

総論

こどもと社会

— 児童憲章制定20周年 —

はじめに

戦後の社会保障は、憲法第25条を基本理念として、逐次拡充されてきたが、昭和46年度において多年の懸案であつた児童手当制度が創設されたことにより、制度的にはようやく整備されることとなつた。

この間、「家計も赤字、国も赤字」といわれた窮乏の時期から、「自由世界第2位の経済大国」といわれる繁栄の現代に至るまで、社会保障制度は苦難の道を歩みながらもめざましく進展してきた。

第1表にみるように、国民の健康と福祉は飛躍的に上昇した。

第1表 社会保障に関する主要指標

第1表 社会保障に関する主要指標		25年	30	35	40	45
平均寿命 (歳)						
	男	59.57	63.60	65.32	67.73	69.33
	女	62.97	67.75	70.19	72.95	74.71
乳児死亡率 (出生1,000対)		60.1	39.8	30.7	18.5	13.1
全結核死亡率 (人口10万対)		146.4	52.3	34.2	22.8	15.4
水道普及率 (給水人口比(%))		25.0	32.2	53.4	69.4	81.0
生活保護率 (人口1,000対)		23.7	21.6	17.4	16.3	13.0
保育所数 (か所)		3,630	8,321	9,782	11,199	14,101
養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム (か所)		172	460	607	765	1,014
社会保険適用者数 (1,000人)						
	医療	約50,000	60,081	91,624	97,001	103,631
	年金	約10,000	11,779	17,411	43,349	51,948

厚生省企画室調べ

- 注 1 「水道普及率」、「生活保護率」および「社会保険適用者数」については各年度末、「保育所数」および「養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム」については各年末である。
- 2 「養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム」の25年、30年および35年は、生活保護施設のうち養老施設である。

まず、健康はいかに守られてきたかについてみてみよう。

第1は、平均寿命の伸長である。昭和25年男59.57年、女62・97年であつた平均寿命は、昭和45年現在では男69.33年、女74.71年と世界の長寿国グループに仲間入りしつつある。この伸長の原動力となつたのは、乳児死亡率の低下と結核をはじめとする各種伝染病死亡率の減少である。乳児死亡率(出生1,000対)は昭和25年には60.1であつたが、母子健康手帳を通じての健康管理、妊産婦健康診査、母子健康センターの設置、乳児に対する訪問指導などの母子保健対策の進展が大きく寄与して、現在では13.1と欧米諸国と同程度の水準に達している。また、結核の死亡率(人口10万対)は昭和25年には146.4であつたが、昭和45年には15.4にまで減少した。これは、ストレプトマイシン、ヒドラジドなどの抗結核薬の開発、生活水準の向上のほかに、健康診断と予防接種の普及、患者管理の徹底などの対策が効果をあげたことによるものである。

第2は、国民皆保険の達成である。終戦直後、医療保険の適用を受けていたのは全国民の約2分の1であつたが、その後の被用者保険の適用拡大と昭和32年度から進められた市町村公営の国民健康保険の全国普及により、昭和36年4月には皆保険の実現をみた。その後も市町村や地域住民の強い熱意が大きな力となつて、給付改善が行なわれてきた。

第3は、水道、ごみ処理施設などの生活環境施設の整備の進展である。水道普及率わずか20%程度、しかもほとんどの水道が満足な給水さえ困難な状態であつた昭和20年当時を思えば、その普及はめざましいものがある(現在81%)。これには昭和27年度から制度化された簡易水道国庫補助事業の寄与するところが大きかつた。ごみの衛生処理能力も大幅に増進している。焼却処理などの衛生処理の割合は昭和30年で34.4%であつたのが、昭和44年には52.0%となつている。また、昭和38年度から昭和44年度の間計画収集量が1.95倍となつたのに対し、焼却量は2.82倍となつており、施設整備は急速に進んでいるといえる。

つぎに、福祉はいかに増進されてきたかについてみてみよう。

第1は、国民皆年金の実現である。昭和25年当時、厚生年金保険、共済組合などの適用を受ける者は約1,000万人であつたが、これらの年金制度はいずれも被用者に関するものであつた。しかし、終戦を契機とする家族制度の崩壊、人口構造の老齢化などの社会的諸要因を背景として、所得保障の網の目から落ちこぼれていた農民、自営業者などに対する年金制度を創設するため、昭和34年に国民年金法が制定された。この制度には拠出年金制度のほかに、従来年金制度がなかつたために当時年金を受給していなかつた老人、身体障害者、母子世帯に保険料を納入することなくただちに年金を支給する福祉年金の制度が組み込まれた。福祉年金制度は昭和34年11月に、拠出年金制度は昭和36年4月にそれぞれ実施され、国民皆年金が成立した。また、このように体系的に整えられた年金制度は、その給付面においても著しい改善が行なわれ、昭和44年には厚生年金、国民年金ともに老齢年金がいわゆる2万円年金の水準に達した。

第2は、生活保護基準の改善である。この制度は、自活できない世帯に対して公費により最低生活を保障するものであるから、保障すべき生活内容は、一般国民の生活水準と関連させる必要がある。生活保護基準は、昭和20年の生活困窮者緊急生活援護要綱に基づいて緊急援護を実施した当時から、旧生活保護法を経て今日まで27回にわたつて改定されており、一般勤労者世帯の生活水準との格差も次第に縮小してきている。

第3は、老人、心身障害児(者)などに対する福祉施策の進展である。老人については、すでに述べた国民年金制度による所得保障のほか、健康診査の実施、老人ホームの設置、家庭奉仕員のサービス、老人クラブの育成などの福祉措置が次々に講じられてきた。老人ホームの数、収容人員も昭和25年には生活保護施設の養老施設としてわずか172か所(収容人員9,183人)であつたのが、昭和45年末には1,014か所(収容人員75,397人)となつている。また、心身障害児(者)に対する福祉措置も、相談指導、施設入所、訪問指導などがきめ細かに実施されてきた。施設の整備も進んできた。たとえば、昭和25年における保育所数は3,630か所(収容人員29万2,335人)であつたのが、昭和45年末には14,101か所(収容人員119万4,932人)となつている。

以上のように国民の健康と福祉は着実に進展してきたが、このような社会保障の発展は、福祉国家建設のためには、社会保障の確立が不可欠であるという認識の高まりによるところが大きい。しかしなが

ら、わが国の社会保障の水準は、いまだ必ずしもじゅうぶんとはいえない。

第2表にみるように、1968年(昭和43年)における振替所得(主として社会保障による再分配所得)の対国民所得比は、わが国が5.4%であるのに対し、イギリスは11.0%、西ドイツは18.4%、フランスは22.1%であり、わが国の水準はかなり低いものとなつている。また、1人当たり振替所得額で比較してみると、1968年においてわが国は約61ドル(21,960円)であるのに対し、イギリスは約159ドル、西ドイツは約321ドル、フランスは約426ドルとなつている。同年における1人当たり国民所得がわが国を100としたとき、イギリスが128、西ドイツが155、フランスが171であることを考慮しても、わが国の水準はやや低くなつている。

第2表 振替所得の対国民所得比

第2表 振替所得の対国民所得比 (単位: %)

	35年度	36	37	38	39	40	41	42	43	44
日 本	4.5	4.7	4.9	5.2	5.6	5.6	5.6	5.4	5.4	5.2
ア メ リ カ	6.4	7.1	6.8	6.8	6.6	6.6	6.6	7.1	7.5	
イ ギ リ ス	7.9	8.0	8.5	9.0	8.8	9.6	10.0	10.1	11.0	
西 ド イ ツ	16.3	16.3	16.5	16.6	16.7	17.1	17.8	19.5	18.4	
フ ラ ン ス	17.2	18.2	19.5	21.1	21.7	22.3	23.0	22.1	22.1	
イ タ リ ア	13.9	13.6	14.1	14.9	14.8	16.9	17.1	16.8	17.3	
ス ウ ェー デ ン	9.1	9.5	9.9	10.8	11.0	11.8	12.5	12.9	13.9	

資料: 経済企画庁「改訂国民所得年報」

U.N. Yearbook of National Accounts Statistics

わが国の社会保障の水準が低いのは、年金制度が未成熟であること、老人層の総人口に対する割合が西欧諸国に比べて低いことなどにも原因があるという説明も可能であるが、この実績が基礎となるため、昭和50年度を目標年次とする新経済社会発展計画においても、同年度の振替所得の規模は対国民所得比で7%前後にとどまつている。

社会保障の立ちおくれの第1は、年金制度である。昭和36年に皆年金が実現されて以後、給付額の改善も逐次行なわれ、いまや拠出制年金のうち、たとえば老齢年金については、制度的には西欧諸国と比べても遜色のないものとなつている。しかし、拠出制年金の対象となり得なかつた現在の大半の老人に対する福祉年金の水準は、昭和34年月額1,000円から出発して、月額2,300円(昭和46年11月分から)に達したところである。老齢福祉年金の受給者は昭和45年10月末現在で287万1,000人であるが、これは70歳以上人口(45年国勢調査で約437万人)の約66%に相当している。扶養意識の薄れや核家族化の進行が早い速度で行なわれている現在においては、この福祉年金の充実は早急に推進される必要がある。

つぎに、同じく昭和36年に確立された国民皆保険によつて、国民の誰もが保険によつて医療を受けられることとなつた。この皆保険の実施は、貧困の予防には大きな役割を果たしてきたが、なおその抜本改正にあたり、公費負担医療の拡充強化とあいまつて、医療保障としての機能の強化を要請されている。すなわち、生活保護への落層原因をみると、世帯主または世帯員の疾病によるものが半数以上を占め、他の原因によるものが減少したためもあつて、相対的な比重の増加を示している。世帯主または世帯員の疾病は昭和35年度には生活保護開始原因の55.4%を占めていたが、昭和45年度には80.9%にも達している。

また、医療扶助の受給人員も35年度の46万人から、45年度には70万人にふえている。これらはいずれも、医療費が増加すれば、保護を受けざるをえなくなることを示している。皆保険の実現にもかかわらず、疾病はいぜんとして貧困の最大原因である。また、国民皆保険が実現したといつても、病気にかかりやすく、その病気が慢性化の経過をたどることが多い老人にとつて、自己負担が生活にひびくほどの多額に達する場合が少なくない。老人は、この負担をおそれて受療の回避、中止などの傾向におちいり

やすい。自己負担を軽減するため老人医療の改善を早急にはかる必要がある。さらにねたきり老人に対する居宅サービスとして、家庭奉仕員の派遣や訪問健康診査などが実施されているが、これらの対策は早急に充実されなければならない。

近年の交通事故や集団事故の増加に対しては、救急医療体制の整備が必要である。現在人口100万に1か所の割合で国公立を中心とする救急医療センターが設置されているが、道路交通事情の変化などを考慮すれば、その増設がさらに必要となる。

交通事故、産業災害などによつて心身に、障害のある者や脳卒中の後遺症のある者については、これらの者が職場、学校、家庭などの通常の社会生活に復帰することを容易にするためのリハビリテーション・サービスが必要であるが、そのための施設が量的にも質的にも不十分である。

社会福祉施設、なかでも老人福祉施設、重度心身障害児(者)施設、精薄児(者)施設などの整備が急がれている。特に、今後は、ねたきり老人など要援護老人、重度心身障害児(者)、重度身体障害者、心身障害児(者)などの施設の整備が、老朽施設の建て替えをも含め、重点的に推進されなければならない。

また、急速な都市化社会の進展は、生活環境の整備をますます遅らせているが、水道施設の整備、水源の確保もまた早急に措置されなければならないことである。量的に膨大化し、質的に困難化している各種の都市・産業廃棄物の衛生的処理もいまだ不十分である。

社会福祉施設、病院などの施設の整備とともに、社会福祉、医療保障を拡充するためには、量的にも質的にも専門職員の養成、確保が必要となる。

人口の老齢化、所得水準の向上、皆保険、公害および交通事故の増加などが要因となつて医療に対する需要はふえ続けているが、医師数がこれらの変化に適切に対応していない。たとえば、厚生省医務局の「救急病院・診療所における交通事故による傷病者の取扱状況調(45年3月31日)」によると、交通事故による負傷部位のうち、頭部の負傷が新入院と新外来の場合で26.3%であることから、救急病院、救急診療所には脳神経外科の設置は必須であるが、脳神経外科を診療科とする医師数は昭和44年末で486人にすぎない。また、保健所における医師の充足率は同年末で41.7%である。

看護婦の不足も深刻である。医療需要の増加に伴う医療機関および病床数の増加、疾病構造の変化、医療内容の高度化などによつて、看護職員の資質の向上と数の増加が必要となつている。このほか、リハビリテーションの専門的技術者としての理学療法士、作業療法士の養成も急務である。

また、保母など社会福祉事業従事の専門職員の養成、確保も社会福祉サービスを徹底させるのに必要であるが、現在その確保はじゅうぶんではない。

結局、わが国の社会保障は制度的には整備されたが、現在の所得保障の水準は必ずしもじゅうぶんではなく、また医療施設、社会福祉施設、水道、廃棄物処理施設などの生活に直接関連する社会資本ストックが不足、かつ、老朽化している。さらにこれら施設を円滑に機能させたり、きめ細かな福祉サービスを徹底させるのに必要な専門職員にも不足しているという問題に直面している。

いまやめざましい進展をとげた日本経済は、生産や所得をどのように増加したらよいか、どの面での資産がふえることが望ましいかを検討すべき発展段階に達しているといえる。すでに「福祉なくして成長なし」という言葉に示されるように、経済成長第一主義からの離脱をはかり、国民福祉を優先させていくことこそ、わが国経済社会の発展方向とすべきである。

このように厚生行政は数多くの課題に直面しているが、昨年度の厚生白書はそのなかで老人問題を特にとりあげて解析を試みたが、今回の白書においては、児童と家庭の問題をとりあげることとした。厚生行政の横断的概観という従来の枠を離れて老人問題を特にとりあげた昨年に続いて、もう一度個別の問題に焦点をさぼるわけである。児童と家庭、児童と社会の問題をこの際特に取り上げるのはつぎの理由からである。

昭和26年児童憲章が制定されてから20年の間に、家庭も社会も物質的には飛躍的に豊かになり、児童福祉対策も著しい進展をとげた。しかし、児童の健康状態の全般的な向上にもかかわらず、重度の障害や重い疾病におかされた児童を持つ家庭の苦しみは、一般家庭の生活が豊かになるだけに、一層深刻なも

のとなつている。また、悪化する環境の汚染、増加する交通事故は、ともに児童の健康を脅やかしている。

急激な社会変動のなかで育つ今日の児童は、家庭のなかでは、少なくなる家族の構成員、増加する母親の就労、忙し過ぎる父親、家庭のそとでは、狭い遊び場、氾濫する不良出版物、薄くなる地域社会の連帯感などのかたちで、変化の影響を受けており、きわめて不安定な状況のもとに置かれている。

一方、不幸にして心身の障害や重度あるいは慢性の疾病を有する児童や、家庭環境に問題があつて社会的援護を要する児童のための対策や施設の整備は、年々の拡充にもかかわらずじゆうぶんな水準には達していない。いうまでもなく、児童の養育責任については、両親が第一義的には責任を有するが、社会が、必要に応じこれを分担して受け持たなければならない。すでに、昭和22年児童福祉法の制定に際して、この理念は「国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う。(第2条)」という条文に明示された。児童福祉行政は、以来20余年の間に着実に進展してきたことはのちにみるとおりであるが、国と地方公共団体に課せられた責任をじゆうぶんに全うする水準にまで達しているだろうか。もちろん、児童の健全育成に対して社会の負うべき責任は、時代とともに変化するはずのものである。戦後の急速な社会変革の歴史は、同時に家庭機能の変化の歴史でもあつた。老人の扶養、児童の養育の両面において、弱化した家庭の機能を補うべく社会の機能は強化されただろうか。

児童憲章制定20周年を迎えた昭和46年度に児童手当制度が創設されたことは、児童養育における社会の役割の新たな段階が確認されたことを意味するが、今後とも社会にはより多くの役割が期待されることになる。もちろん社会的機能の強化は、国民の共同消費部分の増加を意味するわけであり、増加する費用負担に任ずるための合意が必要である。

すでに述べたように、児童の養育は、第一義的には家庭に課せられた義務でもあり、国と地方公共団体の役割は国民が家庭を守り、児童を養育しようとする自主的な努力を尊重しつつ、そのための基礎的な条件の整備に努めることにある。この意味では、家庭が、何らかの事情により、本来家庭が果たすべき役割を社会に求めるときには、相応の負担に応えることが必要とされよう。また、家庭機能の変化に応じ、それを補完するような共同施設や相互共済の方式が、地域の特性に応じて、地域社会のなかで自発的に生み出されていくことも必要ではなからうか。

このような点を含めて、児童憲章制定20周年に際し、わが国の児童が置かれている状況とそれに対する社会の役割を点検しておくことは、ぜひとも必要なことと考える。

第3表 衛生・福祉指標の国際比較

第3表 衛生・福祉指標の国際比較

	日 本	アメリカ	イギリス	フランス	西ドイツ	スウェーデン
伝染病死亡割合 (%)	3.3 (1967)	0.9 (1967)	0.7 (1967)	1.8 (1967)	1.2 (1967)	0.8 (1967)
妊産婦死亡率 (出生10万対)	70.5 (1967)	28.0 (1967)	20.7 (1967)	32.0 (1967)	58.2 (1967)	14.0 (1967)
65歳以上の老人1人当たり年金給付費の1人当たり国民所得に対する比率 (%)	13.7 (1970)	34.0 (1963)	34.5 (1963)	30.3 (1963)	72.2 (1963)	37.4 (1963)
65歳以上人口に対する老人ホーム収容率 (%)	1.0 (1969)	3.7 (1963)	4.5 (1963)	—	—	4.8 (1964)
医師1人当たり人口 (人)	885 (1969)	652 (1967)	856 (1967)	850 (1967)	614 (1967)	852 (1967)
水道普及率 (給水人口比(%))	81 (1970)	93 (1960)	99 (1961)	79 (1962)	91 (1969)	95 (1965)
下水道普及率 (利用人口比(%))	17 (1968)	68 (1962)	90 (1963)	40 (1963)	63 (1960)	71 (1964)

厚生省企画室調べ(下水道普及率については、建設省都市局下水道課調べ)

註 欧米諸国の老人ホーム収容率については、長期療養施設(病院)を含む。

