

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

第1章で述べたとおり,我が国の平均寿命は顕著に伸長し,世界の最高水準に達したが,このことについては,戦後における医学医術の進歩,公衆衛生活動の発展のほか,国民経済の進展に伴う国民の所得水準の向上,衣食住にわたる生活改善,社会保障の充実等,様々の要因が考えられるが,ここでは,公衆衛生,医療保障等の観点から,その要因等について述べるものとする。

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

1 医学医術の進歩と医療保障の充実

ア 医学医術の進歩

平均寿命の伸長,死因構造の変化に大きな影響を及ぼしたものとして治療法などの医療技術の進歩,医薬品や医療機器の開発などの医学の周辺部門を含めた医学医術の進歩がある。なかでも戦後著しい進歩を示した分野に外科治療があり,これは抗生物質の開発使用により手術後の感染の危険性が減少したこと,麻酔部門の進歩から手術前後の患者管理の体制が整備されたこと,輸血に関する技術が進歩したこと,人工心肺,人工吸呼器など医療機械が開発されたことなどによるものである。内科的療法の面では特に結核,肺炎,胃腸炎など感染症の治療に抗生物質が大きな役割を果たしている。我が国においては,21年にペニシリンが登場し,25年にストレプトマイシン,クロラムフェニコールと次々に新しい抗生物質が医療に供され最近では抗がん剤の開発も推進され,化学療法の対象も,細菌感染から悪性新生物の治療にまで広がってきた。また,早期発見,早期治療を旨とし,集団検診のための胸部,腹部間接レントゲン装置の開発または改良,読影技術や細胞診断技術の向上など予防面における医療技術も著しく進歩した。

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

1 医学医術の進歩と医療保障の充実

イ 医療供給体制の整備等

終戦直後の著しく低下した医療事情のもとで早急に医療施設の整備を行い国民に必要な医療を確保するため、病院、診療所の区別、病院の施設、人員の法定、公的医療機関制度の創設等を内容とする医療法が制定された。戦後の医療機関の整備は、この法律により設置された審議会が決定した整備計画に基づき、公的医療機関整備から始め、次いで病床普及度の低い地区や結核等の特殊病床の整備等が進められた。

35年に医療金融公庫法が制定され、私立の病院、診療所等に対し、長期低利の融資を行うこととなり、医療機関の整備が進められた。さらに、その後の疾病構造の変化等に伴い30年代後半以降がん対策をはじめとして専門病院の設置が強力に推進され、37年にがんに関する診療、研究、研修の機能を有するナショナルセンターとしての国立がんセンターが設置され、また全国9ブロックに地方がんセンターが整備された。その後各県に小児医療専門病院の設置や国立循環器病センターの設置なども行われてきた。

一方、いかなる地域においても国民が必要な医療サービスを受けられる体制を整備することをめざして、へき地医療及び救急医療の確保対策が早くから取り上げられた。へき地医療対策については、31年度から48年度まで3次にわたる年次計画をたて、積極的に推進されたところであり、50年度からはこれらの施策に新たにへき地中核病院等の整備を加えた第4次計画が実施されている。また救急医療対策については、30年代以降、交通事故等の不慮の事故が多発したことに対応して、傷病者を搬入する医療機関の告示、医療施設の整備等を推進してきたが、更に、52年度を初年度としておおむね3カ年を目途に体系的な救急医療体制の整備に取り組んでいるところである。

医療施設の整備の指標として病院病床数の推移をみると、22年には病院病床数283,311床人口1万対で36.3であったが、52年にはそれぞれ1,207,003床、105.7と大きく伸びている(第2-1表、第2-2表)。

第2-1表 医療施設数及び病床数の推移

第2-1表 医療施設数及び病床数の推移

	病 院				一 般 診 療 所		歯 科 診 療 所	
	施設数	人口1万 対施設数	病 床 数	人口1万 対病床数	施設数	人口1万 対施設数	施設数	人口1万 対施設数
昭和22年	4,413	0.6	283,311	36.3	41,739	5.3	21,620	2.8
32	5,648	0.6	598,892	65.7	54,790	6.0	26,023	2.9
42	7,505	0.7	963,113	96.1	66,869	6.7	29,153	2.9
52	8,470	0.7	1,207,003	105.7	74,894	6.6	34,593	3.0

資料：22年は厚生省「衛生年報」、32年以降は厚生省統計情報部「医療施設調査」

第2-2表 諸外国の病院数及び病床数

第2-2表 諸外国の病院数及び病床数

	年次	病院数	率 (人口1万対)	病床数	率 (人口1万対)
日本	1977	8,470	0.7	1,207,003	105.7
アメリカ	1975	7,336	0.3	1,401,624	65.6
イタリア	1972	2,189	0.4	575,162	105.8
イギリス (イングランド)	1975	3,308	0.7	417,248	89.9
フランス	1973	—	—	534,023	102.4
西ドイツ	1974	3,481	0.6	729,791	118.0
スウェーデン	1975	725	0.9	124,350	152.4
フィリピン	1973	813	0.2	62,939	15.6
ソ連	1975	—	—	3,009,200	118.3

資料：日本は、厚生省統計情報部「医療施設調査」

フランスは、WHO「World Health Statistics Annual Vol. III 1973—1976」

フランス以外の外国は、WHO「World Health Statistics Annual Vol. III 1977」

- (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. 日本は病院だけを計上した。

次に、医療に従事する者の養成確保については戦後、21年8月に、医師・歯科医師の国家試験制度が創設され、23年には医師法、歯科医師法及び保健婦・助産婦・看護婦法が成立し、医療関係者の身分法の基礎が固まった。その後、医療需要の増大、医療技術の高度化の傾向に伴い、新しい分野の医療従事者(歯科衛生士、診療放射線技師、理学療法士等)の制度が設けられた。さらに医師数等の充足を図るため、医科大学の定員増が行われ、看護婦養成所に対する助成その他の措置によって、その養成確保に努めてきた。その結果医療従事者数の推移を従来の届出数でみると医師数は21年から51年にかけて65,145人から134,934人に、歯科医師は24,273人から44,382人にそれぞれ約2倍に増加し、また看護婦についてみると31年の110,802人から52年の442,984人と4倍の増加をみている(第2-3表)。

第2-3表 医師・歯科医師・看護婦数の推移

第2-3表 医師・歯科医師・看護婦数の推移

	実数			率(人口1万対)		
	医師	歯科医師	看護婦	医師	歯科医師	看護婦
昭和21年	65,145	24,273	—	8.9	3.3	—
31	96,139	31,642	110,802	10.7	3.5	12.3
41	110,759	36,001	246,253	11.2	3.6	24.9
51	134,934	44,382	418,121	11.9	3.9	37.0
52	—	—	442,984	—	—	38.8

