

総論

第2章 障害者対策の歩み

我が国の障害者対策を障害者の「完全参加と平等」という目標からみたときに、残された課題は少なくない。

しかし、歴史的にみると障害者の福祉向上のための努力が積み重ねられてきたということも事実である。本章では、明治以降現在までの障害者対策の歩みを振り返ってみよう。

総論

第2章 障害者対策の歩み

第1節 明治以降第2次世界大戦終結までの歩み

近代国家としてスタートした明治以降第2次世界大戦が終わるまでの間における我が国の障害者対策は、戦争で発生した傷い軍人を中心に行われ、多くの一般の障害者は、生活に困窮した時に公的扶助制度によって保護を受けるほかは、昭和10年代になってから一部の者が年金を受給できるようになった程度であった。

すなわち、傷い軍人に対しては、明治8年の海軍退隠令にはじまり、大正12年に恩給法として統一された恩給制度によって、恩給が支給されたほか、昭和14年に設置された軍事保護院組織下の温泉療養所等の国立施設で、医療、訓練等の援護措置が行われていた。

これに対して、それ以外の一般の障害者の場合は、明治7年に制定された恤救(じゅつきゅう)規則、昭和4年の救護法によって保護を受ける程度で、昭和10年代になって、船員保険、労働者年金保険の両年金保険が創設されて、障害年金の支給が行われるようになったが、この時代全般を通じてみると、公的な施策よりも少数の民間篤志家による慈善事業に負うところが大きであった。明治24年に設立された精神薄弱児の保護施設である「滝乃川学園」はその一例である。

しかし、こうした民間の事業は法的な裏付けがなく、国の施策の一環として行われたものでないため、これによって援護を受けられる障害者は、全体からみれば限られた範囲にとどまった。

医療面では、昭和になってから医療保険制度の創設(昭和2年健康保険、同13年国民健康保険)をみたが、障害者に対する医療という点では不十分なものであった。

この時代における精神病患者に対する施策としては、明治33年に精神病患者の保護に関する「精神病患者監護法」が制定され、更に大正8年に、単に監護するだけでなく医療対策へ前進を図るために「精神病院法」が制定された。しかし、精神病院の普及はあまり進まず、精神病患者の多くは、私宅に監置されていたといわれている。

総論

第2章 障害者対策の歩み

第2節 戦後における障害者対策の歩み

1 福祉サービス及び所得保障関係の歩み

(1) 法体系の整備

新しい憲法の理念に基づく人権尊重思想の高まりの中で,我が国の障害者対策は戦後一変し,22年の「児童福祉法」,24年の「身体障害者福祉法」,25年の「精神衛生法」と次々と基本となる法律が制定され,これによって,障害者対策の基本的枠組が形づくられた。

しかし,成人の精神薄弱者に対する福祉施策は,当初の法体系から取り残されていた。このため,28年に中央青少年問題協議会が「精神薄弱児対策基本要綱」をとりまとめたのを契機に精神薄弱者問題に対する社会的関心が高まり,35年に至り,「精神薄弱者福祉法」の成立をみた。これによって,精神薄弱についても身体障害と同様に児童から成人に至る一貫した福祉対策が法に基づいて行われることになり,現在の法体系が整った。

総論

第2章 障害者対策の歩み

第2節 戦後における障害者対策の歩み

1 福祉サービス及び所得保障関係の歩み

(2) 重度又は在宅の障害者に対する施策の拡充

このように基本的法体系の整備をみた後の次の段階では、処遇技術の進歩等を背景に、それまで取り残されがちであった重度又は在宅の障害者にも次第に目が向けられるようになった。

その第1は、重度障害者対策である。30年代前半頃までは、心身に重度の重複した障害をもつ児童及び重度の精神薄弱児については、その処遇が難しいことから、施設入所が敬遠されがちであったが、こうした重度の心身障害児に対する対策がこの時期の緊急の課題としてクローズアップされ始めた。まず、33年に国立精神薄弱児施設(国立秩父学園)が設置され、精神薄弱の著しい児童又は盲ろうあ等の身体障害をもつ精神薄弱児の処遇が開始されるとともに処遇方法が研究されるようになった。ここでの研究成果を踏まえ、39年に至り、肢体不自由児施設1)とともに精神薄弱児施設1)に重度棟、重度加算が制度化され、これによって以後、重度児の施設収容が本格化するようになった。更に重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している児童に関しては、30年代後半以降の研究的な取組みを経て、41年に国立療養所に委託病床が設けられ、続いて42年に、児童福祉施設の一つとして「重症心身障害児施1)」が制度化された。

