

第2編

第2部 厚生行政50年の軌跡

1 年表

2 社会保障制度の発展

1) 所得保障・医療費保障の充実

—最低生活保障制度から国民皆保険・皆年金体制の確立、さらに制度の再構築へ—

〔最低生活保障制度の創設〕

生活困窮者に対する救貧対策は、戦前から救護法等により実施されていたが、戦争直後、生活困窮者が急増し、これらの制度では十分対応し得なくなったため、昭和21年に、すべての国民の最低生活保障制度として(旧)生活保護法が、また、25年には受給権の保障を明確にした(新)生活保護法がそれぞれ制定された。

〔国民皆保険・皆年金体制の確立と大幅な給付改善〕

一方、医療保険や年金保険についても、戦前から、大正11年に制定された健康保険法、昭和14年に制定された船員保険法、16年に制定された厚生年金保険法(19年に労働者年金保険法から厚生年金保険法に改称)等被用者に対する制度が創設され、戦後もこれらの被用者制度を中心にその再建に力が注がれた。30年代に入り、農業従事者、自営業者などの医療費保障の観点から、これらの人々の医療保険制度の適用問題がクローズアップされることとなった。

このため、33年、被用者保険の適用を受けない者は国民健康保険制度に強制的に加入することとなり、医療保険制度の適用が農業従事者、自営業者にも拡大された。また、所得保障の分野では、34年に、農業従事者、自営業者等被用者年金制度の対象となっていない者のために、新たに国民年金法が制定された。国民健康保険法は34年、国民年金法は36年からそれぞれ実施され、こうして、社会保険制度がすべての国民を対象とするものとなり「国民皆保険・皆年金体制」が確立された。

その後、40年代の経済成長を背景として数次にわたる給付改善が行われ、特に「福祉元年」と言われた48年には、医療については老人医療の無料化、健康保険制度における家族の7割給付の実現、健康保険及び国民健康保険を通じた高額療養費支給制度の創設等が、年金については厚生年金及び国民年金の拠出制年金における5万円年金(夫婦)の実現、老齢福祉年金の3,300円から5,000円への引き上げ、年金の物価スライド制の導入等が実施された。

〔制度の再構築〕

50年代に入ると、産業構造の変化により雇用者の総就業者に占める割合は30年の41.0%から、40年において60.3%に、60年には75.4%に増加し、また、人口の高齢化も進行しつつあった。このような社会経済の変化は、老人加入率の異なる医療保険各制度間の負担の不公平を招くとともに、将来の社会保障の負担問題を深刻なものとするのが強く認識され、高齢化社会への軟着陸を目指して、将来にわたり安定的、効率的な社会保障制度を確立することが課題となった。

このため、50年代から60年代にかけて、次のような諸改革が実施された。

第一に、57年、老人医療費について一部負担の導入、疾病の予防から治療、機能訓練に至る各種の保健事業の総合的实施及び老人医療費の各保険者共同負担等を目的とする老人保健法が制定され、翌58年から実施された。また、同法は61年に改正され、一部負担の引き上げ及び各保険者間における老人医療費の負担の公平化と併せて老人保健施設も制度化された。

第二に、59年、健康保険法が改正され、被用者本人の定率負担の導入、高度化、多様化した国民の医療ニーズに対応するための特定療養費制度の導入、退職者医療制度の創設等が実施された。さらに、63年、国民健康保険法が改正され、国民健康保険制度が抱える構造問題に国と地方が共同して取り組む仕組みを創設し、制度の安定化を図った。

第三に、60年には、公的年金制度全体の一元化に向けて各制度共通の基礎年金の導入とそれに伴う制度体系の再編、将来にむけての年金水準と保険料負担の適正化、婦人の年金権の確立、障害年金の大幅改善等を内容とする年金制度改革が行われ、61年から実施された。加えて、63年にはサラリーマンの老後生活をより豊かなものとするため企業年金の育成・普及を目的として厚生年金基金制度の改正が行われ、年金給付の充実や基金の普及のための条件整備が進められた。

