

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第一節 国民の保健状態はどうなっているか

戦後の保健状態は著しく改善された

近時国民の生活水準がめざましい回復ぶりを示し、その内部にようやく所得格差の増大傾向をはらみながらも、全般的にはすでに戦前の水準に到達し得たことについては、前章第一節に述べたとおりである。ではこの間において、国民の保健状態はどのようになってきたであろうか。

国民生活のあらゆる分野においてと全く同様に、敗戦直後における国民の保健状態は正に危機的様相を示していた。戦時中の過重労働、生活の切り下げによる健康状態の悪化は、医薬品その他衛生資材の不足、医療施設の荒廃と相まって国民の衛生状態をどん底に追いやっていたのである。

それからの一一年、戦後著しく整備された衛生諸統計に表わされた数字は、保健状態の驚くべき改善、疾病との戦いの輝かしい勝利を物語っている。死亡率は激減した。長い間国民病といわれて来た結核の死亡率は四分の一にも下った。その結果平均寿命が大幅に伸長することとなった。

もとよりこれらの数字を前にして無条件に喜ぶわけにはいかない。生活水準の向上と同じように、所得階層別、地域別にみると国民の間にはかなりのアンバランスがあり、これらの恩恵に浴する度合は人により所により相当異なったものとなっている。また保健状態が改善されたといっても、欧米の先進諸国の域に達していない面はまだ沢山ある。戦後の改善に驚くよりは、むしろ戦前における保健衛生状態の低位そのものが問題であったという見方もあろう。しかしながらともかくも、戦後一一年間の歩みをふり返ってみて、国民お互いの努力の賜というべきこれらの成果には、深い感慨を禁じ得ないものがある。

敗戦によって、われわれに与えられた最大の贈り物は「自由」と「民主主義」であると言われている。しかしながら、今われわれが確実に享受しえた戦後の贈り物は「健康」と「長寿」であると言っては、果して言いすぎであろうか。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第一節 国民の保健状態はどうなっているか

平均寿命の延長

われわれが最初に目をみはるのは、国民の平均寿命の著しい延長である。戦前においては「人生は五〇年」であり、五〇歳はもはや人生の現役を去るべき隠居年令であった。それが現在は「人生六五年」であり、五〇歳はまさに働き盛りの壮年者でしかない。すなわち、第四三表に見るとおり、戦前長らく四〇歳台を低迷し、昭和一〇年ないし一一年に、漸く男子四七歳、女子五〇歳に達した平均寿命は、昭和二五年には、男子五八歳、女子六二歳に、さらに昭和三〇年には、男子六四歳、女子六八歳にと、実に男子は一七歳、女子は一八歳も延長したのである。もちろんこのような平均寿命の伸びは、次に述べる死亡率、特に乳児および青壮年層の死亡率の顕著な改善が数字的に現われたものであって、両者を切り離して考えることはできない。

第43表 平均余命の推移

第43表 平均余命の推移		
	男	女
大正10年～14年	42.06	43.20
15年～昭和10年	44.82	46.54
10年～11年	46.92	49.63
22年	50.06	53.96
23年	55.6	59.4
24年	56.2	59.8
25年	58.0	61.5
26年	60.8	64.9
27年	61.9	65.5
28年	61.9	65.7
29年	63.4	67.7
30年	63.88	68.41

厚生省統計調査部調

(注) 昭和22年までは各回生命表
昭和23年以降は簡易生命表による。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第一節 国民の保健状態はどうなっているか

死亡率の低下

死亡率は、戦前、昭和の年代に入り始めて、人口一、〇〇〇人に対し一九と一〇台を記録し、昭和一六年の一五・七を最低として一五、六前後を続けて来た。第二次大戦直後は、衛生状態の悪化から、一時は死亡率の下降傾向の逆転が懸念されたが、さきに第一表で示されたとおり、昭和二二年にはさらに一四・六と若干低下し、以後昭和二六年には一〇台を割り九・九、昭和二八年には八・九と引き続き急カーブを描いて下降し、昭和三〇年には七・八と約半減するに至った。このような急速な改善により、第四四表のとおり粗死亡率でみる限り西欧諸国の水準に到達したのであるが、年齢構成を考慮した訂正死亡率で比較するとまだ改善の余地があるものと言わなければならない。

第44表 粗死亡率と訂正死亡率の国際比較

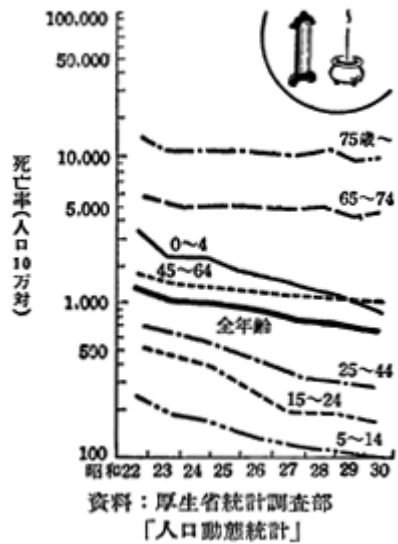
	日 本 1953	ア メ リ カ 1951	イ ギ リ ス 1952	フ ラ ン ス 1952	オ ラ ン ダ 1953	ニ ュ ー ジ ー ラ ン ド 1953
粗死亡率	8.9	9.7	11.3	12.2	7.7	8.8
訂正死亡率	8.7	6.6	6.1	6.7	5.2	5.5
日本を100とした場合の割合	100	76	70	77	60	63

厚生省統計調査部調

次に死亡率の推移を年齢別にみると、第七図のとおり乳幼児および若壮年層の死亡率の低下がとくに顕著であって、昭和二二年に比較すると、昭和三〇年では四〇ないし三〇%とそれぞれ二分の一ないし三分の一以下となっている。このうちとくに乳児死亡率を取り上げてみると、かつては出生一、〇〇〇につき一〇〇以上すなわち出生一〇人に一人の死亡率を続けてきたのが、昭和一五年ようやく九〇台に達し、引き続き八〇前後であったものが、戦後著しく改善され、昭和二七年には四九・四と五〇台を割り、さらに昭和三〇年には前年より一%減少し、三九・八に減少するに至った。しかしながら、まだ農村における死亡率は都市に比較してはるかに高い状態で、今後はその生活環境の改善、医療の普及により、その低下が大いに期待されるところである。

第7図 年齢階級別死亡率の年次推移

第7図 年齢階級別死亡率の年次推移



第二章 国民の健康はいかに守られているか

第一節 国民の保健状態はどうなっているか

死亡の質的变化

このような死亡率の著しい減少は、国民の衛生思想の向上、社会保険、医療扶助等の社会医療の普及もさることながら、抗生物質等新薬新製剤の発見による医学の進歩と公衆衛生施策の進展によるところが大であったと言いうるであろう。すなわち、死亡率について死因の面から眺めると、長く国民病としてわが国の死因順位の第一位を占めてきた結核を始め、赤痢や腸チフスなどの伝染病、肺炎、気管支炎、その他いわゆる細菌性疾患による死亡率は、戦後一〇年間に約八〇%という記録的な減少を示したが、これはいずれも、ペニシリン、ストレプトマイシン等の新薬を中心とする医学医術の進歩、公衆衛生施策の推進に主としてよったものであることは容易にうなずけよう。

しかしながら、がん、心臓疾患、脳卒中、老衰等の老人性疾患の死亡率は改善のあとが見られず、がんのようにむしろ逆に増加するものもあり、昭和三〇年においては、他の先進国と同様にこれらはいずれも、死因順位の上位を占めるに至った(第四五表参照)。しかもこれらの疾患は、現在医学的にも最も治療困難とされており、さらに今後のわが国における人口の老令化現象を考慮するとき、やがて結核に代る国民的疾患として大きく取り上げられることとなるであろう。

第45表 戦前および戦後における死因順位

第45表 戦前および戦後における死因順位

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
昭和10年	全 結 核	頭 蓋 内 血 管 の 損 傷	下 痢 腸 炎 および 腸 潰 瘍	肺 炎	老 衰
15	〃	〃	肺 炎	下 痢 腸 炎 および 腸 潰 瘍	〃
22	〃	肺 炎	下 痢 腸 炎 および 腸 潰 瘍	頭 蓋 内 血 管 の 損 傷	〃
23	〃	頭 蓋 内 血 管 の 損 傷	〃	老 衰	癌 および その 他 の 悪 性 腫 瘍
24	〃	〃	〃	〃	〃
25	〃	中 枢 神 経 系 の 血 管 損 傷	胃 炎 ・ 十 二 指 腸 炎 ・ 大 腸 炎	悪 性 新 生 物	老 衰
26	中 枢 神 経 系 の 血 管 損 傷	全 結 核	〃	〃	〃
27	〃	〃	悪 性 新 生 物	老 衰	心 臓 の 疾 患
28	〃	悪 性 新 生 物	老 衰	全 結 核	〃
29	〃	〃	〃	〃	〃
30	〃	〃	〃	心 臓 の 疾 患	全 結 核

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第一節 国民の保健状態はどうなっているか

出生率の減少

以上のように、死亡率は大いに改善され、国民の平均寿命は約一七歳も延びたのであるが、一方新しく生まれる国民の数はどのようになってきたであろうか。すでに述べたように、昭和に入って出生率は徐々に減少の一途をたどり、昭和一三年には人口一、〇〇〇対比三〇を割り、他の先進諸国家と同様にいわゆる多産多死型から少産少死型の人口形態に移行しつつあったが、戦時中に出生奨励政策がとられたことを契機として、昭和一六年以降やや上昇し、再び三〇台に達し、さらに戦争直後は、各国共通の結婚、出生ブームにより反騰し、昭和二二年には三四・三、二三年には三三・五、二四年は三三・〇と、大正年代に匹敵する高い出生率を示し、出生数は実に年間約二七〇万を数えた。

しかしながら昭和二五年には出生数約二三〇万、出生率は二八・一と再び二〇台に戻ると同時に、以後急速な減少傾向に転じ、昭和三〇年には出生数約一七〇万、出生率一九・三となり、二二年に比較して約一〇〇万の減少、率において四四%の低下を示すに至った。このような出生率の減少は、戦争による国土、資源の喪失に加えて大量の海外引揚と出生ブームによる人口の増加があり、この人口過剰という圧力が、家庭生活において計画出産による家計の健全化、生活の合理化に向わしめざるをえなかった結果とみることができよう。しかしながらこの出生の抑制は序章ですでにふれたとおり、必ずしも受胎調節の普及という健全な家族計画によらず、主として妊娠中絶による産児調節という形において行われたことは、遺憾なことである。

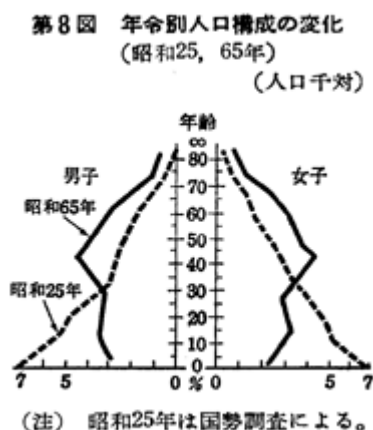
第二章 国民の健康はいかに守られているか

第一節 国民の保健状態はどうなっているか

人口構成の変化

以上のように、出生率、死亡率はともに低下し平均寿命はなお延長するという少死少産型の傾向は、今後さらに継続するものと考えられ、その結果近い将来に、若い生産年齢人口の割合が減少し、高令者の割合が増加するといういわゆる人口の老令化現象をきたすであろうことが容易に予想される。昭和二五年の人口構成と、人口問題研究所で推計した昭和六五年の人口構成を比較すると、第八図のとおりで、ピラミッド形から逆三角形という著しい老令化現象を示し、前にもしばしば述べたとおり、わが国の人口問題も西欧諸国と同様に老令化という社会的にも経済的にも重大な問題に直面しようとしていることが読み取れる。

第8図 年齢別人口構成の変化(昭和25、65年)(人口千対)



第二章 国民の健康はいかに守られているか

第一節 国民の保健状態はどうなっているか

国民の傷病量

国民はどのような傷病にどの位罹っているであろうか。傷病の量と質を正確に把握することはもとよりきわめて困難である。すなわち、まず「健康」と「傷病」の定義自体が明確でなく、各人による個人差があり、医学の進歩と衛生思想の普及に伴う潜在的傷病の顕在化という時代的なずれも考えられるので、その推移を比較するのは疑問な点もあるが、今この傷病の範囲を、(1)身心の異常状態のために何らかの治療処置をした場合、または、(2)治療はしないが床につくか、一日以上業務を中止した場合に限って調べてみると、国民の半数以上が年に一回以上傷病にかかり、平均すると第四六表のとおり、昭和二九年においては、国民一人につき一年に平均二回は何らかの病気にかかるか、またはけがをしており、一傷病当りの日数は一二・六日であることが、国民健康調査の結果明らかにされている。これを昭和二四年に比較すると、件数は約三倍にふえたが、一傷病当りの継続日数は逆に〇・六倍に減じている。もちろん最初に述べたように、このような比較は正確には疑問であり、統計上の把握が精密になった点も考慮する必要があるが、大体の傾向としては、この五年間に傷病の質は軽くなったが、傷病量は著しい増勢をみせていると言ってよいであろう。

第46表 世帯についての調査による国民傷病量

第46表 世帯についての調査による国民傷病量

	100人当り	100人当り	1傷病当り
	年間発病件数	年間罹病日数	平均継続日数
昭和23年11月～12月	61	1,290	21.1
24年9月	67	1,421	21.4
25年2月	78	1,384	17.7
26年5月～27年4月	104	1,591	15.2
27年11月	182	1,638	9.0
28年11月	205	2,508	12.2
29年10月	188	2,370	12.6

資料：厚生統計調査部「国民健康調査」

このような増加傾向は第四七表および第四八表のとおり、病院、診療所の取扱患者数や健康保険の受診率からも見ることができる。これは医療機関の整備、疾病保険、医療扶助等の社会医療の普及もさることながら、国民全般の保健衛生思想が向上し、早期発見、早期治療に向いつつあるということもできるのではなかろうか。

第47表 病院・診療所についての患者数(人口10万対)

第47表 病院・診療所についての患者数
(人口10万対)

	総数	入院	外来
昭和23年11月	1,306	175	1,131
24年9月	2,051	252	1,799
25年6月	2,091	251	1,840
27年3月	2,395	337	2,058
28年7月	3,066	435	2,631
29年5月	3,015	446	2,569
30年7月	2,947	470	2,477

資料：厚生省統計調査部「患者調査」

第48表 健康保険受診率の推移(1人当り年率)

第48表 健康保険受診率の推移(1人当り年率)

	政府管掌		組合管掌	
	被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者
昭和23年度	1.68	0.80	2.96	1.68
24	2.56	1.86	3.81	2.95
25	2.99	2.48	4.19	3.90
26	3.20	2.79	4.25	4.19
27	3.54	3.12	4.37	4.97
28	3.75	3.29	4.54	5.44
29	4.15	3.49	4.72	5.64
30	4.40	3.63	5.05	6.31

厚生省保険局調

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第一節 国民の保健状態はどうなっているか

疾病と貧困の悪循環

健康が国民の生活にとっていかに重要なものであるかは、あらためて述べるまでもないであろう。健康の尊さは病気になって始めてわかることである。しかも疾病はたんに肉体的な苦痛を与えるだけに止まらない。それは経済的にも個人の収入を減少ないし杜絶させ、さらに多額の医療費を負担させ、個人の生活そのものを根底から脅やかすこととなる。

このように疾病はすなわち貧困への途であり、貧困はまた疾病を招くものとして、疾病と貧困の悪循環は、つとに識者の指摘するところであるが、わが国においても、第四九表のとおり、生活保護法による保護開始原因の六割以上が疾病に起因していることと、厚生行政基礎調査によれば第五〇表のとおり、所得が少ないほど有病率が高く、とくに一万円未満の階層に著しいが、二万円以上になると大差が見られないことが、統計上明らかにされていることからみても、このことは実証されることである。

第49表 生活保護法による保護開始の理由

第49表 生活保護法による保護開始の理由
昭和30年9月

		数	世帯数 百分率
総			100.0
収入の減少	総	数	76.7
	世帯主の傷病		31.4
	世帯員の傷病		9.6
	年金社会保険給付の減少又は喪失		0.8
その他		34.9	
支出の増加	総	数	23.3
	世帯主の傷病		6.9
	世帯員の傷病		12.2
	その他		4.2

資料：厚生省統計調査部「社会福祉統計月報」

第50表 勤労その他の総数世帯における収入階層別有病率

第50表 勤労その他の総数世帯における収入階層別有病率

収入階層	有病率
総 数	32.3
～ 4,999円	67.5
5,000～ 9,999	42.6
10,000～14,999	30.6
15,000～19,999	25.8
20,000～24,999	24.9
25,000～29,999	23.0
30,000～39,999	25.1
40,000～	20.2
不 詳	56.4

資料：厚生省統計調査部
「昭和30年厚生行政基礎
調査」

このような疾病と貧困の悪循環を断ち切るべく、医療保障制度の確立が国民的要望として社会保障施策の具体的プログラムに取り上げられて来ていることは当然のことであろう。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第一節 国民の保健状態はどうなっているか

治療の状況

では、国民がこのように傷病に罹った場合、どのような方法で治療しているか。これを世帯についての調査によって見ると、第五一表のとおりで、全然治療を受けなかったものが、二九年一〇月において約五・六%、何らかの治療をしたものが九四・四%である。このうち、治療をしたものについて見ると、医師、歯科医師にかかったものが五〇%、買薬によったものが四七%である。

第51表 傷病の治療状況(傷病総件数に対する百分比)

第51表 傷病の治療状況(傷病総件数に対する百分比)

	傷病総件数		治療したものの治療方法別治療件数											
	総数	治療したもの	治療したもの	医師		歯科医師	あんまりかたうき歯師	処方箋調剤	買薬			その他		
				総数	通院入院				総数	配置買薬	薬局買薬		その他の買薬	
昭年23年11~12月	100.0	97.4	2.6	61.9	—	—	4.8	4.9	—	32.6	—	—	—	3.1
24 9	100.0	97.1	2.9	63.4	—	—	4.9	5.3	—	33.9	—	—	—	1.9
25 2	100.0	94.9	5.1	53.6	—	—	3.2	3.7	—	44.1	—	—	—	1.6
25 6	100.0	90.2	9.8	61.5	—	—	3.8	5.1	4.8	24.6	—	—	—	1.2
26年5月~27年4月	100.0	96.1	3.9	45.6	44.1	1.5	4.0	5.1	0.8	48.0	—	—	—	1.3
28 11	100.0	89.1	10.9	38.6	36.4	2.2	4.8	3.6	1.7	45.5	25.0	20.5	—	1.0
29 10	100.0	94.4	5.6	45.3	43.0	2.3	4.7	4.0	0.8	46.6	18.6	23.8	4.2	1.8

資料：厚生省統計調査部「国民健康調査」

(注) 治療方法別欄には1つの傷病について2種以上の治療をした場合はそれぞれの治療方法ごとに1件として計上してある。処方箋調剤は25年2月調査までは買薬に含まれている。

買薬によったものについては、この二、三年常に四七%前後の高い率を示していることが注目される。これは、治療方法として最も容易な手段であるということも一つの理由であろうが、買薬によった場合の傷病一件当り患者負担額が約一八〇円であるのに対し、医師、歯科医師によった場合の負担額が約八〇〇円前後であるということにも関係がある。もちろん両者の場合、疾病の種類または程度が当然異なっていることが予想される以上、直接比較することは無意味であるとしても、医療費負担が重いということは見逃しえない大きな理由と思われる。

この点は、「国民健康調査」により世帯の種類別治療方法を見ればさらに明らかとなる。すなわち社会保険加入世帯や公的扶助によってカバーされている被保護世帯では、医師、歯科医師にかかる率が高く、これに反し「その他の世帯」では買薬による治療の方法が多くなっている。さらに入院について見るとこの傾向はいっそう顕著になっており、疾病に伴う経済的負担の問題がいかに大きいかを示すものといえよう。今後医療保障を達成する上において現在約二、九〇〇万人に及ぶ疾病保険の未加入者の取扱いが重要な問題となるが、それは以上の点からも容易に察することができるであろう。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第一節 国民の保健状態はどうなっているか

国民医療費

最後に、このような傷病に罹った場合の医療費はどのように賄われているか、国民医療費について見よう。

国民の傷病量と傷病一件当りの治療費の増加は、必然的に国民総医療費の増嵩を招き、その傾向は年々増大を示しているが、昭和二九年の国民総医療費は、約二、二八二億円、国民所得の約三・七%を占め、前年の約二、〇七〇億円に対し一〇%の増、二五年の約二倍となっている。これを国民一人当り医療費負担額にしてみると二、五八四円となり、昭和二六年約一、四〇〇円、二七年約一、八〇〇円、二八年約二、四〇〇円と、物価の上昇率をはるかに上回ることはもとより、国民所得に対する割合も二六年以降急激に上昇の傾向をたどっている。

第52表 国民総医療費の国民所得に対する割合

第52表 国民総医療費の国民所得に対する割合

昭和	人口 千人	国民総医療費		国民所得		医療費の国民所得に対する割合 %
		10億円	円	10億円	円	
24年度	81,800	113.3	1,394	2,737.3	33,669	4.1
25	83,200	115.4	1,387	3,361.0	40,397	3.4
26	84,600	116.3	1,375	4,535.3	53,609	2.6
27	85,900	154.0	1,793	5,282.4	61,495	2.9
28	87,000	207.0	2,379	5,858.1	67,334	3.5
29	88,300	228.2	2,584	6,148.0	69,626	3.7

厚生省統計調査部調

(注) 人口は10月1日現在総理府統計局推計人口、所得は経済企画庁推計による。

国民医療費は、国民所得の三ないし四%程度がおおむね妥当な割合であるというのが一般の定説となっており、国際的にも正確な比較とは言えないが、全額国費により国民保健サービスを行っている英国の割合が四%、またニュージーランドにおいては三・六%程度であることからみて、わが国の国民医療費の割合は、おおむね限度に近づきつつあると言えよう。

さてこのような医療費はどのような方法によって支払われているか。今、国民の医療費の約八〇%が支払われている病院、診療所についてその支払方法別にみると、第五三表のとおり、昭和二四、五年当時、全額自費が約四五%、社会保険が五〇%であったが、昭和二九年には、全額自費の占める比率が著しく低下して二七%に減じたのに対し、社会保険の占めるウェイトはますます高く、約七〇%を占めるに至った。この傾向は今後疾病保険の普及とともにますます増大するものと考えられる。

第53表 医師・歯科医師にかかった場合の治療費の支払方法

第53表 医師・歯科医師にかかった場合の治療費の支払方法

	昭和 24年9月	25年2月	26年5月 ~27年4月	28年11月	29年10月
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
金 額 自 費	46.5	44.0	42.5	35.4	27.1
社 会 保 険	50.9	52.8	54.8	60.4	69.2
生 活 保 護	1.5	1.5	1.5	3.1	2.3
そ の 他	1.1	1.7	1.3	1.1	1.4

資料：厚生省統計調査部「国民健康調査」

また国民一人当りの年間医療費は、政府管掌健康保険の被保険者本人については約五、七〇〇円、同家族約一、九〇〇円、国民健康保険の被保険者約一、二〇〇円であるのに対し、社会保険未加入者においては約八〇〇円にすぎないといったように非常な相違があり、この医療費の格差は、医療内容の不均衡をある程度示すものであるだけに、大きな問題として残されている。しかし、一方、今後医療保障制度の推進に伴い、医療費の格差が漸次縮小するとともに、総医療費の増嵩傾向はさらに継続することが予想されるのであるから、この際国民経済、国家財政の見地からみて、最も合理的な医療費について、真剣な考慮が払われなければならないであろう。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

一 医療施設

医療施設の体系

医療施設のうち重要なものは病院と診療所であるが、その設置運営については、昭和二三年に制定された医療法によって規制されている。すなわち、病院と診療所については、医療法上、前者はベッド数二〇以上、後者は一九以下とされ、機能面において、病院は患者を収容して真に科学的で適正な医療を行うような組織運営が要求され、診療所は患者の収容は応急の場合に限ることが建前とされているが、この病院と診療所との関係をどのようにすることが、より適当であるかの問題は、後に述べる専門医制度の問題とも関連して検討されなければならない医療制度上の重要課題である。

病院と診療所との間には医療施設として本質的な差異があり、そこに自らなる機能的分化が行われることが期待されているとは言っても、現実には多数の開業医が多くのベッドを擁し、そこにおいては、病院と全く同じ医療が、それとの競争において行われている。また官公立の大病院が互に何の関連もなしに、同じ地域内にどんとどんと建てられて行く。一方医療に全く恵まれない無医村、無医地区が数多く存在し、そのままに放置されている。医療施設の整備に投下される資金は、後に述べるように年間二〇〇億円以上にも上ると推定されているが、このような現状において、かくも多額の資金が、いわば無計画に投下されつつあることに対し、われわれは、国民医療の向上の見地から、無条件に拍手をおくることができるであろうか。

さて病院と診療所との現状、戦後における推移については、次に述べるとおりであるが、ここで、全般的な概観を試みると、まず戦後における病院およびその病床数は著しく増大し、特に結核療養所の増加がめざましかったこと、経営主体別には現在なお個人立が大きなウェイトを占めているが、その規模は小さく、また利用率も低く、その増嵩傾向はすでに頭打ちの状態にあること、これに反し、大規模の官公立病院の増嵩傾向は著しく、すでにその病床数は全病床の半ばを占め、またその利用率も高いこと、すなわち公的医療機関の占めるウェイトが逐次高まりつつあることが明らかにされている。

また、診療所はその大部分が個人開業医によるものであるが、その増加は人口の増加に比例した程度にすぎない。

これによって、われわれは戦後における医療機関網の整備が、病院特に官公立病院を中核とする公的医療機関を中心に行われて来たこと、そして公的医療機関に対する需要がますます増大しつつあることを知ることができるのである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

一 医療施設

病院の推移

まず施設数については、昭和三〇年末において総数五、一一九で、うち精神病院二六〇、結核療養所六七六、らい療養所一四、伝染病院七三、一般病院四、〇九六である。この推移を見ると第五四表のとおり昭和二三年以降年間約三〇〇ないし三五〇の増加を示し、昭和三〇年末には二三年の約一・八倍となっている。

第54表 病院数の推移

	総数	精神	結核	その他
昭和10年	4,625	143	106	4,376
23年	2,866	123	289	2,454
24年	3,144	124	295	2,725
25年	3,408	133	326	2,949
26年	3,796	148	467	3,181
27年	4,142	173	586	3,383
28年	4,456	200	561	3,695
29年	4,779	224	610	3,945
30年	5,119	260	676	4,183

