

第二章 医療保障とその関連施策

第一節 医療保障とその基礎的条件

一 医療保障制度確立への動き

医療保障制度の確立は、いまやわが国の社会保障制度のうちで最も緊急を要する重要問題としてとり上げられ、このための方策としての医療の国民皆保険計画の達成は、最重点施策の一つとして着々具体的な歩を進めつつある。

疾病が個人にとって最も大きな不幸の一つであり、社会的にも大きな損失をもたらすものであることは、あらためていうまでもない。疾病が貧困への最大の途であり、貧困がさらに疾病を招くという疾病と貧困の悪循環の傾向が、今日わが国においても各種の指標によって顕著に指摘されている以上、疾病に対する備えの緊急性は特に高いものといわなければならない。

もちろん、個人個人としては、自己の健康の保持増進のため、努力を払っているし、疾病にかかった場合の医療費という出費に備えて、貯蓄等の準備手段を講じているわけである。しかしながら、近年における医学医術の進歩に伴う医療内容の高度化は、必然的に医療費の高騰をもたらし、個人の手のみによって疾病に対処することはますます困難なこととなってきた。一方、社会の近代化が進むにつれ、産業にとって必要な労働力の維持、保全を目的とする社会保険としての医療保険制度の発足により、疾病に対する備えは個人の手から漸次社会の手へ移されることとなったが、さらに近年社会保障制度の確立による福祉国家の建設が叫ばれるに至り、医療保険は、すべての国民を対象とする社会保障制度の一環としての医療保障へと前進することとなった。

戦後の社会保障の先進国といわれるイギリスにおいては、社会保障計画の三つの前提条件の一つとして、包括的な保健および更生事業が有名なベバリツジ報告で提案され、一九四八年医療保障としての国民保健事業が国営事業として開始されたのであるが、わが国においても、健康保険制度が他の社会保険に先立って昭和二年発足し、今また、医療保障が他の社会保障の分野にさきがけてとりあげられ、国民皆保険の道に大きく踏み出したわけである。

第二章 医療保障とその関連施策

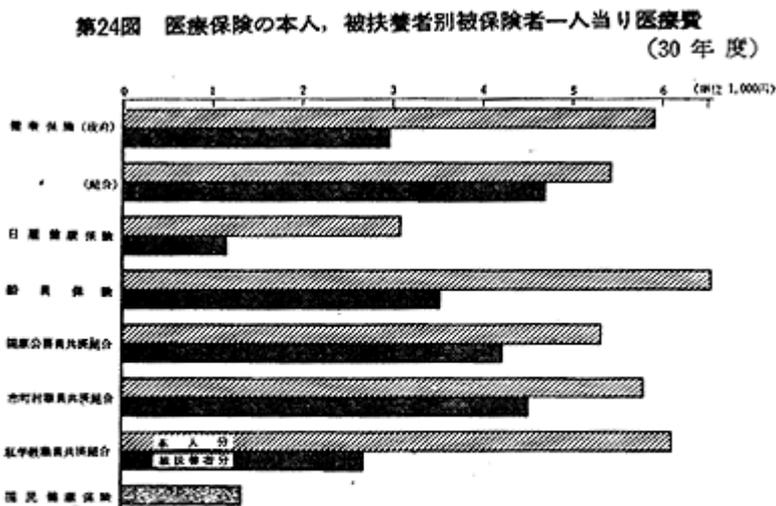
第一節 医療保障とその基礎的条件

二 医療保障の基礎的条件

医療保障制度の体系は、大別すると、イギリスのように、国の直接、かつ、全面的な責任の下に国自ら管理する公営医療の方式と、国民の自主的、相互扶助的機能を生かした医療保険の方式との二つに分れる。医療保障制度の理想的、最終的形態については、意見の分れるところであるが、わが国においては「医療保障制度に関する勧告」も述べているように、医療保険を全国民に及ぼすことにより、医療保障を確立するのが、妥当であるとされているのであって、政府としても、国民皆保険体制の実現を目途として、その具体的な施策を進めつつあるのである。したがって、わが国における医療保障制度の体系は、各種医療保険を主なものとし、生活困窮者を公費で援護する生活保護法の医療扶助がこれを補完するという形で、構成されている。右のうち医療扶助に関しては、後に第三章の最後の節で述べることにしたい。

医療保険の適用の有無およびその給付内容の高低が、国民に与えられる医療の機会と、その内容を示す尺度となることは、つとに指摘されているところである。このことからいえば第二四図および第二節の第一三表(医療保険の適用状況)は、この点についてのわが国の現段階を端的に指示するものといえることができよう。すなわち、昭和三二年三月末現在、わが国には約二、七〇〇万人にのぼる医療保険の未適用者があるとともに、各医療保険の適用を受けている者の一人当たり医療費は、それぞれ大小があり、著しいアンバランスを示している現状である。さればこそ、「医療保障制度に関する勧告」も、厚生省の医療保障委員の報告も、未適用者に対する医療保険の適用あるいは給付内容のアンバランスの是正とその引上を、緊急の要務として力説しているのである。

第24図 医療保険の本人、被扶養者別被保険者一人当たり医療費



社会保障制度審議会事務局および厚生省保険局調

(注) 1. 船員保険本人分には、薬務上分が含まれている。

2. 被扶養者分および国民健康保険には本人負担分が含まれている。

第13表 医療保険の適用状況

第13表 医療保険の適用状況(単位千人)

昭和31年度末現在

	被用者	被扶養者	一般国民	適用者総数
被用者保険 (1)	13,554 (1)	21,080 (1)	-	34,634
国民健康保険	-	-	30,584 (2)(3)	30,584 (2)(3)
計 (A)				63,260 (4)

	被用者人口	総人口
人口 (B)	19,030	90,700
普及率(A/B)%	71.2	69.7
未適用人口	5,476	27,440

厚生省保険局調

- (注) (1) 被用者保険には、健康保険、日雇労働者健康保険、船員保険、各種共済組合が含まれる。
- (2) 国民健康保険は、概数である。
- (3) 適用人員のうち約196万人は国民健康保険と被用者保険(被扶養者)との二重加入者であると見られる。
- (4) 二重加入者を除いた医療保険の実人員である。

ところで、国民皆保険の実をあげるためには、単に医療保険のシステムを全国に及ぼすだけでは充分ではない。すなわち、医療提供の場としての病院、診療所等医療機関の整備、その機能の分化と相互関係の明確化、医療担当者の任務と協力態勢の確立等医療皆保険実施の基盤が整備され、合理化されることが必要であり、医療保障委員も、その第二次報告の中で、「全国民に対し合理的・能率的な医療サービスを供給するために解決を要する一群の問題」として、医療制度に関する種々の問題を挙げている次第である。このいわば医療保障確立の基礎ともなる問題としては、医療担当者およびその団体についての問題、診療報酬支払制度、医療機関の適正配置、医育制度、専門医制度、医療機関と予防衛生等が挙げられるであろう。

もちろん、右の報告の表現を借りれば、これらの問題は、「政策的あるいは法制的な措置のみによって一朝一夕に改革を行うには種々の困難な要素を含み、その解決には相当な用意を必要とする。」のであって、たとえば、医療担当者の団体のような関係団体の十分な協力が得られなければ、立派な成果を収めることは難しいであろう。その意味で、われわれは、イギリス医師会が積極的に参画したイギリスの国民保健事業の成立の経緯その他諸外国における先例を参考とし、着実に、医療保障の基礎条件を固めて行かなければならない。

また、疾病を予防し、生活環境を整備し、さらに積極的に国民保健の向上をはかる公衆衛生施策の充実が医療保障の基礎となることは、自明の事柄といえよう。このことは、たとえば、全国民を対象とするイギリスの国民保健事業が数百年にわたる公衆衛生行政の伝統に立っていることを見てもうなずかれるであろう。

さらに、われわれは公衆衛生施策の中でも、全国民に広く蔓延している結核に対する施策の充実が、医療保障の確立のいわば前提条件というべきものであることに注目する必要がある。

こうして、第二節以下の節においては、医療保険、結核問題、医療制度、公衆衛生のそれぞれについて、述べることとなるであろう。

厚生白書(昭和32年度版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

一 国民皆保険の推進

国民皆保険推進の気運

第一章第四節で述べたとおり、昭和二五年の「社会保障制度に関する勧告」においてすでに、医療保険は全国民に適用されるべきことが提案されていたが、医療保障の確立の緊急性が強く認識されてくるに伴い、医療保険という備えによつて全国民が疾病の脅威を免れるように、「国民皆保険の推進」に対する要望は次第に強くなり、やがては政府の方針としてうちたてられることとなった。

すなわち、国民健康保険の全国普及等による医療保険制度の全国民への適用ということは、昭和三〇年ごろから、一部政党の政策目標に掲げられていたが、厚生省としても、昭和三一年五月、第二四国会において、昭和三五年度に医療の国民皆保険を達成するという方針を、大臣が明らかにするに至った。また、昭和三一年八月、厚生省の医療保障委員は、未適用者に対する医療保険の適用に全力を注ぐべきことを強調し、さらに、同年一一月に社会保障制度審議会の発表した「医療保障制度に関する勧告」においても、国民皆保険体制の確立のための諸方策が提案されたのである。

こうして、昭和三二年一月に決定された昭和三二年度予算編成方針においては、医療の国民皆保険の早期達成を目途とする国民健康保険の普及の推進が掲げられるとともに、同年二月には、内閣総理大臣臨時代理が第二六国会の施政方針演説において、全国民が医療保険に加入できるように必要な措置をできるだけ早く進める旨、言明した。ここに国民皆保険の達成は政府の方針として確立され、昭和三二年四月には厚生省に国民皆保険推進本部が設置されて、国民皆保険の強力な推進が図られることとなった次第である。

国民皆保険の達成の方法としては、従来各方面の大半の意見が一致しているとおりに、一般国民を対象とする地域保険(国民健康保険)と一定の職域の被用者を対象とする職域保険との二本建てによることとし、国民健康保険の全国普及と被用者保険の適用拡大に努めることとなっているが、ここで医療保険の普及状況を見ることとしよう。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

一 国民皆保険の推進

医療保険の普及状況

医療保険の適用者拡大に関する政府の努力が続けられる一方、医療保険に対する国民の認識が深まりつつあるため、近年における医療保険制度の普及発展は、著しいものがある。昭和三一年度末において医療保険の適用を受ける者の数は、第一三表に示すとおりであって、総数約六、五〇〇万人であるが、このうち約一九六万人が被用者保険(被扶養者)との二重加入と推定されるので、普及率は六九.七%であり、昭和二六年度末における普及率が五六.六%であったことと対比すれば、医療保険の普及の目ざましいことが知られるであろう。

一方、医療保険によって支払われる医療費は、昭和三〇年度において業務上の傷病に対するものを含め約一、二〇〇億円、国民総医療費(約二、七一五億円)の約四四%にのぼっているが、今後医療保険の普及が進むにつれ、その取り扱う医療費もより多額となるであろうとおもわれる。

ところで、さきに見たとおり、医療保険の普及は着々進められているとしても、われわれは全国民の三割がまだ医療保険に加入していないことを忘れることはできない。この未適用者の解消こそ国民皆保険の達成そのものにほかならないが、その推進に当っては、いろいろ問題が存するのであって、以下、われわれは、地域保険(国民健康保険)、被用者保険の順に、各医療保険の現状と問題点を考察し、つぎに医療保険における診療報酬問題をとりあげ、最後に、今後の問題に触れることとしたい。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

二 国民健康保険

昭和一三年における創設当初、農漁村の住民を対象として発足した国民健康保険制度は、いまや都市と農村との区別なく、被用者を除く一般国民を対象とする医療保険として、わが国医療保険制度のうちに重要な役割を果しているが、今後、国民皆保険の推進に当り、未適用者に対する医療保険の普及の中心となるべきその使命は、ますます重大になるものといわなければならない。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

二 国民健康保険 保険者

国民健康保険の経営主体すなわち保険者は、原則として、市町村(ここでは、東京都の二三区を含むものとする。)であるが、市町村が国民健康保険を実施することは、法律上その市町村の任意となっている。市町村が国民健康保険を実施しない場合には、地域住民を組合員とする普通国民健康保険組合、営利を目的としない社団法人、または地域を限定せず同一の事業あるいは同種の業務に従事する者を組合員とする特別国民健康保険組合が、国民健康保険を行うことができる。以上四つの保険者の種類別に、昭和三二年三月末における国民健康保険の保険者数を見ると第一四表のとおりであって、その総数は、二、八七〇となっている。

第14表 国民健康保険の種類別保険者数

種 類	数
市 町 村	2,735
普通国民健康保険組合	41
社 団 法 人	34
特別国民健康保険組合	60
計	2,870

厚生省保険局編

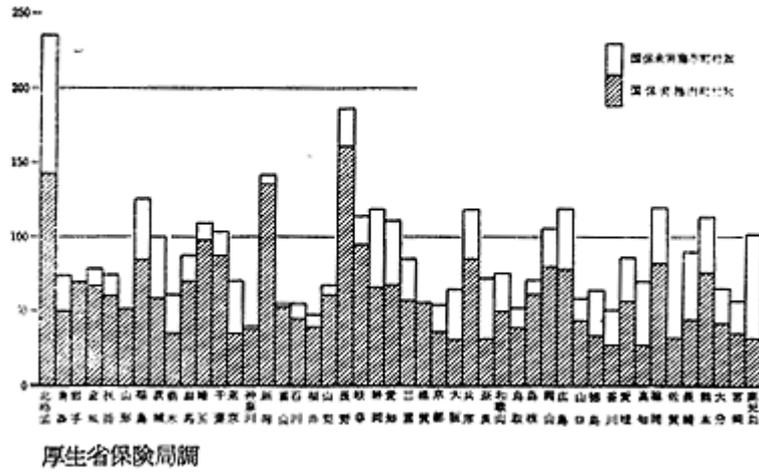
また、昭和三二年三月末現在における全国の市町村数は、三、九五六(東京都の二三区を含む。)であり、市町村の区域を単位とする保険者(特別国民健康保険組合以外の保険者)の数は二、八一〇であるが、数市町村が一部事務組合を作って国民健康保険を行っている事例のあること等を考えにいれると、全国市町村のうちその約七一%の市町村において、国民健康保険が行われていることになる。

国民健康保険の普及状況を都道府県別に見ると、かなり著しい相違があり、岩手、山形、滋賀の三県においては普及率一〇〇%である反面、普及率五〇%未滿の県もいくつかあるという現状である。(第二五図参照)

第25図 都道府県別国民健康保険普及状況

第25図 都道府県別国民健康保険普及状況

昭和32年3月末現在



なお、最近の傾向として都市における普及の伸びが著しく、昭和三二年三月末現在における全国都市四九九のうち国民健康保険を行っている都市は三九三で、その割合は同三一年二月より四・八%上回っている。ただ、このうちには、市の一部区域で実施しているのみの市が、一五〇市含まれていることに注意する必要がある。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

二 国民健康保険

被保険者

さきに述べたとおり、現在、国民健康保険の実施は市町村の義務ではないが、いったん、市町村が国民健康保険を実施した場合には、その区域内の住民は、特別の理由がある者を除き、すべて被保険者となる。これが、いわゆる任意設立強制加入制の建前である。被保険者から除外される特別の理由のある者とは、健康保険その他の被用者医療保険の被保険者等である。このほか、被用者医療保険の被扶養者、貧困のため市町村民税の納税義務を免除されている者とその家族等については、市町村が、条例で被保険者から除外するように定めることができる。

昭和三二年三月末現在、被保険者数は、約三、〇五八万(概数)、前年度に比して約一八七万の増加を示しており、これを同二七年度末の数とくらべてみると、この四年間に約七五〇万、三三%の増加を見ているのであって、被保険者数の伸びは順調といえるであろう。(第一五表参照)

第15表 年度別国民健康保険被保険者数

	被保険者数	対前年度増加 被保険者数
昭和27年度末	23,088,674	
28	24,965,541	1,876,867
29	26,633,438	1,667,897
30	28,711,436	2,077,998
31(概数)	30,584,055	1,872,619

厚生省保険局調

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

二 国民健康保険 保険料

医療保険の主たる財源が保険料であることは、いうまでもないが、国民健康保険においては、市町村である保険者の場合には、保険料の代りに、地方税法の規定により国民健康保険税を賦課することができるようになっている。

保険料(税)は、保険者の条例、規約または規程に従い、被保険者世帯の所得、資産、家族構成などを考慮して決定することとなっている。すなわち、保険者が賦課すべき保険料総額の百分の四〇は所得を基準とし、百分の一〇は資産を基準とし、百分の三五は被保険者に均等に割り当て、百分の一五は世帯に平等に割り当てることが、標準とされている。被用者保険における保険料が報酬に比例して定められているのと異って、国民健康保険の保険料(税)がこのような方法で定められるのは、被保険者たる一般国民の所得の正確な把握が被用者の場合に比して困難であること等の特殊事情に基くものである。各世帯に対して賦課される保険料(税)は、以上の方式によってそれぞれ計算された所得割額、資産割額、被保険者均等割額および世帯別平等割額の合算額となるが、この合算額が五万円を超えても、五万円以上は賦課しないこととなっている。

最近における被保険者一人当たりおよび一世帯当りの保険料(税)調定額は、第一六表のとおりである。また、保険料(税)の収納割合は、昭和三一年度(概数)において、約九〇%で、逐年向上してきている。

第16表 国民健康保険被保険者一人当たりおよび一世帯当り保険料(調定額)の推移

	被保険者 1人当り	1世帯当り
	円 銭	円
昭和 27 年度	348.98	1,850
28	379.06	2,017
29	457.57	2,386
30	514.89	2,636
31(概数)	565.36	2,848

厚生省保険局調

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

二 国民健康保険

保険給付

保険給付は、傷病、出産、死亡に関して支給されることになっており、法定給付として療養の給付、任意給付として助産の給付、葬祭の給付がある。このほか、被保険者が出生児を育てる場合に支給される哺育手当その他の給付が、付加給付として行われている。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

二 国民健康保険

保険給付

<療養の給付>

療養の給付については、保険者はその費用の一部を一部負担金として被保険者に負担させることができるようになっているが、この一部負担の割合を逆にすれば、国民健康保険の保険者の負担割合すなわちいわゆる給付率になる。給付率は、通例五割で、被用者保険における被扶養者の場合と同じであるが、一部の保険者は、五割を超える給付を行っており、中には全額の給付を行っているものもある。

療養の給付の期間は、大部分の保険者においては、転帰するまで(治ゆするまで)となっているが、中には、被用者保険と同様三年で打ちきるものもある。

療養の給付の範囲は、保険者の財政事情等により、市町村については条例で、組合や社団法人の場合には規約または規程で、若干制限されている。これらの制限のうち主なものは、初診、往診、入院の際の給食、歯科補てつ等である。

以上が療養の給付の内容であるが、昭和二八年度に療養給付費に対する国庫補助が実現して以来、各保険者において格段の改善が行われている。たとえば給付の範囲について、昭和三一年九月一日現在の制限状況を、同二七年度末および同三〇年四月一日にくらべ、特に著しく改善されたものを挙げると、第一七表のとおりである。

第17表 国民健康保険における給付範囲の制限の改善状況

第17表 国民健康保険における給付範囲の制限の改善状況

給付の種類	給付を制限している保険者数の全保険者数に対する割合(%)		
	昭和27年度末	昭和30年4月1日現在	昭和31年9月1日現在
初診	23.9	16.0	14.8
往診	26.1	18.4	18.2
入院	9.5	1.1	0.1
パス	27.6	5.5	0
ストマイ	28.1	5.3	0
その他の薬剤	34.0	4.4	0.2

厚生省保険局調

(注) 入院は給食を除く。

国民健康保険においては、診療一件当り点数および受診率(被保険者一人当り受診件数)は年々増加する傾向にあり、被保険者一人当り療養給付費の伸びは顕著であつて、昭和三一年度においては、二七年度の一・九倍になっており、政府管掌健康保険の一・六倍を上回っている。(第一八表参照)四、五年前における国民健康保険の療養の給付の内容は、現在よりも著しく健康保険等に劣つていたのであるから、その後における年々の給付内容の改善に伴い、療養の給付に関するこれらの指標が他の医療保険の場合にく

らべて大きく伸びたのは当然であろう。ただ、それでもなお、他の医療保険の場合よりも、これらの指標が低位にあることは注意しなければならない。

第18表 国民健康保険における受診率および被保険者一人当り療養給付費の推移

第18表 国民健康保険における受診率および被保険者一人当り療養給付費の推移

	受診率 (1人当り)	療養給付費 (1人当り)
昭和27年度	1.270	787円
28	1.423	988
29	1.582	1,202
30	1.748	1,329
31(推計)	1.933	1,501

厚生省保険局調

(注) 受診率は、一人一月一件の受診を1として定めたものである。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

二 国民健康保険

保険給付

<その他の給付>

助産の給付は、全保険者の八七%、葬祭の給付は、六七%が実施しており、そのほとんど全部が現金給付を行っている。助産費の額は、五、〇〇〇円ないし一万円程度のもが多く、葬祭費の額は、五〇〇円ないし二、〇〇〇円程度のもが多い。

哺育手当については、ほとんどすべてが現金給付として、哺育手当金(一カ月二〇〇円程度)が六カ月支給されている場合が多い。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

二 国民健康保険

直営診療施設と保健施設

療養の給付を担当するいわゆる療養担当者は、医師、歯科医師または薬剤師の申出によって、保険者が定めることになっているが、保険者のうちには、直営の診療施設を運営するものが多く、これらの直営診療施設は、医療機関の普及していない地方において療養の給付を行う上に欠くことのできない存在となっている。昭和三一年度末の直営診療施設数は三、一七四で、うち病院四四二、診療所二、七三二となっている。これらの施設は、一保険者単独で運営するものが多いが、数町村共同し、病院組合を作って直営病院を運営しているものもある。

また、保険者は、被保険者の療養、助産または葬祭の給付をするため必要な施設および被保険者の健康の保持増進をはかるために必要な施設をすることができる。このような施設を保健施設といい、さきに述べた直営診療施設もその中に含まれるが、一般には直営診療施設などを除いた疾病予防施設、寄生虫駆除施設などをせまい意味で保健施設といっている。この意味での保健施設の中心となるものは、保健婦の活動であるが、特に医療機関の不備な農漁村地帯では、その果す役割は大きい。現在、国民健康保険の保健婦の数は約四、四〇〇人に達しており、家庭訪問その他の方法により、被保険者ばかりでなく被保険者以外の住民についても健康管理を積極的に行い一般衛生思想の普及につとめている。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

二 国民健康保険

保険財政

<国庫補助>

国民健康保険においては被用者保険におけるような保険料についての事業主負担がないのみならず、被保険者の保険料負担能力も全般的に低いためその財政基盤が強固でないという実情を考慮して、昭和二七年における再建整備資金貸付制度の創設その他保険財政強化のための措置が講ぜられ、現在は、療養給付費を始めとする各種の費用に対する国庫補助が行われていて、保険財政収入に重要な役割を演じている。

療養給付費補助金は、各保険者の療養給付費に対して交付されるもので、この補助金の総額は、各保険者の療養給付費の総額の二割相当額とされている。この補助金の交付要件(昭和三一年度)は、保険料(税)収納割合が百分の七〇以上であること、自己財源としての保険料の調定額その他の合計額が療養給付費の額の百分の五五以上であること、療養の給付について著しい制限がなく、被保険者の一部負担金の負担割合が百分の五〇以下であることの三つである。昭和三一年度における療養給付費補助金の交付額は、六三億六、七〇〇万円で、前年度に比し約四億円の増加となつている。

このほか、法定の補助金として、事務費補助金(標準事務費の全額)および保健婦補助金(設置費の三分の一)があり、予算上の補助金として施設補助金(直営診療施設の設置等に要する費用の三分の一)がある。

国の予算には、これら国庫補助金を主体とする国民健康保険助成費が毎年計上されており、その総額は、年々増大しつつある。特に、昭和三二年度においては、事務費の被保険者一人当り単価の引上を行い、被保険者数五〇〇万人の増加を見込んで、所要経費約一二一億八、五〇〇万円が、計上されている。これは、前年度予算に比し、二割強の増額である。

また、国庫補助金以外に、一部の都道府県において、都道府県費による補助が行われるとともに、市町村においては、その一般会計から国民健康保険特別会計に相当額の繰入が行われ、それぞれ保険財政に寄与するところが少くない。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

二 国民健康保険

保険財政

<財政収支状況>

このように、保険財政強化のため、各方面から、いろいろの措置が講ぜられているし、一方、上述のとおり、各保険者も収入確保のために努力している結果、保険料の収納状況は年々改善されつつあるが、療養給付費の増高に見合う保険料(税)の増徴は必ずしも容易でないので、国民健康保険の財政は、年々若干の赤字をだしている現状である。昭和三〇年度および同三一年度における各保険者の財政状況の集計は、第一九表のとおりであって、昭和三一年度の収支状況について見ると、収支差引残約一四億四、三〇〇万円となっており、保険者全体としては形式的に収支のバランスがとれていることになる。しかし、診療報酬その他の未払額(約一二億七、九〇〇万円)、翌年度歳入の繰上充用額(約一〇億二、八〇〇万円)があり、一方、国庫補助金精算交付額約一五億円の未交付があるが、前年度分国庫補助金精算交付額約一〇億円を考慮すれば、実質的赤字は約三億六、〇〇〇万円と見込まれる。