資料：医師、歯科医師については21年は厚生省「衛生年報」、31年以降は厚生省統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

看護婦(准看護婦を含む。)については、医務局看護課調べ。

- (注) 医師・歯科医師については、届出数であり、厚生省医務局推計では51年末医師約14万7,000人(人口1万対13.0人) 歯科医師約4万7,000人(人口1万対4.2人)である。

これを欧米諸国と較べてみると、まだ医師、歯科医師数の対人口比率では多い方とはいえないが、今後の増加傾向を考えると、そう遠くない時期に欧米諸国の水準に達するものと思われる(第2-4表)。

第2-4表 諸外国の医療従事者数

第2-4表 諸外国の医療従事者数

		実 数			率 (人口1万対)		
		医 師	歯科医師	看護婦	医 師	歯科医師	看護婦
日 本	1976	134,934	44,382	418,121	11.9	3.9	37.0
アメリカ	1974	350,111	107,320	1,349,000	16.5	5.1	63.7
イタリア	1973	109,166	19.9
イングランド ウエールズ	1974	64,600	14,200	184,687	13.1	2.9	37.5
フランス	1975	77,882	25,272	265,642	14.7	4.8	50.2
西ドイツ	1974	120,260	31,538	222,932	19.4	5.1	35.9
ウスエーデン	1974	13,260	7,180	58,030	16.3	8.8	71.1
ソ 連	1975	733,700	101,500	1,232,000	28.8	4.0	48.4

資料：WHO「World Health Statistics Annual Vol. III 1977」

(注) 掲載されている数値は、原則として当該国において就業している者の総数であるが、国によって登録人員の場合もある。

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

1 医学医術の進歩と医療保障の充実

ウ 医療費保障制度の充実

我が国の医療保険制度は、戦前すでに被用者保険としての健康保険と地域保険として国民健康保険が実施されていたが戦後、国民皆保険制度への気運が各方面に高まり、社会保障制度審議会においては、25年「社会保障制度に関する勧告」で、全国民に対する医療保険の適用を提案し、ついで30年「医療保険制度に関する勧告」で、国民皆保険体制の確立及び年次計画による国民健康保険への強制加入の方途を講ずべきことを提案している。こうした状況の中で32年度を起点とする「国民健康保険制度普及4カ年計画」が樹立され、その推進が図られた結果、34年1月に全国市町村に国民健康保険制度を実施しかつ住民は原則として強制加入すること等を内容とする新しい国民健康保険法が施行され、これによって36年4月よりすべての国民に受療の機会を保障する画期的な国民皆保険体制が確立されることとなった。その後医療保険制度においては、逐次給付の改善が図られ、とくに、48年度の制度改正においては、高額療養費支給制度の創設、被用者保険における被扶養者の7割給付が行われることなど、保険給付において給付水準の引上げが行われてきた。

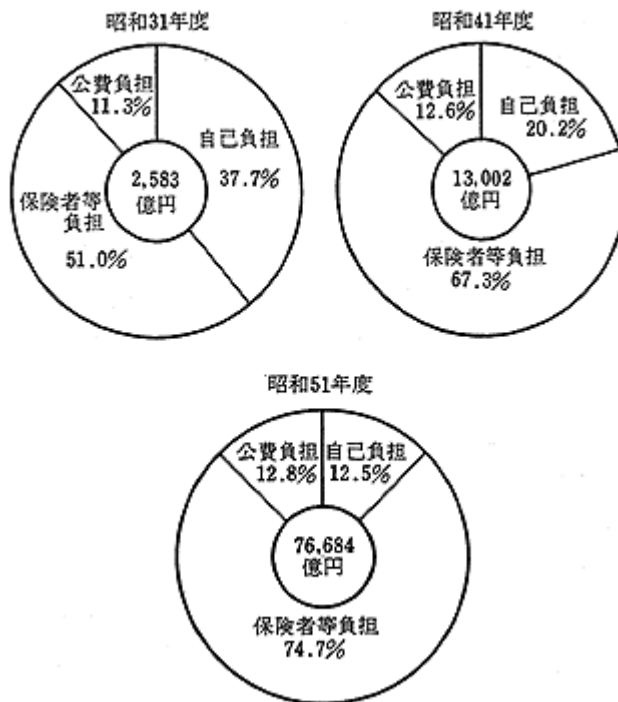
またもう一つの医療費保障制度の柱である公費負担医療制度については、まず戦後から30年代前半までには国民皆保険が実現しておらず、生活保護の医療扶助が大きな役割を果たしてきた。次に30年代後半から40年代にかけては結核対策、精神病対策として結核予防法及び精神衛生法による公費負担医療の充実が図られ、さらに人口構成の高齢化や疾病構造の変化に対応し、48年老人医療費支給制度が創設された。

このように、公費負担医療は疾病対策や福祉などについてきめの細かい機能を果たしてきている。

こうした医療保険及び公費負担医療の給付の充実が進められてきた結果国民医療費に占める自己負担の割合は年々低下し、31年度の37.7%から51年度にはわずか12.5%になっている(第2-1図)。また国民医療費の額は31年度には2,583億円であったものが、51年度には7兆6,684億円に増大し、対国民所得比も5.6%に達している。

第2-1図 国民医療費の負担割合の推移

第2-1図 国民医療費の負担割合の推移



総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

1 医学医術の進歩と医療保障の充実

エ 今後の課題

以上述べたように戦後、医学医術の進歩、医療費保障制度の進展、医療施設の整備、医療従事者の養成はめざましいものがあったが、医療保障制度の進展は同時に国民医療費の増嵩を招き保険者負担、公費負担の増大をもたらした。その結果各制度における財政の悪化又はそのおそれを招いている。

周知のとおり、53年度には国民医療費10兆円の時代を迎え、今後人口の高齢化等の動向を考えると医療費の増大の傾向はなお続くと思われる。また、各制度における費用負担、給付率の格差、差額病床等の保険外負担等の問題も存している。

さらに医療供給体制については、依然として、病床数医師数等の地域格差が存していること、社会情勢の変化等に伴い、新たな観点からへき地医療、救急医療、循環器疾患対策等に取り組む必要があること、また、医療従事者については、特に看護婦や理学療法士、作業療法士の養成確保を図る必要があることなどが指摘されているところである。

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

2 公衆衛生活動の発展

公衆衛生活動は戦後の混乱下における生活環境の悪化等による伝染病の流行に対処することが当面の課題であったが、その後母子保健、結核対策、栄養改善などの分野における活動が逐次充実され、国民の健康の確保に重要な役割を果たしてきた。その中心として12年に創設された保健所法が22年に全面改正され保健所の機能の強化が図られた。