これらの改革の成果を踏まえ、本格的な高齢化社会の到来に備えて、安定的な社会保障制度とするためには、国民皆保険・皆年金体制の基本を維持しつつ給付と負担の公平性を一層進めていくとともに、医療や老後の経済保障に対する国民のニーズの高度化、多様化に対応し、公的制度の補完として企業年金の育成やすでに萌芽が見られる民間保険や簡易保険の適切な活用を図っていくことが課題となっている。

第2編

第2部 厚生行政50年の軌跡

1 年表

2 社会保障制度の発展

2) 福祉をめぐる状況の変化と社会保障の発展

-戦後の当面の対応から施設対策中心へ、さらに在宅対策中心へ-

〔戦争直後の対応〕

戦後、我が国では、海外に残された旧軍人軍属及び一般邦人約660万人の引揚げが緊急課題となり、昭和21年、厚生省に引揚援護院(23年、引揚援護庁に改組)を設置して引揚援護の業務にあたった。

これら海外からの引揚者に加え、戦争孤児や戦災者等多くの生活困窮者が発生した。しかも、多くの社会事業施設は戦災等により焼失、破壊され、救護法等従来の救済制度ではどうも対応できるものではなく、社会事業施設を復興し、これらの者に対する援護体制を整えることが緊急の課題となった。

また、21年に旧生活保護法が制定(新生活保護法は25年制定)されたほか、22年に児童福祉法が、24年には身体障害者福祉法がそれぞれ制定され、これらのいわゆる「福祉三法」による社会福祉施設体系が整えられるとともに、26年には社会福祉事業の範囲や社会福祉法人などその基本的事項を定めた社会福祉事業法が制定され、社会福祉の第一線機関として福祉事務所が設置された。

さらに、27年には戦争により障害となった旧軍人軍属等と、亡くなられた旧軍人軍属等の遺族の援護のため戦傷病者戦没者遺族等援護法が制定された。

〔施設対策の発展〕

30年代に入り国民の生活水準が上昇する中で、社会の急速な進歩についていけない老人、障害者、母子家庭等稼働能力が十分ではない人々の生活に対する援助が問題となり、ハンディキャップを持った人々に対する施策の範囲が拡大された。すなわち、35年に精神薄弱者福祉法が、38年に老人福祉法が、39年に母子福祉法がそれぞれ制定され、従来の福祉三法に加えて、これらの法律からなるいわゆる「福祉六法」が整備され、ハンディキャップを有する人々に対する施策が整えられた。

これらの施策は、家庭における養護を得られない児童、心身の障害のために自活することのできない障害者や家庭において生活できない老人等に対する施設入所を軸とした施策であった。この時期の社会福祉施策は施設の整備を中心に進められ、46年には社会福祉施設緊急整備5か年計画が策定され、特別養護老人ホーム、重度障害児者施設、保育所等の施設が急速に整備された。

〔在宅対策の発展〕

ところが、50年代に入り一般家庭における福祉サービスに対する需要が高まってくるに伴い、福祉対策の方向も、ノーマライゼーションの考え方(心身障害者などのように社会的支援を必要とする人々を特殊とみなすのではなく、このような人々と共に暮らす社会こそがむしろノーマルであるとする理念)のもと

にできるだけ住みなれた地域や家庭で、高齢者や障害者が生活できるよう、在宅福祉サービスや地域に根ざした通所型施設の整備に重点が移ってきた。

すなわち、高齢者の在宅福祉サービスについては、ねたきり老人等に対して日常生活上の世話をを行うものとして従来から行われていた家庭奉仕員派遣事業に加え、53年には、高齢者が通いで昼間介護、入浴、給食、訓練等のサービスが受けられるデイ・サービス事業と介護者が疾病等により一時的に介護が困難になった場合に一時的に高齢者を預けるショートステイ事業が始められた。また、57年に家庭奉仕員派遣事業の所得制限が撤廃され、低所得者を対象としてつくられた福祉サービスを低所得世帯でなくてもニーズがある場合には利用できる途が拓かれた。