資料：厚生省統計調査部「病院月報」、「衛生(局)年報」

(注) 昭和22年までは病床数10床以上を病院としたが、23年以降は20床以上である。

次に病院の経営主体別に見ると、個人は一、六三四(三一・九%)で最も多く、地方公共団体一、〇二四(二〇%)がこれに次いでいるが、さらに病院の種類別に経営主体を見ると、精神病院は個人が約四五%(一一七)、結核療養所は国立療養所が約二七%(一八二)、一般病院は個人が約三四%(一、三八〇)とそれぞれ高い比率を占めている。このように個人立病院の占める比率は依然高く、特に一般病院においてはその約三分の一を占めているが、昭和二六年以降総数の増加がほとんど見られないのに対し、とくに医療法人立と市町村立の増加が著しく、四年間にそれぞれ三・一倍および一・七倍となっている。これは昭和二五年に医療法人制度が採用され、医療事業を行うものに対し法人格を取得する途が開かれた結果、従来、個人が経営していたものが、医療法人に切換えられたこと、および近年における国民健康保険の普及による直営診療施設の増加と、地方公共団体の地方債による病院建設事業熱が非常に高まったことに起因するものと考えられる。

第55表 病院の経営主体

第55表 病院の経営主体

	国	地方公 共団体	医療法人	その他 の法人	会 社	個 人
昭和26年末	391	654	259	751	296	1,445
28年7月末	407	802	498	845	328	1,460
29年末	421	964	664	872	342	1,516
30年末	425	1,024	804	898	334	1,634

資料：厚生省統計調査部「病院月報」, 「医療施設調査」

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

一 医療施設

病床数

次に病床数についてみると、昭和三〇年末においては、総数約五一万床、そのうち結核病床約二四万床、一般病床約二〇万床、精神病床約四万四、〇〇〇床で、人口一〇万対の比率は、総数五七四、結核二六五、一般二二三、精神五〇である。これを諸外国に比較すると第五六表のとおりで、まだかなりそん色があるものと言わざるをえない。特に一般病床および精神病床がかなり低いのに対し、結核病床は諸外国に比してはるかに高いという点は、わが国の特異な状態として注目される。

第56表 各国の病床数(人口10万対)

第56表 各国の病床数
(人口10万対)

	年次	病床数
日本	1955	574
アイルランド	1953	1,429
スイス	1953	1,307
スウェーデン	1953	1,292
ニュージーランド	1953	1,263
カナダ	1953	1,198
オーストラリア	1952	1,117
フランス	1953	1,113
イングランド・ウェールズ	1953	1,085
デンマーク	1953	1,027
西独	1953	1,020
アメリカ	1953	990

厚生省統計調査部調

今、病床数について昭和二五年以降の推移を見ると、年間約四万ないし五万の増加を示し、五年間に総病床は一・九倍、結核病床は二・三倍、精神病床は二・二倍に増加した。このうち二万五、〇〇〇ないし三万床は結核病床の増加によるものである。

このような結核病床の増加は、昭和二六年結核予防法が制定され、画期的な予防対策が進展するとともに、積極的な増床計画が取り上げられ、年間約六億ないし七億円の国庫助成が行われたことによるものである。

第57表 病床数の推移

第57表 病床数の推移

	病 院					
	総 数	精神病床	結核病床	らい病床	伝染病床	一般病床
昭和10年	158,059	—	—	—	—	—
25	275,804	19,978	101,644	8,890	—	145,292
26	313,545	22,071	125,204	10,000	13,346	142,924
27	358,478	25,773	153,861	11,021	14,853	152,970
28	408,471	31,606	178,424	12,047	16,329	170,065
29	461,927	37,849	210,062	14,045	18,010	181,961
30	512,688	44,250	236,183	14,095	19,177	198,983
人口10万対病床数						
昭和10年	230.2	—	—	—	—	—
25	331.5	24.0	122.2	10.7	—	174.6
26	370.6	26.1	148.0	11.8	15.8	168.9
27	417.3	30.0	179.1	12.8	17.3	178.1
28	469.3	36.3	205.0	13.8	18.8	195.4
29	523.2	42.9	237.9	15.9	20.4	206.1
30	574.3	49.6	264.6	15.8	21.5	222.9

資料：厚生省統計調査部「病院月報」，「衛生(局)年報」

病床数を経営主体別に見ると、第五八表のとおりで、病院数とは逆に官公立が約二五万床(約五〇%)を占め第一位で、次いで個人立一三・七万床、法人立一二・七万床となっている。したがって、官公立の病院の規模が最も大きく一施設当り約一七三床に対して、個人立は八四床にすぎない。

第58表 病床の経営主体

	総 数	第58表 病床の経営主体				
		国 (厚生省)	国 (その他)	地 方 公 共 団 体	法 人	個 人
昭和27年末	358,478	98,837	20,002	67,811	83,855	87,973
28年末	408,471	100,264	21,353	84,547	100,009	102,298
29年末	461,927	105,355	22,628	102,507	113,429	118,008
30年末	512,688	107,180	23,401	116,984	127,400	137,723
精 神 病 床	44,250	3,108	1,188	7,476	9,928	22,550
結 核 病 床	236,183	77,521	6,727	46,846	59,515	45,574
ら い 病 床	14,095	13,800	—	—	295	—
伝 染 病 床	19,177	724	539	12,898	3,357	1,659
一 般 病 床	198,983	12,027	14,947	49,764	54,305	67,940

資料：厚生省統計調査部「病院月報」，「医療施設調査」

次に病院の規模について、結核、精神等の特殊な病院を除いた一般病院について見れば第五九表のとおりで、三〇床未満の病院は次第に減少しつつあるのに対し、一〇〇床以上の病院は、昭和二六年に対し三〇年は約二倍に増加しているが、依然として約三七%は三〇床未満の零細病院であることは注目される。

第59表 一般病院の規模

第59表 一般病院の規模

	総 数	20~29床	30~49床	50~99床	100~ 199床	200~床
	実 数					
昭和26年末	3,068	1,544	574	483	280	187
28年7月末	3,523	1,585	693	603	398	244
29年末	3,854	1,518	797	707	497	335
30年末	4,096	1,512	833	792	563	396
	構 成 百 分 率					
昭和26年末	100.0	50.3	18.7	15.7	9.1	6.1
28年7月末	100.0	45.0	19.6	17.1	11.3	6.9
29年末	100.0	39.4	20.6	18.3	12.9	8.6
30年末	100.0	36.9	20.3	19.3	13.7	9.7

資料：厚生省統計調査部「病院月報」，「医療施設調査」

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

一 医療施設

病院の利用率

次に病院の利用率をみると第六〇表のとおりで、昭和三〇年の年間平均率は八三%であった。ここで特に注目すべき点は、精神病院が、毎年一一〇%以上の利用率で、精神病床が著しく不足していることを示していることと、結核病院の利用率が二八年、二九年の九四%に対し九一%と若干下降線を示していることである。

第60表 病院の利用率

	全病院	精神病院	結核療養所	らい療養所	伝染病院	一般病院
昭和27年	81.8	111.3	94.0	90.8	39.1	74.5
28年	84.5	115.0	94.0	86.6	37.9	78.8
29年	84.7	112.4	94.1	82.5	35.9	79.9
30年	83.0	112.6	91.2	75.4	27.4	78.4

資料：厚生省統計調査部「病院月報」

結核病床の利用率の低下は最近空床問題として取り上げられているが、これは近年における結核の化学療法の進歩等による入院の減少というマイナスの要素が存在するのに対し、一方病床数は前述のように依然として年間約二万六、〇〇〇床の増床が行われたことによるものと思われるが、昭和二八年の実態調査によれば、要入院患者が一三七万人に及ぶと推計されることからみて、医療費の問題も依然大きく影響を与えているものと考えられる。しかしながら、従来の利用率が九五%とあまりに高すぎたことを考慮すれば、寧ろ妥当な利用率に近づきつつあるとも言えるであろう。

さらに利用率について、一般病院の経営主体別の利用状況を見ると、総平均は七八・四で、国立が約八六ないし八八、地方公共団体約七七ないし八二、日赤、済生会の約九一に対して、民間特に個人立の利用率はきわめて低く、六〇に満たない状況である。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

一 医療施設

診療所

一般診療所は、昭和二九年末において約五万で、このうち約七割の三万四、〇〇〇が無床診療所、約三割の一万六、〇〇〇が有床診療所、病床数は約一〇万四、〇〇〇床である。昭和二三年以降の推移を見ると第六一表のとおりで、人口一〇万対の比率もほぼ五五前後であり、人口増加率に比例する程度で増加をみせていることが明らかである。

第61表 一般診療所数の年次推移

第61表 一般診療所数の年次推移		
	実 数	人口10万対
昭和10年末	35,772	51.7
23	44,797	56.0
24	46,092	56.3
25	43,827	52.7
26	45,675	54.0
27	—	—
28年7月末	47,705	55.0
29年末	49,816	55.4

資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

経営主体についてみると、個人、いわゆる開業医が圧倒的に多く、昭和二七年末は八八・五%、二八年七月八七・一%、二九年末八六・五%と、その比率は若干減少しつつあるが、なお大半を占め、市町村立がこれに次いで約五%前後である。

歯科診療所は、昭和二九年末において約二万四、〇〇〇で、そのうち有床は僅かに一四にすぎない。年次別の推移もおおむね人口増に比例しており、人口一〇万対の比率は二七前後である。経営主体は、常に個人が九九%を占めている。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

一 医療施設

国立病院

現在、厚生省の所管する国立病院のほか、国立大学付属病院、国鉄病院、逓信病院等公社を含めて国の経営する病院は四二五に及んでいるが、後者はいずれも、教育ないし研究のためのものか、または特定の職域の者を対象とするものであるから、国の開設する病院として、広く全国民を対象として国民医療を担当しているのは、厚生省の所管する国立病院(七四施設)および国立療養所(一九七施設)だけであると言ってよいであろう。

国立病院は、昭和三〇年度末において、全国七四カ所(本院七二、分院二、分病棟四)にあり、その総病床数は約二万四、三〇〇床を有し、広く全国民に開放され、医療行政上の標準病院または特殊疾病に対する専門病院として、あるいは医師その他医療関係者の養成および再教育の機関として、他の公的医療機関とともに、医療施設体系の上に重要な位置を占めている。

すなわち、国立病院の任務としては、まず、それが全国にわたって配置されており、大、中、小ささまざまな規模のものが一元的に運営されている点からみて、最も標準的な病院医療の方式の作成の資料を提供するとともに、その実施を担当すること、第二に、先にも述べたように、がん、心臓疾患、脳卒中等の疾患が、結核にかわって死因順位の上位を占め、重大な疾病となっている現在、これらの疾病に対する総合的専門診療を行う施設とされていること(このため、現在がんセンター七カ所、高血圧センター九カ所、心臓病センター二カ所、特殊小児疾患センター二カ所が設けられているほか、脊髄性小児麻痺のための鉄の肺が七台置かれている)、第三に、看護婦の養成(現在三〇カ所の国立病院に看護婦養成所が付設され、約二、六〇〇名の学生を教育している)、医療関係者の実地修練および再教育(現在四九カ所の国立病院が医師実施修練病院として指定され、四〇〇名のインターン生の実地修練と医療関係者の再教育を行っている)のほか、近く実施が予想される専門医制度に基づく養成教育を担当すること等であるが、今後医療保障が推進されるにつれて、これらの任務はますます重要となってくることが考えられる。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

一 医療施設

国立療養所

国立療養所は、昭和三〇年度末において、結核療養所一八二カ所、らい療養所一一カ所、精神療養所三カ所、脊髄療養所一カ所、計一九七施設、病床数八万一、一二〇床を有し、結核、らい等特殊な疾病の治療に大きな役割を果している。

まず結核療養所は、現在一八二カ所、六万五、五〇〇床を有し、前述のとおり、わが国の結核病床が飛躍的に増設され、昭和三〇年末において約二三万六、〇〇〇床に及ぶ今日においても、なおその約二八%を占め、年間約一〇万の患者を収容治療し、特に結核の外科手術数については、その六〇%は国立療養所で行っている等、質量ともにわが国の結核医療の中心となっている。しかも、その医療費については、社会保険の点数による診療費の二割引を行うほか、さらに自費患者等に対する費用の軽減または免除の措置を講じており、医療保障制度が未だ完全に確立されていない今日、国民医療に貢献するところきわめて大なるものがある。

らい療養所は、現在一一カ所で、その病床数は一万三、八〇〇床に及び、わが国のらい病床の約九八%を占め、全国に約一万五、〇〇〇名と推定されるらい患者の大半を隔離収容し、全額国費により治療を行っている。なお、らいについては、プロミン系の新薬の発見によって、積極的治療が進められているほか、昭和三〇年七月、さらに国立らい研究所の設置によって治療研究が推進されることとなり、治療面でも明るい見通しがえられるようになった。

精神療養所は現在三カ所、病床数一、七〇〇床にすぎず、全国の精神病床数約四万四、〇〇〇に対する比率は、きわめて小さいが、後述するように、約一三〇万人と推定されるわが国の精神病患者の実態からみて、治療面の指導的機関としての役割を果すべき使命は大きなものがあるといわなければならない。

脊髄療養所は現在一カ所、病床数一二〇床であるが、治療の最も困難な脊髄損傷患者を収容する療養所としてはわが国唯一のもので、その社会的使命は少なくないものがある。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

一 医療施設

医療施設の分布状況

さて、これらの医療施設の分布状況はどのようになっているであろうか。医療施設の偏在、無医村問題などがやかましく述べられているが、その実態を見ると次のようなことが明らかにされている。

まず、医療施設の分布状況を人口万当り病床数について見ると、全病院については全国平均人口万当り約七〇床であるが、岡山県が八二・五で最高であるのに対し、最低の大分県においてはその二分の一以下の三五・七にすぎない。特に一般病床だけについて見ると、全国平均二二・三であるが、最高の京都府三三・一に対して最低の山梨県は一〇・八で三分の一以下となっている。このように病院の病床の分布は府県により非常な相違があり、また診療所も府県により非常なアンバランスがみられる。このような医療機関の偏在は、地理的、経済的な面から止むを得ない事情もあるが、医療の機会均等という見地からは、次に述べる無医村の解消とともに一日も早く是正される必要があり、総合的な医療機関整備計画によって早急にその適正配置化が行われなければならないであろう。

次に無医村、無歯科医村については、近年における国民健康保険の直営診療施設に対する積極的助成策等による実質的な減少と、町村合併促進による行政区画の変更という名目的な減少により、昭和三〇年五月現在において第六二表のとおり昭和二五年に比較して非常な減少を示してはいるが、それでもなおまだ無医村一九七、無医地区一七五、無歯科医村一、二〇五、同地区二四九を数える状態である。医療の機会均等を図ることが医療保障の重要な目標であるとするならば、無医村の解消こそは医療保障達成に当たっての第一の課題と言うべきものである。

第62表 無医村および無歯科医村

第62表 無医村および無歯科医村

	1 種	2 種	3 種	計	4 種	全国町村数	全国町村数 に対する (1~3種) 町村数
無 医 村							
昭和25年末	583	298	267	1,148	—	10,240	11.2%
27年9月	575	237	226	1,038	191	9,774	10.6
29年5月	438	276	113	827	289	8,442	9.8
30年5月	118	53	26	197	175	4,527	4.4
無 歯 科 医 村							
昭和25年末	2,499	1,271	1,054	4,824	—	10,240	47.1
29年5月	1,800	1,144	749	3,693	163	8,442	43.7
30年5月	698	264	243	1,205	249	4,527	26.6

厚生省区務局調

- (注) 第1種 人口少なく付近の町村と交通の便があり、他の町村の施設を利用することにより支障のないもの。
 第2種 山間僻地で人口稀薄、交通不便等の状況によって診療所設置の困難なもの。
 第3種 人口・面積・地理的状況から設置しうるもの。
 第4種 無医村ではないが、人口・面積・地理的状況から更に設置の必要があるもの。

ところで無医村対策は、従来もしばしば唱えられ実施されて来たが、その多くはことごとく運営面の行詰りによって失敗に終わっている。もともと無医村が医師の定着もさることながら医療施設の運営について経済的に引き合わない特殊事情にあることを考えるならば、この面に対する積極的助成が何よりも必要であることが肯かれるであろう。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

一 医療施設

医療施設の整備

医療施設の整備はどのようにして行われているか。参考までに医療施設にどの位の資金が投下されているかについて、主として政府関係の資金について概算してみると、第六三表のとおり昭和二九年度約一五〇億円、三〇年度は一四〇億円に上っている。もちろん実際に投下された資金は、これの数倍に上るわけで、補助金関係では補助金額の二倍ないし三倍の自己負担分、その他融資による自己負担分などを考慮に入れると、実際にはこれをはるかに上回る約二〇〇億ないし二五〇億の資金が投下されているものと推定される。このように医療施設には多額の資金が投下されているのに対し、一方前項で述べたように現在なお約二〇〇の無医村を数え、病床数の分布、特に一般病床の分布が府県により非常に不均衡がある状況であり、その整備については、医療施設の分布、機能、規模等を考慮した総合的整備計画に基づき資金の効果的使用を図るべきである。

第63表 医療施設整備関係費

	27年	28年	29年	30年
総計	8,657	10,636	15,404	14,066
補助金(厚生省所管)	2,052	1,576	1,657	1,371
保険関係施設費(※)	1,457	1,634	801	488
国立病院療養所施設整備費(※)	567	682	1,699	1,616
各省・公社関係施設費	1,769	2,846	5,161	4,496
地方債(病院事業分)	1,590	1,700	1,500	1,500
厚生年金融資(※)	600	500	1,569	1,928
中小企業金融公庫融資	—	831	1,894	1,614
国民金融公庫融資	622	868	1,122	1,052

厚生省医務局調

特に国立関係施設の整備については、国の開設する病院として、広く全国民を対象として国民医療を担当する国立病院、国立療養所は、そのいずれもが、旧軍用施設又は戦時中の傷痍軍人療養所、旧日本医療団病院等であって老朽をきわめ、近代的病院としては、不備、不完全なものが多い状況にもかかわらず、一方その他の国、公社等の開設する病院は、国鉄は国鉄で、専売は専売で、労災は労災でというように独自の整備方針により、その整備が行われていることからみて、必ずしも国家資金が効果的に投下されているとはいえず、少なくともこれら国立関係病院をはじめ公的医療機関の整備については、総合的整備計画により行うことが、強く要望されているところである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

一 医療施設

薬局

薬局については、昭和三〇年末の調査によると、全国総数は一万八、六二二となっており、これを人口比にして一薬局当り四、七九四人、面積比として一九・八平方軒となっている。薬局の整備については、医薬分業制度が一応確立をみた現在、医療保障達成の前提として無医村対策が強く叫ばれると同様に、無薬局村対策も、当然それと併行して解決されなければならない問題となっている。

無薬局町村の実態は、第六四表のとおりであるが、これら町村に対しては、その経済的・地理的諸条件が前に述べた無医村の場合と全く同様であることにかんがみ、積極的な公的資金の助成による公営薬局等の整備が強く要請されている。

第64表 無薬局町村(昭和31年8月末)

第64表 無 薬 局 町 村 (昭和31年8月末)						
町村の別	1 種	2 種	3 種	計	全国町村数に 対する町村数	備 考
町	131	219	5	355	21.4%	
村	361	985	159	1,505	79.8%	
計	492	1,204	164	1,860	47.7%	

厚生省薬務局調

(注) 1. 本調査の数には、北海道、大阪、兵庫、三重、島根の五道府県分は含まれていない。

2. 各種の別は次のとおりである。

第1種 隣接市町村との交通の便がよく他の町村の薬局等を利用することにより、支障の少ないと認められるもの。

第2種 面積、地勢、交通事情等からみて第1種に比し、薬局等の利用が余り行われていないと認められるもの。

第3種 山間僻地で人口稀薄、交通不便等の事情により薬局等の利用が殆んどないと認められるもの。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

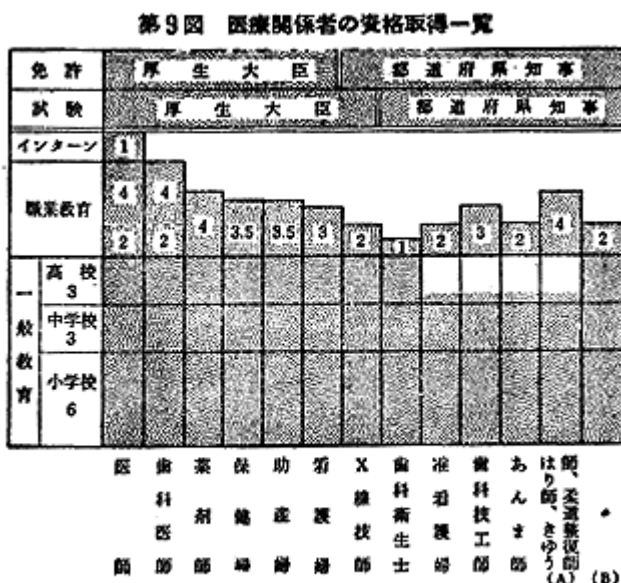
二 医療関係者

医療関係者の概況

医療関係者として最も重要なのは、直接診療に当る医師、歯科医師と調剤投薬を担当する薬剤師であるが、そのほか医師、歯科医師の診療の補助者としての看護婦、准看護婦、歯科衛生士および診療エックス線技師があり、また保健指導を担当する保健婦、助産業務を行う助産婦、歯科医師の指示により義歯、充填物などを作成する歯科技工士、栄養指導に従事する栄養士なども、それぞれ国民医療に重要な地位を占める一員である。なお特殊な医療関係者としては、施術を行うあんま師、はり師、きゅう師および柔道整復師がある。

さて、これらの医療関係者に関する戦後の制度について共通したことは、資質の向上を図るため、その資格を与える前提要件として、試験制度を採用したことである。すなわち、戦時中における医学教育の低下と欧米諸国における医学教育水準とに कांगみ、まず昭和二一年には、医師について実地修練および国家試験制度を、歯科医師については、国家試験制度を取り入れることにより、その資格、資質の向上を期したのであるが、さらに昭和二三年には、薬剤師と保健婦、助産婦、看護婦の三者についても国家試験制度を採用するに至り、特に保健婦、助産婦、看護婦については飛躍的にその資格の上昇が図られることとなったのである。その他の医療関係補助者についても、従来の検定制度はすべて廃止され、試験制度が導入されることとなった。現在これらの身分を取得する途は第九図のとおりとなっている。

第9図 医療関係者の資格取得一覧



厚生省医務局調

医療関係者について当面最も大きな問題となるのは、その需給状況といわゆる専門医制度の問題である。まず需給状況について、戦後の推移をみると第六五表のとおりであるが、この点については医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、助産婦、看護婦のおのおのにつき、項を改めて詳細にその間の事情を見る

こととし、ここでは専門医制度の問題を取り上げることとしよう。

第65表 医療関係者数の推移

第65表 医療関係者数の推移

	医 師	歯 科 医 師	薬 劑 師	保 健 婦	助 産 婦	看 護 婦 准 看 護 婦 看 護 人	歯 科 衛 生 士	診 療 X 線 技 師	あんま師 はり師 きゅう師	柔 道 整 復 師
昭和 27年末	85,374	28,941	50,087	12,147	54,514	104,835	188	6,285	66,619	4,893
28年末	89,885	30,086	51,138	12,339	56,419	112,002	331	6,436	61,680	2,322
29年末	92,442	30,695	51,132	12,186	55,513	119,428	400	—	62,741	5,052

資料：厚生省統計調査部「医師・歯科医師・薬剤師調査」，「衛生(局)年報」

(注) 1. 保健婦，助産婦，看護婦は就業者数のみ。

2. 診療エックス線技師は29年末約6,500人と推算される。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

二 医療関係者

専門医制度

医学医術の進歩した今日においては、医学の専門分化は当然の趨勢であり、臨床医家も、特定の専門分野にその活動範囲を限って、技能の向上と実際臨床に当るものが多くなっている。ところが現行制度のもとにおいては、医師の標ぼうする診療科名は、必ずしも医師の専門技能を示すものでなく、さらに、今日の学位制度は、臨床上の専門技能と全く関係がないのにもかかわらず、その標ぼうするそれぞれの診療科について、その技能を権威づけるかのごとき観を呈し、国民のこれに対する評価を混乱させる結果となっている。

したがって、一般国民が医療を受けるに当たっての安全と便宜を図るために、現在の制度を改めて、医学の専門分野に特に深い技能を有する医師、歯科医師を公的に認定し、これを外部に対し示すことができる制度として、専門医制度の創設が取り上げられ、検討されることとなったのである。

しかもこの専門医の制度は、一方において、一般の家庭と有機的なつながりを持ちつつ、国民の健康管理、疾病の早期発見、早期治療、専門医へのあつ旋等の役割を担当するいわゆる家庭医を想定するものであり、専門医は、その技能を発揮する場として病院を使用しつつ、家庭医の行う医療を専門的な見地から補い、他方、一般家庭医は、常に各家庭と密接なつながりを保ちつつ、医療の第一線を担当することにより、両々相まって国民医療の向上を図ろうとするものなのである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

二 医療関係者

医師

まず医師の養成については戦前、医科大学一七、医専九であったものが、戦時中の医師の大量養成のため臨時医専の増設が行われ、合計医専は四六に増加した。このため医学教育の水準は相当の低下を来し、昭和二一年には、前述のとおり資質の向上を図るため、実地修練制度および国家試験制度が採用されたが、さらに昭和二三年教育制度の大改革が行われ、いわゆる六、三、三、四の新学制が樹立され、医学および歯科医学教育は大学の教育課程において行われることとなり、修業年限も一般の大学よりも二年長く六年の年限となり、従来の大学、医専は新制大学へ切り替えられることとなった。現在医科大学は四七で年間約三、〇〇〇名の卒業生を出している。

このような医育機関の増加に伴い、年々の医師の増加数も著しく、最近五カ年に約二万名増加し、昭和二九年末には九万二、四四二名で、人口一〇万に対する医師数は一〇四・七すなわち人口約一、〇〇〇人に一人の医師という比率になった。これを諸外国と比較すると、第六六表のとおり、オーストリア、アメリカ、ニュージーランドには遠く及ばないが、ベルギー、スイス、デンマーク、カナダ等とはほぼ同じく、フランス、イギリスよりも多くなっている。

第66表 各国の医療関係者数(人口10万対)

国名	年次	医師	歯科医師	薬剤師
カナダ	1952	106.9	35.2	—
アメリカ	1953	131.1	52.0	—
ニュージーランド	1952	132.4	35.8	62.7
オーストリア	1953	154.9	49.9	—
スイス	1952	101.1	40.3	—
デンマーク	1952	103.8	28.4	—
ベルギー	1952	99.5	13.9	48.5
日本	1953	100.6	32.8	45.1
イギリス	1951	87.1	28.1	27.0
フランス	1952	87.9	28.9	31.8

