

---

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第1節 社会保障の規模

---

社会保障は、その機能からみて、所得保障、医療保障及び社会福祉サービスに大別される。まず、社会保障全体の国民経済に占める位置、各部門の比重、社会保障水準の国際比較などについて概括的に触れてみよう。

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health, Labour and Welfare

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

第1節 社会保障の規模

1 社会保障の推移と現状

我が国の社会保障の推移を、社会保障給付費の面から眺めてみると、第1-1表のとおりである。すなわち、39年度から46年度までは、国民所得に対する社会保障給付費の割合は6%前後で推移し、47年度以降その割合は増大の傾向を示している。47年度は6.4%、48年度は6.7%であり、49年度以降も引き続き増加することが見込まれる状況である。

第1-1表 社会保障給付費の推移

	社会保険給付費			国民所得	対国民所得比		
	医療	現金	計		医療	現金	計
	百万円	百万円	百万円	億円	%	%	%
39年度	732,811	614,670	1,347,482	233,904	3.13	2.63	5.76
40	913,701	690,041	1,603,743 (119.0)	261,169 (111.7)	3.50	2.64	6.14
41	1,076,593	790,373	1,866,968 (116.4)	305,035 (116.8)	3.53	2.59	6.12
42	1,258,237	905,919	2,164,157 (116.9)	362,092 (118.7)	3.47	2.50	5.98
43	1,467,855	1,041,551	2,509,407 (115.6)	428,487 (118.3)	3.43	2.43	5.86
44	1,697,363	1,175,523	2,872,887 (114.5)	498,159 (116.3)	3.41	2.36	5.77
45	2,075,735	1,447,676	3,523,413 (122.6)	591,410 (118.7)	3.51	2.45	5.96
46	2,249,711	1,716,695	3,966,408 (112.6)	658,982 (111.4)	3.41	2.61	6.02
47	2,793,686	2,098,568	4,892,254 (123.3)	764,452 (116.0)	3.65	2.75	6.40
48	3,418,749	2,743,380	6,162,129 (126.0)	916,948 (119.9)	3.73	2.99	6.72

厚生省企画室調べ

- (注) 1. 国民所得は、経済企画庁「昭和50年版 国民所得統計年報」による。  
2. ( ) 内は対前年度比である。

36年度における国民皆保険の達成、国民皆年金の実現を初め、社会保障制度の整備が進められてきているものの、我が国経済が30年代以降高度の成長を遂げ、国民所得が高い率で増大し続けてきたため、社会保障給付費の増加分は国民所得の伸びの中に吸収されてしまい、国民所得に対する社会保障給付費の比率はそれほど上昇しなかったものとみられる。

また、47年度以後、この比率が増大の傾向に転じたのは、概していえば、その歴史が浅く、成熟度が低かった年金制度の成熟化が徐々にではあるが進行し、年金受給者数が増加し、年金額も大きくなってきたことや、47年度に老人医療費支給制度が新設されたこと、更には、48年に年金制度、医療保険制度それぞれにおいて大幅な給付改善が行われたことなどによるものである。

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

第1節 社会保障の規模

2 部門ごとの概況

社会保障の制度別給付費の推移の状況は、第1-2表のとおりである。医療保険の社会保障給付費中に占める割合が46%から51%の間で推移しているのに対して、年金保険の割合は年々増加し、39年度8.8%であったものが、48年度には17.5%と倍加していることが注目される。

第1-2表 制度別社会保障給付費の推移

第1-2表 制度別社会保障給付費の推移 (単位：億円)

	39年度	44	45	46	47	48
総 額	13,475 (100.0)	28,729 (100.0)	35,234 (100.0)	39,664 (100.0)	48,923 (100.0)	61,621 (100.0)
医 療 保 険	6,232 (46.2)	14,549 (50.6)	17,810 (50.5)	19,405 (48.9)	23,967 (49.0)	28,387 (46.1)
年 金 保 険	1,185 (8.8)	3,597 (12.5)	4,766 (13.5)	5,906 (14.9)	7,599 (15.5)	10,770 (17.5)
失業保険及び労災保険	1,617 (12.0)	2,591 (9.0)	2,894 (8.2)	3,550 (8.9)	4,131 (8.4)	4,550 (7.4)
児 童 手 当	0 (0)	0 (0)	0 (0)	65 (0.2)	422 (0.9)	750 (1.2)
生 活 保 護	1,158 (8.6)	2,279 (7.9)	2,743 (7.8)	3,104 (7.8)	3,900 (8.0)	4,469 (7.3)
社 会 福 祉	404 (3.0)	1,029 (3.6)	1,334 (3.8)	1,641 (4.1)	2,318 (4.7)	4,307 (7.0)
保 健 衛 生	832 (6.2)	1,554 (5.4)	1,802 (5.1)	1,890 (4.8)	2,105 (4.3)	2,806 (4.6)
恩 給	1,888 (14.0)	3,019 (10.5)	3,426 (9.7)	3,800 (9.6)	4,193 (8.6)	5,306 (8.6)
戦 後 処 理	160 (1.2)	110 (0.3)	459 (1.3)	304 (0.8)	287 (0.6)	277 (0.4)

厚生省企画室調べ

(注) ( ) 内は構成割合である。

更に、48年度の社会保障給付費を社会保障の機能別部門に分けてみると、第1-3表のとおりであり、医療保障は55.5%と過半数を占めており、依然として所得保障の構成割合が低い。

第1-3表 部門別社会保障給付費

第1-3表 部門別社会保障給付費(48年度)

	範 囲	給 付 費	構 成 割 合	対 国 民 所 得 比
		百万円	%	%
所 得 保 障	年金保険、医療保険の傷病手当金等現金給付、失業保険、労災保険(療養補償を除く。)、児童手当、生活保護(医療扶助を除く。)、恩給(旧軍人遺族等年金を含む。)	2,410,308	39.1	2.63
医 療 保 障	医療保険(傷病手当金等現金給付を除く。)、医療扶助、労災保険の療養補償、老人医療等公費負担医療、保健衛生(現金給付を除く。)	3,418,749	55.5	3.73
社会福祉サービス	社会福祉(公費負担医療を除く。)	287,275	4.7	0.31
そ の 他	上記以外	45,797	0.7	0.05

厚生省企画室調べ

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

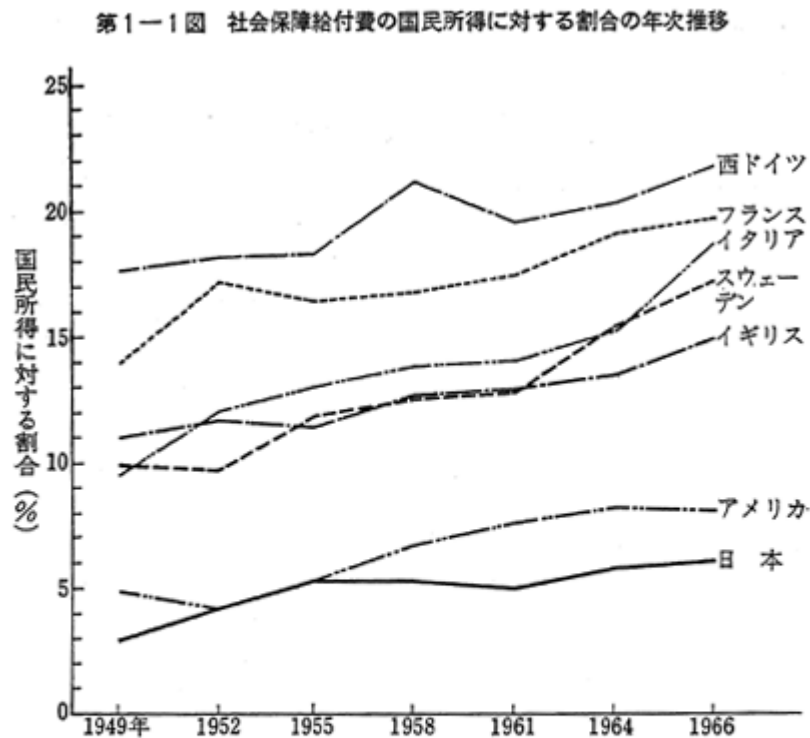
第1節 社会保障の規模

3 国際的にみた我が国の社会保障の水準

我が国の社会保障は、制度的にみると欧米諸国と比べても遜色のない状況にあると言えるが、現実の給付規模の比較を社会保障給付費の国民所得に対する比率で行ってみるといまだ及ばない。

ILOの取りまとめた社会保障の費用で見ると、社会保障の進展が世界的な傾向としてみられるようになった第2次世界大戦後における状況は、第1-1図のとおりであり、西ドイツ、フランス等の西欧諸国に比べて日本とアメリカの社会保障給付費の国民所得に対する比率は低くなっている。

第1-1図 社会保障給付費の国民所得に対する割合の年次推移



資料：社会保障給付費は、ILO「The Cost of Social Security」

国民所得は、UN「Yearbook of National Account Statistics」

- (注) 1. 日本の国民所得は、経済企画庁「改定国民所得統計」、「国民所得統計年報」  
 2. 年次については、日本、イギリスは同年次から翌年次、アメリカは前年次から同年次  
 3. 日本の1949年は、1950年である。

人口の老齢化が西欧諸国ほど進行しておらず、また、年金制度の成熟度が低いため、(被保険者数に対する老齢年金受給者数の割合が西欧諸国では19%前後であるのに対して、我が国では、年金制度のうちの2大制度である厚生年金保険及び国民年金についてみると49年度末でそれぞれ3.8%、5.5%となっている。),我が国

の社会保障給付費の国民所得に対する比率は、低い状態にあり、また、その上昇も緩やかになっている。

社会保障給付費を医療、年金、その他に分けて、それぞれの国民所得に対する比率をみると第1-4表のとおりであり、年金についての彼我の差が大きいことが明らかである。仮に、我が国の人口が西欧諸国の老齢化の水準にあり、年金制度が西欧諸国と同程度の成熟度にあると想定して50年度の年金給付費の国民所得に対する比率を概算してみると10%程度となり、現状より7%程度高くなる。このことは、社会保障給付費の国民所得に対する比率が低いのは年金給付費がいまだ少ないことに起因することを示すとともに、他方で、現在の年金制度の水準で推移したとしても、人口の老齢化、年金制度の成熟化が進むと、西欧諸国の年金給付規模に到達するであろうとの推測を容易ならしめるし、また、同時に我が国の年金制度が既に制度的には西欧諸国のそれと比肩し得るものとなっていることを物語るものでもあるといえよう。

第1-4表 部門別社会保障給付費の対国民所得比

第1-4表 部門別社会保障給付費の対国民所得比(試算)

(単位: %)

	部 門	給 付 費	構 成 割 合
西 ド イ ツ (1966年)	医 療	4.70	21.58
	年金(恩給を含む)	12.75	58.54
	そ の 他	4.33	19.88
	計	21.78	100.00
フ ラ ンス (1966年)	医 療	4.71	23.96
	年金(恩給を含む)	8.04	40.89
	そ の 他	6.91	35.15
	計	19.66	100.00
イ ギ リ ス (1966年)	医 療	4.41	29.44
	年金(恩給を含む)	6.52	43.52
	そ の 他	4.05	27.04
	計	14.98	100.00
ア メ リ カ (1966年)	医 療	1.43	17.66
	年金(恩給を含む)	4.93	60.86
	そ の 他	1.74	21.48
	計	8.10	100.00
(1966年)	医 療	3.53	57.68
	年金(恩給を含む)	1.39	22.71
	そ の 他	1.20	19.61
	計	6.12	100.00
日 本 (1973年)	医 療	3.73	55.51
	年金(恩給を含む)	1.75	26.04
	そ の 他	1.24	18.45
	計	6.72	100.00

資料：外国は、ILO「The Cost of Social Security」(1972年版)による。

日本は、厚生省企画室調べ

- (注) 1. 「その他」部門とは、疾病保険の傷病手当金、出産手当金等の現金給付、失業保険、労災保険、公的扶助、児童手当等である。
2. ILO資料では、「年金(恩給を含む)」と「その他」とは必ずしも明確に区別できないが、ここでは個々の制度の性格を勘案して区分を試みた。

また、医療費保障については、第1-4表にみられるとおり、西欧諸国よりやや低い、人口老齢化の度合いを考慮すると既に一応の規模に達しているものといえよう。これを国民医療費の面から眺めると第1-5表のとおりであり、国際的にみて遜色がない。ただ、この国民医療費の概念は、それぞれの国において内容が必ずしも統一されているとはいえないので、一応の参考にすぎないものとしてみる必要がある。

第1-5表 国民医療費の国際比較

第1-5表 国民医療費の国際比較

	年次	国民医療費	国民所得比	1人当たり医療費
西ドイツ	1965	14,207 億円	3.87 %	30,198 円
	66	16,769	4.32	
	67	17,424	4.48	
フランス	1965	12,158	4.18	30,539
	66	13,754	4.40	
	67	15,236	4.58	
スウェーデン	1965	3,290	4.52	49,816
	66	3,570	4.50	
	67	3,920	4.53	
イギリス	1965	11,301	4.56	25,025
	66	12,390	4.77	
	67	13,781	5.08	
イタリア	1965	4,378	2.92	14,115
	66	6,495	3.17	
	67	7,387	3.31	
カナダ	1965	7,921	4.84	49,760
	66	8,932	4.88	
	67	10,173	5.13	
	(71)	16,049	6.08	
アメリカ	1965	140,011	6.47	86,499 (65,912)
	66	151,592	6.39	
	67	172,296	6.76	
	(71)	238,080(183,028)	8.28(6.37)	
	(72)	255,824(193,642)	8.57(6.49)	
	(73)	263,396(196,238)	8.43(6.39)	
日本	1965	11,224	4.30	(11,421)
	66	13,002	4.26	(13,126)
	67	15,116	4.17	15,080
	(73)	39,496	4.31	(36,332)

- (注) 1. 西ドイツ、フランス、スウェーデン、イギリス、イタリアの数値は「National Health Program Survey of Eight European Countries」の引用、カナダの数値は「Expenditures on personal health care in Canada」、アメリカは「Social Security Bulletin」、日本は厚生省統計情報部推計
2. アメリカの国民医療費の( )内の数値は、日本の国民医療費の範囲に相当する額の再掲である。
3. 1人当たり医療費は1967年度の数値である。ただし、アメリカの( )内の数値は( )内の国民医療費に相当する1人当たり医療費である。
4. 外国については、原資料では国民総生産比が掲げられており、国民所得比は国民所得(UN「世界統計年鑑」1973)と国民総生産(IMF「国際財政統計」1973年11月、1975年4月)を用いて換算したものである。



---

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第2節 所得保障

---

所得保障は、傷病、廃疾、老齢、死亡、失業等により所得が減少するか又は喪失した場合などにこれを補てんし、あるいは、一般的に貧困に落ち込んだ者に対し最低限度の生活を保障する制度であり、年金制度、生活保護制度のほか、雇用保険、労働者災害補償保険、更には、医療保険における傷病手当金などの現金給付も所得保障の重要な一翼を担っている。

ここでは、所得保障の各制度のうち、代表的かつ一般的なものとして、高齢化社会へ移行しつつあるなかでウェイトを高めていく年金制度と生活保障のための基盤的な制度である生活保護を取り上げ、その動向と問題点をみることにする。

