

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療制度の現状と動向

1 概説

近年の都市化現象,過疎現象,人口構造の老齢化,医学医術の進歩等にみられるような社会経済情勢の変動に伴い,医療に対する需要は,増大するとともに複雑多様化する傾向にある。加えて,国民の保健医療に対する認識も深まっている。こうした状況に対し,国民一人一人が自らの健康は自ら守るという自覚を一層高めるとともに,有限な医療資源を効率的に活用して,健康増進及び疾病の予防から治療,リハビリテーションまでの一貫した医療体系の確立を図って行くことが重要な課題となっている。

このため国においても従来より,地域における医療の確保を目的とした地域医療整備の一環として,医療施設の整備充実,医療関係者の確保等の各種施策を推進しているほか,地域ごとの自然的社会的条件に適応した医療体制の整備を図るため地域医療計画策定の検討も続けているが,更に取り組むべき課題も多い。特に,救急,休日夜間医療の確保,へき地医療,高度専門医療対策の充実,あるいは医師の生涯教育,看護婦等医療関係者の養成確保及び資質の向上対策等が現在における重要課題といえる。

更に,医学を取り巻く情報工学,分子生物学,生体工学等の諸科学の成果を取り入れた最新の医学医術の普及のため,医療情報システムの開発をはじめとする医療の研究体制の整備を進めることも必要である。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療制度の現状と動向

2 救急,休日夜間医療対策

救急,休日夜間診療対策の対象は,交通事故による負傷あるいは休日,夜間において発生する急病等である。

これらの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払わなければならないことはもちろんであるが,不幸にして事故等による傷病者がでた場合には,これらの傷病者に対して迅速かつ適切な医療を行い,その被害を最小限にとどめることが必要である。

交通事故による死傷者は第1-2-1表のとおりであり,その数は45年をピークに年々減ってきているが,なお相当数あり,交通安全対策の強力な推進とともに救急医療体制の整備が望まれている。

第1-2-1表 交通事故による死傷者数の年次推移

第1-2-1表 交通事故による死傷者数の年次推移

	件数	死者		受 傷 者	
		人数	指数	人数	指数
38年	531,966	12,301	100	359,089	100
45	718,080	16,765	136	981,096	273
48	586,713	14,574	118	789,948	220
49	490,452	11,432	93	651,420	181
50	472,938	10,792	88	622,467	173
51	471,041	9,734	79	613,957	171
52	460,649	8,945	73	593,211	165

警察庁交通局調べ

(注) 件数については,38年は物損事故を含み,45年からは人身事故のみのものである。

このため,38年の消防法の一部改正により救急患者の搬送体制の強化が図られた。39年には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図ってきた。53年4月1日現在全国で,4,806カ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。

また,交通事故等による頭部外傷者等の重症患者のため,脳神経外科等高度の診療機能を有する救急医療センターを配置し,51年度末までに214カ所の整備を行った。

次に,休日や夜間に発生した急病患者に対する医療を確保するため,47年度から地域の医療関係者の協議による当番医制の実施を図る等休日夜間の診療確保体制の推進を図ってきたが,49年度からは休日夜間専門の診療所の整備及び運営に必要な経費の一部助成を行ってきており,52年度末現在285カ所が整備されている。

更に,人口の老齢化に伴い増加しつつある脳卒中,心筋硬塞等の重症患者の増加に伴い,51年度から24時間

診療体制でこれらの重症患者を受け入れる救命救急センターの整備を図ることとし、17カ所の整備を行った。

これらの経緯を踏まえて、51年7月には救急医療懇談会によって、総合的な救急医療対策についての提言が行われた。

この提言を受け、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を図ることとしているが、その内容は次のとおりである。

(1) 初期救急医療体制

休日夜間急患センターを人口5万以上の市に整備する(53年度の整備予定は90か所)とともに、地域医師会による在宅当番制の普及と定着化を図るための助成を行っている。

(2) 第二次救急医療体制

病院群の輪番制、共同利用型病院、当直医の診療科協定の三方式により、おむね広域市町村圏を単位とした第二次体制の整備を図ることとし、52年度には104地区の整備を行った(53年度の整備予定は83地区)。

(3) 第三次救急医療体制

救命救急センターの整備を促進し、53年度は20か所の整備を行う。

(4) 広域救急医療情報システム

県域を対象とした広域救急医療情報センターを整備し、病院の応需状況を常時は握して搬送機関に適切な指示ができる体制を整えることとし、52年度には5か所の整備を行った。

なお、救急医療技術の向上のために、39年度から救急医療を担当する医師に対し、救急医療の一般研修を行うとともに、救急医療センターに勤務する医師を対象に43年度から脳神経外科、44年度から麻酔科を加え、更に52年度からは循環器科、小児科を加えて高度の救急医療技術の研修を行っている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療制度の現状と動向

3 へき地医療対策

山村、離島等へき地における医療に恵まれない地域住民の医療を確保するため、31年度から計画的に地域の特性に応じて診療所の設置、患者輸送車(艇)、巡回診療車(船)の整備等の施策を講じてきたが、50年度からはこれらの施策に新たにへき地中核病院及びへき地保健指導所の整備を加えた第4次5か年計画を策定し、施策の強化充実を図ってきた。

この施策は、へき地診療所に医師を確保することが研究上の不便、子弟教育等の問題から極めて困難な実情、道路網の整備等による生活圏の広域化等へき地を取り巻く情勢の変化を考慮し、広域的かつ体系的な対策を計画的に推進するものである。

すなわち、無医地区を有する広域市町村圏単位にへき地中核病院を整備し、当該病院にへき地医療センターを併設して医師・看護婦を配置し、広域圏内の無医地区等に対する巡回診療及びへき地診療所への診療援助等の業務を行うとともに、人口が比較的多く交通が不便な無医地区については、へき地保健指導所を整備し、保健婦による保健指導を行うものである。

なお、53年度においても引き続き第4次計画の遂行と地域医療システム等医療情報システムの研究開発を進めるとともに、無医地区の実態は握のための調査を行うこととしている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療制度の現状と動向

4 がん,循環器疾患等専門医療対策

(1) がん対策

がんによる死亡者数の全死亡者中に占める割合は,第1-2-2表のとおり,52年には21.1%にも達している。更に30~69歳までの年代では脳卒中をしのぎ死亡原因の第1位を占めており,がん制圧に対する国民の要望は強い。

第1-2-2表 悪性新生物による死亡者数,死亡率及び死亡者総数に占める割合

第1-2-2表 悪性新生物による死亡者数,死亡率及び死亡者総数
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 $\frac{(B)}{(A)}(\%)$
		死亡者数 (B)	死亡率 (人口10万対)	
昭和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
45	712,962	119,977	116.3	16.8
46	684,521	122,850	117.7	17.9
47	683,751	127,299	120.4	18.6
48	709,416	130,964	121.2	18.5
49	710,510	133,751	122.2	18.8
50	702,275	136,383	122.6	19.4
51	703,270	140,893	125.3	20.0
52	690,074	145,772	128.4	21.1

資料：厚生省統計情報部「人口動態統計」

厚生省では,がん対策として,41年度から年次計画をたて,がん診療のための専門医療機関の体系的整備,予防診断面での専門技術者の養成研修,予防対策として集団検診車等の整備等を行っている。

医療施設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施設として,36年度に国立がんセンターを設立し,次いで41年度より全国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(国立札幌病院,宮城県立成人病センター,神奈川県立成人病センター,県立がんセンター新潟病院,愛知

県がんセンター,大阪府立成人病センター,国立呉病院,国立松山病院,国立病院九州がんセンター)を設置し,また,都道府県がん診療施設は,診療部門にコバルト60の治療装置等高度の医療機器を有している施設として47年度までに161か所設置された。更に,48年度からは,地域性を考慮し,がん診断機能に重点を置いたがん診療施設を計画的に187か所整備することとして,52年度までに65か所整備した。

専門技術者の養成研修については,がん診療専門医療機関である国立がんセンター,国立呉病院,国立病院九州がんセンターにおいて研修を行っている。

がん制圧のための臨床研究助成金としては,38年度からがん研究助成金(53年度14億5,000万円)を交付し,臨床,疫学等を包含した広い分野の研究を推進している。

(2) 循環器疾患対策

脳血管障害,心臓疾患等の循環器疾患の病因及び病態に関しては現在の医学の進歩にもかかわらず十分解明されていない部分が多く,早期の診断,適確な治療方法及び効果的な予防方法が確立されていない現状である。

このような情勢に対処するため,52年度に国立循環器病センターを設置し,高度の診療,研究,研修を行っている。また,53年度には地方において循環器疾患対策の指導的役割を果たす医療施設として国立病院2か所を整備することとしている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療制度の現状と動向

5 小児医療対策

近年我が国の医学の進歩は著しく、小児特有の先天性内臓疾患、脳性マヒ、小児ネフローゼ、小児がん、小児ぜんそく等についても、その成果をあげつつあるが、これらの疾患には特殊な診断、治療、看護が必要とされ今日なお十分解明されているとはいえない。また、極端な低体重児の出生もかなりの数を示していることから未熟児特有の疾患等の問題もあり小児医療施設の体系的整備に対する国民の要望は強い。