厚生省統計調査部調

このように医師数においては、ほぼ欧米諸国なみであり、諸外国の事情からみても、大体医師一人当たり人口は一、〇〇〇人程度が適当とされていることからみて、現在の医師養成数は、将来のわが国の人口増、医療施設の普及を考慮しても、このままではやがて需給の、バランスを失うことが予想される。現在各医科大学が定員以上の教育を行っている点はもとより、この際医師の養成数自体についても以上のような配慮から根本的に再検討する必要があるものと思われる。

次に医師の従事する業務について見ると第六七表のとおりで、昭和三〇年末においては、医療施設の従事者が約九一%、医療施設以外の従事者が約六%、その他が二・八%となっているが、このうち特に医療

施設の従事者、すなわち診療に従事する医師について見ると、医療施設の開設者の割合は、昭和二七年五三・四、以後五二・三、五二・三、五一・八と漸次減少しているのに対し、勤務医師の割合は二七年四六・六、以後四七・七、四七・七、四八・二と増加し、医師の勤務形態が徐々にではあるが、開業医から勤務医師へと移行しつつある傾向を示していることは注目すべき点である。

第67表 業務の種類別医師数

第67表 業務の種類別医師数

	総数	医療施設の従事者			医療施設以外の従事者		その他	
		医療施設の開設者	医療機関付属以外の医療施設の勤務者	医療機関付属の医療施設の勤務者	臨床以外の医学の教育又は研究	衛生行政又は保健衛生業務	その他の職業	無業
昭和27年	85,374	41,564	28,734	7,478	2,470	2,995	2,133	
28年	89,885	42,645	29,387	9,562	2,826	3,129	2,336	
29年	92,442	44,017	30,862	9,220	2,937	2,794	2,612	
30年	94,563	44,622	32,539	9,063	3,004	2,622	2,693	

資料：厚生省統計調査部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

医師 1 人 当 り 人 口 数

- (1) 600人未満 東京*(657)
- (2) 600～ 699 京都*(601) 大阪*(697)
- (3) 700～ 799 石川*(714)
- (4) 800～ 899 福岡*(814) 岡山*(861) 神奈川*(867) 宮城*(870)
広島*(895)
- (5) 900～ 999 鳥取*(923) 山口*(925) 和歌山*(943) 愛知*(952)
熊本*(955) 徳島*(961) 千葉*(991)
- (6) 1000～1099 兵庫*(1,004) 佐賀(1,008) 長崎*(1,031) 三重*(1,043)
大分(1,075) 富山(1,088) 奈良*(1,095)
- (7) 1100～1199 島根(1,140) 新潟*(1,106) 滋賀(1,119) 岐阜*(1,135)
群馬*(1,143) 香川(1,152) 福井(1,175) 高知(1,181)
長野(1,194)
- (8) 1200～1299 静岡(1,204) 岩手*(1,249) 山梨(1,254) 埼玉(1,280)
北海道*(1,287)
- (9) 1300～1399 山形(1,300) 鹿児島*(1,301) 愛媛(1,317) 青森(1,341)
栃木(1,366) 福島*(1,393)
- (10) 1400～1499 宮崎(1,401) 茨城(1,447) 秋田(1,479)

(注) 1. 全国平均955 *医科大学のある府県。
2. 医師数は昭和29年12月31日の医師、歯科医師、薬剤師調査による。
人口数は昭和30年10月1日の国勢調査による。

さらに医師の分布状況を、医師一人当り人口についてみると、前頁に示すとおり、東京の五六七、京都、大阪が六〇〇台であるのに対し、宮崎、茨城、秋田の三県は一、四〇〇台で、著しく不均衡であり、また市部、郡部別にみても、約七割、三割となっており、大府県や都市に集中する傾向を示している。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

二 医療関係者

歯科医師

歯科医師は、現在約三万人で、人口一〇万に対する歯科医師数は三四・七、すなわち人口約二、九〇〇人に一人の歯科医師がいることとなる。これを諸外国と比較すると、アメリカ、スイス等には及ばないが、カナダ、ニュージーランドとほぼ同じく、イギリス、フランスよりは多くなっている。しかしながら、近年におけるわが国の歯科診療に対する需要は、社会保険の普及等により急速に増加する一方、歯科に関する大学は七校で年間約六五〇人の卒業生を確保するにすぎず、しかも当分これ以上の養成が望みえない状況にかんがみ、昭和三〇年に、従来歯牙および口腔疾患の予防業務のみを担当していた歯科衛生士の業務を拡張して、歯科診療の補助を行うことができるようにするとともに、義歯、充填物等の作成・修理の業務を担当する者として、新しく歯科技工士の制度が定められ、これらの補助者を効果的に活用し、歯科医療の合理化を図ることが期待されている。

歯科医師の従事する業務について見ると、第六八表のとおりで、昭和三〇年末においては、医療施設の従事者が九四・六%を占め、しかもこのうち約八〇%が医療施設の開設者で、この割合はこの数年来変化がなく、ほとんどがいわゆる開業歯科医という形で業務に従事しており、この点は医師の場合とくらべてかなりの相違を見せている。

第68表 業務の種類別歯科医師数

	総数	医療施設の従事者			医療施設以外の従事者		その他
		医療施設の開設者	医療機関以外の医療施設の勤務者	医療機関の付属の医療施設の従事者	臨床以外の医学の教育又は研究	衛生行政又は保健衛生業務	
昭和27年	28,941	22,310	4,661	428	162	301	1,079
28年	30,086	22,678	4,869	520	244	296	1,479
29年	30,659	23,249	4,962	513	213	281	1,441
30年	31,109	23,541	5,344	537	196	258	1,233

資料：厚生省統計調査部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

二 医療関係者

薬剤師

薬剤師は、昭和三〇年末において五万二、四一八人で、人口一〇万に対する比率は五八・六、すなわち人口一、七〇三人に一人の薬剤師がいることとなる。これを諸外国と比較すると、ニュージーランド、スコットランド等とほとんど同じく、ベルギー、フランス、イギリスよりも高く、最高の水準にあると言える。

薬剤師の従事する業務について昭和二九年末の状況は第六九表のとおりで、二六％は自ら薬局を開設し、一三％は薬局に勤務し、一五％が病院または診療所に勤務しており、以上あわせて約五四％が直接医療関係の業務に従事している。このほか薬学の教育、研究、医薬品の製造等薬事関係の業務に従事している者が、二五・八％である。

第69表 業務の種類別薬剤師数(昭和29年末)

第69表 業務の種類別薬剤師数(昭和29年末)

総 数	薬局の開設者	薬局の勤務者	病院又は診療所の勤務者	大学の薬学教室の勤務者	衛生行政又は保健衛生業務の従事者	医薬品営業従事者	毒物劇物営業従事者	その他化学工業の従事者	その他
51,132	13,175	6,525	7,423	603	2,776	9,352	668	1,103	9,507
(100.0)	(25.8)	(12.7)	(14.5)	(1.2)	(5.4)	(18.3)	(1.3)	(2.2)	(18.6)

資料：厚生省統計調査部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

業務に従事していない者が一七・五％に及んでいるのは、男女の比が医師の場合一〇対一、歯科医師の場合九対一であるのに対し、薬剤師は四対一で、女子の占める割合が医師、歯科医師より著しく高いことによる点が多い。次に従業地別について見ると、市部八、郡部二の割合で、医師、歯科医師の場合、市部七、郡部三であるのに比較して、都市集中の傾向が強いと言える。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

二 医療関係者

保健婦、助産婦、看護婦

昭和二九年末における保健婦、助産婦および看護婦の免許所有者は、それぞれ三万九、六二八人、一三万三、七六九人および二八万四、二五六人であるのに対し、このうち実際に業務に従事している者の数は、第六五表のとおり、それぞれ約一万二、〇〇〇、五万五、五〇〇および十二万で、免許所有者の約三分の一ないし二分の一程度にすぎない。

保健婦は、保健所や国民健康保険を行う市町村等における需要が最近非常に高まっているが、養成数は年間約八五〇人で、この二、三年ほとんど増加が見られず、その数はかなり不足している。

助産婦については、その約九〇%が助産所の開設者、ないしは専ら出張によって助産の業務に従事する者であり、その数は特に不足はしていない。また最近は、病院、診療所、産院等施設内での出産が増加を見せ、第七〇表のとおり、市においては特にこの傾向が目立っており、出生について見ると、東京においては約半分が施設内で行われ、病院は約三〇%を占めている。また出生の際の立会者についても、第七一表のとおり、医師の立会が非常に増加し、昭和二二年にくらべて昭和二九年は約四倍となっていることは注目すべきことである。

第70表 施設の内外別出生割合(百分率)

第70表 施設の内外別出生割合
(百分率)

	総 数		
	総 数	施設内	施設外
昭和22年	100.0	2.4	97.6
25	100.0	4.6	95.4
26	100.0	5.9	94.1
27	100.0	7.7	92.3
28	100.0	10.5	89.5
29	100.0	14.0	86.0
市			
昭和22年	100.0	6.5	93.5
25	100.0	11.3	88.7
26	100.0	14.1	85.9
27	100.0	17.0	83.0
28	100.0	22.0	78.0
29	100.0	25.9	74.1
郡 部			
昭和22年	100.0	0.5	99.5
25	100.0	1.2	98.9
26	100.0	1.4	98.6
27	100.0	2.5	97.5
28	100.0	3.7	96.3
29	100.0	5.2	94.8

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

第71表 立会者別出生割合(百分率)

第71表 立会者別出生割合(百分率)

	総 数	医 師	助産婦	その他
昭和22年	100.0	3.5	92.1	4.3
23	100.0	3.8	92.1	4.1
24	100.0	4.2	91.5	4.2
25	100.0	5.2	90.1	4.7
26	100.0	6.3	88.9	4.8
27	100.0	7.8	87.3	4.9
28	100.0	10.1	85.4	4.6
29	100.0	13.2	82.4	4.4

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

看護婦については、昭和二六年は准看護婦の制度が採用されて、最近の養成数は年間約一万人に及んでいるので、絶対数の不足はそれほど大きくないが、都市集中の傾向による地域的な不足があることと、現在男子の看護人は約一、六〇〇人にすぎないのに対し、精神病床は約四万四、〇〇〇床に及び、特に精神病院の看護人が著しく不足していることが問題として注目される。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

三 医薬品

医薬品の重要性

医薬品が国民医療の向上に重要な役割を果していることについては、いまさら論ずるまでもないであろう。特に戦後における抗生物質製剤を中心とする医薬品がいかに大きく国民保健の向上に寄与したかについては、われわれの身近に体験するところである。しかしながら一方、麻薬、覚せい剤等が公衆衛生に及ぼす危害も、われわれとして見逃し得ないところであった。いずれにしても、医薬品がわれわれの健康を守る上において、重要な地位を占めることは疑いない。ここではこの医薬品について、生産・輸出の状況、その取締、薬価問題の三つの問題を中心にして述べることにする。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

三 医薬品

生産と輸出の状況

わが国における医薬品産業は、第二次大戦により甚大な打撃を蒙ったが、戦後一〇年間に急速に立ち直り、特にペニシリン、ストレプトマイシン等の抗生物質、パス、サルファ剤等の化学療法剤等の新薬の出現はその驚異的効果によって医薬品への認識をあらたにし、これにより一般の需要も増大し、医薬品生産はいっそう促進されることとなってきた。今この医薬品の生産活動を、昭和二三年を基準とした総合生産指数について見ると第七二表のとおりで、昭和二六年は二倍半、昭和三〇年は実に六倍半以上に達し、生産上昇の傾向は著しいものがある。

第72表 主要産業と医薬品産業の生産指数の推移

第72表 主要産業と医薬品産業
の生産指数の推移

年次	医薬品	鉱工業	製造工業	化学工業
昭和20年	31.0	111.2	115.9	81.6
21年	29.0	64.2	61.4	48.4
22年	52.0	81.6	77.1	66.6
23年	100.0	100.0	100.0	100.0
24年	140.0	138.8	139.6	147.3
25年	164.0	177.3	186.6	221.2
26年	258.0	239.0	259.2	303.3
27年	355.0	259.7	283.8	323.4
28年	431.6	301.4	333.5	408.8
29年	542.5	329.1	370.0	488.4
30年	665.0			

厚生省薬務局調

また医薬品の最終製品を生産金額について見ると、第七三表のとおりで、年々相当の増加を示してきた。すなわち昭和三〇年における生産金額は、八七四億円と前年に比し約九〇億円上回ったが、これは主として外国の製薬会社との間の技術援助契約によるクロルテトラサイクリンおよびテトラサイクリンの生産が本格化したことと、ビタミンB1、ビタミンC、強肝剤等が増産されたことによるものである。

第73表 医薬品生産額

第73表 医薬品
生産額

	億円
昭和27年	570.6
28年	756.4
29年	784.6
30年	874.7

厚生省薬務局調

一方、輸出について見ると、昭和二七年は一六億円、生産額に対する比率二・八%、二八年は二一億円、二・九%、二九年は三四・八億円、四・四%と確実な足どりで増加を示したが、三〇年度においては、三二・四億円、三・九%とようやく頭打ちとなり、前年度よりやや減少するに至った。これはビタミン類、ストレプトマイシンおよびその他の抗生物質、家庭薬等の輸出がかなり増加したにもかかわらず、輸出の主品目の一つであるペニシリンの輸出が激減したことによるものであり、地域別にみると、米国、英国、印度および西独等の地域への輸出が増加したにもかかわらず、中共向けの輸出が著しく不振であったことによるものである。

なお、昭和三〇年度における医薬品、医療機械および衛生材料を含めた全輸出金額は一、〇七〇万三、〇〇〇ドル三八億五、〇〇〇万円で、その品目別、地域別状況は第七四表のとおりである。

第74表 医薬品の輸出金額

第74表 医薬品の輸出金額

(1) 地域別輸出金額		(2) 品目別輸出金額	
国 別	金 額	品 目	金 額
総 数	千ドル 10,703	総 数	千ドル 10,703
(ド ル 地 域)		生 薬	490
ア メ リ カ	2,118	ビ タ ミ ン 剤	3,411
琉 球	879	ペ ニ シ リ ン	124
メ キ シ コ	126	ス ト マ イ	563
そ の 他	677	家 庭 薬	918
(スターリング地域)		ス ル フ ァ ミ ン 剤	817
中 共	1,660	そ の 他 医 薬 品	2,303
香 港	571	衛 生 材 料	322
印 度	392	医 療 器 械	1,020
そ の 他	542	歯 科 器 械	735
(オープンアカウン ト 地 域)			
台 湾	1,855		
ブ ラ ジ ル	546		
タ イ	233		
韓 国	204		
そ の 他	900		

厚生省薬務局調

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

三 医薬品

医薬品等の取締

医薬品のほか、医療用器具器械、化粧品等は全国的に流通するもので、その品質の良否、広告または表示の如何は、国民の保健衛生に直接影響を及ぼすものである。これら品質の不良、不正表示または誇大広告等による違反件数をみると、昭和三〇年度において明らかにされた数字は、不良品四、二一〇件、不正表示品四、七一九件、広告三〇一件、無許可・無登録八〇六件、偽造品六一件、無登録業者一万二、四七三件、計二万二、五七〇件に及んでいる。しかもこれらの数字は、いわば氷山の一角ともいべきものであり、一方最近頻発をみている医薬品の事故を考えると、不良不正医薬品等の取締については、今後とも充分の関心が払われなければならないであろう。

現在この取締のため、特定の医薬品については国家検定等の方法により品質の保持につとめるとともに、国および都道府県に薬事監視員がおかれているのであるが、その設置状況はきわめて不満足なものがあり、特に現在の窮迫した地方財政の下において、これ以上の充実が望みがたいものとすれば、薬事監視員の充足については、根本的対策が必要であろう。

なお、毒物・劇物については、昭和二五年、毒物・劇物取締法が制定され、その取扱いについて厳重な規制がなされることとなったが、これらは工業、農業等の産業はいうに及ばず、日常生活のあらゆる分野において利用されているので、その徹底的取締は非常に困難である。特に最近食糧増産に欠くことのできない農薬としてのパラチオン等、特に毒性の強いものが広く利用される結果、その危害も第七五表のとおり年々相当数に上っており、死亡者数も昭和三〇年には約五〇〇名に上る状況であり、特に農村においてその慎重な取扱いが望まれている。

第75表 パラチオンによる事故数

	事故件数	死亡数		中毒数
		事故死	自殺	
昭和28年	1,755	70	121	1,564
29年	2,194	70	237	1,887
30年	1,410	48	462	899

厚生省薬務局調

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

三 医薬品

麻薬

麻薬は、たんに一国だけの問題に止まらず、国際的な関連を持つものとして、従来からも嚴重な取締が行われて来た。現在わが国は、九つの麻薬に関する国際条約の当事者となっているが、一方国民の保健衛生上の危害防止のため、麻薬取締法、大麻取締法、あへん法等の諸法律がすでに制定されている。

麻薬事犯について、昭和三〇年における状況をみると、第七六表のとおりで、違反件数約一、五〇〇件、違反者数約二、〇〇〇人に及んでおり、このうち約三分の一は朝鮮人、中国人を主とする外国人である。このような麻薬事犯の根源は中毒者に起因するものであるから、取締の強化とともに中毒者に対する収容、治療、更生指導の徹底した措置が必要である。昭和三〇年一〇月現在公式に判明している中毒者数は約六、〇〇〇名となっているが、このほか潜在している中毒者は少なくとも約四万名と推計され、大部分は京浜・阪神等の地区に集中しており、しかも最近の麻薬犯罪は、第三人を中心としてますます国際的な規模に広がりつつあって、その取締は困難をきわめている。

第76表 麻薬違反件数

	件数	人			
		総数	中毒者	再犯者	その他
麻薬	1,280	1,753	563	405	785
あへん	157	181	8	3	170
大麻	142	52	1	9	42
計	1,476	1,986	572	417	997

厚生省薬務局調

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

三 医薬品

覚せい剤

覚せい剤の乱用による弊害は、戦後の社会的混乱によって急激に発生し、特に青少年に及ぼした影響は甚大であった。

このため昭和二六年六月、覚せい剤取締法を制定し、強力な取締を実施してきたが、その弊害は依然止むことなく全国的に波及し、中毒者は約二〇万人、常用者は約五〇万人と推定され、大きな社会問題となる状態にあった。このため罰則の強化および慢性中毒者の医療保護を中心とした法律の改正と相まって、啓発運動その他の対策を含めて広く各分野における総合施策を推進し、覚せい剤問題の早急な解決を図るべく、昭和三〇年一月、内閣に「覚せい剤問題対策推進中央本部」が設置された。

中央本部は覚せい剤禍を二カ年以内に麻薬程度にまで少なくする目標をもって諸対策を推進した結果、設置以来一年にして覚せい剤の弊害に関する国民一般の認識は高まり、民間諸団体、有識者の覚せい剤禍撲滅への気運も盛り上り、同時に各分野における対策も強力に推進され、さらに昭和三〇年八月覚せい剤原料に対する規制および罰則の強化を図る法律の一部改正が行われ、取締は一段と強化されることとなった。

その結果、現在では覚せい剤禍は次第に特殊の地域、職域に限定され減少の傾向にあるが、さらに今後いっそう中央および地方を通ずる組織活動により強力な総合的啓発運動その他の諸対策を推進し、これが根絶を図ることが必要であろう。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

三 医薬品

薬価問題

医薬品の価格すなわち薬価の問題は、社会保険の財政問題が急迫をつけるとともに種々論議されるようになってきた。すなわち政府管掌健康保険の財政問題に関連し、その赤字の原因の一つは、社会保険の診療報酬に含まれる薬治料および注射料がその全体の四八%を占める現在、薬価にもあるのではないかという疑問が提起され、このことから、ようやく薬価問題が世人の関心を集めることとなったのである。

ところで現在の社会保険の診療報酬においては、薬治料および注射料は、これを施す医師または歯科医師の技術料を含んでおり、高価な医薬品を使用するか、医薬品を多く使用するだけ医師または歯科医師の収入が増すという仕組みになっている。したがって、現在のいわゆる薬価の問題には、右のような診療報酬の支払方法を再検討して、ややもすれば、医師、歯科医師が不必要に高価な医薬品、あるいは過度の量の医薬品を使用するような傾向をとる必要をなくすように、合理的な技術料の支払を保障する方法を研究しなければならないという課題も含まれているわけである。

ところで医薬品の価格について、その推移ならびに他の一般物価および外国における市場価格との比較を見ると第七七表、第七八表および第七九表のとおりで、重要医薬品の価格は、そのすべてが低落の傾向をたどり、他の一般物価の動向に比較してもそれは低く、また外国の医薬品の市場価格に比較しても低いということが言えよう。したがって、現在医薬品の価格について、その高低を云々する場合、何を標準としてこれを論ずるかについて、まず問題があるわけである。

第77表 重要医薬品の価格指数

第77表 重要医薬品の価格指数

品名	指数	品名	指数
油性プロカインペニシリン	41	水性プロカインペニシリン	69
結晶ペニシリン	79	ストレプトマイシン	40
クロルテトラサイクリン	54	オキシテトラサイクリン	52
クロラムフェニコール	47	サルファイソオキサゾール	45
サルファジメチン	52	サルファジアジン	57
バス	49	イソナイアジッド	17

厚生省薬務局調

(注) 昭和28年1月を100とした場合における同30年8月の指数である。

第78表 一般物価指数と医薬品の価格指数との比数

第78表 一般物価指数と医薬品の価格指数との比数

年 度	一般卸売物価指数	消費財卸売物価指数	医薬品価格指数
28年	351.6	327.3	160.9
29年	349.3	337.5	159.1

厚生省薬務局調

(注) 昭和9~11年を1とした場合の指数である。

第79表 医薬品の市場価格の国際比較

第79表 医薬品の市場価格の国際比較

品 名	日 本	英 国	米 国
ベニシリン	100	150	150
ストレプトマイシン	100		104
パス	100	187	219
ダイアジン	100	207	247
オキシテトラサイクリン	100		110
クロルテトラサイクリン	100		110
クロラムフェニコール	100		110

厚生省薬務局調

もとより優秀な医薬品をできるだけ安価に入手することは、誰でもが望むところであり、そのため、医薬品産業に対して、あるいは補助金を交付してその合理化を促進し、あるいは必要な医薬品については、特許等の技術を導入して安価にこれを供給する方途を講じ、あるいはまた輸出を振興して市場を拡大し、もって医薬品の価格の引き下げを行うことができるようにする等の諸施策が講ぜられているところである。

他面、社会保険の財政問題に関連する医薬品の価格の引き下げについて、公定価格の設定・専売制度、あるいは公的買入措置の採用のほか、社会保険の診療報酬における薬価の医師等に対する支払の基準である薬価基準の再検討等、いろいろの意見が述べられているが、これらの諸対策はいずれも、次において述べるように現在の医薬品産業の現状からみると、種々困難な問題を含んでいる。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

三 医薬品

医薬品産業の今後の課題

前にのべたように、わが国の医薬品の生産は、急速な上昇の過程をたどってきており、これは各企業における合理化の進捗、外国技術の導入、さらに政府の助成策によるところが大きい。医薬品産業の将来にはなお残され困難な問題が少なくない。それは、医薬品産業が中小企業の性格を有していることに多かれ少なかれ関連している。すなわち、従業員数のみからみても、従業員数一〇〇人以下の製造所が実に総数の九六%を占めている状況である。そのため、ややもすれば、競争が激しくなり、その価格も極端に低下を余儀なくされる反面、昭和三〇年にみられたように、クロラムフェニコール、ビタミン類のような一部の医薬品を除いては、生産設備が必ずしも十分に稼働されていないという状態を生ずることとなる。

輸出の振興については、各国とも二重価格制をとり、国内価格よりはるかに低廉な価格で輸出しており、その競争は非常に激しく、必ずしも楽観を許さないものがあるが、戦前には、昭和一四年の二九%を最高として、医薬品生産額の一三ないし二〇%が輸出されていることからみて、また、今後東西アジア地域に対する経済協力、さらに中共との貿易拡大等が予想されることから、将来における輸出の増加が期待される面もあるわけである。

新技術の導入、企業の合理化については、ストレプトマイシン、クロラムフェニコール等の重要医薬品の製造等について、新しい外国技術の導入が行われる一方、企業合理化促進法による補助、開発銀行による融資等が行われているが、補助金については、昭和二八年には、六〇〇万円、二九年には五七〇万、三〇年には五四〇万で、他の産業に比して著しく少額である。

さて以上みたとおり、医薬品産業については、困難な諸問題が少なからず存在する。しかしながら医薬品の用途の重要性からみて、その品質を確保しつつ、合理的な価格によりこれを広く国民に供給しよう、一般の中小企業対策に加えて、以上の諸問題を解決するための方策をさらに推進してゆく必要があるものと言わなければならない。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

四 医薬分業と新医療費体系

医薬分業の意義と沿革

医薬分業は、医療のうち患者の診察・治療は医師に、調剤・投薬は薬剤師にと、「医」、「薬」それぞれの専門家に分担して行わせることによって、医療の適正化・合理化を図り、国民医療の向上に寄与しようとする医療制度の基本的な原則の一つであって、それは近代科学の進歩に伴い、医学、薬学の分野が独立し、医師、歯科医師および薬剤師という身分制度が確立するにつれ、必然的に生じて来た問題である。したがって欧米における文明国においては、法令による規制の有無にかかわらず、ほとんどすべての国において分業が行われていると言ってよい。ところが、わが国における分業問題は、医師に対する報酬の支払いが特殊の形において行われて来たという事情もあってそれが直ちに医師、歯科医師の生計に大きな影響をもつものとなり、これをめぐる医師、歯科医師と薬剤師との利害関係が鋭く対立し、遂に七〇年にも及ぶ長い間の政治問題と化することになったのである。

すなわち漢方医の時代には、医師は「くすし」と呼ばれ、その受ける報酬は薬礼または薬価と言われていたが、診察、投薬が医師の治療手段の大部分を占めていた当時においては、一切の経費を薬代に含めておけば、それでこと足り、しかも特殊な薬品を除いては原価もごく僅少であったので、その薬代のほとんど全部は医師の技術に対する報酬と考えてよかったのである。近年医学は急速に進歩し、医療は高度の技術を必要とするに至り、その専門化に伴い費用も多額に上ることとなったが、依然として診療報酬については、従来の方式が踏襲され、物と技術に対する評価が分離されず、物の対価と技術に対する報酬が漫然とこみになって支払われるという昔ながらの薬価の形が存続してきたのである。したがって医薬分業は、この薬価に含まれている診療、調剤という専門技術に対する適正な報酬と薬品原価その他の物の対価とを切り離し、医師、薬剤師等の技術料を独立に評価することが、その実施の前提として要求されるだけに、このことが直接医師、歯科医師、薬剤師の所得に影響することとなり、これらの利害関係をはらんで医師等と薬剤師との間に激しい衝突をもたらすこととなったのである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

四 医薬分業と新医療費体系

医薬分業法の成立

第二次大戦後、広範な医療制度の改革にもかかわらず、依然従来の域を一步も出ることのなかった分業問題は、昭和二四年七月アメリカ薬剤師協会の使節団が来朝し、分業の早期実現について勧告したのを契機として、はげしく燃え上ることとなった。そして、当時の連合軍総司令部当局の要請に基づき、関係者の間で種々折衝が行われた結果、昭和二五年八月、厚生省に臨時診療報酬調査会と臨時医薬制度調査会が設置され、厚生大臣の諮問に基づき、それぞれ審議を行うこととなったのである。前者は「医療の向上と国民経済的負担力を勘案した医師、歯科医師及び薬剤師の適正なる技術料及び薬価の基準」の諮問に対し、現在の「物と技術の不可分の形」をとっている診療報酬を、まず「物」と「技術」の「報酬」にそれぞれ区分して考えることが必要であり、特に技術料については、医師が長時間かかり、高度な熟練を要するもの程高く評価することを原則とすべきであるという答申を行い、後者は「医薬分業実施の可否及び可なりとする場合においては実施の具体的方法、地域及び時期等」の諮問に対して「一、医師及び歯科医師の処方箋発行を義務づけること。二、薬剤師の調剤は、医師、歯科医師又は獣医師の処方箋によるべきこと。三、医師、歯科医師の調剤は、診療上必要がある場合、薬局の普及が充分でない地域で行う場合に限定し、これらの場合については審議会の審査を経て定めること。四、分業は昭和二八年度から実施すること。」等を内容とする答申を行った。政府は、この答申に基づいて「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律案」を二六年三月第一四回国会に提出し、若干の修正を受けた後、昭和三〇年一月一日を施行期日として同法案は六月に成立をみた。これがいわゆる医薬分業法である。ここに医薬分業の方針は一応確立し、それと同時にその前提条件ともいべき診療報酬制度の改革、すなわち新医療費体系の確立も期待されることとなり、昭和三〇年を出発点とする医薬分業と新医療費体系は、その準備期間に入ることとなったのである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

四 医薬分業と新医療費体系

新医療費体系の作成

作業はまず新医療費体系について進められることとなった。昭和二七年には医業経済調査および同精密調査が行われ、医業経営に要した費用について、各施設における部門別(一般診療、歯科、看護等)に、あらゆる角度から詳細な分析調査がなされた。そして、これを基礎として第一次新医療費体系が昭和二九年九月公表されたのである。これについては、各方面から種々の意見が寄せられ、活発な議論が行われることとなったが、この間、国会における審議の過程を通じ医師側の反対意見が強く述べられたことは、その前途に容易ならぬ困難を予想させるものがあった。果して同年一二月には分業法の改正が行われ、準備不十分という理由によって、その実施は昭和三一年四月一日に延期されることとなり、これに伴い新医療費体系の実施も、さらに一年三カ月の後に持ち越されることとなったのである。

このような事情から、厚生省においては、その後、新医療費体系についてさらに調査、研究を重ね、三〇年には社会医療調査、国民健康保険医療給付実態調査および社会医療内容精密調査を行い、これらの結果に基づきあらためて同年一二月に新医療費体系に基づく健康保険および船員保険の新点数表を作成し、これを公表するとともに、この案は厚生大臣から中央社会保険医療協議会に諮問されることとなったのである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第二節 医療制度はどうなっているか

四 医薬分業と新医療費体系

分業の実施と新医療費体系の将来

さて前記の分業延期法の成立後も、分業実施をめぐる関係者の利害は依然対立し、その前途は必ずしも楽観を許さないものがあったが、昭和三〇年七月に至り、「分業実施の可否について論議が絶えず、関係者の完全な理解と協力が得られない」という理由によって、分業法は再び改正され、医師等の処方箋交付義務を免かれる場合として、患者の希望が容れられることとなったほか、若干の修正が行われ、このため分業法の内容は当初の原案からかなり後退をみせることとなったが、これによりようやく関係者の間において了解もつき、もはや医薬分業が昭和三一年四月一日から実施されることは決定的となった。その後厚生省においては、その実施の準備を進め、三〇年八月、三一年二月の二回にわたり、新医薬制度周知月間を設けて、この制度の周知徹底を図るとともに、関係法令の改正を行い、ようやく多年の懸案であった医薬分業も、本年四月一日から実施をみたのである。

一方、新医療費体系に基づく点数表については、なお一部から強い反対の意向が述べられ、分業の実施期日までに医療協議会の答申を得ることが困難となったので、取りあえず本年三月に、医薬分業の実施に伴い、薬治料および調剤料について最少限度必要な点数改正を行って、さし当りの要請に応ずることとした。

さて以上のように迂余曲折を経て一応分業問題は解決したが、この分業法の内容は、患者の選択に任せるといふいわゆる任意分業で、しかも一定の場合には医師の調剤を全面的に認める制度であるから、実態的にはほとんど従来と変りないという見方もなされうるであろう。しかしながら、もともと昭和二六年に分業問題が取り上げられた大きな狙いの一つである診療報酬における物と技術の分離、技術料に対する正しい評価という点は、新医療費体系の基本構想として採用されているわけであるから、この意味ではわが国の医療制度の合理化に大きな前進をもたらすものと言ってよいであろう。この点からも、現在なお点数表を審議中の中央社会保険医療協議会が速かにその審議を完了し、新医療費体系が一日も早く現実化されることが要望されるのである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

以上われわれは、戦後飛躍的に改善向上をみた国民保健の現状をやや詳細に眺めてみた。それはわれわれの疾病との不断の戦いの歴史であり、その成果でもあった。疾病との戦いは、すでに見たとおり、戦後画期的に整備された医療制度の基盤に立って、いわば疾病の予防を目的とする公衆衛生施策と、治療の機会をすべての国民に保障することを目的とする医療保障諸施策との連合軍によって行われて来た。医療保障制度の中核をなす疾病保険については、次節に述べることとして、ここではこの戦いがどのように行われて来たか、また現在いかに戦われているかについて、結核、精神病および主な伝染性疾病ごとに、その概観を試みることにしよう。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

一 結核問題

結核であるという診断が死の宣告として受け取られやすかった時代は、もはや過去のものとなった。すでに統計表の示すとおり、明治の末期から漸次増加の傾向を示し、第二次大戦前まで人口一〇万対二〇〇の線を上下していたその死亡率は、戦中・戦後の公衆衛生施策の強化、特に戦後における医学の進歩、治療技術の画期的向上等により戦後急速に減少するに至った。にもかかわらず結核は依然最大の国民病であり、今後の医療保障の推進に当ってなお最大の障壁をなすものであるとされている。なぜだろうか。まず結核の実態を眺めることにしよう。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

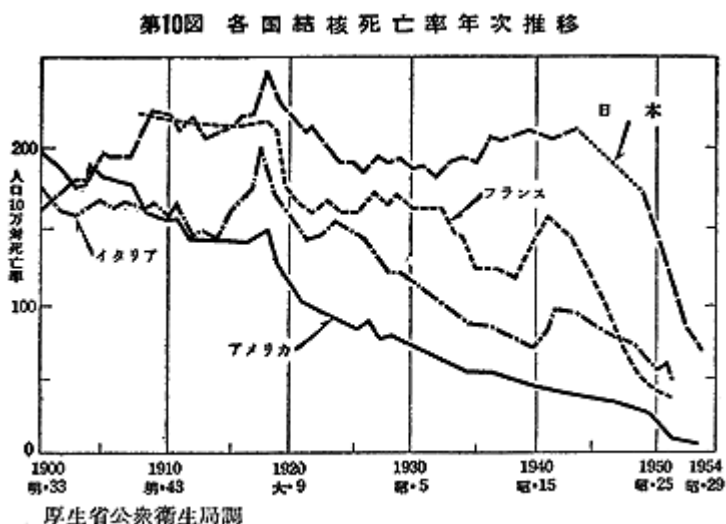
一 結核問題

(一) 結核の実態

結核の死亡数・死亡率の推移

わが国の国民病といわれる結核は、長い間国民死因順位の首位を占めて来たし、またその毎年の死亡数も非常に多かった。統計上明らかにされている範囲では、結核による死亡の絶対数については、昭和一八年が最高を示して一七万一、四七三人を数え、その死亡率(人口一〇万対)は二二六に達しているし、また、やや不確実な資料ではあるが、昭和二〇年には二八二の死亡率を記録したとされている。ところが、戦後昭和二二年には、死亡数一四万六、二四一人、死亡率一八七・二となり、その後結核による死亡数の減少と結核死亡率の低下の傾向は年々顕著となった。すなわち、昭和二六年には死亡数九万三、三〇七人、死亡率一一〇・三、二八年には死亡数五万七、八四九人、死亡率六六・五となり、さらに三〇年には死亡数四万六、三五人、死亡率五二・二となったのであって、この昭和三〇年における死亡率は、同一八年におけるその約四分の一でしかない(第一〇図参照)。一方国民死因順位においても、さきに第四五表でみたとおり、結核は昭和二六年には脳卒中を主とする中枢神経系の血管損傷に首位を譲って第二位となり、二八年にはがん等の悪性新生物および老衰にも先を譲って第四位に、三〇年にはさらに心臓病にもおかれて第五位に落ちるに至った。

第10図 各国結核死亡率年次推移



結核による死亡は、いずれの国においても、戦時には大きく増加し、戦後には減少に向うのが大体の傾向であって、わが国における結核死亡の減少も戦後の生活環境の改善に負うところがあることは言うまでもないが、その直接の原因としては、第一に、戦時中から青少年層を対象として実施された一連の結核予防対策が効を奏し、従来わが国の結核死亡の著しい特徴であるとされていた青少年層における結核死亡率の高い山が崩れ去ったこと、第二に、戦後における化学療法剤の長足の進歩を中心とする、結核治療技術の向上によりその治療効果が著しく改善されたこと、この二つがその主なものと考えられる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

一 結核問題

(一) 結核の実態

結核患者の実態

このような結核死亡の減少は、まことに喜ばしいことであるが、しかしこのことは、わが国の結核問題の前途が楽観しうる状態となってきたことを、直ちに意味するものではない。なぜなら、わが国の結核死亡率はここ数年間に著しく低下したとはいえ、なお欧米諸国の結核死亡率、たとえばデンマークの九・六(昭和二八年)、アメリカの一・四(昭和二八年)、イギリスの一七・八(昭和二九年)などにくらべると、はるかに高いのみならず、また結核による死亡数が減り結核死亡率が低下すること自体は、そのまま必ずしも結核患者数が減少し、結核患者の病状が一般に軽度に向っていることを証明することにはならないからである。わが国の結核の実態については、これまで全国的な調査が少なく、患者数のごときも、諸外国の例にならって漠然と結核死亡数と結びつけ、その一〇倍ないし一二倍に当る一五〇万人前後であろうと推定されているにすぎなかったため、近年における結核死亡数の激減は、結核患者数その他結核の実態に関する推定を混乱させていた。ところが、厚生省において、昭和二八年に、全国の国勢調査地区のうちの二一〇地区内の全住民約五万人について結核実態調査を実施した結果、次のような重要な諸事実が明らかになったのである。

(一) 結核患者すなわち結核のため医療を要する者は、二九二万人(全人口の三・四%)の多きに達しており、しかも、このうち一三七万人が入院を要する者であること。

(二) 結核患者のほかに、発病のおそれがあるため休養または注意を要する者が二六一万人もあり、これを合すると五五三万人(全人口の六・四%)が結核のため何らかの指導を必要としていること。

(三) 結核は、あらゆる地域および年令層に高度にまん延していること。

(四) 結核患者のうち、空洞のある者は五四万人、空洞の疑いのある者は一五〇万人に及び、また、一回の喀痰検査によって結核菌の発見される者が八〇万人にも達することから考えれば、結核の感染源となる開放性患者の数はきわめて多いと考えられること。

(五) 結核患者の七八%は無自覚であり、空洞のある者でさえ、その六六%は無自覚であること。

ついで、昭和二九年には、前年の調査実施地区のうち七〇地区の全住民について、また、三〇年には、前二回の調査のいずれかで患者または発病のおそれがあると診断された者全員について、それぞれ実態調査が行われたが、それにより明らかにされた主な事実を挙げれば、前者では、昭和二八年の調査時と同二九年の調査時とを比較すると、結核患者の総数はおおむね不変と推定されるが、総数の二割は、一年間に新たに発病して結核患者となった者であること、後者では、昭和二八年の実態調査時に結核患者と判定された者であって、すでに病気を自覚していた者のうち、その後二年間に医療を受けなかった者は、その三四%を占めたことである。

これら一連の実態調査により、結核死亡数の減少にもかかわらず、なお、わが国の結核の現状は必ずしも楽観を許さないものがあることが明らかにされたのであって、厚生省においては、第一次の調査結果の判明した後、昭和二九年に「結核対策強化要綱」を決定し、その後、ひたすら、結核対策の充実に努めて来たわけである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

一 結核問題

(二) 結核対策

わが国における結核対策は、医学の進歩に相応じて、一般急性伝染病と同じく伝染防止を主とするものから、患者の早期発見、早期治療、さらに進んでは発病防止に重点を置くものへと進展して来た。昭和二六年に制定された結核予防法は、旧結核予防法がもっぱら伝染防止に重点を置いたのに対し、近代医学の教える患者の早期発見、適正医療の普及、発病防止等についての規定を設け、総合的な結核対策の推進を図ろうとしたものであるが、結核がわが国民の福祉に重大な問題を投じていることにかんがみ、政府においても、結核対策を重要施策の一つとして、そのために毎年膨大な予算を計上し、その充実強化に努めている。すなわち、国家予算に計上された結核対策費の年次別の推移をみると、昭和二七年約一〇九億円、二八年約一二八億円、二九年約一三四億円、三〇年約一三二億円、三一年約一三五億円である。次に、結核対策の各項目にわたって、その現状を眺めてみよう。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

一 結核問題

(二) 結核対策

健康診断と予防接種

健康診断と予防接種は、結核予防対策の根幹をなすものである。

健康診断の対象についてみれば、従来、集団生活者を除くいわゆる一般住民については、厚生大臣が指定する限られた地域に居住する三〇歳未満の者だけが、定期の健康診断の対象となっているにすぎなかったのであるが、昭和三〇年八月の結核予防法の一部改正により、区域の指定と年齢の制限が撤廃されるに至った。現在では乳幼児を除く全国民が、定期の健康診断の対象者とされるに至っている。

また、要休養または要注意と診断されている者の年間発病率が、一般健康者の場合に比しきわめて高い現状にかんがみ、その実施回数についても、従来は一律に年に一回とされていたのを、昭和三〇年八月の法律の一部改正により、発病のおそれがあると診断されている者については、年に二回行うこととなった。さらに、健康診断に要する経費については、その一部を受診者から徴収することとなっているが、一般住民については、徴収を免除される人員の割合が、昭和三〇年度から五割(従前は一割)に引き上げられ、健康診断実施の促進が図られている。

以上述べたように、定期健康診断の対象者範囲の拡大および実施回数の増加ならびに健康診断の費用に関する減免率の引き上げにより、結核予防法による健康診断は、制度として一応の整備を見たのであるが、その実施状況はどうであろうか。

昭和二六年以降の年次別による健康診断の実績は、第八〇表のとおりであり、受診者数は、大体において逐年増加の傾向にはあるが、昭和三〇年における健康診断・予防接種の受診者数は二、六五三万人であって、その受診率は、法による対象者の二九・二%に止まっている。なお、昭和三〇年度における実施者別の受診状況は、第八一表のとおりであって、学校長の行うものの八九・一%以外は、かなり受診率が低く、今後努力の余地が大きく残されている。また、健康診断の受診者が年々増加しつつある結果として、当然、届出結核患者のうち集団検診で発見された者の割合も、第八二表の示すとおり次第に上昇しつつあるが、昭和二九年における実績は、なお一三・七%にすぎない。

第80表 結核予防法に基づく健康診断および予防接種の実績

	受診者数	ツベルクリン反応		間接撮影者数	精密検診者数	B C G接種者数
		被検者数	陽性者数			
26年(4月～12月)	17,421,804	15,441,656	6,644,742	7,691,946	450,628	14,214,785
27年(1月～12月)	22,426,290	19,754,843	10,696,729	12,419,467	606,695	10,387,504
28年(1月～12月)	21,921,842	18,546,913	11,322,059	14,295,449	638,630	8,126,176
29年(1月～12月)	27,325,800	20,933,818	12,931,424	17,020,518	720,399	6,619,844
30年(1月～12月)	26,531,152	20,438,858	13,117,234	17,922,674	755,052	6,095,178

厚生省公衆衛生局調。

第81表 実施主体別健康診断受診状況(昭和30年度)

第81表 実施主体別健康診断受診状況(昭和30年度)

	実施者別	対象者数	受診者数	受診率 (%)
補助対象	学 校 長	20,006,000	17,834,650	89.1
	施 設 の 長	1,292,000	362,532	28.0
	市 町 村 長	54,499,000	4,156,522	7.6
	都道府県知事	2,608,000	1,023,962	39.2
政 令 市 長	220,331			
補助対象外	使 用 者	12,442,000	2,933,155	23.6

厚生省公衆衛生局調

(注) 市町村長の行う分については年度中途より対象者範囲が拡大されたため受診率が低くなっている。

第82表 届出結核患者のうち集団検診によって発見された者の占める率(百分率)

第82表 届出結核患者のうち集団検診によって発見された者の占める率(百分率)

年 次 (昭和)	百 分 率
24	6.2
25	7.5
26	10.8
27	10.1
28	13.9
29	13.7

厚生省公衆衛生局調

(注) 昭和27年の率は前半期のものであって、同年後半期においては、15.0となっている。

健康診断の全国における実施状況は、右に述べたように決して充分とはいえないが、市町村または企業体のなかにはその住民または従業員に対する結核の健康診断の実施を徹底して行っているところが少なくない。市町村の例を挙げれば、宮城県伊具郡の角田町では昭和二七年以来、毎年全住民を対象として無料で健康診断を実施しており、その受診率は毎年全住民の九九%を超えている。しかも、同町には国民健康保険が実施されているため、医療についての十分な指導と相まって、発見された患者の大部分が適正な医療を受けており、その結果、三年の間に、結核患者数は三分の一近くまで減少し、国民健康保険および生活保護法の医療扶助における結核医療費も、減少のきざしを見せている。

次に、企業体については市町村に比して徹底した健康診断を行うことは比較的容易であり、良好な成績をおさめているものが少なくない。たとえば、電気工業関係の某電線製造所では、昭和二八年夏以来、春秋二回従業員全員に対し無料で定期健康診断を実施して、有所見者については、定期的な精密検診を行い、積極的に治療を受けさせるとともに、回復者については後保護に留意するなど、総合的な結核に関する健康管理を行って来た。この結果、二年半の間に、結核による休業者数は、実数でも、全従業員に対する比率でも、六分の一に減少し、一般健康者よりの結核患者発生率は、二九年春の一・八%から、三〇年秋には〇・二%に下がっているし、また、健康保険組合における結核医療費は、二九年には著しく増加したが、その後減少し始め、三一年度予算額は、二九年の実績の約四割でしかないまでに至ったのである。これらの例によっても、結核による国民の負担を軽くするために、健康診断の徹底による早期発見、早期治療がいかに必要であるかが、推し測られるであろう。

また、予防接種は、通常健康診断と一体化して実施されており、その実績は第八〇表のとおりで、BCG接種者は年々減少しているが、これは主としてツベルクリン反応陽転率の上昇に伴う予防接種対象者の減少に基づくものである。なお、一般住民の予防接種に要する経費についても、昭和三〇年度から、健康診断の場合と同じだけ、実費徴収免除率が引き上げられている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

一 結核問題

(二) 結核対策

結核患家対策

在宅結核患者とその家族に対する対策、すなわち結核患家対策は、結核対策上きわめて重要な意義を有するが、その主なものを挙げれば、次のとおりである。

第一は、保健婦による家庭訪問指導である。これは、従前から患家対策の中心をなすものとして行われてきた施策であって、在宅結核患者が適正な療養を行い、家族が予防の実を上げるため、不可欠のものである。年次別の実績は、第八三表のとおり、おおむね年々上って来ているが、今後さらに、この活動を活発化することが望まれるので、現在かなり不足している保健婦の充足率をさらに高める必要がある。

第83表 保健婦家庭訪問件数

年 度 (昭和)	保健婦家庭訪問件数(千件)
26	1,200
27	1,342
28	1,282
29	2,310
30	2,190

厚生省公衆衛生局調
(注) 26年～28年は、保健所の保健婦による家庭訪問件数を示し、29年・30年は、全保健所管内における国民健康保険の保健婦による分をも含む家庭訪問件数を示し、結核関係分を推計した。

第二は、患者家族に関する健康診断と予防接種である。患者家族に対する健康診断と予防接種は、一般に対するそれとは別に扱われており、保健所だけでなく、都道府県知事または政令市(保健所の設置主体として政令で定められている市のことで、現在三〇市)の長から委託された医療機関において、随時無料で、健康診断等を受けられることとなっている。これは、東京鉄道局の調査によれば、結核患者である職員の家族は、健康な職員の家族にくらべて、ツベルクリン反応陽性率、病巣発見率ともに非常に高い(第八四表参照)、東北大学の調査によれば、結核の感染源の四八・五%は家族内にある(不明の者を除く)現状であるという各調査の結果が示すように、患者家族の感染する割合が一般の者よりも高いことからみてこの対策の必要性は明らかであるからである。

第84表 患者家族と一般家族との別によるツ反応陽性率および病巣発見率

第84表 患者家族と一般家族との別によるツ反応陽性率
および病巣発見率

		総 数	0～4歳	5～9歳	10歳以上
ツ反応 陽性率	病巣発見者家族	59.5	22.5	46.6	71.9
	病巣非発見者家族	37.5	3.5	20.1	60.9
病 巣 発見率	病巣発見者家族	5.4	5.0	3.2	6.1
	病巣非発見者家族	2.0	—	0.6	3.5

東京鉄道局調

第三は、隔離療養室の無償貸与である。間仕切り、窓あけ等在宅患者の療養環境を改善し、家族内感染を防止するための措置をとれない狭い住宅に住む患者に対し、昭和三〇年度より、全国的に実施すべきものとしてとり上げられたのが、組立式の隔離療養室(一・二坪ないし一・五坪)の無償貸与制度である。この隔離療養室については、生活保護法による被保護者その他低所得階層の患者が優先的に貸与の対象とされている。

そのほか、乳幼児をかかえた母親が結核にかかり療養所に入所できない場合には、乳幼児に対する予防措置として、児童福祉施設への収容、養育の委任等の措置をとり、医療扶助を受けている在宅結核患者については、栄養加算を行うなど、いろいろの措置が行われている。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

一 結核問題

(三) 結核医療費と公費負担制度

結核医療費

結核の療養は、特に長期を要する結果、疾病と貧困の悪循環は結核において特に顕著であるといつてさし支えない。このことは、たとえば、生活保護法の医療扶助を開始された者のうち三二・五%は結核のためであり、しかもこのうちの四三・三%は入院している(昭和二八年六月調)という事実によつても察せられよう。

昭和二九年度における結核医療費は、第八五表に示すとおり約五九二億円の巨額に達し、国民総医療費中直接医療費(二、一三四億円)に対する割合は、二七・八%であり、この結核医療費のうち六〇・七%を占める三六〇億円は入院費であると推計される。

第85表 負担区分別結核医療費(昭和29年度)

第85表 負担区分別結核医療費(昭和29年度)					
区 分	総医療費 (百万円)	総医療費 中結核医 療費の割 合(%)	結核医療費 (百万円)	結核医療 費中入院 費の割合 (%)	結核入院費 (百万円)
I 公的負担分	24,889	69.5	17,286	73.1	12,641
1. 生活保護法	21,295	64.5	13,735	89.4	12,279
2. 結核予防法	3,162	100.0	3,162	—	—
3. 未帰還者留守家族等 援護法	432	90.0	389	93.0	262
II 保険者負担分	103,178	27.9	28,755	70.1	20,143
1. 被用者保険	85,145	30.7	26,123	71.9	18,782
健康保険(政府管掌)	35,674	32.3	11,523	68.4	7,882
" (組管掌)	25,127	30.7	7,714	72.5	5,593
船員保険	1,352	19.0	257	56.3	145
日雇労働者健康保険	1,165	33.0	385	79.6	306
国家公務員共済組合	19,450	31.3	6,088	78.3	4,767
私立学校教職員 共済組合	376	41.4	156	57.3	89
2. 国民健康保険	15,764	16.7	2,632	51.7	1,361
3. 労働者災害補償保険	4,270	—	—	—	—
III 患者負担分	85,361	15.5	13,200	24.2	3,200
IV 総 計	213,428	27.8	59,241	60.7	35,984

厚生省公衆衛生局調

(注) 1. この表には、患者が医療に関連して負担した費用(物品、付添、交通費等)は、含まれていない。これを合せて推計すると、国民総医療費は228,169百万円となる。

2. 「総医療費中結核医療費の割合」および「結核医療費中入院費の割合」は昭和29年2月の医療扶助実態調査、昭和28年10月の社会保険医療総計実態調査、その他関係官庁の資料による。

さらにその負担区分を大別すれば、社会保険が最も多く負担していて全体の五一%、次に公的負担が三一・五%、患者負担は一七・五%となっている。ところが、同年度の国民総医療費については、保険者負担分が四八・五%、患者負担分が三九・五%、公的負担分が一・〇%となっており、この比率を見ると、結核の場合は患者負担がはるかに少なく、この分を公的負担が肩代りをしている計算となるのであって、これは、結核については、長期の療養を要し、かつ、医療費がきわめて高くつくことによるものと思われる。先に挙げた負担区分にいう患者負担分のうちには、公的負担または保険者負担に伴う一部自己負担が含まれており、それと完全自費患者の負担分との区分が明らかではないが、昭和三〇年七月の「患者調査」によれば、医療を受けている結核患者のうち、入院外については、被用者保険の被保険者は三四・七%、生活保護の被保護者は一一・一%を占めているのに、全額自費の者は七%にすぎず、これを入院について見るに、被保険者四一・七%、被保護者三四・〇%に比し、全額自費の者はわずかに三・一%でしかない。全額自費患者が特に軽症傾向を有するとは考えられないのみならず、このなかには、高額所得者に比しはるかに結核有病率の高い低額所得者が少なからず含まれていることを思えば、今挙げた数字は、医療費の重圧が、結核に関する徹底した療養を妨げている明らかに大きな原因の一つであることを示すものと言えよう。なお、昭和二九年における結核医療費中、国の負担している額は、約一三八億円と推計される。

ところで、さきに本章第一節において述べたように、わが国の国民総医療費は年々増嵩の一途をたどっているが、それには結核医療費の増大が一つの原因をなしているものと思われる。ことに、近年社会保険制度および公的扶助制度の財政にとって、結核が重大な意味を持っていることは、疑うことができない。たとえば、先に述べたとおり、政府管掌健康保険の医療給付費はここ数年来急激に増大しており、保険財政に大きな圧迫を加えていることは、周知の事実であるが、その医療給付費のうち結核に要する費用の占める割合は、最近特に大きくなって来ており、昭和三〇年度においては、三六・七%(被保険者の入院分については六五・九%)となっている。また、生活保護の医療扶助についてみるに、昭和二八年度における医療扶助費は、生活扶助費を上回って生活保護費全体のほぼ半ばを占めるに至り、以後その増嵩傾向は止まず、昭和三〇年度には、生活保護費の五一・四%(予算額)を占めているが、昭和二九年六月の調査によれば、その六四・五%(入院医療費については六九・七%)を結核が占めており、この割合はその前年に比し、いずれも大となっている。

結核医療費増大の原因としては、受診率の増加、化学療法の普及、エックス線検査および喀痰検査の普及、胸部外科手術の増加、病床の増加、入院料の改訂、特に完全看護・完全給食制度の新設などが挙げられるが、これらは、おおむね結核患者の治癒を促進するのに何らかの役割を果すものであると考えてよい以上、全体としてみれば、最近の結核医療費の増大は、国民保健にとってはプラスになっているといって、まずさし支えないであろう。しかしながら、健康保険や生活保護における医療費、特に近時著しい増嵩を示している入院費の相当部分を結核が占めている現状を見のがすわけには行かない。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

一 結核問題

(三) 結核医療費と公費負担制度

結核医療費公費負担制度

以上のように、結核医療費は、国民の生活と医療保障に関する諸制度の財政を圧迫しているが、現在、医療費問題に関しては、結核予防法に基づく公費負担という制度が存する。

結核医療費の公費負担には、一般患者に関するものと、都道府県知事により従業の禁止または結核療養所への入所を命ぜられた患者に関するものとの二種類がある。

一般患者に関する医療費公費負担においては、結核の適正な医療の普及のために医療内容が適正か否かを確認すること、および確認された医療に要する費用の二分の一を公費により負担すること、この二つの措置がとられている。ところで現在、公費負担の対象は、厚生省令で定める一定の医療に限られており、昭和三一年度から、外科療法に必要な入院等にまで拡大されたものの、なお、外科療法に必要な入院以外の入院は含まれていない。また、この公費負担率が二分の一であること、公費負担そのものが地方公共団体の義務でなく、かつ、公費負担に対する国庫補助率が二分の一であるため、地方公共団体における予算計上とその財政事情に支配され、各地方公共団体の間に不均衡が存することは、この制度の効果を不十分なものにしてしている(昭和三〇年度の医療種別公費負担状況は、第八六表のとおりである)。

第86表 医療種別公費負担件数(昭和30年度)

第86表 医療種別公費負担件数(昭和30年度)

化 学 療 法						人工気胸療法			人工気腹療法		
併用療法			単独療法								
申請	合格	承認	申請	合格	承認	申請	合格	承認	申請	合格	承認
932,548	874,221	553,106	27,581	25,307	16,686	35,208	34,119	22,566	45,141	44,133	30,338
胸部外科手術療法			肺外手術療法			肺外医療および処置療法			計		
申請	合格	承認	申請	合格	承認	申請	合格	承認	申請	合格	承認
43,404	41,981	22,235	8,844	8,508	5,714	19,914	19,470	14,217	1,112,640	1,047,739	664,862

厚生省公衆衛生局調

さらに、この制度は、結核予防法の規定を見ても明らかとなっており、本質上、国民全部に無差別平等に適用されるべきものであるが、必ずしもその趣旨は全うされていない。すなわち、第八七表によれば、昭和三〇年度における被用者保険の被保険者に関する承認率および被保護者に関する承認率は、かなり低く、前者は一般国民の四分の一に近いし、後者はその三分の二を若干上回る程度である。これは、特に地方財政の窮迫している現在、医療費の負担に最も困る一般国民が優先的に取り扱われることを示すものであって、現行のままの公費負担制度では、健康保険制度や生活保護制度にとっても寄与するところが少ないことは明らかであると言ってよいであろう。

第87表 社会保険、公的扶助の適用別から見た公費負担の状況(昭和30年度)

第87表 社会保険、公的扶助の適用
別から見た公費負担の状況
(昭和30年度)

区 分	合格率 (%)	承認率 (%)	
被用者 保 険	被 保 険 者	94.0	28.6
	被 扶 養 者	93.6	80.6
	計(平均)	93.9	45.9
国民健康保険	被保険者	94.8	90.0
生活保護	被保護者	95.1	68.3
その他一般国民		95.5	96.9
総 計(平均)	94.5	64.0	

厚生省公衆衛生局調

- (注) 1. 合格率とは結核診査協議会の
診査に合格した件数の申請総
件数に対する比率である。
2. 承認率とは公費負担を承認さ
れた件数の合格件数に対する
比率である。

次に、従業禁止患者および命令入所患者に対する公費負担については、これを受けた者の家族の生活を保障する途が特になく、入所命令を出した場合に公費で負担すべき入院費が高額に達すること、国庫補助率が低率であることなどの理由により、都道府県知事が容易に従業禁止または入所命令を行えないため、必ずしもその実施状況は満足すべきものではない。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

一 結核問題

(四) 結核病床の整備

結核病床は、昭和二五年末における一〇万床台を出発点とし、同二六年度より五ヵ年計画で一九万床を目標として整備が進められて来た。国立療養所の整備、結核療養所を設置または拡張しようとする地方公共団体または法人に対する国庫からの補助、健康保険組合または政府管掌健康保険における結核病床設置に対する国庫からの補助または繰入など、各方面より強力にその推進が図られた結果、国費または国庫からの補助、繰入による増加数とほぼ同数の自然増加があったことも幸いして、予定よりも一年早く、昭和二九年には目標数を突破するに至った。この間、昭和二八年に実施された結核実態調査の結果、要入院患者は一三七万人の多きに達することが判明したので、新たに二六万床計画を樹立し、昭和三〇年度から四ヵ年計画をもって目標数に達するよう努力中であるが、すでに、昭和三〇年末においては、約二三万六、〇〇〇床に達している(第八八表参照)。

第88表 結核病床整備状況

	割当 増加数	自然 増加数	年 末 病床数
昭 25 年			101,644
26	17,629	5,923	125,196
27	13,137	15,528	153,861
28	12,519	12,044	178,424
29	13,057	18,581	210,062
30	10,152	15,969	236,183

厚生省公衆衛生局調

(注) 割当増加数とは、国庫の負担、補助、繰入等に伴う増加数、自然増加数とは、それ以外の増加数をいう。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

一 結核問題

(五) 結核回復老後保護施設の整備

結核回復者の後保護と社会復帰に関する対策は、結核対策完成のしめくくりをなすものであるが、従来、わが国においてはとくなくおざりにされており、欧米諸国に比して著しい立遅れを示している。

結核回復者後保護施設いわゆるアフター・ケア施設とは、回復者のうち無職の者または原職復帰が不可能である者などを一定期間収容し、適正な健康管理のもとに、職業補導および生活指導を行う施設であって、古くから、その整備が要望されていたが、最近までは、僅かな民間施設のほかに、国立療養所において試験的に後保護事業が行われていたにすぎない状態であった。しかし、国も漸く昭和二八年度からその整備に本格的に着手することとなり、昭和三〇年度末までに一六施設、一、〇四六床が確保されている。また施設の運営費についても昭和三〇年度から二分の一の国庫補助が行われることとなったので、今後、後保護施設は、次第に充実して行くものと思われる。なお民間の後保護施設は、現在八カ所あり、三六一床を有している。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

二 精神衛生

精神衛生の意義と重要性

われわれが社会生活を営むうえで、身体のみならず、精神の健康を保つことがきわめて大切であることは言うまでもないことである。精神に障害があれば、現代の複雑な社会生活に適応しえないのみならず、人生の落伍者として取り残され、その妻子家族を不幸に陥れ、悲嘆にくれさせることとなる。またそれがこうずれば、社会の安寧に危害を及ぼすことにもなるであろう。

ところが、文明の進歩、社会生活の複雑化に伴い、精神障害は年々増大する傾向を示しているが、精神障害は果して世間で言われているように不治の病であろうか。すべての疾病における同じように、精神障害においても、早期発見、早期治療がその完全治癒へ導く何よりの近道である。たとえば、昭和二八年の「患者調査」によると、入院後六ヵ月以内の退院者が全体の七八・四%で、一年以内には全体の八七・七%の者が治癒ないし軽快のうえ退院していることからみても、このことは明らかである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

二 精神衛生

精神障害者の実態

ところで、わが国には、精神障害者はどの位いるのであろうか。昭和二九年七月に厚生省が全国的に行った実態調査によれば、精神障害者は約一三〇万人と推定され、このうち、精神分裂病、そううつ病、てんかん、梅毒性精神障害等の精神病患者が四五万人、精神薄弱者が五八万人、中毒性精神障害者その他の者が二七万人となっている。またこれを必要な処置別・診断別によって区分すると、施設収容を要する者は四三万人(すでに収容されている者を除く)、在宅のまま専門医の治療または指導を要する者は三九万人、在宅のままその他の指導を要する者は四四万人と推定されている。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

二 精神衛生

精神衛生対策の現状と問題点

わが国の精神衛生対策は、従前は、旧精神病患者監護法および旧精神病院法が示すように、精神障害に対する発生後の事後対策が主であったが、現在では、その根拠法たる精神衛生法(昭和二五年制定)の内容を見ても明らかであるように、たんに精神障害者の医療・保護のみならず、精神障害に対する積極的な予防をも、その内容としている。

しかしながら、わが国においては、従来精神の健康に対する関心がすこぶる薄く、精神衛生の面においては、諸外国に著しく立ち遅れている現状である。昭和三一年三月末現在、精神病院の数は二六九、その病床数は三万七、〇四四、一般病院における精神病床数は八、六〇五、精神病床総数は計四万五、六四九となっているが、人口一万に対する精神病床数については、アメリカが四三・三四(昭和二八年)、イギリスが三六・一九(昭和二七年)であるのに対し、わが国はようやく五・〇八であり、精神衛生法が施行されてから、精神病床数が年々飛躍的に増設されているにもかかわらず、これだけの差があることは、注目さるべきである。しかも、昭和三一年三月末現在の入院患者数は、四万九、八九三人であって、病床利用率は一〇九%を示しており、前述の実態調査によれば要収容者四三万人と推定されていることを思えば、精神病床の不足は歴然たる事実であると言わなければならない。

また、要収容者の医療・保護の任に当る医療関係従事者についてみると、昭和二九年一二月現在、精神科、神経科の専門医の数は、一、〇六二人で全体の一・三%、精神病関係の看護婦、准看護婦および看護人の数は二、三七三人で全体の二・九%(これらは、診療従事者または就業者の数である)となっているが、いずれも需要を十分に満たしていない状況であり、ことに、男子看護人の不足は、病院運営上黙視しえないものがある。

一方、在宅のまま治療または指導を要する者八三万人については、医師による訪問指導および精神衛生相談所の指導が行われているが、精神衛生相談所は、まだ十分に活用されていない現状である。これは、同相談所がわずかに四一カ所しかなく、相談所職員中に精神衛生の専門家がきわめて少ないため、精神衛生活動の民間への浸透が著しく阻まれていることによると考えられるので、この点の充実が望まれる。

なお、精神衛生対策の一環として、一八歳未満の精神薄弱者すなわち精神薄弱児については、前章第三節において述べたとおり、特にこれを対象とする各種の施策が講ぜられていること、国民資質の向上という見地から、一定の精神障害を有する者については、優生保護法による優生手術の実施により、不良な子孫の出生の防止が図られていることをつけ加えておきたい。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

三 伝染病

急性伝染病

社会情勢その他の諸条件が悪かった終戦前後は、発疹チフス、痘そう、コレラ等各種伝染病の異常な流行をみたが、その後、社会生活の安定と防疫体制の強化に伴って、これらの急性伝染病は全く影をひそめ、腸チフス、パラチフスおよび流行性脳脊髄膜炎も甚だしく減少して来ている。これに反し、現在なお多発をみている伝染病で、防疫上特に重視すべきものは、赤痢(疫痢を含む)、ジフテリア、日本脳炎およびしょう紅熱の四つである。

昭和二三、四年当時一時減少をみた赤痢患者は、昭和二五年から再び増加し、二六年以降は毎年約一〇万前後の患者数の発生をみるに至った。赤痢は、幸いに抗生物質等の新薬の出現により、致命率は激減しているが、なお疫痢については、まだ効果的な薬品がないため、死亡率も高く、多数の児童が死亡している現状である。また戦後大流行をみたジフテリアは、一時減少をみていたが、昭和二八年から再び増加の傾向を辿り、昭和三〇年には二四年頃と同じ患者発生数をみている。このほか、日本脳炎は昭和三〇年に患者数が再び増加し、かつ致命率の極めて高い疾病であり、しょう紅熱も昭和二七年から発生増加の傾向にあるなど、これらの伝染病については、今後大いに警戒を要すると言ふべきである。

第89表 昭和30年伝染病統計

第89表 昭和30年伝染病統計					
病名	患者数	罹患率	死者数	死亡率	
赤痢	80,654	90.3	6,042	6.7	
腸チフス	1,939	2.2	105	0.1	
パラチフス	590	0.7	13	0.0	
痘そう	13,486	15.1	62	0.1	
ジフテリア	15,557	17.4	913	1.0	
流行性脳脊髄膜炎	630	0.7	161	0.2	
日本脳炎	3,699	4.1	1,373	1.5	

資料：厚生省統計調査部「伝染病簡速統計年報」。

(注) 1. 罹患率および死亡率は、人口10万人に対する発生数を表わす。

2. 死亡は人口動態統計年報による。

このように、わが国の伝染病の実態は、なお楽観を許さないものがあるが、伝染病予防上特に留意すべき点としては、衛生知識が不十分であるために予防が徹底しない例が少なくないこと、各種消化器系伝染病の発生源であるふん尿の衛生的な処理が充分に行われていないこと、予防接種の実施率は必ずしも高いとは言えないことなどがあげられる。なおこのほか、小児まひ、麻疹、百日せき等による被害も看過しえない状況であり、また流行性肝炎、流行性腎炎等の伝染性疾病も最近流行の傾向を示しているので、今後強力な措置を考慮する必要がある。また、すでに一万二、〇〇〇床に達しているが、なお目標数の半ばでしかない隔離病床の整備にも配慮する必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

三 伝染病

性病

性病は依然として国民の間にまん延しており、その国民の健康に及ぼしている危害は少なくない。昭和三〇年の性病届出患者数は、梅毒二万八、六七三、りん病一三万四、五七一、軟性下かん四、六三六、そけいりんぱ肉芽しゅ七〇、計十六万七、九五〇となっており、前年に比し約一万六、〇〇〇の減少を見ているが、性病という疾病の特殊性を考えれば、現実に罹患している者の数はこれをはるかに上回るとみてよいであろう。

性病のうち最も害の大きい梅毒について、さらに詳細に見ると、昭和二九年に全国の保健所において実施した血液検査の結果によれば、国民の梅毒血清陽性率は大体四%内外であり、このうち妊婦の血清検査陽性率は二・六%となっているが、そのうち相当数が先天梅毒児を生む可能性を有するわけである。また、梅毒による死亡数は、昭和三〇年において二、八五〇人(概数)に及び、さらに失明原因中の四・六%が梅毒であり、梅毒による精神障害は全国で一万八、〇〇〇人と推定されるなど、梅毒がわが国民に与えている害は少なからぬものがあると言える。

現在、性病については、主として売いん者を対象としていた旧花柳病予防法等に基づく従前の対策と異なり、広く国民全般を対象とする諸施策が、昭和二三年に制定された性病予防法に基づき、早期発見および完全治療を主眼として行われている。しかしながら、性病については、本質上隠蔽と感染との悪循環が積み重なって行くため、性病予防対策は衛生行政のうちでも最も難しいものの一つとされており、その実を挙げるためには、まず国民各自の性病に対する認識を深めることが大切である。ことに、昭和二八年に厚生省が実施した「全国病院、診療所の患者調査」によれば、性病新患者のうち一五歳以上二五歳未満の者がその五〇%を、二五歳以上三五歳未満の者がその三五%をそれぞれ占めているという結果と、妊婦の梅毒がその子に及ぼす恐るべき影響とにかんがみ、青壮年層および母性層に重点をおいた衛生知識の普及の必要が痛感されるのである。

また、早期発見および完全治療による感染源の除去を図るためには、低所得階層対策に特に配慮し、減免治療を促進する必要があるが、減免の実施主体は都道府県知事または市町村長であって、地方財政窮迫の折から、その実施は困難となって来ている。昭和三〇年度の減免率は一二%であるが、先進諸外国が性病の無料治療を実施していることを考えても、この率をさらに高めたいものである。

なお、患者の接触者を追求して、その接触者を患者として治療につかせるための接触者調査制度は、的確に行われれば、性病予防上大きな効果を期待できるのであるから、現在その専従職員が置かれていないうえ、調査員の効率も甚だ小さい実状を、すみやかに改善する必要があるものと思われる。特に売春防止法の施行とともに、今後潜在化が予想される性病の主たる感染源である売いん者を追求して行くためにも、この接触者調査は欠くべからざるものと言わなければならないであろう。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

四 保健所

保健所の設置と業務内容

公衆衛生施策の第一線的行政機関である保健所は、おおむね人口一〇万を基準として都道府県または政令で定める市(すでに述べたとおり、おおむね人口一五万以上の市について、現在三〇指定されている)によって設置されているが、昭和三十一年三月末現在、七八三カ所(都道府県立六八六、市立九七)である。

保健所の行っている業務は、結核予防を始め、公衆衛生の全分野にわたっており、その主なものとしては、エックス線検査、健康相談、保健婦の家庭訪問指導、伝染病の予防接種、栄養指導、環境衛生、食品衛生に関する監視などが挙げられ、そのどれもが、国民の生活に直接結びついたものばかりであるといつてよい。このように、その業務が広範囲に及んでいることに相応じて、保健所の職員には、医師、歯科医師、薬剤師、栄養士、保健婦、助産婦、看護婦等の医療関係者および監視業務を行う者など、いろいろの職種に属する者が配置され、それぞれ保健所業務の一翼をになっているわけである。

これらの業務内容を一見してもわかるとおり、保健所は、現在指導行政と取締行政とを併せ行っているが、これは戦後においてとられた態勢である。昭和一二年の旧保健所法の制定により始めて設置された当初、保健所は、国民一般に対する全面的な保健指導だけをその業務としていたが、終戦後、昭和二二年の保健所法の全面改正により、保健指導業務がさらに拡充強化されるとともに、公衆衛生関係の取締業務も保健所の所管事項となったのであって、ここに、従来、警察が取締面を、保健所が指導面を、それぞれ分担していた公衆衛生行政が、一本となって実施されることになったわけである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

四 保健所

人員と設備の現状

ところで、保健所は、現在、その与えられた任務を十分に果しているであろうか。

まず、問題となるのは人員の充足状況である。昭和三〇年七月現在における指導行政に従事する職員の充足状況は第九〇表のとおりであるが、職員の実数は、この業務を処理する最小限度の定員を大幅に下回っている。人員の不足は、特に医師において甚しく、各保健所について見るに、専任の医師のいない所九、一人のみの所一三九、二人のみの所一五九というきわめて深刻な状態を呈している。このような医師の不足は、保健所活動のがんをなしていると言わざるをえないし、医師とともに保健所活動の中核となるべき保健婦の不足も、保健指導業務の推進を弱めていると言えよう。

第90表 保健所の人員充足状況(昭和30年7月現在)

	定員	実数	充足率 (%)
医師	5,210	2,732	52.4
保健婦	7,969	5,316	66.7
その他の職員	18,292	14,790	80.9
合計	31,471	22,838	72.6

厚生省公衆衛生局調

結核問題に関する記述のところでも若干触れたように、一般の医療機関より各種措置の実施能力の優れている保健所は、今後、従来以上に結核予防上重要な役割を果さなければならないのであるが、さし当り、昭和三〇年の結核予防法の改正による健康診断の対象範囲の拡大(保健所が実施すべき者については、約二、〇〇〇万人の増加を見た)に応ずるためには、人員とともに、設備内容を充実しなければならないことは言うまでもない。しかしながら、エックス線間接撮影装置、レントゲン自動車などの整備状況は、質量ともに充分とはいえない。

このような人員および設備内容の現状は、所要経費に関する負担が、保健所を設置し、運営している地方公共団体の重荷になっていることによるものであるが、さらに、近時、地方財政の窮迫に伴い、保健所予算に対する財政負担を使用料増徴の方法によって保健所の利用者に転嫁する傾向が強くなり、歳入を伴う事業に重点が置かれがちであるため、保健所本来の姿が歪められつつあることは、注目を要する。

今後、保健所が、国民保健の向上のための第一線の行政機関として、保健婦による家庭訪問サービス、その他の積極的な保健指導面における活動を、より強力に推進する必要のあることはもちろんである。しかも、指導面に限らず公衆衛生に関する業務全般が、今後ますます増大の一途をたどるであろうことを思えば、これを一手に引き受けて処理すべき保健所に関し、その業務の合理化を図るとともに、人員および設備内容の充実を力に注ぐことは、公衆衛生における重大な課題の一つであると言わなければならない。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第三節 疾病といかに取り組んでいるか

四 保健所

衛生検査機構

公衆衛生行政が科学的な基礎に立って行われるものである以上、これらの行政の科学的基礎を築く試験検査機構の充実も、決して見逃しえない問題である。現在これらの機構としては、保健所検査室のほか地方衛生研究所が存する。このうち地方衛生研究所は、各都道府県と四大都市に設置され、伝染病その他の疾病の原因の探索のほか、食品の検査、温泉成分の分析等地方における総合的な試験検査業務を行っているが、最近の要処理件数の増大に対処するため、その人員および設備内容の急速な充実が強く望まれている。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

——疾病保険の状況——

疾病は、大多数の国民が、その人生において免かれることのできない重大な事故の一つである。それは、たんに本人の健康を損うばかりでなく、その世帯に医療費の支出と、収入の減少ないし杜絶あるいは喪失という経済的な負担を負わせ、その結果疾病と貧困の悪循環を生むことは前に述べたとおりである。

このような疾病を未然に防ぎ、その撲滅を図るためにどのような国の施策が行われているかについては、前節に述べたところであるが、一方国民の側におけるこの疾病に対する備えはどのようになされているであろうか。

もとより個人としては、自らの健康を保ち、それを増進させるためのいっさいの努力を怠ってはいないし、また疾病による不時の出費という事故に対しても、貯蓄その他による何らかの備えを忘れてはいないであろう。しかしながら戦後における医学医術の進歩に伴う医療内容の向上は、巨額の出費を要することとなり、それに応ずる所得が必ずしも一般に保障されない今日においては、もはや大多数の国民に対し、自己の備えのみによって医療費を負担させることを困難ならしめるに至った。戦後、疾病保険が急速に普及をみ、やがて医療保障の達成ということが最大の国民的要望として叫ばれるようになったのは、このような医療費の著しい高騰により、疾病と貧困の悪循環という命題が、より広くより鮮明に認識されるようになったからであるといってもよいであろう。

さてこの医療保障制度は、すべての国民に対し、何らかの形において医療を受ける機会を保障しようとする国と国民による共同の備えであるが、われわれが現在有するその具体的施策の主なものとしては、各人が資力に応じた拠出を行い、疾病という共通の事故に備える社会保険と、生活困窮者に対する公費による医療扶助との二つが挙げられる。

医療保障の形態をどのようなものにするかについては、国によりまた時代により必ずしもその軌を一にしない。それは、それぞれの国における社会経済状態、国民性、特に医療制度との関連などから自ら定められるべきものであり、わが国における医療保障を今後どのように推し進めて行くかについても、これらの点を考慮し慎重な考慮が払われなければならないであろう。しかしながら、さし当り、すでにある程度整備され、かなり普及をみている現行の社会保険制度を、さらに拡充し、強化して行くことが最も近道ではないかと考えられている。もちろん、保険という形をとる以上、当然保険料を負担できない階層の存在することが予想され、その限りにおいて公的扶助という制度は依然必要とされるであろうが、それはあくまでも補完的役割を果すに止まるであろう。

さて医療保障制度のうち医療扶助については、すでに前章において述べた。そこでここでは疾病保険としての各種社会保険制度について述べることにする。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

一 疾病保険の概況

疾病保険の体系

疾病保険は、社会の集団の構成員がその資力に応じた拠出を行って、疾病という共通の事故に備え、その危険を共同負担するという社会保険である。したがって疾病保険は、疾病に罹った場合の医療(あるいはそれに必要な費用)と、疾病による収入喪失に対する傷病手当金との二つの給付を行うのを建前とするが、同時に制度の体系も、社会の集団の特質に応じて、それぞれ別の制度を採ることが好都合の場合が多い。わが国の疾病保険制度も、一定の職域の被用者を対象とする職域保険と、一般国民を対象とする国民健康保険という地域保険に大別され、前者についてはその職域等に従って、健康保険、船員保険、日雇労働者健康保険、国家公務員共済組合等の諸制度に分れている。

職域保険は、保険料をおおむね雇主と被用者が折半負担し、被用者の保険料は所得に応じて拠出する建前となっているが、地域保険は、保険料について雇主の負担がない点は当然として、さらに保険料が必ずしも所得の多少によって決定されず、このほかに世帯割、人頭割等の基準が加味されていることと、疾病による所得の喪失に対する傷病手当金制度を欠いていることなど給付についてもかなりの差があり、前者と対照をなしている。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

一 疾病保険の概況

疾病保険の普及状況

このような疾病保険制度が、国民保健において重要な意義をもつものであることはいうまでもないが、これらの諸制度の近年における普及、発展はきわめて著しいものがあり、今や医療保障制度の中核を形成するに至っている。たとえば普及状況によってこれを見ると、第九一表のとおり、昭和三十一年三月において職域保険については労働力調査の被用者人口の七三・六%が適用を受けている。これは二九年度の七六・一%を若干下回るものであるが、それは労働力人口の伸びが普及率の伸びを上回った結果であり、実数においては約六七万人の増となっている。さらに総人口に対する疾病保険の普及状況については、対象人員は約六、一〇九万人、普及率六八・一%で、これは二九年度の五、八四三万人、六五・八%を実数で二七二万人、百分率で四・七%上回っている。