障害者対策については、国際障害者年の翌年に当たる57年に「障害者対策に関する長期計画」が、さらに58年からの国際連合「障害者の10年」の中間年たる62年に「『障害者対策に関する長期計画』後期重点施策」がそれぞれ策定され、障害者の社会への「完全参加と平等」をめざし、在宅福祉サービスの充実、障害基礎年金及び特別障害者手当の創設による所得保障の充実等が図られている。また、施設対策においても、常時の介護を必要とする重度障害者の生活施設である療護施設の整備が進められるとともに、授産施設や一般企業に雇用されることの困難な障害者に職場を提供する福祉工場等社会参加型の施設、通いにより障害児の療養訓練を行う障害児通園事業のような通所施設が進められ、住居を求めている障害者に対して独立した生活の場を提供する福祉ホームが創設されるなど、地域社会に根ざした施設に重点が変わってきている。

児童の健全育成対策としては、児童館など児童厚生施設の設置、運営が行われているが、38年からこれらの施設に対する設置・運営費が国庫補助対象とされ、地域における遊び場も次第に整備されていった。また、婦人の就労形態が農業・自営業に従事するものから雇用者に比重を移してきたこともあり、保育ニーズが多様化するなか無認可の保育施設がこの時期に急増した。このため、56年に児童福祉法を改正し、無認可保育施設に対する規制を強化する一方、多様化する保育需要に対応するため、乳児保育に加え、夜間保育、延長保育なども始められた。

今後、国民生活の変化に対応して、低所得世帯でなくてもニーズがある場合には利用できる形での福祉サービスの充実が求められており、在宅サービスを中心として保健、医療、福祉サービスの連携を強化するとともに、高齢者や障害者の知識や能力を生かした幅広い社会活動の機会をつくっていくことが求められている。また、国民の多様なニーズに応じるため、有料老人ホームなど民間サービスの健全な育成を図っていくことなどが課題となっている。

第2編

第2部 厚生行政50年の軌跡

1 年表

2 社会保障制度の発展

3) 健康と生活環境に関する施策の展開

—伝染病対策から成人病対策、積極的健康づくりへ—

〔結核等伝染病対策の発展〕

戦前から終戦直後までの時期の保健医療行政の中心は、結核等伝染病対策におかれた。

戦前や終戦直後は、生活環境及び衛生状態が良くない上に、生活水準は低く国民

の栄養状態も悪かったため、結核等の伝染病の蔓延が国民の健康を著しく蝕んでいた。このようななか、昭和12年に健康相談指導機関として設置された保健所を中心に、国民に対する結核予防の実践と療養知識の普及が図られた。

特に、戦後は、国民の栄養状態が改善され、衛生的な生活環境の整備が図られるとともに、23年の予防接種法に続き、ストレプトマイシン等化学療法の出現を背景として26年に新結核予防法が制定される等、医学の進歩を踏まえた伝染病の予防対策が推進された。

この結果、戦前戦後を通じて疾病の中心にあった伝染病はその後急速に減少した。国民的疾患であった結核の死亡率は、15年当時人口10万対212.9と死因順位の第1位を占めていたが、26年以降第1位の座を明け渡し、62年においては3.3で第16位になっている。

また、母子保健対策等の推進によって、10年に出生千人当たり106.7であった乳児死亡率は、22年76.7、30年39.8、40年18.5、50年10.0、62年5.0と急激に低下した。

〔成人病対策への転換と積極的健康づくり対策〕

一方、国民の生活水準の上昇や、食生活の変化に伴い、脳血管疾患、悪性新生物、心疾患等成人病が増大し、死亡原因の上位を占めるようになった。なかでも脳血管疾患の死亡率は高く、26年に死因順位の第1位となって以降急速に上昇したが45年以降次第に低下し、56年からは替わって悪性新生物が第1位に、60年には心疾患が脳血管疾患を上回り第2位となっている。62年では、これら三大成人病で全死亡数の62、2%を占めている。

疾病構造が感染症から成人病中心に変化したことに対応し、保健・医療行政においては、治療中心の医療対策から、予防から治療、リハビリテーションに至る一貫した保健医療対策への転換が図られた。38年に老人福祉法に基づいて老人の健康診査が、40年代にはがん検診車に対する補助や高血圧症の健診が始められ、53年からは家庭婦人の健康診査や健康づくりの基盤である市町村保健センターの整備、健康づくりの啓発普及を柱とする国民健康づくり対策が始められた。また、57年には老人保健法が制定され、壮年期からの成人病の健康診査、健康教育による疾病の予防から治療、機能訓練に至る各種の保健事業が法律に基づき総合的に実施された。同法は61年に改正され、病院での入院治療よりも看護や介護

に重点を置いたケアを必要とする老人を対象に、医療ケアと日常生活サービスを併せて提供し、家庭復帰をめざす施設として老人保健施設が制度化された。さらに、成人病の調査研究も進められ、がん、心臓病等の特定疾患に関する治療、調査研究を行うナショナル・センターとして、37年に国立がんセンターが、52年に国立循環器病センターが設置されており、58年からは「対がん10か年総合戦略」が実施され、がん克服のための研究事業が進められている。

保健医療対策においては、近年、生涯を通じて健康な生活を営むことができるよう、栄養、運動、休養のバランスの取れたライフスタイルの確立をめざすなど総合的な健康づくり体制の整備が課題になっている。

〔医療供給体制の量的確保から医療資源の効率的活用へ〕

一方、医療供給体制は、国民の所得水準の向上、医療保険制度の充実等による医療需要の著しい増嵩に伴って、医療施設が整備されていくとともに、それに対応して医科大学及び歯科大学の新設、定員増により、医師等医療従事者の大幅な量的確保が促進された。この結果、医療供給体制は、量的に相当程度の整備が行われてきた。しかし、50年代後半に入ると、将来の医師、歯科医師の過剰問題や医療機関の地域的偏在等の問題が指摘されるようになった。このため、医療資源の効率化を図るための医師、歯科医師の需給の見直しと入学定員の削減や、60年には医療資源の効率的活用を図るため、地域医療計画の策定等を内容とする医療法の一部改正が行われた。

医薬品については、戦後多くの新薬が開発され、国民の医療の向上に寄与してきたところであるが、54年には、医薬品の再審査・再評価を法制化するなど安全対策を一層向上させるとともに、副作用被害の迅速な救済を行うための医薬品副作用被害救済基金が設立された。また、62年には研究振興のための出融資制度が創設され、バイオテクノロジーやエレクトロニクスなどの先端技術を活用した医薬品、医療機器等の開発が進められている。

〔生活環境の整備からより快適な生活環境の創造へ〕

国民の生活水準の向上や生活意識の多様化等に対応して、より快適な生活環境の確保のための施策についても講じられてきた。

食品等の安全性確保対策については、22年、食品衛生法を制定し、総合的な施策を推進することとなったが、その後の食生活の多様化や科学技術の進歩に伴う食品製造・加工技術の高度化、さらには、40年代後半以降の輸入食品の増大に対応し、その安全確保を図っているところである。

戦後の工業化、人口の都市集中は生活環境施設に対する需要をも増大させた。このため、32年水道法が制定され、水道の整備と水道事業の運営管理の合理化が進められるとともに、36年には水道整備10か年計画が策定されるなど、水道の整備が促進されてきた。これにより、15年当時わずか33.8%に過ぎなかった水道普及率は大幅に向上し、61年度末には93.6%と国民皆水道という目標に近づきつつある。一方、廃棄物処理施設の整備と生活排水処理施設の整備については、38年以降5か年計画により整備が進められ、衛生的に処理されるごみ及びし尿等の量(1日当たり)は、それぞれ38年3.0万t、2.0万klであったものが、61年には11.8万t、8.5万klとなっている。また、水洗化人口の割合は、40年の12.6%が61年には58.0%と上昇している。最近では、浄化槽の適正な設置、維持管理が推進されるとともに、合併処理浄化槽の普及が課題となっている。

また、都市部を中心に大規模なビルや地下街が多く出現するに伴い、45年より空気環境、給排水、清掃等の室内環境衛生に関する規制が行われることとなり、その後、対象となる建築物の範囲が拡大されてきた。また、衣料品等の家庭用品に含まれる化学物質による健康被害やPCB(ポリ塩化ビフェニル)等の環境汚染を通じて人の健康を損なうおそれのある化学物質についても、48年から、その安全性確保のための規制措置が講じられている。

今後さらに、安全でおいしい水の供給や住環境に関連する総合的な施策などの推進により、生活環境をより健康的、快適にすることが求められている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare