

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

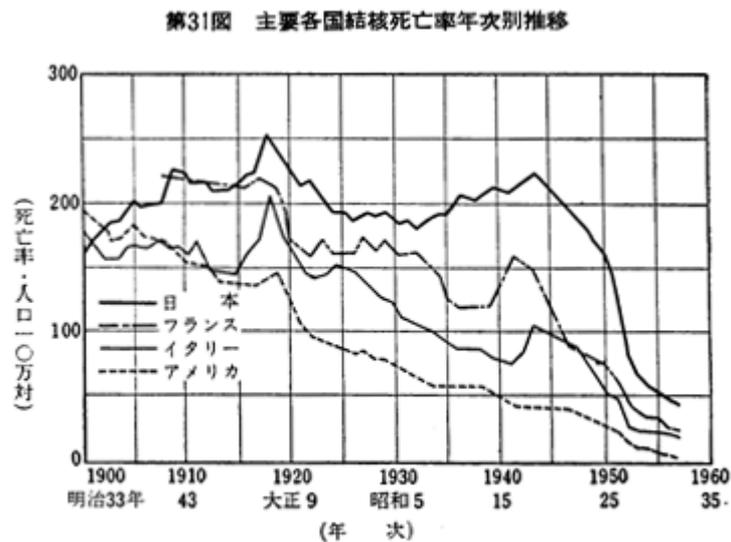
一 結核

(一) 現状

死亡とり病の状況

結核による死亡は、昭和の初期から二五年に至るまで、毎年一〇数万人を数え、つねに、死因別死亡順位の第一位を占めてきたが、ここ一〇年間に目ざましい減少を示し、三四年の年間死亡数は、三万二、九一四人で、人口一〇万に対する死亡率は、三五・四となり、死亡順位も、三三年の第六位から、さらに三四年には第七位に低下するに至つた。最近の死亡率の顕著な低下傾向は、第三一図にも明瞭に示されており、明らかに結核対策の勝利のあとがうかがえるのであるが、同図によつて、アメリカ、フランス、イタリアなどの動向と比べると、なお、数年ないし一〇数年の遅れがあることは、看過することのできない事実である。

第31図 主要各国結核死亡率年次別推移



次に、結核のり病状況について、その動向をうかがつてみよう。まず、二八年と三三年に行なわれた結核実態調査の結果によつてみると、第一五〇表に示すとおり、医療を要する結核患者は、それぞれ、二九二万人と三〇四万人で、総数では、五年間にほとんど変化を見せていない。しかし、これを年齢階級別に見ると、三三年は、二八年に比し、若年層の患者数は、かなり著しく減少しているのに反し、高年齢層の患者数は、逆にかなり増加しており、総数で増減がないという前述のような結果が現われたのは、この二つの相反する傾向が相殺されたためと見られるのであつて、明らかに、結核り病のウエイトが高年齢層に移行しつつあることを示している。また、これらの要医療患者のうち、要入院と判定された者の数を両回の調査結果について比較してみると、二八年には、人口対比率一・六%、全国推計数一三七万人であつたのが、三三年には、人口対比率〇・九%、全国推計数八六万人と著しく減少しており、結

核患者の病状が全般的に軽症化していることをうかがわせるのである。さらに、二八年と三三年の実態調査にひきつづき、二九年と三四年に実施された動態調査によつて肺結核患者の新発生状況を見ると、第一五一表のとおり、二八年から二十九年までの年間発生率〇・三七%は、三三年から三四年には、〇・二三%に低下しており、ここでも改善のあとを指摘することができるのである。また、これを年齢階級別に見ると、低下の特に著しいのは、若年層の発生率であり、高年層では逆に高くなつて、死亡率り患率の場合と同様の傾向が示されている。

第150表 結核の全国推計数および対人口比率

第 150 表 結核の全国推計数および対人口比率

	33 年		28 年	
	全 国 推 計 数	%	全 国 推 計 数	%
総数(要指導)	計	451 4.9	553 6.4	
	男	274 6.2	326 7.7	
	女	177 3.7	227 5.1	
要 医 療	計	304 3.3	292 3.4	
	男	186 4.2	172 4.2	
	女	118 2.5	116 2.6	
要 観 察	計	147 1.6	261 3.0	
	男	88 2.0	150 3.5	
	女	59 1.2	111 2.5	

資料：厚生省公衆衛生局「結核実態調査」による。

第151表 肺結核患者新発生状況

第 151 表 肺結核患者新発生状況
(単位：%)

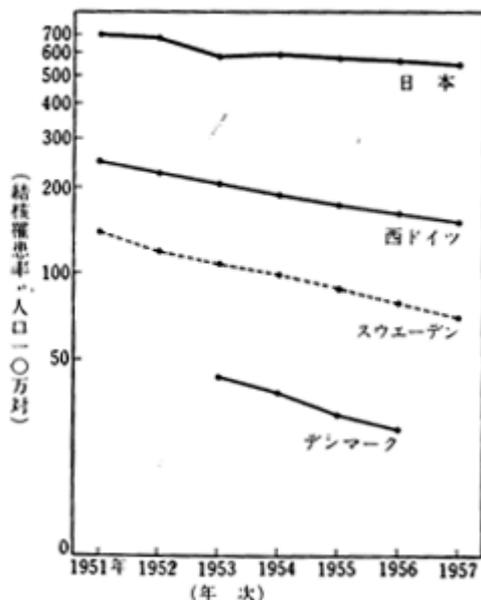
	28 ~ 29 年		33 ~ 34 年	
	発生率	百分率	発生率	百分率
総 数	0.37	100.0	0.23	100.0
0 ~ 4 才	0.61	24.5	0.06	2.3
5 ~ 14	0.29	20.8	0.08	9.1
15 ~ 29	0.33	20.8	0.24	25.0
30 ~ 44	0.55	20.4	0.36	29.5
45 ~ 59	0.17	5.7	0.43	25.0
60 才以上	0.09	1.9	0.23	9.1

資料：厚生省公衆衛生局「結核実態調査」による
(注) 発生率は観察不要のうち1年間に要医療または要観察になつた者の割合である。

以上のように、実態調査などの結果は、明らかに結核のり病状況が顕著に改善されつつある動向を示している。しかし、さきにも述べたように、患者総数は、少なくとも実態調査からの推計によれば、二八年から三三年までの五年間に減少を示すには至つておらず、また、結核予防法に基づいて医師から届け出られる届出患者数も、三四年一年間に、現に五〇万人を数える状況である。そして、この届出数による限り、結核のり患率は、年々わずかに低下を示しているとはいえ、死亡率の顕著な低下傾向にははるかに及ばず、諸外国と比較した場合、第三二図のとおり、り患率において、西ドイツの数倍、デンマークの一〇数倍に達していることは、死亡率の面でも諸外国に遅れているという事実とともに、なお結核対策をゆるがせにできないことを物語るものといわなければなるまい。

第32図 主要各国結核り患率年次別推移

第32図 主要各国結核り患率年次別推移



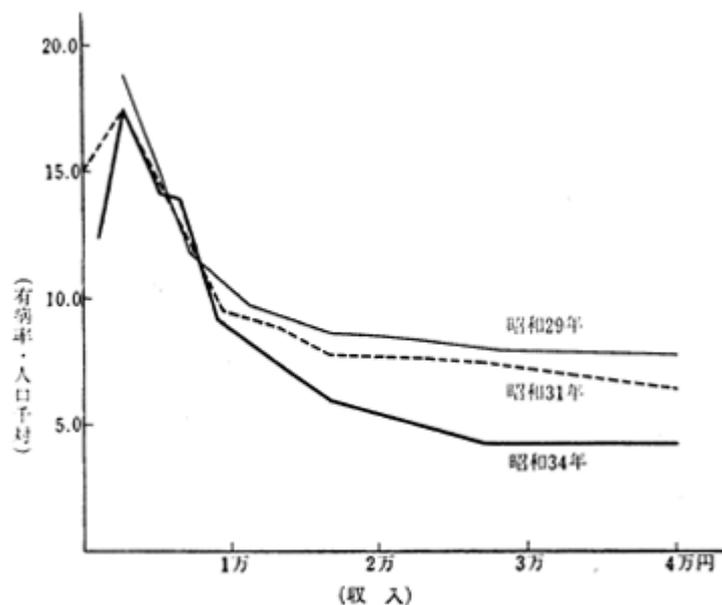
厚生省公衆衛生局調

低所得者層の結核

以上のような結核の全国的傾向、すなわち、死亡の急激な減少や、り病者の軽症化、高年齢層への移行など、総じて結核問題が改善されつつあることを示す諸傾向は、あらゆる階層を通じて同じように認められるものとはいえないのであつて、低所得者層における結核の姿は、今日といえどもほとんど従来のままにとどまり、一般的な改善からとり残されているというのが現状である。厚生行政基礎調査によつて、収入階層別に結核有病率の推移を見ると、第三三図のとおりであつて、昭和二九年から三四年までの五か年間において、収入二万円以上の世帯では、有病率の減少が顕著であつたが、一万円以下の世帯にあつては、有病率の改善のあとはほとんど見られず、低所得者層の結核有病率は、かつてと同様に著しく高いままとなつている。しかも、これらの低所得者層の患者についてみると、いぜんとして、感染源となるような重症の患者が多く、また、若い年齢層がむしばまれているなど、結核の全国的な改善傾向とは異なるものがある。この点を一、二の調査によつてみると、東京都江戸川福祉事務所が三三年から二年半にわたつて実施した被保護階層の結核実態調査の結果によれば、重症結核患者は、被保護世帯全員の二・〇%も存在しており、全国民対比率の〇・二%(三三年結核実態調査による。)に比し、一〇倍も多いのである。さらに、この重症結核患者の年齢階級分布は、二〇才代に最高で、高年齢となるにしたがつて減少しており、結核実態調査の全国成績と対照的である。また、大阪市民生局の報告によれば、三四年四月から三五年三月までの一年間に、新規に入院医療扶助申請を行なつた結核患者一、〇六一人のうち、四九五(四六・七%)に空洞の存在を認めており、排菌率は八六%に上つている。

第33図 結核有病率の収入階級別年次別推移

第33図 結核有病率の収入階級別年次別推移



資料：厚生省統計調査部「厚生行政基礎調査」による。
(注) 農家世帯と事業経営世帯は除いている。

このように、低所得者層の結核は、いぜんとして深刻な様相を示しており、今後の結核対策は、従来の施策に加えて、この方面に一層重点を注いでいく必要があると思われる。ことに、低所得者層に多い感染性患者については、医療面からも予防面からも、その施策を強化することが考えられなければならないであろう。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

一 結核

(二) 結核対策の推進

現在、なお多数の結核患者が存在し、ことに低所得者層において、結核がいぜんとして重大な問題であることは、前述のとおりであるが、しかも、これら多数の患者の中には、昭和三三年の実態調査によれば、無自覚の者が七四・三%を占め、また、自覚していても医療を受けていない者が、自覚患者の二五・六%にも及んでいる状況である。

したがって、今後の結核対策においては、患者を早期に発見し、は握された患者について適切な措置と指導を行ない、また、その患者に必要な医療を確保するという三つの施策を一貫して強力に推進し、特に、濃厚感染源となる患者――低所得者層に多い――については、治療の徹底による伝染防止の措置を円滑に行なうため、医療費を保障するということが必要であると思われる、すでに三四年度から、こうした観点のもとに、全国で二一六の保健所管轄地区が結核対策推進地区に指定され、(1)健康診断と予防接種の徹底、ことに一般住民に対する検診の強化、(2)患者管理の徹底による完全受療、完全治ゆの促進、(3)濃厚感染源の一掃を目標として、国の特別の助成のもとに、総合的な結核対策を開始したのであるが、三五年度には、これを全国保健所の約半数にあたる四二六地区におしひろめて実施しており、今後は、この施策を全国的に拡大していく必要があると思われる。以下、予防にはじまる個々の対策について述べることにしよう。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

一 結核

(三) 健康診断と予防接種

結核予防法による健康診断には、労働基準法に規定する事業または事務所の使用者がその従事者に対し、学校長が学生生徒などに対し、矯正施設などの長がその施設に収容されている者に対し、また市町村長が上記以外の一般住民に対して、それぞれ、期日を指定して実施する定期の健康診断と、都道府県知事が結核患者家族や、業態者などに対して結核予防上特に必要があると認めたとときに実施する定期外の健康診断とがあるが、健康診断の内容は、いずれもツベルクリン反応検査、エックス線検査、赤血球沈降速度検査などである。また、結核予防法による予防接種は、通常、健康診断と一体化してツベルクリン反応陰性者または疑陽性者に対し行なわれ、BCGワクチンを接種することとなっている。

昭和三四年度における健康診断の実施成績は、第一二四表に見られるとおり、受診率は、三七・四%であるが、実施義務者別に見ると、学校長を実施義務者とする児童、生徒、学生の受診率が八〇・五%ときわめて高いのに反し、他はいずれも三〇%以下、なかでも市町村長を実施義務者とする一般住民の受診率は、わずか二一・一%にすぎず、今後、この一般住民に対する検診をさらに強化していかなければならないことは明瞭であろう。次に、患者発見率を二九年と比較してみると、第一五二表に見られるとおり、〇・五六%から〇・三七%へと減少している。実施義務者別に見ると、使用者、学校長、施設の長が、被用者、児童、学生、生徒、施設の収容者に対して実施する検診においては、いずれも、発見率は、三分の一くらいに激減しているが、ただ一般住民の検診においては、二倍以上に上昇している。このことは、結核対策推進地区、ことに中小都市における一般住民の検診が、より高い精度において行なわれてきつつあることを示すものと見てよいであろう。

第152表 実施義務者別健康診断受診率および患者発見率

第 152 表 実施義務者別健康診断受診率
および患者発見率

	34 年			29年		
	対象人口 (A)	受診者数 (B)	受診率 (B/A)	発見患者数 (C)	患者発見率 (C/B)	
	千人	千人	%	千人	%	
総 数	-	35,714	-	132	0.37	0.56
定期分	92,007	34,452	37.4	116	0.34	0.52
使用者	15,427	4,334	28.1	21	0.49	1.54
学校長	23,255	18,727	80.5	27	0.15	0.41
施設の長	1,489	435	29.2	1	0.26	0.90
市町村長	51,836	10,956	21.1	66	0.60	0.24
定期外分	-	1,262	-	16	1.26	1.34
患者家族	-	457	-	10	2.20	2.05
業態者等	-	806	-	6	0.73	0.94

資料：厚生省統計調査部「保健所運営報告」による。

(注) 対象人口は、33年現在推計数である。

最後に、BCG予防接種について一言すれば、三四年のBCG接種者数は、六二八万人で、三三年に比してわずかに減少している程度である。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

一 結核

(四) 患者管理

ここでいう患者管理とは、すべての結核患者が適切な医療をじゅうぶんな期間にわたって完全に実施し、健康人として社会に復帰し、さらに再発を見ることのないよう、一貫して指導援助することである。したがって、管理の対象となるものは、患者だけでなく、再発のおそれのある者を含み、患者家族も予防的管理下におかれている。

大きな事業所や施設などでは、患者の所属する集団の長が責任をもち、健康管理に相当の効果をあげていることは周知のとおりであるが、一般住民については、それに相当する管理の体制は、必ずしもじゅうぶんではない。従来、保健所は結核予防法による結核患者の届出に基づいてこれを登録し、管内結核患者のは握とその指導を行なっているのであるが、登録の整備が必ずしも満足すべき状態ではなく、また、その活用もじゅうぶんに行なわれないうらみがあった。そこで、推進地区では、患者管理の効果をあげるために、新形式の登録票を用いるとともに、保健婦の訪問や患者の主治医との連絡などを通じて、患者の病状経過、受療状況、家族の状況などは握に努め、これがそのまま登録票に反映するようにしている。

患者管理の中核をなす業務は、こうしては握された患者が適切な医療を必要な期間受けるように管理することである。保健所は、登録患者で医療を受けていながつたり、途中でやめたりする者については、従来の定期や定期外の健康診断のほかに、「管理検診」という形で精密検診を実施し、その病状を確認するとともに、必要な指導や相談にあたっている。また、保健婦の家庭訪問によつて、治療放置患者に対して医療を受けるよう指導を行なつており、そのほか、要観察患者に対する指導や患者家族に対する健康診断受診の勧奨なども行なっている。

なお、第一五三表に見られるとおり、昭和三五年三月三十一日現在、一七七推進地区の保健所では握している登録患者数は、二九万二、〇七二人であり、そのうち、感染性患者では、入院と在宅とがほぼ半々であり、治療を受けていないものが、約九%も存在する。要医療患者全体で見ると、治療を受けていないものが一八%以上もあることが判明しているのである。