以下、乳児死亡等の改善の状況等について各事項別に述べることとする。

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

2 公衆衛生活動の発展

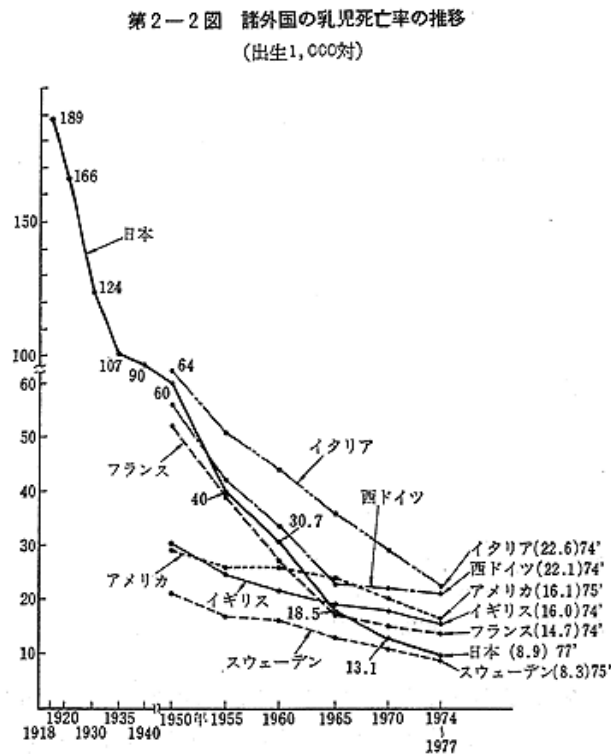
(1) 乳児死亡

ア 乳児死亡の推移

平均寿命の伸びの最大の要因として生後1年未満の死亡である乳児死亡の減少があり、乳児死亡率(乳児死亡率=1年間の1歳未満の死亡数/1年間の出生数×1,000)の年次推移は第2-2図のようになっている。わが国の人口動態統計上では大正7年の出生1,000対189が最も高く、その後年々低下し、昭和10年107となり、15年には100以下となった。25年には60、30年には40、40年には19と急激な減少を示し、さらに51年には10を割り、52年には8.9となっている。

乳児死亡率の年次推移を欧米諸国と比べると第2-2図でみるように戦前、戦争直後はかなりの差があったが、20年代以降の急激な改善により、現在では世界でも最も低い国の一つとなっている。

第2-2図 諸外国の乳児死亡率の推移



資料：厚生省統計情報部「人口動態統計」、WHO「World Health Statistics Annual Vol. I 1977」、UN「Demographic Yearbook 1975」

死因別にみた乳児死亡の年次推移は第2-5表でみるように25年では肺炎及び気管支炎が高く、出生10万対で、1,332.8であった(全体の22.2%)が、52年には61.8(6.9%)と急激に減少しているのが注目される。これに対して近年においては、先天異常が最大の死因となっており52年には219.0で、乳児死亡総数に対する割合は24.5%を占めている。このように乳児死亡についても感染性疾患から、非感染性疾患へと疾患の変化が見られる。

第2-5表 年次別にみた乳児の死因順位・死亡率・割合

第2-5表 年次別にみた乳児の死因順位・死亡率(出生10万対)・割合

年次 (昭和)	第1位		第2位		第3位		第4位		第5位	
	死因	死亡率 (割合)	死因	死亡率 (割合)	死因	死亡率 (割合)	死因	死亡率 (割合)	死因	死亡率 (割合)
25	その他新生児固有の疾病	2,215.5 (36.9)	肺炎および気管支炎	1,332.8 (22.2)	胃炎, 十二指腸炎, 腸炎および大腸炎	831.4 (13.8)	先天異常	237.0 (3.9)	出生時の損傷, 分娩後窒息および肺不全拡張	105.3 (1.8)
30	"	1,620.2 (40.8)	"	943.3 (23.7)	"	336.3 (8.5)	"	"	"	105.4 (2.7)
35	"	1,075.9 (35.1)	"	856.8 (30.0)	"	234.9 (7.7)	"	"	"	155.3 (5.7)
40	"	694.6 (37.5)	"	364.8 (19.7)	先天異常	197.9 (10.7)	出生時の損傷, 分娩後窒息および肺不全拡張	142.8 (7.7)	胃炎, 十二指腸炎, 腸炎および大腸炎	105.0 (5.7)
45	先天異常	202.4 (15.4)	出生時損傷, 難産およびその他の無酸素症, 低酸素症	194.2 (14.8)	肺炎および気管支炎	170.4 (12.8)	詳細不明の未熟児	131.7 (10.0)	その他の新生児の異常	109.0 (8.3)
50	"	214.2 (21.3)	"	174.3 (17.3)	"	90.5 (9.0)	"	"	"	66.0 (6.6)
52	"	219.0 (24.5)	"	165.3 (18.5)	"	61.8 (6.9)	"	"	"	51.1 (5.7)

資料: 厚生省統計情報部「人口動態統計」

(注) 43年に乳児簡単分類が定められ, 42年までの死因名は現行のものとは異っている。

かっこ内は乳児死亡総数に占める割合(%)

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

2 公衆衛生活動の発展

(1) 乳児死亡

イ 乳児死亡の減少の要因

近年における乳児死亡率の減少傾向は世界的な傾向であるが、戦後のわが国の乳児死亡率の減少はとくに著しい。この要因として医学とくに小児医学の疾病に対する診断、治療の進歩と、婚前から妊産婦に至るまでの保健指導や健康診査等の母子保健対策の推進が挙げられる。

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

2 公衆衛生活動の発展

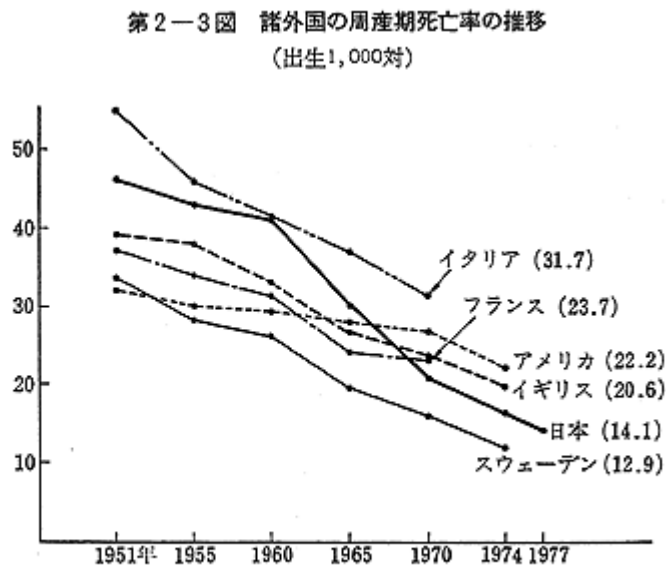
(1) 乳児死亡

ウ 母子保健対策の経過と現状

戦後22年に児童福祉法が制定され妊産婦や乳幼児に対する保健指導、乳幼児の健康診査、母子手帳の交付などが規定され次いで23年に作成された母子衛生対策要綱によって1)母子衛生組織の強化、2)母子衛生指導の徹底、3)母子衛生施設(乳児院、助産施設等)の設置、4)妊産婦、乳幼児の栄養対策、5)母子衛生関係技術の向上、6)母子衛生思想の普及、などの母子保健の向上に関する行政の方針が明らかにされた。

29年以降、育成医療、養育医療、妊娠中毒症に対する医療などについての公費負担制度も設けられ、33年からは、農山漁村における母子保健対策の充実のため母子健康センターの設置が開始された。更に、36年からは3才児健康診査及び新生児訪問指導が開始されるなど母子衛生施策は逐次充実され、40年母子保健法の制定以後、40年に58.6%であった5ヶ月以内の妊娠届出が52年には89.1%に達していること、出生の場所も施設分娩が25年には5%であったが、51年に99%に達したことなど、その成果はめざましいものがある。特に乳児死亡率や、周産期死亡率(周産期死亡率=後期死産数+早期新生児死亡数/出生数×1,000)の低下は著しく、今や我が国は世界でも最も低い国の一つとなっている(第2-3図)。しかし、妊産婦死亡率は、着実に低下してきているとはいえ、欧米諸国に比較するといまだ高率であり(第2-4図)、この方面でのより一層の施策の充実が必要となっている。

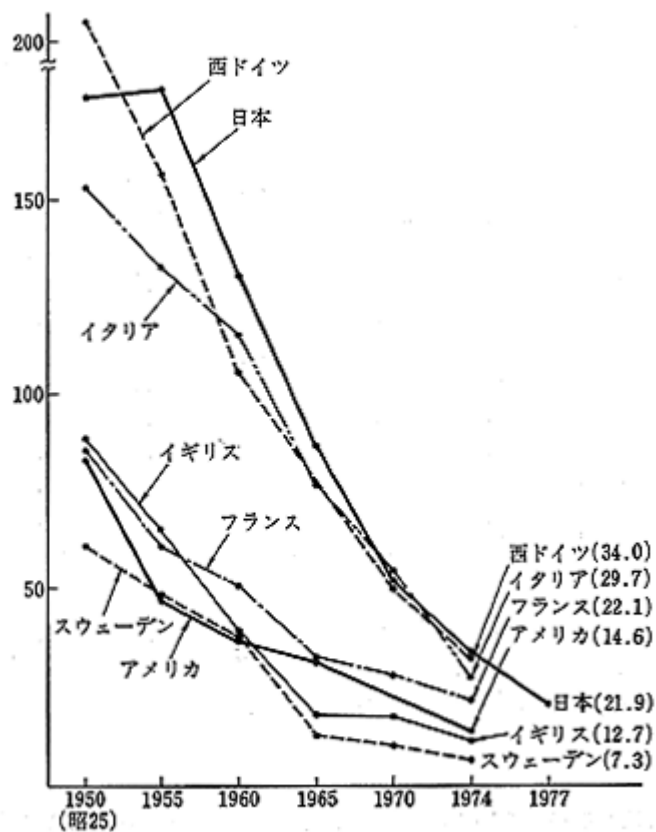
第2-3図 諸外国の周産期死亡率の推移



資料：WHO「World Health Statistics Annual Vol. I, 1977」

第2-4図 諸外国の妊産婦死亡率の推移

第2-4図 諸外国の妊産婦死亡率の推移
(出生 10万対)



資料：WHO「World Health Statistics Annual Vol I, 1977」

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

2 公衆衛生活動の発展

(2) 結核

ア 結核死亡の推移

結核による死亡は、我が国において全国的な死亡統計が作成された頃から上位を占めていたが、昭和10年代以降25年まで死亡順位の1位を占める疾病であり当時においては最も国民に恐れられた疾病であった。結核の死亡者数、死亡率の推移は、第2-6表のとおりであるが、最も死亡率の高かったのは大正7年の人口10万対257.1である。その後若干の減少はみられたものの昭和10年代に入り再び結核による死亡は増加の一途をたどった。戦後は次第に改善され26年には死因順位も2位となり、27年には死亡率も100を割った。その後も新しい抗結核薬導入などもあって順調に死亡者数が減少し50年には死亡率が9.5と10を割り、また51年には死亡者数が1万人を割り、死因順位も52年には11位となり、結核死亡について著しい減少がみられた。

第2-6表 全結核による死亡数及び死亡率の推移

		死 亡 数	死亡率(人口10万対)
1900年	明治33年	71,771	163.7
10	43	113,203	230.2
18	大正7	140,747	257.1
20	9	125,165	223.7
30	昭和5	119,635	185.6
40	15	153,154	212.9
50	25	121,769	146.4
55	30	76,735	52.3
60	35	31,959	34.2
65	40	22,366	22.8
70	45	15,899	15.4
74	49	11,418	10.4
75	50	10,567	9.5
76	51	9,578	8.5
77	52	8,803	7.8

〔料〕 厚生省統計情報部「人口動態統計」

〔注〕 49年以降は沖縄県を含む

年齢階級別結核死亡率は第2-7表でみるように10～20年代までは20～30歳代が最も高い年齢層であったが近年では70～80歳代の高齢者に比重が移っている。

第2-7表 年齢階級別全結核死亡率の推移

第2-7表 年齢階級別全結核死亡率の推移

(人口10万対)

	昭和10年	25	40	45	50	52
全年齢	190.8	146.4	22.8	15.4	9.5	7.8
0～4歳	55.1	63.2	1.4	0.7	0.2	0.2
5～9	46.3	31.1	0.4	0.2	0.0	0.0
10～14	99.4	27.8	0.6	0.2	0.0	0.0
15～19	378.3	114.0	1.1	0.5	0.2	0.1
20～24	467.8	254.3	3.6	1.2	0.4	0.3
25～29	361.0	293.0	8.0	2.3	0.7	0.5
30～34	251.2	246.2	14.5	5.2	1.5	0.9
35～39	189.3	219.5	22.8	9.6	3.4	2.3
40～44	162.7	197.0	29.8	14.5	6.2	4.3
45～49	160.7	184.8	33.1	19.1	9.9	7.2
50～54	151.7	188.6	42.1	25.3	13.3	10.4
55～59	140.2	197.5	56.1	33.6	19.1	13.7
60～64	128.0	192.7	77.4	49.2	26.3	21.3
65～69	114.5	170.5	103.9	80.1	42.9	35.7
70～74	71.3	122.5	138.9	108.3	66.7	53.0
75～79		86.5	165.5	129.1	94.2	75.8
80～84	33.9	53.6	150.2	127.0	103.1	82.8
85歳～			94.3			

資料：厚生省統計情報部「人口動態統計」

次に患者数の推移については第2-8表でみるように26年において新たに登録された者は約60万人であったが、52年では約9万人に減少している。一方有病率(活動性全結核患者の人口10万人に対する割合)についても全国統計が可能となった36年の1,012から52年の308へと減少している。

第2-8表 リ患率及び有病率の推移

第2-8表 リ患率及び有病率の推移

	新登録全結核		全登録者のうち活動性であるもの	
	実数	り患率	実数	有病率
昭和26年	590,662	698.4		
30	517,477	579.6		
36	419,424	445.9	954,102	1,011.9
40	304,556	309.9	929,616	945.8
45	178,940	172.3	682,826	657.8
50	108,088	96.6	435,902	389.4
52	89,245	78.2	351,081	307.6

資料：昭和26、30年「伝染病および食中毒精密統計」

昭和36～52年「結核登録者に関する定期報告」

- (注) 1. リ患率は1年間に結核として届け出られ登録された患者の人口10万人に対する割合
 2. 有病率は毎年末現在の結核登録者のうち活動性である全結核の人口10万人に対する割合

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

2 公衆衛生活動の発展

(2) 結核

イ 結核死亡の減少の要因

結核対策は戦前においても強力に推し進められていたが、戦後になって急激に減少をみた要因はストマイ、パス、アイナ等の抗結核薬の登場が第一にあげられる。また、26年、結核予防法の全面改正以降国をあげての結核対策が行われたこと、さらに生活環境の改善、食生活等の生活水準の向上などが考えられる。

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

2 公衆衛生活動の発展

(2) 結核

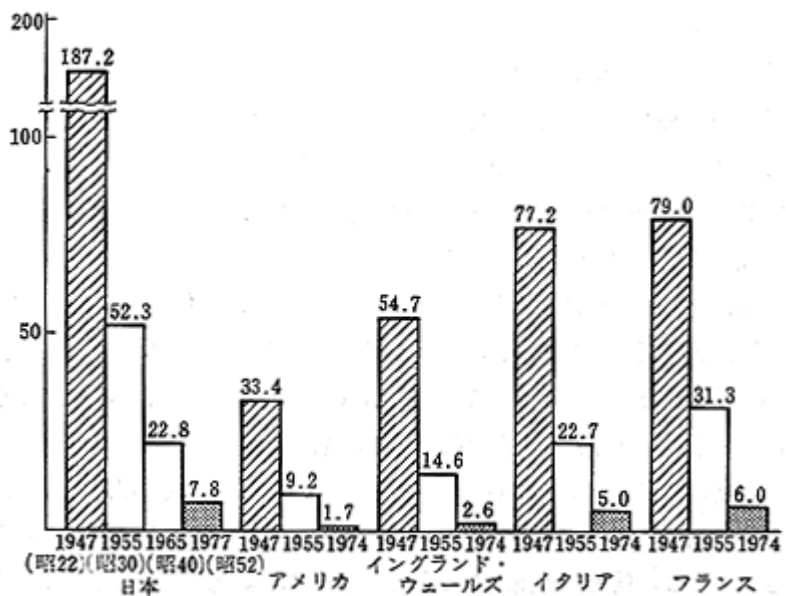
ウ 結核対策の経過と現状

戦後の結核対策についてはまず22年に連合軍総司令部から結核対策強化に関する覚書が発せられ、1)結核予防組織の強化、2)結核療養所の整備拡充、3)結核予防事業担当者の技術の向上、4)結核予防思想の普及徹底等が図られた。同年伝染病届出規則が制定されすべての結核患者が届け出られることとなった。23年には予防接種法が制定され、30歳未満の者は毎年1回ツベルクリン反応検査を受け、その結果によりBCG接種を受けるべきことが定められた。26年には結核予防法が新しく制定され、これを契機にBCG接種についても、予防接種法から結核予防法に組み入れられ、BCG接種による発病予防、患者の早期発見、早期治療、医療費の公費負担による軽減措置など、予防から治療まで一貫した制度が整備された。28年には結核患者数、まん延地域、年齢の分布、病型などをは握し、さらに適切な対策を確立する必要から第1回結核実態調査が実施された。この結果、結核はあらゆる年齢層に、又全国にまん延していることがわかった。その後、5年毎に48年まで実態調査が行われ、結核は着実に減少しているが、患者が青壮年層から中高年層へ、また無職、自由業、中小企業従事者などに偏在する傾向にあることなどが明らかになった。結核予防法も数次の改正があったが、36年、患者登録制度の整備や命令入所制度の改善などの改正が行われ、よりきめ細かな結核対策が行われることになった。49年にはまん延状況の改善に伴い健康診断の効率化とエックス線被曝の低減を目的として若年層の健康診断と予防接種の回数について改正が行われた。

我が国の結核のまん延は著しく改善し、平均寿命の伸びに大きく寄与したが、結核死亡率については第2-5図のとおり、欧米諸国と比べると我が国はまだかなり高く死亡率のみで判断すれば10~20年程度遅れていることになる。今日の我が国における結核の現状は死亡者、患者ともに減少したもののその根絶にはほど遠い状態であり、特に高齢者層への結核患者の集積がみられることから、今後とも効率的な結核対策の充実を図る必要がある。

第2-5図 諸外国の全結核死亡率の年次推移

第2-5図 諸外国の全結核死亡率の年次推移
(人口10万対)



資料: 厚生省統計情報部「人口動態統計」

WHO「World Health Statistics Annual Vol. I 1977」

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

2 公衆衛生活動の発展

(3) 急性伝染病

ア 急性伝染病死亡の推移

急性伝染病のうち伝染病予防法の対象とされている疾病は法定伝染病11種,指定伝染病2種,届出伝染病13種(急性灰髄炎を含む。)であり,その患者数,り患率及び主な急性伝染病による死亡者数,死亡率推移は第2-9表,第2-10表のとおりである。り患率についてはインフルエンザ,急性灰白髄炎,赤痢を除き,20年代にピークがあり,以後減少し,り患率がピーク時に比べ今日では100分の1以下にもなっている疾病も少なくない。また,細菌性赤痢およびアメーバ症のように25年に死亡者数11,968人であったものが52年に11人になるなど死亡者数についてもほとんどの伝染病は激減している。しかし,インフルエンザについてはこうした傾向はなく数年に1回全国的な流行がみられる年と比較的流行がない年では差異があるものの流行年には総死亡者数も増加している。

