

季刊

社会保障研究

Vol. 5, No. 2

社会保障研究所

1969

国庫負担と受益者負担

鈴木 武雄

近頃、公共料金、社会保険保険料、消費者米価などの引上げが問題となるときには、きまって国庫負担か受益者負担かの論議がさかんに戦わされる。引上げ反対論は国庫負担の増額によって受益者負担の引上げをおさえるべきだといひ、引上げ論は本来受益者が負担すべき公共サービスの経費は国庫負担をできるだけ減額するのが合理的であるという。

この場合、“受益者負担”という言葉は料金、使用料、手数料等公共サービスの特定の利用者が支払う対価を意味しており、道路法、河川法、海岸法、都市計画法等に規定されている吹米の“特別課徴”(Special Assessment)と同じものを意味する“受益者負担”よりは広い概念に用いられている。これにたいして“国庫負担”というのは租税負担ということにほかならない(もっとも、一般財源としての租税負担と解すべきであって、目的税はこの場合むしろ広義の受益者負担に含めたほうがよい)。

とすると、国庫負担か受益者負担かの問題は、増税か減税かの問題とともに、財政のための国民負担の問題であり、国民負担の問題といえはかつては租税負担の問題とだけ考えられていたが、いまや租税負担のみにとどまらないところの、いわば国民負担の全構造にかんする新しい問題の登場であるといわなければならない。

ところで、国庫負担か受益者負担かの問題は、多くの場合単純に二者択一論として政治的に争われているが、それぞれの負担を国民負担全体の構造という視角からとらえるとともに、それぞれの負担についても、その経費、したがってそれを必要とする公共サービスの性格に応じてその配分の再編成を検討するというキメこまかい論議が必要であると考えらる。

公共経費は、いずれにせよ何らかの形で国民の負担によって賄われなければならないのであって、したがって公共サービスの増加と向上を望むならば国民負担の増加を避けることはできない。ただ、公共サービスの性格に応じて、(1)その経費の全額を租税負担(国庫負担)で賄うべきもの、(2)その経費の全額を料金、保険料等の形でそのサービスの利用者(受益者)の負担によって賄うべきもの、(3)その両者を適当な割合で組み合わせべきものがあり、それによって国民負担の構造に違いがあるだけである。(1)は無償で全国民に提供される公共サービスで、国防、警察、義務教育、一般道路、生活保護のような公的扶助などであり、(2)はいわゆる独立採算制を建前とする公企業のサービス(国鉄、電信電話、簡易生命保険等)であり、(3)は社会保険の保険料その他国立大学の授業料などのいわゆる使用料・手数料を徴する公共サービスであって、必ずしも費用補償的な対価である必要はなく、ある程度租税負担(国庫負担)を組み入れることによって受益者負担が軽減されるものである。この場合、租税負担部分は広義の補助金とみるべきであるが、どこまで租税負担で賄うべきかは公共サービスの性質によってそれぞれ違うのが当然であるから、この(3)の部分の再検討が現在最も重要な課題であると考えらる。社会保障とくに社会保険の費用負担の問題はこの課題の重要な内容であるといわなければならない。

一般に租税負担は応能原則によって、受益者負担は応益原則によって決められるべきであるとされているが、いずれも国民負担であるから単純に割切るべきではなく、国民に所得階層の違いがある以上、国民負担全体について応能原則をできるだけ導入することが考えられなければならない。租税負担についても、なお多分に大衆負担となっている現在の租税構造をもっと応能原則の徹底した構造に再編成することが必要であり、それなくしては国庫負担の増額によって受益者負担を軽減しても、大衆負担はかえって増加することにもなる。

国庫負担か受益者負担かの問題は、もっぱら前者の負担形態を優先させるのが進歩的であるとか、逆にもっぱら前者の負担形態を後者の負担形態に転換させるのが合理的であるとして、いずれか二者択一的に決定されるべき問題ではない。受益者負担にせよ、租税負担にせよ、国民の負担によって賄われ、国民のポケットから支払われるものだからである。

地方行政と国民健康保険

中 村 正 文

本稿は国保の地方行政への位置づけの問題を、国保の実態と関連させて追究しようと試みたものである。

I 岐路に立つ国民健康保険

ここに任意に選ばれた兵庫県下の三つの国保の保険者がある(表1)。神戸市は被保険者 296,000 人を擁する大都市であり、小野市は被保険者 23,000 人のかかえた小都市であり、関宮町は被保険

者 4,000 人を有する中程度の町である(いずれも昭和 42 年)。それぞれの市町について一般会計と国保特別会計の規模を比較すると、年度によってかなり変動があるが、国保特別会計の一般会計に対する比重は、神戸市では 5% に過ぎないが、小野市や関宮町では 20% に近い。小都市や町では国保は一般行政の 5 分の 1 に当る財政規模を有し、それが地方行政の中でいかに重要な地位を占めるものか、およそ想像がつくであろう。

表 1 一般会計と国民健康保険特別会計の規模(歳出)比較

(単位 1,000円)

市 町 名 年度	神 戸 市			小 野 市			関 宮 町		
	一般会計 A	国保特別会計 B	B/A	一般会計 A	国保特別会計 B	B/A	一般会計 A	国保特別会計 B	B/A
昭和36年	19,611,010	829,630	4.2%	347,875	45,183	13.0%	75,375	11,306	15.0%
37	24,360,964	1,149,265	4.7	397,661	54,910	13.8	115,226	11,105	9.6
38	28,789,772	1,366,922	4.7	396,380	60,176	15.2	143,889	15,689	10.9
39	33,014,727	1,639,697	5.0	573,458	76,895	13.4	146,578	19,844	13.5
40	42,611,564	1,907,860	4.5	609,344	101,531	16.7	143,740	20,489	14.3
41	50,200,066	2,503,093	5.0	693,557	129,796	18.7	170,996	23,740	13.9
42	57,071,679	3,059,587	5.4	994,017	146,936	14.9	177,487	35,343	19.9

注 兵庫県地方課および国保課調べ。

表 2 市町村民税と国民健康保険税(料)の比較 昭和42年度

市町名 区分 総所得金額	神 戸 市			小 野 市			関 宮 町		
	1世帯当り市町村 民税額	1世帯当り保険税 (料)額	被保険者1 人当り保険 税(料)額	1世帯当り市町村 民税額	1世帯当り保険税 (料)額	被保険者1 人当り保険 税(料)額	1世帯当り市町村 民税額	1世帯当り保険税 (料)額	被保険者1 人当り保険 税(料)額
所得のないもの	円	円	円	円	円	円	円	円	円
10万円以下	—	3,769	1,757	214	1,675	889	250	1,558	736
10~15	—	3,540	1,549	408	1,981	900	308	1,795	772
15~20	536	4,538	1,885	258	4,375	1,689	378	3,885	1,335
20~30	645	5,704	2,218	295	5,860	2,000	455	5,000	1,371
30~40	1,165	7,329	2,431	723	8,345	2,339	674	7,050	1,745
40~50	2,364	8,990	2,717	1,126	11,017	2,649	1,311	9,624	1,919
50~70	4,527	11,442	3,304	2,338	13,919	2,783	2,617	11,058	2,242
70~100	7,780	15,705	4,195	4,961	18,320	3,508	7,842	13,684	2,989
100~150	14,494	22,433	5,752	13,011	24,643	4,491	11,100	19,950	4,290
150万円以上	28,214	30,035	7,351	32,375	34,719	5,957	38,166	30,833	6,379
計	100,594	22,830	7,788	69,745	45,064	7,380	101,333	49,666	9,933
	9,617	8,309	3,012	3,260	11,008	2,809	2,271	7,777	1,928

注 兵庫県地方課調べ。

また住民である被保険者の側からみても、各世帯が負担する市町村民税と国民健康保険税(料)を対比すれば、地方行政の中で、それがどのように重要な役割を果しているものか知ることができる。表2によれば国保世帯の1世帯当り保険税(料)は、神戸市と小野市では総所得150万円まで、関宮町では100万円までは、1世帯当り市町村民税より多い。しかも国保世帯のほとんど全部がこの所得階層に属しているのである。ことに低所得階層ほど保険税(料)は市町村民税に比べてはるかに大きい金額を示しているのである。それは国保事業が一般会計に所属する他の行政サービスのような生活需要への間接的な補助サービスと違って、そのまま住民の生理的必要性を充足する直接的なサービスであることにもよるが、金額面から見て、一般行政全体のための拠出以上のものを、きわめて限られた行政部面である国保事業だけに支出していることは、市町村行政の中で国保のもつ意味の重大性を改めて認識させるに十分であろう。

末端自治体の小さな行政能力の中において、これほどの大事業を遂行することはなみなみならぬことであるが、それほどに地域住民にとって健康や医療が大きな意義をもっている、あるいはもっていたことを現わすものである。それは国保発足当時の農山漁村の実情を知るものにとっては容易に理解されることである。日本産業革命の過程での生糸・紡績工業の興隆は、それと同時に生糸・紡績女工を媒体として結核が農山漁村にもちこまれ、免疫・耐性を有しないそれらの農山漁村処女地にたちまちに伝播し、結核患者が簇出し、一家眷族ごとく死滅するといった悲惨な例も少くなかった。もともと農村の貧困が疾病の苗床をなしたが、疾病がさらに農村を窮乏に陥れた。こうした事情の中で国保は農山漁村に根を下したのである。事態が変化した今日でも、疾病が貧困の大きな原因であることに相違はないが、そのことを含めて国保の意義を、より深いところから求めれば、現代政治の基本が住民の福祉にあり、健康は人間生存の基本的条件であるところから医療が最大の住民福祉につながることにあると思われる。

そこで市町村の首長にとっては、国保は誇りで

あり、それを経営することが生きがいであり、それに苦勞することに張り合いがあった。それゆえに耐え難い負担にも耐えてきたといえよう。

ところが、昭和33年の新国民健康保険法が国保の実施を全市町村に義務づけ、36年に国民皆保険が実現したのであるが、その頃から、あるいはそれを転機としてか、地方自治体の国保に対する態度に次第に変化が生じてきたようである。

その原因は療養給付費の上昇、国保財政窮迫ということにあるが、それは意識された表面的な理由であって、その底にはもっと根源的な問題がひそんでいると思われる。しかしその本質的な問題にはいる前に、その動因をなした現在の国保が含む形而下の問題をまず明らかにしておきたい。

国保の経営困難の原因は国保のもついわば特色から多くは発しているのであって、そうした国保の特色を拾い上げるとともに、これまた国保の経営を困難ならしめる原因となっている近時の社会変動から新しく発生しつつある現象を指摘し、国保のはらむもろもろの問題を列記しよう。

1 国保被保険者世帯には低所得階層に属するものが多く、平均して所得が低い。表3は国保の平均所得と健保の平均標準報酬を比較したものであるが、標準報酬月額には頭打ちがあって、高額所得階層の所得が反映しないにもかかわらず、1～4割の所得差がみられる。

無職者は被用者でないから、他の社会保険の被扶養家族でない限り、すべて国保に包摂されるし、国保世帯の職業が主として自営業であり、さらに移動が多いこともあって、所得の把握に困難があり、こうした理由で国保には所得零または10万円以下の世帯が多い。被保険者数1万人未満の保険者で12.3%、1万人以上5万人未満で15.0%、

表3 国保世帯の平均所得と健保の平均標準報酬

年	国保平均年所得 ¹⁾ (1,000円)	政管健保平均標準 報酬月額 ²⁾	組合済掌健保平均 標準報酬月額 ²⁾
63	240 (月20)	21,464 ^円	27,788 ^円
64	276 (月23)	24,010	30,433
65	303 (月25)	26,110	32,581
66	333 (月28)	30,445	39,206
67	373 (月31)	33,903	43,352

資料 1) 『国民健康保険三十年史』 2) 1969年版社会保障年鑑。

表4 国保における年齢別人口構成の変化
(単位 %)

年	14歳以下	20～39	60歳以上
昭和 37 年	29.6	26.8	13.5
42	23.6	26.3	15.6

資料 厚生省「67年度 国民健康保険実態調査」

表5 年齢階級別人口構成 (単位 %)

区 分	総 数	0～14歳	15～59	60歳以上
総 人 口	100.0	24.3	65.6	10.1
国保被保険者	100.0	23.6	60.8	15.6
そ の 他	100.0	24.7	69.3	6.0

資料 厚生省「67年度国民健康保険実態調査」

5万人以上 10万人未満で 16.9%，10万人以上で 20.9% が所得 10万円未満の階層である。大阪府の例でみると、60% の世帯は住民税の所得割がなく、そのうち年間所得 10万円以下の世帯が 12% を占めており（昭和41年度）、神戸市では総所得金額零の世帯が 49.1%，1～10万円が 2.2% となっている（41年度）。

2 国保には相対的に可働年齢層の人が少く、老人が多い（表4）。表5が示すように、国保は他の社会保険に比べて2倍半以上の割合で老人を含んでいる。総人口中の国保被保険者は 42.6% であるが、60歳以上の人口については国保被保険者は 65.7% を占めている。しかも国保の被保険者の中に占める 60歳以上の者の割合は年々増加しており、昭和37年の 13.5% から42年の 15.6% へと、6年間に 2.1% 増加した（表4）。

3 世帯構成は大阪府の例によると、被用者保

険の 1.2 人に対し国保は 3.2 人である（41年度）。それでいて国保にはかなりの数の 1人世帯がある。7大都市を平均して 1人世帯が全世帯の 28%，神戸市では 30% を占めている（41年度）。

4 工業化の進展に伴い、農業人口が流出し、その結果被保険者の減少が著しい。昭和 36 年の 4,681 万人から 42 年の 4,265 万人へ、7年間に 415 万人も減少している。もっとも世帯数では世帯の細分化が進んでいるため、この間に 6.7% 増加している。減少は農漁業者が多い郡部や地方都市で激しく、大都市やその周辺では、国保人口の一般的減少傾向の中にあって、逆に増加しているのである。過疎地域では経営規模として不適切になりつつある国保が少くない。

なお大都市では被保険者の移動が激しく、年率 35% を示し、3年間で被保険者が全部入れ替る計算になるところすらある（例横浜市）。しかもそこでは被保険者の絶対数が大きいので、所得把握や保険税（料）の賦課徴収に支障を与え、財源確保に困難をきたす大きな原因となっている。

5 ところで医術・薬学の進歩、診療報酬点数の改訂、医療医薬の普及、受診・受療の増加により、医療費は年々増加し、昭和 37 年度に比して 42 年度は 1人当り療養諸費で 2.7 倍に膨張、1人当り保険者負担分は 3.4 倍に増大している。年率にして 10～20% となり、これは国保世帯の所得の増加率をはるかに上回るものである（表6）。

6 こうした医療費の増嵩を賄うため保険税（料）も年々 10～30% 引き上げられ（表7）、昭和

表6 1人当り療養諸費等の推移（市町村）

年 度	1人当り 療養諸費	1 人 当 り 保険者負担額	1人当り 保 険 料 調 定 額	1 世 帯 当 り 保 険 料 調 定 額	国保世帯 の 所 得	1 人 当 り の 国保医療費 国庫負担額 (実質)
昭和 36 年	3,258 ^円 (100)	1,673 ^円 (100)	973 ^円 (100)	4,134 ^円 (100)	—千円 (100)	840 ^円 (100)
37	3,899	2,029	1,095	4,539	209	1,128
38	4,813	2,653	1,180	4,776	240	1,562
39	6,078	3,558	1,500	5,878	276	2,065
40	7,365	4,546	2,043	7,794	302	2,792
41	8,639	5,549	2,330	8,647	333	3,390
42	(265.6) 10,357	(343.7) 6,973	(252.7) 2,767	(222.4) 10,094	(178.5) 373	(344.5) 3,886

資料 『国民健康保険三十年史』

表 7 1世帯当り保険税(料)現年度調定額

年 度	金 額	対前年度比
昭和 36 年	4,334 ^円	1,124
37	4,800	1,108
38	5,124	1,068
39	6,342	1,238
40	8,360	1,321
41	9,309	1,103
42	10,359	1,124

資料 昭和43年度版『国民健康保険の実態』

42年度は37年度に比して2.2倍となっている(表6)。平均所得に対する世帯当り保険税(料)調定額の割合は38年度2.03%であったのが、42年度では2.75%となり、その増加率は3割以上になる。保険税(料)が負担の限界に達したという声は次第に高まっており、保険者は保険税(料)の引上げについて被保険者の納得を得るのに非常に苦労しているのが現状である。

7 この間国保に対する国庫補助も可及的に増加されており、1人当り国保医療費の国庫負担額は昭和37年度に比して42年度は3.4倍に増加

している。44年度でみると、国保予算2,792億円の内医療給付費関係の療養給付費補助金と調整交付金が2,600億円で、これは厚生省予算の30%余りに当る。補助率からいうと、総医療費に対して45%、療養給付費保険者負担分に対しては64%にも相当するものである。国庫支出金全体(事務費負担金、療養給付費負担金、調整交付金、保健婦補助金、診療施設整備費補助金、助産費補助金、国保組合臨時調整補助金)が国保会計決算収入額に占める割合は36年度43%、42年度55%である(表8)。これは保険としては限度を越えるものであるという意見もある。

8 しかもなお、国保は収支を償わず一般会計からの繰入れが行われている(表9)。一般会計繰入金が決算収入額に占める割合は昭和36年度の4.7%から42年度の2.9%に減じている(表8)が、絶対額で減少している訳ではない。被保険者1人当り額でみると2倍半近く増えている(表10)。保険者負担額に対する一般会計繰入金の比率は2.2%であるが、これは自治体の規模によって大

表 8 決算額(収入)の構成割合

(単位 %)

年度	保 険 料	一部負担金	国庫支出金	都道府県支出金	繰 入 金		繰 越 金	その他の収入金	収入計
					一般会計	そ の 他			
昭和36年	44.42	0.32	42.79	1.86	4.67	0.22	4.59	1.13	100.00
37	41.46	0.17	44.65	1.73	4.29	0.30	5.70	1.70	100.00
38	37.77	0.13	48.78	1.76	4.28	0.49	5.67	1.12	100.00
39	38.59	0.10	49.85	1.68	4.81	0.64	3.35	0.98	100.00
40	36.90	0.07	56.26	1.99	2.70	0.18	1.14	0.76	100.00
41	36.81	0.06	52.16	1.98	2.77	0.21	5.19	0.82	100.00
42	35.78	0.06	54.59	1.59	2.91	0.32	3.94	0.81	100.00

資料 昭和43年度版『国民健康保険の実態』

表 9 一般会計繰入金の目的別比率

(単位 %)

年 度	目的別 療養給付費不足に充当 1. 保険料賦課標準が低い 2. 給付割合引上げ 3. 収納率が低い	事務費不足に充当	保健施設費に充当 1. 保健婦 2. 保健衛生費 3. その他	その他 1. 累積赤字解消 2. その他	計
昭和 37 年	35.3	26.3	16.7	21.7	100.0
38	37.5	27.1	11.2	24.2	100.0
39	57.1	21.5	9.6	11.8	100.0
40	21.3	19.0	36.3	23.4	100.0
41	51.0	28.2	14.2	6.6	100.0
42	50.0	24.6	14.3	11.1	100.0

資料 昭和43年度版『国民健康保険の実態』

表 10 被保険者 1 人当たり収入 (市町村)

(単位 円)

区 分	昭和 36 年度	42
収 入 総 額	2,212	8,093
保 険 税 (料)	946	2,737
国 庫 支 出 金	974	4,577
市町村一般会計繰入金	111	250
そ の 他	181	529

資料 『国民健康保険三十年史』。

表 11 保険税(料)および一般会計繰入金の保険者負担額に対する割合

(単位 %)

保 険 者	保険税(料)現年度分 保険者負担額	一般会計繰入金 保険者負担額
5 万人未満の市	41.80	2.16
5 万人以上10万人未満の市	40.80	3.30
10万人以上の市	38.72	4.45
6 大都市および特別区	34.41	6.63
町 村	40.24	1.68
組 合	85.91	0.09
合 計	42.14	2.16

資料 昭和43年度版『国民健康保険の実態』。

差があり、町村では 1.7% であるけれども六大都市および特別区では 6.6% に達し、自治体の規模が大きいほどこの割合は大きくなっている。これは保険者負担額に対する保険税(料)の割合と丁度反対の関係を示していて、保険税(料)の調達不足が一般会計の繰入金によってカバーされているかのごとく見える(表11)。このように大きな都市におけるほど保険税(料)徴収が困難で、一般会計の負担が過重になっているあたりに、都市理事者に国保忌避の気持を抱かせる大きな理由があるようである。

なおこの他に都道府県の支出金があり、その金額は大阪府の例でいうと、事業助成補助金、診療報酬支払資金貸付金、財政健全化資金貸付金など約 9 億円(44年度)に達しているのである。

9 にもかかわらず、表 12 に見られるように、赤字(繰上充用)を出す市町村保険者は少くない。昭和39年度においてはその数は 1,355 を数え、その金額は 90 億円に達した。そのため 40 年度に臨時財政調整補助金 40 億円が支出され、また保険税(料)の大幅の引上げが行われ、小康を得たがその後ふたたび悪化してきており、42 年度で

表 12 国民健康保険の繰上充用(赤字)と未払額

年 度	区 分	繰 上 充 用 (赤字)		未 払 額 (100万円)
		保険者数	金 額 (100万円)	
昭和36年	市町村 組 合	268	1,461	1,044
	計	7	23	360
37	市町村 組 合	275	1,484	1,404
	計	190	1,534	1,592
38	市町村 組 合	4	5	10
	計	194	1,539	1,602
39	市町村 組 合	422	2,671	2,259
	計	3	56	-1
40	市町村 組 合	425	2,727	2,258
	計	1,355	9,045	1,783
41	市町村 組 合	6	51	15
	計	1,361	9,096	1,798
42	市町村 組 合	205	3,386	586
	計	1	37	5
43	市町村 組 合	206	3,423	591
	計	413	5,074	618
44	市町村 組 合	5	48	-
	計	418	5,122	618
45	市町村 組 合	553	6,251	1,350
	計	2	17	3
46	市町村 組 合	555	6,268	1,353
	計			

資料 厚生省保険局調査。

は赤字保険者 553、赤字額 63 億円に上っている。市と町村を比較すると、市の方に赤字保険者が多く、赤字の規模も大きい。七大都市では東京、大阪以外は赤字である。なお自治省の 44 年版の「地方財政の状況」によると、42 年度の赤字団体は 1,147 で全体の 34.6% を占め、赤字額は 183 億円で、その 56% を六大都市と特別区が占めていることを報告している。これは繰入金を除いての計算であろう。

10 しかも国保は国の固有の事務で、市町村に委任されているものであるといわれているにもかかわらず、その事務費は基準額に対しては 10 割というものの、実際の交付率はこの 10 年間多い年で 72%、少い年で 50% である(表13)。補助対象外事務費を入ると、この割合はさらに低くなる。しかもこれまた都市と郡部とで給与水準の違いなどのため事務単価が異なり、昭和 39 年度についての国保中央会の調査によると、被保険者 10 万人以上の市が 40.4%、町村は 56.8% で 16% の差がある。こうした点も都市理事者に不満を与えている点である。

11 国保の財政困難は直診勘定の赤字によってさらに加重される。直営診療所をもつ全市町村の 6 割が直診の赤字に悩まされている。前掲「地方

表 13 被保険者 1 人当たり事務費負担金交付状況 (市町村)

年 度	予 算 額		実支出額 B	交 付 率 A/B
	当 初	補 正 後 A		
昭和 33 年	90 ^円	95 ^円	124,916 ^円	72.0%
34	95	95	134,855	70.4
35	100	100,278	162,182	64.3
36	110	114,612	198,121	57.8
37	120	125,929	234,987	53.6
38	130	135,163	271,927	49.7
39	150	157,310	305,767	51.4
40	200	208,146	342,496	60.8
41	250	259,875	383,797	67.7
42	300	315,393	436,412	72.3

資料 『国民健康保険三十年史』。

財政の状況」によると、昭和42年度の直診勘定は実質収支で7億円の赤字を出し、これから他会計との間の繰入れ、繰出しを考慮した収支は17億円の赤字となり、赤字団体数587で全体の62%を占めている。こうした財政負担が大きいことが、地元には開業医もあることであるし、何もそれほどにしてまで直診をもつことはあるまいという考えを強め、直診の廃止が急速に進んで、最盛の33年頃の半数に減っている。37年度から41年度の5年間をみると221の市町村が一切の直診を失い、減少した施設数が560に及び、41年度における現在数が2,191となっており、さらに減少する傾向にある。あらゆる予算が膨張趨勢にある中であって直診の補助金だけは減少または横ばいで、実情を知らぬ者をして直診の使命は終わったのだという見解を抱かしめるほどである。

12 しかし直診の使命は決して終わったのではなく、直診が減少する最大の原因は医師給与の高額とも関連して医師確保の困難という点にある。そのために時代に逆行して無医地区が増加している。昭和31年に728箇所であった無医地区が41年には2,920箇所となっており、これは住民にとってきわめて重大な問題である。市町村を単位としてみると、市町村合併が行われたこともあって、42年4月1日現在市町村区域内に医療機関のないものは46で、市町村被保険者の1.38%に過ぎないが、1医療機関当り人口が2,000人を越える市町村は1,616で総被保険者数の48.60%、1医療機関当り人口4,000人を越える市町村は308で、

その割合は9.26%である。

これらの問題を要約すると、理論的問題は別として、結局財政問題と医療機関の偏在ということになる。問題は明白であるが、深刻である。

II 国民健康保険の医療保障化

さてこのような国保の財政危機を契機として、国保の地方行政への位置づけについて改めて問題を提起しているのが、医療保険の抜本改革であろう。この契機は現象的には単なる経済的困難であるが、問題の本質からは社会保険より医療保障への決定的展開における陣痛として理解されるべきものと考えらる。そこで国保の歴史を医療保障の発展過程としてたどってみる必要がある。

昭和13年に制定された国民健康保険は、対象を一般国民とし、医療と保健の包括的制度であろうとしたことにおいて、わが国最初の社会保障制度であり、医療保障制度である榮譽を担うものであるといわれるが、それは観念的にそうなのであって、現実にそうであったのではない。

国保法成立の13年の段階では貧富の差別なく、すべての者を組合員としたけれども、少くとも立案の段階ではそうでなかった。昭和9年の国保制度要綱案は多額の収入ある者と保険料負担能力なき者を除く一般国民を対象とするものであって、この一般国民は「庶民」であって、「全国民」を意味しなかった。

また昭和11年の内務省社会局保険部の国保制度案の要旨は産業の発達と国防の安全にとって国

民の健康が基礎であること、しかも農漁村では結核病等により住民の健康がまことに憂慮すべき状態にあることを指摘し、国保の不可欠であることをのべたが、そのねらいは準戦体制下国防のための健康であり、農漁村の疲弊救済のための保険であった。それは療養の給付を行なったけれども、目的は経済的救済にあったから、医療や健康を保障しようという意識はなかった。当時診療施設の確保に力があつたのは、むしろ産業組合の医療利用組合であつたといわれている。

さらに国保は郷土的団結を有する市町村を区域としたが、組合によって経営され、市町村自体の事業ではなく、その設立も任意であつた。国や県のみならず、町村はその健全育成のために補助金を交付したが、財政基礎はあくまで加入者の自力におくものであつた。

また国保は相扶共済を理念としたけれども、それを一般住民はなかなか理解せず、保険料の負担を憂い、市町村は財政圧迫を警戒し、医師は患者と収入の減少を案ずるといった有様で、国保組合の発足は必ずしも順調に行われたのではなかつたのである。

ところで昭和 17 年になると、組合設立の強化、組合員加入義務の強化、保険医制度などを主眼として国保法が改正され、その結果地方長官が必要と認めた場合は設立を命じうることになって強制設立の道が開かれ、特別組合についても強制加入を命じることができることとなり、保険医や保険薬剤師は正当な理由なくして指定を拒みえなくなるなど、国家統制が強められた。こうした法の改正の下に国民皆保険政策が強力に押し進められたので、17、18 年には目ざましい普及効果をあげ、全市町村の 95% で組合が設立され、皆保険まであと一步というところまでいったのであるが、昭和 20 年の敗戦に面して頓挫した。この期を第 1 次国民皆保険期というが、それは全く戦争遂行のためのものであり、戦力と労働力を増強する強兵健民政策の一環にすぎず、社会保障からほど遠いものであつた。

昭和 20 年の終戦後は国保制度の根本精神である隣保相扶の觀念の減退、物価騰貴、医薬品・衛

生資材の払底、保険医および被保険者による保険診療忌避、保険料徴収の困難、診療費支払の遅延、保険給付の停滞、これらが重なって国保は崩壊の危機に瀕した。

しかし 21 年の新憲法が国に社会保障遂行の義務を課し、それによる福祉国家への転換は崩壊に瀕する国保の中に新しく社会保障の意義を見出し、再建への活路を開いた。ここから国保は社会保険から医療保障への第一歩を踏み出すこととなったのである。

この年、国は国保を崩壊に導いている最大の原因が、保険あれども医療なき状態にあることを見、また組合直診が国保継続・再開の担い手であることを知るに及んで、直営診療所や病院の建設・整備に国庫補助を出すことにした。国保の直診や病院は無医村・無医地区、医師不足町村地区を解消して、国保の療養の給付の円滑化を図るとともに、疾病の予防や住民の健康管理を行うものであるが、こうした診療施設の助成は、国保がようやく経済保障の段階から医療自体の保障へ進む端緒を開いたことを意味する。

ついで 23 年には国保改正法が国保の市町村公営化を実現し、また義務加入制を敷き、国保を市町村行政の中に正式に位置づけたのである。

さらに国保の事務費について、24 年に 5 割、25 年に 7 割、26 年には 10 割の補助が認められ、また 26 年には国保税の創設によって国保の公的性格が一層強められ、27 年には国保振興奨励交付金制度の創設、28 年療養給付費に対する 2 割の国庫補助金の実現、さらに 30 年には療養給付費の 2 割相当額、事務費の全額および保健婦設置費の 3 分の 1 補助が法定化されることとなった。従来の単なる奨励助成のための補助金が積極的な国の義務支出となったのである。国保に対する国の財政責任が明確にされたことによって、国保は国の医療保障制度としての地位を先取したのである。

33 年末には新国保法が制定された。これは国保史上最も重要なもので、国保が国の医療保障制度として決定的に確立されたことを意味したからである。これまでは国保事業は市町村の固有事務とみられ、したがって実施するか否かは市町村の

自由とされたが、新法は医療保障を国の責務とし、国保の実施を市町村に義務づけるとともに、その事務を市町村に団体委任するという考えに改めたのである。それを具体化する財政措置として、これまでの療養給付費の2割以内という不確定的な補助金は定率2割という確定的な負担金に改められ法制化した。事務費もちろん補助金が負担金となった。これらのことは国保自体の質的变化であると同時にその地方行政における位置づけに決定的な変化をもたらしたのである。36年には鹿児島の一部を除き国民皆保険が達成され、新法は実を結んだ。わが国の医療保障は量の面では一応完了をみたわけである。

その後、国保は内容充実期に入り、38年から世帯主7割給付を、39年から世帯員7割給付を開始する一方、37年には療養給付費に対する国庫負担が2割から2割5分へ、38年には調整交付金が5分から1割へ、39年には前者がさらに4割に引き上げられたが、調整交付金は5分に引き下げられた。しかし差引大幅な国庫支出増があったわけで、それは給付率の改善を裏付けるとともに財政の安定化に大きく寄与するところがあった。

ところで国保の給付改善と財政安定化のための止むを得ない措置であったとはいえ、国庫負担の増額は療養給付費保険者負担分の64%にも及び、国保の国民保健サービス化を事実において遂行してきたと見るのである。国保はことさらに意図したのではなかったけれども、保健施設を保有することによって治療のみならず、予防や健康増進や健康管理を行い、いわゆる包括的医療を実施している意味において、また運営費の過半が国庫支出金で賄われている意味において、国保はかなりの程度国民保健サービス化しているといえることができる。呼び名は依然として国民健康保険であっても、実態は国民保健サービスに近い。この点において国保は最も進んだ医療保障制度であろう。

しかしながら国の考え方や意識は国保の国民保健サービス化に対し、必ずしも好意的でなく、むしろ強い抵抗を示している。この抵抗は根本的には、それが医療の国営化に通ずるのではないかというイデオロギー面での杞憂が大きいと思うが、

現実的には過大な国庫負担要求に対する警戒からと思われる。そうした点から医療保障はあくまで保険方式によるべきであるという強い主張が昭和37年頃より医療保険の総合調整を回って台頭し、抜本改革問題が動き出した41年以降では、かつて30年頃から35年頃にかけて盛んに用いられた医療保障という用語すらタブーとされ、医療保険の改革を審議するために設置されようとした臨時審議会の名称すら、医療保障審議会でなく医療保険審議会でなければならぬと主張されたほどである。

市町村が国保の経営主体たることにそれほど固執していない場合でも、国はあくまで市町村主体を主張して譲らず、それはあたかも国保が国に押しつけられることを極度に警戒しているのではないかとさえ思わせる。

直診の新設に対する補助は廃止されるといわれ(44年度厚生省方針)、一部では市町村公営を職域別組合に改変すべきだという意見が聞かれる。

国保が市町村固有の事務であって、国はそれを単に助成するに過ぎなかった新法以前の、さらには23年の公営化以前の、医療保障から区別されたいわゆる社会保険へ後退するのではないかと懸念させるものがある。

このような逆行が認められるとは思えないが、それならば国保はどこに、そしていかに位置づけられるべきか。

III 医療保険の抜本改革と国保の進路

今日医療保険財政の困窮をきっかけとして、吹きまくる医療保険抜本改革の嵐の最中において国保の進路が探求模索されている。国保と地方行政の関係をいかに見通すべきか。

わが国の医療保険の方向を探る場合、拠所となる最も重要なものは社会保障制度審議会の昭和37年の「社会保障制度の総合調整に関する基本方針」についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」と42年の厚生省事務当局の「医療保険制度改革試案」と44年の自民党の「国民医療対策大綱」であろう。これらが説くところはおおむね一致しており、国保の保険者は理想として

は国であろうが、現実的な考慮からは市町村であるべきだとし、そして財政調整をなすために、都道府県段階にプール制や公社を設けたり、あるいは直接国の手許でそれを行なおうというものである。

ところで当の市町村や都道府県や国の考えはどうか。

既に昭和 30 年全国町村会は社会保障制度審議会の「医療保険制度に関する御意見について」というアンケートに対し、国保の経営主体を将来都道府県連合会へ移行することを考慮すると答えている。さらに皮肉にも 33 年の新国保法が市町村に国保の設置義務を課して、国保の社会保障化を決定的たらしめたと同時に、理事者の経営意欲を減退させた。国保はもはや市町村長にとって魅力でなくなり、単なる財政的桎梏と化した。

しかしさて実際に国保を手放すとなると、町村長の態度にはなお逡巡の色が見える。この移管は町村にとっては大きな事業を失い、行政量が著しく縮小され、町村行政の影を薄くするものであるし、また貧困な町村では一般会計の行うべき保健衛生を国保に負ぶさっている場合も少なくないし、また郡部では医療問題は今日でも住民の最大の関心事であり、行政のポイントをなしているから、それはある意味では町村の行政放棄というほどの意味すらもっているからである。町村が国保を担当しなければ無医地区に転落し、人間の生存にとって最も基本的な医療が得られなくなるのではないかという恐れが強いのである。

この点都市の場合は態度が比較的はっきりしている。ことに大都市では国保事業の比重は相対的に小さく、民間の医療供給態勢が十分に整っているので、それほど重要性をもたず、むしろ市民総数に占める被保険者数の小さい割に、財政負担だけが大きい事が徒に強く感じられるために、国保事業に全く執着がないように思われる。自民党の医療保険改革大綱に対する反応をみても、全国市長会は市町村を保険者とする事に正面から反対し、国が保険者となるべきで、段階的に都道府県単位で管理運営を行うことが適当ならばそれもよからうという見解である。

住民の側においても、国保がなかった頃は医療費に困り、それを実施することが大きな願望であったけれども、保険医療が日常化してしまった今日は、その恩恵に慣れ、それをそれほど有難いものだ意識しなくなっている。住民のニーズは住宅、道路、学校、水道、し尿処理といった方面に移った感がある。公選首長の立場としてつねに住民の現在のニーズに応ぜざるを得ず、応じようとすれば国保の資金需要が邪魔になる。全国市長会の国保に対する拒絶反応はこうした世情を反映したものであろう。

ところで医療給付費の 6 割以上が国庫から支出され、事務費は名目的ながら 10 割国庫負担、標準事務費の構想もあり、診療報酬の点数・単価は国が決める。その上給付率や給付内容が画一化され、さらに保険料は、保険者間の公平を期するという大義名分の下に国が医療費段階別の標準保険料を定める、というのでは一体市町村が創意工夫して、自主性を生かす余地はどこにあるのか。何もかも国まかせで、市町村の自治や理事者の経営意欲はどこにあるのか。どこに市町村の主体性があるのか。市町村を国保の主体と呼ぶのは便宜的であって、実際は代行機関に過ぎないのではないか。既に市町村を主体とする根拠は乏しく、もはや市町村主体の実体は半ば失われ、さらにほとんど失われようとしているといえるのではなからうか。

それならば都道府県を主体とすることはどうか。このことについては実は都道府県自体積極的でない。むしろ否定的態度とみられる。都道府県はそれぞれ助成制度をもっていて、兵庫県の例によると保健婦活動費補助、保健婦奨学資金貸与、低所得階層医療確立助成、へき地直営診療施設運営費補助、診療施設整備費補助、保健施設活動強化推進地区設置費補助、国民健康保険診療報酬支払基金の貸付、国民健康保険診療報酬支払基金運営費補助など、現在でもかなりの費用を支出しているわけであるから、これ以上の負担はご免蒙りたいというのが本心であろう。

ところで国はどうか。前にのべたごとく、40 年頃までは国保は国の事務であり、責任であるという考えの下に国庫負担金を拡充してきたのである

が、この方針は 41 年頃からぐらついてきているように思われる。「医療保険制度改革試案」が最もよく示しているように、国保の主体はあくまで市町村とする考えを堅持している。4 割 5 分の国庫負担は保険の限界という見解の下に、それ以上の国庫負担は極力回避する方針と見受けるが、そのためにも主体を市町村とする必要があるわけである。

こうした公営論に対して、また組合主義の考え方があつた。国保は思い切って解体し、職域別組合か、産業別組合、あるいは都道府県単位の職業別組合に変えてはどうかというものである。この論は経営能率から打ち出されたものであるが、公営から組合経営に移すことは当然公的性格が薄れ、それは戦前への逆行であり、社会保障の本質から離反するものでないかと思われる。

社会保障は国の責任事業であり、市町村は国から委任されて、その事務を行うものであることは、いわば今日では常識化されている。そこから社会保障の費用はすべて、あるいはできる限り国が負担すべきであるという主張もでてきているように考えられる。しかし憲法 25 条の、国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上および増進に努めなければならないということは、必ずしも国が自ら主体とならねばならないことを意味する必要はなからう。地方自治体を通して国が努力を表現することもできるはずである。ところで社会保障と地方自治とのかわり合いはいかに理解すべきなのか。地方自治を重視する立場からは、社会保障を地方自治体の固有の行政とする見方もなりたつだろう。この見方が可能ならば国保は市町村を主体とすべきであるが、地方行政の広域化により、その中心が市町村から都道府県に移行するのが本質的動向ならば、都道府県が主体となるべきであろう。

それはさて置き、どこが経営主体たるべきかを論ずる場合、責任論と事務論を分けて考える必要があるのではないか。責任論で決定する場合は本質的であり、事務論による場合は便宜的である。

責任論からいえば、国の行政は国の存立にかかわるものが中心となり、その他の国民の日常生活

に関するものは地方団体で行うべきこととなる。社会保障は無論国の存立にかかわるという認識に立つならば、国の行政であろう。臨時行政調査会の「行政事務の合理的配分に関する報告」(昭和 38 年)は機関委任事務はできる限り地方団体に移譲して、地方行政の総合調整機能を十分に回復させるべきであると述べているが、社会保障事務は残されるべき数少ない委任事務の一つであろう。こうした国の責任はそれを実効あらしめるための財政責任を含むけれども、地方税収入が国税収入に比して余りに少いという財政的理由から、社会保障は国の責任であるという本末顛倒論に陥ってならないことはいうまでもない。

次に事務論というのは事務処理能率という技術的合理性からみた議論である。社会保障の概念規定はまだ固まっていはいないが、仮に社会保障制度審議会の慣用に従って、制度的にとらえるならば、公的扶助、社会保険、公衆衛生、社会福祉ということになるが、技術的合理性からいえば画一的に処理できるものは広域的、統一的に、個別的に処理せざるを得ないものは狭域的、分散的に事務担当機関を設定するのが原則をなすであろう。児童福祉とか老人福祉といった社会福祉関係は、直接住民に接してキメ細かいサービスが要求されるが、こうした分野は当然市町村の事務となるべきであり——社会保障の中でも社会福祉は国民の日常生活にかかわる性質が強いから責任論からいっても市町村が主体となるべきであろう——年金給付のような機械的処置で足りる社会保険関係は国の段階で統一的に行えるであろう。しかし社会保険の中でも医療保険となると必ずしもそうはいかない。定額償還制の現金給付ならば、広域的に扱え、数千万の被保険者も一つの集団として一元的に処理でき、大都市を、都道府県を、あるいは国を保険者にすることができよう。治療費の支給よりも医療そのものの給付へ、さらに健康の確保へという人間の欲求の必然的発展過程に基いて、住民の要求が医療現物に移る場合は医療機関を地域に確保することが事業の内容にはいつてくる。診療施設なくして医療の保障はありえないからである。さらに健康の保障(健康の保持・増進)となると予防と

治療が一体となって運営される必要があり、それにリハビリテーションが加わり、包括的医療が建前となる。衛生教育、健康相談、栄養改善が含まれてくるし、健康管理が固有業務となる。そうなるとリモートコントロールはきかなくなり、住民に接触、密着することが不可欠となる。医療保険がサービス給付の形をとって、住民福祉の一環をなす保健福祉と結合するに至ると、住民個人々を対象とした総合的な医療保健サービスとなり、これを行おうとすれば比較的狭い地域を範囲として分散的に経営せざるを得ないのである。ここに地域医療という観念も現れてくるわけである。

さてこの比較的狭い地域をどの程度に定めるべきか。市町村の保健衛生部門が十分に機能を発揮するならば、市町村をこのような総合的国保の主体とすることは適切であるが、直営診療所が続々と休・廃止され、無医地区が増加しつつある現状をみると、包括的医療の中心をなす医療サービスすら保障できなくなりつつある有様で、その能力に疑問がある。ことに理事者の経営意欲の喪失は致命的である。そこで都道府県主体ということになるが、これは保健所を活用する上からも便利で

あろう。あるいは都道府県を主体としながらサービス・エリアの単位としては市町村の行政区域を利用するのも一法であろう。国保の病院・診療所は都道府県の直営医療施設とし、医療機関の稀薄な地域に設置し、保健婦は都道府県から市町村に派遣し、駐在させる。被保険者の資格の確認や保険税の徴収事務は市町村に委託すればよい。もちろん都道府県を国保の主体としても、本質的主体として国の主体性は潜在するわけで、財政責任は国にある。その場合国税の一部を地方税に移譲する方法もあるが、これはかえって保険者間の財政アンバランスを拡大することになるだけで、財源不足の解決にならない恐れがあり、国による都道府県間の財政調整のための措置はどうしても必要である。

以上の構想は現在市町村の段階で中途半端な状態にある国保を国民保健サービスとして完成させることを意味するだろう。なおこの際医療保障制度を一層民主化しようとするならば、知事部局の外にある教育委員会の例にならって委員会方式を採用することである。

地方自治と社会福祉

岡村 重夫

I 地方自治法の問題点

周知のように、「3割自治」とか、時には「1割自治」とさえいわれている今日の地方自治体において、われわれは一体どんな社会福祉施策を期待するのであろうか。この期待は単に社会福祉にだけ限られたことではない。最近の新聞の報道によると、共産党員の市長として有名になった塩尻市でも、市の一般会計のうち市税の占める割合は3割程度にすぎないために、結局これといった独自の対策はうち出せず、「国の施策に揺さぶられる自治体の、これは宿命ですよ」という実態である(朝日新聞、「現地報告」, 昭和44年6月29日号による)。

地方自治体が住民の要求に対応した個性のある行政を発展できない現状は、おそらく全国的にみられることであろうが、今日このような事態にたち至った原因は何であろうか。まず第1には地方財政の窮乏があげられよう。例えば本誌別冊『地域開発と社会保障特集』に掲載されている林栄夫氏の論文「地方財政と社会保障」によれば、公的扶助および社会福祉関係費についての、国、都道府県、市町村の負担関係は50.4%、18%、31.6%であるという(同誌, p. 48)。住民の生活と密着した最も基礎的な自治体である市町村の負担が、きわめて高いことが分る。また社会福祉施設の設置等に対する国の補助金制度はあっても、その金額が実態に即しないために、地方自治体で多額の自己負担をしなくてはならない。

この点に着目して地方財政法の改正か国の補助金の増額によって、地方自治体の振興を説く主張が、各方面でみられる。社会福祉においても、この事情は同じであるが、しかし果してそうであろうか。少なくとも社会福祉に関する限り、筆者はこ

のような「金さえあれば解決する」という単純な意見に賛成することはできない。財政が大きな原因であることは否定しないが、しかしだからといって、それだけで地方自治体における社会福祉施策が正しい発展をとげるとは考えられない。つまり、原因はもっと複雑であると思われる。本稿ではそれらの原因の幾つかを指摘し、その対策について考えてみたい。

まず第1点は地方自治法の問題点である。地方自治法第2条は、「地方公共団体の法人格、事務、地方自治行政の基本原則」として、詳細に都道府県、市町村の事務の内容を示すほかに、「別表第1」において「都道府県が処理しなければならない事務」として、また「別表第3」には「都道府県知事が管理し、及び執行しなければならない事務」として、詳細に社会福祉関係法律の規定を示している。また市町村については「別表第2」において「市が処理しなければならない事務」として、また「別表第4」には「市長が管理し、及び執行しなければならない事務」ならびに「市町村長が管理し、及び執行しなければならない事務(市長については前号に掲げるものを除く)」として、社会福祉関係法律をあげている。

そしてそこであげられている社会福祉関係法律は、「別表第1」では生活保護法、民生委員法、行路病人及行旅死亡人取扱法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、売春防止法、災害救助法、児童福祉法、母子福祉法、国民健康保険法であり、「別表第3」および「別表第4」では、このほかに社会福祉事業法、日本赤十字社法、公益質屋法、消費生活協同組合法、北海道旧土人保護法、児童扶養手当法、戦傷病者戦没者遺族援護法等である。つまりそれらは一般に今日都道府県市町村の民生部局課の所管する法律にほかならない。

みられるように社会福祉関係法律の整備されるに従って、地方自治体はこれらの法律の管理、執行の事務に追われてしまって、地方自治体独自の条令による社会福祉事業にはほとんど手をつけることができない、というのが実情である。してみればわが国の公営社会福祉事業は、国の定める法律の枠内でしか行われていないといわねばならず、さらに他方において、わが国の民営社会福祉事業の多くがこの公営社会福祉の下請機関化している実情と併せ考えると、今やわが国の社会福祉事業はほとんど「法律による社会福祉」になりつつあるといわねばならない。

しかし筆者はいま、このことについて批判するのではない。それはおのずから別個の問題である。むしろここで問題にしたいのは、このような決定的な影響をもつ現在の社会福祉法制が、果してその基本原則において正しいかどうか、という点である。つまり理論的に一貫性と合理性をもち、また実際的にも国民の社会福祉要求に対応しているであろうか、ということの問題としたいのである。

わが国の社会福祉法制の管理・執行の重点は、生活保護法を別とすれば、収容保護事業である。例えば最近の老人福祉の厚生省予算をみると、その95%は養護老人ホームや特別養護老人ホームの建設費、事業費、事務費である。児童福祉や心身障害者福祉においても収容保護に偏している。地方公共団体においてもこのような傾向が著しい。新しい社会福祉の企画においても、収容施設の建設に多くの予算と精力が注がれている。そして地域社会の実態を無視したサンプル的なモダン建築物を1ヵ所作って、見学者に見せられるという事例が余りに多いのではないか。

在宅者福祉サービスと均衡のとれない収容保護重点主義と専門職員の軽視ないし職員の専門職的教育・訓練の軽視とが結びついた結果は、収容者の長期収容となり、施設のコロニー化となり、それがまた多数の施設建設を必要とするにいたる。これによって起る財政的負担が、さらでに少い地方自治体の社会福祉予算を圧迫するという悪循環のために、必要な在宅者サービスも行われないのである。

このように地方自治法が、地方自治体の社会福祉活動を圧迫するのではなくて、これを援助し、奨励するものであるためには、地方自治法、とりわけその別表第1ないし第4の規定を再検討する必要がある、また社会福祉関係法律そのものの基本原則を、社会福祉の理論と専門的技術の立場から再検討する必要性を指摘しなければならない。

II 社会福祉の社会的機能

以上のように地方自治体の行う社会福祉事業の拠所である地方自治法の内容を検討してみると、実はその問題点は、社会福祉関係法制そのもののなかにあることがわかるであろう。今日の地方公共団体の社会福祉事業が、必ずしも地域住民の生活要求に対応しえていない原因、すなわち「3割自治」とか「1割自治」と評される原因が、単にその財政的窮乏だけではなく、わが国現行の社会福祉法制の基本原則のなかにも認められねばならない。したがってわれわれはあらためてここで、社会福祉とは何かを問い直し、その観点から現行社会福祉法制の原則を批判する必要にせまられるのである。そのことは同時に、国、都道府県、市町村の各レベルでの特長ある社会福祉事業の分担区分を明らかにすることにもつらなるであろう。この問題を避けて、単に補助金の増額や財政的措置だけで、今日の地方自治体の社会福祉事業の行詰りを打開できると考えるのは、根拠なき楽観論だといわざるをえない。

いわゆる「社会福祉本質論争」は、社会福祉学会等でも盛んに行われた。これらの論争の跡を今ここで追跡しようというのではない。また学会だけではなく、一般的にも社会福祉を問題にするばかりに、多くのひとは暗々裡にわが国の現行の社会福祉制度を以て、社会福祉の全体像ないしは真実の姿であることを前提にしているようである。経済学、社会政策、社会学の研究者で最近社会福祉の問題に論及された諸論文をみると、ほとんど例外なくそのような傾向がみられる。

例えば社会福祉事業の社会科学的把握を主張する論者が『社会福祉の本質は資本主義体制の維持である』というとき、その「社会福祉」は、現行

のわが国の社会福祉法制にみられるような「社会的弱者に対する保護・救済制度」を意味している。また最近、社会開発論や地域開発論に関連させて社会福祉を論ずる論者でも、「社会福祉事業」を現行の社会福祉法制と同一視している例がきわめて多い。

かつて社会保障制度審議会は、昭和25年の「勧告」において、「社会福祉」の定義を提示しているが、これは厳密には「社会保障に関連する社会福祉の一部」を示す定義といわねべきものであって、社会保障に関連する社会福祉の全部でもないし、いわずや社会福祉の全体を意味するものではない。このことは例えば非行矯正に関連する社会福祉を全く含んでいないことを考えただけでもすぐに分ることである。ところがこのような限定をつけなかったためか、社会福祉とは社会保障の一部であるかのような理解をもつ人もある。

昭和39年度の厚生白書には、「社会開発の推進」という副題がつけられているが、そのなかで社会開発に関連させて「社会福祉施策」を次のように定義づけている。「社会経済の変動にともなってもたらされた諸情勢に対して多くの人はその人なりに適応の努力をしているが、なかにはその努力にもかかわらず、適応がうまくできなくて苦しんでいる人が多数いる。社会福祉施策はそうした人々を助けて正常な社会生活を営めるようにするものである。それらの代表的なものとして、老人、子供をかかえている未亡人、病弱とか心身に障害あるとかのために低所得に陥るおそれのある人々があげられる。これらの人々に対する援助をふくめてひろく各種の社会福祉施策の推進を図ることが必要である」と。これは新しく「社会福祉施策」という用語を使った定義であるが、従来の社会福祉法制と同じく、老人、母子世帯、心身障害者等、特別なハンディキャップをもつ人々に対する保護事業にはかならない。

つまりこれらの諸見解は、要するに社会福祉事業法第3条が明示するように、「社会福祉事業は、保護、育成又は更生の措置を要する者に対し、その独立心をそこなうことなく、正常な社会人として生活することができるように援助することを趣

旨として経営されなければならない」ものである。それは簡単には社会的弱者に対する特別な保護的サービスであるということができる。諸家の見解はもちろんのこと、地方自治体の行政においても、このような社会福祉即保護事業であるという理解を前提にしてきたのである。

しかし筆者の問題意識は、果してそれでよいのかということである。社会福祉が国民の生活困難に関連する他の社会制度に対してもつ本質的な特長は、そのような社会的弱者に対する保護事業という点だけでよいのであろうか。この点を明らかにするための方法は、ほかでもない社会福祉サービスそのもののもつ内在的な合目的性の論理を追及すればよい。換言すれば保護サービスを提供する社会福祉制度の本質ないしはその制度を規定する社会体制の論理を追及するのではなくて、その保護サービスをうける対象者自身の社会的人間としての生活者論理を追及し、純化することによってその本質が明らかになるであろう。われわれは徒に右顧左眄する必要はない。保護対象者の立場に同一化することによって、保護事業の本質を発見することができるのである。

かつて保護事業が「社会事業」とよばれた時代では、たしかにそれは protective service であり、いわゆる「監護」を以て原則とした。それは断じて「福祉」ではなかった。単なる治安対策であった。それに対して言葉の正しい意味での「社会福祉」としての保護事業においては、保護の対象者をいかにして効果的に更生させ、回復させるか、あるいは彼のもつ能力をひきだし、主体性を実現させるか、そして保護対象者の発生を予防ないし減少させるかが保護の目標であり、サービス運営の原則である。それは単にサービス提供者の側の経営効率からひき出された原則ではなくて、対象者自身の要求である点が重要である。社会的存在としての生活者は、あらゆる障害をはねのけて、生活者としての論理を貫徹するであろう。社会福祉とはこの生活者論理の自己実現を援助する社会制度なのである。したがってこの制度を運営するためには、高度の専門的技術や知識が要求せられるのである。そして社会福祉論理の原点は、社会

的存在としての生活者の論理のなかにある。したがって社会福祉の理論と技術は、この生活者論理の精密化と体系化によって可能なのである。

保護事業の対象者が、自主的に保護サービスを利用しながら、自分の弱点や欠陥に対決し、これを克服する過程は、生活者論理の自己貫徹の必然性に属することであるが、現実においては、その必然性が対象者自身によっても、また社会体制の側においても自覚せられないところに、社会福祉的援助の必要性があるといわねばならない。

したがってこのような社会福祉的援助は、単に保護サービスの機械的な、また一方的な提供ではなくて、対象者の生活上のハンディキャップの回復や自己実現のために、それを資源として自主的に選択・利用させる形で提供するものであるから、それは資源の調整による回復的保護であると同時に、新しい能力をひきだす開発的保護である。しかし同時にこのような保護サービスは、つねに事後的対策であるという限界をもっている。したがってそれは目的合理的には事後的対策を不必要にするような予防的サービスを前提とする。これもまた生活者論理の必然性である。事前の予防を忘れて、事後的対策に追われるのは不合理である。したがって保護サービスの経験は、必然的にケースの発見と資源の調整ならびに予防サービスの必要性をひきだすのである。

かくして生活困難を援助する一つの制度としての社会福祉事業を、資本主義社会体制を維持し、強化するものとしてではなく、社会的存在としての生活者論理の自己貫徹を援助するものとして把握することによって、単に「社会的弱者の保護事業」にとどまることなく、(1)保護、(2)開発、(3)予防、(4)調整という基本的な機能的原則に到達することができた。そしてこの保護・開発・予防・調整は、すべての社会福祉サービスに通用する社会的機能であるから、単に個人に対する援助原則であるばかりでなく、集団や地域社会に対する援助の原則でもある。現行の社会福祉関係法律が、社会的弱者に対する保護事業を原則とすることは、前述したとおりであるが、この保護事業が不必要だというのはない。むしろこの保護事業が真に

生活者としての対象者の立場にたって、保護の効果をあげるためにはよく調整された資源間の送致サービスや対象者に対する回復的保護や開発的保護の機能をもたねばならず、さらにすすんで一般住民に対しても保護サービスの対象者にならないための予防的施策や各種の社会資源を造成するための集団活動の能力や意欲を開発する必要があるであろう。

要するに保護・開発・予防・調整の諸機能が均衡を保つような社会福祉事業でなければならないことを指摘したいのである。以上によって社会福祉の果すべき社会的機能を提示したのであるが、しかしこれだけでは、単に合目的な保護事業であるためには、かくあらねばならないという単なる願望であって、これらの機能を一貫的に基礎づける社会福祉の理論的根拠を提示したことにはならないであろう。したがって次の課題は、これらの保護・開発・予防・調整を一貫的に説明しうる社会福祉の原理ないしは基本的視点を明らかにすることである。

III 社会福祉の基本的視点

社会福祉は個人の生活上の困難を援助する一つの制度であるが、この生活困難を援助する社会制度は他にもいろいろある。そのなかで社会福祉はどんな特長をもつことによって、他の社会制度と区別せられるのであるか。前節では社会福祉的援助の特長は、生活者論理の実現を援助する点にあるとのべておいたが、ここではこれを四つの原理に分けて説明しておきたい。

(1) 社会性の原理

社会福祉が問題とする生活上の困難は、厳密には社会生活上の困難である。ところでわれわれの社会生活は、個人のもつ社会生活上の基本的要求を充足するために、それにふさわしい社会制度を利用することによって行われる。すなわちそれは、個人が社会制度とのあいだにとり結ぶ社会関係によって成立する。つまり社会生活とは、個人そのものでもなく、社会制度そのものでもなく、両者を結びつける社会関係によってのみ成立する。したがって社会生活上の困難とは、社会関係の困難

である。個人の身体的、心理的、精神的問題が社会福祉の対象にならないのと同じく、社会制度そのものの内部矛盾や問題も社会福祉の直接的な対象ではない。それらが個人と社会制度との間の社会関係に影響するかぎりにおいて問題となるのである。社会関係の困難とは社会制度の利用や改善の困難であるが、その原因は個人の側にあることもあれば、社会制度の側にあることもある。いずれのばあいでも、社会福祉はこれを生活問題すなわち社会関係の問題として把握する。

もちろん社会制度と個人とのあいだの社会関係の改善・維持は、社会福祉固有のことではなく、社会保障、医療、教育、住宅等々の生活関連制度の関心事でもある。その点において社会福祉制度も、他の諸制度とともに社会施策 (social policy) の一部に含まれ、共通連帯の責任をわかつものである。その意味では社会福祉制度と他の生活関連制度との関係はよく調整され、協力できるものでなければならない。例えばケースの送致、共同計画と行動、時にはこれらの諸制度に代って生活上の困難を援助するのである。けれどもそのばあいにも社会福祉は、以下に述べるような、その他の専門分業制度とは異なる独自固有の視点に立って、社会関係の困難を把握して、関連制度にケースを通報・送致して問題の早期発見や予防に貢献するのである。

(2) 全体性の原理

個人の社会生活上の基本的要求とは何か、ということについては多くの議論があるけれども、筆者はこの点については次のような結論をもってゐる。経済的安定、職業的安定、家族的安定、医療の保障、教育の保障、社会的協同の機会、文化・娯楽の機会、これである。これらの7種類の基本的要求を、いかにして導き出したかについては、ここで詳論を避ける(この点については拙著『全訂社会福祉学総論』、昭和43年、を参照されたい)。ところで近代の分業社会においては、これらの基本的要求は、それぞれ専門機能的に分化した社会制度を利用することによって充足せられる。これらの専門分業制度は、例えば産業、社会保障、職業安定や雇用対策、医療、教育、家族、住宅、文化、道

徳等々、あらためて説明する必要はないであろう。個人はその生活上の基本的要求を充足するために、これらの専門分業制度とのあいだに多数の社会関係を取り結ぶのである。

ところでこれらの分業的社会制度は、その専門化された立場のために、それぞれの社会関係そのものは、個人の生活要求の一部面にしかかかわることはできない。例えば医療をうけるために、個人は医療機関を利用するが、その社会関係は、個人の病気という医学的側面にのみかかわるものであって、彼の経済条件、家族関係等々を無視ないし捨象せざるを得ない。医師が純粋に自分の専門的立場を守ろうとすればするほど、このような傾向を避けることはできない。そしてその純粋な専門家的立場から最善の解決策をみいだそうとする。それはそれで正しいのである。

けれども患者は同時に生活者であって、医療関係以外に多くの社会関係を同時にもっている。それはバラバラに分割しえないものであり、相互に影響しあうものである。つまり各専門分業制度は相互に独立であり、したがってそれからみれば、それぞれ独立の社会関係であっても、社会関係の主体者ないし生活者の立場からみれば、決して独立のものではない。のみならずそれは全体として調整のとれたものでなくてはならない。医療をうけるために、職業を断念することは困るのである。それらを両立させなければならないというのが、生活者の要求である。われわれの生活は、専門分業的社会制度の要求にもかかわらず、一つの統一的全体である。

これが「生活の全体性」の原理であるが、生活問題の把握と援助における社会福祉の特長は、この原理にもとづくものである。すなわち前述の7種類の基本的な生活要求を専門分業的諸制度によって充足するばあいに、その専門分化的視点のために個人の生活の全体像を無視しないように、社会福祉的視点を各専門分業制度に付属させることによって、専門分業制度の効率を高め、またその制度の利用を容易にすることができるのである。例えば、もしそのような配慮がなければ、医療を断念するかも知れない人もあるであろう。したがっ

て専門分業制度としての専門的援助を補助する社会福祉は、その制度からの脱落を予防する機能を果すことになる。医療福祉、学校福祉、労働福祉、社会保障に関連する福祉、住宅福祉、家族福祉等等、すべて専門分化的視点と生活の全体性との矛盾をなくすることによって、個人と社会制度とを結びつけるものである。これによって保護事業の対象者にならずに、一般的、平均的社会制度を利用させることができるのである。

以上にあげたような予防的機能を果す産業福祉、学校福祉、社会保障福祉、医療福祉等々は、わが国の社会福祉法制において全く認められていないけれども、われわれはこれを予防的社会福祉として、今後の社会開発や社会計画において重視されねばならないことを指摘しておきたい。なおこの予防的機能を効果的にするためには、問題の早期発見と各制度間のケース送致の機能の必要なことにも注意しなくてはならない。

(3) 主体性の原理

専門分業制度は、個人の生活の一部面を抽象して問題とするのに対して、社会福祉は個人の社会関係を全体として、ないしは相互のからみあいとして把握し、援助する点に特長をもつことを前述してきたが、そのことは専門分化的制度を利用する個人の側に立って、問題を把握することにほかならない。例えば医療機関に付属せしめられる医療福祉ではあっても、その視点は、医師の専門分化的視点ではなくて、患者の生活全体に向けられているわけである。つまり「病氣」ではなくて、「病人」の立場が福祉の立場なのである。

したがって生活の全体性の原理は、生活主体者の立場において貫徹できるのである。してみれば社会福祉の問題把握ならびに援助は、問題の当事者の立場におけるそれであるといわねばならない。換言すれば問題ないしは生活困難の当事者が問題を自主的に解明し、これと対決して主体的に解決するのを援助するところに、社会福祉の特色があることができる。生活困難の当事者に対して、問題の発見、問題との対決そして解決行動を動機づけ、励まし、さらに新しい能力や資源を発展させるように援助するのが、この主体性の援

助である。

したがってこの主体性の援助は、問題解決の意欲ないしは積極的な生活態度や当事者の知らなかった能力や資源をひきだし、あるいは創造させるものであるから、これを機能的にみれば開発的機能といえることができるであろう。

社会福祉的援助が単に金品の授受であってはならず、問題解決過程に対象者を参加させ、自己決定の原則を重視するのは、すべてこのような主体性の援助をねらいとするからである。

現行の社会福祉法制においては、このような社会福祉の開発的機能は、身体障害者福祉等における「更生」ないしは「社会復帰」の原則のなかにみとめられてはいるが、それは厳密には「回復的保護の原則」であって、さらに積極的には未利用資源や能力の開発に発展すべきものである。しかし一層重要なことは、社会福祉の開発的機能が単に保護事業の範囲にとどまらず、社会生活上の困難にかかわる一般的社会制度や社会資源を改善し、造成する集団的協力や地域住民の意欲を開発するところまで拡張させることである。もちろん社会制度の改善や新しい制度的資源の造成は、専門分業的立場からも行われるが、開発的社会福祉の特長は、それが生活者としての住民の立場からの制度改革への参加の援助だという点である。

(4) 現実性の原理

前述した7種類の社会生活上の要求は、基本的なものであって、何人にも避けることのできないものである。その意味において、その要求は絶対的なものである。それを断念させたり、延期させたりすることはできない。もし社会制度によってこれらの要求が充足せられないならば、個人は制度外的行動ないしは反社会的行動によってでも、これを充足しようとするであろう。したがってこれらの基本的要求の不充足すなわち生活上の困難は、つねに現実利用する条件のなかで充足し、解決するように援助しなくてはならない。制度が改善せられるまで、あるいは理想社会が実現するまで、生活を休んだり、断念させることはできない。どんな不合理な社会のなかでも、生活上の要求は自己を貫徹してやまないものである。

したがってこの生活の現実性の原理に立つ社会福祉的援助は、現実利用しうるあらゆる社会資源を、ケースの送致や調整機能によって最大限に利用させねばならないが、同時に専門分化的諸制度を利用できないときには、みずからそれに代替する機能をもたねばならない。専門分業制度は、その専門的機能の能率原理に規定せられるために、一定の平均的能力条件以下の個人を排除し、彼の必要とする社会関係を拒否するものである。生活上の困難に最終的責任を負うのが、社会福祉における「生活の現実性」の原理であるから、このような一般的社会制度からの脱落者を援助の対象にしなければならない。合理的な社会福祉、前述したように一般的社会制度からの脱落を予防する機能を発揮しなければならないが、そのうえで、なおかつ避けえない脱落者に対しては、保護的機能をもって対応するのである。

この保護的社会福祉については、現行の社会福祉法制において各分野にわたって認められているが、その保護的機能の運用についてはなお多くの問題点を含むことは、前述において指摘したとおりである。

以上においてわれわれは、社会生活上の困難に対する社会福祉的接近の特長を、原理的に明らかにしたのであるが、これらの四つの原理は、いわば一つの四面体を構成するものであって、いずれかが他より優先するというものではない。また、この四側面が離れがたく結びついて、生活問題の社会福祉的把握と援助を特長づけるのである。つまり社会福祉的な問題の把握ないし「診断」や、援助ないし「治療」においては、これらの四原理が同時に適用されなければならない。したがってこれらの原理によって一貫的に説明することのできた保護・予防・開発・調整の四機能も、決してバラバラに機能するものではない。目的合理的な社会福祉は、これらの四つの機能が均衡を保つように運営されなければならない。

IV 地方自治における社会福祉の位置づけ

社会福祉は全体としてみれば、以上にあげたような四つの機能的目的が均衡を保持するように運

営されなければならないが、そのためには公私の社会福祉事業間において、また都道府県と市町村とのあいだにおいて適切な責任分担が必要である。地方自治法第2条においては、「市町村は基礎的な地方公共団体」であり、「都道府県は市町村を包括する広域の地方公共団体」として特長づけられているが、これらの特長が、社会福祉事業の責任分担に関してどのように反映されているかは、きわめて疑わしい。社会福祉事業の諸法律でも、この点では同じである。また保護施設の建設や運営費の補助制度は確立されていても、在宅者保護サービスや予防的社会福祉については一定していない。これらの事情を反映して、今日の地方自治体の社会福祉行政には、多くの混乱がみられることを指摘しておかねばならない。

例えば同じ種類の児童福祉施設や同じ養護老人ホームでも、府県立もあれば、市町村立もあるという状況である。また精神薄弱児童の措置についても、同じ地方自治体の民生行政、衛生行政、教育行政のあいだに全く調整が行われなかつたか、身体障害者福祉行政と労働行政とのあいだにも連絡や共同計画がなされていない。

このような現状をふまえて、都道府県と市町村とのあいだにおいて、合理的な社会福祉の責任分担の原則をみいだすことができないであろうか、というのが本節での問題意識である。そしてその回答の拠所として、前節にあげたような保護・予防・開発・調整という社会福祉の機能概念が有用ではなかろうか、という問題提起をしたいのである。

都道府県と市町村とのあいだにおいて、具体的に社会福祉の責任分担をきめるための作業としては、詳細かつ合理的な社会福祉分野論に基づく分類表をまず作製して、ついで各分野ごとに保護・開発・予防・調整の各機能を配当して、その目的に合致するサービスを考案してゆくのが順序であろう。そして、これによって得た多数のサービスの図式表のなかから、広域的、間接的な地方公共団体としての都道府県と基礎的、直接的な地方公共団体としての市町村の特長やサービスの優先性によって、各地方自治体の責任分担を決定すると

とになるであろう。

いまここでこのサービス図式表を提示することはできないが、その前段階の作業としての保護・開発・予防・調整の各機能の細部について一つの提案をしたいと思う。というのは都道府県と市町村の責任分担を決定するにあい、この社会福祉の果す社会的機能の内容は十分に考慮されねばならないからである。

(1) 保護的社会福祉

ここで保護的社会福祉というのは、低所得者、特殊児童、病弱その他の特殊老人、母子、心身障害者など、社会的、身体的、心理的な不利条件のために、一般的、平均的能力条件を前提とする一般的社会的制度では、生活上の要求を充足しえない「社会的弱者」を対象として、かれらを危険から守り、保護することを目的とする社会福祉サービスである。もちろん保護を主目的とするけれども、単なる監視的保護や衣食住の機械的、事務的提供ではなくて、不利条件の回復や問題解決の意欲と能力の開発を伴うものである。また各種の保護サービス相互間はもちろんのこと、予防サービスとの関係も、よく調整されていてケースの送致、情報交換、共同計画も行われねばならない。すなわち保護的機能を中心としながら、それに伴って副次的に開発、予防、調整の各機能をも果すのが、保護的社会福祉である。

それは各種の形態に分類しうるが、大まかには居宅保護（在宅者サービス）と収容保護ないし昼夜保護の二形態に分かれる。前者はさらに訪問指導、相談、通園（昼間保護）に分れるし、後者はさらに個別的と集団的とに分けられる。今日のわが国の保護的社会福祉の形態は多くの不均衡がみられるが、都道府県と市町村とのあいだの責任分担を明確にして、これらの不均衡を是正しなくてはならない。

両者の責任分担を決定するための基準を作製する作業としては、保護的社会福祉の対象者、例えば低所得者、特殊児童、病弱老人、心身障害者ごとに、前述したような保護的社会福祉の諸形態を配当してみる。そうすると行動範囲の小さい対象者の在宅者サービスは、地域性のつよい市町村や

行政区の分担に適し、収容保護は広域団体としての都道府県の分担に適することが分るであろう。そして具体的な施設の立地条件は、そのうえで保護要求の集中度によって決定せられる。ただし六大都市は府県と市町村双方の責任をひきうけねばならないから、別途に考えるべきであろう。

従来はこのような地方自治体間の責任分担の基準が確立されないままに、市町村によって設置された多くの収容施設があるけれども、将来はむしろ通園施設や相談、訪問、在宅者援護等のサービスに力点をおくべきである。現在、圧倒的多数を占めている保育所は、ここでいう通園施設ではなくて、後述するような普遍的サービスとしての近隣地域施設と考えるべきであろう。ここではむしろ心身障害（児）者や病弱老人の回復的治療を目的とする通園施設を意味する。

このような分担基準の確立によって、現在わが国にみられるような収容保護偏重の保護的社会福祉の偏向を是正しなくてはならない。在宅者サービスは収容保護ほどの経費を必要としない点では、市町村の分担に適するけれども、ただしここで注意すべきことは、通園施設を含めて在宅者サービスには高度の専門的技術を必要とする点ならびに福祉、医療、衛生、教育、労働等の専門家や行政機関の協力を必要とする点である。この点を忘れた在宅者サービスは、単なる慰問や金品給付に終る可能性がある。したがって国や都道府県は市町村サービスにおける専門的技術の向上を援助する方策を準備しなくてはならないであろう。

(2) 予防的社会福祉

社会開発施策の進展によって一般国民を対象とする社会保障、労働・雇用、住宅、教育、保健・衛生、都市計画その他の生活環境の整備、文化・娯楽等の諸対策をすすめてゆかねばならないがしかしこれらの諸政策が十分に国民各層に浸透して、真に生活資源として活用されるためには、専門分業的視点を補うものとして、対象者ないし利用者の生活全体を配慮する社会福祉的視点を付属させる必要があるであろう。この点は前述「全体性の原理」のところで説明しておいたとおりである。予防的社会福祉というのは、このように一般国民

に利用せられる一般社会制度の運営において、個人の生活条件の全体に着目して、各社会制度が提供する専門分業的サービスを効果的に利用するように援助する社会福祉である。もしこのような社会福祉サービスがなければ、専門分業的サービスを断念し、これから脱落することのないようにするためである。予防的社会福祉は予防的機能を中心とするが、副次的には他のサービスとの調整や対象者の能力と意欲の開発的機能をも行わねばならない。

医療の専門分業的視点だけでは見落してしまう患者の職業、経済、家族等その諸条件について問題を発見し、その解決を援助するのが医療に関連する社会福祉であり、簡単に「医療福祉」とよぶ。同様にして学校から児童・生徒が脱落しないようにする「学校福祉」、職域における「労働者福祉」、住宅政策における「住宅管理」ないし「住宅福祉」、その他「家族福祉」、「社会保障に関連する社会福祉」、「司法福祉」、「レクリエーション福祉」等々をあげることができる。一言にしていえば、一般国民を対象とするいわゆる普遍的サービスの専門分業的視点のもつ欠陥を社会福祉的視点によって補足するためであり、これによって一般的社会制度の利用度を高めようとするのである。

都道府県と市町村とのあいだにおける予防的社会福祉の分担区分を決定するための作業としては、現在各自治体の所管する普遍的サービスの提供機関を列举して、自治体ごとに各機関単独に、または合同して予防的社会福祉サービスを提供するかどうかを検討すればよい。したがってこの際、各自治体の所管する病院、保健所、学校、公民館、ユース・センター、職業安定所、事業場・工場、児童相談所、福祉事務所、老人センター等医療・衛生、教育、労働、民生の各部局間の協同と調整が、特に重要であるとともに、問題の発見と通報についての保護的社会福祉機関との連絡・調整機能も必要である。特に事業場・工場における労働者福祉、ないし産業福祉の例示については、多くの疑問があるかもしれないけれども、例えばフランスにおいては500人以上の従業員をもつ工場・事業場は、必ず法律によって認められた資格をも

つソーシャル・ワーカーをおかなければならない、という法律のあることをあげておきたい。

(3) 開発的社会福祉

ここで開発的社会福祉というのは、地域社会や集団を援助して、集団的協力によって地域環境や社会制度の改善を実現するような意欲と計画的能力を發展させるサービス活動である。最近住民協議会、自治会、市民運動団体等々、自主的な市民運動が各地にみられるが、開発的社会福祉のねらいは、生活者としての住民の主体性を中心として、便利、快適な地域共同社会を自主的に実現・維持させるための援助である。特に今日の荒廃した地域社会の再開発事業が、単に土木事業に終らせないで、住民の共同生活に必要な共同施設と生活秩序を実現してゆくために、開発的社会福祉は強調されねばならない。

最近の新しい都市計画ないし開発計画では、人口約1万人を単位とする近隣住区を基本的単位地域と考えて、そこに小学校、幼稚園、集会所、保育所、近隣公園、小売市場を整備し、この近隣住区2～5ヵ所をまとめて中学校区とし、そこに保健所、老人住宅、母子住宅を設置する等、系統的な地域計画が提案されている。われわれの重視したい点は、これらの共同施設だけでは、なお真の共同生活は成立せず、むしろそれらの物的施設は共同生活の秩序に裏づけられねばならないということである。したがって近隣住区を基礎として、住民の主体性を育成する開発的社会福祉は、都市再開発の基礎づくりにほかならないのである。

しかしそれだけにはとどまらず、近隣住区を単位とする住民組織の活動が、社会的、共同的存在としての生活者原理によって裏づけられるゆえに、われわれはこれを社会福祉活動の原点と考えることができるのである。そしてこの原動力こそ前述の保護的社会福祉や予防的社会福祉を推進させるものである。したがってそれは直接的には市町村の、ついで都道府県や国の社会福祉施策の基盤である。このような基盤のない社会福祉施策は、「根なし草」でしかないであろう。市町村の分担する社会福祉の最も基本的で重要な分野がここにあるといわねばならない。

(4) 調整的社会福祉

ここで調整的社会福祉というのは、前述したような保護・開発・予防・調整を中心的機能とする社会福祉の各分野が、全体として調和を保ち、それらを相互に密接に関連させるだけではなく、社会開発施策に含まれる各専門分業対策相互間をも関連させるような活動である。それが何故に「社会福祉活動」とよばれるべきであるか、について疑問をもつ人もあるであろうが、その理由は、社会福祉の各施策はもちろんのこと、社会開発の施策全体が、住民の生活者原理の立場からみて、矛盾なく調整せられねばならないからである。例えば教育、医療、労働、民生の各行政が、密接に協同・連絡する必要性を前述において指摘したが、それは各行政部門の専門分化的視点を単に寄せ集めただけでは実現できないであろう。むしろ各行政間にまたがる共通の媒介項がなくてはならない。それは各部門に配置された社会福祉の視点、すな

わち各制度を利用する対象者の生活者としての視点でなくてはならない。医療ソーシャル・ワーカーと学校ソーシャル・ワーカーとが、対象者の「生活」という点で共通の媒介項をもつことができるのである。したがって医療制度と教育制度は、両制度に属するソーシャル・ワーカーを通して正しく調整せられることになる。

調整的社会福祉を担当するものとして「社会福祉協議会」は生活関連分野を代表する各種の専門家と住民組織を代表するもの、さらには両者を調整するソーシャル・ワーカーによって構成せられるであろう。また地方自治体における社会計画の立案機関も、これに準じた組織でなくてはならない。したがって調整的社会福祉は、都道府県たと市町村であるとかかわりなく、それぞれの行政機構や所管社会福祉機関・施設すべてにわたって、整備せられねばならない。

低所得層の変貌と保護基準

籠 山 京・鈴木 佐 紀

I 問題提起

この2, 3年来, 保護基準が大幅に引き上げられているにもかかわらず, 被保護人員数が漸減し, したがって保護率が減少し続けている。しかも被保護世帯の中身が, 変化してき, 33年までは世帯主が働いている世帯が, 42.4%, 世帯員が働いている世帯が20.2%, 働いている者がいない世帯37.4%で, 世帯主が働いている世帯が多かったが, 次第にその比重が逆転し, 40年には33.1%, 14.5%, 52.4%となり, 43年11月(最近の統計)では, 26.6%, 12.4%, 61.0%となってきた。

これだけをみると, 経済成長の上昇が, 低所得層にも稼働の機会を多くしたばかりでなく, その賃金を上昇させたので, 世帯主や世帯員が働いて, なお, 公的扶助を受けねばならないような低所得に止まる者が, 減ったといえなくはない。そして, 働いていてなお扶助を受けねばならないのは, 高年齢層の世帯や母子世帯など, 特殊の困窮世帯であって, 正常な労働力のある世帯は, 公的扶助制度よりも, ずっと高い収入を得るようになった, というようにも考えられなくはない。しかし, 一方で疑問が出てくる。というのは, 表1のような統計の結果が出ている。

生活保護動態調査によると, 39年, 40年, 41年の各9月の開始世帯数はほとんど同じ数であるが, 廃止世帯数は明らかに減少している。したがって, 被保護世帯数は, その差だけ増加してきている。もし, 低所得層の稼働機会が多くなり, 賃銀も上昇してきて, 開始世帯数が減っている(たしかに, 38年9月の21,678を頂上にして減じている)のであれば, 同じ理由で廃止となる機会も多いはずである。ところが, 開始世帯が減るより以上に, 廃止世帯が減っているのは, いわゆる自立更生の

表 1

年次	A	B		C	
	被保護世帯数	開始世帯数	$\frac{B}{A} \times 100$	廃止世帯数	$\frac{C}{A} \times 100$
36. 9	624,486	16,980	2.7	20,280	3.2
37. 9	620,188	20,544	3.3	15,772	2.5
38. 9	639,498	21,678	3.4	20,410	3.2
39. 9	639,661	18,952	3.0	17,842	2.8
40. 9	641,485	18,990	3.0	17,050	2.7
41. 9	655,045	18,900	2.9	16,432	2.5

注 『昭和41年度生活保護動態調査報告』

機会がむしろ漸減してきていることになる。

そこで, 次のようなことが考えられる。

- (1) 低所得層における稼働機会の増大と賃銀の上昇は, たしかに著しい。
- (2) そして, 保護基準との間にギャップが開いてしまった。
- (3) その結果, 低所得層の稼働者が公的扶助の門に入るためには, そのギャップを越えるような程度の, 大幅な収入減が起こらねばならない。

それが働いている者の世帯の比率が減少して, 働いている者のない世帯が6割以上になっている理由である。傷病等による稼働力の喪失が起こらなければ, 公的扶助が開始されない。したがって, 廃止もまた, 困難になっている。

その証拠は, 表2の調査結果でみられる。

廃止世帯の受給期間別割合を, 37年9月と41年3月と比較してみると, 廃止になるまでの受給期間が著しく長くなっていることが分る。41年3月では5年以上といい, 長期のものが20%に近

表 2 廃止世帯の受給期間別割合

年次	受給期間				
	1年未満	1～2	2～5	5～10	10年以上
37. 9	55.6	14.1	17.2	9.8	3.3
41. 3	43.9	15.2	21.7	11.1	8.1

注 『生活保護動態調査』

くになっている。被保護層から上の層へ上って行くことが、非常に困難になってきていることが分る。

そこで、この間にあるギャップは一体、なんなのであろうか。第1に考えられるのは、被保護層の消費水準と、稼働している低所得層の水準との間のギャップである。第2は、被保護層は老人母子孤児身障者傷病者のような人々であって、稼働している層との間には、越え難い健康のギャップが横たわっているということなのであろうか。あるいは、その二つが重なりあっているということなのであるのか。いずれにせよ、公的扶助制度と働いている低所得層との間に、ギャップが生じてきていることだけは明らかなようである。

II

そこでまず、第1の点について実体を調査してみた。

はじめに掲げるのは、昭和36年10、11、12月の間に保護開始となった被保護世帯についての調査(表3)である。札幌市の福祉事務所で175のケースについて、第I時点(保護開始以前で、一応主観的にどうやら暮らしていたといっている時期である)、第II時点(生活が苦しくなってきたと考える時点)、第III時点(保護開始時、したがって36年10、11、12月のいずれかである)について、その状態を調査して、これをならべてみると、次のようになる。

まず、最多収入者の職業の変化を表にしてみた。職種ごとに集めたものを、仕事の内容、被用関係、収入等を考えて、近似のものをくくって職業中分類としてみた。

その職業中分類で示してみると、次のようなことが分る。

- A 第I時点にだけしか出ないもの
- B 第I時点、第II時点に出るもの
- C 第III時点でも出るもの、いいかえると保護開始時の職業としても出てくるもの
- D 第III時点で、より多くの事例をみるもの、いわば被保護的職業、職業といえぬもの

そこで、この関係を表にしてみると、表4のようになる。

表3 札幌市福祉事務所におけるケース

職業中分類	職 種	世 帯 数		
		第I時点	II	III
経営者	炭坑経営主	1		
	運送会社経営	1		
	土建業経営	3		
	土木工事下請経営	2		
	醤油醸造業	1		
	小 計	8	0	0
各種商店 (家族自営か 店員1~2名)	食料品店	1	1	
	魚 屋	2		
	菓子屋	1		
	牛乳販売店	1		
	肉 店		1	
	呉服屋	1		
	下駄屋	1		
	荒物雑貨	2	1	
	薬品店	1		
	テント屋	1		
	毛皮商	1		
	木材店	2	1	
	小 計	14	4	0
サービス業主	クリーニング	1	1	
	理髪店	1		
	運送店		1	
	小 計	2	2	0
飲食店主	飲食店主	1	1	1
行商露店	雑品売	1	3	2
	靴みがき・靴直し	1	3	3
	便利屋	1		
	古物商	1		
	呉服行商・ ネクタイ行商	1	2	
	鶏卵行商		1	1
	魚介・果実行商		1	1
	屋台店		1	1
	あんま・あんま手伝		1	2
	ときもの師		1	
	小 計	5	13	10
遊芸人	旅芸人	1		
	天理教布教師	1		
	売春あっせん	1		
	チンドン屋			1
	小 計	3	0	1
上級事務	有名大企業職員	6	1	0
下級事務	名称不明会社員	4	1	1
	鉄工場事務員	1		
	食品会社員	1	1	
	小炭坑事務員	1		
	小 計	7	2	1

職業中分類	職 種	世 帯 数		
		第Ⅰ時点	Ⅱ	Ⅲ
公務員 (保安員)	国家公務員	1		
	地方公務員	7		
	小 計	8	0	0
鉱山労務者	炭坑労務者	4	0	0
工場労働者	小工場工員	2		
	板金工	1		
	家具工	1		
	鉄筋工	1		
	鉄工場工員	1	1	
	電 工	2	1	1
	木工場工員・ 下駄工場工員	1	1	
	紙袋工場	1		1
	小 計	10	3	2
陸上運輸	トラック運転手	2	1	
	日 通	1		
	鉄道員	1		
	バス車掌		1	1
	小 計	4	2	1
船 員	船 員	2	0	0
建築職人	土建運転手	1	1	1
	大 工	5	3	1
	とび職	1	1	1
	たたみ職	1		
	小 計	8	5	3
その他の職人	修繕職	2	3	2
	下駄職	1		
	洗濯職人	1		
	肖像画キゴウ	1		
	カジ職人	2		
	洋服仕立職人	2	1	
	靴職人	1		
	菓子職人	1		
	看板書		1	1
	人形ケース造り		1	
	美容師	1		
	小 計	12	6	3
商業被用者	各種店員	8	3	1
	商店手伝			2
	小 計	8	3	3
外勤セールス	配達人		1	1
	集金人		1	2
	セールス		1	3
	クリーニング外交	2	1	2
	保険外交		1	
	小 計	2	5	8

職業中分類	職 種	世 帯 数		
		第Ⅰ時点	Ⅱ	Ⅲ
常用的日雇	営林署雑夫	1	2	
	駐留軍雑役	1		
	電話局寮母	1		
	日通作業員	1	1	
	小学校臨時夜警		1	1
	公園掃除夫		1	
	自動車運転助手			1
	病院工場雑役婦		2	2
	常用日雇	1		
	風呂屋釜たき		1	1
民間日雇	炊事婦	2	1	1
	小 計	7	9	6
民間日雇	雑日雇	13	36	12
	とび下職日雇	1	1	4
	ボロ綿軍手日雇			
失対日雇	失対日雇	0	9	16
	小 計	14	37	16
農林漁日雇	農家日雇	3	1	
	造材夫	1	2	1
	漁 夫	2		
	小 計	6	3	1
接客婦	女給酌婦	1	5	2
	旅館飲食店女中	1	4	1
	料亭下働		3	1
	食堂下働			2
	小 計	2	12	6
家事使用人	女 中	1	3	1
	手 伝		5	5
	留守番		1	
	家政婦	1	3	1
	小 計	2	12	7
内 職	各種内職	1	3	3
	謄写印刷		1	1
	印刷下請	1		
	包 装			1
	小 計	2	4	5
無 業	無 職	0	25	89

さらに、この結果をまとめてみると、表5のようになる。

第Ⅲ時点保護開始時点で175例であったものが、第Ⅰ時点で138例であるのは、その差の37例には、一応生活がやれたという時期がなかった。いいかえると、ずっと苦しくて、被保護になった事例である。したがって、第Ⅱ時点の157例と、この37例の差120例が、第Ⅰ時点を経験し、第Ⅱ

表 4

	第 I 時点	II	III
A 経営者	8	0	0
公務員	8	0	0
鉱山労働者	4	0	0
船 員	2	0	0
B 各種商店主	14	4	0
サービス業主	2	2	0
上級事務員	6	1	0
C 下級事務員	7	2	1
工場労働者	10	3	2
陸上運輸労働者	4	2	1
建築職人	8	5	3
その他の職人	12	6	3
農林漁業日雇	6	3	1
民間日雇	14	36	12
飲食店主	1	1	1
行商露店	6	13	10
遊芸人	3	0	1
商店被用	8	3	3
常用的日雇	7	9	6
接客婦	2	12	6
家事使用人	2	12	7
D 外勤セールス	2	5	8
失対日雇	0	9	16
内 職	2	4	5
無 職	0	25	89

表 5

時 点	第 I 時点	II	III
A 層	22	0	0
B 層	22	7	0
C 層	90	107	57
D 層	4	43	118
計	138	157	175

時点を経て、被保護となったものである。そこで、第 I 時点の 138 例と、この 120 例の差の 18 例が、生活が一応安定していたという状態から一直線に被保護になっている。

(1) 転落経路 I → II → III 120 例

(2) 転落経路 I → III 18

(3) 転落経路 II → III 37

それでは(3)のずっと苦しかった 37 例はどんな職種であったかを拾ってみたい。

小学校夜警 C

公園掃除夫 C

雑役婦 C

ボロ綿軍手工員 C

失対日雇 D

旅館女中 C

料亭女中 C

家事手伝 C

留守番 C

謄写版 C

家具修理 C

靴修繕 C

鶏卵行商 C

魚介果実行商 C

ネクタイ行商 C

屋台店 C

あんま C

とき師 C

下駄工場工員 C

バス車掌 C

看板屋 C

人形ケース造り C

セールス D

ふとん店店員 C

印刷店店員 C

ラーメン配達 D

保険集金 D

保険外交 D

C 層の中で、下級事務員、建築職人、農林漁業日雇、飲食店主だけが出てこない。

そこで C 層を、C 上と C 下とに分けて下級事務員、建築職人、農林漁日雇、飲食店主を C の上として、別にしてみた。

さて、以上で分ったことは、被保護世帯の最多収入者の職業を分類してみると、A、B、C、D に分れ、さらに強いて分けると、C 層が上下に分れるということである。

A 層は、生活が苦しいという時にも、保護開始時にも出てこないのだから生活の困窮は、他の層へ移動しなければ起こらない層だと考えられる。鉱山労働者がこの層に出てくるのは、札幌の特殊な事情であろう。炭坑労働者として、一応安定した生活を送っていた人が、転職して札幌へ移住した。札幌には炭坑がないので、II と III に出なかったであろう。

B 層は、生活が苦しいと訴えている例が出てく

るので、A層よりは収入水準が低いことは確実だが、保護開始時には、さらに下の層へ転落している。

C層は、一応、どうやらやっていたというものもあるし、生活が苦しい時期も多く、生活保護時にも出てくるので、保護基準の水準を上下しているのだといえる。しいて分けるとCの上層は基準の少し上、Cの下層は基準すれすれか、下の水準といつて良い。

D層は、まったく基準以下で、その収入だけでは生活が営めないような層である。

A、B層は、生活保護基準よりは高い水準にあって、低い層への転落によって、保護を開始され、C、D層は、そのままで保護開始を受けるということである。そのことは逆にいえば、生活保護から抜け出して扶助から縁を切るためには、少なくともB層へ上昇しなければ、不安だということになる。C層に止まっていたのでは、再度保護になる可能性がたえず出てくる。

したがって、現行の公的扶助制度は、A、B層からC層へ転落してくるのを待って、機能しているのであって、その転落を防ぐことには役立っていない。そして、むしろC、D層を温存するように機能しているとみることさえできる。

III

そこで、次の問題はA層の22例とB層の22例とが、どのようにして転落していったかである。

表6 A層の転落

第Ⅱ時点 → 第Ⅲ時点	
民間日雇 → 無職	7
無職 → "	4
商店被用者 → "	1
行商露店 → "	1
接客婦 → "	1
セールスマン → "	1
不明 → "	1
民間日雇 → 失対日雇	1
家事使用人 → "	1
内職 → 内職	1
家事使用人 → 接客婦	1
サービス業主 → 事務員下層	1
建築職人 → 建築職人	1

まずA層の22例の転落過程をみると、表6のようになる。

表6中の一層下に記した2例が、やや漸次的な転落であるが、他はすべてドラスティックな転落である。最多収入者の死亡が6例、他はすべて病気あるいは破産等である。しかも第Ⅲ時点保護開始時には無職が16、失対日雇2、内職1で合計して19例がD層まで落ちこんでしまっている。

これで見ると、A層からの転落については、現在の公的扶助制度は、無情なまでに無力である。

D層に入っては、もう永久に更生できない。

B層はどうだろうか(表7)。

B層の22例の転落は第Ⅱ時点で同じB層にいたものが3例出てきており、第Ⅲ時点でC層のものが10例ある。いわば、A層よりも転落の経路がゆるくなっている。そこで、扶助基準がもっと高くなれば、第Ⅲ時点にもB層のものが出てくるようになり、転落を食い止められるということである。

IV

次にふたたび昭和40年の7、8月の2ヵ月間に生活保護を開始した世帯と、廃止した世帯を北海道の全部でとらえた。開始世帯が2,483、廃止世帯が2,914であった(その中、札幌市は145例と233例)。

表7 B層の転落

第Ⅱ時点 → 第Ⅲ時点	
行商露店商 → 無職	3
民間日雇 → "	1
各種商店主 → "	2
無職 → "	1
事務員上 → "	1
事務員下 → "	1
サービス業主 → "	1
家事使用人 → "	1
失対日雇 → "	1
セールス外勤 → 商店被用	2
無職 → "	1
接客婦 → 接客婦	2
商店被用 → 商店被用	1
無職 → 工場労働者	1
民間日雇 → 民間日雇	1
工場労働者 → "	1
民間日雇 → 商店被用	1

この場合には、前回のように第Ⅰ時点、第Ⅱ時点の集計をしていないので、転落の経路が分らない。第Ⅲ時点と、第Ⅳ時点（廃止時）の調査である。また、職業分類も少し違っているけれども、次のような結果であった。

これを、前回調査のA、B、C、D層にまとめてみると、表8のようになる。

前回の場合と変ったのは、B層の職業が保護開始時に出てきている点である。それには二つのことが考えられる。第1の点は保護基準が引き上げられて、そのためにB層からC層へ転落するのを防ぎながら扶助が行われるようになったのか、第2は、B層の収入水準が低いからなのかという二つの点である。

厚生省保護課で試算した結果では、全都市一般勤労世帯の1人当り消費支出額と全都市被保護労働者世帯の1人当り消費支出額は表9のようである。

表 8

	開始世帯	廃止世帯
A 農 漁 家 公 務 員	0 0	3 4
B 各種商店主 サービス業主 自由業 技術者	17 7 4	34 11 1
C 中 漁 家 中 農 家 官公庁大企業被用者 チャッカー漁師 その他	3 131 19 5 829	4 149 20 10 1,374
D 内 職 下級の単純労務 無 業	15 20 1,433	24 31 1,251

注 ただし、官公庁大企業被用者には、官公吏と上級事務員が入っているが、多数が現場労働者なのでC層に入れた。

表 9 全都市一般勤労世帯と全都市被保護労働者世帯の1人当り消費支出額

年 度	一 般	被保護	格 差
35	7,438 ^円	3,057 ^円	
36	8,541	3,794	39.3
37	9,637	4,421	49.0
38	10,922	5,233	
39	11,869	5,807	
40	12,923	6,545	50.5
41	14,344	7,404	

表 10 被保護世帯数

	総 数	世帯主の働いている世帯	その他で世帯員が働く	だれも働いていない
35	611,456	236,713	97,031	271,008
36	612,666	229,266	92,917	285,161
37	624,012	227,778	91,252	300,007
38	649,073	235,025	95,496	313,753
39	641,869	225,378	92,955	318,390
40	643,905	213,004	89,703	336,457
41	657,193	204,200	88,380	360,429
42	661,647	192,071	84,532	381,009
43.11月	659,117	175,905	78,431	401,411

働者世帯の1人当り消費支出額の格差は表9のようである。

前回調査時と40年調査との間には、確かに格差がやや縮小した。すると、第1にのべたように保護基準の引上げが、B層にまで扶助の範囲を拡大したかにみえる。

だが、そう考えるとおかしいのは、被保護世帯数の動きである。総数では55年度が最低で漸次増加してきているのだが、世帯主の働いている世帯や、世帯員の働いている世帯が減って、働いている者のいない世帯、いいかえると無業世帯が増加してきている。いいかえると、B、C層の出てくる比率が減ってD層が増大している。しかし、この調査では転落過程が分っていないので、これ以上のことがいえない。だが、保護基準の引上げがそれなりの効果をもつことは、十二分に明らかである。したがって、完全な効果を果す水準まで、さらに引上げることが必要なのである。

V

それは、次のような調査結果によって理由づけられる。前述の昭和40年7、8月の調査で、世帯主が職業をもっていた世帯について、保護開始時の職業についてからの期間を調べてみた。すると、表11のような結果が出てきた。

内職と単純労務者いいかえるとD層の職業では就業期間が短い方によっているが、C層の下に入るような職業では、大変長くなっている。雑日雇では短いものがやや多くなっているが、それでも5年以上、10年以上のものが著しく多い。

この事実は、これらの低所得層の職種の間にも、

表 11

職業就業期間	6ヵ月未満	6~1	1~3	3~5	5~10	10年以上
内 職	4	1	3	0	5	2
下級単純労務者	1	4	6	6	0	3
雑 日 雇	31	4	20	12	26	48
行商露店商	6	6	8	3	7	18
貧 農	3	0	2	1	11	130
船なし漁夫	0	0	1	0	1	16
民 間 日 雇	17	9	19	13	15	38
その他の職人	6	3	7	3	7	18
組 夫	3	3	1	3	2	6
常 用 日 雇	26	6	13	20	13	52
建 築 職 人	2	0	2	2	3	11
商業サービス被用	6	8	10	2	10	5
事 務 員 下	2	1	3	4	2	7
中小工場工員	9	7	14	4	7	16
鉱山被用者	3	0	6	0	1	14
陸上運輸被用	4	1	0	1	0	4

表 12 変更回数

	0回	1	2	3	4	5回以上
6ヵ月未満	192	29	8	5	0	0
6~1	30	21	3	0	0	0
1~3	110	66	25	5	0	0
3~5	116	58	25	5	1	0
5~10	252	217	73	17	1	0
10年以上	1,615	1,190	561	267	29	7

表 13 稼働日数

	15日未満	15~20	21~25	26日以上
内 職	7	5	9	3
雑 日 雇	60	58	63	18
行商露店	8	9	18	11
下級の単純労務	1	3	9	10
固定した日雇	28	37	66	24
その他の職人	6	10	19	17
常 用 日 雇	22	36	73	40
建 築 職 人	4	7	8	5
中小工場工員	6	9	34	25

表 14 収 入

	3,000円未満	3~5,000	5~10,000	10~20,000	20~30,000	30~40,000	40,000円以上
内 職	9	1	8	5	1	0	0
日 雇	15	13	61	70	34	5	1
行商露店	7	3	7	23	4	2	0
下級の単純労務	1	1	4	12	5	0	0
固定した日雇	9	7	31	75	31	2	0
その他の職人	3	3	8	20	16	1	1
常 用 日 雇	5	5	34	73	43	11	0
建 築 職 人	0	1	0	9	8	4	2
中小工場工員	2	1	8	36	23	3	1

移動がきわめて少くなっていることを示している。したがって、保護開始時点でそれまでの職業の変更回数を調べてみると、それが非常に少くなっている。昔のように、職をかえ、職場をかえて転々とするということが、まるでなくなっている。

変更回数は、表 12 のようである。

さらに、これらの職種の稼働回数としたがって稼働収入に差異が出てきている。次の結果で、それが良く分る。いいかえると、職種の中に、漸次に収入の面で差がついてきているので、下の層から上の層へ入りこむことがきわめて困難になってきている。それが職業の変更回数を減らし、同一の職業にじっとへばりついたままで、保護開始になるという事例が増えてきたという結果に結びついているといつて良いのである。

日雇と固定した日雇と常用日雇を比較してみると、収入の分布が漸次に高い方へよっているし、その他の職人と建築職人では明白に違っている。前述したCの下層とCの上層の差が、はっきりと出ている。

いわば、A、B、C、Dと仮に4段に分けた階層分化が、40年調査でよりはっきりしてきたばかりでなくて、Cの中がさらにC上層とC下層に、分化しはじめてしているのである。

しかも、雑日雇と勤務先が固定した日雇と常用日雇とを比較してみると良く分るように、就業期間がより長く、稼働日数がより長く、したがって職業変更回数がきわめて小さくなっている。常用日雇と雑日雇との差異が、そこにはっきりと出ている。ということは、就業が長期に固定するようになると、その職種は一つの階層として成層されるということである。

そこで、このような条件は、どのようにして作られられてくるのであろうか。第1には、その職種が固定した稼働需要をもったということ。その職種を固定して雇用する必要が生じてきたということ。第2には、そうした固定需要に対応して、適応する労働力の群が形成されたということ。第3に、そこで、この関係を維持するために、雇用契約の常用化、社会保険の適用、労働組合の組織等が作られてきたと考えて良いだろう。

VI

さらに、以上調査が札幌で行われ、また北海道の全体で行われているので、東京の資料で検証してみた。

これは厚生省保護課が東京都で実施している社会保障生計調査の結果である。その39年1月から12月までの1ヵ年間継続して家計を記帳した夫婦と子供2人の4人世帯の年間平均月消費支出額と職種の一覧表である。これに、前述の調査で分類したA, B, C, D層の分類をしてみた。

この表に月平均消費支出金額とともに月平均実収入額を入れて、それで分布をみると次のようになる。

1ヵ月間の稼働収入の分布がC下, C上, B, Aで明らかに異っている。ただし、Dに分類した外勤セールスマンは、この調査では稼働収入の分布はAと同じ高さになる。しかし、前述の札幌調査で、外勤セールスがD層にはいったのは、稼働収入はあっても、社会保険加入、労働組合組織、月

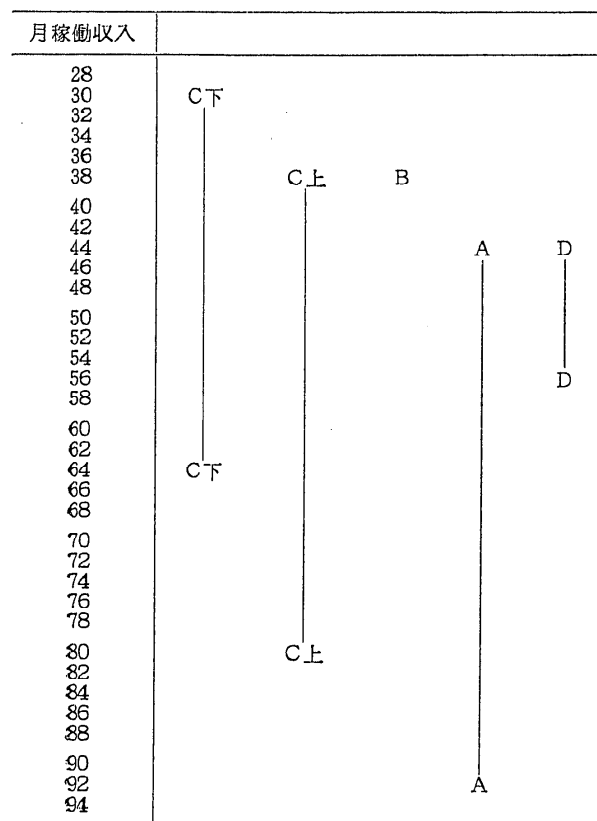
表 15 東京4人世帯(39年) (単位 100円)

消費支出金額	職 種	稼働収入	定期収入
199	タクシー運転手	C下	346 150
251	塗装工	C下	298 200
268	鉄道員	A	533 361
278	運転手	C下	291 200
281	国 鉄	A	443 320
283	放射線技師	A	632 380
287	鉄工場工員	C下	378 314
287	鋳物工	C下	331 190
295	経数学校教諭	B	371 200
296	日本硫酸設備設計	C下	479 195
305	古川製作所工員	C下	387 300
308	職 人	C下	311 150
311	農林省官吏	A	426 290
316	会社員一工員	C下	350 126
318	魚河岸事務	C上	540 349
319	小商店主	B	377 300
323	東電事務	C上	530 348
335	運転手	C下	405 320
323	警察官	A	579 404
333	仕上工	C下	478 140
342	大 工	C上	495 414
343	会社事務	C上	489 265
347	土建トラック運転手	C下	526 197
348	木工工員	C下	395 158

消費支出金額	職 種	稼働収入	定期収入
350	設計技師	C上	482 400
351	製作所技術員	C上	643 425
356	ピアノセールス	D	499 390
358	製靴工場主任	C上	542 295
360	大 工	C上	436 332
361	学校整備員	C下	403 297
365	新聞社事務	C上	542 234
368	国鉄事務	C上	389 275
368	国鉄工員	C下	520 340
368	会社事務	C上	500 284
377	国鉄技術員	C上	524 361
378	電車運転手	C上	564 352
378	木材販売員	C下	485 350
380	設計技師	C上	448 292
399	会社事務	C上	387 212
407	薬品セールス	D	566 307
410	官 吏	A	518 380
414	共同印刷事務	C上	573 273
416	商社事務	C上	460 320
421	工場事務	C上	550 345
423	製本工	C下	551 198
403	塗装工	C下	465 220
405	自動車運転手	C下	583 330
412	経数事務	C上	637 420
423	文書事務	C上	563 319
434	ゴム製品セールスマン	D	454 357
436	銅板シャーリング工	C下	536 316
443	紙工業事務	C上	593 450
445	小学校用務員	C下	631 219
451	会社事務	C上	643 500
454	自動車運転手	C下	642 241
457	小学校教員	A	509 377
459	タクシー運転手	C下	584 181
463	日通発送係	C下	581 175
466	倉庫事務	C上	673 276
475	会社事務	C上	569 339
480	機械工	C下	484 301
486	証券代行員	C上	537 262
490	電々事務	C上	531 350
492	自動車運転手	C下	578 400
496	郵便局事務	C上	807 412
510	製造工	C下	583 325
519	会社事務	C上	603 289
523	印刷インキセールス事務	C上	626 360
549	電々事務	C上	809 490
552	会社事務	C上	658 326
602	交通局電車運転手	C上	691 343
639	三共支店長	A	783 480
627	公務員	A	931 539

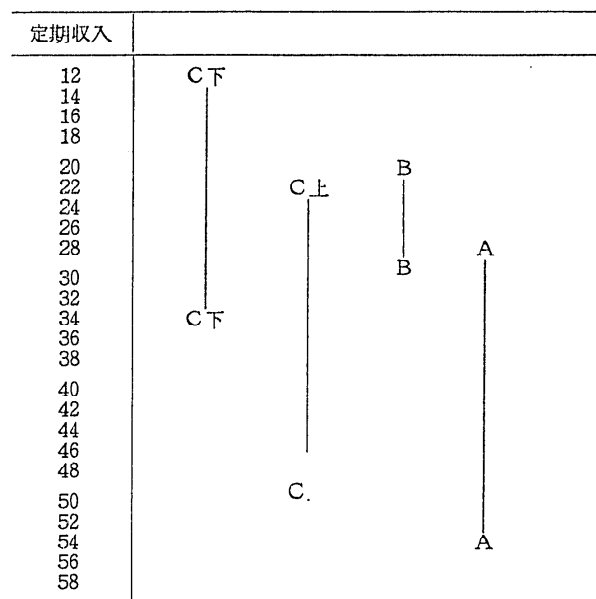
収の保障(固定額はないか、非常に低い)等の点で、他に比して弱いので、ただちに保護におちこむのだと考えて良い。この調査では社会保険の状態と

表 16 職業の分布 (月稼働収入) (単位 100円)



労働組合の状況が分らないので、定期的収入の分布をとってみると、そのことが、明確に分る。C上の分布に比してC下の分布は、段違いに下り、

表 17 職業の分布 (定期収入) (単位 100円)



Dは全くなくなってしまふ。稼働実収入は仮に高くても、保障がないので、短時日の休業がたちまち無収入となるのである。

さらに、36,7年調査で、A、B、C、C'層について、世帯主の性と年齢をとってみると、A層では女と60歳以上の高齢者が全くないのにC、C'層では女世帯主と高齢世帯主が増加してきている。

表 38 37年、札幌市調査

階 層		A			B			C			C'		
		男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
I あつた時期 生活が楽	15~59歳	21	—	21	17	2	19	56	9	65	6	2	8
	60~69	—	—	—	1	—	1	2	1	3	—	—	—
	70~	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	年齢不詳	—	—	—	2	—	2	7	—	7	1	1	2
	計	21	—	21	20	2	22	65	10	75	7	3	10
II なつた時期 生活が苦	15~59歳	—	—	—	4	—	4	46	35	81	19	22	41
	60~69	—	—	—	—	—	—	6	4	10	7	1	8
	70~	—	—	—	—	—	—	2	1	3	1	1	2
	年齢不詳	—	—	—	2	—	2	1	1	2	—	1	1
	計	—	—	—	6	—	6	55	41	96	27	25	52
III 保護申請期	15歳未満	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
	15~59	—	—	—	—	—	—	19	25	44	57	42	99
	60~69	—	—	—	—	—	—	1	1	2	12	7	19
	70~	—	—	—	—	—	—	1	—	1	5	4	9
	計	—	—	—	—	—	—	21	26	47	74	54	128

VII

さて、以上のような結果を積み重ねてみると、36, 7 年以降低所得層の中に、階層分化がはじまってきていることが、明らかだと考えて良いだろう。この変化が経済成長のもたらしたものだということも、またいうまでもないだろう。一般平均と低所得層の収入水準の格差が縮小したというようなことがいわれていたのは、B層あるいはC上層が、やや上昇したので、低所得層の平均を見かけ上、あげたのであって、C下層やD層と一般平均との間の格差は、むしろ拡大したのであった。

そこで、保護基準をどこで策定すべきだろうか。そのことを考える一つの目安は、これらの階層について、(i)定期的収入の高さをみることである。それが低いということは、仮に1年間の平均月収が多くても、収入が著しく不安定だということである。(ii)次に社会保険の状態をみることで、(iii)第3には、雇用条件の保障の程度をみることである。仮に、稼働者の傷病が起きた時に、その医療と収入がどれだけ保障されているかが、その家族の生活にとって、著しく大きな問題である。公務員が収入の高さは、それほどでないのに、A層に入るのとは、(ii)と(iii)の点で、比較的強いからだし、セールスマンが逆にD層に入るのとは、その点が全く弱いからである。無保険無保障という状態が、内職と変わらないからなのである。

ただし、この調査では(i)だけしか、分っていない。そこで、前掲したように定期収入の最低額でならべてみる。すると、C下層とC上層では、はっきりと格差がある。C上層では定期収入の最低保障が月収 22,000 円であるがC下層では 12,000 円に下ってしまう。その職業の安定している高さがまるで違う。

いいかえると、C下層は生活困窮と隣り合っている。C上層でも4人世帯で 22,000 円が最低保証なので、決して安全ではないが、いく分は高い。したがって、保護基準は少なくとも、この点だけからみてもC上層以上の実体を基礎にして策定されないと、防貧的な機能を果し得ないことになるというて良いであろう。

私らが、貧困層の所在について若干の調査をはじめた 28, 9 年頃には、東京と札幌で得た資料を、36, 7 年の調査で得た資料と比較してみれば、C, D層は少くとも混沌としたプールのようになっていて、職種間の移動が頻繁で、むしろ賃銀のいく分でも高い職種を拾って動き回ることが通例であった。日雇・露店行商・接客婦・内職のような職種は、むしろ職種とはいえない、その都度の稼働形態というべきものであった。それが、いまや、階層分化をおこしてきている。

プール状の貧困層の中から、まず建築職人とその他の職人が分化し、常用的な日雇層ができてきたというのは、第1に、それらの職業の稼働状態が比較的固定化してき、それに伴って収入の大きさが恒常的に、ある高さを保つようになり、さらに労働組合等が作られてきたということがあるのだろう。第2には、その結果、その職業集団に対応した労働市場が形成され、第3には、一定の生活構造が形成されるようになっていって、たとえば建築職人層という社会階層が分化してきたと考えて良いであろう。

そして、他方には、なお、稼働状態の不安定なものが、一つの階層として形成されずに残されている。とこのように考えたとすれば、保護基準は少なくとも、その分化して、安定した職業階層となったものの実体を基にして策定すべきだといって良い。

でなければ、公的扶助制度は、不安定な職種群のプールを、たえず停滞させ、再生産するという悪循環を培養するだけのことになってしまう。

(補注) さらに、江口英一氏の論文(昭和42年度, 43年度スタック)が明らかにしているように、低所得層からエンゲル線を作ろうとすると、収入(支出)軸に対する飲食物費あるいはエンゲル係数の分布が、著しく拡散してしまう。それは、資料がホモジニアウスでなくなってしまったもの、いいかえれば生活構造が異質となったものを一緒にしているために、当然、生じてくることなのである。今日、低所得層とよばれるものは、エンゲル法則の妥当する条件を欠いた、異質なものの複合体となっているからに他ならない。

いま、最も必要なのは、成熟しつつある資本制階

層社会の、どの階層で公的扶助制度を展開すべきかを決めねばならない。それは、少くとも、安定し固定化した階層の中で、最も低い収入の層でなければ

ならないということである。

なお、本稿の集計整理は鈴木が行い、執筆は龍山の手による。

次号 (Vol. 5, No. 3) 予告

巻頭言..... 有 泉 亨

論文

労働災害と労災保険..... 藤 本 武

雇用対策と失業保険..... 坂 本 重 雄

地方財政と社会保障..... 小 沢 辰 男

自由論題..... 近 藤 文 二

” 雀 部 猛 利

資料

失業保険における現状の問題点と法改正..... 江 田 茂

自由 = 社会改革とナショナル・ミニマム

伊 部 英 男

は し が き

自由党政府によって一連の社会立法が行われた 20 世紀初頭の一時期は英国社会施策の上で自由 = 社会改革 (Liberal-Social Reform) といわれる時期である。国民的最低限政策 (national minimum standard policy) はウェッブ夫妻によって提唱され、後に労働党の政綱となるのであるが、時期がほぼ同じのため自由 = 社会改革はウェッブ理論の一部実施であって、その後若干の曲折を経て第 2 次大戦後の「福祉国家」で完全実施されたと直線的にみられがちである。本稿は、ナショナル・ミニマムと自由 = 社会改革との関係をみようとするものであるが、その趣旨は、社会立法の草創期にまつわる事情がその後のあり方にも影響を及ぼしているとみられることと 19 世紀末葉から 20 世紀初頭にかけての英国社会立法は比較的紹介されていないと考えられるためである。

I 南阿戦争と国民の状態 (condition of people) 問題

19 世紀末葉はチャールス・ブースのロンドン調査に象徴されるように貧乏の問題は、一般にはつよい関心をもたれるようになったが、議会の関心はきわめて低いものであった。例えば 1898 年には、失業については全く討論はなく、救貧法についても $1\frac{3}{4}$ 欄にすぎないという¹⁾。

このいわば、みのりのうすい問題を、政治の場に持ち出したのは皮肉にも 1899 年の南阿戦争であった。世界は英国の無条件の勝利を信じた。しかし実際は意外にも敗報は相つぎ、2 億 5,000 万ポンドの巨費と 3 年の日時を要して、ブーア人の

小さな二つの共和国を屈服させたが、英国社会組織および英国民族の優秀性の神話はくずれた。特にブーア人のゲリラ戦に敗退した英国陸軍にとって兵士の体力不足が重要な問題となった。このため国民的効率 (national efficiency) が、南阿戦争を契機として、第 1 級の政治問題となったのである。もとよりこの背後には着々実力を蓄積し経済的にも強力なライバルとして出現しつつあったドイツの大きな影があったことはいうまでもない。帝国主義と人民の条件問題 (condition of people question) とは関連づけられることとなった。効率高い国民こそ活力に満ち拡張しつつある帝国を支持できる。白人の荷物は強い肩にこそ初めて荷われる。そして国民的効率は何よりもまず体力、体位の問題であった。

ラウントリーのヨーク調査では 1897 年から 1900 年までの間にヨーク、リーズ、シェフィールド募兵事務所では 3,600 名の志願者があり、 $26\frac{1}{2}\%$ は不適格と判定され、さらに 29% は特例として試験的に入隊を認められる程度であり、仮にこれ以外の地方がよりよい成績を示さないと仮定すると、実に英国人的資源のうち半分以上は軍務に耐えないという結果となるのである。同じくラウントリーに引用されている募兵総監の 1900 年報告によれば入隊を拒否された者のパーセンテージは、1896 年 42.2%, 97 年 38.0%, 98 年 35%, 99 年 32.9%, 1900 年 28% であって 1900 年に限する限り、ヨーク等の記録は、概ね全国平均とひとしい²⁾。

さらにラウントリーは体位および体力が経済的な国際競争の面に及ぼす影響に言及している。すなわち、ドイツ、ベルギー、ロシアとりわけアメリカが、資本装備率、技術の面で英国と同一レベ

1) B. Gilbert, *The Evolution of National Insurance in Great Britain*, 1966, p. 61.

2) B. S. Rowntree, *Poverty*, 1902, p. 219.

ルに到達する日は近いから、国際競争の上で効率問題 (mental and physical efficiency) は、決定的重要性をもつことを、強調しすぎることはないとしているのである³⁾。

軍事的立場からの発言もつづいた。例えばモーリス将軍は産業が労働階級の体位を低下させていることを強調し、5人のうち2人以上が兵役不適であることは民族的危機であることを強調した⁴⁾。

1902年1月募兵総監は、人的資源問題について特別報告を議会に提出した。1902年11月、体位低下問題に関する各省委員会が設けられ、翌年7月報告書を明らかにし、(1)環境衛生に関する規則の制定および励行、工場および住宅に関する衛生規則の制定、(2)母親に対する育児教育の徹底、女兒に対する料理栄養教育、飲酒および未成年者喫煙に対する制限、(3)体力練成の助成、(4)学校身体検査の実施、(5)学校給食の実施を提案した⁵⁾。

これらの動きは一般国民にもつよい印象を与え、体位低下問題は列強としての英国を根底から脅かすものとみられるようになり、後に述べるローズベリーの「効率党」の結成までに至るのである。

貧乏、悪い住宅、環境条件、栄養が個人だけでなく国家社会に対する損害であることを1890年のマーシャル⁶⁾だけでなく、一般も認識し始めることとなったのである。

II 自由党の分裂

1 ローズベリーの National Efficiency

南阿戦争は、自由党を分裂の危機におとし入れた。グラッドストーン引退後も自由党が政権を維持したが、帝国主義を信奉するローズベリー首相およびキンバレイ外相の就任は、自由党多数派の急進派にとって帝国主義の勝利としか見えず、ことごとく党内野党としての動きを示し、一方、ハーコートおよびモーレイは、ローズベリー首相をこころよしとせずローズベリーをして首相の座を

「茨の床のようなものだ」と嘆ぜしめるのである⁷⁾。ローズベリー総辞職後のソルズベリー (保守党) 第3次内閣の手による総選挙 (1895年) で、自由党は惨敗を喫し、その後1905年のキャメル・バナマン内閣まで野党をつづけることとなった。

野党で思想的にもつよい対立があった自由党に、南阿戦争は三派を生むこととなった。第1は自由帝国主義派でこの戦争を「正当かつ不可避」とするもの、第2は事ここに至らしめたものすなわち外交を無暴かつ愚劣とし将来に対し危惧の念をいだくもの (中央派)、第三は徹底的に親ボーア派であって、南阿戦争はボーア共和国の自由と独立とに対し不当の攻撃を加えるものとして徹頭徹尾反対するものである。数は中央派が多いが、右派はローズベリー、アスキス、グレイおよびホールディン、左派にはロバート・リード、ロイド・ジョージが含まれていた。

1900年11月16日ローズベリー伯は、セント・アンドリュース・ホールで行われたグラスゴー大学の名誉総長の就任式での演説の中で、国民的効率という言葉こそ使わなかったが、その出発点となる考を明らかにした⁸⁾。ローズベリーは次のように主張した。すなわち、「一国一民族の力はその面積、人口で決せられるものではない。特に植民地の面でも産業面でもヨーロッパ各国が急速に接近している今日、無為にすごすことは許されない。このためには国家社会の運営をたえず、点検し新しい要請にこたえるようにしなければならない。フレデリック大王の下でヨーロッパの強国となったプロシアはその後継者が処理を誤ったためほとんど存在さえ疑われる状態とまでなったが、その政治家は一時しのぎ政策 (stop-gap reform) に満足せず、問題の本質にせまる対策を実行した。その治療方法は苦しいものであったが、患者は見事に回復したのである。プロシアの例にみられるように、自己点検をたえず行い、このような大きな遺産 (帝国) を維持して行けるかどうかたえず反省するとともに、その政策技術組織等を時勢に適合したものとする努力を怠ってはならない。英国

3) *Ibid.*, p. 222.

4) B. Gilbert, *op. cit.*, p. 91.

5) *Ibid.*

6) A. Marshall, *Principles of Economics Book I*, 1890, Chapter III, Chapter 5. *Economics of Industry*, 1890, p. 44.

7) スペンダー著、中村祐吉訳『現代英国史』、昭和17年、89頁。

8) *The Times*, 1900年11月17日付。

の組織は近代化を必要とする。帝国は何よりも活力にあふれ、勤勉で、大胆な民族を必要としている。しかし、われわれはこのような民族を養成しているか。農村では概ねその条件がととのっている。しかし過密で空気が悪く、環境が整っていない都市は適当な条件とはいえない。また各種の享樂、ぜいたくが民族を毒している。身体と精神の健康こそが、国際競争の上で一つの民族を勝者とするのである。最適者の生存は、現代世界の鉄則である。生きのこるためにはたえず知能と手段をみがいておかねばならない。そして伯は「英国青年は实际的で知性的で勤勉な帝国主義者とならなければならない」と強調した。

グラスゴー演説を機会として、その後1年間に、帝国主義的社会改革グループが、「国民的効率」を合言葉として、結集し始めた。当時の自由党のリーダーであるキャムベル・バナマンは、ボーア戦争における一般人のキャンプ収容政策をみるに及んで、政府は野蛮な「戦争手段」(methods of barbarism)を用いているという強烈な反対にのり出した(1901年6月14日)。このキャムベル・バナマンの挑戦に対して自由党の帝国主義グループ——アスキス、ホルディンおよびグレイにひきいられる——はただちに1901年7月19日アスキスのための昼食会をホテル・セシルで開催することを明らかにした。キャムベル・バナマンに対する公然たる挑戦である。7月9日キャムベル・バナマンはレフォーム・クラブで派閥解消を訴え、7月10日にはセシル・ホテルの昼食会の延期の要請などが行われたが、一方ホルデン “Richard Burdon Haldane” は、ウェブ夫妻を訪れ出席を求めた⁹⁾。ホルデンは、「われわれは目下政治生命をかけている」とウェブ夫人に訴え、「アスキス昼食会へシドニー(ウェブ)が出席することがきわめて重要と考えている」とシドニーの出席を要請した。ウェブ夫妻は南阿戦争に関する限りボーア人に同情的(Pro-Boer)であるが、国内施策に関する限り帝国派と思想を共にしていた。ホルデンはウェブの熱心な支持者であった。親ボーア派のキャムベル・バナマン派はグラッドスト

ン流の古典的自由主義を信奉していると考えていたからである。ウェブは、私は昼食会に重要性をみとめない、特に私が出席しようとしまいとどうということはないとホルデンに答えるが、結局、ホルデンの希望を入れて出席することとなった。夫人の見るところによれば、ウェブとしてはこのようなことにかかわらない方がよいという気持であったが、ウェブの本当の気持はホルデンに対する友情からであろうとみている。そしてこの日の日記の記事をシドニーが出席しようとしまいと大した違いはない (his going or not going is of no importance) でしめくくっている¹⁰⁾。

III ウェブの Escape from Hounds-ditch

この昼食会では、ウェブが最も著名な人物であった。昼食会はウェブにとっても英国社会施策の動向にとっても大きな意味をもつこととなった。グラッドストーン流の自由主義にあきたらないウェブはローズベリー伯とそのグループに大きな期待をかけることとなり、1901年9月、*Nineteenth* 誌上に、有名な Lord's Resebary's Escape from Hounds-ditch を発表することとなるのである。この論文こそウェブの有名な国民的最低限政策(ナショナル・ミニマム)を最初に体系的に発表したものであった¹¹⁾。

ウェブは、1897年 *Industrial Democracy* で雇用条件が国民的最低限を下回らないようにするという意味での国民的最低限政策を説き、そのための労働組合の積極的役割を評価しているが¹²⁾、『19世紀』誌上で述べるように国・地方公共団体が生活のすべての「国民的最低限」を積極的に造成することを求めたものではない。単にあるレベル以下の雇用条件を禁止しようとしたに止まったのである。ウェブは次のように主張する。古い自由主義の政治面での魅力は完全に失われている。最近20年間のうちにその目標、合言葉、日常事件についての考え方、世界観は、庶民にピンとこなくなった。「契約の自由」も「需要供給」も、

10) *Ibid.*, p. 219.

11) *Nineteenth Century*, 1901 Sep., p. 366.

12) ウェブ著、高野岩三郎訳『産業民主制論』、昭和2年、937頁。

9) Beatrice Webb, *Partnership*, 1948, p. 218.

生きて行く上での物的および精神的条件を欠いている大衆にとってむしろ破局的に作用していると感じられていた。かような衰退を前にして、自由党の指導者の中には大きな分裂が起っている。しかし、これが南阿戦争のため起ったと考えてはならない。今日保守党がむしろ農村ではなく、都市を地盤としているように見えるのも、古い自由主義がいかに都会の青年にとって魅力がないかを示すものである。自由党は進歩的な本能を代表する限り、強力であるのだ。今日必要なものは、個人的自由ではなく、集団的自由である。例えば労働組合の団体交渉権であり、協同組合の活動の自由であり、都会生活に必要なものを提供する都市共同体の活動であり、島国根性から世界に目を開くことである。要するに 20 世紀の開幕は、社会共同体を基として考える (thinking in communities) ことで始まった。これに対してグラッドストーン流の自由主義は、個人を基として考えるということ (thinking in individual) が中心となる。グラッドストーン流自由主義は、本質的に国が行うすべてのことに反対となる。

一般民衆が問題として感じていることは、しかし自由主義も、保守主義も社会主義も問題ではない。英国の恥という燃えるような感情である。失敗、欠陥、統治者の能力の不足、議会在日常事務さえ処理できないこと、政治家の理解力の不足と想像力の欠如、政府の各省のもったいぶった非効率、経済上の優越を米国にゆずることとなった商工業者の怠慢、人口密集地帯にみられる各種の問題の放置である。

ローズベリー卿の政治的理解力は、この事実をつかんで、彼は政府各省の乾いた骨組に新しい生命力をふきこむ国内政策を実施する時機がきたと述べ、彼を支持する者は、Policy of National Efficiency をとнаえているのである。

現在英国では 800 万すなわち、全人口の 5 分の 1 以上の人々が週 1 ポンド未満で生活している。不名誉であるのみならずわれわれの文明にとって積極的に有害である。これらは、苦汗産業およびそれを取りまく悪い生活環境が生み出したのである。

国民的効率に関する最初の歩みは、このように民族の活力をむしろ工業的寄生虫をなくすることである。

そしてこれらの人々は、概ね工場法のワク外の人々なのである。アスキスがいうように、すべての社会は、そのメンバーに保証する物質的および精神的最低条件によって評価されるのである。

国民的能率という理念に感銘を受けた政治家は、雇用主も雇用条件を下げることでできない国民的最低限を定めるよう努力しなければならないこのことは、単に、あるいは主として労働者のためではない。英国産業を継続して行く上での必須の事項なのである。

しかし帝国の運命は、工場ばかりでなく実に家庭にかかっている。大都市のスラム住宅で發育を妨げられ貧血し、士気をくじかれた生息者達で、立派な国家を維持して行けるか。役に立つ軍隊を編成できるか。800 万人の人々を、馬以下の家に住まわせ、不潔とし、給水しか行わないでいられるか。国民的効率への第一歩は明らかに、既に名目的には法律で確立されている衛生面での国民的最低限を強制することである。地方行政省は、自治体の意欲を抑圧することではなく、この最低限を実現するために援助し激励することを任務としなければならない。平均以上の死亡率を有する地方について、下水、水道を改善し、住宅を整備する等の方法で死亡率を引き下げさせなければならない。

救貧法について、国民的最低限政策を適用してみると地方行政省の批判的な抑圧的な態度を改め、積極的な救貧法改革にとりくまなければならない。そのエネルギーは壮健者に対する院外救助を制限することだけではなく、老人の人道的な処遇、病人のもっとも科学的な取扱、国の子供である児童の健全育成に同様な力を注がなければならない。

ウェッブが、この論文の中で初めて系統的に明らかにした国民的最低限政策 (National Minimum Standard Policy) は、社会施策の上で、大きな影響を及ぼすだけでなく、政治的には後に、英国労働党の基本政綱となるのであるが、当面は、ウェッ

ブをローズベリー派と規定するものであった。

国民的最低限政策の出発点は、ウェッブの論文にみるように「国家主義」的発想に基づくのである。「帝国」は、活力にあふれ、勤勉で大胆な民族を必要とする。「……身体と精神の健康こそ国際競争の上で一つの民族を勝者とするのである」とローズベリーは強調する。ウェッブは「国民的最低限」は単にあるいは主として、労働者のためではない。英国産業が、継続して行く上で必須の事項なのである。都市、スラムの生息者達、發育を妨げられ、貧血、士気の低い者達で、立派な国を維持して行けるか、役に立つ軍隊を編成できるか、と強調するのである。

キャムベル・バナマンは、1900年のカーキ選挙において敗れたりとはいえ、自由党を保持することに成功し、バルフォア内閣総辞職とともに、後継内閣を組閣した(1905年)。キャムベル・バナマンは、アイルランド問題について漸進的に自治を干渉する案を発表したが、ローズベリーは、「余はかかる(アイルランド自治案)の旗幟の下には決して奉仕できないものである」(同年11月25日)と強硬な態度を表明して入閣を不可能とただけでなく、自由帝国主義者であったグレイ、ホールデン、アスキスともたもとを分つこととなった。

グレイは外相、ホールデンは陸相、アスキスは下院総務、蔵相となった。ウェッブはかねて地方行政大臣となった労働者出身のバーンズと不和であった。また、ローズベリー派となることによって自由党指導者と縁を切ることとなったのである。

ウェッブの自由党に対する取扱を誤らせたのはウェッブ自身の政治的エラーであるとともにホールデンであった¹³⁾。

ホールデンは、ビアトリスと結婚前から親しく、結婚後はシドニーとも肝胆相照らし、特にロンドン大学の再建について、緊密に協力した。自由党の中では、ホールデンは、ローズベリー派であって、L. v. ハーコートが反ローズベリー派であった。ローズベリー派が勝てば、ウェッブを大臣にしたであろう。しかし、ローズベリー派は、一つ

は、ローズベリーが、身心共に害していたためと、一つにはローズベリー派は、本質的には旧来のWhig党であって、反ローズベリー派は、急進派の流れをくむものであり、本来は急進派のものであったからである。ホールデンは、ウェッブにローズベリー派を党のcollectivist wingであるという説明をして、前述のようにアスキス昼食会をはじめローズベリー派に引き入れたのである。

当時の急進派——自由急進派、独立労働党、社会民主協会——は、徹底的に親ボーア派であり、宗教的情熱にまで燃え上っていた。ウェッブ夫妻はローズベリー派に組することによって、当時のあらゆる急進派に決定的に対立することとなったのである。そして、これらの急進派こそは、1905～14年の国内政治を決定したグループであったのである。

IV 自由=社会改革

キャムベル・バナマンの内閣は、翌6年の総選挙で、圧倒的な勝利を納めた。反対党はバルフォア前首相をはじめ、数名の前閣僚を失った。自由党だけで377名、統一党167名、アイルランド党83名、労働党29名である。この選挙は自由党が予想外に伸びた外、労働代表委員会の推す29名が当選した。自由党に属する自由=労働派の労働階級出身者が24名あった。労働代表委員会は、1900年の選挙ではわずかに2名であった。この理由は、タフ・ヴェール判決によって奮起した労働階級の結集をあげなければならないが、同時に陰に陽に自由党の多大な協力がなかったならば得られなかったであろう¹⁴⁾。

今後の政党は、その名称の如何を問わず、「半ば社会主義的」(half socialistic)でなければならない。最後の自由党政府は、この事実を認識し、新しい社会的経済的な面に見合うニードに答えるための立法上、行政上の能力を発揮した。もはや中流階級政党ではない自由党にとっては、未来は労働階級がその候補者に投票するかどうかにかかっていた。Labour opinionにいかにか依存するかと

13) R. C. K. Ensor, *The Webbs and Their Work*, edited by M. Cole, 1949, p. 66.

14) G. D. H. Cole, *The Short History of the British Working Class Movement*, 1952, pp. 300-301, 林健太郎他訳『英国労働運動史 III』, 44頁。

いうことは、タフ・ヴェール判決に対処しようとした労働争議法 (Trade Disputes Act) の修正にみることができる¹⁵⁾。

同じランカシアから新たに選ばれた労働者代表委員会のウィリアム・ウィルソンにより提案された学校 (給食) 法が成立した。先の「国民の条件」問題で発足した「体位低下問題に関する各省連絡委員会」はその報告書 (1904年) の中で、慢性的な栄養失調児童に対して地方公共団体および任意団体が協力して給食を行うよう勧告している。この背景には、先の各省委員会の勧告もあり、教育委員会 (文部省) の支持もあったが、「自由党は、労働階級の選挙民の支持を維持するためには高い代償でも支払おうとしていた」のである¹⁶⁾。

この法案は、今日の学校給食のように地方公共団体自体が給食することを義務化するものではなく、地方公共団体 (教育) に、給食事業を自らかまたはとく志団体と協力して実施する権能を与えるものにすぎないのである。しかしこの法律は、従来当然親の責任と考えられていた分野に国または公共団体が介入することを意味するものであって、重大な意義を有する。自由 = 社会改革はここに初まるのである。

同年の労働者賠償法は、1897年制定の同法の適用範囲を、ほとんどすべての労働者にひろげたものである。1907年には学校保健制度を設ける教育法、1908年には、老齢年金法および炭坑法 (8時間法) が制定され、1909年には苦汗労働に対処するため最低賃金を定める労資協議会法 (The Trade Boards Act)、ビバリッジの提案をウィンストン・チャーチルが実施にうつした職業紹介所法 (The Labor Exchanges Act) が成立し、1909年には有名なロイド・ジョージ予算が編成され、政府は、上院との闘争に入り、1911年8月、議院法案の通過を以て終りをつけるが、同年、国民保険法案の成立をみた。

1905年から、1914年まで、今日、自由 = 社会改革といわれる改革期となるのであるが、改革の

リーダーシップをにぎった人々は自由党急進派であったのである。改革期を通して、これらの人達はウェッブ夫妻の助言を求めようとはせず¹⁷⁾、ウェッブ夫妻もただながめていたにすぎなかったのである。

1905年、救貧法勅令委員会は、挂冠目前のバルフォア (保守) 内閣によって設置され、救貧法および関連行政を調査し、1909年報告を行ったが報告は多数報告と少数報告に分れた。少数報告は、委員会の委員となったピアトリス・ウェッブ (およびウェッブ) の手になるものであって、英国社会施策史上その意義は大きい¹⁸⁾。

1601年、エリザベス1世に始まる救貧法は、19世紀初頭の救貧費の増大、特に身体壮健者 (able-bodied) に対する院外救済の増大が問題となり、1832~34年、勅命救貧法委員会が設置された。委員会は救貧費の増大の原因は救貧行政の乱脈にあり、これを是正するため、(1)劣等処遇の原則 (the Principle of Less Eligibility) (救済を受ける者の処遇は最下級自立労働者の生活水準を下回らなければならない)。(2)労役場処遇の原則 (Work House Test)。(1)の原則を実施するため、救済は労役場でだけ行い、院外救助は廃止する。(3)均一処遇の原則 (Principle of National Uniformity)。この報告を実施するための1834年改正法は、従来の教区 (parish) を統合し、unionを創設し、地方行政機構に一大改編を加え、さらに中央政府の中に、地方団体の仕事を行政的に監督する機構を初めて設ける改革を行った。

1834年、改正救貧法の第1原則である劣等処遇の原則は、戦闘的な中流階級の自由主義を代表するものであった。すなわち、貧乏は、個人の責任であり、劣等処遇によって、自立への意欲が高められるという基本的な考え方である。自立労働者自体、きわめて低賃銀であった当時としては、これより劣等であるということは、動物的生存さえ維持し得ないレベルであった。1834年原則は、救貧法をして、労働者の「バスティーユ」とする

15) G. M. Trevelyan, *British History in 19th Century and after 1937*, p. 443.

16) G. D. Cole, *op. cit.*, p. 305. 前掲訳書, 54頁。

17) R. C. K. Ensor, *op. cit.*, p. 70.

18) マーガレット・コール, 久保まち子訳『一女性の真実の歩み』, 154頁。

ことに成功したのであった。1834年報告および原則の問題は壮健者 (able-bodied) であった。特に南部イングランドの農村地帯における過剰人口であった。北部工業地帯の不況による失業者——勤労意欲があっても、雇用先がない——や、老人、身障者、児童、病人、未亡人——労働能力がない——達は1834年報告が直接に関心をもつものではなかったし、特に後者についてまで「劣等処遇」を要求するものではなかった¹⁹⁾。

この原則は、必ずしも連合区によって「全国均一」に実施されなかったが、地方行政省は一貫して厳格に1834年原則を実施するよう連合区を指導してきた。以上のような地方行政省が理解するような「劣等処遇」の原則は、ナショナル・ミニマムの思想と正反対であり、福祉国家の理念と相容れないものであることは言をまたないことである。ここに、先に述べたように、ウェッブ夫妻が、救貧法改正に異常な情熱を燃やした理由があるのである²⁰⁾。

衛生立法——社会保険も、福祉立法もさえ欠いている当時としては、救貧法は、唯一の社会立法であったので、救貧法の内容とそれによって立つ基本的な考え方は、当時の国家観を示すものであった。

少数報告は、ウェッブのナショナル・ミニマム政策の具体的な表現であり、救貧法についてはその解体を主張するものであったが、ウェッブ夫妻にとっては救貧法に関する技術的な文書ではなく、これらの提案が「老齢、病氣、無知、失業等原因の如何を問わず、健康、幸福、正直、文明、科学知識、冒険精神の上で確実な進歩を保障するよう、集団的な貧困を予防する上で、有効かどうか」を目ざすものであったのである²¹⁾。

地方行政省の立場では、1905～09年、勅命委員会の設定は、1834年以来、救貧法がその原則をはなれてきたのを正すためであった。1885年の選挙権の拡張「民主主義によって1905年の失業者法を、1834年原則からの離脱 (policy of drift

from “the principle of 1834”) の最後としようとしたのである。現に救貧法部長、Mr. J. Sclatr Sir James Davy は、ウェッブ夫人にその意図を打ちあけている²²⁾。

もとより、ウェッブ夫人は、この地方行政省の意図に強い抵抗を示し、この結果、勅命委員会は、二つの報告書をもつこととなるのである。ウェッブ夫人の努力にもかかわらず、ウェッブ報告書は、労働者代表外1人の僧職者のサインを得るにとどまり少数報告となるのである。

両報告とも、保護委員会および連合区、雑居労役場の廃止（地方行政単位として県および特別市を使うこと）、劣悪な救貧法へ少くとも窮貧者の10分の9を占める非壮健者には劣等処遇の原則を適用しないこと、両報告とも、壮健者についても、非壮健者についても、救済ではなく、治療的予防的でなければならないこと、両報告とも老齢者に対する年金の創設、病院の拡充、精神障害者の救貧法からの分離等々である。

このように両報告には一致点も少からず存在したが、基本的な相違点は多数報告は、貧乏に対するあらゆる行政を一つの機関、県および特別市の公的扶助委員会に集中することであり、少数報告はそれぞれの問題をそれぞれ窮貧者にかぎらず総合的に取扱おうとするものである。つまり、病人、精神障害者は衛生当局に、児童は、教育当局に等々である。この相違点は、今日の目から見れば単に行政効率の問題とみえよう。

当時では基本的な相違点があった。第1に当時の社会行政は救貧法が中心でその他のものはまだ萌芽的な状態でしかなかったことに注目しなければならない。救貧対象者の疾病を、疾病に着目して一般的に責任を負う衛生当局の責任とすることは、単に救貧法対象者だけでなく、全国民の医療に責任を負う衛生行政を創設することを意味したのである。

第2に多数報告は、自立できないときは、市民の性格そのものに、問題があるとみるのである。そこでその性格に着目し、救貧対象者の問題はすべて救貧法当局の下で総合的に一元的に取り扱う

19) 伊部英男『社会計画』、昭和39年、「第一章」。

20) A. M. McBriar, *Fabian Socialism and English Politics (1884-1918)*, 1966, p. 269.

21) B. Webb, *op. cit.*, p. 477.

22) *Ibid.*, p. 322.

考え方をとったのである²³⁾。

V 救貧法解体運動と国民保険

ウェッブの提案が、少数報告に止まるとともに、ウェッブ夫妻は、ひろく世論に訴え、自由党政府をして、実施させようとした。ウェッブは、少数報告の廉価版を出版し、政府刊行のものをも合せて、1910年末までに約25,000部を売ったといわれる²⁴⁾。

1910年4月には、ウェッブ夫妻は、救貧法解体国民委員会(The National Committee for the break up of the Poor Law)を結成して、宣伝活動にのり出した。協会の戦術は、集会、パンフレットの配付、代議士への陳情(lobbying)、新聞への投書であった。

1910年4月8日は、委員会にとってきわめて「重要な日」であった²⁵⁾。

プライス卿によって提案された貧困予防法(Prevention of Destitution Bill)が、下院で討論されたからである。この法律は、提案者自身も述べたとおり、少数報告に基くものであった²⁶⁾。

法案の内容は、救貧法施行当局を救貧委員会(union)から県(county)、特別市(county borough)に移した上、それぞれの種類に応じて、疾病、健康、児童、精神病者および老人の五委員会にうつし、壮健者は新たに設立される労働省の所管とするものであった。これらの委員会は単に発生した貧窮者を救済するだけでなく、積極的に発見して、必要な予防措置を講ずるものである。労働省は、職業訓練、雇用の安定、コロニーの設置等の任務を負うものである。プライス卿の理由は、第1に救貧法の範囲は、単に実際に窮乏となっただけで範囲がせますぎる。その後救貧法の枠外に各種の行政ができたことを理由としている。この提案には、野党党首バルフォア、総理アスキスおよび地方行政相バーンズが討論に参加した。

バルフォアは、少数報告を官僚国家をつくるも

のだとか、社会主義的だとかというレッテルをつけてほうむり去ることは適当でないとしなめつつ、少数報告の実施に要する費用は仮に相当なものであるにせよ、負担できないというほどのものではないのではないか。社会問題については、われわれはまだほとんど知識を得ていない。したがって立法は実験的な性格のものとなるし、実験的なものは高価につくこととなりがちである。

しかし、ここに提出された理論の実験をすることは有意義ではないかと述べた²⁷⁾。

アスキスは、保護委員会の解体については保守的であること(I confess I am old fashioned in that matter.)²⁸⁾であるとしつつ、救貧法委員会が設置されて以後(1905年)の立法上および行政上の改革をあげる。救貧法受給による選挙権停止を廃止すること、老齢年金の支給をあげる。そして失業および疾病に関する社会保険制度を創設する旨を明らかにするのである。これらが実施されれば、失業および疾病は、救貧法のワク外で処理されることとなる。さらに職業紹介所、産業委員会(Trade Boards)は、いずれも両報告のラインに従うものであるとした。そして、今後、一層救貧法の改善に努力する旨と、法案の意図には敬意を表する旨を明らかにしているのである。

バーンズ(地方行政大臣)は、この法案が、救貧法委員会の少数報告に基くものであることを強調する。そして、多数意見は、公的扶助の一つの公的機関があるべきだと主張している。そして法案は、努力の分散、金の浪費、さらに現に単一の機関で働いている人の意欲をそぐものとして、最近の救貧法は全く新しい雰囲気の下に運営され、老人、病人、児童は全く異った扱いをうけていることを強調する。救貧法委員会の委員長ハミルトンが、少数報告が家族制度の破壊、行政的混乱、地方財政の破綻をもたらすと述べていることを強調するのである²⁹⁾。

ウェッブ夫人は、1910年4月12日の日記で、4月8日(金)の討論を次のように書いている。バ

23) S. and B. Webb, *English Poor Law History*, 1929, p. 545, Part II, "The Last Hundred Years".

24) McBriar, *op. cit.*, p. 271.

25) B. Webb, *op. cit.*, p. 449.

26) *Hansard*, Vol. XVI, Series Col. 780.

27) *Ibid.*, Col. 828.

28) *Ibid.*, Col. 836.

29) *Ibid.*, Col. 842.

ルフォアは、異常に好意的で、アスキスは冷く批判的であり、バーンズは敵意をむきだしと書いている³⁰⁾。

自由党内閣は、アスキスのいうようにこの問題について保守的であった。ウェッブの提案そのものに反対であっただけではなく、少数報告の背後にある者、ウェッブそのものを信用していなかったのである³¹⁾。

少数報告を意識しつつ社会保険が持ち出されているのは注目される。少数報告と、自由 = 社会改革の間のみぞにはもう一つの面がある。少数報告は、つよく道徳的考慮が働いていることである。どの提案も社会的、経済的および道徳的な配慮に基いている。ここでいう道徳的配慮とは、自立意欲を強めることであって他の二つと同等の比重で扱われている。例えば、無条件の金品の施与ほど人間の自意を害するものはないと考えたのであって、貧困を貧困という一つのカテゴリーで取り扱わず——最もつよく多数報告と衝突した点であるが——その原因によって治療、予防ができるよう各専門当局が取り扱うべきであるという考え方自体この道徳的配慮に基くのである。

しかし、1911年の社会保険に見られるような、給付無条件性——ウェッブの最も嫌った——こそ実は自由 = 社会改革の特徴であった。少数報告中で³²⁾、保険制度について最も重要な欠陥と考えられるものは、真に保健または疾病の治療上必要とされるものは、一瓶の薬ではなく、無知、きびしい貧困、あるいは自制心のなさに起因する非健康的な生活習慣であることが最も多い。しかしこの点にこそいかなる医療クラブでも、医療組合でも失敗している点である。これらのクラブは、一瓶の薬は給付できるが、それ以上のことは考えない。家庭の環境も一般的な衛生についても、食物や栄養についても、注意を払わない。しかも、消費される薬の量は不当に大きい。薬は余り出さないが、暴飲、暴食、悪い生活習慣を変えるようにはっきりと忠告する医師は、貧乏人に好まれない。医療

保険に医師の自由選択が加わると事態はより悪化する。登録患者数によって報酬が定まってくるのであるから医師は、一層評判のよい薬迷信を奨励し、よい生活習慣を身につけさせるという評判の悪い方向には行かなくなるのである。このような制度の下で、期待できるのは、予防的な治療ではなく、医療救助にすぎない。

普遍的な医療保険は、政治的に実施困難であるばかりでなく、政策として後ろ向きであり、国民の健康および貧民の道徳的性格にきわめて有害である。

ウェッブの強調するところは、社会から個人へ何等かの金品を給与する場合、受ける側にこれを受けるだけの前向きの姿勢を条件としなければならぬことである (Conditional on better conduct)。そして、保険制度は、正に事故発生についての給付を目的とするものなので、このような条件を設けることができないというのである³³⁾。

ウェッブは、ロイド・ジョージの国民保険法案の検討が始まると、この線ですくよく反対している³⁴⁾。

例えば、いかなる社会保険も、われわれの計画にとって有益でない。週手当を何等の治療措置 (例えば職業訓練) なしに支給することは非科学的な国家援助にすぎない。……政府は治療と規律、監督、訓練をなまけている。単に機械的な方法で、失業および疾病の際に収入を与えようとしているだけである。増加した収入の代りに前向きの (advance in conduct) 行動は、全然要求されていない (1911年1月)。

ウェッブ夫人はロード・ランズベリーとロイド・ジョージ提案による疾病保険の不愉快な修正または停止について語り合った。ロイド・ジョージ案を検討すればするほど、それがなさそうとしていること、行わないことを好まなくなってきたと書いている。

ランズベリーが夫人に語る場所ではマスターマンが、ロイド・ジョージに会ったところ、ロイド・ジョージは、少数報告の全観念に反対する、

30) B. Webb, *op. cit.*, p. 446.

31) Ensor, *op. cit.*, p. 71.

32) *Report of the Royal Commission on the Poor Laws and Relief of Distress*, Vol. III (少数報告), pp. 206-210.

33) B. Webb, *op. cit.*, p. 417.

34) B. Webb, *op. cit.*, p. 468.

貧乏を処理する他の方法があるのだということを強調しつつ、われわれは君らの鉄砲をふたをしたのではないか、といったという。また、ジョン・バーネツは、われわれは、ウェッブをやっつけた (dished the Webbs) といっていたという。

少数報告とロイド・ジョージ案の本質的な相違点は、ウェッブの見るところでは、予防を目途とした完全な国家責任が、救貧法とはえんを断つ新しい方法——部分的な国家責任のいずれかであって、この対立の解決は1世紀を要するであろう (同5月26日)、と述べている。

ロイド・ジョージは、ドイツの健康保険制度の視察旅行から1908年8月には帰国していた。ウィンストン・チャーチル (商務院総裁) は、ウェッブのすいせんにより、職業紹介所の問題に対処するため、ビバリッジ“ぼうや”を採用するのであるが、“ぼうや”は、1909年の職業紹介所法の立案および実施の中心となるが、同時にビバリッジは1907年11月には、失業保険に関する長い覚書をチャーチルに提出した³⁵⁾。

この思想は、ウェッブの考え方とは違うものである。チャーチルは、ビバリッジとともに1911年国民保険の第2部となるべき失業保険の立案に従事したのである。

自由 = 社会改革がウェッブの「道徳的配慮」を拒否したについては、一つの解釈がある。それは、1880年代のセツルメント運動の影響である。キャノン、バーネツが中心となったこの運動は、1883年のトインビー・ホールの建設に結実し、ここを中心に学生が、ロンドン東部貧民の教育、相談事業に当った。セツルメント運動は、社会立法の上に長期的にはきわめて重大な影響を及ぼした。それは、ロンドン東部でセツルメントが達成したことのためではなく、セツルメント運動参加者に及ぼした影響である。ギルバードは、20世紀初めの十数年間において、社会立法に参与した人々——若手議員、大臣または事務次官の補佐に当った人々、若手官僚——の伝記を調べてみると、学生時代にセツルメント活動の経験をもっている。セツルメントの活動を通じて、直

接貧民に接触することによって貧乏がすべての政府の活動に敵意をもたせることを身にしみてきた。

国が面倒をみなければならなかった場合、健康、雇用、児童、老齢等の面で個人的な責任を果させる実際的な方法はないことを知った。

もし、どういう返事を聞こうと結局は救済を与えなければならなかったら、老人に何故若いときに貯金しなかったか、失業労働者に酒をのむかどうか、病人を出した世帯の世帯主に何故家をきたなくしておくのか、聞くだけやばというものである。貧困の原因を知ることのできない社会は、経済的援助を受けるに値するかどうかの道徳的判断をすることができないのである。もし国家的援助を与えるものとすれば、それに値しようとしまいと権利として与えざるを得ないのである (State aid, if given at all, had to be given to all who applied, worthy or unworthy, as a right.³⁶⁾)。これこそバーネツが *Practical Socialism* で主張したものである。

バーネツは、10年間のロンドン東部での生活を通じて、在宅扶助に対する貧民からの苦情は、それが他人に何も知らないことについて一種の判事の役割を果させることであると指摘している³⁷⁾。救済を受ける方にも、与える方にも不注意と濫用はあり得る。したがってもし救貧法を改め、60歳以上の人々には権利として週8シリングないし10シリングの年金を与えることとすれば何人もスパイをしたり、あるいは嘘をついたりする必要はないこととなる。救貧法の他の部門、例えば医療は全国民に対する医療、児童の教育もまたしかりである³⁸⁾。

バーネツは、救済がしばしば、貧乏を長引かせる役割しか果していないことを指摘しているのである。

バーネツの「実際の社会主義」は、チャールス・ブースを年金運動の先頭に立たせるとともに、自由 = 社会改革の理論的リーダーとしての役割を

36) B. Gilbert, *op. cit.*, p. 245.

37), 38) Samuel A. Barnett, *Practical Socialism: The Nineteenth Century*, April 1883, p. 557.

35) A. M. McBriar, *op. cit.*, p. 275.

果したのである。

フェビ안의「条件付きの援助」(Conditional Relief), という考え方は, 自由 = 社会改革の路線にはほとんど影響力をもたない。自由 = 社会改革の給付は, 若干の重要でない例外を別として, 権利として与えられる。つまりウェッブではなく, バーネットの線に従っているのである。

救貧法解体運動は, 失敗であったか。ウェッブ自身, 『救貧法史』の中で³⁹⁾, A Campaign that Failed? という標題をつけている。ウェッブの思想は, 救貧法が 1929 年の地方自治法改正および 1946 年の国家扶助法 (National Assistance Act) によって廃止されることによって実現をみるが, 当時は直接的な効果という面でみる限り, 失敗であった。「運動から蒸気が蒸発」し, 1912 年には委員会の人員は大きく減らされ, 新しい会費徴収は止めとなり, 「十字軍」は 1913 年に廃止となった⁴⁰⁾。

この運動の直接の効果は, これを機会にウェッブ夫妻が, 自由党に「滲透」することを見限った点であり, フェビアン協会自身も, 労働党の中に入っていくこととなるのである⁴¹⁾。

39) S. and B. Webb, *op. cit.*, p. 476.

40) マーガレット・コール, 前掲書, 147頁。

41) A. M. McBriar, *op. cit.*, p. 279.

む す び

ウェッブのナショナル・ミニマムは, 生立ちに関するかぎり, 国家主義的なものであり, 特に南阿戦争を契機として, ナショナル・エフィシエンシー運動と結びつくのである。自由 = 社会改革はむしろ19世紀末葉の数次にわたる選挙権拡張に対応する自然の政治反応に外ならない。そしてその心情は, 全くウェッブのフェビアンとは無縁であった。むしろセツトルメント運動, バーネットのそれに近いとみられる。そして, 自由 = 社会改革の諸施策は例えば学校給食法や老齢年金法の制定にみられるようにむしろ下からの組織的運動, 世論の支持が, 選挙を意識する政府の手によって実を結んだものである。ロイド・ジョージの国民保険法は「上から」の印象があるが, その内容は実は既存の友愛組合等の組織網を整備し, 強化し, 財政援助を与えるものであったのである。

(参考)

1894~1895 ローズベリー (自由)

1895~1902 第3次ソールズベリー (統一)

1902~1905 バルフォア (統一)

1905~1908 キャムベル・バナマン (自由)

1908~1916 アスキス (自由)

昭和41年生活総合調査

—第1次・第2次発表から—

前 田 正 久

はじめに

10 数年以前から国連の各専門機関 (FAO, ILO, WHO) は、世界各国の住民の生活水準の向上を図るため、食糧消費実態調査を計画すべき勧告を行い、生活水準測定のための家族生活調査の研究および開発を行うべく、ひろく世界各国に呼びかけてきた。

このような国際機関の活動に呼応して、わが国でも科学技術庁 (資源調査会)、行政管理庁 (統計審議会) に審議機構が設けられ、厚生・農林両省が密なる連携のもとに調査実施計画がすすめられてきた。

厚生省においては家族生活や健康の立場から、基本調査、健康調査、栄養・食生活調査および生活一般調査を担当し、昭和41年10月から11月にかけて生活総合調査という名称のもとにこれを実施した。

わが国における既往の諸統計調査において、世帯の健康度であるとか、摂取食品の組合せによるパターン、あるいは食事形態のパターンなどを分析軸として観察して

いるものはきわめて少い。摂取食品の多様性、家長中心の食生活の崩壊などがことさらに食生活パターン化の設定を困難ならしめているのであろうし、健康度は個人について測定し得ても、世帯単位に健康度を決定するのは何らかの方法によって総合化を行うにせよ、その方法論がむづかしい。生活を代表するその他の指標についても、その選択は困難なものの一つである。これらの事由が既往において健康や栄養や生活を総合化することを躊躇せしめていたのであろう。

生活総合調査はこれらの困難な事実を知りながら、あえて、その相互関連を総合的に把握しようとして、従来、厚生省が定期的・継続的に実施してきた厚生行政基礎調査、国民健康調査、保健衛生基礎調査、国民生活実態調査ならびに国民栄養調査をまとめて総合的・並列的に実施したものである。

したがって、その客体規模も23万世帯ときわめて大きく、また調査票の種類、調査項目数も複雑多岐をきわめているため、集計解析に当って膨大な作業量を必要と

図1 昭和41年厚生省生活総合調査の仕組

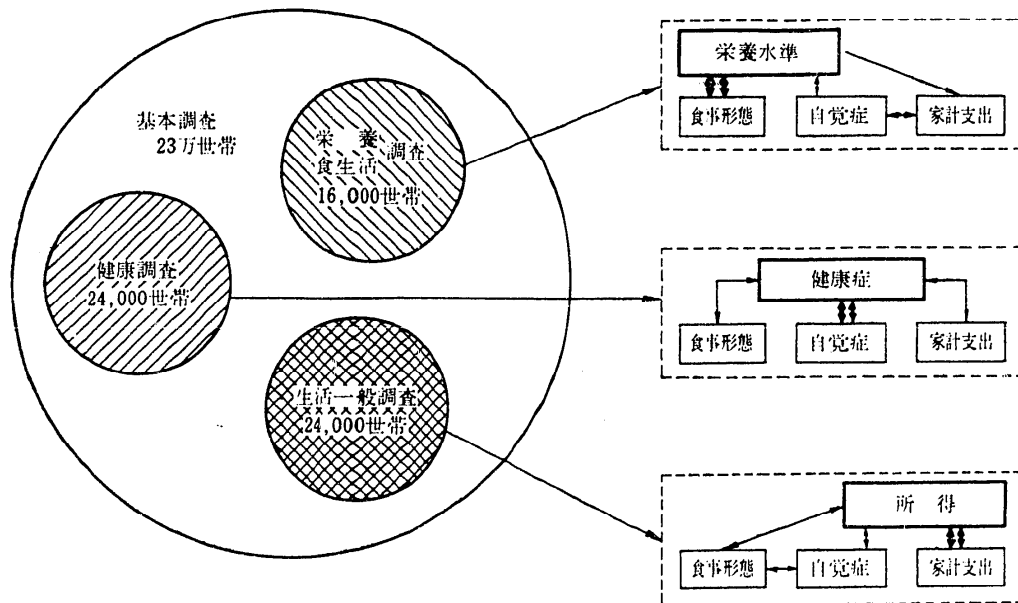


表 1 世帯業態別にみた世帯数百分率・平均世帯人員・平均有業人員

	世帯数百分率		平均世帯人員	平均有業人員
	%	%		
総世帯数	100.00		3.68	1.72
農家世帯	21.21	100.00	5.17	2.71
専業世帯	8.29	39.08	5.01	2.52
常用勤労者のいる兼業世帯	8.79	41.46	5.38	2.99
その他の兼業世帯	4.13	19.46	5.06	2.50
非農家世帯	78.79		3.28	1.46
自営業者世帯	13.48	100.00	4.16	1.96
雇人あり	4.82	35.78	4.42	2.03
雇人なし	8.66	64.22	4.01	1.92
常用勤労者世帯	54.96	100.00	3.21	1.45
従業員規模 30 人未満	16.20	29.48	2.98	1.47
従業員規模 30~999 人	19.93	36.26	3.19	1.48
従業員規模 1,000 人以上・官公庁	18.83	34.26	3.43	1.41
専門技術・管理・事務(再掲)	27.23	49.54	3.36	1.44
販売・サービス(再掲)	7.29	13.26	2.62	1.38
工員・単純労働者・採鉱(石)運輸・通信等(再掲)	20.45	37.20	3.22	1.49
日雇労働者世帯	2.82		3.38	1.49
その他の世帯	7.53		2.14	0.58

し、総合化までを行ってその全容を明らかにするにはまだかなりの時日を必要とする。本誌上で明らかにする生活総合調査結果は過去 2 回にわたって発表したものを取りまとめたものであって、総合化を行った結果ではない。調査の仕組と相互関連観察の原則を図 1 に示した。

I 各種型からみた世帯の分布と特性

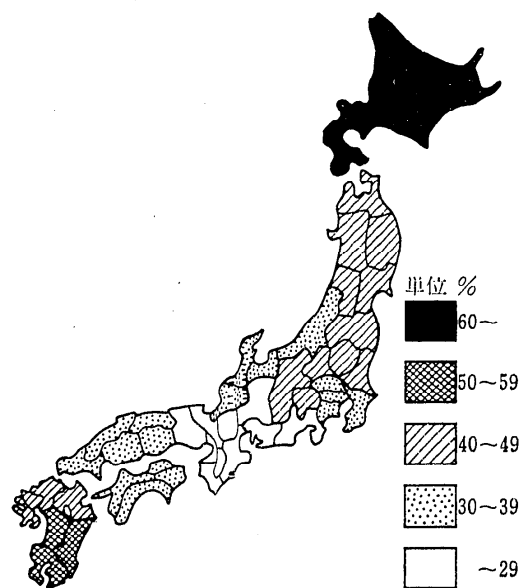
——基本調査から——

1 ひきつづく工業化はわが国の就業構造を大きく変えて常用勤労者の増加をもたらした。本調査結果では常用勤労者世帯が全世帯の 55% に達している。一方、農家世帯は全世帯の 20% であるが、農家における兼業化は著しく、その約 60% は兼業農家であって、専業農家は全世帯の約 8% を占めるにすぎない。

2 全国農家中の専業農家は 39%、常用勤労者のいる兼業農家は 41%、その他の兼業農家は 19% であって、専業農家の占める割合を地域別にみると図 2 のように京都・大阪・兵庫の 20% を中心に地域が遠ざかるにつれて次第にその割合を高め、南北両端の北海道、九州がそれぞれ 62%、55% となって最も高い。

全世帯に占める専業農家割合は前述と若干異り、東京を含む関東地域が前記近畿 I 地域について低く、北海道も、東海、近畿 II について低くなっている。

図 2 農家世帯における専業世帯の占める割合



3 戦後の家族構成の変化によって、わが国の世帯構造は核家族化の傾向にあり、夫婦とその未婚の子(片親と未婚の子を含む)と夫婦のみの世帯を合計した、いわゆる核家族的世帯は全世帯の 56% を占めている。

これを農家、非農家別にみると農家では 39% であるのに対し、非農家では 60% と核家族的世帯の占める割合が高い。3 世代以上の直系家族が共に生活している大家族世帯は全国で約 20% にとどまっている。

表2 世帯業態別にみた世帯構造

(単位 %)

	総数	住込みまたは 寄宿舍等に居 住する単独世帯	その他の 単独世帯	夫婦のみ の世帯	夫婦と未婚の 子または片親 と未婚の子の みの世帯	3世代 世帯	その他 の世帯
総数	100.00	8.58	8.64	8.78	46.73	19.16	8.11
農家世帯	100.00	0.01	1.67	4.42	34.71	48.54	10.65
専業世帯(再掲)	100.00	0.02	3.08	6.75	31.44	48.47	10.25
非農家世帯	100.00	10.96	10.44	9.96	49.97	11.25	7.42
自営業者世帯	100.00	0.16	5.41	9.11	55.12	19.56	10.65
常用勤労者世帯	100.00	13.86	7.80	9.78	52.19	10.22	6.16
日雇労働者世帯	100.00	1.19	12.91	12.65	57.14	9.68	6.43
その他の世帯	100.00	12.79	37.83	11.77	21.86	4.50	11.24

4 世帯構造の核家族化や農村からの転入者による単身世帯の新たな形成によって逐年1世帯当りの平均世帯人員は減少し、本調査では3.68人となっている。これに対し平均有業人員は1.72人と推計され、世帯人員は縮小傾向を、有業人員は増加傾向を示しているといえよう。

5 世帯構造と世帯業態とによって最多収入者の年齢分布をみると、3世代世帯ではいずれの業態も30歳代が最も多くてその分布は相似しているが、夫婦と未婚の子のみの世帯では常用勤労者→自営業→農家の順にその年齢は高齢の側に分布している。夫婦のみの世帯では業態ごとにかなり異った分布を示し、常用勤労者世帯では30歳未満の者が多いのに対して農家では60歳代の者が多くきわめて対照的である。

6 生活をする上に何らかのハンディキャップを持っている世帯群について観察すると全国では100世帯に対し、被保護世帯が1.5、母子世帯が1.9、高齢者世帯が3.3、身体障害者のいる世帯が2.8であるが、業態別にはその出現率がかなり異り、生活保護を受けている世帯は従業員規模の大きい常用勤労者世帯と雇人のいる自営業世帯で低く、日雇労働者世帯とその他の世帯で高い。とくに、不就業世帯を多く含むその他の世帯では100対11.3とその率がきわめて高い。

母子世帯は従業員規模の大きい常用勤労者世帯、雇人のいる自営業者世帯、専業農家で100世帯に約1世帯と低いが、日雇労働者世帯とその他の世帯では100対5近い数値を示して出現割合が高い。

高齢者世帯も常用勤労者世帯には100対0.6~1.6と比較的少いが、専業農家、日雇労働者世帯、その他の世帯ではその割合が高く、とくにその他の世帯では100対19世帯と2割近くが高齢者世帯である。

身体障害者のいる世帯も常用勤労者世帯では少ないが、

図3 世帯業態・世帯構造別にみた最多収入者の年齢階級別世帯数

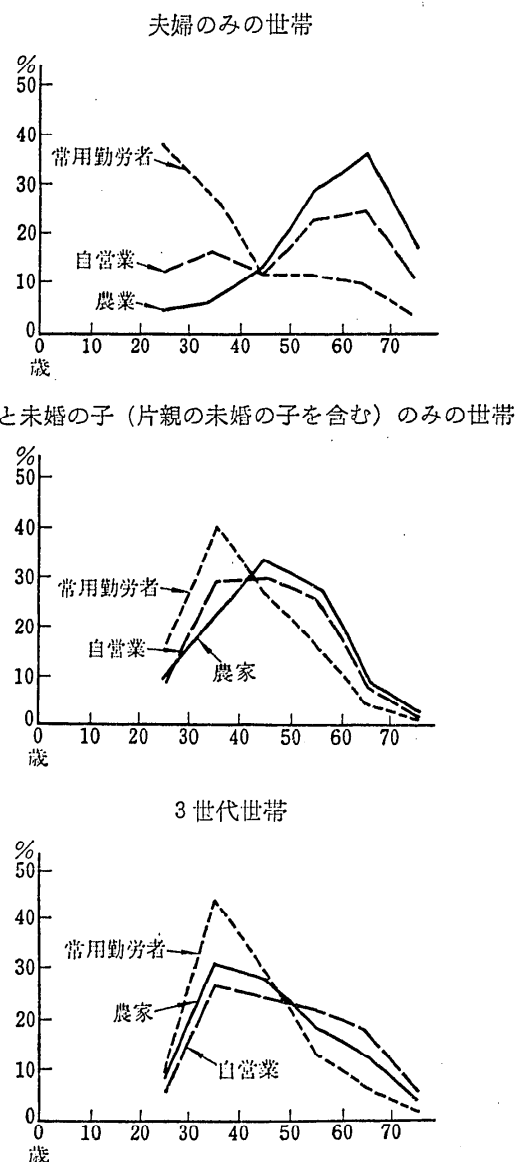


表3 特定世帯の占める割合

(単位 %)

	各世帯の占める割合			
	被保護世帯	母子世帯	高齢者世帯	身体障害者のいる世帯
全 国	1.5	1.9	3.3	2.8
農 家 世 帯	0.7	1.1	2.9	5.3
専 業 農 家 (再掲)	1.0	1.4	5.1	5.7
非農家世帯	1.7	2.1	3.4	2.1
自営業者世帯	0.5	1.8	3.6	3.3
雇 人 あ り	0.3	1.3	2.4	2.5
雇 人 な し	0.7	2.0	4.2	3.7
常用勤労者世帯	0.5	1.6	1.1	1.5
従業員規模30人未満	0.9	2.5	1.6	1.9
“ 30~999人	0.5	1.5	1.1	1.4
“ 1,000人以上 (官公庁を含む)	0.2	1.0	0.7	1.2
日雇労働者世帯	6.3	4.8	5.5	4.1
その他の世帯	11.3	4.7	19.3	3.9

表4 世帯業態別にみた高齢者のいる世帯割合および人員別割合

(単位 %)

世 帯 業 態	高齢者のいる 世帯の割合 (世帯数100対)	総 数	高齢者が1人いる世帯		高齢者が2人 以上いる世帯
			60~69歳	70~	
総 数	8.8	100.00	40.03	27.99	31.98
農 家 世 帯	13.3	100.00	33.45	29.00	37.55
専 業 世 帯	15.3	100.00	30.22	28.08	41.70
常用勤労者のいる兼業世帯	12.0	100.00	37.37	30.54	32.09
その他の兼業世帯	12.1	100.00	33.38	28.06	38.56
非農家世帯	7.6	100.00	43.13	27.51	29.36
自営業者世帯	9.9	100.00	42.32	22.89	34.79
雇 人 あ り	8.9	100.00	40.71	24.43	34.86
雇 人 な し	10.4	100.00	43.08	22.16	34.76
常用勤労者世帯	4.9	100.00	47.74	25.34	26.92
従業員規模30人未満	5.1	100.00	47.52	23.56	28.92
従業員規模30~999人	5.2	100.00	49.47	23.42	27.11
従業員規模1,000人以上・官公庁	4.5	100.00	45.84	29.44	24.72
専門技術・管理・事務(再掲)	7.3	100.00	47.41	26.15	26.44
販売・サービス(再掲)	2.8	100.00	50.81	21.59	27.60
工員・単純労働者・採鉱(石) 運 輸 ・ 通 信	2.5	100.00	47.82	23.73	28.45
日雇労働者世帯	9.4	100.00	51.33	17.45	31.22
その他の世帯	22.0	100.00	34.90	36.37	28.73

専業農家と日雇労働者世帯では常用勤労者世帯の3~4倍の値を示して高い。

7 この調査では前記高齢者世帯(男65歳, 女60歳以上の高齢者のみか, 高齢者と18歳未満の者のみで構成する世帯をいう)とは別に, 「高齢者のいる世帯」と称して世帯員の中に1人でも60歳以上の者がいる世帯を調査している。これら高齢者のいる世帯割合を業態別

にみると農家では100世帯対13.3世帯, 自営業者世帯では9.9世帯, 常用勤労者世帯では4.9世帯となっている。さらに詳細にみるとその他の世帯が22.0と圧倒的に高く, 専業農家も15.3と高いが, 従業員規模1,000人以上の常用勤労者世帯は100対4.5ときわめて少い。

高齢者のいる世帯をさらに高齢者の数と年齢によってみると, 高齢者が2人以上いる世帯が農家でおおむね30%台を占め, なかでも専業農家は40%を越えている

が、常用勤労者世帯群はいずれも 30% 未満にとどまっている。したがって、60～69 歳の高齢者が 1 人だけいる世帯は農家では 30% 台であるのに対し、自営業、常用勤労者世帯では 40% を越え、常用勤労者世帯では半ばに達している。

II 国民の傷病状況と健康に関する意識の状況

——健康調査から——

1 傷病に関する調査は全国民の中から無作為に抽出された 93,563 人について、昭和 41 年 10 月 12 日から 18 日までの 7 日間について実施された。

10 月 12 日午前 0 時現在の人口 1,000 人当りの有病率は 83.4 であり、国民は 12 人に 1 人が病気やけがにかかっていたことになる。傷病の種類は消化器系の疾患が最も多くて全体の 19.3% を占め、傷病者は 5 人に 1 人が消化器系の疾患にかかっていることになる。

業態別に有病率をみると専業農家が 69.4 で最も低く、自営業→常用勤労者と逐次有病率が高くなっており、その他の世帯では 163.3 ときわめて有病率が高い。

罹患率についても専業農家は 52.5 と低いが、従業員規模の大きい常用勤労者世帯は 103.7 と高い。

傷病日数は罹患 1 件当たり 8.4 日であるが、自動車による交通事故は 28.1 日という異常な長さを示して交通事故の恐しさの一端をのぞかせている。

(補注) 有病率と罹患率とは次の定義によっている。

有病率は調査期間前からの繰越し件数、すなわち、10 月 12 日午前 0 時現在の傷病件数を人口 1,000 対に直したものである。

$$\text{有病率} = \frac{\text{期間前からの繰越し件数}}{\text{調査対象人口}} \times 1,000$$

罹患率は調査期間内の発病件数を人口 1,000 対に直したものである。

$$\text{罹患率} = \frac{\text{期間中の発病件数(罹患件数)}}{\text{調査対象人口}} \times 1,000$$

2 年齢別に傷病状況をみると 10～24 歳の若年層が最も傷病が少い。人生における最も壮健な年齢層といえることができる。

3 従来はⅡ-1, 2 で観察したような健康に関する Negative な面からの調査が多かったが、この調査では Positive な健康面への接近もはかられている。すなわち、問診や聴打診はもちろんのこと血圧、握力、肺活量の測定、身長・体重の計測、検尿等をも実施して医師を長とする調査班による総合判定が行われている。個々人の健

図 4 傷病大分類別にみた有病率構成割合 (%)

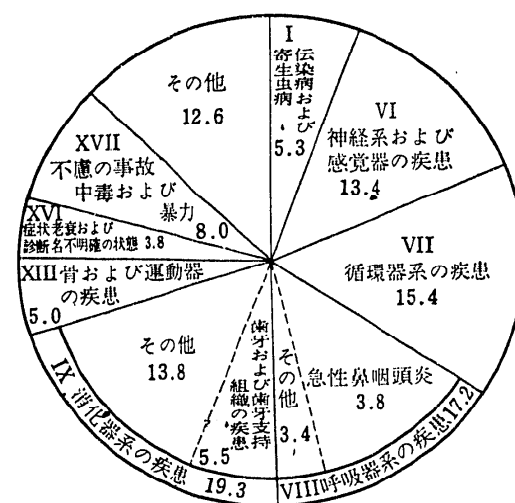
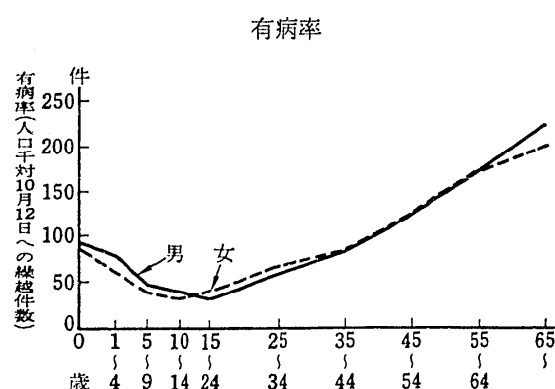


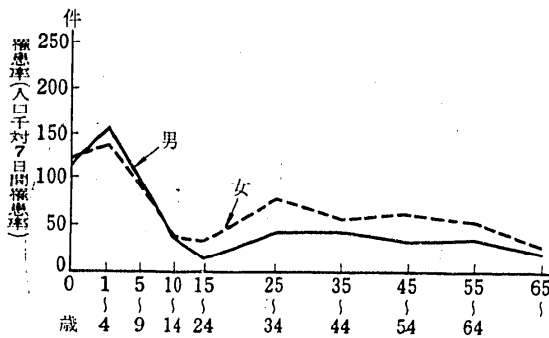
表 5 世帯業態別にみた有病率・罹患率 (人口1,000対)

	有 病 率	罹 患 率
総 数	83.4	78.1
農 家 世 帯	73.3	58.0
専 業	69.4	52.5
兼 業	77.9	60.6
そ の 他	70.9	65.1
自 営 業 者 世 帯	82.8	77.3
雇 人 あ り	81.6	84.0
雇 人 な し	83.5	72.9
常 用 勤 労 者 世 帯	85.4	94.7
従業員30人未満	83.2	88.7
従業員30～999人	83.0	91.1
従業員1,000人以上	89.9	103.7
日 雇 勤 労 者 世 帯	90.1	55.5
そ の 他 の 世 帯	163.3	84.8

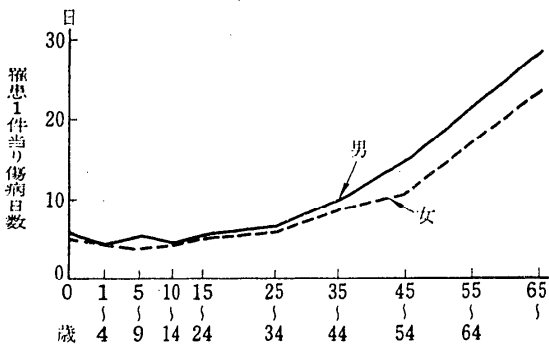
図 5 性・年齢階級別にみた傷病



罹患率



罹患 1 件当り 傷病 日数



康度ともいうべきもので、これを「非常に良好」、「良好」、「普通」、「悪い」、「非常に悪い」の5段階に分けて観察した。

10～14歳で健康度のよい者の割合が最も多く、「非常に良好」と「良好」とを加えると7割になっているが、65歳以上では2割と少く、逆に「悪い」と「非常に悪い

い」を加えたものの割合が4割を越えて多くなっている。

これら個々人の健康度と各人が持っている自分の健康に対する意識との関連をみると意識の「よい」→「普通」→「悪い」の順に健康度も次第に悪くなっており、年齢別には若年者はどちらかといえば自分の健康を悪く思いがちであるのに対し、高齢者は自分の健康をとかくによく思いがちである傾向がうかがわれ、きわめて対照的である。向後の地域における健康診断などに際して好個の示唆をあたえるものといえよう。

ついで各人の訴えによる自覚症と個人の健康度との関係についてふれよう。自覚症は質問がA、B2群に分けられている。A群の質問は、

図6 性・年齢階級別にみた総合判定区分構成割合

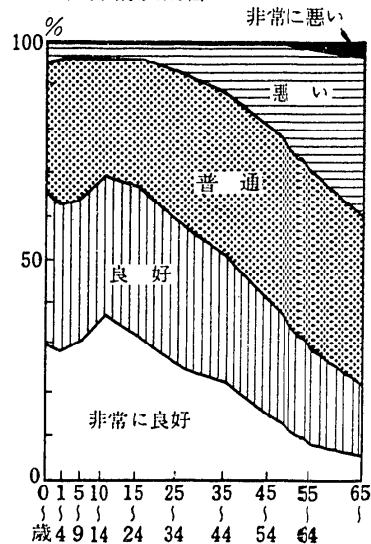
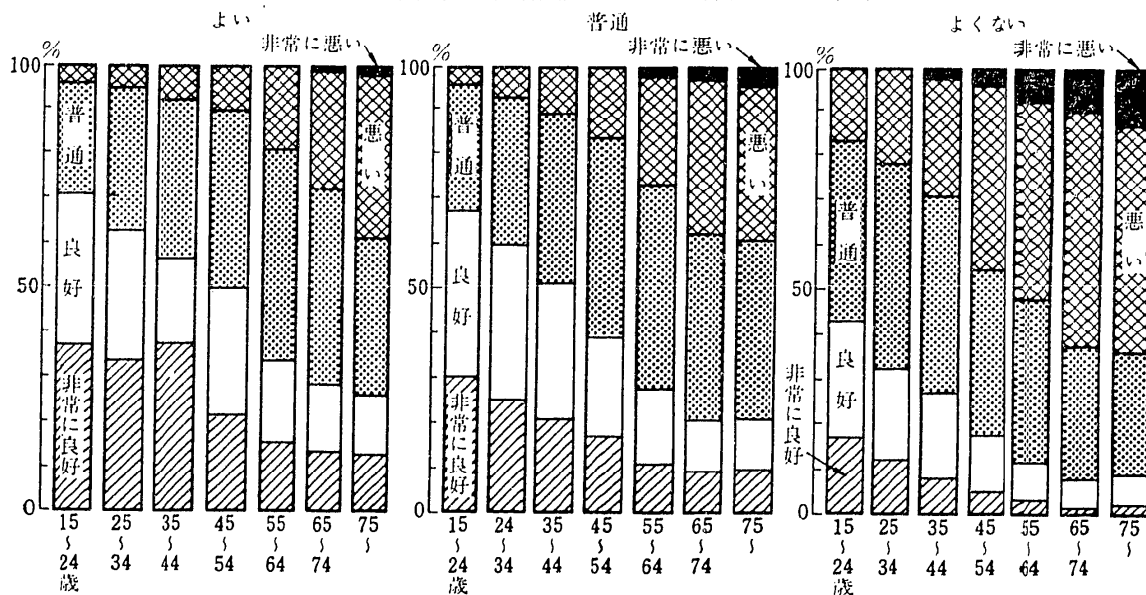


図7 健康状態・年齢階級別にみた総合判定区分 (%)



顔や足がむくむことがあるか
よくどうきや息切れがするか
下痢や腹痛を起しやすいか
よく耳鳴り、頭痛、めまいなどを起しやすいか
よく筋肉や関節や腰などが痛むか

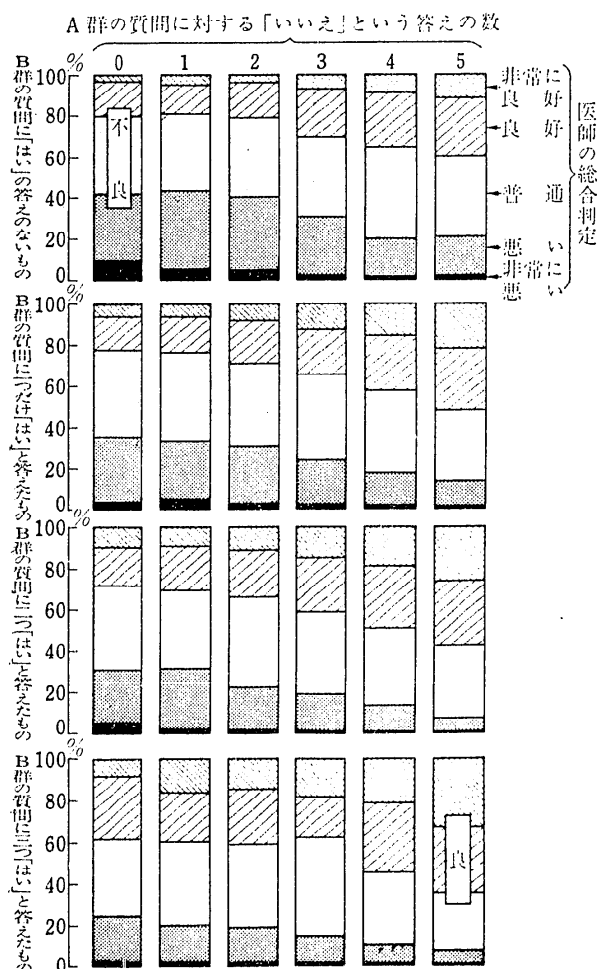
の五つが用意され“**No**”という答が健康の良さを表わすものであり、B群の質問は、

食欲が盛んか
よく眠れるか
前日の疲れは翌日には回復しているか

の三つであって“**Yes**”が健康の良さをあらわすものとされている。

A群の質問にすべて **No** と答え、かつ、B群の質問にすべて **Yes** と答えた群が健康度も最も良く、この **No**、**Yes** の数が減るにしたがって次第に健康度も下り、A群にすべて **Yes** と答え、B群にすべて **No** と答えた群の健康度が最も悪い。

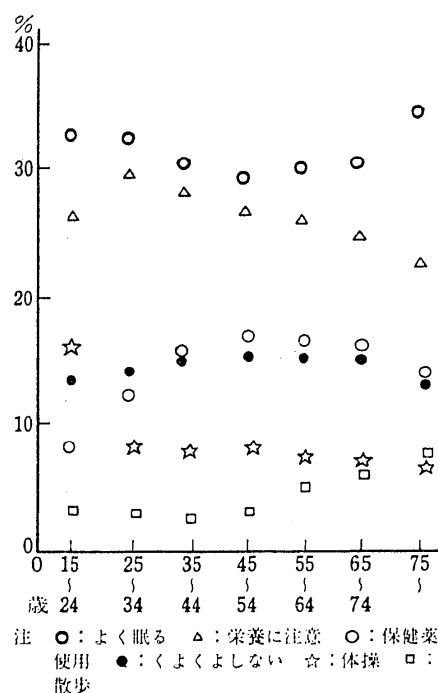
図 8 自覚症と総合判定との関係



4 それでは人々は自分の健康を守るのにどのようなことが最も効果的と考えているのであろうか。満 15 歳以上の人々についてそれらの点も調査されている（飲酒や喫煙については満 20 歳以上の者について調べられた）。

約 53% の人々が「日ごろから自分のからだの健康について注意している」と答えており、「よく眠ること」が一番の健康法だと考えている人が最も多い。ついで「栄養に注意する」であり、「保健薬使用」もばかにできない数を示している。45～54 歳で「よく眠る」とする者の割合が減じ、かわって「保健薬使用」と「くよくよしない」が台頭しているのは面白い。

図 9 健康法状況



健康を守るための具体的手段の一つであるがん検診や血圧測定受診の状況も調べられているが、1 年間にがん検診を受けた者はわずかに 8%（胃がんについては 6%）であり、血圧測定も 40% にすぎない。そして、それらの半数は集団検診あるいは健康診断で受診している。

年齢別にみると高年齢になるにしたがって、受診率は高まっているが、胃がん受診が 14%、血圧測定が 63% にとどまっている。

飲酒や喫煙状況についてみると男性は 3 人に 1 人が毎晩に酒を飲んでおり、煙草は男が 10 人に 7 人、女が 10 人に 1 人の割合で喫煙していることが分ったが、1 日に 20 本以上の喫煙量を示すヘビー・スモーカーはその割に少

表 6 性・年齢・受診方法別にみた胃がん検診受診状況 (%)

	総 数	15~24歳	25~34	35~44	45~54	55~64	65~74	75~	不 詳
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
受 診 集 団 検 診	5.9	1.2	3.8	8.0	10.7	10.4	8.3	4.6	—
受 診 自 院 検 診	3.2	0.7	1.9	4.5	6.3	5.1	4.2	1.9	—
受 診 そ の 他	2.5	0.4	1.8	3.3	4.1	4.9	3.8	2.2	—
受 診 な い	0.2	0.1	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	—
受 診 集 団 検 診	94.1	98.8	96.2	92.0	89.3	89.6	91.7	95.4	100.0
男	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	105.0	100.0	100.0	100.0
受 診 集 団 検 診	7.4	1.4	5.0	10.4	14.1	11.7	10.2	5.4	—
受 診 自 院 検 診	4.0	0.9	2.6	5.9	8.2	5.6	4.9	2.0	—
受 診 そ の 他	3.1	0.4	2.3	4.1	5.6	5.8	4.8	3.2	—
受 診 な い	0.3	0.1	0.2	0.4	0.3	0.4	4.8	0.3	—
受 診 集 団 検 診	92.6	98.6	95.0	89.6	85.9	88.3	89.8	94.6	100.0
女	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
受 診 集 団 検 診	4.6	1.0	2.7	5.8	7.9	9.2	6.7	4.0	—
受 診 自 院 検 診	2.4	0.6	1.2	3.2	4.6	4.6	3.5	1.9	—
受 診 そ の 他	2.0	0.4	1.4	2.5	3.0	4.2	3.0	1.6	—
受 診 な い	0.2	0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.2	0.5	—
受 診 集 団 検 診	95.4	99.0	97.3	94.2	92.1	90.8	93.3	96.0	100.0

表 7 性・年齢・受診理由別にみた血圧測定受診状況 (%)

	総 数	15~24歳	25~34	35~44	45~54	55~64	65~74	75~	不 詳
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
受 診 集 団 検 診	40.0	18.2	33.7	44.7	55.2	60.1	62.2	53.6	50.0
受 診 自 院 検 診	13.5	3.7	8.7	13.1	18.7	26.6	30.2	28.9	50.0
受 診 そ の 他	22.7	10.9	19.7	28.2	33.3	30.3	28.9	21.7	—
受 診 な い	3.8	3.6	5.3	3.4	3.3	3.1	3.1	3.0	—
受 診 集 団 検 診	60.0	81.8	66.3	55.3	44.8	40.0	37.8	46.4	50.0
男	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
受 診 集 団 検 診	40.9	17.1	33.3	48.7	58.1	61.5	63.3	55.2	100.0
受 診 自 院 検 診	11.2	2.7	6.5	10.4	14.8	24.4	28.6	26.8	100.0
受 診 そ の 他	26.2	11.3	22.8	34.7	39.8	34.0	31.0	24.5	—
受 診 な い	3.5	3.1	4.0	8.5	3.5	3.1	3.7	3.9	—
受 診 集 団 検 診	59.1	82.9	66.7	51.3	41.9	38.5	36.7	44.8	—
女	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
受 診 集 団 検 診	39.2	19.2	34.1	41.1	52.9	58.7	61.3	52.6	—
受 診 自 院 検 診	15.5	4.6	10.8	15.6	21.8	28.7	31.6	30.3	—
受 診 そ の 他	19.6	10.6	16.8	22.2	28.0	26.9	27.1	19.9	—
受 診 な い	4.1	4.0	6.6	3.3	3.1	3.1	2.6	2.5	—
受 診 集 団 検 診	60.8	80.8	65.9	58.9	47.1	41.3	38.7	47.4	100.0

く 20% 前後,むしろ,年齢が高くなるに従って, 4 本以下, 5~9 本喫煙組がふえている。

III 国民の栄養摂取と食生活

——栄養・食生活調査から——

1 摂取栄養量を業態別にみると常用勤労者世帯が熱量,蛋白質,脂肪ともに他の業態世帯よりもその摂取が多い。

2 1人1日当りの摂取食品にかけている食材料費を高順位から五つとり上げてみると米に一番多く支出していることが分り,生魚が次位となっている。

米はわが国では依然として主食の中心であり,約4割の世帯が1人1日約280g(2合)~420g(3合)を食べており,農家では420g(3合)~560g(4合)を食べている世帯も4割近くを占めている。

脂質摂取の状況を食用油とバターに分けてみると,農家,非農家別に摂取量がたいへん異り,興味深い。

3 おもな副食品の摂取状況をみると米食に付随していると思われる“みそ汁”や“漬物”を毎日摂取する世帯は農家が82~84%,非農家が71~77%となっていてそれほどの違いをみせていないが,精肉,卵は農家・非農家間にかなりの差をみせ非農家群での摂取頻度の方

図10 年齢・職業別にみた飲酒状況

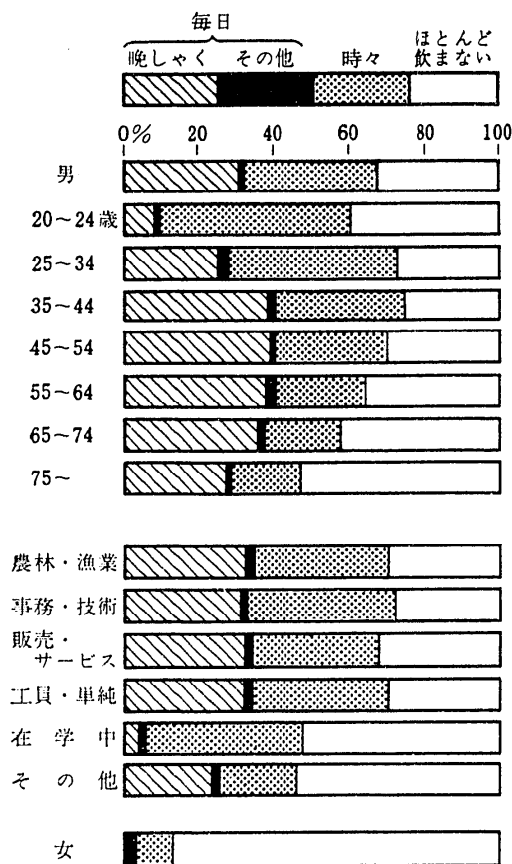


図11 年齢・職業別にみたたばこの量

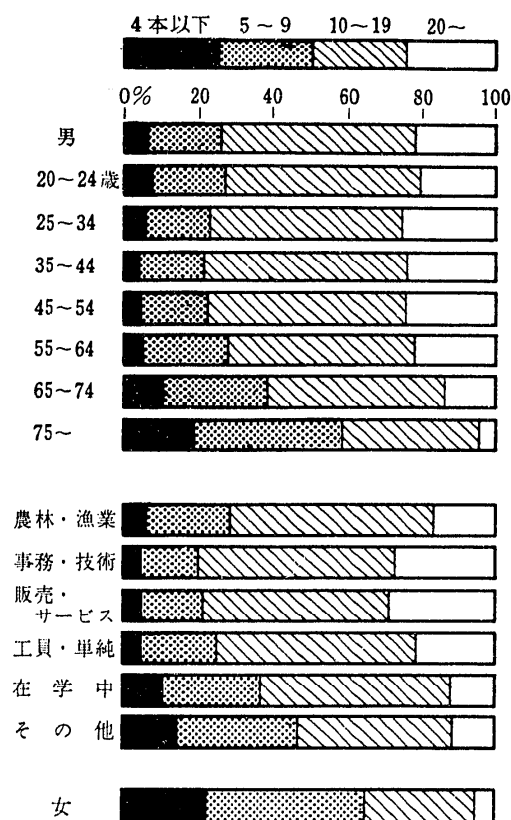


表8 1人1日当り摂取栄養量(世帯業態別)

	総数	農家世帯	非農家世帯				
			総数	自営	常用勤労者	日雇労働者	その他
熱量 cal	2,476.3	2,350.4	2,546.3	2,551.1	2,552.2	2,311.1	2,647.6
蛋白質 g	80.0	77.9	81.1	81.0	81.2	77.8	82.5
動物性	31.3	26.0	33.9	33.7	34.2	30.1	33.4
植物性	48.7	51.9	47.2	47.3	47.0	47.7	49.1
脂 肪 g	39.7	33.0	42.9	41.0	44.4	32.8	40.4
炭水化物 g	380.0	418.9	361.4	375.2	354.7	374.9	375.2

注 熱量、蛋白質については成人換算率を用いて換算をした成人1人1日当り摂取量を示してある。他の栄養素については1人1日当り摂取量を示してある。

成人1人1日当り摂取熱量とは、性・年齢・労働強度により熱量の必要性が異なるために、世帯間の比較、あるいは熱量の充足度などを観察する際、1日2,500カロリーを必要とする場合を、100とした成人換算係数に従って、摂取熱量を換算したものである。

成人1人1日当り摂取蛋白質とは熱量の場合と同様な目的で、性・年齢で定められた成人換算係数で摂取蛋白質を換算したものである。1日70グラムを必要とする場合、成人換算係数を100と定めてある。

が高い。

これら副食品の摂取は食品入手の難易度にも大きく左右され、精肉などは農家の入手難が高い。卵・牛乳などは農家の方が入手しやすいように思われるが、結果は農家群の入手難の方が高い。商品化の行きすぎ、栄養知識

の欠如などがその一つの事由としてあげられよう。

4 それを証左するように食生活(献立)の条件をみるといづれの業態をみても「家族の好みに合せて献立する」ものが半ば近くを占めて多いが、常用勤労者世帯で

表 9 摂取金額による食品の順位 (1人1日当たり)

順位	摂取食品	金額
1	米	43.04
2	生魚	18.25
3	柑橘類以外の果実	9.29
4	鶏卵	8.97
5	菓子類	8.34
6	豚肉	8.19
7	野菜のつけもの	6.88
8	乳	5.79

表 10 米麦使用量別世帯百分率 (世帯業態別)
(1人1日当たり)

米麦使用量	総数	専業農家	兼業農家	自営業者	常用勤労者	その他
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
140g(1合)未満	2.7	1.0	0.6	3.6	2.8	5.8
140~280(2合)未満	15.3	8.3	7.0	15.6	19.4	12.6
280~420(3合)〃	43.0	45.9	44.4	43.1	43.1	35.9
420~560(4合)〃	27.9	34.9	38.8	26.5	23.8	27.6
560~700(5合)〃	6.8	7.7	7.0	7.4	5.6	11.3
700~840(6合)〃	2.1	1.6	1.1	2.0	2.3	3.7
340(6合)以上	2.3	0.8	1.0	1.9	3.0	3.0

表 11 油脂食品の摂取状況

(1) 1ヵ月間の食用油摂取状況 (単位 %)

食用油使用量	総数	農家	非農家
総数	100.0	100.0	100.0
0.7キログラム未満	47.6	42.0	49.6
0.7~1.4未満	33.9	34.0	33.9
1.4~2.8〃	14.3	17.4	13.2
2.8~3.3〃	2.9	4.3	2.4
3.3キログラム以上	1.3	2.3	1.0

(2) 1ヵ月間のバター摂取状況 (単位 %)

バター使用量	総数	農家	非農家
総数	100.0	100.0	100.0
112.5グラム未満	50.9	77.5	43.5
112.5~225.0未満	18.6	11.8	20.5
225.0~450.0〃	18.0	7.3	21.0
450.0~900.0〃	9.6	2.7	11.5
900.0グラム以上	2.9	0.7	3.5

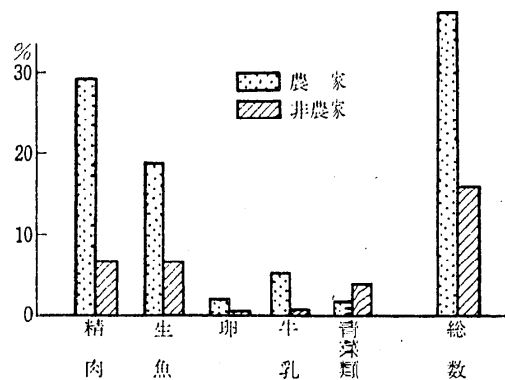
「栄養本位」を次位にすえ、「適当に」が少いのに対し、農家世帯では「適当に」が次位を占め「栄養本位」をあげるものは比較的少ない。

表 12 おもな副食品の摂取状況

(単位 %)

	総数	毎食 食べる	時々 食べる	月に1 2度食 べる	ほとん ど食べ ない
みそ汁	100.0	84.0	14.8	0.6	0.6
	100.0	70.6	26.3	1.6	1.5
漬物	100.0	81.8	16.8	0.7	0.7
	100.0	77.2	19.7	1.2	1.9
生野菜	100.0	14.7	62.6	11.4	11.3
	100.0	17.9	67.5	8.1	6.5
精肉	100.0	2.5	61.8	27.1	8.6
	100.0	17.1	74.2	6.6	2.2
魚介	100.0	33.6	62.7	3.0	0.7
	100.0	28.4	67.4	3.1	1.0
卵	100.0	49.5	47.0	2.3	1.3
	100.0	64.7	34.1	0.8	0.4

図 12 食品の入手難状況



全国では約4割、とくに農家では5割以上の世帯が食事内容を何らかの面で改善しなければならないと考えているが、常用勤労者世帯では「家族の好みや偏食」、自営業者世帯では「調理の時間がない」、農家では「調理の時間」「経済的余裕のなさ」「入手難」、日雇労働者世帯では「経済的余裕のなさ」が、それぞれ改善への障害となっていると訴えている。

図 13 世帯業態別にみた献立条件

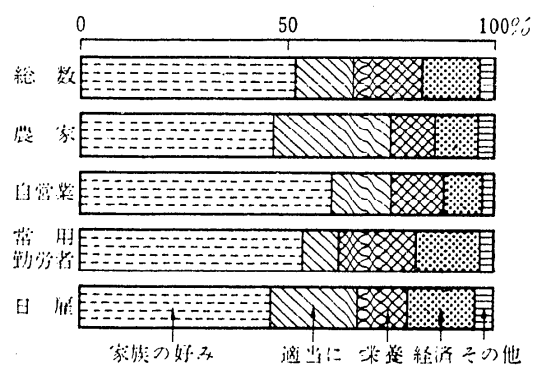


図 14 改善障害の理由

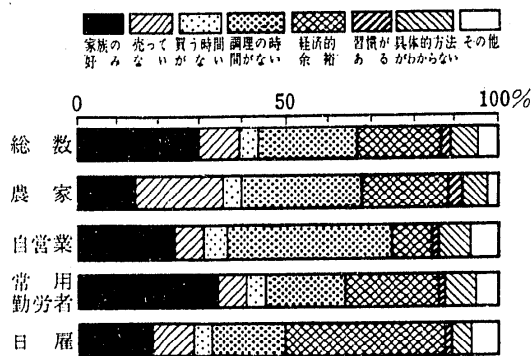
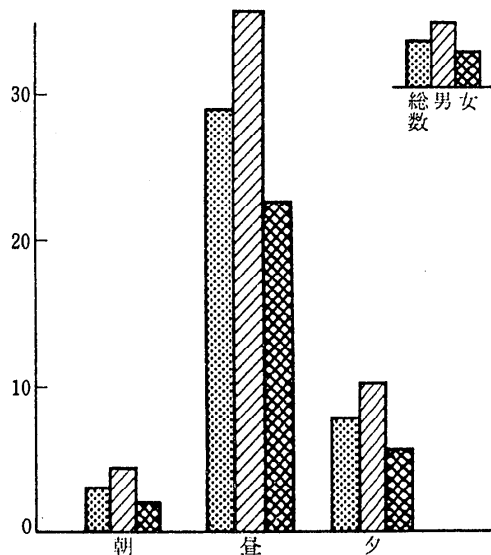


図 15 朝昼夕別外食率



5 全国的にみて朝3%, 昼29%, 夕8%の者が外食をしており、朝昼夕いずれも男子の外食率が高い。最も外食率の高い昼食についてみると、男女ともに5~14歳は学校給食を反映してか約5割の者が外食しており、15歳以上で女子の外食率は急減する。それに反し、男子は35歳以上で減少傾向にはあるものの女子のそれに比べてはかなりの高率を示している。

昼の外食は「ふだんの食事」であるものがほとんどで9割を占め、5~14歳では学校給食の影響をうけてかパン食が90%前後を占めて多いが、年齢が高まるにつれて、めん類摂取が多くなっている。

6 欠食は朝6%, 昼2%, 夕1%と朝に多い。朝は約5割のものが「習慣として食べない」をその理由にあ

表 13 朝昼夕別の性別欠食率

(単位 %)

	総 数	男	女
朝	5.58	5.37	5.77
昼	2.17	2.05	2.29
夕	0.66	0.67	0.63

げており、昼と夕は「たまたま食べなかった」を欠食理由にあげている者が多い。

年齢別に欠食理由をみると、15歳を境として若年層では「たまたま食べなかった」者が多く、上位年齢層では「習慣として食べない」者が多くなっている。

IV 家計規模、居住条件、余暇活動などの側面からみた生活実態

——主として生活一般調査から——

1 世帯の所得と現金による家計支出

業態別に年間平均所得額をみると、農家群の中では常用勤労者のいる兼業世帯が最も高く81万円を示し、非農家群の中では自営業者世帯が93万円で最も高く、常用勤労者世帯が74万円これについている。日雇労働者世帯、その他の世帯の所得額は低く、それぞれ37万円、30万円の低額を示している。その所得分布からも、これらの格差は明らかであり、第I4分位数でみると専業農家38万円、常用勤労者のいる兼業農家52万円、その他の兼業農家30万円となっており、非農家では、自営業者世帯が43万円、常用勤労者世帯が42万円、日雇労働者世帯が22万円、その他の世帯が13万円となってその境界値は大いに異っている。これらの所得額以下にある世帯が、各業態ごとにそれぞれ25%ずつあるわけである。

(補注) この調査でいう所得とは、昭和40年10月から翌41年9月までの1ヵ年間に於ける世帯員全員の所得を合算したものであり、家計調査でいう実収入とほぼ同じ考え方とらえたものであって税金や社会保険料が差し引かれる以前の額、すなわち税込み額面で調査されている。

高齢、母子などハンディキャップを持った世帯を全国平均と対比してみよう。全国での年間所得71万円、1人当たり所得額19万円に対し、高齢者世帯のそれは、29万円、19万円となり、母子世帯は35万円、13万円となって、母子世帯の1人当たり額がとくに低い。

現金による月間家計支出額の分布を累積相対度数によってみると自家生産物の現物消費の現金換算をしていな

表 14 業態別にみた年間所得と現金実支出

(単位 円)

世 帯 業 態	全世帯平均年間所得	全世帯平均現金実支出	4人世帯平均現金実支出
総 数	—	—	—
農 家 世 帯	653,000	32,770	29,890
専 業 世 帯	540,000	29,060	26,820
常用勤労者のいる兼業世帯	810,000	36,530	32,740
その他の兼業世帯	510,000	32,210	29,150
非 農 家 世 帯	719,000	38,800	45,270
自 営 業 者 世 帯	932,000	48,200	47,770
雇 人 あ り	1,372,000	59,760	56,110
雇 人 な し	723,000	41,760	43,070
常用勤労者世帯	740,000	39,300	46,250
従業員規模30人未満	610,000	34,560	41,590
従業員規模30～999人	723,000	39,590	46,340
従業員規模1,000人以上・官公庁	861,000	43,050	49,010
専門技術・管理・事務(再掲)	975,000	44,860	50,830
販売・サービス(再掲)	629,000	32,740	44,210
工員・単純労働者・採鉱(石)	539,000	34,220	39,940
運輸・通信等(再掲)			
日雇労働者世帯	368,000	27,070	31,660
その他の世帯	302,000	22,750	28,760

注 現金実支出：基本調査。年間所得：生活一般調査。

図 16 世帯業態別にみた世帯の所得分布

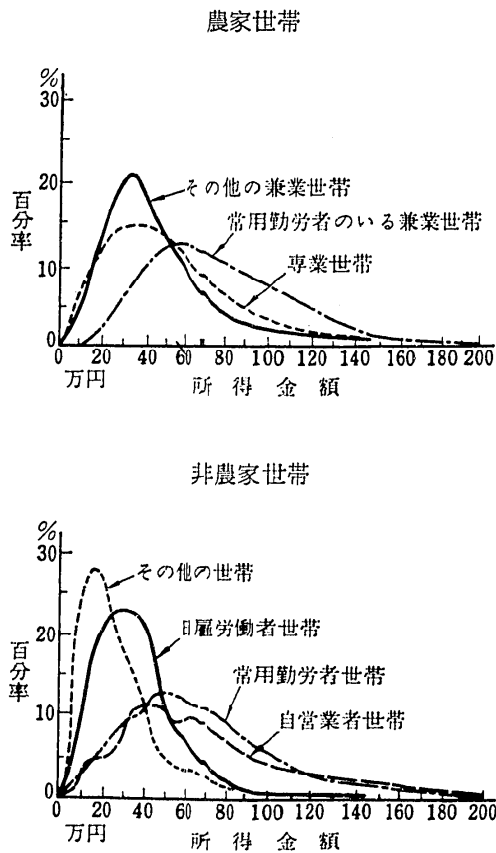
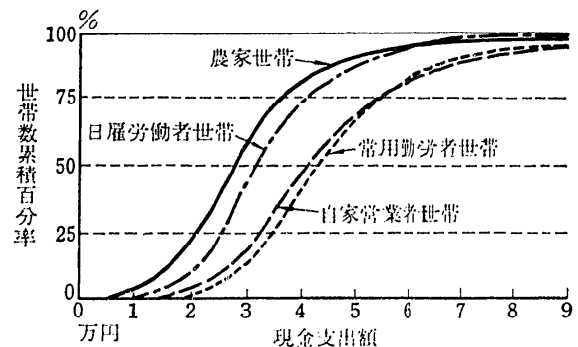


表 15 世帯類型別にみた1世帯当りおよび世帯人員1人当り年間平均所得

(単位 1,000円)

世 帯 類 型	1世帯当り 年間平均所得	世帯人員1人当り 年間平均所得
総 数	708	193
高齢者世帯	286	188
母子世帯	353	134
その他の世帯	728	194

図 17 現金実支出額別世帯数の累積相対度数(%)



い農家世帯が一番低額の方に分布しているほかは、その分布型は所得の場合とほぼ同様である。

2 居住条件

農家は 99.4% までが持家であり、自営業者世帯も 70% 余が持家であるが、常用勤労者世帯、その他の世帯での持家率は低く、40% をやや上回るにすぎない。近年、

表 16 世帯業態別にみた世帯の住居の種類構成（準単独世帯を除く）

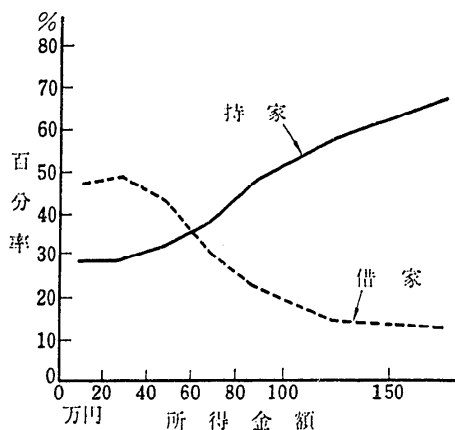
(単位 %)

	総 数	持 家	公営住宅	公団・公社の住宅	給与住宅	借 家	間 借	そ の 他
総 数	100.0	58.8	4.8	2.6	5.0	23.8	3.9	1.2
農 家 世 帯	100.0	99.4	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.1
自営業者世帯	100.0	72.4	1.5	0.5	0.1	22.8	1.4	1.4
常用勤労者世帯	100.0	41.8	7.8	4.5	8.9	31.8	4.0	1.3
その他の世帯	100.0	45.6	3.5	0.3	0.7	32.8	14.8	2.4

大都市ならびにその周辺地域において急速な伸びをみせている公営、公団・公社住宅入居率もまだ全国的にみれば 10% にも満たない状況にある。

所得階級で持家、借家率の関係をみると、60 万円未満の世帯群では借家の方が多いが、60 万円以上では持家率が借家率を上回り、とくに 100 万円以上の所得を得ている階級では持家率が 50% を越えてきわめて高率となってくる。

図 18 所得階級別にみた常用勤労者世帯の住居の種類構成割合（準単独世帯を除く）



住居のレンタルたる家賃は所得の高まりにつれて、組織的にその平均額が高まっているが、年間所得 20 万円未満の世帯群においても 2~3,000 円台の家賃を支払っている世帯が 3 割を越え、低所得階層における家賃負担は決して軽いものではない。

全国における 1 世帯当り平均畳数は 19.3 畳であり、5 畳以下が 6%, 6~8 畳が 10%, 9~11 畳が 16% となっておりかなり居住密度は高いが、3 人世帯では 8 畳以下、4 人世帯では 11 畳以下に住んでいる世帯を取り出して市郡別に観察すると、7 大都市では 3 人世帯の 3 割、4 人世帯の 4 割までが、きわめて狭い居住条件下の生活を余儀なくされており、大都市における居住密度の高さを物語っている。

室数別にみても、これらの状況は同様であって、全国平均でこそ 1 世帯当りが 3.6 室を示しているが、7 大都市では 3 人世帯の 2 割が 1 室のみで、4 人世帯の 4 割が 2 室以下で暮らしており、大都市における居住条件の劣悪さをあらわすものといえよう。

これらの居住状況の中にあって、全国の 3 分の 1 の世帯は何らかの意味で現在の住居に不満を持っており、とくに公営住宅と借家居住者は、その 4 割余が不満を訴えている。

表 17 所得階級別にみた世帯の家賃百分率・1 世帯平均家賃（持家の世帯を除く）

所得階級	総 数	1,000 999	1,000 1,999	2,000 2,999	3,000 3,999	4,000 4,999	5,000 5,999	6,000 6,999	7,000 7,999	8,000 8,999	10,000 11,999	12,000 12,999	1 世帯 平均 家賃
総 数	100.0%	18.5%	13.3%	10.3%	12.6%	10.1%	10.6%	8.3%	5.3%	5.2%	2.4%	3.3%	4,000円
20万円未満	100.0	29.9	18.0	13.4	17.4	8.7	4.6	3.3	2.1	1.1	0.8	0.6	2,400
20~40	100.0	18.3	11.8	10.7	14.1	14.4	10.8	10.2	4.8	2.8	1.2	0.8	3,600
40~60	100.0	16.0	9.0	9.3	13.7	11.1	13.5	12.0	6.5	4.9	2.3	1.9	4,200
60~80	100.0	18.2	13.3	10.1	11.1	8.6	11.7	8.1	6.0	6.9	2.4	3.5	4,200
80~100	100.0	18.8	17.0	10.2	9.6	6.0	9.3	4.9	6.3	8.4	4.0	5.6	4,400
100~150	100.0	19.5	18.9	9.3	9.8	8.5	8.1	3.3	4.6	6.7	4.4	6.8	4,500
150~200	100.0	13.1	20.1	12.1	8.0	6.5	6.5	4.0	1.5	7.5	4.5	16.1	5,700
200~	100.0	8.5	16.9	15.3	9.3	1.7	3.4	4.2	1.7	6.8	6.8	25.4	8,300

図 19-1 8 畳以下の住居に住んでいる割合 (3人世帯)

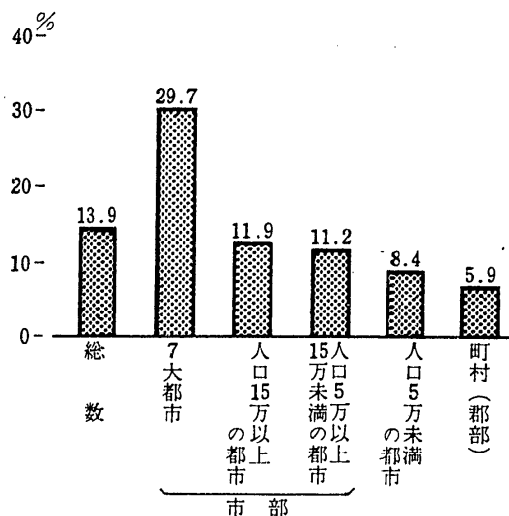


図 19-2 11 畳以下の住居に住んでいる割合 (4人世帯)

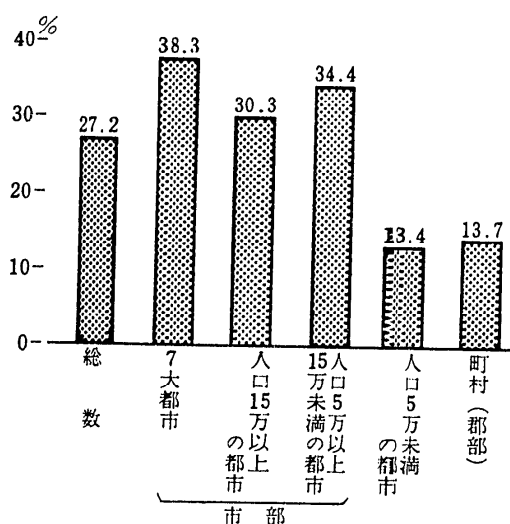


図 20-1 市郡別にみた 3 人世帯の居室数構成割合



図 20-2 市郡別にみた 4 人世帯の居室数構成割合

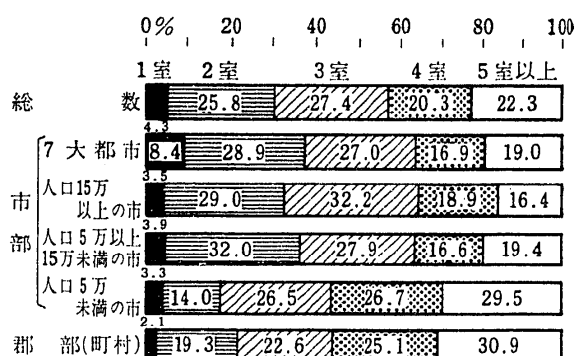
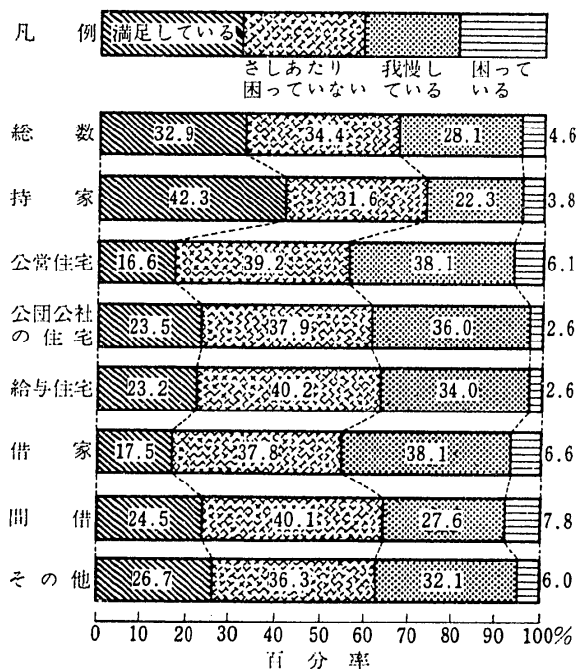


図 21 住居の種類別にみた住居の満足度の状況 (準単独世帯を除く)



3 余暇活動

余暇概念はなかなかむずかしく、統計調査として画一的にこれを数量化することは、いろいろの前提条件を必要とする。この調査でも余暇活動の全貌を明らかにするのではなく、一つは 1 泊以上の行楽旅行を、他の一つはふだん楽しみとしてやっているものとして、ごろ寝、ラジオ・テレビの見聴、散歩などを除いた比較的積極参加が必要とされる 43 種の余暇活動種目について調査が行われている。

A 行楽旅行

自営業者世帯と常用勤労者は 1 年間におおむね 3 世帯に 1 世帯の割合で 1 泊以上の家族旅行をしているが、農家

表 18 世帯業態別にみた世帯の行楽旅行割合
(単位 %)

	総 数	な し	あ り
総 数	100.0	70.0	30.0
農 家 世 帯	100.0	77.6	22.4
自 営 業 世 帯	100.0	67.0	33.0
常用勤労者世帯	100.0	65.4	34.6
その他の世帯	100.0	86.6	13.4

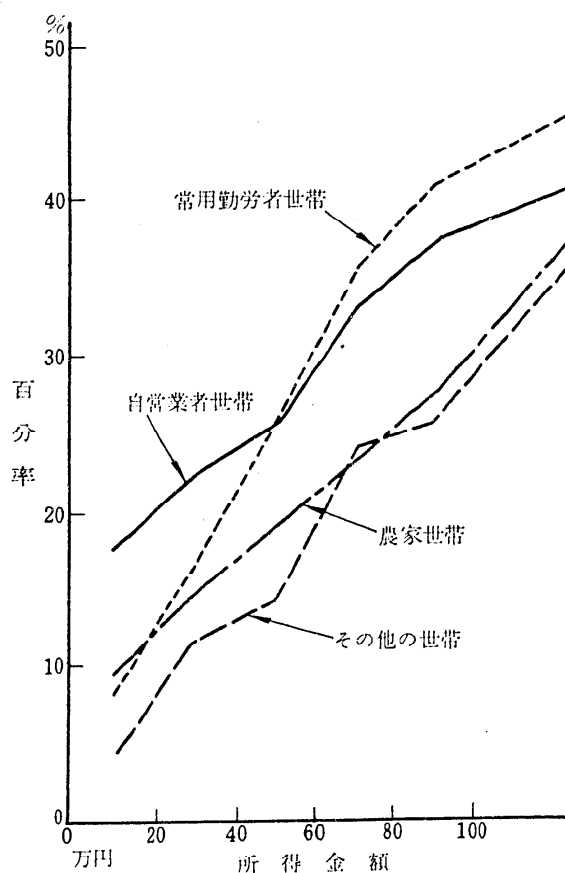
では5世帯に1世帯、その他の世帯では8世帯に1世帯とその旅行頻度が低い。

いずれの世帯群でも所得が高まるにつれてほとんど直線的に家族旅行の割合が増加するが、同じ所得階級にあっては常用勤労者世帯の方が農家より旅行割合が高い。所得の高まりは旅行回数だけでなく、泊数も次第に増加させている。

B 43 種の余暇活動

男女ともに各年齢層を通じて最もよく楽しまっているのは映画であり、男ではそのほか、若年層で野球、パチ

図 22 世帯業態別所得階級別にみた家族旅行をした世帯の割合



ンコ、中壮年層で釣り、パチンコ、後期壮年層で釣り、温泉・ヘルスセンター行き、高齢層では温泉・ヘルスセンター行き、園芸などがよく楽しまれている。女では、映画の他、若年層では音楽鑑賞、華道がよく楽しまれているが、中壮年層以後は、遊園地・名所旧跡めぐり、温泉・ヘルスセンター行きが順位は交えつつも多く楽しまれている3種目となっている。

従業上の地位でみると雇人のいる自営業主と従業員規模の大きい事業所に勤務する勤労者が余暇活動を多く楽しんでおり、所得階級別にみると、所得の高まりにつれて楽しむ者の多くなる種目はゴルフ、観劇、園芸、競馬などであり、所得の高まりにつれて逆に下降しているのはバレーボール、卓球などのスポーツであるが、これらは所得額よりはむしろ年齢による影響と思われる。

む す び

この生活総合調査は図1にみるように、ベースに基本調査をすえ、各専門調査を基本調査に重ねて、同時期に実施されたものである。フィールドを異にし、異った時点で調査されていた既往の調査にくらべて、時間によるズレやフィールドの異りに起因する偏りなどの混入する余地が少なく、その意味では対置観察効果は大きい。総合化を行ったものではないので並列的であるとするそしりはまねがれない。

総合化は生活をあらわす主要指標、所得、栄養水準、世帯の健康度などをその相互関連において観察しようとするものであるが、各専門調査は——たとえば健康調査は個人の総合判定結果をもっている。世帯の健康度を設定し得るが、他の二つの専門調査ではその調査項目をもっていないので健康度の設定はできない、といったように——所得、栄養水準、健康度のどれか一つを策定できる要素のみを持ち、他はこの3要素に対して代替性が高いと思われる項目をもっているにすぎない。

したがって、総合化の作業は、まず、世帯の健康度、世帯の栄養水準を算出することにはじまり、ついで、前記3要素と代替項目との間の相関分析が行われ(図1の二重線)が代替関係を示す、最終的に(細線)によって、健康と栄養と所得と他の主要項目との関係を明らかにするといった手続がふまれることになるのであろう。

これが総合化については、目下鋭意研究・検討中であるので、好結果を得たならば後日稿を改めてご批判をおきたいと思っている。

表 19 性・年齢階級別にみた15歳以上の余暇活動の種目別順位表

順 位	総 数	15 ～ 19 歳	20 ～ 24	25 ～ 29	30 ～ 34	
男						
1 位	映画	野球	映画	映画	パチンコ	
2 位	野球	映画	野球	野球	釣り	
3 位	釣り	海水浴、水泳	パチンコ	パチンコ	野球	
4 位	パチンコ	スポーツ見物	海水浴、水泳	釣り	映画	
5 位	スポーツ見物	音楽鑑賞	スポーツ見物	スポーツ見物	スポーツ見物	
6 位	海水浴、水泳	卓球	ドライブ	海水浴、水泳	遊園地・名所旧跡めぐりなど	
7 位	将棋 遊園地・名所旧跡めぐりなど	釣り	マージャン	マージャン	マージャン	
8 位	温泉・ヘルスセンター 行き	将棋	音楽鑑賞	ドライブ	海水浴、水泳	
9 位	写真	ハイキング	釣り	将棋	将棋	
10 位	写真	ギタ	将棋	写真	写真	
女						
1 位	映画 温泉・ヘルスセンター 行き	映画	映画	映画	映画	
2 位	温泉・ヘルスセンター 行き	音楽鑑賞	音楽鑑賞	音楽鑑賞	遊園地・名所旧跡めぐりなど	
3 位	遊園地・名所旧跡めぐりなど	パレーボール	音楽鑑賞	音楽鑑賞	温泉・ヘルスセンター 行き	
4 位	華道	ハイキング	ハイキング	華道	華道	
5 位	音楽鑑賞	華道	遊園地・名所旧跡めぐりなど	温泉・ヘルスセンター 行き	音楽鑑賞	
6 位	観劇	海水浴、水泳	ドライブ	ドライブ	海水浴、水泳	
7 位	ハイキング	卓球	茶道	海水浴、水泳	ドライブ	
8 位	ドライブ	遊園地・名所旧跡めぐりなど	海水浴、水泳	ハイキング	観劇	
9 位	海水浴、水泳	スケート	ボーリング	観劇	園芸	
10 位	園芸	バドミントン	卓球	茶道	ハイキング	
順 位	35 ～ 39	40 ～ 44	45 ～ 49	50 ～ 54	55 ～ 59	60 ～
男						
1 位	釣り	釣り	釣り	釣り	温泉・ヘルスセンター 行き	温泉・ヘルスセンター 行き
2 位	映画	映画	温泉・ヘルスセンター 行き	温泉・ヘルスセンター 行き	園芸	園芸
3 位	パチンコ	パチンコ	映画	園芸	釣り	遊園地・名所旧跡めぐりなど
4 位	遊園地・名所旧跡めぐりなど	温泉・ヘルスセンター 行き	将棋	映画	遊園地・名所旧跡めぐりなど	釣り
5 位	スポーツ見物	遊園地・名所旧跡めぐりなど	スポーツ見物	スポーツ見物	将棋	園芸
6 位	写真	スポーツ見物	パチンコ	将棋	スポーツ見物	将棋
7 位	温泉・ヘルスセンター 行き	写真	遊園地・名所旧跡めぐりなど	遊園地・名所旧跡めぐりなど	映画	スポーツ見物
8 位	将棋	将棋	園芸	パチンコ	パチンコ	映画
9 位	野球	マージャン	園芸	園芸	観劇	観劇
10 位	海水浴、水泳	園芸	写真	写真	写真	パチンコ
女						
1 位	映画 温泉・ヘルスセンター 行き	温泉・ヘルスセンター 行き	温泉・ヘルスセンター 行き	温泉・ヘルスセンター 行き	温泉・ヘルスセンター 行き	温泉・ヘルスセンター 行き
2 位	温泉・ヘルスセンター 行き	映画	映画	遊園地・名所旧跡めぐりなど	遊園地・名所旧跡めぐりなど	遊園地・名所旧跡めぐりなど
3 位	遊園地・名所旧跡めぐりなど	遊園地・名所旧跡めぐりなど	遊園地・名所旧跡めぐりなど	映画	観劇	観劇
4 位	華道	華道	観劇	観劇	映画	園芸
5 位	音楽鑑賞	観劇	華道	園芸	園芸	映画
6 位	観劇	音楽鑑賞	園芸	華道	華道	華道
7 位	ドライブ	園芸	音楽鑑賞	音楽鑑賞	茶道	音楽鑑賞
8 位	園芸	ドライブ	茶道	茶道	音楽鑑賞	茶道
9 位	海水浴、水泳	茶道	ドライブ	美術鑑賞	美術鑑賞	スポーツ見物
10 位	ハイキング	スポーツ見物	スポーツ見物	スポーツ見物	ドライブ	ドライブ

表 20 従業上の地位別にみた15歳以上の就業者の余暇活動の状況

(1,000人対)

	総 数	業 種		家 族 従業者	常 用 動 労 者				日 雇 労働者	その他の 就 業 者
		雇人あり	雇人なし		総 数	従業員 規模 1~29人	30~ 999人	1,000人 以上 官 公 庁		
野 球	127	95	14	40	195	151	206	223	56	36
卓 球	73	33	9	22	117	73	133	139	19	33
ゴ ル フ	23	61	6	3	36	21	41	42	2	7
映 画 見	136	148	83	63	183	153	181	214	80	63
観 劇	264	232	123	163	347	347	365	325	189	215
遊 園 地・名所旧跡めぐりなど	68	92	55	55	76	67	75	87	32	92
温 泉・ヘルスセンタ	163	194	138	138	183	150	179	220	72	153
ハ ン キ ン グ	179	275	231	223	152	153	153	149	92	176
園 芸	77	51	14	26	119	80	123	152	15	55
囲 碁	80	99	93	54	85	69	68	121	57	84
将 棋	74	95	46	13	108	58	92	175	21	23
マ ン シ ョ ン	103	125	69	27	142	109	146	168	79	37
競 馬	90	125	27	17	137	90	134	186	28	29
競 輪	139	144	76	41	194	178	199	202	146	54

表 21 勤労者所得階級別にみた15歳以上の常用勤労者の余暇活動の状況

(1,000人対)

						総 数	20 万 円 未 満	29~40	40~60	60~80	80~100	100~150	150~				
野 球	レ	ー	ポ	ー	球	195	114	190	258	236	192	156	130				
					ル	70	98	78	61	49	51	50	16				
					フ	117	120	126	129	101	97	84	61				
					物	36	8	10	25	51	77	160	318				
ゴ ス	ポ	ー	ッ	見		183	108	164	214	238	223	229	223				
映 画 観 劇	遊 園 地	温 泉	名 所	跡 セ	め ン	ぐ タ ン	り ー	な ん	画	347	394	408	347	256	217	210	236
									ど き	76	55	80	73	77	74	118	149
									グ	183	127	162	186	235	232	297	276
										152	116	125	149	195	216	245	265
ハ	イ								88	98	98	80					
園 芸	将 棋	マ ン シ ョ ン	ン	コ	芸	85	45	53	79	136	165	205	210				
					棋	108	26	52	132	205	241	221	199				
						142	61	110	211	210	181	159	125				
						137	29	85	194	230	212	241	289				
マ		チ							249	217	188	98					
競 馬	競 輪								馬	19	2	13	30	26	32	28	35
									輪	11	1	10	21	11	14	9	8

執 筆 者 紹 介

鈴木 武雄	武蔵大学教授
中村 正文	神戸商科大学教授
岡村 重夫	大阪市立大学教授
籠山 京	上智大学教授
鈴木 佐紀	前北海道大学助手
伊部 英男	厚生省社会局長
前田 正久	厚生省大臣官房統計調査官
松本 浩太郎	スウェーデン社会研究所理事

年金財政の計量モデル

松本浩太郎

I 年金数理

1 年金数理の意義

年金数理とは年金財政の仕組みを説明するための単なる道具 (tool) にしかすぎぬ。年金数理とは生命保険数理論 (actuarial theory) の延長ないし応用問題である。年金数理はいわば die Kunde (練習帳) の域に止まり、到底 Lehre や Theorie の格ではない。したがって年金数理だけの単独の著作は古今東西を通じて皆無であり、わずかに確率論、保険数理または年金に関する文献のなかの一章として述べてあるにすぎぬ¹⁾。

年金制度の財政の仕組みは、生命保険の計理運営という点で著しい相異点——たとえばベース・アップ、スライド制、労働力構成の変化等——があるにもかかわらず、これら年金財政に著しい影響を及ぼす注目すべき要因に目をおおい、生命保険数理を金科玉条として援用し、これを単純に“年金数理”と命名し、限定された外生変数——たとえばベース・アップやスライドの率は除外して——だけで、保険料 P や積立金 M を内生変数として解こうとしてきたところに無理があった。したがって年金制度に対する正当なる価値判断や目的を、年金数理自らが次第に抹殺してゆく傾向がうかがえる。正に角を矯めんとして牛を殺すの類となるであろう。年金制度から社会保障本来の機能、すなわち生存権の保障を喪失せしめてゆく犯人はほかならぬ“年金数理”ではないかとの疑問さえも抱くであろう。だがこれを年金数理の罪に帰するのは早計である。

生命保険数理の延長として捉えたものが“狭義の年金

数理”であるとすれば、これに計量経済学の考え方を添加した構造を“広義の年金数理”と名付けるならば、外生変数もパラメーターも意のままに付加することによって、年金制度に固有な目的を十分に達成可能な財政計画を樹立することは、必ずしも困難ではないと思う。

社会経済の構造変化と高度成長の現状下の年金制度は好むと好まざるにかかわらず、多彩化と多元化の傾向を示してきているだけに、相つぐ新型年金制度の登場に対して依然として狭義の年金数理だけで立ち向うことは、螳螂の斧を振うの姿にも比せられる。新型年金制度の開発を可能ならしむるには、まず何よりも「年金制度を狭義の年金数理の呪縛からの解放 (Entzauberung der Rentenmatematik)」であり、“年金数理を通じて年金数理の上に (durch die Rentenmatematik über die Rentenmatematik hinaus)” 構築される財政の仕組みこそは、ほかならぬ年金財政の計量モデル (econometric model of pension financing) である。

年金財政の健全性とは、収支相等の原則と呼ばれている形而上学的な年金数理の原則の一貫性を押し通すだけでは到底達成しがたく、社会経済の現実的な変化に呼応して、既裁の年金者集団や保険料拠出者集団の欲望をできる限り満足せしめてゆくことを可能ならしむる計理運営の継続遂行である。狭義の年金数理に対する過信よりめざめて、年金制度に光明の世紀 (siècle de la Lumière) を告げる福音こそは、年金制度の計量モデルにはみならぬ。

けだし昭和 36 年に国民皆年金制実施の際、年金財政の仕組みが計量モデルへと編成換えされていたならば、国民皆保険料徴収体制の独走を許すことなく、同時に国民皆年金支給体制を実施せしめ得たと思う。思うに強制加入の公的年金における財政の健全性とは、自転車操業をそつなく継続できれば十分である。

2 年金数理の目的

年金数理の目的は次の 7 項目の遂行にある。

(1) 計算基礎の選定

1) E. Czuber, *Wahrscheinlichkeitsrechnung*, Bd. II, SS. 348-365.

A. Loewy, *Versicherungsmathematik*, Kapitel VIII. Sozialversicherungsdeckungsverfahren.

松本浩太郎「年金の話」(日経文庫) 8『やさしい年金数理』。

2) “年金数理”という術語は外国にはない。日経連編『退職年金——その理論と方法』(1952) の“第 5 章退職年金の数理”で始めて命名された。亀田豊治朗博士はこれを“基礎計算”と呼んでいた (1920)。

- (2) 保険料の算定
- (3) 責任準備金の算出
- (4) 過去勤務債務の計算
- (5) 整理資源の算出
- (6) 利源別分析
- (7) 収支計画表の策定

これらの各項目についてここに詳細に述べるだけの余白をもたぬので、特に重要な点のみにふれておく。

(1) 計算基礎の選定

計算基礎とは計量モデルにおけるパラメーターの役割を果たすものである。狭義の年金数理では、①予定利率、②脱退残存表 (service table)、③給料指数 (salary scale)、④退職年齢または年金支給年齢、⑤年金者死亡生残表等の5項目であるが、計量モデルとして取扱う場合には、⑥新規加入年齢、⑦新規加入の被保険者数の割合、⑧ベース・アップの割合、⑨スライドの割合等をもパラメーターとして追加する。一般に⑦～⑨の3項目を総称して“成長率”と呼んでいる。

以下の計量モデルで活用するパラメーター、いわゆる計算基礎の記号をのべる。

i 予定利率

c 成長率

$\delta = \log(1+i)$ 瞬間予定利率 (利力)

$\rho = \log(1+c)$ 瞬間成長率 (成長力)

α 歳 初期加入年齢 (initial age)

r 歳 退職年齢即年金支給開始年齢

ω 歳 既裁定年金者集団の最高到達年齢

$l_x^{(s)}$ x 歳の被保険者数

$\bar{L}^{(s)} = \sum_{\alpha}^{r-1} l_x^{(s)}$ 保険料拠出者集団の人員合計

q_x x 歳の被保険者1人当り標準報酬年額

$G = \sum_{\alpha}^{r-1} l_x^{(s)} q_x$ 保険料拠出者集団の標準報酬年額

μ_x^i x 歳の被保険者の (i) なる事故の脱退力

$\mu_x = \sum_{(i)} \mu_x^i$ x 歳の被保険者の総脱退力

b_x x 歳の被保険者の給料指数

S_x^i 同上の者の (i) なる事故の給付標準

$\lambda_x = \log \frac{b_{x+1}}{b_x}$ 同上の者の昇給力

l_z z 歳の既裁定年金者の人数

η_z 同上の者の瞬間死亡率 (死亡力)

θ 既裁定年金者1人当りの平均年金額

$R = \theta \sum_r^{\omega} l_z$ 既裁定年金者集団の年金額

β_1 ベース・アップの割合

β_2 スライドの割合

したがって自動スライド制の場合には $\beta_1 = \beta_2$ であるから、これを単に β とかく。すなわち、

$$\beta = \beta_1 = \beta_2$$

また上述の記号定義より、次式が成立する。

$$l_r = l_r^{(1)} \text{ および } l_{\omega} = 0$$

(2) 保険料の算定

年金財政において保険料と称せられるものは次の5通りである。併せて記号も添える。

1. 賦課式保険料 (Umlageverfahren, pay-as-you-go basis) 記号は P_u
2. 年金現価積立保険料 (Kapitaldeckungsverfahren, Terminal funding) 記号は P_K
3. 数理的保険料 (actuarial contribution, Durchschnittsverfahren)。これはまた正常原価 (normal cost) あるいは加入年齢式平準保険料 (entry age method of level premium) 記号は P_d
4. 到達年齢式平準保険料 (attained age of level premium) 記号は P_{aa}
5. 解放型総合保険料 (generale Durchschnittsverfahren, aggregate cost) 記号は P_g

以上述べた五つの保険料 P_u , P_K , P_d , P_{aa} および P_g の年金数理による公式は Charles L. Trowbridge が極限方程式 (maturity equation) を用いてきわめて明快に解いている³⁾。さらに Terminal funding の P_K と数理的保険料 P_d との間には予定利率 i と c との関係を反映して次の定理1が成立する⁴⁾。

定理1 予定利率 i と成長率 c との間の大小関係 $i \geq c$

に対して Terminal funding P_K と数理的保険料 P_d との間には次の不等式が成立する。

$$P_K \geq P_d$$

なお Trowbridge は、成長率 $c=0$ とおいた極限方程式のみを取扱っているから、

$$P_K > P_d$$

と結論しているが、これは誤りである。後述する吾孫子の極限方程式(21)式を用いれば定理1は容易に証明できる。

- 3) Charles L. Trowbridge, "Fundamentals of Pension Funding", TSA, Vol. IV, 1952, pp. 17-43. この論文は年金アクチュアリーたる者の必読の文献であり、第一生命数理課長花沢実氏の名訳がある。
- 4) 定理1の証明は、松本浩太郎『社会保険制度における保険料の算定』『矢野恒太郎保険関係50年記念文集』, 326頁をみられたい。

定理 1 によれば、今日の高度成長経済のもとでは明らかに成長率 c は予定利率 i より大きく、かつ労働力人口も非常な勢いで増加し、さらに人口の老齢化に伴い退職年齢 r 歳もまた Sweden の統計⁵⁾ 等を斟酌すれば高年齢へと漸増すると思われるので、「Terminal funding P_k を活用することが最低廉価の保険料」ということができるであろう。そして高度経済成長が鈍化ないし停止した場合には、すでに所得水準ははなはだしく高額に達しているの、たとえ高率の保険料が課徴されたとしても、可処分所得もまた十分豊かになっているので保険料負担はさほど過重とはならないであろう。

しかも Terminal funding 方式では過去勤務年金もベース・アップ年金も派生することがないので、整理資源をわずらわす必要はない。そして年金制度実施と同時に定年退職者や年金受給事由発生者に対しては、保険料拠出期間の長短を問うことなく即時完全年金の支給が健全なる財政計画として肯定できる。

(3) 責任準備金

責任準備金とは「将来の年金支出額を賄うには、将来の保険料収入と利息収入との和では不足するので、両者の差額」をいう。つまり年金財政では債務として負っている責任準備金相当額を資産として積立てなければならぬ。一般に責任準備金は次の三つに分解できる。

- (1) 保険料拠出者集団の分 $\bar{V}$
- (2) 既裁定年金者集団の分 $\bar{a}$
- (3) 過去勤務債務（整理資源の収入現価） U

したがって責任準備金として資産勘定に積立保有すべき資産 M は、次式で表示できる。

$$M = \bar{V} + \bar{a} - U \quad (1)$$

そしてベース・アップが β_1 の割合で発生すれば保険料拠出者集団の責任準備金 $\bar{V}$ は、

$$\beta_1 \bar{V}$$

だけ増加し、またスライド年金が β_2 の割合で発生すれば既裁定年金者集団の責任準備金 $\bar{a}$ は、

$$\beta_2 \bar{a}$$

だけ積立増加を必要とする。しかしベース・アップやスライド年金が行われてもその瞬間には保有資産 M は別段何等の変化を生じない。つまり、要積立額 $(\beta_1 \bar{V} + \beta_2 \bar{a})$ だけ過去勤務債務 U は $-\Delta U$ だけの变化を生ずる。すなわち、

$$\beta_1 \bar{V} + \beta_2 \bar{a} = \Delta U \quad (2)$$

となる。したがって(1)式は次のごとく書換えられる。

$$M = (1 + \beta_1) \bar{V} + (1 + \beta_2) \bar{a} - (U + \Delta U) \quad (3)$$

5) Statistisk årsbok, 1968, SS. 440-441 (Statistiske Centralbyrå).

だがわれわれは、積立金 M 、責任準備金 $\bar{V}$ および $\bar{a}$ や過去勤務債務 U の金額の大きさだけで判断することは、必ずしも妥当ではない。ベース・アップが行われた場合には必ず保険料拠出者集団の標準報酬年額 G で除した比率、つまり「積立比率」 $r(T)$ 、 $m_1(T)$ 、 $m_2(T)$ および $n(T)$ で判断することが合理的である。したがって(1)式の両辺を G で除せば、

$$\begin{aligned} r(T) &= \frac{M}{G} = \frac{\bar{V}}{G} + \frac{\bar{a}}{G} - \frac{U}{G} \\ &= m_1(T) + m_2(T) - n(T) \end{aligned} \quad (4)$$

すなわち、積立比率 $m_1(T)$ 、 $m_2(T)$ および $n(T)$ は、

$$m_1(T) = \frac{\bar{V}}{G}, \quad m_2(T) = \frac{\bar{a}}{G}, \quad n(T) = \frac{U}{G} \quad (5)$$

である。ここに T は年金制度実施後の経過年数を示している。完全成熟状態における積立比率はきわめて簡潔に示されるけれども⁶⁾、未成熟状態の場合の積立比率はきわめて複雑な数式となる⁷⁾。

一般に年金制度が成熟するに伴い、とくにベース・アップとスライド年金が継続してゆく限り、 $m_2(T)$ および $n(T)$ はますます大きくなってきていることは、表 1「積立比率の分析」において、 $m_2(T)$ および $n(T)$ が公共企業共済の分で断然多いことが裏書きしている。しかし実施後 10 数年にすぎぬ私学共済が厚生年金に比較して大きい理由は、昭和 29 年元旦に実施の際「過去勤務年金を完全年金とした」という英断にはかならぬ。

(4) 責任準備金率に関する微分方程式

保険料拠出者集団の責任準備金 $\bar{V}$ は次式で計算できる。

$$\bar{V} = \sum_{\alpha}^{r-1} l_x^{(\alpha)} g_x v_x \quad (6)$$

ここに責任準備金率 v_x は次の亀田の微分方程式において $v_0 = 0$ とおいて解けばよい⁸⁾。

$$\frac{dv_x}{dx} = v_x \left(\sum_i \mu^i_x + \delta - \lambda \right) - \sum \mu^i S^i + p \quad (7)$$

表 1 積立比率の分析 (概算)

	$r(T)$	$m_1(T)$	$m_2(T)$	$n(T)$	$G(T)$
厚生年金	0.3	0.4	0.1	0.2	8兆円
私学共済	0.4	0.7	0.2	0.5	700億
公金体共済	0.7	2.7	1.0	3.0	3,000億

6) 前掲「年金の話」, 197頁。

7) 松本浩太郎「年金財政とその経済モデル」『信託復刊』第76号, 11頁, (8)式, 12頁, (12)式。

8) 『統計学辞典』, 東洋経済新報社刊, 791頁。

表2 完全成熟係数と年金の財政計画

区 分	成熟係数 (現在)	過去勤務年金 有(完全年金または 暫定年金) 無	完全成熟状態に到 達までの年数	完全成熟 係数	財政計画
公共企業体共済	30%	有 暫定年金	20~30年	80%以上	修正賦課式
国家公務員共済	8%	有 "	30~50年	"	"
厚生年金	3%	無	30年	25%~	階段式保険料
国民年金	0%	無 暫定年金	40~50年	20~30%	"
OASDI	20%	有 "	20~30年	30~40%	"
英国の国民年金	30%	有 "	20~30年	40%	"
船員プール制年金	6%	有 完全年金	3年	10%	完全賦課式

ここに p は数理的保険料とする。

また既裁定年金者集団の責任準備金 $\bar{a}$ は次式で計算できる。

$$\bar{a} = \theta \sum_r l_r a_r \quad (9)$$

ここに年金現価 a_r は次の微分方程式を解いて得られる。

$$\frac{da_r}{dz} = (\eta_r + \delta) a_r - 1 \quad (10)$$

(5) 過去勤務債務 U と整理資源 Q の算出公式
以上を以て $\bar{V}$ と $\bar{a}$ が求められたので現在の保有資産 M との差額として過去勤務債務 U を算出する。

$$U = \bar{V} + \bar{a} - M \quad (11)$$

次に過去勤務債務 U の処理方法を次の4通り述べる。

1. 即時積立 (complete funding)

$$Q = U \quad (12)$$

したがって過去勤務債務 U は即時完全償却されてしまったのであるから、以後(1)式は $U=0$ だから、

$$M = \bar{V} + \bar{a}$$

となる。これは昭和40年1月、ICUの学内年金実施の際採用された実例があり、最も堅実な財政計画として高く評価されている。

2. 修正積立

これは、 U を有限年数 n 年間で償却する方式であるから、 n 年確定年金現価 $a_{\bar{n}|}$ より、

$$Q = \frac{U}{a_{\bar{n}|}} \quad (13)$$

を得る。したがって m 年経過後の過去勤務債務残高を U_m で記せば、

$$U_m = \frac{a_{\bar{n}-m|}}{a_{\bar{n}|}} U \quad (14)$$

となるので、(1)式は次の通りとなる。

$$M = \bar{V} + \bar{a} - \frac{a_{\bar{n}-m|}}{a_{\bar{n}|}} U \quad \text{for } m < n$$

$$= \bar{V} + \bar{a} \quad \text{for } m \geq n$$

この修正積立方式は適格年金で採用されている方式であって企業年金の財政方式としてはまことに適切である。しかし税法では、

$$\frac{1}{a_{\bar{n}|}} \geq \frac{1}{5}$$

と規定している。予定利率 $i=5.5\%$ で上式を満足するには $n \geq 7$ 年以上となっているので、必ずしも企業経理の現状に即応していない。ベース・アップが毎年継続して発生する限り、後発債務 ΔU はなるべく速かに償却する必要があるにもかかわらず、7年以上もこれを累積せしむることは「インフレに血迷う整理資源」との非難をあびる。できうべくんば即時積立(12)さえも税法上で認めるとよい。

3. 凍結方式 (frozen)

過去勤務債務 U または後発過去勤務債務 ΔU は発生当初のままの金額に据置凍結する方式をいう。すなわち整理資源 Q は、 U の利息相当分にあたる。

$$Q = U \times i \quad (15)$$

したがって、積立金 M はつねに(1)式のままでよい。

$$M = \bar{V} + \bar{a} - U$$

この凍結方式は農林年金および厚生年金、国民年金における開放型総合保険料方式で採用している。適格年金や調整年金における後発過去勤務債務は有限年数による“修正積立方式”を認可しておきながら、調整年金の財政計画に限り開放型総合保険料方式を許可していることはきわめて興味深い。つまり①初期過去勤務債務の償却方法を凍結方式とし、②後発債務のそれを修正積立方式と区別したことは、貸借対照表における負債の部で前者を①資本金に、後者を③社債等借入金に区分した勘定科目と対比した卓見である。

なお、数理的保険料 P_a と凍結方式の整理資源 Q の和が、開放型総合保険料 P_g に相等しことは次の定理が物語っている⁹⁾。

9) 前掲 4) の329頁の(6)式の証明がある。

定理 2 数理的保険料 P_d と凍結式整理資源 Q との和は、解放型総合保険料 P_g に相等しい。

$$P_d + U \times i = P_g \quad (16)$$

4. 修正賦課方式

修正賦課方式とは過去勤務債務 U の処理方法に成長率 c を採り入れた方式であるから、 U は毎年 c 倍ずつ増加してゆく。整理資源は予定利率 i と成長率との差 $(i-c)$ を U に乗ずればよろしい。

$$Q = U(i-c) \quad (17)$$

一般に経過 T 年度末に払込まれる整理資源を Q_T とすれば、前年度末の過去勤務債務残高を U_{T-1} として、

$$Q_T = U_{T-1} \times (i-c) \quad (18)$$

となる。同様に U_T は次の循環式により毎年 $(1+c)$ 倍ずつ累積してゆく。

$$U_T = U_{T-1}(1+c) = U(1+c)^T \quad (19)$$

したがって積立金 M の公式(1)は、

$$M = \bar{V} + \bar{a} - U(1+c)^T \quad (20)$$

となるから、保険料拠出者集団の責任準備金 $\bar{V}$ および既裁定年金者集団の責任準備金 $\bar{a}$ はいずれも毎年 $(1+c)$ 倍以上の公比で増加してゆく集団でない限りは、上式(20)で示される積立金 M は遂に負値となってしまう。すなわち修正賦課方式は保険集団が成長集団であることを条件とする。わが国では私学共済組合および公企体共済組合がこの修正賦課方式を踏襲してきている。

3 年金数理の4原則¹⁰⁾

年金数理が年金財政の仕組みを説明するためには、次の4原則を守らねばならぬ。

- (1) 年金財政の恒久的健全性
- (2) 拠出金と年金給付と公平性の原則
- (3) 拠出金(保険料)の最低廉値性の原則
- (4) 債権、債務の平準化の原則

これら年金数理の4原則は、ベース・アップやスライド年金の連続慣習化のために漸次、その内容と解釈が幅広く弾力的になってきた。生命保険数理のごとき厳格さは到底この4原則に期待し難く、ここに広義の年金数理、すなわち年金財政の計量モデルが登場してきた。

年金財政の健全性を恒久的に保障する方法は現実問題としてはあり得ない。理論的には年金財政の恒久的健全性を保障するモデルを確立し得たとして、予期し得ない外性変数の登場や変化、またはモデルの parameters の修正を必要とするに至る。したがってこれらの変化や修正を3年ないし5年目毎に加えてゆくことが、恒久的健全性

表 3 厚生年金保険法における段階式保険料率と平準保険料率

(単位 %)

	1 種 (男 子)	2 種 (女 子)	3 種 (坑内夫)
昭和40. 5 ~ 44. 10	55	39	67
44. 11 ~ 49. 10	65	49	77
49. 11 ~ 54. 10	70	54	82
54. 11 ~ 59. 10	75	59	87
59. 11 ~ 64. 10	80	64	92
64. 11 ~ 69. 10	85	69	97
69. 11 ~ 74. 10	95	74	107
74. 11 ~ 79. 10	105	79	117
79. 11 ~ 84. 10	115	84	127
84. 11 ~ 89. 10	125	89	137
89. 11 ~ 94. 10	135	94	147
94. 11 以降	139	94	153
平準保険料	86	64	98

確立の方法にしかすぎない。

もちろん、多額の積立金を保有することが望ましいのではあるが、だれが、いかにして積立金の捻出負担に耐えてゆかれるかということとはほとんど解決できない。現実問題としては表2「完全成熟係数と年金の財政計画」が示しているとおり、船員プール制年金のごとく完全成熟係数が10%以内であれば完全賦課方式でも差支えない。しかし、完全成熟係数が20%以上かつスライド制が実施されてゆく限り、修正賦課方式ないし段階式保険料にたよるほかはないと思う。まだわが国では十分理解普及はされていないが、国民皆年金体制下では“Terminal funding 方式”を推したいと思う。

そして段階式保険料やスライド制年金が継続してゆく限り公平性の原則や保険料最低廉値の原則を堅持することは困難となる。表3「段階式保険料率と平準保険料率」によれば、厚生年金保険法では「平準保険料率は男子86/1,000であるにもかかわらず、昭和69年11月以降は95/1,000となり、平準保険料率以上の負担が認められている」ことを肯定しなければならぬ。幸いにして個人の所得水準が上昇してゆけば、たとえ高い料率が十分高騰しても可処分所得が上昇してゆく限り、高率の保険料に対しては必ずしも不平不満をいわぬであろう。

これを要するに動態経済のもとでは、年金数理の4原則の完全なる成立は捨てねばならなくなった。すなわち年金数理の4原則が放棄されてしまっただけでなく、ここに「広義の年金数理」すなわち「年金財政の計量モデル」を確立することによって、これを解決するのはほかはない。年金制度が果してゆかなければならないその生活保障的機能を、年金数理の4原則の強行を以て抹殺してはいけないはずである。年金数理を形成してきた“古い諸規範”はなく

10) 前掲 6) の182頁。

なったので、年金財政の計量モデルが生まれた。

II 吾孫子の極限方程式

4 完全成熟状態における収支の均衡

完全成熟状態において、毎年の収入と支出が均衡する関係を示すのが、吾孫子の極限方程式である。つまり年金財政の収支相等の原則である。まず記号を定義する。

M 保有する積立金

$P(i)$ 予定利率 i のときの保険料収入

B 年金給付額

しかるとき、保険料および給付が期末払とすれば収支相等の原則を示す次の方程式が成立する。

$$M \times i + P(i) = B \quad (21)$$

つまり「積立金からの利息収入と保険料収入との和で年金給付を賄えばよい」ということを意味している。この方程式は昭和 11 年 5 月、馬場大蔵大臣が、「5 分利国庫債券を 3 分半利債へと低利借換」を行った際、国鉄共済組合財政はこの低金利政策の影響を蒙り「積立金よりの利息収入減 102 万円」となった。このため保険料収入 $P(i)$ をそれだけ国庫負担によって補填する必要を生じたため、当時官房保健課事務官吾孫子豊氏が(21)式を提示して関係各方面を説得し、ついに利差損補填を全額国庫負担によって解決したので、この(21)式を吾孫子の極限方程式と呼んでいる。この式より若干の諸性質を導く。

1. 積立金の限度

(21)式を積立金 M について解けば(4)式において $T \rightarrow \infty$ の場合の数値となる。

$$M = \frac{B - P(i)}{i} \quad (22)$$

$$\therefore \gamma(\omega) = \frac{M}{G} = \frac{B - P(i)}{iG} \quad (23)$$

経済的に積立比率 $\gamma(\omega)$ の限度は、

$$0 \leq \gamma(\omega) \leq 6$$

であるから、厚生年金保険の保険拠出者集団の標準報酬年額 $G=10$ 兆円と仮定すれば、その完全成熟時における積立金は国庫負担金分を控除すれば 50 兆円未満であることが推計できる。

$$10 \text{ 兆円} \times 6 \times (1 - 0.2) = 48 \text{ 兆円} < 50 \text{ 兆円}$$

2. 予定利率 $i=0$ の場合

$P(i)$ を予定利率 i のときの数理的保険料とすれば、(21)式において $i \rightarrow 0$ として、

$$\lim_{i \rightarrow 0} \{M \times i + P(i)\} = B$$

$$\therefore B = P(0)$$

となるから、「年金給付額 B は予定利率 $i=0$ の場合の数理的保険料」となる。 $P(i)$ および $P(0)$ を標準報酬年額 G で除した所要財源率をそれぞれ $p(i)$ および $p(0)$

$$p(i) = \frac{P(i)}{G}; \quad p(0) = \frac{P(0)}{G}$$

であるから、(23)式の積立金比率 $\gamma(\omega)$ は次式となる。

$$\gamma(\omega) = \frac{p(0) - p(i)}{i} \quad (24)$$

3. 未来永遠にわたる収支相等の原則の成立

(22)の右辺を Keynes の乗数効果の無限等比級数にならって展開すれば、

$$\begin{aligned} M &= \frac{B - P(i)}{i} = \{B - P(i)\} \frac{1}{1+i} \frac{1}{1 - \frac{1}{1+i}} \\ &= \{B - P(i)\} \frac{1}{1+i} \left\{ 1 + \frac{1}{(1+i)} + \frac{1}{(1+i)^2} + \dots \right\} \\ &= \{B - P(i)\} \sum_{t=1}^{\infty} \frac{1}{(1+i)^t} \end{aligned} \quad (25)$$

となる。(25)の右辺は「毎年度の収支不足額 $\{B - P(i)\}$ の未来永遠にわたる現価の総和」である。「この未来永遠にわたる収支不足額の現価が現有積立金に相等しい」ことを示す(25)式は、まさに「未来永遠にわたる収支相等の原則」の成立を意味する。

4. 毎年自動スライドが c の割合で行われた場合の要運用利回り i'

(21)式を予定利率 i で解くと、

$$i = \frac{B - P(i)}{M} \quad (26)$$

である。自動スライド制のときには毎年の収支不足額 $\{B - P(i)\}$ が $(1+c)$ の割合で幾何級数的に増加してゆくのであるから、 n 年間の収支不足額は、

$$\{B - P(i)\} (1+c)^n$$

に増大している。したがって要運用利回り i' は、(26)の両辺に $(1+c)^n$ を乗じて得られる。すなわち、

$$i' = i(1+c)^n$$

となる。よって次の定理が成立する。

定理 3 完全成熟状態のもとで自動スライドが継続する場合、積立金 M を増加せしめることなく利差益のみでその不足財源を捻出するには、 n 年目の要運用利回りは次式となる。

$$i' = i(1+c)^n \quad (27)$$

ここに c は自動スライドの年率とする。

例題 定理 3 において、 $n=10$, $i=0.055$, スライドの率 $c=10\%$ とすれば、要運用利回り $i'=14.3\%$ となる。

$$i' = i(1+c)^n = 0.055 \times (1.01)^{10} = 0.143$$

現実問題として、保有資産を1割4分3厘に運用することは不可能に近い。したがって「利差益だけでスライドの財源を捻出することは不可能」である。

5. 自動スライドを確立する方式

自動スライドが年率 c の割合で永久に継続する場合、 n 年目の不足額の現価は、

$$\{B-P(i)\} \frac{(1+c)^{n+1}}{(1+i)^n}$$

である。したがって、上式の項の永久年金現価に相当するだけの資産を現在保有していればよい。すなわち、

$$\begin{aligned} M &= \{B-P(i)\} \frac{1}{1+i} \left\{ 1 + \frac{1+c}{1+i} + \left(\frac{1+c}{1+i} \right)^2 + \dots \right\} \\ &= \{B-P(i)\} \frac{1}{1+i} \sum_{t=0}^{\infty} \left(\frac{1+c}{1+i} \right)^t = \frac{B-P(i)}{i-c} \quad (28) \end{aligned}$$

を得る。(28)の分母を払い、上式を整頓すれば、次の「自動スライドの場合の吾孫子の極限方程式」が成立する。

$$M \times i + P(i) = B + M \times c \quad (29)$$

すなわち次の定理4を得る。

定理4 完全成熟状態のもとで、毎年 c の割合で自動スライドが継続してゆくためには、つねに次式が成立するように積立金 M を増加する必要がある。ただし $i > c$,

$$M \times i + P(i) = B + M \times c \quad (29)$$

III Terminal funding

5 吾孫子の極限方程式の分解

(21)式の資産 M を(1)式に従って分解すれば、

$$M = \bar{V} + \bar{a} - U$$

であるから、

$$(\bar{V} + \bar{a} - U) \times i + P(i) = B \quad (30)$$

となる。年金制度がスライドやベース・アップが継続すれば、過去勤務債務 U が増加することはすでに表1で指摘したとおりである。したがって、(30)式でつねに、

$$\bar{V} - U = 0$$

たらしむべく保険料 $P(i)$ を決定すれば、(30)が示す通り、

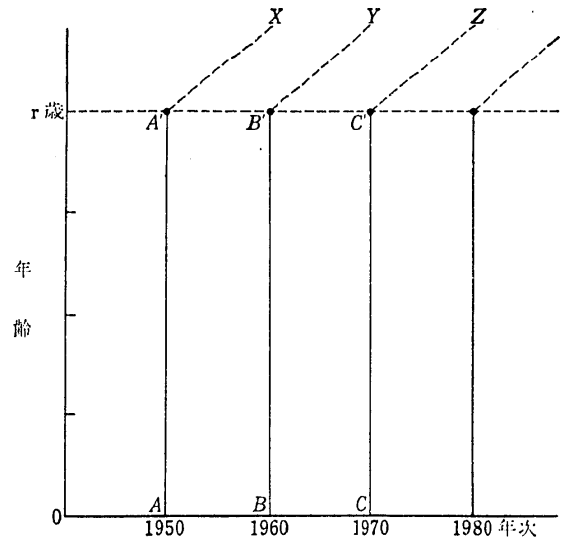
$$\bar{a} \times i + P_K = B \quad (31)$$

となる。上式よりすでに引用した論文のなかで、Torow-bridge は、Terminal funding P_K を次式で示している。

$$P_K = \theta \frac{l_r^{(r)} a_r}{G} \quad (32)$$

上式は、「Terminal funding による保険料収入 P_K ・ G が当該年度中に発生した年金受給者 $l_r^{(r)}$ 人に対する終身年金現価

図1 Terminal funding の図解



$$\theta l_r^{(r)} a_r$$

を賄う」ことを意味する。これは図1「Terminal funding の図解」が示している通り、「1950年にA'の時点で r 歳の定年退職に対する終身年金 $A'X$ の原資は、1970年に勤務している AA' の被保険者が保険料として調達する」ことにほかならない。

6 自動スライド年金の場合

(32)式において毎年 c の割合で自動スライドするためには、終身年金現価を次式 $a_r(c)$ で算出しておけばよい。

$$\begin{aligned} a_r(c) &= \frac{1}{l_r} \left\{ l_r + l_{r+1} \frac{1+c}{1+i} + l_{r+2} \left(\frac{1+c}{1+i} \right)^2 + \dots \right\} \\ &= \frac{1}{l_r} \sum_{t=0}^{\infty} l_{r+t} \left(\frac{1+c}{1+i} \right)^t \quad (33) \end{aligned}$$

もしも、自動スライドの割合が予定利率 i に相等しいならば、すなわち、

$$i = c$$

とすれば、自動スライド年金現価 $a_r(c)$ は、

$$a_r(c) = \frac{1}{l_r} \sum l_r = e_r = \text{平均余命} \quad (34)$$

となる。

平均余命年数 e_r を自動スライド年金現価 $a_r(c)$ に相等しいとおけば、予定利率 i に相当するだけの自動スライド年金をTerminal fundingは保障する。

7 厚生年金保険法についての例題

表4に示してある通り、厚生年金保険法の新規裁定者についてTerminal funding方式で保険料をもとむれば、現行料率よりもはるかに低い保険料で間に合うことが分

表 4 厚生年金保険法（老齢、遺族、障害）年金の所要財源（Terminal funding）

区分	新規裁定 a_r		定 額 の 場 合				自動スライドの場合 (スライドの場合=予定利率)			
			年金現価 a_r	責 任 準備金 ③×④	保険料拠出 者集団の標準 報酬年額 G	所要財 源率 P_K ⑤÷⑥	年金現価 $a_r^{(c)}$	責 任 準備金 ③×⑧	保険料拠出 者集団の標準 報酬年額 G	所要財源 率 P_K ⑨÷⑩
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪=⑨× $\frac{16}{12}$
昭38	66,481	2,478,083千円	12	298億	4兆4,200億円	6.8%	16	⑤	⑥	9.1%
39	72,652	2,755,157	"	331	5 1,400	6.5	"	の	欄	8.7
40	120,724	9,725,232	"	1,170	6 3,800	18.5	"	$\frac{4}{3}$	同	24.6
41	134,265	11,326,706	"	1,360	7 3,200	18.6	"	倍	じ	24.8
42	132,760	11,633,931	"	1,390	9 2,500	15.1	"			21.0
43										
備考										

る。

昭和42年簡易生命表（男子）によれば、55歳の平均余命は19.66年、60歳の平均余命は15.99年、および65歳は12.50年である。

$$l_{55}=19.66 \text{ 年}; l_{60}=15.99 \text{ 年}; l_{65}=12.50 \text{ 年}$$

また、確定年金現価 $a_{\overline{n}|}$ は、

$$i=5.5\% \text{ のとき, } a_{\overline{20}|}=11.9503; a_{\overline{21}|}=12.275$$

$$i=7.0\% \text{ のとき, } a_{\overline{27}|}=11.9867; a_{\overline{28}|}=12.137$$

となる。

したがって、スライドなき場合の年金現価 a_r を12とおくと、表4⑦欄より、最高18.6/1,000となり、42年に15.1/1,000とかえって低下している。料率として賦課するのはこれの8割でよいから、昭和41年度のTerminal fundingは、

$$\frac{18.6}{1000} \times 0.8 = \frac{14.9}{1000}$$

わずか14.9/1,000にすぎぬ。したがって現行料率55/1,000は3.7倍であるから、現行料率で優に37,000円年金の支給が可能となる。

次に自動スライドが予定利率と相等しい場合の年金現価 a_r は、60歳の平均余命を勘定して、

$$a_r=16$$

とおけば、表4⑩欄よりせいぜい25/1,000未満ですむ。したがって料率として賦課するにはその8割でよいから、

$$\frac{25}{1,000} \times 0.8 = \frac{20}{1,000}$$

20/1,000の保険料率となる。この料率の2.7倍が現行料率55/1,000であるから、現行料率をそのまま据置いても20,000円年金は即時実施できる。

しかしながら、20,000円年金を行うには既裁定年金者70万人のための整理資源¹¹⁾は21/1,000である。したがって、20,000円年金を実施するための料率は次式より61/1,000で間に合う。

$$\frac{20}{1,000} \times 2 + \frac{21}{1,000} = \frac{61}{1,000}$$

したがって、本年11月より実施予定の20,000円年金の財政計画をTerminal funding方式に従えば61/1,000で十分であるので、65/1,000の料率の高すぎる事が明らかとなった。国民皆年金体制下における財政計画は、開放型総合保険料方式より、Terminal fundingが適切であり、かつ低廉であり、しかも自動スライドが可能であるなど多くの利点を有する。

8 Terminal funding方式の平準化

表4に従えば、すでにTerminal funding方式による保険料率は昭和41年度で頭打ちになっているとはいえ、決してこれは楽観できない。定年退職者数が将来激増すればたちまち P_K は激増する。他面中高年者層の雇用が殖えて、定年退職年齢 r 歳が漸増してゆけば逆に P_K は減少する。この様にTerminal funding方式の保険料 P_K は経済変動に敏感である。このため n 年間（一般に $n=10$ 年）にわたってこれを平準化することがのぞましい。よって n 年間のTerminal fundingの平準保険料 $\bar{P}_K$ は次式となる。

$$\bar{P}_K = \frac{\sum_{t=0}^{n-1} \left(\frac{1+c}{1+i} \right)^t l_{r^{(c)}} a_r(c) v^t}{\sum_{t=0}^{n-1} \left(\frac{1+c}{1+i} \right)^t G v^t} \quad (35)$$

11) 前掲 7) の15頁・例題。

現実問題として年齢構成も標準報酬年額 G も毎年変動するから、(5)式の c , $l_r^{(c)}$, G は毎年度の推定値を、脱退残存表や給料指数により算出しておかねばならぬ。しからずんば(5)は、

$$\bar{P}_K = \frac{\theta l_r^{(c)} a_r(c)}{G}$$

となり、(32)式と同一になってしまうおそれが生ずる。

9 国民皆年金制のもとにおける年金権の意義

年金権の定義は具体的には明らかにされていない。ここでは、年金権を①年金期待権、②年金受給権、③年金スライド権にわけて、それぞれの保障額は次の積立金が対応する。

- ① 年金期待権は $\bar{V}$
- ② 年金受給権は $\bar{a}$
- ③ 年金スライド権は $-U$

思うに国民皆年金制のもとでは、年金期待権は自動的に保障されている。いわば日本人は「天賦年金権」が法律で賦与されていることになる。したがって、保険料拠出者集団の者に対して年金期待権の保障積立額 $\bar{V}$ は無用の存在となる。しかるに、あえて開放型総合保険料方式を踏襲することは国民皆年金制の意義に適せぬ。まさに“年金高権”(Rentenhoheitsrechte)の上に独断の仮睡をつづけるにひとしい。国民皆年金制とは「国民皆年金即時支給体制」にほかならぬのであるから、その財政計画は Terminal funding 方式へと変革することが適切である。昭和 17 年 6 月実施の厚生年金保険の財政計画をそのまま模倣踏襲して、開放型総合保険料方式を昭和 36 年の国民年金法に適用したことは、“天賦年金権”を主張する国民皆年金の趣旨を十分達成し難く、昭和 46 年度までは年金支給皆無の状態を維持せざるを得なくなったのである。

もしそれ厚生年金や国民年金の財政計画がたとえ Terminal funding 方式に切り変えられたとしても、これらの代行機関である調整年金や国民年金基金の財政計画でもまた Terminal funding 方式で良いとはいえない。それらの運営主体が企業であるか、地方公共団体であるかによって判断を下す必要がある。

少くとも運営主体が企業である調整年金では、適格年金と同様に「数理的保険料 P_d と、修正積立(13)式による整理資源 Q との和」によってこそ、年金期待権、年金受給権および年金スライド権を保障し得る。しかし、東京都庁が運営主体となって本年 4 月より実施となった心身障害者扶養年金制度が、その財政計画として Terminal

funding 方式を採用していることは妥当適切である。Terminal funding 方式の利点は、①制度実施と同時に年金支給開始が可能であり、②過去勤務年金の思想は消え去り、③整理資源は盲腸化する、等をあげ得る。

IV 計量モデル

10 政策スライドの場合

政策スライドではベース・アップ率 β_1 と、スライドの割合 β_2 は相異なる二つの外生変数となる。しかるとき、内生変数 $M(T)$, $\bar{V}(T)$, $\bar{a}(T)$, $U(T)$, $Q(T)$, v_x , a_x および $P(t)$ の八つを次の連立方程式から求めればよい。ここに、 $Q(T, i, c, n)$ は 2 の(5)における(12), (13), (15) および(17)のいずれによるも差支へない。

$$M(T) = \bar{V}(T) + \bar{a}(T) - U(T) \quad (1)$$

$$U'(T) = \beta_1 \bar{V}(T) + \beta_2 \bar{a}(T) + U(T)\delta - Q(T) \quad (36)$$

$$\bar{V}(T) = \sum_{\alpha}^{r-1} l_x^{(\alpha)} b_x v_x \quad (6)$$

$$\bar{a}(T) = \theta \sum_r^{x+T} a_x \quad (9)$$

$$\frac{dv_x}{dx} = v_x(\mu_x + \delta - \lambda_x) - \sum \mu'_x S'_x + p(i) \quad (7)$$

$$p(i) = \frac{\sum_{\alpha}^r l_x^{(\alpha)} \mu_x' b_x S_x' e^{-\delta(x-\alpha)} dx}{\sum_{\alpha}^r l_x^{(\alpha)} b_x e^{-\delta(x-\alpha)} dx} \quad (37)$$

$$\frac{da_x}{dx} = (\eta_x + \delta) a_x - 1 \quad (10)$$

$$Q(T) = Q(T, i, c, n) \quad (12, (13), (15), (17))$$

以上の方程式群を解いて、積立金 $M(T)$ の運動法則を明らかにし、たとえば、整理資源 $Q(T)$ が十分に過去勤務債務に見合うだけの金額とならなくとも、次式、

$$M(T) > 0 \quad (38)$$

を満足するに足る年数 T の値を把握し、かつ上式(38)を堅持し得る限りは、年金財政は具体的には健全なりと判断するのほかはない。

なおこれらの問題は現実には、表 5 の収支の見通し、すなわち収支計画表の策定を通じて検定できる。しかし表 5 ではベース・アップもスライドも皆無とした計算であるが、表 6 A および B はそれぞれ、自動変数 (autonomous variable) として標準報酬年額 G および年金給付額 B を用いたもので、いわゆる“動態化された収支計画表”にほかならぬ。収支計画表の動態モデルは全く未開の分野ではあるが、表 5 のごとくスライドもベース・アップも全く無視してしまった収支の見通しだけでは、動態下の成長経済に相応しい年金財政の健全性を確認することはほとんど不可能に近い。表 6-A および B は、収支

表 5 収支の見通し(金額表示)

(単位 億円)

T	区 分	収 入				支 出	積 立 金 M
		保 険 料 P	利 息 $M \times i$	国庫負担 $B \times 0.2$	計	給 付 金 B	
23	昭40	3,049	700	112	3,860	541	14,729
28	45	3,779	1,743	195	5,717	975	34,934
33	50	4,410	3,148	383	7,942	1,893	61,835
38	55	5,081	4,881	690	10,652	3,422	94,807
43	60	5,695	6,918	1,067	13,681	5,300	133,436
73	90	6,060	18,242	5,897	30,199	29,416	341,178

資料 山本船後著『厚生年金保険法精解』

表 6-A 総標準報酬年額=Gを単位の動態分析

(単位 %)

T	区 分	収 入				支 出	積立金率 $\frac{M}{G}$	総標準報酬年額 G
		保険料率 $\frac{P}{G}$	利 子 $\frac{M \times 1}{G}$	国庫負担 $\frac{B \times 0.2}{G}$	計	給 付 費 $\frac{B}{G}$		
23	昭40	55	13	2	70	9	267	5兆5,000億
28	45	60	27	3	90	15	554	6兆3,000億
33	50	65	46	6	116	28	904	6兆8,000億
38	55	70	67	9	146	47	1,310	7兆3,000億
43	60	75	91	14	180	70	1,755	7兆5,000億
73	90	90	272	88	450	438	5,082	6兆7,000億

注 厚生年金保険法は昭和17年から実施となっているので、昭和43年は T=23 となる。

表 6-B 給付金=Bを単位の動態分析

(単位 %)

T	区 分	収 入				支 出	積 立 金 $\frac{M}{B}$	総標準報酬年額 $\frac{G}{B}$
		保険料率 $\frac{P}{B}$	利 子 $\frac{M \times i}{B}$	国庫負担 $\frac{B \times 0.2}{B}$	計	給 付 費 $\frac{B}{B}=1$		
23	昭40	5.64	1.3	0.2	7.14	1	27.2	101.7
28	45	3.94	1.8	0.2	5.94	1	36.4	64.8
33	50	2.33	1.7	0.2	4.23	1	32.7	35.9
38	55	1.49	1.4	0.2	3.09	1	27.7	21.3
43	60	1.07	1.3	0.2	2.57	1	24.8	14.3
73	90	0.21	0.6	0.2	1.01	1	11.6	2.3

計画表動態化のための一つの事例にすぎず、より良き収支計画表の動態モデルの開拓を期待しつつ筆をおく。

付 記

厚生年金保険法の改正案は第 61 回国会で審議未

了となったので、2万円年金の実施期は不明である。少くとも本年 11 月よりの実施は不可能となった。(44.8.24)

最近の社会保障の概説書

角田豊・小倉裏二編『現代の社会保障』, 1968, 393 p., 京都法律文化社

小倉裏二著『社会保障と社会問題』, 1968, 409 p., 汐文社

小山路男・佐口卓編『社会保障論』, 1968, 278 p., 有斐閣

大村潤四郎・吉田寿三郎・重田信一共著『社会保障・社会福祉』, 1968, 232 p., 医学書院

この1年余の間に出版された社会保障の概説書について、まとめて読後の感想を申し述べることにした。取上げた4冊の概説書は専門的な学術書というべきものではない。『現代の社会保障』『社会保障論』『社会保障・社会福祉』の3冊は、はじめから入門書、啓蒙書を企図したものである。『社会保障と社会問題』も著者の論文集ではあるが、その発表誌を一覧しても学術論文と呼ぶべきものは少い。

しかし、そうした概説書であるがゆえに、それぞれの著者達がその前提としている基本的な問題、すなわち社会保障の本質論について、おのずからその本音を表白していると見ることもできる。

そうした自然な表白の中にも、著者の並々ならぬ蘊蓄、力量を感じて深く敬意を表さないわけにはいかないこともあるし、イデオロギーの立場に偏して、案外無思慮に独断的な前提に安住していることを発見してささか不満を禁じ得ないこともある。総じていえば関西の諸学者に勢いのよいいさましい発言が多い。年若い学生が自分たちだけが世の改革の担い手であるかのように思い、難解な新語を造語して叫喚を繰返しているのにも似ている。社会の基本的な矛盾に対する深い憤りを深く内に蔵して、しかもそうした困難な条件の下で国民の福祉をいかに計るべきか。またその可能な条件は何か。そのような設問とその応答こそ本邦の社会保障理論が樹立されることと思われるが、これらの人々にはそうした思考力はない。

山田雄三の『社会保障研究序説』がわが国においてはじめて、こうした要請にこたえて、客観的学問的な社会保障研究の方法論を示したことは、まことにこの上ない収

穫であった。その行文の平明さも、真実は威丈高な強弁の中にはないことをしみじみと思わせるものがあった。同書は既に本誌でとり上げているので、以下前掲の4冊についてのみ紹介したい。

角田豊・小倉裏二編の『現代の社会保障』は関西に住む社会保障学者が共同して分担執筆したものである。

社会保障の基礎理論は、第1章資本主義と社会保障、第2章社会保障の思想と方法、に分れ、坂寄俊雄、高島進、真田是、嶋田啓一郎、小倉、角田、小川喜一、大塚達雄、吹田盛徳、住谷磐の諸氏がそれぞれ専門とする分野から執筆している。角田が冒頭に述べているはしがきとこの基礎理論篇とが本書の主張を特長づけるものとなっている。

日本では急激な経済「成長」の結果、工業化・都市化が進み、就業構造においても労働者人口が過半となり、公害・労働災害・住宅問題・交通問題が深刻となり、しかも高齢化は進みつつある。社会保障の貧困は、今までになく労働者や勤労諸階層の生活不安をもたらしている。……とりわけ最近、財政の硬直化を理由として、社会保障の露骨な改悪が企てられている。この背景には、軍事負担・東南アジア経済援助等が、従来からの大企業優遇の財政および金融的投資等に加わって、大きく財政を圧迫するという事情がある。(はしがき)

こうした論調ではじまる叙述はアメリカの世界戦略やベトナム戦争にも及び、今日のわが国政の基本路線にもするどい批判を加えることになる。

福祉国家とは現代資本主義、国家独占資本主義の別名にすぎず、資本主義の危機に対応して、国家が金融寡頭制を補強するために前面にでてきた段階である。独占利潤の保障のために搾取が国家を通じて一段と強められ、貧困化が勤労大衆にしわよせされ、福祉国家の一指標とされる社会保障はそうした体制の維持・搾取基盤の整備の機能を意図されているのである。(36ページ)

日本の“一万円年金”や国民健康保険の“医療皆保険”のように、社会保障の整備＝譲歩の拡大とい

う幻想のもとで、かえって積極的に社会保障が収奪機構として機能を発揮するものにまでされている。(50ページ)

こうした筆致はきわめて鋭く、素描はひどく暗い。われわれは共通の理解として、現代社会における貧困の底の深さを知っている。ここではそうした一切が国家独占資本の支配の結果であって、社会保障そのもののまが巧みな収奪機構として捉えられている。私にとっての疑問はそうした社会保障の理解が社会保障の個々の方法をどのように意味づけるかということにある。第2章の社会保障の思想と方法は、その意味で第1章の全面的に否定的な一般論をうける章としてはかなり立場が混乱している。少くとも第2章の表題をうけて、社会保障の積極的内容、その方法を規定しようとするとき、当然のこととして社会保障の肯定的な意味づけを考えなければならなくなるからである。

社会保険、ケースワーク、ソーシャル・アクション、コミュニティ・オーガニゼーション、グループワーク等等。それぞれの方法とその原理に触れているところは、第1章の叙述といかにかかわらせるべきものであるのか。もしこれら社会福祉事業の方法に何らかの意味を付与しようとするのであれば、社会福祉事業を包括する社会保障制度そのものにも、イデオロギー的な即断による断罪以外の、何らかの積極的肯定的な理解が必要であったはずのものではないだろうか。

小倉・角田の筆になる第3章社会保障の歴史、角田・小倉・中条・辻村一郎による第4章社会保障の体系、加藤睦夫・宮本憲一・堂面芳夫による第5章社会保障の財政と経済、小倉による第6章日本における社会保障の特質、が上記の2章につづき、この四つの章を日本の社会保障として編んでいる。

年金保険や共済組合の保険料が財政融資の財源となっていることを衝いて、まさしく社会保険は大衆収奪機構にすぎないという指摘や、朝日訴訟の第二審判決への痛烈な批判もある。そうした文脈の中で、各種社会保険の給付の改善や、福祉的諸施策の適用の拡大にも触れているところはいかにも奇妙な感じをうける。社会保障制度全体の改廃、成長といったことを、より統一した理解のもとにあとづける必要があるのではなからうか。64年暮の失業保険法改正の動きは、自労や地方議会の反対闘争のみを評価しているように読める(138ページ)が、季節労働者等に対する雇用政策の充実が先決の問題であったとしても、失業保険法そのものの整備は当時緊急の課題であったし、地方議会等の反対が十分理にかなったも

のであったとは思われない。すべての反対運動がみなよしといった無定見な歴史叙述は、基本的には社会保障をプラスの政策目標として容認していないところから生れてくるのであろう。

第5章に年金積立金の自主的運用をめぐる政策論争史に触れているところがある(205~210ページ)。そして自主的運用がほとんど空文化している今日の制度を矛盾の集中的あらわれとしている。まさにそのとおりなのであるが、政策論争史としてあげている行政内部での自主的運用を推進しようとする主張をどのように評価すべきであるのか。もともとそれらを茶番にすぎないもの、おちつく先は知れ切っているとしてしまうのか。総じてイデオロギー的偏りのある立場からは、多様な力関係を正確に描く歴史叙述は不可能に近いように思われる。

ついで現代社会保障の課題と展望として、第7章社会保障の国際的動向、第8章社会開発の課題、第9章最低生活の保障の三つの章がおかれている。嶋田、小倉、角田、小川、信谷、三塚武男、井垣章二、桑原昌宏、宮崎鎮雄がそれぞれ分担執筆している。

第7章で国際動向をとりまとめている視点はきわめて公平で正確である。しばしば公式的な記述の見られる本書にあって、本章の叙述はきわ立って優れている。そこでは各国なりの独自の努力が丹念にあとづけられている。

基本的な定額年金の上に、報酬比例制を採用して付加的年金を上積みする補足的年金制度は、スウェーデンにおいても59年に制定され、63年から給付を開始している。すでに57年から、年金に物価水準の変動に対する毎月の自動調整を加えているスウェーデンの社会保障制度のごときは、社会保障推進の基本条件となる人口構造、生産構造、ならびに民主化程度の特徴の絡み合せの所産たることを示す適例であって、これをただ独占資本の危機的段階における労働力保全や産業平和への緊迫した要求に基づくものとみる公式主義では、その真相を理解することはできない。(251ページ)

現実の政策が所与の諸条件の絡み合せで展開されるという意味では、第8章の社会開発の課題が、都市問題、公害、スラム、住宅問題、児童福祉等をとりあげて、現代の社会状況を明らかにしようとする努力を見せている。社会開発という考え方そのものは十分に成熟したものとはうけとれないと前提しながら、資本制経済のもとで国連をはじめ、国家努力、国際協力の各相に触れているのは、社会保障を主題とした本書にあっては卓見であり、大きな特色を示すものといっている。

終章の最低生活の保障はこの社会開発の叙述をうけている仕組になっている。高度に発達した現代の産業社会にあつては、その成員1人1人の保障は、幅広い経済社会政策の中でこそ可能になるはずのものだからである。

小倉裏二著『社会保障と社会問題』は前記の編著書の中での同氏の主張をより鮮明に集約した形で述べたものである。年齢的には斯界の中堅に属すると思われる氏が、その意味で大方の期待を集めている氏が、さまざまな機会に精力的に発言し、執筆された諸論文が集められている。

発表の時点ではせいっぱいに書いたものも、こうしてならべてみるとまことにぎくしゃくして全体としての筋のおおらぬところも多い。……問題意識のみ先行しての空転もみられる……(まえがき)

著者は控え目にこのようなことを書き記しておられるのだが、たしかに氏の行文にはぎくしゃくした難渋さがある。氏のいわゆる問題意識が凝集した調子の高いコトバだけが氾濫して、それが論理の展開にまで十分熟していないことを感ずるのである。氏の社会保障論の原点がテレージングトであることは、世代をほぼ同じくする筆者とても同感である。しかしそれをこうしたむき出しの形で強調してみても何の説得力もないことを知らねばならない。もし論旨の展開が十分であれば、それはいわなくてもすむことなのである。かつて名画「禁じられた遊び」が叙情にも似た美しい画面の数々の中で、何ものよりも強く平和への訴えを語りかけることに成功していたように、いつまでも年若い学生のシュプレヒコールにも似て、コトバだけを叫びかわすことからは卒業したいものだと思う。

さて、この書の全体は6部から成っている。社会保障、医療保障、社会問題の領域、部落問題、朝日訴訟、地域福祉論がそれである。

第5部の朝日訴訟はとくに力編である。第4部の部落問題とをあわせ読むと、小倉氏が鋭敏な良心をもって感じとっている現代日本の恥部を否も応もなくさし示される思いがする。そこを私どもは素通りしてはならないわけであるし、社会保障論がきれいごとであってはならないことも当然である。しかし研究者が問題の指摘だけで終ってはならないことももちろんであり、たんに痛憤をぶちまけるだけでは思考の怠慢である。そのことは両編の結語が前進、変革、たたかいというような説教調となっていることとも無縁ではなさそうである。小倉氏の設問の真剣さは、氏の人柄を知る私には十分わかるような

気持がするだけに、研究者としての氏の論述がそこに止まっているのは何とももどかしい。

その意味で社会保障への視点、社会保障の最低基準、「社会福祉対象論」の構成、の3論文より成る第1部なども、用語の生硬さだけが印象に残るのである。こうした肘をはったもののいい方がのり越えられた時に、あるいはそういう努力を重ねた時に、はじめて研究者の思惟が鍛えられるのである。

その点、次に紹介する「社会保障論」の「年金制度(第10講)」、「医療保険(第11講)」が、きわめて濃縮した形で当該領域の諸問題を解説している力量を学ぶべきであろう。限られた範囲でしか通用しないようなコトバを繰返しては、社会保障の理解をひろめていく啓蒙の役割も果し得ないであろう。

小山路男・佐口卓編『社会保障論』はその狙いが大学生のテキストであるために、啓蒙的入門的な概説書となっているが、さらに一步をすすめて、現在の社会保障が当面している諸問題についても、かなり高度の理論的問題についても、専門的な検討考察を加えている。したがって叙述は平明であるが、内容的には相当高度のものがある。もっとも編著者の外、多くの若い研究者が分担執筆しているため、全篇を通読すると多少弱いところが目につきそれが残念といえる。

全部で18講より成っているが、その構成は次のとおりである。

第1講 社会保障の範囲と方法(小山路男)、第2講 社会保障の主体と対象(森健一)、第3講 社会保障の理論(森)、第4講 資本主義と社会保障(木村正身)、第5講 社会保障と国民生活(中鉢正美)、第6講 社会保障と社会経済的条件(中鉢)、第7講 社会保障の財政(小山)、第8講 所得保障(小山)、第9講 医療保障(中村正文)、第10講 年金制度(安藤哲吉)、第11講 医療保険(佐口卓)、第12講 失業保険・労災保険(西岡幸泰)、第13講 企業福祉・労働者福祉(桐木逸朗)、第14講 公的扶助(木村)、第15講 社会福祉(I)(横山和彦)、第16講 社会福祉(II)(岸勇)、第17講 わが国社会保障の国際的地位(工藤恒夫)、第18講 わが国社会保障の課題(佐口)。

社会保障は新しい考え方である。すべての国民に最低生活を保障し、国民生活を安定させようという政策意識は、1930年代から発生し第2次大戦後の先進諸国に定着したのである。その重要な指標として、1942年のベバリッジ報告があげられよう。こ

の場合、とくに注意しておきたいのは、新しいのは社会保障の考え方そのものであって、それを構成する個々の制度ではないことである。(1ページ)

本書の特長は多数の執筆者の共同労作でありながら、編者の両教授の神経が全編にゆき届いて、かなり首尾一貫した体裁をととのえていることである。とくに首講と終講を編者が自ら執筆して、確実な全体的な展望を与えておられることはありがたいことである。

社会保障が新しい考え方であって、それを構成する仕組、あるいは個々の施策自体は、いわば福祉志向的な制度として、それぞれの歴史を持っているという上記の論旨は、第4講と、第14講で保険と扶助の史的な展開を説いて、やがて社会保障の一環として形成されていく過程を描いている記述に照応している。ことに第4講はすぐれた社会保障小史として簡潔な論述とともに光っている。執筆者の用意した原稿を、編者たちが徹底的に加筆したものであると聞いているが、そうしたところにも編者らの良心と見識がうかがえる。

動態論的には、社会保障は経済成長とどう関連するか、という問題提起がある。経済成長は所得格差の増大を始めとして、国民生活の全体に大きな影響を及ぼす。したがって、経済成長にともなう国民生活の不安定性の増大は、成長のもたらす矛盾として重要な意味をもつ。(3ページ)

「貧しさ」というのは「豊かさ」が存在しなければ、そもそも問題とならない。そうしてそのような諸国では、当面の問題は何よりも経済開発ということになる。ただ、経済開発が社会矛盾を激化しないように、それと同時に社会開発を進める必要がある。……社会保障による所得維持だけでは、国民生活の安定がはかりがたいほどの激しい社会変動を私たちが体験しつつあるからである。社会保障それ自体の貧困と、その基盤の未熟という二重の困難に、私たちは直面しているのである。(5ページ)

こうした第1講の導入が、第6講社会保障の社会経済的条件の中で巧みに受け継がれる。そこでの中鉢教授の主張を小項目を挙げて紹介すると、経済発展と社会保障、戦後日本経済と社会保障、経済計画と皆保険、社会保障と産業構造変動、経済成長と産業構造変動、「豊かな社会」の貧困、社会保障と社会計画等となる。さらに記述にまで立入ってみると、

いまや単に医療の問題のみならず、失業保障や高齢保障、児童福祉の全般にわたって、個人の所得再分配だけによってはまかなうことのできない社会的

な生活諸条件の整備が必要とされるようになってきたのである。(73ページ)

というような叙述になってあらわれる。このような前後の周到な照応を考えると、本書の構成についての編集者の配慮が並々でないものが知られるのである。

総論的な部分ともいべき第1講から第7講まで、各論に相当する第8講から第16講の後に、結論として国際比較よりする考察と、終講の課題如何が続いている。

皆保険・皆年金の具体的構想とその実現は、イギリスないしは北欧諸国にみられる制度への接近を潜在的に示したのであった。

ところが、1961年の皆保険・皆年金の実現以後、今日に至るまでの社会保障をめぐる動向、ことに制度のいちじらしい新制や改正に一貫してみられるものは……むしろ、……いわゆる西欧の大陸諸国にみられるような方向であった。ここに従来からわが国においてとりあげられていた理念と動きつつある実態との間における食い違いをみいだすのであり、それをどのように理解すべきかという問題がある。いうなれば、ここにあるのは、社会保障の政策決定に対する根本的な態度が確立していないことなのである。(213ページ)

もっとひろく社会保障を解釈して、国民生活に対する便宜を社会的に提供し、とくに個人的に確保できない面をカバーすることが必要とされる場合には、いわゆる社会サービスといわれるものとなる。これは、所得保障が社会保障の中心であり、すぐれた社会保障の経済的機能を期待することができるとしても、それに先立つ必要な条件を形成するものである。そしてひろくいう場合には、今日の言葉でいう生活環境の整備ということにあてはまる。いいかえれば、先進国においては、国民生活に対するこのような生活環境の整備をまずもって充実することが行なわれ、ついで、所得保障を個々人の事情に応じて確立してきたとみてさしつかえないのである。そうだとすれば、わが国においては、このような面の努力が怠られていることに気づくであろう。(214ページ)

わが国の社会保障制度も、他のあらゆるものがそうであるように、しばしば先進諸国に対して追いつき追いこせということで、無定見な展開を見せてきた。原則を確立すること、それがこの終講を通じて佐口教授の訴えることであり、社会保障の前提条件ともいべき社会開発の強調も忘れてはいない。

この究極の理想をかかげたとしても、現実はいく

の問題を含んでおり、……二者択一的な問題の設定だけで理想へ近づけるものではない。なぜならば、現代社会におけるこの複雑な国民生活の保障という仕組みは、簡単に割りきれない存在だからである。この意味において、社会保障は今日においてもっとも必要なものと認識されながらも、それへの具体的解答は容易なものでないことを知らねばならない。いま一度、社会保障の理想と現実の間に横たわる問題を、理論的にも具体的に、客観的にみつめることが望まれるであろう。それが社会保障を考えてゆくうえの第一歩であることをあらためて強調したい。(221ページ)

このように理論的にも具体的に地道に一步一步つめていこうとする姿勢を堅持していることが、この『社会保障論』の特長であり、この書をまことに得難い貴重な存在としているのである。

公衆衛生看護双書の11巻として著わされた、大村潤一郎・吉田寿三郎・重田信一共著『社会保障・社会福祉』は公衆衛生に多くの力点をおきながらも、手頃な入門書となっている。

大村が社会保障と公衆衛生、吉田が日本の社会保障に関する現行制度の概況、重田が社会福祉の実態を執筆している。

社会保障ということば、という定義づけから叙述をはじめ大村氏は、厚生省科学技術参事官としての専門的立場から、手堅い解説のうちにも2,3の特長ある論旨を展開している。

疾病と貧困を総体的に把握して、精神的、身体的、社会的に真の健康者を作り上げることが目標とする包括的医療(Comprehensive Medicine)の樹立が第1の課題であること。社会保障と生産性という項目を掲げて、その経済的効果を論じていること。人間への投資として、各種の社会的支出を奨めていること。社会保障の統合と調整として、社会扶助による保健サービス、社会保険の統一等を各国の制度を挙げて例証していること。等々には、いかにも自然科学の徒らしく、単純明解に社会的諸条件

を捨象して、そのあるべき姿を論じている率直さがある。

その率直さは長く公衆衛生院におられた吉田氏にも受け継がれる。社会保険、公的扶助、児童手当、公衆衛生と医療、社会福祉など全般にわたる制度の概況をのべたのち、社会保障のビジョンという一節をとくに設けているのである。今後の社会保障は老人ケアの問題を中心として展開される。吉田氏はそのように主張する。それは社会問題でもあり、医療の問題でもある。わが国の例をとれば、今後増大する高齢層の医療需要に応えるためには、現行の医療制度——とくに医療供給側の矛盾や無駄を根本的に改めておかななくてはならない。人口構造の変化という将来への見通しが、現行制度の再編成という起動力となりうるのではないか。医学徒としての吉田氏の展望はそこから出発しているようである。

重田氏の社会福祉は本双書の対象である保健婦のためと限定しながら、社会福祉の実態活動について手頃にまとめている。救貧対策としての社会福祉、母子保健と児童福祉、老人福祉と身心障害者の福祉。執筆者の社会福祉に関する蘊蓄を知るほどの者には、頁数の制限がいかにも残念なほど簡略にすぎる記述の中にも、読者は十分に正確な全体像を与えられることであろう。

今、周知のように洋の東西を問わずステューデントパワーが吹きあれている。その雰囲気の中で変革の論理を説くことはたやすい。

しかし、およそ人類の歩みは遅々としたものであること。漸進と改良という迂遠な途の中に、より確実な成果が期待できるものであること。社会保障も社会福祉もその途を行こうとしているものであり、そうした不退転の息の長い姿勢が必要であること。性急な革命家はしばしば急転して執拗な反動家に転落したこと。何を書き、何を説くとしても、人1人1人の全生涯と全人格をかけた重みが必要であること。

いくつかの概説書を読みながら、しきりに私はそのことを考えた。

(谷 昌恒 北海道家庭学校長)

C. バレンタイン著

『文化と貧困：批判と対案』

Charles A. Valentine, *Culture and Poverty: critique and counterproposals*

The University of Chicago Press, 1968, pp. xiii+216

“Culture of Poverty” (貧困文化) という用語はまだ生れて日が浅い。バレンタインによれば、これは Oscar Lewis の造語で、彼の *Five Families: Mexican case studies in the culture of poverty*, 1959. の中で初めて使われ、M. Harrington の *The Other America*, 1962. を通して広く普及するようになったもののようである。ハリントンは「合衆国における貧困は、一つの文化、一つの生活様式となっている」「貧乏であることは、この国における一個の人間の生活の一面ではなくて、彼の人生なのである。全体としてみれば、貧困は一つの文化である」といって、アメリカにおける新しい貧困問題を鋭く指摘した。これが “War on Poverty” (貧困との闘い) の先鞭をつけた事実を忘れてはならない。またハリントンと並んで、貧困を優れた筆致で描写してきたのがオスカー・ルイスであり、彼の業績も高く評価せねばならない。Thomas Gladwin もルイスが科学的貧困研究の先駆者であることを認めている。そこでバレンタインに与えた影響も大きいルイスについて触れておこう。

ルイスは、1943 年以來メキシコの農村研究に従事し、1951 年に *Life in Mexican Village: Tepoztlan restudied* を著わし、当時最もすぐれたコミュニティ・スタディとして注目された。そして、テポストランからメキシコ・シティへ移住していった人々の生活を追って研究を続けるルイスは次々と新しい家族研究領域を開拓していった。“Five Families” では五つのメキシコ人家族をとりあげ、それぞれのありきたりの 1 日の日常生活を詳細に描写している。さらにこの五つの家族のうちの一つ、メキシコ・シティの都市スラムに住む Sánchez 家族に焦点を合せて書かれたのが *The Children of Sánchez*, 1961. である。ここではサンチェス家の家族 1 人 1 人の生い立ちを彼らの言葉で語らせている。ルイスはこれを「複合的自伝の方法」(the method of multiple autobiography) と呼び、また同じ出来事を何人かの者がそれぞれの眼を通して語るという意味で「羅生門的手法」とも呼んでいる。いずれにせよ、このように家族成員全員

の後も同じ手法で、急激な文化変動を経験しつつあるメキシコ農村家族の分析を行ったり (*Pedro Martinez*, 1964), ニューヨークの都市スラムに生活する家族を描いたりしている (*La Vida: A Puerto Rican family in the culture of poverty*, 1966). 後者の作品はピューリッツァ賞を受賞しており、ルイスが広範な読者層をもっていることが知られる。

オスカー・ルイスはこれら一連の研究を通じて「貧困文化」の理解を深めることに努めてきた。彼にとって家族は、文化と個人との媒介項であり、家族研究を通して「貧困文化」にアプローチしようとするものである。まだ理論構築は十分とはいえないが、これまで余りとりあげられなかった人々——とくに下層階級——の心理を、彼らが何を考え、何に感じ、何に悩み、何を議論し、またいかなる期待をもち、いかなる楽しみがあるのか、との視点から分析しようとするとき、複合的自伝の方法はこれらの諸点を克明に描き出してきたといえよう。

もちろんこうしたルイスの方法に対する反論もある。*Current Anthropology*, Vol. 8, No. 5 (Dec. 1967) は、『サンチョスの子供たち』『ペドロ・マルティネス』『ラ・ビーダ』の三書に対する誌上合評会を行っている。ここでも、ルイスの著作は科学ではなく文芸作品である (Beattie) といった批判が浴せられている。しかし、それは literary realism とは違った ethnographic realism の極致を拓いたとみることもできよう。

いろいろ評価はあろうが、オスカー・ルイスの「貧困文化」理論のメリットは次の点にあるといえよう。(1) 貧困問題に「文化」概念を導入したこと。文化が世代から世代へ受け継がれていく生活構造を意味するのと同じく、貧困もまた世代から世代へと受け継がれていく生活様式である。その意味で貧困も一つの文化である。(2) 貧困文化の普遍性を主張したこと。貧困文化は地域的、田舎—都市的、あるいは民族的差を越えた資本主義社会に普遍的な諸特性をもつ。このことは、従来ある特定の民族集団や地域集団の行動パターンを、その集団に具わった特異なものとする偏見を打破した。(3) 貧困文化にポジテ

イブな側面を認めたこと。現代における貧困は、単に経済的窮乏、秩序の混乱、あるいは何らかの欠乏というだけではない。それなくしては貧困者の生活に支障をきたす、その意味で貧困が防衛機構となっていることがある。

少しくどくどとオスカー・ルイスの業績について触れてきたが、それは本書が、貧困研究における新しい領域を開拓してきたルイスを高く評価しながらも、これ乗り越えようとしているからである。

バレンタインはワシントン大学の人類学準教授で、フイルド・ワークの経験は余り多くなく、ニューギニアへ2回ほど調査旅行している程度である。したがって本書はもっぱら文献研究を旨として構成され、副題の「批判と対案」が示すように、これまでに発表された貧困と文化（生活様式）とに関連する諸説に検討を加え、新しい対案を提示せんとする意欲的著作である。貧困文化という言葉がまだ十分定着せず、誤解されている面も多いとすれば、本書のように貧困文化にかかわる理論的整理を行っておくことはきわめて有益である。

本書の構成を示せば次の通りである。

第1章 序論：文化概念の導入と濫用

第2章 自己永続的下層階級：文化的イメージとその政策への反映

第3章 国際的「貧困文化」に対する社会科学及び社会政策からの意味づけ

第4章 従来の貧困者イメージに対する挑戦の開始

第5章 複合社会の人類学的研究：新しい理解のための方法と展望

第6章 結論：貧困及び貧困者の現状と未来に対する見方

補論 不平等解消のために貧困者に権限を付与する提案

付録 今後の民族誌学的調査研究の構想

第1章では、貧困と文化という基本概念についての考え方が述べられている。

文化には普遍性、組織（結合力と構造）、創造性の三つの側面がある。もっとも簡約していえば、文化とは人人の生活様式全体であり、行為を生み、導く規則である、ということになる。

貧困については、その本質を“不平等”すなわち、相対的な権利剥奪（deprivation）に求めている。富裕者には具わっているものが貧困者には欠けている。その意味で物質的不平等が存在する。とくにアメリカでは、イデ

オロギー上の諸価値が“平等”を非常に重んじている。一方、現実には貧困者は、職業、教育、政治的勢力などの広範な領域にわたって不利益を被っている。そこに社会問題としての貧困を文化との関連でとらえる場合の鍵がある。また従来の貧困研究を検討してみると、貧困問題を論ずる視点が中産階級の側に偏っているという問題がある。そこで著者は、貧困文化ならびに関連概念が貧困者の生活の現実をいかに歪め、そのためにわれわれの貧困者に対する理解がどれだけ阻害されているか、またその結果、貧困者の不利益を放置してきた政策にどれだけ肩入れをしてきたか、などの点を鋭く弾劾している。

第2章では Franklin Frazier, Nathan Glazer, Daniel P. Moynihan, Walter Miller, David Matza が祖上にのせられている。ここにあげた5人は、貧困と黒人とを同一視していること、貧困は貧困者自身の責任であって、その救済手段は貧困者自身の中に求めるべきだと主張する点で共通している。

フレイザーは、黒人社会に一貫した文化体系があることを否定し、黒人の貧困のイメージを解体と絶望という言葉で表現した。それは世論も社会統制もコミュニティの規則も存在しない社会現象が累積した社会である。このようなイメージがその後の「下層文化」「貧困文化」概念に与えた影響を見逃すことはできない。

グレイザーもモニハンもフレイザー理論の後継者である。現在の貧困原因は“職務上の無能力”、“教育成果の欠如”にあり、その責任は貧困者の家庭、コミュニティが負わなければならない。ここでも自助、自省といった「自惚れたエリートの独断」が幅をきかせている。

モニハンはまた、彼の“モニハン・リポート”が大統領演説の基調をなしたという意味で、フレイザーの伝統——下層文化概念——を政策に反映させたことになる。彼の主張は安定政治（politics of stability）路線を行くもので、貧困原因は家族の構造にあるから、黒人の家族構造の安定化を計るべきであるという。そのための施策として、完全雇用、訓練および再教育、家族（児童）手当などを提案している。

これに対してバレンタインは次のような批判を加えている。——例えば、家族手当は真の貧困者救済策たりうるのか。計画では全ての子に平等の給付をすることになっている。しかしこれでは、貧困者が全人口の4分の1だとすれば、家族手当支給金の4分の3は貧困者以外のものを潤すことになる。それでは実質的な貧困対策になりえないのではないか。階層間の再配分といっても、結局は現状を固定化するだけではないのか。

以上のような議論から次の二つの傾向を指摘することができる。(1)中産階級が貧困に対して抱くステレオタイプと、貧困文化という学術用語がもつイメージとが類似している。(2)非貧困者が定義し、価値判断を下すので、貧困者は社会の安定と公共の秩序に対する脅威とみなされる。

このことを端的に示しているのがミラーである。ミラーは下層階級の特性を示す 12 の中心課題を設定し、そのうち trouble, toughness, smartness, excitement, fate, autonomy の六つを下層階級の非行と犯罪の原因であるとした。これらはいずれも貧困者自身の内部にある原因である。貧困者の文化類型には一切触れず、非貧困者の価値と利己主義だけが表現されている。

マツタは窮乏化理論を用いながら、貧困者を救う責任が非貧困者にあるとは考えていない。それは貧困者自身の内的資質にかかわる問題であり、解決策は貧困者自身が仕事の価値を学び、勤労を愛する「安定した労働者家族」を目指すことだという。しかし、こうした方策が貧困、不平等を除去しえないことは明らかであろう。結局は「不熟練労働者のプール」をそのまま維持するだけではないのか。

第3章ではオスカー・ルイスの貧困文化理論が検討されている。

ルイスは貧困を中産階級との比較的視点から見のではなく、建設的、人道的立場に立っているという点で前章の諸氏とは異なる。また文化の中核は積極的、適応的機能であるとの視点から、貧困文化の中にある適応メカニズムを中心として分析を進めている点でも特異な存在である。

ルイスは、貧困そのものの根絶よりも、貧困文化の根絶の方が困難である、しかし、まず貧困文化の根絶に取り組むべきである、と繰返し主張している。これに対してバレンタインは、なぜ容易な貧困の根絶から片付けないのか、との疑問を投げかけている。これはルイスが地道な人類学的調査から得た教訓だといえよう。貧困者が何人いて、いくら金をかければ貧困者はいなくなる、という問題ではなしに、貧困者の生活様式全体の問題として考えなければ本当の解決にならないとの主張として受取るべきであろう。したがって貧困者の物質的欠乏を補う前に、貧困者の文化を問題にしなければならない。ルイスはこれを精神医学との連携に求めている。それが社会事業・精神医学アプローチ (the social-work-cum-psychiatry-approach) であり、貧困者の中産階級への編入をねらっている。これは中産階級的価値を体得させる

ことを主張してきた下層文化論者と同じで、その点では貧困文化と下層文化との差違は見出せない。相違する点は、社会経済的独立をいかように達成するかという方法の問題である。また貧困文化の特性が、集団解体、個人解体、諦観、宿命、目的的行動の欠如などだとすれば、そんな特性を具えているのは精神病院の慢性患者ぐらいしかいない。それではせっかく貧困文化にポジティブな側面を認めた意義も失われるし、またそのような集団に人間の創造性といった高度の価値を認めるわけにもいかないのではないか。

その他、ルイスの方法論をめぐる疑問、理論モデルと具体的事実との乖離、分析レベル間の相互関連性、典型と代表との問題などが指摘されている。しかし、貧困文化を“参加”の欠如という側面から捉えていることは注目すべきであろう。意識が下ったり、関心がなくなったりするために参加しないのではなく、意識が高く、関心はあっても参加できない。すなわち参加を阻む要件がある。それは貧困者全体の生活を取りまいてる外部社会に原因がある。

第4章では貧困者に対する新しい捉え方をしている Kenneth Clark, Charles Keil, Thomas Gladwin, Eliot Liebow の4人の所説が紹介、検討されている。

クラークは統計分析の欠陥を認め、ハーレムを理解するには真実を探求し、見出した真実を受容し理解せねばならないとの信念のもとにハーレムの実態調査を行った。その結果、「文化逸脱の礼讃」は、それが「魅力的」だから起ることを明らかにした。またクラークはゲットーにも健全性と強さがあることを認め、それに基いて団結心と社会参加による建設的な下位文化変動が起ることを期待している。それは貧困者の自己変革だけに依存するのではなしに、不利な立場にあるコミュニティと一般社会とを結びつける制度体——例えば公立学校——の変革をも含んでいる。

カイルは、黒人には文化など存在しないという従来の考え方に鋭く反発し、黒人文化にポジティブなヴィジョンを持たせようとしている。そして中産階級の価値も黒人文化の枠組の中では逆転することがあることを認めている。しかし、問題の解決には統合ではなしに、選択の余地のある自由が必要であり、そのためには真実追求の聰明さを育てる学齢前教育計画の充実が望まれるとの主張は、ルイスのいう社会事業的解決策と何ら変らない。

グラッドウィンは、貧困者の逸脱した生活様式が外部社会との間に逆機能的関係を作り出している点に注目している。したがって貧困者を何とも手に負えないクライ

メントとして扱うのではなく、逆機能的下位文化を有する集団としてみる必要があり、そのためのプログラムは、文化変動、すなわち生活様式全体の変化を志向したものでなければならない。具体的には、(1)伝統的福祉計画に代る所得保障、(2)現行退役軍人給付の改革、(3)雇用の拡大と合理化、の三つを現在の“貧困との闘い”に追加するよう提案している。要するに問題は、全体社会体系内部のパワーの再配分をどうするかにかかっている。

またリーボウは、貧困の中心原因を下層黒人男子が世帯をもち、家族を扶養するだけの手だてを与えていない点に求めている。その改革には、単に貧困者の生活様式の変化を目指すだけでは十分ではないとして、“貧困との闘い”の欠陥を鋭く衝いている。

第5章では、都市文化人類学者オスカー・ルイスを中心に、複合社会への人類学的アプローチについて述べられている。ルイスの家族民族誌的手法を高く評価しながらも、科学としてはインテンシブ・リサーチ——仮説の設定——数量的研究による検証、の3段階を充実していくことが必要だとしている。またルイスが「都市住民をリトル・コミュニティの成員として研究することはできない」として、都市のコミュニティの存在を否定し、家族研究に没頭したのに対して、スラム・コミュニティの存在を主張した Harbert Gans をとりあげている点は、著者がルイスの家族民族誌にあきたらない感じを抱いていることを示している。

下位文化概念についてはいろいろいわれてきたが、その中で見落されていた点として次の三つを指摘している。(1)下位文化の特色だけではなく、構成要素全体を平等に扱う。(2)構造上の特色の原因は下位社会の内部ばかりではなく外部にもある。(3)下位文化の性格は経験的調査を通して明らかにされる。これらは当然今後の研究に生かされねばならない。

またルイスが提示した 70 の貧困文化特性を集約して、(1)貧困の全体指標あるいは相関、(2)行動の類型と関係、(3)価値と態度、の三つのカテゴリーを抽出している点も注目される。

最後にルイス、ミラー、ガンスの三者の貧困下位文化概念について、それぞれの仮説と命題とを掲げ、それに対する対案を提示するという形で検討が加えられている。

ルイスの主要仮説は、貧困文化が家族内で世代から世代へと受け継がれていく生活様式であるという点にある。これに対して対案では、最低所得階層の生活パターンは、彼らのコントロールのきかない上位社会の構造条件によって決まるのであって、家族のような第1次集団での社

会化が中心をなすとは考えられないと主張している。その他ルイスの命題としてとりあげられているものだけを示せば、(a)参加の欠如という特徴は貧困文化を内側から支えている。(b)上位社会での支配的価値は知識に留まり、現実の行動には生かされない。(c)地域社会の構造は世帯以上のレベルには存在しない。(d)家族の構造およびプロセスは不安定で解体している。(e)個人の一体性は弱く、性格は分裂し、視野が狭い。

ミラーの主要仮説は、下層階級の生活様式は一連の中心課題によって特徴づけられ、下層階級の関心事項は非行と犯罪の多発を生み出すという。そして先にも示した trouble, toughness, smartness, excitement, fate, autonomy の六つの命題について検討されている。

ガンスの主要仮説は、階層とは関係、行動類型および態度が社会・文化（下位）体系と結びついているとの仮定に基づく下位文化であるという点にある。対案では、階層は下位文化というよりも下位社会（構造上の単位）なのではないか、また階級間の差違では、全体社会内部の社会・経済・政治的立場の方が重要ではないのか、などの点が指摘されている。命題では、(a)下層階級の下位文化の特色は女性中心家族で、男は周辺的存在である。(b)男性は愛情の交換だけに参加して、子供の養育はほとんどしない。(c)男女の役割の分離が徹底し、しかも矛盾している。(d)男性にとって生活の予測は不可能である、といった点について詳細な検討が試みられている。

結論では以上の検討の上に立てた次の三つのモデルが提示されている。

モデル1：欠陥のある不健全な下位文化をもつ自己永続的下位社会——下層階級貧困者は別個の下位文化をもつが、それは中産階級の病理的形態である。したがって貧困下位文化は中産階級文化あるいは労働者階級文化に同化すれば消滅する。そのためには貧困者が大多数を占める低開発諸国では革命が有効であるが、そうでない西欧では社会事業、精神医学、教育を通して行われる文化変動によってもたらされる。

モデル2：外部から圧迫を受け、下位文化が食いものにされている下位社会——下層階級貧困者は構造的に異質な下位社会であり、生活上の病理、歪みなどの原因は、貧困者への資源を拒否している全体社会の構造と過程とにある。したがって貧困を根絶する前に全体社会の構造を根本的に変革し、資源の再配分を行わねばならない。その方法としては、有利な立場にある上位階層が進んでその利益を分とうとしない現在、貧困者の代表者による権力への革命的接近によらざるをえない。

モデル3：諸種の適合的下位文化をもつ異質的下位社会——下層階級貧困者は、特色ある下位文化類型をもつ。そしてその類型は病理的特性だけではなく、権利剝奪の事態に創造的に適合しようとする健全でポジティブな側面をもつ。また貧困者の構造上の位置と下位文化類型は、歴史的ならびに現代的所産である。変革は、貧困者向け資源の増大、全体社会構造の変革、下位文化類型の変化、の三つを同時に、相互に補強しあいながらおし進める。その手段として文化復興運動が考えられる。現在アメリカで進められている市民権運動はその原型を示している。

モデル1は現代のアメリカで中心的位置を占める考え方であり、社会事業的アプローチと呼ばれるものである。それに対してモデル2は、ラディカルな変革を目指す革命的アプローチである。モデル3は両者の折衷案であり、社会運動的アプローチとも呼べよう。バレンタインの提唱するモデルは、アメリカの市民権運動から多大の示唆を得ており、さらにこの運動を発展させようとの意図が感受される。

バレンタインは、モデル3を推進するためにはまず貧困者の真の姿を描いたエスノグラフィが必要であり、そのための新しい人類学が現われねばならないとしている。それは、中産階級の下位文化から知的にも、情緒的にも独立した視点に立って、貧困者が何を欲し、何を考えているかを内側から分析することである。さらに下位文化との関連をもつ諸機関の計画や政府の政策をも研究領域に含めるという点でルイスの手法を一層発展させ、エスノグラフィと統計資料、社会政策との総合化を計らんとする広い展望をも与えてくれる。

本書は貧困問題に関連して、それを学問的に研究しようとする研究者の姿勢、問題解決に当る政策者の姿勢、あるいは学問的研究成果と政策との連繋などについて多大の示唆を含んでいる。その根底には複合社会を研究対象とする人類学徒の熱烈なる意欲が感じられる。すでにルイスは、「人類学者は伝統的には世界の遠く離れた片隅にいる未開民族の代弁者であった。しかし今やそのエネルギーを低開発諸国で大多数を占める農民や都市の大衆に注ぐようになった」として、人類学における研究動向を位置づけている。そして自ら都市貧困者の代弁者た

らんと志した。バレンタインもこのルイスの行き方を是認している。それは、貧困者のもつ文化を一つの下位文化と考え、この文化（貧困文化）を貧困者自身の立場から究明しようというものであり、貧困研究をより実りあるものにしていくことが期待される。

一般に相異なる二つの文化が接触した場合、文化は変容すると考えられる。この過程を文化変容 (acculturation) という。では貧困文化の場合はどうであろうか。上位社会（中産階級）の文化と接触しながらも、貧困文化はなかなか変化しない。むしろ上位社会の文化が貧困文化の変化を抑えている。そうすることによって上位社会の存在基盤が安定している。こう考えると、貧困問題を貧困者内部の問題として片付けることはできない。当然全体社会の構造との関連で考えねばならない。しかもつねに中産階級の予断（偏見）は排除してかからねばならない。

バレンタインは貧困問題解決のための展望を市民権運動に見られるような社会運動に求めている。それは長い長い途のように思われる。何よりも黒人に対する迫害、いやがらせなどが半ば公然と行われるアメリカ社会のアメリカの民主主義の価値前提を徹底的に糾弾することなくしては、貧困問題解決のための糸口さえつかめないのではないだろうか。

最初に断わったように、何分とも本書は貧困と文化に関する緒説の理論的整序を目途として、人文科学における事実発見、体系的知識、理論構築の領域と、社会政策、政治、イデオロギーの領域との連携を計ろうとする試みである。その背景には、現在の貧困問題が惹起する政治、イデオロギー闘争が社会の将来を決定するのではないか、またこうした分野への学問的寄与は重要な意味をもってはいるが、従来の専門家の意見はむしろ有害でなかったか。もしそうであるとすれば、そうした従来の諸説に批判を加えることは市民の1人としての義務ではないか、といったバレンタインの発想があった。本書はその使命を十分果しているといえよう。

今後はバレンタインの提唱しているモデルに沿った実証研究が行われることが切望される。現在バレンタインは都市の黒人ゲットーでのフィールド・ワークを準備中だという。その成果のほどが期待される。

(花島政三郎 社会保障研究所員)

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」的視点から資料を収集し、主な計数を定期的に紹介することになっている。
2. 毎会計年度ごとに刊行される 1～4 号の 4 冊によって、一つの体系的概観をはかることにしている。1 号 人口、労働等の社会保障をめぐる基礎的事項、2 号 医療、公衆衛生および人口動態、3 号 社会保障費および社会保険、4 号 社会福祉、公的扶助および社会保障関連制度の順に基本的な諸統計を配置する予定にしている。なお、以上のほかに、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資料の収録の 3 区分を原則としている。可能な限り最新の数字に入れ替えることとしているが、更新すべき数字の入手がまだ不可能であるものについては、従来採用の数字をそのまま再録することがある。
4. 本号では、人口動態、平均余命、死因、栄養、医師および病院数等について国際比較を行い、国内資料は人口動態、栄養、国民総医療費、患者数、医療関係者数、医療施設数、保健所等に関する諸統計を掲載している。
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。

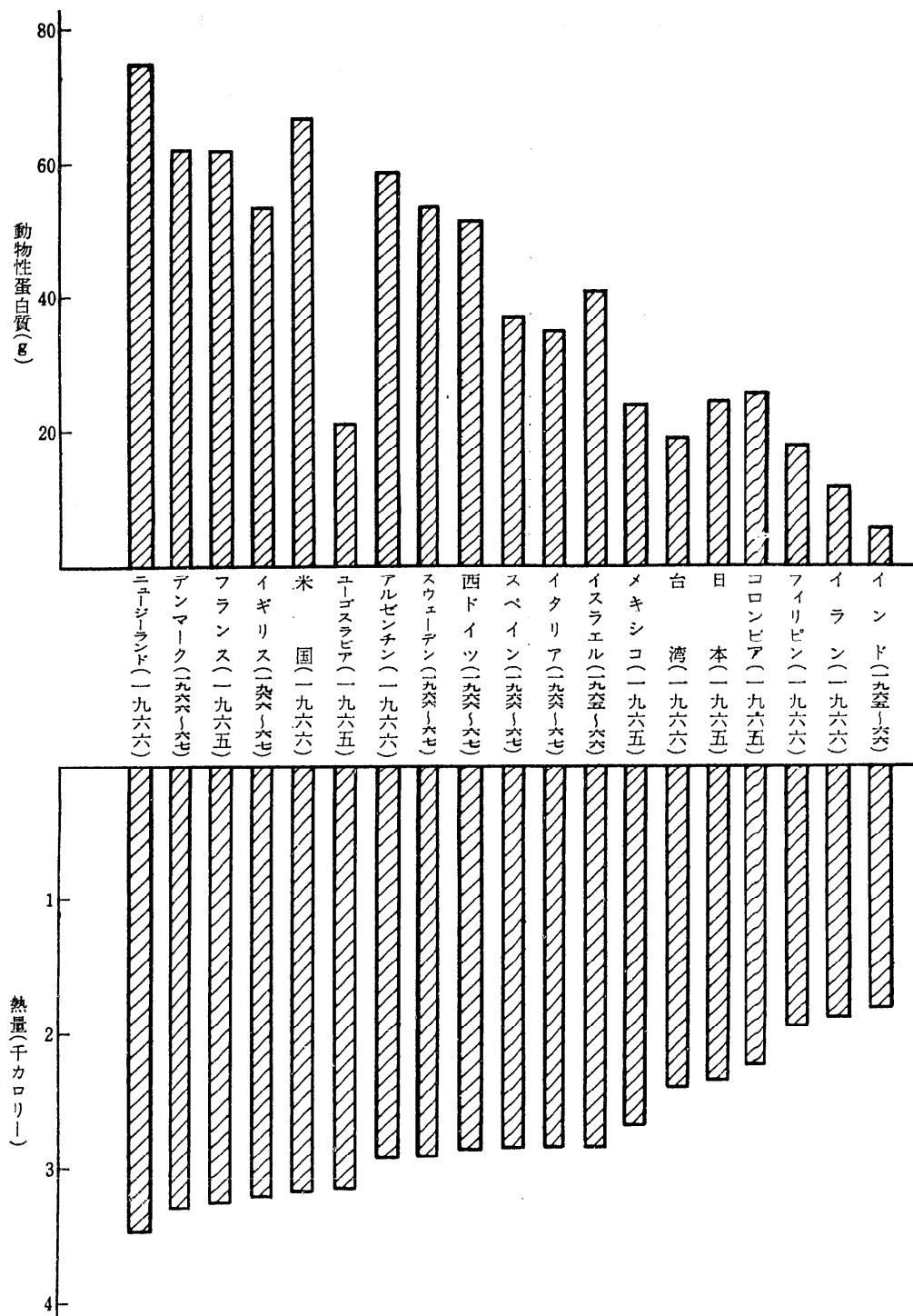
計数のない場合	—
計数不明の場合	…
統計項目のあり得ない場合	・
数値が微小(0.05未満)の場合	0.0
使用した計数の年次等が異なる場合	*

(曾 原 利 満, 大 本 圭 野)

目 次

図 1 各国の 1 人 1 日当り栄養摂取状況……………	83
国際比較	
表 1 各国の人口動態指標……………	84
表 2 主な年齢における各国の平均余命……………	85
表 3 各国の死因別死亡率……………	86
表 4 各国の 1 人 1 日当り栄養摂取量……………	87
表 5 各国の 1 人 1 日当り食糧純供給高……………	88
表 6 各国の医療従事者数……………	89
表 7 各国の病院、病床数……………	90
国内資料	
表 8 人口動態指標の推移……………	91
表 9 栄養摂取量の推移(全国・1 人 1 日当り)…	92
表 10 世帯業態別にみた栄養摂取量 (全国・1 人 1 日当り)……………	92
表 11 国民総医療費の推移……………	93
表 12 世帯業態別にみた傷病世帯数・傷病人員…	94
表 13 病院・診療所の 1 日取扱い患者数(全国 推計)・指数の年次推移……………	95
表 14 全国推計患者数、施設の種類・受療の種 類別……………	95
表 15 傷病大分類別にみた患者数・傷病件数 (全国推計)……………	96
表 16 医療関係者数の推移……………	97
表 17 都道府県別にみた医師・歯科医師・薬 剤師数……………	98
表 18 医療施設数、病床数の推移……………	99
表 19 都道府県別にみた病床数、施設の種類・ 病床の種類別……………	100
表 20 保健所職員定数・現員および充足率…………	102
表 21 都道府県別にみた型別保健所数・1 保健 所当り人口・面積……………	103
表 22 保健所の主な活動……………	104

図 1 各国 1 人 1 日 当り 栄 養 摂 取 状 況



資料 FAO, Production Yearbook, 1967.

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 (人口千対)	
ヨーロッパ州								
スウェーデン	1967	122,126	15.5	79,724	10.1	1,549 ¹⁾	12.6 ¹⁾	7,869
ノルウェー	1967	68,000	18.0	35,000	9.2	1,113 ²⁾	16.8 ²⁾	3,784
フィンランド	1967	76,968	16.5	43,963	9.4	1,096	14.2	4,664
デンマーク	1966	88,332	18.4	49,344	10.3	1,497	16.9	4,839
スイス	1967	107,331	17.7	54,499	9.0	1,996 ²⁾	17.8 ²⁾	6,050
イギリス	1967	956,083	17.4	616,678	11.2	18,029	18.8	55,068
西ドイツ	1967	997,934	17.3	647,562	11.2	24,113 ¹⁾	23.5 ¹⁾	57,699
フランス	1967	837,400	16.8	540,100	10.8	14,290	17.1	49,890
オランダ	1967	238,534	18.9	99,602	7.9	3,523 ¹⁾	14.7	12,597
イタリア	1967	948,626	18.1	508,332	9.7	33,636 ¹⁾	34.3 ¹⁾	52,334
スペイン	1967	677,381	21.1	279,428	8.7	22,463	33.2	32,140
ポルトガル	1967	199,537	21.1	94,721	10.0	11,830	59.3	9,440
ポーランド	1967	521,600	16.3	247,700	7.7	19,800	38.0	31,944
ユーゴスラビア	1967	388,219	19.5	173,412	8.7	24,453 ¹⁾	61.3	19,958
チェコスロバキア	1966	222,501	15.6	141,918	10.0	5,272	23.7	14,305
北アメリカ州								
カナダ	1967	368,000	18.0	149,000	7.3	8,960 ¹⁾	23.1 ¹⁾	20,441
アメリカ合衆国	1967	3,533,000	17.9	1,852,000	9.4	78,200	22.1	199,118
メキシコ	1967	1,948,600	42.7	407,300	8.9	122,868 ¹⁾	62.9 ¹⁾	45,671
南アメリカ州								
ベネズエラ	1967	385,995	41.3	62,792	6.7	17,550	45.5	9,352
コロンビア	1966	663,632	35.7	174,712	11.2	53,088	80.0	19,191
アルゼンチン	1967	518,198	22.5	202,673	8.8	30,211	58.3	23,031
チリ	1966	268,233	30.6	91,086	10.4	34,198	127.5	8,935
アジア州								
日本	1967	1,931,528	19.3	673,281	6.7	26,206 ¹⁾	19.3 ¹⁾	99,920
インド	1964	2,983,617	30.6	...	...	...	...	511,115
フィリピン	1967	763,686	22.0	224,611	6.5	59,284 ¹⁾	72.0 ¹⁾	34,656
台湾	1967	374,282	28.5	71,859	5.5	8,380 ¹⁾	20.2 ¹⁾	13,142
タイ	1965	1,117,698	36.4	216,830	7.1	34,924 ¹⁾	31.2 ¹⁾	32,680
インドネシア	1964	2,983,617	30.6	902,244	9.2	260,296	87.2	110,100
イラン	1966	1,073,744	42.5	177,688	7.0	...	...	26,284
イラク	1966	149,161	17.8	32,652	3.9	2,665	17.9	8,440
イスラエル	1967	66,168	24.8	17,629	6.6	1,700 ¹⁾	25.3 ¹⁾	2,669
アフリカ州								
アラブ連合	1967	1,214,101	39.3	443,016	14.3	101,000	83.2	30,907
大洋州								
オーストラリア	1967	228,800	19.5	103,100	8.8	4,045 ¹⁾	18.2 ¹⁾	11,751
ニュージーランド	1967	61,169	22.4	23,008	8.4	1,102	18.0	2,726
ソ連	1967	4,115,000	17.5	1,799,000	7.6	107,000	26.0	235,543

注 1) 1966年, 2) 1965年.

資料 UN, Demographic Yearbook, 1967.

表 2 主な年齢における各国の平均余命

	作成基 礎期間	男							女						
		0 歳	1	20	40	60	65	70	0 歳	1	20	40	60	65	70
ヨーロッパ州															
スウェーデン	1961-65	71.60	71.81	53.57	34.72	17.45	13.88	10.71	75.70	75.68	57.18	37.84	19.84	15.80	12.13
ノルウェー	1961-65	71.03	...	53.34	34.58	17.60	14.13	11.04	75.97	...	57.66	38.22	20.06	16.01	12.29
フィンランド	1956-60	64.90	65.72	47.81	29.72	14.38	11.47	8.91	71.57	72.14	53.94	34.96	17.51	13.70	10.36
デンマーク	1964-65	70.2	70.8	52.6	33.6	16.8	13.4	10.5	74.7	74.9	56.4	37.2	19.4	15.5	11.9
スイス	1958-63	68.73	69.43	51.45	32.84	16.24	12.94	10.02	74.13	74.53	56.21	36.96	19.16	15.24	11.67
イギリス	1963-65	68.3	...	50.6	31.6	15.1	12.0	9.4	74.4	...	56.3	37.0	19.4	15.6	12.1
西ドイツ	1964-65	67.59	68.49	50.47	31.96	15.51	12.38	9.71	73.45	74.07	55.70	36.54	18.93	15.05	11.55
フランス	1965	67.8	68.2	50.0	31.6	15.8	12.7	9.9	75.0	75.2	56.7	37.6	20.1	16.1	12.5
オランダ	1961-65	71.1	71.4	53.3	34.3	17.4	14.0	11.0	75.9	75.9	57.5	38.1	20.1	16.0	12.3
イタリア	1960-62	67.24	69.44	61.19	33.06	16.65	13.39	10.44	72.27	74.10	65.80	36.97	19.27	15.34	11.79
スペイン	1960	67.32	69.15	51.41	32.85	16.28	12.80	9.82	71.90	73.29	55.31	36.37	18.77	14.80	11.31
ポルトガル	1959-62	60.73	65.77	49.88	31.81	15.71	12.42	9.49	66.35	70.92	54.85	36.12	18.56	14.64	11.13
ポーランド	1960-61	64.8	68.0	50.1	32.0	15.8	12.6	9.8	70.5	73.1	55.0	36.1	18.6	14.8	11.4
ユーゴスラビア	1961-62	62.41	67.29	50.19	31.74	15.36	12.11	9.28	65.58	70.23	53.19	34.58	17.33	13.65	10.38
チェコスロバキア	1964	67.76	68.44	50.38	31.92	15.40	12.26	9.60	73.56	73.96	55.56	36.28	18.59	14.73	11.26
北アメリカ州															
カナダ	1960-62	68.35	69.50	51.51	32.96	16.73	13.53	10.67	74.17	74.98	56.65	37.45	19.90	16.07	12.58
アメリカ合衆国	1966	66.7	67.5	49.4	31.2	15.8	12.8	10.3	73.8	74.3	56.0	37.0	20.0	16.2	12.8
メキシコ	1956	55.14	59.61	46.07	30.48	16.58	13.75	10.71	57.93	62.81	49.21	32.68	17.45	14.00	11.07
南アメリカ州															
ペルー	1961	51.92	57.67	45.82	30.02	16.09	13.36	10.96	53.56	58.81	47.25	31.81	16.69	13.70	10.97
コロンビア	1950-52	44.18	50.36	39.61	24.76	11.83	9.30	7.15	45.95	51.13	40.97	26.56	12.81	10.02	7.60
アルゼンチン	1959-61	63.13	66.24	49.09	31.05	15.86	12.86	10.18	68.87	71.76	54.57	36.26	19.40	15.80	12.58
チリ	1952	49.84	56.83	42.67	27.25	13.99	11.36	9.07	53.89	60.62	47.08	31.33	16.42	13.39	10.65
アジア州															
日本	1966	68.35	68.78	50.78	32.33	15.74	12.42	9.51	73.61	73.82	55.53	36.55	18.99	15.11	11.61
インド	1951-60	41.89	48.42	36.99	22.07	11.77	9.81	8.07	40.55	46.02	35.63	22.37	12.98	11.05	9.28
フィリピン	1946-49	48.81	54.74	45.98	31.14	17.72	14.69	11.76	53.36	58.62	47.27	32.26	18.45	15.22	12.14
台湾	1959-60	61.33	63.21	47.21	29.32	13.88	10.86	8.32	65.60	67.30	51.53	33.48	16.90	13.40	10.33
パキスタン	1962	53.72	60.59	47.76	30.79	15.61	12.29	9.60	48.80	53.89	42.85	27.74	15.46	13.36	10.78
タイ	1960	53.6	...	...	...	...	...	...	58.7	...	...	...	...	...	...
ビルマ	1954	40.8	49.8	36.8	21.1	10.6	...	6.3	43.8	51.6	38.3	23.7	12.4	...	7.3
トルコ	1950-51	46.00	51.05	39.80	24.97	12.27	9.80	7.65	50.41	55.00	43.26	28.20	13.57	10.54	7.92
イスラエル	1966	70.91	71.66	53.44	34.45	17.30	13.94	11.00	73.73	74.16	55.75	36.46	18.81	15.09	11.81
アフリカ州															
アラブ連合	1960	51.6	56.8	47.7	30.5	15.1	11.9	9.1	53.8	59.9	52.9	35.0	18.0	14.1	10.7
大洋州															
オーストラリア	1960-62	67.92	68.46	50.40	31.84	15.60	12.47	9.77	74.18	74.49	56.16	36.99	19.51	15.68	12.19
ニュージーランド	1960-62	68.44	69.17	51.17	32.51	16.00	12.78	9.94	73.75	74.17	55.87	36.73	19.27	15.47	11.95
ソ連	1958-59	64.4	66.4	49.5	32.2	17.0	14.0	11.3	71.7	73.4	56.4	37.9	20.6	16.8	13.4

資料 UN, Demographic Yearbook, 1967.

表 3 各国の死因（簡単分類）別死亡率（1964 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											
B 1	呼吸器系の結核	4.5	4.7	11.8	14.0	29.6	4.0	13.4	22.1	36.2	3.3	3.1
2	その他の結核	0.6	0.6	0.9	1.6	2.3	0.3	1.2	1.5	4.3	0.3	0.6
3	梅毒およびその続発症	0.4	1.7	1.1	1.7	1.1	1.4	1.6	1.7	0.4	0.5	0.3
4	腸チフス	—	0.0	0.0	0.1	0.2	0.0	0.2	0.0	—	—	0.0
5	コレラ	—	—	—	—	—	—	—	0.0	—	—	—
6	赤痢	0.0	0.0	0.0	0.1	0.5	0.1	11.5	0.5	0.2	0.5	0.1
7	猩紅熱およびレンサ球菌性口炎	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	—	—	0.0
8	ジフテリア	0.0	—	0.0	0.0	0.6	0.0	0.3	0.0	0.6	0.0	—
9	百日咳	—	0.1	0.2	0.2	1.5	0.0	4.7	0.0	0.3	—	0.0
10	髄膜炎菌感染	0.2	0.2	0.3	0.2	0.5	0.4	0.1	0.1	0.1	0.2	0.4
11	ペスト	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	急性灰白髄炎	—	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0	0.3	0.0	2.7	—	—
13	痘瘡	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	麻疹	0.0	0.2	0.3	0.2	9.3	0.2	4.5	0.9	6.9	1.1	0.2
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	—	—	—
16	マラリア	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	2.8	1.8	2.0	4.0	7.5	3.1	17.9	3.9	8.3	3.8	3.1
18	悪性新生物	191.4	220.9	224.6	203.7	83.3	151.3	54.8	107.3	47.8	107.3	141.4
19	良性および性質不詳の新生物	7.9	3.2	9.5	8.6	5.5	2.6	1.9	5.5	1.9	5.8	1.2
20	糖尿病	16.0	8.3	14.5	15.8	4.5	16.9	6.3	4.7	2.4	3.6	12.0
21	貧血	2.2	3.5	2.0	1.3	0.5	1.8	3.0	1.4	3.1	0.5	2.4
22	中枢神経系の血管損傷	120.9	156.0	173.9	128.9	65.8	103.6	25.0	171.7	64.9	77.4	106.1
23	骨膜炎（髄膜炎菌性および結核性を除く）	0.8	1.0	1.2	1.6	1.3	1.3	4.2	1.0	2.6	1.4	2.0
24	リウマチ熱	0.1	0.1	0.5	0.3	0.2	0.3	0.3	0.8	0.8	0.3	0.3
25	慢性リウマチ性心臓疾患	5.1	13.0	1.0	2.6	9.0	8.1	2.8	4.8	7.0	10.1	8.0
26	動脈硬化性および変性心臓疾患	306.7	306.8	204.3	79.8	129.9	312.9	44.8	52.3	10.6	167.5	255.7
27	その他の心臓疾患	23.3	28.9	21.8	114.3	44.1	14.5	10.9	13.2	17.4	13.3	33.2
28	高血圧性心臓疾患	25.4	18.3	14.7	4.9	2.8	30.0	9.0	10.1	5.1	5.3	13.2
29	その他の高血圧性疾患	4.3	9.6	5.2	4.8	0.5	6.4	3.0	8.7	4.1	5.9	3.6
30	インフルエンザ	0.5	2.2	2.5	5.1	18.1	0.9	10.4	0.6	0.1	0.4	5.7
31	肺炎	44.8	62.3	26.6	22.3	50.6	30.2	26.7	23.6	47.4	18.3	52.6
32	気管支炎	5.7	60.6	15.6	4.1	9.0	2.8	5.8	5.8	26.5	4.0	28.1
33	胃および十二指腸の潰瘍	8.4	8.3	6.8	3.0	4.8	5.7	1.9	9.6	8.8	4.1	5.6
34	虫垂炎	1.1	1.1	3.6	1.0	0.5	0.9	0.9	0.8	0.7	0.5	0.6
35	腸閉塞およびヘルニア	7.9	6.4	11.1	9.3	4.6	5.2	3.6	4.0	3.4	5.2	4.7
36	胃炎、十二指腸炎、腸炎および大腸炎	4.4	5.6	3.4	1.0	17.1	4.3	47.8	14.4	27.3	4.5	4.2
37	肝硬変	5.7	2.8	20.8	31.7	7.0	12.1	6.9	10.1	12.7	4.8	2.8
38	腎炎およびネフローゼ	7.0	6.2	6.8	7.1	9.2	6.5	8.2	11.7	18.2	6.2	5.7
39	前立腺肥大症 ¹⁾	43.6	36.5	78.7	33.3	23.5	18.3	23.1	7.0	3.7	29.2	32.9
40	妊婦、分娩および産褥の合併症 ²⁾	19.6	25.9	69.4	32.6	123.4	33.3	98.8	99.0	79.6	16.3	32.0
41	先天奇形 ³⁾	311.4	415.0	410.9	363.2	158.6	352.5	183.7	196.2	80.1	474.1	291.4
42	出生時の損傷、分娩後窒息および肺不全拡張 ³⁾	485.1	522.7	544.8	334.7	448.5	626.7	452.5	177.7	88.5	543.3	467.5
43	新生児の感染 ³⁾	27.7	81.4	77.2	41.9	523.3	108.2	572.1	172.3	341.5	199.4	52.8
44	その他の新生児固有の疾患および性質不明の未熟児 ³⁾	399.5	439.4	1,061.5	664.2	2635.0	762.3	722.9	754.9	491.2	514.8	499.5
45	精神病の記載のない老衰ならびに診断不明および不明の原因	10.5	10.9	59.9	147.5	237.7	13.2	199.1	61.6	32.8	18.9	4.9
46	その他のすべての疾患	97.2	95.6	125.1	131.3	47.9	83.6	40.4	52.9	60.8	64.1	82.3
BE47	自動車事故	17.5	15.3	27.9	22.7	—	24.5	19.7	17.2	5.3	11.9	17.1
BE48	その他の不慮の事故	27.1	24.1	32.7	44.2	—	29.7	26.3	24.4	33.3	21.2	29.8
BE49	自殺および自傷	19.8	11.7	20.1	14.9	48.8	10.8	5.8	15.1	19.2	5.5	8.0
BE50	他殺および戦争行為	0.8	0.6	1.2	0.8	—	5.1	10.4	1.5	1.5	0.7	1.4

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, 1964.

表 4 各国の 1 人 1 日 当り 栄 養 摂 取 量

	熱 量 (Cal)			蛋 白 質 (g)			脂 肪 (g)		
	1951~53	1960~62	1966~67	1951~53	1960~62	1966~67	1951~53	1960~62	1966~67
ヨーロッパ州									
スウェーデン	3,020	2,990	2,900	86.7	83.1	79.8	127.6	135.3	132.2
ノルウェー	3,100	2,930	2,970	90.1	81.3	81.4	129.8	128.0	130.6
フィンランド	3,070	3,110	2,950	96.4	94.2	89.6	105.7	114.4	114.8
デンマーク	3,300	3,370	3,290	92.1	93.3	91.9	141.0	156.5	156.6
スイス	3,110	3,220	3,150 ⁸⁾	93.5	90.3	88.6 ⁹⁾	112.4	130.7	134.5 ⁹⁾
イギリス	3,110	3,280	3,220	84.7	89.0	88.9	127.3	143.4	142.9
西ドイツ	2,880	2,990	2,870	77.6	81.1	79.9	109.3	131.5	130.3
フランス	2,840	3,190	3,250 ⁷⁾	92.8	103.0	103.3 ⁷⁾	95.3	138.0	151.5 ⁷⁾
オランダ	2,900	3,030	2,900	80.5	80.5	82.7	113.2	132.8	125.3
イタリア	2,480	2,720	2,850	71.9	79.4	85.3	60.1	78.7	86.6
スペイン	2,490 ²⁾	2,820	2,860	69.8 ²⁾	77.4	85.1	72.2 ²⁾	89.8	102.7
ポルトガル	2,390	2,550	2,580 ⁸⁾	68.9	72.6	75.0 ⁹⁾	62.1	66.6	81.0 ⁹⁾
ポーランド	...	3,350	...	...	92.9	...	...	101.2	...
ユーゴスラビア	2,690 ²⁾	3,030	3,140 ⁷⁾	83.2 ²⁾	94.0	91.8 ⁷⁾	57.9 ²⁾	75.9	85.7 ⁷⁾
ハンガリー	...	3,030	3,100 ⁸⁾	...	91.7	95.6 ⁹⁾	...	99.3	103.6 ⁹⁾
北アメリカ州									
カナダ	3,040	3,020	3,180	90.6	91.2	95.9	134.1	136.6	145.2
アメリカ合衆国	3,160	3,110	3,160 ⁸⁾	90.2	91.4	93.8	138.9	145.9	148.0
メキシコ	...	2,610	2,680 ⁷⁾	...	71.9	74.5 ⁷⁾	...	71.7	71.2 ⁷⁾
南アメリカ州									
ペルー	...	2,180	2,230 ⁷⁾	...	55.1	56.0 ⁷⁾	...	43.4	45.0 ⁷⁾
コロンビア	...	2,200 ⁸⁾	2,220 ⁷⁾	...	53.3 ⁸⁾	55.3 ⁷⁾	...	52.7 ⁸⁾	47.2 ⁷⁾
アルゼンチン	2,970	2,810	2,920 ⁸⁾	96.5	81.6	88.0 ⁹⁾	109.6	109.1	115.6 ⁹⁾
チリ	2,450 ¹⁾	2,430	...	75.0 ¹⁾	78.6	...	53.3 ¹⁾	54.1	...
アジア州									
日本	1,930	2,260	2,350 ⁷⁾	60.1	77.4	77.6 ⁷⁾	21.3	36.9	45.1 ⁷⁾
インド	1,740	2,020	1,810 ⁸⁾	46.5	49.6	45.4 ⁸⁾	24.0	27.1	22.6 ⁸⁾
フィリピン	1,690 ³⁾	1,840	1,950 ⁸⁾	41.1 ³⁾	44.3	48.6 ⁸⁾	19.0 ³⁾	28.1	30.1 ⁸⁾
台湾	2,140	2,350	2,400 ⁸⁾	49.9	58.5	62.2 ⁸⁾	35.3	40.1	47.3 ⁸⁾
パキスタン	2,000	2,090	2,290 ⁸⁾	46.4	47.7	51.9 ⁸⁾	24.3	31.5	32.8 ⁸⁾
インドネシア	...	1,980 ⁸⁾	...	...	38.2 ⁸⁾	...	...	31.2 ⁸⁾	...
イラン	...	2,050 ⁴⁾	1,890 ⁸⁾	...	59.6 ⁴⁾	49.8 ⁸⁾	...	37.2 ⁴⁾	34.1 ⁸⁾
イラク	...	2,100	...	...	60.7	...	...	32.7	...
イスラエル	2,760	2,810	2,850 ⁸⁾	84.9	84.5	87.8 ⁸⁾	70.5	90.7	97.6 ⁸⁾
アフリカ州									
アラブ連合	2,340	2,700	...	67.7	78.7	...	35.9	43.8	...
南アフリカ	2,680	2,820 ⁸⁾	...	73.8	80.2 ⁵⁾	...	63.5	68.0 ⁵⁾	...
大洋州									
オーストラリア	3,170	3,140	3,190 ⁸⁾	92.3	89.8	91.9 ⁸⁾	124.8	132.6	128.9 ⁸⁾
ニュージーランド	3,350	3,490	3,470 ⁸⁾	102.4	109.4	109.4 ⁸⁾	149.2	157.2	150.7 ⁸⁾

注 1) 1951/52, 2) 1952/53, 3) 1953, 4) 1960, 5) 1960/61, 6) 1961~3, 7) 1965, 8) 1965/66, 9) 1966.
 資料 FAO, Production Yearbook, 1967.

表5 各国の1人1日当り食糧純供給高

(単位 g)

	年次	穀類 (粉に換算)	馬鈴薯等	砂糖類	豆類および 堅果	野菜	果実	肉	卵	魚	牛乳	油脂
ヨーロッパ州												
スウェーデン	1966/67	176	256	120	9	111	239	142	32	56	745	61
ノルウェー	"	205	274	121	12	106	182	109	26	54	677	63
フィンランド	"	237	301	113	7	40	119	105	25	31	937	52
デンマーク	"	199	281	139	7	156	228	176	33	59	728	77
スイス	1965/66	244	165	118	24	211	381	178	28	11	683	55
イギリス	1966/67	206	274	136	18	169	151	201	44	26	593	62
西ドイツ	"	194	298	91	10	154	287	185	39	18	557	70
フランス	1965	247	276	88	15	368	213	257	30	22	564	67
オランダ	1966/67	195	244	133	14	197	222	157	32	18	682	63
イタリア	"	361	129	70	32	427	313	101	27	16	417	48
スペイン	"	276	300	63	33	369	268	86	29	40	257	65
ポルトガル	1966	309	239	57	28	479	230	72	10	54	141	34
ポーランド	1960~62	409	548	81	5	254	60	126	21	10	517	37
ユーゴスラビア	1965	526	173	65	26	154	135	81	11	2	293	36
ハンガリー	1966	371	233	86	8	228	170	137	29	2	276	61
北アメリカ州												
カナダ	1966/67	184	222	137	15	212	256	244	38	17	646	57
アメリカ合衆国	1966	168	139	134	20	278	238	282	49	13	673	60
メキシコ	1965	353	54	104	69	35	157	65	12	8	339	28
南アメリカ州												
ペルー	"	254	507	80	27	82	114	60	4	20	206	21
コロンビア	"	196	456	124	18	45	151	95	8	5	283	11
アルゼンチン	1966	268	202	90	6	124	229	309	21	8	338	41
チリ	1963~65	390	185	86	23	224	273	88	7	26	262	16
アジア州												
日本	1965	394	173	50	43	293	90	28	24	76	100	19
インド	1965/66	346	39	50	41	...	44	4	1	3	110	9
フィリピン	1966	322	108	52	16	75	127	47	8	42	44	8
台湾	"	428	140	32	37	144	72	63	7	39	11	14
パキスタン	1965/66	453	30	60	17	40	76	10	1	4	195	16
インドネシア	1961~63	350	329	19	22	...	41	14	3	13	2	13
イラン	1966	323	9	71	12	95	169	41	3	—	142	16
イラク	1960~62	355	15	81	15	156	196	55	3	2	207	10
イスラエル	1965/66	275	99	108	29	320	416	141	63	18	371	48
アフリカ州												
アラブ連合	1964/65	599	36	48	32	279	228	35	3	15	124	16
南ア連邦	1960/61	456	39	112	11	99	108	122	9	24	226	15
大洋州												
オーストラリア	1965/66	238	141	147	13	185	234	286	35	16	614	39
ニュージーランド	1966	235	182	134	12	241	189	300	50	20	771	54

資料 FAO, Production Yearbook, 1967.

表 6 各 国 の 医 療 従 事 者 数

	年 次	実 数					率 (人口 10 万対)				
		医 師	歯科医師	薬剤師	助産婦 ¹⁾	看護婦 ²⁾	医 師	歯科医師	薬剤師	助産婦	看護婦
ヨーロッパ州											
スウェーデン	1964	8,221	5,860	2,470	1,730	39,420	107.3	76.5	32.2	22.6	514.6
ノルウェー	1964	4,556	2,713	1,271	910	10,869	123.3	73.4	34.4	24.6	294.2
フィンランド	1964	3,384	2,092	3,704	2,213	23,225	73.9	45.7	80.9	48.3	507.1
デンマーク	1964	6,335	2,813	1,800	630	18,500	134.2	59.6	38.1	13.3	391.9
スイス	1964	7,771	2,312	1,545	1,688	16,826	132.3	39.4	26.3	28.7	286.4
イギリス ³⁾	1964	54,000	12,400	1,464	21,958	179,272	113.9	26.2	3.1	46.3	378.2
西ドイツ	1964	90,091	32,047	19,011	8,503	159,013	160.6	57.1	33.9	15.2	283.5
フランス	1964	57,500	17,746	21,035	8,307	121,671	118.8	36.7	43.5	17.2	251.3
オランダ	1964	13,904	2,837	...	903	...	114.7	23.4	...	7.4	...
イタリア	1964	86,112	...	33,897	2,682	69,132	168.5	...	66.3	5.2	135.2
スペイン	1964	39,064	2,916	13,129	4,673	...	124.6	9.3	41.9	14.9	...
ポルトガル	1964	7,561	95	3,681	1,264	8,894	83.0	1.0	40.4	13.9	97.7
ポーランド	1964	37,726	11,105	9,595	10,456	73,127	121.1	35.6	30.8	33.6	234.7
ユーゴスラビア	1964	15,277	3,183	3,330	4,298	39,933	79.2	16.5	17.3	22.3	207.1
チェコスロバキア	1964	25,349	2,632	5,228	4,634	53,667	180.3	18.7	37.2	33.0	381.8
北アメリカ州											
カナダ	1963	21,000	5,997	8,322	—	50,730	109.0	31.1	43.2	—	263.2
アメリカ合衆国	1964	282,564	92,250	117,432	...	832,000	147.1	48.0	61.1	...	433.1
メキシコ	1961	20,590	2,180	3,400	...	...	57.1	6.0	9.4	...	...
南アメリカ州											
ベネズエラ	1964	6,584	1,605	...	...	...	75.5	18.4	...	...	...
コロンビア	1963	7,453	3,400	1,213	...	900	44.0	20.1	7.2	...	5.2
アルゼンチン	1962	31,831	11,584	...	7,092	28,114	149.1	54.3	...	33.2	131.7
チリ ²⁾	1963	4,250	2,700	2,100	918	12,135	50.6	32.2	25.0	10.9	144.6
アジア州											
日本	1964	105,278	34,093	67,000	43,516	229,602	108.6	35.2	69.1	44.9	236.9
インド	1962	77,780	1,426	58,172	46,232	39,350	17.3	0.3	12.9	10.3	8.8
フィリピン	1964	21,859	10,611	18,813	12,532	22,953	69.9	33.9	60.2	40.1	73.4
台湾	1964	4,983	816	1,110	2,156	1,844	41.3	6.8	9.2	17.9	15.3
インドネシア	1964	2,935	500	412	5,157	27,920	2.9	0.5	0.4	5.0	27.2
イラン	1964	7,090	1,291	2,275	1,756	2,776	29.7	5.4	9.5	7.3	11.6
イラク	1964	1,470	247	653	700	...	18.6	3.1	8.3	8.8	...
イスラエル	1964	5,928	1,176	1,384	...	7,183	239.3	47.5	55.9	...	290.0
アフリカ州											
アラブ連合	1964	12,120	1,193	3,614	6,804	5,269	42.2	4.2	12.6	23.7	18.4
大洋州											
オーストラリア	1964	15,060	4,296	10,654	...	...	135.2	38.6	95.7	...	...
ニュージーランド ³⁾	1964	3,873	...	1,990	988	3,634	149.3	...	76.7	38.1	140.1
ソ連	1964	467,400	22,900	...	243,300	741,800	205.3	10.1	...	106.9	325.8

注 1) イギリスの数字は医師を除き Government Service 従事者数。

2) 医師と助産婦は 1960 年の数。

3) 助産婦と看護婦は Government Service 従事者数。

4) Assistant を含む。

資料 UN, World Health Statistics Annual, 1964.

表 7 各国の病院, 病床数

	年次	総数		(再掲) 一般病院		(再掲) 結核療養所		(再掲) 精神病院		人口 1,000 人当り 床病数
		病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数	
ヨーロッパ州										
スウェーデン	1964	741	107,810	118	48,781	22	3,857	196	34,147	14.1
ノルウェー	1964	368	34,843	103	18,579	29	1,547	21	8,364	9.4
フィンランド	1964	356	46,275	61	14,958	22	5,748	62	18,632	10.1
デンマーク	1964	169	42,765	134	29,299	5	340	17	10,851	9.1
スイス	1964	257	54,115	149	28,552	32	4,327	24	13,977	9.2
イギリス	1964	...	410,232	...	...	...	...	...	...	7.6
西ドイツ	1964	771	206,186	600	155,637	131	19,561	40	30,988	12.9
フランス	1963/64	3,936	507,562	1,894	272,761	607	67,849	206	99,110	10.5
オランダ	1964	330	91,136	215	56,100	31	2,631	39	26,348	7.5
イタリア	1964	2,553	493,563	1,971	284,683	258	61,531	181	115,038	9.7
スペイン	1964	1,706	133,518	430	39,203	79	19,302	101	32,090	4.3
ポルトガル	1964	634	52,527	520	31,851 ¹⁾	50	8,295	26	9,250	5.8
ポーランド	1964	1,783	234,487	518	127,121 ¹⁾	110	29,073	38	35,496	7.5
ユーゴスラビア	1964	...	...	142	63,859	48	12,387	18	9,769	...
チェコスロバキア	1964	417	145,325	250	107,278	49	11,507	29	16,576	10.3
北アメリカ州										
カナダ	1964	1,441	212,463 ²⁾	1,021	110,590 ¹⁾	44	6,825	97	71,733	11.0
アメリカ合衆国	1964	7,127	1,696,039 ²⁾	6,402	896,253	194	41,385	531	758,401	8.8
メキシコ	1962	1,925	62,964	1,419	36,101	—	—	31	11,663	1.6
南アメリカ州										
ベネズエラ	1964	312	26,973	240	16,766	16	2,961	9	3,823	3.2
コロンビア	1964	628	46,507 ²⁾	583	37,008	24	2,852	21	6,647	2.7
アルゼンチン	1964	3,212	141,869	...	...	...	...	...	...	6.4
チリ	1964	376	37,169	242	24,919	9	2,607	4	3,628	4.4
アジア州										
日本	1964	33,677	1,018,813	5,726	637,692	374	61,478	676	117,758	10.5
インド	1962	10,101	201,691	...	...	...	...	...	...	0.4
フィリピン	1964	354	25,262	271	13,712	1	1,350	1	6,000	0.8
台湾	1964	159	8,121	63	4,245	5	367	4	665	0.7
インドネシア	1964	928	72,606	422	52,494	19	1,739	26	6,490	0.7
イラン	1964	385	26,599	333	19,796	9	3,355	10	2,314	1.1
イラク	1964	142	14,779	96	8,169	12	2,605	2	2,077	1.9
イスラエル	1964	112	15,993	31	7,759	1	434	40	5,745	6.5
アフリカ州										
アラブ連合	1964	7,867	60,792 ²⁾	...	...	...	...	...	...	2.1
大洋州										
オーストラリア	1964	2,129	131,396	1,142	70,216	...	...	...	...	11.8
ニュージーランド	1965	350	27,914	206	16,647	1	20	14	9,034	10.6
ソ連	1964	...	2,132,800	...	...	...	...	...	...	9.4

注 1) 地方, 農村病院を含む。

2) らい病, 刑務所病院を含む。

資料 UN, *World Health Statistics Annual*, 1963, 1964.

国内資料

表 8 人口動態指標の推移

	昭 和 10 年		22		30		40		41		42	
	実 数	率	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	1,730,692	19.4	1,823,697	18.6	1,360,974	13.7	1,935,647	19.4
死 亡	1,161,936	16.8	1,138,238	14.6	693,523	7.8	700,438	7.1	670,342	6.8	675,006	6.8
乳 児 死 亡	233,706	106.7	250,360	76.7	68,801	39.8	33,742	18.5	26,217	19.3	28,928	14.9
主要死因												
全 結 核	132,151	190.8	146,241	187.2	46,735	52.3	22,366	22.8	20,064	20.3	17,708	17.8
悪 性 新 生 物	50,080	72.3	53,886	69.0	77,721	87.1	106,536	108.4	109,805	110.9	112,593	113.0
中枢神経系の血管損傷	114,554	165.4	101,095	129.4	121,504	136.1	172,773	175.8	172,185	173.8	172,464	173.1
心 臓 の 疾 病	39,902	57.6	48,575	62.2	54,351	60.9	75,672	77.0	71,188	71.9	75,424	75.7
肺炎(新生児肺炎を含む)	105,078	151.7	101,601	130.1	34,309	38.4	29,868	30.4	22,654	22.9	28,640	28.0
気 管 支 炎	24,240	35.0	34,923	44.7	8,845	9.9	6,795	6.9	5,288	5.3	5,187	15.2
胃炎, 十二指腸炎, 腸炎, 大腸炎	119,931	173.2	106,838	136.8	28,289	31.7	12,705	12.9	11,161	11.3	10,592	10.6
腎炎およびネフローゼ	56,026	80.9	45,017	57.6	19,122	21.4	11,515	11.7	10,360	10.5	9,840	9.9
老 衰	78,972	114.0	78,342	100.3	59,932	67.1	49,092	50.0	44,209	44.6	43,129	43.3
不 慮 の 事 故	29,023	41.9	38,533	49.3	33,265	37.3	40,188	40.9	42,547	43.0	41,769	41.9
自 殺	14,172	20.5	12,262	15.7	22,477	25.2	14,444	14.7	15,050	15.2	14,121	14.2
平 均 寿 命												
男	46.92		50.06		63.60		67.73		68.35		68.91	
女	49.63		53.96		67.75		72.95		73.61		74.15	

注 1 出生率, 死亡率は人口1,000対. 2 乳児死亡率は出生1,000対. 3 主要死因別死亡率は人口10万対.
資料 厚生省「人口動態統計」, 「簡易生命表」.

表 9 栄養摂取量の推移 (全国・1人1日当り)

	25 年	30	35	36	37	38	39 (11月)	40 (5月)	41 (11月)
成人換算率	0.829	0.861	0.886	0.897	0.882	0.887	0.877	0.885	0.891
熱 量 (Cal)	2,098	2,104	2,096	2,106.4	2,083	2,083	2,223	2,184	2,476.3
蛋白質 g	68	69.7	69.7	69.7	70.4	70.6	74.4	71.3	80.0
動物性	17	22.3	24.7	25.2	27.3	27.7	28.7	28.5	31.3
植物性	51	47.4	45.0	44.4	43.2	42.9	45.6	42.8	48.7
脂 肪 (g)	18	20.3	24.7	26.1	28.3	29.2	34.3	36.0	39.7
含 水 炭 素 (g)	418	411	398.8	398.5	386.0	381.5	397.6	384.2	380.0
無 機 質	0.27(g)	338	389	393	402	409	476	465	499
カルシウム (mg)	1.82	1.37	1.33	1.334	1.315	1.323	—	—	—
磷 (mg)	46	14	13	13	13	13	—	—	—
鉄 (mg)	2,459	1,084	1,180	1,228	1,327	1,452	1,496	1,324	1,600
ビタミン A (I.U.)	1.52	1.16	1.05	1.04	1.10	1.03	1.05	0.97	1.20
B ₁ (mg)	0.72	0.67	0.72	0.73	0.77	0.79	0.82	0.83	1.01
B ₂ (mg)	107	76	75	76	75	79	114	78	118
C (mg)									

注 栄養量はすべて調理による損耗を考慮していない。

資料 厚生省『国民栄養の現状 昭和41年度版』

表 10 世帯業態別にみた栄養摂取量 (全国・1人1日当り)

	全国 平均	農 家 世 帯				非 農 家 世 帯				
		農家世 帯平均	専業世帯	常用勤労 者のいる 兼業世帯	その他の 兼業世帯	非 農 家 世帯平均	最多収入 者が自営 業者である 世帯	最多収入 者が常用 勤労者で ある世帯	最多収入 者が日雇 労働者で ある世帯	その他 の消費 者世帯
成人換算率	0.891	0.991	1.017	0.971	0.964	0.854	0.865	0.845	0.920	0.873
熱 量 (Cal)	2,193	2,318	2,355	2,301	2,237	2,147	2,194	2,134	2,113	2,154
蛋白質 (g)	74.8	74.1	74.7	74.0	73.6	75.0	76.5	74.9	73.7	73.6
動物性	29.3	24.4	23.5	25.2	25.3	31.1	31.8	31.3	28.5	28.3
植物性	45.5	49.7	51.2	48.8	48.3	43.9	44.7	43.6	45.2	45.3
脂 肪 (g)	39.7	33.1	33.0	33.6	32.1	42.2	41.0	43.8	32.9	35.9
炭 水 化 物 (g)	380.0	424.0	433.0	419.0	407.4	364.0	375.0	357.0	375.0	379.0
カルシウム (mg)	499.0	482.0	493.0	472.4	473.6	504.5	510.0	508.0	461.0	491.0
ビタミン A (I.U.)	1,600	1,370	1,369	1,390	1,303	1,685	1,690	1,729	1,244	1,508
B ₁ (mg)	1.03	1.04	1.06	1.02	1.02	1.03	1.04	1.03	0.94	0.99
B ₂ (mg)	0.90	0.83	0.84	0.83	0.81	0.90	0.94	0.94	0.79	0.85
C (mg)	118	117	122	114	112	118	117	120	92	113
価 格 { 1人1日当り円	212.16	174.81	171.21	178.34	176.50	226.06	239.89	227.52	175.74	199.23
{ 1カロリー当り銭	9.61	7.42	7.23	7.75	7.89	8.94	10.87	10.60	8.27	9.20

資料 厚生省『国民栄養の現状 昭和41年度版』

表 11 国民総医療費の推移

	推 計 額 (億円)				構 成 割 合 (%)			
	昭和30年度	35	40	41	昭和30年度	35	40	41
総 医 療 費	2,715	4,426	11,737	...	100.0	100.0	100.0	...
買薬・あんま等を除いた医療費	2,388	4,095	11,224	13,002	88.0	92.5	95.6	100.0
公 費 負 担 分	279	451	1,471	1,633	10.3	10.2	12.5	12.6
生 活 保 護 法	244	364	750	871	9.0	8.2	6.4	6.6
結 核 予 防 法	31	48	432	436	1.1	1.1	3.7	3.4
精 神 衛 生 法	...	21	222	247	...	0.5	1.9	1.9
そ の 他	5	18	68	79	0.2	0.4	0.6	0.6
保 険 者 等 負 担 分	1,185	2,415	7,442	8,749	43.7	54.6	63.4	67.3
医 療 保 険	1,140	2,319	7,193	8,427	42.0	52.4	61.3	64.8
政府管掌健康保険	386	758	2,443	2,861	14.2	17.1	20.8	22.0
組合管掌健康保険	290	523	1,509	1,735	10.7	11.8	12.9	13.3
船 員 保 険	15	25	72	81	0.5	0.6	0.6	0.6
日雇労働者健康保険	25	68	194	236	0.9	1.5	1.7	1.8
国家公務員共済組合	206	219	230	259	7.6	4.9	2.0	2.0
公共企業体職員等共済組合	75	174	194	...	1.0	1.7	1.5	1.5
市町村職員共済組合	27	44	...	...	1.0	1.0	...	...
地方公務員共済組合	...	...	526	599	...	...	4.5	4.6
私立学校教職員共済組合	5	8	30	37	0.2	0.2	0.3	0.3
国 民 健 康 保 険	188	598	2,015	2,425	6.9	13.5	17.2	18.7
(再 掲) 被 用 者 保 険	952	1,721	5,178	6,002	35.1	38.9	44.1	46.1
被 保 険 者	697	1,224	3,855	4,495	25.7	27.7	32.8	34.6
被 扶 養 者	255	497	1,323	1,507	9.4	11.2	11.3	11.6
そ の 他	45	96	248	322	1.7	2.2	2.1	2.5
労働者災害補償保険	43	87	230	289	1.6	2.0	2.0	2.2
そ の 他	2	9	18	33	0.1	0.2	0.2	0.3
患 者 負 担 分	1,251	1,559	2,824	...	46.1	35.2	24.1	...
医 師 ・ 歯 科 医 師	923	1,229	2,312	2,620	34.0	27.8	19.7	20.2
全 額 自 費	495	214	189	246	18.2	4.8	1.6	1.9
公費または保険の一部負担	428	1,015	2,123	2,374	15.8	22.9	18.1	18.3
買 薬	250	243	407	...	9.2	5.5	3.5	...
あ ん ま 等	77	87	106	...	2.8	2.0	0.9	...
(参考)物 品・付 添・交 通 費	185	...	375	...	6.8	...	3.2	...
国民1人当り総医療費(円)	3,041	4,738	11,944	...	...	...	...	...
総医療費対国民所得比(%)	3.8	3.4	4.7	...	...	...	...	...

注 1 推計された医療費は、傷病を直接の対象とした狭義の医療費であって予防のための費用、正常分娩費等は含まれていない。

2 医療機関の減免措置や差額徴収分は含まれていない。患者または保険者、国、地方公共団体が当年度に支払うべき金額によって推計を行っている。

3 公費負担分その他には児童福祉法・母子福祉法・身体障害者福祉法・伝染病予防法・性病予防法・原子爆弾被爆者の医療等に関する法律・戦傷病者特別援護法およびらい療養所の治療費が含まれ、保険者負担分その他には国家公務員災害補償法・防衛庁職員給与法・三公社の災害規則による医療費が含まれている。

4 昭和41年度は推計基礎資料の国民健康調査が実施されていないため買薬、あんま等の推計ができていない。

資料 厚生省統計調査部調べ。

表 12 世帯業態別にみた傷病世帯数・傷病人員（全国推計値・率・昭和42年）

	全国推計値		千世帯 当り傷病 世帯数	千人当 り傷病 人員	傷病世帯 1世帯当 り傷病 人員	有病率 (千人当 り傷病 件数)	り患率 (千人当 り期間 中傷病 件数)	1人当 り期間 中傷病 日数	り患1 件当り 傷病日 数
	傷病世 帯数	傷病人員							
総数	(1,000) 12,351	(1,000) 20,725	441	207	1.7	72.2	161.8	1.5	9.4
耕地面積0.3ヘクタール以上の世帯	2,343	4,020	471	156	1.7	55.3	114.9	1.2	10.1
専業所帯	1,033	1,763	445	146	1.7	51.8	104.9	1.0	10.0
常用勤労者のいる兼業世帯	932	1,627	500	167	1.7	59.4	125.9	1.3	10.2
その他の兼業世帯	378	629	480	156	1.7	55.6	117.8	1.2	10.4
耕地面積0.3ヘクタール未満の世帯	10,009	16,706	434	224	1.7	78.0	178.0	1.6	9.2
自営業者(雇入あり)世帯	726	1,404	502	219	1.9	71.5	176.5	1.6	8.9
自営業者(雇入なし)世帯	1,225	2,149	479	208	1.8	69.0	165.0	1.5	9.0
常用勤労者(従業員30人未満)世帯	1,709	2,693	381	204	1.6	68.0	163.6	1.5	9.1
常用勤労者(従業員30~999人)世帯	2,407	3,981	404	224	1.7	78.2	175.8	1.6	9.1
常用勤労者(従業員1,000人以上または官公庁)世帯	2,869	4,977	525	261	1.7	84.7	216.6	1.8	8.4
日雇労働者世帯	359	546	330	161	1.5	68.1	110.9	1.3	11.7
その他の世帯	714	956	350	224	1.3	117.9	147.4	2.2	14.8

資料 厚生省「国民健康調査」。

表 13 病院・診療所の1日取扱い患者数(全国推計)・指数の年次推移

	総 数			病 院			一 般 診 療 所			歯 科 診療所
	総 数	入 院	外 来	総 数	入 院	外 来	総 数	入 院	外 来	
実 数 (単位 1,000人)										
昭和30年 7月31日	2,947.4	470.4	2,477.0	1,025.5	426.0	599.5	1,549.8	44.4	1,505.4	372.1
35 7 13	4,488.4	608.8	3,379.6	1,300.1	545.9	754.3	2,483.8	62.9	2,420.9	704.5
36 7 12	4,765.4	630.4	4,135.0	1,372.8	561.7	811.1	2,706.8	68.7	2,638.1	685.8
37 7 18	5,006.1	684.2	4,321.9	1,481.9	608.4	873.6	2,740.6	75.8	2,664.8	783.5
38 7 17	5,484.7	734.0	4,750.7	1,591.4	658.7	932.7	3,071.2	75.3	2,995.9	822.1
39 7 15	5,513.5	796.8	4,716.8	1,640.6	714.4	926.2	3,128.1	82.3	3,045.8	744.8
40 7 14	5,807.8	813.5	4,994.3	1,642.4	710.7	931.7	3,239.1	102.8	3,136.3	926.3
41 7 13	6,349.9	842.0	5,507.9	1,764.2	746.8	1,017.4	3,668.1	95.2	3,572.9	917.6
42 7 12	6,384.3	888.6	5,495.7	1,755.0	777.3	977.8	3,621.6	111.2	3,510.4	1,007.7
指 数 (昭和30年=100)										
昭和30年 7月13日	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
35 7 13	152	129	157	127	128	126	160	142	161	189
36 7 12	162	134	167	134	132	135	175	155	175	184
37 7 18	170	145	174	145	143	146	177	171	177	211
38 7 17	186	156	192	155	155	156	198	170	199	221
39 7 15	187	169	190	160	168	154	202	185	202	200
40 7 14	197	173	202	160	167	155	209	232	208	249
41 7 13	215	179	222	172	175	170	237	214	237	247
42 7 12	217	189	222	171	182	163	234	250	233	271

資料 厚生省「患者調査」

表 14 全国推計患者数, 施設の種類の種類別

(昭和42年7月12日)

(単位 1,000)

	全施設	病 院							一 般 診 療 所			歯 科 診療所
		総 数	精神病院	結核療 養所	伝染病院	一 般 病 院			総 数	有 床	無 床	
						総 数	総合病院	総合病 院以外 の病院				
総 数	6,384.3	1,755.0	175.7	35.3	0.2	1,543.9	553.9	990.0	3,621.6	1,974.0	1,647.7	1,007.7
入 院	888.6	777.3	165.2	31.4	0.2	580.5	215.6	364.9	111.2	110.2	1.0	0.1
新 入 院	20.2	14.4	0.6	0.0	—	13.8	5.2	8.6	5.8	5.7	0.1	—
繰 越 入 院	868.5	762.9	164.6	31.3	0.2	566.7	210.4	356.3	105.5	104.5	0.9	0.1
外 来	5,495.7	977.8	10.5	3.9	—	963.4	338.2	625.2	3,510.4	1,863.8	1,646.6	1,007.6
新 来	923.5	149.0	1.0	0.4	—	147.6	54.5	93.1	623.4	300.4	323.0	151.1
再 来	4,572.2	828.7	9.5	3.5	—	815.8	283.7	532.1	2,887.0	1,563.3	1,323.7	856.5
往 診 (再掲)	147.5	8.0	0.3	0.1	—	7.6	0.2	7.5	139.3	59.4	79.9	0.1
外 来 / 入 院	6.2	1.3	0.06	0.1	—	1.7	1.6	1.7	31.6	16.9	—	—

資料 厚生省「患者調査」

表 15 傷病大分類別にみた患者数・傷病件数 (全国推計)

(昭和 42 年)

(単位 1,000)

傷 病 大 分 類	患 者 数 (7月12日)			傷 病 件 数 (10月1～15日)		
	総 数	入 院	外 来	総 数	繰越件数	り患件数
総 数	6,384.3	888.6	5,495.6	23,449	7,233	16,216
I 伝染病および寄生虫病	456.3	187.5	268.8	493	309	184
結 核 (再 掲)	255.6	173.2	82.5	200	186	14
II 新 生 物	75.2	41.3	33.9	100	91	9
悪 性 新 生 物 (再 掲)	44.1	26.2	17.9	—	—	—
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	240.4	18.6	221.9	516	320	195
IV 血液および造血器の疾患	28.5	4.2	24.3	93	65	29
V 精神病, 精神神経症および人格異常	233.3	197.7	35.6	114	94	20
VI 神経系および感覚器の疾患	912.4	68.3	844.1	1,654	904	750
VII 循環器系の疾患	454.7	49.3	405.3	1,501	1,196	306
VIII 呼吸器系の疾患	799.6	17.9	781.7	7,043	1,191	5,852
IX 消化器系の疾患	1,640.0	100.8	1,539.2	4,122	1,443	2,680
歯牙および歯牙支持組織の疾患 (再掲)	953.8	0.1	953.7	1,815	424	1,391
X 泌尿器系の疾患	186.8	27.5	159.3	238	152	86
XI 正常分娩ならびに妊娠, 分娩および産褥の合併症	75.7	37.3	38.4	29	16	13
XII 皮膚および疎性結合組織の疾患	340.0	3.7	336.2	831	257	574
XIII 骨および運動器の疾患	323.4	27.3	296.0	1,164	340	824
XIV 先 天 奇 形	24.1	6.2	17.9	31	28	3
XV 新生児の主要疾患 (新生児下痢および肺炎を除く)	19.1	4.3	14.8	17	16	1
XVI 症状, 老衰および診断名不明確の状態	41.8	4.3	37.5	1,843	200	1,643
XVII 不慮の事故, 中毒および暴力	412.9	90.6	322.3	3,548	568	2,981
YO 疾病でない特殊状態および診察	39.6	1.6	38.0	—	—	—
YI 回復期保護, 成形処置および補綴	80.6	—	80.6	110	43	67

資料 厚生省「患者調査」, 「国民健康調査」.

表 16 医 療 関 係 者 数 の 推 移

	昭和30年末	35	37	38	39	40	41	42
医 師	94,563	103,131	105,437	106,512	108,102	109,369	110,759	111,657
歯 科 医 師	31,109	33,177	34,163	34,517	35,079	35,558	36,022	36,524
薬 剤 師	52,418	60,257	62,645	64,915	66,600	68,674	70,810	72,101
保 健 婦	12,369	13,010	13,606	13,910	13,957	13,959	14,175	13,606
助 産 婦	55,356	52,337	45,955	46,174	61,262	43,276	43,710	31,944
看護婦・准看護婦・看護人	129,860	185,592	205,087	215,528	229,797	245,211	265,230	228,569
歯 科 衛 生 士	486	1,390	1,878	2,219	2,622	3,205	3,692	3,595
歯 科 技 工 士	—	7,701	8,110	8,218	8,077	8,501	8,469	7,380
診療エックス線技師	3,931	6,147	7,289	7,619	8,009	8,461	8,825	9,323
衛生検査技師	—	4,980	6,364	6,975	7,424	8,104	8,880	9,778
栄養士	3,348	6,044	6,972	7,465	7,902	8,527	8,968	9,017
あんま師	—	49,194	51,477	54,193	55,038	58,239	58,817	59,114
はり師	—	31,213	31,745	32,810	33,008	33,872	34,230	34,112
きゅう師	—	29,860	30,382	31,183	31,488	32,026	32,347	32,398
柔道整復師	5,138	5,627	6,014	6,389	6,468	6,793	7,144	7,152

注 1 あんま師、はり師、きゅう師、柔道整復師で免許をあわせ有する者は重複計上している。

2 保健婦、助産婦、看護婦・准看護婦・看護人、あんま師、はり師、きゅう師、柔道整復師は就業者数である。

3 診療エックス線技師、衛生検査技師、栄養士は病院および診療所の勤務者である。

資料 厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」,「衛生行政業務報告(厚生省報告例)」,「医療施設調査」。

表 17 都道府県別にみた医師・歯科医師・薬剤師数（従業地による・昭和42年）

	実数			人口10万対		
	医師	歯科医師	薬剤師	医師	歯科医師	薬剤師
全	111,657	36,524	72,101	111.4	36.4	71.9
北	4,770	1,438	2,517	91.4	27.5	48.2
海	1,414	351	445	99.1	24.6	31.2
道	1,441	296	451	102.8	21.1	32.2
青	2,452	463	1,061	138.3	26.1	59.8
岩	1,003	326	383	79.3	25.8	30.3
宮	1,041	327	485	83.2	26.1	38.8
秋	1,825	536	807	92.5	27.2	40.9
山	1,601	627	775	77.5	30.4	37.5
福	1,299	485	621	84.8	31.7	40.6
茨	1,670	493	755	103.0	30.4	46.6
栃	2,429	947	1,684	73.2	28.5	50.8
群	2,626	967	1,760	90.9	33.5	60.9
埼	14,943	6,933	15,947	133.8	62.1	142.8
千	4,379	1,777	3,322	91.9	37.3	69.7
東	2,436	729	899	101.8	30.5	37.6
神	1,003	270	1,132	97.9	26.3	110.4
奈	1,516	295	667	153.4	29.9	67.5
新	706	187	406	94.3	25.0	54.2
富	676	264	299	88.4	34.5	39.1
石	2,064	704	914	105.4	36.0	46.7
福	1,559	499	1,199	90.6	29.0	69.7
山	2,604	1,035	1,901	87.4	34.7	63.8
長	5,303	1,687	4,963	106.1	33.8	99.3
岐	1,614	511	889	106.5	33.7	58.6
静	816	218	474	95.1	25.4	55.2
愛	3,593	877	2,160	166.8	40.7	100.3
三	9,257	2,999	8,175	132.4	42.9	116.9
滋	5,297	1,586	3,315	119.9	35.9	75.0
京	1,031	281	711	120.7	32.9	83.3
大	1,142	353	675	110.3	34.1	65.2
兵	832	203	301	144.7	35.3	52.3
奈	846	238	302	105.5	29.7	37.7
和	2,231	680	796	134.2	40.9	47.9
歌	3,133	891	1,586	134.1	38.1	67.9
山	1,862	591	930	121.9	38.7	60.9
徳	1,169	225	598	145.4	28.0	74.4
香	1,010	319	523	112.0	35.4	58.0
愛	1,323	417	571	92.3	29.1	39.8
高	886	252	411	110.5	31.4	51.2
福	5,797	1,820	2,771	144.9	45.5	69.3
佐	915	320	428	105.7	37.0	49.4
長	2,063	490	809	126.6	30.1	49.6
熊	2,153	475	976	122.3	27.0	55.4
大	1,250	451	533	106.6	38.4	45.4
宮	906	284	314	84.0	26.3	29.1
鹿	1,771	407	460	97.1	22.3	25.2
児						
島						

資料 厚生省「昭和42年医師・歯科医師・薬剤師調査速報」。

表 18 医療施設数, 病床数の推移

	昭和30年末	35	37	38	39	40	41	42
(施設数)								
病院	5,119	6,094	6,428	6,621	6,838	7,047	7,308	7,505
精神病院	260	506	583	629	676	725	769	818
結核療養所	676	595	516	474	374	340	283	250
らい療養所	14	14	14	14	14	14	14	14
伝染病院	73	58	52	52	48	46	41	39
一般病院	4,096	4,921	5,263	5,452	5,726	5,922	6,201	6,384
一般診療所	51,347	59,008	61,366	62,363	63,296	64,524	65,679	66,869
歯科診療所	24,773	27,020	27,488	27,869	28,158	28,602	28,893	29,153
薬局	18,769	21,119	21,020	21,024	21,149	21,428	21,870	...
(病床数)								
病院病床	512,688	686,743	752,714	794,434	833,606	873,652	918,233	963,113
精神病床	44,250	95,067	120,300	136,387	153,639	172,950	191,597	210,627
結核病床	236,183	252,208	241,305	235,150	227,454	220,757	211,527	204,945
らい病床	14,095	14,260	14,260	14,208	13,230	13,230	13,230	13,230
伝染病床	19,177	22,713	23,094	23,317	23,821	24,179	23,872	23,789
一般病床	198,983	302,495	353,755	385,372	415,462	442,536	478,007	510,522
一般診療所	113,924	165,161	179,868	189,634	196,547	204,043	212,438	225,610
歯科診療所	104	121	133	245	304	276	259	274

資料 厚生省「医療施設調査」.

表 19 都道府県別にみた病床数, 施設

都道府県	病						
	総 数	精 神 病 床			結 核 病 床		
		総 数	精神病院	一般病院	総 数	結核療養所	一般病院
全 国	963,113	210,627	157,654	52,973	204,945	40,208	164,737
北海道	59,995	11,877	7,652	4,225	11,272	2,782	8,490
青森	16,010	2,590	1,917	673	3,719	870	2,849
岩手	13,813	2,289	1,557	732	3,323	652	2,671
宮城	18,141	2,889	1,805	1,084	4,145	356	3,789
秋田	11,988	2,527	1,599	928	2,366	100	2,266
山形	9,300	1,819	1,612	207	2,282	630	1,652
福島	19,017	4,618	2,953	1,665	3,354	830	2,524
茨城	16,144	4,535	3,449	1,086	4,216	236	3,980
栃木	13,240	3,267	2,470	797	2,836	508	2,328
群馬	3,084	2,842	2,683	159	2,215	100	2,115
埼玉	19,101	5,190	2,879	2,311	3,990	470	3,520
千葉	24,259	6,329	4,519	1,810	6,315	1,384	4,931
東京都	100,995	19,005	12,722	6,283	19,145	4,390	14,755
神奈川県	36,470	8,816	6,645	2,171	6,469	1,601	4,868
新潟	19,065	4,330	3,333	997	4,213	230	3,983
富山	10,243	2,158	1,613	545	2,207	27	2,180
石川	12,385	2,278	1,349	929	2,548	697	1,851
福井	7,207	1,485	1,434	51	1,431	—	1,431
山梨	6,764	2,156	1,959	197	1,216	272	944
長野	17,244	4,085	2,276	1,809	2,842	100	2,742
岐阜	13,950	2,404	2,140	264	3,595	176	3,419
静岡県	21,210	3,927	3,707	220	4,001	180	3,821
愛知県	41,945	7,506	5,087	2,419	9,236	579	8,657
三重	16,578	3,787	3,118	669	3,438	910	2,528
滋賀	7,344	1,729	1,285	444	1,388	100	1,288
京都	23,274	4,561	3,037	1,524	5,435	1,162	4,273
大阪	63,008	12,966	9,690	3,276	12,419	3,628	8,791
兵庫県	37,585	7,452	5,998	1,454	8,746	1,845	6,901
奈良	7,752	1,880	1,100	780	1,899	87	1,812
和歌山	10,637	2,544	885	1,659	2,395	473	1,922
鳥取	6,601	1,333	1,052	281	1,459	490	969
島根	7,832	1,464	987	477	1,981	620	1,361
岡山	24,431	4,120	3,882	238	4,209	1,662	2,547
広島	24,207	5,354	4,278	1,076	5,000	765	4,235
山口	16,142	3,496	3,366	130	4,149	302	3,847
徳島	10,590	2,938	2,696	242	2,279	—	2,279
香川	11,461	2,228	1,242	986	2,081	550	1,531
愛媛	14,224	3,325	2,881	444	2,651	200	2,451
高知	12,558	2,610	1,491	1,119	2,577	552	2,025
福岡	49,699	12,808	9,299	3,509	13,196	4,688	8,508
佐賀	9,116	2,340	1,580	760	2,308	—	2,308
長崎	18,268	4,978	4,641	337	4,247	1,684	2,563
熊本	21,654	6,120	5,677	443	5,070	1,516	3,554
大分	12,233	3,271	2,958	313	2,563	542	2,021
宮崎	13,648	3,720	3,072	648	3,184	566	2,618
鹿児島	22,701	6,681	6,079	602	5,335	696	4,639

の種類・病床の種類別（昭和42年末）

院					一般診療 所	歯科診療 所	比 率 (人口10万対)	
らい病床	伝 染 病 床			一般病床			全 病 床	病院病床 (再掲)
	総 数	伝染病院	一般病院					
13,230	23,789	2,914	20,875	510,522	225,610	274	1,128.2	916.0
—	821	188	633	36,025	15,466	29	1,382.7	1,100.6
850	542	60	482	8,309	5,701	—	1,441.8	1,084.9
—	608	—	608	7,593	5,471	—	1,343.8	971.0
670	588	106	482	9,849	7,253	18	1,389.5	1,001.6
—	456	—	456	6,639	3,653	4	1,156.0	891.2
—	504	—	504	4,695	3,781	16	1,014.7	715.8
—	626	—	626	10,419	5,835	—	1,194.9	917.4
—	523	—	523	6,870	4,208	25	954.8	758.7
—	299	—	299	6,838	3,340	7	1,037.5	835.5
1,180	341	—	341	6,506	4,256	—	1,019.4	768.5
—	646	243	403	9,275	4,786	1	669.0	538.2
—	671	—	671	10,944	4,767	31	962.5	809.2
1,470	1,695	349	1,346	59,680	19,073	9	1,022.6	852.0
—	879	356	523	20,306	6,827	13	868.5	732.1
—	903	—	903	9,619	4,607	1	954.7	766.4
—	279	—	279	5,599	2,602	—	1,221.5	974.5
—	423	—	423	7,136	2,758	1	1,473.1	1,196.0
—	207	—	207	4,084	1,992	—	1,178.8	905.9
85	225	—	225	3,082	1,340	2	1,016.2	853.7
—	612	—	612	9,705	3,807	—	1,053.7	863.0
—	421	—	421	7,530	3,070	—	957.0	786.2
735	636	37	599	11,911	6,065	38	850.0	659.1
—	1,137	—	1,137	24,066	7,233	6	929.5	790.5
—	445	—	445	8,908	2,536	3	1,212.3	1,066.1
—	325	—	325	3,902	1,177	—	927.2	792.0
—	427	—	427	12,851	2,767	—	1,181.2	1,059.0
—	996	505	491	36,627	7,875	4	963.1	855.3
—	921	50	871	20,466	5,392	1	915.3	812.6
—	143	113	30	3,830	1,441	1	988.3	826.6
—	485	80	405	5,213	2,092	3	1,173.4	977.6
—	207	—	207	3,602	1,605	1	1,351.5	1,100.5
—	315	—	315	4,072	1,927	—	1,165.1	926.4
3,360	393	75	318	12,349	3,373	—	1,571.3	1,388.0
—	507	100	407	13,346	4,946	—	1,155.5	983.8
—	599	—	599	7,898	3,973	18	1,261.3	1,023.9
—	275	53	222	5,098	2,231	2	1,506.6	1,238.9
860	260	—	260	6,032	2,698	7	1,505.4	1,217.5
—	145	80	65	8,103	4,653	2	1,249.3	953.8
—	265	—	265	7,106	3,418	2	1,834.0	1,432.8
—	871	300	571	22,824	15,039	—	1,531.5	1,182.9
—	307	—	307	4,161	4,249	—	1,479.3	1,016.6
—	607	54	553	8,346	6,151	4	1,399.7	1,055.3
2,290	461	60	401	7,713	7,087	12	1,558.0	1,178.6
—	146	—	146	6,253	4,150	6	1,343.3	1,001.4
—	492	45	447	6,252	2,869	—	1,450.5	1,207.1
1,730	155	60	95	8,800	6,133	7	1,486.1	1,164.2

表 20 保健所職員定数・現員および充足率

区 分	昭和40年度末			41			42		
	定 員	現 員	充 足 率	定 員	現 員	充 足 率	定 員	現 員	充 足 率
合 計	30,335	22,344	73.0%	31,163	22,244	71.6%	31,431	22,523	71.7%
医 師	3,623	1,597	44.1	3,661	1,564	42.7	3,669	1,553	42.3
歯 科 医 師	225	110	48.9	225	77	34.2	232	75	32.3
薬 劑 師 獣 医 師	805	879	109.2	810	813	100.4	807	806	99.9
保 健 婦	7,984	5,814	72.8	8,135	5,806	72.1	8,175	5,987	73.2
看 護 婦	422	280	66.4	441	267	60.5	465	282	60.6
助 産 婦	871	187	21.5	876	188	21.5	879	174	19.8
X 線 技 術 者	1,712	1,523	89.0	1,725	1,525	88.4	1,740	1,556	89.4
管 理 栄 養 士 栄 養 士	871	878	100.8	144 876	112 799	77.8 91.2	211 879	158 804	74.9 91.5
歯 科 衛 生 士	286	76	26.6	290	77	26.6	302	78	25.8
試験検査技術者	1,653	1,213	73.4	1,669	1,272	76.2	1,678	1,323	79.1
衛生工学指導員	225	25	11.1	225	20	8.9	323	20	8.6
衛生統計技術者	1,408	898	63.8	1,421	916	64.5	1,414	917	64.9
カード管理員	805	166	20.6	810	270	33.3	807	261	32.3
衛生教育指導員	805	437	54.3	810	481	59.4	807	487	60.3
医療社会事業員	361	237	65.6	463	229	49.5	478	215	45.0
精神衛生相談員	...	...	...	197	97	49.2	260	119	45.8
予防防疫担当者 結核予防担当者	2,918	2,867	98.2	2,963	2,700	94.5	2,971	2,768	93.2
総務事務担当者	5,361	5,157	96.2	5,422	4,931	90.9	5,425	4,935	91.0

資料 総理府「社会保障統計年報」。

表 21 都道府県別にみた型別保健所数・1保健所当り人口・面積

(昭和42年12月末現在)

都道府県	人 口 ¹⁾ (千人)	面積 ²⁾³⁾⁴⁾ (平方キロ)	型 別 保 健 所 数						1 保健所当り	
			総 数	U	UR	R	L	S	人 口 (千人)	面 積 (平方キロ)
全 国	100,243	369,849.96	829	222	80	384	121	22	120.92	446.14
北海道	5,220	78,512.07	51	6	3	12	30	—	102.35	1,539.45
青森	1,427	8,998.20	11	—	2	4	5	—	129.73	818.02
岩手	1,402	15,091.78	15	—	1	7	7	—	93.47	1,006.12
宮城	1,773	7,286.63	17	3	1	11	2	—	104.29	428.63
秋田	1,265	11,430.95	13	—	1	7	4	1	97.31	879.30
山形	1,251	9,325.21	10	—	1	8	1	—	125.10	932.52
福島	1,972	13,780.45	18	—	3	10	5	—	109.56	765.58
茨城	2,065	6,087.20	18	—	4	13	1	—	114.72	338.18
栃木	1,531	6,419.44	11	—	3	8	—	—	139.18	583.59
群馬	1,621	6,349.96	12	—	3	8	1	—	135.08	529.16
埼玉県	3,318	3,754.49	19	5	4	10	—	—	174.63	197.60
千葉県	2,889	4,932.58	18	4	1	13	—	—	160.50	274.03
東京都	11,166	1,969.16	62	59	1	2	—	—	180.10	31.76
神奈川県	4,763	2,375.37	30	23	1	6	—	—	158.77	79.18
	2,392	12,109.83	20	2	3	11	3	1	119.60	605.49
富山県	1,025	4,016.74	10	—	2	8	—	—	102.50	401.67
石川県	988	4,194.87	13	2	—	7	1	3	76.00	322.68
福井県	749	4,264.79	8	—	1	4	3	—	93.63	533.10
山梨県	765	4,254.01	8	—	1	6	1	—	95.63	531.75
長野県	1,958	13,108.37	17	—	2	10	5	—	115.18	771.08
岐阜県	1,720	9,858.15	15	3	2	8	2	—	114.67	657.21
静岡県	2,979	7,321.56	23	4	4	13	1	1	129.52	318.33
愛知県	4,998	5,067.99	37	18	7	9	3	—	135.08	136.97
三重県	1,516	5,768.39	11	—	2	8	1	—	137.82	524.40
滋賀県	858	4,016.00	10	1	2	4	2	1	85.80	401.60
京都府	2,154	4,612.26	22	10	—	8	2	2	97.90	209.65
大阪府	6,991	1,848.00	44	35	—	9	—	—	158.89	42.00
兵庫県	4,419	8,338.84	40	18	2	14	5	1	110.48	208.47
奈良県	854	3,692.15	7	—	3	1	3	—	122.00	527.45
和歌山県	1,035	4,717.75	10	2	—	7	1	—	103.50	471.78
鳥取県	575	3,489.03	6	—	1	3	2	—	95.83	581.51
島根県	802	6,625.74	10	—	1	5	2	2	80.20	662.57
岡山県	1,663	7,078.80	17	—	2	9	5	1	97.82	416.40
広島県	2,337	8,444.73	25	5	3	8	4	5	93.48	337.79
山口県	1,528	6,081.15	16	1	2	11	—	2	95.50	380.07
徳島県	804	4,143.47	9	—	1	7	1	—	89.33	460.39
香川県	902	1,864.74	8	—	1	7	—	—	112.75	233.09
愛媛県	1,434	5,656.46	14	—	2	10	1	1	102.43	404.03
高知県	802	7,105.52	10	—	1	1	8	—	80.20	710.55
福岡県	4,001	4,912.62	33	13	2	17	1	—	121.24	148.87
佐賀県	866	2,408.04	8	—	1	7	—	—	108.25	301.01
長崎県	1,630	4,089.68	16	3	—	12	1	—	101.88	255.61
熊本県	1,761	6,937.56	16	2	1	13	—	—	110.06	433.60
大分県	1,173	6,043.01	13	1	1	9	2	—	90.23	464.85
宮崎県	1,073	7,195.33	11	—	1	6	4	—	98.00	654.12
鹿児島県	1,823	9,142.30	17	2	—	13	1	1	107.24	537.78

注 1) 人口は、総理府統計局の昭和42年10月1日の推計人口による (1,000人単位で四捨五入したため全国にはあわない)。

2) 面積は、建設省国土地理院の昭和42年10月1日調べによる。

3) 現に行政権のおよんでいる地域のみについての数字である。

4) 境界未定地域12ヵ所の面積は除いてある。

資料 厚生省「昭和42年度保健所運営報告」。

表 22 保健所の主な活動

(昭和 42 年)

活 動 内 容	事 業 量	1 保健所 平 均	活 動 内 容	事 業 量	1 保健所 平 均
健康相談回数	384,460	462.1	幼児被指導延人員	435,128	523.0
所 内	250,870	301.5	(再掲) 3 歳児健康診査被指導実人員	1,020,400	1,226.4
個 別	189,199	227.4	母子衛生療育指導被指導実人員	102,890	123.7
集 団	61,671	74.1	妊娠中毒症被訪問指導実人員	201,944	242.7
所 外	133,590	160.6	延 人 員	307,057	369.1
個 別	18,543	22.3	新生児被訪問指導実人員	575,167	691.3
集 団	115,047	138.3	延 人 員	854,412	1,026.9
間接撮影者総数	37,229,352	44,746.8	歯科検診受診者延人員	1,721,327	2,068.9
定期結核検診者数	35,939,203	43,196.2	個 別	316,467	380.4
使 用 者	6,013,719	7,228.0	集 団	1,404,860	1,688.5
学 校 長	15,073,346	18,117.0	栄養改善指導	3,971,075	4,772.9
施設の長	513,901	617.7	個別被指導延人員	1,423,146	1,710.5
市町村長	14,338,237	17,233.5	集団被指導延人員	2,435,760	2,927.6
定期外結核検診者数	1,290,149	1,550.7	給食施設指導延施設数	112,169	134.8
患者家族	228,206	274.3	予防接種被接種者延数	16,357,854	19,660.9
そ の 他	1,061,943	1,276.4	細菌性赤痢の検査	6,626,668	7,964.7
直接撮影者総数	1,099,677	1,321.7	検査した検体数	6,599,678	7,932.3
定期結核検診者数	901,887	1,084.0	陽性検体数	26,990	32.4
使 用 者	218,881	263.1	寄生虫卵検査	3,043,528	3,658.1
学 校 長	266,716	320.6	環境衛生関係職員所外活動従事延人員	449,818	540.6
施設の長	16,678	20.0	食品衛生監視員指導出勤延人員	506,440	608.7
市町村長	339,612	408.2	食品衛生収去試験検体数	342,619	411.8
定期外結核検診者数	197,790	237.7	乳	171,186	205.8
患者家族	130,636	157.0	乳以外の食品数	171,433	206.0
そ の 他	67,154	80.7	衛生教育開催日数	157,343	189.1
妊産婦保健指導実数	480,696	577.8	所 内	53,451	64.2
妊婦被指導実人員	364,646	438.3	所 外	103,892	124.9
産婦被指導実人員	116,050	139.5	保健所保健婦訪問	7,268,398	8,736.1
妊産婦保健指導延数	653,025	784.9	(家庭)実 数	3,490,079	4,194.8
妊婦被指導延人員	495,975	596.1	延 数	3,778,319	4,541.2
産婦被指導延人員	157,050	188.8	家庭訪問以外の被指導人員	26,144,151	31,423.3
乳幼児保健指導実数	2,607,917	3,134.5	医療社会事業面接訪問延回数	82,889	99.6
乳児被指導実人員	1,364,037	1,639.5	面 接	61,359	73.7
幼児被指導実人員	1,243,880	1,495.0	訪 問	21,530	25.9
乳幼児保健指導延数	2,827,154	3,398.0	試験検査検体総数	15,915,269	19,128.9
乳児被指導延人員	2,392,026	2,875.0			

注 1 保健所平均は昭和42年の平均保健所 832 で除した数である。

資料 厚生省「保健所運営報告」。

社会 保 障 研 究 所 日 誌 (1969.4~6)

44. 4.14 ISSA 文献委員会 (第 17 回)
44. 4.15 第 4 研究会 (第 1 回) 報告内容「福祉における経済的と社会的について(1)」報告者専門委員 武藤光朗
44. 4.15 第 3 研究会 (第 1 回) 報告内容「東京都中期計画について」報告者東京都企画調整局計画第 2 課長貫洞哲夫
44. 4.16 ペンシルバニア大学教授 Prof. Irving Kravis 氏来所所長と懇談
44. 4.17 第 5 研究会 (第 1 回) 報告内容「社会保障制度の国際比較について」報告者専門委員小山路 男
44. 4.22 第 1 研究会 (第 1 回) 報告内容「PPBSの理論と応用」報告者一橋大学助教授宮川公男
44. 4.22 第 2 研究会 (第 1 回) 報告内容「生活総合調査の結果について」報告者厚生省大臣官房統計調査官前田正久
44. 4.24 第 6 研究会 (第 1 回) 報告内容「イギリスにおける最近の社会保障」報告者社会保険庁長官官房総務課長松下廉蔵
44. 4.24 懇談会「厚生年金保険の積立金の運用について」出席者山田雄三, 塩野谷九十九, 伊部英男, 大熊一郎, 江見康一, 地主重美
44. 4.24 第 45 回役員会「昭和 44 年度事業運営方針, その他について」
44. 5.13 第 2 研究会 (第 2 回) 報告内容「医療費と医療保険」報告者上智大学教授籠山京
44. 5.15 第 1 研究会 (第 2 回) 報告内容「年金財政の経済モデル」報告者千葉商科大学教授松本浩太郎
44. 5.15 第 46 回役員会「昭和 44 年度事業実施予定, 昭和 44 年度予算執行計画, その他について」
44. 5.20 第 5 研究会 (第 2 回) 報告内容「アメリカの貧困と社会保障」報告者専門委員中鉢正美
44. 5.22 第 4 研究会 (第 2 回) 報告内容「福祉における経済的と社会的について(2)」報告者専門委員 武藤光朗
44. 5.22 第 6 研究会 (第 2 回) 報告内容「児童手当制度について」厚生省児童手当参事官近藤功
44. 5.27 第 3 研究会 (第 2 回) 報告内容「欧米 3 カ国における老人の状態」報告者研究第 3 部長三浦文夫
44. 5.29 第 1 研究会 (第 2 回) 報告内容「システム・アナリシス」報告者東京工業大学教授鈴木光男
44. 6. 3 昭和 44 年度公開研究発表会発表テーマ「1. 生活保護における二, 三の問題について, 2. 労働組合と社会保障」発表者研究第 1 部長小沼正, 研究員平石長久
44. 6.10 第 2 研究会 (第 3 回) 報告内容「医療費の推計と関係資料」報告者東京織物卸商年金基金常務理事角田厲作
44. 6.12 第 47 回役員会「昭和 45 年度予算要求の骨子, 出版計画, その他について」
44. 6.16 海外社会保障情報編集委員会 (第 15 回)
44. 6.17 第 3 研究会 (第 3 回) 報告内容「保健福祉活動とプランニング」報告者東京大学助教授園田恭一
44. 6.19 第 4 研究会 (第 3 回) 報告内容「経済的福祉と人間疎外」報告者専門委員武藤光朗
44. 6.19 臨時研究会 報告内容「インドの社会保険の歴史的考察」報告者研究員平石長久
44. 6.24 第 5 研究会 (第 3 回) 報告内容「L.Ferment 他 (ed.), *Poverty in America* (1)」報告者主任研究員保坂哲哉
44. 6.26 第 6 研究会 (第 3 回) 報告内容「失業保険における当面の問題点」報告者労働省職業安定局失業保険課課長補佐江田茂