このため、小児固有の各種疾病に対する総合的診断機能を有する小児専門医療機関を全国的に体系的整備を図ることとして46年度から国公立病院等を対象に各都道府県に1か所の小児医療センターの整備を推進している。

また、国立小児病院を我が国の小児医療の中核的な役割を果たす施設とするため、48年度から機能の強化を図っているところである。完成後は小児難治性疾患を中心とした高度な診療と、これに関する臨床研究を行うほか、医師等医療関係者の養成研修を実施することとしている。

更に、長期療養を要する小児慢性疾患の治療施設として養護学校を併設する国立療養所の機能強化を図ることとしている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第1節 医療制度の現状と動向

6 医学的リハビリテーション

心身に障害のある者が社会復帰するためのリハビリテーション・サービスに対する需要は、近年の社会状況の変動に伴う交通災害、産業災害、精神障害、脳血管疾患、心疾患等の増加によって、急速に高まっている。特に老人に対する医療におけるリハビリテーション・サービスは重要な意味を有し、人口の老齢化が進む中で、リハビリテーション・サービス機能の整備は欠かせない問題である。

従来、理学診療科において整形外科的疾患のリハビリテーションが行われてきたが、脳卒中等内科系疾患のリハビリテーションを推進する目的で47年より国立病院、国立療養所を中心としてリハビリテーション施設の整備を進めている。50年度からは公的医療機関におけるリハビリテーション部門の強化を図ることとして整備を進めている。

また、理学療法士、作業療法士養成所の整備については、現在理学療法士養成所13校(入学定員240人)、作業療法士養成所6校(入学定員120人)が開設されている。しかしながら増大するリハビリテーション需要に対して不十分な現状にあり、現在国立病院に養成所を併設する計画を進めている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第2節 医療関係者

1 概説

医療に関連する業務に従事する者として、現在法制化されている職種には、医師、歯科医師、看護婦をはじめ多くのものがある。医療に関連する業務は、国民の健康及び生命に直接重大な影響をもつものであるため、国としてはこれらの業務を行うことのできる者の資格を厳格に定め、適切な医療の確保に努めている。また、近年における医学医術の進歩に伴う医療内容の高度化、細分化等により、その需要も増大している。このため、看護職員、リハビリテーション関係の専門職員の確保等が重要な課題となってきた。

我が国の医療関係者の数を諸外国の状況と比較してみると第1-2-3表のようになる。国によって職種の定義、業務内容が異なるため必ずしも厳密に比較することはできないが、おおよその傾向を知ることができよう。

第1-2-3表 諸外国の医療関係者

		第1-2-3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	看護婦
日	本	1976	129.8	41.9	86.2	369.7
イ	タ	1973	198.9	—	68.7	—
イ	タ	1974	131.3	28.9	27.7	375.4
ス	ウ	1974	162.5	88.0	44.9	711.2
西	ド	1975	193.8	51.0	40.0	359.3
フ	ラ	1975	147.2	47.8	57.6	502.0
ア	メ	1974	165.2	50.6	—	636.6
フ	ィ	1975	31.7	10.0	11.3	20.0
ソ	連	1975	288.4	39.9	—	447.0

資料：外国は WHO「World Health Statistics Annuall (1977) Vol. II」

日本は厚生省統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」「衛生行政業務報告」

- (注) 1. 日本の医師・歯科医師は上記調査とともに未届者数を考慮して推計したものである。
2. イタリアの医師は歯科医師を含む。
3. 日本の薬剤師数は51年末の届出者数である。
4. 日本の看護婦(准看護婦を含む。)は51年末の就業者数(一部推計も含む)である。

厚生省では、これら医療関係者の資格制度の重要性にかんがみ、より信頼性の高い試験を実施するよう努めている。例えば、医師国家試験についてみると、47年から、出題形式に客観式(多肢択一式)を採用し、出題数を大幅に増加する等の改善を行ってきたが、更に50年には、臨床実地的な問題の出題を大幅に増やすとともに、口頭試問を廃止し、客観性、信頼性の向上を図った。歯科医師国家試験についても、51年春の国家試験から医師国家試験に準じた改善を行った。また、50年10月、医療関係者審議会医師部会に医師国家試験の科目別出題基準(ガイドライン)作成のための医師国家試験専門委員会が設置され、51年度に必須5科目のガイドライ

ンを,また,52年度に選定7科目のガイドラインをそれぞれ完成し,公表した。

このほか,医療関係者をめぐる問題としては,医事紛争の問題がある。その態様は医療内容についてのばく然とした不満から,医療事故に起因するものまで様々であるが,その処理は当事者間の話合いのほか,訴訟・調停・地区医師会の紛争処理委員会による処理,日本医師会の賠償責任審査会による処理等によって行われている。

厚生省としても国民が安心して医療を受けられるようにするため,48年から学識経験者からなる研究班を発足させ,医事紛争に関する研究を継続して行っている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第2節 医療関係者

2 医師

(1) 概況

第1に医師の数についてみると、52年末には、約15万人(人口10万対131.2人)と推計され、近年における医療需要に対応するには、なお十分とはいえない。厚生省では、60年までに欧米なみの人口10万対150人程度の医師を確保することを当面の目標として、かねてより医科大学(医学部)の新設及び入学定員の増加について、文部省に申入れを行ってきたところ、文部省において、この申入れに沿った措置が採られた。

その結果、53年度には医科大学(医学部)等は76校、総入学定員7,900人に達しており、更に53年度には山梨、福井及び香川県において医大が新設される(学生受入は55年4月)等、医師の養成は着実にその効果をあげている。また、いわゆる無医大県である沖縄県についても、琉球大学医学部創設の準備がすすめられているところである。

第2に医師の資質向上の問題については、43年から医師法に基づき医師免許取得直後の臨床研修制度が実施されている。この臨床研修については、国は制度発足以来財政上の助成措置の拡充に努めてきており、臨床研修を行う者の割合も制度発足時に比べ増加している。また、臨床研修の内容については、医師研修審議会の建議等の趣旨にのっとり、その改善充実に努めている。

また、臨床研修を終えた後のより専門的な研修に関しては、高度の教育機能を備えた教育病院の整備に努めている。

(2) 就業形態別等の医師数

第1-2-5表 都道府県別医師数

第1-2-5表 都道府県別医師数(51年末)

(人口10万対)

		医師数			医師数			医師数
全	国	119.3	富	山	106.7	島	根	114.5
北	海	108.6	石	川	170.2	岡	山	160.0
青	森	110.9	福	井	100.9	岡	島	136.4
岩	手	120.1	山	梨	101.0	山	口	130.0
宮	城	140.8	長	野	113.3	徳	島	175.4
秋	田	102.7	岐	卓	103.6	香	川	120.2
山	形	96.6	静	岡	94.3	愛	媛	114.0
福	島	111.4	愛	知	109.4	高	知	126.2
茨	城	79.9	三	重	118.4	福	岡	156.4
栃	木	108.0	滋	賀	93.3	佐	賀	111.5
群	馬	120.6	京	都	172.2	長	崎	150.3
埼	玉	69.7	大	阪	140.2	熊	本	146.7
千	葉	81.8	兵	庫	127.6	大	分	112.7
東	京	137.5	奈	良	115.3	宮	崎	95.9
神	奈	103.5	和	歌	122.4	鹿	見	118.2
新	潟	113.9	鳥	取	176.8	沖	縄	64.4

資料：厚生省統計情報部「医師、歯科医師・薬剤師調査」

(注) 未届者は含まれていない。

ア 就業形態別医師数

就業形態別の医師数は、51年度末において、第1-2-4表のとおりであり、医療施設の従事者は95.2%であるが、そのうち構成比の高いものは、診療所の開設者44.2%、病院の勤務者29.4%、医育機関附属病院勤務者13.0%の順になっている。また、就業形態別の構成比を、40年と過去3年間についてみたものが第1-2-1図であり、病院勤務者時に医育機関附属病院勤務者の割合が漸増していることが指摘できる。

第1-2-4表 就業形態別医師数

第1-2-4表 就業形態別医師数(51年末)

(単位:人,%)

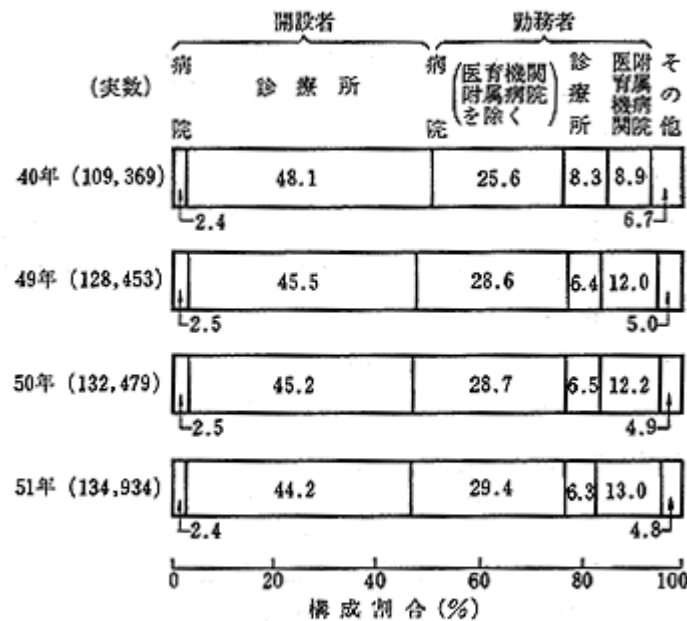
		実数	構成比
総数		134,934	100
医療施設の従事者	総数	128,448	95.2
	病院の開設者	3,299	2.4
	診療所の開設者	59,605	44.2
	病院(医育機関附属病院を除く)勤務者	39,606	29.4
	診療所の勤務者	8,460	6.3
	医育機関附属病院勤務者	17,478	13.0
医外療の施設従事者	総数	4,968	3.7
	臨床以外の医学の教育, 研究機関の勤務者	2,919	2.2
	衛生行政又は保健衛生業務の従事者	2,049	1.5
その他	総数	1,518	1.1
	その他の職業に従事する者	369	0.3
	無職の者	1,149	0.8

