

被占領期における生活保護制度の展開過程 —医療扶助費の増嵩と保護財政分析を中心として—

平 将 志

Abstract

The purpose of this study is to analyse the enforcement process of the Daily Life Security Act Amendment (DLSLA) in Japan during the occupation period 1950~1952. In a previous paper, we analyse the enforcement process of the Daily Life Security Law and concluded that the issue of the gap of general laboring household between people who received assistance under DLSL, and unemployed people due to “the Dodge Line”, were given rise to its amendment. This amendment did not only make a partial reform, but also made general reform in the DLSLA system.

However, this enforcement process occurred the “quantitative stabilisation” and “qualitative fixation” of its relief. Furthermore the increasing cost of medical relief brought about the stringency of the finance of DLSLA. In preceding studies, this circumstance was discussed, but these studies were not adequate to analyse factors of the increasing expenses of medical relief. In this paper, we thus examine the enforcement process of DLSLA, in particular explore the cost of medical relief and finance of this system from the 1950 fiscal year to the 1952 fiscal year.

キーワード……生活保護制度 医療扶助費の増嵩 生活保護財政 特需ブーム

はじめに

本稿の課題は、被占領期における生活保護制度の展開過程について、医療扶助費の増嵩と保護財政分析を中心として論じることにある。さきに小稿では¹⁾、生活保護制度(以下 旧法)の実施過程を中心に分析した。その結論として、旧法は実施過程上において機能不全に陥りつつあり、これによって改正される運びとなったと位置づけた。その後、旧法は紆余曲折をへて改正されたものの、単なる一部改正にとどまらずに制度を根本から一新したものであった。

ところが、その実施過程においては、保護受給者層の「量的安定化」、保護基準の「質的固定化」がみられ、生活保護財政は医療扶助費の増嵩によって逼迫させられていたのである。先行研究では、医療扶助費の増大自体については論じられるものの、その要因分析が十分ではなく、

さらに保護財政についても、いかなる要因のもとで保護費が決定し、運用されたかが論じられていないようにおもわれる。

そこで、本稿では、このような研究状況を勘案して、とくに医療扶助費の増嵩と生活保護財政を論じることにはしたい。この課題を達成するために、生活保護制度が改正された1950年から講和条約が発効された1952年までを分析対象とする²⁾。だが、1952年度の予算編成自体は、『占領予算』といった裏顔をもった『独立予算』³⁾であったため、1953年3月までを分析対象として位置づけることにしたい。

1. 生活保護法の改正 ―日本における公的扶助制度の成立―

日本経済は、ドッジ・プランにともなう緊縮財政体制の構築により、不況のどん底におちいった。こうした状況のもと、失業を理由とした生活困難者が生活保護へ急激に流入しはじめ、当局みずから「もはやこの生活保護制度では、どうにも手のでない状態」⁴⁾と述べる段階に達したのであった。こうした政治経済的要因のみならず、不服申立制度、ひくい保護基準など制度的な欠格が顕在化したこともあり、保護課内部では、旧法の改正準備がはじめられていた。

1949年9月、社会保障制度審議会による「生活保護制度の改善に関する勧告(以下 改善勧告)」が、政府に手渡され、旧法改正の機運はそれまで以上にたかまった。だが、その後も旧法改正に至る道程には、シャープ勧告に明記された「地方財政平衡交付金制度」をめぐる折衝⁵⁾、占領軍指令の「社会福祉行政に関する6項目」を背景とした福祉事務所の設置、有給現業職員の配置といった諸問題が生じた。おもに大蔵省、自治省などの折衝をへて、日本政府は、1950年2月7日に旧法改正案の国会提出を閣議決定し、占領軍にもその旨が伝えられた。その後、占領軍の承認が同年3月21日にえられ、ようやく国会へ上程された。まず、4月22日に衆議院にて可決、ついで参議院では一部修正のうえ可決となり⁶⁾、5月4日公布された⁷⁾。こうして、日本における公的扶助制度は成立されたのであった。

2. 制度概要

新しい生活保護制度は、旧法の全47条構成から全11章86条構成へとその制度構造を一新した。ここでは、紙幅を勘案して、実施過程の分析に必要な箇所の記事にとどめることにしたい。

1)基本原理：改善勧告では、①日本国憲法(以下 憲法)との関係、②無差別平等、③国家責任、④最低限度の生活、⑤保護請求権の附与などの改善を要望していた。これをうけ、現行法では基本原理として、(1)憲法第25条に規定された生存権の理念にもとづき、最低限度の生活保障とその自立助長を目的とし、(2)国民は保護請求権を有し、保護を無差別平等に受給でき、(3)その保障される生活水準は「健康で文化的な生活水準を維持」できるものとされている。さら

に、「補足性の原理」では、保護を受給するには、利用しえる資産・能力、民法上に規定される扶養義務⁸⁾が優先されるとしている。これは、私的扶養あるいは他の公的救済がうけられるばあいには保護を受給しえないことを定めたものである。

2)保護の原則：現行法では、①申請主義、②基準および程度、③必要即応、④世帯単位といった4原則をもうけている⁹⁾。このうち本稿と関係がふかいは②、④である。②の基準および程度は、厚生大臣の定める基準によって資産調査を実施し、その結果をうけて要保護者の需要を算定する。つまり、保護基準の決定は、いわば厚生大臣の「裁量」に委ねられていることをいみする。④の世帯単位は、保護は原則的に世帯単位でおこなう。これは、「生活の共同体が社会生活上今なお現存」しており、現実の世帯機能により社会生活上営んでいるものを採用したとされる¹⁰⁾。そのため個人世帯ではなく、世帯単位、具体的には標準5人世帯を標準世帯としている。

3)給付：現行法の給付は単給あるいは併給でおこなわれる。扶助の種類は、①生活扶助、②医療扶助、③教育扶助、④住宅扶助、⑤生業扶助、⑥出産扶助、⑦葬祭扶助の計7つである。このうち③、④は、①から独立して別箇の扶助となったものである。ここでは、①、②についてふれることにしよう。まず、生活扶助は、最低限度の生活を営めないものに、(1)衣食その他日常生活の需要を満たすもの、(2)移送についての給付をおこなう。その方法は、原則として現金給付、例外的に現物給付を採用している。さらに、居宅による扶助がなしえないばあい、救護施設、養老院などで給付をうけることができる。

つぎに、医療扶助は、「補足医療」、「最低医療」を主眼とし¹¹⁾、診療をはじめとした各種医療行為について給付する¹²⁾。医療扶助の方法は、救護法以来の伝統をひき継いで現物給付を採用し¹³⁾、例外的に現金給付を認めている。その給付には、医療保護施設を利用させ、都道府県知事が指定した医療機関(以下 指定医療機関)に委託するといった「制限選択主義」を採用している。具体的には、実施機関が被保護者に医療券を発行し、これを指定医療機関に提出して給付をうける。医療扶助の診療方針・診療報酬は、国民健康保険法(以下 国保)の診療報酬に準則し¹⁴⁾、国保未実施の市町村では健康保険のそれに準じる。具体的な診療方針については、通達、指針¹⁵⁾、医療担当者規定¹⁶⁾などによって逐次改訂がおこなわれる。さらに、医療費審査は、各都道府県知事が診療方針・診療報酬について随時審査し、診療報酬の額を決定するとされた。

4)実施機関：保護の実施機関は、市町村長¹⁷⁾とされ、保護の決定、実施をおこなう。1949年11月の占領軍指令「社会福祉行政に関する6項目」¹⁸⁾の結果、都道府県知事・市町村長による事務執行の補助機関として社会福祉主事を義務づけた。これにより、国民の良き隣人であった民生委員は協力機関とされた。なお、1951年、社会福祉事業法の制定により¹⁹⁾、福祉事務所が保護の実施機関として位置づけられている。こうした施設・機構の整備は、当局自ら「生活保護法の沿革史上重大な意義を有するもの」²⁰⁾と自負するものであった。

5)費用：「改善勧告」では、政府が生活保護にかかる費用をすべて負担すべきであるとした。

だが、現行法では旧法同様に政府が、費用の 8 割を補助し、残りの 2 割を都道府県・市町村が負担するとされた。

以上、現行法の概要をみてきたが、その特長はつぎのとおりである。すなわち、憲法 25 条にもとづき、国家責任において生活に困窮する国民にたいして無差別平等に最低生活保障をおこなうものであり、保護請求権をはじめて認めたものであった。さらに、2 種類の扶助・不服申立制度の創設および医療関連機構の整備などがあげられる。ここで留意すべきなのは、医療関連機構の整備についてである。旧法では、通達、施行規則などで定められていたが、医療扶助費増大にともない医療・助産機関、医療審査などを創設したのであった。このように改正された生活保護制度は、世界的にも画期的な制度として評価されるものであった²¹⁾。

