

総説

はしがき

現代福祉国家は、人間の「健康で文化的な生活」が、現実の世界においては、各種の障害によつて侵害されており、または侵害のおそれをもっていることを認識しつつ、「健康で文化的な生活を営む権利」を保障するためには、行政の力によつてそれらの障害を除去し、発生を防止し、さらには、より健康でより文化的な生活を実現することが、必要であり、かつ効果的であるという考え方にたつて、そのための行政を整備することを自らの任務としている。厚生行政は、わが国における行政体系のなかで、まさに上述のような福祉国家としての行政の中核をなすものにほかならない。

さて、厚生行政は、上述のように、「健康で文化的な生活」の実現を目標とするものであるが、本来「健康で文化的な生活を営む権利」は一人一人の人間がもつ権利であり、人間は、その生活のあらゆる場において、健康と福祉を追求しているものであるから、厚生行政は、人間生活のあらゆる場を通じて、一人一人の人間の生存と深く結びつくべきものなのである。そのような本来的な性格をもつ厚生行政には、何よりもまず、現実の国民生活に密着した行政であることが要請されるというべきであろう。

厚生行政は、この意味において、常に国民生活に密着し直結した行政でありたいと考える。しかし、現実の国民生活は流動的なものであるのに対し、行政制度は、往々にして硬直的なものにおちいりやすいということが考えられねばならない。ことさら現代のわが国社会の特徴は、それが動的発展的な社会であることにあり、社会環境の面においても生活の面においても、いわば、めまぐるしいまでの急速な変化を遂げつつある。そのようななかで、健康で文化的な生活に対する障害のおそれも、多様化し、あるものは増大しまた変質している。変化は、そのような障害の面のみではない。障害を防圧し、さらには、より健康で文化的な生活を実現するための技術もまた、科学技術の進展を通じて、急速に進みつつあるのである。このような環境のなかにあつて厚生行政は、その目標が無限である「健康で文化的な生活」の実現について、常に国民生活の需要にこたえていかなければならないのであり、国民生活の現実と遊離し、硬直化したものにおちいらぬためには、不断に多様化する人間生活の障害と取り組み、技術進歩の成果を取り入れつつこれを整備していかなければならないのである。

厚生行政を国民生活に密着したものとするため、格段にこれを整備する必要があることについては、さらにいま一つのことをつけ加えておく必要があるだろう。それは、しばしば指摘されるところでもあるが、わが国では、経済発展に比較して、とかく社会開発の遅れがみられたということである。その背景には、全体としての国民生活の向上のなかにおいてこそ真に個人の生活の向上ももたらされるという意識が、個人や家庭の生活水準の向上への意識に比較して、相対的に弱かつたということ、あるいは、生活の問題は行政の問題である前にどちらかといえば、まず個人や家庭の問題と考える傾向があつたということがあつたのではなからうか。しかし冒頭でも述べたように、福祉国家においては、行政が積極的に国民生活に取り組むことによつて国民生活の真の向上を図つていこうとするものであり、そのことが福祉国家のゆえんとされているのである。近年わが国でもあるいは生活に奉仕する経済という言葉で、あるいは消費者行政の強化ということを通じて、さらには社会開発の強調という形で、生活行政の強化が各方面で強調されるに至つているが、厚生行政は、かかる要請にこたえておいてさらに整備を進め、国民生活の真の需要にこたえていかなければならないのである。

この白書は、昭和41年度の厚生行政の現状と実績を報告し、あわせてその問題点や課題を記述するものであるが、同時に、この白書自体を通じて、厚生行政をより国民生活に密着するものとする一助を提供したいと念願するものである。厚生行政を国民生活に密着するものとすることは、もちろん行政の側において、自らの目標なり課題なりあるいはその解決手段なりを、国民生活の現実のなかから、現実に即応して引き出す努力にかかつているが、また一面、国民が人間生活についての深い認識と、それにかかわるべき厚生行政への十分な理解があることも、行政をより国民生活に密着させるための条件と考え

られるのであり、白書はそれに資することを一つのねらいとすると考えられるからである。

そのような意味において、今回の白書においては、厚生行政が、人の一生とその日常生活の具体的な場面において、いかに深く結びつくものか、そしていかに多くの重要な問題を今日の問題としてかかえているかを、できるだけ身近なものとしてとらえるための一つの試みとして、人の一生、家庭生活、地域的な生活の環境という国民生活の具体的な場面のそれぞれと厚生行政の関係を総説において取り上げることとした。それは、各論がいわば行政の側からする問題への接近であるのに対し、具体的な人間の側からの叙述を試みようとしたものである。もちろん人間生活の断面は、きわめて多くのものをもっており、働く者の職域における生活等の断面も厚生行政と関連している問題が多いが、ここでは、個人、家庭、地域社会が、本来的な意味において、生活体そのものであるということから、それと厚生行政の結びつきを画こうとしたのである。

なお、以下の叙述においては、人の一生、家庭生活又は生活環境と厚生行政の関係が、個別に叙述されるが、それは、あくまで極端な重複をさけるという叙述の便宜に従うものであつて、それらで叙述する個々の行政は、決してそれぞれが人の一生、家庭生活又は生活環境の一つの場面とのみ結びついて、ばらばらな目的に奉仕するためにあるわけでないことはいうまでもない。

総説

第1節 人の一生と厚生行政

1 生命の延長

社会保障の行政あるいは厚生行政は、「ゆりかごから墓場まで」の行政であるといわれる。それは、厚生行政が人間そのものを対象とする行政であることを、最も印象的に表現する言葉であろう。人間は、出生から死亡に至るまで、その生活のあらゆる面で、健康、福祉を追求し、その成功と失敗の歴史をくり返している。厚生行政は、まさにそのような人間の一人一人に深く結びつく行政であり、またそうでなければならぬのである。

このような人間を対象とする厚生行政についての関心は、やはり、まず、厚生行政がいかに個々の人間の一生と深く結びついているかということであろう。そして、なかでも、ある意味では人の一生それ自体ともいべき生命というものにわれわれの関心をおもむかせるのである。

厚生行政の具体的な目標の一つに国民の生命の延長がある。それは単に長寿の実現を旨とするものではなく、国民の生命を、それを脅かす諸要因から守ろうとするものである。

戦後、わが国の医学の進歩は、科学界のなかでもその最前線をゆくものであつたということができよう。その成果は、戦後20年間に平均寿命を約20年延長させるのに大きな貢献をなしたからである。平均寿命の延長は、各種化学療法剤や抗生物質のあいつぐ出現によつて、従来征服できなかつた結核菌、肺炎菌、ブドウ状球菌などを抹殺することが可能になつたことに起因する面が小さくない。かつて日本人の国民病といわれた結核も、抗結核剤の発見、BCGの普及、健康診断の実施など効果的な結核対策の推進によつて、年々そのり患率と死亡率は低下し、また肺炎と腸炎による死亡も抗生物質の発見によつて、急速な減少をみた。

そのほかポリオ(せき髄性小児まひ)が近年開発された生ワクチンによつて、既に根絶寸前にあるように、今後ワクチンの技術進歩は、インフルエンザを始め、はしか、百日ぜき、ジフテリアなどの小児伝染病、日本脳炎、狂犬病など向神経性ウイルス性疾患などに対する確実な効果のある予防ワクチンの出現と普及を急速に促進することも予見され、現在あるよりもさらに強力な化学療法剤の発見、環境衛生の改善とあいまつて、これらの伝染性疾患は近い将来われわれの周囲から消滅するすう勢にある。

このように伝染性疾患が絶滅又はそれに近い状態になる可能性は、今日、きわめて高いものと予想されるに至っているが、医学を始め各分野の懸命な努力にもかかわらず、なお正体不明で、効果的予防、適切な医療が確立されていない成人病は、今後の医学研究及び医療対策の主目標である。なかでもがんは、壮年層を侵す点で社会的問題となつているが、発がん機構の理論的基礎研究によつて、やがてその本態も究明され、有効な化学療法剤の発見も、そう遠くない時期になされることであろうといわれており、さらに早期発見の方法が確立されることとあいまつて、不治の病とあきらめられているがんによる死亡の問題も解決されることが可能となるであろう。

がんと並んで、国民の死亡の大きな原因となつている動脈硬化症を主因とする高血圧、心臓疾患や、成人病に多い肝硬変、糖尿病などがある。これらの疾患も直接の原因がはつきりしない場合が多いが、日常生活の不摂生、栄養のアンバランス、心身の疲労など、生活条件の過重によつてそれぞれの臓器の老化が促進されることにより起こるとされている。人間の身体は、一種の精密機械のようなものであるから、手入れもせず、無茶をすればこわれやすいが、定期的に検査をし、調整をすればするほど寿命も延びよう。

その他の多くの疾病も、科学の進歩と技術革新、すなわち電子工学、微量生化学等の発展、原子科学の

躍進などによつて診断技術の革命がなされ、早期発見が可能となる。さらに加えて新薬の出現等に伴つてこれらの疾病は逐次征服されていくことであろう。また、既にそこなわれた臓器も、他人の臓器や人工臓器を用いて、健康が回復できる時代が目の前に迫つてきている。医学の面に關する限り人類を疾病から解放し、天寿を全うする技術的可能性を生みつつあり、やがては宿命的な生命現象である老衰のみが人間の死因となるような時代を期待することも夢とばかりはいいい切れぬ。

ここにみたのは、医学の分野からみた生命の延長の可能性である。したがつて、このような可能性を画くことは、もちろん、われわれの決意と努力を未来の可能性に向かつて促すためのものであつて、単純に、その実現が未来に約束されているという楽天的な考え方を許すものではない。人間の生命は、単に人体の生物学的条件にのみ左右されるものではなく、それを全うするためには多くの他の条件を必要とする。そしてこれらの条件のなかには、公害や事故の多発、自殺その他社会環境への不適合などをはじめ、必ずしも改善の方向をたどつていとみられないものが少なくない現状にあることを考えなければならぬ。

大幅な生命の延長が医学的に可能であり、そしてその可能性が高まれば高まるほど、もし他の制約によつてその実現ができないとすれば、それはかえつて大きな悲劇を生むともいふべきものであろう。あるいはまた、生物学的な生命の延長が、他の社会的な諸条件とのバランスを伴わないままに進むとすればそこにはまた新たな悲劇を生むという面もあらわれてくるであろう。人間尊重に対するわれわれの不断の努力は、このようなことから強く要請されているのである。

いずれにしても、科学の一分野から展望すれば、生命の延長の大きな可能性が予見される今日、厚生行政は、そのような生命の問題、健康の問題を直接にあずかる行政であるだけに、将来に向かつての人間のための行政をますます強化することの重要性を痛感させられるのである。以下この節では、人間のための厚生行政について、出生から、児童、成壮年期を経て老年に至るそれぞれの段階に即して述べてみよう。

総説

第1節 人の一生と厚生行政

2 出生

人間のための行政を強化する必要性は、人生の出発点である出生の時点をめぐる既にみいだされる。

わが国の出生率は、戦後急激な低下を示した。戦前における出生率は、昭和元年～11年で人口1,000対29.9～34.6を示していたが、ベビーブームの昭和22年に記録された人口1,000対34.3という高出生率の時期を経過して、その10年後の32年には17.2と半減するに至り、その後は多少上下しながらも、17前後のほぼ安定して低い水準を保っている。そして、このような戦後の出生率の低下は、1夫婦当たり平均出生児数の低下によってもたらされたものである。すなわち、出生児を出生順位別でも、40年には第1児の割合が総数の47.5%、第2児37.6%に対して第3児以降の順位の児童は14.9%にすぎず、低順位に集中する傾向が強まっている。平均出生児数が減少したのは、主として人為的な出生の抑制が行なわれるようになったためであるとみられ、それは、具体的には家族計画に関する技術と知識の普及、あるいは一部は人工妊娠中絶によってもたらされている事実であるということができよう。このような、人為的な出生の抑制を促した社会経済的な要因について、これを実証的に解明することはなかなか容易ではない。生活水準を向上させたいという欲望の強さが、物質的に豊かな生活を楽しもうとする風潮を生んで小家族主義を生み出しているという見方、子どもに高い教育を受けさせようとするために出生児数をおさえているという見方、そのほか、母体の健康等に対する配慮や、あるいは、住宅難が出生の抑制に対して作用しているのではないかという見方など、さまざまなものがある。

いずれにしても、かように出生の抑制が一般的なものとなってきたため、39年には1人の女子が一生の間に生む子どもの数は平均して2.04人で、このような子どもの生み方では死亡のことも考えると、現在の人口を維持することができず、人口基調はいわゆる縮小再生産となり、将来人口が減り出す可能性がある。もし現在の子どもの生み方で、総人口が現状維持となるためには、1人の女子が平均して2.15人の子どもを生まなければならない。この2.15人程度の出生であると将来の総人口はふえも減りもしない、いわゆる静止人口となる。静止人口が実現するための出生率よりも実際の出生率がやや低い状態になったのは、31年以来のことである。このような状態が10年も続いたことは欧米諸国にも近年においてはみられない事実であり、今後さらに5年10年と続いていくとすれば、それは明らかに異常現象とみななければならぬ。ひのえうまの年にあつた昭和41年の異常な出生率の低下は別として、最近出生率は、やや反騰を示しており、いまだわが国の人口動向が、決定的に人口の縮小再生産過程にはいつたと即断すべきではないが、出生率の今後の動向には、注視を要するものがあると考えられる。

ところで、このような出生率の低下をめぐる問題点としては、まず今後の出生率そのもののあり方についてどのように考えるかということである。今日の出生率の低下現象は、将来の労働力の供給を危うくするものであるという論議をすら呼んでいるが、それだからといって、出生率を急激に高めようということが正しい議論であるかどうかには問題がある。縮小再生産過程にはいることは、異常現象であり、すくなくとも静止人口を保ちうるようなところまで出生率の回復が望ましく、このための対策を検討することは必要であるが、わが国の人口密度の現状等から考えてもかなり大きな拡大再生産の過程にはいることが望ましいとまでいうことができるかどうかには、なお問題が多いのである。

かかる事情のもとにおいて生まれた人間を大切に育てその資質を向上していくことについての要請は、ますます強いものとなつているが、これについては、まずほかならぬ出生をめぐる数多くの可能性と取組むべき数多くの課題が残されている。

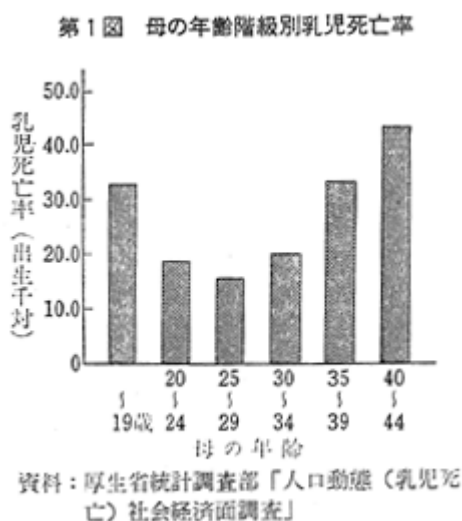
まず、心身ともに健康な児童の出生を期待するためには、一般に児童の基礎がはぐくまれる母性の健康

