村の生活改善運動は、女性の意識と地位の向上や保健衛生向上に貢献した。

[医療保険制度]

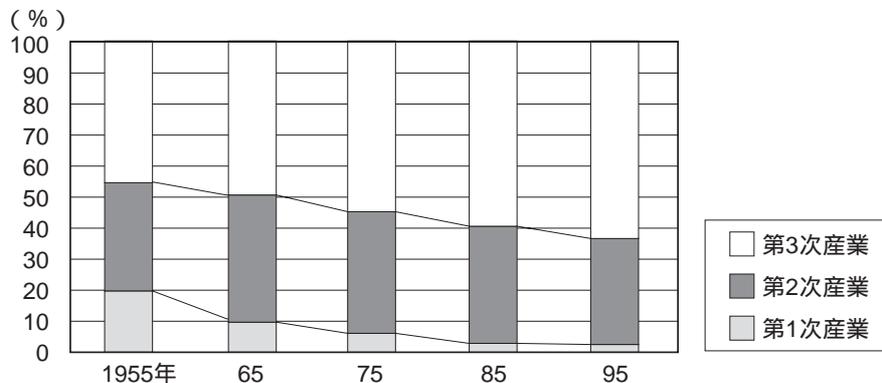
国民の一般生活水準が向上する中で、保健医療行政では、貧困に陥っている人々や老人などへの対応に特に力点を置くようになった。当時、国民の3分の1が医療保険の適用を受けていなかったため、これらの人々もカバーされる医療保険制度の適用を目指して、1958年「国民健康保険法」が制定され、1961年4月までに国民皆保険体制が敷かれた。一方、国民皆保険の動きと併行して、年金制度構想が具体性を帯びて議論されるようになり、1959年、国民年金法が制定され、国民皆年金体制が確立された。この時期、日本の社会保障制度の基本的体系が整備されたといえる。

2-4 第 期：医療サービス拡充期
(1961～1979年)

[社会構造の変容]

1950年代後半から日本は高度経済成長期に入り、これに伴って産業構造も変化した。1970年代前半までは第1次産業従事者が減る一方、第2次産業へ移行し、その後第3次産業の比重が高くなった(図1-4)。また第2次産業における重厚長大産業の発展、量産体制をとる製造業の躍進によって、都市における膨大な雇用機会が生み出され、農村から都市への大規模な人口の移動が起こった。また、労働者の賃金も上昇した。他方、農業においても機械化や化学肥料の導入等によって生産性が向上し、農家所得も上昇した。

図1-4 産業構造の変化



注：GDP構成でみた産業構造。
出所：経済企画庁『国民経済計算年報』より作成。

[医療サービスの量的拡大]

1961年に国民皆保険が実現し、国民が平等に医療サービスを受用できるようになり、医療需要が急速に拡大した。この需要の拡大に対応するために医療サービスの量的拡大が大きな課題となったことから、政府は1950年に医療法を改正して、医療法人制度を導入した。この結果、病院・病床数が着実に増加した（図1-5）。病院数は1955年に5,119であったものが、1965年には7,047、1975年には8,294に、1990年には10,096に、また一般診療所数は、1955年に51,349であったものが、1965年には64,524、1975年には73,114、1990年には80,852に増加した。さらに、生活習慣病に対して、研究機関であると同時に高度医療を提供する国立がんセンターや国立循環器センターなどの専門医療機関が整備され、治療技術の向上に貢献した。

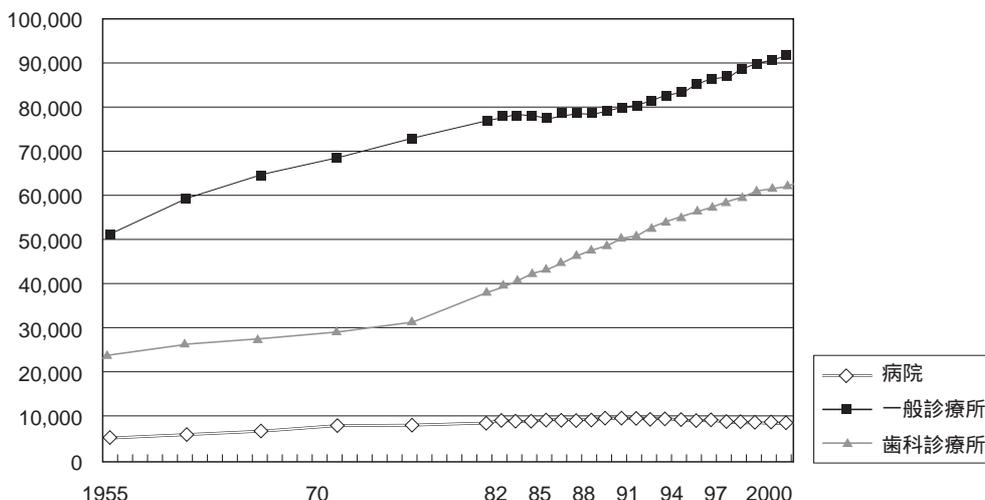
医療施設の急増に伴って、医療従事者不足が大きな問題となった。特に看護婦不足が深刻であっ

た。これに対して、各種修学資金貸与制度が設けられ、また看護婦養成施設整備への補助などが行われた。さらに看護婦の資格がありながら就業しないものが多いため、1967年からは未就業看護婦講習会の開催、看護婦の労働条件の改善、給与の引き上げ、病院内保育施設の整備などが行われた。その結果、看護婦・准看護婦の数は順調に伸びていった（第2章図2-4参照）。

無医地区に対しては、厚生省は1956年からへき地医療対策を推進した。また、へき地や離島の医師不足に悩む全国の都道府県は、共同して1972年に自治医科大学を設立し、へき地医療に従事する医師の確保に努めた（BOX1-1参照）。

この時期には、医療需要の増大と高度化に伴って多くの医療関係の専門職が生まれた。歯科技工士、衛生検査技師、理学療法士、診療放射線技師、臨床検査技師、視能訓練士などが新たに創設され、歯科衛生士は業務が拡大された。

図1-5 医療施設数の推移



出所：厚生労働省『医療施設調査』

BOX1-1 無医地区対策への取り組み 自治医科大学の事例を中心に

日本では、戦後すぐにへき地における無医地区対策が進められた。1956年からは、人口300人から2,000人の交通の不便な無医地区に診療所を段階的に設置する計画を掲げた。しかし、一般にへき地では診療所経営は困難で、かつ医師などの医療従事者を得ることが難しいため、診療所単独ではなく公的医療機関の出張診療所として設置され、運営費の補助も行われた。

1960年代後半になると、国民皆保険による医療需要の拡大にともなって、大病院や都市部の診療所でも医師不足が顕著になり、全国的に医科大学の定員が増員された。さらに1都道府県に1医科大学・医学部の設置の方針が打ち出され、地方に次々と医科大学が新設されていった。しかし、このような対策が講じられてもなお、高度経済成長によって若い世代が都市へ流出し、各地に過疎地域が増えていき、このような地域では人口の高齢化も加わり、医療機関へのアクセスが困難になっていった。

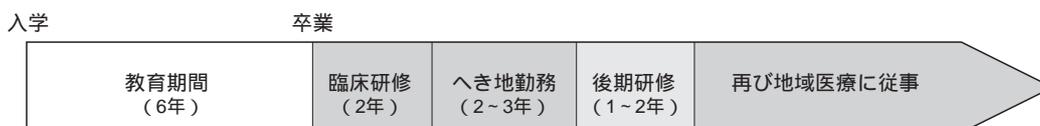
こうした過疎地域の深刻な医師不足に対処するために、1972年に全国の都道府県が共同で自治医科大学を設立した。自治医科大学の基本的な考え方は、地元出身の優秀な学生を集め、地域医療を担う人材として養成し、過疎地域へ派遣していくというものである。地元の医療を担う人材を養成するという理念のもと、各都道府県が学生の教育にかかる経費など主要な大学運営経費を負担している。

自治医科大学では、毎年、都道府県ごとに2～3名ずつ計100名の学生が選抜される。入学者は全員6年間寮生活を送り自律協調の精神の涵養を目指す。修学に要する入学料・授業料等の経費を貸与し、卒業後に所定の期間、指定された公立病院等に勤務した場合はその返還を免除する制度がある^注。

教育・研修システム（下図参照）は、通常の医科大学と同様、まず6年間の教育期間終了後、国家試験に合格した後、医師法に定められている2年間の臨床研修を受ける。同大学の卒業生の多くは出身地の都道府県の中核病院でこの臨床研修を受ける。これ以降のプロセスが他の医科大学と異なる。卒業生は臨床研修を修了後、へき地等において本格的な医師としての活動を開始する。自治医科大学では、数年のへき地勤務後、さらに広範な保健・福祉等に適切に対応し得る高度な医学知識・臨床的実力を身につけることを目的とした1～2年間の後期研修を受けることを推奨している。後期研修後、卒業生は再び地域医療に従事することが期待されている。修学資金の免除のためには一定の年数を出身県の地域医療に従事する制度になっており、同大学卒業生は地域医療の重要な担い手となっている。

自治医科大学の卒業生数は2,693名に達し（2004年現在）、勤務・開業している者のうち44%（2001年7月1日現在）が現にへき地等において診療に従事している。しかし自治医科大学の卒業生だけでは自ずと数に限りがあることから、依然として無医地区の問題は深刻である。

自治医科大学の教育・研修システム



注：修学資金の貸与金の返還が免除されるのは、出身県の都道府県知事等が指定する公立病院等に医師として勤務した期間が、貸与を受けた期間の2分の3に相当する期間（その勤務期間のうち2分の1は、へき地等の病院、診療所に勤務する）に達した場合である。たとえば6年間在学した場合には必要な勤務年限は9年間となる。通常、この勤務年数には臨床研修、へき地勤務期間などがカウントされるが、都道府県によっては後期研修期間もカウントされる場合がある。

出所：自治医科大学ホームページ（<http://www.jichi.ac.jp/index.html>）、自治医科大学ヒアリング、厚生省（1988a）

[社会の近代化と新しい課題]

この時期、新薬の普及、健康診断の徹底、命令入所措置などによって結核の死亡率・患者数ともに大きく低下した。また保健所を中心とした保健衛生活動の展開、簡易水道の普及などの公衆衛生環境の改善と、化学肥料を多用する農業の普及とが相まって、かつて農村で多く見られた赤痢等の急性感染症、寄生虫病、トラホーム等の感染症が急速に減少した。また乳児死亡率の低下、出生率の急激な低下によって、保健医療行政の対象は、感染症や母子保健対策から生活習慣病対策へと移行していった。これに伴って、戦前戦後と地域保健の要として国民の健康状態の改善に大きく貢献した保健所は、その主役の座を医療機関へとあけ渡した。

1955年以降の高度経済成長に伴う重化学工業化の進展、都市への人口集中、自動車の普及などによって、新しい保健衛生・医療問題として、交通事故、公害、自然破壊問題、上下水道・し尿・廃棄物処理施設等の社会資本の不足等の問題が深刻化し、それらへの対応が進められた。

2-5 第 期：高齢社会対応期
(1980年～現在)

[財政の悪化と医療費の高騰]