第2-9表 伝染病患者数及びり患率の推移

第2-9表 伝染病患者数及びり患率の推移(人口10万対)

	昭和 15 ('40)		昭和 25 ('50)		昭和 35 ('60)		昭和 45 ('70)		昭和 52 ('77)	
	患者数	り患率	患者数	り患率	患者数	り患率	患者数	り患率	患者数	り患率
法定伝染病										
コレラ	—	—	—	—	—	—	—	—	29	0.0
赤痢	83,689	117.3	49,780	59.8	93,971	100.6	9,996	9.6	737	0.6
腸チフス	40,706	57.0	4,883	5.9	1,572	1.7	211	0.2	346	0.3
バチフス	6,251	8.6	1,711	2.1	319	0.3	50	0.0	77	0.1
痘そ	575	0.8	5	0.0	—	—	—	—	—	—
発疹チフス	3	0.0	938	1.1	—	—	—	—	—	—
しよ	19,325	27.1	5,149	6.2	8,786	9.4	7,774	7.5	3,933	3.4
ジフテリ	38,303	53.7	12,621	15.2	14,921	16.0	596	0.6	122	0.1
流行性脳髄膜炎	1,350	1.9	1,193	1.4	526	6.0	72	0.1	42	0.0
ベス	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
日本脳炎	—	—	5,196	6.2	1,607	1.7	145	0.1	4	0.0
指定伝染病										
急性灰白髄炎	—	—	3,212	3.9	5,606	6.0	8	0.0	—	—
ラッサ熱	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
届出伝染病										
マラリア	—	—	1,016	1.2	16	0.0	17	0.0	37	0.0
ましん	—	—	56,236	67.6	48,395	51.8	32,248	30.1	18,061	15.8
百日ぜき	—	—	122,796	147.6	3,890	4.2	655	0.6	5,420	4.7
インフルエンザ	—	—	39,324	47.3	142,892	153.0	173,371	166.9	198,427	173.8
黄熱	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
破傷風	—	—	1,915	2.3	820	0.9	243	0.2	72	0.1
狂犬病	—	—	57	0.1	—	—	1	0.0	—	—
炭そ	—	—	2	0.0	3	0.0	2	0.0	—	—
伝染性下痢症	—	—	91	0.1	226	0.2	20	0.0	7	0.0
つつが虫病	—	—	116	0.1	63	0.1	6	0.0	39	0.0
フィラリア病	—	—	106	0.1	59	0.1	12	0.0	5	0.0
回帰熱	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

資料:45年までは「伝染病簡速統計月報」52年は「伝染病及び食中毒統計概況(月報)年計分」

(注) 1. 52年は沖縄県を含む。

2. ましん,百日ぜき,インフルエンザ,破傷風,狂犬病,炭そは22年3月,急性灰白髄炎は22年9月,伝染性下痢症は23年6月,フィラリア病は25年1月,黄熱,回帰熱は31年7月より届出られている。

3. 45年の狂犬病は輸入例である。

第2-10表 主な伝染病による死亡者数・死亡率の年次推移

第2-10表 主な伝染病による死亡者数・

死亡率の年次推移

(死亡率は人口10万対)

	昭和25年		30		35		40		45		52	
	死亡者数	死亡率	死亡者数	死亡率	死亡者数	死亡率	死亡者数	死亡率	死亡者数	死亡率	死亡者数	死亡率
細菌性赤痢およびアメーバ症	11,968	14.1	6,042	6.8	2,048	2.2	270	0.3	51	0.0	11	0.0
腸チフス	630	0.8	105	0.1	39	0.0	9	0.0	3	0.0	4	0.0
痘そ	2	0.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
レンサ球菌性咽喉炎およびしよ紅熱	35	0.0	62	0.1	23	0.0	14	0.0	3	0.0	—	—
ジフテリア	1,182	1.4	913	1.0	497	0.5	39	0.0	6	0.0	2	0.0
日本脳炎	2,430	2.9	1,737	1.5	650	0.7	658	0.7	167	0.2	9	0.0
急性灰白髄炎	775	0.9	314	0.4	317	0.3	28	0.0	11	0.0	—	—
マラリア	73	0.1	20	0.0	10	0.0	3	0.0	4	0.0	3	0.0
麻疹	3,745	4.5	2,258	2.5	1,346	1.4	598	0.6	556	0.5	138	0.1
百日咳	8,426	10.1	401	0.4	65	0.1	22	0.0	5	0.0	20	0.0
インフルエンザ	1,256	1.5	539	0.6	4,012	4.3	5,024	5.1	3,707	3.6	682	0.6
破傷風	1,558	1.9	887	1.0	605	0.6	384	0.4	160	0.2	79	0.1

資料：厚生省統計情報部「人口動態統計」

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

2 公衆衛生活動の発展

(3) 急性伝染病

イ 急性伝染病の減少の要因

伝染病予防法の対象となっている伝染病による死亡者数は25年には約32,000人を数えたが,52年には約1,400人と激減している。この要因としては,伝染病予防法,検疫法,予防接種法による強力な防疫対策の推進,医学,医術の進歩,上下水道,廃棄物処理などの生活環境の整備栄養の改善等による個体の抵抗力の強化,国民の疾病予防に対する知識の普及などが考えられる。

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

2 公衆衛生活動の発展

(3) 急性伝染病

ウ 急性伝染病対策の経過と現状

終戦直後には衛生状態の悪化により、コレラ、痘そうなどの外来伝染病が流行したが、26年頃までにほとんど消滅した。23年には、予防接種法が制定され痘そう以外の疾病についても定期および臨時の予防接種が実施されることとなった。

更に、26年には我が国が世界保健機構(WHO)に加盟したのに伴い、検疫手続を国際衛生規則に準拠したものにするため検疫法が制定された。

30年以降、医学、医術の進歩、衛生行政の進展などに伴って、細菌感染性の伝染病は患者数、死亡者数ともに激減した。この時期の伝染病対策の重点は主として赤痢、日本脳炎、インフルエンザなどの制圧におかれたが、この間において特筆すべきは急性灰白髄炎の流行と制圧である。

急性伝染病の発生態様の著しい変化に対応し、43年、厚生大臣から「今後の伝染病予防対策のあり方」について伝染病予防調査会に諮問が行われ、45年、中間答申が提出された。それにおいては、今後の伝染病予防対策は、従来の発生時中心の考えから、伝染病に関する情報の収集をはじめとする平常時防疫の対策を強化する考え方に進むべきことが述べられている。これを受けて、流行予測事業が強化され、また血清情報管理室が設置されているところである。