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

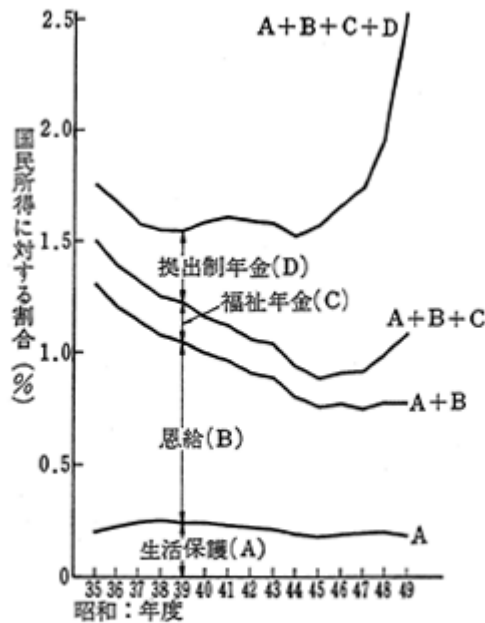
第2節 所得保障

1 所得保障の拡充

所得保障の中核をなす年金制度の戦後の歴史のなかで最も画期的であり、今日の制度の構成を決定づけたのは、29年の厚生年金保険法の抜本改正を初め、34年の国民年金法の制定、同年11月からの福祉年金の支給開始、36年の国民皆年金の実施という一連の動きであるが、福祉年金の支給が満年度化した35年度以後の年金(恩給を含む。)及び生活保護(医療扶助を除く。)の給付費の国民所得に対する割合の変化をみると、第1-2図のとおりである。

第1-2図 年金、恩給及び生活保護の給付費の国民所得に対する割合の年次推移

第1-2図 年金、恩給及び生活保護の給付費の国民所得に対する割合の年次推移



厚生省企画室調べ

- (注) 1. 生活保護は、医療扶助の給付費を除いている。
- 2. 49年度の国民所得は政府経済見通しの実績見込みによる。

これから分るように、国民所得に対する年金及び生活保護の給付費の割合は、40年代の前半までは1.5~1.6%の水準で推移しており、この指標でみる限り、我が国の所得保障の規模は、停滞傾向にあったといえる。この要因としては、

- 1)国民皆年金が実施されたといっても、国民年金法による拠出制年金の受給権者が実際に発生するまでに10年を要したこと。
- 2)厚生年金の老齢年金受給者が発生し始めてから日も浅く、受給者数も少なかったこと。
- 3)公的年金の受給者も増えたが、その増加分の半数以上は、相対的に給付水準の低い福祉年金の受給者であったこと。
- 4)恩給の給付費の大宗を占めるのは、旧軍人遺族に対する扶助料であるが、戦後の時の経過とともにその受給者が減少したこと。
- 5)生活保護の被保護者数が長期的に減少傾向をたどったこと。

と。6)30年代後半以降、我が国経済が高度成長期に入り、逐次行われた給付改善も、結果的には経済の規模の拡大に吸収されたことなど多くの要因を数えることができる。

40年代の後半に入って、このような停滞傾向は一変している。特に、拠出制年金と福祉年金の給付費の対国民所得比は、前者が46年度の0.76%から49年度の1.4%、後者が46年度の0.14%から49年度には0.31%程度(49年度の国民所得は、政府経済見通しの実績見込みによる。)とそれぞれ3年間に約2倍になっている。これには、受給者数の増加ももちろんあるが、この間の給付改善が大きく寄与している。

次に、年金や生活保護の受給者数の動向をみると、第1-6表のように、年金では、全体で受給権者が36年度末の603万人から48年度末の1,227万人に増加しているが、この増加分のほとんどは老齢年金の受給権者数の増加であり、生活保護の場合は、被保護者総数に占める65歳以上の被保護者数の割合が36年度の11.9%から48年度の22.4%に高まっている。年金について、老齢年金、遺族年金、障害年金に区分してそれぞれの給付費の国民所得に対する割合をみると、第1-3図のように、老齢年金の割合が年々高まっており、特に、40年代の後半に入ってその増大の傾向が著しく、49年度では、年金給付費全体の約6割、国民所得比で1.5%程度に達するものと見込まれる。受給者数や給付額構成におけるこのような変化は、人口構成の老齢化等の社会変化の中で、所得保障の対象として高齢者の比重が高まりつつあることを示すとともに、年金制度の拡充を軸としてこれへの対応が進められていることを示している。

第1-6表 年金受給権者数及び生活保護被保護者数の推移

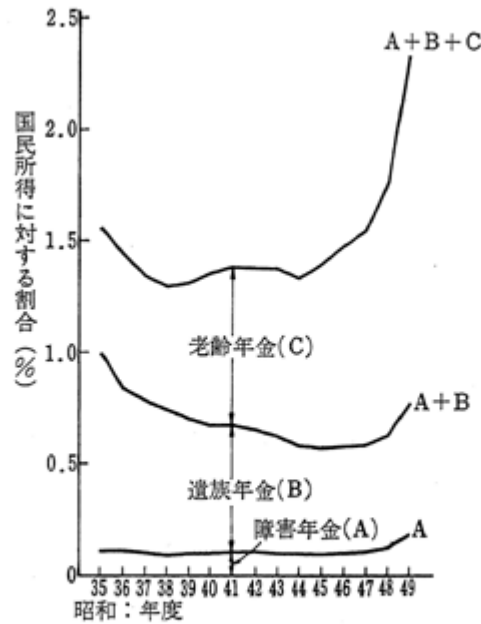
	36年度		42年度		48年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合
[年金]	千人	%	千人	%	千人	%
拠出制年金	579	100.0	1,431	100.0	3,807	100.0
老齢年金	215	37.1	723	50.5	2,598	68.2
遺族年金	267	46.1	592	41.3	992	26.0
障害年金	97	16.8	117	8.2	217	5.8
福祉年金	2,729	100.0	3,523	100.0	5,541	100.0
老齢年金	2,274	83.3	3,092	87.7	5,104	92.1
遺族年金	217	8.0	83	2.4	12	0.2
障害年金	238	8.7	348	9.9	425	7.7
恩給	2,723	100.0	3,050	100.0	2,920	100.0
老齢年金	837	30.7	1,417	46.5	1,466	50.2
遺族年金	1,752	64.4	1,495	49.0	1,313	45.0
障害年金	134	4.9	139	4.5	140	4.8
合計	6,031	100.0	8,005	100.0	12,268	100.0
老齢年金	3,326	55.1	5,231	65.4	9,169	74.7
遺族年金	2,235	37.1	2,170	27.1	2,317	19.9
障害年金	469	7.8	604	7.5	782	6.4
[生活保護]						
被保護者総数	1,643	100.0	1,521	100.0	1,346	100.0
65歳以上の被保護者数	195	11.9	239	15.7	301	22.4

資料：総理府社会保障制度審議会事務局「社会保障統計年報」、厚生省「厚生省報告例」及び「被保護者全国一斉調査(基礎調査)結果」

(注) 年金受給権者数は各年度末現在、被保護者総数に占める65歳以上の被保護者数の割合は各年7月1日現在の数値である。

第1-3図 老齢年金、遺族年金、障害年金の区分による給付費の国民所得に対する割合の年次推移

第1-3図 老齢年金、遺族年金、障害年金の区分による  
給付費の国民所得に対する割合の年次推移



厚生省企画室調べ

- (注) 1. 恩給を含む公的年金の給付費を、老齢、遺族、障害年金の3種類に分けた。  
2. 老齢年金には、通算老齢年金を含む。  
3. 49年度の国民所得は、政府経済見通しの実績見込みによる。

これまでに進められてきた年金制度の整備や、近年、特に重点的に努力が払われた年金給付の充実は、今後、人口の老齢化の進行とともに、老齢年金を中心として年金の給付額を急速に押し上げる力として働き、国民経済に占める比重を高めていくものとみられる。しかしながら、今後更に健全な発展を図るためには、なお改善すべき問題があることも否定できない。以下、年金制度の従来の発展の経過と現状、そこに内包されている問題点について概説することとする。

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第2節 所得保障

##### 2 年金制度

###### (1) 年金制度の沿革

我が国の年金制度は、明治8年の「陸軍武官傷痍扶助及ヒ死亡ノ者祭案並ニ其家族扶助概則」に始まり、同年の「海軍退隠令」、翌9年の「陸軍恩給令」、同17年の一般官吏に対する「官吏恩給令」が制定され、これが同23年には「軍人恩給法」、「官吏恩給法」としてそれぞれ集大成された。このほか、教職員、警察官等のグループ別に順次恩給制度が実施され、大正12年恩給法令間の統一によって「恩給法」として制定されるに至った。

また、明治末期以降現業官庁である鉄道、通信、印刷等のグループごとに共済組合制度が設立され、退職一時金等の給付が行われていたが、漸次改善されて年金制度が取り入れられるようになった。

これらは戦後、旧国家公務員共済組合法に引き継がれ、更に、前述の恩給法等と合体して、現在の国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合、公共企業体職員等共済組合という体系に整理された。民間の雇用者の年金制度としては、恩給制度の発足後約半世紀を隔てた昭和14年に船員を対象とし、医療、労災、年金を包含した総合社会保険制度として、船員保険法が創設されたのが最初である。次いで、同16年には、一般の会社、商店、工場等の事業所の男子労働者を対象とした労働者年金保険法が制定された。同法は、19年に事務職員や女子にも適用すると同時にその名称を厚生年金保険法と改め、戦後、29年の大改正等を経て現在に至っている。このほか、特定職域の年金制度として、29年には私立学校教職員共済組合が、34年には農林漁業団体職員共済組合が新たに設立された。

これらがいわば国民皆年金までの歴史であり、これらの既設の制度から取り残されていた人々、すなわち自営業者、農林漁業者、零細企業従業員等を年金制度の網の目に包み込むという形で36年に国民年金制度が発足し、通算年金通則法の制定とあいまって7種類の被用者年金制度とともに我が国の皆年金体制が確立されることとなった(第1-7表)。

#### 第1-7表 公的年金制度の沿革

第1-7表 公的年金制度の沿革

		大15	昭10	昭20	昭30	昭40		
被	一般被用者			労働者年金保険法(昭16法60)(施行昭17.6.1)	旧厚生年金保険法(昭19法21)(施行昭19.10.1)	厚生年金保険法(昭29法115)(施行昭29.5.1)		
	日雇労働者			退職積立金及び退職手当法(昭11法42)				
	船員			船員保険法(昭14法73)(施行昭15.6.1)		国民年金法(昭34法141)(施行昭34.11.1)		
用	公務員	国家公務員	官吏恩給法	恩給法(大12法48)	政府職員共済組合令(昭15勅927)	旧国家公務員共済組合法(昭23法69)	国家公務員共済組合法(昭33法128)(施行昭33.7.1)	
		公体共役職業者		大正9年から国有鉄道共済組合など官業共済組合では、年金給付を実施していた。			公共企業体職員等共済組合法(昭31法134)(施行昭31.7.1)	
	員等	地方公務員	官吏恩給法	恩給法(大12法48)		旧国家公務員共済組合法(昭23法69)	国家公務員共済組合法	地方公務員等共済組合法(昭37法152)(施行昭37.12.1)
				退職年金条例		市町村職員共済組合法(昭29法204)		
					町村職員恩給組合法(昭27法118)	町村職員恩給組合法(昭27法118)		
	私立職学校	財団法人私学恩給財団(大13.10.1発足)				私立学校教職員共済組合法(昭28法245)(施行昭29.1.1)		
農団林漁業員				厚生年金保険法(昭29法115)	農林漁業団体職員共済組合法(昭33法99)(施行昭34.1.1)			
非被用者						国民年金法(昭34法141)(施行昭34.11.1) 農業者年金基金法(昭45法78)(施行昭46.1.1)		

厚生省企画室調べ

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第2節 所得保障

##### 2 年金制度

##### (2) 制度の分立と全体の整合性

このように我が国の年金制度は、特定職域に適用される制度が先行し、グループ別の制度を積み上げる形で築かれてきている。我が国におけるこのような制度の生成と発展の過程は、医療保険制度とも共通するものであり、制度の適用を円滑に拡大できたという面では評価される過程であったといえよう。

その反面、各制度がそれぞれ独自の制度設計をしているために、全体としての整合性の面では必ずしも望ましい姿とはなっていない。

第1-8表は、厚生年金保険、国民年金及び国家公務員共済組合における老齢年金の支給要件と年金額算定方式をみたものであるが、それぞれの歴史的な沿革や被保険者グループの特殊性を反映した面があるとは言え、支給開始年齢や年金額算定方式の差異が、必ずしも合理的とは言えない処遇の差を生じさせる素地となっていることは否めない。

第1-8表 各種年金制度の比較(老齢年金)

第1-8表 各種年金制度の比較(老齢年金)

老齢年金(退職年金)

	厚生年金保険	国民年金	国家公務員共済組合
資格期間	① 20年(控内夫としての期間15年) ② 40歳(女子35歳)以降15年 ③ 35歳以降の控内夫としての期間11年3月	25年(ただし、年齢によって10~24年に短縮) (制度発足時50~54歳の人については10年又は5年)	20年
支年給開始	男子60歳 女子55歳 控内夫55歳	65歳	55歳
年金額	〔基本年金額+加給年金額〕 ① 基本年金額 ※1 (1,000円×加入月数×スライド率)+(平均標準報酬月額× $\frac{10}{1,000}$ ×加入月数×スライド率) ② 加給年金額 妻 28,800円(月額 2,400円) 第1子及び第2子 9,600円(月額 800円) 第3子以降 4,800円(月額 400円)	〔(800円×保険料納付済月数)+(800円×保険料免除月数)× $\frac{1}{3}$ 〕×スライド率+(200円×付加保険料納付済月数)ただし、経過的に資格期間が短縮されている年金(経過年金)については上積みされている。	① 俸給年額の $\frac{40}{100}$ (俸給年額は退職前1年間平均)(20年を超える1年につき $\frac{1.5}{100}$ を加算) ※3 ② 240,000円+俸給年額× $\frac{1}{100}$ ×加入年数 (加入年数が40年を超えるときは40年とし、加入年数が20年を超えるときは、その超える1年につき $\frac{1.5}{100}$ を加算、ただし、120,000円を限度とする。 ①と②の額を比較してどちらか高い額が支給される。 (最高限 俸給年額の $\frac{70}{100}$ )

厚生省年金局調べ

(注) ※1 の月数は、240月に満たないときは240月に、360月を超えるときは360月とする。

※2 のスライド率は、49年度は1.161、50年度は1.415である(年度平均の消費者物価指数による)。

※3 は厚生年金のスライド率によってスライドされる。

このほか、各制度が相互調整の仕組みを十分に整えないままに分立しているため、例えば、障害年金や遺族年金について保障の目から漏れる者がたり(制度間の通算措置の不備)、あるいは逆に、同一人に対し重複して年金が支給されるケースが生じたりする不合理な面もある。

以上のように、我が国の年金制度が全体として整合性のある形で合理的な保障を行っていくために、今後、制度間の調整を要する問題が多く残されている。しかしながら、これらは、単に制度設計上の技術的な問題として解決し得るものではない。基本的に、後代負担の基盤があって初めて存立し得る年金制度のあり方については、長期的な展望に立って考えられるべきであり、今後、人口構成が急速に高齢化していき、高齢者の扶養が大きな社会的負担となることが確実に予測される現在、国民全体の老後保障の支柱としての役割を担わねばならない年金制度のあり方について、個々の制度の枠を超えて検討することも必要であろう。



