

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療行政の現状と動向

1 概況

わが国の医療保障は、36年に国民皆保険体制が実現され、費用の調達面における「社会化」は大いに前進したが、医療供給体制の面においては、医療施設の整備、医療関係者の確保など個別の施策は推進されてきたものの、社会経済情勢の変化に応じて絶えず変化する医療需要に対応できるだけの総合的な医療供給体制の確立に欠けるうらみがあることが指摘できる。また、近年における社会的経済的條件の著しい変化、医学医術のめざましい進歩、国民生活の高度化に伴う医療需要の増大等を背景として各方面から医療供給体制の格段の整備を望む声が高まっている。これに加えて、医療保険制度の改正をめぐって、その前提問題として医療供給体制の整備が大きな課題としてクローズアップされてきている。

厚生省では、こうした課題に応えることを意図して第68回国会に医療基本法案を提案したが、廃案に終わった。

医療基本法案は、医療憲章的な前文と、医療政策若しくは医療計画法的な本条全10条から成っている。前文では、生命の尊重、医療のにない手と医療を受けるものとの相互信頼、医療享受の機会均等などの医療のあるべき理念を確認するとともに、こうした理念にのっとり医療供給体制の総合的かつ計画的な整備を図ることが、国の重要な責務であることを宣言している。本条では、国が講ずべき施策として、医学医術に関する研究開発の推進、医師等の養成確保、各種医療施設の体系的整備及び機能連けいの強化等の諸施策を掲げ、これらの施策を総合的に講ずることを国に義務づけ、その実施を担保し、かつ、計画性をもたせるために、こうした施策の大綱について医療計画を作成すべきものとしている。また、地方公共団体は、国の施策に準ずる施策を講ずるほか、当該地域の特性に応じた医療の確保のため必要なその他の施策を講ずべきものとされ、そのため都道府県医療計画及びその一部として自然的社会的条件を勘案して区分する地域ごとに実施すべき施策についての計画(地域医療計画)を作成することとしている。

医療基本法案は廃案になったが、医療に対する国民の要望に応えるためには、医療における総合性と計画性を強化する必要がありすべての関係者がこの課題に真剣に取り組むことが強く要請される。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療行政の現状と動向

2 医療技術の研究開発

日本はもとより世界各国における医学医術の進歩には目をみはるものがある。しかしながら、質量両面にわたる医療の需要の急速な高まりによって、医療の供給体制の整備が一段と強く要請されている現状にあるといえよう。その中でも、新しい診断、治療方法の研究開発の持つ意味は重大なものがある。

医療技術の進歩は、単に医学の進歩のみによってもたらされるものではなく、医学をとりまく生物物理学、生物化学、分子生物学、生体工学等の関連分野はいうに及ばず、電子技術、高分子化学、機械工学等の諸科学の新しい知見、技術を医療技術に導入することが必要である。特に、最近におけるエレクトロニクスを中心とした工学のめざましい発達は、これを応用した医療技術の飛躍的な進歩をもたらし、いわゆるME(メディカル・エンジニアリング)といわれる一つの分野を確立するに至った。

その他にレーザー光線、原子力技術の応用、人工血液のための新しい材料の開発等、最近の工業技術の医学への導入の問題、オートアナライザー等の新しい検体検査装置の開発等も今後の重要な課題である。

厚生省では、これら新医療技術の研究のため、39年度から新医療技術研究費補助金(47年度4,900万円)を研究者に交付し、これによって現在までに、高圧酸素タンクの試作、電動義肢の開発、病院の自動化に関する研究、脳波の自動診断装置、小型人工腎臓の開発等の研究を行ってきた。この分野の研究開発は今後さらに重要性を増すものと考えられるので、その研究開発をより組織的に推進する必要がある。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療行政の現状と動向

3 がん対策

がんは、昭和28年以来死因順位の第2位にあって、全死亡者中に占める割合も第1-2-1表のとおり、10年の4.3%から45年には、16.8%にも伸びている。

第1-2-1表 悪性新生物による死亡者数、死亡率および死亡者総数に占める割合

	死亡者総数(A)	悪性新生物		死亡者総数に占める割合	
		死亡者数(B)	死亡率(人口10万対)	$\frac{(B)}{(A)}$	(%)
10年	1,161,936	50,080	72.3		4.3
30	693,523	77,721	87.1		11.2
35	706,599	93,773	100.4		13.3
40	700,438	106,536	108.4		15.2
41	670,342	109,805	110.9		16.4
42	675,006	112,593	113.0		16.7
43	686,555	115,462	114.6		16.8
44	693,787	118,559	116.2		17.1
45	712,962	119,977	116.8		16.8
46	684,521	122,850	117.7		17.9

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

しかも、働き盛りの40～49歳の年齢階層における死亡者の4人に1人が、がんで死亡していることは、国民医療上重大な問題である。しかし、現段階において根本的施策を行なうためには、がんの発生原因、がんの増殖の機序などについて明確な知見が得られなければならないが、その解明は未だ十分とはいいがたい。厚生省ではがん制圧の有効な手段を求めめるため、41年度から年次計画を立ててがん診療のための専門医療機関の体系的整備、予防、治療面での専門技術者の養成、研修、予防対策としての集団検診車等の整備等を行ってきた。

医療機関の体系的整備としては高度の診療機能と研究、研修の中心的役割を果たす機関として、36年度に国立がんセンターを設立し、ついで41年度から年次計画に基づき全国を9ブロックに分けて、各ブロックに1か所の地方がんセンターを、さらに各都道府県にがん診療の専門施設(都道府県がん診療施設)160か所を整備するという目標のもとに、すでに国庫補助等により46年度末で第1-2-2表のとおり整備を完了している。

第1-2-2表 がんセンター等の整備状況

第1-2-2表 がんセンター等の整備状況

	計 画 数	既 整 備 数	未 整 備 数
国立がんセンター	1	1	0
地方がんセンター	4	4	0
	5	5	0
都道府県がん診療施設	54	54	0
	106	94	12
合 計	170	158	12

厚生省医務局調べ

このほか、がん診療における専門的機能を果たしている施設としては、放射線医学総合研究所病院部、がん研究会付属病院、医育機関付属病院等がある。

がん診療の専門医療機関の施設整備と並行して、これらの医療機関でがん診療に従事する専門職員の養成のために、41年度より国立がんセンターにおいて医師、診療エックス線技師の研修を開始し、42年度より国立呉病院、愛知県がんセンター、大阪府立成人病センターの3施設においても研修を開始した。

また、研修の対象者も、医師、歯科医師、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、看護婦のほかに集団検診等予防活動に従事する専門技術者にまで広げられてきている。

また、がん制圧のための臨床研究については、現在、国立がんセンターをはじめ各専門医療機関において自らがなっているほか、38年度からがん研究助成金を研究者に交付し、臨床、疫学等を包含した総合的な研究を推進している(第1-2-3表参照)。

第1-2-3表 研究費(がん研究助成金)の年次推移(当初予算)

第1-2-3表 研究費(がん研究助成金)の年次推移(当初予算)

(単位:千円)

区 分	研究費(がん研究助成金)
38年度	20,000
39	20,000
40	120,000
41	200,000
42	240,000
43	256,080
44	276,566
45	298,691
46	358,429
47	477,786

厚生省医務局調べ

(注) 厚生省所管分

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療行政の現状と動向

4 救急医療対策

救急医療の対象は、交通事故等によって公共の場所において発生する傷病、工場などで発生する傷病、あるいは家庭内で突発的に発生する傷病等である。

交通事故、その他不慮の事故については、まず、その発生防止について、努力をあらわねばならないことはもちろんであるが、不幸にして各種事故による傷病者が発生した場合には、その被害を最小限にとどめることが必要であって、これら傷病者に対して迅速かつ適切な医療を行なうための体制の整備が必要となってくる。

交通事故による死傷者は第1-2-4表のとおりであり、交通安全施設の整備とともに救急医療体制の確立が強く望まれている。

その対策として、38年に消防法の一部改正を行ない、救急患者の搬送体制の強化をはかるとともに39年に救急病院等を定める厚生省令を制定し、救急患者を受け入れる医療機関の体制の整備をはかってきた。

救急告示医療機関は、年々増加し、47年4月1日現在、全国で4,737か所の医療機関が救急病院、救急診療所として都道府県知事により告示されている。救急医療機関数の年次別推移は第1-2-5表に示すとおりである。

交通事故による傷病者には、頭部損傷等の重症外傷患者が少なくなく、これら重症患者のためには、主として、初期治療を担当する救急病院・診療所のほかにこれらと連けいしつつ、さらに、高度の診療機能を有する救急医療専門施設の整備が必要である。このため救急医療の中心的役割を果たす救急医療センターをおおむね人口100万に1か所程度の割合で国立および公的医療機関を中心に全国に配置することを目標として、42年度から国庫補助等により整備し、すでに当初目標(全国112か所)のほか24か所が整備されたところであるが、引続き今後も、搬送体制の整備と並行してきめこまかく救急医療センターの整備を進めることとしている。

第1-2-4表 交通事故による死傷者数の年次推移

第1-2-4表 交通事故による死傷者数の年次推移

	件数	死者		負傷者	
		人数	指数	人数	指数
36年	493,693	12,865	100	308,697	100
37	479,825	11,445	89	313,813	102
38	531,966	12,301	96	359,089	116
39	557,183	13,318	104	401,117	130
40	567,286	12,484	97	425,666	138
41	425,944	13,904	108	517,775	168
42	521,481	13,618	106	655,377	212
43	635,056	14,256	111	828,071	268
44	720,880	16,257	126	967,000	313
45	718,080	16,765	130	981,096	318
46	700,290	16,278	127	949,689	308

警察庁交通局調べ

(注) 件数については、40年までは物損事故を含み、41年からは人身事故のみの件数である。

第1-2-5表 救急病院・診療所数の年次推移

第1-2-5表 救急病院・診療所数の年次推移

	救急告示			
	都道府県数	総数	病院	診療所
39年 8月 1日現在	22	1,182	719	463
40. 8. 1	41	2,565	1,633	932
41. 8. 1	45	3,179	1,965	1,214
42. 10. 1	46	3,633	2,205	1,428
43. 4. 1	46	3,892	2,395	1,497
44. 4. 1	46	4,138	2,502	1,636
45. 4. 1	46	4,386	2,660	1,726
46. 4. 1	46	4,595	2,772	1,823
47. 4. 1	46	4,737	2,843	1,894

厚生省医務局調べ

また休日における一般疾病患者および救急患者の発生に対処するため、地域ごとに医療機関、消防署、医師会等からなる対策協議会を設け、当番医制等医療機関相互の応援体制の確立に努めてきたが、この休日急患診療確保対策を47年度から国庫補助により更に推進することとしている。

救急医療機関の技術を向上させるため、39年度から救急病院および救急診療所に勤務する医師に対し、救急医療一般に関する研修を行なうとともに、救急医療センターに勤務する医師を対象として、昭和43年度から脳神経外科、44年度からは麻酔科を加えて、高度の救急医療技術の研修を行なっている。なお、自動車の追突事故に関連して、いわゆる「むち打ち傷害」に関し、42年度から研究を続けている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療行政の現状と動向

5 へき地医療対策

山村、離島などのへき地における医療に恵まれない地域住民の健康を守るための医療対策としては、31年度から3次にわたる整備計画をたて、無医地区の人口、交通事情その他の要素により地区を類別し、それぞれの特性に応じ、へき地診療所の設置、巡回診療の実施、患者輸送車の整備等の施策を講じているが、へき地における医師不足はますます深刻化している。

「無医地区」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4キロメートルの区域内に50人以上が居住している地区」をいい、46年1月30日に実施した無医地区調査によれば、全国で2,473か所の無医地区が存在している。

しかしながら、へき地をとりまく環境は著しい変ぼうを示しつつあり、とりわけ最近における過疎化現象の進行、道路網の整備、モータリゼーションの普及とこれに伴う生活圏の広域化現象は「へき地」概念を変化させ、そこにおける医療確保対策再検討を迫っている。一方、医療需要の大幅な増大等により、医師の不足は全国的な傾向となっており、医師をへき地に定着させることは、研究、子弟教育等の問題もあり、ますます困難となっている。

このため、43年度から実施している第3次計画においては、患者輸送車等の機動力の整備、へき地診療所等に医師を派遣する親元病院の機能強化等に重点を置いて対策を進めており、46年度からは、従来の施策に合わせてへき地周辺の医療機関、保健婦等による緊急時の医療の確保と、住民の健康カードシステムを採用した健康管理体制の整備を広域的に実施している(第1-2-6表参照)。

第1-2-6表 へき地医療対策年度別整備状況

第1-2-6表 へき地医療対策年度別整備状況

(単位：台(隻))

	総数	第1次							第2次					第3次			
		31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度	38年度	39年度	40年度	41年度	42年度	43年度	44年度	45年度	46年度
へき地診療所	432	32	30	27	35	36	36	41	40	37	28	31	21	10	10	10	8
患者輸送	患者輸送車	501							21	28	31	37	40	82	85	87	90
	患者輸送艇	4												1	2		1
	医師往診用小型雪上車	19														13	6
巡回診療	巡回診療車	261					24	24	27	24	23	21	25	23	21	25	24
	巡回診療船	6					1	2	1	1				1			
	巡回診療用雪上車	7									1	2					4

厚生省医務局調べ

今後は、46年の無医地区実態調査の結果を参酌しつつ、へき地医療対策をさらに充実強化することとしてい

る。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療行政の現状と動向

6 医学的リハビリテーション

心身に障害のある者が、職場、学校、家庭等の通常の社会生活に復帰することを容易にするために行なう各種のサービスすなわちリハビリテーション・サービスは、欧米諸国においては、第1次世界大戦後、負傷者に対する回復処置に始まり、1940年代に急激な発展をとげ、今日に至っている。

わが国においても、近年の急激な社会状況の変動に伴う交通災害、産業災害、精神障害や人口の老齢化に伴う脳血管疾患等の増加によって、リハビリテーションに対する需要は急速に増大している。

現在、医学的リハビリテーションは、国立温泉病院をはじめとして、労災病院、国立病院、厚生年金病院等を中心とする理学診療科を有する一般病院において行なわれており、その対象も整形外科系疾患のみならず、内科系疾患にも及びつつある。とくに、ここ数年来内科系疾患に対するリハビリテーションを中心としたリハビリテーション専門病院も設置されつつある。なお、身体障害者更生援護施設においては、身体障害者の社会復帰を目的とした、社会的リハビリテーションが行なわれている。

医学的リハビリテーションに従事する専門職員としては、40年に理学療法士及び作業療法士制度が設けられ、また、46年には「視能訓練士法」が制定され、医学的リハビリテーションに関する新たな職種として、斜視、弱視等の矯正訓練を行なう視能訓練士の制度が誕生した。

しかしながら、リハビリテーションに関する専門施設及び専門職員は、近年の増大するリハビリテーション需要に対してはなお量的にも質的にも不十分であり今後医学的リハビリテーションから職業的リハビリテーションに至る一貫したリハビリテーション体制の計画的整備を図ることが必要となってきた。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第2節 医療情報システムの開発

現在の厚生行政の大きな課題の一つは、医療供給体制の整備である。社会経済情勢の変動に伴い、質的量的に変化・増大する医療需要に、限られた医療資源により対応していくためには、医療のシステム化が急務であるが、その推進にあたっては、社会制度全体における医療制度のあり方、教育、科学技術、交通などの関連分野の将来の動きとの関係などについて基本的考え方を明確にし、その線に沿って国民医療の確保を図っていく必要がある。

医療情報システムとして具体的に推進すべき事項については、各方面で様々な検討や構想が打ち出されているが、地域医療、特に休日、夜間における急患対策を含めた救急医療対策やへき地医療対策の確立を効果的に図ること、特殊な疾患を有する者を登録し特別のケアを行なうこと、血液や臓器等の需給情報を管理し、医療機関等の便に供すること、社会保険診療報酬請求事務の機械化、自動検査装置の装備などによる医療機関の事務及び診療の効率化を図ることなどが、早急に解決すべき課題として挙げられている。

このため、厚生省では、医療のシステム化を促進するため、医療に関するシステム及び医療機器の開発並びに医療情報の収集および提供を担当する専門機関の設立を検討している。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療関係者

現在、医療に関連する業務を営む者として法制化されている職種には、医師、歯科医師をはじめ、次項以下にみるとおり、多くのものがある。

これらの業務のうちには、医師、歯科医師、看護婦などのように、国民の健康、生命を守るという見地から、所定の資格を有する者でなければこれを行なうことができないこととされているものがある(業務独占)。

また、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士などのように業務は所定の資格がなくても行なえるが、特定の名称を用いるためには、所定の資格が必要とされている職種がある(名称独占)。これは、その職種について特定の名称によって一定水準以上の知識および技能をもつものであることを明示しようとするものであり、間接的にはあるが、やはりこれによって国民の健康、生命を守ることを期待している。医師、歯科医師、薬剤師、診療放射線技師および診療エックス線技師は、業務、名称の両方が規制されている。

これらの医療関係者の制度は、医学の進歩およびそれに伴う医療内容の高度化、専門分化等に応じて、その種類が増加するとともに、その資格もしだいに高められる傾向にある。40年以降をとってみても、40年に理学療法士および作業療法士、43年に診療放射線技師、45年に臨床検査技師、さらに46年には、弱視などにより両眼視機能に障害のある者の視能訓練の業務に従事する専門技術者である視能訓練士の制度が新たに設けられた。

今後においても、言語機能に障害のある者の矯正訓練に従事する言語士および難聴者の聴能訓練に従事する聴能士についても、身分の制度が期待されている。

第1-2-7表は、諸外国における医療関係者の数を比較したものである。

第1-2-7表 諸外国の医療関係者(人口10万対)

第1-2-7表 諸外国の医療関係者(人口10万対)

	年次	医師	歯科医師	薬剤師	助産婦	看護婦
フランス	1968	128.7	39.2	45.5	16.8	—
イングランド ウェールズ	1967	116.8	25.8	32.7	37.0	429.0
イタリア	1968	177.3	—	—	—	—
スウェーデン	1968	124.4	79.6	34.4	23.5	1,092.9
アメリカ	1967	153.4	49.6	61.5	—	899.0
アルゼンチン	1968	192.0	—	—	—	—
日本	1970	114.7	36.5	76.5	30.4	292.7
フィリピン	1967	71.9	33.1	59.7	40.3	88.9
ソ連	1968	224.7	14.2	—	115.1	397.1
ポーランド	1968	138.7	39.1	35.3	35.5	292.1

資料: 外国は WHO 「World Health Statistics Annual (1968)」

日本は、厚生省統計調査部「医師、歯科医師、薬剤師調査」, 「衛生行政業務報告」

- (注) 1. 看護婦には看護婦のほか保健婦および准看護婦を含む。
 2. 日本の医師については、未届者数を考慮して1972年の医師数を推計すると人口10万対128.6となる。

国によってそれぞれの職種の定義が異なるので、かならずしも厳密な比較はできないが、おおよその傾向はつかむことができよう。

なお、47年5月に復帰した沖縄県については、その医療関係者の数が全国の水準に比べて極めて少ないため、医師の派遣、医療関係者の養成強化等の諸施策を講ずることにより、できるだけその格差を是正するようにつとめている。また、従来、沖縄県において一定の範囲内で医業(歯科医業)を行なうことを認められていた介輔(歯科介輔)については、復帰後も一定条件の下にその業務の継続を認めることとなった。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療関係者

1 医師

(1) 概況

45年末における医師数は11万8,990人(人口10万対114.7人,なお,第1-2-7表(注)2,参照)であり,10年前に比べ約1万5,900人の増加となっているが,近年における医療需要の増大に応ずるには必ずしも十分とはいえない。

このため,厚生省では45年に,当面の医師需給対策として,人口10万対150人程度の医師数を確保する考えを打ち出し,この方向で,医科大学(医学部)の新設および医学部入学定員の増加がはかれることとなった。この結果,遅くとも,60年までにはこの目標を達成しうるものと考えられる。

最近の経過についてみると,45年度には戦後始めて秋田大学医学部ほか3校の医学部の設置が認められ,46年度には東洋医科大学ほか1校の設置が認められ,47年度においても自治医科大学ほか6校の設置が認められた。さらに10医科大学(医学部)において学生定員の増加が認められた結果,47年の医学部入学定員は5,600人となり,37年の2,880人に比べほぼ倍増となっている。

なお,最近,医師および医学生の臨床教育の充実のために,大学付属病院以外の地域の一般病院をも利用するという教育病院群制度の構想が打ち出され,現在,厚生,文部両省において具体的実施の方法等について検討が進められている。

(2) 地域的分布

人口に対する医師の割合は,第1-2-8表にみられるとおり,地域によってかなりの不均衡がある。これをさらに市町村等の別にみると,45年末における人口10万人当たりの医師数は,7大都市で154.2人,その他の市で128.5人,町村で63.5人で,市部は郡部の約2倍となっている。地域別の不均衡は,市町村単位でみるとさらに大きくなり,大学医学部の所在する都市などには多数の医師が集中するが,へき地町村では医師の不足が著しい。このため,交通通信施設の整備,基幹集落の形成その他のへき地振興対策とあいまってへき地における医療確保対策を強力に進める必要がある。

第1-2-8表 都道府県別医師数(人口10万対)

第1-2-8表 都道府県別医師数(人口10万対)
(45年末)

	医師数		医師数		医師数		医師数
全 国	114.7	千 葉	87.4	三 重	109.1	徳 島	150.9
北海道	99.0	東 京	133.0	滋 賀	94.9	香 川	118.0
青 森	106.0	神 奈 川	87.6	京 都	171.5	愛 媛	98.3
岩 手	112.0	新 潟	103.8	大 阪	135.1	高 知	119.7
宮 城	138.3	富 山	103.4	兵 庫	124.4	福 岡	152.0
秋 田	88.7	石 川	154.8	奈 良	124.4	佐 賀	109.9
山 形	88.7	福 井	97.7	和 歌 山	121.5	長 崎	140.7
福 島	99.4	山 梨	94.6	鳥 取	159.6	熊 本	134.9
茨 城	78.0	長 野	107.3	島 根	106.1	大 分	112.5
栃 木	85.6	岐 阜	102.0	岡 山	144.8	宮 崎	86.4
群 馬	113.7	静 岡	90.5	広 島	136.3	鹿 児 島	109.6
埼 玉	70.9	愛 知	107.1	山 口	129.3	沖 縄	51.0

資料：厚生省統計調査部「医師、歯科医師、薬剤師調査」
(注) 沖縄の医師数(人口10万対)は琉球政府厚生局の資料による。

(3) 就業形態別の医師数

医師の就業状況は第1-2-9表のとおりであり、医療施設の従事者が95.1%である。そのうち診療所の開設者が48.0%、病院の勤務者(医育機関付属病院勤務者を除く)が27.3%となっている。10年前と比べてみると、診療所の開設者の増加が大きい。

(4) 診療科別の医師数

医師が従事する診療科の状況は、第1-2-10表のとおりである。この表で、内科、呼吸器科、麻酔科とあるのは、それぞれの診療科の1科目だけに従事する場合を指しており、1人の医師が2以上の科目に従事する場合は、全科、内科的診療科、外科的診療科、内科的・外科的診療科または理学診療科、放射線科のいずれかを掲げている。

(5) 医師の臨床研修

43年5月の医師法改正により創設された臨床研修の制度は、免許取得後の医師が、適切な指導監督者の下に診療に関する知識および技能を実地に錬磨する等医師としての資質の向上を図ることを目的として創設されたものであり、免許取得後2年以上、大学附属病院または厚生大臣の指定する病院において行なわれる。

第1-2-9表 就業形態別医師数

第1-2-9表 就業形態別医師数

(単位:人,%)

		45 年 末		35 年 末	増 減
		実 数	構 成 比		
総	数	118,990	100.0	103,131	15,859
医療施設の従事者	総	113,214	95.1	96,038	17,176
	病院の開設者	3,597	3.0	2,449	1,148
	診療所の開設者	57,170	48.0	47,849	9,321
	病院(医育機関付属病院のものを除く)の勤務者	32,461	27.3	25,896	6,565
	診療所の勤務者	8,469	7.1	10,450	▲ 1,981
	医育機関付属病院の勤務者	11,517	9.7	9,394	2,123
医外療の施設従事者	総	3,981	3.4	4,769	▲ 788
	臨床以外の医学の教育機関または研究機関の勤務者	2,086	1.8	2,137	▲ 51
	衛生行政または保健衛生業務の従事者	1,895	1.6	2,632	▲ 737
その他	総	1,795	1.5	2,324	▲ 529
	その他の職業従事者	597	0.5	597	0
	無職のもの	1,198	1.0	1,727	▲ 529

資料:厚生省統計調査部「医師, 歯科医師, 薬剤師調査」

第1-2-10表 診療科別医師数

第1-2-10表 診療科別医師数

(45年末)

(単位:人)

	医師数		医師数
総	113,214	気 管 食 道 科	8
内	16,464	皮膚ひ尿器科(皮膚科, ひ尿器科)	2,643
呼 吸 器 科	291	性 病 科	9
消 化 器 科(胃腸科)	394	肛 門 科	132
循 環 器 科	197	理 学 診 療 科	74
小 児 科	4,390	放 射 線 科	789
精 神 科	735	麻 酔 科	484
神 経 科	184	全 科	2,564
外 科	7,993	内 科 的 診 療 科	28,604
整 形 外 科	3,639	外 科 的 診 療 科	7,177
脳 神 経 外 科	615	内 科 的・外 科 的 診 療 科	18,315
産 婦 人 科(産科, 婦人科)	8,325	理 学 診 療 科, 放 射 線 科	10
眼 科	4,730	不 詳	681
耳 鼻 咽 喉 科	3,767		

資料:厚生省統計調査部「医師, 歯科医師, 薬剤師調査」

厚生大臣の指定する病院としては,43年7月に医師研修審議会の意見に基づき,全国の病院のなかから臨床研修を行なうにふさわしいと考えられる126病院が指定されたが,その指定期限が,46年3月31日をもって満了したので,46年4月1日あらたに105病院が指定された。

国としても,臨床研修の実効ある運用を期するため指定病院等に対し国庫補助金等の助成措置を講じており46年度予算においては,臨床研修に関し厚生,文部両省あわせて26億6,000万円を計上し,47年度予算において,これが32億7,000万円に増額された。

臨床研修の今後については,この制度の充実にさらに努めなければならないが,医師法改正に関する国会審議の過程で,臨床研修病院の整備,指導体制の充実,研修中の医師の処遇改善等についての附帯決議が行なわれていることもあり,これらの点を考慮しながら改善していく必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療関係者

2 歯科医師および歯科医療補助者

(1) 歯科医師

ア 概況

45年末における歯科医師数は、3万7,859人、人口10万対歯科医師数は36.5人で、年々400～500人増加している。

歯科医師の教育機関は47年4月現在22校、その入学定員は2,060人で、40年4月に比べると9校920人の増加となっている。

国民の歯科医療に対する需要は、45年人口10万対歯科受療率1,063人で、年々増加の傾向を示しており、歯科医療確保のため、今後は特に地域分布等を考慮した対策が必要と考えられる。

イ 地域的分布

歯科医師の地域分布状況は、あいかわらず都市集中の傾向が著しく、人口10万対歯科医師数は7大都市では58.9人であるのに対し、その他の都市では35.7人、町村では22.6人と、地域による不均衡が目だっている。

また、都道府県別に人口10万対歯科医師数をみると、第1-2-11表のとおりである。

ウ 就業形態別分布

歯科医師の就業状況は第1-2-12表のとおり、医療施設の従事者が96.3%を占めている。このうち、歯科診療所の開設者(開業歯科医師)は

第1-2-11表 都道府県別歯科医師数(人口10万対)

第1-2-11表 都道府県別歯科医師数(人口10万対)
(45年末)

	歯科 医師数		歯科 医師数		歯科 医師数		歯科 医師数
全 国	36.5	千 葉	31.6	三 重	33.7	徳 島	28.3
北海道	29.0	東 京	60.7	滋 賀	25.4	香 川	36.9
青 森	24.2	神 奈 川	36.1	京 都	40.6	愛 媛	28.5
岩 手	21.6	新 潟	31.6	大 阪	41.6	高 知	30.9
宮 城	27.9	富 山	28.4	兵 庫	35.8	福 岡	47.6
秋 田	26.4	石 川	31.8	奈 良	32.4	佐 賀	37.9
山 形	27.7	福 井	26.9	和 歌 山	35.9	長 崎	31.5
福 島	28.5	山 梨	34.9	鳥 取	34.8	熊 本	29.5
茨 城	29.2	長 野	35.6	島 根	31.4	大 分	40.3
栃 木	30.3	岐 阜	29.1	岡 山	39.8	宮 崎	26.6
群 馬	30.0	静 岡	32.6	広 島	39.2	鹿 児 島	23.7
埼 玉	28.1	愛 知	34.2	山 口	40.3		

資料：厚生省統計調査部「医師、歯科医師、薬剤師調査」

第1-2-12表 就業形態別歯科医師数

第1-2-12表 就業形態別歯科医師数

(単位：人、%)

		45 年 末		35 年 末		増△減
		実 数	構 成 比	実 数	構 成 比	
総 数		37,859	100.0	33,177	100.0	4,682
医 療 事 業 施 設 の	総 数	36,468	96.3	31,797	95.8	4,671
	医 療 施 設 の 開 設 者	28,272	74.7	25,404	76.6	2,868
	医 育 機 関 付 属 以 外 の 医 療 施 設 の 勤 務 者	6,635	17.5	5,686	17.1	949
	医 育 機 関 付 属 病 院 の 勤 務 者	1,561	4.1	707	2.1	854
医 療 事 業 施 設 以 外 の	医学の教育研究および衛生行政 保健衛生業務に従事しているもの	446	1.2	371	1.1	75
そ の 他	その他の職業に従事する者および無職の者	945	2.5	1,009	3.0	△ 64

資料：厚生省統計調査部「医師、歯科医師、薬剤師調査」

74.7%,病院,診療所の勤務者(医育機関附属病院の勤務者を除く)は17.5%である。

医療施設以外の従事者(医学の教育研究および衛生行政,保健衛生業務)はわずかに1.2%にすぎない。

(2) 歯科医療補助者

ア 歯科衛生士

歯科衛生士は,歯科医師の指導のもとに,歯および口腔の疾患の予防処置と歯科診療の補助を行なうことができる女子である。46年末における就業歯科衛生士数は6,973人で,前年度に比べ,1,169人の増加となっている。このうち病院,診療所に勤務する者が94.0%(6,555人)をしめ保健所,学校,その他に勤務する者は6.0%(418人)である。

また,養成施設は,47年4月現在68か所でその入学定員は2,399人である。

イ 歯科技工士

歯科技工士は歯科医師の指示(指示書)によって患者のための義歯、金属冠あるいは矯正装置等の作成や修理等を行なうものである。46年末における就業歯科技工士数は9,887人で、前年末に比べ1,165人の増加となっている。このうち病院、診療所に勤務する者が56.9%(5,627人)で、歯科技工所開設あるいは勤務者は39.1%(3,866人)である。

養成施設は47年4月現在43か所で、その入学定員は1,440人である。

46年末における歯科技工所数は、3,246か所で、前年より336か所、11.5%の増である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療関係者

3 看護職員

(1) 看護婦および准看護婦

ア 就業者

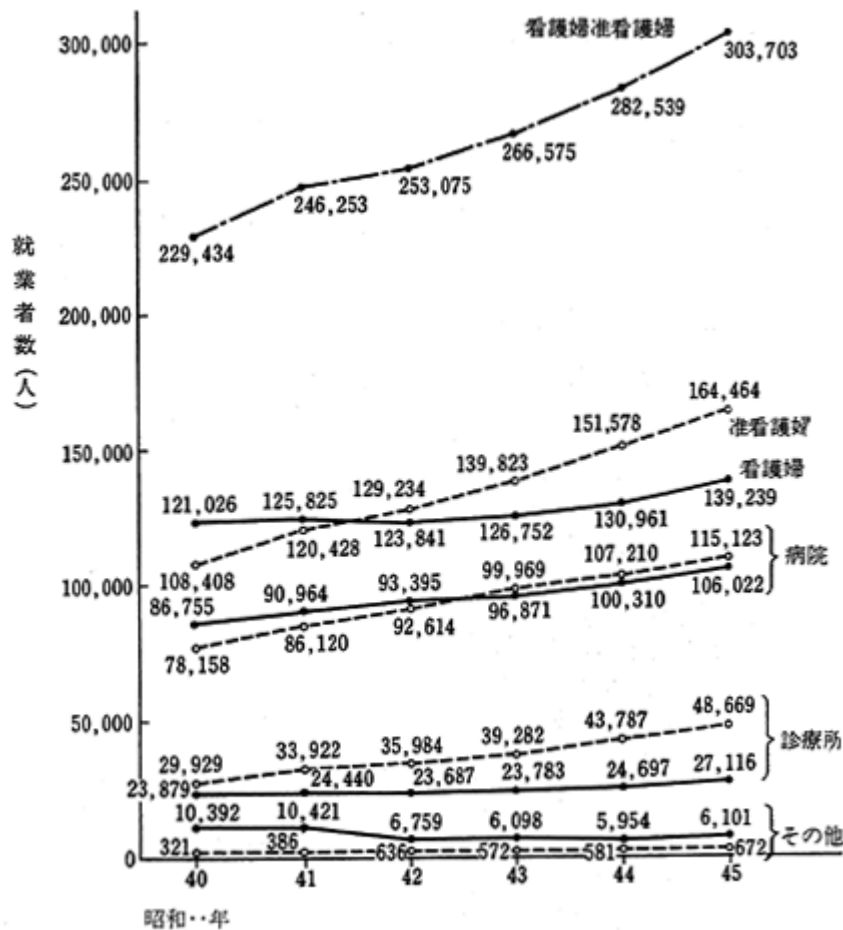
看護婦(士)および准看護婦(士)の就業者数は、45年末現在30万3,703人で、前年に比べて2万1,164人増と順調な伸びを示しているが、一方、看護婦に対する需要はますます増大しており看護婦不足が深刻化している。

過去5年間における就業場所別就業者の推移は、第1-2-1図に示すとおりで、看護婦(1万8,213人)および准看護婦(5万6,056人)は、7万4,269人増加した。

なお、この間における看護婦、准看護婦養成施設の卒業者のうち、卒業後直ちに看護婦として就業した者が2万9,326人で、准看護婦として就業した者が11万5,424人あり、合計すると14万4,750人となる。この数から前述の増加数を差引いた約7万人は、就業者の減少数とみられる。死亡、高齢、病弱等の場合はやむをえないが、それ以外の離職者を可及的に少なくすることが今後の看護行政上の課題となっている。

第1-2-1図 看護婦・准看護婦就業状況

第1-2-1図 看護婦・准看護婦就業状況



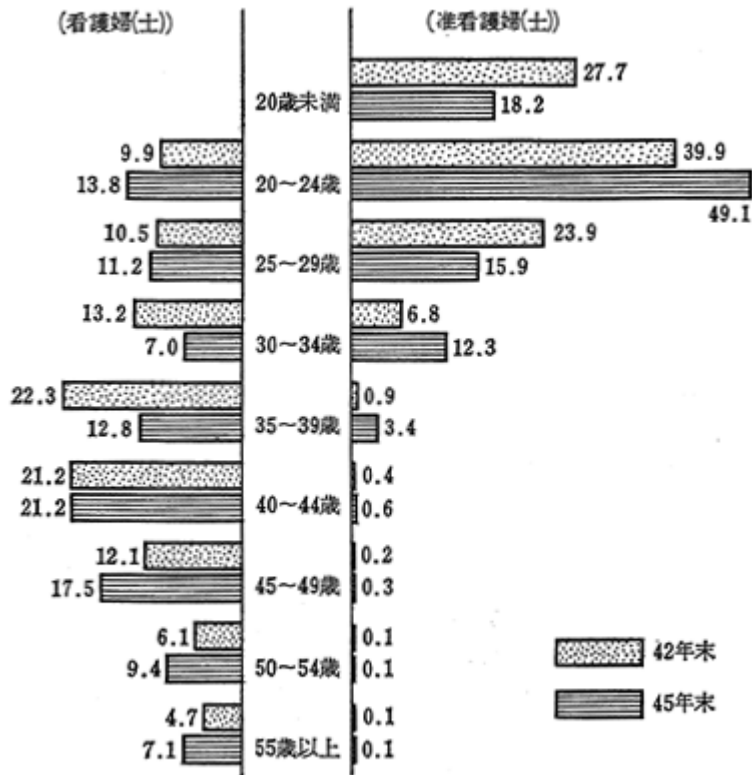
資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」「厚生省報告例」

イ 就業者の年齢構成

保健婦助産婦看護婦法に基づく就業届出の結果からみると年齢構成の比率は第1-2-2図のとおりで、看護婦では、40～44歳の層が最も高い比率を示している。この年齢層は旧看護婦規則による養成の最後に属する層で、戦時中あるいは制度改正直前の大量養成によるものである。これに比し39歳以下の占める割合が少ない。しかし、42年と45年の比較にみられるとおり、20～24歳、25～29歳の層はわずかではあるが増加している。

第1-2-2図 就業看護婦(士)、准看護婦(士)の年齢構成

第1-2-2図 就業看護婦(士)、准看護婦(士)の年齢構成



資料：厚生省統計調査部「厚生省報告例」
 (注) 数字は%を示す。

准看護婦では、養成施設の卒業者数が減少していないにもかかわらず、20歳未満の層の占める割合が次第に減少しているが、これは中学校卒業者の高校進学増加に伴い、准看護婦養成所の入学者のうち、中卒者が減少しているためであろう。40歳以上が著しく少ないのは、准看護婦の制度が、26年に制定され、制度的に新しいためである。

ウ 養成状況

47年4月現在における養成施設数および入学状況は第1-2-13表にみられるとおりで、看護婦2年課程のうち、括弧内は夜間または定時制3年で教育している施設である。

第1-2-13表 保健婦、助産婦、看護婦学校養成所入学状況

第1-2-13表 保健婦、助産婦、看護婦学校養成所入学状況
 (47年4月現在)

	学校養成所数	学生定員	志願者数	受験者数	入学者数	定員に対する入学者の比 (%)	競争率 (受験者/入学者)
保健婦	53	1,610	4,639	3,958	1,420	88.2	2.8
助産婦	51	1,220	2,726	2,384	1,009	82.7	2.4
看護婦 (3年課程)	263	10,102	34,670	29,726	8,952	88.6	3.3
看護婦 (2年課程)	(133) 279	(4,747) 10,113	(8,301) 22,222	(7,658) 20,145	(4,902) 10,036	99.2	2.0
准看護婦	771	33,301	40,933	39,767	31,209	93.7	1.3

厚生省医務局調べ
 (注) 看護婦(2年課程)欄の()内数字は、定時制夜間課程の再掲である。

看護婦養成施設全数では、前年4月現在に比し42校(1学年定員2,211人)の増となっており、このうち、2年課程は、32校(1,509人)であるが、46年の増加数70校(3,068人)に比し増加数の伸びが鈍くなっている。

准看護婦養成施設では、前年に比し、1校減になっているが、1学年定員では522人増加している。准看護婦養成所の定員に対する入学者の比は100%以上が続いていたが、46年、47年は90%台になった。入学者の受験者に対する割合(競争率)は、看護婦、准看護婦とも年々低くなっている。

(2) 保健婦および助産婦

ア 就業者

45年末の就業者数は、保健婦1万4,007人(44年末1万3,759人)、助産婦3万1,541人(44年末3万1,938人)であり、保健婦ではわずかに増加がみられるが、助産婦は、ここ数年引続き減少の傾向にある。助産婦の減少は助産所就業者の減少によるもので、病院では250人、診療所では816人増加している。

45年末における就業場所別就業者数は、保健婦では第1-2-14表、助産婦は第1-2-15表のとおりである。

第1-2-14表 就業場所別保健婦就業者数

第1-2-14表 就業場所別保健婦就業者数
(45年末) (単位:人)

総数	養成所	保健所	市町村	病院診療所	事業所	その他
14,007	98	6,354	5,999	474	783	299

厚生省医務局調べ

第1-2-15表 就業場所別助産婦就業者数

第1-2-15表 就業場所別助産婦就業者数
(45年末) (単位:人)

総数	養成所	保健所	病院	診療所	助産所				その他
					計	開設者	従事者	出張のみ	
31,541	75	155	7,561	5,253	18,009	5,468	2,278	10,263	488

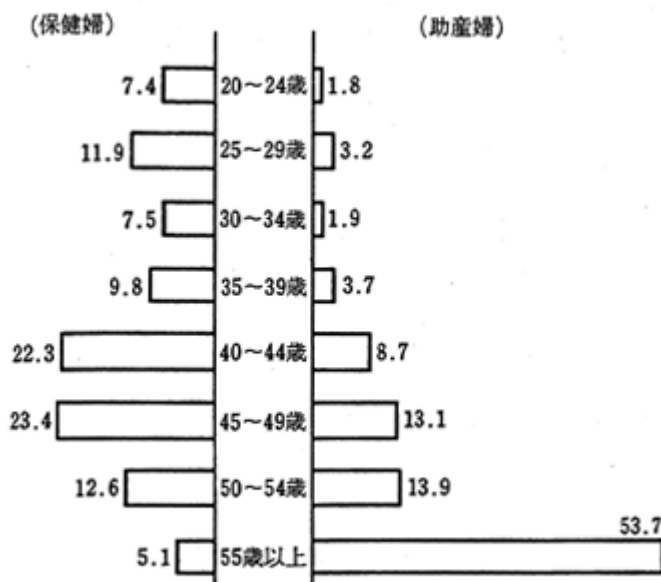
厚生省医務局調べ

イ 就業者の年齢構成

就業者の年齢階層別比率は、第1-2-3図にみられるとおりで、いずれも高齢化の現象がみられるが、助産婦ではこの現象が特に著しく、今後急速な減少が予想されている。

第1-2-3図 就業保健婦、助産婦の年齢構成

第1-2-3図 就業保健婦、助産婦の年齢構成
(45年末)



資料：厚生省統計調査部「厚生省報告例」
(注) 数字は%を示す。

ウ 養成状況

47年4月現在の保健婦および助産婦養成施設入学状況は、第1-2-13表に示すとおりで、このうち、19校が、保健婦、助産婦の教育を併せ行なっている。

今後ますます需要が高まりつつある地域保健を担当する保健婦、助産婦については、看護婦不足の影響を受けて、養成施設への入学者を確保することが困難になっている。

(3) 対策

看護職員の就業者の確保と資質の向上を図るため、国においては、47年度も前年にひきつづき、公的養成施設の新設および定員増を伴う増改築に対して施設整備費補助および設備費の補助を行なうほか、46年度より実施している公的以外の看護婦、准看護婦養成施設に対する運営費補助を強化し、都道府県負担分を含めて、1施設当たり、3年課程では、140万円を260万円に、2年課程では110万円を200万円に准看護婦課程では、70万円を130万円に増額している。

学生、生徒に対する奨学資金も保健婦、助産婦、看護婦では、月額3,000円を5,000円に、准看護婦では月額1,500円を3,000円に増額し、本年度の1年生から実施することとなった。また、看護婦養成所専任教員講習会(6ヵ月)および実習指導者等幹部職員のための再教育も内容に検討を加えつつ行なっている。

また、家庭等にあつて未就業の看護職員に就業を呼びかけるために、潜在看護力活用講習会を各都道府県に委託して行なうなどしているが、本年度からは、乳幼児をもつママさん看護婦の就業を容易にするため、共同保育施設設置のための補助金を計上し、都道府県に補助することとなった。

更に、看護制度の改善のため、学識経験者による制度改善検討会を設置し、必要な措置を講ずることとしており、これら諸施策が総合されれば、国民の需要に応えた看護婦等の確保が図られるものと期待される。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療関係者

4 薬剤師

45年末の薬剤師総数は7万9,393人であり、この内女子の占める割合は年々上昇して46.7%(44年45.5%)となっている。業務別内訳は薬局の開設者が16.7%,薬局の勤務者が18.2%,病院又は診療所の勤務者が18.4%,大学において教育又は研究に従事している者が2.6%,衛生行政の従事者が4.1%,医薬品営業従事者が19.8%,毒物劇物営業およびその他の化学工業に従事する者が2.2%,その他の業務に従事する者および無業者が18.0%となっている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療関係者

5 診療放射線技師と診療エックス線技師

医療において放射線を取り扱う専門技術者としては、診療放射線技師と診療エックス線技師の制度がある。

診療放射線技師の業務は、医師または歯科医師の指示の下にエックス線のほか、アルファ線、ベータ線等の放射線を人体に照射することであるのに対し、診療エックス線技師の取り扱いうる放射線は、100万電子ボルト未満のエネルギーを有するエックス線に限定されている。

47年3月に行なわれた第8回までの診療放射線技師試験の合格者は、1万786人である。診療放射線技師の学校養成施設としては、47年4月現在文部大臣指定のもの13校、厚生大臣指定のもの12校があり、また、診療エックス線技師の学校養成施設としては、1校が文部大臣の指定を8校が厚生大臣の指定を受けている。診療放射線技師の免許取得者は46年末現在9,730人、診療エックス線技師は1万6,174人(45年末1万5,397人)である。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療関係者

6 臨床検査技師と衛生検査技師

病院等において、医師の指導監督の下に、微生物、血液、病理等に関する検査業務を行なう職種としては、従来衛生検査技師の制度があり、医療、公衆衛生の分野で重要な役割を果たしてきた。しかしながら近年疾病の診断治療のための検査業務が増加し、その内容も高度化してきたため、45年5月の法改正により、46年1月から、新たに臨床検査技師の制度が設けられた。

臨床検査技師の業務としては、従来衛生検査技師が行ってきた検査のほかに、一定の脳波検査、心電図検査等の生理学的検査を行なうことが認められており、これに伴い臨床検査技師の学校養成施設の修業年限は、衛生検査技師の養成施設(高等学校卒業後2年以上)よりも1年延長されて、高等学校卒業後3年以上とされた。

46年末現在における衛生検査技師の数は、8万7,132人、臨床検査技師の数は、1万5,562人となっている。衛生検査技師のうち医療施設に勤務している者は45年末で1万6,000人程度であり、その他に一部衛生関係の研究機関や保健所に勤務している者があるが、かなりの者は、衛生検査技師としての業務に従事していないものと考えられる。その原因としては、衛生検査技師の免許所有者の約4割が女子で、比較的若年のうちに退職する者が多いこと、大学の医学部や薬学部の卒業者は無試験で免許が得られることから必ずしも衛生検査技師としての業務に従事しないのに免許を取得している者がかなり多いことなどが考えられる。

臨床検査技師および衛生検査技師の学校養成施設は、いずれも47年4月現在で、それぞれ42校(定員1,715人)および57校(定員1,960人)である。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療関係者

7 理学療法士と作業療法士

わが国の人口構成や疾病構造の変化あるいは交通事故による負傷者の増加などに伴い、医学的リハビリテーションの需要は近年著しく増大している。このため、40年6月に理学療法士および作業療法士法が制定され、医学的リハビリテーションに従事する者の身分制度が確立された。従来わが国の医療においてこの分野は、欧米諸国に比べかなり遅れていたが、専門的医療施設の整備拡充とともに、今後これらの専門技術者の急速な養成が強く望まれている。

理学療法士、作業療法士になるには、それぞれ国家試験に合格し、厚生大臣の免許を受ける必要がある。その受験資格は高等学校卒業後厚生大臣または文部大臣の指定した学校養成施設において、3年以上業務に必要な知識および技能を修得することである。

47年4月現在で、理学療法士の学校養成施設は8校、作業療法士の学校養成施設は3校で、入学定員は、それぞれ140人、60人となっている。しかし、この程度の養成では、医療施設および社会福祉施設における医学的リハビリテーションの需要に応ずることはできないので、今後学校養成施設の増設に努める必要がある。このため、47年度から新たに養成施設の整備費に対する助成措置が講じられ、理学療法士、作業療法士の養成数の増加が図られることとなった。なお、経過的措置として、この制度が実施された際に、医療機関や福祉施設などで理学療法または作業療法に従事していた者で、業務経験年数等所定の要件を満たしたものについては、49年3月31日まで国家試験を受けられることとなっている。

47年2月に行なわれた第7回までの国家試験の合格者は、理学療法士1,376人、作業療法士395人である。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療関係者

8 視能訓練士

近年,眼科医療の分野において弱視等両眼視機能に障害のある児童に対する矯正訓練が可能となったことに伴い,専門技術者の身分制度の確立が関係者から強く望まれ,46年5月に視能訓練士法が成立し,新たに視能訓練士の身分が法制化された。

視能訓練士の業務は,医師の指示の下に,両眼視機能に障害のある者に対し,その両眼視機能の回復のための矯正訓練およびこれに必要な検査を行なうことである。

視能訓練士になるには,視能訓練士国家試験に合格することを必要とし,その受験資格は,高等学校卒業後,厚生大臣または文部大臣の指定した学校養成施設において,3年以上視能訓練士として必要な知識技能を修得した者および大学(短期大学を含む)または保母,看護婦養成施設で2年以上修業し,かつ,所定の課目を修めた者で,厚生大臣または文部大臣の指定した学校養成施設において1年以上視能訓練士として必要な知識技能を修得した者に与えられる。このほか,51年3月31日までの経過措置として,この制度が実施された際に,病院または診療所において視能訓練に従事していた者で,業務経験年数等所定の要件を満たしたものは,受験資格が与えられている。

視能訓練士の学校養成施設は,47年7月現在1校(入学定員30人)のみであり,視能訓練士の需要に応ずるために,今後養成施設の設置に努めていくことが必要である。

47年5月に行なわれた第2回までの国家試験の合格者は170人である。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療関係者

9 あん摩マッサージ指圧師,はり師,きゆう師等

あん摩,マッサージ,指圧,はり,きゆう,柔道整復などの施術は,わが国では古くから行なわれており,現在でもその愛好者は少なくない。

これらの業務に従事する施術者の数は,46年末であん摩マッサージ指圧師6万5,479人(うち盲人3万5,950人),はり師3万6,108人(うち盲人1万6,649人),きゆう師3万4,701人(うち盲人1万5,428人),柔道整復師8,120人(うち盲人26人)となっている。

以上のほかに,電気,光線,手技,刺激,温熱などいわゆる医業類似行為を業とする者が約1万人いるが,現行制度ではこれらの業務の新規開業は禁止され,現在行なっている者は,22年の現行法公布の際現に業として医業類似行為を行っていた者に限られている。

なお,47年6月に法改正が行なわれ,あん摩,マッサージ,指圧,はり,きゆうおよび柔道整復以外の医業類似行為の業務内容,免許資格等の事項について厚生大臣はあん摩,マッサージ,指圧,はり,きゆう,柔道整復等中央審議会の調査審議の結果を参しやくして,49年末を目途に必要な措置を講ずることとされた。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第4節 医療施設

医療施設には、国および都道府県、市町村、日本赤十字社等の「公的医療機関」が開設する公的な施設と医療法人、会社、個人等が開設する私的な施設とがある。ここで「公的医療機関」とは、医療法に基づく制度であり、救急医療、リハビリテーション等の高度先駆医療の分野で重要な役割を果し、地域医療の中核的存在となることが期待されている。

わが国の病院および病床数を諸外国と比較すると第1-2-16表のとおりとなる。各国の歴史的背景、疾病構造等の違いには留意しなければならないが、わが国の医療施設の国際的な水準を示すものといえよう。

第1-2-16表 諸外国の病院数・病床種別病床数

	年次	人 口	病 院	病 床			
				総 数	結 核	精 神	一般その他
		千人					
アルゼンチン	1968	23,617	2,864 (1.2)	133,847 (56.7)	—	—	—
アメリカ	1968	201,152	7,137 (0.4)	1,663,203 (82.6)	22,431 (1.1)	515,732 (25.6)	1,125,040 (55.9)
日 本	1970	103,720	7,974 (0.8)	1,062,553 (102.4)	176,949 (17.1)	247,265 (23.8)	638,339 (61.5)
フィリピン	1967	34,656	761 (0.2)	47,856 (13.8)	1,507 (0.4)	7,000 (2.0)	39,349 (11.3)
フランス	1968	49,914	2,380 (0.5)	529,230 (106.0)	69,077 (13.8)	263,753 (52.8)	196,400 (39.3)
西ドイツ (西ベルリンを含む)	1968	60,165	3,618 (0.6)	665,546 (110.6)	30,065 (5.0)	109,390 (18.2)	526,091 (87.4)
イタリア	1968	52,750	2,414 (0.5)	542,834 (102.9)	53,007 (10.0)	115,171 (21.8)	374,656 (71.0)
スウェーデン	1968	7,912	729 (0.9)	115,390 (145.8)	3,660 (4.6)	34,173 (43.2)	77,557 (98.0)
イングランド・ ウェールズ	1968	48,593	2,521 (0.5)	464,902 (95.7)	8,343 (1.7)	127,405 (26.2)	329,154 (67.7)
ソ 連	1968	237,798	26,429 (1.1)	2,486,700 (104.6)	274,700 (11.6)	246,500 (10.4)	1,965,500 (82.7)

資料：WHO「World Health Statistics Annual 1968 Vol III」

厚生省統計調査部「医療施設調査」

- (注) 1. 国により病院の定義が異なるが、ここではWHOの統計表に従った。
 2. 日本の有床診療所病床数は計上していない。
 3. ()内数字は人口1万対

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第4節 医療施設

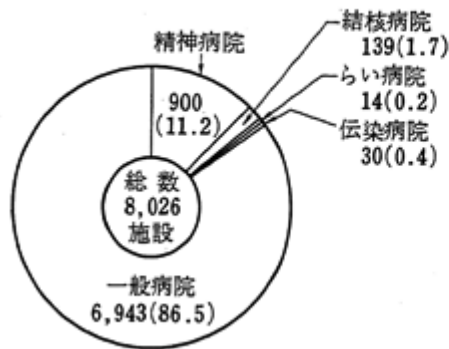
1 病院

(1) 病院数の現況と推移

46年末における病院数8,026施設で、その種類別の構成比は約87%が一般病院である。45年末の病院数7,974施設と比較すると46年末は52施設が増加しており、44年末から45年末までの増加数は、155施設であるから、伸び率においても前年を若干下回っている(第1-2-4図参照)。

第1-2-4図 種類別病院数の構成割合

第1-2-4図 種類別病院数の構成割合
(46年末)



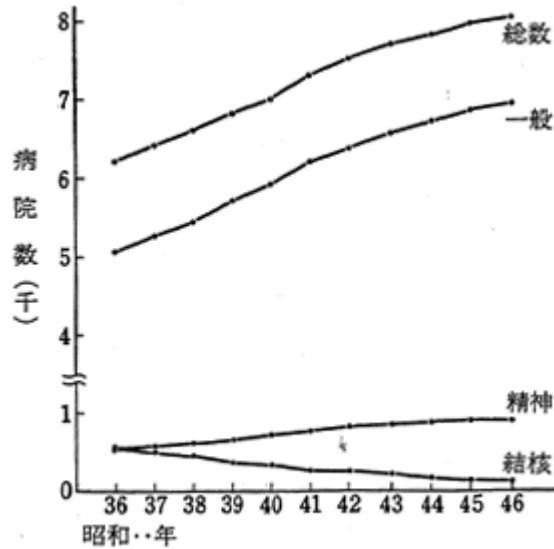
資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

- (注) 1. 精神病院・結核病院・らい病院・伝染病院とは患者収容定員数の100%が精神、結核、らい、伝染病患者を収容する病院をいう。
2. ()内の数字は%

増加した病院の内容をみると一般病院と精神病院のみであり、結核病院と伝染病院は減少している。これは現在の医療需要を反映しているものといえる(第1-2-5図参照)。

第1-2-5図 種類別病院数の年次推移

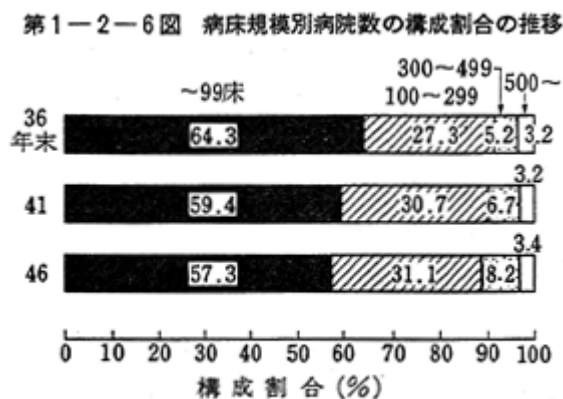
第1-2-5図 種類別病院数の年次推移



資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

また、病床規模別の病院数について従来の推移をみると大きい規模の病院ほど伸び率が高く、この傾向は46年に増加した病院についても変わっていない(第1-2-6図参照)。

第1-2-6図 病床規模別病院数の構成割合の推移



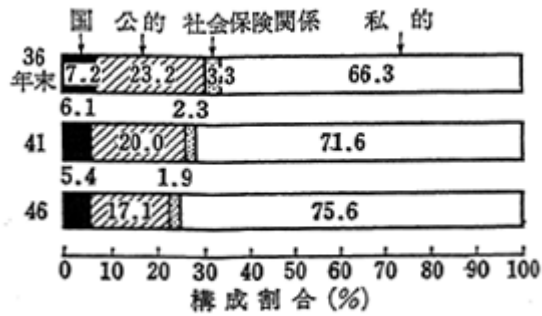
資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

開設者別に46年の対前年の伸び率をみると、私的病院が1.3%と増加しており、私的病院以外は、若干減少の傾向を示している。

これは、過去における開設者別の推移において私的病院の占める割合が年々高くなっていることと一致した傾向を示している(第1-2-7図参照)。

第1-2-7図 開設者別病院数の構成割合の推移

第1-2-7図 開設者別病院数の構成割合の推移



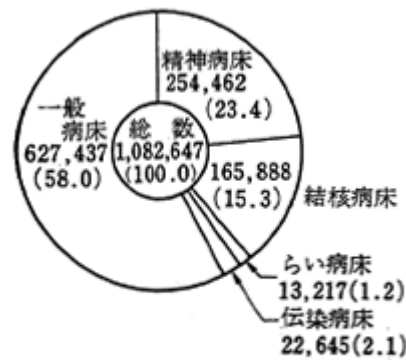
資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

(2) 病床数の現状と推移

46年末における病院の病床数は108万2,647床で、人口1万対103.1床となったが、増加数としてはやや鈍化の傾向を示している。増加した病床の内容をみると、一般病床の対前年伸び率が4.2%と最も高く、ついで精神病床が2.5%となっている。結核病床は6.3%減少し、その他の病床はほとんど変わっていない(第1-2-8図、第1-2-9図参照)。

第1-2-8図 病院病床数の種類別構成割合(46年末)

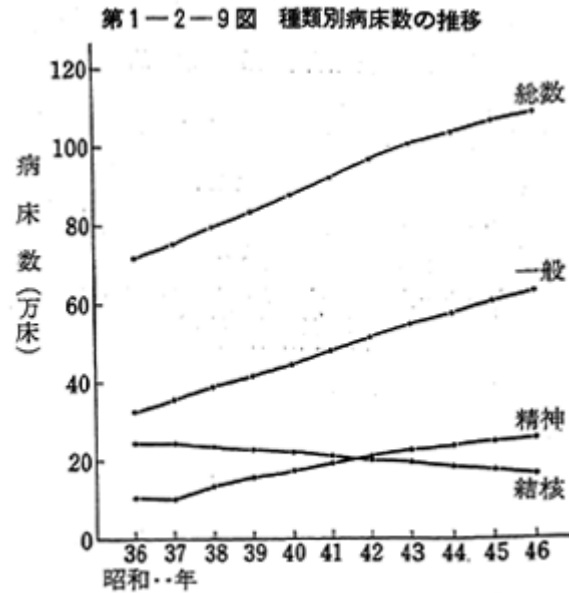
第1-2-8図 病院病床数の種類別構成割合(46年末)



資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

(注) ()内の数字は%

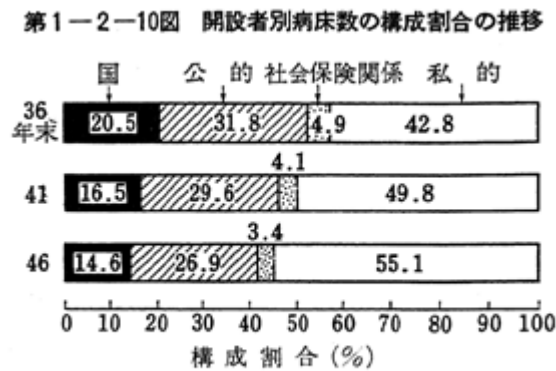
第1-2-9図 種類別病床数の推移



資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

開設者別病床数の構成比の年次推移をみると、私的病院の病床数の構成比率が高くなる傾向がみられ、46年に増加した病床数の開設者別内訳も、対前年伸び率でみると私的3.1%となっており、その他はほとんど変わっていない(第1-2-10図参照)。

第1-2-10図 開設者別病床数の構成割合の推移



資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

人口1万対病院病床数は、第1-2-17表のとおり、毎年増加しているが、増加数はやや鈍化の傾向を示している。これを人口階層地域別にみると、46年末では人口10万以上30万未満の市が最も高く、人口1万対約121.5床となっている(第1-2-11図参照)。

第1-2-17表 病院病床数の年次推移(人口1万対)

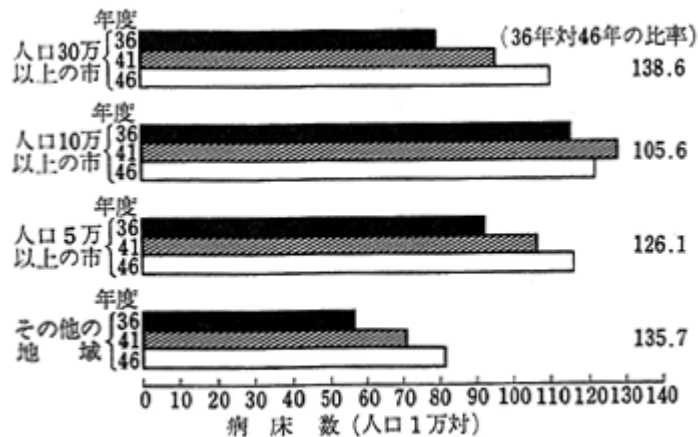
第1-2-17表 病院病床数の年次推移 (人口1万対)

36年末	41	42	43	44	45	46
76.0	92.7	96.1	99.0	100.7	102.4	103.1

資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

第1-2-11図 人口階層地域別病床数の推移

第1-2-11図 人口階層地域別病床数の推移



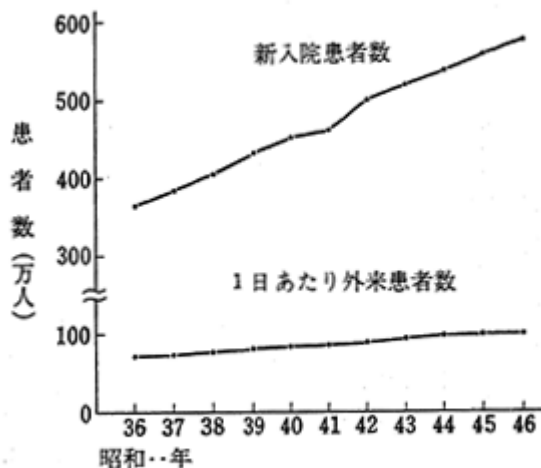
資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

(3) 病院の患者等

病院を利用する患者の数は毎年増加しているが、46年の新入院患者数および外来患者数についても増加の傾向はそれほど大きな変動は示していない(第1-2-12図参照)。

第1-2-12図 病院の新入院患者数および1日当たり外来患者数の年次推移

第1-2-12図 病院の新入院患者数および1日当たり外来患者数の年次推移



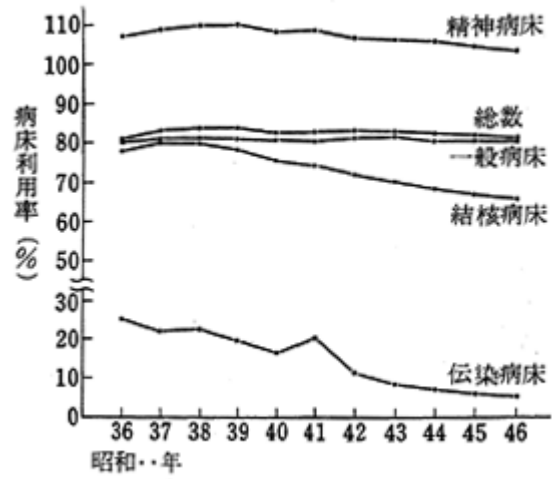
資料：厚生省統計調査部「病院報告」

(注) 1日あたり外来患者数には、らい病院、伝染病院を含まない。

年間を平均してみた場合の病床利用率はほとんど変わらず、平均在院日数は45年に比較してやや短かくなっている(第1-2-13図、第1-2-14図参照)。

第1-2-13図 病床利用率(各年間)の年次推移

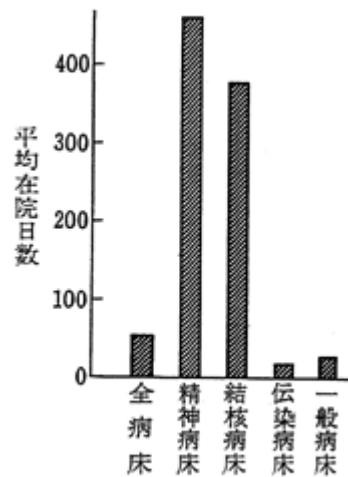
第1-2-13図 病床利用率(各年間)の年次推移



資料：厚生省統計調査部「病院報告」

第1-2-14図 病床の種類別平均在院日数(46年)

第1-2-14図 病床の種類別平均
在院日数(46年)



資料：厚生省統計調査部「病院報告」

各論

第1編 健康の確保と増進

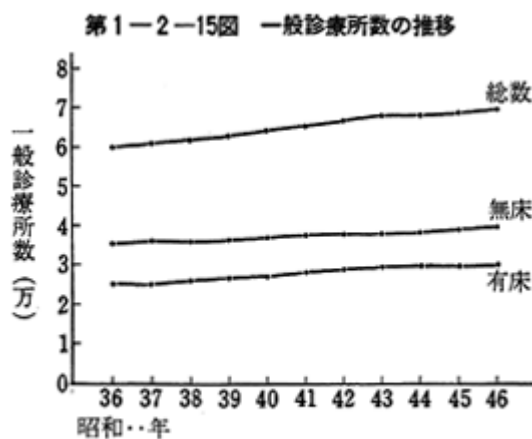
第2章 医療制度

第4節 医療施設

2 一般診療所

46年末における一般診療所の総数は6万9,857施設でその94%が私的診療所である。有床診療所と無床診療所との割合は、ほぼ4対6の割合で無床診療所の方が多いが、最近の推移をみると有床診療所の方がややふえる傾向にある(第1-2-15図参照)。

第1-2-15図 一般診療所数の推移



資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第4節 医療施設

3 歯科診療所

歯科診療所は、46年末で3万317施設あり、毎年200～300カ所増加している。開設者別では、個人開設のものが98.7%と大部分を占めている(第1-2-18表参照)。

第1-2-18表 開設者別歯科診療所の推移

第1-2-18表 開設者別歯科診療所の推移

	総数	国	公的	社会保険 関係団体	会社	私的
41年末	28,893	6	48	23	52	28,764
42	29,153	6	38	22	38	29,049
43	29,489	6	54	25	49	29,355
44	29,649	7	47	30	44	29,521
45	29,911	11	56	24	42	29,778
46	30,317	6	64	22	45	30,180

資料：厚生省統計調査部「医療施設調査」

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第4節 医療施設

4 助産所

助産所は、地域にあって、助産を主な事業としながら妊産婦保健指導、育児相談等保健指導にも大きな役割を果たしている。

45年末において助産所を開設している助産婦は5,468人であり、前年に比し1,173人の減である。これは助産婦の老齢化による廃業のためと考えられる。一方、助産所の一種である母子健康センターは、46年度末595か所あり、前年と比較して16か所増加しており、産科入院施設の少ない地域の自宅分娩を吸収する役割を果たすとともに、母子保健活動の拠点として期待されている。

助産所における出生数は、42年の24万7,850件(全出生の12.8%)をピークに減少しつつあるが、45年には20万5,965件(全出生の10.7%)を取り扱っており、地域においては重要な存在である。また近年の助産所活動の傾向からみると、助産施設としての必要性のみでなく、妊婦および産後における母子の保健指導面で活用されつつある。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第4節 医療施設

5 国立病院および国立療養所

(1) 国立病院

厚生省の所管する国立病院,国立療養所は,公的医療機関(都道府県,市町村の開設する医療機関のほか日本赤十字社等厚生大臣の定めるものが開設する医療機関をいう。)とともに医療の普及向上の面で特殊な使命を果たすことを目的として設置運営されている。

国立病院は,20年12月1日旧陸海軍病院を転用して発足以来,すでに26年を経過している。

その間それぞれの地域の医療需要の変遷に即応して国立療養所から転換したものを受け入れるなどして病院数も増加している。

46年度末では病床数3万7,653床で基幹病院や各種の専門病院など本院92か所,分院2か所および国立がんセンター1か所が全国各地に設置されている。

国立病院の経理は,特別会計で行なわれ,その予算規模は,45年度641億円,46年度は737億円となっている。

施設整備については,全国各地域の基幹病院に重点をおいてその充実を図ってきたが,38年度からは地域において医療活動の中核となるような病院について資金運用部資金の借り入れによる整備を進めている。

国立病院においては,総合的機能をもつことを原則とし,さらに各施設の立地条件,現有機能等を勘案しつつ,それぞれに特殊診療機能を付与し,とくに,がん,救急医療,へき地医療等の対策に関し,重要な役割を果たさせている。すなわち,現在国立がんセンターを頂点とするがん診療の専門医療施設の体系において58の病院が地方がんセンターまたは県がん診療施設として位置づけられ,35病院が救急医療センターとしての役割を果たしているほか,7病院にへき地診療所を付設してへき地における住民の医療を担当している。

その他特殊な診療分野の専門病院としては,国立小児病院があるほか,温泉の特質を利用した病院もある。その他の国立病院においても,特殊診療機能を強化する目的から高血圧・がん・心臓病・リウマチ・特殊小児・人間ドック・アレルギー・ウイルスなどの各種診療センターを併設して総合的な診療機能の充実を期している。

このほか,附属高等看護学院44か所を設置し,毎年約1,400人(全国看護婦養成施設卒業生の約5分の1)の卒業生を送り出している。

(2) 国立療養所

国立療養所は結核・精神疾患・らい等特殊な療養を要する者に対して医療を行ない、あわせて医療の向上に寄与する機関として全国に設置され、広く国民に利用されている。

46年度末における国立療養所は、結核療養所が11施設、精神療養所が6施設、せき髄療養所が1施設、らい療養所が11施設、合計159施設である。

これらの国立療養所に入所している患者数は、29年度1日平均7万2,252人を頂点として年々減少傾向を示し、46年度には5万3,518人となっている。

このように患者が減少した原因は、結核に対する治療方法の進歩や予防対策の普及等が大きく影響しているものと考えられ、今後もこの傾向は続くものと予想される。しかし、なお結核の撲滅は重大な問題であり、結核医療の最終拠点として今後ともその根絶を期している。

結核対策とともに新たな国立療養所の使命として41年度から結核療養所に重症心身障害児病棟を整備し、患者の療育を行なっているが、46年度においても880床を増床し、全国で51施設、4,640床を運営している。同様に、進行性筋萎縮症児についても39年度から療育を始め、46年度に280床を増床し全国で18施設、1,660床を有し、地元大学等と協力して本疾病に対する基礎的、臨床的研究を進めている。これらの専門病床は今後も毎年計画的に増床を図る予定である。

また、全国で51施設に養護学校(学級)を併設し小児慢性疾患の医療とあわせて教育を行なっている。

これらのほか、精神疾患、非結核性胸部疾患、交通災害あるいは脳卒中後遺症など各種の長期慢性疾患に対するリハビリテーションの需要が急速に増大しており、これらの要請にこたえるため国立療養所の結核病床の一部をこれら一般病床に転用することとしている。このような目的に沿って計画的に施設の整備を促進し充実した医療を行ないうる体制を確立するため、43年4月から、らい療養所以外の国立療養所の経理を一般会計から国立病院特別会計(療養所勘定)に移行させ、全国各地にその地方の結核・精神疾患等慢性疾患の診療および研究の中心機関となる療養所に重点をおいて、資金運用部資金の借入れによる整備を進めるとともに、その他の療養所についても機能向上のため必要な整備を進めている。

なお、国立療養所には46年度末において看護婦養成所27か所(学生定員1,580人)、准看護婦養成所45か所(生徒定員2,135人)を付置し、看護婦、准看護婦の養成を行なっている。

また、38年5月国立療養所東京病院にリハビリテーション学院(学生定員120人)を付置し、理学療法士、作業療法士の養成を行なっている。

各論

第1編 健康の確保と増進

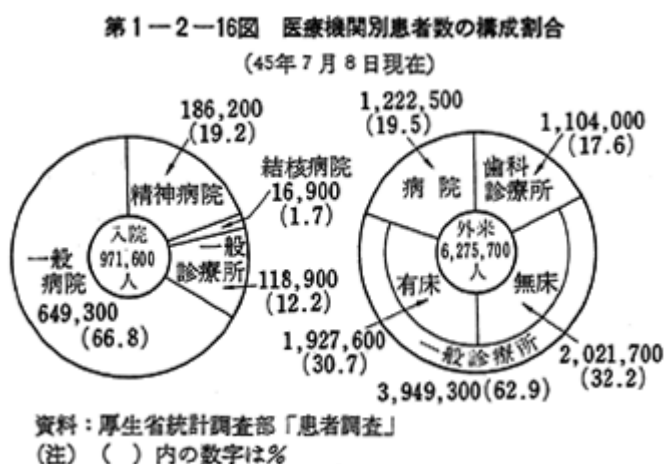
第2章 医療制度

第4節 医療施設

6 医療機関の運営状況

患者調査によると、45年7月8日の1日間に、全国の医療機関が取り扱った患者数は725万人(入院97万人、外来628万人)であり、10年前にくらべ1.6倍にふえている。入院患者では、一般病院に入院している者が約7割を占めて最も多く、外来患者では3分の2近くが一般診療所を利用している(第1-2-16図参照)。

第1-2-16図 医療機関別患者数の構成割合



1施設当たりの患者数は、一般病院では入院97.1人、外来179.9人であり、精神、結核の専門病院を含めた病院全体では、入院109.6人、外来157.2人となっている。一般の有床診療所では、入院4.3人、外来69.7人、また一般の無床診療所、歯科診療所は外来患者がそれぞれ49.3人、37.1人である。なお、46年7月の患者調査では、保険医辞退の影響をうけ、診療所における患者数の減少が目立った。

医療施設調査によると、46年末における医療機関の従事者数は、113万人であった。その内訳は、病院が66万人(58.5%)で最も多く、一般診療所37万人(32.5%)、歯科診療所10万人(9.0%)となっている。1施設当たりの従事者数は、病院82.6人、一般診療所5.3人、歯科診療所3.4人である。

財政面からここ数年間の病院の経営状況をみると、人件費、物件費の増嵩、あるいは施設・設備近代化のための資本的支出の増大により、費用の増加が著しく、資金面での不足傾向が目立ってきた。地方公営企業年鑑によると、地方自治体の経営する病院のうち赤字決算の病院は、40年度においては30.2%であったが、43年度には51.1%、44年度63.1%、45年度は61.1%となり、46年度もほぼ同じ程度とみられる。この傾向は自治体以外の公的病院についても同様である。しかしこのように悪化をつづけてきた収支状況も、47年2月に診療報酬が、薬価基準引き下げを考慮した実質で、全医療機関で12.0%、甲表病院で14.48%、乙表病院で13.67%と大幅に引き上げられたので、47年度の収支はかなり改善される見込みである。

医療機関に雇用されている者のうち、労働組合に加入している者の数は、46年7月末日の労働組合基本調査によると16万人であり、その組織率は2割程度と推定される。46年中の医療保健業における労働争議の発

生件数は173件であり,争議の要求項目としては賃金増額,臨時給与支給に関するものが大部分を占めている。

病院は経営形態のうえで他の事業体とは非常に異なった面をもっている。人手を中心とした労働集約的な経営体であり,したがって能率機械化を進める余地が少なく,業務の大部分は専ら人の働きに依存せざるを得ない。また,病院は多種のしかも特殊な免許や資格をもつ職員を必要とすると同時に,24時間を通じ継続して患者に医療を提供するという使命を負荷されている。かかる点からみて,病院の機能を最大限に発揮するためには,労働条件,勤務体制等労務管理の全般にわたって改善の努力を更にはかる必要がある。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第4節 医療施設

7 医療機関の整備

医療法に定める必要病床数がまだ充足されていない地域いわゆる不足病床地区における医療機関の整備は、逐年推進されているが、これらの整備に必要な資金については、国庫補助を行なうほか長期低利の融資を行なうなど積極的に援助しており、46年度においてこれらの融資により増床(新設を含む)に着手した病床数は約1万4,900床である。

また、最近の医療需要の変化に対応した専門医療施設の整備は急を要する問題であり、特にがんその他の成人病対策、交通災害の激増に伴う救急医療、医学的リハビリテーション等特定の診療で高度の機能を有する病院の整備については、それぞれの整備計画にしたがって整備を促進しているところである。

なお、既設老朽病院の改築についても逐年耐火化、近代化が進められているが、既設病院の建物には木造建物がかなり残っており、老朽化したものについては患者の安全確保の面からも早急に改築する必要がある。このため、46年度において医療金融公庫、年金福祉事業団および特別地方債の積極的な融資により耐火化に着手した病床数は2万1,200床に達している。

以上に述べた医療機関整備に必要な資金については、医療金融公庫、年金福祉事業団、特別地方債による長期低利の融資があり、46年度におけるこれら融資の事業計画額は830億円となっている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第4節 医療施設

8 薬局等

46年末現在の薬局数は2万4,467(45年は2万4,005)である。

(1) 医薬分業

医薬分業とは、医療において、患者の診察治療は医師に、医師の処方せんに基づく調剤は薬剤師にと、医と薬をそれぞれの専門家に分担して行なわせることにより、医療の適正化、合理化を図り、医療の向上に寄与しようとする制度であり、31年に法制化された。その後十分に普及をみたとはいえないが、この制度のもつ種々のメリットを生かす為には、薬局の受入れ体制の整備、薬剤師の調剤技術の向上、処方せん発行側の医師の協力、診療報酬体系の合理化、国民に対する意義の徹底等を図り、もって地域における医療体制の中に薬局を適正に位置づける必要がある。このため46年度には、全国5か所に新設された医薬品検査センターの設備等が医薬品検査設備整備費補助金によって整えられたが、引き続き47年度においてもさらに増設される5か所の整備を予定しており、医薬分業の基盤整備を進めている。

(2) 薬局等の配置規制

薬局およびその他の医薬品の販売業(一般販売業および薬種商販売業)については、医薬品の適正な供給と住民に対する適正な調剤の確保を図るために、都道府県条例で配置の基準が定められている(いわゆる薬局等の適正配置条例)が、45年4月物価安定政策会議においてこの条例が効率的新規事業者の参入を阻害し、医薬品の価格上昇につながるのではないかとの指摘がなされた。この指摘に基づき、同年8月薬局等の配置規制のあり方を検討するため、学識経験者からなる懇談会が設置されて種々の検討が加えられた結果、46年9月に答申が出されたので、これを受けて47年4月に適配条例の具体的な緩和措置について各都道府県に対して行政指導を行なった。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第4節 医療施設

9 医療金融公庫等

現在、医療施設の整備に必要な長期低利の資金を融通する制度として、医療金融公庫および年金福祉事業団の2機関による融資のほか特別地方債がある。

これらの資金は、すべて厚生省の医療機関の整備方針に沿って融資されている。

医療金融公庫についてみると、46年度の貸付契約額は前年度に比べ95億円増の445億円であるが、申込み額は47年3月末で550億円に達している。

医療金融公庫は、医療機関の不足地域に優先的に貸付けを行なうほか、がん、救急医療、リハビリテーション等の緊急整備を要する事業に対し、政策金融機関として積極的に協力している。なお、46年7月から、従来の病院、診療所、薬局、助産所、看護婦養成所に加え、歯科技工所に対する融資も行なうこととなった。
