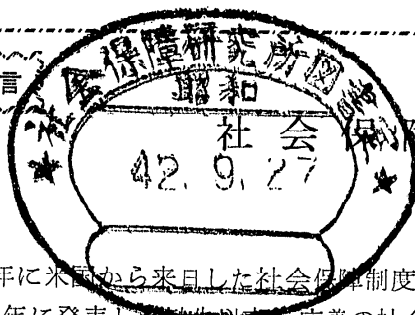


季刊 **社会保障研究**

Vol.3, No.2

社会保障研究所

1967



社会保障と公衆衛生

曾田長宗

1947年に米国から来日した社会保障制度調査団の報告、およびわが国の社会保障制度審議会が1950年に発表した勧告以来、広義の社会保障のうちに「公衆衛生および医療」が含まれることは、わが国ですでに公認の事実であり、その後、これに対して、広範な疑念は生じていない。

しかしながら、この「公衆衛生および医療」は、おなじく社会保障の内容をなすと考えられる、他の「社会保険」、「公的扶助」、「社会福祉」とは、かなり異った性格をもち、そのため、初期の社会保障制度審議会の論議でも、これを社会保障の範囲から除くべきではないかという主張も唱えられたと聞いている。

公衆衛生と医療との関係については、いろいろ論議さるべきことも多いが、少なくとも「公衆衛生および医療」のうちに、広く国民全般の健康を維持、増進しようとする「予防」の観念が入っていることは明らかなので、この予防を「社会保険」の給付として認むべきか否かがなお未定であり、防貧の意義をもつ「社会福祉」としても、これは自活能力の低い特定の階層だけを対象としている現状から考えれば、「公衆衛生および医療」は確かに社会保障体系のうちでも異質のものであろう。

さらに、世界保健機構(WHO)の憲章前文でもうたっているように、「実現可能な、最高水準の健康を享受することは、すべての人類に共通な基本的権利である」という立場に立つ「公衆衛生および医療」が、「健康にして文化的な最低限度の生活」を守ろうという社会保障の根本観念から、はみ出すものといわれてもいちがいに無理とはいえない。

したがって、社会保障の範囲に含まれる「公衆衛生および医療」は、明確な保険事故と認められる傷病の診療と、老人、小児、妊産婦、身障者、など傷病に侵されやすい特定の集団に対する体力増強、傷病予防の措置に限らるべきであるという意見も出てくる。

しかしながら、貧困の防止や健康保険の順調な運営に対しては、単に適正、迅速な診療が有用であるというだけでなく、さらに進んで傷病発生の予防にも努めなければならないことは明らかなので、傷病予防を社会保障の範囲から除くわけにはいかない。

また、予防サービスには、上限がないという意見に対しては、社会保障の他の分野における最低限度の生活というものも、一定不動の絶対的規準ではなく、その国の経済状態、風俗習慣、その時代時代などによってかなり大きく動き得る相対的なものであり、傷病予防にしても、到達し得る最高水準の健康といい、その国、その時代における科学技術の発展、経済的条件等の状況下で可能な限りという制約のついたものであるから、保険給付の計算に盛り込み得ない性質のものではない。

さらにもっとも重要なことは、現在、実現可能な限りの健康度を保有すること自体が、社会保障の意図する「健康で文化的な」生活の「最低限」の要求なのであるという主張である。「公衆衛生および医療」が、他の社会保障の分野と違って、金銭を過ぎず、サービス自体の給付を行うことを原則とする理由の一端も、このような特殊性によるものと思われる。

「公衆衛生」が社会保障の体系中に含まれる意味については、今後、いっそう厳しく検討され、確実に理解されなければならないものと信ずる。

公衆衛生の歴史的発展と課題

橋 本 正 己

I 公衆衛生の概念 ——序にかえて——

今日、一般に公衆衛生 public health という用語によって表象される内容は、これを用いる人の立場、問題意識などによっていちようではなく、むしろきわめて区々であるといつてよい。また、これは決して日本だけのことではなく、世界的にみても同様である¹⁾。ところでこのような用語の内容の不統一の要因を検討してみると、①行政組織等に関連した便宜的な使用、②公衆衛生行政、公衆衛生学など視点の相違、③広義の解釈と狭義の解釈、④理念と実態とのずれ、⑤対象自体の質的变化と方法論の発展、等がみられるが、これらのうちでとくに重要なものは⑤の要因である。すなわち、各国におけるその歴史が示すように、公衆衛生は産業革命を契機とするそれぞれの国の近代化の過程で、社会問題として顕在化した人間の健康に関するさまざまな問題に対処する社会的実践として発展したものであり、すぐれて技術的、実践的であるとともに歴史的、社会的なものである。したがって、その対象と方法は、社会の発展とともに変化するものであってみれば、公衆衛生という用語の内容が一定しないことは、むしろ当然のことといわねばならないのである。もちろんこのことは、公衆衛生の概念そのものが明らかで

ない、ということではない。

公衆衛生については、内外の諸学者により多くの定義がなされているが、ここでは今日、日本をはじめ各国においてもっともよく知られている C. -E. A. Winslow (1877—1957) による定義をみることにしよう。

「公衆衛生とは、環境衛生の改善、伝染病の予防、個人衛生の原則についての衛生教育、疾病の早期診断と予防的治療のための医療・看護事業の組織化、および地域社会のすべての住民に健康を保持するに足る生活水準を保障する社会制度の確立のために、地域社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、肉体的、精神的能率の増進を図る科学であり、技術である」²⁾。

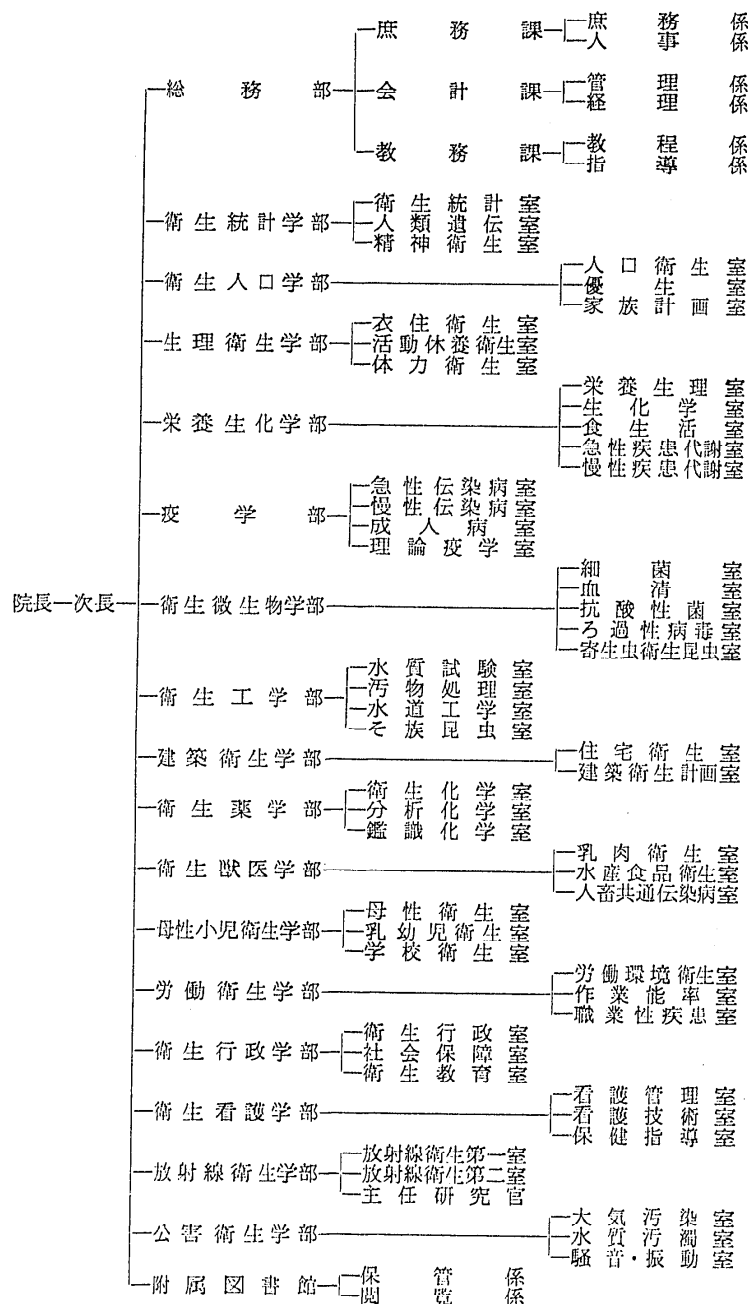
すなわち、この定義によれば公衆衛生の目的は、①疾病の予防、②寿命の延長、③肉体的、精神的能率の増進、であり、その方法は、①環境衛生、②伝染病予防、③衛生教育、④疾病の早期診断早期治療のための医療と看護事業の組織化、および⑤社会保障制度の確立、であり、しかもそれが、⑥地域社会の組織的な努力、によって進められるということである。

この定義は 1920 年になされたものであり、長文であるために一般にはアンダーラインの部分のみが引用されることが多いが、その規定は具体的、包括的であって、その後半世紀に近い今日においても、WHO 等の国際会議で公衆衛生の公的な概念規定としてしばしば引用されており、基本的に今日においても妥当するものといえる。とくに「すべての住民の健康を保持するに足る生活水準を保障する社会制度の確立」をその目的ないしは方法のひとつとして掲げていることは、後年の社

1) たとえば、憲法第 25 条では「社会福祉、社会保障および公衆衛生」が列記されているが、「社会保障制度に関する勧告」（昭 25・10）では、社会保障制度の構成要素として、社会保険、国家扶助、公衆衛生および医療、社会福祉、があげられている。また、この勧告では、公衆衛生は環境衛生を含まぬものとされているが、昭和 37 年の社会保障制度審議会の勧告では、公衆衛生は環境衛生を含むものとされている。諸外国の例として、西欧諸国の大学では、public health という用語は、政府や公共団体等による公行政に限定した印象を与えるきらいがあるとして、とくに第 2 次大戦後は、従来の public health という講座名を social medicine あるいは social and preventive medicine 等に改める傾向にある。

2) Winslow, C.-E. A., *The Untilled Field of Public Health*, Mod. Med. 2: 183, March 1920.

表 1 国立公衆衛生院組織図 (昭和 42 年 7 月 1 日現在)



会保障制度の必要性を予見し、公衆衛生と社会保障制度の内面的な関係を示したものとして重要である。また、科学としての公衆衛生学は、今世紀の 10 年代以降、とくにアメリカにおいて研究の専門分化とその総合の促進により、しだいに体系化されていくのであるが、ここでは参考までに、1938 年（昭 13）創設以来、この方向にそって、

大戦中の変遷はあったが比較的オーソドックスな公衆衛生学の視点から、公衆衛生技術者の post-graduate の教育訓練と研究調査を総合的に担当して今日に至っている国立公衆衛生院 The Institute of Public Health の組織を掲げておく。

社会保障研究という学問の系譜のなかで、公衆衛生の課題は、社会保障の体系との関係において

公衆衛生の諸活動ないしは諸制度の構造と機能、またその条件を明らかにしていくことであろう。しかしながらこのためには、とくに社会保障と公衆衛生が大きな転換期に直面している今日、世界的にみて特殊性の大きい日本の行政ないしは制度等から安易に出発するようなとりくみは、適当ではないと考えられる。そこで、まず小論においては、産業革命と資本主義の先進諸国における公衆衛生の歴史的発展過程を、社会福祉、社会保障等の諸分野との関連において巨視的な視点から考察し、ついで日本におけるその歴史的発展の考察を通じて、日本の公衆衛生の特質を明らかにし、このような立場からその今日的な課題を追求することとしたい。

II 公衆衛生の歴史的発展過程

近代的公衆衛生は、すぐれて技術的であるとともに、あらゆる意味において社会的な所産であり、すぐれて社会的であることは各国におけるその生成、発展の歴史が示すところである。すなわち、公衆衛生活動 *public health practice* は、歴史的にみれば産業革命と資本主義の成立を契機とし、都市への人口集中と生産の爆発的な発展の過程で社会問題化した貧困と不潔と疾病の悪循環に対する社会防衛的な活動として、まず前世紀初頭のイギリスに台頭したものである。その生成、発展過程を巨視的にみると、18世紀末葉から19世紀初頭の婦人、幼少年労働やスラムの改善運動に示されている人道主義的な前史的段階をへて、世界最初の総合的衛生立法である *Public Health Act, 1848* を起点とするその第1期（1850—1900年頃）は、コレラ、発しんチフス、痘そう等の悪疫流行に対する闘いとして、方法論的には、上下水道、汚物処理等の都市環境衛生の改善（いわゆる *sanitary reform*）と衛生行政制度の導入による初期の防疫対策等によってその基礎が形成された時期であり、また近代医学の勃興の時期でもある。ついで世紀の転換以降、近代医学とくに予防医学の画期的な進歩に裏づけられ、急性伝染病を克服しつつ結核等の慢性伝染病にとりくみ、母子保健、保健婦事業、健康相談、予防接種、学校保健など、

方法論的にはいわゆる対人保健サービス *personal health service* を特色とする第2期（1900—1940年頃）に発展するが、これは公衆衛生活動の輝かしい発展と栄光の時期でもある。さらに第2次大戦の悲慘な経験をへて、第3の時期（1950年頃以降）は、医学の進歩、技術革新が顕著となり、人口の老齢化、疾病、死因構造の近代化が進み、社会保障制度の整備と相まって、いわゆる成人病、慢性疾患、精神衛生等を対象とし、方法論的には、予防、治療、リハビリテーションを一貫したいわゆる総合保健 *comprehensive health* の組織的な推進を指向しつつ今日に至っているものであり、いわば公衆衛生活動の成熟期ともみられる時期である。このような発展の諸段階は、産業革命と資本主義の先駆をなしたイギリスにおいて、もっとも典型的にみられるが、時期的に多少の相違はあっても欧米諸国では同様の発展過程がみられるといつてよい。

たとえばアメリカは、その公衆衛生および医療の制度については、植民地時代の初期に母国イギリスの諸制度を範として出発しながら、新天地の特異な風土と社会の中で、今日イギリスとは対照的な独特のパターンを形成しているのであるが、これを公衆衛生の発展の諸段階としてみると前記のイギリスと同様の過程が認められる。すなわち、植民地時代（1600—1776）から独立戦争をへて19世紀中葉に至る前史的な時期の後、まず19世紀の60年代以降、産業革命と人口の移動を契機とし、黄熱、痘そう、コレラ等の悪疫流行に対する社会防衛的なとりくみとして、環境衛生と防疫を主体とし、都市および州レベルの衛生行政機構の確立によって、公衆衛生の基礎が形成される第1期を迎える。ついでフロンティア消滅（1890）と今世紀初頭のドラスティックな社会変動、貧困の増大の半面、近代医学とくに予防医学の進歩に支えられ、1910年以降は *county* レベルの地方衛生機構の確立によって、対人保健サービスの拡充により、国民の健康水準の飛躍的な向上のみられる第2期を経験する。第2期を通じて疾病、死亡構造の近代化が進むが、とくに大恐慌（1929）以降は、ニューディールと社会保障法制定（1935）の

過程で、連邦公衆衛生機構と公的医療の飛躍的な拡充、任意健康保険の普及等によって、イギリスの National Health Service とは類型を異にするが、予防、治療、リハビリテーションを包括する総合保健を指向する努力が、とくに戦中、戦後を通じて傾けられている。このほかの西欧諸国については省略するが、少なくとも欧米諸国における公衆衛生の発展過程には、対象とする health needs の変化に対応して、方法論的に、①環境衛生の改善、②対人保健サービス、③総合保健サービス、をそれぞれ際立った特色とする三つの段階が区別される。しかもこれらの過程は、各国におけるそれぞれの時代の社会的、経済的、政策的諸要因に基本的に規定されつつ形成されたものであるが、とくに共通の基本的規定要因として重要なものは、公衆衛生および医療の技術水準とともに経済の発展段階である。ロストウ W. W. Rostow は、*The Stages of Economic Growth*, 1960. において、よく知られているように、①伝統的社会、②過渡期、③離陸期、④技術的成熟期、⑤高度大衆消費時代、を区分し、イギリスは 1783—1803 年、アメリカは 1843—1860 年、日本は 1878—1900 年頃に②の段階を通過したとしているが、これは前述の公衆衛生の諸段階とも密接な関係があるものと考えられる。ロストウによる経済発展の諸段階は、これを時期的に資本主義の諸段階と対応してみると、②③は産業資本主義の成立期、④はその独占化の段階、⑤はいわゆる国家独占資本主義の段階にほぼ相当すると考えられるが、前述の公衆衛生の諸段階をこれらの経済発展の段階と対応して考察すると、つぎのような事実が認められる。すなわち、それぞれの段階の主要な health needs の規定要因である第 1 次産業人口、都市人口、平均寿命、粗死亡率、出生率、乳児死亡率、結核死亡率、総死亡に対する伝染病死亡率比、総死亡に対する老人病死亡率比等の人口動態ないしは各種の健康指標が、長期的にみて、それぞれの経済の発展段階に対応して一定の水準ないしはパターンを示していることである。さらに顕在化した health needs に対する公衆衛生のとりくみとして、政策的対応のための多少の時期的なずれを示しつつ、

前述の公衆衛生の諸段階にみられる方法論的な発展が認められることも、注目すべき歴史的事実といえる。これら公衆衛生の水準、対象、方法論、パターン等を規定している経済発展の諸段階は、欧米諸国の間でも、国によって多少の時期のずれがあることはいうまでもないが、公衆衛生の長期的な発展過程を考察するため、あえてこれらを要約したのが表 2 である。このような視点は、日本の公衆衛生の発展過程とその特質を考察する場合にも役立つと考えられるのである。

ここで視点をかえて、各国の公衆衛生のあり方に深い影響を与えていると考えられる各国の地方自治ないしは地方制度をいちべつしておく必要があるだろう。住民の健康はその生活に密着したものであり、したがって公衆衛生は本来すぐれて地方自治的な性格を有するものだからである。このような視点からすると欧米諸国には、まず二つの類型がみられる。第 1 は、イギリス、アメリカ、スイス、オーストラリア等の諸国で、地方自治とくに住民自治の長い伝統をもち、中央政府は地方自治体が有効に行政を行いうるよう、協力し援助する立場に立っている諸国である。第 2 はヨーロッパ大陸とくにフランスに典型がみられるように、民主主義の伝統をもちながらも住民自治的な考え方が弱く、高度に中央集権的な政治体制をもつ諸国である。前者の類型に属する諸国にも、イギリスは「地方自治の故郷」、アメリカは「市政の実験室」、スイスは「地方制度の研究室」と評されることからそれぞれに特色のあることがわかる。また後者の類型に属する諸国の場合にも、中央集権の度合はいちようでなく、フランスにおいてもっとも強く、おおむね北にいくほどその程度は弱くなり、北欧諸国とくにスウェーデンではもっとも弱い。各国の公衆衛生をみる場合、これらの中央と地方の関係は、とくに行政制度の根底にあるものとして重要である。さらに欧米諸国の地方制度と関連して、第 2 次大戦後の重要な動向は new centralization である。これは地方自治体からみれば政治的性格の後退と経済的性格の伸長を意味し、その各国に共通する主要な契機は、いうまでもなく経済社会の発展である。このような動向はとく

表2 経済発展の諸段階と公衆衛生

経済発展段階 資本主義発展段階	離陸期 産業資本主義成立	技術的成熟期 独占資本主義	高度大衆消費時代 いわゆる国家独占資本主義
国家の役割 社会政策 行政科学	夜警国家→立法国家 救貧学 行政法学	行政国家 公的扶助・社会保険 技術的行政学	福祉国家 社会保障→社会計画 社会的行政学
第1次産業人口比率	60 % 前後	50 % 前後	20-30 %
都市人口比率	20 % 前後	30 % 前後	60 % 前後
0歳平均寿命	35歳 前後	50歳 前後	70歳 前後
粗死亡率	25 前後	20 前後	10 前後
出生率	35 前後	30 前後	15-20
乳児死亡率	150-200	100 前後	25-30
結核死亡率 (人口10万対)	300 前後	150 前後	25-30
65歳以上人口比率	3 % 前後	5-6 %	11-12 %
主要な Health Needs	急性伝染病, 汚物処理	慢性伝染病, 母子衛生, 労働衛生	慢性疾患(成人病), 精神衛生, 公害
Health Care の類型	環境衛生改善 Environmental Sanitation	対人保健サービス Personal Health Service	総合保健サービス Comprehensive Health Service
イギリス	A.D. 1800 —	A.D. 1870 —	A.D. 1930 —
アメリカ	1860 —	1890 —	1920 —
日本	1900 —	1920 —	1955 —

に近年の日本においても顕著にみられるが、公衆衛生が本来すぐれて地方自治的な性格のものであり、日本の場合には地方自治の未熟な段階で new centralization が進行しつつあるところに、公衆衛生にとっても重要な歴史的な問題性が存する。

III 日本における公衆衛生の 発展過程とその特質

近代的な意味における日本の公衆衛生は、衛生行政が緒についたとみられる医制公布(1874・明7)から93年、近代衛生学がヨーロッパから移植されてから90年を経過している。この1世紀に近い時代は、日本にとってはその近代化の過程として、困難と栄光と苦渋に満ちた激動の連続であった。すでに、欧米諸国の歴史についてみたように、公衆衛生はあらゆる意味において社会的な所産であり、日本における公衆衛生の発展過程もまた、あらゆる意味で日本の近代化そのものの特質を基本的に反映していることは、歴史がこれを示している。このような観点から、日本における公衆衛生の歴史を跡づけることは興味のある問題で

あるが、この点については別に発表したものもあるので³⁾、小論ではその特質と課題を明らかにする意味で、巨視的にその発展過程を考察するに止めたい。すなわち、日本における公衆衛生の発展過程は、大づかみにいって昭和20年(1945)8月太平洋戦争の終結を転換点として、それ以前の明治初頭以来80年に近いいわば前史的な戦前の時代と、昭和20年以降今日に及ぶ20余年の戦後の時代に区分できる。ここでは、まず戦前と戦後に分けて、その発展の諸段階をそれぞれの時期の社会、経済、政治的背景、主要な health needs、公衆衛生活動の方法論等の視点から、それらの特色を要約してみよう。

1. 昭和20年(1945)以前——前史——

(1) 明治前期——近代的衛生行政の発足——

これは新政府成立から明治憲法制定までの約20年である。思想的には幕末の儒教、国学思想など

3) 拙稿「日本における衛生行政研究小史」『衛生行政学序説』、医学書院、1961、同「公衆衛生活動の歴史と最近の動向」、橋本、田中著『公衆衛生活動概論』、医学書院、1963など。

旧時代からの遺産の中に、自由民権、キリスト教博愛思想などが移入され、経済的には資本主義体制への原蓄期であり、政治的には絶対制確立への過程であり、また医学の分野では漢方医学から西洋医学への転換、とくに西洋医学のうちでも蘭学の流れを汲んだドイツ医学が正式に採用され、医事医育制度の中に浸透する時期である。日本の公衆衛生は、歴史的にみるとこの時期の前半に衛生行政として発足したものといつてよい。とくに医制公布（明 7・1874）の後明治 10 年代においては、地方自治的ないき方を育てるため、広く西欧諸国の進歩的な諸制度を地方衛生制度にとり入れる努力がなされたが、当時の度重なるコレラ大流行、絶対制確立の政治的要請のもとで、このような地方衛生制度は明治 19 年に根本から瓦解し、明治憲法の制定を契機として、衛生行政自体も中央集権強化の政策に組みこまれていった時期である。

(2) 明治後期——衛生行政の中央集権化と環境衛生施策の芽生え——

この時期は、明治憲法制定によって政治的には天皇制による絶対主義が確立され、日清、日露戦争をへて産業革命が進行し、封建的窮乏層と労働貧困層の分離が起り、新しい貧困層が増大する時期である。また衛生行政の分野では、明治 26 年以降第一線の衛生業務が全面的に警察行政に組み入れられるとともに、伝染病予防法（明 30・1897）を起点として衛生法規が整備され、ドイツ公法学の流れを汲んだ行政法的行政と中央集権強化の全般的な動きにそって衛生行政も強化されていく。また、30 年代の環境衛生法規の制定にみられるように⁴⁾、形式的には環境衛生がとり上げられ、若干の上下水道工事等の努力がみられるが、累積する社会的悪条件のもとでその実態はほとんど進歩しなかった事実は、都市環境衛生施設の著しい立ちおくれとして、日本の公衆衛生の決定的な弱点のひとつとなったのである。

(3) 大正および昭和初期——社会衛生の進展—— この時期は、日清、日露戦争をへて資本主義体

制を確立した日本の産業経済が、第 1 次大戦によって未曾有の産業発展の気運を示す半面で、経済界の好況は物価騰貴を招来し、国民大衆の生活難がきびしくなる時期である。大正 9 年（1920）の反動恐慌、大正 12 年の関東大震災、昭和 2 年の金融恐慌、同 4 年の世界恐慌と打ちつづく悪条件によって、国民大衆の生活は窮乏し、労働運動と農民運動が激しくなり、社会問題が激化の一途をたどる。このような社会情勢に対処して、衛生行政の関連分野においても、工場法（明 44, 1911 公布、大 5 施行）、軍事救護法（大 6）、健康保険法（大 11）等の社会政策的立法が行われる。また一方では、癩予防法（明 40）、精神病院法（大 2）、結核予防法（大 8）、トラホーム予防法（大 8）、花柳病予防法（昭 2）等慢性伝染病対策への前進がみられる。さらにこのような公衆衛生の新しい段階に対処するため、昭和 5 年（1930）内務省に公衆衛生技術官訓練機関設立準備委員会が設けられ、曲折の後、ロックフェラー財団の積極的な援助のもとに、昭和 10 年には都市保健館および農村保健館、同 13 年には公衆衛生院が設立される。なお、大正から昭和初頭にかけて、東京、大阪等において、今日の保健婦事業の先駆的な動きが、主として民間ベースではじまったことも見逃せない。

(4) 昭和中期より昭和 20 年 8 月まで——戦争体制の強化と大戦による国民生活の壊滅——

満州事変（昭 6, 1931）にはじまり、日支事変をへて太平洋戦争へと進展する宿命的な軍国主義の結末は、おびただしい人命の犠牲と国民大衆の生活の破壊の後、昭和 20 年 8 月敗戦を迎える。この間、衛生行政の分野でまず注目されることは、保健所法（昭 12, 1937）の制定によって、結核対策、母子衛生、栄養改善等を中心に、健康相談、保健指導を行う保健所事業が開始され、また同年 7 月、国民体力の向上と国民福祉の増進を目的として保健社会省の設置が閣議決定され、翌 13 年 1 月、厚生省が創設されたことである。また前にも触れたが、同年ロックフェラー財団の援助によって公衆衛生院が設立され、従来のドイツ流の実験衛生学、社会衛生学に加えて、アメリカ流の公衆衛生学がここに根を下したことは、その後の日

4) (旧) 下水道法（明 33, 1900）、汚物掃除法（明 33, 1900）など。

本の公衆衛生にとって重要である。厚生省設立後の注目すべき最初の法律は、国民健康保険法（昭 13）であり、これは農村の地域を単位とした独特の地域医療保険として、社会保障の立場からとくに注目に値する。一方、昭和 13 年には国民総動員法が制定され、同 15 年には国民体力管理制度が定められ、さらに同 16 年 1 月、人口政策確立要綱の閣議決定、同年保健婦規則の制定をみるなど、戦争体制の強化とともに、健民健兵を旗印とする保健衛生の諸施策が進められる。かくして昭和 16 年（1941）12 月、太平洋戦争勃発後は、昭和 17 年、国民体力法改正による結核対策の強化、妊娠婦、乳幼児の指導の徹底が図られ、とくに同年、厚生省の基本政策として国民保健指導方策要綱が定められ、府県の衛生行政事務は警察部から内政部へ移管される。また医療行政の分野では、昭和 13 年以来の医療制度調査会の審議を基礎として、昭和 17 年には国民医療法が制定され、ついで日本医療団令の公布により、国家統制による医療の推進が図られるが、これらの努力は戦局の激化によってほとんど実効を収めないままに敗戦を迎えるに至る。

2. 昭和 20 年（1945）以降

（1）第Ⅰ期（昭和 20—24 年頃）——公衆衛生の開花と社会保障の前進——

この時期は、周知のように連合軍の進駐と敗戦処理にはじまり、国民生活の破局的状態、復員、引揚、戦災者の氾濫とコレラ、発しんチフス、痘そう等の悪疫の流行に苦しみ、食糧難とインフレの進行に喘いだ昭和 22 年からドッジプランによる緊縮政策へと、経済的には戦後復興のきびしい過程である。しかし、その半面社会的には民主主義の路線にそって各種の改革が断行され、とくに新憲法の制定によって公衆衛生がはなばなしく登場した時期でもある。まず公衆衛生の領域において重要なことは、昭和 21 年 5 月、GHQ の覚書に基く厚生行政機構再編成の一環として、国、都道府県を通じて衛生行政機構の改革と強化が行われたことである。とくに昭和 22 年 4 月の GHQ の覚書によって、同年 9 月保健所法が全面改正さ

れ、保健所の機能の画期的な強化拡充と全国的な保健所網の整備が進められたことは特筆に値する。かくして日本の衛生行政は、厚生省—都道府県衛生部（局）—保健所—市町村、という全国的な組織体系を確立するとともに、科学技術に基いて衛生行政の推進を図る基盤が築かれ、明治以来長年にわたる取締本位の行政から、指導行政への転換が行われる。これと並行して食品衛生法（昭 22）をはじめ各種の衛生法規が整備され、また前記の保健所網の整備と相まって、国立公衆衛生院による公衆衛生技術者の精力的な養成訓練が開始され、公衆衛生行政は人員、施設、予算を通じて急速に拡充強化される。一方、医療行政面においても、昭和 22 年 10 月には日本医療団が解散し、同 23 年 10 月には国民医療法が廃止され、新しく医師法、歯科医師法、保健婦助産婦看護婦法等の身分法が制定され、また病院尊重の立場をとる医療法、新しい薬事法が制定される。さらに公衆衛生の立場から重要なことは、昭和 22 年、労働基準法制定によって労働衛生の飛躍的發展が図られ、また児童福祉法の制定により、母子衛生対策が強化されたことである。さらに昭和 23 年、アメリカ社会保障調査団の来朝を契機とし、社会保障制度審議会が設置され、昭和 25 年 10 月、同審議会の勧告により、社会保障制度確立への気運が急速に高まったのであるが、ここでは詳細は省略する。

（2）第Ⅱ期（昭和 25—29 年頃）——公衆衛生、社会保障の停滞と産業復興——

戦後の第Ⅰ期を通じて、公衆衛生は衛生行政機構の改革、保健所網の整備、衛生諸法規の制定、職員、施設、予算の拡充等により飛躍的に進展し、急性伝染病対策等に大きな成果を収めたのであるが、これにつづく第Ⅱ期に重大な影響を与えたのは、昭和 24 年（1949）の中共の独立につづく同 25 年の朝鮮戦争である。これを契機としてアメリカの極東政策に重大な転換がみられ、国内的には政治の反動化が進行し、かくして昭和 26 年 9 月には単独講和の調印が行われ、翌 27 年 4 月にはその発効によって、7 年にわたる占領行政に終止符が打たれる。しかしこれを契機として、衛生行政においても、昭和 27 年（1952）をピークとして、

機構縮小、人員、予算の停滞等行政的には停滞ないしは後退の傾向がみられ、社会保障制度審議会の再度にわたる勧告も実現が阻害される。半面このような情勢下にあって、昭和 25 年には現行の生活保護法が制定され、同 26 年には新しい結核予防法が制定されて、医学の進歩の行政面への導入、公費医療制度、指導の徹底、療養施設の普及等が図られ、結核対策の画期的な進展をみるとともに、昭和 25 年には精神衛生法の制定により精神衛生行政の前進がみられることなどが注目される。一方、朝鮮戦争を契機として鉱工業生産は急速に回復し、工業化と都市の復興によって都市の環境衛生がまず問題となったのは当然のことであるが、昭和 29 年 (1954) には明治以来の汚物掃除法に代って清掃法が制定され、不十分ながら環境衛生施設の整備と環境衛生行政の推進に突破口を形成したことは注目されてよい。また、戦争直後の悪疫流行を契機として、東北、北陸、北海道等の農山村に起った自主的な村ぐるみの環境衛生改善の民衆組織活動が、その後厚生省の積極的な行政指導と相まって地区衛生組織活動と呼ばれるようになり、環境衛生改善の世論を高めたことも見逃せない。

(3) 第Ⅲ期 (昭和 30—34 年頃) ——都市化、工業化と環境衛生行政の前進——

戦後 10 年間における公衆衛生の進展はめざましいものがあり、この 10 年間に出生率、死亡率、乳児死亡率はともに約 2 分の 1、結核死亡率は約 3 分の 1 に低下し、主要な急性伝染病はほぼ制圧されるに至ったことは特筆に値する。しかしながら、およそ昭和 30 年 (1955) を境として、都市化、工業化の進行とともに経済高度成長が顕著になり、産業、労働、消費、疾病、死因等の構造的な変化がしだいに顕在化し、また昭和 28 年以降の町村合併の急速な進行、昭和 33 年の新しい国民健康保険法制定を軸とする国民皆保険計画の実現等とも関連して、衛生行政ないしは公衆衛生活動に対しても、これらの社会変動に対応する新しい転換が要請されることとなる。また、急激な社会変動によって、都市、農村を通じて、住民の生活と健康にも新しい問題が惹起され、とくに都市

においては、急激かつ無統制な人口増加によって、環境衛生施設の貧困と各種の公害問題が顕在化する。かくしてこの時期には、水道法 (昭 32)、下水道法 (昭 33)、公共用水域の水質の保全に関する法律 (昭 33)、工場排水等の規制に関する法律 (昭 33) 等、環境衛生行政の基本的な法規が相ついで制定される。一方このような社会情勢と関連して、この時期に注目されるのは、前にも触れた住民による保健衛生の自主的な地区組織活動の動きであり、昭和 32 年にはその全国的勢力を結集して第 1 回全国環境衛生大会が東京で開かれ、これを契機として全国衛生自治団体連合会、日本環境衛生協会が生まれるとともに、環境衛生向上の世論が高まる。さらに昭和 34 年には、保健福祉地区組織育成中央協議会 (育成協) の設立を契機として、従来ほとんど別個に進められてきた保健衛生と社会福祉の地区組織活動が、community organization の理論に立って、その連携への努力がはじめられる。

(4) 第Ⅳ期 (昭和 35—40 年頃) ——高度経済成長政策と諸矛盾の顕在化——

この時期の一般的特色は、昭和 35 年の国民所得倍增計画に象徴される高度経済成長政策の推進によるドラスティックな社会変動の進行と、国民大衆の生活における諸矛盾の顕在化である。すなわち第Ⅲ期において示された経済の高度成長は、昭和 35 年以降、超高度の成長を示すが、その半面地域間、階層間の生活と福祉の格差の拡大が顕在化し、経済の活況の半面で消費者物価は上昇し、また経済成長が民間の生産的資本を中心に行われたため、生活関連の社会資本の立ちおくれが顕著となり、都市における過密の弊害と農村における福祉の貧困が顕在化する。このような情勢のもとで公衆衛生の分野では、従来のもっぱら人口規模による保健所の級別を改めて、産業構造、人口密度等の立地条件を基礎とした型別の再編成が行われ、これを契機としてとくに一般衛生業務と国保の連携に重点をおいた市町村単位の共同保健計画の推進が強調される。これは昭和 20 年代後半以降の地区組織活動、30 年以降開発された業務測定、地区把握、地区診断等の技術を活用して、市町村

単位に共同計画の原理に立つ保健計画を推進しようとするものである。また昭和 35 年 8 月には、厚生大臣の委嘱により公衆衛生教育制度調査委員会が発足し、同 37 年 12 月には主要な公衆衛生技術者の教育訓練の体系等に関する報告が公表されて反響を呼ぶ。さらに昭和 38 年には医療の専門家が中心となって作成された「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」が医療制度調査会から提出されたことが注目される。この間医療の分野では健康保険の赤字問題を焦点とする医療費をめぐる支払側と診療側の対立が激化するが、とくに昭和 35 年から 36 年にかけて、日本医師会の診療報酬値上げ闘争は、日曜一斉休診、保険医総辞退をかけた激しいものとなる。また、病院における医療従事者の低賃金、重労働をめぐる、昭和 35 年秋頃より病院ストが拡がり、医療労働者の組織が強化されていく。一方、この時期には、都市における生活環境施設の立ちおくれと公害問題が急速に顕在化し、昭和 37 年(1962)には、ばい煙の排出の規制等に関する法律が制定され、大気汚染防止の行政が漸く緒につくとともに、同 38 年には、生活環境施設整備緊急措置法が制定され、5 ヶ年計画による施設整備が進められる。すなわち、この時期には産業優先の高度経済成長政策の推進によって、国民大衆の生活、保健、医療等における諸矛盾が顕在化し、昭和 39 年末には「高度成長によるひずみの是正」という表現で、社会開発が内閣のスローガンとして登場するに至るのである。

3. 日本における公衆衛生の発展過程の特質

明治初頭以降の日本の近代化の過程における 100 年に近い公衆衛生の発展の過程を以上に素描したのであるが、余りにも簡に過ぎて重要な事実を省略し、あるいは事の軽重を誤ることを恐れるものである。しかしここでは、すでにみた欧米諸国における公衆衛生の発展過程との対比において、日本の場合の特質、換言すれば問題性ともいうべきものを巨視的に考察し、その今日における課題を考える場合の前提として、歴史的な特質を明らかにしておきたいと考える。

(1) 生成過程における問題性

日本の公衆衛生の生成過程にみられる顕著な事実は、その発足の時間的な立ちおくれはもとより、それが当初から公行政として理解され、とくに地方自治の基盤のない国の行政として出発したことである。もとよりこれは、ひとり公衆衛生に限らず、明治維新以降の日本の近代化の基本政策そのものであり、そのゆえにこそその後の驚くべき急速な進歩がもたらされたことは認めなければならない。しかし、ここで重要なことは、イギリス、アメリカ等の公衆衛生の生成過程が、長年の苦難に満ちた住民自治的な努力の後、まず地方行政、ついで国の行政態勢が強化され、いわば無数の煉瓦を地道に積み重ねて、ピラミッドを築き上げたような歴史をもつのに対比して、きわめて対照的であり、住民の健康がその生活と不可分であり、公衆衛生がすぐれて地方自治的な性格のものであることを考えると、ひとつの基本的な問題性を提起するものといわねばならないのである。

(2) 戦前の発展過程における問題性

欧米諸国において共通にみられるように、公衆衛生の初期の社会的契機は、コレラ等の悪疫の流行であり、これは日本についても同様であった。またこれら悪疫は、産業革命による都市への人口集中と労働貧窮層の劣悪な生活条件と表裏をなすものであった。この場合にも、イギリス、アメリカとの対比において、日本にみられる顕著な事実は、劣悪な生活環境と悪疫流行に対する社会的な対応の相違である。すなわち、これを契機として前者の場合には、都市における環境衛生施設、住宅、道路等の公共投資による強力な整備が行われたのに対し、後者ではこのような対応の兆はあったが、ほとんど実現されなかったのである。公衆衛生の基盤である環境衛生行政が、清掃法制定を突破口として本格的に前進するには、その後 50 年余の歳月を要したことは歴史の示すところである。しかし両者の間の差異については、歴史的にみて明らかな理由があった。明治中期以降、第 2 次大戦に至るまでの打ちつづく戦争であり、大正から昭和にかけての大震災、大不況をはじめとする社会的な窮迫である。衛生思想の低さ、技術の

貧困、予防医学の勃興、し尿農村還元の習慣等しばしば指摘される諸要因は、いずれも副次的なものであり、殖産興業と軍備拡張の絶対的な要請と地方財政の著しい窮乏のもとにおいては、環境衛生施設整備の大計画は到底実現すべくもなかったと考えられる。さらに、明治中期以降における高度の中央集権化とドイツ公法学の移入による行政法的行政の浸透は、地方自治とくに住民にもっとも身近な自治体である市町村の一貫した弱体と相まって、発展期における衛生行政の特質を形成していったといえる。一方、医学および医療面においても、当初の圧倒的な漢方医学の優位を短期間に西洋医学に転換した困難は、今日想像以上のことであるが、その後の医学教育と開業医制度の発展の中で、細菌学、風土病学、栄養学等の分野では日本人による輝かしい研究業績が少なくないとはいえ、全体として著しく治療医学に偏した実態になっていったことは否定できない。

(3) 戦後 20 年の発展過程における問題性

戦後 20 年間における日本の復興と発展は驚くべきものであるが、この間における公衆衛生の発展と健康水準の向上も、多くの問題を残しているとはいえ、まことにめざましいものであった。とくに昭和 20 年代の 10 年間は、伝染病の防遏、結核死亡の激減等により、国民の死亡とくに青年、乳幼児等の年齢層のそれが、劇的な改善を示した時期である。戦後の公衆衛生の発展過程においてまず重要なことは、第Ⅰ期における画期的な機構改革と保健所網の拡充整備を中核とする公衆衛生態勢の躍進であろう。これは正に公衆衛生の発展に必要な社会的条件が何であるかを示すものであり、敗戦によって社会的な壁がとり除かれたことによって、明治以来の公衆衛生の先駆者たちの悲願が漸く結実したものとみるべき面も少なくないが、半面 GHQ による強力な指導援助という他律的な要因がきわめて大きかったことも否定できない。またこのような行政機構の大改革に際して、市町村の衛生態勢の強化については、何ら触れるところがなかったことは指摘されてよからう。

つぎにこのような公衆衛生の飛躍的な前進が、第Ⅱ期に入ると国際情勢の変化によるアメリカの

極東政策の転換等によって、予算、人員、組織等の面で停滞を示し、あるいは後退の兆すらみられるようになったことは重大である。また機を同じくして産業復興と都市化がはじまり、環境衛生が問題化する半面、占領下の新しい制度と公衆衛生のあり方に対する主体的な批判が、この時期に公衆衛生関係者の中から生まれてきたことも見逃せない事実である。かくして、およそ昭和 30 年を境として、国民の生活水準は戦前水準に回復するとともに、重化学工業化、人口都市集中、技術革新、マスコミの浸透、人口高齢化、産業、就業、消費、死因、疾病等々の構造的変化がはじまり、町村合併、国民皆保険の実現等と相まって、公衆衛生についてもこれら対象の質的变化に対応した転換が要請されるようになったのである。また以上のような社会変動は、とくに昭和 35 年以降、高度経済成長政策、地域開発の推進等によって加速される半面、その諸矛盾が国民大衆の生活と健康において顕在化してきたのであり、今日公衆衛生が当面している段階は、正にこのような段階であるといえる。イギリス、アメリカ等の公衆衛生の発展について、その対象と方法に関し、①環境衛生の改善、②対人保健サービスの浸透、③総合保健態勢の確立、の特色ある段階がみられることを前に述べたが、戦後における日本の公衆衛生は、ある意味では 20 年の間に前記の 3 段階を集約的に経験したともみられる。しかしここで、今後の公衆衛生の展開の前提として、正しく認識されなければならないことは、日本の場合には明治以来の急激な発展過程にみられる問題性のしわよせとともに、戦後における急激な発展によって、その問題ないしは問題性自体が二重三重の構造をもっているということである。すなわちたとえば、前記の欧米諸国にみられる三つの段階が、その推移に差異があるとはいえ同時に重複して解決を迫っているのである。また対象の疾病像についても、急性伝染病の典型ともいふべき赤痢、慢性伝染病の典型である結核、がん、脳卒中、心臓病等の成人病を同時に抱えている現状であり、環境衛生についてみても、し尿処理のような原始的課題と大気汚染とくに石油コンビナートの有毒ガス、自動車

排気ガスのような時代の尖端ともいえる課題を同時に抱えている。このような現実が公衆衛生の人員、予算、施設等のあらゆる面で、欧米諸国には類のない異常な重圧となっているのである。さらに公衆衛生にとって不可欠である地方自治とくに住民自治も、戦後の改革によって漸く育つかにみえた時期に、経済開発の要請から広域行政が決定的な政策の方向となったことも、問題の本来的な解決をさらに困難にしており、また明治以来の行政法的行政の伝統が依然として行政を強く支配していることなどが、現実の問題の解決をいっそう困難にしているといわなければならないのである。

IV 公衆衛生の今後の課題

日本の公衆衛生が、今日とくに行政の段階において直面している主要な課題としては、対人保健的分野と対環境的分野に大別してみると、前者では成人病対策および精神衛生対策、後者では公害対策があげられなければならないだろう。もちろんすでに指摘したように、日本の公衆衛生は日本の近代化を反映したその発展過程の特異性のゆえに課題自体が新しいものと古いものの重複した構造を有している。したがって、主要な課題はこれら以外にも山積しているのであるが、前記の諸課題は従来の方法論のみに頼ったのでは到底対策の効果を期待し難いものであり、新しい方法論の導入を必要としている点で際だっているのである。また、これら山積する公衆衛生の課題ととりくむに際して、すでにみたような日本の近代化の歴史そのものに由来する基本的な問題として、①地方自治とくに住民自治の未熟、②社会保障制度の弱体、③環境衛生基盤の立ちおくれ、④医学の治療偏重、⑤医療制度の矛盾、⑥政策の経済偏重等は、単に公衆衛生という立場のみでなく、広く社会全体として歴史的に克服していかなければならない問題である。しかしこれらの具体的課題ないしは基本的な問題に立ち入って論ずることは小論の主旨ではないので、以下にこれらの諸問題を念頭におきながら、日本の公衆衛生の実践的、社会的な今後の課題を提起して広くご批判を得たいと考える。

1. 地域特性に対応する保健活動の充実と組織化

すでにみたように、昭和 30 年頃から顕在化し、とくに昭和 35 年頃から加速しつつある社会変動の、国民大衆の生活ないしは健康における特質は、地域特性 local characteristics の顕在化とその深化である。これは 20 年代における問題の実態とは質的に異ってきている。たとえば 20 年代前半における急性伝染病の流行、結核の蔓延等は、量的な差異はあったが全国に普遍的な health needs であった。また 20 年代後半以降、都市の復興によって都市清掃に対する need が顕在化した。これも都市一般に共通したものであった。これに対し 30 年以降の変化は、著しくその様相を異にしている。すなわち、重化学工業化、都市人口集中等のいわば客体的な諸条件の変化と、これらによって誘導され、招来された人口構成の地域差、所得、生活水準、栄養、発育、体力、疾病、死亡等の主体的諸条件の変化とによって、単に量の問題としてではなく、health needs が質的に多様化するとともに、産業構造、人口構造、所得構造等と深く関連して、生活と健康の問題において地域特性が顕在化し、しかもその地域特性自体が変化しつつあるところに、従来とは異った公衆衛生の対象そのものの変化がみられるのである。新しい方法論の導入を必須条件とする主要課題として、先にあげた成人病対策、精神衛生対策、公害対策等は、このような変動によって生み出された health needs の典型であるといつてよい。このような対象そのものの変化にダイナミックに対応し、国民大衆の健康を守り育てることが、今後の公衆衛生の基本的な課題であるが、公衆衛生がこの課題ととりくむ方向ないしは目標は、その実践的、社会的な立場からいって、地域特性に対応する保健活動の充実とその組織化、総合化にあると考えられる。ここで単に保健サービスといわず、保健活動の組織化といったのは、単に従来のような行政側、専門家側からのサービスの提供という一方的な流れでなく、これを受けとめ、さらにその充実と水準の向上を指向する地域住民の積極的、主体的な

参加の必要を重視するためである。すなわち、地域特性に対応して、保健活動が充実され、組織化されていく過程を地域保健活動と呼ぶとすれば、その発展の基本的な要因としては、①行政 public administration, ②専門的リーダーシップ professional leadership, ③主体的住民参加 citizen' participation, の三者があり、これらが相互に強めあう方向において地域保健活動の発展が期待される。このようにみえてくると、地域保健活動の充実と組織化を進めるためには、地域を単位として、①地域特性を把握し、② health needs を解析し、③各種の保健福祉機関、医療機関等の機能を組織化し、④住民参加のもとにこれらを計画的に進める、という機能がぜひとも必要であり、この種の機能は、現状では、地域に定着した公衆衛生の専門機関であり、行政機関である保健所についてみても、一般的にははなはだ弱いところに主要な問題点のひとつが存するといつてよい。欧米諸国の場合にも、county, city 等によっていわゆる health unit として、公衆衛生ないしは保健活動の基本的な地域単位が制度的に確立しているが、日本の実情からいえば、その人口規模等からみて、保健所地域はほぼ同様の意義を有するものと考えられる。したがって、具体的には、その本来の性格、実績等からいって、保健所に前記の地域保健活動の組織化ないしは地域保健計画を担う機能を確立し、これに必要な人的、施設の、予算的および機構的な条件を整備することが、ひとつの主要な方向と考えられる。もちろん対策はこれに尽きるものではなく、地域保健活動を構成する前記の主要な要因のそれぞれについて、必要な条件整備はもとより、これらと関連する多くの問題点の打開のための総合的な視点が必要である。しかし小論においては、その主要な方向を提起し、これに必要な若干の具体的な条件整備について以下に指摘するに止めたい。

2. 地域保健活動の充実、組織化のための基本的条件

(1) 予防投資：日本の公衆衛生、医療に一貫してみられる決定的な弱点のひとつは、疾病の基本的な予防のための投資が、相対的にも絶対的にも

はなはだしく僅少であることである。明治中期以降の産業革命の後においても、都市環境衛生施設に対する投資がほとんど省みられなかったことは、すでに繰り返し述べた。さらに医学の伝統的な治療医学偏重も、長年識者の指摘するところであるが、その反映として、疾病予防ないしは予防医学的な活動に対する経費の裏づけが、その基本的な重要性にもかかわらず、今日に至るまで一般的にいてほとんど公的にはとり上げられていないことは、むしろ驚くべきことである。各種の健康保険制度が、このような視点からの予防給付を行っていないことは、むしろ国際的にも共通する問題として異とするに足りないが、日本の場合にはその結果として、各種の医療機関ないしは地域の医師が実施する予防医学的な活動に対しては、現状では公的な経費の裏づけはほとんど無に近い。また、一般には内容的に予防のための経費であるかのように考えられている厚生省所管の保健衛生費についてみても、その実態は 90% 弱が結核、精神障害に対する公的医療費および環境衛生対策費によって占められているのであり、狭義の予防費は保健衛生費の 10% 程度に過ぎない。一般論としての予防投資の重要性は何人にも理解されやすいところであるが、近年における疾病、死因構造の大きな変化の中で、個人の幸福のためにはもとよりとくに国民経済の立場からみて、今日の予防投資の意義は、伝染性疾患が重きをなしていたかつての時代のそれとは質的に変わってきていることを知るべきである。人口老齢化の決定的な動きの中で、恒常的な健康管理、疾病異常の早期診断、治療に対する予防投資を軽視することは、単に医療費の問題のみでなく、国民経済全体の視点から、これ以上放置できない問題といつてよい。

(2) 教育投資および研究投資：地域保健サービスの質を決定する基本的要因は、これを担当する各種の公衆衛生、医療技術者に対する教育投資と、地域保健活動に必要な社会実験的な研究および各種の社会的技術の開発に対する研究投資の水準である。日本の場合には、公衆衛生、医療のみならず、科学技術一般に対するこのような意味あいでの公的な教育投資、研究投資が欧米諸国に較べて

著しく低水準にあることは、すでに学会議等によっても強く指摘されているが、ここでの問題はこのような一般的な低水準の中においてすら、公衆衛生、医療とくに予防に関する教育投資と研究投資の水準の低さは際立っているという事実である。たとえば厚生省所管の補助金としてこのような意味を有する厚生科学研究補助費をみても、昭和39年度予算でその額は33,900千円で、厚生省の補助金総額に対する比率は0.02%にも足りない。また教育投資と関連して、とくに近年におけるその重要性と問題性について強調しなければならないことは、保健所職員をはじめ地域保健活動に従事する各種の公衆衛生技術者の需給の問題である。この問題については、昭和35年8月、厚生大臣の委嘱による公衆衛生教育制度調査委員により、同37年12月には「公衆衛生教育制度のあり方」として、広範な報告書が公表されたが、その後の激しい社会変動の中にあって、公衆衛生技術者の需給等の実態は相対的にむしろ悪化している。アメリカ合衆国公衆衛生局(U.S.P.H.S.)は、最近の機構改革により、新しくBureau of Health Manpowerを設けているが、公衆衛生における人材の養成と需給に対する国のレベルにおける抜本的なとりくみは、今後の地域保健活動の成否を決定するものとして、緊急の課題といわなければならない。

(3) 法制：日本の現行衛生法規は、一般的にみてその種類、形式等については、世界にも類をみないほど整備されている観があるが、そのたて方は問題別、専門技術系列別のいわゆるたてわりであり、全国画一的傾向が強い。このような法体系は、たとえば昭和20年代におけるように、都市化、工業化が未熟で、急性伝染病、結核等のhealth needsが、全国的にみて比較的に平準的な状態にあった時期にはきわめて有効であったとみられるのであるが、すでに繰り返して指摘したように、昭和30年以降における急激な社会変動の進行によるhealth needsの質的な多様化と、その地域特性の顕在化する状況においては、このよう

な諸法規のみでは、これらの問題に有効に対処するためには、総合性と弾力性に乏しいため種々の難点が提起されている。数年来、関係者によって、これらの総合的、効果的な運用を期するため、公衆衛生基本法(仮称)の制定の急務が説かれているのも、この間の事情を物語るものといえる。ここでは問題の焦点を「地域保健活動の充実と組織化」において考えると、私見としては、前述の地域特性に対応した地域を単位とする保健活動の基礎となる保健計画を有効に策定し、運用する根拠法として、地域保健計画基準法(仮称)のような法制がぜひ必要と考えられる。またその内容の主要な視点としては、地域特性の把握とhealth needsの測定、評価の方式、地域類型別の保健計画の具体的な最低基準の設定に主眼をおき、併せて計画の主体、計画のための組織、地域保健活動の基本的な機能と構造の明確化等が必要と考えられるのである。

日本における公衆衛生は、明治初頭における発足以来、すでに100年に近い年月をへているが、その発展過程には、欧米諸国のそれと比較した場合、日本の近代化そのものの特異性を反映して種々の特質ないしは問題性がみられる。小論においては、とくに昭和30年以降の激しい社会変動下における公衆衛生の指向すべき方向と課題を明らかにするため、欧米諸国における公衆衛生の歴史的発展を考察し、日本におけるその発展過程をこれと対比しつつ、その特質、問題性をふまえて、公衆衛生の今後の基本的課題について考察した。さらに具体的な諸課題の考察と、その対策等については、いずれ稿を改めて論ずる機会を持ちたいと考えるものである。

(1967年7月10日)

-
- 5) health unitの典型的な例としては、アメリカにおけるlocal health unit(countyまたはその連合)(平均人口11.7万)、イギリスにおけるcounty borough(平均人口約16万)、county、ソ連におけるrayon(人口7-15万)等がある。

地方衛生行政の問題点

——市町村と住民の保健——

東 田 敏 夫

I 問題の所在

社会保障制度は、おおまかにいって、公的扶助と各種の社会保険の総合的制度によって、国民の生活をおびやかす可能性のあるさまざまな災厄や危険状態にたいして善処措置を講じて、最低限度の生活を保障する制度であるといえる。しかし、「窮乏」からの脱出はたんに所得の保障だけで果されるのではない。「再建をはばむ他の巨人、疾病・不潔・不就業」(Beveridge 報告)との闘いによって、より完全なものになるはずである。防貧は、所得保障と医療サービスの普及のみならず、疾病の予防、国民教育の機会均等、住宅難の解消、完全雇用などの公共的な諸活動が有効にはたらくとき、はじめてその成果が期待されるものである。国民の「健康で文化的な最低限度の生活」を営む権利の保障は、「社会福祉、社会保障」とともに「公衆衛生の向上および増進」にまたねばならない。

