

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第一節 戦後の動向

戦後一六年の歳月の経過のうちに、日本の公衆衛生対策も著しく変化してきている。終戦直後の数年間は、発疹チフス、痘そう、コレラなどの急性伝染病の防疫に追われた。この時期を終わつてみると、インフレーションによる社会、経済生活の混乱に加えて食糧不足など各種の悪条件下において、結核まんえんの阻止が公衆衛生の最大の課題となり、ここに公衆衛生活動の最大のウエイトをおいて対策を推進することになった。その努力の結果、昭和三五年には結核による死亡率は、終戦時のほぼ五分之一にまで低下したが、最近においては、さらに、は握されている患者に対して最も効率的な治療を確保することと回復患者の社会復帰が大きな課題となつている。

この間、日本人の寿命の延長と死亡率の低下は目ざましいものがあり、国民の主要死因中、結核が第一位を占めていた時代は二五年をもつて終わり、中枢神経系の血管損傷、悪性新生物、心臓の疾患などの壮年期以後の慢性非伝染性の疾患が将来の公衆衛生の課題となりつつある。また、一国の健康水準の集約的指標の一つである乳児の死亡も戦後一六年の間に著しく改善され、母子衛生の課題も、いまや未熟児、し体不自由児、あるいは子供の成長発育に伴う精神衛生上の問題が大きなウエイトを占めてきている。

一方、国民生活の構造、背景にも著しい変化がおこり、人口の都市集中、高度工業化の進ちよくに伴つて、し尿、ごみ処理などのための環境衛生施設の拡充が緊急の課題として登場し、また、各種の公害の増大や、集団住宅の建設に伴う団地の問題なども、新しい都市的な公衆衛生の課題としてその解決をまつているのである。このような戦後の動向を、公衆衛生の主要指標の推移によつてみると第七一表のとおりであり、結核り患率、赤痢り患率など特定のものを除けば、健康水準の向上が顕著であつたことがわかるのである。

#### 第7-1表 戦後における公衆衛生の主要指標の推移

第7-1表 戦後における公衆衛生の主要指標の推移

	22年	25年	30年	35年
平均寿命 男(歳)	50.1*	58.0	63.6*	65.4
女(歳)	54.0*	61.5	67.8*	70.3
出生率(人口1,000対)	34.3	28.1	19.4	17.2
死亡率(人口1,000対)	14.6	10.9	7.8	7.6
50歳以上死亡の 総死亡に対する割合(%)	41.6	49.0	63.8	72.7
乳児死亡率(出生1,000対)	76.7	60.1	39.8	30.7
伝染性疾患死亡率(人口1,000対)	6.2	3.9	1.6	1.2
結核死亡率(人口10万対)	187.2	146.4	52.3	34.1
結核罹患率(人口10万対)	-	635.6	579.6	524.2
赤痢罹患率(人口10万対)	50.2	59.8	90.3	100.6
食中毒発生件数(件)	-	963	3,277※	1,877
身長 男 1歳(cm)	75.4	75.1	76.4	77.9
14歳(cm)	143.8	147.3	151.2	153.6
女 1歳(cm)	72.9	74.0	75.2	76.0
14歳(cm)	144.0	145.8	148.3	149.4
動物性たんばく摂取量(g)	11.0	17.0	22.3	24.7

(注) 1. 平均寿命\*印は完全生命表(第8回、第10回)、その他は簡易生命表による。  
 2. 食中毒発生件数※印は、30年に森永粉ミルク事件、北陸方面のいかた中毒がひん発した。

現在われわれが到達している水準は、わが国の公衆衛生活動のこの一六年間における画期的躍進の成果といつても過言ではないと考えられるが、さらに今後の発展の方向について付言してみるならば、それは、疾病の動向に応じた特殊疾病予防対策の強化に加えて、より積極的な健康の増進と、より文化的な生活環境の改善にあることは言をまたないところであろう。すなわち、最近までの公衆衛生活動が、急性伝染病、結核、乳児死亡などの特殊疾病の対策にその主力を置いてきたことは国民の保健対策上の基本的要請であり、第七-二表にみるとおり、公衆衛生事業の実績も明らかにそのことを物語っているのであるが、特殊疾病脅威から解き放された国民は、所得水準の向上に伴ってより健康にみちた毎日と快適な文化生活を希求しはじめていたのであり、そのことが、上下水道、清掃事業に対する関心、成人病の予防、児童の健全育成、食改善、居住条件の改善などの要求となつて現われてきている。したがって、今後の保健対策の方向も、消極的な立場から疾病そのものを目標とするのみでなく、より積極的な立場から国民の健康を可能な限り増大し、健全な社会的活動を長期間可能にすることも目標とすべきであろう。

第7-2表 戦後における主要公衆衛生事業の推移

第7-2表 戦後における主要公衆衛生事業の推移  
(各年末現在)

	22年	25年	30年	35年
保健所(か所)	675	691	781	793
衛生行政従事医師(人)	1,598	1,840	2,622	2,632
衛生行政従事歯科医師(人)	92	165	258	205
就業保健婦(人)	12,675	14,691	12,369	13,010
栄養士(人)	3,379	5,781	16,648	49,086
食品衛生監視員(人)	1,767	1,502	1,952	1,954
結核病床(床)	53,399	101,644	236,183	252,278
精神病床(床)	17,196	17,686	44,250	95,011
伝染病床 <sup>◎</sup> (床)	-	11,587	24,303	29,333
乳児保健指導(個別) <sup>※</sup> (件)	799,864	798,140	1,196,821	1,623,178
環境衛生監視指導 <sup>※</sup> (か所)	-	-	986,766	708,253
衛生教育集会 <sup>※</sup> (回)	29,591	83,469	124,314	160,061
保健婦家庭訪問 <sup>※</sup> (件)	802,929	1,738,885	2,088,382	3,500,562

(注) 1. <sup>◎</sup>印は伝染病予防法に基づく伝染病院、隔離病舎の病床数である。  
2. <sup>※</sup>印は全国保健所の事業実績である。

このためには、第一に保健所を充実して前に述べたような健康増進とよい環境に対する国民のニードに応じうるように態勢を整えるべきであり、同時にクリニックや保健婦その他の公的サービスとしての疾病予防事業を特定の低水準地域や階層に集中することによつて、格差の解消を旨とする必要がある。第二に市町村の公衆衛生活動能力の改善を人的ならびに財政的面上において強化するとともに公衆衛生活動を地域住民の生活や習慣に密着させるために、民間の地区組織活動を積極的に育成しなければならぬであろう。最後に、成人病検診、精神障害者対策、予防接種などの個別サービスの分野において、民間にあつて診療に従事する医師との関係をどのように調整するか、社会保険で行なっている保健施設と一般公衆衛生活動との調整をどのように行なうかなど、予防と医療が一体的に行なえるようなしくみを是非とも考える必要があろう。

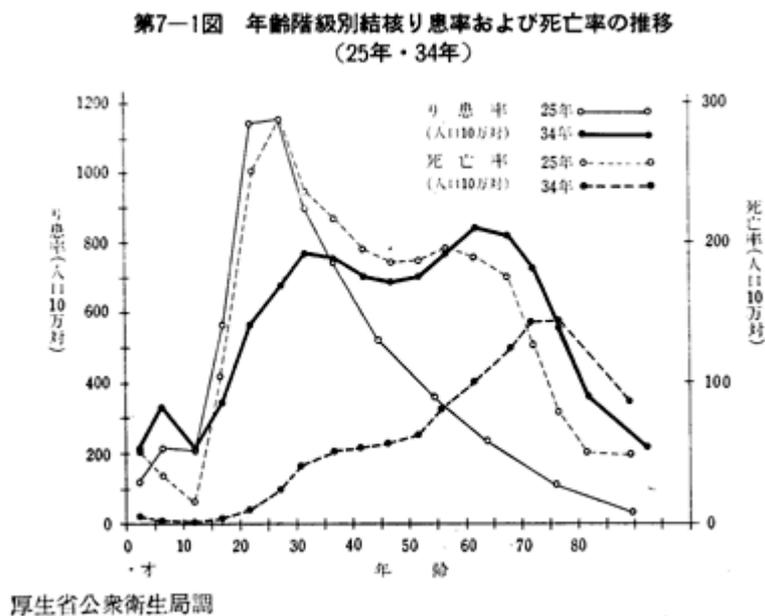
## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第二節 結核

戦後激動を続けた我が国の結核も、ようやくにして漸減期にはいり、今後はすべての結核患者に対して医療を徹底し、回復者には円滑な社会復帰を図る時期に立ち至つたということができよう。化学療法、外科療法などの治療法の改善は、国民の生活水準の向上と相乗的に作用して、結核はしだいに軽症化し、また、青年層を犯す疾病であつたのがしだいに成人ないし老人の疾病になりつつある。現在の日本は結核による死亡の恐怖からしだいに解き放されつつあるものの、依然として、三〇歳台、四〇歳台においては最高ひん度の疾病であり(第七一図参照)、一度発病すれば長期の療養を必要とすることに変わりはなく、そのため生活を脅かし、また老後の安穩を保証しかねる状態である。