45年には、予防接種による健康被害が社会問題となり、閣議了解に基づく当面の救済措置が実施されることとなったが、51年には、この救済措置を法制化するとともに、伝染病の流行状況の変化などに対応して予防接種の実施方法を大幅に変更する予防接種法の改正が行われた。

以上、時代の状況に即して対応してきたが、近年の国際交通の大型化、スピード化に伴い、コレラなどの外来伝染病が国内に侵入する機会が増大しており、この面での対策の強化が必要となっている。

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

2 公衆衛生活動の発展

(4) 栄養水準の向上

適切な栄養摂取は健康の維持増進に不可欠であるが、我が国の栄養改善対策は国民の保健上大きな問題であった脚気対策に始まったといつてよいが、制度上では、12年の保健所の設置にあたってその目的の一つとして栄養の改善に関する指導を行うべきこととしたのが始まりである。

その後、20年に栄養士規則等が制定され、栄養士の身分及び業務が確定され国民栄養に対する指導の統一と徹底が図られることになり、また22年に保健所に1名以上の栄養士が配置されることになり、更に27年に栄養改善法が制定され、1)国民栄養調査を実施すること、2)保健所に栄養相談所を附置することができることとし、栄養指導員を都道府県及び政令市に配置すること、3)一定の給食施設について栄養士を配置すること、栄養士を置かない施設では栄養指導員の指導を受けることを義務づけること、4)特殊栄養食品についての標示、5)栄養審議会を設置することが規定され保健所を中心とする栄養改善対策が確立した。

国民の栄養摂取状況は、国民栄養調査によれば、動物性たん白質の摂取量の増加など食生活の質の改善が著しい。第2-11表は25年からの栄養摂取量の年次推移であるが、たん白質の摂取量は25年に68gであったが51年には79gとなり、特に動物性たん白質が総たん白に占める割合は25年に25%、40年に40%、51年に48%とその伸びは著しい。脂肪についても25年に18gであったものが51年には52gに、また、炭水化物は25年には418g摂取されていたものが年々減少し、51年には332gになるなど偏った栄養の摂取状況からより良い食生活に改善をみている。

第2-11表 栄養素等摂取量の年次推移

第2-11表 栄養素等摂取量の年次推移 (1人1日当たり)

	昭和25年	30	35	40	45	50	51	
熱量 Col	2,098	2,104	2,096	2,184	2,210	2,188	2,159	
たん白質 g	68	69.7	69.7	71.3	77.6	80.0	78.7	
うち動物性 g	17	22.3	24.7	28.5	34.2	38.9	38.1	
脂 肪 g	18	20.3	24.7	36.0	46.5	52.0	52.4	
うち動物性 g	—	—	—	14.3	20.9	27.4	27.0	
炭水化物 g	418	411	399	384	368	337	332	
カルシウム mg	270	338	389	465	536	550	548	
鉄 mg	—	14	13	—	—	13.4	13.7	
ビタミン	A IU	2,459	1,084	1,180	1,324	1,536	1,602	1,724
	B ₁ mg	1.52	1.16	1.05	0.97	1.13	1.11	1.18
	B ₂ mg	0.72	0.67	0.72	0.83	1.00	0.96	1.02
	C mg	107	76	75	78	96	117	117

資料：厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」

(注) ビタミンAについては29年までは、カロチンの価をそのままAに加えて示したが、30年からはカロチンによるものをAの1/3に換算してAそのものの値を加えて示した。

また、食糧供給面からみた国際比較では第2-12表でみるように体表面積に比しての供給熱量及び供給たん白質量についてはおおよそ欧米諸国と同水準であるが、供給脂質量は欧米諸国と比べ、2分の1以下であるなど我が国の食生活の特色がみられる。

第2-12表 体位と供給熱量・供給たん白質の国際比較

第2-12表 体位と供給熱量・供給たん白質の国際比較 (1975)

国 別	体表面積 (成人 男子)	供給熱量	供給た ん白質	供給脂質	日本人を100とした指数			
					体表面積	供給熱量	供給た ん白質	供給脂質
	cm ²	Cal	g	g				
イギリス	17,950	3,059	88.4	136.4	112	124	112	226
フランス	17,122	3,207	104.1	159.6	107	130	132	264
西ドイツ	17,983	3,059	84.8	157.6	112	124	107	261
アメリカ	18,865	3,201	102.9	160.4	118	130	130	266
カナダ*	18,461	3,153	98.9	151.0	115	127	125	252
日 本	15,994	2,466	79.1	60.4	100	100	100	100

資料：農林水産省「食量需給表」

(注) * は1974年

しかし、近年の栄養の過剰摂取や運動不足などによる肥満、糖尿病、心臓病などの問題も新たに出てくるなど、今後の栄養問題は各栄養素のバランスを考慮し、規則正しく食事をとることや、運動、休養などについても適宜配慮し健康の維持、増進に向けた総合的な健康づくりの一環としてとらえた栄養対策をとることが要請されている。

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

3 生活環境の整備

伝染病等の感染症の疾患の予防対策,とくに感染源,感染経路対策として国民衛生の向上に大きく寄与した
ものとして水道や廃棄物処理施設のような生活環境施設の整備があげられる。

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

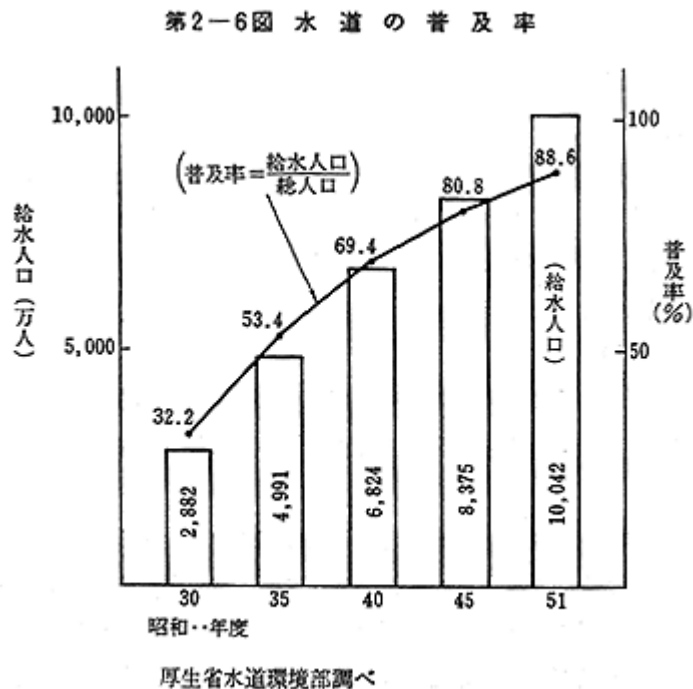
3 生活環境の整備

(1) 水道

水道の整備は飲料水の汚染による感染症のまん延の防止に資するものとして、我が国の公衆衛生の向上を図る上で水道の普及の促進が戦後の大きな課題とされた。

そのため27年から簡易水道事業に対する国庫補助制度が創設され、次いで32年には従来の水道条例を廃止し水道法が制定され、水道用水供給事業及び自家用水道等の専用水道の規制を新たに設けたほか水道の布設及び衛生管理の規制等広く水道の布設及び管理を適正かつ合理的ならしめるとともに、水道事業を保護育成することによって清浄で豊富低廉な水の供給を図り、公衆衛生の向上と生活環境の改善を図ることとされた。その後も42年度から水道用水の需要の増加に対応して先行投資的なダム等に対する国庫補助が行なわれるようになったこと等水道整備に係る施策が整備充実され、水道の普及率は次第に向上した。このため30年には32.2%であったものが農村地域への普及の推進等により51年度末には88.6%にまで達し、今日では国民生活の中で欠くことのできない基盤的施設として定着している(第2-6図)。今後は未普及地域の解消とともに水道の広域化を推進し、かつ水需要の増大に対応する総合的な水道水の需給対策を講じて国民生活の向上や生活様式の変化に応じた良質で衛生的な水道水を安定的に供給していくことが必要とされている。

第2-6図 水道の普及率



(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 平均寿(余)命の伸びの要因とこれに関連する施策

3 生活環境の整備

(2) 廃棄物処理

廃棄物処理については、29年に従来の汚物掃除法を廃止して制定された清掃法によって市街地区域を中心とする特別清掃地域内の汚物処理として実施されてきたが、30年代から40年代にかけての経済の成長、国民生活の向上等に伴う廃棄物の量的増大と質的多様化、衛生工学の飛躍的發展等を背景として、その抜本的改革が必要とされるに至った。

こうして清掃法を全面改正し、新たに廃棄物の処理及び清掃に関する法律が制定され、廃棄物を国民の日常生活の中から排出されるものを中心とする一般廃棄物と事業活動に伴って排出される量的又は質的に環境汚染源として問題となるものからなる産業廃棄物に区分し、それぞれの処理体系を整備し、公衆衛生の向上及び生活環境の保全を図ることとされた。

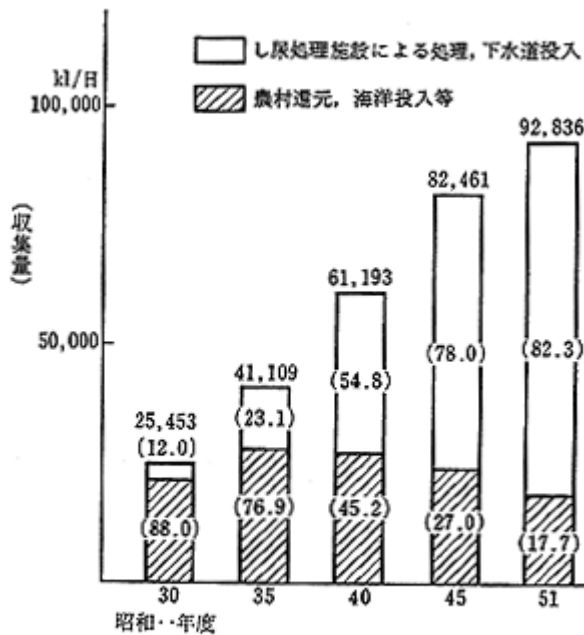
同法は産業廃棄物に係る事業者責任の強化を図る51年改正を経て現在に至っている。

また、地方公共団体による廃棄物処理施設の整備については、38年度から5か年計画に基づきその推進が図られてきたが、51年12月からは廃棄物処理施設整備緊急措置法に基づき55年までの第4次計画が策定され、引き続きその計画的な整備が進行している。

国民の日常生活の中から排出される一般廃棄物のうちし尿の処理については、し尿処理施設等の整備により衛生的な処理の拡充を図ってきた。市町村により計画的に収集されたし尿の処理状況の推移は第2-7図のとおりであるが、それによると計画収集量のうちし尿処理施設または下水道投入により処理される割合は年々上昇し、30年度には12.0%であったものが51年度では82.3%にまで達している。

第2-7図 計画的に収集されたし尿の処理状況

第2-7図 計画的に収集されたし尿の処理状況



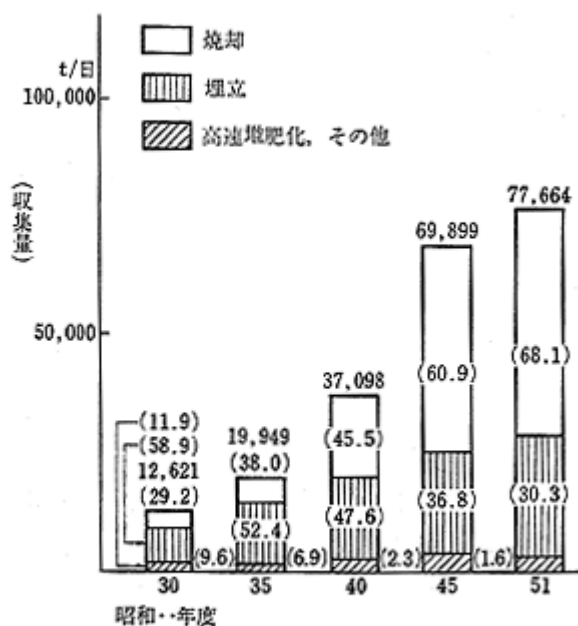
厚生省水道環境部調べ

(注) ()内の数字は%を示す

また,ごみの処理については焼却処理が衛生的であり,かつ,ごみの減量もできることから焼却施設を中心として施設整備を図ってきている。市町村により計画的に収集されたごみの処理状況の推移は第2-8図のとおりであるが,それによると計画収集量のうち焼却処理される割合は年々上昇し,30年度には29.2%であったものが51年度では68.1%にまで達している。

第2-8図 計画的に収集されたごみの処理状況

第2-8図 計画的に収集されたごみの処理状況



厚生省水道環境部調べ

(注) ()内の数字は%を示す。

今後も廃棄物についてはその量的増大と質的多様化が進行するものと考えられるので,廃棄物の再生利用を積極的に促進し,廃棄物の減量化を図るとともに,廃棄物の処理施設の整備については施設自体による生

厚生白書(昭和53年版)

活環境汚染防止の措置を講じつつ一層の推進を図ることが要請されている。また,高度の土地利用が行なわれている我が国においては,とりわけ廃棄物の最終処分場の確保が重大な課題とされておりそのための具体的な施策の展開が必要とされている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare