

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第1節 公衆衛生行政の現状と動向

近年の国民生活の変ぼうは著しいものがあり、国民の健康に影響を及ぼす諸要因も複雑多様化している。一方、高度経済成長時代の反省を踏まえて、改めて人間の尊厳が再認識され、人間活動の基礎条件としての「健康」に関する価値観が国民全般の意識の中にかん養され、高揚しつつあると考えられる。

このような現状にかんがみ、医学医術を中心とした健康に関連する諸科学の近年のめざましい進展の成果を国民がいち早く、等しく享受し得るような体制づくりを中心課題として、公衆衛生施策を展開する必要がある。

このため、50年度においては、次節以下に述べるように公衆衛生行政の各分野においてそれぞれの需要に応じた対策を講じてきたところである。主なところを概説すると次のとおりである。

地域保健対策については、各都道府県において保健医療圏の設定と、その圏域における地域保健医療計画の策定が検討されている。今後の保健サービスの推進に当たっては、各保健医療圏ごとに医療サービスとの十分な連携を考慮し、保健所のあり方をも含めて望ましい地域保健のあり方を検討する必要がある。

急性伝染病については、近年、その発生状況、症状、経過等に著しい変化がみられており、防疫対策の面においても再検討がなされている。50年度においては、急性灰白髄炎、ジフテリア、インフルエンザ、日本脳炎、風しんの5疾病について、伝染病流行予測調査が行われたところである。

予防接種対策については、51年3月の伝染病予防調査会の答申を受けて、予防接種法の一部改正が行われた。改正の要点は、最近における伝染病の発生状況、医学医術の進歩、生活環境の改善等にかんがみ予防接種の対象疾病実施方法を改めるとともに、予防接種の異常な副反応による健康被害について、新たな法律上の救済制度が設けられたことである。

我が国の死因順位の上位を占める脳卒中、がん、心臓病等の成人病対策は、人口の老齢化に伴い、対策の充実が国民保健上の大きな課題となっているので、胃がん、子宮がんの早期発見のための集団検診事業、循環器疾患等の予防のための健康診断事業を強化推進するとともに、農村保健対策の一環として農村検診センターの整備充実を図った。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第2節 国民の栄養及び健康増進

1 国民の栄養改善対策

(1) 国民栄養の現状

国民の栄養状態や健康状態を知るために、厚生省は都道府県の協力を得て、毎年国民栄養調査を行っている。

49年度の調査成績をみると国民1人1日当たりの栄養摂取量は、熱量2,187カロリー、たん白質78.7g(そのうち動物性たん白質37.9g)、脂肪51.6gとなり10年前と比べると動物性たん白質は32.1%増、脂肪は50.4%増にもなっている(第1-1-1表)。

第1-1-1表 栄養摂取量の年次推移

第1-1-1表 栄養摂取量の年次推移(全国1人1日当たり)

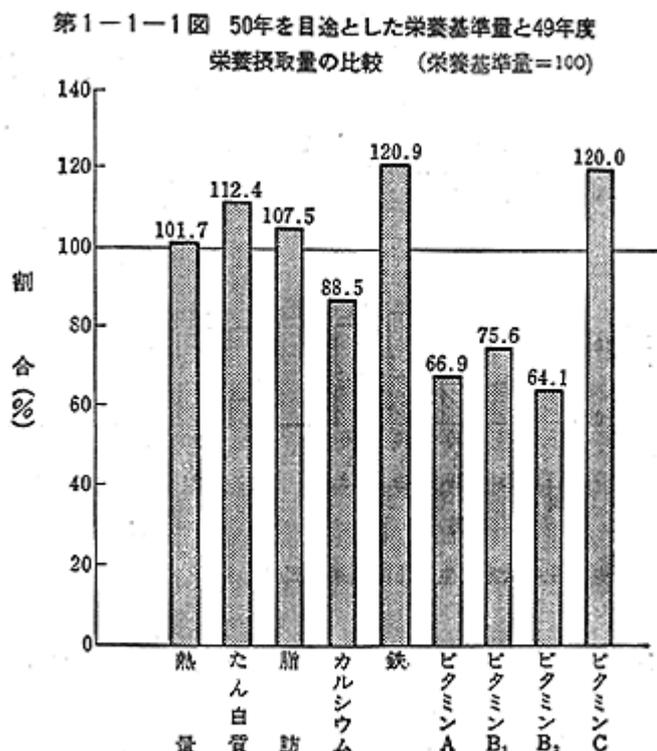
	摂取栄養量		変動指数
	39年度(A)	49年度(B)	(B/A×100)
熱量 cal	2,223	2,187	98.4
たんぱく質	74.4	78.7	105.8
動物性	28.7	37.9	132.1
植物性	45.6	40.8	89.5
脂質	34.3	51.6	150.4
炭水化物	397.6	339.0	85.3
カルシウム	476	540	113.4
鉄	—	13.3	—
ビタミンA	1,496	1,637	109.4
B ₁	1.05	1.08	102.9
B ₂	0.82	0.94	114.6
C	114	120	105.3
穀類カロリー比	64.1	50.5	
動物性たんぱく比	38.6	48.2	

資料: 厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」

- (注) 1. 穀類カロリー比 = $\frac{\text{穀類カロリー}}{\text{総カロリー}} \times 100$ (望ましい数値は50~60%)
 2. 動物性たんぱく比 = $\frac{\text{動物性たんぱく質}}{\text{総たんぱく質}} \times 100$ (望ましい数値は40~50%)

栄養的に望ましい摂取レベルとして50年を目途とした栄養基準量と比べてみると熱量は1.7%基準を上回っているが、カルシウムは11.5%、ビタミンA、B₁、B₂も調理による損失を考慮すると24~36%も基準を相変わらず下回るなど、国民の栄養状態は量的には過剰傾向にあるが、質的には微量栄養素などの摂取については大いに改善すべき点が見受けられる(第1-1-1図)。

第1-1-1図 50年を目途とした栄養基準量と49年度栄養摂取量の比較



資料: 厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」

(注) ビタミン類については調理による損失を考慮してある。

また、食品摂取量の変化をみると10年前の39年に比べて米類は39%減であるが、油脂類、肉類、牛乳などは約2倍、調味し好飲料は86%、果実類は約44%の増加を示した。これらから、最近の食生活の内容の変化の激しさがうかがえる(第1-1-2表)。

第1-1-2表 食品群別摂取量の年次推移

第1-1-2表 食品群別摂取量の年次推移 (全国1人1日当たり)

	摂 取 量		変 動 指 数
	39年11月 (A)	49年11月 (B)	(B/A×100)
穀類 { 米 類	354.3g	252.3g	71.2
穀類 { 小 麦 類	62.9	89.8	142.8
穀類 { そ の 他	8.0	1.6	20.0
い も 類	74.0	61.7	83.4
さ と う 類	14.8	15.1	102.0
菓 子 類	30.6	28.6	93.5
油 脂 類	7.9	16.2	205.1
豆 { 大豆, 大豆製品	68.7	64.1	93.3
豆 類 { その他の豆類	5.7	2.9	50.9
緑 黄 色 野 菜	50.7	52.3	103.2
その他の野菜, 芋類	176.7	204.1	115.5
果 実 類	127.7	183.6	143.8
海 草 類	4.7	4.7	100.0
調 味 し 好 飲 料	61.4	114.2	186.0
魚 介 類	83.6	91.0	108.9
肉 類	30.6	62.8	205.2
卵 類	30.2	41.1	136.1
牛 乳	41.6	91.2	219.2
乳 製 品	4.6	5.3	115.2