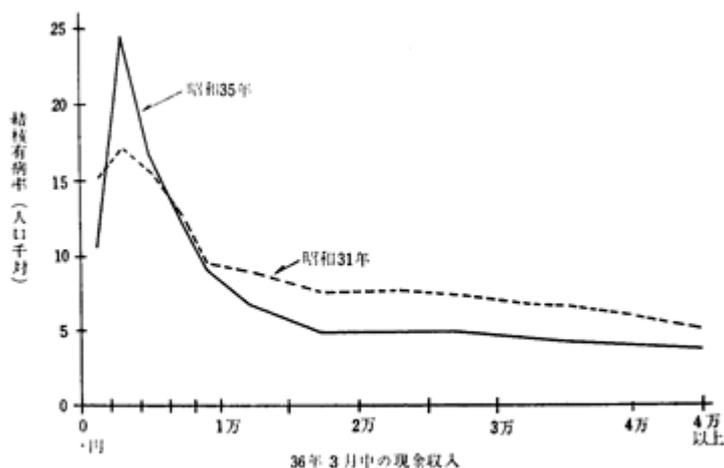
第7-1図 年齢階級別結核り患率および死亡率の推移



次に、結核患者を階層別に観察すると、(中産階層以上においては結核有病率の改善のあとが顕著であるのに対し、貧困階層にあつては有病者がますます累積し、沈殿する傾向がみられ、一般的な改善から取り残されていることが看取される。すなわち、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みると、第七二図のとおり、昭和三一年から三五年までの四か年間において月収二万円以上の世帯では有病率の減少が顕著であつたが、月収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みられないのである。

第7-2図 結核有病率の収入階級別推移

第7-2図 結核有病率の収入階級別推移  
(31年・35年)



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、事業経営世帯を除いている。

このような結核症の推移に対応して、厚生省は、三四年度から結核対策特別推進地区の構想-健康診断、結核患者管理、適正医療の普及ならびに濃厚感染源排除など諸施策の高水準達成-着手し、総合的な結核予防対策を推進してきている。推進地区は三五年度には四一七保健所地区と全保健所の半数以上に及び、三六年度には全保健所地区(七九五か所)においてこの構想を実施したのである。この構想の中心課題である登録、患者管理、感染源排除の強化の諸点は、三六年五月の結核予防法の改正において取り入れられ、三六年一〇月から施行されるに至った。すなわち、保健所長は届出患者を登録し、それに基づいて患者ならびに回復者の管理を行ない、登録者に対する管理検診、患者の同居者に対する検診などを実施し、感染性患者に対しては命令を以て結核療養所などに入所せしめ、これが医療費については国庫補助率を従来の一〇分の五から一〇分の八に引き上げ、結核予防における国の責任を明確化することとなったのである。

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

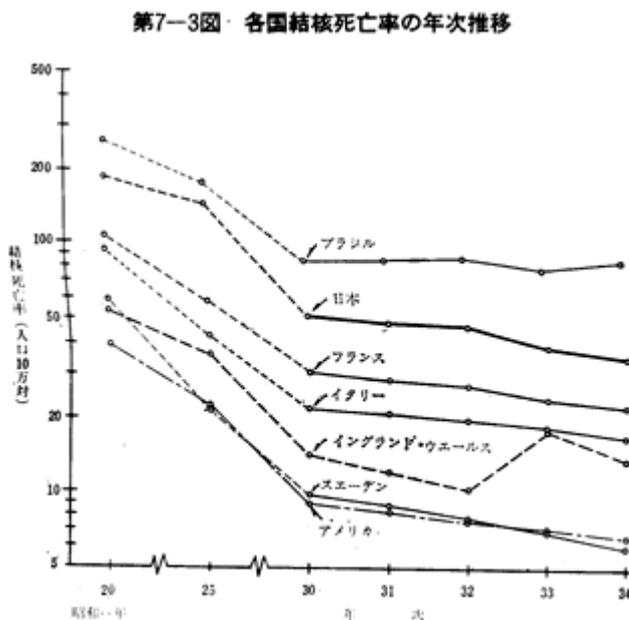
#### 第二節 結核

##### 一 現状

### 死亡

昭和三五年の結核による年間死亡数は三万一、八八四人、人口一〇万に対する死亡率は三四・一であり、戦後急激であつた激減傾向から漸減の傾向に移行する動きがみえはじめています。しかし、死亡率を世界各国のそれと比較してみると、第七-三図で明らかとなっており、欧米先進国にはまだまだ及ばないのであつて、日本の結核は死亡の状況からみても今後なすべきことが多いことがわかるのである。最近の結核死亡を年齢階級別にみると、第七-一図で明らかとなっており、二五年に比較して三四年には二〇歳を中心とする青年層の死亡率の減少は著しく、年齢階級別死亡率曲線における青年層の山は消失している。しかし、三〇歳台では、死亡率曲線に若干の盛り上がりが見られ、三〇歳台の死因の第一順位は結核であり、依然として生産年齢層に対する脅威であることに変わりはない。また、五〇歳台から七〇歳台にかけての死亡率の減少はみられず、感染源としての意義は重大なものがある。

第7-3図 各国結核死亡率の年次推移



厚生省公衆衛生局調

(注) 日本およびイングランド・ウェールズの20年の点は22年のものである。

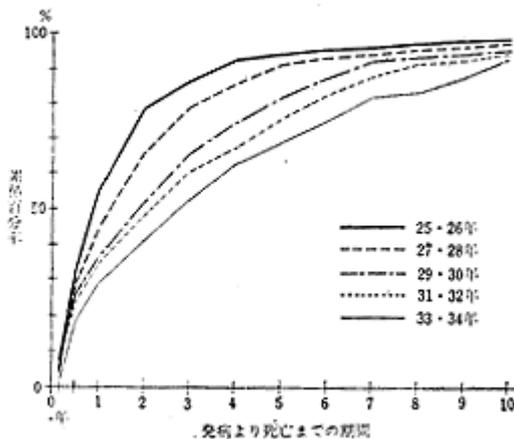
次に、各都道府県間の結核死亡率の格差も著しく、人口一〇万対最高四九・二から最低二〇・九の間にあるが、ことに九州地方、阪神地方に高く、長野、山梨など本州中央の人口希薄部に低くなつている。

結核による死亡者の発病から死亡までの期間もしだいに伸びてきており、東京都に例をとれば二五、二六年には、結核が発見されてから三か年以内に死亡する者は九〇%近くを占めていたが、三三、三四年

には約五〇%に減少している(第七-四図参照)。しかし、死亡の場所についてみると、自宅で死亡するもの数は逐年減少しつつあるものの、三四年においてはなお全結核死亡の四七・六%を占めており、予防対策上これらの死亡者の感染源としての意義が再認識されなければならないのであろう。

第7-4図 東京都の「発病より死亡までの期間」別にみた全結核死亡者の累積百分率

第7-4図 東京都の「発病より死亡までの期間」別にみた全結核死亡者の累積百分率  
(各年4月)



厚生省統計調査部

り病状況

結核予防法による届け出結核患者数は、昭和三五年には四八万九、七一五人であつたが、このうちまったく新しく発見された者は四三万人と推定されるのである。すなわち、三四年に第一期結核対策特別推進地区に指定された全国二二保健所における三五年の年間新登録患者数は、結核登録患者に関する定期報告によれば第七-三表の示すとおり約一一万五、九〇〇人であり、これを全国に引きのばすと約四三万人となるのである。このうち、感染性患者は二四・七%約一〇万六、〇〇〇人である。さらに第七-三表で明らかとなっており、感染性患者は、都市型、中間型保健所の地域において、人口一〇万対一五六および一二七、農村型保健所の地域においては九六であつて依然として都市部に患者の発生が多い。

第7-3表 保健所型別新登録患者(第1期結核対策推進地区)

第7-3表 保健所型別新登録患者(第1期結核対策推進地区)  
(35年)

	保健所数	新登録患者数	呼吸器の結核(再掲)			
			総数(A)	うち活動性感染性患者		
				患者数(B)	(B/A) × 100	
実	数	115,900	108,529	26,823	24.7	
比率 (人口10万対)	総数	212	462	433	116	24.7
	都市型	37	565	530	156	28.3
	中間型	18	437	405	127	27.2
	農山漁村型	133	430	404	96	21.7
	人口希薄な地域の型	20	341	313	84	26.9
	支所型	4	609	471	70	14.8

資料：厚生省公衆衛生局「結核登録患者に関する定期報告」による。  
(注) この保健所総数に対する人口は25,070千人である。

このような膨大な患者が年々歳々新たに発見、集積されてきていて、三五年一二月三十一日現在、前述の二一二保健所における結核登録者数約四一万人のうち、要医療患者は約二六万人、人口一〇万対一、〇三二となつていのである。これを全国に引きのばすと約九六万人の要医療者が登録されていることになる。三三年の結核実態調査では、推計要医療者数は三〇四万人であつたから、依然として多数の要医療者が発見されないままに存在しているわけである。

---

---

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第二節 結核

##### 二 健康診断と予防接種

前述のような結核の現状に対して、現在とられている対策はどのようになってきているであろうか。以下、健康診断と予防接種にはじまる個々の対策について述べよう。

結核は、その大部分が無自覚性であるため、自発的受診のみによる患者発見によつては有効な施策が行なわれがたいので、結核予防法は原則として、全国民を対象とする健康診断および予防接種を規定している。

健康診断に要する費用は、受診者の負担はまったくなく、実施責任者関係の負担と国・都道府県の補助でまかなわれているが、現実に健康診断を受診したものは昭和三五年度において全国民の四〇・六%である(第七-四表参照)。中でも市町村長を実施義務者とする一般住民の受診率は逐年上昇の傾向にはあるが、なお、対象人口に対しては、二六・三%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らかである。健康診断による患者発見率もわずか〇・四%足らずであり、新たに保健所に登録される結核患者の発見方法別にみても、その六〇%以上が一般医療機関における個別受診によるものである。これには保健所その他の健康診断実施機関の検診能力、対象選定、啓蒙宣伝などの種々の要因が考えられるであろうが、健康診断の効率化のために一層の工夫をこらすとともに、今後はかつて一度も受診したことのない者を受診させるなどの努力が必要である。

第7-4表 実施義務者別健康診断受診率と患者発見率

	35 年					29 年 患者発見率
	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	-	38,838	-	142	0.37	0.56
定 期 分	92,428	37,503	40.6	125	0.33	0.52
使 用 者	15,427	4,672	30.3	20	0.43	1.54
学 校 長	23,255	18,569	79.8	25	0.13	0.41
施 設 の 長	1,489	514	34.5	1	0.20	0.90
市 町 村 長	52,257	13,748	26.3	78	0.57	0.24
定 期 外 分	-	1,335	-	17	1.27	1.34
患 者 家 族	-	501	-	10	2.00	2.05
業 態 者 等	-	833	-	7	0.84	0.94

資料：厚生省統計調査部「保健所運営報告」による。

(注) 対象人員は35年現在推計数である。

最後に、BCG予防接種について一言しよう。結核の発病防止の手段として有効なBCGワクチンの被接種者は逐年わずかず減少しており、三五年には六三七万人であった。その理由としては、ワクチンの力価が著しく向上してBCG接種によるツ反応陽性者が多くなったこと、対象者特に小中学生の数が減少したことなどがあげられよう。しかし、最も重要な対象である六歳未満の乳幼児に対する接種率は年々向上

している。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第二節 結核

##### 三 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つて完全に実施し、健康人として社会に復帰し、さらに再発をみることのないよう、一貫して指導援助することである。したがつて、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。

昭和三四年度指定の第一期結核対策推進地区における三五年一か年間の管理検診の成績は第七-五表に示すとおりである。すなわち、この検診を受けた者の二九%はただちに医療を再開しなければならぬ患者であり、そのうち、二八%は感染性患者であつた。これらの結果からも患者管理の必要性が強調されるのである。このために、三六年の法改正によりこれらの要観察者、回復者に対する医学的管理の実施が制度化されるに至つた。

第7-5表 管理検診の成績

第7-5表 管理検診の成績 (35年)		
	実 数	構成比
受 診 者	62,577	100.0
活 動 性	18,367	29.4
活動性感染性	(5,164)	(28.2)
活動性非感染性	(13,203)	(71.8)
不 活 動 性	22,478	35.9
結 核 な し	21,732	34.7

資料：厚生省公衆衛生局「結核登録患者に関する定期報告」による。  
(注) 第1期結核対策推進地区のうち、203保健所分である。

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第二節 結核

##### 四 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て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、結核療養所など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、比較的所得階層に集積しており、しかもこれらの階層においては、住宅事情などからみ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。すなわち、現在保健所には握されている感染性患者の四三%が入院しているにすぎない。また、結核の化学療法剤に対する耐性の発現する割合が漸次増大する傾向がみられるので、治療計画の適正化が一層重大となつてきており、合わせて新しい抗結核剤の採用が検討されなければならない。

三五年における命令入所措置患者は、第七-六表に示すとおり、年間八、八一〇件、年末現在五、八六五人であり、いずれも三三年の三倍以上になつたが、結核登録患者に関する定期報告によれば在宅感染性患者が全国で約一一人もあるものと推計されているのに比べれば微々たるものであり、濃厚感染源対策がただちに低所得階層の結核対策に通ずる現状においては、その徹底が結核対策上はなほ重要な意義を有することは明らかである。これらの点にかんがみ、三六年には所要の法改正と予算措置を行なつて命令入所制度の拡充を図つたのである。すなわち、三六年一〇月からは結核予防法による命令入所の国庫補助率を従来の一〇分の五から一〇分の八に引き上げ、低所得階層の命令入所患者に対する都道府県の公費負担を容易ならしめると同時に、生活保護法による医療扶助を受ける結核患者のうち、結核予防法の命令入所該当者をこの制度に移し替えることになつた。この措置により、三六年度後半期には命令入所対象者数は五万四、〇〇〇余人が見込まれ、三六年度国庫補助予算に五〇億九、〇〇〇万円を計上して濃厚感染対策の強化を図っている。

第7-6表 命令入所実施状況

	法第35条による医療費公費負担	
	年間承認件数	年末現在公費負担患者数
33年	2,796	1,778
34	6,329	3,936
35	8,810	5,865

資料：33年は、厚生省統計調査部「保健所運営報告」、34、35年は同部「厚生省報告例」による。

(注) 就業禁止によるものを含まない。

厚生白書(昭和36年度版)

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第二節 結核

##### 五 医療

#### 受療状況

昭和三三年の結核実態調査によれば、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。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、三五年七月一三日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、診療所で入院二万三、〇〇〇人、外来一〇万二、〇〇〇人であつた。三〇年以降の受療状況の推移は第七-七表のとおり、入院患者数は三三年までは毎年増加したが、三五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った患者は含まれていない。外来患者の平均外来診療間隔は年々しだいに伸び、三〇年には三・七日であつたものが、三五年には四・五日になつているので、実際に治療を受けている外来患者数はおおむね増減はないものと考えられる。

第7-7表 病院および診療所の結核患者全国推計数

第7-7表 病院および診療所の結核患者全国推計数

	30年 7月13日	33年 7月16日	35年7月13日	
			患者数	構成比
入	千人 263	千人 265	千人 233	% 100.0
院				
健保本人	110	85	77	33.0
健保家族	31	29	24	10.3
国保	25	38	40	17.2
生保	77	93	83	35.6
自費・その他	19	20	9	3.9
生保(再掲)	89	106	90	38.6
外	141	112	102	100.0
来				
院				
健保本人	49	33	28	27.5
健保家族	30	26	21	20.6
国保	18	23	33	32.4
生保	15	8	8	7.8
自費・その他	29	22	12	11.8
生保(再掲)	15	8	8	7.8

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、「生保単独」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、第七-八表のとおり、二六年には一二万五、〇〇〇床であつたのが急増して三三年には二六万三、〇〇〇床に達したが、その後は減少をはじめ、三五年には二五万二、〇〇〇床となつた。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、三五年には、七八%にまで低下し、約五万五、〇〇〇床の空床を有することになつた。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、三三年の結核実態調査によれば、要入院患者数はなお八六万人もあり、このうち、自分が結核であることを知つている者だけでも三九万人もあるものと推定されるから、入院医療費の保障、患者管理などの諸施策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持つ近代的な病院への要求が強くなつてき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きている。

第7-8表 結核病床、入院患者および病床利用率の年次推移

第7-8表 結核病床、入院患者および病床利用率の年次推移  
(各年12月末現在)

	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
35	252	197	78	233

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

結核は患者にとつてのみならず、国民全体にとつても多額の医療費を必要とする疾病である。厚生省統計調査部および公衆衛生局の推計によれば、昭和三四年度の結核医療費は七一億円であつて、三三年度の六五四億円に比べ、約五七億円の増加を示した。三三年一〇月の保険診療点数の改訂による増こうを除外して考えてみても、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(第七-九表参照)。

第7-9表 支払い方法別国民総医療費および結核総医療費の年次推移

第7-9表 支払い方法別国民総医療費および結核総医療費の年次推移

	33 年 度			34 年 度		
	総医療費 (A)	結核医療費 (B)	$\frac{(B)}{(A)} \times 100$ %	総医療費 (A)	結核医療費 (B)	$\frac{(B)}{(A)} \times 100$ %
総 額	億円 3,531	億円 654 (100.0)	18.5	億円 3,899	億円 71.1 (100.0)	18.2
公費負担分	343	197 (30.1)	57.4	400	217 (30.5)	54.3
保険者負担分	1,686	306 (46.8)	18.1	2,065	337 (47.5)	13.4
患者負担分	1,502	151 (23.1)	10.1	1,434	157 (22.0)	10.9

厚生省統計調査部調

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第二節 結核

##### 六 結核回復者の社会復帰

結核回復者のあと保護と社会復帰に対する諸施策は結核対策のしめくりをなすものであり、結核の予防、医療対策と並んで今後の重要な課題である。結核は、一〇数年前までは非常に直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、感染性の恐れが去らないことなどの理由により、社会復帰の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略治せしめう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。

結核回復者の社会復帰を援助する施設としては、結核回復者あと保護(アフターケア)施設があつて、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收容して、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、三六年五月現在、全国に二六か所の施設(都道府県立二三か所、法人立三か所)が設置されている。しかし、その收容定員はわずかに約一、七〇〇人にすぎず、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足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七一〇表のとおり、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良好な成績をおさめている。

第7-10表 後保護施設退所者の社会復帰状況

第7-10表 後保護施設退所者の社会復帰状況  
(35年度末現在)

総数	退 所 後 の 状 況											
	元の職業に復帰した者		元の職業に就いた者		元の職業以外に就いた者		結婚して家庭にある者	失 業 中		就職後再発	疾病により退所した者	その他
	自営	雇用	自営	雇用	自営	雇用		職を得ない退	職を得て退			
退所者数	875	6	83	68	487	23	75	6	4	77	46	
構成比(%)	100.0	10.2	63.4	2.6	9.3	0.5	8.8	5.2				

厚生省社会局調

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第三節 精神衛生

##### 一 精神障害者の実態

わが国の精神障害者に関する統計資料は、他の疾患のそれと比べるときわめて貧弱である。従来、若干の特定地域において一斉調査などが行なわれているが、調査方法、精神障害の範囲の定め方もまちまちであるので、これらの結果をまとめて全国的な推計を行なうことは困難であつた。厚生省が昭和二九年七月に行なつた精神衛生実態調査は、予め精神障害者の範囲および調査方法について詳細に定めたうえで、全国推計ができるように標本調査を行なつたものである。この調査結果によると、全人口の一・五%に精神障害の症状があるものと推定され、この人数は約一三〇万人と推計された。性別にみると、男六六万人(有病率一・六%)、女六四万人(一・四%)でほぼ同数である(第七一一表参照)。また、年齢区分別では、一八歳未満の年少者は有病率一・〇%(全国推計数三五万人)、一八歳から五九歳の成年者では一・九%(八三万人)、六〇歳以上の高年者では一・七%(一二万人)で成年層に最も多い。次に、前記の調査によつて精神障害者を必要な処置別にみると、精神障害者のうち、四三万人(三三・八%)にも上る人々が、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、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二八万人を数えた。

第7-11表 性別・年齢区分別精神障害者の有病率および推計数

			有 病 率	全 国 推 計 数
			%	万人
総 数	}	総 数	1.5	130
		男	1.6	66
		女	1.4	64
18 歳 未 満	}	総 数	1.0	35
		男	1.1	20
		女	0.9	15
18 ~ 59 歳	}	総 数	1.9	83
		男	1.9	41
		女	1.8	42
60 歳 以 上	}	総 数	1.7	12
		男	1.6	5
		女	1.7	7

資料：厚生省公衆衛生局「精神衛生実態調査」による。

一方、三一年に厚生省が行なつた在院精神障害者実態調査によれば、第七一二表のように、現実の入院患者についてみても寛解や軽快見込みの者の合計が四五%に上り、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にもかかわらず、精神障害者が専門的な指導または診療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、全体の約九一%(二九年調査)も占めていた。また、早期受診の効果は精神障害についても相当顕著である(第七-五図参照)にもかかわらず、発病がわかつてから入院するまでの期間も長く、第七一三表のとおり、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からようやく入院している。

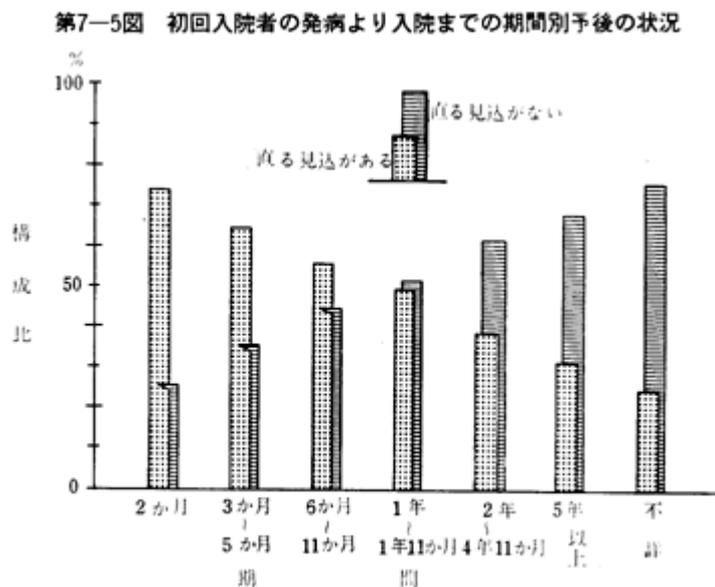
第7-12表 精神障害者の治療効果

第7-12表 精神障害者の治療効果 (31年) (単位:%)

在院者予後別		構成比	退院者治療効果別		構成比
総	数	100.0	総	数	100.0
寛	解	15.5	寛	解	38.0
軽	快	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			

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7-5図 初回入院者の発病より入院までの期間別予後の状況



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7-13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7-13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

	総数	2か月未済	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
構成比 (%)	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「在院精神障害者実態調査(31年)」による。

(注) 精神病質、精神薄弱および精神神経症は除いてある。

推定一三〇万人の精神障害者のうち、入院または外来治療・指導を受けている患者は一五万人ぐらいであり、残りの大部分はなんらの処置も受けずに在宅のままである。したがって、在宅患者対策の早急な確立が望まれているので、これが基礎資料をうる目的で、三五年七月一五日より一か月間にわたって、精神科、神経科を標榜する病院および診療所を訪れた新外来、新入院の患者について、在宅の状況調査と家族の人々の精神病と精神衛生に対する態度調査を実施した。なお、この調査で対象となったものの一部についての動態調査を、三六年度も引き続き実施しているが、これらの結果が判明すれば、わが国の精神衛生対策の貴重な指標となろう。

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第三節 精神衛生

##### 二 精神病院など

精神衛生法の規定によつて、精神障害者は、精神病院または他の法律によつて認められた施設以外の施設に收容してはならないことになつてゐる。昭和二九年から三五年までの七年間の精神病院数の推移はめざましく、三五年一二月末には、五〇六か所(精神病床のみよりなる精神病院)を数えるに至つたが、精神病床数を経営主体別にみると公私立の割合は、二対八であつて、私的病院の占める比重は非常に高い。また、精神衛生法によつて、都道府県は精神病院をみずから設置しなければならないことになつてゐるが、まだ設置していない県が九県ある。次に、病床についても、第七一四表で明らかとなつて、年々一万床前後の増加を示し、三六年三月末現在で、九万六、八三〇床に達したが、二七年以降、在院患者数はつねに定員を超過してきたのであつて、三六年三月においても、病床利用率はなお一〇五・一%を示しているのである。ちなみに、諸外国における精神病床の保有状況をみると、第七一五表のとおり、人口一万について最も高いのがアイルランドの七・三で、カナダ、スコットランド、スエーデンなどは四〇以上、アメリカ、スイス、イングランド・ウェールズ、オーストラリアは三〇以上であるのに対し、現在の日本は人口一万対一〇・三にすぎない。また、各国においては、精神病床の総病床数に対する割合は、二〇%から四〇%を占めているが、日本ではわずかに一四%前後にすぎないのであつて、わが国の精神病床の整備が立ち遅れていることがここにも歴然と示されている。わが国の必要精神病床数は、病床回転率などから考えると約一七万三、〇〇〇床(人口一万対一七・三)程度であると考えられるのであり、早急にこれが整備を図らねばならぬが、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。現在の病院は、收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、長期患者收容と短期患者收容とに機能を分化すること、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なども検討さるべきであろう。

第7-14表 精神病床数、在院患者数および病床利用率の推移

第7-14表 精神病床数、在院患者数および病床利用率の推移  
(各年3月末現在)

	精神病床数(A)	在院患者数(B)	利 用 率 ((B)/(A)×100)
	床	人	%
27年	22,858	24,733	108.2
28	26,890	29,173	108.5
29	32,834	36,969	112.6
30	39,110	42,659	109.1
31	46,649	49,893	109.3
32	57,220	59,189	103.4
33	66,365	70,189	105.8
34	76,133	80,389	105.6
35	86,925	91,891	105.7
36	96,830	101,767	105.1

第7-15表 諸外国の精神病床数および率

第7-15表 諸外国の精神病床数および率

	病 床 数		人 口 万 対	
	総 数	精神病床数	総 数	精神病床
カナダ (1957)	192,278	69,296	119.6	43.1
アメリカ (1957)	1,558,691	639,510	90.7	37.2
イスラエル (1957)	13,066	3,989	67.5	20.6
日本 (1961 (3月))	692,883	96,830	73.9	10.3
フィリピン (1956)	18,725	3,600	8.6	1.7
西ドイツ (1957)	553,725	95,371	107.6	18.5
オーストリア (1957)	73,788	11,502	105.5	16.4
デンマーク (1957)	45,597	9,511	101.6	21.2
フランス (1957)	570,796	82,924	129.5	18.8
アイルランド (1956)	47,028	20,659	162.3	71.3
イタリア (1956)	393,720	100,467	81.6	20.8
オランダ (1956)	95,413	27,395	87.6	25.2
イングランド・ウェールズ (1957)	482,773	157,291	107.2	34.9
スコットランド (1957)	64,005	22,436	122.8	43.1
スウェーデン (1957)	109,389	31,579	148.5	42.9
ソ 連 (1957)	1,444,100	126,180	72.1	6.3

厚生省公衆衛生局調

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第三節 精神衛生

##### 三 医療費の保障

精神障害者対策上考慮すべき点は、患者の大多数は病識がないこと、長期入院を要すること、患者の分布が低所得階層に偏していることなどがあげられようが、最も困難な問題は入院医療費の問題である。精神病院の入院医療費は、昭和三四年において一か月平均一万五、五〇〇円を要した。しかも、二年以上の長期在院者が精神病院全入院患者の三五・四%を占め、また、患者家族の月収別状況では二万円以下が五二・三%、三万円以下では八四・二%を占めている現状である。入院精神障害者の医療費の支払方法には、社会保険、生活保護(医療扶助)、自費などのほかに、精神衛生法による措置入院の制度がある。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。したがつて、前述のような精神障害者の医療を保障するためには、社会保険の充実を図つて、全精神障害者が医療費に対する不安もなく等しく入院治療のできることが望ましいのであるが、現状では早急な実現は困難な点が多い。このため、現行の精神衛生法による措置入院の制度を拡充強化して、患者と家族の福祉を図り、同時に社会の安寧に寄与することが必要となつた。

三六年には所要の法律改正を行なつて、入院措置費について、従来都道府県に対する二分の一の国庫補助率を一〇分の八の国庫負担率に引き上げ、かつ、患者負担を大幅に軽減し、低所得階層に対する負担をなくすよう措置することによつて、措置入院制度の大幅な拡充強化を図り、三六年一〇月より実施することとなつた。すなわち、三五年度の国の予算では、精神障害者の入院措置費は一一億二、〇〇〇万円、対象人員(病床数)約一万二、〇〇〇人(床)であつたが、三六年度は、入院措置費は三七億五、二〇〇万円、対象人員(病床数)三万七、〇〇〇余人(床)と約三倍に伸びた。ちなみに、精神障害者入院医療費の総額は、第七一六表のとおり、三五年度には約一四六億円、三六年度には約二〇〇億円に達するものと推計されている。

第7-16表 精神障害者入院医療費推計

第7-16表 精神障害者入院医療費推計

(単位:億円)

	35年度	36年度		
		上半期分	下半期分	計
入院総医療費	145.9	95.8	104.0	199.8
精神衛生法関係	23.2	13.3	40.6	53.9
公費負担	22.3	12.0	39.4	51.4
国費	11.2	6.0	31.5	37.5
地方費	11.2	6.0	7.9	13.9
患者負担	0.9	1.3	1.2	2.5
生保関係	61.0	45.5	33.2	78.7
保険関係	61.7	37.0	30.2	67.2

厚生省公衆衛生局調

(注) 1. 精神病院および精神病床を有する一般病院の入院患者のみについての推計である。

2. 36年度推計は当初予算による。

3. 全額自費分を含まない。

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第三節 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なければならないものである。精神衛生の究極の目標は、少々の困難なことに出あつても反社会的行動に走つたり、心のわだかまりを生じたり、ノイローゼなどにかつたりすることなく、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格の形成と、変化する環境に適応しうる健康な精神をつくることにある。人間関係の円滑な調整を図り、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は不可欠のことであり、社会的適応異常、ノイローゼ、非行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高まりつつある。

精神衛生法は、このような意味で、精神障害者の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、精神の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、現在全国に五二か所設置されており、精神科医、サイキアトリック・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、教育の場などにおける精神衛生技術の指導、在宅精神障害者の把握、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三四年度の事業集計によると、指導相談ケースの総数は、一万二、一二一件にすぎず、精神障害者の相談が半数以上を占めている状況である。

最後に、優生保護の現況について一言しよう。優生保護の目的は、優生上の見地から不良な子孫の出生を防止するとともに、母性の生命、健康を保護することであり、その具体的な実施方法として、優生保護法は優生手術、人工妊娠中絶、受胎調節の三つについて規定しているが、その実施状況は第七一七表のとおりである。

第7-17表 優生手術および人工妊娠中絶実施件数

第7—17表 優生手術および人工妊娠中絶実施件数  
(35年1月1日～12月31日)

	優 生 手 術 実 施 件 数						計	人工妊娠 中絶実施 件 数
	当事者の同意によるもの(3条)				医師の申請 によるもの			
	遺伝性 疾 患	らい 疾患	母体 保護	小 計	遺伝性疾 患(4条)	非遺伝性 精神疾患 (12条)		
男	57	7	853	917	203	10	1,130	-
女	275	58	36,637	36,970	567	55	37,592	1,063,256
計	332	65	37,490	37,887	777	65	38,722	1,063,256

厚生省公衆衛生局調

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第四節 成人病

最近のわが国の死亡の動向からみて注目すべきことは、結核その他伝染性疾患による死亡が年を追って減少の一途をたどり、これに代わって中枢神経系の血管損傷、悪性新生物、心臓の疾患(いわゆる成人病)のような、壮年期以後に多発する一群の慢性疾患による死亡が増加してきたことである。すなわち、昭和三五年の主要死因別死亡をみても、第七一八表のとおり、第一位から第三位までをいわゆる成人病で占めており、全死亡数七〇万六、三〇九人に対して成人病死亡の占める割合も五四・六%に及んでいる。成人病にみられるこの傾向は、今後の高齢人口の増加、さらには文明の高度化、生活環境の複雑化など成人病の発生を促す各種の有害要因の増加にともなつてますます高められるであろうことは、欧米諸国の例からみても当然推測されるところである。三五歳から五九歳までのいわゆる働き盛りの年齢層において、成人病による死亡が第一位ないし第三位と高順位を占めていることは、この年齢層が社会的には諸活動の中核であり、一家においては支柱であることから大きな社会問題につながっているのである。

第7-18表 35年の主要死因別死亡数と率の前年との比較

第7—18表 35年の主要死因別死亡数と率の前年との比較

	死 亡 数			死亡率(人口10万対)		
	35 年	34 年	差引増減 (△)	35 年	34 年	対34年比
総 数	706,309	689,959	16,350	756.1	742.1	101.9
中枢神経系の血管損傷	149,842	142,858	6,984	160.4	153.7	104.4
悪 性 新 生 物	93,483	91,286	2,197	100.1	98.2	101.9
心 臓 の 疾 患	67,933	62,954	4,979	72.7	67.7	107.4
老 衰	54,150	52,687	1,463	58.0	56.7	102.3
肺炎および気管支炎 <sup>1)</sup>	45,927	42,018	3,909	49.2	45.2	108.8
不慮の事故	38,799	41,662	△ 2,863	41.5	44.8	92.6
全 結 核	31,884	32,992	△ 1,108	34.1	35.5	96.1
自殺および自傷	19,830	21,090	△ 1,260	21.2	22.7	93.4
胃炎・十二指腸炎・腸炎および大腸炎 <sup>2)</sup>	19,757	21,674	△ 1,917	21.1	23.3	91.0
その他の新生児固有の疾患および性質不明の未熟児	17,266	19,512	△ 2,246	18.5	21.0	88.1

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」による。

(注) 1). 新生児肺炎を含む。

2). 新生児下痢を含む。

成人病の対策は、従来の伝染性疾患の予防とは大きな差異があり、したがって困難も多い。依然として未解明な点の多いその成因と増悪する因子の究明が対策の前提であり、次に、個人の生活条件の面からする発生の予防手段、早期診断、早期治療の技術、または実用可能な集団検診の方法を開発すること、さらに、これらを普及するための技術的能力の向上や施設の整備など前途に解決すべき課題が多いのである。したがって、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、これらの諸問題について三二年以降、学識経験者による打ち合わせが行なわれ、研究成果ならびに対策の検討が行なわれている。

---

---

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第四節 成人病

##### 一 中枢神経系の血管損傷・心臓病

中枢神経系の血管損傷は、主として四〇歳後半以後の壮年層に好発する疾患であり、致命率も高く、その死亡も昭和二六年以降つねに死因順位の第一位を占めてきている。国民の年間総死亡に対して占める割合も、二五年には一一・七%であつたのが、三五年には実に二一・二%に及んでおり、国民死亡に大きなウエイトを占めるようになってきている。これを諸外国と比べると、第七一九表に示すとおり、粗死亡率において、西ドイツ、イングランド・ウエールズよりやや低いが、その他の諸外国よりはるかに高率になっている。

心臓の疾患の最近の傾向としては、若い人に多い急性、亜急性心内膜炎が減り、壮年層以後に多い冠状動脈疾患や心筋変性がふえてきたため、六〇歳以上になつて死亡率が急増している。しかし、諸外国と比べると、第七一九表で明らかとなつておりわが国の心臓疾患死亡率は目だつて低く、脳卒中などによる死亡率が高いのと対照的である。

第7-19表 日本および諸外国の死亡総数・死亡率(総数および成人病の死因別)の比較(人口10万対)

第7-19表 日本および諸外国の死亡総数・死亡率(総数および成人病の死因別)の比較(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	悪性新生物
日 本 (1960)	706.309	756.1	160.4	72.7	100.1
ア メ リ カ (1958)	1,647.886	951.3	110.1	324.7	146.9
デ ン マ ー ク (1957)	41.736	929.8	118.2	281.1	200.7
フ ラ ン ス (1958)	496.941	1,114.6	136.7	204.3	191.9
西 ド イ ツ (1957)	570.595	1,130.9	175.7	213.7	202.3
イ タ リ ア (1957)	484.190	998.7	141.2	231.6	137.0
オ ラ ン ダ (1958)	84.175	752.5	99.8	190.7	162.6
ス エ ー デ ン (1957)	73.132	986.3	143.3	294.9	168.8
イングランド・ウエールズ (1958)	526.843	1,167.9	168.9	357.9	212.3

厚生省公衆衛生局調

高血圧、心臓病対策については、その検診技術の基準化ならびに、高血圧、心臓病患者の健康管理の方法などの検討につとめている。また、数府県においてもすでに壮年住民の健康管理をはじめており、保健所と医療機関と密接な連けいのもとに、その実効をあげつつあることは注目し値しよう。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っているものであり、日本においても、将来はこの方面の対策を考慮する必要がある。わが国においては、成人病については、悪性新生物の実態調査のみで、高血圧および心臓病などに関する全国的な調査がなかつたが、本年、成人病基礎調査を実施し、血圧測定値の分布、高血圧症の有病率、心臓病の有病率、脳卒中患者の在宅状況、要養護率などを全国的には握ることとなつているので、今後の成人病対策樹立上有力な基礎資料となることが期待されるのである。

---

---

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第四節 成人病

##### 二 悪性新生物(がんなど)

#### 悪性新生物実態調査

がんは、昭和二八年以来死因順位の第二位を占めるに至つたが、人口の老齡化、生活環境の変化に伴つてますます増加するであろうことは、諸外国の例からみても当然予測されるところである(第七一九表参照)。このようながんのり患の状況について、厚生省は三三年度に全国の一般病院患者の全員を対象とした第一次悪性新生物実態調査を実施して、り患年齢層、地域分布、生存退院率などについて貴重な資料を得たのであるが(三四年度厚生白書参照)、三五年度には第二次調査として、宮城、石川、山口、熊本の四県において、三四年一か年間にすべての診療所および病院で診断された全悪性新生物患者を調査した結果、今後の対策の基礎資料として次に述べるような重要な成績を得た。

まず、性別部位別では、第七二〇表に示すとおり、男の悪性新生物のうち七三・二%は消化器および腹膜が占めており、女の四〇・三%に比べて著しく多い。ことに、胃については、男は五二・八%で、女の二五・六%に比べて二倍以上であつた。その他呼吸器、泌尿器についても圧倒的に男に多いのが注目された。また、乳房は女のがんの九・五%、子宮は二五・一%を占め、胃とともに三大発生部位となつている。次に、年齢別部位別患者数は、第七六図のとおり、男では各部位ともおおむね六〇歳を中心に最多発しているが、女については、年齢分布のピークが部位により著しく異なり、四〇歳台の乳房、五〇歳台の女性器、六〇歳台の消化器、七〇歳台の呼吸器の順で高年齢層に移行している。男女いずれにおいても、二〇歳から三〇歳台における消化器がんの発生が軽視できない数であることは注目に値しよう。

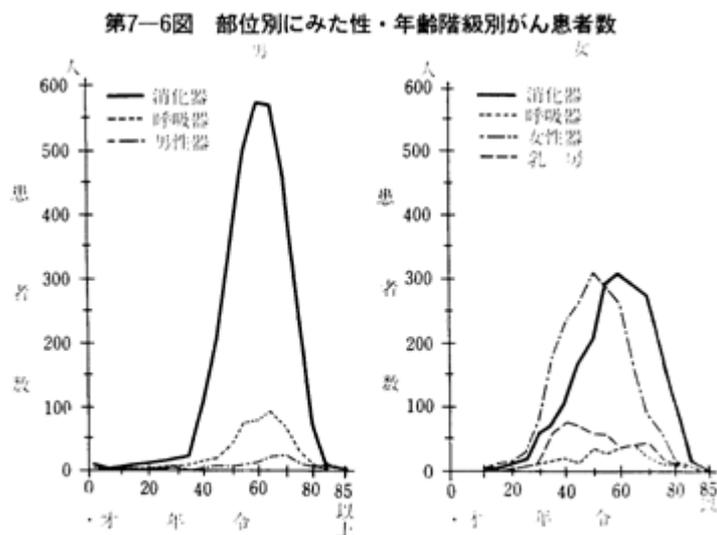
第7-20表 性別、部位別患者数および構成比

第7-20表 性別、部位別患者数および構成比

	男		女	
	患者数	構成比	患者数	構成比
総数	4,888	100.0	5,949	100.0
口腔および咽頭	90	1.8	61	1.0
消化器および腹膜	3,578	73.2	2,395	40.3
食道	209	4.3	114	1.9
胃	2,582	52.8	1,525	25.7
大腸	94	1.9	100	1.7
直腸	181	3.7	198	3.3
肝臓	307	6.3	251	4.2
胆嚢および肝外胆管	52	1.1	64	1.1
脾臓	95	1.9	73	1.2
その他	58	1.2	70	1.2
呼吸器系	507	10.4	243	4.1
喉頭	102	2.1	23	0.4
気管支および肺	292	6.0	138	2.3
その他	113	2.3	82	1.4
乳房	15	0.3	567	9.5
女性生殖器	-	-	2,178	36.6
子宮その他	-	-	1,494	25.1
男性生殖器	144	2.9	-	-
泌尿器	117	2.3	80	1.3
腎臓	27	0.5	27	0.4
膀胱およびその他の泌尿器	90	1.8	53	0.9
その他および部位不明	271	5.5	314	5.3
皮膚	63	1.3	65	1.1
脳	9	0.2	8	0.1
甲状腺	16	0.3	72	1.2
その他	183	3.7	169	2.9
リンパ組織および造血組織	166	3.6	111	1.9
悪性リンパ腫	85	1.8	47	0.8
白血病および無白血病	78	1.6	59	1.1
その他	3	0.2	5	0.1

資料：厚生省公衆衛生局「第二次悪性新生物実態調査(35年度)」による。

第7-6図 部位別にみた性・年齢階級別がん患者数



資料：厚生省公衆衛生局「第2次悪性新生物実態調査(35年度)」による。

## がん対策

がんの対策としては、早期受診と早期治療の具体的施策を打ち出すことが最も大切であるが、このためには、がん専門病院の整備、がん研究組織の整備拡充、中央、地方を通じてのがん対策組織の確立などがあげられよう。がんは、発生原因が不明であること、発生の時期がとらえ難いこと、現在の段階においては難治のものが多いこと、重症化や合併症の発生率が大きいなど、予防、治療について困難な点が多く、病理、診断、治療、予防の各分野において積極的に研究活動を助長し、新開発を続けなければならぬものであり、この点、第六章第一節において述べた国立がんセンターを中心とする研究協力体制の確立が望まれるのである。

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、三の府県では、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が実施されており、さらに、数都府県において、がんセンターの機能を有する施設が設置されるなど、がんの診療網が全国的に逐次整備されつつあることはまことによろこばしいことである。一方、民間活動としては、明治以来、財団法人癌研究会が、がんの予防と治療、研究活動を活発に行なつてきているが、昭和三三年には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、現在全国一六か所に支部組織を持つている。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、がん研究者に対する奨励金の授与などであるが、三六年には胃がんと子宮がんの早期発見および啓発指導を目的とする集団検診計画を実施することになった。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つとめ、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。

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第五節 伝染病

昭和三六年一〇月現在、厚生省が保健所などを通じて医師に報告を求めている伝染病は、法定伝染病一極、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、らいの合計三二種である。三四年および三五年におけるこれらの伝染病の届出数および人口一〇万対り患率は、第七-二一表のとおりであるが、コレラ、痘そうなどの検疫伝染病の発生はまったくみられず、ポリオ、赤痢以外の伝染病では、三五年春におけるA2型インフルエンザの小流行があつたほかは、おおむね順調に推移した。なお、最近、届出伝染病ではないが、ポリオ類似の症状を示す疾患あるいは感冒様疾患などがウイルス性疾患としてにわかに注目を浴びてきている。

第7-21表 伝染病患者数およびり患率

第7-21表 伝染病患者数およびり患率

	患者数		り患率(人口10万対)	
	35年	34年	35年	34年
法定伝染病	121,702	118,022	13.0	126.9
コ赤腸バ痘	93,971	85,695	100.6	92.2
レ	1,572	1,546	1.7	1.7
チ	319	411	0.3	0.4
フ	-	-	-	-
ラ	-	-	-	-
チ	-	-	-	-
ソ	-	-	-	-
フ	-	-	-	-
ス	8,786	9,882	9.4	10.6
ア	14,921	17,936	16.0	19.3
炎	526	573	0.6	0.6
ト	-	-	-	-
炎	1,607	1,979	1.7	2.1
指	-	-	-	-
定	-	-	-	-
伝	-	-	-	-
染	-	-	-	-
病	-	-	-	-
急	5,606	2,917	6.0	3.1
性	-	-	-	-
灰	-	-	-	-
白	-	-	-	-
髄	-	-	-	-
炎	-	-	-	-
届	241,986	161,572	259.0	173.8
出	-	-	-	-
伝	-	-	-	-
染	-	-	-	-
病	-	-	-	-
マ	16	16	0.0	0.0
ま	48,395	75,417	51.8	81.1
百	3,890	9,742	4.2	10.5
イ	142,892	19,401	153.0	20.9
黄	-	-	-	-
ラ	-	-	-	-
リ	-	-	-	-
ア	-	-	-	-
ん	-	-	-	-
咳	-	-	-	-
ザ	-	-	-	-
熱	-	-	-	-
破	820	853	0.9	0.9
狂	-	-	-	-
炭	-	-	-	-
伝	-	-	-	-
つ	3	5	0.0	0.0
染	226	131	0.2	0.1
性	63	40	0.1	0.0
下	-	-	-	-
痢	-	-	-	-
虫	-	-	-	-
病	-	-	-	-
フ	59	39	0.1	1.0
回	-	-	-	-
住	449	936	0.5	1.0
ト	45,173	54,992	48.4	59.1
イ	-	-	-	-
血	-	-	-	-
ラ	-	-	-	-
ラ	-	-	-	-
ホ	-	-	-	-
虫	-	-	-	-
病	19,086	21,710	20.4	23.4
熱	10,126	11,468	10.8	12.3
病	8,736	9,970	9.4	10.7
ん	214	266	0.2	0.3
ん	10	6	0.0	0.0
症	-	-	-	-
性	-	-	-	-
梅	-	-	-	-
り	-	-	-	-
軟	-	-	-	-
性	-	-	-	-
ん	-	-	-	-
下	-	-	-	-
肉	-	-	-	-
芽	-	-	-	-
し	-	-	-	-
ゆ	-	-	-	-
症	-	-	-	-
結	489,715	499,873	524.2	537.7
核	-	-	-	-
い	257	295	0.3	0.3

資料：厚生省統計調査部「伝染病統計」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。感受性者対策としての予防接種は、伝染源対策、経路しや断対策と並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力のレベルを一定以上に確保することが重要である。このことは後述する三五年から三六年のポリオに対する予防接種においても明らかなどであり、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、三五年で第一期五二%、第二期五二%、第三期六四%、第四期五九%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みられている。

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第五節 伝染病

##### 一 急性灰白髄炎(ポリオ)

#### ポリオの現状

わが国の急性灰白髄炎(以下「ポリオ」と略称する。)の歴史は、大正一二年に独立の疾患として死因分類上認められ、昭和二二年九月に至つて届出伝染病として患者届け出の規制が行なわれるに至つたものであり、それ以前の発生数などについてはほとんど明らかでない。二二年以後の発生状況は第七-二二表のとおりであり、二四年から二六年にかけて相当の流行をみたほか、おおむね平穩に経過してきたのであるが、近年に至り漸増の傾向と地域的に集団発生がみられるようになったので、三四年六月には、ポリオを法定伝染病に準ずる指定伝染病に指定し、予防防疫の対策を強化することとなつた。三四年の後半から、患者届出数の増助が目だちはじめ、三五年にはいつては、北海道地方を中心に猛威をふるい、年間患者発生数は戦後最大の五、六〇六名を数えた。この事態に対処するため、急きよ予防接種の実施を強化する対策を講ずることとなつた。三六年になると、その発生状況は、第七-七図、週別ポリオ患者発生状況のとおりであるが、五月末までは、特に九州地方の発生が全国の大半を占め、夏の流行期をひかえ九州地方を中心とする全国的の大流行を予想せしめた。この間四月には予防接種法が改正され、〇・五歳から三歳児に対して定期的にソークワクチンの接種が行なわれることとなつた。その後、六月にはいると毎週の発生は昨年の発生をしのぎ、七月一六日から二二日の第二九週には週間一八二名の発生であつた。しかし、その後は毎週著明な減少傾向を示し、八月二七日から九月二日の第三五週に至ると、週間発生数三九名となり、過去一〇年間における週別発生数の最小値五四を下回るに至つた。