成人の重度の身体障害者に関しても、ほぼ同様の事情にあり、この時期に重度身体障害者更正援護施設1)(38年)、重度身体障害者授産施設1)(39年)が制度化された。更に、42年には、身体障害者福祉法の改正が行われ、「更正」のほかに「生活の安定に寄与」が同法の目的に加えられ、重度の身体障害者に対する援護施策も同法の体系に組み込まれることとなった。

なお、重度障害者対策との関連で、児童の施設と成人の施設との年齢による対象者の区分が弾力化され、両者の有機的連携が図られるようになったことも重要である。

すなわち、我が国の障害者に対する施設対策は法制上、原則として18歳を区切りとして制度が分かれており、その中において児童の施設において、20歳までは在所期間の延長ができる程度であった。

しかし、以上のような重度障害者の対策が進展をみるにつれて、更に弾力的に年齢区分を考える腰必要性が生じ、まず、重度の精神薄弱を対象とする国立の精神薄弱児施設において、20歳以降も在所期間が延長できるようになり、42年からは、国立以外の施設において重度の精神薄弱児及び重度の肢体不自由児の場合は、20歳を過ぎても在所期間を延長できるようになった。同時に、成人の障害者の施設である精神薄弱者援護施設1)、身体障害者更生援護施設1)においても、15歳以上であれば障害児が入所できるようになり、児童の施設、成人の施設双方で年齢による区分の弾力化が図られた。

第2は、在宅の障害者に対する治療、訓練生活指導等の充実を図るため、通園、通所形態の施設が次々と制度化されたことである。

すなわち、精神薄弱に関するものとしては、32年に精神薄弱児通園施設1)が制度化され、更に、35年に制定された精神薄弱者福祉法による精神薄弱者援護施設は、収容部門だけでなく、通所部門をも含みうる形で制度化されている。肢体不自由児に関するものでは、38年に肢体不自由児施設に「通園児童療育部門2)」が、40年に「母子入園部門3)」が設置され、更に、44年に「肢体不自由児通園施設1)」が制度化されている。

第3は、経済的援助が推進されたことである。まず、年金については、既に昭和17年、労働者年金保険制度が発

足し,19年には厚生年金保険制度に改められて,被用者に対し,障害年金を含む所得保障が行われてきていたが,戦後の混乱期を切り抜けた29年,現行の制度の原形となる全面的な改正が行われ,障害年金を含む年金給付体系の合理的な整備が図られた。

更に34年には,国民年金法が公布され,拠出制の部分は36年4月から,福祉年金は34年11月から,それぞれ実施されて,自営業者,農林漁業者等被用者以外の者にも,障害年金を含む年金保障の途が開かれることとなった。

20歳未満の障害児に対しては,39年に重度の精神薄弱児を対象とする重度精神薄弱児扶養手当が支給されるようになり,41年には重度の身体障害児も対象に取り込んで特別児童扶養手当⁴⁾に発展した。

施設整備が進展し,施設に収容される障害者が増加したといっても,それは障害者全体からみれば一部であり,多くの在宅の障害者にとってこうした経済的援助が行われるようになった意味は極めて大きい。この時期にこうした経済的援助が始まった背景には我が国の社会経済が発展し,国民の福祉充実に対する関心も高まりをみせていたことも関連していよう。

(注)

1)参考資料2参照

2)通園児童療育部門とは,肢体不自由児施設の機能を十分活用することにより,通園によっても療育効果が得られる児童を対象に必要な療育を行うものである。

3)母子入園部門とは幼若等のため単独入所させるよりは,母親とともに短期間入園させ,必要な療育を行うとともに,家庭復帰後においても一貫した訓練指導ができるようにすることを目的とするものである。

4)第3章第5節の2参照

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 障害者対策の歩み

第2節 戦後における障害者対策の歩み

1 福祉サービス及び所得保障関係の歩み

(3) 専門的処遇の充実と施策の体系化

以上、ほぼ昭和40年代前半までの歩みを見てきたが、それ以降現在までの障害者対策の歩みは、これまで述べてきた各種施策を更に推進するとともに、各施設間の有機的連携を高めるなど施策の総合化、体系化に向けたものといえよう。また、在宅福祉対策の充実に力がいれられるようになったのもこの時期である。

施策の総合化、体系化ということでは、障害者に対する施策は、各省庁にまたがる広範囲なものであるため、ややもすれば、その総合性一貫性に欠けるきらいがあった。このため、衆議院社会労働委員会に障害者対策小委員会が設置され、心身障害者対策についての基本法案が検討され、45年に「心身障害者対策基本法」の成立をみた。この法律は、心身障害者の予防、医療、教育、雇用促進、年金などの基本的事項をとりあげ、諸施策の総合的な推進を図ることを目的としており、このための機関として中央心身障害者対策協議会及び地方心身障害者対策協議会の設置を規定している。

重度障害者対策関係では、46年度を初年度とする5か年間の「社会福祉施設緊急整備計画」が策定され、この中で重度の心身障害者のための施設整備が重点目標の一つとされ以後計画的な整備が進められるとともに、47年には、常時の介護を必要とする身体障害者のための「身体障害者療護施設1)」が制度化された。

また、重度、重複障害の精神薄弱者を長期にわたって収容し保護するための多目的総合福祉施設として、「国立コロニーのぞみの園(群馬県高崎市)」が46年に設立され、現在これを含めて18のコロニーが全国各地に建設されている。施設整備に関しては、このように立ち遅れていた重度障害者のための収容施設の整備が緊急の課題とされたが、一般的には、在宅福祉充実に対する要請の高まりの中にあって、通所、利用形態の施設整備に重点が置かれてきている。すなわち、前に述べた各種の主として児童に対する通園、通所施設の普及が進められたほか、40年代後半には、身体障害者福祉工場1)、地域の在宅サービスの拠点としての身体障害者福祉センター1)が、50年代に入ってから、精神薄弱者通勤寮1)、精神薄弱者福祉ホーム2)、身体障害者福祉センターB型3)、身体障害者通所授産施設1)、障害者更生センター4)が制度化されてきている。

また、施設運営の改善を図ることも大きな課題であり、従来から措置費の改善が図られてきているが、特に、職員数の増を図るための改善が積極的に行われ、それに見合って職員定数の基準が改正されてきている。

なお、施設に関しても、各種の施設の有機的連携の重要性に対する認識が高まってきており、54年に埼玉県所沢市の同じ敷地内に、厚生省所管の国立身体障害者リハビリテーションセンターと労働省所管の国立職業リハビリテーションセンターが設置され、障害を有するようになった人が、治療と訓練を受け、職業につくまでの一貫した措置が行われるようになったことは、今後における施設の在り方のモデル的ケースとして意義深い。

経済的援助に関しては、49年度から障害福祉年金、50年度から特別児童扶養手当の支給対象が中度の障害者にまで拡大されるとともに、給付水準の大幅な改善が毎年図られてきている。また、在宅の重度の障害者のうち常時介護を要する者に対して、50年から福祉手当5)が支給されるようになり、経済的援助の一層の強化が図られた。

経済的援助の強化、通園、通所等の形態の施設の整備も在宅福祉の充実につながるものであるが、家庭奉仕員派遣(42年度)、日常生活用具の給付(44年度)、介護人派遣(48年度)等の在宅福祉サービスもほぼこの時期の

初めの頃から次々と制度化されてきており,在宅障害者の多様なニーズにこたえるための努力が続けられてきている。

(注)

1)参考資料2参照

2)精神薄弱者福祉ホームとは,就労している精神薄弱者であって,家庭環境,住宅事情等の理由により,現に住居を求めているものに独立した生活を営むために利用させ,就労に必要な日常生活の安定を確保し,もってその社会参加の助長を図ることを目的とする施設である。

3)身体障害者福祉センターB型とは,都市における在宅身体障害者の社会適応訓練事業を主たる目的として,原則として人口20万人以上の市が設置する身体障害者福祉センターである。

4)障害者更生センターとは,障害者とその家族が気軽に宿泊,休養でき,かつ,各種の更生相談等に応ずるとともにレクリエーション等を行うセンターである。

5)第3章第5節の2参照

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 障害者対策の歩み

第2節 戦後における障害者対策の歩み

2 保健医療サービス関係の歩み

(1) 障害の発生予防,早期発見

障害の発生予防,早期発見に関しては,33年に未熟児に対する養育医療¹⁾が制度化されたほか,36年度から経口生ポリオワクチン投与が開始されたことが,当時多数の発生をみていたポリオの発生予防の上から特筆される。

40年には母子保健法が制定され,妊産婦,乳幼児に対する保健指導,健康診査等が制度化され,障害の発生予防,早期発見の上で積極的な役割を果たすこととなった。母子保健対策はその後,逐次内容の改善が図られてきているが,特に50年代以降,1歳6か月児健診が実施されるようになったほか,52年度からはフェニールケトン尿症²⁾等の先天性代謝異常を発見するための新生児に対するマス・スクリーニング検査の実施等が行われるようになるとともに,これによって発見された患児の治療上不可欠な特殊ミルクの安定的供給を図るため,55年度から国庫補助が行われている。

(注)

1)第3章第3節の3参照

2)第3章第3節の1参照

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 障害者対策の歩み

第2節 戦後における障害者対策の歩み

2 保健医療サービス関係の歩み

(2) リハビリテーション医療の普及

我が国におけるリハビリテーション医療の普及において、先駆的な役割を果たしたのは厚生年金保険の福祉施設である。

福祉施設として最初に取り上げられたのは、整形外科診療であり、昭和19年以降各地の温泉地に設置された診療所において物理療法、温泉療法等が行われ、障害の回復が図られた。

また、26年以降は、東京、大阪などの各地に厚生年金病院が設置され、整形外科を中心に、診療及び医学的リハビリテーションが行われている。

29年の更生医療¹⁾及び育成医療¹⁾の制度の創設によって、いわゆるリハビリテーション医療の普及が図られることになった。

障害に関係する公費負担医療制度としては、このほかに、前述のように33年に障害を残すことの多い未熟児に対する養育医療が、翌34年に結核児童に対する療育の給付等が制度化されている。これらの公費負担医療制度は、逐次対象疾患の拡大を図ってきている。

リハビリテーション医療は、これらの公費負担医療を担当する特定の医療機関又は病院としての要件を備えた福祉施設である肢体不自由児施設を中心として行われてきた。

しかし、医療保険の診療報酬におけるリハビリテーション関係点数の改善、理学療法士及び作業療法士の制度化(40年)等によって、一般の医療機関においても次第にリハビリテーション医療が普及し始めた。

診療報酬では、特に近年、リハビリテーション関係点数の重点的な改善が図られてきている。単に点数の引上げだけでなく、49年には、以前から点数評価されていた運動療法(かつては整形外科機能訓練)のほかに、作業療法が新設され、56年6月の診療報酬改定においては、これらの点数の大幅な引上げが行われるとともに、言語療法、視能訓練が新たに点数設定されるようになり、リハビリテーション医療の普及促進に寄与している。また、49年からは、適正水準のリハビリテーション医療を確保するために、運動療法及び作業療法に関して、施設基準が設けられ、これに適合する医療機関数は、全体からみればまだ少ないが、年々増加してきている。

以上のような一般の医療機関におけるリハビリテーション医療の普及とともに、給付率の引上げ等医療保険制度の改善が行われたこともあって、更生医療等の公費負担医療制度がリハビリテーション医療の面で果たす役割は、近年大きく変わってきているといえよう。

(注)

1)第3章第3節の3参照

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 障害者対策の歩み

第2節 戦後における障害者対策の歩み

2 保健医療サービス関係の歩み

(3) 精神障害者に対する医療

精神障害者に対する医療については、25年に医療保護だけでなく、予防対策も含めた幅広い内容をもつ「精神衛生法」が制定されたが、当時は患者数に比べて病床数が著しく不足していた。このため、29年から非営利法人が設置する精神病院の建設及び運営に要する経費に対して国庫補助が行われるようになり、これにより、30年代前半には、精神病院は急速に増加し、精神障害者に対する医療保護は飛躍的に前進した。

その後、薬物療法等の治療方法の進歩に伴い、予防対策、在宅対策が次第に注目されるようになり、40年に精神衛生法の改正が行われ、精神衛生センター¹⁾の設置、在宅精神障害者に対する訪問指導、相談事業の強化、通院医療に対する公費負担制度¹⁾の新設等が規定された。

これにより、入院を中心とした医療から通院、在宅医療へと大きく変化し、これに対応して、回復途上にある精神障害者の社会復帰を図るため、診療報酬において49年の改正で、精神科作業療法、精神科デイ・ケアが新設されている。また、デイ・ケア施設¹⁾等の社会復帰施設が制度化されるに至っているが、まだ、その普及はあまり進んでいない。

(注)

1)第3章第3節の3参照

総論

第2章 障害者対策の歩み

第3節 障害者対策に関する財政支出の推移

以上みてきた障害者対策の歩みを支出面から概観しておこう。

ここでは便宜上、総理府「社会保障統計年報」によって社会福祉関係に分類されたもののうち、「身体障害者福祉」、「精神薄弱者福祉」及び「心身障害児等対策」の三つを合算したものと社会保険の「障害年金」とを合計したものを、その推移をみることにする。なお、同年報において「公衆衛生及び医療」に分類されている精神衛生法に基づく医療給付等の支出額は含んでいないことに留意する必要がある。

第2-1表に示されるように、40年度を100とした54年度の指数は、国民所得が669、社会保障給付費が1,366、社会福祉が2,960となっているのに対し、障害者対策関係支出は4,084(障害年金を除くと6,522)となっており、国民所得だけでなく社会保障給付費の伸びをも大幅に上回っている。

第2-1表 障害者対策関係支出の推移

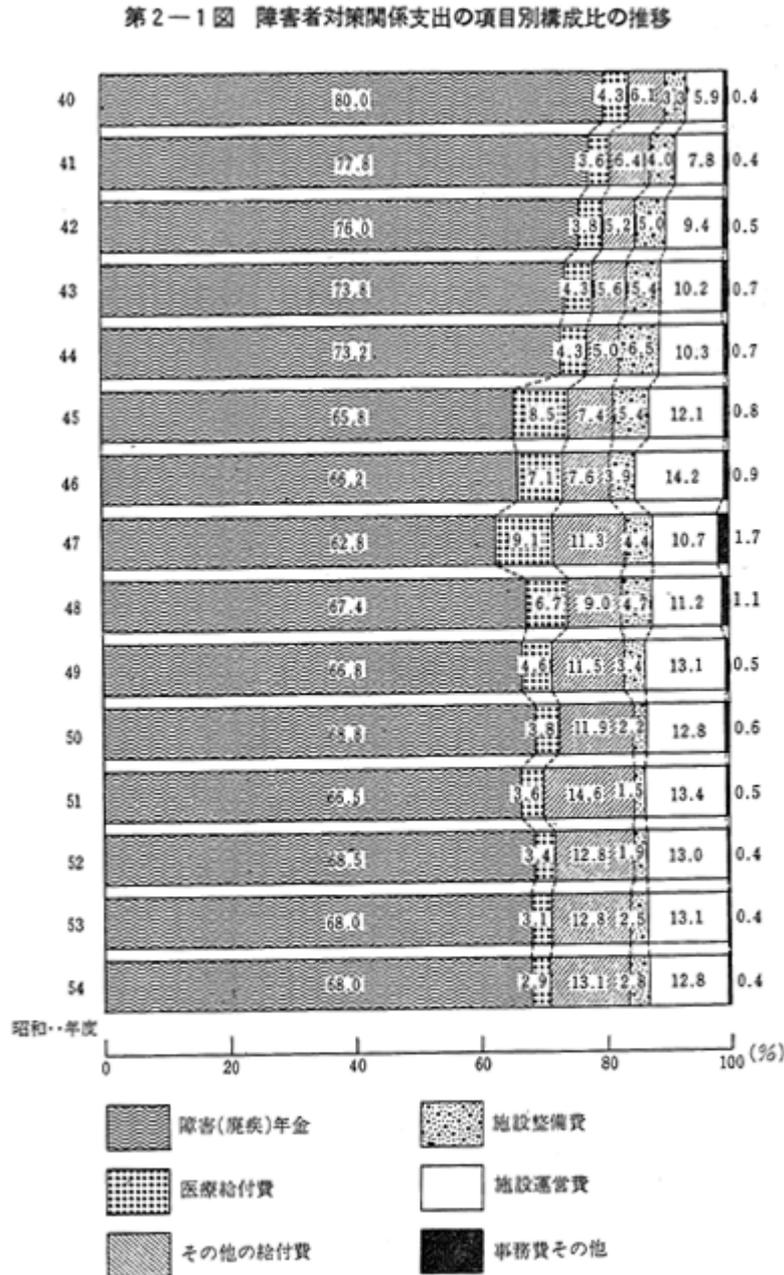
年度	国民所得	社会保障給付費	社会福祉					障害年金(D)	障害者対策関係支出(A)+(B)+(C)+(D)
			総額	身体障害者福祉(A)	精神薄弱者福祉(B)	心身障害児等対策(C)	(A)+(B)+(C)		
40	100	100	100	100	100	100	100	100	
45	229	220	257	278	497	1,089	557	269	
50	463	728	1,723	1,406	3,184	5,624	3,017	1,669	
51	520	903	2,029	1,641	4,012	8,529	4,138	2,056	
52	574	1,050	2,311	1,997	5,111	8,979	4,707	2,559	
53	627	1,230	2,665	2,482	6,099	10,475	5,598	2,985	
54	669	1,366	2,960	2,943	7,235	11,998	6,522	3,474	

- (注) 1. 総理府社会保障制度審議会事務局「社会保障統計年報」を基に厚生省企画室で試算したものである。国民所得については経済企画庁「国民経済計算年報」による。
2. いずれも昭和40年度の額を100とした場合の指標である。
3. 「身体障害者福祉」は、身体障害者保護更生の費用、身体障害者更生援護施設運営及び整備の費用、身体障害者職業訓練及び雇用促進の費用である。「精神薄弱者福祉」は、精神薄弱者援護施設運営及び整備の費用である。「心身障害児等対策」は、育成医療、療育の給付、補装具の支給の費用、肢体不自由児施設等の運営及び整備の費用、特別児童扶養手当の費用等である。
4. 「障害年金」は、国民年金(福祉年金を含む)、厚生年金保険、船員保険、各種共済組合及び労働者災害補償保険の障害年金(廃疾年金)である。
5. 障害年金は、年度末現在の年金額によっており、当該年度間の給付額でない。

次に、第2-1図によって、上記の障害者対策関係支出を、「年金給付費」、「医療給付費」、「その他の給付費」、「施設整備費」、「施設運営費」及び「事務費等」に分けて、その構成比の推移をみると、「年金給付費」の構成比が高く、この期間を通じて約3分の2を占めている。「医療給付費」は、47年度において腎不全に対する人工透析及び後天性心臓機能障害の医療が更生医療及び育成医療の対象に新たに加えられたた

め増加し,1割近くになったのを最後にその後は毎年低下しつつある。これば,前に述べたように,一般の保険医療機関において,リハビリテーション医療が普及したことも関連があろう。「施設整備費」の構成比は,40年代特に,その前半は各種の福祉施設が新たに心身障害児(者)のための施設として加えられ施設整備が進められたのを受けて高まったものの,49年度以降相対的には,低下してきている。これに対し,「施設運営費」の方は職員数の増を図る等の措置費の改善が毎年行われてきたこともあって,ほぼ一貫して10~15%で推移している。注目すべきなのは,「施設整備費」の構成比が低下するのと反比例するように,特別児童扶養手当や家庭奉仕員等の「その他の給付費」の構成比が上昇してきていることであり,54年度においては,「施設整備費」と「施設運営費」とを合わせたものには,わずかに及ばないものの,これに近づいてきており,施設サービス中心から在宅福祉サービス中心へと重点が移りつつあることを表している。

第2-1図 障害者対策関係支出の項目別構成比の推移



(注) 総理府社会保障制度審議会事務局「社会保障統計年報」を基に,厚生省企画室で試算したものである。