資料: 厚生省統計情報部「医師, 歯科医師・薬剤師調査」

(注) 未届者は含まれていない。

第1-2-1図 就業形態別医師数の構成割合の推移

第1-2-1図 就業形態別医師数の構成割合の推移



資料: 厚生省統計情報部「医師, 歯科医師, 薬剤師調査」

(注) 未届者は含まれていない。

次に、地域別医師数を届出先の都道府県別にみると、第1-2-5表のとおり地域によってかなりの不均衡があり、特に東京都周辺の人口急増地域にある県については、低い水準にある。更に市町村等の別をみると、51年末における人口10万当たりの医師数は、10大都市では167.1、その他の市で123.7、町村では68.1であって、大都市と町村の格差は依然として大きい。

(3) 臨床研修による医師の資質の向上

免許取得直後の医師が適切な指導者の下で臨床医として必要な知識及び技能を実地に修練する臨床研修の制度は、医師の資質の向上を図ることを目的として、43年の医師法改正により制度化されたものであるが、その状況は次のとおりである。

第1に、臨床研修を行う場合は、大学附属病院又は厚生大臣の指定する臨床研修指定病院であるが、臨床研修指定病院数は逐年増加し、53年3月31日現在158である。

第2に、医科大学(医学部)卒業生のうち臨床研修を受けるものの割合は次第に増加し、過去3年間についても50年80.8%、51年84.7%、52年87.2%と臨床研修制度が定着してきていることを示している。

第3に、臨床研修指定病院及び公私立大学附属病院に対する臨床研修費補助金並びに国立病院、国立療養所及び国立大学附属病院における臨床研修に係る予算額は逐年充実されていることである。

第4に、現在、臨床研修医の約80%を大学附属病院が受け入れているが、今後は医学部卒業生の増加に対処し、かつ、十分な研修の場を確保するため臨床研修指定病院の教育機能を充実させていくことが望まれている。

第5に、臨床研修制度の充実については、48年12月、医師研修審議会が指定病院の責任の明確化、研修のカリキュラムの改善等について厚生大臣に対し建議を行ったが、この建議を受けて49年10月厚生省においては臨床研修指定病院の指定基準の改正(精神科に係る指定基準については51年5月に改正)を行い、指定基準とその運用方針を関係者に示した。また、50年10月回審議会は、先の建議の趣旨に沿って、臨床研修の目標と内容について、健康管理、初期診療等のいわゆるプライマリーケアの基本的知識、技能を修得できるよう、従来の一診療科のみの研修を行ういわゆるストレート方式ではなく、主要診療科を幅広くローテイトする方式を採用すべきである旨の意見書を、更に53年3月に、より具体的内容を盛り込んだ「プライマリーケアを修得させるための方策」についての意見書を厚生大臣あて提出した。厚生省においては、この意見書の趣旨に沿って関係各方面を指導し、プライマリーケアのできる医師の養成に努めているところである。

また、厚生省においては、臨床研修指導医等の医学教育者がより新しい教育、訓練の技法を習得し、効果的な臨床研修を行うことにより医学教育の充実を図る必要があるとの観点から、49年度よりWHOの後援により「医学教育のためのワークショップ」を開催しており、52年度までに臨床研修指定病院及び医科大学(医学部)の医学教育担当者108人が参加した。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第2節 医療関係者

3 歯科医師及び歯科医療補助者

(1) 歯科医師

ア 概況

52年末における歯科医師数は、4万9,000人(人口10万対43.2人)と推計される。厚生省としては、当面の目標として60年までに人口10万対50人の歯科医師を確保することとしてきたが、53年4月現在、歯科大学(歯学部)は27校、その入学定員は3,160人となっており、急速に養成力の増加が図られたため、60年を待たずして当面の目標数に達する見通しである。

イ 地域別歯科医師数

歯科医師の地域的分布状況をみると、相変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10大都市では66.4人であるのに対し、その他の市では36.1人、町村では23.2人と地域による不均衡が目立っている。

また、都道府県人口10万対歯科医師数は第1-2-6表のとおりであり、5年前に比べ関東及び近畿の多くの府県では、人口の急増に対し、歯科医師数の増加が少なく、相対的に減少の状況にある。

第1-2-6表 都道府県別歯科医師数

第1-2-6表 都道府県別歯科医師数(51年末)

(人口10万対)(単位:人)

全	国	39.2	富	山	30.6	島	根	33.3
北	海	34.1	石	川	35.2	岡	山	39.1
青	森	25.5	福	井	27.3	広	島	43.4
岩	手	33.1	山	梨	39.2	山	口	39.8
宮	城	34.9	長	野	39.0	徳	島	31.8
秋	田	27.1	岐	阜	35.3	香	川	37.0
山	形	29.0	岐	岡	34.2	愛	媛	31.2
福	島	31.4	愛	知	39.8	高	知	29.7
茨	城	27.5	三	重	33.5	福	岡	53.2
栃	木	31.1	滋	賀	25.0	佐	賀	38.1
群	馬	30.0	京	都	39.6	長	崎	35.6
埼	玉	28.0	大	阪	45.6	熊	本	29.8
千	葉	30.7	兵	庫	38.3	大	分	41.6
東	京	67.3	奈	良	31.5	宮	崎	28.9
神	奈	39.3	和	歌	37.0	鹿	児	25.7
新	潟	39.9	鳥	取	36.7	沖	縄	16.4

資料:厚生省統計情報部「医師, 歯科医師, 薬剤師調査」

ウ 就業状況別歯科医師数

就業状況別歯科医師数は第1-2-7表のとおりであり,医療施設の従事者が96.2%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69.4%であり,前年に比べ,0.9%減少している。

第1-2-7表 就業状況別歯科医師数

第1-2-7表 就業状況別歯科医師数(51年末)

(単位:人,%)

		実	数	構	成
				比	
総		44,382		100.0	
医療施設	の	42,704		96.2	
	従	30,813		69.4	
	事	8,869		20.0	
	者	3,022		6.8	
医療施設	の	632		1.4	
従	事	1,046		2.4	
者	者				
その他	者				

資料:厚生省統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

(2) 歯科医療補助者

ア 歯科衛生士

歯科衛生士は、歯科医師の指導の下に、歯牙及び口腔の疾患の予防処置と歯科診療の補助を行う女子である。52年末における就業歯科衛生士数は1万4,228人であり、歯科医師対比1対0.29の割合となっている。このうち病院・診療所に勤務する者が1万3,477人で全体の94.7%を占め、他は保健所などに勤務する者である。

歯科衛生士の養成施設は53年4月現在88カ所、その入学定員は3,843人となっている。

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などの作製や修理を行う者である。

52年末における就業歯科技工士数は1万6,173人であり、歯科医師対比1対0.3割合となっている。このうち病院、診療所に勤務する者が53.2%で、歯科技工所開設者あるいは勤務者は43.2%である。

歯科技工士の養成所は53年4月現在66カ所、その入学定員は3,167人である。

また、52年末における歯科技工所数は5,559カ所である。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第2節 医療関係者

4 看護職員

(1) 概況

医療関係者の中で圧倒的多数を占めている看護職員については、従来から各種の確保対策が講じられてきており、年々その成果がみられている。しかし医療内容の高度化や看護婦の勤務条件の改善に伴う看護婦需要の増大により引き続き看護婦確保対策の推進が必要である。また、看護職員の資質向上に対する施策の充実も大きな課題である。

更に国民の健康づくりを推進する施策の一環として53年度から国保保健婦は、より幅広く地域住民に保健サービスを行うため、市町村保健婦として配置されることとなった。今後これらの施策が充実するにつれて保健婦、助産婦等の確保対策も重要となつてこよう。

また、52年6月第63回ILO総会において、「看護職員の雇用、労働条件及び生活状態に関する条約並びに勧告」が採択されたが、この条約並びに勧告は53年5月第84国会に報告された。

(2) 就業状況

ア 看護婦(士)、准看護婦(士)

51年末における就業者は41万8,121人で、前年に比し約2万2,500人の増となっている。就業場所別にみると全体の71.4%は病院に、26.1%は診療所に勤務しており、養成所、保健所等に勤務しているのは2.5%である。

51年末の病院病床数約118万5,000床に対し病院勤務看護婦(病院勤務助産婦を含む)は約30万9,000人で病床100床当たり26.1人となっている。この率は年々高くなっており、病院における看護婦の配置状況が改善されつつあることがうかがえる。

イ 保健婦

51年末における就業者は1万6,212人で前年より250人の増である。このうち44.6%は保健所に、41.6%は市町村に勤務している。52年3月養成所を卒業し、保健婦として就業した者は1,181人である。

ウ 助産婦

51年末における就業者は2万8,848人で前年に比し79人の減となっている。これは開業助産婦の高齢離職のためであるが、一方養成所を卒業し助産婦として勤務する者はほぼ100%が病院に就業しているため、病院就業者は全体の35.9%と伸びている(第1-2-8表)。

第1-2-8表 看護職員就業状況

第1-2-8表 看護職員就業状況

1. 看護婦(士)、准看護婦(士)就業者数 (単位:人,%)

区 分		総 数	病 院	診 療 所	そ の 他
総 数	50 年 末	(100.0) 395,663	(71.3) 282,289	(26.1) 103,357	(2.6) 10,017
	51 年 末	(100.0) 418,121	(71.4) 298,468	(26.1) 108,967	(2.5) 10,686
看護婦(士)	50 年 末	(100.0) 187,251	(77.7) 145,471	(17.6) 33,026	(4.7) 8,754
	51 年 末	(100.0) 201,874	(78.0) 157,537	(17.4) 35,069	(4.6) 9,268
准看護婦(士)	50 年 末	(100.0) 208,412	(65.6) 136,818	(33.7) 70,331	(0.7) 1,263
	51 年 末	(100.0) 216,247	(65.2) 140,931	(34.2) 73,896	(0.6) 1,418

2. 保健婦就業者数 (単位:人,%)

区 分	総 数	保 健 所	市 町 村	そ の 他
50 年 末	(100.0) 15,962	(44.7) 7,141	(42.1) 6,719	(13.2) 2,102
51 年 末	(100.0) 16,212	(44.6) 7,236	(41.6) 6,744	(13.8) 2,232

3. 助産婦就業者数 (単位:人,%)

区 分	総 数	病 院	診 療 所	助 産 所	そ の 他
50 年 末	(100.0) 28,927	(34.0) 9,831	(18.0) 5,201	(45.3) 13,110	(2.7) 785
51 年 末	(100.0) 28,848	(35.9) 10,361	(18.4) 5,321	(43.2) 12,448	(2.5) 718

資料:厚生省統計情報部「医療施設調査」「衛生行政業務報告」「病院報告」及び一部推計による。

(注) ()内の数字は%を示す。

(3) 養成状況

53年4月現在の看護職員の養成状況は第1-2-9表のとおりである。保健婦、助産婦の両課程あわせて養成所数で3カ所、一学年定員で154人、入学者数で62人増加した。看護婦課程では養成所数19カ所の増加となったが准看護婦課程では5カ所の減となっている。全体としては、養成所数が17カ所、一学年定員で約1,400人の増となっている。また、入学者は前年に比し約1,900人の増となった。

第1-2-9表 看護職員養成状況

第1-2-9表 看護職員養成状況

区分	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	競争率		
						入学者の比	(受験者数) 入学者数		
保 健 婦	52年4月	56	1,945	7,453	6,502	1,834	94.3	3.5	
	53	57	2,010	7,922	6,837	1,855	92.3	3.7	
助 産 婦	52	61	1,455	4,310	3,916	1,342	92.2	2.9	
	53	63	1,544	4,619	4,151	1,383	89.5	3.0	
看 護 婦	3年課程	52	352	15,468	69,431	60,843	14,225	92.0	4.3
		53	367	16,200	80,296	70,413	14,555	89.8	4.8
	2年課程	52	434	16,546	31,453	28,487	15,437	93.2	1.8
		53	438	16,726	33,668	30,799	15,609	93.3	2.0
准看護婦	52	731	33,679	51,901	50,428	34,617	102.8	1.5	
	53	726	33,977	59,228	57,082	35,997	105.9	1.6	

厚生省医務局調べ

(4) 対策

ア 看護職員確保対策

(ア) 養成力の拡充

学生に対しては従来から修学資金の貸与を行っているが、52年入学生から月額10,000円(准看護婦5,000円)に増額された。

また、従来より養成所に対して行っている施設整備費の補助(公立及び公的養成所)と運営費の補助(公立、公的及び民間養成所)についての増額を図ることとしている。

(イ) 処遇の改善

有子看護婦の就業を容易にするため、従来から病院内保育所に対する運営費の助成を行ってきたが、53年度においても対象個所数の拡大を図ることとしている。

(ウ) 未就業看護婦の就業促進

51年度には各都道府県にナースバンクが設置されたが、53年度においても引き続き未就業看護婦の就業希望条件等の登録、医学、看護に関する最新情報の提供などの事業を行い、更に職業紹介事業も行える体制を整

えている。

イ 看護職員の資質の向上

看護職員の資質の向上のためにはまず看護教員の確保を図る必要があるとの観点から、都道府県に委託して6カ月以上の看護教員の講習会を開催するほか、看護婦等に対する現在訓練、実習指導者の講習会を実施することとしている。更に看護研修研究センターにおいて、看護婦養成所等における幹部教員等の養成(2課程、各1カ年)及びこれに関し必要な調査研究を行うこととしている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第2節 医療関係者

5 薬剤師

51年末の薬剤師総数は9万7,474人であり,このうち女子の占める割合は51.8%(50年50.9%)となっている。業務別内訳は,薬局の開設者及び勤務者が32.2%,病院又は診療所の勤務者が21.0%,大学において教育又は研究に従事する者2.6%,衛生行政又は保健衛生業務に従事者4.5%,医薬品営業(製造,輸入,販売)従事者19.6%,毒物,劇物営業(製造,輸入,販売)従事者0.4%,医薬品及び毒物劇物の製造業以外の化学工業に従事者1.1%,その他の職業に従事する者及び無職の者18.7%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2節 医療関係者

6 診療放射線技師及び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職種として、診療放射線技師、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が医師又は歯科医師の指示の下にエックス線、アルファ線などの放射線を人体に照射することにあるのに対し、診療エックス線技師の取り扱うことのできる放射線は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られている。

53年4月現在、診療放射線技師の学校、養成所は29か所(入学定員1,620人)である。また、52年末の診療放射線技師の免許取得者は1万6,398人、診療エックス線技師は1万8,228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2節 医療関係者

7 臨床検査技師及び衛生検査技師

医療に関する検査の分野においては、細菌・血液・病理等に関する検査を行う衛生検査技師の制度と、これらの検査に加えて、近年の疾病の診断、治療内容の高度化に伴い重要性を増してきている心電図検査、脳波検査等人体それ自体を直接検査対象とする生理学的検査をも行う専門職種である臨床検査技師の制度が設けられている。

53年4月現在、臨床検査技師の学校、養成所は73校(入学定員4,010人)である。また、52年末の免許取得者数は、臨床検査技師が5万350人、衛生検査技師が10万7,076人である。

なお、細菌、血液等の検査を行う場所である衛生検査所については、構造設備等が一定の基準に適合する場合に都道府県知事の登録を受けることによって「登録衛生検査所」という名称を使用することができることとなっている。厚生省では、制度の発足時から衛生検査所について登録を促進すべく関係方面を指導してきており、その結果各都道府県の調査によれば登録衛生検査所の数は、49年6月現在251か所であったのが、53年1月現在351か所とかなり増加している。しかし、なお多数の衛生検査所が未登録の状態にある。衛生検査所で行われる検査の結果は、直接人の生命、健康に影響するものであるため、厚生省としては今後とも衛生検査所の登録の促進について関係者の指導を徹底するほか精度管理の一層の充実、向上に努めることとしている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第2節 医療関係者

8 理学療法士及び作業療法士

40年6月に「理学療法士及び作業療法士法」が制定され、医学的リハビリテーション専門技術者についての資格制度が初めて確立された。医学的リハビリテーションについては、近年における脳血管障害者の増加、後遺症を伴う交通事故患者の増加等の疾病構造の変化に加え、健康の増進からリハビリテーションまでを含めた包括的な医療体制の必要の高まり及び医学的、心理学的技術水準の進歩によりその重要性はとみに高まってきた。しかし、我が国では欧米諸国に比べこの分野は遅れており、専門的医療施設の整備拡充とともに、これらの専門技術者を早急に養成することが強く望まれている。

53年4月現在、理学療法士の学校・養成施設は14校(入学定員260人)、作業療法士の学校・養成施設は6校(入学定員120人)となっている。

厚生省としては、理学療法士・作業療法士の養成数の増加を図るため、52年4月に国立の養成施設を1か所開校し、また52年度を初年度として2か所、53年度を初年度として1か所の国立の養成施設の整備を行っているところである。また、養成所の新設は専任教員及び実習指導者の不足が大きな障害の一つとなっているため、49年度からこれら専任教員等の養成を行う講習会の開催と国立施設職員の海外研修を行い、養成のあい路を打開しつつ、リハビリテーション要員の確保策を進めることとしている。

52年末の免許取得者数は、理学療法士が2,135人、作業療法士が700人となっている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第2節 医療関係者

9 視能訓練士

眼科医療の分野においては、弱視など両眼視機能の障害がある者を幼少時の段階で矯正治療する専門職種として、視能訓練士の資格が46年から法制化されている。

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及びこれに必要な検査を行うことである。

53年4月現在、視能訓練士の養成所は3校(入学定員100人)であり、52年末の免許取得者は530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2節 医療関係者

10 あん摩,マッサージ,指圧師,はり,きゅう師,柔道整復師等

あん摩,マッサージ,指圧,はり,きゅう,柔道整復等は我が国では古来からいわゆる東洋の医学系統に属する施術として行われてきたものであるが,近時,はり,きゅうについてその治療法としての効果を再評価しようとする機運が高まりつつある。これらの業務に従事する者は52年末で,あん摩マッサージ指圧師7万6,175人,はり師4万2,720人,きゅう師4万1,393人,柔道整復師1万912人となっている。

これらの施術者は,それぞれ,学校,養成施設を卒業したのちに都道府県知事の試験を受けて免許を与えられる。なお,あん摩マッサージ指圧師については,これが古来から視覚障害者の生業として重要な地位を占めていたことにかんがみ,「あん摩マッサージ指圧師,はり師,きゅう師等に関する法律」において,あん摩マッサージ指圧師の総数のうちに視覚障害者以外の者の占める割合を勘案し,視覚障害者であるあん摩マッサージ指圧師の生計の維持が著しく困難とならないようにするため,この業種にかかる視覚障害者以外の者の養成施設・学校について厚生大臣・文部大臣は認定しないことができるとされている。

以上のほかに,電気,光線,手技,刺激,温熱等を用いるいわゆる医業類似行為は,23年のあん摩等法施行当時及び39年の同法の一部改正当時に届け出た者に限り営業を行うことを認められている。この届出を行った者は23年に1万4,848人,39年に2,460人であるが,転業等により42年には1万1,672人となり,49年度において行った実態調査の結果,48年12月15日現在営業を行っていると確認された者は3,200人である。

この医業類似行為業者の取扱いについては,かねてからあん摩,マッサージ,指圧,はり,きゅう,柔道整復等中央審議会において審議を行ってきたが,49年12月に同審議会からこの問題に関して,医業類似行為について医学的・技術的観点から調査研究し,この結果に基づきその取扱いの具体策を設定すべきことを内容とした答申が行われた。厚生省としては,この答申に基づき52年2月に医学・医療技術の専門家からなる調査研究班を設置し,現在,鋭意調査研究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2章 医療制度

第3節 医療施設

1 概説

医療施設は、国民に医療を提供する場であり、医療法の規定により病院、診療所及び助産所に区分されている。また、薬局も広い意味での医療施設であり、薬事法に規定されている。

これらは国、地方公共団体、日本赤十字社等が開設(経営主体)する公的な施設と医療法人、学校法人、個人等が開設する私的施設とがあり、その規模、性格及び機能は様々であるが、今後ますます増大かつ多様化すると思われる医療需要にこたえるためには、これらの医療施設が地域の特性に応じてそれぞれの機能を十分に発揮し得ることが必要である。

我が国の病院数、病床数がどのような水準にあるかを諸外国と比較すると第1-2-10表のとおりである。比較に当たっては各国の医療制度、社会環境、歴史的背景等の違いに留意しなければならないが、この表は我が国の医療施設の水準を探る一つの指標であるといえる。

第1-2-10表 諸外国の病院数及び病床種類別病床数

第1-2-10表 諸外国の病院数及び病床種類別病床数

	年次	病院数	病 床 数				人 口
			総 数	結 核	精 神	一 般 その他	
日 本	1977	8,470 (0.7)	1,207,003 (105.7)	109,671 (9.6)	290,121 (25.4)	807,211 (70.7)	千人 114,154
アルゼンチン	1969	2,864 (1.2)	133,847 (55.8)	5,434 (2.3)	20,847 (8.7)	107,566 (44.9)	23,980
ア メ リ カ	1975	7,336 (0.3)	1,401,624 (65.6)	5,813 (0.3)	272,381 (12.8)	1,123,430 (52.6)	213,611
フィリピン	1973	813 (0.2)	62,939 (15.6)	9,935 (2.5)	7,000 (1.7)	46,004 (11.4)	40,219
フ ラ ン ス	1974	—	—	—	—	427,317 (81.4)	52,510
ドイツ連邦	1975	3,481 (0.6)	729,791 (118.0)	14,046 (2.3)	66,943 (10.8)	648,784 (104.9)	61,832
イ タ リ ア	1972	2,189 (0.4)	575,162 (105.8)	—	—	—	54,345
スウェーデン	1974	725 (0.9)	124,350 (152.4)	1,428 (1.8)	33,030 (40.5)	89,892 (110.2)	8,160
イングランド・ウェールズ	1974	(3,308) (0.7)	420,943 (417,249) (85.6) (89.9)	(3,385) (0.7)	(90,191) (19.4)	(323,673) (69.7)	49,201 (46,435)
ソ 連	1975	—	3,009,200 (118.3)	256,100 (10.1)	312,600 (12.3)	2,440,500 (95.9)	254,382

資料：WHO「World Health Statistics Annual 1977 Uvolume III」

厚生省統計情報部「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. () 内は人口1万対である。
 3. イングランド・ウェールズの () はイングランドのみで1975年の数字である。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療施設

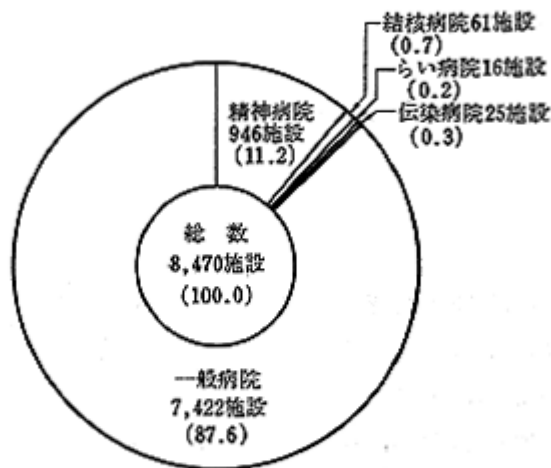
2 病院

(1) 病院の現状

52年末現在における全国の病院数は8,470施設で、全病院数の88%が一般病院である(第1-2-2図)。ここ数年来の傾向として、一般病院、精神病院は増加し、結核病院及び伝染病院は減少している。これは、現在の我が国の疾病構造の変化を反映しているといえる。

第1-2-2図 種類別病院数の構成割合

第1-2-2図 種類別病院数の構成割合
(52年末)



資料：厚生省統計情報部「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%を示す。

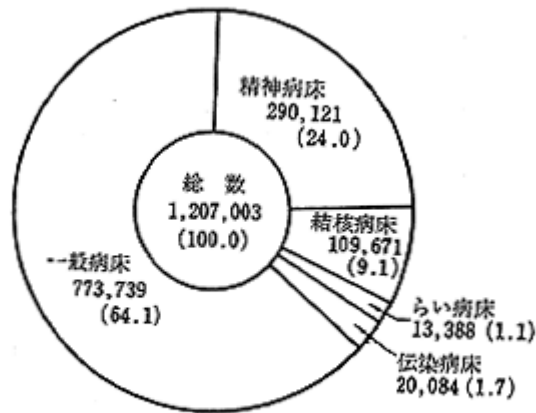
また、病床規模別にみると規模の大きな病院ほど伸び率が高くなっている。

全国の病院が有する病床数は、52年末現在120万7,003床でこれを種類別にみると、病院数と同様の傾向を示

し、全病床の64.1%にあたる77万3,739床が一般病院である(第1-2-3図)。

第1-2-3図 病院病床数の種類別構成割合(52年末)

第1-2-3図 病院病床数の種類別構成割合(52年末)



資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」

(注) () 内の数字は%を示す。

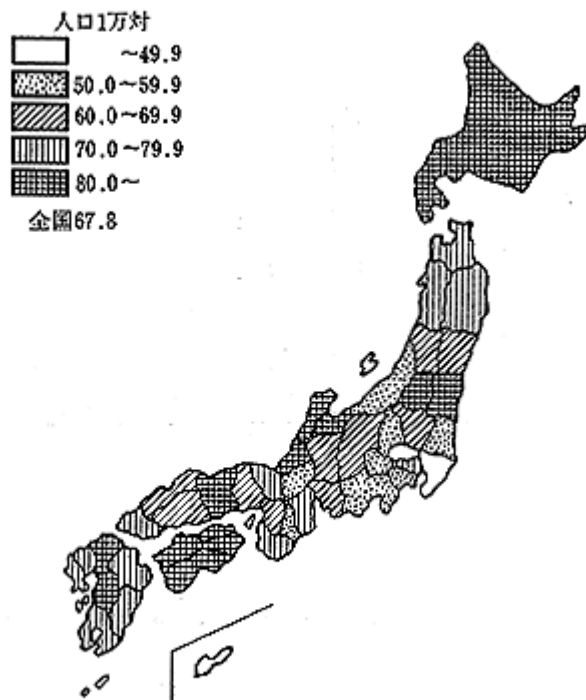
次に、これらを人口1万対で見ると、全病床では105.7となっている。

更に、一般病床の人口対比を都道府県別にみると第1-2-4図のとおりであり、人口の集中する大都市周辺の地域においては、病床の整備が増加する人口に追いつかない等地域差がみられ、今後検討を要する問題の一つである。

第1-2-4図 都道府県別人口1万対一般病床数

第1-2-4図 都道府県別人口1万対一般病床数

(52年末現在)



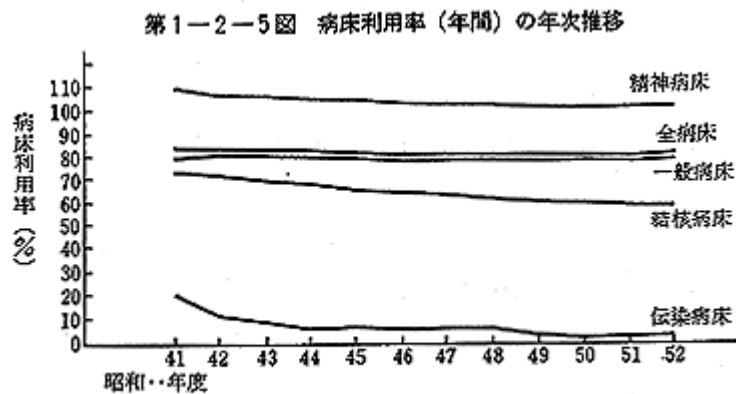
資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」

(2) 病院の患者等

病院を利用する患者の数は年々増加しており、52年における新入院患者数は646万3,100人、1日当たりの外来患者数は132万6,472人となっている。

病床利用率の年次推移は第1-2-5図のとおりであり、一般病床、精神病床の利用率はほとんど変わらないが結核病床及び伝染病床の利用率は低くなってきている。

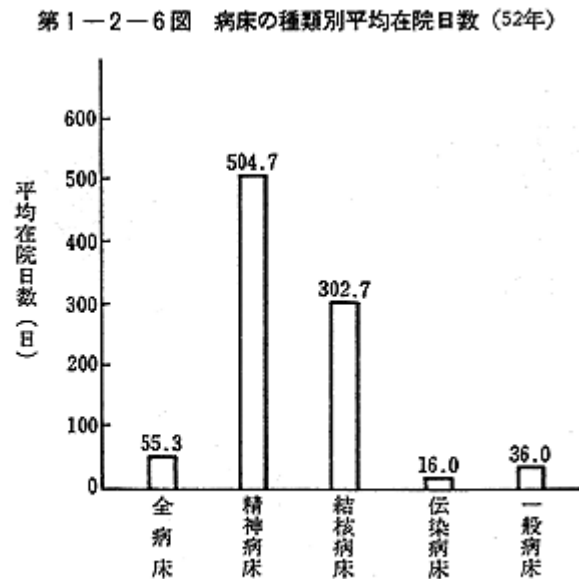
第1-2-5図 病床利用率(年間)の年次推移



資料：厚生省統計情報部「病院報告」

また、52年の病床の種類別平均在院日数は第1-2-6図のとおりであり、これを諸外国の一般病院における在院日数と比較すると、我が国の特徴として医療制度、統計方法等の違いを考慮してもなお在院日数が長いことを示している(第1-2-11表)。

第1-2-6図 病床の種類別平均在院日数



資料：厚生省統計情報部「病院報告」

第1-2-11表 諸外国の一般病院の病床利用率及び在院日数

第1-2-11表 諸外国の一般病院の病床利用率及び在院日数

国名	年次	病床利用率	平均在院日数
日本	1977	77.2	42.9
アメリカ	1975	74.7	8.1
ドイツ連邦	1975	81.9	16.7
イタリア	1971	76.6	13.5
スウェーデン	1974	78.2	12.9
デンマーク	1970	84.0	12.8
イングランド・ウェールズ	1972	79.0	13.1

資料：WHO「World Health Statistics Annual 1977, Volume II」
厚生省統計情報部「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3節 医療施設

3 診療所

(1) 一般診療所

52年末における一般診療所の施設は7万4,894施設で、その93.5%が私的診療所である(第1-2-12表)。

第1-2-12表 開設者別一般診療所数の推移

第1-2-12表 開設者別一般診療所数の推移

	総数	国	公的	社会保険 関係団体	会社	私的
48 年 末	71,927	826	3,003	813	3,014	64,271
49	73,047	828	3,100	842	3,090	65,187
50	73,114	817	3,157	783	2,953	65,404
51	73,915	811	3,190	783	2,935	66,196
52	74,894	821	3,247	766	2,955	67,105

資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」

(2) 歯科診療所

52年末における歯科診療所の施設数は3万4,593施設で、その99.3%が私的歯科診療所である(第1-2-13表)。

第1-2-13表 開設者別歯科診療所数

第1-2-13表 開設者別歯科診療所数

	総数	国	公	的	社会保険 関係団体	会	社	私	的
48 年 末	31,163	9	120	27	37	30,970			
49	32,011	9	137	27	36	31,802			
50	32,565	7	153	26	29	32,350			
51	33,526	6	179	27	31	33,283			
52	34,593	5	201	26	31	34,330			

資料：厚生省統計情報部「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3節 医療施設

4 助産所

助産所の現状は、51年現在全国で4,104か所であり、5年前と比較して1,193か所の減となっている。このほか市町村の設置する母子健康センターは助産部門(助産所)をもち、産科入院施設の少ない地域での自宅分べん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もなっており、最近5年間に70か所増加され、53年4月現在679か所となっている。

51年現在助産所で取り扱っている分べん件数は11万8,420件であり全出生件数183万2,617件の6.5%を占めている。また、51年末の助産所就業者は助産所開設者4,104人、従事者1,638人、出張のみ6,706人で計1万2,448人となっており、総数では減少の傾向を示している。

助産所の活動としては分べんを取り扱うほか、最近核家族化が進み妊娠や育児に関する正しい知識を十分持ち合せていない婦人、勤労婦人の増加、その他新たに発生する母子保健上の諸問題に対して適切な保健活動を推進する拠点としての役割も大きく、後継者の確保と地域母子保健活動の今後のあり方の検討が課題である。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療施設

5 薬局等

(1) 薬局及び医薬品販売業

52年末現在の薬局その他の医薬品販売業者の内訳は、薬局が2万8,366(51年は2万7,580)、一般販売業が1万4,267(51年は1万3,697)、薬種商販売業が1万7,838(51年は1万7,506)、特例販売業が、3万5,234(51年は3万8,614)、配置販売業が1万8,452(51年は1万7,858)となっている。

(2) 医薬分業

医薬分業とは、医療において、患者の診療治療は医師に、調剤は医師の処方せんに基づき薬剤師にと、「医」と「薬」をそれぞれの専門家が分担して行う制度である。

法制的には、31年にいわゆる医薬分業法が成立し、現在に至っている。これは医師法、歯科医師法及び薬事法の改正により、法制が整備されたことをいうものであるが、患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合及び医師が投薬することが治療上必要と認められる一定の場合を除いて、原則として医師は患者に処方せんを交付しなければならないものとされている。

医薬分業を実施する場合のメリットとしては、患者の側からみた場合、1)専門技術による分離が行われ、医師と薬剤師の協調により、医療の充実が期待できること、2)処方内容が明らかにされるため、自己の疾病治療に対する自覚と責任が高まること、3)薬局が自由に選択できるため、調剤の待ち時間が短縮されることなどがあげられる。また、医師の側からみても、1)処方医薬品の選択が自由になること、2)医薬品の購入、管理、保険請求事務から解放され、医療に専念できることなどの利点がある。また、薬剤師にとっても、薬剤師本来の知識、技術を提供しうるようになるというメリットがある。しかし、一方で、患者にとっては、1)薬局へ足を運ぶ不便が生じ、2)費用分担が短期的にみれば、高つくようになる場合もあることなどが欠点として指摘されている。

上述の種々の利点や法制上の整備にもかかわらず、医薬分業は我が国では余り、普及していなかった。しかし、49年10月の診療報酬点数表の改正に伴う処方せん料の大幅引上げを契機として、最近、医療関係者間に医薬分業推進の気運が高まってきている。51年度の我が国における医薬分業の実施状況は、保険調剤の処方せん枚数で2,021万枚、金額にして429億円であり、前年度に比べそれぞれ41%、64%増加している。また、月例の処方せん枚数の推移をみても、徐々にではあるが着実に増加しており、52年12月分として社会保険診療報酬支払基金が取り扱った処方せん枚数は169万枚で49年9月に比べ4.2倍に増加している。(保険調剤にはこの他に国民健康保険等によるものもあり、支払基金の扱い分は全体の約70%である)。もっとも全体の投薬量に比較すると、保険調剤による投薬量はまだわずかであると推定される。

厚生省では、円滑な処方せん受け入れを図るため、現在までに次のような措置を行っている。

I 調査活動

薬局の受け入れ態勢整備状況実態調査

II 施設・設備等の整備

医薬品検査センター整備補助

調剤医薬品情報資料整備補助

III 広報活動

医薬分業の趣旨の徹底(ポスター、リーフレット配布)

IV 研修制度

医薬分業推進指導者講習会

調剤技術等研修

薬局実態調査は、薬局の処方せん受入れ体制の実態を調べ、医薬分業推進の基礎資料とすることを目的に、49年度から行われているが、52年度も、全国の薬局を対象にして52年9月に実施した(5分の1を無作為に抽出、回収件数4,537回収率86.7%)。

46年から毎年実施している医薬品検査センターの設備整備については、薬剤師が常に一定の品質の医薬品を供給し得るよう、今年度も2か所整備する予定である。

調剤医薬品情報資料整備及び調剤技術等研修はともに、日本薬剤師会の情報収集、薬剤師の全国的規模の研修に対し、国が補助するもので、51年度より実施されているが、今年度も引き続き実施される。

今後、医薬分業を全国的規模で円滑に実施していくため、処方せん発行側の医師の協力が必要であるが、健康保険法改正論議の中で物(医薬品)と技術(診療報酬)の分離の必要性が強調され、日本医師会も「処方せん発行強調週間」をもうけるなど処方せん発行の機運は急速に高まりつつある。調剤薬局の調剤医薬品整備や、施設設備の整備など、受入れ体制の一層の充実向上により、医薬分業の大幅な進展が期待されるところである。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療施設

6 国立病院と国立療養所

厚生省の所管する国立病院,国立療養所は,地域における医療を担当するほか,公的医療機関とともに,医療の普及向上の面で特別な使命を果たすことを目的として,設置運営されている。

(1) 国立病院

国立病院は,旧陸海軍病院を転用して,20年12月1日発足以来,既に30年以上を経過している。

その間,我が国の医療需要の変遷や地域の実態に即応して施設数の増減をしながら,53年6月現在病床数3万8,953床,病院数94か所(うち分院2か所)が全国各地に設置されているほか,国立がんセンター1か所,国立循環器病センター1か所が設置されている。

国立病院は,総合機能を持つことを原則として,更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,がん,循環器,腎,難病,小児などの特殊診療機能を強化しており,特に,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し,地域において医療活動の中核となっている。例えば,がん対策としては,国立がんセンターを頂点とするがん専門医療施設の体系において,58の国立病院が地方がんセンター又は都道府県がん診療施設として位置づけられ,がん患者の診療にあたっている。

救急医療については,52年度を初年度とする救急医療体制の整備計画に基づいて,国立病院は主として第三次,第二次救急医療を担当することとされ,現在までに,救命救急センター(第三次救急医療)5カ所を整備してきたところである。また,第二次救急医療体制としては,地域内の病院群が輪番制で実施する方式に積極的に参加することとし,現在,36カ所が活躍しているところである。

へき地医療対策としては,各都道府県の行うへき地医療計画の一環として,へき地中核病院の整備を進めており,国立病院も8病院が指定され,無医地区の巡回診療や医師の派遣を行っている。また,その他に7カ所のへき地診療所を付設している。

その他,特殊な分野の専門医療機関としては,循環器疾患に関する我が国の中枢的機関として国立循環器病センターが52年6月に発足しているほか,国立小児病院がある。

また,難病対策の一環として,難病を担当する難病基幹施設に研究棟を整備して難病に関する臨床研究を推進するとともに,53年度において3,000床の難病病床を運営し,難病患者の診断,治療にあたっている。

このほか,国立病院27病院が臨床研修指定病院として,大学卒業後の医師の臨床研修を担当している。また,看護婦養成所60カ所(学生定員7,974人),助産婦養成所4カ所(学生定員140人),臨床検査技師養成所1カ所(学生定員90人)及び視能訓練士養成所2カ所(学生定員60人)を付置し,それぞれの職種の養成を行っている。

(2) 国立療養所

国立療養所は、特殊の療養を要する者に対して医療を行い、併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。

53年度当初における国立療養所は、合計158か所(うちらい療養所13か所)である。

国立療養所は、かつて結核の医療を主たる役割としていたが、治療方法の進歩や予防対策の普及等により入院患者は年々減少の傾向にある。しかし結核対策はなお重大な課題であり、結核医療の拠点としての療養所の使命は重要である。また、ぜんそく、ネフローゼ等の小児慢性疾患や肺がん等の胸部疾患などに対する医療需要が増大しつつあり、国立療養所はこれらの慢性疾患の専門医療施設として、その役割が一層高まっている。

30年代の終わりから新たに進行性筋ジストロフィー、重症心身障害等の長期の療養を必要とする者を対象とする特殊な病院機能の整備に着手し、進行性筋ジストロフィーについては、52年度末現在26施設2,340床を有し、更に53年度は、成人用病床として80床の整備を行うこととしている。重症心身障害については、52年度末現在で80施設8,080床を運営している。

48年度からは、難病対策として、重症筋無力症等神経筋疾患、小児慢性疾患、小児異常行動及び脳卒中リハビリテーションのための病床を設置しており、52年度においても1,150床を整備するとともに結核病床の一部をこれらの病床に転換している。

また、50年度からは、アルコール中毒基幹施設、呼吸不全基幹施設、脳血管障害基幹施設、てんかん基幹施設、骨・運動器疾患基幹施設の整備を進めているほか、53年度は新たに、小児慢性疾患基幹施設の整備を行うこととしている。

53年1月国立武蔵療養所内に開設した神経センターは、進行性筋ジストロフィー、精神薄弱、脳性マヒ等の精神、神経、筋疾患及び発達障害に起因する難治性の疾病を臨床との関連において総合的に研究する中心的な研究機関として運営することとしている。

なお、全国で59か所に養護学校(学級)を併設し、小児慢性疾患の医療と併せて教育を行っている。

これらのほか、精神疾患、非結核性胸部慢性疾患、交通災害、あるいは、脳卒中の後遺症等各種の慢性疾患に対する医学的リハビリテーションの需要が急速に増大していることにかんがみ、これらのリハビリテーションに従事する者の養成のため、38年5月国立療養所東京病院に、48年4月国立療養所近畿中央病院に、52年4月国立犀潟療養所に、リハビリテーション学院(生徒定員各120人)を附置し、理学療法士、作業療法士の養成を行っている。

また、国立療養所には、52年度末において看護学校44か所(学生定員4,190人)、准看護学校37か所(学生定員1,815人)を附置し、看護婦、准看護婦の養成を行っている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療施設

7 公的病院の病床規制

医療法により、公的性格を有する病院の開設、増床について、医療機関の偏在防止、計画的整備を図るなどの見地から規制が行われている。

この規制の基準となる地域の必要病床数の算定にあたって使用する数値は、39年以来2年ごとに検討が行われている。現在の数値は52年2月の医療審議会の答申に基づき定められたものであり、52年3月1日から53年12月31日までの間適用されることとなっている。

その内容は次のとおりである。

一般病床	人口10万以上の市、特別区	$\frac{70}{10,000}$
	人口10万未満の市町村	$\frac{63}{10,000}$
精神病床		$\frac{25}{10,000}$
結核病床		$\frac{23}{10,000}$

なお、医療法施行規制についても一部改正が行われ、必要病床数の加算の対象となる病院として、へき地における医療に関し中核的機能を有する病院、地域における救急医療体制において特に必要な診療機能を有する病院が新たに加えられた。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療施設

8 医療機関の助成等

医療法に定める必要病床数に病院の病床数が達していない地域、いわゆる不足病床地区における医療機関の整備については、国庫補助のほか、医療金融公庫、年金福祉事業団及び特別地方債の融資により逐年その推進が図られているところである。52年度において増床された病床数は7,934床(新設を含む。)に達しており、いわば「量の充足」対策として、その拡充に努めてきているところである。

一方、最近の医学医術の進歩、医療需要の変化に対応した高度専門医療施設の整備は極めて緊急性を要する課題であり、このため、がんその他の成人病対策、救急医療、小児医療及び医学的リハビリテーション等より高度の診療機能を必要とする病院の整備に対する国庫補助及び融資を行っており、「質の向上」にも努めているところである。

また、老朽化した病院の改築については、その耐火構造化及び近代化が進められているが、病院建物には老朽化した木造建物がまだかなり残っており、患者の安全確保、特に防火体制の面から早急に改善を図る必要がある。このため、医療金融公庫、年金福祉事業団及び特別地方債の融資により耐火構造化を進めているが、52年度において着手した病床数は、1万5,844床に達しており、融資の事業計画額は1,996億円であった。

更に、近年はこれら専門的医療を行う病院及び辺地に存する小規模病院の運営が医業収入をもってしてはまかないきれない実情を考慮して、48年度から日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会及び北海道社会事業協会の開設している病院(いわゆる公的団体)で赤字を有し、かつ、がん診療、救急医療等の分野で地域医療の確保に貢献しているものについてその特定の診療部門に着目し、運営に要する経費の一部を補助し、これらの病院機能の充実強化について助成を行っている。

また、52年度からは、これらの団体が開設する病院の経営改善を図り、公的使命達成に必要な医療体制の整備を促進するため、病院間の相互援助の立場から各病院の資金拠出により財政調整を行う事業に対して助成することとした。

地方自治体の設置する病院については、49年度から離島、過疎等辺りな地域に所在する小規模病院の運営費について助成することとしたほか、50年度からは救急医療の中心的役割を果たしている病院に対して助成を行い、また、52年度からは救急医療部門の助成対象を大幅に拡大するとともにがん診療を行っている施設に対してそれぞれ助成を行っている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療施設

9 医療金融公庫等

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、年金福祉事業団等による融資と特別地方債がある。

医療金融公庫は医療施設を開設する個人及び医療法人等に対し、特別地方債は地方公共団体に対し、それぞれ医療施設の整備に必要な資金の融資を行っている。

医療金融公庫についてみると、52年度の申込額1,102億円、貸付契約額850億円であり、52年度末の貸付残高は4,145億円となっている。

また、医療金融公庫は、病床あるいは診療所の不足地域に優先的に貸付けを行うなど、国の施策に即応した融資を実施している。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第3節 医療施設

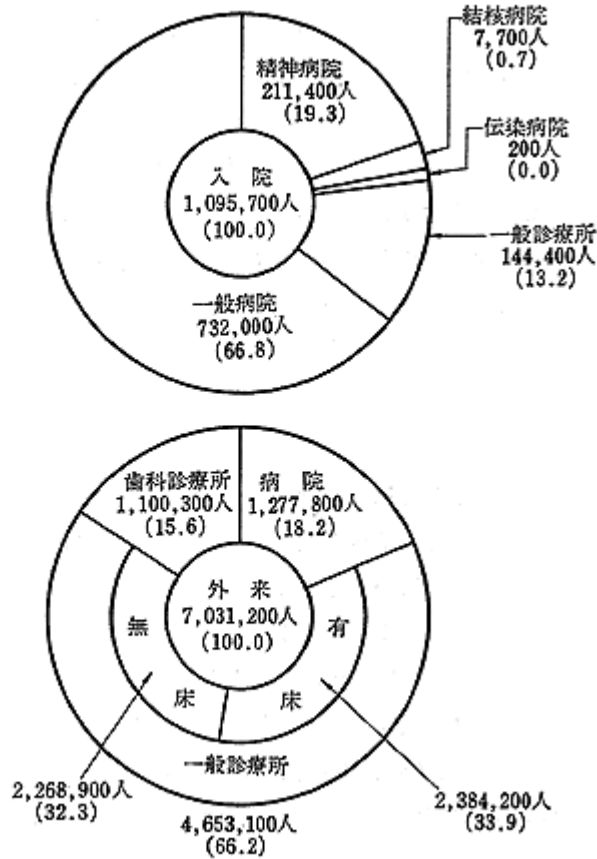
10 医療機関の運営状況等

(1) 運営状況

患者調査によると、51年7月14日に全国の医療機関が取り扱った患者数は約813万人(入院110万人,外来703万人)と推計されており,入院患者では一般病院に入院しているものが66.8%を占めて最も多く,外来患者では66.2%が一般診療所を利用している(第1-2-7図)。

第1-2-7図 医療機関別患者数の構成割合

第1-2-7図 医療機関別患者数の構成割合(51年7月14日)



資料：厚生省統計情報部「患者調査」

1施設当たりの患者数は、病院では、入院115人、外来154人となっている。一般の有床診療所では入院4人、外来77人、一般の無床診療所、歯科診療所では外来患者数がそれぞれ53人、33人となっている。

病院報告によれば、51年末の病院における従事者数は81万4,000人となっており、1病院当たりの従事者数は97人である。

また、経営収支の面では、人件費、物件費等の費用あるいは施設・設備近代化のための資本的支出の著しい増高により、病院財政の安定、健全化に支障を来たしていたが、ここ数年における社会保険診療報酬の引上げ、物価上昇等の鎮静化により、全体としては改善の方向にある。

(2) 病院の経営管理と管理技術の普及

病院には24時間を通じ患者を収容、治療する使命があること、また、従事者の職種が多様でしかも特殊な免許や資格を持った専門的職員の数が多いなど、他の一般企業とは異なる特殊性がある。

今日、病院の機能面における拡充は極めて著しく、病院の重装備化と組織の複雑化は飛躍的に進み、これに伴って病院経営管理の重要性はますますその度合を高めており、病院経営管理体制の確立と管理技術の普及は医療行政において重要な課題となっている。

厚生省においては、都道府県を通じて病院経営管理指導にあたりるとともに毎年都道府県の担当者を対象に「病院経営管理指導講習会」を開催して経営管理指導の充実強化を図っているところである。

また、病院管理に関する研究及び研修機関として設置されている「病院管理研究所」においても、52年度までに医療機関の従事者等を対象に1万6,000人に及ぶ研修を実施し、病院管理関係者の資質の向上に努めている。

(3) 医療監視

医療監視は医療機関が医療法その他の法令に定められた人員,構造設備等を有し,かつ,適正な医療を供給する体制を確保しようとする制度である。

この医療監視の充実を図るため,毎年医療監視員講習会を実施してその知識の向上を図っているが,更に,50年度から診療放射線部門専門の研修制度「医療監視員放射線防護課程」を設置し,診療放射線の防護に関する医療監視員の知識の普及を図る等質的な向上に努めている。一方量的な確保についても,47年3,701人から51年4,983人と大幅な増員を図ってきており,今後とも引き続き国民に対し適切な医療を供給する体制を確保するため,医療監視体制の一層の充実強化を図ることとしている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第4節 医療に関する研究開発

1 概説

我が国はもとより、世界各国における近年の医学、医療技術の進歩には目をみはるものがある。それに伴って、より高度な診断・治療方法の研究開発に対する社会的要請は一段と強くなると同時に、一方、質量両面にわたる医療需要の増大に対処して、高度の医療技術を地域的格差なく普及するための技術開発の必要性も大きくなっている。

このような問題解決のために、個々の疾病の本態へのアプローチと治療方法の改善、より高度な診療技術の開発、更には機能喪失した臓器に対する臓器移植、人工臓器の開発等広範囲な医学研究が、分子生物学、生体工学、生物化学、電子工学、高分子化学等関連科学分野の協力の下に進められている。また、医療の場に、システム工学その他情報化学の成果を取り入れようとする医療情報システムの開発も積極的に進められている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第4節 医療に関する研究開発

2 医療に関する研究開発

より高度の医療技術の開発は、医学研究の大きな目標であり、このような医療技術の向上を旨とする研究の推進を図るため、厚生省は、39年度から新医療技術研究費補助金(53年度4,056万円)を研究者に交付し、感覚器等の生体機構それ自体の解析の研究、心電図、脳波のごとく各種の生体情報を取り出す技術の開発、各種の生体情報をコンピュータ等によって自動解析する技術の開発、更には、オートアナライザーのようなサンプル分析を迅速、大量に処理する技術の開発等を進めている。

また、重要な器官、臓器の機能喪失に対処して、人工的な機器、材料により、これら器官、臓器の機能を代償させる分野の研究、高分子材料を用いた人工血管、人工関節、心臓ペースメーカー等生体機能の一部代償から、人工腎臓の改良、電動義肢の開発、更には、人工心臓の開発等より高度の代償機能を持つ人工臓器の開発に向かって研究が進められている。また、より高度の技術を駆使する診断、治療機器は、一方において、予知し得ない危険も併せて持つ可能性も考慮し、人間工学的配慮も加えたより安全な機器の開発も進めている。

各論

第1編 健康の確保と増進

第2章 医療制度

第4節 医療に関する研究開発

3 医療情報システム

医療資源の有効かつ効率的な活用を図る見地から、医療分野における情報システムの開発が期待されている。

厚生省では、47年10月に、医療情報システム検討会を設け、48年度より医療情報システムの開発に着手し、翌49年度には医療情報システム開発の拠点として、厚生省と通商産業省の共管で財団法人医療情報システム開発センターが設立された。

52年度までの事業は大きく3つに区分することができる。第1は医療情報システムの研究開発に関する基礎的な調査、研究であり、第2は地域医療情報システムのフィールド(モデル地域)における開発、実験、評価である。第3は共同利用型病院情報システムの研究開発である。

地域医療情報システムは、長崎県の離島医療システム、新潟県の積雪地帯における医療連けいシステム、神奈川県救急医療情報システム、鳥取県の県立中央病院を中心とする医療連けいシステム、及び和歌山県の臨床検査情報システムの開発、実験が手がけられたが、このうち長崎県、新潟県及び神奈川県における実験開発は、52年度で終了し、それぞれのシステムの普及が図られている。

共同利用型病院情報システムは、複数の病院に共通する情報処理を通信回線を介して、超大型コンピュータで一括処理するもので、ハードウェア、ソフトウェア等の共同利用により、経済的かつ技術的にも高度な病院情報システムを容易に利用できるようにすることを目的とする。

この目的を実現し、大きな効果を得るためには、データの入力方法、処理手順等の標準化が必要となる。特に医学用語コードの標準化及び病名を中心とするシソーラス(同義、階層、関連関係などによって体系的に整理された用語の体系)の開発は重要であり、鋭意その開発を進めている。

このほか地域的、時間的に変容する耐性菌の正確な情報を提供しようとする耐性菌情報サービスシステムがあり、また医療情報システムに関連の深い医療機器システムの安全性、信頼性の問題についても検討を行っている。

医療情報システム開発の最終目標は医療サービスの向上ということにあるので、技術開発に偏することのないよう留意するとともに、情報処理の集中化に伴う個人の秘密保護についても十分配慮しつつ開発を進めている。