が確保されていることを必要とするが、従来わが国では、一般的にいつてこの面での配慮が遅れており、乳幼児に対するほどにはその保護の必要性が一般に強調されることが少なかった。そのような事情もあつて、わが国における母性の健康状態は必ずしも良好な状態にあるとはいえない現状である。母性の健康状態の指標である妊産婦死亡率についてみると、40年には出産1万対8.0となつており、近年改善されてきたとはいえ、国際的にみればかなり劣つた水準にあるといわねばならない。

このような現状に対し、母性の健康が保護され、健康な子供の出産が期待されるためには、いうまでもないことながら、衛生教育の普及が図られなければならない。各種の調査や、研究の結果により、遺伝の問題、最適の出産時期、出産回数、先天異常の予防等について普及されるべき知識は多いのである。たとえば、出産時期についてみても妊産婦死亡についての統計的観察によれば、35歳以上の婦人の死亡率は20歳代のその4倍にも達していること、また高年齢婦人には先天異常発生率が高いことが判明しているし、さらには、第1図にみられるように、乳児死亡率も母の年齢が25~29歳代を最低として、年齢が高くなるに従つて急増しているのがみられる。これらのことから、母子保健上好ましい初産年齢、終産年齢を知ることは、母性保健の向上のうえで重要な意義を有することになる。

また、最近大きく取り上げられている身体障害児や精神薄弱児の問題にしても母性の健康状態と大いに関係があり、これらの心身障害児のかなりの部分は遺伝、妊娠中の影響たとえば栄養不足、妊娠中毒症、ビールス性疾患、分娩障害による先天異常などに起因していること、したがつて母性の健康管理を強化することによつてその発生をかなりの程度まで防止できるものであることなども周知されることを要する知識であろう。その他周知さるべき知識は多いが、なかんずく重要であるのは、それらの知識に基づいて、母性保健のための実践がなされるような社会的、家庭的環境がつけられるということであり、たとえば、自営業、農業世帯等にかなりみられる妊産婦の過労の問題等については、この面での改善が望まれるのである。

第1図 母の年齢階級別乳児死亡率



かかる衛生教育の普及は厚生行政の重要な一面をなすものであるが、これとともに疾病の早期診断等に関する保健所や母子健康センターなどのサービスを強化し、さらにはわが国に多い妊娠中毒症対策、妊婦貧血症対策等一連の妊婦対策を進めることは人の一生の健康の基礎を築き、その後の障害の発生に対する未然の防止対策としても、最も合理的なものであるといわなければならない。

母性の健康保護については、妊娠中のそれと並んで、いわば当然というべき問題であるが、出生時における安全の保障という問題についても、助産のための施設の整備等積極的な対策を講ずべき余地がかなり残されているという現状である。安全に分娩するためには、助産婦又は医師の立会いのもとにおいて分娩がなされなければならないし、また保健上必要がある場合は、施設において分娩ができるような体制がとられていなければならない。第1表及び第2表は出生の立会者、場所別に新生児・乳児の死亡率の現状をみたものであるが、助産婦、医師の立会者がいる場合には、その他の立会者がいる場合に比べて約1/2も死亡率が低く、また病院・診療所・助産所の施設で出産した場合も、自宅で出産した場合に比べてかなり死亡率が低い。これまで、母子健康センターの設置は、助産施設に恵まれぬ農山漁村におい

て、大いにこの問題の改善に役立つてきたのであるが、今後も特に助産施設に恵まれないへき地、離島などの地域において、その整備が望まれるのである。

さて母親の問題から、人生の起点におかれる生まれる子の問題に移ることにしよう。わが国の乳児の健康状態を乳児死亡率でみると、近年における改善はめざましいものがあり、40年には出生1,000対18.5と国際的にみても遜色のない水準に達している。しかしながら、地域的に死亡率の大きな差がみられること、母体の影響から脱した後天的原因によるものであつて比較的改善しやすいと考えられている生後4週以上1年未満の乳児死亡の総死亡に占める割合が先進諸外国に比べてまだかなり高いことなどが指摘されているのであり、母子保健対策の推進等によつてこれらの問題を解決しなければならない。

第1表 立会者別新生児・乳児死亡率

第1表 立会者別新生児・乳児死亡率
(出生 千対)

		新生児死亡率	乳児死亡率
総	数	11.4	19.1
医	師	10.5	16.7
助	産 婦	12.0	21.2
そ	の 他	25.5	52.1

資料：厚生省統計調査部「人口動態(乳児死亡)社会経済面調査」

第2表 出生の場所別新生児・乳児死亡率

第2表 出生の場所別新生児・乳児死亡率
(出生 千対)

		新生児死亡率	乳児死亡率
総	数	11.4	19.1
病	院	9.2	14.5
診	療 所	10.8	16.6
助	産 所	7.0	14.3
自	宅	17.2	31.1
そ	の 他	15.9	26.1

資料：厚生省統計調査部「人口動態(乳児死亡)社会経済面調査」

また生まれてくる子どもの先天的な障害の問題も今後の解決にまつべきものを多くもっている。これらの問題については、医学は、新しい予防方法その他の解決策を提供しつつあるのであつて、たとえば、先天異常児の問題について、前述のように妊娠中の母親の健康状態に起因するものがかなりあることを明らかにしているが、さらに、血液型不適合を原因とする新生児重症黄疸によつて脳性まひがもたらされる危険を、早期の交換輸血によつて防止すること、精神薄弱児の原因となるフェニールケトン尿症に対して、早期にある種の食事を与えることによつて、精神薄弱の防止を図ることなど、その防止のための対策を次々に見出しつつある。厚生行政は、これら医学が提供する成果の普及を図ることによつてこの問題を最も合理的に解決していかなければならないのである。

ちなみに、現に心身障害児をもつ親の物心両面にわたるはかりしれない負担の重さや、さらに国又は地方公共団体のこれらの児童に費やす費用が、たとえば重症心身障害児の施設収容について年間1人当たり50万円をこえる多額にのぼっている事実を考えると、これを母子保健対策を強化することによつて事前にかんがりの程度まで防止することができると思えば、その費用は何分の一、何十分の一ですむのである。その福祉的なまた経済的な有利性は事後の治療保護対策とは比較にならないほど大きいといわなければならない。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総説

第1節 人の一生と厚生行政

3 健やかな成長期

出生から青年期に達するまでの時期、すなわち児童期は、人の一生のうちで、未来への可能性を最も大きく育てていく時期である。児童こそは、未来をにない、未来を創造するものであつて、現在の社会をになう世代が、未来への夢を托するものであり、国家・社会もまた、将来の国家・社会のにない手、その発展のにない手としての児童の育成に強い関心をもつものである。そしてこのような観点にたつて児童の育成に力を注ぐのは、必ずしも現代社会に限られたことではない。

しかし、現代における児童育成の観点には、新しいものが加えられている。それは、児童の育成は、児童そのものの福祉のためになされるものであるということである。児童を成長過程にある人間としてとらえ、成長の権利を有するものとし、その故にこそ、これを育成することが、児童の人間としての権利を保障し、尊重するゆえんであるという考え方である。児童自身の幸福のためという考え方は、児童と愛情によつて結合される親の心情のなかには本来的に存在するものであり、そのことはなにも現代に限られたものではないという論もあるかもしれないが、すくなくとも、それが、社会的、国家的な場にひろげられ、児童の福祉が、児童自身のためのもので追求されるべきだという主張として一般化されたのは、わが国においては、戦後のことだということができるのである。

今日、健康で文化的な生活を営む権利を保障することを目的とする厚生行政が、その分野のなかに、児童福祉行政をもつことは、わが国における児童育成の考え方がこのような新しい観点にたつたものであることを示すことにほかならない。

厚生行政は、前述のように、児童の人権尊重という立場にたち、成長過程にあり未完成である人間としての児童が、そのような特質を配慮されつつ育成される権利をもつという考え方にたつて、そのような権利の侵害を排除しそのような権利の実現を促進しようとするものである。そのような基本的立場にたつて児童と厚生行政の問題は論ぜられるのである。

まず、児童の生命と健康の問題については、全般的にみると、著しい向上の実績を指摘することができるが、なお改善を要する問題が多い現状にあるというべきであろう。乳児死亡率が改善されたとはいえ、なお問題が残されていることは、既に前項で述べたが、幼児死亡においても、死亡率は年々減少しつつあるとはいえ、なお先進諸国の2倍近くの高率を示している。しかも死因の首位を不慮の事故が占めており、その大部分は水と車によるものであり、たくましい成長力をもちながら多くの児童の生命が失われている事実は、児童の人権尊重に対するおとなの責任を反省させるものである。

また、乳幼児の体位は著しく向上しているが、近年多くみられる異常肥満児の問題などにもかんがみ、形態的発育のみならず、機能的発達をも促進して、体位の向上に伴つた体力の増強を図る必要があることが指摘される。

成長期における保健の問題の重要性はいうまでもないが、特に乳幼児期は、身体、精神ともに発育の著しい時期であり、社会的な保健サービスが重点的に行なわれるべき分野である。一般の乳児に対しては、保健所又は市町村によつて現状で年間1人平均2回の保健指導が行なわれているが、幼児については対象児の1/5程度の実績にとどまつている。このような欠陥を補う意味もあつて、昭和36年度から3歳児に対する健康診査が行なわれているが、学校保健につながる一貫した児童の健康管理体制をさらに充実することが今後の問題として必要である。

次に視点を児童育成の環境の問題に移そう。いうまでもないことながら、児童の健全育成の問題におい

てその環境を整えることはきわめて重要な意義をもつものである。児童の成長は、それ自体、環境との関係において自己を形成していく過程とみられるものだからである。そして、今日の児童をとりまく環境には、社会変動の影響にいかに対処すべきかという、困難かつ重要な問題が横たわっているのである。

児童をとりまく環境が問題とされるとき、しばしば今日の社会変動が、児童の健全育成にとって好ましくない環境をもたらし、児童をとりまく環境をますます悪化させていく傾向があるという論議を耳にする。そして、その例としてよくあげられるのは、およそ次のようなものである。まず、児童の成育にとって最も重要である庭家環境の面においては、共かせぎ、婦人労働の進出が、世帯規模の縮小とあいまって、家庭保育を十分行なえないような家庭を生む傾向をもたらし、いわゆるかぎつ子等の問題を生じ、少年非行化の原因や、事故の原因となつていること、あるいは18歳未満の児童のいる家庭のうち児童1人のみが37%、それを含めて2人以内のものが76%という子の数の減少は、子に対する過保護、過剰期待をもたらしやすいこと等の例があげられ、それらの背景として経済の発展がもたらした消費生活の多様化などに伴い、物質的な生活水準向上への家庭の意欲が高まつてきたこと、日常生活における家庭の機能が縮小してきたことなど家庭生活における一連の近代化現象がこれに結びつくものとして説明される。また、児童をとりまく社会環境においては、いわゆる交通地獄の発生や遊び場の不足等による児童の事故の瀬発、不良出版物、俗悪な映画、不健全な遊び場のはらん等による児童の非行化等があげられ、それらの背景として、人口の都市集中、過密都市の現出などのこれまた産業の高度化に伴う一連の社会現象がこれに結びつくとして説明されるのである。

たしかに前記のような児童の環境のなかには、それ自体、児童の環境として好ましくなく、是正され否定されるべきものが多い。そしてそのようなものに対する規制や指導は当然に強化しなければならぬことはいうまでもない。現に都道府県によつては、青少年に対する有害図書の販売、不良映画やショウの観覧、あくどいポスターの展示などを制限禁止するところが多くなつている。また学校・保育所などの通学・通園時をはじめとして、児童の交通安全対策も強化されつつある。

しかし、これらは、しよせん対症療法の域を出ないものであつて、それのみによつて問題の根を絶つことが期待できるというものではない。社会変動に伴う児童環境の悪化ということが、生活水準の向上、消費の多様化、マスコミュニケーションの発達、モータリゼーション、人口の都市集中、都会化等一連のいわゆる近代化現象と深く結びつくものであるとするならば、これら近代化現象そのものは今後経済の成長、国民生活の向上とともにさらに進展することが予想され、環境の悪化もまたかなりの程度避けられないことになり、それに対して対症療法という後追いの対策のみに追われることになるのであろうか。しかし、われわれは必ずしもそうとは考えない。上記のような近代化現象そのものが、環境悪化をもたらしやすい面をもつてはいつても、それは必然的なものだと思えるのは速断であつて、家庭や社会に児童の健全育成に対する正しい考え方と強い関心が確立されているならば、不良環境の発生そのものを未然に防止することは可能であり、また不良環境による児童の権利の侵害を事前の対策によつて防止する工夫も講ぜられよう。社会の近代化そのものは、児童にとつても、基本的には、その生活を向上し、教育の手段を豊富にし、その生活環境を恵まれたものとなしうる要素をもつものであるから、その要素を最大限に生かしながら児童にとつて良好な生活環境の積極的な造成を図り、また不利な環境にも対応できるような児童の育成を図っていくことが、社会変動に対応する児童健全育成の対策として必要であらう。

そのような対策を確立するにあつてまず考えなければならないのは、児童育成の基本的な場である家庭の問題であらう。従来わが国の家庭は一般にその子弟の愛育に熱心であるが、その愛育は、どちらかといえば、自らの子弟に対する親の立場から愛情に傾く場合が多く、児童の権利を尊重するという立場からの健全育成の観念が比較的乏しかつたということがしばしば指摘されている。子に対する過保護、過剰期待の弊害は、そこにその根をもつており、また、それが親の立場に発することは、過保護の反対に極端な放任を生むことにもつながつている。家庭が児童の育成の場として最もふさわしい場であるとするのは、児童福祉の基本的な立場であるが、その家庭は、真に児童の権利を尊重する立場にたつて自立性のある児童を育成することが望まれるのであり、そのような家庭環境の保持に対して厚生行政はこれを援助するものでなければならない。

第2にわが国社会においては、上述のように家庭の児童育成に対する関心が自らの家庭の範囲に限られてきた傾きがあつたため、家庭を通じて児童の健全育成に対する関心を社会的に十分定着させるまでの条件が欠けていたのではないかということが問題になるであらう。既に述べたような地域社会の環境の問

題は、児童福祉に対する正しい考え方が地域社会に確立してこそ、はじめて根本的な解決の方向を見出すことができるものであり、厚生行政は、またこれらの面において地域社会を指導し、援助していかなければならないのである。

最近においてようやく児童健全育成の問題については、家庭を中心としても単に個別家庭の活動にゆだねるというのではなく行政と地域社会が緊密に連絡をとって行なうべきものであるとの考え方が進み、児童相談所における相談指導、福祉事務所における家庭児童相談室の相談指導等も活発になり、母親クラブや親の会など地域活動の育成も進んでいることは、望ましい方向を示すものといえることができる。

児童健全育成における児童の人権尊重の考え方は、当然、いわゆる要保護児童に対する行政の分野にも共通のものである。すなわち、親のない児童ややむを得ず母親が働らきに出ざるを得ない家庭の児童に対して、家庭に代る環境を与えること、また、身体障害児、精神薄弱児、重症心身障害児など現代の科学技術を駆使した十全の療育が家庭の力だけでは行なえないような児童につき適切な児童福祉施設に収容するなり通わせるなりして、養育、治療、教育などを行なうことは、児童の人権尊重という立場において強く要請されるべきところであることは論をまたないであろう。この分野についてはわが国でも早くから取り上げられ、従来の児童福祉の中心をなしてきたのであるが、現在においてもその重要性はいささかも変わっていない。むしろ、児童福祉施設の整備状況は、その需要に対して著しく不十分であり、特に施設での療育を必要とする重症心身障害児については、国の施策は近年やつとその緒についたといえる段階であり、施設入所を必要として、かつ希望しているものが約1万4,500人と推計されているのに対し、公私立の施設をあわせて1,631床(昭和41年度末)にすぎず、その他精神薄弱児施設、し体不自由児施設などの早急な整備を迫られている。

総説

第1節 人の一生と厚生行政

4 働く世代

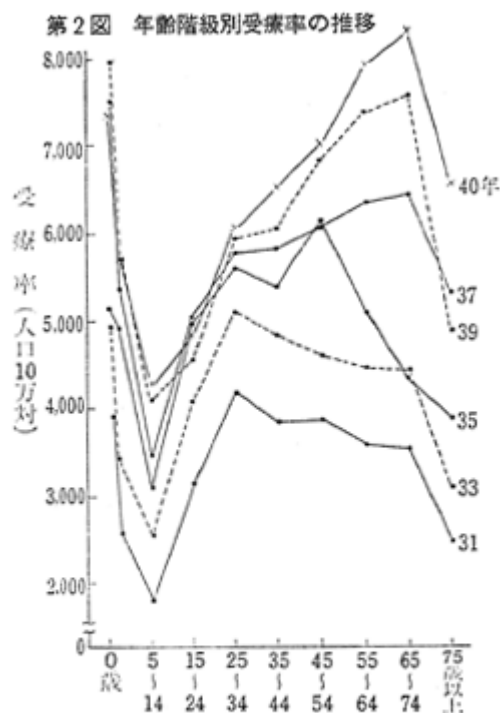
児童の福祉を、成長過程にある人間としての福祉という側面からとらえるとすれば、青壮年の福祉は、働く人としての福祉としてとらえることが妥当であろう。

経済活動をはじめ、もろもろの社会的活動、あるいは、家庭を維持し、子弟を養育していく活動、これらを中心として青壮年は、いわば現代のいない手として、また、将来への準備を整えるものとしての活動のなかに、その生甲斐を見つけていくべき世代だからである。このような働く世代としての青壮年期の人間にとつての共通の願いは、常に心身ともに健康な状態のもとでその能力をフルに発揮することができるということであろう。もとより健康は、青壮年に限らずすべての年代の人にとつて確保されなければならないものであるが、青壮年期の人間にとつて健康のもつ意味は、児童や老人の場合とは異なる一面があることを指摘することができるであろう。すなわち、青壮年期の人は、通常、社会生活においては各種の活動の重要な一翼をになつているものであり、また家庭生活においてはその中心的存在をなしているものである。青壮年期の人の健康が失われた場合、それは直ちに、その参加している社会生活や家庭生活における諸活動に対して大きな影響を及ぼすという面をもつているのである。そして、なによりも、青壮年が社会参加を通じて得る幸福を失わせるということに注目しなければならないのである。

青壮年そのものに関しては、厚生行政は、児童、高齢者のようには一般的な社会的援護の対象とすることはしないが、こと健康の問題に関しては、青壮年もきわめて多くの問題を厚生行政になげかけている。なお、所得の喪失等の問題においても青壮年と厚生行政は深い関連を有するが、これは次節の問題として扱うこととし、ここでは主として青壮年と健康の問題を中心に述べることにしたい。

まず青壮年の健康問題を頭におきながら、わが国の傷病の状況を患者調査からみることとしよう。同調査の年齢階級別の受療率(医療施設で受療した患者の人口10万に対する率)は、第2図のような年次推移をたどっている。ここで注目される点は、各年齢階級とも一般に年々増加の傾向にあるが、特に45～54歳階級以上の中高年齢層についてはその増加傾向が顕著であることまた、かつて昭和31年及び33年には受療率の最高を示す年齢階級は25～34歳であつたが、35年には45～54歳のところに移り、さらに37、39、40年になると65～74歳の老齢期に移っていることである。前記のように、全般的に受療率が高くなつているのは、国民の所得水準の向上、国民皆保険の達成等医療保険の普及、医療機関の整備、医療技術の進歩、国民の衛生思想の向上等の要因によるものであろう。また、青壮年期にあたる年齢階級の受療率にみられる顕著な変動は、疾病構造の変化と医療技術の進歩とによるものであり、たとえば高血圧、心臓病等の成人病に対する療法が従来消極的な食事療法や対症療法にとどまつていたものが、近年医薬の開発とともに薬物療法を主体とする積極的な療法に転じたこともその大きな要因の一例であろう。

第2図 年齢階級別受療率の推移

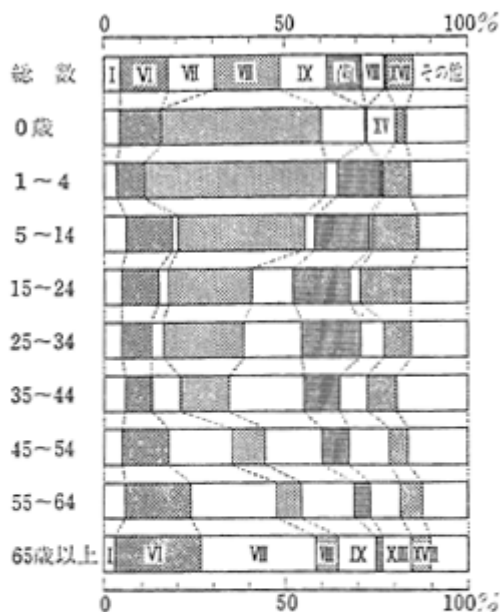


資料：厚生省統計調査部「患者調査」
 (注) 受療率とは、調査日現在医療施設において医療を受けた者の人口に対する比率である。

また、青壮年期にり患する傷病としてはどんなものが多いかをみるために種類別傷病日数の構成比を国民健康調査から拾うと、第3図から明らかなように、青壮年期全般を通じて多いのは消化器系の疾患(歯牙疾患を除く。)であること、呼吸器の疾患は若年者ほど大きな割合を占めていること、循環器系の疾患、神経系及び感覚器の疾患は年齢の高い者ほど大きな割合を占めていることなどのいくつかの顕著な特徴が見いだされている。

第3図 傷病の種類別、年齢階級別にみた傷病日数の構成比

第3図 傷病の種類別、年齢階級別にみた傷病日数の構成比



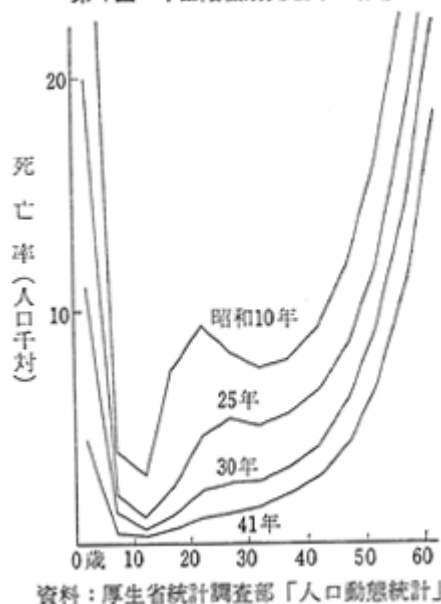
- I 伝染病及び寄生虫病
 - VI 神経系及び感覚器の疾患
 - VII 循環器系の疾患
 - VIII 呼吸器系の疾患
 - IX 消化器系の疾患（歯牙疾患を除く）
 - X 歯牙及び歯牙支持組織の疾患
 - XI 骨及び運動器の疾患
 - XII 新生児の主要疾患
 - XIII 不慮の事故・中毒及び暴力
- 資料：厚生省統計調査部「国民健康調査」

次に死亡の状況についてみてみよう。年齢階級別死亡率の年次比較をみると、第4図から明らかなように、戦前の昭和10年当時には、青年層に結核死亡が多かったため、死亡率曲線は20歳代を一つの山とするW字型を示していたが、30年ごろからこの山は消えはじめ、41年にはU字型の曲線に変わっていること、死亡率の低下は乳児期に次いで青年期においてよりめざましいことなどの顕著な傾向が指摘される。

年齢階級別の死因順位及び死亡割合について、青壮年期についての注目すべき傾向としては、15~29歳の青年層では不慮の事故が死因順位第1位、自殺が第2位となっており、両者合わせて総死亡の40%を占めていること、35~59歳でがんが第1位となっているのをはじめとして、がん、脳卒中、心臓の疾患といういわゆる成人病が中年層の死因順位の上位を占めていることなどがあげられる。以下、これらの諸点についてやや詳細に記述してみよう。

第4図 年齢階級別死亡率の推移

第4図 年齢階級別死亡率の推移



まず不慮の事故について人口10万対の死亡率をみると、昭和41年は42.7であるが、ここ数年は41前後のほぼ横ばい状態を続けている。不慮の事故の死亡率について特徴的なことは、女と比べて男の死亡率はるかに高く、特に青壮年期についてそれが著しいこと、種類別割合では青壮年期の総数の半分前後を自動車事故が占めていること、自動車事故死亡率については男女間に大きな相違があり、男には20歳代に一つの山があるが女にはそれが無いことなどである。これらの点から、青壮年期の男、特にそのうちの比較的若年層に自動車事故を中心とする不慮の事故死亡が多いことがうかがわれる。自動車事故による死亡を傷害の性質別の死亡割合でみると、頭部の骨折と損傷とを合わせた割合は、男女ともほぼ75%に達している。以上述べた状況に対応して、今後不慮の事故死亡、なかんずく自動車事故死亡を減少させるための対策を講ずる必要がある。そのためには、疫学的手法を用いて事故原因を究明するとともに、自動車の運転者の適性についての医学的な研究を推進し、その成果を交通事故に対する予防に役立たせることを検討すべきであろう。

また、自動車事故死亡については頭部の骨折や損傷が大多数を占めていることにかんがみ、脳外科に重点を置いた救急医療体制の確立を急ぐ必要がある。

次に、中年層の死因順位の上位を占めている成人病についてみてみよう。がん、脳卒中、心臓病という成人病はいずれもその本態が究明されておらないが、早期発見、早期治療によりその回復が可能となっている。このうち特にがんについては、前述したように35～59歳で死因順位の第1位を占め、家庭においても社会においてもその中核となつていく働き盛りの人々の生命を短期間で奪う点で最大の脅威となつていく。がんについては、特に早期発見、早期治療が最も重要であるが、最近、がん集団検診の推進は著しいものがあり、また、がんに対する専門医療機関の整備も着実に進んでいる。しかしながら、がんについては、いまなお早期発見、早期治療以外の確実な予防や治療の方法が確立されていないため、国民、特にがん年齢といわれる中高年層に対して大きな不安を与え、がんノイローゼをさえ生んでいる。今後は、がんの恐怖から国民を解放するため、患者の早期発見、早期治療体制を強化するとともに、がん専門医療機関のいつそうの整備充実、専門技術者の養成確保に力を入れる必要がある。

働く世代である青壮年期にとつて、精神衛生の問題も見のがすことができない。近年、社会生活の複雑化、オートメーション化の進行等によるストレスの増大、人間性の抑圧等の条件が複雑にからみ合つて、精神の破たんを招く契機をなしている。患者調査による推計患者数でみるかぎり、精神病、精神神経症及び人格異常は、昭和30年から39年にかけて3倍弱となつており、精神障害の問題が深刻化していることを物語っている。また、最近特に頭部外傷、脳卒中等の後遺症、老人痴ほう等脳器質性精神障害の増加が目だつており、人口の老齢化傾向と並んで交通事故の増加や成人病の増加がここでも問題となつていく。今後、このような精神衛生問題については、治療方法の改善、医療機関の整備にいつそう力を入れるとともに、精神障害者の社会復帰を促進させるよう、リハビリテーション対策の充実強化が必要である。

なお、結核については、かつては青年層の疾病であつたが、しだいにその重点は壮年期へと移り、いま

は老年期の疾病たる性格が強くなっている。

健康の喪失や疾病の罹患と並んで、身体障害や精神薄弱も青壮年から働くことの幸福を奪う大きな障害要因である。身体障害や精神薄弱は、その程度や、またそれを有する個人の置かれた環境によつて多少の差異はあるが、一般的には、身体障害者や精神薄弱者は、働く能力に少なからぬ制約を受けざるを得ない。当然稼得能力においても、これらの人々は障害を負っていない人々より劣っている場合が多く、またかなり多数の人々が全く稼得能力を有していない実情にある。40年に行なつた身体障害者実態調査においても、18歳以上の身体障害者のうち就業しているものは全体の39.3%にとどまつており、15歳以上の全国平均就業率の66.6%と比べて大きなへだたりがあること、身体障害者で就業しているものの現金収入についても全体労働者の平均給与と比べてかなりの差があることが明らかにされている。しかもこれら心身障害者は、近年交通事故や産業災害の増加、高齢人口の増加傾向に伴う成人病の増加などによつて、ますますその数を増している。すなわち、身体障害者実態調査の結果をみても、身体障害者数(18歳以上)は、30年に78万5,000人(人口1,000対14.4)であつたものが、35年には82万9,000人(人口1,000対13.7)となり、さらに40年には、104万8,000人(人口1,000対15.7)となつているのである。

このような増加の傾向に対応して、ますます重要性が高まつているものとして、リハビリテーションの問題がある。前述したように、青壮年はその能力を十分に発揮して各種の社会的な活動に参加するところに真の福祉があるのであり、障害者に残存する障害を軽減回復させ、社会復帰を可能とするためのリハビリテーションは、その意味できわめて重要なものである。しかしながら、リハビリテーション対策のわが国の現状はきわめて遅れている。最近になつて、理学療法士及び作業療法士の養成や医療機関におけるリハビリテーション施設の設置などようやくその緒についてきたが、欧米諸国と比較するとかなりの遅れがあるといわなければならない。専門技術者の計画的養成、医療機関における所要設備の整備等を積極的に進めなければならない。また、働く能力を全く喪失して所得のない者、働く能力の回復が十分ではなく低所得である者に対しては、所得の保障その他福祉の措置を講ずることが必要となる。現在とられているこれらの対策としては各種の障害年金の支給や身体障害者福祉法に基づく福祉の対策が主たるものであるが、これらについては今後の整備にまつところが多いといわねばならない。

さて、青壮年期の人間がその持てる個人的能力を十分に発揮して働くことができるためには、疾病や心身の障害に対する備えをするにとどまらず、さらに進んで人間能力の積極的開発に努めることが肝要である。そしてその基礎をなすのは健康であり、その増進を図ることがきわめて重要であることはいうまでもない。しかしながら、青壮年期の人間に対して健康増進についての適切な知識が普及徹底されているか、また青壮年期の人間の日常生活において健康の増進についての実践が進んでいるかということについては、問題があるのではなからうか。たとえば、栄養の摂取一つをとつてみても、動物性食品や油脂類の増加等食生活の近代化傾向は進んでいるが、反面、運動不足とあいまつて過剰栄養による肥満を招き、糖尿病等の疾病の原因をつくりだしているという問題がある。また、日常生活における不摂生や不規則な生活自体を改めないで、安易に大衆保健薬に依存するという生活態度もみられるが、これも反省を要するものである。以上述べたように、生活の合理化を通じて是正されるべき保健上の問題は少なくないのである。

その他、健康の増進と関連して取り上げられるものには、レクリエーションの問題がある。近年における労働時間の短縮化の傾向に伴い、余暇の活用ということがしだいに大きな問題となつてきているが、戸外レクリエーションは、余暇を活用する手段としてきわめて大きな役割を果たすものとして登場してくるのであり、厚生行政の所管する自然公園行政や温泉行政は、そのもつ自然保護の目的と並んで、今後望ましいレクリエーション振興にますます大きな役割を果たすことが期待されるのである。

総説

第1節 人の一生と厚生行政

5 安定した老後

20世紀後半における世界共通の社会問題の一つは、老人問題であるとされているが、わが国もその例外ではあり得ない。

近年における出生率の著しい低下と、死亡率の低下はわが国人口の老齢化傾向を速めつつある。すなわち、65歳以上の人口は、現在670万であるが、今後増加し続け、昭和55年には1,000万をこえ、60年には総人口の約10%を占めるものと推計されている。また、わが国においては、戦後「寿命革命」といわれる時期を迎え、昭和41年には平均寿命が男68.35年、女73.61年となった。このような動向を反映して、近年特に老人問題に対する関心が高まりつつあるが、老人問題が特に注目されなければならないこと背景には、次のような社会・経済情勢の変化があることを認識する必要がある。

まず、就業構造の近代化である。社会・経済の発展に伴い、農業、漁業などの第1次産業従事者は著しく減少し、第2次、第3次産業従事者が増加し、従業上の地位別には、自営業主、家族従業者の割合は減少し、雇用者の割合は増加した。しかし、老人の雇用化は、技術革新への適応の困難性もあつて、なかなか進行しがたい情勢にある。

次に家族構成の変化ということがあげられる。いわゆる核家族化の傾向がそれである。これに加えて戦後における家族制度の変革は、親族扶養、老人扶養意識の減退を促進させ、住宅難などの社会情勢ともあいまって老人の地位は著しく不安定なものとなった。

生活様式や生活環境の急激な変化が老人に及ぼす影響も見のがせない。老人はいずれかといえば保守的であり、最近のようなめまぐるしい環境の変化には、肉体的条件等もあつて、それに適応していくことは容易でない。都市に居住する老人はもとより、農村に居住する老人も、交通機関の発達やマス・コミュニケーションの発達を通じて農村の生活様式が全般的に都市化している今日において老人にとつては必ずしも住みよい社会環境になつているといいがたい。

このような情勢のなかで、せつかくの長寿が単に生物としての長生きではなくて不安のない豊かな長寿となるよう老人の生活を充実させ、福祉の向上を図るために、国が積極的に諸施策を推進すべきであるという世論も高まり、老人福祉対策は、近年かなりの進展をみせているといつてよい。

老人に対して安定した老後への施策を用意することは、老人の人権を尊重する考え方にたつものであることはいうまでもないが、同時にそれは老人を扶養している家庭の福祉をも向上させるものであり、また働いている人々に対して老後の安定した生活への予見を与えることにもなるのであつて、今後高齢人口の増大や核家族化の進行などが予想されるわが国において、老人福祉対策の充実はますますその重要性を高めているといわなければならない。

さて、老後のしあわせな生活のためには心配なく生活できるだけの、経済的な裏付けが必要である。老年期における特徴の一つは、労働能力の衰退であり、それが個人の資質、経験等によつて左右されるものであるとしても、一般的には、稼得の減少ないしは喪失に連なり、ひいては、生活を不安定にする大きな原因となろう。このような老齢期における生活の不安は、人生途上において発生が予期されるものであり、したがつて、社会連帯のもとに防止すべきものであるといふべく、老後の所得保障としての老齢年金制度が生まれてきたのであつた。

昭和36年に、いわゆる国民皆年金体制が成立し、老齢年金については、現在その内容も厚生年金保険に

おける1万円年金、国民年金における夫婦1万円年金が実現するなど制度としてはかなりの水準にまで整えられているが、次節にも述べるように、年金制度の発足後なお日が浅いため、老齢福祉年金を別とすれば、本格的な年金の受給者はまだ少なく、老人層全体に対する所得保障としての機能を十分には発揮するまでに至っていない現状にある。

安定した老後のためには、所得保障制度の充実と並んで、特に身体的諸機能が衰退し、生活上の諸環境への適応も減退してゆく老人に対してきめの細かい種々の施策を行なうことが必要となってくる。

そのような見地からまず考えられるべきことは、老人が社会や家族の一員として十分に安定した地位を保ちうるよう配慮することであろう。

第1に、老人が子や近親者との関係においてどのような形をとって生活してゆくかという問題は、多くの人が老後において直面させられる問題である。

老人の居住について子と同居するか別居するかはその人の考え方や家族環境などによつて人それぞれ異なるところであり、別居するとしても、老人ホームに入所するか単独で老人家庭を営むか、同居・別居いずれの場合においても様々な形態であろう。いずれにしても老人の希望にかなった形で生活が行なわれうるような条件が整えられていることが老人福祉につながるものであるということは明らかであろう。そして、この問題は、老人ホームの設置などを中心とした従来の老人福祉対策のみでは解決が困難なものであるといえる。各種の世論調査などによれば、老人の大部分は子と同居することを希望しており、また老人ホームへの入所希望は、必ずしも多くないとされており、このようなことを考えれば、老人が家庭に安定し、円滑な家族関係が保たれるような対策についても今後きめ細かい配慮がめぐらされて然るべきだろう。また、住宅難の今日においては、老人が子といわゆる「スプのさめない距離」に住むことが早急には期待できないとしても、たとえば、団地住宅の建設にあたってその一部に老人向け住宅を確保するといった配慮をすることも考えられてよいであろう。さらに、老人家庭を営む人に対しては、その家族を訪問し、日常生活の世話を行なう老人家庭奉仕員を配置することなどの施策が行なわれなければならない。

第2は、老人の余暇利用についてである。生活時間が生理的時間、労働時間、余暇時間に三分されるとすれば、社会的活動から隠退した老人にとつては、余暇時間が著しく多くなることとなる。長い余暇時間をもてあますことは、ひいては、老人の最大の悲劇といわれる孤独感を、さらにつのらせることとなり、こうした孤独感ないしは疎外感を解消するために、老人によつて自主的に組織運営されている老人クラブの果たす役割は大きい。今後さらに、老人クラブの結成の助成についてはもとより、運営面での充実についても意を用いるよう要望されている。保健休養、レクリエーション等のための施設も設けられているが、老人の余暇の有効利用について、今後いつそう検討されることが期待されている。

第3は、老人の就労についてである。技術革新、経済成長などに伴う産業構造の近代化の過程にあつて、老人の就労は困難な状況にあるが、公衆衛生の発展や栄養の改善などによる老人の機能年齢の若返りなどもあつて働けるだけ働きたい、という希望をもつた老人がかなり多い。働くことは、それを通じて、ただ単に生計維持などのための所得が得られるのみでなく、老人に社会活動参加の生きがいを与え、健康な長寿への礎となる。老人の能力に応じた適職の検討、就業促進のための職業再教育等の積極的推進は、今後機能年齢の若い老人がますます増加してゆくものと思われる点からみて強く要請されることとなる。

第4に、家庭の事情や肉体的障害などのため特別の配慮を必要とする老人への援護である。近親のない孤老や、身体、精神上異常があつて養護や常時介護を必要とし、各種の理由によつて居宅において養護を受けることができない老人にとつては、老人ホームなど収容施設の持つ意義は、きわめて大きい。特に、常時介護を必要とする老人を収容する特別養護老人ホームは、社会の需要に応ずるに十分でなく、増設が急がれている。

観点を老人の健康の問題に移そう。老後の日々を安らかに送るためには、まず、健康であることが基本的な条件となる。年齢が進むとともに、身体の諸機能が衰退してゆくことはやむをえないとして、それなりに健康が維持されてゆくことが望ましい。

老人の健康の程度を適切に表現することはむずかしいが、り病と死亡の面からみてみよう。

第1は、リ病の面からである。昭和40年10月の調査でみると、全国民では人口100に対して6の傷病者の割合となつてゐるが、65歳以上ではその3倍の18であり、年間にリ患する件数には大きな差はないが、1年間の傷病の日数では全国民34日に対し65歳以上は80日、リ患1件当たりの傷病日数は全国民14日に対して65歳以上は35日となつてゐる。すなわち、老人は、傷病にかかる回数はあまり多くないとしても、一度リ患すると、長い経過をたどらざるを得ないのであつて、傷病の種類では、循環器系の疾患、神経及び感覚器の疾患が多い。

第2は、死亡の面からである。戦後における死亡率の低下は、各年齢層についてみられるが、老年層における低下は、若年層における著しい低下に比較すれば小幅である。死亡原因にも構造変化がみられ、結核、肺炎、気管支炎等は後退し、成人病といわれる中枢神経系の血管損傷(脳卒中)、悪性新生物(がん)、心臓の疾患が上位を占めることとなつた。65歳以上の死亡原因をみれば脳卒中の30%程度を筆頭とし、これにがんと心臓病を加えると全死亡の過半数を占めている。これらの成人病は結核や急性伝染病などと異なり、長い生活条件の蓄積により発生するものであり、その本態についても究明されていない点が多く、予防の体系化も困難であるが、早期発見から早期治療への体系を確立することにより、生命の延長が図られるものと考えられる。

特に成人病といわれる脳卒中、がん、心臓病などについては、人生途上において、可能なかぎり早い時期に発見し、早期治療を受けうる制度が確立されることが望まれる。ちなみに、昭和41年の死亡統計をもとにしてみると、昭和41年生まれの者は、将来、40%余が脳卒中、心臓の疾患、高血圧で、また15%前後ががんで死亡することとなり、脳卒中、心臓の疾患、高血圧を克服し得たとすれば6年近く、がんを克服し得たとすれば約2年、それぞれ平均寿命が延長するものとされているのである。

老人福祉法制定以来、老人健康診査が実施され、対象範囲も拡大されてきたが、今後さらにその範囲の拡大を図ることはもとより、多くの老人が、国民健康保険の被保険者又は健康保険の被扶養者等である点を考えると、診査後要治療とされた者に対する療養の費用の軽減、実施方法などの検討を必要としよう。

総説

第2節 家庭生活と厚生行政

1 家庭

国民の生活は、家庭で、職場で、また地域社会のなかで、いくつかの側面をもちながら営まれているが、家族により居住、生計が営まれ、人間活動力の再生産が行なわれる家庭における生活は、国民生活の最も基本的な単位である。それゆえ、国民生活における生活障害と生活不安を除去し、防止することによつて国民生活の向上を図ることを目的としている厚生行政への要請は、家庭における生活という側面から生まれるものが多く、厚生行政においても直接間接に家庭における生活につながる諸施策がその多くを占めており、その意義も家庭との関連において端的にあらわれてくる。

家庭の本来的機能は、家族相互間の愛情、家族の生産活動による稼得、家事労働等による利益を共同のものとしてわかち合い、衣食住その他にわたる共同の消費生活を行ない、次代を養育していくことにあり、また、地域社会、国家社会の一構成単位としての義務を果たしていくことにある。

このように家庭が国民生活の最も重要な基礎的機能を果たすものである以上、健全な家庭の維持とその運営は、国民生活の向上を期するうえにおいて不可欠のものといわなければならない。しかしまた、家庭はその性質上、外部からこれに介入すべきでない私的な場であり、その意味において、伝統的に行政が家庭には入り込むことは避けるべきであるという考えが強かつた。また、今日においても、行政が家庭に深入りしすぎてはならないが、家庭において営まれる諸機能が十分に発揮されるようこれを助長すること、これらの機能に欠けている家庭に対して社会的にそれを補完すること、家庭においてこれらの機能が円滑に果たされるための外部からの障害を除去することは、行政の任務であり、その必要性は、社会のいわゆる近代化とともにますます大きくなっている。国の法制の面において、正面から家庭をとりあげるものはきわめて少ない現状であるが、実体的には、家庭における生活と行政は、今日切り放せないものとなつており、家庭の問題を総合的、体系的に検討すべき時期にきていると考えられるのであるまいか。国民生活に密接する厚生行政として、家庭において営まれる生活の動向とそこに生ずる諸問題を的確には握し、ますます増大してくると考えられる家庭の需要に即応しうるような行政の展開を特に強く感ずるのである。

総説

第2節 家庭生活と厚生行政

2 家庭とその機能の変化

家庭のもつ機能が、どのようにして果たされるか、その態様は、経済的、社会的な諸条件の変動に対応して歴史的にも変遷を示している。その変遷の一般的な傾向は、家庭自らがその機能を独自に果たすことから、ますます貨幣経済、共同消費等の機構を通じて、外部との関係においてその機能を果たしていく方向に進みつつあるということであろう。近代社会においては、家庭の稼得は、家業によるそれからますます雇用によるそれへと移行し、消費の面では、自家生産自家消費がほとんど例外となつて、ほとんどすべての生活資材、専門的サービスが貨幣によつて購入され、また、水道、下水道、し尿処理施設などの公共施設によつて充足され、家庭の教育機能も大幅に学校教育に移るなどの変化が一般的であるが、今日ではさらにこのような傾向は進められ、調理、縫製、洗たく、清掃といったようなこまごまとした家事労働ですら、外部との関係をもちつつ処理されるという状態に進みつつある。そしてこのような変化は、生活面における近代化合理化を求める動きとして、わが国では、戦後、ことに復興期を終えた昭和30年代にはいるころから顕著となり、都市から農村へとその動きは浸透し、企業の活発な動きとあいまつて、変化の速度はますます強まつていくようである。

変化の動きは、家庭の機能の面のみではない。家庭自体が、現在は大きく変ぼうしようとしている。その端的な面は、家族規模の縮小ということにみられる。家庭そのものについては正確な統計がないので、便宜上ここでは、国勢調査の世帯統計による世帯の動向によつて、それとほぼ同じ動きを示す家庭の動向をさぐつてみよう。

第3表は、大正9年から昭和40年の世帯の動向を示す。

第3表 世帯数の推移(大正9年～昭和40年)

第3表 世帯数の推移(大正9年~昭和40年)

(1) 世帯数・所属人口

	総世帯			普通世帯				準世帯 (千)
	世帯数 (千)	人口 (千人)	平均世帯 人員	世帯数 (千)	人口 (千人)	平均世帯 人員	1人世帯 (千)	
大正 9年	11,101	55,391	4.99	11,003	53,773	4.89	632	98
14	11,879	59,179	4.98	11,783	57,463	4.88	...	97
昭和 5	12,582	63,872	5.08	12,478	62,188	4.98	683	104
10	13,378	68,662	5.13	13,258	66,663	5.03	...	121
15	14,219	72,540	5.10	14,091	70,393	5.00	...	128
25	16,580	83,200	5.02	16,425	81,629	4.97	899	86
30	17,960	89,276	4.97	17,383	86,391	4.97	601	577
35	60,656	93,419	4.52	19,678	89,423	4.54	1,023	978
40	24,082	98,275	4.08	23,085	93,483	4.05	1,863	996

(2) 増 加

	年平均増加数(千)				年平均増加率(%)			
	世帯数		普通世帯		総世帯		普通世帯	
	総世帯	所属人口	世帯数	所属人口	世帯数	所属人口	世帯数	所属人口
大正 9年~14年	156	758	156	738	1.4	1.3	1.4	1.3
昭和 14 ~ 5	141	939	139	945	1.2	1.5	1.2	1.6
昭和 5 ~ 10	159	958	156	895	1.2	1.4	1.2	1.4
10 ~ 15	168	776	167	746	1.2	1.1	1.2	1.1
15 ~ 25	236	1,066	233	1,124	1.6	1.4	1.5	1.5
25 ~ 30	276	1,215	192	952	1.5	1.4	1.1	1.1
30 ~ 35	539	829	459	606	2.8	0.9	2.5	0.7
35 ~ 40	685	971	681	812	3.2	1.0	3.3	0.9

資料：総理府統計局「国勢調査報告」

(注) 国勢調査では、世帯を次の2種に区分して集計されている。

- (1) 普通世帯……主として住居と生計をともにしている人の集まり、または戸をかまえて住んでいる単身者をいう。
- (2) 準世帯……普通世帯を構成する人以外で、主として普通世帯と住居をともにし、別に生計を維持している単身者、下宿屋などに下宿している単身者などをいう。

これによれば、最初の国勢調査が行なわれた大正9年以降、普通世帯1世帯当たりの平均世帯人員は、ほぼ5人の水準を維持し、ほとんど変動がみられなかつたが、昭和35年の国勢調査に至つて4.5人と縮小のきざしを現わし、その後その傾向がいつそう強まつて40年には4.05人となつた。そしてこのような世帯規模縮小の傾向は特に大都市などの人口集中地域、都市化の進んだ地域において著しい。

このように世帯規模が昭和35年以降において急激に縮小してきた理由は、昭和25年以降の急激な出生率の低下による子の数の減少、農村から大都市への人口移動の主流をなす青年人口が、単独世帯あるいは1人の準世帯を形成し、農村の出身世帯の規模をも縮小させていることのほか、子供夫婦が親夫婦と分離

して小世帯をもつといういわゆる核家族化の傾向が促進されてきたことによるものである。

わが国において、家族は夫婦を中心として形づくられるものであるという考え方が一般的になつたのは戦後のことであり、戦前においては核家族化の傾向はほとんどみられない。すなわち昭和35年において単身者世帯を含む核家族的世帯の割合は、65%である。一方、大正9年に行なつた国勢調査結果を利用した世帯構成の研究による推計では、これに相当する世帯の割合は約60%とされており、この40年間における変化はゆるやかであつたことが推察される。ところが昭和35年から40年の間には65%から70.4%を示し、わずか5か年間に於いて過去40年間の増加に匹敵する増加がみられ、その増加の動向が急速なものとなつてきていることが示されている。

そして、このような傾向は、今後もなお継続していくものとして考えられており、厚生省人口問題研究所が、昭和40年の国勢調査をもととして行なつたわが国世帯の将来推計によれば、平均世帯人員は昭和45年には、3.7人、50年には3.5人程度まで減少し、65年には3.1人になるものと推計されている。もとよりこの推計の前提には、出生率の動向、都市化の動向、経済構造の変化の動向などについての最近の傾向が将来に向つても折り込まれているものではあるが、いずれにしても、今後における家庭の問題を考へるうえにおいて一つの大きな示唆を与えるものであろう。

前述のような家庭の機能が果たされる態様の変化は、このような核家族化を容易ならしめ、それを現実化する動因であると同時に、また、核家族化そのものの進行は、ますますさきに述べたような家庭本来の機能を外部との関係において果たさなければならないという方向を強めることになるものと思われる。それは単に、消費という物質的面においてのみならず、児童の教育、老人の扶養等、肉親の愛情関係を基礎として家庭が独自に果たしていた機能の側面にまで及んでいく。このような変化のなかで、厚生行政は、家庭が、変動のなかにあつてもその本来の機能を失なうことのないよう、また、その本来的機能の安易な社会化を避け、それとの調和を図りつつ、社会的サービスの体制や地域社会の整備を図る必要があると考えられる。

総説

第2節 家庭生活と厚生行政

3 稼得機能と所得保障

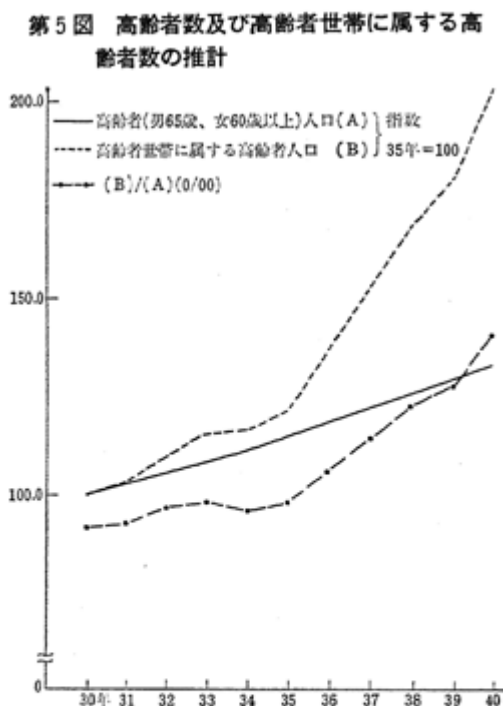
現代社会は、その経済の生産、分配、消費にわたる複雑かつ精緻な機構を通じて、豊富な物資を生産し、家庭生活を豊かなものにしたが、家庭の稼得の機能が、かかるより精緻な機構に依存するだけに、反面では、家庭の自主的な活動による稼得機能の自己調整力を弱めてきているといえる。それは、雇用によつて所得を得ている家庭の場合のみではない。事業経営者の家庭も自由業者の家庭も、家業を営む家庭も、財産所得に依存する家庭もその所得が、自らの努力のみによつては多かれ少なかれ制御しがたい経済社会の機構の中に置かれている。もちろん、そのような社会依存性からくるある意味での不安が現実的な問題となり、大量の失業の発生とそれによる貧困を生み出すといったような局面は、雇用政策、産業政策、財政金融政策等一連の経済政策、社会政策の強化によつて極度におさえられるようになってきたが、これらの一般的な政策が、個別の家庭のもつ不安の現実化をすべて抑止しようというものではない。また、老齢、生計中心者の死亡、傷病、身体障害といったような個人の働く能力の喪失に対する不安は、依然として大多数の家庭の不安要因となつている。さらに経済の発展とそれによる一般的な所得、消費の水準の向上は、もし上述のような不安が現実化したとき、かえつてそれとの対比において、格差の増大をまねき、事態をいつそう深刻なものとするという面をもつている。このような現代社会において、安定機構としての役割を課せられるものが公的扶助制度であり、公的年金制度等の所得保障制度であることは多言を要しないところであり、それは、精緻な機構によつて発展する現代社会が欠くことのできないそれ自体精緻な安定機構たるべきものなのである。わが国でも、戦後、一般的な公的扶助制度として生活保護制度が整備され、公的年金については、厚生年金保険制度と国民年金制度を二大支柱とするいわゆる国民皆年金の体制が実現していることは、周知のとおりであるが、ここでは、これらの制度が、わが国の社会経済の現実とそのなかで営まれる家庭の機能との関係でいかに寄与しているか、今後いかに寄与していこうとするかということについて述べておきたい。

まず、老齢による家庭の稼得喪失という不安について考えよう。先にもみたように、わが国において核家族化の傾向が現実に行進を始めたのは、戦後であり、ことに昭和35年以降において顕著となつたものである。このことは、経済の近代化の進行と核家族化の進行の間には対応関係をもちながら、かなり時間的なズレがあつたことを意味する。経済は近代化し、稼得を雇用によることが多くなる家庭は増加しても、その家庭が、次世代の稼得によつてささえられる限り、いまだ家庭としての稼得機能は保たれる。もとよりその段階においても、子のない老齢者、子が身体障害者である老齢者などの発生に備え、また老後のより安定した生活のための備えとして、公的年金制度をもつことが望ましいことはいうまでもないが、核家族化の進行に伴つて家庭の稼得機能の安定をもたらす制度としての年金制度がさらに切実に需要されてくる。このように考えると、前述のようにわが国において、老齢者の世帯が核家族型態をもつて営まれるという状態が、いまだ普遍的なものとなつてはいなかつたということも、わが国の年金制度の発足を相対的に遅らせた一つの原因と考えられる。

しかし、それはそれでよかつたというのでは決してない。わが国社会は、いま大きな地すべりの変動のなかにある。しかもその変化の速度がきわめて速いということである。人口革命といわれた戦後における多産多死から少産少死への転換、経済成長率の大きさ、産業構造の高度化、都市化の進展、人口移動の激しさ等々一連の近代化現象の速度が、世界のいずれの国もいまだかつて経験しないきわめて急速なスピードで行なわれてきたことを考えると35年以来ようやく進行に顕著さを加えてきた核家族化の傾向もまた、予想をこえて急速なものとなるのではなからうか。その予想は、産業構造の近代化の中で、自営業、農業への新規労働力の追加が減少し、そこでもまたこれらの業主の老齢化による業主家庭の稼得機能に対する将来の不安を発生させつつある現状とともに、年金制度のいつそう整備充実を要請しているといわねばならない。

ちなみに、厚生行政基礎調査によつて推計すれば、高齢者(男65歳以上女60歳以上)のみ又は高齢者と児童のみで形成されるいわゆる高齢者世帯に属する高齢者は、昭和40年112万人で、それは同年の高齢者総数796万人の14%となつており、いまだ多数の老齢者は、現在では若い世代と同じ家庭の中で、その家族の稼得機能にささえられているということが推測され、老齢福祉年金あるいは、いまだ件数にしてはわずかな厚生年金保険の老齢年金の受給は、かなり多くの老人にとっては、その属している家庭の収入の増加あるいは、その家庭における高齢者の座の安定という機能を果たしている段階にあるものと考えられるが、高齢者世帯に属する高齢者人口は、35年以来第5図のようにながりの速度をもつて増大しているのであつて、これは、年金が、核家族によつて構成される高齢者の家庭の安定的な基礎的収入として期待される度合いが、社会的なすう勢として、現に相当のスピードをもつて進みつつあることを、端的に物語るものといえよう。

第5図 高齢者数及び高齢者世帯に属する高齢者数の推計



資料：1 高齢者人口については、総理府統計局「推計人口」
 2 高齢者世帯に属する高齢者人口については厚生省統計調査部「厚生行政基礎調査」により推計
 (注) 高齢者世帯とは男65歳以上、女60歳以上の者のみで構成するか又はこれに18歳未満の者が加わつた世帯をいう。

家庭がその稼得機能の喪失、あるいはその低下の不安をもっているのは、老齢の場合のみではない。稼得する者の疾病、身体障害、死亡、失業がその典型的なものであり、それらについては、わが国においても、それぞれ被用者医療保険の制度における傷病手当金制度、厚生年金等被用者年金制度及び国民年金における障害年金制度、同じく遺族年金、母子年金等の制度、失業保険による失業保険金の制度が用意されており、そのほかに、労働災害を事故原因とする障害・死亡に対して、労働者災害補償保険法等の制度が用意されている。

これらの所得保障制度の中核をなしている厚生年金保険、国民年金などの年金制度については、さきにも触れたように制度の水準は国際的にみても遜色のないものを既に確保しているが、長期保険制度としては発足後日が浅く、いわゆる成熟の段階にはいりきつていないため、受給者数が比較的少ないという現状がある。家庭における生活からの所得保障制度への需要が急速に高まる傾向にあり、また年金制度の成熟段階への移行も既に遠くない日程上にある今日、年金制度の内容をさらに充実したものとするためには、国民年金における所得比例部分の導入、年金制度における被用者の妻の座、年金額のスライド制等の基本的な問題がある。

家庭の稼得機能は、老齡、傷病、身体障害、失業、生計中心者の死亡といった定型的な事故のほか、個人の先天的能力や後天的努力のいかんにより、あるいは、経済政策の網の目から漏れて、さらにはこれらの複合した原因による社会的な不適応という形で破壊されるおそれをもっている。そして、このようなおそれが、不幸にして現実のものとなり、貧困に直面したとき、それを守る制度が公的扶助制度である。わが国においては、それが生活保護の制度であることはいうまでもない。一般に公的扶助制度には、いわゆる範ちゅう的救護といつて、特定の事故を原因とする貧困について個別の救護制度を設けるものと、事故のいかんにかかわらず、すべて貧困に直面するものを無差別に救護する一般的救護の制度の二つの型があるが、わが国の生活保護制度は、この後者に属するものであり、健康で文化的な最低生活を権利として国民に保障するものであつて、進歩した制度であるといふことができる。したがつて、この生活保護制度の保障する最低生活費の基準、すなわち、保護基準が、健康で文化的な最低限度の生活について相対的に高い水準のものを約束するならば、家庭の稼得機能の喪失又は減退という不安は、著しく緩和されることになるであろう。この点において、保護基準は、これまでかなり前進を遂げているといふことができる。すなわち、42年4月現在の保護基準は、一級地標準4人世帯で生活扶助、住宅扶助、教育扶助の標準的な各基準を合わせると2万9,391円であるが、最近6年間において一般勤労者世帯における1人当たり消費支出の伸びが平均166%であるのに対し、生活保護世帯のそれは約230%となつているのであつて、明らかにこの間において一般世帯との関係でみるかぎり相対的にも最低生活の基準を高めているのである。ただ、改善されたとはいえ、一般勤労世帯との消費水準格差は51.7%で、一般勤労世帯の約1/2という低位にあり、また、エンゲル係数でも51.2で、なお50を割るに至つていない。いわゆる朝日訴訟事件に対する最高裁判所の判決においても確認されたとおり、国が保障する健康で文化的な最低生活水準を具体的に示す保護基準の設定は、国民経済の進展や一般生活水準の向上その他多くの不確定要素の総合考慮のうえにたつてなされるべききわめて困難な仕事であり、しかもその判断は大幅に政府の行政裁量にゆだねられているのである。この重大な責務にこたえて、今後いつそう科学的な検討を進め、目ざましい発展を続けるわが国の社会経済の実態に即応した適正妥当な保護基準の設定のために、積極的な努力を払つていかなければならない。わが国の経済発展は、目ざましいものがあり、所得や賃金の格差も近年縮小してきたことは事実であるが、いまだ地域別にみると、第4表に示すようにかなりのき開きをもっている。現行の保護基準は、その根底において、このようなわが国経済の現段階に対応するものであり、その将来の方向は、経済社会の発展に応じ、一般世帯との格差を縮小する方向で引上げを図つていくことである。

第4表 個人所得と個人消費支出の都道府県別格差

第4表 個人所得と個人消費支出の都道府県別格差

(昭和39年)

	1人当たり個人所得		1人当たり個人消費支出	
	実額(千円)	指 数	実額(千円)	指 数
全 国	184	100.0	138	100.0
北海道	182	98.9	139	100.7
青森	154	83.7	108	78.3
岩手	158	85.9	113	81.9
宮城	170	92.4	125	90.6
秋田	162	88.0	125	90.6
山形	166	90.2	122	88.4
福島	150	81.5	110	79.7
茨城	153	83.2	118	85.5
栃木	173	94.0	125	90.6
群馬	178	96.7	124	89.9
埼玉	202	109.8	146	105.8
千葉	199	108.2	141	102.2
東京都	319	173.4	210	152.2
神奈川県	252	137.0	175	126.8
新潟	173	94.0	122	88.4
富山	203	110.3	144	104.3
石川	189	102.7	115	83.3
福井	182	98.9	127	92.0
山梨	182	98.9	128	92.8
長野	177	96.2	127	92.0
岐阜	187	101.6	—	—
静岡県	188	102.2	121	87.7
愛知県	226	122.8	147	106.5
三重	181	98.4	131	94.9
滋賀	174	94.6	116	84.1
京都市	221	120.1	136	98.6
大阪府	296	160.9	200	144.9
兵庫県	213	115.8	152	110.1
奈良	198	107.6	138	100.0
和歌山	185	100.5	125	90.6
鳥取	150	81.5	117	84.8
島根	153	83.2	114	82.6
岡山	187	101.6	133	96.4
広島	183	99.5	127	92.0
山口	181	98.4	138	100.0
徳島	160	87.0	115	83.3
香川県	187	101.6	127	92.0
愛媛	167	90.8	130	94.2
高松	167	90.8	126	91.3
福岡	194	105.4	143	103.6
佐賀	159	86.4	114	82.6
長門	152	82.6	104	75.4
熊本	162	88.0	107	77.5
大分	156	84.8	117	84.8
宮崎	145	78.8	107	77.5
鹿児島	126	68.5	100	72.5

資料： 経済企画庁「国民生活白書」

生活保護制度については、上述のように、今後の経済発展等に応じて保護基準を引き上げることが必要であるが、同時に、その運用面においても、一般的な国民生活の水準の上昇に応じて配慮を加えていくことが必要である。また、この制度は、国民の最低生活保障の制度であるが、同時に、被保護者が、積極的に自立していくことを助長するものでなければならず、それにふさわしい運用面の配慮を高めていくことによつて、今後この制度においてとかく指摘されがちな被保護世帯の停滞性という事態を払拭していくことが必要と考えられる。

総説

第2節 家庭生活と厚生行政

4 不時の出費あるいは所得と消費の不均衡

家庭の不安は、所得の喪失やその減少の不安だけではなく、さらに不時の多額の出費に対応して、家庭の消費機能を維持していけなくなることにもある。その代表的な事例は、病気に対する出費の不安である。

疾病、特に長期疾病は、稼得の喪失を通じて貧困を呼び、貧困はまた疾病を呼びやすいという、疾病と貧困との悪循環といった深刻な事態を招来する危険をもつものであるが、病気になれば、所得活動が停止する一方、療養の費用は著しく家計を圧迫することになる。今日医学医術の進歩による医療の高度化などにつれて医療費は上昇の一途をたどっている。ちなみに政府管掌健康保険の昭和40年度の1日当たりの平均診療費は、被保険者本人で623円であり、入院の場合では、1,947円となっており、かりに1か月入院したとすれば、平均6万円に近い出費となる。これらの費用は、個人の能力や備蓄、家族的なつながりによつて対処することが困難な場合が少なくなかろう。

次に、所得と家族数との不均衡である。同じ所得であつても、扶養家族の多い家庭の方が当然相対的に家計が苦しい状態であり、一般的には相当の所得が確保されている場合においても子どもさんのために経済的不安に脅かされることになる。昭和37年度に行なわれた児童養育費調査によれば、子ども1人の世帯においてすら、手取り収入月額1万7,000円ないし2万円の勤労者世帯における義務教育終了までの児童(乳児を除く。)の平均養育費は、月額5,818円(世帯における共通経費は含まない。)となつており、家計にとつてかなりの重圧となつている。

また、出産、乳幼児をかかえた母親の病気や労働、慢性病、老年などに関する家族相互の援助の可能性は、家族規模の縮小により減少しつつある。一方、家庭の外部に人手を求めることは、人件費の高騰などによつて多額の費用を要し、一般家庭にとつては、社会的援助なくして独力で対処することが困難になりつつある。さらに、重症心身障害児、精神障害者、長期療養患者などをかかえる家庭の困苦は、相当上位の所得階層の場合でも大きく、自己の資力の及ばぬことが通例であろう。

わが国の社会保障制度において、このような出費に着目し、家庭機能の破壊を防止し、あるいはその安定をもたらしするためのものとしては、疾病、出産、葬祭等の出費を対象とする医療保険制度があげられる。昭和36年以降、いわゆる国民皆保険の体制が整備され、その後の給付改善を通じて、医療保険制度が上述のような大きな役割を果たしていることについては、多言を要しないと考える。さきに、医療の出費がきわめて大きなものであることを例示したが、たとえば、前記のような月6万円といったような医療費をかなりの期間にわたつて継続的に負担していくようなことや、がんなどの疾病においては数十万円にのぼることもまれではない医療費の支出は、おそらく大多数の家庭にとつて自力のみでは不可能に近いものであり、その意味で医療保険はむしろ現実を生ずるであろう失費を補てんするためというより、高度の医療そのものを可能にさせる手段となつていこうと考えられ、家庭の消費機能の補てんをこえ、いわばそれを拡大する役割を果たしているということができよう。医療保険が、かような役割を強く帯びてきて、むしろその本来的な姿となつてきたということが、ある意味では、今日の医療保険が当面する財政問題の基本的な背景であり、保険料収入と医療費支出の上昇率のギャップを生んでいる一つの有力な背景であると考えられよう。政府管掌健康保険の膨大な赤字を契機として多年いわれてきた健康保険の抜本的改革は、具体的には、医療給付水準のあり方、保険料などの費用負担のあり方、医療担当者に対する診療報酬の適正化、保険財政の長期的安定等の事項に関して検討していこうとするものであるが、上述のような医療保険の役割とその変ぼうをいかに評価し、国民医療に関する諸制度のなかでいかに調整していくかを一つの重要な課題とするものである。

次に、児童の養育費に関する社会保障の制度として、児童手当制度の問題について触れておきたい。児童手当制度は、今日世界62か国において既に制度化されているものであり、わが国においても、既にその創設の必要性がいわれ始めてからかなりの期間を経ており、目下、厚生省で検討を行なっている段階である。近くは、第55回特別国会においても、児童手当の創設の時期等をめぐって活発な論議が行なわれた。ところで児童手当は、児童養育費について家庭の稼得、消費を補完しようとするものであるが、それに加えて他の所得保障制度にみられない独自の性格をもっている。それは、児童を家庭で養育することは、家庭の本来の機能であり、そのような機能をもつ家庭自体が積極的に保護されなければならないという考え方にたつ制度であるということである。家庭の規模が、核家族化の進行によつて縮小していくとしても、両親と児童とから成り立つ家庭は、人間生活のあり方としてもはやこれ以上分割することは好ましくないことであり、それは、予想としても維持されていくであろうし、また、政策としても、保護されなければならないという考え方である。ところが、児童は家庭で養育されることは当然であるという考え方が、きわめて強いものであることが、実はほかならぬ児童手当への需要を遅らせてきたことの社会的背景でもあつた。家庭が、児童を扶養すべきこと、家庭の通常の稼得がそれに支出されることは、当然の理によるものであつて、社会がそれに立ち入る要はないという考え方である。わが国では、これまである程度賃金体系も、年功序型賃金あるいは家族給という形で、家庭のこのような機能をささえる役割を果たしてきた。しかし、中小企業の従業員の家庭については、そのような賃金体系によつて守られる度合いは少なく、農業、その他の自営業家庭については、児童の数と稼得との間には、何らの対応関係もなかつた。児童を愛育するという面でわが国の大多数の家庭は、現にきわめて大きな機能を発揮しており、児童手当の支給をまたなくてもそれは現実に行なわれているではないか、両親が児童のためにある程度の犠牲を払うのは、かえつて両親の喜びではないかという見方は、現実の背後にあるものを見落しているものではなからうか。なるほど生まれた児童の大多数は、家庭において愛育され、ますます高い教育をうけてはいくが、一面において、出生率の低下により子の数が抑制されているという事実は、必ずしも直接の動機が家計負担の苦しさによるもののみでないとしても、児童の扶養と家計の限度という問題が、すでにかなり一般的な事実となつていることを暗示するものではなからうかと思われる。その意味において、健全な家庭を保護し、児童が愛育されることを期するならば、やはり、児童手当は、できるだけ早急に創設が望まれる制度であると考えられる。

総説

第2節 家庭生活と厚生行政

5 健康なくらしと消費行政

家庭は、その果たす主要な機能としての消費生活の面においても、ますます他に依存し、その主体性を制約されてく傾きがある。もとより、家庭の消費物資やサービスの購入は、家庭の自由な選択の範囲に属するが、その自由は、事実上限られた範囲での自由にとどまり、供給側の行動に大きく支配され、場合によっては、消費需要そのものが、供給側によつてつくり出された需要ですらある。多くの場合、家庭が購入する物資やサービスの価格は、需給関係よりもむしろ供給側の定める価格によるものであり、品質、安全、衛生等に関しても、消費者は限られた知識をもつにすぎず、生産工程や流通過程にほとんど全面的に信頼するほかない立場に立たされている。技術革新の導入、大量生産方式の採用、流通市場の拡大等を通じて、消費物資が、その量や種類において豊富なものとなり、その質においても一般的に良質なものとなつてきたことは、もとより現代家庭の消費生活を過去のそれに比べて飛躍的に豊富、便利なものとし、たとえば、食生活に関して、加工食品時代という言葉すら生んでおり、また、全体として、快適な生活、合理的な生活の推進に貢献しているというべきであろうが、このような傾向は、家庭の消費生活における主体性の喪失からくる不安定要因を増大させていくという半面をひそませているのであつて、進歩には進歩に応じた適切な制御装置を備えていかないかぎり、そこに破たんが生まれるおそれがあるといわねばならない。近時わが国においては、消費者物価の問題を契機として、消費者保護のために、消費者組織、消費者教育、消費者保護行政等の重要性が強調されるに至つたが、それは、わが国経済社会が戦後一貫して国民生活を豊かなものにするための努力を推し進めてきたことの半面、それによつてもたらされる進歩のもつ不安定要因に対して、制御装置を整えておくことに欠けていたことを示すものにほかならないものである。

家庭における消費生活は、当然その基本的な前提として、衛生的であり、安全であり、健康的なものでなければならない。国民の生命と健康の問題を担当する厚生行政は、このような面で、あらゆる消費生活に結びついている。換言すれば、厚生行政特に衛生行政は、その多くの面において消費者行政としての性格を備えているのである。食品衛生、理美容業、クリーニング業、浴場業などの環境衛生営業の衛生、薬品の品質及び衛生や食生活における栄養知識等は、現に厚生行政の所管に属している消費者行政であり、また、衛生行政ではないが国民生活の保護・指導をあずかる社会行政の一環として、消費生活協同組合の育成指導もまた、厚生行政に属する消費者行政である。これらは、いずれも典型的な消費者行政の性格をもつが、広い意味で消費者行政をいうならば、医業サービス、保健衛生のサービス、水道による給水、し尿処理、ごみ処理等のサービス等で物資又はサービスの購入という形式をとるものに関する行政もこれに属するであろう。さらに、現在は、厚生行政の対象となつていない消費物資やサービスであつても、衛生、安全、栄養等の観点から規制を要するものができれば、それは厚生行政として放置し得ないものであり、消費革命ともいわれる事態の進行に対応して、厚生行政は、不断に個人や家庭の生命と健康を守るための活動を強化していかなければならない。

家庭は、これらすべての厚生行政によつて、衛生的、健康的な消費生活を守らねばならぬが、ここでは特に上述の典型的な消費者行政に属するものについてその実状の一端と今後考究すべき問題を述べることにしよう。それは、これら典型的な消費者行政は、家庭の消費生活が、利潤の追求を固有の目的とする企業の行動に依存しているという面に着目して、そのような企業行動から家庭の利益を守ろうとするものであり、今日、消費者たる家庭の保護という観点で最も大きな問題を提供しているものだからである。

人の健康に関する営業は、今日ますます増大しており、たとえば、食品営業施設数では製造業を含めて35年末の194万から40年末には236万に、その他の環境衛生関係営業施設数(興行場、旅館業、浴場業、

理容業、美容業、クリーニング業)では、35年末の30万9,000から40年末には37万7,000に、それぞれ5年間に1.2倍になつている。また、医薬品を取り扱っている届出・許可施設数も製造業を含めて35年末の19万9,000から40年には25万9,000となり1.3倍の増加を示している。

このような営業の増加に加えて、消費の多様化傾向は、新たな形のサービスや製品を次々に生み、新たな問題の可能性を生み出している。たとえば、(1)食品については、食品工業の発展により、加工食品の種類を増大させ、家庭での調理は、かなり限定されるまでになつたこと、(2)食品の大量生産、流通市場の拡大のため、長期の保存に耐えられるようにするための防腐剤、製造過程で失なわれる色やかおり、ビタミンなどを補充するための着色料、着香料、強化剤などの食品添加物が多用されるようになったこと、(3)その他の環境衛生営業施設についても、生活水準の向上に伴う余暇の増大は、家庭ぐるみのレクリエーション機会の増大をもたらし、スポーツ施設などの興行場や旅館の利用が多くなつてきたこと、さらに新たな需要に対応しての企業家行動により、たとえば浴場業ではヘルスセンター等の特殊浴場の出現、クリーニング業では、リネンサプライ(貸シーツ、貸おむつ、貸タオルの営業)などの出現があり、今後もさまざまなサービス業が消費生活の多様化に対応して生まれ、またそれがさらに消費生活の多様化に拍車をかけることとなろうが、このような新しい形の供給形態は、デモンストレーション効果とあいまつて、消費者たる家庭に対し、その便利さを豊かな生活の内容として受け入れさせる機会を増大させていること、(4)いわゆる大衆保健薬等の家庭において直接使用する医薬品についてもいまや消費生活にとって欠くことのできないものとしての色彩をいつそう強めており、この適正な使用は文字どおり健康な生活を保障するものであるが、家庭における使用は、事実上供給側の行動特に、新聞、雑誌、ラジオ、テレビなどを通じての広告、宣伝に大きく左右されるものであること、これらのいずれの例も、消費生活が豊かで合理的なものとなる反面、家庭が消費生活での主体性を発揮できる範囲がいよいよせばめられるとともに、衛生、安全、品質等について家庭が保護されなければならないという傾向が強められてきていることを示すものである。

消費生活における問題の増加や多様性に対応して、一段と厚生行政の体制の強化が要請されていることはもちろんである。食品の安全衛生を確保するための食品衛生監視員、興行場や浴場などの環境衛生を監視するための環境衛生監視員、医薬品や化粧品などについて不良品や不正表示品が生産・流通することのないように監視する薬事監視員が配置されている。その監視実績についてみれば、食品衛生では35年283万8,000施設、40年延べ377万5,000施設について指導を含めた監視を行ない、営業許可の取消し・禁止等の行政処分件数は告発を含めて35年2万6,000件、40年3万件を数える。環境衛生では35年58万6,000回、40年延べ60万5,000回の監視回数である。薬事では35年14万5,000施設、40年18万7,000施設について監視を行ない、業務停止等の行政処分件数は35年3万2,000件、40年1万7,000件である。

このように依然として違反事件が跡を断たないが、最近の事件を拾つてみても、病菌に汚染された豚肉が市販された事件が世間を震かんとさせ、有害・有毒物が添加された食品が続出して世上の批判を浴びている。また、具体的な事故の形として現われているものとして、食品に起因する食中毒者数は、ここ数年多少の波動はあるが3~5万人の発生をみており、生かきによる大量食中毒事件はまだ耳新しい。医薬品についても、アンプル入りかぜ薬による事故などがある。

消費者行政は、消費生活がたどっている動向からみて今後ますます重要性を増していくと思われる。このような重要性をになう消費者行政として行なわれる厚生行政において今後時に留意すべきおもな事項は次のようなものであろう。

第1は、消費者行政一般のなかにおいても、人の生命、健康にかかわる部面の消費者の保護は、最優先の地位を与えられなければならぬということである。消費者の保護は、物資やサービスの公正な価格の維持、品質の保持、安全衛生の確保等いくつかのねらいをもっているが、さきにも述べたように、営利を目的とする企業の利益と、廉価で良質なものを望む家庭との利益は、対立するものをもっており、やすい価格への要請があまりにも強いために、その他の部面たとえば衛生面で企業の措置が手を抜かれる危険を生ずるならば、それが本来の消費者行政の目的に反することはいうまでもない。食品をはじめ、環境衛生営業によるサービスに関する衛生が、きわめて重要であることは、一般によく認識されているが、消費者が、衛生の状態を自ら鑑別できるかどうかは別の問題であり、みかけの清潔さに目を奪われて衛生上の危害を見のがす場合は少なくない。また、衛生の問題については一般に、現実の危害が生じてはじめて事の重大さを痛感するといったような傾向もある。現実の可能性があるとすれば、それは消費者保護のため最優先的に防がなければならないのである。

第2は、人の生命・健康に係る消費物資等について、営利を追求する企業は、ことさら高い社会的責任を負うことが強調されねばならぬということである。それは、改めていうまでもないところであるが、にもかかわらず一部企業の無責任なあるいは安易な営利の追求から事故を起こしていることがかなりみられる現状を考えると、事故の未然の予防のために、このことを、繰り返して強調することは、今日の意義をもつと思われる。さらに進んで、営業等の衛生に関する今日の規制の法的な基準は、いわば最低限度守られなければならない基準として営業の自由と調和を図りつつ、定められているものであり、企業はそれを守るだけでよいというものではなく、消費生活が多様化していく今日においては、たとえば広告宣伝等の分野において、あるいは未規制の営業や未規制の商品等について、企業は、人の健康、衛生に関する問題について高い社会的責任の自覚にたつて行動すべき分野を多くもっていることが指摘されるのである。

第3に、いわゆる消費者教育もまた重要である。消費についての自主性を失いつつある傾向は、ある意味で生活上の利便の追求に伴うものであり、ある程度やむをえない面もあるが、生活の真の合理化とは何かということがやはり考えられねばならないことではなかろうか。そして、消費生活における衛生問題の重要性が消費者によつて十分認識され、正しい知識に基づく高い要求があつてこそ、企業もまたそれに応じる行動をとることが期待されるものであろう。

そして第4に、厚生行政は、以上述べたような諸点に関して好ましい方向が実現されるように、さらにその体制を強化しなければならない。一部悪質な企業行動や、今日の複雑高度な生産流通機構から生じやすい事故に備えて、監視体制を強化すべきことはもちろんであるが、企業体質を近代化することによつて企業が高度な社会的責任を果たしうるよう資金面、技術面での助成指導を強化するとともにこの方向に沿つた全業集団の自主活動を促進し、また、栄養、衛生面における知識の普及、民間活動の助成等を積極的に行なう必要がある。

従来、伝統的に、行政は個人や家庭の消費生活の指導等にはあまり立ち入るべきでないという考え方があり、また、企業に関する行政においても、その営業の自由の尊重という考え方がかなり強い行政の行動基準であつた。そして、そのこと自体のもつ意味は、基本的に正しいものであるが、そのわくをこえない範囲において指導行政を強化することは、ますますこの分野において強く要請される現実のようである。

総説

第3節 生活環境と厚生行政

1 生活環境

人の一生を通じての生活は、まず自然的な血縁関係を基礎とする家庭という生活体のなかで営まれるものであり、国民生活を向上させるうえで、家庭が厚生行政に期待するところはきわめて大きいものがあることを前節でみてきた。しかし、国民生活においては、もちろん、個々の家庭は単独に存立しているものではない。社会経済が発展すればするほど、家庭における生活は、それをとりまく外部との関係、いかにすれば地域的な広がりをもつた共同の生活との関係で、相互補完的にしかも有機的に営まれる度合いが強くなつてきている。

この節では、このような観点から、個人と家庭をとりまく地域的な広がりをもつた生活の場という意味での生活環境について、その意義ないしは役割をみるとともに、その生活環境において生ずる国民生活の需要と厚生行政との関係を見ることとしよう。

このような意味での生活環境は、基本的、一般的な姿としては、人間が衣食住の全般にわたつて健康で快適な生活を営むための需要を満たせる場でなければならないことはいうまでもない。

さきにも触れたように、家庭は、基本的な生活の単位とはいえるが、しかし、それ独自では人間の生存の目的を達成するための唯一の場ではあり得ない。人間が生活を営むための条件には、個人や家庭の内部だけではかなえられないものが少なくないし、むしろ、人間の生活は、地域的な広がりをもつた共同の場において共同の力によつてこそ、その内容を高めることができるのであり、人間には、個人や家庭の単位をこえた共同の力でよりよい生活環境を築くことを考える知恵が与えられているからである。

近代社会においては、経済流通を媒介とした分業の発展によつて科学技術の進歩が促進され、科学技術の進歩によつてさらに分業化、専門化が促進されるという経過をたどり、それによつてもたらされた成果を総合することによつて、生活環境は改善され、生活内容の向上が進められてきた。

かくて、生活環境が国民生活の向上において果たすべき役割は、今日、生活万般にわたりますます大きなものとなつてきているが、日常生活の健康と福祉を増進する面においても、高度の水準の医療の確保、伝染病をはじめとする疾病の予防、健康の積極的増進、社会福祉・児童福祉の増進、自然的環境を含む居住条件の向上等々は、いずれも個人や家庭日常生活の共同の場である生活環境の整備を通じてはじめて大きくこれを期待することができるものであり、また、効率的にそれを実現することができるものとなつていたのである。

ただ、適正な生活環境を確保するという点については、見落してはならないもう一つの面がある。個人や家庭が地域的な広がりにおいて共同の生活を営むことは、たしかに生活環境を著しく向上させるという利益を生み出すものではあるが、その反面、共同の生活を営む人口集団が、その内部に適正かつ十分な調節能力あるいは制御機構を備えておかないと、共同の生活自体が種々の弊害を生み出す危険をもつていくということである。すなわち、保健福祉の面で見れば、公害等自然環境の人為的汚染、伝染病や食中毒の集団発生、交通災害、過密現象、非行犯罪等の社会的な問題の発生の危険をはらんでいるのであり、このような共同の生活自体が生活環境を悪化させる一面は、わが国においても、残念ながらかなり幅広く現われているといわなければならない。

上述のように、地域的な広がりをもつ人間生活の共同の場としての生活環境は、人間の健康と福祉の問題に関して、共同の力によりそれを高度に増進させうる場であると同時に、人口集団に伴いやすい各種障害の危険をはらむ場であり、厚生行政は、地域住民の活動とあいまつて、前者の面に着目して積極的

な開発を進め、後者の面に関して障害の発生を防除すべき責務を有するものである。すなわち、地域の医療体制、公衆衛生の体制、社会福祉・児童福祉の体制等々を整備し、また水道、清掃施設、公害防除施設、救急医療施設、緑地、自然公園、児童遊園、児童館、保育所、老人ホーム等々各種の社会的施設を計画的に整備していくことがこれである。もとより、上述のような健康と福祉に関する体制や施設の整備は、必ずしも行政の力のみによつてになされるものではなく、地域住民や企業の組織的な活動によつても分担されており、そのような民間活動が、そのふさわしい分野において、地域の生活環境整備に活動することは今後においても望ましいが、技術の高度の発達、社会生活の複雑化、地域住民相互間の地縁的結合のせい弱体化等の要因から、民間活動の機能する分野は制約をうける傾向にあり、健康と福祉に関する地域の生活環境の整備において厚生行政の果たすべき役割は、ますます大きなものとなつている。そしてその重要性は、次に述べるようにことさら近時のわが国において、生活環境の面における整備がめざましい経済発展に比べてはなはだしくとり残されてきたといわれることに照らして考えると、いつそう明瞭なものとなるであろう。

保健福祉の面でのわが国における生活環境の整備が、経済の発展に対して立遅れを示してきたということは、およそ次のような実情において指摘することができる。

わが国では、めざましい経済成長を遂げつつある一方において、水不足、し尿・ごみ処理の困難、大気汚染、騒音、水質汚濁等のいわゆる公害、交通災害、過密居住、あるいは青少年非行をはじめとする社会問題等が特に大都市において顕著なものとなつている。そしてこのような面における生活環境の悪化は、過去において経済的発展を志向することにおいてはきわめて強い意欲が発揮されたにもかかわらず、地域的な広がりにおける共同の生活において、新たに発生し、又は顕在化してくることが当然予見される障害や不利益の防除に対する計画的な配慮をめぐらしていく点においては必ずしも十分でなかつたことによるということができるのである。

また、個人や家庭が個別に営む私的消費の水準の大幅な向上に対し、いわゆる公共消費の水準が均衡のとれた向上をしていないということも経済の発展に対する生活環境の整備の立遅れを示すものである。今日、経済成長によつてもたらされた耐久消費財をはじめとする豊富な消費物資や多様なレジャー向けサービスにみられるように、共同の生活により豊かな私的消費を享受する便益は、きわめて大きいものとなつてきたが、公共的な上・下水道、清掃施設、児童の遊び場、救急医療機関その他保健福祉に関する施設やサービスの体制の面では共同の力による利益が十分に実現されておらず、私的消費における豊かさとは対照的にそれだけ生活の乏しさの一面を浮き彫りにしている。そして、このような事実は、たとえば、自家用車と汲取り便所といった生活内容のアンバランスが、むしろアンバランスとしては受け入れられないことの多かつた生活意識とも無関係ではないといわれるのである。

わが国の生活環境の相対的な立遅れの状況について、たとえば、環境衛生施設の面でみた場合、近年著しく整備が進みつつあるとはいえ、水道、下水道、水洗便所の普及率は、欧米先進諸国がそれぞれおおむね80%、60%、70%以上であるのに対して、わが国では昭和40年度末において69.4%、19%、13%にとどまつているように、はるかに低い水準にあるといわなければならない。また、し尿の処理は、水洗便所や下水道の普及が遅れていることによつて、大部分が汲取り便所からの汲取り収集によつて行なわれており、しかも、汲取り収集されたし尿について、海洋投棄などの不衛生的処分が40年度で45.7%程度にのぼつている実情である。

以上のような現実に対して、近時わが国では、経済開発と均衡のとれた社会開発の要が強調されるに至り、生活環境の整備に関する各種の対策が強化されてきているが、このような対策を推進するにあつて特に重要であるのは、現に生じている不良な環境に対する事後処理的な対策を講ずるにとどまらず、そのような不良な生活環境がもたらされてきた過去の事情を十分に認識したうえで、より基本的な対策として積極的な生活環境の改善策を計画的に進めていくということであろう。そのためには、地域に関する開発計画のなかで、経済開発、産業開発と一体的に、健康と福祉の増進のための生活環境の開発をそれぞれの地域の需要に即応して進めることが強く要請されるのである。

総説

第3節 生活環境と厚生行政

2 生活環境と地域問題

ここでは、具体的なとらえ方として特に地域問題という観点から、現在のわが国における生活環境はどのように人・家庭の需要に対応し、また厚生行政にどのような課題を投げかけているかをみてみたい。

地域問題という視角にたつた理由は、生活環境の問題には、おのずから社会経済の動向や発展に対応した類型的な地域的特性があるはずであり、そのような特性において生活環境を論ずることが、問題の所在をより明確に具体的なものとして指摘できると考えるからである。

まず、東京や大阪などの大都市において典型的である人口集中地域についてみてみよう。いわゆる人口の都市集中という現象は大都市及びその周辺地域において最も顕著なかたちで現われた。その結果、これらの地域における人口集積はきわめて著しいものとなり、またそれが比較的短期間に急激に行なわれたため、少なからぬ摩擦を生じ、住民の生活環境にいわゆる過密の弊害と呼ばれるいくたの好ましからぬ事態をもたらしている。

その第1は、環境衛生施設の整備の立遅れという問題である。大都市における人口の急激な増加は、環境衛生施設のみならず、住宅や道路等をも含めて、一般に都市施設といわれるものについて、当然新規の需要を追加するものであるが、環境衛生施設をとつてみても、従来からその整備が立遅れぎみであったという事情も加わつて、大都市住民の日常生活に対してしばしば重大な支障を及ぼしている。その代表的な例として、水不足及びごみ処理の問題をあげることができる。

まず水不足についてみると、近年の大都市における水の使用量の伸びは著しいものがあるが、それは、人口の増加によるもののほか、1人当たりの使用量が増大していることにもよるものである。たとえば、東京都では、1人1日給水量は35年度に最大371リットル、平均331リットルとなつていたものが、40年度には最大471リットル、平均395リットルと大幅な伸びを示し、さらに、45年度には最大500リットル程度を必要とするものと見込まれている。大都市における1人当たりの水の需要量の多いのは、生活水準が相対的に高く、家庭における電気洗たく機、洗車などのための使用量が多いこと、ビルの冷房用、工業用水など家庭用水以外にも使用量が多いことなどがその原因とされている。今後もこれらの需要の増加を中心としてさらに大都市の水の需要は増大していくことが予想されるから、長期的見通しのもとに水道水源の確保と水源の効率的活用を図ることが要請されているが、これらの施策に要する経費は、先行投資的又はかなり高額なものとなる場合が多いことにかんがみ、大幅の財政投融資を導入することが必要である。それとともに、現在研究が進められている海水の淡水化についても、原子力の利用によつて、将来実用に供しうる可能性は高まつており、その採用について対策を検討していく必要がある。

次にごみの処理については、人口の急激な増加のほか、生活水準の向上や生活様式の高度化、多様化により、1人1日当たりのごみ排出量が著しく増加したことが影響して、処理を要するごみの量の増加は大都市において特に顕著である。これに対処するため、これまで遅れがちであつたごみの処理施設の整備を計画的に推進する必要があることはいうまでもないが、特に大都市圏における用地の取得については、その場所的選択や地元住民の認識と協力が一つの問題となる。また、ごみ焼却施設については、大気汚染等の公害防止上の見地からも、既に導入をみている技術を生かして、その高度化、大型化を図る必要がある。

し尿についても、その衛生的な処理を図るうえにおいて問題が生じている。都市における公共下水道の整備が立ち遅れているため、水洗便所化の推進がはかばかしくないことは誰の目にもつくところである

が、今後公共下水道の完備までかなりの年月を要するといわれていることを考えあわせると、当分の間は、地域し尿処理施設(コミュニティ・プラント)の整備による水洗便所化の推進をも公共下水道の整備計画と合わせて実施する必要であると考ええる。

大都市の生活環境に現われている第2の問題は、公害の発生である。近年のわが国における経済の高度成長は産業活動を活発化させ、工業の重化学工業化等をもたらしたが、これは一方において大気汚染、水質汚濁、騒音等の公害現象を増加させる大きな原因となつた。これらの産業活動に起因する公害は、大都市だけがかかえているのではなく、大都市以外の開発都市等においても発生をみているものではあるが、大都市においては、さらに人口・産業の集中による過密化それ自体が公害の発生要因となつている。たとえば、ビル暖房や自動車の排気ガスによる大気汚染、各種の交通機関やビルの建設現場からの騒音などがそれである。

これらのあらゆる公害については、昭和42年に制定された公害対策基本法の本質にのっとり(1)環境基準の設定(2)現行規制法の強化、未規制公害についての規制等必要な法制化、(3)公害防止のための国の財政措置等についての新たな制度の確立、(4)公害に関する救済制度の整備、(5)公害防止のための科学技術の振興等の方策などを具体化することが課題とされている。

第3の問題として、大都市等の人口集中地域における社会福祉・児童福祉に関する不利な生活環境が注目されねばならない。この面に関する人口集中地域における最も大きな問題は、いわゆる地縁的な地帯の紐帯が一般にきわめて弱いものとなつてきているということにある。それは、一つには激しい人口移動や、過密な人口に伴つて生じたものであり、また一つには、地域の住民が住民自体として組織的活動を行なう分野や機会の少なくなつたことによつてもたらされたものであるが、かかる環境の中では、地域住民は、極度に他人の生活に無関心であり、犯罪・非行等が頻発しやすく、また、高齢者家庭、母子家庭等の人を時としては自殺にまでおいやる孤独や不安の状態が生まれやすいと指摘されている。また、児童にとつても、人口集中地域においては、健全な遊び場の不足や不良な生活環境の問題が生じており、交通事故や非行の多発が指摘されている。このような、社会福祉、児童福祉の面における問題に備えて公的な社会福祉、児童福祉の行政をこれらの地域においていつそう強化していくことが要請されるのであり、高齢者、母子等の家庭に対する援助の強化、児童館・児童遊園等の児童厚生施設の普及等が特に望まれるのである。そしてさらに、社会福祉、児童福祉に関する民間活動、地域住民の実践を通じて失われがちな地域社会そのものの健全な発展を図ることが望まれるのである。

大都市周辺部への住宅地域の拡大という問題についても、ここで取り上げておこう。近年、大都市への人口集積がほぼ飽和点に達したため、安い土地を求めて大都市の周辺地域の住宅地があいついで形成されているが、多くの場合、地域住民の生活に不可欠な環境衛生施設・医療施設などの整備がこれに伴わず、地域住民をとりまく良好な生活環境の確保という観点から見過ごすことのできないものがある。このような住宅地域の無秩序、無計画な拡大、いわゆるスプロール現象を招くことのないよう、今後、新しい住宅地の開発がなされるにあつては、住民の保健福祉面についての配慮とそれに基づく計画が同時になされているかについて、行政の側からチェックできるような体制が確立されなければならないだろう。

次に、地域問題として、地域開発政策によつて出現した開発都市について触れよう。近年、地域開発政策が積極的に進められ、新産業都市をはじめとする開発都市が全国各地に出現をみ、それぞれの地域の経済的な水準は引き上げられつつあるが、反面公害の発生、環境衛生施設の未整備など地域住民の保健福祉を阻害し、その生活環境を悪化させる事態をもひき起すことがまれではなかつた。

これは、さきにも述べたように、これまでわが国においては、地域開発政策の重点が、どちらかといえば地域経済の大幅な成長にかたより、地域住民の健康と福祉ないしは生活基盤の強化に対する配慮については十分でない場合が少なくなつたことを端的に示しているといえるのではなからうか。したがつて、今後これらの開発都市の開発計画の策定にあつては、地域住民の健康と福祉の向上を基本的視点として他の生活水準向上施策と合わせ、環境衛生施設の先行的な整備、公害防止の見地からする住宅地域と工場地域との混在の排除、社会福祉・児童福祉の施設の整備など、地域住民をとりまく生活環境の向上に対する配慮が積極的になされるべきであることを強調したい。開発計画に、かかる配慮を強く加えてゆくことは、今日大都市等において露呈されている健康と、福祉に関する生活環境の行き詰まりという事態をこれらの新しい発展地域に再現しないためにも必要であり、かかる配慮を加えてこそ、開発都市は、その発展に必要な人口を吸収して健全な地域社会を形成していくことができるのであり、当該

地域の開発の拠点として発展すべき本来の使命を果たすことができるであろう。

次に、農村における生活環境と地域問題についてみてみよう。近年、労働力の流出や兼業化の進展の結果、農業就業人口が減少するとともに、農業労働力中における婦人や高齢者の比重が高まり、また若年労働力の大量の流出は、農業の後継者の確保という点からみて不安を持たせるようになってきている。

農業就業人口の減少は、わが国の就業構造が近代化の過程にある以上、避けられない傾向なのであるが、それとともに、今日の農業がその労働の激しいわりに生産性が低いため、農村の青年にとって職業としての魅力を弱いものとしているほか、都市は、その生活水準が農村と比較して高いことや、また生活環境や文化的環境等の面ではるかにすぐれていることなども、若年人口を中心とした農村人口流出の傾向に拍車をかけるものといつてよいであろう。これは、また、近年における交通やマス・コミュニケーションの発達、都市と農村との間に存在していた距離感を急速にちぢめ、生活意識の同質化をもたらし、都市的な生活様式に対する強い欲求を生じさせているからである。

さて、このような農村が厚生行政に対して求めているものは、社会保障の充実と並んで生活環境の近代化・合理化ということであろう。農村の地域における生活環境は、今日、なかんずく保健衛生・環境衛生の面で、その施設や体制が都市に比べて一般に低い水準に置かれている。また、近年特に農業労働力の女性化・高齢化の進行に伴い、農村においては婦人や中高年齢層の労働過重を招くことが多く、健康管理の面で注意が必要となつていることが指摘される。特に農作業と家事労働の二重の負担を負っている婦人については労働過重が著しいものと考えられ、また中高年齢層についても、たとえば農夫症の発生というような問題が生じている。このように農村の生活環境は、保健衛生面における厚生行政のいつそうの浸透を必要としているものといえよう。

このような意味において厚生行政に投げかけられた問題としては、まず、環境衛生施設の整備の推進がある。水道については、主として簡易水道が農村を対象として布設されているが、都市と比較してその普及率が著しく劣っている実情にある。保健衛生の面からも、また生活改善の面からも、今後とも、農村における水道の普及には特段の配慮が必要である。

清掃施設についても、その整備に対する要請が農村において高まつている。農村においては従来ごみは自家処分されることが多かつたが、都市化の進展による生活向上が農村にも及び、ごみの排出量が増大するという事情もあつて、ごみを自家処分することは困難となり、ごみ処理施設と収集機構の整備が急速に必要となり、また、し尿についても、化学肥料の普及等に洋つて、汲取りし尿の処理の問題が深刻化し、し尿処理施設に対する需要は、都市と質的に変わらないものとなつてきている。

医療施設についても、地域分布の不均衡という問題がある。一般的にいつて、農村では医療施設の設置が乏しく、したがつて、病床の不足も目だつている。今後、これらの地域について医療施設の適正な配置を前提とした整備について特に力を入れる必要があることはいうまでもないが、農村地域においては、一般に医師をはじめとして医療従事者の充足率がきわめて悪いことが一つのあい路となつており、その打開が大きな課題とされている。

母子健康センターは、農山漁村を設置の対象とした総合的母子保健施設であるが、これは逐年その設置数が増加してきており、国民健康保険の保健婦による保健サービスと並んで、農村地域における母子保健の向上に大きく寄与してきているものといつてよいであろう。既に述べたように、農村では婦人の労働過重が問題となつており、母子保健対策は特にその必要性が高まつていることにもかんがみ、今後とも母子健康センターの増設と運営の充実はさらに推進されなければならない。

最後に、いわゆるへき地における生活環境の問題についてみてみよう。山間地、離島など地理的条件が著しく不利であり、かつ、人口も稀薄であるような地域、すなわち一般にへき地と呼ばれている地域では、医療・保健・教育など基礎的な生活条件の維持にさえ支障をきたしている場合が少なくなく、その住民の日常生活において、保健福祉面での最も基礎的な段階での生活環境をまず確保していかなければならないという深刻な問題をかかえているといえる。

このようなへき地は、その生活の実態や、あるいは生活意識の面で、他の地域と比べるとかなり大きな差異があることが多く、またその置かれた地理的条件による制約のため外部から孤立化しがちであるともいえる。しかも、へき地は、概してその地域内部のみの力では住民の生活水準の向上が困難な生活圏でもあるから、その住民に対しては、へき地という地域社会の外部からの援助を特に強化することが必

要である。

このため、近年、へき地に対しては、重点的に、生活環境の整備改善を促進するほか、農林業等生産の確保や資源の活用など地域経済力を培養させるための諸施策が講ぜられているが、特に基礎的な生活環境の確保については、いやしくも、へき地がへき地であるゆえに生命や健康の維持確保が脅かされるといつた事態の起こることのないよう、健康と福祉の面で、厚生行政は、不断の配慮と努力を怠つてはならないのである。

この場合、へき地の生活環境の整備改善を促進するにあつて考慮しなければならない地域的特性は、さきにも触れたように、地理的条件の劣悪、人口の稀薄、経済力のせい弱等である。したがつて、医療に対する需要、保健や福祉に対する需要に対しても、へき地の実情に即した方法によつて対策を講じなければならないのであり、ただいたずらに、人口密度が相対的に高く、経済力もより強い他の地域の場合と同様の方法で対処しようとするのは、経済的にみても、また機能的にみても必ずしも効率的であるとはいえない。

厚生行政が取り組んでいるへき地の生活環境の整備改善対策として、まずへき地医療対策については、年次計画により、へき地診療所の整備が進められているが、それとともに効率の面からみて診療所の設置にはなじまない地域に対しては、巡回診療、患者輸送車の配置その他の方策を講ずるなど、機能性の活用によつて医療供給の確保を図るよう努めている。

また、へき地においては、従来、流水、天水などの天然水をそのまま日常生活に使用しているところが非常に多かつた。天然水の使用ということ自体は、必ずしもすべての場合、ただちに保健衛生上問題であるというわけではないが、これらの天然水には、保健衛生上からみて水質が常時使用に不向きなものもあり、また、天然水そのままの使用は、伝染病の発生等の場合に大事態をひき起こしやすい等の問題があるほか、多くの場合、天然水の使用は、その運搬等、家事労働に対して大きな負担を及ぼすことである。しかし、へき地に対して、一般の給水人口規模の大きな上水道を及ぼしていくことは、その地域的特性から、効率的でもないし、また、しばしば不可能でもある。したがつて、へき地等、給水人口規模の大きな上水道を及ぼすことが適当でない地域については、日常生活に使用する水を保健衛生上好ましい状態で確保するため、給水人口規模の小さな簡易水道や、さらにそれよりも小規模な人口を対象とする飲料水供給施設を設けることを促進しており、これらの施設については、特別に財政的な援助を行なつている。

へき地における栄養の問題も見過すことができない。一般に、へき地の住民の栄養水準は、他の地域のそれと比べて、動物たんぱくや油脂類の摂取量などの面においてかなり見劣りしているといわれる。これは、へき地において地理的条件等のため、栄養に配慮したうえで必要な食品を選択して求めるということが一般的に困難であること、栄養に関する知識を得る機会に恵まれていないことなどによるものと考えられる。へき地の住民の栄養水準を高め、その健康を増進するためには、これらの点を考慮した実際的な栄養指導をさらに浸透させていく必要がある。

また、へき地の生活環境を整備するにあつては、やはりその地域的特性から、それぞれ独立した機能目的をもつ各種の施設をすべてそろえるよりも、できるだけ多目的に利用される総合的な施設を整備することが効率的であると考えられる。そのような意味では、最近整備が進められつつあるへき地保健福祉館の設置はへき地の実情に即した保健福祉対策の一つの方向として注目されるものといえよう。