加えて、公衆衛生の諸活動について重要なことは、防疫、保健、環境衛生などの理論や青写真は、住民の日常生活のなかで実施されなければ無にひとしく、予防と医療の科学・技術も社会化されなければ、国民のものとはなりえない。いいかえると、国民の生活と健康をまもるべき諸活動は、国民の日常生活に直結し、政治への直接的な関与の可能性が大きい第一線の地方自治体が行うとき、はじめて住民のものになるということである。

1949 年、シャープ勧告は、日本の地方行政についてこうのべている。

「地方団体の事務は特に国民と密接なものがある。これらの行政事務のうちには、教育、病院、疾病の予防、衛生施設、救済、母子厚生、警察、消防、街路、レクリエーション、住宅および不具

者の世話というような重大な行政および施設がふくまれている。それらは、特に各個人のための機会とよりよき生活条件、より大なる安全保障および不幸の防止を与えようとするものである。日本またはいかなる国でも、その将来における進歩と福祉とは、他のいかなる要素にも劣らず、地方団体の有効な行政の質と量とにかかっている。」

明治欽定憲法下における地方行政は、産業資本の確立とむすびついた絶対主義官僚制政府の出先機関であり、衛生行政もその例外ではなかった。明治産業革命の進行とともに人口の都市集中と生活環境の悪化がはげしくなり、コレラ、腸チフスなどの悪疫の流行に対して、地方警察の手を通じて行われたのは、上からの取締り行政であり、絶対的に欠乏していた国民医療の改善や劣悪な生活環境の整備についてほとんどかえりみるところがなかった。伝染病対策、水道条例、汚物掃除法などの環境衛生事業や、しだいに増加していた重症結核の窮乏患者の収容などの事業を、その財政的・技術的支えを用意することなく、市町村におしつけていたにすぎない。

大正年間より昭和前期にかけて、都市、農村を通じて、生活環境の悪化、住宅の困窮、各種の伝染病の流行、高い乳児死亡率、結核のまんえんなどがつづいていたが、旧態依然たる地方警察による取締り行政に終始した。昭和 10 年頃、ようやく技術行政・サービス行政への転換をめざす活動のめばえがあった。しかし恐慌につづく戦時体制に入り、絶対主義政治権力による中央集権が強化され、市民生活と住民の保健は完全に無視された。

民主憲法下における地方行政は、「住民の、住民による、住民のための行政」でなければならず、「地方自治の本旨」に基くものとされる。「地方

自治の本旨 The Principle of Local Autonomy」
とは「一般に統治の民主化を確立、実現するため
に、地方的利害関係のある事務を、地方公共団体
の責任のもとに、その機関の固有の意志決定によ
って遂行するとともに、住民の意志によってその
機関構成者が選任されるべきことを意味する¹⁾」。

すなわち、まず第1に、地方住民の利害関係に
直結する事業を、その地方自治体の「固有の意志
決定によって」、その「負担と責任のもとに」遂
行することとされる。もし地方自治体の行財政能
力がこれらの条件をみたすものでなく、依然とし
て中央政府の中央集権的支配の下にあるならば、
地方自治体の名に値せず、その行政活動は必ずし
も住民のためのものとなる保証はない。

1949年のシャープ勧告は、地方自治尊重の原
則を実現するためにこそ、中央政府の支配権力の
抑制と、財政の強化を必須の前提条件として、国、
府県および市町村の業務の分担と、市町村優先・
第一主義、行政事務の能率化を勧告した。この勧
告に基いて設置された地方制度調査委員会議は、
地方自治拡充をめざした神戸勧告をだしている。
しかるに 1952年の講和独立以来、地方自治尊重
の原則は急激にゆすぶられ、地方行政の能率化、
合理化の原則が優先し、1953年、市町村合併が急
激に促進された²⁾。それらは、市町村財政の合理
化をめざしたものであったが、市町村行政内容の
向上、改善にやくだったとはいいきれず、保健衛
生の面では部課系の縮小、人口当り専任職員と関
係職員の半減など、その行政機能の低下をもたら
しているとみられている³⁾。

近年の「高度経済成長」と称せられる経済活動
の拡大にともない、中央政府による地方行政にたい
する支配があらたに強化されるとともに、急激
な都市化・産業化の進行にともない、都市・農村
を通じて、生活環境と労働環境の悪化、住宅問題、
公害交通災害など、地方住民の生活と健康を阻害
する重大な問題が山積し、政府も「社会開発」の
緊要性を唱えざるをえなくなっている。

しかし、住民の日常生活にとってもっとも重要
な地方自治体、とくに市町村の行政活動について
は、必要な配慮と検討が行われているとはいえな
い。厚生省当局においてもわずかに、1960年の保
健所「型別再編成」構想と平行して、「保健所の運
営の改善」と関連して、市町村を主体とする「地
域共同保健計画」の構想がだされ、保健所がこれ
に協力することを要請したにすぎず、「共同保健
計画」を実施するに必要な技術的・財政的裏付け
は用意されず、市町村行政がもつ隘路と矛盾につ
いてはまったく考慮されていない。このことは、
日本の公衆衛生が保健所を基盤として、技術とサ
ービスの行政に転換したと称しても、依然、上か
らの中央集権的たて割官治行政を基調としたもの
であり、住民の立場にたった「地方自治」に根を
おろしているものではないことに由来する。

このような情勢にあって、住民の生活環境の改
善、保健衛生を向上する諸活動は、市民生活のレ
ベルにおいてどうなっているかをたしかめること
は国民保健における当面の課題である。私はすで
に、地域保健活動にたいする住民の需要をたしか
め、とくに市町村の実態について検討し、その問
題点について報告⁴⁾をしたことがある。本稿では、
新しい調査成績を加えて、ややくわしく当面の課
題について考察を試みたい。

II 地方衛生行政の分担と市町村の業務範囲

衛生行政は、通常、公衆衛生、医事および薬事
に大別され、公衆衛生行政はさらに保健、予防、
検疫、優生保護、精神衛生および環境衛生に分別
され、関係法律だけで約 50 を数える⁵⁾。国、都
道府県および市町村による事務配分は大まかにい
って、国は医師をはじめ歯科医師、保健婦、看護婦
など特別な医療技術者についての国家試験、免許
等、医薬品、毒劇物、麻薬などの製造業者の営業
許可、免許、国立療養所、研究所施設、衛生行政
全般についての企画、指導、補助金負担等を担当
し、国民の実生活に直接する衛生行政は都道府県

1) 杉村敏正『行政法講義(上)』、有斐閣、1963。

2) 吉富重夫『新版地方自治』、勁草書房、1963。

3) 橋本正己『地方自治の歩みと公衆衛生』、『公衆衛生の進歩
と展望』、第一出版、1964。

4) 東田敏夫「地方自治と住民の保健」、『公衆衛生』30(10)、
1966。

5) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』、1966、
pp. 220-245。

と市町村の手によって行われる。

府県と市町村の間の業務配分は、府県は保健所をもち、一部の保健サービス業務と各種資格を必要とするものの試験・免許、各種営業の許可および監視等を行うほか、市町村の指導、補助金の交付を行い、市町村は法定伝染病予防、予防、結核健康診断、上水道、ごみ・し尿処理などの環境衛生事業、国保事業など、住民にたいする基礎的なサービス事業を行うことになっている⁶⁾。しかしながら実際に行われている業務の区分と責任の所在はかならずしも明確でないのが実状である。

もともと、日本の地方自治体、とくに市町村が行う業務には、市町村が固有の意志で実施する「固有の事務」と、法令により国または都道府県から市町村に委任される「団体委任事務」、市町村長に委任される「機関委任事務」の別がある。保健衛生業務については、団体委任と機関委任が多く、地域事情に応じて必要な「固有の事務」を実施する可能性が少い。

具体的には、「団体委任業務」としては、伝染病予防法による伝染病床、消毒所の設置、上水道事業、清掃法によるごみ・し尿処理などがあり、「機関委任業務」としては、伝染病予防法による伝染病患者の収容と消毒方法の実施、予防接種、結核予防法による住民健康診断、墓地・埋葬・火葬に関する業務、死産届管理などがある（機関委任業務は市町村議会における議決を要しない）。なお政令で指定された29の市（政令市）は団体委任の業務と保健所を設置し、都道府県が行う業務の一部につき権限の委譲を受けている。

もっとも、これらの「委任事務」も National Minimum な需要であり、これを簡単に「ひもつき行政」ということは当たらないが、問題は、この市町村の National Minimum な業務を執行するにふさわしい行財政の能力をそなえているかどうかということである。また「固有事務」すなわち地方事情に応じて緊要な業務、たとえば乳幼児死亡対策、特定の流行病の予防、生活環境衛生の保持あるいは無医地区対策などが、適時にすすめるかどうかということである。

6) 厚生省保健所課『市町村の公衆衛生』, 1962。

市町村の行政がつねに中央政府あるいは府県の「補助」、「指導」、「認可」をまたねばならないとすれば、地方自治の生命である主体性と自主性が失われ、実質的には中央集権の支配下にあることを意味し、それこそ「3割自治」とよばれるにふさわしく、市町村行政が地域住民の需要にこたえるという保証はないのである。さて市町村の保健衛生事業はどうなっているか、その実相をあきらかにすることが本稿における中心的課題である。

III 全国地方自治体とくに市町村の保健衛生事業

本論に入るに先だって、全国都道府県別に住民の健康度を地域類型別に概観し、保健衛生事業にたいする地域需要をおしはかておこう。

1. 都道府県住民の健康度の地域格差と保健衛生行政にたいする地域需要

1965年度の総理府「生計調査」によると、7大都市の世帯実収入にたいして町村は77%、関東71,751円にたいして九州57,601円、四国58,812円、東北59,573円と、ともに20%前後のひらきがある⁷⁾。さて、府県住民の健康度をくравると、農村地域ほど、また住民所得が小さい地域ほど、乳児死亡率や伝染性疾患死亡率が高く（表1-1）、子供の発育も劣っている⁸⁾（表1-2）。

表1-1 府県の社会的性格と死亡率との相関（1960）

	産業化指数	住民1人当り所得
乳児死亡率	-0.641**	-0.508**
伝染性疾患死亡率	-0.422**	-0.627**

表1-2 住民1人当り所得と児童の発育との相関（1959）

	年 齢	身 長	体 重
男 児	6	+0.671**	+0.586**
	10	+0.647**	+0.623**
	14	+0.788**	+0.485**
女 児	6	+0.690**	+0.596**
	10	+0.728**	+0.619**
	14	+0.730**	+0.396**

注 ** P<0.01

7) 『国民生活白書 昭和40年版』, p.21。

8) 東田敏夫他『経済開発と健康度の地域ならびに階層格差』『公衆衛生』27(11), 1963, p.584。

行政管理庁報告書(41年2月)によると、住民の健康度は、生活環境および市町村の福祉行政活動の密度と正しく対応した地域格差をみとめ、とくに農山村後進地域において低水準である⁹⁾。

産業化と人口集中がすすんでいる産業都市のばあい、大阪市22区について調べると(表2)、労働者階級や、低所得者が多く居住している地区ほど、住生活は苦しく、死亡率が高く、伝染病罹患率もたかい。すなわち市民の生活と健康状態に階

層分化をみとめ、これが地域格差に反映している事実をみとめている¹⁰⁾。

生活環境がわるく、住民の健康水準も劣っている地域では、この状態を改善すべき保健福祉の行政や諸活動が重点的にすすめられる必要がある。問題は、地方自治体とくに第一線の市町村がはたしてこれらの地域の需要にたいして、どのようなか、全国統計と事例研究を通じて検討してみよう。

表2 大阪市22区住民の職業人口構成・居住密度と死亡率・罹病率との相関(昭和35年)

	職業人口百分比			1人当り畳数
	A	B	C	
出生率	-0.085	+0.628**	-0.717**	-0.649**
乳児死亡率	-0.502*	+0.093	+0.135	-0.398
標準化死亡率	-0.493*	+0.511*	-0.331	-0.777**
全死因	-0.291	+0.548*	-0.485*	-0.670**
中枢神経血管損傷	-0.505*	+0.476*	-0.291	-0.728**
不慮の事故	-0.548**	+0.392	-0.180	-0.610**
肺炎・気管支炎	-0.317	+0.214	-0.075	-0.422*
法定・指定伝染病罹患率	+0.748**	-0.914**	+0.588**	
1人当り畳数				

注 A 管理, 専門, 事務

B 採鉱, 運輸, 技労

$\gamma_{mw \cdot h} = +0.511^{**}$ 全死因死亡率
 $\gamma_{mh \cdot w} = -0.888^{**}$ 現業労働者人口百分比
 1人当り畳数

$\frac{m}{w}$
 $\frac{h}{h}$

** 危険率1%以下で有意, 危険率5%以下で有意。

2. 地方自治体の保健衛生費の年次推移

まず都道府県および市町村の保健衛生事業を財政面から検討すると、全国都道府県・市・町村の保健衛生費は1961年頃より財政総枠の膨張につれて増加し、1964年度には総体に増加しているが、歳出総額にたいする百分比は大都市・市部・町村で著しいひらきがある¹¹⁾。歳出百分比の年次推移をみると(図1)、保健衛生費は6大都市では、ここ数年間4~6%の間を上下し、1964年には7.6%となった。6大都市をのぞく市部は1955年頃の4%台から「高度経済成長」がうたわれはじめた1960年頃より3%台に低下し、のびなやんでいたが、1964年度は4.9%となっている。町

村では所得倍增計画がはじまった1957年頃より急激に低下し、2%以下となり、その後漸増したが、1964年、依然2.7%に停滞している。なお都道府県では55年以来低下をつづけ、61年頃より反転してはいるが、64年3.1%にすぎない。他種の事業費を百分比でみると、都市では土木費百分比の増加が著しく、町村では土木費とともに産業経済費の百分比が急増している。いいかえると、都市部における土木費の膨張、町村における産業経済費と土木費の増加が、保健衛生費の伸びをおさえていたとみてよからう。

さて、都道府県と市町村における39年度保健衛生費の各事業費項目別百分比によって、各事業種目の比重をみると(表3)、都道府県では結核対策費26%、保健所費14%であるのにたいし、市町村は清掃費が58%も占めている¹²⁾。すなわち、

9) 『国民生活白書』昭和40年度版, p.75。

10) 東田敏夫「労働者住宅の問題点」『労働の科学』21(12), 1966。

11) 『地方財政統計年報』昭和41年度版。

12) 「国民衛生の動向」『厚生指標』, 昭和41年。

図1 地方自治体の目的別歳出決算百分比の年次推移（総額＝100）

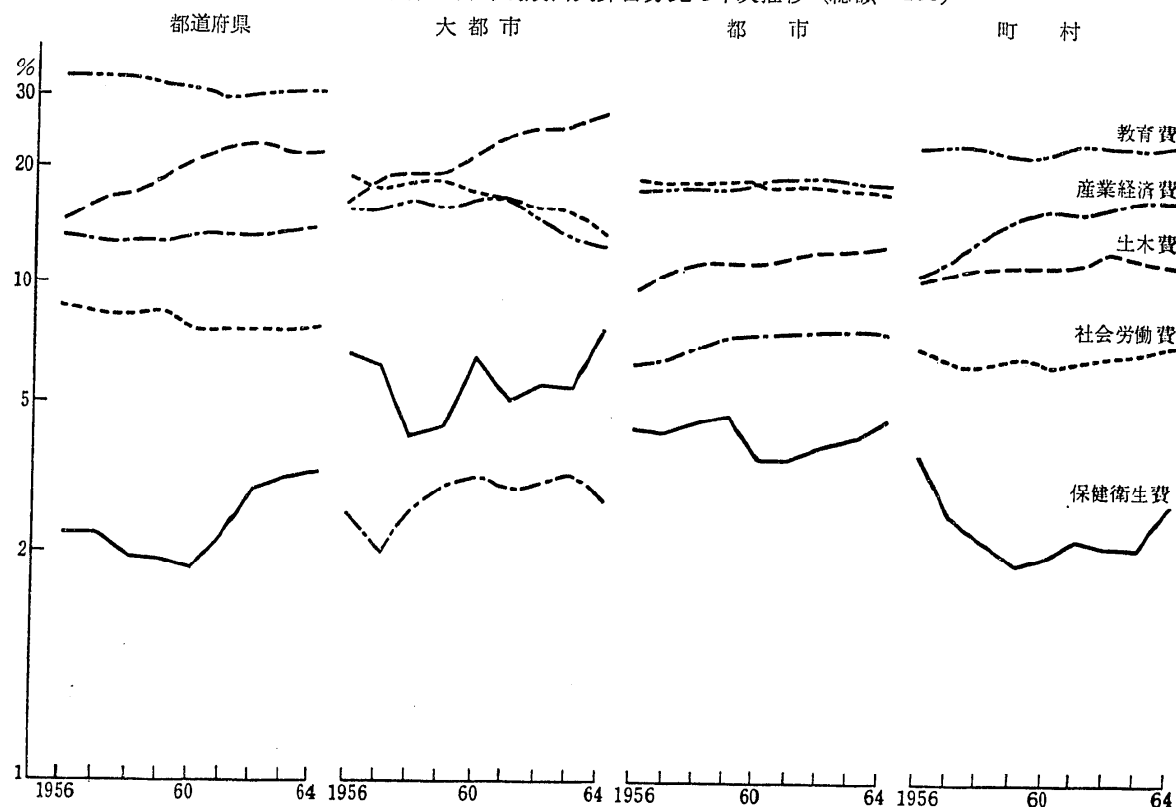


表3 地方行政における衛生費の内容（昭和39年）

（単位 100 万円）

		都道府県	市町村	計
歳出総額		2,386,781	1,557,552	3,821,968
衛生費	総額	119,629 (100.0)	128,452 (100.0)	241,826 (100.0)
	公衆衛生費	49,275 (41.2)	39,318 (30.6)	84,561 (35.0)
	結核対策費	31,140 (26.0)	9,445 (7.4)	39,449 (16.3)
	保健所費	17,193 (14.4)	5,558 (4.3)	22,710 (9.4)
	清掃費	22,021 (18.4)	74,131 (57.7)	95,106 (39.3)

資料「昭和41年国民衛生の動向」『厚生』の指標。

市町村は保健衛生費の大半を清掃関係事業にくわれ、対人保健予防は圧縮されているようである。

3. 市町村の類型別にみた保健衛生費

全国の市、町村の各種行政業務、ことに保健衛生事業の動向を知るために、まず1960年度の各都道府県および市部、町村部の住民1人当り事業別歳出額と、それぞれが位置する都道府県の産業化指数（第2次、第3次産業別人口構成）との相関を調べてみると（表4）、市部および町村部ともに、土木費、教育費、保健衛生費は、それぞれの府県の産業化指数と正相関である。保健衛生費細目で

は、府県は結核予防費が負相関、市部および町村ともに、清掃費が正相関であり、結核予防費は市部では正相関、町村で負相関である。すなわち、産業化、都市化がすすんでいる府県地域ほど、市町村の土木費、教育費、保健衛生費が大きい。しかし保健衛生費の大きいのは主として清掃費が大きいことがひびいており、かならずしも対人保健予防費が大きいことを意味しない。また農村地域ほど、市町村の保健衛生費は少ない。私はかつて1961年と63年の全国市町村類型別に、住民1人当り保健衛生費を比較検討をした結果、都鄙による地

13) 東田敏夫「地方自治と住民の保健」『公衆衛生』30(10), 1966。

図2 産業人口構成類型別にみた全国市町村住民1人当り歳出額年次比較
(昭和36年度) 市 部 (昭和38年度)

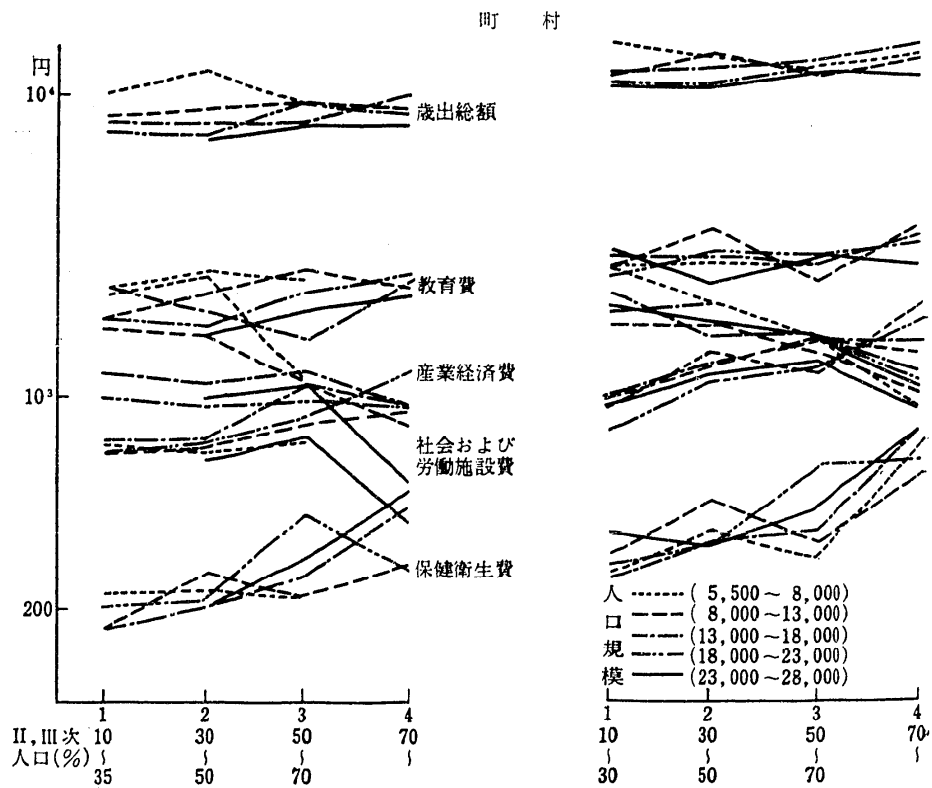
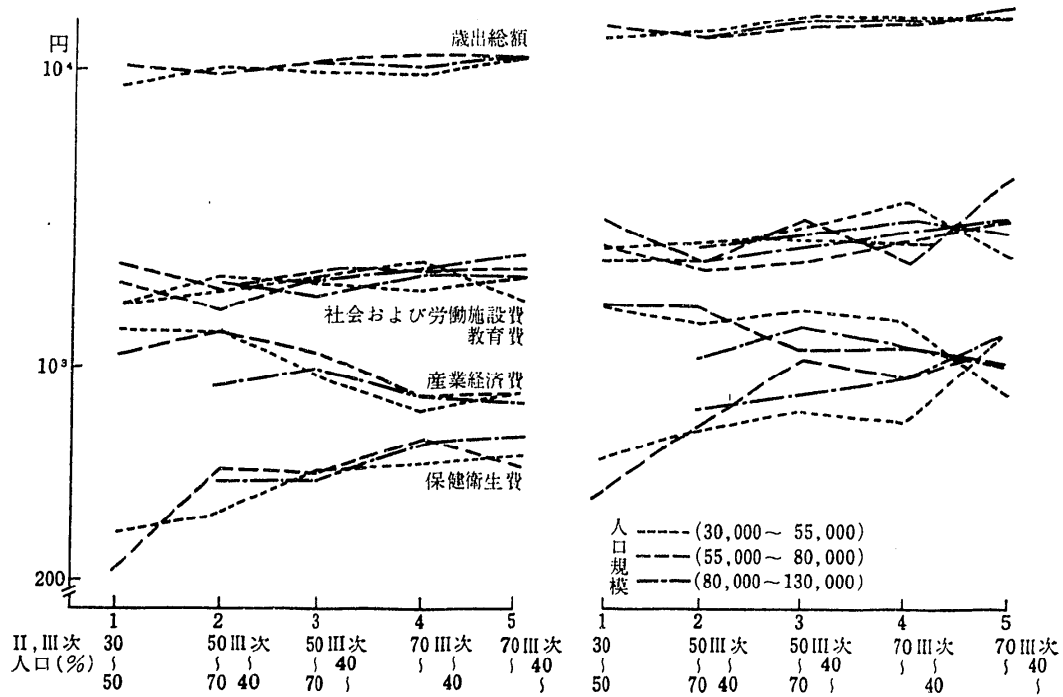


表4 都道府県別・地方自治体の目的別住民1人
当り歳出額と都道府県産業化指数との相関
a 目的別歳出額 (1960)

	都道府県	市 部	町 村
歳出総額	-0.063	+0.736**	+0.327*
土木費	-0.065	+0.752**	+0.463**
教育費	-0.435**	+0.486**	+0.404**
社会及労働施設費	+0.285	+0.248	+0.052
産業経済費	-0.255	-0.344*	+0.116
保健衛生費	-0.082	+0.637**	+0.388**

b 保健衛生費細目的歳出額 (1959~61)

	都道府県	市 部	町 村
保健所費	+0.117		
伝染病予防費	-0.013	+0.135	+0.092
結核予防費	-0.658**	+0.358*	-0.495**
その他予防費	-0.135	+0.004	-0.266
清掃事業費		+0.580**	+0.752**
その他環境衛生費	+0.183	-0.106	+0.287
その他	-0.159	+0.347*	-0.057

注 *P<0.05 **P<0.01.

域格差をみると、やはり農村の市町村ほど少額であった¹³⁾(図2)。

ここで1965年度の資料¹⁴⁾により、全国市町村

を産業別人口構成と人口規模により分類して、住民1人当り保健衛生費を比べると(表5)、第2・3次産業人口50%未満の農山村の町村では500~700円、歳出総額の3%程度にすぎず、第2・3次産業人口70%をこえる産業化地域の市・町では1,000円台、歳出総額の10%を超え、23~43万の産業都市では2,000円と、かなりのひらきがある。このような産業人口構成類型による格差は市部よりも町村で著しく、農村地域における町村の低水準がめだっている。なお首都圏、近畿圏、新産業都市は2,000円前後であるのに、それらの地域の町村部は市部の2分の1から3分の1であり、両者にかなりのひらきがある¹⁵⁾。

農村地域の町村では、教育費が比較的大きく、町村財政の負担になり、また産業経済費が大きくなっている。これらの諸経費負担が保健衛生費の圧縮に関係がないとはいえないようである。

近年の第3次産業と重化学工業を中心とする「経済成長」と「地域開発計画」の進行にともな

表5 産業人口構成類型別にみた全国市町村住民1人当り歳出額(昭和40年)

(単位 円)

	人口規模	Ⅱ,Ⅲ次人口(%)	歳出総額	衛生費	民生労働費	産業費	土木費	教育費
市	55000~80000	30~50	18,403	575	3,918	2,527	2,556	2,806
		50~70,Ⅲ次~40	15,833	1,070	5,601	1,934	2,656	3,155
		50~70,Ⅲ次40~	19,867	1,216	4,116	2,590	3,010	2,677
		70~,Ⅲ次~40	14,113	1,454	2,134	1,236	1,924	2,929
		70~,Ⅲ次40~	16,056	1,657	3,108	933	2,643	3,155
部	80000~130000	50~70,Ⅲ次~40	14,840	1,253	2,241	1,335	2,688	2,733
		50~70,Ⅲ次40~	17,677	1,249	3,160	1,402	1,908	3,859
		70~,Ⅲ次~40	17,210	1,313	3,209	1,939	3,089	3,572
		70~,Ⅲ次40~	16,618	1,552	2,805	1,166	2,625	3,483
町	5500~8000	10~30	18,943	588	1,526	3,479	1,845	4,027
		30~50	20,659	716	1,540	3,590	2,615	4,401
		50~70	16,467	709	1,514	2,589	2,077	3,733
		70~	17,203	1,305	2,207	1,431	2,571	3,025
	13000~18000	10~30	15,275	511	1,297	2,902	1,563	4,041
		30~50	14,335	617	1,445	2,338	1,652	3,276
		50~70	14,969	806	1,413	2,201	2,115	3,183
		70~	17,230	1,173	1,862	1,176	3,433	3,989
村	23000~28000	10~30	14,305	741	1,293	2,778	1,548	3,149
		30~50	13,079	623	1,295	1,847	1,695	2,978
		50~70	13,042	851	1,109	1,665	2,013	2,985
		70~	13,323	1,060	1,707	1,275	3,202	2,361

14) 「類似団体別市町村財政指数表」, 昭和41年12月。

15) 『地方財政統計年報』昭和41年度版。

い、政府は京浜・阪神・中京などと大産業都市圏の拡大、重化学工業コンビナート基地造成、産業道路建設などにつながる土木建設事業にたいして財政投融資優先政策をとっており、これが地方行政に波及し、都道府県および市町村の土木費の増加をうながしている。また農村地域では、「地域経済不均衡発展」により経済的基盤がいつそう低下し、その合理化策として、農業・山林業のていれと観光事業費を主とする「産業経済費」の増加がさけられず、また青壮年層の出稼離村と主婦農業化とならんで、母子家庭、老人世帯の生活保護、社会福祉事業が緊要事となっている。これらの事情は、いずれも農村の乏しい市町村財政の負担となり、低い保健衛生と生活文化の水準を改善向上すべき事業をさまたげているようである。

産業化地域における市町の衛生費が、近年増加しているのは、主として無秩序な企業と人口の集中増加にともなう環境整備費、とくに清掃事業増大のためであり、対人保健予防事業はほとんどのびていない。その実例として、大阪府下 45 市町村をみると(表 6)、住民 1 人当り保健衛生費は人口規模によってかなり差があるが、それは主として環境衛生費の差によるものであり、保健予防費は大差がない。

表 6 大阪府下市町村の保健衛生費 (1965 年)
——住民 1 人当り平均歳出額——

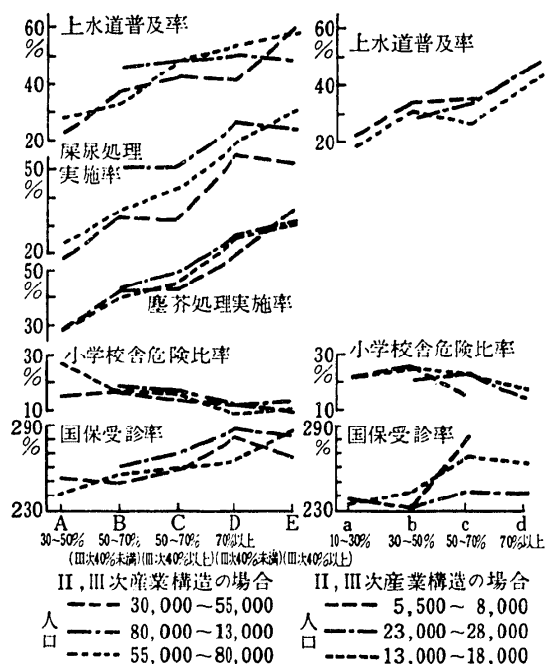
	調査数	衛生費	保健 予防費	環境 衛生費	歳出総額にたいする衛生費の割合	
					円	%
市部	人口10万以上	11	2,349	584	1,765	15.0
	10万未満	17	1,580	391	1,189	9.5
町村	1万以上	10	1,322	402	920	7.9
	1万未満	7	476	343	133	3.0
計	45	1,539	433	1,106		9.5

以上のごとく、市町村の保健衛生事業を財政面からみると、都市、農村とも、依然のびなやんでいるといえる。都市では企業活動と人口増加にたいする環境整備に追われ、農村地域では、生活環境がわるく、住民の健康状態が低水準にあるにもかかわらず、これを改善すべき市町村活動が、低調であり、住民の健康状態の地域格差を固定し、かえって拡大させることになる。

IV 上水道事業・国保事業・医療施設

以上、市町村の保健衛生事業を財政面からながめてきたが、正しくは市町村が行った事業の実績を検討する必要がある。しかしそれは地域需要との関係で評価しなければならず、これを後述する「市町村の事例研究」にゆずり、ここでは、まず全国市町村類型別にみた衛生関係事業について、やや古いが、1961～62年の資料で概観すると(図 3)、低開発、農山村地域ほど、水道普及率、ごみ・し尿処理能力が低く、国保の受診率が低く、医療が普及せず、市町村が行う保健、医療、衛生事業には、明らかな地域格差をみとめている¹⁶⁾。

図 3 全国市部および町村の類型と保健衛生事業
(昭 36) 資料、類似団体別市町村財政指数表(昭 37)



市町村が行う上水道事業、国保事業、医療機関の経営はいずれも「特別会計事業」であるが、ともに住民の保健・医療に直接ひびく重要なものであり、ややくわしく検討しよう。

1. 上水道事業

上水道事業は「公益事業」とされているが、独立採算制がとられている。設備の新設と増設にか

16) 「類似団体別市町村財政指数表」, 昭和 39 年 12 月。

ぎり、中央政府が査定する基準経費について地方債が認可され、簡易水道敷設費の一部に国庫補助がある。しかし、査定額は実際の経費より少く、補助率も低いために、市町村の負担が大きくなり、ひいては公債の累増と割高の水道料金が通例になっている。

昭和 40 年 8 月現在の、全国人口の水道利用者は 66.7%, そのうち 9.5% は簡易水道利用者である。国民の 3 分の 1 がいまなお井戸あるいは流水に依存している事実は重大である。

全国市町村類型別に上水道普及率をみると (表 7), 農村地域はすこぶる低く 20~30% であり, 簡易水道を入れても 30% にすぎないところもある。

表 7 全国市町村の上水道事業普及率と収支
(昭和 38 年度)

市 部		(収支差引住民 1 人当り円)					
人口 規模	II, III 次人口 (%)	30~50	50~70		70~		
			III 次 ~40	III 次 40~	III 次 ~40	III 次 40~	
30,000~	普及率%	39.1	38.2	50.1	53.2	72.7	
55,000	収支差引	-97	-16	-34	+29	-22	
55,000~	普及率%	30.5	39.3	45.4	60.1	66.5	
80,000	収支差引	-92	-91	-88	-65	+124	
80,000~	普及率%		48.8	59.4	49.7	72.9	
13,0000	収支差引		-161	-13	+50	-12	

町 村					
人口 規模	II, III 次人口 (%)	10~30	30~50	50~70	70~
8,000~	普及率%	81.5	63.1	87.1	76.6
13,000	収支差引	+77	-66	+10	-2
13,000~	普及率%	27.1	58.9	53.4	68.2
18,000	収支差引	-457	-384	+25	+40
18,000~	普及率%	33.5	38.1	47.8	45.8
23,000	収支差引	-198	-67	+58	+50
23,000~	普及率%	17.6	41.8	41.7	37.1
28,000	収支差引	-115	-48	+100	-530
28,000~	普及率%	21.2	53.6	56.8	58.2
33,000	収支差引	-251	-242	+104	+2

注目すべきことは、大部分の市町村で上水道事業は赤字であり、農村地域の市町村ほど住民 1 人当りの赤字額が大きい傾向があることである。

17) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』, 1966, pp. 220-245.

昭和 39 年度資料によると、7 大都市をのぞくと、小規模市町村の経営が悪く、累積欠損金比率、不良債務が大きい。簡易水道の経営も苦しい¹⁷⁾。すなわち農村・へき地の市町村の水道事業は経営が苦しく、市町村財政の負担となり、住民の負担も大きい。このことが農村・へき地において、上水道事業の普及をはばんでいる最大の理由である。なお農村の町村では人口規模が大きいほど上水道普及率が低く、住民 1 人当り赤字が大きい傾向があり、低開発地域における行政区域の拡大はかえって行政能力が低下する危険があるようである。

最近、しばしば上水道未設置の後進地域で赤痢、流行性肝炎の流行をみるが、上水道はいうまでもなく、日常生活の衛生保持に不可欠な生活施設であり、これなくしては「前近代的生活」より脱却することは不可能である。このような後進地域住民の不健康と「前近代的生活」をよぎなくしているものは、へき地町村の財政窮迫と上水道事業にたいする政府援助の不足である。その具体的な事例は後述する。

2. 国民健康保険事業

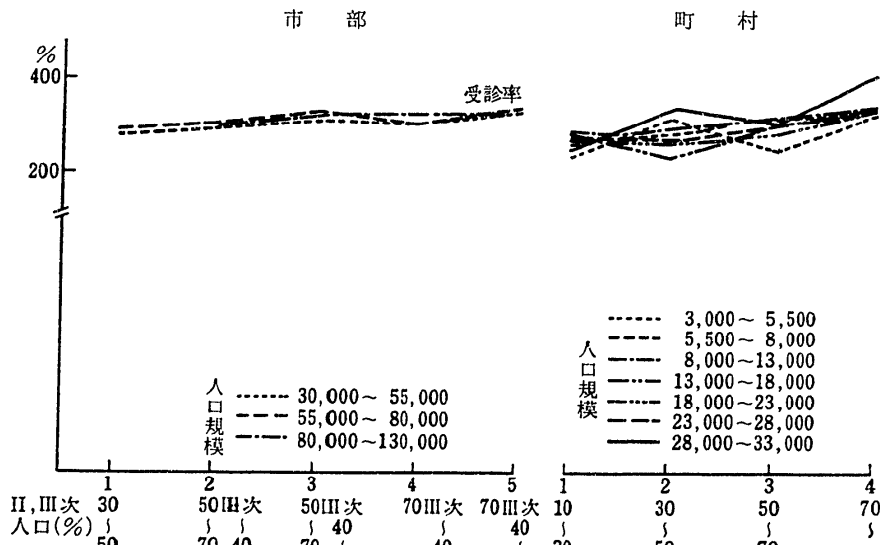
国保事業は市町村が行う特別会計事業であり、地域住民にたいする医療サービスとして、とくに農村では、もっとも緊要なものである。しかし農村地域では国保受診率が低く、医療サービスが不足している¹⁸⁾(図 4)。

国保加入者にはもともと低所得世帯が多い関係から、国保の財政的基盤が弱く、赤字になりやすく、医療保障にたいする政府の責任として数種の国庫支出金を採用し (事務費、療養給付費負担金 25%, 7 割給付措置特別補助金、保健婦・助産婦補助金 3 分の 1 以内、調整交付金等), 1964 年度歳入総額 1,722 億のうち 388 億、全体の 51.0% は国庫支出金でまかなっている。しかもなお 3,408 組合の 65% は赤字であり、差引赤字 205 億円は、市町村の一般財源などより繰入れし、毎年の繰入金は相当額にのぼり、市町村財政の重荷となっている¹⁹⁾。

18) 「類似団体別市町村財政指数表」, 昭和 41 年 12 月。

19) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』, 1966。

図 4 全国市町村における国保事業 (昭 38)



農村の国保の赤字は一般に大都市ほど大きくないのは、受診率が低いためである。しかし市町村財政の規模が小さいので、国保の赤字は大きくひびき、多くの市町村は財政上の負担をおそれて、低い国保受診率の向上や、対人保健サービスに欠くことができない保健婦の配置には消極的な態度をとっている。こうして医療サービスと対人保健活動の不足がみのがされている。

3. 無医地区対策と公立医療機関

地域住民にたいする医療サービスの不足を改善するには、無医地区の解消と公的医療機関の活動を考えねばならない。ことにへき地では無医地区解消が第1級の課題となっている。しかし一つは日本の自由開業医制度の壁のためと、また一つには政府のへき地医療対策の消極さのためにきわめて困難な状態にある。1955年以来10年間に1,000地区に及ぶ「無医地区」の3分の1に診療所が配置されたにすぎない。また経営にたいする国庫補助が少く、へき地町村の負担になっている。

国保の直診勘定(診療所)の場合も、その60%が赤字であり、全体としてみると、31年以来赤字をつづけている。

市町村立病院にはもともとへき地などの立地的条件が悪く、採算がとれない地区の医療をうけもつ、小規模なものが多い(53%は100床未満)。へ

き地の医療サービスの普及には必須の施設であるが、経営状態は苦しく、50床未満の病院は42.9%、100床未満の病院は42.5%が赤字となっている。「地方の小規模病院にあってはその立地的条件からみて収益の増加には限界があり、他方、費用の面では固定費の比重が大きくなるため、その採算がかなり困難である²⁰⁾。」

このように、市町村が病院・診療所を経営することは、地域住民にたいする医療サービスの不足をおぎなうために必要な事業であるが、市町村財政にはかなり大きい負担を覚悟しなければならない。ことにへき地町村が当面している医療問題の深刻さは、若干の「国庫補助金」、「地方債認可」、「へき地特別融資」などによって打開しうるのは生やさしいものではない。地域医療問題はもはや弱小市町村の能力以上の問題になっている。

なお1960年以降に公営企業になった公共下水道事業では赤字団体38.1%、累積欠損金195億円(収益金の25%)、不良債務112億円(14%)である。また水道に76億、公共下水道に206億、病院・診療所に125億を普通会計より繰出しており、その財政を苦しめ、これがやがて地方債の累増、住民の税および税外負担の増加、公共料金の値上げをまねくことという

20) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』1966, p. 729。

21) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』1966, p. 509。

までもない。

国庫補助金が過少なためにおこる地方超過負担額は、1964年度、全体で53.1%、保健所運営費76%、国保保健婦費73%、国保事務費125%、し尿処理施設費36%、下水道終末処理費27%、学校給食施設費190%、保育所建設費262%、保育所費56%である²¹⁾。

V 市町村の保健衛生事業に関する事例研究

近畿と岩手の農村地域7ヵ町村と、産業都市近郊として大阪府下31市町村について行った保健衛生事業の実態調査の結果を紹介し、市町村衛生行政における問題点を指摘したい。

1. 農村地域の町村の場合(表8参照)

大阪府・能勢町の場合 大阪府北西辺の人口1万の近郊農村である。農家人口59%を占め、零細農と通勤兼業が多い。死亡率、乳児死亡率は全国水準より高く、死因に肺炎、腸炎が多い。1965年度歳入は交付税41%、町税はわずかに18%、公債9%。歳出は教育費28%、土木費13%を占め、保健衛生費はわずかに1.2%、住民1人当たり192円にすぎない。衛生課職員は3名。主な保健衛生事業は、殺虫剤配布と結核検診。成人病検診に着手しているというが、国保受診率年間194%という低率である。しかも国保は赤字であり、39年度の一般財源よりの繰入金は170万円であった。当地域の保健所は、結核検診、高血圧、心臓病、胃検診などに重点をおいて協力しているが、低い国保受診率が物語る医療サービスの絶対的不足と、上水道普及率4%というおくれた生活環境、加えて住民所得が低く、母ちゃん農業や主婦の日雇稼ぎのために、乳幼児養護が不足し、乳児死亡率が高いのは必然であろう。

町民の健康状態の改善には、まず、国保給付の改善と受診率の向上、母子保健の強化、上水道事業の普及であるが、いずれも財政上の裏付けが必要である。しかし町財政は累増する公債の返還に追われ、40年度は小学校の改修(2,400万)が大事業であり、保健衛生関係事業はかえって「基準」以下におさえ、伸ばすゆとりはないようである。

和歌山県・清水町の場合 人口11,000、農林世帯77%を占める農山林地域である。零細農と林

業兼業が多い。乳児死亡率は全国の1.5倍。64年度歳入は交付税49%、町税はわずかに11%、保健衛生費は1人当たり315円、歳出総額の1.9%にすぎない。衛生・保険課職員5名、町の行財政の重点は、たび重なる災害の復旧費(町債:64年980万円、65年300万円)と、化学肥料の普及により必要となったし尿処理施設費分担金(隣町と組合を設立、64年105万円、65年57万円)、年々増加する公債の返済(65年4,384万円)、加えて農林業のてこ入れのための「産業経済費」、国保への繰入金(170万)があり、そのために財政は苦しく、保健衛生と民生の事業費を極力おさえて、法定の最低限以下とし、結核住民検診もようやく38年度より着手された模様である。

京都府・峰山町、大宮町の場合 峰山町は人口15,000、大宮町10,000、農業を主とし、「丹後ちりめん」加工地である。出生率、乳児死亡率が高い。農家の丹後ちりめんと西陣織の下請家内業に転業が増え、主婦は1日10数時間働いている。

織物加工業世帯の乳児死亡率(37.2%)は一般世帯の2倍以上、純農家はさらに高率(50.7%)であった(峰山保健所資料)。峰山、大宮両町の財政はともに土木費と教育費の比重が大きく、保健衛生費は峰山町はやや大きく、歳出総額の8%、1人当たり1,066円。大宮4.3%、1人当たり572円。衛生・保険課職員は峰山町6名、大宮町4名、保健婦各々1名。峰山町も隣接町と組合で設置したし尿処理施設分担金と塵芥処理費、屠場移転などの環境衛生費が増え、町債が増加した。保健予防事業では予防接種と住民検診が精一杯である。伝染病棟、し尿処理施設、簡易水道施設費にたいする国庫補助金対象査定額が低すぎ、また交付税における「基準需要額」を実際経費より低くおさえられているために、町の負担が大きく、公債が増加し、町民の税外負担が増加した。国保受診率は両町とも低くないが、周辺には準無医地区がある。国保の赤字は64年度大宮360万円、峰山620万円に達し、理事者の一部から国保返上論がでていいる。これらの町の課題は、周辺農山村における医療の普及と生活環境の改善、上水道普及、農家と織物加工世帯の主婦の労働過重と乳幼児保

表8 農村地域町村衛生行政実態調査

	大阪・能勢町	和歌山・清水町	京都・大宮町	京都・峰山町	岩手・岩泉町	岩手・葛巻町	岩手・沢内村
人口(39) 世帯数(39) 産業人口構造 経済事情	10,100 5,070 I次59%, II次15% 血次26% 零細農・兼業通勤多	11,166 2,726 農林業世帯 77% 零細農・兼業化	10,546 2,265 農 46% 織物 28% 農家(主婦)零細織物業転業増加	15,181 3,319 農業、織物、商業	27,209 5,374 I次 68% 農林(畜・漁)	15,964 2,745 I次 76% 農林畜 酪農地、植林	6,178 1,095 農林業世帯 78% 米作 80% 零細農、林業
衛生水準	(38) 7.0 (39) 10.1 10.8 60.2 (肺炎、腸炎死多)	(38) 12.5 (39) 12.3 7.7 (37~38) 8.5 30.0	(38) 17.5 (39) 18.4 9.1 38.8 (農業50.7 織物37.2 他 14.5) (37~39)	(38) 17.1 (39) 20.0 8.3 38.6 29.6	(38) 22.3 (39) 269,404千円 9,894円 227円 肺炎死多 無資格者助産50% 無資格者助産48%	(38) 25.0 (39) 159,643千円 10,000円 720円 55.3 無資格者助産48%	(38) 19.9 (39) 92,948千円 15,045円 1,715円 7.1 24.4 (37年) 乳児死亡率低下 乳児死亡率低下
行政	(40) 167,290千円 16,563円 192円 衛生費(同上)	240,632千円 21,500円 315円	140,280千円 13,250円 572円	203,568千円 13,400円 1,066円	(39) 269,404千円 9,894円 227円	(39) 159,643千円 10,000円 720円	(39) 92,948千円 15,045円 1,715円
財政	衛生費(同上)	衛生費(同上)	衛生費(同上)	衛生費(同上)	衛生費(同上)	衛生費(同上)	衛生費(同上)
衛生課職員	3名	5名	4名	6名		病院長協力	病院長が厚生部長兼任
国受診率	(39年度) 194% (1人当り)	380%	360%	360%	150%	160%	乳児429% [乳児10割] 317% [老人705%] [家族7割]
保険税	889円	1,168円	1,642円	1,391円	642円	773円	1,407円
保額入金	170万円	170万円	360万円	620万円	2名	100万円	650万円
保健婦	なし	なし	1名(看護婦)	1名	2名	2名	3名
医療機関	3(直診3)	6(1)	5(1)	病院1 診6(c)	病1 診9(1)	病1(1)診6(3)	指定病院、母子センター + (開業医なし)
保健所活動	+	+	+	+	+	+	+
上水普及率	4%	30%	60%	52%	11%	13%(赤痢)	
特記事項	農業開発おくれ 兼業化すすむ 教育 費膨張 医療不足	法定衛生事業の範囲 災害復興事業 し尿処理事業組合	農家の家内織物業転業 労働過重、未熟児増加 し尿処理事業、環境衛生事業重要化	無医無助産区あり ベッド人口万対58 町の保健事業低調	無医無助産区あり 母子生活活動、公衆 衛生施設調査 無医無助産乳児死亡 半減運動 病院建設(国井院 長)	無医無助産区あり 母子生活活動、公衆 衛生施設調査 無医無助産乳児死亡 半減運動 病院建設(国井院 長)	38年保健文化賞 村の財政危機が 予測される

前深沢村長
無医村解消事業
32年より岩手国保連
乳児死亡率半減運動
医学生生の保健活動受
入れ
病院整備事業
加藤院長
国保10割給付
(乳児、60歳以上)
老人検診
※ 決算保険衛生費
21,549千円
(19.1%)
A. 国保、乳児 60歳
以上10割給付
(3,672千円)
B. 一般保健衛生事
業 (3,883千円)
C. 施設
患者輸送車
母子センター
病院設備
水道施設
(13,993千円)

育の対策であり、これらは中央政府が「妥当、かつ合理的な水準」と称する「地方財政基準需要」では、とりあげていない領域に属している。

岩手県・岩泉町、葛巻町、沢内村の場合 「日本のチベット」岩泉町は人口 27,000、農林業 68%、乳児死亡率がすこぶる高い（1963 年 56.5%）。無医地区が多く、出産の 50% は無資格者の助産。39 年度歳入の 54% が交付税、歳出では、保健衛生費は 1 人当たり 227 円、総額の 2.3% にすぎない。国保受診率は低く 150%。医療サービスの不足と農家の貧しさと母ちゃん農業などが関係して乳幼児の養護がゆきとどかず、乳児死亡高率の原因となっている。理事者は岩手国保連が昭和 32 年よりすすめている「乳児死亡率半減運動」に同調せず、国保保健婦 2 名にすぎず、保健所とのつながりも悪く、町立病院は半休状態であり、町の保健衛生事業は積極性を欠いている。理事者は産業振興に力を入れるというか、この地域の経済的基盤の低さと町財政の窮迫が保健と福祉をおくらせていることは否めない。

葛巻町は人口 16,000、第 1 次産業人口 76% の農山村。無医地区、無助産婦地区が多く、無資格者助産 48%、乳児死亡率は高い（63 年 55.3 %）。理事者は、地域医師会などの反対を押して町立病院を設立し、院長の積極的な協力をえて、乳児国保 10 割給付、牛乳無料配給に着手したが、保健婦数は少く（3 名）手が回らない。国保受診率は 160% にすぎず、広い行政区域周辺の医療サービス不足は打開できない。34 年頃よりの医学生や公衆衛生院などの活動が、町が保健医療事業に着手する契機になった。低い経済的基盤のてこあげに、酪農、林業などの育成が必要であり、苦しい町財政のなかで、保健衛生事業とのかねあいがむずかしいと理事者はいう。青年層を中心とした農協活動が活発となっており、今後が注目されよう。

沢内村は人口 6,000 強の山村。故深沢村長が生前 10 年間、無医地区解消、病院建設に「政治生命」をかけてきた。開業医はいない。深沢村長に共鳴した加藤現病院長が、村の厚生部長を兼任し、北上保健所、東北大、厚生連病院の協力をえて、意欲的な活動を行ってきた。村立病院と「母子セン

ター」の整備、雪上患者輸送車購入、保護婦活動の重視（3 名、人口 2,000 人に 1 人）、乳児および 60 歳以上の老人にたいし国保 10 割給付、老人検診などの医療保健サービス普及活動が行われてきた。村の財政は、64 年度、村税 19%、交付税 59%。保健衛生費に 1 人当たり 1,715 円、歳出総額の 19%を支出した。その結果、国保受診率は 317% に上昇し、乳児死亡率は激減し、1963 年度「保健文化賞」を受賞した。この村の衛生水準の向上は、「基準財政需要」を超えた無医地区解消、保健医療サービス普及という「固有の事務」の成果であった。問題は、病院経営費の膨張と国保の赤字（64 年 繰入金 650 万円）が貧弱な村財政にたいして重圧となっていることである。また村の低い経済的基盤のてこあげが緊要な課題となっており、「保健」と「生活」の二者択一をせまられ、今後の保健医療行政の促進が憂慮されている。実際に 63 年の保健衛生費は 3.7% に減っている。このことはまた現在の地方行財政の体制下における「地方自治」機能の限界をしめすものである。

2. 大都市近郊市町村の場合——大阪府下——

人口集中増加がつづいている産業都市近郊における地方自治体の実態を知るために行った大阪府下市町村の保健衛生事業に関する調査（1967 年 3 月）の成績を概説する（大阪市、堺市をのぞく）。

(1) 行政組織、市町村の衛生課（係）の組織は多様であり、統一されていない。職員数は市のばあい人口万対 1～2 名、衛生課専任医師を（1 市を除き）もたない。医師の協力をもとめているが、その業務は「予防接種」に限定している。年次計画にたいする各保健所の協力はかなりの濃淡がある。

(2) 保健衛生事業は、一般に法定事業、とくに「地方交付税の基準財政需要額」算定にとりあげられた事業（ごみ・し尿収集、予防接種、結核住民検診など）に限定し、とくに清掃事業に大きい比重をかけている。その他の対人保健サービスはきわめて低調である。しかも住民より上水、下水、排水、し尿汲取、ごみ処理について苦情があり、議会における論議は、ごみ・し尿収集と国保事業が主である（表 9-1, 2）。

表9-1 市町村議会できりあげられる問題

		調査数	し尿	ごみ	上水	下水	他の環境衛生	公害	伝染病	母子保健	結核	医療問題	無医地区	熱心	熱心でない		
市部	人口10万以上	8	4	4	5	3	4	3	2	2	0	0	0	5	2	1	
		11	8	8	7	5	4	5	4	6	2	4	1	1	8	2	0
	町	12	12	8	7	5	3	1	2	0	2	1	2	2	10	1	1
		村	31	24	20	19	15	11	10	9	8	6	5	3	3	13	5
	計																

注 大阪府下市町村, 1967.

表9-2 住民の要望

		調 査 数	ご み	し 尿	下 水 排 水	他の環境衛生	予 防 接 種	国 保	成 人 病
市 部 町	人口10万以上	8	5	7	1	1	0	2	0
	10万未満	11	3	3	3	1	2	0	0
	村	12	5	2	0	1	1	0	1
	計	31	13	12	4	3	3	2	1

表10 特別会計事業の赤字

	上水道事業			国保事業		病院事業		
	総数	収支の赤字	収支の赤字	総数	赤字	総数	収支の赤字	収支の赤字
人口10万以上の市	12	7	11	9	7	7	5	6
人口10万未満の市	13	7	13	10	10	7	5	7
人口1万以上の町村	3	3	3	13	6	1	1	0
人口1万未満の町村				7	3			
計	28	16	27	38	25	15	11	13
	(100.0)	(57.1)	(96.4)	(100.0)	(65.8)	(100.0)	(73.3)	(86.7)

注 大阪府下市町村, 1965.

(3) 財政上の問題

- i 近郊の人口増加がはげしい市では、財政規模は逐年増大し、それにともなう環境衛生費、主として清掃費が増加しているが、対人保健費はさほどのびていない。市・町村の人口規模によって大差がない。
- ii 上水道、国保、病院の各事業は大部分の市町村が赤字である(表10)。
- iii 大部分の市町では、保健衛生費および清掃費歳出額は、地方交付税の「基準財政需要額」よりかなり大きく、一般財源より相当額の繰入れを行っている。他方、一部の弱小町村では、財政窮迫のため、保健衛生費・清掃費を「基準財政需要額」以下におさえ、他の事業費にふりまわしている。
- iv 保健衛生・清掃関係事業にたいする地方交付税の「基準財政需要額」引き上げを望む市町村は64%、「財政需要にとりあげる事業項目」の追加を要望20%あり、また国および府の負担金・補助金の増額あるいは地方債査定認可基準の是正をのぞんでいる。

(4) 衛生行政の障害と保健衛生事業の分担

「市町村の衛生行政実施上の障害」は、60% 財

表11 衛生行政実施上の障害

		調査数	財政	人手不足	人材なし	方法不明	住民の理解	議会
市部 町	人口 10 万以上	8	4	4	2	0	4	0
	10 万未満	11	5	2	0	1	0	1
	村	12	10	6	1	0	1	0
	計	31	19	12	3	1	5	1

注 大阪府下市町村, 1967.

表12 地域保健衛生事業の担当——適当と考える地方自治体の種類——

	上水	下水	し尿	ごみ	環境衛生	公害	予防接種	伝染病予防	結核	母子保健	保健婦	国保	医療施設	無医地区
市町村単独	16	5	13	12	12	3	18	10	7	7	5	13	4	0
市町村協同	4	12	15	17	4	4	0	5	0	0	1	0	2	1
府(保健所)	3	6	1	2	5	13	5	9	18	17	12	8	11	8
計	23	23	29	31	21	20	23	24	25	24	18	21	17	9

注 大阪府下市町村, 1967.

政、40% 人手不足を訴えている。

中小の市町村の過半数は、し尿処理、ごみ処理、下水事業を隣接市町村との共同経営をのぞみ、また結核予防、母子保健、保健婦活動、医療施設は、府・保健所の担当が適当とこたえている(表12)。

大都市近郊は、人口増加が著しく、無秩序な企業の増加、農地の速成・宅地化、低劣な零細住宅の乱立などにより、環境衛生事情は悪化し、また公害と交通災害の危険にさらされている。近郊自治体は人口増加に対応する学校建設と清掃事業におわれ、上水・し尿・ごみ処理事業などの支出がふえて交付税基準額を上まわり、地方債の累増、特別会計事業の赤字などで、財政は苦しく、法定事業も最低限度におさえ、地域に特需の事業を行う姿勢がみられない。ことに、結核予防、母子保健、保健婦事業などの対人保健サービスを自ら担当せず、府・保健所の担当をのぞむ市町村が半数以上（結核 72%，母子 74%，保健婦 67%）あることは注目すべきことで、なかには少数ながら国保事業の返上論（38%）すらがあらわれている。これは市町村が住民の保健と福祉を第一義とすべき第一線地方自治体の本旨をみのがしている危険な傾向である。その原因は、専門技術職の欠如と理事者の保健行政にたいする理解の不足にあるが、その根底には市町村財政の窮迫と住民疎外がある。

VI 市町村保健衛生事業と関連する財政上の問題

1. 国庫負担金をめぐって

市町村の保健衛生事業には法令による「委任事務」が多く、それだけ国庫負担金または補助金をもつ事業が多い。しかし、国庫負担金が一般に過少であり、国庫負担対象物件の査定額が実際額より低すぎ、地方自治体の財政を困らせる有力な原因となっている。

峰山町他 5 町の共同伝染病舎建設工事は総額 2,280 万円であった。補助対象の病棟建設費 1,785 万円にたいする査定額は 1,308 万円（実際額の 73%）であり、補助はその 3 分の 2 の 838 万円（国と府が折半）、残りの 1,800 万円が地元負担となり、公債の増加と一般財源の負担となっている。また「基準財政需要額」は過少に押えられ、地方交付税の配分を少くし、町財政を苦しめている。

し尿処理施設も、査定経費は実際額の 70% 程度であり、国庫補助は査定額の 3 分の 1、実際額の 20% 程度となる。「基準財政需要額」がこれまた実需要額より少いために、地方交付税の配分が

少くなり、不足分は公債の増加と一般財源より繰入し、住民の使用料に依存することになる。峰山・綱野共同施設の場合、所要経費 5,582 万円、国庫補助対象査定 3,617 万、補助金 1,205 万にすぎず、両町は 3,400 万円を負担し、その半ばを起債によっている。

「公営企業」水道事業の場合、住民負担はさらに直接的である。峰山町五箇部落 360 戸は、1963 年ようやく簡易水道を敷設したが、所要経費 2,250 万円（1 戸 62,500 円）、国庫補助対象査定経費は実額の 80%、補助金約 442 万、差引約 1,800 万円は地元 360 世帯の負担となった。そのうち、1,000 万円を起債し、年間に水道料金で返済することとし、残りの 800 万円には区有財産（山林）を売却した。同町茂地部落 15 世帯の場合は、38 年にようやくへき地対策の「飲料水供給施設」として簡易水道を敷設したが、総経費 144 万円にたいし、査定は 100 万円、国庫補助 40 万円、起債はみとめられず、町が 10 万円補助し、残り 94 万の半額は各世帯が一時金 3 万円の負担とし、半額は農協より借金して今後の水道料金収入で償還する計画である。しかしへき地の農家にとって 1 戸 3 万円の負担は重大であり、支払不能、離村世帯の出現などで、この水道事業の維持が危ぶまれる。

日常生活に不可欠な水道事業が、今日の行政のしくみでは、結局市町村財政の圧迫と市民の税外負担としてしわよせられていることは、全国的傾向でもみとめられるが、弱小市町村では重荷であり、これが農村へき地において上水道の普及をさまたげているのである。

もともと、国庫負担金あるいは補助金制度は、地方自治体の自主性と主体性をそこない、政府の中央集権的支配を温存し、ボス政治と闇取引をはびこらせている事実、よく知られている。これらは平衡交付金あるいは地方交付税にきりかえられるべきものである。しかしながら、現行の地方交付税制度にも多くの問題点と矛盾がある。

2. 地方交付税制度の矛盾

1949 年シャープ勧告は、日本の地方行政の矛盾

として、(1)国と都道府県と市町村の業務分担の不明確、(2)政府のつよい中央集権、(3)地方財政の窮迫を指摘し、政府による中央集権的支配を抑え、地方自治体の主体性を確保するために、(1)市町村第一主義、(2)地方自治体の行政能力と能率の向上、(3)地方財政の確立、を勧告し、とくに地方税制の改善と「平衡交付金」制度を示唆した²²⁾。「地方交付税」制度は、「平衡交付金」に代って、1954年以来実施され、地方自治体の財政規模を決定する重大なしくみであるが、「地方交付税」額を決める要素である「基準財政需要額」は、政府が「合理的、かつ妥当な水準」とみなす行政「基準」の業務細目について諸経費を算出し、積算したものである²³⁾、²⁴⁾。問題は、「基準財政需要額」の算出に用いられた諸経費が地方自治体が実際に要する経費よりも、かなり下回っている(70~80%)ために、地方自治体は法定事務を実施するだけでも財源が不足し、地方財政が苦しいことである。また「特別財源」としてかなりの手数料・使用料をみこみ、「地方交付税」より差し引いている。これが結局、住民の税外負担となり、公共事業そのものの普及をさまたげている。たとえば40年度予防接種費は標準団体(人口10万の市)で2,037千円、原材料1,169千円にたいし、手数料収入915千円をみつもっている。

地方交付税は「一般財源」として交付し、行政「基準」にとった事業細目にしたがって実施することを指示していないが、市町村は財源にゆとりがないために、「基準財政需要額」の査定にとりあげられた事業の最下限を実施目標にすることになり、必然的に、地方衛生行政の規格化と低準化をまねいている。

地方交付税をめぐるもっとも基本的な矛盾は、「基準財政需要額」算定にとりあげられている行政事務は、かならずしも、自治省、大蔵省がいうような「妥当、かつ合理的な水準」ではなく、むしろ最低限あるいはそれ以下であり、しかも地域の特長事情をみとめないで、全国画一的に適用し

ていることである。したがって地域の衛生事情が悪く、その改善事業に重点をおくとすれば、他のいずれかの事業を放棄しなければならない。こうして衛生状態が悪く、経済条件が不利な地域ほど、市町村の衛生行政は低調にならざるをえないしくみができあがっている。

少なくとも、農村・へき地あるいは後進地域においては医療施設の整備と医療サービス普及、保健婦の配置、生活環境整備などを、また無軌道な都市化・産業化のあおりをくっている大都市近郊の弱小地方自治体には緊要な環境衛生整備事業を、それぞれ地域の重点需要として「地方交付税」におりこむ必要がある。

しかし現実には、「基準財政需要額」に産業道路、産業基地造成などの独占・重化学工業発展政策にむすびつく地方事業が優先され、「上下水道、住宅、病院、清掃事業などの生活基盤の整備充実という行政水準を維持するための財源保障という働きが順次うすらいでいく²⁴⁾」傾向がある。また、「基準財政収入額」の面でも、民度が低く、住民所得が少い市町村ほど、過大に見積られ、地方交付税の配分が不利になっている傾向がある。

こうして、市町村の行政水準は、現行の地方交付税制度を媒体として、最低限あるいはそれ以下の水準に規格化され、低準化され、そして地域格差は拡大され、地方行政は「地方自治の本旨」を見失い、住民不在のままで、独占資本につながる中央集権の支配下に入っていく危険がある。

VII ま と め

日本の地方行政における都道府県と市町村の二重構造のなかで、市町村は、住民の日常生活と、より密接し、住民の側からも、より身近であり、自ら政治に参加する可能性がより大きく、地域住民の保健と福祉に関する事業を担当すべき第一義的機関のはずであり、このことはシャープ勧告も指摘したところである。

問題は、市町村が実際に住民の需要にこたえる行政能力をそなえているか、ということである。

22) 吉富重夫『新版地方自治』、勁草書房、1963。

23) 山本悟『地方交付税』、地方財務協会、1965。

24) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』、1966。

24) 塚田功『地方交付税制度の矛盾と是正策』『都市問題』57(3)、1966。

ひとくちにいえば、全国的傾向として、また事例研究からみても、市町村の現実、一般にその期待にこたえているとはいえない。その原因は、

(1) まず、地域における保健・衛生・医療サービスにたいする行政責任が、国と都道府県と市町村の間で明確にされていないものが少なくないことである。市町村が行う保健衛生事業は、上からの「たて割行政」の枠できめられ、中央政府→都道府県→市町村と系列化されたものが多く、地域需要にこたえる活動を軽視し、「市町村第一主義」にたいする逆コースをとっている。

(2) 市町村が法令によって義務づけられた「委任事務」は一応は National Minimum な需要であるが、これを果すに必要な財政的、技術的条件をそなえていない。ことに市町村への税配分（地方税および地方交付税）が制限され、国庫負担金・補助金が少く、義務づけられた事業にたいしても財源のうらづけを欠いている。

(3) 保健衛生の技術的サービス行政として必要な施設と技術職員を欠いている。またもっとも重要な地域段階における衛生行政の組織が、府県と市町村のあいだで確立していないために、保健所の役割とその協力関係は不明確・不十分である。

(4) 市町村行政は住民と直結すべきものであるが、実際には住民との結びつきが少いばかりが多く、「住民による統制」も十分でない。

地方財政の窮迫下における補助金制度と地方債認可制度は、中央政府の「ひもつき行政」を優先させ、市町村の自主性と主体性を失わせ、住民と結びつく行政姿勢をよわめている。

(5) 独占過程における「経済成長」政策と「地域開発計画」の進行にともない、市町村行政も企業基地造成につながる事業が優先し、そのはねかえりとして、保健衛生事業の伸びなやみと停滞をまねいている。

「経済成長」と交通手段の発達により生活圏は拡大し、行政区域の広域化は必然であり、環境衛生事業は広域化するが、対人保健サービスは住区を中心とした自己完結的な事業単位 Health Unit が適当である。「市町村合併」は主として行政能力、とくに地方財政の合理化のために考えられて

いるが、事業の種類と地方自治の確立を考えに入れないと、かえって行政内容の質の低下をまねく危険がある。

(6) 農山村・へき地では、生活環境がわるく、住民の健康状態も劣っているが、これを改善、向上すべき役割をもつ市町村の行政は、かえって低調である。「地域経済の不均衡発展」にともない、農村の経済基盤は低下し、地方財政事情を圧迫し、ひいては保健と福祉の事業がおさえられ、健康水準の地域格差を固定し、拡大している。

沢内村のごとく、地域需要にこたえて、独自の無医地区解消と保健医療サービスの普及に成果をあげている特例もあるが、それは村財政の危機を代償にしたものであり、現行の地方行財政のしくみにおける地方自治の限界を示している。

むすびにかえて

市町村の保健衛生行政における隘路と矛盾をまねいているもっとも基本的な要因は、地方自治体に住民の需要に応える行財政能力をあたえていない中央集権的政治体制であり、その基礎には寡占体制における「資本の論理」が貫かれている。

この情勢にあって、シャープ勧告の主旨は今なお生きているが、さしあたり考えねばならないことは、第1に、市町村財政の窮迫と、上水道・国保事業・病院事業などの地方公共事業における経済的制約をとりのぞくことである。これには地方税制と国庫負担金制度の根本的改善が必要であろう。また上水道、病院などの住民の福祉と生活に必要な公共事業を独立採算制によって維持することは、公共性を失わせ、普及をさまたげることになり、現実には、農村・へき地の衛生水準の改善をおくらせているのである。

第2は、保健衛生行政における技術性確保である。市町村行政における医師、保健婦などの専門技術職の欠如は致命的である。この問題は、へき地あるいは弱小市町村にとっては能力以上のものであり、中央政府と府県の積極的なてこ入れがなければならない。とくに地域衛生行政の技術的拠点である保健所の役割を明確にし、市町村行政に協力すること、府県と市町村による地域衛生行政

における体系の整備が当面の最大の課題であろう。この点について別に論及したい^{25), 26)}。

第3に、とりあげねばならないことは、市町村の衛生行政にたいする住民参加の問題である。保健衛生事業は、もともと住民に身近なものであり、住民とのむすびつきがすこぶる重要であるにもかかわらず、一般に、住民の声をきき入れる日常ルートを欠いている。辻清明教授はいわれる。「地方自治における能率と効用は、単なる費用や時間の節約や作用密度の高度化にあるのではなく、地域事情に適用した、有効な社会的サービスをいかにして行われるか、いかにして地域住民の要請にこたえるか、という観点こそ、その焦点におかれなければならない²⁷⁾。」

しかし独占資本体制における「経済成長」や「地域開発」が進むにつれて、その矛盾は地方行政においても露呈し、中央政府の企業優先政策とむすびつく仕事が優先し、住民の保健と福祉のための仕事はそのしわよせをうけている。この「反社会開発」行政が進行するなかで、市町村の地方自治体としての行政姿勢を正す原動力は、住民の「健

康で文化的な最低限度の生活を営む権利」にたいする意識のめざめと、地方自治意識のたかまりであろう。具体的には市町村行政にたいする住民の監視と直接参加であるが、それには、従来の上からの形式的な住民協力組織によるのではなく、住民の声を市町村行政に反映し、地方自治を推進する住民組織を確立することである。

ここで重要なことは、地方自治の原動力であるべき住民に、地域の保健衛生事情や地方行財政の問題点について、真相が知らされていないことが少くないことである。この地方行政における住民疎外こそ、地方自治と住民福祉の停滞をゆるしている基本的要因の一つである。この住民疎外をなくすることが当面の課題である。それには、上からの「衛生教育」的接近ではなく、主権者である住民の要求をほりおこすとともに、その「知る権利」にこたえる広報・白書活動あるいは市民相談を第一級の日常業務として重視し、実践されることである。これらの業務は、地方行政担当者、地方自治体職員はもちろんのこと、第一線の保健医療担当者、社会福祉関係者の主要な役割に属している。

(本稿にやくだった研究業績の一部には、昭和40年および41年度厚生科学研究助成をうけた。本研究には日比達、松村昭三氏らの協力をえた。)

25) 東田敏夫「地域社会における保健所の役割」『日本公衆衛生雑誌』14 (10), 1967。

26) 東田敏夫「地域保健計画における保健所の機能と役割」『公衆衛生』31, 10, 1967。

27) 辻清明『行政学講義』, 東大出版会, 1962。

北 欧 の 公 衆 衛 生 , 医 療 制 度

吉 田 寿 三 郎

は し が き

北欧諸国、ことにスウェーデンは今日聞きしに優る高水準の生活を平均して確保している国であり、驚嘆させられる。その国土はアラスカ、グリーンランドと同緯度の北辺に位置し、北極圏につながる陽光の淡い酷寒の地である。100 年も前の農業時代がどのように厳しかったかは想像に絶するものである。毎年のように冷害に悩まされ、寒さと飢えに新大陸めざして生活の光を求めて去ったものも多かった。今なお光の神を祭るルシア祭がこの地に残っているのも理由のないことではない。

Ingvar Andersson の『スウェーデン史』には、スウェーデンを去ったけれども一物も失うものはなかった、という移民の母なる国への寂しい回顧の便りがのっている。指導者も薄い天恵の代償を求めて何回か他国を征覇しようと試みた。けれども成功せず、1814 年以来このような野望はすて、逞しいバイキング精神と体力をもっぱら恵まれない国土の開発に打込んだ。

この間大国は富国強兵のために産業開発を行い、お互に武力で破壊しあい、いたずらに国力の浪費と国民の膏血を搾って、ついに国民の反撃にあい、その不満を抑える彌縫策として、最小限の社会開発に及んだ。これに対して、スウェーデンは大国の争いの間隙をむしろ利用して、国民の福祉を築く社会開発のため産業開発に努力していった。このように夙に政策を転向して励んだことが、スウェーデンが酷寒不毛の地に今日世界最高の福祉国を建設できた所以である、と思う。

ことに、敗戦後人口過剰ノイローゼへと仕立てられた日本人はスウェーデンの繁栄は広大な大地にわずかな人口を擁しているからである、と歪んでみやすい。しかし、スカンジナビア半島は氷河

時代の最後に浮上した、古生代のほとんどなかった土地で、したがって一滴の石油も一塊の黒ダイヤもでない、ツンドラ地帯の多い痩せ地である。ただ比較的豊かな木材と良質の鉄鉱をもとでして、長い真摯な努力の積み重ねの後かれらは高水準な生活を享けとることになったのである。

すなわち、努力の次第によってはわたくしたちもまた到達できるはずである豊かな社会として、スウェーデンを初め北欧の国々をみることができるようである。まして、これからはかれらの努力した時代に幾倍かする有力な科学知識と技術を産業開発に駆使できることであり、福祉社会に達しうる可能性はより大きいはずである。

このような含みを前提として、北欧の代表であるスウェーデンを中心に、福祉社会をつくる上で重要な一翼を荷う公衆衛生の問題点を検討していくことにしたい。

I 問題点の整理

述者は 1959 年から 61 年にかけての約 1.5 年を、北欧ことにスウェーデンにあって、老弱を含む慢性退行性疾病対策について研究調査したが、当初の 6 ヶ月は平行して、「公衆衛生と社会福祉に関する管理学」コースを受講した。コースの内容はきわめて豊富で、中道主義の社会保障をバック・ボーンにした福祉国における地・歴、法・経、家庭・社会、風土・風俗、一般教育・専門教育、産業・地域開発など——健康・安全から疾病・犯罪——にいたる広範囲なものであった。教課はそれぞれの機関、施設ないし地域社会に臨んで、問題を眼の前にして討議の形で行われることが多く、内容をよく消化できるように仕組まれていて、管理学コースの名にふさわしく、まことに効率的なものであった。

コースの行われたヨーテボリ市はストックホルム、コペンハーゲンおよびオスローをつないでできる三角形のほぼ重心に位置している。このような総合的なコースを開講したり、公衆衛生や社会福祉の要員を養成したりするには、北欧5国全部をあつめてもわずか2,000万しかないマイノリティの社会では、教える方も教えられる方も合同し協力しなければ充足されないし、効率的でもありえないわけである。

上記コースの受講生は初め4名、のちほど5名になったが、これに対し教授陣はスウェーデンの各地から来講し、他方受講者はボロス、ストックホルム、ウプサラ、キルナ、マルメ、ルンドなど、さらにスウェーデン外のオスロー、ナルビック、コペンハーゲンなどへ赴いて、充実されたものになった。よい意味でのスカンジナビアズムの現代版といえよう。

このコースのお蔭でかなり広い視野で北欧を眺めることになったけれども、主な関心は慢性病対策であり、これを主テーマにコース後はアイスランドを除く北欧諸国を遍歴し、また英、独などいわゆる西欧諸国を訪ねて比較研究を行った。それも今日でははや数年前のことになる。したがって、その後手もとにゆくりなく収集できた新しい数冊の資料で補足しながら問題点を整理したわけで、与えられた課題に対して正鵠をえた答になりうるか、自信がもてない。この点につき予め寛容を乞わなければならないことである。

さて、今日目をみはるような生活の構成のうちに住まうスウェーデン人も、数10年を遡ったときどのような乏しい生活をしていたか、は手とりばやくは北欧各地にコレクトされている往時の家屋や調度品をみればはっきりと想像できるであろう。

すでにかなり日の長くなった1月末、北極圏のラプラントに赴き、地方公医らと雪上車やスキーで旬日酷寒の人口稀薄な地域における保健福祉サービス行をともした。悪条件は日本における無医村の比ではない。そして、ラップ人の粗末な住居を訪ねたときに100年昔の北欧の世界に立戻っ

た思いがした。この一夜、未開地における衛生生活は寒帯と熱帯のいずれがしやすいか、をテーマに討論した。結局、前者に軍配を挙げたが、これはなにもスウェーデンに敬意を表したからではない。

人間社会最大の脅威は人類史初まって以来最近まで、うたがいもなく伝染性疾病であった。いったんコレラやペストの流行をみると、数10万の生命が失われたし、つい最近まで結核は猛威を振って若い将来ある生命を枯らした。そして、ことに未開時代を脅かしていた急性伝染病には酷寒地の方が一般にはるかに対処しやすかったからである。食糧を安全に貯蔵することも、また寒い方が好都合であるし、外的条件に対処する明澄な精神を保つにも都合がよいからである。

しかし、有力な化学療法剤その他のできた今日は、進歩した社会は伝染性、外来性の疾病からはあまり悩まされない新しい時代を迎えた。そして、北欧の社会はもはや伝染性の疾病からは脅威をほとんどうけない社会である、ということができであろう。したがって、北欧では——余燼のくすぶる結核ないし性病、それに外来性急性伝染病の万一の来襲に一応の予防医学的措置を油断なく行わなければならないけれども、実際には、公衆衛生分野の主要な力は環境衛生——上下水道、塵芥屎尿処理、住宅衛生、食品衛生、空気その他の汚染などの公害、職場衛生、その他——とパーソナル・ケア——母子、学童生徒、労働者、成人、老人らの保健や医療——に措かれるようになってきているのは当然である。

換言すれば、一つは、国土計画的な規模からみた地方の計画ならびに人々の生活に直結した都市や農村の設計をどのようにするか、が当面する課題であり、他の重要課題は、ことに増加の一途をたどる慢性病患者や心身障害者に対するケア、わけてメディカル・ケアをどのようにして——高度の民主、産業社会らしく——最善のレベルで賄うか、ということであろう。この2方向が、また公衆衛生上の最重要問題であるように述者は受取っている。

前者は疎散人口をもって能率的な農林漁業を行

う社会と集中人口をもって高度の工商鉅業を行う社会が健康でありうる生活条件を計画的にかつ積極的に整えることになる。この点では、1945 年以來の 16 年間に 35% の住宅を新築し、着々都市を再開発して高層集中化し、他方セミ・デペンデントなニュー・タウンをつくって、これに——ネイション・オン・ウィールスらしい——豊かなリゾートを配しているスウェーデンを訪ねたとき、その合理性と機能性を、また豊かさと健康さを十分理解できるであろう。

昨今では、その昔かれらを苦しめ抜いた寒さを完全に近いまでに征服している。地域中央暖房システムが整備されて、水のとどころはどこでも、また熱湯がでるから、台所仕事などもしごく簡便でかつきわめて衛生的にでき、シャワー浴も入浴も気随にできる。屋内はどこも 1 年中春の終りの暖かさで、戸外は零下 10~20°C 以下のときでも、浴衣がけの軽装で快適な生活を楽しめる。ちなみに、このような生活環境はとくに老人の健康保持に大切な条件である。

なお、ニュー・タウン、フェルスタ市のように原子力で地域暖房を行っているところもある。この街からは鉄道で約 20 分でストックホルムの中心に行けば、豊かな自然のなかにいてストックホルムマアとしての衿持を保つことができる。宗教区、文教区、工場区、商業区など整然としていて、住民の約半数はこの町に勤め先をもっている。というのをみてもわかるように、セミ・デペンデントの格式ある街である。そして、住民はストックホルム在住のものが町の背後にある大自然に素直にとけこめるような重要な仲介役を果たしている。

産業高度化でマイクロな生活単位である家庭に変化が起ると、これを十分意識してマクロの街を対応変化させ、生活の能率のあがる構成を立派につくりあげて行っている。上記地域暖房の源泉である温水工場のほか、中央洗濯所、ショッピング・ビジネス・センター、保育所、幼稚園、ユース・センター、ホビー・ルーム、図書館、地域社会活動用会館、スチーム・バス兼体育館、映画兼劇場など皆が利用したいような、またできる諸施設が街の数カ所に集約設置され、労費の著しい節約と

高い効率を確保している。このような箇所にもまた、メディカル・センターや薬局があるのはもちろん、老人ホームもつくられるのが最近の傾向である。

交通その他事故防止、公害、職業病の予防などが十分に考慮されるために、社会医学、その他の医学者が都市設計、住宅建設さらに生産設備計画に深くタッチしている。このような社会による生活条件の改善とその保証は、いまたえば、英瑞の老人を比較してみた場合、スウェーデンの老人の方が数段恵まれており——老人の生活は十分な年金を支給すればすむというようななまやさしいものではないことを教えられる。

小国でも大国でも、また地域社会でも、その福祉を高める方法や原理は——ことに技術の進んだ今日においては空間的・時間的の差違を克服できるので——大きくは変わらない、と思う。このような見解からみると、環境衛生の上でも北欧に学ぶべき長所は多く、同時に戒められる短所も多いことを発見できるであろう。

生活環境条件は、話題をパーソナル・ケアにしぼるとしても、ケア自身に密接に関連してくるので、さらに具体的に紹介すべき責任と必要性を多分に感じるけれども、環境衛生については以上にとどめ、このたびはパーソナル・ケア問題に——それも優れた化学療法剤その他の出現によって大きく変ってきた病質、ひいては病量に対応するメディカル・ケア問題に話題を限局して——北欧はどのような対処をしているか、またしようとしているか、について 2, 3 考証し、多少考按してゆきたい。

II 医療の有り態と有り方

上記の問題整理を通じ、北欧の公衆衛生という命題をケア、ことにメディカル・ケアに搾ったわけであるが、この医療を中心とする公衆衛生の有り態の例証としては、これをまたスウェーデンの医療施設と医学教育を引用するにとどめる。

まず、考えてみるべきことは、福祉社会の成立は——人口の老化、社会構造の変貌、病質、引いて病量の変化などいろいろな事象が随伴して——当然医療の経済やサービスにも大きな変化を惹起

することである。そして、このような医療内容に対応するため労費を合理化ないし高率化しようとして、医療の中心になる医師を教育する制度の革新になり、また医療施設の改造が影の形に沿うように顕現してくるはずである。

按ずるように、スウェーデンでは 1954 年に医学教育の一大改革が行われた。

今日スウェーデンには Uppsala, Lund, Karolinska, Göteborg および Umeå の五つの医学校がある。医学志望者は高等学校卒でスチューデント・エグサメンをパスしておらなければならないが、さらに 2, 3 倍の入学試験に打克って初めて医学校へ入学できるので、素質はかなり高い。昨今は毎年 560 名が入学し卒業している。

すべての上記医学校は国有国営で、したがって、医育改新の責任は国がもち、関与する。1948 年そのための国家委員会が設置されて新しい案の具体的検討が初まった。医学は幅の広い分野で多様な器量ある人品を必要とするが、スウェーデンでは知性の高い青年であれば、男女ともに立派な医師になれるという見解に立っている。

さて、該委員会は、古い伝統を尊重しながらも、医学教育の内容を大いにモダナイズして、現代社会が医療を含む保健の上で必要とするところに十分答られるように工夫をこらした。

この新しい案は 1954 年政府ならびに議会で採択され、55 年から実施された。大別すると、アンダーグラデュエート (6.5 年)、ポストグラデュエート (5 年) およびレフレシャーの 3 教育コースからなっている。最前者のコースは大学の責任で行われ、後の二者は国家保健委員会が責任をもって行う、ものとされた。以前はアンダーグラデュエート・コースを修業すれば——日本と同様——一人前の医師として、幅広く医療の責務をとるような教育をした。けれども今日では、医学校の教育だけでは一人前の臨床医は育成できない、という見解をとることになった。

すなわち、医科大学を卒業すれば、もちろん若干の臨床訓練は修得していてジュニア・クリニシャンとして病院勤務ができるように仕立てられているけれども、一人前の臨床医として扱うにはこ

れからは、なお数年のポストグラデュエートの教育が不可欠である、ということが新しい医育プランの骨子である。

このアンダーグラデュエートの教育では、最初の 2 年は臨床前の修業期間で、医学理論を学び、これをパスすると医学候補生として臨床医学を学ぶことになる。内科、外科を除く臨床学科ならびに法医学、衛生学、社会医学のような応用臨床学科については随時試験をうけられ、パスするとインターンシップ修練へ入れる。インターン期間は内科 7 ヶ月、外科 3 ヶ月および選択科目 2 ヶ月を専念し修了後、はじめて大学における内科学ならびに外科学の試験を受験できる。

つまり、ここでは内科、外科を単にグロセ・ファッハと見なす従来の独乙式——すなわち日本式な考え方を脱却して、内科、外科に総合科としての役を振付けようとする新しい意図を明らかに汲みとるべきではなかろうか。この内科、外科の試験をパスすると、医師免許試験を受ける資格が生じ、これをパスすると、医師として国家保健委員会に登録され、一応医業にたずさわる権利が法的には今日も生じるが、実際には一人前の医師扱いはされないことは上記した通りである。

この新教育制度でアンダーグラデュエートに加えられた主な学科ないし教育法をつぎに摘記してみると、まず医用物理学、新生物診断学、骨外科学などがあり、また内科・外科共同会議方式の研修——この方式を通じて専門的な造詣を話題にしながら、全人間的アプローチをすることを学ぶ——がある。この間随時内科、外科以外の学科の試験は受けられるが、これら科目は内科、外科に関係づけて研修される。このように、練りあげることによって、内科、外科学そのものがアンダーグラデュエート修業における立派なバックボーンになる、と考えられているようである。

また、臨床科目と同時に、衛生学、法医学、社会医学、戦陣医学などを学ぶ。新たに加えられた社会医学を通じては、臨床医学をどのように実社会の場で役立てるべきか、を知るわけである。すなわち、現代社会における最新医療の需要を満たすに足る方法と実際を教える。

精神医学は現代社会における精神衛生の重要性を反映して、全神経系の疾患を総合してみる眼をもつように、また神経学とも関係づけて、教えられる。なお、小児精神医学の新教課が独立し、これは小児科学とコンビにして教えられる。いわゆる福祉社会の小児の特異な世界を映してのことであろう、と思う。

在来の小さい専門科は普及したので、要すればこれら専門家に委ねればよいので、これらの教課は短縮された。たとえば、スウェーデンでは出産の95%以上が病院で行われるので、産婦人科を志す以外のものはその研修を余り必要としないわけである。

同様な意味で、衛生学や法医学の教課も削減され、代って現代福祉社会で欠くことのできない社会医学という新科目が大幅に起用された。また戦陣医学が必須科目に加えられたのは現代戦、ことに原子力戦あるいは細菌戦においては一般市民を含めた大集団の被災に対応しなければならない特別な事情が生じたからである。これも、また現代社会における最大の恐威に素直に立向う医育態勢といえることができるであろう。

以上のように、いくつもの新しい教課が、修業年限の延長の上に、他の在来の学科を削ってまで加えられたが、そのうちでももっとも重要視されたものは社会医学であることに留意すべきであろう。というのは、同種部門と目される衛生学は塵芥処理、鼠族昆虫駆除、疫学、居住衛生、衣服衛生、食品衛生など人をとりまく人間外の環境条件を扱っていて、すでにかなり定式化し、また医師以外の専門家の手に委ねることのできる面も今日では多くなった。

これに対し、社会医学は人間お互いの、また対社会への関連を扱う新分野で、メディカル・ソーシャル・ワーカー、諸種セラピストなどを協同者として、医師が患者に直接ぶつかっていく過程で、産業が高度化し分業化した社会において、真に臨床効果をあげるためにまったく欠くことのできない大切な事項がその対象である。すなわち、患者の社会・経済的立場、職業関連、社会人としてまた個人、家庭人として、青壮年期、老齢期などに

応じた観方、人口動態からの考察、主要疾病の闘病方法——ことにその予防——、産業医学、リハビリテーション医学、さらに——貧困、浮浪、失業、アルコール中毒、犯罪、売娼など——社会悪、反社会性も社会医学で扱う。また、人工妊娠中絶や人工不妊の問題、そして社会保険や年金に関しても、医師の仕事の規定する諸法規などの法的事項にも社会医学は取組まなければならないわけである。

以上でわかるように、社会医学の真髄はこれからの医師に——臨床医学教育のいろいろなレベルで——協働と統合を修得し実践させることにあり、とみることができよう。なお、ぜひ強調して伝えておかなければならない点は社会医学は、上記した内科、外科以上の総合臨床科であって、その大きな役割は——リハビリテーションを含む第1次から第5次までの予防的な臨床の観点に尽力することである。

したがって、社会医学の教授は固有の調査研究のほかに、内科、小児科、精神科その他の臨床科で立派な科学的な仕事のできる臨床家であることが要求される。ちなみに、ヨーテボリイ大学の社会医学の教授は精神科出身の Dr. Hans Fossman である。しかし、ぜひどの臨床部門出でなければならないということはない。

上記アンダーグラデュエートに加えられた新しい教課は理論上も臨床上也に主に患者に直結するところの実務であるが、これは産業の高度化した現代社会の構成員である患者へ医療を充足するにあたって、緊密な協力と統合が、ことに臨床部門においてどのように緊要不可欠なものであるかを悟らせることである。

現在のところ、専門医——ある臨床部門での上医——と認められるには病院で約5年の臨床経験を積む必要がある。ただし、形式的な試験はしない。また、地方公医になるには政府の定めた3カ年の病院臨床、それに3ヵ月コースの衛生学、社会医学および法医学を受講しなければならない。なお一般医のポストグラデュエート修業は主に内科、外科の臨床に、精神科を加え、爾余は適当な臨床科目を2,3年修めなければならない、とされ

ている。

以上のように、新教育制度になって後は、すべての医師は新しいアンダーグラデュエート教科目によって共通の修業をした上で、ポストグラデュエートの教育を病院で定められたところにそって修業し、また専門医になるには一定の形式による修練を積みなければならない。さらに、日新月异の医学を変転きわまりない現代社会に生じ、先達者として、尊敬をあつめているスウェーデン医師は国家保健委員会のアレンジするレフレッシュ・コースへ進んで参加しなければならないが、これはべつに強制されてはいない。

つぎに、医療施設の実態を紹介するが、これに先立って、スウェーデンの行政における実力がどこに所在しているかについて少々説明しなければならないのではなからうか。

いま、身体上の疾病を扱う病院の計画、組織、経営および経理はすべて地域当局の業務であって、カウンティ・カウンスルがその責任者である。そして、病院その他保健サービスに要する経費はカウンティ経費の 85% にも及んでいる。カウンティは大方プロビンスに相当している。そして、このプロビンスの統治者はキングの代表者であるが、法的にカウンティ・カウンスルに強制を加えるなんらの権限をもっていない。

現在スウェーデンには 25 のカウンティと四つのカウンティ・ボローがある。地域の広さも人口もまちまちで、たとえばノルボッテン・カウンティは全国土の 25% の広域を占めるが、人口は 2.5% にすぎない。最近では、身体上の疾病を扱う病院だけでなく、精神病院もカウンティの業務としてそのカウンスルの責務へ移管されてきている。ところが、このカウンスルは住民によって自由に選出されたものを主要な構成メンバーとする自治機関であって、カウンティは自治体単位であり、いわゆる統治単位のプロビンスとはかならずしも管轄地域が一致しない。そして、地方ならびに中央の統治に対して高度の自治が認められている。

このような自治の優越した有り方は国のレベルにおいても同様であって、医療を含む保健行政に

関しては、国のレベルにおける自治組織である国家保健委員会がもっとも大きな力をもっている。すなわち、医療は内務省の所管事項であるけれども、その主要なサービスは国民によって選出された構成員を主体とする上記委員会の配下におかれ、一般病院を監督し助言を行い、国立精神病院を運営している。また、教育病院は所管的には文部省扱いであるが、実情はこれまた上記とほぼ同様である。

この国民保健委員会が任命した地方公医は 18 世紀末には全国でわずかに 13 名にすぎなかったが、昨今は 700 名を越え、やがて 900 名——スウェーデン総医師数の約 6 分の 1 に相当する数——にもなるとみられている。なお、その任命権が中央からまたカウンティ・カウンスルへ移行されてきている。このように、保健行政の実際が地方自治体の高い自主性によって計画され組織され、また運営もされ管理もされる、ところに全保健サービスの計画化、組織化そして総合化を強力に推進できる原動力を生みだすことができる、とみるべきではなからうか。これは恵まれない自然のうちに生き抜くための強い協力と深い知恵から生じたものであろうか、と思う。

上記の地方公医は公衆衛生医官であると同時に一般臨床医であって、このように複合されている点をぜひ留意しておきたい。各カウンティには少くとも 1 名以上の公医と数名の公的保健婦がおり、また公的助産婦も任命されている。このことはすべてのスウェーデン国民はその居住地方に保健や疾病の問題について責任をとる医師その他をもっていて、貧窮の場合は無料で、さもないときでも定額料金の自己負担分を支払えば、診療介護を必ずうけられることを意味している。

このような病院入院以外の医療サービスは、また一般開業医と病院外来で提供されている。さらに、メディカル・センター、母子福祉センター、結核相談所を拠点とする保健サービス、学校保健サービス、公的歯科サービスが行われている。

Karolinska 研究所の教育病院として使われている Seraphimer 病院は 1752 年開設されたものであり、これに増設された Karolinska 病院を除い

ては、既述のように、身体上の疾病を扱う病院はすべてカウンティないしカウンティ・ボローによって設置され、経営されている。伝統的には精神病院は国のレベルで設営してきたけれども漸次カウンティ・レベルへ移行されていることは上記した通りである。

60年も遡った頃のスウェーデンでは、1名の医師が助手もなく小形の病院を経営するものが多かった。しかし、その後の事情は大いに変化した。最近では各カウンティに少くとも一つは——中央病院と呼ばれる——高度の専門科をもつ一般病院が設営されている。内科、外科、X線科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、小児科、整形外科、精神科および麻酔科それに中央検査部があり、また最近では神経科、老人科、リハビリテーション科が多くは加わり、ハンド・サージャリの準専門科を置いている病院もかなりある——これら専門科には各担当の上医がいる。

カウンティによっては、さらに主要な2,3の専門科をもつ一般病院を若干もっており、人口稀薄な地域には分科のない病院をもっている——いわゆるコテージ・ホスピタルと呼ばれ、きわめてコンパクトなコージーな施設である。20床位であるが、各種のパラメディカルな医療従事者がいて、患者のみたものの多くは地方公医が院長を兼ね、患者の多くは慢性病の老人患者であった——。さらに、五つの大学付属病院とリンシェピングとイエレブロの中央病院は、一段と高度の専門検査機構を設け、またきわめて高度の専門科、準専門科を配して、地方（中央）病院制を敷いている。すなわち、スウェーデンの主要医療施設の実態は小数精鋭主義で、整然と配置され、有機的な簡潔な体系を構成している、というべきであろう。

以上にみられるように、スウェーデンでは病院はほとんど公立であって、米国、フランス、イタリア、日本などにあるような、また以前英国でみられたようなタイプの個人病院は一つもない。2,3の私営病院がストックホルムやヨーテボリにあるが、これらは医師会などの経営である。

ただ一般病院の専門科医長が私用のベッドをもっていて、自由な料金をうけとれるシステムが

——往時よい医師を迎える待遇方法であったしきたりの惰性で——今日も残っている。ただし昨今は一般ベットとの差はまったくないのである。

さて、北欧諸国においては大方共通なことであるが、医師は病院にフル・タイムで勤務し、米国でみかける visiting physician の制度はない。すなわち、医師としては、フル・タイムで病院勤務するか、さもなければ個人で診療所を開業するか、またはサラリーをもらうその他の仕事に就くか、のいずれかにはっきり別れる。そして、いったん患者が入院すると、開業その他病院外勤務の医師はかかりつけの患者でもいっさいを病院医師に一任しなければならないわけである。

このようなことからであろうか、このところ医師は病院をめざし専門科を志すか、地方公医などになる道が多く選んできた。そして、個人開業をしている医師は全医師数の5分の1ぐらいである。他方、最近のことであるが、グループ・プラクティスに関心をよせるものもでてきている。とにかく、上記のような医療施設体系では病院勤務医とその他医師の連繋はかならずしもよいといえない点はウィーク・ポイントであろう。

上述からも明らかなように、病院は保健サービス機構のなかで今はきわめて中心的な地歩を占めていて、日本とも英国とも大いに事情を異にしている。すなわち、日本や米国では大小各種各様の病院が多数あり、多くの私営病院があるが、他方スウェーデンでは各自治体であるカウンティが高度に専門分科した大病院を若干もち、これを補うために小形の病院が周辺部に若干あるといった調子で、病院の数は少くかつ公有公営である。また、英国では伝統的に一般医を重用視しているけれども、スウェーデンでは病院に最大の重点をおいている。

スウェーデンの病院は建築的にもすばらしいし、設備も最高水準であって、その設置費は英国に数倍している、といわれている。いまこの国の地方（中央）病院に匹敵できる病院としては日本国中を探してみても、最近60億(?)も投じて完成を期している天理病院ぐらいしかないのではなかろうか、と思う。

これは長年もっぱら国民一般の福祉を優先に行政を仕切ってきたスウェーデンの既述のような行政者の立場ではじめてできるところの、思い切った公共投資に負うものであろう。とにかく、高度の病院を施設すると、結局医師を初めとする医療従業員の節約のできることをかれらは明らかにしているが、この点は小数国民社会でなくても省みるべきではなかろうか。さらに注目すべきは——病院の経常費が増嵩して財政的な関心を引く位であるが、この高額な経常費の5分の4が人件費であるというほどに——すぐれた人品を圭刀界に迎えようと努力している点であろう。

既述のようなスウェーデンの病院の有り方から当然のことであるが、病院は単に入院患者のケアにあたるだけでなく、外来患者を診療したフィールド・ワークでも大きな役割を果たしている。すなわち、外来は往時の貧困者を取扱う診療所的な性格をすっかり脱皮し、専門の診療相談センターとして困難なケースや慢性病の長期観察を本命としている。また、手広く院外の医師とフィールド・ワークのために精度の高いラボラトリー・サービスを提供している、などを通じ、スウェーデン病院は医療サービスの中軸になり、その統合化に寄与している。まさに、医療の要塞の観があり、各自治体、カウンティを統合の単位として体系化されようとしている保健サービスは、病院を中心として、簡潔にしかも強力に組織されているの概がある。

IV 若干の考察

以上において、スウェーデンの公衆衛生における二つの重要部門の一つであるパーソナル・ヘルス、わけてメディカル・サービスの有り方——すでに現在内在されていますますます顕化されているもの——を多少考証する上で、もっとも重要なものと考えた現在の医療施設の体制と新しい医育制度について若干の資料を提供したわけである。

このような資料から生ずる疑問はいろいろあるであろう。このうち、なぜスウェーデンはカウンティ任命の公医制と公営病院を主に、私的診療所を従として、簡明な保健サービス体系を打立てる

ことになったか、またなぜ新しい医育制度を採用し医師になるものの修業期間を著しく延ばし、ことに社会医学の導入によって代表されるような全人格的アプローチの方法を医学生に修得させようとしているか、というような疑問に対して、述者なりの考察を一応試みることを許されたい。

いま、考察の便宜から、経済社会面、医学面および制度面の三つの観点にわけて記述をすすめる。

経済社会面——スウェーデンは自然条件にまったく恵まれないので、第1次産業時代はきわめて低い経済状態であった。これを克服して、世界最高の福祉国に成長させた大きな支えは積年にわたる鋭意な努力がもたらした産業高度化の成功であることは既述した。それは社会開発を目的とした産業開発ではあったが、この過程では——今日の日本ほど烈しくないけれども——やはり人口の集中、都市化、住宅難、出生率低下、小家族、そして人間関係の疎外、孤立などが多聞にもれず生じ、深刻化して、国民の多くが社会不安に襲われた。このため社会福祉を政策の綱領とする社会民主党に支持があつまり、30年にわたり政権を握る結果にもなっており、英国以上に充実した社会保障制度をスウェーデンはもつことになった。

しかし、産業が高度化すると、この産業の性質から人々は仕事に対する興味を失い、責任感がとかく低下し、社会連帯感も稀薄になりがちである。他方、マスコミの影響が深く普及及んでスター的なきらびやかな生活と役割を明日の自分のことのように錯覚し、ことに機械化できない——苦労や拘束時間の多い割に目立つ速効のない——地味な仕事に従事することを人々は嫌うようになる。しかも産業高度化の歩みは労働時間を短縮し高い収入を保証するので、余暇と財力にまかせて消費力は底知れず上昇していき、物の需要もサービスの需要もかぎりなく拡大してゆく。

このようにして、つつましい時代の切なる1次的要求であった基本的な生活要件が社会保障などの整備によって満たされると、これに続いて2次的な要求として娯楽、リクリエーション、高等教育、さらに文化への物的裏付けとサービスを至烈に求めてくる。ここで高度産業社会は高い税金と

サービスの不足という悪循環にはまり込むことになる。

他面、このような社会は、医学面で述べるような病質の変化を促し、これに伴い慢性病弱者ないし心身障害者が多く生ずるから、切なる医療サービスの需要が増大するが、ほかに2次的要求に属する健康上のサービス需要も急速に高まり広がる。なお、この傾向はこの社会のもつ特有なストレスと社会化医療によって一段と強調される。

スウェーデンでも人はよく positive health —— 老いてますますかくしゃくたる健康とでも訳すべきか——を信じ、またこれが機械的な集団措置で達せられるように思い込みやすいが——病院事務の近代化はできても——医療サービスを機械化ないし合理化できる見透しは実は大きく期待できないとみるのが正しいようである。そして、手間と時間のかかる医療サービスは上記の傾向とはおよそ背馳し、厳しく限定される結果、このサービスにおける需給のアンバランスに福祉社会は大いに悩まされつづけているわけである。

医学面——このあたりで話題を医学面へ転ずると、最近の医学の進歩によって、感染性外来性の疾患をほとんど制圧できるようになったことは上記にもふれた通りで、以前病院の主対象であったこれらの疾病は今日家庭で十分処置できることになった。そして、病院は現代医学の解決できない退行性疾病、老化現象、事故による重傷などに由来する——慢性の病弱者、老弱者ないし心身障害とこれらを基盤として発生するエピソード・ケースで満ちている。この病院の態を見れば一瞥して病質が一変したことを思い知らされることであろう。感染症の制圧できなかったふた昔前はこれらの病弱者ないし障害者は容赦なく淘汰され、病院の裏門から速かに消えていったものであった。

英国のさる医師は人口老齢化は福祉社会の指標である、と誇ったが、肢体不自由、尿尿失禁、精神昏迷、老衰などの患者で充満している慢性病棟はまさに福祉国の悩みの縮図ともいうべきで、人口老化は賞め讃えてばかりおれない深刻な現代社会の現象である。これらの病質——ひいては病量の変化につれて、これに対応するすぐれた医学的

知識ならびに技能が高度の施設や設備を要求するので、医療費は嵩む一方で、これをとても個人では負担できないから、医療の高次の社会化が切に求められるが、他方保険金や税金でまかなえる範囲は——高収入の社会の構成員にとっても——自ずから限度があるので、勢い医療保障費の支出は厳しい重点主義をとらなければならない。

同様に、ことに高度の医療サービス能力は人的にも物的にも厳しく限定されざるを得ないが、他方、民主社会ではそのサービスを必要とするものに公平に確保しなければならないので、医療サービスもまた厳しい重点主義をとらなければならないことである。そして、このような重点主義の前提として、医療サービスの組織的提供が必須になることを認めなければならないであろう。

病気が急性、慢性の容態を交互して、長期にわたるものが多くなれば、病院その他施設の機能は——急性病院、慢性病院、ナーシング・ホーム、リハビリテーション・センターなどと——分化してはじめて効率的な合理的な対応ができる。他面、分化があれば当然統合が必要不可欠である。というのは、ことに老人や心身障害者は全人格的な措置を加えて始めて効果があがるからである。このような医療サービスの総合化はやはり組織的サービスの提供によってはじめて可能になるであろう。

医学の進歩とその及ばないことによって生じ、かつ速かに死ぬこともならない老病弱者や障害者はこの医学の限界を越えて生きていくために社会福祉サービスの協力が必要になる。ふた昔前までは、医師と看護婦だけでほとんどの患者は社会復帰できた。できないようなものは速かにあの世へ去ったわけであるが、今日では西欧の一般病院——急性病院を意味する——でも 25% 以上の患者は特別なリハビリテーション措置を必要とする、といわれている。

他方、最近では心身の能力を限定されても、その限界内で日常生活をする知識や技術が長足の進歩をしており、リハビリテーション医学における ADL——Activity of Daily Living——修練などはまさに好例の例であろう。このような患者側からの修練のみでなく——病弱、障害をもちながら

なお社会に復帰し、自助を中心として社会生活をしていけるための方法として、適応した住宅その他の外的な生活条件をととのえるなどのサービスがまた医学の限界をカバーして大きく寄与することが明らかになってきている。

ここに注目すべきことは、リハビリテーション医学の原理は、心身の病弱ないし障害があっても、できるだけ社会にあって心を使い体を動かすことが生活能力をよく維持し発揮できることを保証していることである。このように、生活力の火を社会復帰によってかきたてることは、患者本人にとっては人間性と社会性を堅持して民主社会の人間としての権威をおのずから保持できる方法であり、他面においては医療その他ケア・サービスを節約し個人ないし社会の労費負担を軽減する、最小経費・最大効率という経済原則を満足させる方法でもあって、一石二鳥の効果をもっている。

そこで従来長く老病弱者や心身障害者の収容ケアを立前としてきた欧州大陸においてすら、今日あちこちでその伝統を排して、家庭のケアを中心とするケア・システムへの一大方向転換が起りつつあることを認めることができるであろう。

とにかく、1814年以来社会開発を目標に真摯な産業開発に打込んできたスウェーデンは、物的な裏打ちができて生活条件の改善ができるようになると、まず効果の挙げやすい——母子問題など人生の初まりの方からのパーソナル・ヘルス・サービスに着実に取組んだ。そして、今日世界最低を誇る乳児死亡率引下げの好成績を納めている。昨今は、漸進してもっとも難しい老人の健康問題にとり組んでいるわけである。

老人は医学のきびしい限界問題を多く含んでおり、率直にいうとスウェーデン当事者もその措置をもてあまし気味である。そして、生活のケアにおいても病気のケアにおいても大に行き悩んでいる。産業高度化などに由来する、数少ないかつ贅沢を覚えた若年人口で、数多い病弱な老人人口をかかえることになった福祉社会の悩みは想像以上に深刻なものである、といわなければならないであろう。

以上、医学的・社会経済的に若干考按してきた

ところでも明らかなように、重度の心身障害者を含む老人患者を主対象とするケア需要に加えて、2次的な需要の激増する、これからの医療サービスなり保健福祉サービスなりは、その困難さを乗り越えてゆくため、家庭を中心とし施設を脇役としながらも、きわめて高度の医療サービスが総合的に効率的に体系ある組織を通じて提供されなければならないということになる。

このケア組織網に、ことに問題のあるケースを捕捉して、不断の広義な治療と予防を可能にする精度の高い検診と周到な手厚いホローが一貫して与えられたとき、難物の老人もその生活力を最大に発揮できることになり、至烈な医療サービス需要によく対応できるほどケア体系はダイナミックなものになりうるはずである。この状態を述者は、地域社会ぐるみの入院状態 *Communally Hospitalized* と表現しておくことにする。

スウェーデンの医療制度が現在ここまで充足しているとはいえないが、このようなことを目途にしていればこそ、新医療において専門度の高い教育をし、同時に総合的なアプローチを練成しようとしている。また臨床医学をさらに広い人間社会の現象と関係づけて処理する社会医学を重くみている、と解釈できるであろう。他方、高度の医療を含む保健サービスを効率的に、民主的に与えるための医療施設の体系ある組織化を容易にする方法として、数少い高度の病院をかなめとし、サービスの諸要素をカウンティ・レベルに集中して、公共の責任において医療サービス網の形成を期していることを諒解できるのではなからうか。

制度面——いま上記社会経済と医療の2方面の考察を、制度的な観点から批判してみると、ホーム・ドクターを中心とする医療の国営にふみきった英国の徹底さに較べて、公立病院の公費による無料入院診療を行いながらも、いまだに社会保障制度を生活費の保証におき、差額徴収の自由な私的診療所制度を大幅に残しているスウェーデンの態勢には大きな違いがあり、その得失は十分検討されなければならないところであろう。

たとえば、スウェーデン方式が英国よりも医師と患者の自由な接触を可能にしながらも、英国の

ように医師が治療と同時に予防の分野へより関心を持ち、両面の効果を挙げる、というような上首尾をねらうことはできない。というように、かなりのいろいろな差はあるけれども、とにかく、両国ともに限定されがちな労費をもって——日本が今日目標にかかげる均一3割自己負担というような労働政策的な、医の本質にもとる、社会保険制度を夙に脱却して、さらに福祉社会の執拗な2次的要求に屈せず——医の本来を満足する重点主義をとにかくにも貫こうとしている点は大いに範としなければならない、と思う。

しかし、このようなスウェーデン、さらには英国のような社会においても——心身両面にとにかく慢性病や障害をもちその将来にも期待できるところの薄いまったくの社会的弱者である老病弱者には、若いものの上へようには保健福祉サービスは及んでいないのが事実であるし、はなはだ及ばせにくい事情にあることを痛感する。

英国の社会保障の原案を起草した Beveridge 卿はこの制度の財政的裏付けとして、労資間ないし高額所得者と低額所得者間の所得再分配にもまして、人間一生間における——若く盛んであり、心身の能力が充満し収入も多い優位な時期と幼くまた老いて、心身の能力が劣弱で収入の乏しい劣位な時期という意味での——優劣間における所得の再分配の重要性を強調した。そして、この主張が生きるような社会保障制度を医療の上においても、多少の差はあるけれども上記両国は現に実現している。にもかかわらず、これら民度の高い北欧の福祉国を訪ね住んでみて、上記のように、まだまだ人間がその一生を通じて個人の主体性と尊厳を保つことがどのように難しいかをつくづくと感じさせられたことである。

19世紀から20世紀に入り、人間の個の自覚は一段と高揚され、民主主義社会が統出して、社会は個人の生活に万全の責任すらもつべきである、とされているが、人間も生物である以上、生きものの世界の鉄則である優勝劣敗の厳しい淘汰に抗して、ことに高齢期にいたっても、個体の主体性を保つことは期待する方がむしろ無理なのではなかろうか、とさえ思われる。厳しい北欧福祉国の

事実はこの感を深くすることであるけれども、なおかつ述者はこのように諦めてしまいたくない。

ではどうすれば真の福祉社会に近づきうるであろうか。もちろん、いくつもの条件を挙げなければならない。しかし、就中述者がここで強調しておきたいことは人間一生の間における心身の優劣間の——若く盛んで心身ともに余力をもつ時期のものが、幼くまた老いあるいは病んで心身の力の劣る時期のものに——サービスの再分配という形で、その労力を当然のこととして提供する意志と愛情を育成し確立することがその第一要件である、ということである。

すなわち、真の福祉社会を実現するには、所得の再分配以上に、今後においては、サービスの再分配の確立が必須条件になるが、自然と超自然の間に位する、単なる生物でない人間であるわれわれは、人間らしいサービスの再分配を必ずや近い将来に確立できるものと信じる。発育し、やがては老化する生物としての過程をたどる人間にこのサービス再分配の全く欠くことのできない理は自明のことで、このような観点からも——欧米の過去をまねた核家族などの——家族、さらに隣人の有り方を含む人間関係について根本から再批判されなければならないものと思う。

話の筋を北欧にもどすと、福祉社会における人口老化現象は、社会保障財政の裏付けをする物の生産性の上でも、また上記サービスの再分配の上でも大いに問題である。また、これからは少数国民ということ自体が大変な問題である。というのは、水爆、細菌弾その他の実現は予防戦争以上の武力戦を行うことを実際上不可能にした。そこで今後はスウェーデンなどには前述したような漁夫の利を占めるチャンスはほとんどなく、将来は大国民との経済戦によく抗して、福祉社会に要する物の豊かさすら維持できる保証ははなはだ危ぶまなければならない、とみるべきではなかろうか、と考えるからである。

昨年世話になった老人科医 Dr. Bo Ewert が去る4月停年を迎え、来日した。その際彼は、今日スウェーデン老人が受けている豊かな物的給付を

いつまで保証できるかをしきりに懸念していたが、理解できないことではない。また、スウェーデン、デンマークなど北欧福祉国で男子老人の自殺率の高い有力な原因として、マジョリティーの恐威を挙げており、当初は理解に苦しんだが、マイノリティーの社会に生活してみればまもなく十分納得できることである。

その昔、かれらのキングの考えたスカンジナビアズムならざる現代版のそれがマイノリティーの弱点を強化する第1段階であることは想像できるであろう。現にこのような動きのみられることは、公衆衛生教育について上記にふれたところである。かくて、北欧諸国の公衆衛生なり医療制度なりが今後ますます類型化していくことは当然であり、現在すでに大同小異というべきであろう。

しかし、いまだにかなりの個性をとどめていることもまた事実である。たとえば、スウェーデンでは30年余にわたる安定政権によって、福祉社会の充実に寄与した反面、ビューオクラティックな色彩が濃い。これに対し、ノルウェーは、ことに地勢関係からと思われるが、わけて保健福祉サービスの分野でボランティア活動が盛んで、政府は大方をこれに委ねて巧みなサービスの運用をしている。また、フィンランドは再度の大戦による傷手がなおぬぐい切れないようすで、保健福祉の点でも深い爪あとを残しているが、国の責任で直截にこの劣位を挽回して行かうとしている、このように述者は受取っている。

お わ り に

以上、スウェーデンを例として、北欧の公衆衛

生、それも医療サービスを中心に若干の資料を紹介して、多少の考按を加えた。小数国民であるが、さらに豊富な資料を収集しより深い解析ができれば、未来の社会計画にさいし、これを保健や医療ないし社会保障や社会福祉の問題に限っても、これらの国はいろいろな面において得失、強弱、長短など、大国に劣らない多くの有益な示唆を与えてくれることを信じて疑わない。

参 考 文 献

- Gunnar Björck, *Trends in Swedish Health and Welfare Policy, Socialized Medicine in Sweden*.
 Per Langenfelt, *Principles for New Division of Sweden's Municipalities*.
 Axel Odelberg M. D., *Surgery in Sweden Today*.
 Bror Rexed M. D., *Medical Education in Sweden*.
 Bertil Baggersjöbäck, *Activities for Young People in Sweden*.
 The Information Centre of Gothenburg Municipal Executive Board, *Social Welfare Policy in Gothenburg*.
 The Swedish Hospital Association, *Public Health Services in Sweden*.
 Ingvar Andersson, *History of Sweden*.
 Ernst Michanek, *Housing Standard and Housing Construction in Sweden*.
 Kungl. Medicinalstyrelsen, *Allmän Hälsö-och Sjukvård 1960*.
 Ernst Michanek, *Social Boken*.
 Lennart Holm, *att bo*.
 Karl Evang, *Health Services in Norway*.

占領政策下の福祉政策

— GHQ の覚書を中心に —

谷 昌 恒

戦後わが国の社会福祉行政の展開、社会保障制度の整備は連合国最高司令部 (GHQ) の指示によるところが多い。敗戦直後の経済的混乱の波に浮沈する困窮者に対する緊急の施策を推進して、平和裏に日本の民主化を計ろうとする占領政策の一環として、この領域での GHQ の指示 (覚書) は、かなり格調の高いものであるとともに、きわめて具体的なものでもあった。

連合軍の駐留に先んじて、空から飛行機で DDT を散布して、その徹底した衛生観念に当時の日本人は舌を巻いたものであったが、GHQ 覚書の冒頭に録するものは、20 年 9 月 22 日の「公衆衛生対策に関する件」である。

ついで同年 10 月 27 日に厚生省社会局が復活している。これは社会という言葉が嫌われて生活局と改称された 16 年 8 月 1 日以来 4 年ぶりのことであった。軍国主義の温存に連なるということで、軍人恩給の廃止を意図する「恩給および年金 (恵与)」という覚書が 11 月 24 日に出されており、その背景を説明する米軍渉外局の発表「軍人恩給停止の件」(11 月 25 日)があった。

12 月 8 日の覚書「救済ならびに福祉計画に関する件」は、後に生活保護法として結実していく諸理念——最低生活の維持、無差別平等の処遇、政府公共の責任——を最初に提示したものといわれている。

この覚書に基いて政府は社会福祉に関する基本的総合的計画として、12 月 31 日に「救済福祉に関する件」を GHQ あてに提出した。

これより先、政府は独自に「生活困窮者緊急生活援護要綱」を 12 月 15 日に閣議決定を行っている。(その実施は 21 年 4 月 1 日のことであり、当初における援護人員は 1,260,753 人、国内総人口の 1.7% であった。)

したがって 12 月 31 日の提出文書は、現にこの「援護要綱」による救済が行われる予定であること、その上で GHQ の覚書の理念をとり容れて、さらに一段の前進を期している旨を述べたものであった。

この提出文書に対して、GHQ は重ねて公的責任と無

差別平等を強調して、覚書 SCAPIN 775 を日本政府に与えている。これは公的扶助に関する最高規範として長く福祉政策の指針となったものである。

4 月 30 日、厚生省は前述の二つの覚書に基いて決定された社会福祉行政の概要を GHQ に報告している。わが国の戦後の社会福祉行政の出発点の全容を示すものである。

このような保健福祉活動を推進するためにも、その行政機構の改善が要請される。5 月 11 日 SCAPIN 945 はそのことに触れたものである。越えて 22 年 4 月 7 日には保健所の拡充強化について指示するところがあった。

こうした一連の文書の往復の間に、戦後の社会福祉行政は次第に定着することになる。21 年 9 月生活保護法が公布され、ここに国家責任、公私分離、無差別平等の保護体系が樹立されることになった。

一方こうした年月のうちに、GHQ 職員と日本政府の行政担当者との間には次第に人間的な親愛と信頼が生れてきた。当事者同士の理解がすすめば、上掲のような四角ばった形式的な覚書や文書のやりとりよりも man-to-man の伝達了解の上に占領行政が展開されるようになる。当時の文書綴りにもわかに量的に減少をみせている。

GHQ のメモランダムの上からだけで、当時の真相を明らかにしようとする試みは困難にならざるを得ない。当時活躍し、今もその記憶にとどめておられる方々の証言を集録しておく必要もありそうである。

体系整備のための 6 原則といわれているものの原資料も、そうした事情を反映して、GHQ と厚生省の合同会議議事録として残っているものがあるだけであり、その 24 年 11 月 29 日の会議録を掲げておく。さらにこうした席上での GHQ 側の提案の背景をなすと思われる事情を比較的よく示しているものに、25 年 9 月 28 日付の文書「行政事務配分の基本原則」があり、その中にアメリカにおける現代社会福祉行政の展開を回顧している史的叙述がある。これを読むと彼らなりの反省の上に立ったアメリカの占領政策であったと考えることができるし、

その社会福祉の理念を知るには格好なものと思われる。

GHQ 覚書 (SCAPIN 48)

公衆衛生対策に関する件 (20.9.22.)

連合国最高司令官ハ日本政府ニ対シ左ノ処置ヲトルコ
トヲ指令ス

1. 厚生省ハ直チニ左ノ事項ヲ調査スベシ
 - (1) 各県ニ於ケル疾病蔓延状況
 - (2) 各県ニ於ケル医師、歯科医師、獣医師及公衆衛生関係者ノ数
 - (3) 各府県ニ於ケル病院施設、医療施設、獣医関係施設及衛生施設ノ個々ニ関シノ適不適ノ状況
 - (4) 従来ノ日本ノ公衆衛生関係法規ガ現在ノ要求ヲ満たスニ適当ナリヤ否ヤノ状況
2. 直チニ左ノ処置ヲ採ルベシ
 - (1) 各県毎ノ伝染病ノ週報
 - (2) 伝染病患者及疑似患者ノ検診、隔離、入院
 - (3) 一般民衆ノ健康ニ対シ著シク影響ヲ有スルト思惟セラレル疾病ニ対スル予防注射、昆虫駆除及撲滅策
3. 上水道、下水道及汚物処理施設ヲ軍以外ノ資材及労力ヲ使用シテ出来得ル限り早急ニ復旧スベシ
4. 軍以外ノ病院、結核療養所、癩療養所及診療所ヲ出来得ル限り早急ニ再開シ又ハ継続スベシ、病院施設不足ナラバ応急病院トシテ利用シ得ベキ学校其ノ他ノ建築物ヲ調査スベシ
5. 軍以外及軍ノ総テノ医療資材、歯科医資材、獣医資材、衛生資材及軍ノ食糧ハ連合国軍最高司令官ノ占領管理方式ニ従ッテ従来ノ日本ノ機関ヲ通ジテ配給サルベシ
6. 米海軍ト協力シ海港検疫ヲナスベシ、海港検疫ハ日本軍以外ノ管理ニ依リ設置セララルベシ
7. 公衆衛生関係、臨床診断関係及血清、ワクチン製造関係ノ軍以外ノ研究所ノ業務ヲ再開シ又ハ継続スベシ
8. 連合国最高司令官ニ依ッテ樹立セラレタ方針ニ従ヒ衛生統計ノ報告及ビ解説ヲ速ニナスベシ
9. 日本国民ノ花柳病撲滅ニ特ニ努力スベシ、本事業ハ既存ノ日本ノ機関ニ依リナサルベシ

GHQ 覚書 (SCAPIN 338)

恩給および年金に関する件 (21.11.24.)

(この表題は Pensions and Benefits となっている。軍人恩給の禁止に関連して指示するところのあった覚書で、ここでは恩給および年金と訳されているが、当時の内閣の資料では恩給および恩与とある。)

1. 日本政府は出来る限り早急にしかも如何なることがあっても 1946 年 (昭和 21 年) 2 月 1 日以前に当司令部に許可された場合を除き左の各項に該当するすべての人物に対するあらゆる公私の年金その他の給与金、補助金の支払を停止するために必要な措置を講ずること
 - (A) 退職金またはこれに類するボーナスや手当を含む軍務に対する支給金、但し労働能力を制限するやうな不具廃疾者に対する補償金を除くが、この補償金は非軍事的理由から起きた同程度の不具廃疾者に与えられる最低のものより高い率であってはならぬ
 - (B) 連合国総司令官の命令の結果として解散又は停止された協会、団体その他の組織の会員であり、或はここに就職したといふ理由によるもの
 - (C) 連合国総司令官の命令の結果、如何なる官職または地位からでも追はれたもの
 - (D) 連合国総司令官の命令の結果として抑留または逮捕されたものの拘禁または逮捕期間中の支払またはその後有罪判決を受けた場合は永久的
2. 前記 1 の (A) の制限は軍務から復員する以前の勤務に対する俸給、生計、旅行その他通常の手当には適用されない
3. 能うる限り急速に、しかも 1946 年 2 月 1 日より遅れることなくこの覚書によって禁止された年金、給与金、手当等に対する権利または支払繰越金を証拠づける公証書その他の書類は無効なることを宣言すべし、またかかる支払に充当すべく取置かれ或は貯金された一切の金額は即刻政府に収められるものとする
4. 当覚書受理より 10 日以内に当司令部に対し左に関する全報告書を提示すべし
 - (A) 軍人恩給・その他の諸手当
 - (1) 恩給
 - (a) 1945 年 8 月 15 日以降 1945 年 11 月 15 日までの期間に支払はれるべき恩給総額
 - (b) 1945 年 8 月 15 日に至る期間現金で支払済の恩給総額
 - (c) 恩給証書その他の証明する他の書類により表示された総額及びかかる支払のため別途に積立てられ乃至は預入れられた金額の総計
 - (2) 退職金及び退職手当は上記(1)の一部として同じ範疇に分類される
 - (3) その他の手当金、ボーナス乃至特別金は上記(1)の一部として同じ範疇に含まれる
 - (B) 軍事恩給にあらざる一般恩給及び本覚書により禁

止された他の手当乃至特別金は上記(1)の一部として
同じ範疇に分類される

(c) 本覚書に従ひ実行すべし

5. 上記命令に対する報告書六部を当司令部に提出すべし
6. この覚書の指示する件につき認可を求めるときは、大蔵省を通じ当司令部に申出づべきこと

米軍渉外局発表

軍人の恩給停止の件 (20. 11. 25.)

マッカーサー元帥は 25 日日本政府に対し明年 2 月 1 日をもって日本軍復員将兵に対する退職手当及び恩給の支払を停止すべき旨命令した。

但し受領者が身体上の故障のため労働に差支へを生じた場合は此の限りでない。最高司令部当局者によると今回の命令は日本の軍国主義が他の国民に負はしめた巨大な負担を軽減する目的への新しい重要な措置であると説明されてゐる。陸海軍将兵及び一般人、軍属、雇員はいままで退職金のうち 1,000 円までを現金で受取り残額を証書で貰つてゐた。1945 年 9 月 30 日までに陸軍の支払った退職手当は総計 10 億 600 万円、海軍のそれは 22 億 4,100 万円に上つてをりその後両者合せて 15 億円の退職手当支払が予定されてゐた。因みに以上の金額は現金及び証書の双方を含むものである。軍人恩給の廃止によって復員終了後年額 15 億円の経費節減が期待される。

軍人恩給の最低額は退役後における俸給の 3 分の 1 で将校は 13 年、下士官、兵は 12 年の勤務を経て恩給を受取る資格を生ずる。然しながら日本軍人は多くの場合僅か 1 ケ年の勤務に対して 2,3 年または 4 年勤務したことに認められてゐた。在外勤務 1 ケ年は国内勤務の 4 年と計算され、航空機搭乗員は 1 年を 3 年に、潜水艦乗務員は 1 年を 2 年に計算されてゐた。日本側の情報によると 25 歳以下の若い軍人で恩給を受けてゐた者が少なかったといはれ、また民間の教師や官公吏が俸給の 2 % を恩給の基礎として払込まなければならないのに対し軍人は僅かに 1 % を払込むだけであつた。更に軍人以外の恩給が公の俸給額に基いてゐるのに対し軍人の基準は俸給額よりも遥かに高いところにおかれ、例へば陸軍少尉の年給は 860 円であるのに対し 1,400 円を基準に計算されてゐた。また軍人には廃役の場合特別予給があつたのに対し一般にはこれがなかった。

今回の命令は軍人のみならず連合国の命令によって既に解体されもしくは将来解体さるべき社団法人、協会ま

たは団体に關係ある民間及び軍人をも次の適用対象とし、連合国の命令により免職された民間人もしくは軍人も同断である。即ち黒竜会の会員たりし者、連合国の命令により辞職した政府当局者、政治家、陸海軍高級将校がこれに属する。連合軍最高司令部の命令により逮捕抑留された者に対する支払ひは禁止され、現に収監中の戦争犯罪人等に対する恩給の支払ひは封鎖されることとなった。戦争犯罪人は収監中現金の支払を受けることは出来ず、正式に起訴された場合には事情の如何を問はず永久に恩給の受取りを禁止される。最高司令部当局者は今回の命令は退役軍人が特権階級として残るのを禁止し、もつて日本の民主主義化の促進に与つて力あらうと語り次の如く述べた。

日本に於ける軍人恩給制度は他の諸国に類を見ない程大まかなものであつたが、この制度こそは世襲軍人階級の永続を計る一手段であり、その世襲軍人階級は日本の侵略政策の大きな源となつたものである。日本人の一部が軍人となることに魅力を感じている主たる理由の一つは恩給がよいということにある。

他の階級に比べて生活の苦しい農民は恩給があるが故にその子弟を軍隊に送つたのであつた。彼等は在外勤務に関する恩典からして短期間勤務すれば終身の恩給を得ることが出来、しかも後になって再び応召した場合や、官庁、会社に就職するやうな時にも続けて恩給を貰うことが出来たのである。もっともわれわれは不幸なる人々に対する適当な人道上的援助に反対するものではない。養老年金や各種の社会的保障の必要は大いに認めるがこれらの利益や権利は日本人全部に属すべきであり、一部少数者のものであつてはならない。

現在の惨憺たる窮境をもたらし最大の責任たる軍国主義者が他の多数人の犠牲において極めて特権的な取扱ひを受けるが如き制度は廃止されなければならない。われわれは日本政府がすべての善良なる市民のための公正なる社会保障計画を提示することを心から望むものである。

GHQ 覚書

救済ならびに福祉計画に関する件 (20. 12. 8.)

(原文の表題は Relief and Welfare Plans となつてゐる。原本を調べた限りでは 12 月 8 日付で發せられており、末尾に受領が 12 月 13 日午後 4 時 30 分とある。)

- (1) 日本帝国政府ハ 1945 年 12 月 31 日マデニ、1946 年 1 月ヨリ 6 月ニ至ル期間ノ失業者及ビソノ他貧困者ニ対スル食糧、衣料、住宅、医療、金融的援助、厚生

措置ヲ与エルベキ詳細且ツ包括的計画ヲ最高司令部ニ提出スルコト

(2) 該計画ハ次ノ諸項ヲ含ムベキコト

1. 計算ノ為使用サレタ基礎ニ関スル説明
2. 失業、肉体的欠陥乃至他ノ理由ニヨリ毎日直接ノ援護ヲ要スルモノノ府県別推定数
3. 調査及救済実施ニ使用サルベキ地方行政機関ノ記述、併セテ人事政策ニ関スル説明
4. 日本経済ノ全源泉カラ補給品、資材及ビ家屋ヲ確保スル方法
5. 救済費用ノ県別推定月額

(3) コノ覚書ノ趣旨ハ家計ソノ他収入源泉ガ規定サレタ期間中最低生活ヲ維持スルニ不十分ナ国民ヲ救済スル適当ナ措置ヲ展開サセル必要ニ基クモノデアル。日本政府ハ日本ニオケル個人モシクハ集団ガ労働能力ノ欠如、失業アルイハ政治的宗教的並ニ経済的諸理由ニヨリ諸種ノ供給ノ配給ニ差別待遇ヲ受ケルコトヲ防止スル適当ナ措置ヲ即時講ズベキデアル。

(4) 現在ノ救済法令、経費並ニ行政機関ガ入手出来ル物資ノ配給ニ関シテ失業者ヤソノ他ノ貧困ナ人々ニ対シ差別待遇ヲ防止スルニ不適当デアルト信ゼラレル場合ニハ、コノ覚書ニ対スル回答ニハ新シイ法令、経費並ニ改善サレタ救済機関ノ設置ヲ明示シマタ救済実施ノ開始予定期日ヲ明記スベキデアル。モシ日本政府ガ上記ノ期間中、現在ノ法令、経費、救済機関デ十分ニ救済出来ルト考エルトキニハ、カカル判断ニ対スル証拠ヲアゲ更ニ現行法令救済規定並ニ関係資材ニ関スル適当ナ参考資料ヲ列記スベキデアル。

閣議決定

生活困窮者緊急生活援護要綱 (20.12.15.)

終戦後ノ国内現状ニ鑑ミ特ニ困窮セル者ニ対シ左記要綱ニ依リ緊急生活援護ノ方途ヲ講ジテ当面セル生活困窮ノ状態ヲ匡救セントス

(1) 生活援護ノ対象ト為スベキ者ハ一般国内生活困窮者及左ニ掲グル者ニシテ著シク生活ニ困窮セルモノトス

1. 失業者
2. 戦災者
3. 海外引揚者
4. 在外者留守家族
5. 傷病軍人及其家族並ニ軍人ノ遺族

(2) 生活援護ヲ要スル者ノ世帯ノ実情ニ応ジ左ノ方法ニ依ルモノトス

1. 宿泊施設、給食施設及救療施設ノ拡充

2. 衣料、寝具其ノ他ノ生活必需品ノ給与

3. 食料品ノ補給

4. 生業ノ指導斡旋

5. 自家用消費物資、生産資材ノ給与又ハ貸与

(3) 生活援護ノ実施ハ都道府県ノ計画ニ基キ市区町村長ヲシテ当ラシメ町内会長、部落会長、方面委員、社会事業団体等ヲシテ之ニ協力セシムルモノトス

(4) 生活援護ニ要スル経費

既定経費ヲ本要綱ノ趣旨ニ則シ運用スルノ外尚必要経費ハ此ノ際特ニ別途考慮スルモノトス

(備考)

1. 本要綱ノ実施ニ当リテハ取敢ヘズ都市特ニ六大都市並ニ引揚者ノ多数滞留地ニ重点ヲ置クモノトス

2. 本要綱ノ実施ニ当リテハ其ノ徹底ヲ期スル為特ニ全国方面委員ヲ積極的ニ活動セシムルモノトス

日本政府より GHQ に提出せる文書

救済福祉に関する件 (20.12.31.)

1. 救済福祉ニ関シテハ其ノ事由ノ如何ヲ問ハズ生活困難ナル国民全部ヲ対象トシテ其ノ最低生活ヲ保障スルコトヲ目的トシ、現行ノ救護法、母子保護法、医療保護法、戦時災害保護法、軍事扶助法等ノ各種援護法令ヲ全面的ニ調整シ、新ニ国民援護ニ関スル綜合的法令ヲ制定シ、国民ノ生活保障ヲ法律ニ依リ確保スルト共ニ、右ニ伴ヒ政府ノ法令ニ基ク援護ヲ拡充強化スル為新ニ有力ナル民間援護団体ヲ設立スベク急速ニ之ガ準備ヲ進メツツアリ、然シテ右団体ノ設立ニ当リテハ既存ノ戦災援護会、海外同胞援護会、軍人援護会等ノ各種団体ヲ整理統合スルモノトス

2. 前項ノ計画確定シ之ガ実施ニ至ル迄ノ間、差シ当リ昭和 20 年 12 月 15 日ノ閣議ニ於テ決定セル「生活困窮者緊急生活援護要綱」(別添第 1 号参照)ニ基キ指定セラレタル期間内ノ救済福祉策ヲ開始スル予定ナリ

而シテ、前項ノ計画ノ内容ハ概ネ右要綱ノ内容ヲ拡充強化スルモノニシテ其ノ要旨ハ概ネ左ノ如キモノトス

- (1) 援護ノ対象ハ失業、精神的又ハ身体的欠陥其ノ他ノ理由ニ依リ生活困難ナル者トシ、ソノ人員ハ目下調査中ナルモ (1946 年 1 月末ノ調査ノ結果ニヨリ一層実情ニ則シタル計数ヲ得ラルベシ)、一応 800 万人ト推定ス (別添第 2 号参照)

- (2) 援護ハ標準世帯 (家族 5 人) ニ付月額 200 円ヲ限度トシ世帯人員ノ多少ニ応ジ増減スルモノトス (別

添第3号参照)

(3) 援護ハ世帯ノ実情ニ応ジ左ノ方法ニ依リ之ヲ行フモノトス (別添第4号参照)

1. 食糧ノ補給
2. 衣料其ノ他生活必需物資ノ給与
3. 住居ノ確保
4. 療養ノ扶助
5. 生業ノ指導斡旋
6. 金銭ノ給付

前項ニ付テハ能フ限り現物給与ニ努ムルモノトス尚補給金、資材及家屋ニ関シテハ現在日本ニ於ケル之等ノ供給能力ハ遺憾ナガラ極メテ制限セラレテオル為国民全体ニ対シ十分ニ提供スルコト不可能ナルモ乏シキ内ニ於テモ出来得ル限り公平ナル待遇ヲ受ケシムル趣旨ニ基キ要援護者ニ対シ差当リ別添第1号程度ノ特別措置ヲ講ズルモノトス

(4) 引揚者 (引揚軍人ヲ含ム) ニ関シテハ其ノ特殊事情ニ鑑ミ前項ニ基キ援護ノ他上陸地及上陸地ヨリ定着地ニ至ル間ノ応急援護並ニ定着地ニ於ケル家財給与等特別措置ヲ併セ講ズルモノトス

(5) 援護ノ徹底ヲ期スル為差シ当リ左ノ方途ヲ講ジ援護機関ノ整備拡充ヲ図ルモノトス

1. 中央並ニ地方ニ於ケル援護担当部局ヲ拡充シ専任指導職員ヲ増置スルモノトス
2. 都道府県ニ有識者ヲ以テ組織スル委員会ヲ設ケ援護事業ノ適正ナル実施ヲ期セシムルモノトス
3. 方面委員ノ拡充強化ヲ図リ其ノ完全ナル活動ヲ期スルノ外社会事業施設ノ積極的活動ヲ促進スルモノトス

(6) 援護ニ要スル経費ニ関シテハ従来ノ経費及ビ2ノ(4)ニ関スル経費ノ外前記「生活困窮者緊急生活援護要綱」ニ基キ差当リ2億円ヲ支出スルモノトス

尚全般ノ経費ニ付テハ追テ貴司令部ノ承認ヲ受クルモノトス

「別紙略」

GHQ 覚書 (SCAPIN 775)

社会救济 (21. 2. 27.)

(原題は Public Assistance である。後に公的扶助という訳語が用いられるようになるのであるが、当時は社会救济となっていた。本文冒頭に 12 月 31 日付 C. L. O. 覚書とある C. L. O. は Central Liaison Office の略、前掲、日本政府中央連絡事務局から GHQ に提出した文書を指している。)

(1) 「救济福祉計画」ニ関スル件 1945 年 12 月 31 日付 C. L. O. 覚書 1484 ニ関シテハ提出計画案ヲ次ノ条件ニ合スル様変更ノ処置ヲトラバ日本帝国ニ対シ何等異議アルモノニ非ズ

(イ) 日本帝国政府ハ都道府県並ニ地方政府機関ヲ通ジ差別又ハ優先的ニ取扱フスルコトナク平等ニ困窮者ニ対シテ適当ナル食糧、衣料、住宅並ニ医療措置ヲ与エルベキ単一ノ全国の政府機関ヲ設立スベキコト

(ロ) 日本帝国政府ハ 1946 年 4 月 30 日マデニ本計画ニ対スル財政的援助並ニ実施ノ責任態勢ヲ確立スベキコト

從ッテ私的又ハ準政府機関ニ対シ委譲サレ又ハ委任サルベカラザルコト

(ハ) 困窮ヲ防止スルニ必要ナル総額ノ範囲内ニオイテ与エラレル救济ノ総額ニ何等ノ制限ヲ設ケザルコト

(2) 日本帝国政府ハ本司令部ニ次ノ報告ヲ提出スベシ

(イ) 此ノ指令ノ条項ヲ完遂スル為メニ日本帝国政府ニヨッテ發セラレタアラユル法令並ニ通牒ノ写

(ロ) 1946 年 3 月ノ期間ニ始マリ次ノ月ノ 25 日マデニ届ケラレタル救助ヲ与エラレタル家族並ニ個人ノ数及ビ都道府県ニヨリ支出サレタル資金ノ額ヲ記載シタル月報

日本政府の GHQ に対する報告 救济福祉に関する政府決定事項に 関する件報告 (21. 4. 30.)

昭和 20 年 12 月 8 日付及昭和 21 年 2 月 27 日付連合國最高司令部覚書ニ基ク救济福祉事業ニ関シテハ大要左記ニ依リ実施ノ態勢ヲ決定セルニ付此段及報告候

記

1. 全困窮者ニ対スル救济ハ凡テ政府ノ責任ニ於テ平等ニシテ且差別スルコトナク其ノ徹底ヲ期スル為救济福祉事業ノ実施主体ハ左ノ系統図ニ示スガ如ク単一ノ政府機関ニ依リ之ヲ行ウコトシ且事業実施ニ伴ウ経費トシテ昭和 21 年国庫予算ニ差当リ 429, 942, 340 円ヲ計上スルコトセリ。

2. 救济事業ノ指導監督ニ遺憾ナキヲ期スル為前項実施主体ノ強化ヲ図ルコトシ新ニ厚生省社会局ニ職員 20 名 (2 級事務官 2 人, 3 級事務官 8 人, 雇 10 人) ヲ増員スルト共ニ都道府県ニ対シテハ救济事業ノ専任指導職員トシテ 414 人 (1 地方庁当リ 2 級事務官 3 人, 3 級事務官 6 人, 計 9 人) ヲ増員配置シ人的機構ヲ整備拡充シ市町村関係職員及方面委員ニ対スル十分ナル指導ヲ為スコトセリ。

員ノ活動ニ俟ツ所大ナルモノアルニ鑑ミ前項ノ社会救済ニ関スル法律ノ制定ト併行シテ現行方面委員令ヲ改正シ新事態ニ即応セル方面委員制度ノ強化拡充ヲ図ルコトトセリ。

7. 困窮者ニ対スル住宅ノ斡旋供給ニ関シテハ 12 月 31 日付「救済福祉計画」回答ノ際 6 月迄ノ住宅供給計画トシテハ 67,000 戸ノ住宅建設ト 169,000 人分ノ現存建物ノ住宅転用ヲ図ルコトトシ之ガ実施ニ努力セル所現在迄住宅建設ニ在リテハ 43,000 戸ヲ、現存建物ノ住宅転用ニ在リテハ 15 万人分ノ実績ヲ収メ得ル見込ニシテ之ニ要スル経費ハ 113,727,000 円ニ上ル見込ナルモ此後ニ於テハ連合軍総司令部ノ要求ニ基ク住宅建設ノ為相当ノ資材ヲ必要トスルニ因リ当初計画通りノ数量ヲ実現スルコトハ甚ダ困難ナル状態ニ在ルモ戦災復興院ト十分ナル連絡ヲ図リ出来得ル限り既存建物ノ住宅転用ニ努ムル等最善ノ方途ヲ尽シ住宅ノ供給ニ遺憾ナキヲ期スルコトトセリ。

(別紙略)

GHQ 覚書 (SCAPIN 945)

保健及び厚生行政機構改正に関する件 (21.5.11.)

1. 1945 年 9 月 22 日付覚書及び 1946 年 2 月 27 日付覚書を以て指令せる通り日本帝国政府は保健及び厚生に関する緊急事態に対処する為左の行政機能遂行の目的を以て保健及び厚生行政の機構を直ちに改正すべし。
 - イ 衛生局——之が責任事項は公共衛生（母性、小児及び成人の衛生）、衛生教育、人口統計及び栄養の各事項とす。
 - ロ 医療局——之が責任事項は一般事項（医事救護計画）、病院の行政、療養所の行政、医務、薬務（配給）、製薬（細菌学的製剤を含む）及び薬品の規正化とす。
 - ハ 予防局——を新設すべし、之が責任事項は衛生工事、急性伝染病及び慢性伝染病に関する事項とす。
 - ニ 社会局——之が責任事項は公共援護、公共福祉に関する事項並に右の事項を遂行するに要する資材の入手及び処理に関する事項とす。
2. 厚生省のその他の機能及び現に主管せる事項中前記諸項に該当するもの以外は本覚書により何等影響せらるることなし。但し将来において考慮せらるることあるべし。
3. 日本帝国政府は地方庁に衛生部及び厚生部を設置すべし。
右二局の機能は厚生省機構改正に関し、本覚書第 1

項中に其の綱要を指示せるが如き機能を含むべく公共衛生及び厚生に関する事項を処理すべし。

4. 本覚書関係事項に関する機能は能う限り地方庁その他地方官庁において管掌すべく、政策に関する事項、技術的事項並に衛生及び厚生活動の統合に関する事項は中央政府の管掌とすべし。
5. 本覚書に基く機構改正は日本議会の手続により変更せらるべし。

GHQ 覚書

保健所拡充強化に関する件 (22.4.7.)

1. 左記参照のこと
 - イ 日本帝国政府に対する覚書第 AG 710 (1945・9・22) MG (SCAPIN 48), 1945 年 9 月 22 日付「公衆衛生対策の件」
 - ロ 日本帝国政府に対する覚書第 AG 323・31 (1946・5・11) PH (SCAPIN 945), 1946 年 5 月 11 日付「保健及び厚生行政機構改正の件」
2. 日本に於ける公衆衛生の必要に有効に応ずべき基本指令に記されたる諸政策助成の為厚生省は日本各地の保健所に適切な公衆衛生事務を設けることを望む。左の基本公衆衛生事務の運営に備える為必要な資金、設備、人員及保健所再組織に関しては規定を設けよ。
 - イ 公衆衛生育成
 - ロ 母子衛生
 - ハ 人口動態
 - ニ 臨床研究事務
 - ホ 歯科衛生
 - ヘ 栄養事務
 - ト 保健衛生
 - チ 衛生教育
 - リ 社会医療事業
 - ヌ 伝染病予防
 - ル 花柳病予防（診断治療を含む）
 - ヲ 結核予防（診断治療を含む）

GHQ・厚生省合同会議議事録

体系整備のための 6 原則 (24.11.29.)

総司令部公衆衛生福祉部において開催

- A 出席者（略）
- B 会議の目的

会議の目的は、福祉計画の主要目標を詳細に互って之を十分に検討することにより、厚生行政及び機構の完成を目指す昭和 25 年度の総司令部及厚生省の労力

に関して予定をたてるにある。

C 提 案

総司令部厚生課長は達成すべき厚生主要目標及びその期日として次の如く略述している。

1. 厚生行政地区制度

- (イ) 厚生省はおそくとも昭和 26 年 4 月 1 日までに、その完全なる実施を終了すべき厚生行政地区の統一的制度の確立に備えて、次の如き措置を遂行する詳細な計画を直ちにたてなければならない。
 - (1) 国の厚生事務が能率的経済的に行われ得る最も効果的な地区制度を決定するため、全国的研究に着手すること。完成の目標期日は昭和 25 年 4 月 1 日。
 - (2) 専任有給吏員の任用を含む厚生行政の最も効果的な単位を例示する目的をもって、町村をして自発的に厚生関係事務を統合せしめること。
 - (3) 25 世帯以上の生活保護法該当者を担当する町村の如何なる事務所においても専任有給吏員の任用を勧奨すること。
 - (4) 生活扶助の申請はすべて厚生係官、即ち市町村長に提出することを要するようにせしめること。
 - (5) 申請却下を含むすべての措置は、厚生省に提出すべき基本的統計報告の中に書き入れる見込で町村民生課に於てその記録を充分整備して置く。
 - (6) 基本的厚生計画の実施に関して町村等に対して援助を与えるため、県による監督との間の便宜を設けるようにすること。
 - (7) 前条第 6 項の実施に関しては、知事の責任を明確にすること。
 - (8) 国が、県及び市町村に対して公的扶助事務費補助金を交付する何等かの手段を工夫すること。
 - (9) 生活保護、児童福祉、その他地区福祉事務所が責任をもつべき厚生事務と関係をもつ如何なる公的責任を民生委員の職務より究極的には除去するようにせしめること。
 - (10) 地区福祉事務所を現在の県地方事務所より明確に分離せしめること。
- (ロ) 地区民事部は上記諸事項における措置に関して、その協力を要請せられるとともに県及び市町村に積極的に働きかけ、市町村を含む厚生行政の改善せしめられた方法及び区域に関する「デモンストレーション」を少なくとも一ブロック地区につき一ヶ

所は実現せしめること。

2. 市厚生行政の再組織

- (イ) 厚生省は総ての市によって行われる厚生事務行政の再組織に関する下記の如き措置をおそくとも昭和 26 年 4 月 1 日までに実現すべき詳細なるプランを直ちにたてなければならない。
 - (1) 市民生部が国の行う厚生計画の実施に対し責任をもつことができる統一的な基準と手続を確立すること。
 - (2) 市厚生行政に関し責任をもつ監督庁として県を指定すると共に、監督を実施する県の権限を明確に定義すること。
 - (3) 市民生部が責任をもつべき事務に必要な調査及びケースワークは総て規定せられた人事基準により選択し、これを任命しなければならない。
 - (4) 法により民生部の責任とされている生活保護、児童福祉その他に関する公の責任より民生委員を除去するようにせしめること。
 - (5) 市の所管地域内における厚生行政に対して助言者としての役割を担当するものとして市厚生協議会を設置せしめること。
 - (6) 行政の健全なる原則及び地方自治法の主旨にそうため厚生事務行政においても市に対して「地方自治」を阻害しないよう、その範囲を充分考慮すること。
 - (7) 国がこれらの厚生計画の実施に必要な事務費に対し、国庫補助金を交付する手段を工夫しなければならない。
- (ロ) 厚生省は上記第 2 節(イ)の事項を遂行するに必要な現行の諸法律の改正即ち生活保護法、児童福祉法、地方自治法、民生委員法の改正を準備しなければならない。
- (ハ) 厚生省は副知事及び市長に対し、第 2 節(イ)に示したプランの詳細を通告し且つ更に市当局において昭和 26 年 4 月 1 日までに再組織の実現を目指して指導し得るが如き予定表を添えること。
 - (1) 各県は直ちに、厚生行政の改革が県内におけるその他の市において一般的に採用せられる以前にテストせられ、且つ模範として例示せしめられるようなコントロール或いはモデルセンターとして使用せらるべき「デモンストレーション」市を直ちに確定しなければならない。
 - (2) 各ブロック地区は、「デモンストレーション」

実施期間中ブロック地区及び県並びに市民生部に対する助言機関として、県及び市の厚生吏員よりなる委員会を設置し、市厚生行政の再組織を実現化しなければならない。

(二) 地区民事部は、市厚生行政の再組織に関する厚生省プランに助言するとともに、「デモンストレーション」の実施期間中、更に再組織の最終的実現を期して県及び市民生部に対し、あらゆる援助を与えるようせしめられるであろう。この点に関し、地区民事部は次の事をなすよう示唆せられるであろう。

(1) 地区民事部は、その部員が「デモンストレーション」期間中その努力を重点的に集中すべく、一つの市民生部を「コントロール或はモデルセンター」として選定するものとする。

3. 厚生省により行われる助言的措置及び実地事務

(イ) 実地事務の全国的制度を確立すべく、その前奏曲として厚生省は少くとも現在の地区民事部担当のブロックにつき1名の建前で直ちに実地事務指導官を任命するものとする。

(ロ) 厚生省実地指導係官は、各ブロック地区において、上級官庁たる厚生省の代表者として責任をもって事に当り、主として上記第1、2節において既述せる厚生省プランに関連する連絡的職務に従事するものとする。

4. 厚生省は、全国的規模をもつ民間の社会事業団体の組織、管理並びに監督についての政府の関与に関する現行の規則及び指令を検討し、おそくとも昭和25年8月1日までに国、県、市町村において民間社会事業団体に対する如何なる公の関与からも、政府をして完全に分離せしめるよう効果的措置をとらねばならない。

5. 厚生省は全国的及び県の社会事業団体及び施設により自発的に行われる社会福祉活動に関する協議会を設置し、これが運営指導を行うため全国的プランを作成するに当って、その参加が必要且つ望ましいと認められる関係の全国的民間社会事業団体を招致しなければならない。

このプランはおそくとも昭和25年8月1日までに完成し、中央のみならず地方にこれを発表すべく準備しなければならない。

6. 厚生省は昭和25年2月1日までに中央、県、地方事務所及び市町村の有給厚生吏員に対し職場訓練を行う為の全国的プランを作成すると共にこれが実

現化に努めなければならない。

(イ) 厚生省のプランに関連して県は次の事を行わなければならない。

(1) 現任訓練課を設置すること。

(2) 現任訓練に関する県のプランの実現化を担当する専任吏員を最少限度1名を任命すること。

(3) 厚生省の規準にもとづき現任教育に関する県のプランを作成すること。

(ロ) 地区民事部は現任訓練に関する厚生省の全国的プランについて助言を与えると共に、県がその地方的プランを立て、これを実施するに当って地区民事部は次の事をなさなければならない。

(1) 現任訓練計画を立てるにさいし、県に対し助言者としての役割を果たす為に現任訓練地区民事部委員を設定すること。一つの県を選定し現任教育訓練の「デモンストレーション」を実現するためその注意と助力を集中すること。

D 検 討

1. 厚生省により挙げられた主な疑問は厚生省が以上の如く既述せられた目標を総司令部側の決定的な態度を示すものとして受けとるべきものであるか、或はこれらの目標、特に厚生行政地区制度の確立は唯単に示唆的なものであり、且つ更に厚生省関係官と共に之を検討し、研究を行うことにより修正せらるべきものであるかという点であった。之に対して該目標は福祉計画の実現を見た時、その形態が如何にあるべきかに多大の関心を持つアメリカ側関係者の長期に亘る研究の結果と意見の一致せるところに基くところの総司令部決定的態度を表明するものとしてその回答が与えられたのであった。且又更に論議を重ねることは唯徒らに厚生省の為すべき重要な企画の立案と迅速なる措置をおくらすのに役立つだけであることが指摘せられた。但し現在の地方町村の枠内に於て改革の実現し得ると信ぜらる如き詳細なプランを近日中に提出したいとの厚生省の要望に付いては何等の反対の意向も示されなかった。

2. 厚生省が福祉目標に関する要綱を含む総司令部公衆衛生福祉部発日本政府宛覚書を望むかの質問が総司令部厚生課長より発せられたが、それに対し厚生次官はきっぱり否定的に解答したのであった。更に総司令部及び厚生省共にその全力を尽して努力すべき相互協力の事業を行うと云う精神に於て目標の達成を実現するという点に付ては全出席者の賛成を得たのであった。厚生省は厚生省実地指導係官並びに

県及び市町村厚生当局に対して特に計画の「デモストレーション」の段階における期間中は地区民事部より出来得る限りの助力と指導を与えられる旨確約せられたのであった。

E 結 論

1. 厚生省は直ちに上記主要目標の各々に付きその秩序整然たる実現に必要な仕事を開始しなければならない。
2. 木村社会局長、畠中庶務課長、小山保護課長は厚生次官の指令により、目標の詳細な点を具体化するのに必要な企画と人事に関する厚生省の責任者と指名せられた。又厚生次官は総司令部、厚生省間の事務の調整を行う責任者とせられた。メッカー氏は該計画に関する総司令部の努力の調整を行う責任者としてネフ厚生課長より指名せられた。
3. 緊密な連絡が計画の立案中並びに目標達成の期間を通じ保持せられなければならない。

目標として前述した六項目は総司令部及び厚生省に於て最高の優先性を与えなければならないし、且つその実現に向って来るべき年は断じてその努力を惜んではならないものである。

GHQ 覚書

行政事務配分の基本原則 (25. 9. 28.)

行政事務配分の基本原則 (1950 年 9 月 28 日)

1. 「行政事務配分の基本原則」と題する案文に関して、それが社会福祉、社会保障並に公衆衛生の分野に影響を及ぼす関連に於て、次の評言を呈する。
2. 過去に於て生じたことであるが、合衆国その他を訪問した日本人は、ある一形式を、その形式の発達を招来した基本原則を理解することなく又、それが自己の社会組織及び能力に適用し得るものか否かを決定せずしてこれを採用しようとする。衛生福祉の行政組織について云えば、米国視察者は合衆国に於て、ある形式の組織で既に完成したもの及び衛生福祉行政上の米国の政治機構のある欠陥を是正せんがために引続き完成への途上にある諸形式を見てきたのである。彼等の観察した諸形式は、この国には不適當であり、これを採用すれば、過去 5 年間に此地に於て創設実施せられてきた現存機構の實際的退歩となると思われる。現存機構こそ合衆国に於て観察せられた各種の衛生福祉の形式が到達せんとして苦悶しつつあるその目標なのである。その意味に於て、全体として見れば、日本は合衆国よりも先んじているのである。何となれば衛生福

祉に於る米国の優れた権威者たちの見解に於て、斯る組織の望ましい目標である所を、此地に導入することを得たのであるから。

3. 合衆国その他に於る公衆衛生並に公衆福祉の進化の歴史に関する浩瀚なる説明（それは権威ある各著書中に見出し得る）に触れること無く、次の簡明な記述は、合衆国に於る衛生福祉の各分野に於る政府組織の最近の急速に変化しゆく発達を指摘し得るであろう。
 - (1) 第一次大戦以前には、専門知識は疾病予防の方面に於て国民に寄与する処は極めて僅少という発達状態であった。市町村の衛生官の任務は、本来は、伝染病の発見せられた家々に標示板を掲げること、動物の死体を街路から除去することに関するものであった。当時の所謂衛生官の大部分は、専門知識を殆ど若しくは全然必要としなかったが故に、素人であったのである。この種の活動は市町村のレベルで行い得たのであり、またそれで全く適當であった。そして市町村によって賄われていた。
 - (2) 福祉の分野にあっては聚落内の貧困家族は公的扶助という考え方よりも寧ろ慈善に基いて取扱われていた。それは当時合衆国には、農業的社会を主としていたという事実に伴って強い家族制度が存在していたからである。貧困者は地方慈善制度及び郡立貧困者農場 (county poor farm) 制度によってこれを取扱い得たし、また事実取扱っていたのである。
 - (3) 社会保障は、合衆国に於ては、その広汎な意味に於ても未知のものであった。

合衆国の完全な地方委譲の失敗

4. 衛 生

第一次世界大戦以後、特に最近 20 年間に衛生の全分野に互っての専門知識の進歩の結果、当時において、これらの方法が正当な有資格職員によって正当に組織化せられた努力によって適用せられる時は、広汎な範囲に互って各種疾病を現実的に予防することが可能となった。市町村のレベルに於て、近代衛生事業を行う政府の地方委譲への努力は合衆国に於ては次の三つの理由によって失敗した。

- (イ) 大都市地区を除く各市町村が正当な職員をもつ衛生組織を賄い、専任衛生部を設置する能力の無いこと。
- (ロ) 斯の如き完全な地方委譲的努力によってかかる計画を実施するための、当該専門分野の正当に訓練を

うけた職員数の不足。衛生サービスを市町村のレベルで行うかかる職員が足りなかったのである。

米国が農業的社会から工業化された都市社会へと変化し、それに付随して、運輸交通方法が改善されるにしたがって、疾病予防に好適の単位としての地方政治単位が破壊してしまった。それは特に大都市地区の住民が仕事の行き復りに、疾病を伝播し、その際市町村郡の様な多数の以前の政治体を巻添に引摺り込んだからである。

5. 福祉

1929年に始った合衆国の経済大恐慌はその結果として、市町村のレベルに於て行われていた福祉の分野の各問題取扱についての今迄の慈善という基礎が破壊してしまった。それ故に、政府の公的扶助組織設置が必要となった。かかる公衆福祉の頓挫は市町村のレベルに於ける衛生活動の倒潰を招来したと同一の基本的弱点によって招来せられたのである。即ち、

- (イ) ある一聚落の大部分が冒された場合、市町村という政治体にその扶助負担支弁の能力の無いこと。
- (ロ) 十分に訓練をうけた職員を要求する各町村にこれを配置するに十分な職員の無かったこと。
- (ハ) 第二次大戦及びその後にもまでも継続したこの不安時期の間に起った人口の大変動。

1930年以來の発達

右に概説した各理由による過去に於る失敗に直面して、衛生福祉のこれ等の大問題を処理するために、合衆国に於て、特に最近20年間に、次の各施策が発達の途上にあって、それぞれ様々な程度の成功を収めている。

1. 衛生

衛生事業を行うための行政単位として市町村並に郡までが優れた行政単位としては放棄せられた。保健所地区が直接州管理の下に設置せられ、多くの州にあっては4乃至5の郡が、州衛生法律並に事業の施行のためのこの中間の行政梯団単位の管理下に結合せられている。市にあっては勿論、大都市地区に於ても、市の区域内を2又はそれ以上の地区に分ち、中間市衛生部が設置せられている。市町村組合および郡組合すらその設置が行われ、保健所地区の全予算額の地方分担分を支弁する財政に協同寄与のための努力がなされている。多くの場合に於て、事実上大部分の場合に於て各予算の大部分は州資金および連邦資金から供与せられる。人口移動地区（訳者註、郊外に居住し市内に通勤する等を指す）を基礎として、これらの保健所地区

——ある一つの場合にあっては異った四州の各一部を結合したもの——は必然的に設置されて来たものであって、

- イ 現在可能な事業を行うに十分な財政的基礎を供与し、
 - ロ 訓練を経た職員がこれを必要とする凡ての各町村に対して尚不足している故に、これらの使用し得る職員を最も能率的に活用し、
 - ハ 人口が商業地区へ移動し又そこから帰還する時、疾病予防に適当な地区を供与する、
- ようになる。

2. 福祉

合衆国における1930年代の大不況の結果として龐大な救済問題に即応するための最初の政府公的扶助組織としては、州の責任において扶助の或種類は郡に、他は市町村に委譲せしめる組織方式が採られた。しかしながら、米国諸州の半数は既にこの原則を放棄し、上記「衛生」の項に略述したと同一の理由によって扶助全体につき福祉地区制に移行している。即ち、

- イ 福祉事業費負担遂行に十分な財政的基礎を供与すること。
- ロ 制限された数の訓練を経た職員から最大限度の能力を確保すること。
- ハ 更に処理し易い人口単位を供与すること。

が達成されている。福祉地区予算の地方分担分は、同地域内の市町村郡の連合より成るのではあるが、資金の大部分は州及び連邦の出資によっている。

- 3. 合衆国に於る行政組織の進化に於る発達状況は、各州内に於て、並びに各州間に於て相当に相異っている。旧態が鞏固に根ざしている合衆国東部にあっては、変化は他よりも緩徐に進み、したがってより進歩的な大都市地区を除き、後退的とも考えられる。實際的に云って1930年以前に何等確立した定型の無かった合衆国中西部及び西部、殊に太平洋岸にあっては、大部分の場合に於て、保健所地区及び福祉地区という目標達成に優秀な結果を挙げている。

4. 社会保障

老年者および失業者を扶養した強固な家族制度を有する農業社会機構からの移行の結果として発生しつつある新しい諸問題に即応せんとする努力に於て、社会保障の最初の施策は、老年者に対する年金の規定を伴う社会保障法の通過がその第一歩であった。更に立法措置を加えて失業保険、労務者賠償及び身体障害に対する特殊的事業の分野に於る政府行政組織の発達がこ

れに続いた。

日 本

日本国憲法第 25 条は、政府は国民の衛生、福祉、社会保障を増進すべきことを規定している。斯くの如き条文は日本に於る中央政府形態に対比するものとしての連邦政府形態を有する合衆国憲法には存在しない。憲法のこの条項に基いて、日本に於る實際上凡ての衛生福祉立法は国会に於て行なわれた国の法律であるのに対して合衆国衛生福祉立法の大部分は各州の警察力に基いて州もしくは地方的である。連邦食品検査、児童福祉等の如き衛生福祉に関する合衆国の連邦法規は、本来は各州間の通商に関するものであった連邦権限の廻りくどい解釈によって各法律が通過したものである。

1. 衛 生

日本にあっては、都道府県所轄のものと保健所地区の設置は次の理由によって此国の社会機構の必要に應ずるものとして最近 5 年間に実施せられたのである。

イ 末端地方自治体に、その名に値するこの種の組織を賄う能力なきこと。

ロ 日本に於る衛生福祉関係の各種専門職に専門的有資格職員の極度に制限せられた数を最大限度に活用すること。

ハ 商業地区又は人口移動地区に基く人口単位の供与。予算出資の大部分は中央政府の各省から都道府県を通じて来る。行政の地方委譲は都道府県を基本として、各保健所地区に及んで行われているが、30 万以上人口を有する都市地区は中間市衛生部が設置せられている。

2. 福 祉

福祉行政は都道府県を通じて市町村に委譲せられている。財政的負担の 80% は中央政府によって、10% は都道府県によって、10% は市町村によって負担せられるが、これらの末端地方体はその 10% すらも通常は供与し得ないでいる。従って合衆国に於てそうであった様に、福祉地区の設置が必要となった。関係法律は、都道府県行政下に同地区を設け得るように改正せられた。

3. 社会保障

日本人はすでに 1922 年にドイツから同国に於て高度に工業化せられた都市社会機構に即応するために発達し、多くの場合において日本の必要に適応し得ない社会保障のある型若しくは形式を模倣していた。日本に於る現在の社会保障機構は、それが国の経済を破綻

せしめること無くして財政的に支え得るこの国の現下の必要に即応するために目下修正中である。

要 約

衛生福祉の両分野において日本に於て設定せられた現在の行政機構はこの国に最も適し得るものであり、且偶然にも合衆国が現在達成せんと努力しつつある一目標であるところの行政の一形式を与えている。

イ この国に於るこの組織運用の成功は、全国的基盤に基いて衛生福祉分野に於て世界の如何なる他の地方に於ても、今までに完成せられていない成果を完成することを可能とした。

ロ 衛生福祉組織上の諸問題に対する解決としての地方自治というだけの理由での市町村レベルへの完全な地方委譲という誤った考えのもとに、この組織を滅茶々にしようと企てることは一大後退となり、かつ、現在実施中の凡ての衛生福祉行政に全くの混沌状態を生み出すであろう。日本政府の地方行政調査委員会議が、その自ら為さんと試みつつあること、並びに彼等が合衆国に於て見た組織上の各形式が、何故この地に於てもまた合衆国の指導的権威者たちによっても認容し難いものであるかを理解し得るために、同委員会議は、右に概説した諸原則に関して指導をうくべきことを勧告する。

公衆衛生福祉局長は、喜んで同委員会議と都合のよい日時に詳細に互ってこれを論議し且合衆国に於て彼等の見たもの並びに、その見たものが何故に発達し来たかを同委員会議のために説明せんとするものである。

従って公衆衛生福祉局は同委員会議提案の“行政事務再配分”案の報告に対しては、もしそれが採用せられる場合にはそれが日本国民の衛生福祉に対して好ましからざるものであると思われるが故に、これに同意し得ないものである。

(後記——以上の文書は往時の厚生省記録綴から抄録した。GHQ のメモランダムと称するものは、此の国の施策の根本にかかわるものから、ある特定個人の身上の調査を命じたものまで、まことに巨細多様に互っている。また原文と対照すると、少しく改訳をした方がよいと思われるところも若干見うけられる。しかしこれら邦文公文書の生硬な訳文は、当時の福祉行政担当者の、いささか不安げな摸索の気持をそのままあらわしてもいる。明らかなテニヲハの誤りを 2, 3 正した外は何の手も加えることをしなかった。)

経済計画の変遷と社会保障

都 村 敦 子

I はじめに

戦後の急速な経済成長は、国民の所得水準の向上、個人消費の高度化をもたらしたが、一方において社会的側面の諸水準が問題とされ、その向上に対する要請がいろいろ強められる結果となった。社会的側面の遅れは公的な施策にまたなければ解決できない性質のものが多く、政府の果す役割は重要性を増し、政府の政策および計画のもつ意義はきわめて大きいものとなってきた。したがって、経済計画の中には経済的側面のみならず社会的側

面をもとり入れなければならない。

本稿は、戦後策定された数々の経済計画の系譜をたどり、それらの計画の中に社会保障ならびに社会的側面がいかに関与されてきたかを回顧し、その中から将来の経済計画のあるべき姿を考えようとするものである。戦後作成された経済計画および長期構想は別表のようになる。ここでは経済計画以外にも、社会的側面に関係のある社会開発懇談会中間報告、国民生活審議会答申をとりあげた。

戦後の経済計画および長期構想

	計 画 名	策定年月日	計画期間	計 画 の 目 標	経済成長率
昭和20年代	1. 外務省特別調査委員会報告「日本経済再建の基本問題」	昭和21. 3.	21～25, 5ヵ年	日本経済再建の方向を検討	
	2. 経済復興計画第1次試案	23. 5. 17	23～27, 5ヵ年	戦前の生活水準の回復	9～10%
	3. 経済復興計画委員会報告書	24. 5. 30	24～28, 5ヵ年	経済循環の正常化	7～9%
	4. 自立経済審議会報告書	26. 1. 20	26～28, 3ヵ年	自立経済の達成	
昭和30年代	1. 経済自立5ヵ年計画	30. 12. 23	31～35, 5ヵ年	経済の自立と完全雇用の達成	5%
	2. 新長期経済計画	32. 11. 25	33～37, 5ヵ年	国民の生活水準の向上と完全雇用	6.5%
	3. 国民所得倍增計画	35. 11. 1	36～45, 10ヵ年	国民の生活水準の向上と完全雇用	7.8%
	4. 国民所得倍增計画中間検討報告	38. 12. 19		倍增計画のフォロー・アップ	
	5. 中期経済計画	39. 11. 17	39～43, 5ヵ年	高度成長下に発生した歪の是正	8.1%
昭和40年代	1. 社会開発懇談会中間報告	40. 7. 23		社会開発の問題と施策の検討	
	2. 国民生活審議会「将来における望ましい生活の内容とその実現のための基本的政策に関する答申」	41. 11. 15	41～60, 20ヵ年	今後20年間に達成されうる望ましい生活構造の策定	
	3. 経済社会発展計画	42. 3. 13	42～46, 5ヵ年	経済の効率化、物価の安定、社会開発の推進	8.3%