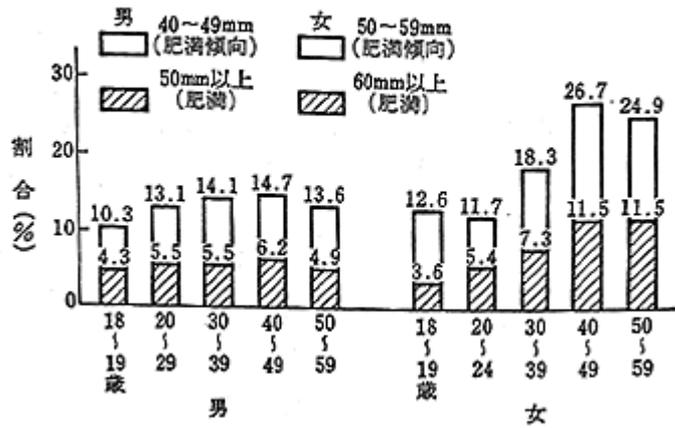
資料: 厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」

また、栄養状態と関連の深い肥満と血圧との状況をみると性別、年齢別に著しい差がみられる。

肥満傾向をみるには皮下脂肪厚の測定をもって示される。男50mm以上、女60mm以上を肥満とすると成人男子の肥満者は4~6%であり、成人女子では加齢とともに増加し、40~50歳代では約11%と女性の肥満傾向が著しい(第1-1-2図)。

第1-1-2図 皮下脂肪厚でみた性・年齢階級別肥満傾向

第1-1-2図 皮下脂肪厚でみた性・年齢階級別肥満傾向(48年)
(上腕背部+肩胛骨下部)

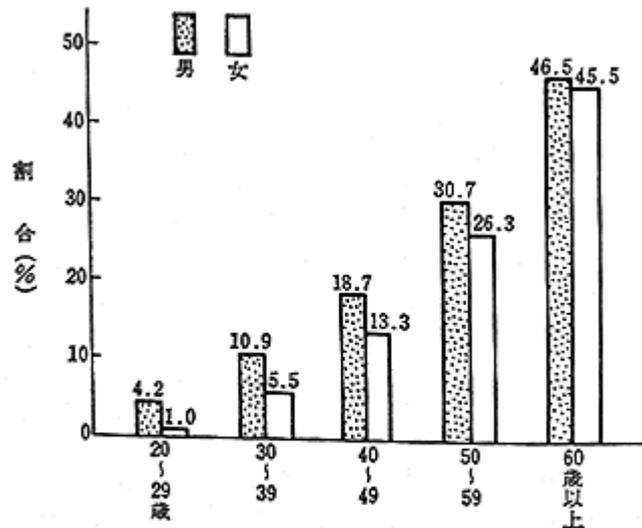


資料: 厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」

高血圧者についてみると、加齢とともに増加し、30歳代では約8%、40歳代では約16%、50歳代では約28%、60歳以上のものでは約46%の人々が高血圧であった(第1-1-3図)。

第1-1-3図 年齢階級別にみた高血圧者の占める割合

第1-1-3図 年齢階級別にみた高血圧者の占める割合(48年度)



資料: 厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」

(注) 高血圧者とは、最高血圧が160mmHg以上か最低が95mmHg以上の者をいう。

以上が国民栄養調査成績の概略であり、48年度まではおおむね摂取量は増加の傾向にあったが、49年度は、前年度に比べて減少傾向がみられる。

概括的には、確かに食生活の変化、多様化とともに栄養摂取状況は著しい改善を遂げたが、生活態様のあまりにも急激な変化に対応しきれない新しい問題が生じている。

すなわち、栄養、運動、休養等の不調和、栄養に対する知識の欠如、不合理な摂取傾向(欠食、偏食等)、それに加工食品の偏重などから栄養素摂取の不均衡を招き、これらが遠因、誘因となって肥満、高血圧、心臓病、糖尿病、貧血などの慢性疾患が増加するなど国民の健康面から憂慮すべき大きな問題となっている。そこで今日の栄養行政の課題は過剰、あるいはアンバランス等の栄養素摂取傾向に焦点を合わせて、個人個人に適した指

導をきめ細かく行うことであろう。

もちろん、低栄養問題も個々の世帯別にみれば全く過去のものとなったわけではないが、特定の栄養素の摂取不足による脚気が再び西日本を中心に主として青年男子に多発している報告もみられるので、これらに対しては、更に徹底した指導が必要となっている。

(2) 栄養改善対策

27年に制定された栄養改善法は国民の栄養改善思想を高め、国民の栄養状態を明らかにし、国民の栄養を改善する諸施策を講じて国民の健康及び体力の維持、向上を図り、国民の福祉の増進に寄与することを目的としたものであり、国民の栄養改善指導はこの法律をよりどころに実施されている。

保健所等に配置される栄養指導員により、一般住民の栄養指導並びに集団給食施設の栄養管理指導が行われている。

栄養改善事業としては昨年度に引き続き特別対策として、栄養改善のニードの高い地区において、保健所の栄養教室を修了した食生活改善推進員(ボランティア)による地域の食生活改善活動を更に推進することになっている。

次に、近年ますます重要となってきた集団給食施設(1回100食以上又は1日250食以上)については、50年末で3万7,567か所、栄養士配置率は47.6%、その他の給食施設(1回100食未満又は1日250食未満)は2万5,631か所、栄養士配置率は23.0%となっており、更に充実する必要がある。

病院給食の一般食栄養所要量については、48年10月栄養審議会答申「病院給食における一般食給与栄養量基準及びその運用について」及び50年3月栄養審議会答申「日本人の栄養所要量等について」に基づき新たに病人一般食の栄養所要量が示され、50年7月1日から基準給食関係の給与栄養量等も改定された。

また国民一般の栄養指導の基本となる栄養所要量についても、50年3月の栄養審議会の答申により55年までの間使用する日本人の性別、年齢別、労作別、妊婦・授乳婦別に栄養所要量が示された。

栄養改善法第12条に規定する特殊栄養食品は大別するとビタミン、ミネラル等を強化した強化食品と妊産婦授乳婦用粉乳、低ナトリウム食品、低(無)たん白質高カロリー食品、高たん白質食品、減塩食調整用組合せ食品などの特別用途食品とに区分されるが、50年度においては強化食品29件、特別用途食品20件の標示許可を行った。

50年中の栄養士、調理師の免許取得状況については、栄養士1万7,506人、調理師10万7,990人で、同年末現在における栄養士免許取得者は24万5,051人、調理師免許取得者は129万6,138人となっている。また、栄養士のうち管理栄養士として登録された者は50年末9,878人となっている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第2節 国民の栄養及び健康増進

2 健康増進

(1) 健康増進施策の必要性

国民の健康水準は、生活水準の向上と各種保健医療施策の推進により、青少年の体格の向上や平均寿命の伸長にみられるように著しく改善されているが、一方、青少年の体格の向上は必ずしも体力の向上と結びつかず、肥満や虚弱児の問題もあり、また寿命の伸長に伴う老人性疾病患者の増加や食生活と密接な関係を持ついわゆる成人病の増加など、健康上のアンバランスが目立ってきた。これらの現象に共通していることは、その要因がいずれも日常生活と深く関連していることである。そこで、今後の保健施策はただ単に疾病の治療や予防対策に終始することなく、科学的な裏付けに立脚した、バランスのとれた適正な栄養、運動、休養を日常生活の中に取り入れることにより、健康を自らの手で保持、増進していくという、積極的な活動の推進が図られねばならない。このため国地方公共団体は、健康増進の重要性を一層広く国民に啓もうし、それらが容易に実践に移せるように、施設や組織の整備に努める必要がある。

(2) 健康増進に関する研究の推進

健康増進施策を推進するには、まず第一にその基盤となる学問、技術の研究開発の推進が必要である。厚生省はこのため、46年度より、健康の指標策定委員会を設け、調査、研究を行い、48年度にはそれを基にして、「健康増進センターに必要な技術に関する試案」が報告され、健康増進センターの実施指針となっている。厚生省は引き続きこの面での研究の推進を図るため、50年度からは、高血圧者、肥満者等のいわゆる半健康人を対象とした健康増進技術指針の策定をめざして、現在調査、研究を進めている。

(3) 健康増進モデルセンターの整備

国民の健康な生活設計についての指導、助言を行う施設として、47年度から健康増進モデルセンターの整備を進めている。

このセンターは個人に対して、健康な生活のあり方を提案し、指導するために3つの機能を有している。第一の機能は、日常生活調査、医学検査、体力測定を行って、個人の生活状態や運動に対する適応度を調べる健康生活診断を行うことである。第二の機能は、これらの健康生活診断の結果に基づいて、個人の食生活、運動、休養等を内容とする生活の処方せんを交付することである。第三の機能は、生活処方せんの具体的な実践方法を指導することである。

これらの機能を有するセンターには、その規模によってA型(都道府県立型)とB型(市町村立型)とがあり、現

在,全国10か所で運営されており,51年度中に2か所が完成する予定である(第1-1-3表)。

第1-1-3表 公立健康増進モデルセンターの整備状況

第1-1-3表 公立健康増進モデルセンターの整備状況

	A 型	B 型
昭和47年度	宮 崎 県	兵庫県加西市
48	長 野 県 鳥 取 県 愛 媛 県	千葉県松戸市
49		埼玉県富士見市 兵庫県宝塚市 富山県砺波広域圏 静岡県磐田市
50	香 川 県※	東京都世田谷区※

※ 継続工事中

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第3節 地域保健

1 地域保健の動向

最近,地域保健とか地域医療という用語がよく使われている。これらの用語は同義語である場合もあり,また,異なった意味の場合(この場合,保健と医療という言葉を狭義に解釈している。)もある。

これらの用語の背景には,国民の健康を守るために,健康増進,疾病予防から治療,リハビリテーションまでの一貫体制(包括医療体制)の整備が重要であるという認識があり,ある一定の大きさの地域において,そこにある人的及び物的資源の有効活用を図り,また,将来計画を策定して,体制の整備を図るべきであるとの考え方があ

この考え方は,国民の健康問題として,近年,成人病対策,へき地医療対策が重要視されてきたことから,漸次クローズアップされてきたと考えられる。

厚生省では,この包括医療推進のため,保健サービスと医療サービスを一体化していく方向で,48年度に5県を選定し,保健医療に関する総合的な調査を実施して,「地域保健医療計画策定のための地域設定」をモデル的に検討した。そして49年度に全都道府県に対し,モデル県における検討方法を例示して,保健医療圏の設定と,その地域(圏域)における地域保健医療計画の策定推進の検討を指示したところである。

現在我が国においては,保健サービスは保健所を中心とし,民間の医療関係者の協力を得て実施されているが,保健所の管轄区域が医療サービス,通勤通学,生活物資の購買等の生活圈域と必ずしも一致していない現状にあり,今後の地域保健の推進のためには保健所管轄区域の変更を今後の保健所のあり方と併せて検討するとともに,地域住民に密着した保健サービスについては,市町村において実施できる体制をつくることについても検討する必要がある。

50年度から保健サービスと医療サービスを一体化する方向でへき地医療対策の充実を図り,地域の計画に基づくへき地中核病院の整備と無医地区への保健婦の駐在制を実施することとし,中核病院からの巡回診療と保健婦の保健活動を一体化して,へき地住民の健康を守ることとした。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第3節 地域保健

2 保健所

保健所は、地方における公衆衛生の向上及び増進を図る中心機関であり、都道府県、政令で定める30の主要都市及び東京都の特別区に設置されている。

51年6月現在、その全国総数は843か所であり、人口の過疎過密の進行により管内人口は1万人から60数万人にも及ぶ状況になっている。

保健所の業務の主なものは、結核、急性伝染病、成人病などの疾病予防、母子保健指導、精神衛生の相談指導、歯科衛生、栄養改善、衛生思想の普及、食品衛生、環境保健、旅館、公衆浴場、理美容所等の環境衛生関係業者の監視指導、各種試験検査、衛生統計など多岐にわたっている。50年の主な業種別活動状況をみると第1-1-4表のとおりとなっている。

第1-1-4表 保健所の主な活動状況

第1-1-4表 保健所の主な活動状況 (50年)

業 務	全 国 数	1保健所平均
健康診断開催回数	339,157	396
所 内 { 個 別	152,275	178
{ 集 団	66,497	78
所 外 { 個 別	20,733	24
{ 集 団	99,652	116
受診延べ人数	14,316,471	16,705
母子保健指導 { 妊 産 婦	1,025,168	1,196
{ 乳 幼 児	2,672,081	3,122
保健婦訪問延べ数	1,450,786	1,693
栄養改善指導 { 個別, 集団, 延べ人員	4,377,803	5,108
{ 施 設	119,950	140
衛生教育開催回数	195,236	228
医療社会事業取扱実数	74,125	86
環境衛生監視指導件数	823,881	961
食品衛生監視指導件数	4,813,483	5,617
試験検査件数	19,306,000	22,527

資料：厚生省統計情報部「保健所運営報告」

保健所には、国庫補助の対象職員として、医師、薬剤師、保健婦、獣医師、診療エックス線技師、栄養士、衛生検査技師、公害担当者などの職員のほか、地方交付税の対象職員として、食品衛生監視員、環境衛生監視員、特定財源による職員として狂犬病予防員、と畜検査員などの職員が配置されており、51年6月現在その全国総数は約3万4,000人である。

近年,住民の保健需要は多様化し,また,増大してきており,これまでも関係各方面で保健所のあり方について活発な論議が行われてきた。

47年7月には保健所問題懇談会から基調報告書が出されたが,同報告書は,医療の概念が,健康増進からリハビリテーションへの一貫体制をとるという方向へ転換しつつあることに対応し,地域医療の仕組みの中で保健所がいかなる役割を担うべきかを明らかにすべきであり,特に現在の保健所は,地域保健計画の策定,情報の管理,環境監視,試験検査等の機能を強化して,地域保健センター等への脱皮を図るべきであると述べている。これは,今後の保健所のあり方について多くの示唆を含むものではあるが,そこで述べられた基本的事項については,関係者の幅広い合意の下に今後具体的に検討を進める必要がある。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第3節 地域保健

3 地方衛生研究所

地方衛生研究所は,都道府県及び政令市の試験研究の中核機関として,保健衛生行政に必要な試験検査,調査研究,技術者の研修などを行っており,51年6月現在全国に68か所設置されている。

近年,食品及び家庭用品の安全性,伝染病対策のためのサーベイランスの必要性等の問題が重大になってくるに伴い,地方衛生研究所の果たす役割はますます重要になっている。

このため,39年の事務次官通知による設置要綱を改正し,地方衛生研究所を時代の新しい要請に即応したものとすべく再検討を進めているところである。

地方衛生研究所の施設については42年度から,重要設備については48年度から,それぞれ年金積立金還元融資の対象となり,施設,設備の充実が図られている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第4節 結核及びその他の伝染病

1 結核

我が国の結核事情は、予防対策の進展、化学療法を中心とする治療法の進歩、公衆衛生及び国民生活の向上等によって戦後著しく改善されてきた。

50年の結核死亡者数は1万567人、死亡率は人口10万対9.5、死亡順位は10位となっている。

また年齢階級別にみると、0～19歳では人口10万対0.0～0.2であるのに対し、70歳以上では67～107であり、かつて青年層にみられた高い山は消失し、高年齢層に高い先進国型となっている。しかし、諸外国の中にはオランダ1.5、オーストラリア1.4と我が国よりはるかに低い結核死亡率となっている国も多い。

50年1年間に新しく発生して保健所に登録された結核患者数は10万8,088人(罹患率:人口10万対96.6)、そのうち感染性肺結核は2万8,917人であった。

50年末の保健所での結核登録者数は72万3,000人、そのうち活動性患者は約43万5,000人(有病率:人口10万対389.4)となっている。

49年に明らかとなった第5回結核実態調査の結果によると、全国の結核要医療者数は約80万人と推定され、このうち、患者として保健所に登録されている者は40.2%に過ぎないと推定された。

結核予防法上、結核健康診断には定期の健康診断と定期外の健康診断がある。定期健康診断は学校長、事業者、市町村長等が実施するものであり、50年ツベルクリン反応検査を受けた者457万人、エックス線間接撮影を受けた者2,537万人であった。患者家族等に対して都道府県知事、政令市市長が行う定期外健康診断としては、間接撮影119万人、直接撮影17万人が行われている。

結核の発病を未然に防止するための予防接種として一定年齢層にBCG接種が実施されているが、50年は167万人について行われた。

結核は通常比較的長期の療養を必要とするため、患者管理が重要であるが、その一環として50年に実施された保健婦による訪問指導は56万2,263件であった。

結核予防法による医療費の公費負担制度には、一般患者に対するものと、感染源対策として命令入所患者に対するものがある。50年の一般患者の公費負担承認件数は約36万件であり、命令入所患者は50年末には約4万3,000人になった。

我が国の結核対策は結核予防法を中心として、一貫した対策を推し進めてきた結果、今日の改善をみるに至った。しかし結核の根絶をめざすには、今後ともきめの細かい対策を根気よく続ける必要がある。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第4節 結核及びその他の伝染病

2 急性伝染病

(1) 急性伝染病の推移

近年、我が国における各種伝染病は医学の進歩、生活環境の改善、衛生思想の向上等により、発生状況、症状、経過等その態様に著しい変化がみられる。すなわち第1-1-5表に示すように、1群ではほとんど患者発生がみられない。2群に属する疾病は横ばい状態のものが多いが、腸チフス、百日せきは49年に比べいくぶん増加の傾向にあり、今後ともその制圧には努力を要すると思われる。また3群では患者数は減少しているが、赤痢、しょうこう熱、麻疹、インフルエンザなどにおお多数の患者が発生している。

第1-1-5表 伝染病患者数、り患率、死亡者数及び死亡率

第1-1-5表 伝染病患者数、							り患率、死亡者数及び死亡率 (人口10万対)					
群	種別	年次	患者数		患者数	り患率	発年(25年以降)		50年			
			患者数	り患率			死亡者数	死亡率	患者数	り患率	死亡者数	死亡率
I群	コレラ	法	39	2	0.0	1	0.0	—	—	—	—	
	瘧疾	法	26	86	0.1	12	0.0	—	—	—	—	
	登革熱	法	25	938	1.1	68	0.1	—	—	—	—	
	ペスト	法	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	黄熱	届	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	回熱症	法	25	57	0.1	63	0.1	—	—	—	—	
II群	腸チフス	法	25	4,883	5.9	630	0.8	524	0.5	1	0.0	
	パラチフス	法	25	1,711	2.1	80	0.1	81	0.1	1	0.0	
	ジフテリア	法	31	18,395	20.4	980	1.1	139	0.1	5	0.0	
	流行性脳脊髄膜炎	法	25	1,193	1.4	367	0.4	33	0.0	10	0.0	
	急性灰白髄炎	届	35	5,606	6.0	317	0.3	4	0.0	3	0.0	
	マラリア	届	25	1,016	1.2	73	0.1	30	0.0	1	0.0	
	百日せき	法	25	122,796	147.6	8,426	10.1	1,084	1.0	5	0.0	
	炭疽	法	40	22	0.0	—	—	—	—	—	—	
	伝染性下痢症	法	26	1,520	1.8	13	0.0	1	0.0	1	0.0	
	つつが虫病	法	25	116	0.1	5	0.0	12	0.0	—	—	
フィラリア病	法	37	1,536	1.6	31	0.0	24	0.0	8	0.0		
III群	赤痢	法	27	111,709	130.1	13,565	15.8	1,498	1.3	6	0.0	
	しょうこう熱	法	29	19,861	22.5	87	0.1	7,518	6.7	2	0.0	
	日本脳炎	法	25	5,196	6.2	2,430	2.9	21	0.0	25	0.0	
	麻疹	届	26	181,866	215.0	9,036	10.7	15,217	13.6	232	0.2	
	破傷風	法	25	1,915	2.3	1,558	1.9	103	0.1	85	0.1	
	インフルエンザ	法	32	983,105	1,079.3	7,735	8.5	36,250	32.4	1,391	1.2	

資料：厚生省統計情報部「伝染病統計」(患者数)、「人口動態統計」(死亡者数)

- (注) 1. 法：法定伝染病(伝染病予防法第1条第1項)
 指：指定伝染病(伝染病予防法第1条第2項)
 届：届出伝染病(伝染病予防法第3条の2)
2. I群：我が国に常在しない伝染病
 II群：25年以降最も患者数が多かった年次と比べて、り患率が10分の1以下となり、しかも死亡率が0.0%以下になった伝染病
 III群：まだ十分に制圧されたとはいえないと思われる伝染病及び患者数は減少したが致命率が高い伝染病
3. 50年のり患率及び死亡率は、総理府統計局の50年10月1日現在国勢調査

下になり、しかも死亡率が0.0%以下になった伝染病
 減少したが致命率が高い伝染病
 1%抽出集計結果より総人口1億1,193万4,000人により計算した。

なお、風しんはここ数年大きな流行はみられなかったが、50年4月から8月にかけて多数の患者発生がみられ、今後しばらくの間流行が続くものと考えられる。

(2) 防疫対策の展望

ア 伝染病流行予測調査

前述のように、我が国の伝染病は発生状況、症状、経過等に著しい変化がみられ、これに対応して防疫対策の面においても新しい方法論が導入されつつある。その一つとして、伝染病の流行を未然に予測し、予防対策実施の重点を知るために、37年度から国の事業として伝染病予測調査が行われており、50年度も急性灰白髄炎、ジフテリア、インフルエンザ、日本脳炎、風しんの5疾病について、感染源調査、住民の免疫保有状況調査、生活環境調査等が実施された。これらの情報は総合的に分析され、平常時防疫に重要な役割を果たしている。

イ 血清情報管理室

血清情報管理室は、全国から人の血清を集めて、血清中の伝染病に対する抗体価を検査することによって得られる血清疫学情報の収集管理を行うとともに、検査後の血清を超低温で長期間保存して、将来必要に応じて検査を行う施設である。今後、これらの資料を伝染病の免疫状況のは握、予防接種の効果判定及び法定・届出伝染病以外の感染症の流行状況のは握など防疫対策に十分活用することが期待されている。

ウ 伝染病監視

腸チフス、急性灰白髄炎、日本脳炎については、それぞれ患者について疫学調査を行っており、腸チフスでは各患者、保菌者から分離したチフス菌についてそのファージ型を調べ、感染源の発見、他の流行地区との疫学的関連を解析するなど、きめ細かい防疫対策に役立つ資料を提供している。急性灰白髄炎については、患者個人票を作成し、臨床診断の確認及び血清学的、ウイルス学的解析を行うとともに、生ポリオワクチンとの関係も追求している。日本脳炎についても、同様に個人票を作成し、臨床症状の分析、診断の確認を行っている。

エ 不明疾患対策

疾病構造及び生活環境の変化などに伴って、原因不明の疾患の発生が問題となってきている。これらのうちには、感染性の病因によると疑われるもの、あるいは環境汚染物質に起因すると考えられるものなどがあるが、いずれにしても迅速にその原因を追求し、対策を講じていく必要に迫られている。そこで、48年9月以来公衆衛生局保健情報課が不明疾患に関する情報の窓口として一元的に情報を収集し、更にこれを分析し、必要に応じ関係各省庁各部局に情報を提供し、迅速な対応を図っていくこととしている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第4節 結核及びその他の伝染病

3 予防接種対策

予防接種行政は、伝染病予防調査会の答申を踏まえた51年6月の予防接種法の改正及びそれに伴う政省令の改正により大幅に改められた。社会を伝染病から守るという目的は従来通りであるが、改正の要点は、具体的には以下のとおりである。

予防接種法の対象疾病から腸チフス、パラチフス、発しんチフス及びペストを削除し、新たに、麻しん、風しん及び日本脳炎を加えるとともに、特に必要がある疾病を政令で定め得ることとした。

定期の予防接種を行う疾病及びその定期を予防接種法の対象疾病を踏まえて政令で定めることとしたことにより伝染病をめぐる諸状況の変化に弾力的に対応できるようにした。

住民が受けなければならない予防接種は都道府県知事又は市町村長が予防接種法に基づき行う予防接種であるが、従来すべての予防接種について義務違反に罰則が課されることとされていたところ、今回の改正で緊急の必要がある場合に行う臨時の予防接種についてのみ罰則が課されることになった。

予防接種による健康被害については、従来行政措置として救済して来たが、今後は予防接種法に基づく救済措置として医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金及び葬祭料の給付を行うこととした。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第4節 結核及びその他の伝染病

4 検疫

(1) 海外における検疫伝染病流行状況

50年における検疫伝染病の流行概況は、次のとおりである。

コレラについては、フィリピン、タイ、インドネシア、マレーシア、スリランカ、インド亜大陸、アフリカ及びヨーロッパ(ポルトガル)まで幅広く流行がみられる。

痘そうについては、WHOの痘そう根絶計画の成果により、流行地はエチオピアの一部に限局されたが、なおWHOの根絶宣言が公表されるまで予断を許さないところである。

ペストについては、ベトナム、ビルマ、アフリカ及び南米の一部で小規模ではあるが流行を繰り返している。

黄熱については、森林黄熱(ジャングル黄熱)が主であるが、アフリカ及び南米では依然として発生をみている。

(2) 我が国の検疫態勢

50年中の船舶及び航空機の検疫実績は、船舶については、約4万2,000隻(119万人)、航空機では、約3万2,900機(427万人)であるが、そのうち船舶では、1万462隻(約28%)が無線検疫によって入港した。

このほか、申請業務では、船舶のねずみ族駆除等が約1万1,600件、船員及び海外渡航者に対する予防接種の実施が約23万件であった。

世界における検疫伝染病の発生状況は前述のとおりであるが、我が国を取り巻く現状は東南アジア地域におけるコレラの流行、ベトナム及びビルマでのペストの流行の繰り返しがあり、これらの諸国と我が国との交通はますます増加の途をたどっており、また、国際交通の発達でアフリカ、南米等の検疫伝染病流行地域とも至近距離となり、我が国までの所要時間は航空機の場合短時日にすぎない。したがって、これらの汚染地経由で入国する人のほとんどは検疫伝染病の潜伏期間中に来航するため、このような入国者に対する強力な監視等、侵入防止対策として必要な検疫措置を講じている。しかし、一方、年々増加拡大する国際交通に応じ非汚染地からの船舶には無線検疫(無線検疫指定港68港)を実施し、航空機による入国者については、検疫手続の簡素化を図るなど効率的に対処している。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

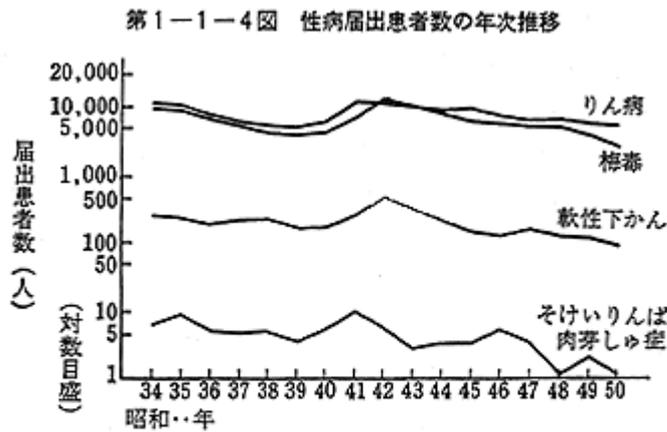
第4節 結核及びその他の伝染病

5 性病

性病対策については、50年度においても国民各層への性病のまん延を防ぐため、患者の届出の励行を関係医療機関に促すとともに婚姻時、妊娠時における梅毒血清反応検査を公費負担で実施している。その他一般国民に対しては、性病の健康診断の普及を図るため、都道府県を通じて、青年団、婦人団体、学校、職場などにおいて健康診断の趣旨の徹底及び実施に努力している。また、これらの健康診断により発見された性病患者に対してはできるだけ早期に適正な医療が行われるよう指導している。

性病についての正しい知識の普及啓もう活動としては、総理府を中心として行われている社会の風紀環境を浄化する運動に併せて性病予防思想の徹底を図っている(第1-1-4図)。

第1-1-4図 性病届出患者数の年次推移



資料：厚生省統計情報部「伝染病食中毒年報」

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第4節 結核及びその他の伝染病

6 らい

我が国のらい患者数は、47年の沖縄県の本土復帰に伴って、一時的に増加の様相をみせたが、その後年々減少の傾向を示している。50年末の患者数は1万199人で、有病率は人口10万対9.2、新届出患者数は50年は83人となっている。このうち、沖縄県における患者数は1,546人、新届出患者数は61人であり、同県は全国的にみて最も患者数の減少が遅れているが、症状が軽く、在宅治療を受けている患者が多い(第1-1-6表)。

第1-1-6表 らい患者数、病床数及び届出患者数の年次推移

第1-1-6表 らい患者数、病床数及び届出患者数の年次推移

	患者数			有病率 (人口 10万対)	病床数	届出 患者 数
	総数	入所	在宅			
明治33年	30,359	65.8
大正8	16,261	1,491	14,770	29.8	1,430	...
昭和5	14,261	3,261	11,000	22.1	3,718	...
15	15,763	9,190	6,573	21.8	9,280	...
25	11,094	8,325	2,769	13.3	10,290	604
35	11,587	10,645	942	12.3	14,261	257
40	10,607	9,874	733	10.7	13,230	125
45	9,565	8,982	607	9.2	13,217	47
47	11,195	9,567	1,628	10.0	14,261	117
48	10,997	9,426	1,571	10.1	14,261	90
49	10,429	9,310	1,119	9.5	14,176	110
50	10,199	9,166	1,033	9.2	14,008	83

資料：厚生省統計情報部「衛生行政業務報告」「病院報告」

(注) 15年以前及び47年以後には沖縄県分が含まれている。なお、47年の数字は、厚生省公衆衛生局及び医務局調べである。

らい患者の多くは、国立療養所(13か所)と私立療養所(3か所)において療養生活を送っているが、これら患者の大部分は感染源とならない患者であり、社会復帰を望んでいるが、現状では社会の偏見が依然として強く、国民の理解も十分とは言い難い。このため、らい療養所退所者の職業指導及び自立助成を図るための就労助成金の支給をはじめとして「らいを正しく理解する週間」の実施、らい予防全国大会等各種の社会復帰対策及び啓もう普及運動を進めている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第5節 成人病

1 概説

我が国の死因順位をみると、26年の時点において、それまで長い間首位を占めてきた結核に代わって脳卒中が第1位となり、33年には第1位脳卒中、第2位がん、第3位心臓病の順位となり、以来現在までこの順位が続いている。これら3疾患は、一般に成人病といわれているが、結核等の伝染病による死亡者の割合が減少したのに反し、これら成人病による死亡者の全死因に占める割合に増加の一途をたどっている。

成人病は40歳代から急激に増加しており、これらの年代が社会的にも家庭的にも重要な位置にある人々であるだけに成人病予防は国民保健上特に重視すべき問題である。

疾病の原因が明らかである場合は、その原因を絶つことによって発生を予防できる。がんについては、疫学的あるいは実験的研究の結果、少しずつ原因も明らかになりつつあるものの、いまだに全ぼうが解明されるまでには至ってなく、的確な予防方法がないものである。脳卒中、心臓病についても、必要な生活規制を受けさせることによって相当数の発作及び悪化を防止することはできるようになったが、その背景となる高血圧、動脈硬化の発生の原因は不明の点が多い。

がんは発見が遅れると治療を行っても再発等の危険性があり、早期発見、早期治療がとりわけ重要である。

脳卒中、心臓病についても早期発見の意義は大きい。

ここにおいて、近年特に健康診断の必要性が強調され、また、健康診断を希望する国民の声も大きくなっており、検診体制の強化が必要である。そして、この体制は、総合的健康管理体制の中に位置づけられることによってその企図する効果が発揮されるものである。

すなわち、がん対策についても、脳卒中、心臓病の循環器疾患対策についても(1)啓もう活動、(2)健康診断、(3)専門医療機関の整備、(4)専門技術者の養成訓練、(5)研究の推進を柱にして総合的に充実させる必要があり、現在これを進めているところである。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第5節 成人病

2 がん

がんは働き盛りの30歳からの年代で死因順位の第1位を占め,50年には全がんによる死亡者は13万6,383人を数え,総死亡の19.4%を占めている。

我が国では,男女とも胃がんが圧倒的に多く,次いで男では肺がん,女では子宮がんが多く,諸外国とは様相をやや異にしている。肺がんは諸外国に比べまだ少ないとはいえ,近年かなり増加の傾向を示しているのが注目される。これに反し,胃がん及び子宮がんはこのところ減少傾向をみせているが,肺がんについては,長期の多量喫煙者に非喫煙者より発生ひん度が高いことが明らかにされており,更に大気汚染との関係も注目されている。

がん診断法の開発と治療法の進歩は,がんの早期発見と治療を容易にしてきた。それゆえ,早期発見のための健康診断の重要性は一段と高まり,厚生省は,41年から胃がん検診車,42年から子宮がん検診車の整備費と運営費の補助を行い,検診の普及と検診能力の強化を図っており,民間団体等で整備されたものを含め,50年度末には胃がん検診車350台,子宮がん検診車90台が全国各地で活躍している。49年度における胃がん検診車による受診者数は283万人,子宮がん検診車による受診者数は106万人となっている。

精密検査及び治療のための施設強化については,国立がんセンターを中心として,全国的にがん治療施設網を整備することとし,全国を9ブロックに分け,各ブロックに地方がんセンターを,そのほか全国に161か所のがん診療施設を整備した。

医師,診療放射線技師,臨床検査技師等専門技術者の養成訓練については,医療技術者研修を41年度から,集団検診技術者の研修を42年度からそれぞれ実施している。

がん研究については,50年度には57課題について12億5,000万円を助成し,研究の推進が図られている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第5節 成人病

3 循環器疾患

我が国の三大死因中第1位の脳卒中,第3位の心臓病は,ともに循環器疾患であり,50年には脳卒中による死亡者は17万4,367人,心臓病による死亡者は9万9,226人を数え,両者合わせて循環器疾患としてみると,総死亡の39.0%を占めることになる。

欧米諸国では,心臓病による死亡が脳卒中による死亡より多く,特に心臓病による死亡は,我が国の3~4倍にもなっている。しかしながら,我が国においても近年,心筋硬塞などの虚血性心疾患による死亡が増加している。

循環器疾患の実態調査が46年,47年両年において行われたが,その結果,沖縄県を除く全国の30歳以上の者のうち,WHOの本態性高血圧分類に準拠して分類してみると,23.0%が高血圧であることが明らかになった。

我が国の循環器疾患対策は,高血圧症の早期発見に主眼が置かれ実施されてきた。循環器疾患の検診事業は近年急速に普及し,49年度には620万人が集団検診を受けている。48年度からは市町村が行う循環器疾患早期発見のための基礎的な健康診断に対して国庫補助を行っており,今後一層の推進を図る必要がある。

国立循環器センターは48年度に着工以来,52年度開設をめざして建設中であるが,これを中心とする医療,リハビリテーション体制の整備が今後の課題である。

循環器疾患対策における予防技術者の研修は,毎年50人ずつの保健婦を対象として42年度から実施している。

循環器疾患予防に関する研究については,特別研究促進調整費,科学研究費等で研究の補助を行い,研究の推進を図っている。

高血圧の発生ひん度が高く,かつ医療機関の少ない農村の成人病対策の一環として,45年度から健康管理指導車を厚生農業協同組合連合会等に配置し,整備費,運営費の補助を行い,健康診断等の強化を行ってきたが,48年度から更に農村検診センターを発足させて健康管理の強化を図っている。健康管理指導車は50年度末までに53台を整備し,衛生教育,健康診断,保健指導等に当たっている。農村検診センターは50年度末で10か所設置されている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第6節 精神衛生

1 精神衛生行政の動向

精神衛生行政は、25年に精神衛生法が制定されて以来、単に精神障害者等の医療を行うのみならず、その発生の予防に努め国民の精神的健康の保持及び向上を図るという法の目的に沿って各般の施策が講ぜられている。

精神障害者等の医療の充実を図るための施策としては、国及び都道府県立の精神病院の設置、いわゆる公的医療機関の精神病室設置に対する国庫補助、措置入院患者の医療費の全額公費負担、通院患者の医療費の半額公費負担、そして40年代半ば以降は、特に精神病床のうち老人、児童、アルコール中毒等その医療のために特別の配慮を要する患者のための専門病床の整備と回復途上にある精神障害者の社会復帰を目的としたデイ・ケア施設及び社会復帰施設の整備が図られている。

精神障害者等の保護の充実を図るための施策としては、精神障害という病気の特異性にかんがみ、とりわけ精神障害者等の人権確保を根底に置いた施策が必要であり、このため、精神病院の管理運営の適正化を徹底するための精神病院管理者研修、精神病院に対する実地指導監査、精神病院入院患者の病状審査等が実施されている。

また、近年においては、精神障害者等の発生予防、早期治療、早期社会復帰という一連の過程が有機的、かつ、組織的に行われるよう行政上の配慮をするとともに、精神障害者等の実質的な社会復帰を地域社会全体の責任において確保すべきであるといういわゆるコミュニティ・ケアの考え方の下で各地域ごとに保健所等を中心とした地域精神衛生活動の充実が図られている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第6節 精神衛生

2 医療と社会復帰対策

我が国の精神病床数は逐年増加しており,50年12月末現在で27万8,079床,人口1万対約25床である。また,同時期における在院患者数は27万8,793人であり,病床利用率は50年末でほぼ100%となっている。

医療費については,49年度の精神医療費推計額は,4,057億円で,同年度の国民医療費推計額の約7.5%を占めている。この精神医療費推計額の負担区分をみると,公費負担分は2,233億円で約55.0%,保険者負担分は1,486億円で約36.6%,患者負担分は339億円で約8.3%である。なお公費負担分は,精神衛生法及び生活保護法等によって負担されているものである。

このうち精神衛生法によって負担されているものは第1-1-7表のとおりである。精神衛生法第32条による「通院医療費公費負担制度」の活用は年々伸びており,50年度末には約11万3,000人が本制度の適用を受けているが,今後本制度の一層の活用が望まれるところである。また,同法第29条による措置入院患者数は年々減少しており,50年度末には約6万3,000人となっている。

第1-1-7表 精神衛生法による医療費公費負担

第1-1-7表 精神衛生法による医療費公費負担 (予算額)