第153表 結核対策推進地区における登録患者の現状

第 153 表 結核対策推進地区における登録患者の現状
(35年 3月31日現在)

(単位:人)

		総 数	入 院 中	在 宅 治 療	医 け い 療 を い 受 な	受 不 療 状 況 明
登録患者総数		292,072 (100%)	45,046 (15%)	117,935 (41%)	96,196 (33%)	32,895 (11%)
要 呼 吸 器 療	総 数	169,431 (100%)	40,074 (24%)	94,252 (55%)	27,161 (16%)	7,944 (5%)
	総 数	159,472 (100%)	37,389 (23%)	90,006 (56%)	24,977 (16%)	7,100 (5%)
	感 染 性	44,922 (100%)	19,426 (43%)	20,189 (45%)	4,000 (9%)	1,307 (3%)
	非感染性	114,550 (100%)	17,963 (16%)	69,817 (61%)	20,977 (18%)	5,793 (5%)
	そ の 他 結 核	9,959 (100%)	2,685 (27%)	4,246 (43%)	2,184 (22%)	844 (8%)
要 観 察		57,962 (100%)	1,283 (2%)	11,955 (21%)	41,298 (71%)	3,426 (6%)
不 明		64,679 (100%)	3,689 (6%)	11,728 (18%)	27,737 (43%)	21,525 (33%)

厚生省公衆衛生局調
(注) 保健所 177 か所の集計である。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

一 結核

(五) 濃厚感染源対策

結核予防法は、濃厚感染源となるおそれのある患者に対し、一定の措置をとることを定めている。すなわち、都道府県知事は、公衆に結核を感染させるおそれの著しい患者に対し、接客業などの業務につくことを禁じ、あるいは家庭内に感染させるおそれのある患者に対し、医療機関に入所するよう命令することができるのである。

すでに述べたとおり、感染源患者は、低所得者層に比較的多く、しかもこれらの階層においては、住宅事情などから見て一層感染の危険性が大きいにもかかわらず、医療費について相当大幅な公費負担がなければ入院治療は不可能であるのが現況である。結核予防法では、従来から、命令により入所した者に対しては、その負担能力に応じて医療費の全部または一部を公費で負担することになっているが、その負担割合が生活保護の場合と比較して地方公共団体に重くなっているため(生活保護法は、国が一〇分の八、地方公共団体が一〇分の二に対し、結核予防法は、国と地方公共団体がそれぞれ一〇分の五となっている。)、都道府県は財政的理由からその措置に積極性を欠き、本制度の活用がじゅうぶん行なわれていなかった。このため、昭和三三年度からは前記の結核対策推進地区については、特にこれまでの実績をこえた部分については、公費負担の負担区分を国が三分の二、都道府県が三分の一という割合にして、これら患者に対する公費負担医療費補助金を大幅に増額したのである。その結果、三四年度における命令入所措置患者は、第一五四表に示すとおり、年間六、二〇六人、年末現在三、九五二人であり、いずれも前年の二倍以上となった。濃厚感染対策がただちに低所得者層の結核対策に通じる現状においては、その徹底が結核対策上はなほ重要な恩義を有することは明らかであり、今後この制度の強化充実の必要性が痛感されるのである。

第154表 結核患者命令入所実施状況

	命令入所		法第35条による 医療費公費負担	
	年間措置 患者数	年末現 在措置 患者数	年間承 認件数	年末現在 公費負担 患者数
33年	2,623	1,940	2,796	1,778
34年	6,206	3,952	6,329	3,936

資料：33年は厚生省統計調査部「保健所運営報告」により、昭和34年は同省同部「厚生省報告例」による。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

一 結核

(六) 医療

受療状況

自分が結核であることを知っている要医療患者のうち、実際に医療を受けた者の率(受療率)は、七四・四%、自分が結核であることを知っている要入院患者の入院率は、三五・四%にすぎなかつた(昭和三三年結核実態調査による。)。受療率もじゆうぶんとはいえないが、入院率の低いことは驚くばかりである。そして、このように受療が阻止される要因として経済的、社会的な理由が強く働いているであろうということは、容易に推察されるところである。

また、実際に病院・診療所で受療する結核患者の数は、三四年六月一七日現在で厚生省が実施した患者調査により推計すれば、全国の病院・診療所で、入院二万七、〇〇〇人、外来九万人であつた。三〇年以降の受療状況の推移は、第一五五表のとおり、入院患者数は、三三年までは毎年増加したが、三四年には約三万人の減少を示し、外来患者数は、三〇年を頂点として減少傾向を示している。ただ、外来患者については、たまたま調査日当日医師の治療を受けた患者だけがとらえられていて、その日が治療日にあたつていなかつた患者は含まれていない。外来患者の平均外来訪問間隔は、年々しだいに伸びてきているので、実際に治療を受けている患者数は、それほど減少してはいないであろう。ちなみに、結核予防法による公費負担合格件数は、三〇年を一〇〇とすると三一年九九、三二年一二一、三三年一三一、三四年一三三と逆に増加の傾向を示しているのである。

第155表 病院および診療所の結核患者全国推計数

第155表 病院および診療所の結核患者全国推計数 (単位:千人)

	30年7月13日	32年7月10日	33年7月16日	34年6月17日	
				患者数	割合
入院	263	263	265	237	100.0
健保本人	110	90	85	84	35.1
健保家族	31	29	29	27	11.7
国保	25	35	38	31	13.1
生保	77	86	93	81	34.0
自費・その他	19	23	20	15	6.1
生保(再掲)	89	99	106	90	37.8
外来	141	104	112	90	100.0
健保本人	49	34	34	29	32.1
健保家族	30	23	26	19	21.4
国保	18	19	23	20	22.7
生保	15	7	8	7	7.7
自費・その他	29	20	22	15	16.1
生保(再掲)	15	7	8	7	8.1

資料:厚生省統計調査部「患者調査」による。

- (注) 1. 調査日当日実際に治療を受けた者の数である。
2. 「労災」は健保本人に、「家族+国保」および「家族+生保」は健保家族に、「国保+生保」は国保に含めてあり、生保(再掲)は「生活単独」に「家族+生保」、「国保+生保」を加えたものである。自費、その他の「その他」は大部分結核予防法単独のものである。

病床利用

結核病床の推移は、第一五六表のとおり、昭和二六年には一二万五、〇〇〇床であつたのが、しだいに増加を続け、三三年には二六万三、〇〇〇床に達したが、三四年にはやや減少した。一方、病院、結核療養所の結核病床利用率は、二七年の九六・二%を最高として、以後年々低下を続けてきており、三四年には、七九%にまで低下した。この利用率の低下は、要入院患者側の経済的、社会的諸条件が前記のような病床数の増加の傾向に追いつけなかつたために起こつたものと考えられる。しかし、前に述べたように要入院患者数は、なお八六万人もあるものと推定されているのであり、このうち、自分が結核であることを知っている者だけでも三九万人もあるから、入院医療費の保障、患者管理などの諸条件を強化することによつて、要入院患者の入院をさらに促進することが必要であろう。他面、結核治療法の進歩に伴つて、人里はなれた地域に設けられた従来の型の結核療養所から、外科手術設備などをもつ近代的な病院への転換を求められていることも事実であり、結核病床の地域的分布、あるいは結核療養所の機能的再編成を検討すべき段階になつている。

第156表 結核病床、入院患者および病床利用率の年次別推移

第156表 結核病床、入院患者および
病床利用率の年次別推移

年	結核 病床数	入院 患者数	病床 利用率	結核患 者入院 総数
	千床	千人	%	千人
26年	125	120	96	-
27	154	148	96	-
28	178	171	96	216
29	210	200	95	226
30	236	215	91	260
31	253	218	86	254
32	261	217	83	264
33	263	216	82	264
34	260	200	79	237

厚生省公衆衛生局調

(注) 「結核患者入院総数」と「入院患者数」との差は一般病床に入院しているものである。

医療費

結核の治療には、どのくらいの費用がかかるのであろうか。昭和三五年一〇月現在、最も普通に行なわれている療法を外来、入院について、社会保険診療報酬点数表(甲)によつて計算してみると、外来でのヒドラジドとパスの併用療法を一か月行なつた場合の平均費用は、約二、一〇〇円、外来でストマイとパスの併用療法または三者併用療法を一か月行なつた場合の平均費用は、いずれも約三、二〇〇円となる。しかし、入院して三者併用療法では、一か月の費用は、「基準看護」加算一、二〇〇円ないし二、五〇〇円を除外しても約一万四、〇〇〇円であり、外来化学療法の四倍以上という非常に多額の費用を要する。外科手術をすると、手術料や検査料、処置料、輸血代などの費用として、肺葉切除術を行なつた場合約四万六、〇〇〇円、胸郭成形術を行なつた場合約三万九、〇〇〇円が加算され、入院費用は、それぞれ約六万円、約五万三、〇〇〇円を要することとなる。

このように毎月多額の費用を年余にわたつて支出せねばならぬ結核入院患者の費用負担区分は、どのようになつているのであろうか。三四年の患者調査によれば、第一五五表のとおり、入院患者の三七・八%は生活保護法の医療扶助を受けていること、国民健康保険による入院患者が一三・一%であること、健康保険家族が一・七%にすぎないことが注目される。国民健康保険や健康保険の家族については、医療費の給付率は普通五割であるから、結核の入院費用の支払いが患者にとつて相当大きな負担となつていて、入院が抑制されているものと見ることができよう。

三三年度の結核医療費は、約六五四億円であり、三二年度の六三三億円に比べ、約二〇億円の増加を示したが、医学と治療医薬品の進歩の現況からすれば、ここしばらくは、なお増加の傾向をたどるものと推測される。なお、三三年度の結核医療費の負担区分は、第一五七表に示すとおりであるが、公費負担分は、総額の三三・二%を占めており、国と地方公共団体の占める比重は、すべての疾病を通じて最も重いのである。なかでも、生活保護法による医療扶助は、結核医療費の二三・六%、公費負担分の七八・五%を占めているが、今後低所得者層の医療に重点をおいて結核対策を推進すれば、公費負担分の比重はますます増大するものと思わなければならないのである。

第157表 結核医療費推計

第157表 結核医療費推計

(単位：百万円)

	33 年 度		
	総 数	入 院	入院外
医 療 費 総 額	65,392	50,156	15,236
公 費 負 担 分	19,698	16,242	3,456
生 活 保 護 法	15,456	14,589	867
結 核 予 防 法	4,008	1,461	2,547
未 帰 還 者 留 守 家 族 等 援 護 法	234	192	42
保 險 者 負 担 分	30,618	23,479	7,139
政 府 管 掌 健 康 保 險	12,185	9,407	2,778
組 合 管 掌 健 康 保 險	6,535	5,357	1,178
船 員 保 險	521	472	49
日 雇 労 働 者 健 康 保 險	625	492	133
国 家 公 務 員 共 済 組 合	3,593	2,835	758
公 共 企 業 体 職 員 等 共 済 組 合	1,118	844	274
市 町 村 職 員 共 済 組 合	681	533	148
私 立 学 校 教 職 員 共 済 組 合	105	69	36
国 民 健 康 保 險	5,036	3,292	1,744
勞 働 者 災 害 補 償 保 險	219	178	41
そ の 他			
患 者 負 担 分	15,076	10,435	4,641
医 師、歯 科 医 師	14,471	10,435	4,036
全 額 自 費	3,576	2,504	1,072
公 費 また は 保 險 の 一 部 負 担	10,895	7,931	2,964
買 薬	598	-	598
あ ん ま 等	7	-	7

厚生省公衆衛生局調

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

一 結核

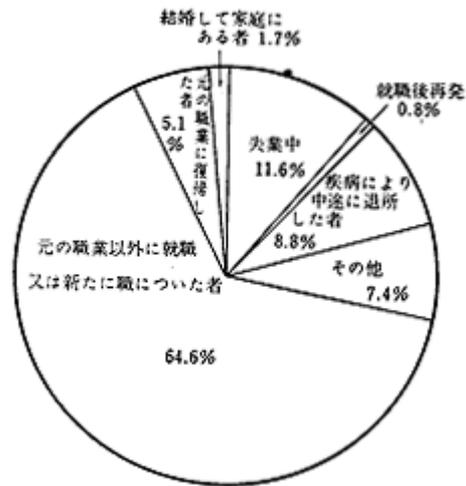
(七) 結核回復者の社会復帰

結核は、数年前までは非常になおりにくい疾患であり、しかも、治ゆしたのちもなお再発が多いこと、呼吸機能の減退する場合があること、感染性の疑いが去らないことなどの理由により、社会復帰のきわめて困難な疾患であつた。ところが、最近の結核治療学の進歩は、治ゆの迅速化、確実化により治ゆする結核患者が激増したため、結核回復者をできるだけ有利な条件で社会復帰させることが重視されるようになった。一方、現在の医学は、従来なら救えなかつたほどの重症患者をも治ゆせしめ得るようになったので、呼吸機能の非常に低下した回復者が現われるという新しい傾向もあり、結核回復者の社会復帰の問題は、複雑な様相を呈するようになった。また、医学的に病状が要観察となつて社会復帰した者の中からも、相当数の再発者が現われることが知られているので、結核回復者は、社会復帰後少なくとも三年間は、半年ないし一年ごとに一回、定期的にエックス線撮影を行ない、同時に喀痰検査、赤血球沈降速度検査などを行なうことが必要とされている。このような対象者に対しては、昭和三四年以降は、結核対策推進地区に指定された保健所において、管理検診が行なえるようになってきている。

結核回復者を収容する施設としては、結核回復者後保護施設(アフターケア)があつて、二八年度以降、国庫補助を行ない、結核回復者のうち、無職の者や原職復帰の困難な者などを退院後一定の期間収容して、適正な健康管理のもとに職業の補導や生活の指導を行なつているが、三五年四月現在、全国に二四か所の施設(都道府県立二一か所、民間立三か所)が設置されている。しかし、その収容定員は、わずかに一、五八〇人にすぎず、その運営についても、希望する訓練科目が不足していること、施設の利用効果の認識がたりないことなどの問題点が残されている。なお、その退所者の社会復帰状況は、第三四図のとおり、退所者の七〇%以上の者が原職に復帰するか、他の職業につくかなどかなり顕著な成績をおさめている。

第34図 後保護施設退所者の社会復帰状況

第34図 後保護施設退所者の社会復帰状況
(34年度末現在)



厚生省社会局調

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

二 精神衛生

(一) 精神障害者の実態

わが国における精神障害者の数は、昭和二九年の実態調査では、約一三〇万人と推計されているが、この調査で精神障害者の範囲としたのは、「精神病」、「中毒性精神障害」、「知能指数五〇以下の精神薄弱」、「精神病質」、「精神神経症」など行動上の異常があつて、「就労、就学が困難であるか、または他人に迷惑を及ぼしている場合」に限つており、障害の顕著な者だけをとりあげているので、実際には、精神障害者はもつと多いものと考えられる。

次に、前記の調査によつて精神障害者を必要な処置別に見ると、第三五図のとおり、精神障害者のうち、四三万人(三三・八六%)にものぼる人々が、精神病院その他の施設に収容を必要とするものとされており、さらに、在宅のまま精神科専門医の治療または指導を要する者が三八万人を数え、精神科医療に対する潜在需要がいかに大であるかを物語っている。また、同じく二九年調査によると、発見された精神障害者が専門的な指導または診察を受けている率は、きわめて低く、なんら医学的指導を受けていないものが、全体の九一・三%も占めていた。このような状態であるから、発病がわかつてから入院までの期間も長く、三一年の在院精神障害者実態調査によれば、第一五八表のように、約半数は発病がわかつてから一年以上、約一八%は、五年以上も経過してようやく入院している状況である。一方、同調査によれば、第一五九表のように、現実の入院患者についてみても、寛解や軽快見込み者の合計が四五%で、さらに退院者についてみると、寛解や軽快の者の合計が七八・七%に達しており、相当の治療効果を示している。また、第三六図によつて明らかかなように、早期受診の効果は精神障害についても顕著である。

第158表 発病より入院までの期間別初回入院の在院精神障害者数

第 158 表 発病より入院までの期間別初回入院の在院精神障害者数
(精神病質・精神薄弱および精神神経症を除く)

	総 数	2か月未 満	3~5か月	6~11か 月	1年~1年11か月	2年~4年11か月	5年以上	不 詳
実 数	4,722	1,084	438	529	630	770	844	427
百分率	100.0	23.0	9.3	11.2	13.3	16.3	17.9	9.0