II 昭和20年代の計画

1. 外務省特別調査委員会報告「日本経済再建の基本問題」

この報告は昭和21年に日本経済の当面している諸条件を検討し、経済再建の方向を示唆したものであり、長期経済計画ではなかった。経済構造や行政制度ならびに経済体制の問題にまで言及したという意味で、この報告はその後の経済計画とは性格を異にした特色ある構想で

あった。日本経済を再建しまったく極貧化した国民生活の実質的向上をはかるためには、総合的、具体的な計画が樹立されねばならないとし、経済計画化の具体的プロセスとして、目標年次を昭和25年とし、5年後に昭和4、5年頃の生活水準を回復することを目標とし、それに到達するための経済規模の枠組を検討している。

特にこの試案について注目すべきことは、従来わが国においては諸外国にみられるような近代的な社会保障制度はまだほとんど発達していないが、日本経済の民主化

にとって社会保障制度の確立が必要であることを指摘している点である。試案では、イギリスにおいても大戦中「ビバリッジ案」および当時の政府による「社会保障案」が提起されたが、外国貿易、工業生産、植民地政策、対米借款など全般的諸問題の見透し困難のため、その実施が保留されていることに触れ、わが国において広範な社会保障制度を実施するためには、国民所得、財政収支等国民経済全体の立場からの綿密かつ科学的な検討を伴わねばならぬことを強調している。社会保障の充実には経済的裏付けが不可欠であり、国民経済全体の水準を考慮しなければならぬが、その認識が昭和21年の戦後日本経済の方向を示唆する構想にすでに述べられていたことは画期的なことであり、非常に興味深い。

要するに、この報告は戦後の経済計画のユニークな出発点であった。

2. 経済復興計画第1次試案

内外の政治経済情勢は目まぐるしい変化をきわめていた昭和23年5月、経済安定本部は一試案をまとめた。最大の課題は戦争による経済基盤の壊滅を克服し速やかに経済の安定を実現することにあった。終戦以来3年近い歳月が経過し、過小生産とインフレーションによる経済危機は憂慮すべき状態にあったが、終戦時の異常な混乱状態は一応脱却し、経済再建を具体化する情勢が熟してきたという背景があった。

「第1次試案」の目標は、戦前の半ばにすぎなかった当時の生活水準を5ヵ年後の昭和27年度に、昭和5~9年平均の生活水準にまで回復し、戦前の生活水準が可能になるような生産水準と産業構造を実現することにあった。「日本経済再建の基本問題」の構想と同じ線に沿ったものである。昭和5~9年のわが国の生活水準は必ずしも高いレベルではなく、国際的にみても米国の20%程度であり世界で20番目であったが、実現性の点からいうと相当困難とみなされていた。計画実現のためには、22年実績値と比べて27年度には実質国民所得の倍増をはじめとし鉱工業生産3倍強、輸出9倍強、輸入3倍強の増大を図る必要があったからである。

経済再建にとって問題は、外国援助を支柱に、インフレーションを収束し、生産水準の向上にもっとも隘路をなしている動力、輸送力等基盤的部門の整備強化をはかり、輸出の増進と近代化を促進することにあった。

戦後のわが国経済にとって重大かつ深刻な問題の一つは失業問題であったが、復興計画において社会保障が問題となるのはこの失業対策としてのみである。失業対策

は失業保険と公共事業を中心に展開し生活保護をいっそう強化する必要があると指摘された。このことは、戦後の社会保障への一歩がまず雇用面と生活保護から出発したことを意味するものであり、戦後の社会保障の系譜を考える上で注目すべきことであった。

3. 経済復興計画委員会報告書

「第1次試案」の基本構想を受継ぎ、経済九原則の実施、単一為替レートの設定という条件の変化に即応して、昭和24年5月、「経済復興計画委員会報告書」が作成された。この計画は国民経済の循環を正常化するというもっとも緊急な要請の解決を中心にしたものであった。

自立経済を第一義な目標とするこの計画では生活水準の向上よりも資本蓄積の増大に重点がおかれ、投資と消費との比率は前者にウェイトをおくように計画されたので、目標年次に国民所得は昭和5~9年の129%、1人当たり国民所得は97%にまで増大するが、生活水準は90%の水準にとどめられた。

かつて22年当初に傾斜生産方式による再建政策が採用されたが、この計画でも最重点部門から優先的に着手していくという政策がとられた。ディスインフレーション政策、輸出の振興、電力、鉄鋼、石炭の増産、災害復旧、食糧増産などに重点を指向することにした。しかしながら、漸進的にインフレーションを収束していくという復興計画の中間安定構想に対し、ドッジ・ラインの基本構想はインフレを即時収束するという政策を打ち出し、両者はまったく相容れぬものであった。

さて、財政計画では、国民福利厚生を増大または国民所得の公平な再分配を達成するための配慮が必要であるという考え方は一応あったが、当時の状況のもとでは社会厚生的あるいは教育文化的経費は大幅に圧縮されざるを得なかった。しかし後年度には社会保障関係費の増額を見込み、計画案によれば24年の262億円から28年には469億円となる(28年の実績は492億円であった)。この結果一般会計に占める社会厚生費の割合は24年の3.7%から28年には8.3%に上昇する(28年の実績は7.6%)。その際新しい社会保障制度を考えることはせず、現行経費支出の増額の方法をとったが、24年に比べ28年に増加の著しかったのは、生活保護費の52%増、保健衛生費の73%増および国民健康保険組合に対する補助が7.4倍となったことであった。

失業保険は日本の経済復興にとって労働力の配置転換のための潤滑油であるとその構造政策的役割を認めている。当時は人口の相対的な過剰状態に加え、生産活動が

なお低い水準にあった上に、制度としての失業補償の貧弱さ、膨大な中小企業の存在等は、失業を失業者という的確な形で顕在化させず、潜在的な過剰人口として存在させ生活水準の全般的な低下をもたらす結果となっていた。失業対策としては、究極的には生産の増大特に雇用率の高い産業の向上にまつのは当然であるが、それまでの過渡期においては失業保険と公共事業を中心に救済措置が考えられた。

4. 自立経済審議会報告書

昭和 26 年に至り、国際収支を均衡させつつ同時にできるだけ生活水準の向上をも可能にするような自立経済を達成するための経済計画が策定された。この計画では、昭和 28 年度において戦前(昭和 9~11 年平均)の約 90% の生活水準を維持することに目標がおかれた。年々数億ドルに上る米国の援助から離脱し自立経済を実現するための 3 本の柱は、輸入確保、自給度向上、資本蓄積であった。

自立経済計画においても、社会保障は労働面の対策として指摘されているのみである。すなわち、失業者の生活安定を図るために社会保障が必要であると救済的役割を重視している。このように 20 年代の社会保障は「消費的支出」としての性格を有するものであった。

(昭和 20 年代の計画の特色)

昭和 20 年代前半の経済復興計画、後半の自立経済計画に対して現実の経済発展はどのような姿を示したであろうか。

昭和 29 年度の経済白書は、動乱以来の経済規模の拡大がいかに顕著であったかを報告し、「誰が日本の経済水準が戦後 8 年にしてここまで回復すると予想したものがあっただろうか」とわが国経済の躍進ぶりを謳っている。昭和 28 年度の経済水準は、1 人当り実質国民所得、消費水準、実質賃金、労働生産性、鉱工業生産いずれにおいても戦前(昭和 9~11 年平均)を超えた。これに対して輸出は戦前の 36% にすぎず、反面輸入は 80% に達していた。現実の経済水準の上昇は計画よりも早く、復興・自立計画における 28 年の目標値を実績と比べると国際収支が巨額な赤字を示している以外はすべて実績が計画を遥かに上回っている。昭和 26 年の自立経済計画もまったくの過小評価であった。

昭和 20 年代前半は戦後の壊滅からの急速な復興、後半は自立経済の早期達成という命題を経済計画の最高の目標とし、何よりもまず戦前の生活水準を回復すること

が課題であった。したがって昭和 20 年代の計画においては、国民福祉の増大を中心的な目標にすることは許されず、社会保障は失業との関係でわずかに経済計画に入ってくるにすぎなかった。昭和 25 年には社会保障制度審議会が「社会保障制度に関する勧告」を発表して、戦後のわが国の社会保障制度の基本的構想を提示したが、これは経済計画とは独立になされたもので、遺憾ながら経済計画の中に定着しなかった。経済計画における社会保障への配慮という観点からみると社会保障不在ともいえる昭和 20 年代の諸計画の中で、ひときわ注目を惹くのは、上述した外務省「日本経済再建の基本問題」における社会保障制度に関する、広い視野に立った、根本的な認識であった。

さて、膨大な失業者の存在は、昭和 22 年の「失業保険法および失業手当法」の制定、24 年の「失業保険法一部改正(日雇失業保険制度の創設)」等を促した。昭和 20 年代の困難な社会経済情勢のもとにおいて、失業保険法以外にも、現在の社会保障制度の一角を形成する「生活保護法(21 年)」、「労働者災害補償保険法(22 年)」、「国家公務員共済組合法(23 年)」等が制定された。

20 年代の経済計画の中核はあくまで「経済」すなわち「生産」にあったが、戦後の復興過程は一応終了し、ここに初めて真剣に社会保障の拡充という課題と取り組まねばならぬ時期が到来したともいえる。

なお、20 年代の経済計画は、ドッジ・ラインならびに吉田内閣の「計画ざらい」等によっていずれも正式には政府に採用されず、永遠に陽の目を見ることができなかった。

III 昭和 30 年代の計画

1. 経済自立 5 ヶ年計画

昭和 30 年 12 月、経済の自立と完全雇用を 2 大目標とする「経済自立 5 ヶ年計画」が策定された。これは政府が公式に採用した最初の経済計画であった。雇用問題を重視した結果、経済規模を一段と大きくし国民総生産は 29 年度に対し 35 年度においては 33.6% の増加を図ることになっている。産業構造を重化学工業の発展を中心として強化拡大し、輸出の飛躍的伸張による国際収支の均衡をはかることがわが国経済に課せられた至上命令であった。

社会保障は雇用対策の角度からこの計画に織り込まれたにすぎないが、それは次のような背景に依るものである。

「経済自立 5 ヶ年計画」の計画期間は生産年齢人口が年

年平均 120 万人の割合で激増する人口変動の過渡期に当るため雇用問題が表面化してきた。計画の推計によると、生産年齢人口のうち労働力人口は年々約 80 万人の割合で急増する。さらに経済社会情勢の変化は、高齢層および婦人を中心とした非労働力人口の労働力化傾向を惹起しつつあった。社会保障は、(1)経済規模の拡大によっても吸収できない労働力人口に対する施策、(2)非労働力人口の労働力化傾向を阻止する施策として問題とされた。特に低所得階層から生ずる非労働力人口の労働力化に対し社会保障の強化による救済策を講ずべきで、そのため公的扶助の強化、社会保険の適用範囲の拡大等の必要性が指摘された。しかし、計画の中では社会保障そのものと経済との関係については展開されなかった。

「経済自立 5 ヶ年計画」と時期を同じくしてというよりもこの経済計画に呼応するものとして、30 年 11 月、厚生省は「社会保障 5 ヶ年計画」を立案し、高齢年金制度の創設、健保強制加入などに対する方針を明らかにした。このことは 30 年という時点での経済計画と社会保障との関係を象徴している。まだ経済面と国民生活面に密接な、表裏一体の結びつきはなかったのである。

2. 新長期経済計画

現実の経済成長は「経済自立 5 ヶ年計画」で想定された成長率を大幅に上回った結果、策定後 2 年にして、昭和 32 年 11 月、「新長期経済計画」の作成をみるようになった。生活水準の着実な向上と完全雇用への接近を目的とするが、輸出の振興と貯蓄の増強はこの計画達成のための中心的要件であった。

この計画の特徴の一つは、計画実現のための政府の役割をかなり明確化している点である。自由企業、自由市場を基調とする体制のもとに策定される計画であるから、民間と政府の役割を分離し、政府部門については長期的観点に立ち必要な対策を進めるべきことを明らかにしている。

さらに、エポック・メイキングなことは、計画策定に際し国民生活部会を新設したことである。この部会では、(1)所得水準と国民の消費生活、(2)住宅、(3)社会保障制度拡充についての審議・検討が行われたが、後の社会開発の芽ばえがここに見出されることは注目される。

社会保障は(1)経済成長からとり残される層に対する施策、(2)国民の生活安定を図るための施策として問題とされている。新長期経済計画における社会保障の計画は救済優先から防貧優先への接点をなすものであった。すなわち一方で生活保護世帯が全世帯数の約 3 %を占めると

いう事実にかんがみ、国民の生活水準の向上に伴い保護基準の改善を図ることが肝要であるとしている。他方で疾病に対しては、現在なお約 2,600 万人と推定される疾病保険未適用者を対象として医療の国民皆保険を達成すること、高齢に対しては、国民年金制度創設の準備を本格的に推進することの必要性を謳っている。

なお、社会保障制度の充実等による国民生活安定のための支出増加を考慮して、振替所得は 31 年の 3,423 億円から 37 年には 5,540 億円に増額する計画を立てている(37 年の実績額は 6,563 億円——31 年価格であった)。

3. 国民所得倍増計画

戦後わが国の経済計画の特色の一つは、いずれの計画も策定後 2、3 年にして改訂をせまられたことであるが、その理由の一つは、日本経済が計画で想定した以上に強い成長力をもっていたという事実である。現実には「新長期経済計画」の想定した成長率 6.5 %を上回り、戦後の復興過程は一応終了したとみられたにもかかわらず日本経済の成長率はきわめて高いものであった。今後新たな発展段階のもとでさらに高度成長を維持するためには長期経済計画を作成する必要があった。

35 年に策定された「国民所得倍増計画」は、(1)技術革新と近代化の波及および深化、(2)人口動態の変化に伴う労働力の不足、(3)貿易為替自由化の促進など内外経済環境の変化を予想しつつ、安定的高度成長の持続を目指したものであった。

一般に、「倍増計画」は「経済成長の推進」一点張りのように理解されているが、この計画において初めて経済計画の中に具体的に社会保障、社会資本、教育等社会的側面がとり入れられたのであった。

社会保障や社会資本が経済計画の歯車とかがろうじてかみ合ってきたのは、「倍増計画」では経済活動の分野を政府公共部門と民間部門に二分し、前者については、具体的に実行可能な計画を作成し、後者については予測的なものととどめることになったからである。従来の産業中心の計画では組み入る余地のなかった社会保障が、「倍増計画」では政府の果すべき重要な役割の柱の一つとしてクローズ・アップされてきたのである。

計画策定に際し社会保障小委員会が設置されたが、社会保障に関する基本的な考え方としては、戦後の目ざましい経済成長にもかかわらず解消の望み薄い経済の二重構造と賃金格差を防止する面における役割、労働力の流動性を高めるという意味での構造改善的役割、および有効需要の喚起、景気変動の調整、膨大な年金積立金等社

会保障のもつ経済効果などを勘案すると、今後いっそうの拡充が望まれることを打ち出している。

社会保障の分野で特に注目すべき問題点は次のごとくである。

第1に、社会保障の諸制度の一般的な基準となる最低生活水準の考え方について述べていることである。従来絶対的なものと考えられがちであった最低生活という概念を、一般社会生活の推移に対応していく相対的なものであるとし、生活保護基準はもとより最低賃金、一般失業対策事業賃金等の問題に関する出発点を指し示した意義は大きいだろう。

第2に、生活保護階層への転落要因の55.9%(イギリスの場合は21.3%)は傷病を原因とするという調査結果をとりあげ、わが国では貧困と疾病の悪循環が顕著なことを指摘し、医療の問題に重点を指向すべきであるとしている点である。

第3に、所得保障および福祉対策は計画の支柱となるものであり、特に失業の場合の生活保障は計画の前提となっている労働力移動の円滑化を図る上で重要な役割を果たすという点である。

第4に、過去10年間の実績額から求めた推定であるから問題を含んでいる(過去の社会保障の規模は社会的緊張の緩和に対して有効的な大きさであったとはいえず)が、国民所得に対する振替所得の割合という形で、将来の社会保障の規模の可能性を明らかにしたことは前進であろう。この推定によれば、振替所得の対国民所得比は基準年次(31~33年度平均)の4.8%から昭和45年には約7%に増加することになる。ただし最終的な計画では、他の部門との関係で6.1%にカットされ、振替所得は基準年次の3,804億円から45年には1兆2,934億円になるものとされた。

さて、成長の隘路となっている社会資本については、行政投資の企業設備投資に対する比率を基準年次の1対3から目標年次には1対2に拡大することになった。ただし、計画の前半期には産業基盤強化のための社会資本充実に重点をおき、民生安定のための社会資本および社会保障の充実が計画の後半期(すなわち昭和40年以降)に重点をおくという考え方がとられた点は大いに問題であろう。これは、所得格差の拡大を積極的に防止するための社会保障の役割の重要性を認めながらも、実現への配慮はきわめて弱かったことを示している。

4. 国民所得倍增計画中間検討報告

倍增計画策定後の高度成長は、数々の大きい成果をも

たらすとともに、反面いくつかの面の摩擦や不均衡を生じた。それゆえ、経済審議会は38年12月倍增計画のフォロー・アップをまとめ、計画と実績の対比および両者の乖離をもたらした原因を検討した。

各年の成長率は36年14%、37年5%、38年12%と変動をみたが、計画の目標とした36~38年平均9%を超え、一方個人消費支出、政府消費支出等は計画の線に沿って増大し、民間設備投資は計画をもっとも大幅に上回って増加したことは周知の通りである。

しかし経済全体の急テンポな成長に比して、国民生活の質的向上は相対的に小範囲にとどまったのである。社会資本の立ち遅れ、振替所得の対国民所得比の伸び悩み、消費者物価の上昇、公害の発生、交通事故、格差等々国民生活上のアンバランスや圧迫面は枚挙にいとまのないほどである。

社会資本の充実は倍增計画において第1の課題として扱われたが、実績は行政投資の企業設備投資に対する比率が悪化したことを示している。

社会保障制度の面では、倍增計画策定以後昭和36年に実施された「国民皆保険」「国民年金」を一つの契機として、緩やかなテンポながら充実の途をたどってきている。38年には高齢人口の増加に伴い「老人福祉法」が制定され、他方36年度以降、生活保護基準のかなりな改善がはかられてきた。

しかし報告では、振替所得の絶対額は計画の想定をやや上回って上昇しているが、国民所得対比は33年から37年の間、下回った線で横這い状態を続けていることが指摘された。

さらに国際比較を行っているが、1962年(昭和37年)のわが国の1人当たり国民所得は、1950年のフランス、1951年の西ドイツ、1958~59年のイタリアとほぼ同水準に達した。経済成長率や租税負担率、社会保険負担率、あるいは振替所得の範囲等は国により異なるから比較の際問題はあがあるが、報告によると、当時の振替所得の対国民所得比は、日本4.9%に対し、フランス13.5%、西ドイツ14.7%、イタリア14.9%であることが示された。これら西欧3ヵ国の水準を参考にし、45年度目標に10%の線に上昇するよう検討すべきであると提言している。ここでは振替所得の対国民所得比により時系列比較あるいは国際比較を試みているが、この点吟味を必要とする。個人所得以外に法人所得を含む「国民所得」に対する比をとることは景気変動の影響を受けることになり、「33~37年の比率が下回った線で横這い状態を続けた」という報告の指摘は、この時期が高度成長期であったことを

考えるとその影響を受けているといえよう。特に国際比較では国により景気変動の波が異なるから、結果の解釈が困難になる。したがって、むしろ振替所得の対「個人所得比」または対「個人消費支出比」を用いた方がよいであろう。

ところで、報告ではこのように国民生活向上における問題点が検討されたが、その対策の方向としては振替消費の規模を拡大することが必要であると考えられた。振替消費という新しい概念は、(1)社会保険、生活保護、学校給食制度等による給付金および現物給付ならびに社会福祉、公衆衛生サービス等と、(2)公共投資の対象となるような住宅、環境衛生施設、厚生福祉施設、文教施設等の使用または利用を、所得とか投資という面からではなく消費の面でとらえた、いわば拡大された個人消費のことである。

生活や福祉の向上は、基本的には経済の成長の中から生み出されるものであるが、社会の発展とそれによる生活や福祉の向上が長期的には経済発展を支えることになるという考え方は、今日ではむしろ常識のようにになっているが、その萌芽はこの「倍增計画中間検討報告」にみることができる。

報告は、今後の成長における新たな条件として、開放体制への移行、労働力需給のひっ迫、高水準の産業設備投資の三つをあげ、今後の課題は、(1)高度安定成長の確保、(2)低生産性部門の近代化、(3)経済社会発展基盤の強化にあるとしている。そのため新しい総合的な計画が必要であることを結論しているが、これが1年後に「中期経済計画」を生み出すものになった。

5. 中期経済計画

経済・社会の近代化を中心軸に、国際収支の健全性と物価の安定を必要条件と考え、倍增計画の残された5ヵ年間（昭和39～43年）の指針を示す「中期経済計画」が39年に策定された。経済成長基盤の整備と歪の是正を2大課題とするが、全体として従来の高貯蓄—高投資—高成長という発展パターンを否定せず、高度成長を続けるなかで歪を是正しようとの姿勢をとっている点に一つの問題があったと言えよう。

社会保障と社会資本は車の両輪であり、2本立てで拡充されることが必要であるが、「中期計画」では課題達成のための手段の中で社会保障の充実と社会資本の整備を最中枢にしている点は注目される。社会資本に関しては、その立ち遅れが産業の生産性を低め、国民の生活内容の充実を妨げている点、また社会保障は、経済発展に伴っ

て所得再分配の必要性和可能性が増している点からその意義を重視している。これら両者に対する要請が強まったのは、高度成長が種々の歪を発生させ、ここに政府公共部門の果す機能が、従来の成長面中心から国民生活の安定へと変化、発展したからである。すなわち社会的側面、生活面の問題は個人的立場をこえて社会的、集団的立場において解決しなければ片づかない問題であるという認識が計画の中に現われてきたのである。

社会保障の意義が確認されてきたことは事実であるが、実際に社会保障水準を計画の中に位置づける段階になると決して十分とはいえない線にとどまっていた。振替所得は38年度の9,610億円から43年度には2兆1,100億円と約2.2倍に増額（年率17%の伸び）されることになった。この結果、国民所得に対する振替所得の比率は38年の5.3%から43年には7%に上昇することになったが、これは過去のトレンドを伸ばした値にほぼ近く、大幅な引上げとはいえない。「倍增計画中間検討」では目標を10%にすべきとの提言があったし、また中期モデルのシミュレーションにおける社会保障重視型は振替所得の対国民所得比を10%にするものであったが、制約条件や引上げに対する抵抗があり結局7%に決定した。社会保障の進むべき方向としては(1)制度全体の均衡ある発展、(2)年金を中心とする各制度の給付水準の引上げ、(3)格差の是正等をあげている。

（昭和30年代の計画の特色）

「もはや戦後ではない」という31年度の経済白書を受けて、3ヵ月のタイムラグを経て発表された厚生白書は「果して戦後は終わったか」と冷厳な反省を投げかけた。問題の焦点を国民生活に合わせて考えると、戦前の生活水準に到達したといえども、その内部には、都市における生活水準回復の遅れ、住宅問題をはじめ所得格差の増大傾向、低所得階層の問題などを内包していた。厚生白書は、すでに31年に国民生活面の「ゆがみ」を指摘しているが、30年代の経済計画の際立った特色は「経済成長」の重視であり、計画において国民生活面に配慮がなされるのは30年代の後半に至ってからである。

昭和30年の「経済自立5ヵ年計画」では、従来の統制色の濃い計画に代って、自由経済を基調とする体制を打ち出したのが特色である。特需依存からの脱却を目指す計画は産業第一主義に徹することを免かれず、産業別計画に主目標があったため、社会保障に対する配慮はきわめて影が薄かった。これはわが国経済・社会の宿命でもあったろうか。

戦後 10 年日本経済は目ざましい復興を遂げ、「新長期経済計画」作成以降、昭和 30 年代の経済計画は、国民生活水準の向上と完全雇用を 2 大目標とし、より積極的に経済の発展を謳うようになったのが特色である。この計画において注目すべきことは、福祉国家への布石ともいべき国民生活部会新設による生活面、社会面の考慮が経済計画の中ではじめてなされたことである。

「国民所得倍增計画」では、政府公共部門と民間部門を分けて実行計画的性格と予測的性格を分離することになった。その結果、政府の果たすべき役割が前面に浮き上がり、社会保障、社会資本、教育など社会的側面が経済計画の中に織り込まれることになった点は銘記すべきことであろう。

しかしながら、「国民所得倍增計画」の論理は経済成長を推進することが第一義で、当時の日本の条件から考えると、経済の高度成長を図ることが基本的諸問題の解決にとって最善策であるという考え方であった。

わが国の経済計画をふり返ってみる時、その底を流れていた基本的な考え方は、所得水準や消費水準を高めることが、個人の福祉向上、貧困化の解消、所得格差の縮小、完全雇用等に通じる途であるという対応的認識であった。経済の高い成長なしに国民の福祉の向上があり得ないことはもちろんであるが、国民生活には経済成長と平行してかなり自動的に向上する部分と、政策面の努力なしには遅れを伴い、社会的摩擦や不均衡の生じる部分とがある。

昭和 38 年の「国民所得倍增計画中間検討報告」を境として、「倍增計画」の考え方に反省すべき点のあることが認められ、新しい問題意識が生れてきた。「中間検討報告」に社会開発という言葉は見出されないが、私的消費を超えた振替消費または社会的消費という概念が打ち出されそれらの規模を拡大することの必要が謳われてきたことは社会開発の構想の萌芽を意味するものである。

このような考え方が契機となって「中期経済計画」では、社会的消費の計画化が問題となり「投資的支出」としての性格をもつようになってくる。

昭和 30 年代の高度成長の過程で、わが国社会保障制度は一步前進を遂げた。30 年代の社会保障にとってもっとも重大な動きは、昭和 36 年の「国民年金」「国民皆保険」の実施であった。

IV 昭和 40 年代の計画

社会開発懇談会の中間報告(40 年 7 月)および国民生活審議会の答申(41 年 11 月)は正式の経済計画ではな

いが、社会的側面、生活面の問題が反省され、強調されるようになったプロセスを補強する意味でとりあげたい。

1. 社会開発懇談会中間報告

この中間報告は、わが国において社会開発を登場させた背景を考え、社会開発の内容と範囲を明らかにし、その具体的な施策を検討したものである。社会開発の主要な柱として、社会保障、教育文化、生活環境などをあげている。ここで扱われた問題は昭和 40 年代の緊急の課題として重要なものであるだけに、報告に寄せる期待も大きい。全体としてかなり抽象的なもので具体性に欠ける点、迫力に乏しいという感は免かれない。この報告で提示された諸施策は、すでにこれまで議論されたものが多いが、実現に至らなかったという点に社会開発懇談会は懐疑と反省を投げかけている。社会開発を単に政策項目として掲げるだけではなく、具体的に、例えば国民所得の 5% 程度にすぎない社会保障の規模を 10% を超える西欧先進国の水準に追いつかせる努力が生まれなくては名に実が伴わないとして施策の実現に対する強い要望を付記している点は問題であろう。これは計画における目的と手段との間の斉合性に関連する問題でもある。

社会開発という概念の定義は現在のところ曖昧で広いものであるが、社会開発費の問題あるいは必要度に応じた政策実行順位など具体性を加える努力が必要ではないだろうか。

ところで社会保障は、単なる落伍者への救済策といった後向きのものではなく、社会・経済の変動に応ずる前向きの意義をもつものであり、そこに社会開発との繋がりが認められるとしている。今後の社会保障制度充実の方向としては、社会保障を体系的に整備することが今日直面している問題であり、全体としての給付水準を一まわり大きくすることが不可欠の要件であるとしている。さらに制度別に問題点を指摘しているが、医療保険の総合調整に関する見解以外はさして目新しい議論ではない。この段階で総合調整がとり上げられたのは、生産と生活の乖離に対処するのが社会開発であるが、それと平行して社会保障の面でも主として生産との関連性の強い職域保険と住民の生活に関係のある地域保険の乱立が問題とされたと考えられる。

医療保険制度は各種被用者保険および国民健康保険など多くの制度が分立しており不公平、不合理を生じているが、現在医療保険制度の抜本的改正が斯界の課題とされている。報告では、格差是正のために全保険制度を一つの制度に統合することは各制度の沿革や現状からみて

当面のところ妥当な解決方法ではないという考え方をとり、各制度の財源調整や国庫負担の強化により処理するのが適当であるとしている点は注目されよう。

2. 国民生活審議会「将来における望ましい生活の内容とその実現のための基本的政策に関する答申」

国民生活審議会は、従来の経済計画において国民生活という場合は、主として個人の所得水準や消費水準のみを対象とすることが多かったが、生活という概念を広く社会的消費や社会保障の水準まで含めた総合的なものとして把握しようとする姿勢を示している。それゆえ、政府の政策においても経済成長優先主義から、生活優先主義への転換が必要なることを強調している。

この答申のポイントは、まず第1に、望ましい生活という側から、昭和30年代の高度成長全体の成果について評価するという視点に立ち、今後20年間に豊かで快適な国民生活を実施するための方策を明らかにしたことである。

第2に、今後10年ないし20年の経済的社会的変化は、人口の老齢化、技術進歩のいっそうの進展、消費生活の多様化等の点で著しいものがあるが、社会意識の変化すなわち新しい社会的連帯意識の高まりなしに望ましい生活は実現しないことを強調している点である。

第3に、これは新しい地域社会の形成に関連をもつことでもあるが、国民と政治ないし行政との間の対話を復活させるフィードバック・システムの確立を強く提唱していることである。たとえば、社会保障の充実をはかる際、社会保障の各部門間には国民の必要度の差があるので、それぞれの部門への資源の配分、改善を実現する時期等について国民の必要に即した優先順位に従って拡充強化していくべきであるとしている。

第4に、望ましい社会を維持、発展させるためには、国民が適正な費用分担をする原則を確立することが必要であるとし、福祉水準に相応した国民の租税や社会保険負担率の上昇なくしてはその実現は不可能であるとしている。

望ましい生活実現のための基本的政策は、社会保障、生活環境、教育文化、住宅、保健衛生、労働などきわめて広範にわたっており、この答申は社会開発論の具体化ともいえるものである。

問題は、社会開発懇談会の報告および国民生活審議会の答申で強調された人間尊重、生活優先といった理念が今後の計画の中でどのように生かされ、確立されていくにある。

3. 経済社会発展計画

「中期経済計画」は、消費者物価の上昇、公債発行等の理由により策定後1年余りで廃棄されたが、昭和42年3月、「経済社会発展計画」が作成され、これには「40年代への挑戦」という副題がついている。この計画は30年代の後半以降、わが国の経済発展の基礎条件が変化したことを重視し、経済の効率化を軸に、物価の安定を図り、社会開発を推進することを3大政策課題として大きくとりあげている。

30年代後半に表面化した矛盾の一つである消費者物価の上昇については、最終年次に3%に抑ええるとしているが、各種の歪のうち焦眉の急務である物価安定施策はかなり消極的なものである。

社会開発面では、40年代の課題として、社会保障、住宅、都市問題に力点を置いている。

社会保障は昭和30年頃に比べると著しく拡充され、特に「倍增計画」策定後社会保障への要請はいっそう高まってきたが、これらの要請は近くは40年の「1万円年金」、41年の「夫婦1万円年金」を実現させる結果ともなった。計画では今後の社会保障充実の方向としては、(1)所得保障部門の拡充、(2)医療保障部門の再編成、(3)社会福祉、公衆衛生の推進などがあげられている。そのうち児童手当制度の創設と医療保険制度の抜本的改正がその中心課題とされている。社会保障の充実に伴う財源の増大に対しては、制度の性質および社会的条件を考慮に入れ、再分配の観点と受益者負担の観点との調和をはかる必要があるとしている。今までもしばしば論議的となった医療保険制度等社会保険制度を、保険的性格、保障的性格いずれに方向づけるかに関しては、保険料中心主義により、給付水準の向上等に見合った保険料引き上げを謳っている点、注目されよう。しかしながら、保険料中心主義を打ち出す以上はこれと同時に低所得階層に対する施策を考慮しなければならないと思われる。

さて、振替所得は40年度の1兆3,830億円から、46年度の3兆5,500億円へ約2.6倍に増加し、国民所得に対する比率は40年度の5.5%から2%程度に上昇する。社会保障水準や生活環境水準を漸次引上げていくためには、それに要する費用の分担が問題である。国民生活審議会答申の重要なポイントの一つであった適正な費用負担の原則を踏まえて、この計画では、租税負担率は40年度の20.8%から46年度には約22%に上昇すること、また社会保険負担は46年度には3兆1,000億円となり40年に比べて約2.7倍に増加することや

むを得ないと考えている。

社会保障を充実するには社会資本ストックの後援が必要であるが、社会資本充実には、計画期間中総額 27 兆 5,000 億円の投資を行う。国民総生産に対する社会資本ストックの比率は 40 年度の 0.87 から、46 年度には 1.03 となる。この比率は、20 年代後半の 1.1~1.2 から 30 年代には民間設備投資中心の高度成長の影響で下落傾向にあり、36 年には 0.8 程度まで低下していたのに比べるとかなりの上昇を見込んでいる。なお、民間設備投資に対する公共投資の比率は 30 年代の 50% 未満から計画期間中は約 60% に高められる。

40 年代の内外にわたる急激な条件変化をいかに克服するかという長期的観点に立ったこの計画の問題意識は広いが、問題はその実効性にある。

V お わ り に

戦後のわが国の経済計画は、経済・社会の発展に応じていくたびか変遷し、計画の目標も復興から自立へ、自立から成長へと推移してきた。いまや経済計画は一つの転換期に直面している。

経済計画の究極の目標は国民福祉の増大にあるが、社会保障ならびに社会的側面が経済面と表裏一体の問題として把握された時はじめて国民生活が計画の中に正当に位置づけられたものといえる。社会保障あるいは社会開発の規模は経済の発展段階や経済の余力によって規定されるところが大きいが、その意味でも日本経済は国民の福祉の増大を目指すべき時期に入りつつある。

問題は二つに分けられるが、これらは根本的には相互関連したものである。

第 1 は、経済計画と同時に社会計画をあわせて考えなければならないということである。

第 2 は、地域計画において社会計画の視点を重視しなければならないということである。

福祉国家の支柱をなすものはいわゆる社会開発であり、社会開発の基軸の一つを形成するものは社会保障である。社会保障あるいはさらに広く社会開発が経済計画の中に織り込まれなければならないのは、第 1 に、それが国民生活の向上と福祉の増進に直結する具体策であるということ、第 2 に、成長阻害要因を排除し、成長要因を積極的に培養するという意味で、国の他の政策の実施にとって重要な役割を果し、経済成長の原動力ともなるという二つのポイントからである。

フランスをはじめとするヨーロッパ諸国では、従来の

経済計画の在り方が反省され、経済・社会全般にわたる総合計画が作成されている。わが国でも近年社会計画もしくは社会開発計画の必要性が提唱されてはいるが、現在未だきわめて未熟な段階である。「経済社会発展計画」はその方向を狙ったものであるが、福祉計画が十分な重みを持っているとは思われない。

しかし、社会計画といっても、そこにはまだ未解決な問題があり、その展開は今後に残されている。第 1 に、社会的ニードの測定が必ずしも貨幣タームのみで行われないこと、第 2 に、社会的諸目標として社会保障、教育、文化、健康、生活環境などをとりあげる場合、それらのプライオリティを考えなければならないが、それについては世論調査などを通じて国民の積極的な理解と参加をうめる必要があること、第 3 に、諸目標と所要財源などの制約条件の間にできるだけ斉合性を保たなければならないこと、これら諸点を十分に解決していかなければならない。

さらに将来の方向づけとして、真に社会的側面を経済計画の中に織り込むためには、国民経済ベースのマクロ計画のみならず、地域的ベースの計画の中で生産と生活の問題を把握することが不可欠である。その場合、地域計画と国の計画との関連を考えることはもちろん必要である。戦後わが国ではいくつかの地域開発計画が作成されたが、それらは生活よりも生産に重点をおくものであった。国民の生産と生活の調和をはかるためには地域計画においても社会計画的視点が重要である。

地域住民の福祉の内容は、風土的条件、公害問題、都市と農村、住民生活のニード等地域的特性によって影響されるから、地域社会に密着した形で考えなければならない。特に、社会保障はナショナルベースの経済計画においては国民経済計算上振替所得という形でしか位置づけられないので、地域的特性を考慮に入れて地域(開発)計画の中でとりあげることの意義は大きい。さらに、社会保障の拡充のためにも社会資本、特に福祉機能を有する生活環境施設のバック・アップが必要であるが、それぞれの地域的特性を踏まえて、地域住民の福祉増進のために、これらの施設や人的資源の地域間最適配置計画を考えることも重要であろう。

総じて、経済と社会、あるいは生産と生活とは基本的に対立するものではなく、両者の間に調整をはかるべきものであることに留意しなければならない。かくして、経済と社会とを含む国民福祉の観点に立った計画の樹立こそ、昭和 40 年代の課題であるように思われる。

経済指標、社会指標および地域指標の 活用に関する理論的・実証的研究

前 田 正 久

ま え が き

この研究会ノートは、主題に対して第Ⅱ研究会が、昭和40年度後半より昭和41年度にかけて行った研究内容を中間報告としてまとめたものである。

わが国の近年における高度の経済成長は国民総所得の大きな上昇にあずかって力となったが、反面、諸種の地域格差を拡大し、都市の人口過密、大気汚染・騒音・交通事故などの公害、農村では生産の停滞など、さまざまなひずみ（住民にとっては反福祉的といえる）をあらわにした。

この研究は、地域住民の実際生活に多大の影響を与え、その福祉を左右していると思われる格差やひずみを、いくつかの、あるいは単一の指標であらわすことによって、地域の生活水準を測定し、あわせて経済成長の及ぼす福祉（または反福祉）効果、福祉の向上による生産性への効果などを吟味しようとしたものである。

I 生活水準の概念とその接近法

生活水準なる概念の定義化はなかなか難しい。“国民の暮らし向き”といった漠然とした言い方では人々の意見の一致はみても、厳密な定義を必要とする場においては一致した意見とはなり得ない。

1人当り個人消費支出をもって生活水準と規定する人もあろうし、1人当り個人所得（あるいは国民所得）をもって定義する人もある。また、生活水準は単に年々生み出されるフローの水準だけでなく、過去からの蓄積分や将来の可能性をも含めて広く解釈さるべきだとする人もいる。定義の困難さは生活水準という言葉のもつ意味あいがいきわめて抽象的であるとともに包括的でもあるからであろう。

国連は、生活水準（level of living）を生活標準（standard of living）や生活規範（norm of living）とは画然と概念分離を行い、生活水準とは人々の実際の生活状態をあらわすものとして規定している。生活水準を生活に

おける人間の欲望の充足に関する概念としてとらえ、生活に必要な、すべての物質的ならびに非物質的なものからの満足感の水準として把握しようと試みている¹⁾。

そして、その把握の仕方には二つのアプローチがあるとする。その一つは非貨幣的接近法である。人間の生活はいろいろな側面から成立っている多面体と考え、それらの側面からの満足の総和として生活水準を規定しようとするものである。しかし、人間の生活上の心理的な総効用、すなわち満足感を直接計量することは不可能であるので、生活の各側面での満足感の代りに、満足をあたえるものの水準や満足度を示すと考えられる指標によって生活水準という抽象的概念を数量的に表示しようとする考え方に帰着する。

それに対し、第2のアプローチは貨幣的方法と呼ばれるものであって、人間の生活を財貨やサービスの消費から得られる効用の大いさによって規定しようとする考え方である。もし、消費する財貨やサービスが十分であれば人間は十分に満足するだろう。しかし、十分でない場合は満足感はいずれにせよ少ないはずである。厳密には、個人消費支出の金額そのままを生活水準とみなす事はできないが、実際には財貨・サービスの限界効用がどの程度でい減するかが明確ではないので、一般には狭い意味で生活水準を表わすものとして個人消費支出が多く使われる。この貨幣的な方法で接近する場合は、個人ストックの蓄積高や社会資本ストック、文化水準などをどのような形で比較すべきかが問題となる。

前者の非貨幣的な方法で接近する場合は、生活水準という抽象概念を具体的ないくつかの構成要素（コンポーネント）に分解し、各要素の充足度によって判断しようとする接近態度がとられている。そして要素は実際的には、統計的測定である指標（インディケーター）によって代表される。

1) 国際連合『生活標準および生活水準の国際的定義および測定に関する報告（1954）』、同『生活水準に関する国際定義およびその測定——暫定手引——（1961）』。

II 構成要素の組織化——指標の選択基準——

そこで、生活水準を構成する要素をいかに組織し体系づけるか、それぞれの構成要素を代表すべき指標の選択基準をどのようにおくべきかが問題とされる。

生活水準による国際比較あるいは国内の地域間比較を行う場合、いかなる指標をとり上げて組織化すべきであるかという問題点に関しては、まったく生活水準なる概念をどのように規定するかによって定まる²⁾。国連の1954年および1961年報告による9～12項目の要素採択も、国連のエキスパート・グループが望ましいと考えたものにすぎないのであって、その構成要素の選択は吾人によってまったく自由であるともいえる。

経済企画庁が吹米各国に派遣した「国民生活の第2次調査団」の報告によれば、「どのような要素をとりあげ、生活水準を組織化すべきかという問題に関しては、作業当事者の国民生活に関する考え方によって決定し、指標の選択に関する絶対的基準はあり得ない」とされている。事実、表1にみられるように国連の文献、わが国国民生活研究所の研究成果など、数多い研究における指標選定は、客観的な根拠が示されず、委託を受けたエキスパート・グループがその判断によって重要と考えられたものを採択したにすぎない。

これに対し、指標選択に何らかの基準はあり得るし、また、基準をおくべきだとする研究態度もみられる。厚生科学研究(昭和37, 38年)による「保健福祉水準の測定に関する研究」がその一つである。この研究では指標選択に対して二つの考え方が採用されている。第1の考え方は、既存資料から得られる有効と思われる指標間の相関をすべて計算し、相互関連性の高い指標を選別しようとするものであり、第2の考え方は、一定の社会および特定の時代においては生活水準の規定要因として、何が重要であり、何がそれほど重要でないかを示唆するような、何か「ある社会通念」が存在するはずであり、個々人にとっても、自らの学識・経験からくる「ある価値判断」があるはずである。そこで、これらの「社会通念」なり、「価値基準」なりを十分に代弁し、かつ公正に主張することのできる構成員によるグループが形成され、一定のルールの下に集約され選定された指標が一般に承認されるならば、選定に関する主観的価値基準が一応、普遍化されたとみることができであろうとする考え方である。

2) 国際連合『生活標準および生活水準の国際的定義および測定に関する報告(1954)』。

III 指標の総合化に対する二つの研究態度

古くはE. エンゲルやA. ボーレの古典的研究がみられ、戦後は、

1. W. H. シーウェルの生活水準測定(1940)
2. M. G. ヘーグウットの農村生活水準の地域的比較(1940～5)
3. M. K. ベネットの消費水準の国際比較(1951)
4. B. J. L. ベレイの経済の発展過程からみた世界各国の分類の一方法(1960)

国際連合の、

5. 生活標準および生活水準の国際的定義および測定に関する報告(1954)
6. 生活水準に関する国際定義およびその測定——暫定手引——(1961)

国連社会開発研究所(1964 発足)の、

7. Report No. 1 社会指標と経済指標との相関(1965)
8. Report No. 4 生活水準指数(1966)

がみられ、わが国では、

9. 日赤→朝日新聞社による民力測定(1957～)

経済企画庁による、

10. 国民生活の地域別分析——生活水準の地域差と人口流動
11. 国民生活に関する海外調査団の出張報告(1963～4)
12. 福祉水準の計測および生活連関表の作成に関するメモ(1964)

厚生科学研究による、

13. 総合的生活水準に関する研究(1961)
14. 保健福祉水準の測定に関する研究(1962～3)
15. 総合生活指標に関する研究(1964～5)

厚生省による、

16. 生活指標調査(1964～)

国民生活研究所による、

17. 生活構造指数の作成(1961)
18. 国民生活の構造分析(1962)
19. 生活構造モデル作成の研究(1963)
20. 生活水準の国際比較に関する研究(1964)

などの諸文献がみられ、その数も多い。

これらの諸研究を概観すると、指標の総合化に対しては明らかに相反する二つの態度をみることができる。

その一つは初期段階における国連の態度に代表される否定的態度であり、他の一つは何らかの方法によって指

表 1 国際比較のための生活指標の体系

国 連 1961 年		国 民 生 活 研 究 所	
構成要素	指 標	構成要素	指 標
食料消費および栄養	(1) 平均供給カロリー／所要量 (2) 平均供給たんぱく量／所要量 (3) 平均供給動物性たんぱく量／所要量 (4) 炭水化物供給カロリー／所要量	食 料	(1) 平均カロリー摂取量／所要量 (2) 動物性たんぱく摂取量／所要量
衣 料	国際比較をするための指標としては不適（気候・文化・職業的等の要因が異なる）	衣 服	(1) 1人当り繊維消費量
住 宅	(1) 「住宅」居住率 (2) 1室当り3人以上占有率 (3) 水道普及率（住戸内 or 100 m 以内） (4) 便所のある占有住戸率	住 居	(1) 1部屋当り居住者数 (2) 水道普及率 (3) 自家用車保有台数／1,000 人 (4) 1人当りエネルギー消費量
健 康	(1) 平均寿命 (2) 乳児死亡率 (3) 粗死亡率	保健衛生	(1) 医師数／1,000 人 (2) 病床数／1,000 人 (3) 幼児死亡率 (4) 平均寿命
教 育	(1) 文盲率（15 歳以上男女） (2) 就学率 {初等 5 歳～14 歳 中等 15 歳～19 歳 (3) 高等教育就学率（10 万人当り）	教 育 文 化	(1) 児童進学率 (2) 高等教育進学率 (3) 生徒、教師比率 (4) 1人当り新聞発行部数 (5) 1人当り書籍発行部数 (6) 劇場数／10 万人当り (7) TV 普及率
雇用および労働条件	(1) 失業者数／労働力総数 (2) 実質賃金	社会資本	(1) 鉄道輸送キロ／1,000 人 (2) 道路延長キロ／1,000 人 (3) 道路舗装率 (4) 電話普及率
保養・娯楽	(1) 映画館客席数／10 万人 (2) 劇場 "／10 万人 (3) 博物館 "／10 万人		
社会保障	国際的に使用する指標は不可能	そ の 他	(1) 社会保障／国民所得 (2) 生命保険契約高／国民所得
人間的な自由	直接的尺度とは考えられないが、生活水準を解釈する上に必要なもの		
人口および労働力			
収入・支出			
通信運輸			
人口および労働力	(1) 人口、年金構造 (2) 出生率、死亡率、自然増加率 (3) 階級別人口／地域別人口 (4) 国内人口移動率その方向 (5) 労働力／総人口 (6) 15 歳未満、65 歳以上労働力、人口率 (7) 地位別就労構成 (8) 主要産業別労働力構成 (9) 主要職業別労働人口比率		
収入・支出	(1) 1人当り国民所得・成長率 (2) 1人当り消費支出・変化率 (3) 教育・住宅・社会的サービス／一般政府消費支出 (4) 保健・食料・教育・地代家賃／民間消費支出		
通信運輸	(1) 新聞発行部数／1,000 人 (2) ラジオ受信機利用台数／1,000 人 (3) 電話台数／1,000 人 (4) 自動車台数／10 万人 (5) 砂利敷道路、そうでない道路／1 km ² (6) 鉄道軒数／100 km ²		

標を総合化し、単一の量で表わそうとする態度である。

国連は前記文献 5. の中で、生活水準の決定要素および結果について、ある種の総合的な指標を用いることは有用であるけれども、異った国、あるいは同じ国の異った時期における生活水準を比較するのに使えるような一つの統一的な指数、または、単一の指数を得るのは不可能

であることを強調している。「生活水準はある種の量および諸関係を含む合成概念であって、その全体は単に構成諸項目を合計することによって示すことはできない。」とも述べている。『世界社会情勢報告 1961』の中でも、「生活水準は、保健衛生、栄養、教育、住宅、雇用事情など、一つの指標にまとめることのできない諸々の部分か

表 2 評価調査の結果

グループ 指標 番号	グループ指標名	山形県		愛知県		岡山県		計		指標 番号	個 別 指 標 名	山形 県	愛知 県	岡山 県	計	
		評 価		評 価		評 価		計								
		順位	得点	順位	得点	順位	得点	順位	得点							
1	人 口 密 度		23	14	46		31		100	1	人 口 密 度		23	46	31	100
2	産 業	12	46	15	45	7	69	10	160	2	第1次産業従業率	29	23	30	82	
3	出 生		34	12	51		35		120	6	出 生 率	34	51	35	120	
4	出生時の状況	13	45		42	13	59	14	146	8	未熟児出生割合	32	34	37	103	
5	死 亡	13	45	9	57		45	13	147	9	粗 死 亡 率	28	33	21	82	
6	乳 児 死 亡	1	68	8	60	4	77	3	205	11	乳 児 死 亡 率	44	39	44	127	
7	伝 染 病	5	61	7	61	8	68	6	190	14	伝染病罹患率	57	58	54	169	
8	成 人 病	4	62	6	63	10	62	7	187	17	成人病死亡割合	48	50	44	142	
9	結 核	8	55	4	64	11	61	8	180	21	登録結核患者率	55	64	61	180	
10	生 活 保 護	7	57	2	65	3	79	4	201	22	保 護 率	57	65	79	201	
11	児 童 福 祉		33		36		27		96	23	措 置 児 童 率	33	36	27	96	
12	長 欠 児 童		23		19		29		71	24	長 欠 児 童 率	23	19	29	71	
13	学 童 休 位	15	42		39		46		127	26	学童平均体重	17	27	24	68	
14	人 口 構 成	11	48	5	63	9	63	9	174	27	稼 働 人 口 率	32	39	42	113	
15	医 療 関 係	2	67	1	70	1	84	1	221	30	診療従事医師1人当り人口	50	57	61	168	
16	市町村役場厚生関係職員		33		35		38		106	33	厚生関係職員1人当り人口	33	35	38	106	
17	市町村民所得		94	13	50	4	77	16	136	34	市町村民所得	9	50	77	136	
18	財政関連指標		40		43	14	55	15	138	37	1世帯当り所得税額	24	14	24	62	
19	厚生関係費	3	67	2	65	2	81	2	213	38	1人当り固定資産税額	55	54	61	170	
20	水 道	6	58	10	56	4	77	5	191	41	水 道 給 水 率	45	48	46	139	
21	保健婦活動	10	53		38	12	60	12	151	44	1世帯当り保健婦家庭訪問延件数	53	38	60	151	
22	国 保 事 業	9	54	11	52	15	47	11	153	45	国民健康保険受診率	54	52	47	153	
23	進 学		13		12		37		62	46	高 校 進 学 率	13	12	37	62	
24	経済文化関係		26		17		47		90	47	200人以上の事業所数	17	6	21	44	
25	気 象 条 件		39		6		26		71	51	最 大 積 雪 量	30	0	8	38	
評 価 者 数			73		77		92									

らなる一つの仕組として考えらるべきである。生活水準を測定することができるという限り、それは単一の量としてではなく、換算することのできない、いくつかの分量からなる一つの型としてあらわさるべきである。」と主張し、指標の総合化、単一化は望ましくもないし、また、不可能でもあると論じている。

これに対し、前記文献 11. は指標の総合化におおむね五つの方法があると報告し、わが国における研究系譜も、その大部分が指標を総合化し、単一化しようとする方向を指向するものが多い。文献 11. による総合化への五つの方法は、各種の研究業績の比較のために有益である点が多いので、これを概括しておこう。

第1の方法はストックのフロー化である。すなわち、住宅でいえば、そのサービスはレントで表現し、道路やその他の社会資本ストックのサービスは年々の償却費であらわす。そして共通の単位に換算する場合のデフレーターは等価代替などの仮定をおくことによって解決しよ

うとする方法であり、EEC 6 ヶ国はこの方法を用いていると報告されている。わが国においても文献 20. の研究内容がこれに合致する。

第2以下の方法は住宅水準や公共資産をフロー化しないで、生活水準に関連するフローとストックの諸指標や非貨幣的表示の諸指標を並列させ、それらに適当なウェイトをおいて総合する方法であり、ウェイトのつけ方の違いにより第2から第5までの四つの方法に区分される。

第2の方法は特定要素の他の全要素に及ぼす貢献度によってウェイトを決定するものであり、第3の方法によるウェイトは各要素に対する国民総生産の配分比率によって決定される。第4の方法は因子分析法の採用によるものであるが、この方法は文献 4. の B.J.L. ベレイの研究にも用いられている。ベレイは 43 項目を用いて因子分析を行っているものである。第5の方法は第2～第4の方法とはまったくその趣を異にし、社会学的な手法による重みづけの方法が採用されている。すなわち、何人

かの権威者にアンケートを出し、重要度を判定させて重み点を求め、これを平均してウェイトとする方法であり、ベルギーにおいては経済計画立案の際に用いられている。わが国においては文献 14. の第 1 段階の作業で、これとほぼ同様の方法が用いられているが、エキスパートと目される人々の重要度の判定が、あまりにもまちまちであって分散が激しく、指標選択のある基準とはなり得ても、ウェイトを決定するための方法論としては採用し得なかったことが報告されている。

ウェイトの持つ意味づけについては、第 3 の方法がウェイトの持つ経済的意味づけがやや明白であるが、個々のウェイトそのものが恣意的にすぎ、第 2 と第 4 の方法は、ウェイトのつけ方はやや中立的であるが、ウェイトの持つ経済的意味があいまいとされる。ただ、第 4 の方法はデータ処理の過程で標準化、規準化が行われているので、各指標の単位が異なることが支障とはならない利点はもっている。

ここで、指標の総合化、重みづけに関して先行業績を整理し、概括してみよう。

1. Weight を equal とおく方法

文献 9. は民力をあらわすと思われる 48 個の指標を用い、その千分比の合計値をもって「都道府県 1 人当り民力水準」を規定している。文献 10. も指標 30 項目を選んで、各都道府県別に全国平均に対する百分比を算出し、さらに各県別に平均した値をもって「総合生活水準指数」としている。また、東洋経済新報が発表した「都道府県 1 人当り消費購買力指標」は、上記文献 10. と同様な方法によった指数の総合化がはかられている。

これらは、いずれも $Z = \sum X_i$ で示されるように各指標に与えられる Weight を equal とおいた総合指数の算出であって、その計算は容易であり、かつ、実際的な便宜さは持っているが、各指標ごとに平均に対する分散が等しくないために、結局はその分散の大小によって、企図しない重みが働いている結果となっている。

2. 何らかの方法によって Weight を定め、指標の総合化をはかる方法

何等かの基準によって指標の総合化に接近する場合は、外的基準がない場合と外的基準がある場合とに峻別して、その接近をはからねばならない。

外的基準がない場合は、混とした事象に斧を入れて、その中に何らかの手懸りを得ようとする場合には有効であるが、要因の内部操作だけによってしか統計的分析が可能でない。

それに対し、今、あるものの分類が計測値パターンに

よって作成され得た場合を考えれば、この分類が外的基準として取り扱われ、この分類に対して計測値たる要因がどのように関係し、要因のうち、どれが分類に有効に効いているかを確かめることができる。このように外的基準がある場合は、要因外の条件によって定められるものが与えられ、これと対応づけて統計的解析を考えねばならないこととなる。

(1) 恣意的な Weight

文献 14. の保健福祉水準の測定に関する研究の初期段階においては、一対比較法が採用されて、まず、専門家順位が定められ、その専門家順位と各指標との間の順位相関係数をもって、各指標の Weight が決定されている。一面からみれば各指標の水準への貢献の度合をもって、Weight としたということができよう。

文献 1. の W. H. シーウェルの研究に採用されている方法は、出現頻度の低い項目ほどその稀少性のゆえに、生活水準の差を明示する場合の重要度が高いという発想に基いて、かなり手の込んだシグマ得点法により、Weight が計算されている。

これらの研究による重みづけは、一見、Weight の決定が客観的に行われ、外的基準がある場合の Weighting のようにみうけられるが、指標の重要性の判定に関しては、あくまでも主観的判断がその中心的位置を占め、判定者の構成いかんによっては、その決定される Weight はきわめて不安定なものとなり、Weight は恣意的に決定されたものといわざるを得ない。

(2) 外的基準がない場合の総合化

手法的には、因子分析、要因分析あるいは成分分析などと呼ばれる一連の手法が用いられる。文献 2. のヘーグウット・モデルは生活水準をその構成要因を媒介としてとらえ、構成要因の内から相互に相関度の高いものを指標として選択する。すなわち、要因分析法が採用されている。相関の低いものを捨て去ることによって共通の軸を見付け出そうとするものであるが、相関の低いものが、生活水準を構成する重要な要因ではない、という保証はなく、むしろ、互いに独立的なものこそ指標として採択すべきだとする主張もある。また、生活構造格差の激しい時は、かかる方法によって選択される指標の数はきわめて限定される危惧もあり、評量値の決定過程にもかなり問題が残っている。

文献 17., 18., 19. に示される国民生活研究所の優れた諸業績は、シーウェル指数、ヘーグウット指数を基盤として、地域間のバラツキを最大にするように各指標に Weight を与える主成分分析、あるいは因子分析の適用

が行われている。これらはいずれも、外的基準がない場合の手法であるから、グルーピングが有効に行われるものではあっても生活水準の高低をまで決定するものではない。これら国民生活研究所の手になる各種のモデルには、いささか循環論理もしくは自己撞着的仮定がみられるのに対して、その原典となったヘーグウット・モデルにはこれらの点がみうけられない点は優れたものといえようが、当該モデルが外的基準のある場合として発想しながら、その計算の過程において結局、外的基準のない場合としての処理がなされている点に批判が残る。

いずれにせよ、主成分分析あるいは因子分析といった外的基準のない場合の手法によるアプローチは、外的基準との対応がついて初めて十分な意味づけが可能となるものであろう。

経済企画庁の手になる生活連関表作成の理論的根拠を与える石原・日笠レポートは、当初から外的基準のないものとして出発し、因子分析、主成分分析がその手法として採用されており、ヘーグウット・モデルにみられるような混乱はない。

(3) 外的基準がある場合の総合化

外的基準がない場合は、Weight が内在的に決定されるのに対して、外的基準のある場合は既知のある外在的なものに対して有効さの問題として処理される。外的基準の one-dimension に対し、multe-dimension はパターンとしてあらわされることになる。

生活水準の測定に関しては、まだ外的基準となり得るものではなく、主成分分析がグルーピングの手法にすぎないとの批判はあっても、今日この種研究における指標の総合化へのアプローチとしてはもっとも有力なものといわざるを得ない。

IV 指標の組織的体系化へのアプローチとそのマルチプルな活用

IIで述べたように、本研究においては生活水準を構成するコンポーネントを、いかにシステムチックに体系化し、それぞれのコンポーネントを代表するインディケータをどのような基準で選別すべきかが中心的命題の一つとされた。

そして、この点に関するアプローチの場合は、さらにインディケータの多目的な活用をも考慮に入れられなければならない。

したがって、これらの指標が用いられて、経済成長なり、経済発展なりがいかなる福祉効果（国連の社会開発研究所は、そのレポート No.1 の中で、それを所得の増

加に対する社会水準の反応、あるいは、経済成長による厚生効果（welfare effects）と呼んでいる。）を地域住民に与えているか、あるいは地域の福祉の向上がどのような生産性の向上（前記レポート No. 1 では、それを経済成長に対する社会水準の生産性効果（productivity effects）と呼んでいる。）をもたらすものなのかをみようとする場合などは、次のような組織化が有用であろう。

まず、経済的指標と社会的指標の二つの指標系列がその中心として据えられ、経済や福祉に対して外因的に意志として働く政治・社会体制をあらわす指標系列の参加が必要であろう。社会的指標を選択する場合は、高度の経済成長がもたらす、大気汚染、交通事故などの反福祉的な効果（un-welfare effects）をどう考慮に入れて指標化するかにについて細心な配慮が必要である。

しかし、上記三つの指標系列は、いずれも人々の手によってともかくも調節が可能な指標であることに間違いないが、これに対して人間の調節が不可能である固定的な指標系列が考えられる。降雨量、積雪量、日照、気温、へき地性などといった気象条件や地理的条件などである。そして、これらは地域の経済的、福祉的諸条件に著しく影響を与えていることは間違いない。これに地域指標という名を冠すれば、経済発展、経済水準、福祉の向上、社会水準といった関係を究明する場合の指標構成は、経済指標、社会指標、政治指標、地域指標の四者構成によるのがよさそうである。

前記文献 7. に示す国連の社会開発研究所の Report No. 1, *Aspects of Social and Economic Growth. A Pilot Statistical Study*, prepared by Nancy Baster with Muthu Subramanian, Geneva, October 1965. によれば、経済的指標と社会的指標の二者を用いて研究がすすめられている。すなわち、経済指標としては、

1 人当り GNP..... (E_1)

1 人当りエネルギー消費量..... (E_2)

社会指標としては、

初等教育就学率..... (S_1)

中等教育就学率..... (S_2)

職業教育就学率..... (S_3)

高等教育就学率..... (S_4)

医師 1 人当り住民数..... (S_5)

住民 1,000 人当り病院ベッド数..... (S_6)

乳児死亡率..... (S_7)

の九つの指標がとられ、これを経済水準(E)、経済成長($\dot{E}$)、社会水準(S)、社会成長($\dot{S}$)とに分けて、1950 年と 1960 年の水準および 1950 年→1960 年までの成長

を計算し、社会水準によって経済成長を促がす productivity effects と経済成長によって社会水準を高める welfare effects を解明しようとしている。計算モデルに使われたのは、開発途上にある 18 カ国であって、スピアマンの順位相関係数

$$\rho = \frac{\sigma \sum_{i=1}^n (X_i - Y_i)^2}{n(n^2 - 1)}$$

による相関分析がされている。

この研究は、比較的社会水準の高い国々は経済成長が高い傾向をもつという仮定の吟味、1人当り国民総生産 (GNP) が高い順位にある国は特定の一つの社会指標も高い順位にあるに違いないという仮定の吟味を経て、このパイロット・スタディへと発展拡張された。

そして、おおむね次のような結論を得ている。すなわち、

- (1) 社会的要因は経済水準と関連するよりもそれら内部での関連が高く、したがって社会的諸指標をまとめて「社会面」としてとらえることが可能であろう。
- (2) 経済成長がその後の社会水準に及ぼす影響は、それぞれの成長がそれぞれの水準に及ぼす影響よりも大きく、それは社会成長を通して間接的にあらわれる。
- (3) 1950 年に、経済水準に比して社会水準が相対的に高かった国は、その後 10 年間の経済成長がより急速に達成されている。
- (4) 1950 年時に、社会水準や経済水準の高かった国は、10 年を経過しても依然として、その順位は高く、安定しているということができる。

ほぼ以上のような結論を得ているようであるが、社会指標の選択にあたって、あまりにも教育的要素の比重が大きいための偏りがあり、(1)の結論に対してはきわめて疑問視され、計算過程において相関の平均が求められているなど指摘される点も多いが、指標の多目的活用について示唆されるところの大きい研究業績であるといえる。

本研究会は、わが国における地域別統計を活用し、社会指標の選択、相関係数の算出等に当っては、若干の修正は行いながらも、前記。国連社会開発研究所方式によって試算を行った³⁾。

社会的指標の偏りに対する修正と反福祉的效果を示す指標の算入をはかり、次のような指標によって構成され

表 3

		1950 年		成 長 率		1960 年	
		E	S	E	S	E	S
1950 年	E	—	.23	.17	.05	.88	.25
	S	—	—	.49	.30	.37	.62
成長率	E			—	.34	.38	.56
	S				—	.28	.38
1960 年	E					—	.45
	S						—

た。選択された指標は経済指標が二つ、社会指標が四つである。

経済指標としては、

個人所得 (E_1) …… 1人当り県民個人所得 (県民所得統計, 経済企画庁)

就業者比率 (E_2) …… 1次産業に対する 2次産業の就業者人口比率 (国勢調査, 総理府統計局)

社会指標としては、

進学率 (S_1) …… 高校卒につき上級学校進学率 (学校基本調査, 文部省)

医師数 (S_2) …… 住民 1,000 人当り従業地別医師数 (衛生年報, 医師・歯科医師・薬剤師調査, 厚生省)

住宅数 (S_3) …… 住民 1,000 人当り新設着工戸数 (建築統計年報, 建設省)

交通事故 (S_4) …… 住民 1,000 人当り交通事故件数 (交通事故統計, 警察庁)

ここでは、これらのものの順位相関係数は計算せず、46 地域 (都道府県) についての順位を 5 分位にとり、その 5 分位から単純相関係数を算出した。

これらの計算結果を国連の社会開発研究所 (P. S. S. と略称) のそれと比較すると、

- (1) 同一時点においては、日本は社会水準内部の相関よりも、経済水準と社会水準との相関の方が高く、P. S. S. とは逆の結果となっている。

表 4

	日 本			P. S. S.	
	1955	60	64	50	60
E 内 部	0.83	0.87	—	0.77	0.87
S 内 部	0.48	0.41	0.38	0.56	0.67
E と S	0.51	0.54	0.56	0.28	0.48

- (2) 二つの時点における社会水準の相関は日本において低く、P. S. S. において高い。過去の経済水準と現在の社会水準との相関は日本において高く、P. S.

3) 社会保障研究所内研究資料 No. 6601 (個人研究中間報告)「日本における地域別統計による経済的要因と社会的要因との相関について」。

S. はかなり低い。

表 5

日	本	P. S. S.	
$S_{ss}-S_{ss}$	0.40	$S_{ss}-S_{ss}$	0.62
$E_{ss}-S_{ss}$	0.52	$E_{ss}-S_{ss}$	0.25
$S_{ss}-E_{ss}$	0.51	$S_{ss}-E_{ss}$	0.56

- (3) 経済成長と他のものとの相関は日本においては、ほとんどないが、前述のように P. S. S. の場合は経済成長と社会水準との相関は高い。

表 6

日	本	P. S. S.	
$E_{ss}-E$	0.10	$E_{ss}-E$	0.17
$S_{ss}-E$	0.11	$S_{ss}-E$	0.49
$E-E_{ss}$	0.29	$E-E_{ss}$	0.38
$E-S_{ss}$	0.18	$E-S_{ss}$	0.56

これらを要約すれば、わが国においては、経済水準と社会水準との相関は高いが、経済成長のテンポとの関係においては、ほとんどのものが無相関であって、生産性効果、厚生効果の測定にはあずかって力がないということになる。なお、詳細については、『日本における地域別統計による経済的要因と社会的要因との相関について』（所内研究資料、No. 6601、昭和 41 年 6 月、山田雄三）によらるたい。

指標の体系化に関しては、青井和夫氏（本研究所専門委員）による、F. ハイダーの「バランス論」→T. M. ミルズの「3 人関係分析」→D. カートライトの「S グラフを用いての公式化」などの援用を得て、いくつかの集団（経済、政治、身体維持（価値維持）、社会体制（社会連帯））関係を、バランスがあるかないかの強弱度によって体系づけることができないであろうかの提案、大熊一郎氏（本研究所専門委員）の提唱される、Watson の *Economic Policy*, 1964 による示唆などもある。

表 7 *Economic Policy* による指標の範囲

	Welfare の概念	指 標	政策目標
経済厚生	資源の合理的配分 経済成長 倫理的・制度的で 流動的なもの 社会開発に相当するものである	主観的満足 GNP 経済哲学にもとづく、いくつかの指標の混合	資源配分の改善 成長の促進 各時代の「問題」とともに変化する
社会厚生	社会保障が相当するであろう	社会サービスの適度な水準（国民年金の普及率など）	所得の適正配分
政治厚生	政治団体の健全な発展が示す水準		

む す び

国連の社会開発研究所ならびに社会保障研究所（第 II 研究会）における二つの研究でも、指標の体系化という面からみれば、システムチックではなくきわめて恣意的に指標選択が行われ、「一国の経済発展がある水準にある時、その国の保健衛生、教育、その他の社会的要素の水準はどのようなべきかを系統的な論拠にもとづいていうことは不可能である。」とする国連のきびしい指摘もあるが、指標の体系化への努力はたゆみなく続けられ、次第に整理されつつある。

- (1) 選択すべき指標は、国際比較、国内における地域比較、その場合の地域もその大きさによって異なる。
- (2) とくに、地域比較の場合は生活水準とは何であるかの前に、その地域の格差をシャープにあらわす指標を有効に選び出す必要がある。このような発想にもとづいて、指標の効き具合、働き度合を検討したものがこの研究会のレポートの中にある。既往の研究で共通的に用いられた 30 個の指標を選び、昭和 30 年と 35 年の 2 時点における 46 の地域（都道府県）の平均値 $\bar{x}$ と変異係数 $\sigma/\bar{x}$ とを計算し、その指標によってあらわされるある種の水準について、

平均値の小→大はレベルの上昇、

大→小はレベルの下降、

変異係数の大→小は格差の縮小、平等化

小→大は格差の拡大、不平等化

と考え、地域比較を行う場合の指標として、変異係数が 0 または 0 に近いものは効いていないという理由で選ぶのに不向きであろうし、表 8 に示すように、レベルの上下、格差の増縮によって指標のパターン化を行うことが可能であろうとするものである。

- (3) 生産性効果や厚生効果を吟味しようとした前記諸研究や生活構造のアンバランスを解明するために順位を中心に用いられる場合の指標は、文献 14. に用いられた評価法の普遍化がかなり有効と思われる。
- (4) 国際比較の場合は発展途上にある後進性の強い国と、すでに先進国といわれる国々との間では共通的に使える指標は少く、指標の体系化はこれらの要素を前提として行う必要がある。
- (5) 国連の社会開発研究所は、文献 8. に示す Report IV, *The Level of Living Index*, 1966 においてシステムチックにニードを分類して指標を選定し、はなはだ示唆に富む内容（表 9、表 11）を発表した。

表 8

平均値の変化 ○ 変異係数 " ○	平均値の変化 ○ 変異係数 " ×	平均値の変化 × 変異係数 " ○	平均値の変化 × 変異係数 " ×	そ の 他
教師 1 人当り生徒数 (中 学) 出 生 率 1 人当り賃金 1 人当り地方普通会計歳 出 *病床数 (人口 10 万対) *1 人当り畳数 *乳 児 死 亡 率 医師数 (人口 10 万対) 電 話 普 及 率 *1 人当り生活基盤投資額 市部人口割合 市民 1 人当り食品販売額 1 人当り厚生福祉関係投 資額 *舗 装 率 (14 指標)	扶養人口指数 *1 人当り個人消費支出 *1 人当り被服費支出 1 人当り県民所得 保 護 率 映画館数 (人口 10 万対) 1 人当り電燈消費量 1 人当り図書館蔵書数 就業人口比 (1 次/2 次) 人 口 増 加 率 (10)	*教師 1 人当り生徒数 (高 校) (1)	*1 人当り新聞頒布部数 人 口 密 度 (2)	12 歳男子の身長 ○ △ 乳児死亡に占める × △ 新生児死亡割合 *道 路 延 長 ○ △ (3)

注 1. * 印指標は、三つ以上の研究の中で採用されている指標である。

2. ○ 小→大 大→小
× 大→小 小→大

表 9 国連、社会開発研究所の生活水準指数の構造

生活水準指数を構成する指標として次のような体系が選ばれている。

(コンポネント・グループ)		(インディケーター)	
A 基礎的な物質的ニード	I 栄 養	(a)	カロリー摂取量 (必要摂取量に対する割合)
		(b)	蛋白質摂取量
		(c)	穀類等によるカロリー摂取量の割合
	II 住 居	(a)	1人当り住宅サービス量
		(b)	居住密度
		(c)	住宅の独立使用率
	III 保 健	(a)	受診可能人口の割合
		(b)	伝染病・寄生虫病による死亡率
		(c)	50歳以上死亡数の総死亡数に占める割合
B 基礎的な文化的ニード	IV 教 育	(a)	就学率
		(b)	卒業率
		(c)	生徒・教師比率
	V 余暇およびレクリエーション	(a)	余暇時間
		(b)	日刊新聞頒布部数(人口千対)
		(c)	ラジオ・テレビ台数(人口千対)
	VI 保 障	(a)	年間事故死数(人口百万対) (生命・身体の保障)
		(b)	失業・疾病給付適用人口の割合 (生活の保障)
		(c)	老齢年金制度適用人口の割合 (老後の保障)
C 高度なニード	VII 余剰所得	(a)	1人当り余剰所得

表 10 国民生活研究所の生活構造指数の構造

中分類	小分類	個 別 系 列
生活水準	消費支出	農家消費支出, 都市消費支出
ストック	個人ストック	個人貯蓄の指標, 耐久消費財保有量, 住宅指数
	住 宅	住宅指数
生活革新 (都市)	家事労働合理化	耐久消費財 (電気釜, 洗濯機, 掃除機, 電気冷蔵庫) 普及率, 電気ガス代比率, 被服費中の既成服比率
	洋 風 化	穀類中のパン支出比率, 衣類保有数中の洋服比率, 机保有率のうち腰掛机保有率
	レジャー	教養娯楽費の比率, レジャー, 耐久消費財 (電器, プレーヤー, ピアノ, オルガン, カメラ, 8 ミリ, テレビ) の普及率
生活革新 (農村)	家事労働合理化	都市と同じ, ただし耐久消費財の項目としては洗濯機, 家族用揚水ポンプ
	洋 風 化	穀類中のパン支出比率, 副食中の肉乳卵支出比率
	レジャー	教養娯楽費の比率, テレビ普及率
生活環境指数		上水道普及率, 道路改良率, 面積当り鉄道営業キロ, 1 人当り走行キロ, 1 人当り電燈電力消費量, 電話普及率, 1 人当り病床数, 1 人当り高校教員数

文献 19. に示される国民生活研究所の生活構造モデルの研究においても、富をもって生活基準の表現態と考え、フロー (消費支出) とストック (個人資産および社会資産) とパターン (消費の型) の三視角から接近した指標体系 (表 10) がある。この両者を対置させて観察するのははなはだ有益であろう。

表 11 生活水準指数, 1人当り消費, 1人当り G.N.P. (1960 年)

国名	生活水準指数				*** 1人当り消費 (米ドル)		*** 1人当りG. N. P. (米ドル)	
	等ウェイト		スライディング・ウェイト		額	順位	額	順位
	指数値	順位	指数値	順位				
ガナ	44.9	17	38.1	19	250	14	290	14
モーリシャス*	68.2	11	61.1	11	330	12	410	13
モロッコ	43.7	18	39.4	17	200	16	230	17
アラブ連合	57.9	14	47.9	14	200	16	240	16
ウガンダ	40.8	20	37.3	20	100	20	**120	20
アルゼンチン	91.7	5	83.9	7	670	6	860	5
チリ	75.4	10	69.5	10	690	5	750	6
エクアドル	48.2	15	44.7	15	210	15	250	15
ジャマイカ	60.4	13	50.2	13	440	8	510	11
米国	181.8	1	171.3	1	2,290	1	2,790	1
ベネゼラ	61.3	12	52.7	12	430	10	570	9
イソンド	45.4	16	42.0	16	130	19	160	19
イスラエル	133.0	4	126.6	4	870	4	950	4
日本	91.1	6	85.3	5	430	10	700	7
タイ	43.1	19	39.0	13	150	18	200	18
ベルギー	136.0	3	129.7	3	1,370	2	1,690	3
デンマーク	136.5	2	130.4	2	1,370	2	1,760	2
ギリシャ	89.8	7	84.1	6	550	7	620	8
スเปน	84.9	9	75.9	9	430	10	540	10
ユーゴスラビヤ**	89.1	8	80.6	8	320	13	480	12

注 * 消費と G. N. P. は 1961 年分

** " 1962 年分

*** 米ドル換算は購買力平価による.

**** G. D. P.

第Ⅱ研究会においては、目下、わが国の生活水準指数を、前記 Report IV の計測方法にしたがい、大正 14 年から昭和 40 年までの間の 9 時点について計算中である。指標の指数化方式を表 12 に示した。

(その後、その中間報告が「わが国の生活水準指数——国連方式による一試算大正 14 年～昭和 40 年——」所内研究資料 No. 6702 として刊行された。)

指標の総合化については、なお研究の余地が多く、今後の数量化理論の進展にその可能性も残されているが、現段階においては、生活水準指数算出の国連方式あるいは主成分分析 (principal component analysis) がもっとも有用と思われる。

単一の指標への総合化に到達し得ない現段階においては、指標はかなりマルチプルに活用し得なければ有益さにかける。また、各種の計画担当者も経済的發展と社会的發展のバランスを時系列に観察する必要が生じてく

る。発生する諸種の変化を完全に理解し得るような統計および分析の方法を得るためには、かなり長期にわたる生活水準に関する指標の整備をまたなければならない。そして、そこに獲得される指標の種類、数は各種の指標体系に用いられるに十分堪えるような規模のものでなければならない。厚生省企画室が昭和 39 年から実施した全国の市町村ベースの 92 項目にわたる「生活指標調査」はその意味で注目される調査活動であるものといえよう。

第Ⅱ研究会が採り上げた主題へのアプローチは 1 年有余にわたる時日を費やしなが、試行錯誤の連続に終り、先行業績の追跡と国連社会開発研究所方式によるわが国への適用試算に終始した。われわれが得ようとした指標の最適な体系、単一指標への総合化は、さらに向後の研鑽にまつところが多い。

表 12 指標の指数化方式

指 標		指標の臨界点		指標 (i) を指数 (I) 化する式	個別指数を成分 指数化するとき のウェイト
		0 点 (i_0)	100 点 (i_{100})		
I	(a) 1人1日当り熱量摂取量 (所要量に対する割合)	60%	100%	$I = \frac{100(i - i_0)e}{i_{100} - i_0}$	0.5
	(b) 1人1日当り蛋白質摂取量	40 g	90 g	上に同じ	0.25
	(c) 穀類等による熱量摂取量の割合	85%	50%	$I = \frac{100(i_0 - i)e}{i_0 - i_{100}}$	0.25
II	(a) 1人当り住宅サービス量	$\frac{1}{3}$	1	$I = \frac{100(i - i_0)e}{i_{100} - i_0}$	0.5
	(b) 居住密度 (1室当り人数)	4	1	$I = \frac{100(i_0 - i)e}{i_0 - i_{100}}$	0.25
	(c) 住宅数と世帯数の比	50%	100%	$I = \frac{100(i - i_0)e}{i_{100} - i_0}$	0.25
III	(a) 受診可能人口の割合	0%	100%	$I = \frac{100(i - i_0)e}{i_{100} - i_0} = i_e$	0.5
	(b) 伝染病・寄生虫病死亡数の総死亡に占める割合	50%	0%	$I = \frac{100(i_0 - i)e}{i_0 - i_{100}}$	0.25
	(c) 50歳以上死亡数の総死亡数に占める割合	0%	85%	$I = \frac{100(i - i_0)e}{i_{100} - i_0}$	0.25
IV	(a) 就学率	0%	100%	$I = \frac{100(i - i_0)e}{i_{100} - i_0} = i$	0.5
	(b) 卒業率	0%	100%	上に同じ	0.25
	(c) 生徒数・教員数比率	0%	100%	$I = \frac{100(i - i_0)e}{i_{100} - i_0} = i_e$	0.25
V	(a) 1人当り年間余暇時間	2,912	6,816	$I = \frac{100(i - i_0)e}{i_{100} - i_0}$	0.5
	(b) 日刊新聞発行部数 (人口千対)	0	250	上に同じ	0.25
	(c) ラジオ・テレビ普及率 (人口千対)	0	250	上に同じ	0.25

引用した報告

文中で明らかにした文献 20. に続けて番号を付した。

21. 「国民生活の構造」報告者 渋谷行雄 昭和 40. 12.
22. 「生活速関表」報告者 長尾俊彦・海野恒男 昭和 40. 12., 昭和 41. 12.
23. 「生活総合指数の作成に関する方法論の吟味」報告者 林知己夫 昭和 41. 1.
24. 「生活指標の総合化に関する一試論」報告者 青井和夫 昭和 41. 2.
25. 「社会指標と経済指標の相関について」報告者 山田雄三 昭和 41. 3.
26. 「わが国の地域別統計による経済指標と社会指標の相関について」報告者 山田雄三 昭和 41. 4.
27. 「生活指標の総合化に関する提言」報告者 大熊

一郎 昭和 41. 5.

28. 「生活指標の編成・選定に関する考察」報告者 前田正久 昭和 41. 6., 昭和 41. 9.
29. 「生活圏と地域指標」報告者 河辺宏 昭和 41. 10.
30. 「生活水準指数について」報告者 曾原利満 昭和 41. 11.

このほか、次に示す所内研究資料が第Ⅱ研究会の作業結果として刊行されている。

- No. 6505 (文献解説) 「社会指標と経済指標との相関」
- No. 6601 (個人研究中間報告) 「日本における地域別統計による経済的要因と社会的要因との相関について」
- No. 6604 (文献解説) 「生活水準指数」
- No. 6702 (中間報告) 「わが国の生活水準指数——国連方式による一試算 大正 14 年～昭和 40 年——」

M.S. ゴードン 著

地主重美・向井利栄 訳

『社会保障の経済分析』

社会保障研究所 1967 年 173 ページ

第2次世界大戦後急速に発展した社会保障制度は、その制度の形はさまざまであるが、戦争という国民的危機を経験した人々の間に強くゆき渡った全国民的ひろがりをもつ社会連帯意識を基盤としたものであった。西欧諸国の社会保障給付額の国民所得に占める割合が10%を超える大規模のものであることもこのことを示す一つのあらわれとみることができる(18頁)。しかし、これに対して合衆国の公的制度は西欧諸国に比して著しく立ち遅れており、わずかに老齢遺族廃疾年金保険と連邦・州失業保険とがあったにすぎない(1964年に高齢者に対する医療保険が設立されたが、一般のための医療保険は私営のものがあるだけである)。これは合衆国の国民所得が大きく貧困の問題がきわめて小さいからではなくて、多種の移民よりなる heterogeneous な国民、州政府のもつ強い独立的性格と連邦政府との関係といったものが、そしてまた、直接戦場となる恐怖を自国に感じたことがなかったことが homogeneous な国民国家である西欧のような社会連帯意識の昂りを妨げたことによるのではないだろうか。その合衆国においても長期にわたる失業問題や低成長問題への関心がたかまるにつれて、社会福祉計画に対して経済学者も関心を示すようになってきたので著者ゴードン博士は社会福祉制度に関係ある経済問題をすでに発表されている経済学者の文献にふれつつ、明らかにしていこうとしている。これは著者もいっているように徹底的な分析ではなくて、むしろ問題の指摘とそれへの接近の仕方への示唆ともいうべきものである。

以下まず簡単に内容を紹介しよう。

本文は序論、第1章 アメリカ合衆国の社会福祉制度、第2章 福祉制度に関する若干の国際比較、第3章 福祉制度と所得再分配、第4章 老齢・遺族・廃疾保険制度、第5章 失業補償、第6章 結論、そして補論として合衆国の現行連邦老齢・遺族・廃疾保険制度と連邦・州失業保険制度からなっているが、このうち、中心をなしているものは第4、5章であり、そのためにスペースも一番多くさいている。

序論において著者は社会福祉の公的制度の沿革について説明して、社会福祉領域へ政府が介入するようになった理由をあげている。沿革として時期を四つに分け、第1の時期を封建制度の崩壊と宗教改革によってそれまで荘園、寺院、ギルドが行ってきた慈恵的貧民救済活動は衰え、これに代って地方自治体レベルでの公的救済制度があらわれるようになった時期とする。この時期は商品経済への移行によって労働階級の生活不安は増大したが、当時の支配的見解は健康な成人の貧困は個人の怠惰によるものとされ、救済基準は苛酷なものであった。

第2の時期は産業革命が進展し、工場賃金労働者の直面する失業・廃疾・老齢などの経済的社会的危機は個人の力ではどうにもならないものであることの認識がひろまった。また労働者の実質賃金上昇の可能性に対する悲観的経済学説は労働者から将来の希望を奪い、社会主義運動が活発となった時期である。このような状態の中でビスマルクは社会主義を一方で弾圧するとともに労働者の不満をなだめる目的をもって、労働者の相互保険的な社会保険を創始した。1880年代のドイツの社会保険はやがて他の西欧諸国にもとり入れられて、労働者の生活を守るための中心的制度となり、従来の救済制度は副次的な地位におかれることとなった。

第3の時期は第2次大戦後、ケインズ革命の影響の下で、完全雇用を維持するための財政政策的手段として社会福祉政策に関心がもたれた。

第4の時期は現在の段階で、人的資源の開発、完全利用のために国民の健康・能率を維持するのに有効な手段として関心がもたれつつある。

ところで、著者の第3、第4にみられる経済的効果という見方からすれば、第1の時期は低賃金雇用に対する自発的失業を防止し、自助の精神を奨励することによって資本の蓄積をはかるための手段として苛酷な救済法が考え出された時期といいかえることができよう。

なお、つぎに政府の介入が必要となった理由を列挙しているが、それらはいささか唐突な羅列にすぎず、沿革

との関係において十分に説得的であるとはいえない。

著者は福祉制度を「自活能力を喪失し、中断した人や未成年で一人立ちできない児童に、現金や現物あるいはサービスなどの形で所得を移転するような社会計画」と定義して、本書では所得移得者から所得非移得者への所得移転による所得維持の公的制度を中心に扱っている。

第1章ではアメリカの福祉制度による支出の国民所得に対する割合は戦後著実に増加しているが、これは老齢・遺族・廃疾保険制度の拡大普及と旧軍人への援護費の増大が大きな要因であること、また将来も住宅、援助、失業者訓練制度の普及などによって支出は増大しつづけるであろうという展望を与えている。公的制度が大きく増大しているにもかかわらず、民間福祉活動による支出の国民所得に対する比率が減少しているが、これは慈善行為に対する税法上の優遇措置と民間福祉事業のための資金調達活動が中央集権化して能率的となり寄付行為者層が拡大したことが民間活動を容易にしたことによるものであるとしている。

第2章の国際比較は主として ILO の統計資料を用いて行っているが国際比較の困難さもあって特にみるべきものはない。

第3章の福祉制度と所得再分配においては所得再分配の本質と限界を明らかにしようと試みる。ここで著者は公的福祉制度は賃金所得階級内部での水平的所得再分配であるという議論に対して、所得再分配の利益をうける対象が賃金所得階級の中でも退職者、寡婦、孤児、労働不能者、あるいは失業により所得の激減した者などであって、彼らは非常に低い所得階層に属しているという事実をあげて、福祉政策は垂直的所得再分配に大きな役割を果たしている、と主張している。

ついで、社会福祉制度のための財源調達の面と給付受給者の面にふれているのであるが、これのみでは必ずしも所得階層間の所得再分配を十分に説明していない。それが説明されるためには財源と給付を切りはなして論ずるのではなく、両者をつき合わせてみなければならない。この章のみならず、全体を通じてそのような取扱いがなされていないのはいささか残念に思われる。特に本章ではアメリカの例を引用しているけれども一般論的な形で議論を行っているのであるから、もう少し立ち入って制度の型とその財源・給付の関係を所得再分配効果に結びつけて論じてほしかったと思う。

たとえば社会福祉制度を構成する社会保険と、ミーンズ・テストを必要とするその他の制度との比重如何、所得比例拠出と均一額拠出、所得比例給付と均一額給付、累

進税と逆進税の比率、雇用主拠出の最終負担者の問題などは後の章においてばらばらな形でふれられているものもあるが、本章の表題の下でまとめて論ずる方が読者に対して親切である。

ついで、所得再分配が行なわれる前と後の所得不平等度について、1959年には合衆国で成人単位でみた所得不平等度（ロレンツ係数で示した）は0.485から0.402に引き下げられていることをモルガンの研究から引用して示している。そして、「成人単位の所得不平等度の縮小をもたらすものとしてとくに重要なのは、連邦所得税や非貨幣的移転支出およびこの分析に含まれている他の要因の影響ではなくて、規則的な総貨幣移転支出の効果である」といっているが、残念ながら私にはよく理解できなかった。

福祉制度の所得分配に与える長期変動について、最低第1分位階層の実質所得を相対的に増大させるものは現金給付による所得維持政策よりは、義務教育などの公共サービスへの政府補助の方があずかって力があることを指摘していることは注目に値する。

第4章の老齢・遺族・廃疾保険制度においては1.労働力参加と生産性、2.老齢者の所得上の地位、3.所得再分配効果、4.消費・貯蓄および投資、5.消費のパターン、6.反景気循環効果、7.給付水準の決定、8.財源問題、9.要約、と多くの項目の下でかなり詳細にこの保険の経済問題的側面を論じている。

14 工業国について1950年前後に行われた調査の結果が示すところによれば、その国の労働者の平均年間収入に対する国民老齢保険や年金制度によって受ける平均給付額の比の値が大きくなるほど65歳以上の高齢男子労働者数の総労働者数に対する比の値は小さくなることを示していたことから、労働力の需給関係が逼迫している場合には高い年金を支給することは国民経済に重大な影響を与える。しかし、一般には老齢者の生産性は雇用労働者の生産性よりも低いし、経済変動への適応も低いところから、訓練をうけた適応性の高い婦人労働や若年労働にとって代られることは、むしろ高生産性をあげるための一つの方法とも考えられる、として、高年齢者の労働力参加の減少をもって一概に実質国民生産を低下させると決めてしまうわけにはいかない点を指摘している。そして、合衆国の老齢・遺族・廃疾保険が人的資源の保全ならびに生産性の向上に積極的な効果をもつために修正ないしは変更されるべき点をいくつかあげているが、視点が一貫していないために、あるいは説明が不足であるために、それら修正されるべき点と目的との関係が十

分に明瞭でないうらみがある。

所得再分配効果の項では特に注目すべき発言を行っている。すなわち、これまでの分析では最初の所得移転にともなう第1次効果の分析にとどまっていた、次の点を見落していることを指摘している。すなわち、保険給付の受給者は、もしその給付がなかったとすれば、当然他の公的扶助に頼るか、親戚知人の援助をうけるかしていたと考えられる。保険給付の支給はこれらの支出を大幅に減少したはずであるから、老齢・遺族・廃疾保険制度によって利益を得た者は、仕送りをした低位の中間層の人々や公的扶助のための税金を多額に払わないで済んだ高額所得層の人々である。これらのことを考慮に入れて純所得再分配効果をみなければならぬと主張している点である。

消費・貯蓄および投資の節においては老齢・遺族・廃疾保険が経済の安定と成長に与える効果をみようとする。著者は老齢保険は部分的にせよ積立方式による財源調達方式を基礎にしているから、積立の初期段階には経済全体に対してデフレーション効果を与えるだろう、そして「事実はその通りになった」と述べている。しかし、積立方式がデフレーション効果をもつか否かは、積立金を消化する投資機会がないかあるかにかかっているのであって、好況期にはむしろインフレーション効果をもつ場合も考えられる。アメリカでデフレ効果をもったのは、当時の世界大不況の下で、強制抛出による消費抑制面のみが働いてその抛出積立金の運用機会がなかったか、あるいはその運用が民間投資機会を圧迫したためではないだろうか。

財源問題の節において著者は受益者負担原理と支払能力原理（一般財政収入からの国庫負担によること）をそれぞれの主張の根拠をあげて論じたのち、賦課方式と積立方式に言及し、社会保険の場合は私的保険とちがうのだから完全積立方式による必要はない。しかし一般にはこの両方式の折衷が行われており、その程度はある時点でその国の経済がもつ余剰の程度と税負担の配分がどうであるかによって左右される、としている。

第5章の失業補償は、1. 所得効果と消費効果、2. 反景気循環の効果、3. 賃金効果、4. 労働移動に対する影響、5. 給付水準の基準、6. 給付期間の問題、7. 失業保険の財政と州・連邦の関係、8. 要約とから成っており、前章と同様、これらの点に関するさまざまな見解を紹介しつつ

論じている。

1. において受給額は多くの州で失業以前のフルタイム賃金の約半分と法律で決められているが、実際には50%よりかなり低い。しかし、家計支出の方は収入の減少ほど大幅には減少していない。また好況期の失業と不況期の失業とでは、後者の場合の方が家計を切りつめる幅が大きかったなど、興味ある調査結果を紹介している。

2. の反景気循環効果ではこの効果をたかめるためには抛出率を十分高くして景気上昇期には給付額をこえるようにしなければならないが、自動安定装置としては失業保険のみについてみるとそれほど大きなものではない。

3. の賃金効果では失業保険給付額と再就職機会の最低賃金との比が労働者をしてその再就職の機会を受け入れさせるかどうかを決める大きな要素となっていることを論じている。

4. の労働力移動に対する失業保険の影響は安定した技能をもつ労働者と特定の技能をもたぬ労働者とは異っていること、また労働力として定着していない臨時労働者や既婚女子の場合には濫用の傾向が強いことを指摘している。ついで、パートタイム労働の増加傾向からみて、失業保険規定の中に世帯最多稼得者と補助稼得者とを何らかの規定によって区別することの可能性を示唆している。

失業給付基準については50%というのは恣意的なもので根拠はなく、したがって給付基準を景気循環にそって累進させるべきかどうかについて理論的研究の必要を説いている。

7. の失業保険の財政と連邦・州の関係においては経験料率に関する論争、連邦再保険基金設置の問題などにふれている。

以上まとまりがないが内容を大雑把に紹介した。通読してもっとも興味深かったのは第5章の失業補償である。が、総じて、著者の見解は余りはっきり出ておらず、220を超える参考文献の縦横な引用によって、章、節、項にかかげた問題点を論じたものであるといえよう。したがって、本書は問題別参考文献の紹介ともいえるもので、社会保障制度の経済的・社会的側面を研究しようとする者にとってはたいそう便利な入門的参考書である。

（久保 まち子 東京女子医科大学講師）

日本社会事業大学編

『戦後日本の社会事業』

勁草書房 1967年 446ページ

本書は日本社会事業大学開学 20 周年を記念して出版されたものであるが、その企画にふさわしく専任教員全員と非常勤講師その他あわせて 20 名の執筆者が、それぞれもっとも得意とする専門分野を分担して論陣を張っておられる。「あとがき」によると本書は単なる「戦後 20 年間の日本社会事業の概観」ではなくて、各執筆者が「それぞれの専門分野で戦後社会事業にもっとも深い関係をもつ問題点を提出し、それを体系的に整理する」ものであるという。たしかに論者によって多少の相違はあるが、しかし全体としてみれば戦後わが国の社会事業の展開における問題点の現在の意義や将来に向っての問題提起が、各分野にわたって示されている。その点では他に類書をみないユニークな書物の一つとして、ひろく読者に推薦したいところである。

さて本書の構成は第 1 篇から第 6 篇までであるが、それぞれ「思想と理論」「方法と技術」「年金と公的扶助」「児童福祉事業」「身障・医療・婦人・社会教育」「社会事業教育と従事者」に分けられ、そのなかに 20 の論文が配当、収録せられているほかに「戦後日本の社会事業略年表」（文献年表を含む）を付け、450 頁に及ぶ大冊である。したがってこの書評で本書の全体にわたって紹介したり、論評を加える余裕はないし、また筆者の能力のおよぶところでもない。ただ本書の特徴と思われる論点を取りだして所見を述べるにとどめておきたい。

本書の執筆者はそれぞれ独自の立場をもっていられるが、しかしそれにもかかわらず本書の全体を通じて共通の特色ないし発想法があるように思われる。例えば戦前の救済事業に冠せられた「社会事業」という名称をいまもなお執拗に固執していること、あるいは本書第 1 篇に収められた諸論文その他にみられる社会福祉の理論構成における二分法的発想、すなわち一方は制度論的ないし社会科学の理論構成と他方は技術論的ないしアメリカ社会事業的理論構成というようにすべての社会福祉の理論ないし立場を、いずれかにふりわけてとらえる発想法である。

前者の特色についてはしばらくおき、ここでは後者に

ついて所見を述べてみたい。元来この二分法的発想は学会でも最初はきわめて便宜的、常識的に使われたものが、いつの間にか論文や著書にまで引用されだしたと記憶するが、もともと新聞用語的なアナロジーであり、厳密な学問的用語でもなかったし、いまもなお決して正確な用語ということはできない。われわれの学会では今までもしばしば厳密な概念規定をせずに常識的用語を使って多くの混乱を経験したことがあったが、この制度論・技術論という二分法的用語もその一つではないかと思われる。

しかしもっと重要なことは、このような二分法的発想が理論的にも、実践的にも果してどれほどの有効性をもっているかということである。元来社会生活上の困難を問題とする社会福祉理論について、それを社会体制、もっと具体的には社会制度との関連でとらえねばならないことは自明の事からである。どんな「技術論」でも社会制度との関連においていかに効果的に対象者を援助するかを問題とせざるをえないし、他方「制度論」も生活上の困難が資本主義体制の必然的所産だと単に説明しただけでは日常生活の次元においての現実的、具体的な援助にはならないであろう。したがってそれが「福祉理論」の名にあたいるためには、そしてまた現場での援助の実践に対する理論であるためには、いかに制度的ならびに個人的資源を効果的に利用するかの実践的な方法ないし技術を含まなくてはならないであろう。

してみれば「技術論」が体制を捨象するという批判は決して当を得たものではないし、「体制論」ないし「制度論」が「技術」を無視してもよいということにはならない。われわれの必要とすることは社会福祉理論を「制度論」と「技術論」とにふりかけることではなくて、まさにその反対に制度と技術を一貫的に説明しうる福祉の理論を確立することである。そのことを「戦後日本の社会事業」に期待したかったのである。

さて高沢氏は「社会事業対象の把握方法」において「社会事業対象という固有の領域構造があるとすれば、そのようなものとして認識することのできる方法論が実践と科学の主体にまずでき上がっていない」

(p. 29)とされるが、さてその方法論は戦後日本資本主義の再生産構造と再分配機構のなかで捉えるのでない限り無意味であるとし、日本社会事業の戦後の特徴は「日本独占資本の積極的拡大、とくに昭和 30 年以降の経済成長の下での階層格差の拡大、低所得階層の停滞、労働力構成の変化、社会保障全体に対する国民要求主体の自覚的成立の時期に、むしろ始まるのである」(pp. 34-35)という注目すべき規定を示されているが、同時に対象論としては戦後日本の低賃金構造、低所得階層の停滞および生存権意識の高揚によって「社会事業対象が労働者階級に典型化される国民大衆」に変質したことを論証される。そして「いまや社会事業はその対象によってのり超えられ、対象自身がその実現過程において主体の立場をまったく異質な点でうけると同時に、生存権なるものの観念性を現実化する基礎が、与えられる段階にきている」(p. 49)という。社会事業対象の質的变化が社会事業の主体を否定したというのである。

筆者の疑問は、そこでいわれている「社会事業」とは何かということである。この書評の始めにもふれたように、それが伝統的な救済事業ないしは保護事業の原則によって運営されてきた「社会事業」であるならば、論者のいわれるとおりである。しかし問題は「質的転換をとげた対象」による否定を媒介として、新たに自己展開をとげて出現する新しい「社会事業」ないしは「社会事業」の止揚されたものを明らかにすることである。論者はこれについて「このような逆転した対象論の課題は、(中略)……とりあえず社会保障としてだけとらえられる社会事業の課題としてまず把握されなければならない」(p. 49)といわれる。これでは社会福祉の固有の機能を明らかにしたことにはならず、かえって社会保障のなかに解体したことになるのではなからうか。

高沢氏が本論の冒頭にかげられた方法論についての問題意識は筆者も同感である。つまり社会福祉固有の対象を把握する論理は、同時に社会福祉固有の機能(つまり主体の論理)を規定すると考える。しかし高沢氏のばあいには必ずしもその点で成功したものということはできない。いわんや「制度論」と「技術論」を統合するものではなかった。

さて木田徹郎氏の論文「戦後社会事業理論体系化の諸構想」においては竹中、孝橋、岡村、竹内、一番ヶ瀬各氏の著書を取りあげて論評を加えておられる。が、そのばあいにも「竹中、孝橋、一番ヶ瀬の各氏の考え方は、(中略)……社会構造論的であり、岡村、竹内両氏は技

術論の系譜に入れることができる」(p. 60)として、前述したような二分法が採用せられている。もっともすぐそのあとで木田氏は「このような大枠内でのそれぞれの構想は、各々独自のものがある」ことを認められて、「一方の極に孝橋氏を他の極に岡村、竹内氏をおくとすれば、竹中氏の構想は、その中間に近いところに位置さすべきかもしれない」(p. 61)として、いわば「三分法」を提案せられている。

このことは一見すれば、竹中氏の所論が「制度論」と「技術論」を媒介するものであり、両者を一貫的に説明する原理を提供したもののようにみえる。その点において竹中理論はわれわれの関心の的になるものである。しかし果してそうであろうか。

竹中理論がそのような統合の原理として提示したのは「経済人」に対立する「社会人」、「経済的なもの」に対立する「社会的なもの」の原理である。すなわち氏によれば「生産的労働政策」である社会政策に対して、社会福祉政策は「分配的生活保全政策」である。それは「生産的労働力の確保創出ではなくて、『社会的人間』の保障であり、『商品』や『手』としての労働者の保護ではなく、人格として尊重されねばならない国民へのサービスである」という。かくて「経済構造からかなりの相対的独立性をもった点に『社会的なもの』あるいは『社会的人間』の特徴と、したがって社会福祉事業の特質を見出そうとする」(p. 61)といわれる。そしてその根底にあるものは「労働者は単なる労働力の運搬者としての homo-economicus である前に社会生活の中にその主体性をもった homo-sociologicus である」という認識である。

しかし「経済人」と「社会人」とはそれほど対立した原理であるとは思われない。それは同一の社会的次元での機能的分化を示すにすぎないものではなからうか。経済体制に規定される「経済人」と社会体制に規定される「社会的人間」という相違はあっても、どちらも制度に従属し、それに制約される自動人形であることに変わりはない。はたしてこのような「社会的人間」の原理によって「制度論」と「技術論」とを媒介することができるのであろうか。

筆者のみところでは、元来「制度論」と「技術論」とを媒介する原理は、社会体制ないし社会制度と生活の主体者としての個人とを一貫的に説明しうる原理でなくてはならない。他方において体制ないし制度に規定されながらも、一方においてそれに対決し、働きかけ、そして自己を統合的に維持する主体的存在としての個人の生活が問われなければならない。このような決断ないし責

任の主体者としての個人の生活問題が、あますところなく社会体制によって説明されるならば、「制度論」と「技術論」の対立は制度論のなかに解消されるであろう。

木田氏によって「技術論」のなかに位置づけられた筆者の著書についても、以上に述べた点をも含めて論及すべき点が多いが、拙著の説明不足によって生れた誤解もみられるので、ここで所見を述べることをさし控え、むしろ現在執筆中の「社会福祉学(総論)」の改訂版にゆずることにしたい。ただ一言だけつけ加えるならば、筆者の問題意識は前著以来今日まで一貫して、社会福祉固有の対象と機能を明確にすることに集中せられているが、それは、この作業を終って明らかになった社会福祉固有の視点から社会体制はもちろんもっと具体的な社会保障、住宅、労働、保健、教育等その諸政策や現行のいわゆる「社会福祉事業」を批判し、評価しようと思うからであるが、それが「制度論」であろうか、あるいは「技術論」であろうかの判断は、筆者にとってあまり重要な意味をもたないことである。

さて本書の第2篇「方法と技術」のなかに収録されている小松源助「ケースワーク論の展開」においても「社会科学的立場」と「技術論的立場」という二分法的発想が採用せられている。すなわち「本稿においては、(中略)……特に〈社会科学的立場〉からの批判に依じて内在的に現在までの間、〈技術論的立場〉からのケースワークの心理主義への偏向がどのように反省・批判され克服されようとしたかについて再検討し、それを通して『ケースワークを外から社会科学的に批判し去る』立場と、『技術のなかに閉じこもって社会科学的視野にまで眼を開こうとしない』立場との間に、『建設的な歩みよりの途』を開くとともに『新しい理論』を築きあげてゆく方向を確定するための手がかりを探ってみることにしたい。」(p. 76)といわれる。

なるほどカウンセリングや心理治療と同一化した「心理主義偏向のケース・ワーク」というものがあれば、「技術論的立場」という分類概念も必要となるであろうが、しかしそのような「ケース・ワーク」はもはや social casework ではない。それなればこそ論者はその「偏向」を克服されようとするのであろう。

けれどもここに注意したいことは、そのような「心理主義偏向のケース・ワーク」が本来のケース・ワークでないことは、「社会科学的立場」からの批判や「社会問題的視点」をもちだすまでもなく、社会福祉固有の対象と機能からみてすでに明らかなことである。個人と社会

制度との交渉関連(社会関係)によって個人の社会生活が成立し、この社会生活上の困難を援助するところに社会福祉固有の対象と機能があるとすれば、この社会福祉的援助の技術としてのケース・ワークが心理主義に偏向してはならないことは、ほとんど自明のことである。重要なことは徒らに外在的批判に戦々恐々とすることではなく、本来のあるべき社会福祉固有の立場を見うしなわないことである。

本書の第3篇以下はいわゆる社会福祉の各分野と社会事業教育・従事者問題にあてられているが、ここに各論文について所見を述べる余裕はない。2, 3の感想を述べて書評の責をふさぐにとどめる。

「児童福祉事業の制度と行政」(徳永氏)は戦後における児童福祉行政の変遷を概観したものであるが、最近の傾向として「児童福祉法の分解的傾向」があげられている点に注目したい。周知のように母子保健法、母子福祉年金、児童扶養手当、特別児童扶養手当等一連の法律が児童福祉法とは別箇に制定されてきた事実を指摘したものであるが、この一連の傾向は、児童の経済保障や保健や教育をのぞいたあとに「児童福祉事業」に何が残されるかという興味ある問題を示唆するものとして、この点についてもっと詳細に論じられるべきではないかと思われる。

坪上氏の「医療社会事業の理念と展開」は近年の医療社会事業批判に対する回答の試論を提示されたものとして注目すべき論文である。ここでも「いわゆる社会科学的立場からの批判」という一節がみられるが、しかしその回答の試論では「制度論」に対して「技術論」を対置することなく、本質的に固有な「社会福祉の理念の設定」(p. 350)を試みようとするものである。

氏によれば「ワーカーの援助過程を成立させる諸要因の源に合理性と平等性を求めることができる」(p. 350)として、「個人の心のなかにこうした合理性、平等性を開発していくことがワーカーの仕事であると考えことは許されないであろうか」(p. 351)といわれる。しかしこの「合理性」と「平等性」という基本的な範疇概念が何から、またいかにして導きだされたかの説明を聞くことができない。ただ「援助関係の展開のあとをたどってみて明らかになる」(p. 350)というのでは循環論にすぎない。もし筆者の所見が許されるならば、それは生活上の困難を打開して、自己を貫徹してやまない根源的な生活者のエネルギーの一つの範疇としてとらえることのできるものではなからうか。社会福祉の対象把握も援助の

機能も、結局はこの根源的な生活者のエネルギーの社会化にかかわると考えるからである。

(岡村 重夫 大阪市立大学教授)

H. E. クラーマン著
大村潤四郎・江間時彦訳

『保健と医療の経済学』

至誠堂 昭和 41 年 xii+270+xx

1. Wealth と Health はともに人間の Physical なサイドを代表している。この二つは人間の生活の上で密接な関係をもって、相互にきりはなすことができないにもかかわらず、前者はもっぱら経済学の対象とされ、後者は主として医学研究の主題と考えられてきた。富の原因と結果を体系的に分析することに自己限定した経済学にとって、保健の問題はあくまでも予件であり、経済外的なカテゴリーとみなされていた。もちろん両者の関係をまったく無視していたわけではない。古典派の賃金論が、賃金水準を労働再生産費とみたときに、実は労働可能な健康の保持が暗黙に仮定されたのであり、ありうべき疾病や事故の費用が賃金率のなかに反映されていたと考えることができよう。

狭い経済との関係からみると、保健は教育ときわめて類似している。両者はともに経済にとっては予件でありながら、富の大小、増殖と固い相互依存関係をもっている。保健や教育の充実が生産性を高めて富の増大・増殖をもたらし、富の増加が逆に保健や教育のレベル・アップを可能にする。

このようにみるならば保健と経済、つまり Health と Wealth の間にはきわめて密接不可分の関連があるとななければならない。保健を予件として経済分析の埒外におくやり方ではなしに、むしろ真正面から経済分析の俎上にのせる必要がある。本書はこのような企図されている。

2. 本書は Herbert E. Klarman, *The Economics of Health*, Columbia University Press, New York, 1965, pp. vi+200 の邦訳である。著者クラーマン (Klarman, H. E.) は保健の経済分析を長い間手がけた碩学であり、フォード財団の求めに応じて、医療・保健の経済的分析に関連した多数の論文を論評し整理した。したがって本書はクラーマン自身の見解を体系的に展開するようなスタイルをとらず、保健・医療の経済学に関する彼の理論体系にしたがって諸文献を位置づけ、これを簡潔に論評するだけであるから、いわゆる保健経済学の全容をつか

むことはできないが、その問題整理がかなり適確になされている。

本書は決のように構成されている。

- 第1章 展望
- 第2章 需要決定要因
- 第3章 企業、慈善団体、政府の医療需要
- 第4章 医療従事者の供給
- 第5章 病院サービスの供給
- 第6章 組織、調整、規制
- 第7章 若干の問題

これから明らかなように、本書は保健・医療の需要、供給の分析、ならび需給調整のメカニズムの解明にあてられている。

3. アメリカの保健・医療支出はめざましく、その動向は次の通りである。

1929 年	36 億ドル	対 GNP 比 3.6%
1963 年	338 億ドル	5.9%

これは年率 6.8% の増加であり、この期間の医療価格指数の 227% 増を考慮しても 34 年間に実質約 4 倍の増加になる。保健・医療の経済的インプリケーションはこの事実の認識を背景とする。

保健・医療への需要を決定するのは、他の商品と同じように所得水準、相対価格ならびに消費者の嗜好である。所得水準についていうと、保健・医療に対する所得弾力性は 1 よりわずかに低い、やや上昇の傾向がみられる。これは医療知識の普及などによってサービスの利用頻度が高まることや、より良質のサービスを需要することなどに大きな原因があると思われる。相対価格についてみると医療の価格弾力性は低く、したがって保健・医療費は大幅に増大している。最後に消費者嗜好をみると消費者個人の選好よりはむしろ消費者集団の性格変化によって医療需要に大きな影響を与えている。それは人口の老齢化現象である。これは当然のことながら医療需要を高めることになろう (老齢者の増加によって医療需要が高まっても、老齢者の所得がこれに伴わないかぎり、有効

需要にはならないであろう。社会保障給付や私的年金の改善がはたしていかほどその解明に役立つか、本書からうかがい知ることとはできない。医療は究極的には個々の消費者によって需要されるものではあるが、その支出がすべて消費者自身によってなされるわけではない。事実 1961 年に保健・医療支出総額のうち消費者の支払額は約 5 分の 3 で、残りは消費者以外の需要者、すなわち政府、企業、慈善団体によって支出されている。これはその国の医療保険制度、政府の医療保健行政、社会的相互扶助組織などのありようを反映している。さらに重要なことはこれら非消費者の支出の転嫁や帰着の問題である。したがって消費者の負担を正確につかむためには税制ならびに医療サービス市場のプライシング・メカニズムを明らかにしておかなければならない。

保健・医療サービスの供給要因は、医療従事者、病院その他の医療施設・設備および技術である。したがって供給水準を計測するには、まず人的要因たる医療従事者、つまり医師や看護者などの供給とそれを決定する諸因子を明らかにし確定しなければならない。これら Professionals の供給は Friedman, Kuznets, Stigler などによる分析、Schultz などによる教育投資分析によって逐次解明されているがまだ納得できるような結論には達していない。とくに医師の不足が社会的論議を呼んでいるアメリカの現状を、上の諸氏の拠りどころとする教育投資収益論で果して十分に説明できるであろうか。

医療需要の傾向的增加と医療供給の停滞は医療サービス価格を当然引き上げざるをえない。このギャップをどう解決するか、これがアメリカの難問であろう。この解決策として医療のグループ診療が考えられる。この方法は医療の質的向上を助けるばかりでなく、医師や病院の利用度を高め医療資源の効率利用をうながすことになる。しかし医療需要の急増を単に既存の医療資源の利用度上昇だけで救済することがはたして可能であろうか。

医療支出を投資とみるか、消費とみるかは医療の性格を考える上できわめて重要なポイントになる。そもそも医療支出には疾病に伴う直接費と、疾病による労働不能、死亡、休業による生産減退の形をとった間接費とがある。したがって医療支出は疾病を治療し健康を回復させることによってふたたび生産活動に復帰させる費用とみられるものであるから、その性格は著しく投資支出的である。しかもその支出は一部補填投資的であり、一部新投資的である。ただ医療支出を資本財投資になぞらえて投資支出と規定することに若干問題がないわけではない。勤労所得をえている家計の消費は労働力を再生産し、さらに

労働能力を高めるという意味で、いわゆる単なる消費とみなすべきではないのに現在の経済学ではこれを消費と規定しているが、これと医療支出の間にどのような差異があるのだろうか。理論上の一貫性を保つためにはこの問題についても統一的な解釈をほどこしておかなければなるまい。

4. 本書は医療・保健の経済学的分析に一つの水路を拓いたものであるが、その取り上げ方はいくつかの問題がある。医療・保健を経済的視点からとらえるということは、経済と医療・保健との相互関係を正しくとらえることが大前提になる。この相互連関の仕組みを通して保健から経済へ、経済から保健への交渉と浸透が把握され、理解されるのである。しかし本書の取り上げ方は、医療・保健から経済への一方的交渉関係、浸透関係がのべられているにとどまる。たとえば疾病の外部不経済を重視する態度などがそれである。もちろん、この効果は両者の重要な紐帯を示すものであるが、逆に経済から保健・医療に与える影響、効果が無視されている。現在先進国ではほとんど例外なしに公害が現代の病とされている。なかでも経済的原因に基づく公害は先進諸国の経済的社会的発展に重大なかけを落している。大気汚染、水質汚濁、騒音などは明らかに経済が保健・医療に与える外部不経済に外ならず、しかも重大性はますます高まっている。したがって、医療の経済分析はこの両者の影響を総合的体系的に分析することではなければならない。第 2 に本書は保健・医療を疾病のダイメンションで掴み、それに対する対策として取り上げている。しかし保健・医療は、予防と治療とリハビリテーションの包括体系であり、またそれなしには真の治療すらできないものである。予防やリハビリテーションまで経済分析の範囲を拡げることには大きな困難の存することは明らかであるが、しかし保健・医療を包括体系として把握するという問題意識が確立されなければ、さきの経済の外部不経済、保健・医療の外部効果がきわめて曖昧なものになる。第 3 は医薬品の問題である。医療費の増大が多分に医薬品価額の増加によることはよく知られている。本書でもこれをまったく無視しているわけではないが（たとえば訳書 240-41 ページ）、この指摘はきわめて不十分である。すでにキーフォーバー委員会によって究明されたようにアメリカの医薬品産業は寡占的な市場形態をもち、これが現在の医療制度と結合して医療費の引き上げに力をかしている。医薬品産業の経済的行動様式を描いては、アメリカの医療・保健の全容はついに掴もうべくもないと思われる。

最後に訳文についていえば、訳者も指摘しているよう

に 230 にも及ぶ文献の論評が中心になっているために訳出に苦心のあととみられるが、やや原文にひきずられて生硬になり、読解にも苦心がいる。その外経済学の専門用語についてかなりの誤訳がみられ、たとえば、

46ページ 「過去にとられたいろいろの機会の実績に
てらして」(in terms of opportunities foregone) は
「機会費用でみると」

43ページ スタイグラー (Stigler) はステーグラー
44ページ 感受性 (sensitive) は感応性
44ページ 私的支出(private expenditure) は民間支出
44ページ 個人総合所得(aggregate personal income)
は総個人所得
188ページ スミジース (Smithies) はスミシース
と改めたらよいと思う。(地主 重美 社会保障研究所員)

D. ペエイジ, K. ジョーンズ著

『イギリスにおける 1975 年の保健・福祉サービス』

Deborah Paige and Kit Jones; *Health and Welfare Services in Britain in 1975*
Cambridge University Press, 1966, pp. x+142.