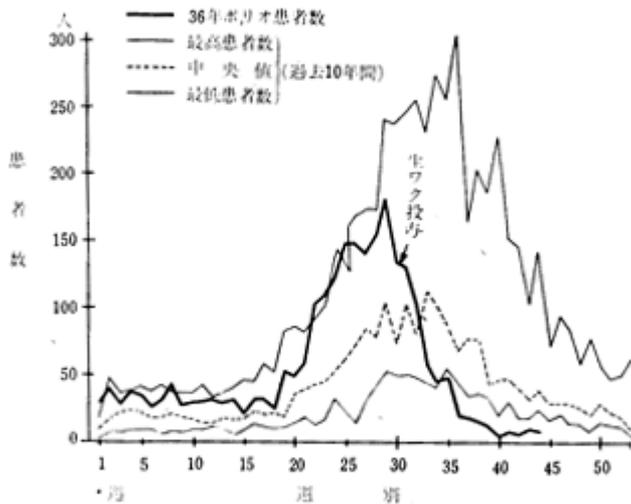
第7-22表 急性灰白髄炎届出患者数、死亡数などの年次推移

	患者数	り患率 (人口10万対)	死亡数	死亡率 (人口10万対)
22年	※ 275	...	1,009	...
23	993	1.2	775	1.0
24	3,127	3.8	1,074	1.3
25	3,212	3.9	775	0.9
26	4,233	5.0	570	0.7
27	2,317	2.7	508	0.6
28	2,286	2.6	441	0.5
29	1,921	2.2	442	0.5
30	1,314	1.5	314	0.4
31	1,497	1.7	290	0.3
32	1,718	1.9	255	0.3
33	2,610	2.8	243	0.3
34	2,917	3.1	201	0.2
35	5,606	6.0	319	0.3

資料：厚生省統計調査部「伝染病統計」および「人口動態統計」による。  
 (注) ※印は、22年9月からの届け出数である。

第7-7図 昭和36年の週別ポリオ患者発生状況

第7-7図 昭和36年の週別ポリオ患者発生状況(太実線)  
(過去10年間の発生との比較)



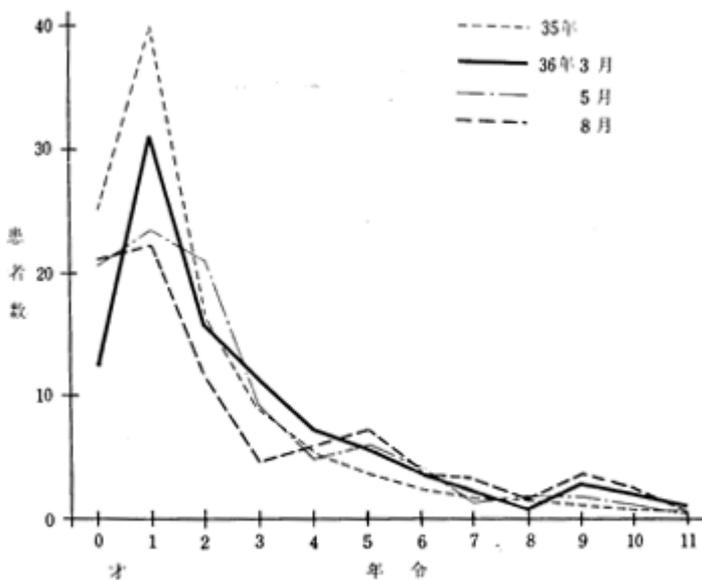
厚生省公衆衛生局調

(注) 細実線は過去10年間に於ける各週の最高発生患者数、破線は最低数、点線は両者の平均値である。

一方、年齢別に患者を観察すると第七-八図のとおり三五年までの過去数年間は一歳の患者数の全患者数に対する割合は、三五%ないし四〇%の間に一定していたが、三六年の月別患者数の年齢別分布では、三月以後一歳患者数の占める割合はしだいに減少し、三月には三一%、五月には二三%、七ないし八月には二二%と逐次減少してきている。さらに七、八月には一歳児のみならず二歳、三歳児の全患者に対する割合も減少を示している。

第7-8図 35年および36年3,5,8月の年齢別ポリオ患者発生百分率

第7-8図 35年および36年3,5,8月の年齢別ポリオ患者発生百分率



厚生省公衆衛生局調

以上二つの事実から明らかとなっており、ソークワクチン接種年齢である一歳から三歳の患者数が四月以降減少を示したことは、三六年冬期に開始したソークワクチン二回接種の効果によるものと考えられる。

生ワクチンの効果は、従来の諸外国の文献によると、投与してから二ないし六週間後に効果が現われるといわれているが、後述する生ワクチンの緊急投与の開始は、早い地域で七月二〇日、おそい地域では八月一日からはじめられたもので、七月末までには全対象者の約三分の一に投与を終わつたのみであるので、七月二三日にはじまる週から患者数が減少傾向を示した事を、全面的に生ワクチンのみによるものと解することはできない。むしろソークワクチンの効果に加えて、生ワクチンの効果が相乗的に作用し、八月から九月に向かつて患者数が急激に減少したと解すべきものであろう。

## 予防対策

現在、ポリオの予防法として最も有効な方法が、ワクチンの広範な接種による感受性者対策であることは、諸外国の事例によつても明らかとなつた。しかるに、わが国では、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、昭和三五年北海道における集団発生以来、とみに予防対策についての国民の関心が高まり、また、予防接種の性質上、危険年齢層については流行期前の免疫付与が望まれたので、三六年六月までに大量のワクチンを確保する必要に迫られた。もちろん、ワクチンの需要には、諸外国がそうであるように、国産品をもつて応ずる予定であり、三六年二月には国産品第一号、第二号が検定に合格し、その後逐次生産されたが、検定能力の関係もあつて、時期的にワクチン不足をきたし、ひいては防疫計画上支障をきたすこととなるので、三六年上半期はやむをえず外国品を主体とし、国産品は従とせざるを得なかつた。かくて、三六年一月から三七年三月までの需要量を約一万五、〇〇〇リットルと見込み、上半期には約七、〇〇〇リットルの外国製ワクチンを輸入することにより、三六年冬の緊急措置による予防接種および予防接種法の改正による三六年四月以降の定期予防接種に対する所要ワクチンを確保したのである。

しかるに、今春以来発生していた九州地方のポリオはその後も異常な増加を示し、かつ、定期予防接種該当者以外の年齢層に対してもワクチン接種を希望する声が全国的に急激に高まつた。これらに対処するため、緊急の行政措置として、七月生ワクチンの大量使用に踏み切つたのである。「経口生ポリオワクチン(セービン)」についてはすでに、ソ連など共産圏諸国における広範投与において相当の効果が報告されており、わが国においても、生ワクチンの採否について検討を開始していたのであるが、たまたま、三五年末から全国のウイルス研究者を以て組織された弱毒生ポリオウイルスワクチン研究協議会が発足していたので、これらの研究者を急きよソ連をはじめ生ワクチンを製造している欧米各国に派遣して実情を調査せしめたのである。その結果、今次の緊急事態にあつて、流行阻止のためには、それが研究段階のものであり、かつ、多少の問題が残されているものであつても、生ワクチンの緊急使用がこの際適切であると判断せられたのである。三六年七月、必要最少限の検査に適合した生ワクチンシロップ剤三〇〇万人分およびボンボン剤一、〇〇〇万人分がそれぞれカナダおよびソ連より空路輸入され(購入費四億二、〇〇〇万円)、おおむね生後三か月以上一〇歳未満の希望者に投与され、そのうち、六歳未満の者には全額公費をもつて行なわれた。その効果については、前述のとおり成果をおさめることができたのである。

以上、ワクチン接種による予防対策が、三四年以降の異常流行阻止に相当の効果を上げたことが明らかであるので、三六年九月閣議了解により、三七年においても引き続き経口生ポリオワクチンの緊急投与を実施し、流行の未然防止を期することとなつた。すなわち、三七年度には三七年三月一日現在において生後二か月以上二歳未満の児童約一、七〇〇万人を対象に、二月から五月までの間に、経口生ポリオワクチンの投与を行ない、あわせて予防接種法による定期のソークワクチンの接種、その他関連諸施策を強化することにより、ポリオ患者の絶滅を図ろうとするものである。なお、三六年度のポリオ対策費は、三六年一〇月一日現在、厚生省当初予算および予備費として約一八億円を要した。

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

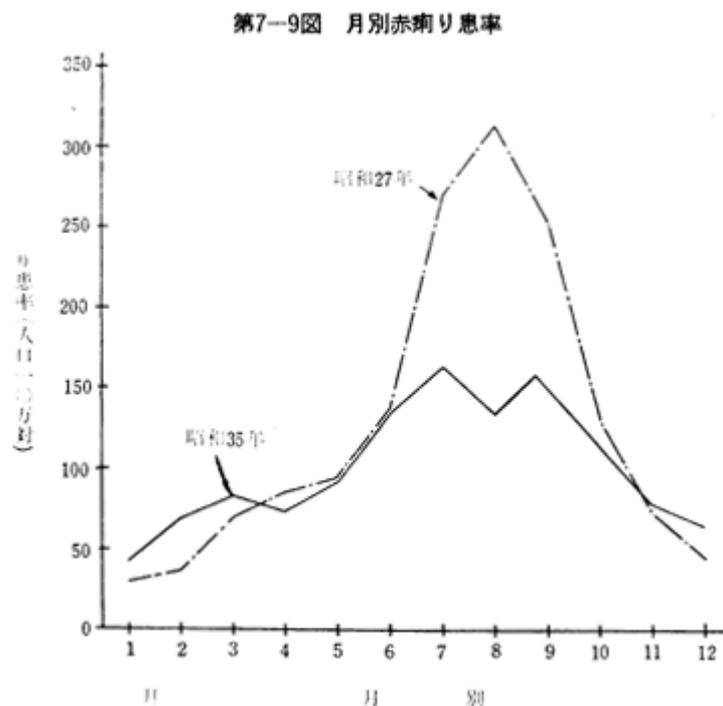
#### 第五節 伝染病

##### 二 赤痢

昭和三五年における赤痢の死亡数は二、〇四三人で戦後赤痢の最多発をみた二七年の死亡数一万三、五八五人のほぼ七分の一に減少した。一方、三五年の届け出赤痢患者数は九万三、九七一人(人口一〇万対り患率一〇〇・六)であつて、二七年に匹敵する発走である。ことに、先進諸外国の赤痢発生状況と比べた場合、わが国のそれはきわめて高率であり、現在のまんえん状況のまま、わが国に固着するのではあるまいかとのおそれさえいだかせるのである。以下、最近の赤痢の動向について注目すべき二、三の事実について述べよう。