1973年のオイルショックに始まる世界的な不況、インフレにより、日本経済は低成長期に入った。国や地方の財政状態の悪化が顕在化し、社会保障政策を含む行政改革が実施され始めた。また、人口の高齢化や疾病構造の変化、医療技術の進歩、治療の長期化等に伴って、国民1人当たりの医療費は高騰し、また医療費の国民所得に占める割合も1960年に3.0%であったものが2001年には8.5%となるなど、80年代から90年代にかけて急激な上昇をみせた(第2章図2-5参照)。このような状況に対応するため、1985年から「医療法」の改正が重ねられ、医療資源の地域偏在の改善や医療機関の連携等による効果的で効率的な医療提供を目指す制度の改革が進められている。

[高齢化への対応]

日本の高齢化は1955年頃から既に始まっていた。その後も出生率の低下や寿命の伸びによって、人口の高齢化はさらに進行した。このような背景から、1982年以降、社会保障制度の改革が行われた。1982年には、疾病の予防・治療・リハビリテーションを一貫して行うとともに、老人医療費の一部負担を求める「老人保健法」が成立し、その後も医療費適正化が進められている。1986年には、病院と社会福祉施設の両方の長所を取り入れた中間施設「老人保健施設」を導入することを盛り込んだ老人保健法の改正が行われた。

さらに、本格的な長寿社会の到来、科学技術の進歩、情報化、国際化など国内外の変化に伴い、新たな分野への対応が求められるようになった。1987年、21世紀の本格的な高齢社会に向かって良質な医療を効率的に供給する観点から、厚生省の国民医療総合対策本部が中間報告をまとめた。その中で、国民医療の今後の方向が量から質への転換にあるとして、老人にふさわしい施設ケアの確立・在宅ケアの充実、長期入院の是正、患者サービスの向上が提案された。

[新しい地域保健の時代へ]

地域住民のニーズや価値観の多様化等により、保健衛生行政は大きな変化を求められることとなり、サービスの受け手である個人の視点が重視されるようになった。このような時代のニーズに応え、また地方分権化への移行という社会的機運の後押しもあり、1994年には保健所法が「地域保健法」に改められた(全面実施は1997年)。地域保健法により、住民に近い市町村を主な保健医療サービス提供主体とし、住民一人一人のニーズにあったサービス提供を目指す新しい体制が構築された。

また、1994年には介護保険法⁸が成立し(実施開始は2000年)、老人医療として扱われていた一部のサービスは福祉サービスとして提供されることとなった。高齢期も自分の意志でサービスを選

⁸ 介護保険は市町村が運営主体となり、保険運営・計画策定・サービス提供まですべて市町村が行う権限移譲が初めて実現したものとして、行政学上も高く評価されている。

択し、最期まで「生活の質 (Quality of Life : QOL)」が尊重される社会保障体制づくりを目指して模索は今も続いている。

付録：日本の保健医療の時期区分の考察

本研究では、保健課題と主な取り組みの2つの側面から、保健医療の時期を5期に分けたが、保健医療の変遷を区分する考え方は諸説ある。ここでは、他の主な考え方を4つ紹介する。

(1) 人口転換区分

出生率と死亡率の変遷による人口学的アプローチによる区分である。阿藤(2000)は、日本を、多産多死の時代(～1870年)、多産少死(1870～1960年)、少産少死(1960年～現在)の3つの時期に区分している。

(2) 疾病構造区分⁹

主要死因によって時期区分する考え方である。日本は、明治初期の「急性感染症」(コレラ、天然痘、赤痢等)の時期、明治後半から戦前までの「慢性感染症」(結核、ハンセン症等)の時期、終戦直後の混乱期の「急性感染症」、それ以降の悪性新生物、生活習慣病(旧・成人病)の4つに区

分される。

(3) 厚生行政区分

1988年に出された『厚生省五十年史』では、行政制度の視点から明治以降を5期に分け、厚生省前史(1868～1937年)、厚生省創設と戦時下の厚生行政(1938～1945年)、戦後復興期の厚生行政(1945～1954年)、高度経済成長期の厚生行政(1955～1973年)、高齢化時代の厚生行政(1974～1987年)と区分している。

(4) 健康転換 (health transition) 区分¹⁰

健康転換とは公衆衛生や国際保健の分野で近年唱えられるようになった概念であり、疾病構造の転換を、人口構造や就業構造、産業構造といった社会経済システムの転換と一体のものとして、総合的かつダイナミックにとらえていこうという考え方である。そこでは基本的に表1-2のような3つの段階に区別されている。

表1-2 健康転換と対応システム

健康転換	第1相 感染症	第2相 慢性疾患	第3相 老人退行性疾患
対応システム	公衆衛生施策 (税による対応)	医療保険制度	高齢者を独立させ、医療・福祉を統合したシステム
供給体制	(開業医中心)	病院中心 / 医療&施設	医療&施設から福祉&在宅

出所：広井(1999)を基に筆者作成。

⁹ 全体は国立社会保障・人口問題研究所(2002)および厚生省医務局(1976)、戦前は鈴木・久道編(2003)および村上(1996)、戦後は厚生統計協会(2002)、(2003)から総合的に考察して記載。

¹⁰ 広井(1999)

<参考文献>

- 阿藤誠(2000)『現代人口学』日本評論社
- 医療法制研究会編(1999)『図説日本の医療』ぎょうせい
- 岡崎陽一(1995)『現代日本人口論(改訂版)』古今書院
- 岡崎陽一他(1986)「明治・大正期における日本人口とその動態」『人口問題研究』178号
- 川上武(1965)『現代日本医療史 開業医制の変遷』勁草書房
- 久保秀史(1997)『日本の家族計画史 明治/大正/昭和』日本家族計画協会
- 経済企画庁『国民経済計算年報』
- 厚生省(1988a)『厚生省五十年史(記述篇)』厚生問題研究会
- (1988b)『保健所五十年史』日本公衆衛生協会
- (1999)『平成11年版厚生白書』ぎょうせい
- 厚生省医務局(1976)『医制百年史 付録 衛生統計から医制百年の歩み』
- 厚生統計協会(2002)『国民衛生の動向・厚生 of 指標』臨時増刊・第49巻第9号通巻第768号、厚生統計協会
- (2003)『国民衛生の動向・厚生 of 指標』臨時増刊・第50巻第9号 通巻第784号、厚生統計協会
- 厚生労働省監修(2002)『平成14年版高齢労働白書』ぎょうせい
- 厚生労働省『医療施設調査』
- 『人口動態統計』
- 国際協力事業団国際協力総合研修所(2003)『第二次人口と開発援助研究 日本の経験を活かした人口援助の新たな展開』国際協力事業団
- 国立社会保障・人口問題研究所(2002)『人口統計資料集2001/2002』
- 近泰男(2000)「わが国の家族計画運動のあゆみ」『家族計画便覧2000 少子高齢社会とリプロ・ヘルス』日本家族計画協会
- 鈴木庄亮・久道茂編(2003)『シンプル衛生公衆衛生学』南江堂
- 中村吉夫(1998)『公務員研修双書厚生行政』ぎょうせい
- 中村安秀(2002)「農村における公衆衛生の推進」『国際開発研究』第11巻第2号、pp.70-80
- 西内正彦(2001)「連載 日本のリプロヘルス/ライツのあけぼの 久保秀史、村松稔に聞く 戦前の家族計画を振り返る」『世界と人口』家族計画国際協力財団
- 西内正彦・母子保健史刊行委員会(1988)『日本の母子保健と森山豊』日本家族計画協会
- 日本助産婦会ホームページ(http://www.josanpu.or.jp/01_about_us)
- 日本人口学会編(2002)『人口大事典』培風館
- 橋爪章(1998)「わが国の経験から学ぶPHC」『JICAプライマリ・ヘルスケア(PHC)の手引き すこやかな地域社会を目指して』国際協力事業団医療協力部
- 橋本正巳(1968)『地域保健活動 公衆衛生と行政学の立場から』医学書院
- 藤崎清道(2003年6月11日)講演「日本の母子保健政策：妊産婦の健康の視点から」外務省・UNICEF主催「途上国の妊産婦の健康に関するシンポジウム」
- 広井良典(1999)「人口高齢化と医療・福祉政策」日本人口学会編『人口大事典』pp.919-924、培風館
- 母子衛生研究会編(2003)『母子保健の主なる統計平成14年度刊行』母子保健事業団
- (2003)『わが国の母子保健 平成15年』母子保健事業団
- 増田陸郎(1976)『保健衛生のしくみ 保健所事業の区移管を顧みて』目黒保健所
- 村上陽一郎(1996)『20世紀の日本(9) 医療 高齢社会へ向かって』読売新聞社
- 村松稔(2002)「戦後の過剰人口と産児制限」日本人口学会編『人口大事典』pp.905-910 培風館
- 森口育子(1998)「日本の地域保健活動の歴史とプライマリ・ヘルスケア」『JICAプライマリ・ヘルスケア(PHC)の手引き すこやかな地域社会を目指して』国際協力事業団医療協力部
- 山田多佳子・吉武克弘(2000)「途上国における新生児医療のあり方とその協力に関する一考察」『国際協力研究』Vol.16 No.2(通巻32号) pp.41-47

年表：日本の保健医療の変遷

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
1850	58 日米修好通商条約調印 59 ダーウィン「進化論」、ナイチンゲール「看護覚書」出版			
1860	61 アメリカ、南北戦争 69 スエズ運河開通	68 明治維新	68 政府が西洋医学の導入	
1870		71 廃藩置県 72 学制公布 76 内務省衛生局による死亡統計開始 77 西南戦争	70 売薬取締規則を布告 72 文部省に医務課設置 74 医制公布 74 医師開業免許制度創設 74 医制により、産婆資格の規定、免許制となる 75 内務省に衛生局設置（衛生行政は文部省より移管） 75 東京開成学校内に薬品製錬所を置く 77 マルサスの人口論紹介 79 府県に衛生課設置 79 コレラ予防仮規則	73 第一大学医学学校（現東京大学）に製薬学科が創立 78 東京府が医師の薬舗兼業を禁止 79 町村衛生委員の公選制開始
1880	82 コッホが結核菌、83年にコレラ菌発見	80 旧刑法制定 84 「墓地及埋葬取規則」に出生、登録の信頼性高まる 85 内閣制度発足 89 大日本帝国憲法発布	80 伝染病予防規則公布 81 民間初の産後養成所（紅杏社）開設 82 刑法制定（墮胎罪の規定） 83 大日本私立衛生会結成 85 種痘規則制定 86 日本薬局方を布告 86 市街清掃の訓令 89 薬品営業並薬品取扱規則を公布	80 各府県に衛生事務年報、衛生統計の報告を命ず 87 横浜に上水道配水開始（日本初の水道）
1890	90 血清療法開始 95 レントゲン、X線発見 98 志賀潔、赤痢菌発見 99 国際看護婦協会設立	99 人口動態統計開始（戸籍局、衛生局、と3種の統計）	90 水道条例制定 93 日本薬剤師会を設立 95 学校衛生顧問学校衛生主事設置 97 伝染病予防法公布（衛生組合設置） 98 学校医制度導入 99 第1回肺結核志望者全国調査	90 日赤看護婦養成所設立 92 同志社病院で巡回看護始め 93（～1945）地方衛生行政は警察行政に移管 95 大阪市水道布設 97 足尾銅山被害住民誓願運動開始
1900	01 リード、黄熱ウイルス発見	00 産業組合法公布 04～05 日露戦争	00 汚物掃除法、下水道法、精神病監護法制定 00 第1回らい実態調査実施 00 学校看護婦制度導入 02 東京薬学専門学校が開設、東京女子薬学校が開設 04 結核予防法公布 04 日本初のアンブル製造が行われる	00 東京看護婦規則

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
1900	05 第1次ロシア革命 05 梅毒病原体発見		06 医師法・歯科医師法制定（近代的資格制度の基礎確立） 07 らい予防法制定 09 大日本看護協会結成	06 東北地方大凶作 08 岐阜市に、学校看護婦配置
1910	14 第一次世界大戦始まる	12～大正時代 13～大正デモクラシー 14～17第一次世界大戦 18 米騒動 18 インフルエンザ大流行	11 恩賜財団済生会設立 12 大正製薬が創業 13 石原修「女工と結核」発表 13 日本結核予防協会設立 14 東京・大阪両衛生試験所に臨時製薬部を設置 15 看護婦規則制定 16 保健衛生調査会発足 16 文部省、学校衛生官設置 16 工場法施行 18 農村衛生状態実地調査 19 精神療法、結核予防法、トラホーム予防法制定 19 学校伝染病規則公布	11 東京に実費診療所 15 京都、横浜、名古屋に結核療養所設置命令 18 大阪方面委員制度 18 東京府、巡回看護婦会巡回産婆設置
1920	28 IUSSP設立 29 フレミング、ペニシリン発見	20 第1回国勢調査（人口動態統計開始） 20 国際連盟加盟 23 関東大震災 26 昭和時代 29 世界恐慌	20 学校医規定、生徒・児童身体検査規定 22 サンガー女史来日 産児調節運動高揚 22 健康保険法制定 23 山之内薬品商會を創立 24 「荻野学説」発表 25 薬剤師法を公布 25 日本公衆保健協会発足 26 小児保健所指針 27 花柳病予防法制定 27 日本産婆会結成 29 日本看護婦協会結成	20 大阪府工場取締規則（公害規定）制定 23 東京市、児童相談所を設置し、巡回看護婦配置、訪問介護活動開始 23 済生会、被災者の巡回訪問看護開始 24 大阪市、訪問看護婦設置 27 聖路加病院が公衆衛生看護部を発足、訪問看護事業開始 28 日赤で社会看護婦養成開始
1930	33 ドイツ、ナチス政権誕生 39 第2次世界大戦始まる	30 昭和恐慌 31 満州事変勃発 37 日華事変勃発 38 国家総動員法制定	30 内務省が医薬品の国産化を奨励 34 恩賜財団母子愛育会設立 37 保健所法施行（49カ所設置） 37 結核予防法改正 38 母子保護法施行 38 国民健康保険法制定 38 厚生省創設 38 公衆衛生院開院	35 都市保健館（京橋）開設 38 農村保健館（所沢）開設
1940		40 大政翼賛会結成（隣組制度） 41～太平洋戦争開戦	40 国民体力法施行 40 保健婦規則公布 40年頃から、「産児調節」の名称は「家族計画」へ 41 国民優生法施行 41 保健婦規則制定 41 日本保健婦協会結成	

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
1940	<p>45 国連発足</p> <p>45 IMF、世銀設立</p> <p>45 ペニシリンを抗生物質として臨床的に使用</p> <p>46 国連人口委員会設置</p> <p>47 米、マーシャルプラン発表</p> <p>48 WHO設立、世界人権宣言</p> <p>49 NATO成立</p>	<p>45 終戦</p> <p>45 GHQによる統治 (~52.4)</p> <p>45 婦人参政権</p> <p>45 第1次農地改革</p> <p>46 日本国憲法公布</p> <p>46 ララ物資受け入れ (~52)</p> <p>47 地方自治法制定</p> <p><47~49第1次ベビーブーム期></p> <p>48 新民法施行</p> <p>49 生活改良普及員制度開始</p>	<p>42 妊産婦手帳制度開始</p> <p>42 国民医療法制定</p> <p>42 BCG接種始まる</p> <p>43 国民健康保険のカバー率市町村の95%。「第1次国民皆保険時代」</p> <p>44 ペニシリンの国内製造始まる</p> <p>46 全国市町村に衛生班設置(ねずみ昆虫駆除対策)(住民組織・駆除班1万団体結成) DDTの使用</p> <p>47 新保健所法制定</p> <p>47 厚生省に児童局誕生</p> <p>47 母子手帳(妊産婦手帳改称)新制度開始</p> <p>47 保健婦助産婦看護婦令公布</p> <p>47 改正保健所法公布</p> <p>47 児童福祉法公布</p> <p>47 食品衛生法、労働基準法、児童福祉法制定</p> <p>47 道府県の衛生行政事務がすべて衛生部所管へ</p> <p>47 伝染病届出規則制定</p> <p>47 学校訓導が養護教諭と名称変更</p> <p>47 労働基準法制定</p> <p>48 予防接種法施行</p> <p>48 優生保護法施行</p> <p>48 医師法、歯科医師法、保健婦助産婦看護婦法同時制定</p> <p>48 改訂母子手帳配布</p> <p>48 新薬事法を公布</p> <p>49 優生保護法改正(中絶に経済的理由認められる)</p> <p>49 厚生省、避妊薬発売認可</p> <p>49 アメリカ薬剤師協会使節団が来日輸入ストレプトマイシンの配給が決定</p> <p>49 『母子保健の主なる統計』創刊</p>	<p>42 道府県の衛生行政事務が警察部から内省部へ移管</p> <p>47 府県に衛生部および民生部必置義務(衛生業務は警察から保健所へ移管)</p> <p>48 杉並保健所開設</p> <p>49~地区衛生組織による蚊やハエ撲滅運動展開</p>
1950	<p>50 コロンボプラン発足</p> <p>50 朝鮮戦争始まる</p> <p>51 サンフランシスコ講和条約、日米安全保障条約調印</p> <p>52 国際家族計画連盟(IPPF)設立(ボンベイ)</p> <p>54 世界人口会議(専門家会議)国連/国際人口学会共催(ローマ)</p>	<p>50 UNICEF援助物資供与(~64)</p> <p>51 WHOへ加盟</p> <p>51 生活習慣病(脳卒中、がん、心臓病)死因の上位に</p> <p>52 新生活運動始まる</p> <p>52 対日平和条約の発動(4月)</p>	<p>50 国産ストレプトマイシンを発売</p> <p>50 第1回甲種看護婦国家試験実施(受験者8600名)、第1回保健婦国家試験、第1回助産婦国家試験実施</p> <p>51 結核予防法全面改正</p> <p>51 検疫法制定</p> <p>51 日本公衆衛生協力設立</p> <p>52 医薬品配給統制を全廃</p> <p>52 受胎調節実地指導員制度発足(認定講習開始)</p> <p>52 優生保護法改正(手続き簡素化)</p> <p>52 栄養改善法制定</p> <p>53 新しい予防法制定</p> <p>53 厚生省に、常設の人口問題審議会設置</p> <p>53 医薬品等輸出組合を設立</p> <p>54 学校給食制度の導入</p> <p>54 日本家族計画協会設立</p> <p>54 日本家族計画連盟設立</p> <p>55 受胎調節実地指導の避妊具販売許可</p>	<p>50 受胎調節モデル村での実施開始</p> <p>54 「妊産婦指導の強化」通知発出</p>

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
1950		56 国連へ加盟 <55 水道普及率 32.2 % > <55年、全国の中絶件数ピークに> 56 経済白書「もはや戦後ではない」	56 売春防止法制定 58 母子保健センター設置 58 学校保健法制定 58 東京大学医学部薬学科が薬学部に独立	56 熊本水俣病患者集団発生 56 ペニシリン・ショック死事故発生 59 東京都「工場公害防止条例」
1960	60 OECD設立 61 DAC設立 61 「国連開発の10年」決議 61 アメリカで、生ワクチン接種始まる 65 世界人口会議（専門家会議）ベオグラード） 66 UNDP設立 66 アジア開発銀行設立 67 EC発足	60 池田内閣「所得倍増計画」 <施設分娩の割合、過半数に達する> <60 水道普及率 53.4 % > 64 OECD加盟（先進国の仲間入り） 64 東京オリンピック 68 日本、自由主義世界中、第2の経済大国へ	60 新薬事法、新薬剤師法を公布 60 保健所の5類型化 61 国民皆保険実現 61 3歳児健康診査、新生児訪問指導開始 61 ポリオワクチン（35万人分）一斉投与 64 予防接種法改正（ポリオ生ワクチン法制化） 64 救急告示医療機関制度導入 65 精神衛生法改正 65 公害防止事業団法 65 母子保健法成立 65 国立小児病院設置 67 公害対策基本法公布 67 中央公害対策審議会発足 67 医薬品製造業が50%資本自由化となる 68 母子保健推進員制度 69 公害三法改正	61 イタイイタイ病訴訟 62 サリドマイド事件 62 サリドマイド系睡眠薬を自主的に出荷停止 65 サリドマイド訴訟おこる 65 農夫症、社会問題化 66 農薬中毒問題化 67 朝日訴訟、最高裁で棄却 68 水俣病を公害病と認定 69 東京都老人医療費無料化 69 カネミ油症訴訟
1970	70 第2次国連開発の10年 71 「ニクソンショック」 74 世界食糧会議 75 ベトナム戦争終結 76 第1回ASEAN首脳会議 78 WHO.UNICEF国際会議（アルマ・アタ）（アルマ・アタ宣言採択）	70 日本人口1億人突破 70 高齢化率7%突破（高齢化社会へ） <70 水道普及率80.8 % > 70 日本万国博覧会 72 沖縄本土復帰 72 日中国交正常化 73 「福祉元年」 73 第1次オイルショック 78 第2次オイルショック	70 公害対策本部設置 71 DDT使用禁止 71 環境庁発足 72 自治医科大創設 72 労働安全衛生法制定 73 老人医療費無料化 74 避妊リング解禁 74 小児慢性特定疾患治療研究事業 75 3種混合ワクチン接種試行 75 医薬品製造業が100%資本自由化となる 76 予防接種法改正 76 救急医療懇談会発足 77 IUD認可	70 東京に光化学スモッグ 71 スモン薬害訴訟 71 東京都ゴミ戦争対策本部設置 78 国保保健婦を市町村に移管
1980	80 第3次国連開発の10年に関する国際開発戦略採択	<80 水道普及率91.5 % >		

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
1980	80 WHO、痘瘡根絶宣言 81 国際障害者年 86 WHO、オタワ憲章 88 WHO、世界ポリオ根絶計画 89 天安門事件 89 ベルリンの壁崩壊	82 死因の1位、がん 84 平均余命世界最高レベルへ（男74.2歳、女79.8歳） 86 男女雇用機会均等法施行 89 「1.57ショック」*注	81 感染症サーベイランス事業開始 82 老人保健法制定（'83施行）（老人保健部設置） 85 へき地保健医療検討委員会の設置 86 エイズ専門家会議を設置 87 結核・感染症サーベイランス事業開始 88 大臣官房に老人保健福祉部設置 88 薬価基準を全面改訂 89 エイズ予防法制定 89 高齢者保健福祉推進10カ年戦略策定	85 医療法の改正により、都道府県による医療計画の策定、医療圏の設定義務化
1990	90 UNDP人間開発報告書発表 90 子どものための世界サミット（ニューヨーク） 91 湾岸危機終結 92 国連環境開発会議（UNCED）（リオデジャネイロ）（6月） 92 環境サミット 93 国連人権会議（ウィーン） 93 世界エイズ会議 94 国際人口開発会議（カイロ）開催 95 社会開発サミット（コペンハーゲン）（3月） 95 第4回世界女性会議（北京）（9月） 96 DAC新開発戦略（5月） 96 アジア太平洋経済協力（APEC）ジャカルタ会合 人造り構想 96 リヨンサミット（世界福祉構想提唱） 97 アジア通貨・経済危機発生 97 AIDS推定感染者数3060万人 98 パーミンガムサミット（国際寄生虫対策発表） 98 TICADII、第2回アフリカ開発会議（10月） 99 世界子どもサミット 99 世界人口60億人突破	92 育児休業法施行 94 21世紀福祉ビジョン発表 94 高齢化率14%突破（高齢社会へ） 95 阪神淡路大震災 97 介護保険法制定（'00施行） 98 NPO法成立 99 地方分権一括法成立 <99 下水道普及率60% >	90 福祉8法改正 90 ゴールドプラン施行 91 救急救命士制度導入 92 老人保健福祉部が老人保健福祉局となる 92 第2次改正医療法で医療の担い手として薬剤師が明記される 93 保健婦助産婦看護婦法一部改正（保健士誕生） 94 地域保健法制定 94 エンゼルプラン策定 94 新ゴールドプラン策定 94 母子保健法改正 95 障害者プラン策定 95 医薬分業率（処方箋受け取り率）が20%を超える 96 優生保護法を母体保護法に改正 96 らい予防法廃止 97 地域保健法全面施行（保健サービスの実施主体が市町村に移行） 99 感染症法施行 99 低用量経口避妊薬（ピル）、銅付加IUD、女性用コンドーム、認可	93 市町村、老人保健福祉計画策定完了 94 市町村母子保健計画策定、義務化

*注 出生率は第2次ベビーブーム期の1973年をピークに下がりはじめ、1990年6月、89年の人口動態統計で出生率が1.57まで落ちこんだことが発表され、その高齢化のための負担増大や社会の活力低下の懸念から「1.57ショック」と呼ばれた。

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
2000	00 21世紀サミット 00 九州・沖縄サミット (沖縄感染症イニシアティブ発表) 01 国連エイズ特別総会 (4月) 02 持続可能な開発に関する世界首脳会議 (WSSD)	< 00 水道普及率96.6 % >	00 「健康日本21」プラン発表 00 「健やか親子21」策定	00 介護保険法施行

第2章 保健医療サービスの現状

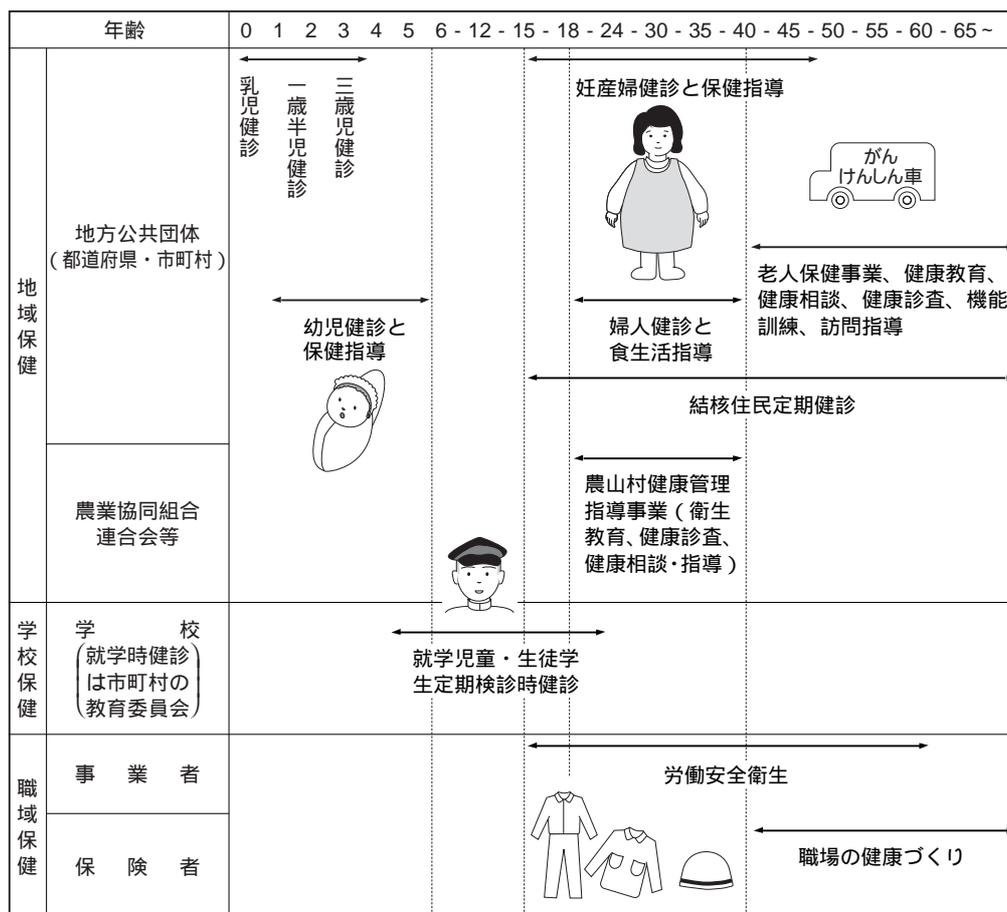
1. 概要

日本の保健医療は、人の誕生から亡くなるまでのライフサイクル全般にわたって、病気や負傷、障害、失業、介護、老齢などの生活上の不安をもたらす事態に対応し、包括的に取り組むシステムとなっている¹。そのために、身近な場において予防、診断、治療、リハビリテーションの一貫した保健医療サービスを提供する体制が整備されている²。

予防については、生活習慣病が大きな健康課題となる中で、疾病の早期発見、早期治療という二次予防から、さらに一歩進めて疾病の発生予防、健康増進という一次予防に重点が置かれてきている。予防については、図2-1に示すように、就学したら学校保健で、就業したら職域保健で、それ以外は地域保健で、健康教育、健康診査、保健指導等が行われている。学校保健は文部科学省の担当で、厚生労働省との連携の下に行われている。

こうした観点から、厚生労働省は2000年から

図2-1 ライフサイクルに応じた保健サービス



出所：中村（1998）p.92

¹ 厚生省（1999）p.43

² 中村（1998）

「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。また、健康づくりや疾病予防を国民的な合意の下、国全体として積極的に推進するための法的基盤を整備するために、「健康増進法」が2002年7月に成立した³。

診断、治療については、病気やけがを的確に診断し、できるだけ早く適切な治療をするために日々医療技術が進展している。また、人口高齢化や慢性疾患の増加など疾病構造の変化に対応して、治療のあり方や提供体制の変革も求められており、療養環境の向上、在宅医療の普及、終末期医療における緩和ケアや告知問題、患者や家族への情報の開示と治療方針の選択の重視、福祉サービスとの連携など、新たな課題への対応が進められている。

2. サービスの提供体制

2-1 保健サービス

保健サービス提供体制は、戦後1947年の「改正保健所法」によって規定されてきた。しかし、90年代になって本格的な地方分権化が加速したのに加えて、高齢化社会への対応のため、1994年に保健所法は抜本的に見直され「地域保健法」と改められた。これにより、住民に身近な市町村を主なサービス提供主体とする新しい地域保健体制へと転換された（全面施行は1997年）。

地域保健法による主な改正点は、住民に身近で頻度の高い母子保健サービスや老人保健サービスなどについては、主に市町村が一元的に提供する、市町村における保健サービスの実施拠点を「市町村保健センター」とする、保健所については、管轄区域を広げ、地域保健の広域的・専門的・技術的拠点としての機能に特化する、同時に、母子保健法、児童福祉法、栄養改善法等を改正し、都道府県から市町村に対する権限移譲を行う、等である（第8章参照）。これにより、住民に身近な保健・福祉サービスは、市町村から一元的に提供されるようになり、権限と財源も移譲された。この抜本的な改正によって、従来バラバラに提供

されていた保健と福祉サービスが連携して提供されるようになった。

この改正によって、保健サービスは地方自治体が実施主体となり、計画策定・予算化などに責任をもつこととなったが、近年健康診断や予防接種などは、利用者により便利な施設で好きな時に受けられるよう、開業医など外部機関への外注化が進んでいる。また健康増進については、健康増進施設や会員制健康管理サービスなど民間の健康増進サービスも盛んになってきている。

2-2 医療サービス

日本の医療サービスは、1948年に制定された「医療法」によって規定されている。同法は、高齢化や疾病構造の変化、医学技術の進歩等に対応するため、これまでに4回の改正が行われている。1985年の第1次医療法改正によって、都道府県内で提供される医療サービスについては都道府県が策定する「医療計画」によって責任をもって計画実施されるようになり、また各県ごとに第2次医療圏と第3次医療圏が設定されることとなった。

医療サービスは原則、病院、診療所等の医療施設において医師等の医療従事者によって提供されるが、1992年の医療法改正で、医療を受ける者の居宅も医療を提供する場として位置づけられた。日本の医療提供体制は、基本的に自由開業制であり、医療施設を提供できるのは国や地方自治体、公的団体などの他、個人と医療法人である。ただし、営利を目的とする医業は禁止されているため、原則会社組織では医療施設は設立できず、代わって医療法人という独自の法人格制度が導入された。

2-3 医療関連サービス

医療機関においては、医療技術の進歩、医療費の効率的な使用、国民のニーズの多様化等に伴い、検体検査や患者給食（入院中の食事）など医療周辺のサービスを専門の業者へ外注する動きが進んでいる。医療の周辺分野で医療行為と密接に関連するサービスを総称して、医療関連サービスとい

³ 厚生労働省監修（2002）pp.131-132

う。病院を対象として1994年に実施された調査によると、業務の委託率は、寝具類の賃借(95.9%)、検体検査92.7%、病院清掃73.2%、在宅医療機器保守点検42.7%、患者給食26.7%、医療用具の消毒・滅菌11.4%となっている。これらのサービスの質を確保するため、「衛生検査技師等に関する法律」(1970年)等によって、基準に適合した業者にした委託しなければならない等の規定がある⁴。

3. 保健サービスの主な内容

保健サービスの提供体制については、第8章で詳述するため、ここでは主な内容について概観する。

3-1 健康づくり

健康な身体を保つためには、規則正しい生活、十分な睡眠とバランスのとれた食事、適度な運動など健康を自分で守るための努力が必要である。厚生省は1978年度から「第一次国民健康づくり対策」に取り組み始めた。その内容は、従来の妊産婦や乳児、家庭不活を対象とした健診に加えて、老人保健事業の総合的実施を図り、生涯を通じた予防・健診の体制の整備、健康づくりの基盤整備として市町村保健センター等の設置促進、健康づくりの啓発普及活動の推進であった。また、1988年度から「第二次国民健康づくり対策(アクティブ80ヘルスプラン)」が実施され、生活習慣の改善による疾病予防・健康増進の考え方が発展した。健康増進のための施設整備や人材養成(健康運動指導士等)が図られた。さらに2000年度からは、「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。その特徴は、生命の延長だけでなく生命の質を重視すること、生涯にわたる健康づくりの視点を取り入れること、個人の選択に基づくこと、目標を達成するために経営管理手法を導入していることなどが挙げられる⁵。