第91表 疾病保険の普及状況(昭和31年3月末日現在)

		疾病保険の適用を受ける者			
		被用者	被扶養者	一般国民	計
健康保険	政府管掌	5,242,120	6,738,615	—	11,980,735
	組管掌	3,313,199	6,394,474	—	9,707,673
日雇労働者健康保険		666,529	805,670	—	1,472,199
船員保険		164,866	280,903	—	445,769
国民健康保険		—	—	28,558,400	28,558,400
国家公務員共済組合		2,801,741	5,015,116	—	7,816,857
私立学校教職員共済組合		58,871	55,404	—	114,275
市町村職員共済組合		337,177	657,495	—	994,672
計(A)		12,584,503	19,947,677	28,558,400	61,090,580
		被用者人口		総人口	
人口(B)		17,090,900		89,800,000	
普及率(A/B)%		73.6		68.1	
未適用人口(B-A)		4,505,497		28,709,420	

厚生省保険局調

(注) 1. 国民健康保険は昭和30年12月末の数である。

2. 適用人員のうち約200万人は、国民健康保険と他の保険の二重加入者であるとみられる。

疾病保険が国民医療に占める地位は、医療費の面からもこれを知ることができる。すなわち、国民総医療費のうち疾病保険の負担分は、昭和二九年度において業務上の傷病に対するものを含めて四五%に上っている。

疾病保険の普及状況は、診療担当者の面から見ても著しいものがあり、昭和三〇年六月現在、保険医師六万五、七八九人、保険歯科医師二万九、二四二人および保険薬剤師一万四、八二六人は、わが国の医

師、歯科医師および薬剤師総数のそれぞれ七一%、九五%および二九%に当る。保険薬剤師の比率は最も低いが、これも医薬分業の進展に伴い、今後さらに増大するものと予想される。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

一 疾病保険の概況

今後の課題

以上のように疾病保険は、その国民医療に占める地位を年毎に高めてきたのであるが、今後医療保障の達成を図るに当たってはなお多くの困難な問題が残されている。すなわち、まず、現在疾病保険制度の適用を受けていない国民は約二、九〇〇万人、総人口の約三二%に及んでいるが、これらの疾病保険未適用者を、今後どのような形で保険の網の目に取り入れて行くかということは、最初の、そして最大の課題をなすものといつてよい。特に未適用者のうち、国民健康保険を実施していない大都市の住民、および健康保険の適用外となっている五人未満事業所の従業員の取扱いは、はなはだ困難な問題点を含んでいる。たとえば五人未満事業所の全被用者を将来どのような疾病保険によってカバーしていくか、すなわち、国民健康保険によるか、被用者保険によるかについては種々意見の分れるところである。純理論的な立場からは、従業員五人以上の事業所の被用者との均衡からできるだけ健康保険に取り入れるべきであるという意見も出よう。一方、現実論としては、これらの事業所が非常な数に上ること、その雇用関係も明確でなくまた異動も激しいこと、保険料の基礎となる標準報酬額も小さくその把握も困難であること、等の点からみて、事務費もかなり増大し、また現在の保険行政機構を大幅に充実強化しない限り、実現困難であるという意見も有力である。いずれにしても、これら事業所の実態は、必ずしも明確に把握されていないので、早急に実態を把握することが必要であろう。

次に、現行各種疾病保険制度における一人当り医療給付費のうち、保険者負担分(昭和二九年度)について見るに、政府管掌健康保険の被保険者については約五、七〇〇円、同被扶養者については約一、〇〇〇円、国民健康保険の被保険者は約六〇〇円となっており、たんに給付金額のみをもって比較することは疑問があるとしても、それぞれの制度によってカバーされている国民の間に非常な不均衡があることは明らかである。このような制度間における不均衡の是正は、さし当りは国民健康保険における給付内容の引き上げを第一として取り上げられなければならない。

さらに、健康保険等被用者保険における医療給付は、その種類においても、その内容においても、大半のものは先進国に劣らない水準に到達しているのであるが、後に述べるように、近年におけるその保険財政の収支状況は楽観を許さないものがあり、このような高水準の給付を保ちつつ、保険財政の均衡をいかに維持して行くかということも、容易ならぬ問題と言わなければならない。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

二 健康保険

制度の概要

昭和二年、わが国最初の疾病保険として誕生した健康保険は、現在は被用者とその被扶養者を対象とし、業務外の傷病、分娩、死亡等の保険事故に対して給付を行っている。今日では五人以上の従業員を有する事業所に雇用される者のほとんどすべてが適用を受けており、被保険者八五六万人、被扶養者一、三一三万人に上っている。健康保険には政府管掌と組管掌の二つの形態がある。前者にあっては、政府がこれを運営するのに対して、後者は、法律の規定によって三〇〇人以上の従業員を有する事業所が独立して健康保険組合をつくり自主的に運営を行うものであり、通常組合員一、〇〇〇人以上のものが多い。

しかし両者はたんにその運営主体を異にするだけでなく、その内容においてもかなりの相違が認められる。すなわち、昭和三一年三月現在政府管掌健康保険では、一事業所当り平均被保険者数は約二二人、平均標準報酬一万一、七八一円であるのに対し、大企業の事業所の被用者がつくる組管掌健康保険では、一組合当り平均組合員数は約三、六五三人、平均標準報酬一万七、六五八円となっている。前者においては、いわゆる中小零細企業が多数含まれている結果、保険料の基準となる標準報酬額も小さく、時に従業員の雇用関係が必ずしも明確でない場合もある。これはわが国産業構造の特殊性に起因するものであるが、後述する保険財政の赤字問題あるいは適用範囲拡大等を論ずる際、常にわれわれが直面する問題である。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

二 健康保険

被保険者

健康保険の被保険者は、強制被保険者、任意包括被保険者および任意継続被保険者の三グループに分けられている。強制被保険者というのは工鉱業、運輸通信業、商業、金融業等法律に列挙される事業を営み常時五人以上の従業員を使用する事業所に雇用される者を言い、これらの者は強制的に被保険者となるわけである。このうち臨時に短期間雇用される者は除外される。任意包括被保険者は、それ以外の事業所に雇用される者で、事業主が従業員の過半数の同意を得てその事業所のすべての従業員を包括的に被保険者とした場合である。任意継続被保険者は、以上の被保険者がその資格を喪失した場合であっても、その直前の二ヵ月間以上被保険者であった場合には自から保険料を支払って六ヵ月間を限って被保険者としての資格を継続することができるものである。

昭和三一年三月現在における被保険者数は、政府管掌において五二四万人に達し、前年度末に対し約六%の増となっている。組管管掌は、九〇七組合、三三一万人を擁し、前年度末に対し、それぞれ一・五%、約三%の増をみせている(第九二表および第九三表参照)。

第92表 政府管掌健康保険被保険者数

	強 制	任意包括	任意継続	総 計
昭和26年3月	3,523,507 (100.0)	55,643 (100.0)	567 (100.0)	3,579,717 (100.0)
27年3月	3,930,851 (111.6)	85,910 (154.4)	838 (147.8)	4,017,599 (112.2)
28年3月	4,280,661 (121.5)	117,984 (212.0)	830 (146.4)	4,399,475 (122.9)
29年3月	4,887,415 (138.7)	99,932 (179.6)	817 (144.1)	4,988,164 (139.3)
30年3月	4,885,889 (137.2)	103,567 (186.1)	1,377 (242.9)	4,940,833 (138.0)
31年3月	5,130,577 (145.6)	110,122 (197.9)	1,421 (250.6)	5,242,120 (146.4)

厚生省保険局調

第93表 健康保険組合数および被保険者数

第93表 健康保険組合数および被保険者数

	組合数	被 保 険 者 数		
		男	女	計
昭和26年3月	779	2,342,513	693,818	3,036,331
〃 27年 〃	820	2,411,113	693,475	3,104,588
〃 28年 〃	873	2,546,256	767,639	3,313,895
〃 29年 〃	894	2,470,515	749,521	3,220,036
〃 30年 〃	907	2,530,324	782,875	3,313,199

資料：厚生省保険局「事業概況」

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

二 健康保険 保険料

政府管掌の分の保険料は被保険者の標準報酬月額千分の六五で、これを事業主と被保険者が折半負担することになっている。標準報酬月額というのは、保険料および保険給付算定の基礎として被保険者の報酬月額を区分したもので現在最低三、〇〇〇円から最高三万六、〇〇〇円までの二〇等級となっている。保険料率および標準報酬等級区分は、給付費の増嵩による支出の増大に伴う保険料収入のバランスを確保するため数次の改訂を経ているが、戦後における変遷は第九四表のとおりである。

第94表 標準報酬等級区分および政府管掌保険料率の変遷

年 度 (昭年)	期 間		標準報酬等級			料 率					
	自	至	最 低	最 高	等級数						
22年度	24年4月	22年5月	30	600	20	石炭山労務者 $\frac{80}{1000}$					
						職 員 $\frac{30}{1000}$					
						そ の 他 $\frac{48}{1000}$					
23年度	23年6月	23年12月	100	2,000	20	$\frac{36}{1000}$					
						23年1月	23年7月	300	5,100	17	$\frac{40}{1000}$
						23年8月	23年12月	300	8,100	27	$\frac{44}{1000}$
24年度	24年1月	24年3月	300	13,800	40	$\frac{50}{1000}$					
						24年4月	24年4月	300	13,800	40	$\frac{50}{1000}$
						24年5月	24年7月	2,000	24,000	19	$\frac{55}{1000}$
25年度	24年8月	25年12月	2,000	24,000	19	$\frac{60}{1000}$					
						25年1月	28年10月	2,000	24,000	19	$\frac{60}{1000}$
28年度	28年11月	30年5月	3,000	36,000	20	$\frac{65}{1000}$					
						30年6月	現在まで	3,000	36,000	20	$\frac{65}{1000}$

厚生省保険局調

一方組合管掌の保険料率は、千分の三〇から八〇までの間で組合が定め、行政庁の認可を受けることとなっており、三〇年度の平均料率は千分の六三・三七である。事業主負担も組合の規約によって定められるので、政府管掌にくらべて事業主負担部分は若干高く、全組合の平均は六四%である。このように保険料率も事業主負担割合も弾力性をもち、ある程度組合の自主性が認められているのが、特色である。

昭和二六年以降における保険料率の変遷は、第九五表のとおりで、政府管掌と同様に漸増をみせている。料率別に組合数をみると、六〇の組合が最も多く二八二組合に対し、五〇以下の組合四〇、最高八

〇の組合一八となっているが、六〇ないし七〇の料率の組合数は六六八で全組合数の約七四%を占め、全組合の平均料率は前記のとおり六三・三七であるから、おおむね政府管掌の料率と大差がないものといえよう。

第95表 健康保険組合の平均保険料率の推移

	平均料率	指数
昭和26年度	59.60	100.0
27	60.65	101.8
28	61.53	103.2
29	62.35	104.6
30	63.37	106.3

厚生省保険局調

しかしながら、被保険者一人当たり平均保険料が三〇年度において政府管掌八、六八七円、組管掌一万三、四一六円であるのは、政府管掌と組管掌の事業所の規模の相違による平均賃金の格差を示すものとはいえ、政府管掌の保険財政が著しく不均衡をきたした際においても組管掌においてはその積立金の取崩し、付加給付の廃止縮小などの措置によって切り抜け得たことは、両者の保険財政の内容に著しい相違があるものとして注目される。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

二 健康保険

給付の内容

保険給付には、被保険者本人に対するものとして療養の給付、療養費、傷病手当金、埋葬料、分娩費、出産手当金および哺育手当金、それから被保険者の被扶養者に対するものとして、家族療養費、家族埋葬料、配偶者分娩費および哺育手当金があり、いずれも法定の給付である。療養の給付は被保険者が保険医等から直接給付を受ける仕組のいわゆる現物給付であって、診察、薬剤または治療材料の支給、処置、手術その他の治療、病院または診療所への収容、看護および移送をその内容としている。また緊急の場合等には、療養に要した費用が、療養費として償還される。傷病手当金は、傷病による所得の喪失をカバーするもので、同一の傷病について六ヵ月間(結核性疾患の場合は一年六ヵ月間)、一日につき標準報酬日額の百分の六〇(被扶養者のない被保険者が入院中の場合は百分の四〇)が支給される。出産手当金は、出産による所得喪失をカバーするために、出産の前後おのおの六週間傷病手当金と同じ割合で支給されるものである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

二 健康保険

給付費の推移

(イ) 政府管掌

昭和三〇年における政府管掌の給付費の総額は五〇八億四、四〇〇万円で、これを二六年度と比較すると一五六%の増であり、二九年度に対しても一七%の増となっている。またこれを被保険者一人当りで見れば九・一九五円で二六年度および二九年度に対して、それぞれ三・四%および六・九%の増を示している。

このうち医療給付費は諸給付の中で最も重要なものであり、給付費総額の約八割を占めているが、昭和三〇年度においては四一六億三、一〇〇万円に達し、増加傾向は最も顕著である。すなわち、医療給付費を昭和二六年度と比較すれば実に一六九%増となり、昭和二九年度とくらべても一八%の増加をみている。さらに被保険者一人当りでこれをみると、二六年度に対して一〇五・四%増、二九年度に対しては七%増というきわめて急激な上昇割合を示している。

このような増嵩は、いかなる理由によるものであろうか。現行の点数単価制という診療報酬の支払方式の下においては、医療給付費は、受診一件当り点数および一点単価の相乗積(一点の単価に受診一件当りの点数をかけ合せる)によって算出されるのである。一点単価は、昭和二六年一二月、甲地(京浜、京阪神、名古屋の地域)一二円五〇銭、乙地(甲地以外の地域)一一円五〇銭に改訂されて以来、現在まで変更がない。そこでこのような著しい増嵩原因を、一件当り点数と受診率との関係において検討してみよう。なお、受診率というのは被保険者一人当り年間受診件数を表わすのであるが、この際一ヵ月一件として計算されるものである点に注意を要する。

まず一件当り点数の推移を見ると第九六表のとおりで、被保険者および被扶養者の入院と被保険者の歯科診療における増大が最も著しい。一件当り点数の増大は診療内容の向上、医療施設等の拡充等を反映するものであって、特に結核病床整備に関連していると考えられる。二六年度を一〇〇・〇とする指数で一件当り点数の推移を見ると、被保険者の入院は二九年度一四八・六、三〇年度一四七・七、被保険者の歯科は二九年度一四九・九、三〇年度一四四・七、被扶養者の入院は二九年度一三六・七、三〇年度一四〇・五となっている。

第96表 政府管掌健康保険一件当り点数の推移

第96表 政府管掌健康保険一件当り点数の推移

	被保険者(本人)			被扶養者(家族)		
	一 般		歯 科	一 般		歯 科
	入 院	入院外		入 院	入院外	
昭和26年度	699.8	51.7	78.7	555.2	42.5	65.1
27	824.3	54.0	86.5	639.0	44.2	63.2
28	895.9	57.1	101.0	681.5	46.2	65.8
29	1,109.1	61.7	118.0	759.1	48.3	67.6
30	1,033.7	60.6	113.9	779.9	47.5	65.4

厚生省保険局調

入院点数の著しい上昇が結核医療の急速な拡充に関連していることは前にも触れたが、次にその具体的内容を簡単に検討してみよう。ペニシリン、パス、ストマイ等をはじめ、抗生物質および化学療法剤が昭和二八年四月から全面的に採用され、さらに胸廓成形手術が採用されるなど、新薬、新療法が採用され普及するに至ったと同時に、結核病床の整備が推進され、年間約二万床の増床が行われるなど、結核医療の進展は著しいものがあり、医療給付に占める結核医療の比率は三六・七%に上り、特に被保険者の入院に関しては六五・九%が結核による入院により占められている。また、二八年一二月に行われた入院料及び往診料の引き上げを主な内容とする点数改正が一件当り点数に与えた影響も見逃すことができない。

他方、受診率についても、第九七表の示すとおりその増大は著しい。

第97表 政府管掌健康保険受診率の推移

第97表 政府管掌健康保険受診率の推移

区 分	昭和26年度	昭和27年度	昭和28年度	昭和29年度	昭和30年度	
被保険者(本人)	一 入院	0.117	0.134	0.149	0.185	0.207
	一 入院外	2.509	2.808	2.948	3.256	3.502
	歯 科	0.546	0.576	0.619	0.674	0.682
	計	3.174 (100.0)	3.519 (110.9)	3.717 (117.1)	4.116 (127.7)	4.392 (138.4)
被扶養者(家族)	一 入院	0.071	0.080	0.085	0.092	0.096
	一 入院外	2.411	2.654	2.776	2.918	3.063
	歯 科	0.292	0.352	0.414	0.450	0.472
	計	2.775 (100.0)	3.087 (111.2)	3.276 (118.0)	3.461 (124.7)	3.631 (130.8)
合 計	5.950 (100.0)	6.607 (111.0)	6.993 (117.5)	7.577 (127.3)	8.024 (134.8)	

厚生省保険局調

- (注) 1. 受診率は1年度における請求件数(1ヵ月1件として請求する)を年間平均被保険者数で除したものである。
2. この表の年度は、各年ともに3月から2月までである。

しかしてもともと、受診率は、社会の有病率と密接に関連を有することはもちろんであるが、このほか早期診断、早期治療等衛生思想の普及、医師の増加、医療施設、特に病床の整備普及は受診率を増大させる大きな要素となっている。また受診に伴い、所得の減少、または若干の自己負担等経済的負担が加わることを考慮にいれると、勤労者の生活水準の向上も見逃し難い要素であろう。この点は第九六表の示すとおり、被保険者の入院および被扶養者の歯科において、特にその増加が顕著であることから明らかといえる。

厚生白書(昭和31年度版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

二 健康保険

給付費の推移

(口) 組合管掌

組合管掌においては、前に挙げた法定給付のほか、家族療養費について五割以上の給付を行う等付加給付を行っているところが多く、その給付水準は政府管掌に比較してかなり高い。

家族療養費に関する付加給付の状況を見ると、多くの組合は付加給付を実施する診療機関を指定しているが、第九八表のとおり八割給付を行っている組合が最も多く、六割ないし八割の給付が約五〇%を占めている。

第98表 健康保険組合における家族療養費付加給付の状況

第98表 健康保険組合における
家族療養費付加給付の状況

付加給付の割合	自己診療機関において給付している組合数	特約診療機関において給付している組合数	健康保険組合連合会の診療機関において給付している組合数	その他一般保険医において給付している組合数
総数	271	195	175	422
6割未満	15	11	7	32
7割	26	19	13	57
8割	112	83	80	167
9割	24	17	18	41
10割	94	65	57	125

厚生省保険局調

給付費総額は、昭和三〇年度三六一億一、〇〇〇万円に達し、二六年度に対し九一%増、二九年度に対し三〇%増を示した。被保険者一人当たり平均でみると一万一、〇一二円で、昭和二六年度に比し約七六%増、二九年度に比し約七%増に当るが、このうち付加給付は一、一五九円を占め、この伸びは対昭和二六年度比一〇七%増、対二九年度比一〇・五%増で、給付費額の伸びよりも著しく高い。

一件当たり点数の推移は、第九九表のとおり政府管掌の場合とおおむね同様で、入院における上昇が著しい。

第99表 健康保険組合一件当たり点数の推移

第99表 健康保険組合一件当り点数の推移

	被保険者(本人)			被扶養者(家族)		
	一般		歯科	一般		歯科
	入院	入院外		入院	入院外	
昭和26年度	707.7	53.4	79.8	547.6	43.0	66.5
27	836.2	54.6	85.2	619.0	44.1	64.8
28	921.0	57.5	101.4	672.8	46.3	66.9
29	1,034.2	61.3	117.0	745.6	48.0	68.4
30	1,046.6	60.4	108.4	761.3	47.0	65.5

厚生省保険局調

(注) 社会保険支払基金取扱分のみである。

受診率の増大も第一〇〇表のとおり認められるが、従来政府管掌に比較して高水準にあったので、増加率は比較的小さい。

第100表 健康保険組合受診率の推移

第100表 健康保険組合受診率の推移

		昭和 26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	
被 保 険 者 (本 人)	一般	入院	0.144	0.156	0.163	0.179	0.192
		入院外	3.448	3.583	3.706	3.829	4.120
	歯 科		0.654	0.634	0.664	0.708	0.736
	計		4.245	4.374	4.533	4.716	5.048
被 扶 養 者 (家 族)	一般	入院	0.111	0.130	0.136	0.142	0.154
		入院外	3.657	4.133	4.641	4.762	5.321
	歯 科		0.424	0.525	0.664	0.735	0.835
	計		4.192	4.787	5.441	5.639	6.310

厚生省保険局調

(注) 受診率の定義は第97表と同じである。

以上のとおり給付費、特に医療給付費は近年急速に増嵩してきているが、一方保険料収入の増加はこれに伴わない結果、次に述べるとおり、保険財政の不均衡は年をおって大きくなり、著しく困難の度を加えつつある。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

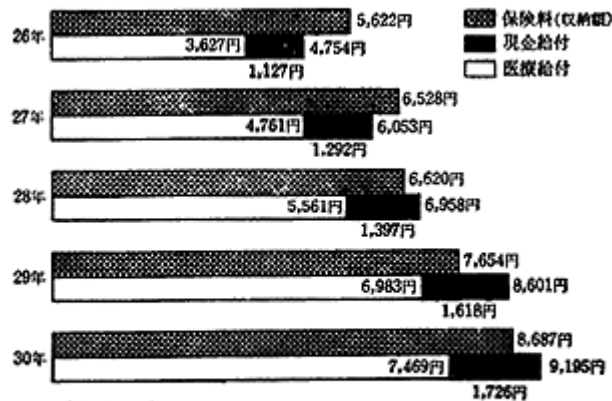
二 健康保険

政府管掌健康保険の保険財政の危機

給付費の増嵩に伴う保険財政の赤字問題は、疾病保険共通の困難な問題であるが、標準報酬の比較的低い政府管掌健康保険において、その危機は特に顕著に現われた。第一一図に見られるとおり、昭和二八年以降一人当たり給付費は常に一人当たり保険料を上回っており、しかも保険料率の引き上げは負担能力の少ない政府管掌健康保険では著しく困難であるので、ここに何らかの緊急な措置が必要とされるに至った。この間の事情を図示すれば第一二図のとおりで、給付費、平均賃金および平均標準報酬の三者はその格差をますます増大しつつあり、赤字は累積してゆく傾向にあることが認められる。

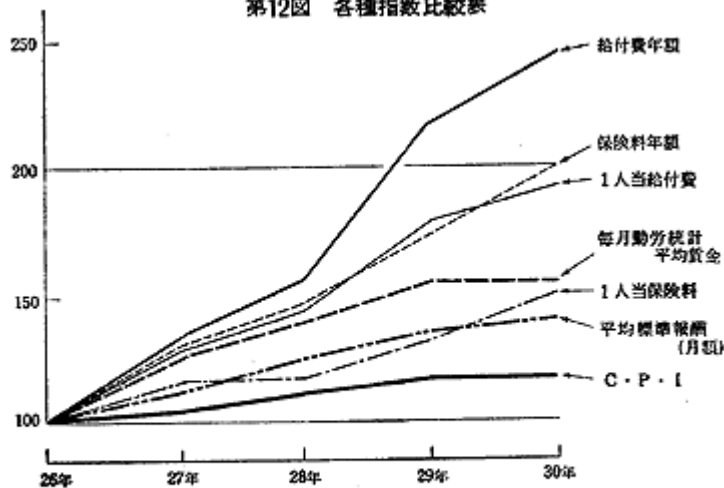
第11図 政府管掌健康保険の保険料と給付費(被保険者1人当たり)

第11図 政府管掌健康保険の保険料と給付費(被保険者1人当たり)



第12図 各種指数比較表

第12図 各種指数比較表



厚生省保険局調

(注) 昭和26年度を100とする指数であって、各項目間の大小を比較することはできない。

前述のような理由による給付費の増加は、昭和二九年度において特に顕著であって、第一〇一表に示すとおり同年度前半にあつては各月とも前年同月に比し三六ないし四五%の増を示し、その結果保険財政は年度半ばに至つて著しい不均衡をきたすに至り、これに対処するため被保険者の報酬の実態把握、診療報酬不正請求および不正受診の排除、保険料収納率の向上等の各種行政措置が強化された。しかしながら、これらの措置にもかかわらず、二九年度の決算において赤字は約四〇億円にのぼり、このほか従来の積立金を一八億円取崩しているもので、実質上の赤字は実に五八億円に達し、さらに三〇年度においては、この赤字額が六〇億円と予想されるに至つた。

第101表 政府管掌健康保険診療報酬

第101表 政府管掌健康保険診療報酬

	昭和28年度	昭和29年度		昭和30年度	
		実数	対前年度比	実数	対前年度比
3月	1,906,073	2,760,503	1.44	3,134,050	1.13
4	1,831,046	2,660,212	1.45	2,955,983	1.11
5	1,991,279	2,863,452	1.43	3,125,763	1.09
6	2,055,376	2,928,201	1.42	3,231,478	1.10
7	2,146,657	3,059,745	1.42	3,272,318	1.06
8	2,313,062	3,157,301	1.36	3,474,035	1.10
9	2,301,878	3,138,078	1.36	3,306,728	1.05
10	2,337,755	3,127,267	1.33	3,243,069	1.03
11	2,196,116	3,014,744	1.37	3,122,336	1.03
12	2,327,447	2,881,323	1.23	3,087,878	1.07
1	2,390,945	2,792,723	1.16	3,040,808	1.08
2	2,424,542	2,835,301	1.16	3,141,397	1.10

厚生省保険局調

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

二 健康保険

財政対策

以上のような、昭和三〇年度の歳入不足分六〇億と前年度赤字四〇億計一〇〇億に対して、政府は国の財政援助により七〇億円(一般会計からの繰入れ一〇億円、政府資金からの借入六〇億円。借入金については、以後六カ年間毎年一〇億円ずつ一般会計からの繰入れにより返済する)を手当てし、残りの三〇億円については、保険料率の引き上げと標準報酬の等級区分の改訂等によって措置することとなった。

保険料率の引き上げ、すなわち従来の千分の六〇から六五への改訂は昭和三〇年六月から実施され、約二五億円の増収が見込まれたが、標準報酬等級区分の改訂は健康保険法の改正案が第二二回国会において審議未了に終わったため、遂に実施をみるに至らなかった。

このようにして、昭和三〇年度健康保険財政は、各種行政措置の強化と三〇年九月に実施した診療報酬点数の改正、薬価基準の改訂、歯科診療における金使用の適正化等によって、決算上はかろうじて収支の均衡を保つことができたが(第一〇二表)、このうちには、一〇億円の一般会計からの受入と六〇億円の借入金が含まれており、財政の逼迫は引きつづき三一年度にも持ちこまれている。