		46年度	47	48	49	50
通院医療費(法第32条)	予算額(百万円)	875	1,291	1,699	1,960	2,298
	予算額指数	100	148	194	224	263
入院医療費(法第30条)	予算額(百万円)	38,429	49,251	50,781	70,508	81,435
	予算額指数	100	128	132	183	212

厚生省公衆衛生局調べ

また,回復途上にある精神障害者等の社会復帰を促進するため,社会復帰施設及びデイ・ケア施設の整備が進められている。社会復帰施設は,医学的管理・指導の下に昼間の生活指導,作業指導及び夜間の生活指導を行うことによって回復途上にある精神障害者等の社会復帰を図ることを目的とする施設で,川崎市においては国庫補助を得て整備した施設が47年2月から事業を行っており,岡山県においては51年10月から事業を開始する予定となっている。

デイ・ケア施設は,医学的管理・指導の下に昼間の生活指導及び作業指導を行うことによって回復途上にある精神障害者等の社会復帰を図ることを目的とするものであり,現在,島根県及び茨城県において県立精神病院に併設して事業を行っているが,今後,順次整備されることが期待される。

精神障害者等の社会復帰については幾つかの困難な問題があるが,通院医療,デイ・ケア等を含めた総合的な医療の充実とこれに関連する諸施策の強力な推進によって,社会復帰対策の進展を図る必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第6節 精神衛生

3 地域精神衛生活動

地域における精神衛生活動は、保健所、精神衛生センター等の機関と関係団体等との協力の下に展開されている。

保健所における地域精神衛生活動は、精神衛生相談、精神衛生訪問指導、精神衛生知識の普及、精神衛生関係行政機関及び関係団体との連携等を中心に展開されている。このうち、精神衛生相談及び精神衛生訪問指導の状況については第1-1-8表のとおりであるが、41年当時に比べ、それぞれ約2倍半、約4倍と大幅な増加をみている。

第1-1-8表 保健所における精神衛生相談状況及び精神衛生訪問指導状況

	41年	42	43	44	45	46	47	48	49	50
精神衛生相談状況	53,182	60,953	66,483	74,297	88,177	103,467	108,359	114,007	130,745	137,390
精神衛生訪問指導状況	38,652	57,029	75,517	89,407	109,819	133,547	151,558	149,816	158,952	170,436

資料：厚生省統計情報部「保健所運営報告」

なお、精神衛生相談、精神衛生訪問指導の業務に従事する精神衛生相談員等の職員については、50年度においても、都道府県において保健婦を対象とした講習会が開催され、これらの業務に当たる職員の充実及び資質の向上が図られた。

精神衛生センターにおける地域精神衛生活動は、精神衛生センターが都道府県を単位として設置され、当該都道府県における精神衛生に関する総合的な技術センターであるところから、保健所等の関係機関に対する技術的な指導・援助、保健所等の関係機関の職員に対する研修、精神衛生知識の普及、精神衛生相談、精神衛生訪問指導のうち複雑困難な事例についての相談・指導を中心に行っている。その他、一部精神衛生センターにおいては、デイ・ケア活動も行っている。50年度末現在、精神衛生センターは全国36都道府県に設置されている。

今後、地域精神衛生活動の推進に当たっては、保健所、精神衛生センター等の機関と関係団体等との連携をより緊密化することが必要とされている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第7節 難病対策

1 難病対策の推進

ペーチェット病や全身性エリテマトーデスなど、原因不明で、治療方法も確立されていない、いわゆる難病については、30年代に始まったスモンの発生を契機として社会的関心が高まり、原因究明、治療方法の確立のための研究助成が行われてきたが、47年度からスモンを含む8疾患について調査研究と実質的には治療費の自己負担の軽減である治療研究事業が実施されることとなった。これに伴い特定疾患対策室を、48年8月から難病対策課に昇格させ、組織の強化を図った。

一方、難病対策の考え方について、省内に設置されたプロジェクトチームの検討結果に基づき、難病対策要綱を策定した。その中で、いわゆる難病の範囲について次のように整理している。

- (1) 原因不明で、治療方法が未確立であり、かつ、後遺症を残す恐れのない疾病
- (2) 経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず、介護等に著しく人手を要するため、家庭の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾病

なお、ねたきり老人、がん(小児がんを除く)など、既に別個の対策の体系が存するものについては、この対策の対象から除外するものとされ、当面、ペーチェット病、多発性硬化症、全身性エリテマトーデス等のいわゆる特定疾患と小児がん、慢性腎炎、ネフローゼ、小児ぜんそく、先天性代謝異常、血友病等の小児慢性特定疾患及びその他の疾患として、進行性筋ジストロフィー症、腎不全(人工透析対象者)、小児異常行動、重症心身障害児等が取り上げられた。

次に対策の進め方としては、調査研究の推進、医療施設の整備と要員の確保、医療費の自己負担の解消の三本の柱を中心とし、各々について次のような具体的対策が進められている。

(1) 調査研究の推進

原因が不明で、治療方法が未確立な難病特定されている疾患についてプロジェクトチームを編成し、疾病ごとの研究と患者の実態は握を行うとともに、児童を対象として進行性筋ジストロフィー症等の心身障害発生予防のための研究を推進する。

(2) 医療機関の整備と要員の確保

難病の研究と治療を推進し、同時に関係者の研修に資するために、国立の施設に疾患別の中核医療機関等を整備して、診療水準の向上を図っている。

(3) 医療費の自己負担の解消

患者の長期療養にかかる経済的負担の軽減を図るため、特定疾患治療研究及び小児慢性特定疾患対策とい

う形で医療費の自己負担分を公費で負担している。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第7節 難病対策

2 特定疾患対策

難病対策のうち、ベーチェット病、全身性エリテマトーデス等の特定疾患については、47年度から調査研究及び治療研究を実施している。

(1) 調査研究対象疾患については47年度から50年度までに、ベーチェット病、多発性硬化症、全身性エリテマトーデス、重症筋無力症、再生不良性貧血等40疾患が対象とされていた。

これに伴い、調査研究費補助金も47年度には2億2,000万円であったが、50年度8億8,000万円にまで増額され、各疾患について全国的な調査研究が推進された。51年度は、これらの疾患別研究班のうち、3～4年の研究期間を経たものからその研究成果の評価と研究課題の調整を行った結果、ベーチェット病、脱髄疾患、異常運動疾患など35疾患別研究班と自己免疫疾患に関する研究、膠原病の治療に関する研究、神経筋疾患のリハビリテーションに関する研究など8つのテーマ別研究班とからなる43の研究班に再編成し、過去4年間にわたる調査研究を一層計画的に発展させることとなり、51年度の調査研究費補助金は9億8,000万円に増額された。

(2) 医療費自己負担分の公費負担については、47年度から50年度までにベーチェット病、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、スモン、多発性硬化症、再生不良性貧血、サルコイドーシス、筋萎縮性側索硬化症、強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎、特発性血小板減少性紫斑病、結節性動脈周囲炎、潰瘍性大腸炎、大動脈炎症候群、ビュルガー病、天疱瘡の15疾患がその対象疾患に指定されていた。51年10月からは、劇症肝炎、脊髄小脳変性症、クローン病の3疾患を追加し、計18疾患が医療費公費負担の対象疾患となっている。51年度の予算額は12億8,000万円である。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第8節 原爆被爆者対策

20年8月広島、長崎に投下された原子爆弾に被爆し、被爆者健康手帳の交付を受けている被爆者に対しては、原爆医療法及び原爆特別措置法に基づく法定措置を中心として各種の健康と福祉に関する措置を講じている。

51年3月末現在、被爆者健康手帳の交付を受けている者の数は36万4,261人である。

原爆医療法による措置としては、被爆者の健康診断と医療の給付を行っている。健康診断は、被爆者の健康状況をは握し適切な指導を通じてその健康の保持と向上に資することを目的とするものであり、現在年2回(希望により更に2回)実施している。医療保障の面では、原子爆弾の傷害作用に起因する負傷又は疾病の状態にあり現に医療を要するという厚生大臣の認定を受けた者に対し、全額国費でその認定を受けた負傷、疾病についての医療を給付するとともに、全被爆者について、認定を受けた負傷、疾病や遺伝性又は先天性疾病等を除く一般疾病に要した治療費のうち社会保険等の給付のない部分を国費で負担している。

原爆特別措置法による措置としては、被爆者の今なお置かれている特別の状態に着目して、その福祉の向上を図るため各種手当等を支給しており、51年9月末現在、特別手当(原子爆弾の傷害作用に起因するという厚生大臣の認定を受けた負傷又は疾病の状態にあるか否かの区別に応じ月額2万4,000円又は1万2,000円)、健康管理手当(月額1万2,000円)、保健手当(月額6,000円)、医療手当(医療を受けた日数等に応じ月額1万4,000円又は1万2,000円)、介護手当(費用を支出して介護を受けた日数等に応じ月額2万3,000円、1万7,250円又は1万1,500円、重度の障害者が費用を支出しないで介護を受けた場合は月額4,000円)及び葬祭料(3万3,000円)の支給が行われている。

また、これら法律に基づく措置のほか、原爆病院の施設や設備の整備、被爆者養護ホーム等の運営、原爆被災復元調査、原爆症調査研究等の施策が、国、地方公共団体及び関係機関の協力の下に行われている。

なお、51年度においては、その地域で直接に被爆した場合は被爆者以外の者でも健康診断を受診できるという地域の拡大を行ったほか、広島、長崎における残留放射能の調査を行うこととした。また、各種手当等については、51年10月から、特別手当を月額2万7,000円又は1万3,500円に、健康管理手当を月額1万3,500円に、医療手当を月額1万5,500円又は1万3,500円に、介護手当を月額2万6,000円、1万9,500円若しくは1万3,000円又は5,000円に、葬祭料を4万4,000円にそれぞれ引き上げることとした。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第9節 歯科衛生とその他の公衆衛生施策

1 歯科衛生

(1) 歯科疾患の概要

我が国における歯科衛生の現状をは握し、今後の歯科保健対策を策定するため、32年を第1回に38,44,50年と過去4回歯科疾患実態調査を行ってきた。

50年11月に実施した第4回調査の結果をみると、むし歯の有病状況は第1-1-9表のとおりである。

第1-1-9表 むし歯のり患状況

第1-1-9表 むし歯のり患状況

(単位：%)

		むし歯有病者	処置完了の者	処置歯・未処置歯を併有する者	未処置の者
乳 歯 (1~15歳未満)	総数	62.55	3.48	17.25	41.82
	男	63.45	3.18	17.67	42.60
	女	61.65	3.77	16.84	41.04
永 久 歯 (5歳以上)	総数	85.53	20.19	51.74	13.60
	男	83.63	19.47	46.46	17.70
	女	86.94	20.73	55.67	10.54
乳歯+永久歯 (5~15歳未満)	総数	97.24	11.75	54.68	30.82
	男	96.73	10.84	51.99	33.90
	女	97.76	12.66	57.39	27.70

資料：厚生省医務局「昭和50年歯科疾患実態調査」

乳歯、永久歯とも有病者率は前回調査とほぼ同様であるが、その処置状況は回を重ねるごとに増加しており、未処置の者は乳歯、永久歯それぞれ前回の83%、67%に減少している。

また、喪失歯のある者は56.2%で、そのうち補綴を完了している者は37.1%である。

(2) 歯科保健活動の概要

むし歯のまん延が著しい今日、また自然治癒がないことから、歯科保健対策は極めて重要である。現在は、母子保健法に基づいて乳幼児、妊産婦に重点を置いた対策が保健所を中心に実施されている。

この実施状況は第1-1-10表のとおりであり、乳幼児を対象とした活動が年々充実してきている。このうち、3歳児歯科健康診査受診者は50年で139万7,000人である。この事業の普及のため、「母と子のよい歯のコンクール」が3歳児歯科健康診査を受けた幼児とその母親を対象として27年から毎年行われ、50年には30都道府県の代表が中央審査に参加した。

第1-1-10表 歯科保健事業の実施状況

第1-1-10表 歯科保健事業の実施状況(50年)

(単位:人)

	総 数	妊 産 婦	乳 幼 児	そ の 他
検診・保健指導	2,535,597	174,625	2,172,168	188,804
予 防 処 置	617,522	1,209	437,306	179,007

資料:厚生省統計情報部「保健所運営報告」

また、歯科疾患の予防のため、歯科衛生思想の普及活動として、「歯の衛生週間」が毎年6月4日から10日まで行われている。51年度は重点目標として「歯口清掃の徹底」を挙げ、各都道府県においても、歯磨訓練大会、展示会、講演会、無料検診などの活動がくりひろげられた。

なお、さきの歯科疾患実態調査によると、毎日歯を磨く者は、80.7%(1日

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第9節 歯科衛生とその他の公衆衛生施策

2回24.6%,1日3回以上2.6%)であり,特にこの結果を前回と比べると幼年において増加しているがいまだむし歯予防への効果は薄い。

51年度においては小児歯科保健対策検討会を設置し,むし歯を中心とする小児歯科疾患の予防に対する体制づくりについて検討を進めることとしている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第9節 歯科衛生とその他の公衆衛生施策

2 寄生虫

近年,寄生虫病は,環境衛生の改善とともに,行政機関,民間団体等の努力によって,その対策が進展し,成果は著しいものがある。保健所運営報告によると,50年の保卵率は回虫では0.3%,鉤虫では0.2%,その他の寄生虫については4.0%となっており,10年前と比較すると著しい減少をみている。

日本住血吸虫病については,48年実態調査を行った結果大幅に患者の減少をみたこと,流行地域が限られていること等が判明したが,なお,山梨,広島,福岡,佐賀の各地には汚染地区が現存しているため,49年度から新たな5か年計画より国の補助対象事業として溝渠のコンクリート化を進めるほか,中間宿主の撲滅,患者の治療などに,関係地方公共団体と一体となって努力している。

なお,沖縄県に対しては,鉤虫対策及びフィラリア対策を国庫補助事業として推進している。

各論

第1編 健康の確保と増進

第1章 健康の増進と疾病の予防

第9節 歯科衛生とその他の公衆衛生施策

3 優生保護

優生保護法に基づいて、優生手術、人工妊娠中絶、受胎調節の指導等に関する施策が行われている。

優生手術の実施件数は年々減少し、50年の実施件数は1万100件となった。また、人工妊娠中絶の実施件数も年々減少し、50年には67万1,597件となった(第1-1-11表)

第1-1-11表 優生手術及び人工妊娠中絶実施件数

第1-1-11表 優生手術及び人工妊娠中絶実施件数		
	優生手術件数	人工妊娠中絶件数
35年	38,722	1,053,256
40	27,022	843,248
45	15,830	732,033
46	14,104	739,674
47	11,916	732,653
48	11,737	700,532
49	10,705	679,837
50	10,100	671,597

資料：厚生省統計情報部「優生保護統計報告」

受胎調節については、従来から受胎調節実地指導員によって受胎調節の実地指導が行われており、また、保健所、優生保護相談所、母子健康センター等において、受胎調節に関する知識の普及が行われている。受胎調節の実施指導については、優生保護法第39条に基づいて受胎調節実地指導員が受胎調節のために必要な医薬品を販売することができる期間が50年7月31日までとなっていたので、この期間を延長するため、50年の第75回国会において、優生保護法の一部改正が行われ、期間が55年7月31日まで5年間延長された。