従来、赤痢は夏の伝染病とされていたが、最近では夏季以外にも発生する傾向をかなり強くみせている。第七-九図で明らかとなっており、二七年には七、八、九月の三か月間に発生した患者数が総患者数の五四・八%を占めていたが、三五年には三七・三%に下がっている。

第7-9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。

り患年齢についてみると、二四年には〇歳から四歳の患者が占める割合は五一・一%であつたものが、三四年には二一・八%と着実に減少している。逆に、二〇歳以上のり患者の総患者に占める割合は、二四年の二一・二%から三四年の四〇・〇%と倍増している、また、小児の大敵である疫痢が総赤痢患者に対して占める割合は、二五年の五五・五%から三四年にはわずか七・六%に減少している。

最後に、最近六か年間の赤痢の集団発生についてみると、発生件数、患者数、保菌者数のいずれも増加の傾向にある。これらの集団発生の原因は、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ってみのがすことのできない事実である。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

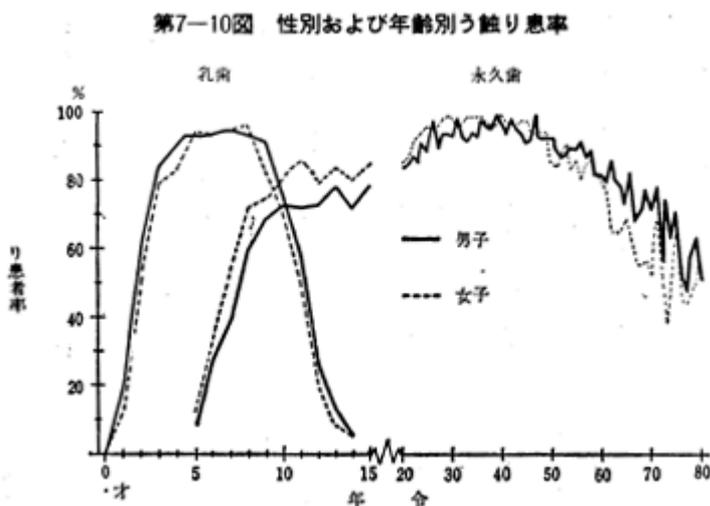
## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第六節 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)の結果によつてみれば、八四・一%の男子と八六・〇%の女子がり患しているというとおどろくべき実態が明らかにされた。そのうちで乳幼児にあつては、第七一〇図で明らかとなつており二歳で五七・九%、四歳で九二・一%、五歳では実に九四・五%という高いり患率を示しておりまた、国民一人当たりが持つう歯数は六・一本の多きに達するが、そのうち治療をおえた歯はわずか一・六本にすぎなかつた。これらの様相は、現在においてもそのままあてはまる実態といつてよい。

第7-10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、男女とも三五歳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、五〇歳台では全歯数の三〜七%ないし三七%が失われること、出産経験の増加に比例して失われる歯の数が増加することなどが明らかにされている。歯を失つた者は、食物をかむ能力を回復するために、当然義歯を必要とすることになるが、これらの義歯を必要とする者のうち、実際に義歯を入れている者はわずか二七・三%の割合にすぎない。むし歯や歯周疾患の予防には、それらの病因の働きにくい環境を整えるために、つねに歯や口の清潔を保つように心がけることが大切である。ところが、前記の調査によると、歯ブラシを毎日用いている者の割合は全国民の六〇・七%にすぎない。特に、むし歯が急にふえる一二歳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、三五年度には一一三万二、〇〇〇余人についての検診、一四万件に及ぶ予防措置、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新たに開いた。また、三六年度には、

児童福祉法の一部が改正され、三歳児に対する歯科保健指導を国および都道府県の責任において行なうべきことが規定され全国約一五〇万人の三歳児を主体とする歯科保健対策の推進をとおして、ややもすれば忘れられ勝ちな幼児の歯科保健事業の今後の発展に大きな期待が寄せられるに至った。

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。歯科疾患対策のうえからは、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。三六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、歯科医師一一三人、歯科衛生士七二人で、著しい不足状態を示しているといつてよい。

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第七節 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みると、三六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二三万五、一八九人、そのうち、三五年度において健康診断を受けた者は、延べ九万五、七九八人であり、精密検査を受けた者は、延べ一万四、一七二人となっている。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して厚生大臣の認定を受けたいわゆる原爆症患者は、全国二〇六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、三五年度末までに四、五三四人を数えている。

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が、三五年度末までに特別被爆者健康手帳の交付を受けた者は、全国で八万三、三二三人となっている。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、おおむね月額二、〇〇〇円を国が支給することになり、三五年度末までに医療手当を受けた者は、延べ四、一五四人を数えている。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。

## 第二部 各論

### 第七章 公衆衛生

#### 第八節 保健所

保健所は、昭和一二年に発足して以来、四半世紀の間地方公衆衛生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保健活動を遂行してきている。三五年度末における保健所数は、七九五か所、支所五〇か所であり、同年度の保健所費国庫補助対象職員数は、二万一、二六六人、そのうち、医師は一、七八六人であつた。また、三三年度の決算によれば、全国七八八か所の保健所に関連のある経費総額は、都道府県で九九億九、〇〇〇万円、政令市で三一億円、合計一三〇億九、〇〇〇万円に達するが、これは衛生行政費歳出総額約五五七億四、〇〇〇万円の二三・五%に相当している。三五年度の保健所の活動実績は第七-二三表に示すとおりであるが、これらの数字から保健所業務量を推定してみると、総業務量の約二五%が結核予防関係、約一五%が母子衛生関係、約一八%が環境衛生関係の業務となつている。すなわち、依然として結核予防関係業務の比重の重いことがわかるが、将来、母子衛生、精神衛生、あるいは成人病などの業務量の増加することが予想されるし、都市においては、環境衛生関係業務の重要性がますます加わるであろう。

第7-23表 保健所のおもな活動の実績

第7-23表 保健所のおもな活動の実績  
(35年)

		事業量	1保健所平均	人口10万 当たり	
個別健康相談開設回数	所内	284,656	356	305	
	所外	24,631	31	26	
間接撮影開設回数	定期結核検診	使用者	46,466	58	50
		学校長	46,172	58	49
		施設の長	4,715	6	5
		市町村長	76,432	96	82
	結核予防法によらない集団	17,085	21	18	
エックス線検査(胸部)	間接撮影件数	28,276,565	35,346	30,256	
	直接撮影(含断層)件数	1,655,183	2,069	1,771	
妊婦個別検診件数	実数	271,758	340	291	
	延べ数	363,185	454	389	
妊婦集団検診件数	実数	57,929	72	62	
	延べ数	70,393	88	75	
乳児個別検診件数	実数	660,272	825	706	
	延べ数	1,623,178	2,029	1,737	
乳児集団検診件数	実数	631,212	789	675	
	延べ数	836,013	1,045	895	
栄養集団指導回数		71,709	90	77	
予防接種延べ件数		8,866,826	11,086	9,487	
赤痢保菌者検索延べ件数		4,159,229	5,199	4,450	
寄生虫検査延べ件数		5,866,012	7,333	6,277	
食品衛生監視指導延べ件数		2,837,607	3,547	3,036	
回収去検体数	乳	137,412	172	147	
	乳以外の食品など	173,275	217	185	
環境衛生職員所外監視指導業務量		378,231	473	405	
衛生教育集会回数	所内	40,681	51	44	
	所外	119,380	149	127	
医療社会事業面接訪門延べ件数		81,344	102	87	
保健婦家庭訪門世帯数 (保健所保健婦のみ)	実数	1,029,308	1,262	1,101	
	延数	1,546,832	1,934	1,655	

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。

各種の公衆衛生施策の進展に伴い、保健所の業務量は年々歳々増加する傾向にあるが、職員、ことに技術職員の増員が種々の理由からそれに伴わず、保健所の職員不足は慢性症状を呈しているのが実情である。しかも、最近はことに業務が専門化、複雑化してくる傾向にあるため、量的不足のみならず職員の資質の向上が特に要望されている。これらについてはすでに総論第二章第五節三で述べたが、特に医師、歯科医師については、三二年度から公衆衛生修学資金貸与制度を創設して保健所勤務医師の確保につとめてきている。三六年一〇月現在、医学部学生一八七人、同実地修練生六九人、歯科医学生七人、合計二八四人が貸し付けを受けており、また、三五年度までに一七〇人の修学修了者を出し、うち九二人が保健所に就職している。

最近みられる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図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、従来まで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情に応じて、保健所の業務運営と整備の重点化を図ることとし、保健所の再分類と定員の再編成を行なつた。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)と、(4)人口希薄な地域の保健所(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つて従来用いられた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、第七二四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運営を改めて、地域や階層などの実情に即すると同時に、総合性のある保健所の運営を図ろうとするも

のであり、具体的には、各市町村が作成する総合的な保健計画に保健所が積極的に参加、協力することにより、公衆衛生活動を地区住民の生活に密着させようとするものなのである。

第7-24表 保健所の新型別人口数別分類および基本定員数

第7-24表 保健所の新型別人口数別分類および基本定員数

人口数 別規格	U (都市型)					RU(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 (人)	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。