第102表 政府管掌健康保険収支決算

第102表 政府管掌健康保険収支決算

	26	27	28	29	30
歳入	百万円	百万円	百万円	百万円	百万円
保険料収入	21,767	27,653	31,405	38,602	44,356
一般会計より受入	0	0	0	0	1,000
借入金	0	0	0	0	6,000
その他	10	707	1,011	1,821	258
計	21,807	28,360	32,416	40,423	51,614
歳出					
保険給付費	19,830	26,329	30,809	39,484	50,846
医療給付費	15,491	20,642	24,316	31,724	41,631
現金給付費	4,339	5,687	6,493	7,760	9,215
その他	958	641	814	905	341
計	20,788	26,970	31,623	40,389	51,187
差引収支過不足	1,019	1,390	793	34	427

厚生省保険局調

- (注) 1. この表は、各年度の決算表であり、この他に、保険給付費として、26年度485百万円、27年度196百万円、28年度161百万円、29年度38.4百万円、30年度50百万円の支払未済がある。
2. 28年度においては収入、支出とも基礎月数は11ヵ月である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

二 健康保険

組合管掌の財政状況

一方、組合管掌は、前記のとおり主として大企業を基盤として設立されている関係から、平均標準報酬月額も政府管掌の約一・五倍と高く、かつ保険料率の幅も広いため、その財政は比較的安定していたのであるが、政府管掌と同様に医療給付費は増高の傾向をたどり、給付費に占める医療費の比率は逐年増加し、その収支の健全を保つことがむずかしい状況となった。このため昭和三〇年度においては約八〇の組合が保険料率の引き上げ、付加給付の制限等の措置を講じ、約二〇の組合は赤字補てんのため従来の積立金を取崩す等の緊急措置をとらざるをえないこととなった。

このような保険財政の逼迫が、比較的財政基盤の強固な組合管掌健康保険の場合はもとより、わが国にくらべて生活水準の高い先進諸国にも共通していることを考えるとき、給付費の圧縮を行うか、または国庫負担等保険財政外からの財政的てこ入れを行うのでなければ、赤字の累積は避けることができないのではないかと考えられる。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

二 健康保険

健康保険法の改正

このように、健康保険財政は、昭和二八年度以降収支に不均衡をきたし、特に政府管掌健康保険における財政逼迫の度は著しく、昭和二九、三〇の兩年度を通じ、約一〇〇億円の歳入不足が見込まれるに至った。この事態に対処して、政府は、前述のごとく、とりあえず財政の均衡を回復するために、国の財政援助、保険料率の引き上げ等の措置を講ずるとともに、他方、三〇年第二二国会に、給与水準の上昇に対応した標準報酬等級区分の改訂、資格喪失後における継続給付の受給資格を取得する期間の延長、被扶養者の範囲の明確化等を主な内容とする「健康保険法一部改正法案」を提出したのであるが、遂に審議未了に終り、成立をみるに至らなかった。

しかしながら、引きつづき昭和三一年度において政府管掌健康保険の財政は、約六七億円という巨額の赤字を生ずるものと見込まれるに至ったので、ここに再び第二四国会に「健康保険法の一部改正案」を提出することとなった。

もともと健康保険財政の収入の大宗をなすものは、保険料収入であり、これをもって、医療、傷病手当金、その他の諸給付を賄うわけであるが、保険料は、賃金を基礎として算定され、その増加が一般経済界の景気変動に伴って変化するのに対し、支出の大宗たる医療給付費は、医学の進歩、罹病率、医療機関の整備等により左右され、必ずしも一般経済情勢とは関連を有することなく、このため医療費の増嵩に応じ、赤字は逐年累増の一途をたどっているのである。したがって、現在の健康保険の仕組の中において、健全な運営を行い、将来にわたるその発展を期するためには、ある程度給付費を抑制ないし制限するか、または国庫負担等保険以外の面からの援助が必要であると考えられる。改正案は、このような事態に対処して、保険財政の健全化を図り、健康保険の将来にわたる発展と医療保障制度の確立を期するために、赤字の原因を根本的に解決しようとしたもので、一方において、国の責任を明らかにする意味において、特に財政基盤の弱い政府管掌健康保険に国庫補助を行うこととして、これを法律に明示し、他方、従来初診についてのみ行われていた医療費の一部負担制度を、被保険者の過重な負担を避け受診を阻害することのない程度において拡げ、再診、投薬、入院等についても一部負担を設けるものとしたほか、保険医の指定について、従来の個人指定の長所を採りながら機関指定の方式を加え、診療報酬の審査機構の充実を行わんとするものであった。

この法案は衆議院においては一部修正により通過したが、参議院においては、いわゆる教育委員会法案等重要法案の通過をめぐる混乱のうちに遂に審議未了に終り、再び成立をみるに至らず、国庫補助の三〇億の受入れも不可能となり、問題の解決はすべて今後にもちこされることとなった。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

三 船員保険

一般の被用者は、業務上の傷病については労働者災害補償保険の適用を受け、業務外の傷病については、健康保険の給付を受けるのであるが、船員については、その職場と日常生活の場がおおむね一致している関係上、傷病について業務上と業務外の区別が困難な場合が多い。したがって船員の傷病については、業務上、業務外を問わず船員保険の給付が行われることとなっている。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

三 船員保険

被保険者

船員保険は、第一章第四節の「年金制度」の項で触れたように、船員法が適用されている五屯以上の船舶および三〇屯以上の漁船に乗組むすべての船員を適用対象としており、また現在乗組んでいないが、乗組員として雇用されている予備員も被保険者となっている。船員保険にも任意継続被保険者の制度があるが、これは健康保険と異なり、年金給付の受給資格を完成させるための制度であって、疾病保険とは関係がない。被保険者数は、三一年三月末で一六万四、八一八人、うち失業保険の適用を受ける者は九万三、〇二六人である。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

三 船員保険

保険料

保険料率は標準報酬月額(四、〇〇〇円から三方六、〇〇〇円までの一九等級)の千分の一六一、失業保険の適用のない者については千分の一四五である。各保険部門別および船主、船員別の保険料率は第一〇三表のとおりである。船主の負担率が船員より高いのは、労災保険の役割をする保険給付があるからであり、そのなかでも特に、船員法が定める船主の災害補償責任の関係から、乗船中発した職務外の傷病に対する最初の三カ月の診療経費は、全額船主負担として船主側の料率に計上されていることは、注目すべき特異点である。

第103表 船員保険の保険料負担割合

	船主	船員
疾病部門	$\frac{63.5}{1000}$	$\frac{23.5}{1000}$
年金部門	$\frac{31.5}{1000}$	$\frac{17.5}{1000}$
福祉施設	$\frac{7}{1000}$	—
事務費	$\frac{2}{1000}$	—
小計	$\frac{104}{1000}$	$\frac{41}{1000}$
失業部門	$\frac{8}{1000}$	$\frac{8}{1000}$
計	$\frac{112}{1000}$	$\frac{49}{1000}$

厚生省保険局調

平均標準報酬月額の昭和三〇年度年間平均値は一万二、六〇七円であった。その年次推移は第一〇四表のとおりである。また、三〇年度徴収決定額は四三億六、五〇〇万円で、収納済額は三七億六、七〇〇万円で、そのうち、業務上を含む疾病給付分は、徴収決定額二四億三、七〇〇万円、収納済額二億〇、三〇〇万円である。

第104表 船員保険被保険者平均標準報酬月額の推移

第104表 船員保険被保険者平均標準
報酬月額推移

	漁 船	そ の 他	計
	円	円	円
昭和26年度	5,400 (100.0)	10,104 (100.0)	8,155 (100.0)
” 27 ”	6,155 (114.0)	12,381 (122.5)	9,832 (121.2)
” 28 ”	6,829 (126.5)	13,796 (13.65)	10,744 (123.4)
” 29 ”	7,412 (137.3)	14,664 (145.1)	11,258 (138.7)
” 30 ”	9,092 (168.4)	15,954 (157.9)	12,607 (155.4)

厚生省保険局調

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

三 船員保険

疾病給付と保険財政

三〇年度疾病給付決定額は、二三億九、一〇〇万円であり、疾病給付分保険料収納額とくらべると、赤字の様相は政府管掌健康保険よりさらに深刻である。支出の内訳は、被保険者医療給付費四六%、被扶養者医療給付費二一%、傷病手当金三二%で、その他が一〇%となっている。船員保険の傷病手当金は健康保険のそれより優遇されているので、その給付費中に占める割合も、健保のそれより大きい。医療給付について見れば、受診率および一件当り点数は、ここでも増大傾向が顕著であり(第一〇五表から第一〇七表まで参照)、しかも受診率は、政府管掌健康保険よりも上廻っている。船員保険では初診料一部負担がなく、職務上の給付を行っている等当然健康保険の受診率を上廻る制度的要因もあるが、また、軽度の疾病については、船舶の寄港地ごとで受診し、職務に耐えられない疾病にかかると、予備員制度を有しない大部分の船主に使用される船員にあつては、継続療養の形で疾病給付を受け、その際も、下船地で診療を受けた後、郷里の方へ転医するという実態を持っている。これらのことも、統計資料を読む場合には注意しておかなければならない点である。しかし、赤字の原因については、収入面にも大きな要因がある。それは歩合制により報酬を支払われる主として漁船関係被保険者の標準報酬が、その実態把握の困難性のため、実賃金よりかなり低い場合があるためであり、また、中小規模の漁船、機帆船関係の保険料収納率が著しく低率であるためである。

第105表 船員保険受診率の推移

		昭和 26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
被 保 険 者 (本人)	一 入院	0.195	0.202	0.227	0.263	0.279
	一 入院外	3.790	4.072	4.115	4.459	4.867
	一 歯科	0.643	0.708	0.735	0.767	0.781
	一 計	4.623	4.983	5.076	5.487	5.927
被 扶 養 者 (家族)	一 入院	0.074	0.090	0.109	0.121	0.129
	一 入院外	2.292	2.816	3.242	3.588	3.834
	一 歯科	0.235	0.311	0.397	0.455	0.496
	一 計	2.602	3.217	3.748	4.165	4.460

厚生省保険局調

(注) 受診率の定義は第97表と同じである。

第106表 船員保険1件当り点数の推移

第106表 船員保険1件当り点数の推移

	被保険者(本人)			被扶養者(家族)		
	一般		歯科	一般		歯科
	入院	入院外		入院	入院外	
昭和26年度	646.4	48.5	67.7	524.4	45.1	68.4
27	759.7	46.2	71.7	620.2	45.2	65.0
28	828.7	47.7	82.9	650.8	46.0	67.2
29	970.9	49.5	94.5	716.7	47.5	68.1
30	963.6	47.9	91.5	732.8	45.8	65.1

厚生省保険局調

第107表 船員保険医療給付費の推移

第107表 船員保険医療
給付費の推移

	医療給付費
	千円
昭和26年度	652,346 (100.0)
27	868,536 (133.1)
28	1,024,601 (157.1)
29	1,334,305 (204.5)
30	1,466,898 (224.9)

厚生省保険局調

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

四 日雇労働者健康保険

制度の概要

先に述べたとおり、現在約二、九〇〇万人に及ぶ疾病保険の未適用者があるが、このうちでも日雇労働者については、その保険料負担能力の点からも、被保険者の把握という行政上の点からも、最も困難な問題を有する階層の一つとされて来たのであるが、一方このような低所得階層こそ最も医療保障制度によるカバーが必要とされるところであった。

昭和二九年三月発足した日雇労働者健康保険は、このような要請に応ずるものとして制度化されたものであるが、その対象者が限定されていることと、その給付内容において、医療給付期間が一年であり、その上生活保障としての傷病および出産の手当金を欠いている等、健康保険の給付水準にくらべてまだ不十分な点がかなりあるが、その発足当時からみれば著しく充実強化され、今日においては欠くことのできない疾病保険制度として着実な地位を占めるに至っている。

すなわち、被保険者についてみると、健康保険の適用を受ける事業所および緊急失業対策法による失業対策事業または公共事業を行う事業所に使用される日雇労働者を対象としており、その普及状況は第一〇八表のとおりで、制度開始以来着実な増加を示し、昭和三一年三月現在被保険者約六七万、被扶養者約八〇万、計一四七万人の医療をカバーしている。

第108表 日雇労働者健康保険の普及状況

第108表 日雇労働者健康保険の普及状況			
	被保険者数	被扶養者数	計
昭和29年3月	563,467	776,014	1,339,481
30年3月	572,343	656,886	1,329,229
9月	580,218	690,566	1,270,784
31年1月	634,855	761,904	1,396,759
2月	655,897	792,951	1,448,848
3月	666,529	805,670	1,472,199

厚生省保険局調

次にその給付内容をみると、発足当時は、傷病、出産の両手当金制度がないこと、医療給付から歯科診療の補綴が除かれていること、給付期間が健康保険の三年に対してわずか三ヵ月である等かなり低い水準であったが、この二年間における改善はめざましいものがあり、まず昭和二九年四月には給付費の一割国庫負担実現により給付期間が六ヵ月に延長され、続いて昭和三〇年八月には一年に延長されるとともに歯科の補綴を採用し、死亡、分娩について現金給付を導入する等の改正が行われ、現在では、健康保険に比較して、手当金制度を欠いていることと給付期間の短いことが劣っているにすぎない。

厚生白書(昭和31年度版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

四 日雇労働者健康保険

保険財政

このように給付内容が改善されるとともにその給付額は著しく増大し、特に昭和三〇年八月の改正による影響は大きく、同年八月以降の給付費は、七月の約一億四、一〇〇万円に対し、八月は約一億九、一〇〇万円、九月は約二億六、八〇〇万円と約一・三倍から一・八倍に激増した。

一方、現在の保険料は、賃金日額が一六〇円以上の場合は一六円、一六〇円未満の場合は一三円で、いずれも事業主が八円を、残りの八円および五円を被保険者が負担し、就労の日ごとに事業主があらかじめ購入しておいた健康保険印紙を、被保険者の所持している被保険者手帳にちょう付消印することによって納付するスタンプ・システムを採用している。

このように給付費は昭和三〇年八月以来急激に増加したにもかかわらず、保険料収入は月額およそ六、〇〇〇万円前後にすぎず、その収支の状況は第一〇九表のとおり最近著しく均衡を欠くようになっており、現在給付費の一割は国庫補助を行っているものの、今後の収支は楽観を許さない状況にあり、国庫補助の増額が望まれている。

第109表 日雇労働者健康保険の収支

	第109表 日雇労働者健康保険の収支	
	保険料収入	保険給付費支出
	千円	千円
30年4月	142,258	117,708
5月	162,390	125,895
6月	160,771	126,144
7月	152,664	141,055
8月	152,631	191,349
9月	157,291	267,625
10月	169,706	271,988
11月	157,012	252,076
12月	174,593	239,317

厚生省保険局調

(注) 保険給付費支出中医療給付費は、当月中に行われた診療に要した費用である。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

五 国民健康保険

制度の沿革

昭和一三年七月に創設された国民健康保険制度は、農漁村住民の医療保障を主眼とし、原則として市町村を単位とする任意設立の組合組織による疾病保険制度であった。昭和二〇年には、組合数一万〇、三四五、被保険者数四、〇九二万人まで発展したが、戦後の社会的・経済的混乱により二二年には組合数五、六一九、被保険者数二、七八六万人に激減し、一時は崩壊の危機に瀕した。

昭和二三年に至って制度の根本的改正が行われ、運営は従来とは逆に、市町村公営を原則とするとともに、住民の強制加入を建前とするに至った。

しかしながら、被用者保険と異なり、事業主負担を欠くとともに、被保険者の負担力が低いため、その財政基盤が強固でなく、制度の発展が阻害されていた。このような実情にかんがみ、国民健康保険財政の制度の強化育成を目標として、数次にわたる財政措置が講ぜられた。まず昭和二七年には再建整備のための資金の貸付制度を始め、従来の診療報酬の未払額の整理を行い、特に二八年には療養給付費に対する二割の国庫負担が実現するとともに、給付内容は大いに改善された。さらに三〇年には、療養給付補助金(助成交付金)、保健婦補助金および事務費補助金が国庫の義務支出として法定され、その補助率等も規定されたことによって、国民健康保険に対する国の責任が明確化されるとともに、保険財政の基盤も漸次安定するに至った。

このように、当初農漁村の住民を対象として発足した本制度も、今や都市農村の区別なく、被用者を除く一般国民を広く対象とする医療保険として、わが国医療保障制度の一つとして重要な地位を占めるに至った。今後、大都市の住民および五人未満の事業所の従業員に対する医療保障の普及を図る上において、その使命はますます重大性を加えるものと言わなければならない。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

五 国民健康保険

普及状況

国民健康保険は、市町村が行うのが原則であるが、市町村が行わない場合には、組合または社団法人が行うこともできる建前になっている。組合には、普通国民健康保険組合と特別国民健康保険組合とがあり、前者は地域住民を組合員とし、後者は地域を限定せず同一の事業または同種の業務に従事する者を組合員として組織するものである。

この普及状況を見ると第一一〇表のとおりで、昭和三一年二月末現在の国保実施保険者は、三、一九〇、このうち市町村を区域とするものは三、一三四で、その普及率は六五%である。実施保険者の総数について見ると、昭和二八年末の五、一三一に比して約二、〇〇〇保険者数の減少を示しているが、これは最近における市町村合併の急速な促進により、市町村数が昭和二八年一〇月の九、八六八から昭和三一年二月現在四、七八一と激減したことによるもので、この間その普及率はむしろ約二〇%の増加をみせている。

第110表 国民健康保険実施保険者数

第110表 国民健康保険 実施保険者数		保険者数		
市	町	村	3,033	
普	通	組	合	53
社	団	法	人	48
特	別	組	合	56
計			3,190	

厚生省保険局調

このことは、さらに被保険者数の推移をみると明らかである。すなわち、第一一一表のとおり、年間約一八〇万人前後の増加をみせ、昭和三一年二月末現在の被保険者数は二、八七二万人で国民健康保険の対象人口約五、五九〇万人に対して約五〇%の普及率を示している。市町村の普及率については、各都道府県の政治、経済その他種々の事情により非常な差が認められ、岩手、山形両県の一〇〇%、滋賀、富山、埼玉の九五%以上に対して、鹿児島、高知、大阪等の府県は僅か三〇%前後にすぎない。

第111表 国民健康保険被保険者数の推移

第111表 国民健康保険被保険者
数の推移

	被保険者数	増減数
昭和27年末	23,088,674	
28 年	24,905,963	+ 1,817,289
29 年	26,633,438	+ 1,727,475
31年2月末	28,724,770	+ 2,091,332

厚生省保険局調

また、最近における顕著な傾向としては、都市における急速な普及を挙げることができる。昭和三一年二月現在、全国都市数四九六市に対し実施都市数は三六七市、被保険者数約九七六万に及び、約七四%の普及率で、市町村全部の普及率の六五%よりはるかに高い。しかしながら、このうち一五五市は一部の区域において実施しているのみで、市の全区域に及んでいないという問題がある。これは、最近の急速な合併促進の結果による一時的な変則状態と考えられるが、今後の普及上の一つの課題ではある。しかしながら東京、大阪等の大都市においては、依然として行われていない状況で、今後は特に大都市への普及を重点的に取り上げる必要がある。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

五 国民健康保険

保険料

社会保険の建前からいって、保険料は被保険者の資力に応じて賦課することが望ましいのであるが、国民健康保険においては、その対象である一般国民の資力を決定することが被用者の場合と比較して困難であるとともに、しばしば各階層間の資力に著しい格差があるため、このような賦課方式は、一部階層の負担を過重にするおそれがある。したがって保険料の賦課は各保険者の条例、規約または規程に従い所得、資産、家族構成等を勘案して決定される。その結果、保険料負担は被用者保険の場合にくらべ、低所得階層にとって必ずしも軽くない場合があり、事業主負担を欠くことと被保険者の負担力が一般的に低いこととともに、保険財政に対する一つの制肘となっている。

一人当りおよび一世帯当り年間保険料の調定額は第一一二表のとおりで、昭和二九年度においてはそれぞれ四五七円および二、三八六円で、昭和二六年度にくらべて約一・四九倍および一・四六倍となっている。しかしこの一世帯当り年間保険料二、三八六円を、政府管掌健康保険の被保険者一人当り保険料七、八三一円(昭和二九年度)に比較すれば、半額の事業主負担があることを考慮しても、かなり下回っている。

第112表 国民健康保険被保険者1人当りおよび1世帯当り年間保険料の推移

	1人当り 保 険 料	1世帯当 り保険料
	円	円
昭和26年度	308.13	1,632
27 年	348.98	1,850
28 年	379.06	2,017
29 年	457.57	2,386

厚生省保険局調

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようなになされているか

五 国民健康保険

給付

給付は、療養の給付と、任意給付として助産の給付および葬祭の給付ならびに哺育手当金その他の付加給付がある。

療養の給付は、五割の一部負担が伴うことは健康保険の被扶養者と同様であるが、さらに各保険者の財政事情により、給付範囲、給付期間等が制限されている。すなわち、保険者によっては初診、往診、入院、特殊薬剤、歯科診療等について制限を行うとともに、給付期間についても若干制限しており、先に述べた給付費に対する国庫補助が実現して以来、第一一三表のとおり著しく緩和され改善されているが、今後は、このような制限も撤廃して、少なくとも健康保険の被扶養者に対する給付と同じ程度にまで向上させることが、重要な課題の一つである。

第113表 国民健康保険における給付制限の改善状況

第113表 国民健康保険における
給付制限の改善状況

(1) 給付範囲

給付の種類	給付を制限している保険者の全保険者に対する割合	
	昭和27年度末	昭和30年4月1日現在
初診	23.9%	16.0%
往診	26.1	18.4
入院	9.5	1.1
パラス	27.6	5.5
ストマイ	28.1	5.3
その他の薬剤	34.0	4.4
歯科診療	12.0	4.8

(2) 給付期間

	該当保険者の全保険者に対する割合	
	昭和27年度末	昭和30年4月1日現在
6ヵ月未満	1.8%	0%
6ヵ月以上1年未満	2.6	0.8
1年以上3年未満	5.9	6.8
3年	2.7	7.1
転帰	87.0	85.3

厚生省保険局調

療養給付費の増嵩傾向は国民健康保険においてもまた著しく、昭和二九年における一件当り点数および受診率は昭和二六年にくらべてそれぞれ約一・二四倍および一・五倍となっており、一点単価も若干上昇したので、一人当り療養給付費は第一一四表のとおり、昭和二九年度においては一、二〇一円で昭和

二六年の五九〇円にくらべると二倍強の増加をみせており、前述の保険料の増加率をはるかに上回っている。

第114表 国民健康保険被保険者1人当り療養給付費の推移

第114表 国民健康保険
被保険者1人当り療養
給付費の推移

	1人当り 療養給付費 円
昭和26年	590.96
27年	787.23
28年	988.13
29年	1,201.50

厚生省保険局調

また任意給付としての助産給付は全保険者の八七%、哺育手当は二一%、葬祭給付は六七%が実施しているが、その支給額は保険者により異なり、まだ健康保険に比較すればはるかに低い。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

五 国民健康保険

保険財政

昭和二七年度から再建整備資金の貸付が行われた結果、従来の診療報酬未払額の整理が行われ、次いで翌年度から実現した二割の療養給付費の国庫補助制度により、国民健康保険財政はようやく危機を脱し、漸次収支の均衡が回復すると同時に、給付内容の向上をみせているが、なお数年来の財政の不均衡を完全に解決したとは言えず、さらに最近の療養給付費の増嵩傾向にかんがみて、その前途はなお楽観を許さない状況である。

昭和二九年度の各保険者の財政状況を集計すると第一一五表のとおりで、全体としては収支の均衡を維持しているが、約四割の保険者は赤字財政となっており、他の約六割も、助成交付金等各種の国庫補助金の交付によってようやく均衡を保っているにすぎない。

第115表 国民健康保険財政収支決算額(昭和29年度)

収		入	支		出
		千円			千円
総	計	25,747,350	総	計	24,695,990
保	険	10,931,696	事	務	3,184,660
一	部	2,999,461	療	養	18,401,304
一	般	3,080,943	そ	の	362,836
都	道	142,485	保	険	1,088,992
国	庫	6,528,198	そ	の	1,658,198
前	年	1,118,451			
そ	の	946,116			

厚生省保険局調

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第四節 疾病に対する備えはどのようになされているか

五 国民健康保険

今後の課題

前述のとおり、国民健康保険の被保険者数は、その対象人口に対して約五〇%の普及率を示しているが、今なお国民健康保険の適用を受けていない国民が多数に上っており、この未加入の国民層を対象として昭和三五年度までにおいて、毎年度五〇〇万人ないし六〇〇万人程度被保険者を増加させることにより、国民健康保険の全国普及を達成することが今後における最大の課題となっている。

国民健康保険の全国普及を達成するについては、その促進のため所要の国庫補助金の交付、給付に必要な資金の貸付等を行い、未実施市町村の事業開始を容易ならしめる措置を講ずる必要があるが、さらにそのほか、無医地区、無医町村の解消、保険給付内容その他事業内容の整備等解決すべき問題点が少なからず存する。

特に、今後の普及の重点は、東京都の特別区および五大市を含む都市部に指向されることとなるが、都市特有の問題についても、研究を重ねる必要がある。五大市のうちにはすでに実施準備のための基礎調査を終了し、また昭和三二年四月には実施が予定されているものがあるなど、いろいろの動きが見られているが、都市への普及のためには、今後いっそう関係者の努力が望まれるところである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

以上、われわれがいかに疾病と戦っているかについて、予防を中心とする公衆衛生諸施策と、疾病保険を中核とする医療保障施策の両者にわたって眺めて来たが、健康を保つ上において、その基本的な条件ともいべき生活環境の問題、さらに進んで積極的に健康を増進する保健衛生の問題が、重要な意味をもつことはいうまでもない。以下主として、このような問題に対する施策がいかに行われているか、環境衛生、栄養と食品衛生、家族計画、国立公園の四つについて概観を試みることにしよう。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

一 環境衛生

上水道

清浄な飲料水は、健康な生活のためにぜひとも確保されなければならないものである。良好に維持管理された水道の水は病原菌をいっさい含まないから、井戸、流水等衛生的に不安定な水を使用している場合とくらべ、水道の水を使用している場合は、当然伝染病発生率が低いわけであり、このことは、水道普及率の高い地区ほど伝染病患者の発生は少ないという事実によって明らかに立証されている。

昭和二九年の厚生行政基礎調査によれば、わが国飲料水の使用水源別の実態は、井戸五〇・四%、水道三九・一%、流水・たまり水その他一〇・五%となっており、過半数が井戸水に依存している状況である。また、昭和三〇年度に各都道府県で、水道以外の水を飲料水として使用している住民につき水質検査を実施した結果によれば、飲料水に適しないものは全体の六三%に上っており、同調査の際に飲料水を遠方から運んでいる者の搬水距離を調査した結果によれば、片道三〇メートルに及ぶものが全体の一%に達している。

このように、わが国飲料水の実態は予想外に悪く、これが消化器系伝染病多発の主因の一つであると考えられるが、この実態を改めて、国民の衛生状態を改良するとともに、不便を解消するには、飲料水改善の早道であり、同時に最も経済的な手段である上水道布設に力を注ぐ以外に適切な方法はない。

ところで、わが国における水道の普及状況を見るに、上水道については、昭和三〇年四月現在、布設市町村数一、一七一、現在給水人口約二、五〇〇万人であり、前年に比較して、現在給水人口は約二一八万人増加しており、簡易水道については、昭和三一年四月現在、二、一一七施設(国庫補助を行ったもの)、現在給水人口約二五六万人となっており、前年に比較して、現在給水人口は一〇六万人増加しているが、上水道と簡易水道とを合せて、普及率はおおむね総人口の三〇%であって、アメリカ七一%、イギリス九五%、フランス六〇%、西ドイツ八〇%(いずれも昭和二七年)という欧米先進国の普及率に比して、わが国の水道普及率は、まだまだ低いといわなければならない。

現在、水道の布設は、原則として市町村の公営になっているが、その主たる財源である起債または国庫補助金(簡易水道のみであって、補助率四分の一)の枠に制限があり、水道事業の発達が阻止されている現状であるので、この面における改善が望まれている。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

一 環境衛生

下水道

下水道の不備が環境衛生に及ぼす悪影響については、あらためて述べるまでもないであろう。下水道が完備すれば鼠、蚊、はえ等の発生源が除去されるばかりでなく、最近急速に困難度を増して来た都市におけるふん尿処理が最も衛生的・経済的に行われることとなり、伝染病の発生がかなり減少することが期待されるほか、健康で快適な生活環境をつくり出すために寄与するところが大きい。

下水道の普及は、上水道とともに文明国のバロメーターの一つといわれているが、わが国における下水道施設の普及状況を見ると、その立遅れは著しく、昭和三〇年四月現在、設置市町村数一一九、排水面積四万六、三〇〇ヘクタール、排水区域内人口わずかに約八六〇万人で、前年に比較して排水区域内人口は約一二万人の増加をみているが、その普及程度は、欧米諸国たとえばアメリカの普及率六〇%(昭和二五年)に比し、はなはだしく低い。

下水道事業は、上水道と異なり採算のとれない事業であり、また、一般住民の関心が上水道に対するものほど強くない事情もあるため、その実施主体である市町村の要望は充分に実現されない現状であるので、特に財政的な裏付けはもとより、下水道に対する認識を高める啓蒙宣伝が必要である。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

一 環境衛生

清掃事業

ふん尿、ごみ等の汚物の収集、運搬および処理等の清掃事業は、都市における公衆衛生の最も基本的なものの一つである。わが国の清掃事業の現状をみると、ふん尿についても、ごみについても、都市人口の増大等により排出量が増加する半面、化学肥料の増産等による農村需要の減少により、その処理に著しい困難をきたしている。特にふん尿処理の行詰りは甚だしく、現在特別清掃地域として、ふん尿の収集を行っている五七三市町村の収集量に対し農村に還元できない余剰ふん尿は約一一九%程度であつて、過去三カ年の推移からみて、五年後には余剰ふん尿は総量のおおむね三分の二程度に増加することが推定される。これらふん尿の非衛生的な処分は、寄生虫病や赤痢まん延の原因となっており、またごみ処理の不徹底は、はえ、悪臭の発生源となるなど、国民の生活環境はいたるところ汚染され、健康に悪影響をもたらしている。

このように清掃事業が立ち遅れている根本的な原因は、国民一般の無関心、施策の貧困、技術の貧困にあるので、昭和二九年新たに清掃法が制定され、従来清掃をたんに市町村の責任に委ねていたのを改め、国、都道府県および市町村の責任を明らかにするとともに、一般住民の積極的な協力によりこの解決を期することとしたが、いずれにしても、まず、ふん尿の消化槽、ごみ処理施設等清掃施設の大幅な整備とこれに関する科学技術の向上が、根本的な問題である。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

一 環境衛生

蚊とはえの駆除

蚊は、日本脳炎、マラリア等、はえは、赤痢、腸チフス等の危険な伝染病を、それぞれ人に媒介するばかりでなく生活と生産にもいろいろ悪影響を及ぼしている。

戦後、伝染病流行を契機として大きく取り上げられた「蚊とはえの駆除」は昭和二五年以降、各県にモデル地区が設けられ、特に二七年からは、地域社会の組織活動の方式によってこの事業が推進された結果、予想外の効果が実証され、広く全国的に普及する機運を示すに至った。その効果の主なものとしては、蚊とはえのほとんどいなくなったこと、地区の清掃の徹底、赤痢その他の伝染病および乳幼児の下痢腸炎の著しい減少などがある。

以上のようなモデル地区の実績が基礎となり、本運動の全国的普及を図るため、昭和三〇年六月、閣議了解によって三ヵ年計画による「蚊とはえのいない生活」運動が開始された。この運動の基本方針は、モデル地区を年々倍加することにより、おおむね三ヵ年でこの運動を全国に普及しようとするものであるが、第一年度(昭和三〇年)におけるモデル地区の普及状況は、第一一六表のとおりであり、その成績については極めて良好な結果が報告されている。

第116表 「蚊とはえの駆除」モデル地区普及状況(昭和30年8月現在)

第116表 「蚊とはえの駆除」モデル地区普及状況
(昭和30年8月現在)

昭和29年度までの分		昭和30年度新設の分		合 計	
地区数	人 口	地区数	人 口	地区数	人 口
4,651	5,659,931	4,461	5,311,972	9,112	10,971,903

厚生省公衆衛生局調

(注) この表は、36都道府県分についての調査である。

また、この運動の実施の経験によって、種々の問題点が明らかになったが、その主なものとしては、公共発生源の処理、汚物処理等の措置が充分に行われないため、特に都市では住民の実践意欲を阻んでいることが多いこと、殺虫剤などによる駆除効果が限界に達している地区では、下水溝、便所等の施設の改善、整備の必要に直面しているが、所要経費の捻出に困難があること、モデル地区の普及度およびその成績に相当の地方差があることなどが挙げられる。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

一 環境衛生

公害の防止

騒音、煤煙、有毒ガス、廃水、廃液等のいわゆる公害は、最近、都市への人口集中、都市市街地の膨張、産業の複雑化などに伴い、都市地域を中心にますます増大して、生活環境を汚染する傾向にあるため、各地に紛争が起り、これを放置しえない現状である。厚生省において昭和三〇年中に発生した公害問題を調査した結果は、第一一七表のとおりであるが、この調査対象は、関係当局の処理したもの、新聞等に記載されたもの、その他社会問題として取り上げられたものの主なものであるから、実態は、はるかにこの表に示された数字を上回っているものと思われる。

第117表 公害の実態

第117表 公害の実態				
種 類	被害件数	被害人口	1件当り 被害人口	
騒 音	11,766	335,495	28.5	
振 動	372	135,705	364.8	
煤 煙	3,227	618,537	191.7	
有 毒 ガ ス	204	161,231	790.3	
工場事業場廃液	1,433	148,892	103.9	
鉱 山 廃 水	33	48,996	1,484.7	
汚 物 汚 水	5,011	359,285	70.1	
粉 塵	1,231	322,466	262.0	
悪 臭	6,115	388,383	63.5	
そ の 他	44	39,845	905.6	
計	29,436	2,550,835	86.7	

厚生省公衆衛生局調

これらの公害を種類別に見ると、件数では騒音が四〇%で最も多く、鉱山の廃水による被害が最も少ない。また、被害人口では、煤煙が二四・二%で第一位を占め、鉱山の廃水によるものが最も少ないが、被害規模においては、鉱山の廃水によるものが最も大きい。さらに、公害問題の処理経過を見るに、改善されたものは全体の四三・九%を占めている一方、放置されているものが四二・二%もあり、作業が中止されたもの六%、補償を受けたもの三・三%、改善され、かつ補償のあったもの四・六%となっているが、改善されたとしてもきわめて不備なものが多い現状である。

公害問題激増の傾向に対しては、昭和二八年以降、全国的調査の実施、水質汚濁防止対策連絡協議会の設置等の対策が講ぜられて来た。しかし、現在なお、わが国では、公害問題を適切に処理するための法制上の措置はほとんど見られないので、公害処理の必要に迫られている都道府県または市においては、それぞれ条例を制定してその解決を図っているが、これらの条例はいろいろと困難な問題を有しており、統一的な公害防止法の制定が要望されている。

このほか、公害問題に関しては、公害の許容限度等を中心とする基準の設定、公害防止措置に関する技術的研究および財政的措置など、今後進めて行かなければならない課題が残されている。

なお、近時特に問題とされている放射能障害についても、その影響の重大性にかんがみ、総合的調査研究が、今後強力に進められる必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

二 栄養と食品衛生

国民栄養の現状

今次の大戦を通じて未曾有の食糧難を経験したわが国民の栄養状態が、戦争直後極度に悪化していたことはまだわれわれの記憶に新しいところである。このため発育期にある児童、特に幼弱児童の発育は著しく阻害された。しかしながら戦後一一年、ようやく国民生活水準も戦前に復し、食糧事情も一応の安定をみた今日、国民の栄養状態は果してどのような改善をみたであろうか。

戦前には今日行われているような大規模な「国民栄養調査」がなかったので、正確な比較は困難であるが、記録された家計調査、生産統計その他から推測すれば、戦前における国民の摂取食糧の内容は、ほぼ現在のものに等しく、現在の栄養状態はおおむね戦前に近づいたものと考えてよいであろう。

戦後の栄養の改善の状況を、熱量について国民栄養調査により見ると、第一一八表のとおり逐年向上し、昭和二一年は約一、九〇〇カロリー、二二年、二三年は二、〇〇〇カロリー、二四年以降三〇年までは大体横ばいで二、一〇〇カロリーを上下しているが、日本人一人一日当りの栄養基準量、熱量二、一八〇カロリー、蛋白質七三グラム、脂肪三〇グラムに対して、熱量、蛋白質はおおむね基準量に近いが、脂肪摂取量は二〇グラム前後に過ぎず当面の目標量と比較して著しく劣っている。さらにこれを欧米諸国とくらべると、熱量は、アメリカ、イギリスの七〇%程度の水準であり、特に動物性蛋白質は、アメリカの二〇%、イギリスやフランスの三〇%程度で、はるかに低水準にある。

第118表 国民1人1日当り摂取栄養量の推移

	昭和21年	22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年
熱量(Cal)	1,903	2,000	2,014	2,097	2,098	2,125	2,109	2,068	2,074	2,080
蛋白質(g)	59	61	63	65	68	68	70	69	69	69
動物性	11	11	13	14	17	19	23	22	22	21
植物性	48	50	50	51	51	49	47	47	47	48
脂肪(g)	15	13	14	16	18	18	20	20	21	19

資料：厚生省統計調査部「国民栄養調査」

第119表 国民1人1日当り栄養基準量

第119表 国民1人1日当り栄養基準量

摂 取 栄 養	1人1日当り 基 準 量
熱 量	2,180Cal
蛋 白 質	73g
カ ル シ ウ ム	1.0g
鉄	10mg
ビ タ ミ ン A	3,700I. U.
ビ タ ミ ン B ₁	1.2mg
ビ タ ミ ン B ₂	1.2mg
ナイアミン(ニコチン酸)	12mg
ビ タ ミ ン C	60mg
ビ タ ミ ン D	400I. U.
食 塩 (NaCl)	13g

(注) この表は昭和27年の栄養審議会の決定による。なお、脂肪の当面の目標量は30gである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

二 栄養と食品衛生

食生活の動向

戦後国民の食生活は、従来の主食偏重から副食重視の方向に移りつつあり、主食についても、朝鮮、台湾の喪失により、これらの産地米に代り南方米と小麦が輸入され、しかも外米の消費には限界があって、むしろ小麦の輸入量が増加したため、主食中における米食率も、戦前(昭和九年ないし一一年)の約八五%から昭和三〇年には約七〇%に低下し、米食中心から粉食加味へと、主食構造もかなり変化しつつある。

しかしながら、国民の一般食生活は、まだ米麦、特に米食依存度が高いため、良質の蛋白、脂肪、ビタミンA、B1、B2、カルシウム等に欠け易く、これらの栄養素の不足からおこる身体上の欠陥はかなり見られ、特に農村に顕著であって、米食中心、白米の多食という食生活の欠陥を如実に示している。

一方、最近までかなり伸びてきた粉食も、米食にくらべて割高であることと、この二年間の豊作事情等により、その増加傾向は頭打ちないしは低下するきざしを見せてきたことを考慮すると、この米食中心による弊害がさらに大きくなることが憂えられる。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

二 栄養と食品衛生

栄養と青少年の体位

明治以降、国民生活の向上、保健衛生の進展に伴い、わが国の青少年の体位は逐年向上の趨勢にあり、昭和一四年には、身長、体重、胸囲とも戦前の最高を示したが、一五年以降は下降の傾向にあった。そして、戦争直後においては著しく戦前の水準を下回り、特に栄養と最も明瞭な関連をもつものとみられている身長について見ると、第一二〇表のとおり、昭和二二年の一五、六歳の年齢層においては戦前一歳年下の者よりさらに低い状況を示すに至った。

第120表 戦前、戦後の身長性の性別、年齢別比較

第120表 戦前、戦後の身長性の性別、年齢別比較

年 令	男			女		
	戦前の水準	昭和22年	昭和30年	戦前の水準	昭和22年	昭和30年
0	64.7	64.4	65.2	63.7	63.3	64.2
1	75.9	75.4	76.4	74.7	72.9	75.2
2	84.5	83.5	84.8	83.3	82.3	84.1
3	91.3	90.2	92.0	90.2	88.7	90.2
4	97.5	96.2	97.9	96.3	95.0	97.2
5	103.1	101.7	104.0	102.2	101.0	102.6
6	108.8	107.1	109.8	107.9	106.0	108.5
7	114.2	111.8	114.9	112.9	110.8	113.9
8	119.1	116.2	120.2	118.0	115.7	118.9
9	123.6	121.5	124.2	122.7	120.5	123.2
10	128.2	125.5	129.4	128.1	125.5	128.4
11	132.8	129.7	133.4	132.8	129.9	133.6
12	137.7	133.6	138.1	139.7	134.8	140.6
13	143.9	138.6	145.3	143.8	139.6	144.8
14	152.4	143.8	151.2	148.4	144.0	148.3
15	157.0	150.3	155.3	150.0	147.9	150.0
16	159.5	155.6	159.5	150.4	149.3	151.2
17	161.0	158.9	160.5	150.5	150.2	151.4
18	161.7	160.1	162.1	151.0	150.3	152.2
19	161.8	160.9	163.3	151.0	150.6	151.4
20	162.0	161.5	162.2	150.8	150.4	151.7

資料：厚生省統計調査部「国民栄養調査」。

このように戦争中に青少年層の受けた発育上の欠陥は著しいものがあつたが、その後における食糧事情の好転に助けられ、逐年回復を示し、さらに栄養に対する一般の認識の向上、および保健所等を通ずる栄養指導等の施策の推進と相まって、ようやく戦前の最高記録をとり戻すに至った。これは特に女子において著しく、それが戦後の特色ともなっているが、いまだに幼弱の時期に食糧難を経験した者ほどその回復が遅れ、現在なお男女とも一五歳前後の者の体格は戦前の水準に復しておらず、乳幼児について

は昭和二七年以降に生れたものから正常の成長状況に入ったものとみられている。

このように国民の栄養は漸次改善され、体位の向上も著しいものがあるが、前章にのべたとおり国民の生活水準が向上しつつあるとはいえ、所得の格差は拡大し、下位の低所得階層の所得および生活水準は停滞あるいは低落していることを考えるとき、今後は特に低所得階層の食生活に対する知識を啓発し、食生活の改善を通じて、その体位と生活水準の向上を図る必要があるものと考えられる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

二 栄養と食品衛生

粉乳中毒事件と牛乳等の衛生

昨年八月ある乳業工場において製造された調製粉乳により、関西を中心とした地域で大量の砒素中毒事件が発生した。この事件は昭和三〇年末現在、死亡者約一三〇名、罹患者約一万二、〇〇〇名に上り、まれに見る事件として世間の耳目を聳動させ、あらためて牛乳等の飲食物の衛生に関する深い認識が払われることとなったのである。

もともと牛乳、乳製品については、戦後の栄養知識の普及、パン食の奨励等に伴い、近時著しくその需要が増大し、国民の食生活に重要な地位を占めるに至り、特に乳幼児については主食ともいうべきものとなっている。ところがこの事件の例をみても、これらの重要な牛乳、乳製品についてその衛生面がなお不十分のまま放置されていることは、国民の食生活における一大脅威と言わなければならない。さらにこの牛乳は季節により需要の差も著しく、かつ価格も常に動揺して国民が安心してこれを食生活に取り入れることを躊躇させている。したがって安全で安価な牛乳を国民の需要に応じ大量に提供することができるよう、牛乳処理に一貫した施策が切に期待されている。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

二 栄養と食品衛生

食品衛生

前にも見たように近時、食品に起因する事故が非常に多くなりつつある。まず、食中毒の患者数について見ると、昭和三〇年度では六万三、二八四人であり、前年度の二万二、五二八人に比して、実に三倍にも増加している。さらに死亡者数で見ると、昭和三〇年度では五〇〇人であって、前年の三五八人に比し、約三割の増加を見ている。

これら事故の多発に伴い、最近食品衛生行政の強化を期待する声が広く世論となって高まっているが、これらの事故を防止する役目を帯びて、第一線で働く食品衛生監視員の数は、その必要性に比してきわめて少ない状況である。すなわち、昭和三〇年九月現在で各都道府県または保健所を設置するいわゆる政令市に置かれている食品衛生監視員の数は三、八六七人であるが、このうち食品衛生の監視業務に専従している者はわずかに一、九三三人にすぎず、この専任の食品衛生監視員の数は、昭和二六年の二、五〇五人、二八年の二、〇七四人、三〇年の一、九三三人と逐年減少の傾向を示している。

この減少傾向については種々理由があろうが、根本的には、食品衛生監視員の設置に要する費用がすべて地方交付税交付金を財源としているため、国で十分な予算措置を講じているにもかかわらず、地方ではこれに要する経費が他の経費に喰いこまれるためではないかと思われる。現在でも、食品の監視指導が充分に行われがたく、先に述べたような種々の不祥事件が発生して多くの犠牲者を出していることを思うとき、今後このままの状態が推移するならば、食品衛生上、憂慮すべきものがあると言わなければならない。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

三 家族計画

家族計画と受胎調節

計画的・合理的に出産を調整することによって、親と子の健康と福祉を守る家族計画が国民生活の安定にとって重要な意義を有することは、あらためて説くに及ばないであろう。この家族計画の実行の手段としては、受胎調節が唯一の適正な方法と言ってよい。前にも見たとおり、出生抑制が人工妊娠中絶という形において広く行われていることは、母体の健康という点から誠に寒心にたえないものがあり、このような形における出生抑制を合理的・計画的な受胎調節に置き換えることが、何よりも必要だからである。

しかも、同時に前に述べたとおり、終戦当時約七、二〇〇万人であったわが国内人口は、その後増加の一途をたどり、昭和三〇年一〇月現在には八、九二七万を数えるに至っており、昭和二九年八月に行われた人口問題審議会の決議においては、受胎調節運動が、たんに母体保護の立場からだけでなく、総合的人口政策の一環としての家族計画の立場から取り上げられ、その強力な実施が要望されているが、受胎調節の普及による家族計画の推進が、わが国人口の過剰を緩和する一助となることは言うまでもないところである。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

三 家族計画

受胎調節の実施状況

現在受胎調節を必要とする有夫の婦人数は約一、〇〇〇万人と推定されるが、そのうち半数の約五〇〇万人は受胎調節の知識を有していないと考えられるし、すでに実施している者についても、その効果を高めるためにさらに十分な指導が必要であり、特に適切な方法を知らないため、あるいは避妊器材を買う余力のないために、受胎調節を実行しないという人々が少なくない実情にかんがみ、今後は特にこれらの人々に対する指導を徹底して行う必要がある。すなわち、まず適切な方法を修得させるためには、保健所等における一般啓蒙活動、グループ指導の下に助産婦、保健婦等の実地指導員による実地指導の徹底を図る手段を講ずることが必要である。一方、被保護階層や低所得階層の人々については、昭和三〇年度から特別にこれらの人々を対象とする受胎調節普及事業が実施され、器具、薬品の無償または廉価による配布が行われているが、その事業の経費については、指導員に対する報酬、器具、薬品等の単価が低いため、その実績は、昭和三一年三月現在で、一、五六五地区、被保護者約五万四、〇〇〇人、低所得階層約一四万人に止まっている点を考えると、今後の工夫改善が大いに期待される。なお家族計画の実行ということは、きわめてデリケートな性質のものであるだけに、その推進に当っては、行政面の施策だけでなく、一般民間団体の自主的な協力活動にまつところが大きく、今後その育成に努める必要があるものと思われる。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

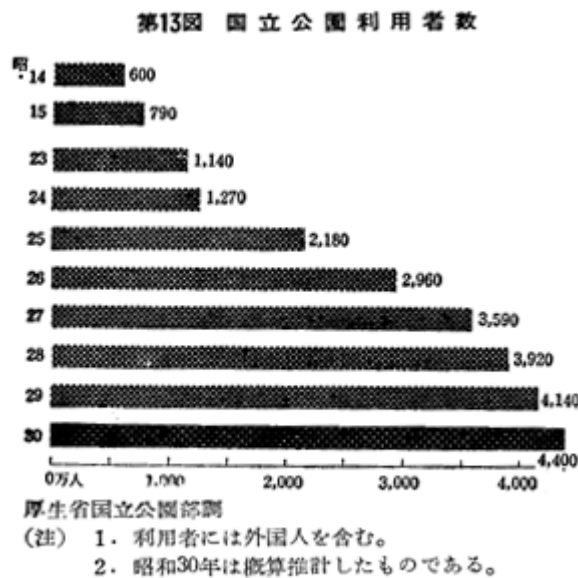
四 国立公園

国立公園の現状

国立公園は、わが国を代表する優れた自然の風景地を永久に保護し、これを広く国民の保健休養のために供用することを目的として設けられたものであるが、その数は、近く指定される「屋久」を加えて二〇、その面積は国土全面積の四・八%を占めている。

また、国立公園の利用者は逐年増加の一途をたどり、昭和三〇年においては全国民の半数に当る四、四〇〇万人を越えるものと推計されているが、今後もこの利用者数は、ますます増加するものと思われる(第一三図参照)。

第13図 国立公園利用者数



第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

四 国立公園

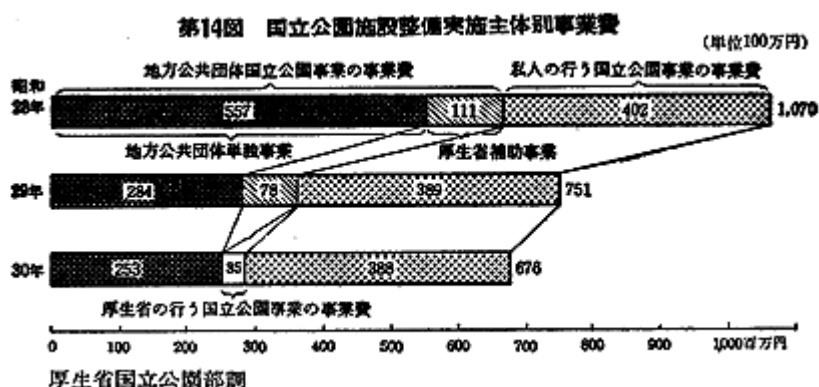
国立公園の管理と整備

このように、国立公園は国民大衆のリクリエーションの場として、大きな役割を果たしているが、国立公園がその本来の機能を発揮するためには、景観の維持や利用の指導、その他、適正な管理、宿舎、野営場、苑地道路等利用施設の整備が確保されなければならない。しかるに、管理についてみても、国が直接、土地の管理権を持っている地域が少ないため、鉱業、林業その他各種産業との関係上、景観の維持と利用はしばしば多くの困難な問題に直面させられる。したがって、国において永久に保存すべき景観地区とか、利用の拠点ともいふべき地区は、これを公園目的として専用することができるような、いろいろの措置を講じなければならない。

また現地管理機関も次第に強化されてはきているが、訓練された職員に乏しいこと、はっきりとした管理機構を欠いていることなど、なお、不備な点が多いので、これを充実することが急務となっている。

次に、施設整備について言えば、都道府県の事業経費に対する国庫からの補助が昭和三〇年度から一時停止されたため、都道府県の行う公園事業は、大きな制約を受けることとなった。しかも国の直轄事業費自体の額も充分でないために、国立公園の施設整備に著しい支障をきたしている現状である(第一四図参照)。しかし国立公園が国民の保健休養に重大な関連を有すること、および観光資源として広く国際的利用に供されていることを考えれば、施設整備は早急に促進されなければならない問題である。

第14図 国立公園施設整備実施主体別事業費



なお、国立公園のほか、琵琶湖その他の国定公園(一四カ所)、および皇居外苑その他の国民公園(三カ所)の整備状況も遺憾ながら満足するところに及んでいない。それぞれの本来の意義を完全ならしめるためには、いずれもその整備を急いで実施しなければならない。

第二章 国民の健康はいかに守られているか

第五節 保健の向上はいかに図られているか

四 国立公園 温泉

わが国では、至るところに温泉の湧出を見ており、温泉地一、一三三、源泉数一〇、五七八を数えているし、その湧出量の豊富および泉質の多様という点でも、他の国にその比を見ない。したがって、温泉は、古くから広く一般大衆の休養または療養の手段として利用されており、その利用者数は明確には把握し難いが、年間約四、〇〇〇万人と推定される。

このように、温泉は深く国民生活に入りこんでいるが、温泉利用者の激増に伴う濫掘の防止とその利用の適正化を図るため、解決すべき問題はいろいろ存する。

現在、温泉についてとられている施策としては、指定保養温泉の育成、温泉の分析検査の督励および温泉利用上の指導の三つが挙げられる。指定保養温泉はすでに七カ所存するが、その育成を促進するために、地方公共団体の設置する設備に対する財源面の措置を講ずる必要がある。またほかの二者についても、国民保健上の見地から、これをさらに推進したいものである。
