

総論――転機に立つ社会保障――

はじめに

戦後の厚生行政の歩みをふりかえてみると、国民皆保険、国民皆年金体制の実現を中心として、最近の児童手当制度の発足、老人医療費の無料化から最近の医療保険、年金制度の飛躍的な改善に至るまで、社会保障制度の体系的整備については順調な進行をみせてきた。しかし、その反面において、最近の年金、医療保険の大改正の際に国民から寄せられた多くの切実な期待、次第に国民生活における比重を増しつつある老人問題、医療供給面にみられる諸般のあい路更には食品、薬品の安全性をめぐる国民の不安等に照らして、厚生行政の進路には、多くの問題が立ちはだかっていることも率直に認めなければならない。しかも、48年に入ってから物価の異常な上昇や、最近の石油危機をめぐる経済の混乱等、国民生活をめぐる経済的環境は、極めて深刻な事態に直面している。

社会保障に関していえば、物価の異常な上昇のもとでは、放置すれば、経済的弱者に対してその被害がしわ寄せされ、社会保障給付による生活保障の実効性が失われ、また社会サービス・公共サービスの分野への適切な資源配分が阻害される恐れが極めて大きい。更に、国民経済全体の立場から考えれば、この異常な事態に国民的合意のもとで対処していくためにも、高度の社会的公正と連帯とが要求されることはいうまでもなく、国民福祉の問題は、これらの点から新たに見直される必要があることが強調されなければならない。

このような意味で、今後の厚生行政の進路の設定にはなみなみならぬ決意を必要とされるが、その場合、大前提として我々にとって必要なことは、国民の健康や福祉の現状についての的確な認識であり、更にはこれらをめぐる国民の期待の所在のは握である。もとより、厚生行政年次報告書はそのためのものであるが、この報告書においては、第1に、国民の健康と福祉について今日までの歩みをふりかえりつつ、その現状と問題を概観することによって、これまでの社会保障の到達した地点を見定めるとともに、第2に、国民生活をめぐる諸条件の変化と国民の要望に即応して、今後社会保障の充実を進めるに当たって適切な進路を見定める手がかりを得ようと試みたものである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第1節 国民の健康をめぐる状況

国民の健康の状態は、母子保健の充実、更には医学医術の進展、抗生物質等の開発等に支えられた結核対策、伝染病対策の推進等によって、著しい改善をみてきたが、とりわけ戦後の我が国の平均寿命の伸長には顕著なものがあり、世界の長寿国のトップグループの水準に近づくに至った。

しかし、顕著な改善をみたとはいえ、乳児死亡については、先天異常、低酸素状態での出生、極端な低体重児の問題等、新生児期での問題は、今後に解決を持ち越されており、また、妊産婦死亡の主要死因である妊娠中毒症は、その本態がいまだ究明されるには至っていない。

結核、急性伝染病等の感染性疾患の後退に伴って、我が国における死因の上位を独占するに至ったいわゆる成人病については、がん検診その他の予防活動の充実と医療水準の向上、医療施設の整備にもかかわらず、高齢化という生命現象に深いかかわりを持つ疾患として、依然として、医学的に未解明の問題を多く残しており、医療面における研究開発の飛躍的な発展とともに、青壮年期からの健康管理、検診体制の充実等、予防面での施策の進展に期待されるところが大きい。

児童の体位は、生活水準の上昇に伴って戦後著しい向上をみたものの、経済社会の高度化、過密化の進展は、児童の健康について、その死因順位の第1位である不慮の事故、特に交通事故死の増加を招き、また、遊び場、スポーツ施設の不足もあって、肥満児の増加、体力の伸び悩み、といった問題を提起してきている。

また、高密度経済社会の弊害としての環境汚染、PCB、水銀等による食品公害の問題は、国民の不安とこれによる健康被害をもたらし、これら物質の環境からの除去、検査体制の確立、健康被害からの回復等、これら問題に有効適切に対処するには、医学、環境科学等の関連諸科学の高度な研究開発の推進が急務となっている。

以上のような国民の健康をめぐる状況を背景として、生活水準の向上、国民の健康意識の高まりは、国民の関心を疾病の予防、健康の増進といったポジティブ・ヘルスの問題に急速に転回させてきつつあり、我が国の医療供給体制を更にこの面において発展させ、健康の増進からリハビリテーションまでの一貫した包括医療体制を確立することが強く求められるに至っている。

また、医療保障制度の充実によって、国民の医療を受ける機会は拡大されてきたが、医療施設、医療関係者といった我が国の医療供給面での整備が相対的に立ち遅れた結果、救急医療、休日・夜間の医療の問題等医療供給をめぐる国民の不満は、近年とみに大きくなってきている。また、医療関係者、医療施設の地域的偏在現象は深刻化し、地域での無医療状態、都市の人口急増地域での医療供給の極端な不足といった状況を生じている。

このような地域における医療供給体制の今日的状況の解決には、我が国全体としての医師をはじめとする医療関係者の確保対策等、医療供給体制全般にわたる施策の推進が図られるとともに、地域社会において、地域医療計画に基づく地域医療システムの確立という方向で、具体的に問題が解決されていく必要がある。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第2節 健康の指標

以下においては、国民の健康に関する各種の指標を、地域的な格差も含めて、特に健康に対してぜい弱な要素を多く持っていると思われる新生児、乳幼児の段階、出産をめぐって大きな身体的な変化を伴う妊産婦、更には、脳卒中、がんなど成人病を中心とした健康障害に陥りやすい老人に焦点を合わせてみていくこととする。

総論——転機に立つ社会保障——

第1章 健康

第2節 健康の指標

1 母子,児童の健康

出生時,特に初産である第1児出産時の母親の平均年齢は,47年で24.9歳であり,以前との大きな変化はみられない。しかし,年齢分布については,徐々にではあるが偏差が縮小する傾向にあり,母体の保護にとって望ましい方向にある(第1-1表参照)。

第1-1表 第1児を出産した母の年齢階級別百分率及び母の平均年齢

第1-1表 第1児を出産した母の年齢階級別百分率及び母の平均年齢		30年	35	40	45	47
総	数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	～ 19歳	4.0	2.6	1.9	2.1	2.0
	20 ～ 24	54.3	46.6	45.9	45.6	50.7
	25 ～ 29	34.4	41.8	41.5	43.3	38.8
	30 ～ 34	5.9	7.6	8.6	6.9	6.7
	35 ～ 39	1.2	1.3	1.8	1.8	1.5
	40 ～ 44	0.2	0.1	0.2	0.3	0.3
	45 ～	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	母の平均年齢(歳)	24.8	25.4	25.7	25.6	24.9

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

出産の場所については,25年においては医療施設(病院,診療所,助産所)内分べんが4.6%にすぎなかったものが,47年には97.7%となり,市部,郡部の格差もほとんどみられなくなった。

出生時の平均体重は年々増加の傾向にあり,また,2.5kg以下の者の割合は年々減少傾向にある(第1-2表参照)が,なお年間約12万4,000人の低体重児の出生がみられる。

第1-2表 性別にみた出生児体重の推移

第1-2表 性別にみた出生児体重の推移

男		30年	35	45	47
出生児総数		889,670	824,761	1,000,403	1,051,389
平均体重(kg)		3.15	3.14	3.22	3.23
低体重児 (2.5kg以下)	総数	.....	64,545	60,402	58,846
	全出生児に占める割合(%)	.....	7.9	6.0	5.6

女		30年	35	45	47
出生児総数		841,022	781,280	933,836	987,293
平均体重(kg)		3.06	3.06	3.13	3.15
低体重児 (2.5kg以下)	総数	.....	73,288	66,877	65,237
	全出生児に占める割合(%)	.....	9.4	7.2	6.6

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

妊産婦死亡数は、47年に827人であり、出生10万対40.6と、25年の176.1に比べて大幅な改善をみているが、欧米諸国特にスウェーデン、ノルウェー、フィンランド等の、10.0、10.8、12.4等とは依然として大きなひらきがある。我が国では、特に妊娠中毒症、出血によるものが多く、妊娠中の母体保護に大きな問題を残していることが指摘されよう(第1-3表及び第1-4表参照)。

第1-3表 年次別妊産婦死亡率

第1-3表 年次別妊産婦死亡率(出生10万対)

	30年	35	40	45	47
妊産婦死亡率	178.8	130.6	87.6	52.1	40.6

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

第1-4表 主要死因による妊産婦死亡率の国際比較

第1-4表 主要死因による妊産婦死亡率の国際比較(出生10万対)

	年次	妊産婦死亡率計	妊娠中毒症	出血	産褥熱
日本	1970	52.1	19.4	12.7	2.3
アメリカ	1969	22.4	3.9	3.0	4.2
イギリス (イングランド・ウェールズ)	"	18.6	3.1	1.5	2.0
ドイツ連邦共和国	1970	51.8	7.6	6.8	9.9
フランス	"	28.2	1.8	4.0	3.4
スウェーデン	"	10.0	1.8	0.9	1.8
ノルウェー	"	10.8	1.5	3.1	1.5
フィンランド	"	12.4	3.1	1.5	1.5

資料：WHO「World Health Statistics Annual 1970 Vol. I」

妊娠中の母体の健康状態については、全年齢を通じて、第1児妊娠期間中にひどいつわりやたん白尿等の異常が最も多くみられ、また、年齢的には、当然のことながら30歳以上の母体においては、妊娠期間を通じて一度は異常を示した者が50.5%と高率にみられ、分べん時の異常についても同様のことがいえる(第1-5表参照)。このことは、第1児を20歳代前半に健康な状態で出産することに努力することによって、第2児、第3児

の出産に好影響がもたらされることを示すものといえよう。

第1-5表 母の年齢別にみた第1児の妊娠中及び分べん時の異常の有無

第1-5表 母の年齢別にみた第1児の妊娠中及び分べん時の異常の有無
(46年) (単位：%)

		総 数	異常なし	異常あり
妊 娠 中	総 数	100.0	53.1	46.9
	24 歳 以 下	100.0	56.4	43.7
	25 ～ 29 歳	100.0	51.1	48.9
	30 歳 以 上	100.0	49.5	50.5
分 べ ん 時	総 数	100.0	67.2	32.8
	24 歳 以 下	100.0	69.3	30.7
	25 ～ 29 歳	100.0	68.7	31.3
	30 歳 以 上	100.0	53.2	46.8

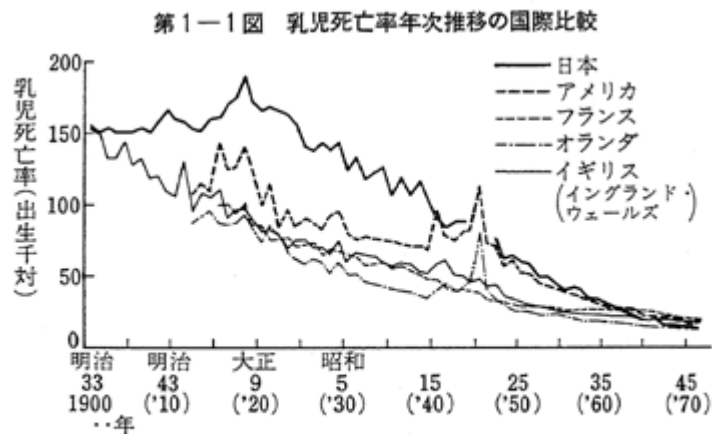
資料：厚生省統計調査部「保健衛生基礎調査」

また、妊娠適齢期ともいえる20歳代の女性の健康状態が、同年代の男性や少女期に比べて、かなりの異常を呈していることが注目される。

しかも、妊産婦健診の推進にもかかわらず、43年の母子保健実態調査によると、13%の妊婦は一度も健康指導を受けていないという状況にあり、母体の健康管理の徹底が必要である。

保健医療分野における主要な指標である生後1年未満の乳児が死亡する割合は、47年で出生1,000人当たり11.7と、終戦直後の22年の76.7に比し、6分の1以下に減少をみ(第1-1図及び第1-6表参照)、欧米諸国と比較しても遜色のないところにある。

第1-1図 乳児死亡率年次推移の国際比較



資料：UN「Demographic Yearbook」

日本は、厚生省統計調査部「人口動態統計」

第1-6表 周産期死亡率,新生児死亡率,乳児死亡率の国際比較

第1-6表 周産期死亡率, 新生児死亡率, 乳児死亡率の国際比較(出生1,000対)

	周産期死亡率	新生児死亡率	乳児死亡率
日本(1970)	19.1	7.8	11.7
アメリカ(1970)	※1 27.1	※2 15.8	19.8
イギリス(1970)	23.8	12.3	18.2
(イングランド・ウェールズ) ドイツ連邦共和国(1971)	※1 25.2	17.9	23.3
フランス(1970)	23.7	12.6	18.2
スウェーデン(1970)	16.5	9.1	11.0
フィンランド(1970)	17.2	10.5	13.2
オランダ(1970)	18.8	9.5	12.7

資料: WHO「World Health Statistics Annual 1970 Vol. I」

(注) ※1 1968年 ※2 1969年

しかし、生後28日未満の新生児死亡については、22年の31.0(出生1,000対)から47年の7.8とほぼ4分の1に改善をみたが、乳児死亡全体の改善に比べると、いま一步の感がある。

新生児死亡については、その死因からみて出生時の低酸素状態や、未熟児、先天異常等の問題が残されており、ここでも、妊娠管理の充実が必要とされている。

地域的にみると、47年では、全国平均で7.8(出生1,000対)であるが、大分、岩手、和歌山の10.9, 10.7, 10.0から、徳島、山梨、兵庫の6・6, 6・7・6・7まで、かなりの格差がみられる。

妊娠8か月以降の死産(後期死産)数と、生後1週間未満の新生児死亡数とを出生数との割合でみたものが周産期死亡率であるが、25年の46.6(出生1,000対)から47年の19.1へと改善はみたものの、スウェーデンの16.5(1970)、フィンランドの17.2(1970)には及ばない(第1-6表参照)。

母乳は乳児にとっての最良の栄養であるが、母乳を与える母親は減少する一方である。乳幼児身体発育調査によれば、35年には53.4%の乳児が母乳によって育っていたが、10年後の45年には31.0%と乳児の3分の1に落ち込み、人工栄養が増加を続けている。

このような現象を招いている原因としてはいろいろなものが考えられようが、BHCやPCBの母乳への混入についての母親の不安感もその一つとして否定することはできないであろう。

母乳中のBHC, DDT等の有機塩素系農薬の汚染状況は、母乳汚染疫学調査によれば、46年当初の調査においては、b-BHCが平均0.1154ppm, 最高1.158ppmであり、引き続き実施された46年末から47年初めにかけての第2回調査においては、平均0.0960ppm, 最高0.442ppmと減少をみせた。この傾向はDDTやディルドリンについても同様であり、厳しい農薬の使用規制による効果のあらわれともいえる。PCBについては、47年の調査によれば、平均0.035ppm, 最高0.2ppmという状況にある。

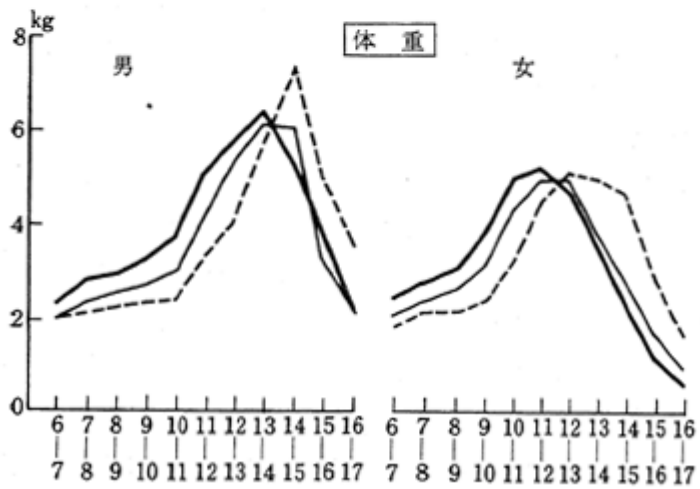
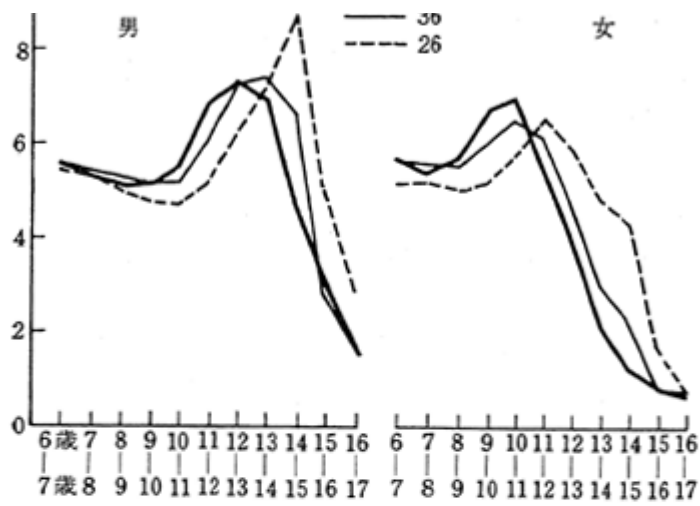
児童の体位は、戦後著しい伸びを示している。47年度の14歳の男の平均身長(161.2cm)は34年度の1歳上つまり15歳の平均身長(160.6cm)を抜き、29年度の2歳上(16歳)の平均身長(161.3cm)とほぼ同じである。

年齢別に、身長、体重、胸囲、座高の発育状況をみると、46年度では、男は12歳から13歳への間及び13歳から14歳への間、女は10歳から11歳への間及び11歳から12歳への間が発育量が大である。これを26年度と比較してみると、おおむね1~2歳その時期が若い年齢に移行してきている(第1-2図参照)。

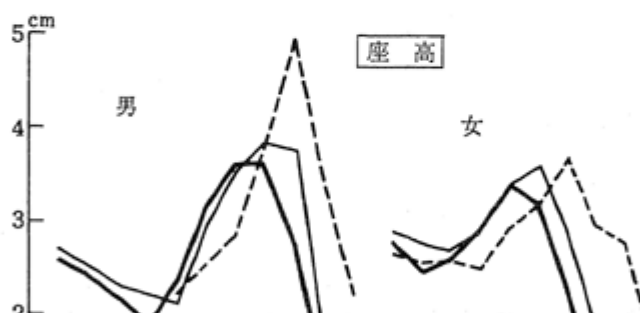
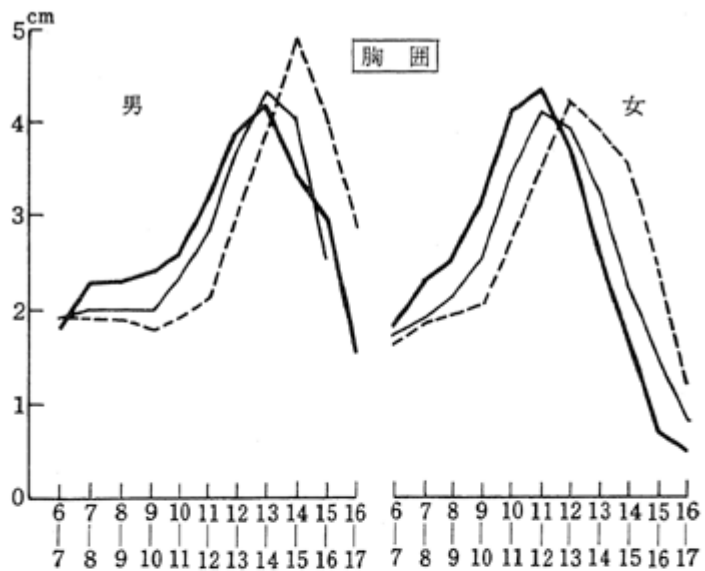
第1-2図 年齢別にみた年間発育量の推移

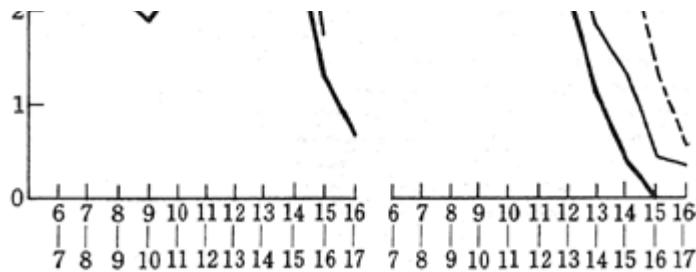
第1-2図 年齢別にみた





年間発育量の推移



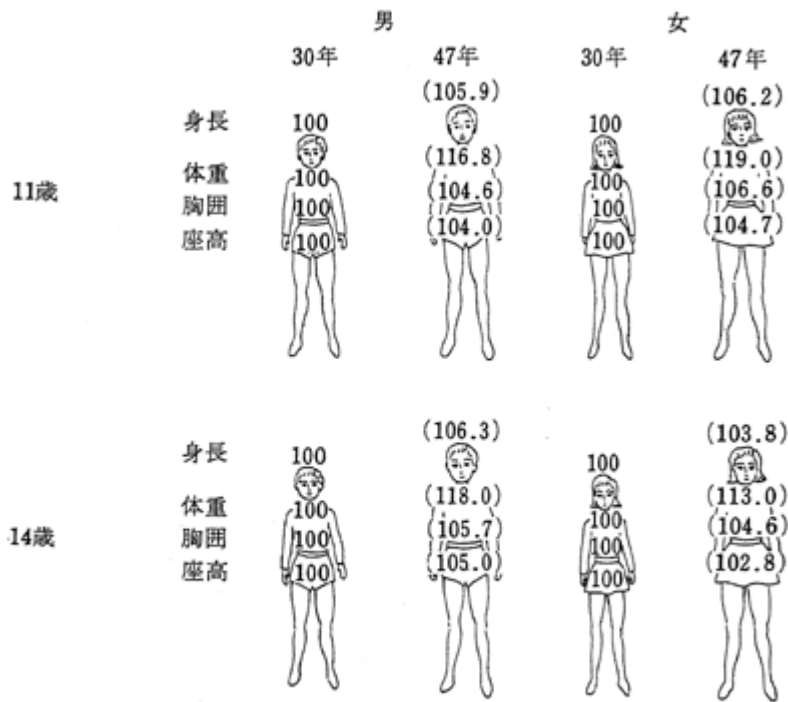


資料：文部省「学校保健統計調査」

身長と体重,胸囲及び座高とを比較した体型についてみると,男女とも比体重は増加傾向,比胸囲はほぼ横ばい,比座高は減少傾向にある(第1-3図参照)。つまり,スタイルが良くなり,肉づきがやや良くなってきている。

第1-3図 性別にみた身長・体重・胸囲・座高の伸びの推移

第1-3図 性別にみた身長・体重・胸囲・座高の伸びの推移 (30年を100とした指数)



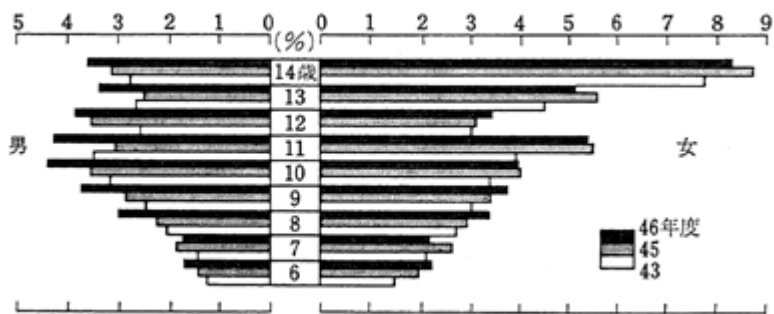
資料：文部省「学校保健統計調査」

しかし,一方,食生活の向上と運動不足とがあいまって,いわゆる肥満児の増加が認められる。

文部省の学校保健統計調査によると,身長別の平均体重の120%以上の者を肥満傾向児としてとらえているが,男女とも増加の傾向にあり,地域別にみると,女子の中学2,3年を除き,市部が郡部より多く,また,人口集中地区がその他地区よりかなり多くなっている(第1-4図及び第1-7表参照)。

第1-4図 性,年齢別にみた肥満傾向児の出現率

第1-4図 性、年齢別にみた肥満傾向児の出現率



資料：文部省「学校保健統計調査」

肥満した成人の場合には、高血圧が多く、糖尿、たん白尿等の異常を示す割合も高いなどの問題があるが、児童期については、今のところ、肥満児と普通児との間にこのような差があるとはいわれていない。しかし、肥満児の多くがそのまま肥満した成人に移りやすいとすれば、栄養摂取と運動とのバランスを考えた保健指導、児童の遊び場の確保等の施策が充実されなければならない。

体力の発達を、文部省が39年度から行っているスポーツテストの結果からみると、10歳(小学校5年)から20歳(大学)まで、全般的には39年度より47年度の記録は向上しているが、特に、懸垂腕屈伸のように、男子の高校、大学で39年度より47年度の記録が劣っているもの、ハンドボール投げのように女子の高校、大学で低下の傾向がみられるものなど、一般に高校、大学等で、その伸びがよくない(第1-8表参照)。

第1-8表 運動能力テストの記録の推移

第1-8表 運動能力テストの記録の推移

(1) 50m走の年度別推移 (単位：秒)

	男 子				女 子			
	小学6年	中学3年	高校3年	大 学	小学6年	中学3年	高校3年	大 学
	(11歳)	(14歳)	(17歳)	(20歳)	(11歳)	(14歳)	(17歳)	(20歳)
39年	9.0	7.9	7.3	7.4	9.3	9.1	8.9	9.3
41	8.8	7.8	7.2	7.4	9.1	8.9	8.9	9.1
43	8.8	7.7	7.4	—	9.1	8.7	8.9	—
45	8.8	7.7	7.2	7.3	9.1	8.7	8.7	9.0
47	8.8	7.7	7.3	7.3	9.1	8.7	8.7	9.0

(2) 走り幅飛びの年度別推移 (単位：cm)

	男 子				女 子			
	小学6年	中学3年	高校3年	大 学	小学6年	中学3年	高校3年	大 学
	(11歳)	(14歳)	(17歳)	(20歳)	(11歳)	(14歳)	(17歳)	(20歳)
39年	323.2	396.1	455.8	446.5	289.0	306.7	315.0	299.1
41	329.3	406.0	460.3	449.8	296.8	316.5	322.3	309.3
43	329.2	412.6	458.8	—	297.1	324.9	319.2	—
45	330.2	422.7	466.1	458.1	300.2	331.5	328.8	318.7
47	330.6	417.1	460.8	454.6	301.9	330.1	330.3	324.3

(3) ハンドボール投げの年度別推移 (単位：m)

	男 子				女 子			
	小学6年	中学3年	高校3年	大 学	小学6年	中学3年	高校3年	大 学
	(11歳)	(14歳)	(17歳)	(20歳)	(11歳)	(14歳)	(17歳)	(20歳)
39年	10.5	11.5	12.5	13.5	8.5	9.5	10.5	11.5
41	10.8	11.8	12.8	13.8	8.8	9.8	10.8	11.8
43	10.8	11.8	12.8	—	8.8	9.8	10.8	—
45	10.8	11.8	12.8	13.8	8.8	9.8	10.8	11.8
47	10.8	11.8	12.8	13.8	8.8	9.8	10.8	11.8

39年	33.4	24.3	29.2	27.6	18.7	16.2	18.4	16.4
41	34.3	25.2	29.6	27.9	19.5	16.0	17.3	16.4
43	34.2	25.6	28.4	—	19.8	16.3	17.2	—
45	34.9	25.7	30.2	29.0	20.7	16.5	17.5	17.1
47	34.5	25.2	29.0	28.5	20.1	16.1	17.0	16.0

(注) 小学校はソフトボール投げである。

(4) 懸垂, 腕屈伸の年度別推移 (単位: 回)

	男 子				女 子			
	小学6年	中学3年	高校3年	大 学	小学6年	中学3年	高校3年	大 学
	(11歳)	(14歳)	(17歳)	(20歳)	(11歳)	(14歳)	(17歳)	(20歳)
39年	32.5	6.6	9.5	8.6	26.7	26.2	30.3	25.5
41	36.6	6.2	9.2	8.1	28.9	27.8	29.8	28.9
43	35.4	6.6	9.4	—	28.9	30.8	30.8	—
45	37.1	7.5	10.2	8.1	30.0	30.3	32.7	31.5
47	33.9	6.7	9.0	7.9	26.0	28.7	29.7	28.3

(注) 小学校及び女子は, 斜め懸垂腕屈伸である。

(5) 持久走の年度別推移 (単位: 秒)

	男 子				女 子			
	小学6年	中学3年	高校3年	大 学	小学6年	中学3年	高校3年	大 学
	(11歳)	(14歳)	(17歳)	(20歳)	(11歳)	(14歳)	(17歳)	(20歳)
39年	—	373.7	360.2	363.9	—	296.9	308.3	313.9
41	—	370.1	357.5	366.8	—	306.5	311.8	346.3
43	—	362.3	353.9	—	—	291.7	299.9	—
45	—	364.5	351.8	367.4	—	282.0	286.8	292.2
47	—	360.4	361.3	369.9	—	280.5	289.4	293.0

(注) 男子は1,500m走, 女子は1,000m走の記録である。

資料: 文部省「体力・運動能力調査」

若年者の死亡率の改善には著しいものがあるが, しかし, 30年頃から, 児童については不慮の事故が死因順位の第1位を占め, 第2位以下の死因とは大きなひらきがある。特に1~4歳, 5~9歳の不慮の事故による死亡は, それぞれ46年で人口10万対42.3, 20.3と全死亡の42.8%, 45.3%を占めている。

第1-7表 地域別にみた肥満傾向児の出現率

第1-7表 地域別にみた肥満傾向児の出現率

(46年度)

(単位:%)

		6歳	7	8	9	10	11	12	13	14
男	全 国	1.70	1.70	3.05	3.73	4.42	4.34	3.84	3.40	3.61
	市 部	2.10	2.01	3.56	4.58	5.58	5.02	4.32	4.35	4.64
	郡 部	1.32	1.39	2.51	2.83	3.22	3.62	3.31	2.50	2.58
	人口集中地区	2.86	2.84	4.58	5.57	6.78	6.62	5.81	4.69	5.06
	その他の地区	1.42	1.40	2.60	3.24	3.85	3.64	3.17	2.96	3.07
女	全 国	2.15	2.09	3.39	3.70	3.87	5.43	3.42	5.16	8.29
	市 部	2.04	2.38	3.91	4.01	4.33	5.76	3.56	5.30	8.23
	郡 部	2.25	1.81	2.83	3.37	3.42	5.08	3.27	5.04	8.34
	人口集中地区	2.53	3.48	4.60	5.09	5.18	6.25	4.77	5.36	8.51
	その他の地区	2.07	1.74	3.04	3.32	3.56	5.18	2.93	5.09	8.21

資料:文部省「学校保健統計調査」

1~4歳の年代では、不慮の溺死が不慮の事故の39.5%(人口10万対16.7)、交通事故が38・3%(人口10万対16・2)と、この二つを合わせると不慮の事故の77・8%を占め、全死亡の約3分の1に当たる。5~9歳の年代では不慮の溺死は27%(人口10万対5.5)と1~4歳よりかなり少ないが、交通事故によるものが半数以上を占め、両者で全死亡の約4分の1を占めている。10~14歳の死亡率は、各年齢階層を通じて最も少ない。これは、主として不慮の事故による死亡が少ない(人口10万対8.4)ことによるためであるが、しかし、不慮の事故がこの年齢階級でも死因順位の第1位を占めていることには変わらない。

これに対して、15~19歳の死亡率は、他の各年齢階級ですべて死亡率の減少傾向が続いているのに対し、25年人口10万対247.7、35年105.6、40年68.0と減少してきたものの、43年69.2、44年73・9、45年77.0、46年77.3と、むしろ近年上昇傾向にある。これは、ほとんどの死因が減少か横ばいの傾向にあるなかで死因順位の第1位を占める不慮の事故とりわけその約4分の3を占める自動車事故による死亡が、人口10万対で43年16.8、44年20.9、45年25.1、46年28.5と増加を続けていることに主な原因があろう(第1-9表参照)。

第1-9表 不慮の事故の年齢階級別死亡率の国際比較

第1-9表 不慮の事故の年齢階級

		総数	0歳※(1)	1~4	5~14
日本 1972年	不慮の事故 ※(2)	40.1	53.4	44.3	15.6
	交通事故(再掲)※(3)	21.7	3.6	17.0	8.0
アメリカ 1969	不慮の事故	57.6	67.9	30.9	19.8
	交通事故(再掲)	29.9	10.5	12.0	10.7
イギリス 1970	不慮の事故	35.3	58.4	18.1	11.5
	交通事故(再掲)	14.8	1.5	7.1	7.1
フランス 1970	不慮の事故	74.9	80.1	26.6	16.8
	交通事故(再掲)	24.2	4.4	8.2	8.3
スウェーデン 1970	不慮の事故	42.5	13.6	18.5	15.9
	交通事故(再掲)	19.4	0.9	9.0	10.6

資料：WHO「World Health Statistics Annual 1970 Vol. I」日本は、厚生省統計

(注) 1. ※(1)0歳は出生10万対

2. ※(2)不慮の事故：国際死因分類(AE138~AE146)による。

※(3)交通事故：国際死因分類(AE138~AE139)による。

別死亡率の国際比較(人口10万対)

15~24	25~34	35~44	45~54	55~64	65~74	75~
33.9	26.9	34.1	41.6	58.4	88.6	182.7
23.9	15.8	19.5	24.5	35.1	47.3	65.3
72.1	53.2	49.5	53.2	65.2	89.0	229.1
53.6	36.5	29.5	28.3	30.8	37.0	42.8
32.0	19.3	16.9	22.0	30.1	63.9	247.8
25.0	12.4	8.7	11.8	15.6	21.2	40.0
58.7	50.7	51.3	60.0	77.8	109.1	461.6
32.6	24.4	23.5	26.8	33.5	33.5	34.1
35.1	25.7	27.3	31.5	48.1	66.4	230.1
27.3	16.3	12.8	16.5	24.1	32.0	35.2

調査部「人口動態統計」

総論――転機に立つ社会保障――

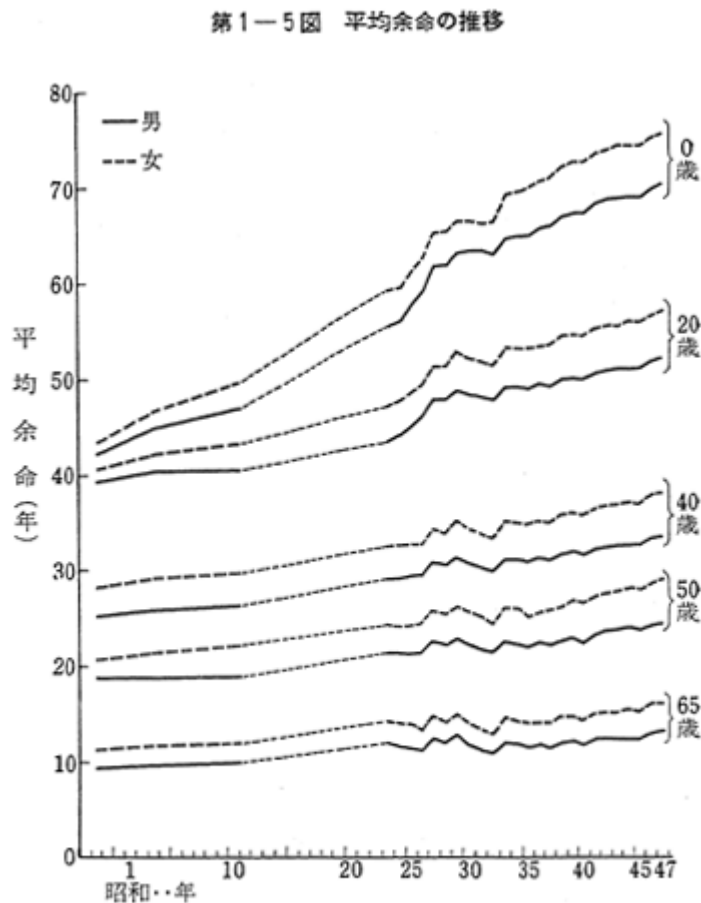
第1章 健康

第2節 健康の指標

2 老人の健康

0歳の平均余命すなわち平均寿命が、10年の男46.92年、女49.63年から、47年の男70.49年、女75.92年へと25年前後という驚異的な伸びをみせたにもかかわらず、高年齢層にあっては、50歳では男18.85年、女22.15年から、男は24.85年、女28.85年へと約6年の伸び、65歳では男9.89年、女11.88年から、47年には、男13.23年、女16.14年という状況にある(第1-5図、第1-6図、第-7図及び第1-10表参照)。

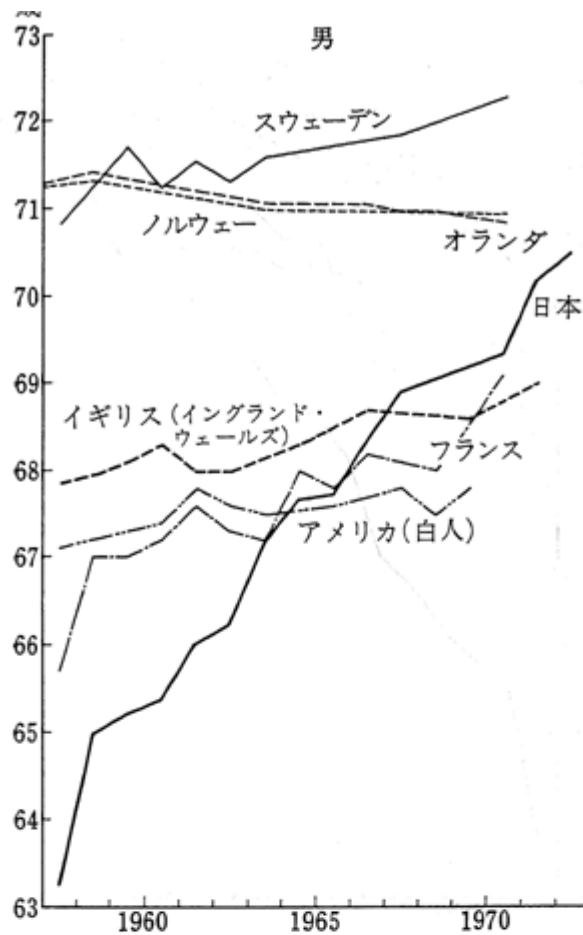
第1-5図 平均余命の推移



資料：厚生省統計調査部「生命表」

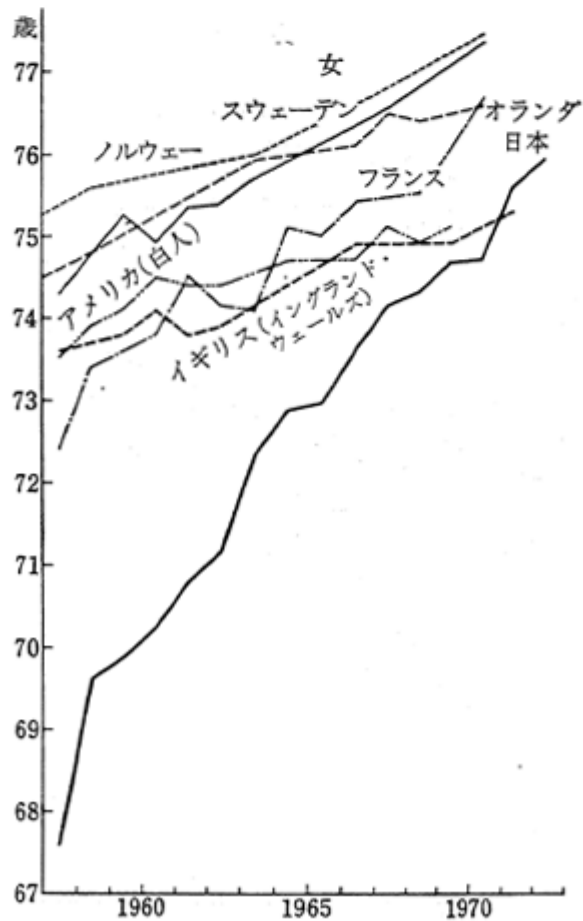
第1-6図 平均寿命年次推移の国際比較

第1-6図 平均寿命年次推移の国際比較 (その1)



資料：UN「Demographic Yearbook」、WHO「World Health Statistics Annual」、
アメリカは、「Vital Statistics of the United States」、日本は厚生省統計調査
部「生命表」

第1-6図 平均寿命年次推移の国際比較 (その2)



第1-10表 粗死亡率及び訂正死亡率の年次推移

第1-10表 粗死亡率及び訂正死亡率の年次推移 (人口1,000対)

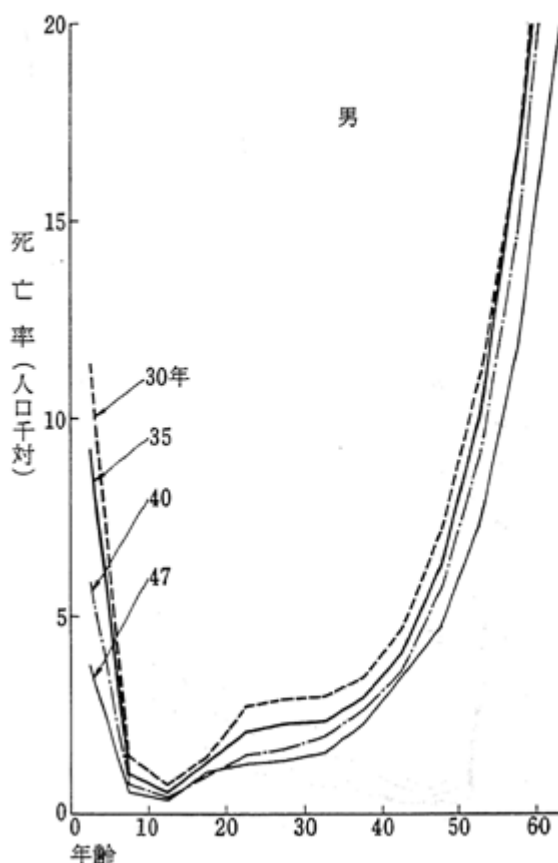
	30年	35	40	45	47
粗死亡率	7.8	7.6	7.1	6.9	6.5
訂正死亡率	7.6	6.9	5.9	5.1	4.6

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

(注) 訂正死亡率 $\left(\frac{\text{一時点の集団の年齢階級別死亡率} \times \text{基準時点の集団の年齢階級別人口の総和}}{\text{基準時点の集団の総人口}} \right)$ の基準人口は、10年の日本総人口とした。

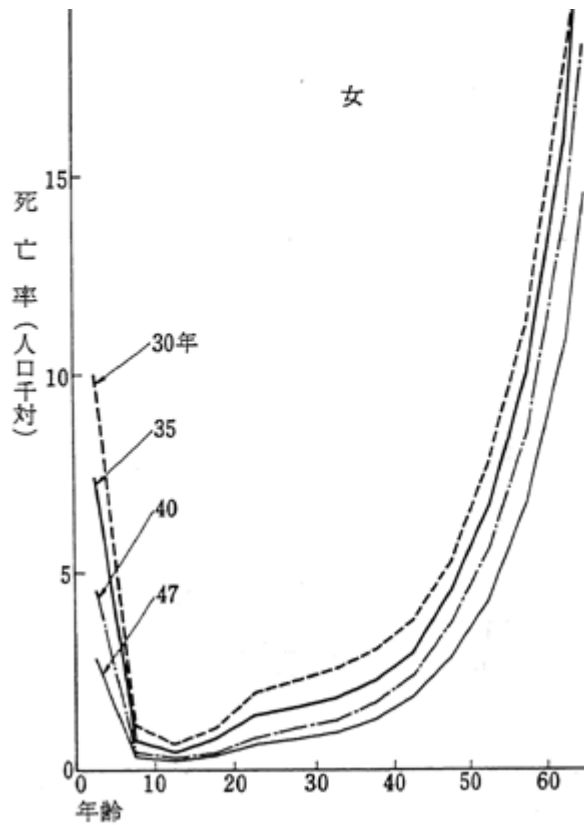
第1-7図 性、年齢別にみた死亡率

第1-7図 性、年齢別にみた死亡率 (その1)



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

第1-7図 性、年齢別にみた死亡率 (その2)



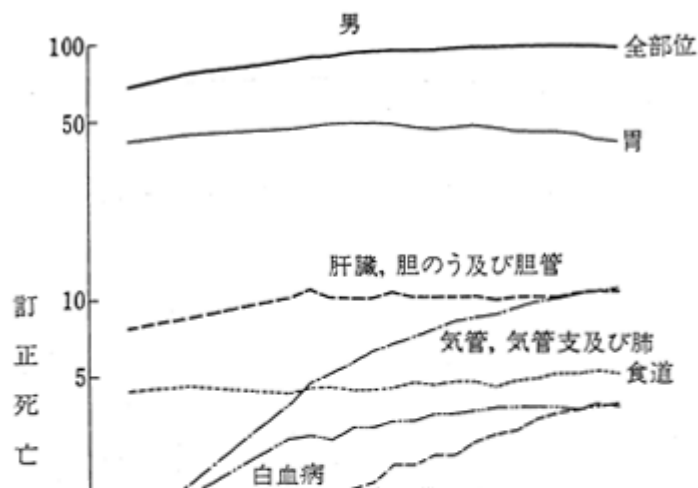
また死亡率をみると,0~4歳においては,10年の人口1,000対40.7から,47年は3.3と著しい改善をみたが,50~54歳は16.5から5.6,65~69歳は50.7から25.1という状況にある。

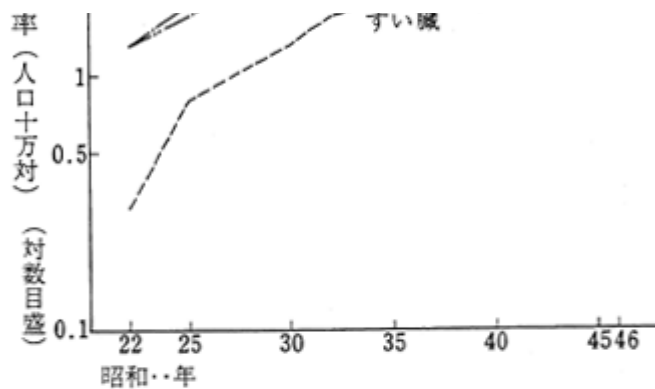
死因順位の変化についてみると,10年には,全結核や,肺炎及び気管支炎,胃腸炎等,いわゆる感染症によるものが第3位までを占め,全体の約3分の1となっていたが,この傾向は戦後大きく様相を変え,26年は脳血管疾患が第1位となり,28年には悪性新生物が第2位,33年には心疾患が第3位,43年には不慮の事故が第4位となってその状態が現在に続いており,第3位までの死因で,全死亡の56.3%を占めるに至っている。

また55歳以上においては,脳血管疾患,悪性新生物,心疾患の三者によって全死因の85.4%が占められているが,これら三大死因の訂正死亡率については,悪性新生物を除き他の2死因が最近徐々にではあるが減少に転じている。しかしながら,悪性新生物のなかでも,子宮がんは減少が著しく,胃がんも減少傾向がうかがえる(第1-8図及び第1-11表参照)。

第1-8図 悪性新生物の部位別訂正死亡率の年次推移

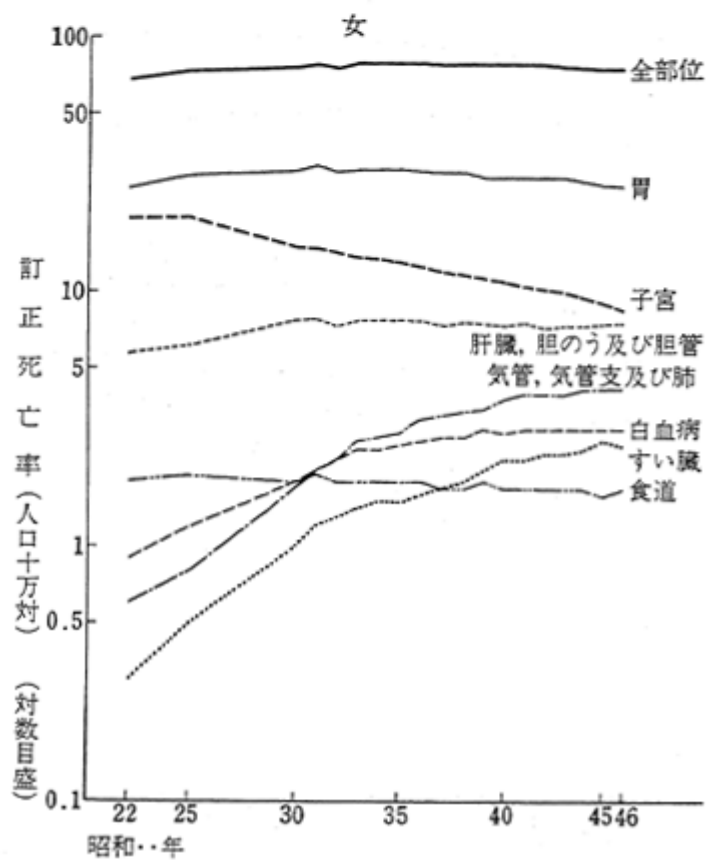
第1-8図 悪性新生物の部位別訂正死亡率の年次推移 (その1)





資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

第1-8図 悪性新生物の部位別訂正死亡率の年次推移(その2)

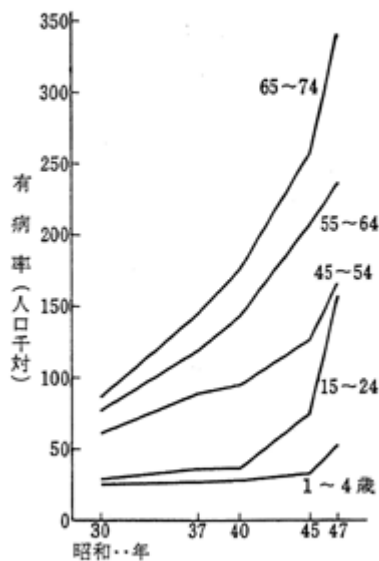


これらの死亡率の減少を通じて今後高齢者層の平均余命の伸びを図っていくためには、青壮年期からの健康管理、疾患の早期発見のための検診体制の充実等、予防面の対策とともに、老人医学の推進という観点から、これらの疾病に関する研究開発を推進する必要がある。

死亡率には、徐々にではあるが改善がみられる反面、有病率の推移をみると、各年齢層とも増加を示しているなかで、特に高年齢層のその動きがはげしい(第1-9図参照)。

第1-9図 年齢階級別にみた有病率の推移

第1-9図 年齢階級別にみた有病率の推移

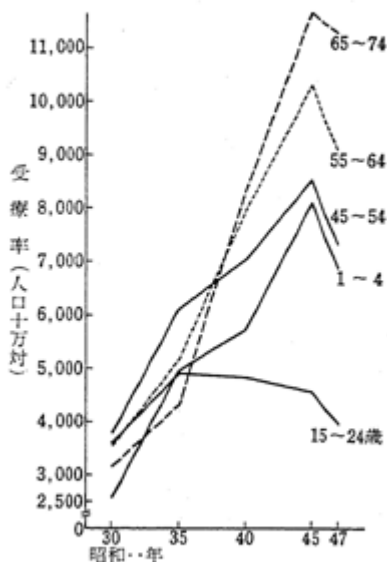


資料：厚生省統計調査部「国民健康調査」

受療率においても、15~24歳においてはほとんど変化を示していないにもかかわらず、45歳以上、特に65歳以上においては、30年に比べて47年では4倍近くに上昇している(第1-10図参照)。

第1-10図 年齢階級別にみた受療率の推移

第1-10図 年齢階級別にみた受療率の推移



資料：厚生省統計調査部「患者調査」

病気の種類については、55歳以上の高齢者においては、脳血管疾患、心疾患、高血圧性疾患等の循環器系疾患、悪性新生物、更には神経痛や白内障等の神経系及び感覚器官の疾患、慢性関節リウマチ等の筋骨格系及び結合織の疾患等といったいわゆる成人病が約53.9%と主体を占めている(第1-12表参照)。また、一般に減少

をみてきた結核登録患者数においても、高齢者においては、若年層に比べて減少傾向が鈍いことも指摘される。

第1-11表 三大死因の粗死亡率及び訂正死亡率の推移

第1-11表 三大死因の粗死亡率及び訂正死亡率の推移 (人口10万対)

		30年	35	40	45	46
悪性新生物	粗死亡率	87.1	100.4	108.4	116.3	117.7
	訂正死亡率	81.4	87.0	87.6	86.1	85.4
心疾患	粗死亡率	60.9	73.2	77.0	86.7	82.0
	訂正死亡率	56.0	60.8	58.7	59.2	54.5
脳血管疾患	粗死亡率	136.1	160.7	175.8	175.8	169.6
	訂正死亡率	123.9	132.7	133.5	118.9	111.4

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

(注) 訂正死亡率の基準人口は、10年の総人口である。

第1-12表 傷病大分類別にみた受療率

第1-12表 傷病大分類別にみた受療率 (特定年齢階級)

(47年)

(人口10万対)

		総数	1~4歳	15~24	45~54	55~64	65~74
総	数	6,215	6,858	3,970	7,324	9,102	11,302
I	伝染病及び寄生虫病	420	765	228	444	585	768
II	新生物	75	9	16	138	211	302
III	内分泌、栄養及び代謝の疾患	94	4	40	179	253	278
IV	血液及び造血器の疾患	35	31	33	42	37	39
V	精神障害	262	9	185	409	347	265
VI	神経系及び感覚器の疾患	703	703	382	768	1,057	1,447
VII	循環器系の疾患	662	5	54	935	2,143	3,670
VIII	呼吸器系の疾患	952	3,606	402	424	517	588
IX	消化器系の疾患	1,410	730	1,246	1,910	1,721	1,525
X	泌尿器系の疾患	187	42	156	277	201	199
XI	妊娠、分娩及び産褥の合併症	78	—	149	2	—	—
XII	皮膚及び皮下組織の疾患	313	460	283	294	285	330
XIII	筋骨格系及び結合織の疾患	384	18	174	724	933	1,145
XIV	先天異常	29	50	18	23	24	11
XV	周産期疾病及び死亡の主要原因	6	—	—	—	—	—
XVI	症状及び診断名不明確の状態	39	63	28	43	38	46
XVII	不慮の事故、中毒及び暴力	416	362	440	479	472	414
Y	歯の補綴及び分娩前後の処置	151	2	135	234	277	271

資料：厚生省統計調査部「患者調査」

高齢者の病気の状態は、国民健康調査によってみると、国民全体の傷病日数の1か月間平均が30年の1.7日から46年の4.3日と2.5倍に増加している状況に対し、65歳以上では3.0~3.3日であったものが約3倍の10.4日となっている。こういった高齢者の疾患に対しては、日常的な栄養、運動、休養等の生活指導、健康診断等健康管理面での施策の充実と、積極的な健康回復のためのリハビリテーションの機会が十分に提供される必要がある。

39年の保健衛生基礎調査によると、自らの健康状態についての意識は、20歳代では「良い」が38.4%、「普通」が55.3%、「良くない」が6.3%に対して、60歳代では、それぞれ26.3%、51.9%、21.8%、70歳代では、20.0%、53.5%、26.4%と、「良くない」と意識している者の割合が高い(第1-13表参照)。

第1-13表 年齢階級別にみた健康意識

第1-13表 年齢階級別にみた健康意識
(45年) (単位：%)

		総 数	健康である	普 通	健康でない
総	数	100.0	38.3	50.1	11.5
20	～ 34 歳	100.0	46.5	48.6	4.9
35	～ 44	100.0	39.4	52.1	8.6
45	～ 54	100.0	35.2	51.4	13.4
55	～ 64	100.0	29.6	50.9	19.5
65歳以上		100.0	23.8	48.0	28.1

資料：厚生省統計調査部「厚生統計地域傾向精密調査」

47年の老人実態調査においては、65歳以上の国民についての健康意識として、「健康」は29.1%、「普通」が34.8%、「弱い、病気がち、半年以上床につききり」が36.0%であり、約3人に1人が何らかの健康上の異常状態を訴えている。35年の同様の調査においては、「丈夫」が35.0%、「普通」46.5%、「弱い、床につききり」が18.5%であり、これらの調査結果を通じて、老人の健康状態の意識における変化が、はっきりとあらわれている。

総論— 転機に立つ社会保障 —

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

1 医療関係者

医療保険の改善,各種公費負担医療の充実等の医療保障制度の充実,各種健康診断事業の普及,国民の健康意識の変化等によって,国民の受療率は高まり患者数は35年から45年にかけて1.61倍に増加したにもかかわらず,この間に医師数は1.15倍,病院,診療所に勤務する助産婦,看護婦等の数は1.58倍であって,医療需要の増加,医療内容の高度化によって,医師をはじめとするマンパワーの不足は深刻なものとなっている。

医師については,戦後44年までは医科大学(医学部)の新增設が行われなかったこともあって,人口10万対医師数は微増にとどまり,医療内容の高度化,医療需要の増加に対し,その絶対数の不足が指摘されている。また地域的にみて,都道府県別の医師数にはかなりの格差がみられ,更に七大都市及びその他の市と町村では,著しい格差がみられる(第1-14表参照)。また,特に耳鼻咽喉科,小児科,眼科において医師の不足がある。

第1-14表 地域別にみた医師数の年次推移

第1-14表 地域別にみた医師数の年次推移 (人口10万対)		(単位:人)		
		37年	41	46
全	国	110.8	111.8	117.3
平	均			
七	大	※ 160.7	154.0	166.7
都	市			
そ	の	123.7	123.7	124.8
他	の			
市				
町	村	66.4	65.9	65.4

資料:厚生省統計調査部「医師, 歯科医師, 薬剤師調査」

(注) ※は六大都市の数である。

以上のような医師不足の解消のため,当面,人口10万対150人程度の医師数を確保することを目標として計画的に医師養成策が講じられているところであるが,更に長期にわたる医師の適正な供給数について,医療需要の動向等をも見きわめつつ検討していく必要がある。

医師の資質の向上については,卒後研修について43年度に臨床研修制度が発足しその普及を図り,これによって46年度では臨床研修を受けている医師の率も75.8%に達している。しかし,現在,臨床研修は大学の附属病院における研修に偏りすぎているので,今後は,欧米諸国の諸制度も参考とし,地域医療に即応した形での研修の機会が拡充されなければならない。

看護婦については,養成施設の増加が図られてきたが,卒業後の就業率の低下もあって,就業看護婦の数は,増大した看護力需要には到底応じきれない状況になっている(第1-15表参照)。また,現在の看護教育については,教育制度の近代化の必要が一般に指摘されている。特に,今後,夜間勤務体制の改善を図りつつ看護需要の増大に対処していくためには,養成施設の新増設,離職防止及び潜在看護婦の活用のための施策を総合的に講ずる必要があり,勤務条件の改善,看護業務の明確化,近代化等,専門職種にふさわしい職務内容と処遇の確立を図らなければならない。

第1-15表 看護婦・准看護婦の就業状況

第1-15表 看護婦・准看護婦の就業状況

	養成施設数	卒業者数	就業率	病院・診療所における就業者数
36年	679か所 (100)	16,847人 (100)	94.8%	183,608人 (100)
41	831 (122.4)	25,604 (152.0)	94.1	254,423 (138.6)
43	912 (134.3)	32,863 (195.1)	92.0	232,367 (126.6)
45	1,038 (152.9)	37,225 (221.0)	89.0	266,799 (145.3)
47	1,105 (162.7)	40,588 (240.9)	86.6	298,012 (162.3)

厚生省医務局調べ

(注) ()内は36年を100とした場合の指数を示す。

総論——転機に立つ社会保障——

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

2 研究開発の推進

成人病の治療,先天性疾患やいわゆる難病の原因究明,各種疾患に対するリハビリテーション技術の開発,食品,医薬品の安全性の確保,公害等環境汚染問題への対処等,現在の国民の健康の問題は,ますます高度な科学技術による解決を必要としてきている。このような科学技術の開発には,医学と関連科学を統合したライフサイエンスの確立発展とあわせ,科学技術が人間社会にもたらすあらゆる影響を評価しつつ研究開発を進めるというテクノロジーアセスメントの考え方を導入するなど多角的な研究開発の積極的推進が図られなければならない。

更に,現在の研究プロジェクトは,個々の研究課題についての研究費の額が小さく,また,関連する領域の総合的な研究の推進も必ずしも十分なものではない(第1-16表参照)。研究開発プロジェクトの大型化と総合化なしには,その推進が困難である研究分野は増大してきており,老化現象の究明や医療情報システムの研究開発等,今後の研究開発の推進にはこのような動向に対応した研究開発体制の確立と研究費の投入が不可欠である。

第1-16表 厚生省科学技術振興費の年次推移

第1-16表 厚生省科学技術振興費の年次推移

	40年	42	44	46	48
予 算 額 (百万円)	1,833	2,086	2,775	3,745	6,664
厚生省予算に占める割合 (%)	0.36	0.30	0.31	0.28	0.32

厚生省企画室調べ

(注) 予算ベースである。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

3 包括医療体制

従来,我が国の医療については,疾病の治療面に比べて,健康の増進,疾病の予防,リハビリテーション面での立ち遅れが指摘され,健康の増進からリハビリテーションまでを含めた,一貫した,また均衡のとれた包括医療体制の確立の必要がいわれてから久しい。

総論— 転機に立つ社会保障 —

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

3 包括医療体制

(1) 健康増進活動の状況

国民の健康増進については、厚生省としては、栄養改善の問題とともに、42年度から、各地方都市において「栄養と健康展」を開催し、45年度からは、各保健所で保健栄養学級を開催し、日常生活のなかでの正しい栄養、運動、休養のとり方についての具体的な指導を行う事業を実施してきた。

国民の健康増進のための各種の活動は、各人の健康度と、生活環境に対応した生活処方に基づいて行われなければ効果をあげることはできないという考え方に立って、46年度には、国民の健康の指標の基準を定めるために必要な検査法とその判定法を策定するためのフィールド調査を実施し、これに基づいて、47年度には、地域における健康増進の拠点として、国民が気安く健康度の判定を受け、それに対応した生活処方による健康増進の实地指導が受けられるよう、健康増進モデルセンターが全国にまず2か所設置された。国民の自主的な健康増進活動に必要な各種の施設は、近年、次第に普及しつつある(第1-17表参照)が、今後においては、職場における健康管理、健康体操の実施等の健康増進事業と並んで、地域社会における家庭婦人、老人等の健康増進活動の推進を図るため、地域における健康増進活動のための施設整備とともに、健康増進活動に地域社会の医師が積極的に参加し、その指導、助言を受けて国民の自主的な健康増進活動が活発に行われるような体制づくりが必要であろう。

第1-17表 公共スポーツ施設の整備状況

第1-17表 公共スポーツ施設の整備状況

(単位：か所)

		46年度末	47	48(見込)
運動広場		2,723	3,277	3,323
コト		1,038	1,038	1,163
体育館	総合体育館	18	29	65
	体育館	1,060	1,147	1,225
柔剣道場	大型柔剣道場	16	17	19
	小型柔剣道場	473	553	602
プール	屋外プール	1,804	1,938	2,011
	屋内プール	35	50	78
学校開放		—	1,277	1,379

文部省体育局調べ

(注) 施設数は、いずれも整備計画数である。

厚生白書(昭和48年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

3 包括医療体制

(2) 予防活動

戦後、我が国の予防活動が、各種の急性伝染病、結核対策を中心に発展し、大きな成果を示したが、今日においては、人口構造、疾病構造の変化に伴い、成人病の問題、先天性疾患、妊娠中毒症等の出産をめぐる問題の解決が、予防活動の重要な分野になっている。

現在の予防活動は、乳幼児、妊産婦については保健所、学童については学校長、職域については事業主、一般家庭婦人や老人については市町村長が実施主体となり、各種の予防活動を行っているが、生涯を通じての健康管理体制という観点から、これらの間の有機的な連携を図る必要がある。

各種の予防活動における実施状況をみると(第1-18表参照)、妊産婦、未熟児については、健診の受診率の向上がみられるが、がん、循環器疾患を主とした成人病検診・老人健康診査の受診状況については、検診体制、事務管理体制に問題が残っている。

第1-18表 各種の予防活動実施状況

第1-18表 各種の予防活動実施状況 (単位:1,000人)

	41年	43	45	46	47
1 未熟児の訪問指導数	21 (61%)	70 (98%)	69 (99%)	69 (99%)	70 (100%)
2 妊婦の訪問指導数	455 (28%)	559 (29%)	724 (36%)	825 (40%)	810 (38%)
3 産婦の訪問指導数	96 (6%)	242 (13%)	260 (13%)	299 (14%)	323 (15%)
4 新生児の訪問指導数	459 (34%)	567 (30%)	588 (30%)	608 (30%)	615 (30%)
5 乳児の訪問指導数	1,819 (127%)	2,136 (116%)	2,133 (112%)	2,190 (111%)	2,323 (114%)
6 幼児の健康指導(3歳児健診)	979 (61%)	1,133 (65%)	1,225 (67%)	1,281 (71%)	1,331 (71%)
幼児の健康指導(その他)	450 (7%)	442 (7%)	470 (7%)	475 (7%)	504 (7%)
7 循環器検診	1,616 (5%)	2,333 (7%)	3,348 (10%)	3,847 (11%)	—
8 がん検診 (1) 胃がん	1,000 (4%)	1,586 (6%)	2,205 (8%)	2,436 (9%)	2,674 (10%)
(2) 子宮がん	127 (1%)	399 (2%)	748 (4%)	795 (4%)	905 (5%)
9 結核検診	42,822 (43%)	44,712 (44%)	45,377 (44%)	45,293 (43%)	44,257 (42%)
10 婚姻時性病健康診断	…	214 (11%)	186 (9%)	193 (9%)	181 (8%)
11 老人健康診査	962 (15%)	1,315 (19%)	1,596 (22%)	1,714 (23%)	—

厚生省企画室調べ

- (注) 1. —は計数がないこと、…は計数不明を示す。
 2. 実施率()内の数値は、幼時の健康診断(その他)は1~2歳、4~5歳の人口を、循環器検診は35~64歳の人口を、胃がんは40~64歳の人口を、子宮がんは35~64歳の女性人口を、老人健康診査は65歳以上の人口を、それぞれ対象者数として計算した。
 3. 1~6は保健所と市町村の実施分、7~8は保健所と民間団体の実施分、10は保健所と代用病院・診療所分のみの数値である。

このように、各種の予防活動は幅広く実施されているものの、その受診の状況、検診の内容には改善の余地が大きく、地域におけそ医療機関、保健所等の有機的な連携のもとに国民の各年齢階層を通じ一貫した健康の保持、増進の体制の拡充が望まれている。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

3 包括医療体制

(3) 母子保健

母子保健法が40年に制定され、妊産婦乳幼児に対する健診、保健指導、妊娠中毒症患者や身体障害児、未熟児に対する医療費の公費負担制度等各種施策の拡充が図られ、また妊娠中毒症や先天性疾患等の原因究明が進められている。しかし、妊産婦や乳児に対する保健指導の伸びは悪く、また妊娠届け出において妊娠6か月以降の届け出が、47年にはなお18.3%みられ、更には、母乳による育児が漸減傾向にある。

今日、妊産婦死亡は劇的な改善をみたものの、なお諸外国と比較してかなりの高率を示し、しかもその本態が十分に究明されていない妊娠中毒症がその主因となっており、また、脳性小児麻ひ、先天性心疾患等の発生予防等、学問的に問題解決がなかなか困難な問題が残されている。これらの問題解決に当たっては、高度専門的な母子医療を担当する医療機関の普及によって、我が国の母子医療の一般的な水準の向上を図るとともに、これと並んでこれらの妊娠中の母体の健康管理について、一層の充実が必要である。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

3 包括医療体制

(4) 老人医療

老人の疾患は、慢性的な経過をたどり、また、各種の合併症を有する場合が多いなどの特徴を持っており、更に、身体機能が全体的に低下していることから、療養生活には、医療機関においても、家庭においても、看護、介護の面で細心の配慮が必要である。

47年度からの老人医療費公費負担制度の実施等に伴う老人の受診率の向上もあって、今後老人患者のための医療機関の整備が求められてくるとともに、このような老人医療の特性に対応して、医療機関におけるリハビリテーション機能の整備、更には医療機関と社会福祉施設、家庭との連携、また家庭における看護、介護を援助する施策の充実が望まれている。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

3 包括医療体制

(5) 医学的リハビリテーション

心疾患や脳血管疾患が戦前から多くみられた西欧諸国においては、医学的リハビリテーションの体制が早くから整備されているが、我が国においては、この面での施策が立ち遅れ、近年の脳血管障害患者の増加、後遺症を伴う交通事故患者の増加等によるリハビリテーションの需要に十分応じきれない現状にあり40年に行われた医学的リハビリテーションについての厚生省の調査によれば全患者の1.3割(外来0.8割,入院2.2割)の患者に医学的リハビリテーションが必要であり、対象患者の多い疾病は、慢性関節リウマチ、骨折、脳血管疾患、精神性疾患等である。これらの需要に対して医療機関の供給の状況は、42年の医療施設調査によれば、全病院7,505のうち、運動療法室を有するものが1,039(13.8%)、水治療法室759(10.1%)、物理療法室2,482(33.1%)、作業療法室912(12.2%)であり、46年の救急医療現状調査によると、一般病床200床以上の病院における状況も、急性期リハビリテーション設備を有する病院は、7.17病院のうち32.2%という状況である。一方、リハビリテーションを直接担当する理学療法士及び作業療法士の有資格者は、48年4月現在それぞれ1,366人及び397人であり、1病院1人という線にも達していない。

リハビリテーションの立ち遅れを取り戻すためには、リハビリテーション関係職員の大幅な養成のための施策と同時に、医療機関が積極的にこれに取り組めるような諸条件を整える必要がある。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

4 地域保健医療体制

救急医療、休日・夜間診療の問題、入院待機の問題、病院・診療所内の混雑の問題、更には離島、山村等過疎地域での無医療状態の問題といった国民の医療機会確保の問題は、近年、医療に対する国民の不満の一番大きな原因となってきている。

救急医療については、救急搬送体制の整備ともあいまって、救急隊による交通事故、家庭での急病、災害等による救急患者の搬送人員についてみると、39年以後46年までで6.8倍と増加し、年間5万4,000人となっている。そのうち46年の交通事故患者は33%であり、また家庭での急病患者が毎年15~20%の伸びを示し、46年において全体の45%を占めている状況にある。

一方、救急告示病院・診療所は、同じ期間についてみれば、39年4月に制度が発足して以来、46年までで、総数では1.9倍の伸びにとどまり、救急病院数2,772、救急診療所数1,823である。また、高度専門的な二次救急医療を担当する医療機関としての救急医療センターは、43年度より人口100万人に1か所の割合で整備が進められ、現在までに153か所設置されている。

これらの救急医療施設を通じて、脳神経外科、整形外科、麻酔科を標ぼう若しくは担当する施設数は毎年伸びてきているものの救急医療体制全体としては、頭部外傷を中心とする高度な医療が十分提供できる体制には必ずしも到達していない。また救急告示病院・診療所の数でも地域的なアンバランスがある。

休日、夜間の診療体制については、国は地域における「休日急患対策協議会」の設置への助成を通じて地域医師会による当番医制の普及に努めているが、その普及率は、対象人口で見ると、46年で約55%である。

また、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50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区を無医地区としてみると、46年1月現在、無医地区を有する市町村は1,054、人口50~300人の無医地区1,420、人口300人以上のそれが1,053となっている。

これらのへき地に診療所を設け、医師を定着させて医療の確保に当たることは、医師不足の全国的傾向もあって極めて困難な状況にある。

このため、これらの地区の医療の確保については、患者輸送車、患者輸送艇等の機動力の整備、親元病院による巡回診療の実施等の施策が講じられてきたが、これらの地域のうち、特に冬期間交通の途絶する豪雪地帯、離島の医療の確保は住民にとって大きな問題である。

以上のような諸問題については、医師をはじめとする医療関係者の不足の問題の解決とあわせて、へき地医療対策、救急医療対策、休日・夜間医療対策といった従来からの各施策の一層の充実が必要とされている。と同時にこれらの問題は、地域の問題状況に即応した地域医療計画を樹立し、地域における医療関係者及び関係施設がその能力と機能を有効に発揮できるように有機的に組織され、システム化されるという方向で具体的に問題解決が図られなければ、国民の要望にこたえうる地域医療の確保は困難とみられる。

このような地域医療計画の試みは、北海道、青森、秋田、宮城、静岡、鳥取県等において、地域医師会の協力を得て既に始められており、へき地医療、救急医療、休日・夜間の診療体制といった問題もこのような地域医療計画の中心的な課題として検討されつつある。

しかしこのような地域計画に基づく事案が円滑に実施されるためには、国の助成の充実が図られるとともに、病院、診療所、保健所その他の医療関係施設の相互の連携、機能の分担、更には地域計画を効果的なシステムとして実現するための情報機器の導入のあり方等、今後解決をしなければならない多くの問題がある。国は、48年度において、医療情報システムの研究開発に本格的に着手し、地域医療システムの確立によって、これらの問題を解決しようとする方向に大きく踏み出した段階である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

5 医療保障

医療保障については、36年4月1日に国民健康保険の全国普及の達成により、医療保険は全国民に適用されることとなった。

医療保険における給付割合の改善については、まず国民健康保険について36年10月1日に世帯主の結核、精神病についての7割給付の実施、38年10月1日に世帯主の全疾病についての7割給付の完全実施、42年度に世帯員についての7割給付の完全実施という改善が行われてきた。

また、多年の懸案であった被用者保険の家族の給付割合について、第71回国会において健康保険法等の改正が成立し、7割給付と月額3万円を超える医療費の自己負担分を償還する高額療養費支給制度が発足することとなった。

また、この高額療養費支給制度は、国民健康保険の加入者についても実施されることとなっている。

これら医療保険の給付改善と並んで各種の公費負担医療制度の創設により医療保障の充実が図られ、特に医療費負担の軽減についての社会的要請が切実であった小児がんについては46年度から、小児ぜんそくについては47年度から、また各種の難病患者については48年度から医療費の公費負担が行われ、また老人については47年度から70歳以上の老人の医療費公費負担制度が実施され、更に48年度にはその対象を65歳以上のねたきり老人等に拡大するなどの充実が行われてきた。

この結果、医療保険制度と各種公費負担医療制度とによって国民に保障される医療保障の水準は、諸外国との比較によってみても、我が国の社会保障制度において最も充実された部門となるに至った。

しかし、医療保険制度においては、第1に、給付水準について、被用者保険における本人と家族との間の給付割合の格差、制度間の格差を更にどのように解消していくかという問題、第2には、費用負担のあり方について、制度間における負担の格差、標準報酬の上限の引き上げをどのように考えるかという制度内の負担の公平の問題、また被用者と事業主との負担割合の問題といった今後解決されなければならない問題を残している。

また、老人医療無料化の実施を契機として医療保険制度と各種の公費負担制度とのあり方が改めて問題とされてきている。

更に医療保険の給付に関連して、入院の際の室料についてのいわゆる差額徴収や看護婦不足の状況を反映した付添い看護が問題とされている。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

6 食品の安全問題

食品は日々体内に摂取され、人間の生命と健康を維持するものであり、その安全性は何にもまして要請されるものであるが、最近水銀、PCB(ポリ塩化ビフェニール)、カドミウム、残留農薬等による食品汚染が健康被害の問題を生じ、あるいは日常摂取する各種の食品に使用されている化学的合成品である食品添加物に対して不安が増大するなど、食品の安全性問題についての国民の関心が急速に高まっている。また、過去に起こった森永ヒ素ミルク中毒事件、カネミ油症事件等の食品事故事件が、救済問題を含めて社会的に大きくとりあげられている。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

6 食品の安全問題

(1) 食品事故問題

最近の食品工業における製造工程の高度化,大規模化等には著しいものがあるが,これは,いったん食品事故が発生した場合には,その被害が広範となることにも通じている。また,化学的合成品等による事故の場合には,細菌性の中毒とも異なって被害の態様,程度が一様でなく,回復が容易でない事例が生ずることも考えられる。このような事故として,30年に起こった森永ヒ素ミルク中毒事件がある。この事件は,森永乳業株式会社徳島工場製造の調製粉乳に使用された乳質安定剤が,ヒ素化合物を含むことに起因し,近畿,中国等を中心として乳幼児に皮膚の色素沈着,肝腫張,発熱等の症状を持ったヒ素中毒患者が多数発生したものであった。これらの患者数は,32年3月1日現在で,1万2,344名,うち死者130名にのぼった。

これらの中毒患者の発生は2年あまりで終そくしたが,事件発生後14年目の44年10月第27回公衆衛生学会において,当時の中毒児のその後の状況が報告されたことにより,これら被害者の救済問題が再び大きな社会問題となった。そして,被害者団体は48年4月10日,森永乳業株式会社及び国に対して損害賠償請求訴訟を提起するに至っている。

また,43年10月,カネミ倉庫株式会社北九州工場において,米ヌカ油製造中,脱臭工程に使用されたPCBが製品中に混入し,これを摂取した人々に色素沈着等の皮膚粘膜症状や四肢のしびれなどの症状を呈するいわゆるカネミ油症事件が起こり,中毒患者の数は,九州地方を中心として48年6月現在1,189名にのぼっている。この事件についても現在損害賠償を求める民事訴訟が行われている。

このような食品事故事件は,多数の消費者に食品を提供する食品関係業者に対し,安全な食品の供給のための原料検査,製造工程の点検,製品の管理等にわたっての万全の注意の必要性を喚起するとともに,国,地方公共団体に対しても十分な監視体制の確立を要請するところとなっている。なお,食品事故による被害者の救済の方策について,国は,検討を進めているが,森永ヒ素ミルク中毒事件については,現在厚生省も加わって被害者団体と森永乳業株式会社との間において救済対策の実現についての話し合いが進められている。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

6 食品の安全問題

(2) 重金属及び残留農薬による食品汚染問題

水俣湾沿岸,阿賀野川流域での有機水銀による水俣病患者の発生,神通川流域でのカドミウムによるイタイイタイ病患者の発生等は,有機水銀やカドミウムを含む工場排水や鉱山排水が魚介類や飲料水等を汚染して,それを摂取したことによって生じたものであり,これら重金属による食品汚染の問題は,国民の大きな関心事となった。

とりわけ有機水銀については,水俣湾,阿賀野川流域に限らず広く水銀使用工場が各地に所在していることから,その全国的な汚染実態のは握が必要とされ,48年6月から全国いっせいに水銀汚染が問題となる水域の実態調査が行われ,これと併行して水銀に関し魚介類や底質除去について暫定的な基準が設けられた。前記実態調査のうち,問題の水域の調査結果によると,魚介類への蓄積はほとんどが規制値内であったが,一部の水域で水質や底質から当該暫定基準を超える水銀が検出され,今後の対策が必要とされている。

一方カドミウムについては,食品衛生法に基づく食品の成分規格(玄米中のカドミウムの量が1.0ppm未満)に適合しない米が検出された地域は,土壌汚染対策実態調査によると,46年度調査対象地域117地域中28地域にのぼった。

またDDTやBHC等の有機塩素系農薬は,人体への残留性が高いため,これらによる汚染食品の摂取を通じて,人体への健康被害をもたらす恐れが考えられることから,46年5月にはDDTの,同12月にはBHCの全面的な製造及び使用の禁止措置がとられた。この結果,現在では農作物中へのこれら有機塩素系農薬の残留はほとんどなくなった。農作物中の各種農薬の残留基準の設定は,48年11月末現在ですでに29食品について行われているが,今後とも残留基準の設定作業の進ちよくを図る必要がある。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

6 食品の安全問題

(3) 食品添加物の総点検

食品添加物は、本来必要最少限のものについてのみ使用を認めるべきであり、安全性が十分確認されていない場合はもちろん、製法の安易性、過度の着色等食品添加物使用の必要性が少ない場合については使用されるべきでない。このような観点から37年度以降食品添加物についての再点検作業を開始し、慢性毒性試験、代謝試験、催奇型性試験等の安全性に関する総合的な検討にあわせ、必要性の観点からの検討も行っており、この結果現在までに食用赤色1号、4号、ズルチン等安全性に疑いがあるものとして削除されたもの15品目、安全性を確認する資料がないものとして削除されたものとして食用赤色103号、クロラミンT、硫酸銅の3品目、必要性がないものとして削除されたもの21品目、合計39品目が食品添加物の品目から削除されており、今後とも更に総点検作業の進ちよくを図る必要がある。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

6 食品の安全問題

(4) 食品の安全対策の強化

以上のような状況は、食品製造工程の複雑化、食品の大量生産、冷凍食品の普及等食品をめぐる状態が急速に変化したことに一因を有するものであろう。科学技術の発展は、食品の分野においても大きな影響を与え、新しい食品が開発され、国民の食生活を豊かにしている反面、これに附随して新しい問題も次々と生じてきている。とりわけ、最近の魚介類に含まれる水銀の問題にみられるように、日々摂取している食品の安全性に疑念が持たれたときの国民の不安は測り知れないものがあり、このような食品に対する不安の解消を図ることが何にもまして緊急である。このような問題の対応策としては、食品添加物の規格基準の強化、製造工程の複雑化に対応した事業者自身による自主的な安全点検の強化、食品衛生監視指導體制、試験検査研究体制の整備拡充、重金属等の暫定基準等のきめ細かな運用といった対応が必要であり、更には食品汚染の正確かつ迅速な把握、汚染原因の究明、その除去、汚染食品を摂取している人々の健康への影響の把握等の措置を的確に講じ、健康被害の未然の防止に努めることが何よりもまず必要であろう。

総論――転機に立つ社会保障――

第1章 健康

第3節 健康をとりまく諸条件

7 医薬品の安全問題

35年頃から我が国のみならず、ドイツ連邦共和国、イギリス、スウェーデン等において大量に発生したサリドマイド事件を契機として、医薬品の安全確保の問題についての社会的な関心が急速に高まり、厚生省としても従来にもまして医薬品の製造(輸入)承認の審査の厳格化を図るとともに、42年からは副作用モニター制度を発足させ、国・公立病院、大学附属病院を対象とした副作用情報の収集体制を確立し、また、47年からはWHOの国際医薬品モニター制度にも加入し、国際的な情報の交換を行っている。これらによって得られた情報は、中央薬事審議会において学問的検討が加えられ、使用上の注意事項の策定、要指示医薬品への指定等に当たっての参考資料として活用されるとともに、特に重要な副作用を呈する医薬品については製造販売の中止等の行政措置が行われる体制となった。これによって45年9月スモン発生の疑いのあるキノホルムについて販売中止の措置をとったところである。

一方、医薬品の有効性を検討するため、46年10月に中央薬事審議会に医薬品再評価特別部会が設置された。同部会においては、まず、精神神経用剤、抗菌製剤等についての審議が進められ、48年11月にはマレイン酸アセチルプロマジン等の精神神経用剤6品目、ペニシリンの塩類等の抗菌製剤14品目計20品目について医薬品としての有用性が疑わしいとして、直ちに製造販売の中止の措置が行われた。この再評価作業は、42年10月以前に承認された医薬品について50年度を目標に続けることとしている。

また、種痘を中心とする予防接種による副作用事故が発生しているが、これについては、45年7月から緊急措置として被害者に対する弔慰金ないしは医療費の支給等の救済措置を講ずるとともに、弱毒性ワクチンの開発等により予防接種の安全性の向上に努めている。

このように医薬品の開発に当たっては、今後特に副作用問題を十分考慮した研究開発の促進、製造(輸入)承認に当たって、より一層の厳格な審査体制の確立の要請が高まっており、また承認後においてもこれらの医薬品の副作用に関し常時情報を収集し、これを評価し、伝達して、医師をはじめとする医療関係者が医薬品使用に当たっての副作用発生に対する細心の注意を払うことができるような体制の確立が必要である。また、これらの措置の基盤として、医薬品の副作用、品質等について科学的な試験検査、研究を迅速に行い、施設の整備が必要である。更に正しい医薬品の使い方を国民一般に普及していく必要がある。

なお、医薬品の副作用による被害については、上述のような施策を推進することにより、その発生の未然の防止に努めることが何よりも肝要であるが、同時に、それにもかかわらず不幸にして発生した被害者に対する救済についても十分な配慮が行われなければならない。恒久的な救済対策の実現に当たっては、医学、薬学、法律学等多方面にわたり、解決を必要とする幾多の問題点が残されているが、今後ともその前進を図るべく検討を進めていく必要がある。