第19表 国民健康保険における各保険者の財政収支状況集計

第19表 国民健康保険における各保険者の
財政収支状況集計(単位千円)

	昭和30・31年度	
	30年度	31年度
収 入		
保 険 料 (税)	13,731,859	16,471,174
一 部 負 担 金	2,910,588	2,969,910
一 般 会 計 繰 入 金	3,596,381	3,898,867
都 道 府 県 費 補 助	111,443	105,394
国 庫 補 助 金	6,851,009	9,546,802
前年度歳計剰余繰越金	906,848	721,890
そ の 他 の 収 入	1,532,357	1,722,234
合 計	29,640,485	35,436,271
支 出		
事 務 諸 費	3,307,293	3,552,555
療 養 給 付 費	22,097,860	25,982,793
そ の 他 の 給 付 費	483,080	550,564
保 健 施 設 費	1,068,706	1,232,103
そ の 他 の 支 出	1,797,716	2,674,948
合 計	28,754,655	33,992,963
収支差引額	885,830	1,443,308

厚生省保険局調

- (注) 1. 31年度は、概算である。
2. 「その他の収入」中には、翌年度才入繰上充用金(30年度9億2,006万4,000円31年度10億2,758万9,000円)を含む。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

二 国民健康保険

問題点

国民皆保険が国民健康保険の全国普及なくしては達成されないことは、あらためていうに及ばない。さきにも触れたとおり、政府においては、昭和三五年度における国民健康保険の全国普及を目途として、国民健康保険全国普及四カ年計画を立て、強力にこの計画を推し進めている。この計画によると、昭和三二年度以降毎年五〇〇万人ないし七〇〇万人程度の被保険者を新規に増加させることにより、昭和三五年度までには、国民健康保険の対象人口のすべてを被保険者とするところになっている。しかしながら、全国に国民健康保険を普及し、名実ともにあらゆる地域の住民を疾病の脅威から守ることは、必ずしも容易ではなく、その達成のためには、特に次のような問題点を解決して行かなければならないものと考えられる。

まず第一は、給付の内容が被用者保険にくらべて低いことである。国民健康保険の療養給付の割合および給付範囲が、逐年改善されているにもかかわらず、被用者保険のそれに劣ることは、つとに指摘されており、このことは、被保険者一人当たり療養給付費(昭和三一年度で一、五〇一円《推計》)が、政府管掌健康保険の被保険者本人(同年度で五、八六七円)の約四分の一にすぎないことによっても、うかがわれるところである。

次は、保険財政の問題である。さきに述べたとおり、現在、財政強化のための各般の措置が講ぜられているが、近年保険料の伸びを上回っている療養給付費の伸びが今後給付内容の向上という要素を考慮すればさらに大きくなるであろうこと、国民健康保険においては被用者保険と異り、保険料の事業主負担分がないというハンディキャップのあること、しかも、現在、医療保険の適用を受けていない者の中には、零細企業の従業員等所得がかなり低いか、あるいはその所得の把握の難しい階層に属する者が少なくないことを思うとき、今後保険財政収支の均衡を保つには、相当の努力を要するものと考えられる。それにつけても、われわれは、まず、現在赤字の主な原因となっている事務費の不足を補うため、国庫補助金の予算単価と実績とのずれを埋める必要のあることに注意しなければならぬ。

国民健康保険における給付範囲の拡大、給付率の引上の必要は、すでに各方面から指摘されており、また、これとともに、保険財政へのてこ入れとしての国庫補助制度を充実する必要のあることは、「医療保障制度に関する勧告」も述べているとおりであるが、各保険者が、給付費に見合う保険料収入の確保のための努力を求められることは、当然といわなければならない。一方、給付の改善に伴う保険料の増徴により所得の低い被保険者の負担が過重にならないよう、配慮を加える必要があり、このため、保険料の賦課方法の適正化を図るとともに、療養給付費に対する国庫補助金の増額および配分方法の合理化が図られなければならないであろう。

このような問題に対応するためには、まず市町村が国民健康保険を行うべきことの建前を法律上明らかにするとともに、保険給付の内容を被用者保険の給付水準との均衡を考えて改善し、被保険者の負担能力等を考慮して保険料(税)賦課の適正化を図るほか、国庫補助制度の整備拡充を行う必要がある。そして、このために必要な法律改正その他の措置については、目下厚生省で検討を進めているところである。

なお、医療保険の組織が全国にはりめぐらされたとしても、医療機関の整備が不十分であれば、医療の機会均等を図ることができないことはいままでもないところであって、この問題については、後にまた述べることにしたい。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

地域保険たる国民健康保険と並んで国民皆保険達成の他の大きな柱となるものは、被用者保険である。被用者を対象とする医療保険としては、一般の被用者を対象とする健康保険、国家公務員、地方公務員等を対象とする各種共済組合その他いろいろの種類のものがあるが、このうち厚生省所管の制度を取り上げてみると、健康保険、日雇労働者健康保険および船員保険の三つが挙げられる。この三つの制度は、健康保険を、その経営主体の区別によって政府管掌健康保険と組管掌健康保険とに分けるなら、その実態においてそれぞれ異なる特徴を持った四つのタイプの保険制度となる。以下これらの医療保険のおおのについて述べることとする。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(一) 健康保険

制度の概要

健康保険は、わが国で最も早く組織された社会保険であって、工場、鉱山、会社、銀行等に働く被用者とその被扶養者とを対象とし、業務上のものを除く傷病、分娩、死亡の保険事故に対して給付を行っている。現在では、特定の業種に属する事業所の被用者を除けば、五人以上の従業員を有する事業所に雇用される者のすべてが、健康保険の適用を受ける建前となっており、昭和三二年三月末現在、被保険者九五一万人、被扶養者一、四〇〇万人、計二、三五一万にのぼる人々が、現実にこの制度によってカバーされている。

健康保険の経営主体は、政府である場合と健康保険組合である場合とがある。前者によるものを政府管掌健康保険といい、後者によるものを組管掌健康保険という。健康保険組合は、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作ることができるが、通例組合員一、〇〇〇人以上のものが多い。また、この組合は、二つ以上の事業所の従業員の数があわせて三〇〇人以上あれば、これらの事業所が共同して作ることができる建前になっている。しかし、事業所の規模から考えれば、だいたい、組管掌健康保険の組合員には、大企業の事業所の被用者が多く、政府管掌健康保険の被保険者には、中小企業の事業所の被用者が多い。したがって、政府管掌健康保険と組管掌健康保険においては、適用事業所の規模の格差から生ずる相違がいろいろ現われており、このことは健康保険制度を論ずるに当って、充分念頭に置く必要がある。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(一) 健康保険

被保険者

昭和三二年三月末における被保険者数を見るに、政府管掌においては約五九九万一、〇〇〇人で、前年度末に比し約七五万人、一四・三%の増加を示しており、組管掌においては約三五一万六、〇〇〇人で、前年度末に比し、約二〇万人、六・一%の増加を示している。(第二〇表・第二一表参照)また、昭和三二年三月末の適用事業所数は、政府管掌において約二六万七、〇〇〇で、前年度末に比し約二万三、〇〇〇の増を示し、組管掌においては約二万九、〇〇〇となっている。一事業所当り被保険者数を政府管掌と組管掌とに分けて算出してみると、前者は、平均二人、後者は平均一人一人となっている。健康保険組合の数は、昭和三二年三月末現在九二四で、前年度に比し一七の増加を見ており、一組合当りの被保険者数は、三、八〇六人となっている。

第20表 政府管掌健康保険における被保険者数の推移

	強 制	任意包括	任意継続	総 計
昭和27年度末	4,280,661	117,984	830	4,399,475
28	4,887,415	99,932	817	4,988,164
29	4,835,889	103,567	1,377	4,940,833
30	5,130,577	110,122	1,421	5,242,120
31	5,871,767	117,836	1,646	5,991,249

資料：厚生省保険局「事業概況」

- (注) 1. 強制とは、法定の事業を営み常時5人以上の従業員を使用する事業所に雇用される者の場合である。
2. 任意包括とは、上記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。
3. 任意継続とは、以上の被保険者がその資格を失った場合に、自ら保険料を支払って6カ月間を限って資格を継続する場合である。

第21表 健康保険組合およびその被保険者数の推移

第21表 健康保険組合およびその
被保険者数の推移

	組 合 数	被保険者数
昭和 27年度	820	3,104,588
28	873	3,313,895
29	894	3,220,036
30	907	3,313,199
31	924	3,516,383

資料：厚生省保険局「事業概況」

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(一) 健康保険

保険料

政府管掌健康保険の保険料は、被保険者の標準報酬月額の千分の六五で、これを事業主と被保険者が半分ずつ負担することになっている。標準報酬月額とは、保険料と保険給付の算定の基礎とされている被保険者の報酬月額であって、従来、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に分かれていたが、昭和三二年三月における健康保険法の一部改正により、新たに高位の等級が五つ付け加えられ、最高は五万二、〇〇〇円に引き上げられた。

この標準報酬月額の平均を政府管掌と組管掌の別にとってみると、昭和三二年三月現在、前者においては一万二、二八七円(対前年度比四・三%増)後者においては一万八、四六六円(対前年度比四・六%増)であって、後者は前者の一倍半となっている。ここ数年来、この両者の格差はつねに一対一・五の線を保ってきているが、これは、企業の規模別賃金格差を反映するものであろう。

組管掌における保険料率は、千分の三〇から八〇までの間で組管掌が定め、行政庁の認可を受けることとなっており、昭和三二年三月末現在の平均料率は、千分の六四・〇(対前年度に比して〇・七%の増を示している。)であって、政府管掌における料率とあまり差はない。しかし、個々の組管掌を見れば保険料率には著しく高低があり、最高千分の八〇から最低千分の四〇にわたっている。また、組管掌においては、事業主負担も組管掌の規約によって定められることとなっており、昭和三二年三月末現在、全組管掌の平均は、前年度と同じく、六四%で政府管掌の場合にくらべて若干高いが、この負担割合についても、個々の組管掌を見ればまちまちで、折半負担の組管掌が多数見受けられる反面、中には、千分の五〇ないし六〇という高率の事業主負担を定めている組管掌もある。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(一) 健康保険

保険給付

保険給付としては、被保険者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があり、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る。これらは、いずれも法定の給付であるが、費用の面で大きな比率を占めるのは、医療費であって、昭和三一年度においては、全保険給付費(組合の付加給付の費用を除く。)の八三・六%を占めている。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(一) 健康保険

保険給付費

<政府管掌>

昭和三一年度における政府管掌健康保険の給付費総額は、五〇三億二〇〇万円で、前年度に比し、三七億九、五〇〇万円、八・二%の増となっている。全保険給付費のうち医療費は、最も大きなウエイトを占めていて、その八四・四%を占め四二四億七、二〇〇万円に達し、前年度に比し、一〇・一%の増加を示している。

(注 各給付費の額が、第二七表の額と一致しないのは、年度のずれ等によるものである。)この増加率は、昭和二七・二八両年度におけるそれより少いが、三〇年度における八・一%を上回るものである。(注 以下、この節において、医療費という場合は、療養費の支給分を含めるものとし、医療給付費という場合は、療養費の支給分を含めないものとする。)

医療給付に関する指標は、第二二表ないし第二四表に示されている。昭和三一年度の分を前年度分にくらべてみると、一件当り点数および被保険者一人当り医療給付費は大体横ばいの傾向にあるが、受診率(被保険者一人当り受診件数)は全般的に若干の伸びを示す傾向にある。

第22表 政府管掌健康保険における受診率の推移

第22表 政府管掌健康保険における受診率の推移						
区 分	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	
被(本)保(険)者	一 入 院	0.136	0.152	0.188	0.208	0.206
	般 入 院 外	2.825	2.972	3.289	3.504	3.691
	歯 科	0.579	0.626	0.675	0.690	0.664
	計	3.540	3.750	4.152	4.402	4.561
被(家)扶(養)者	一 入 院	0.081	0.086	0.092	0.096	0.096
	般 入 院 外	2.680	2.784	2.949	3.056	3.180
	歯 科	0.359	0.419	0.452	0.476	0.479
	計	3.120	3.289	3.493	3.629	3.755
合 計	6.660	7.039	7.645	8.031	8.316	

資料：厚生省保険局「事業概況」

(注) 受診率は、一人一月一件の受診を1として定めたものである。

第23表 政府管掌健康保険における一件当り点数の推移

第23表 政府管掌健康保険における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27年度	829.5	54.2	85.3	640.4	44.2	63.3
28	907.8	57.5	103.2	689.6	46.5	66.2
29	1,022.9	61.7	118.2	762.5	48.2	67.3
30	1,033.1	60.6	113.6	779.4	47.6	65.6
31	1,019.7	59.0	109.2	786.9	47.5	64.2

資料：厚生省保険局「事業概況」

第24表 健康保険における被保険者一人当り医療給付費の推移

第24表 健康保険における被保険者一人当り医療給付費の推移

	被 保 険 者 (本人) 分		被 扶 養 者 (家族) 分	
	政府管掌	組 合 管 掌	政府管掌	組 合 管 掌
昭和 27 年度	3,607 ^円	3,498 ^円	1,131 ^円	1,538 ^円
28	4,319	4,097	1,271	1,905
29	5,536	5,078	1,430	2,116
30	5,914	5,427	1,482	2,349
31	5,867	5,484	1,519	2,461

資料：厚生省保険局「事業概況」

<組合管掌>

組合管掌においては、前述の法定給付のほかに、五割を超える家族療養費の支給等付加給付を行っている組合が多く、家族療養費に関する付加給付を行っている組合は、全部で四八二組合、全組合の過半数を占めている。この家族療養費に関する付加給付の割合は、平均三割三分となっている。(すなわち、これらの組合における家族の自己負担は平均一割七分でよいわけである。)

昭和三一年度の組合管掌における給付費総額は、三七八億一、三〇〇万円で、三〇年度に比し、一七億二〇〇万円、四.七%の増加を示している。この給付費のうち付加給付の費用は三九億六、九〇〇万円で、三〇年度に比し、一億六、七〇〇万円、四・四%の増を見ている。

組合管掌においても、医療費は給付費総額中に大きな比率を占めており、その総額は、三〇八億八、七〇〇万円に達している。また、受診率、一件当り点数および被保険者一人当り医療給付費は、それぞれ第二五表、第二六表、第二四表の示すとおりであって、三一年度においては、一件当り点数の伸びが止った感のあるのを除いて、これらの指標は、おおむね若干の増加傾向を見せている。なお、注目すべきことに、組合管掌の被扶養者分については政府管掌の場合に比し、受診率および被保険者一人当り医療給付費が著しく大であり、前者は政府管掌分の一・八倍、後者は政府管掌分の一・六倍となっている。

第25表 組合管掌健康保険における受診率の推移

第25表 組合管掌健康保険における受診率の推移

区 分	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	
被(本)保(人)險者	一 般 入 院	0.156	0.162	0.178	0.191	0.186
	一 般 入 院 外	3.583	3.706	3.829	4.119	4.337
	歯 科	0.633	0.663	0.707	0.736	0.738
	計	4.374	4.532	4.715	5.047	5.262
被(家)扶(族)養者	一 般 入 院	0.129	0.136	0.142	0.154	0.160
	一 般 入 院 外	4.132	4.641	4.762	5.321	5.640
	歯 科	0.524	0.663	0.734	0.834	0.873
	計	4.787	5.441	5.639	6.310	6.673
合 計	9.161	9.973	10.354	11.357	11.935	

資料：厚生省保険局「事業概況」

(注) 受診率は、一人一月一件の受診を1として定めたものである。

第26表 組合管掌健康保険における一件当り点数の推移

第26表 組合管掌健康保険における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27年度	836.2	54.6	85.1	619.0	44.1	64.8
28	920.8	57.5	101.4	672.8	46.3	66.9
29	1,031.4	61.4	116.8	743.3	48.2	68.2
30	1,040.6	60.4	113.8	761.4	47.0	65.5
31	1,030.7	59.1	109.2	774.0	47.1	64.1

資料：厚生省保険局「事業概況」

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(一) 健康保険

保険財政

健康保険の財政が近年における医療費の増高により圧迫されてきたことは、周知の事実である。特に、政府管掌健康保険においては、昭和二七年度以降における著しい給付費の増大のため、保険財政の不均衡は次第に大となったので、政府は、二九年度に、被保険者の報酬の実態把握等の各種行政措置を強化し、三〇年度には、一般会計からの繰入および政府資金からの借入を行うとともに、保険料率の引上を実施して、財政の均衡の回復に努めたのであるが、さらに、保険経済の再建と制度の合理化をはかるため、健康保険法の一部改正法案を第二二国会に提出することとなった。この改正法案は審議未了に終り、次いで昭和三一年、第二四国会にあらためて提出された健康保険法の一部改正法案も、ついに審議未了となったが、第二五国会に三たび提出された一部改正法案は、ようやく、つづく第二六国会において昭和三二年三月に成立するに至った。この改正法については、後にくわしく述べることとするが、改正法の成立によって、政府管掌健康保険事業の給付費の一部を国庫が補助することとなり、昭和三一年度においては、三〇億円の国庫補助が行われた。このような政府の努力あるいは経済の好況等によって、昭和三一年度における政府管掌健康保険の財政は、若干好転を示している。(第二七表参照)また、昭和三一年度において、被保険者一人当り給付費は、八、八五七円で、前年度よりやや少なくなった反面、被保険者一人当り保険料(調定額)は、九、四三三円で、前年度に比し約七%の増加を見た。この結果、ここしばらく一人当り給付費を下回っていた一人当り保険料が、ようやく前者を上回ることとなり、この両者の関係が、保険経済として正常な形を回復したわけである。

第27表 政府管掌健康保険収支決算

第27表 政府管掌健康保険収支決算

(単位 百万円)

	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度
(歳入)					
保険料収入	27,653	31,405	38,602	44,356	52,687
一般会計より受入	0	0	0	1,000	3,000
借入金	0	0	0	6,000	6,000
その他	707	1,011	1,821	258	61
計	28,360	32,416	40,423	51,614	61,748
(歳出)					
保険給付費	26,329	30,809	39,484	50,846	50,453
医療給付費	20,642	24,316	31,724	41,631	42,231
現金給付費	5,687	6,493	7,760	9,215	8,222
その他	641	814	905	341	6,444
計	26,970	31,623	40,389	51,187	56,897
差引収支過不足	1,390	793	34	427	4,850

厚生省保険局調

(注) 1. この表は、各年度(ただし、三月から二月まで)の決算表であり、この他保険給付費として、27年度1億9,600万円、28年度1億6,100万円、29年度38億9,400万円、30年度5,000万円、31年度2億3,400万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カ月である。

3. この表における医療給付費には、事務費が含まれる。

ただ、われわれは、三一年度の保険財政収支の均衡が、三〇年度から持ち越されている政府資金からの借入(六〇億円)の上に立っていることに注意しておく必要がある。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(一) 健康保険

健康保険法の改正

先にも触れたとおり、昭和三二年三月第二六国会において成立した「健康保険法の一部を改正する法律」によって、健康保険法は、重要な改正を加えられた。この改正法は、被用者保険の中核をなしている健康保険の財政を建てなおすと同時に、その制度の合理化を図り、医療保障制度の確立に寄与しようとするものであるが、改正のおもな内容は、つぎのとおりである。

まず第一は、政府管掌健康保険の給付費に対する国庫補助制の確立である。すなわち、健康保険制度の発足以来これまで政府管掌、組管掌の双方に対して事務費の国庫補助が行われていたが、改正法により、あらたに、医療保障制度の確立という見地から、中小企業を対象として財政基盤の弱い政府管掌健康保険の給付費に対する国庫補助が、明文化されるにいたったのである。改正法の施行に伴い、前述のとおり、三一年度には三〇億円の一般会計からの繰入が行われ、三二年度においても、給付費財源繰入として三〇億円が予算に計上されているが、将来にわたって毎年相当額が補助されることになっている。

第二は、被保険者の一部負担に関する改正である。従来、被保険者は、初診の際に初診料の額(六大都市では五〇円、その他の地区では四六円)を支払うことになっていたが、今回の改正により、初診の際に最高一〇〇円(初診の際に受けた療養に要する費用が一〇〇円未満の場合は、その額だけ)を支払うこととなり、また、入院患者は、同一の傷病についての入院一カ月間だけ、毎日三〇円を支払うことになった。

第三は、保険医療組織の整備である。従来、健康保険では、個々の医師、歯科医師または薬剤師が、それぞれ保険医または保険薬剤師の指定を受けて、保険診療を担当し、診療の責任を負ってきたが、これは一定の施設内で各種の医療従事者と医療設備の活動のもとに行われている現在の医療の実情に合わないばかりでなく、事務上の責任まで保険医または保険薬剤師が負うという不合理な事態を招いていた。したがって、改正法においては、病院、診療所または薬局を保険医療機関または保険薬局に指定して、療養の給付の責任を機関単位とするとともに、個々の医師、歯科医師または薬剤師については、これを保険医または保険薬剤師に登録することに改めた。

そのほか、今回の改正では、さきに述べた標準報酬の等級区分の改訂、保険医療機関等に対する検査に関する規定の整備等が、行われている。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(一) 健康保険

問題点

右に述べた法律改正により、健康保険制度は、その医療水準を確保しながら、保険財政の健全化、制度の合理化を一段と進めて、国民皆保険推進の基盤となることが期待されよう。もちろん、昭和三一年度における被保険者数の著しい増加、保険料収入の伸びが経済の景気変動に影響されること等を考えるとき、健康保険財政の収支の見通しは、なお、手放しで楽観することを許さないものがあり、今後も収支の均衡を保つための努力が要請されるであろう。

また、国民皆保険が地域保険と被用者保険との二本建てで構成されるものである以上、国民健康保険の全国普及を推進するとともに、被用者保険の適用拡大に努めるべきことは、いうまでもない。被用者に関しては、大きな問題として、零細企業いわゆる五人未満事業所の従業員の問題があるが、それについては、後にあらためて説くこととして、ここでわれわれは、本来強制適用を受けるべき事業所の従業員がまだ相当未適用になっている事実注目せざるをえないのである。すなわち、昭和三一年一月に厚生省の行つた「医療保障基礎調査」によれば、未適用の事業所の従業員数は約一三一万五、〇〇〇と推定されている。その家族をも含めれば約二五〇万近い人々がまだ健康保険によってカバーされていないというこの現状は、すみやかに改善されなければならないのであって、未適用者の徹底的解消のため、積極的な措置を講ずることが何よりもまず肝要であるといわなければならない。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(二) 日雇労働者健康保険

日雇労働者健康保険は、昭和二九年三月に全面的に発足して以来、三年を経過したが、この間、制度の充実強化は著しく、今日では、被用者医療保険体系の中に一つの地位を確立するに至った。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(二) 日雇労働者健康保険

被保険者

日雇労働者健康保険の被保険者は、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であって、被保険者数の推移は、第二八表のとおりである。昭和三二年三月末現在、被保険者数は約七五万人、被扶養者数は約八九万人、計約一六四万人が、この制度の適用を受けているが、この三二年三月末の被保険者数は、前年度に比して約八万人、一二%の増加を示しており、これは、三一年における臨時労働者の雇用の増大によるものと考えられる。

第28表 日雇労働者健康保険被保険者数の推移

	被保険者数
昭和28年度末	563,467
29	572,750
30	670,174
31	748,412

厚生省保険局調

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(二) 日雇労働者健康保険 保険料

保険料は、賃金日額が一六〇円以上の場合は一六円で、事業主と被保険者が半分ずつ負担し、賃金日額が一六〇円未満の場合は一三円で、うち八円を事業主が、残りの五円を被保険者が負担する。保険料の納付は、日雇労働者の特殊事情に適合した方式すなわちスタンプ・システムに基いて行われる。スタンプ・システムとは、就労の日ごとに、事業主が被保険者のもっている被保険者手帳に健康保険印紙をはり付け、消印することにより、保険料を納付する方式である。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(二) 日雇労働者健康保険

保険給付

保険給付は、業務上のもの以外の傷病、分娩、死亡について行われるが、制度発足当時に比し大いに改善され、現在では、被保険者に対するものとして、療養の給付、埋葬料および分娩費、被扶養者に対するものとして、家族療養費、家族埋葬料および配偶者分娩費がある。ただ、健康保険に比べれば、療養給付の期間が二年短く、一年となっていること、傷病を受けた場合または出産の場合に関する生活保障としての傷病手当金、出産手当金および哺育手当金のないこと、この二つの点で劣っている。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(二) 日雇労働者健康保険

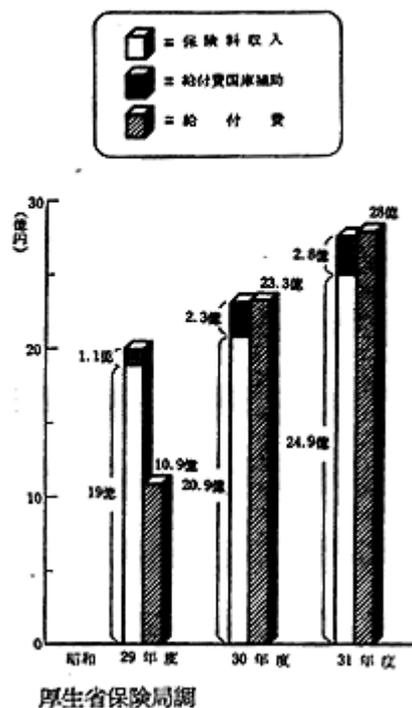
保険財政

数年来、保険給付の内容の充実とともに、保険給付費は著しく増大しつつあり、特に療養の給付の期間延長、歯科の補てつの採用その他の改善が行われた昭和三〇年度以降の費用の増加は、はなはだしいものがあつたが、三一年度における給付費総額(決算)は、約三二億円で、前年度に比し、約二割の増加を示している。

日雇労働者健康保険については、その対象となる者の保険料負担能力の低いことにかんがみ、すでに昭和二九年度から給付費の一割国庫補助が行われており、昭和三〇年度と同三一年度においては、保険料収入にこの国庫補助を加えることによって、おおむね保険給付費がまかなわれて来た。(第二六図参照)しかしながら、歳出面においては、医療費の増加が激しい一方、歳入面においては、保険料が定額制であること等の理由により弾力性に乏しく伸び悩んでおり、三二年度における保険財政の収支見通しはかんばしくないものがあつたので、政府としては、三二年度には、各種行政措置の励行による収入の増加と支出の適正化を図るとともに、国庫補助率を一割から一割五分に引き上げ、給付費財源繰入として六億五、五〇〇万円(前年度の約三倍)を予算に計上して、保険財政の健全化を期している。

第26図 日雇労働者健康保険の保険料と給付費

第26図 日雇労働者健康保険の保険料と給付費(決算)



医療費の増加に伴う保険財政の赤字問題は、医療保険共通の問題であるが、給付内容改善の必要が大きいのに反して、保険料負担能力の著しく低い日雇労働者健康保険の運営上の悩みは、深刻なものがあるといわなければならない。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(三) 船員保険

これまで述べてきた各種医療保険と異り、船員保険は、陸上の健康保険、厚生年金保険、失業保険および労働者災害補償保険の保険給付に相当する給付を、一つの法律によって行っているわが国唯一の総合的社会保険であるが、ここでは、その医療保険に関する部門について述べることにする。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(三) 船員保険

被保険者

船員保険は、恩給法が適用される公務員を除き、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り組むすべての船員(現在乗り組んでいないが乗組員として雇用されている予備員を含む。)を被保険者としている。昭和三二年三月末現在の被保険者数および昭和三一年度年間平均被保険者数(かつこ内)を見ると、漁船の乗組員約八万三、〇〇〇人(約八万七、〇〇〇人)、その他の者約九万四、〇〇〇人(約九万一、〇〇〇人)、計約一七万七、〇〇〇人(約一七万八、〇〇〇人)で、前年度に比し、一万三、〇〇〇人(約八、〇〇〇人)の増加を示しているが、これに被扶養者約三〇万一、〇〇〇人を合せて、約四七万八、〇〇〇人の人が、この制度の適用を受けている。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(三) 船員保険

保険料

保険料は、標準報酬月額額の千分の一六六、失業保険の適用のない者については千分の一五二であって、これは、昭和三二年三月の船員保険法の改正により、同年四月一日から、前者については千分の五、後者については千分の七だけ、それぞれ引き上げられたものである。各保険部門別の船主と船員の保険料率は、第二九表のとおりである。船主の負担率が船員のそれより高いのは、業務上の事故に関する保険給付があることによる。

第29表 船員保険の保険料負担割合

	船 主	船 員
疾病部門	$\frac{66}{1,000}$ ($\frac{63.5}{1,000}$)	$\frac{26}{1,000}$ ($\frac{23.5}{1,000}$)
年金部門	$\frac{31.5}{1,000}$ ($\frac{31.5}{1,000}$)	$\frac{17.5}{1,000}$ ($\frac{17.5}{1,000}$)
福祉施設	$\frac{7}{1,000}$ ($\frac{7}{1,000}$)	—
事務費	$\frac{2}{1,000}$ ($\frac{2}{1,000}$)	—
赤字償還分	$\frac{1.5}{1,000}$ (0)	$\frac{0.5}{1,000}$ (0)
小 計	$\frac{108}{1,000}$ ($\frac{104}{1,000}$)	$\frac{44}{1,000}$ ($\frac{41}{1,000}$)
失業部門	$\frac{7}{1,000}$ ($\frac{8}{1,000}$)	$\frac{7}{1,000}$ ($\frac{8}{1,000}$)
計	$\frac{115}{1,000}$ ($\frac{112}{1,000}$)	$\frac{51}{1,000}$ ($\frac{49}{1,000}$)

厚生省保険司調

(注) かつこ内は、昭和32年4月1日前の負担割合である。

また、標準報酬月額は、従来、四、〇〇〇円から三万六、〇〇〇円までの一九等級に分れていたが、前記の法改正により、昭和三二年四月一日から最低等級が四、〇〇〇円から五、〇〇〇円に引き上げられ、等級数は一八となった。なお、昭和三二年三月における平均標準報酬月額(失業保険分を除く。)は、一万三、五〇六円(昭和三一年度年間平均は一万三、三八八円)で、前年度に比し、三.二%の増加(年間平均では六.二%の増加)を示している。また、平均標準報酬月額を漁船とその他のものに分けてみると、前者は後者の六割強にすぎず、両者の格差が著しい。ここ五六年間、前者は後者の五割ないし六割の所を上下しているが、これは、漁業の経営規模が一般に零細であるため報酬が比較的low額であること、賃金の支払が歩合制によっていてその実態の把握が容易でないこと等によるのであろう。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

三 被用者保険

(三) 船員保険

疾病給付と保険財政

疾病に関する給付としては、健康保険と同様のものがあるが、健康保険と異り、業務上の傷病に対しても、給付が行われる。

船員保険においても、健康保険におけると同様医療費の増大に伴う疾病部門の保険財政の窮迫は著しく、すでに昭和二二年度から同二五年度にかけて若干の赤字をだし、これに対して、二六年以降三年余りの間、保険料の臨時増徴が行われたのであるが、さらに、昭和二九年度における財政事情の悪化は深刻なものであり、赤字繰越額は四億一、〇〇〇万円(疾病給付費の約二割)に達した。そこで、政府としては、昭和三〇年度には、保険料率の引上等保険財政の健全化と制度の合理化を内容とする船員保険法の一部改正法案と、三〇年度までの赤字の償還財源を一般会計から繰り入れるための法案を第二二国会に提出したが、前者は審議未了となり、後者のみ成立して、赤字問題は三一年度に持ち越されることとなった。その後、第二四国会に提出された改正法案も審議未了となったが、健康保険と同様、昭和三一年一二月、三たび提出された改正法案が、ついに翌三二年三月第二六国会で成立し、船員保険の財政問題は、ここに解決への一歩を踏み出したといえる。すなわち、船員保険法の一部改正法の成立によって、昭和三一年度から、疾病給付費に対する国庫補助が法律に基いて行われることとなり、同年度には、一億円が一般会計から繰り入れられたし、昭和三二年度においても、疾病給付費財源繰入分として、一億円が予算に計上されている。さらに、法改正によって、最低標準報酬月額引上、疾病部門の保険料率の引上および赤字補填のための保険料率の引上が行われるとともに、療養の給付を受ける者は、初診の際に一部負担金一〇〇円(初診の日の療養費の総額が一〇〇円未満のときは、その額)を支払うこととなった(船主補償分を除く。)ほか、制度の合理化のため各種の面で改正が行われた。この法改正を契機として、今後、船員保険における財政の健全化は、さらに促進されるとともに、制度全般についてより健全な運営が期待されるであろう。

ただ、われわれは、第三〇表に見るとおり、疾病部門における保険料収入が、二九年度以降ずっと保険給付費を下回っていることを注意しなければならず、受診率と一人当り医療給付費は依然として増加の傾向を見せていることをおもうとき、収支両面にわたって保険財政の均衡を図るための努力を怠ることは許されないであろう。もともと、船員保険は、汽船、機帆船、漁船という広範囲にわたる各種の船舶の乗組員を対象とし、船主の事業の経営規模、労働形態等において、大いに事情を異にするグループを包括しているところに、特色があり、運営上の問題も多い。このことは、前に述べた標準報酬月額の格差にも現われているが、そのほかに、たとえば、保険財政収入のかなめというべき保険料の収納状況にも現われている。昭和三一年度におけるその収納状況を第一(汽船)、第二(機帆船)、第三(大型漁船)、第四(小型漁船)の四グループに分けて観察すると、第一は九八・六%、第二は八三・七%、第三は九二・六%、第四は七四・八%となっており、特に小型漁船関係の収納状況は、劣っている。その他保険料と保険給付費との大きさの比率等種々の面において船舶種類別に格差が存することは、すでに昭和三〇年当時厚生省におかれていた七人委員会によって指摘されているとおりであって、政府の施策特に厚生行政施策だけで解決できない問題であるとしても、今後は、これらの不均衡の是正のため、各方面の努力が払われなければならないであろう。

第30表 船員保険疾病部門保険料、
保険給付費の推移(単位千円)

年 度	保険料収入	保険給付支出
27	1,503,026	1,438,207
28	1,782,195	1,635,181
29	1,866,769	2,055,856
30	2,151,057	2,499,044
31	2,485,887	2,625,568

資料：厚生省保険局「事業概況」
(注) 疾病給付財源繰入として30
年度2,500万円,31年度1億
円の国庫補助がなされた。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

四 診療報酬問題

(一) 問題の意義

国民皆保険を実現するに当っては、特に医療関係者の協力を必要とするというまでもないが、医療関係者の待遇改善を行う意味において最も直接的な形でとりあげられるのは、診療報酬の問題である。

すなわち、社会保険における診療報酬は、一定の方式に基いて定められており、その額の如何は、医療担当者の所得の大小に直接関係する。反面、診療報酬の如何は、保険を経営する保険者側から見れば、保険財政支出の大半を占める医療給付費に影響するし、一般国民の立場に立てば、保険料または自己負担という形で家計に響くのであって、診療報酬がつねに複雑な問題を提起することは、もはや周知の事実といえることができる。

そこで、国民皆保険について論ずるに当り、一応、社会保険診療報酬のこれまでの経緯と問題点を述べてみることにしたい。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

四 診療報酬問題

(二) 点数単価制度

診療報酬の支払方式

診療報酬を医療担当者に支払うには、種々の方式がある。これを大きく分類すれば、医療担当者が保険者と雇用契約を結び、俸給の形で診療報酬を受ける「雇用契約式」(「俸給式」)、被保険者一人当たりまたは一件当たり等の基準によって均一の報酬が支払われる「均一払方式」、個々の医療行為に対し報酬を支払う「個別支払式」等がそれである。わが国における現行の診療報酬は、点数単価方式(医療行為別の報酬を一定の点数で表わし、これと一点単価とを掛ける方式)によって支払われているが、これは、個別支払式に属するものといえる。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

四 診療報酬問題

(二) 点数単価制度

現行点数単価制度の確立

昭和二年、健康保険法がはじめて実施された当時、政府管掌健康保険の療養の給付は、政府が直接官公立病院に委託するもの以外はすべて日本医師会および日本歯科医師会に委託して行われており、診療報酬は、一括して日本医師会および日本歯科医師会に支払われていたが、この場合の支払いは、点数単価方式によらず、被保険者一人当りの年額と被保険者数とを掛け合わせる方式、すなわち人頭請負式(先に述べた均一払方式に属する)によって行われていた。ただ、日本医師会または日本歯科医師会が政府から支払いを受けた診療報酬は、一定の基準にしたがって、各道府県医師会または歯科医師会に分配され、さらに、道府県医師会または歯科医師会がこれを保険医に分配していたのであって、点数単価方式は、道府県医師会または歯科医師会の行う分配のための技術的制度として、採用されていたのである。

その後、上述の支払制度は次第に形を変え、昭和一八年四月からは、「健康保険法ノ規定ニ依ル療養ニ要スル費用ノ額ノ算定方法」という厚生省告示の実施によって、診療報酬の支払は、一律に、この告示に定められた一点単価(二〇銭)および各医療行為別の点数を基準とすることとなり、その関係事務は、日本医師会または日本歯科医師会の手を離れるにいたった。ここに、保険医療全般に通ずる診療報酬支払制度としての現行点数単価制度が確立されたわけである。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

四 診療報酬問題

(三) 単価の改訂および審議に関する経緯

現在の単価の決定

現行点数単価制度においては、点数を一定とするなら、単価の額如何が一律に診療報酬の額を左右するのであるから、現行制度確立後において、単価の決定は、常に大きな問題であった。

昭和一八年の定額単価制確立後、しばしば、物価変動等に基く一点単価の改訂、地域差の新設等、支払制度の改正が行われたが、昭和二三年一〇月からは、特定の都市を甲地、その他の市町村を乙地とし、甲地一一円、乙地一〇円の単価が実施されることとなった。この改訂後、昭和二五年から同二六年にかけ、一般賃金水準の上昇、医療機関経営の行詰り等を理由として医療担当者側から単価の引上が要望されるに至り、各方面の意見を参考として種々検討が行われた後、昭和二六年一二月から単価は甲地一二円五〇銭、乙地一一円五〇銭とすることに決められた。現在までこの額は変っていない。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

四 診療報酬問題

(三) 単価の改訂および審議に関する経緯 臨時医療保険審議会の設置

このときの単価の決定に際し、診療報酬その他医療保険に関する問題の根本的な審議の必要が痛感されたので、昭和二七年一月、「医療保険に関し調査審議するため臨時に委員を委嘱する件」という閣議決定に基き、診療担当者代表、保険者・被保険者・事業主の代表、公益代表いずれも同数の委員一八名が、厚生大臣の委嘱を受けることとなった。この委員をもって組織されたのが、臨時医療保険審議会(以下「審議会」という。)である。審議会は、医療保険制度の大綱、運営の基本方策および所要の資料の整備等に関し「特に重要かつ具体的な改善事項」について、諮問を受けたが、昭和二八年に入ると、医療費問題に取りかかることとなり、昭和二八年八月の総会において、医療費問題の検討のための小委員会の設置が決定された。

審議会の小委員会は、昭和二八年八月から同三〇年一二月まで、二〇回余りの会合を重ねた。この間における審議対象となった問題点を整理したのものとして、昭和二八年一二月の「医療保険をめぐる問題点メモ」、同三〇年一二月の「診療報酬に関する問題点メモ」がある。昭和三一年にはいると、種々の事情のため、審議会は開催されるに至らなかったが、この年から翌三二年にかけて、医療保険問題は極めて重大な転換期を迎えた。国民皆保険への動き

昭和三一年から同三二年にかけて、国民皆保険への動きは活撥となったが、全国民に対する医療保険の普及によって、診療報酬問題もいわば全国的な規模に拡大されることは、いうまでもないところであって、ここに、国民皆保険の推進に伴い、診療報酬問題その他医療担当者の待遇の問題が、にわかに注目されることとなったのである。

昭和三二年一月、厚生省の医療保障委員は、第二次報告を提出したが、その中で「全国民に対し合理的・能率的な医療サービスを供給するために解決を要する一群の問題」の一つとして、診療報酬支払制度を挙げており、他の問題とともにその根本的な検討を要望している。また、同年三月、第二六国会において健康保険法の一部改正法案を修正可決するに当り、衆議院社会労働委員会は付帯決議を行い、そのうちの一項目として、「現行健康保険の診療報酬の点数ならびに単価を含む診療報酬支払方式」の再検討と医療担当者の待遇改善を要望した。この健康保険法の一部改正法案の審議に際しては、参議院においても診療報酬問題が活撥に論議され、厚生大臣は、同年三月、参議院社会労働委員会において、「一点単価を含めて医師の待遇改善のためあらゆる面で検討を命じている」旨を言明した。こうして、同年四月、厚生省に国民皆保険推進本部が設置されるに当っては、「特に診療報酬問題については、今秋を目途として成案を得るように努める」という方針が立てられた次第である。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

四 診療報酬問題

(三) 単価の改訂および審議に関する経緯 臨時医療保険審議会の再開

このような情勢の下に、昭和三二年五月、審議会は再開されることとなった。再開後同年六月の総会には、昭和三〇年の「診療報酬に関する問題点メモ」にその後の諸条件の変化による加筆訂正を行った新しいメモが提出された。この新しい「診療報酬に関する問題点メモ」は、費用負担の問題とは別に適正な診療報酬が決定されるべきこと、適正な診療報酬は医療機関がその業務を維持運営するに必要な経費とこれに社会通念上妥当と認められる利潤を加えたものを基準とすること、現行診療報酬算定方式は種々欠点を持っているが、少なくとも今ただちに他の方式に移るのは困難であることを指摘するほか、診療報酬の構成要素、診療報酬の算定に当たりの問題点その他の項目にわたり、詳細に分析したものである。このメモについての審議は、結局小委員会に付託されることとなり、その後、新しいメモについての小委員会の審議は、数回続けられたが、八月二日の小委員会の開会直前に、医師会代表は、審議会の審議状況に対する不満を理由として、審議会からの脱退の申出を行い、次いで、八月八日には、歯科医師会代表も辞表を提出した。こうして医療担当者代表の重要なメンバーが脱退したため、審議会の運営に重大な支障をきたすこととなったが、総会における協議の結果、一応、審議会発足以来六年間の審議経過をとりまとめることにきまった。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

四 診療報酬問題

(四) 点数表に関する審議

新医療費体系に関する審議

点数単価制度において、単価と並ぶ重要な要素は、各医療行為別に定められた点数である。現行制度発足以来、点数表には種々改正が行われてきたが、医薬分業の前提として昭和二九年、同三〇年に立案された新医療費体系に基く点数改正案は、まさに画期的なものといえよう。この新医療費体系に基く改正案は、「物の代価」と「技術の報酬」とが不可分の形をとっている診療報酬を改革し、この両者を区分して評価しようとするものであって、昭和三一年四月からの医薬分業の実施に備えて、同三〇年一二月、中央社会保険医療協議会(以下「医療協議会」という。)に諮問された。しかし、この案については、一部から強い反対が示され、分業実施までにその答申を得ることが困難となったので、とりあえず、同三一年三月に、分業実施に伴い、薬治料および調剤料について最小限度必要な点数改正を行うこととし、一方、諮問された案については、さらに本格的に審議を進めることとなった。

まず、昭和三一年四月一四日の医療協議会において、従来、審議された事項のうちの基本事項と問題点を整理すること、審議に必要な場合は専門委員を置くこと等を決定し、これに基いて、厚生省側より「審議経過整理メモ」が提出され、以後このメモについて審議が進められた。この結果、審議経過整理メモは、さらに整理された形で八月三日の総会において承認されたが、それは、原則として個々の医療行為に対しそれぞれ適正な診療報酬を設定すること、物と技術とをできるだけ分離すること等一三項目にわたる内容を持つものである。また、専門的に検討すべき事項につき四部門に分けて専門委員の審議にゆだねることが、同じ日の総会で決定され、ここに、新医療費体系に関する審議は、一步前進することとなった。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

四 診療報酬問題

(四) 点数表に関する審議

専門部会の中間報告

前述の決定に基き、昭和三十一年十一月、医療協議会に計三八名の専門委員が任命され、第一部門は点数改正案作成の基礎資料、第二部門は診察料および入院料の算定、第三部門は物と技術との分離および技術の評価、第四部門は第二部門および第三部門の検討する事項のうち歯科診療に関するものにつき、それぞれ審議を開始した。その後約九カ月間、各部会とも二〇回余りにわたる会合を重ね、付託された問題について検討を続けていたが、昭和三十二年八月には、医療協議会に、各部会の中間報告が提出される運びとなった。

この中間報告においては、おおむね明確な結論を得ているものは少いが、各部会ともに与えられた議題に関しかなり詳細綿密な検討を行った結果がうかがわれるのであって、その検討の範囲内で一つの基準がうちたてられ、今後の方向を示しているものも少なくない。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

四 診療報酬問題

(五) 厚生省の具体案

以上述べたように、昭和三一年から同三二年にかけて、一点単価および点数に関する各審議会等の審議は、着々進行していた。一方、昭和三二年四月以降、国会方面においても、衆議院社会労働委員会に設置された「診療報酬および薬価に関する小委員会」、自由民主党の社会保障特別委員会に設けられた診療報酬対策小委員会において、診療報酬問題の検討が始められることとなった。この間、厚生省としては、医療担当者の待遇改善を内容とする診療報酬の改正が、第二六国会以来の政府与党の公約事項であることにかんがみ、各審議会等や国会方面における審議と並行して診療報酬に関する検討を急いでいたのであるが、診療報酬の改正を実現するためには、昭和三三年度予算との関係上、ぜひとも昭和三二年中にその成案を得る必要があるため、三一年九月九日、中央社会保険医療協議会に点数および単価の改正案につき意見を問い、そのすみやかな答申を求めることとなった。

この三二年九月の諮問に際し、厚生省は、事務当局案として、「社会保険医療の診療報酬の算定方法ならびに点数および単価策定方針の概要」および「診療報酬算定表案(甲表および乙表)」を提出し、次のような具体案を明示した。

「

(1) 医療担当者に対して支払う診療報酬を現行のものに比し八・五%程度引き上げる。この診療報酬の引上は、現行点数に改正を加えないとすれば約一円程度の単価引上を意味する。

(2) この増額を機械的な一点単価の引上によって処理することなく、現行点数における不合理を是正することにより処理する。

特に医療担当者の事務的負担の大巾な軽減、診療報酬の審査事務の簡素化という見地から、一点単価は全国一律に一〇円とする。また、甲地、乙地の別は廃止するかわり、従来の甲地については、療養担当地域手当として若干の点数加算を認める。

(3) 診療報酬点数表を甲表、乙表の二つに分け、医療機関はそのいずれかを選択することとする。甲表においては、診察料、簡単な検査料、注射料等、処方料を一括して基本診療料とし、特殊な医療行為に対する報酬は特掲診療料として別に請求できることとする。乙表は、診療報酬総額の引上分をもつて、技術料の部分が多いと思われる診察料、入院料、検査料および手術料の引上を図るとともに、注射料について、高い薬剤を使用した場合と安い薬剤を使用した場合の差を縮めようとするものである。

」

この具体案は、臨時医療保険審議会における審議の内容および中央社会保険医療協議会の専門部会による中間報告の内容を充分考慮して作成されたものであるが、この診療報酬引上の方針により具体的に算定すると、開業医の所得は、昭和三三年には同二七年のおよそ二・一倍となり、その待遇は著しく改善されることとなっている。

現在、中央社会保険医療協議会においては、この診療報酬改正をめぐる、討議が行われているが、医療担当者、保険者その他各方面の人々の納得の行く形で、この問題が早急に解決されることが望まれ

る。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

四 診療報酬問題

(六) 問題点

最初に述べたとおり、診療報酬支払方式あるいは診療報酬の額の決定は、医療保険の運営上はなほだ重大な問題である。しかも、現行点数単価制度は、医療保険だけでなく、生活保護による医療等いわゆる社会医療全般にわたって実施されているのであって、医療保障制度の総費用に重要な影響を与えるものである。

すでに、昭和二五年の「社会保障制度に関する勧告」においても、三〇年に厚生省に設けられた七人委員会の報告にも、前述の三一年に発表された「医療保障制度に関する勧告」においても、それぞれ、診療報酬に関する項目が設けられ、具体案がいろいろ示されているが、これらの勧告等の説くところは、必ずしも一様ではない。あるいは、標準点数を各科別に定めて請求点数がこれを超えるときは一定の制限を付ける方法を説き、あるいは、団体請負の形式で一定金額を保険者から交付し、各保険医に対する配分は団体にまかせる方法を示している。また、数方式の併用の必要を説くものもある。

いずれにせよ、現在の段階において明らかなことは、「現行制度のもとにおいては、医師の技術はほとんど評価されず、その診療報酬は、診療効果というよりは、薬品や注射の使用量など外形的な要素に依存して支払われる」(医療保障制度に関する勧告)という重大な欠点のあること、一方、現行点数単価制度を今ただちに他の支払方式に改めることには問題が存することであろう。先に述べたような厚生省の具体案もこのような現実に応ずるものにほかならないし、現在、中央社会保険医療協議会で審議中の新医療費体系についても同様のことがいえるのである。したがって、われわれとしては、一応現行制度の前提の上に立って各審議会等の審議の成果をまつとともに、各種支払方式についての研究にも努めていくべきであろう。

第二章 医療保障とその関連施策

第二節 医療保険

五 今後における問題

これまで、われわれは、国民健康保険等の各種医療保険および診療報酬の問題につき、考察してきた。国民皆保険の推進に当って問題となるべき点は、これまでの所で、大体明らかになったと思われるが、そのうち特に重要な点をここで、簡単に整理して見ることとしたい。

医療保険という支えのない者とある者とで、医療を受ける機会がいかに不均等であるかについては、あらためていうまでもない所であって、われわれは、何よりもまず国民健康保険の普及等による全国民に対する医療保険の適用を実現しなければならない。この国民皆保険は、地域保険と被用者保険の二本建てで達成されるものであるが、ここで現在医療保険の強制適用を受けていない従業員五人未満の事業所の従業員に関する取扱が問題となる。これらの従業員については、従来、その被用者である点に着目し、健康保険の強制適用または特別の被用者保険の創設を唱える意見もあり、一方、事業所従業員としての医療保険適用の技術上の困難性に基き、国民健康保険の適用対象にすべきであるという意見もあった。厚生省としては、この問題の重要性にかんがみ、鋭意検討を進めてきたのであるが、昭和三一年の「医療保障基礎調査」によって、五人未満事業所の数は、約六六万六、〇〇〇(健康保険の強制適用事業のみ)と推定され、政府管掌健康保険の事業所数のほぼ四倍の多きにのぼること、事業所自体の企業変動が激しいこと、従業員の所得階層が比較的低位に集中することが、知られるにいたり、したがって、五人未満事業所従業員については、事業所の把握がかなり困難であるとともに保険財政の維持は容易でないことが明らかになったのである。これらの点を考慮すれば、強制的にこれらの事業所の従業員を被用者保険の対象にするよりは、さしあたりは、国民健康保険の普及の対象とし、一方、健康保険における任意包括制度(第二〇表の注2参照)の活用によって健康保険の適用に努めるのが、妥当と考えられる次第である。

医療の機会の不均等ということは、医療保険の適用を受けている者相互の間についてもいえることである。このことは、第二四図を見てもうかがわれるが、ここでは、特に、国民健康保険の給付内容の改善が急を要することを重ねて指摘しておきたい。

さて、全国民に医療保険の網の目をかぶせることおよび給付内容の向上、この形式実質両面にわたる課題を、われわれは抱えているわけであるが、その解決に当ってまず考慮しなければならないのは、財政問題であろう。もともと、医療保険においては、その収入の大宗をなす保険料はその全部または相当部分を賃金その他の所得によっており、その動きは、国民経済の動きを相当反映するのに対し、その支出の大宗を占める医療給付費は、医学の進歩、罹病率、医療機関の整備等に影響されるもので、国民経済情勢と必ずしも関係はないという特徴があり、この意味で保険財政収支の均衡を図るのは、必ずしも容易でない。また、給付内容の改善が行われた場合には、受診率の増大という要素も加わって、支出の増大することはいうまでもないところであり、これまで繰り返し述べたとおり、国民皆保険の推進に当っては、保険財政の充実強化ということ念頭に置かなければならないであろう。なお、その場合、各医療保険のところで説いたように、特に所得の低い階層に対する配慮を加えて国庫補助制度を充実すべきことは、いうまでもあるまい。

また、現在、医療保険の診療報酬によって支払われている医療費(保険者負担分に生活保護法等による公費負担分および患者一部負担を加えたもの)は、総医療費の七割におよんでいる。今後、国民皆保険の推進とともに、この比率はさらに高まり、いわゆる社会医療による医療費の如何が国民総医療費を支配することになるであろう。さきにやや詳しく述べた診療報酬の問題が、国民医療全体にとりいかに大きな問題であるかということに思いをいたすべきゆえんである。

終りに、医療保険の普及と充実だけで真に医療保障が確立されるものでないことを思い起しておこう。このことは、無医地区問題一つを考えてみても明らかであり、国民保健の向上のためのあらゆる施策がバランスを失うことなく進展してこそ、国民皆保険の実が上るものといえよう。下で詳述すべき問題である。しかし、それは、もはやこの節の問題ではなく、第三節以下で詳述すべき問題である。

第二章 医療保障とその関連施策

第三節 結核問題

一 結核の現状

(一) 結核の死亡数・死亡率

わが国の結核死亡は、戦後減少の一途をたどっている。すなわち、昭和二二年には、死亡数約一四万六、二〇〇人、死亡率人口一〇万対一八七・二であったが、その後年をおうにつれ結核死亡数の減少の傾向は著しく、昭和三〇年には死亡数約四万六、七〇〇人、死亡率五二・三にまで減少した。同三一年になると、死亡数約四万三、八〇〇人、死亡率四八・五となり、三〇年から三一年にかけて、死亡数で約三、〇〇〇人、死亡率で三・八の減少を見たのである。(第三一表参照)

第31表 年次別結核死亡数・死亡率

第31表 年次別結核死亡数・死亡率		
昭和	結核死亡数	結核死亡率 (人口10万対)
15年	152,019	209.6
18	171,473	225.9
22	146,241	187.2
23	143,909	179.9
24	138,113	168.8
25	121,769	146.4
26	93,307	110.3
27	70,558	82.2
28	57,849	66.5
29	55,124	62.4
30	46,735	52.3
31	43,732	48.5

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

- (注) 1. 昭和31年は概数である。
2. 各年次とも沖縄を除く。

この昭和三一年の結核死亡率は、これまで最も高かった昭和一八年のそれにくらべほぼ四分の一にまで下った率である。一方、国民死因順位においても、昭和三一年には、三〇年と同じように、心臓病の次に位して、第五位となっており、もはや結核が国民最大の死因であるという時期は去ったのである。しかし、第二七図に明らかに示されるとおり、諸外国と比較した場合に、わが国における結核死亡は、まだまだ高いといわざるをえないのであって、特に、デンマーク、オランダ、オーストラリア、カナダ、アメリカにおいては、死亡率が一〇を割っている(昭和三〇年)ことを考えれば、わが国の状態は大いに改善の余地があるというべきであろう。

第27図 各国結核死亡率

第二章 医療保障とその関連施策

第三節 結核問題

一 結核の現状

(二) 結核の患者数

ところで、結核死亡率の低下は、必ずしも結核患者数の減少を意味するものではない。事実、昭和二八年に厚生省が実施した結核実態調査によれば、三〇〇万人に近い結核患者の存在が推定されており、同二九年および三〇年に行われた調査によっても、わが国の結核患者の実情は著しく好転したといえないことが、明らかにされているのである。

また、わが国における結核患者の総数については、右の実態調査の数を手がかりにするほかないが、患者であることを知り、医師にかかる者の数は、医師からの届出状況によって知ることができる。届出制度は、結核予防法によって行われており、制度の仕組み上、若干の二重届出をまぬかれないが、届け出た患者の数によって大体の傾向をうかがうことができるであろう。この届出患者の数は、昭和二六年には約五九万人であったが、その後やや減少して、同二八年以降は、おおむね五〇万ないし五二万のあたりを上下している。この届出患者数を人口一〇万対で見ると、昭和二六年が最高で六九八、同二八年からは六〇〇台を割るようになり、同三一年には五七四となって、減少の傾向を示している。しかし、死亡率の減少にくらべると、その減少の程度はわずかなものであるし、西ドイツ二一九、フランス一四〇、アメリカ六七(いずれも昭和二八年)という諸外国の率にくらべれば、相当へだたりのある実情である。

第二章 医療保障とその関連施策

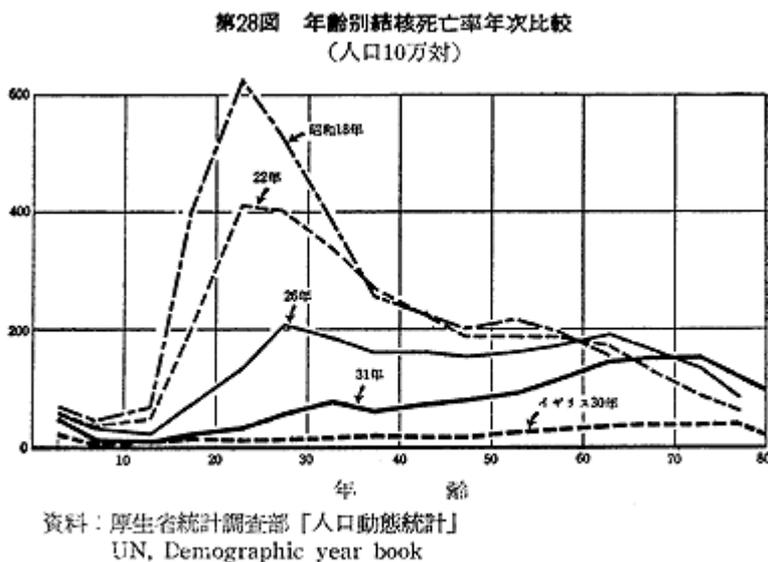
第三節 結核問題

一 結核の現状

(三) 注目すべき問題

さて、前述の結核死亡率の激減に青少年層の結核死亡率の急速な低下が大きく寄与していることは、注目すべきである。一昔前、わが国の年齢階層別結核死亡率曲線は、青年期に著しい山を作っていたのであるが、戦後年をおうに従ってこの山が崩れはじめるとともに、徐々に年齢の高い方に山が移動し、一方、五〇才以上の高年齢層にもう一つの山を作るという形をとり始めた。これをイギリスにおける同じ曲線と対比させてみれば、第二八図のとおりである。この図は、わが国の結核死亡率の年齢階層別曲線が、おくれはせながら欧米諸国のそれに近づきつつあることを、示している。したがって、われわれの課題は、戦中戦後の公衆衛生施策の推進と結核治療技術の向上のもたらしたこの傾向を推し進めて、患者の絶対数の減少と死亡率の低下に努力し、欧米先進諸国との開きをなくして行くことにあるといわなければならない。

第28図 年齢別結核死亡率年次比較



ただ、結核対策の推進に当って、われわれは結核という病気の特異性をあらためて認識する必要がある。

その一つは、結核患者には自覚症状のない者が多いことである。厚生省の実態調査によれば、患者すなわち医療を受ける必要のある者のうち自分は結核だと知っていた者は五分の一強にすぎず、エックス線検査の結果、明らかに空洞の認められた相当重症の患者のうち、現に患者であることを知っていた者は約三分の一にすぎない。このように、結核患者の五分の四は自分が患者であることを知らず、また有力な感染源と考えられる患者でさえその三分の二は無自覚であるという事実は、見逃すことはできない。ここに、健康診断が結核対策の基盤となるべき理由がある。

もう一つは、結核の治療には比較的長期間を要するとともに、最近における医療内容の向上という事情もあって、医療費がきわめて高くつくため、治療を受けるのに支障が生ずることである。この点については、後にまた触れることにするが、医療保障制度の適用を受けていない患者、特に所得の低い患者にとって、結核の治療を受けることは非常な苦痛であるため、その療養が十分に行われにくいこと、また、健康保険や生活保護という各制度の費用の中でも結核医療費は相当の割合を占めているということ、あらかじめ指摘しておきたい。

以上二つのことを頭に置きながら、次に結核対策の現状を見よう。

第二章 医療保障とその関連施策

第三節 結核問題

二 結核対策

結核問題の重要性にかんがみ、特に昭和二六年の新結核予防法の制定以来、政府は、結核対策の充実強化に努めてきたのであるが、昭和三一年から同三二年にかけて結核対策の抜本的改革を望む声は一しお高く、また、現実の施策もこれに応じて進展を見たのである。

第二章 医療保障とその関連施策

第三節 結核問題

二 結核対策

(一) 結核対策強化の要望

結核が国民個々の生活にとっての脅威であることはもちろん、医療保障制度の財政をも脅やかしている実情に基き、総合的な結核対策の強化は、近年各方面から強く要望されてきた。すでに、昭和二五年の社会保障制度審議会の勧告に、健康診断と予防接種の徹底、結核病床の整備等がうたわれていたが、同二八年に厚生省が結核実態調査の結果を発表し、わが国における結核の楽観を許さない実態を示した後においては、二九年一二月に、「結核対策の強化改善に関する申入書」、三〇年三月に、「結核対策の強化改善に関する勧告」が、それぞれ社会保障制度審議会から提出されている。この昭和三〇年の勧告は、結核問題が個人の経済力や生活圏を超えた国家的な問題であることを力説し、国民経済上の見地から将来にわたって医療費負担の膨張をきたさないよう予防施策に重点を置くこと、放置されている多くの患者への対策に力を注ぐことを説いたものである。次いで、昭和三十一年には、同審議会から「医療保障制度に関する勧告」が発表されたが、その中には、特に「結核医療制度の確立」という一章が設けられ、予防・治療を通ずる一貫した結核対策の強力な推進の必要が、強調されているのである。この勧告は、前の三〇年の勧告の線を一段と強くしたものであって、結核の予防に要する費用の全額公費負担、対症療法および入院中の食費を除く全結核医療費の全額公費負担(被用者保険については八割公費負担)、これに要する費用を一括して取り扱う特別会計または基金の創設、関係行政機構の統合強化を要望しており、結核撲滅のための思いきった具体策を打ち出している。一方、同年七月厚生省に置かれた医療保障委員は、すでに八月末、昭和三二年度予算案との関係において提出した中間報告の中で、保健所の整備強化、健康診断の徹底等を説いたが、翌三二年一月に提出した第二次報告においては、前年の社会保障制度審議会の勧告の後を受けて、結核撲滅対策の樹立を望んでいる。すなわち、一〇年後に結核患者を半分に減少させる程度の抜本的施策が必要であること、昭和三二年度においては、とりあえず健康診断、予防接種の全額公費負担およびその国庫補助率の引上、中央、地方における一元的結核行政機構の整備を行うべきこと等が、同報告中の結核対策に関する内容である。

一方、各政党の社会保障政策としても、ここ数年来、結核対策は、重要視されつつある。たとえば、自由民主党においては、昭和三十一年七月、「全国民を対象とする結核保障制度の確立」を唱えたが、同三二年九月には、「一〇年を目標とした結核撲滅対策の強力な推進」を新政策に盛りこむに至った。

このような動きを背景として、政府においては、昭和三一年度に約一二四億円、同三二年度には約一四八億円という膨大な結核対策費を予算に計上して、予防・治療を通ずる結核対策の推進を図っており、特に三二年度からは、後にくわしく述べるとおり、健康診断・予防接種の全額公費負担の実施等結核対策の画期的な拡充が行われたのである。しかしながら、結核対策の現状には、なお多くの問題が存し、今後の努力にまつべきところが少なくない。以下、その詳細について述べることにしよう。

第二章 医療保障とその関連施策

第三節 結核問題

二 結核対策

(二) 健康診断・予防接種その他の施策

健康診断・予防接種

上述したところからも明らかであるように、患者の早期発見・早期治療の促進は、いわば結核対策の根本原則であって、その基盤となるものが、健康診断である。

健康診断は、現在、結核予防法に基いて実施されているが、これには、定期のものと定期外のものがある。定期外のは、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)の長が、結核に感染するおそれのある業務に従事している者等を対象として行うこととなっている。

定期の健康診断は、乳幼児を除く全国民を対象として、事業の被用者については事業主、学生または生徒については学校の長、一般住民については市町村長が、それぞれ実施することになっている。

いま、昭和二七年以降の年次別による健康診断の実績を見れば、第三二表のとおりであって、受診者の数は、大体において毎年増加の傾向にある。特に、昭和三〇年度から、定期健康診断の対象者の範囲が拡大され、また、健康診断に要する費用についての実費徴収に関し減免率が引き上げられたことなど健康診断制度の整備充実が行われたことに伴い、昭和三一年の受診者数は、同三〇年のそれより若干増加して、約二、九〇〇万人に達しているが、全国民的な健康診断という新しい建前からすれば、その実施状況は、まだまだ不十分であるといわざるを得ない。この受診者数のうち定期分は二、七七〇万人、定期外分は一〇五万人であるが、定期健康診断の受診状況を実施者別に見れば、第三三表であって、小中学校長の行うものの九四・九%以外は、かなり受診率が低く、中でも市町村長の行うものは、一二・〇%という状況である。これは、一般住民についての法律改正による対象範囲の拡大が三〇年八月からであって、まだ日が浅く、健康診断の周知徹底が不十分であることによるものであろうが、今後大いに改善の余地が残されているといわなければならない。実施主体による受診者別に患者の発見率を見ると、小中学生は〇・二%で最も低く、一般住民では〇・四%、勤労者では〇・八%、定期外の受診者では一・二%となっている。

第32表 結核予防法に基く健康診断・予防接種の年次別実績

第32表 結核予防法に基く健康診断・予防接種の年次別実績
(単位 千人)

	受診者数	ツルベルタリン反応		間接撮影者数	精密検査者数	B C G接種者数
		被検者数	陽性者数			
昭和27年	22,426	19,755	10,697	12,419	607	10,388
28	21,922	18,547	11,322	14,215	639	8,126
29	27,326	20,934	12,931	17,021	720	6,620
30	26,531	20,439	13,117	17,923	755	6,094
31	29,888	23,170	15,011	21,136	891	6,433

第33表 実施主体別健康診断実施状況

第33表 実施主体別健康診断実施状況(単位万人)
昭和31年

	対象者数	受診者数	受診率 %
定期分	7,771	2,770	35.6
事業主	1,210	326	26.9
小中学校長	1,734	1,646	94.9
その他の学校長	383	227	59.3
乳児院等の施設の長	132	55	41.3
市町村長(一般住民)	4,312	516	12.0
定期外分	319	105	32.9

厚生省公衆衛生局調

なお、発病防止の役割を果す予防接種は、健康診断とともに、結核予防対策の根幹をなすものであり、通常健康診断と一体化して行われている。その実績は第三二表のとおりである。

以上述べたとおり、健康診断の全国における実施状況は、決して満足すべきものとはいえない。しかし、昭和三二年三月の結核予防法の一部改正により、昭和三一年の社会保障制度審議会の勧告および医療保障委員の報告の要望どおり、昭和三二年度から、結核の健康診断・予防接種に要する費用は全額公費負担となり、結核予防対策は、一歩大きく前進することとなった。従来、健康診断の不徹底の一つの原因が実費徴収にあったことを思えば、この画期的措置が健康診断の普及徹底を大きく促進するものと期待して、差し支えないであろう。現に昭和三二年一月から八月までの一般住民に関する健康診断の受診率は前年の同じ期間に比し、二割近い上昇を示している。もっとも、前記の報告が望んでいた予防に要する費用の国庫補助率の引上は、まだ実現せず、その補助率は従前どおり二分の一または三分の一となっている。

第二章 医療保障とその関連施策

第三節 結核問題

二 結核対策

(二) 健康診断・予防接種その他の施策

結核患家対策

在宅結核患者およびその家族に対する対策すなわち結核患家対策は、予防・治療を通ずる一貫した施策の一翼をになうものとして、重要な意味をもっている。

患家対策の第一は、保健婦による家庭訪問指導である。これは、従来から患家対策の中心的役割を果たしてきたものであって、年次別の実績は、第三四表に示されるとおりであるが、最近は、訪問件数の伸びがやや停滞気味であるので、今後は、さらにこの活動を促進しなければならないものと思われる。

第34表 全国保健所における保健婦の家庭訪問件数年次推計(1保健所当り1カ月の件数)

	保健婦家庭訪問 件数(結核分)
昭和23年度	29.2
24	68.5
25	96.8
26	146.4
27	162.5
28	155.3
29	-
30	160.8
31	149.3

厚生省公衆衛生局調

患家対策の第二は、患者家族に対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・予防接種も、さきに述べた健康診断・予防接種の一環をなすものであり、法律上は「定期外」として実施されるわけであるが、その実施の方法等に若干特殊な点があるため、運用その他の面で種々の配慮がなされている。すなわち、患者家族は、保健所だけでなく、都道府県知事等から委託された医療機関において、本人の希望する日時に、無料で健康診断・予防接種を受けることができるようになっている。昭和三十一年における患者家族の受診者数は三二万六、〇〇〇人である。

そのほか、結核患者のある家庭に乳幼児があるときは、乳幼児に対する感染の予防またはその養護・保育のために、児童福祉施設への収容等の措置が行われているし、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。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

第三節 結核問題

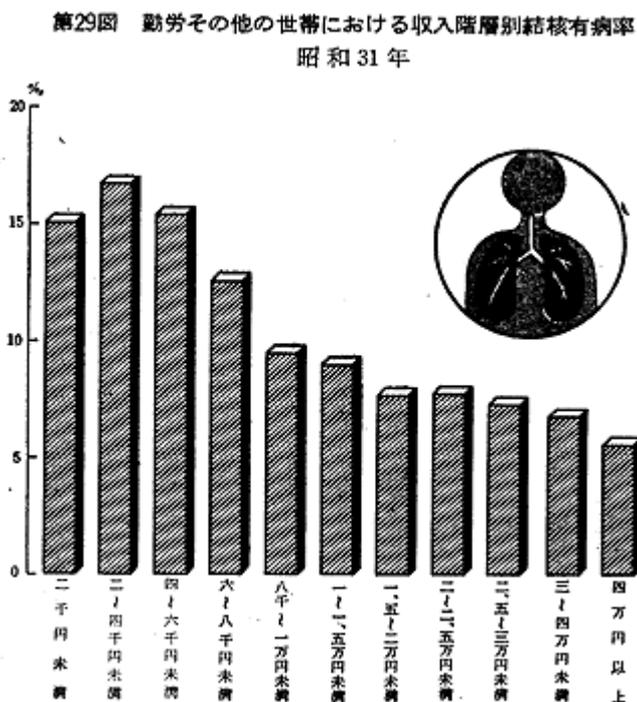
二 結核対策

(三) 結核医療費と公費負担制度

結核医療費

この節の最初のところに触れたとおり、結核の療養は長期にわたることが多く、医療費がはなはだ高くつくため、結核にかかることは、大きな出費を家計に強いることとなり、患者本人のみならず、家族の生活を脅やかす結果となる。結核治療技術の向上、普及に伴い、結核患者の重症化または死亡による一家の転落という悲劇は、これまでより若干減ってきたであろうと思われるが、結核が国民の貧困問題と密接に結びつくという事情には、依然として変りがない。たとえば、昭和三一年の厚生行政基礎調査は、現金収入階層別に結核有病率を見ると、収入の少いものほど有病率が高いことを明らかに示している。(第二九図参照)また、昭和二八年の医療扶助実態調査によれば、同年六月にあらたに医療扶助を受け始めた者のうち三二・五%が結核患者であって、この調査結果は、結核が貧困の大きな原因をなすことを示している。

第29図 勤労その他の世帯における収入階層別結核有病率



ところで、わが国では、結核のためにどれくらいの費用が使われているであろうか。昭和三〇年度における結核医療費は、第三五表に示すとおり六三四億円(前年度に比し一八億円の増加)の巨額に達し、国民総医療費に対する割合は、二三%となっている。さらに、その負担区分を大別すれば、保険者負担分が四九%、公費負担分が三〇%、患者負担分が二一%、となっている。一方、同年度の国民総医療費につ

いては、保険者負担分が四三・七%、公費負担分が一〇・三%、患者負担分が四六・一%となっており、この比率を結核の場合と比較してみると、結核においては患者負担分ははるかに少く、保険者負担分、公費負担分の占める割合が大きい。これは、二九年度と同様の傾向であって、国民全体の結核医療費の負担が、社会保険または公費の負担に大きく頼っていることを示すものである。また、昭和三一年一月の患者調査によって、治療費支払方法別の結核患者の比率を見ると、第三六表のとおり、被用者保険の被保険者、生活保護法による被保護者の占める比率にくらべて、全額自費患者の比率はかなり低い。この傾向は、入院において特にはなはだしいのであって、この表の数字は、医療費の支払が直接そのときの家計に響く結核患者にとって療養の容易でないことを反映しているといえるであろう。経済的困難が結核の治療を妨げていることの例証はほかにもいろいろあるが、名古屋市の一保健所で行った管内の登録患者に関する調査によれば、結核患者の医療を中止する理由の六割近くが経済的なものとされていることを、ここに付け加えておきたい。

第35表 国民総医療費と結核医療費の負担区分別推計

第35表 国民総医療費と結核医療費の負担区分別推計
昭和30年度

区 分	総医療費 (億円)	結核医療費 (億円)	総医療費中結核医 療費の割合(%)
I 公 費 負 担 分	279	187	67.0
1. 生 活 保 護 法	244	152	62.3
2. 結 核 予 防 法	31	31	100.0
3. 未帰還者留守家族等保護 法	5	4	80.0
II 保 險 者 負 担 分	1,185	313	26.4
1. 被 用 者 保 險	954	280	29.4
健康保険(政府管掌)	386	123	31.9
" (組合管掌)	290	79	27.2
船 員 保 險	15	4	26.7
日 雇 労 働 者 健 康 保 險	25	5	20.0
国 家 公 務 員 共 済 組 合	206	64	31.1
市 町 村 職 員 共 済 組 合	27	6	22.2
私 立 学 校 教 職 員 共 済 組 合	5	1	20.0
2. 国 民 健 康 保 險	188	33	17.6
3. 災 害 補 償	45	0	0
労 働 者 災 害 補 償 保 險	43	0	0
国 家 公 務 員 災 害 補 償	2	0	0
III 患 者 負 担 分	1,251	134	10.7
IV 総 計	2,715	634	23.4

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、付添いの費用、交通費等)は、含まれていない。
2. 推計額の中には、四捨五入のため、合計と合致しない箇所がある。

第36表 治療費支払方法別結核患者の比率

第36表 治療費支払方法別結核患者の比率(%)
昭和31年

	総 数	入 院	外 来
総 数	100.0	100.0	100.0
全 額 自 費	5.7	3.6	11.0
被用者保険の被保険者	36.3	39.1	29.2
被用者保険の被扶養者	12.4	8.9	21.0
国民健康保険	11.2	8.1	18.9
生活保護	24.2	30.1	9.5
そ の 他	10.2	10.2	10.4

資料：厚生省統計調査部「患者調査」

(注) 「その他」の中には、国民健康保険と生活保護の併用等各種支払方法の併用による者を含む。

また、結核医療費が健康保険、生活保護等医療保障各制度の財政に大きな比率を占めていることについては、すでに各方面から指摘されているところであって、多言を要しない。第三五表によれば、政府管掌健康保険の医療給付費中結核医療費の占める比率は三割を超えており、生活保護に至ってはその医療費の六割強が結核医療費で占められているのであって、これらの比率は、二九年度から三〇年度にかけて横ばいまたは上昇の状態を示している。

結核の医療費については、以上のような問題があるわけであるが、われわれが結核にかかった場合にその医療費負担の助けとなるものとしては、医療保険制度のほかに、結核予防法に基く公費負担という制度がある。

第二章 医療保障とその関連施策

第三節 結核問題

二 結核対策

(三) 結核医療費と公費負担制度

結核医療費公費負担制度

結核予防法に基く医療費公費負担には、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。

一般患者に関しては、都道府県または政令市が、厚生省令で定める一定の医療に要する費用の二分の一を負担し、国庫は、この公費負担分のうち二分の一を補助することとなっている。昭和三一年度における公費負担の件数を医療種類別に見れば、第三七表のとおりである。この表によれば、化学療法の発達を反映して圧倒的に化学療法の件数が多く、人工気胸、人工気腹療法の件数は、きわめて少い。この公費負担の対象となる医療には、昭和三一年度から、外科療法に必要な入院等がつけ加えられ、さらに同三二年度から、化学療法の三剤併用(ストレプトマイシン、パス、ヒドラジツド)が大巾にとり入れられるとともに、手術に使う麻酔、輸血まで含まれることとなり、年々その範囲が拡大されているが、外科療法に必要な入院以外の入院は含まれていない。

第37表 医療種類別公費負担件数

		申 請	合 格	承 認
総 数		1,216,810	1,150,073	713,019
化療 学法	併 用 療 法	1,040,382	979,007	608,948
	単 独 療 法	26,252	24,202	15,357
人 工 気 胸 療 法		8,581	8,333	5,644
人 工 気 腹 療 法		25,577	24,963	17,029
胸 部 外 科 手 術 療 法		47,490	46,443	24,042
肺 外 手 術 療 法		10,084	9,940	6,481
肺 外 医 療 お よ び 処 置 療 法		21,030	20,557	14,943
エ ッ ク ス 線 検 査		11,442	11,128	6,212
手 術 に 伴 う 処 置 そ の 他 の 治 療		14,109	13,870	7,784
病 院 ・ 診 療 所 へ の 収 容		11,863	11,630	6,579

厚生省公衆衛生局調

- (注) 1. 合格とは、結核診査協議会の診査に合格した件数である。
2. 承認とは、公費負担を承認された件数である。

医療費公費負担制度の強化は、しばしば各種勧告等において主張されてきたところであって、その最も大規模な改革を示唆するものとしては、さきに述べた「医療保障制度に関する勧告」を挙げることができるが、これは、すでに昭和三〇年三月の社会保障制度審議会の勧告、あるいは同年一〇月の七人委員会の報告が力説してきた措置をさらに拡大強化する案にほかならない。この公費負担制度の強化として

は、公費負担率の引上、現在公費負担が地方公共団体の義務でないのを義務に改めること、公費負担に対する国庫補助率の引上、対象となる医療範囲の拡大を行うことによって、患者の負担を少なくするとともに地方公共団体における予算計上を確保するというのが、以上の各勧告等の要望である。昭和三二年一月、厚生省の医療保障委員がその報告の中に述べたのも同様の内容であった。しかし、現在までのところ、さきに述べた医療範囲の若干の拡大が行われたほかは、これらの主張は実現されておらず、地方公共団体の財政事情の如何によって、その予算計上が支配される傾向があり、各地方公共団体の間に不均衡が存している実情である。

また、一般患者に対する医療費公費負担制度は、もともと、結核の適正な医療の普及と、患者の医療費負担の支えをなすことと、二つの役割を持っており、近年においては、後者の方が強く意識されるようになってきたが、第三八表に示すとおり、昭和三一年度における被用者保険の被保険者、生活保護の被保護者に関する公費負担の承認率は、一般国民に比して低く、特に被保険者の場合は、一般国民の場合の五分の一に近いという状況である。これは、限られた地方財政上の制約のために、被保険者、被保護者のような医療費負担の支えのない一般国民がまず優先的に扱われることを示すものである。

第38表 社会保険・公的扶助の適用別から見た公費負担の状況(%)

第38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31年度

	合格率	承認率
	%	%
被用者保険		
被保険者	95	21
被扶養者	94	80
国民健康保険	96	90
生活保護	96	67
その他	96	97
総数	95	62

厚生省公衆衛生局調

(注) 合格および承認の意義については第37表参照

つぎに、従業禁止患者および命令入所患者については、その患者が被保護者であるときその他経済的事情のため医療を受けるのが困難であるとき、都道府県が、医療費の全部または一部を負担できる建前になっている。この制度は、濃厚感染源患者対策として重要なものであるが、各都道府県の財政的負担が大きくなること、患者の家族の生活を保障する方法の特にないこと等の理由により、その実施状況はなお不十分である。

濃厚感染源患者の隔離の徹底が結核対策上はなほ重要な意義を有することを考えれば、この制度の強化充実の必要が痛感される次第である。

第二章 医療保障とその関連施策

第三節 結核問題

二 結核対策

(四) 結核病床の整備等

結核病床の整備

結核病床については、昭和二六年度に樹立された一九万床計画が、実態調査の結果に基き、同三〇年度から二六万床計画に改められ、その整備が図られてきた。昭和三一年末においては、前年末より約一万七、〇〇〇床の増加を見て、すでに約二五万三、〇〇〇床に達している。二六年以降の病床整備状況は、第三九表のとおりであって、結核病床の着実な増床傾向がこれによってうかがわれるであろう。しかし、都道府県別に見ると、人口に対する結核病床数は相当の高低があり、同じ県内でも地域によって病床の利用の困難なところのあるのが現状である。

第39表 年次別結核病床整備状況

第39表 年次別結核病床整備状況			
	割当増加数	自然増加数	年末病床数
昭和26年	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
31	2,630	13,990	252,803

厚生省公衆衛生局調

(注) 割当増加数とは、国庫負担、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。

ところで、このように整備された結核病床はどのように利用されているであろうか。結核病床利用率すなわち結核病床数一〇〇に対する一日平均患者数の比率は、近年、昭和二七年における九六・二%を最高として、その後次第に低下の傾向を示し、同三一年には八五・九%にまで低下した。(第四〇表参照)入院するのに半年近く待つのが普通であった数年前に比し、現在では、全国的に見て待機患者数の減少および待機期間の短縮がもたらされたことは、事実である。この空床の増加傾向について完全に解明するのはなかなか困難なことであるが、その理由としては、結核治療法の進歩に伴い平均在院期間が短縮され、患者がどんどん退院して行くのに、健康診断による潜在患者の発見が追いつけないことも考えられよう。また、医療保険という備えのない人々にとり、入院費の支出が依然として大きな負担であることは、在宅患者の「入院を希望する者が入院できない理由」の過半数は経済的なものであるという調査結果によっても明らかであって、結核病床利用率の低下をただちに結核病床に対する需要の全般的な減少と結びつけるのは、速断であろう。いずれにせよ、この問題については、今後いろいろな角度から綿密に検討する必要があるものと考えられる。

第40表 年次別結核病床利用率および平均在院日数

第40表 年次別結核病床利用率
および平均在院日数

	病床利用率	平均在院日数
昭和26年	95.6	269
27	96.2	292
28	96.1	361
29	94.9	402
30	91.3	383
31	85.9	357

厚生省公衆衛生局調

第二章 医療保障とその関連施策

第三節 結核問題

二 結核対策

(四) 結核病床の整備等

結核患者の社会復帰

結核患者の後保護と社会復帰に関する対策については、すでに昭和三〇年三月の社会保障制度審議会の勧告においても、回復者の再就業のための強力な措置、後保護施設等の施設の整備が述べられている。これは、従来立ち遅れていたわが国結核対策の一面をついたものであるが、昭和二八年度から国が着手した結核回復者後保護施設いわゆるアフター・ケア施設の整備は、その後徐々に促進されている。アフター・ケア施設としては、同三一年度末において、公立の施設と民間の施設をあわせて、一八施設(うち七施設は生活保護法による保護施設)、約一、二〇〇床が確保されている。しかしながら、その整備は、まだまだ不十分であるし、結核患者の社会復帰に関する対策は、全般的に今後につまびきところが多い。

第二章 医療保障とその関連施策

第三節 結核問題

三 今後の問題

これまで見たところによって明らかになった結核対策の問題点は、事あたらしくいい立てるまでもなく、数年来、いつくされているところである。そして、ここ数年来の結核対策の進展にもかかわらず、予防面あるいは医療面におけるこれらの問題が充分には解決されていないことを、認めないわけには行かない。近時、結核死亡率の著しい減少を見て、もはや結核対策の重要性は減少したと見る一部の論者がないでもない。しかし、さきに示したとおり、結核に関するわが国の現状は、諸外国にくらべて未だかなり劣悪であること、しかもわが国よりはるかに良好な状態にある先進諸国においてさえ、結核に対する施策がたゆみなく行われていることを思うとき、結核を軽視し、これに対する対策の充実を怠ることは許されないものというべきであろう。

しかも、国の政策としての国民皆保険という目標を達成しなければならないわれわれとしては、この際、国民の生活と健康に大きな影響を与えている結核問題と慎重に取り組む必要を、一層に痛感するものである。昭和三一年の「医療保障制度に関する勧告」は、「わが国の医療保障制度が真に確立されるかどうかは、一にかかって結核対策の効果いかにある。」と述べているのであって、さきに挙げた結核対策強化の要望が近来とみに高まったのも、まさに国民皆保険の気運が濃厚になったことと相応するものにほかならない。これらの勧告等の主張をこまかに引用するまでもなく、われわれは、将来における国民医療費負担の軽減のためにも、結核患者の大巾な減少をきたすように、全国民に対する健康診断等を基盤とする患者の早期発見、早期治療および濃厚感染源患者の隔離治療を強力に推進しなければならないのである。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

一 医療機関

医療機関のうち重要なものは病院と診療所であるが、その設置運営は、医療法(昭和二三年制定)によって規制されている。すなわち、医療法上、病院とは、患者二〇人以上の収容施設を有するもので、科学的で適正な医療を行いうるような組織運営が要求されており、一方、診療所とは、病床がまったくない施設または一九床以下の病床を有する施設のことであって、診療所における患者の収容は診療上やむを得ない場合に限られている。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

一 医療機関

(一) 病院

病院の数

病院数は、昭和三一年末において総数五、四一八で前年末より二九九の増加を見ているが、うち、精神病院三二二、結核療養所七一三、らい療養所一四、伝染病院七三、一般病院四、二九六となっている。最近五年間の推移を見ると、第四一表のとおり、昭和二七年以降年間約三〇〇ないし三五〇の増加を示し、昭和三一年末には二七年の約一・三倍となっている。

第41表 病院数の推移

	総数	精神	結核	その他
昭和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
31年	5,418	322	713	4,383

厚生省統計調査部調

(注) 精神病院および結核療養所については、昭和27年以前、同28年、同29年以降において、それぞれその定義に若干の相違があるため、年次比較は困難である。

病院数を経営主体別に見ると、個人立は一、七二一(三一・八%)で最も多く、地方公共団体立の一、〇五一(一九・四%)がこれに次いでいるが、対前年比を見ると、医療法人立の増加が目立っていて、一七%の増を示している。昭和三一年末の医療法人立病院数を、昭和二六年末と比較すると、実に三・六倍となっており、昭和二五年に採用された医療法人制度が、やはり大いに活用されている現状を示している。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

一 医療機関

(一) 病院

病床数

昭和三一年末における病床数は、総数約五六万床、うち結核病床は約二五万、一般病床は約二二万、精神病床は約五万五、〇〇〇で、人口一〇万対の比率は、総数六二六、結核二八〇、一般二四〇、精神六一となっている。最近五年間の病床数の推移は、第四二表のとおりであって、結核病床および精神病床の増加が目立っている。諸外国における人口一〇万当りの病床数を見るに、昭和二八年当時においてすでに多くの国が一、〇〇〇を超えており、中には、一、七〇〇(アイルランド)、一、五四〇(フランス)という高い水準にある国も存するのであって、これらにくらべれば、まだわが国のそれは低い現状である。また、人口一〇万当り病床数を病床の種類別に見た場合、わが国は、結核病床は相当高いが、一般病床はなお低く、精神病床がきわめて低いことに注目すべきである。精神病床の不足については、あらためて精神衛生のところでも述べるのとおりであるが、いま、精神病院の人口一〇万当り病床数を諸外国に比較してみると、日本の昭和三〇年の数字は、それより二年前の各国の四分の一以下であり、アイルランド、ニュージーランド、アメリカ、カナダに至っては、実にわが国の一〇倍を超えているという実状である。

第42表 病床数の推移

	総 数	病 院				
		精神病床	結核病床	らい病床	伝染病床	一般病床
昭和27年	358,478	25,773	153,861	11,021	14,853	152,970
28年	408,471	31,606	178,424	12,047	16,329	170,065
29年	461,927	37,849	210,062	14,045	18,010	181,961
30年	512,688	44,250	236,183	14,095	19,177	198,983
31年	559,249	54,866	252,803	14,260	20,602	216,718

資料：厚生省統計調査部「病院月報」

病床数を経営主体別に見ると、第四三表のとおりであるが、ここで注意すべきことは、病院数においては七・九%を占めている国立の病院が、病床数では二三・八%を占め、地方公共団体立を合せた官公立病院の病床数は約二六万二、〇〇〇床、総数の四六・九%に達することである。

第43表 経営主体別病床数

第43表 経営主体別病床数

	総数	国 (厚生省)	国 (その他)	地方 公共団体	法人	個人
昭和27年	358,478	98,830	20,002	67,811	83,855	87,973
28年	408,471	100,264	21,353	84,547	100,009	102,296
29年	461,927	105,355	22,628	102,507	113,429	118,008
30年	512,688	107,180	23,401	116,984	127,400	137,723
31年	559,249	107,472	25,525	128,992	139,699	157,561

資料：厚生省統計調査部「病院月報」「医療施設調査」
 (注) 医療法人と会社付属は、法人に含まれず、個人に含まれている。

つぎに、病床数で表わされた病院の規模についてみるに、一病院当り平均病床数は、昭和三一年末で一〇三・二、前年に比べてやや増加しており、昭和二七年末は八六・五であつたことから見れば、病院規模が次第に大きくなっていることがわかる。この病院規模の増大は、特に官公立病院において著しく、ここにもこれらの病院の占める役割の大きくなったことがうかがわれる。

また、結核療養所、精神病院等を除いた一般病院に関する現状を見れば、第四四表のとおりである。昭和三一年末の数を前年に比べると、小規模の病院は減少し、大規模の病院は増加しつつあるという数年来の傾向と同じ傾向が現われており、特に、一〇〇床以上の病院数は約一二%の伸びを示している。

第44表 病床数別一般病院数の推移

第44表 病床数別一般病院数の推移

		総数	20~ 29床	30~ 49床	50~ 99床	100~ 199床	200床 以上
実 数 (床)	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
	31年末	4,296	1,502	880	839	625	450
構 成 比 (%)	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
	31年末	100.0	35.0	20.5	19.5	14.5	10.5

資料：厚生省統計調査部「病院年報」

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

一 医療機関

(一) 病院

病院の利用率

昭和三一年における病院の病床利用率、すなわち全病床数一〇〇に対する年間の一日平均患者数は、八一・〇であって、前年に比べてやや低下している。病床種類別による病床利用率の推移は、第四五表の示すとおりであって、結核病床の利用率の低下と精神病床の利用率の高いことが明らかである。結核病床と精神病床の利用率の問題については、それぞれ別に述べられているところであるが、ここでは、前年に比し若干低下したものの、精神病床の利用率が依然一〇〇%を超えていることを指摘しておきたい。

第45表 病床利用率の推移

	総数	精神病床	結核病床	らい病床	伝染病床	一般病床
昭和29年	84.7	110.4	94.9	82.5	30.6	73.6
30年	83.0	111.1	91.3	75.4	25.5	73.7
31年	81.0	106.9	85.9	75.6	25.4	74.9

資料：厚生省統計調査部「病院年報」

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

一 医療機関

(一) 病院

国立病院と国立療養所

さきに見たように、国の運営する病院の病床数は、総病床数のうえでかなりの比率を占めているが、国立の病院のうち、広く全国民を対象とする代表的なものとして、厚生省の所管する国立病院および国立療養所について触れておこう。

国立病院は、昭和三一年度末で、七六カ所にあり、約二万四、三〇〇床の病床を有し、標準的な病院医療に関する資料の提供とその実施、成人病や特殊小児疾患に対する総合的専門診療の実施、医師その他の医療関係者の養成と再教育等を行う医療機関として、わが国医療機関の体系の中で重要な位置を占めている。なお、国立病院の収支は特別会計となっており、その予算は、年間約八一億円に及んでいる。

国立療養所は、昭和三一年度末で、一九六カ所にあり、病床数八万二七〇を数えている。このうち、一八一カ所、六万五、五〇〇床は結核療養所であって、全結核病床の約四分の一に当る病床を有している。その他の療養所としては、らい療養所(二カ所)、精神療養所(三カ所)、脊髄療養所(一カ所)があり、それぞれ特殊の疾病の治療に大切な役割を果している。国立療養所の予算は、年間約一三〇億円となっている。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

一 医療機関

(二) 診療所

診療所には、一般診療所と歯科診療所とがある。

一般診療所は、昭和三一年末において約五万二、八四六あり、うち三万四、五五八が無床診療所、一万八、二八八が有床診療所、その病床数は約一二万一、〇〇〇床となっている。最近四年間の推移を見ると、第四六表のとおりであって、昭和三〇年末から同三一年末にかけては、無床診療所、有床診療所を合せ、一、五〇〇増加しており、人口一〇万対の比率は、やや上昇している。

第46表 一般診療所数および一般診療所の病床数の推移

	一 般 診 療 所 数				病床数
	無 床	有 床	計	人口10万対	
昭和28年(7月)	32,816	14,889	47,705	55.0	93,928
29 年 末	34,048	15,768	49,816	55.4	104,374
30 年 末	33,832	17,517	51,349	57.5	113,924
31 年 末	34,558	18,288	52,846	58.6	121,381

資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

経営主体別に一般診療所数を見ると、その大半が個人立すなわちいわゆる開業医であって、全体の八五・五%を占めている。もっとも、この比率は、昭和二七年末以来、少しずつ低下してきている。

歯科診療所は、昭和三一年末で二万五、四二九(うち、無床診療所二万五、三九〇、有床診療所三九)となっており、前年にくらべて約六五〇の増加を示している。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

一 医療機関

(三) 医療機関の分布

医療機関の分布

以上が医療機関の現状に関する全国的な観察の結果であるが、その分布はどうなっているであろうか。

昭和三一年末現在で、人口万当り病床数(全病院)を都道府県別に見ると、最低(大分県の四〇・〇)は最高(岡山県の八九・〇)の半分に満たない。また、病院数を市部、郡部別に見た場合、その七割が市部に、三割が郡部に設けられている。人口万当り診療所数を都道府県別に見ると、最高は東京都の九・二で最低(北海道の三・四)の三倍に近く、病床数と同様、都道府県の間に大きな不均衡がある。

このような医療機関の偏在は、医療保障の確立という見地から、すみやかに是正されるべきものといわなければならないが、特に医療を受ける機会の不均等という意味で、以上述べた偏在の最も極端な形として、われわれは、無医地区・無歯科医地区の存在に着目しないわけには行かない。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

一 医療機関

(三) 医療機関の分布

無医地区問題

無医地区対策の推進は、すでに昭和二五年の「社会保障制度に関する勧告」においてもとり上げられているが、昭和三一年八月、厚生省の医療保障委員の発表した中間報告は、国の予算の重点的な配分方式による無医地区の着実な解消を要望するとともに、無医地区対策上の問題の一つである運営面の行きづまりを打開するため、無医地区における医療機関の運営費の赤字について大巾な国庫補助を行うべきであると述べている。無医地区対策については、従来、政府においてもこれを重要視し、昭和三一年度を初年度とする年次計画を立て、へき地診療所を、昭和三一年度に三二カ所、同三二年度に二六カ所、整備するため、所要の予算を計上している。すなわち、へき地診療所は、その地域的特殊性により、経営が困難であり、かつ、医師等の医療従事者が得がたい実状にあるので、単独の診療所としてでなく、基幹病院たる公的医療機関の出張診療所として設置することとし、また、三二年度においては、前掲の中間報告の趣旨にそって、新たに運営費の赤字補助のための経費を計上した。

このように、へき地医療対策は一步前進した感があるが、いまなお、無医村・無医地区は、少からず存している。第四七表の示すとおり、昭和三一年五月一日現在、無医町村数は一六五、無医地区数は七二八、無歯科医村数は九九四、無歯科医地区は八七八を数えており、全国町村数に対する無医町村の数の比率は、四%、同じく無歯科医町村の数の比率は、二四%にのぼっている。ここ数年来、無医町村・無歯科医町村は減少の傾向にあるが、中には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もあり、今後、無医地区対策は、より一層強化されなければなるまい。

第47表 無医(無歯科医)町村および無医(無歯科医)地区の年次推移

第47表 無医(無歯科医)町村および無医(無歯科医)地区の年次推移

		1 種	2 種	3 種	計 (A)	4 種	全国町村数 ^(B)	(A)/(B)
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
	31年5月	84	61	20	165	728	4,148	4.0
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	103	8,442	43.7
	30年5月	698	264	243	1,205	249	4,527	26.6
	31年5月	542	260	192	994	878	4,148	24.0

厚生省医務局調

- (注) 1種 人口少く、附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。
 2種 山間へき地で人口稀薄、交通不便などの状況によつて診療所設置の困難なもの。
 3種 人口、面積、地理的状況から設置しうるもの。
 4種 無医村ではないが、人口、面積、地理的状況から、さらに設置の必要があるもの。ただし、31年は従来と若干定義が異り、人口千人以下の地区も含めた。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

一 医療機関

(三) 医療機関の分布

医療機関の体系的整備

無医地区対策の問題を含めて、医療機関の適正配置については、昭和三十一年の「医療保障制度に関する勧告」の中でも、特に強調されているところである。さきに述べたとおり、わが国は、病床数において、まだ先進諸国の線に達していないが、戦後における病院とその病床数の増大は著しく、現に、毎年約二五〇億程度の資金が医療機関の整備に費されているにもかかわらず、なお、前述のように病床の分布、特に一般病床の分布が地方により大きな不均衡がある現状であって、総合的整備計画に基き資金の効果的使用を図るべきことは、つとに指摘されているとおりである。

厚生省としては、医療機関整備費として、毎年一〇億内外の経費を一般会計予算に計上し、国立病院の整備を行うとともに、医療機関整備事情の劣悪な地方に重点を置いて、公的医療機関整備(へき地診療所整備を含む。)に対する補助を行っているが、昭和三二年二月現在、病床の著しく不足している地区が全国に約五〇〇あまりあることが明らかにされているので、医療機関の体系的整備計画の一環として、今後は、特にこれらの地区における病院の新設または増床に力を注ぐことが、肝要であるものと考えられる。

また、少くとも公的資金により設置される病院については、強力に、その地理的配置、規模、設備、機能等についての規制を行うべきであるという意見(「医療保障制度に関する勧告」等)が強いので、総合的整備計画の観点から、現在、この問題について検討が行われている。

なお、私的医療機関は、その大部分が個人の開設する診療所であるが、これについても、診療機能の向上をはかり、国民医療を担当する上に診療所としての使命を果しうるものとするよう、育成することが必要である。このためには、長期かつ低利に資金を融通する金融機関の設置等の措置が強く要望されている。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

一 医療機関

(三) 医療機関の分布

薬局

薬局数は、昭和三一年末現在、一万九、五六三であり、これまでと同様、前年に比し約八〇〇増加している。(第四八表参照)

第48表 薬局数の推移

第48表 薬局数の推移	
	総 数
昭和27年	16,571
28年	17,491
29年	17,945
30年	18,769
31年	19,563

資料：厚生省統計調査部
「衛生年報」

これを人口比にしてみると、一薬局当り四、五六三人、面積比にしてみると、一薬局当り一八・八平方キロメートルとなっているが、昭和三一年八月の調査によれば、無薬局町村は全国に約二、一〇〇ある実状であって、医薬分業がすでに実施されている現在、無薬局町村の問題は、前述の医療機関整備と並行して解決されなければならない。(第四九表参照)

第49表 無薬局町村

第49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
町	166	239	5	410	21.7%
村	459	1,113	159	1,731	79.0
計	625	1,352	164	2,141	52.5

厚生省業務局調

- (注) 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、支障の少いと認められるもの。
- 2種 面積、地勢、交通事情等からみて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。
- 3種 山間へき地で人口稀薄、交通不便等の事情により薬局等の利用がほとんどないと認められるもの。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

二 医療関係者

(一) 医療関係者の概況

医療関係者としては、直接診療に当る医師・歯科医師と調剤を担当する薬剤師のほか、医師・歯科医師の診療の補助者としての看護婦、歯科衛生士および診療エックス線技師があり、また、保健婦、助産婦、歯科技工士(歯科医師の指示により義歯、充填物等を作成する人)および栄養士も、それぞれ国民医療に固有の役割をになっている。なお、特殊な医療関係者として、あんま師、はり師、きゆう師および柔道整復師がある。これら医療関係者のうち主なものの数は、第五〇表のとおりの推移を見せているが、以下医療関係者の現状あるいは問題点について述べることにしよう。

第50表 医療関係者数の推移

	医師	歯科医師	薬剤師	保健婦	助産婦	看護婦 准看護婦 看護人	歯科 衛生士
昭和 27 年	85,347	28,941	50,087	12,147	54,514	104,835	188
28 年	89,885	30,086	51,138	12,339	56,419	112,002	331
29 年	92,442	30,659	51,132	12,186	55,513	119,428	400
30 年	94,563	31,109	52,418	12,369	55,356	129,860	486
31 年	96,139	31,642	52,779	12,156	53,743	136,965	692

資料：厚生省統計調査部「医師、歯科医師、薬剤師調査」,「衛生年報」

(注) 保健婦, 助産婦, 看護婦は就業者数のみ。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

二 医療関係者

(一) 医療関係者の概況

医師

昭和三一年末現在、医師数は九万六、一三九で、前年に比し約一、五〇〇の増加を見ている。医師数を人口一〇万対で見ると、一〇六・五となっており、この比率は前年に比し少し上昇している。人口一〇万対医師数を諸外国と比較すると、第五一表のとおりで、まず、数においては、欧米諸国なみであることがわかる。さらに、わが国の医師一人当り人口がおおむね適当な大きさであることや現在のわが国の各医科大学における養成状況等から見て、現在の医師数が、将来において需給のバランスを失うであろうことは、最近問題にされてきたところであり、「医療保障制度に関する勧告」の述べる通り、医師の養成については、医療関係者の養成計画に基きその需給のバランスの確保に努める必要があるものといわなければならない。

第51表 各国の医療関係者数

第51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	1954	105.5	34.9	-
アメリカ	1953	131.1	52.0	-
日本	1956	106.5	35.0	58.4
オーストリア	1953	154.9	49.9	-
ベルギー	*	101.8	12.0	49.4
デンマーク	*	104.8	42.4	-
スペイン	*	101.4	8.6	34.3
フランス	*	88.5	30.2	40.0
イングランド ウエールス	1953	47.2	21.5	-
スウェーデン	*	73.7	55.6	12.4
スイス	1954	101.9	40.4	32.2
ニュージーランド	*	132.9	35.0	59.7

資料: Statistics Relating to Hospital Facilities (Nov 1955: Medical Statistics Documentation WHO)
厚生省統計調査部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

ただ注意すべきことは、医療機関と同様、医師の分布状況もまた、地方により異なることである。人口一〇万当りの医師数を都道府県別に見ると、最高位にある東京(一七四人)、京都(一七〇人)、大阪(一四二人)等に比し、最低位にある秋田(六五人)、宮崎(六九人)等は、その半分に満たない状況であって、医師が都市に集中する傾向は、変っていない。

一方、業務の種類別に見た場合、医療施設の従事者すなわち診療に従事する医師は約九二%となっているが、そのうち医療施設の開設者の占める比率は五一・五%で、前年よりやや小さくなっている。これは医師の勤務形態において、開業医の増加に比し、勤務医師の増加が漸次大きくなりつつあるという傾向が続いていることを示すものであろう。(第五二表参照)

第52表 業務の種類別医師数の推移

第52表 業務の種類別医師数の推移

	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	医育機関以外の医療施設の勤務者	医育機関付属の医療施設の勤務者	臨床以外の医学の教育または研究	衛生行政または保健衛生業務	
昭和27年	85,374	41,564	28,734	7,478	2,470	2,995	2,133
28	89,885	42,645	29,387	9,562	2,826	3,129	2,336
29	92,442	44,017	30,862	9,220	2,937	2,794	2,612
30	94,563	44,622	32,539	9,063	3,004	2,622	2,693
31	96,139	45,432 (47.2)	33,173 (34.5)	9,617 (10.0)	2,804 (2.9)	2,629 (2.7)	2,484 (2.6)

資料：厚生省統計調査部「医師，歯科医師，薬剤師調査」

(注) かつこ内は，総数に対する百分比である。

なお、医師数全体においては十分な状態であるのに、保健所の医師の極端な不足を見てもわかるとおり、公衆衛生行政に従事する医師が少いという事実をつけ加えておきたい。この問題については、後に、保健所の項で触れるとおり、修学資金貸付制度の創設が行われたが、今後、さらに検討する必要がある。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

二 医療関係者

(一) 医療関係者の概況

歯科医師

歯科医師は、昭和三一年末現在、三万一、六四二人で、人口一〇万に対する比率は三五・〇となっており、この比率は前年にくらべてほとんど動いていない。諸外国と比較してみれば、第五一表のとおりである。

歯科医師については、近年需要の増大に供給面が追いつけない状態にあるが、その各都道府県別分布状況のアンバランスは、医師以上にはなほだしい。すなわち最高の東京(七二・三)にくらべて、最低の岩手(一八・六)は、ほぼその四分の一でしかない。

業務種類別に歯科医師数を見ると、第五三表のとおりであり、従前同様、医療施設の開設者の比率が高い。なお、保健所等において公衆衛生業務に従事するものはきわめて少数であり、年々減少の傾向をさ示していることは、遺憾なことである。

第53表 業務の種類別歯科医師数の推移

	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	医育機関以外の医療施設の勤務者	医育機関付属の医療施設の従事者	臨床以外の医学の教育または研究	衛生行政または保健衛生業務	
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
31年	31,642	24,067 (76.0)	5,442 (17.2)	528 (1.7)	220 (0.7)	255 (0.8)	1,130 (3.6)

資料：厚生省統計調査部「医師，歯科医師，薬剤師調査」

(注) かつこ内は、総数に対する百分比である。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

二 医療関係者

(一) 医療関係者の概況

薬剤師

薬剤師数は、昭和三一年末現在五万二、七七九人、人口一〇万対の比率で見ると、五八・四で、諸外国に比較すると、第五一表のとおりで、最も多い国に属する。また、その業務種類別の数は、第五四表のとおりである。

第54表 業務の種類別薬剤師数の推移

年次	総数	薬局		病院または診療所の勤務者	大学の薬学教室の勤務者	衛生行政または保健衛生の業務に従事者	医薬品営業に従事者	毒物劇物営業に従事者	その他の化学工業に従事者	その他
		開設者	勤務者							
昭和29年	51,132	13,175	6,525	7,423	603	2,776	9,352	668	1,103	9,507
30年	52,418	13,551	6,910	8,000	800	2,759	9,285	699	1,223	9,191
31年	52,779	13,931	7,147	8,271	882	2,727	9,231	637	1,141	8,712
		(26.4)	(13.5)	(15.7)	(1.7)	(5.2)	(17.5)	(1.2)	(2.2)	(16.7)

資料：厚生省統計調査部「医師、歯科医師、薬剤師調査」

(注) かつこ内は、総数に対する百分比である。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

二 医療関係者

(一) 医療関係者の概況

保健婦・助産婦・看護婦等

昭和三一年末における保健婦、助産婦および看護婦(看護人、准看護婦を含む。)の免許所有者は、それぞれ四万三、〇七三人、一二万三、九四九人、三二万二、〇七八人であるが、このうち就業者すなわち実際に業務に従事している者の数は、保健婦が一万二、一五六人、助産婦が五万三、七四三人、看護婦が一三万六、九六五人で、免許所有者数の約二分の一ないし三分の一にすぎない。

これらの者のうち看護婦については、数年後にはほぼ需要を満しうる状態に達したが、助産婦については、病院内分娩の増加に伴い、病院勤務者が不足してきている。また、保健婦は、母子衛生、結核予防等に関し、国民保健の向上を図る上で次第に重要な意義を持ちつつあり、その需要は大きくなっているが、就業者数は前年とほとんど変っていない状況であって、その著しい不足が痛感される。

診療エックス線技師の数は、昭和三一年末で、約六、〇〇〇人であるが、なお不足であり、特に保健所等においてそれが著しい。

昭和三一年末現在、あんま師、はり師およびきゆう師の数は、六万六、二四八、柔道整復師の数は五、五六七となっている。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

二 医療関係者

(二) 専門医制度

専門医制度とは、医学の専門分野に特に深い技能を有する医師・歯科医師をおおやけに認定し、これを表示する制度である。この制度は、国民の健康管理、疾病の早期発見と早期治療、専門医へのあっせん等を行う医師、すなわちいわゆる家庭医を想定し、これと有機的なつながりをもちつつ専門的治療を行う医師・歯科医師を制度化しようとするものであり、欧米先進諸国においては、すでに約三〇年前に確立されているものである。

現在のわが国においては、医師の掲げる診療科名(内科、外科等)は、必ずしも医師の専門技能を示すものではなく、さらに、学位制度は、臨床上の専門技能と関係がないにもかかわらず、その掲げる診療科に関する医師の技能を権威づけるかのように誤解されている。専門医制度は、この弊を改めて、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とともに、医師がその専門の技能に習熟することを目的とするものであって、「医療保障制度に関する勧告」においても、臨床医術の進歩の促進、医師の技術の正当な評価という見地から、専門医制度のすみやかな樹立が望まれているところである。

昭和三二年度予算においては、専門医制度の調査に要する経費が計上されたが、この制度の創設は現在の制度の根本的な改革を意味するので、各方面から大きな関心が寄せられている。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

二 医療関係者

(三) 医薬分業

医薬分業の意義

医薬分業は、患者の診察・治療は医師に、調剤は薬剤師にと、医療を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る。これは、近代科学の進歩に伴い、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、必然的に確立された原則であって、欧米先進国においては、ほとんどすべての国において分業が行われているとあってよいが、わが国においては、医師に対する報酬においてその技術料が薬価に含まれていたという事情もあって、分業をめぐる医師・歯科医師と薬剤師との利害関係が対立し、長い間、分業問題が解決されないままであった。ところが、戦後来朝したアメリカ薬剤師協会の使節団が分業の早期実現につき勧告したのをきっかけとして、分業実施の気運が起り、相当期間における準備段階および若干の迂余曲折を経た後、結局、昭和三一年四月一日から医薬分業は実施されることとなった。

なお、医薬分業の実施の前提としての新医療費体系(物の代価と技術の報酬とを分けて評価する診療報酬の組立方)に基く健康保険等の点数表改正案については、第二節の診療報酬問題のところで述べたとおり、分業実施までに、中央社会保険医療協議会の答申を得ることができず、現在、なお同協議会で審議が行われている。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

二 医療関係者

(三) 医薬分業

分業制度実施後の状況

医薬分業制度は、発足以来すでに一年あまりを経過したのであるが、その後の実施状況はどうであろうか。すなわち、分業制度の実施の影響が、処方せんの発行ならびに受理の状況の上にどのように反映してきているであろうか。

その実態を処方せんを受け入れる側の薬局について調査した結果が第五五表である。これによって見ると制度実施直前月平均六、七八七枚にすぎなかった処方せんの取扱枚数が、実施直後には一躍倍増して一万三、四九三枚となり、その後も、調査対象薬局数の増加を考慮しても、処方せんの取扱枚数は増加の一途をたどりつつあることが認められる。一方、分業実施前には、調査対象となった薬局のうち処方せんを取り扱ったのは一五%(月平均)であったが、実施後においては、これが二五%を上回るに至ったことが示されている。

第55表 分業実施に伴う処方せん数の比較

第55表 分業実施に伴う処方せん数の比較(月平均)

	分業実施前		分業実施後	
	31年 2, 3 月	31年 4 ~ 6 月	31年 7 月 ~	32年 4 月
全 薬 局 数	18,804	18,804	19,868	
調 査 対 象 薬 局 数	14,995	14,995	18,895	
処方せんの来なかつた薬局数	12,813	10,944	14,057	
処方せんの来た薬局数	2,182	4,051	4,838	
処方せんの枚数	6,787	13,493	21,033	
処方せんの来た薬局当りの処方せんの枚数	3.1	3.3	4.3	

厚生省薬務局調

また、一薬局一カ月当りの処方せんの取扱数も、実施前の三・一枚から実施後は三・三~四・三枚とふえているが、これは処方せんを実際に取り扱った薬局だけについてみた場合で、これを調査対象薬局総数に割り当ててみると、実施後においてさえ、わずかに一薬局当り一枚程度にすぎない。

つぎに、分業実施後一三カ月間における処方せんの取扱数を地域別にながめてみたい。

まず、これを市部と郡部とに分けてみると、市部が処方せん取扱総数の八七%を占め、郡部は残りの一三%にすぎない。市部に薬局の八〇%が集中しているという現状を考慮しても、なおかつ市部の実施状況が郡部よりも良好であることがうかがえるのである。この事実を一層明らかにしてくれるのは、分業実施後の処方せんの市部郡部別の増加状況である。すなわちこれによると、市部が終始順調な上昇ぶりをみせているのに対し、郡部はおおむね横ばいとなっている。一市部における実績の高さは、処方せんの取扱数を都道府県別にみた場合、東京の八、一八〇枚を筆頭に神奈川、兵庫等の大都市を有する都府県が上位にあるという事実にも現れている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

二 医療関係者

(三) 医薬分業

分業制度の今後

以上見てきたところからも理解できるように、医薬分業は制度実施後、所期の目的に向って進展をとげつつあるとはいえ、医療制度全体の中で占める割合は微々たるものにすぎず、現在のテンポをもってしても、なお分業制度の一般化にはほど遠いものがあり、かかる見地からすれば普及の進展ぶりは決して好調とはいえないかもしれない。

現在の分業はもともと、調剤する人の選択を患者にまかせる建前になっており、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上に、医薬制度については永年の慣習もあるし、また、制度に相応した診療報酬体系の確立を見ていないことを考えれば、現在、医薬分業の完全実施を期待することはむずかしいことであるかもしれない。しかし、永年にわたる迂余曲折を経て発足した本制度の進展は、むしろ今後にまつべきであろうと考えられるのであって、今後より一層制度の趣旨の普及徹底することが望まれる次第である。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

三 医薬品

(一) 生産と輸出入

生産

最近におけるわが国の医薬品生産活動は、過去二カ年余にわたる国内経済の好況持続に支えられてきわめて活潑な様相を呈してきた。

昭和三一年に生産された医薬品のうち、製造に当って特に許可を受けたもの、すなわち公定書外医薬品製造許可品目の数は、約九、〇〇〇である。その品目中の新しい医薬品と目されるものを見ると、がん等の悪性腫瘍の治療剤、精神神経安定剤の進出傾向がうかがわれるが、これらに関する研究の促進は、今後の課題というべきであろう。

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みると第五六表のとおりで、昭和三〇年は六倍半、昭和三一年はほとんど八倍に達し、生産上昇の傾向は著しいものがある。ここ五、六年の製造所数の推移が横ばいであること等から考えて、この生産の上昇は、生産性の向上によるものと思われる。また、医薬品の最終製品を生産金額についてみると、第五七表にみられるとおり、昭和三一年における生産金額は、一、〇三七億円と前年に比し約一六二億円上回ったが、この増加の要因としては、副腎皮質ホルモンや、クロルプロマジンその他の神経系薬剤、総合ビタミン剤、皮膚薬等の増産が挙げられる。

第56表 主要産業と医薬品産業の生産指数の推移

第56表 主要産業と医薬品産業 の生産指数の推移(%)				
年次	医薬品	鉄工業	製造 工業	化学 工業
昭和 23年	100.0	100.0	100.0	100.0
24	140.0	138.8	139.6	147.3
25	146.0	177.3	186.6	221.2
26	258.0	239.0	259.2	303.3
27	355.0	259.7	283.8	323.4
28	431.6	301.4	333.5	408.8
29	542.5	329.1	370.0	488.4
30	665.0	355.5	404.5	579.7
31	797.8	433.8	499.3	704.9

厚生省薬務局調

第57表 医薬品生産額

第57表 医薬品生産額

昭和 27 年	570.6億円
28	756.4
29	784.6
30	874.7
31	1,037.6

厚生省薬務局調

なお、三一年の生産事情における特徴として、抗結核剤のパスは極度の減産をきたし、これを補う形でイソニコチン酸製剤が増産されたこと、従来のクロルテトラサイクリンはテトラサイクリンに切り換えられたこと、また、ペニシリンが激減してこれに対応しての高級サルファ剤が著しく増加したことがみられる。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

三 医薬品

(一) 生産と輸出入

輸出入

一方、輸出についてみると、昭和三〇年は、三二・四億円、生産額に対する比率三・九%で、その前年までに比し、下向きになったが、三一年は四二・六億円、四・一%と再び上昇に転じた。なお、昭和三一年における医薬品、医療機械および衛生材料をふくめた全輸出金額は、一、三三四万一、〇〇〇ドル、四八億二七〇万円で、その地域別、品目別状況は第五八表のとおりであって、前年不振であった中共向けの輸出が大巾に増加し、アメリカ分をしのいで首位に立ったのをはじめ、台湾、沖縄、ブラジル等の地域への輸出の増加が目立っている。

第58表 医薬品の輸出金額

第58表 医薬品の輸出金額
(昭和31年)

(1) 地域別

国 別	金 額
総 数	千ドル 13,341
(ドル地域)	
ア メ リ カ	2,016
沖 縄	1,264
メ キ シ コ	292
そ の 他	680
(スターリング地域)	
中 共	2,501
香 港	721
イ ン ド	349
そ の 他	1,216
(オープンアカウン ト地域)	
台 湾	2,372
ブ ラ ジ ル	989
タ イ	45
韓 国	198
そ の 他	648

厚生省薬務局調

(2) 主要品目別

品 名	金 額
	千ドル
ビ タ ミ ン B ₁	104
ビ タ ミ ン C	99
ストレプトマイシン	91
その他のビタミン	70
バ ス 製 剤	62
スルフアダイアジン	48
薬 酸	40
そ の 他	12,827
計	13,341

厚生省薬務局調

また、輸入は、まだ生産化できない一部の原材料、国際的な新製品等に限定されており、その総額は戦後増加の一途をたどっていたが、ここ二、三年は漸次減少の傾向にある。昭和三一年の輸入総額は、約三四億円であり、地域としてはアメリカ分が、品目としてはホルモン剤が大きな割合を占めているが、全体としてみれば、製品輸入は原料輸入にほとんど置きかえられたとって過言ではない。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

三 医薬品

(一) 生産と輸出入

医薬品販売業

なお、医薬品の販売業は、無医村・無薬局町村の解消されていない現在、国民の健康の保持に一つの役割を果しているといえるが、昭和三一年末現在、その業者の数は、薬局兼業の分を除き、約一〇万に及んでいる。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

三 医薬品

(二) 医薬品等の取締

医薬品等の取締

医薬品をはじめ、医療用器具器械、化粧品等は全国に流通するもので、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。すなわち、医療用器具器械は、疾病の診断、治療に用いられ、医療ときり離せない関係にあるし、昨今、市場に著しく進出を見せている各種化粧品等が、その効果を高めようとするあまり、一部に皮膚傷害等を起す例も出てきていることは周知のとおりである。

これら医薬品等については、薬事法により所要の規制が行われているのであるが、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、昭和三一年中において明らかにされた数字は、不良品四、一四五件、不正表示品三、一七六件、広告五〇一件、無許可無登録品六五五件、偽造品二八件、無登録業者一五、七四四件、計二万四、二四九件に及んでいる。

現在、この取締のため、全国に約一、九〇〇名の薬事監視員が置かれ、国家検定、国家検査命令等不良品等の発見とこれに対する措置のために活動しているほか、さらに製造工場および販売業者等の立入検査においては、医薬品等の安全性を確保するため積極的な取締と指導が実施されている。

医薬品等の取締は、今後、不良品等の発生を未然に防止する方向に進むべきであるが、現在でも、なお薬事監視に関する体制は弱体であるので、その根本的な強化が必要であると思われる。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

三 医薬品

(二) 医薬品等の取締

毒物および劇物

毒物・劇物については、その取締行政の歴史も新しく、その取扱の規制をさらに徹底する必要があるもので、毒劇物監視員により指導取締に努めているが、特に全国農家に広く使用されている。パラチオン等有機燐製剤は、その使用量と使用面積が非常に大きい反面、これによる危害の発生が少くない。すなわち、第五九表に示すとおり、年々相当数、これによる事故が発生しているが、これは使用管理の不徹底に基くものであるので、昭和三〇年以来毒性の激しいものを特定毒物に指定してその規制を厳にしており、さらに、三二年度には、毒劇物使用管理の指導の徹底等今後の事故対策の強化が図られている。一方、使用者側についても、慎重な取扱が望まれている。

第59表 パラチオン等有機燐製剤による中毒事故件数

	事故件数	死亡数		中毒数
		事故死	自殺	
昭和28年度	1,775	70	121	1,564
29	2,194	70	237	1,887
30	1,410	48	462	899
31	1,741	88	945	708

厚生省薬務局調

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

三 医薬品

(三) 麻薬・覚せい剤・その他の問題

麻薬

麻薬は医療上必要不可欠のものであるが、その反面使用を誤ると国民の保健衛生上に及ぼす弊害ははなはだしいものであるから、麻薬取締法、大麻取締法、あへん法等の諸法律によって、その使用を医療および学術研究の用途に限定するとともに、麻薬の輸出入、製造、譲渡、所持等を規制している。また、その必要量は国において確保することとし、その適正な使用が図られている。

昭和三十一年における麻薬事犯の取締状況は、第六〇表のとおりとなっており、このような麻薬事犯の源である中毒者は判明しているものだけで昭和三十一年末現在約九、六〇〇人、実際には少くとも約四万人の中毒者が潜在しているものと推計される。しかも、これら中毒者に供給される麻薬の大部分は、計画的な組織をもつ第三人を中心とした密輸団により、外国から密輸されているのが実状である。そのほか、最近、暴力団等に対する取締が強化されるに伴い、これらのものが麻薬の密売に転向する傾向の強くなっていることは、注意を要する。今後これらの事情に対処するため国内における麻薬の不正取引はもちろん、国外からの密輸に対しても徹底した取締の行われることが望まれている。

第60表 麻薬違反件数・人員

	件数	人員	性別	中毒者	再犯者
麻薬	1,060	1,575	男 1,181 女 394	702	366
あへん	128	140	男 81 女 59	2	-
大麻	27	33	男 26 女 7	6	1
計	1,215	1,748	男 1,288 女 460	710	367

厚生省薬務局調

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

三 医薬品

(三) 麻薬・覚せい剤・その他の問題

覚せい剤

昭和二六年の覚せい剤取締法の制定、同三〇年の閣議決定による覚せい剤問題対策推進中央本部の設置等、中央、地方の関係各機関および各団体の協力体制の整備による覚せい剤問題対策の強化により、全国に広がった覚せい剤禍も、ようやく解決のきざしを望みうるようになった。

すなわち、これを取締の面から見ると、第六一表のとおり、昭和三一年の検挙件数および人員は、二九年の約一〇分の一に減少したし、精神病院における収容中毒者も減少している。しかしながら、最近、覚せい剤事犯は一層潜行的傾向を濃化し、悪質しかも巧妙となりつつある点も見逃し得ないところである。昨年一月厚生省において行った調査によれば、現在使用者は調査総数の〇・四%、使用経験者七・三%となっており、従前よりかなり低率であるが、依然として覚せい剤禍再燃の基盤が温存されている段階にあることは、注意を要する事実といわなければならない。

第61表 覚せい剤違反件数・人員の推移

第61表 覚せい剤違反件数・ 人員の推移		
	検挙件数	検挙人員
昭和29年	53,211	55,664
30年	30,674	32,143
31年	5,014	5,232

厚生省薬務局調

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

三 医薬品

(三) 麻薬・覚せい剤・その他の問題

保存血液と血液銀行

保存血液とは、人体から採取した血液をガラス瓶の中に収めて、一定期間保存できるようにしたものである。これは、便利な点が少くないので、外科手術の進歩等による血液需要量の増大に伴い、近年その生産は急速に増加しており、輸血の際の血液の供給のうち、保存血液によるものは、供血あっせん業者のあっせんによるものにくらべて、圧倒的に多い。

この保存血液を製造する施設が、通常「血液銀行」といわれているものである。これは、昭和三一年末で、二六あるが、供血者から血液を購入して保存血液の製造を行っているものが、その大部分を占めている。

ところで、血液提供の実状を見ると、現在、供血希望者の半分近い人数が採血されておらず、採血されなかった者の大部分は、頻回採血のため血液が比重不足になっていることによるものである。これは、供血希望者が日雇労務者等特定階層の一部にとどまっており、しかも、供血希望者群がなかば固定していることを示すものであろう。したがって、このまま推移すれば、供血者の保護に欠けることはいうまでもなく、所要量の血液の確保も期待できないおそれがある状況である。そこで、昭和三二年から、血液銀行においては、広く一般国民からの血液の提供を仰ぐために、血液の預血と払戻しを業務とする形にきり換えるよう、種々努力が試みられている。

第二章 医療保障とその関連施策

第四節 医療制度

四 今後の課題

以上、この節において、われわれは、医療提供の場である医療機関、医療関係業務を担当する医療担当者、医療に重要な役割を果す医薬品等に関し、その現状あるいは問題点を眺めてきたが、ここで、医療保障の確立という見地から、あらためて問題となるべき点を拾い上げてみたい。

医療機関、医療担当者および医薬品の問題が、医療保障に密接な関連を有するというよりむしろ、ときには医療保障の基礎的条件を左右するといつてよいことは、重ねて説くに及ばないであろう。「医療保障制度に関する勧告」においても、このことは述べられており、厚生省の医療保障委員も、昭和三二年一月の第二次報告において「全国民に対し合理的・能率的な医療サービスを供給するために解決を要する一群の問題」を指摘し、その中でこれらの問題を挙げている。特に、医療の機会の不均等を是正する意味において、無医地区対策を含めた医療機関の偏在の是正は、国民皆保険の推進と並んで、当面、急を要する問題といわなければならない。また、その絶対数においては一応の水準に達している医療担当者が、その分布状況においては地域的に非常なアンバランスがあり市部に偏在することは注目すべきところであって、医療機関の偏在と同様、あまねく全国民に医療を保障しようとするに当って、見過すことのできない問題である。

また、国民医療および国民経済上の見地から、医療機関の体系的整備、医療機関整備資金の効率的使用が肝要であることは、前に述べたとおりであるが、医療機関の体系上の本質的な問題として、病院と診療所との関係が、考えられなければならない。医療機関のところで述べたとおり、現行医療法では病院と診療所との間には本質的な相違があるという考えを前提としており、そこにおのずから機能的分化の行われることが期待されているのであるが、現在、診療所が多くの病床を有し、病院との競合関係にある(現在、全一般診療所の有する病床数は、全病院の病床数の約四分の一に当る。)ことは、周知の事実であって、このような現実を前にしながら、今後、病院と診療所との関係をどのようにして行くかが検討されなければならない。病院と診療所との関係については、診療スタッフと設備による区別をさらに明確にするかどうかという問題があり、さきに述べた専門医制度の確立とも関連して考慮を要する医療制度上の重要課題というべきであろう。いずれにせよ、国民医療が最も適正に、効率的に行われるよう、本来望ましい機能的分化が行われないうために生じている不合理な現象は、是正されなければならないのである。

なお、国民医療費という観点から指摘される薬価の問題について、一言したい。現在、医療保険の費用の中に薬価が相当の比率を占めることは、診療報酬体系そのものにもよると考えられるが、同時に、医学、薬学の進歩に伴い、いわゆる高価薬の使用頻度が高まったことにもよるであろう。また、医薬品の価格について、その推移を見ると、昭和二八年以降、ストレプトマイシン、パス、クロラムフェニコール等の重要医薬品の価格は、半分ないしそれ以下に低落しており、一方、社会保険診療に使用する医薬品の価格を表示する薬価基準の指数も、逐年低下の傾向を示している。しかしながら、国民医療に重要な地位を占めている医薬品の価格の低廉化が望ましいことはいうまでもなく、このため医薬品産業の合理化促進のための各種補助金の交付、輸出振興による市場拡大をもって大量生産化を容易ならしめることなど、諸般の施策が講ぜられているが、今後さらに適時適切な方策を進めていく必要があるものといわなければならない。

厚生白書(昭和32年度版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

一 保健所

保健所の設置とその業務

保健所は、多方面にわたる公衆衛生施策のあらゆる分野において、指導業務および取締業務を行っている。この意味で保健所は、公衆衛生のいわば第一線の行政機関であるといえるが、現在、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により設置されており、その数は、昭和三二年三月末現在、七八三(都道府県立八六、市立九七)となっている。

保健所の行ういろいろの業務、すなわち、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、食品衛生に関する監視等につき、昭和二九年以降の実績を見れば、第六二表のとおりである。この表ではっきり現われているのは、結核対策の強化特に健康診断の対象範囲の全国民への拡大により、結核に関するエックス線検査の件数が増加しつつあることである。その他のものについては、特に注目すべき変化は見られない。もともと、保健所活動がより活撥になれば、大体において、この取扱総件数はさらに増加するものと考えられるのであるが、保健所活動の源ともいべき人員・設備の状況は、どうであろうか。

第62表 保健所活動による取扱総件数・人員の年次別推移

第62表 保健所活動による取扱総件数・人員の年次別推移
(1カ所1カ月平均)

	昭和29年	昭和30年	昭和31年
エックス線検査件数			
{ 間接	1,856.3	2,091.1	2,290.7
(結核分)			
{ 直接	138.3	143.3	153.9
保健婦家庭訪問指導延件数			
保 健 所	257.9	223.8	208.1
市町村(国保を含む)	239.9	243.2	247.0
栄養指導延件数	199.0	197.2	199.2
伝染病予防接種人員	616.0	753.5	513.3
母子衛生保健指導延件数			
妊 産 婦	60.7	53.3	52.3
乳 幼 児	184.9	212.2	221.1
食品衛生監視実施延件数	376.1	367.2	314.5

資料：厚生省統計調査部「保健所運営報告年報」

- (注) 1. 年次比較の困難その他の事情により、若干の業務が省かれている。
2. 保健婦家庭訪問指導延件数における保健所、市町村の区分は、保健婦の勤務場所によるものでなく、その身分によるものである。また、当該指導延件数において市町村とあるのは、市町村または国民健康保険の保健婦が、保健所活動の一環として活動した場合である。

厚生白書(昭和32年度版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

一 保健所

人員と設備の状況

昭和三〇年から同三二年までの保健所の人員充足状況は、第六三表に示すとおりである。すなわち、昭和三二年四月現在、保健所職員の実数は、この業務を処理しうる最小限度の定員の約三分の二にすぎず、保健所職員の充足率は、年々低下しつつある。人員の不足は、特に医師についてはなほだしく、ここ数年、絶対数において全然増加していないというまことに遺憾な現状であるし、また、保健婦についてみても、その不足状態はまったく変りがない。さらに、この表には現われていないが、結核の健康診断にはなくてはならないエックス線技術者の充足率は、三二年四月現在、五六.七%、ざっと半分が欠員という現状である。

第63表 保健所の人員充足状況の年次別推移

		30年7月	31年7月	32年4月
医 師	定員(A)	5,210	4,392	4,404
	現員(B)	2,732	2,665	2,634
	B/A(%)	52.4	60.7	59.8
保 健 婦	定員(A)	7,969	7,968	8,012
	現員(B)	5,316	5,283	5,342
	B/A(%)	66.7	66.3	66.7
そ 職 の 他 の 員	定員(A)	18,292	18,321	18,433
	現員(B)	14,790	13,326	12,838
	B/A(%)	80.7	72.7	69.6
総 計	定員(A)	31,471	30,681	30,849
	現員(B)	22,838	21,274	20,814
	B/A(%)	72.6	69.3	67.5

厚生省公衆衛生局調

- (注) 1. 保健所費国庫補助の対象職員に限り、環境衛生監視員等を除く。
2. 定員とは、国の定めた定員数、現員とは、現に充足されている人員数である。

結核対策に関する記述のところで述べたように、昭和三〇年八月から、結核の健康診断は全国民を対象として実施されることとなったのであって、第六二表の示すとおり、保健所の取扱件数もこれに依じて上昇の傾向にあるが、全国民の約七割が健康診断を受けていないという昭和三一年の実績を思えば、結核対策の面だけをとり上げてみても、今後さらに、保健所の機能を充実する必要が痛感される次第である。結核対策の一環としての保健所の強化は、すでに戦時中からも唱えられ、また実施に移された問題であるが、特に戦後、結核問題に関する総合的施策があらためて要望されるに伴い、保健所の充実は強く主張されるに至った。特に昭和三〇年の社会保障制度審議会の勧告においては、医師の充実、機動力の強化等保健所の整備充実が力説されているほか、同三一年に発表された医療保障委員の中間報告にお

いても、予防に重点をおく意味で、保健所の整備強化が述べられている。しかし、上述のとおり、保健所における人員充足状況は、はなはだかんばしくないものであり、エックス線間接撮影装置、レントゲン自動車等の設備内容も、十分に整備されているとはいえない。こういう人員・設備の現状は、根本的には、所要経費に対する負担が、保健所を設置し、運営している地方公共団体の財政を圧迫することによるものであって、これは、ここ数年来くりかえしいわれていることである。ただこういう財政問題は別として、保健所の充実、特に保健所活動の伸長をはばんでいる医師の不足の解消は緊急を要するので、政府としてもこれに関する対策については従来種々苦心してきたのであるが、第二六国会において、昭和三二年四月、公衆衛生修学資金貸与法が可決されたことは、医師充足対策の一步前進を意味するものといえよう。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

一 保健所

公衆衛生修学資金貸与法

公衆衛生修学資金貸与法によれば、将来保健所に医師または歯科医師として勤務しようとする者に対し、その修学資金を貸与し、その貸与を受けた者が修学後一定期間保健所に勤務した場合には、修学資金の返還が免除されることになっている。修学資金は、毎月、学生については四、五〇〇円、実地修練(いわゆるインターン)を行っている者については六、〇〇〇円が貸与される。この制度は、三二年四月から始まったが、すでに学生および実地修練中の者を合せて二五五人に対する貸与が決定されており、今後、この制度の活用により保健所の医師・歯科医師が量的、質的に充実されることが期待される。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

二 疾病対策

(一) 精神衛生

精神障害者の実態

昭和二九年における厚生省の調査によれば、精神障害者は約一三〇万人、このうちすでに施設に収容されて治療を受けている者はわずか二・五%にすぎず、在宅のまま、専門的治療を受けずに放置されている者は九〇%以上を占め、さらにその三四%に当る約四三万人は入院治療を要するという実状が、明らかにされている。ここにいう精神障害者とは、精神分裂病、そううつ病、てんかん等の精神病者、精神薄弱者、中毒性精神障害者等を指すが、なんらかの精神障害を有しているこれらの人が、わが国の人口一、〇〇〇人につき約一五人の割合で存するわけである。厚生省においては、その後、昭和三一年に、精神病院の在院精神障害者および退院精神障害者約一万四、〇〇〇人を対象として、実態調査を行った。この調査については、まだその集計が終わっていないが、中間報告によれば、在院精神障害者のうち、最も多いのは精神分裂病であって、全体の七〇%を占めること、精神分裂病は三〇才未満に多いこと等が明らかにされている。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

二 疾病対策

(一) 精神衛生

精神衛生対策

精神衛生対策は、昭和二五年に制定された精神衛生法に基き、精神障害者の医療・保護だけでなく、精神障害に対する積極的な予防をも旨として、行われている。

精神衛生法による精神障害者の医療・保護としては、まずいわゆる措置入院の制度を挙げなければならない。これは、入院させなければ自身を傷つけたり、他人に害を及ぼすおそれのある精神障害者について、都道府県知事が強制的に国立、都道府県立病院等に入院させる制度であって、昭和三二年三月末現在、この制度により入院している患者は、七、五五八人あり、前年度末より約一、〇〇〇人の増加を示している。ただ、措置入院に要する費用は、都道府県と国が二分の一ずつ負担することとなっているので、この点で、この制度の運営が地方財政事情からする制約を受けていることは否めない。

また、精神病床は、年々、都道府県または非営利法人に対する補助による増床の促進と国立の施設における増床により、増加しており、昭和三二年三月末現在、精神病院数三三四、その病床数四五、七四五、一般病院の精神病床数一一、四七五、精神病床総数五七、二二〇となっている。この病床数は、三一年三月末に比して、約一万一、五〇〇床の増加を見た数であり、人口一〇万当りの精神病床数は、三二年三月には六〇・三で、この一年間に約一二の伸びを示している。しかしながら、前述の実態調査が示す四三万という要入院患者数とくらべてみれば、病床の不足はあまりにも明らかであって、精神病床の需給事情は前年より若干の好転を見せたとはいえ、なお、昭和三二年三月末の病床利用率は一〇三・四%に及んでいる。一方、要収容者の医療・保護を担当する医療関係従事者についてみると、昭和三一年一二月末現在、精神科・神経科の専門医の数は、一、三三一人で全体の一・五%、三一年七月現在、精神病関係の看護婦、准看護婦および看護人の数は四、三八三人で全体の三ないし四%と見込まれるが、いずれも不十分であって、今後養成の必要がある。

なお、精神衛生に関する相談、指導を行い、精神衛生に関する知識の普及をはかる施設として、都道府県または政令市に精神衛生相談所が置かれている。この相談所は、昭和三二年三月末現在、全国でわずか四〇カ所しかなく、その活動状況は遺憾ながらかなり低調である。精神障害の治療が、健全な社会生活を営む能力を患者に与えることを目的とする以上、ある程度必要な治療を行った後は、家庭に復帰させ、社会生活に対する適応が可能となるように徐々に指導して行くのが効果的であり、この意味でも在宅患者の指導は重要であって、相談所職員の充実その他在宅患者対策の推進が、望まれるところである。

文明の進歩、社会生活の複雑化に伴い、精神障害者数が増大するというのは、世界共通の傾向であり、わが国もその例にもれず、今後、精神衛生対策の重要性は、より大になるであろう。しかし、われわれは、精神障害においても、早期発見・早期治療が大切であることを、思い起しておく必要がある。昭和三一年の患者調査によれば、精神病による入院患者のうち生活保護法によつて治療費を支払っている者は、その三四・〇%を占めているが、これによつても、精神障害の治療が長期にわたり、家計に多くの出費を強い、家族の生活を圧迫することが推測できるであろう。また、昭和三一年一月から同年三月までにおいて生活保護法による医療扶助の費用(点数)の約九%(入院については約一二%)が、精神病のために支払われており、医療保障制度自体にとっても、精神病の医療費は軽視することができないであろう。このような問題が将来においてさらに拡大され、深刻化することのないよう、われわれは、精神障

害に対する対策を着実に強化していかなければなるまい。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

二 疾病対策

(二) 伝染病予防

急性伝染病予防

全般的に見れば、急性伝染病の発生は、ここ数年来減少している。昭和三十一年における発生状況を見ると、各疾病について増減はあるが、全体としては、前年にくらべて大差が認められない。主な急性伝染病の発生状況は、第六四表の示すとおりである。防疫上特に重視すべきものについて見れば、赤痢は、依然として多く発生しており、約八万四、〇〇〇人の患者、約五、〇〇〇人の死者を出したし、ジフテリア・日本脳炎のいずれも、前年より患者数の増加を見ている。ジフテリア・日本脳炎の患者数の増加は、ここ数年来の傾向であるが、さらに、日本脳炎については、患者一〇人のうち三人は死亡している計算になっていて、致命率のはなはだ高い伝染病であることが注意されるべきである。猩紅熱患者の発生は約一万二、〇〇〇で、前年よりやや減少を見ている。

第64表 伝染病統計

病名	患者数	罹患率	死者数	死亡率
赤痢	84,437	93.6	5,145	5.7
腸チフス	2,123	2.4	80	0.1
パラチフス	509	0.6	19	0.0
猩紅熱	12,172	13.5	63	0.1
ジフテリア	18,395	20.4	978	1.1
流行性脳脊髄膜炎	610	0.7	146	0.2
日本脳炎	4,538	5.0	1,598	1.8
インフルエンザ	24,991	27.7	539	0.6

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を表わす。

2. 死亡は人口動態年計概数による。

また、昭和三十一年から同三二年にかけて、全国的に猛威を振ったインフルエンザについて見れば、三十一年には、一〇月初旬の局地的流行を皮切りに一二月になつて全国に流行するに至つた結果、三十一年の届出患者数は、約二万五、〇〇〇となり、前年を大きく上回つた。ついで、三二年にはいると、従来日本に見られなかつたA東京五七型、新変異型ウイルスによるインフルエンザの流行があり、五月から七月にかけて急激に患者の発生が起り、三二年五月一〇日以降七月二五日までに、推定患者数は、一一六万四、〇〇〇に、インフルエンザによる休校を行つた学校数は、三、六〇七、多発した学校数七、三六八、これらの学校における推定患者数は、一一六万四、〇〇〇に達した。その後八月には目立つた患者の発生が見られなかつたが、三二年九月以降において、ふたたび全国的に広がる勢いを示そうとしており、三二年全体においては、近來まれな罹患率を示すことになるものと憂慮されている。

以上のようなわが国伝染病の実態を見れば、今後も伝染病に対する警戒を怠ることは許されないといわ

なければならぬ。特に、赤痢については、戦後最低の死亡率に達したとはいえ、第六五表の示すとおり、諸外国にくらべて、まだ格段の相違がある現状である。これには、衛生知識の不十分、ふん尿の衛生的な処理の不徹底等種々の原因が考えられるが、このような現状の改善には、防疫対策のみならず、環境衛生施策等公衆衛生施策全般の強化を要するであろう。

第65表 赤痢による死亡率の国際比較

第65表 赤痢による死亡率の国際比較

	昭和30年
※メキシコ	16.7
セイロン	8.5
日本	5.7
※アメリカ	0.4
※オーストラリア	0.3
カナダ	0.1
※イタリア	0.1
オランダ	0.1
※イングランド・ウェールズ	0.1
※ニュージーランド	0.1
デンマーク	0.0
フランス	0.0
※西ドイツ	0.0
※スウェーデン	0.0

資料：Demographic Yearbook
(United Nations)

厚生省統計調査部「人口
動態統計」

(注) ※印は昭和29年、日本は
昭和31年

なお、伝染病の隔離病床は、昭和三一年末現在、二万六〇二床あり、前年にくらべて約一、五〇〇床の増加を見ている。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

二 疾病対策

(二) 伝染病予防

性病予防

性病患者は、薬剤の効果の増大等によって近年減少の一途をたどり、昭和三十一年においては、第六六表に見るとおり、約一四万四、〇〇〇人、前年より約二万四、〇〇〇人の減少を見ているのであって、その絶対数からいっても、りん病を除けば、かなり少くなっている。しかし、りん病の届出患者数は、ここ一〇年たらずの間にほとんど半減したとはいえ、その罹患率は、昭和三十一年において結核に次いで伝染病中の第二位にあるし、梅毒による死亡数は、昭和三十一年に、二、七五〇人(概数)もあり、その死亡率は、伝染病中の第三位にある状況である。そのうえ、右に示した患者数は、届け出られた数であるから、性病の特殊性から考えて、実際の患者数は、これよりも相当多いものと推定されるのである。

第66表 性病の患者数・罹患率

	昭和30年		昭和31年	
	患者数	罹患率	患者数	罹患率
総計	167,950	188.1	144,273	159.9
梅毒	28,673	32.1	24,323	26.9
りん病	134,571	150.7	116,842	129.5
軟性下かん	4,636	5.2	3,068	3.4
そけいりんば 肉芽しゅ症	70	0.1	40	0.0

資料：厚生省統計調査部「伝染病簡速統計」

(注) 罹患率は人口10万対である。

現在、性病対策は、昭和二三年の性病予防法に基き、早期発見・完全治療が主眼として行われており、戦後の性病患者の減少には、この法律に基く性病対策のあずかるところが少くないと思われるが、早期発見・早期治療を促進するためには、もっと国民各自、なかでも新患者の大半を占める青壮年層および梅毒患者となればおそるべき影響を子供に伝える母性層の性病に関する認識を深めたいものである。なお、早期発見・完全治療の達成のために、現在、治療費の減免が都道府県知事または市町村長によって行われており、昭和三一年度の減免率は一・六%であって、前年度に比し四%の増加を見ているが、今後この率を高めていくことが望まれる。

さらに、患者の接触者を追求し、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については、昭和三二年度から新たに若干の経費が予算に計上されることとなり、その今後の効果が期待されているが、売春防止法の完全施行に伴い、今後予想される性病の主な感染源の潜在化に即応して、この制度を始めとし、性病予防対策の強化されることが要望されている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

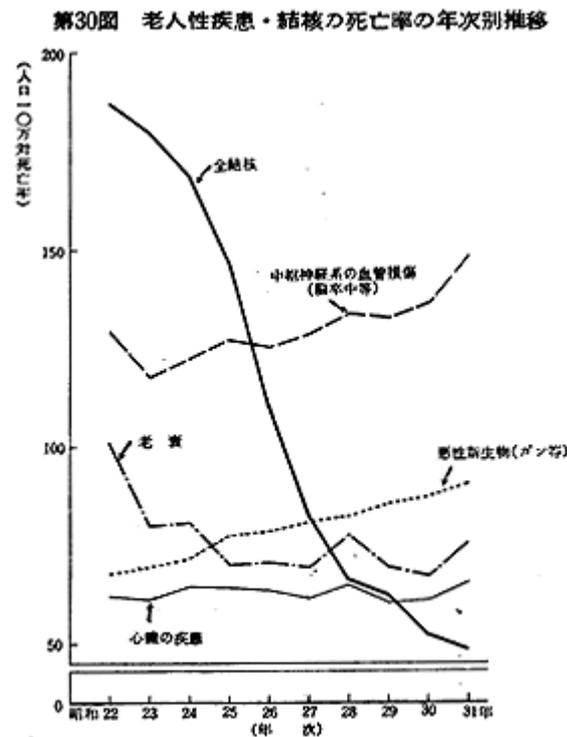
第五節 公衆衛生

二 疾病対策

(三) 成人病予防

がん、脳卒中その他の老人性疾患、いわゆる成人病または老人病は、公衆衛生のうえで近年次第に重要視されるようになった。これは、戦後における国民の死亡率が著しく低下したにもかかわらず、老人性疾患の死亡率はあまり低下せず、がん・脳卒中による死亡率は、むしろ増加の傾向を見せていることによるといえよう。これら老人性疾患による死亡は、昭和二五年ころから国民死因順位の上位を占めるようになり、同三〇年からは、中枢神経系の血管損傷(脳卒中等)、悪性新生物(がん等)、老衰、心臓疾患の順に国民死因順位の第一位から第四位までを占めることとなった。いま、戦後におけるこれら老人性疾患の死亡率の動きを対比させてみると、第三〇図のとおりである。

第30図 老人性疾患・結核の死亡率の年次別推移



老人性疾患が、他の疾病にくらべて高い死亡率を示し、国民の死因順位中に上位を占めるのは欧米先進国に共通の傾向であって、この点では、日本も先進国に並ぶこととなったわけである。しかし、近年、がんの治療法等が進歩したとはいえ、これらの疾患は、現在、医学的に最も治療困難とされており、将来予測されるわが国の高齢人口の増大傾向を考慮すれば、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し、これに伴って成人病予防対策は年々強化されなければならないであろう。

成人病対策の強化のためには、公衆衛生の第一線の実施機関たる保健所の機能の充実、成人病に関する早期診断基準その他の問題についての研究の促進、国民全般に対する啓蒙宣伝が、必要であるものと考えられるが、成人病予防対策については、昭和三一年に厚生省に置かれた成人病予防対策協議連絡会が厚生大臣の諮問に基いて審議中であり、近く提出されるはずの答申が待たれている。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

三 環境衛生

(一) 上下水道

水道の現状

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、昭和三一年四月現在、布設市町村数一、一七一、計画給水人口約四、一二九万人であり、簡易水道については、昭和三二年四月現在、二、七一三施設(国庫補助を行ったもの)、計画給水人口約三六二万人となっており、上水道と簡易水道とを合せた普及率は、おおむね総人口の約四割と考えられる。いまから五年前においてさえ、欧米先進国の普及率が六〇%を上回り、ことにイギリスは九五%、西ドイツは八〇%という高率であったことを思えば、わが国の水道普及率は、まだまだおこなれているといわざるをえない。

もともと、清潔な飲料水の確保が国民の健康の維持のために必要であることは、いうに及ばない。水道普及率の高い地区ほど伝染病患者の発生が少く、水道布設によって伝染病死亡率が低下するという点については、各種の資料が立証しているところである。しかしながら、現在わが国においては、水道は、以上に述べた程度にしか普及していないし、これまでの調査の結果によれば、水道以外の水が飲料水として使用されている場合の相当数が、飲料水に適さないものと推定される状況である。したがって、わが国における飲料水のこのような実態を改善し、国民の衛生状態を改良するとともに、その不便を解消するためには、上水道・簡易水道の布設に一層力を注がなければならないと考えられる。もちろん単に水道を布設するだけでよいのではない。その維持管理に誤りがあると、かえって伝染病発生の因をなすことがある。昭和三〇年、同三一年においても、水源が汚れていたり、滅菌が不完全であったりすることによって、赤痢患者の発生を見た事件が、いくつか起っているのもあって、水道の維持管理の徹底については、今後さらに意を用いる必要があろう。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

三 環境衛生

(一) 上下水道

水道法

これまで、わが国の水道を規制していたのは、水道条例という古い法律である。水道条例は、明治二三年に制定されてから数次にわたる改正を見たが、いずれも根本的な改正ではなく、水道の布設を主眼として水道事業の経営・管理、特に衛生的管理への配慮に乏しいという根本的な弱点は、改善されていなかった。

したがって、この水道条例に代るべき新たな法律の制定の必要は、早くから関係者によって叫ばれており、政府としてもその具体案について検討を重ねてきたものの、水道行政の所管が複雑であることとも関連して、長い間実現を見ないままであった。ところが、昭和三二年一月一八日の閣議により、長い間の懸案事項であった水道行政の所管問題が解決され、上水道と下水道終末処理場は厚生省、下水道(終末処理場を除く)は建設省、工業用水道は通商産業省の専管と決定されたことに伴い、水道法案は、ようやく、第二六国会に提出されることとなり、昭和三二年五月成立を見ることとなった次第である。

この水道法は、(1) 水道を大別して一般国民を対象とする水道事業と特定人を対象とする専用水道とに分け、それぞれについて良好な水の確保とその管理の適正を図ること、(2) 市町村等の水道事業の経営者に対し、給水その他の義務を課すること、(3) 各戸への給水装置の基準の設定等により水道水の汚染防止を図ることをその主な内容としており、明治時代にくらべれば著しく大規模となり、技術的に高度化されてきた水道の現状に即応して、布設と管理の両面における規制の合理化を期しているものである。なお、この法律は、昭和三二年一二月一四日から施行された。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

三 環境衛生

(一) 上下水道

下水道

つぎに、下水道施設の普及状況を見るに、昭和三二年八月現在、設置市町村数一四一、排水面積一一一
万四、八〇〇ヘクタール、排水区域内人口わずかに二、四〇〇万人となっていて、その立遅れの程度が
はなはだしい。下水道の不備が降雨による浸水災害を都市にもたらしたり、汚物処理の促進をはばんだ
り、伝染病の発生をひき起したりする原因となることは、周知の事実であろう。政府としても、従来、
下水道の普及による生活環境の改善のために苦心してきたのであるが、さきにも少し触れたように三二
年一月の閣議決定およびこれに伴う建設省設置法・厚生省設置法の改正により、従来、建設、厚生両省
の共管であった下水道行政が、建設省の専管となるとともに、下水道終末処理場は衛生行政の主管省た
る厚生省の所管となったので、ここに下水道行政は、明確にされた新たな所管のもとにたつこととなっ
た。ただよくいわれるように、下水道の整備は、都市の外観に直接はなやかな効果を与えるものでもな
く、割に地味な事業であるとともに、採算のとれない事業であること等不利な条件をもっているので、
その実施主体たる

市町村の要望がみたされるよう、財政的な裏づけおよび一般住民に対する啓蒙宣伝に努めなければなら
ないであろう。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

三 環境衛生

(二) 清掃事業および蚊とはえの駆除

清掃事業

ふん尿、ごみ等の汚物の収集、運搬および処分に関する業務、すなわち清掃事業は、都市における公衆衛生の基盤をなすものといえよう。現在、清掃事業は、昭和二九年に制定された清掃法に基き、国および都道府県の指導援助のもとに、市町村が実施しているが、ふん尿・ごみのいずれについても、その処理ははなはだ困難な状態にある。昭和三一年度の特別清掃地域内におけるふん尿・ごみの収集量とその処分方法を調べた結果によれば、ふん尿については、消化槽、下水道投入処理のように望ましい処理方法によるものが、わずか九・二%にすぎず、これに反して山林投棄、埋没等の非衛生的な処分が三三・三%に及んでおり、特にはなはだしいふん尿処理の行詰りを示している。また、ごみ処理にしても、戦後における処理能力の低下はおおいがたいのであって、国民の生活環境の浄化のため、清掃施設の整備等汚物処理態勢の強化に留意する必要がある。

なお、環境衛生対策の問題特に各種環境衛生施設については政府としてもその整備に苦心しており、昭和三二年度には「社会保障の充実」とならんで、「住宅および環境衛生対策の推進」を予算編成上の重要事項にかかげ、上下水道その他環境衛生施設の整備のため、前年度の倍額に近い約一七億円を計上した。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

三 環境衛生

(二) 清掃事業および蚊とはえの駆除

蚊とはえの駆除

昭和三〇年六月、三カ年計画による「蚊とはえのいない生活」実践運動の全国的な展開が、閣議で決定されてからここに第三年目を迎えている。この運動は、地域社会の組織活動の方式によるものであるが、その基本方針は、モデル地区を年々倍加することにより、おおむね三カ年でこの運動を全国に普及しようとするものである。第一年度・第二年度(三〇・三一年度)におけるモデル地区の普及状況は、第六七表のとおりであり、着々として計画は実行されつつある。この二年間の運動については、相当数の蚊の減少その他種々良好な結果が報告されているが、はえの駆除については一段と工夫を要すること、下水溝の整備、汚物処理等が不十分であるという面から自主的な組織活動に限界が与えられること等、いろいろ問題点が明らかにされている。そのほか、この運動が当初成功はおぼつかないと思われていた農山漁村でかえって成功し、都市特に大都市での実績がかんばしくないという傾向が明らかに現われており、これは一つには都市における社会集団の性格が農村と異なることによる結果であろうが、都市におけるこの運動の促進には、清掃事業の進展と相まって、今後一段と工夫を要するものと思われる。

第67表 蚊とはえの駆除モデル地区の逐年増加状況

	地区数	人口
昭和29年度までの分	6,493	6,515,793
昭和30年度新設の分	8,750	8,436,046
昭和31年度新設の分	16,843	15,702,131
合計	32,086	30,653,970

厚生省公衆衛生局調

なお、昭和三二年度予算においては、新たに、公共発生源対策として、みぞ等の整備を行う地区組織に対する助成費が計上されている。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

三 環境衛生

(二) 清掃事業および蚊とはえの駆除

地区衛生組織

ところで、地域社会の組織活動は、蚊とはえの駆除を始めとし、公衆衛生(母子衛生を含む。)全般にわたって実施されており、地区衛生組織活動と総称されている。地区衛生組織活動は、他の分野における地域組織活動と同様、住民が自ら結成した組織によって地域における共通の問題を解決するために自主的に行う活動のことであって、その組織の形態およびとりあげているテーマには種々のものがあるが、地域社会における公衆衛生の向上に寄与する所は少くない。その数を活動テーマ別に分けてみると、第六八表のとおりであるが、今後ますますその発展が期待されることである。

第68表 活動テーマ別地区衛生組織数

第68表 活動テーマ別地区衛生組織数(昭和30年12月末現在)

テーマ別 区 域	結核 予防	受胎 調節	寄生 虫予防	母子 衛生	伝染 病予防	栄養 改善	歯科 衛生	環境 衛生	そ の 他	計	実 数
市の全域	21	15	6	20	23	17	1	67	12	182	111
市の一部地域	226	252	103	282	742	331	90	4,331	179	6,536	5,335
町村の全域	111	163	107	298	234	155	25	722	31	1,846	1,157
町村の一部地域	202	305	230	374	543	356	16	3,494	164	5,684	4,320
計	506	735	446	974	1,542	859	132	8,614	386	14,248	10,923

厚生省公衆衛生局調

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

三 環境衛生

(三) 公衆浴場等の衛生

多数集合する場合の衛生

公衆浴場、興行場、旅館等不特定の多数人が集合し、利用する場所の衛生状態を良好に保つことは、環境衛生の見地から重要なことである。わが国では、明治時代以来、これらの施設に対する衛生取締は、すべて警察行政にゆだねられ、その内容に公衆衛生施策として見るべきものはほとんどなかったが、終戦後、日本国憲法の施行に伴い、従前の関係諸法規は廃止され、上述の施設内における衛生、すなわち「多数集合する場所の衛生」に関する取締は、公衆衛生立法により行われることとなった。また、昭和二二年の保健所法の全面改正とともに、この問題に関する行政事務は、警察の手を離れて保健所に移り、それまで長い間にわたって続いていたその強い取締的性格は、指導的なものへと転換するに至った。現在、多数集合する場所の衛生保持に関する法律としては、興行場法(昭和二三年制定)、旅館業法(昭和二三年制定)、公衆浴場法(昭和二三年制定)があり、これに類するものとして、理容師法(昭和二二年制定)、美容師法(昭和三二年制定)、クリーニング業法(昭和二五年制定)がある。

これらの法律は、いずれも営業施設に対し一定の衛生基準を定め、それを守るように規制を加えたものであって、各種疾病の伝染の防止等を期し、衛生の保持を図ろうとするものであるが、現在、これらの法律の運用にあたっては、監視指導方法の科学化、監視指導に当る職員の確保等が、望まれている。

ところで、これらの法律の適用を受けている理容業、美容業、映画演劇演芸興行業、旅館業、浴場業およびクリーニング業その他環境衛生関係営業一〇種類、一七業種を対象とし、注目すべき法律として、環境衛生関係営業の運営の適正化に関する法律(以下「環営法」と略す。)がさる第二六国会で成立し、昭和三二年九月から施行された。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

三 環境衛生

(三) 公衆浴場等の衛生

環境衛生関係営業の運営の適正化に関する法律

ここ数年来環境衛生関係の営業施設数の増加傾向の結果、衛生基準を無視してまで競争に努めるという弊害が生ずるおそれのある事態に立ち至ったので、業界の自主的組織による自主統制をもって、過度の競争を防止する必要が起ってきた。環営法は、この必要に応じて、制定されたものである。この法律の目的とするところは、関係営業の衛生措置の基準の遵守と衛生施設の向上を図るため、各営業者の組織の自主的活動を促進すること、過度の競争によって適正な衛生措置をとるのがはばまれる場合等に料金統制その他経営の安定をもたらすための措置を講じることにある。すなわち、業界の自制による経営の安定と合理化あるいは業界の自主的活動によって、公衆衛生の向上、増進に資すること、これが環営法の本旨というべきである。環営法に基き、この業界の自主組織として、一七業種ごとに、環境衛生同業組合が都道府県単位に、その連合会が中央に、それぞれ設立されることになっているが、この法律は、あまり例のない画期的な立法であるだけでなく、その対象営業が国民の消費生活に直接つながっているものであり、国民生活に影響することが大きい内容をもっているので、今後の運用については特に慎重を期する必要があるものと考えられる。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

三 環境衛生

(四) 食品衛生

食品衛生の目的は、飲食に起因する衛生の危害の発生を防止し、公衆衛生の向上に寄与することにある。

ところが、飲食による衛生上の危害は、主に食中毒として現われるが、昭和三一年における食中毒の届出患者数は、二万八、二八六となっている。この数は、昭和三〇年という異例な事件のあった年に比較すると、ぐっと少くなっているが、例年よりはやや多い数であって、傾向として、食中毒患者が減少のきざしを見せていないのは、残念なことである。その原因はいろいろあろうが、食品衛生行政の面においても反省すべき点があることは否定できない。政府としては、昭和三〇年八月の調製粉乳による大量砒素中毒事件の発生をきっかけとして、食品衛生の維持の上で法律上不十分な点を改正することとし、その準備を進めた結果、昭和三一年三月、第二四国会に食品衛生法の一部改正法案を参議院に提出したが、同法案は、昭和三二年五月、第二六国会において成立するに至った。

この食品衛生法の一部改正の主眼点は、食品の製造過程で添加使用されるもの、すなわち「添加物」に関する規制の強化にあるといつてよいが、今回の改正は、さらに、営業者の負担で食品衛生上必要な営業に食品衛生管理者を置かせることにするとともに、食品等に関する標示の明記を徹底させるほか、外国産の不良食品の国内流通を未然に防ぐため食品等の輸入に当って届出をさせることとし、また、前記中毒事件の発生に関する世論を考慮して、罰則を強化したものである。しかし、今回の改正の趣旨を達成できるかどうかは、今後の運用にかかっているものであり、食品、添加物等を取り扱う人々の理解と協力の得られることが、切に望まれる。

なお、昭和三〇年の粉乳中毒事件等の影響もあり、乳製品等による食中毒事故は減少してきているものの、原料乳の衛生状態は、国際的水準に比し十分とはいえない。国民生活水準の向上に伴う乳および乳製品の消費量の増加傾向を考えれば、乳および乳製品の衛生には、より一層配慮しなければならないであろう。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

四 その他の問題

(一) 栄養

栄養摂取の状態

昭和三一年度における国民の一人一日当り栄養摂取状態は、第六九表のとおりであって、熱量は二、〇九二カロリー、蛋白質は六九・一グラム、脂肪は二一・八グラムとなっており、熱量はほぼ基準値に近いが、蛋白質は約四%、脂肪は約三〇%、カルシウムは約六〇%、それぞれ基準値より少い。これを前年度に比較してみると、熱量・蛋白質はほぼ同じであるが、動物性蛋白質・脂肪はやや増加している。また、ミネラル・ビタミンについても若干の摂取増加が認められるが、ビタミンB₁が減少しており、このほか、含水炭素が減少していることは、注目すべきである。

第69表 国民一人一日当り摂取栄養量

第69表 国民一人一日当り摂取栄養量(昭和30, 31年度年間平均)

	全 国		市 部		郡 部		基 準
	30年度	31年度	30年度	31年度	30年度	31年度	
熱 量 (Cal)	2,104	2,092	2,025	2,034	2,176	2,152	2,180
総 量	69.7	69.1	70.2	69.8	69.2	68.3	73
蛋白質							
(動物性)(g)	22.3	22.6	25.3	25.4	19.6	19.8	(22以上)
(植物性)(g)	47.4	46.5	45.0	44.5	49.6	48.5	(61以上)
脂 肪(g)	20.3	21.8	22.8	24.8	18.1	19.2	(30)
含水炭素(g)	411.2	405.1	385.2	384.2	434.9	426.8	(405)
カルシウム(mg)	388	379	344	381	333	377	1,000
無機質 磷(mg)	1,373	1,354	1,307	1,299	1,431	1,411	-
鉄(mg)	14	16	14	15	14	17	10
ビタミ							
ン { A(I.U.)	1,536	1,686	1,645	1,789	1,438	1,582	3,700
B ₁ (mg)	1.16	1.13	1.15	1.18	1.17	1.07	1.2
B ₂ (mg)	0.67	0.70	0.69	0.72	0.65	0.69	1.2
C(mg)	76	77	74	75	78	78	60

厚生省公衆衛生局調

- (注) 1. 基準は昭和27年の栄養審議会の決定による量である。
 2. ビタミンは調理上の損失を見ていないから、実際の摂取量はこれをはるかに下回る。
 3. ビタミンAの値が昭和30年度以降に著しく減少しているのは新食品分析表を適用したからである。
 4. ビタミンAのかつこ内は、International Unitのことである。

この栄養摂取状態を市部と郡部に分けて見ると、各種栄養素の基準値および前年度との比較において、だいたい全国一般の場合とそれぞれ同じ傾向を示しているが、郡部においては、市部に比して栄養摂取状態のアンバランスがはなはだしい。すなわち、郡部においては、蛋白質特に動物性蛋白質と脂肪は相当に少いが、含水炭素はむしろ多すぎるくらいであり、カルシウム、ビタミンA・B₁・B₂は少く、磷が多い。なお、全国的傾向としてのビタミンB の減少は、郡部における相当の減少によるもので、市部で

はビタミンB₁が増加しているのである。(第六九表参照)

このような栄養摂取状態は、国民の食品摂取状態を反映しているものと考えられるが、昭和三一年度における主な食品摂取の状態を、前年度と比較してみれば次のとおりである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

四 その他の問題

(一) 栄養

食品摂取状態

国民の食品摂取状態を全国的に見た場合、大きな分類では動物性食品が七%増加し、植物性食品が五%減少している。動物性食品のうちでは、特に肉類、卵類、乳類の増加が目立っており、動物性蛋白質の増加傾向の主因をなしている。植物性食品のうちでは、麦、いも類と有色野菜の減少傾向が目立っており、これらは、含水炭素、植物性蛋白質の減少をもたらしたものと考えられる。

また、市部、郡部において摂取された各種食品についての対前年度比較を見ると、おおむね、全国の場合と同様の傾向が見られるが、市部と郡部とをくらべると、市部では、動物性食品(特に肉類、卵類)、小麦、果実等が、郡部では、植物性食品、特に米、大麦、いも、野菜等が、それぞれ多いという傾向が見られる。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

四 その他の問題

(一) 栄養

国民栄養の問題

ところで、わが国の青少年の体位は、戦争直後に著しく低下した後、次第に戦前の水準に達するようになったが、昭和三〇年には、男女とも一五歳前後の者すなわち幼弱の時期に食糧難を経験した年令階層の者の体格は、いまだ戦前の水準に復していなかった。昭和三一年においては、回復の遅れていたこれらの者の体位が、おおむね改善されつつあるが、部分的に見る場合、まだ回復の遅れている面のあること等を考えれば、なお楽観は許されないであろう。(第七〇表参照)

第70表 身長・体重の性別年齢別比較

第70表 身長・体重の性別年齢別比較(戦前水準・昭和30年、昭和31年)

年 齢		男			女		
		戦前の水準	昭和30年	昭和31年	戦前の水準	昭和30年	昭和31年
10	身長	128.2cm	129.4	129.0	128.1	128.4	129.6
	体重	26.5kg	26.9	26.9	26.1	26.7	27.2
11	身長	132.8	133.4	134.4	132.8	133.6	135.6
	体重	29.0	29.5	29.8	29.4	29.8	30.7
12	身長	137.7	138.1	139.5	139.7	140.6	140.7
	体重	32.2	32.3	33.1	33.7	34.6	35.1
13	身長	143.9	145.3	144.6	143.8	144.8	144.9
	体重	36.5	37.6	36.8	38.8	39.0	38.9
14	身長	152.4	151.2	152.1	148.4	148.3	149.1
	体重	43.3	42.3	43.2	42.0	42.7	43.3
15	身長	157.0	155.3	157.8	150.0	150.0	150.9
	体重	47.5	46.4	48.6	44.5	45.4	45.7
16	身長	159.5	159.5	160.2	150.4	151.2	151.5
	体重	50.5	50.5	51.8	46.5	47.7	47.7
17	身長	161.0	160.5	161.7	150.5	151.4	151.2
	体重	52.7	52.4	53.6	47.5	49.2	49.5
18	身長	161.7	162.1	162.6	151.0	152.2	151.8
	体重	53.8	54.6	54.2	48.0	50.9	49.8
19	身長	161.8	163.3	162.0	151.0	151.4	151.8
	体重	54.3	55.4	54.9	48.2	50.4	49.8
20	身長	162.0	162.2	162.3	150.8	151.7	151.8
	体重	54.8	55.6	55.4	48.3	50.3	49.4

厚生省公衆衛生司編

このような体位の向上は、国民栄養の改善を反映するものであろうが、一方、国民の食生活を見れば、いろいろと問題が残っていることを見逃すことはできない。すなわち、さきに述べたところからもわか

るように、わが国における市部と郡部との栄養状態、食生活の状況は、著しい違いを示しているが、郡部においては、農村における米食依存なかんづく白米の多食に基く栄養摂取のアンバランスが顕著であって、これによる各種栄養の不足から起る身体上の欠陥が少ない実情である。わが国民の食品摂取の内容が欧米先進諸国に比し、偏っていて、その質において劣っていることは、すでに見たところであるが、これからは、食生活上のアンバランスの是正により、各栄養素の適正な配分に基く十分な栄養の摂取に努めることが必要であるといわなければならない。最も効率的な食生活を保つという点から、今後、栄養指導の推進は、重要な課題というべきであろう。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

四 その他の問題

(二) 家族計画

わが国における人工妊娠中絶の届出件数は、昭和二八年以後一〇〇万を越え、その後も減少の傾向は認められず、昭和三一年においても、約二六万に達しているが、このほかに無届のものが相当数あるものと考えられるので、それをいれるならば、全妊娠数のほとんど半分が人工妊娠中絶を行っていることになる。出生を抑制する手段として、このように広く人工妊娠中絶が行われている現状は、母体の保護という見地からまことに憂うべきものがあり、このような形における出生抑制は、合理的計画的な受胎調節に置き換えられなければならないのである。

現在、受胎調節を必要とする有夫の婦人数は約一、二〇〇万人と推定されるが、そのほぼ半数は受胎調節の知識を有していないと考えられるほか、経済的理由のために実施していない人があるし、すでに実施している人についても、その効果を十分にする必要があるので、知識のない人々あるいは避妊器材を買う余裕のない人々に重点を置きつつ、受胎調節に関する指導の徹底が図られなければならない。その方法としては、保健所活動の充実強化により家族計画普及事業の総合企画と組織活動の指導援助を進める一方、普及事業の実施主体を市町村に置き、啓発活動、集団指導および個別指導の実施に努めるのが、適切かつ効果的であろう。

なお、被保護階層や低所得階層の人々については、特別に器具、薬品の無料または廉価による配布が行われているが、その実績は、昭和三二年三月末現在、二、〇〇九地区、被保護者約五万八、〇〇〇人、低所得階層の者約一六万人となっている。この実績は、前年より地区数、対象人員ともに増加を示しているが、これらの階層の人にとり家族計画の必要の最も切実であることを考えれば、今後、さらに、この特別の受胎調節普及事業を強化すべきものと考えられる。

家族計画の普及は、九、〇〇〇万人を突破しなお年間相当の増加を予想されるわが国人口問題の解決の一助ともなるのであるが、国民生活の安定のためにその普及はより一層推進されなければならない。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

四 その他の問題

(三) 自然公園と温泉

自然公園

自然公園、すなわち、国土の特にすぐれた自然の風景をそこなわず、なるべくそのまま保護するとともに、一般の利用に供する地域的公園のおもなものとしては、国立公園、国定公園および都道府県立自然公園の三種類がある。このうち、国立公園は、昭和六年に制定された国立公園法によって、同九年以来指定され、国定公園は、昭和二四年、同法の改正によりその一部を準用して、同二五年から指定されてきた。しかし、その数の最も多い都道府県立自然公園には、なんら法的な基準がなかったため、自然公園全体を統一的に規制する必要が痛感されていた。そこで政府においては、この法律を廃止して新たな自然公園制度を確立するために、第二六国会に自然公園法案を提出したのである。自然公園法は、昭和三二年五月に成立し、同年一〇月一日から施行されたが、この新しい法律の目的は、さきにあげた三種の自然公園につき、共通の考え方に立って各種類に応じた保護と利用の適正を図り、総合的な自然公園の体系をうちたてることにある。

自然公園のうち、国立公園の数は一九、国定公園の数は一四で、都道府県立自然公園の数は約二〇〇を超えているが、国立公園に例をとってみると、その利用者数は第七一表に見るとおり、年々増加してきている現状である。国民の自然公園に対する認識は年をおうにつれてますます深まる一方であろうから、今後も自然公園の利用者数は増加するものと思われる。

第71表 国立公園利用者数年次別推移

年次		利用者数
昭和	27年	3,590万人
	28	3,920
	29	4,140
	30	4,720

厚生省国立公園部調

(注) 利用者には外国人を含む。

この利用者数の増加に伴い、これに対応する利用施設の整備の必要が生ずることはいうまでもない。利用施設の整備は、ここ数年間、国の直接行う事業あるいは補助事業として行われており、特に昭和三二年度予算には、その前の二年間計上されなかった国立公園、国定公園の整備に関する補助金がふたたび計上されることとなったが、その現状は満足すべきものとはいえない。

さらに利用者数の増加は自然公園の保護を妨げるおそれがあるので、今後、現地管理機関の整備拡充が肝要である。そのほか、ダム建設、鉱物の採掘等国土開発事業の実施が、ときに自然の風景を破壊することは、きわめて遺憾なことであって、産業振興との調整は、自然公園法の実施上かなり困難な問題

を提供することと予想されるが、産業上の公益目的を十分尊重しながら、大自然のありのままの姿の保存に努めていくことが必要であろう。

なお、自然公園とは別に、皇居外苑、新宿御苑および京都外苑の三カ所の国民公園を厚生省は維持管理しているが、施設の整備も充分ではなく、特に皇居外苑については、早急な対策が望まれている。

第二章 医療保障とその関連施策

第五節 公衆衛生

四 その他の問題

(三) 自然公園と温泉

温泉

わが国においては、いたるところに温泉が湧きでており、温泉地数は一、〇〇〇カ所を越え、源泉数は一〇、九三四にのぼっている。また、高温の温泉が多いこと、湧出量の豊富、泉質の多様という点で、世界の他の国にその比を見ない。したがって、温泉は、古くから大衆の休養または療養の手段として利用されてきた。しかしながら、戦後における営利主義の浸透は、ともすれば温泉地を不健全にしがちであるとともに、温泉利用者の激増(年間推定四、〇〇〇万人)と使用湯量の増大は、自然の温泉源をからす傾向をもたらしており、温泉源の保護をゆるがせにできない問題としている。

したがって、このような現状に対応して、国民大衆の健全な利用に資する指定保養温泉地(現在、一四カ所)の積極的育成を図るほか、温泉の分析検査の促進、温泉源に関する総合的調査等の施策を大いに充実し、もってゆたかに恵まれた天然の資源を最も効果的に国民保健の向上に寄与せしめなければならない。