医療保障制度はしばしば保険かサービスかという形で問題が提起されている。世界各国の制度はそうした問題のたて方によって、その仕組みと本質を図式的にはあるが、かなり適確に把えることができる。

しかし保険かサービスかということは、いわば極限の概念である。ここで極限の概念という言葉を用いたわけであるが、その言葉には大きく相異なる二つの受けとり方のあることに留意しなければならない。すなわち、現行制度というものがつねに妥協と折衷の産物であるという前提のもとで、ある国の制度が 100% サービスということもなければ、あるいは 100% 保険ということもあり得ない。現実的には必ず両者の混合であって、サービスも保険もそれぞれがその制度の構成要素としていり混っていると考える立場がその一つである。そこでは現実的に双方が混在していることに意味がおかれている。

今一つは極限の概念を文字通り、ある連続運動の収束する方向と解することである。そこでは 100% サービス、あるいは 100% 保険でないことが意味があるのでなく、窮極の目的としてサービスか保険かの、いずれかの方向をむいていることが大切なのである。

周知のとおりイギリスの医療制度は公共サービスを主軸としている。そしてそれをさらにおしすすめようとしている。現行制度が不可避免的に持っている長短多くの特色はともかくとして、今後いっそうそうした公共サービスに徹することによって制度の進展と充実を企図してい

る。そのことを、ここに紹介する D. Paige と K. Jones の *Health and Welfare Services in Britain in 1975* がはっきりと示している。しかも、将来の展望とか計画とかいう形で問題が論じられるとき、医療制度が公共サービスによっているというこの国の特質が、この上ない強味となっている。そこには字義通りの計画がある。医療サービスが予防・治療・リハビリテーションを通じて、一貫した企図のもとに構想され得る強味がある。本書を読んで、ここにこそ国民保健サービスの特質があると感銘させられることが多かった。

公共サービスとしての医療制度の発達、この国の公衆衛生・環境衛生の長い伝統に由来する。早くから広い国際交流の中にあつたこの国は、しばしば伝染病の猛威にさらされた。細菌学の発達(1880 年代以後)によって、伝染病に対する予防措置が可能となるまでは、この正体不明の伝染病対策としては、環境衛生を強力に推進する以外に途がなかった(わが国が近代国家の仲間入りをはじめた頃は、すでに細菌学的な伝染病対策が確立しつつあつたことある意味では不幸な出来ごとであつた。予防注射がいち早く輸入されながら、莫大な経費を要する都市の環境衛生整備は、次第になおさらにされるようになった。伝染病には予防注射で十分ということであれば、環境衛生は自然と後回しにならざるを得なかつたであろう)。イギリスにおける公衆衛生法の施行は 1848 年であり、リバプールで水洗設備のない家屋の建築を禁止す

る規則が行われたのは実に 1865 年のことなのである。

そうした予防医学・公衆衛生を重視する伝統が、治療を主とする医療をも広い視野の中に正しく位置づけて把握することを可能にした。のみならず、本書は表題の通り、保健と福祉のサービスの展望である。児童福祉、母子福祉、老齢福祉、身心障害者福祉など、各領域にわたる福祉サービスが、これまた公共サービスとしての医療制度の中で、十分に計画的に整合的にとり上げられている。わずか 150 ページほどの小冊子ながら、多くの教えられるものがあるのは、関連諸制度の中に高度の計画性と一貫性が見られるからであろうか。

本書は国民社会経済研究所の一連の研究双書の一つとして刊行されたものである。既刊の研究双書には、国民所得、租税負担、産業政策、ソビエトの経済組織、アメリカにおける反トラスト法、経済成長と外国貿易、戦時下の貯蓄と支出、など 40~50 冊の多くは経済学的なものが占めている。そうした一連の研究双書の一冊である本書も、保健・福祉サービスについての、きわめてマクロ的な展望が試みられている。個々の技術的、専門的な問題ではない。むしろ国民経済の背景のもとに、社会資源の配分、専門職員の需要と供給、などを考察したものである。そうした将来の計測がきわめて困難なことを強調し、個々の予測には不確定なものであることを認めながら、大局的にはほぼこうした線をたどるであろうことを確言している。

1960~75 年の経済成長率は年率 3.5% としている。この数字は西欧諸国のそれに比してはむしろ低きにすぎようであるが、この国の 50 年代の実績に照らしてみると過大とも言えるのである。

そうした経済成長の下で、個人所得がふえ、入院患者や施設収容者の生活水準も上昇し、医師・看護婦等の報酬・給与の規準も引上げねばならないとすると、1975 年の時点で、こうした福祉、保健、医療の全領域に対して、国はどれほどの資源をふりあて、またそれが可能であるか。資源の効率ある活用をはかるためには、管理・行政機構の上でも、さらにいくつかの問題が指摘されねばならないであろう、本書の論述はそうように展開されている。

本書は緒論、本文 11 章と六つの補論から成っている。

第 1 章 保健サービスへの需要とその現状 では上記のようなことがきわめて概括的にまとめられている。人口構成の変化がまず次の表のように示される。この人口構成の変化が将来の医療・福祉領域での需要を大きく決

定する。しかも労働人口の相対的減少と、結婚率の増大

(単位 100 万)

	1960 年			1975 年			増加率
	男	女	計	男	女	計	
0 ~ 4	2.1	2.0	4.1	2.8	2.7	5.5	33%
5 ~ 14	4.1	3.9	8.0	5.1	4.8	9.9	24%
15 ~ 64	16.8	17.4	34.2	18.2	17.8	36.0	5%
65 以上	2.4	3.8	6.2	3.1	4.7	7.8	26%
計	25.4	27.1	52.5	29.2	30.0	59.2	13%

にとまう独身女性の著しい減少は、彼女らが伝統的に看護婦・保母をはじめ多くの保健福祉サービスの専門職員の供給源であっただけに、計画樹立の上での一つの大きな課題となる。75 年には 60 年に対して 20~60 歳の独身女性は 4 分の 3 に減少する。しかしその点に関しては、専門職員の前提条件である就学率・進学率の今後の向上が有利な因子であることも忘れてはならない。とともに、大きな需要をかかえているこの領域での職員に対する身分上の保障は、今後一段と向上させていく必要が強く説かれている。

医学と技術の発達の影響は一般には入院期間の短縮、医療機関の効率ある回転となってあらわれるであろうが、入院経費の 1 日当り単価は増大をまねかれがたくするであろう。貧困層の減少は医療需要の減少をもたらすであろうが、生活水準の上昇は質の高い医療を需めるであろう。家庭における出産はすでにほとんど考えられなくなっている。現在高齢者の医療需要が主としてその年金額の低さに起因しているといわれているだけに、所得再分配機能としての所得保障の今後の充実が、どういう結果を招くであろうか。住宅政策と所得維持政策の将来と、医療需要の推移如何を論じているところは、この書のもっとも基礎的な論議としてなかなか興味深い。いわゆる予防医学の領域をはるかに越えて、国民の生活の諸条件の整備がその視野の中に入っている。

こうした将来の見取図の外に、第 1 章の後半の記述が現行制度の歴史、部門別の経費、職員配置、病院・施設等の分布などの概略にふれているのは大変有益である。

第 2 章 保健・福祉サービスの発達と行政

第 3 章 将来の行政と政策

保健・福祉サービスの組織はこの国のある意味では保守的でもある国民性を反映して、旧来の制度を多分にそのまま受け継いでいるところがあって、かなり混乱している一面もある。管理機構として、現状では 15 の地区病院委員会、134 の執行理事会、137 の地方保健当局に

分れる管理機構は、必ずしも斉合したものとは言えない。そのことが産婦、あるいは母子に対するサービスを例にとっても、所轄を異にするいくつかの行政系統に分断されたサービスが同一対象を取扱う結果になっている。

救貧法、公衆衛生、民間慈善組織、および友愛組合ないし共済制度の四つの流れが、46年の国民保健サービス、48年の国家扶助法に流れ込んだ歴史を説いて、こうした現行制度の中での混乱を説いている辺は説得的でもある。しかし1975年を語る文脈の中では、こうした組織の再編成、老朽しつつある病院施設の再建整備が何としても必要となってくる。

戦後、教育施設、学校建設には多くの投資をはかってきた。国民保健サービスの面では、その制度の抜本的な改正と推進に比して、施設・設備の面でかなりの立ちおくれをみせたことが率直に指摘されている。今後、この莫大な投資を必要とする病院計画の効率ある展開が期されねばならないとすると、制度の統合などとりわけて基本方針の確立がのぞまれる。

1959年の精神衛生法はその一つの方向を示唆しているかに思われる。その法律が、地域社会を中心とし、居宅サービス、住民サービスを主眼としているかに見えるからである。一方、福祉の領域でも大規模な施設中心主義から、地域社会の中に散らされた家庭的な小施設尊重に移行してきた。施設内での長期の収容に対する強い反省があり、児童収容施設についてはいわゆるカーティス委員会の報告がある。さらには母性による児童養護の重要性を力説したボールビの研究などがあって、大きな転換点に立っている。老人ホームの在り方についても、老人の処遇そのものについてもこうした考え方が台頭してきている。数の上の需要におされて効率だけを考える大施設中心主義に深い反省が行われて、対象者の真の幸福はなにか、ことに児童の場合には、将来の社会の一員たるべきものとしての、その人間形成の貴重な場に対する教育的・心理的検討が加えられるようになっているのは意味が深い。児童における里親制度、養護ホーム。地域のただ中——その生涯を過してきた社会の中での老人ホーム。そうした濃い人間関係の中での対象者の処遇が真剣に考えられているのである。57年の精神病、精神異常者に関する王立委員会の報告でも、隔離収容の方向にはかなり否定的である。

保健サービス、福祉サービスの今後の基調として人口5万から10万単位の地域（いわば保健福祉地区）を考え、その地域が中心になって組み立てられていく施策が理想とされているようである。

第4章 家庭医

第5章 一般病院

第6章 母子に関する保健福祉サービス

第7章 精神衛生

第8章 高齢者、障害者の保健福祉サービス

についての各論の展開がある。一般医の絶対的不足と病院勤務医の漸増。一般医への人頭割または件数制の報酬の長短、など。ここに提起されている問題は多い。歯科医の著しい不足も制度の不備を語るものなのであろうか。公共サービスを中心として形成されているこの国の医療制度の中で、私的利潤を追求する製薬会社という異質の存在。およそ処方箋を書く医師には薬剤費に対する関心がうすい。処方箋に患者の一部負担が導入された52年、負担額の引上げが行われた59年と61年に処方箋の交付数に多少の減少が見られた。そのことが今後、薬剤費の高騰をチェックする役割を果たすかも知れない。しかし新薬の開発などもあって、コストは漸次上昇の一步をたどっている。価格に対する政府の規制も考えられているが、新薬開発のための研究費を、コストのなかにいかに考えるべきであるのか。私的企業間の無益な広告費にも批判の余地はあろうが、自由競争ゆえの研究の進捗ということもあろう。ともあれ、こうした真剣な検討が加えられている薬剤の問題にしても、その費用は総医療費中に占める比率が、1950年の8.2%、63年の11%の低さであることは顧みて考えさせられるところがある。

病院の地理的分布の不合理については、国民保健サービスの体制下でも、かならずしも十分な是正がなされていない。医学技術の進歩とともに、高度の設備を整え、各科専門医を擁するとなると病院の規模は最少800床以上のものとなるであろう。この種の病院になると、人口15万の地域をその配下におさめなければならない。治療効果を高めて、患者の回転を早める必要もある。そうした病院計画を考えながら、一方では、長期療養の疾病については福祉施設と同様に、小規模のものがより適切であるとしている。

家庭医や一般病院に対する全住民の医療・福祉需要を概観した後、母子・高齢者・障害者に対する施策が論じられている。保健・福祉サービスを一貫する行政・管理機構の確立、医師から社会事業家におよぶ統一的な連絡提携の実現、その達成にはなお多くの曲折があるであろうが、そのことがはじめて対象者の福祉を計り得るものであることが強調される。

第9章 保健・福祉領域の職員充足の問題

第10章 経費についての予測

についてふれている。

現に医師・歯科医師の外に50万の職員を必要とし、75年までにはさらに73万にまで拡大しなければならぬ保健・福祉専門職員の問題。この領域全体として、通常経費の増大とともに、社会資本の充実もはからねばならぬとすると、将来の予測はいっそう巨額のものとなる。こうした数字上の考察は六つの補論（A. 医師の将来の充足、B. 年齢別・性別人口構成より見た病床需要率、C. 精神障害者の動向、D. 地方保健当局のサービス、E. 施設維持費について、F. 経常経費の動向）などとともに、本書の結尾の部分を構成して貴重な指標にみちている。

本書は上述のような展望を試みながら、適正規模の地方単位における保健・福祉サービスの運営こそが、住民

の真の福祉を実現すると結んでいる。いわゆる現代病とされている精神疾患の患者も今後いっそう増大していくであろう。そうしたことも、実はわれわれの今日の社会生活——人間が疎外され、地域から孤立させられがち——とは無縁のものではないのである。

社会保障制度の進展、各種サービスの拡大が企図せられるかたわら、人間は終極的には“いかにして泰らうことができるのか”、“いかにしてその幸福を勝ち得ることができるのか”が繰返し問われているように思われる。

地域組織の再編成、それが大きすぎれば個人が疎外され、小さすぎれば、高度の現代文明の利器を十分にとり入れることはできまい。そうしたかねあいの至難さをふまえながら、なお、地域の中に根を下ろしたサービスを強調して止まないところに、この書が単に保健・福祉サービスの将来図をこえて、将来社会の理想像を描こうとしているかに思われる魅力がある。

（谷 昌恒 社会保障研究所員）

— 執 筆 者 紹 介 —

はし 橋	もと 本	まさ 正	み 己	国立公衆衛生院衛生行政学部長・社会保障研究所専門委員
ひがし 東	だ 田	とし 敏	お 夫	関西医科大学教授
よし 吉	だ 田	す 寿	み 三	国立公衆衛生院社会保障室長
たに 谷		まさ 昌	つね 恒	社会保障研究所員
つ 都	むら 村	あつ 敦	こ 子	社会保障研究所員
まえ 前	だ 田	まさ 正	ひさ 久	厚生省大臣官房統計調査部統計調査官

社会 保 障 統 計

この「社会保障統計」欄をよむ上に：

1. 社会保障の概念規定については、まだ十分な結論がなされていない。従来の「社会保障」の概念にとらわれることなく、もう少し広く「社会開発」的視点から資料の収集をはかることにしている。
2. 毎会計年度ごとに刊行される 1～4 号の 4 冊によって、一つの体系的概観が可能であるように、諸統計の配置を考慮してあるうえに、その号かぎりの特殊表をも付加する建前をとっている。
3. 本欄の構成は主要資料の図示、国際比較および国内関連資料の収録の 3 区分を原則とし、可能な限り最新の数字に入れ替えることとしている。
4. 本号では人口動態、乳児死亡率、死因別死亡率、栄養摂取状況について国際比較を行い、国内資料については国の予算(社会保障関係)、保健衛生費、患者数、病床数、人口動態、栄養、保健所、上水道、ふん尿・ごみ処理、住宅、都市公園等に関する諸資料を掲載している。本号は「公衆衛生および医療」を特集としてとり上げているので、統計資料もおおむねその線にそって集めてみたものである。
5. 各統計表中に使用している記号は、つぎのような場合に用いてある。

計数のない場合	—
計数不明の場合	...
統計項目のあり得ない場合	.
数値が微小 (0.05 未満) の場合	0.0
使用した計数の年次等が異なる場合	*

(曾 原 利 満, 大 本 圭 野)

目 次

図 表	
図 1 諸外国の乳児死亡率の推移	90
図 2 都道府県別人口増加率	90
国際比較	
表 1 各国の人口動態指標	91
表 2 各国の乳児死亡率の年次推移	92
表 3 各国の死因(簡単分類)別死亡率	93
表 4 各国の 1 人 1 日当り栄養摂取量の年次推移	94
予 算	
表 5 国の予算における社会保障関係費	95
表 6 保健衛生費の推移	95
患者数・病床数	
表 7 傷病大分類別の患者数(全国推計)	96
表 8 生徒の疾病異常被患率	96
表 9 傷病大分類、年齢階級別にみた全施設の 全国推計患者数	97
表 10 結核患者数および人口対率	97
表 11 結核病床数と病床利用率の推移	97
表 12 精神障害者数・有病率・百分率	98
表 13 精神病床数と病床利用率の年次推移	98
表 14 伝染病・食中毒の患者数および患率	98
表 15 都道府県別にみた病床種別病院病床数	99
人口動態	
表 16 人口動態指標の推移	100
表 17 主要死因の年齢階級別死亡率性比	101
表 18 自然一人工別死産数と死産率の年次推移	101
保 健 所	
表 19 保健所職員定数・現員および充足率	102
表 20 保健所のおもな活動状況	102
表 21 都道府県別にみた型別保健所数および 1 保健所当り人口と面積	103
栄養・体位	
表 22 支出階層別にみた農家および非農家の栄 養摂取量	104
表 23 主要年齢における身長・体重・胸囲の推移	104
上下水道・清掃	
表 24 給水人口と普及率	105
表 25 し尿処理施設・ごみ処理施設および下水 道終末処理施設整備状況の推移	105
住 宅	
表 26 住宅数および 1 戸当り居住室数等の推移	106
表 27 利用関係別にみた着工新設住宅数の推移	106
都市公園	
表 28 都道府県別にみた都市公園の現状	107

図1 諸外国の乳児死亡率の推移

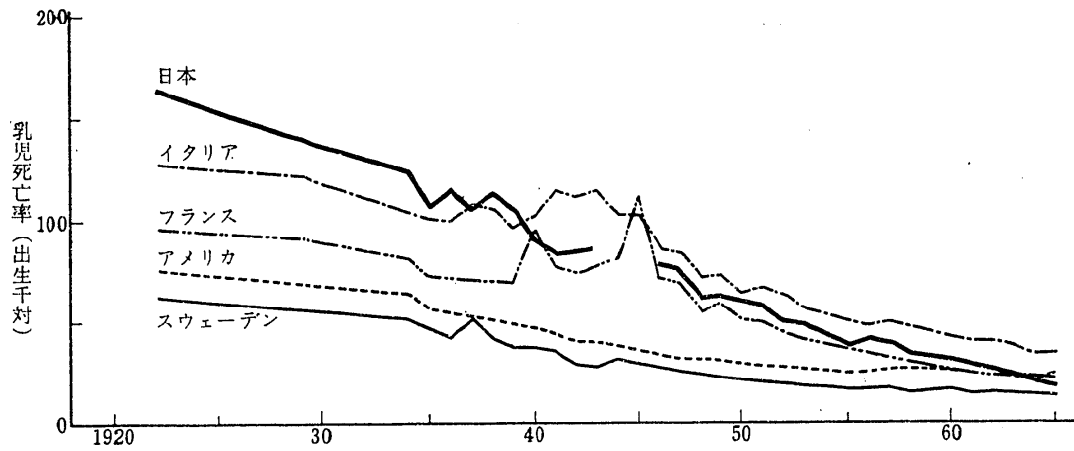
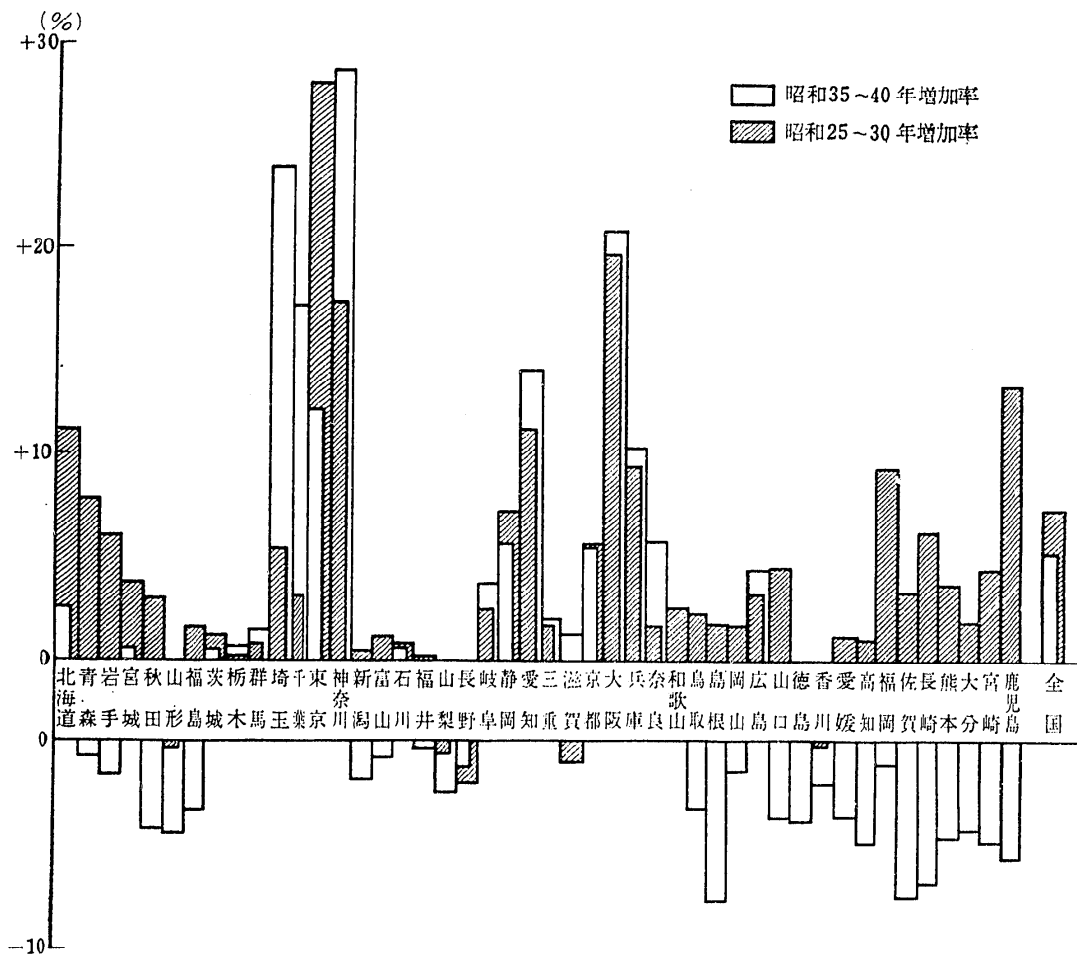
資料 U. N., *Demographic Yearbook*.

図2 都道府県別人口増加率



資料 総理府統計局『国勢調査報告』。

国 際 比 較

表 1 各国の人口動態指標

	年 次	出 生		死 亡		乳 児 死 亡		年央人口 (千人)
		実数(人)	率 (人口千対)	実数(人)	率 (人口千対)	実数(人)	率 (出生千対)	
ヨーロッパ州								
スウェーデン	1965	122,860	15.9	78,200	10.1	1,520	12.4	7,734
ノルウェー	1964	65,313	17.7	34,928	9.5	1,100	16.8	3,694
フィンランド	1965	78,306	17.0	44,543	9.7	1,360	17.4	4,612
デンマーク	1964	83,293	17.6	46,811	9.9	1,560	18.7	4,720
スイス	1964	112,890	19.2	53,609	9.1	2,142	19.0	5,874
イギリス (イングランド・ウェールズ)	1965	865,800	18.5	549,300	11.5	16,410	19.0	47,511
西ドイツ	1965	1,017,902	17.9	635,795	11.2	24,239	23.8	56,839
フランス	1965	866,535	17.7	544,835	11.1	19,105	22.0	48,922
オランダ	1965	245,042	19.9	98,042	8.0	3,537	14.4	12,292
イタリア	1965	992,192	19.2	516,221	10.0	35,306	35.6	51,575
スペイン	1965	673,519	21.3	272,582	8.7	25,085	37.2	31,604
ポルトガル	1965	210,299	22.8	95,187	10.3	13,656	64.9	9,234
ポーランド	1965	546,300	17.3	232,400	7.4	22,800	41.7	31,420
ユーゴスラビア	1965	408,228	20.9	170,080	8.7	29,184	71.5	19,511
チェコスロバキア	1965	241,076	16.4	140,891	10.0	5,870	25.3	14,159
北アメリカ州								
カナダ	1964	457,000	23.5	145,850	7.6	11,169	24.7	19,271
アメリカ合衆国	1965	3,767,000	19.4	1,825,000	9.4	93,200	24.7	194,572
メキシコ	1964	1,849,408	46.7	408,275	9.5	119,235	64.5	39,643
南アメリカ州								
ベネズエラ	1964	365,350	43.4	60,992	7.2	18,009	49.3	8,427
コロンビア	1964	674,825	38.6	175,349	10.0	56,190	83.3	17,482
アルゼンチン	1964	478,973	21.8	183,032	8.3	28,735	60.0	22,022
チリ	1964	275,323	32.8	94,058	11.2	31,444	114.2	2,492
アジア州								
日本	1965	1,821,841	18.6	700,237	7.1	33,737	18.5	97,960
インド	1963	8,344,407	20.3	3,561,006	8.6	647,367	77.6	460,487
フィリピン	1963	786,698	26.0	214,412	7.1	57,308	72.8	30,241
台湾	1964	416,926	34.5	69,261	5.7	9,952	23.9	12,070
タイ	1964	1,020,051	35.4	233,192	8.1	38,686	37.9	29,700
ベトナム	1964	310,100	...	61,744	4.8	9,120	29.4	16,124
イラン	1965	...	...	...	...	...	...	23,428
イラク	1963	140,444	20.5	26,609	3.9	2,971	21.2	6,855
イスラエル	1965	65,095	25.4	16,017	6.2	1,775	27.3	2,563
アフリカ州								
アラブ連合	1965	1,230,000	41.6	438,000	14.8	...	...	29,600
大洋州								
オーストラリア	1965	222,854	19.6	99,715	8.8	4,118	18.5	11,360
ニュージーランド	1965	60,176	22.8	22,976	8.7	1,174	19.5	2,640
ソ連	1963	4,758,000	21.2	...	7.2	...	28.0	224,764

資料 U. N., Demographic Yearbook, 1965.

表 2 各国の乳児死亡率の年次推移

(出生 1,000 対)

年次	1920~24	25~29	30~34	35	40	45	50	55	60	65
スウェーデン	61.4	57.7	51.9	45.9	39.2	29.9	21.0	17.4	16.6	12.4
オランダ	74.4	57.9	46.7	40.0	39.1	79.7	25.2	21.6	17.9	14.4
ノルウェー	53.3	50.4	45.2	44.2	38.7	36.4	28.2	20.6	18.9	16.8 ¹⁾
日本	164.0	140.2	123.8	106.7	90.0	...	60.1	39.8	30.7	18.5
オーストラリア	61.0	53.2	42.9	39.8	38.4	29.4	24.5	22.0	20.2	18.5
デンマーク	82.4	82.2	73.1	71.0	50.2	48.3	30.7	25.2	21.5	18.7 ¹⁾
スイス	70.3	55.5	49.0	47.9	46.2	40.7	31.2	26.5	21.1	19.0 ¹⁾
ニュージーランド	...	...	...	...	...	27.6	...	24.5	22.6	19.5
イングランド・ウェールズ	77.1	70.9	62.7	56.9	57.4	47.0	30.0	24.9	21.8	19.6
フランス	97.1	91.4	80.1	73.7	95.3	112.7	52.0	38.6	27.4	22.0
スコットランド	92.0	87.0	82.0	76.8	78.3	56.2	38.6	30.4	26.4	23.7
ドイツ ²⁾	127.2	98.1	77.8	68.6	64.1	...	55.6	41.7	33.8	23.8 ¹⁾
アメリカ合衆国	76.7	69.0	60.4	55.7	47.0	38.3	29.2	26.4	26.0	24.7
カナダ	104.7	94.3	79.8	71.0	56.4	51.3	41.5	31.3	27.3	24.7 ¹⁾
チェコスロバキア	160.0	145.8	128.5	117.6	98.8	136.8	77.7	34.1	23.5	25.3
ソ連	...	...	...	...	...	...	81	60	35	28.0
オーストリア	141.6	120.0	100.2	98.7	74.2	161.7	66.1	45.6	37.5	28.8
イタリア	128.8	122.2	105.6	101.2	102.7	103.1	63.8	50.9	43.9	35.6
スペイン	148.2	127.8	118.0	115.3	113.7	90.1	69.8	56.9	43.7	37.2
ポーランド	...	148.6	139.6	127.0	...	...	108.0	81.4	56.8	41.7
セーロン	192.3	174.0	165.1	263.2	148.9	139.7	81.6	71.5	56.8	...
アルゼンチン	...	...	...	105.6	90.2	82.1	68.2	61.8	62.4	60.0 ¹⁾
ユーゴスラビア	...	149.3	154.9	144.1	...	...	118.4	112.8	87.7	71.5
インド	184.2	175.3	176.2	162.8	159.8	150.9	127.1	99.9	86.5	...

注 1) 1964 年.

2) ドイツは 1946 年以後西ドイツの数値である.

資料 U. N., *Demographic Yearbook*, 1960, 1965. ただし, 1920~55 年は厚生省『人口動態統計』より調べる.

表 3 各国の死因（簡単分類）別死亡率（1963 年）

（人口 10 万対）

		スウェーデン	イギリス (イングランド・ウェールズ)	西ドイツ	フランス	ユーゴスラビア	アメリカ合衆国	ベネズエラ	日本	台湾	イスラエル	ニュージーランド
	総 数	1,005.5	1,218.2	1,168.8	1,158.3	890.3	961.9	720.0	697.6	595.4	603.3	881.4
B1	呼吸器系の結核	5.2	5.5	13.5	16.4	32.0	4.6	14.0	22.5	32.5	4.2	3.1
2	その他の結核	0.6	0.7	0.9	1.8	2.8	0.4	1.1	1.7	5.1	0.4	0.6
3	梅毒およびその続発症	0.5	1.7	1.0	1.9	1.3	1.4	1.9	1.7	0.8	0.4	0.4
4	腸チフス	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.0	0.2	0.0	—	0.1	0.0
5	コレラ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	赤痢	—	0.1	0.0	0.1	0.5	0.2	11.3	0.8	0.1	0.5	—
7	猩紅熱およびレンサ球菌性口咽炎	—	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	—	—	0.0
8	ジフテリア	—	0.0	0.0	0.1	0.6	0.0	0.6	0.1	0.5	—	—
9	百日咳	—	0.1	0.3	0.5	1.0	0.1	0.7	0.1	0.3	—	—
10	髄膜炎菌感染	0.2	0.3	0.3	0.3	0.6	0.4	0.1	0.1	0.1	0.4	0.4
11	ペスト	—	—	—	—	—	0.0	—	—	—	—	—
12	急性灰白髄炎	—	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.4	0.0	2.8	0.0	—
13	痘瘡	0.1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	麻疹	—	0.3	0.2	0.3	8.8	0.2	4.7	0.8	6.6	0.3	0.3
15	発疹チフスおよびその他のリケッチア病	—	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—	0.0	—	—	—
16	マラリア	—	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—	0.0	—	0.0	—
17	伝染性および寄生性として分類されたその他の疾患	2.4	1.9	1.8	4.0	7.6	3.2	18.3	3.3	14.8	2.9	3.1
18	悪性新生物	191.0	217.8	221.4	203.2	81.0	151.4	55.4	105.5	28.4	108.4	147.5
19	良性および性質不詳の新生物	6.4	3.0	10.4	9.0	5.2	2.6	2.0	5.1	0.8	5.4	1.7
20	糖尿病	15.0	8.1	15.7	15.6	4.7	17.2	5.8	4.1	2.2	3.6	12.2
21	貧血	2.5	3.7	2.1	1.4	0.4	1.8	2.5	1.3	3.5	1.1	3.4
22	中枢神経系の血管損傷	128.1	170.8	178.3	139.2	60.8	106.7	24.2	171.4	60.7	75.5	109.2
23	骨膜炎（髄膜炎菌性および結核性を除く）	0.7	0.8	1.3	1.6	1.2	1.2	4.2	1.1	3.9	1.6	1.4
24	リウマチ熱	0.1	0.2	0.5	0.3	0.2	0.3	0.4	0.8	0.3	0.1	0.6
25	慢性リウマチ性心臓疾患	5.4	14.7	1.1	2.7	9.2	8.5	2.1	4.9	10.3	8.6	8.9
26	動脈硬化性および変性性心臓疾患	298.0	329.2	210.5	84.7	116.3	319.7	46.4	51.6	5.8	158.9	225.8
27	その他の心臓疾患	23.9	31.9	22.1	129.4	41.0	14.5	10.3	13.9	21.4	11.7	32.3
28	高血圧性心臓疾患	24.8	21.9	15.8	5.3	2.5	32.4	8.3	9.5	0.8	6.0	14.8
29	その他の高血圧性疾患	4.6	11.6	4.3	5.1	0.5	6.7	3.5	8.7	1.4	4.6	3.6
30	インフルエンザ	4.2	6.8	17.9	18.5	5.0	3.8	11.5	0.2	0.1	1.4	1.6
31	肺炎	47.6	76.7	38.0	31.6	43.8	33.8	25.2	24.0	57.6	17.0	44.0
32	気管支炎	5.1	75.1	19.3	5.6	9.0	2.9	6.4	6.0	14.5	3.9	24.9
33	胃および十二指腸の潰瘍	8.4	9.2	6.4	3.3	4.4	6.5	1.6	10.0	8.4	3.8	6.2
34	虫垂炎	1.2	1.2	3.4	1.0	0.6	0.9	0.9	0.8	0.5	0.9	0.9
35	腸閉塞およびヘルニア	8.2	6.7	11.2	9.5	4.6	5.3	3.6	3.9	2.7	5.0	6.4
36	胃炎、十二指腸炎、腸炎および大腸炎	5.0	5.5	3.4	1.0	17.8	4.4	46.3	15.7	39.9	5.7	4.8
37	肝硬変	5.7	2.8	20.7	32.8	5.9	11.9	5.8	10.1	11.0	4.6	2.3
38	腎炎およびネフローゼ	7.5	6.8	7.4	8.3	9.2	6.7	8.7	13.1	15.7	6.1	5.7
39	前立腺肥大症 ¹⁾	47.9	39.2	81.8	34.8	24.6	20.5	20.9	6.3	3.0	27.6	37.8
40	妊婦、分娩および産褥の合併症 ²⁾	26.6	28.5	82.8	38.2	137.3	35.8	94.8	102.5	81.6	49.6	40.2
41	先天奇形 ²⁾	343.7	419.5	430.2	367.5	145.5	355.8	179.6	200.0	54.9	465.7	402.0
42	出生時の損傷、分娩後窒息および肺不全拡張 ²⁾	504.9	521.7	562.8	339.3	465.3	656.1	465.3	171.7	32.1	511.0	453.0
43	新生児の感染 ²⁾	48.7	96.5	78.3	54.2	685.3	107.6	454.8	213.7	241.8	191.9	60.3
44	その他の新生児固有の疾患および性質不明の未熟児 ²⁾	411.9	483.3	1,139.2	752.2	2,713.8	765.4	721.6	853.4	751.2	498.0	470.1
45	精神病の記載のない老衰ならびに診断不明確および不明の原因	11.8	13.3	68.8	164.2	219.7	11.9	202.2	64.2	59.1	19.1	4.8
46	その他のすべての疾患	98.5	100.2	137.2	141.6	45.8	83.7	40.8	52.9	84.4	58.4	81.9
BE47	自動車事故	16.7	13.5	24.8	20.8	—	23.1	18.6	15.7	2.5	10.8	16.5
BE48	その他の不慮の事故	27.2	26.0	33.2	46.3	—	30.3	26.8	25.5	33.9	20.0	28.1
BE49	自殺および自傷	18.5	12.2	19.3	15.5	53.9	11.0	5.4	16.1	18.4	7.0	9.6
BE50	他殺および戦争行為	0.8	0.7	1.2	0.8	—	4.9	11.5	1.6	0.8	0.7	0.6

注 1) 50 歳以上男子 10 万人に対する率。

2) 出生 10 万人に対する率。

資料 WHO, World Health Statistics Annual, Vol. I, 1963.

表4 各国の1人1日当り栄養摂取量の年次推移

(単位 g)

	熱量(カロリー)				蛋白質				脂 肪			
	1954~56	1957~59	1960~62	1963/64 T	1954 ~56	1957 ~59	1960~62	1963/64 T	1954 ~56	1957 ~59	1960~62	1963/64 T
ヨーロッパ州												
アイルランド ³⁾	3,460	3,420	3,450	3,430 ⁴⁾	94.4	90.6	90.4	90.2	125.1	126.0	130.9	4.85
デンマーク	3,340	3,360	3,370	3,310 ¹⁾	90.0	90.5	93.3	92.3	145.7	158.7	155.8	149.3
イギリス	3,260	3,280	3,270	3,300	85.6	86.3	88.9	89.3	139.4	141.3	143.5	147.0
ベルギー・ルクセンブルグ	2,970	2,930	3,030	3,200 ¹⁾	87.8	87.8	85.5	85.0	117.1	117.5	—	—
スイス	3,130	3,120	3,220	3,170 ¹⁾	93.0	90.3	90.1	88.2	118.2	124.2	130.4	132.2 ¹⁾
フィンランド	3,160	3,110	3,110	3,080	97.6	94.0	93.9	92.9	112.6	109.6	114.3	115.4
ノルウェー	3,160	3,010	2,930	3,000	88.4	83.8	81.3	80.8	135.7	132.3	128.0	127.5
スウェーデン	3,080	2,930	2,990	2,980	83.5	81.2	82.7	83.5	129.8	128.3	135.2	133.1
オーストリア	2,980	2,960	2,970	2,960	85.2	87.1	86.8	86.6	101.6	107.8	111.9	114.2
ユーゴスラビア ³⁾	2,960	2,920	2,990	2,960	89.6	95.6	96.6	98.8	70.9	74.3	79.0	74.5 ⁴⁾
フランス	2,900	2,940	—	—	95.3	97.5	—	—	103.1	108.6	—	—
西ドイツ ²⁾	3,000	2,940	2,960	2,930	79.1	79.3	80.2	78.7	120.6	124.0	127.9	127.7
スペイン	2,520	2,590	2,810	2,920 ¹⁾	70.2	71.1	77.1	78.9	74.0	78.2	89.3	96.5 ¹⁾
ギリシア ³⁾	2,880	2,990	2,940	2,910 ⁴⁾	90.7	95.8	95.4	94.2	82.2	85.9	87.2	89.2 ⁴⁾
オランダ	2,880	2,950	3,030	2,890	60.5	83.2	80.4	78.2	120.6	125.1	132.8	126.0
イタリア	2,470	2,570	2,740	2,860	72.7	76.5	80.8	84.0	62.0	70.1	80.0	85.3
ポルトガル ³⁾	2,870	2,470	2,560	2,720	71.7	72.5	72.4	72.4	69.3	68.9	70.7	74.0
北アメリカ州												
アメリカ合衆国 ³⁾	3,140	3,100	3,100	1,320	92.2	91.9	91.6	90.6	143.6	142.0	142.4	145.5
カナダ	3,080	3,040	3,020	3,020	93.8	92.3	91.3	91.9	135.8	136.9	136.6	139.1
メキシコ	3,070	2,410	2,600	2,630	63.3	66.6	72.0	73.0	59.4	62.0	71.2	72.4
グアテマラ	—	—	2,080	2,210	—	—	54.4	58.0	—	—	31.4	35.7
南アメリカ州												
ウルグアイ	3,160	3,020	2,970 ¹⁾	—	85.9	94.6	94.5	—	119.6	135.7	124.5	—
ブラジル	2,470	2,600	2,800	2,860	61.4	60.3	65.3	66.8	51.9	56.0	60.7	63.9
アルゼンチン	2,480	3,090	2,810	2,660	96.7	97.8	81.7	77.2	122.0	117.3	108.9	109.8
パラグアイ	2,360	2,440	2,560	2,580	—	64.6	64.0	66.0	24.0	22.0	25.3	31.7 ¹⁾
チリ	2,550	2,380	2,410	2,360	80.1	77.4	78.9	79.4	80.1	60.1	58.4	56.4
ベネズエラ	2,010	2,200	2,370	2,340	53.4	61.2	63.1	61.2	40.2	49.0	57.1	60.5
ペルー	—	2,190	2,310	2,250	—	54.9	58.2	58.0	—	44.5	44.6	45.8
アジア州												
トルコ	2,780	2,820	3,110	—	88.1	90.5	97.5	—	47.7	49.5	53.8	—
イスラエル	2,610	2,470	2,820	2,800 ¹⁾	88.0	83.1	85.4	85.2	82.2	85.0	91.0	93.2 ¹⁾
レバノン	—	—	2,460	2,550	—	—	68.1	72.0	—	—	54.3	50.9
中華民国	2,210	2,330	2,350	2,300	53.0	56.9	58.5	58.8	37.0	39.9	40.1	42.1
日本	2,070	2,170	2,230	2,280	65.5	67.9	69.2	72.4	25.8	30.2	36.3	42.6
パキスタン	1,990	1,980	2,010	2,080 ¹⁾	46.6	46.0	45.5	47.8	24.0	22.9	25.3	31.7 ¹⁾
ヨルダン	—	2,200	2,160	2,050	—	62.0	58.5	51.6	—	39.1	31.6	48.1
セイロン	2,070	3,030	2,080	1,940	44.4	44.6	44.3	41.8	49.2	45.0	43.9	44.3
インド	1,850	1,300	2,000	1,940 ¹⁾	49.7	50.5	51.4	49.7	26.3	26.8	26.1	26.0 ¹⁾
フィリピン	1,730	1,760	1,810	1,800 ⁴⁾	43.0	43.8	43.3	42.4	22.5	25.7	27.4	27.2 ⁴⁾
アフリカ州												
アラブ連合	2,940	2,530	2,670	2,890 ¹⁾	71.7	73.5	79.0	85.5	—	48.2	50.7	50.9
南ア連邦 ³⁾	2,610	2,730	2,820	—	73.7	77.3	80.4	—	64.4	67.0	68.0	—
大洋州												
ニュージーランド ³⁾	3,400	3,430	3,490	3,520	103.8	105.5	109.4	112.0	149.8	153.0	157.2	161.3
オーストラリア	3,230	3,210	3,140	3,140 ¹⁾	91.1	91.4	89.8	90.1	133.2	135.4	132.7	132.3

注 T 暫定数。1) 1962/63。2) 1959/60 以降ザールを含む。3) 歴年ベース。4) 1962。5) 1961 年。

資料 F.A.O., Production Year Book, 1964.

国内 資 料
予 算

表 5 国の予算における社会保障関係費

(単位 1,000 円)

	30 年 度		31		32		33	
	当初予算額	対前年比 (%)	当初予算額	対前年比 (%)	当初予算額	対前年比 (%)	当初予算額	対前年比 (%)
一般会計予算	991,457,523	—	1,034,922,520	104.4	1,137,464,880	109.9	1,312,131,164	115.4
厚生省予算	84,612,559	—	90,324,610	106.8	101,466,230	112.3	107,261,494	105.7
社会保障関係費	103,802,609	—	109,073,988	105.1	116,139,899	106.5	126,210,257	108.7
生活保護費	33,491,386	—	34,943,300	104.3	35,170,486	100.6	36,573,091	104.0
社会福祉費	8,997,027	—	9,182,251	102.1	10,701,421	116.5	11,338,516	106.0
社会保険費	12,387,492	—	16,069,117	129.7	20,151,896	125.4	22,573,129	112.0
失業対策費	28,524,000	—	27,897,000	97.8	26,962,000	96.6	31,566,000	117.1
保健衛生対策費	20,402,704	—	20,982,320	102.8	23,154,096	110.4	24,159,521	104.3
	34		35		36		37	
	当初予算額	対前年比 (%)	当初予算額	対前年比 (%)	当初予算額	対前年比 (%)	当初予算額	対前年比 (%)
一般会計予算	1,419,248,163	108.2	1,569,674,702	110.6	1,952,776,277	124.4	2,426,801,228	124.3
厚生省予算	130,547,004	121.7	164,718,894	126.2	227,628,449	138.2	272,316,167	119.6
社会保障関係費	146,876,149	116.4	179,318,259	122.1	245,394,401	136.8	295,301,234	120.3
生活保護費	39,792,984	108.8	44,662,627	112.2	55,578,464	124.4	61,034,806	109.8
社会福祉費	12,022,938	106.0	13,084,325	108.8	17,169,820	131.2	23,053,303	134.3
社会保険費	40,413,126	179.0	64,923,216	160.6	99,548,358	153.3	117,271,569	117.8
失業対策費	29,880,000	94.7	30,424,770	101.8	35,145,920	115.5	41,639,996	118.5
保健衛生対策費	24,767,101	102.5	26,223,321	105.9	37,951,839	144.7	52,301,560	137.8
	38		39		40		41	
	当初予算額	対前年比 (%)	当初予算額	対前年比 (%)	当初予算額	対前年比 (%)	当初予算額	対前年比 (%)
一般会計予算	2,850,008,117	117.4	3,255,438,310	114.2	3,658,080,318	112.4	4,314,270,390	117.9
厚生省予算	331,312,798	121.7	398,980,157	120.4	481,941,978	120.8	580,240,224	120.4
社会保障関係費	361,628,506	122.5	430,904,579	119.2	516,689,215	119.9	621,747,640	120.3
生活保護費	72,143,837	118.2	91,798,799	127.3	106,106,699	115.6	124,018,549	116.9
社会福祉費	30,139,998	130.7	37,216,737	123.5	42,947,306	115.4	51,106,198	119.0
社会保険費	138,750,773	118.3	163,627,447	117.9	209,530,138	128.1	265,005,950	126.5
失業対策費	53,166,689	127.7	59,694,599	112.3	66,675,980	111.7	75,938,593	113.9
保健衛生対策費	67,427,209	128.9	78,566,997	116.5	91,429,092	116.4	105,678,350	115.6

資料 厚生省『厚生白書』, 昭和 41 年度, 402 頁.

表 6 保健衛生費の推移

(単位 100 万円)

	30年度	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	40年構成比
保健衛生	15,807	18,072	20,418	21,234	22,852	25,348	37,759	55,385	74,258	83,186	97,398	100.0
保健衛生諸費	8,487	9,361	10,415	10,084	10,731	11,216	13,342	13,785	14,678	16,393	16,797	17.2
結核医療	2,932	2,812	3,248	4,082	4,300	4,782	11,221	21,887	33,926	35,732	45,708	46.9
精神衛生	1,074	1,036	1,285	1,394	1,711	2,192	5,277	10,450	13,882	16,575	20,874	21.4
原爆障害	—	—	50	132	147	194	544	1,004	1,192	1,426	1,857	1.9
らい	88	92	100	109	112	115	132	149	163	174	177	0.2
国立療養所	2,993	4,528	5,056	5,158	5,561	6,525	6,812	7,598	9,805	12,208	11,291	11.6
検疫所	233	243	246	275	290	324	431	512	612	678	694	0.7

- 注 1) 国の予算の主要経費別分類社会保障費の保健衛生費のうち、施設整備費、純然たる事務費などを除いたものである。保健所運営費などは現物給付（サービス）形態による給付費として全額これに含めた。
- 2) 金額は国の予算の（目）の数字に地方負担のあるものは「補助金等に関する調」による地方負担金割合を乗じてそれを推計し、両者を合計したものである。
- 3) 保健衛生諸費には防疫業務委託費・保健所運営費補助金・結核予防費補助金・法定伝染病予防費補助金・予防接種費補助金・インフルエンザ特別対策費補助金・地方病予防費補助金・性病予防費補助金・へき地医療対策費補助金・結核後保護費補助金・家族計画普及費補助金および優生手術費交付金が含まれる。
- 4) 結核医療は結核医療補助金である。
- 5) 精神衛生には、精神衛生費補助金および麻薬中毒者入院措置費補助金が含まれる。
- 6) 原爆障害には原爆障害者医療費・原爆障害者健康診断費交付金および原爆障害者医療手当交付金が含まれる。
- 7) らいには、らい患者家族生活援護委託費・らい予防事業委託費・らい予防事業費補助金および療養所費補助金が含まれる。
- 8) 国立療養所は、国立療養所経費・国立らい療養所経費から国立療養所収入を控除したものである。

資料 厚生省調べ。

患者数・病床数

表 7 傷病大分類別の患者数 (全国推計) (昭和 40 年 7 月 14 日)

(単位 1,000)

傷病大分類	総数	入院	外来	病院	一般診療所	歯科診療所
総数	5,807.8	813.5	4,994.3	1,642.4	3,239.1	926.3
I 伝染病および寄生虫病	501.2	217.4	283.8	272.9	228.3	—
II 新生物	295.6	200.9	94.7	225.8	69.8	—
III フレグー性疾患、内分泌系の疾患、物質代謝および栄養の疾患	61.9	33.8	28.1	45.8	16.0	—
IV 血液および造血器の疾患	36.9	21.2	15.7	26.6	10.2	—
V 精神神経系および感覚器の疾患	196.2	15.0	181.2	48.9	147.3	—
VI 循環器系の疾患	24.6	3.8	20.8	10.6	14.1	—
VII 呼吸器系の疾患	202.9	165.8	37.1	180.1	22.8	—
VIII 消化器系の疾患	787.6	50.1	737.5	164.9	622.5	0.1
IX 歯牙および歯牙支持組織の疾患 (再掲)	393.2	43.5	349.7	110.9	282.3	—
X 泌尿器系の疾患	684.3	16.8	667.5	105.6	578.7	—
XI 正常分娩ならびに妊娠、分娩および産褥の合併症	1,543.6	100.9	1,442.8	215.8	477.8	850.0
XII 皮膚および疎性結合組織の疾患	883.5	0.1	883.5	23.5	12.6	847.4
XIII 骨および運動器の疾患	180.6	27.2	153.4	70.4	110.2	—
XIV 先天奇形	81.5	34.0	47.5	34.9	46.7	—
XV 新生児の主要疾患 (新生児下痢および肺炎を除く)	354.2	3.4	350.8	76.0	278.1	0.1
XVI 症状、老衰および診断名不明確の状態	255.5	24.0	231.6	90.6	163.5	1.4
XVII 不慮の事故、中毒および暴力	26.1	7.2	18.8	16.9	9.2	—
YO 疾病でない特殊状態および診察	15.5	3.3	12.2	9.8	5.7	—
YI 回復期保護、成形処置および補綴	37.3	4.4	32.9	14.0	23.2	—
	350.6	62.1	288.5	156.7	192.7	1.2
	33.8	0.9	32.8	15.5	18.2	—
	77.3	—	77.3	2.1	1.8	73.5

資料 厚生省「患者調査」。

表 8 生徒の疾病異常被患率 (昭和 40 年)

疾 病	幼稚園		小学校		中学校		高等学校	
	男	女	男	女	男	女	男	女
栄養障害	0.50	0.60	0.47	0.48	0.36	0.30	0.16	0.13
注意異常	0.30	0.20	0.61	0.50	0.40	0.32	0.25	0.12
近視	1.11	0.47	0.92	0.59	0.59	0.27	0.44	0.11
遠視	1.97	2.30	10.78	13.46	19.81	24.23	34.57	38.50
弱視	0.05	0.03	0.15	0.17	0.28	0.25	0.42	0.42
色覚異常	0.00	0.01	0.18	0.20	0.58	0.73	1.88	1.94
視力低下	0.05	0.04	0.21	0.23	0.34	0.45	0.35	0.67
斜視	0.41	0.04	2.93	0.16	3.95	0.28	3.81	0.19
眼瞼下垂	0.44	0.54	1.71	2.19	1.96	2.07	0.85	0.65
その他の眼疾	2.78	2.96	4.00	4.79	4.09	4.25	2.97	2.46
耳	0.52	0.95	0.92	1.05	0.98	0.86	0.74	0.54
難聴 (両耳)	0.08	0.14	0.47	0.40	0.47	0.37	0.37	0.24
中耳炎	0.29	0.25	0.41	0.27	0.46	0.33	0.42	0.29
その他の耳疾	0.72	0.66	1.27	1.11	0.92	0.64	0.63	0.51
鼻	0.28	0.24	1.45	1.15	2.00	1.81	1.67	1.49
アレルギー性鼻炎	0.65	0.61	0.66	0.54	0.08	0.11	0.10	0.05
扁桃腺炎	11.46	9.58	10.01	9.38	6.10	5.99	3.39	3.74
その他の鼻、咽喉の疾患	3.19	2.57	6.09	4.55	4.05	3.18	2.98	2.47
伝染性の皮膚疾患	0.64	0.53	2.23	1.33	2.06	0.89	0.26	0.10
心臓の疾患	0.25	0.23	0.31	0.33	0.38	0.42	0.26	0.31
精神神経系疾患	0.04	0.03	1.36	1.18	1.81	1.60	0.00	0.02
身体虚弱	0.09	0.08	0.24	0.24	0.18	0.23	0.05	0.06
運動機能障害	0.08	0.07	0.30	0.23	0.28	0.25	0.15	0.09
寄生虫	0.31	0.26	0.45	0.42	0.45	0.43	0.17	0.16
その他の疾病および異常	0.78	0.58	0.75	0.56	0.55	0.48	0.34	0.44
歯	89.97	90.32	86.91	88.88	83.44	87.96	83.57	89.66
むし歯	6.62	6.61	7.62	9.88	15.89	18.74	20.90	24.74
歯槽膿漏	83.35	83.71	79.29	79.00	67.55	69.22	62.67	64.92
その他の歯疾	0.45	0.45	1.17	1.08	2.68	2.10	2.43	2.47

注 表の数値は、全児童生徒のうち疾患異常者の占める割合 (%) を示す。

資料 文部省『学校保健統計調査報告書』, 昭和 40 年度。

表 9 傷病大分類、年齢階級別にみた病院および診療所の全国推計患者数（昭和 39 年）

傷病大分類	総 数	0 歳	1～4	5～14	15～24	25～34	35～44	45～54	55～64	65～74	75歳以上	不詳
総 数	5,513,513	133,072	374,184	731,090	924,798	968,129	783,790	637,484	530,873	321,298	107,840	957
I 伝染病および寄生虫病	544,816	5,425	37,324	95,623	76,322	86,588	76,994	62,073	60,769	34,718	8,877	103
II 新 生 物	69,885	668	1,212	1,470	4,150	6,829	10,810	15,094	15,620	10,625	3,409	—
III アレルギー性疾患、内 分泌系の疾患、物質代 謝および栄養の疾患	208,745	1,684	7,648	17,307	40,481	39,321	36,779	27,942	22,030	11,540	3,886	125
IV 血液および造血器の疾 患	24,466	82	319	1,916	5,224	5,220	4,332	3,734	2,084	1,290	269	—
V 精神病・精神神経症お よび人格異常	172,659	196	195	1,963	28,163	52,819	41,556	24,841	14,368	6,049	2,408	103
VI 神経系および感覚器の 疾患	814,974	21,274	42,578	162,223	124,689	102,860	98,949	88,230	87,365	63,306	23,419	82
VII 循環器系の疾患	342,883	444	1,580	5,760	14,224	23,403	40,118	66,019	90,212	72,324	28,779	21
VIII 呼吸器系の疾患	608,995	41,745	142,757	165,556	87,479	65,639	44,195	26,912	19,238	11,755	3,606	114
IX 消化器系の疾患	1,330,920	19,259	65,167	147,066	246,312	285,495	238,484	161,271	103,206	50,330	14,277	51
X 泌尿器系の疾患	173,418	351	2,744	9,345	33,912	56,627	32,126	19,986	10,200	5,495	2,622	10
XI 正常分娩ならびに妊娠 分娩および産褥の合併 症	77,058	—	—	—	22,345	47,668	6,715	330	—	—	—	—
XII 皮膚および疎性結合組 織の疾患	375,799	15,565	38,683	54,609	92,936	61,584	43,635	33,523	20,797	10,800	3,563	104
XIII 骨および運動器の疾 患	210,825	1,326	2,218	6,970	28,104	29,543	37,722	43,256	36,109	18,916	6,630	31
XIV 先 天 奇 形	20,404	6,711	3,848	2,998	2,879	1,263	1,349	709	442	164	41	—
XV 新生児の主要疾患（新 生児下痢および肺炎を 除く）	14,958	14,093	762	51	—	21	—	—	31	—	—	—
XVI 症状・老衰および診 断名不明確の状態	38,688	1,122	3,293	4,254	8,205	5,785	5,479	4,684	2,973	1,537	1,356	—
XVII 不慮の事故・中毒 および暴力	379,396	3,127	23,744	53,064	93,194	69,069	50,917	41,581	27,921	12,873	3,795	113
YO 疾病でない特殊状態 および診察	33,715	—	—	—	11,812	20,307	1,564	31	—	—	—	—
YI 回復保護、成形処置 および補綴	70,907	—	112	914	4,367	8,087	12,068	17,267	17,508	9,579	904	102

資料 厚生省『患者調査』，昭和 39 年。

表 10 結核患者数および人口対率

	28 年		33		38	
	全国推 計 数	人口対率	全国推 計 数	人口対率	全国推 計 数	人口対率
要指導（総数）	353	6.4	451	4.9	344	3.6
男	326	7.7	274	6.2	214	4.6
女	227	5.1	177	3.7	130	2.6
要医療（総数）	292	3.4	304	3.3	203	2.1
男	176	4.2	186	4.2	128	2.7
女	116	2.6	118	2.5	75	2.5
（再掲）要入院（総数）	137	1.6	86	0.9	46	0.5
男	88	2.1	54	1.2	30	0.7
女	49	1.1	32	0.7	16	0.3
要観察（総数）	261	3.0	147	1.6	141	1.5
男	150	3.5	88	2.0	86	1.9
女	111	2.5	59	1.2	55	1.1

注 要指導＝要医療＋要観察。

資料 『厚生白書』，原典は厚生省『結核実態調査』。

表 11 結核病床数と病床利用率の推移

	病 床 数 (年末現在)	病 床 率 (人口10万対)	入院患者数 (年間1日平均)	利用率
30	236,183	265	215	91.3
31	258,803	280	218	85.9
32	261,375	287	217	83.1
33	263,235	286	216	82.0
34	260,124	280	200	79.4
35	252,208	270	197	78.1
36	245,975	261	193	77.7
37	241,305	253	195	80.0
38	235,150	244	190	79.8
39	227,454	238	182	78.2
40	220,757	225	169	75.4

資料 厚生省『病院報告』。

表 12 精神障害者数・有病率・百分率

	全国推計数		有病率 (人口千対)		百分率	
	29年	38	29	38	29	38
総数	万人 130	万人 124	14.8	12.9	100.0	100.0
精神病	45	57	5.2	5.9	34.6	46.1
精神分裂病	20	22	2.3	2.3	15.4	17.8
躁うつ病	2	2	0.2	0.2	1.5	1.6
てんかん	12	10	1.4	1.0	9.2	8.1
器質性精神障害	9	21	1.0	2.2	6.9	16.7
その他の精神病	2	2	0.3	0.2	1.5	1.9
精神薄弱	58	40	6.6	4.2	44.6	32.3
その他	27	27	3.0	2.8	20.8	21.6

資料 『厚生白書』、原典は厚生省『精神衛生実態調査』。

表 13 精神病床数と病床利用率の年次推移

年次	全精神 病床数	単科精神 病院病床 数	一般病院 精神科病 床	全精神病 床利用率 (年間)	単科精神 病院数
昭和30年末	44,250	35,841	8,409	111.1	260
31	54,866	43,888	10,978	106.9	322
32	64,725	51,196	13,529	103.4	371
33	74,460	59,390	15,070	105.4	408
34	84,971	67,319	17,652	104.7	476
35	95,067	73,839	21,228	106.2	506
36	106,265	81,960	24,305	107.0	543
37	120,300	92,317	27,983	108.9	583
38	136,387	105,046	31,341	109.7	629
39	153,639	117,758	35,881	110.3	676
40	172,950	130,119	42,831	108.0	725

資料 厚生省『病院報告』。

表 14 伝染病・食中毒患者数および患率

(人口 10 万対)

	昭和 39 年		40		41	
	実数	率	実数	率	実数	率
コレラ	2	0.0	—	—	—	—
赤痢	52,420	53.9	48,621	49.5	65,255	65.9
腸チフス	890	0.9	789	0.8	892	0.9
パラチフス	148	0.2	71	0.1	119	0.1
痘そう	—	—	—	—	—	—
法定 発しんチフス	—	—	—	—	—	—
しょう紅熱	12,907	13.3	10,735	10.9	8,774	8.6
ジフテリア	2,774	2.9	2,159	2.2	1,500	1.5
流行性脳脊髄膜炎	249	0.3	214	0.2	142	0.1
ペスト	—	—	—	—	—	—
日本脳炎	2,683	2.8	1,179	1.2	2,163	2.2
指定・急性灰白髄炎	84	0.1	76	0.1	31	0.0
マラリア	10	0.0	6	0.0	15	0.0
ましん	52,494	54.0	37,789	38.5	52,929	53.5
百日せき	1,164	1.2	2,362	2.4	3,145	3.2
インフルエンザ	110,204	113.4	409,391	416.6	41,145	416.5
黄熱	—	—	—	—	—	—
破傷風	641	0.7	542	0.6	451	0.5
届出 狂犬病	—	—	—	—	—	—
炭そ	1	0.0	22	0.0	—	—
伝染性下痢症	1	0.0	3	0.0	2	0.0
つつが虫病	19	0.0	8	0.0	13	0.0
フィラリア病	639	0.7	118	0.1	13	0.0
回帰熱	—	—	—	—	—	—
住血吸虫病	446	0.5	228	0.2	211	0.2
トラホーム	24,147	24.8	21,792	22.2	12,991	13.1
梅毒	5,326	5.5	6,000	6.1	10,800	10.9
性病 りん病	4,041	4.2	4,663	4.7	6,935	7.0
軟性下かん	169	0.2	179	0.2	288	0.3
そけいりんば肉芽しゅ症	4	0.0	6	0.0	11	0.0
結核	355,500	365.8	35,006	320.5	285,960	288.9
らい	135	0.1	125	0.1	99	0.1
食中毒	41,520	42.7	29,192	29.7	29,368	29.7

資料 厚生省『伝染病および食中毒簡速統計』。

表 15 都道府県別にみた病床種別病院病床数 (昭和 40 年)

	総 数		精 神 病 床		結 核 病 床		らい病床	伝 染 病 床		一 般 病 床	
	実 数	人口10万対	実 数	人口10万対	実 数	人口10万対		実 数	人口10万対	実 数	人口10万対
全 国	873,652	889.0	172,950	176.0	220,757	224.6	13,230	24,179	24.6	442,536	450.3
北海道	55,426	1,071.0	10,031	194.0	12,251	236.9	—	895	17.3	32,249	623.6
青 森	14,647	1,034.0	2,284	161.2	3,903	275.5	850	526	37.1	7,084	500.1
岩 手	13,111	929.1	1,792	127.0	3,552	251.7	—	617	43.7	7,150	506.7
宮 城	17,503	998.4	2,576	146.9	4,702	268.2	670	627	35.8	8,928	509.3
秋 田	10,631	830.7	1,745	136.3	2,613	204.2	—	479	37.4	5,794	452.7
山 形	9,083	719.1	1,604	127.0	2,445	193.6	—	492	39.0	4,542	359.6
福 島	16,778	845.8	3,292	165.9	3,601	181.5	—	632	31.9	9,253	466.4
茨 城	14,741	716.9	3,914	190.4	4,501	218.9	—	473	23.0	5,853	284.7
栃 木	12,536	823.8	3,049	200.4	3,071	201.8	—	295	19.4	6,121	402.3
群 馬	11,954	744.5	2,143	133.5	2,392	149.0	1,180	306	19.1	5,933	369.5
埼 玉	16,533	548.4	4,167	138.2	4,345	144.1	—	599	19.9	7,422	246.2
千 葉	22,039	815.7	5,102	188.8	7,004	259.2	—	690	25.5	9,243	342.1
東 京	92,983	855.5	15,886	146.2	21,110	194.2	1,470	2,031	18.7	52,486	482.9
神奈川	32,352	730.2	7,188	162.2	7,507	169.4	—	885	20.0	16,772	378.5
新 潟	17,128	714.0	3,424	142.7	4,558	190.0	—	883	36.8	8,263	344.4
富 山	9,513	927.7	1,769	172.5	2,996	223.9	—	277	27.0	5,171	504.3
石 川	11,027	1,124.6	1,753	178.8	2,715	276.9	—	433	44.2	6,126	624.8
福 井	6,354	846.7	1,253	167.6	1,579	210.4	—	219	29.2	3,298	439.4
山 梨	6,164	807.7	1,749	229.2	1,324	173.5	85	298	39.0	2,708	354.8
長 野	16,223	828.5	3,581	182.9	3,100	158.3	—	588	30.0	8,954	457.3
岐 阜	13,029	766.2	2,194	129.0	3,874	227.8	—	480	28.2	6,481	381.2
静 岡	18,671	641.1	3,026	103.9	4,526	155.4	735	598	20.5	9,786	336.0
愛 知	37,994	791.8	6,181	128.8	9,472	197.4	—	1,152	24.0	21,189	441.6
三 重	15,427	1,018.6	3,234	213.5	3,544	234.0	—	443	29.3	8,206	541.8
滋 賀	6,353	744.4	1,365	160.0	1,455	170.5	—	310	36.3	3,223	377.7
京 都	21,657	1,029.9	3,842	182.7	5,767	274.3	—	414	19.7	11,634	553.3
大 阪	56,358	846.6	10,281	154.4	13,148	197.5	—	969	14.6	31,960	480.1
兵 庫	34,127	791.8	5,750	133.4	9,381	217.7	—	983	22.8	18,013	417.9
奈 良	6,232	754.5	1,299	157.3	2,039	246.9	—	143	17.3	2,751	333.1
和歌山	9,542	929.1	2,359	229.7	2,465	240.0	—	457	44.5	4,261	414.9
鳥 取	5,993	1,033.5	1,007	173.7	1,568	270.4	—	199	34.3	3,219	555.1
島 根	7,146	869.7	1,425	173.4	2,109	256.7	—	304	37.0	3,308	402.6
岡 山	21,856	1,328.7	3,171	192.8	4,324	262.8	3,360	358	21.8	10,643	646.9
広 島	21,509	949.7	4,029	176.6	5,414	237.4	—	508	22.3	11,712	513.4
山 口	15,509	1,004.7	2,999	194.3	4,622	299.4	—	602	39.0	7,286	472.0
徳 島	9,268	1,137.0	2,411	295.8	2,390	293.2	—	291	35.7	4,176	512.3
香 川	10,550	1,171.1	2,035	225.9	2,236	248.2	860	259	28.8	5,160	572.8
愛 媛	13,083	904.5	2,967	205.1	2,846	196.8	—	150	10.4	7,120	492.3
高 知	10,723	1,319.4	2,041	251.1	2,801	344.6	—	270	33.2	5,611	690.4
福 岡	44,826	1,130.7	10,751	271.2	14,178	357.6	—	907	22.9	18,990	479.0
佐 賀	8,378	960.9	1,965	225.4	2,680	307.4	—	295	33.8	3,438	394.3
長 崎	15,843	965.3	3,612	220.1	4,404	268.3	—	527	32.1	7,300	444.8
熊 本	19,797	1,118.0	5,217	294.6	5,474	309.1	2,290	472	26.7	6,344	358.3
大 分	10,871	915.5	2,748	231.4	2,669	224.8	—	188	15.8	5,266	443.5
宮 崎	12,332	1,141.1	3,088	285.7	3,402	314.8	—	476	44.0	5,366	496.5
鹿児島	19,697	1,062.7	5,646	304.6	5,399	291.3	1,730	179	9.7	6,743	363.8

資料 厚生省『病院報告』, 昭和 40 年.

人口動態

表 16 人口動態指標の推移

	昭和 10 年		22		25		30		35	
	実 数	率	実 数	率	実 数	率	実 数	率	実 数	率
人 口 動 態										
出 生	2,190,704	31.6	2,678,792	34.3	2,337,504	28.1	1,730,692	19.4	1,606,041	17.2
死 亡	1,161,936	16.8	1,138,238	14.6	904,876	10.9	693,523	7.8	706,599	7.6
乳 児 死 亡	233,706	106.7	250,360	76.7	140,515	60.1	68,801	39.8	49,293	30.7
主 要 死 因										
全 結 核	132,151	190.8	146,241	187.2	121,769	146.4	46,735	52.3	31,959	34.2
悪 性 新 生 物	50,080	72.3	53,886	69.0	64,428	77.4	77,721	87.1	93,774	100.4
中枢神経系の血管損傷	114,554	165.4	101,095	129.4	105,728	127.1	121,504	136.1	150,109	160.7
心 臓 の 疾 病	39,902	57.6	48,575	62.2	53,377	64.2	54,351	60.9	68,400	73.2
肺炎（新生児肺炎を含む）	105,078	151.7	101,601	130.1	54,169	65.1	34,309	38.4	37,534	40.2
気 管 支 炎	24,240	35.0	34,923	44.7	23,396	28.1	8,845	9.9	8,511	9.1
胃炎，十二指腸炎，腸炎，大腸炎	119,931	173.2	106,838	136.8	68,540	82.4	28,289	31.7	19,791	21.2
胃炎およびネフローゼ	56,026	80.9	45,017	57.6	26,978	32.4	19,122	21.4	15,429	16.5
老 衰	78,972	114.0	78,342	100.3	58,412	70.2	59,932	67.1	54,139	58.0
不 慮 の 事 故	29,023	41.9	38,533	49.3	32,850	39.5	33,265	37.3	38,964	41.7
自 殺	14,172	20.5	12,262	15.7	16,311	19.6	22,477	25.2	20,143	21.6
平 均 寿 命										
男	46.92年		50.06		58.0		63.60		65.37	
女	49.63		53.96		61.5		67.75		70.26	

	38		39		40		41	
	実 数	率	実 数	率	実 数	率	実 数	率
人 口 動 態								
出 生	1,659,521	17.3	1,714,704	17.6	1,821,841	18.5	1,359,221	13.7
死 亡	670,770	7.0	672,860	6.9	700,237	7.1	670,135	6.8
乳 児 死 亡	38,442	23.2	34,950	20.4	33,737	18.5	26,206	19.3
主 要 死 因								
全 結 核	23,259	24.2	22,858	23.5	22,259	22.6	20,028	20.2
悪 性 新 生 物	101,260	105.3	104,149	107.2	106,371	108.2	109,708	110.8
中枢神経系の血管損傷	164,517	171.1	166,545	171.2	172,258	175.3	171,716	173.4
心 臓 の 疾 病	67,008	69.7	67,592	69.5	74,978	76.3	70,417	71.1
肺炎（新生児肺炎を含む）	25,974	27.0	24,406	26.1	27,430	27.9	21,055	21.3
気 管 支 炎	5,781	6.0	5,660	5.8	6,793	6.9	5,286	5.3
胃炎，十二指腸炎，腸炎，大腸炎	15,422	16.0	14,164	14.6	12,695	12.9	11,152	11.3
腎炎およびネフローゼ	12,511	13.0	11,339	11.7	11,454	11.7	10,305	10.4
老 衰	48,463	50.4	46,995	48.4	49,112	50.0	44,175	44.6
不 慮 の 事 故	39,341	40.9	40,121	41.3	39,863	40.6	42,251	42.7
自 殺	15,250	15.9	14,458	14.9	14,246	14.5	14,837	15.0
平 均 寿 命								
男	67.21		67.67		67.73		68.35	
女	72.34		72.87		72.95		73.61	

資料 厚生省『人口動態統計』および『生命表報告書』。ただし、40、41年人口動態および主要死因は概数。

表 17 主要死因の年齢階級別死亡率性比(女の死亡率=100) (昭和 40 年)

	全死因	悪性新生物	脳卒中	心臓の疾患	高血圧症	全結核	肺・気管支炎	胃腸炎	不慮の事故	自殺
総 数	122	128	120	108	96	201	115	79	335	140
0~4歳	127	129	100	102	.	123	114	140	143	.
5~9	159	139	250	128	.	125	114	117	253	.
10~14	159	132	86	120	.	83	110	175	329	.
15~19	206	136	157	97	100	120	135	150	654	142
20~24	180	109	119	91	133	80	77	160	785	125
25~29	155	93	154	93	125	84	74	67	785	150
30~34	161	75	236	121	217	120	89	58	860	164
35~39	155	68	177	106	157	110	98	80	568	129
40~44	154	82	207	105	148	163	108	108	635	176
45~49	154	99	173	110	129	206	107	113	576	179
50~54	161	117	171	146	149	248	135	91	482	159
55~59	174	141	179	163	153	296	164	106	385	206
60~64	179	125	180	164	160	319	168	108	351	182
65~69	171	183	163	156	150	320	183	102	273	155
70~74	160	177	152	153	133	304	182	107	209	121
75~79	143	176	137	140	122	321	175	99	177	128
80~	123	168	118	128	112	332	150	93	131	130

注 「脳卒中」とは、「中枢神経系の血管損傷」をいう。「胃腸炎」とは、「胃炎、十二指腸炎、腸炎および大腸炎」をいう。

資料 厚生省『厚生省の指標特長』、『国民衛生の動向』, 昭和 41 年版。

表 18 自然—人工別死産数と死産率の年次推移

(出産 1,000 対)

	総 数		自 然 死 産		人 工 死 産		全死産中人工死産のしめる割合
	死 産 数	死 産 率	死 産 数	死 産 率	死 産 数	死 産 率	
昭和 23 年	144,017	50.5	104,325	36.9	31,055	10.9	% 21.6
24	193,001	66.2	114,161	39.1	75,585	25.9	39.2
25	216,974	84.9	106,594	41.7	110,380	43.2	50.9
26	217,231	92.2	101,237	43.0	115,994	49.3	53.4
27	203,824	92.3	94,508	42.8	109,316	49.5	53.6
28	193,274	93.8	89,751	43.5	103,523	50.2	53.6
29	187,119	95.6	87,201	44.6	99,918	51.1	53.4
30	183,265	95.8	85,159	44.5	98,106	51.3	53.5
31	179,007	97.1	86,558	46.9	92,449	50.1	51.6
32	176,353	101.2	86,895	49.9	89,458	51.3	50.7
33	185,148	100.7	92,282	50.2	92,866	50.5	50.2
34	181,893	100.6	92,688	51.3	89,205	49.3	49.0
35	179,281	100.4	93,424	52.3	85,857	48.1	47.9
36	179,895	101.7	96,032	54.3	83,863	47.4	46.6
37	177,363	98.8	97,256	54.2	80,107	44.6	45.2
38	175,124	95.6	97,711	53.3	77,713	42.4	44.3
39	168,064	89.2	97,357	51.7	70,689	37.5	42.1
40	161,536	81.4	94,290	47.5	67,129	38.8	41.6

注 自然死産と人工死産の合計が総数に合わないのは不明があるためである。

資料 厚生省『人口動態統計』。

保健所

表 19 保健所職員定数・現員および充足率

(年度末現在)

区 分	昭 和 38 年 度			39			40		
	定 員	現 員	充足率	定 員	現 員	充足率	定 員	現 員	充足率
合 計	29,840	22,084	74.0	30,103	22,285	74.0	30,335	22,344	73.0
医 師	3,562	1,706	47.9	3,594	1,665	46.3	3,623	1,597	44.1
歯 科 医 師	225	102	45.3	225	98	43.4	225	110	48.9
薬 剤 師	793	869	109.6	799	854	106.9	805	879	109.2
獣 医 師	7,841	5,735	73.1	7,921	5,799	73.2	7,984	5,814	72.8
保 健 婦	412	291	70.6	419	301	71.8	422	280	66.4
看 護 婦	858	190	22.1	865	189	21.8	871	187	21.5
助 産 婦	1,686	1,506	89.3	1,699	1,512	89.0	1,712	1,523	89.0
X 線 技 術 者	858	859	100.1	865	873	100.9	871	878	100.8
栄 養 士	276	72	26.1	282	74	26.2	286	76	26.6
歯 科 衛 生 士	1,630	1,190	73.0	1,639	1,201	73.3	1,653	1,213	73.4
試 験 検 査 技 術 者	225	59	26.2	225	39	17.3	225	25	11.1
衛 生 工 学 指 導 員	1,385	862	62.2	1,395	893	64.0	1,408	898	63.8
衛 生 統 計 技 術 者	793	133	16.8	799	166	20.8	805	166	20.6
カ ー ド 管 理 員	793	407	51.3	799	442	55.3	805	437	54.3
衛 生 教 育 指 導 員	361	179	49.6	362	230	63.5	361	237	65.6
医 療 社 会 事 業 員	2,870	2,783	97.0	2,897	2,851	98.4	2,918	2,867	98.2
予 防 防 疫 担 当 者	5,272	5,141	97.5	5,318	5,098	95.9	5,361	5,157	96.2
結 核 予 防 担 当 者									
総 務 事 務 担 当 者									

資料 厚生省公衆衛生局調。

表 20 保健所のおもな活動状況 (昭和 40 年)

区 分	事 業 量	1 保 健 所 平 均
個別健康相談開設回数	196,160	239.5
妊婦個別検診件数	18,541	22.6
産婦個別検診件数	300,362	366.8
乳児個別検診件数	400,518	489.0
乳児集団検診件数	71,828	87.7
栄養集団指導回数	120,047	146.6
予防接種延件数	1,358,171	1,658.3
赤痢保菌者検索延件数	2,472,128	3,018.5
寄生虫検査延件数	1,358,171	1,658.3
食品衛生監視指導延件数	2,472,128	3,018.5
食品衛生収去検体数	84,600	103.2
環境衛生職員所外監視指導業務量	13,122,308	16,022.4
衛生教育集会回数	6,181,708	7,547.9
医療社会事業面接訪問件数	5,452,917	6,653.1
保健婦家庭訪問世帯数	3,784,517	4,617.5
	97,865	119.4
	133,338	162.8
	477,075	582.5
	48,719	59.5
	104,038	127.0
	88,426	107.9
	1,134,239	1,384.9
	1,637,925	1,999.9

資料 厚生省統計調査部『保健所運営報告』。

表 21 都道府県別にみた型別保健所数および1保健所当り人口と面積 (昭和 40 年 12 月現在)

都道府県	型 別 保 健 所 数						1 保 健 所 当 り	
	総 数	U 型	U R 型	R 型	L 型	S 型	人 口 (千人)	面 積 (km ²)
全 国	821	207	79	425	94	16	119.70	450.40
北 海 道	51	6	4	15	26	—	101.41	1,539.44
青 森	11	—	2	6	3	—	128.82	818.01
岩 手	15	—	1	9	5	—	94.07	1,006.11
宮 城	17	3	1	13	—	—	103.12	428.60
秋 田	13	—	1	8	4	—	98.46	879.30
山 形	10	—	1	9	—	—	126.30	932.52
福 島	18	—	2	13	3	—	110.22	765.75
茨 城	18	—	3	14	1	—	114.22	338.22
栃 木	11	—	3	8	—	—	138.36	583.59
群 馬	12	—	4	7	1	—	133.83	529.16
埼 玉	18	3	2	13	—	—	167.50	208.87
千 葉	17	2	2	13	—	—	158.94	289.16
東 京	60	56	1	3	—	—	181.15	32.79
神 奈 川	28	18	3	7	—	—	158.25	84.81
新 潟	20	2	3	14	1	—	119.95	605.41
富 山	10	—	2	8	—	—	102.50	401.67
石 川	13	2	—	7	1	3	75.38	322.66
福 井	8	—	1	5	2	—	93.88	533.10
山 梨	8	—	1	6	1	—	95.38	531.75
長 野	17	—	2	10	5	—	115.18	771.08
岐 阜	14	2	2	8	2	—	121.43	704.15
静 岡	23	4	3	15	1	—	126.65	318.30
愛 知	37	17	4	13	3	—	129.70	136.87
三 重	11	—	1	9	1	—	137.64	524.35
滋 賀	10	1	2	5	1	1	85.30	401.60
京 都	22	10	—	10	—	2	95.59	209.65
大 阪	44	35	—	9	—	—	151.30	41.82
兵 庫	39	17	2	15	4	1	110.51	213.72
奈 良	7	—	2	3	2	—	118.00	527.45
和 歌 山	10	2	—	7	1	—	102.70	471.62
鳥 取	6	—	1	4	1	—	96.67	581.50
島 根	10	—	1	7	1	1	82.20	662.57
岡 山	17	—	3	9	5	—	96.76	415.96
広 島	25	5	2	9	4	5	91.24	337.52
山 口	16	1	2	11	—	2	96.50	379.96
徳 島	9	—	2	6	1	—	90.56	460.37
香 川	8	—	2	6	—	—	112.63	232.88
愛 媛	14	—	2	10	2	—	103.29	403.87
高 知	10	—	1	3	6	—	81.30	710.52
福 岡	33	13	3	16	1	—	120.15	148.82
佐 賀	8	—	1	7	—	—	109.00	300.77
長 崎	16	3	—	12	1	—	102.56	255.53
熊 本	16	2	2	12	—	—	110.69	433.28
大 分	13	1	1	10	1	—	91.31	464.70
宮 崎	11	—	1	7	3	—	98.27	654.12
鹿 児 島	17	2	—	14	—	—	109.06	537.74

注 U型：都市型，UR型：中間型，R型：農村・漁村型，L型：人口稀薄な地域の型，S型：支所型。

資料 厚生省『保健所運営報告』，昭和 40 年。

栄養・体位

表 22 支出階層別にみた農家および非農家の栄養摂取量（昭和 39 年）

		農家世帯（耕地面積 3 反以上）						非農家世帯（耕地面積 3 反未満）					
		総数	5,000円未満	5,000～9,999	10,000～14,999	15,000～19,999	20,000円以上	総数	5,000円未満	5,000～9,999	10,000～14,999	15,000～19,999	20,000円以上
成人換算率	熱量	0.956	0.947	0.967	0.975	0.972	1.028	0.841	0.846	0.842	0.838	0.838	0.840
	蛋白質	0.935	0.926	0.944	0.958	0.965	1.005	0.931	0.917	0.933	0.934	0.933	0.932
原食品	量	1,325.5	1,281.1	1,369.7	1,468.2	1,533.6	1,702.9	1,329.6	1,158.6	1,295.0	1,439.0	1,537.2	1,626.2
純摂取	量	1,237.8	1,199.3	1,275.7	1,363.7	1,409.4	1,602.1	1,239.8	1,085.0	1,208.7	1,338.3	1,426.1	1,509.2
熱量	Cal	2,335.9	2,297.0	2,380.1	2,389.8	2,511.0	2,790.1	2,167.9	2,050.0	2,141.9	2,244.7	2,300.5	2,413.4
蛋白質 g	総量	71.3	69.0	73.7	79.0	79.9	89.7	75.9	65.3	76.3	78.5	83.0	88.0
	動物性	23.3	21.3	25.5	30.3	28.6	30.7	31.4	23.9	30.4	35.2	39.9	42.2
	植物性	48.0	47.7	48.2	48.6	51.4	59.0	44.5	41.4	45.8	43.4	43.0	45.8
脂	肪 g	28.5	26.6	30.6	34.8	34.3	41.2	37.1	27.7	35.4	43.1	48.5	51.9
炭水化物	g	438.7	436.4	441.4	434.1	458.6	507.4	377.7	375.7	376.3	380.5	375.0	392.4
カルシウム	mg	459	442	475	517	504	654	483	406	468	534	576	604
ビタミン	A I.U.	1,187	1,078	1,294	1,562	1,764	1,998	1,645	1,156	1,572	1,939	2,118	2,388
	B ₁ mg	0.96	0.94	0.98	1.00	1.10	1.29	1.09	0.88	1.10	1.14	1.21	1.27
	B ₂ mg	0.74	0.69	0.79	0.87	0.83	0.99	0.85	0.70	0.82	0.95	1.05	1.13
	C mg	108	105	110	116	133	159	117	93	111	136	145	161
価格	1人1日当り円	149.80	136.79	163.81	189.07	197.40	199.50	194.83	139.66	183.88	229.69	260.64	291.70
	1世帯1日当り円	823.90	807.06	851.81	794.09	769.86	698.25	779.32	670.37	790.68	826.88	781.92	816.76
	1カロリー当り銭	6.4	6.0	6.9	7.9	7.9	7.2	9.0	6.8	8.6	10.2	11.3	12.1

資料 厚生省『国民栄養の現状』昭和 39 年度。

表 23 主要年齢における身長・体重・胸囲の推移（昭和 39 年）

年 齢	身 長 (cm)		体 重 (kg)		胸 囲 (cm)	
	男	女	男	女	男	女
0	66.8	65.1	8.00	7.43	44.2	42.9
1	79.2	78.1	10.50	10.02	48.0	46.8
6	115.5	111.6	19.39	18.67	56.9	55.5
7	118.3	117.7	21.90	21.31	58.9	57.5
10	132.2	133.4	28.76	29.07	64.3	63.3
15	161.8	152.4	51.64	47.73	80.1	78.1
20	164.5	153.7	56.24	50.47	84.6	81.1
25	164.2	152.1	57.30	48.82	85.9	81.1
26～29	163.6	152.1	57.97	49.52	87.0	81.7
30～39	162.6	151.1	57.75	50.03	86.8	81.7
40～49	161.0	149.7	57.11	50.53	86.9	82.1
50～59	159.0	147.3	55.31	49.17	86.5	82.1
60～69	157.1	144.5	52.68	46.29	85.5	81.4
70歳以上	155.2	140.7	50.10	43.12	84.5	80.3

資料 厚生省『国民栄養の現状』昭和 39 年度。

上下水道・清掃

表 24 給水人口と普及率（昭和 40 年 3 月 31 日現在）

	総人口	総 数	上水道	簡易水道	専用水道	普及率		総人口	総 数	上水道	簡易水道	専用水道	普及率
	千人	千人	千人	千人	千人	%		千人	千人	千人	千人	千人	%
全 国	97,189	64,876	53,201	9,218	2,457	66.7	三 重	1,516	864	576	241	48	57.0
北海道	5,151	2,827	2,215	353	259	54.9	滋 賀	852	446	270	151	25	52.4
青 森	1,430	714	532	164	18	49.9	京 都	2,070	1,686	1,510	153	32	81.4
岩 手	1,426	505	340	114	51	35.4	大 阪	6,416	6,166	6,016	88	61	97.3
宮 城	1,748	1,066	819	212	35	61.0	兵 庫	4,212	3,409	3,001	284	125	80.9
秋 田	1,289	648	341	219	38	50.3	奈 良	804	570	469	95	6	70.8
山 形	1,276	682	509	163	3	53.4	和歌山	1,023	607	476	122	9	59.3
福 島	1,997	932	701	192	40	46.7	鳥 取	588	435	263	158	15	74.0
茨 城	2,060	595	368	184	42	28.9	島 根	842	432	291	136	5	51.3
栃 木	1,519	507	419	61	27	33.4	岡 山	1,648	924	753	147	24	56.1
群 馬	1,591	979	671	291	17	61.5	広 島	2,256	1,280	1,126	127	27	56.7
埼 玉	2,836	1,661	1,391	214	56	58.6	山 口	1,554	909	760	114	35	58.5
千 葉	2,586	1,246	1,067	116	63	48.2	徳 島	817	442	327	93	21	53.1
東 京	10,709	9,331	8,945	55	331	87.1	香 川	907	536	416	110	10	59.4
神奈川	4,121	3,804	3,605	141	58	92.3	愛 媛	1,451	865	516	320	29	59.6
新 潟	2,400	1,575	1,257	304	14	65.3	高 知	823	469	270	196	3	56.9
富 山	1,031	600	475	99	22	57.8	福 岡	3,983	2,688	2,149	157	382	67.5
石 川	984	576	442	124	10	58.5	佐 賀	878	478	314	124	41	54.4
福 井	753	441	261	164	15	58.5	長 崎	1,668	1,077	764	261	52	64.6
山 梨	772	543	330	210	3	70.3	熊 本	1,787	812	546	227	39	45.5
長 野	1,967	1,447	1,027	405	14	73.6	大 分	1,195	666	457	155	54	55.7
岐 阜	1,694	1,063	628	374	61	62.7	宮 崎	1,098	444	304	124	16	40.4
静 岡	2,889	2,083	1,539	486	58	72.1	鹿児島	1,863	986	657	317	12	53.0
愛 知	4,709	3,862	3,087	623	152	82.0							

注 総人口は総理府統計局調べの昭和 39 年 10 月 1 日現在。

資料 厚生省調べ。

表 25 し尿処理施設・ごみ処理施設および下水道終末処理施設整備状況の推移

	し 尿 処 理 施 設		ご み 処 理 施 設		下 水 道		普 及 率 (対総人口) %
	件 数	処理能力 k/日	件 数	処理能力 t/日	処理人口 (万人)	処理水量 (万m ³ /日)	
33	67	5,627	684	6,648	246	—	—
34	107	8,067	712	7,403	308	—	3.3
35	156	10,457	745	8,717	420	220	4.5
36	252	14,105	878	10,571	501	252	5.3
37	355	20,050	989	12,176	570	277	6.0
38	479	26,631	1,106	14,904	734	334	7.6
39	670	39,190	1,257	17,709	920	402	9.4
40	792	45,321	1,409	20,736	1,106	508	11.2
41	879	49,400	1,582	27,686	1,348	602	13.6

注 41 年し尿処理施設件数 879 ヲ所の内訳は運転中 660 ヲ所、建設中 219 ヲ所である。41 年ごみ処理施設件数 1,582 ヲ所の内訳は運転中 1,352 ヲ所、建設中 230 ヲ所である。

資料 厚生省『下水、し尿、ごみの処理に関する資料』昭和 42 年。

住 宅

表 26 住宅数および1戸当り居住室数等の推移

(単位 住宅数 1,000 戸)

	総 数	人の居住している住宅数					一時現在 者のみの 住 宅	空 家	建築中 の住宅	1戸当り 居住室数	1戸当り 畳 数	1人当り 畳 数
		総 数	持 家	民営借家	公営借家	給与住宅						
全 国												
昭和23年	13,907	13,848	9,282	3,763		803	—	59	—	—	19.2	3.50
28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	17,934	17,432	12,419	3,233	614	1,166	68	360	75	3.6	20.7	—
38	21,090	20,372	13,093	4,904	944	1,433	75	522	121	3.8	21.8	4.91
市 部												
昭和23年	4,996	4,966	2,320	2,308		338	—	30	—	—	16.8	3.20
28	7,127	6,964	3,967	2,086	297	545	40	94	28	3.3	17.1	3.3
33	11,156	10,816	6,799	2,730	468	819	51	235	55	3.4	18.6	—
38	14,402	13,873	7,707	4,325	743	1,098	62	373	94	3.6	19.5	4.57
郡 部												
昭和23年	8,911	8,882	6,962	1,455		465	—	29	—	—	20.5	3.60
28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	6,778	6,616	5,620	503	145	347	17	125	20	4.0	24.3	—
38	6,688	6,499	5,385	578	201	335	13	149	27	4.3	26.6	5.54

注 28 年は市部だけの調査である。人の居住している住宅には仮小屋、ごう舎等の類も含まれる。ただし、28 年のみは総数は仮小屋、ごう舎等の類を含むが、その内訳たる持家、借家、給与住宅には含まないので合計しても一致しない。1戸当り居住室数、1戸当り畳数、1人当り畳数は人の居住している住宅についての平均値である。

資料 総理府統計局 昭和 23, 28, 33, 38 年『住宅統計調査』。

表 27 利用関係別にみた着工新設住宅数の推移

(単位 住宅数戸、床面積 m²)

年 次	総 数		持 家		貸 家		給 与 住 宅		そ の 他	
	戸 数	1戸当り 床 面 積	戸 数	1戸当り 床 面 積	戸 数	1戸当り 床 面 積	戸 数	1戸当り 床 面 積	戸 数	1戸当り 床 面 積
昭和27年	242,514	58.0	174,517	64.4	42,460	36.7	15,971	54.5	9,566	41.9
28	246,997	58.6	174,201	65.5	44,791	36.8	16,899	54.5	11,106	44.1
29	249,668	57.3	160,346	66.2	57,681	36.4	20,351	53.2	11,290	45.0
30	257,388	58.2	168,578	67.5	58,363	34.9	17,918	54.4	12,529	45.9
31	308,686	56.6	180,746	69.5	84,422	32.8	20,509	54.3	23,009	44.6
32	321,095	58.5	191,691	71.7	90,432	32.8	21,223	57.8	17,749	47.7
33	337,989	57.5	188,656	73.2	110,657	32.1	20,474	57.3	18,202	48.3
34	380,575	57.7	204,280	75.2	137,028	31.9	22,569	60.5	16,698	52.3
35	424,170	59.0	233,259	75.6	145,874	32.1	30,098	63.2	14,939	54.4
36	535,963	57.9	265,575	78.4	213,942	31.6	40,492	63.7	15,954	54.7
37	586,122	55.1	263,091	77.7	261,300	31.3	39,714	62.2	22,017	54.2
38	688,743	55.9	305,669	77.9	307,239	32.5	46,703	65.0	29,132	57.3
39	751,429	57.4	322,093	79.9	335,908	35.0	57,016	61.1	36,412	58.8
40	842,596	58.9	377,297	80.9	367,972	36.6	55,995	59.8	41,332	56.5

注 利用関係別のその他は建売、分譲等である。床面積は住宅全部の床面積の合計で廊下、階段、便所等を含む。

資料 建設省『建築統計年報』。

都市公園

表 28 都道府県別にみた都市公園の現状 (昭和 39 年 3 月現在) (単位 人, 面積 ha, 1 人当り面積 m²)

	総人口	箇所数	面積	1人当り 公園面積	児童公園		近隣公園		普通公園		運動公園		その他の公園	
					数	面積	数	面積	数	面積	数	面積	数	面積
北海道	4,058,653	296	1,255.25	3.09	232	75.70	20	39.88	31	1,069.25	5	44.39	8	26.03
青森	1,073,063	57	246.63	2.30	39	13.43	5	15.81	8	116.48	5	100.91	—	—
岩手	825,294	40	160.81	1.95	24	6.64	3	8.63	9	124.91	2	19.40	2	1.23
宮城	1,414,713	80	296.86	2.10	48	11.33	9	15.07	11	95.61	4	37.34	8	137.51
秋田	895,428	65	225.48	2.52	32	9.21	9	19.97	12	157.53	6	38.26	6	0.51
山形	1,091,954	83	549.45	5.03	39	9.56	9	18.31	22	353.49	7	79.08	6	89.01
福島	1,459,622	95	599.54	4.11	50	12.17	11	17.03	28	430.16	5	48.88	1	91.30
小計	6,760,074	420	2,078.77	3.08	232	62.34	46	94.82	90	1,278.18	29	323.87	23	319.56
茨城	1,288,023	60	206.35	1.68	40	9.66	4	7.74	9	154.30	6	34.02	1	0.63
栃木	1,215,100	67	307.84	2.53	25	6.82	5	10.04	27	173.47	9	117.15	1	0.36
群馬	1,071,316	131	997.42	9.31	81	23.91	15	30.67	22	850.25	5	46.38	8	46.21
埼玉	2,219,669	165	306.32	1.38	130	34.46	16	30.36	7	181.64	8	56.61	4	3.25
千葉	1,950,746	137	232.54	1.19	105	26.75	7	13.26	11	134.90	7	34.10	7	23.53
東京	1,442,609	115	125.76	0.87	99	12.25	5	8.24	4	79.84	4	23.70	3	1.73
神奈川	2,347,522	263	407.50	1.74	222	43.78	17	30.60	12	138.27	6	43.51	6	151.34
奈良	518,857	12	26.61	0.51	7	0.96	3	6.37	1	5.20	1	14.08	—	—
和歌山	1,370,528	76	241.25	1.76	37	10.66	14	20.44	18	190.95	6	18.92	1	0.28
小計	13,364,370	1,026	2,851.59	2.20	746	169.25	86	157.72	111	1,908.82	52	388.47	31	227.33
新潟	1,718,948	84	261.59	1.52	51	12.62	9	14.83	20	221.56	2	12.49	2	0.09
富山	993,377	68	135.69	1.37	49	9.34	4	6.77	10	86.85	3	17.68	2	15.05
石川	786,333	28	127.17	1.62	12	3.54	3	2.86	9	91.24	3	28.76	1	0.77
小計	3,498,658	180	524.45	1.50	112	25.50	16	24.46	39	399.65	8	58.93	5	15.91
岐阜	1,236,469	63	293.02	2.37	46	14.15	2	4.24	9	222.57	3	51.64	3	0.42
静岡	1,941,819	125	258.78	1.33	83	18.54	10	17.50	18	148.95	2	24.26	12	49.53
愛知	2,316,120	151	975.81	4.21	109	29.06	14	26.52	10	120.23	9	39.16	9	760.84
三重	1,159,106	68	105.24	0.91	54	9.47	6	9.68	5	46.07	1	4.12	2	35.90
小計	6,653,514	407	1,632.85	2.45	292	71.22	32	57.94	42	537.82	15	119.18	26	846.69
福井	627,442	82	376.95	6.01	57	13.50	4	7.23	11	337.74	2	15.47	8	3.01
滋賀	632,921	18	109.64	1.73	5	2.36	5	6.15	7	86.06	1	15.07	—	—
京都	517,773	34	168.53	3.25	17	5.91	5	8.76	11	147.68	1	6.18	—	—
大阪	3,042,127	579	738.31	2.43	527	65.80	22	34.30	24	547.23	4	46.18	2	44.80
兵庫	2,517,446	243	414.43	1.65	183	41.47	21	30.78	33	324.49	2	16.05	4	1.64
奈良	533,699	32	739.19	13.85	16	10.08	6	9.37	4	681.07	3	38.61	3	0.06
和歌山	847,346	34	189.81	2.24	17	6.50	9	14.34	6	149.19	2	19.78	—	—
小計	8,718,754	1,022	2,736.86	3.14	822	145.62	72	110.93	96	2,273.46	15	157.34	17	49.51
鳥取	421,105	37	13.45	0.32	33	4.23	2	3.86	2	5.36	—	—	—	—
島根	575,340	24	159.29	2.77	4	1.78	—	7.87	11	132.23	3	16.96	2	0.45
岡山	1,144,649	99	207.07	1.81	69	15.53	13	24.02	12	112.33	5	55.19	—	—
広島	1,706,801	241	446.99	2.62	186	34.93	16	29.19	34	345.62	4	32.56	1	4.69
山口	1,127,439	114	361.50	3.21	79	20.93	11	16.46	18	281.75	5	41.84	1	0.52
小計	4,975,334	515	1,188.30	2.39	371	77.40	46	81.40	77	877.29	17	146.55	4	5.66
徳島	465,750	26	150.75	3.24	15	3.01	1	1.49	5	127.30	3	16.58	2	2.37
香川	666,135	45	443.46	6.66	28	5.70	—	—	11	152.39	1	1.85	5	283.52
愛媛	1,057,620	64	308.12	2.91	41	11.32	7	14.59	12	197.59	1	7.62	3	77.00
高知	623,286	60	132.41	2.12	41	19.27	—	—	15	111.34	—	—	4	1.80
小計	2,812,791	195	1,034.74	3.68	125	39.30	8	16.08	43	588.62	5	26.05	14	364.69
福井	2,345,192	112	407.97	1.74	64	19.84	18	35.92	21	310.43	1	37.68	8	4.10
佐賀	578,851	25	173.30	2.99	8	2.25	6	12.14	10	143.41	1	15.50	—	—
長崎	1,209,883	117	651.04	5.38	74	20.41	8	14.98	18	371.12	3	42.53	14	202.00
熊本	1,037,219	55	116.32	1.12	37	12.11	3	4.23	8	56.30	5	38.69	2	4.99
大分	907,023	85	112.47	1.24	60	16.43	4	7.93	15	54.00	3	24.80	3	9.31
宮崎	898,601	82	364.54	4.06	46	13.49	4	6.79	13	112.78	10	99.48	9	134.00
鹿児島	1,472,390	157	345.14	2.34	106	26.97	16	29.17	24	210.35	9	48.48	2	30.17
小計	8,449,159	633	2,170.78	2.57	395	111.50	59	111.16	109	1,258.39	32	305.16	38	384.57
全小計	59,291,307	4,694	15,473.59	2.61	3,327	777.83	385	694.39	638	10,191.48	178	1,569.94	166	2,239.95
東京	8,555,741	441	594.43	0.69	360	96.20	33	57.26	28	249.06	—	—	20	191.91
横浜	1,617,876	184	333.79	2.06	151	27.22	18	34.03	12	100.84	1	21.45	2	150.25
名古屋	1,888,357	184	456.94	2.42	149	45.07	19	30.32	15	361.51	1	20.04	—	—
京都	1,326,500	172	144.60	1.09	153	36.88	3	2.27	7	74.14	4	21.72	5	9.59
大阪	3,216,600	297	351.57	1.10	250	98.34	23	36.71	23	208.26	—	—	1	8.26
神戸	1,187,341	111	556.18	4.68	72	23.87	14	23.31	16	357.12	7	41.97	2	109.91
北九州	1,053,722	228	308.52	2.93	185	37.83	7	13.03	14	207.15	2	45.16	20	5.35
七大大市計	18,846,137	1,617	2,746.03	1.52	1,320	365.41	117	196.93	115	1,558.08	15	150.34	50	475.27
全国	78,137,444	6,311	18,219.62	2.34	4,647	1,143.24	502	891.32	753	11,749.56	193	1,720.28	216	2,715.22

- 注 1. この都市公園は、法的に都市公園であるもののほか、公園としての実態を備え地方公共団体が一般の利用に供しているものを含む。都市計画
上決定されている公園緑地でも公園としての実態を備えず、使用を開始されていないものは含まない。
2. 公園種別は、児童公園：1 ha 未満。近隣公園：1 ha 以上 3 ha 未満のもの。運動公園：3 ha 以上で主として運動の用に供するもの。普通
公園：3 ha 以上で運動公園以外のもの。その他の公園：面積にかかわらず、動植物園のみまたは有料庭園のみの公園、防災目的の緑地、法
面の緑地等特殊なもの。
3. 総人口は、都市公園を持つ市町村人口の合計である。七大大市は別掲になっている。

資料 建設省調べ。

社会 保 障 研 究 所 日 誌 (1967. 4~1967. 6)

42. 4. 7 ISSA 文献委員会 (第 9 回)
42. 4.13 第 2 研究会 (第 21 回) 報告内容「既存統計の階層区分について」報告者厚生省統計調査部社会統計課, 同社会局保護課, 総理府統計局消費統計課
同 第 3, 第 4 研究会 (第 30 回, 第 26 回) 協議課題「戦後の社会保障の執筆内容について」提案者研究第 3 部長代理三浦文夫
同 第 25 回役員会「昭和 42 年度四半期別事業計画, 戦後の社会保障の編集内容, 昭和 41 年度事業実施経過, その他」
42. 4.18 社会保障研究所研究第 1 部長として小沼正 (厚生省大臣官房統計調査部社会統計課長) が発令された。
42. 4.20 第 1 研究会 (第 18 回) 報告内容「戦後の経済発展の動態のスケルトン」報告者社会保障研究所長山田雄三
42. 4.27 第 5 研究会 (第 28 回) 協議課題「昭和 42 年度研究プロジェクトについて——コーヘン論文集その他——」提案者専門委員中鉢正美
同 第 15 回政策研究会兼第 6 研究会 (第 12 回) 報告内容「イギリスの国民保健 サービス——R.M. テイトマスによる——」報告者主任研究員谷昌恒
42. 5. 1 社会保障研究所専門委員として江見康一 (一橋大学助教授) が発令された。
42. 5. 9 第 3, 第 4 研究会 (第 31 回, 第 27 回) 報告内容「保健福祉地区推進運動の展開と問題点」報告者全国社会福祉協議会永田幹夫
42. 5.11 第 1 研究会 (第 19 回) 報告内容「『戦後の社会保障』—財政と社会保障—のスケルトン」報告者専門委員江見康一
同 第 2 研究会 (第 22 回) 報告内容「戦後の社会保障のとりまとめ——社会保障の国際比較について」報告者研究員奥口圭野
42. 5.18 第 5 研究会 (第 29 回) 報告内容「アメリカの社会保障の経済問題について——Harber & Cohen (ed.) 論文集の検討 (その一)——」報告者研究員都村敦子
同 第 26 回役員会「調査研究組織の検討, 社会保障研究奨励賞授賞論文の推薦方法, 海外調査の件, 事業実施状況, その他について」
42. 5.23 第 3, 第 4 研究会 (第 32 回, 第 28 回) 報告内容「『戦後の社会保障』第 4 編第 3 章の構想について」報告者専門委員森岡清美, 研究員渡辺益男
同 第 16 回政策研究会兼第 6 研究会 (第 13 回) 報告内容「フランスの医療保障——その実情と問題点」報告者厚生省保険局調査課藤井良治
42. 5.25 第 1 研究会 (第 20 回) 報告内容「社会資本の計測をめぐる問題点」報告者経済企画庁計画課専門調査員橋本昌史
42. 6. 1 第 3, 第 4 研究会 (第 33 回, 第 29 回) 報告内容「『戦後の社会保障』第 4 編第 4 章——地域社会と社会保障——の構想について」報告者専門委員松原治郎, 関東学院大学助教授中村八朗, お茶の水女子大学助教授園田恭一
42. 6. 8 第 1 研究会 (第 21 回) 報告内容「『戦後の社会保障』第 3 編第 6 章——経済計画と社会保障——のスケルトン」報告者研究員都村敦子
同 第 2 研究会 (第 23 回) 報告内容「『戦後の社会保障』第 2 編第 1 章について 1. 生活水準指数——大正 14~昭和 40, 5 年間隔国連方式による計測——について, 2. その他」報告者研究員曾原利満
42. 6.15 第 5 研究会 (第 30 回) 報告内容「第 5 研究会中間報告のとりまとめについて」報告者専門委員橋本正己, 主任研究員谷昌恒, 研究員平石長久
同 第 27 回役員会「公開研究発表会の開催, 第 2 回社会保障研究奨励賞授賞論文の推薦方法, 海外事情調査の件, 43 年度予算の編成, 事業実施経過, その他について」
42. 6.20 第 3, 第 4 研究会 (第 34 回, 第 30 回)

報告内容『戦後の社会保障』第4編第2章——
人口と社会保障——の構想について」報告者専門
委員安川正彬

42. 6.22 第6研究会(第14回) 報告内容『戦
後の社会保障』第1編——戦後における社会保障
制度——の構想について」報告者専門委員小山路
男

同 海外社会保障情報編集委員会準備会(第

1回)

42. 6.27 昭和42年度公開研究発表会の開催 発
表テーマ「1. 社会保障と所得再分配効果——昭和
30年～39年の日本の経験——, 2. 家族周期と児
童養育——生活構造を中心に——, 3. 家族周期と
児童養育——家計構造を中心に——」発表者研究
第2部長地主重美, 専門委員森岡清美, 厚生省統
計調査官前田正久

次号 (Vol. 3, No. 3) 予告

巻頭言……………大河内一男

論文

イギリスにおける社会保障の動向……………小川喜一

アメリカにおける公的扶助の新しい動き……………仲村優一

ソ連における社会保障の最近の動向……………安積鋭二

国際社会保障の動向と特徴……………高橋武

現代の最低生活水準……………中鉢正美

資料

アメリカにおける老人健康保険の現状と問題点……………江間時彦

東南アジア西太平洋地域社会福祉セミナーについて……………三浦文夫

社会保障をめぐる世論形成とマス・メディア……………花島政三郎

研究会ノート

戦後の社会福祉の発達——ネフ論文を中心に——……………村山牙子

書評

日本法社会学会編『社会保障の権利』……………佐藤進

日本経済調査協議会編『社会保障制度の再検討』……………吉田秀夫

福武直著『日本農村の社会問題』……………渡辺益男

John Kenneth Galbraith, *The New Industrial State* ……地主重美

社会保障統計

社会保障研究所日誌