3. 実施過程

まず、実施過程の分析にさいして、厚生省社会局保護課による全国一斉調査結果を検討することからはじめよう。本稿の対象期間には、第 4～6 回調査が実施されている。保護の総数は、第 3 回の 160 万人から 4 回の 360 万人へと増加し、第 6 回には 384 万人へと至っている²²⁾。このうち第 3～4 回の急増は、住宅扶助、教育扶助の創設によるものである。受給者数では、第 5 回の 195 万人をピークとして、第 6 回には 189 万人へと減少しているが、その原因としては、生活扶助、住宅扶助受給者の減少があげられる。とくに、住宅扶助受給者は、その大半が生活扶助を受給しているため、生活扶助受給者の増減に連動している。一斉調査のなかでは受給者数は少ないものの、注目すべきは医療扶助受給者の動向についてである。医療(居宅)は、第 4～6 回の間で 13.5 万人から 15.4 万人、医療(施設)では 5.6 万人から 8.4 万人へと微増傾向にあることが確認できる。各扶助の構成比では、生活扶助、住宅扶助は、第 4 回の 47.2%、29.6%から第 6 回の 43.8%、25.3%へと減少しているものの、教育扶助は 23.7%へとウェイトをあげている。この構成比の変化は給食費支給制度の創設によるものである。

つぎに、生活保護制度の月次別運用の推移についてである。さきにみた全国一斉調査結果は、静態的に一定期間をみるものであり、動態的に実施過程を分析するには適していない。ここでは雇用状態、とくに失業を指標として、(1)1950.5～1951.9、(2)1951.10～1953.3 の 2 つ時期に区分する²³⁾。その後、医療扶助費の増嵩と生活保護財政分析をおこなうことにしよう。

1) 保護受給者層の「量的安定化」

現行法の施行直後は、デフレ不況の真っ只中であつた²⁴⁾。だが、同年 6 月に勃発した朝鮮動乱はこうした状況を一転させた。占領軍による戦略物資買付は、特需ブームをうみ、経済界では「糸ヘン」、「金ヘン」ブームが到来した。鉱工業指数は、同年 10 月に戦前水準(1934～1936 年)を凌駕し、同年平均 4.6%、1951 年 31.4%に、W.P.I、C.P.I はそれぞれ 52%、24%上昇した²⁵⁾。

表1 生活保護制度による被保護人員 —全国一斉調査結果—

| 保護の種類 | 1949.9 第3回 | | 1950.9 第4回 | | 1951.8 第5回 | | 1952.10 第6回 | | |
|-------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|----------------|-----------|------|
| | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | |
| 総数 | 1,607,687 | 100.0 | 3,605,168 | 100.0 | 3,714,204 | 100.0 | 3,841,806 | 100.0 | |
| 生活 { | 居宅 | 1,440,006 | 89.6 | 1,700,523 | 47.2 | 1,732,458 | 46.6 | 1,681,283 | 43.8 |
| | 施設 | 13,005 | 0.6 | 27,174 | 0.6 | 27,174 | 0.7 | 36,412 | 0.9 |
| 教育扶助 | — | — | 623,270 | 17.3 | 693,946 | 18.7 | 912,316 | 23.7 | |
| 住宅扶助 | — | — | 1,067,824 | 29.6 | 1,044,014 | 28.1 | 972,204 | 25.3 | |
| 医療 { | 居宅 | 109,042 | 6.8 | 135,770 | 3.8 | 147,794 | 4.0 | 154,202 | 4.0 |
| | 施設 | 45,634 | 2.8 | 56,474 | 1.6 | 68,322 | 1.9 | 84,606 | 2.2 |
| 生業扶助 | — | — | 1,035 | 0.0 | 496 | 0.0 | 753 | 0.0 | |
| 受給者数 | 1,516,988 | | 1,841,469 | | 1,925,237 | | 1,892,003 | | |

出所：厚生省大臣官房統計調査部『社会福祉統計年報 昭和28年』1955、40ページ。

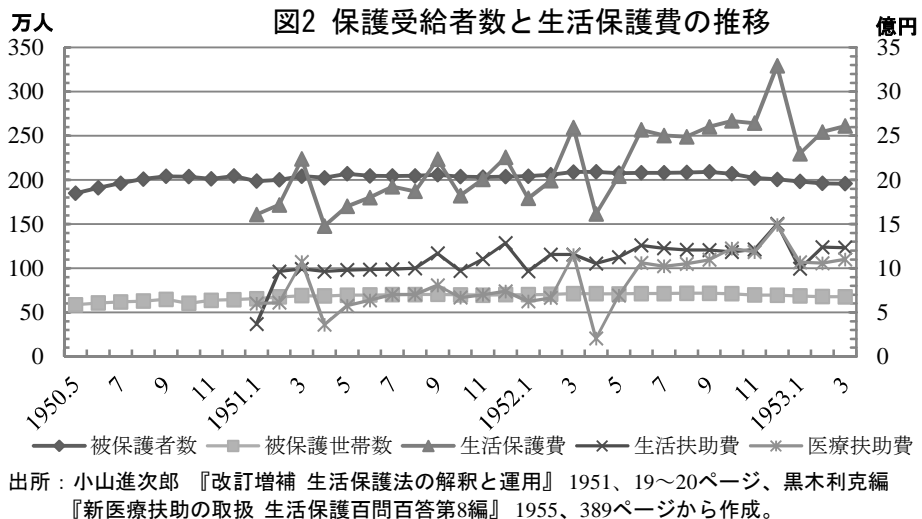
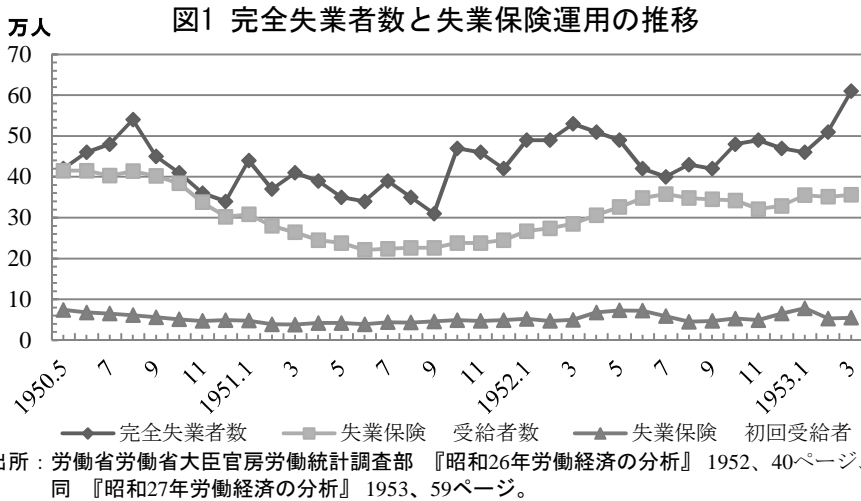
注1) 第3回は生業扶助の調査はされていない。

労働力市場への波及は同年9月から確認できる。雇用創出にともない、まず長時間労働者が増加し、ついで完全失業者数が減少しはじめた。すなわち、同年8月54万人であったものが、同年9月45万人、12月36万人、1951年9月には31万人へと減少傾向に転じている。なお、同時期には、占領軍の指示で「レッド・パージ」が断行され、「総評」が組織されるなど労働組織も再編していた。

ところで、特需ブームの発生は、不況にあえぐ日本経済にとって干天の慈雨となった一方で、生産面と消費面間のかい離を生じさせた。これは、国民消費水準は5%上昇にとどまり、戦前水準を20%近く下回っていたことから確認できる²⁶⁾。こうした「生産水準と消費水準の背反」²⁷⁾が発生するほかに、失対事業では「輪番制」の採用によって「あぶれ」が生じ、こうした階層を窮乏状態におとめていた。このなかで、全日自労のみならず、日本患者同盟をはじめとした「困窮者の組織」²⁸⁾が構築され、その運動が激化しつつあった。「特需ブーム」の発生は、一般勤労世帯と保護受給世帯のはざまにある階層につよく影響をあたえたのであった。