また、2002年7月に「健康増進法」が成立し、

国全体の目標や基本的な方針、地域の実情に応じた地方自治体における健康増進計画の策定、職域・地域・学校などの健康診査について共通の指針を定めることなどが規定された⁶。具体的には、禁煙の促進のために喫煙できる公共施設の管理者に、「受動喫煙」を防止するための必要な措置を取るよう働きかけた。

また、このほかの日本の特徴的な試みとして、歯の健康づくりがある。歯は健康のパロメータといわれ、歯の健康が失われると身体の健康も失われるとの考えに立って、80歳になっても自分自身の歯を20本以上保つことを目標とする「8020(ハチマル・ニイマル)運動」が進められている。歯についての知識の普及啓発とともに、地域住民に対して歯科検診や歯科保健指導、小学校における歯磨き励行指導などが行われている。

3-2 母子保健サービス

母子保健サービスは、母子保健法によって規定されている。1994年の地域保健の総合的な見直しに際し、母子保健サービスの実施体制も変更され、1997年から母子保健サービスは市町村が一貫して提供している。妊産婦や乳幼児の健康診査は、妊娠中毒症や障害等の疾病や異常を早期に発見して適切に対応するために重要である。母子の健康を管理する重要なサービスとして母子健康手帳制度がある。妊娠した者は市町村に届け出て母子健康手帳の交付を受け、母子の健康の記録簿として、また妊娠・出産・育児に関する貴重な情報源として活用される。母子手帳の発行権限は1992年度より県の保健所から市町村に移譲され、各自治体の地域特性を生かしたものとなっている。

このほかの主な母子保健サービスとしては、妊婦については妊娠前期・後期の2回、また乳児については2回の、それぞれ医療機関における無料の精密検査がある。また、1歳6カ月児と3歳児に対しては市町村で健康診査を行っている。また、妊娠・出産・育児等について、集団・個別・訪問などさまざまな形態で保健指導が行われている。

⁴ 中村(1998)

⁵ 厚生統計協会(2002)

⁶ 厚生労働省監修(2002) pp.131-132

3-3 中高年の保健サービス

壮年期からの疾病の予防および健康管理は、高齢期の健康維持に極めて重要である。このため老人保健法に基づく老人保健制度では、市町村が40歳以上の住民に対して保健事業を実施することとなっている。この保健事業には、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導などがある。

保健事業は国によって実施の基準が定められており、市町村はこれを基に、人口規模や年齢構成、施設の状態等、地域特性を勘案して、地域の実情に即した「老人保健計画」を策定し、実施している。

4. 医療提供施設

4-1 概要

日本の医療提供施設は医療法および老人保健法で規定されている。主な医療提供施設には、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設がある。病院とは、ベッド数20人以上の収容施設を有する施設をいい、診療所は19人以下の収容施設を有する施設をいい、一般診療所と歯科診療所がある。助産所は、助産婦が業務をなす場所を指している。

日本の病院、診療所のほぼすべては、公立・私立にかかわらず医療保険制度の枠の中で運営され

表2-1 種類別にみた医療施設数

総数	165,451
病院	9,266
精神病院	1,058
結核療養所	3
一般病院	8,205
・療養型病床群を有する病院	3,167
一般診療所	92,824
有床	17,853
・療養型病床群を有する	
一般診療所	2,508
無床	74,971
歯科診療所	63,361
有床	46
無床	63,315

注：2000年10月1日現在。
出所：厚生労働省「医療施設調査」

表2-2 種類別にみた病床数

総数	1,864,178
病院	1,647,253
精神病床	358,153
感染症病床	2,396
結核病床	22,631
一般病床	1,264,073
・療養型病床群	241,160
一般病院	1,387,779
一般診療所	216,755
・療養型病床群	22,786
歯科診療所	170

注：2000年10月1日現在。
出所：厚生労働省「医療施設調査」

表2-3 開設者別にみた施設数・病床数

	施設数						病床数			
	病院		一般診療所		歯科診療所		病院		一般診療所	
	実数	率 %	実数	率 %	実数	率 %	実数	率 %	実数	率 %
総数	9,266	100.0	92,824	100.0	63,361	100.0	1,647,253	100.0	216,755	100.0
国	359	3.9	581	0.6	1	0.0	144,649	8.8	2,344	1.1
公的医療機関	1,373	14.8	4,237	4.6	331	0.5	356,100	21.6	4,024	1.9
社会保険関係団体	131	1.4	840	0.9	17	0.0	38,522	2.3	38	0.0
医療法人	5,387	58.1	24,031	25.9	7,310	11.5	795,089	48.3	96,953	44.7
個人	1,173	12.7	53,646	57.8	55,378	87.4	101,620	6.2	111,110	51.3
その他	843	9.1	9,489	10.2	324	0.5	211,273	12.8	2,286	1.1

注：2000年10月1日現在。
出所：厚生労働省「医療施設調査」

ているため、診察、薬剤、治療、手術、処置、入院、看護、食事療法等に要するサービスは診療報酬として基準が定められている。したがって、病院、診療所はどこでも、同じ医療サービスであれば診療費は同一である。ただし、入院病棟に関してはランクが選べ、保険で定められた以上の病室を利用する場合、その超過額を払う必要がある。

4-2 施設・病床

2000年10月1日現在の全国の医療施設数は165,451施設、病床数は1,864,178床である(表2-1、2-2)。施設数を開設者別にみると、病院で最も多いのは医療法人で53,387施設(58.1%)、一般診療所で最も多いのは個人で53,646施設(57.8%)、歯科診療所で最も多いのは個人で55,378施設(87.4%)となっている(表2-3)。

病床数を施設別にみると、病院1,647,253床、一般診療所216,755床である。これを開設者別にみると、病院では医療法人が48.3%(795,089床)を占め、一般診療所では個人が51.3%を占めている。

人口10万対一般病床数(病院のみ)は995.9だ

が、都道府県間の差は大きく、最も多いのが高知で1,960.4、最も少ないのが埼玉で683.3となっている⁷。

4-3 病院の従事者

病院の2000年10月10日現在の従事者総数は164万人で、そのうち医師16万7,000人(うち常勤13万7,000人)、歯科医師9,000人(うち常勤8,000人)、薬剤師4万1,000人、看護婦52万5,000人、准看護婦22万4,000人などとなっている(表2-4)。

また100床当たり従業員数は99.7人で、そのうち医師10.2人、歯科医師0.5人、薬剤師2.5人、看護婦31.9人、准看護婦13.6人である⁸。

4-4 設備の状況

近年の医療機器分野における技術革新には目覚ましいものがあり、高度な診断、検査、治療機器の開発・普及が進んでいる(表2-5)。例えば、全病院の7割以上が全身用X線CTを保有し、さらに高度な断層撮影装置であるNMR-CT(MRI)も3割近くの病院が保有している。

表2-4 業務の種類別にみた従事者数および100床当たり・1施設当たり従事者数

	病院*1			一般診療所*2		歯科診療所*2	
	従事者数	100床当たり	1施設当たり	従事者数	1施設当たり	従事者数	1施設当たり
総数	1,641,418.5	99.7	177.3	751,092.0	8.2	310,989.3	5.0
医師	167,365.8	10.2	18.1	116,921.8	1.3	115.7	0.0
常勤	137,487	8.4	14.9	97,153	1.1	86	0.0
非常勤	29,878.8	1.8	3.2	19,768.8	0.2	29.7	0.0
歯科医師	8,950.7	0.5	1.0	1,865.2	0.0	86,980.3	1.4
常勤	7,507	0.5	0.8	1,066	0.0	77,639	1.2
非常勤	1,443.7	0.1	0.2	799.2	0.0	9,341.3	0.1
薬剤師	41,071	2.5	4.4	9,673	0.1	942	0.0
保健婦	2,012	0.1	0.2	6,238	0.1	-	-
助産婦	17,584	1.1	1.9	3,793	0.0	-	-
看護婦	524,578	31.9	56.7	86,772	0.9	604	0.0
准看護婦	223,633	13.6	24.2	149,445	1.6	456	0.0

注：*1 2000年10月1日現在。

*2 1999年10月1日現在。

非常勤医師を含む。非常勤の医師・歯科医師については、各施設における常勤の医師・歯科医師の通常の勤務時間に換算(常勤換算)して計上した。ただし、その他の職種に関しては、常勤換算はしていない。

出所：厚生労働省「医療施設調査・病院報告」

⁷ 厚生統計協会(2002)p.184

⁸ *ibid.* p.188

表2-5 病院における診療機器保有状況（重複計上）

	施設数	保有率（％）	台数
病院数	9,286		-
上部消化管ファイバースコープ	6,775	73.0	20,870
気管支ファイバースコープ	3,830	41.2	9,182
大腸ファイバースコープ	5,669	61.0	11,646
デジタルラジオグラフィー	1,195	12.9	2,082
血管連続撮影装置	2,554	27.5	3,223
全身用X線CT	6,613	71.2	7,361
RI診断装置	1,036	11.2	1,319
NMR-CT（MRI）	2,622	28.2	2,938
シングルフォトンエミッションCT（SPECT）	755	8.1	1,003
骨塩量測定装置	3,064	33.0	3,154
マイクロサージャリー装置	981	10.6	2,297
IABP駆動装置	765	8.2	1,274
ハイパーサーミア装置	224	2.4	291
リニアック、ペータロン、マイクロロン	625	6.7	724
人工腎臓（透析）装置	2,218	23.9	39,992

注：1999年10月1日現在。
出所：厚生労働省「医療施設調査」

近年、病院の社会生活機能回復のための設備の保有状況では、老人デイ・ケア室の増加が著しく、また、精神科デイ・ケア室またはナイト・ケア室、作業療法室、精神科作業療法室の増加も大きい⁹。

4-5 診療等の状況

病院における2000年の1日平均在院患者数は1,401,399人で、そのうち一般病床が1,057,606人、精神病床が333,712人、結核病床が10,036人となっている。療養型病床群の病床は215,448人であるが、近年増加が著しく、前年に比べ54.5%増加している。また、1日平均外来患者は1,810,990人で、そのうち一般病院が1,768,619人である。

なお、一般診療所の1999年9月30日現在の入院患者数は90,735人であり、また、同月中の外来患者延数は88,418,023人、歯科診療所の外来患者延数は24,475,107人となっている。

全病床における病床利用率は85.2%であり、こ

れを病床の種類別にみると、精神病床が93.1%で最も高く、次いで一般病床の83.8%となっている。平均在院日数を病床の種類別にみると、精神病床30.4日、結核病床96.2日、一般病床30.4日である。平均在院日数を都道府県別にみると、一般病床（療養型病床群を除く）では最も長いのが佐賀で30.6日、最も短いのが長野で18.8日であった¹⁰。

4-6 国立医療施設の医療提供体制

厚生労働省所管の国立医療施設として、2002年4月1日現在、5つの国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）、65の国立病院、116の国立療養所、13の国立ハンセン病療養所が設置されている。これらの情報ネットワークの基盤となるのが国立病院等情報ネットワークシステム（略称：HOSPnet＜ホスプネット＞）であり、本省、地方厚生（支）局、全施設を専用回線で結んでいる。