総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

第2節 所得保障

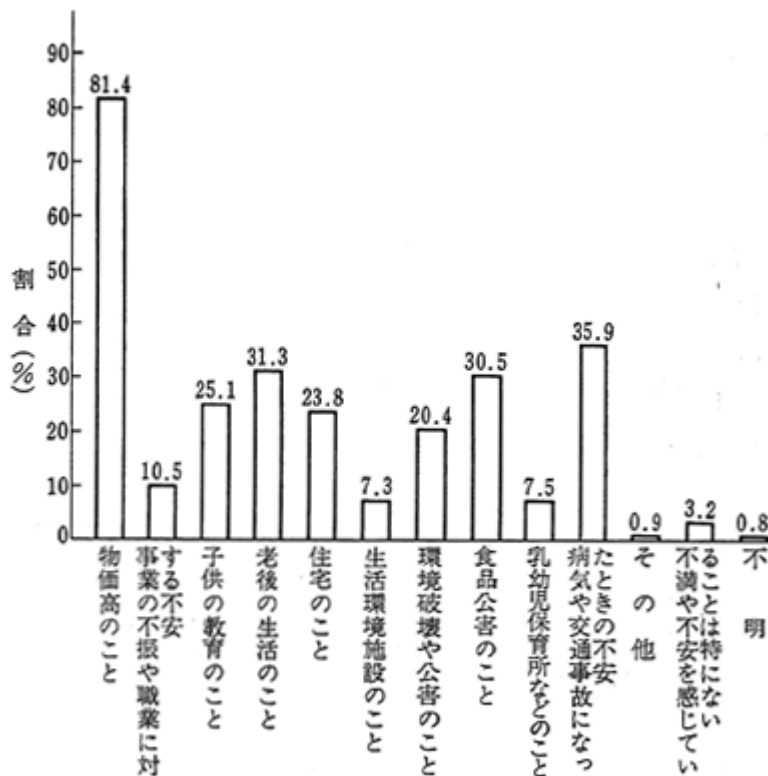
2 年金制度

(3) 年金制度に対する関心の高まり

近年、年金制度に対する関心は、年々その高まりをみせている。第1-4図は、現在の生活の中での不満や不安の内容についての調査結果であるが、「老後の生活のこと」にかなりの関心を示していることがわかる。また、老後生活の不安の内容についてみると(第1-9表)、経済問題が健康とともに上位を占めている。老後の経済問題に対する不安が年金制度の充実に対する多大な期待とオーバーラップしていることは間違いのないであろう。

第1-4図 あなたは現在の生活の中で不安を感じることはどのようなことですか

第1-4図 あなたは現在の生活の中で不安を感じることはどのようなことですか



資料：国民生活センター「第5回国民生活動向調査」(49年10月実施)

第1-9表 不安の内容(老後生活の不安)

第1-9表 不安の内容(老後生活の不安)

	50 歳 代	60 歳 以 上
経 済 問 題	55.3%	44.3%
健 康	44.0	57.1
家事や身の回りの世話	13.4	19.5
家 族 問 題	13.9	9.8
住 宅	5.4	3.5
そ の 他 ・ 不 明	9.6	7.6
総 数	141.7	141.9

資料：「昭和48年老人問題に関する世論調査(総理府)」

(注) 複数回答

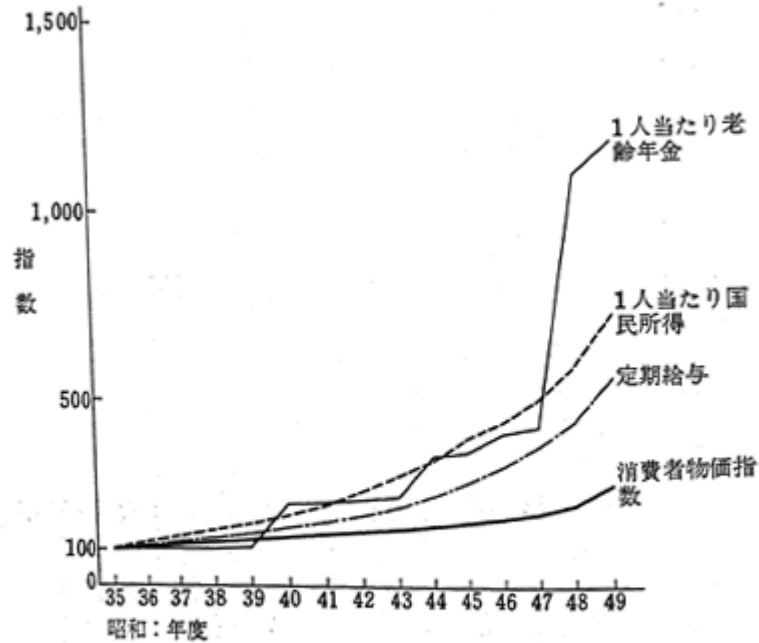
このような年金制度に対する関心の高まりの背景として、老齡者の立場が、かつてとは大きく変化したことが挙げられる。かつては、家族制度と地縁社会の下で日々の国民生活が営まれ、それが老齡者の生活の安定の基盤ともなっていたが、30年代以降の経済社会の変化、とりわけ就業者中に占める雇用者の割合の増大、核家族化の進行や都市化の進展は、子に頼らないで済む老後の生活を考えさせるようになっている。また、経済成長に伴う生活水準の上昇と48年以降の急激な物価上昇は貯蓄等による個人の責任のみで老後に備えることを難しくしている。

このほか、年金制度に対する関心が高まった理由としては、年金受給者の増大と給付の改善とが挙げられよう。年金受給者数の推移は前述したとおりであるので(第1-6表)、ここでは給付改善の足取りをみてみよう。

第1-5図は、厚生年金の1人当たり老齡年金額の推移を1人当たり国民所得や消費者物価指数等と比較し、35年度の水準を100とする指数で示したものである。これをみると1人当たり年金額は、47年度まではおおむね1人当たり国民所得の伸びと並行して伸びてきており、定期給与や消費者物価指数との関係では、これらを上回る伸びを示している。更に、48年度の制度改正により、1人当たり年金額は、48年度、49年度は1人当たり国民所得の伸びとの関係でみても大幅に改善されたことが分かる。

#### 第1-5図 厚生年金の1人当たり老齡年金額と諸指標の推移

第1-5図 厚生年金の1人当たり老齢年金額と諸指標の推移  
(昭和35年度=100)



厚生省企画室調べ

- (注) 1. 49年度1人当たり国民所得は、政府経済見通しの実績見込みによる。  
2. 定期給与は、労働省「毎月勤労統計調査」のサービス業を除く産業で30人以上の事業所の「きまつて支給する給与」である。

以上のような老後生活をめぐる社会的経済的諸条件の変化は、今後も続くものと考えられ、年金受給者の急増等の年金制度自体の変化とあいまって、年金制度の充実に対する国民の要請と期待は今後更に高まっていくものとみられる。

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第2節 所得保障

#### 2 年金制度

#### (4) 年金給付の現状

国民の年金制度へのこのような関心の高まりに対して、48年度の改正により制度の充実が図られ、厚生年金保険、国民年金とも制度的には西欧諸国水準に遜色のない給付水準を達成したと評価されている。すなわち、厚生年金保険の標準的な老齢年金の年金額がおおむね月額5万円に、国民年金の標準的な老齢年金も同様に夫婦で月額5万円とする改善が行われ、この給付水準は厚生年金保険の被保険者の平均標準報酬の60%に相当するものであり、ボーナスを含めた報酬の45%程度となり国際的にみて決して見劣りしない給付水準である。(なお、この標準的な年金額は、物価スライドの措置により厚生年金保険は49年度には約6万円に、50年度には約7万円になった。)これら標準年金額は厚生年金保険で27年、国民年金で25年の加入期間を前提としたものであるため、現在のところ厚生年金保険でも全受給者の平均年金額は標準年金額の水準を下回っているが、この平均年金額で比較しても、国際的にみて必ずしも低水準にあるわけではない。資料の制約上、直近のデータで比較できないが、厚生年金保険の老齢年金について、欧米諸国の代表的な制度による老齢年金との給付水準を平均年金月額及び前年の賃金月額に対する割合で見ると、我が国の厚生年金保険は金額の点では低いものの、平均賃金に対する割合では中間に位置しており、かなりの水準にあると言える(第1-10表)。

第1-10表 年金制度の国際比較

第1-10表 年金制度

	西 ド イ ツ	イ ギ リ ス
制 度 名	労働者年金	定額年金(他に附加制度がある。)
対 象 者	工場労働者(ブルーカラー)	一般国民
支給開始年齢	65歳	男65歳 女60歳
老 齢 年 金 額 (平均賃金に 対する比率)	73年7月 全受給者平均 46,941円 (36.7%)	73年末 有配偶者 43,446円 (34.5%)
保 険 料	73年末 $\frac{180}{1,000}$ (労使折半)	73年末 遇当たり(男) 被用者 1,272円 (うち事業主765円) 自営業者 1,414円
国 庫 負 担	給付費の約15% (実額)	被用者 給付費の20% 自営業者 無業者 給付費の25%

厚生省年金局調べ

(注) ILO「Bulletin of Labour Statistics 1974年」及び労働省「毎月勤労統計調査(47

の 国 際 比 較

ス ウ エー デ ン	日	本
定額年金(他に附加制度がある。)	厚生年金	国民年金
一般国民	一般被用者	自営業者及び家族
67歳	男60歳 女55歳	65歳
73年末 有配偶者 71,619円 (45.1%)	73年度末 全受給者平均 38,211円 (40.8%)	25年年金 66,564円(夫婦) 10年年金 17,688円 5年年金 13,000円 (50年度スライド後)
73年末 $\frac{50}{1,000}$ (特別年金税) (全住民)	73年度末 $\frac{76}{1,000}$ (男, 労使折半)	74年1月 月額 1,100円 附加分月額 400円
給付費の約70%を公費負担により賄う(残りは特別年金税により賄っている。)	給付費の20%(原則)	保険料の1/2(原則) 経過的老齢年金のかさあげ分及び附加年金給付費の1/4

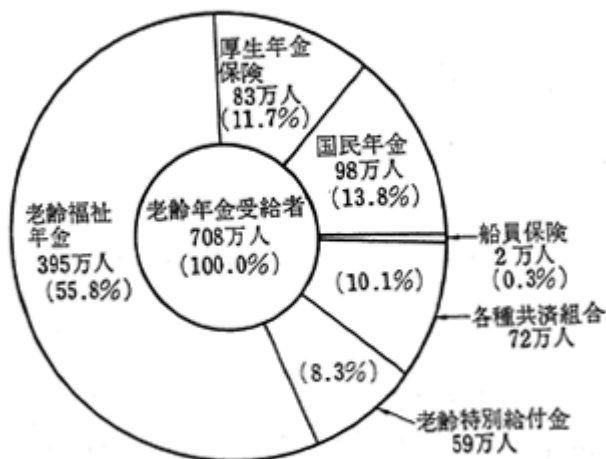
年)」により作成

しかしながら、我が国においては、このような拠出制の老齢年金を受給している老人が少なく、年金制度が未成熟な段階にあることに留意しなければならない。

49年9月現在、老齢年金の受給者数は708万人を数えているが、その内訳をみると64%に当たる454万人が無拠出の老齢福祉年金及び老齢特別給付金を受給しているの実状である(第1-6図)。

第1-6図 老齢年金受給者数の内訳

第1-6図 老齢年金受給者数の内訳  
(49年9月現在)



厚生省年金局調べ

(注) 共済組合は、49年3月末現在の数字である。

また、拠出制年金各制度の中で最も受給者の多い国民年金では、現在支給されている老齢年金はすべていわゆる10年年金又は5年年金などの経過的老齢年金であり、厚生年金保険でも老齢年金の受給権者中約44%(50年3月末)は加入期間20年未満の受給権者である等、拠出制年金についても本格的な年金の発生はいまだ少ない。

このように拠出制年金の受給者が少なく、また拠出制年金の受給者であっても短期拠出者が多いのは我が国の年金制度の歴史が浅いことによるものであるが、今後人口の急速な老齢化の進行とともに、年金制度の成熟化も進むこととなり、このことは同時に年金に対する国民の負担を増大させることとなろう。

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

第2節 所得保障

3 生活保護

(1) 生活保護適用の動向

現行の生活保護法が施行されて既に25年が経過したが、今日、生活保護を受けて生活を営む者は49年度平均で約131万人、69万世帯となっている。被保護人員は経済成長による雇用機会の増加、所得水準の上昇を反映して、40年度平均の160万人から着実に減少し、この結果、保護率(人口1,000人当たりの被保護人員)も40年度平均の16.3から49年度平均の11.9へ大きく減少してきた。一方、世帯数は40年度平均の64万世帯から48年度平均の70万世帯へと増加を続けていたが49年度になると若干減少した。

生活保護の適用における顕著な変化としては、保護世帯の世帯類型別構成割合における高齢者世帯や傷病・障害者世帯の増加、これと対応する非稼働世帯の増加や1世帯当たり人員の減少がある(第1-11表)。まず、保護世帯の世帯類型別構成比をみると、高齢者世帯が48年度には34.5%に達しており、傷病、障害者世帯を加えると約80%を占めている。この結果、稼働、非稼働世帯別にみると、所得水準の上昇を反映して稼働世帯が減少し、非稼働世帯の占める比率が49年度には75.8%へと増加している。

第1-11表 被保護世帯の世帯類型、稼働状況、1世帯当たりの平均人員の年次推移

	世帯類型別構成比					稼働・非稼働世帯別構成比			1世帯当たり平均人員
	総数	高齢者世帯	母子世帯	傷病、障害者世帯	その他の世帯	総数	稼働世帯	非稼働世帯	
		%		%					
40年度	100.0	22.9	13.7	29.4	34.0	100.0	47.3	52.7	2.6
41	100.0	22.8	12.6	34.3	30.3	100.0	44.8	55.2	2.5
42	100.0	25.2	11.8	32.8	30.2	100.0	42.1	57.9	2.4
43	100.0	27.4	11.6	34.8	26.2	100.0	39.0	61.0	2.3
44	100.0	29.8	10.6	46.0	13.6	100.0	36.4	63.6	2.2
45	100.0	31.4	10.3	35.9	22.4	100.0	33.6	66.3	2.1
46	100.0	31.0	10.0	43.8	15.2	100.0	30.0	70.0	2.0
47	100.0	34.3	9.7	43.8	12.1	100.0	28.1	71.9	2.0
48	100.0	34.5	9.4	56.1	—	100.0	26.4	73.6	2.0
49	—	—	—	—	—	100.0	24.2	75.8	1.9

資料：厚生省社会局「被保護者全国一斉調査」、厚生省統計情報部「社会福祉行政業務報告」

このように、生活保護を受けている世帯は、自立の可能性が比較的乏しい、いわゆる要看護世帯が大宗を占めるに至っており、その意味で、被保護者個人及び世帯の実際の必要に即応して、有効かつ適切な保護の実施を図っていく本制度の役割は、今後一層重要性を加えることとなろう。

厚生白書(昭和50年版)

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*



総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

第2節 所得保障

3 生活保護

(2) 最低生活保障水準

最低生活保障の水準である生活保護の基準については毎年上げが行われ、その結果、生活費となる生活扶助基準額は35年度に比して50年4月では約8倍になっている。この間、最低生活費を計算する方式も国民生活の多様化、向上などに伴い改善されてきている。すなわち、36年には、最低生活に必要な個々の品目を積み上げ、その購入費を合算して基準額を設定するマーケットバスケット方式から、飲食物費を栄養基準量及び実態生計に基づいて積み上げ、その額をエンゲル係数で逆算して総生計費を算定するエンゲル方式に変わり、更に、40年からは一般国民の消費水準との格差に着目する方式、いわゆる格差縮小方式が採用されてその充実が図られた。その結果、東京都における一般勤労世帯の家計支出水準に対する被保護労働世帯の家計支出水準の割合は35年度に38%であったのが、40年度には50%に達し、その後も着実に縮小してきている。

幾つかの世帯を想定して、それぞれ、実際に保障される最低生活水準(日常生活費に住宅費、教育費等を加えたもの)がどのようになるかをみると、50年4月現在、1級地で標準4人世帯の場合9万3,512円であり、母子3人世帯では7万2,770円、老人2人世帯では6万4,266円となっている。40年度以後のこれらの伸びは、勤労者の全国平均現金給与総額の伸びを大きく上回っており、特に、老人2人世帯の場合は他世帯よりも伸びが大きくなっている(第1-12表)。

第1-12表 最低生活保障水準の年次推移

第1-12表 最低生活保障水準の年次推移

(1 級地)

標準4人世帯 5歳男(日雇い)、30歳女 歳男(小学3年生)、4歳女		母子3人世帯 (30歳女、9歳男(小) 学3年生)、4歳女		老人2人世帯 (72歳男、70歳女)	
指 数		指 数		指 数	
円		円		円	
23,294	100.0	17,599	100.0	13,254	100.0
42,772	183.6	31,459	178.8	25,771	194.4
48,361	207.6	35,176	199.9	29,510	222.6
54,744	235.0	39,577	224.9	33,290	251.2
63,845	274.1	47,394	269.3	40,633	306.2
76,730	329.4	58,658	333.3	50,944	384.4
93,512	401.4	72,770	413.5	64,266	484.9

局調べ

生活保障水準とは、生活扶助、各種加算、勤労控除、住宅扶助、教育扶助したものである。



## 総論

## 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

## 第2節 所得保障

## 3 生活保護

## (3) 高齢化社会と生活保護

生活保護世帯の中で高齢者世帯の割合が増加していることは先にも述べたとおりであるが、これは、我が国の人口構成が年々高齢化していることを反映している。

高齢者世帯中に占める保護世帯の割合の年次変化をみると、年によって多少の変動はあるものの、ほぼ横ばいの傾向をたどっている(第1-13表)。

第1-13表 高齢者世帯の被保護率の年次推移

第1-13表 高齢者世帯の被保護率の年次推移 (単位：%)

	40年	41	42	43	44	45	46	47	48
保護率	173.5	159.0	166.9	177.0	174.0	165.6	145.7	167.0	152.8

資料：厚生省社会局「被保護者全国一斉調査」

近年、安定した老後の保障のために、年金の充実に対する要請が高まり、給付水準の改善等、年金制度の充実が図られている。今後、我が国が高齢化社会に移行していく中で、高齢者に対し生活保護がどの程度かわりあっていくかは、高齢者扶養についての国民の意識や社会的・経済的諸条件の変化により大きく左右されるものであるが、一般的には年金の充実に伴い、生活保護の所得保障としての役割は相対的に縮小していくものと考えられる。

しかしながら、一般的、画一的な給付である年金だけでは、多岐にわたる生活上の需要のすべてを満たしきれない場合も当然予想されるところであり、また、年金制度が成熟化の過程にある現状にかんがみると、国民の老後の生活における生活保護の役割は今後とも少なからざるものがある。将来に向かって、年金制度との関連にも配慮しつつ、制度の適切な運用を図っていくことが必要である。

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第3節 医療保障

##### 1 保健衛生水準の向上

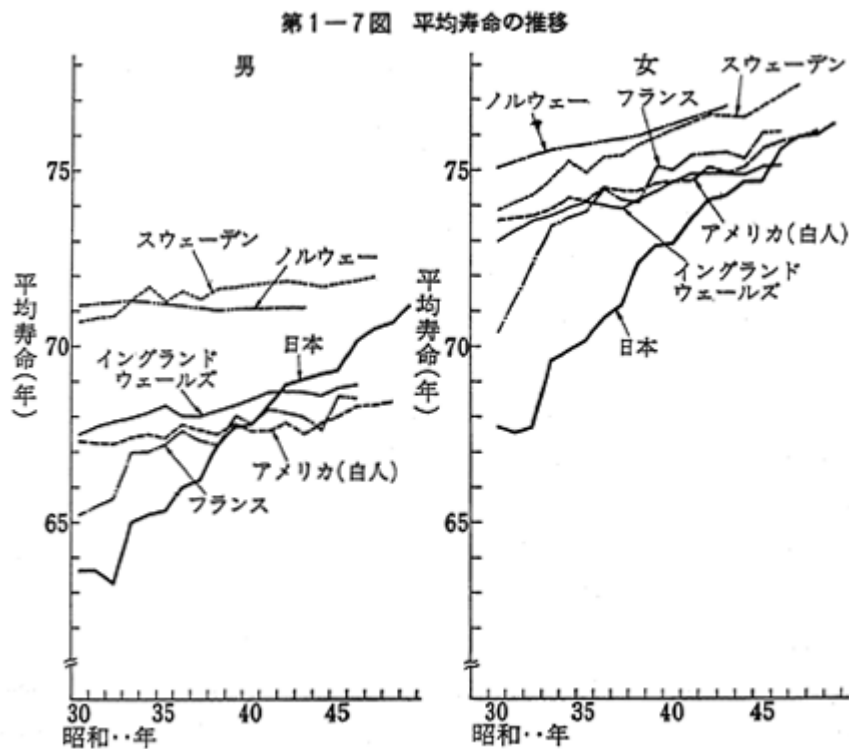
###### (1) 死亡の動向

一国の保健衛生水準を端的に表す指標として、生命表の平均寿命(0歳の平均余命)がある。生命表は、人口集団の死亡状況のみを抽象して幾つかの指標値としてまとめたもので、年齢構成の異なる集団の死亡状況の比較に最適なものである。

我が国の平均寿命は、昭和初期までは、男女とも45年前後の値であった。すなわち、当時の死亡状況の下で人間が生活するならば、生まれてから死ぬまでの平均年数が45年程度となるということである。

戦後の急速な復興過程において、医学、薬学、医療技術などの進歩、栄養改善、医療制度、公衆衛生の発展等により、平均寿命は年々急速な伸長をみせ、インフルエンザの流行の影響による一時的な停滞・短縮もあったが、49年には男71.16年、女76.31年に達した(第1-7図)。

第1-7図 平均寿命の推移



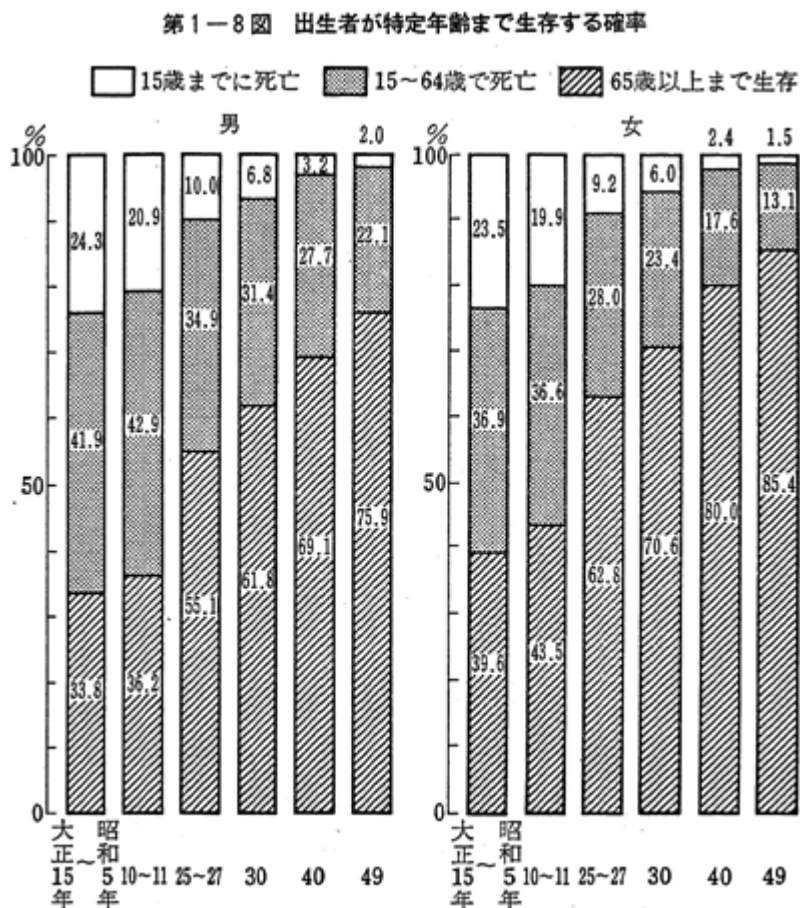
資料：厚生省統計情報部「簡易生命表」(各年次)

最近10年間の年平均の伸びは、0.3年強と、やや鈍ったとは言え、世界にも類例の少ない伸長速度となっており、我が国の保健衛生水準の向上が驚異的であることを示している。

現在、平均寿命が男71年、女76年を上回る国は、我が国のほかスウェーデンとノルウェーのみであって、我が国の水準は、これらの諸国とともに、世界の最高位にある。戦後20数年間にこのような平均寿命の伸長をみたことは、日本人の生命力に本来的な強さがあったともみられるが、それを引き出した諸活動の成果を示すものであり、世界に誇りうるものとして評価してよいであろう。

このような平均寿命の延長の結果、出生者が高齢まで達することのできる確率は当然増大し、65歳に達しうる確率でみると、25年に男55.1%、女62.8%であったものが、49年度には、男75.9%、女85.4%となった。出生数が一定であったとしても高齢人口の大幅な増加は免れ難い帰すうであって、このような構造変化に対応する諸施策が急がれるゆえんである(第1-8図)。

第1-8図 出生者が特定年齢まで生存する確率



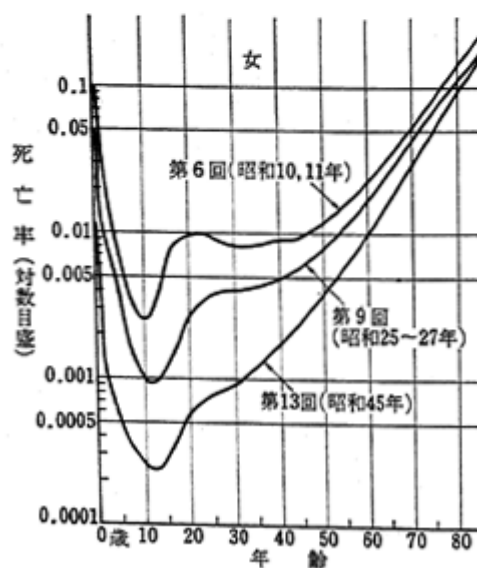
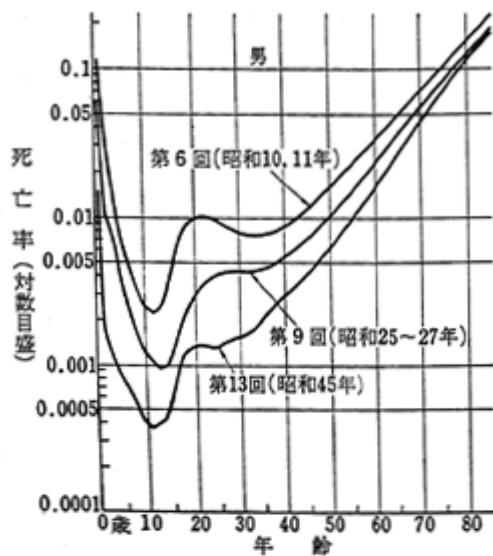
資料：厚生省統計情報部「第13回生命表」,「昭和49年簡易生命表」

昭和初期の年齢別死亡率(第6回生命表)をみると、乳児死亡率が非常に高く、約1割もの乳児が初誕生日以前に死亡するという状況であり、22歳前後に結核を主因とする山があるのが特徴であった。45年の第13回生命表でみると、全年齢にわたって死亡率の低下がみられるが、特に若年層での改善が著しく、乳児死亡率はほぼ1/10にまで低下している。

これに対し、高齢における死亡率の減少率は、65歳で男42.1%、女51.5%であり、それ自体ではかなり大きな改善であるが、若年層と比較すれば、改善の度合いは高齢になる程小さくなっている。死亡率が相対的に高いという意味においては、乳幼児と老人とは弱い集団であることに変わりはなく、これらに対する諸施策の一層の拡充が望まれるところである(第1-9図)。

第1-9図 年齢別死亡率の推移

第1-9図 年齢別死亡率の推移

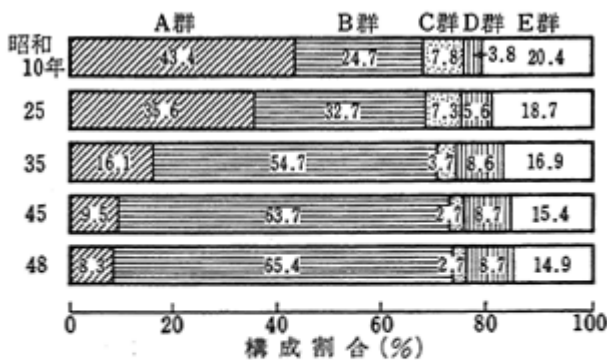


資料：厚生省統計情報部「第13回生命表」

死亡率低下の主な原因は、結核をはじめ伝染病による死亡の大幅な減少である。25年においては細菌感染による死亡は全死亡の35.6%であったが、48年は8.39%となり、治療のしにくいがん、脳卒中、心臓病、老衰など、いわゆる成人病が32.7%から65.4%へと増大し、死因の主体を占めるようになった。高齢者の死亡率改善が進みにくいのもこのためである(第1-10図)。

第1-10図 死因群別死亡割合

第1-10図 死因群別死亡割合

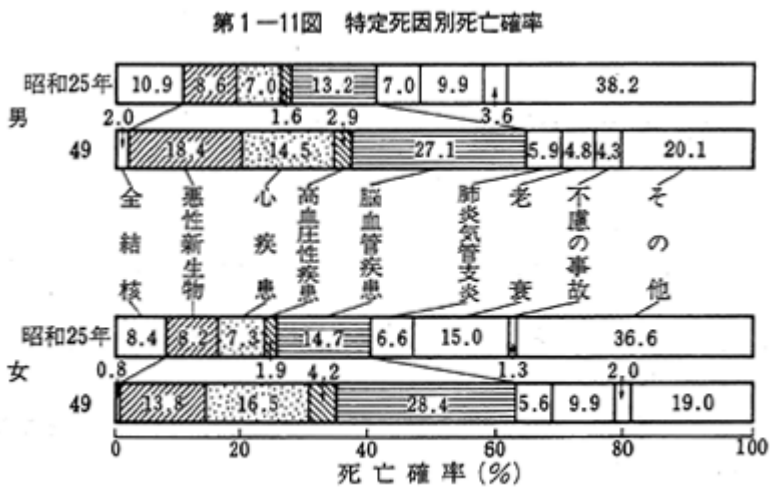


資料：厚生省統計情報部「人口動態統計」

- (注) A群：細菌感染によるもの  
 B：成人病  
 C：妊産婦及び乳児期の疾患  
 D：外因死  
 E：その他

現在、死因の第1位は、脳血管疾患で、次いで、悪性新生物(がん)、心疾患が多く、次に、不慮の事故、肺炎・気管支炎、老衰の順となっている。49年の生命表の死因別死亡確率によると、出生者の27~28%の者が将来脳血管疾患で死ぬと算定されている(第1-11図)。

第1-11図 特定死因別死亡確率



厚生省統計情報部調べ

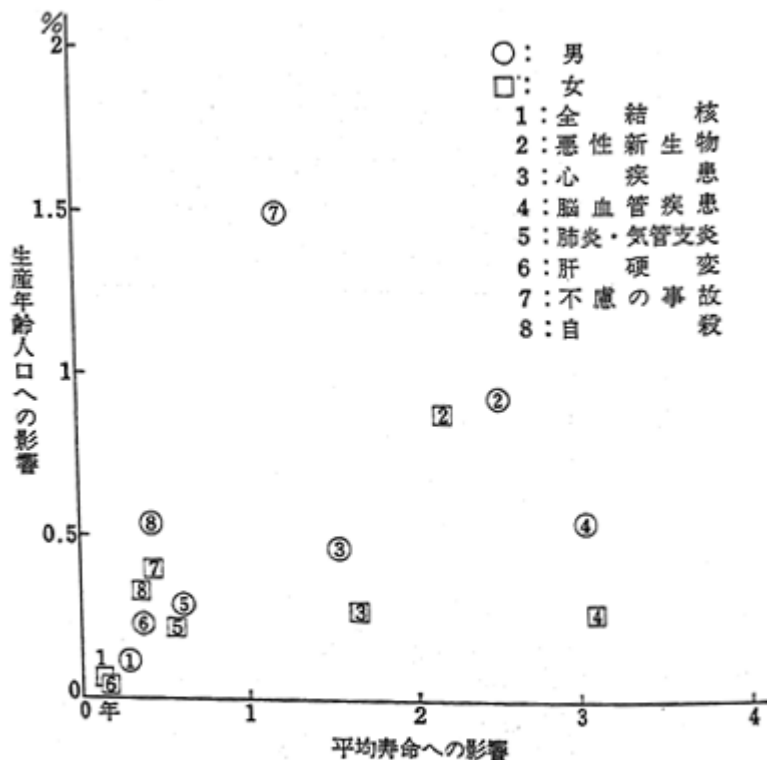
性:年齢別の死因順位をみると、乳児では男女とも先天異常が第1位となっており、男では1~39歳は不慮の事故、40~64歳は悪性新生物、65歳以降脳血管疾患が1位を占めている。これに対し、女では15~19歳で悪性新生物、20~29歳で自殺が第1位に現れているのが特徴的である。

男の不慮の事故による死亡は、年齢別死亡率曲線(第1-9図)の20歳前後の結核に代わる高まりとしても現れており、その生産年齢への影響は、他のどの死因よりも大きくなっている。

また、悪性新生物は、一般に成人病として扱われているが、1~4歳で第4位、若年層では3位以上の死因となっている。平均寿命に対する影響が脳血管疾患に次いで大きいとともに、生産年齢に対する影響も、男では不慮の事故に次いで大きく、女では最も大きいと算定されており、このような観点からも最も恐ろしい疾患であって、効果的な対応策の確立が待望されているところである(第1-12図)。

第1-12図 特定死因の平均寿命、生産年齢人口への影響

第1-12図 特定死因の平均寿命、生産年齢人口への影響  
(昭和49年)



厚生省統計情報部調べ

- (注) 1. 生産年齢人口への影響とは当該死因を除去したときの20~59歳定常人口の増加率である。  
2. 平均寿命への影響とは当該死因を除去したときの平均寿命の伸びである。

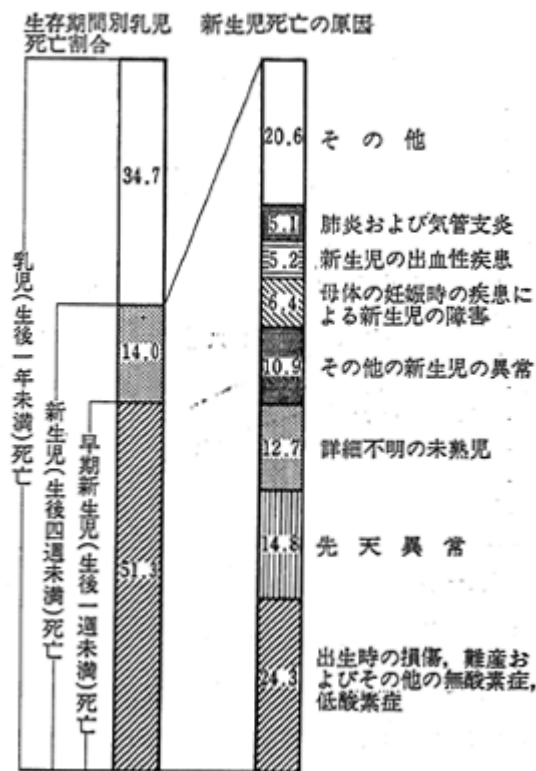
乳児の死因は、先天異常に続いて「出生時損傷、難産及びその他の無酸素症、低酸素症」、「肺炎・気管支炎」となっているが、乳児死亡の過半数を占める新生児死亡(生後4週未満の死亡)では、多くが先天性のもの及び周産期損傷によるもので占められている。

他方、20~34歳の女子の死因では、妊娠・分べん及び産じょくの合併症が第4位となっており、母子保健特に、妊産婦保健の重要性が示唆される(第1-13図)。

第1-13図 生存期間別乳児死亡割合と新生児死亡の原因



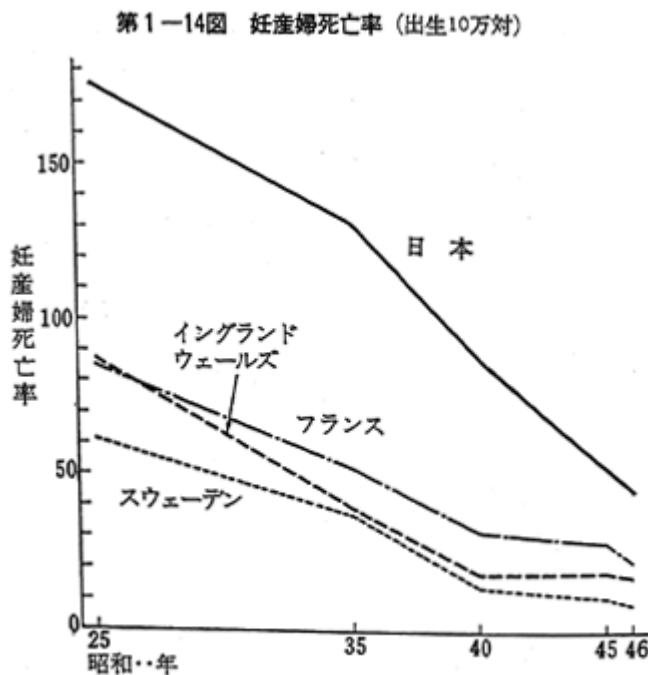
第1-13図 生存期間別乳児死亡割合と新生児死亡の原因  
(昭和48年)



資料：厚生省統計情報部「昭和48年人口動態統計」

妊産婦の保健水準の指標の一つである妊産婦死亡率は、年々低下しているが、欧米諸国と比較すると2~4倍の高率であり、妊産婦の健康管理になお努力する必要がある(第1-14図)。

第1-14図 妊産婦死亡率(出生10万対)



資料：WHO「World Health Statistics Annual」

厚生白書(昭和50年版)

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

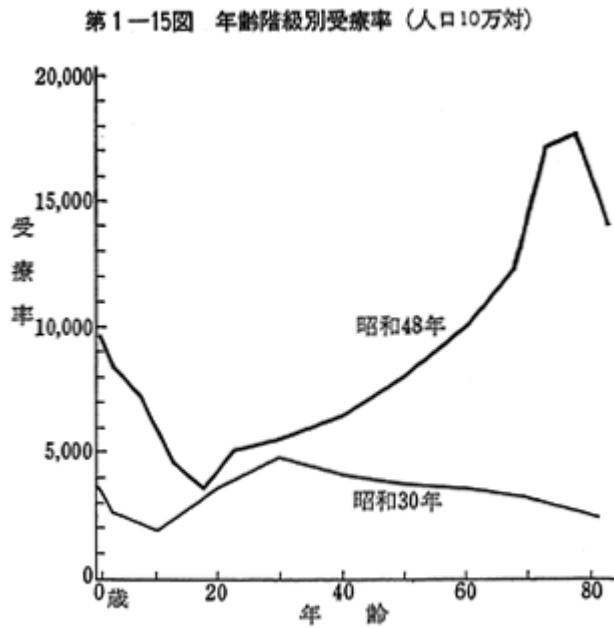
第3節 医療保障

1 保健衛生水準の向上

(2) 患者の動向

死亡率の総合的な低下は、直接的には医療の進歩と医療保障の拡充に負うとあってよいであろう。このことは、死亡率は低下したものの、傷病は減少していないということでもうかがえる。医療機関を訪れる患者の数は、年々増加の一途をたどり、30年に人口10万対受療率3,338であったものが、48年には、2倍以上の7,184となっている。特に、乳幼児と高齢者の受療率の増加が著しい(第1-15図)。

第1-15図 年齢階級別受療率(人口10万対)



資料：厚生省統計情報部「昭和48年患者調査」

傷病大分類における動向は、受療率811から432に減少した結核を主体とする伝染病及び寄生虫病以外は、横ばい若しくは増加の傾向を示している。

患者の最も多い疾患は、消化器系の疾患であり、呼吸器系、神経系及び感覚器、循環器系と続いている。消化器系の疾患の58%は歯及び歯の支持組織の疾患(むし歯、歯槽膿ろう等)であり、呼吸器系の疾患は、急性鼻咽頭炎、急性咽喉炎及び扁桃炎、急性気管支炎が主で54%、神経系及び感覚器の疾患では、結膜炎、中耳炎、神経痛が主で54%、循環器系の疾患では、高血圧性疾患、脳血管疾患が主で69%となっており、上位3分類の大半は生命に危険の少ない疾患である。脳血管疾患、悪性新生物、心疾患を含む大分類である新生物、循環器系の疾患を合わせても、全体の12%にすぎない。

また、平均在院日数、外来受診回数を諸外国と比較してみると、いずれも数倍の値となっている(第1-14表)。

第1-14表 医療機関利用状況

第1-14表 医療機関利用状況

	平均在院日数 (短期, 一般病院)	年間外来受診回数
ア    メ    リ    カ	8.8(1971)	4.3(1964)
イ    ン    グ    ラ    ン    ド    ・    ウ    ェ    ー    ル    ズ	13.2(1971)	5.9(1967)
ス    ウ    ェ    ー    デ    ン	12.9(1971)	3.2(1968)
西    ド    イ    ツ	17.3(1971)	10.2(1964)
フ    ラ    ン    ス	17.8(1970)	4.1(1970)
日                      本	34 (1974)	政管健保本人 20.6(1970)

資料: WHO「World Health Statistics 1971年, Vol. III」WHO「Principle of Health Planning in the USSR, 1970」等

日本は、「病院報告」、「政府管掌健康保険事業年報」、「国民健康保険事業年報」

このことは、医療費保障制度の充実により、国民が医療を受けやすくなったことによるが、また、一般の保健衛生に対する意識の向上を示しているといえよう。

しかし、一方において、このような患者数の増加が、医療供給体制に重圧となって現われ、そのために診療が制約を受けていることも事実であり、今後の医療体制の充実とともに、医療資源の効率的活用を図ることが大きな課題となっている。

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

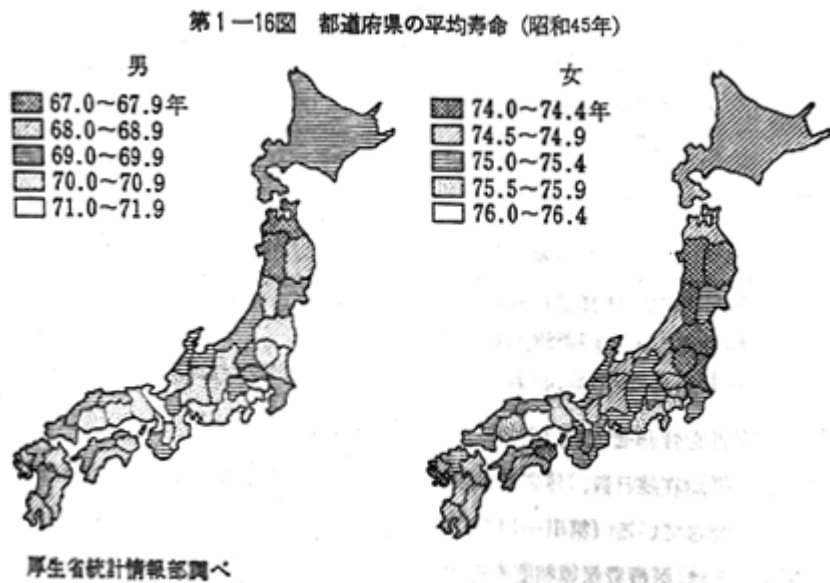
第3節 医療保障

1 保健衛生水準の向上

(3) 保健衛生水準の地域格差

45年の都道府県別平均寿命をみると、男では、東京71.30、京都71.08、神奈川70.85、愛知70.74、岐阜及び岡山70.69が、女では、岡山76.37、神奈川75.97、東京75.96、静岡75.88、広島75.80が長い。短命なのは、男では、秋田67.56、青森67.82、高知68.02、岩手68.03、鹿児島68.14、女では、岩手74.13、秋田74.14、栃木74.27、徳島74.30、長崎74.37である。男女とも長命なのは、東京、岡山、神奈川、京都、愛知など、東海及び中国の瀬戸内側の都府県であり、短命なのは、東北、四国、九州の県が多い(第1-16図)。

第1-16図 都道府県の平均寿命(昭和45年)

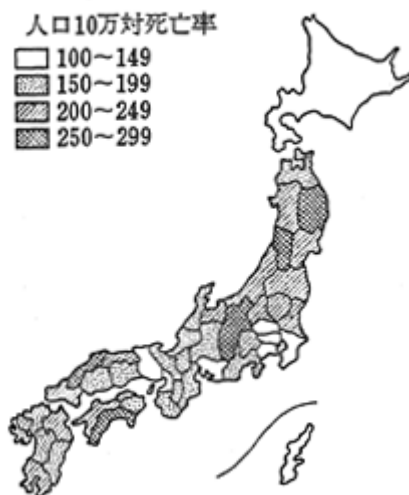


東京と秋田の差は、男3.74年、女1.82年であり、我が国全体の年平均の伸びが0.3年であることからみると、両者の差は相当大きいものである。

脳血管疾患は、49年の人口10万対死亡率でみると最低の神奈川(103.8)と、最高の高知(290.0)の間で2倍以上の差がある(第1-17図)。

第1-17図 脳血管疾患死亡率

第1-17図 脳血管疾患死亡率  
(昭和49年)

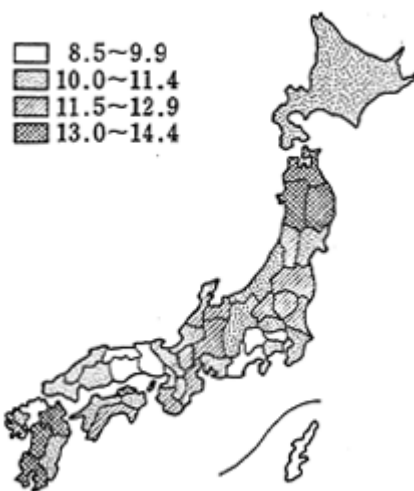


資料：厚生省統計情報部「人口動態統計  
月報(概数)年計分」

乳児死亡率の最低県は、山梨と岡山(8.7),最高県は岩手(14.0)であるが、脳血管疾患ほどの大きな差ではない(第1-18図)。

第1-18図 乳児死亡率

第1-18図 乳児死亡率  
(昭和49年)



資料：厚生省統計情報部「人口動態統計  
月報(概数)年計分」

このような地域差は、傷病の種類によっても異なり、それが生じた理由を明確に示すことは難かしいが、これに対処する保健医療供給体制についても、各地域の特性に十分な考慮を払い、その整備拡充を図ることが必要であろう。

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

第3節 医療保障

2 保健医療供給体制の整備

(1) 保健予防体制の進展

医学・医術の進歩,公衆衛生の進展によって我が国の疾病構造は大きく変化し,39年には成人病が死因の5割を超え,今日に至っている(第1-15表)。

第1-15表 成人病が総死亡に占める割合の年次推移

第1-15表 成人病が総死亡に占める割合の年次推移				
	脳血管疾患	悪性新生物	心疾患	計
	%	%	%	%
昭和10年	9.9	4.3	3.4	17.6
25	11.7	7.1	5.9	24.7
30	17.5	11.2	7.8	36.5
35	21.2	13.3	9.7	44.2
36	22.4	13.9	9.8	46.1
37	22.7	13.8	10.2	46.7
38	24.6	15.1	10.1	49.8
39	24.8	15.5	10.2	50.5
40	24.7	15.2	10.8	50.7
41	25.7	16.4	10.6	52.7
42	25.5	16.7	11.2	53.4
43	25.5	16.8	11.8	54.1
44	25.6	17.1	12.0	54.7
45	25.4	16.8	12.5	54.7
46	25.8	17.9	12.5	56.2
47	25.8	18.6	12.6	57.0
48	25.4	18.5	13.3	57.2
49	25.1	18.8	13.8	57.7

資料：厚生省統計情報部「人口動態統計」

(注) 昭和10年及び昭和48年以降は沖縄県を含む。

これに対して公衆衛生行政においては成人病対策の推進に力が注がれ,この10年間に大きな進展をみせている。

がん等の成人病は,いまだその原因,予防方法等不明な点も多いが,早期発見,早期治療が極めて重要であるので,胃がん検診車については41年度から,子宮がん検診車については42年度から国の助成が行われ,その整備が進められてきたが,49年度にはこれらの検診車により検診を受けた者が約380万人に達した(第1-16表)。また、循環器疾患についての検診事業の推進も図られ,49年度には約620万人が受診した。とりわけ,受診の機会に恵まれず高血圧の発生が多い農村部については,健康管理指導車の配備,農村検診センターの設置により,保健対策の充実が図られた。

第1-16表 がん集団検診実施状況(検診車による場合)

第1-16表 がん集団検診

		42年度	43	44
胃 が ん	検診数	1,334,933	1,565,845	1,825,861
	要確定診断数	220,996	274,768	317,241
	確定診断結果			
	胃がん	1,839	2,139	2,139
	胃ポリープ	2,656	3,238	4,056
	胃潰瘍	19,771	23,963	28,603
その他	70,243	98,802	86,591	
	患者発見率(1,000人対)	1.38	1.37	1.27
子宮 が ん	検診数	172,968	305,507	418,632
	子宮がん患者数	392	687	904
	患者発見率(1,000人対)	2.27	2.25	2.16

厚生省公衆衛生局調べ

実施状況(検診車による場合)

45	46	47	48	49
2,165,287	2,400,550	2,627,156	2,707,926	2,833,656
338,581	389,882	398,664	435,719	448,114
2,360	2,521	2,519	2,721	2,847
4,393	5,486	5,630	6,763	7,393
32,719	33,320	32,841	35,336	34,020
93,267	103,386	103,231	140,162	133,310
1.09	1.05	0.96	1.00	1.00
557,734	631,504	731,302	892,471	1,006,803
1,040	1,126	1,352	1,605	1,636
1.86	1.78	1.85	1.80	1.62

また、人口の老齢化の進行により、老人の健康の確保が一段と重要な課題となり、38年度から老人健康診査が実施され、更に、44年度からはねたきり老人に対する訪問診査が実施された。

母子保健は、30年代に3歳児健康診査の実施、母子保健センターの設置等の母子保健対策が進展したこともあり、乳幼児死亡率は欧米水準に達したが、なお地域格差が大きいことや妊産婦死亡率が欧米の数倍に当たることなどから、母子保健対策の一層の進展を期して40年に母子保健法が制定された。その後この法律に基づく施策を中心としてきめ細かい母子保健対策が進められている。

なお、現在行われている主な対人保健サービスをライフステージ別にみると第1-17表のとおりである。

第1-17表 主な対人保健サービス一覧



第1-17表 主な対人保健サービス一覧

ライフステージの区分	ライフステージごとの保健サービス	全世代に共通の保健サービス
児 童	乳児健康診査, 保健指導 3歳児健康診査, 保健指導 定期の子防接種(痘そう, 急性灰白髄炎等) 結核検診 就学時の健康診断	栄養改善指導 歯科衛生指導, 検査 精神衛生相談, 訪問指導 予防接種
成 人	梅毒血清反応検査(結婚, 妊娠時等) 妊産婦健康診査, 保健指導 がん検診 循環器集団検診 結核検診	
老 人	老人健康診査	

これら保健対策の充実とともに,積極的に健康増進を図る対策の重要性が認識され,47年度から国民個々人の健康状態について綿密な検査を行い,栄養,運動,休養を中心とする生活の処方を与え,併せて,その実施について指導,助言を行う施設として健康増進センターの整備が進められている。

このほか,近年大きな進展をみたものに難病対策がある。いわゆる難病については,30年代後半のスモンを契機に社会的関心が高まり,その原因究明と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,ベーチェット,全身性エリテマトーデス等の特定疾患について調査研究と実質的には治療費の軽減を図るための治療研究事業が始められ,その後毎年事業の拡大が図られ,50年度には調査研究対象疾患が40疾患,治療研究対象疾患が15疾患となっている。

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

第3節 医療保障

2 保健医療供給体制の整備

(2) 医療施設の整備

医療施設の整備の最近の動向をみると第1-18表にみられるように病院数は逐年増加しており、39年末の6,838施設から49年末の8,273施設へこの10年間に1,435施設、約21%の増加があった。

第1-18表 医療施設数(率)・病床数(率)の年次推移

第1-18表 医療施設数(率)・

		病 院 数	病 院		
			人口10万対病床数	一 般 病 床	
実 数	39年	6,838	833,606	857.7	415,462
	42	7,505	963,113	960.8	510,522
	45	7,974	1,062,553	1,024.6	601,978
	48	8,188	1,125,606	1,035.4	673,836
	49	8,273	1,146,785	1,042.1	698,856
指 数	39年	100.0	100.0	100.0	100.0
	42	109.8	115.5	112.0	122.9
	45	116.6	127.5	119.5	144.9
	48	119.7	135.0	120.7	162.2
	49	121.0	137.6	121.5	168.2

資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」

病床数(率)の年次推移

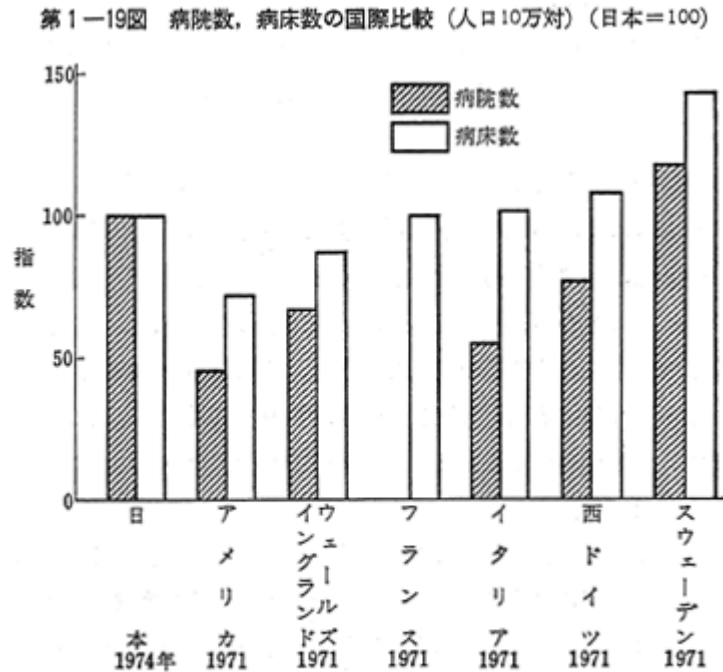
病 床 数				一 般 診 数	歯 科 診 数
精 神 病 床	結 核 病 床	ら い 病 床	伝 染 病 床		
153,639	227,454	13,230	23,821	63,296	28,158
210,627	204,945	13,230	23,789	66,869	29,153
247,265	176,949	13,217	23,144	68,997	29,911
268,669	147,304	14,261	21,536	71,927	31,163
273,710	138,885	14,176	21,158	73,047	32,011
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
137.1	90.1	100.0	99.9	105.6	103.5
160.9	77.8	99.9	97.2	109.0	106.2
174.9	64.8	107.8	90.4	113.6	110.7
178.2	61.1	107.2	88.8	115.4	113.7

また、病院病床数は39年末の83万3,606床から49年末の1,14万6,785床へこの10年間に31万3,179床、約38%増加した。これを病床の種類別にみると国民の疾病構造の変化に対応して結核病床が激減し、一般病床及び精神病床が増大している。

一方,診療所についてみると,この10年間に毎年増加しており,一般診療所は約15%,歯科診療所は約14%増加している。

このように我が国の医療施設については着実に整備が進められており,第1-19図にみられるように国際的にも主要国と比肩し得る水準にある。

第1-19図 病院数,病床数の国際比較(人口10万対)(日本=100)

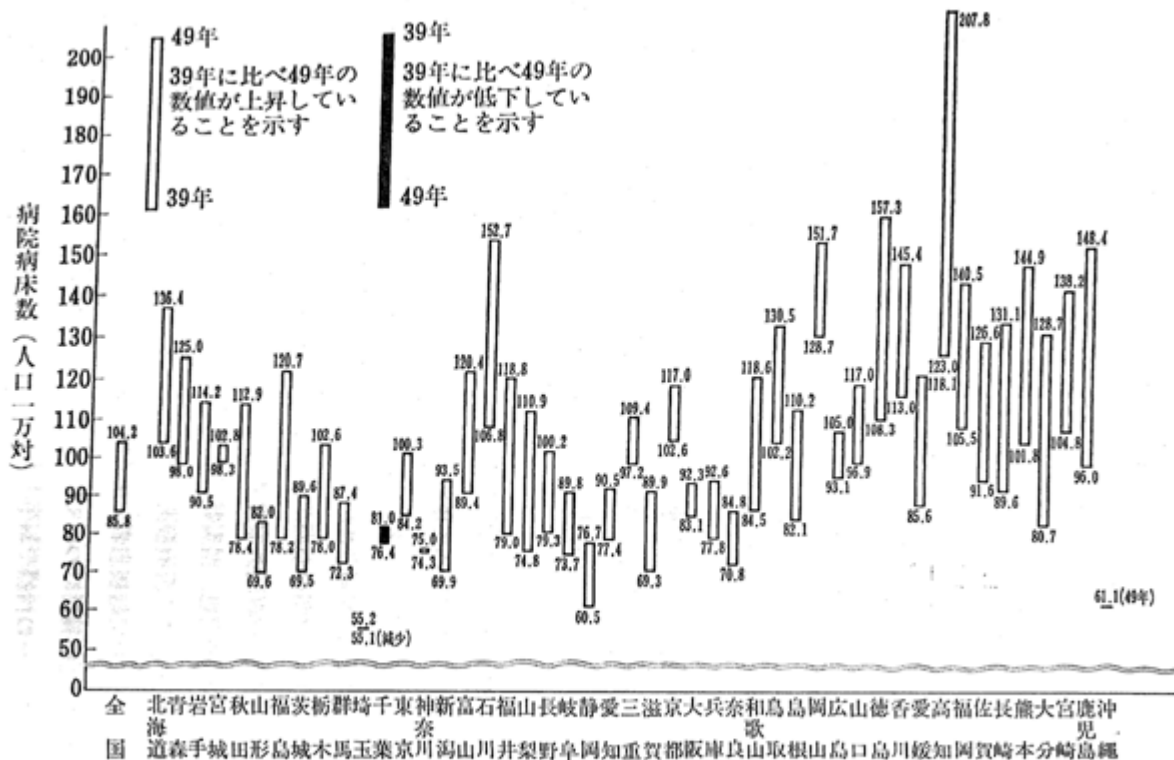


資料: WHO「World Health Statistics Annual 1971年 Vol. III」  
厚生省統計情報部「医療施設調査」

しかし,医療施設の偏在などによる保健医療供給体制の地域的格差はいまだ是正されておらず,医療機関を利用することが極めて困難な状況にある無医地区の人口が48年で76万7,340人を数えている。また,第1-20図に示されるように,大都市近県においては人口1万対病床数は10年前と比べて,ほとんど増加しておらず,人口の急増に医療施設の整備が追いつかない状況にある。

第1-20図 都道府県別人口1万対病院病床数(昭和39年・49年)

第1-20図 都道府県別人口1万対病院病床数(昭和39年・49年)



資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第3節 医療保障

#### 2 保健医療供給体制の整備

#### (3) 各種医療対策の進展

一般的な医療施設の整備と並行してへき地医療,救急医療,がん等の高度専門医療等特殊診療機能の整備が進められてきた。

##### ア ヘき地医療,救急休日夜間医療対策

離島,山村等のへき地における医療の確保については,31年度から3次にわたる年次計画により,へき地診療所の整備,患者輸送車(艇)等の機動力の整備,医師の派遣,へき地勤務を希望する医歯学生に対する修学資金の貸与等の施策が進められてきたが,50年度からは,道路網の整備等による生活圏の広域化などへき地を取り巻く情勢の変化を考慮し,新たにへき地中核病院を拠点とする無医地区等に対する巡回診療及びへき地診療所に対する診療の援助,保健婦の駐在する保健指導所の設置といった体系的有機的なへき地医療対策が講じられることとなった。

救急医療については,39年に救急告示医療機関の制度を設けることにより交通事故その他の不慮の事故による救急患者を受け入れる医療機関の体制の整備が図られ,更に,42年以降,公的医療機関を中心として頭部外傷等に関し高度の診療機能を有する救急医療センターの整備が進められてきたが,近年交通事故件数が減少する一方,特に,都市部において休日や夜間の通常の診療時間外の受療が困難を伴うという事態が生じてきた。そこで,この対策として,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,休日夜間診療所の設置等により休日夜間診療体制整備の促進が図られている。

##### イ がん診療対策

がんは35歳から64歳の壮年期の死亡原因の第1位であり,がん制圧は国民の健康を確保する上で極めて重要な課題である。このため,国立がんセンターを中核として全国9ブロックごとに1か所の地方がんセンター,各都道府県にがん診療専門施設が整備され,更に,48年度からはよりきめ細かくがんの診断機能を有する医療機関の整備が進められている。

##### ウ 小児等高度専門医療対策

このほか小児疾患,循環器疾患,腎疾患等についてもそれぞれの分野の専門的診療機能を有する医療機関の整備が進められている。

また,主として結核患者,精神病患者等長期の療養を必要とする患者の診療に当たる国立療養所については,近年,一部結核病床を転換整備して進行性筋ジストロフィーの治療や脳卒中等のリハビリテーションを担当するという措置が講じられている。

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

第3節 医療保障

2 保健医療供給体制の整備

(4) 保健医療従事者の状況

保健医療従事者は保健医療サービスを供給する上で欠かすことのできない高度の専門技術者であり、多くの職種は法律によって資格が定められている。

これら保健医療従事者は、近年の医療の高度化、保健医療需要の増大、労働条件の改善等により不足する傾向にあるため、この10年間大幅な養成定員の増加が図られ、医師97.2%、歯科医師94.7%、看護婦・准看護婦112.0%の養成定員の増加をみた(第1-19表)。

第1-19表 医師・歯科医師等入学定員数(1学年)の年次推移

	医 師		歯 科 医 師		保 健 婦		助 産 婦		看 護 婦・ 准 看 護 婦	
	実 数	指 数	実 数	指 数	実 数	指 数	実 数	指 数	実 数	指 数
40年	3,560	100.0	1,140	100.0	1,130	100.0	615	100.0	29,492	100.0
41	3,820	107.3	1,160	101.8	1,165	103.1	655	106.5	34,310	116.3
42	3,860	108.4	1,240	108.8	1,175	104.0	710	115.4	37,999	128.8
43	3,980	111.8	1,260	110.5	1,770	103.5	735	119.5	40,407	137.2
44	4,040	113.5	1,260	110.5	1,200	106.2	820	133.3	43,083	146.1
45	4,380	123.0	1,460	128.1	1,285	113.7	965	156.9	47,151	159.9
46	4,720	132.6	1,700	149.1	1,510	133.6	1,150	187.0	50,783	172.2
47	5,600	157.3	2,060	180.7	1,610	142.4	1,220	198.4	53,516	181.5
48	6,200	174.2	2,180	191.2	1,770	156.6	1,315	213.8	56,764	192.5
49	6,840	192.1	2,180	191.2	1,845	163.3	1,340	217.9	59,550	201.9
50	7,020	197.2	2,220	194.7	1,990	176.1	1,390	226.0	62,528	212.0

医師歯科医師は文部省調べ、その他は厚生省医務局調べ

(注) 各年4月時点の調べである。

この結果、これら保健医療従事者は第1-20表に示されるように、高齢化に伴う開業助産婦の減少が著しいため助産婦が減少しているほかは、いずれの職種も着実に増加しているが、なお、一部の職種を除いては不足している現状にある。

第1-20表 医療従事者数(率)の年次推移

第1—20表 医療従事者数(率)の年次推移

	実 数						人口10万対比率		
	医 師	歯科医師	薬剤師	保健婦	助産婦	看護婦(士) 准看護婦(士)	医師	歯科 医師	薬剤師
39年	108,102	35,079	66,600	13,716	46,714	214,105	111.2	36.1	68.5
40	109,369	35,558	68,674	13,752	46,349	229,434	111.3	36.1	69.9
41	110,759	36,022	70,810	13,924	46,432	246,253	111.6	36.4	71.5
42	111,657	36,524	72,101	13,606	34,528	253,075	111.4	36.4	71.9
43	113,630	36,943	74,336	13,560	32,814	266,575	112.1	36.4	73.3
44	115,974	37,406	76,087	13,759	31,938	282,539	113.0	36.4	74.1
45	118,990	37,859	79,393	14,007	31,541	303,703	114.7	36.5	76.5
46	123,178	39,218	83,246	14,276	31,226	319,219	117.3	37.3	79.3
47	125,302	40,293	85,140	14,735	30,246	334,146	116.7	37.5	79.3
48	126,327	40,490	87,651	15,003	29,229	354,898	116.2	37.2	80.6

資料：医師、歯科医師、薬剤師については、「医師、歯科医師、薬剤師調査」

保健婦、助産婦、看護婦(士)准看護婦(士)については、「衛生行政業務報告」、「医療施設調査」、「病院報告」

(注) 医師、歯科医師、薬剤師については届出数、保健婦、助産婦、看護婦(士)、准看護婦(士)については就業者数である。

また、保健医療従事者も地域によってかなりの不均衡がみられ、例えば、医師について大都市、その他の市、町村の別でみると、48年末における人口10万対医師数は、10大都市166.3、その他の市121.0、町村61.9となっており、大都市に集中している。

一方、保健医療サービスの高度化、多様化に対応して、この10年間に新たに理学療法士(40年)、作業療法士(40年)、診療放射線技師(43年)、臨床検査技師(45年)、視能訓練士(46年)の資格が法制化されている。



## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第3節 医療保障

#### 2 保健医療供給体制の整備

#### (5) 保健医療供給体制の問題点

前述のように我が国の保健医療供給体制は、この10年間にかなりの進展をみ、全体としては主要国と比肩する一応の水準にあると言えるが、今なお解決の急がれている課題は多い。

保健面では、成人病対策の一層の拡充が必要であるとともに、国民の健康水準の向上を図るために、単に疾病対策にとどまらず積極的な健康増進対策のより一層の推進が必要である。

医療面では、無医地区に象徴される受療機会の地域的不均衡、看護婦、リハビリテーション従事者、歯科医療従事者の不足、救急、休日夜間医療の確保等の問題の解決を迫られている。更に、医学の進歩、医療の高度化、医薬品、医療機器の安全性の問題等に適切に対応し、医療資源の充実と医療の質的向上を図り、増大し多様化する医療需要にこたえる必要がある。

なお、今後これらの保健医療供給体制をめぐる諸問題に適切に対処し、保健医療供給体制の整備を促進するに当たっては、限られた保健医療資源を効率的に活用し、一貫した保健医療サービスを供給できる体制を確立するための方策、例えば、地域における関係機関の有機的連携の強化を図るなど施策の推進に真剣に取り組む必要がある。

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第3節 医療保障

##### 3 医療費保障の進展

###### (1) 医療保険制度の沿革

我が国に初めて医療保険の考え方が紹介されたのは、明治10年代のことであった。その後次第に研究が進められ、それまでの断片的な紹介にとどまらず、これを我が国にも実施すべきであるという主張が行われるようになった。明治30年代に入り、我が国の経済も急激に膨張し、産業の近代化が進む中で、一部民間大企業において労働者の疾病、死亡等の事故に対し、一定金額を給付する共済組合の制度が発足するに至った。明治40年代には、鉄道現業員の共済組合をはじめ、印刷、専売、逓信、造幣、土木等の官業の現業労働者のための共済組合制度があい次いで発足した。

これらの共済組合制度は、厳密な意味での社会保障制度とは称しえないものであるが、その前駆として重要な意義を持っている。

その後、第1次世界大戦を経て、大正11年に健康保険法が制定されるに及んで、初めて社会保険の名に値する制度が発足したのである。

この法律の目的は、当時における政府の提案理由によれば、労働者の生活上の不安を除去し、労働能率の増進を図るとともに、国家産業の健全な発展を期そうとするものであった。発足時の適用対象は、工場法又は鉱業法適用事業の常用労働者及び年収1,200円以下の職員を強制被保険者とし、一定範囲の事業の労働者を任意包括被保険者として加入することを認めたが、昭和10年に強制被保険者の範囲が拡大され、工場法、鉱業法が適用されない事業所に使用される労働者もかなりの部分が、強制被保険者とされた。一方、農山漁村の住民や中小商工業者等を対象としたものとして、昭和13年に国民健康保険が創設され、14年には、一般俸給者のための職員健康保険が採用され、また、船員保険法が設けられ15年6月より全面実施された。こうした中で、制度の整備統合の問題が起こり、17年に職員健康保険法は健康保険法に統合、同時に健康保険の内容についても整備が行われ、我が国の医療保険制度は発展の基盤が築かれていった。

一応の展開を遂げた各種の制度も、終戦後のインフレーションの進行に対応するため、診療報酬の引上げと財源確保のための標準報酬の改定を繰り返すことを余儀なくされ、国民健康保険においては、23年には数多くの組合の事業運営が困難となり、事業を休廃止するもの等が続出するに至ったことを契機に、市町村公営を原則とすることとなった。

25年の朝鮮動乱の前後から産業界も戦後の混乱から脱し、各制度とも適用拡大、内容整備等が図られ、28年には日雇労働者健康保険法が制定された。こうして各制度の整備が行われるうちに国民皆保険の実現について要望が強まり、国民健康保険の普及により、36年4月に国民皆保険の体制が実現した。

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

第3節 医療保障

3 医療費保障の進展

(2) 医療費保障の概況

我が国の社会保障は、最近ますます高まってきた要請を反映してその規模は大きなものとなりつつあるが、とりわけ、医療費保障は、36年に皆保険体制が実現し、その後も逐次給付の改善が行われ、また、老人医療や難病など各種公費負担医療制度も拡充されて、社会保障諸制度の中では最も充実した部門となっている。

48年度の国民医療費の総額は3兆9,496億円であり、1年間に国民1人当たり3万6,332円かかったことになる(第1-21表)。これは国民が医師又は歯科医師の治療を受け、これに対して医療保険、公費負担あるいは全額を自費で支払った額の総額である。

第1-21表 国民医療費と国民総生産・国民所得の年次推移

	医 療 費		国民1人当 たり医療費 (円)	医療費の占める割合	
	総 額 (億円)	対前年度比		対国民総生産 (%)	対国民所得 (%)
30年度	2,388	1.11	2,675	2.69	3.27
31	2,583	1.08	2,862	2.60	3.16
32	2,897	1.12	3,180	2.58	3.10
33	3,230	1.12	3,511	2.74	3.36
34	3,625	1.12	3,899	2.66	3.29
35	4,095	1.13	4,384	2.53	3.09
36	5,130	1.25	5,441	2.58	3.26
37	6,132	1.20	6,443	2.83	3.46
38	7,541	1.23	7,843	2.95	3.66
39	9,389	1.25	9,661	3.17	4.01
40	11,224	1.20	11,421	3.42	4.30
41	13,002	1.16	13,126	3.38	4.26
42	15,116	1.16	15,080	3.34	4.17
43	18,016	1.19	17,766	3.38	4.20
44	20,780	1.15	20,244	3.34	4.17
45	24,962	1.20	24,032	3.42	4.22
46	27,250	1.09	25,949	3.34	4.14
47	33,994	1.25	31,672	3.59	4.45
48	39,496	1.16	36,332	3.43	4.31

資料：厚生省統計情報部「国民医療費」

ただし、この中には、正常な妊娠、分娩の費用、健康診断、予防接種の費用、固定した身体障害のために必要とした義眼、義肢などの費用、入院の際の室料差額、歯科差額等の費用は含まれていない。また、買薬、あん摩マッサージ指圧師、はり師など医師、歯科医師以外による治療費も除外されている。

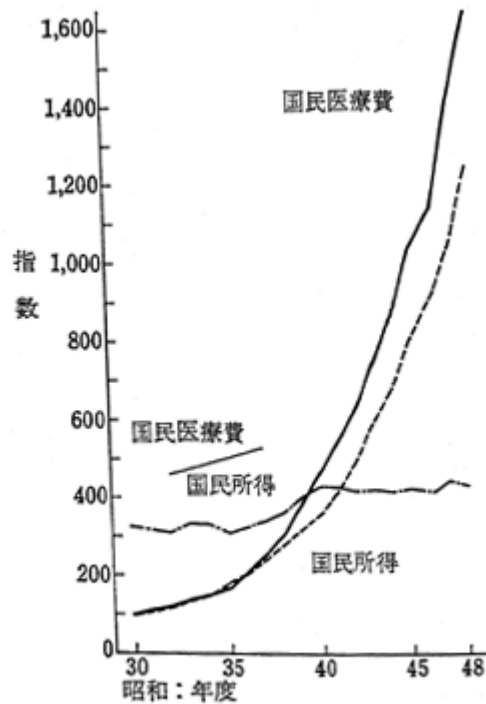
30年度の国民医療費は2,388億円であったことから、医療費はこの18年間に16.5倍に増加したことになる。1人当たり医療費では30年度は2,675円であるから13.6倍になる。一方、この間の国民所得の伸びは総額で12.6倍、1人当たりでは10.3倍であるから、医療費の伸びはこれを上回っていることになる。

医療費増加の主な要因としては、国民皆保険とその後の医療保障給付の改善、施設、設備の拡充、人口の年齢構成の老齢化による受診率の増加、診療報酬の改定、医療水準の向上、医療設備の近代化などが挙げられる。

国民医療費と国民所得の動向を年次を追って観察するため、両者の30年度を基準とする指数をとると第1-21図のとおりであって、35年度ごろまでは、医療費の伸びが国民所得のそれをわずかに下回っていた。しかし、国民皆保険が達成された36年度ごろから医療費も国民所得も急速に増加したが、これを国民所得に対する医療費の割合で見ると、36年度ごろまでは3~3.5%であったが、その後増加傾向を続けて39年度には4%を超え、40年度以降は4.3%前後を保っている。

第1-21図 国民医療費と国民所得の動向(30年度=100)

第1-21図 国民医療費と国民所得の動向 (30年度=100)



厚生省企画室調べ

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第3節 医療保障

#### 3 医療費保障の進展

#### (3) 皆保険の達成とその後の改善状況

疾病、負傷、死亡又は分べんなど短期的な経済的出費について保険給付をする医療保険は、36年の国民健康保険の全国普及達成により、国民皆保険の体制が整った。

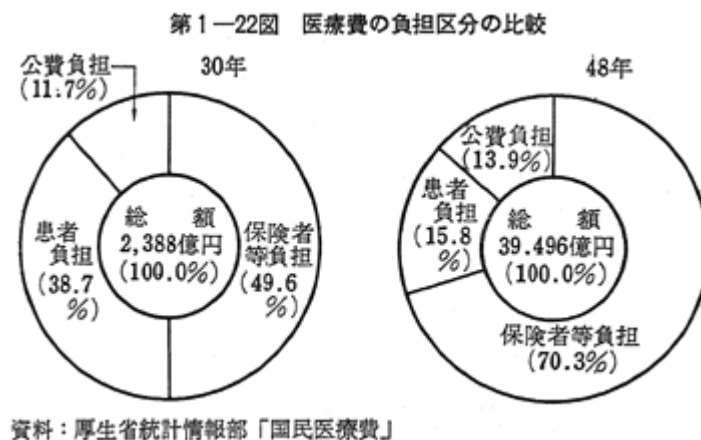
医療保険における給付内容の改善については、まず、国民健康保険について36年10月1日に世帯主の結核、精神病についての7割給付の実施、38年10月1日に世帯主の全疾病についての7割給付の完全実施、42年度に世帯員についての7割給付の全面実施という改善が行われてきた。

また、被用者保険における給付内容の改善については、48年の第71回国会において健康保険法の改正が成立し、国民皆保険達成以来の懸案であった家族の7割給付と医療費の自己負担分のうち月額3万円を超える部分を償還する高額療養費支給制度が発足した。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50年10月1日から法定給付として全面実施されている。

次いで、日雇労働者健康保険については、49年の第74回国会において日雇労働者健康保険法の改正が成立し、他の被用者保険と足並みをそろえた給付割合となった。

以上のように医療保険における給付内容の改善は、医療費の負担区分においても明らかとなっている。すなわち、国民医療費に対する保険者等の負担割合をみると30年度では、1,185億円で49.6%であったが、その後の給付改善により、48年度には2兆7,767億円で70.3%と大幅に増加している(第1-22図)。

第1-22図 医療費の負担区分の比較



総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

第3節 医療保障

3 医療費保障の進展

(4) 公費負担医療の拡充

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により医療費保障の充実が図られてきた。医療保険によらず、国や地方公共団体が一般財源で医療費を賄う公費負担医療は、初め最低生活の保障を本質とする医療扶助、児童福祉等の観点からする措置医療、社会防衛的な性質を持つ伝染病予防法、結核予防法、精神衛生法等の医療費公費負担などを中心として行われ、更に、戦傷病者特別援護法における国家補償的な性質を持つ医療費公費負担などとして行われてきた。

近年になって、老人、妊産婦、3歳児の健康診査、がんなどの予防措置にも広げられ、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46年度から、腎炎、ネフローゼ、小児ぜんそくについては47年度から、その他の小児慢性疾患については49年度から一層の充実を図った。また、各種の難病患者については47年度から定額補助が行われ、48年度から医療保険の自己負担分について公費負担が行われた。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た。

公費負担は30年度当時は医療費総額の11.7%であったが、その後次第にシェアを増し、48年度では13.9%となっている(第1-22表)。

第1-22表 国民医療費推計額百分率の年次推移

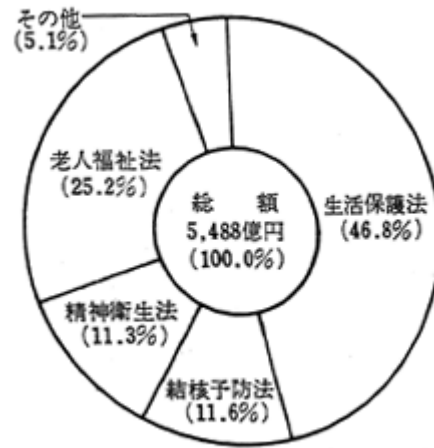
	30年度	35	40	45	46	47	48
医療費	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
公費負担分	11.7	11.0	13.1	11.3	11.8	13.6	13.9
保険者等負担分	49.6	59.0	66.3	69.4	69.3	68.8	70.3
医療保険	47.7	56.6	64.1	66.9	66.9	66.5	68.2
その他	1.9	2.3	2.2	2.5	2.4	2.3	2.1
患者負担分	38.7	30.0	20.6	19.3	19.0	17.6	15.8

資料：厚生省統計情報部「国民医療費」

これを更に細分すると、公費負担のうち生活保護法の占める割合は、30年度当時87.9%であったが、その割合は次第に減少し、48年度では46.8%となっている。これに次いで、結核予防法、精神衛生法その他の項となっていたが、47年度中に実施された老人医療費支給制度による負担が25.2%と大幅に増加し、生活保護に次いでいる(第1-23図)。

第1-23図 公費負担医療費の構成割合(48年度)

第1-23図 公費負担医療費の構成割合(48年度)



資料：厚生省統計情報部「国民医療費」

この結果、医療保険制度と各種公費負担医療制度と合わせて総合的にみると、国民に保障される医療費保障の水準は、諸外国との比較によっても、我が国の社会保障制度において最も充実した部門となるに至った。

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第3節 医療保障

#### 3 医療費保障の進展

#### (5) 医療費保障の問題点

我が国の医療費保障制度は、48年度の健康保険法等の法改正により格段の前進が図られるに至ったが、そこには、なお改善を要する問題が残されている。

なかでも、医療保険各制度間の格差の是正、なかんずく、加入者の保険料負担面における不均衡の是正の問題は、今後の重要な課題である。

医療保険における患者負担のあり方についても、国民に必要な医療を確保するという観点を第1とすべきことはいうまでもないが、給付財源の効率的な使用、また、医療資源の効率的な活用の観点からの議論もあり、今後とも十分検討する必要がある。

また、患者負担の問題に関連して、入院の際の室料及び歯科診療についてのいわゆる差額徴収や付添看護料の問題がある。それぞれ経緯があるもののその合理的な取扱いを期待する声は大きい。

更に、高額療養費支給制度の実施を契機として、医療保険制度と各種の公費負担医療制度とのあり方が改めて問題とされている。

なお、医療費保障全体のあり方の問題として最も関心を持たなければならないのは、医療資源との関連である。前述のように我が国の人的物的保健医療供給体制は次第に整備されてきているが、そこにはおのずから限界があるので、有効かつ合理的に活用することを考えなければならない。貴重な医療資源を最も必要とする場面に十分に投入できるためには、医療費保障の面でもそれなりの仕組みが不可欠であり、また、そのための工夫と努力が必要である。



## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第4節 社会福祉

##### 1 社会福祉の進展

我が国の社会福祉施策は、戦後、「児童福祉法」、「身体障害者福祉法」等が相次いで制定され、更に、30年代には「精神薄弱者福祉法」、「老人福祉法」、「母子福祉法」等の制定をみて、諸施策間の体系的整備が行われてきた。

40年代に入り、経済の高度成長等の社会情勢の変化と多様化する国民の要望を背景として、老人や重度心身障害児者のための家庭奉仕員派遣事業、日常生活用具の給(貸)与事業、各種福祉センターなどの利用施設の整備等、各般にわたってのきめ細かな福祉施策が実施されるようになった。また、46年には社会福祉施設緊急整備5か年計画が策定され、社会福祉施設の整備も促進されてきている。ところで、過去30年間の社会福祉施策は、当初最低の生活を保障することを最大の目標として出発した。このことは、自立の困難な者については、施設に収容しその福祉を図ることが中心となったために、施設整備とその運営費の確保に全力を集中する結果を招いた。しかしながら、後半においては、経済の成長に伴う福祉財源の拡大により、救貧的保障施策から防貧的保障施策に公の政策を広げることが可能となった。このような背景から、施設整備の急速な進ちょくと在宅対策に目を向けることができたものといえる。

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第4節 社会福祉

##### 2 財政支出からみた施策の動き

第1-23表は、国の社会福祉費及び地方財政の民生費を、一般会計、地方財政の歳出総額と比べたものであるが、そのいずれをみても、社会福祉施策のための支出の伸びが高く、また、都道府県と市町村の民生費の比較では、市町村の民生費のほうが高い伸びを示している。

#### 第1-23表 社会福祉費及び民生費の伸び

第1-23表 社会福祉費

	39年度	40	41	42
国費の一般会計支出済額中社会福祉費	268 (100)	435 (118)	515 (140)	632 (172)
国費の一般会計支出済額総額	33,110 (100)	37,230 (112)	44,592 (135)	51,130 (154)
地方費中民生費	2,663 (100)	3,084 (116)	3,583 (135)	4,238 (159)
都道府県	1,127 (100)	1,171 (104)	1,315 (117)	1,510 (134)
市町村	1,627 (100)	2,043 (126)	2,419 (149)	2,891 (178)
地方費総額	39,109 (100)	44,780 (115)	51,777 (132)	59,263 (152)
都道府県	23,868 (100)	27,090 (113)	31,023 (130)	35,328 (148)
市町村	15,776 (100)	18,277 (116)	21,396 (136)	24,373 (154)

資料：「決算(39～48年度)」、自治省「地方財政統計年報」

- (注) 1. 地方費は純計であり、都道府県別、市町村別は単純合計である。  
 2. 地方費の民生費には、国費の社会福祉費には含まれていない生活保護や災  
 3. ( )内は39年度を100とした場合の指数である。

及び民生費の伸び (単位：億円)

43	44	45	46	47	48
746 (203)	904 (246)	1,165 (317)	1,444 (392)	2,022 (549)	3,598 (978)
59,371 (179)	69,178 (209)	81,877 (247)	95,611 (289)	119,322 (360)	147,783 (446)
5,030 (189)	5,929 (223)	7,537 (285)	9,293 (349)	12,744 (479)	17,361 (652)
1,755 (156)	2,095 (186)	2,699 (240)	3,268 (290)	4,341 (385)	5,459 (484)
3,469 (213)	4,085 (251)	5,269 (324)	6,523 (401)	9,278 (570)	13,065 (803)
69,589 (178)	83,052 (212)	101,040 (258)	121,794 (311)	150,907 (386)	182,171 (466)
41,666 (175)	49,251 (206)	59,150 (248)	70,738 (296)	86,178 (361)	99,186 (416)
28,873 (183)	35,270 (224)	43,850 (278)	54,235 (344)	67,683 (429)	84,775 (537)

社会福祉費の主な項目ごとの伸びを比較すると、身体障害者保護費が最近著しく伸びているとともに、社会福祉施設整備費も比較的大きな伸びを示している(第1-24表)。

第1-24表 主な事項別社会福祉費支出済歳出額の伸びの推移

第1-24表 主な事項別社会福祉費支出済歳出額の伸びの推移

	39年度	40	41	42	43	44	45	46	47	48
児童保護費	100	122	146	185	218	267	349	428	560	714
老人福祉費	100	124	154	183	219	267	341	436	581	801
身体障害者保護費	100	145	172	199	246	296	374	465	653	1,023
社会福祉施設整備費	100	118	132	155	193	238	317	417	636	889

資料：「決算(39、44及び48年度)」

- (注) 1. 老人福祉費には、老人医療費は含まれていない。  
 2. 数字は39年度を100とした場合の指数である。

一方、地方費の民生費についても、主な項目ごとのここ10年間の決算額の推移(第1-25表)をみると、どの項目

においても5倍以上の伸びをみせているが、なかでも施設建設などのための普通建設事業費の伸びが大きかった。

第1-25表 民生費の性質別支出額の推移

第1-25表 民生費の性質別

	39年度	40	41	42
民生費	2,663 (100)	3,084 (116)	3,583 (135)	4,238 (159)
人件費	550 (100)	646 (117)	746 (136)	875 (159)
物件費	159 (100)	176 (111)	207 (130)	240 (151)
維持補修費	6 (100)	7 (117)	9 (150)	11 (183)
扶助費	1,480 (100)	1,735 (117)	2,029 (137)	2,389 (161)
補助費等	109 (100)	127 (117)	151 (139)	170 (156)
普通建設事業	194 (100)	228 (118)	263 (136)	339 (175)
災害復旧	—	—	—	—

資料：自治省「地方財政統計年報」

(注) ( )内は39年度を100とした場合の指数である。

支出額の推移

(単位：億円)

	43	44	45	46	47	48
	5,030 (189)	5,929 (223)	7,587 (285)	9,293 (349)	12,744 (479)	17,361 (652)
	1,038 (189)	1,265 (230)	1,603 (291)	2,027 (369)	2,625 (477)	3,498 (636)
	267 (168)	322 (203)	406 (255)	496 (312)	634 (399)	851 (535)
	12 (200)	14 (233)	18 (300)	21 (350)	28 (467)	36 (600)
	2,763 (187)	3,184 (215)	3,983 (269)	4,796 (324)	7,001 (473)	9,510 (643)
	182 (167)	219 (201)	281 (265)	371 (340)	482 (442)	648 (594)
	505 (260)	620 (320)	915 (472)	1,160 (598)	1,414 (729)	2,089 (1,077)
	—	—	—	—	—	—

また、48年度の民生費中の各目的別支出の割合をみると、社会福祉費18.8%、老人福祉費18.6%、児童福祉費34.3%、生活保護費28.1%、災害救助費0.2%となっており、児童福祉関係費のウェイトが高かった。

次に、社会福祉施策の対象となるグループごとの施策の内容の1例として、国費の老人福祉関係の支出を取り上げた場合、老人ホームの運営費など収容援護に要する費用である老人保護費と、老人家庭奉仕員の派遣に対する助成など在宅福祉を内容とする老人福祉費の額は、48年度には44年度に比べ、それぞれ3.0倍、3.2倍であり、老人福祉費の方が若干上回って伸びているが、絶対額では老人保護費の方がはるかに上回っている。

総論

第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

第4節 社会福祉

3 福祉施設の整備

我が国の社会福祉施策は、従来社会福祉各法に定める措置を行うための施設対策に重点が置かれ、施設整備は社会福祉行政にとって緊急の政策課題と考えられてきた。特に、常時介護を要する老人のための特別養護老人ホーム、重度の障害者のための身体障害者療護施設、保育に欠ける児童のための保育所等は、その需要の大きさに比べかなり不足しており、その整備が急がれていた。

こうした事情から、社会福祉施設緊急整備5か年計画では、このような施設の重点的整備が図られ、その結果第1-26表に示すように、これらの施設の定員数は近年飛躍的に増大してきている。

第1-26表 施設の種別別定員の推移

第1-26表 施設の種別		
	40年	45
総数	1,078,762	1,434,158
保護施設(医療保護施設を除く)	32,654	24,860
老人福祉施設	55,740	75,397
うち養護老人ホーム	51,569	60,812
特別養護老人ホーム	1,912	11,280
軽費老人ホーム	2,259	3,305
身体障害者更生援護施設	5,737	10,976
うち肢体不自由者更生施設	1,936	2,553
身体障害者療護施設	.	.
重度身体障害者更生援護施設	300	1,285
重度身体障害者授産施設	.	735
身体障害者福祉工場	.	.
婦人保護施設	2,487	2,224
児童福祉施設 (助産施設・母子寮を除く)	954,775	1,285,165
うち保育所	876,140	1,194,932
養護施設	36,749	34,241
精神薄弱児施設	15,124	23,582
精神薄弱児通園施設	2,440	3,930
重症心身障害児施設	368	2,922
救護院	6,276	5,538
精神薄弱者援護施設	4,920	13,579
その他の社会福祉施設 (無料低額診療施設を除く)	22,449	21,957

資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

- (注) 1. 老人福祉施設のうち老人福祉センターは定員がない。  
 2. 身体障害者更生援護施設のうち補装具製作施設、点字図書館及び点字出版  
 3. 児童福祉施設のうち児童館及び児童遊園は定員がない。  
 4. その他の社会福祉施設のうち盲人ホーム、隣保館、へき地保健福祉館、老

定員の推移

(単位：人)

46	47	48	49
1,526,236	1,633,351	1,760,156	1,887,794
24,109	23,502	22,771	22,293
81,937	90,034	99,625	110,067
63,306	65,503	67,770	69,837
14,751	20,183	26,503	33,955
3,880	4,348	5,352	6,275
11,589	12,827	14,178	15,261
2,438	2,497	2,679	2,438
.	574	724	1,474
1,564	1,520	1,896	2,186
1,053	1,371	1,996	2,065
.	200	285	385
2,201	2,263	2,255	2,203
1,368,886	1,463,457	1,575,924	1,690,685
1,276,967	1,367,822	1,477,457	1,591,632
34,181	34,628	34,583	34,569
24,587	25,861	26,481	26,731
4,135	4,930	5,968	6,463
3,309	3,491	4,067	4,229
5,211	5,481	5,487	5,409
16,809	19,841	23,394	27,187
20,705	21,427	22,009	20,098

施設は定員がない。

人憩いの家及び身体障害者福祉センターは定員がない。

また、比較的最近になって整備が始められた精神薄弱者のための援護施設の整備も、ここ数年でかなりの進ちょくがみられるなど、社会福祉施設全体をみても、比較的順調な伸びを示している。しかしながら、施設整備の地域的なアンバランスが存在するとともに、施設が地域に開かれ、地域ぐるみのコミュニティケアが進むことが期待されているのが現状である。

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第4節 社会福祉

##### 4 在宅福祉対策の展開

我が国の在宅福祉対策は、社会福祉施設の整備が進ちよくするとともに次の課題として重要性を増しつつあり、最近に至って各種の施策が実施されるようになってきた。

国が助成している在宅福祉対策としては、37年の老人家庭奉仕員の設置や児童扶養手当の支給を始め、老人クラブの助成、児童館への補助、特別児童扶養手当の支給などの実施、更に、40年代では、身体障害者に対する相談員やホームヘルパーの設置、老人のための就労あっせん事業への助成、児童手当の支給、身体障害者モデル都市事業への助成等、また、本年度から始まった身体障害者等への福祉手当の支給などがある。

このように在宅福祉対策に対する極めて強い需要にこたえて、きめ細かい施策が実施されてきたものであり、今後は社会福祉施策体系の整備を図る中で、その質的向上を推進することが望まれている。

## 総論

### 第1章 我が国の社会保障の現状と問題点

#### 第5節 まとめ

以上において、我が国の社会保障について、総体的水準、所得保障、医療保障、社会福祉サービスにわたって、その現状と問題点を考察してきたが、これを総括してみると次のとおりである。

1 社会保障全体としては、社会経済上、ますますその比重を高めていくものと考えられる中で、資源や財源の配分に配慮しながら、いかに統合的で均衡のとれた発展を図っていくかが重要な課題である。

2 所得保障制度の中心である年金制度は、人口の老齢化の進行とともに、成熟化の度を高め、年金給付費総額の国民所得に対する比率等は、西欧諸国の水準に到達するであろう。

しかしながら、我が国の年金制度が特定グループごとに順次別個の制度として作られてきたため、支給開始年齢、年金額算定方式等種々の面で各制度間に格差があるという問題があり、公的年金としてすべての国民に対して老後の所得保障の機能を果たしていくためには、給付、負担両面における制度間の調整が必要であり、それをどのように進めていくかが大きな課題となってきた。

また、年金受給者の増加に対応して事務処理体制を整備することも忘れてはならない。

一方、最低生活保障の機能を果たしている生活保護については、年金制度の成熟化との関連にも配慮しながら、老齢化社会に対応した制度や運用面での改善合理化を図る必要がある。

ウ 医療保障については、疾病構造の変化と人口の老齢化に対応した施策の合理的推進が課題である。

保健医療供給体制については、健康増進からリハビリテーションに至る地域における保健医療の確保をいかに図るかが重要な課題であり、また、医学の進歩、医療の高度化等に対応した医療の質的向上及び医療資源の効率的活用を図る必要がある。

医療費保障は、全体としての水準の向上が著しいが、医療保険制度については、各制度間の格差の是正、保険外負担の問題等費用負担の面における不合理の是正など改善を要する問題があり、また、各種の公費負担医療については、医療保険の改善との関連をも考慮しながら、各制度の存廃も含めて再検討を加える必要がある。

エ 社会福祉サービスについては、施設保護偏重から脱却しつつあるが、更に、在宅福祉サービスの充実等地域福祉を中心とする観点から施策の展開が必要であり、施設整備に当たっても同じ考え方の基礎の上に立って、重点的、合理的整備を図る必要がある。この場合、人口の老齢化、家庭機能の変化等に伴い社会福祉需要の増大と多様化が予想されるところであるが、公私の責任、国、地方公共団体、民間団体の間の役割分担を明確にしつつ、施策の選択等を行うことを忘れてはならない。