資料：厚生省公衆衛生局「31年在院精神障害者実態調査」による。

第35図 必要な処置別精神障害者の構成

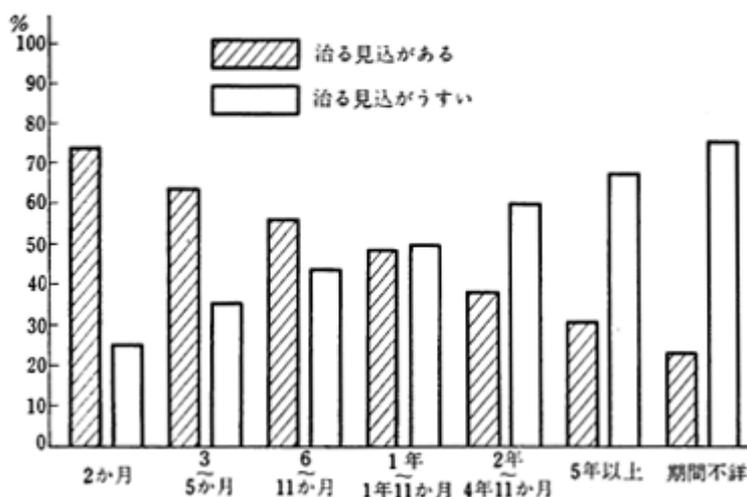
第35図 必要な処置別精神障害者の構成
(29年)



資料：厚生省公衆衛生局「精神衛生実態調査」による。

第36図 初回入院者の発病より入院までの期間別予後の状況

第36図 初回入院者の発病より入院までの期間別予後の状況
(31年)



資料：厚生省公衆衛生局「在院精神障害者実態調査」による。

第159表 精神障害者の治療効果

第159表 精神障害者の治療効果
(31年) (単位：%)

在院者予後別	百分率	退院者治療効果別	百分率
寛解見込	15.5	寛解	38.0
軽快見込	29.5	軽快	40.7
不変または増悪見込	53.5	不変または増悪	21.3
不明	1.5		
計	100.0	計	100.0

資料：厚生省公衆衛生局「在院精神障害者実態調査」による。

以上の実態から見ても、精神障害に関する現状には、その改善の余地がきわめて多く、精神障害者に対してさらに積極的な医療と指導とを要することは明らかであるが、精神病院の設置状況や、精神障害者の医療費保障の現状については、以下に見るとおり、決してじゅうぶんなものということができないのである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

二 精神衛生

(二) 精神病院など

昭和二九年から三四年までの六年間の精神病院数の推移は、第一六〇表に示すとおりであつて、近年の精神病院の整備は、目ざましいものがある。また、病床についても、年々一万床前後の増加を示しており、三五年八月現在で、九万一、二九五床に達した。しかし、さきに述べたような精神障害者の実情に
 応ずるためには、病床数は、なお著しく不足しており、二七年以降、つねに在院患者数は、定員を超過してきただのであつて、三四年三月末においても、病床利用率は、なお一〇五・六%を示しているのである。ちなみに、病床整備の状況を欧米諸国と比較してみると、第一六一表のとおりであり、わが国において精神病床の整備が立ちおけていることは、ここにも歴然と示されている。

第160表 精神病院・病床数・在院および外来患者数の推移

第160表 精神病院・病床数・在院および外来患者数の推移
 (各年3月末現在)

	29	30	31	32	33	34
全精神病院数(か所)	224	260	322	371	408	619
同上 病床数(床)	32,834	39,110	45,649	57,220	66,365	76,133
在院患者数(人)	36,969	42,669	49,893	59,189	70,189	80,389
病床利用率(%)	112.6	109.1	109.3	103.4	105.8	105.6
年間外来患者数(千人)	4,401	5,212	6,207	7,661	9,587	10,826

厚生省公衆衛生局調

第161表 各国精神病床数の比較

第161表 各国精神病床数の比較
(人口1万対)

	調査年	精神病床数
フィンランド	1949年	22.8床
ス イ ス	1950	35.7
イ タ リ ア	1951	17.9
デンマーク	1951	24.2
ベルギー	1951	29.4
西 ド イ ツ	1952	17.2
フ ラ ン ス	1952	21.8
イ ギ リ ス	1952	36.2
オーストラリア	1952	32.7
ス エ ー デ ン	1952	40.9
カ ナ ダ	1953	43.3
ア メ リ カ	1953	43.3
ニュージーランド	1953	45.4
日 本	1959	8.3

厚生省公衆衛生局調

顕著な精神障害者を収容治療するためには、今後一〇年間に、病床数をおよそ一七万床程度にまで整備することが期待されるのであるが、病床数の増加と同時に考えねばならないのは、その質の向上ということである。現在の病床は、収容隔離を主目的とした時代からの古い施設が多く、これらのうちには、最近の進歩した医療や作業療法などを行なうに適しないものが多い。特に、精神障害の多様性に応ずるためには、長期患者収容と短期患者収容とに機能を分化することや、外来の特殊形態としてデイホスピタルやナイトホスピタルを普及することも検討されるべきであろう。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

二 精神衛生

(三) 医療費の保障

精神障害者にとつても最も困難な問題は、入院治療費の問題である。昭和三四年において、精神病院の入院治療費は、平均一日五二〇円ないし五九〇円、一か月にして一万六、〇〇〇円ないし一万八、〇〇〇円を要した。しかも、入院期間も二か月以上のものが半数以上を占めており、精神障害者をもつ家庭にとつて、医療保険などによらないかぎり、入院費の支払が容易でないことをうかがわせるのである。

精神障害者の入院治療費の負担が現実にどのように行なわれているかを、公立、指定精神病院在院患者の入院費支払区分によつてみると、三四年三月末において、社会保険の二八・五%、生活保護法(同法で全額負担するもの)の二五・四%、生活保護法(同法で一部負担するもの)の二〇・〇%、精神衛生法の措置入院の一七・四%、全額自費の六・二%、その他の二・五%の順となつていて、精神障害者の医療に占める生活保護医療の比重は、きわめて大きい現状である。この事実は、精神障害についての医療費問題が深刻な問題であり、精神障害と貧困の問題が、きわめて深い関係をもっていることを物語るものであろう。精神衛生法の措置入院は、医療と保護のために入院させなければ、自身を傷つけ、または、他人に害を及ぼすおそれがある精神障害者を強制的に入院させようとするものであつて、必ずしも、医療費の保障を本来の目的とする制度ではないが、今後、これを拡充して医療費保障の機能をじゆうぶんに果たさせるように活用するとともに、国民皆保険達成の上は、結核とならんで、精神障害者の医療についても手厚い対策を講ずることが要望されるのである。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

二 精神衛生

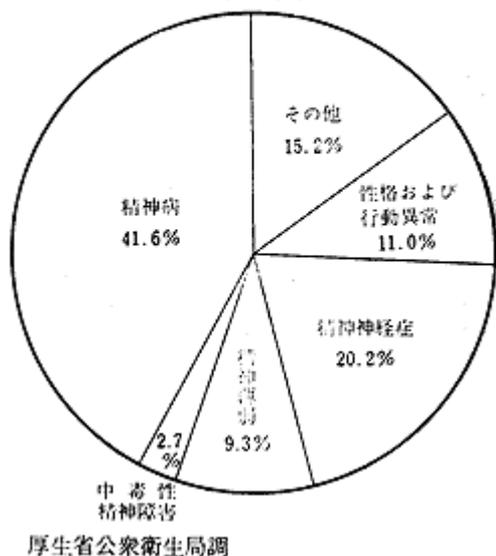
(四) 精神衛生相談

公衆衛生事業における精神衛生対策は、単に精神障害者の治療や保護にとどまらず、一般に精神の健康を保持増進することを目的として行なわれなければならないものである。精神の健康な人とは、たんに精神障害者でない人のことをいうのではなく、幅広い柔軟性のある人格の人、すなわち、社会的適応性が高く、不幸なこと、悲惨なこと、意のままにならないことなど精神の抑圧に直面しても、感情を平静に保ち、対人関係や対社会関係の調整に失調をきたすことのない人をいうのである。問題が起こった場合の人間関係の円滑な調整をはかり、社会生活においてつねに幅広く柔軟な人格を育成することは、現代のような複雑な社会生活において不可欠のことであり、社会的適応異常、人間関係の失調、ノイローゼ、犯罪、非行、自殺、家庭不和、職場における事故ひん発、あるいは能率低下など、精神衛生に関する問題が山積している今日、精神衛生の重要性はますますたかまりつつあるといわなければならない。

精神衛生法は、このような意味で、精神障害者、医療保護を規定するのみならず、さらに進んで、精神障害の予防、精神健康の保持増進にあたる機関として、精神衛生相談所の設置を定めているのである。この相談所は、現在全国に五一か所設置されており、精神科医、サイキアトリック(心理学的)・ソーシャルワーカーや臨床心理学専攻者を配置して、精神の健康を保持するための相談助言、あるいは職場、数育の場などにおける精神衛生技術の指導、在宅精神障害者のは握、指導などを行なっている。すなわち、精神衛生相談所は、地域における精神衛生に関する技術センターなのであるが、その活動は、まだ精神障害者の治療、相談に利用されることが多く、本来の活動分野である精神生活の健康保持のための活動は、じゅうぶん行なわれていない現状である。三五か所の都道府県立精神衛生相談所の昭和三三年度の事業集計によると、指導相談ケースの総数は、六、〇一五件にすぎず、その診断区分も、第三七図のとおり、最も多いのは、精神病の四一・六%、次に、神経症二〇・二%、性格と行動異常一一・〇%、精神薄弱九・三%となっており、すでに精神障害者となつたものの相談が半数以上を占めている状況である。

第37図 精神衛生相談所における診断区分別指導および相談状況

第37図 精神衛生相談所における診断区分別指導および相談状況
(33年度)



三五年は、精神衛生法施行一〇周年にあたり、また、世界精神衛生連盟が、WHO(世界保健機構)の協力を得て指定した「世界精神衛生年」にもあたっているため、わが国でも、これに協力して各種の行事や運動が展開されたが、これを機会に、精神衛生に関する一般の関心がさらにたかまることが望まれるのである。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

三 成人病

中枢神経系の血管損傷(脳卒中)、悪性新生物(がん)、心臓の疾患などのいわゆる成人病は、近年ますます増加の傾向にあるが、これらの成人病は、主として四〇才から六〇才代の働きざかりの人々を労働不能におとし入れるのであつて、個人的にも社会的にも、はかり知れない不幸と損失をもたらしているものである。成人病による死亡も、昭和三三年以来死因順位の最高位を占めており、三四年は、三三年に比し、成人病全体として二%から四%の死亡率の増加が認められたが(第一六二表参照)、今後わが国においては、壮年人口の比率が高まるに従い、また、文明の高度化と社会生活の複雑化が著しくなるにつれて、成人病による死亡は、さらに増加する傾向をもつものと思われる。したがつて、成人病対策の基礎となるべき研究の助成、衛生教育あるいは診療サービスの充実などについては、さらに強力に推し進めなければならないことは当然であるが、専心これらの問題に対処すべき行政機構の確立も急務となつてきている。目下のところ、三二年以降、厚生省に成人病予防対策連絡協議会が設けられ、がん、高血圧、心臓病の三部会に分かれて対策の検討が行なわれている。

第162表 主要死因別死亡数および死亡率の比較

第 162 表 主要死因別死亡数および死亡率の比較

	死 亡 数			死亡率(人口10万対)		
	34 年	33 年	差引増	34年	33年	33年に対する割合
総 数	689,578	684,189	5,389	741.7	743.6	99.7
中枢神経系の血管損傷	142,678	136,767	5,911	153.5	148.6	103.3
悪性新生物	90,993	87,895	3,098	97.9	95.5	102.5
心臓の疾患	62,508	59,603	2,905	67.2	64.8	103.7
老 衰	52,678	51,046	1,632	56.7	55.5	102.2
肺炎および気管支炎	41,938	43,832	△ 1,894	45.1	47.6	94.7
不慮の事故	41,439	35,785	△ 5,654	44.6	38.9	114.7
全 結 核	32,914	36,274	△ 3,360	35.4	39.4	89.8
胃炎・十二指腸炎・腸炎および大腸炎	21,628	23,128	△ 1,500	23.3	25.1	92.8
自 殺	20,739	23,641	△ 2,902	22.3	25.7	86.8
その他の新生児固有の疾患および性質不明の未熟児	19,485	21,488	△ 2,003	21.0	23.4	89.7

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

(注) 1. 34年は概数である。

2. △は差引減を示す。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

三 成人病

(一) 悪性新生物(がんなど)

昭和三三年に厚生省が全国一般病院を対象とした第一次悪性新生物実態調査の結果については、前年の厚生白書で述べたが、三五年には、第一次調査に引き続き、宮城、石川、山口、熊本の四県について、病院、診療所を含む全医療機関における三四年一年間のがん患者の実態を調査中である。これにより、患者の訪医または転医状況が明らかにされ、将来の対策樹立上重要な資料が得られるものと期待されている。

がんの診療面においては、これまでに国立病院一、二か所にかん診療センターを設置してきたが、患者の収容力が不足していることや、今後がんの研究を一層強化し、専門技術者を緊急に養成する必要などがあるため、目下、諸外国の最高の施設に劣らないがんセンターを設置しようとする計画が進められている。ちなみに、この計画によれば、がんセンターは、がんに関する内外の研究発展の状況などについて情報のしゅう集交換を行ない、研究活動の助長と研究活動における協力体制の確立に努めるとともに、自らも病院と研究所を設置して、治療と研究にあたり、さらに、がんの診療に関する専門技術者の養成を行なうことになつている。また、がんセンターの病院においては、特に、がん患者の早期発見と難治療患者の治療を積極的に行なうことに重点をおき、このような面での成果をあげるため、医療費についての減免措置をも考慮することになつている。

がんは、発生原因が不明であること、発生の時期が捕え難いこと、重症化や合併症の発生率が大きいことなどのため、その予防については、まだ困難な点が多く、現状では、病気を軽症のうちに発見して重症化を防ぐこと、すなわち、「早期発見」、「早期治療」につけるといつてよい。そして、このような早期発見、早期治療の促進を現実に衛生行政にどのように取り上げていくかについては、技術的に困難な問題が多いが、すでに、二、三の府県においては、早期発見の一方法として、日本人に特に多い胃がんの集団検診に間接撮影法を応用しようとする試みがなされ、健康人を含む集団検診が実施されたところもある。これはもちろん学問的には、なお論議の存する点も少なくないが、その成果に漸次明るい見通しを期待できる段階に達したことは喜ばしい。

一方、民間活動としては、明治以来、財団法人がん研究会が、がんの予防と治療や研究活動を活発に行なつてきているが、三三年日本対がん協会が発足して、広範囲の啓蒙運動を開始しており、現在全国一三か所に支部組織をもつている。その活動のおもなものは、日本医師会との協力による無料がん相談や若いがん研究者に対する奨励金の授与などであり、厚生省も、対がん協会と一体となつて、国民一般にがんに関する正しい知識を普及するように努め、毎年「成人病予防週間」を設けて各種の行事を実施しているのである。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

三 成人病

(二) 中枢神経系の血管損傷と心臓の疾患

中枢神経系の血管損傷(脳卒中など)の死亡率は、昭和二六年以降死因順位の第一位を占めてきているが、これを諸外国と比べると、第一六三表に示すとおり、粗死亡率において、西ドイツ、イングランド・ウェールズよりやや少ないが、その他の諸外国よりはるかに高率となつている。一方、心臓の疾患は、諸外国に比べると著しく少なく、イングランド・ウェールズは日本の約五倍半、アメリカ(白人)は約六倍となつている。しかし、わが国でも逐年増加傾向が見られ、診療技術の急速の進歩など考えると、諸外国の線にまで上昇カーブをえがくことが予想される。

第163表 諸外国の死亡率および死因別(国際簡単分類)数

第 163 表 諸外国の死亡率および死因別
(国際簡単分類) 数
(死亡率：人口10万対)

	総 数		死因別死亡率	
	死亡数	死亡率	中枢神経系の血管損傷	心臓の疾患
日 本 (1959)	689,578	741.7	153.5	67.2
ア メ リ カ (1957)	633,128	959.0	110.2	326.6
デンマーク (1956)	39,588	886.4	114.5	261.2
フ ラ ンス (1957)	528,229	1,198.0	138.4	208.4
西 ド イ ツ (1956)	556,897	1,105.6	174.4	206.8
イ タ リ ア (1956)	497,550	1,030.6	141.6	237.9
オ ラ ン ダ (1957)	82,677	750.2	101.7	182.4
ス エーデン (1956)	70,205	959.7	138.8	282.7
イ ン グ ラ ン ド ・ ウ エー ル ズ (1957)	514,870	1,146.5	164.0	341.6

厚生省公衆衛生局調

高血圧心臓病対策は、各府県において種々の方式で実施されているが、一般に、結核検診と同時に、血圧検診と心電図の測定を行なう方式が普及しつつある。また、一般病院においては、人間ドックの形で、高血圧、心臓病の検診を活発に行なつていようであるが、検診方式を基準化するまでには、なお幾多の問題が残されている。しかし、諸外国では、すでに、早期発見、早期治療に加えて、リハビリテーションを含む健康管理の実施を強力に進めている現状であり、さらに、心臓疾患の予防のためには、小児期から、リウマチ熱、リウマチ性心臓病対策を積極的に行なつているのであつて、日本においても、将来はこの方面の対策を進める必要があるものと思われる。

厚生白書(昭和35年度版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

四 伝染病

昭和三五年一〇月現在、厚生省が報告を求めている伝染病は、法定伝染病一一種、指定伝染病一種、届出伝染病一四種、性病四種、そのほか結核、らいの合計三二種に及んでいる。三四年中におけるこれらの伝染病の届出状況は、第一六四表のとおりである。なお、最近の微生物学の進歩に伴つて、届出伝染病ではないが、急性灰白髄炎類似の症状を示す疾患(コクサツキーウイルス、エコーウイルス感染症)、あるいは感冒様疾患(アデノウイルス感染症)などがウイルス性疾患として注目をあびてきている。

第164表 伝染病患者数およびり患率

第164表 伝染病患者数および患率

	患者数		り患率 (人口10万対)	
	33年	34年	33年	34年
法定伝染病	118,540	118,022	128.8	126.9
赤痢	81,577	85,695	88.7	92.2
腸チフス	1,901	1,546	2.1	1.7
バラチフス	1,149	411	1.2	0.4
発しんチフス	-	-	-	-
しろう紅熱	13,734	9,882	14.9	10.6
ジフテリア	15,641	17,936	17.0	19.3
流行性脳脊髄膜炎	638	573	0.7	0.6
日本脳炎	3,900	1,979	4.2	2.1
指定伝染病				
急性灰白髄炎	2,610	2,917	2.8	3.1
届出伝染病	158,716	161,572	172.5	173.8
マラリア	28	16	0.0	0.0
ましん	29,351	75,417	31.9	81.1
百日咳	29,948	9,742	32.5	10.5
インフルエンザ	32,944	19,401	35.8	20.9
破傷風	853	853	0.9	0.9
狂犬病	-	-	-	-
炭そ	3	5	0.0	0.0
伝染性下痢症	45	131	0.0	0.1
つつが虫病	35	40	0.0	0.0
フィラリア病	122	39	0.1	1.0
住血吸虫病	1,983	936	2.2	1.0
トラホーム	63,404	54,992	68.9	59.1
性病	38,324	21,710	41.7	23.4
梅毒	13,211	11,468	14.4	12.3
りん病	24,367	9,970	26.5	10.7
軟性下かん	733	266	0.8	0.3
そけいりんば肉芽しゆ症	13	6	0.0	0.0
結核	498,779	499,873	542.1	537.7
らい	362	295	0.4	0.3

資料：厚生省統計調査部「伝染病簡速統計」による。

防疫行政において特に述べたいのは、予防接種の役割である。予防接種は、伝染源対策、経路しや断対策とならんで、防疫の重要な手段であるが、特にその基礎免疫の確実な付与と地域集団の免疫のレベルを一定以上に確保することが重要であつて、その意味からも、今後はますます接種率を高める必要がある。しかるに、現在、その接種率はじゆうぶんでなく、ジフテリアを例にとれば、法に基づいて実施される定期予防接種は、三四年で第一期五二%、第二期二九%、第三期六七%、第四期五二%ときわめて低率なのが現状であり、これが二九年以降のジフテリアの漸増の一原因とも見られている。

以下、当面の問題となつている赤痢と急性灰白髄炎について、その概況を述べよう。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

四 伝染病

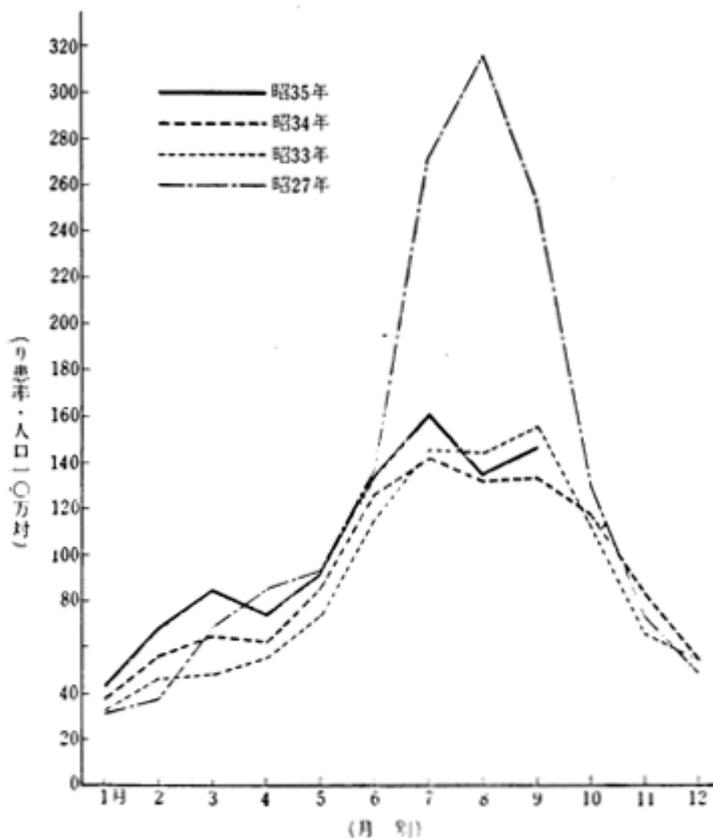
(一) 赤痢

昭和三四年における赤痢の死亡数は、二、四四八人で、最近において赤痢が最も多く発生した二七年の約六分の一に減少したが、そのり病状況を見ると、三四年の赤痢届出数は、八万五、六九五(人口一〇万対り患率九二・二)で、三三年より、四、〇〇〇人も上回る発生を見た。三五年にはいつても、その増加傾向はおとろえず、六月までの各月におけるり患率は、いずれも前年同期をさらに上回り、一〇月一五日現在での届出患者数は、七万七、四九一人に達し、明治三〇年以降屈指の多発年となることが予想されている状況である。赤痢は、第一六四表によつても明らかなどおり、現在の法定伝染病患者中七二・六%を占めるものであり、その撲滅こそ現下の急務といわなければならない。

次に、最近における赤痢の発生状況について注目すべきことは、これまで夏の伝染病とされていた赤痢が、最近は夏季以外にも発生する傾向をかなり強く見せるようになってきていることである。すなわち、二七年には、七、八、九月の三か月間に発生した患者数が総数の五四・八%を占めていたのが、三四年には、三七・二%に下がっている。第三八図の月別赤痢り患率でも明らかなどおり、赤痢は、もはや夏だけの伝染病ではなくなつたといつてよいであろう。また、赤痢については、特にその集団発生の大型化、多発化の傾向に注目しなければならない。すなわち、三四年中に報告のあつた集団発生は、五七二件で、前年より一二二件も上回り、患者数は一万七、二六五人に達した。また、今年にはいつてからは、一〇月三一日までに、一〇〇人をこえる集団発生が三〇件も報告されているのである。なお、これらの集団発生の原因は、水系二一・二%、食品系二五・三%、接触二八・九%、不明二四・五%で、その多くが集団施設の衛生管理の不備によるものであることは、赤痢対策を講ずるにあたつて見のがすことのできない事実であろう。

第38図 月別赤痢り患率

第38図 月別赤痢り患率



資料：厚生省統計調査部「伝染病簡速統計」による。

このような現状にある赤痢の対策としては、巨額の費用を投じて防疫措置に努めているほか、飲食物取扱者、水道事業関係者などに対する健康診断、学校、旅館などの給食従事者に対する健康管理を徹底して行なうよう努めているのであるが、その根本的な対策としては、環境衛生対策、ことに上下水道の普及やし尿の衛生的な処理にまたなければならないものであることを銘記すべきであろう。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

四 伝染病

(二) 急性灰白髄炎(ポリオ)

ポリオの現状

急性灰白髄炎(「ポリオ」または通俗的には「小児まひ」とも呼ばれているが、小児まひというと、伝染病でない脳疾患である脳性まひと混同されることが少なくないので、以下「ポリオ」と略称する。)は、三四年の後半から、その患者の届出数が増加の傾向を示していたが、三五年一月五日現在の患者数は、五、〇一二名、死亡者数は、二七九名に達している。特に、三五年にはいつてからの顕著な傾向としては、集団多発事例が多数報告されていることをあげなければならないであろう。すなわち、四月下旬に高知県と愛媛県下において、患者数は少なかったが、狭い地域内においてり患率の高い発生事例があり、その後、六月にはいつて、北海道夕張市の集団発生となり、一月五日現在までのところ、太平洋岸に沿う日本全土から、集団多発事例四〇件が報告されている。これらのうち、最も被害の大きかった北海道の事例は、三五年三月、夕張市に初発し、流行期である夏期を迎えるとともに全道にひろまっていたものであつて、一月五日現在の患者数は、一、五〇八名(り患率二九九)、死者は、一〇一名に達し、このうち集団多発事例と認められるもの三〇件に及んでいるのである。

ポリオは、わが国の場合、主として乳幼児を侵しており、三四年の全患者の年齢別分布を見ても、一才が全患者の四〇%近くを占め、〇才、二才がそれぞれ約一六%となつており、五才未満の患者が全患者の八四・四%を占めているのであつて、前記のようなポリオ多発事件が愛児をもつ世の親たちに強い衝撃を与えたであろうことは想像に難くない。そして、悲惨な北海道における実状に対しては、国民各層から深い同情が集中するとともに、この際、緊急にポリオ対策を充実すべきことが世論の強い要望となるに至つたのである。ポリオについては、三四年六月伝染病予防法により指定を行ない、法定伝染病としての取扱いがなされているのであるが、政府は、この事態に対処するため、三五年八月三日閣議了解により、「急性灰白髄炎(ポリオ)緊急対策要綱」を定め、予防接種の実施を主体とする緊急対策を直ちに開始することとなつたのである。

予防接種を主軸とする予防対策

現在、ポリオの予防方法として最も有効な方法が、ソーク型ポリオワクチン(以下ソーク・ワクチンという。)の広範な接種による感受性者対策であることは、アメリカ、カナダにおいてソーク・ワクチン接種の開始により、り患率が激減したことによつても明らかである(第一六五表参照)。しかるに、わが国では、これまでソーク・ワクチン量の不足から集団免疫措置を行なうことができなかつたのであるが、今回のポリオ緊急対策要綱に基づく一連の措置によつて、必要ワクチンの確保と検定が可能となつたので、三五年度は、三四年七月から三五年六月末日までに生まれた乳幼児全員を対象にして、三六年一月から、年度内に二回接種を行なうことになつた。三六年度以後は、生後六か月から一年六か月未満の乳幼児を対象として定期的に予防接種を行なうこと、集団発生地域の予防対策として発生地周辺の五才未満の幼児を対象に無料で接種を行なうこと、また、その他の予防接種希望者に対しても実費で接種を行なうことができるよう必要な措置が講ぜられつつある。なお、三五年度の接種は、緊急対策として行政措置で行なわれるものであるが、三六年度以降は、予防接種法令を改正して、法に基づく措置とするよう、その準備が進められている。なお、定期予防接種に要する費用は、三五年度分については、接種一回につき四〇四円を限度として徴収される見込みであるが、市町村民税を課されない世帯については

無料とし、市町村民税の均等割だけを納付する世帯については、四分の三を公費で負担するなどの減免措置が講ぜられることとなった。

第165表 アメリカおよびカナダのポリオリ患状況

第165表 アメリカおよびカナダのポリオリ患状況

(1950~1958年)

	患者数	り患率 (人口10 万対)	1955年 を100 とした 割合	備 考
1950	34,211	20.7		
51	30,954	18.5		
52	62,634	36.8		
53	44,470	25.7		
54	40,866	23.2		← ソーク・ワクチン野外実験
55	30,006	16.7	100.0	← ソーク・ワクチン接種開始
56	15,747	8.6	52.5	
57	5,758	3.1	19.2	
58	6,330	3.3	21.1	

厚生省公衆衛生局調

右に述べたような定期予防接種に要するソーク・ワクチンの必要量は、三五年度一、九二〇リットル、三六年度約二、九二〇リットルである。なお、これ以外に、一般の児童も任意に接種出来るよう、三五年度中には海外からもソーク・ワクチンを輸入するとともに、現在ある五つの国内製造業者に対しては生産の指導を行ない、また、国立予防衛生研究所にポリオ室を新設するなど、その検定機能を充実させることになった。ソーク・ワクチンの製造は、特定種の多数の猿と厳密な無菌室操作を含む二〇種近い工程と、一〇種以上の厳密な細菌学的試験を要し、製造日数も約六か月を要するが、さらに、このようにして製造されたワクチンの安全性と有効性を保証するため、国立予防衛生研究所において、製品のすべてについて、八種以上の精密確実な検定を行なつてはじめて使用を許可している。その検定のためには、猿、モルモットなどの動物多数を用いる高度の生物学的、細菌学的、生化学的技術と最も厳密な無菌的検査設備を要し、その検定には最低二か月の期間を必要とするのである。

なお、三五年八月、アメリカにおいては、経口的に投与する「生弱毒ポリオワクチン(サービン)」製造の勧告が出され、その製造、使用の検討が行なわれている。このワクチンは、注射するソーク・ワクチンに比してすぐれている点も多いとのことであるが、まだ日本では研究段階にあり、その効果や安全性が確認されておらず、正式にその使用が許可されるまでには至っていないのである。

治療

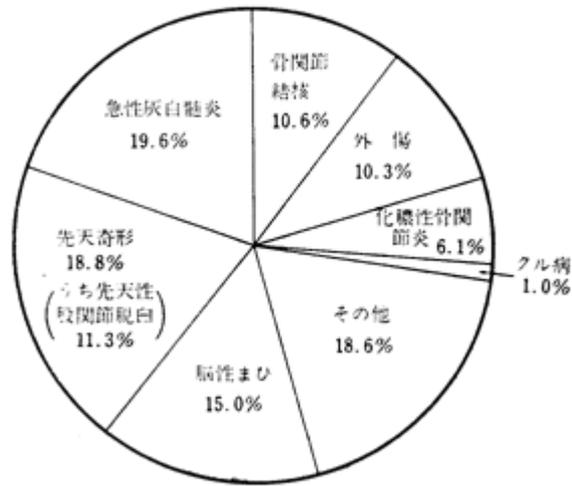
一度ポリオが発病してしまうと、目下のところ、特殊の治療法がなく、まひの予防とまひ患者の処置に全力をあげる以外にはない。このため、患者の治療は、適切な対症療法と手厚い看護のできる隔離された病床において行なわれるべきであり、さらに、呼吸まひを伴った患者は、「鉄の肺」に入れて、まひの回復をまたなければならない。「鉄の肺」は、現在国内に三〇余台あるにすぎず、それも北海道の一台を除けば、そのほとんどが、東京と大阪に集中している。ポリオ多発の傾向に対処して、その数をふやす必要があることはいうまでもないが、さらに考慮すべきは、その地域的配置を適正にすることであろう。それは、ポリオが、いつ、どのような地区に多発するか、予測をゆるさないものだからである。アメリカの協力により緊急輸送を受けなければならなかつた三五年の北海道の事例は、今後のよい教訓となるであろう。

また、ポリオ患者の治療には、後遺症である四しまひの予防と回復のための対策、ことに整形外科的な処置を講じなければならない。厚生省の調査によれば、体不自由児の原因となる疾患としては、ポリオが最多数であり、全体の約二〇%を占めているのであるが(第三九図参照)、まひをもつたし体不自由児に対しては、現在、児童福祉法に基づいて、整形外科的処置を中心とする育成医療が行なわれており、

今後その一層の充実が望まれるのである。

第39図 し体不自由児の原因となる疾患の割合

第39図 し体不自由児の原因となる疾患の割合
(27年)



厚生省児童局調

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

五 その他の疾病

(一) 性病

昭和三四年の性病患者届出数は、二万一、七一〇人であり、三二年の一〇万六、四四七人、三三年の三万八、三二四人に比して、著しい減少を示している。しかし、このことは、必ずしも、実際の性病者が減少したことを示すものではないようである。すなわち、売春防止法の取り締まり関係規定の発効までは、主としていわゆる赤線や青線地域の売春常習容疑者に対して行なっていた定期的な健康診断が、同法の規定の発効後は、行なわれなくなつたため、届出性病者の主要部分を占めていた常習容疑者中の性病者のは握が困難になり、したがつて、届出が急に減少したものと考えられるのである。毎年、厚生省が実施する患者調査によつてみても、医療機関で受療する性病者の受療率は、ここ数年ほとんど変化がなく、人口一〇万対二〇の線を上下しているものであり、最近、特に性病者の受療が減少したという傾向は見られないのであつて、性病対策はいぜんとして重要なものといわなければならない。

特に、近時、欧米においては、少年の非行問題の一つとして、若年者の性病が増加の傾向にあることが取り上げられている。わが国においても、最近少年鑑別所に収容された者の性病り患の状況は、四、五年前にくらべて、男子では梅毒が、女子ではりん病が増加しているといわれており、このまま推移すれば、青少年層の性病は、まもなく見すごすことのできない問題となりかねないであろう。また、注目すべきは、保健所で行なう妊婦血液検査(年間三〇数万人実施)の成績であろう。梅毒血清反応の陽性率は、三〇年の二・三%から三四年の一・四%へと減少を見せてはいるものの、妊婦の陽性率をかりに国民の平均としてみるならば、全国に、およそ一〇〇万人の梅毒血清反応の陽性者があることが推定されるのであり、届け出られた先天性梅毒の数が一、三〇〇人以上あることと考えあわせると、国民の資質の保持向上という観点からも、母性の梅毒対策は一刻もゆるがせにすることができないのである。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

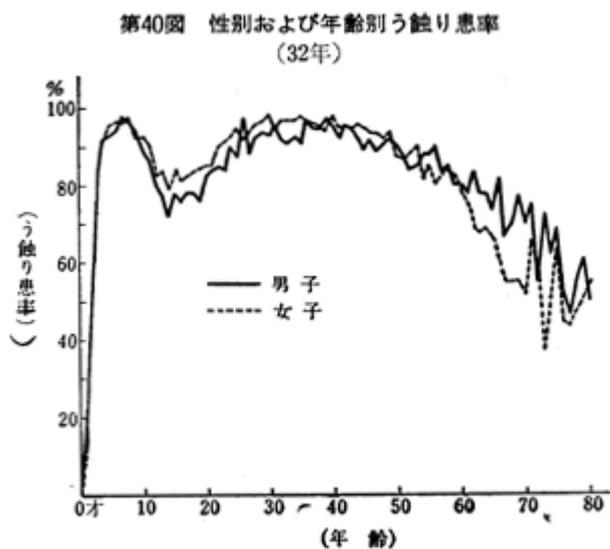
第一節 公衆衛生

五 その他の疾病

(二) 歯科疾患

わが国民のう蝕(いわゆるむし歯)に侵されている者の数は、きわめて多く、これを厚生省が行なつた歯科疾患実態調査(昭和三二年実施)の結果によれば、八四・一%の男子と、八六・〇%の女子が患しているというおどろくべき実態が明らかにされた。そのうち、乳幼児にあつては、二才で五七・九%、四才で九二・一%、五才では実に九四・四%という高い患率を示しており(第四〇図参照)、また、国民一人当たりがもつう歯数は、六・一本の多きに達するが、そのうち治療をおえた歯数は、わずか一・六本にしすぎない。

第40図 性別および年齢別う蝕り患率



資料：厚生省医務局「歯科疾患実態調査」による。

次に、永久歯の失われてゆく状態については、男女とも三五才を過ぎると急激にその数がふえて、一人当たり三本以上に及ぶこと、五〇才台では全歯数の三%ないし三七%が失われること、出産回数の増加に伴つて歯を失う数が増加することなどが明らかにされている。歯牙喪失に伴つて義歯を必要とする者が多くなることは当然であるが、これらの義歯を必要とする者のうち、実際に義歯をいれている者は、わずかに二七・三%にすぎない。

う蝕の予防には、その病因の働きにくい環境を整えるために、つねに歯の清潔を保つように心がけることが大切であるが、前記の調査によると、歯ブラシを毎日用いている者は、全国民の六〇・七%にすぎない。特に、う蝕が急激にふえる一二才までの小児において、歯ブラシ使用の励行が比較的低調であることは留意すべき点であろう。

歯科疾患対策としては、児童福祉法に基づいて、特に問題点の多い乳幼児や妊産婦に対して歯科検診や

歯科保健指導が、保健所や指定歯科医師を中心として実施されており、三四年度には、約一〇八万人についての検診と、一四万件に及ぶ予防措置と、約七万件の予防的治療が行なわれた。さらに、三五年度からは、予防措置についても、児童福祉法による経費補助が適用されるようになり、幼児に対する予防的薬物塗布と、妊産婦に対する歯口清掃が、より容易に行なえるみちをあらたに開いた。なお、歯科衛生係のおかれている保健所では、管内住民歯科保健指導や予防措置を担当し、また、歯科衛生思想の普及を常時行なっているが、う蝕対策のうえからは、今後さらに多くの保健所に歯科衛生係を設置することが望まれる。三五年七月一日現在における保健所勤務の歯科技術職員数は、歯科医師九一人、歯科衛生十五八人で、著しい不足状態を示しているといつてよい。

なお、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士については、「医療関係者の現状」で述べることにしたい。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

五 その他の疾病

(三) 原子爆弾被爆による傷病

昭和三二年三月に制定された「原子爆弾被爆者の医療等に関する法律」は、広島と長崎の原子爆弾被爆者に対し、一定の基準に基づいて健康診断を行ない、厚生大臣が原爆症と認定した場合には、その者の治療を全額国費で行なうことを目的とするものである。この法律の運用状況を見ると、三四年三月末までに被爆者健康手帳の交付を受けた者は、全国で二二万五、九八一人、そのうち、三四年度において健康診断を受けた者は、延べ一万八七人であり、精密検査を受けた者は、延べ一万五、五三〇人となっている。また、原子爆弾の傷害作用による疾病または負傷があると厚生大臣の認定を受けたいわゆる原爆症患者は、全国一四九か所の厚生大臣の指定した医療機関で治療を受けることができるが、その数は、三四年度末までに三、七八六人を数えており、うち死者二四八人、治ゆあるいは治療を中止した者は一五四人となっている。

なお、三五年八月には、法律が改正され、多量の放射線を受けた被爆者を特別被爆者として、これに該当する者については、原爆症以外の疾病に罹患した場合にもその医療費を国が負担することとなった。また、この改正により、原爆症の認定を受けて医療を受けている者のうち、低所得者については、医療手当としておおむね月二、〇〇〇円を国が支給することになり、これらの措置によつて、原爆被爆者に対する援護の措置は、さらに一層手厚く行なわれることになったのである。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

六 栄養と体位

今日までの公衆衛生に関する業務は、結核、精神障害、急性伝染病など疾病予防対策に限られるように解されがちであるが、さらに積極的に国民の健康を保持増進させることも公衆衛生の重大な任務の一つである。国民の健康は、単に病気でないということだけでなく、肉体的にも、精神的にも細菌の侵襲や外界の圧力に耐え得る健全な状態であることを目標とすべきであつて、すでにのべたような結核その他各種の特殊疾病対策も、一般的保健対策があつてはじめてすぐれた効果をおさめうるものである。一般に、健康増進に必要なことは、発育年齢に応じた栄養の摂取、居住衛生、良好な労働環境、レクリエーションなどであり、これらはいずれも国民各個人の衛生知識の向上にまつところが多いが、同時に、国や地方公共団体の行なう保健サービスの活動も欠くことのできないものであつて、まだ不じゅうぶんなこの活動を今後積極的に展開することが望まれる。ここでは、特に国民の栄養と体位の現状やこれらに関する対策について述べておこう。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

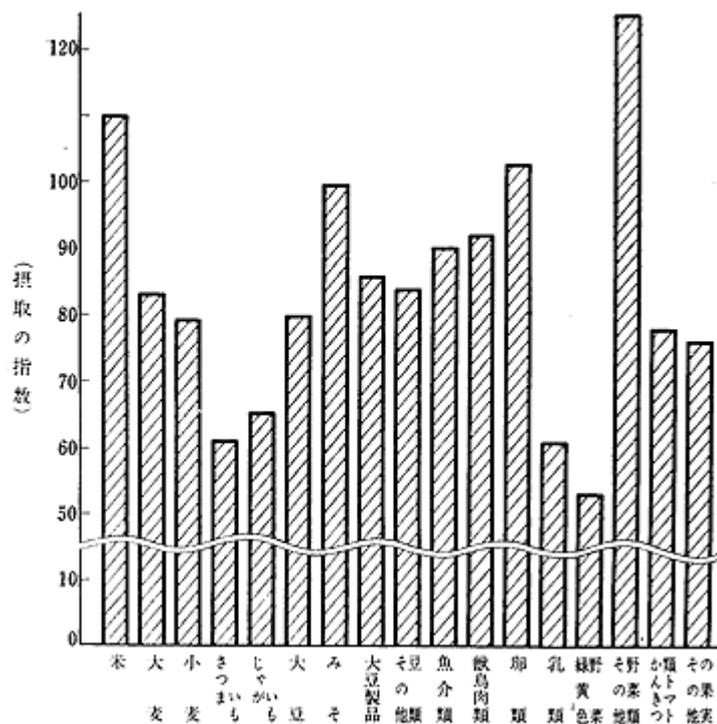
六 栄養と体位

(一) 栄養と体位の現状

最近一、二年の食糧の摂取状況のおもな動きを見ると、米食率は、ますます高まつており、ことに大幅な伸びを見せたものに、卵乳製品があり、食糧構成は、やや質的な向上を示したが、厚生省で算定した昭和三七年度の食糧摂取の目標値と三四年度の摂取量を比較してみると、第四一図のとおりであり、乳類、緑黄色野菜、いも類などの摂取不足が目だつている。なお、三五年七月栄養審議会は、日本人の新しい栄養基準量(巻末付表一二参照)を決定したが、これと三四年度の栄養摂取量とを比較してみると、一人一日当たりカルシウムの摂取量は、〇・三八五グラムで、基準量の〇・六グラムにははるかに及ばないのが目だつている。

第41図 主要食品の摂取量と目標値との比較

第41図 主要食品の摂取量と目標値との比較
(37年度の目標値=100)



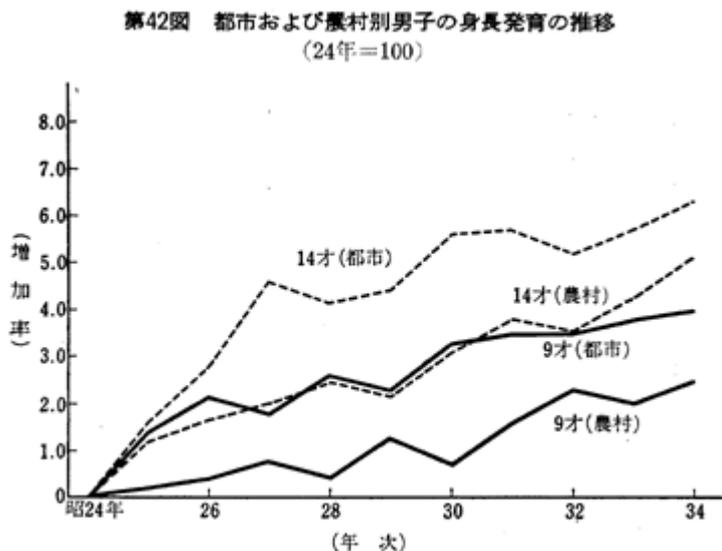
資料：厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」による。
(注) 乳製品は生乳換算して牛乳に加えて目標量と比較した。

次に、三四年において、栄養不足に原因すると見られる身体症候のある者は、三三年とほとんど差異がなく、いぜんとして国民約四人に一人の割合で発生しているが、生産者世帯の有症率は二八・七%で、

消費者世帯の二一・〇%を大きく上回っている。症候別に見ても、浮腫を除く他のすべての症候は、消費者世帯より多く、特に、口角炎は、消費者世帯の三・二%に対し、生産者世帯では八・七%と高率に発現しており、農民の食生活が貧しいことを裏づけている。

終戦前後に著しく低下した国民の体位は、栄養摂取状況の好転と生活環境の改善とともに、二七年ごろから急速に回復し、三三年には戦前の水準を上回るに至っている。すなわち、戦前の最高水準とされる一二、三年頃の標準体位を一〇〇として、二二年、二七年、三三年の男女の身長を比較してみると、二二年には、いずれの年齢でも標準体位を下回っているが、二七年には、一二才から一五才の発育の最も盛な時期のものを除いては、おおむね戦前の最高水準にまで回復している。三三年には、いずれの年齢層においても戦前の水準をはるかに上回り、特に女子の発育は、男子に比べて著しくよくなっている。体重についてもほとんど同様の傾向が見られる。以上見たように、青少年の発育は戦後目ざましく向上しているが、国民全体としてみると、都市青少年の発育状況は、農村のそれを上回っており、農民の体位が取り残されつつある傾向がうかがえるのである。すなわち、二〇才までは身長、体重、座高いずれも都市生活者がすぐれ、しかもその差も年々開きつつある。一四才男子の身長を例にとつても、第四二図に明らかとなっており、二四年度を一〇〇とした場合、都市では六・三%上回っているのに、農村では五・一%であるなど農民の体位が取り残されていく状況を示すものといえよう。

第42図 都市および農村別男子の身長発育の推移



資料：厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」による。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

六 栄養と体位

(二) 栄養改善対策

右に見たような国民栄養と体位の現状にかんがみて、まず、各保健所においては衛生に関する地区組織活動の育成に力を注ぎ、特に栄養欠陥が多発している地区を主体として栄養改善実践地区を設け、食生活の指導にあたるとともに、所内クリニックにおいても、指導を必要とするものに対し重点的な栄養相談を行なっている。また、集団給食は、近年その重要性がますます認識され、年々給食を行なう施設の増加を見ているが、国民の体位を向上させるには、児童、青少年の発育に重点をおかなければならないので、保育所、学校などの給食の普及、あるいは給食内容の向上に特に力を入れている。このほか、国民全般に対しては、キッチンカー、各種の講習会、座談会などを通じて、日本人に現在最も不足していると思われる乳と乳製品、大豆と大豆製品、油脂などについて、その摂取の増加をはかるよう指導するとともに、粉食の奨励と相まって、米食依存の食生活から脱却させるよう努力している。なお、キッチンカーは、最近その重要性が大いに認識され、現在財団法人日本食生活協会の所有する一二台のほかに、全国で一四都県がこれを整備しており、管内を巡回して食生活の指導にあたっているが、まだこれを所有していない府県が多いので、今後の整備が望まれるところである。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第一節 公衆衛生

七 保健所

昭和二三年に現行の保健所法が制定されて以来、保健所は、地方公衆衛生活動の最も中核的な機関として、管内の市町村と協力して、多岐にわたる事業を遂行してきた。三四年度末における保健所数は、七九四か所、同年度における保健所費国庫補助対象職員数は、二万一、二二五人であつた。また、三三年度の保健所で行なう事業に関連した事業予算総額(四一都道府県、二九政令市分)は、一九七億円余に達し、年々増加の傾向にある。三四年の保健所のおもな活動実績は、第一六六表に示すとおりであつて、その活動の重点は結核予防活動におかれており、それについて、母子保健活動、食品衛生、環境衛生監視、予防接種などがそのおもなものとなつている。

第166表 保健所のおもな活動の実績

第166表 保健所のおもな活動の実績
(34年)

	事業量	1保健所平均	人口10万対
個別健康相談開設回数	321,383	407	346
所内	28,299	36	30
	45,651	58	49
所外	48,611	62	52
	4,887	6	5
間接撮影開設か所数	70,044	89	75
	18,764	24	20
エックス線検査(胸部)	27,394,422	34,600	2,950
	1,630,211	2,060	1,760
妊婦個別検診件数	286,081	362	308
	284,346	477	414
妊婦集団検診件数	63,072	799	658
	73,072	924	786
乳児個別検診件数	657,450	832	708
	1,582,512	2,000	1,705
乳児集団検診件数	638,921	809	687
	856,136	1,082	922
栄養集団指導回数	67,609	86	73
予防接種延件数	8,730,361	11,100	9,400
赤痢保菌者検索延件数	3,759,575	4,750	4,050
寄生虫検査延件数	6,414,732	8,120	6,900
食品衛生監視指導延件数	2,775,810	3,520	2,990
同収去検体数	139,496	177	151
環境衛生職員所外監視指導業務量	395,274	500	426
衛生教育集会回数	40,613	51	44
	119,346	151	129
医療社会事業面接訪問延件数	95,608	122	103
保健婦家庭訪問世帯数(保健所のみ)	979,222	1,240	1,050
	1,499,577	1,899	1,610

資料：厚生省統計調査部「保健所運営報告」による。
(注) 試験検査は除いた。

すでに見てきたとおり、公衆衛生業務は、結核対策をはじめ、精神衛生、成人病対策あるいは環境衛生などについてますますその必要性を増しているが、さらに質的な高度化も要請される一方、医療その他の分野との関連も重視しなければならないなどますますその複雑さを増しつつある。これに伴って、保健所の果たす役割もさらに一層の重要性を加え、その運営についても改善の余地が大幅に生じてきている。なかでも、保健所職員ことに医師の不足や取扱い業務の高度技術化の問題をはじめ、結核予防法による検診の実施が保健所の重荷となつていることや保健所と市町村とのそれぞれの業務分担や相互の協力関係などの問題が解決すべき主要な課題となつてきている。

このような公衆衛生業務の増大、その質的高度化の要請などに対処するためには、地域における関係機関や団体などの公衆衛生活動の推進とその活動の総合的運営をはかることがきわめて必要であると考えられるに至つたので、厚生省では、三五年度から従来人口を基礎として職員数や規模を定めてきた保健所の運営方針を改め、産業構成、人口密度その他の要素を勘案した管内の実状に応じて、保健所の業務運営と整備の重点化をはかることとし、保健所の再分類と定員の再編成を行なうことにした。すなわち、保健所を(1)都市の保健所(U型)、(2)農山漁村の保健所(R型)、(3)両者の中間型(UR型)、(4)人口き薄な地域の保健所(L型)の四型に大別し、所管人口がきわめて少なく(三万人未満)、面積がさして広くない保健所を別に支所型(S型)とし、それぞれの型に応じた運営の大綱を示すことにしたのである。これらの型分類に伴って、従来用いられたA、B、Cの規格基準は廃止されることとなつたが、新型別による保健所の分類は、第一六七表に示すとおりである。要するに、この措置は、在来画一的に実施されてきた保健所の通常を改めて、地域や階層などの実情に即し、また、総合的な保健所の運営をはかろうとするものであり、具体的には、市町村の区域を単位とした総合的な保健計画を個々に樹立して、保健所がこれに積極的に参加協力するという方向をとろうとしているのである。

第167表 保健所の新型別・人口数別分類および基本定員数

第 167 表 保健所の新型別・人口数別分類および基本定員数

(単位：人)

人口数 別規格	U (都市型)				UR (中間型)			R (農山漁村型)				L (人口き 薄な地 域の型)		S (支 所 型)	
	1	2	3	4	5	1	2	3	2	3	4	5	4		5
定員数	53	48	41	35	32	53	48	41	45	39	32	29	31	28	13

厚生省公衆衛生局調

(注) 1. 人口数別規格は次のとおりとする。

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1：人口25万以上 | 2：人口25万～17.5万 |
| 3：人口17.5万～12.5万 | 4：人口12.5万～7.5万 |
| 5：人口7.5万～3万 | S型は人口3万未満の小保健所 |

2. 支所を有する保健所にあつては、上記定員数に7を加算した数をもつて基本定員数とする。

第二部 各論

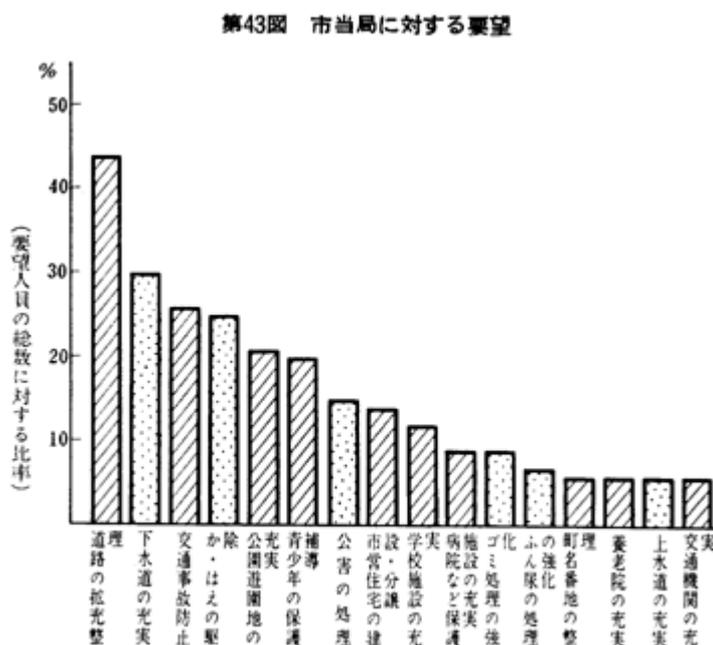
第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

国民に健康で文化的な最低限度の生活を保障するためには、国の施策として疾病や貧困に対する直接的な治ゆ策をはかることから、さらに進んで、国民が疾病や貧困におちいりやすい社会的条件が芽生えないように、明るい生活環境を醸成しなければならないことはいうまでもない。

しかるに、わが国においては、生活環境の整備は、全般的に著しく遅れており、さらに、その地域的な格差もはなはだしいのが現状である。そして、このような現状は、全般的な国民経済の目ざましい発展や、生活水準の向上につれて、ますます、その立ちおくれをきわだたせるに至っており、個々人の努力をもつてしては打開しえない部面において、公的施策の充実を望む一般の声は、昨今とみに高まつてきた。環境改善に関する諸事項、たとえば上下水道、清掃施設などの環境衛生関係諸施設の整備、公害防止対策の推進、国民の日常生活に関連の深い環境衛生関係営業に関する衛生的措置の徹底などについての国民の声が急激に高まつていることは、第四三図に掲げる世論調査の結果を見ても明らかであろう。このような国民の要望にこたえるため厚生省では、上水道や清掃施設の整備について、従来の一〇か年計画を改訂し、昭和三六年度を初年度とする新たな一〇か年計画を所得倍増計画に対応して策定したが、この計画を実現するためには、この際環境衛生関係の施設に対する財政支出を飛躍的に増大させるとともに、その他一連の諸対策を強力に推し進める必要があるものと考えられる。また、今日、環境衛生関係営業の衛生が守られるためには、行政は、いわゆる取り締まりにとどまらず、関係営業の経営の安定ということをはからなければその目的を達しえない段階に立ちいたっているため、この面での対策の強化が望まれている。

第43図 市当局に対する要望



資料：内閣審議室「環境衛生に関する世論調査」(35年6月実施)による。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二部 各論

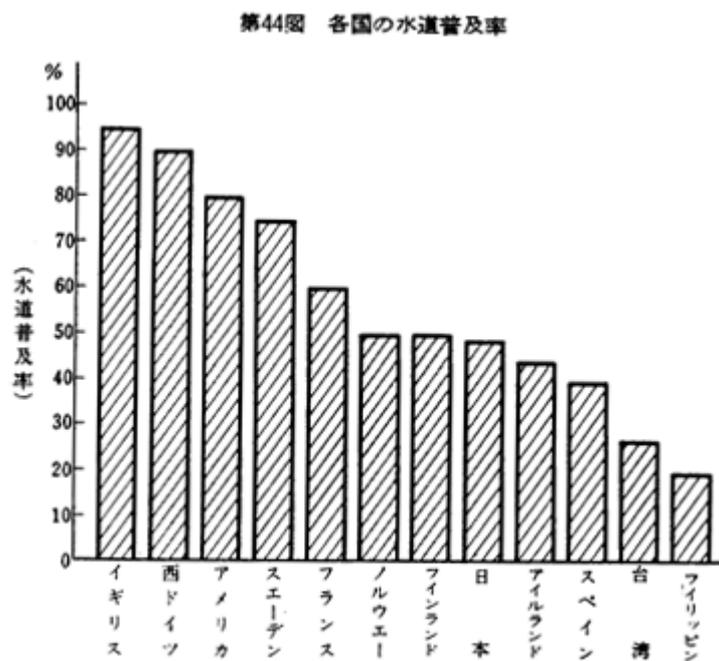
第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

一 水道(上水道と簡易水道)

前にも述べたように、道路、港湾などに対する公共投資として膨大な国家資金が年々投入されているのに対し、個人の生活に欠くことのできない水道に対する国家的配慮は、きわめて不じゅうぶんである。第四四図は、わが国の水道普及率を各国のそれと比較したものであるが、先進諸国に比べてその普及率は、著しく低い。最近において、人口が都市へ集中する傾向が強くなり、しかも第四五図でも明らかかなように、生活の近代化により一人当たりの水の使用量が增大するにつれて現在の都市の水道がもつ給水能力では到底手がまわらなくなるし、また、農山漁村でも水道布設を要望する声が高くなっており、全国的に見て水道に対する需要は、きわめて強い。なお、水道が公衆衛生の向上に至大な関係をもっていることは、水道が布設されていない地域においては、第四六図と第四七図に見るように、伝染病発生が、非常に高くなっていることも明らかである。

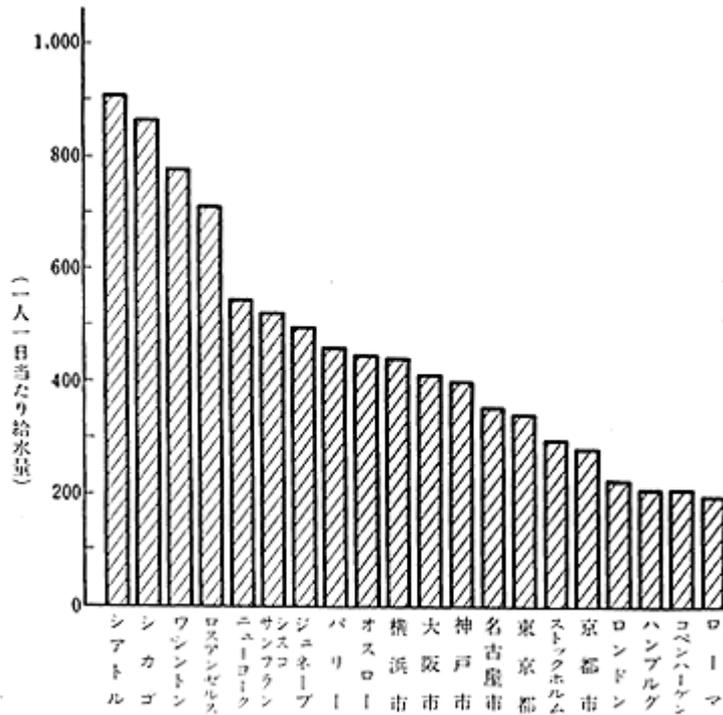
第44図 各国の水道普及率



厚生省公衆衛生局調

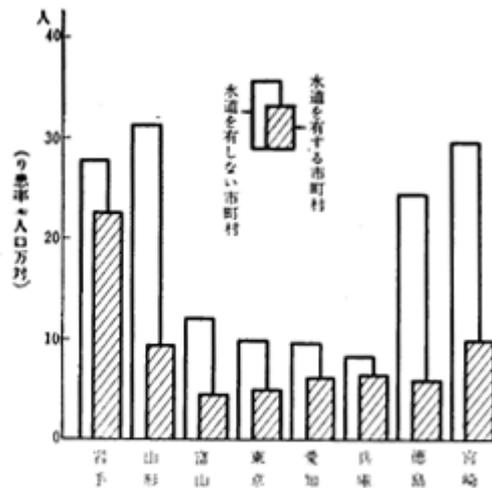
第45図 世界主要都市における1人1日当たり給水量実績

第45図 世界主要都市における1人1日当たり給水量実績



第46図 水道の有無による消化器系伝染病患者発生比較

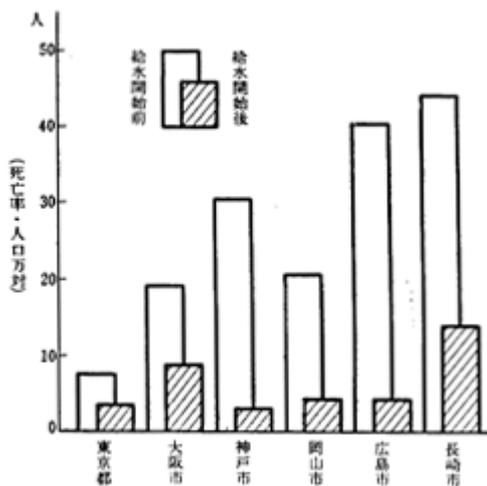
第46図 水道の有無による消化器系伝染病患者発生比較



厚生省公衆衛生局調

第47図 水道布設前後における消化器系伝染病による死亡率との一般死亡率との比較表

第47図 水道布設前後における消化器系伝染病による死亡率との一般死亡率との比較表



厚生省公衆衛生局調

厚生省では、さきにも述べたように、本年にはいつて、所得倍增計画に対応して水道布設一〇か年計画をたてたが、その計画においては、四五年度までには西欧諸国の域にまで高めることを目標とした。これに要する経費は、自己資金を含めて、一〇年間で四、八八〇億円にのぼるものと見込まれている。計画完成後の普及状況は、第一六八表のとおりである。

第168表 水道布設計画完成後の普及状況

第 168 表 水道布設計画完成後の普及状況
(45年目標)

	地区人口 (A)	(B)/(A)	施設能力 (B)	(C)/(B)	給水人口 (C)	(C)/(A)	35. 3. 31現在の (C)/(A)
	千人	%	千人	%	千人	%	%
上水道	64,450	101.1	65,159	88.6	57,758	89.6	72.6
簡易水道	36,430	72.0	26,240	90.0	23,616	64.8	16.2
専用水道	1,340	100.0	1,340	100.0	1,340	100.0	96.0
計	102,220	90.7	92,793	89.2	82,714	80.9	48.7

厚生省公衆衛生局調

水道の布設に要する資金は、主として資金運用部からの長期低利起債によつてまかなわれているが、二七年度以降は、簡易水道(給水人口が五、〇〇〇人以下である水道)に対して四分の一の国庫補助がなされ、農山漁村へと急速に水道が普及する一因となつた。

なお、最近の大都市における、ことに夏期の飲料水不足は、非常に著しいものがあり、その対策を早急に講ずることが強く要望されているが、現在の水源地ではすでにこれ以上の給水能力はなく、また、水道が単なる飲料の用に供されるばかりでなく、産業用、ビルの冷暖房用にも用いられ、この傾向がますます伸びることを考え合わせると、その前途は容易でないものがある。この解決のため、手近な地に水源を求めようとしてもすでに開発しつくされた感があり、国家資金の大規模な投入により、遠隔地からの導水を計画する必要がある。この問題の解決のためには、たとえば、水道用水公団のようなものの設置が望まれている。

終わりに、専用水道についてふれてみよう。専用水道は、主として寄宿舍、社宅などにおける自家用の水道で、百人以上の給水能力をもつものであるが、往々にして管理に適切を欠くので、できるだけ、上水道または簡易水道に転換させていく必要がある。

厚生白書(昭和35年度版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

二 清掃事業

(一) ごみの処理

ごみ処理もまた、快適で衛生的な生活を送るについて重要な要素になつている。各世帯から排出されるごみの量は、国民の生活水準の向上に伴つて増加する傾向にあり、以前は一人一日当たり三五〇グラムとされていたが、今では五〇〇グラム強となつており、これによる排出量の増加は、人口の膨脹による増加とともに、市町村で行なう清掃事業の大きな問題となつている。ごみ処理事業を行なつている市町村の数は、昭和三三年一月現在で一、〇五五市町村を数えており、そのごみの処分方法は第一六九表のとおり、埋立てがその大半を占めているが、最近はだんだん適当な場所がなくなり、非衛生的な状態のまま放置されるおそれもあるので、将来はごみ焼却施設による焼却と、高速たい肥化処理施設による処理に転換していく必要がある。

第169表 ごみ処分方法の現状

第169表 ごみ処分方法の現状
(33年4月)

	処理量(1日分)		33年の 割合	30~33年 の1年平均 伸び率
	30年	33年		
計画収集分	12,521 屯	16,485 屯	100.0 %	10.2 %
焼却	3,686	5,392	32.7	15.4
埋立	7,431	9,431	57.2	8.9
堆肥	100	1,114	6.8	0.4
飼料	141	195	1.2	12.7
その他	263	353	2.1	11.4

厚生省公衆衛生局調

厚生省では、上水道や下水道終末処理施設と同様、三六年度を初年度とする一〇か年計画をたて、ごみ処理施設の整備にのり出すこととなつたがこの計画によれば、焼却施設の新設を進めるほか、現在その大半を占めている規模の小さいもの、老朽化しているものを漸次整備することになつており、二九年以来各都市に設けられてきた高速たい肥化処理施設の普及をさらに推進することになっている。これに要する経費は、一〇年間で一一五億円にのぼるものと見込まれている。

なお、ごみ処理の最も衛生的な処分方法である焼却については、わが国のごみが非常に悪質で含水量が多く、簡単な自然燃焼方式によると、しばしば煙害が問題となるので、焼却方式には細心の注意を払う必要がある。

厚生白書(昭和35年度版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

二 清掃事業

(二) し尿の処理

し尿の処理については、二つの面から問題がある。一つは、各家庭のくみ取り便所をどうしたらなくすことができるか。もう一つは、し尿を最終的にはどうしまつするかという問題である。

まず、あとの問題から述べよう。最近の農村における化学肥料の使用の増加や有畜農業の発達などによつて、し尿の農村還元は著しく減少したが、他方、都市人口の急激な膨脹は、いまさらながら下水道の必要性を痛感させることになつた。しかし、現在のわが国の下水道管きよの普及率は、市街地人口の約一〇%にすぎない状況にある。もちろん、この問題は今までまつたく放置されていたわけではなく、昭和三三年以来注ぎこまれた費用は、かなりの額にのぼるのであるが、今までの立ちおくれを回復するためには焼け石に水というありさまである。これに加えて、し尿の処理は、下水道管きよだけでできるものではなく、下水道終末処理施設が伴つてはじめて完全なものとなる。しかし下水道終末処理施設が設けられている状況は、下水道管きよの完成している地区でさえ、その地区人口に対して五〇%にしか達していない。その建設について膨大な投下資金が必要であつて、一地方公共団体の力では、なかなかこのような膨大な資金を調達することができないからである。

この対策としては、国庫補助金を大幅に増額し、また、国家資金の長期低利の融資についてそのわくを大幅に拡大することなどによりなんとかしてあい路を打開する必要がある。そこで、さきに述べたとおり、厚生省としては、本年にはいり所得倍増計画に対応して下水道終末処理施設整備一〇か年計画をたて、四五年までにその普及率を市街地人口の約五〇%まで高めることとした。これに要する経費は、一〇年間で七三〇億円にのぼるものと見込まれている。

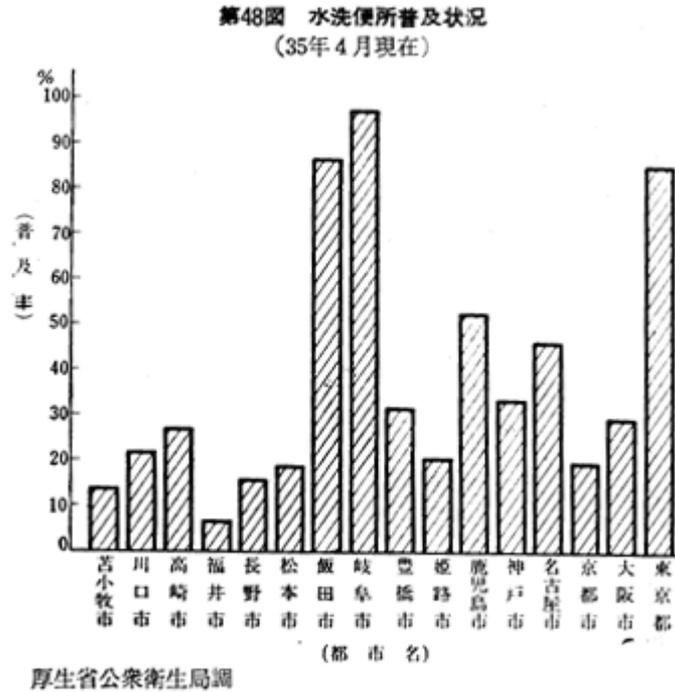
次に、下水道管きよが完成されていない地区については、くみ取り荷車、バキューム・カーなどによりし尿を収集運搬し、最終的には、し尿消化そうなどのし尿処理施設によつて衛生的に処理されるべきであるが、し尿処理施設を設置している都市は全国で一〇〇余を数えるにすぎず、下水道終末処理施設と同様に立おけている。その原因としては、財政的に余裕をもたないこと、用地の確保に悩みがあることなどがあげられるが、環境衛生上その施設の整備は現下の急務となつている。したがつて、これについてもまた、厚生省では、所得倍増計画に対応して三六年度を初年度とする一〇か年計画をたて、前記の下水道終末処理施設の整備計画とあわせて、し尿の処理について抜本的な解決策を講じ、し尿の海洋投棄や不衛生処分の絶滅を期することとしたのである。これに要する経費は、一〇年間で三五〇億円にのぼるものと見込まれている。

し尿の処理方法としては、し尿消化そうによる以外に、酸化処理法、薬品処理法、遠心分離処理法などがあるが、どの方法が市町村の能力に応じた技術的に最もよい方法であり、また経済的であるかは、まだ明らかでなく、三四年に厚生大臣の諮問機関として設けられた清掃調査会で現在調査検討が進められており、早急に結論を得ることとなつている。また、し尿の収集や運搬の方法についても、さきに述べた世論調査の結果では、「もつとくみ取りの回数を多くしてほしい」、「もつときれいにていねいにとつてほしい」、「料金をもつと安くしてほしい」という声が大きく、この点で現在整備の進んでいないバキューム・カーの台数の増加が望まれている。

次にし尿の処理についての今一つの問題がある。かりに下水道やし尿消化そうを完備しても、各家庭の

くみ取り便所の問題を解消しなければ、し尿問題は完全に解決したとはいえない。現に、水洗便所は、下水道管きよ布設地区においてさえ第四八図のような普及状況であり、欧米諸国の都市では一〇〇%水洗便所が普及しているのと比べて、はなはだしい立ちおくれを見せている。さきに述べた世論調査の結果では、現在、自家の便所が水洗化されている者は、一六%にすぎないが、くみ取り便所を使用している者の半数も「水洗便所」を強く望んでおり、さらにそのうちの半数は、一応便所を水洗化するために下水本管があるかどうかを調べ、その経費がどれくらいかかるかを調べたことがある。特に東京都内では、くみ取り便所を有する人の七五%が水洗便所を望み、四四%が水洗化するためにいろいろ調査をしていた。

第48図 水洗便所普及状況



くみ取り便所の水洗化には、し尿を便所から直接下水道に流しこむ方法のほかにもう一つの方法がある。それは、各世帯あるいは世帯が共用するし尿浄化そうを作ることである。三五年四月現在、は握されているし尿浄化そうの数は、一一万施設に達しているが、都市人口の急激な膨脹に対する清掃事業の拡大が早急には望みがたいとするならば、今後この施設の普及の伸びは著しいものがある。し尿浄化そうについては、その構造に高い規格が要求されているが、粗悪なものもあり、その改善が要望されている。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

三 環境衛生関係営業

環境衛生関係の営業は、零細なものがその大部分を占めているが、乱立などの傾向が最近特に強くなり、その結果過当競争が生じ、ひいては衛生的な措置に欠ける点も多くなってきたので、その対策のための立法措置が必要となり、昭和三二年に「環境衛生関係営業の運営の適正化に関する法律」が制定公布された。

その後現在に至るまで、同法適用の業種一七種類のうち、理容業、美容業、興行業場業、ホテル旅館業、浴場業、クリーニング業、氷雪販売業、食肉販売業、めん類飲食店営業、食鳥肉販売業の一〇業種についてはほとんど全都道府県にわたり環境衛生同業組合が設立され、その全国組織である環境衛生同業組合連合会も結成されている。また、すし屋、カフェ・バー、料理店・待合、一般飲食店営業、喫茶店営業、簡易宿所営業などについては、業界の特殊性もあり、環境衛生同業組合の結成は今のところあまり進んでいないが、今後の進展が期待されている。

環境衛生同業組合は、過度な競争のために衛生措置が阻害される場合または阻害されるおそれのある場合に、「適正化規程」を作つて料金と営業方法の制限を行なうことができるようになってきているが、組合がこの適正化規程を設定する場合には、環境衛生同業組合連合会が設定する「適正化基準」によらなければならない。そこで、まず適正化基準についてながめてみよう。この適正化基準は全国連合会の申請により、厚生大臣が中央環境衛生適正化審議会の意見をきいたうえで認可するのであるが、理容業、クリーニング業についてはすでに三四年一〇月に、興行場営業、美容業については、三五年五月と七月に、それぞれ適正化基準の認可が行なわれた。食肉販売業、氷雪販売業の二業種についてもすでに認可の申請がなされ、現在中央環境衛生適正化審議会で検討中である。

三五年度中に認可された適正化基準についてみると、まず、興行場営業の適正化基準では、料金の制限を行わず、営業方法の制限だけを行なうことに定められており、映画の入場料金の割引の制限、興行時間の制限、上映方法の制限、上映映画の制限がそのおもな内容になっている。

美容業の適正化基準では、料金の制限と営業方法の制限を内容とするのであるが、このうち、料金の制限としては、計算カルテル方式によつており、基準料金を定め、一般的にはこれを守らせるが、基準料金以下であつても自分の店の料金が正常な料金(原価+正常利潤)を下回るものでないことを証明したときには、その料金を認め、公正な競争を是認して消費者に対する悪影響は除去するようにしており、また、営業の方法の制限としては、(1)休日は原則として週に一回、営業時間は一日一〇時間以内とし、(2)一定以上の物品の供与を禁止することなどを内容としている。

適正化基準が定められた業種については、各環境衛生同業組合がこれを準則として適正化規程をつくり、都道府県知事の認可を受けることになり、そこではじめて実効をもつわけであつて、現在適正化規程設定の手続が各都道府県で進められている。

次に、公衆浴場の入浴料金については、物価統制令に基づき都道府県知事が定めることとされているが、昨年来全国的に値上げの傾向が見られ、三四年度以降値上げのあつたのは、一五都道府県(うち四県は冬期料金のみ)にのぼっている。この値上げは、国民生活にかなりの影響を与えるものと考えられるが、最近における人件費の高騰その他諸経費の増大傾向から見て、ある程度の値上げはやむを得ないといわなければならぬ。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

四 食品衛生

昭和三四年中の食中毒の届出患者数は、第一七〇表に示すとおり、約四万人で、人口一〇万対四二・九に達し、前年の三三・八と比べてかなりの増加を見せている。その原因としては、人々の衛生思想の欠如や関係者の注意力の不足などいろいろのものが考えられるが、かなり大きな問題としては食品衛生施設の急増や食品工業の発達に対応しての食品衛生監視員による取り締まりが、必ずしもじゅうぶんに行なわれていないことがあげられる。

第170表 食中毒の届出状況

	第170表 食中毒の届出状況		
	件数	患者	死者
	件	人	人
29年	1,354	22,528	358
30	3,277	63,745	554
31	1,665	28,286	271
32	1,716	24,164	300
33	1,911	31,056	332
34	2,468	39,899	318

資料：厚生省統計調査部
「食中毒精密統計」
による。

まず、食品関係施設の増加傾向を見ると、人口の増加傾向を上回り、年間平均八万施設の増加を見せている。このことは、食品衛生面での危険度がそれだけ広がったことを示すと同時に、同業者の乱立により過度の競争が行なわれ、その結果衛生的基準を守ることを困難にしているなど食品衛生上大きな問題を投げかけている。さらに、食品工業の急激な発展に伴い、冷凍食品などのように販売業者も消費者もその衛生的な取扱いになれていない食品が、次々に登場し、この面での危険もまた少なくない。

このような状況に対して、不良食品など食品衛生面の取り締まりを行なう食品衛生監視員の数は、三四年末現在、四、二一〇人にのぼっているが、前年末と比較するとわずかに一〇四人の増加にすぎず、しかも実際に活動する専任者の数は、一、九二八人であつて、法令で定められた基準のとりの監視指導を行ない、食品衛生に万全を期するためには、監視員の大幅な増員が必要とされている。しかし、現在の地方財政の事情からすれば、早急には、望みにくい状況にあり、このため、三五年度からは業者自身の手によつて食品衛生指導員の養成を行ない、これら指導員の活躍によつて食品衛生行政の効率的な運営を期することとなつた。

一方、食品工業の発達に伴つて広範に使用されている食品添加物については、現在まで二五三品目にわたる規格基準を定め、三五年三月には、世界にさきがけて添加物公定書を刊行した。さらに今後は、食品の規格基準を定めるよう検討している。たまたま、三五年九月に中身と異なる標示をしているかん詰事件が起こり、食品の規格基準の必要性がさらに痛感されたため、厚生科学研究費による研究を行なう

とともにかん詰などの食品の規格基準を定めるために必要な経費を、三六年度予算要求に計上している。

輸入食品については、従来より、国内主要港九港に国の食品衛生監視員一四名をおき、不良食品の輸入防止に努めてきたが、最近の貿易自由化の方針に伴い、輸入食品の量的増加と質的多様化は著しく、これに対する人員と設備の増強が緊急に必要であると考えられている。

なお、二八年以来問題になつているいわゆる水俣病は、現在までに患者八四人、死者三三人を出しているが、その主因をなすある種の有機水銀化合物がどのようにして魚介類のなかで有毒化するかが今なお不明で、水俣市付近の住民に強い恐怖感をあたえているが、厚生省としては、とりあえず水俣病患者診査協議会を設置して、真性患者の判定にあたりとともに、従来よりの治療研究を一段と強化することとした。また各省庁とも連絡を密にして一日も早くその真因が究明されるように努めている。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

五 生活環境の改善と地区組織活動

かやはえの駆除は、単に個人の家やその周囲を清潔にするだけでは実効はあがらない。地域の住民が心をあわせてその地域の環境を整備するようにならなければ、いつまでたつてもわれわれの生活を快適にすることもできず、伝染病発生の原因にもなるかやはえの絶滅は期しがたい。昭和二四年、五年頃に、伝染病、特に赤痢や日本脳炎に悩まされた農村の人々がかやはえの撲滅を叫んで立ち上がって以来、「かとはえのいない生活」の実践運動は地域住民の自主的な組織活動として急速に展開された。特に、三〇年以降はこの運動が閣議決定という形であげられ、国の施策の一つとして推進されるようになったため、広く全国に普及しその成果はかなり著しいものがある。

しかしながら、地区組織活動は、単にかとはえの撲滅などばかりでなく、母子衛生、寄生虫の予防、児童の健全育成、老人福祉、歳末助けあい運動、さらに家旅計画、栄養改善など広く保健福祉各般の問題にわたって必要とされ、今後の発展に大いに期待されている。三四年には、この組織活動をさらに推進させる母体として、社会福祉の分野を代表する全国社会福祉協議会と公衆衛生の分野を代表する全国公衆衛生連絡協議会の二つの団体が手をにぎり合つてここに保健福祉地区組織育成中央協議会を結成することにより、政府においても、三四年度に二、八〇〇万円、三五年度に二、七〇〇万円の財政措置を講じ、地区組織活動の育成を進めている。

保健福祉地区組織育成中央協議会は、地区組織活動の指導者の養成や、推進指定地区の設定などによる地区組織活動の推進、さらに地区組織活動に関する調査研究や広報活動にあたつており、その活動は各方面から注目されている。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

六 公害問題その他

(一) 公害問題

人口が都市に集中し、産業が発達するにつれて、空気は汚染され、河川は濁り、騒音に悩まされるという快適な日常生活からはおよそかけはなれた煩わしい問題をおこし、健康にも大きな影響を与えている。

すでに、河川などの汚濁の防止については、公共用水域の水質保全に関する法律と工場排水等の規制に関する法律により規制されているが、大気汚染、騒音、悪臭などの公害については一部の地方公共団体で不完全な取り締まりを行なっているにすぎない有様である。公害問題は、地方公共団体の区画をこえておこるものであるから、地方公共団体の力だけで解決できるものではない。最近になつて、ようやく国としてもこの問題の解決にあたらうとする機運が高まり、本年一〇月には厚生省に公害防止調査会が設置され、総合的な公害対策の樹立についての検討にはいることになり、また、厚生省、通産省、科学技術庁などの関係省庁の三五年度予算にも、公害対策の調査研究費がそれぞれ認められた。

なお、わが国の大気汚染の現状を国立公衆衛生院などの調査から見ると、日本の都市は、都市計画がじゅうぶんに行なわれていないことの結果、一般住民に対して大気汚染の影響を強く与えている。その直接の原因としては工場などから排出されるばい煙によるところが多く、欧米のように一般住宅から出されるばい煙による大気汚染は札幌市以外はあまり見られない。なお、中小工場の出すばい煙は局所的には問題になるが、都市全体をかさのようにおおっている汚染はほとんど大工場からのものによるとされている。

最後に、国民が深い関心をもっている放射能については、現在厚生省や都道府県の試験機関で陸水、日常の食物、雨水などについて相当の年月継続して調査を行なっているが、その結果は、国際的にもかなり注目されている。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

六 公害問題その他

(二) と畜場

全国との畜場数は、現行のと畜場法の前身である旧と場法が制定された明治三十九年当時と比べてほとんど増減を見せず、昭和三四年末現在で、第一七一表のとおり、八五七か所を数えているが、と畜数は、旧と場法制定当時の二八万頭から約三五〇万頭と著しい増加を見せ、今後もますます増加する傾向にある。このようなと畜数の増加にもかかわらず、現存すると畜場の多くは五〇年前のままのものが多く、今日で著しく狭小で腐朽の度も激しく、と殺、解体作業にとつてはなはだ非能率な状態にあり、加えて汚物などによる汚染のため公衆衛生上の問題も発生している。と畜場の約四分の三は、地方自治体の設立にかかるもので、これについては地方債により早急に整備の必要がある。

第171表 設立主体別と畜場数

第 171 表 設立主体別と畜場数
(単位：か所)

年	と 畜 場						簡易 と畜 場(再 掲)
	総数	都道府県	市	町村	組合	その他	
30	766	5	296	246	104	115	124
31	789	5	299	251	121	113	109
32	843	5	303	281	132	122	126
33	863	7	320	263	150	123	161
34	857	5	327	249	145	131	160

厚生省公衆衛生局調

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

七 不良環境地区の改善

ここでは、不良環境地区の改善対策として、いわゆる同和問題を中心に述べてみたい。同和問題は、遠く封建制度の昔において、士・農・工・商という厳然たる身分制の最下層にあつて、特殊の地域において、限られた職業を強制された者に対する身分による差別観念が、今日まで残存していることに由来するものである。

現在、同和地区の数とその人口は、厚生省の調べによると、後述するような同和対策を必要とする地区だけを対象として拾つてみても、昭和三三年四月一日現在で、全国二九府県に約四、〇〇〇地区、二四万六、〇〇〇世帯、一二〇万人と数えられているのである。そして、これらの地区の住民は、低所得者層が大部分を占めており(就業状況を見ると、大半が、臨時的・雑役的、単純労働の従業者であり、被保護階層は、一般国民の保護率一・八%三・五倍に及んでいる。)、また、これら地区では住宅その他生活環境が不良のため、各種の疾病が多く、経済的地位の低位性と生活環境の劣悪性が不可分となつて、相互に悪循環をくり返しているのである。

この同和地区に対する対策は、戦後、新憲法の制定により、国民はすべて、法のもとに平等であることが規定され、一般行政施策として行なわれてきたが、現実の生活環境には、前述のような問題があり、地方公共団体では、地方負担によりこの施策を続けていたが、二八年度から生活環境の改善を目的として、国庫補助が行なわれるようになったのである。なお、この問題は、単に厚生省だけの問題でなく、関係各省の総合的な対策を必要とするものであり、このため、二八年一〇月、関係各行政庁の職員と学識経験者からなる地方改善事業協議会が厚生省に設けられたが、三三年一〇月には、内閣に同和問題閣僚懇談会(法務、大蔵、文部、厚生、農林、通商産業、労働、建設、自治の各大臣、内閣官房長官と総理府総務長官を構成員とする。)が設置され、さらに、三五年八月、「同和対策審議会設置法」が公布され、同和地区に関する社会的、経済的諸問題を調査審議する機関として、総理府に同和対策審議会が置かれることになり、同和対策を積極的に取り上げるに至つた。

一方、国会においても、自由民主党は三四年三月、同和対策特別委員会を設けて、同和対策に対する基本方針について検討を行ない、同年五月、「同和対策要綱」を決定したのであるが、前記同和対策閣僚懇談会においこの要綱の趣旨が了承されたのである。同和対策要綱は、社会のひずみを是正し、民主主義社会の建設に資するため、関係各省の施策を総合調整して、同和問題の抜本的な解決をはかることを方針とし、同和地区を都市部における密集地帯と零細農林漁民の集落に二大別して、経済的地位の向上と生活環境の改善をはかることとしている。その具体的対策としては、(1)経済確立対策、――1)授産場、共同作業場の設置、2)地方産業との関連における商工業協同組織の確立、3)動力農機具の共同購入、有畜奨励、かんがい排水などの実施、4)漁礁設置、林道整備の助成、5)失業対策、職業訓練、内職あつ旋と雇用主への啓もう活動、(2)環境改善対策――1)低家賃住宅の建設、2)道路、下水道、点灯工事の新設改良、3)不良住宅地区の清掃事業の徹底、4)上水道、簡易水道の整備と井戸新設、5)共同浴場、共同便所、隣保館、保育所、児童遊園地の設置、6)じんかい焼却場、し尿貯りゆうそうの設置、7)墓地移転、8)計画産児の普及、(3)教育事業の推進――1)子供会、青年学級、婦人学級、社会教育講座の育成、2)同和教育研究校の指定、3)同和教育資料の刊行、4)公民館の設置をあげ、このほか、世帯更生資金、医療費の貸付、母子福祉資金の貸付、育英資金の貸与などの一般的施策についても留意することとしており、全国を数ブロックに分け各ブロックにモデル地区(モデル地区一四か所、準モデル地区四か所が決定)を選定して、ここに各省の施策を集中して有効適切な成果をあげようとするのである。

同和対策開始以来三四年度までの、厚生省における同和対策の実績と国庫補助額は、第一七二表に示されるとおりで、ここに一年ないし二年の間に急激に発展していることがわかる。また、三五年度は、前述の同和対策要綱に基づいて、モデル地区同和対策費として四、六五〇万円、一般地区同和対策費として八、七二四万円、合計して三四年度の二・七倍にあたる一億三、三七四万円の補助が行なわれることとなり、今までの各種施設(第一七二表参照)のほかに、新たに共同便所、共同炊事洗濯場、共同井戸が設置されることになり、さらにモデル地区対策として、これらのほかにじんかい焼却場、墓地移転火葬場、と場移転、畜犬抑留場、貯りゆうそう、じんかい集積所の設置、整備が行なわれることになった。

なお、本事業の推進にあつては、地方公共団体の財政負担能力に欠けるところが多い現状から、国庫補助率の引上げ、地方債の起債のわくの拡大、特別地方交付税の増額などが要望されており、また、なによりも同和問題に対する国民一般の深い理解と積極的な協力が必要とされるのである。

以上、同和問題についてその現状を見たのであるが、不良環境地区の改善としては、このほかいわゆる都会の暗い谷間といわれるスラム街の問題、さらに北海道アイヌ部落の問題などがあげられるのであつて、この面に対しても、国としてなんらかの施策を行なうことが強く要望されたのである。

第172表 同和対策の事業内容ならびに国庫補助額

第 172 表 同和対策の事業内容ならびに国庫補助額

(単位：千円)

	28年度		29年度		30年度		31年度		32年度		33年度		34年度	
	か所	金額												
隣保館	4	13,478	5	12,353	5	11,118	3	6,300	4	8,400	9	13,725	9	19,012
共同浴場							5	5,850	5	5,850	10	10,675	16	15,533
共同作業場													12	4,850
下水排水管													40	10,525
計		13,478		12,353		11,118		12,150		14,250		24,400		49,920

厚生省社会局調

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

八 自然公園と温泉

自然に親しみ、健康の増進をはかるために、自然公園や温泉を訪れる人々の数は、年々増加の傾向をたどっている。このような傾向は、全般的な家計の向上により、また労働時間の短縮、家事労働の軽減に伴う余暇時間の増加などによつて、人々の生活に、レクリエーションを楽しむゆとりが増してきたことをうかがわせるものであろうが、同時に、日々の社会生活の緊張や、労働からくる疲れをいやしたいという要求が強くなつてきたことを示すものとも思われる。ことに都市にあつては、人々の日常生活は、交通地獄、騒音、大気汚染などの不良な生活環境のもとにおかれており、一方、職場においても産業の高度化とともに業務が単一化、専門化してくるにつれて緊張感もまた増大してきたため、このようなわずらわしさをさけて、自然に親しみ、山紫水明の地に遊んでこころの気を養いたいという欲求は、国民各層の間にますます大きくなつてきたものと思われるのである。そして、人々のこのような欲求を満たすために、わが国はまことに恵まれた自然の資源をもっているというべきであるが、この資源を利用して、広く大衆が気軽にレクリエーションを楽しむことができるようにするためには、今後なすべきことが多いのである。すなわち、道路を整備し、安い費用で利用できる宿泊施設を設置し、展望台や駐車場を設けるなど各種の施設を整備拡充するとともに、無計画な開発から自然の景観を保護し、温泉の乱掘を防いで泉源の保護をはかるなどの施策が、強く望まれるのである。

自然に親しみ、情操をゆかたにするための活動は、ことに青少年の健全な育成にとつて欠くことのできないものであり、児童の非行問題が重大化している今日、このような面からも、自然公園などの利用について、公共的な施策が一層拡充される必要があるものと思われる。ちなみに、西ドイツ、イギリス、スエーデン、ベルギーなどの西欧諸国では、すでにこのような観点をふくめて社会政策の一環として、国民が低廉な費用で自然に親しめるよう、国費で、休暇センター、キャンプ場などの建設に力を注いでいることにふれておこう。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

八 自然公園と温泉

(一) 自然公園

自然公園には三種類あり、わが国の風景を代表するに足りる傑出した自然の風景地を国立公園とし、国立公園についてすぐれた自然の風景地を国定公園とし、また地方的な自然景観の地を都道府県立自然公園とし、それぞれに応じた保護と利用の増進をはかっている。自然公園としては、現在一九の国立公園、二〇の国定公園と、二四六の都道府県立公園がある(付図一参照)。これらの自然公園地域の面積は、合計三九九万ヘクタールで、国土面積三、六九七万ヘクタールの約一〇・八%を占めている。

国立公園の利用者は、第四九図で示すとおり、毎年増加を示しているが、これに対して利用施設の整備状況を見ると、第一七三表のとおりであつて、年々施設整備のための事業費は増大しているものの、なお利用者の増加に追いつけない現状である。特に、公園利用の基本となる道路、駐車場、園地、環境衛生施設などの公共施設の整備は、国の直轄事業または都道府県に対する補助事業として行なわれているが、三五年度においてこれらの施設の整備に要する国費は、わずかに一億七、〇〇〇万円が計上されているにすぎず、とうてい現状における利用者の増加に應ずることは困難である。そこで、将来における利用動態をも考慮に入れ、早急に整備する公共施設を、第一七四表のとおり、今後五か年を目標に、計画的にまた合理的に整備し、利用者に対する便益と景観の保全を期し、本来の保健休養の場にふさわしい自然公園を確立する必要があるものと考えられる。

第173表 年度別国立公園施設整備状況

第173表 年度別国立公園施設整備状況

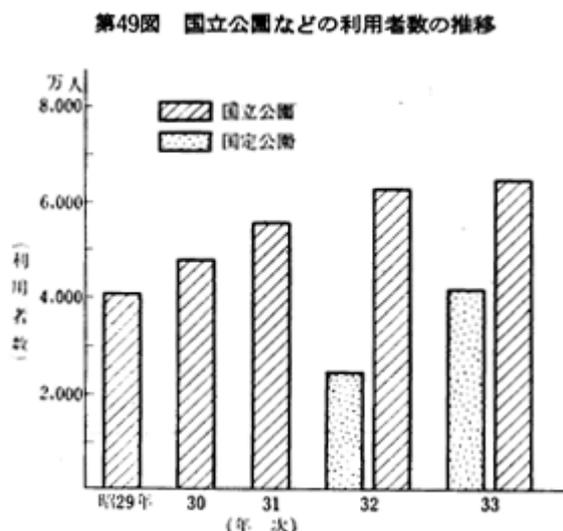
(単位：千円)

	31年度		32年度		33年度		34年度		
	件数	事業費	件数	事業費	件数	事業費	件数	事業費	
厚生省(直轄)	33	70,000	27	50,000	29	70,000	27	75,000	
地方公共 団体	補助	-	52	80,117	69	130,160	66	120,000	
	融資	1	10,000	6	147,526	4	150,790	6	185,260
	単独	59	788,954	58	249,167	72	410,420	44	953,690
	小計	60	798,954	116	476,810	145	691,370	116	1,258,950
その他の行政庁 又は公法人	-	-	4	332,562	6	2,584,400	2	1,935,000	
民間	140	1,752,593	170	2,366,595	217	2,411,233	136	4,202,613	
総計	233	2,621,547	317	3,225,967	397	5,775,003	281	7,471,563	

資料：厚生省国立公園部編「自然公園年報」による。

- (注) 1. ここで補助とは、厚生省の補助事業をいう(他省の補助事業は含まない。)
 2. ここで融資とは、厚生年金保険積立金の還元融資をさし、国民宿舎の建設事業をいう。
 3. ここで単独とは、地方公共団体が単独で行なう事業をいう(起債を含む。)
 4. その他の行政庁又は公法人には、建設省、日本道路公団、日本国有鉄道などがある。

第49図 国立公園などの利用者数の推移



厚生省国立公園部調

(注) 国定公園の利用統計は、昭和32年より実施

第174表 国立公園施設整備五か年計画

第174表 国立公園施設整備五か年計画

	総事業費		内 訳	
	億円	百万円		
国立公園	45		公園道 2,148	休憩所 312
			園地 274	公衆便所 67
			駐車場 834	避難小屋 46
			野営所 654	給水施設 58
				その他 110
国定公園	5			
計	50			

また、広大な国立公園地域における自然の保護とその利用を円滑にするために、三三年度から管理員(レインジヤ)を国立公園におくようになつたが、その数は三四年度ではわずかに六九人を数えるだけで、広大な地域に比べて非常に少なく、これを一層増強して現地管理機構の整備をはかる必要がある。ことに、最近、登山熱が高まるにつれて未熟な登山者による事故が多発する傾向が見られるので、常時登山者に対する指導監視を行ない、事故の発生を未然に防止するためにも、その増員が強く要望されている。

次に、ここ数年来、産業的見地から国土開発に対して、自然を保護する立場から制約を加える必要性がしばしば発生しているが、この調整については、きわめて慎重な考慮が払われている。

第二部 各論

第七章 公衆衛生と環境改善

第二節 生活環境の改善

八 自然公園と温泉

(二) 温泉

欧米諸国では、温泉地はもつぱら医療の場として考えられてきているが、温泉の数が豊富なわが国では、温泉は単に保養の場としてだけでなく、万人に愛される行楽地として、すぐれた自然の風景の観賞とあわせて広く国民に利用されている。温泉地は、全国で一、三〇〇か所をこえ、泉源数にして一万二、〇九一か所に達しており、これに対する利用者は、年間延べ六、〇〇〇万人をこえるものと推定される。しかしながら、限りある国土でこのような利用者の増加に対して、温泉の乱掘を続けていくなれば、やがて湧出量は減少し、泉質は変化し、温泉としての価値が低下するおそれがあるので、これを防止するための適切な保護政策が必要であるが、国としては、まずこのような乱掘を防止し、新泉源を開発するための抜本的な調査研究を行なう必要がある。

また、温泉が国民各層に安い費用で健全に利用されるように、昭和二九年に指定保養温泉地制度が設けられ、厚生大臣が温泉利用施設の整備と環境の改善に必要な地域を指定し、この地域について温泉の成分や効能、温泉地の環境利用状況に基づいた温泉地計画をたて、これらの地域が理想的なモデル温泉地として発展するよう努めることになったが、その指定は二二か所(付図二参照)に及んでいる。

国民宿舎

次に、自然公園と温泉地における有料施設の整備の一環として、昭和三一年度以来厚生年金保険の積立金の還元融資により、家族づれで気軽に利用できる快適で低廉な宿泊施設として、国民宿舎の建設が行なわれてきているが、その状況を見ると、三五年一二月現在、全国に三一か所(融資額六億三〇〇万円)の建設を見、さらに三五年度分として二二か所(融資額四億八〇〇万円)の建設が決定されているが、これらの施設は安い費用で利用できるため、国民各層から相当の好評を博しており、今後もその増設が期待されるのである。