

第二部 各論

第六章 医療制度

第一節 医療制度の現状

一 医療機関の現状

(一) 病院

病院数

昭和三五年一二月末現在における病院数は、六、〇九四で、前年同期に比し九四施設、一・六%の増加となっており、人口一〇万に対し六・五施設の割合で存在していることになる。この内訳をみると、一般病院が四、九二一で最も多く、全病院の八〇・八%を占め、以下結核療養所五九五、精神病院五〇六、伝染病院五八、らい療養所一四の順となつている。これを前年同期と比較すると、精神病院が三〇施設、六・三%の増加となつているのに対し、結核療養所が五九施設、九〇%と著しい減少を示していることが注目される。これを最近五年間の推移でみると、第六一表のとおりであり、病院総数では、三五年は三〇年の一九%の増加となつているが、その増加の傾向は漸次鈍化しつつある。また、精神病院は二倍に近い増加がみられる。

第6-1表 病院数の推移

	総数	精神	結核	その他
30 年 末	5,119	260	676	4,183
31	5,418	322	713	4,383
32	5,648	371	697	4,580
33	5,833	408	681	4,744
34	6,000	476	654	4,870
35	6,094	506	595	4,993

資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」による。

次に、病院数を開設者別にみると、個人立が三一・九%で最も多く、医療法人立の二一・六%、地方公共団体立の一八・四%がこれに次いでおり、これを国立および公的病院(国、都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生農業協同組合連合会および国民健康保険団体連合会の開設する病院)とその他の病院とに分けると、ほぼ一対二・二となり、その他の病院が全施設の約三分の二を占めていることとなる。なお、病院の種類別にその開設者の構成をみてみると、一般病院と精神病院では個人立と医療法人立、結核療養所とらい療養所では国立(厚生省所管)、伝染病院では地方公共団体立の割合が多くなつている。

病床数

昭和三五年一二月末現在における全病床数は、約六八万七、〇〇〇床で、前年同期に比し約二万五、〇〇〇床、三・七%の増加となつている。これを人口一万当たりの比率でみると七三・五床となり、前年同期より二・三床増加している。その病床種別の内訳は、一般病床が四四・〇%で最も多く、次いで結核病床三六・七%、精神病床一三・八%、伝染病床三・三%、らい病床二・一%の順になつている。一

方、最近五年間の病床数の推移を示したのが第六-二表であるが、精神病床は毎年約一万床、一般病床は毎年約二万床ずつ増加しているのに対し、結核病床は三三年を頂点として以後減少傾向をたどっていることがわかる。

第6-2表 病床数の推移

第6-2表 病床数の推移
(単位:床)

	総数	精神病床	結核病床	らい病床	伝染病床	一般病床
30年末	512,688	44,250	236,183	14,095	19,177	198,983
31	559,249	54,866	252,803	14,260	20,602	216,718
32	598,892	64,725	261,375	14,260	21,370	237,162
33	631,397	74,460	263,235	14,260	22,055	257,387
34	662,233	84,971	260,104	14,260	22,220	280,678
35	686,743	95,067	252,208	14,260	22,713	302,495

資料:厚生省統計調査部「医療施設調査」による。

次に、病床数を開設者別にみると、第六-三表のとおりであり、これを構成比で示せば、私的病院の病床数が三八・七%で最も多く、国立、地方公共団体立の病床数は、それぞれ約二〇%になっている。これを国立および公的病院の病床数とその他の病院の病床数とに分けてみると、ほぼ五三%対四七%となり、前述した病院数の場合に比し前者の占める比率が非常に大きくなっていることが注目される。なお、病床の種類と病院の経営主体との関連をみると、結核病床は国立(厚生省所管)が二九・七%、精神病床は医療法人立と個人立で六一・八%、伝染病床は市町村立が五五・八%とそれぞれ最高の割合となっている。

第6-3表 開設者別病床数

第6-3表 開設者別病床数
(単位:床)

	総数	国		公 的		社会保険関係団体	会 社	私 的
		厚生省	その他	地方公共団体	その他			
30年末	512,688	107,180	23,401	116,984	42,968	24,059	24,604	173,492
31	559,249	107,472	25,525	128,992	46,750	26,922	26,087	197,501
32	598,892	109,308	27,065	138,737	49,783	29,283	27,062	217,654
33	631,397	109,487	28,256	148,879	51,032	32,226	27,361	234,156
34	662,233	109,659	29,211	155,634	52,474	36,054	28,126	251,075
35	686,743	110,180	36,104	161,636	58,834	31,263	22,942	265,784

資料:厚生省統計調査部「医療施設調査」による。

(注) 開設者区分を35年より次のとおり改めたので、年次比較について留意すること。

1. 「国のその他」とは、厚生省を除く各省庁、労働福祉事業団および三公社をいう。ただし、34年以前には労働福祉事業団が含まれていない。
2. 「公的のその他」とは、日赤、済生会、厚生連、北海道社会事業協会および国民健康保険団体連合会をいう。ただし、34年以前には、北海道社会事業協会および国民健康保険団体連合会が含まれていない。
3. 「社会保険関係団体」とは、全国社会保険協会連合会、厚生団、船員保険会、健康保険組合および連合会、共済組合および連合会ならびに国民健康保険組合をいう。ただし、労働福祉事業団および国民健康保険団体連合会が34年まで含まれている。
4. 「私的」とは、公益法人、医療法人、学校法人、その他の法人および個人をいう。ただし、北海道社会事業協会が34年まで含まれている。

最後に病院の規模の推移をみると、一病院当たり平均病床数は、三五年一二月末現在で約一一三床であり、前年同期の約一一〇床に比しやや増大している。これを病院の種類別にみると、一病院当たりにして、らい療養所が一、〇一九床で断然多く、次いで結核療養所一九三床、精神病院一四六床が続き、一

一般病院では九七床となつている。このうち、一般病院についてその規模別推移をみたのが第六-四表であつて、逐年規模の大きな病院の占める比重が高まりつつある一方、三〇床未満の病院は逆に減少の傾向をたどつているが、一〇〇床以上の病院はいまだ三〇%に満たない状況で総体的には規模の小さいものが多いといえよう。

第6-4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
30年 末	4,096	1,512	883	792	563	396
31	4,296	1,502	880	839	625	450
32	4,503	1,512	897	918	666	510
33	4,668	1,463	954	993	705	553
34	4,793	1,438	979	1,033	747	596
35	4,921	1,391	1,013	1,089	794	634

資料:厚生省統計調査部「医療施設調査」による。

病院の機能

昭和三五年二月一五日現在で国立および公的病院一、七六〇施設を対象として行なつた「病院機能調査」では、病院機能を検査用機械器具の整備状況、検査能力、手術能力の三面から判定し、各病院をA級からD級までの四階級に分類している。いま、この調査結果を全病院についてみると、第六-五表のとおりであり、半数以上が機能の低いD級に属している。これを病院種別でみると、精神病院と伝染病院の機能が特に悪くなつているが、これは病院機能の性格の相違による点が多い。次に、これを一般病院のみについてみると、第六-六表と第六-七表のとおりである。まず、開設者別には、医育機関がA級のみで六〇%をこえ、最高の機能を有し、これに国立病院が続いているが、市町村立病院の機能の低いことが注目される。また、病床規模別にみると、規模の大きくなるに従つて診療機能の高度化していることがはつきりわかる。なお、一般病院の病院機能の都道府県別分布をみると、第六-八表のとおりでA級病院のない都道府県が一四もあり、病院病床のみならず、病院機能の面でも地域的な偏在の著しいことがわかる。医療機関整備計画上じゅうぶんな配慮を必要とする問題である。

第6-5表 病院種別総合判定

	総数	A	B	C	D
総数	100.0	4.1	8.5	28.9	58.4
精神病院	100.0	-	-	10.0	90.0
結核病院	100.0	0.4	5.6	53.9	40.1
伝染病院	100.0	-	-	7.5	92.5
一般病院	100.0	5.1	19.6	25.2	60.0

資料:厚生省医務局「病院機能調査」による。

第6-6表 経営主体別一般病院総合判定

第6-6表 経営主体別一般病院総合判定

(単位:%)

	総数	A	B	C	D
国(厚生省)	100.0	22.6	27.4	35.7	14.3
国(文部省)	100.0	61.1	5.5	19.4	13.9
都道府県	100.0	3.8	14.2	23.5	58.5
市町村	100.0	1.2	5.8	22.1	70.8
日赤	100.0	4.1	21.6	34.0	40.2
済生会	100.0	1.5	7.6	24.2	66.7
厚生農業協同組合連合会	100.0	-	7.6	33.9	58.5
国保団体連合会	100.0	3.7	3.7	33.3	59.3
北海道社会事業協会	100.0	-	-	33.3	66.7
医育機関(文部省を除く。)	100.0	63.6	9.1	9.1	18.2

資料: 厚生省医務局「病院機能調査」による。

第6-7表 一般病院の病床規模別総合判定

第6-7表 一般病院の病床規模別総合判定

(単位:%)

	総数	A	B	C	D
総数	100.0	5.1	9.6	25.2	60.0
0 ~ 149床	100.0	0.2	0.8	12.3	86.6
150 ~ 299	100.0	1.5	13.1	56.7	28.8
300 ~ 499	100.0	10.2	50.8	35.6	3.4
500床以上	100.0	68.0	25.3	6.7	-

資料: 厚生省医務局「病院機能調査」による。

第6-8表 A・B級病院の都道府県別分布

第6-8表 A・B級病院の都道府県別分布

	数	県別
A級病院のない県	14	岩手、山形、茨城、栃木、埼玉、福井、山梨、滋賀、奈良、香川、愛媛、高知、佐賀、宮崎 (新潟、長野、鳥取、徳島、熊本、鹿児島)
B級病院のない県	7	宮城、秋田、群馬、石川、福井、岐阜、大分
A・B級病院がともにない県	1	福井

資料: 厚生省医務局「病院機能調査」による。

(注) かつこ内は、国立大学付属病院を除いた場合を示す。

病床の利用率

昭和三五年における病院の病床利用率(全病床数一〇〇に対する年間の一日平均患者数)は八〇・七%で、最近数年間大きな変化はみられない。これを病床種別にみると第六-九表のとおりで、精神病床は病床数の著しい増加にもかかわらず、いぜんとして一〇〇%をこえた利用率となっており、精神病床の増加が必要とされるゆえんもここにある。これに対し、結核病床の利用率は逐年低下し、三五年には一般病床の利用率を下回るに至った。

第6-9表 病床利用率の推移

第6-9表 病床利用率の推移

		(単位：%)					
		総数	精神病床	結核病床	らい病床	伝染病床	一般病床
30	年	83.0	111.1	91.3	75.4	25.5	73.7
31		81.0	106.9	85.9	75.6	25.4	74.9
32		80.7	103.4	83.1	76.0	23.7	77.4
33		81.0	105.4	82.0	76.1	24.5	78.2
34		80.4	104.7	79.4	76.1	24.6	78.9
35		80.7	106.2	78.1	75.3	26.4	79.7

資料：厚生省統計調査部「病院報告」による。

国立病院と国立療養所

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の現況についてふれておこう。

まず、国立病院は、昭和三六年九月末現在で八〇施設(うち二か所は分院)、病床数にして約三万床となっており全国の医療機関網の中において、規模と機能の面で重要な地位を占めているといえる。しかし、国立病院の施設はほとんどが戦前にできたものであるため老朽なものも少なくない現状にかんがみ、全国の各ブロックごとにその中核的地位を占める国立病院を対象に、二七年度以来第一次および第二次の五か年計画をもつて施設の整備を図ってきたが、三六年度でその目標を達成することとなった。一方、特殊診療面の機能の充実を図るため、二九年度以来がん、高血圧、心臓病などの特殊な疾病のための治療部門の付設も進められている。三六年度においては、特殊小児疾患、リウマチ、アレルギーなどの部門を一一か所に設ける予定である。ちなみに、国立病院の経理は、特別会計となっており、その三六年度予算額は約一三九億円となっている。

国立療養所は、三六年九月末現在で、一八九施設あり、その病床数は約八万床となっている。このうち、結核療養所が一七三施設、約六万四、〇〇〇床であつてその大半を占めている。現在、結核療養所の配置は全国的にみて著しく均衡を欠いており、また地域の医療需要に必ずしも合致していない面もあるため、厚生省では結核患者数の将来の推移も考慮してその再編成を行なうこととし、各施設ごとに、各ブロックの中心的療養所(基幹療養所)となるもの、重症患者を主として取り扱うもの、骨関節結核、小児結核などに専門的治療を施すものなどの特徴づけを行ない、これに基づいた施設整備を行なうとともに、地域需要によつては国立病院や精神療養所への転換も考慮することとしている。三六年度には、この方向に沿つて、基幹療養所を二か所整備するほか、すでに従来施設のうち五施設が国立病院に、一施設が精神療養所に転換されている。なお、その他の療養所としては、らい療養所一一施設、精神療養所四施設、せき髄療養所一施設がある。国立療養所の予算は、三六年度で約一八二億円となっている。

最後に、三六年度予算において設置を認められた国立がんセンターについてふれておこう。第七章(公衆衛生)で述べるように、がんによる死亡は近年増加の一途をたどり、死因順位で第二位を占めているにもかかわらず、がんに関する完備した専門医療機関に乏しく、適確な診断や適正な治療にもこと欠いているのが現状であり、またがんに関する諸研究なかんづく診断治療部門の研究はいまだ活発に行なわれているとはいいい難い。一方、がんの専門医療機関およびその研究機関は、多額の経費を要するのみならず、専門の職員の確保も困難であるので、一般的には民間においてこれを設置運営することは容易でないと思われる。このような実情を考慮し、がん対策の中核機関として国立のがんセンターが設置されることとなり、三七年一月一日開所を目標に現在作業が進められている。これによつて、わが国のがん対策が大きな発展を遂げるものと各方面から期待されている。

地域的分布

病院の分布を人口一万当たり病床数によつてみてみよう。昭和三五年一二月末現在における人口一万当たり病床数は、全国平均で七三・五床であるが、これを都道府県別にみると、第六一図に示すとおり、岡山県の一〇五・二床を最高に、五二・七床の埼玉県に至るまで非常な相違がみられる。また、結核病床や精神病床などを除いた一般病床だけに限定してみると、全国平均の三二・四床を中心に、最高である北海道の四九・〇床から最低である鹿児島県の一五・〇床まで分布しており、鹿児島県は北海道の三分の一にも及ばない状況である。

第二部 各論

第六章 医療制度

第一節 医療制度の現状

一 医療機関の現状

(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、昭和三五年一二月末現在において約五万九、〇〇〇施設あり、一、五八三人に一施設の割合となつている。このうち、無床診療所は約三万五、〇〇〇施設で全施設の五九・六%、有床診療所は、約二万四、〇〇〇施設で全施設の四〇・四%となつている。また、その病床数は約一六万五、〇〇〇床であり、前年同期に比べると約一万床の増加となつている。有床診療所一か所当たりの病床数をみると六・九床となつており、三〇年一二月末には六・五床であつたのに比し、かなり規模の増大したことがうかがえる。ちなみに、有床診療所の病床数は病院病床の二四%にあたり、有床診療所の病床の年間増加数は病院病床のその四一%にも及んでいる。

なお、一般診療所の施設数の最近五か年間の推移は、第六一〇表に示すとおりであつて、一般診療所は逐年増加の一途をたどつているが、その内訳をみると、大部分が有床診療所の増加によつていることが注目される。

第6-10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				人口 10万対	病床数 床
	無床 か所	有床 か所	計 か所			
30年末	33,832	17,517	51,349	57.5	113,924	
31	34,558	18,288	52,846	58.6	121,381	
32	35,233	19,557	54,790	60.2	130,914	
33	34,609	21,439	56,048	60.9	144,177	
34	34,812	22,696	57,508	61.9	155,044	
35	35,188	23,820	59,008	63.2	165,161	

資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」による。

次に、開設者別に一般診療所をみると、個人立すなわち開業医がその八五・一%を占め、市町村立、会社立がこれに次いでいる。

歯科診療所は、三五年一二月末現在において二万七、〇二〇施設で、前年同期に比べ三三九施設の増加となつている。この内訳は、無床診療所が二万六、九七五施設、有床診療所が四五施設となつている。なお、最近五年間における推移をみると、第六一一表のとおりである。

第6-11表 歯科診療所数

	歯科診療所			人口 10万対
	有床	無床	計	
30年末	31	24,742	24,773	27.7
31	39	25,390	25,429	28.2
32	28	26,000	26,028	28.6
33	44	26,323	26,367	28.7
34	40	26,641	28,681	28.7
35	45	26,975	27,020	28.9

資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」による。

なお、診療所についてその地域的分布をみると、病院の場合と同様、地域によりかなりの格差が存している。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二部 各論

第六章 医療制度

第一節 医療制度の現状

一 医療機関の現状

(三) 薬局

薬局数は、第六—二表から明らかなおり年々増加しており、昭和三五年一二月末現在、二万一、一一九施設で前年に比べ二〇二施設の増加となつている。しかしながら、薬局の都道府県別分布をみると、たとえば東京都の三、七九八施設、大阪府の二、一〇五施設というように全薬局数の一割から二割を占めている地域があるのに反し、最低の岩手県ではわずかに九二施設にすぎない。これは人口対の比率でみても同様であつて、最高の東京都は人口一万対四・二施設であるのに対し、最低の岩手県は〇・六施設(全国平均は二・三)とその格差の度合は著しい。ちなみに、三五年一月一日現在、無薬局市町村数は、一、三六九を数えている。今後、医療保障を充実するにあつて、薬局の整備に一層の努力が望まれる。

第6-12表 薬局数の推移

	総 数	薬剤師の 開設する もの	その他の 開設する もの
30 年 末	12,769	12,987	5,782
31	19,551	13,244	6,307
32	20,175	13,143	7,032
33	20,732	13,061	7,671
34	20,917	13,293	7,624
35	21,119	13,640	7,479

資料：厚生省統計調査部「厚生省報告例(35年)」による。

第二部 各論

第六章 医療制度

第一節 医療制度の現状

二 医療関係者の現状

医療内容の高度化、専門化に対応して、医療関係業務も専門分化の傾向をたどることとなるため、医療関係者の種類は近年しだいに増加してきた。現在法律上認められている医療関係者としては、医師、歯科医師、薬剤師のほか、医師や歯科医師の診療の補助的業務を行なうものとして、看護婦、准看護婦、歯科衛生士、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、衛生検査技師なども国民医療のうえに、それぞれ固有の役割を果たしている。さらに、特殊な医療関係者として、あん摩師、はり師、きゆう師、柔道整復師がある。これら医療関係者のおもなもの数は、第六-一三表に示すとおりであるが、以下、個別的にその現況をみてみることにしよう。

第6-13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
30 年 末	94,563	31,109	52,418	12,369	55,356	129,860	486
31	96,139	31,642	52,779	12,156	53,743	136,715	629
32	98,268	31,971	54,853	11,821	51,709	145,090	785
33	99,876	32,484	56,518	12,201	52,319	160,352	935
34	101,449	32,871	58,389	12,519	52,402	169,969	1,156
35	103,131	33,177	60,257	13,010	52,337	185,592	1,390

資料：厚生省統計調査部「医師・歯科医師・薬剤師調査」および「衛生年報」による。
 (注) 1. 保健婦、助産婦および看護婦は従業者数を計上した。
 2. 35年における歯科技工士数は、1,701人である。

第二部 各論

第六章 医療制度

第一節 医療制度の現状

二 医療関係者の現状

(一) 医師

昭和三五年一二月末現在における医師数は、一〇万三、一三一人で、人口一〇万に対し一一〇・四人の割合となる。また、最近の推移をみると、毎年一、五〇〇人から一、七〇〇人程度増加していることがわかる。次に、業務の種類別にみた医師数は、第六一四表のとおりであつて、前年と大きな変わりはないが、衛生行政または保健衛生業務に従事する者の数が一四四人、比率にして五・八%の増加を示し、最近における最高となつたことは注目される。また、医療機関の従事者すなわち診療に従事する医師は、総数の九三・一%を占めているが、このうち医療機関の開設者すなわち個人開業医の占める比率は四八・八%となつている。なお、人口一〇万当たりの医師数は、逐年増加を示し、二五年当時約九〇人であつたことと比べると、三五年には二割以上も増加したことになる。

第6-14表 業務の種類別医師数の推移

第6-14表 業務の種類別医師数の推移 (単位:人)

	総数	医療機関の従事者			医療機関以外の従事者		
		医療機関の開設者	医療機関以外の医療機関の勤務者	医療機関の勤務者	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	その他
30年 末	94,563	44,642	32,539	9,063	3,004	2,622	2,693
31	96,139	45,432	33,173	9,617	2,804	2,629	2,484
32	98,268	46,716	34,210	9,653	2,671	2,457	2,561
33	99,876	47,907	35,042	9,421	2,515	2,415	2,576
34	101,449	49,090	35,983	9,242	2,279	2,488	2,367
35	103,131 (100.0)	50,298 (48.8)	36,346 (35.2)	9,394 (9.1)	2,137 (2.1)	2,632 (2.6)	2,324 (2.3)

資料：厚生省統計調査部「医師・歯科医師・薬剤師調査」による。

(注) かつこ内は、35年末の総数に対する百分率である。

最後に、医師の分布状況を見ると、三五年一二月末現在における人口一〇万当たりの医師数は、東京都の一五七・八人から秋田県の七三・七人に至るまで非常に大きな相違がみられる。また、これを医療機関の従事者ののみについてみると、全国平均では一〇二・八人であるが、京都府の一五二・二人に対し、秋田県はわずかに七〇・五人にすぎない。

第二部 各論

第六章 医療制度

第一節 医療制度の現状

二 医療関係者の現状

(二) 歯科医師

歯科医師数は、昭和三五年一二月末現在において、三万三、一七七人で、人口一〇万に対し三五・五人の割合である。最近数年間の推移をみると、毎年三〇〇人から五〇〇人程度の増加を示している。また、業務の種類別に歯科医師数をみると、第六一五表のとおりであつて、衛生行政または保健衛生業務の従事者のきわめて少ないことが注目される。

第6-15表 業務の種類別歯科医師数の推移

	総数	医療機関の従事者			医療機関以外の従事者		
		医療機関の開設者	医療機関以外の医療機関の勤務者	医療機関の勤務者	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	その他
30 年 末	31,109	23,541	5,344	537	196	258	1,233
31	31,642	24,067	5,442	528	220	255	1,130
32	31,971	24,416	5,510	556	186	234	1,069
33	32,484	24,798	5,621	613	184	218	1,050
34	32,871	25,100	5,697	695	198	217	964
35	33,177	25,404	5,686	707	166	205	1,009
	(100.0)	(76.6)	(17.1)	(2.1)	(0.5)	(0.6)	(3.0)

資料：厚生省統計調査部「医師・歯科医師・薬剤師調査」による。
 (注) かつこ内は、35年末の総数に対する百分率である。

次に、歯科医師の分布状況についてみると、人口一〇万当たりの歯科医師数は、東京都の六・五一人から岩手県の一八・四人まで著しい格差がみられる。

第二部 各論

第六章 医療制度

第一節 医療制度の現状

二 医療関係者の現状

(三) 薬剤師

薬剤師数は、昭和三五年一二月末現在、六万二五七人で、前年に比し約一、九〇〇人増加しており、人口一〇万対六四・五人で前年より一・七人だけふえている。なお、業務の種類別にみた薬剤師数の推移は、第六一六表のとおりである。

第6-16表 業務の種類別薬剤師数の推移

第6-16表 業務の種類別薬剤師数の推移 (単位：人)

	総数	薬局の開設者	薬局の勤務者	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業務の従事者	医薬品営業従事者	毒物劇物営業従事者	その他の化学工業従事者	その他
30年末	52,418	13,551	6,910	8,000	800	2,759	9,285	699	1,223	9,191
31	52,779	13,931	7,147	8,271	882	2,727	9,231	637	1,141	8,812
32	54,853	14,231	7,818	8,714	922	2,748	9,590	660	1,226	8,944
33	56,518	14,381	8,251	8,957	1,026	2,845	10,086	627	1,216	9,129
34	58,389	14,347	8,625	9,238	1,107	2,917	10,586	620	1,279	9,670
35	60,257	14,486	8,862	9,575	1,149	2,999	11,232	621	1,405	9,928
	(100.0)	(24.0)	(14.7)	(15.9)	(1.9)	(5.0)	(18.6)	(1.0)	(2.3)	(16.5)

資料：厚生省統計調査部「医師・歯科医師・薬剤師調査」による。
 (注) かつこ内は、35年末の総数に対する百分率である。

第二部 各論

第六章 医療制度

第一節 医療制度の現状

二 医療関係者の現状

(四) 保健婦、助産婦、看護婦など

昭和三五年一二月末現在における従事者数は、保健婦が一万三、〇一〇人、助産婦が五万二、三三七人、看護婦(看護人、准看護婦を含む。)が一八万五、五九二人である。これを前年同期と対比すると、保健婦が四九一人の増加、助産婦が六五人の減少、看護婦が一万五、二六八人の増加である。

このうち、保健婦については、三五年一二月末現在で人口七、二〇〇人に対して一人の割合となっており、人口三、五〇〇人に一人という目標にはなおほど遠いし、しかも、国民皆保険の達成に伴い国民健康保険の保健施設の重要なにない手として市町村の需要もいよいよ増加しているため、急速な養成が必要とされている。

次に、助産婦については、その大部分が個人開業助産婦であつて、最近の医療施設(産院も含む。)内における分べんの増加に対処しえない状況にあるため、医療施設勤務の助産婦を確保することが題となつている。また、助産婦の平均年齢が五〇歳をこえている現状にかんがみ、これらの後継者の養成も必要であろう。看護婦については、毎年かなりの増加がみられるが、まだ必要数を確保するにはほど遠く、地域的分布の不均衡も著しい。これらの職種を通じて注意すべきことは、給与その他の労働条件が悪いため、一般雇用状勢のひつ迫化も手伝つて、これらの職種を志望する者が著しく減少しているということである。医療内容の向上を図り、今後の医療機関の整備に対処するため、これら看護要員の将来の需給対策には国および各都道府県の積極的な努力が必要であろう。

第二部 各論

第六章 医療制度

第一節 医療制度の現状

二 医療関係者の現状

(五) 診療エックス線技師など

昭和三五年一二月末現在において、診療エックス線技師は六、八三三人であり、あん摩師、はり師、きゆう師および柔道整復師の従業者は、それぞれ四万九、一九四人、三万一、二一三人、二万九、八六〇人、五、六二七人となつている(あん摩師、はり師、またはきゆう師の免許をあわせ有する者は、重複計上されている。)

第二部 各論

第六章 医療制度

第一節 医療制度の現状

二 医療関係者の現状

(六) 歯科衛生士と歯科技工士

歯科衛生士や歯科技工士に対する需要は最近急増しているが、歯科衛生士の数は、昭和三五年一二月末で一、三九〇人にすぎず、歯科医師数に対比してもその数の不足が目だち、その養成所の増設が要望されている。また、歯科技工士は三五年一二月末現在で七、七〇一人となっており、現在のところ総数のうえからはほぼ需給の均衡が保たれているが、地域的にはなお不足しているところも少なくない。

第二部 各論

第六章 医療制度

第一節 医療制度の現状

二 医療関係者の現状

(七) 衛生検査技師

衛生検査技師は、昭和三三年七月衛生検査技師法の制定により新たに認められた職種であるが、三六年四月末現在で免許所有者は無試験によるものも含めて八、五八八人となっている。

第二部 各論

第六章 医療制度

第二節 医療制度調査会

医療制度の目的は、国民すべてに適正な医療を提供することにあるが、このためには、医療提供の場である医療機関が適正に運営、管理されるとともに、これらの医療機関において医療の業務を担当する医療関係者の資質が高水準で適正に維持されていなければならない。

ところで、わが国の現在の医療制度は、明治初期に確立され、その後部分的な改変は行なわれたものの、ほぼ当時の制度を踏襲してきたのであるが、最近における医学医術の進歩や国民皆保険の達成などに伴って、現行の医療制度をこの際根本的に再検討することが必要とされるに至った。たとえば、公的医療機関制度の再検討、医学医術の進歩に伴う専門医制度の検討、病院と診療所との機能の分化、病院のオープン・システムの問題などがあり、また、受療の機会均等を図るための前提条件として医療機関の適正配置とその診療検査機能の充実強化が強く要請されている。厚生省に医療制度調査会が設置されたのは、このような現状のもとにおいて、今後の医療制度改善の基本的方向を確立しようとするためであった。

医療制度調査会は、昭和三五年四月に発足し、以後一年数か月にわたって審議を重ねてきたが、ここではこれまでの審議経過を振り返ってみることとしよう。昨年五月厚生大臣から「医療制度改善の基本方策如何」という諮問を受けた同調査会は、まず厚生省から医療制度の現状とその問題点についての説明を聴取した後、調査会としてとり上げるべき審議事項を、(イ)医療の本質および主体性に関する問題、(ロ)医療関係者に関する問題(医療関係者の身分、待遇、教育、研究、人数などの問題)、(ハ)医療施設および組織に関する問題(医療施設の種類、機能、配置、経営主体、管理などの問題)、(ニ)医療制度と社会保障との関連に関する問題の四項目に整理し、順次審議していくことを決定した。その後この方針にしたがつて慎重に審議が進められてきたが、現在までに医療の本質および主体性に関する問題についておおむね結論を得るに至ったほか、医療制度改善の最も核心的な問題である医療関係者に関する問題と医療施設およびその組織に関する問題についてもそれぞれ専門部会が設置されて、掘り下げた審議が行なわれている段階にある。しかし、現在までの審議経過からみれば、医療制度改善の基本方策について答申が行なわれるまでには、なお相当の時日を要するものと考えられる。このように審議が長期間におよぶのは、医療制度自体が広範多岐にわたっていることのほか、周辺諸制度との関連が著しく複雑化していることにもよるのであるが、すでに国民皆保険体制の確立をみた現在、可及的すみやかに結論が示されるよう強く要望されている。

なお、医療制度調査会の審議と関連して、三六年度において医療需要調査を行ない、潜在的な医療需要量やその医療需要が顕在化していない理由を明らかにすることとしているが、この種調査がわが国ではじめてのものであるだけに、調査の結果が各方面から注目されている。

第二部 各論

第六章 医療制度

第三節 医療機関の整備

一 医療機関整備計画

従来、わが国における医療保障施策は、国民皆保険計画の推進をはじめ医療保険制度の拡充強化にその重点がおかれてきたが、医療の機会を均等に保障し、適正な医療を提供して、医療保障を真に実効あらしめるためには、医療提供の場である医療機関の適正配置とその診療検査機能の充実強化を図ることが不可欠の前提条件である。しかるに、現状はこのような医療機関の体系的整備が医療保険の発展に比し著しく立ち遅れており、無医地区問題に典型的にみられるように、医療保険による医療費の保障があつても、実際に医療を受けうる施設がないためにその効果が著しく減殺される結果となつてい

る。もちろん、医療機関の配置および機能の体系的整備については、かねてから各種の施策が講じられてきたところであり、たとえば昭和二三年医療法の制定にあつて公的医療機関制度が設けられたのはこの趣旨に基づくものであり、またいくつかの医療機関整備計画の決定もこの問題解決の具体的方向を明らかにせんとするものであつた。特に、後者については、二五年二月に医療機関整備中央審議会(後の医療審議会)が「医療機関整備計画」を決定し、二六年八月には医療機関審議会が「基幹病院整備計画要綱」を策定しており、これらの計画の方向に沿つて以後の医療機関整備が進められてきたのであるが、整備促進のため必要な資金的裏付けがじゅうぶんに行なわれなかつたことなどの事情で所期の成果を上げることなく最近に至つたのである。

次に、将来における医療機関整備の方向をみるために、三五年四月に医務局が策定した「医療機関整備計画(案)」について述べておこう。この整備計画案は、さきにふれた「医療機関整備計画」や「基幹病院整備計画要綱」が策定されてから数年を経過し、計画の前提である疾病構造や病床整備状況等の諸条件が変化してきたのに対応し、従来の計画目標を改定する必要が生じてきたため、それら二つの計画を基礎として決定されたものであつて、従来の二計画と根本的に性格の相違するようなものではない。また、これは医務局における一応の試案であり、今後そこに含まれた問題点を検討しつつ修正を行なつていくことはもとより、現在医療制度の基本的改善方策の一環としてこの問題についての審議を進めている医療制度調査会から具体的な方向が示された場合には、必要に応じ改定されるべきものであることはいうまでもない。

さて、三五年四月に策定されたこの整備計画案は、病院整備計画、診療所整備計画、財政的措置の三点を骨格として構成されている。病院整備計画では、昭和四〇年度の目標病床数を約八八万床(人口一万対九一・三床)とし、このため、(1)病床整備については、一般病床は保健所単位に人口に応じた整備目標を定め、特に病床普及度の低い地区については積極的にその整備を図るとともに、精神、結核、伝染病などの特殊病床については所要の増床または適正配置を図るものとし、(2)一般病院の配置については、都道府県の区域を病院体系整備の単位とし、都道府県中央病院、地方病院(おおむね三ないし四の保健所の所轄区域ごと)に、地区病院(各保健所の所轄区域ごと)の三段階からなる基幹病院網を整備するものとしている。さらに、最近の医学医術の進歩に対応して医療施設の診療機能を強化するため、基幹病院について小児、循環器、リウマチなどの検査施設を整備するとともに、特にがんについては全国の主要都市に専門の病院を設置するものとしている。また、これらの検査施設などを附近の開業医の利用にも供することにより、病院と診療所との提携や医療水準の向上に役だたせるものとしている。次に、診療所整備計画では、一般診療所は人口二、〇〇〇当たり一か所、歯科診療所は人口三、〇〇〇当たり一か所を四〇年における整備目標とし、私的医療機関を中枢として整備を図るものとするが、その整備にあつては郡部における診療所の整備を積極的に促進するとともに、へき地に対しては公的医療機関の出

張診療所を設置するなどの措置を講ずるものとしている。このための財政的措置としては、病院や診療所の整備計画達成のため、公的医療機関に対しては、国庫補助や地方債のわくを拡大するなど強力な財政措置を講ずるものとし、私的医療機関に対しては、医療金融公庫を通じて積極的に資金の融通を図るものとしている。

ここで、医療機関整備のための財政的措置が現在どのような状況にあるかを、三五年度において医療機関整備のために振り向けられた国庫補助額と公的融資額とによつてみると、第六一七表に示すとおりである。現在医療機関整備を目的とする国庫補助制度としては、病床不足地区における公的医療機関整備費補助、へき地における出張診療所の設置費および運営費補助のほか、精神病院、伝染病院隔離病舎、国民健康保険直営診療施設の施設整備費補助などがあり、三五年度における国庫補助総額は六億三、九〇〇万円となつてはいるが、その対象は特殊なものを除きすべて公的医療機関に限られている。一方、医療機関整備を目的とする公的融資額は、三五年度において総額一五〇億円に上つており、その内訳では会社立病院その他の私的病院で約八五億円と五割以上の比率を占めていることが注目される。これを融資ルート別にみると、厚生年金積立金の還元融資が五二億円と最高で、以下医療金融公庫の四二億円(貸付決定額)、国民金融公庫の二二億円、地方公共団体の病院事業債の一七億円、中小企業金融公庫の一四億円の順となつており、その他農林漁業金融公庫や社会福祉事業振興会などもある。また、三六年度からは新たに国民年金積立金の特別融資も加わることとされている。なお、三四年度における国庫補助額は、五億三、一〇〇万円、公的融資額は約一〇七億円であつたことに比べると、三五年度は著しく増加したことがわかる。

第6-17表 経営主体別公的融資額および国庫補助額

第6-17表 経営主体別公的融資額および国庫補助額
(単位：百万円)

	公的融資額	国庫補助額
公 的 医 療 機 関		
{ 地方公共団体立病院	5,033.7	460.8
{ その他の公的病院	1,179.5	28.2
社会保険関係団体	335.0	150.0
会社立病院	766.0	-
その他の私的病院	7,713.6	-
計	15,027.8	639.0

厚生省医務局調

次に、これらの施策のうち、特に病床不足地区における一般病床整備対策、へき地医療対策、医療金融公庫の融資対策について、個別にみていくこととしよう。

第二部 各論

第六章 医療制度

第三節 医療機関の整備

二 病床不足地区対策

まず第一は、病床不足地区における一般病床整備対策についてである。前述の病院整備計画(案)においては、保健所の管轄区域ごとに人口三〇万以上の都市では五五床、人口一〇万以上三〇万未満の都市では五〇床、人口一〇万未満の市町村では三五床として算出した病床数を整備目標として掲げ、その整備を図ることとしているのであるが、わが国の現状では必要最低限度の病床数すら確保されていない地域が少なくない。このため、昭和二六年度以来、病床の著しく不足している地域を対象として、そこに建設する公的医療機関の整備費についてその三分の一の国庫補助が行なわれてきた。いま、これによる事業実績を示すと、第六一八表のとおりであつて、三五年度までに総額約四億六、〇〇〇万円の国庫補助により、四、三四八床の病床が整備を終わっている。なお、三六年度には引き続き、約六、九〇〇万円の補助金を投入し、全国で七一二床の病床整備を行なうこととしている。

第6-18表 公的医療機関整備補助の推移

第6-18表 公的医療機関整備補助の推移		
	国庫補助額	整備病床数
	千円	床
30年度	45,000	247
31	29,892	342
32	20,000	414
33	45,329	405
34	55,000	708
35	53,350	664
36	68,598	712

厚生省医務局調
 (注) 36年度の国庫補助額は予算額、整備病床数は予定数である。

第二部 各論

第六章 医療制度

第三節 医療機関の整備

三 無医地区対策-へき地対策

医療機関整備対策の中で最も重要なものの一つは、無医地区対策なかつくへき地対策であろう。

昭和三五年度に厚生省が行なつた無医地区調査によると、第六一九表に示すとおり、三五年六月一日現在で、無医地区が一、四八九、特別へき地が七一となつている。

第6-19表 無医地区および特別へき地数

第6-19表 無医地区および特別へき地数
(35年6月1日現在) (単位:か所)

総数	第一種	第二種			第三種	特別へき地
		総数	へき地	その他		
1,489	385	996	398	598	108	711

厚生省医務局調

- (注)
1. 無医地区とは、医療機関のない地区で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に人口300人以上が居住している地域をいう。
 2. 第一種とは、当該地区における交通機関の関係または地理的事情から特にその地域に医療機関がなくても、もよりの医療機関を容易に利用することが可能であるため、特に支障がないと認められる地区をいう。
 3. 第二種とは、人口、面積、地勢および交通事情の関係から医療機関が設けられてもその経営が事実上困難と認められる地区をいう。
 - (1) 第二種へき地とは、第二種に属する地域で次の諸条件に該当する地区をいう。
 - ア 交通事情、もよりの医療機関まで徒歩でおおむね1時間30分以上を要する地域であること。ただし、もより医療機関の存する地域との間に1日3往復以上の定期の公共用交通機関があつて、当該交通機関を利用すれば、所要時間が1時間以内である場合を除く。
 - イ 財政事情、当該地区の属する町村の基準財政需要額と基準財政収入額との差額の前者に対する割合が全国町村の平均以上であること。
 - (2) 第二種その他とは、第二種に属する地域で、「へき地」に該当しない地区をいう。
 4. 第三種とは、人口、面積、地勢および交通事情の関係から医療機関が設置されれば、その経営が可能と認められる地区をいう。
 5. 特別へき地とは、医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に人口50人以上300人未満の住民が居住している地域をいう。

さて、無医地区のうち、第一種無医地区については、もよりの医療機関を容易に利用することができるので、その地区に医療機関がなくても特に支障を生じないし、また、第三種無医地区については、医療機関が地区内に設置されれば経営が可能と考えられるので、国民健康保険直営診療施設としての診療所の設置や個人開業の診療所に対する医療金融公庫からの融資などによつてその解消を期待できるのであるが、第二種無医地区については、なんらかの強力な施策が講じられないかぎり、その解消が不可能であると考えられる。この意味において、無医地区対策の重点は第二種無医地区に向けられるべきであろう。現在このような第二種無医地区の存する市町村では、積極的に診療所の設置に乗り出しているが、交通事情の悪い辺りな地域であるうえに、市町村の財政力が弱体なため独力では診療所の設置の困難な

ところも少なくない。このような事情にかんがみ、三一年度に行なわれた無医地区の調査の結果明らかになった二三七地区のへき地に対しては、三一年度以来年次計画をもつて国が積極的な財政援助を行なってきた。すなわち、これら無医地区では医師などの確保が困難であるため、もよりの国立または公的病院を親元病院とする出張診療所を設置するという方式が採用され、その設置費と運営費の赤字について二分の一の国庫補助が行なわれてきたほか、三五年度からは残りの地元負担分に対しても自治省から特別交付税が交付されることとなった。この結果、三五年度までに一六〇か所のへき地出張診療所の設置を終わり、残る七七か所についても、三六年度において三八か所、三七年度において三九か所を設置することにより、三一年度以来の年次計画は一応終了することとなるが、さらに三五年度の調査により明らかにされた三八九地区のうち三五年度から三七年度に解消されることとなっている地区以外のものについても三八年度以後においてその解消を強力に促進することが必要であろう。なお、出張診療所の設置運営について、三四年度までは地元の市町村のほか親元病院となる公的医療機関が行なう場合にも国庫補助を行なってきたのであるが、このやり方には種々の難点のあることが明らかになったため、三五年度以降においては診療所の設置費と運営費の赤字はすべて地元市町村が負担するものとし、国庫補助も当該市町村に対してのみ行なうことに改めている。

以上、無医地区対策について述べてきたのであるが、従来の施策が地区人口三〇〇人以上の地区に限定されていたため、第二種無医地区と同様の状態にありながら地区人口の三〇〇人に満たないいわゆる特別へき地に対しては、これまで取り上げるべき特別措置はほとんど講じられたことがなかった。全国民に対して医療の恩恵を均てんさせるためには、これら特別へき地に対しても強力な施策が講じられるべきことはいうまでもないところである。このため、かような特別へき地に対しては、巡回診療の方法により地区住民の医療を確保するという基本方針のもとに、今後は国においても積極的な助成を行なうこととし、まず、三六年度においては巡回診療車二五台(うち巡回歯科診療車二台)と巡回診療船二隻を配置することとしている。すべての特別へき地にこれらの施設が普及されるよう期待される。

これらの措置により、へき地や特別へき地の医療事情は着実に好転しているが、今後さらに考慮すべき点として、へき地や特別へき地に発生した緊急患者をすみやかに親元病院などへ移送するため、親元病院に患者輸送車を整備するなどの措置を講ずること、現在著しい不足をみているへき地診療所に勤務する医師の確保を積極的に図ることなどがあげられている。

第二部 各論

第六章 医療制度

第三節 医療機関の整備

四 医療金融公庫

わが国では病院や診療所の設置が自由開業を基調としており、個人や医療法人などの設置する私立の医療機関は現在の医療機関整備体系の中においてきわめて重要な役割を演じている。ところが、これら私立の医療機関に対しては、従来国民金融公庫や中小企業金融公庫から融資のみちが開かれていたことを除き、特別の助成策はほとんど講じられたことがなかつたし、またそれらの既存の公庫からの融資も非営利を原則とする医療機関の特殊性などにより適正円滑に行なわれたとは云い難い状況であつた。このような事実を背景に、「私立の病院、診療所等の設置及びその機能の向上に必要な長期かつ低利の資金であつて一般の金融機関が融通することを困難とするもの」を融通する政府金融機関として、昭和三五年七月医療金融公庫が発足するに至つたのである。

まず、同公庫の業務方針についてみると、右に述べた公庫設立の主旨に沿うよう、医療施設の不足している地域における病院、診療所などの新築や増改築資金については、利率年六分五厘、償還期限二〇年とするなど、一般の金融機関や他の公庫では期待しえない有利な条件で融資を行なうこととされている。貸付対象は、病院、診療所または薬局などを開設する個人、医療法人、公益法人などであつて、その貸付資金の種類は、施設の新築や増改築に必要な資金、医療機械の購入に必要な資金と長期運転資金とされている。なお、同公庫は業務を適切に運営するため、借り入れ申し込みの受付、審査、資金の貸し付け(貸し付けの決定を除く。)、元利金の回収などの業務を一般の金融機関に委託して行なわせることとしており、三六年九月末現在で受託金融機関数は八〇となつている。

次に、貸付原資の面についてであるが、同公庫の発足した三五年度は、当初の資本金一〇億円に借入金二〇億円を加え、初度設備費など〇・五億円を控除した二九・五億円を貸付原資として出発し、次いで三六年度においては、資本金二〇億円、借入金四八億円を増加し、さらに回収金二億円を加えた合計七〇億円を貸付原資とすることとし、資金量の大幅な増大を図つた。一方、この貸付原資に基づく資金貸し付けの概況をみると、三六年一〇月末までに、同公庫が貸付申請を受理した額は五、〇八八件、一三八億円であるのに対し、貸付決定額は三、五六八件、八二・三億円であり、貸付申請に対する貸付決定の率は件数で七〇%、金額で六〇%である。また貸付決定額の貸付原資に対する比率は八七%である。これを施設種類別と資金種類別にみたのが第六-二〇表であるが、これによれば施設種類別には病院が、資金種類別には増改築資金が最も多くなつている。

第6-20表 医療金融公庫の貸付状況

第6-20表 医療金融公庫の貸付状況
(35年7月1日～36年10月31日)

(1) 施設種類別

	件数	金額
	件	億円
病院	1,079	62.3
一般診療所	1,910	16.6
歯科診療所	577	3.4
共同利用施設	2	0.06
計	3,568	82.3

(2) 資金種類別

	件数	金額
	件	億円
新築資金	627	24.0
増改築資金	1,178	42.3
機械購入資金	1,376	14.3
長期運転資金	387	1.7
計	3,568	82.3

医療金融公庫調

医療金融公庫の貸付状況は、以上のとおりで、まだ発足後一年有余にすぎないにもかかわらず順調な業績を示しつつあるが、私的医療機関の資金需要は非常に切実なものがあり、今後さらに貸付原資のわくの拡大と貸付基準の緩和を図っていくことが必要であろう。前者については、貸付申請金額に対する貸付決定額の比率が六割程度にすぎない現状をみればその必要性は自ら明らかであろう。また、後者については、三六年八月一日より新築資金の貸付限度額の引き上げ、不足病床地区かどうかの判定基準の緩和に伴う貸付対象地域の拡大など貸付基準がある程度緩和されたが、これも単に手直し程度にすぎないので、今後において貸付限度額の引き上げ、建築単価の是正、診療所新設融資基準の緩和などの改善策を積極的に講ずることが望まれている。

第二部 各論

第六章 医療制度

第四節 医療機関の経営管理

医療機関がすぐれた内容の医療を提供するという本来の機能をじゅうぶんに発揮するためには、医療機関の経営管理が適切に行なわれることが是非とも必要である。近年医学医術の進歩はめざましく、また医療機関の施設設備の近代化も急速度で進展してきたが、これにひきかえ医療機関の経営管理は旧態依然として著しい立ち遅れの状態にある。最近の病院における労働争議は、その実態の一端を明らかにしたものと見えるであろう。また、この争議を契機として病院の経営管理に対する強力な行政指導が各方面から要請されるところとなった。

第二部 各論

第六章 医療制度

第四節 医療機関の経営管理

一 病院争議と経営管理

ここではまず、今回の病院の労働争議の経過から述べることにしよう。

病院の労働争議は、第六-二一表からもわかるとおりに散発的には以前から発生していたのであるが、広範囲にわたる統一闘争として行なわれるようになったのは昭和三五年秋以来のことである。すなわち、三五年一一月にはじめて広域にわたる統一闘争の形態をもつて開始された病院争議は、一二月にはいると年末闘争とからんでますます拡大し、年末までに数次にわたって実力行使が行なわれ、ついに大部分は未解決のまま年を越すこととなった。三六年にはいつもこの傾向は継続し、一月から四月までの間に争議行為を伴う争議件数は五七件、その参加人員は延べ約一万七、〇〇〇人を数えるに至った。しかし、一部の病院では争議の長期化に伴い病院経営が極度に悪化し、病院閉鎖の寸前にあるものすらみられるに至ったこと、他面病院収入の大宗を占める社会保険などの診療報酬改訂の機運が漸く熟してきたことなどによつて事態收拾のきざしもみえはじめ、ここに病院争議も一応落ち着きをみせることとなったのである。

第6-21表 医療保健業における労働争議発生状況

年	労働争議発生件数	同参加人員	争議行為を伴う争議件数	同参加人員	同損失日数
	件	人	件	人	日
33年	21	2,175	-	-	-
34年	25	2,338	4	533	642
35年	85	61,523	46	11,789	49,262
36年(1~7月まで)	39	4,599	57	16,897	71,163

労働省調
(注) 労働争議件数は、病院数によらず、労働組合(連合会)の組織ごとに1件として数えたものである。

さて、この病院争議については、その及ぼす影響の重大なことにかんがみ、政府としても、大きな関心をいただき、統一闘争の開始直後の一一月八日には厚生、労働両大臣の談話が発表され、続いて一一日には労働省労政局長通知が、一八日には厚生省医務局長通知が発せられ、第三者のあつせんによる争議の平和的解決と争議中の保安業務の確保などについて都道府県が積極的に指導に乗り出すよう強い要請が行なわれた。

しかしながら、この問題を根本的に解決するためには、病院争議の原因を究明し、それに対応した対策が講じられなければならないのであるが、それでは今回の病院における労働争議はいかなる原因によつて生じたのであろうか。これらの争議における労働組合の要求事項をみると、賃金の引き上げ、最低賃金の確保、生理休暇の実施や勤務時間の短縮という労働条件の適正化などが掲げられており、賃金、労働条件の改善要求が直接の原因であつたことは確かである。しかしながら、さらに掘り下げてみるとその背後には、現在の医療制度や社会保険などの診療報酬改訂などについて検討を要するものがあると考えられるほか、(1)従業員の職種が多様で、しかも特殊な免許や資格をもつた専門的職員の数が多いとい

う病院事業の特殊性に対応した適切な人事管理が行なわれていないこと、(2)開設者と管理者の責任や権限の分担が不明確であるなど経営組織が合理化されていないこと、(3)労使双方が労働問題について未熟であるため紛争が生じた場合にじゅうぶんな話し合いが行なわれずにすぐ争議行為に突入するケースが多いことなど病院の経営管理の面において改善を要すべき問題が少なくなかったことも否定することのできないところである。

第二部 各論

第六章 医療制度

第四節 医療機関の経営管理

二 経営管理の改善

病院の経営管理を改善するためには、もとよりその基本となる医療制度などの改革にまつところも少なくないが、この点については、すでに医療制度調査会において調査審議が進められている段階にあるので、現行の医療制度のもとにおいても改善の可能な問題からまず具体的検討に着手することが当面の急務であつた。ところで、病院の経営管理の問題はその内容が経営方針、経営組織、人事管理、財務管理、診療管理など多方面にわたり、しかも高度の専門的知識を要するものであるため、この面の適切な行政運営を行なうには広く学識経験者の意見を求めることが必要であると考えられ、厚生省に病院経営管理改善懇談会が設置されることとなつた。

この懇談会は、昭和三五年一二月に委員一五人をもつて設置され、早速わが国の病院経営管理をめぐる諸問題についての検討にはいつた。以来三六年七月に至るまで、実に二四回にわたつて慎重に審議を行なつてきたが、その結果三六年三月には第一次の懇談要旨が、また同年七月には第二次の懇談要旨がまとめられることとなつた。懇談会は病院争議を直接の契機として設置されたものであるが、懇談要旨の内容は、当面の病院争議の解決策にとどまらず、広く病院の経営管理の一般的な改善策について、わが国の病院の実態に即した方策を樹立したものであり、病院の経営管理改善対策において画期的な意義を有するものといふことができる。

さて、懇談会の第一次の懇談要旨においては、病院の経営管理の背景として、「わが国の病院経営管理の変遷」、「近代病院の使命」、「病院経営と一般企業経営との比較」および「わが国の病院と諸外国の病院との比較」について論じた後、改善を要する問題点のうち当面早急に改善方策を検討する必要があると考えられた経営方針および経営組織、経営管理に関する資質の向上、人事管理(職能関係、人間関係、労使関係)、財務管理という経営管理のいわば総論的な問題についての改善方策が述べられている。また、次いでまとめられた第二次懇談要旨においては、審議期間の制約から第一次懇談要旨にとり上げられなかつたが、病院本来の業務としてきわめて重要な内容をもつ内部組織、診療管理、看護管理、診療補助業務管理、事務管理、建築設備などの面についてその改善方策が示されている。

かくして、病院の経営管理改善の方向が明らかにされたわけであり、今後はここに示された改善方策を具体化する段階にはいつたといえよう。厚生省ではこのような医療行政の新しい局面に対処するため、三六年度から医務局内にこの関係の仕事をつかさどらせるため新たに指導課を設けるとともに、この面の研究機関の整備を図るため従来の病院管理研修所を病院管理研究所に改組して行政機構の強化を行なつたところであり、今後の施策が期待されている。なお、この問題は、行政庁のみの努力で解決できるものではなく、病院の開設者、管理者その他すべての医療従事者の理解と協力が必要であるので、これらの関係者が懇談会の結論に従つてこの問題の解決に努力することが望まれる。

第二部 各論

第六章 医療制度

第五節 医薬分業

患者の診察、治療は医師が行ない、調剤投薬は薬剤師が行なうことによつて「医」と「薬」を分離し、医療の合理化、適正化を図ろうとするのが、いわゆる医薬分業の制度である。昭和三一年四月、この制度が実施に移されてから今日まで、薬局における調剤の数は年々増加しているが、全般的にはきわめて低調である。

第六-二二表は、薬局における社会保険分の処方せんによる調剤の状況を示している。これからも明らかとなお、件数、枚数、金額とも、毎年著しい伸びを示してはいるが、保険医療費全体からみれば、調剤報酬はその〇・四%程度を占めているにすぎず、まだまだ微々たるものにすぎない。これらの事情を、三五年一二月分について、少しくわしくみてみよう。

第6-22表 薬局における社会保険分処方せん調剤状況の推移

	件数	枚数	金額
	件	枚	千円
31年	22,479	36,549	16,846
32	70,178	112,829	68,044
33	102,504	171,016	119,020
34	225,562	366,160	250,632
35	433,582	729,042	515,329

厚生省業務局調

- (注) 1. 社会保険分とは、政府管掌健康保険、船員保険、日雇労働者健康保険、共済組合および健康保険組合の五つの保険分をいう。
2. 31年分は、7月から12月分までである。
3. 件数とは、患者1人が同一薬局において処方せんにより投薬を受けた場合の請求明細書の枚数である。
4. 枚数とは、医師が診察の結果、投薬を要するものと認めて処方せんを交付した場合の処方せん枚数である。

まず、保険指定薬局の数は一万七、九二六であるが、そのうち、一件でも調剤を行なつた薬局はわずか二、五四二で、これは保険指定薬局全体の一四・〇%を占めるにすぎない。次に、調剤を行なつた処方せんについては、全体でこの一か月に四万四、八〇八件、枚数にして七万八、五九八枚となつている。この処方せんの枚数は、調剤を一件でも行なつた薬局に限れば一施設当たり三〇・九枚であるが、保険指定薬局全体で平均すれば、一か月にわずか四・三枚である。

以上要するに、分業実施以来五か年の進行状況は、きわめて遅々たるものであり、今後医薬分業の普及のためには、国民の間に一段と制度の普及を図ることが必要である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二部 各論

第六章 医療制度

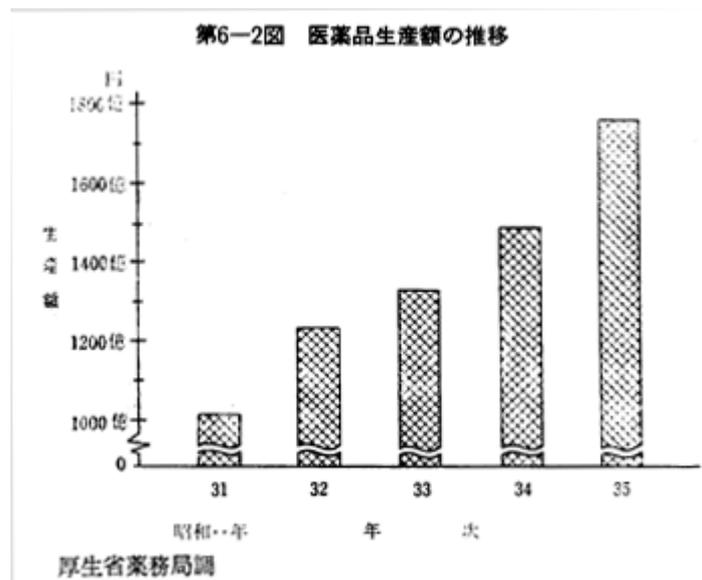
第六節 医薬品

一 生産と輸出入

(一) 生産

昭和三五年における医薬品の生産状況は、前年に引き続いて順調な推移をみせ、生産総額は一、七六〇億円に達し、対前年比二六八億円、一八%の上昇を記録した。ここ数年間の医薬品生産額の推移は第六-二図に示すとおりであつて、三二年の二-%に次ぐ大幅な上昇を示しており、この生産増大をもたらしている要因としては、医療水準の向上とともに、国民生活水準の向上に伴う大衆薬部門の増強が主体をなしているものと考えられる。

第6-2図 医薬品生産額の推移



これを薬効分類別にみると、第六-二三表のとおりであり、ほとんどすべての品目について増加しているが、前年に比べて目だつて増加しているのは、「滋養強壯変質剤」(ローヤルゼリー・蛋白アミノ酸製剤など)、「ビタミン剤」、「抗生物質製剤」、「中枢神経系用薬」(解熱鎮痛剤等)などである。衛生材料は、これまで減産の傾向をたどつてきたが、三五年はやや持ち直し、総生産額は約八四億円、前年に比し〇・〇五%の増となつている。また、医療用具は、総生産額約二二三億円で、前年に比べ約四〇億円、二二%の増加を示している。

第6-23表 薬効別主要医薬品生産額

第6-23表 薬効別主要医薬品生産額
(単位:百万円)

	生産金額		対前年増減(%)	
	34年	35年	金額	比率
ビタミン剤	23,667	29,205	5,538	23.4
外皮用薬	18,456	21,198	2,742	14.9
抗生物質製剤	14,180	17,224	3,044	21.5
中枢神経系用薬	13,105	15,933	2,828	21.6
消化器管用薬	12,596	14,906	2,310	18.3
化学療法剤	9,294	9,799	505	5.4
公衆衛生用薬	7,748	9,280	1,532	19.8
その他の代謝性医薬品	7,853	8,272	419	5.3
滋養強壮変質剤	5,306	7,896	2,590	48.8
循環器管用薬	5,852	6,909	1,057	18.1
ホルモン剤	6,806	6,566	△ 240	△ 3.5
アレルギー用薬	4,730	5,510	780	16.5
呼吸器管用薬	3,476	4,240	764	22.0
生物学的製剤	3,363	3,738	375	11.2
感覚器管用薬	2,477	3,098	621	25.1

厚生省薬務局調

なお、医薬品の流通問題について付言すると、最近世人の注目を集めている医薬品の乱売(値引き販売)は、医薬品の信用を傷つけ品質の低下をきたすとともに不良品の出回るおそれもあり、国民保健衛生上の見地からすみやかな解決が要請されるのであるが、他方、自由経済を建て前とするわが国の現状では、できる限り関係者の自主的な解決にゆだねるべきことも多言を要しない。このような観点から、三三年一〇月製造業者、卸売業者、小売業者からなる中央三者協議会が設置され、その解決に努力しているが、厚生省としても、医薬品流通問題について現状をは握し、その対策について調査研究することを目的とする医薬品流通問題研究会を、三六年三月、薬務局内に設置し、目下検討を進めている。

第二部 各論

第六章 医療制度

第六節 医薬品

一 生産と輸出入

(二) 輸出入

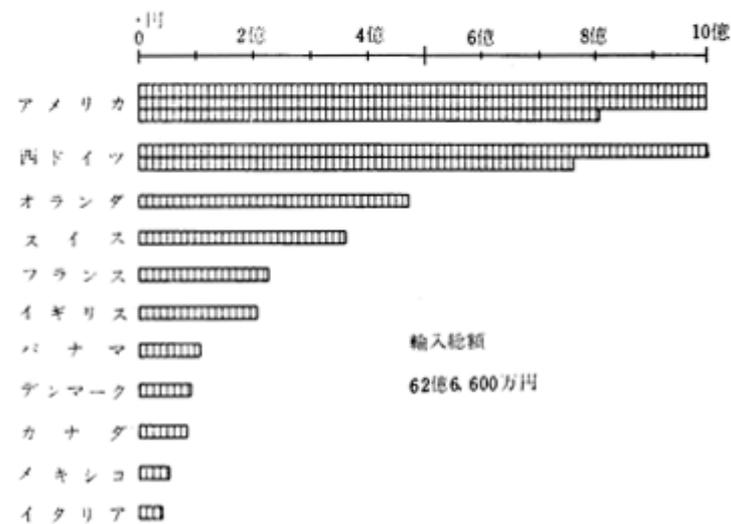
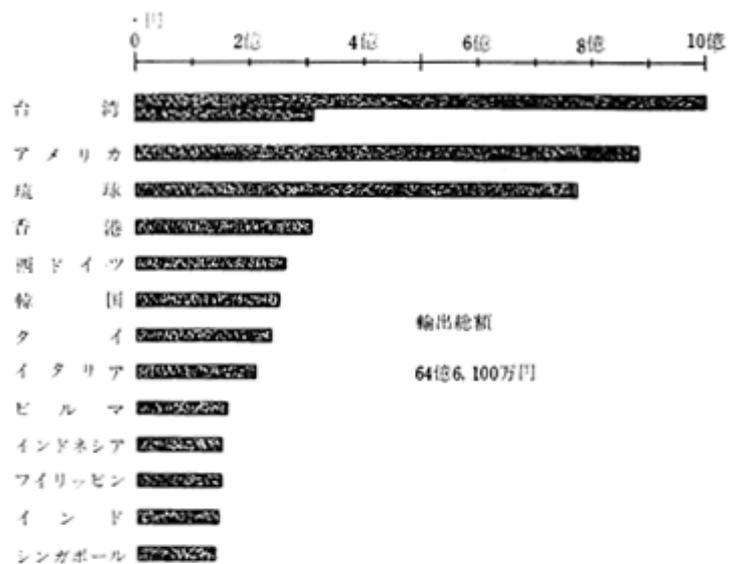
わが国の医薬品産業の発展を図るためには、輸出の振興が不可欠の要件である。昭和三五年における輸出額は、第六-三図に示すとおりであり、総額約六五億円で前年に比べ約一〇億円、割合にして約一七%の伸びを示し、戦後最高の成績を記録した。ちなみに、三五年の輸出額は、五年前の三一年に比べ、一・七倍となつている。輸出相手国は、アメリカ、西ドイツを除いて、上位はすべてアジア諸国によつて占められているのが特徴的である。次に、輸出の状況を品目別にみれば、第一位がビタミン剤で全体の二三・六%を占め、次いで抗生物質が一五・九%となつている。

医薬品の輸出は年々上昇を続けてはいるが、総生産額に対する割合は、わずか三・七%にすぎず、これは、アメリカ、西ドイツ、イギリスなどに比べきわめて低いばかりではなく、戦前の平均一七・五%にもはるかに及ばない。政府は、これまで輸出振興対策として、宣伝映画の作成、外地における医薬品輸出あつせん所の設置、海外市場調査などに関する助成を行なつてきたが、後述するように、貿易自由化が急テンポに進められている今日、医薬品産業の自立と安定を図り、国際経済社会における地位を確保していくためには、企業の体質改善、過当競争の防止、輸出市場の確保など、一連の輸出振興対策を強力に推進する必要がある。

次に輸入についてみると、第六-三図のとおりであつて、総額六三億円で、前年に比べ約一二億円、率にして二二%と著しい伸びを示している。輸入先は、アメリカと西ドイツが過半数を占め、輸入総額の実に七三%を占めている。なお、輸入品目については、ホルモン剤が一八億円で第一位を占めている。

第6-3図 医薬品輸出入状況

第6-3図 医薬品輸出入状況
(35年)



厚生省業務局調

第二部 各論

第六章 医療制度

第六節 医薬品

一 生産と輸出入

(三) 医薬品貿易の自由化

昭和三四年一〇月、東京で開催されたガット総会を契機として、わが国においても、世界貿易の大勢に対処するため、貿易の自由化を大幅に推進していくこととなり、医薬品貿易も、当然のこととして自由化の波に洗われることとなつたが、医薬品については、国民保健と密接な関係があること、原料などのうち外国価格に比し相当高いものがあること、医薬品製造業には多くの中小企業が含まれていることなど多くの特殊事情がある。そこで、この問題に対処するため、厚生省においては、業界代表、学識経験者、関係行政機関の職員からなる「医薬品等の貿易自由化対策懇談会」を設置し、三五年一月から数回にわたつて、医薬品自由化の方法とその時期、関税率、国内の企業態勢の整備などにつき検討を加えた結果、国際条約などによつて輸入禁止または制限されている品目と重要品目を除き、三八年四月までの間に、医薬品の自由化率をほぼ九〇%にすることを目標として、段階的に自由化を実施していくこととなつた。

ところが、三六年にはいるや、イギリス、西ドイツなど一〇か国がIMF(国際通貨基金)八条国移行をきっかけに、世界の自由化のテンポが早まり、三六年六月のIMF理事会においても、わが国が国際収支を理由に輸入制限を行なうことは適当でないという意向であつたので、政府としても、できるだけ自由化を促進する方針が確認された。そこで厚生省としても医薬品の各品目別の事情を再検討した結果、自由化計画に基づく企業合理化に伴い国際競争力の生じたもの、およびわが国に生産がないか、あるいは供給不じゅうぶんなものであつて、将来とも生産あるいは供給能力向上の見込みがなく外国品に依存した方がよいものについてはただちに自由化するとともに、それ以外の品目については、企業合理化の進捗よく状況をにらみ合わせて、順次自由化を行ない、目標年次を半年繰り上げて、三七年九月末までに九〇%の自由化率を達成することとなつた。この場合、抗生物質、ワクチンなど国民医療上重要であり、かつ、国産および技術の保有を必要とする品目については、自由化を暫時延期することが適当と考えられるので、関係方面と折衝することとなつた。

貿易の自由化により、相当量の安い外国品が輸入されることが予測されるが、自由化による医薬品産業の混乱を防ぐとともにその安定を図るためには、国内体制を整備し、医薬品企業の国際競争力を強化していかなければならない。このためには、品質改良、新薬開発、価格の低下などについて企業の合理化と体質改善を求めるとともに、政府としても企業課税の改善、関税の適正化、合理化に必要な資金のあつせんなどの施策を積極的に推進することが必要であり、関係各省との間で目下接衝が進められているところである。

第二部 各論

第六章 医療制度

第六節 医薬品

二 薬事監視

適正な医薬品を供給できるようにするため、医薬品製造業者、薬局などについて薬事監視が行なわれているが、薬事監視の対象となる箇所数は年々増加している。登録を必要とする業態だけについても、昭和三五年末現在で、一九万九、三七〇か所、前年末に比べて約八、五〇〇か所、四・四%の増加となっており、三五年の立ち入り検査施行か所は、延べ二一万八、一六二か所、違反の発見されたか所は、延べ四万四、二八一か所であつた。違反件数の増加したものは、「無許可無登録品」、「不良品」、「その他(処方せんの記録文書の保存不備など)」の三つで、「無登録業者」、「不正表示品」、「虚偽誇大広告」は、やや減少している。

薬事監視については、対象の業態数が年々増加する反面、薬事監視員の増員がこれに伴わないため、立ち入り検査率(登録か所に対する立ち入りか所数の割合)はしだいに低下し、三一年を一〇〇とすると三四年には八二に低下しており、その将来が憂慮されている。

次に最近青少年の間で催眠薬乱用が強く問題視されつつあるので、指導取り締まりを強化し、普通薬である催眠薬についても乱用のおそれがあると思われる者に対しては販売をさしひかえるよう指導して、弊害の防止につとめている。

第二部 各論

第六章 医療制度

第六節 医薬品

三 麻薬の取り締まり

麻薬は、主としてあへんを原料として製造されるのであるが、あへんの生産高が年間四トン程度にすぎないので、わが国では、毎年インド、トルコなどから五〇トンの輸入を行なっている。麻薬は、医薬品としてきわめて高い治療価値を有する反面、反復使用するときには中毒癮を生じ、この悪風がまんえんすれば、国民体位の低下、労働意欲の喪失、社会秩序のびん乱など由々しい事態を招来する。このため、世界各国ともその対策に腐心し、数多くの国際条約のもとに国際的な規模の取り締まりが行なわれている。わが国における最近数年間の取り締まり状況は、第六-二四表のとおり、違反件数、人員、押収量とも一進一退の状況であるが、三五年には、違反件数、人員は最近の最高を示している。最近の麻薬事犯の傾向としては、一層国際化し、悪質、巧妙となつてきたこと、暴力団体が介入してきたこと、低年齢層による事犯が増加してきたこと、麻薬取扱者による事犯が増加してきたことなどの諸点があげられるが、このような憂慮すべき事態に対処するため、麻薬対策連絡会を設置して関係各官庁の連絡を密にし、取り締まりの一元化、効率化を図るとともに、大都市など事犯の多い地域、あるいは麻薬の密輸入の行なわれると予想される開港地などを特定地区として重点的取り締まりを行なっている。

第6-24表 麻薬取り締まり違反状況の推移

第6-24表 麻薬取り締まり違反状況の推移

	件数	人員	中毒者	再犯者	押収麻薬		
					ヘイロン	モルヒネ	生あへん
	件	人	人	人	g	g	g
31年	1,251	1,748	710	367	1,557	262	928
32	1,182	1,567	776	297	6,543	148	57,096
33	1,686	2,162	1,296	373	5,136	210	2,343
34	1,559	1,891	965	407	5,522	4,049	5,784
35	1,986	2,312	1,073	449	5,112	24,209	3,693
36年上半期	939	1,126	593	238	2,091	75	3,624

厚生省薬務局調

(注) 中毒者再犯者は人員の内数である。

麻薬中毒者は、毎年約二、〇〇〇名発見されているが、麻薬事犯同様、麻薬中毒者もそのほとんどは大都市において発見されている。このため、三六年度においては、東京都および横浜、名古屋、大阪、神戸、福岡の各市を有する府県に、麻薬禍防止対策を推進する委員会および相談員を設置し、麻薬事犯の防止、麻薬中毒者の補導につとめている。なお、麻薬中毒者を収容し、社会復帰を促進するための麻薬中毒者の収容施設(一〇〇床)を目下計画中である。

次に、麻薬と同様おそろべき危害をもたらす覚せい剤事犯については、三〇年頃をピークに、ここに数年はようやくおさまりにかけたかにみえたが、最近または増加の傾向をみせている。すなわち、三五年中に検挙した件数は、四二六件、検挙人員は四八九人となつており、三四年に比べ、件数では九四件、人員では一一一人の増加となつている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第二部 各論

第六章 医療制度

第六節 医薬品

四 毒物・劇物

毒物、劇物は、各種産業において原材料として使用されているばかりでなく、日常生活のいろいろな面でも広範に使われているため、これらに起因する危害の発生は多く、かつその取り締まりはきわめて困難である。ことに、全国の農家で農作物の病虫害防除のため広く使用されている特定毒物であるパラチオン、テツプなどは、その毒性が非常に強いため、これらの農薬による危害の発生も少なくない。昭和三五年におけるこれら農薬による危害の発生状況は、事件件数一、三九〇、中毒者六一六人、散布中および誤用による死亡四一人、自殺、他殺七二三人、同上未遂六七人となっており、三四年に比べて特に目だつたことは、自殺が依然として増加していることである。したがって今後は、農薬が自殺、他殺などに使用されないようその管理について指導、取り締まりを徹底するとともに、中毒や誤用による死亡を防止するため、適正な取り扱いについて一層の指導が必要である。ちなみに、厚生省においては、従来どおり、三六年度においても一か月間有機燐製剤危害防止運動を実施し、危害が発生した場合の調査を行なつて今後の指針とするなど、農薬による危害防止運動を強力に展開した。

なお、最近、化学工業の発展に伴い、業務上毒物または劇物を使用する工場において、作業中、毒物または劇物の流出事件などが多発しているので、今後は、単に製造業、販売業のみならず、業務上毒物、劇物を使用する工場に対しても、その指導、監督、取り締まりの重点を置く方針である。

第二部 各論

第六章 医療制度

第六節 医薬品

五 血液問題

近代医学の進歩に伴う外科手術の非常な発達につれて、血液の需要もますます増大してきているが、これに応ずるためには良質の輸血用血液が多量に確保される必要がある。わが国においては、この輸血用血液は、主として血液銀行によつて製造される保存血液(採血者から採取後、所要の薬品を加えるなどの方法により、凝固、変質しないようにして保存されている血液)と、供血あつせん業者の手を経て提供される生の血液によつてまかなわれているが、その供給量の大部分を占めているのは保存血液である。すなわち、供血あつせん業者を経て提供される生の血液は年々減少し、業者の数は、昭和三五年一二月末現在全国で七三社(うち一六社は休業中)、血液の量は、三五年中で約二万リットル、前年に比べ一〇%の減少であるのに対し、保存血液の製造は逐年増加している。

ちなみに、この保存血液が利用されはじめたのは昭和二六年ごろからであり、これは、主として採血および供血あつせん業取締法により厚生大臣の許可を受けた全国三八か所の血液銀行において製造されているが、その製造量は第六-二五表に示すとおりであり、三五年には約四七万リットル、前年に比較して九%の増加となつている。な、おこのほかに、院内血液銀行と称して、もつぱら病院の需要をまかなうために保存血液を製造している病院付属の施設があるが、ここで製造された血液は、他に販売することができない。

第6-25表 保存血液製造状況

第6-25表 保存血液製造状況		
	製 造 量	26年を1とした 場合の指数
31年	227,265	134
32	284,923	168
33	362,288	214
34	433,110	256
35	472,356	279

厚生省業務局調

このように血液銀行で製造される保存血液の量は増加しているが、増大する需要にこたえるためには、なお解決されなければならない多くの問題がある。第六-二六表は地域別の血液銀行の分布、製造量の比率などを示したものであるが、これからも明らかなおと、血液銀行は、大都会とその周辺に偏在し、その製造量も東京と関東地方だけで全国の五六%を占め、さらに、東海地区、近畿地区の製造量を合わせると、全国の八二%にも及び、他方、採血適格者も東京とその周辺などは、その他の地方に比べて低く、供血者の半分以上が貧血者であることがわかる。ちなみに、採血適格者の比率を年次別にみると、第六-二七表のとおり血液銀行が創設された二六年ころには八〇%以上であつたのが、三一年には五六%に減少し、三五年にはついに五〇%を割るに至つている。以上のことは、供血源が主として大都市における貧困者によつて占められ、かつ、供血者層が固定したため、同一の供血者から過度の採血が行なわれていることを物語るのであつて、売血を基礎とした現在の供血対策が壁に突き当たつていることを示しているものといえよう。

第6-26表 地域別にみた血液銀行数、製造量比率および採血適格率

第6-26表 地域別にみた血液銀行数、製造量比率および採血適格率

	血液銀行数	製造量比率	採血適格率
	か所	%	%
北海道	3	3.7	73
東北	3	1.5	86
関東(東京を除く。)	5	12.8	45
東京	10	43.3	44
北陸	2	1.7	80
東海	2	7.3	46
近畿	5	18.6	52
中国	3	2.5	70
九州	5	8.6	72
計	38	100.0	49

厚生省業務局調

- (注) 1. 血液銀行数は36年8月1日現在、製造量比率および採血適格率は35年の数字である。
2. 採血適格率とは、当該地区の血液銀行における被検査件数に対して血液比重が硫酸銅法により1.052以上の者の占める率をいう。
 なお、警視庁の健康な男子群について調査したところでは、血液の比重が1.052以上の者の率は、90.8%となつている。

第6-27表 供血者合格率の推移

第6-27表 供血者合格率の推移

年	供血者受付数	採血適格率
	人	%
31	746,517	56.0
32	1,934,765	57.0
33	2,243,251	55.7
34	2,597,341	54.8
35	3,052,625	49.1

厚生省業務局調

この壁を乗り越えるためには、種々の対策が考えられるが、本質的な問題は、供血者不足右矢印ひん回採血右矢印供血者貧血右矢印不良保存血という形での悪循環を繰り返している売血制度を改め、順次、献血方式(無償で血液を提供する方式)または預血方式(あらかじめ健康なときに血液を預けておき、本人、家族などに必要が生じた時に払いもどしを受ける方式)や返血方式(輸血を受けた者が健康回復後に同量の血液を返す方式)に切り替えていくことである。欧州各国においても、そのほとんどが献血方式を取っているのであつて、供血源の大部分を売血に依存している例はほとんどみあたらない。ところで、このような献血方式、あるいは預血、返血方式に移行するためには、なによりも供血意識の高揚と供血網の整備が不可欠の要件とならう。

なお最後に一言したいのは血液型の問題である。平素血液型を調べておくことが緊急の場合の供血に必要であることはいうまでもないが、特にR・hマイナス型のように日本人に少ない血液型については、急場に間に合わないことが多いのであつて、地方公共団体、日本赤十字社などにおいて、R・h型を含めてあらかじめ血液型を調査し、供血の基盤を整備しておくことが必要と考えられる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare