

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

---

前章でみたように,1970年代に社会保障を取り巻く社会経済環境に大きな変化がみられたが,これに対応して我が国の社会保障がこの時期にどのよ5に変化していったのか,また,我が国の社会保障にとってこの10年間はどのような位置づけが与えられるのか等を振り返ってみることにしよう。

---

---

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第1節 1970年代の社会保障の特徴

---

1970年代における社会保障各制度の展開は本章の第4節で詳細に触れられるが、その主な動きを拾ってみると、まず昭和46年度に児童手当制度、47年度に老人医療費支給制度が創設されている。「福祉元年」といわれた昭和48年度には、いわゆる「5万円年金」の実現及び物価スライド制の導入等を内容とする厚生年金保険及び国民年金の改正と健康保険の家族の給付率の引上げ及び高額療養費支給制度の導入を柱とする医療保険制度の改正が行われ、いずれも給付水準の画期的な改善が図られた。年金については、その後物価スライドによる給付額の引上げが行われるとともに、昭和51年度には、48年度に続いて財政再計算が実施され、賃金水準等の上昇に見合っって更に給付水準の引上げが行われたほか、寡婦加算制度、障害年金、遺族年金の通算制度の創設等を中心とする改正が行われた。一方、医療保険に関しては、昭和51年度及び52年度に、標準報酬の上下限の改定、保険料率の改定、特別保険料の創設が行われ、財政収支の改善が図られている。

このほか、生活保護の扶助基準福祉年金・児童扶養手当、特別児童扶養手当等各種手当の給付額が毎年度着実に引き上げられるとともに、保育所、老人ホーム、心身障害児・者関係各種施設等の措置費及び整備費に対する国庫補助が毎年度改善されてきている。

こうした個々の制度の展開から、1970年代の社会保障全体を特色づけるとすれば、第1に言えることは、制度の整備普及は1960年代にほぼ終え、制度の内容面の充実に主眼が置かれたことである。第2は、経済社会の激しい変動の中にあって、社会保障受給者が不利益を被らないよう、それへの対応が強く意識されたことである。第3は、社会保障が社会全体に徐々に定着し、国民生活に欠かせない存在となってきたことである。

---

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第1節 1970年代の社会保障の特徴

##### 1 内容の充実

1960年代が、医療保険及び年金の分野では、国民皆保険、皆年金の達成、社会福祉の分野では老人福祉法、精神薄弱者福祉法、児童扶養手当法の制定等に象徴されるように、制度を新たに創設したり、制度の適用範囲を拡大する、いわば制度の普及拡大の時期であったのに対し、1970年代は、児童手当制度の創設等を除けば、更に新しい制度を作っていくことよりも、それまでに出来上った各制度の内容充実を図り、国民にとって社会保障をより実質的なものとする事に重点が置かれた時期であったという点で、我が国の社会保障にとって、それ以前の時期と一線を画するものであった。

内容の充実は、必然的に社会保障の給付の増大をもたらすことになるが、実際に、この10年間に給付額は飛躍的に増大していった。社会保障給付等のこの10年間の推移については後に詳しくみることにしよう。

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第1節 1970年代の社会保障の特徴

##### 2 経済社会変動への対応

---

1970年代の我が国の経済社会は、狂乱物価をはじめとして激しい変動に遭遇したが、このために、社会保障給付の対象となっている世帯の生活水準が一般世帯と比べて相対的に落ち込まないようにすることが強く要請され、そのために大きな努力が払われたことも、1970年代の社会保障の大きな特徴であろう。

例えば、年金の分野では、昭和48年の改正で、財政再計算が行われない年においても5%を上回る物価上昇があった場合には、物価上昇に見合っ、年金額の改定を行う物価スライド制が導入されたばかりでなく、財政再計算期においては、報酬比例部分について過去の標準報酬を最近の賃金の水準で再評価すること等により、経済社会の変動に対応した年金水準の改定を行うための工夫がなされてきた。財政再計算の実施についても、激しい経済変動に対処するため、従来の間隔を短縮して昭和48年度と51年度に行われている。

年金以外でも、同様の見地から物価上昇の激しかった昭和48年度末に、福祉年金、各種手当受給者を対象として緊急生活資金給付金が支給されているほか、生活保護では、48年度と49年度には通常の改定のほか、物価補正のため扶助基準の改定が行われている。

---

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第1節 1970年代の社会保障の特徴

##### 3 社会全体への定着

社会全体が社会保障に密接な関係を持つようになったこと,すなわち,第1に,社会保障受給者が増大したことによって多くの国民が社会保障を身近な存在として感ずるようになったこと,第2に,政府部門だけでなく,民間部門も市場機構を通じて人的・物的資源の配分が行われ,社会保障を側面から支える機能を強めてきたことも,1970年代の特徴と言ってよいだろう。

社会全体への定着化が進む上で,年金受給者が増大し,身近な人が現実的に年金を受けようになったことはこの傾向を強めることに大きな影響を及ぼしたと思われる。この意味で,1960年代に国民皆年金の実現のために被用者以外の人々を対象として創設された国民年金において,制度発足以来福祉年金のみであった受給者が,昭和46年度から10年年金,49年度から5年年金についても発生し,その支給が開始されるようになったことは意義深い。

総論

第2章 1970年代における社会保障の展開

第2節 社会保障の給付と負担の動向

1 給付の推移

社会保障給付費は、1970年代の初頭の昭和45年度には、3兆5,239億円であったが、53年度には19兆7,213億円に達している(第2-1表)。

第2-1表 社会保障給付費等の推移

第2-1表 社会保障給付費等の推移 (単位：億円、%)

	社会 保 障 給 付 費			その他の 支出	支出総額	社会保障給 付費の対国 民所得比
	医 療	現 金	給付費計			
昭和25年度(1950)	646 (51.2)	615 (48.8)	1,261	104	1,366	—
35 (1960)	3,059 (46.7)	3,494 (53.3)	6,553	674	7,226	4.9
40 (1965)	9,137 (57.0)	6,900 (43.0)	16,037	1,635	17,673	6.1
45 (1970)	20,758 (58.9)	14,481 (41.1)	35,239	5,577	40,816	5.8
46 (1971)	22,498 (56.7)	17,172 (43.3)	39,670	7,196	46,866	6.1
47 (1972)	27,938 (57.1)	20,999 (42.9)	48,937	8,573	57,512	6.4
48 (1973)	33,726 (55.2)	27,426 (44.8)	61,152	10,691	71,843	6.5
49 (1974)	46,918 (52.8)	41,975 (47.2)	88,894	13,440	102,334	8.0
50 (1975)	56,881 (48.7)	59,845 (51.3)	116,726	15,578	132,304	9.4
51 (1976)	67,862 (46.9)	76,965 (53.1)	144,828	17,205	162,033	10.5
52 (1977)	75,755 (45.0)	92,708 (55.0)	168,462	20,762	189,224	11.1
53 (1978)	88,661 (45.0)	108,552 (55.0)	197,213	21,547	218,760	11.9

厚生省企画室調べ

(注) ( )内は給付費に対する構成割合である。

経済全体からみた社会保障の規模をみるため、国民所得に対する割合をみると、1960年代においては、給付費の絶対額がかなりの伸びを示しているものの、国民所得もそれとほぼ同程度に伸びていたため、5~6%台で大きな変動がなく推移していた。1970年代に入ると上昇し始め、特に、昭和49年度以降顕著な上昇を示し、53年度には、1960年代の約2倍の11.9%に達している。これは、この間の国民所得の伸びが年平均14%程度であったのに対し、給付費の伸びが年平均約24%と10ポイントも高かったことによるものであるが、こうした高い伸びは西欧諸国の1950年以降のどの時期をみても例がない(第2-2表、第2-1図)。

第2-2表 社会保障給付費伸び率の国際比較

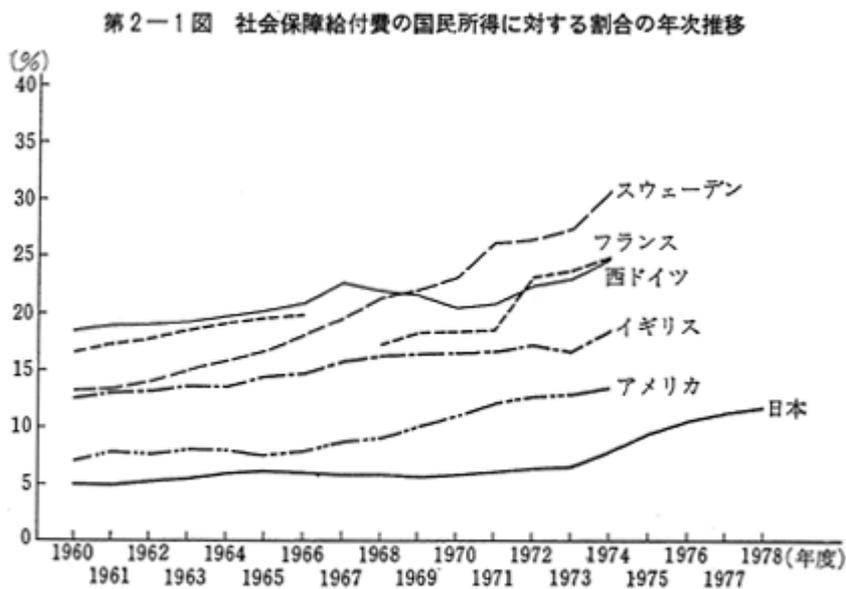
第2-2表 社会保障給付費伸び率の国際比較 (単位：%)

	日 本	アメリカ	イギリス	西ドイツ	フランス	スウェーデン
1950→1960 平均伸び率	17.9	9.7	8.2	12.3	13.1	11.2
1960→1970 平均伸び率	18.3	11.7	9.6	9.4	11.4	15.1
{ 1960→1965	19.6	9.2	9.6	10.3	13.8	14.3
{ 1965→1970	17.1	14.2	9.5	8.6	9.0	15.8
1970→1974 平均伸び率	26.0	15.1	13.9	15.4	22.0	17.4
(1970→1978)	(24.0)					

資料：ILO「The Cost of Social Security」

(注) イギリスの最下欄は、1970→1973年平均伸び率である。

第2-1図 社会保障給付費の国民所得に対する割合の年次推移



次に、給付の内訳をみると、医療給付と現金給付(医療以外の現物給付を含む。)とに大別した場合、昭和45年度にはおよそ6対4で前者が上回っていたが、50年度にはこの関係が逆転し、53年度には4-5対5.5となっていることから明らかなよ5に、現金給付の伸びが著しい。制度別では、医療保険の構成比が最も大きい、伸び率では年金保険及び社会福祉の伸びが著しく、その構成比の上昇がみられる(第2-3表)。

総論

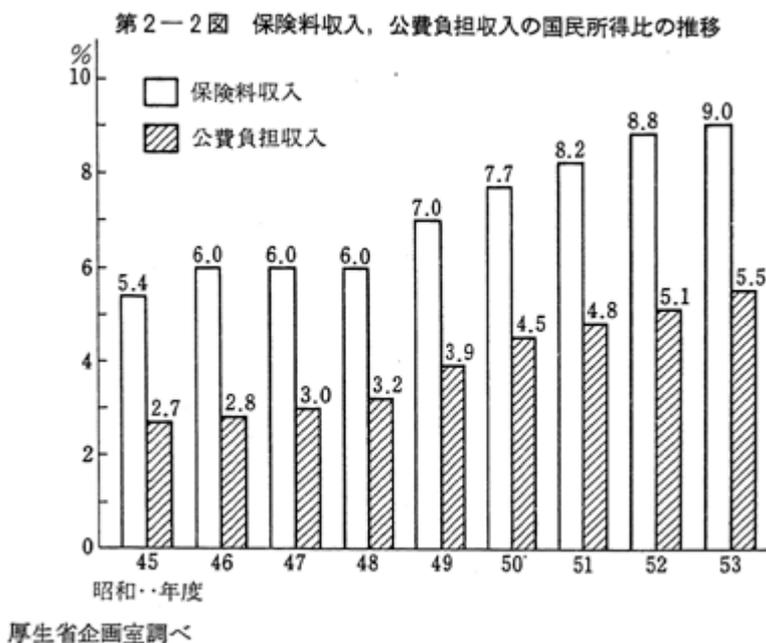
第2章 1970年代における社会保障の展開

第2節 社会保障の給付と負担の動向

2 財源の推移

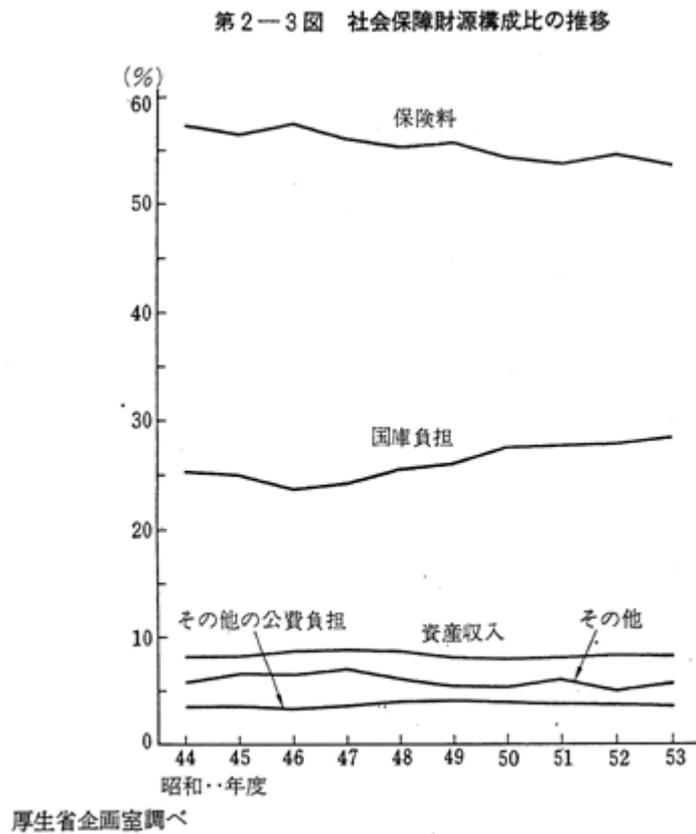
次に、給付を賄うための財源面の推移を見てみよう(第2-4表, 第2-2図)。社会保障給付に関する収入総額は、資産収入等も含めると昭和45年度には5兆7.600億円であったが、53年度には27兆9,929億円になっている。我が霞の場合、拠出制の年金制度が積立方式をとっており、しかも、成熟化の進行過程にあることもあって、現在までのところ収入総額は、給付費を中心とする文墨総額を上回っている。しかし、1960年代全体では、支出総額の伸びを若干上回っていた毎年度の収入総額の伸びは、1970年代に1においては給付費の伸びが著しかったために収入総額に対する収支差の割合は1970年代の前半における約3割から2割程度に低下してきている。

第2-2図 保険料収入、公費負担収入の国民所得比の推移



財源の内訳では、第2-3図でみられるように、保険料収入の比重が最も大きく、1970年代を通じて5割を超えているが、わずかながら低下気味の傾向がみられるのに対して、国庫負担収入は、逆にやや上昇してきており、特に、社会保障給付費の伸びが著しかった昭和47年度から50年度にかけての上昇が顕著である。資産収入、その他の公費負担の構成比はほとんど変化がない。ここで社会保障の主要な財源である社会保険料と租税それぞれの性質について見てみると、どちらも景気変動の影響を受けるが、租税収入の方が相対的に景気変動の影響をより受けやすい面がある。また、社会保障のような長期的な制度では、給付と負担との関係が単年度の問題ですまないだけに、後年度の負担をも十分認識した上で給付水準、給付内容を決定する必要性が特に強いが、一般財源である租税収入の場合は、全体としての対応関係はあるにしても、個々の国民の自からは受益と負担との対応関係が、保険料収入と比べて認識しにくい面がある。方、社会保険料は拠出と給付との結びつきが明確に示されているため、保険料の拠出について負担者の合意を求めやすく、会計が独立しているため、長期的な収支計画に基づいた財政の運営が行われる点に特色がある。

### 第2-3図 社会保障財源構成比の推移



### 第2-3表 制度別社会保障給付費の推移

第2-3表 制度別社会

				昭和45年度	46	47	48
給 付 費 (百万円)	総	額		3,523,909	3,967,036	4,893,693	6,115,229
	医 療 保 険	保 險		1,781,047	1,940,498	2,396,690	2,837,826
	年 金 保 険	保 險		476,638	590,634	759,924	1,076,984
	失 業 保 険 及 び 労 災 保 険			289,919	355,602	414,529	455,216
	児 童 手 当			—	6,517	42,177	74,989
	生 活 保 護			274,293	310,411	389,971	446,912
	社 会 福 祉			133,356	164,097	231,802	430,699
	保 健 衛 生			180,210	188,954	210,533	234,342
	恩 給 理			342,589	379,964	419,343	530,576
戦 後 処 理			45,857	30,360	28,723	27,685	
構 成 比 (%)	総	額		100.0	100.0	100.0	100.0
	医 療 保 険	保 險		50.5	48.9	49.0	46.4
	年 金 保 険	保 險		13.5	14.9	15.5	17.6
	失 業 保 険 及 び 労 災 保 険			8.2	9.0	8.5	7.4
	児 童 手 当			—	0.2	0.9	1.2
	生 活 保 護			7.8	7.8	8.0	7.3
	社 会 福 祉			3.8	4.1	4.7	7.0
	保 健 衛 生			5.1	4.8	4.3	3.8
	恩 給 理			9.7	9.6	8.6	8.7
戦 後 処 理			1.3	0.8	0.6	0.5	

厚生省企画室調べ

保障給付費の推移

49	50	51	52	53
8,889,361	11,672,622	14,482,755	16,846,247	19,721,282
4,033,228	4,923,840	5,887,490	6,586,193	7,686,408
1,923,269	2,904,886	4,082,528	5,099,053	6,139,943
649,452	1,015,305	1,045,046	1,194,763	1,383,955
106,025	144,435	169,064	169,491	171,919
575,273	676,414	785,793	889,386	1,036,658
589,469	762,758	956,808	1,119,145	1,283,700
290,362	323,962	363,948	403,808	457,749
671,421	872,076	1,136,489	1,318,073	1,505,596
50,861	48,947	55,588	66,334	55,353
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
45.4	42.2	40.7	39.1	39.0
21.6	24.9	28.2	30.2	31.1
7.3	8.7	7.2	7.1	7.0
1.2	1.2	1.2	1.0	0.9
6.5	5.8	5.4	5.3	5.3
6.6	6.5	6.6	6.6	6.5
3.3	2.8	2.5	2.4	2.3
7.6	7.5	7.8	7.8	7.6
0.6	0.4	0.4	0.4	0.3

また、租税のうち、現在その大きな部分を占めている所得税及び個人住民税では、累進課税制がとられていること、基礎控除等の控除制度が設けられているのに対して、社会保険料は、定率又は定額賦課であること、標準報酬に上下限が設けられていること等のため、再分配効果の点で社会保険料より大きい。次に、社会保障の財源面について、その水準及び財源構成の国際比較を行ってみよう。この場合、第2.5表で示されるように、例えば社会保険を中心とする国と、そうでない国があるなど国によって制度の仕組みが異なるし、また、人口の老齢化の進行度合いも異なるので、以下に示す計数的な比較は、一つの参考にすぎないことに留意する必要がある。

第2-4表 社会保障の財源の推移

第2-4表 社会保障の財源の推移 (単位:億円)

	収 入					計	支出総額	収支差
	保険料	国庫負担	他の公費負担	資産収入	その他			
昭和25年度 (1950)	989 (63.8)	334 (21.5)	114 (7.4)	13 (0.8)	100 (6.5)	1,550 (100.0)	1,366 (88.1)	184 (11.9)
35 (1960)	6,260 (67.8)	1,897 (20.6)	391 (4.2)	459 (5.0)	224 (2.4)	9,231 (100.0)	7,226 (78.3)	2,004 (21.7)
40 (1965)	13,768 (57.2)	6,798 (28.2)	994 (4.1)	1,516 (6.3)	998 (4.1)	24,074 (100.0)	17,673 (73.4)	6,401 (26.6)
45 (1970)	32,599 (56.5)	14,425 (25.0)	1,997 (3.5)	4,753 (8.2)	3,887 (6.7)	57,660 (100.0)	40,816 (70.8)	16,845 (29.2)
46 (1971)	39,350 (57.5)	16,290 (23.8)	2,222 (3.2)	6,024 (8.8)	4,509 (6.6)	68,395 (100.0)	46,866 (68.5)	21,529 (31.5)
47 (1972)	45,982 (55.8)	20,047 (24.3)	3,087 (3.7)	7,377 (8.9)	5,964 (7.2)	82,457 (100.0)	57,512 (69.7)	24,945 (30.3)
48 (1973)	56,992 (55.4)	26,484 (25.7)	4,233 (4.1)	8,960 (8.7)	6,265 (6.1)	102,935 (100.0)	71,843 (69.8)	31,092 (30.2)
49 (1974)	78,572 (55.8)	37,247 (26.4)	5,798 (4.1)	11,506 (8.2)	7,798 (5.5)	140,921 (100.0)	102,334 (72.6)	38,587 (27.4)
50 (1975)	94,982 (54.4)	48,528 (27.8)	7,013 (4.0)	14,335 (8.2)	9,663 (5.5)	174,520 (100.0)	132,304 (75.8)	42,216 (24.2)
51 (1976)	112,508 (53.8)	58,344 (27.9)	8,184 (3.9)	17,031 (8.1)	13,054 (6.2)	209,121 (100.0)	162,033 (77.5)	47,088 (22.5)
52 (1977)	133,390 (54.8)	68,016 (28.0)	9,201 (3.8)	20,470 (8.4)	12,269 (5.0)	243,347 (100.0)	189,224 (77.8)	54,123 (22.2)
53 (1978)	150,148 (53.6)	80,054 (28.6)	10,496 (3.7)	23,411 (8.4)	15,819 (5.7)	279,929 (100.0)	218,760 (78.1)	61,169 (21.9)

厚生省企画室調べ

(注) ( ) 内は収入総額に対する割合である。

第2-5表 医療保障制度及び年金制度の財政制度に関する国際比較

第2-5表 医療保障制度及び年金制度の

(1) 医療保障制度

	日 本		ア メ リ カ		
制度の類型	社会保険方式		社会保険方式		
適用対象	全国民 ○健康保険：一般被用者 ○国民健康保険：一般地域住民 ○他に特定職域の被用者を対象とするものとして船員保険、日雇労働者健康保険、各種共済組合制度がある。		65歳以上の年金受給者及び障害年金受給者、慢性腎臓患者		
制度名	政府管掌健康保険	国民健康保険	老 齢 者 健 康 保 険 (メディケア)		
			入 院 保 険	補 足 的 医 療 保 険	
財 源	被保険者	標準報酬月額 の4.0%+賞与等 の0.3%	1世帯当たり平均 年額 71,055円 (53年度)	年金加入者の報酬 の1.05%	月9.6ドル (1980)
	使用者	標準報酬月額 の4.0%+賞与等 の0.5%		年金加入者の報酬 の1.05%	
	国庫負担	保険給付費の16.4% +賞与等の0.2%	医療費の40% 医療費の5%の調 整交付金 その他の補助金	なし	原則として被保険 者と同額だが現在 はその約2.5倍

(2) 年金制度

国 名	日 本	ア メ リ カ
制 度 名	厚 生 年 金	老 齡 ・ 遺 族 ・ 障 害 保 険

保険料(率)	一般男子 91/1000 女子 73/1000 (労使折半)	定額 3,300円(月額)	被用者 101.6 1,000 (労使折半) 自営業者 70.5 1,000
国庫負担	給付費の20%	給付費の1/3 経過的加算部分の1/2	原則としてなし

(注) 1. 1979年のものである。  
2. イギリスの保険料にはヘルスサービス、労働災害保険、失業保険を含む。  
3. フランスの保険料は、老齢遺族年金分のみ。

財政制度に関する国際比較

イギリス	西ドイツ	フランス	スウェーデン	
保健サービス(医療給付) 社会保険方式(現金)	社会保険方式	社会保険方式	保健サービス(入院給付) 社会保険方式(外来・現金給付)	
医療給付: 全居住者 現金給付: 被用者及び 自営業者	職種により保険制度が異なり、一般、農業者制度に大別される。 高所得者(年収37,800マルク以上)には強制適用されない。 適用率 92% (1980年)	職種により保険制度が異なり、一般、特別、農業、自営業制度に大別される。	医療給付:全居住者 現金給付:年収4,500クローネ以上の有業稼得者及び大部分の主婦	
国民保健サービス(医療給付) 国民保険(現金給付)	一般疾病保険制度	一般制度	国民保健サービス(入院給付)	国民保険(外来・現金給付)
現金給付につき若干の保険料	支払報酬の3.5~6.95% 平均で5.63% (1979)	総報酬の5.5% (1980)	なし	なし (自営業者は年収の9.6%) (1978)
現金給付につき若干の保険料	支払報酬の3.5~6.95% 平均で5.63% (1979)	上限付報酬月額の上限付報酬月額8.9%+総報酬の4.5% (1980)	なし	支払資金総額の9.6% (1978)
国民保健サービス費用の約90%	原則としてなし	原則としてなし	全費用を地方公共団体と国で負担	全費用の15%

イギリス	西ドイツ	フランス	スウェーデン	
国民保険	労働者年金 職員年金	一般制度	基礎年金	付加年金
被用者 165 1,000 { 65 (被用者) 1,000 100 (事業主) 1,000 自営業者 2.10ポンド(週)及び年間所得(2,250~7,000ポンド)の5% 全保険料収入の18%	180 1,000 (労使折半)	129 1,000 { 47 (被用者) 1,000 82 (事業主) 1,000	83 1,000 (事業主、自営業者)	117.5 1,000 (同左)
	給付費のうち18%~20%程度	原則としてなし	上記による拠出金で不足の費用を国及び地方公共団体で負担	なし

まず、水準について国民所得比で比較したのが第2-6表である。給付費の国民所得比がまだ低いことを反映して、収入総額の国民所得比も欧米諸国に比べてまだ低い、前述のように収入総額が支出総額を2割程度上回っている、給付と比べればその差は相対的に小さくなっている。

第2-6表 社会保障収入総額の対国民所得比の国際比較

第2-6表 社会保障収入総額の対国民所得比の国際比較 (単位:%)

	日 本	アメリカ	イギリス	西ドイツ	フランス	スウェーデン
昭和35年(1960)	6.9	8.4	13.7	21.5	18.1	13.7
40 (1965)	9.2	9.8	16.0	23.6	21.6	20.8
45 (1970)	9.5	14.1	18.3	24.3	—	29.5
46 (1971)	10.4	15.0	18.4	25.0	—	32.9
47 (1972)	10.7	15.2	19.3	26.5	27.4	33.2
48 (1973)	10.9	15.6	19.1	27.6	28.0	34.4
49 (1974)	12.6	16.8	—	29.1	29.5	37.2

資料: ILO「The Cost of Social Security」

国民所得はOECD「National Accounts of OECD Countries 1960~1977」

- (注) 1. 日本の昭和50年は14.1%, 51年は15.2%, 52年は16.0%, 53年は16.9%である。  
2. フランスの1970~1971年は不明である。

財源別に国民所得比をみると、第2-7表で示されるように我が国の保険料収入の国民所得比は9%で、西ドイツ、フランスの半分程度、スウェーデンの3分の2程度であるが、アメリカ、イギリスとはほぼ同程度である。公費負担収入の国民所得比では、アメリカ、西ドイツ及びフランスを多少下回る程度であるが、イギリスに比べると半分程度、スウェーデンに比べると4分の1程度になっている。次に、財源構成を国際比較したのが第2-8表である。西ドイツ、フランスのように保険料収入の構成比が高く、公費負担収入の構成比が低い国と、イギリス、スウェーデンのように逆に保険料収入の構成比が低く、公費負担収入の構成比が高い国とがあるが、我が国の財源構成はその中間の形態にあり、アメリカと類似した構成となっている。

第2-7表 保険料収入及び公費負担収入の対国民所得比の国際比較

第2-7表 保険料収入及び公費負担収入の対国民所得比の国際比較 (単位:%)

	保 険 料	公 費 負 担		計
			うち国庫負担	
日 本 (1978)	9.0	5.5	4.8	14.5
ア メ リ カ (1974)	9.7	6.1	4.1	15.8
イ ギ リ ス (1973)	8.8	9.9	8.2	18.7
西 ド イ ツ (1974)	19.3	6.1	6.1	25.4
フ ラ ン ス (1974)	22.2	5.6	5.1	27.8
ス ウ ェ ー デ ン (1974)	13.4	21.2	11.8	34.6

資料: ILO「The Cost of Social Security」

国民所得は OECD「National Accounts of OECD Countries 1960~1977」

第2-8表 財源構成の国際比較

第2-8表 財 源 構 成 の 国 際 比 較 (単位:%)

	保 険 料	公 費 負 担			資 産 収 入	そ の 他
		国庫負担	他の公費負担	公費負担計		
日 本 (1978)	53.6	28.6	3.7	32.3	8.4	5.7
ア メ リ カ (1974)	57.8	24.4	11.7	36.1	5.4	0.5
イ ギ リ ス (1973)	46.1	43.0	8.8	51.8	2.0	0.2
西 ド イ ツ (1974)	66.1	21.1	—	21.1	1.9	10.9
フ ラ ン ス (1974)	75.2	17.4	1.6	19.0	0.9	5.0
ス ウ ェ ー デ ン (1974)	35.8	31.8	25.3	57.1	7.1	0.1

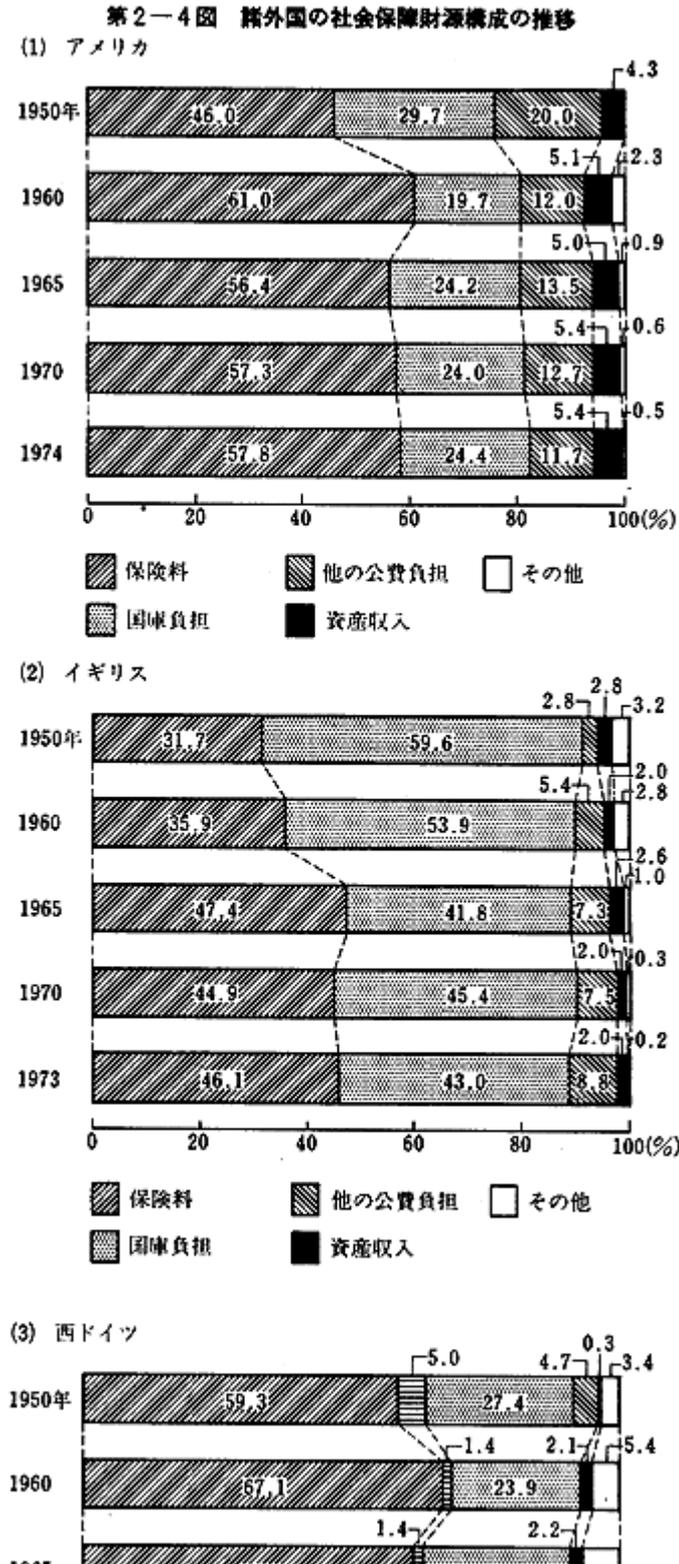
資料: ILO「The Cost of Social Security」

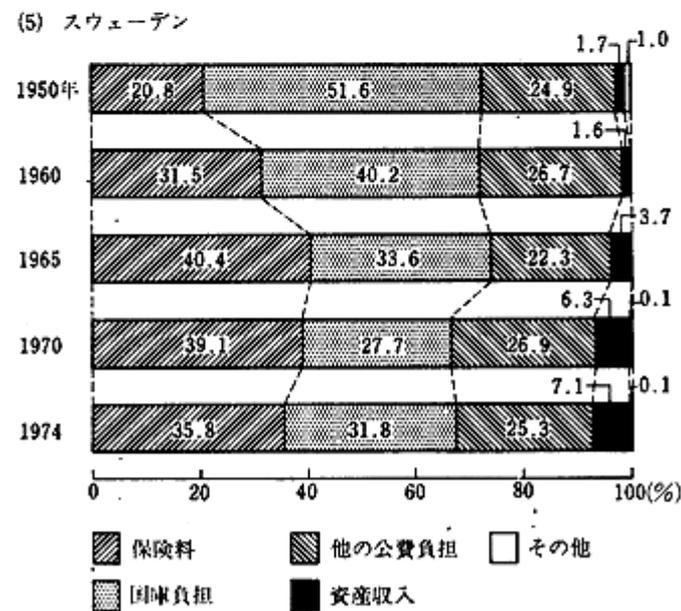
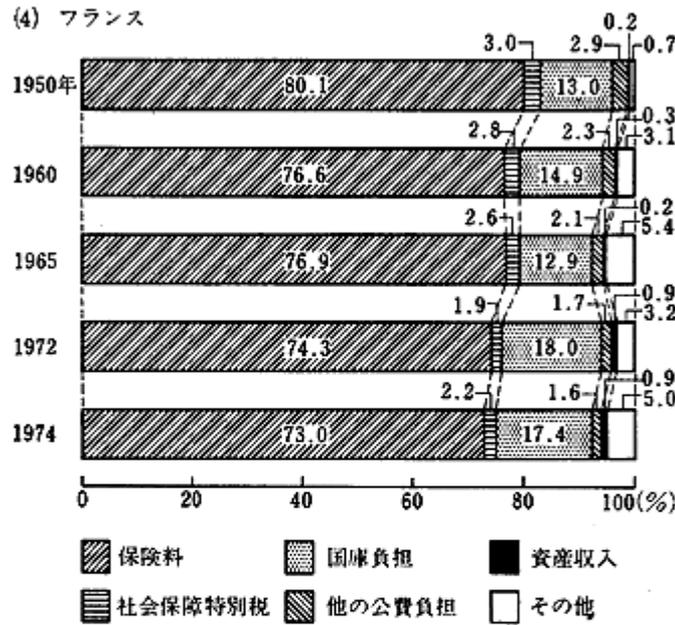
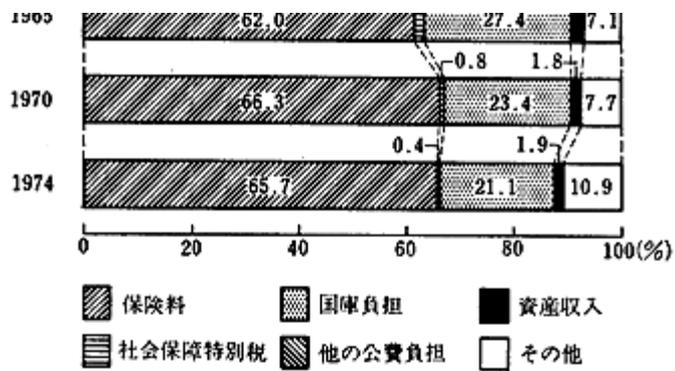
なお、各国が社会保障の負担率の増加をどのような形で進めてきたかをみるために、年代ごとの財源構成の推移を見てみよう(第2-4図)。1950年代にはフランスを唯一の例外として保険料収入の構成比が急速に高まっており・逆に、国庫負担収入の構成比の低下がみられる。1960年代以降は構成比に大きな変動はみら

れないが、詳細にみれば、アメリカでは1965年に老人及び障害者等を対象とする医療保険(メディケア)が創設されたこともあって、1965年に国庫負担収入の割合が上昇しており、逆に、イギリス・スウェーデンでは1950年代のす5勢がそのまま続き、保険料収入の割合が上昇し、国庫負担収入の割合が低下している。なお、スウェーデンでは1960年から経過的に積立金が形成される財政方式による補足年金(ATP)が創設されたことにより、1960年代の後半から資産収入の割合に上昇がみられ、1970年代以降保険料収入の割合が

若干低下している。また、西ドイツでは1950年代に上昇した保険料収入の割合は、その後低下し、国庫負担収入の割合が高まったが、1967年以降1973年まで年金の保険料率が段階的に引き上げられたこともあって、その後逆の流れになり、直近時点では1960年代初めの財源構成に復している。

### 第2-4図 諸外国の社会保障財源構成の推移





資料 : ILO 「The Cost of Social Security」

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第2節 社会保障の給付と負担の動向

##### 3 一般会計社会保障関係費の推移

以上,社会保障全体の支出,収入の両面から1970年代における推移を国際比較をまじえてみてきたが,次に国家予算の面から見てみよう。

1960年代を通じて一般会計の歳出総額のGNPに対する割合は1割強で安定的に推移していたが,1970年代にはこの割合が上昇し,現在では17%台に高まっている。このように,一般会計歳出自体が経済全体の拡大を上回って増大している中であって,社会保障関係費の伸びは一般会計歳出全体の伸びを大きく上回り,昭和45年度の1兆1,515億円が55年度には8兆2,124億円になっている。この結果,一般会計歳出に占める社会保障関係費の構成割合は1970年代を通じて上昇し,昭和50年度以降は約2割に達している(第2-9表)。

社会保障関係費の中でも伸びの大きかったのは,社会保険費と社会福祉費であり,社会保険費は昭和45年度には5,895億円で社会保障関係費全体のおよそ5割であったが,55年度には5兆1,095億円と6割を超えるに至っている。社会保険費の構成比の上昇が顕著にみられたのは昭和49年度であるが,これは48年度に行われた厚生年金保険及び国民年金の改正と医療保険制度の改正による影響によるところが大である。また,社会福祉費では,昭和45年度に,社会保障関係費全体の約1割の1,165億円であったが,現在では絶対額で10倍以上の1兆3,698億円,構成比で16%に上昇している。社会福祉費の場合は,昭和48年度に著しく構成比が上昇しているが,これは47年度の老人医療費支給制度の創設をはじめ,当時,老人福祉関係が急速に増大したことによる。

一方,構成比の低下がみられるのは,生活保護費保健衛生対策費及び失業対策費であるが,これは,社会保険費及び社会福祉費が大きく伸びたことによる相対的なものであり,現に,生活保護費と失業対策費は一般会計歳出全体とほぼ同程度の伸びを示している。

総論

第2章 1970年代における社会保障の展開

第2節 社会保障の給付と負担の動向

4 給付と負担との関係

1970年代の社会保障は、時代の要請を受けて、給付水準の引上げを中心とする内容面の改善が積極的に図られ、年金の分野を中心に飛躍的な伸びを開始した。当時は、1960年代の後半ごろから徐々に内外の環境に変化が見え始めていたとはいえ、1960年代に引き続き高い経済成長を続けており、給付の増大も経済成長に伴う税金や保険料収入の増大で賄いやすい状況にあり、制度の普及期から内容充実期に移行する上で、経済的条件も良かったといえる。

ところが、昭和48年秋の石油危機を契機として、1970年代後半の経済情勢は一変した。社会保障のように長期的な制度では、給付水準の引上げは当該年度の支出を増加させるだけでなく、後年度の支出も増大させることになるが、更に社会保障給付の受給者数が経済変動とは関係なく、増加の一途をたどっていったため、給付水準の引上げによる後年度の支出増はますます大きくならざるを得ず、石油危機以降も社会保障の給付はGNPや国民所得の伸びを大幅に上回る伸びを続けていった。

これに対して、財源の面では、経済の動きを敏感に反映して、保険料収入にしても税金にしても、その伸びに鈍化がみられた。このうちすべてが社会保障の財源となる保険料収入は、税金全体に比べれば経済変動の影響が小さかった上に、制度改正時に行われた料率の引上げ、標準報酬の上下限の引上げ等が増収を生み、増大する給付費の大きな支えとなった。しかし、社会保障の財源構成で、国庫負担収入が1970年代後半以降においても、むしろその構成比を高めていったことから明らかなように、税金の伸びが大きく鈍化したにもかかわらず、国庫負担収入が保険料収入以上に伸びており、これまでの給付の増大は、国庫負担収入の増に支えられた面がかなりある。なお、国庫負担収入は、国の一般会計歳入によって賄われるものであるが、税金の伸び悩みの中にあって社会保障への国庫負担をはじめ、各種の財政需要の増加に応じるため我が国財政は、昭和50年度以降急激に公債依存度を高めるに至っている。

第2-9表 一般会計社会保障関係費の推移

第2-9表 一般会計社会保障関係費の推移

(単位：億円)

区 分	年 度	昭和35年度	40	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
社会保障関係費		1,927	5,457	11,515	13,287	16,640	22,204	31,257	41,356	48,776	56,880	67,346	76,439	82,124
生活保護費		505	1,096	2,208	2,505	3,136	3,600	4,628	5,508	6,395	7,244	8,436	9,224	9,559
(%)		(26.2)	(20.1)	(19.2)	(18.9)	(18.8)	(16.2)	(14.8)	(13.3)	(13.1)	(12.7)	(12.5)	(12.1)	(11.6)
社会福祉費		112	433	1,165	1,444	2,022	3,598	4,897	6,348	7,958	9,359	11,210	12,345	13,698
(%)		(5.8)	(7.9)	(10.1)	(10.9)	(12.2)	(16.2)	(15.7)	(15.3)	(16.3)	(16.5)	(16.6)	(16.2)	(16.7)
社会保険費		714	2,315	5,895	6,751	8,557	11,751	17,824	24,036	28,932	34,145	40,890	47,189	51,095
(%)		(37.1)	(42.4)	(51.2)	(50.8)	(51.4)	(52.9)	(57.0)	(58.1)	(59.3)	(60.0)	(60.7)	(61.7)	(62.2)
保健衛生対策費		176	957	1,416	1,585	1,880	2,031	2,474	2,658	2,961	3,275	3,595	3,909	3,981
(%)		(9.1)	(17.5)	(12.3)	(11.9)	(11.3)	(9.1)	(7.9)	(6.4)	(6.1)	(5.8)	(5.3)	(5.1)	(4.8)
失業対策費		420	657	831	1,001	1,045	1,225	1,435	2,807	2,530	2,857	3,214	3,772	3,791
(%)		(21.8)	(12.0)	(7.2)	(7.5)	(6.3)	(5.5)	(4.6)	(6.8)	(5.2)	(5.0)	(4.8)	(4.9)	(4.6)
一般会計歳出計		17,431	37,230	81,877	95,611	119,321	147,783	190,998	208,609	244,676	290,598	340,960	396,676	425,888
一般会計歳出														
GNP (%)		10.8	11.3	10.8	11.5	12.3	12.6	13.7	13.6	14.2	15.2	16.3	17.5	17.2
社会保障関係費 (%)		11.1	14.7	14.1	13.9	13.9	15.0	16.4	19.8	19.9	19.6	19.8	19.3	19.3

厚生省企画室調べ

(注) 1. 昭和35~53年度は決算、54年度は補正後予算、55年度は予算ベースの数値である。

2. ( ) 内の数値は社会保障関係費に占める各費用の割合である。

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第3節 1970年代における社会保障拡大の背景及び要因

1970年代において我が国の社会保障が大きく拡大したことは、前節でみたとおりである。それではなぜ1970年代を境に国民経済の伸びを大幅に上回る給付改善、給付の拡大が行われるようになったのであろうか。1980年代に入った今、我が国の社会保障は給付と負担の両面からまた一つの転機を迎えつつある。このことを振り返ってみることは、今後の社会保障を考える上で、何らかの示唆を与えてくれるであろう。

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第3節 1970年代における社会保障拡大の背景及び要因

##### 1 社会環境の変化によるニーズの高まり

第1の要因は、人口の高齢化の進行及び高度経済成長に伴う家族機能の変化によって、社会保障に対する国民のニーズが高まったことである。

まず、人口の高齢化についてみると、平均寿命の伸長により老人人口は戦後一貫して増加しているが、1970年代だけでみても、第1章でみたように昭和45年に739万人であった65歳以上の人口は、54年には1,031万人に達している。総人口に対する比率は7.1%から8.9%に上昇している。従属人口指数(生産年齢人口に対する年少人口と老年人口の和の割合)でみても、昭和43年を境にしてそれまでの低下から上昇に転じた。このような人口の高齢化の進行は、老人に関するものを中心に、所得保障、医療保障、社会福祉に対するニーズを高めていくことになった。昭和45年に開催された「豊かな老後のための国民会議」は、その象徴的なできごととみることができよう。

家族機能の面では、1960年代に急激に進行した世帯構造の変化、すなわち、核家族世帯や単身世帯の増加、三世帯同居世帯の減少によって、特に老親の扶養や児童の養育の機能が著しく後退し、公的部門がこれを補完する必要性が高まった。

高度成長時代における産業構造の転換は、労働力人口の構成を変えたばかりでなく、比較的若い労働力の地方から都会への大量の地域的移動を伴った。

家族制度の変革の影響もあって、結婚すれば親と別の生計を営む傾向が戦後徐々に強まりつつある中であって、こうした労働力の移動は、核家族世帯の増加を更に助長することになった。この結果、高齢者も将来の高齢者もかつての農村社会では通例であった同居を基礎とした子による扶養をそれほど期待できなくなり、自ら老後生活に備える必要性とともに、公的扶養の役割を高めることになった。

1970年代において、既に老人となっている者を対象とする老人福祉関係だけでなく、一般国民を対象とする社会保険が著しく伸長したのは、特定の者だけでなく社会全体が私的扶養型から公的扶養型に傾斜していったことによる面が大であろう。

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第3節 1970年代における社会保障拡大の背景及び要因

##### 2 国民の意識の変化

第2は、国民の意識が、経済成長、すなわちパイの拡大よりも、その内容、成果の分配の方をより重視するようになったということである。1960年代は、その初頭に決定された「所得倍增計画」で明らかのように、高い経済成長によって国民の所得の増大を図り、生活水準を向上させようとするものであった。

高度経済成長の結果、雇用機会の増大により、失業は減少し、産業においてもかつては大きな問題であった二重構造が解消に向かった。また、国民の平均的所得水準は大いに向上するとともに、所得の平準化も進展した。

しかし、1960年代の急速な経済成長は、その過程で環境破壊、過疎過密化、地域社会の崩壊等様々な弊害を伴った。また、所得の向上、平準化は働く人々にはあてはまったが、老人、病人、母子家庭、心身障害者等の働く機会の少ない人又は働けない人は、その恩恵に十分浴せないなど豊かさの偏在が表面化してきた。働くことのできる者と等しくハンディキャップを負う者の福祉をも向上させていくことが社会的公正の確保の条件であるが、市場機構を中心とした経済成長は、社会的公正を高めるうえで必ずしも十全ではなかった。更に、高い経済成長は高い物価上昇を伴ったが、物価上昇は社会保障受給者をはじめ社会的に弱い立場にある者に相対的に不利に作用しただけでなく、資産のある者とない者との間で不公平を生み、この点からも経済成長は、社会的公正の面から影を落とした。

成長によるマイナス面が次第に表面化してくると、生活水準の向上を背景として国民のニードが多様化してきたこともあって、国民は、「成長と福祉のかい離」を意識し始め、それまでの高い経済成長に疑問を感じるようになった。福祉という言葉は、社会保障だけでなく、住宅、社会資本、教育等にも関連する広い含意をもつものであるが、国民の意識は、次第に、成長よりも福祉の向上をより志向するように変化し、こうした意識の変化は、1960年代の後半から徐々に強まり始め、1970年代の前半には、非常に高まりを示すことになった。

更に、国民の意識に関しては、経済面と同様に社会保障の面でも西欧諸国に追いつこうとする意識が強く働き、政策立案者も含め、それに向かって努力したことも重要である。1960年代においては所得水準の面で西欧諸国に追いつこうとして高い成長を志向したが、それが次第に達成されてくると今度は、社会保障について既にかかなりの水準にあった西欧諸国の社会保障を強く意識し始め、これを目標として、これに追いつこうとする機運が強まった。1970年代における社会保障の制度改正においては、多くの場合、欧米諸国の制度が参考とされるとともに、社会保障に関するILOの基準である第102号条約、第128号条約等も一つの目安にされたのである。

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第3節 1970年代における社会保障拡大の背景及び要因

##### 3 内外の経済社会の基調変化に応じた政策転換

社会保障に対するニーズの高まり、福祉を志向する国民の意識変化に応じて政策転換が行われたことも重要な要因であろう。

この政策転換は、経済計画においては昭和48年2月に閣議決定された「経済社会基本計画」で、「活力ある福祉社会」すなわち、経済社会の発展が人々の生活の安定と向上に結びつくよう国民福祉や社会的公正を重視する均衡のとれた経済社会を目指す形で行われたが、国の予算面ではこれに先立って、昭和47年度予算において、経済社会基本計画と同様の考え方に立って、国民福祉の向上を内政上の最大の柱に打ち出して、編成されている。

こうした政策転換が行われたのは、国民のニーズがそこにあったことが基本的な要因であるが、昭和46年8月のアメリカの新経済政策の発表をきっかけに表面化した国際通貨情勢の変化、更にその背景にある世界経済の中での日本経済の相対的地位の高まり、アメリカの地位低下等国際経済社会の基調変化による影響も無視し得ないであろう。

国際経済社会の基調変化は、我が国がこれまでより広い国際的視野に立った政策をとることを必要とした。国民福祉の水準が欧米諸国より低いままでの経済力の拡大、国際競争力の強化に対する諸外国の批判を避け、国際社会と協調を図っていくために、国民福祉の向上を図っていくこともその内容の一つであった。

更に、当時の我が国の財政がこのような政策転換を比較的行きやすい状況にあったことも指摘できよう。財政支出の面で国民福祉優先に転換するためには、福祉充実のための追加的財政支出が必要であるが、1970年代の前半は、昭和48年秋の石油危機以降景気が大きく停滞することになるまでの間、全般的にみれば、1960年代に引き続き高い経済成長を続けており、税収も順調な伸びを示しており、財政支出の拡大を比較的賄いやすい環境にあった。

なお、追加的財政需要に応じやすい比較的ゆとりのあった我が国の財政も、昭和50年度に税収の大きな落ち込みがみられ、その後も低成長を反映してその伸びが鈍化し、1970年代後半には逆に福祉充実にとって財政面からの制約が強まってきている。

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第4節 各制度の展開

##### 1 保健, 医療

###### (1) 保健

#### ア 保健医療水準

医学, 医術の進歩, 公衆衛生サービスの発展, 国民生活水準の向上等により, 戦後における我が国の保健医療水準の向上は目覚ましいものがあるが, 1970年代においても保健医療水準は一段と向上している。

保健医療水準の総合的指標ともいえる平均寿命についてみると, 第2-5図に示されるように, 終戦直後の昭和22年に男50.06年・女53.96年であったものが, 1960年代の10年間で男女とも欧米諸国と肩を並べるに至り, 1970年代においても更に伸び続け, 昭和54年には男73.46年, 女78.89年で世界の最高水準に達している。また, 乳児死亡率, 新生児死亡率及び周産期死亡率については, 昭和45年から54年(1970年~1979年)にかけて, それぞれ13.1から7.9, 8.7から5.2, 21.7から12.5へと着実に低下しており(第2-10表), この結果, これらの指標で見ても, 最も低い国の一つとなっている(第2-11表)。

#### 第2-10表 乳児死亡率, 新生児死亡率, 周産期死亡率及び妊産婦死亡率の年次推移

第2-10表 乳児死亡率, 新生児死亡率, 周産期死亡率及び  
妊産婦死亡率の年次推移

	乳児死亡率 (出生千対)	新生児死亡率 (出生千対)	周産期死亡率 (出生千対)	妊産婦死亡率 (出生1万対)
昭和45年	13.1	8.7	21.7	5.2
46	12.4	8.2	20.4	4.5
47	11.7	7.8	19.0	4.1
48	11.3	7.4	18.0	3.8
49	10.8	7.1	16.9	3.4
50	10.0	6.8	16.0	2.9
51	9.3	6.4	14.8	2.6
52	8.9	6.1	14.1	2.3
53	8.4	5.6	13.0	2.2
54	7.9	5.2	12.5	2.3

資料：厚生省統計情報部「人口動態統計」

(注) 1. 昭和48年以降は沖縄県を含む。

2. 乳児死亡=生後1年未満死亡, 新生児死亡=生後4週未満死亡, 周産期死亡=妊娠満28週(妊娠第8月)以後の死産プラス生後1週間未満死亡  
妊産婦死亡……第9回修正国際疾病分類(ICD)の適用により, 昭和54年は直接産科的死亡(率2.1)と間接産科的死亡(率0.2)とを含む。  
なお, 昭和53年までの妊産婦死亡は, 54年の直接産科的死亡にはほぼ該当する。

3. 昭和54年は概数である。

第2-11表 乳児死亡率, 新生児死亡率, 周産期死亡率及び妊産婦死亡率の国際比較

第2-11表 乳児死亡率, 新生児死亡率, 周産期死亡率  
及び妊産婦死亡率の国際比較

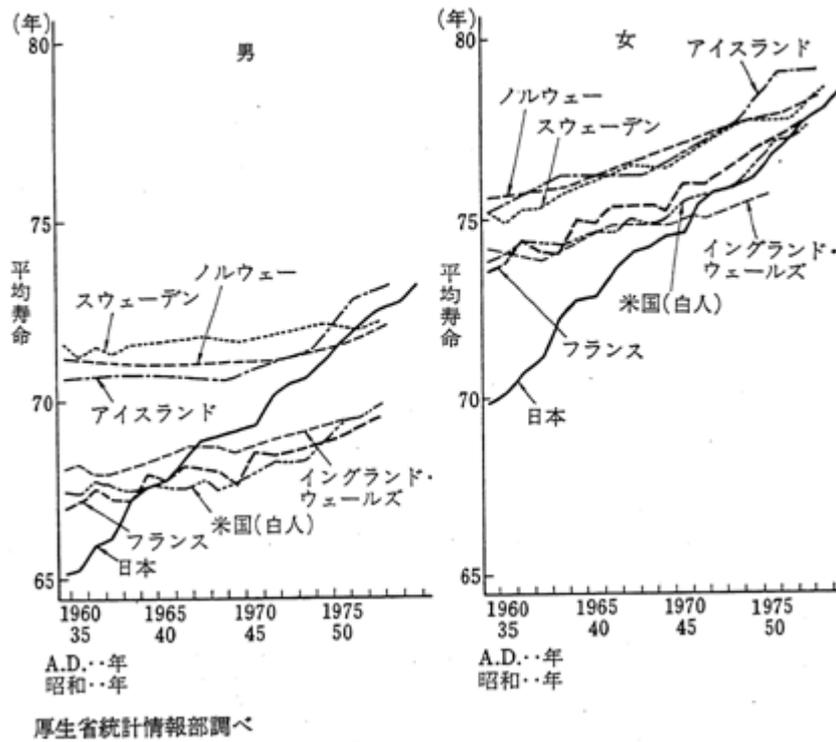
国名	乳児死亡率 (出生千対)	新生児死亡率 (出生千対)	周産期死亡率 (出生千対)	妊産婦死亡率 (出生10万対)
日本	(77年) 8.9	(77年) 6.1	(77年) 14.1	(77年) 23.1
アメリカ	(76年) 15.2	(76年) 10.9	(76年) 16.9	(76年) 12.3
フランス	(76年) 12.5	(76年) 6.9	(75年) 18.3	(76年) 17.5
西ドイツ	(77年) 15.5	(77年) 10.3	(77年) 15.0	(77年) 34.0
イタリア	(77年) 17.7	(77年) 13.7	(77年) 20.8	(70年) 54.5
スウェーデン	(77年) 8.0	(77年) 5.8	(76年) 10.7	(77年) 11.5
イングランド・ウェールズ	(77年) 13.8	(77年) 9.3	(77年) 17.1	(77年) 13.0
スイス	(77年) 9.8	(77年) 6.5	(77年) 11.3	(77年) 4.1

資料：厚生省統計情報部「人口動態統計」

WHO「World Health Statistics Annual 1978 Vol. 1」

第2-5図 世界各国の平均寿命の年次推移

第2-5図 世界各国の平均寿命の年次推移(男・女)



しかしながら、例えば妊産婦死亡率については、急速に改善されてきているものの、なお欧米先進国とは差があり、今後改善を要する領域がまだ残されている。

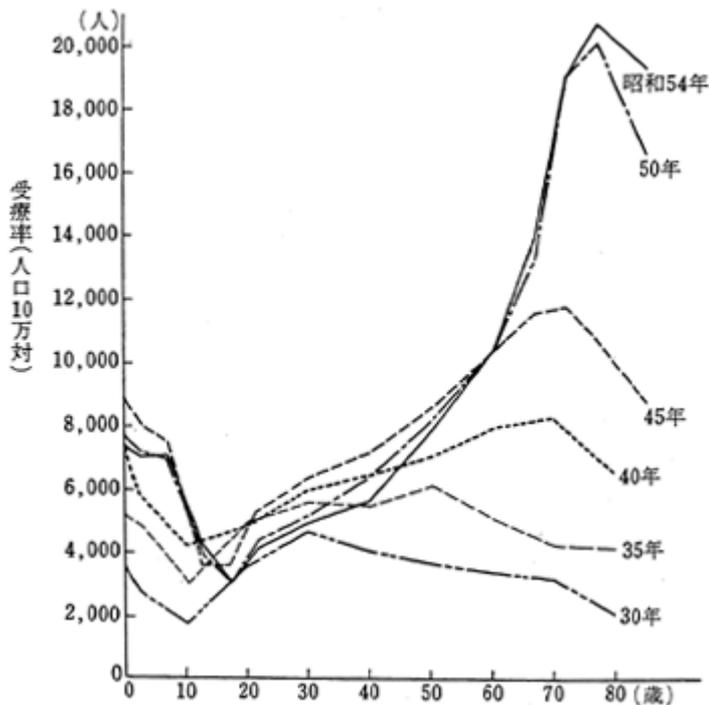
### イ 疾病構造の変化

我が国の疾病構造は、戦後大きく変化し、感染性疾患中心から、がん、循環器系疾患を含む成人病中心の構造になってきている。このような変化は、戦後20年を経ずして生じており、1960年代で、既に、脳卒中・がん・心臓病が、結核・肺炎・胃腸炎に代わって死因順位の上位を占めるに至っているが、1970年代においては、成人病による死亡の総死亡に占める割合が、昭和45年の54.7%から54年の62.0%に高まっているように、更にこの傾向が強まってきている。

疾病構造変化の内容をみるため受療率の推移をみると、戦後一貫して上昇傾向にあるが、これを年齢階級別にみると、昭和30年と35年の比較では、各年齢層とも受療率が上昇している(第2-6図)。しかし、昭和35年から最近までの推移では、若年層ではほとんど変化がみられないのに対し、高齢者の受療率が顕著な上昇を示している。すなわち、1960年代から1980年に至る20年間は60歳以上の高齢者の受療率の上昇が特徴といえる。

第2-6図 年齢階級別受療率

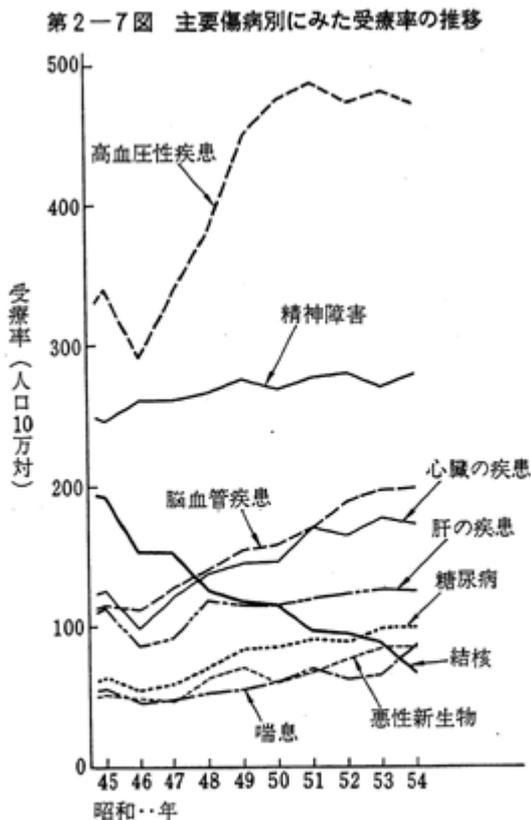
第2-6図 年齢階級別受療率



資料：厚生省統計情報部「患者調査」

次に、1970年代の主要傷病別受療率の推移をみると、結核を除いてほとんどの疾病について上昇傾向が認められるが、なかでも循環器系疾患等の高年齢層に発病率の高い疾病の受療率の上昇が著しい(第2-7図)。

第2-7図 主要傷病別にみた受療率の推移



資料：厚生省統計情報部「患者調査」

(注) 心臓の疾患は活動性リウマチ熱、慢性リウマチ性心疾患、虚血性疾患、その他の心疾患

言い換えれば、近年成人病を主体とする疾病構造に変わってきたのは、有病率の高い老人人口の増加によるところが大で、これがまた医学、医術の進歩、国民の健康に対する意識の高まり、老人医療費支給制度の創設等とあいまって、受療率の上昇をもたらしたといえる。

成人病が増加してきたことのほかに、急激な経済成長によってもたらされた自然環境の破壊、大気汚染、水質汚濁、産業の高度化、社会の複雑化に伴って、公害健康被害者が発生し、また、大量飲酒者や神経症の患者の増加がみられたことも、1960年代後半から1970年代にかけての特徴であろう(第2-12表、第2-13表)。

第2-12表 大量飲酒者数等

第2-12表 大量飲酒者数等

区 分	昭和45年	46	49	50	51	52	53
大量飲酒者数 (推計)	約 123 (100.0)	約 126 (102.4)	約 148 (120.3)	約 154 (125.2)	約 154 (125.2)	約 163 (134.1)	約 167 (135.8)
肝 硬 変	43,800 (100.0)	45,250 (103.3)	67,100 (153.2)	64,100 (146.3)	84,700 (193.4)	79,600 (181.7)	86,600 (197.7)

資料：国税庁「統計年報書」、厚生省統計情報部「患者調査」

(注) 1. ( ) 内は、それぞれ昭和45年対比の指数を示す。

2. 算出方法 (WHO計算方式) 大量飲酒者とは、1日平均150ml以上の純アルコールを飲む者で、アルコール中毒予備軍に相当し、飲酒人口1人当たり年間消費量から算出するもので次の式による。

$$\text{大量飲酒者数} = \text{飲酒人口} \times \frac{0.174x + 0.00793x^2}{100}$$

$$x : \frac{\text{年間酒類純アルコール換算量}}{\text{飲 酒 人 口}}$$

第2-13表 神経症の患者数

第2-13表 神経症の患者数 (推計) (単位：千人)

年 次	患 者 数		
	総 数	入 院	外 来
昭和45年	26.6	10.8	15.8
46	29.5	14.4	15.1
47	26.1	11.3	14.8
48	28.4	11.1	17.3
49	29.0	12.3	16.6
50	33.3	13.6	19.7
51	37.6	15.1	22.5
52	30.1	14.5	15.6
53	33.3	15.1	18.4
54	32.4	15.8	16.6

資料：厚生省統計情報部「患者調査」

なお、公害健康被害者発生については、昭和42年の公害対策基本法の制定、45年の14の公害法の立法化等により公害対策が進み、1970年代後半以降、かなり減少してきている。

### ウ 国民保健対策

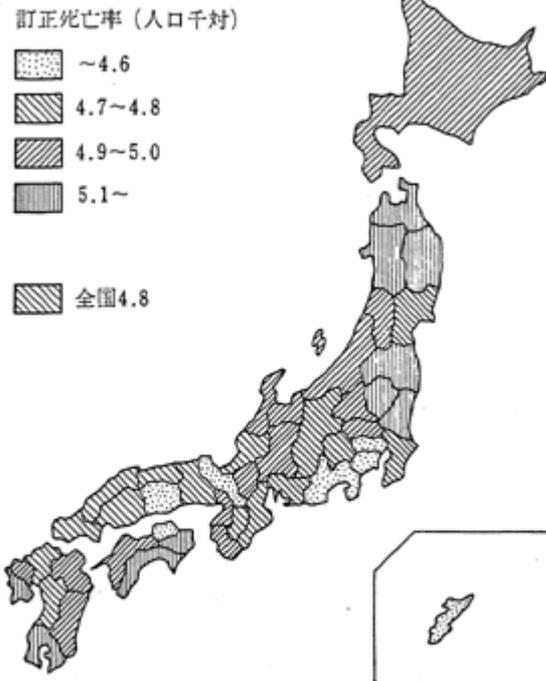
国民の健康水準は、青少年の体位の向上、平均寿命の伸長にみられるように著しく向上してきた。しか

し、さきに述べたように、その一方で、成人病が増加してきている。成人病の発症は、運動不足や栄養の過剰摂取等個人の生活態度、地域の生活習慣、気候風土等と関係が深い。

第2-8図は都道府県別の訂正死亡率である。訂正死亡率は、年齢構成の違いによる影響を取り除いた死亡率であり、地域の健康水準をみる総合的な指標として有用である。これによれば、全国平均の訂正死亡率は人口10万対比で、昭和45年の588.0から50年の482.7に低下してきている。最も低いのは、東京都の443.3で、逆に最も高いのは秋田県の530.7であり、地域間の格差は縮小されつつあるものの、まだ、かなり残されている。

第2-8図 都道府県別訂正死亡率昭和50年

第2-8図 都道府県別訂正死亡率 昭和50年(1975)



資料：厚生省統計情報部「昭和50年主要死因別訂正死亡率」  
(注) 訂正死亡率の基準人口は、昭和35年の全国人口である。

こうした地域差を改善し、また死亡率の低下を図るには、従来の保健活動に加え、適正な栄養、運動、休養を日常生活の中に取り入れて健康を自らの手で積極的に保持、増進していく活動を喚起するとともに、地域社会を基盤にした包括的保健医療サービスを行う必要があることが強く認識されるようになってきた。

このため、1)生涯を通じる健康づくりの推進、2)健康づくりの基盤整備、3)健康づくりの啓もう、普及を内容とする国民健康づくり対策が昭和53年度から推進されているとともに、地域医療対策の充実が図られている。この包括的保健医療サービスの考え方は、1978年に世界保健機関(WHO)と国連児童基金(UNICEF)とが共同で行った「アルマ・アタ宣言」に書かれているプライマリヘルスケア(「そのコミュニティにおいて何が主要な保健問題であるかにねらいを定めて、その地域にあるあらゆる資源を利用した健康増進、予防、治療、リハビリテーションの包括的保健サービスを提供する」と精神を一にするとところがある。

総論

第2章 1970年代における社会保障の展開

第4節 各制度の展開

1 保健, 医療

(2) 医療費の動向

我が国の国民医療費は、戦後一貫して増加しており、昭和53年度には10兆円を超えて総額10兆42億円に達した。国民1人当たりになると、年8万6,900円を支出したことになる。昭和45年度の国民医療費が、2兆4,962億円、国民1人当たり2万4,100円であったのに比較して総額で約4.0倍、国民1人当たりで約3.6倍の増加である(第2-14表)。

第2-14表 国民医療費等の年次推移

	国民医療費		国民1人当たり医療費 (千円)	国民医療費の割合	
	総額 (億円)	増加率 (%)		対国民所得 (%)	対国民総生産 (%)
昭和30年度	2,388	11.0	2.7	3.27	2.69
40	11,224	19.5	11.4	4.28	3.40
45	24,962	20.1	24.1	4.10	3.31
46	27,250	9.2	26.0	4.16	3.28
47	33,994	24.7	31.6	4.42	3.51
48	39,496	16.2	36.2	4.17	3.37
49	53,786	36.2	48.6	4.81	3.86
50	64,779	20.4	57.9	5.22	4.23
51	76,684	18.4	67.8	5.57	4.46
52	85,686	11.7	75.1	5.63	4.49
53	100,042	16.8	86.9	6.03	4.78

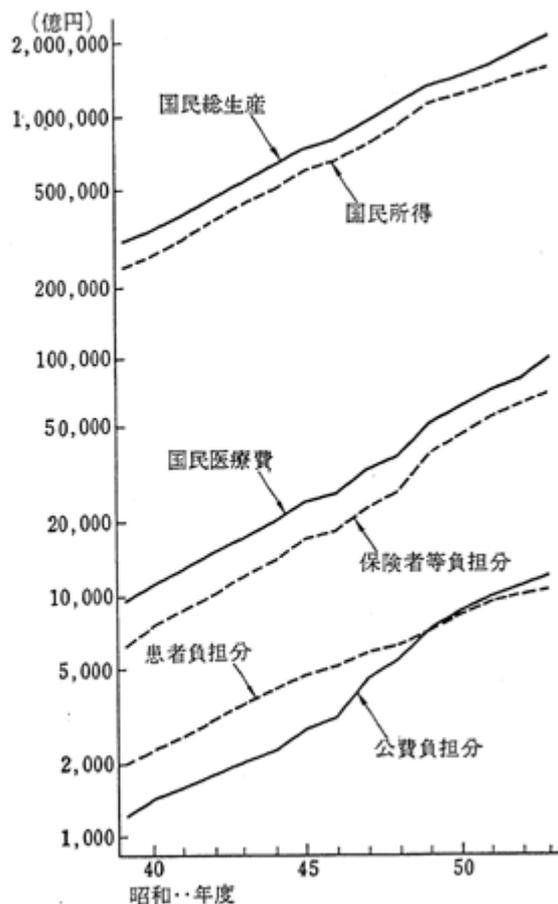
資料：厚生省統計情報部「国民医療費」

- (注) 1. 国民所得、国民総生産は、経済企画庁発表による。昭和40年度以後は新SNAによる。  
 2. 国民1人当たり医療費を算出するために用いた人口は、総理府統計局発表による10月1日人口である。

また、国民医療費の伸びと国民所得の伸びとを比べてみると(第2-9図)、昭和48年ごろまでは、ほぼ同じような伸び率を示してきたため、国民医療費の国民所得に対する割合は、約4~45%程度で推移してきたが、48年の石油危機をきっかけとして国民所得の伸びが鈍化したのに対し、国民医療費の伸び率はそれほど下がらなかったため、国民医療費の対国民所得比は、次第に増加し、50年度には5%を、53年度には6%を超えた。

第2-9図 国民医療費と国民総生産・国民所行の年次推移

第2-9図 国民医療費と国民総生産・国民所得の年次推移



資料：厚生省統計情報部「国民医療費」

医療費の伸びの推移を国民所得の伸びとの対比で国際比較したのが第2-15表である。欧米諸国も我が国と同様に医療費の伸びが国民所得の伸びを上回っており医療費の増加は各国共通の問題であることがわかる。

第2-15表 医療費と国民所得の年平均伸び率の国際比較

第2-15表 医療費と国民所得の年平均伸び率の国際比較 (1970→1978年)

(単位：%)

	日 本	アメリカ	イギリス	西ドイツ	フランス
医 療 費	19.0	13.1 (1970→1977)	19.4 (1970→1977)	14.7	16.6
国 民 所 得	13.4	9.6 (1970→1977)	16.0 (1970→1976)	8.3 (1970→1977)	13.3 (1970→1977)

資料：1. 医 療 費 日 本：厚生省統計情報部「国民医療費」

アメリカ：「Social Security Bulletin」

イギリス：「Annual Abstract of Statistics」

西ドイツ：「Sozialbericht 1978」

フランス：「Comptes Nationaux de la Santé」

2. 国民所得 日 本：経済企画庁「国民経済計算年報」

外 国：「National Accounts of OECD Countries

1960—1977」

次に、医療費がどのような形で負担されているかを、生活保護法、結核予防法等の公費負担制度による公費負担分(国、地方公共団体が負担)、医療保険、労働者災害補償保険等の保険者等負担分、患者負担分に分類してみよう(第2-16表)。

第2-16表 国民医療費の年次推移

第2-16表 国民医療費の年次推移

(単位：億円，%)

	昭和 40年度	45	46	47	48	49	50	51	52	53
国民医療費	11,224	24,962	27,250	33,994	39,496	53,786	64,779	76,684	85,686	100,042
公費負担分	1,471	2,822	3,209	4,607	5,488	7,276	8,471	9,781	11,357	13,094
保険者等負担分	7,442	17,320	18,872	23,401	27,767	39,301	47,933	57,303	64,311	75,256
医療保険	7,193	16,699	18,218	22,608	26,926	38,158	46,541	55,495	62,238	72,745
被用者保険	5,178	11,342	12,083	14,791	17,593	25,081	30,262	35,783	39,818	45,651
国民健康保険	2,015	5,357	6,135	7,817	9,332	13,077	16,280	19,711	22,420	27,095
その他	248	621	654	794	842	1,143	1,391	1,808	2,073	2,510
患者負担分	2,312	4,820	5,169	5,986	6,241	7,209	8,375	9,600	10,018	11,692
国民医療費	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
公費負担分	13.1	11.3	11.8	13.6	13.9	13.5	13.1	12.8	13.3	13.1
保険者等負担分	66.3	69.4	69.3	68.8	70.3	73.1	74.0	74.7	75.1	75.2
医療保険	64.1	66.9	66.9	66.5	68.2	70.9	71.8	72.4	72.6	72.7
被用者保険	46.1	45.4	44.3	43.5	44.5	46.6	46.7	46.7	46.5	45.6
国民健康保険	18.0	21.5	22.5	23.0	23.6	24.3	25.1	25.7	26.2	27.1
その他	2.2	2.5	2.4	2.3	2.1	2.1	2.1	2.4	2.4	2.5
患者負担分	20.6	19.3	19.0	17.6	15.8	13.4	12.9	12.5	11.7	11.7

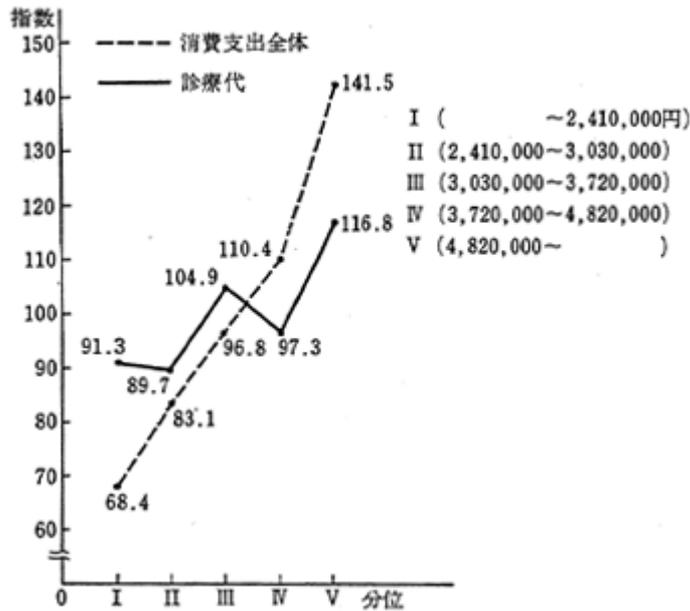
資料：厚生省統計情報部「国民医療費」

まず、公費負担分が、昭和45年度の2,822億円から53年度の1兆3,094億円へと約4.6倍に、また、保険者等負担分が同じく1兆7,320億円から7兆5,256億円へと約4.3倍になっているのに対し、患者負担分は、4,820億円から1兆1,692億円へと2.4倍の増加にとどまっている。これに伴い、国民医療費に占めるそれぞれの割合も公費負担分が11.3%から13.1%へ、保険者等負担分が69.4%から75.2%へそれぞれ増加しているのに対し、患者負担分は19.3%から11.7%へ減少している。医療保険の内訳をみると、被用者保険の占める割合はほとんど変わっていないのに対し、国民健康保険の占める割合が増加している。

このように、給付率の引上げ等医療保険制度の給付改善により、患者負担を保険制度でより多く肩代わりしてきたことが、1970年代の大きな特徴としてあげられる。医療費支出は、他の支出項目と比べて所得階層によってそれほど支出額に差がないように(第2-10図)、家計において最も優先度の高い支出であり、保険制度の給付率が低ければ、いったん病気になった時の家計の負担は重いものになる。この意味で、保険給付率の引上げは、病気になった際の家計負担を軽減させ、国民が安心して医療を受けられるようにすることに大いに役立った。しかし、他方、給付改善のため、保険財政が非常に厳しい状況に直面していることも否定できない。

第2-10図 年間収入5分位階級別勤労者世帯1世帯当たり年間の消費支出と診療代

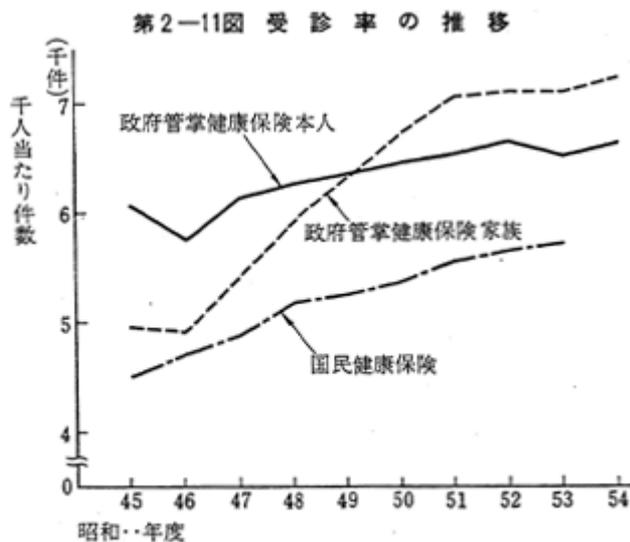
第2-10図 年間収入5分位階級別勤労者世帯1世帯当たり年間の消費支出と診療代の消費支出と診療代 (勤労者世帯平均=100)



資料：総理府統計局「家計調査年報」(昭和53年)

このような医療費増加の要因として、受診率(1,000人当たり1月受診件数)、1件当たり診療日数、1日当たり診療費の3要素に分けてそれぞれの動向を政府管掌健康保険及び国民健康保険を例に見てみると、第2-11図のとおり受診率は昭和46年7月の保険医総辞退の影響等により46年度に若干減少した等以外は、漸増傾向を示している。これには、医療保険制度の改正、老人医療費支給制度の実施等の制度面での改善や医療供給体制の整備による医療需要の顕在化等がその要因となっているものと思われる。例えば、昭和47年度ごろから、政府管掌健康保険の家族の受診率が上昇しているが、これには人口構成の高齢化により受診率の高い老人が増加してきていること、昭和48年度の法改正により家族給付率が引き上げられたこと等が影響していると考えられる。これに対し、1件当たり受診日数は漸減しているため(第2-12図)、受診率と1件当たり受診率の積である1人当たりの受診日数はほぼ横ばいないし漸増傾向で推移している。他方、1日当たりの診療費について見てみると(第2-13図)、例えば政府管掌健康保険の本人で昭和45年度の1,178円から54年度の4,149円へと3.52倍に伸びるなど急激な上昇を示しており、これが医療費増加に最も大きく影響している。

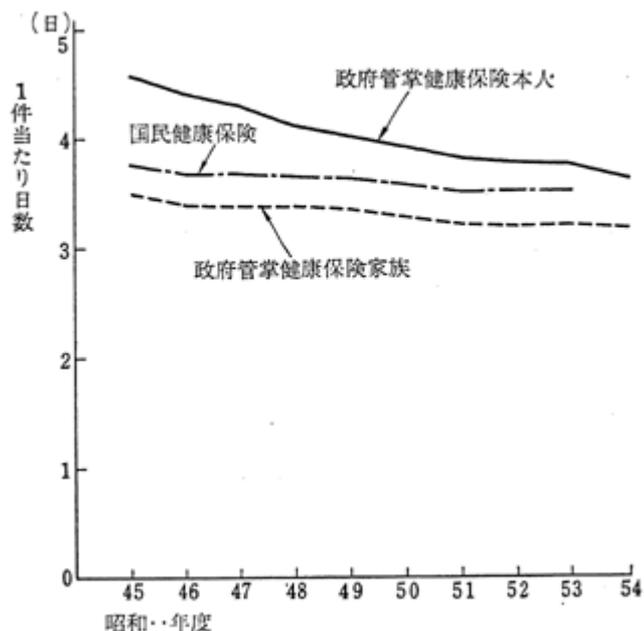
第2-11図 受診率の推移



資料：社会保険庁「事業年報」

第2-12図 1件当たり受診日数の推移

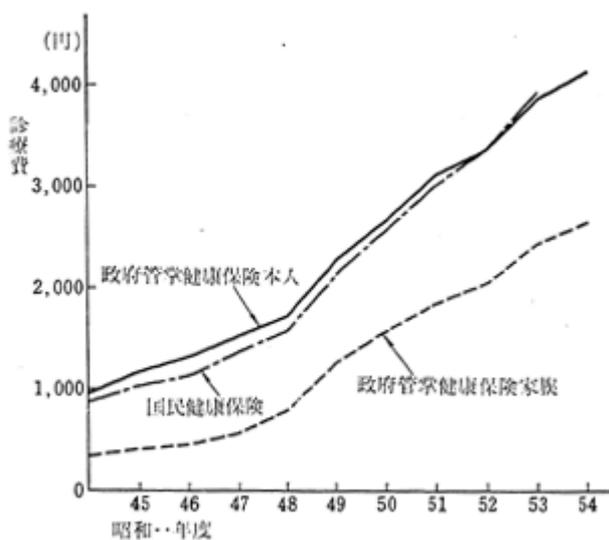
第2-12図 1件当たり受診日数の推移



資料：社会保険庁「事業年報」

第2-13図 1日当たり診療費の推移

第2-13図 1日当たり診療費の推移



資料：社会保険庁「事業年報」

1日当たり診療費増加の要因として第1にあげられるのは、疾病構造の変化である。前述のとおり、人口構造が急速に高齢化していることもあって、高血圧、心臓病などの循環器疾患、悪性新生物(がん)などの疾病が増加している(第2-17表)。これらの疾病は治療により多くの時間と手間を要するため、これらの疾病の増加は医療費の増加の要因となっている。

第2-17表 件数順位が上位5位の疾病の推移

第2-17表 件数順位が上位5位の疾病の推移(政府管掌健康保険)

		40年		54年	
		件数 100分率		件数 100分率	
入 被 保 険 者	1	消化器系の疾患	28.7%	消化系の疾患	27.7%
	2	伝染病・寄生虫病	17.3	循環系の疾患	13.3
	3	精神病等	7.6	新生物	9.7
	4	循環器系の疾患	6.5	精神障害	8.8
	5	事故・中毒・暴力等	6.5	筋骨格系・結合組織の疾患	7.6
院 被 扶 養 者	1	消化器系の疾患	21.1	循環系の疾患	16.7
	2	妊娠・分娩・その他合併症	20.4	消化系の疾患	13.2
	3	呼吸器系の疾患	8.9	精神障害	9.9
	4	伝染病・寄生虫病	6.7	妊娠・分娩・その他合併症	9.2
	5	事故・中毒・暴力等	6.5	呼吸系の疾患	8.0
入 被 保 険 者	1	呼吸器系の疾患	22.2	消化系の疾患	17.8
	2	消化器系の疾患	19.5	呼吸系の疾患	16.9
	3	神経系・感覚器の疾患	15.1	循環系の疾患	16.3
	4	循環器系の疾患	8.4	筋骨格・結合組織の疾患	12.7
	5	皮膚等の疾患	6.5	神経系・感覚器の疾患	9.9
外 被 扶 養 者	1	呼吸器系の疾患	40.8	呼吸系の疾患	32.5
	2	神経系・感覚器の疾患	12.9	神経系・感覚器の疾患	12.4
	3	消化器系の疾患	9.6	循環系の疾患	12.4
	4	皮膚等の疾患	6.4	皮膚・皮下組織の疾患	7.2
	5	循環器系の疾患	5.9	消化系の疾患	6.6

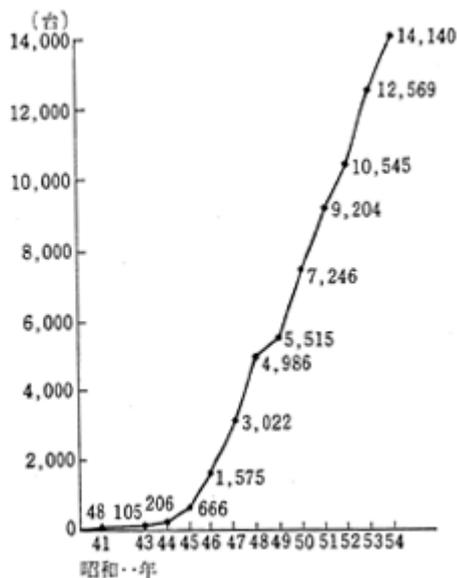
資料：社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」

第2に考えられるのは、医療の高度化である。医学・医術の進歩に伴い、より効果的な診療方法が採用されていくが、通常これらの新しい方法は、旧来の方法に比べその費用が高いことが多い。

また、後述するように高度な医療機器が普及することにより検査の面でも、治療の面でも高価な方法が広く使用されるようになってきたこと、例えばCTスキャナーによる断層撮影法や腎不全患者に対する人工透析が普及してきたことも影響している(第2-14図)。

### 第2-14図 人工腎臓保有台数

第2-14図 人工腎臓保有台数



厚生省医務局調べ

第3の要因としては、診療報酬の引上げがあげられる(第2-18表)。

第2-13図にみられるように、診療報酬改定のあった年度又はその翌年度である昭和45年度、47年度、49年度、51年度、53年度には1日当たり診療費の伸びが大きくなっている。

第2-18表 診療報酬改定率

第2-18表 診療報酬改定率

(単位：%)

	診療報酬改定率
昭和45年2月1日	8.77
45. 7. 1	0.97
47. 2. 1	13.70
49. 2. 1	19.0
49. 10. 1	16.0
51. 4. 1	9.0
53. 2. 1	9.3

厚生省保険局調べ

(注) 医科のみの数値である。

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第4節 各制度の展開

##### 1 保健, 医療

##### (3) 医療保険制度の改正と財政状況

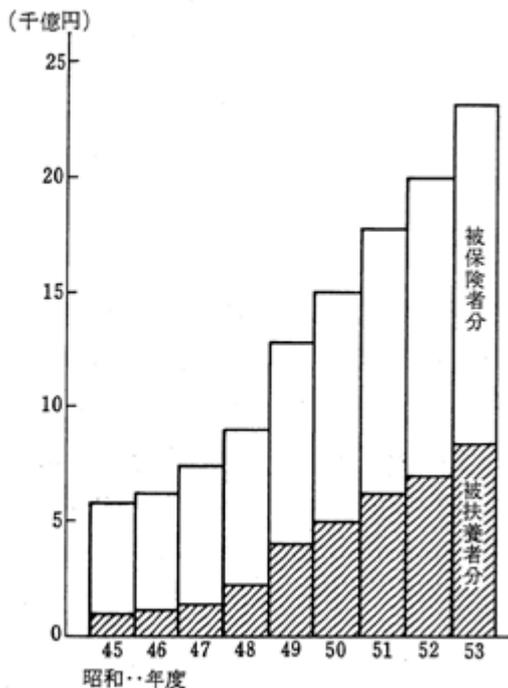
昭和36年4月以来の国民皆保険体制のもとで, 1970年代においては, 昭和48年の健康保険の家族給付率の引上げ, 高額療養費支給制度の導入等の大幅な給付改善が図られたが, 他方, 医療費の増高を反映して医療保険財政はますます窮迫の度を増してきている。以下においては, 主な制度について, 制度の改正とそれが収支に与えた影響について見てみよう。

#### ア 政府管掌健康保険

まず, 給付についてみると昭和48年度の家族給付率の5割から7割への引上げにより, 被扶養者に対する給付費が大幅に増加したことが大きな特徴である(第2-15図)。同じく昭和48年度に制度化された高額療養費支給制度は, 被扶養者は治療に要した費用の3割を自己負担することになっているが, その額が3万円(51年8月より3万9,000円)を超える場合に, その超える分を保険で給付する制度(すなわち, 被扶養者の自己負担の最高限度額は3万9,000円となる。)である。これによる給付額は, 昭和53年度で178億円, 保険給付全体に対する比重では0.8%とそれほど大きいとはいえないが, 重い病気になった場合, 長期間入院した場合等, 医療費がかなりの額になったときの患者のメリットは測り知れないものがあり, 医療保険制度の改正としては極めて意義深いものである。これらの給付改善の結果, 医療費総額に占める医療給付費の割合は昭和45年の83.8%から, 53年の87.7%へと上昇している。なお, 昭和53年度には傷病手当金の支給期間が6か月から1年6か月に延長されたため, 53年度は, 傷病手当金の支給額が大きく伸びているが, 保険給付額に占める割合についてみれば, 45年度が6.1%, 50年度が4.4%であったのに対し, 53年度4.5%で, それほど変化はない。

#### 第2-15図 政府管掌健康保険の支出の推移

第2-15図 政府管掌健康保険の支出の推移



資料：社会保険庁「事業年報」

一方、収入についてみると(第2-19表),昭和48年度改正により、保険料率の引上げ(7%→7.2%),標準報酬等級表の上下限の改定が行われるとともに保険給付費に対して定率(10%)の国庫補助の制度が新設された。また、保険料率を厚生大臣が社会保険審議会の議を経て、調整できるようにするとともに、7.2%を超えて料率を引き上げる場合には、料率0.1%の引上げについて国庫補助率を対保険給付費で0.8%引き上げることとされた。昭和51年度に標準報酬等級表の上限の改定が行われたのに続いて、52年度には、標準報酬等級表の上限の改定のほか、特別保険料(賞与等の1%)の徴収が定められ、また、受益者負担の立場から初診時一部負担金が200円から600円に引き上げられるなどの措置が講じられた。以上のように国庫補助の増額や保険料引上げなどにより、第2-16図のとおり収入の大幅な増加が図られてきたにもかかわらず支出がこれに劣らない速さで増加してきたため政府管掌健康保険の財政は、厳しい状況で推移している。

第2-19表 保険料率、標準報酬の推移

第2-19表 保険料率, 標準報酬

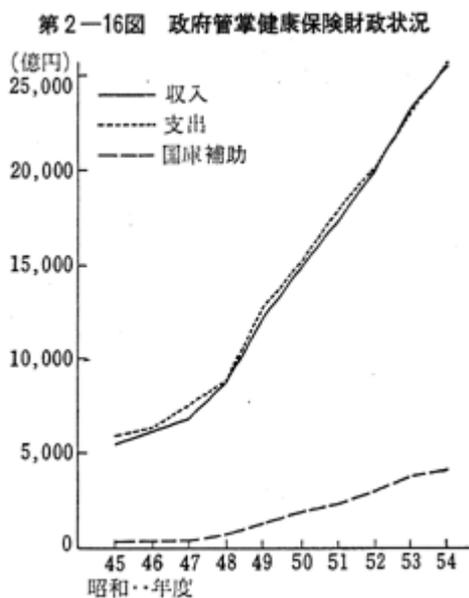
		昭和45年	46	47	48	49
保険料率 (%)		(44.9~ 7.0)	"	"	(48.10~ 7.2)	(49.11~ 7.6)
標準報酬	下限	円 3,000 (41.4~)	"	"	20,000 (48.10~)	"
	上限	円 104,000 (41.4~)	"	"	200,000 (48.10~)	"
	等級	36 (41.4~)	"	"	35 (48.10~)	"

厚生省保険局調べ

の推移 (政府管掌健康保険)

50	51	52	53	54	55
"	(51.10~ 7.8)	"	(53.2~ 8.0 (53.1~ 特別保険料 1.0)	"	"
"	30,000 (51.7~)	"	30,000 (53.1~)	"	"
"	320,000 (51.7~)	"	380,000 (53.1~)	"	"
"	36 (51.7~)	"	39 (53.1~)	"	"

第2-16図 政府管掌健康保険財政状況



イ 組管掌健康保険

組管掌健康保険についても、昭和48年以後政府管掌健康保険と同様、給付の改善標準報酬等級表の上下限の改定、特別保険料の徴収、一部負担金の額の改正が行われたほか、昭和48年度には、保険料率の最高限度の引上げ及び被保険者負担料率の限度の引上げが行われ、収入の増加が図られるとともに、事務費のほか、特に財政基盤の弱い組合に対し、33年度から国庫補助が行われている。

組管掌健康保険は、他制度に比べ老人の割合が少なく、また、健康管理を積極的に実施したところも多いため、財政状況はおおむね良好であったが、最近では医療給付費の増加等により、支出の伸びが収入の伸びを上回る傾向がみられ、財政状況の窮迫した組合が増加してきている。

ウ 国民健康保険

国民健康保険については、昭和43年に全世帯員の7割給付が実施されるなど、逐次給付の改善が図られてきたが、48年の健康保険法等の一部改正により高額療養費支給制度が導入され、50年10月1日から全保険者で実施された。高額療養費給付額は、昭和50年度846億円、51年度1,154億円、52年度1,312億円、53年度1,916億円と徐々に増加してきており、国民健康保険の医療費に占める割合は、54%(53年度)に達している。また、昭和48年1月から老人医療費支給制度が実施されたが、国民健康保険は、他の医療保険に比べて、老人の占める割合が大きいこと、高齢者は受療率が高いうえに治療期間が長いこと等のため、老人医療費支給対象者に対する保険給付が相対的に多く、更に、人口の高齢化に伴い老人医療費支給対象者の数自体も増加してきているため、療養諸費用額のうち老人医療費支給対象者に係る分が次第に増加し、国民健康保険の財政圧迫の大きな要因となっている(第2-20表)。

第2-20表 療養諸費等の推移

第2-20表 療養諸費

	被保険者数 A	療養諸費合計	
		件数 B	費用額 C 円
昭和45年度	43,363,252	197,760,226	761,167,901
46	43,721,344	209,153,014	868,479,877
47	44,361,580	219,661,208	1,102,881,772
48	44,124,757	233,845,835	1,320,794,558
49	43,853,478	235,128,603	1,807,555,595
50	43,995,756	242,533,197	2,186,039,268
51	44,034,282	251,924,203	2,626,746,392
52	44,278,985	258,069,957	2,985,998,347
53	44,508,268	263,894,986	3,560,624,698

資料：厚生省保険局「国民健康保険事業年報」

等の推移

老人医療費 支給対象者数 D	老人医療費対象者分				
	件数 E	療養諸費用額 F 円	D/A	E/B	F/C
—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—
2,668,634	5,428,584	49,563,089	6.1	2.5	4.5
2,882,084	27,069,874	275,308,335	6.5	11.6	20.8
2,917,534	30,198,168	415,329,080	6.7	12.8	23.0
3,058,878	33,131,349	529,924,532	7.0	13.7	25.4
3,193,776	35,504,241	656,242,943	7.3	14.1	25.0
3,357,574	38,736,500	785,199,936	7.6	15.0	26.3
3,565,077	42,755,895	987,648,269	8.0	16.2	27.7

以上のような給付改善により、被保険者の実質的な一部負担は、昭和45年度に療養諸費費用額の28.2%だったものが、49年度19.2%、51年度16.4%、53年度15.1%と大幅に低下してきている。

次に収入について見てみよう。国民健康保険の保険料(税)は、1人当たりの額で見ると毎年ほぼ15%以上増加し、昭和53年度は45年度の4.66倍に達している(第2-21表)が、国民健康保険の収入全体に占める保険料(税)の割合は、31~34%で昭和45年以後大きな変化はない。一方、国民健康保険の被保険者は、一般に所得が低いため、保険料の負担能力に乏しく、また、被用者保険のような事業主負担がないこと等から、保険財政を保険料だけで賄うことは困難な事情にある。このため、国民健康保険については、従来から大幅な国庫補助が行われてきている。すなわち、療養給付費負担が従前の25%から、市町村に対しては昭和41年4月から一律40%に、国民健康保険組合に対しては53年度から財政力等に応じて40%まで増額できることとされた。また、財政調整交付金(市町村の国民健康保険医療費の100分の5)のほか、事務費補助金(補助率10割)等が国庫補助(負担)されてきている。更に、最近における国民健康保険財政の悪化にかんがみ、昭和49年度から、市町村に対し、臨時財政調整交付金が交付されるとともに、財政的に体質の弱い国民健康保険組合に対し、国民健康保険組合臨時調整補助金の補助が行われてきている。これらの国庫補助(負担)により、国民健康保険財政に占める国庫支出の割合は6割近くを占めるに至っている(第2-17図)。

第2-21表 国民健康保険年度別保険料(税)現年分調定額

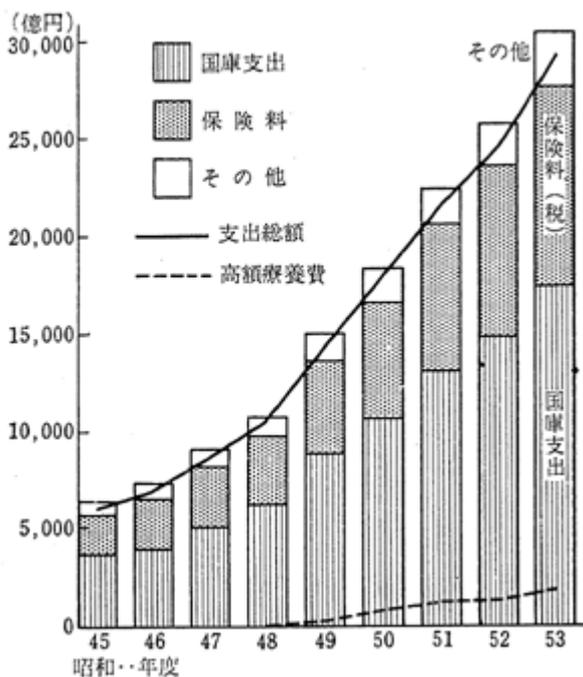
第2-21表 国民健康保険年度別保険料(税)現年分調定額

	1世帯当たり調定額		1人当たり調定額	
	金額	対前年度比	金額	対前年度比
昭和45年度	円 17,096	1.152	円 5,146	1.179
46	19,670	1.151	6,034	1.173
47	22,239	1.131	6,921	1.147
48	25,865	1.163	8,174	1.181
49	34,557	1.336	11,045	1.351
50	42,562	1.232	13,736	1.244
51	53,461	1.256	17,461	1.271
52	61,771	1.155	20,486	1.173
53	71,055	1.150	23,973	1.170

資料：厚生省保険局「国民健康保険事業年報」

第2-17図 国民健康保険収入支出の推移

第2-17図 国民健康保険収入支出の推移



資料：厚生省保険局「国民健康保険事業年報」

しかし、このような巨額の国庫支出にもかかわらず、財政状況は構造的に非常に厳しいものがあり、今後の老人の増加に伴って深刻さは更に増すおそれが強くなっている(第2-22表)。

第2-22表 国民健康保険年度別収支状況

第2-22表 国民健康保険年度別収支状況

年 度	収入決算額	支出決算額	収支差引残	収支差引残内訳			
				黒字保険者		赤字保険者	
				保険者数	剰余額	保険者数	不足額
	百万円	百万円	百万円		百万円		百万円
昭和45年度	643,968	601,597	42,371	3,370	45,917	98	3,546
46	738,348	698,671	39,677	3,318	45,108	132	5,431
47	902,056	870,603	31,453	3,214	39,972	265	8,519
48	1,079,993	1,039,623	40,370	3,279	49,473	196	9,104
49	1,502,220	1,452,474	49,745	3,290	63,978	171	14,232
50	1,843,251	1,801,329	41,922	3,194	66,219	266	24,297
51	2,247,252	2,180,046	67,206	3,280	92,723	177	25,517
52	2,594,118	2,483,433	110,685	3,344	130,043	110	19,358
53	3,060,890	2,942,844	118,046	3,342	132,218	99	14,172

資料：厚生省保険局「国民健康保険事業年報」

総論

第2章 1970年代における社会保障の展開

第4節 各制度の展開

1 保健, 医療

(4) 公費負担医療制度

公費負担医療制度は,医療費の全部又は一部を,国又は地方公共団体の公費で負担するもので,現在,法律に基づいて行われるものと予算措置によるものがある。

公費負担医療制度による医療費の動向をみると,昭和45年度は医療費全体の11.3%を占めていたが,47年度の老人医療費支給制度の導入後は,51年度の12.8%を除き,13%台で推移し,実額では53年度は,45年度の4.6倍に増加している(第2-23表)。内訳をみると,生活保護法による医療扶助の割合が国民医療費全体の6.5%前後,昭和47年度以後は,公費負担医療分の50%弱で推移しているのに対し,老人福祉法による老人医療費の割合が次第に増加し,53年度には国民医療費全体の3.6%,公費負担分の27.8%を占めるに至っている。他方,近時の公衆衛生水準の向上等により,社会防衛的な性質を有する公費負担医療(結核予防法,精神衛生法等によるもの)の占める割合は次第に低下してきている。

第2-23表 公費負担制度による医療費の動向

第2-23表 公費負担制度による医療費の動向

(単位:億円)

	昭和 45年度	49	50	51	52	53
国民医療費	24,962	53,786	64,779	76,684	85,686	100,042
公費負担分	2,822	7,276	8,471	9,781	11,357	13,094
生活保護法	1,680	3,519	4,210	4,875	5,315	6,190
結核予防法	540	784	819	840	793	801
精神衛生法	437	887	961	1,006	1,021	1,118
老人福祉法	—	1,760	2,127	2,635	3,103	3,637
その他	165	328	354	424	1,124	1,348

資料:厚生省統計情報部「国民医療費」

1970年代に新たに設けられたものとして老人医療費支給制度のほかに,予算措置による特定疾患治療研究事業と小児慢性疾患対策としての小児慢性特定疾患治療研究事業がある。

特定疾患治療研究事業は,難病のうち特定疾患に関する医療の確立,普及を図るとともに,医療費の負担軽減を図ることを目的とするもので,昭和47年度に,ベーチェット病,全身性エリテマトーデス等4疾患について,定額補助が行われたのをはじめとして,逐次対象となる特定疾患の範囲が拡大され,55年度には21疾患に対して医療保険の自己負担分について公費負担が行われている(第2-24表)。小児慢性特定疾患治療研究事業は,小児慢性疾患の治療が長期にわたり,医療費の負担も高額となり,これを放置することは,児童の健全な育成を阻害することとなるため,悪性新生物等の9疾患群を対象疾患として,その医療の確立と普及を図り,併せて患者家庭における経済的,精神的負担の軽減を図っている(第2-25表)。

第2-24表 特定疾患治療研究対象一覧

第2-24表 特定疾患治療研究対象一覧

	昭和47 年度 (72)	48 (73)	49 (74)	50 (75)	51 (76)	52 (77)	53 (78)	54 (79)	55 (80)
総 数	4	6	10	15	18	19	20	21	21
1 ベーチェット病	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2 多発性硬化症		○	○	○	○	○	○	○	○
3 重症筋無力症	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4 全身性エリテマト ーデス	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5 ス モ ン	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6 再生不良性貧血		○	○	○	○	○	○	○	○
7 サルコイドーシス			○	○	○	○	○	○	○
8 筋萎縮性側索硬化 症			○	○	○	○	○	○	○
9 強皮症・皮膚筋炎 及多発性筋炎			○	○	○	○	○	○	○
10 特発性血小板減少 性紫斑病			○	○	○	○	○	○	○
11 結節性動脈周囲炎				○	○	○	○	○	○
12 潰瘍性大腸炎				○	○	○	○	○	○
13 大腸派炎症候群				○	○	○	○	○	○
14 ビュルガー病				○	○	○	○	○	○
15 天 疱 瘡				○	○	○	○	○	○
16 脊髄小脳変性症					○	○	○	○	○
17 クロ ー ン 病					○	○	○	○	○
18 劇 症 肝 炎					○	○	○	○	○
19 悪性関節リウマチ						○	○	○	○
20 パーキンソン病							○	○	○
21 アミロイドーシス							○	○	○

厚生省公衆衛生局調べ

第2-25表 小児慢性特定疾患治療研究事業給付実績

第2-25表 小児慢性特定疾患治療研究事業給付実績 (単位：人)

区 分	治療研究 期 間	摘 要	昭和 48年度	49	50	51	52	53	54
悪 性 新 生 物	原則として 1年以内と する。	入院及び通 院	4,610	5,092	5,721	5,976	6,285	6,557	11,179
慢 性 腎 疾 患	原則として 1年以内と する。	入院のみ ただし別 に定めを するとき は通院を も対象と すること ができる。	4,904	7,512	9,231	10,022	11,290	12,219	12,653
ぜ ん そ く	原則として 1年以内と する。	入院のみ ただし別 に定めを するとき は通院を も対象と すること ができる。	2,097	3,006	3,811	4,467	4,800	6,035	6,012
慢 性 心 疾 患	原則として 1年以内と する。	入院のみ ただし別 に定めを するとき は通院を も対象と すること ができる。	—	843	2,323	3,434	4,199	6,003	5,899
内 分 泌 疾 患	原則として 1年以内と する。	入院及び通 院	—	263	933	1,284	1,676	2,893	3,598
膠 原 病	原則として 1年以内と する。	入院及び通 院	—	477	1,169	1,341	1,278	1,708	1,784
糖 尿 病	原則として 1年以内と する。	入院及び通 院	—	577	1,210	1,625	2,185	2,365	2,815
先 天 性 代 謝 異 常	原則として 1年以内と する。	入院及び通 院	177	519	1,094	1,488	2,195	2,282	2,626
血 友 病 等	原則として 1年以内と する。	入院及び通 院	613	1,520	2,232	2,833	3,265	3,775	4,234
血 液 疾 患	原則として 1年以内と する。	入院及び通 院	613	1,520	2,232	2,833	3,265	3,775	4,234
計			12,401	19,809	27,724	32,470	37,173	43,837	50,800

厚生省児童家庭局調べ

- (注) 1 治療研究期間は、必要と認められる場合には、その期間を延長することができるものとする。
- 2 内分泌疾患群に分類されるクレチン症及び下垂体性小人症は入院・通院ともに対象とする。

老人医療費支給制度は、老人が医療保険で受療した場合の自己負担相当分を公費で負担し、受療に伴う経済

的負担を解消することにより,老人の受療を促進して,老人の健康の保持,福祉の向上を図ることを目的として設けられたもので,昭和48年1月から70歳以上の老人を対象に実施され,同年10月からは,65歳以上の寝たきり老人等も対象に加えられた。

制度実施後,70歳以上の老人の受診率は,昭和48年から49年にかけてかなりしており,その水準は同じ年齢層の政府管掌健康保険の被保険者本人の受診率よりむしろ低くなっている(第2-26表)。

### 第2-26表 医療保険制度別の受診率の推移

第2-26表 医療保険制度別の受診率の推移

(単位:%)

	昭和 47年度	48	49	50	51	52	53
老人医療	64.9	(24.3) 80.7	( 8.2) 87.3	( 5.3) 91.9	( 3.5) 95.1	( 3.8) 98.7	( 2.7) 101.4
政健(本人(70歳以上))	94.6	95.4	97.7	101.5	109.7	128.2	123.2
府康(本人(全年齢))	45.8	47.4	50.0	49.0	52.6	53.7	52.7
管保(家族(全年齢))	41.2	42.8	47.9	47.4	50.0	49.4	48.4
掌険(全年齢)	41.4	44.1	45.0	44.9	47.5	47.7	48.7
国民健康保険(全年齢)							

資料:老人医療は,厚生省社会局「老人医療費請求状況報告書」

政府管掌健康保険は,社会保険庁「医療給付受給者状況調査」(各年4月診療分)

国民健康保険は,厚生省保険局「国民健康保険医療給付実態調査」(各年5月診療分)

- (注) 1. 老人医療の昭和47年度は,48年1月及び2月の2か月の平均である。また,48年度以降は,年度平均である。  
2. ( )は,対前年度伸び率である。

この制度の適用を受けている者は,昭和54年3月末現在556万人で,全人口の5%弱であるが(第2-27表),老人は有病率が高いことから受療率も高く,また,1人当たり診療費も国民健康保険でみると,全加入者平均の3.5倍程度と高いため,老人医療費総額は1兆6,000億円に達し,国民医療費の16%を占めている(第2-28表)。そのため,構造的に70歳以上の老人を多くかかえる国民健康保険においては,その給付費の27.7%が老人医療費に占められており,他の医療保険制度との間で大きな不均衡が生じている(第2-29表,第2-30表)。

### 第2-27表 老人医療費支給対象者数の推移

第2-27表 老人医療費支給対象者数の推移

(単位:万人)

	昭和50年度	昭和53年度
対象者数(A)	480	556
70歳以上人口(B)	542	610
(A)/(B)(%)	88.6	91.1

資料:厚生省統計情報部「社会福祉行政業務報告」

### 第2-28表 老人医療費支給対象者数と全加入者との受診件数,診療費等の比較

第2-28表 老人医療費支給対象者数と全加入者との受診件数,  
診療費等の比較

(国民健康保険の場合)

	昭和50年度	昭和53年度
老人医療対象者		
受診件数(年間)	10.8件	11.9件
1件当たり診療費(年間)	16,186円	23,514円
1人当たり診療費(年間)	174,131円	279,652円
全加入者		
受診件数(年間)	5.4件	5.7件
1件当たり診療費(年間)	9,103円	13,752円
1人当たり診療費(年間)	49,016円	78,566円

資料：厚生省保険局「国民健康保険事業年報」

第2-29表 医療保険制度における老人医療費割合

第2-29表 医療保険制度における老人医療費割合 (単位：%)

	国民健康保険	政府管掌健康保険	組管管掌健康保険
昭和53年度	27.7	10.6	11.4

厚生省保険局調べ

第2-30表 医療保険制度における70歳以上加入者割合

第2-30表 医療保険制度における70歳以上加入者割合 (単位：%)

	国民健康保険	政府管掌健康保険	組管管掌健康保険
昭和53年度	8.5	3.6	2.7

厚生省保険局調べ

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第4節 各制度の展開

##### 1 保健, 医療

##### (5) 医療供給体制の整備

#### ア 保健医療従事者の推移

人口の高齢化等による疾病構造の変化,医療保障制度の充実,医療施設の増加による受診機会の増大,医学・医療技術の発達進歩,国民の健康意識の高揚等により,保健医療に対する需要はますます高まってきている。

それに対応して保健医療サービス部門の高度化,多様化が進んできており,例えば医療従事者について社会復帰促進のための医学的リハビリテーションを担当する理学療法士,作業療法士,診断用放射線照射を担当する診療放射線技師,生理学的検査等を担当する臨床検査技師,両眼視機能を回復する訓練を担当する視能訓練士の資格制度が1960年代の半ばから1970年代の初めにかけて法制化されたことは,このことの一つの表れである。

第2-31表は近年の保健医療従事者数の推移であるが,医師数は人口10万対で昭和45年の114.7人から,53年の124.1人と10万人当たり9.4人の伸びを示している。昭和45年に60年において人口10万対150人程度の医師数を確保することが当面の目標とされ,医科大学(医学部)の新設及び入学定員の増加が図られてきており,55年度には医科大学(医学部)は79校,総入学定員8,260人に達している。

第2-31表 保健医療従事者数の推移

第2-31表 保健医療従事者数の推移(人口10万対)

(単位:人)

	医 師	歯科医師	薬 剤 師	保 健 婦	助 産 婦	看 護 婦 (士) 准看護婦 (士)	理 学 作 業 療 法 士	作 業 療 法 士	
	視 能 訓 練 士	歯 科 衛 生 士	歯 科 技 工 士	診 放 射 技	療 診 線 エ 線 ッ 技 ス	臨 床 検 査 技 師	衛 生 検 査 技 師		
昭和45年		114.7	36.5	76.5	13.5	30.4	292.9	1.0	0.3
46		117.3	37.3	79.3	13.6	29.7	304.0	1.2	0.3
47		116.7	37.5	79.3	13.7	28.2	311.3	1.2	0.4
48		116.2	37.2	80.6	13.8	26.8	325.3	1.4	0.4
49		116.7	37.9	83.1	14.1	26.2	337.3	1.6	0.5
50		118.4	38.9	84.3	14.3	25.8	353.5	1.7	0.5
51		119.3	39.2	86.2	14.3	25.5	369.7	1.7	0.6
52		121.2	40.0	88.4	14.5	25.3	388.1	1.9	0.6
53		124.1	42.3	90.9	14.8	24.5	402.1	2.0	0.7
54								2.2	0.7
昭和45年	—	5.6	8.4	6.2	6.0			15.4	
46	0.1	6.6	9.4	7.1	5.3	10.3		6.9	
47	0.2	7.8	9.8	7.7	4.4	14.3		4.0	
48	0.2	8.3	10.6						
49	0.3	9.0	11.1						
50	0.3	10.2	12.2	10.1	3.7	18.6		2.5	
51	0.4	11.2	13.2						
52	0.5	12.5	14.2						
53	0.5	14.7	15.7	12.0	3.6	23.3		2.1	
54	0.6	16.2	16.9						

資料: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」,  
「医療施設調査」,「病院報告」

歯科医師については、同じく人口10万対で同期間に36.5人から42.3人と10万人当たりで5.8人の伸びを示している。昭和60年において人口10万対50人程度の歯科医師数を確保することを当面の目標とし、55年度には歯科大学(歯学部)は29校、入学定員は3,360人となっている。この結果、医師及び歯科医師については、昭和60年を待たずにこの当面の目標が達成されるものと見込まれている。

薬剤師については、同様に昭和45年の76.5人から53年の90.9人へと人口10万人当たりで14.4人の伸びを示しており、医師、歯科医師の伸びを大幅に上回っている。

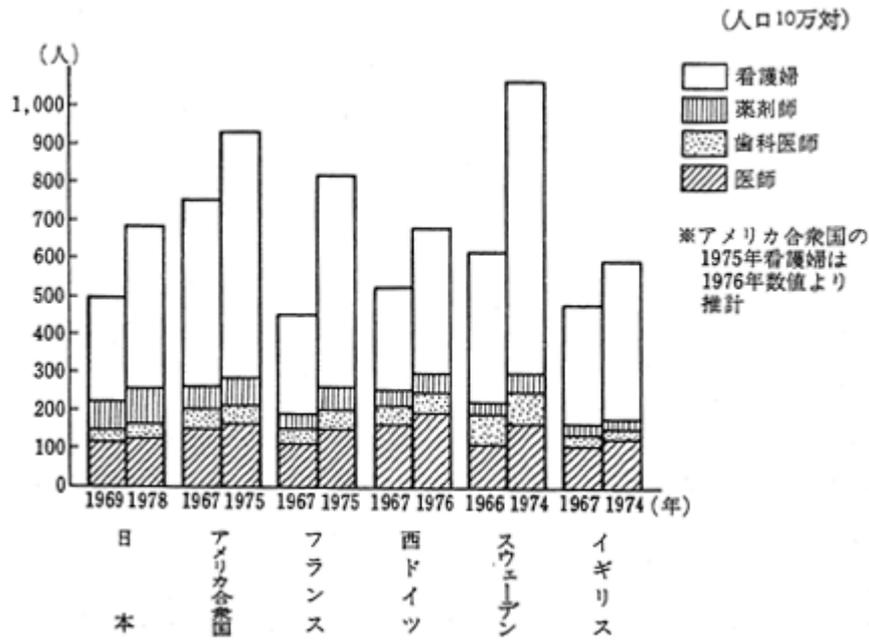
保健婦、助産婦、看護婦(士)、准看護婦(士)の就業者数については、人口10万人当たり昭和45年の336.8人から53年の441.4人と104.6人の伸びを示しており、49年に策定された第一次需給計画の目標がほぼ達成された。今後も医療需要の増大が見込まれるため昭和60年に約66万人の看護婦の就業者確保を目標とする第二次確保計画が54年度からスタートしている。

理学療法士、作業療法士については人口10万対比でそれぞれ1.0人、0.3人から2.2人、0.7人と伸びており、近年の老人性疾患、交通事故、労働災害による障害者等による需要の増大にこたえている。昭和55年度の入学定員は理学療法士が440人、作業療法士が270人と45年度のそれぞれ3倍から4倍強に増員されている。専任教員及び実習指導者の養成を行い、養成施設の計画的な整備を図り需要の増加に十分対応していく必要がある。

第2-18図は主な医療従事者数の国際比較である。各職種の定義に多少の違いはあるが、各国に共通していることは近年医療従事者が著しく増加しているということである。アメリカでは1967年から9年間で人口10万人に対して約179人、フランスではその間に362人、スウェーデンでは453人、西ドイツでは1967年から1976年までの10年間で154人増加しており、日本の1969年からの10年間の増加186人に比べて、スウェーデンを除いてほぼ同程度の増加を示している。

第2-18図 近年の諸外国の医療従事者数の変化

第2-18図 近年の諸外国の医療従事者数の変化



第2-32表は業務の種類別医師数の年次推移である。医師数は、昭和45年に118,990人であったものが53年に142,984人となり約24,000人増加している。その内訳をみると、病院勤務医が約10,600人の増、大学等の医育機関の付属病院勤務者が約8,200人の増と、医師増加総数のそれぞれ44%と34%を占めており、残りの約20%が診療所の開設者及び勤務者並びに医療施設以外の従事者の増である。保健衛生業務又は衛生行政関係の増はわずか200名足らずにすぎないが、近年、保健医療対策の中で地域における疾病予防、健康増進対策が重要になってきており、これらの業務につく医師数の増加が期待されるところである。

第2-32表 業務の種類別医師数の年次推移

第2-32表 業務の種類別

	総 数	人 口 10万当た り医師数	医 療 施 設 の			
			総 数	病 院 の 開 設 者	診 療 所 の 開 設 者	病院勤務者 (医育機関 を除く)
昭和 45 年	118,990	114.7	113,214	3,597	57,170	32,461
46	123,178	117.3	116,746	3,503	58,125	33,932
47	125,302	116.7	119,084	3,562	58,636	35,051
48	126,327	116.2	120,107	3,391	58,172	35,791
49	128,455	116.7	122,096	3,263	58,418	36,733
50	132,479	118.4	125,970	3,250	59,904	38,085
51	134,934	119.3	128,448	3,299	59,605	39,606
52	138,316	121.2	131,628	3,225	59,840	41,065
53	142,984	124.1	135,164	3,293	61,498	43,038

資料：厚生省統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

医師数の年次推移

(単位：人)

従 事 者		医療施設以外の従事者			そ の 他		
診療所の 勤務者	医育機関 付属病院 勤務者	総 数	臨床以外の医 学の教育機関 又は研究機関 の勤務者	衛生行政 又は保健 衛生業務 の従事者	総 数	その他の 職業に従 事する者	無職の者
8,469	11,517	3,981	2,086	1,895	1,795	597	1,198
8,580	12,606	4,508	2,286	2,222	1,924	501	1,423
8,551	13,284	4,298	2,290	2,008	1,920	532	1,388
8,280	14,473	4,577	2,467	2,110	1,643	473	1,170
8,251	15,431	4,726	2,673	2,053	1,633	441	1,192
8,630	16,101	5,040	2,973	2,067	1,469	370	1,099
8,460	19,478	4,968	2,919	2,049	1,518	369	1,149
8,374	19,124	5,039	2,908	2,131	1,649	326	1,323
8,597	19,738	5,183	3,101	2,082	1,637	368	1,269

また、将来は一層高度かつ専門的な医療の研究を進める一方、健康管理、初期診療等の地域に密着した医療を推進するため、プライマリケアの習得を進める等医師の質的向上も必要である。医師の分布状況は第2-33表のように町村部に対し都市部は2~3倍で医師の都市偏在は依然として続いており、今後ともへき地等医師不足の地域の解消を図っていく必要がある。以上、高まる医療需要に対して有限の医療資源の提供という考え方に立って保健衛生サービスと医療サービスとが更に有機的に連携し効果的に包括的保健医療サービスを行うことが必要である。

第2-33表 医師数の地域別分布状況の年次推移(実数,人口10万対)

第2—33表 医師数の地域別分布状況の年次推移(実数,人口10万対)

(単位:人)

年次	実数				人口10万対			
	総数	十大都市	その他市	町村	総数	十大都市	その他市	町村
昭和45年	118,990	30,590	70,069	18,331	114.7	154.1	127.4	63.5
46	123,178	32,877	72,547	17,754	117.3	166.7	124.8	65.4
47	125,302	37,990	70,082	17,230	116.7	166.1	121.0	64.9
48	126,327	37,664	71,417	17,246	116.2	165.6	120.6	64.5
49	128,455	37,657	73,055	17,743	116.7	165.2	120.7	66.3
50	132,479	38,718	75,625	18,136	118.4	166.4	122.6	67.2
51	134,934	38,927	77,393	18,614	119.3	170.0	123.7	67.4
52	138,316	39,749	79,522	19,045	121.2	173.5	125.4	68.5
53	142,984	40,871	82,586	19,527	124.1	178.2	128.4	69.9

資料:厚生省統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

(注) 昭和45年,46年は七大都市である。

## イ 医療施設の整備

最近10年間の医療施設整備の推移をみたものが第2-34表である。施設数においては,結核,らい,伝染病院,助産所を除いて逐年着実に増加している。病床数も結核,らい,伝染病院,歯科診療所を除いて逐年増加している。

第2-34表 医療施設整備の推移

第2-34表 医療施設整備の推移

(指数：昭和45年=100.0)

年次	昭和45年	46	47	48	49	50	51	52	53
病院数	100.0	100.7	102.1	102.7	103.7	104.0	105.1	106.2	107.6
精神病院	100.0	100.4	103.2	103.2	103.6	103.7	104.2	105.6	107.1
結核病院	100.0	86.9	78.8	71.3	64.4	54.4	43.8	38.1	34.4
らい病院	100.0	100.0	114.3	114.3	114.3	114.3	114.3	114.3	114.3
伝染病院	100.0	85.7	82.9	82.9	80.0	77.1	71.4	71.4	71.4
一般病院	100.0	101.1	102.6	103.4	104.8	105.3	106.8	108.1	109.5
(うち総合病院)	(100.0)	(102.6)	(103.6)	(104.2)	(105.2)	(105.9)	(106.9)	(107.4)	(112.8)
病院病床数	100.0	101.9	104.0	105.9	107.9	109.6	111.5	113.6	116.0
精神病床	100.0	102.5	105.8	108.7	110.7	112.5	114.9	117.3	119.1
結核病床	100.0	93.7	88.0	83.2	78.5	72.9	68.5	62.0	56.4
らい病床	100.0	100.0	107.9	107.9	107.3	106.1	103.0	101.3	98.9
伝染病床	100.0	97.8	95.6	93.1	91.4	90.9	89.4	86.8	84.8
一般病床	100.0	104.2	108.3	111.9	116.1	119.9	123.8	128.5	133.8
一般診療所数	100.0	101.2	102.5	104.2	105.9	106.0	107.1	108.5	109.4
有床診療所	100.0	100.7	100.6	101.4	101.9	97.5	97.5	96.9	97.3
無床診療所	100.0	101.6	103.9	106.4	108.9	112.4	114.4	117.4	118.6
一般診療所病床数	100.0	102.3	103.7	105.3	106.7	105.8	106.9	108.1	111.2
歯科診療所数	100.0	101.4	102.0	104.2	107.0	108.9	112.1	115.7	118.8
歯科診療所病床数	—	—	—	—	—	100.0	94.0	90.0	79.6
助産所数(除出張のみ)	100.0	96.9	92.2	86.3	82.0	76.0	75.1	68.4	58.8
薬局数(除調剤所)	100.0	101.9	103.7	106.6	108.4	112.1	114.9	118.2	120.7

資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」

(注) 歯科診療所病床数のみは昭和50年=100.0である。

第2-35表は病床利用率の推移である。結核、らい及び伝染病床については下降傾向にあるが、一般及び精神病床については大きな変化はみられない。

第2-35表 病院病床利用率の年次推移

第2-35表 病院病床利用率の年次推移

(単位：%)

年次	昭和45年	46	47	48	49	50	51	52	53	54
総数	81.6	80.8	81.0	81.2	80.4	80.4	81.1	81.7	82.0	83.0
精神病床	104.3	103.4	103.6	102.7	101.4	101.8	102.0	102.3	102.6	102.9
結核病床	66.2	65.1	64.7	62.9	60.6	60.3	59.2	58.3	57.5	57.3
らい病床	68.3	67.1	66.3	66.6	65.5	66.1	65.3	66.3	66.1	67.3
伝染病床	6.1	5.3	5.4	4.7	3.8	3.5	2.6	2.2	2.3	2.3
一般病床	80.3	79.0	79.0	79.6	79.0	78.5	79.3	79.8	79.9	80.9

資料：厚生省統計情報部「病院報告」

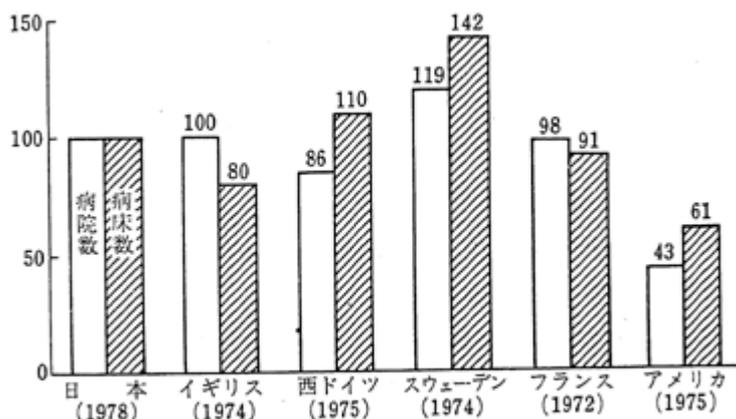
(注) 年間病床利用率 =  $\frac{\text{在院患者1日あたり平均数}}{\text{6月末病床数}} \times 100$

第2-19図は病院数・病院病床数の人口10万対の国際比較である。我が国の数値を100として欧米諸国と比較したものでスウェーデンを除くと、我が国は病院数、病床数とも西欧、アメリカの水準か若しくはそれをしのいでいる。

第2-19図 病院数、病院病床数の国際比較

第2-19図 病院数、病院病床数の国際比較(人口10万対)

(日本=100)



資料: WHO「World Health Statistics Annual 1978 Vol. III」

日本は厚生省統計情報部「医療施設調査」

以上のような一般的な医療施設の整備と並行して、救急医療、がん、腎不全等の特殊診療機能の整備更に医療に関する情報処理の体制の整備も進められてきた。

まず救急医療については、1970年代の中ごろからいわゆる救急患者の「たらい回し」が大きな社会問題となってきたが、昭和52年度にそれまでの救急医療対策を抜本的に改め、軽症の救急医療患者に対応する初期救急医療体制、重症の救急患者を受け入れる第2次救急医療体制、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる第3次救急医療体制の3段階のシステムを整備するとともに医療機関と搬送機関を広域的に結びつける救急医療情報システムを整備することの4段階からなる新しい救急医療体制の確立が打ち出され、予算においても、52年度には前年度の6倍強の総額102億円が計上された。その後、これにより着実に施策の推進が図られ、特に救命救急センターは、昭和55年度までに62か所の設置が予定されている。

へき地医療については離島、山村等医療に恵まれない住民の医療を確保するためのもので、第1次計画が昭和31年度から始められ、1970年代は第3次、第4次計画の下に、診療所の整備、医師の確保、更に広域市町村圏単位にへき地中核病院を設置する等へき地医療対策の画期的充実が図られている。

リハビリテーション施設の整備も、1970年代に大きな進展をみた。近年、脳血管疾患、心疾患の増加や交通災害、産業災害の増加等によりこれは急速に高まっている。特に人口の高齢化が進むなかで老人医療におけるリハビリテーションは重要な問題になってきている。このため、昭和48年度から国立病院及び国立療養所にリハビリテーション病床等の整備が進められ、また54年には埼玉県所沢市に国立身体障害者リハビリテーションセンターが設置され、我が国のリハビリテーション技術水準の向上と身体障害者の福祉増進が図られている。

難病対策については、昭和47年に策定された難病対策要綱に基づいて推進されてきているが、疾患別の基幹施設をそれぞれの国立病院、国立療養所内に設置しており、例えば国立病院では結合織疾患、腎疾患は国立病院医療センター、リウマチ、アレルギー疾患は相模原病院、血液疾患は名古屋病院、内分泌代謝疾患は京都病院、肝疾患は長崎中央病院、国立療養所では脳血管障害は宮城病院、精神、神経、筋疾患及び発達障害は武蔵療養所等が基幹施設となっている。更に、他の国立医療施設の病床整備も含め昭和55年度までに13,740床を完了した。

成人病医療については、既に昭和37年度に東京に国立がんセンターが設置されているが、9つの地方がんセンターと有機的連携を図り、がんの治療研究、及び臨床において中心的役割を果たしてきている。

また、昭和52年度に大阪府に国立循環器病センターが新設されており、がんセンター同様治療研究及び臨床において中心的施設となりつつある。

腎不全対策については、昭和54年度に国立佐倉病院に腎移植センターが設置され、死体腎移植の普及を図るとともに、血液透析医療施設の整備充実が図られてきている。

医療に関する情報処理については、我が国においてもコンピュータを中軸とする情報処理技術の医療分野への応用という形で1960年代の後半から始まり1970年代に入り急速な伸びを示してきた(第2-36表)。

第2-36表 病床規模別にみた病院の電子計算機の利用状況

第2-36表 病床規模別にみた病院の電子計算機の利用状況  
(昭和53年12月31日現在)

病 床 数	施設総数	電子計算機を利用している施設				
		施設数	病 管 理 用	その 他 の 医 療 部 門 用	診 療 報 酬 計 算 用	その 他 の 事 業 部 門 用
総 数	8,580	(21.7) 1,861	95	259	1,127	996
20 ~ 99床	4,714	(16.8) 790	25	58	576	298
100 ~ 199	1,844	(21.3) 392	12	42	249	226
200 ~ 299	914	(27.4) 250	9	34	131	163
300 ~ 399	544	(32.0) 174	16	30	81	126
400 ~ 499	225	(40.0) 90	8	21	32	69
500 ~ 599	128	(42.2) 54	4	10	15	41
600 ~	211	(52.6) 111	21	64	43	73

厚生省医務局調べ

(注) 電子計算機を利用している施設数の上段( )書は、施設総数に対する百分率である。

厚生省としても、昭和48年度からナショナルプロジェクトとして救急医療情報システム、へき地医療情報システム、共同利用型病院情報システム等の開発を進めてきた。しかし、医療分野への情報処理技術の応用の現状は、全体的にみれば事務管理の効率化を目的としたものが多く、患者サービスや医療の質の向上に結びつく領域への適用はいまだ不十分であり今後の課題である。

また、医療情報システムは医療の構造的変化と無縁ではありえない。この意味で、1980年代の医療情報システムに関する施策は、人口構造の高齢化による医療需要の増大に有限の医療資源で対応せざるを得ない環境にあって医療サービスの効率化と質の向上という両面の調和に役立てるシステムの開発と普及であろう。

そのためには、地域包括医療の推進の一助となる健康管理情報システムや保健医療データベースの形成とか病院内の患者の適正な診療計画やモニタリングに役立てる病歴情報システムの開発などが今後の重要な課題となろう。

第2-37表 医用電子装置の内訳

第2-37表 医用電子装置の内訳

1. 生体現象測定記録装置	5. 刺激装置及び治療装置
一要素心電計(胎児心電計を含む) 多要素心電計 心音計(心音心電計を含む) 脳波計 筋電計 電気血圧計 脈波計(指尖脈波計を含む) 医用記録装置 多用途測定記録装置 その他の生体現象測定記録装置	刺激装置(電気・光・音刺激装置を含む) 低周波治療装置 高周波治療装置 超音波治療装置 その他の刺激治療装置
2. 生体現象監視診断検査装置	6. 医用データ処理装置
医用監視装置 超音波診断装置(ドップラー式を含む) オーディオメータ 医用オシロスコープ 医用テレメータ その他の生体現象監視診断検査装置	脳波分析装置 生体現象統計解析装置 電子計算機応用装置 その他の医用データ処理装置
3. 検体検査装置	7. 核医学測定装置
医用物理測定器 医用化学測定器 医用自動化学分析装置 その他の検体検査装置	シンチスキャナ 動態機能検査装置(レノグラムを含む) シンチレーションカメラ その他の核医学測定装置
4. 医用電子制御装置	8. 医用テレビ及び応用装置
放射線装置関連医用電子制御装置 デフibrレータ その他の医用電子制御装置	X線用テレビ 医用テレビ(カラーを含む) その他の医用テレビ, 応用装置
	9. その他の医用電子応用装置
	医用超音波洗浄装置 補聴器 人体機能補助装置 電子体温計 その他の医用電子応用装置
	10. 医用システム
	健診システム その他のシステム

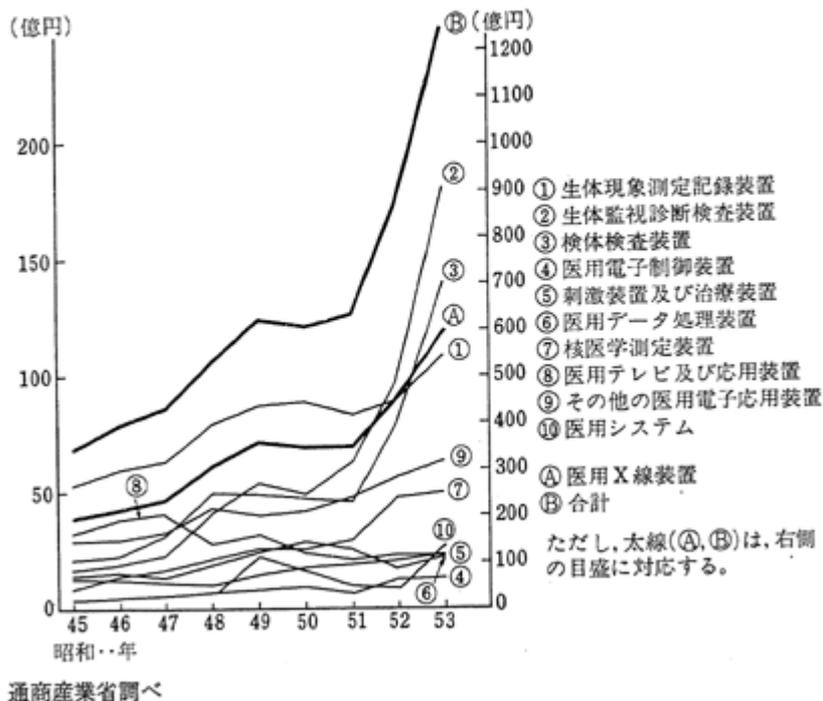
## ウ 医療機器装備の推移

近年高まる医療需要にこたえた医用工学の発達が医療機器の高度化とともに医療機関における医療機器の重装備化をもたらしている。

第2-20図は医療機器のうち医用電子装置の生産額の推移であり、第2-37表は第2-20図に分類された医用電子装置の内訳を示したものである。

第2-20図 医用電子装置生産額

第2-20図 医用電子装置生産額



これで見られるように医用電子装置の生産は、外国への輸出(昭和48年以降53年まで10.9,15.1,17.1,22.7,18.3,15.9%)を考慮してもかなりの上昇率であり、特に昭和51年以降の伸びは著しい。昭和51年の合計額が約604億円であったものが53年には約1,257億円となっている。ちなみに、その間の医薬品生産額の伸びは約2兆1,600億円から約2兆7,900億円となっている(第2-38表)。

第2-38表 医薬品生産金額の推移

第2-38表 医薬品生産金額の推移

年 別	生産金額 百万円	対前年伸び率 %	指数 (45年=100)
昭和45年	1,025,319	21.7	100.0
46	1,060,424	3.4	103.4
47	1,091,791	3.0	106.5
48	1,369,138	25.2	133.3
49	1,699,688	24.3	165.8
50	1,792,406	5.5	174.8
51	2,162,436	20.6	210.9
52	2,458,294	13.7	239.8
53	2,793,878	13.7	272.5
54	3,042,302	8.9	296.7

資料：厚生省薬務局「薬事工業生産動態統計年報」

この背景には、メディカルエンジニアリング(医用工学)を中心とした新医療技術開発研究が近年特に盛んになり、その結果、血液や尿の自動化学分析装置や頭部の断層撮影装置及び超音波診断装置のようなコンピューターを活用した医用電子装置の開発、改良、普及が進んだことがあげられる。例えば脳卒中発作直後の患者の開頭手術のために必要な精度の高い診断がそれらの機器を用いて直ちに行えるようになったように、従来は時間的にも技術的にも極めて困難とされていた領域での診断治療が可能となってきている。

(CT:コンピュータートモグラフィー)で医用電子装置総生産額の約5割を占めていることがわかる。

1970年代の医療機器は、診断精度の向上、診断の迅速化、診断治療技術の簡易化、又は心臓ペースメーカー、人工心臓、人工腎臓にみられるように人工臓器についても各種の開発が進められ、国民の保健衛生に対する貢献は大きく測り知れないものがあった。1980年代においても医療情報システムや、人工臓器をはじめとする

厚生白書(昭和55年版)

各種の医療機器の開発,普及に期待するところが大きい,地域の保健医療資源の一つである医療機器の有効かつ適正な利用も望まれるところである。

---

---

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

## 総論

## 第2章 1970年代における社会保障の展開

## 第4節 各制度の展開

## 2 所得保障

## (1) 年金制度

我が国の公的年金制度は、企業に勤務する被用者を対象とする厚生年金保険自営業者、農民等を対象とする国民年金、船員を対象とする船員保険、公務員や公共企業体等の職員を対象とする5つの共済組合の合わせて8つの制度から成り立っている。とりわけ昭和36年4月からは被用者以外のすべての国民を対象とした国民年金が発足し、これをもって「国民皆年金体制」が実現した。

我が国の公的年金制度は、保険集団を構成する加入者の自己責任と相互連帯の考え方を基盤として、あらかじめ保険料を拠出し、老齢等の保険事故の発生に対して年金給付が行われる社会保険制度を中心として組み立てられている。その給付には、老齢又は疾病による稼得能力の喪失を補てんするための老齢年金又は障害年金のほかに、被保険者の死亡に対してその遺族の生活を保障するための遺族年金があり、所得保障制度として国民生活に重要な役割を果たしている。

## ア 加入者数の動向

我が国の公的年金加入者は、昭和45年3月末現在において、総数約5,024万人であり、そのうち厚生年金2,158万人、国民年金2,341万人であった。9年後の昭和54年3月末現在では、総数は約5,808万人であり、そのうち厚生年金2,418万人、国民年金2,780万人となっている。この間の年金加入者数の伸びは、1.16倍程度となっており、このうち厚生年金と国民年金の2つの制度で全加入者のほぼ9割を占めている(第2-39表)。

第2-39表 年金加入者数の推移

第2-39表 年金加入者数の推移

(単位：千人、%)

	合計		厚生年金		国民年金		船員保険		共済組合	
	人数	比率	人数	比率	人数	比率	人数	比率	人数	比率
昭和40年	41,982	100.0	17,873	42.6	19,320	46.0	250	0.6	4,539	10.8
45	50,239	100.0	21,582	43.0	23,407	46.6	259	0.5	4,991	9.9
50	54,723	100.0	23,654	43.2	25,218	46.1	256	0.5	5,595	10.2
52	56,283	100.0	23,847	42.4	26,469	47.0	237	0.4	5,730	10.2
54	58,079	100.0	24,175	41.6	27,803	47.9	217	0.4	5,884	10.1

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」

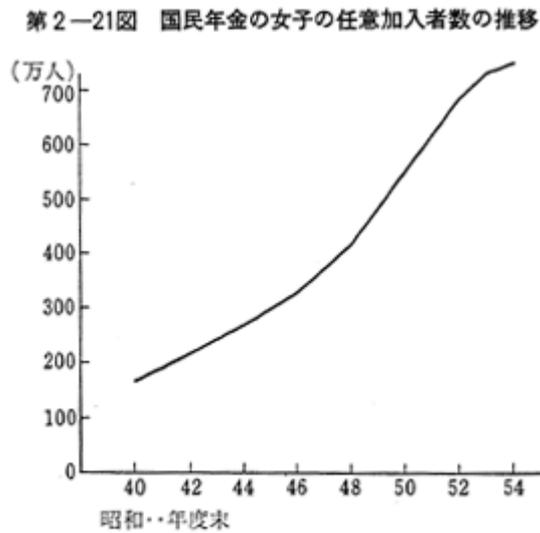
(注) 1. 各年3月末現在の加入者数である。

2. 共済組合には、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、公共企業体職員等共済組合、私立学校教職員共済組合、農林漁業団体職員共済組合を含む。

厚生年金、国民年金の加入者数の伸びは、この9年間にそれぞれ259万人、440万人となっているが、これは、厚生年金では就業構造の変化により被用者数が増加したことによるものであり、国民年金では、被用者の妻の

国民年金への任意加入が大きく寄与しているものとみられる(第2-21図)。

第2-21図 国民年金の女子の任意加入者数の推移



厚生省年金局調べ

イ 年金受給者数の動向

年金受給者数については第2-40表にみられるとおり昭和45年3月末現在において、総数は約560万人であり、その内訳をみると拠出制年金の受給者が約184万人、無拠出の福祉年金の受給者が約376万人となっていた。一方昭和54年3月末現在においては、総数は約1,492万人に達し、内訳は、拠出制年金の受給者が約1,036万人、福祉年金の受給者が456万人となっており、拠出制年金の受給者の割合が、32.9%から69.4%へと著しく高まってきている。

第2-40表 年金受給者数の推移

第2-40表 年金受給者数の推移

(単位：千人、%)

	合計		厚生年金		国民年金 (拠出制)		船員保険		共済組合		福祉年金	
	人数	比率	人数	比率	人数	比率	人数	比率	人数	比率	人数	比率
昭和40年	4,186	100.0	480	11.5	49	1.2	33	0.8	327	7.8	3,297	78.8
45	5,599	100.0	1,019	18.2	158	2.8	33	0.6	628	11.2	3,761	67.2
50	10,199	100.0	2,047	20.1	1,702	16.7	49	0.5	1,012	9.9	5,389	52.8
52	12,873	100.0	2,803	21.8	3,877	30.1	60	0.5	1,197	9.3	4,936	38.3
54	14,918	100.0	3,759	25.2	5,124	34.3	73	0.5	1,401	9.4	4,561	30.6

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」

- (注)
- 各年3月末現在の受給者総数である。
  - 共済組合には、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、公共企業体職員等共済組合、私立学校教職員共済組合、農林漁業団体職員共済組合を含む。
  - 年金受給者数には、通算年金受給者数を含む。

次に年金種類別受給者数をみると、昭和45年3月末においては、老齢(退職)年金(福祉年金を含む)受給者が約432万人、障害(廃疾)年金受給者が約53万人、遺族年金(国民年金の母子・準母子・遺児・寡婦年金を含む)の受給者が約75万人となっていたが、54年3月末現在においては、老齢(退職)年金(福祉年金を含む)受給者が約1,251万人、障害(廃疾)年金受給者が約98万人、遺族年金(国民年金の母子・準母子・遺児・寡婦年金を含む)の受給者が143万人となっており、老齢(退職)年金の受給者数の占める割合が、77.1%から83.8%へと上昇している。

次に老齢年金の受給者数の推移をみると、第2-41表にみられように、昭和45年3月末現在では、全体で432万人であったが、その約8割を老齢福祉年金の受給者が占めており、厚生年金、共済年金の受給者数はまだ少なく、拠出制国民年金の老齢年金の受給者は、まだ発生していなかった。その後、国民年金は昭和46年に10年年金の受給者が初めて発生してから、老齢年金の受給者が急激に増加し、また厚生年金などについても受給者の増加が本格化したため、54年3月末現在では、老齢年金の受給者総数は1,251万人で、45年3月末に比して約2.9倍と急増している。

### 第2-41表 老齢(退職)年金受給者数の推移

第2-41表 老齢(退職)年金受給者数の推移

(単位：千人、%)

	合 計		厚生年金		国民年金 (拠出制)		船員保険		共済組合		福祉年金	
	人 数	比率	人 数	比率	人 数	比率	人 数	比率	人 数	比率	人 数	比率
昭和40年	3,223	100.0	137	4.3	—	—	6	0.2	239	7.4	2,841	88.1
45	4,324	100.0	493	11.4	—	—	12	0.3	481	11.1	3,338	77.2
50	7,950	100.0	1,244	15.6	1,432	18.0	22	0.3	781	9.8	4,471	56.2
52	10,777	100.0	1,880	17.4	3,551	32.9	30	0.3	935	8.7	4,381	40.7
54	12,506	100.0	2,659	21.3	4,748	38.0	40	0.3	1,094	8.7	3,965	31.7

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」

(注) 1. 各年3月末現在の数値である。

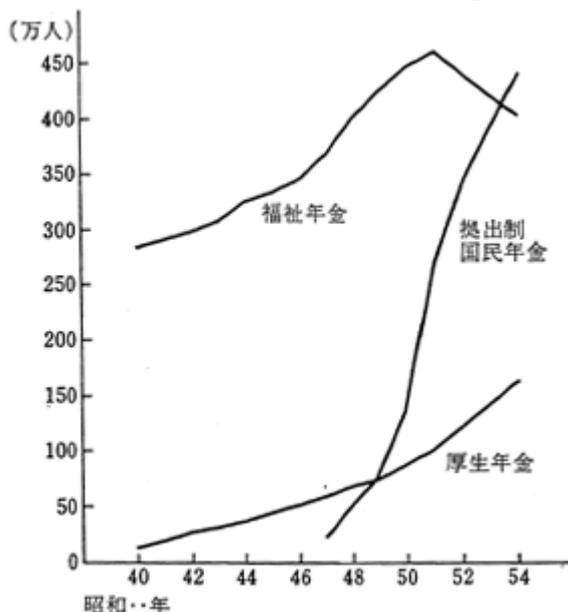
2. 共済組合には、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、公共企業体職員等共済組合、私立学校教職員共済組合、農林漁業団体職員共済組合を含む。

3. 老齢(退職)年金受給者数には、減額年金受給者及び通算老齢(退職)年金受給者数を含む。

このうち、国民年金についてみると、創設当初に、老齢年金の受給資格要件である保険料納付済期間を大幅に短縮するという成熟化措置を講じたため、いわゆる10年年金、5年年金といった経過年金の受給者が急激に増加してきた。現在の受給者は、すべて経過年金の受給者であり、25年拠出の本来の年金の支給が開始されるのは、昭和66年であるが、今後は、比較的拠出期間の長い本来的な受給者の割合が高まっていくことになる。老齢福祉年金の受給者数は、1970年代前半は増加していったが、昭和51年の461万人をピークに順次減少しつつあり、老齢年金全体の受給者数に占める割合も低下してきている(第2-22図)

### 第2-22図 老齢年金受給者数の推移

第2-22図 老齢年金受給者数の推移



資料：社会保険庁「事業年報」  
 (注) 各年3月末の受給者数である。

次に厚生年金は、昭和30年代以後若年層を中心に年金加入者数が増加した等の理由より、いまだに成熟度(老齢年金の受給者数の年金加入数に対する比率)が低くなっているが、今後は、人口の高齢化、制度の成熟化に伴い、昭和60年代中ごろには、本格的に老齢年金の受給者が増えていくものとみられている。

各制度の成熟度の推移をみると第2-42表のとおりであり、各制度とも成熟化が着実に進行しているが、特に国民年金において著しい傾向がみられる。

第2-42表 各年金制度の成熟度の推移

第2-42表 各年金制度の成熟度の推移

(単位：%)

	全 体	厚生年金	国民年金	船員保険	共済組合
昭和40年	0.9	0.7	0	2.4	5.3
45	1.9	2.1	0	4.7	9.6
50	5.5	3.8	5.5	7.9	13.8
52	9.9	5.2	12.8	11.0	15.7
54	12.3	6.8	15.9	15.2	17.7

厚生省年金局調べ

(注) 1. 各年3月末現在の数値である。

2. 成熟度 =  $\frac{\text{老齢(退職)年金受給者数}}{\text{加入者数}}$

老齢(退職)年金受給者数には、通算年金受給者は含まない。

3. 共済組合には、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、公共企業体職員等共済組合、私立学校教職員共済組合、農林漁業団体職員共済組合を含む。

## ウ 年金給付額の動向

1970年代には、数次にわたる制度改正により、年金の給付水準が大幅に改善され、平均年金受給額も増加し

た。昭和45年には、厚生年金の老齢年金の平均年金額は月額約1万4,000円であったものが、54年には約8万3,000円に、拠出制国民年金(25年加入)の老齢年金額は、まだ本来的な年金が支給されていないので標準的年金で示すと45年7月においては月額8,000円であったのに対し、54年3月には4万2,925円(付加年金を含む)となっている。また、老齢福祉年金は、45年10月には月額2,000円であったが、54年8月には月額2万円に増額されている(第2-43表、第2-23図)。

第2-43表 老齢年金の平均年金額の推移

第2-43表 老齢年金の平均年金額の推移 (月額)

(単位:円)

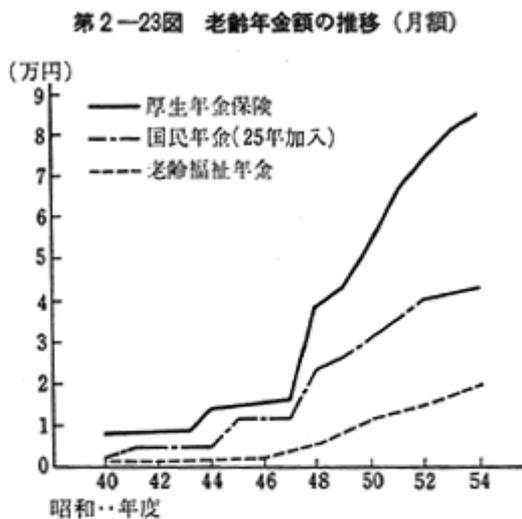
		厚生年金	福祉年金
昭和	40年	3,586	1,100
	45	13,909	1,800
	50	44,879	7,500
	52	68,867	13,500
	54	82,707	16,500

資料: 社会保険庁「事業年報」

(注) 1. 各年3月の数値である。

2. 厚生年金は、退職老齢年金と在職老齢年金の平均額である。

第2-23図 老齢年金額の推移



厚生省年金局調べ

(注) 1. 厚生年金は各年度末における給付1件当たり平均月額である。

2. 国民年金は、各年度末における標準的年金(25年加入)額であり、付加年金は制度発足時(45年10月1日)より含める。

3. 老齢福祉年金は、各年度末における給付1件当たり平均月額である。

このような1970年代の年金受給者数と平均年金受給額の増加により、1960年代に整備された国民皆年金体制は、1970年代に入って所得保障面で実質的な役割を果たすようになったものといえよう。第1章でみたように高齢者世帯の家計に占める年金収入の割合は逐次高まっていることからわかるように、年金は老後生活に欠かせないものとして国民の間に定着してきている。厚生省の行った「高齢化問題調査」によれば、65歳以上の生活においては、59.7%の人々が公的年金を生活を支える手段として、一番頼りにすると答えている。

## エ 1970年代の厚生年金、国民年金の制度改正

昭和36年の国民皆年金体制以後の我が国の年金制度の課題は、給付水準の大幅な改善であった。厚生年金、

国民年金については、昭和40年、44年において大幅な給付水準の引上げ等を内容とする改正が行われた。昭和46年には拠出制国民年金の老齢年金(10年年金)受給者が初めて発生し、また厚生年金もようやく老齢年金受給者の増大が本格化した。一方、核家族化の進展、国民の扶養意識の変化等によって老人を取り巻く環境が大きく変ぼうしてきたことから、老人問題が大きく社会問題として取り上げられ、年金に対する国民の期待と関心は次第に高まってきた。

昭和48年には、49年に予定されていた財政再計算期を1年繰り上げ、44年以後の賃金、生活水準等の著しい伸びに対応して年金額の引上げを行った。この改正では、厚生年金の給付水準については、夫婦世帯の標準的年金額が直近男子の平均標準報酬の60%程度となるように設定することとされた。この改正により老齢年金の標準的年金額(以下「モデル年金額」という。)は、加入期間27年の標準的年金受給者について月額5万円となった。また、国民年金についても、厚生年金との均衡を保つように大幅に引き上げられ、夫婦で月額5万円(25年加入、付加年金を含む)となった。更に老齢福祉年金は、月額3,300円から5,000円と一挙に5割近く引き上げられた。

また、この改正では、新たに年金額の物価スライド制が導入され、財政再計算期に従来とおり、賃金や国民生活水準の変動に応じて、年金給付額の改定措置を講ずるのみならず財政再計算の行われない年においても、年金の実質価値を維持するために、年度平均の全国消費者物価指数が5%を超えて上昇した場合、その上昇比率に応じて、年金給付額が自動的に改定されることとなった。

とりわけ、昭和48年末の石油危機に対しては、この「物価スライド制」が、激しいインフレ下における年金の実質価値の維持に大きな役割を果たした。

その後、48年以後の民間企業の賃金上昇率が相当の高まりをみせ、制度の充実に対する要望も強まってきたため、本来昭和53年に予定されていた年金財政再計算を2年繰り上げて51年度に行うこととされた。この51年の改正においては、厚生年金の老齢年金の水準に関して、48年改正と同様、モデル年金が直近男子の平均標準報酬の60%を確保することとされ、これにより、老齢年金のモデル年金額は、月額で9万392円(28年加入)とされた。一方、国民年金の25年加入者についての老齢年金額は、夫婦で月額7万5,000円(付加年金を含む)となり、また、老齢福祉年金は、月額1万2,000円から月額1万3,500円に引き上げられた(第2-44表)。更に、この改正では、年金による生活保障の必要性が高いと考えられる有子寡婦及び高齢寡婦に対して手厚い給付をするという観点から寡婦加算の制度を創設するとともに懸案であった遺族年金と障害年金の受給資格期間について、公的年金制度間の通算制度が創設されるなどの措置が講じられた。

第2-44表 老齢年金の標準的年金額の推移

第2-44表 老齢年金の標準的年金額の推移

厚生年金・老齢年金 標準的年金額(加給年金を含む)		国民年金・老齢年金 標準的年金額	
年・月		年・月	25年年金 (夫婦受給、付加 年金を含む)
		(制度発足当初)	
		昭和36年4月	4,000円 (付加年金含まず)
昭和40年5月～	10,000円 (20年加入)	42. 1～	10,000円 (付加年金含まず)
44. 11～	19,997円 (24年4月加入)	45. 10～	20,500円
48. 11～	52,242円 (27年加入)	49. 1～	50,000円
51. 7～	90,392円 (28年加入)	51. 9～	75,000円
52. 4～ (物価スライド)	98,325円 (28年加入)	52. 7～ (物価スライド)	81,116円
53. 4～ (物価スライド)	104,483円 (28年加入)	53. 7～ (物価スライド)	85,850円
54. 6～ (物価スライド)	107,858円 (28年加入)	54. 7～ (物価スライド)	88,450円

厚生省年金局調べ

(注) 厚生年金の昭和40年改正の標準的年金額には、加給年金額を含まない。

以上述べてきたような制度改正により、年金額の引上げが図られてきており、我が国の給付水準を国際的に比較してみても、既にそんな色のない水準に達しているといえる(第2-45表)。一方、老齢福祉年金についても、1970年代に大幅に引上げが図られてきている。

第2-45表 年金給付水準の国際比較

第2-45表 年金給付水準の国際比較

国名 制度名 区分	日 本			アメリカ	イギリス	西ドイツ	フランス	スウェーデン
	厚生年金			老齢遺族 障害保険	国民保険	労働者年 金・職員 年金	一般制度	国民保険
老年金額 (平均額)	●全受給者平均 (1977年) 7.6 (78年) 8.2 (79年) 8.6万円			(78年) 夫婦 8.3万円	(78年) 夫婦 5.5万円	(79年) 9.2万円	(77年) 5.1万円	(78年) 夫婦 7.6万円
	●モデル年金 (9.8 10.4 10.8万円)							
平均賃金 に対する 比	(1977年) 41% (78年) 41%		—	40%	43%	43%	37%	42%
支給開始 年 齢	60歳 (女55歳)			65歳	65歳 (女60歳)	65歳 (35年拠 出者) 63歳	60歳	65歳

厚生省年金局調べ

オ 年金財政

現在の公的年金制度は、主として被保険者による保険料の拠出、一定の国庫負担等を原資として、年金給付を行っており、制度の円滑かつ確実な運営を図るためには、年金財政の長期的な安定が必要とされている。

1970年代に年金給付水準はこれまでみてきたとおり、大幅に引き上げられたのに対して、保険料は、制度の成熟度が低く、年金給付費が少なかったこともあり、数理的に必要とされる保険料より低いところに政策的に設定されてきた(第2-46表及び第2-47表、第2-24図)。

第2-46表 厚生年金の保険料率の推移

第2-46表 厚生年金の保険料率の推移 (単位：%)

改定年月	拠出保険料率		平準保険料率		
	平均	男子	計算年	平均	男子
昭和23年 8月	3.0	3.0	昭和23年	—	9.4
29. 5	3.0	3.0	29	3.9	4.1
35. 5	3.4	3.5	35	4.2	4.4
40. 5	5.2	5.5	40	6.7	6.9
44. 11	5.9	6.2	44	8.2	8.5
46. 11	6.1	6.4			
48. 11	7.3	7.6	48	11.3	10.5
51. 8	8.8	9.1	51	15.0	13.9

厚生省年金局調べ

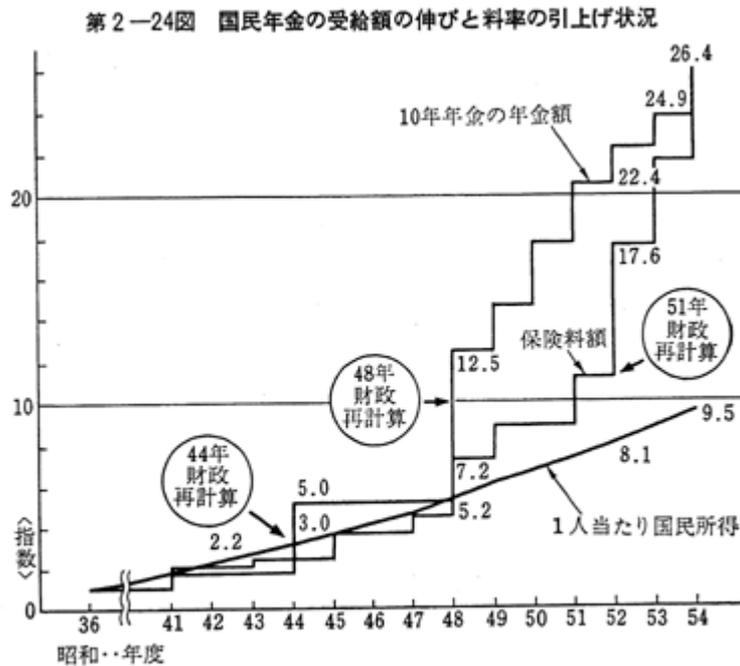
第2-47表 国民年金の保険料の推移

(単位:円)

拠出保険料(月額)			平準保険料(月額)	
改定年月	20歳~34歳	35歳~59歳	計算年月	平準保険料
昭和36年 4月	100	150	昭和36年 4月	128
42. 1	200	250	41. 4	403
44. 1	250	300		
45. 7		450	45. 4	852
47. 7		550		
49. 1		900	49. 1	2,661
50. 1		1,100		
51. 4		1,400	51. 9	5,040
52. 4		2,200		
53. 4		2,730		
54. 4		3,300		
55. 4		3,770		

厚生省年金局調べ

第2-24図 国民年金の受給額の伸びと料率の引上げ状況



厚生省年金局調べ

(注) 昭和36年を1とした指数表示である。

今後、人口の高齢化と制度の成熟化によって、各制度とも、年金受給者の増大と給付費の急増が見込まれているが、一方では、出生率の低下等により、加入者の増加はあまり見込まれない。

このため、各制度ごとに年金財政の事情は異なっているが、現在の年金給付水準を実質的に維持していくだけで、中長期にわたり保険料水準の引上げは避けられないものと見込まれている。

厚生年金についてみると、現在比較的成熟化は低い段階にあるが、昭和60年代中ごろには、本格的成熟化の時期を迎え、昭和80年代には、被保険者と受給者の比率は、35対1となるものと見込まれている(第2-48表)。その結果、現行の給付水準及び給付体系のまま推移するとしても、必要な保険料は急速に上昇し、昭和80年代に

は、標準報酬の20%以上となる。また、国民年金においては、昭和40年以降に給付水準は大幅に引き上げられたのに対して、保険料は、政策的に低い水準にとどめられたため、国民年金財政は既にひっ迫した状況にあり、年々の収支を均衡させるだけでも、今後、相当程度の保険料の引き上げが必要となる。したがって、厚生年金、国民年金の両制度とも、給付面においては、重点的、効率的な改善を通じてできる限りの適正化を図るとともに、段階的に、計画的な保険料の引上げを図っていく必要がある。

## 第2-48表 厚生年金の老齢年金受給者1人当たりの加入者数の推移

第2-48表 厚生年金の老齢年金受給者1人当たりの加入者数の推移

(単位：人)

	昭和55年	65	75	85
1人当たり加入者数	14.64	7.86	4.81	3.54

厚生省年金局調べ

### カ 婦人の年金権

婦人の年金保障のあり方については、無業の妻を独自の被保険者とはせず、夫と同一生計を営む場合には、夫の年金の被扶養者給付という形で保障を行い、夫が死亡し、单身となった場合には遺族給付を行うという世帯保障的な考え方と、無業の妻をも含め、個人を単位として年金受給権を付与しようという考え方とがある。我が国の公的年金制度では、厚生年金などが世帯保障的な考え方に基づいて給付を行っているのに対し、国民年金は、個人を単位として年金給付を行っている。現在、被用者の妻の国民年金の任意加入制度により、既に被用者の妻の8割近くが国民年金に加入している。

いずれの方向をとるにしても、年金制度全体の適用、給付の仕組み、国民年金財政に与える影響等について十分検討していかなければならない課題である。

### キ 支給開始年齢

老齢年金の支給開始年齢は、国民の平均余命や高齢者の雇用とかかわりがあるばかりでなく、年金制度の財政とも大きな関係を持っている。我が国の平均余命の伸びは著しく、厚生年金の支給開始年齢(男子)を55歳から60歳に引き上げることとした昭和29年当時では、0歳児の平均余命(平均寿命)は男子63.41年、女子67.69年であったが、54年には、それぞれ10年程度伸び、男子73.46年、女子78.89年となっている。老齢年金の支給開始年齢以後の平均余命をみても、男子は60歳以後14.97年から18.51年へ、女子は55歳以後21.60年から26.52年へとそれぞれ伸びてきている。

一方、我が国の民間企業における定年年齢は、近年次第に延長されてきており、被用者の多くは定年以降も引き続き就労することが多い。一般に我が国の高齢者は健康である限り働きたいという希望を強く持っており、厚生省の行った「高齢化問題調査」によれば、年をとっても働ける間は仕事(家事)を続ける生活を望む者は、仕事から離れて気楽に暮らす生活を志向する者の約2倍となっている。したがって、今後の高齢化社会においては、高齢者の多様な能力、就労ニーズに応じた雇用、就業を進めるとともに、生きがいや福祉という観点からの対策を進めていく必要がある。

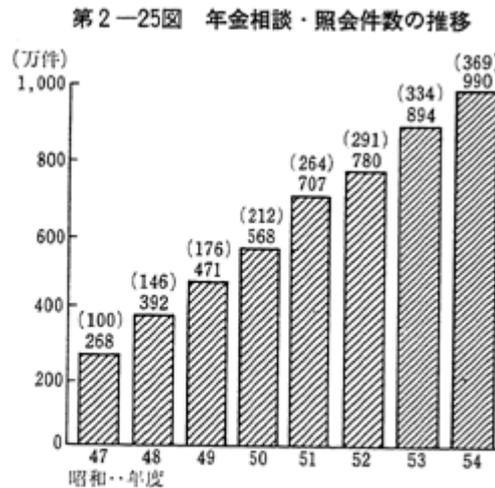
一方、年金の財政の面からみると、今後も年金制度の成熟化とともに、その費用負担も急増し、将来においては保険料について被保険者の負担の限界に達することも考えられる。以上の点を総合的に検討すると、支給開始年齢の引上げの問題は、雇用と年金との有機的連携に留意する必要があるが、世代間の負担のバランスに配慮しつつ、今後とも老後生活の支えとなる年金水準を維持していくためには、今後避けて通れない課

題であると考えられる。

## ク 年金業務処理体制の整備

年金の加入者が5,800万人に達し、年金受給者が1,500万人となった今日、長期間にわたる加入、拠出等の記録管理と今後更に急増する受給権者についての裁定、支払いを的確、迅速に処理するための年金の業務処理体制は、年金制度運営上極めて重要な問題である。また、国民生活の上において、年金が定着化していくにつれて、国民の年金に対する関心が高まり、年金についての各種の相談、照会等は、年々増加している(第2-25図)。このような年金についての照会、相談は、社会保険事務所における重要な業務となっている。このため、社会保険事務所に専任の年金専門官を配置するほか、東京に中央年金相談室、地方都市に年金相談コーナーが設置されている。

第2-25図 年金相談・照会件数の推移



社会保険庁調べ

(注) ( )は昭和47年を基準とした伸び率である。

しかし、今後、年金受給者の急増が見込まれており、年金の相談業務は更に増大することになる。このため、昭和54年度からのオンライン計画の前期計画(3か年)に基づき社会保険事務所の年金相談体制整備が進められており、各社会保険事務所にコンピューター端末機を置いて、社会保険庁の管理する受給者記録などを即時に引き出して、身近な社会保険事務所の窓口で、具体的な年金相談に応ずることができるようにすることとしている。このオンライン計画は、年金相談の的確迅速な処理等を行うだけでなく、57年度以後の後期計画(3か年)で、年金裁定、支払等の事務を迅速化することが予定されている。

## ケ 企業年金

公的年金は、被用者や国民一般を対象とするという社会保障の性格から、対象者に共通したニーズの充足を目的とするものであり、その給付水準及び給付体系は、画一的、平均的なものとなる。これに対し、企業年金は、各企業、各職域における賃金、雇用等の実態に即応し、勤労者の退職後の個別ニーズを充足するという機能を有しており、公的年金とあわせ、勤労者の老後の所得保障として大きな役割を担うものといえる。

現在、我が国においては、企業年金は厚生年金基金、税制適格年金、自社年金などの形で大企業で6割、中小企業でも既に3分の1が実施し、適用を受けている被用者の数は約1,000万人にのぼっている。

従来は企業年金といっても、老後保障としてよりも、退職金の原資を確保するための仕組みとして機能してきたという面が多く、給付は年金よりむしろ一時金の形態で受給されてきた。しかし、公的年金の普及を通じての年金意識の定着、堅実な生涯の生活設計への関心の高まりなどにより、従来のような一時金選択から、次第に老後の定期的収入としての年金志向が強まりつつある。このような観点から、民間の創意と工夫を生かしつつ、企業年金の普及と育成を図り、企業年金が勤労者の老後保障の一環として定着し、企業年金の所

厚生白書(昭和55年版)

得維持機能の拡充,強化についての要請にこたえられるような施策を積極的に講じていく必要があると思われる。

---

---

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

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第4節 各制度の展開

##### 2 所得保障

##### (2) 生活保護

生活保護制度は、憲法第25条の理念に基づき、生活に困窮し、自分の力では、生計を維持できない者に対して、国の責任において健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とした制度である。稼得能力の喪失に対する所得保障という面では、年金制度と類似の機能を有しているが、年金などの社会保険と異なり、保険料の納付等を給付の要件とせず、全額公費による負担で、しかもあらかじめ予定された保険事故の発生によってではなく被保護者の現在の経済的困窮の実態に着目して、その最低生活を維持しようとする点に特色がある。

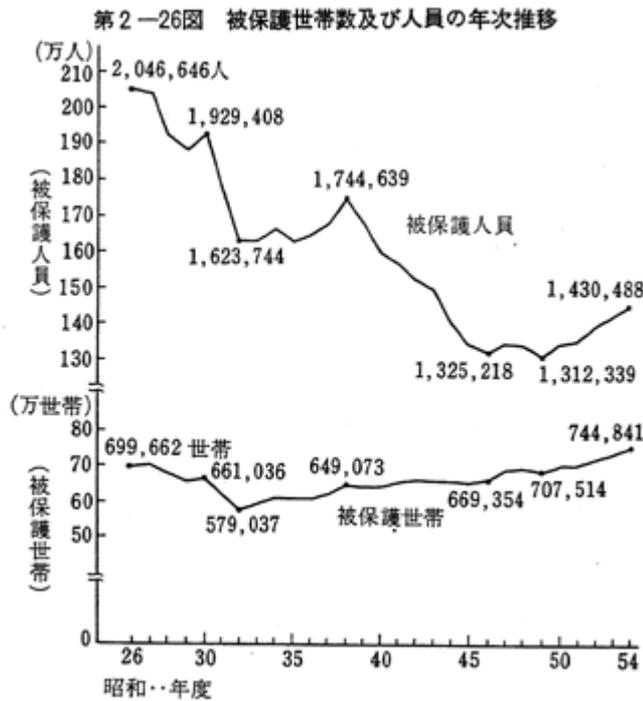
生活保護は、生活扶助、住宅扶助、教育扶助、医療扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助の七種類の扶助があり、それぞれの目的に応じた給付が行われている。

#### ア 被保護者数及び被保護世帯の動向

被保護者数の動向をみると、かつては200万人を超えていたが、高度経済成長により、1970年代初頭には130万人台まで減少し、その後数年間はこの水準で推移し、昭和48年末の石油危機以後49年度後半を境として微増傾向にある。

一方、被保護世帯数の動向をみると、1960年代の被保護者数の減少傾向にもかかわらず、増加傾向が続いており(第2-26図)、傾向としては、被保護世帯の構成人員が減少しているとみることができる。

第2-26図 被保護世帯数及び人員の年次推移

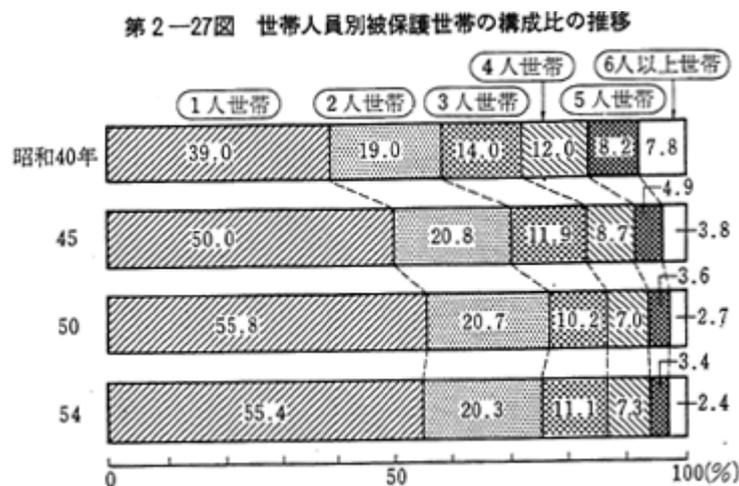


資料：厚生省報告例

また、保護率の推移をみると、全国平均で人口千人に対する被保護人員は1960年代は181人～13.6人であり、昭和45年度は13.0人、49年度には11.9人まで低下したが、その後は微増傾向にあり、53年度は12.4人となっている。

被保護世帯の構成人員の減少の時期は、我が国の核家族化が進んだ時期でもあるが、更に世帯人員別被保護世帯の構成を見てみると(第2-27図)、1人世帯、2人世帯といった少人数世帯の割合が増えて、昭和54年には両者で総世帯の75.7%を占めるに至っている。1人世帯の割合についても、我が国の総世帯中の1人世帯の割合が最近15年間に於いて、17%から20%程度の間を推移していることを考えた場合、1人世帯が被保護世帯の過半数を占める比重の高さの一つの特徴を示しているといえよう。この1人世帯は、高齢者世帯において特にその比率が高く、高齢によって就労できないひとり暮らし老人の生活保障としての機能も生活保護制度において大きなウエートを占めていることを物語っている(第2-28図)。

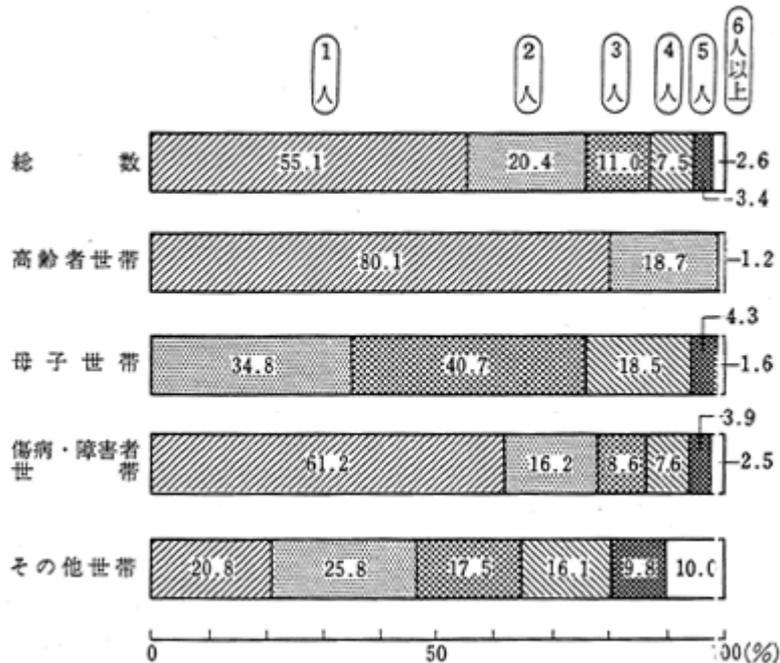
第2-27図 世帯人員別被保護世帯の構成比の推移



資料：厚生省社会局「被保護者全国一斉調査(基礎調査)」

第2-28図 世帯類型・世帯人員別被保護世帯の構成比

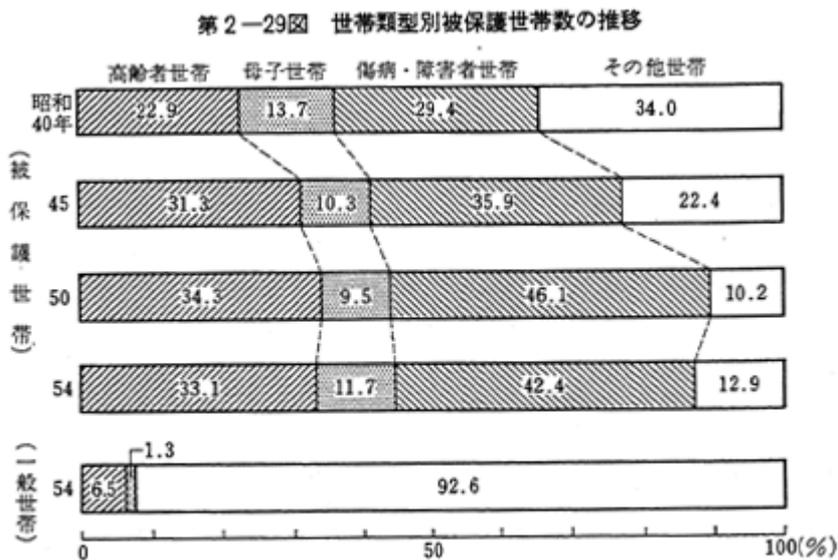
第2-28図 世帯類型・世帯人員別被保護世帯の構成比(昭和54年)



資料：厚生省社会局「被保護者全国一斉調査(個別調査)」

被保護世帯の世帯類型をみると(第2-29図),高齢者世帯,母子世帯及び傷病・障害者世帯が逐年増加しており,これらのハンディキャップ層が昭和54年度には全被保護世帯の87.2%を占めている。近年母子世帯が著しく増加しているが,これは一般世帯における離婚等の増加及び母子世帯の母親は他に比べてなお就労機会に恵まれないという状況等を反映しているものと考えられる。また,高齢者世帯は,1960年代後半に大幅な増加を示していたが,近年においては横ばいの傾向に転じてきている。

第2-29図 世帯類型別被保護世帯数の推移

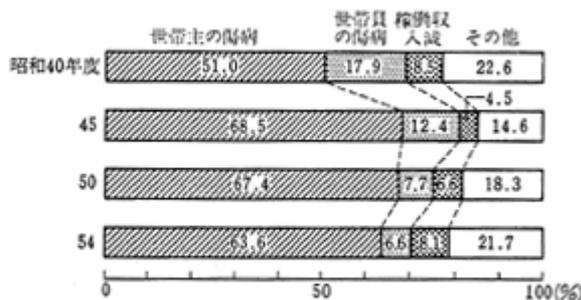


資料：厚生省社会局「被保護者全国一斉調査(個別調査)」, 厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査」

保護を開始した理由をみると、傷病を理由とするものが大幅にふえ、1970年代では7割を超え、稼働収入の減少を理由とするものは4~8%程度となっている。「傷病」に起因するもののうち、「世帯主の傷病によるもの」が大きな割合を占めているが、これは、生計の中心者である世帯主の疾病により、稼働収入の著しい減少とともに、医療費などの負担増を招き、日常生活上、窮地に追い込まれる実態を反映しているものと考えられる(第2-30図)。

第2-30図 保護開始理由別被保護世帯の構成比の推移

第2-30図 保護開始理由別被保護世帯の構成比の推移

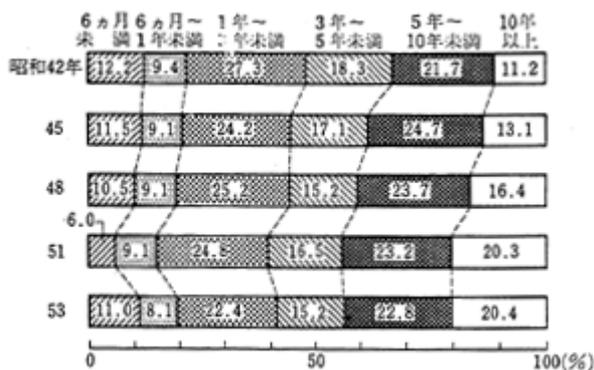


資料：厚生省統計情報部「生活保護動態調査」

また、被保護世帯の保護受給期間をみると、保護期間1年未満の世帯が全体のほぼ2割を占めているものの、他方、保護期間5年以上の長期にわたるものの割合が増加しているが、これは被保護世帯のなかに高齢者世帯、傷病・障害者世帯等ハンディキャップを負った世帯が相当数存在することの結果であるとみられる(第2-31図)。

第2-31図 保護受給期間別被保護世帯の構成比の推移

第2-31図 保護受給期間別被保護世帯の構成比の推移



資料：厚生省社会局「被保護者全国一斉調査(個別調査)」

### ウ 生活保護基準

保護基準は、生活保護制度によって保障される「健康で文化的な最低限度の生活水準」媒体的に示したものであるが、七つの扶助基準のうち、生活扶助基準についてみると、昭和40年からは一般国民と被保護階層との消費水準の格差を縮小させようとするいわゆる格差縮小方式によって基準設定が行われており、大きな改善が図られている。第2-49表にみるように被保護労働世帯の1人当たり消費支出水準は、昭和45年度で

は一般勤労世帯のそれに対して51.3%の水準であったのに対して、53年度では58.8%の水準となっており、格差縮小の傾向がみられる。

生活保護制度は、今後年金制度の充実とその成熟化に伴い、その生活保障としての機能は相対的に減少することも予想されるが、生活に困窮した国民にとって生活の最後のよりどころとしてなお重要な役割を果たしていくこととなろう。

### 第2-49表 一般勤労世帯と被保護労働世帯の消費支出の推移

第2-49表 一般勤労世帯と被保護労働世帯の消費支出の推移  
(東京都1人当たり)

	一般勤労世帯	被保護労働世帯	格差 $\left(\frac{B}{A}\right)$
	消費支出額 (A)	消費支出額 (B)	
昭和35年度	9,039円	3,437円	38.0%
40	14,636	7,351	50.2
45	24,639	12,648	51.3
50	49,071	28,421	57.9
51	55,953	31,934	57.1
52	58,259	34,054	58.5
53	63,535	37,390	58.8

資料：総理府統計局「家計調査年報」、厚生省社会局「被保護者生活実態調査」

(注) 被保護労働世帯とは、日雇労働、家内労働の世帯をいう。

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第4節 各制度の展開

##### 3 社会福祉

###### (1) 1970年代の社会福祉の展開

---

社会福祉は、児童、母子、老人、身体障害者等、社会的にハンディキャップを負っている人々が、自立してその能力を発揮できるよう必要な援助を行おうとするものであるが、我が国においては、それぞれの対象ごとに制度がつくられ、それぞれのニーズに対応する施策が実施されている。

戦後の社会福祉施策は、施設福祉に重点が置かれ、1970年代に入っても、施設の大幅な整備が進められたが、それと並んで、国民の福祉に関するニーズの増加・多様化を反映して、ハンディキャップを負った人々が家庭や地域社会の中で、一般の人々と共に暮らしながら自立できる方向が模索されるようになり、家庭奉仕員(ホームヘルパー)の派遣、日常生活用具の給付等のきめ細かな在宅サービスの拡充が図られた。

---

総論

第2章 1970年代における社会保障の展開

第4節 各制度の展開

3 社会福祉

(2) 社会福祉施設の充実

ア 社会福祉施設の整備

1970年代の社会福祉施策の足どりを振り返ってみるとき、やはり社会福祉施設の整備の推進をあげないわけにはいかない。社会福祉施設においては、例えば、居宅において養護をうけることが困難な老人の収容、精神又は身体に障害のある者の治療、訓練あるいは保育に欠ける乳幼児の保育等の福祉サービスが提供されている。1960年代後半から大幅な施設の整備が行われたが、昭和46年度には、社会福祉施設緊急整備5か年計画が策定され、整備が特に必要とされた特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設及び保育所等を中心に重点的な整備が図られた(第2-32図)。社会福祉施設の整備に伴い、各施設の入所定員も大幅に増大し、例えば、特別養護老人ホームの昭和54年定員は、45年の1万1,000人から7万1,000人へと6倍を超え、また保育所の入所定員は、昭和45年の119万5,000人から、54年には207万5,000人へと増加した。

イ 社会福祉施設の職員

社会福祉施設の増設により、施設職員の量的拡大が望まれる一方、入所者に対する処遇についてもそのニーズの多様化によって高度の専門的知識及び技術が要請されてきている。社会福祉施設の職員の職種も施設長、生活指導員、職業指導員、保母、寮母、医師看護婦、理学療法士、作業療法士、栄養士、調理員、事務職員等の多職種にわたってきており、その総数は、昭和45年当時の21万8,000人に対して、54年には47万6,000人に増加している(第2-50表)。これらの施設従事者のうち、最も増加したのは、保育所で働く職員で、昭和45年には12万4,000人であったが、54年には2.2倍の27万人に増加しており、同期間中の施設定員の増加1.7倍を上回っている。また、老人福祉施設についても最近10年間に入所定員数において20倍の増加をみているが、施設従事者数は、3.6倍となっている。このように代表的な分野の社会福祉施設において、施設定員の増加率以上に施設従事者が増加したことは、施設に入所している児童、老人に対するサービスの充実及び職員の勤務条件の改善が行われていることを示すものであろう。

第2-50表 社会福祉施設従事者数の年次推移

第2-50表 社会福祉施設従事者数の年次推移

	昭和45年	46	47	48	49	50	51	52	53	54
従事者数	218,478	236,470	267,114	299,787	334,763	367,295	395,598	420,248	450,037	476,531
保育所	123,995	135,810	152,570	168,571	189,062	208,429	225,549	237,210	256,251	269,904
老人福祉施設	16,315	18,878	22,515	26,723	31,868	37,371	42,788	47,662	52,319	58,190
身体障害者更生援護施設	4,614	5,169	5,921	6,147	6,848	7,724	8,694	9,347	10,602	11,848
その他	73,554	76,613	86,108	98,346	106,985	113,771	118,567	126,029	130,865	136,589

資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

(注) 1. 従事者数には、保護施設の医療保護施設、その他の社会福祉施設の無料低額診療施設の従事者を含まない。

2. 昭和46年までは12月31日現在、47年以降は10月1日現在である。

厚生白書(昭和55年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第4節 各制度の展開

#### 3 社会福祉

#### (3) 社会福祉の動向-老人福祉を中心に-

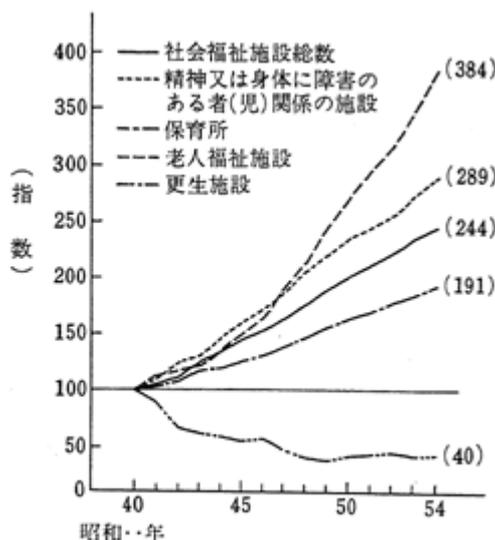
社会福祉の対象となる人々は、多岐にわたっているが、ここでは、老人に対する社会福祉の状況を中心にみることにしよう。

#### ア 在宅福祉サービスの動向

1970年代は、老人に対する種々の在宅福祉サービスが創設される一方、1970年以前より推進されていた事業も含めて、その内容の充実が図られ、老人に対する在宅サービスが大きく進展した時期といえよう(第2-33図)。

第2-32図 社会福祉施設のすう勢

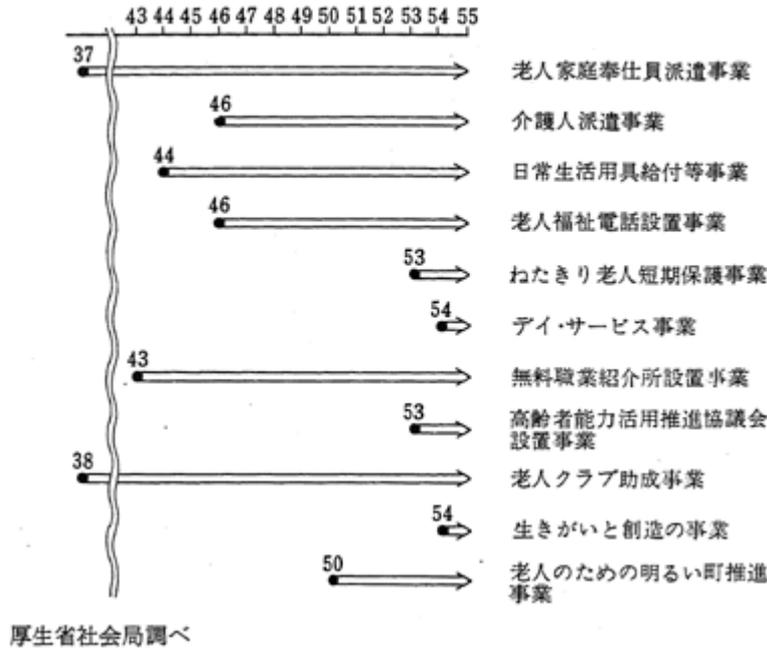
第2-32図 社会福祉施設のすう勢 (昭和40年=100)



資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

第2-33図 主な在宅福祉事業の創設年度

第2-33図 主な在宅福祉事業の創設年度



在宅福祉サービスにおいては、個々の老人のニーズに対応した、きめ細かなサービスが求められる。従来から、在宅福祉の中核を成してきた家庭奉仕員派遣事業に加えて、昭和44年には、日常生活用具給付等事業、46年には、介護人派遣事業及び老人福祉電話設置事業、53年には、ねたきり老人短期保護事業、54年には、デイ・サービス事業が創設され、在宅のねたきり老人、ひとり暮らし老人等、援護を要する老人に対するサービスもきめ細かく用意された。

また、在宅福祉サービスは、老人が長年慣れ親しんだ家庭や地域の中で、家族、地域の人々との交流の中で老後を過ごすことに意義がある。この観点より1970年代は、地域住民の協力や地域住民との交流等、地域ぐるみで老人福祉を考える基盤作りが進められる一方、老人の生きがいを高める施策が推進された。老人の社会参加活動の中心となる老人クラブ活動の会員数は、1970年代を通じて1.5倍に増加し、60歳以上人口の半数を超える老人が会員となるまでになった。昭和54年度には、老人の生きがいを高めるために「生きがいと創造の事業」が創設され、更に、町ぐるみで老人福祉施策を推進する「老人のための明るい町推進事業」が50年度から進められている。高齢者の就労対策も、昭和54年度より、従来の無料職業紹介所に高齢者能力活用推進協議会を設置するなど、その充実が図られた。

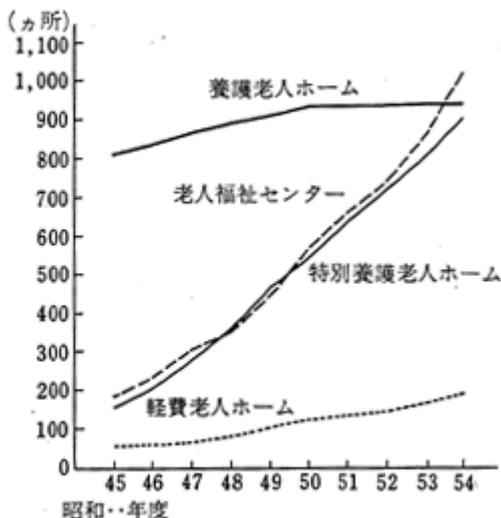
### イ 施設福祉の動向

在宅福祉サービスの進展は、施設福祉の意義を低下させるものではない。在宅福祉と施設福祉は、本来、互いに補完しあうべきものであり、その意味からは、両者の有機的な連携こそが重要であるといえよう。

老人福祉施設数の推移は、第2-34図のとおりであるが、なかでも特別養護老人ホームと老人福祉センターの伸び率が高い。特別養護老人ホームは、ねたきり老人等常時の介護を必要とする老人を対象とする老人ホームであり、その需要も非常に高かったため、その整備が急務とされていた。そこで、昭和46年度に策定された社会福祉施設緊急整備5か年計画において重点的に整備が進められた。その結果、昭和45年に対する54年の入所定員は6.3倍にも達しているが、これは養護老人ホームの1.2倍、軽費老人ホームの3.5倍に比してかなり高率の伸びとなっている。このように老人ホームの種類により、時代とともにニーズは変わってきており、今後も需要に応じたその整備が図られねばならない。

第2-34図 老人福祉施設数の推移

第2-34図 老人福祉施設数の推移



資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

他方、老人福祉センターは、老人福祉施設の中でも利用施設として、位置づけられるもので、老人のための相談事業、生業・就労の指導、リハビリテーションの実施、教養の向上やレクリエーションのための便宜を図る施設である。老人クラブ等の老人の社会参加活動の活発化に伴い、老人福祉センターは地域福祉の拠点として、その需要はますます高まることが見込まれる。

以上、老人福祉の例からもみられるように、1970年代の社会福祉は、増大し多様化するニーズに対して量的にも質的にも充実が図られてきたが、ニーズに応じて、更に推進される必要がある。特にハンディキャップを負った人々を通常の家族関係、社会関係を維持しながら、居宅で介護し、また地域社会及び職域の中でケアするという点について更に重視する方向で、社会福祉施設によるサービスと在宅福祉サービスの有機的連携を含めた総合的な社会福祉施策の推進が今後の課題といえよう。

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第4節 各制度の展開

##### 4 その他

##### (1) 環境衛生

国民の保健の確保を進めるうえで、国民の生活環境を構成する多種多様な諸条件について、その衛生水準の向上を図り、危害の発生を未然に防止することは、疾病の治療や予防とは異なった意味で極めて重要である。

1970年代の環境衛生行政の展開は、産業活動の著しい拡大、都市化の進展などによる国民の生活環境の急激な変化に対応しつつ推進されてきた。また、高度成長による国民の生活水準の向上、情報量の増大、生活意識の変化等に伴い、単なる危害の予防にとどまらず、より豊かで快適な生活環境を確保するための積極的な行政の展開が求められてきている。

#### ア 建築物環境衛生

経済成長、人口の都市集中等による、大型、高層の事務所、店舗、共同住宅などの建築物が増加し、人間が長期間利用せざるをえないこのような人工環境のあり方が、人間の健康に大きな影響を与えることが認識されてきた。これらの建築物の衛生状態をみると利用者が自らその生活環境を調整することができない構造のものが多くにもかかわらず、衛生的環境の確保には必ずしも十分な注意が払われてきたとはいえず、いわゆる冷房病や伝染性疾患の発生等の種々の衛生上の問題が指摘されてきた。このような背景のもとに、昭和45年、建築物内の衛生的環境の確保を目的として「建築物における衛生的環境の確保に関する法律」が制定され、建築物の環境衛生上の維持管理基準の設定及びその遵守の義務づけ、専門の管理技術者制度等が定められ、ビル内の生活環境の維持改善が図られてきている。

#### イ 食品衛生

食品産業の発展に伴い国民には多種多様な食品が提供されるようになったが、一方で、1960年代から1970年代の初めにかけて、BHCなどの農薬による食品汚染、カドミウム、水銀等の重金属やPCBなどの化学物質による食品汚染、有害物質の混入による食品事故、更に誇大広告による食品販売等食品に関する諸々の問題が発生した。このような、新しい問題に対処するため、昭和47年、「食品衛生法」が大幅に改正され、安全性に疑念のある食品等の規制、営業者の食品の安全確保に関する責任の強化をはじめ食品等の検査制度の充実、表示制度の改善及び広告の規制、洗浄剤の規制等が行われるようになった。

#### ウ 家庭用品の安全確保

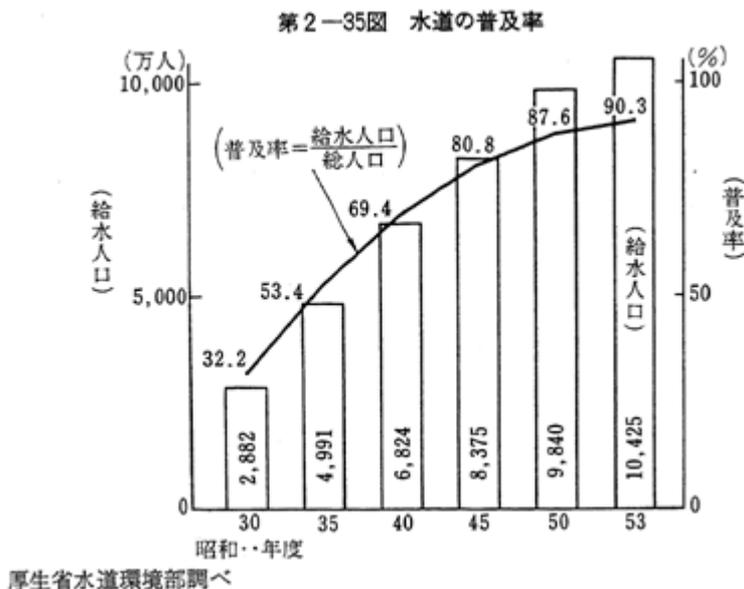
化学工業の発展により繊維製品や塗料等種々の家庭用品に各種の化学物質が防かび剤、蛍光増白剤、防虫剤等として用いられるようになったが、一方1960年代の終わりごろから、例えば、下着等に用いられる樹脂加工剤から遊離するホルムアルデヒドによる皮膚のかぶれ等、化学物質による健康被害の問題が提起されるようになった。このような問題に対しては、昭和48年に「有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律」が制定され、家庭用品に含まれる化学物質による健康被害を防止するための種々の規制が行われるよ

うになった。家庭用品の安全確保については、特に1970年代後半にその充実強化が図られ、規制対象となる化学物質の範囲の拡大も、規制のための体制、危害情報の収集システムの確立等が推進されてきた。

## エ 水道

水道は、国民の健康を維持する上で最も重要な環境衛生施設の一つであり、昭和54年3月には、その普及率は90.3%を示すに至っている(第2-35図)。

第2-35図 水道の普及率



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、その普及が戦後の大きな課題とされてきた。昭和32年には、「水道条例」にかわって「水道法」が制定されるとともに、その以前から行われてきた簡易水道施設整備に対する国庫補助に加えて、42年度からダム等の水道水源開発施設及び水道広域化施設の整備について国庫補助が行われるようになったことなど水道施設整備に係る施策が充実強化されたことにより、その普及率は着実に向上を続けた。

しかしながら、その一方では水需要量の増加に伴う新たな水源の確保、原水の水質の保全、水道事業基盤の強化等が大きな問題となってきたため、昭和52年には、これらの課題に対処することを目的として、水道に関する国、地方公共団体等の責務を明確にするとともに、広域的水道整備計画に関する規定、水質検査体制の整備に関する規定、末端における水質の安全性を確保するための簡易専用水道に関する規定等を設ける水道法の一部改正が行われている。

## オ 廃棄物処理

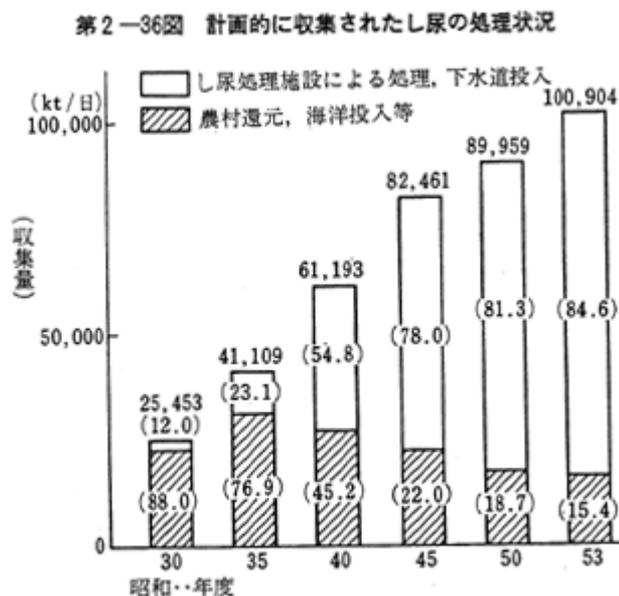
廃棄物処理は、昭和29年に制定された清掃法に基づき実施されてきたが、昭和30年代から40年代にかけての経済の高度成長、国民生活の向上等に伴う廃棄物の量的増大、質的多様化等を背景としてその抜本的改革が必要とされるに至り、45年に、「廃棄物の処理及び清掃に関する法律」が制定された。同法は、廃棄物を国民の日常生活の中から排出されるものを中心とする一般廃棄物と事業活動に伴って排出され、量的又は質的に環境汚染の原因となりうるものからなる産業廃棄物に区分し、一般廃棄物の処理は市町村の定める処理計画に従い、産業廃棄物の処理はそれを排出した事業者の責任で行うとともに、それぞれの処理体系を整備し、生活環境の保全及び公衆衛生の向上を図ることとされた。

昭和50年、産業廃棄物についての規制が問題となり、51年には、産業廃棄物処理に関する事業者責任の明確化、廃棄物処理施設の設置の適正化、廃棄物処理業の許可制度の改善を図るための改正が行われた。

廃棄物処理施設の整備に関しては、昭和38年度から50年度まで3次にわたる整備計画が策定され、計画的かつ緊急的な整備が図られてきたが、引き続き51年度から5か年間の廃棄物処理施設整備計画が策定され計画的整備が推進されている。

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の形で進められてきた。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2-36図のとおりであり、計画収集量のうちし尿処理施設又は下水道投入により処理される割合は年々上昇し、昭和53年度では84.6%に達している。

第2-36図 計画的に収集されたし尿の処理状況



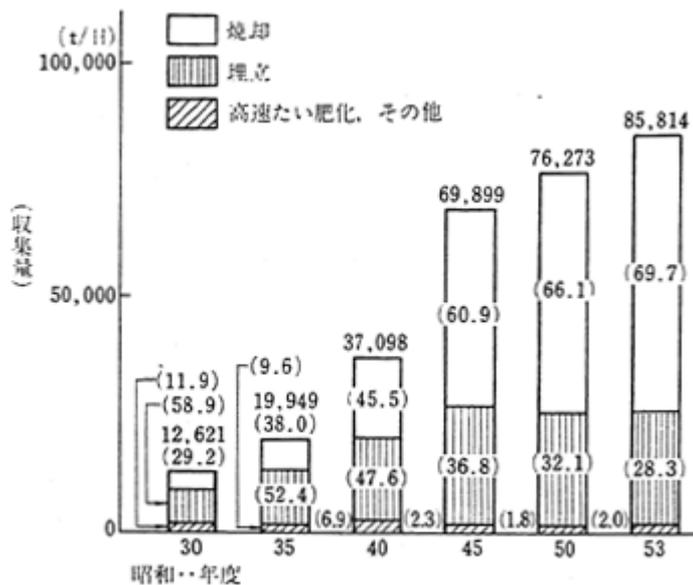
厚生省水道環境部調べ

(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2-37図のとおりであり、計画収集量のうち焼却処理される割合は年々上昇している。

第2-37図 計画的に収集されたごみの処理状況

第2-37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。

今後も廃棄物の量的増大と質的多様化が進行するものと考えられ、廃棄物の再生利用を促進するとともに、廃棄物の処理施設の整備を一層推進することが要請されている。また、廃棄物の最終処分場の確保が重大な課題とされており、この面でも施策を進めることが必要とされている。

## 総論

### 第2章 1970年代における社会保障の展開

#### 第4節 各制度の展開

##### 4 その他

#### (2) 医薬品の有効性・安全性の確保及び副作用被害者の救済

---

1970年代における薬務行政の最重要課題は、医薬品の有効性と安全性の確保であった。

昭和36年のサリドマイド事件以後、医薬品の安全性、有効性の確保のために、種々の対策が進められてきたが、特に42年に「医薬品の製造承認等に関する基本方針」が策定され新薬承認の厳格化、副作用報告の義務づけ等が行われたほか、医薬品の副作用情報の収集、昭和46年から始まった医薬品の再評価、49年の「医薬品の製造及び品質管理に関する基準(GMP)」の策定等によって安全性、有効性確保対策の積極的進展が図られてきた。

昭和54年には、これら従来からの行政指導による施策の実績を踏まえ、その徹底を図るために薬事法の一部改正が行われた。一方、医療上の要請に基づいて使用される医薬品の特殊性から、その副作用による健康被害を完全に防止することは困難であるとされており、このため、不可避免的に発生する被害者の迅速な救済を図る制度の創設に対する強い社会的要請を踏まえて、薬事法の一部改正と同時に医薬品副作用被害救済基金法が制定された。この法律に基づき設立された医薬品副作用被害救済基金は、被害者に対する医療費、障害年金等の給付を行うことにより、その迅速な救済を図ることとしている。

---