⁹ 厚生統計協会（2002）p.189

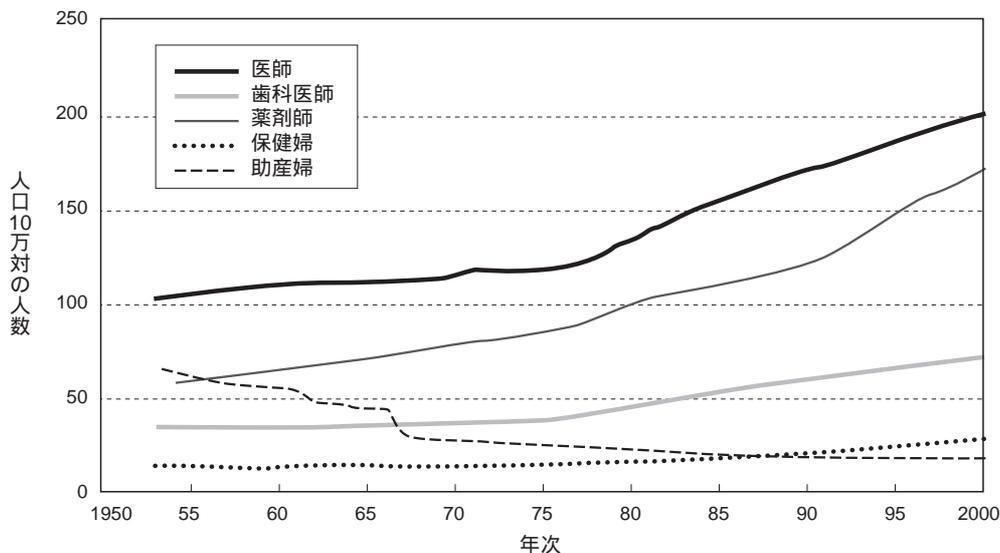
¹⁰ *ibid.* p.190

図2-2 保健医療従事者養成システムの概要

義務教育（9年）	
医師	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 大学（6年）
歯科医師	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 大学（6年）
薬剤師	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 大学（4年）
保健婦 助産婦	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 大学（4年）
	短期大学（3年） 専修・各種学校（1年）
	専修・各種学校（3年） 専修・各種学校（1年）
看護婦	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 大学（4年）
	短期大学（3年）
	専修・各種学校（3年）
准看護婦	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 専修・各種学校（2年）

注：2002年4月現在。准看護婦になってから看護婦になる方法があるが省略した。
出所：厚生労働省医政局医事課調べ

図2-3 医療従事者の推移



出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(1982年から隔年調査)
「衛生行政報告例」(1982年から隔年報告)

5. 医療提供人材

5-1 概要

保健医療サービスは専門性が高く、職種は20数種を超え、今なお専門分野の分化傾向に伴って増加の要請がある。こうした職種のほとんどは国家資格として制度化されている。保健医療関係者の

養成においては、図2-2に示すようにほとんどが高校卒業後に専門の各養成機関で学び、各養成機関を卒業後、国家試験等に合格して初めて免許を付与されて、資格を得ることができる。多くの途上国と異なり、保健婦、助産婦は高校卒業後最低4年間の就学が必要であり、高い専門職として位置づけられている。

日進月歩の医療技術の進化に対応するために

は、医療従事者の生涯教育は重要な課題である。医師の生涯教育については、日本医師会が1989年4月から医師の生涯教育制度をスタートさせ、自らの努力による生涯学習の推進と資質の向上を図っている。一方、厚生労働省では、地域の医師の生涯教育の場として地域医療センターの設置を支援しているが、これには、そこで研修を行う医師を介して、地域の保健機関と医療機関の連携と機能分担を促し、効率的な地域医療確立の一助となることも期待されている¹¹。薬剤師に対する生涯教育は、日本薬剤師会等により、各職域、各地域において実施されている¹²。

日本の医療従事者の数は、戦後、特に国民皆保険が達成した後、急速に増加している。特に医師や看護婦は現在も伸び続けている（図2-3）。

表2-6に、2000年における保健医療関係者の人数の概況を示す。

5-2 医療従事者

(1) 医師

医師は、高校卒業後医学部における6年間の就学の後、医師国家試験に合格して、免許を取得することができる。また、免許を取得した後も、2年以上大学や指定された病院において、臨床研修を行うことが推奨されており、約9割の者が臨床研修を行っている。特に近年、専門に分化し過ぎた医師養成のあり方を見直しており、2004年4月からプライマリケアを基本とする全人的に患者を診られる医師の育成を目指した、卒後2年間の臨床研修が必修となる。

日本の医師数は2000年末現在、255,792人、人口10万対201.5人、医師1人当たりの人口は496人となっている。1946年に医師国家試験が開始されて以来医師数は着実に増加している¹³。

業務の種別に見ると（表2-7）、医療施設に従事

表2-6 届出医療関係者と率（人口10万対）

	実数	率（人口10万対）
医師	255,792	201.5
歯科医師	90,857	71.6
薬剤師	217,477	171.3
保健師	36,781	29.0
助産師	24,511	19.3
看護師、准看護師	1,042,468	821.4

注：医師・歯科医師・薬剤師以外は、就業者数である。2000年12月31日現在。

出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」「衛生行政報告集」

表2-7 施設業務の種別に見た医師数

	実数	構成割合（%）
総数	255,792	100.0
医療施設の従事者	243,201	95.1
病院の従事者	154,588	60.4
診療所の従事者	88,613	34.6
介護老人保健施設の従事者	2,114	0.8
医療施設・介護老人保健施設以外の従事者	8,154	3.2
その他の者	2,148	0.8
不詳	175	0.1

注：医療施設とは、医療施設調査規則（1953年厚生省令第25号）第3条に定める医療施設（病院および診療所）をいう。ただし、保健所を除く。2000年12月31日現在。

出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

¹¹ 厚生統計協会（2002）p.177

¹² *ibid.* p.179

¹³ *ibid.* p.170

する医師が243,201人(95.1%)とほとんどを占める。医療施設に従事する医師では病院の従事者が154,588人(60.4%)、診療所の従事者が88,613人(34.6%)となっている。また、病院の従事者のうち最も割合の高いのは病院(医育機関附属の病院を除く)の勤務者106,845人(41.8%)であるが、医療教育(医育)機関附属の病院の勤務者も41,845人(16.4%)と比較的割合は高い¹⁴。

次に医療施設従事医師について人口10万対の分布状況をみると、東京253.4人、京都251.7人、高知250.8人などが多く、埼玉117.3人、茨城135.4人、千葉136.4人などが少なくなっており、都道府県間にかかなりの差がみられ、西日本に多く関東以北の県は少ない傾向となっている¹⁵。

(2) 歯科医師

歯科医師は、高校卒業後歯学部における6年間の就学の後、歯科医師国家試験に合格して免許を所得することができる。また歯科医師の資質の向上を図るため、歯科医師免許取得後に1年以上の臨床研修を行うことが努力義務として制度化されているが、2006年の歯科医師臨床研修必修化に向けて、今後研修施設の拡充、指導医の資質向上等の基盤整備等を図っていくこととしている¹⁶。歯

科医師国家試験においても、歯科医療に関する社会的問題や医療倫理の問題などについて出題できるよう改善に取り組んでいるところである。

歯科医師数は、2000年末現在90,857人、人口10万対71.6人、歯科医師1人当たりの人口は1,397人となっている¹⁷。

業務の種別にみると(表2-8)、医療施設に従事する歯科医師が88,410人(97.3%)とほとんどを占め、このうち最も割合が高いのは診療所の従事者で、この多くが開業している¹⁸。

医療施設従事歯科医師について人口10万対の分布状況をみると、東京118.6人、徳島89.6人、福岡89.6人などが多く、福井43.3人、石川47.7人、青森48.0人などが少なくなっており、都道府県間にかかなりの差がみられる¹⁹。

(3) 薬剤師

薬剤師の免許は、高卒後4年間大学の薬学部で就学した後、薬剤師国家試験に合格して取得することができる。1997年度から免許取得後の薬剤師を対象に、1年間の実務研修を病院・薬局で行う、薬剤師実務研修事業が実施されている。また、厚生労働省としては、医療技術・創薬技術の進歩、医薬品・薬事に関する高度化に対応するため、薬

表2-8 施設・業務の種別にみた歯科医師数および構成割合

	実数	構成割合(%)
総数	90,857	100.0
医療施設の従事者	88,410	97.3
病院の従事者	11,526	12.7
診療所の従事者	76,884	84.6
介護老人保健施設の従事者	6	0.0
医療施設・介護老人保健施設以外の従事者	1,252	1.4
その他の者	1,137	1.3
不詳	52	0.1

注：医療施設とは、医療施設調査規則(1953年厚生省令第25号)第3条に定める医療施設(病院および診療所)をいう。

ただし、保健所を除く。2000年12月31日現在。

出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

¹⁴ 厚生統計協会(2002)

¹⁵ *ibid.* p.171

¹⁶ *ibid.* p.177

¹⁷ *ibid.* p.171

¹⁸ *ibid.* p.171

¹⁹ *ibid.* p.172

剤師教育を6年間に延ばす方向で検討している²⁰。

薬剤師は、2002年末現在217,477人で、人口10対の薬剤師数は171.3人で、薬剤師1人当たりの人口は584人となっている²¹。

業務の種別にもと、薬局の従事者が94,760人(43.6%)と最も多く、次いで病院・診療所の従事者48,150人(22.1%)、医療関係企業の従事者(20.6%)などとなっている²²。

(4) 看護職員(保健婦、助産婦、看護婦、准看護婦)²³

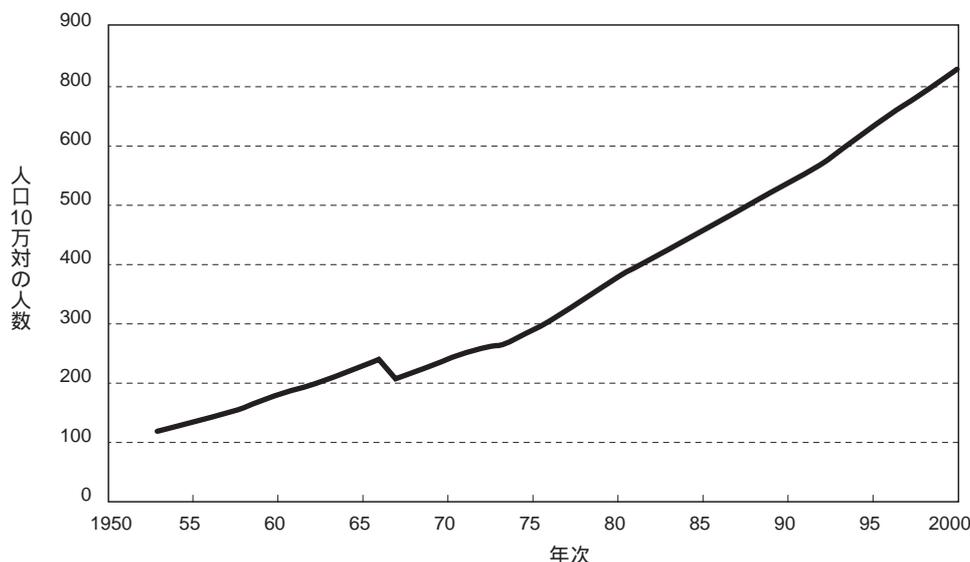
看護職員の資格としては、「保健婦」、「助産婦」、「看護婦」、「准看護婦」がある。看護職員の資格を取得する方法は多様であり、「高校卒業後看護婦養成所を卒業して看護婦になる」、「准看護婦になってから看護婦養成所(2年課程)を経て看護婦になる」、「看護婦になってから保健婦養成所や助産婦養成所を経て保健婦や助産婦になる」、「4年生看護大学を経て看護婦・保健婦・助産婦の

免許をあわせとる」など、さまざまな課程を経て取得することが可能である²⁴。

看護婦、助産婦数は、1950年代から確実に伸びているが(図2-4)、保健婦数は、2000年末現在36,781名で、わずかな伸びにとどまっており(図2-3)、ほとんどが保健所、市町村に勤務している(表2-9)。人口10万対の保健婦数は29.0人(保健婦1人当たりの人口は3,451人)で、増加傾向にあるものの、近年の老人保健対策等による公衆衛生行政の需要に対してはまだ十分とはいえない状況である²⁴。

就業助産婦数は、2000年末現在24,511人で、分娩が自宅から施設へ移行し始めた1960年頃を境として減少傾向にあり、1960年の52,337人に比べると現在は半数以下となっている。就業先別では(表2-9)、医療施設内分娩の普及に伴い病院(73.1%)、診療所(11.7%)、助産所(7.6%)という割合になっている²⁶。助産婦の年齢構成は60歳以上が多いが、近年は養成数の増加もあり、若

図2-4 看護婦・准看護婦の人数の推移



出所：「衛生行政報告例」(1982年から隔年報告)

²⁰ 厚生労働省(2002)p.127

²¹ 厚生統計協会(2002)p.172

²² *ibid.* p.172

²³ 2002年3月より、従来の「保健婦助産婦看護婦法」は「保健師助産師看護師法」に改正され、各看護職の名称は「婦」から「師」へ改められた。

²⁴ 医療法制研究会編(1999)p.85

²⁵ 厚生統計協会(2002)p.173

²⁶ *ibid.*

年層が増えつつある²⁷。

就業看護婦数は、2000年末現在、看護婦数、准看護婦数等の就業者の総数は1,042,168人となっている。就業先別にみると(表2-10)、病院(70.7%)、診療所(18.9%)などの割合が高い²⁸。

今後の若年労働力人口の減少により、新卒就業者の確保が困難になることが見込まれるため、看護職員の確保については、離職の防止および潜在

看護職員の再就職の促進に重点が置かれている。離職の防止対策としては、院内保育施設に対する補助の充実を図っている。再就職の促進については、1992年度から中央および都道府県ナースセンターを設置し、潜在看護職員の就業促進のための拠点整備を図っている。2000年度の再就業者は26,681人であり、2000年度におけるナースバンクの登録者数は、約89,000人である²⁹。

表2-9 就業先別保健婦・助産婦数

	実数		構成割合(%)	
	保健婦	助産婦	保健婦	助産婦
総数	36,781	24,511	100.0	100.0
保健所	7,630	249	20.7	1.0
助産所	-	1,858	-	7.6
市町村	20,646	-	56.1	-
病院	1,770	17,914	4.8	73.1
診療所	1,388	2,864	3.8	11.7
訪問看護ステーション	638	-	1.7	-
介護老人保健施設	52	-	0.1	-
社会福祉施設	627	30	1.7	0.1
事業所	1,672	-	4.5	-
保健婦・助産婦学校および養成所	641	638	1.7	2.6
その他	1,717	958	4.7	3.9

注：2000年12月31日現在

出所：厚生労働省「衛生行政報告例」

表2-10 就業先別看護婦数

実数	構成割合(%)	
総数	1,042,468	100.0
病院	736,646	70.7
診療所	196,506	18.9
訪問看護ステーション	21,667	2.1
介護老人保健施設	26,749	2.6
社会福祉施設	31,363	3.0
学校	1,265	0.1
保健所	1,323	0.1
看護婦学校および養成所	10,102	1.0
その他	16,847	1.6

注：2000年12月31日現在

出所：厚生労働省「衛生行政報告例」

²⁷ 医療法制研究会編(1999) p.91

²⁸ 厚生統計協会(2002) p.173

²⁹ *ibid.* p.181

(5) その他の保健医療従事者

医療技術が進歩するにつれて、各種医療業務に従事する専門職種が増えている。主なものを紹介する。

衛生検査技師は1958年に創設された資格で、医師の指導監督の下、血清学、血液学、病理学、生化学的な諸検査を実施する。臨床検査技師は1970年創設された資格で、衛生検査技師の業務に加えて、心電図、脳波、呼吸機能などの生理学的検査を行う。

診療放射線技師は、医師・歯科医師の指示の下、放射線を照射する専門職で、日本では1951年に制度化された。

医学的リハビリテーションのニーズに対応するための資格には、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、義肢装具士がある。理学療法士と作業療法士は1965年に、視能訓練士は1971年に、義肢装具士は1987年にそれぞれ制度化された。

生命維持装置（人口呼吸器、血液透析装置等）等の操作および保守点検を行う専門職に、臨床工学技師（1987年創設）がある。

歯科の分野では、歯科衛生士（1948年創設）、歯科技工士（1955年創設）がある。歯科衛生士は、歯科医師の指導の下で、歯科診療の補助と歯科保健指導を行う。歯科技工士は、歯科医師の指示または指示書によって、特定の患者の歯科医療に要する補てつ物等を作成し、修理、加工する。

救急医療における搬送中の措置（気道の確保や心拍の回復等）を担う資格として、救急救命士制度が1991年に創設された（詳細は第10章「救急医療」を参照）。

その他、医業類似行為に関する職種として、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師（以上は1947年法的に認可）、柔道整復師（1970年法的に認可）がある。

このほか、食生活や栄養に関する資格として、1947年に創設された栄養士（都道府県知事による免許）と管理栄養士（厚生労働大臣の登録）、また調理師（都道府県知事による免許）等がある。

5-3 医療提供体制の課題

現在日本は、国民皆保険の下で、世界最高水準の保健医療システムを提供しているが、表2-11にみるように、先進諸国と比較した場合の医療人材の不足、入院の長期化による医療費の増大などの問題、また近年、少子高齢化の進展、医療技術の進歩、国民の意識の変化等を背景として、以下のような課題が指摘されている³⁰。

先進諸国に比べ、人口当たりの病床数は多いが、病床当たりの医療従事者は少なく、平均在院日数が長い。

機能分化が十分に進んでいないことから、専門的な治療法について、個々の医療機関における技術の蓄積が進みにくい現状にあり、全体として重点化・効率化を進めることが課題となっている。

医療については、客観的情報が不足し、患者が医療機関を選択しにくい状況にあることから、患者の選択を通じた医療機関相互の競争が働きにくくなっている。

医療安全や、救急医療など、安心できる医療の確保への要請が強まっている。

表2-11 医療提供体制の先進諸国との比較

	人口千人当たり病床数	病床百床当たりの医師数	病床百床当たりの看護職員数	平均在院日数
日本	13.1	12.5	43.5	31.8
ドイツ	9.3	37.6	99.8	12.0
フランス	8.5	35.2	69.7 (1997)	10.8 (1997)
英国	4.2	40.7	120	9.8 (1996)
米国	3.7	71.6	221	7.5 (1996)

出所：日本は厚生省調べ、諸外国はOECD Health Data 2000

³⁰ 厚生労働省（2002）pp.119-120

厚生労働省は、こうしたさまざまな課題を解決し、日本の医療提供体制を質の高い効率的なものとしていくためには、国民全体で共有できる包括的な将来像を示すことが不可欠であるとした。2001年9月には「21世紀の医療提供の姿」を公表し、当面取り組むべき施策について、その内容とスケジュールを示している。

この「21世紀の医療提供の姿」では、以下の3つを基本的視点としている。

- 患者の自覚と責任に基づく、患者の選択の尊重と情報提供
- 患者の選択に応えられる、質の高い効率的な医療提供体制
- 地域（二次医療圏）で充足した医療の提供、医療安全対策、救急医療などの確保、情報提供のためのIT化の促進

この3つの視点を達成するための、具体的施策と数値目標、スケジュールを提示している。

6. 医薬品

6-1 医薬品産業

生命化学の進歩が著しい21世紀は、再生医療やナノテクノロジーを活用した医療、遺伝子情報に基づく創薬（いわゆる「ゲノム創薬」）による画期的な医薬品の開発が期待されている。また、日本においては21世紀のリーディング産業として日本経済発展の一翼を担うことが期待されている³¹。

一方、医薬品業界は、市場の大規模なグローバル化が進行中で、欧米先進国でも1980年代後半に医薬業界における大型M&Aブームがあった。さらに近年、各国の医療改革が起爆剤となり再びM&Aブームが起こっている。このため各企業は事業の再構築、研究開発・マーケティングの効率化、人員削減を推し進めており、その結果、日本においても欧米企業との合併・整理統合・資本提携、市場の整理などを余儀なくされている。また、医薬品の研究開発においても製薬企業間によるグロー

バルな競争が激化している。さらに、日本の創薬環境は国際的に魅力的なものとはなっていない。

こうしたことから、産業界と政府が協力して医薬品業界の国際協力の強化と魅力的な創薬環境の実現を図ることをねらいとして、2002年8月に「医薬品産業ビジョン」を策定した。このビジョンで産業の現状・課題、将来像等を提示するとともに、2002年度から5年間をイノベーション促進のための集中期間と位置づけ、創薬環境整備の具体策をアクションプランとして提示した。今後は、このアクションプランを着実に実施し、医薬品産業の発展を図っていくことが求められている³²。

6-2 医薬分業に関する特殊性

日本は世界の主要国で一般的に医薬分業が行われていない唯一の国といわれている³³。この特殊性は、近代以前の体制、すなわち漢方医中心の江戸時代において医師は薬の処方によって医療費を得るという体制をとっていた慣習が、今なお底流にあるからであろう。一方、このような時代的背景から、薬剤費（＝医療費）は自己負担という観念が、江戸時代以前から定着しており、この点が現在の途上国の状況と大きく異なる。しかし、医薬分業に対する試みは継続して実施され、1974年に院外処方箋の発行枚数が大きく増加し始め「医薬分業元年」と言われた³⁴。その後も院外処方箋発行枚数は着実な増加傾向を示し、2001年度は44.5%に達している。

しかし、現在においても医薬分業の課題は多く、地域差が大きい、病院・診療所の前に立地する薬局が集中的に処方箋を受け入れる、いわゆる「門前薬局」型が多いことなどが挙げられている。

患者にとっての医薬分業のメリットは、重複投薬や薬の飲み合わせによる弊害防止、服薬指導を薬剤師が行うことによって、医薬品の適正な使用を図り、安全性を確保することである。このメリットを十分発揮するためには、地域のかかりつけ薬局が複数の病院・診療所の処方箋を応需し、大

³¹ 厚生労働省（2002）p.129

³² *ibid.* p.130

³³ 厚生統計協会（2002）p.238

³⁴ 天野（2002）p.177

衆薬を含めた薬歴管理、丁寧な服薬指導を行う体制、いわゆる「面分業」が理想的である。そのため、厚生労働省としては、適正な医薬分業を進めていくために、地域の薬局の処方箋を応需する体制の整備、地域住民の理解と地域の関係者の協力を得ること、薬剤師自身の資質の向上が必要と考えており、今後も諸施策を推進していくこととしている³⁵。

7. 保健医療情報システム

7-1 統計システム

日本の統計は世界的にも比類ないほど精緻である。日本における統計の歴史は古く、奈良朝時代に戸籍・計帳・輪祖帳が、また江戸時代に入り1671年に宗門人別改帳が作成されるようになり、さらに1721年は全国的な人口調査が初めて実施された³⁶。このように、日本においては明治時代以前においても人口統計に類するものが存在していた。また保健衛生統計は、統計をとることを目的としたのではなく、登録制度（妊娠届、結核登録等）が前提となって、その登録管理上の有用性を追求するうちに精緻な統計が整備されたところに特徴がある。

しかし、近代的な国勢調査が開始されたのは他の先進諸国に比べると比較的遅く、1920年になってからであった。その後今日まで（終戦直後は除く）5年おきに全数調査による国勢調査が実施されている。

その他、統計法に定められている「指定統計」をはじめ、承認統計、届出統計等、さまざまな統計調査が実施されており、国民の健康、生活、意識を把握し施策に役立てられている。指定統計には「国勢調査」をはじめ、「人口動態調査」、保健医療に関係するものとしては「国民生活基礎調査」、「厚生行政基礎調査」、「患者調査」、「国民健康調査」、「医療施設調査」、「社会生活基本調査」などがあり、承認統計の保健分野の主なものには「保健衛生基礎調査」、「国民栄養調査」、「身体障害者実態調査」があり、日本の保健医療の詳細な指標デ

ータを提供している。

7-2 情報通信技術の活用

良質な保健医療サービスを効率的に提供するために、近年、発達が目覚ましい情報通信技術を活用していくことが不可欠という認識に立って、医療情報システムの研究開発と普及・推進を図っている。

厚生労働省は、2002年からおおむね5年間を見据えた保健医療の情報化推進計画を策定し、その達成のための官民の役割を明確化した上で、情報化推進の道筋と方策を示すため、2001年12月に「保健医療分野の情報化に向けたグランドデザイン」を公表した。この中では医療分野の情報化により21世紀の診療の場がどのように変わるのか、下記のように患者や国民の視点から具体的に示している。

医療機関に行く前に医療機関を選択する環境が整い、またわかりやすい医療の情報が容易に手に入れられるようになる。

診察の際には、待ち時間が短くなったり、わかりやすい説明が受けられ、また最新かつ最良の医療情報に基づいた最適な治療が受けられるようになる。

在宅では、通院の負担が軽くなり、医療の情報が簡単にわかりやすく手に入れられる。救急時には、より早く、適切な救急医療が受けられ、どこで様態が急変しても救急医療機関とかけつけ（歯科）医師との連携がとれるようになる。

日本の医療全体として、情報提供とそれによる患者の選択が進み、質の高い正確な情報を国民が得られるような環境が整備され、さらに質の高い効率的な医療の提供が促進される。

さらに電子カルテについては地域医療の促進という観点からも、「2006年度までに全国の400床以上の病院と全診療所のそれぞれ6割以上」、レセプト電算処理システムについては「2006年度までに病院レセプトの7割以上」に普及させることなど

³⁵ 厚生統計協会（2002）p.238

³⁶ 山口（2000）

の具体的な数値目標を掲げ、これらの目標達成に向けたアクションプランを策定した。今後は、これらの目標達成に向けて戦略的に取り組みを進めていくことになっている³⁷。

8. 保健・医療財政

8-1 医療費の動向

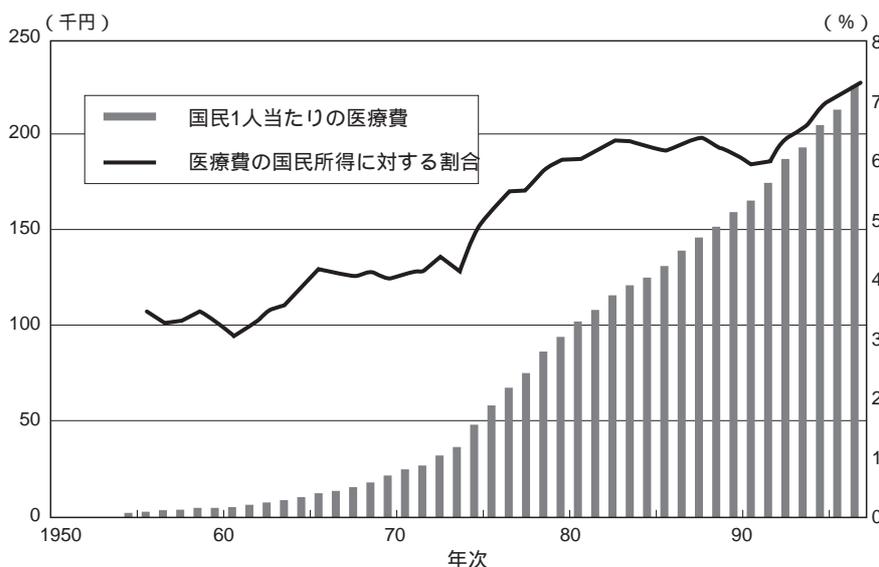
日本の保健医療制度は、すべての国民が健康保険や国民健康保険といった公的な医療保険制度に加入し、いつでも必要な医療を受けることができる国民皆保険制度を採用している。こうした仕組みは、経済成長に伴う生活環境や栄養水準の向上などともあいまって、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現する上で大きく貢献し、

今日、日本の医療制度は、国際的にも高い評価を受けている。

しかしながら、世界的にも類をみない高齢化の進展、老人医療費をはじめとする医療費の増大、90年代以降の経済の低迷などによって、近年、医療保険財政は極めて厳しい状況にある。図2-5にみるように、国民医療費は経済（国民所得）の伸びを上回り、増加の一途をたどっている。国民1人当たり医療費は1954年には2,400円であったものが、1980年には10万円を超え、1994年に20万円を超え、1996年には22万6,600円となっている。

中でも国民医療費の3分の1を占める老人医療費の伸びが著しく、国民所得の8%を占めるに至っている。対前年度伸び率でみると、老人医療費の伸びが著しいことが顕著である（表2-12）。

図2-5 国民1人当たりの医療費および国民所得に対する割合の変遷



出所：国民総生産・国民所得は、経済企画庁（1997年12月発表）
 総人口は人口統計資料集（2001/2002年版）、国立社会保障・人口問題所
 医療費は厚生労働省「国民医療費」

表2-12 国民医療費等の対前年度伸び率（%）

	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年
国民医療費	5.9	7.6	3.8	5.9	4.5	5.8	1.9	2.6	3.7	-1.9
老人医療費	8.1	8.2	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	-5.1
国民所得	5.9	-0.1	0.0	0.9	1.1	2.6	0.8	-2.8	0.3	-0.3

出所：厚生労働省（2002）

³⁷ 厚生労働省（2002）pp.201-202

今後とも、高齢者の増加に伴い老人医療費が増加していくことは避けられないが、国民所得の伸びを大きく上回って医療費が伸び続ければ、これを支える国民、特に保険料の主たる負担者である若年層の負担が過剰なものとなる³⁸。

今後の医療制度を考える場合、こうした医療費の伸びを適正なものとしていくとともに、いかに増加する負担を世代間で公平に分かち合っていくかが、重要な課題となっている。

8-2 衛生行政の財政

(1) 国家財政

2002年度の厚生労働省の予算は、表2-13に示すように18兆6,684億円で、国家総予算の約23%を占めている。そのうちの約14兆円は社会保険費に充てられている。保健衛生対策費としては、約5,236億円が充てられている。衛生行政に関してはこのほか、環境省が循環型社会を構築する施策、環境管理などの施策に2,644億円（2002年度の該

当予算）、また文部科学省も一青少年の健全育成のための施策、子どもたちの安全および健康に関する施策に対して、約25億円（2002年度の該当予算）を充てている。

(2) 地方財政

日本における保健医療財政は、国家財政に加えて、地方自治体においても独自の予算を確保している。地方自治体の財政は自治体によって異なるが、おおむね、衛生費、民生費、土木費、教育費、農林水産業費、警察費等に大別することができる。このうち保健医療分野に該当するのは衛生費である。

全国の地方自治体の2002年の歳出決算額は総額97兆6,164億円であり、衛生費の純額は6兆5197億円で歳出総額の6.7%（都道府県3.1%、市町村9.9%）である。地域保健法などにより保健医療分野においても地方分権が進んでおり、保健医療予算の財源移譲が徐々にではあるが進んでいる。

表2-13 厚生労働省予算の主要項目

	2002年度（百万円）	2001年度（百万円）
生活保護費	1,383,728	1,309,113
社会福祉費	1,721,755	1,694,410
社会保険費	13,995,224	13,497,780
保健衛生対策費	523,691	528,139
・保健衛生諸費	85,925	77,120
・保健衛生施設整備費	31,563	36,268
・原爆障害対策費	155,449	156,789
・原爆死没者追悼平和祈念館施設費	2,940	3,892
・結核医療費	8,365	8,919
・国立病院および療養所経営費	115,862	124,378
・国立病院および療養所施設費	6,300	6,635
・精神保健費	67,593	64,583
・検疫所	8,054	8,180
・国立ハンセン病療養所	41,640	41,374
失業対策費	487,235	429,093
その他	556,729	583,542
厚生労働省一般会計予算総額	18,668,363	18,042,077
一般会計予算総額	81,229,993	82,652,379

注：四捨五入のため内訳の合計が予算総額に合わない場合がある。

出所：厚生労働省大臣官房会計課調べ

³⁸ 厚生労働省（2002）

<参考文献>

- 天野宏(2002)『概説薬の歴史』薬事日報社
 医療法制研究会編(1999)『図説日本の医療』ぎょうせい
 大谷藤郎監修(2002)『地域保健』第一出版
 大林道子(1989)『助産婦の戦後』勁草書房
 川上武・小坂富美子(1992)『戦後医療史序説』勁草書房
 厚生省(1988a)『厚生省五十年史(記述篇)』厚生問題研究会
 (1988b)『保健所五十年史』日本公衆衛生協会
 (1999)『平成11年版厚生白書』ぎょうせい
 厚生統計協会(2002)『国民衛生の動向・厚生
 指標 臨時増刊・第49巻第9号 通巻第768号』厚生統計協会
 厚生労働省監修(2002)『平成14年版高齢労働白書』ぎょうせい
 鈴木庄亮ほか(2003)『シンプル衛生公衆衛生学』
 中村吉夫(1998)『厚生行政』ぎょうせい
 日本医師会編(2000)『医療の基本ABC』診断と治療社
 日本助産婦会ホームページ
 (http://www.josanpu.or.jp/01_about_us)
 村上陽一郎(1996)『20世紀の日本(9) 医療
 高齢社会へ向かって』読売新聞社
 山口喜一(2000)『人口史料と人口統計』『人口大事典』日本人口学会編、倍風館