図2は、保護受給者・生活保護費の推移を示したものである。1950年5月、保護受給者数は185万人、同年8月には201万人と200万人台に突入し、それ以後は横ばいに転じている。この増加要因としては、失業者の生活保護への流入があげられるが、その後は保護受給層の「量的安定化」がみられる。個別扶助の推移では、生活扶助受給者は漸減しているものの、医療扶助では、1951年5月から9月に増加し、翌年の同時期にも受給者が上昇を示している²⁹⁾。

生活保護費の推移は、毎月15億円から25億円の間であり、このうち生活扶助費は10億円規模で、医療扶助費は、夏から秋にかけて一時的に増加しているが、おおむね6億円規模で推移



している。ここで注目すべきは、保護受給者数は量的に安定化しつつあるものの、保護費が上昇傾向にあることである。この時期における保護費の変動要因は、おもに生活扶助、住宅扶助の併給者の増加にあり、さらに結核を患う医療扶助受給者の1人あたり扶助費単価の上昇も関連している。なお、毎年3、12月の保護費上昇は、前者は会計年度の出納期、後者は保護費前払によるものである。

つぎに、生活扶助基準についてみることにしよう。1948年8月、保護課当局は、第8次改訂から生活扶助基準の算定方式としてM.S方式を採用した。これにより、最低生活水準は固定的な基準から相対的な基準と変更された³⁰⁾。第9次改訂からは、この「理論生計方式」と「組み合わせ方式」³¹⁾を合算して算定している。現行法施行時の基準は、第10次改訂補正にそったも

表2 生活扶助基準と都市勤労世帯消費支出の推移

| | 年月 | 扶助基準額 | | 都市勤労世帯消費支出 | | Engel 係数 | C.P.I | 対 C.P.S |
|--------|------------|-------|-------|------------|--------|-------------|-------|------------|
| | | 1人世帯 | 標準世帯 | 1人世帯 | 標準世帯 | | | |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | % | % | % |
| (米価補正) | 1950.01.01 | | 5,370 | | 11,980 | 80.9 | — | 44.8 |
| (米価補正) | 1951.01.01 | 1,102 | 5,510 | 2,238 | | 81.6 | 100 | |
| 第11次改訂 | 1951.05.01 | | 5,826 | | 14,620 | 74.4 | 106 | 37.7 |
| (米価補正) | 1951.08.01 | | 6,231 | | | 75.9 | 108 | 42.6 |
| 第12次改訂 | 1952.05.01 | 1,440 | 7,200 | 2,680 | 18,161 | 66.1 | 111 | 39.6 |
| (米価補正) | 1953.01.01 | | 7,354 | | 21,727 | 66.1 | 113 | 33.8 |

出所：木村孜『生活保護行政回顧』1981、58ページ、黒木編 前掲 1955、355～356ページ、厚生省大臣官房企画室『厚生白書 昭和31年度版』1956、23ページから一部改変して作成。

注1) 生活扶助基準は標準5人世帯の基準。

注2) C.P.Sは東京都における1ヶ月間の平均家計支出。

注3) 1人世帯については年度平均によるものである。

ので、5,370円、対C.P.S比で36.4%³²⁾、日本人必要摂取カロリーの99.85%であった。さらに、1951年1月の米価補正によって同基準は若干ながら改善されていた。このように、基準改訂が米価補正のみであったのは、第10次改訂の基準が比較的たかいことにあつた³³⁾。1951年5月には生活扶助基準が2年ぶりに改訂された。その第11次改訂は、それまでの枠組みを踏襲しつつも、おもに「飲食物費以外のものの増額」³⁴⁾にむけられた³⁵⁾。具体的には、5,826円、40.8%へと、さらに、①地域区分の変更³⁶⁾、②世帯共通経費の2種費変更、③冬季加算などが創設されている³⁷⁾。

こうした一連の基準改訂で注目すべきは、基準改訂幅が徐々に鈍化していることである。この背景としては、主管省庁である厚生省と関係省庁間の権力構造の変化があげられる³⁸⁾。占領軍は、旧法の予算編成時にみられるとおり³⁹⁾、他関係省庁との折衝のさいの後ろ盾であった。だが、占領軍の関与が段階的によわまり⁴⁰⁾、大蔵省がそれまでの権威を取り戻しつつあつた。社会局保護課は、このような省庁間の権力構造の変容にともない、生活扶助基準の大幅な改訂ができなくなったため⁴¹⁾、各種加算・控除制度を創設したのであつた⁴²⁾。こうした制度の構築は、基準改訂が困難ななかで生活扶助基準を引き上げるための苦肉の策であつた。

2) 保護基準の「質的固定化」

ドッジ・ライン以後の政策課題である「経済的自立」は、「特需ブーム」の発生により、「日米経済協力」へと変更された。そして、1951年9月に講和条約の調印がおこなわれ、1952年4

月に念願の独立をむかえるのであった。

さて、1951年4月、「動乱ブーム」は、戦略緊急買付停止によって終焉をむかえ、輸出も急激におち込んだ⁴³⁾。これによってW.P.Iは1951年6月までに10%程度下がった。その影響は、労働力市場には同年10月から波及しはじめた。完全失業者数は、同年8月の31万人をボトムに1951年10月47万人、1953年2月には51万人へと増加している。この時期には労働運動も激化していた。1952年の「63スト」、翌年の「英雄なき113日間の戦い」は、企業側の「産業合理化」の不徹底と相俟って高炭価問題をうみ、のちにエネルギー革命の足掛かりとなるのであった。

一方、「消費景気」⁴⁴⁾が、都市勤労世帯の賃金上昇を背景とした消費支出増大によってもたらされた⁴⁵⁾。その結果、都市勤労世帯の生活実態は、「エンゲル係数が60%にもおよんだ頃の窮迫した状態」⁴⁶⁾から脱した。住宅事情はいまだ芳しくないものの、支出は被服費にもむけられるようになった⁴⁷⁾。このように「消費景気」の発生は、民間消費需要を刺激し、ブームの終焉、輸出量減少による景気低迷を下支えした。だが、こうした一般勤労世帯の生活水準向上は、ボーダーライン階層⁴⁸⁾をはじめとする保護受給世帯との格差をさらに拡大させたのであった。

では、こうした状況に社会保障制度はいかに対応したのであろうか。まず、失業保険制度の受給者数は、失業者数の増加と若干のタイムラグを置きながら、1951年10月ごろから増加傾向に転じている。1952年11月には一時減少にむかったものの、その後は30万人台をキープしており、初回受給者数も同様なトレンドを描いている。つぎに、保護受給者の推移は、1951年10月203万人、1952年4月209万人、1953年2月196万人へと逡減傾向を示している。このうち1952年4月以降の減少は、戦傷者戦没遺族等援護法(以下 遺家族援護法)制定による未亡人保護受給者の制度間移動によるものが大きい。保護受給者の開始理由では、生計中心者の傷病、家族の病気を理由としたものが、1952年5月から50%を上回り、とくに前者の増加が著しい⁴⁹⁾。その一方で、収入の増加による保護廃止人員数が増加しつつあることが確認できる。これは、生活保護への流入原因が、それまでの収入減や家族の死亡など多種多彩なものであったものから、徐々に生計中心者の傷病へ収斂しつつあることをいみしている。

保護費の推移では、1951年10月に18億円、1952年3月25億円、同年12月に32億円へと推移しており、(1)の増大要因とは異なる点があげられる。まず、生活扶助費は、生活扶助基準改訂時に、一時的に上昇をみせるものの、それまでの時期と比較しても増加幅は鈍化している。つぎに、医療扶助費は、それまでの時期においても微増傾向にあったが、1952年3月の会計年度切り替え前に一時上昇し、その後4月からはその水準をキープしつつある。そして、同年10月からは生活扶助費を凌駕しつつある。このように、生活保護費の増大は、医療扶助費の増嵩によるものであった。この増嵩要因については後述することにしてしよう。

つづいて、生活扶助基準についてである。1952年5月、第12次改訂が実施され、扶助基準は7,200円、Engel係数は66.1%へと改善されている⁵⁰⁾。一見すると、Engel係数は段階的に低下しているが、同基準の60%以上が飲食物費に特化されており、家事什器費などそれ以外の消

費支出がひくい⁵¹⁾。勤労世帯の水準と比較すると、双方の格差が拡大していることが確認できる。すなわち、第11次改訂米価補正では42.6%まで改善しているものの、第12次改訂39.6%、同米価補正では33.8%までおち込んでいるのである。これは、戦後直後のごとくインフレ昂進によるものではなく、勤労世帯自体の消費水準上昇によって生じたものであった⁵²⁾。このように、一般勤労世帯では生活水準が改善されているにもかかわらず、保護水準自体は実質的に固定されるという、保護基準の「質的固定化」が生じはじめているのである。

3) 医療扶助費の増嵩

国民医療費の動向は、1950年1,154億円、1951年度1,163億円、1952年1,540億円であり、1952年度から増加傾向を示している⁵³⁾。このうち、医療扶助費は、国民医療費の10%程度であるものの、医療費増加の一端を担っている。医療扶助費の増嵩について、社会局保護課は、1948年度の補正予算編成時に⁵⁴⁾、財務当局は1950年度の予算編成時から意識しつつあった⁵⁵⁾。1951~1952年度間の生活扶助費は100億円規模であるが、医療扶助費では、68億円から96億円へと急増しているのである。さらに、前図2の月次別医療扶助費の推移でも、1952年頃から同様な傾向が確認できる⁵⁶⁾。ではなぜ、医療扶助費の増嵩傾向がみられるのか。こうした動向には、つぎの3つの要因が密接に関連している。

(1)結核患者を中心とした医療扶助の運用。1947年の第2回全国一斉調査時には、医療扶助受給者のサンプル101,593人のうち、呼吸器疾患38.1%(結核患者29.7%)であったが、1950年の第1回医療保護一斉調査では、サンプル120,410人のうち、47.8%(結核患者35.4%)へと、前回調査を上回る増加となっている。医療扶助開始者の内訳をみると、その他疾病は4,510人、85.2%、結核は15.1%である。ついで、結核患者の受給期間は6ヶ月以上が62%であり、その他疾病33.2%と比較しても長期にわたっている⁵⁷⁾。さらに医療扶助受給者単給38.0%のうち、62.9%が結核患者で占められている⁵⁸⁾。結核患者の増加には、結核予防法による健康診断の強化とそれによって派生した結核患者の受診率上昇による⁵⁹⁾。換言すれば、結核患者が、結核対策強化にともない顕在化し、その患者が医療扶助を受給したことに原因があった。

(2)医療扶助における1人あたり単価上昇。表3の生活保護費の推移では、1951年度は総額480円、医療扶助2,377円、生活扶助551円、1952年度では保護総額717円、それぞれ3,092円、636円となっている⁶⁰⁾。このうち、医療扶助費の単価上昇が著しいことが確認できる。では、単価高騰はどのような要因によって生じたのか。先行研究では、①結核患者の入院の増加、②診療方針・診療報酬改訂による扶助単価の高騰があげられている。このうち、①については既述済みであるので、ここでは②について論じることにした。

まず、この時期には、従来の結核対策・治療法⁶¹⁾にくわえ、健康診断の普及徹底、医療技術(化学療法、外科療法)など目覚ましい医療技術の進歩があり⁶²⁾、これらの医療技術は医療扶助にも早期に導入された。一例としては、1949年、生活保護にストレプトマイシンの一部使用を認め⁶³⁾、

表 3 生活扶助・医療扶助の 1 人あたり扶助費の推移

| | 保護費総額 | | 生活扶助 | | 医療扶助 | |
|----|-------|-------|------|------|-------|-------|
| | 1951 | 1952 | 1951 | 1952 | 1951 | 1952 |
| 総数 | 480 | 717 | 551 | 636 | 2,377 | 3,092 |
| 居宅 | 374 | 448 | 544 | 626 | 1,174 | 1,429 |
| 施設 | 3,260 | 4,213 | 815 | 906 | 5,750 | 7,221 |

出所：厚生省大臣官房統計調査部『昭和 26 年社会福祉統計年報』1952、20～21、24～25、36～41 ページ、
同『昭和 27 年 社会福祉統計年報』1954、104～105、116～119 ページから推計して作成。

注 1) 単位：円

翌年には適用としたことがあげられる⁶⁴⁾。こうした医療技術が、「補足医療」、「最低医療」を標榜する医療扶助へ導入されるのは、「診療方針・診療報酬の大部分が一般の社会保険」⁶⁵⁾に準じているためであった。前述したとおり、単価高騰は化学薬剤の使用によるものとされる。だが、使用薬剤費の実態をみると、薬剤の約 60~80%が対処療法に費やされ⁶⁶⁾、化学薬剤はわずか 20~30%前後にとどまっている⁶⁷⁾。これは、化学薬剤自体がかぎられた医療機関のみの使用となったことに起因している。つまり、これは化学薬剤適用が単価高騰の主因とはならず、それゆえ、同時期には新診療方針適用の影響はよわかったとみるべきである。

つぎに、社会保険診療報酬の単価改訂の影響についてである。1951 年に生じた診療報酬の改訂をめぐる争いは、「保険医の総辞退」という重大な政治問題へと発展した⁶⁸⁾。結果として、診療報酬単価は、甲地 11 円から 12.5 円、乙地 10 円から 11.5 円⁶⁹⁾へと改訂され、12 月 1 日に遡及適用することで一応の決着をむかえた⁷⁰⁾。さて、前表 2 では、1952 年 3 月ごろから医療扶助費の上昇傾向が確認できる。この時期には、目立った結核治療方針の変化もみられないことから、扶助単価の高騰は、診療報酬の単価改訂がその主因であると考えられる⁷¹⁾。つまり、単価高騰は、診療報酬の単価改訂が主因であり、対処療法を中心とした薬剤濫用が副次的な原因であった。

(3)医療扶助の他関係諸制度にたいする「代替的適用」。ここでは、医療保険制度と結核予防法について論じることにしよう。この時期は、総人口の半数ちかくが医療保険未加入であった。こうしたなかで、結核を患う保護受給者はそれまでに医療保険給付を受給し、のちに期間満了となったものが多かった⁷²⁾。ことに、国保未実施の自治体ではこの傾向が著しい⁷³⁾。つまり、医療保険制度の不備あるいは給付内容の限界により⁷⁴⁾、医療扶助がその役割を代替していたのであった。

つぎに、結核予防法(以下 予防法)についてである。1951 年 4 月、結核予防法は改正され、この新しい予防法は、①健康診断の普及徹底、②BCG 接種の義務化、③結核医療費の公費負担などから構築されている。このうち医療規定については、同年 10 月から都道府県ごとに実施され

た⁷⁵⁾。医療規定の要となる同法 34 条「一般患者への医療」は、適正医療の普及という観点から、一定範囲の結核患者に医療費補助をおこなうと規定される⁷⁶⁾。医療費の補助率は、国・都道府県で 50%を負担し⁷⁷⁾、健康保険、国保などの医療保険制度、さらには生活保護制度などに優先適用される⁷⁸⁾。生活保護の「他方優先の原則」を顧みれば、予防法の適用が結核患者への医療給付として合目的である。だが、地方自治体は、予算上の問題⁷⁹⁾あるいは補助率の相違から生活保護を代用し、いわば「原則」を「形骸化」させる傾向があった⁸⁰⁾。このような医療扶助の運用実態は、各制度の未整備・煩雑化、国家財政上の問題などが背後に横たわっており、その結果「代替的適用」が実施されたのである。こうした運用は、大蔵省のみならず、会計検査院、行政管理庁により注目され、未遂に終わったものの、国庫補助率引下げとして顕在化するのであった。

4) 生活保護財政

(1) 医療扶助費膨張による生活保護費の逼迫。ここでは、生活保護費予算についてみることにしよう。まず、財政調査会編『国の予算—その構造と背景—』、『木村忠二郎文書資料』および衆・参両議院の国会議事録などに依拠しつつ、当局の政策意図をみることにしたい。

1950 年度の予算編成は、前年度補正予算を組み合わせた「15 ヶ月予算」という変則的な予算編成であった。その基本方針は、「総合予算の真の均衡と財政規模の縮減」⁸¹⁾などが位置づけられている。生活保護の予算編成は、毎月 2.5%の増加率をもとに、各扶助費、民生委員費および施設事務費などを加味して編成されている⁸²⁾。1951 年度は、「均衡財政の堅持と予算総額の削減」をかかげているものの、重点項目として「社会政策の強化と失対政策の拡充」などをあげていた。生活保護費は、1950 年度補正時の毎月上昇率(金額 2.4%、人員 1.5%)を勘案し編成されており、ほかに、①扶助基準額の引上げ、②社会福祉事務所の設置、社会保険診療報酬支払基金への診療報酬支払全面委託から編成されている⁸³⁾。1952 年度は「均衡財政」を保ちつつも、対日賠償・防衛費などの経費計上がみられる。生活保護費は、前年度の予算編成を基準に、①物価上昇による基準改訂、②診療報酬支払の 1 点単価引上げ、③対前年度上昇率を各扶助 1/2 に設定、④監査実施による扶助費適正化が考慮されている⁸⁴⁾。

一連の予算編成で注目すべきは、1951 年度から扶助費⁸⁵⁾の削減率が明記されていることである。財務当局自体は、1950 年度から生活・医療扶助費の増大を指摘しているが、その引締め姿勢は明確にはみられない⁸⁶⁾。ところが、1951 年度には、医療扶助費 10%、その他扶助費 5%、1952 年度では、それぞれ 10%、7%の節約があげられているのである⁸⁷⁾。これは、1951 年度から、財務当局が保護財政の引締め方針をたてつつあることを示唆していると考えられる。

(2) 社会保障費における生活保護費の位置づけ。つぎに、こうした予算編成の影響は、社会保障費、ことに生活保護費にどのような影響をあたえているのか。表 4 は、社会保障関係費(以下 関係費)の増加である。関係費の総額は、1950 年度 163 億円、1951 年度 231 億円、1952 年

表 4 社会保障関係国庫負担額

| | 1949 年度 | | 1950 年度 | | 1951 年度 | | 1952 年度 | |
|-----------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| | 百万円 | % | 百万円 | % | 百万円 | % | 百万円 | % |
| 社会保険 | 7,191 | 30.0 | 12,592 | 32.0 | 14,712 | 29.2 | 20,825 | 33.3 |
| 国家扶助 | 11,557 | 48.1 | 16,384 | 41.6 | 21,374 | 42.5 | 24,630 | 39.3 |
| 公衆衛生・医療 | 3,729 | 15.5 | 6,982 | 17.7 | 9,637 | 19.2 | 11,897 | 19.0 |
| 社会福祉 | 1,494 | 6.2 | 3,408 | 8.7 | 4,542 | 9.0 | 5,233 | 8.4 |
| 合計(1) | 23,984 | 100.0 | 39,388 | 100.0 | 50,274 | 100.0 | 62,600 | 100.0 |
| 軍人等恩給費(2) | | | | | | | 20,153 | |
| (1)+(2) | | | | | | | 82,753 | |
| 国家予算 | 741,046 | | 661,406 | | 793,707 | | 932,536 | |
| 予算に占める割合 | 3.2% | | 6.0% | | 6.3% | | 6.7% | |

原資料：社会保障制度審議会事務局調

出所：健康保険組合連合会編『社会保障年鑑 1954 年度版』1953、9 ページを一部改変して作成。

注1) 単位：百万円

注2) 歳入のあるものは、これを差し引いた金額を記載した。

注3) 1952 年度分は補正予算をふくむ。

注4) 各統計の末尾は四捨五入をしている。

度 300 億円へと増加傾向にあり、一般会計に占める割合は 6% 台に達している。生活保護費は、戦後早々から関係費の大宗であり、1952 年度には 24,630 百万円にも及んでいる。だが、構成比では、1949 年に 48.1% であったものが、1952 年には 39.3% までおち込んでいるのである。つまり、保護費は絶対的には増加したが、構成比では相対的に低下している。これは、公衆衛生・医療費と社会福祉費の増大による影響である。各扶助の構成比では、医療扶助費の上昇がみられる。すなわち、生活扶助費の構成比は、1950：62%、1951：55%、1952：43% と鈍化しているものの、医療扶助費はそれぞれ 34%、36%、43% となっている。また、医療扶助費の推移(1949=100)でも、1950：157%、1951：234%、1952：362% へと、その間の生活扶助費の 100~191% と比較してもたかく、ことに 1951~1952 年度間の増加率が著しい⁸⁸⁾。保護予算編成のうち、医療扶助費の縮減幅が顕著であったのも、こうした事情を勘案したものであった。

社会保障関係費は、国庫支出にかんする統計のみであって、生活保護財政を分析するには十分ではない。そこで、社会保障関係総費用(以下 総費用)からも分析することになろう。総費用の総額は、1950 年度 113,984 百万円から 1952 年度 186,224 百万円へと 1.6 倍の規模に達している。このうち、「狭義の社会保障」⁸⁹⁾の費用は、総費用 86.0~81.3% の水準であり、その中核は 76.2~76.5% を占める社会保険費である⁹⁰⁾。生活保護費(国家扶助)の動向は、1950：13.9%、1951：

表5 社会保障関係総費用の推移

| | 1950年度 | % | 1951年度 | % | 1952年度 | % |
|----------------|-----------------|-------|-----------------|-------|------------------|-------|
| 1)社会保険 | 113,984[17,491] | 100.0 | 145,469[20,757] | 127.6 | 186,224[26,603] | 163.4 |
| 2)国家扶助 | 20,819[16,352] | 100.0 | 26,593[21,080] | 127.7 | 31,021[24,630] | 149.0 |
| 3)公衆衛生・医療 | 10,437[7,615] | 100.0 | 15,184[9,769] | 145.5 | 19,582[11,899] | 187.6 |
| 4)社会福祉 | 4,297[3,643] | 100.0 | 5,612[4,551] | 130.6 | 6,539[5,798] | 152.2 |
| 合計(1) | 149,537[45,101] | 100.0 | 192,858[56,157] | 128.0 | 243,365[68,930] | 162.7 |
| 5)軍人等恩給費 | 16,204[7,475] | 100.0 | 20,527[9,216] | 126.7 | 43,563[8,157] | 268.8 |
| 6) 合計(2)(1)+5) | 165,741[52,576] | 100.0 | 213,385[65,373] | 128.7 | 286,928[97,625] | 173.1 |
| 7)失対事業 | 8,258[5,508] | 100.0 | 11,886[7,759] | 143.9 | 12,335[8,002] | 148.2 |
| 8) 合計(3)(2)+7) | 173,999[58,084] | 100.0 | 225,271[73,132] | 129.5 | 299,163[105,627] | 171.9 |

出所：社会保障制度審議会事務局『昭和33年度 社会保障統計年報』1958、40、42ページから作成。

注1) 総費用の単位は100万円、[]は国庫負担額を示す。

注2) 軍人等恩給費には、恩給、軍人恩給・遺家族援護および留守家族引揚者援護を含む。

12.7%、1952：12.7%であり、生活保護費は1952年度には31,021百万円となっている。このうち、2割弱が地方自治体の負担となる。「狭義の社会保障」の構成比では、1950年度を基準年とすると、1952年度は、国家扶助が149.0と最も上昇率が低く、ついで社会福祉152.2、社会保険163.4、公衆衛生・医療187.6の順となっている。社会保険費の構成比の変化は、各種医療保険制度の整備によるものがつよく、公衆衛生・医療費のそれは予防法実施によるものである。このように総費用でも、生活保護費の構成比が低下し、さらにのび幅が他経費と比較して鈍化している。つぎに、「広義の社会保障」では、1950：173,999百万円、1951：225,271百万円、1952：299,163百万円と推移している。ここで重要なのは、遺家族援護・軍人恩給費の復活についてである。とくに、1952年4月に遺家族援護法が制定され、さらに講和条約の発効は、社会保障領域での「逆コース化」をうみだし、「軍人恩給復活の胎動」⁹¹⁾が開始されている。こうした背景のもと、軍人恩給が復活して総費用を圧迫するきざしがみえつつあった。

以上のように、生活保護費は、社会保障関係費では経費の大宗に据えられているものの、総費用では、社会保険、公衆衛生・医療、さらには遺族援護法による経費増加が著しく、保護費はその構成比を下げている。つまり、生活保護費は、いまだ社会保障関係制度の不整備を代替しているものの、その役割が変容していることを財政面からもみることができる。

むすび

当時、現行生活保護制度は、それまでの救貧制度と比較して制度構造的に最も精緻化した制

度であった。現行法の制定により、ようやく日本において公的扶助制度は成立したのであった⁹²⁾。

さて、当局者の回顧によれば、現行法施行後しばらくは、「旧法と根本的には何ら変わるところがなかった」と評価されているものの⁹³⁾、前述のとおり、現行法の制度構造自体は旧法とは根本的に異なる制度であったと位置づけられる。ところが、その実施過程では、制度的特徴を十分に生かすことができない状態に陥りつつあったと考えられる。前述したとおり、実施過程では、2つの注目すべき動向があった。まず、(1)の時期は、保護受給者層の横ばい傾向となり、保護受給者層の「量的安定化」がみられ、ついで(2)の時期には、生活扶助基準の固定化、すなわち保護基準の「質的固定化」、さらに保護受給者層の性質が変容しはじめた。この背景としては、①省庁間の権力構造の変化による生活扶助基準の改訂困難、②社会保障関係制度の整備などがあげられる。これら2つの時期に共通する問題は、医療扶助費の増嵩についてである。前述したとおり、(1)には、微増傾向にあった扶助費も、(2)には1952年初頭から著しい増加が確認でき、これが生活保護財政を圧迫しているのであった。こうした状況のもと、大蔵当局は、1951年から引締めを開始し、当初、「適正化」という用語は、生活扶助基準の改善について使用されていたが、同時期から「濫給の抑制」をいみするように変容している。こうみると、1953年の国際収支悪化から生じた「緊縮財政」という要因がなくとも、医療扶助費の増嵩を背景とした生活保護費の引締めは、起こりえたと推測できるのである。

周知のとおり、1950年の社会保障制度審議会による「社会保障制度に関する勧告」では、ベヴァリッジ報告を模範とし、社会保険を社会保障の中核に据えた。そして、生活保護制度は、その補完的制度として位置づけられていた⁹⁴⁾。だが、この時期の実態として、生活保護制度が、社会保険をはじめとした社会保障諸制度の不備を代替しているものの、その様相も変化をとげつつあることを確認できるのである。

<注>

- 1) 平将志「被占領期における生活保護制度の展開—旧生活保護制度の実施過程を中心として—」『現代社会文化研究』2011、51~68ページ。
- 2) この時期にかんする先行研究としては、行政学からは武智秀之『行政過程の制度分析 戦後日本における福祉政策の展開』中央大学出版部 1996、社会学からは副田義也『生活保護制度の社会史』東京大学出版会 1995、社会福祉学からは河合幸尾「日本における社会福祉の展開」一番ヶ瀬康子・高島進編『講座社会福祉2 社会福祉の歴史』有斐閣 1981などがある。
- 3) 大蔵省財政史室編『昭和財政史—昭和27~48年度 第3巻予算(1)—』東洋経済新報社 1994、1ページ。なお、遠藤湘吉編『予算』有斐閣 1955、56ページも参照。
- 4) 厚生省20年史編集委員会編『厚生省20年史』厚生問題研究会 1960、397ページ。
- 5) 瀬戸新太郎「吹きすさぶ旋風の中から」厚生省社会局保護課編『生活保護30年史』社会福祉調査会 1981、302ページ、小山『改訂増補 生活保護法の解釈と運用』中央社会事業協会 1951、780ページも参照。平衡交付金をめぐる当局の模索については、社会局「生活保護費が平衡交付金によって措置される結果による人員増減調」『木村忠二郎文書資料』Reel:21、資料番号:010622-0701、社会局保護課「シャウブ勧告に伴うA、B、C区分の復活要求」同上 Reel:21、資料番号:010622-0801を参照。
- 6) 一部修正の内容については、小山 前掲 1951、64~66ページ。
- 7) なお、現行法は同年5月1日に遡及して施行されている。現行法の法案成立過程については、小山 前掲

- 1951、岩永理恵『生活保護は最低生活をどう構想したか』ミネルヴァ書房 2011、72~75 ページなどを参照。
- 8) この理由としては、生活保護制度が、①資本主義社会における自己責任原則、②補足的役割にもとづくためであるとされる。小山 前掲 1951、118 ページ。
 - 9) これらの原則が取り入れられた背景は、社会福祉行政について行動様式の準則的事項を規定することが不可能であり、個々の行動活動には広汎な自由裁量を認めざるをえないためであった。小山 前掲 1951、159-160 ページ。
 - 10) 小山 前掲 1951、220 ページ。
 - 11) 厚生省社会局生活保護課「新生活保護法における医療についての若干の問題」『日本医師会雑誌』第24巻第6号、1950、539 ページ、実本博次「生活保護法の医療扶助における充足性(1)」『社会事業』第35巻第12号、1952、16 ページ。
 - 12) ほかに、①薬剤または治療材料、②医療的措置、③手術およびその他治療ならびに施術、④病院または診療所への入所、⑤移送があげられている。なお、医療扶助入所のばあいには、1949年4月1日社乙発第92号「生活保護法による医療等の取扱等に関する件」、その補足として同年7月22日社乙第183号「同件」の規定にもとづき医療行為が実施される。
 - 13) 現行法で原則的に「現物給付」を採用しているのは、医療扶助のみである。旧法までは、出産扶助も現物給付であったものの、現行法から「現金給付」へと変更となった。この背景については、小山 前掲 1951。
 - 14) 国民健康保険に準則する理由は、「個々の市町村の区域における最低水準の医療としての診療内容及び診療報酬をとって居り、又国民健康保険の如き地域的相扶共済の観念に基づく保険給付の方がより生活保険法(生活保護法のこと 引用者)のような公的扶助の理念に合致するものがある」ためとしている。厚生省社会局保護課 前掲 1950、540 ページ。
 - 15) 医療扶助の診療方針は、結核予防施行規則第22条に規定される医療、1952年の厚生省告示第124号「結核医療の基準」であり、診療要領は1952年6月22日保文発第2915号「結核の治療方針の送付について」による。保護法の医療は、施行規則第22条の術式に限る。「結核療養における生活保護法の医療扶助の取扱実施要綱」『日本医師会雑誌』第28巻第5号、1952、210 ページ。
 - 16) 生活保護の医療担当規定については、厚生省告示第222号「指定医療機関医療担当規則」で定められている。なお、この全文については、『週刊医学通信』第5年第218号、1950、17 ページ。
 - 17) 特別区のばあいには、都知事とされる。
 - 18) 実際は、ネルソン・ネフから口頭で指示されたことを、黒木利克が6項目にまとめたものである。
 - 19) 社会福祉事業法については、木村忠二郎『社会福祉事業法の解説』時事通信社 1951 を参照。
 - 20) 厚生省 20 年史編集委員会 前掲 1960、397 ページ。
 - 21) 当局も、その内容は「近代的な公的扶助制度として、各種の特徴をもつもので、制度運営の実施体制の近代化とあいまって、国民の最低生活保障制度にふさわしい姿をそなえるにいたった」と評価している。厚生省 20 年史編集委員会 前掲 1960、397 ページ。
 - 22) 全国一斉調査結果の総数とは扶助の単給・併給の合計数である。
 - 23) 先行研究では、小山 前掲の時期区分に依拠するものが多いものの、この枠組みはあくまで行政当局の見解であることを留意する必要がある。また、河合 前掲では、1945~1951 年を「戦後改革期の社会福祉」、1952 年から 1957 年を「再軍備の進行と社会福祉の後退」として、講和条約発効、これにともなう「再軍備化」を指標にしている。だが、この区分では、①1952 年度が「占領予算」であること、②政治経済的な要因変化にもとづく国民生活および労働力市場の変容、③医療扶助費の増嵩要因をつかむには適していないようにおもわれる。
 - 24) 木村忠二郎(当時 厚生省社会局長)によれば、この増加は、ドッジ不況による稼働能力者の保護階層への転落によるものとしている。参議院厚生委員会会議第6号、1950.2.1、2 ページ。
 - 25) 経済企画庁編『現代日本経済の展開 経済企画庁 30 年史』大蔵省印刷局 1976、63~64 ページ。
 - 26) 経済安定本部『昭和 27 年度 年次経済報告』日本評論社 1952、61 ページ、香西泰『高度成長の時代』日本評論社 1981、81-82 ページ。
 - 27) 中山伊知郎「日本経済の特質」『日本経済の顔』日本評論社 1952、47 ページ。
 - 28) 社会保障運動史編集委員会編『社会保障運動全史』労働旬報社 1982、94 ページ。
 - 29) この理由としては、同時期に結核が蔓延することと関係があると考えられる。
 - 30) 平 前掲 2011、61 ページ。
 - 31) 黒木利克『保護基準・不服申立 生活保護百問百答第7編』全国社会福祉協議会連合会 1954、15 ページ。
 - 32) 第10次改訂の特徴は、①基準額の簡略化、②必要即応に応じえる措置を基準として位置づけている。黒木 前掲 1954、15 ページ。
 - 33) 副田 前掲 1995、59 ページ。
 - 34) 黒木 前掲 1954、17 ページ。

- 35) 第11次改訂では地区別冬季加算、基礎控除500円が導入されている。そのほかの改訂内容は、①基準値の算定を特別C.P.Sによる物価の地域指数を基礎に1-5給地に再編する。②薪炭、電灯料の季節差導入、③住宅扶助の家賃引き上げ(5人世帯：第10次72円/1ヶ月⇒第11次300円/1ヶ月)であった。
- 36) それまでは、①東京都区部および5大都市、②その他の市、③町村という3区分であったが、第11次改訂から1-5級地の5区分に変更されている。
- 37) 厚生省社会局生活保護課編 1981、463ページ。それまでに障害加算、母子加算などが創設されている。
- 38) とはいえ、厚生省における社会局の地位は、厚生省予算要求額の48.52%を占めていることから、省庁内でもたかい位置にあった。社会局「昭和25年予算面から観た厚生省社会局の地位」『木村忠二郎文書資料』Reel:21、資料番号010621-0401、コマ番号:107~108。
- 39) 1946年度、生活保護費の予算編成の経緯については平 前掲 2011、56ページ、67ページ注41を参照。1947年、社会局にて作成された1947年度「復活要求」という行政資料では、「連合軍司令部との交渉経緯等から考へて、本年度予算30億円より下ることは政治的に考慮を要すること」としている。社会局「復活要求」『木村忠二郎文書資料』Reel:19、資料番号:010607-0201、コマ番号:274を参照。
- 40) 具体的には、生活保護事務の監査官配置を1947年2月頃から実施している。外山良造「生活保護法のころ」厚生省社会局保護課編 前掲 1982、108ページ。
- 41) ただし、大蔵省側の見解では、1951年度までの扶助基準改訂は大幅なものであったと自負している。大蔵省内財務調査会『国の予算—その構造と背景—昭和27年度予算』1951、167ページ。
- 42) 石田忠・出原孝夫「生活保護基準について(その二)」厚生省社会局保護課編 前掲 1981、145ページ。
- 43) なお、同年10月には日本銀行が金融引締めを実施している。
- 44) 経済審議庁『昭和28年度 年次経済報告』東洋書館、1953、20ページ。
- 45) 経済審議庁 前掲 1953、12~17ページ。この「消費景気」にたいする批判としては、井村喜代子『現代日本経済論』岩波書店 1993、135ページ。
- 46) 経済安定本部『昭和27年度 年次経済報告』東洋書館、1952、176ページ。
- 47) 経済審議庁 前掲 1953、241ページ。
- 48) 先行研究では、1953年頃から「ボーダーライン」という用語は使用されているとされる。だが、1949年の社会保障制度審議会・公的扶助小委員会第3回時に、山下委員私案において保護の対象として「a)に耐え得る階層=ボーダーラインに在るもの=金額で表せば所謂最低賃銀の層、b)勤労に耐え得ざる=ボーダーライン以下の貧困階級=単に生存し得る階層」という2階層を示すさいに使用されている。『日本医師会雑誌』第23巻第11号、1949、784ページ、「公的扶助小委員会議事録 第3回/第4回」『木村忠二郎文書資料』Reel 番号:61 資料番号:070201-201、コマ番号:140。
- 49) 厚生大臣官房統計調査部編 前掲 1954、142~143ページ。
- 50) そのほかには、①住宅扶助費基準額を約2.4倍、被服費のなかに従来の補修用布、足袋などのほか、肌着、パンツの追加、③入浴回数を週2回から3回へと改訂、④家族薬購入量の増加、⑤教育扶助費の1.1倍引き上げなどがあった。黒木 前掲 1954、18~20ページ。
- 51) たとえば、費目別消費水準(1950年平均=100)でみると、被服費は1951年1-3月では96であり、1952年には147まで上昇している。同時期の費目総合では98から107、主食は90から101となっており、被服費の増加が著しいことを示している。経済安定本部『昭和27年度 年次経済報告』1953、166ページ。
- 52) とはいえ、勤労世帯においても企業規模間の賃金格差が広がり、「二重構造」が顕在化しはじめている。
- 53) 厚生大臣官房企画室編『厚生白書—国民の生活と健康はいかに守られているか—』東洋経済新報社 1956、106-108ページ。なお、1人あたり医療費でも、それぞれ1,387円、1,375円、1,793円と1952年から増加傾向を示している。
- 54) 小山 前掲 1982、ページ。厚生省内では、1949年頃から入院中の生活保護受給者のうち治癒後に帰る家もないものを、一般患者と区別して「社会的入院」を使用したとされる。大野圭野「社会的入院」庄司祥子・木下康仁・武川正吾ら編『福祉社会辞典』弘文堂 1999、425ページ。
- 55) 大蔵省主計局内財務研究会編『国の予算—その構造と背景—昭和25年度予算』柏葉社 1950、185ページ。なお、この時期の研究としては、岩永 前掲 2011、89-92ページ、副田 前掲 1995、65ページ、武智 前掲 1996、100-105ページなどがある。
- 56) 先行研究では、この増高の理由として、①結核患者予防施策の拡大強化、②結核治療技術の発展といった要因により、結核患者が顕在化したことにあるとしている。武智 前掲 1996、105ページ。
- 57) 黒木利克編『新医療扶助の取扱 生活保護百問百答第8編』生活保護制度研究会 1955、292ページ。この統計は、1953年4-6月の平均のものであるが、医療扶助の趨勢を理解するには十分であろう。精神障害者の入院は、この時点では医療扶助費増大の理由とはならない。
- 58) この点は、社会局保護の事務監査結果でも指摘されている。それによると「医療扶助単級世帯の取扱が一般的に収入の認定においてとかく甘くなりがち」であったことが指摘されている。社会局保護課「昭

- 和29年度生活保護法事務監査の結果概要について』『福祉事務所』第8号、1953、24ページ。
- 59) 額田繁・大村潤四郎『社会保険と結核』社会保険法規研究会、1951、66-74ページ。
- 60) 厚生省大臣官房調査部『昭和32年度社会福祉統計年報』厚生統計協会 1959、40ページ。このうち葬祭・出産扶助費は高額であるものの短期的な給付にとどまっている。
- 61) 従来の結核対策・治療法としては、BCG、大気療法、X線撮影および人工気胸などがあつた。
- 62) 1949年、輸入ストマイによる治療開始、1952年2月1日、医薬品配給規則一部改正にもとづく、厚生省告示17号によりストマイ、ジヒトロ・ストマイが指定配給品として指定された。これにより事実上、自由購入が可能となり、3月31日の物価庁告示第23号によりストマイ注射料金の撤廃となった。「ストレプトマイシン配給方法の変更」、「ストレプトマイシン注射料金の統制撤廃」『日本医師会雑誌』第5号、1952、173ページ、第11号、1952、334ページ。
- 63) 厚生省社会局長通知社乙発10号「生活保護法による医療の適用を受ける患者に対する輸入ストレプトマイシンの使用に関する件」1949.4.19、厚生省社会局編『生活保護法関係法令通知集』1954、426ページ。なお、健康保険では1949年6月からストレプトマイシンを保険適用としている。厚生省保険局保発第62号1949.6.13、「ストレプトマイシンの保険取扱い決る」『日本医事新報』第1313号、1949、23[1242]ページ。
- 64) 化学薬剤の適用は1950年5月、厚生省告示第212号によって、生活保護のストレプトマイシン使用を認めたものの、パスについては適用除外とされていた。「生活保護法の診療方針診療報酬の除外例告示」『日本医事新報』第1373号1950、47[2231]ページ。だが、1951年2月、厚生省社会局通達「生活保護法による医療扶助の適用を受ける患者に対する『パス』の使用について」により、パスの単独使用が認められた。「生活保護にもパスを使用」『医学通信』第6年第245号、18ページ、「生活保護法におけるパスの使用認められる」『日本医事新報』第1376号、1951、37[2433]ページ。その後、1952年4月に厚生省告示第124号「結核医療の基準」が適用され、健康保険、予防法、生活保護にたいする化学療法はストマイ・PAS併用を原則とした。『日本医事新報』第1450号、46[506]ページ、同第1456号、45[961]ページ。INAは1952年6月16日に製造許可、同年10月16日に予防法適用が決定された。『日本医事新報』第1471号、1952、47[2207]ページ、1487、1952、75[3635]ページ。
- 65) 柚木崎二郎「生活保護法における医療扶助の問題点」『社会保険旬報』第398号、1953、6ページ。
- 66) 対処療法として使用頻度がたかい薬剤は、ザルプロ剤、各種ビタミン剤などである。
- 67) 「政府管掌健康保険呼吸器結核診療の薬名別、注射内訳」山口正義・隈部英雄編『日本における結核の現状』1955、156、付表80ページ。こうした運用は、1949年についても同じ傾向が示されている。厚生省保険局編『健康保険25年史』全国社会保険協会連合会 1953、520ページ。なお、1951年度については大村潤四郎「我国社会保険に於ける結核診療の実態(1)―計画医療の立場から」『臨床』5(3)、1952、266-274ページ。同「我国社会保険に於ける結核診療の実態(2)」『臨床』5(2)、1952、486-493ページを参照。前者は東京都(1951年2-4月)、後者は大阪府(1951年4-8月)を対象としている。
- 68) 日本医師会の主張は、『日本医師会雑誌』1952、第26巻第9号、283ページ、同巻第10号、324ページ、同巻第11号、367ページ、同巻第14号、459-463ページ、同巻第15号、475-480、同巻第16号、521、同巻第17号、550ページ、同巻第17号、552-555ページ、同巻第18号、561-569ページを参照。なお、日本医師会の妥協理由は、診療報酬の70%を必要経費として認めるという税制優遇によるものとされている。武見太郎『実録日本医師会』朝日出版社 1983、36-39ページ。
- 69) 厚生省保険局編 前掲 1953、544ページ。
- 70) 同年12月27日、第6回中央社会保険医療協議会の諮問の結果、入院の診療報酬は24円から27円となり、1952年1月1日から実施した。厚生省保険局編 前掲 1953、545ページ。
- 71) たとえば、保護課当局自身も、診療報酬単価について、①1円50銭、②2円ならびに③3円といった3種類のひき上案の推計をし、医療保護費の増嵩を懸念している。社会局保護課「医療費単価引上げに伴う昭和27年度所要額」1951.12.01、『木村忠二郎文書資料』Reel:5、資料番号:010215-1410、コマ番号:371。
- 72) 医療保険の給付期間は、健康保険・船員保険は2年、国家公務員共済3年であった。額田・大村 前掲 1951、23-24ページ。なお、健康保険は1953年8月に3年に延長されている。
- 73) 蓮田茂「国民健康保険の問題点(最近の実態調査から)」『日本医師会雑誌』第28巻第5号、1952、247-249ページ。
- 74) たとえば、砂原茂一(当時国立東京療養所所長)によれば、予防法について「これ程名前がよくて実際の伴わない法律は世の中にあまりない」と前置きし、その実施によって結核治療が「こま切れみだいになってしまつて、審査の基準がいろいろ面倒」といった問題が生じたことを指摘している。砂原茂一ほか「結核予防法施行1年を顧みて(上)」日本公衆衛生協会編『公衆衛生』第12巻第1号、1952、13ページ。
- 75) 具体的には、10月1日28県、同月12日1県、11月1日10県、11月中旬2県、12月1日5県、同月1日1県の実施となっている。詳細は『日本医事新報』第1443号、1951、41[3573]ページを参照。東京都では12月1日から施行されている。『日本医事新報』第1442号、1951、40[3504]ページ。

- 76) 結核指定医は、「国家財政の見地」から早期肺結核患者のみを対象とし、内科、小児科、呼吸器に限定している。厚生省保険局医療課「結核指定医の限定」『日本医事新報』第1445号、1952、109[109]ページ。
- 77) 当局者によると、同法の医療給付は、予防法第34条の適正医療・医療費保障、35条の感染源隔離という2つの枠組みから構成されていた。山口正義「戦後の結核対策」小山路男編『戦後医療保障の証言』1985、114~115ページ。小山進次郎編『社会保障関係法Ⅱ』日本評論社1953、454ページも参照。なお、同法35条の「命令入院」では、社会保険が優先適用され、公費負担は全部または一部負担とされる。
- 78) 同条の趣旨は、「国民に対して平等に適用される趣旨であることから、社会保険による医療の給付及び生活保護法による医療扶助の双方に優先して適用」することである。小山 前掲1953、463ページ。
- 79) 各自治体の医療費予算が十分でないばあい、予防法では公費負担患者として合格しても、不承認となることが多々あった。その後、厚生省社会局長・公衆衛生局長は「結核予防法と生活保護法による医療扶助の適用方針」を連盟で通達し、同通達により予算上の理由で承認されなかったばあい、生活保護の応急的適用を認めた。『日本医事新報』第1448号、1952、54[362]ページ、第1482号、1952、41[3181]ページ、第1488号、39[3715]ページ。
- 80) 山口 前掲1985、116ページ。たとえば、武智はこの「外骸化」の要因について「①治療適用範囲の限定、②都道府県知事、政令市長が公費負担率を積極的に活用せず自治体による負担率の低い生活保護施策を代用したことによる」としている。武智 前掲1996、109ページ。
- 81) 大蔵省主計局内財政調査会 前掲1950、2ページ。
- 82) この詳細は、1949年7月までの実績を基礎とした毎月上昇率2.5%、1950年1月の主食費上昇などにもとづき生活基準を5,600円として概算している。医療扶助費は1948年12月あるいは1949年7月平均を基礎とし、8月以降毎月1.5%の増額を見込んだ数字である。そのほかの扶助費の概算については、大蔵省主計局内財政調査会編 前掲1950、185ページ。なお、同年度は生活保護費の補正予算が組まれている。
- 83) 厚生省による保護費概算要求、大蔵省の査定額の実数については、社会局「昭和26年度概算復活(第3次)要求書」『木村忠二郎文書資料』Reel:21、資料番号:010625-0301、コマ番号:280、「生活保護法施行に必要な経費」同上 Reel:21、資料番号:010625-0303、コマ番号:283。
大蔵省主計局内財政調査会 前掲1951、168ページ。なお、1950年2月1日の参議院厚生委員会会議第6号、1950、2ページも参照。
- 84) 同年度の概算要求については、社会局「昭和27年度概算要求総括表」同上 Reel:21、資料番:010627-1101、コマ番号371を参照。
- 85) 当初、「適正化」という用語は生活扶助基準の改善について用いられていた。大蔵省主計局内財政研究会編 前掲1950、183ページ。
- 86) たとえば、生活扶助について「現在の基準額が適当であるか否か生活保護対象者の生存権の保障の問題として極めて重要な意味」があり、対C.P.Sについては「その40%で相当低い」としている。さらに、『健康にして文化的な最低限度の生活』は抽象的に定められるものではなく、具体的な対象によって異なってくるし、更に根本的には、わが国現在の社会・経済・文化の水準に即して考えねばならない」としている。大蔵省主計局内財政調査編 前掲1950、183ページ。
- 87) 1952年には、医療扶助の1件単価上昇傾向にもとづいて、保護指定医療機関へ指導監査を実施している。『日本医事新報』第1452号、1952、45[657]ページ。だが、こうした監査の効果は、実施過程をみるによわいものであったと考えられる。
- 88) 大蔵省主計局内財政調査会編『国の予算—その構造と背景—昭和24年度版』1949、76ページ、厚生省20年史編集委員会編 前掲1960、128~129ページ。
- 89) 「狭義の社会保障」とは、社会保険、国家扶助、公衆衛生・医療、社会福祉のことであり、国家扶助は公的扶助(Public Assistance)、つまり生活保護のことである。なお、国家扶助という名称は、英国の国民扶助法(National Assistance Act)に触発されたものとされる。
- 90) 社会保険費は医療、年金、失業などの各種社会保険を含み、各特別会計があるためウェイトは高い。
- 91) 今井一男「社会保障制度の展開と医療保障勧告」大内編 前掲1961、87ページ。
- 92) 本稿では、紙幅の関係上から「救貧制度」と「公的扶助制度」の定義については厳密には論じていない。この点についてはつぎの機会に論じることにした。
- 93) 木村 前掲1981、40ページ。
- 94) 社会保障制度審議会勧告「社会保障制度に関する勧告」1950.10.16。社会保障研究所編『日本社会保障資料Ⅰ』至誠堂1975、189ページ。

主指導教員（菅原陽心教授）、副指導教員（藤田憲准教授・大森拓磨准教授）