

季
刊

社会保障研究

Vol. 7, No. 1

社会保障研究所

1971



教育や医療が企業の対象となることは決して好ましいことではない。ところが、わが国ではこの好ましくないことが公然と行われている。しかも教育の場合には、それがときには土地会社ではないかと疑われるようなものさえみられる。本来ならば国や公共団体の手によって行われるべきである教育や医療がこうした有様で放置されていることは政府の怠慢というほかはない。今回、大阪でおこった大学不正入学事件は、私立大学医学部に入学するには莫大な寄付金が必要である。それならばたとえ一千万円を支払っても官公立大学に不正入学した方が割安ですむ。こうした考え方がもとになっている。これは医学部の運営にはなみなみならぬ金がかかる。ところが政府は官公立大学の定員もふやさないし、私学に対する援助もほとんど行っていない。そうしたことからおこったものであるといっても過言ではない。そこで政府は官公立大学の定員をふやしたり、私学の援助を大幅にしようとしている。

しかし、問題はそんなことで解決できるものであろうか。それより前に、なぜ医師の子弟などが一千万円とか二千万円とかの金を払ってまで医大に入学したがるのか。まずその点から解明しておく必要がある。

世間では、今日、金融機関が喜んで融資に応じるのは、旅館、料亭それに医療機関だといわれている。金融機関でもこれらの融資先ならば、利子はきちんと払ってもらえるし、元金も数年でもどってくると信じている。医学・医術の発展は、医療機関に対してわれわれが想像する以上に膨大な設備投資を要請してきた。近代的な診療施設をもたなければ、医業は成立しないような段階にきている。このことは単に病院についてだけではない。診療所でも同様である。たとえば、レントゲンの装置をもたねば診療は行われえない。そして、それを個々の診療所が備えつけようとする。点数の引き上げが強く要請され、中医協がしばしば立往生する理由はそこにある。

しかし、この場合、わたくしがどうしても納得できないのは、こうした設備投資が結局は医師の私有財産の増大をはかる結果になっていることである。このことは、たとえば、医療法人による病院が1923であるのに対し個人病院が2870もあること、また一般診療所に至っては医療法人は僅かに577であるのに対して個人診療所は54,362もあることによってもわかる。つまり、今日の医業の多くは医業としてより、むしろ企業、もっと正確に言えば利潤追求を目的とする私企業として行われている。そして、その利潤は結局、保険財政で賄われ、出来高払による点数単価方式の診療報酬がこれをつくりだしている。

もっとも多くのは、今日の医療費の暴騰は医師不足が原因だと考えている。しかし、そうした見解が誤りであることは、たとえば、住民当りで医師の多い京都の医療費が日本一高いことを考えただけでもわかるであろう。だから問題は医療機関の数にあるのではなく、また、その配置にあるのではない。根本的には医業を私企業として是認するところからきている。といって医療機関の国有国営を直ちに実現せよといったところで無理である。またその必要もない。それよりも診療報酬支払方式の抜本的改正を行うのが現実的である。しかしその前に打つべき手がある。それは医療金融公庫や金融機関からの融資をやめ、病院はもちろん診療所についても必要な設備や、器具についてはこれを公有化する。そして一定の使用料を徴収して、現物を貸与することである。つまり、設備は国その他の公共団体が所有し、民間には使用料をとってこれを貸しつけることにする。そうなれば医療機関の費用は大幅に節約され医療費の暴騰も防げるであろう。こうした措置をとらずにはたとえ大幅国庫負担を保険財政に投入したところで、それは結局、医師の私有財産をふやすことに終わってしまうのが落ちである。

医療保障における保険方式とサービス方式

——イギリスを例証として——

小 川 喜 一

I はじめに

「医療保険の抜本改正」が政治の日程にのぼされて以来、すでに久しい。この問題をめぐって、ジャーナリズムはもとより、国会その他の関係諸機関においても、これまでにさまざまな主張が展開され、数々の論議が戦わされてきたが、その華々しさは、文字どおり「百家奏鳴」とも形容すべきであろう。だが、それに引きかえ「抜本改正」の実施自体はいっこう進捗を見ないままに、今日にいたるまでいたずらに歳月がすごされてきた。

しかし、その間にもわが国の医療保険の矛盾はいよいよ拡大し、その危機的様相はますます深まって、とどまるところを知らないかに見える。診療報酬不正請求の大型化から不正入学問題にいたるまで、次々と明るみに出てくる醜悪な事件を前にして、医療保険の現存機構が醸す退廃状態に対する国民の批判は、いやおうなしに、そのきびしさを加えざるをえない。それにもかかわらず、厚生省当局の基本的姿勢は、事実上「抜本改正」をたんなる医療保険財政の赤字問題に局限し、その財源不足は保険料などの受益者負担の増徴によってまかなわれるのが当然であるとの立場に終始している。このような事情のもとにおいて、医療保障における保険原理そのものがあらためて再検討されるとともに、保険方式とサービス方式との対比に関する研究が注目を集めつつある。このことは、現在までの「抜本改正」論議と考えあわせて、その今後における必然的發展の一方向を示すものといってもよいであろう。

そのみならず、医療保障におけるサービス方式への関心の高まりは、さらにわが国における最近の医療保障の現実的動向によっても要請される

ところである。東京都の「老人医療無料制度」は、その発足に際してはさまざまな障害に遭遇したものの、すでに1年以上を経過した。また、その間にこれにならって、いくつかの地方自治体でも類似の制度が設立され、今後もその数は増加するものと見られる。しかも、サービス方式による医療保障は、ひとり老人医療においてのみ現実的課題とされているのではない。心身障害、精神病、結核などの医療についても、公費負担の増大の要望が強いし、また公害病の医療も、当然、既存の保険方式による給付から何らかの形で分離され、確立されるべきであろう。

このように、いまや保険方式に対する再検討とサービス方式の導入・拡大がせまられているとするならば、前者から後者への移行は歴史的にはどのような条件のもとにおいて実現されうるのであるか。あるいは、それらの条件はわが国においてもすでに整っているのだろうか。拙稿の課題とするのは、これらの点を明らかにすることであるが、今日、サービス方式による医療保障の典型と見なされるのは、いうまでもなく、イギリスのそれである。したがって、まず、かの国における1911年の「国民保険法」(National Insurance Act)から1946年の「国民保健サービス法」(National Health Service Act)にいたる歴史的過程に考察を加えることによって、おそらく、わが国における保険からサービスへの移行の問題に関してもいくつかの教訓が引き出されうるのである。

II イギリスにおける国民健康保険財政の安定

上記の「国民保険法」は、イギリスにおける社会保険の嚆矢として国民健康保険とともに失業保

険をも創設したが、両世界戦争間の時期に両者の保険財政がたどった足どりを顧みると、まったく対照的な状態を呈したことが人びとの注意をひくであろう。イギリス失業保険は、第一次世界戦争の終結直後までの期間は別として、1920年の戦後恐慌の勃発以来、大量の構造的失業の発生によってその保険財政がひたすら悪化の一途をたどったことは、よく知られるとおりである。すでに1926年にその「支払い能力の回復に対する一切の希望は失われた¹⁾」と極論されるにいたり、ついに1934年の「失業法」(Unemployment Act)によって、失業保険は新たに設けられた失業扶助制度と併せて再編され、その財政的再建がはかられなければならない結果となった。それに反して、国民健康保険の財政は、一見したところ、つねにきわめて安定的な状態に恵まれていたといつてよい。

後者の財政にいま少しく立入って考察すると、もともと「国民保険法」の成立過程において、激しい論議の焦点の一つとなったのが、その財政問題であった。この立法と当時の労働者階級から強い支持を受けた『王立救貧法委員会少数派報告』(The Minority Report of the Poor Law Commission, 1909.)の医療保障構想との対決において²⁾、それに決着を与えた直接的要因の一つが、費用管理上の難易という点にあったことは見のがされえないであろう³⁾。国民健康保険の発足に先立って、予め保険数理に立脚しつつ、保険財政計画について可能なかぎり、綿密な検討がかさねられたことは、もちろんである。この保険制度は、その管理機関に「認可組合」(approved societies)⁴⁾を参加させ、

はなはだしく複雑な機構を取り入れたが、いま、それをほぐしつつ、その財政にメスを入れた I. フォーク (Falk) の計算によれば、被保険者 1 人当りの保険財政の収入は、1916 年の 1 ポンド 12 シリング 6 ペンスから 1933 年の 2 ポンド 11 ペンスにまで伸びた。他方、同じく 1 人当りの支出は、1916 年には 1 ポンド 11 ペンスであったが、1933 年においても 2 ポンド 7 ペンスにとどまり、これらの期間を通じて年々に、多かれ少なかれ、収入は支出を上回った。

もっとも、国民健康保険財政は、その創設に際して、いわゆる賦課方式 (dividing-out system, or distribution system) ではなくして、積立方式 (accumulative system) を採用したので⁵⁾、上述の収入超過分をただちに保険財政における余剰と考えることは誤りである。だが、この点を考慮に加えても、なお収入超過がある程度の額に達したことは、「認可組合」の財政状態に照しても十分に察知されうるところである。さらに R. W. ハリス (Harris) もこれらの収支状況を図式的に解明するために、1931 年から 35 年までの保険財政の実績にもとづいて、拠出額——被保険者および雇用主によるものの合計額——を基準とし、収支各項目の占める比率を示したが、それは表 1 に見られるとおりである。すなわち、この時期には拠出および大蔵省支出の合計 (1,243) によっては、給付費および管理費の総支出 (1,408) をまかなうには不足であり、積立金に対する利子 (227) のうちからかなりの部分が充当されなければならなかったとはいえ、なお積立金に繰入れられるべき残額 (62) が生じた。このようにして、1931—35 年における基金の増加額はほぼ 500 万ポンドに達し、その総額においては 1 億ポンドを超えるにいたった。他方、国民健康保険に対する政府拠出は、表 2 に示されるように、減少傾向をたどり、1926 年以降においてはその額が給付費および管理費の約 6 分の 1、

1) P. Cohen, *Unemployment Insurance and Assistance in Britain*, 1938, p. 29.

2) この点に関しては、拙著『イギリス社会政策史論』第 3 章を参照。

3) 『少数派報告』の構想の「難点は費用の問題であり、それは、ロイド・ジョージ (Lloyd George) が提案した保険数理的に堅実な保険機構とは異なって、費用の管理が困難であったであろう。」(H. Pelling, *A Short History of the Labour Party*, 2nd edition, 1965, p. 27. 拙訳『イギリス労働党の歴史』51頁。)

4) 「認可組合」の管理機構への参加について、ロイド・ジョージは国民健康保険を「官僚的でない」、「役人によって行なわれるのではない」(The People's Insurance, 1911, p. 133.) 制度たらしめる措置として、その意義を強調した。「認可組合」となるための条件としては、紆余曲折の後に、

(1) 営利団体でないこと

(2) 被保険者によって民主的に管理される団体であることが要求されたが、しかし、「これらの条件に合致しない団体あるいは会社であっても、『国民保険法』のもとで事業を行なう目的をもって、本

法が『認可組合』として取り扱う別部門の団体あるいは会社を設立することができる」(C. Carr, S. Garnet, and J. H. Taylor, *National Insurance*, 3rd edition, 1912, p. 45.) のが、実情であった。制度の発足とともに、1 万をこえる「認可組合」が参加した。

5) 概して、被保険者が 55 歳に達したとき、その年における彼らのための給付および管理の費用は、彼らのための拠出および積立金利子と均衡するが、しかし、55 歳以後には給付費が急速に増大し、70 歳において彼らの積立金も枯渇するものと考えられた。

表 1 収入と支出

収入	
抛出	1,000
大蔵省	243
	1,243
積立金に対する利子	227
合計	1,470
支出	
現金給付	
疾病手当	404
廃疾手当	235
出産手当	64
その他の給付	103
	806
医療給付	390
	1,196
管理費	212
給付および管理に対する支出の合計	1,408
支出に対する収入の超過 (4% 強)	62

(注) R. W. Harris, *National Health Insurance in Great Britain*, 1911—1946, 1946, p. 100.

表 2 政府拠出の推移

(イングランドおよびウェールズ)

年	金 額
1925	£ 7,228,100
1926	6,254,900
1927	6,842,600
1928	6,389,900
1929	6,873,300
1930	6,605,900
1931	6,356,300
1932	5,515,100
1933	5,395,700
1934	5,562,900

(注) I. S. Falk, *Security against Sickness*, 1936, p. 183.

あるいはそれ以下にさえ縮減されたこともまた、忘れてはならないであろう。

それでは、このように国民健康保険財政が安定状態を保つことができたのは、いかなる原因によるものであったであろうか。この問題の解明に先立って、まず留意されなければならないことは、その安定状態が実は医療保険の拡充を求める国民の広い階層の要望を犠牲としてあがなわれたものであったという事実である。周知のように、国民健康保険——それは発足以来、第二次世界戦争後に国民保健サービスによって取って代えられるま

で、制度上には何ら重要な改変を見なかった——は、その被保険者の範囲においても、また給付とくに医療給付の内容においても、きわめて制限された制度であった。前者の点に関しては、非筋肉労働者の強制加入には一定の所得制限が設けられていたことは別としても、被保険者の扶養家族は、彼ら自身が被用者でないかぎり、原則的には何らの給付をも受けることができず、ただ財政的余裕に恵まれた「認可組合」の一部が彼らに対して一定範囲の医療給付を提供したにすぎなかった。つぎに後者の点に関しては、現金給付はともかくとして、法定の医療給付は一般医による診療のみに限定され、専門医による診療、あるいは入院治療をはじめ、歯科診療、眼科診療などは、「認可組合」の財政事情に応じ、部分的に附加給付として支給されるにとどまった。

ところで、上述のごとく、失業保険財政とは対照的に国民健康保険財政においては着実にその基金が増大しつづけた事実は、当然に論議をひきおこした。とくに1924年に設置された「国民健康保険に関する王立委員会」(Royal Commission on National Health Insurance)はこの問題を取り上げ、保険数理委員会の助力をえて、既存の拠出額が実際には高率にすぎのではなかったか否かについて、あらためて検討を加えた。その結果、「王立委員会」は、年に約450万ポンドだけが予測された法定給付をまかなうに必要な額よりもいっそう多く拠出されていることを見出した。だが、拠出率の引下げは否定されたばかりでなく、さらにこのマージンの使途について、その半額は給付の拡大にふり向けられるべきであるとの提案も、結局、容れられるところとならず、むしろ国庫負担の軽減にあてられたことはさきに述べたとおりである。当時、国民が法定給付の拡大を強く要望していたことを端的に物語るのは、法定給付から除外されていた専門医による診療あるいは入院治療の出費にそなえて、いわゆる「病院保険」(hospital insurance)への加入者が急激に増加しつつあった事実である。「入院費貯蓄協会」(Hospital Saving Association)への拠出者——そのなかには被保険者以外の階層も含まれていたが——は1924年

の6万人から3年後には35万人となり、さらに1933年には実に116万人を数えるにいたった⁶⁾。

このような国民の強い要望も、国民健康保険財政の安定維持のために無視し去られるところとなったが、その際、この「王立委員会」の『多数派報告』(The Majority Report, 1926)が次のごとくに論じたことは、注目に値するであろう。すなわち、「とくにわれわれは、この事業(国民健康保険を指す——筆者注)を拡張すればするほど、保険原理を維持することはますます困難になるものと固く信じている。われわれの考えるところによれば、究局的な解決法は、医療事業をまったく保険制度から切離して、一般の公費によってまかなわれている他の保健事業と同じ線に沿って再組織することであろう⁷⁾」と述べた。この言葉は、一面においては法定給付の拡大を拒否したことに対する弁明であるに相違ないが、他面においてはその後の医療保険の展開方向について重要な示唆を包含するものでもあったといえる。P. E. P. (Political and Economic Planning)による1937年の『イギリス保健事業に関する報告書』(Report on the British Health Services)も、その後者の面に注目して「彼らがこのような結論に到達するにいたったのは、一つには、環境改善事業のように社会に利益をもたらす保健事業と、医療サービスのようにたんに個人に利益をもたらすにとどまる保健事業との間の区別が、急速にくずれ去りつつあることを看取した結果である⁸⁾」と論じた。

III イギリス国民健康保険における 財政安定化の要因

以上のように、イギリス国民健康保険財政が安定を保ちえた基本的条件としては、それがどれほど国民の願望に背馳するものであったにせよ、被保険者の範囲および給付の内容の両面において、ひたすら狭い枠組が固持されたことをまず指摘しておくべきであろう。しかし、その狭い枠組のな

かにおいてではあれ、いかにして実際に保険財政の安定が維持されえたかは、一応別個の問題として究明されなければならない。

再びさきの表1にもどろう。1931--35年における保険財政の支出面では、管理費を別とすれば⁹⁾、現金給付費と医療給付費との割合はほぼ2対1であり、わが国においては逆にほぼ1対9(1968年度、政府管掌健康保険、被保険者分)であるのに比べて、きわ立った対照をなした。「イギリスの『健康』保険は、ドイツの『疾病』保険に比べて、医療よりもむしろ現金を給付する制度である。イギリスにおいてはいままお保険財政の重点は、被保険者の健康の『回復』よりも、むしろ第一義的には労働不能によって失われる所得の『補償』におかれている¹⁰⁾」と特徴づけられたのも、そのためである。このような特徴が、何よりもまず、医療給付に加えられた狭い枠組によって生ずることは、附言するまでもないであろう。

次に現金給付費の内訳をさきの表1について見ると、最大の比重を占めるのは疾病手当であり、それは医療給付費をもやや上回る割合に達し、それに次ぐのが廃疾手当である。したがって、保険財政の安定の視点からは、保険者の関心の中心となるのは、医療給付よりもむしろ現金給付の動向であり、とりわけ疾病手当支給の管理であった¹¹⁾。実際的にも1922年から33年までの被保険者1人当りの各給付費の推移において、表3の示すように、現金給付費が概して増大傾向にあったのに対して、医療給付費はむしろ停滞ないしは減少の傾向を呈したが、このことは、わが国の場合と対比して、とくに注意されるべきであろう。その意味において、拙稿の課題にとっては、後者の安定的状態に対する分析こそ重要であり、前者に関し

9) 総支出中に占める管理費の比重が、国民健康保険においては他の社会保険におけるよりもいっそう大であるが、この点に関しては、拙著『イギリス国営医療事業の成立過程に関する研究』、第2章、第3節を参照。

10) Falk, *ibid.*, pp. 175-77.

11) 疾病手当のための支出増加の傾向は、保健省の見解によれば、その請求者数——とくに既婚婦人の間における——の増加によるものであるが、このことの主要な原因は、実際には労働不能の状態にあるのではない人びとによる請求の増加にあると判断された。そのために、地区医官(Regional Medical Officers)が労働不能をめぐる問題の裁定にあたることとなったが、彼らによって「放漫な診断書の発行はかなり阻止されたけれども、なおそれは不十分であると考えられた。」(R. W. Harris, *ibid.*, p. 115.)

6) Cf. I. S. Falk, *Security against Sickness, A Study of Health Insurance*, 1936, p. 200.

7) Quoted by R. W. Harris, *National Health Insurance in Great Britain*, 1911-1946, 1946, p. 170.

8) Quoted by *ibid.*, p. 170.

表3 被保険者1人当りの支出の推移 (1922=100)

(イングランドおよびウェールズ)

支 出	1922	1925	1930	1931	1933
総支出	100	105	117	115	103
管理費	100	96	103	103	95
給付費合計	100	106	119	117	105
疾病手当	100	108	108	106	101
廃疾手当	100	125	150	143	132
出産手当	100	86	86	83	69
医療給付	100	95	96	99	87
その他	100	215	754	723	523

(注) Falk, *ibid.*, p. 175 より作成。

表4 医療給付費 (1934—5年)

(イングランド)

	金 額	百分比
総額	£ 10,734,000	100.0
法定給付	8,557,000	79.7
附加給付	2,177,000	20.3
医師の報酬など	6,652,000	62.0
歯科サービス	1,496,000	13.9
薬剤および器具 ²⁾	1,943,000	18.1
眼科サービス	343,000	3.2
病院サービス	88,000	0.8
回復期用ホームなど	101,000	0.9
その他のサービス	110,000	1.0

(注) 1) Falk, *ibid.*, p. 176 より作成。

2) 法定および附加の両給付のものを含む。

てはこれを考察の範囲外におくこととする。

いま、1934—5年における医療給付費を構成別にみると、表4のごとくであったが、それによれば、この種の支出のうち、医師の報酬、薬剤および器具の支給、ならびに歯科診療のための支出が総額の94%を占め、その他の費用はほとんど取るに足らぬ程度にとどまった。とりわけ医師の報酬は医療給付費の6割を超え、したがって、全体としての医療給付費の動きが、被保険者数の変動を別とすれば、医師に対する報酬率の大小によって少なからぬ影響をまねがれえなかったことはいうまでもない。

1911年の「国民保険法」の制定とその実施にあたって、ロイド・ジョージと医師たちとの間に彼らの報酬額をめぐる激しい戦いと掛引きとが展開されたことについては、ここでは割愛するが、その結果、報酬額は被保険者1人当り年間9シ

ングをもって妥結を見た¹²⁾。そして、この額のうち、6シリング6ペンスの9分の7に相当する部分は拠出によって、また6シリング6ペンスの9分の2に2シリング6ペンスを加えた額は国庫によって、それぞれまかなわれることとされた。この人頭割報酬額は、その後、社会経済状態の変化につれて再三改定され、とくに1920年には13シリング9ペンスにまで増加された。この年には拠出率も引き上げられたとはいえ、それによって大蔵省の負担増大もまた避けられなかった。だが、あたかもこの時期には第一次世界戦争の勃発当時と比べて、生計費も賃金もともに2倍以上に高騰していたことを考えれば、その程度の報酬額引上げはやむをえない結果——あるいは低きにすぎる上げ幅——であったと考えられるべきであろう。

しかし、それ以後は、逆に医師の報酬の切下げが繰返された。いまその過程を順次に跡づけるだけの紙幅を有しないが、結局1937年には人頭割報酬額は再び9シリング——ただし、発足当初におけるとは異なって、薬剤費は除外された——と定められた。もとより、これらの引下げ措置に対して医師は抵抗を示したが、政府は医師および薬剤師に対する報酬の節約方針を貫くことにおいて、1922年以後にはいちじるしい成功を収めたといえてよい。この成功が医療給付費の膨張を阻止する上に寄与するとともに、ひいては上述のように大蔵省負担の軽減を可能ならしめた一因をなすことは、見易いところであろう。ただし、その場合、診療報酬支払い方式として、わが国の点数方式とは異なり、イギリスでは人頭割方式が採用されていたことに留意すべきであり、この点に関しては後にも述べるとおりである。

ところで、医師の報酬に次いで、医療給付費のうちに大きな比重を占めたのは、「薬剤および器具」である(前掲表4)。薬剤費は不断增加傾向をたどったが、財政的見地から、さきの診断書発行におけると同様に、薬剤の処方に対して何らかの限界と設けようとする保険者側と、この種の企

12) このことによって「医師の多くにとっては、ただちに所得が倍加されると同時に、社会における彼らの信望と地位もいちじるしく高められ……彼らは社会保険制度による主要な受益者の一群をなした。」(M. Bruce, *The Coming of the Welfare State*, 1961, p. 188.)

てを医業の自由に対する侵害と考えた医師の側との間に、ときとしては対立が公然化するという事態も回避されえなかった。薬剤費の上昇傾向についての主要な問題点として、保健省は

- 1) 同一地区内にある個々の医師の薬剤処方額の間に見出される差異
- 2) 国内のさまざまな地区の平均的薬剤費の間に見られる差異

の2点を指摘した。まず第1項に属する過剰処方と見られるものに関しては、1928年の「医療給付総合規則」(Medical Benefit Consolidated Regulations)によってその判定の基準が明示されるにいたったが、要するに、それは一般的には当該地区内における平均的費用を判定の基準とするものであった。それに反して、上記の第2項の問題はいっそう複雑であり、地区的に薬剤費のいちじるしい差異を生ぜしめつつある原因は、的確には解明されがたいままであった。

以上、医療給付費を構成する二つの主要部分について考察したが、ともあれ、国民健康保険における医療給付費の安定が、これらの両構成部分の費用の安定に負うところが大きいことは明らかであろう。ただ薬剤費の上昇傾向が保険財政に重大な脅威をもたらすまでにいたらなかった点に関しては、はたして保健省の努力がどれだけの効果を収め、あるいは、それ以外の要因——例えば医師の協力など——がどのように作用したかを確定することは、きわめて困難な問題である。

IV 医療保険から医療サービスへ

さて、このように少なくとも外見的には財政的安定を保ちつづけた国民保険が、何故に第二次世界戦争直後にあえて国民保健サービスへと改変されなければならなかったのであろうか。この問いに答えるためには、何よりもまず、両世界戦争間の時期における一連の医療社会化理論の展開過程を追究することが必要とされるが¹³⁾、いま拙稿の課題にとって重要であるのは、この展開過程を促進した諸要因のうちにあっても、主として財政上のそれである。

1944年2月にイギリスの挙国政府は『国民保健サービスに関する白書』(White Paper on a National Health Service)を発表したが、それはこの時点までの数々の医療社会論を集約するとともに、戦後の国民保健サービスの実現に向って大きく一歩をおし進めた文書でもあるといつてよい。『白書』は、その冒頭に「新しいサービスの範囲」と題して、「国民保健サービスの利用を望むすべての人びとに対して、それは完全な範囲に及ぶ個人保健上の配慮——一般医および専門医によるサービス、自宅、病院、およびその他の場所におけるサービス——を提供するであろう」し、また「ある範囲の医療器具に対しては負担が課せられるかも知れないことを別とすれば、無償とされるであろう」と述べた。

この「新しいサービス」の構想を国民が心から歓迎したことは、すでに述べたところからも明白であろう。しかし、問題はその費用がどれだけの額にのぼり、またいかにしてまかなわれるかの点にある。この点について、『白書』は「現存の保健事業に対して公的基金から支出される金額は約6,100万ポンドであるが、新しい国民保健サービスの費用は、年間約1億4,800万ポンドに達するものと予測される」と述べるにとどまり、その調達の方策を将来の検討に委ねた。また『白書』よりも早く1942年に発表された『社会保険および関連サービス』(Social Insurance and Allied Services)においては、包括的国民保健サービスに要する費用総額は年に1億7,000万ポンドと推定され¹⁴⁾、既存制度に比較して公費負担の純増は約7,000万ポンドに達すると見込まれたことは、よく知られるとおりである。

この公的負担の大幅増大を意味する『白書』に対して、1944年の労働党年次大会はみずからのかかげる保健政策の推進のための「第1回の分割払い」として支持を与えた。かねて労働党内には、費用の問題をも含めて、この種の「新しいサービス」構想を受け入れる気運が醸成されつつあったが、それはこの党が1934年の年次大会において

14) この金額と『白書』の推定額との相違についての説明としては、H. Eckstein, *The English Health Service*, 1958, p. 139.
高須裕三訳『医療保障』, 131頁の脚注を参照。

13) この点に関しては、前掲拙著、とくに第3章を参照。

政綱として採択した「国家保健サービス¹⁵⁾」の内容を検討することによって、容易に理解されうるであろう。あるいは、1943年の年次大会においても全国執行部の一員は「この国が真に耐ええないのは、今日人びとがまったく不必要に悩みつつある予防可能な疾病と、さらにこれらの疾病による時間の喪失とのために、年に3億ポンドが浪費されている事実であり、またそのような事実が今後もつづくことである。現存のきわめて不十分な制度さえも、もしそれが現状のままに戦後においても存続するものとすれば、その費用は年間1億6,500万ポンドにもものぼるであろう。それに対して、われわれが提案しつつある包括的な、かつ、すべての人びとにとって無償の制度は、年に1億7,000万ポンドを要するにすぎないであろう¹⁶⁾」と論じたが、この言葉も医療社会化を推進しようとする党内の気運を示す一例と見なすことができるであろう。

さらに、国民保健サービスの成立を促した要因として、一般に第二次世界戦争の与えた衝撃が強調される¹⁷⁾。R. M. ティトマス (Titmuss) によれば、戦争のために「医療組織は公私とも、全機構にわたっていちじるしい被害を受け、早くも1943年6月には、一般市民に対する医療の水準は、戦時内閣の判断によると、『すでに危殆に瀕していた』。終戦までに一般医の数は3分の1以上減少し、残った医師もその10%以上は70歳を超えていた¹⁸⁾。」しかし、一般医の減少は、戦争が終結すれば、ある程度まで回復されることを期待しうるにしても、真の困難は、その量的側面よりも、実はいかにして一般医診療の質的改善をはかるかにあったことを見のがしてはならないであろう¹⁹⁾。このことの重要性は、のちに国民保健サービスの重点的課題として A. ベバン (Bevan) によっても大

いに力調された点であり、彼はそのための方策として「保健センター」の構想を打ち出したが、それは一般医からの激しい反対によって、ほとんど成果をあげないままに、程なく棚上げを余儀なくされるにいたった。

しかし、質的改善が急務とされつつあったのは、ひとり一般医診療のみでなく、病院もまた同様であり、とくにその財政状態は両世界戦争間の時期にすでに深刻な事態に直面していた。イギリスの病院は、「国民保健サービス法」の実施前には、その歴史的起源を異にする篤志病院と公立病院との二つに大別された。前者は、その名称の示すように、寄付金およびその他の慈善的拠出によってその経営が維持され、後者に一括されるものは公共当局の支出によってまかなわれた。1939年には前者の病院におけるベッド数は約7万7,000床であったのに対して、後者のうち、救貧法のもとに維持された400の病院が約6万床を、また公共当局の管理下におかれた140の病院が7万床をそなえていた。

篤志病院は、その存立の経済的基盤の制約によって、地域的偏在をまねがれえなかったことはやむをえないとしても、やがてその経済的基盤そのものに亀裂が生じ、その本来の性質にも変化がもたらされた。このことは、すでに第二次世界戦争以前にもはや誰の眼にも明らかであったが、篤志病院の財源は、かつてのごとく、もっぱらこれを慈善的寄付のみに頼ることは不可能となり、それ以外に、一部分は次第に一般化した患者による能力に応じた支払いに——上述の「病院保険」の普及が想起されるべきである——また他の一部分は法定の政府当局からの支出に、依存しなければならなくなった。とくに第一次世界戦争の直後以来、大蔵省への依存度はますます大となり、「1939年までに、すでに事実上立ちゆけない状態にありながら、戦時中は政府からの多額の補助金でかろうじて切り抜けてきた²⁰⁾」のが、篤志病院の実態に

15) The Labour Party, *Report of the 34th Annual Conference*, 1934 に「附録 VI」として収載されており、またこの政綱の歴史的意義に関しては、前掲拙著、第3章を参照。

16) The Labour Party, *Report of the 42nd Annual Conference*, 1943, p. 144.

17) 「国民保健サービス法」の生成のために、「第二次世界戦争が決定的原動力を与え、また労働党政府がその意志を授けた。」(R. M. Titmuss, *Health* [in *Law and Opinion in England in the Twentieth Century*], p. 137.)

18) *Essays on 'the Welfare State'*, 2nd edition, 1963, p. 152. 谷昌恆訳『福祉国家の理想と現実』147頁。

19) 1930年代の一般医について、H. エクスタインは「イギリス医療サービスのいすれよりも、開業医診療は最悪の『臨床状態』にあったし、それは望ましい科学的基準に照してもっとも不足の甚だしいものであったことは、一般に意見の一致するところであった」という。(Ibid., p. 78. 邦訳, 75—76頁)

20) Titmuss, *ibid.*, pp. 152—53. 邦訳, 147頁。

ほかならなかった。

だが、この際、注意されるべき点は、そのような政府支出に対する篤志病院の依存の増大が必ずしも慈善的寄付の減少によって招来されたものではなかったことである。「両世界戦争間の時期のほとんどを通じて、篤志病院への寄与金は相当に均一な水準を維持した²¹⁾」といわれるにもかかわらず、この種の病院の大多数を財政的破綻の状態に追いこんだ最大の原因は、1930年代後半からとりわけ顕著となった医療の分野における科学的変革であり、それにもとづく病院経営に必要な費用の増大であった。また、そのために財政的困難にあえぎつつあったことは、公立病院の場合も基本的には異なるところがなかった。1939年に公的報告書の一つは、全般的に病院施設の水準が低いことを指摘して、「大都市における高度の治療と医学教育との中心をなすものと考えられている施設さえも、ほとんど例外なしに、構造的にみて安全でなく、あるいはみじめなまでに時代遅れである²²⁾」と論じた。

財政問題に加えて、この時期にイギリスの病院制度が解決をせまられていた重要課題の一つは、その管理上の抜きがたい宿弊であった。この点についての詳論は省くが、その最大の弊害は、篤志病院と公立病院との間に相互の機能の調整と協力が欠如したばかりでなく、いくつかの部面では相互に敵対的態度すら示し、そのために能率の低下と多大の浪費とを招きつつあったことである。両種の病院の地域的集団化の必要は、いち早く1920年に唱えられ、さらに1937年にもJ.サンキー(Sankey)の主宰した「篤志病院委員会」(Voluntary Hospitals Commission)によってかさねてその緊要性が勧告された。しかし、この課題は「国民保健サービス法」をまっけてはじめて着手されたところであり、それまでの病院サービスの一般状態は、前述の『白書』が歎じたように、「多数のひととがその仕事に従事したけれども、誰ひとりとして十分な責任をとるものがなかった²³⁾」。

このような病院の一般的状態、ことにその財政

的窮状を背景として考えるならば、両世界戦争間に病院側から医療社会化構想が数多く提起されたことも、あながち不思議ではないであろう。「国民保健サービス法」の実施をめぐる一般医が激しい反対運動を展開したのに反して、病院の国有化が円滑に行なわれたのは、一つには、財政的に見れば、1948年よりはるか以前から、篤志病院はその篤志的性格を失いつつあったからであり、それに照応して、国有化の物的基盤が築かれつつあったことを忘れてはならないであろう。

V 結びにかえて

歴史の世界においては単純なアナロジーは許されない。しかし、以上に摘記したイギリスにおける国民健康保険から国民保健サービスへの転化過程を顧みることによって、わが国の医療保障が直面する課題に関しても、少なくともつぎの点だけは指摘されうるのではないであろうか。

「抜本改正」を医療保険の財政問題に矮正化し、「高福祉・高負担」の名のもとに、保険原理の固守をはかろうとすることが、給付内容のはなはだしい切下げという時代錯誤的措置を伴わないかぎり、不可能であるのは、つとに1926年の『国民健康保険に関する王立委員会の多数派報告』も論じたとおりである。そのみならず、わが国の医療保障における最近の動向は、さしあたり老人医療の領域において、保険方式からサービス方式への道を歩もうとする兆しが見出されることは、はじめに述べた。あるいは、これまで健康保険などの赤字対策として保険料の引上げが企てられたたびに、赤字は受益者負担によることなく、国庫負担の増額によって補填されるべきであるとの反対論が、とくに労働者階級の間に根強い力をもっている。

ところで、これらの動向ないし主張は、今後、医療サービス方式を部分的あるいは財政的に、いわばなくずしに実現するものと期待されるかも知れない。だが、この際、イギリス国民健康保険における医療給付費の安定が、給付の狭い枠組のなかにおいてではあれ、医師に対する人頭割方式による報酬支払いに大きく依存したことを想起す

21) Eckstein, *ibid.*, p. 73. 邦訳, 70頁。

22) Titmuss, *Problems of Social Policy*, 1950, p. 65.

23) Cf. Bruce, *ibid.*, p. 228.

べきであろう。その狭い枠組が取払われた国民保健サービスのもとでも、人頭割方式は一般医の報酬支払いに受けつがれたが、しかし、一般歯科医のみについてはそれとは異なった一種の出来高払い方式——わが国の点数方式と基本的に同じものと見なしてよい——が採用され、後者の方式はつねにきびしい批判にさらされてきた。つとにエクスタインは、一般歯科医に対する出来高払いによる支払いが経済的浪費を招く誘因となることを鋭く指摘したが²⁴⁾、さらに昨秋保守党政府によって歯科サービスの給付切下げ政策が明らかにされたとき、これに批判を加えた D. グッド (Gould) の「歯科サービスの後退²⁵⁾」(Dental Services Decay)と題する一論も、注目に値するであろう。

政府によれば、国民保健サービスにおいて歯科診療に対する大蔵省の支出は年に1億ポンドを超え、いまや精神病への支出に次いで最高の額に達する。この支出の節約のために受益者負担を大幅に増額するというのが政府の方策であるが、グッドは、もし節約が真の狙いであるならば、歯科医の報酬の「奇妙な算定方式」を変更することによって、はるかに満足すべき成果がえられるであろうと主張する。というのは、「現存の料金表は、歯科医がよい歯を健康な状態に保つために時間を費すよりも、悪い歯をなおす方がはるかに多くの収入をもたらすように作成されている」からである。このような料金表のさまざまな不合理を是正することによって——さらにある種のきわめて高価ではあるが、不可欠とはされない診療行為を国民保健サービスから除外することなどと併せて——受益者負担増額を企てる必要はなくなるであろうと、彼は考える。

24) 「注意すべき主要点は、サービスごとの料金という制度が歯科医に対して与えた濫用の無限の機会である。それは実際に行なわれなかったサービスに対しての請求というような偽の支払い請求をついてしまっている誘惑の機会であった。それは、おそらく臨床的效果を害するようなぞんざいな治療あるいは必要以上に日数を引伸ばした仕事を誘発した。それは歯科医が実際には必要ではない、金のかかる治療を行ない、また抜歯のように速になされうる治療に割増し請求をつけるようなことを誘発した。……」(ibid., p. 205. 邦訳, 190—91頁)しかし、その後「医師および歯科医師の報酬に関する王立委員会」は「われわれは報酬が今後とも出来高払いを基礎とすべきことについては、何ら疑いをさしはさまない」と警告した。(Report of Royal Commission on Doctors' and Dentists' Remuneration 1957—60, p. 134.)

25) Cf. *New Statesman*, 11 Dec. 1970, pp. 793—94.

しかし、彼によれば、真に一般歯科診療を改善する道は、たんなる出来高払いの料金表の是正ではなく、一般歯科医の報酬支払い方式をあえて固定給払いに改めることである。このことによってのみ、第一に彼らの金銭的考慮によって強いられた診療のパターンの無意味さを完全に除去することができ、第二に歯科医と歯科技工とは保健センターを拠点として協働することも可能となるであろう。第三にはこのようにして歯科診療は一段とその能率を増進するとともに、予防的努力を築き上げるための大きな可能性をも確保しうるのであるというのが、彼の帰結である。

いうまでもなく、わが国ではたんに歯科医に対してのみならず、すべての保険医療は点数方式によって、しかも、事実上、医薬未分業の状況のもとで、支払われている。上述のように、わが国における保険方式からサービス方式へのなしくずしの転化に期待をよせる人びとは、エクスタインやグッドの指摘に対して十分に耳を傾けるべきであろう。保険方式といい、サービス方式といい、医療費を究局的に負担するのは国民にはほかならないし、その負担が、何ら合理的歯止めをもたないままに、非能率と浪費とによってますます巨大化することは、国民にとってとうてい黙視しえないところである。その意味において、点数方式の改変をめぐる問題こそ、医療保険の赤字財政と医療制度をも含めての「抜本改正」との間の結節点をなすとともに、サービス方式の展開をはかるための基軸となるべきものであるといつてよいであろう。

〔付記〕 1970年末に「タイムズ」(*The Times*)によって伝えられたところによれば、国民保健サービスのあり方について大蔵省の主宰による各省間委員会において検討が行なわれた際、この事業の事実上の解体を意味する諸方策が提起されたという。それは、さきに労働党がこの事業の強化のために管理機構の改善を提案したグリーン・ペーパーに対する、保守党的対応とも見なされうるのである。拙稿においても、これらの両見解について当然論及すべきであったが、それは他日の機会にゆずることとする。

医療保障と予防給付

吉 田 秀 夫

は じ め に

本小論は「医療保障と予防給付」というテーマである。論点は、医療保障制度のなかの予防給付を祖上にしたい。いうまでもなく、わが国の医療保障制度には、予防給付はない。予防給付の採用は、後述するようにかなり古くから強調されてきたにもかかわらず、本格的な検討や研究の対象にされていなかった。とくに多くの人びとに知られているとおりILOの第102号条約や最近の第130号条約では、疾病や医療保障制度に予防を給付の対象にすべきだとされ、それが一つの国際的権威づけになり、指針とされているにもかかわらず、まともに研究の対象にされていなかった。ここ数年来、医療保険の抜本改革案が数多く公表されているにもかかわらず、この改革意見のなかにも、医療保険のなかの法定給付として予防給付という形ではほとんど問題にされていなかった。

筆者は昨45年11月、社会保険旬報に上下2号にわたって、「医療保険抜本改革に予防給付を導入する提案」と題して一文を発表した。予防給付導入の筆者の提案はいまも変りはないし、上記の提案でのべている主要な事項については、後段においてここでもかさねて要約紹介することになるが、疾病予防に関する諸団体などの意見にふれ、わが国の公衆衛生の若干の史的考察とその現状、さらに密接に関連する医療制度などにたいする見解なども補足しながら問題を提起してみたいと思う。

社会保障制度審議会勧告と予防給付

終戦後25年余をへた今日まで、医療保障、医療制度にたいする数多い改善、改革の意見が、政府関係の審議会、委員会、調査会などで、それぞれの

時代の要請に応じて公にされてきたが、予防給付を正式にとりあげ、これを具体化すべきだという意見はきわめて少なかった。そのなかで一貫して予防給付の採用を強調してきたのは社会保障制度審議会の昭和25年から37年までの諸勧告であった。それをまず列举してみよう。

① 昭和25年10月の「社会保障制度に関する勧告」の第一編＝社会保険 第一章＝医療出産および葬祭に関する保険 第一節＝被用者保険の第四の給付 被保険者にたいする給付の(1)予防給付でつぎのようにのべている。「国民の疾病にたいする特定の予防措置は原則として公の費用において行なわれるべきものである。しかし、このことを完全に実施することは困難であるから、一定の範囲内において予防給付を行なう。予防給付は原則として現物給付として費用の一部を負担せしむる」と。

② 昭和31年11月の該審議会の「医療保障制度に関する勧告」には、第五章の医療保障給付水準の四に「予防給付の必要」と題してそのころすでにILOでは議題にされていた「社会保障の最低基準に関する条約(第102号)の考え方をきどりしてつぎのようにのべている。「予防によってのみ疾病は防止されることからいっても当然である。医療の内容に予防措置を含めたのもかかる見地からであって……。一定の範囲における予防の費用、たとえば結核における健康診断や発病防止の費用のごときは、これを給付のなかに採り入れるべきであることを主張する」と。

③ 政府の所得倍增計画に呼応してつくられたといわれるこの審議会の昭和37年8月の「社会保障制度の総合調整に関する答申と勧告」でも、第四章＝一般所得階層にたいする施策のなかの(二)疾

病・負傷・出産についての項目の後段でつぎのようにのべている。「被用者保険も国保も、医療と同時に予防にも重点をおかなければならない。最近の医学医術の発展からいっても必要なことである。公衆衛生として国民に強制しなければならないものは、これに必要な費用の全額を公費でまかなうことが望ましいが、これ以外のもの、たとえば健康診断のように医療に密接な関係のあるものは、多くの範囲の被保険者が簡便に受けることができるものである限り、給付の一つに認めておく、この場合には、被保険者にその費用の一部を負担させる」と。なお、この37年勧告は正常分娩についても現物給付として給付せよといっている。

以上をふりかえってもわかるように、少なくとも社会保障全般の動向——それは改正であれ、新しい制度の創設であれ、機構的には最高の権威？を保持するかの装いをもち大小の政府の法案の関門ともいべき社会保障制度審議会のみは、たしかにアメリカ連合軍の占領下の古き昭和25年のときから、昭和37年までの諸勧告では、一貫して医療保障に予防給付の採用を主張してきたことがわかる。この審議会は、この37年の「総合調整に関する勧告」を答申し公表していらい、大きな勧告答申といった動きを示していないし、もっぱら昭和40年代のはげしい医療保険の赤字対策やそれを契機とする医療保険の抜本改革を模索し、とりくんでかなりの年月をへているが、公表されている主要な審議事項を夙聞しても、予防給付については審議の外においているようである。これはいかなる理由によるものであるのか筆者は寡聞にして知らない。とくに現在の審議会の委員のなかには、審議会発足いらいの長老的委員がいるのであるから、もしも従来の勧告の主張をやめて、予防給付否定の立場をとるならこの間の事情をいずれ説明されて然るべきだと思う。

また、上記の社会保障制度審議会の勧告公表当時は、おそらく厚生省内部で予防給付採用の是非論ぐらいはなされてきたかも知れない。とくにILOの諸条約についてはもっとも敏感なはずの厚生省であるはずだから、これにたいする見解はだせるはずである。ところが医療も保険の抜本改革

にたいする厚生省案には、42年11月案にも、44年8月案にも一言もふれていないのはどういうわけであろうか。

その他の政府関係諮問機関の見解から

その他の政府の委員会、調査会などの予防給付についての意見の有無についても補足的にふれておく必要がある。

たとえば、昭和30年10月の「七人委員会の報告書」は、こと医療保険については歴大な力作であるにもかかわらず、また委員の若干は社会保障制度審議会の委員に重複していたにもかかわらず、予防給付については一言もふれることがなかった。また、皆保険政策のための医療保険、医療制度のあり方について審議した5人の「医療保障委員会」の34年3月の最終答申にも予防給付については一言もふれていなかった。委員の若干はそのために先進諸国を視察し、予防と治療の一体化、保健サービス、公衆衛生などの実態にふれてきたはずなのに、予防給付についてはふれず、保健所の拡充によって公衆衛生の強化を強調しているにすぎなかった。

さて、もう一つの権威ともいべき昭和38年3月答申の「医療制度調査会」は、医療担当者側委員半数という構成、つまり日本医師会ベースで医療制度全般の改善についての意見をだし、その基本的方向として健康の増進、医療、リハビリテーションまでふくむ包括的医療の概念を前面におしだし、地域保健調査会の設置や公衆衛生活動を強調しながら、疾病予防→予防給付についてはふれることがなかった。しいていえば保健所を地域社会の公衆衛生活動の中心的な指導機関として、これに地区医師会との共同体制によって組織化することということであった。

その他、医療保険の抜本改革をめぐる周知のように昭和43年の春をピークにして、関係諸団体による大小の改革意見が自民党の医療基本問題調査会にだされ、その後もいろいろな形でだされてきたが、保険者団体の雄ともいべき健保組合連合会でも、医療保険にはっきりと予防給付を採用すべきだという提案はなかったし、国保中央会

においても然りである。ただ、労働組合側にILO第102号条約をよりどころにする予防給付の重視という意見がある程度で、それもその具体化を明示したものではなかった。

ところが、自民党の「国民医療対策大綱」や厚生省の「医療保険改革要綱試案」が公表された昭和44年以降、社会保険、社会保障制度の両審議会の諮問に対応した審議が進行するなかで、いわゆる関係諸団体や政党もふくめて上記の二つの改革案にたいする批判と独自の意見の公表が改めて再燃しはじめた。

疾病予防、健康管理にたいする 諸団体などの意見

ここ数年のあいだに、これまでになく数多い医療保障、医療制度全般にたいする関係団体や政党の改善改革意見が公表されてきた。その多くは現状のきびしい批判と分析にたって、まず、制度にたいする基本的な考え方を明らかにし、それをうけて、各主要分野にたいして提案がなされているというのが一般的傾向といえよう。そのうちからある事項のみをとりだしても、全体の体系なり、施策の関連やそのなかでの位置づけという風に理解しないと、その真意をゆがめてしまう危険が伴う。疾病予防や健康管理についても同様であるが、それを承知のうえで要約紹介しようというのであるから、真の理解のためには関係団体などの意見の全文を参考にしてほしいと思う。

なお、多くの団体や政党の意見は、広義の医療を予防と医療とリハビリテーション、後保護を一体的にとられることの重要性を強調している。たとえば、昭和42年11月の厚生省事務局試案でさえそういいながら、医療保険の対象なる医療は診療に限定するとしている。また、疾病予防、公衆衛生の充実を保健所を中核として展開するということが共通の意見とみてよい。もう一つ疾病予防もふくめて、公費による医療の範囲の拡大を強調し、公費によるものと保険給付として担当するものとの区別をすべきだという意見がかなりあるということである。さて、以下主要な団体や政党の疾病予防、健康管理にたいする意見をみてみよう。

健保組合連合会は昭和41年5月の「医療保険制度にたいする基本的考え方」のなかで「疾病の予防的支払い方式の考慮」として「現行制度が予防を無視していることは最大の欠陥だとし……医療費の一部をこれに当て被保険者の選択した医師（家庭医）に一括事前払いを行ない、被保険者はその医師につき自由に疾病や健康の相談を行ない得るような方途を考慮し、地区的に又は若干の組合などについて試験的に実施してもよいと考えられる」と。この考え方は43年2月の「医療保険制度の抜本改正にたいする見解」でも踏襲している。ただ後者では「疾病予防の相談のできる登録医制の方途を開く」といつている。医療費の一部ということは拠出制を前提にした給付を意味することになるだろうし、一括事前払いは標準費用、報酬を前提にすることになるであろうが、このことが明らかにされていない。ただここでは、健康相談医ということに重点があるようである。

日経連の40年1月の改善に関する建議や41年11月の意見、43年2月の「抜本改正についての意見」のなかには疾病予防、健康管理、公衆衛生などについてはほとんどふれていない。一貫して強調していることは、職域被用者保険は、自己管理体制のもとにおける経営の効率化、健康管理効果の観点から組合方式を堅持すべきであるということ。つまり疾病予防活動は組合方式の長所だということである。

一方、総評と総同盟は43年春、当時の鈴木調査会に独自の意見を提出している。ともに特別委員会の名でなされ、総評はこれを中間報告としている。総評の場合は、「保健省」の設置を提唱しているほどであるから、疾病予防、国民保健を前面におしだしている。しかし、説明不足と若干の戸惑いもないわけでないが、次のようにいつている。「公的医療機関は、当然保健サービスをふくむものとし、……予防、保健、リハビリテーション等は保険サービスとして、国と地方自治体の責任と費用負担で、「保健省」が一元的に実施、指導する」としながら医療保険の医療給付としてさしあたり本人10割、家族8割給付としながら「現物給付の対象を定期健康診断、成人病、癌などの

特殊疾病、出産給付などにひろげて明確にする」としていることである。保健省設置という大胆な提案をしていながら、保険給付か、または公費によるサービスかが明らかでない。総同盟は、ILOの勧告、条約を引きあいにし予防、リハビリテーションは公費で保障せよとし、健康診断も当然ふくめている。

団体のなかで全国厚生連が45年8月に国民保健と医療保障の改革に関する二つの重要な提案をしている。これは内部に特別委員会をもうけ、筆者も佐久病院長若月俊一氏らとともに約半年近く参加しているのでこの提案には責任の一半がある。筆者が若月氏らと強く主張したのは現行制度に予防給付を導入する方向で、これは第二案となっている。第一案は、地域的に可能なところからイギリス方式の登録人頭割、請負方式を実施せよという案で、その基調は現行診療報酬の現物給付、出来高払いでは根本的な改革は不可能であるという立場からのものであった。多くの委員の賛同があったとはいえないが、これを第一の提案にしたようである。第二の提案である予防給付の採用の具体策については、あとに補足しながらまとめて論述することにしたい。

日医の医療保険抜本改正に関する意見（昭和43年）は、かねてから主張しているように現行の健康保険制度を都道府県単位の地域健康保険制度に統合し、それに老齢健康保険と産業保険（労災保険をふくめた新しい制度）の三本建てにする。さらに予防、治療、リハビリテーションをふくむ包括医療を強調していながら、予防にたいしては地域保健調査会の提唱でいどである。

政党の改革意見のなかから、自民党の「国民医療対策大綱（昭和44年6月）によれば、第一に国民の健康管理体制の確立と題して地域、職域ごとに健康管理計画をたて、住民、勤労者、医療関係者など一体となって保健所を刷新強化し、地域医師会の連携協力で包括的健康管理をすべきだとしている。そして公費で行なわれている健康診断もふくめて公費負担医療を充実するようにといっているが、こと医療保険制度の改革については、予防給付、保健サービスなどについてはふれていない。

日本社会党は45年12月の大会で「人間優先の社会経済改革」を採択し、そのなかで「医療社会化の道」なる大胆な提案をし、さらにそれをうけて46年3月「医療基本法要綱草案」を公表した。大胆だというのは、開業医にたいする固定報酬制の導入、薬価基準塔載薬剤（保険薬）の買入れ、供給を行なう公的機関の新設、薬剤の宣伝、広告の原則的禁止、さらにレベルアップした水準での被用者保険の統合（この統合についての具体的プログラムはない）などである。以上の諸点をもし具体化するならば、いずれもかなり大きな抵抗をとまなう。

この「医療社会化の道」では、診療所については、保健所と連携して地域、職域の予防衛生、軽症治療、後保護、日常的健康管理を主としてうけもたせ、病院と診療所の機能を分化する。その場合、診療報酬について、社会保険財源と切り離して固定報酬制を導入し、この固定報酬制は病院、診療所の機能分化の進捗に見合って登録による人頭割に結合させるものと、医師の経験年数も評価導入するというのである。なお民主的疾病预防体制の確立なる一項目をもうけて、保健所区を単位とする健康管理委員会をつくり、これに一定の責任と権限をあたえる。職場担当医制（登録制）をつくり職場の労働者にたいする健康上の改善勧告をする権利をあたえ、予防接種や健康診査は、主として診療所医師の健康管理義務とし、そして最後に「疾病予防給付および後保護を保険給付に」としてこの項を結んでいる。この保険給付というのは「いま保険のきかないもののうち予防注射、健康診断、各種精密検査をただちに保険給付の対象にする。いわゆる人間ドックについても、年に1回保険でみられるようにする。リハビリテーションは、その供給医療機関がわずかしかなないから、人口20万当り1カ所を配置する公的総合病院にそのセンター的機能をもたせる」というのである。これは政党の大会決定の政策の方向である。46年3月の「医療基本法要綱草案」もふくめてさらにきめの細かい具体的施策はどうかということを求めるのは酷であるが、これまで紹介してきた諸団体などの改革意見と比較して、はっきりと予防給付を導

入するという提案である。後からつくられた草案の方が、どういう理由か「疾病予防措置として各種健康診査は公費で行なう」として、保険給付との関係が明らかでない。また職場の担当医が、草案では健康管理医になり、一般医も、とくに国立公立医療機関の医師も、治療はもちろん予防的健康管理も行なうという新しい方向をだしていることが注目される。

政党関係で最後に民社党、公明党の政策にふれる。民社党の場合は、総同盟と同じように「医療保障の基本方針」の第一に、ILOを引用し、予防、診療、リハビリテーションの一貫した医療の保障をうたい、予防とリハビリテーションはすべて公費保障、治療の分野には当面公費医療方式に社会保険方式の二本建で進めるとしている。なお、民社党は、国立公的病院をすべて統合して病院公社にするという、大胆な提案をかねてよりしてきた。一方公明党は、その態度の最後に公的医療の強化の項で「予防およびリハビリテーションにたいする保障」として保健所の機構を拡充強化し公私医療機関の協力体制、その他施設、施策の確立、拡充などにふれている。

社会保険審議会の「医療保険の前提問題（関連諸制度）」についての意見書より、45年10月社会保険審議会は、1年有余の審議のすえ、医療制度の関連諸制度にたいする意見書を公表した。これは健康管理体制、医療供給体制、医薬制度、公費負担医療の四項目についての苦心の労作である。このなかで、本小論に直接関連のあるのは、健康管理体制と公費負担医療とみてよいであろう。ここでも、予防、治療、リハビリテーションの一貫した体制を強調しながら、現行のコマ切れ施策をつき、疾病予防のための健康診査は原則として公費負担にすることを強調している。とくに緊急を要するものとして当面40歳以上の者に成人病の定期健康診査、すべての妊産婦、乳幼児にたいする保健指導の充実などをとりあげ、予防接種、リハビリテーション、コンピューターを健康管理に導入、保健所の再編成というように人的物的充実を強調している。なお、この意見書は、総評、中立労連、総同盟、事業主代表委員、公益委員として

の小山、仲田両氏の意見が付記されてあるが、これは省略する。

以上のように、社会保障制度審議会の数回にわたる予防給付採用の提案、医療保険の抜本改革案が粗上にのぼってきたここ数年来のとりくみの推移のなかで、包括医療、健康管理体制、予防給付の導入など数多くのことがのべられてきた。要約すると疾病の予防、治療にリハビリテーション、後保護までふくめた一貫した保健医療体制をめざしていることは共通の意見とみてよい。しかし、これを具体化する場合に支配的な意見は、厚生連と社会党を除いて現在の保健所機構を拡充し、それに公私医療機関、関係保健医療従事者の協力を要請していることである。そして健康診査をふくめた疾病予防は公費負担でサービスとしていくというのが圧倒的である。

わが国の公衆衛生の現状と保健サービス

1. 公衆衛生の若干の史的考察

文献によれば形式的には住民自治を尊重した公衆衛生組織が、明治11年から19年まであった。すなわち、町村住民による公選の衛生委員制度があったが、これを育成するような社会的条件が欠如し、富国強兵の反動的な政治、経済のはげしい流れのなかで、この芽はつみとられた。その間コレラの大流行を契機とする衛生法規の若干の整備や衛生自治組織の意見など部分的にみられたが、明治26年に地方衛生行政が全面的に警察行政のなかに組み入れられ、これが第二次大戦終末まで原則として続いた。このことが戦前の公衆衛生の特徴を立証する一つである。

近代的な意味での公衆衛生は、いうまでもなく産業革命と資本主義の発展を契機にはじまる。18世紀末から19世紀にかけて工場法の制定による婦人幼少年労働者の労働条件の改善などが行なわれるとともに、上下水道、汚物処理、清掃などの都市生活環境の改善が急性伝染病対策とともに衛生行政にとりいれられ、近代的公衆衛生の基礎が形成された。こうして産業資本主義から独占資本段階に移行し、今世紀のはじめより近代医学の発達、とくに予防医学の画期的進歩により、母子保健、

保健婦事業、疾病予防、学校保健などの対人保健サービスの時期に入る。こうして第二次大戦後に入る。戦後は、医学の進歩、技術革新に支えられ、人口の老齢化、疾病死因構造の近代化、一連の社会保障制度の整備などによるいわゆる総合保健サービスとして、予防、治療およびリハビリテーションの組織化、総合化が指向されて今日に至っている。つまり、環境衛生の改善を第一期として、予防を主とした対人保健サービス（第二期）、予防、治療、リハビリテーションを一貫した総合保健サービス（第三期）と区分される。（以上は橋本正己氏著の『地域保健活動』より）

わが国の公衆衛生は、明治100年の間住民のいのちと健康を守り、生活を営むうえで不可欠の前提条件ともいうべき上下水道や汚物処理清掃の事業が徹底的にサボタージュされてきたことは周知のことである。そのため今日“公害日本”といわれるような公害発生の源の一つをつくり、また、昭和13年厚生省設置後、公衆衛生対策が保健所や結核対策、保健婦の設置など対人保健サービスが前進するような装いをもつが、これはすべて戦争遂行政策に直結した。つまり先進諸国にみられるような、いわゆる近代的民主主義を一応の土壌とする公衆衛生の発展は戦前にはなかったということである。

公衆衛生も社会保障も、敗戦により形式的な整理とその開花をみたものである。とくに公衆衛生にたいするアメリカ連合軍の指導は強大であった。昭和22年に保健所法が改正され、人口10万に1カ所という目標での全国的保健所網の整備、衛生行政機構の改革などが、23年の医療制度全般の法改正とともに進むことになる。また、社会保障諸制度の整備、新設もはじまる。生活保護法など福祉三法、労災保険、失業保険の創設、社会保険診療報酬支払基金の発足などである。これらの多くの部分は新憲法による創設か、改訂をとまなうというかわりをもった。こうして60年の新安保条約締結を前後してわが国は国際的にも数少ない国民皆保険（医療保険）皆年金時代に入る。

ところが、公衆衛生分野でいえば、占領初期の段階ではたしかに戦前にくらべて著しい前進をし

たが、朝鮮戦争勃発を前後にして占領政策のろくな転換、そして政治経済、労働、社会などの全般の政策の反動化によって公衆衛生の停滞、後退がはじまる。それは講和条約発効の年である昭和27年をピークとして国と地方自治体の総予算における比重が漸減しはじめ、とくにこの年の地方自治体法の改正により国の統制が一段ときびしくなった。公衆衛生関係者に言わしむるといわゆる「暗い谷間」の時代に入る。このことは今日でも変りはない。それが医療制度の矛盾不合理の激化や、医療保険の財政破綻と抜本改革の渦巻きの背景をなすものである。

2. 保健所を中心に公衆衛生の問題点

多くの団体などの改革意見にみられるように、少なくとも公衆衛生行政の中核は保健所である。いま保健所数は六つの型をあらわして832カ所ある。ここで働いている職員数約3万人、このうち国庫補助対象の職員は22,182人である。（昭和45年4月）。ところが、職員も医師歯科医師、保健婦、栄養士、診療エックス線技師、衛生検査技師、各種監視員などの専門技術職員が配置され職員の担当している職種が大まかにわけて12ほどにわかれ、膨大な仕事をかかえ、とうていこれを十分処理し、対人サービスや事業を行なえるような人員ではない。そのなかで圧倒的に不足しているのは保健所医師であり、（医師歯科医師合わせて1,739人）これは定員の4割を充足するにすぎないといわれる。保健婦も5,875人（他に市町村駐在が229人）で定員の6割といわれる。もちろん定員を充足したからといって十分な仕事ができるという保障はない。政府の毎年の予算はこの定員を埋める予算ではなく、定員減を前提にしての予算措置である。このなかで深刻なのは医師不足であるが、これは医育制度や医療制度につながり早急な改善の望めない問題をいっぱいかかえている。臨床医学一辺倒で基礎医学、公衆衛生学を学ぶ学生の激減、勤務医より開業医に移行する著しい傾向、保健所業務にたいする魅力の稀薄、待遇問題などであろう。そのため最近では保健所長や特定の課長は、非医師、事務官でもよいのではないかという声さえあるく

らいである。

そのために各種予防接種や公費による各種健康診査は、とうてい保健所では対応できずに地域医師会に下請けしているのが常態になってきた。それによる事故の発生の責任問題がしばしば全国各地で紛争の種になっている。また、学校保健や労働基準法による健康診断などは、直接に保健所にかかわりが無いのが実情である。これも医師会に委託したり、特定機関や専門業者にまかしている。さらにこれまで指摘されてきた公衆衛生分野での問題点としては、過疎地帯における保健所の廃止、一方、過密地帯における不足(市)、町村の衛生仕組みとその内容の貧弱さ、市町村国保保健婦と保健所保健婦の連携上のギャップ、税外負担といわれる保健所の収益性強化の方向、保健所間の医療保険、生活保護、社会福祉の連携の不円滑、とくに、ますます増大するであろう公害問題対策における保健所の役割と限界などがかならず表面化するであろう。またそれをうけて、地方衛生研究所のあり方、それと保健所との関係、内容の点検が問題になるであろう。

以上のように、いま保健所問題は一つの転機に直面している。かねてよりいわれていることは、表向きは人口構造、疾病構造、社会構造などの急速な変化に対応して、国民の保健衛生にたいする需要は質量とも高度化するであろうから、地域住民に密着するような保健衛生業務は、地方公共団体である市町村に移行させ、保健所は、より高度な技術、広域的、画一的な処理を要する業務を担当するようにする、いわゆる管理保健所にきりかえるという構想である。もちろん衛生係ていどでやってきた町村役場でこれに対応できるはずがない。もしもそれが善意で企図されても、1割ないし3割自治にいわゆる中央集権的な国の地方自治にたいする行財政政策にぶつかることは必至であろう。

以上のようにみると、疾病予防や健康管理体制の中核にあるべき保健所自体が、改善されなければならない問題を山積しながら、それを阻害している要因は医療制度、医療保障自体に数多く存在しそのことはわが国の社会的経済的政治的あり

方に大きく作用されている。そしてこれは歴史的所産であり根が深い。具体的には疾病予防の前提ともいべき予防接種、公費負担による各種健康診査に限定しても、現在の保健所の力量では対応できないということである。

予防給付導入の理由

現行の健康保険制度に法定給付としての予防給付がないことはいうまでもない。それならなぜ予防給付を法定給付として導入した方がよいのか。もちろん、そのまえに疾病予防、保健を社会保険でいくのか、公的なサービスでいくのか、あるいは現行健康保険で部分的に行なわれているようにそれぞれの保険者の力量に応じて任意に健康管理、保健施設事業という形でいくのかということについては議論のあるところである。また、企業については労働者の健康診断や安全衛生について事業主にその実施が義務づけられているし、あるいは学校保健のように学校教育法によって実施されているものもある。ここで問題にする疾病予防は狭義の健康診断に限定してのことである。この健康診断に限定しても現在公費負担で行なわれているものが少なくない。母子保健法によって徐々に所得制限が緩和されながらも45年度から全妊婦と乳幼児の健康診査がなされるようになっている。(43年度の実績は13%の妊婦と32%の乳児、44%の幼児が年に一度も健康診査をうけていないこと)。この妊娠婦、乳幼児対策は当然保健指導や限定された範囲内で医療保護をとまなう。また、老人福祉法による65歳以上の老人の健康診査が全額公費で行なわれ、受診者は43年度で132万人、21.3%、その結果要精密検査人員は33.3%、うち76.5%が受診していること。この老人無料検診のとりくみと老人問題の社会問題化、住民運動の高まりが今日の地方自治体のさまざまな老人医療無料制度の急速の普及をもたらし、東京都はその先導的役割をたし、政府の抜本改革の一つの方向である老齢保険制度の構想をゆすぶり、再検討を迫っている。なお、この他に結核予防法による健康診断、予防接種、患者管理と医療があり、各種伝染病の予防接種、一部奨励的にとりあげられてきた癌を中心

とした成人病対策がある。

以上のような現行制度による各種健康診査は、制度として存続し、さらに充実し、範囲をひろげるということを前提にしながら、現行健康保険制度に予防給付を導入しようという理由はつぎのようなものである。

その第一はいうまでもなく ILO の第 102 号条約、第 130 号条約である。第 102 号条約の場合は第 2 部医療の第 7 条に「加盟国は、被保護者の状態が予防的又は治療的性質の医療を要する場合にはその者にたいし給付の支給を確保しなければならない」としている。また第 130 号の条約では、医療について、その扱うべき事故には治療的保護の医療を必要とするニードと、また所定の条件のもとに予防的性質の医療を必要とするニードであるとされている。

第二は当然のことであるが、疾病を早期に発見しないしは予防すれば、医療費が軽減されるということである。健康診断をふくめて疾病予防を組織的に実行すれば、医療費が漸減するという事例に長野県佐久総合病院（院長・若月俊一氏）とそれに近接している八千穂村の例がある。佐久病院（健康管理部）が八千穂村全村民の健康管理を契約し開始したのが昭和 34 年であるが当初一斉検診を実施した 2 年目の 35 年には潜在患者が顕在化し、国保の医療費は急増したが、早期発見、早期治療が可能になり、重症患者が減り、国保の医療費が漸減し、昭和 42 年には長野県東信地区 25 町村の 1 人当りの医療給付費は最低になった。こうしたことから組織的集団検診は、患者の市場開発という役割をもちながら長い目をみると医療費の漸減になるということである。ただ、予防を徹底すれば患者が減少するだろうということにたいする危惧が、出来高払いを基本とする医療機関医師側にでてくるであろうことは容易に考えられることである。

第三は、わが国の明治以来の、それは皆保険体制下にあっても同じであると考えられるが、わが国の病院、診療所—医療制度のもつ患者待機主義、治療一辺倒といった医療のあり方にたいする予防給付の提案は重大な改革の一つだということであ

る。具体的にはあとの提案にゆずるとして、いわゆる予防治療、リハビリテーションの包括医療への前進を、予防給付の制度的採用によって推進しようというのである。そして、このことは医学、薬学のあり方、医育制度、ひいては「医の倫理」の樹立にも、寄与するものをもつであろうということである。

第四は、予防給付の導入により、後にのべるように住民参加による民主的な地域の保健体制の確立が可能になるということである。

予防給付実施の具体的提案

① まず現行の健康保険、各種共済組合、国民健康保険などのすべてに法定給付として健康診断を主休とする予防給付をとり入れることである。この健康診断は、年齢別、問題別に年に 1 回以上とする。たとえば成年男女の定期診断、癌などをふくむ成人病検診は年 1 回とし、65 歳以上の老人の検診は年 2 回、乳幼児や妊産婦検診はさらにその回数をふやす。この場合、学童の検診や事業所における労働基準法による健康診断は別個の扱いとし、現行法の老人検診や妊産婦、乳幼児の検診は予防給付から除外するか、ないしは医療保険にその実情に応じてその費用を補助導入してもよい。

② この健康診断は原則として簡単な健康診断は専門の開業医、一般診療所が行なうものとし、精密検査は総合病院、保健所が行なうものとする。なるべくならば集団的、定期的に行なうことが望ましい。

③ 医療保険に加入している被保険者やその家族は地域であれ、職域であれ原則的に健康診断をうける医療機関ないし検査センターに登録し、そこで受診することになる。ここにいくつかの問題がでてくる。わが国の診療所の多くは内科系であるが、建てまえは多くの診療科目にわかれている。とすると健康診断にふさわしい科とそのことが実施可能な診療所ということになり、若干の診療所は登録の対象にならないということにもなる。診療所、開業医がこの登録をうけるうけないということは自由選択制にする。患者、国民の側は信頼のおける診療所を選択し、登録することになるだ

ろう。また医療機関の過疎、過密地帯では事情が異なってくる。

もう一つの問題は精密検査を行なう機関と登録診療所の関係である。これは原則として登録診療所から送りこむことを前提にする。この場合常時連携の要があるし、検査の日時、予約制などが考えられなければならない。つまり健康診断を通しての病院と診療所の機能の分化である。地方農村の場合に診療所が少なく診療で手いっぱいというところもあるであろう。こうしたところでは特別に実施機関が考えられなければならないし、またその地域に地方総合病院のみというところは簡易健康診断から精密検査まで一貫して病院が行なうということもありうる。

④ この予防給付、健康診査に要する費用とその支払い方法については、原則として支払いは各保険者がその登録と実情に応じて行なうものとし、諸健康診査の費用については、各項目に標準的費用を設定することである。もしも現実ばなれの費用点数表ならば、医療機関の協力は得られない。検査にともなう技術料の評価、人件費の保障、使用薬品その他の器具機械の減価償却分などはみとまなければならない。問題は簡易な健康診断費、精密検査などの費用のねん出である。たてまえば国の負担を厚くし、それに都道府県、市町村負担を加え、できるだけ労働者や一般国民の費用負担を軽減することである。この場合、事業所の場合、民間であれ公務員であれ、公費をのぞく残りを使用者が全額負担することは労働基準法の問題からいっても当然のことであろう。ただ家族の場合は暫定的には僅少の負担はやむをえない。一応標準費用がきめられれば、それを保険料率に換算することは可能であろうし、その場合その保険料率の国、自治体、事業主（被用者の場合）などの負担割合もでてくるであろう。

45年9月の「厚生行政の長期構想」によると、国民所得に国民総医療費を単純に年伸び率11%台として昭和50年までに国民所得109兆億円、国民総医療費を4兆9,600億円ないし5兆1,700億円とふんでいた。この国民総医療費の1割ないし5%でも予防給付総額にふりむけたにしても国民の

健康保持と疾病予防に役立ちさらに医療費の軽減に寄与するなら、その効果大といわなければならない。

⑤ 精密検査を総合病院、保健所が行なうということになれば、それだけの設備と人的整備をしなければならない。とくに、国立、公立、公的病院又は保健管理部門を確立せしめ、専門の医師、保健婦、検査技師、その他の人的スタッフと施設の整備は必至となろう。これは新しい保健医療センターの姿といえよう。そのために国と地方自治体、場合によっては各医療保険の保険者によって保健管理部門新設のための援助と恒常的な経費についても援助されることが望ましい。もちろん健康検査などの費用はくみいれられる。この病院の健康管理部門の確立は、地域保健体制の重要な一つの要素である。

⑥ 予防給付が年に1回ないし数回の健康診断のみに終るのであれば、住民の健康管理体制の確立にはならない。できれば佐久病院と八千穂村のように予防給付採用にあたり、住民に健康手帳に類するものを配布し、常時自分や家族の健康に留意する傾向を助長し、この地域の住民の健康水準を予防給付を実施した医療機関から保健所が吸いあげ、それをもとにして保健所、開業医（医師会）、総合病院、その地域の自治体、保健婦、婦人団体、労働組合、その他の諸団体代表によって民主的な健康管理組織をつくることである。イギリスの国民保健サービスは地域における運営組織によってささえられているし、北欧諸国の公衆衛生や社会保障制度の改善は、民主的、自発的な住民、民主団体、労働組合などの参加と創意性によってもたらされたといわれる。

住民の健康の実態が分かれば、なにが原因でどこを改善しなければならないかということが、それぞれの地域の特殊事情を反映して話しあわれるにちがいない。健康保険制度はもちろん医療、看護のサービスの状態、医師、その地の医療従事者問題、上下水道、清掃などの環境改善、産業公害、都市公害、農業、食品、くすりの公害にいたるまで粗上になるであろう。そうしたなかで保健所がしなければならない活動、開業医の役割、医療セ

ンター、公的病院の役割などが明らかにされるであろう。当然、市町村自治体、保健婦、婦人団体、学校その他の機関団体の場合でも然りである。

わが国の医療制度は明治以来 100 年自由開業医制度を主体にして発展してきた。病院数 7,819 (以下44年末現在) うち個人病院は医療法人もふくめて 64.5%, その個人病院の平均病床数は 61 床、さらに精神病院 874 のうち個人立が 85.8% をしめている。この事実を無視するわけにいかないが、戦前戦後を通して政府は、国民医療供給の面でいかに無責任、放任で終始してきたかの表われの一つである。さらに政府は国立、公立病院にたいしても独立採算、営利化を強要してきた。つまり、医療の公共性を自ら無視してきた。そして皆保険のもと現物給付、出来高払いによる取扱患者即稼動点数の増大により医業維持を奨励してきたとい

っても過言でない。そしていま、医師、医療、医学はいろいろな形で告発されている。

しかし、70年代を迎えて自然や生物を守り、ひいては国民の生命と健康を脅かす要因が山積し顕在化してきた。有害食品から大気汚染、河川、海の汚染などの一連の環境公害が激化するなかで、医学、医術、薬学、公衆衛生ひいては工学、地質学あらゆる科学が自然破壊や生命の脅威防止のために活用されなければならない。そのために医療保険のもつ現物給付、出来高払い制度は当面止むをえないとしても、患者待機ないし吸収に終始してきた公私医療機関の旧弊を打破して国民の健康保持と疾病予防に一步ふみだすというのが、予防給付採用の最大の根拠の一つとしたい。その道は日本的なものであっても、これは国際的に確認された道につながるであろう。

医療保障とリハビリテーション

栗 原 忠 夫

I 医療保障の現状

1. 概 説

病気は人間にとって運命的なもので、絶対的に避けられないものである。このように非科学的な言い方をするのは、病気になる機転が大変複雑ですべての病気について解明されていないからである。したがって病気はその軽重はともかく、また好むと好まざるとにかかわらず人間とは深い相関をもって結びついていることを良く知るべきである。あわせて病人は、いわゆる単なる患者ではなく、そのすべての者が必ず家庭生活、社会生活をもっていることに十分なる関心をもたなければならない。

社会保障の立場においては病気に対する配慮も当然であるが、病人の生活に対する考慮も重要な問題である。病気が貧富にかかわらず、人の避けられないものであるならば、病気が人の生活にいかなる影響を与えるかを社会的視野でとらえて、平等にその生活に対する影響を誰れでもが克服できる保障を講じて置く必要がある。病気になれば必ず医療が伴う。医療には費用が伴う。ある生活はその費用に耐えても、その後につづく家庭的経費に大きな過剰をのこす場合もある。医療費は生活費の上において必ず失費である。時には家計上収支二重の失費になることもある。さらに病気は人を貧困といわれる状態に陥し入れることすらある。すなわち病気は悪循環の因果関係を持っているのである。なおまた病気によっては病後の心身が家庭・社会生活に耐えられない状態が長く続き、あるいはそのまま生命はあるが社会適応性を失う状態になってしまう場合もある。このように病気は避けることのできないものであり、かつ生活の

崩壊を招く要因にもなるので、社会保障体系を考える場合医療保障はその中の重要な要件として必ず配慮しなければならない。

社会保障なる語は総合的な生活保障を意味するが、所得保障あるいは経済保障が主としてその内容であると考えられている。しかし医療保障は直接その体系に入るものか、あるいは病気という生命に関する特異な事象として別な体系を考える方が至当かは問題である。医療保障を考える場合、医療そのもの、すなわち人の健康そのものを保障するのか、または医療費を保障して間接的に医療を保障するかの二体系が考えられる。前者の場合は本質的な医療保障体系で、全国民すべて無料で平等に必要な時に必要な医療がいつでも受けられ、かつ予防、治療、療後指導およびリハビリテーションを含む総合医療を保障する体系である。この体系は包括的保健サービスと呼称され、多くは公営または国営で英国、ソ連などで行なわれている。後者の場合は医療保険を大宗とする体系で、医療費を保障することによって間接的に医療を保障する考え方で、仏国、スウェーデンなどはこの方法を取り、わが国もこの系列に属する。これは医療費を保障しているので一種の所得保障であるともいえる。社会保障を主として所得を保障する総合的な生活保障であるとするなら、健康そのものを保障する包括的保健サービスの体系をとる医療保障は、これと別個の系列として併存させてもよいのではないかと考えられる。佐口卓¹⁾氏は医療保険の体系をとっているわが国の制度について次のようにいう。「いったい医療保障が生命を守るものだといっても、現実のわが国の制度をみるならば医療そのものを保障するのではなく、医療に

1) 佐口卓：『医療の社会化』、勁草書房、昭和39年。

要する費用を保障するという形になっている。ということは医療を保障するのでなくて、家計において医療費として支出する分を保障するということなのである。だとするならば家計のなかから支出する医療費を保障することは、その支出する部分だけの所得が保障された意味をもつことになる。また、たとえ医療そのものが保障されたとしても労働力の損傷に対しての保障であるというならば、労働力の健全なる確保であり、したがって所得をうる機会が保障されたことになる。そのために、まさに所得保障だということになる」と。

現在のわが国の医療制度の基本法である医師法および医療法においては医師の自由開業性と営利性とが認められている。現在わが国における医療保障は医療担当者である医師のこの立場を是認した立場に立って行なわれており、その大宗をなしている現行の医療保険の制度構成も基盤はここに置いて組立てられているのである。なお保険制度は一定額の保険料を納付することによる社会的相互扶助であるから、保険料を納められない低所得層は当然それからはずれてしまう。したがって、その階層に対しては別の公的扶助制度を考えて、それを救済してゆかなければならない。

わが国の現体制下においては医療の本質的なものからいって、当然とらるべき包括的保健サービスなら保障体系に対して、基本的な点で背反するものをもっているもので、近き将来において理想的な体系がとられることは困難であろう。しかし現行の医療保険制度でもその内容に現在の社会情勢に適應する改善を加え、またはその欠いている点を他の法律、諸種の行政措置によって補って、可及的に理想の体系に近づけてゆくことは可能である。現在わが国における社会情勢は急激な変転の渦中にある。国民の保健福祉に重大な影響をもつ医療保障制度も、けっしてその枠外にあるのではない。医療のもつ本質的な線に添って力強い改善の歩みを要請する声は次第に大きくなりつつある。

2. 医療とはなにか

医療とは医師と患者との間に行なわれる医学的行為で、法律的には民法による委任契約に基づく

医学的行為と解されている。しかしこのように言葉の法的解釈を考えても論義の展開は進まない。近時医療のもつ本来の自然科学性に加えて、社会性という考え方が大きく導入されて幅の広いものになってきている。しかし本来医療は医師と患者の個人的な信頼された人間関係の上に立っている。そしてその医学的行為は生命の安危に関する行為であるため医師に対して強い倫理性が要求されている。また行為に対する責任と最良の治療をするために診療担当の医師の主体性および自由性が尊重されなければならない。上石一男²⁾氏は医師法の第17条の「医師でなければ医業をしてはならない」、第19条の「診療の求めがあったとき正当の理由がなければ拒むことができない」、第20条の「診断をしないで治療したり、診断書を書いたり、処方箋を書いたりしてはならない」という条項をあげて、これらの条項が医師の倫理性、自主性および自由性に関する規定であると述べている。この医療担当者側の問題はこと生命保持および患者の社会有用性という人権の基本に関する問題であるだけに、医療保障の中でも十分に生かされていないければ、患者と医師との間の信頼感がゆらぎ、医療そのものが次第に歪んでゆく。このような傾向がもし生まれるとするならば、これは由々しい重大な問題である。日本医師会発行³⁾の「あなたの健康」の中で医療の概念について次のような記述がある。「古い時代に於ては病気を治すことが医療であると考えられていた。古典的な病理学の概念から発したものであるが、今日に於てはポジティブ・ヘルス为目标として医療の概念が拡大された。肉体的にも精神的にも健康であることは、さらにその健康度を増進することができるという条件を常にもつことである。医療の概念がこのように拡大されてきた今日に於ては医療は包括的医学の概念で表現されるようになった。従ってこの中には医学が社会的に適用されるあらゆる分野を包括することになった」と。

2) 上石一男：「現行医療制度の問題点」、『医学と医療』、第4巻、第1号、昭和45年。

3) 上石一男：『保険医療制度の根本問題』、金剛出版、昭和39年。

4) 上石一男：『医療問題をめぐる書簡集』、金剛出版、昭和41年。

5) 日本医師会編：「あなたの健康一図説」、国民医療誌本、春秋社、昭和40年。

この医師会がいう医療の概念は正しく包括的保健サービスの概念である。現在のわが国の医療制度によってこのことが期待できるであろうか。現行の医療保険によって量的にまた質的に医療の機会均等を全国民が望みえられるであろうか。

3. 医療保障としての健康保険制度

昭和45年版厚生白書⁶⁾によれば、昭和36年に国民皆保険を達成したが、その後、医療給付額の急激な伸展により保険財政は赤字基調を示し、各保険制度間の給付水準の格差、保険料負担の不均衡、診療報酬の適正化等の問題とあいまって制度の抜本的検討が要請されるに至ったと報告している。

大體医療保障体系としての医療保険制度は医療費の保障を主にするもので、本質的に健康を保障する包括的な保健サービスとはその建前を異にするものをもっている。医療保険は制度的にみてどうしてもその経済の枠という制約をまねがれることはできない。したがって保険制度は現時点においては、医療保障として本質的に要求される医療の全面的な機会均等と包括性にすべて対応するものではなく、その一部すなわち狭義の医療に対し、その医療費を保障することによって国民に医療のサービスを行なっているのである。

また医療保険制度はそのもつ経済の枠から必然的に医療そのものにも制約が及び、医療担当者である医師の診療に対して審査とか監査とかの第三者介入の問題が生じてくる。そして医師法の基本的な規定である医師の主体性とか自由性とかの立場に背反する因果関係をもつことになる。この制約を医師が受けなければならなかった法的な規定は、保険制度を運営するために設けられた保険医療機関および保険医療担当規則によってである。この規制は本条の医療制度ではなく、保険制度を運営するための厚生大臣命令によるものである。この二つの法的措置になんらかの異和がなければ問題がないが、医師法規定の本質的なものである医師の自主性、自由性に対する矛盾、また医療保障を目的とする現行の保険制度がかかえる医師の自

由開業性と営利性とが引き起す混乱、しかもこの二の背反は現体制下の本来の姿であるので容易に解決できる問題ではない。

しかし医療保障としての社会の要請は質的にも量的にも医療を受ける機会均等ということにあるので、現在のごとく無医地区という地理的な医師の偏在とか、質的に高い医療機関が医療需要の高い都市に偏在し、診療の質的偏在とかいわれる事象になっていることは医療保障としての大きな矛盾である。医療が他の社会事象と異なるところは、医師の所在するところ、その一定の範囲内において診療圏を構成し、それは無限が限がりをもちえないといふ点にある。このことが無医地区を生む原因になり、その地区の住民は医療において必要な時に機会均等を失うか、それをうるにはなほだ困難な事情に置かれるかの状況になる。したがって医療保障の一つの前提として医師の適正なる配置ということは欠いてはならないことであると思う。また予防からリハビリテーションまでの包括的医療の平等なる享受も、医療保障の質的な問題で、この解決は医療組織の地域化が一つの方法である。診療の都市偏在の現在の傾向を等閑視してはいけな

い。佐口卓氏は健康保険制度について次のごとくいう(前掲注1)。すなわち「健康保険制度は総じて医療保障の如くみえながら本質的には所得保障体系を持っている。これでは医療保障がその固有の体系をもたずに所得保障の中に埋没する危険を持つ。広範な社会保障制度に於て医療保障が独自の体系を要求されなければならないものは、それが持つ本質が貧困にかかわるものではなく、健康にあるからに他ならない。医療保障が医療そのものを保障する公的サービスへと脱皮する必然性を歴史的論理的によみとることが必要である」と。わが国の現行の医療保険を大宗とする医療保障体系は前のごとく、法的にも運営上にも、内容的にも幾多の矛盾撞着がある。しかし医療保障は生命に関する問題で、その整備は貧富にかかわらない強い社会的要請として受取らなければならない。もし保険制度の枠の中で処理できない問題があるとすれば他の法規によって解決し、また行政措置に

6) 厚生省編:『厚生白書』, 昭和45年版。

よってその欠を補いつつ、漸次制度そのものの内容を改善してゆく努力をなすべきである。そして包括的保健サービスに近い体系を整えて真に医療保障の実をあげるべく配意し、社会の要請に応えなければならないと思う。

現在の健康保険制度の運営上の問題の一つに被保険者に対する医療費給付の仕組みがある。すなわち現行の現物給付—出来高払い方式と規定としてはあるが、ほとんど活用されていない療養費払い方式とがある。世界的にも給付の仕組みにこの二つの流れがあるようである。医療国営的な英国、ソ連は前者を、保険制度によっている仏、ノールウェー、スウェーデンなどは後者をとっている。

現金をもたず医療が受けられるが、わが国では医療担当者に対する診療費の支払いが、患者がこれに関係せず保険者が医師に支払っている、これが現行の現物給付の方式である。また元来医療保険は医療費の保障であるから患者が医師に診療費を支払い、それに対して保険者が患者に対して医療費を償還する形式、すなわち療養費払いの方式が良いといっている人達もある。現行のわが国のとっている現物給付という方式の欠点として、物が多く動くほど、また量的に多く処理するほど、経験、技術の高低なく収入が高くなる点が問題になっている。このような傾向が強まると物がほとんど動かず、技術的に年数のかかる例えばリハビリテーション部門の医療などは低く評価されることになる。現にはなほだその診療の単価は低廉である。このいずれの方式が是かという問題は医療保障の本質とも関連してくる問題で、たんにこの二つの方式の是非を論じては解決にはならない。本流を如何にするかで、支流の流れ方に妥当な線がでてくるものだと思う。

II 医療保障の将来への展開

医療保障は本来国民全部の健康を保障する方途をもつものでなくてはならない。日本医師会がいうごとく「肉体的にも精神的にも健康であることは、さらに健康度を増進することができる条件を常にもつことができる」という言葉は生命に関する医療保障として、第一義的に考えるべきことを

含んでいる。この方向に添って国民が自身の健康を守りうる方途を保障されることによって、すべての国民が初めて病気なる不幸を克服する道が可能になるのだと思う。したがって疾病の予防、疾病の早期発見と早期治療、健康管理方策、病後指導、産業衛生と医療、社会復帰を図るリハビリテーション等たんに疾病を治療することだけでなく、一貫した保健対策を講じ、なお社会人としても十分にその社会生活を保全するに足る力を与える医療保障でなければ、保障というに値いしないと思われる。人間にとって運命的と思われる病気という事象は、それでこそ人に与える不幸の負荷を軽くすることができる。

現在のわが国における医療保険を大宗とし関連保健施策をまじえての医療保障制度は、はたして前述の社会的責務を荷うに足る力をもっているであろうか。一例として老人問題をとりあげただけでも大きな欠陥をもっている。また成人病がわが国の当面の医療の課題になっている今日において、この予防、治療、リハビリテーションの必要なる対策を考えただけでも現行の医療関係制度において、これに対処することはなほだ困難であると考えるをえない。一例として、老人福祉法の市町村長の責任で施行する年1回の健康診断の受検率は、毎年約20%弱である。この低率は老人の諦観と医療費の負担にその原因があるといわれている。保険が制度的に分れているので納付した保険料が一貫して通用しない。老年になって病弱になった時その医療費に苦しむなどの矛盾が生まれてくる。

大村潤四郎⁷⁾氏は医療保障を計る物差しとして第一に包括的保健サービスか、第二に医療の質が進歩と伴っているか、第三は機会均等か、第四は能率的かという4点をとりあげている。これは医療保障の重要な点を包含しているので、この4点を物指としてわが国の医療保障の内容を検討してみることも一つの方法であろう。ここでその検討について詳細にわたることは避けるが、概観しただけでも前述したことから考えてみて、現在のわが国の制度には医療保障としての本質的なもの

7) 大村潤四郎：『季刊社会保障研究』、第6巻第1号、昭和45年。

と背反する多くの矛盾をもつものであることが推察できる。わが国はその独自の事情から現行の法制があるのであるが、医療保障は生命のことでそれは貧富にかかわらない問題である。この将来への展開は福祉の基盤として徒らにもつことは許せない。その欠けることを正しくして真にその目的に添う医療保障の体系を作り必要な時に必要な医療が、いつでもまた何処でも享受できるよう考究すべきである。

III リハビリテーションの医療上の位置

人にとって病気は避けられないものであり、また罹病者の医療に対する期待がたんなる生命保持だけの問題だけではなく、積極的に活動できる社会人としての生活復帰にありとするならば、医療の本然の質はそれに応えるものでなければならない。

人をして病ましめないために疾病予防の社会的配慮と努力は当然必要であるが、それはさておいて病める人に対する現在の医療の姿は、社会人としての完全な復帰という万人の願によく応えているであろうか。生命保持といういわゆる狭義の医療に停滞しているのではないだろうか。人の生きがいというものはただ生きているということではなく、社会において有用性をもっているという意識があって初めて生きているという実感をもちえるのである。医療上かかる観点に立って考える時にリハビリテーションの意義が明確になり、その位置も判然としてくると思う。近時包括的保健サービスなる医療保障の体系の中においてリハビリテーションが医療の重要な一部門として考えられるようになったのもこの故であろう。

リハビリテーションの定義としては横山巖⁸⁾氏によれば次のごとくである。「リハビリテーションとは身体障害あるいは慢性疾患を有する患者に対して、身体のみならず、精神的、社会的、経済的、職業的な面で可能な限りの回復をはかる過程である」と。また高橋暁正⁹⁾氏は米国においてリハビリテーションの指導的立場にある H. A.

Rusk 氏の言辭として次のように記している。「リハビリテーションとは疾病と職場とを結ぶかけ橋で、身体に障害を有する者に残った力を最大限に發揮させて、健康者に最も近い生活と仕事を与えることである」と。リハビリテーション医療の効果として近時死因別死亡中もっとも高い脳卒中後遺症をその例示として挙げれば、その顕著な症状である片マヒを言語障害について考えてみても、このことが脳卒中後遺症患者の社会生活の保全にいかにか大きな障害となっているかは、いまだ説明を要しないことである。これを放置するか、リハビリテーションの手厚い治療看護の下に置くかで、爾後のその人の社会生活にいかにか大きな開きができるか、七沢病院の退院患者の追跡調査がその事実を物語ってくれる。リハビリテーションは医療の生命保持の措置が終ったところから始まり、主に人間性回復を目途とする医療であるので、質的に特異なものをもち故もあって第三の医療とも呼称されている。

今後ますます複雑化する社会において身体を障害する要因も次第に多岐になり、かつ医療の進歩は複雑長時間の大手術も可能にしつつある。このことは半面において種々な心身障害を残す後遺症を増加させるとともに、医療上リハビリテーションを要求する症状が増大してくることを思わしめる。

IV リハビリテーションの内容

近時、前述のごとく社会は大いに変転し、人の健康問題にも大きな変化が生じつつある。その第一は延命であり、そのために老年期における生命保持と、その人のもつ人間としての機能との調和に新しい多くの問題がでてきた。また産業機構の増大と交通機関の発展は人に多くの文明的手段を与えたが、その反面人の生存に背反する多くの社会事象も現出してきた。また民主主義が生活意識の中に浸透し、いかなる人もかくあるべきことを主張し、社会も当然すべての人にそれぞれところを得しむる努力をしなければならないという考え方が強くなってきた。したがって医療もたんなる生命保持だけでなく、包括的医療の体系が強い社

8) 横山巖:『老年医学とリハビリテーションの考えかた』、『理学療法と作業療法』第3巻,第2号,昭和44年。

9) 高橋暁正・森和:『物理療法の実際』,南山堂,昭和45年。

会的要請となり、社会有用性を失わない社会人としてまでその機能が回復しなければ医療の責任は終らないと考えなくてはならなくなった。したがって当然リハビリテーションの施設の充実強化が強い社会の要求となり、医療上も重要な一部門としてその認識を新たにしなければならない情勢になってきた。高橋光暁⁹⁾氏によればリハビリテーションの対象となる疾患は、かなり広汎で次のごときものがある。

- 1) 外傷
- 2) 骨関節疾患
- 3) 神経系疾患
- 4) 精神障害
- 5) 諸種の慢性疾患
即ち結核、癌、臓器剔除術等
- 6) 先天性奇型
- 7) 聴覚、視覚障害
- 8) 言語障害

普通、リハビリテーション医療の場合、次のようなメンバーがチームをつくって組織的に患者の治療に当たる。すなわち医師が主宰し、理学療法士、作業療法士、言語療法士、看護婦、臨床検査職員、心理判定員、医療社会事業係員等が組織的に活動する。

まずこのチームの成員がそれぞれの立場で患者について所要の事項を調べ、それを持ち寄って評価会議をもち、治療の目標を設定する。そして治療が開始され適当な時期に再評価会議がもたれて転帰設定が行なわれる。

理学療法士の担当する患者の評価は上肢および下肢の機能検査、関節可動域検査、筋力テストなどであり、これに作業療法士が担当する日常を活動動作テストが加わる。なお理学療法士および作業療法士はリハビリテーションのパラメディカルなメンバーとして訓練された特殊な技能者であってこの医療には必須なのであるが、わが国ではその養成、法制化が遅れ、現在大きくその需用のバランスを欠く状態である。アメリカでは理学、作業療法士1人当り患者は大体10人程度多くても15人を越えないと考えられているが、わが国ではとてもこの域には及ぶべくもない。また上記の検査

に要する時間は患者1人当り大体2時間くらいである。なおリハビリテーションは、普通の医療において患者がある程度まで受動的であっても、その効果が期待できるに反し、自分でやるという積極的な意欲なくしてはその効果は殆ど期待しえない。したがって患者に対して常に積極的な意欲をもたせるような精神的背景が必須な条件となる。医療上常にその点に留意し、患者をはげまし将来に期待をもたせてゆく配慮が必要である。したがって患者との接触が濃密でなければならないので普通の医療より人手がかかる。

V 医療保障制度内における

リハビリテーションの現状

医療上のリハビリテーションの位置は、前述のごとくはなはだ重要なものであることは、最早、言を要しない。しかしこの医療部門は現行制度間においてまったく寒心に耐えない状態のまま放置されている。第一に完備したリハビリテーションの設備をもった総合病院または専門病院が非常に少ないことである。第二に医療保障の大宗をなしている各種医療保険においてリハビリテーション医療の診療報酬がその範囲も狭くかつ低廉で収支がまったく合わないことである。第三にリハビリテーションに長く関与し習熟した医師が少ないことはいうに及ばず、それに協力する各種療法士の養成が遅れてその数が少なく、需給のバランスをまったくかいていることである。この三つが因となり果となり、リハビリテーションの発展普及を阻害してとるのが現状である。第二の収支の点について七沢病院のリハビリテーションに直接関係する分のみについて少しく分析してみたい。

理学療法士の関与する部分の年総計は1,510万8,240円、それに対し支出の人件費だけでもその97.58%を占める1,474万3,905円で、その他の関係費用を加えると総体で収入に比して支出が108.52%となり赤字である。作業療法士関係は収支とはいえ現行規定ではこの医療費は全然認められていないので、その支出157万4,689円がそのまま赤字、言語療法士関係分では収入総計は108万1,800円で、支出のうち人件費292万3,435

円で、これだけで収入に対して270.23%となり、なお他の費用を加えると281.48%という大きな赤字になる状態である。幸い当センターは県の方針で県民の福祉のために可及的患者本人の個人的負担を少なくするため、この不足している費用を患者に負荷する手段をとらず、病院全体の収支の赤字全額を県費で負担して経営することになっているので、どうやら運営が可能になっている状態である。正常な収入ではリハビリテーションの専門病院の運営などは到底不可能といえよう。運営の中心になる費用の問題がこのようではいかに社会的要請がリハビリテーション部門の充実を希求しても、急速なる普及は望むべくもないと思われる。

VI リハビリテーションの普及について

現在の状況においてはリハビリテーションの普及ははなはだ困難な情勢にあるといえる。しかし近時社会の状況が急速に変転し、医療の概念も変化し単に生命を保持するのみの狭義の展開では国民が満足しなくなったので、リハビリテーション部門は次第にその充実に向って歩み始めたようである。昭和38年頃は国立のもの一つであったこの部門の中心をなすパラメデカル・メンバーである理学療法士、作業療法士の養成所も最近ではその数を増してきた。最初の国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院を第一歩として漸次九州リハビリテーション大学校、東京都立府中リハビリテーション学院、東京教育大学教育学部付属盲学校高等部専攻科、大阪府立盲学校高等部専攻科、徳島県立盲学校高等部専攻科、高知リハビリテーション学院、日本医学技術学校リハビリテーション科の8校に及んでいる。しかし必要数の方が現状ではなおはるかに供給数を上廻る状況を脱してはいない。

またリハビリテーションを専門とする小児あるいは老人のための病院、交通および労災による身体障害者のための病院における結核病床からリハビリテーション科への転用計画、総合病院のリハビリテーション科の設置など、リハビリテーション病床および医療設備は、全国的にその充実強化

に向かってかなり大きく前進して来た。しかし依然としてこの部門の大きな壁になっているのは、この医療費問題である。費用のことは短時に治療する急性的な疾患の場合は患者の負担が多少高くても耐えうる場合も多いが、リハビリテーション科の対象になる疾患についてはその経過がはなはだ長時日にわたるものがほとんどであるので、少しの負担額でも累積して、その患者ならびに家族の大きな重荷になる場合が多い。したがって医療保障のもつ本質的な方向として考えれば、リハビリテーションに対する配慮は必須であるゆえ、これに対する措置は一日も早く完全な姿にして、医療保障の中に具現化しなければならない。別掲の表は米国におけるリハビリテーションの治療費の表で横山巖¹⁰⁾氏が例示にあげたものである。

外来患者の標準料金

個人治療	30分単位	5ドル
グループ治療	1単位	2.5ドル
個人治療、グループ	治療を含めての1日	
最高限度額		25ドル
評 価		
初回評価		75ドル
(O.T, P.T, S.T, 聴能, 心理, ソシャルサービスを含む)		
再評価		25ドル
(同上を含む)		

なお、この表の治療料金には主治医への診療料金は含まれず、主治医への診療料金は主治医と患者との間でとり定められる。また入院の場合は入院料と合算されて計算される。

わが国の例示としてあげ、前述の七沢病院の収入の基礎となった診療報酬は、理学療法士関係で筋力テスト単価820円、整形外科機能訓練100円、水治療270円、マッサージ60円、温熱療法100円で、電気その他の理学療法は入院料の中に甲表の場合は含まれることになる。ST（言語療法士）関係ではオーディオメーター単価1,100円、失語症検査270円、知能テスト270円、言語訓練100円、作業療法士関係はいかに費用がかかろうとも治療料金はなしというのが、わが国における現状の評価および治療に関する料金で、いかに米国のそれ

10) 横山巖:「R. Ruskの教室をつらぬく精神」、『リハビリテーション医学』第2巻第2号、医歯薬出版、昭和40年。

と比して大きな差があるかがわかる。これが普及の障害にもなり、また民営が独立採算をとる場合、患者個人の負担を大きくしている一つの原因をなしているのである。この点をぜひ至急抜本的に改善する必要があると思う。

リハビリテーション医学の世界的指導者である Rusk¹¹⁾氏はその著書中リハビリテーションと医師との項で次のごとく述べている。「身体障害者を再訓練して歩行、身体の移動、身の廻りの世話を自分ですること、普通の交通機関を利用すること、普通の便所で用を足すこと、義肢装具を自分で着脱すること、口頭または筆記によって意志の疎通を行なうことなどの能力を獲得するように訓練することは可能であり、また、ぜひそのように訓練しなければならない。こうした能力は甚だ単純であるがために、とかく見過ごされがちであるが、障害者が人間的、職業的、社会的に成功するためには以上の能力がその基礎となるのである。開業医にとっても、またいかなる医師にもせよ、医師の責任は急性疾患の終結または手術の完了をもって終わるのではなく、本人が残存能力をもって生活し仕事をするように訓練されて初めて責任を完了するのである。という観念がリハビリテーションの実践の出発点となるのである。医師の責任であるというこの基本的理念は、リハビリテーションが医療の一環であるという解釈の下にはじめて成立するのである」と。

この考え方から医療保障というならば、その制度の中においてリハビリテーションの普及を図り、社会人として生活に復帰させ、多くの不幸に泣く人達を救う道を確立すべきであることの重要性を知るべきである。そしてまた、この Rusk 氏の一文にさらに贅言を勞することなく、この一文によってリハビリテーションの医療保障としての意義と価値を認識し、その確立に向けて今後多く努力を払うべきであることを誰でもが教えられるであろう。

また Rusk 氏の指導を受けた本センターの横山巖¹²⁾氏は日本のリハビリテーションの将来につい

て次のごとくいう。「リハビリテーション医学の発展は歴史的必然と考られる以上将来我国に於ても、現在の米国のように大病院にはリハビリテーションが設けられ、生きてはいるがただベッドにしばりつけられているだけの病者をなくし、彼等を普通の生活にもどし、さらに彼等に職を与えようという総合的な努力が払われるようになることは、まずまちがいないものと考えてよいであろう。ところで、現在の段階では第一の緊急な問題は療法士の養成である。第二には健康保険の点数に問題がある。日本の健康保険の医療費の低さは何んということであろう。筆者は彼地にいる間逐に日本における超短波などの理学治療、機能訓練の料金を米国人に話す気にならなかった。まさに国辱的な低医療費である。この種の低医療費が改善されなければ、日本におけるリハビリテーション医療の普及は望むべくもない」と。さらに氏は「我国は世界にまれな温泉国であり、豊富な種類の数多くの温泉に恵まれている。しかも近年温泉研究者の努力によって動脈硬化症、高血圧症、リュマチス、外傷などに対する温泉効果が臨床的にも実験的にも明らかにされている。これらの天与の資源で温泉を運動療法、電気療法、光線療法、熱療法、マッサージ、水治療（狭義の）など物理的療法と共に有力な各種療法士をはじめとする各種専門家達によるチームとしての患者への接触を加える時こそ我国のリハビリテーション医学は、現在のアメリカのそれを凌駕する可能性を持ち得るであろう」といっている。

近時、わが国のリハビリテーション医学の必要性の認識は社会各界に浸透し、発展に基盤的なものもわが国においては十分にあり、必要な措置をこれに与えて、その活用を促せばわが国のリハビリテーションの進展は洋々たるものがある。要はその実践にあると思う。

VII リハビリテーションの効果

本七沢病院では、リハビリテーションの効果判定し、かつ治療上の参考に資するため昭和41年12月5日入院取扱いを開始して以来の全退院患者について生活へ復帰した状況を県下保健所

11) Rusk:『リハビリテーション医学』、小池正文監訳、昭和44年。

12) 横山巖:「日本に於けるリハビリテーション医学の将来」、Tokyo, Tanabe, Quarterly: Autumn, 昭和39年。

の協力と本病院の医療社会事業担当者および保健婦とで追跡し、1年後の生活および心身状態を調査してきた。

今ここに昭和42, 43年中に退院し、1年を経過したものを併せた526例について、1年の時点の生活間の状況を集計した結果を例示する。対象はこの期間中に退院した全片マヒ患者で、男子386例、女子140例である。平均年齢60歳、男女比は2.8:1である。平均存院期間は177日、この数字は本病院のような脳卒中後遺症を専門に扱っているところの宿命で、ベッドの回転率の悪さと重ねて入院3カ月以後の最も低い入院料の患者が、比較的多数を占める結果となる。それ故に収入の点において二重のマイナスになる。この調査は訪問と通信とにより奨励訪問を兼ねて行ない、実施率は対象に比しその98.7%、未回答7例(1.3%)、死亡45例(8.5%)、そのうち33例(73.3%)は60歳以上、その他温泉病院や一般病院に入院しているもの、あるいは特別養護老人ホームに入所中の者など家庭復帰できなかったもの41例(7.9%)で、このうち26例(63.4%)は60歳以上のものであった。

社会復帰の状況をみると、発病時に職業を有してもものの職業復帰率は345例中94例(27.2%)で、女子の家事復帰は132例中43例(32.6%)であった。家事を含めての社会復帰率は男子で家事復帰した10例と女子で復職した8例を加えると519例(30.1%)であった。

43年中退院者の特徴としては、平均入院期間が長いこと(43年213日、42年131日、両年平均177日)と重病者の多いことである。退院時に日常生活の独立性を回復しなかったものは42年の12.3%に比し、43年では18.5%となっており、両年を平均して15.6%であった。ねたきりの状態で退院したものは42年では0.4%、43年では4.8%、年齢構成、発病から入院までの期間については著変はなかった。問題はあっても、リハビリテーション医療を受ければ家庭生活動作は好転し、人手の介護が不要となるものが著しく増加することは明白である。

年齢階層別に全男子の職業復帰率をみてみると

49歳以下では44例中17例(平均して38.6%)、50～54歳では54例中19例(35.2%)、55～59歳では59例中19例(32.2%)、60～64歳では87例中18例(20.7%)、65～69歳では76例中16例(21.0%)、70～74歳では37例中4例(10.8%)、80歳以上は復職していない。高年齢層になると復職率が減少してゆくのは当然であるが、70歳を境にして急に減少していることは、70歳を稼働力がなくなるという一般説と一致している。しかし60歳台においてなお21%の職業復帰をみとめることは注目すべきである(表1参照)。

表1 男子年齢と職業復帰(42, 43年)

職業 復職	復	職	新	職	小	計	復 世	職 家	事	死	亡	計	復 帰率 (%)
年齢													
39歳以下		4		4		8		8	1		0	17	47.1
40—44		5		0		5		10	0		3	18	27.8
45—49		4		0		4		2	3		0	9	44.4
50—54		17		2		19		32	1		2	54	35.2
55—59		11		8		19		37	0		3	59	32.2
60—64		15		3		18		57	3		9	87	20.7
65—69		15		1		16		53	1		6	76	21.1
70—74		4		0		4		28	1		4	37	10.8
75—79		0		2		2		10	0		4	16	12.5
80歳以上		0		0		0		5	0		1	6	0
計		75		20		95		242	10		32	379	

次に年齢階層別に男女の復職の必要性をみてみると、60～64歳で109例中63例(57.8%)、また65～69歳で114例中34例(29.8%)が生活を維持してゆくために働く必要性のあるものである。昭和44年の全国老人調査¹³⁾によると就業を希望しながら就業をしえなかったものが、60歳以上で44.1%あるという。本センターの調査の数はこれを裏書きしている。国民平均寿命が70歳に達した現在、60歳台の人のリハビリテーション医療は、たんに家庭復帰を目標とするだけでは、真に老人の救いにはならないのかもしれないということを考えさせられる。定年制の延長、老人の職業再訓練、身体障害のある老人に対する職業補導と職場開拓などをリハビリテーションと併せて社会的に再吟味しなければならないのかもしれない(表2参照)。

なお退院後新しい職についたものは、新聞社モ

13) 厚生省社会局老人福祉課監修『老人福祉の動向』、全国社会福祉協議会、昭和45年。

表2 復職の必要性 (42, 43年退院者)

年齢	性別	復職の必要性あり			全調査対象者数		
		男	女	計(%)	男	女	計
39歳以下		17	2	19(79.2)	20	4	24
40—44		15	0	15(68.2)	18	4	22
45—49		10	1	11(55.0)	10	10	20
50—54		49	2	51(70.8)	54	18	72
55—59		48	4	52(59.1)	61	27	88
60—64		53	10	63(57.8)	87	22	109
65—69		32	2	34(29.8)	77	37	114
70—74		8	1	9(19.1)	37	10	47
75—79		2	0	2(8.3)	16	8	24
80歳以上		0	0	0(0)	6	0	6
計		234	22	256(48.7)	386	140	526

死亡16, 未回答7を除く。

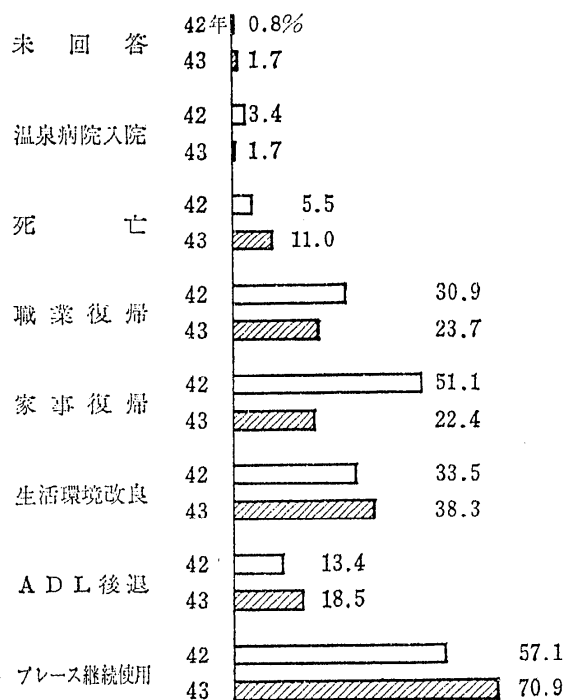
ニター、翻訳、学習塾、ピアノ個人教授、著述業、家庭教師、基会所、自転車配車係、ガソリンスタンド給油係、自家内職の各1例、植木栽培の2例、農業の3例などである。しかし、せっかく身体障害者職業訓練所で1年間勉強した者が、遂に就職できなかったケースもある。片マヒは職業選択の上において上下肢の片側が障害されているので、幅が狭くて困難が多いようである。将来片マヒ専門の職業訓練および職場開拓を考究し充実してゆく必要があろう。

いずれにしてもリハビリテーションは上述のごとく、復帰した家庭・社会の生活の中で有用性を失わず生きがいを感じながら社会人として誇りをもって生きている実態を知ることができる。医療が狭義の生命保持のみのものに終わっていたらということを考えると、リハビリテーションによって、このように多くの人々が救われるという事実が無に帰してしまうという結果になる。医療保障に値するならば医学の名においてたんに生命保持の医療にとどまらず、生きるかゝのある社会人の域まで責任を持つべきである。リハビリテーションは医療保障の画竜点睛のその点であると思う。

今ここに例示としてあげたのは、50歳台から60歳台が入院患者として70%余を占めている七沢病院のものである。小児、青壮年の多い交通、労働災害の場合において、リハビリテーションの効果は老年よりさらに多くの期待が持てることは当然であり、その人達の将来より長いのである。参考

にかかげた表3は表1(男子)と対照の女子のもので、図は昭和42年、43年を分けて各調査項目を図示したもので、図中で知るとおり退院後1カ年を経過して、日常生活動作が退院時より後退したと認められる者が昭和42年で13.4%、43年で18.5%で、一度良くなった状態はたとえ老年でも容易に後退せず、病院で受けた習練が生活に帰ってもなかなかずれないことを示していることを知る(図および表3参照)。

42年、43年退院者の1年後調査の比較



(注) 図中生活環境改善とは家庭の状況を能力に合せて改善をしたこと、ADLは生活日常動作、プレースは補装具。

表3 女子年齢と職業復帰 (42, 43年)

年齢	職業復帰	復職	新職	家事	小計	復帰せず	死亡	計	復帰率(%)
39歳以下	0	0	1	1	2	1	4	55.6	
40—44	0	0	2	2	2	1	5		
45—49	1	0	6	7	1	1	9		
50—54	1	0	10	11	6	1	18	61.1	
55—59	0	0	7	7	20	0	27	25.9	
60—64	4	0	7	11	9	2	22	50.0	
65—69	1	1	7	9	25	3	37	24.3	
70—74	0	0	3	3	5	2	10	30.0	
75—79	0	0	0	0	66	2	8	0	
80歳以上	0	0	0	0	0	0	0	0	
計	0	7	43	51	76	13	140		
%	5.7	5.7	30.7	36.4	54.3	9.3			

VIII む す び

医療保障の真にあるべき姿は国民全体にあまねく、必要な時に必要な医療が与えられるという機会均等は重要で、しかもその医療の質は、医学の進歩がその内容として生かされていなくてはならない。そして医療がたんに生命保持のことにのみにとどまらず、社会人としての有用性を恢復し、社会生活の中で生きがいのある機能を持つまで医療は責任を免がれない。また健康であることはさらに健康を増す要件であるゆえ疾病の予防とか健康管理とかの医学の社会的努力も忘れてはならないことである。すなわち、予防からリハビリテーションまでの一貫した体系が完備したものであって初めて医療保障といえるのである。概念的にいえば包括的保健サービスの体系が医療保障として望ましいといえるであろう。

近時公衆衛生活動とか、生命保持の医学の進歩には急速な進展があった。したがって乳児死亡率は激減し、また老人の延命も著しいという社会事象が顕著な傾向になった。この意味においては各種医療保険を大宗とする医療保障の現行制度、保健所活動を主体とする公衆衛生の著名な進展は、近來の社会の変転に対応する一応の効果があつたとみるべきであろう。また近來リハビリテーションもようやく展開の歩を示し始め、療法士の養成、リハビリテーションに対する社会的認識の深まりと関係施設の充実強化も次第に前進を始めた。

しかし現行制度の内部に包含せられている前述せる各項目の問題は依然として打開されず、そのために予防からリハビリテーションまで包括医療の体系が充分形成されず、その運営も円滑に運んでゆかない。現行のわが国の医療保険は多大な矛盾が内部にあるが、リハビリテーションの問題点

をとくだけでも、病院はその普及によって、収入に重要な関係を生ずる病床回転の円滑化が促進されるかもしれない。Rusk氏は次のごとくいう。病院内にリハビリテーション・サービスを発展させることを怠っていると、比較的軽度の身体障害者の多数が症状悪化して、重度障害者ないし不治永患者となるのをみすみす傍観するようになる。このように身体障害を見過して放置しておくことは、早期に積極的なリハビリテーションを施して、その患者を身体的、経済的、社会的および情意的に最高度の自立性を達成せしめるのとは比べるかに高価につく」と。まして Rusk氏がいうがごとく日常生活はわれわれ自身の身体的能力の4分の1以上を駆使することはめったにないというならば、わが国の病院がリハビリテーション施設をもち、正しい医療を行なえば現在の状況よりも病院の運営に利するところはなはだ大なるとともに、患者も生活の中で自立、自由を取り戻せることになるのである。医薬や手術が人を救うるのは一つの限界があり、人をなお社会人として救うためには医学はあらゆる努力を払うべきで、医学も人の生活崩壊にもっと手厚い暖い手をさしのべなければならない。医療保障はその内容として、これらの点を是非とも包含しなければならないもので、今日なお生命保持のみに重点を置く制度を固守している嫌があるが、人々それぞれにところを得しむる医療の配慮が必要である。最後にわが国現下の情勢に対応して、老若男女、都鄙を問わず、医療保障の慈雨が平等にふりそそぎ、尊い生命が保持され、健康が増進するように可及的現行制度の不準を補ない、国民の強い要望に応えられるよう、その完全を一日も早く期すべきであることを国民福祉のために願望しておきたい。

昭和 46 年度厚生省予算について

下 村 健

I 経緯と概要

昭和 46 年度厚生省予算は、昨年 8 月 31 日の厚生省要求の提出後、児童手当制度の創設、健康保険の改善対策、小児がん対策等について追加要求がなされ、これに対する大蔵省原案が示されたのち、各段階の折衝をへて 6 年ぶりに年内に（12 月 30 日に）政府案が決定された。その後 1 月 22 日に国会に提出され、両院の審議をへて本年 3 月 29 日に原案どおり可決成立するに至っている。

この 46 年度予算の一般会計歳出総額は 9 兆 4,143 億円で主要経費ごとの概要は表 1 に示したとおりであるが、このうち厚生省の一般会計予算総額は 1 兆 3,021 億円で全体の 13.8% をしめしている。予算編成に当たって昨年 12 月 22 日に閣議で決定された政府の予算編成方針では例年どおり財政規模、財源の重点的配分による重点施策の着実な推進といったことが定められているが、46 年度の特徴としては、当初景気に対し警戒的性格との見方もあったのに反し中立的性格のいわゆる中立機動型予算ということで財政規模の伸びもかなり大きなものになったこと、これに伴って税制面では、減税規模は 45 年度の平年度 3,000 億円が本年は 2,800 億円という程度になり、公害防止等の諸施策にあわせ自動車新税が創設されることとなったこと、また重点政策の面では、物価安定と公害対策の推進がとくに強調されていることの 3 点があげられよう。

厚生省の予算は、このような政府の基本方針を背景として、「生きがいのある住みよい社会の建設」を目標に国民生活優先の基本原則にたつて、とくに次の 7 項目を重点として編成されたものである。

- (1) 環境の汚染、破壊を防ぎ自然を保護するための施策
- (2) 生活環境条件を整え、国民生活の充実を図るための施策
- (3) 心身障害者、老人など社会の歩みに遅れがちな人々や児童の福祉を向上するための施策
- (4) 社会福祉施設を緊急に整備し、あわせて施設の運

営、職員の処遇を改善するための施策

- (5) 経済の成長に対応して生活水準を向上するための施策
- (6) 国民を疾病から守り、必要な医療を確保するための施策
- (7) その他の重点施策（遺族の援護等）

これらの施策のうちでも、とくに本年度の予算編成上重点をおかれたものは、(1)の公害対策、(2)の生活環境施設の整備、(4)の社会福祉施設整備と処遇改善、(5)の中の児童手当制度の創設、同じく年金の改善、(6)の中の医療保険制度の抜本対策の 6 項目であるといつてよからう。

この 6 項目のうち、公害と生活環境施設整備および児童手当制度を除く 3 項目が老人対策と深い関係をもっているものであることは注目されてよい。しかも、公害対策は予算編成過程で環境庁の設置がきめられ、厚生省の所管から外されることが予定されているので老人対策が 46 年度予算でしめたウェイトは実質的にはもっと大きいものがあるわけである。70 年代の厚生行政で老人対策のしめる重要度については、昨年公表された厚生白書が「老人問題を考える」ことをテーマとして取り上げ、わが国の人口の老齢化は現在欧米諸国に比べて未だ低いレベルにあるが、25 年後の昭和 70 年には欧米諸国の老齢人口比率に達することが予測され、欧米諸国が現在のレベルに達するのに 2 世紀ないし数十年の長きを要したのに比し異常に速いテンポであること、一方、近年の経済成長の結果、高齢者を含めた社会保障制度を確立する財政的条件が整ってきており、現在がそのための好機であることを指摘して、老人問題がわが国の民族的課題ともいふべきものであると強調している。老人対策の確立にあたってその支柱となるものが、年金と医療であり、また、社会福祉施策であることを考えれば、今年度の厚生省予算の重点が先のような事項となったことの必然性が容易に理解できよう。

さて、このような基本的な考え方により編成された厚生省予算を主要項目ごとに示すと表 2 のとおりである。総額 1 兆 3,021 億円の 95.4% が社会保障関係費であり、

表1 昭和46年度一般会計歳出概算主要経費別内訳

(単位 百万円)

事 項	前 年 度 予算額(A)	昭和46年度 概算額(B)	比較増△減額 (B-A)	備 考 (B/A×100)
(社会保障関係費)				
1. 生活保護費	217,185	250,290	33,105	115.2%
2. 社会福祉費	111,038	141,886	30,848	127.8
3. 社会保険費	587,456	702,195	114,739	119.5
4. 保健衛生対策費	140,608	160,115	19,507	113.9
5. 失業対策費	84,481	89,594	5,113	106.1
計	1,140,768	1,344,080	203,312	117.8
(文教及び科学振興費)				
1. 義務教育費国庫負担金	439,376	516,157	76,781	117.5
2. 国立学校特別会計へ繰入	253,702	284,878	31,176	112.3
3. 科学技術振興費	114,301	133,838	19,537	117.1
4. 文教施設費	42,987	53,608	10,621	124.7
5. 教育振興助成費	59,124	73,643	14,519	124.6
6. 育英事業費	16,411	16,751	340	102.1
計	925,901	1,078,875	152,974	116.5
国 債 費	290,897	319,340	28,443	109.8
(恩給関係費)				
1. 文官等恩給費	32,332	36,025	3,693	111.4
2. 旧軍人遺族等恩給費	238,794	269,667	30,873	112.9
3. 恩給支給事務費	3,264	3,677	413	112.7
4. 遺族及び留守家族等援護費	24,738	26,636	1,898	107.7
計	299,128	336,005	36,877	112.3
地方交付税交付金	1,662,872	2,054,424	391,552	123.6
防 衛 関 係 費	569,518	670,902	101,384	117.8
(公共事業関係費)				
1. 治山治水対策事業費	236,656	278,642	41,986	117.7
2. 道路整備事業費	586,604	694,332	107,728	118.4
3. 港湾漁港空港整備事業費	117,443	141,407	23,964	120.4
4. 住宅対策費	95,399	115,898	20,499	121.5
5. 生活環境施設整備費	62,829	88,223	25,394	140.4
6. 農業基盤整備費	189,025	223,325	34,300	118.2
7. 林道工業用水等事業費	34,768	43,066	8,298	123.9
8. 調 整 費	7,300	7,800	500	106.9
小 計	1,330,024	1,592,693	262,669	119.8
9. 災害復旧等事業費	79,857	72,898	△6,959	91.3
計	1,409,881	1,665,591	255,710	118.1
貿易振興及び経済協力費	92,847	101,103	8,256	108.9
中小企業対策費	50,318	57,907	7,589	115.1
食糧管理費	383,007	463,372	80,365	121.0
産業投資特別会計へ繰入	93,600	80,300	△13,300	85.8
その他の事項経費	921,027	1,102,416	181,389	119.7
予 備 費	110,000	140,000	30,000	127.3
合 計	7,949,764	9,414,315	1,464,551	118.4

その額は1兆2,428億円となっている。社会保障関係費のうちで、前年度予算に対してもっとも高い伸び率を示したものは社会福祉費で127.8%となっているが、もっとも大きな割合を占めているのは社会保険費で社会保障関係費の55.6%、厚生省予算に対しても53.0%の高率と

なっている。表3は、厚生省予算の主要経費ごとの構成比の変化を示したものであるが、社会保険、社会福祉の伸びが明瞭に示されている。生活保護費と保健衛生費が例年かなりの改善がなされているのにシェアが低下しているが、対象人員の減少等によるものである。生活環境

表 2 昭和 46 年度厚生省関係予算額

(単位 百万円)

区 分	45年度予算額	46年度予算額	対前年度伸率	構成比	備 考
一般会計予算総額	7,949,764	9,414,315	118.4	100	
(社会保障関係費)	1,052,765	1,242,839	118.1	13.2	{ 労働省所管失業対策費及び農林省 所管社会保険費(農業者年金)を 除く。
1. 生活保護費	217,185	250,290	115.2	2.7	
2. 社会福祉費	111,038	141,886	127.8	1.5	{ 児童手当 3,068 百万円を含む。 農林省所管社会保険費(農業者年 金 11,647 百万円)を除く。
3. 社会保険費	583,934	690,548	118.3	7.3	
4. 保健衛生対策費	140,608	160,115	113.9	1.7	
(文教及び科学振興費)					
3. 科学技術振興費	2,968	3,677	123.9	0.04	
(恩給関係費)					
4. 遺族及び留守家族等援護費	24,532	26,467	107.9	0.3	
(公共事業関係費)					
5. 生活環境施設整備費	9,694	13,737	141.7	0.1	
(その他の事項経費)	13,561	15,367	113.3	0.2	
厚生省予算額	1,103,520	1,302,087	118.0	13.8	

表 3 主要経費別予算額

主 要 経 費 別	昭和 37 年度		昭和 40 年度		昭和 45 年度		昭和 46 年度	
	当初予算額	構成比	当初予算額	構成比	当初予算額	構成比	当初予算額	構成比
(主要経費)	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%
生活保護費	60,921,265	22.5	105,943,827	22.1	217,185,531	19.7	250,289,663	19.2
社会福祉費	23,206,712	8.6	43,169,171	9.0	111,037,530	10.0	141,886,284	10.9
社会保険費	117,271,569	43.3	209,530,138	43.8	583,933,712	52.9	690,547,518	53.0
保健衛生対策費	53,186,431	19.6	92,951,842	19.4	140,608,540	12.8	160,114,889	12.3
科学技術振興費	1,218,145	0.4	1,842,889	0.4	2,967,610	0.3	3,677,428	0.3
遺族及び留守家族等援護費	9,142,426	3.4	11,766,672	2.5	24,532,223	2.2	26,466,522	2.0
生活環境施設整備費	2,489,100	0.9	7,333,677	1.5	9,694,000	0.9	13,737,000	1.1
石炭対策費	31,200	0.0	90,314	0.0	0		0	
その他の事項経費	3,567,319	1.3	6,112,242	1.3	13,560,977	1.2	15,367,881	1.2
厚生省所管合計	271,034,167	100.0	478,740,772	100.0	1,103,520,123	100.0	1,302,087,185	100.0

施設整備費は、下水道終末処理施設に対する補助金が建設省の所管に移されているので、昭和 37 年、40 年の数字は現状とそのまま比較することはできない。

表 4 は、厚生省予算を医療費と所得保障とその他の三つに区分して示したものである。医療費の中には、医療保険関係の国の補助金負担金のほか医療扶助、結核、精神病、伝染病その他の公費負担による医療に対する国の補助金等が含まれている。また、所得保障の中には、生活扶助等の国庫負担金の外各種年金に対する負担金や、46 年度からは児童手当が含まれている。医療費のシェアは昭和 42 年に 50% をこえその後もふえ続けているが 46 年度はややその割合を減じている。所得保障は、制度

の改正、改善等を機に伸びてきているので、一定の傾向はいえないが、46 年度は、年金の大幅な改善、児童手当の創設等かなりの伸びを示している。

II 一般会計予算の主要事項

(1) 生活保護

生活扶助については、基準額が前年と同率の 14% 引き上げられ、1 級地の標準 4 人世帯では月額 3 万 4,137 円から 3 万 8,916 円になった。46 年度の経済見通しでは、個人消費支出の伸びが 15.8% とされ 45 年の 16.8% を下まわっている。一般家計との格差の縮小が期されているわけである。このほかに教育扶助の基準の 12.7%

表4 厚生省予算に占める医療費及び
所得保障予算額の推移

区 分	45年度	46年度	備 考
厚生省予算 (A)	11,035 (22.1)	13,021 (18.0)	(%)は 伸率で ある。
医 療 費 (B)	6,026 (25.5)	6,902 (14.5)	
所 得 保 障 (C)	2,651 (15.9)	3,168 (19.5)	
年 金 分 (D)	1,462 (20.7)	1,816 (24.2)	
そ の 他	1,189 (10.5)	1,352 (13.7)	
そ の 他	2,358 (20.8)	2,951 (25.2)	
医療費の構成割合 (B)/(A)	54.6 %	53.0 %	
所得保障の構成割合 (C)/(A)	24.0	24.3	
年金分の構成割合 (D)/(A)	13.2	13.9	

引上げなどの改善が図られ、生活保護費の総額は2,503億円で331億円の増額となっている。

(2) 社会福祉

社会福祉対策のうちで、本年度予算でとくに重点をおかれたものは施設整備と職員の処遇改善であるが、経費の内訳は表のとおりである。

	45年度 (千円)	45年度 (千円)
児 童 保 護 費	90,275,542	70,757,625
児 童 保 護 費	85,918,378	66,916,007
措 置 費	85,671,781	66,694,714
法施行事務費等	246,597	221,293
児童福祉事業費	1,687,858	1,428,458
児童相談所費等	542,547	498,546
保母養成所費等	180,767	146,150
へき地保育事業費等	712,639	619,246
そ の 他	251,905	164,516
母子保健衛生対策費	1,131,214	1,101,859
身体障害児等対策費	1,088,590	942,360
家庭児童対策費	449,502	368,941
特別児童扶養手当	540,443	471,909
老人福祉費	22,853,766	18,154,858
老人福祉費	1,665,041	1,392,550
老人保護費	21,188,725	16,762,308
身体障害者保護費	3,960,261	3,204,164
婦人保護費	670,146	587,516
社会福祉諸費	3,132,077	2,176,197
社会福祉施設整備費	12,599,790	8,622,296
母子福祉費	1,050,000	950,000
児童扶養手当	5,434,809	4,907,404
国立更生保護機関	1,381,450	1,205,561
計	141,886,284	111,037,530

〔社会福祉施設整備〕 施設整備費については、その予算額は45年度の予算額53億円を30億円上まわる83億円の予算が計上されている。これは約57%の伸率であり、かつてない飛躍的な前進といえよう。社会福祉施設の整備については戦後いち早く着手され、近年においては老朽施設の改善等の事業もとり上げられ、かなりの改善がなされてきたとてはいうものの人口高齢化等の社会情勢の変化や福祉対策の進展に伴う社会的ニードの高度化といった事情もあり、これまでともすれば立遅れがちであったことは否定できない。とくに、老人や重度の障害者など緊急に収容を要する対象についてもそれに見合う施設の整備がなされていなかったのが実情である。そこで、46年度予算編成に当たっては、この緊急度の高い老人施設と、重度障害者施設に、根強い需要のある保育所を加え、これらの整備を重点とした緊急5ヵ年計画という構想の下に予算折衝が行なわれたのである。結局5ヵ年計画自体は、大蔵省との間で十分調整される段階まで至らなかったが、厚生省の考え方にそってこれらの施設を重点として計画的整備を進めるよう予算の大幅増額を図ることとなったものである。

〔社会福祉施設の処遇改善〕 職員の処遇改善関係の予算のうち本年度重点をおかれたものは、職員の定数増と給与の改善である。施設の運営費についての予算も逐年の改善でかなりのレベルに達しており、かつては施設の食費など野犬の餌代にもおとるといわれ、収容者の処遇に直接関連する分野が予算編成上大きな問題であったが、今日では持続的に上昇を続ける人件費をいかにまかなうかが焦点となってきている。とくに社会福祉行政の進展に伴って重度の障害者など手のかかる収容者が全般にふえているので給与とともに職員の労働条件の改善を図ってゆくことが重要になってきている。これらの事情を反映し、本年度の改善では、これまで各種審議会等で要望されていた職員定数の改善に関するものをすべて2年計画で実施することとし、必要な予算14.4億円が計上されている。このほか、宿日直手当、夜勤手当の増額や支給範囲の拡大、俸給調整額の改善等労働条件の改善についてはとくに積極的な配慮がなされている。給与関係では、44年度から3ヵ年計画で進めてきた公務員との格差是正の最終年次分27.8億円を計上している。これらの改善の結果、施設の種別にみた運営費は、表5のようになっている。このほか、異例の措置として収容者の処遇に直接従事する職員のうち10年以上勤続している者を対象とし、平均して給与の20%に相当する手当を支給する特別措置を講ずることとしている。この特別措置は、

表5 社会福祉施設収容者1人当たり
年額調(事業費ベース)

	(単位 円)	
	45年度	46年度
保護施設		
救護施設	154,118	187,180
更生施設	75,317	92,536
宿提施設	19,362	21,755
施設授産	86,559	97,831
家庭授産	10,629	11,809
身体障害者更生援護施設		
身体障害者更生指導所	300,170	349,316
身体障害者授産施設	260,922	303,192
重度身体障害者更生援護施設	435,882	480,655
重度身体障害者授産施設	351,805	390,791
内部障害者更生施設	281,910	318,358
通所施設	171,361	197,911
進行性筋萎縮症者措置費	641,216	815,465
老人福祉施設		
養護老人ホーム	259,829	297,116
特別養護老人ホーム	443,160	512,283
軽費老人ホーム	93,754	122,338
婦人保護施設		
一時保護所	229,678	265,158
保護施設	225,988	256,288
児童福祉施設		
養護施設	305,746	351,591
教護院	346,646	395,916
精薄児施設	394,249	454,796
育児施設	374,071	429,341
ろうあ児施設	350,429	404,040
母子寮	64,209	73,845
乳児院	674,715	797,143
虚弱児施設	364,690	419,550
肢体不自由児施設	348,510	306,460
助産施設	246,221	286,055
精薄児通園施設	230,308	268,604
情緒障害児短期治療施設	471,351	569,320
重症心身障害児施設	790,184	842,300
肢体不自由児園療委託分	648,075	668,905
肢体不自由児通園分	135,140	145,138
里親	139,541	148,860
保育所	69,323	83,769
精薄者施設	344,968	430,675

施設の給与原資が総額で限定されているため、最近の労働力需給関係の実情を反映して初任給が民間水準と対応して改善される反面、勤続年数が長くなるほど格差が拡大しているという実情に着目してとられた措置である。指導員、寮母、保母等7,000人を対象に3億円が計上されている。このほかの特別措置としては、積雪地帯の民間

施設の除雪費補助が新たに計上されている。特別措置に要する経費を除き以上の処遇改善に要する予算は75億円で、これを含めた社会福祉施設の運営のための予算額は始めて1,000億円をこえ、1,125億円となっている。

なお、社会福祉施設職員の給与改善については、本年度において3カ年計画による格差是正が終了することになるので、本年新たに実態調査を実施し、今後の改善等を検討することが予定されている。

〔老人福祉対策〕 さきにのべたように、老人対策は今年度厚生省予算の基調をなすものであり、予算の国会審議の過程でも老人国会といってもよいほど老人問題をめぐる質疑は多かった。老人対策の柱となるものには年金、医療の問題もあるが、これらについては別項でふれるので、ここでは社会福祉の分野での老人に関連するものみにふれよう。まず、老人の疾病のうちもっとも多くをしめる脳卒中につき、その後遺症の老人を対象とし、老人福祉施設を利用して新たに機能回復訓練を行なうこととなった。また、ひとりぐらし老人につき、電話による相談事業をモデル的に実施すること、一時的病気の場合介護員を派遣して看護を行なうことが新たにとり上げられ、老人の社会活動への参加を促進するため、老人就業あっ旋所を増加し、老人クラブによる社会奉仕団活動を新たに助成することとし、また、老人クラブに対する助成をさらに7万クラブ(45年度6万5,000クラブ)まで拡大すること等の措置が講じられた。これらの福祉対策のほか福祉年金の改善等を加えて、老人福祉対策費は45年度の841億円から971億円に増額されている。

〔心身障害児(者)対策〕 本年1月に設立された心身障害者福祉協会により運営が予定されているいわゆる国立コロニー(所在地高崎市)が4月から開所されることとされ、従来から引続いている施設整備費のほか新たにこの運営費が計上されている(定員550人、予算4億円)。また、特別児童扶養手当は、福祉年金と同額の月額300円の引上げが本年11月から実施されることとなり、月額2,900円となる。また、扶養義務者の所得制限額も、老齢福祉年金と同様136万円から180万円に引き上げられ、5月から実施される(予算額5億円)。このほか、重度心身障害児(者)の家庭奉仕員の増員(591人→1,182人)等従来の施策の充実にあわせ、新たに高度難聴児用の補聴器の支給、新たな福祉施設として精神薄弱者のための通園寮の設置助成、在宅重度障害者に対する訪問診察、点訳奉仕員の養成などきめこまかい配慮がはらわれている。これらの措置に要する心身障害児(者)対策費は、総額493億円で45年度の402億円に比べ91億円の増額。

	46年度 (千円)	45年度 (千円)
社会保険国庫負担金	90,755,900	86,805,175
厚生保険特別会計へ繰入	87,824,215	84,092,476
健康保険国庫補助	27,500,000	22,500,000
日雇健康勘定財源	13,206,367	20,719,938
厚生年金保険給付費財源	30,885,655	27,811,822
業務取扱費財源	16,232,193	13,060,716
船員保険特別会計へ繰入	2,931,685	2,712,699
疾病部門国庫補助	600,000	600,000
失業部門給付費財源	477,203	438,703
年金部門給付費財源	1,498,290	1,373,040
業務取扱費財源	356,192	300,956
健康保険組合補助	1,951,000	1,751,450
事務費補助金	1,651,000	1,451,450
給付費臨時補助金	300,000	300,000
厚生年金基金等助成費	84,779	54,617
厚生年金基金等給付費補助金	45,172	15,010
厚生年金基金連合会事務費補助金	29,607	29,607
石炭年金基金事務費補助金	10,000	10,000
国民健康保険助成費	421,875,360	357,930,788
指導監査委託費	99,457	94,287
療養給付費補助金	353,184,248	299,599,942
助産費補助金	1,808,344	1,231,111
事務費補助金	21,384,220	18,664,644
保健婦及診療施設整備費補助金	1,320,572	1,183,706
国民健康保険団体連合会補助金	636,900	559,700
国民健康保険組合臨時調整補助金	900,000	100,000
財政調整交付金	42,541,619	36,497,398
国民年金国庫負担金	172,582,048	137,257,043
拠出年金国庫負担	57,636,555	36,089,850
福祉年金給付費財源	91,565,643	80,931,254
業務取扱費財源	23,379,850	20,235,939
農業者年金等実施費	11,877,755	3,657,248
農業者年金助成補助金	7,126,200	1,926,000
農業者離農給付費交付金	3,618,050	950,000
農業者年金基金運営費	291,697	167,781
農業者年金基金業務委託費	765,897	586,900
その他	75,911	26,567
児童手当国庫負担金	3,068,466	0
計	702,195,308	587,456,321

となっている。

(3) 社会保険費

経費の内訳は、上表のとおりである。

〔医療保険制度の改善〕 医療保険制度については、その抜本改正の必要性が指摘され、政府部内でも種々の

検討が進められており、昨年8月には社会保険審議会と社会保障制度審議会に抜本改正の諮問が行なわれている。しかしながら、この問題には極めて広汎な問題が関連しており、また、関係者の利害がからみ合っているため、両審議会の審議の結論を得ないまま予算編成期を迎えることとなったわけである。この間にも政府管掌健康保険の財政状況は悪化の一途を辿り、45年度末の累積赤字約1,900億円、さらにこのまま放置すれば、46年度末には3,000億円にも達すると予想され、従来のように借入金でこれをしのいでゆくということは許されない状況になってきた(表6および表7)。このため本年度予算編成に際しては、いわゆる3K赤字の一つとして国鉄、米と並んで種々議論をよぶこととなったわけである。しかも、健康保険の問題は、これがたんに財政上放置し得なくなってきたというばかりでなく、人口高齢化の進展につれますます強くなってきている老人に対する医療費負担の軽減というような問題の解決をおくらせてきているという点で厚生行政に与えている悪影響を見逃すことができない。これまでも財政健全化のための対策は数度にわたって実施されており、国庫負担の増額等も行なわれてきているが、根本的な改善のないまま今日に及んでいるわけである(表8)。そこで42年の対策実施に伴う健康保険法

表7 政府管掌健康保険昭和46年度(制度改正前)の収支見込(単年度分)

(単位 百万円)

事 項	制度改正前
保 険 料 収 入	606,437
雑 収 入	1,382
計	607,819
保 険 給 付 費	672,972
医 療 給 付 費	612,544
現 金 給 付 費	60,428
業務勘定へ繰入	1,392
諸 支 出 金	1,080
計	675,444
差引過△不足	△67,625
予 備 費	△30,000
再差引過△不足	△97,625

表6 政府管掌健康保険単年度収支及び累積赤字額の年度別推移

(単位 億円)

	38	39	40	41	42	43	44	45 (見込)	46 (見込)
単年度収支	△131	△325	△497	△266	△ 58	△ 24	△ 56	△ 500	△ 411
累積赤字額(△)	—	△173	△669	△978	△1,099	△1,187	△1,319	△1,905	△2,453

(注) 46年度末の赤字額は、制度改正による効果を含む。

表 8 政府管掌健康保険に対する国庫補助の推移

(単位 億円)

年度	38	39	40	41	42	43	44	45 (見込)	46 (見込)
額	5	5	30	150	225	225	225	225	275

の改正に際しては、2年後には抜本改正に着手することを明らかにした経緯もあるので、昭和46年度から抜本対策の第一歩に着手することとなったわけである。

今回の対策の特色は、したがって、従来と異なり、あくまで抜本対策の第1段階として構想されたんに財政対策を主眼としたものではないというところにあるわけである。このため、今国会に予算と併せて、「健康保険法等の一部を改正する法律案」が提出されているが、まず、今回の対策の内容を明らかにしてみよう。

第1は、高齢者に対する医療を中心とした給付の改善である。高齢者のためには二つの措置がとられている。一つは、退職者継続医療給付制度の創設である。これは、健康保険に15年以上加入していた者が、55歳以後退職した場合には、退職後少なくとも5年間は、それまで加入していた健康保険に引続き加入して在職時と同様10割給付を受けることができることとしたものである。もう一つの措置は、70歳以上の被扶養者の給付割合を現在の5割から7割に引き上げることである。このほか、埋葬料の引き上げが図られている。

第2は、患者の一部負担金に関するものである。10割給付を受ける被保険者本人について、再診を受ける際に100円の一部負担金を6ヵ月間に限り支払うこととするとともに、入院時の一部負担金を現行の1ヵ月間1日当り60円から6ヵ月間1日当り150円に改めることとしている。

第3は保険料に関連するものである。保険料算定の基礎となる標準報酬の区分が最近の給与の実態とかけ離れてきたので、実情に即して上限額を引き上げてその区分を改めるとともに、前年に支給された賞与の一部(46年度は3分の1の予定)を報酬月額に加えて標準報酬とすることとしている。また、保険料率については、現在法律によって一定の料率が定められているが、これを改め、昭和47年度以降、政府管掌健康保険事業に要する費用に過不足を生じたときは、社会保険審議会の意見を聞いて1,000分の80を限度として、社会保険庁長官が保険料率を弾力的に調整できることとしている。

第4は、国の負担に関するものである。政府管掌健康保険については表8に示したとおり定額補助の方式により国の負担がなされているが、これを改め新たに定率

(保険給付費の5%)補助の方式により国の負担を行なおうとするものである。また、昭和46年度までの累積赤字(約2,500億円と予想される)を保険の負担外に棚上げ処理し、これを一般会計からの繰入れにより補填することとしている。

以上が、今回の対策の主な内容である。財政対策として、これまでどおり、被保険者、事業主等の保険料負担、患者、国の三者がそれぞれの立場において負担することはこれまでと変わりはないが、保険料、患者負担の合理化を図る一方、累積赤字の棚上げ、保険料の弾力的調整、国庫補助の定率化等の措置により健康保険の長期的な安定した発展基盤を作ろうとしていることは従来の対策に例のないところである。

また、70歳以上の老人に対する給付の改善等の措置も、これまでの対策にない積極的な措置といえよう。

これらの対策による財政効果は、表9にみるとおりである。46年度の予算はこれらの内容を織り込んで、制度改正が46年10月から実施に移されることとして275億円の国の補助を計上している。

医療保険関係の予算は、以上のほかは、国民健康保険組合の臨時調整補助金が大幅に増額されている(45年度当

表 9 政府管掌健康保険の昭和46年度
単年度収支見込(制度改正後)

(単位 億円)

事 項	10月実施	満年度
1. 収 支 見 込	△976	△976
(1) 単年度赤字	△676	△676
(2) 予 備 費	△300	△300
2. 制度改正による効果	565	976
(1) 標準報酬制の合理化	222	487
(ア) 標準報酬等級改定	128	261
(下限 3,000円→12,000円) (上限 104,000円→200,000円)		
(イ) 前年ボーナス1/3加算	94	226
(2) 一部負担金の改訂	104	251
(ア) 再診時 100円6ヵ月 新設	89	214
(イ) 入院時 60円1ヵ月→150円6ヵ月	15	37
(3) 家族70歳以上 医療給付割合5割→7割	△22	△53
(4) 退職者継続医療給付制度の創設	△13	△31
(5) 埋葬料の引上げ	△1	△2
(本人最低保障 15,000円) (家族 2,000円→7,000円)		
小 計 (1)~(5)	290	652
(6) 国 庫 補 助	275	324
3. 制度改正後単年度収支(1+2)	△411	0

(注) 昭和46年度末累積赤字見込 2,453億円
昭和45年度末累積赤字見込 1,905億円
昭和46年度単年度赤字見込 411億円
上記利子見込 137億円

初予算1億円、46年度予算9億円)。これは日雇労働者健康保険の擬制適用の廃止後の状況等を考慮してなされた措置である。国民健康保険助成費については、予算編成時に昨年度と同様大蔵省側から補助率引き下げの示唆があったが、再び厚生省側との意見が未調整のまま従来どおりの方式で予算が計上された。表10は、国民健康保険助成費の予算上の地位を示したものであるが、財政当局が補助率引き上げを示唆する背景が窺われるであろう。

表10 国家予算と社会保障関係費及び
国民健康保険助成費の調

(単位 百万円)

	36年度	45年度	46年度
一般会計予算 (率)	1,952,776 (100.0) %	7,949,764 (407.1) %	9,414,315 (482.1) %
社会保障関係費 (率)	246,665 (100.0)	1,140,768 (462.5)	1,344,080 (544.9)
厚生省予算 (率)	227,624 (100.0)	1,103,520 (484.8)	1,302,087 (572.0)
国民健康保険助成費 (率)	41,604 (100.0)	357,931 (860.3)	421,875 (1,014.0)
国保助成費/一般会計予算	2.13 %	4.50 %	4.48 %
国保助成費/社会保障関係費	16.87	31.38	31.39
国保助成費/厚生省予算	18.28	32.44	32.40

(注) 本調は各年度の成立予算額により作成したものである。

〔年金の改善〕 まず、厚生年金について説明することとする。厚生年金は昭和44年にいわゆる2万円年金の実現をめざした大幅な給付改善がなされたが、最近のテンポの早い経済成長と著しい物価の上昇は、この効果を著しく減殺することとなった。これまで給付の改善は、5年ごとの財政再計算の際に行なうこととされてきたのであるが、今日のような状況では5年間をまつことができなくなったわけである。これについてはいわゆる年金のスライド制という面からも検討がなされているわけであるが、本年の予算編成に当っては、まずこの問題の応急的解決を中心として改善が行なわれることとなった。

改善の中心は、したがって年金額の引き上げであるが、昭和44年の改善以降の消費者物価の上昇を参照しつつおおむね10%程度の引き上げが図られることとなっている。このため年金額の定額部分を15%引き上げ、また、障害年金、遺族年金の最低保障額についても現在の月額8,000円を10%引き上げて月額8,800円としている。また、これとともに標準報酬の区分が改められ、その上限の引き上げ等の措置がとられるとともに女子に対する特例脱退手当金支給期限が、本年5月末までとされていたのを5年間延長することとなっている。今回の年

金額の緊急改善措置は、これまでに例のない措置であり、年金制度の新しい発展方向を示しているともいえよう。このような改善に要する金額を含め厚生年金に対する国庫負担額は309億円が計上されている(45年度は278億円)。

次に、国民年金があるが、福祉年金について多角的な、しかも大幅な改善措置がとられている。本年は拠出制の国民年金の経過的なものである10年老齢年金の支給が開始されることになっており(65才から、月額5,000円)、これまで物価の上昇等に応じ逐年改善されてきた福祉年金(老齢福祉年金、70歳から月額2,000円)についても、無拠出、全額国庫負担という性格を考慮しつつも、これとのバランスにおいてどのような改善措置をとるか慎重な検討を要したところである。問題点をあげると、第1は年金額の引き上げである。第2は扶養義務者の所得制限の問題である。福祉年金は扶養義務者の所得が定められた限度以上の場合支給停止することとし、これまでは毎年の所得水準の上昇に応じて現に受給している老人が支給を停止されることのないよう限度額の引き上げを行ってきた。したがって、受給者の範囲は、例年総体としてほとんど変わっていないが、これをかなりの範囲まで拡大せよとの社会的要請にどのように応えるか。第3は、戦争公務による公的年金受給者に対する福祉年金の併給対象を拡大し、併給額を引き上げよとの要請にどのように応えるかという問題である。とくに、本年はこの点について強い要望が関係者からなされ、福祉年金の完全併給を望む声が強かった。第4は、福祉年金の支給開始年金を拠出制の国民年金なみに65歳まで引き下げよとの意見にどのように対処するかということである。

本年度予算による福祉年金の改善は、結局この4つの問題点のいずれについても取り上げることとなり、このための法改正もすでに3月末になされている。まず、年金額については、老齢福祉年金を現行の月額2,000円から2,300円に、障害福祉年金を月額3,100円から3,400円に、母子福祉年金および準母子福祉年金を月額2,600円から2,900円に、それぞれ300円引き上げることとしている。これと同時に、従来どおり児童扶養手当および特別児童扶養手当についても、児童1人の場合の手当の月額を現行2,600円から2,900円に引き上げることとしている。ちなみに、300円という引き上げ額はこれまでの最高額である(46年11月実施)。

扶養義務者の所得制限については、従来の限度額が扶養家族5人の場合には年収135万円であったが、180万円に引き上げられた。近年の限度額の引き上げ率は、概

ね 12~13% 程度であったが本年の場合は 33% となりこれも今年最高のアップ率となる (46 年 5 月実施)。

戦争公務による扶助料等との併給については準士官以下の旧軍人の遺族等で公務扶助料等を受給している者について、これまで福祉年金額の一部月額 400 円程度が併給されていたのを改め、今後は全額併給することとなった (老齢年金の場合ならば、2,300 円、46 年 10 月実施)。

支給開始年金については、体の不自由な老人に限って支給開始年金を 65 歳に引き下げることとなった (46 年 11 月実施)。

46 年度予算には以上の改善に要する額として 66 億円が計上されており、これに従来分を加えると福祉年金の給付費は 916 億円となる。福祉年金の受給者数は、45 年秋で約 342 万人で、厚生年金、国民年金 (拠出) の受給者があわせて 130 万人程度であるのに比べると圧倒的に多く、現在のわが国の高齢者保障の上では大きな役割を果たしている。今回の福祉年金の改善がきわめて意義のあることが明らかであろう。

〔児童手当制度の創設〕 児童手当制度については、かねてから制度の目的や財源の負担割合等をめぐり種々論議が重ねられてきた。厚生省も早くから次代を担う国民の資質向上、家庭生活の安定等に寄与するものとして、また、わが国で欠けている社会保障制度の最後のひとつとして、その実現を期し検討準備を行ってきたが、45 年 9 月児童手当審議会から制度の大綱につき答申を得たので、これを基礎にいよいよ創設にとりかかることとなったものである。

児童手当の目的は、家庭生活の安定と児童の健全な育成とされ、18 歳未満の児童が 3 人以上いる場合に、義務

教育終了前の第 3 子以降を対象として支給されることとなっているが、さしあたりの支給対象は、支給が開始される昭和 47 年 1 月 1 日現在で 5 歳未満の者に限られており、第 2 段階の昭和 48 年 4 月 1 日からは、当日満 10 歳未満の者にまで拡大し、次いで第 3 段階の昭和 49 年 4 月 1 日から全対象に支給することが予定されている (表 11 参照)。高額所得者 (扶養家族 5 人の場合で年収 200 万円以上) には支給されず、財源の負担割合は表 12 のとおりに定められている。支給月額は 3,000 円で、公務員等以外は市町村長から支給され、46 年度は 47 年の 1,2 月分が 47 年 3 月に支給されることになっており対象数は表 11 に示されているとおり 93 万 6,000 人、2 ヶ月分の給付総額が 56 億円であり、本年度予算にはこれに必要な給付費と事務費の国庫負担分として 31 億円が計上されている。一部の地方公共団体に類似の制度があるというものの、わが国でははじめての制度であり、

表 12 児童手当の対象別財源負担割合

対 象 別	負 担 者	負 担 割 合
被 用 者 分	事 業 主	7/10
	国 庫	2/10
	都 道 府 県	0.5/10
	市 町 村	0.5/10
被用者以外分	国 庫	4/6
	都 道 府 県	1/6
	市 町 村	1/6
公 務 員 分	国、三公社および地方公共団体がそれぞれの職員分を全額負担	

表 11 児童手当の実施段階別対象児童数、給付総額および財源区分

段階別対象児童区分		全対象児童数	段階別対象児童数	所得制限率	支給対象児童数	給付総額	財 源 区 分	
		千人	千人	%	千人	億円	国庫負担	拠出金その他
18 歳 未 満 第 3 子以降児童	市町村支給分	2,435	920		825	(49) 297	(24) 144	(25) 153
	公務員分	312	130		111	(7) 40	(1) 9	(6) 31
	計	2,747	1,050	11.0	936	(56) 337	(25) 153	(31) 184
18 歳 未 満 第 3 子以降児童 10 歳 未 満	市町村支給分	2,435	1,887		1,717	618	308	310
	公務員分	312	253		216	78	17	61
	計	2,747	2,140	9.8	1,933	696	325	371
18 歳 未 満 第 3 子以降児童 義務教育終了前	市町村支給分	2,435	2,435		2,212	797	402	395
	公務員分	312	312		267	96	21	75
	計	2,747	2,747	9.6	2,479	893	423	470

注 1) 児童数は、すべて 47 年 1 月 1 日現在の推計である。2) カッコ内は、46 年度予算計上額である。

今後の健全な発展が期待されている。なお、民間企業の家族手当との関係については労資の自主的決定に委ねられることになっておりその推移が注目される。

(4) 保健衛生対策費

保健衛生対策費の経費の内訳は次のとおりである。

	46年度 (千円)	45年度 (千円)
(厚生省所管)		
結核医療費	45,429,457	43,580,312
精神衛生費	39,407,854	35,823,259
精神衛生対策費	39,405,596	35,820,712
麻薬中毒対策費	2,258	2,547
原爆障害対策費	8,665,608	7,163,974
保健衛生諸費	15,841,735	13,611,784
保健所費	9,050,707	8,036,763
成人病予防対策費	427,922	352,635
疾病予防費	2,669,138	2,235,976
へき地医療対策費	387,109	311,240
らい予防対策費	251,859	236,427
防疫業務委託費等	388,712	350,211
環境衛生金融公庫補給金	1,624,188	1,144,236
医療金融公庫補給金	809,139	618,211
その他	232,961	326,085
保健衛生施設整備費	1,502,731	1,535,420
国立病院特別会計病院勘定へ繰入	13,172,035	8,215,835
経営費	11,930,785	6,996,170
施設費	1,241,250	1,219,665
国立病院特別会計療養所勘定へ繰入	28,692,417	24,181,499
経営費	24,562,230	20,236,638
施設費	4,130,187	3,944,861
国立らい療養所費	6,004,150	5,294,622
検疫所費	1,398,902	1,201,835
計	160,114,889	140,608,540

〔保健所員〕 保健所は地域における衛生関係の行政やサービスの中核となってきたが、公害や環境問題の発生や各種予防衛生事業の変貌に伴って今後のあり方につき検討の必要性が指摘されており、45年度からそのための調査費が計上されているが、46年度においても引続きこれを行なうこととなっている。このほか保健所費については、保健所の整備箇所数を増加し、新たに保健婦の訪問活動用の小型自動車を助成対象としてとりあげるとともに、過疎地域には都道府県の計画に従って保健婦を配置する場合に補助するなどの措置が講じられており94億円の予算が計上されている(45年度83億円)。

なお、保健衛生施設の整備については、今年度から新しく小児医療センターの整備がとり上げられ、とりえず、3ヵ所が対象として補助金が計上されている。

〔原爆障害対策費〕 原爆障害対策については、長崎市の特別被爆者の範囲の拡大、健康管理手当の年齢制限

表13 厚生省所管特別会計

(1) 厚生保険特別会計

区 分	46年度 予定額	45年度 予算額	比較増△減	備考
健康勘定	歳入	百万円 905,260	百万円 729,047	百万円 176,213
	歳出	905,260	729,047	176,213
日雇健康勘定	歳入	163,619	151,022	12,597
	歳出	163,619	151,022	12,597
年金勘定	歳入	1,186,943	977,338	209,605
	歳出	222,778	188,830	33,948
児童手当勘定	歳入	4,407	0	4,407
	歳出	4,407	0	4,407
業務勘定	歳入	28,293	24,133	4,160
	歳出	28,293	24,133	4,160

(2) 船員保険特別会計

区分	46年度予定額	45年度予算額	比較増△減	備考
歳入	百万円 62,148	百万円 51,136	百万円 11,012	
歳出	38,178	32,624	5,554	

(3) 国立病院特別会計

区 分	46年度 予定額	45年度 予算額	比較増△減	備考
病院勘定	歳入	百万円 69,717	百万円 61,182	百万円 8,535
	歳出	69,717	61,182	8,535
療養所勘定	歳入	62,049	53,755	8,294
	歳出	62,049	53,755	8,294

(4) あへん特別会計

区分	46年度予定額	45年度予算額	比較増△減	備考
歳入	百万円 1,267	百万円 1,000	百万円 267	
歳出	1,267	1,000	267	

(5) 国民年金特別会計

区 分	46年度 予定額	45年度 予算額	比較増△減	備考
国民年金勘定	歳入	百万円 232,630	百万円 175,728	百万円 56,902
	歳出	28,313	18,433	9,880
福祉年金勘定	歳入	92,482	81,742	10,740
	歳出	92,482	81,742	10,740
業務勘定	歳入	150,441	122,937	27,504
	歳出	150,441	122,937	27,504

を65歳から60歳に引き下げ(この点については、原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律の一部改正が

今国会で行なわれた。), 長崎原爆病院の施設整備費補助などの新しい措置がとられ 87 億円の予算が計上されている (45 年度 72 億円)。

〔結核, 精神病, 伝染病, がん等疾病対策費〕 結核対策費は, 47 億円 (45 年度 45 億円) が計上されている。精神衛生対策については, 45 年度予算で精神障害回復者社会復帰施設のモデル的な設置をすすめるための補助が計上されたが, その運営費に対する補助金が新たに計上され, 総額 397 億円となっている (45 年度 362 億円)。伝染病対策は, 予防接種事故処理費 (補助金), 新痘瘡ワクチン開発研究費が新たに計上され, 45 年度 15 億円の予算が 17 億円となっている。がん対策費では, 小児がん治療研究費 2 億円が新たに計上され, 小児がん患者の福祉を図りつつ治療研究を進めることとなっており 45 年度 34 億円の予算が 40 億円の増額されている。

〔へき地医療対策費〕 へき地診療所, 患者輸送車等の整備を引続き行なうほか, 診療所の設置できない地区につき新たな措置としてあらかじめ健康診断を行なって住民の健康管理をしておいて救急時の措置を輸送と通信組織の整備により行なうというへき地医療地域連携対策がとり上げられることとなった。へき地医療対策費は 45 年度 4 億円が 5 億円の増額されている。

〔救急および血液対策〕 救急医療対策費は, 前年予算をやや上まわる 5 億円の予算が計上されている。血液対策費は, 32 百万円である。この予算では本年 2 月から最近の人件費アップ等の影響で保存血 1 本 310 円の値上げが予定されていたが, 国会の審議を通じてこの旧価格への値下げが行なわれることとなった。この値下げに伴う助成等の措置はこの予算には計上されていないが, 今後の検討を通じて本年度予算の実行面で又は 47 年度予算で必要な措置をとることとされている。

〔医療関係者の確保〕 医師の臨床研修費は 15 億円 (45 年度 13 億円), 看護婦確保対策費は 54 億円 (45 年度 37 億円) 計上されている。看護婦確保対策については, 昨年民間養成施設の運営費助成の予算措置がとられ, これに伴う法律改正が予定されていたが, 法案が成立せず実施に至らなかった。本年度においては, 法改正を行なわないで一定の要件に合致する施設を対象として補助することが予定されており所要の補助金が計上されている。

(5) 研究費および試験研究所費

研究費は 13 億円, 試験研究所費は 29 億円, 合計で 42 億円計上されている (45 年度は 34 億円)。研究費のうち, 比較的大きなテーマを中心とする特別研究費は,

160 百万円で前年に比べ 5 千万円の増額となっているが, このうち 1 億円はスモンの治療研究にあてられることになっており, 新たに患者の福祉面をも配慮しつつ研究が推進される。また, 心身障害研究 1 億円が新たに計上され心身障害の発生予防に関する研究を重点的に行なうこととなっている。

(6) 遺族および留守家族等援護費

恩給の改正に伴って障害年金, 遺族年金等の年金額が増額されたほか, 準軍属の年金額の是正, 公務扶助料の加給対象となっていない父母等に対する後順位年金の支給その他の改善措置で 265 億円の予算が計上されている。

(7) 生活環境施設整備費

生活環境施設整備費は 45 年度に対し 43% の高い伸率で, 137 億円の予算が計上されている。

水道関係では, 水源の確保と広域水道建設の促進のため 50 億円 (45 年度 30 億円, ほかに経済企画庁計上の水資源開発公団分として 9 億円——45 年度は 6 億円) を計上し都市部の水需要増大に対処することとなっているほか, 簡易水道については, 44 億円 (45 年度は 31 億円, ほかに経済企画庁計上の離島対策分 6 億円, 45 年度は 4 億円, 北海道開発庁計上の北海道離島分 24 百万円, 45 年度 16 百万円) の予算で農山漁村地域の水道普及がはかられている。

廃棄物処理施設については, 従来の施設のほか新たに都市産業廃棄物処理施設と粗大ごみ処理施設が対象に加えられ, 44 億円の予算で第二次の施設整備 5 ヶ年計画の最終年度の事業を行なうとともにプラスチック等の新たなごみの増大に対処することとなっている。

(8) 公害対策その他の重要施策

〔公害対策費〕 公害対策については, さきの臨時国会において整備された公害関係法に基づき, 全国的に公害の規制を拡充強化することとし, このため地方の監視測定機器整備補助金の大幅増額, 保健所の公害担当職員の増員, 緊急公害機動調査班の設置による公害問題の機動的処理などが取上げられており, 15 億円 (前年度 9 億円) の予算が計上されている。

また, 公害防止事業団は, 事業規模を一挙に 400 億円に拡大し (45 年度 210 億円), 公害防止施設等の整備促進を図ることとしている。

また, 公害被害者の救済についても, 医療手当の額の引き上げや支給要件の緩和がなされた。

〔自然保護対策費〕 国立公園施設整備費の増額のほか, さきの臨時国会で成立した自然公園法改正の趣旨に従って環境浄化対策を強化するため必要なごみ処理設備

表 14 昭和 46 年度財政投融资使途別分類表

(単位 億円)

区 分	年度	産投会計 出 資	資 金 運 用 部 資 金			簡保資金	公 募 債 借入金等	財投合計
			年金資金等	郵貯資金等	小 計			
(1) 住 宅	46	—	2,762	2,892	5,654	1,020	1,980	8,654
	45	—	2,159	2,161	4,320	856	1,720	6,896
(2) 生活環境整備	46	1	2,265	1,779	4,044	250	904	5,199
	45	1	1,774	1,360	3,134	193	840	4,168
(3) 厚生福祉施設	46	—	1,112	71	1,183	—	—	1,183
	45	—	951	66	1,017	—	—	1,017
(4) 文教施設	46	—	232	341	573	391	—	964
	45	—	205	292	497	293	—	790
(5) 中小企業	46	—	2,273	3,334	5,607	515	462	6,584
	45	—	1,940	2,754	4,694	425	404	5,523
(6) 農林漁業	46	—	817	1,197	2,014	150	—	2,164
	45	2	696	987	1,683	100	—	1,785
(1)~(6) 小 計	46	1	9,461	9,614	19,075	2,326	3,346	24,748
	45	3	7,725	7,620	15,345	1,867	2,964	20,179
(7) 国土保全・災害復旧	46	—	174	256	430	187	—	617
	45	—	180	256	436	124	—	560
(8) 道 路	46	—	485	909	1,394	1,359	755	3,508
	45	—	401	754	1,155	1,064	859	3,078
(9) 運輸通信	46	—	1,405	2,464	3,869	773	1,009	5,651
	45	115	1,031	1,876	2,907	608	1,093	4,723
(10) 地域開発	46	15	434	635	1,069	214	493	1,791
	45	11	351	499	850	171	399	1,431
(7)~(10) 小 計	46	15	2,498	4,264	6,762	2,533	2,257	11,567
	45	126	1,963	3,385	5,348	1,967	2,351	9,792
(11) 基幹産業	46	187	—	1,957	1,957	91	64	2,299
	45	146	—	1,707	1,707	96	79	2,028
(12) 輸出振興	46	650	—	3,540	3,540	—	—	4,190
	45	760	—	3,040	3,040	—	—	3,800
合 計	46	853	11,959	19,375	31,334	4,950	5,667	42,804
	45	1,035	9,688	15,752	25,440	3,930	5,394	35,799

注 1) 開発銀行、地方公共団体等については、事業規模等を基礎として配分した。

2) 年金資金等には、厚生年金、国民年金、船員保険および国家公務員共済組合の新規預託増加分を計上した。

3) 本表は計数整理の結果、異動することがある。

表 15 昭和 46 年度厚生省関係財政投融资資金計画の概要

45.12.30 (単位 億円)

区 分	昭和45年度計画額	昭和46年度計画額	差引増△減額	備 考	区 分	昭和45年度計画額	昭和46年度計画額	差引増△減額	備 考
1. 公 庫 等					3. 特 別 会 計				
(1) 医療金融公庫					国立病院特別会計				
事業 枠	350	410	60		国 立 病 院				
資 金 枠	335	385	50		事業 枠	45	48	3	
原資 (資金運用部)	290	333	43		資 金 枠	42	44	2	
回 収 金	(194)	(219)	(25)		原資 (資金運用部)	37	40	3	
	45	52	7		土地処分	(37)	(40)	(3)	
(2) 環境衛生金融公庫						5	4	△1	
資 金 枠	630	765	135		国立療養所				
原資 (資金運用部)	570	680	110		事業 枠	45	45	0	
回 収 金 等	(0)	(0)	(0)		資 金 枠	45	45	0	
	60	85	25		資金運用部	18	18	0	
2. 公 団 等					原資 (土地処分)	(18)	(18)	(0)	
(1) 年金福祉事業団					一般会計	10	10	0	
事業 枠	820	940	120		繰入金	17	17	0	
資 金 枠	680	840	160		4. 地方公共団体				
原資 (資金運用部)	680	840	160		(1) 特別地方債	1,285	1,575	290	
住 宅	(680)	(840)	(160)		住宅・水洗	(1,285)	(1,575)	(290)	
療 養 施 設	562	705	143		病 院	75	85	10	
厚生福祉施設	48	52	4		厚生福祉施設	250	300	50	
(2) 社会福祉事業振興会					清 掃	250	300	50	
事業 枠	41	56	15		簡 易 水 道	170	219	49	
資 金 枠	41	53	12		と 畜 場	65	94	29	
原資 (資金運用部)	38	51	13		産業廃棄物処理	7	11	4	
回 収 金	(38)	(51)	(13)		同 和 対 策	—	10	10	
	3	2	△1		下 水 道	55	100	45	
(3) 公害防止事業団				46年度計画額 400 億円	上 水 道	131	156	25	
事業 枠	210	400	190	のほか、45	(2) 一般地方債	282	300	18	
資 金 枠	164	278	114	年度に緊急	上水道の一部	1,258	1,440	182	
原資 (資金運用部)	141	243	102	100 億円を	産業廃棄物処理	(0)	(0)	(0)	
政府出資	(105)	(161)	(56)	追加計画す	財投 (資金運用部等) 合計	1,258	1,430	172	
回 収 金 等	1	1	0	ることとし		—	10	10	
	22	34	12	た。		4,317	5,220	903	対前年伸率
						(2,357)	(2,904)	(547)	120.9%
									(123.2%)

(注) () は厚生年金還元融資及び国民年金特別融資分を内書したものである。

の助成を新たに行なう等 12 億円の予算が計上されている (45 年度 11 億円)。

〔食品医薬品の安全対策費〕 食品の安全衛生対策については、既存の食品添加物につき計画的に総点検をすすめるほか食品衛生調査研究費の大幅増額、残留農薬に対する規制の強化等の措置をとることとし、130 百万円の予算が計上されている。

医薬品の安全衛生対策では、医薬品につき自主的検査体制を強化するための設備の助成、医薬品の薬効調査、流通近代化調査の実施などで 33 百万円の予算が計上されている。

III 特別会計

厚生省所管の特別会計は、表 13 に示すとおりである。

このうち、厚生保険、国民年金の両特別会計については、さきに社会保険費の項で説明したところが新たな内容である。船員保険については、健康保険、厚生年金の改善に準じた改善措置がとられることとなっている。なお、児童手当制度の創設に伴い、厚生保険特別会計には、児童手当勘定が新たに設けられることとなっている。

国立病院特別会計については、給与の改善等に伴い一般会計からの繰入額が大幅に増額されている（保健衛生費の項参照）。また、東京築地のがんセンターの改築が新たに着手されることとなった。

あへん特別会計については、最近のあへん需要の増大に対処し買入数量の増加が予定されている。

IV 財政投融资

本年度の財政投融资計画は、予算と同時に決定されたが、その使途別の内容は表 14 のとおりで総額 42,804 億円となっており、45年度の 35,799 億円に対し 119.6% の伸率となっている。このうち厚生省関係分は表 15 のとおり 5,220 億円で全体の 12.2% をしめ、45年度の 4,317 億円に対し 120.9% の伸率となっている。

その内容は、表に示したとおりであるが、本年度において特に重点的な資金の配分が考慮されたのは、公害防止事業団（対前年度伸率 190%）、のほか、社会福祉施設整備の促進に関連し社会福祉事業振興会（対前年 13.7%）などで、また資金量としては 20 億円（一般と特別の両地方債をあわせて）で少額であるが産業廃棄物処理が地方債の対象としてとり上げられた。

V 残された課題

昭和 46 年度の予算は、児童手当制度の創設をはじめとして年金や医療保険の改善、社会福祉施設や生活環境施設の整備等かなり内容の充実したものといえよう。厚生行政にとってはかなりの成果として評価できるものと考えられる。しかしながら、生活と福祉優先という考え方が広く社会の全般に受け入れられるようになった今日、国民生活の広い分野に関連する厚生行政に対する期待と要請は、オーバーに言えば刻一刻と強まり、新しいものとなって来つつある。すでにのべたように今年度の予算は老人対策の推進を中心的な課題の一つとしてとり上げ、保険、年金、社会福祉を通じて大きな前進がみられているが、すでに、これらの点につき来年度予算編成を目標として新しい展開がみられている。自由民主党の老人対策小委員会の設置、これと同時に行なわれた厚生省の老人対策プロジェクト・チームの発足がそれである。

70 年代前半は、老人等を中心とする社会保障を確立する重要な時期にあたっており、46 年度はその方向を定着させるべき重要な年と考えられる。46 年度予算は、この目標に向かってまずは順調なスタートを切り、一応の端緒を作ったものといえようが、プロジェクト・チームの活動等を通じ、さらに 47 年度予算を通じて、これをより一層充実したものに作りあげ生きがいのある住みよい社会を建設することこそ今後の課題であるといえよう。

主要国の医療制度

—11カ国の保健行政・病院制度の比較—

I は し が き

本稿では、従来よく紹介されているヨーロッパやアメリカ合衆国、あるいはソ連の医療制度にくわえて、アフリカや北米・中南米の諸国さらにアジアと東欧諸国もくわえて多様な各国の制度を分析することにした。従事者や施設が不足する国では、その実状のなかで沢山の保健問題の解決にたちむかっているが、そのやり方は、国の歴史や社会経済的背景によっても大きく異なっている。本稿では、各国で医療と公衆衛生の行政ないしは制度が構造的にどうなっているか、を資料的に検討してみたいと考える。とくに、今日ほとんどといっていいほど、どの国も社会変動と従事者不足などをきっかけとして行政的制度的変更のプランやプログラムを政策的に吟味しているので、いわばその研究の基礎資料的分析をめざして行論を進めることとする。

狭義の医療制度について従来から紹介されている文献にもとずきながら、主に世界保健機関の年次的な報告資料¹⁾を使って、14カ国の行政と制度の特徴を明らかにすることに視点を設定する。一国の制度だけでも、その実状を全体ならびに個々にくわしく理解することは、至難のことに思えることがある。以下14カ国の分析は、その点実態と特徴の分析に終るおそれのあることをあらかじめことわっておきたい。病院にテーマを限ったのは資料があることと、医療制度ならびに公衆衛生制度上重要な施設であるからである。

なお、行政については中央政府と地方自治体との関係、病院制度については、経営主体や規模、その機能など今日の重要性をもつ問題に焦点をあててみた。資料と文献は、国によって濃淡があるので、いきおい分析にもちがいがでてきたことをおことわりしておきたい。資料の制約から、行政については、11カ国しかとり上げられなかった。これらの国の選択は、日本の衛生統計でよくとり

上げる国で、しかも WHO の刊行物にデータや説明のあるもの、という基準でおこなった。

II 主要国の保健行政 (表1参照)

1. カナダ

カナダの中央から地方に至る各行政機関には、かなり明確な段階区分がみられる。中央政府の行なう医療サービスは、少数民族のエスキモーやインディアンなどに限られる。公衆衛生にたいする行政も、もっぱら間接的な補助金配分ならびに従事者訓練に限定される。食品・薬品の安全・品質管理ならびに広告規制は、重要な国の機能の一つである。

州段階の保健行政は、直接実施するものと地方保健当局を通じて行なう間接業務の両方をうけもつ。やや広域的もしくは特別のサービスがこれに入る。

地方段階の行政の中心は地方保健委員会 (Local Board of Health) であるが、ここでのサービスの主なものは、環境衛生、伝染病対策、妊婦・乳児・学童保健など基礎的な事業である。ヘルス・センターに依拠して、保健医官、環境監視員、保健婦らによる活動がくまれる。数百の保健地区単位ごとに普通フルタイムの保健医官がいることになっている。このように、カナダの制度は、行政機構としてはややアメリカ合衆国に近い形態がみられ、そのなかの保健従事者ないしは末端機関の機能にはヨーロッパ的な色彩がある。中央機能としては、他の国と同様、調整・企画・評価が課題である。それというのも、都市と農村、公立施設と個人開業医、リハビリテーションや老人のためのナーシング・ホームなど多方面多種類の施設活動のあるのがカナダの特色でもあるので、中央機関ほどその調整機能を強くもとめられているからである。技術的委員会の性格をもつ保健審議機関 (The Dominion Council of Health) がその機能を中心になっている。

2. メキシコ

メキシコは、中央集権的体制をとっている国で、管理監督行政にくわえて、マラリア対策や病院建設さらには

1) World Health Organization: *Supplement to the Third Report on the World Health Situation 1965-1966, Part 1*. 1968, 1967. World Health Organization: *World Health Statistics Annual*, 1967, Vol. III, 1970.

表1 保健行政制度総括表

国名	中央所管省：機能	地方州・県行政	最末端の行政とその機能
カナダ	保健福祉省：特定人種らへの医療サービス、保健事業への財政援助、食品薬品の安全等監視	統計、病院事業、伝染病対策、環境衛生、母子・精神・看護・栄養サービス	基礎的保健事業：環境衛生、伝染病対策、母子保健、保健所
メキシコ	保健福祉省：管理・監督行政、広報、立法規制、マラリア対策、病院建築、環境衛生		母子、学校保健、外来リハビリテーション、精神衛生
アメリカ合衆国	保健教育福祉省：財政援助とそれに伴う指導監督、貧困な母性・小児等への医療サービス、リハビリテーション在郷軍人病院、特定人種・移民の健康診査、保健施設の建築、環境衛生、伝染病・慢性疾患・救急対策	病院建築、精神衛生、歯科衛生、環境衛生対策 民間機関利用不能者にたいする直接の保健サービス提供 公的機関の責任ある特定事業の実施	
インド	保健省：卒後医学教育、国立研究施設、港湾・空港衛生監視、保健計画 地方の各種事業の監督指導情報交換		
イスラエル	保健省：国立病院と保健所による診療、非国立病院の監督・財政援助・地域の公衆衛生サービス、精神衛生		カウンティ内に地区保健医官
フランス	社会省：研究・企画、医療・公衆衛生活動	母子保健、保健・福祉計画の実施と監督	
ドイツ	保健省：伝染病対策、医師等の許認可、医薬品等流通、医療扶助	医療保健業務全体（立法・執行機能）	市町村：保健所
スウェーデン	社会省：保健審議会による統括、医療従事者・病院・薬局の監督、精神病院・試験研究機関の管理、特殊疾病の医療への資金補助	公衆衛生、医療サービス全般の実施責任	
イギリス	保健省：病院サービス	地方保健当局サービス 一般医サービス	
ポーランド	保健福祉省：総合的保健政策立案 保健事業調整、病院・保健・福祉サービスの監督、医学研究・従事者教育	防疫、予防、治療、母子保健、薬剤サービス、社会福祉、リハビリテーション、医学教育、人民委員会による統制あり	地区保健福祉部・病院・ポリクリニック、保健所、ヘルスポスト等の調整・連絡 執行機能の分権化
ソ連	保健省：公衆衛生サービスと医療提供全分野をカバーする。医学研究とその実地応用との調整国の保健計画に関連する規準の設定	各共和国保健省：医療、環境保健、健康教育、特志保健活動	地区病院中心の予防治療活動

環境衛生についての直接責任を負う形態をとっている。地方組織である保健所 (Health Centres) では、母子保健サービスや学校保健ならびに外来リハビリテーションなど、地区住民に密着したサービスがうけもたれている。なお、出産や学校保健がこの保健所を通じてやられているのが、注目される。

メキシコの行政や政治の開発途上国的側面をよく理解するためには、その背景をよくみななければならない。すなわち、未だマラリヤやジフテリア、百日咳、ポリオの患者がかなりいるいっぽう、たとえば、甲状腺腫やリュウマチ熱多発国でもある。中央政府の力でもって、これらの古くからの疾病対策に力を注がねばならないという要請があるわけである。すでにかなり普及している医療施設や民間の保健活動組織などの調整や計画的実施ということよりも前に、まず医療そのものの提供が、急増する人口にたいして緊急的に求められている。くわえて、栄養改善・上下水道設置・予防接種普及が優先的事業とされている。

3. アメリカ合衆国

アメリカ合衆国では、対人保健サービスの多くは、民間部門とりわけ私立医療機関や一般医・専門医から提供される。医療保険もすべて民間が運営しており、私的・民間の医療機関の占める割合も高く、保健サービスの民間依存度は資本主義国でも最も高い。

公共的な保健事業は、主に州ならびに地方 (自治体) が主として担当する。病院建設、精神衛生や歯科衛生ならびに環境衛生対策など、広域的特殊なサービスを中心とする点はカナダと同様である。これに民間でやれない事業の実施がかわわる。そのような補完的事業とあわせて、公共団体が本来行なうべき特定業務を直接に担当しなければならない。州への分権が強い行政制度であるから、実際にその執行は多様であろうが、機能面での連邦と州との関係ははっきりしている。

連邦の中心的機能は、州ないし自治体および民間機関の行なう保健事業への財政援助と行政指導が主なものの一つである。医療そのものは、連邦職員・軍人・在郷軍人らにたいするものに限られる。貧困な母子への医療もやられてきたが、今日その対象は貧困な老人層ならびにガン・心臓病・中枢神経血管損傷などのいわゆる成人病にむけられてきている。これらの事業は、広くいえば民間でやれない事業の補完ではあるが、疾病構造の変化と医療の高価化によって必然化された国民側の強い社会的必要度が、連邦保健行政機能にこのような改変をせまっ

たとみることができる。病院不足地域への施設普及をめざすヒル・バートン法は、施行されてから25年をへたが、民間病院の多い合衆国では、どうしても施設分布の不均等性はさけられず、今日でもヒル・バートン法の役割に終止符はうたれていない。後にくわしくみるように、アメリカ合衆国の医療制度の内容的な大きな特色は、精神病床割合が全病床の約3割を占めている点である。連邦ないし州がこれら精神病院の管理運営への援助と職業的リハビリテーションの充実に果たすべき役割は大きい。精神医療と精神衛生にたいする公共の役割の検討と合衆国の行政からの教訓は、日本のこれからの問題の解決にきわめて示唆的なものを含んでいる。日本においては、複雑な人種問題や軍服役さらには社会保障の遅れはアメリカほど顕著ではないが、急速な都市化・工業化と社会問題の深刻化は、合衆国に似た精神障害者の発生をうながしている。日本においても、公共団体と私的機関の機能分化・連けいそして何よりも国の行政面での大幅な進展がのぞまれている。

合衆国の市・末端行政組織での保健行政は、限定された全国一律的行政事務にもとづいてやられるものではない。日本の保健所のような独立の建物を有する自治体も少ない。例えば、市役所の衛生局がその中心であるが、なかにはその保健サービスを集約する施設としてヘルス・センターを有する行政体もあり、その実状はきわめて多様である。

保健行政における政府 (中央・地方) の役割のなかに、今後もっと福祉的なものを強化すべきか、それとも国民全体に対するヘルス・サービスの方向を選択すべきか、合衆国における行政機能は、その選択をせまられているとうけとることでもある。もしも医療においては前者がとられ、公衆衛生においては後者が進むとすれば、合衆国の保健行政の機能と構造は、その複雑性と不均等性を解決する方向に向うのかどうか、今後の問題であるようにおもわれる。

4. インド

インドの保健行政制度については少ししか知られない。保健省は、医師らの卒業後教育と国立機関での医学研究に一つの重点をおいているが、このほか、防疫業務と各州・地方の行政指導・監督など、国がなすべきいわばミニマムの機能の実行にあたらねばならない。多数の人口、限られた衛生設備、伝染性疾患のまんえんそして保健従事者と保健財政の絶対的不足のなかでは、行政の機能構造の充実の前に、いわゆる社会経済的基礎条件の整備が

急がれている。限られた供給体制の下での、最大効果をあげるための国の保健計画立案・実施・評価が追求されている。

インド国憲法では、主たる保健事業は個々の州が直接責任をもつことになっているが、各州事業間の調整と助言は中央政府の任務である。1952年につくられた中央保健審議会がそれにあたる。その範囲は、病院・薬事・食品衛生・水道・防疫など広くに及んでいる。なお、中央政府は、連邦領となっている特別地域の保健行政を直接担当している。

5. イスラエル

中央集権的保健行政の国として知られるイスラエルは、人口約267万人(1967年)を対象として社会化された保健サービスを展開している。医療保険は民間的なものであり、医療機関も若干ながら非営利ならびに私立の経営主体のものがある。保健省は、これら民間機関でカバーしえない層への医療の提供をする。総病床数中半数近くが国立施設のものである。

イスラエルにおいては、疾病予防対策は直接国の責任で遂行される。診療サービス部門では、国立病院と保健所とがその任にあたる。国は、国立でない施設への資金補助とその監督業務にあたる。地方公衆衛生サービス管理部門では、14の公衆衛生事務所を通じる活動を行なう。さらに精神衛生部門が独立している。多数の精神病院施設を有するのが、他の開発途上国にみられないこの国の特色であるが、これと精神障害予防活動との結びつきが政府の力で推進されている。

カウンティは6地区にわけられ、その一つずつに地区保健医官が駐在して、そこでの保健サービス全体を掌握している。カウンティはさらに10以上のこまかな地域に分割される。

保健施設の普及があるため、出産のほとんどは医師・助産婦の介助によるし、施設利用も進んでいる。千を越す学校保健室は小学校はもちろん、高校・職業学校をもカバーしている。民間医療保険は被用者のほとんどに適用されている。これは医療と保健サービス両方を含むもので、財源の一部は事業主によって拠出される。企業によっては、内部に救急的医療ができる体制がつけられ、労働災害のさいの医療費は全額国負担である。20前後の外來精神衛生クリニックならびに結核クリニックがもうけられている。

医療・公衆衛生行政の整備がかなり進んだイスラエルにおいて行政上問題となる点は、各種サービスの重複と

専門従事者・予算の浪費をいかにして防ぐかという行政組織化の問題である。医師不均等分布、ひいては病床数の偏在の是正が求められている。工業化、都市化進行の下で、狭い土地に難民など多数人口をかかえている国なので、疾病構造も、人口老齢国と同様、退行性疾患の比率をましつつある。大気汚染が方々の都市に発生しており、社会背景は異なるが、日本の現状にいくつかの点で類似の行政課題がある。

6. フランス

フランスは中央集権的行政をもつ国として知られる。社会省の各部局の構成もとのえられたもので、行政権限とその範囲は明解に規定されている。省は、公衆衛生行政を直接担当する。研究と企画段階の業務も省の範囲になる。保健施策にたいする専門的技術諮問をなすいくつかの審議会があるのもこの国の特色である。古くからある中央保健審議会や中央病院審議会などがそれである。これらは、いわゆる学者らによって構成され、国家行政から独立的自治制をしる各種試験研究機関(国立保健研究所・医学研究所ほか)にたいする監督的役割をになっている。

県レベルの保健行政は、従来より割拠的で効率の低い面をもっていたので、1964年来組織がえが行なわれてきた。一例が、従来は教育省管轄であった地域の学校保健を社会省の行政に組み入れたことである。

県の保健行政は、県単位に1人ずついる保健福祉主事(医師でないばあいもある)をおき、行政の責任者として事業を実行する。社会省に所属しながら、知事の指揮下にうごく制度になっている。その行政範囲は、予防や社会福祉活動、母子保健、保健計画の実施、ならびに各種保健福祉施設の行政監督などである。各県にいる公衆衛生医は、監視と技術的な監督を主任務とする。

いくつかの県をまとめた地域保健福祉サービスがあり、これはもっぱら各県間の調整機能を果たす。各県の関係する施設の設置計画や職員の訓練あるいは病院検査室配置などについては日本の広域的事務組合的な部門のようなところで調整・連携をとるわけである。この地域保健福祉サービス部門にも、地域医療監視官とともいうべき行政官がおり、地方における保健行政の十分な発揮のために、監督・指導機能をになっている。

フランスの行政は伝統的なものを含み、イギリスの第二次大戦後のような大改革もなかったため、旧態依然とし複雑な行政機構からなりたつ。その内容的理解のためには、諸法令と各種行政組織規程を分析しなければなら

ない。1966年の省名の変更をはじめとして、種々の行政改善がなされているのがこの国の特徴である。

保健サービスの量的質的内容を左右する従事者と施設の面では、古くからの教育施設や公立病院を有しているため、人口対比数で見てもこの国の水準は高いとみてよい。そのなかで、今日フランスの保健サービスには、時代の新しい進展にともなう新たな課題がいくつか挙げられている。

結核・性病は未だ対策を続行すべき伝染病であるが、そのほかの伝染病はかなり減少をみた。代わって、どの工業国にも特有の大気汚染・環境保健上の問題が拡大しつつある。医療上は、受診増加にともなう薬剤消費の急増がめだつ。それが医療費拡大要因となっている点は日本と同様である。ただし、受診増加には、フランス国民の慢性疾患・退行性疾患の増加をあわせて考えないと一面的理解におちいりかねない。糖尿病患者は百万人に近い数であり、リウマチ患者の医療ももっと充実しなければならない。心臓病・ガンといった死亡率の高い疾病の早期発見・早期の高度医療の実施が課題である。今後も医療費の一般的拡大は続くであろう。

さらにフランスが当面する保健上の問題は、今日ある病院を地域的にどう再編成し改善するかである。とくに、一般総合病院と精神病院、老人や身体障害者施設の地域配置が当面する問題である。新しい病気発生と拡大化に対処すべき施策が求められているわけである。

7. ドイツ連邦

西ドイツ連邦政府は、立法府への協力ということで国全体の保健政策策定にあたるが、その執行ないしは行政そのものは州に委譲されているものが多い。連邦議会機能は憲法に明文化され、限定されている。1961年に、保健省が設立され（以前は内務省）その下に連邦保健事務局、ロベルト・コッホ研究所、などが属している。連邦レベルでは、連邦政府が保健行政を掌握するので、保健省のほかに、労働社会省、科学省あるいは食糧・農林業省がそれぞれの保健問題のうえでかわりあいをもってくる。

連邦政府によって公布された法令の執行は州知事によって行なわれる。各州はそれぞれ保健当局を有し、立法と執行の両権限をもつ。地区レベルでは、保健事務所がおかれている。

この地区レベルの保健事務所 (Gesundheit Amt) は、その地域もしくは自治体での保健問題にたいし、行政上必要な助言を行なう機能をもつ。取り扱う業務範囲は、

一般公衆衛生、母子福祉、学校保健、身体障害者・結核・性病の対策などである。これは、形態的には、日本の保健所と同様の面が多い。対象人口は平均10万人であるが、都市と農村ではそのひらきは大きい。大部分は州立になっているが、大都市では市に属している。業務範囲のなかに、医療施設、とくに慈善病院・私立病院の監督も入っている。

ドイツ連邦の保健行政は、以上のように、フランスに比してみれば地方分権的であるが、新たな社会変動の下で、新しい保健にたいする社会的要請に直面している点では、ヨーロッパの他国と同様である。地域・職域等の人口集団の健康状態を把握する行政的な方法が課題であるが、ガンなど退行性疾患対策の基礎としても、新しい行政が必要である。外国人労働者の健康管理、精神障害者、リウマチや心臓病患者の医療とリハビリテーションも大きな問題である。都市への人口集中もはなはだしかった。老人人口の増加も都市に多くなっており、新たな保健サービスの拡充強化がとくに都市で求められている。いっぽう身体障害者や肢体不自由児あるいは後遺症患者にたいして、リハビリテーションやアフターケアのための特別な社会施設がつくられてきた。とくに、1960年代に入ってから病院建設は著しい。それら新しい保健サービスの担い手たる従事者の不足、ならびにその再教育が大きな課題となってきている。

8. スウェーデン

1960年代に入ってから省の改組をみる他のヨーロッパの国と対応するように、スウェーデンにおいても1963年に行政変更があった。従来の社会内務省に代わって、国民保健委員会 (National Board of Health) が、保健サービスの統括・監督・援助といった行政の中心機関となった。医療従事者、病院、薬局の監督、ならびに国立病院、国立の試験研究機関を直接管理をする。政府が、精神障害、伝染病、結核、慢性疾患など特殊疾患の医療にたいして支出する補助金も行政上対象となる業務である。スウェーデンは、強制疾病保険制度をとっているが、入院は現物、外来は現金、農村医療は公務員医師、都市では専門医師、というように、地域や対象によってきめこまかい制度が運用されている。特殊疾病にたいする政府の医療費負担なども、そういう角度からみれば、この国の保健サービスの特色ある側面である。

国民保健委員会と独立に、国立公衆衛生研究所と病院整備中央委員会 (The Central Board of Hospital Planning and Equipment) がある。前者は、自治体・公社・

企業に付託された保健問題研究の指導を行なうほか、衛生上の諸問題の調査研究を主体的に行なう機関である。後者は、病院建築、設備の標準化を主要事業とする機関である。

地方段階の保健行政は、地方自治体に委譲されている。地方ほど一般的基本的公衆衛生サービスとへき地病院(cottage hospital)運営の比重が増すしくみになっている。公衆衛生看護、結核、母子、歯科衛生が主要なものである。農村部をかかえているカウンティでは、地区医療技官(District Medical Officer)が、その医療と予防両方にわたる事業の監督と実施にくわわる。医療と公衆衛生の一体化が、この数百人の国民保健委員会任命の医師業務のなかで明確にされている点がスウェーデンの注目すべき特色である。

9. イギリス

イギリスの国民保健事業は、きわめて截然とした行政体系をもっていることでよく知られている。病院・専門医サービスは、保健省が直接責任をもってきたものである。地域病院委員会がその執行と方策立案の機関である。第二が、一般医・歯科医・薬剤・眼鏡サービスである。この事業では、国は間接的責任をにない、執行委員会がその実際運営にあたる。第三がいわゆる公衆衛生サービスである。地方保健当局が直接その任務をうけもつ。国は間接責任をもつ。病院はすべて国有国营で、教育病院だけ他の省に属すが、他はすべて一元運営をされている。一般医の身分はとくに国に制約されないが、人頭費報酬制を通して、実際上は国の保健事業に全面参加している。病院地区の設定や一般医開業規制地域の明確化など、他国以上にはっきりした医療機関・医師配置制度がある。一般医専門医の予防活動の場としての保健所や母子保健施設なども意欲的につくられてきた。

イギリスの国民保健事業が解決すべき内容としては、古くなった病院の増改築と医療費の増嵩対策、あるいは一般医の地位待遇などがある。グループ・プラクティス促進政策がとられてきている点も、各国の注目する所であった。環境衛生面では、ヨーロッパの他の国の今日の状況と同様、住宅建設・住宅環境の整備が課題である。

10. ポーランド

社会主義国ポーランドにおいては、国民の健康は国の保障するところである。その所管省は1960年に改組された保健省であるが、その行政範囲は、とくに諸外国と異なるものではない。しかし、衛生防疫部はポーランド独

特の組織である。これは、カウンティをとおして衛生と防疫活動全般を行なうものである。いくつかの地区の保健局に結びついてつくられた検査室網体制を利用するやりかたもとられている。地方レベルでは、これら事業の統括は、専門従事者も参加する人民委員会(People's Councils)が行なう。この監督の下に、地域はさらにこまかな地区にわかれ、それぞれに保健部局を有して事業運営をゆきわたらせるようにしている。地方レベルの保健部の任務は、病院や特殊ポリクリニック、あるいはディスペンサリーや保健所などの調整・連携の確保にある。1960年以降、保健事業でも分権化方針がとられるとともに、医療と公衆衛生の包括化がすすめられてきている。

11. ソ連

ソ連憲法では、すべての国民の健康保障が国の義務として記されている。そこから、医療の全部が無料でいつでもうけられるものと規定される。しかも、健康保障がその名のとおり、疾病の予防を中心に制度化されているのも特色である。

ソ連邦保健省は、各共和国の中心として、公衆衛生・医療すべての分野に責任をもち、すべての機能運営のカナメになる。医学研究などとその実際適用との結びつけや調整も、保健省の任務である。

各共和国の保健省は連邦とつながり、地方保健当局を通じて共和国内への保健サービスの提供と監督にあたる。

共和国はKraisとoblastsさらに町にわかれるが、それぞれに保健部があり、地方ソビエトの監督と統傘下に入る。農村部では、oblastsを構成するrayonごとに、rayon病院が衛生・防疫部門の拠点として機能する。この病院では基本的な専門診療を提供するので、公衆衛生と医療の総合的提供をする施設とみることもできる。

最末端の地区へのサービス機関は、副医師・助産婦派出所(the feldscher-midwife posts)である。ここには、通常、助産婦・副医師・看護婦が各1名ずつ駐在する。出産むけの2ないし3床のベッドを有する独立した建物である。このポストの主たる任務は、外来サービスである。副医師は独立して一般的基礎的医師業務を行なうが、自分で診療できない患者は地区病院に紹介する。環境衛生・予防事業そして住民の健康教育が主任務として加わる。住民の医学知識の普及と健康な生活習慣の高揚に力をそそいでいる。

このポストとライオン病院の間に、地区病院がある。医師による一次的専門診療が可能のように、内科医、外科医、産婦人科医、伝染病専門医そして歯科医によって

構成される。ベッドも25ないし50床を有する病院が多い。地区病院医師は、副医師・助産婦派出所に定期的におもむき種々の指導をすることになっている。

なお、農村地域では、ライオンの人口は2万人から12万人あたりで、医療地区 (medical districts) は、7,000人から1万2,000人ぐらいである。

都市部では、成人3,000人ぐらいの医療地区に一つのポリクリニックが設けられる。医師による健診から治療さらに患者のフォローアップまでなされる。フォロー・アップセンターが疾患別につくられている。これと連携して、各地区ごとに入院診療を主とする病院がある。中央的な総合病院ならびに結核等の特殊病院などとの連携も組織的に行なわれているのがソ連の特色である。そのほか工場等職場ごとに健康管理のための医師あるいは病院配置がなされている²⁾。この主要疾患の検診機関をどしどし各地各職場につくっていくことを、ソ連では Dispensarization とよんでいる。

III 保健行政制度のまとめ

行政のレベルは、国の大きさとその国の政治形態でちがうので、すべて、中央—地方—地区という三段階で論じられないが、一応その三つを一つの目安として使ってみた。所管省がさいきん統合的な「社会省」のようなものになる例が目される。ヨーロッパやアメリカ合衆国では、国は特殊対策と財政援助など間接的行政機関として働く傾向が強い。政治は中央集権的であるが、行政機能としては、三つないしは四段階にはっきり区分された

形態をとっている型は、ソ連とポーランドにみられる。日本とドイツあたりは、その中間といえよう。

分権化にも、一つは、地方・州に分権化する方向と、最末端に権限委譲をするタイプとが傾向的にみられよう。保健事業といっても、広域的権力的サービスを必要とするものと、小地域・住民の自発的活動に多くを期待する事業とで、その分権化による長所短所はそれぞれ異なってくる。医療従事者・施設の多寡によってもその志向方向とその内容はおのずから異なってくる。

日本とまったく同様の保健所をもつ国は他にない。日本で行なっている保健所業務のようなものは、医療機関や行政当局で行なっている国が多い。次の病院制度でもみるように、公衆衛生を専門のサービス機関として独立分化させる方向は、いまのところほかの国にあまり例をみない。国による財政負担と実際業務の市町村委譲との点でも、日本の保健行政は独特である。しかし、問題はあるとはいえ、保健の点で一元化され、各行政段階のつながりが明確化されている国である、といえないこともない。

いずれにせよ、諸外国での公衆衛生と医療の協力・調整が進んでいる状況にくらべると、日本の保健行政は旧態依然としていることはいなめない。各国の保健行政とそれぞれの国民の傷病の状態と結びつけて検討しなければならないが、紙幅がないので、この点は省略した。

IV 主要国の病院制度 (表2参照)

1. アラブ連合 (表3参照)

表2 主要国の病院制度総括表

国名	経営主体			機能・規模	財源
	国・連邦	地方公共団体	民間		
アラブ連合	ほとんど国営		多数	救急外来中心	国庫
カナダ	少数		非営利病院	地域病院には外来	連邦・患者収入
アメリカ合衆国	軍関係病院・NIH病院	精神・結核病院 施設病院(地域病院)	営利病院	医師紹介による入院	国・医療保険の比重大
イスラエル	特殊病院		私立、宗教立 医療保険機関立		患者収入、国・自治 体財政
フィリピン	急性病院・特殊		多数		患者収入・市町村財 政・保険
フランス	精神・サナトリウム	多数	一部	教育病院との連携あり	保険収入、自治体か らの補助
ドイツ連邦	少数	州立がほとんど・県 立・市立	社会保険機関立 法人、私立	入院中心、州立大規 模、私立小病院	
スウェーデン	大学・特殊病院	一般病院	少数、宗教立	外来併設	国・基金
イギリス	全部		なし	紹介患者のみ	国・企業
ソ連	同上		同上	外来・救急担当	

2) Ministry of Health of the USSR: *The System of Public Health Services in the USSR*, p. 85 (1967)

表 3 病院の種類別施設数——アラブ連合 1967

(国立のみ)

施設種類	施設数	病床数
一 般	179	23,044
地方・農村病院	573	8,038
伝 染	70	6,300
結 核	85	8,632
精 神	7	4,723

(資料) WHO: *World Health Statistics Annual*, Vol. III, 1967, 以下とくに説明ないものは同様の資料による。

アラブ連合の病院のほとんどが国営である。うち、地方・農村病院が圧倒的に多い。病床規模は20床以下で、きわめて少ない入院収容機能しかもっていない。伝染病院と結核病院が相対的に多いのが特色である。

一般病院数はさいきん減少して、大規模化の傾向にある。病院外来部を有するものが多い。全体として、病院は国家的施策で運営されているとはいえ、医師の絶対的不足と国家財政の困難のため、施設そのものの新設・増改築は必ずしも順調に進んではいない。

2. カナダ (表4参照)

らい・特殊精神病院を除いた全病院 3,473 のうち、僅か78が国立病院である。非営利の民間病院・公立病院が主体となっている(1964年)。1958年に州営の入院保険がスタートし、受診が容易となった。この保険では入院できる病室は定められているが、入院期間に制限はない³⁾。

表 4 病院の種類別施設数——カナダ 1967

区 分	施設数	病床数	年間入院患者延数	平均在院日数
総 数	1,437	210,379	...	...
国・私立(非営利)	1,237	203,275	...	...
私立(営 利)	200	7,104	...	...
一 般 病 院				
総 数	1,033	117,015	3,049,798	11
うち 官立・私立(非営利)	960	114,775	2,985,828	11
精 神 病 院	73	2,240	63,970	9
総 数	90	62,932	...	...
うち 官立・私立(非営利)	83	62,219	...	...
私立(営 利)	7	713	...	...
結 核 病 院	38	4,605	...	...
慢性・回復・老人施設	216	18,326	18,326	179
産 院	11	838	29,893	7
小 児 病 院	9	3,026	6,336	9

(注) 人口千対 14.8 1964

3) Louis S. Reed & Wyllyne Carr: "Utilization and Cost of General Hospital Care", *Social Security Bulletin*, Nov., 68, Vol. 31, No. 11.

精神病院と慢性・回復・老人施設の普及がめだつ。ナースィング・ホームはアメリカに比し少ないが、それでも約2千施設、7万床を有している(表4には掲載していない)。平均在院日数は一般病院のばあい11日で、ここ20数年間そう大きい変化はしていない。

3. メキシコ (表5参照)

メキシコは、人口千対1.9床という少ない病床で、病院数約3,000のうち産院の占める割合が高い。新院施設の絶対数不足が問題である。すでにのべたように、未だ伝染病のまんえんがみられ、高い乳児死亡率を示す国であり、国の財政・施策は母子ないし伝染病対策に追われている実情にある。医師の絶対数不足も、病院普及の大きな障害となっている。

表 5 病院の種類別施設数——メキシコ 1966

区 分	施設数	病床数
総 数	3,055	86,151
うち一般・特殊	1,689	66,860
産 院	1,021	16,530
メデカルセンター	345	2,761

人口対比 1.9 (千対)

4. アメリカ合衆国 (表6参照)

アメリカの病院の経営主体と種類は表6に記したとお

りであるが、連邦と州・自治体病院は、慢性・特殊患者の収容病院である。特志病院 (voluntary hospital) と私立・営利病院は、きわめて短い入院期間の一般患者を主にとり扱う。病院を病床数で規定する法律はない。病院調査・建設法 (Hospital Survey and Construction Act——一般にヒル・パートン法) が1946年に制定され、病院不足地域への建設にたいする連邦からの財政補助が行なわれてきている。いままで地域のとり方や補助対象施設の種類の選定について変更がなされてきているが、広域的対策ならびに民間団体参加による計画策定の方向がとられてきた。

特志病院の資本的部分は、いわゆる大口寄付と病院組合による資金さらには資産収入などに依拠する。経常経費は、民間健康保険ならびに患者収入によってまかなわれる。

全病床 167 万床のうち、約53万床が精神病院で占めら

れる点が特徴的である。病院の専門化は少なく、総合的病院を設置する傾向がある。しかし、貧困者や老人にたいする医療保障 (メディケア・メディケイド) の拡大にともなって、病院と病床ひいては医師・看護婦等の不足が深刻化してきている。

5. イスラエル (表7参照)

イスラエルの中央政府、地方自治体とも、病院費用の40%を負担する制度をとっている。病院の経営主体は、公共団体立、医療保険機関立、法人立、宗教団体立、私立などとなっている。種類別には精神病院、精神障害施設が半数近いのがめだつ。一般病院には営利病院が若干ながら存在する。そこでは当然ながらきわめて短かい在院日数がみられる。医療保険が9割近い住民に適用されているが、適用範囲は広く、予防サービスをも含む。その保険機関の一つ、労働連盟疾病基金 (the Sick Fund of

表6 病院の種類別施設数——アメリカ 1967

区 分	施設数	病床数	年間入院患者延数	平均在院日数
総 数	7,172	1,671,125	29,361,424	17
う ち 連 邦 立	2,557	1,038,332	7,860,586	41
私 立 (非 営 利)	3,692	578,560	19,602,175	9
私 立 (営 利)	923	54,233	1,898,663	8
う ち 一 般	6,139	920,207	28,104,330	9
精 神	418	533,143	523,537	329
結 核	106	18,323	26,799	167
慢 性	45	13,221	21,486	199
小 児	119	12,669	304,549	12
リ ハ ビ リ	33	3,958	20,000	60

表7 病院の種類別施設数——イスラエル 1967

区 分	施設数	病床数	年間入院患者延数	平均在院日数
総 数	152	21,755	337,755	21
国 立	39	9,797	158,962	21
私 立 (非 営 利)	47	6,914	155,802	14
私 立 (営 利)	66	5,044	22,991	8
一 般 病 院	36	8,947	303,025	9
国 立	12	4,543	147,078	10
私 立 (非 営 利)	18	4,036	137,953	9
私 立 (営 利)	6	368	17,994	4
精 神 病 院	42	6,412	10,267	234
国 立	14	3,274	5,608	216
私 立 (非 営 利)	6	607	2,174	89
私 立 (営 利)	22	2,531	2,485	407
精 神 障 害 施 設	23	2,535	478	1780
結 核 病 院	1	388	2,638	43
慢 性 病 院	33	2,640	4,286	183
産 科 病 院	6	193	12,302	5

the Federation of Labour) は、病院やクリニック、ヘルス・センター、回復者施設を有している。イスラエルの特色としては、国外のユダヤ人からの拠金などによって運営される特志機関がある。ハダサ医療機関(Hadassah Medical Organization) は、イエルサレムにおける入院・外来・予防サービスをうけもち、マルベン医療機関は、地方において慢性患者収容とリハビリテーション部門を主にならっている。私的機関はクリニックとして、主に急性あるいは救急的な患者の診療にあたっていて、全体としてみれば、私的診療の位置は大きい。医師ならびに病床の不均等分布が著しい。

5. フィリピン (表8参照)

フィリピンの病院は、主に民間のもので占められている。国立の病院は小規模で農村部につくられている。一般に急性の貧困者診療を主としている。精神病院と名のつくものはマニラ市近郊に1施設だけである。多数の患者がいるにもかかわらず、結核病院も僅か6施設にすぎない。全体として病院の絶対的不足とその設備・機能の貧弱さが大きな問題である。医師・看護婦などの海外流出も、病院普及のうえで大きな障害となっている⁵⁾。

表8 病院の種類別施設数——フィリピン 1967

区 分	施設数	病床数	
総 数	761	47,856	
国 立	195	30,762	
そ の 他	566	17,094	
一 般 病 院	263	16,400	
国 立	39	6,892	
そ の 他	224	9,508	
地 方 農 村 病 院	378	10,541	
国 立	143	6,450	
そ の 他	235	4,091	
産 院	85	2,033	国立1のみ
小 児 病 院	10	604	"
結 核 病 院	6	1,507	
精 神 病 院	1	7,000	国立

6. フランス (表9参照)

フランスの病院約1千余のうち、一般病院と結核病院の割合が多い。病床数では国立の精神病院が10万余もあるのがめだつ。一般病院・農村病院のほとんどは、県・市町村等地方公共団体立であって、それぞれが大規模の教育病院と系列的につながっている点が特色である。地方センター病院 (Les Centres Hospitaliers Regionaux)

表9 病院の種類別施設数——フランス 1966

区 分	施設数	病床数	年間入院患者延数	平均在院日数
一般病院	529	214,369	3,047,443	
農村病院	367	10,038	85,462	
結核病院	551	62,894	100,435	
精神病院	98	110,000		

表10 一般病院の病床数割合と平均在院日数

——フランス 1966

(主な診療科のみ)

診 療 科	病床数割合	平均在院日数
内 科	26.8	22
小 児 科	7.0	17
伝 染 病 科	1.7	18
結 核 科	7.1	53
外 科	20.5	14
産 科	6.6	8
性 病 科	1.6	28
耳 鼻 咽 喉 科	1.7	11
整 形 外 科	0.9	19
精 神 科	4.8	254
神 経 科	2.6	21
慢 性 病 科	4.3	277
回 復 病 床	2.4	6

一県中央病院 (Les Centres Hospitaliers) — 地区病院 (Les Hospitaux) というつながりがある。そのほかに、病院病床数を越える病床をもつホスピスとよばれる慢性患者、老人などのための施設がある。私立病院は少ししかない。

一般病院の専門診療科の構成は表10のとおりである。もっとも多い病床数割合は内科と外科とである。結核科と小児科・産科がそれに続く割合である。公立病院の運営は、日本のように理事者・院長による制度ではない。市町村長・議員・医師代表ならびに住民組織代表らによる病院管理委員会によって行なわれる。病院長は非医師であるばあいもあり、医師ならびに非医師スタッフの入った諮問委員会をもっている。病院収入は、患者からの直接の部分と社会保障基金ならびに自治体財政、その他からなりたつ。入院費は、治療の多寡と無関係に、協定された1日料金に従って支払われ、それを年々改定するしくみになっているのがフランスの病院の特色である。

7. ドイツ連邦 (表11参照)

ドイツ連邦共和国の病院は、大きく表11のようにわかれる。連邦には病院設立義務はなく、公立病院は地方自治体とくに州立が多い。国内全病床の約半数は、州立病院で占められている。医学校もすべて州・市立である。非営利の私立病院は、州立より小規模であるが、社会保

4) Brian Abel-Smith: *Paying for Health Services* WHO, Pub. Health Papers. No. 17, pp. 43-44, 1963.

5) 前田住雄:「国の保健計画」コースに参加して、厚生指針。

表 11 病院の種類別施設数——ドイツ連邦 1967

区 分	施設数	病床数	年間入院患者延数	平均在院日数
総数	3,609	649,590	8,113,692	26
うち連邦公立	1,353	355,915	4,252,857	28
私立(非営利)	1,278	238,097	3,168,467	25
私立(営利)	978	55,578	692,368	25
総合病院	1,782	379,015	6,294,604	19
内科病院	112	11,541	135,964	29
外科病院	162	11,704	212,613	18
産科病院	205	9,177	259,442	11
小児病院	88	12,854	188,814	22
眼科病院	34	1,936	28,498	21
耳鼻科病院	43	1,149	37,647	9
整形外科	38	4,886	41,374	41
結核病院	205	31,308	78,739	130
精神病院	172	107,010	159,506	256
慢性病院	69	10,043	13,582	258

険や教会・財団等によって設立されていて、施設数からいえば半数近い。小規模の私立病院が他にくらべ相対的にかなり多いのが特徴である。約半数は総合病院で占められているが、その多くは公立ないし非営利私立病院で、ドイツの病院は、全体として総合病院主義といった方向を志向している。結核病院と精神病院病床は、日本などよりも人口対比で多い。しかし、そのほかの単科病院の多くは、100床前後の私立の小病院である。病院の普及と配置については、連邦や自治体による特別施策はなく、ドイツ病院研究所と病院協会の指導にまかされている。病院外来は、保険医の指示や紹介のあったもの、ならびに私費患者の診療を担当する。そのほかに、病院には救急部が設けられている。

社会保険の普及も影響して、入院日数は比較的長い。結核・精神は少し短い、他は日本の病院のばあいと同

程度の日数がみられるのは興味あるところである。病院の設立費用は、社会保険団体、州・地方自治体からの補助金ならびに低利資金貸付によっている。病院経常費は、社会保険からの収入に依存している。赤字は補助金ならびに病院資産収入で処理する。

8. スウェーデン (表12参照)

スウェーデンの病院は、国が所管する大学病院・特殊病院のほか、県または自治体立のものが大多数である。地方一郡一地区といった地域段階に病院配置がなされている。地区住民4万人に1地区病院を設置する施策が行なわれてきた。少数の私立病院は、全体で約1,000床をもつにすぎない。総合病院は教育病院を兼ねているものもあり、500床平均の大規模施設である。特殊病院は少規模である。農村部に所在し、公衆衛生医官らの働き場

表 12 病院の種類別施設数——スウェーデン 1967

区 分	施設数	病床数	年間入院患者延数	平均在院日数
総数	728	113,480	1,239,618	28
うち国公立	532	106,076	1,212,561	26
私立(非営利)	109	3,295	9,170	11
私立(営利)	18	1,224	14,758	24
その他の	69	2,885	3,129	28
総合病院	99	50,141	1,073,985	13
農村病院・私立ナースン	80	5,192	59,636	26
グループホーム	80	5,192	59,636	26
結核病院	15	2,585	7,841	81
精神病院	32	26,815	51,690	178
メンタルホーム	180	7,569	3,570	726
慢性患者ホーム	234	12,696	19,349	205
老人病院	59	4,388	3,536	428

でもある伝統的な小病院 (cottage hospital) は、統廃合の方向をたどっている。国に属していた精神病院は自治体に所管を移したが、在院期間からもわかるように、診療中心の施設である。長期の療養と社会的ケアを必要とする患者は、メンタルホームに入る仕組みになっている。

病院はどこでも外来部をもち、一般患者診療をするのがスウェーデンの特色である。病院の設置や連携などについての計画・指導は、中央病院計画審議会によって行なわれる。開業医は専門医が多いが、病院との連携はうまくいっているし、医師も診療所、病院、保健施設を流動的に兼務するやり方がとられている。

病院財政は、公立病院では地方税、社会保険収入、患者収入ならびに少額の政府補助金によっている。自治体と政府補助金を新病院建築のために多くを支出してきている。

医療と公衆衛生を一つの郡議会の下に統合しようという方向がとられ、国所属の精神病院の移管ならびに地区医官の郡所属といった政策がとられてきた。全国七地域に各々高度な病院を設置するという一連の再編成計画をいかに遂行するかがこの国の課題である。こういった病院強化策の下で、私的診療所医師との連携をどうするかも問題である。

9. イギリス (表13参照)

イギリスの病院はすべて国営で、国民保健事業法にもとづいて運営される。15の地域(region)にある中央病院—地方病院 (district hospital)—地区病院 (area (local) hospital) という段階で設置されている。地域レベルには地域病院委員会 (Regional Hospital Board) が設けられ、大臣にかわって基本的運営を行なう。個々の病院の管理を行なうのは、その下部機関である病院運営委員会 (Hospital Management Committee) である。

表 13 病院の種類別施設数——イングランド
ウェールズ 1967

区 分	施設数	病床数	年間入院 患者延数	平均在院 日数
総 数	2,531	467,447	5,011,895	28
うち総合病院	1,097	197,621	3,829,266	15
産 院	256	9,164	312,775	8
小児病院	38	4,687	113,678	10
伝染病院	26	1,101	7,263	35
結核病院	83	8,948	67,460	33
精神病院	152	130,329	148,327	286
そ の 他	879	115,597	533,126	62

イングランド・ウェールズの病院施設は表13のとおりであるが、病床数は人口万対 100 以下で、日本やヨーロッパ諸国に比しても若干少ない。割合からいえば、総合病院よりもその他専門病院の比重が大きい。これらの再編成が、広域的な大総合病院中心病院網計画にもとづいてすすめられている。これによると病床数は減少してよい、とする方向がだされている。特殊診療の集中化がすでになされているが、これらは施設の効率的利用を中心にめざしたもので、その普及のうで問題がないわけではない。

イギリスの病院は一般外来を取り扱わない。診療所をもつ一般医と完全な機能分化をしている。財政はほとんど国庫に依存しているので、個々の病院としては問題はないが、全体として病院運営と建設費用が増加してきている。国家財政との関連が、とくに資金的支出と病院医師給与・一般医への報酬アップをめぐるクローズアップされる。

10. ユーゴスラビア (表14参照)

ユーゴスラビアの病院はすべて国営である。1,900 万人の人口に 700 前後の病院があるが (1967年について正確な数不明)、病床数は人口 1 万対 60 でかなり少ない。一般病院には、結核病床も精神病床も含むが、それでもって施設の大半を占めている。そのほかの特殊病院の存在がめだつが、やや慢性的患者入院施設としての機能を果たしている。外来は主としてポリクリニックやヘルスステーションが担当している。

表 14 病院の種類別施設数・病床数——
ユーゴスラビア 1967

区 分	施設数	病床数	年間入院 患者延数	平均在院 日数
総 数	...	111,605	1,918,171	...
一 般 病 院	430	67,503	1,511,105	14
産 科 病 院	5	640	23,792	9
小 児 病 院	20	3,031	25,811	39
整形外科病院	9	1,656	9,155	63
リハビリテーションセンター	23	3,844	25,381	44
結 核 病 院	51	11,063	31,138	119
精 神 病 院	26	10,263	16,600	220

注) その他の施設は省略。

11. ソ 連 (表15参照)

ソ連の病院もすべて国営である。地区病院は、その地区の医療と公衆衛生に責任をもっている。農村部ではとくに総合的機能を発揮するが、都市部では専門化と職域付属の病院もある。総合病院もしくは一般病院が大半を占めるが、小児病院や結核病院の占める位置も軽視でき

表 15 病院の種類別施設数——ソ連 1967

区 分	施設数	病床数	年間入院患者延数
総 数	26,428	2,397,900	48,580,500
総合病院	20,415	1,647,700	39,839,600
産 院	774	79,600	3,253,500
小児病院	920	107,300	1,782,200
伝染病院	345	63,100	1,048,700
oncology hosp.	259	22,800	251,400
皮膚性病病院	582	29,200	464,000
眼科病院	30	2,700	40,100
物療センター	52	4,500	55,500
結核病院	2,208	190,800	600,000
精神病院	557	228,000	744,500

注)「その他の施設」は省略。

ない。とくに小児については医師も特別の教育修練をへていて、ポリクリニックと連携された独自の制度をとっている。精神病院は全部で557人約23万床であって、一般病院にある少しの精神病床を加えてもかなり少ないのが特色である。

病院間のつながりと機能は、都市と農村でちがうことはすでにのべた。農村部の病院は、ヨーロッパ諸国と大差のない小病院—中病院—大病院というシステムである。問題は、施設や診療能力の点で、都市病院との格差をどうやってなくすか、にある⁶⁾。

都市では、外来と健康診断ならびにフォローアップを主任務とするポリクリニックが発達している。そこで把握された患者への特殊専門サービスを行なう入院中心の病院が一方で進んでいる。これも単科病院でなく総合病院形態をとっている。単科のは、結核・伝染・精神であるとしている点は他の国と同様である。高度の専門診療を病院で行ない、他方、住民全体を日常的にカバーするポ

リクリニック活動を進展させ、両者を総合する、そして医師もその両方で働くというあらたな総合医療が追求されているが、その実績が今後に期待されるところである。

V 病院制度のまとめ

以上国別にみたが、これらをまとめてみると、まず経営主体については次のような分類が可能である。

I 民間病院主体型……アメリカ、カナダ、フィリピン

II 地方公共団体中心型……フランス、ドイツ

III 国営中心……ソ連、イギリス、アラブ

これらのちがいは、その国の歴史や現在の社会状況さらには病院というものについての理念のちがいからもでてきたものである。

機能についても、外来部門をもつ国、もたない国、まちまちである。中央病院と末端病院との関係もさまざまである。各国とも、病院の配置、再編成にとりかかっていることが、全体的に注目された。地域社会の変化と医療技術や施設内容の変化がそれをうながしている。あまりふれなかったが、医療従事者の不足もその方向に何らかのかかわりあいをもつ。現在は、集中化した診療専門の病院が追求されているが、老人病院やリハビリテーション施設など、中間的施設の建設も課題である。平均入院日数の長さは、日本は必ずしも特別に長いものではないことが知られたが、イギリスのようにもっと短くすることの意味と可能性は一つの問題である。日本の病院の多種類・多数であることが、以上の検討から明らかにされた。

病院財政は、経営主体のタイプによってきまってくる

表 16 国別結核病院病床利用状況 1967

国 名	人口万対 病床数	入院患者延数		病床利用率	平均在院日数	経営主体
		人口万対	1床あたり			
アラブ連合	2.8	4.7	1.7	...	...	国
カナダ	2.3	...	...	70.6	...	公立・私立
アメリカ	0.9	1.3	1.5	66.8	166.6	公立・私立
イスラエル	1.5	9.9	6.8	80.5	43.2	国
日本	4.0	2.6	0.6	77.9	447.3	全部
フランス	12.8	20.4	1.6	85.3	195.0	“ 1966年
ドイツ	5.2	13.2	2.5	89.8	130.3	全部
スウェーデン	3.3	10.0	3.0	67.4	81.1	“
イギリス	1.8	13.9	7.5	67.5	32.7	国
ユーゴスラビア	6.1	17.2	2.8	90.0	116.7	“
ソ 連	8.1	25.5	3.1	...	...	...

6) Ministry of Health of the USSR, *op. cit.*, p.90.

表 17 国別精神病院病床利用状況 1967

国名	人口万対 病床数	入院患者延数		病床利用率	平均 在院日数	経営主体
		人口万対	1床あたり			
アラブ連合	1.5	2.0	1.3	...	...	国
カナダ	30.8	...	...	97.8	...	全部
アメリカ	33.1	26.8	0.8	89.0	400.8	"
イスラエル	33.5	40.3	1.2	100.0	304.0	国
日本	15.8	12.5	0.8	104.2	479.2	全部
フランス	22.4	...	...	...	...	国公立1966
ドイツ	17.9	26.6	1.5	104.5	255.8	全部
スウェーデン	43.7	70.2	1.6	94.8	215.3	"
イギリス	26.9	30.7	1.1	88.9	285.2	国
ユーゴスラビア	5.1	8.3	1.6	97.7	220.5	"
ソ連	9.7	31.6	3.3	...	...	"

が、日本のような患者収入（保険も含む）依存傾向は、ドイツなどでも形式上は同様の制度をみるが、その内容はまったくちがうというべきでないのか、今後の検討課題である。

VI 補 足

——特殊病院の機能比較——

一般病院の定義と同一条件での統計比較は難しいが、結核の病院と精神病院とについては、国別にそう大差はないので人口対比の比較をしてみた（一般病院病床分は除く）表16にみるように、人口対比で多いのが、ソ連とフランスで、日本の10倍の比率である。在院日数は、日

本はとび抜けて長い。病床利用率は、日本が特に低いわけではない。

今後重要視されている精神病院病床数は、もっとも多いのがスウェーデン、次いでアメリカ、イスラエルとなっている。日本はその半分ほどの比率である。病床利用率と平均在院日数の両方とも大きい値を示すのが日本の特色である（表17）。

付記：本稿を書くにあたっては、国立公衆衛生院曾田長宗院長と橋本正己衛生行政学部長ならびに厚生省医務局総務課仲村技官より御教示をえた。記して厚く感謝する次第である。

執 筆 者 紹 介

近藤 文二 大阪市立大学名誉教授
小川 喜一 大阪市立大学教授
吉田 秀夫 法政大学教授

栗原 忠夫 神奈川県立七澤病院院長
下村 健 厚生省大臣官房会計課課長補佐
前田 信雄 国立公衆衛生院衛生行政学部
社会保障室長

昭和 46 年度研究プロジェクト

当研究所はこれまで六つの研究会を設け、それぞれ研究会ごとに年次プロジェクトを作成し、社会保障ならびに周辺の諸問題の研究を進めてきた。本年度もその方針を踏襲するが、プロジェクトの内容については後述するところをみられたい。なお、本年度は研究会ベースの共同研究と研究員ベースの個人研究とを明瞭に分けることにした。

これら研究プロジェクトの実施にあたって、われわれはあらかじめいくつかの基調テーマなるものを定め、このことは昭和 44 年度以降の研究プロジェクトに採用してきたのである。(注: これまでは共通テーマという言葉を用いたので、研究会ベースの共同研究と混同されやすかったし、また国際交流というような研究態度も含めて共通テーマと呼んだために、意図するところがやや曖昧をまねがれなかった。本年度は改めて基調テーマという言葉を用いることとし、またその内容も少しく補充しておきたい。)

基調テーマというのは、必ずしもこれを直接の研究対象として報告をまとめるものとはかぎらず、その意味で共同研究や個人研究とは異なる。むしろ、共同研究や個人研究を遂行するに当り、各自が直接間接にこれを念頭において研究を進めていくことを期待するのがわれわれのいう基調テーマである。適当な機会に、これらのテーマを対象に共同作業を企てることもあるが、さし当っては各自の研究があまりバラバラにならないように方向づけを考えることが主眼なのである。しかも基調テーマとしていかなるものを選ぶかは、前年度までの研究所内の諸業績をふりかえり、また広く経済社会の発展や世論の動きを勘案して、毎年毎年前進させていくべきものと考えられる。この意味で本年度は改めて次の三つの基調テーマをかけることにしたのである。

第 1 の基調テーマは「社会計画の立場から社会保障の問題を把握する」ことであり、すでにこれまで主として第 I (経済分析) 研究会および第 III (社会分析) 研究会がとり組んできたものである。これについては、たとえば PPBS 方式の検討とか地域社会開発計画のケース・スタディーとか、いずれかという基礎研究が行なわれ

てきたし、今後も恐らくその方向で進むことになる。またまとめた社会保障計画の立案作成も考えないわけではないが、当研究所としてはむしろそういう立案作成における計画数字の根拠とか予測の吟味とかに重点をおき、基礎固めを目指すべきであろうと思われる。本年度もいくつかのプロジェクトを通じてこのような基礎研究が行なわれることが期待される。

第 2 の基調テーマは「社会保障水準指標を統計的に作成する」ことであり、これまたこれまで主として第 II (統計調査) 研究会がとり組もうとしてきたテーマである。ここで社会保障水準指標とは、単に国民所得に対する社会保障給付費の比率というような従来慣用のものと異なっており、現実の給付がどれだけ社会的ニーズを充たしているかを測定しようとするものである。この問題もなかなか複雑していて、多くの基礎研究を積み重ねていかなければならないのであるが、差し当っての第 1 歩として、われわれは社会保障各部門の給付について年齢別・所得別にまで降った統計を整備することが必要だと考えるにいたっている。この研究については、直接それを対象とする業績をまとめることが期待されてよいと思うが、第 II 研究会は別に実態調査のプロジェクトをもっていたため、これまで思うように研究の進展がなかったわけであり、恐らく本年度はかなりの前進がみられると思う。

第 3 の基調テーマは、本年度新しく加えられるものであり、「社会保障と私的保障との関係を究明する」ことであり、それは生活不安に対してどの程度個人なり民間なりの責任で保障が行なわれるか、どの程度社会化が進むか、これらの変化を規定する条件は何かというような問題の究明を指すのである。恐らくこの問題は、医療、年金、社会福祉など各部門でもとりあげられるし、また社会保障制度の国際比較や歴史考察においても直面するものであろうから、六つの研究会のすべてに通じて関心がよせられるものと期待される。この基調テーマを念頭におきながら、各自がそれぞれ研究プロジェクトを遂行していけば、恐らく 2 年ぐらゐの間にこのテーマを直接対象とする共同研究が成熟するものと、われわれは考えている。

研究会別プロジェクト

第 I (経済分析) 研究会

広く社会計画への経済学的アプローチを行なうことを目標に、前年度は「負の所得税」に関する諸業績の整理と資料の検討、社会資本を含む生産関数の推計等の予備的作業を試みたが、本年度はさらにこれを展開し、一層の深化と体系化を図る。

〔共同研究〕

- (1) 所得保障の費用と効果に関する理論的実証的研究
——とくに「負の所得税」の導入をめぐる——

わが国の所得保障は、制度の分立と制度間格差のために公平性を阻害して福祉効果を弱めているだけでなく、とくに低所得階層において公平性と効率性の両面で大きな問題をかかえている。本研究は、まず、「負の所得税」の構想をマクロ、ミクロの両側面から理論的に検討して所得保障体系のなかに位置づけ、公平性、安定性、効率性の見地から効果の判定基準を設定する。また、わが国の資料に基づき実証研究を行ない、その費用と効果について現行制度との比較検討を試みる。

- (2) 公共財的視点からみた生活関連社会資本の投資基準とその整備に関する研究

社会資本、とりわけ生活関連社会資本の立ちおくれは、先進諸国に共通の病いであるといわれている。この原因は、政策的要因のほかに、生活関連社会資本の経済的性格にあると思われる。つまり生活関連社会資本が公共財ないしは公共財に近い性格をもち、市場での価格づけを困難にしているという点である。本研究では、公共財に関する最近の理論業績を導入し、公共財を含むマクロ経済モデルを構想して生活関連社会資本の理論的位置づけを行ない、ついで利用可能なわが国の資料を用いてその投資基準を設定する。また社会資本に関する国際比較のため資料の整備と方法の検討を併せ行なう。

〔個人研究〕

- (1) 所得分布と人的資本——所得分布の経済理論的研究——(地主)
(2) 医療サービスのニーズと資源の有効配分に関する研究(都村)
(3) 社会開発勘定の国際比較研究(城戸)

第 II (統計調査) 研究会

社会保障水準に関する統計的・実証的研究を行なうのであるが、各種基礎統計を再編成し、あわせて実態調査による家計構造面よりの接近をはかる。

〔共同研究〕

- (1) 社会保障水準指標の作成

社会保障水準を測定するための指標体系を統計的・実証的に確立し、わが国社会保障の充足状況を把握する。いわば社会保障の効果判定に資するための基礎資料の作成である。

差当っては、年金、医療および公的扶助など各社会保障部門に存在する基本的な諸統計を集めて、高齢者、母子および児童などの対象別に分類する資料再編成作業を行なわなければならない。

この再編成を進めるには、まず手順として、社会保障給付統計を年齢階級別および所得階級別などに分けてみる必要があり、さきに医療については、医療費の年齢階級別分布の推定に着手した。この作業を進めていくと同時に他の部門にも同様の作業をひろげる。

- (2) 家計構造に関する統計的研究——とくに高齢者世帯について——

年来児童養育費の研究を実施し、その概況報告書として昨年『家族周期と児童養育費』の刊行をみた。この研究は、地域別にまた社会階層別に、典型的な周期段階の世帯を抽出し、いわゆる横断的測定方法によって、戦後生活構造の動態と児童養育費との関係を明らかにしようとしたものであった。

昨年度はあわせて高齢者世帯生計費の研究を取上げた。児童養育費調査と同様な調査方法を駆使して家計構造を中心とする「高齢者生活実態調査」を、地方小都市である掛川市において8・9月に実施した。本年度はこれの調査結果について、世帯構造、家計構造、栄養の各観点からその解析を進めていく。

〔個人研究〕

- (1) 貧困水準に関する研究(小沼)
(2) 各種生活指標調査の比較——社会保障水準の視点からみて(曾原)
(3) 社会保障と住宅問題——住居費の地域的分析(大本)

第 III (社会分析) 研究会

社会保障の政策、制度、機能、効果等に関して社会学的視点から理論的実証的研究を行ない、あわせて社会計画策定の基礎的研究を行なう。

〔共同研究〕

- (1) 社会福祉計画の国際比較

社会福祉計画策定の基礎的作業として、社会福祉のニーズの把握と、地域社会開発計画についてのケース・ス

タディを行なってきたが、新たに社会福祉計画の国際的動向を把握、社会福祉計画策定の基礎資料としていく。このために本年度は世界各国の社会福祉に関する公的制度の枠組と実態を系統的に明らかにすることに主眼をおき、とくに主要先進諸国の社会福祉制度に関する文献、統計を蒐集、分析する。

(2) 生活構造の視点からみた「多問題家族」の研究

社会福祉の分野において、複雑な問題をもちながらも、既存の個別的施策、サービス等によっては容易に問題の解決が行なわれない家族を一般に「多問題家族」と称したりしている。わが国においても、この種のケースは少なくないといわれているにもかかわらず、この面に関する研究・対策はいちじるしく立ちおけている。今まで本研究会では生活構造論についての検討と、その作業枠組の設定を試みてきたが、この研究の上に立って「多問題家族」を生活構造の視点から検討し、その対策を明らかにする。とくに本年度は「多問題家族」の実態を把握するために、大都市地域における事例を蒐集し、その生活構造の特質を明らかにする。

〔個人研究〕

- (1) 老人福祉計画に関する研究 (三浦)
- (2) 生活構造の理論的枠組の検証 (渡辺)
- (3) 地域福祉施設の実態と住民参加 (花島)

第Ⅳ (経済・社会合同) 研究会

経済学と社会学とのインターディシプリナリーな領域を研究する目的で、すでに発展の問題および福祉の問題をとりあげてきた。最近アメリカやイギリスでこの面の新しい展開が見られるので、本年度はそういう文献を中心に自由討議を行なう。

第Ⅴ (制度) 研究会

各国社会保障制度の国際比較研究により社会保障の国際動向と各国制度の特質を明らかにする。従来実施してきた主要先進諸国の制度の歴史的研究については主として個人研究の形で継続する。

〔共同研究〕

- (1) 社会保障財政とその社会的・経済的意義に関する研究

西欧諸国では、社会保障財政規模の拡大とともに、社会保障の長期計画を作成する傾向が目立っている。その際社会保障計画を経済計画の一環として作成することにより、適度の経済成長と社会保障給付の改善、増大する社会保障費の財源調達とを同時達成し、また財源負担配分に当たっても国民経済の成長、社会緊張の緩和、社会連帯の強化に対して積極的な効果をもたらすよう、社会保障制度、とくに、その財政を計画的・合理的に編成、運営する方法が探求されている。この研究では、前年度における研究を背景におきつつ、西欧諸国における社会保障財政制度の特質、財政動向を明らかにして、各国における種々の計画的アプローチの有効性を比較検討することを目指す。本年度においては本テーマに関する主要既存研究の調査と、実証分析に必要な基礎資料の蒐集を重点に進める。

(2) 社会保障関係諸制度の長期発展過程に関する統計的研究

わが国の社会保障関係諸制度に関する統計資料は、戦後の分についてはかなり整備されているが、戦前については主要部門についての断片的な資料があるに過ぎない。この研究は、明治初年以降戦前または終戦時までの統計系列を体系的に整備し、社会保障関係諸制度の長期発展過程に関する実証研究の基礎とすることを目指す。

前年度においては、中央、地方財政に関する原資料の調査と、統計系列の作成方法の検討を行なったが、本年度においては、これらの作業をさらに進めるほか、主要制度について非貨幣的統計資料の調査と検討にも着手する。

〔個人研究〕

- (1) 西ドイツの社会保障制度の研究 (保坂)
- (2) 各国社会保障制度の類型的研究 (平石)
- (3) イギリスの社会保障制度の歴史的研究 (山崎)

第Ⅵ (政策) 研究会

社会保障に関連を有する各分野のトピックスを取上げて、討論を行なう。昨年度に引続き、政策判断の根拠について、効果および財源の検討にとくに配慮し、社会計画に役立つ資料の整備を行なう。

「社会保障の経済効果」

Commission of the European Community, *The Economic Impact of Social Security*, EC (V/5483/68-E), Brussels, 1968, pp.442. (mimeographed)

保 坂 哲 哉

ヨーロッパ共同体 (EC) は、1960 年代の初め頃から、社会保障を全般的な経済情勢の中でどのように位置づけるべきかを検討するの必要を感じて、予備的な活動を開始したが、1960 年代の半ば頃から、この方向に沿った一連の理論的、実証的研究プロジェクトを具体化させた。その研究成果は、1960 年代の終り近くになってつぎつぎと実りはじめた。ここでとりあげるのは、これら一連の研究のうち、加盟各国の専門家 (政府からは独立の) によって構成された委員会による理論的研究の手始めとして行なわれた研究の報告書である。書名の示すとおり、社会保障の経済効果の経済学的分析をめざして、包括的、体系的に理論的接近を試みたものである。このような本書の性格からすれば、経済学の立場からの論評が必要なのであるが、しかし、この EC の研究報告は、純粋に経済学的な興味のほか、大陸諸国の社会保障のおかれた位置と、その問題にとりくむ人々の関心と問題意識がうかがえるという点で有益な文献であると思う。とくに、西欧諸国では 1960 年代に入ってから、社会保障をより広汎な経済、社会の中で再評価し、位置づけしなおすべきだという認識が高まった結果、経済、財政政策との間での適合性を具体的に追求しようとする努力が目立つようになった。社会保障と経済の相互作用に関する一連の計量経済学的研究は、そのような努力の一つにすぎないが、経済計画や経済予測が西欧諸国で普及し、そこで計量経済学の方法が頻繁に使われるようになった現在、この分野で適合性原則の実現方法の探求を進め、あるいはその限界を明らかにする意義は大きい。この EC の研究は加盟各国の専門家が参加し、各国の実証的、理論的研究の成果をふまえて行なわれたものであるから、EC 諸国のこの方面での研究の水準を知るのにも役に立つ。出来上った研究報告書は、この分野での研究がいかに不足しているか、とくにその原因が理論的分析に耐えうる統計データの不足、欠如とこの分野に対して応用可能な理論的基礎、分析用具の未開発にあることを示している。しか

し、欠陥の自覚は将来の発展につながるものであり、また議論の各所に将来の発展への多くの示唆が含まれており、その点にこそ本書の価値を認めるべきだと思う。

以上のような観点に立って、ここでは、全体の構成を説明しながら、本書で展開された計量経済学的試みの 2, 3 を紹介しそのあと簡単なコメントを加える。理論的な論評はさきにのべたとおり、他の然るべき人に俟たなければならない。

この研究に当たった専門家委員会の正式委員はつぎのとおりである。

A. Coppini (ローマ大学教授、アクチュアリー)

——委員長

E. Dobler (フランス財務監督官)

W. Fraeys (ブリュッセル自由大学)

J. Gäbler (ウォルフガング・ゲーテ大学助教授)

A. Giannone (ローマ大学教授)

A. Kayser (前ルクセンブルク社会保険庁長官)

H. Meinhold (ウォルフガング・ゲーテ大学教授)

E. A. V. Vermaas (オランダ経済社会理事会事務局長)

委員会は、あらかじめ当面の問題と制約条件を吟味したうえで、まず計量的研究の対象となりうるテーマを選び出し、つぎに各委員に対してそれぞれの問題に関する簡単な方法論ノートを作成してもらい、それにもとづく討議を経て報告書をまとめている。

この研究の中心テーマは、「社会保障は、一国の経済システムにいかなる影響を与えるか。」であり、この問題を、社会保障による 1 次所得再分配 (第 2 章)、社会負担の転嫁 (第 3 章)、社会保障の消費 (第 4 章)、労働需給 (第 5 章) および価格構造 (第 6 章) に及ぼす効果に分けて論じたあと、社会保障と経済変動、経済成長との間の相互的效果に関する総括的な考察を行なっている (第 7 章)。報告書は、以上六つの substantive な諸章のほかに、序論としての一般的考察 (第 1 章) と結論を含ん

でいる。

第1章では、社会保障による所得再分配の規模が長期的にいかんに拡大し、国民経済的重要性を増したか、をつぎの表によって示して、研究の必要性和意義をのべたあと、

社会保障によって再分配された国民所得の百分率 (%)

	西ドイツ	フランス	イタリア	ベルギー	ルクセンブルク	オランダ
1930年	9.3	4.9	1.7	...	...	...
50	13.3	13.9	8.5	7.9	12.6	12.3
60	17.4	15.3	13.4	13.7	15.9	16.7
65	19.1	19.5	17.7	18.4	17.9	18.4 ¹⁾

注: 1) 1964年

資料: 同書, p. 5. (1930年は委員の提供した数字, 1950年はILO社会保障費, 1960年及び65年はEECの数字)

比較研究の方法(ある社会保障措置の効果をいかなる社会保障システム間の比較でとらえるか)および分析方法(静態分析か動態分析か)を論じ、さらに、経済効果の分析に必要な統計データを人口学的なもの(社会保障ニード、実際の適用状況、実際の受給状況に関する人口統計)と経済的なもの(財政収支勘定、産業、地域、所得階層へのdisaggregation)に分け、実際のデータによる例示によって示している。

このような予備的な考察ののち、経済循環の所得再分配過程から始め逐次順を追って検討を進める。第2章と第3章では、所得の一次分配と社会保障移転によるその修正の問題をとりあげ、とくに社会保障による所得再分配の測定方法の検討とその具体例についてのコメントを行なっている。このうち第2章は、国民所得の各生産要素に対する一次分配を所与とし、社会保障政策手段のインパクトによって一次分配に起きる変化を統計的に評価することにあて、第3章は、一定の社会保障システムをもつ一定の国の生産、分配、支出間の分析的諸関係を記述したなんらかの体系を所与とし、新しい社会保障システムの導入または現行システムの変更によって、この体系の変数またはパラメーターに与えるべき効果を、一定の仮定のもとで検討することを目ざし、そのため三つの簡単なマクロ経済モデルを使って静態分析を行なっている。

第3章の本文と補遺Iで使ったモデルは、国民経済を六つ(本文)または七つ(補遺I)に分けている。後者では、社会保障部門を政府部門から独立させ、それだけ複雑になっている。補遺Iの分析について、つぎに、要点を説明しよう。

経済部門は、海外、労働者、企業家、年金受給者、社

会保障、政府、資本形成に分れ、国民経済循環が、16の定義式と18の行動方程式によって表わされる。33個の変数のうち15個が内生変数で、直線的関係によって決定される。なお、社会保障支出は、消費、移転、貯蓄からなり、移転は労働者と年金受給へと流れる。一方収入財源は、社会保障拠出金と政府支出金によって賄われる。拠出金は、労働者負担分と企業家負担分に分れ両者とも労働者所得によって決まるが、後者は間接税と同じ性格をもつと考えられる。租税は間接税と直接税に分れ、前者は各グループが消費に比例して負担し、直接税は労働者と企業家だけが負担する。記号の説明に代えて、循環フロー・マトリックスを掲げておく。また、16個の定義式は、このマトリックスに示された縦横の行列を式に表わただけであるから、これも省略し、パラメータ、外生変数の数値を与えた行動方程式をつぎに示す。

- (1) $X = 40 - \frac{1}{5}(W - M)$
- (2) $M = \frac{1}{6}W$
- (3) $L = 50$
- (4) $Q = 20$
- (5) $T_I = 0.15(W - M)$
- (6) $T_N = 0.20(L - P_N)$
- (7) $T_U = 0.30Q$
- (8) $P_N = 0.10L$
- (9) $P_U = 0.30L$
- (10) $U_S = \frac{1}{6}F$
- (11) $S_N = 0.10(N - P_N - T_N)$
- (12) $S_U = \frac{3}{4}(U - T_U)$
- (13) $S_R = 0.05(V_R + U_R)$
- (14) $S_F = 5$
- (15) $C_S = 0.05S$
- (16) $V_N = 14$
- (17) $V_R = 5$
- (18) $U_R = 10$

以上のように表わされた当初状態の経済関係を所与とし、そのもとでの労働者、企業家、年金生活者の間の所得分配関係が、社会保障政策の変更がもたらす直接的、間接的経済効果によってどのように変わるかを計測する。ここで導入される社会保障政策の変更とは、社会保障給付を15貨幣単位増加し、その財源にあてるため労働者

循環フローマトリックス

	付加価値 W	海外 A	労働者 N	企業家 U	年金生活者 R	社会保障 S	政府 F	資本形成 K
W	(輸出) X		(消費) C_N	(消費) C_U	(消費) C_R	(消費) C_S	(消費) C_F	(投資) I
A	(輸入) M							
N	(所得) L					V_N		
U	(所得) Q					(移転) U_R		
R						V_R	(移転) U_S	
S	(社会保障拠出) P_U		(社会保障拠出) P_N					
F	(間接税) T_I		(直接税) T_N	(直接税) T_U				
K		(貯蓄) S_A	(貯蓄) S_N	(貯蓄) S_U	(貯蓄) S_R	(貯蓄) S_S	(貯蓄) F_S	

拠出金をそれだけ増額することである。さまざまな条件のもとで、この増加負担は、二次的に、企業自身、労働者自身またはすべての消費者が負担するが、いずれの場合にも間接的な効果（租税効果、価格効果など）による影響が広く他部門にも及ぶ。想定された政策に関する仮定はつぎのとおりである。

(1) 名目国内純生産不変の場合

仮定 1: 労働者が直接負担する（政府消費不変と仮定）

仮定 2: 企業家が直接負担するが価格に転嫁できない（政府貯蓄 0 と仮定）

(2) 名目国内純生産が変わる場合

仮定 3: 政府消費と総投資不変の範囲内で企業家は負担の一部を価格に転嫁できる

仮定 4: 負担のすべてを価格に転嫁できる

仮定 6: 相対利潤不変＝完全雇用という仮定のもとで負担の価格への転嫁が行なわれる

以上の五つの仮定のほかに、**仮定 5**として、拠出増加分を労働者が負担するが給付に充当されず、積立金勘定に繰入れられ貯蓄された場合を想定している。このほか、拠出金増額によらないで社会保障給付を行なうケースとして二つの仮定をおいて効果を計算しているが、ここでは上記の 6 仮定のもとでの所得再分配効果だけの比較にとどめる。つぎの表の比較は、国内純生産（市場価格）の百分率によって、可処分所得（消費プラス貯蓄）の変化を示している。

国内純生産（市場価格）の百分率による所得再分配効果の比較 (%)

部 門	当初状態	仮定 1	2	3	4	5	6
労働者	50	38.0	48.8	44.9	39.7	41.3	37.5
企業家	14	14.0	0.35	5.0	11.4	10.0	14.0
年金生活者	15	30.0	30.00	27.6	24.4	16.3	23.1
社会保障	6	5.5	10.98	10.6	10.2	21.7	10.0
政府	15	12.5	9.87	11.8	14.3	10.6	15.4
計	100	100	100	100	100	100	100

年金増額が行なわれない仮定 5 のケースでも、年金生活者は物価下落の結果、実質可処分所得が当初状態に比べてやや高くなる。物価上昇を伴う**仮定 3, 4 および 6**の場合には、物価上昇度合に逆比例して年金生活者、労働者の所得水準が低下する。

いま要約した単純なモデルをさらに複雑、精密にし、実測された統計データを使ってパラメーターの計算をし、実情に即した外生変数の値を使うことは、それほど難しいことではない。しかし、EC 専門委員会は、使用する統計データに関して非常に厳格で、分析対象とすべき制度変化およびそれが行なわれる場合の条件が正確にコントロールされた統計データを利用できないときは、むしろ概念的なモデル計算のほうが、理論的、方法論的研究に適していると考える。したがって、新しい分析方法の発展や実証分析の面での成果は、やや期待外れの感がする。

第 3 章に続く第 4 章、第 5 章では、それぞれ社会保障による所得再分配が、消費財に対する需要の水準と構造に及ぼす効果と、それを通じて生産に影響し、さらに雇用面の変化を齎す場合、および社会保障が直接労働供給に作用する場合について論じているが、上述のような点でとくに注目に値することはないと思う。第 6 章では、労働コストへの効果を通じて、価格構造にいかなる変化があらわれるかを、IO 表を使って実証的分析を試みている。卸売物価だけでなく、小売物価についても、域内諸国の労働コストの相対的大きさの違いを計算し、種々の社会保障財政方法（直接税、間接税、事業主社会保険負担、労働者社会保険負担の組合わせをいろいろと変えた条件）のもとで、その負担増加が価格へどのように反映するかを比較している。現在の EC 諸国の経済情勢は複雑で、このような観点だけで社会保障の価格への効果を論ずるわけにはゆかない。このことは、EC 専門家委員会も十分認識しており、需給両面からのアプローチの必要性を説いている。

第 7 章の前半では、これらの問題を含み、現在の EC

諸国の資本、労働、技術、その他の経済条件のもとで、社会保障が経済変動の二つの不均衡局面で、景気安定的な効果をもつか、または不均衡助長効果をもつかの検討にあてている。結論として、社会保障は、景気後退局面では anti-cyclical に作用するが、好況期にはどちらかといえば pro-cyclical な効果をもつと述べているが、この部分の議論は実証的、計量的ではなく、また新しい分析方法の開発も示唆されていない。

第7章の後半は、より長期的な社会保障の経済効果をとりあげ、いままでの個々の経済循環過程における社会保障と経済の関係を総括して、社会保障の経済成長への効果を論じている。社会保障の長期的経済効果については、すでに労働需給との関係の議論で、Cobb-Douglas 型生産函数を使って計算された各国の資本、労働、技術要因の経済成長への寄与率にもとづいて、大ざっぱに社会保障の重要度がそれほど大きくないと指摘されていた。第7章の補遺には、つぎのような Cobb-Douglas 型生産函数を含むモデルを使って、社会保障の経済成長に対する効果の計量的な検討が試みられている。

$$O_t = aL_t^\lambda K_t^\mu (1+\nu)^t \quad (1)$$

O_t : t 年の国内総生産

L_t : t 年の雇用量

K_t : t 年初の資本存在量

λ : 生産の雇用弾力性

μ : 生産の資本弾力性

ν : 技術要因の成長年率

a : 常数

雇用を外生変数として取り扱うため上式を変形する (π は雇用増加年率)。

$$L_t = L_0(1+\pi)^t \quad (H_1)$$

$$O_t = bK_t^\mu (1+\pi)^{\lambda t} (1+\nu)^t \quad (2)$$

ここで支出函数を導入して、

$$O_t = A_t + Y_t + (C_t^g + S_t^g) + (C_t^i + S_t^i) \quad (3)$$

A_t : 減価償却

Y_t : 家計、企業の可処分所得

C_t^g : 政府消費 (社会保障事務費を除く)

S_t^g : 政府貯蓄

C_t^i : 社会保障事務費

S_t^i : 社会保障貯蓄

ここで単純化のため $A_t = 0$ (H_2)、また均衡財政 (経常) $S_t^g = 0$ (H_3) を仮定すると、

$$O_t = Y_t + C_t^g + C_t^i + S_t^i \quad (4)$$

輸出入均衡を仮定すれば (H_4)、

$$S_t = V_t = K_{t+1} - K_t = S_t^p + S_t^g + S_t^i \quad (5)$$

S_t : 総貯蓄

V_t : 純投資

S_t^p : 民間貯蓄

つぎに社会保障財政収支方程式

$$C_t + R_t + S_t^g = C_t^i + P_t + S_t^i$$

C_t : 社会保障拠出金

R_t : 社会保障の資本収入

T_{gs} : 政府から社会保障への移転

P_t : 社会保障による移転

を導入し、さらに積立金 k を使って社会保障貯蓄を表わすと、

$$S_t^i = k_{t+1} - k_t = C_t + T_{gs} + R_t - (P_t + C_t^i) \quad (6)$$

ここでつぎの一連の関係を仮定する (ギリシャ文字はいずれも常数)。

$$S_t^p = \sigma Y_t \quad (H_5)$$

$$(R_t = \delta_t \cdot k_t \text{ と表わせるから}) \quad \delta_t = \mu \frac{O_t}{k_t} \quad (H_6)$$

$$C_t = \alpha O_t \quad (H_7)$$

$$T_{gs} = \beta O_t \quad (H_8)$$

$$C_t^i = \gamma P_t \quad (H_9)$$

$$C_t^g = \theta O_t$$

$$P_t = P_0(1+\rho)^t$$

結局、モデルは(2)式とつぎの3方程式に集約される。

$$k_{t+1} - k_t = (\alpha + \beta) O_t + \mu \frac{k_t}{K_t} O_t - (1 - \gamma) P_0(1 + \rho)^t \quad (7)$$

$$Y_t = (1 - \theta) O_t - (k_{t+1} - k_t) - \gamma P_0(1 + \rho)^t \quad (8)$$

$$K_{t+1} = K_t + Y_t + (k_{t+1} - k_t) \quad (9)$$

ここで、パラメーターにつぎの数値を与え、

$$\lambda = 0.75, \quad \mu = 0.25,$$

$$\pi = 0.015 \text{ または } \pi = 0.02,$$

$$\nu = 0.015 \text{ または } \nu = 0.02,$$

$$\alpha = 0.125, \quad \beta = 0.03,$$

$$\gamma = 0.05, \quad \theta = 0.12$$

当初状態をつぎのようにおき、

$$k_0 = P_0 = 15, \quad O_0 = 100, \quad K_0 = \frac{1000}{3}$$

社会保障移転の増加年率 ρ を、3.5%、5%、10% と3通りに変化させた場合の社会保障積立金、経済全体の資本ストック、国内総生産、家計、企業可処分所得に対する効果を、それぞれ20年、15年、8年の期間にわたって計算している。この場合技術進歩率と雇用増加率の組み合わせを変えて、それぞれ三通りの効果測定が行なわれ

ているが、つぎのように要約される。

いずれの場合にも可処分所得の成長率が次第に高まり、 ρ が高いほどその度合いが強い。GDP は、 ρ が 3.5% ならば成長率を 3.1% から 3.2% へと加速しながら拡大するが、あまり高くなりすぎると成長率が低下してしまう。 $\rho=10\%$ の場合にそのさがり方は 8 年間で 1 パーセントポイント近くになる。もちろん資本ストックの動きがそれに対応している。同時に、 ρ が 5% を越える場合には、遅かれ早かれ社会保障積立金がマイナスになる。この結論自体は、勿論ここで設けられた多くの前提条件のもとで導かれたものであるから、ただちに一般化するわけにはゆかないが、こういう動態分析が試みられつつあるという点に十分注目する必要がある。

以下 2, 3 計量経済学的方法の効用と問題点について専門外の立場からの意見ないし感想を記しておく。

まず、EC 専門委員会も指摘しているとおり、統計データの整備が不可欠である。この点についてはもはやのべる必要はないが、それと合わせて現状に関する統計的分析が必要である。いかなるタイプのモデルをつかって、いかなる問題を検討するかなど、実態についての適切な認識が基礎になる。これらの点に関して、一つの発展例が西ドイツでみられる。G. Mackenroth の示唆で始まり H. Hensen によるはじめての国民経済循環における社会保障財政フローの体系的はあくは、U. Schwarz, G. Thiebach, K. D. Schmidt らチュービンゲン応用経済研究所グループによって発展させられる。これと並行して、家計部門を disaggregate した所得再分配表の面でも前進がみられ、両者を結合したはじめての計量経済モデル分析が、やはりチュービンゲン応用経済研究所の D. Ludeke によって試みられている。一方、社会保障部門の disaggregate も同じ人々によってはじめからいろいろと試みられるが、その最近の発展として 1969 年から新しくはじまった連邦政府の中期社会予算があげられる。この系統の作業の中でとくにふれておきたいのは、社会保障支出の機能別分類である。機能別分類の必要性は、費用便益分析、PPB 分析などを行なう場合に現われて

くる。EC 報告書はこの点についてはあまりふれていないが、マクロ経済分析のレベルでもなんらかの機能別細分を取り入れることが必要ではないかと思う。

短期・中期・長期の計量経済モデルを予測や計画にとり入れることは、フランス、イタリア、オランダなどますます多くの国々で試みられる。しかし、一般に計量経済学的分析には、多くの仮定や条件が含まれている。社会保障の領域でこの手法が応用されて、政策決定の判断材料とされる場合、複雑なモデルよりはかえって簡単なモデルのほうが、実際には役に立つということもあろう。つまり、いかなる状況のもとで、いかなる目的に、どのような方法を使うべきか、あるいはどういう場合には使うべきでないか、これらのことが明らかにされれば、専門外の者にとって有益であると思う。(とくに、ここで念頭においているのは、計画や政策(または一般に活動)調整の方法の問題である。) その意味では、むしろ積極的に、multi-disciplinary なアプローチによって応用範囲を広げることが可能であるかもしれない。

最後に、物価問題と社会経済構造の問題のとりあげかたについて、もっと突っ込んだ研究がほしいと思う。EC の報告書は個別物価についてコストの面からの計量的研究があることは紹介したとおりであるが、需給両面からとらえた物価函数を取り入れ、社会保障財源負担と受給者の支出行動と関連づけた分析ができれば面白い。構造問題については、EC 報告書が、産業、地域、所得グループという形でとらえることを提案しているから、あとの具体的な発展を期待すればよいわけであるが、本書ではどういう問題と結びつけて、どういう方法を採用すべきか、あまり議論は進められていない。

以上個人的な興味に即して、紹介と注文と感想を記してみたが、本書は、この分野での西ヨーロッパ大陸諸国の研究の関心と水準を教えてくれる点で興味深く、また社会保障研究一般に対して多くの示唆と刺激を与えてくれる点で非常に有益である。

(ほさか てつや・社会保障研究所主任研究員)

菊池 勇 夫 著

『社会 保 障 法 の 形 成』

有斐閣 昭和 45 年 278 ページ

佐 藤 進

1. 戦後、ここ最近漸く、「社会保障法」という固有
名辞をもって、社会保障の法学的見地からの理論的研究
が進められ——未だ社会保障法理が確定をみているわけ
ではないが——、社会保障という法領域にある法の体系的
研究が、労働法とは別に社会法の一分枝としてすすめ
られてきた（拙稿、荒木誠之著「社会保障法」書評、季
刊社会保障研究、1970、No. 1、82ページ以下参照）。しか
し、この戦後の社会保障の法学的研究も、実は、戦前か
らの社会保障の制度的「原型」ともいふべきものや、そ
れから発展してきたものを対象素材としつつ、すすめら
れてきた研究をもとにその法学的な面からの分析がなさ
れているといふべきものであろう。この点についてみ
るとき、前九州大学総長菊池勇夫先生は、九大の社会法
担当教授として、その先駆者的活動を展開され、いまな
お活躍されている。この菊池勇夫先生の研究については、
菊池法学に関する研究史的見地から円宗昭信「社会法理
論の発展」（菊池勇夫編「社会法綜説（上）」所収（昭34）
（有斐閣）、上村政彦「社会保障法の展開——菊池勇夫博
士の研究をたどって」（季刊社会保障研究、1966、No.
2、53ページ以下）などが物されてきた。

本著は、この菊池勇夫先生の、戦前の労作——ほとん
ど現在入手不能といえる——と戦後の労作とを集録して、
一著にして出版されたものであり、まさに、形成・発展
過程にある、社会保障法の理論形成に有力な視座を提供
されている菊池勇夫先生のプロフィールをうかがう上に好
著というべく、かつ、戦前の研究の復刻ともいふべきも
のである。

2. 本著の内容は、戦前から、戦後にかけて発表され
た労作（戦前のもの7編と戦後のもの6編）より成るが、
本著の集録順に即してよりも、筆者は、菊池勇夫教授の
労作について年次別に整理をしつつ、その構成内容を紹
介することにしたい。

——戦前の研究——

社会事業と法律（昭9・2月）

わが国社会事業立法の発達（昭9・9月）

社会事業法と社会法体系（昭10・1月）

社会事業法域の成立について——社会行政発展の一面
——（昭13）

社会事業本質の再検討——時局下におけるその任務
——（昭15）

社会保険法の対象と本質（昭17）

厚生事業の体系及び範囲（昭17）

——戦後の研究——

社会保障における労災補償の問題（昭39・1月）

社会保障の理念と現実（昭39・5月）

社会保障の法体系（昭40）

法制面からみた社会保障（昭42）

社会保障の権利（昭43）

公害と社会保障（昭44）

このように、教授の戦前の研究と戦後の研究とを配列
対比させてみると、戦前、市民法の修正法として把え
られている「社会法」が労働運動の抑圧のもとで、受付
充分理論的發展をみなかった、「労働法」と同視された
学問的状况のもとで、この労働法学とあわせて、社会法
の一分枝として当時の社会行政の対象であった「社会保
険」と「社会扶助」について——これらは現在の、社会
保障制度の「原型」であり、社会保障法制の有力な構成
要素として、その法理的研究が試みられている分野であ
るが——いち早く法学的見地からの研究をすすめられて
いることが理解できる。戦後においては、新憲法におけ
る憲法25条の生存権保障の理念に照らし、この生存権の
具体化のための制度として、「社会保障制度」は展開・
普及をみた。それとともに、戦前の理論的研究をもとに、
この社会保障制度を構成する諸制度の多様性に注目さ
れ、「社会保障」の法体系化と、その象面に出てくる「社
会保障の権利」について究明され、あわせて公害問題の
私法的規制とは別に公害を生存権保障との観点から、社
会保障の面で抱えようとしてされていることを知ることが
できるのである。

3. (I) まず戦前の研究をみると、すでにみたよ
うにわが国の「社会法」＝「労働法」（それも研究の緒に
ついたばかりの）と同視される学問的状况にあるとき、

この「社会法」の発生的契機と関連して、その対象についても労働法領域にあるものをこえて、菊池先生は当時の社会体制下の諸矛盾に関連して展開をみつづけた現象的に社会的弱者のための社会政策的施策として「社会事業」に注目され、この広げられつつある社会事業を素材としつつ、九大での「社会事業法」講義に開講に関連して、労働法と関連させつつ社会事業に関する法理に主力をおく研究を発表されたことは、この面の法学の対象化とその法理の展開として注目しておくたい。

「社会事業と法律」では、歴史的に私的にして自発的・自主的に行なわれた救済事業が、社会的欠陥に対する救済行為としての意義を国家によって認められ政策上の問題となるところに、「社会事業の保護助長のために立法を以て根拠を与えと共にまた事業の遂行に関する国家的統制の爲にも法規の制定を見る」(211ページ)とされ、救済事業の沿革と法律の展開について述べ、わが国の社会立法の発達に言及されつつ、「社会事業法」なる概念を定立された。ここでは、社会法的一部分として、これをとらえ、「今日の社会事業施設は、近代労働状態の暗影たる貧困を主要な対象としているのであって、この意味においては労働問題と救済問題とは相関連している。すなわち、労働問題は労働状態の積極的改善を問題とするのに対して、救済問題は労働者階級および一般無産階級の困窮した生活状態に関し、消極的に救済の手段を講ずるものである。……しかしながら、『社会事業法』は『労働法』と明瞭に区別すべき特質を持っているのである。『労働法』は労働契約関係を中心に構成される法域であって、その端初形態は労働契約という債務関係の原因たる法形態である。これに反して『社会事業法』は要救済原因を法律的原因として持つものではなく、直接に災害のような自然的原因や、貧困のような経済的原因や、不具、奇形、年少というような生理的原因に求められるのである。したがって法規の性質としても、行政法関係のもののみであって……」(215ページ)と、その異同を明らかにされた。この点は、今日の労働法と社会保障法においても妥当視されるのである。

「わが国社会事業立法の発達」においては、上記の社会事業法—社会事業立法は、「国家及び公共団体が社会事業に対して一定の統制と保護とを与える限度を法制化したものに外ならない」(229ページ)し、わが国との社会事業関係立法史につき、政府が社会事業に対する積極的関心を示す時期——大正6年8月内務省地方局内に社会事業行政主管の「救済課」を設定した時期——を境に、それ以前を「前期」それ以後を「後期」として、その立

法関係制度の発展を指摘される。

「社会事業法と社会法体系」では、上述の「社会事業と法律」で展開された理論をもとに、社会立法の意義、労働立法と社会事業立法との関係、社会法の体系について論じ、「狭義の社会法」は「社会改良的諸法規の総称であって、「社会事業法」の全部、「労働法」の大部分、「経済法」の一部分を含む」(225ページ)とされ、「社会法」を広義に社会統制的諸法規の総称と解するならば、「社会事業法」の全部、労働法のほとんど全部および統制経済諸法規たる「経済法」にわたることとなるであろうと述べる。

この社会法的一部分として積極的に評価される「社会事業法」につき、先生は、国際労働法の専門的研究者として、その社会事業についても、各国の社会事業が歴史的には私的に展開されたものが、それと区別され、その事業内容も、また技術もかなり国際的にみて定型化し、それと同時に広く社会行政の対象となっていたこと、これとともに「社会事業の法制化によって社会行政関係法規が増加する」現象に対して、さらに詳細に、社会法体系の視点から、この社会事業法の特性とその体系下における位置の究明を図るべく、「社会事業法域の成立について——社会行政発展の一面——」が発表された。この領域は、いわば、今日の公的扶助、社会援護、社会福祉の領域にあるものというべきであろう。ここでは、社会事業が問題となった時間につき、欧米では1860年代とされ、これが従来の慈善事業に対比して「社会事業」として公共性を明瞭にしたのは「単なる名称の変化ではなく、それは一言でいえば救済問題が社会史の上において持て現代的意義にもとづく」(190ページ)として、近代資本主義経済体制の必然的な矛盾に対する国家の政策的措置の必然性により、社会事業が従前と異なり、「貧困原因」「困窮状態」の変化、救済主体の変化、救済技術方法の変化の面で、「社会事業」の把握をし、これに対応して展開される法の多様性について分類され、その社会事業法の特質として、(1)社会改良的計画法、(2)社会立法の一部門たることに求められるのである(194ページ以下)。

「社会事業本質の再検討——時局下におけるその任務」は、前述の所論をもとに、「社会事業」が、従前の慈善的な、慈善事業に対して、いわゆる「社会事業体系」をもち、これも、単に名称の変化ではなくして、「本質」の発展を示していることを洞察されつつ、従来の救済事業に加えて、経済的保護、医療保護、社会教化、司法保護と、その事業目的、範囲の拡大に注目し、すでにみて

きたように、社会事業の発展的特質について一層その「社会改良の計画性」を指摘される(241~242ページ)。この社会改良を中心とする政策が「社会政策」であり、ここに社会事業を包含し、社会政策固有の範囲＝労働政策として、これは、職業的集団の所属者＝労働者対象＝生産的職業生活の保護とし、社会事業の対象は「地縁的社会」人を対象として＝消費的日常生活の保護にあるとして、両者を社会改良理念ならびにその「生産面における人的資源の保護には、彼らの消費生活を保障することが重要である」として、この社会事業の重要性を認識する(244~245ページ)。そして、この所論によりつつ、国家の展開する「社会事業」は、「国家公共的事業としての社会事業」の成立とともに、国民経済における国家統制の強化に伴う、「国家指導性」の著しきがあり、社会政策を「労働統制」に、社会事業は「国民生活の安定のための積極的施設化」を生むと論ずる(246ページ)。そして、「時局」＝戦時下における「社会事業の任務」として、いわゆる「国家総動員体制下」の「国民的厚生事業」への実質的転化を跡づけられ(246ページ)、社会事業の時局下における任務は、「人的資源確保」とともに、「国民生活全般に対する安定を社会的企画による事業として推進する」とし、戦時挙国体制に不安なからしめるという(249ページ)。この把握は、今日「上」からの社会保障、筆者が「他律的」と呼ぶ性格を著しく肯定的に示すものとして興味深く、そしてここにその性格の「危惧」があまりみられないのは、やはり時代性によるのであろうか？

「厚生事業の体系及び範囲」は、前述の「社会事業本質の再検討」を軸にしつつ、戦時国民経済統制とともに、戦時下に設置された厚生省の厚生行政＝国民的厚生事業を事実としつつ、厚生事業の「範囲」と「体系化」を意図されたもので、その作定に当っては、範囲を成立させる「指導的目標」と、その目標達成のための事業から区画し、それから体系を図式化するといわれ、この図式構成主体は「国家的企画者」→国家的施設←国民を対象とするところに視点をおかれる(254ページ)。この論では、「社会事業」が「厚生事業」として戦時体制下の「社会事業の新体制」に対応する名称＝国防国家体制における社会事業の発展形態」として扱えられ(255ページ)、「兵力」と「労働力」充足のための「人的資源の維持培養」という目的にあるとし、このための事業という点で、「範囲」は、従来の所論に戦時的色彩がみられ、「保健・衛生政策および社会政策を中心として、かつ文化・教育政策、経済政策等にわたって交錯する場面を持

つ」(259ページ)とする。厚生事業の範囲ならびにその体系として、「事業内容系統」の面(生活保護、勤労厚生、保健衛生、社会教化)、「事業運用系統」の面(事業連絡組織・事業担当者、研究機関など)をあげている。

なお、戦前の論文として、この社会事業法のほか今日社会保障制度の有力な制度軸である社会保険について論じた「社会保険法の対象と本質」は、当時の世界各国、日本の社会保険法制の現況を前提として、「保険的方法を行う施設として限定を加え、保険一般の中でまず固有の本質を明らかにする」(142ページ)。社会保険立法の発達について、ことに「強制的社会保険」の普及について、わが国の私保険法制の展開に対応して社会保険制、共済組合制度について述べ、とりわけ、わが国の民間に対する勤労保険立法として、「健康保険法」の制定、地域住民に対する「国民健康保険法」の制定史を中心にして述べる。そして、社会保険の「法律的性質」について、統一社会保険法典の欠如のもとで、個別的な実定法を中心にして、社会保険法の法的性質につき、その「社会性」を中心に保険「目的」、「被保険者」、「保険事故」、「保険計画」、「保険給付」、「保険財源」、「保険経営」(保険機能、団体自治、権利救済)の面から分析され、この面から、当時の実定法の労働者災害扶助責任保険、国民健康保険に分けて考察される。ことに、国民保険につき、労働政策としての社会政策と社会改良の社会事業とを区別し、労働保険と区別される社会事業保険であること。狭義の社会政策と社会事業とを含めた広義の社会政策に属する意味で社会保険の範囲に属するとし、要約として、社会保険の法形態として、(1)保険公営原則の貫徹とともに保険運営における団体的自治組織を承認、(2)被保険者の資格の明定と加入強制、(3)事業主・扶助責任制、(4)保険事故、保険給付の法律による定型化と金銭給付・現物給付・予防給付の性格、(5)保険財源の法定性と国庫負担の法定、(6)保険関係の権利性を指摘される(180ページ)。この点、今日においてもあまり異論のないところであろう。

以上戦前の所論を中心に紹介したが、これらは今日の社会扶助、公的扶助という領域、あるいは、社会福祉、社会援護法の領域にある部分に加えて、社会保険法という社会法体系下における分析といってよい。戦前の菊池先生の所論は、社会政策学者や、保険学者の経済学的見地からのそれと異なり、また、公権的行政法の分野にある社会行政に関する行政法的見地からのそれと異なり、いわゆる社会法という点からの分析をすすめられた点に特色があるといってよい。ただ、戦前、それもわが国の

独占資本主義段階期に入って、その社会的矛盾の中から鋭く生み出された、貧困現象に対し、国家の積極的かつ組織的なこの部門への介入について、社会法＝労働法と対比しつつ、社会法の一部門として、「社会改良政策＝社会改良立法」の一環として「社会事業法」を設定して、これを理論化したことは、注目に値する。ただ、すでにみたように、この政策とその立法的規制につき、「社会改良」として、イデオロギー的性格を顧慮されなかったのは、国家の国民生活の扶養化という事実のみ注目し、その基底の本質などを明らかにされなかったことは当時の時代的制約があるといえ極めて惜しまれるところである。このような理論的規定が、その所論をして、労働法と社会事業法とを対比しつつ、理論化を示しつつも、その基底にある「勤労者」と「地域住民」とを、国家の積極的な「上」からの政策＝「社会改良政策」のカテゴリーの中で「健民」＝「健兵」政策と何の矛盾もなく扱えられたことから、社会事業法もそれ以上の展開をみなかったし、ことに人間生存のための「権利」の史的分析と、その発展と形成」という視点から十分な分析がなされなかったことは、その限界としていたしかたなかったといつてよい。筆者は、戦前入手しえなかったこれらの論文集を改めて読み直してみても、菊池先生が、当時、権利性の稀薄な、しかも「上」からの国家の社会行政部門として、かろうじて陽の目を見つづった部門に、限界はありながらも社会法という視点からスポットをあてられていられたことに注目したいし、これが今日の社会保険法の形成とともに、その理論化の素地の導きつとなったことに注目しておきたい。

(II) 先生の戦後の研究は、憲法25条の生存権の理念とその保障というプログラムのもとで、その戦後の社会保障制度自体、戦前の遺制の改編あるいは新制度の創設に伴い、先生の戦前の発想である「社会法」と「社会事業法」、社会法と労働法というより、社会法自体が、社会・政的基本権、社会権という生存権的基本権の保障とともに、法の部門も、労働法、社会保障法、経済法と細分化していったことに関連し、とりわけ、戦前展開されてきた手法を駆使しつつ、社会保障法の「範囲」と「体系」の画定について、統一社会保障法の存在があるわけではないので、在る実定法を中心に法律学的分析をすすめられたとみてよい。

戦後の論文について年代別にみたい。

「社会保障における労災補償」をみると、この報告は、国際社会法学会への報告であることから、産業災害と職業病に関する労災補償をめぐる法理につき、市民法

から社会法への推移との関連において、社会保障という視点から法的問題を論じている。

「社会保障法の理念と現実」は、憲法25条生存権保障の理念とそれからみた現実について論じ、「社会保障の理念」を「福祉政策優位の国家というほどの意味」(4ページ)とし、社会保障の中心は「社会保険」と「社会扶助」にあり、として、その両者の沿革をだどり、さらに「社会保険から社会保障へ」の進展を跡づけられ、社会保障の国際的發展をILOを中心に論じ、さいごに、日本の社会保障制度の発展を述べられる。先生は、日本国憲法25条の「社会保障」が「社会福祉」「公衆衛生」と並べられたことからいえば、「社会保険」だけの意味にもすぎないように思われると指摘しつつ、社会保障は「社会保険」と「社会扶助」とをあわせたものと理解される。これはすでに述べてきたように、今日の広義の社会保障体系を「社会保険」「公的扶助」「社会福祉」「公衆衛生」さらに、戦争犠牲者などの特殊制度、関連制度(失対、最賃、雇用対策、住宅対策など)、教授は、社会法の体系から「社会保険」と「社会事業」として扱ってきたことに対応し、「第二次世界大戦後の社会保険や社会事業が」社会保障の理念によって社会保険と社会扶助の「総合的体系に再成され、国内制度の系統がきわめて広汎なものとなっている」ことに言及されている(16～17ページ)。

「社会保障の法体系」においては、戦後新憲法とともに、いわゆる社会保障の立法化が行なわれ、「社会保険」に関する諸立法(共済、通則法を含む)と「社会扶助」に関する諸立法と「衛生・医療」に関する諸立法を指摘し、これを系統的に、

- i) 社会保険法(労働者および職域保険、一般住民地域保険、各種保険共通事項通則法)
- ii) 社会扶助法(事業組織法(社会福祉事業法など)、生活扶助に関する法(生活保護法、児童手当扶養法、特別児童扶養手当法)、福祉施設に関する法(各種福祉法))
- iii) 公衆衛生、医療関係法
- iv) その他

に明確に分類され、とりわけ、その理論的根拠は明らかではないが、社会扶助法として「公的扶助」と「社会福祉」とを一括する立場にたつ。そして、「法体系の形式的整備は社会保障の実質の拡充にともなうのみ達成される」(84ページ)とし、社会保障の体系化は、法典化の構想に発展すると、先生の専門のフランス社会保障法型を示唆されつつ、日本の現状からみて、機械的方法に

においても、関係諸法の重複をさけ、共通事項の通則性を定め、その制度の発展と行政機構の整理を進めることを提言する(85ページ)。ただ「日本において統一的社会保障法体系を考える場合にも、これらの法典と同様に給付別となるであろうが、社会保障の技術的組織としては、現状を基礎とするかぎり、強制保険、共済組合、公的扶助、社会福祉などの形態を包括することになる」(85～86ページ)とされる。

「法制面からみた社会保障」も、社会保障法というものを、憲法条項に即し、日本社会保障制度の体系として、前述の論文と同様の立場に立って、「公的扶助＝救貧政策、社会福祉＝救貧政策」としてではなく、公的サービス、公的扶助との並給をする社会福祉立法の立場に対して、公的扶助と社会福祉とを包括して、①「社会扶助」部門と、②社会保険部門と、さらに補足的関連領域として、③公衆・衛生部門とを含むとする(52ページ)。そして、広義の社会保障を基礎づける憲法25条の「最低生活権」は国の義務として、保障することを要する基本権を指し社会的必要(Social Needs)の充足のため、「救貧的生活保護基準よりも、社会保険によってその基準を増進し、国の公的サービスの拡充による」とされる(52ページ)。

そして、教授は、この3つに分類される立場にたって、現行法の分類をされ、ことに社会保障法の執行は、1つには行政的執行、1つは司法的執行にあるとされ(58ページ)、その執行機構の問題とともに、司法的救済の問題として、被保障者の権利の実現の仕組みについて言及され、社会保障憲章あるいは社会保障基本法の制定という注目すべき提言をされる(60～61ページ)。

「社会保障の権利」では、現行実定法上「社会保障権」が法定されていないことから、先生は、①基本権的性質と、②実定法上の権利としての性質との2つの面から分析される。①の基本権的性質の究明において社会権としての生存権の法哲学的究明を各国の憲法に求めて試みられ、漸次これが具体化していく歩みを、アメリカ社会保障法、ニュージーランド社会保障法、Atlantic charter、ベバリッジ・プラン、ILO 102号条約、国連憲章、ヨーロッパ憲章を中心に論述し、社会保障の基本権として、狭義の「社会保障権」は、社会保障と関連的な扶助制度とに限られ、広義のそれは、「社会扶助受給権」「家族保護・母子保護受給権」「社会福祉施設サービス受給権」「保健サービス受給権」にあるとされる(32ページ)。これに関連し、実定法上の権利として——アメリカ、イギリス、フランス、西独の法制を紹介され、その具体的

権利として、社会保障受給権は、その人的範囲、給付内容、受給要件、社会給付期間、権利救済について抽象的に問題とされ(38ページ)、現行日本の社会保障法のそれについて次のごとく指摘される。憲法上の「社会保障の権利」は、基本的権利であるが、これを条文の文句によって意義を限定するならば、社会保障企画のうち、社会福祉と公衆衛生とを除外した制度、つまり社会保険とこれに関連する社会扶助だけを指すものとする(39ページ)とされ、「社会立法の規定による社会保障給付を受ける権利は、具体的には社会保険給付を受ける権利や社会扶助給付を受ける権利である。これを受給権といえることができる」(41ページ)という。そして、この受給権につき、得喪、保護、救済につき、かんたんに言及される。

この「社会保障法の権利」は、今日的な理論分析の主題であるのであるが、少し気になるのは、先生が、社会保障権につき、「社会扶助受給権」と「社会保険受給権」とをあげられつつ、社会福祉と公衆福祉と公衆衛生を除くという見解を示されている点であるが、とすると、社会扶助から社会福祉を除いたものとなると、公的扶助(生活保護)＝社会扶助が具体的な権利となるということになる。しかし筆者のみるかぎり今日、生活保護受給権、社会保険受給権、さらに、第3の領域にある社会援護、社会福祉の受給権は、極めて権利性が強められるべき法として注目されている点、この点との関係でどのように解するかもう1つ教示をお願いしたいし、公衆衛生も、広く国民に対する予防医療、さらに、公害対策を含めてみると、それなりに権利性が認められるべきで、除外された点、一層御教示を得たい点と思うのである。彼の問題の「公害と社会保障」においては、憲法25条に照らし、「公害」とそれに対する「社会保障」立法の分野からのアピールが展開され、ことに、「社会保障立法」と「公害立法」との関係につき、憲法25条の「公衆衛生」との関連において、「産業に関する地域的生活関係保護」という点で(106～107ページ)関連させられ、具体的には「生活権保障」＝シヴィル・ミニマムという点で、生活基準の向上の一環としての「公害対策」＝公害法があることを論ぜられているが(107～108ページ)、この論稿では、この関係がどうなるか、それ以上は言及されていない点、今日の問題だけに、今後一層の説明をお願いしたかった点である。

4. 以上、菊池先生の諸論稿について、内容のかんたんな紹介にとどまったきらいがある。菊池先生の社会法思想の詳細な叙述を目的としていない本稿の限界におい

て、まず本著は、「社会保障法」の生成という視点からみると、まさに、戦前の分析は「社会保障法」の前史を中心とした分析といえるものである。今日、社会保障法という独立した法領域を開拓しえた時代以前において、社会法思想の展開期に、すでにみたように社会法＝労働法と観念されていた時期に、いち早く(1)社会法＝労働法から、社会法の一分支としての「労働法」と「社会事業法」とに分岐せしめ、さらに、社会法＝労働法から「社会保険法」を分岐せしめて、おのおの固有の対象領域をもち体系的な整序が加えなければならないこと、(2)一方、社会法という統合名辞をもって、これらのものに共通なメルクマールとして「社会改良」「社会政策的法」という点に求められたことは時代の所産として注目したい。日本資本主義の展開・発展に伴って、国家の社会計画がその社会的諸矛盾の是正のため、かつ、man-power resources 政策の面で、産業労働力、軍事兵力培養・保護育成という面で進められてきていたことによって、すなわち「上」から、それらの政策が展開されていた状況について、「社会法」原理の面からこの法現象を整備し、体系化した功績は永く評価されなければならない。しかし、体制との関連においてこれをどのような法現象として評価すべきかについては、この「上」からの「改良主義」として極めて現状肯定的においてのみとらえざるをえなかったこと、ことにわが国の資本主義の特殊な発展との関連において、社会法の展開・発展の側面から問題を提起された際に、その権利性その他の面からもっと深く掘

り下げられれば、今日の学問的状况に大きく役立ったことであろうし、しかし当時これも困難であったことを仮定すれば、その学問的状况に憤りを感じるのみである。

戦後においては、新憲法 25 条の生存権保障の理想と現実のもとに、菊池先生は国際的視野からの展望を含めて、多層化している社会保障実定法を中心にして在来の方法のもとで、いわゆる「権利」としての社会保障と、その法体系の分析を進められたことはすでにみたとおりである。しかし、先生の分析が、戦前展開された方法の上で戦後の分析を進められていることは否定しえず、社会保障法が今日どのような位置にあるかということ、すぐれて「下」からの受益者の権利の理論化からは客観的、静態的な、法規分類とそれにもとづく体系化にとどまられているのは、先生の学風であるとしても、その先を教えていただきたいと思うのは筆者のみだけではあるまい。菊池社会保障法学の今後の展開、これが今後社会科学としての社会保障法学にたかめられていくことに通ずるのであろうが、これは法学者として跡を継ぐ、われわれに課されている任務なのかもしれないし、本著が「社会保障法の形成」と銘うたれた意味が、ここにこめられているのかもしれない。

そこつ者の筆者だけに、読み誤りを犯している処が多いかもしれないし、非礼を犯している処が多くあるかもしれないが、この点、先生に心から御意恕をえたいと思う。

(さとう すずむ・金沢大学教授)

次 号 (Vol. 7, No. 2) 予 告

巻頭言	平田 富太郎
論 文	
コミュニティ形成と論理	松 原 治 郎
コミュニティと医療	大 村 潤 四 郎
コミュニティと社会福祉	嶋 田 啓 一 郎
コミュニティ・ケアと社会福祉	三 浦 文 夫

社会 保 障 統 計

この「社会保障統計欄」を読むうえに：

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。可能なかぎり最新の数字に入れ替えることにしているが、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、就業者、労働時間および賃金について国際比較を行い、国内資料は人口、労働人口、就業者、雇用、賃金等の労働関係の諸指数、国民所得、消費者物価指数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。

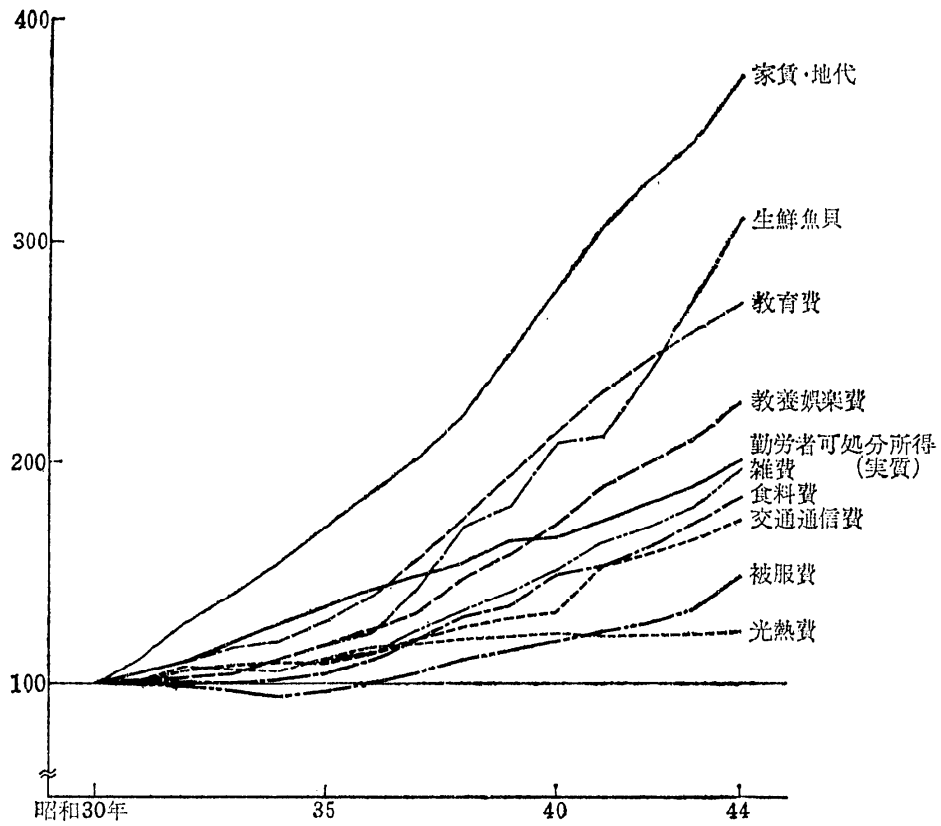
計数のない場合	—
計数不明の場合	…
統計項目のありえない場合	・
数値が微小(0.05未満)の場合	0.0
使用した計数の年次等が異なる場合	*

(曾原利満, 大本圭野)

目 次

図 1 わが国の消費者物価指数の推移(人口5万以上の都市) ……………	75
図 2 各国の1963～65年間の消費者物価上昇率 ……	75
国際比較	
人 口	
表 1 各国の総人口および男女別人口 ……………	76
表 2 各国の年齢階級別人口構成割合 ……………	77
経済活動人口	
表 3 各国の職業別経済活動人口 ……………	78
表 4 各国の産業別経済活動人口 ……………	80
表 5 各国の従業上の地位別経済活動人口 ……	82
労働時間・賃金	
表 6 各国における主要産業の過当り労働時間と稼得賃金 ……………	84
国内資料	
人 口	
表 7 年齢3区分別人口の推移 ……………	86
労働	
表 8 労働人口の推移 ……………	87
表 9 職業別就業者数の推移 ……………	88
表 10 産業別就業者数の推移 ……………	89
表 11 従業上の地位別就業者数の推移 ……………	90
表 12 産業別雇用指数の推移 ……………	91
表 13 産業別常用労働者賃金指数の推移 ……………	92
表 14 産業別常用労働者の1人平均月間出勤日数および実働時間数の推移 ……………	93
表 15 職業紹介状況(新卒を除く) ……………	93
表 16 産業別労働災害率の推移 ……………	94
国民所得	
表 17 国民所得の分配 ……………	95
消費者物価	
表 18 人口5万以上の都市消費者物価指数の推移 ……………	96

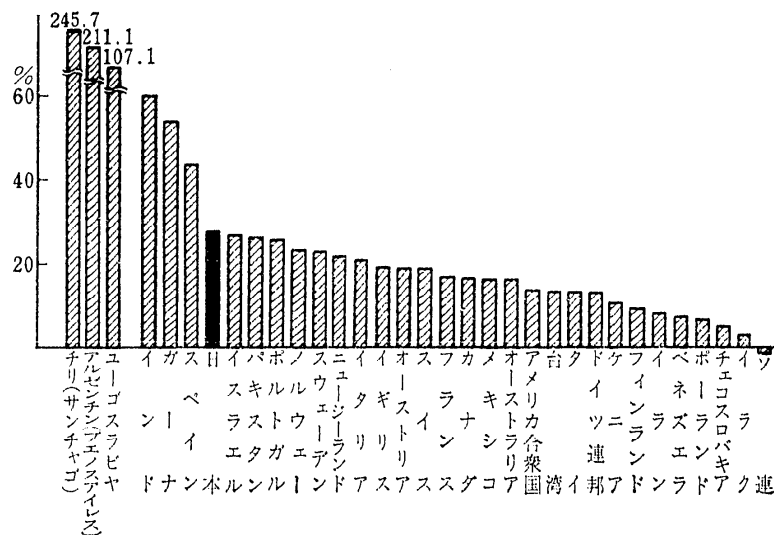
図 1 わが国の消費者物価指数の推移 (人口5万以上の都市)



注 昭和40年基準を筆者が30年基準に換算した。

資料 総理府「消費者物価指数年報」「家計調査年報」。

図 2 各国の1963～65年間の消費者物価上昇率



資料 ILO, Year Book of Labor Statistics, 1969.

国際比較
人 口

表 1 各国の総人口および男女別人口

(単位 人)

	年 次	総 数	男	女
ヨーロッパ州				
スウェーデン	1967	7,867,931	3,930,696	3,937,235
ノルウェー	1966	3,752,749	1,869,831	1,882,918
フィンランド	1965	4,611,702	2,226,470	2,385,232
デンマーク	1966	4,797,468	2,378,131	2,419,337
オーストリア	1967	7,322,821	3,427,662	3,895,159
スイス	1967	5,994,500	2,917,450	3,077,050
イギリス	1968	48,593,000	23,629,900	24,963,100
ドイツ連邦	1966	57,502,200	27,425,500	30,076,700
フランス	1966	49,400,066	24,170,575	25,229,491
オランダ	1967	12,598,201	6,289,538	6,308,663
イタリア	1966	53,128,500	26,024,500	27,104,000
スペイン	1960	30,375,764	14,726,222	15,649,542
ポルトガル	1967	9,415,000	4,529,400	4,885,600
ポーランド	1967	31,943,900	15,521,500	16,422,400
ユーゴスラビア	1966	19,735,000	9,665,000	10,070,000
チェコスロバキア	1967	14,305,031	6,981,460	7,323,571
北アメリカ州				
カナダ	1967	20,405,000	10,247,800	10,157,200
アメリカ合衆国	1968	201,166,000	98,869,000	102,296,000
メキシコ	1967	45,671,000	22,891,000	22,780,000
南アメリカ州				
ベネズエラ	1968	9,686,486	4,865,168	4,821,318
アルゼンチン	1968	23,617,000	11,879,000	11,738,000
チリ	1967	9,136,685	4,502,441	4,634,244
アジア州				
日本	1967	100,243,000	49,219,000	51,024,000
インド	1961	438,774,729	226,060,908	212,713,821
フィリピン	1967	34,656,000	17,493,854	17,176,000
台湾	1967	13,296,571	6,841,155	6,455,416
タイ	1960	26,257,916	13,154,149	13,103,767
インドネシア	1961	96,318,829	47,493,854	48,824,975
パキスタン	1961	90,282,674	47,516,890	42,765,784
トルコ	1965	31,391,207	15,945,768	15,445,439
イラン	1966	25,143,700	12,997,900	12,145,800
イラク	1957	6,339,960	3,185,117	3,154,843
イスラエル	1967	2,746,860	1,387,999	1,358,861
アフリカ州				
アラブ連合	1960	25,984,101	13,068,012	12,916,089
ガーナ	1960	6,726,815	3,400,270	3,326,545
ケニア	1962	8,636,300	4,277,000	4,359,300
大洋州				
オーストラリア	1967	11,810,200	5,947,500	5,862,700
ニュージーランド	1967	2,729,188	1,368,172	1,361,016
ソ連	1961	216,101,000	97,840,000	118,261,000

資料 UN, Demographic Yearbook 1968.

表 2 各国の年齢階級別人口構成割合

(単位 %)

	年 次	総人口	1歳未満	1～9	10～14	15～19	20～49	50～59	60～64	65～69	70～	年齢不詳
ヨーロッパ州												
スウェーデン	1967	100.0	1.5	12.6	6.8	7.5	39.7	13.1	5.7	4.8	8.3	—
ノルウェー	1966	100.0	1.8	14.8	8.1	8.3	37.4	12.2	5.2	4.5	7.7	—
フィンランド	1965	100.0	1.7	15.8	9.6	10.6	38.8	11.2	4.4	3.3	4.6	—
デンマーク	1966	100.0	1.8	14.3	7.7	8.3	39.1	12.1	5.1	4.3	7.3	—
オーストリア	1967	100.0	1.7	15.2	6.9	6.8	37.9	11.6	6.2	5.3	8.4	0.0
スイス	1967	100.0	～4歳 8.4	5～9歳 7.7	7.3	7.9	41.4	11.2	5.0	4.2	6.9	—
イギリス	1968	100.0	～4歳 8.6	5～9歳 7.9	6.9	7.0	39.0	12.2	5.7	4.7	8.0	—
ドイツ連邦	1966	100.0	1.7	14.6	6.7	6.6	40.0	12.5	5.9	4.7	7.1	—
フランス	1966	100.0	1.7	14.4	8.3	8.7	38.1	10.7	5.4	4.6	8.1	—
オランダ	1967	100.0	1.9	17.1	8.9	9.1	38.9	10.0	4.3	3.6	6.3	—
イタリア	1966	100.0	1.8	15.0	7.5	8.0	41.1	11.8	4.6	3.7	6.3	—
スペイン	1960	100.0	～4歳 9.7	5～9歳 8.8	8.8	8.0	41.9	10.3	4.0	3.2	5.1	—
ポルトガル	1967	100.0	2.1	17.3	9.4	7.7	39.9	11.0	3.9	3.1	5.5	—
ポーランド	1967	100.0	1.6	16.6	11.1	10.1	39.2	9.6	4.4	3.2	4.1	—
ユーゴスラビア	1966	100.0	1.9	17.1	10.2	9.2	41.2	9.2	4.0	3.1	4.0	—
チェコスロバキア	1967	100.0	1.5	13.9	8.9	9.1	39.3	11.3	5.4	4.4	6.0	—
北アメリカ州												
カナダ	1967	100.0	1.8	19.9	10.5	9.4	38.2	9.1	3.3	2.7	5.0	—
アメリカ合衆国	1968	100.0	1.7	17.9	10.0	9.0	37.5	10.2	4.1	3.3	6.2	—
メキシコ	1967	100.0	4.0	29.7	12.6	10.2	33.4	5.0	1.8	1.4	2.0	—
南アメリカ州												
ベネズエラ	1968	100.0	～4歳 19.5	5～9歳 15.6	12.3	9.2	34.0	5.1	1.7	1.1	1.5	—
アルゼンチン	1968	100.0	～4歳 10.4	5～9歳 9.7	9.4	8.9	41.4	9.5	3.8	2.9	4.1	—
チリ	1967	100.0	3.0	25.1	11.7	9.9	36.8	6.5	2.4	4.5		—
アジア州												
日本	1967	100.0	1.8	14.2	8.3	11.0	45.6	8.9	3.4	2.8	3.9	—
インド	1961	100.0	3.1	26.7	11.2	8.2	39.0	6.1	2.6	1.1	2.0	0.0
フィリピン	1967	100.0	～4歳 19.2	5～9歳 15.0	12.6	10.6	33.5	5.0	1.6	1.1	1.4	—
台湾	1967	100.0	2.6	27.0	13.7	11.0	34.7	6.3	1.9	1.3	1.5	—
タイ	1960	100.0	2.3	29.0	11.8	9.5	37.0	5.6	1.8	1.2	1.6	0.2
インドネシア	1961	100.0	3.3	30.3	8.5	8.0	39.9	5.2	2.2	0.8	1.7	0.1
パキスタン	1961	100.0	2.8	32.3	9.4	8.2	35.7	5.6	3.5		3.5	—
トルコ	1965	100.0	2.5	26.9	12.3	9.3	35.1	6.6	3.1	1.7	2.3	0.1
イラン	1966	100.0	3.3	30.9	12.1	8.4	34.2	4.6	2.7	1.4	2.5	—
イラク	1957	100.0	3.3	31.2	10.3	7.9	32.9	6.9	2.2	1.5	3.6	0.2
イスラエル	1967	100.0	2.4	20.5	11.0	10.6	36.1	9.7	3.6	2.8	3.5	—
アフリカ州												
アラブ連合	1960	100.0	2.9	27.6	12.2	8.3	36.6	6.3	2.6	1.3	2.2	0.0
ガーナ	1960	100.0	4.1	30.3	10.1	8.1	38.2	4.2	1.8	0.9	2.3	—
ケニア	1962	100.0	～4歳 17.2	5～9歳 15.7	13.2	9.9	34.2	4.2	4.8		0.6	—
大洋州												
オーストラリア	1967	100.0	1.9	18.0	9.4	8.9	39.3	10.2	3.8	3.1	5.4	—
ニュージーランド	1967	100.0	2.3	20.3	10.1	9.1	36.6	9.7	3.8	3.0	5.3	—
ソ連	1961	100.0	22.1		10.1	4.6	43.9	9.4	5.8		4.0	—

資料 UN, Demographic Yearbook 1968.

経済活動人口

表3 各国の職業別

	年 次	専門職、技術的従事者および関連従事者	行政的執行および管理的従事者	書記的従事者	販売従事者	農夫・漁夫・猟師・伐木夫および関連従事者
ヨーロッパ州						
スウェーデン	1965 ¹⁾	526,337(15.3)	75,798(2.2)	327,615(9.5)	318,480(9.3)	402,811(11.7)
ノルウェー	1960	113,248(8.0)	44,455(3.2)	98,615(7.0)	105,722(7.5)	272,622(19.4)
フィンランド	1960	166,708(8.2)	33,446(1.6)	105,117(5.2)	140,418(6.9)	714,997(35.1)
デンマーク	1960	164,311(7.8)	35,081(1.7)	183,637(8.8)	205,341(9.8)	369,914(17.7)
スイス	1960	225,453(8.9)	30,840(1.2)	340,763(13.6)	170,127(6.8)	286,897(11.4)
イギリス	1966 ¹⁾	2,374,850(9.6)	765,830(3.1)	3,402,050(13.7)	2,383,350(9.6)	864,220(3.5)
西ドイツ	1961	2,036,900(7.6)	836,700(3.1)	3,192,200(11.9)	2,010,900(7.5)	3,626,700(13.5)
フランス	1962	1,811,033(9.1)	613,330(3.1)	1,585,118(8.0)	1,707,917(8.6)	3,940,797(19.9)
ベルギー	1961	281,196(8.0)	92,373(2.6)	396,801(11.3)	384,344(10.9)	258,974(7.4)
イタリア	1965 ¹⁾	106,000(5.3)	1,597,000(8.0)		2,310,000(11.6)	4,938,000(24.8)
スペイン	1968 ¹⁾	429,700(3.4)	109,900(0.9)	873,600(7.0)	1,272,600(10.2)	3,898,300(31.1)
ポルトガル	1960	92,247(2.7)	42,846(1.3)	152,321(4.4)	211,436(6.2)	1,440,145(42.0)
チェコスロバキア	1961	906,331(14.0)	110,318(1.7)	425,716(6.6)	358,119(5.5)	1,381,343(21.3)
北アメリカ州						
カナダ	1969 ¹⁾	1,046,000(12.7)	740,000(9.0)	1,153,000(14.0)	512,000(6.2)	668,000(8.1)
アメリカ合衆国	1968 ¹⁾	10,452,000(12.7)	7,852,000(9.5)	13,193,000(16.0)	4,779,000(5.8)	3,537,000(4.3)
メキシコ	1960	410,107(3.6)	95,132(0.8)	693,141(6.1)	1,024,338(9.0)	6,065,120(53.6)
南アメリカ州						
チリ	1960	118,203(4.9)	45,952(1.9)	162,026(6.8)	168,219(7.0)	657,205(27.5)
コロンビア	1964	201,424(3.9)	134,420(2.6)	236,795(4.6)	288,854(5.6)	2,426,699(47.4)
ベネズエラ	1961	127,175(5.4)	33,426(1.4)	155,382(6.6)	229,445(9.8)	761,342(32.4)
アジア州						
日本	1965 ¹⁾	2,678,800(5.5)	1,414,900(2.9)	6,181,600(12.8)	5,586,800(11.6)	11,676,000(24.2)
フィリピン	1965 ¹⁾	377,000(3.3)	373,000(3.2)	361,000(3.1)	697,000(6.1)	6,010,000(52.3)
インド	1961	3,235,586(1.7)	1,811,449(1.0)	3,197,015(1.7)	6,875,613(3.6)	137,590,183(72.9)
タイ	1960	173,960(1.3)	26,191(0.2)	154,303(1.1)	735,457(5.3)	11,382,489(81.9)
イラン	1966 ¹⁾	219,000(2.9)	59,300(0.8)	155,900(2.1)	516,600(6.8)	3,138,400(41.6)
イスラエル	1968 ¹⁾	122,500(12.6)	153,200(15.8)		83,200(8.6)	100,300(10.3)
アフリカ州						
アラブ連合	1960	214,917(3.1)	74,529(1.1)	249,007(3.6)	552,137(8.0)	3,671,289(53.5)
ガーナ	1960	69,005(2.2)	13,354(0.5)	43,348(1.6)	345,605(12.7)	1,563,533(57.4)
大洋州						
オーストラリア	1966 ¹⁾	540,575(9.3)	304,639(6.3)	713,548(14.7)	375,467(7.7)	469,051(9.7)
ニュージーランド	1966 ¹⁾	104,158(10.2)	60,037(5.9)	141,046(13.7)	84,521(8.2)	134,417(13.1)

注 1) 推定値。 2) 失業者を含む。 3) 軍人を含む。 4) () 内は%を示す。

資料 ILO, Year Book of Labour Statistics, 1969.

経 済 活 動 人 口

(単位 人)

採鉱・採石従事者 および関連従事者	運輸・通信の従事者	技能工・生産工程労働者 および他と分類不能の単純労働者	サービス・スポーツ およびレクリエーション 従事者	分 類 不 能	計
12,362(0.4)	228,782(6.6)	1,188,804(34.4)	332,259(9.7)	27,859(0.9) ²⁾	3,441,107(100.0)
6,374(0.5)	149,978(10.7)	474,370(33.7)	128,514(9.1)	12,460(0.9) ²⁾	1,406,358(100.0)
7,338(0.4)	132,380(6.5)	555,406(27.3)	167,965(8.3)	9,493(0.5) ²⁾³⁾	2,033,268(100.0)
...	136,677(6.7)	673,511(32.3)	247,105(11.8)	78,053(3.7)	2,093,631(100.0)
7,114(0.3)	95,162(3.8)	1,091,022(43.4)	262,765(10.5)	2,238(0.1) ²⁾	2,512,411(100.0)
373,040(1.5)	1,498,650(6.0)	9,781,970(39.3)	2,991,370(12.0)	421,170(1.7) ²⁾	24,856,500(100.0)
383,400(1.4)	1,248,600(4.7)	10,337,400(38.5)	2,035,800(7.6)	1,112,500(4.2) ²⁾	26,821,100(100.0)
2,195,300(11.1)	610,070(3.1)	6,795,546(34.3)	1,491,664(7.5)	1,054,158(5.3) ²⁾³⁾	19,829,165(100.0)
84,410(2.4)	182,257(5.2)	1,384,929(39.4)	245,459(7.0)	201,720(5.8) ²⁾³⁾	3,512,463(100.0)
97,000(0.5)	890,000(4.5)	7,164,000(35.9)	716,000(3.6)	1,148,000(5.8)	19,920,000(100.0)
106,900(0.9)	556,400(4.4)	4,094,200(32.7)	1,038,800(8.3)	139,700(1.1)	12,520,100(100.0)
19,919(0.6)	102,668(3.0)	930,469(27.2)	306,881(8.9)	124,619(3.7) ²⁾³⁾	3,423,511(100.0)
189,230(2.9)	491,771(7.6)	2,076,513(32.0)	531,856(8.2)	11,467(0.2)	6,482,664(100.0)
64,000(0.8)	425,000(5.2)	2,319,000(28.0)	935,000(11.3)	386,000(4.7) ²⁾	8,248,000(100.0)
14,607,000(17.9)		14,091,000(17.1)	9,817,000(11.9)	3,943,000(4.8) ²⁾³⁾	82,272,000(100.0)
109,015(1.0)		2,141,964(18.9)		798,199(7.0)	11,332,016(100.0)
55,490(2.3)	77,751(3.3)	634,625(26.6)	321,519(13.5)	147,766(6.2)	2,388,667(100.0)
42,612(0.8)	154,584(3.0)	895,825(17.4)	574,480(11.2)	178,432(3.5)	5,134,125(100.0)
18,217(0.8)	151,575(6.4)	460,668(19.6)	264,555(11.3)	149,506(6.3) ²⁾³⁾	2,351,291(100.0)
227,900(0.5)	2,075,900(4.3)	14,326,800(29.7)	3,441,200(7.1)	683,900(1.4)	48,293,800(100.0)
23,000(0.2)	261,000(2.3)	1,606,000(14.0)	826,000(7.2)	951,000(8.3)	11,491,000(100.0)
671,535(0.4)	1,876,052(1.0)	27,407,330(14.5)	5,586,908(3.0)	423,829(0.2)	188,675,500(100.0)
26,255(0.2)	144,610(1.0)	806,205(5.8)	273,375(2.0)	164,139(1.2)	13,836,984(100.0)
	1,991,500(26.3)		482,600(6.4)	994,600(13.1) ²⁾	7,557,900(100.0)
73,800(7.6)	49,200(5.1)	235,500(24.3)	121,100(12.5)	31,000(3.2)	969,800(100.0)
11,861(0.2)	207,723(3.0)	1,059,616(16.0)	638,560(9.3)	151,754(2.2)	6,867,390(100.0)
33,807(1.3)	51,335(1.9)	393,078(14.4)	55,318(2.0)	163,643(6.0)	2,723,026(100.0)
31,864(0.7)	294,109(6.1)	1,723,338(35.8)	360,978(7.4)	132,886(2.8) ²⁾	4,856,455(100.0)
4,235(0.4)	60,954(5.9)	355,513(34.7)	65,057(6.3)	16,101(1.6) ²⁾	1,026,036(100.0)

表4 各国の産業別

	年次	農林・狩猟・漁業	鉱業・採石業	製造業	建設業
ヨーロッパ州					
スウェーデン	1965 ¹⁾	407,560(11.8)	20,396(0.6)	1,101,898(31.9)	330,278(9.6)
ノルウェー	1960	274,119(19.5)	9,072(0.6)	358,224(25.5)	133,236(9.5)
フィンランド	1960	720,817(35.5)	6,513(0.3)	438,003(21.6)	176,157(8.7)
デンマーク	1960	366,424(17.5)	3,641(0.2)	596,687(28.5)	150,312(7.2)
スイス	1960	280,191(11.2)	6,483(0.3)	999,555(39.7)	239,454(9.5)
イギリス	1966 ¹⁾	779,820(3.1)	579,390(2.3)	8,614,460(34.8)	1,947,110(7.8)
西ドイツ	1967 ¹⁾	2,675,000(10.1)	544,000(2.0)	9,922,000(37.3)	2,132,000(8.0)
フランス	1962	3,906,560(19.8)	320,440(1.6)	5,319,250(26.9)	1,613,420(8.2)
ベルギー	1967 ¹⁾	209,229(5.5)	74,807(2.0)	1,233,584(32.4)	308,430(8.1)
イタリア	1967 ¹⁾	4,608,000(23.3)	279,000(1.4) ²⁾	5,691,000(28.7)	2,046,000(10.3)
スペイン	1968 ¹⁾	3,902,100(31.1)	132,700(1.1)	3,252,500(26.0)	1,074,200(8.6)
ポルトガル	1960	1,474,193(43.1)	696,526(20.3)	229,606(6.7)	14,515(0.4)
チェコスロバキア	1961	1,615,999(24.9)	272,576(4.2)	2,154,814(33.2)	542,151(8.4)
北アメリカ州					
カナダ	1969 ¹⁾	696,000(8.4)	119,000(1.4)	1,827,000(22.2)	486,000(5.9)
アメリカ合衆国	1968 ¹⁾	4,005,000(4.9)	544,000(0.7)	21,555,000(26.1)	4,887,000(5.9)
メキシコ	1960	6,143,540(54.2)	141,530(1.2)	1,556,091(13.7)	408,279(3.6)
南アメリカ州					
チリ	1960	662,379(27.7)	91,112(3.8)	428,862(18.0)	135,758(5.7)
コロンビア	1964	2,427,059(47.2)	81,279(1.6)	655,961(12.8)	220,705(4.3)
ベネズエラ	1961	759,785(32.3)	53,540(2.3)	287,344(12.2)	131,001(5.6)
アジア州					
日本	1965 ¹⁾	11,731,172(24.3)	331,562(0.7)	11,686,917(24.2)	3,376,368(7.0)
フィリピン	1965 ¹⁾	6,052,000(52.7)	28,000(0.2)	1,221,000(10.6)	299,000(2.6)
インド	1961	137,545,952(72.9)	918,254(0.5)	17,906,489(9.5)	2,059,479(1.1)
タイ	1960	11,334,382(82.0)	29,568(0.2)	471,027(3.4)	63,813(0.5)
インドネシア	1961	23,516,197(68.0)	87,394(0.3)	1,856,152(5.4)	582,040(1.7)
イラン	1966 ¹⁾	3,540,200(46.9)	18,400(0.2)	1,266,400(16.8)	552,700(7.3)
イラク	1957	858,723(47.9)	3,863(0.2)	170,390(9.5)	80,871(4.5)
イスラエル	1968 ¹⁾	105,800(10.9)	246,800(25.5) ³⁾		80,000(8.3)
アフリカ州					
アラブ連合	1960	4,405,227(56.6)	20,880(0.3)	704,279(9.0)	157,652(2.0)
ガーナ	1960	1,578,880(58.0)	48,430(1.8)	235,240(8.6)	89,370(3.3)
大洋州					
オーストラリア	1966 ¹⁾	456,651(9.4)	56,343(1.2)	1,312,125(26.9)	428,629(8.8)
ニュージーランド	1966 ¹⁾	134,580(13.1)	6,356(0.6)	373,086(26.6)	95,202(9.3)

- 注 1) 推定値。
 2) 失業者を含む。
 3) 電気・ガス・水道・衛生業を含む。
 4) 運輸・倉庫・通信業を含む。
 5) 専門・技術職、公務員、牧師、セールス業を含む。
 6) 製造業を含む。
 7) () 内は%を示す。

資料 ILO, Year Book of Labour Statistics, 1969.

経 済 活 動 人 口

(単位 人)

電気・ガス・水 道・衛生業	商 業	運輸・倉庫・通信業	サ ー ビ ス 業	分 類 不 能	計
33,560(1.0)	534,243(15.5)	246,634(7.1)	762,013(22.1)	13,315(0.4)	3,449,897(100.0)
12,817(0.9)	186,814(13.3)	167,464(11.9)	259,347(18.4)	5,265(0.4)	1,406,358(100.0)
18,861(0.9)	236,381(11.6)	128,844(6.3)	301,463(14.8)	6,229(0.3)	2,033,268(100.0)
12,850(0.6)	313,351(15.0)	150,688(7.2)	463,088(22.1)	36,590(1.7)	2,093,631(100.0)
21,758(0.9)	346,215(13.8)	135,078(5.4)	479,550(19.0)	4,127(0.2)	2,512,411(100.0)
417,510(1.7)	3,989,390(16.0)	1,651,950(6.6)	6,711,350(27.0)	165,520(0.7)	24,856,500(100.0)
217,000(0.8)	3,898,000(14.6)	1,504,000(5.6)	5,797,000(21.7)	—	26,688,000(100.0)
183,820(0.9)	2,595,660(13.2)	1,063,640(5.4)	3,953,590(20.1)	755,120(3.9)	19,711,500(100.0)
30,282(0.8)	609,609(16.0)	263,404(6.9)	941,303(24.7)	93,221(2.4) ²⁾	3,910,455(100.0)
—	2,882,000(14.6)	1,032,000(5.2)	2,960,000(15.0)	298,000(1.5) ²⁾	19,796,000(100.0)
89,100(0.7)	1,286,500(10.3)	632,800(5.0)	2,150,200(17.2)	—	12,520,100(100.0)
272,754(8.0)	123,928(3.6)	500,603(14.6)	25,786(0.8)	85,791(2.5) ²⁾	3,423,551(100.0)
84,643(1.3)	360,139(5.6)	387,804(6.0)	1,044,763(16.1)	19,775(0.3)	6,482,644(100.0)
101,000(1.2)	1,616,000(19.6)	621,000(7.5)	2,396,000(29.1)	386,000(4.7)	8,248,000(100.0)
1,128,000(1.4)	18,409,000(22.4)	4,028,000(4.9)	23,772,000(28.9)	3,943,000(4.8)	82,272,000(100.0)
41,443(0.4)	1,075,174(9.5)	356,939(3.2)	1,527,229(13.5)	81,791(0.7)	11,332,016(100.0)
18,866(0.8)	241,018(10.1)	117,941(4.9)	544,270(22.8)	148,461(6.2)	2,388,667(100.0)
13,276(0.3)	440,520(8.6)	191,817(3.7)	925,946(18.0)	177,562(3.5)	5,134,125(100.0)
23,326(1.0)	297,458(12.6)	117,648(5.0)	548,298(23.3)	132,891(5.7) ²⁾	2,315,291(100.0)
262,621(0.5)	9,638,157(20.0)	2,889,820(6.0)	7,674,569(15.9)	677,581(1.4) ²⁾	48,268,767(100.0)
22,000(0.2)	1,120,000(9.8)	367,000(3.2)	1,426,000(12.4)	956,000(8.3)	11,491,000(100.0)
623,019(0.3)	7,653,571(4.1)	3,019,281(1.6)	16,660,354(8.8)	2,280,101(1.2)	188,675,500(100.0)
15,535(0.1)	779,904(5.6)	165,939(1.2)	655,271(4.7)	316,545(2.3) ²⁾	13,836,984(100.0)
50,729(0.1)	2,193,978(6.3)	691,459(2.0)	3,095,239(9.0)	2,505,046(7.2) ²⁾	34,578,234(100.0)
37,400(0.5)	545,400(7.2)	232,100(3.1)	954,000(12.6)	411,300(5.4)	7,557,900(100.0)
11,272(0.6)	91,738(5.1)	89,743(5.0)	254,914(14.2)	233,754(13.0)	1,795,277(100.0)
19,800(2.0)	123,200(12.7)	68,800(7.1)	299,100(30.8)	26,300(2.7)	969,800(100.0)
36,394(0.5)	630,260(8.1)	256,676(3.3)	1,348,766(17.3)	221,868(2.9)	7,781,957(100.0)
14,110(0.5)	371,500(13.6)	68,420(2.5)	155,090(5.7)	163,810(6.0)	2,724,850(100.0)
106,036(2.2)	966,079(19.9)	381,736(7.9)	1,051,916(21.7)	96,940(2.0)	4,856,455(100.0)
13,301(1.3)	181,105(17.6)	98,210(9.6)	217,413(21.2)	6,786(0.7)	1,026,039(100.0)

表5 各国の就業上の

	年次	雇用主および単独業主		雇 用 者	
		男	女	男	女
ヨーロッパ州					
スウェーデン	1965 ¹⁾	345,544	39,705	1,906,770	1,027,910
ノルウェー	1960	347,251	25,849	804,717	292,457
フィンランド	1960	323,664	71,477	816,881	518,896
デンマーク	1960	375,494	45,153	1,072,014	555,823
スイス	1960	309,705	55,796	1,370,757	685,949
イギリス	1966 ¹⁾	1,230,570	355,330	14,298,460	8,108,640
西ドイツ	1967 ¹⁾	2,350,600	600,000	14,456,000	7,218,000
フランス	1962	2,872,420	809,040	9,690,720	4,446,140
ベルギー	1967 ¹⁾	457,081	162,179	2,029,680	837,603
イタリア	1967 ¹⁾	3,919,000	837,000	9,606,000	3,201,000
スペイン	1968 ¹⁾	2,531,600	428,800	6,177,600	1,795,700
ポルトガル	1960	571,054	58,989	1,943,585	518,730
チェコスロバキア	1961	83,579	92,131	3,266,488	1,964,684
北アメリカ州					
カナダ	1969 ¹⁾	801,000	106,000	4,693,000	2,382,000
アメリカ合衆国	1968 ¹⁾	5,801,000	1,339,000	46,844,000	26,844,000
メキシコ	1960	3,493,339	387,330	5,642,413	1,619,213
南アメリカ州					
チリ	1960	379,043	102,915	1,336,383	403,238
コロンビア	1964	1,475,046	227,933	2,202,959	737,330
ベネズエラ	1961	693,814	97,413	1,102,848	310,646
アジア州					
日本	1965 ¹⁾	7,095,452	2,245,029	19,780,381	9,133,342
フィリピン	1965 ¹⁾	3,343,000	979,000	2,417,000	1,258,000
インド	1961	21,761,672	8,052,914	21,010,515	3,049,784
タイ	1960	3,378,325	750,067	1,198,412	434,274
インドネシア	1961	...	...	...	...
イラン	1966 ¹⁾	2,660,800	215,900	2,812,700	491,300
イラク	1956	2,369,648	134,474	2,360,449	336,117
イスラエル	1968 ¹⁾	182,500	38,500	463,200	186,300
アフリカ州					
アラブ連合	1960	2,255,656	62,970	3,496,920	339,538
ガーナ	1960	919,990	755,710	498,650	43,490
大洋州					
オーストラリア	1966 ¹⁾	566,199	128,640	2,797,118	1,241,442
ニュージーランド	1966 ¹⁾	128,145	15,110	610,732	260,681

注 1) 推定値。

資料 ILO, Year Book of Labour Statistics, 1969.

地 位 別 経 済 活 動 人 口

(単位 人)

家 族 従 業 者		そ の 他		計
男	女	男	女	
38,077	91,891	—	—	3,449,897
32,907	3,177	—	—	1,406,358
91,882	210,468	—	—	2,033,268
—	45,147	—	—	2,093,631
75,531	41,673	—	—	2,512,411
45,190	130,630	419,630	268,050	24,856,500
327,000	1,737,000	—	—	26,688,000
451,060	1,234,040	112,040	96,040	19,711,500
52,528	125,576	115,799	57,872	3,838,318
803,000	1,132,000	181,000	117,000	19,796,000
830,500	750,500	4,900	500	12,520,100
191,718	17,234	110,923	11,318	3,423,551
11,501	31,751	461,140	571,390	6,482,664
93,000	117,000	35,000	21,000	8,248,000
223,000	812,000	161,000	247,000	82,272,000
99,270	11,732	61,701	17,018	11,332,016
57,336	7,591	81,604	20,557	2,388,667
365,978	54,707	58,080	12,092	5,134,125
100,370	4,966	32,389	8,845	2,351,291
2,115,946	7,168,330	492,121	238,166	48,268,767
1,392,000	1,146,000	439,000	518,000	11,491,000
2,609,818	1,047,981	83,788,760	47,354,056	188,675,500
2,512,667	5,470,169	55,392	37,678	13,836,984
...	...	...	...	34,578,234
446,200	187,000	644,900	99,100	7,557,900
492,064	102,168	268,851	2,872	6,066,643
9,200	31,100	37,600	21,400	969,800
1,264,156	176,196	147,028	39,492	7,781,957
154,530	188,670	109,560	54,250	2,724,850
13,048	32,317	45,449	32,242	4,856,455
312	488	6,406	4,765	1,026,039

労働時間・賃金

表6 各国における主要産業の

	農 業		製 造
	労働時間(週当り)	賃 金 (週当り)	労働時間(週当り)
ヨーロッパ州			
スウェーデン ¹⁾	...	男 8.69 (時) クローネ	158 (月)
ノルウェー	...	男 60.00, 女 44.18 (日) クローネ ¹⁾	男 36.7, 女 32.3
フィンランド	...	男 2.75, 女 2.11 (時) マルカ	39.1
デンマーク	...	男 12,616 (月) クローネ	...
スイス	...	...	44.6
イギリス	...	男 304*9 ^d , 女 190*11 ^d	男 45.8, 女 38.2
西ドイツ	...	男 392, 女 315 (月) マルク	43.0
フランス	...	男 361.9, 女 282.9 (日) フラン	45.3
ベルギー	...	男 328, 女 270 (日) フラン	39.5
ポルトガル ¹⁾	...	男 50.65, 女 26.84 (日) エスクード	43.8
ユーゴスラビア	...	715 ディナール	183 (月)
北アメリカ州			
カナダ	...	男 262 (月) ドル	40.3
アメリカ合衆国	...	9.90 (日) ドル	40.7
メキシコ	...	男 18.32 (日) ペソ ¹⁾	43.5 ¹⁾
南アメリカ州			
コロンビア	...	男 15.80, 女 13.00 (日) ペソ	50
チリ	...	男 5.58 (日) エスクード	...
アジア州			
日本	...	男 1,205, 女 1,002 (日) 円	44.6
インド	...	2.52 (日) ルピー	...
フィリピン	...	...	46.7 ¹⁾
台湾 ¹⁾	...	...	男 9.1, 女 9.1 (日)
イスラエル	...	395 (月) ポンド	41.7
アフリカ州			
アラブ連合 ²⁾	...	...	53
ガーナ ¹⁾	...	男 26.72, 女 19.72 (月) セデス	...
大洋州			
オーストラリア	...	...	男 43.7, 女 39.3
ニュージーランド	...	男 24.53 ドル	40.2
ソ連	...	92.1 (月) ルーブル	40.5

注 1) 1967年, 2) 1965年, 3) (月), (日), (時) はそれぞれ月当り, 日当り, 時間当りを示す。
資料 ILO, Year Book of Labour Statistics, 1969.

週 当 り 労 働 時 間 と 稼 得 賃 金 (1968 年)

業	鉱 業 お よ び 採 石 業		建 設 業	
	賃 金 (週 当 り)	労 働 時 間 (週 当 り)	賃 金 (週 当 り)	労 働 時 間 (週 当 り)
男 11.10, 女 8.61 (時) クローネ	...	12.46 (時) クローネ	...	14.39 (時) クローネ
男 11.22, 女 8.34 (時) クローネ	35.9	12.51 (時) クローネ	...	14.70 (時) クローネ
男 4.69, 女 3.25 (時) マルカ	40.6	4.92 (時) マルカ	...	5.07 (時) マルカ
男 1,355, 女 1,003 (時) オーレ	...	...	...	1,453 (時) オーレ
男 6.26, 女 3.93 (時) フラン	...	男 6.52 (熟練) 5.63 (未熟練) (時) フラン	46.5	6.71 (熟練) 5.69 (未熟練) (時) フラン
男 472 ^{4d} , 女 226 ^{3d}	51.1	96 ^c (石炭) 8 ^a 10.5 ^d (その他) (時)	47.8	457 ^{5d}
男 5.19, 女 3.60 (時) マルク	42.3	5.11 (時) マルク	44.1	5.16 (時) マルカ
3.79 (時) フラン	43.3	40.68 (日) フラン	49.0	4.74 (時) フラン
男 438.7, 女 283.0 (日) フラン	41.3	510.6 (日) フラン ¹⁾	41.3	406.4 (日) フラン ¹⁾
47.6 (日) エスクード	39.6	53.2 (日) エスクード	...	...
830 (月) ディナール	192 (月) ¹⁾	824 (月) ディナール	194 (月) ¹⁾	822 (月) ディナール
104 ドル	41.8	128.28 ドル	40.5	134.84 ドル
122.51 ドル	42.7	153.16 (石炭) ドル	37.4	152.7 ドル
1,544 (月) ペソ	48.0 ¹⁾	7.03 (時) ペソ ¹⁾	51.2	4.36 (時) ペソ
5.05 (時) ペソ	211 (月)	8.55 (時) ペソ	...	...
525.16 (月) エスクード	...	811.07 (月) エスクード	...	...
52,699 (月) 円	44.8	56,318 (月) 円	46.8	52,163 (月) 円
186.0 (月) ルピー ¹⁾	46.9 ¹⁾	50.7 (石炭) ルピー	...	...
182 (月) ペソ	55.2 ¹⁾	226 (月) ペソ	49.2	...
男 67.29, 女 35.55 (日) ドル	173.3 (月)	71.93 (日) ドル	...	...
22.0 (日) ポンド	...	30.4 (日) ポンド	41.3	628 (月) ポンド
男 305, 女 235 ピアスター	49	468 ピアスター	53	327 ピアスター
54.47 (月) セデス	...	47.75 (月) セデス	...	35.58 (月) セデス
男 68.6, 女 37.6 ドル	43.4	1.97 (時) ドル	45.2	男 1.72 (時) ドル
37.62 ドル	34.6 (石炭) 45.7 (その他)	34.87 (鉱夫) ドル	43.0	男 37.07 (煉瓦工) 36.17 (大工) 31.80 (その他)
116.4 (月) ルーブル	...	177.4 ルーブル	...	127.3 (月) ルーブル

国内資料
人 口

表 7 年齢3区分別人口の推移

(10月1日現在)

	人 口 (実数) (単位 千人)				人 口 (百 分 率)				従属人口 ¹⁾ 口指数	老年化 ²⁾ 指 数
	総 数	0～14歳	15～64	65歳以上	総 数	0～14歳	15～64	65歳以上		
大 正 9 年	55,963	20,416	32,605	2,941	100.0	36.5	58.3	5.3	71.6	14.4
14	59,737	21,924	34,792	3,021	100.0	36.7	58.2	5.1	71.7	13.8
昭 和 5 年	64,450	23,579	37,807	3,064	100.0	36.6	58.7	4.8	70.5	13.0
10	69,254	25,545	40,484	3,225	100.0	36.9	58.5	4.7	71.1	12.6
15	71,933	26,383	42,096	3,454	100.0	36.7	58.5	4.8	70.9	13.1
22	78,102	27,573	46,783	3,745	100.0	35.3	59.9	4.8	66.9	13.6
25	83,200	29,428	49,658	4,109	100.0	35.4	59.7	4.9	67.5	14.0
30	89,276	29,798	54,729	4,747	100.0	33.4	61.3	5.3	63.1	15.9
35	93,419	28,067	60,002	5,350	100.0	30.0	64.2	5.7	55.7	19.1
40	98,275	25,166	66,928	6,181	100.0	25.6	68.1	6.3	46.8	24.6
45	103,759	24,713	71,739	7,307	100.0	23.82	69.14	7.04	44.6	29.6
46	104,957	24,965	72,489	7,503	100.0	23.79	69.07	7.15	44.8	30.1
47	106,183	25,331	73,048	7,804	100.00	23.86	68.79	7.35	45.4	30.8
48	107,432	25,685	73,653	8,093	100.00	23.91	68.56	7.53	45.9	31.5
49	108,715	26,034	74,278	8,402	100.00	23.95	68.32	7.73	46.4	32.3
50	110,028	26,450	74,863	8,715	100.00	24.04	68.04	7.92	47.0	32.9
51	111,380	26,925	75,421	9,034	100.00	24.19	67.72	8.11	47.7	33.6
52	112,704	27,380	75,959	9,365	100.00	24.29	67.40	8.31	48.4	34.2
53	113,969	27,767	76,518	9,684	100.00	24.36	67.14	8.50	48.9	34.9
54	115,186	28,079	77,107	10,000	100.00	24.38	66.94	8.68	49.4	35.6
55	116,357	28,298	77,780	10,279	100.00	24.29	66.77	8.82	49.6	36.3
60	121,809	29,207	81,101	11,502	100.00	23.98	66.58	9.44	50.2	39.4
65	126,552	29,224	84,248	13,080	100.00	23.09	66.57	10.34	50.2	44.8
70	130,989	29,215	86,394	15,380	100.00	22.30	65.96	11.74	51.6	52.6
75	135,451	30,146	87,613	17,692	100.00	22.26	64.68	13.06	54.6	58.7
80	139,754	31,648	88,659	19,448	100.00	22.65	63.44	13.92	57.6	61.5
85	143,450	32,947	89,424	21,079	100.00	22.97	62.34	14.69	60.4	64.0
90	146,474	33,559	89,438	23,477	100.00	22.91	61.06	16.03	63.8	70.0
95	149,246	33,867	91,441	23,938	100.00	22.69	61.27	16.04	63.2	70.7
100	152,208	34,564	94,649	22,994	100.00	22.71	62.18	15.11	60.8	66.5

注 1) 従属人口指数 = $\frac{0\sim14歳 + 65歳以上人口}{15\sim64歳人口} \times 100$ 2) 老年化指数 = $\frac{65歳以上人口}{0\sim14歳人口} \times 100$

資料 大正9～昭和40年は総理府統計局「国勢調査」。

昭和40～100年は厚生省人口問題研究所「全国男女年齢別将来推計人口（44年8月推計）」。

勞 働

表 8 勞 働 力 人 口 の 推 移

(単位 万人)

	総人口	15 歳 以 上 人 口					労働力人口 比率 (%)	完全失業率 (%)
		総 数	労 働 力 人 口			非労働力 人 口		
			総 数	就 業 者	完全失業者			
総 数								
昭和 36 年	9,409	6,603	4,562	4,518	44	2,033	69.1	1.0
37	9,498	6,755	4,614	4,574	40	2,138	68.3	0.9
38	9,594	6,938	4,652	4,613	40	2,282	67.1	0.9
39	9,695	7,122	4,710	4,673	37	2,408	66.1	0.8
40	9,803	7,287	4,787	4,748	39	2,497	65.7	0.8
41	9,892	7,432	4,891	4,847	44	2,537	65.8	0.9
42 (旧)	9,996	7,557	4,983	4,940	43	2,570	65.9	0.9
42 (新)	9,996	7,557	4,983	4,920	63	2,570	65.9	1.3
43	10,114	7,678	5,061	5,002	59	2,609	65.9	1.2
44	10,237	7,782	5,098	5,040	57	2,675	65.5	1.1
男 子								
昭和 36 年	4,621	3,191	2,709	2,687	21	479	84.9	0.8
37	4,665	3,267	2,753	2,735	18	512	84.3	0.7
38	4,712	3,358	2,791	2,772	19	566	83.1	0.7
39	4,763	3,447	2,831	2,814	17	614	82.1	0.6
40	4,816	3,529	2,884	2,865	18	644	81.7	0.7
41	4,860	3,602	2,942	2,921	21	658	81.7	0.7
42 (旧)	4,908	3,665	2,990	2,970	20	670	81.6	0.7
42 (新)	4,908	3,665	3,027	2,990	35	670	81.6	1.2
43	4,967	3,724	3,058	3,021	37	661	82.1	1.2
44	5,029	3,091	3,091	3,055	36	679	81.9	1.2
女 子								
昭和 36 年	4,789	3,412	1,854	1,830	24	1,554	54.3	1.3
37	4,833	3,488	1,861	1,839	22	1,626	53.4	1.2
38	4,882	3,581	1,862	1,841	21	1,717	52.0	1.1
39	4,933	3,675	1,878	1,859	20	1,794	51.1	1.1
40	4,987	3,758	1,903	1,883	21	1,853	50.6	1.1
41	5,032	3,831	1,949	1,926	23	1,880	50.9	1.2
42 (旧)	5,087	3,892	1,988	1,964	23	1,900	51.1	1.2
42 (新)	5,087	3,892	2,031	2,004	28	1,900	51.2	1.4
43	5,147	3,954	2,003	1,980	23	1,947	50.7	1.1
44	5,208	2,007	2,007	1,986	22	1,996	50.1	1.1

注 1) 年平均値である。

2) 昭和36年までは、36年10月の調査方法改正による影響が補正されていないため計に合わない。

3) 昭和40年には14歳人口を含む。

4) 42年に調査方法の改正が行なわれたので、新旧両計数を掲げてある。

資料 総理府統計局「労働力調査報告」。

表9 職業別就業者数の推移

(単位 万人)

	総 数	専門的・ 技術的職 業	管理的 職 業	事 務	販 業	農林漁業	採鉱・ 採 石	運輸・ 通 信	技能工・ 生産工程 従事者	単 純 労働者	サービ ス 業
総 数											
昭和36年	4,518	233	86	515	521	1,405	28	144	1,302		281
37	4,574	235	87	544	515	1,366	32	158	1,116	227	291
38	4,613	229	96	584	539	1,291	25	172	1,150	221	303
39	4,673	230	103	625	550	1,244	22	180	1,179	226	311
40	4,748	244	116	643	558	1,207	21	194	1,201	233	327
41	4,847	246	119	664	574	1,170	19	209	1,248	242	351
42(旧)	4,940	249	117	686	590	1,137	19	220	1,318	250	354
42(新)	4,920	241	130	677	649	1,029	16	200	1,354	244	382
43	5,002	275	128	703	654	981	16	223	1,384	250	383
44	5,040	280	129	724	664	941	13	228	1,431	251	374
男 子											
昭和36年	2,687	153	84	323	283	675	25	127	896		120
37	2,735	149	85	332	282	657	29	138	773	158	129
38	2,772	144	93	356	297	619	23	151	800	154	132
39	2,814	143	100	378	303	590	20	159	831	155	133
40	2,865	154	112	381	308	574	20	171	846	158	139
41	2,921	153	115	383	319	560	18	184	879	160	147
42(旧)	2,972	154	112	386	331	540	17	194	918	168	149
42(新)	2,957	141	125	377	370	501	14	177	926	155	172
43	3,021	167	123	373	380	475	14	197	965	161	163
44	3,055	170	124	382	389	461	11	204	993	162	154
女 子											
昭和36年	1,830	80	2	193	238	729	3	17	407		161
37	1,839	85	2	213	232	709	3	20	342	69	162
38	1,841	85	3	228	242	672	2	21	349	67	170
39	1,859	87	3	247	247	655	2	21	348	71	177
40	1,883	90	4	262	250	633	1	22	355	76	188
41	1,926	94	5	281	255	610	1	25	369	81	205
42(旧)	1,968	95	5	298	259	596	2	26	400	82	205
42(新)	1,963	100	5	300	279	528	2	23	428	89	210
43	1,980	108	4	330	274	507	1	27	419	89	219
44	1,986	109	5	343	275	481	1	23	437	90	220

注 42年に調査方法の改正が行なわれたので、新旧両推計を掲げてある。

資料 総理府統計局「労働力調査報告」。

表 10 産 業 別 就 業 者 数 の 推 移

(単位 万人)

	総 数	農 林 業	漁・水産 ・養殖業	鉱 業	建 設 業	製 造 業	卸小売・金 融・保険・ 不動産業	運輸・通信 ・電気・ガ ス・水道業	サービス業	公 務
総 数										
昭和 36 年	4,518	1,353	56	46	255	1,016	842	254	560	134
37	4,574	1,311	58	48	270	1,072	847	266	563	136
38	4,613	1,240	56	40	273	1,112	895	277	572	145
39	4,673	1,197	54	36	289	1,137	927	294	590	146
40	4,748	1,154	58	36	308	1,157	956	304	627	145
41	4,847	1,114	59	33	329	1,187	1,000	321	660	142
42(旧)	4,940	1,082	58	29	342	1,260	1,029	327	666	144
42(新)	4,920	970	66	26	359	1,252	1,085	316	689	157
43	5,002	934	54	27	370	1,305	1,111	329	713	154
44	5,040	899	48	24	371	1,345	1,331	338	722	156
男 子										
昭和 36 年	2,687	635	44	41	222	664	467	221	277	115
37	2,735	615	44	44	233	703	469	230	280	116
38	2,772	580	43	36	237	731	497	240	283	122
39	2,814	552	42	33	251	752	510	257	294	122
40	2,865	532	45	32	269	762	523	266	313	122
41	2,921	516	46	30	285	775	544	280	324	119
42(旧)	2,972	499	44	26	298	815	558	283	326	121
42(新)	2,957	457	46	24	310	781	599	277	331	132
43	3,021	438	41	24	319	829	604	284	348	130
44	3,055	427	38	21	321	841	616	296	359	132
女 子										
昭和 36 年	1,830	718	12	4	33	352	375	32	283	19
37	1,839	696	14	5	37	369	378	36	283	21
38	1,841	660	13	4	35	382	398	36	289	22
39	1,859	645	11	4	38	385	418	37	296	24
40	1,883	622	13	4	40	396	433	37	314	23
41	1,926	598	13	3	45	412	456	41	335	23
42(旧)	1,968	583	14	3	45	445	471	44	340	23
42(新)	1,963	513	20	2	49	471	486	39	358	25
43	1,980	496	13	3	51	476	507	45	365	24
44	1,986	472	10	3	50	503	517	42	363	24

注 42年に調査方法の改正が行なわれたので、新旧両推計が掲げてある。

資料 総理府統計局「労働力調査報告」

表 11 従業上の地位別就業者数の推移

(単位 万人)

	総 数	自 営 業 主			家 族 従 業 者		雇 用 者			
		総 数	雇有業主	雇無業主		うち15時 間未満	総 数	常 雇	臨 時	日 雇
総 数										
昭和 36 年	4,518	1,011	132	908	1,121	...	2,379	2,121	139	120
37	4,574	981	121	861	1,094	124	2,496	2,219	152	125
38	4,613	981	119	862	1,050	123	2,578	2,323	138	117
39	4,673	975	120	854	1,025	118	2,669	2,408	142	119
40	4,748	968	121	848	992	122	2,783	2,505	152	127
41	4,847	977	126	851	964	117	2,902	2,616	158	128
42(旧)	4,940	1,001	133	868	957	111	2,980	2,680	167	132
42(新)	4,920	968	168	800	880	79	3,071	2,767	175	131
43	5,002	984	160	824	866	69	3,148	2,869	162	117
44	5,040	933	164	829	844	60	3,199	2,919	164	116
農 林 業										
昭和 36 年	1,353	493	12	502	804	...	55	23	7	28
37	1,311	481	10	471	784	101	46	19	7	21
38	1,240	467	7	460	734	101	39	17	5	18
39	1,197	452	7	445	706	97	39	19	5	16
40	1,154	441	6	435	673	99	41	19	7	16
41	1,114	434	5	428	642	93	39	19	5	16
42(旧)	1,082	430	7	423	618	86	34	15	5	13
42(新)	970	381	8	373	542	55	46	20	6	15
43	934	386	7	379	514	47	34	18	4	12
44	899	380	7	373	489	41	30	17	3	10
非農林業										
昭和 36 年	3,161	519	120	406	316	...	2,322	2,098	132	92
37	3,260	501	111	390	310	24	2,449	2,200	145	104
38	3,369	514	112	403	316	22	2,538	2,306	133	99
39	3,471	523	113	410	319	22	2,629	2,389	137	103
40	3,590	528	115	413	329	24	2,742	2,486	145	111
41	3,730	544	121	423	323	24	2,862	2,597	153	112
42(旧)	3,859	571	126	445	339	25	2,946	2,664	163	119
42(新)	3,951	587	160	427	338	24	3,025	2,748	162	115
43	4,068	598	152	445	352	22	3,114	2,851	158	105
44	4,141	613	157	456	355	20	3,169	2,902	161	106

注 42年に調査方法の改正が行なわれたので、新旧両推計を掲げてある。
資料 総理府統計局「労働力調査報告」。

表 12 産業別雇用指数の推移

(昭和40年平均=100)

	調査産業計	鉱 業	建 設 業	製 造 業	卸売・小売業	金融・保険業	運輸・通信業	電気・ガス・水道業
常用労働者								
昭和 32 年平均	53.2	184.2	27.9	55.3	32.4	49.8	64.0	79.5
33	56.6	187.4	32.3	57.7	38.6	56.1	67.0	81.8
34	62.5	187.0	39.4	64.1	45.4	64.4	70.0	84.0
35	71.1	180.5	49.2	74.3	53.8	70.5	75.4	85.9
36	79.3	167.6	58.9	83.5	63.1	74.5	81.7	90.0
37	86.3	148.5	74.6	89.5	73.8	80.7	86.9	95.4
38	91.4	121.5	85.9	93.1	85.3	86.7	91.6	96.2
39	96.9	105.5	96.5	97.8	94.0	93.5	96.1	97.8
40	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
41	102.5	97.4	107.0	100.6	105.9	107.2	102.9	102.6
42	106.4	84.8	112.1	103.9	111.2	116.2	106.4	105.5
43	110.6	85.6	117.0	108.2	116.9	122.0	109.9	108.2
44	114.4	75.6	125.0	112.0	120.9	126.7	111.5	110.4
日雇労働者								
昭和 32 年平均	86.8	310.1	60.3	153.3	82.6	59.6	97.2	181.7
33	74.5	238.9	59.2	102.5	87.4	100.0	81.4	154.4
34	81.8	212.9	57.0	128.4	103.0	122.9	106.2	145.1
35	94.9	194.0	67.9	144.5	109.8	168.6	142.2	147.1
36	99.4	152.8	83.3	124.0	120.7	107.4	119.3	122.7
37	105.3	141.0	98.8	113.6	126.8	94.6	107.4	111.2
38	106.9	135.3	103.1	101.6	131.4	103.8	110.2	91.4
39	103.1	120.7	101.2	107.0	94.9	131.9	107.0	104.9
40	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
41	98.9	93.1	97.7	102.5	117.2	108.5	92.3	94.9
42	97.5	82.9	104.4	103.8	103.8	90.0	83.1	119.6
43	101.1	80.9	115.2	109.2	120.4	95.6	77.8	125.5
44	107.8	74.0	122.4	118.0	155.6	86.4	75.9	111.6

注 1) 常用労働者、日雇労働者ともに規模30人以上の事業所の雇用指数である。

2) 調査産業計には上掲産業のほか不動産業を含む。

資料 労働省「毎月勤労統計調査」

表 13 産業別常用労働者賃金指数の推移

(昭和40年平均=100)

	調査産業計	鉱業	建設業	製造業	卸売・小売業	金融・保険業	運輸・通信業	電気・ガス・水道業
現金給与総額								
昭和 32 年平均	52.3	51.1	43.6	52.0	53.4	56.5	50.9	49.4
33	53.9	57.6	45.9	53.2	55.1	58.1	53.0	53.3
34	57.2	59.1	48.6	57.2	57.9	61.2	55.7	55.6
35	61.1	63.2	52.5	61.8	61.5	63.9	59.7	59.2
36	68.0	68.8	62.1	68.9	66.8	70.2	66.8	67.2
37	75.0	74.0	70.2	75.4	75.2	77.4	74.9	74.7
38	83.0	79.4	79.3	83.2	83.3	84.9	81.9	82.4
39	91.3	90.8	89.7	92.0	91.7	90.8	90.8	90.2
40	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
41	110.8	111.2	108.6	111.6	110.5	109.7	110.1	110.1
42	123.9	121.3	119.6	126.3	123.3	118.9	122.8	122.4
43	140.8	137.2	134.6	145.1	139.0	134.9	137.7	136.5
44	162.8	161.1	157.2	168.9	161.6	153.5	156.3	154.7
きまって支給する給与								
昭和 32 年平均	55.0	56.2	45.0	54.6	55.3	59.7	54.9	55.6
33	57.0	48.6	48.3	55.8	57.6	62.5	57.6	57.9
34	59.6	61.4	51.0	59.0	58.7	64.6	60.0	59.8
35	62.5	65.6	54.4	62.4	61.1	66.4	62.7	62.7
36	68.4	69.6	63.0	68.6	66.1	71.7	69.3	68.6
37	75.4	75.9	71.4	75.2	73.8	78.9	76.9	75.5
38	82.5	81.5	79.3	82.2	82.2	85.8	83.9	83.1
39	91.8	90.9	90.3	92.0	91.8	92.5	92.0	90.9
40	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
41	110.1	110.7	107.9	110.8	108.8	108.6	109.9	110.2
42	122.7	120.1	120.1	124.2	119.6	118.5	122.8	123.2
43	137.9	133.6	134.9	140.3	132.8	132.4	138.6	136.8
44	156.6	153.7	153.8	160.2	150.4	148.4	155.7	153.7

注 1) 規模30人以上事業所の常用労働者賃金指数である。

2) 調査産業計には上掲産業のほか不動産業を含む。

資料 労働省「毎月勤労統計調査」。

表 14 産業別常用労働者の1人平均月間出勤日数および実労働時間数の推移

	調査産業計	鉱 業	建設業	製造業	卸売・小 売業	金融・保 険業	不動産業	運輸・通 信業	電気・ガス ・水道業
出 勤 日 数									
昭和 33 年平均	24.0	22.8	23.5	24.0	25.1	24.2	24.7	23.8	23.7
34	24.0	22.7	23.8	24.1	24.9	24.1	24.6	23.8	23.7
35	24.2	23.0	24.1	24.2	25.0	24.3	24.8	24.0	23.9
36	23.9	22.7	24.2	23.8	24.9	24.1	24.2	23.8	23.7
37	23.9	22.7	24.1	23.8	24.8	24.1	24.3	23.8	23.8
38	23.8	22.9	24.1	23.6	24.7	24.1	24.1	23.7	23.7
39	23.7	23.0	23.7	23.5	24.6	23.9	24.1	23.6	23.7
40	23.6	22.9	23.9	23.3	24.4	23.8	24.0	23.5	23.6
41	23.5	23.1	23.8	23.3	24.4	23.6	23.7	23.4	23.4
42	23.5	22.8	23.5	23.2	24.4	23.3	23.9	23.3	23.4
43	23.4	22.7	23.7	23.2	24.4	23.5	23.9	23.3	23.5
44	23.1	22.6	23.4	22.8	24.1	23.2	23.5	22.9	23.0
実労働時間数									
昭和 33 年平均	198.0	191.6	202.7	201.4	196.7	178.7	190.0	195.4	180.3
34	200.1	189.2	207.4	204.7	196.1	178.4	188.0	195.9	180.9
35	202.7	193.6	211.0	207.0	197.4	179.4	191.6	198.7	182.5
36	201.0	192.0	211.2	203.4	197.4	178.5	191.9	201.4	182.8
37	197.8	191.7	209.9	198.4	195.4	177.1	192.4	200.2	181.7
38	196.6	194.6	207.8	196.9	194.7	176.2	191.7	199.2	179.7
39	195.7	196.3	204.7	195.7	194.1	173.3	187.6	199.9	178.6
40	192.9	194.7	204.6	191.8	192.0	171.9	184.5	197.5	178.5
41	193.2	197.6	203.1	193.0	191.7	169.6	180.3	196.6	176.1
42	193.0	195.2	201.6	193.9	191.2	165.6	183.0	196.2	178.0
43	192.7	193.9	202.8	193.0	191.0	167.4	182.5	196.1	178.7
44	190.0	193.4	200.0	190.0	188.3	165.7	180.0	192.6	174.6

注 1) 規模30人以上事業所の常用労働者についての数値である。

2) 実労働時間数は所定内労働時間と所定外労働時間よりなる。

資料 労働省「毎月勤労統計調査」。

表 15 職 業 紹 介 状 況 (新卒を除く)

年	一 般								日 雇			
	求 職		求 人		就職件数	求職倍率	充足率	就職率	前月繰越 有効求職 者数	就労実 人 員	就 労 延件数	不就労 延件数
	新規求 職申込 件数	月間有効 求職者数 (A)	新規 求人数	月間有効 求人数 (B)	(C)	(A) (B)	(C) (B)	(C) (A)				
昭和 35 年平均	千件 370	千人 1,109	千人 308	千人 642	千件 187	1.7 倍	29.2 %	16.9 %	千人 480	千人 479	千件 9,161	千件 1,270
36	356	1,077	331	786	183	1.4	23.3	17.0	477	475	9,018	1,241
37	363	1,139	315	771	170	1.5	22.0	14.9	453	452	8,624	1,091
38	365	1,277	360	893	164	1.4	18.3	12.8	416	420	7,995	1,087
39	351	1,292	393	1,030	162	1.3	15.7	12.5	362	350	6,799	915
40	352	1,249	309	794	148	1.6	18.6	11.8	332	313	6,017	866
41	348	1,214	361	892	149	1.4	16.7	12.3	313	295	5,623	785
42	331	1,162	437	1,158	151	1.0	13.0	13.0	305	289	5,397	824
43	327	1,121	444	1,251	153	0.9	12.2	13.7	297	279	5,229	833
44	319	1,083	492	1,404	156	0.8	11.1	14.4	291	254	5,118	830

資料 労働省「職業安定業務統計」。

表 16 産業別労働災害率の推移

	調査産業計	林業	鉱業	建設業	製造業	運輸・通信業	電気・ガス・水道業	サービス業
度数率								
昭和 35 年	17.43	22.10	83.92	27.88	9.70	13.96	4.03	17.09
36	17.40	23.27	93.51	25.53	9.87	15.18	3.96	19.19
37	15.46	21.49	99.71	22.71	8.69	13.13	3.65	16.01
38	13.76	20.28	112.16	17.76	8.05	13.06	3.25	14.71
39	13.45	17.17	100.48	17.39	8.26	13.01	3.29	16.94
40	12.38	15.92	104.14	16.24	7.34	12.14	3.27	14.53
41	12.46	15.50	109.52	15.53	6.96	12.51	3.34	14.75
42	11.81	15.44	107.73	13.93	6.61	13.56	3.38	13.90
43	11.08	16.53	108.22	14.25	6.81	12.35	3.01	16.41
44	10.37	18.43	101.34	12.70	6.32	13.60	2.77	15.64
強度率								
昭和 35 年	1.83	2.78	7.70	5.44	0.81	1.45	1.35	1.90
36	1.73	2.57	7.55	5.02	0.82	1.52	1.23	1.53
37	1.51	2.49	7.42	4.22	0.72	1.41	0.92	1.86
38	1.54	2.56	14.89	3.22	0.70	1.25	0.88	0.97
39	1.25	1.68	7.41	3.62	0.75	1.31	0.84	1.07
40	1.30	2.04	11.92	3.63	0.68	1.10	0.87	0.99
41	1.13	1.91	7.73	3.45	0.64	1.21	0.44	0.99
42	1.02	1.93	6.62	2.76	0.65	1.11	0.69	1.25
43	1.00	2.00	7.87	2.90	0.64	1.09	0.48	1.54
44	0.90	1.42	6.39	1.94	0.64	1.08	0.56	0.57

注 1) 度数率＝労働災害発生件数÷延労働時間数×1,000,000.

2) 強度率＝労働損失日数÷延労働時間数×1,000.

3) サービス業は自動車修理業、機械修理業、屑鉄修理業および清掃業のみより成る。ただし、30年は清掃業を含まない。

資料 労働省「毎月労働災害統計調査」。

国民所得

表 17 国 民 所 得 の 分 配

(実 数)

(単位 10億円)

	昭和30年	35	38	39	40	41	42	43	44
国 民 所 得	7,112.6	12,816.5	19,900.4	22,752.3	25,449.6	29,211.3	34,669.2	41,111.7	47,501.7
雇 用 者 所 得	3,526.5	6,434.5	10,682.0	12,349.2	14,302.5	16,405.6	19,023.0	22,222.8	26,016.7
賃 金・俸 給	3,093.4	5,454.1	8,979.5	10,354.6	11,960.7	13,672.4	15,790.7	18,386.4	21,374.3
その他の給与および手当	309.7	740.8	1,253.5	1,464.5	1,683.9	1,935.4	2,284.3	2,721.5	3,349.7
社 会 保 険 雇 主 負 担	123.5	239.6	449.0	530.1	657.9	797.8	948.0	1,114.9	1,292.7
個 人 業 主 所 得	2,636.4	3,393.4	4,900.0	5,412.7	5,971.1	6,625.6	7,723.2	8,907.1	10,066.4
農 林 水 産 業	1,456.3	1,625.4	2,042.7	2,088.6	2,381.7	2,689.1	3,288.5	3,420.4	3,440.3
そ の 他	1,180.1	1,768.1	2,857.3	3,324.1	3,589.4	3,936.5	4,434.7	5,486.7	6,626.1
個 人 の 財 産 所 得	483.1	1,252.8	2,135.2	2,513.0	2,876.0	3,298.5	3,782.3	4,375.6	5,105.1
賃 貸 料	192.5	490.7	783.4	936.2	1,078.0	1,236.0	1,380.5	1,524.6	1,713.2
利 子	205.7	548.0	961.0	1,136.8	1,351.5	1,591.7	1,893.9	2,258.0	2,717.5
配 当	84.9	214.1	390.8	440.1	446.5	470.8	507.9	593.0	674.3
法人企業から個人への移転	11.9	23.8	34.5	38.9	43.2	46.9	58.7	67.8	86.3
法人税および税外負担	242.4	648.0	1,045.4	1,159.0	1,264.7	1,333.6	1,628.2	2,046.0	2,562.3
法 人 留 保	221.9	956.3	916.2	1,162.6	954.6	1,449.0	2,292.5	3,274.7	3,700.9
政府の事業所得および財産所得	57.9	203.9	330.3	275.8	208.3	264.7	332.3	378.3	530.4
政 府 企 業 の 利 潤	14.1	114.0	184.9	100.6	0.6	11.8	20.5	-6.3	43.8
賃貸料・利子および配当	43.8	89.9	145.4	175.3	207.7	252.9	311.9	384.6	486.7
(控除)一般政府負債利子	50.8	63.1	85.9	89.9	106.0	143.9	211.3	297.5	375.2
(控除)消費者負担債利子	16.4	33.1	57.3	69.0	84.8	99.2	124.4	158.1	190.9
(再掲)法 人 所 得	560.8	1,842.2	2,386.9	2,800.4	2,708.9	3,300.1	4,485.7	5,982.0	7,023.4

(構成比)

(単位 %)

	昭和30年	35	38	39	40	41	42	43	44
国 民 所 得	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
雇 用 者 所 得	49.6	50.2	53.7	54.3	56.2	56.2	54.9	54.1	54.8
賃 金・俸 給	43.5	42.6	45.1	45.5	47.0	46.8	45.5	44.7	45.0
その他の給与および手当	4.4	5.8	6.3	6.4	6.6	6.6	6.6	6.7	7.1
社 会 保 険 雇 主 負 担	1.7	1.9	2.3	2.3	2.6	2.7	2.7	2.7	2.7
個 人 業 主 所 得	37.1	26.5	24.6	23.8	23.5	22.8	22.4	22.3	21.2
農 林 水 産 業	20.5	12.7	10.3	9.2	9.4	9.2	9.5	8.4	7.2
そ の 他	16.6	13.8	14.4	14.6	14.1	13.5	13.1	13.9	13.9
個 人 の 財 産 所 得	6.8	9.8	10.7	11.0	11.3	11.3	10.9	10.7	10.7
賃 貸 料	2.7	3.8	3.9	4.5	4.2	4.2	4.0	3.7	3.6
利 子	2.9	4.3	4.8	5.0	5.3	5.5	5.5	5.5	5.7
配 当	1.2	1.7	2.0	1.1	1.8	1.6	1.5	1.5	1.4
法人企業から個人への移転	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
法人税および税外負担	3.4	5.1	5.3	5.1	5.0	4.6	4.7	5.0	5.4
法 人 留 保	3.1	7.5	4.6	5.1	3.8	5.0	6.6	8.0	7.8
政府の事業所得および財産所得	0.8	1.6	1.7	1.2	0.8	0.9	1.0	0.9	1.1
政 府 企 業 の 利 潤	0.2	0.9	0.9	0.4	0.0	0.0	0.1	-0.0	0.1
賃貸料・利子および配当	0.6	0.7	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0
(控除)一般政府負債利子	0.7	0.5	0.4	0.4	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8
(控除)消費者負担債利子	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4
(再掲)法 人 所 得	7.9	14.4	12.0	12.3	10.7	11.3	13.0	14.7	14.8

注 1) 個人の財産所得の配当には役員賞与も含まれる。

2) 法人所得は個人の財産所得の配当のうち国内法人からの個人配当、法人企業からの個人への移転、法人税および税外負担および法人留保の合計。
資料 経済企画庁『国民所得統計年報』昭和45年版。

消費者物価

表 18 人口 5 万以上の都市消費者物価指数の推移

	昭和30年	35	39	40	41	42	43	44	45
5 大 費 目 指 数									
総 合	68.6	74.0	92.9	100.0	105.1	109.2	115.0	121.3	130.7
食 料	66.7	70.5	90.8	100.0	103.8	108.6	115.7	122.9	134.3
住 居	60.7	77.6	94.8	100.0	105.2	110.4	114.6	119.5	127.2
光 熱	82.0	92.2	99.2	100.0	100.8	100.5	101.2	101.5	103.0
被 服	82.9	80.7	96.2	100.0	103.7	106.5	111.3	116.8	127.3
雑 費	65.4	72.9	93.4	100.0	108.0	112.2	118.1	124.7	133.0
特 殊 分 類 指 数									
総 合	68.6	74.0	92.9	100.0	105.1	109.2	115.0	121.3	130.2
商 品	72.7	76.2	93.0	100.0	104.0	107.8	113.4	119.5	129.3
農 水 畜 産 物	63.2	67.6	87.6	100.0	105.0	111.6	120.2	123.0	142.4
米 麦	75.3	74.5	87.2	100.0	107.3	111.3	124.7	132.9	133.9
生 鮮 食 料 品	53.9	62.8	88.0	100.0	103.8	111.7	117.9	125.6	146.5
工 業 製 品	78.9	81.6	96.4	100.0	103.5	106.2	110.3	115.6	123.5
食 料	72.1	75.2	95.5	100.0	102.6	105.6	110.2	116.4	124.5
大 企 業	90.8	90.5	100.5	100.0	101.0	102.8	105.1	109.3	113.4
中 小 企 業	66.5	70.6	94.0	100.0	103.4	107.1	112.9	120.2	130.2
織 維	86.7	83.8	96.6	100.0	103.6	106.5	111.3	116.1	126.3
耐 久 消 費 材	109.2	105.0	100.4	100.0	100.6	101.6	101.5	101.1	98.7
そ の 他	80.0	84.9	96.9	100.0	105.0	107.4	108.2	113.5	120.9
大 企 業	88.1	91.2	96.0	100.0	105.3	105.6	105.9	111.1	111.3
中 小 企 業	71.6	78.4	97.6	100.0	104.6	110.2	111.6	117.1	132.5
サ ー ビ ス	56.8	67.8	92.4	100.0	107.4	112.1	118.4	125.0	133.6
民 営 家 賃 間 代	34.4	60.4	89.1	100.0	111.2	119.8	125.6	135.5	147.2
公 共 料 金	74.7	84.2	96.1	100.0	106.0	108.1	112.0	114.4	119.2
対 個 人 サービス	49.0	56.7	90.3	100.0	107.8	114.1	122.5	131.8	143.1
外 食 を 除 く	49.0	56.7	90.3	100.0	109.0	115.9	123.8	133.1	144.2
外 食	—	—	—	100.0	103.6	107.7	117.9	127.2	138.2

資料 総理府統計局『消費者物価指数年報』

研 究 会 抄 録

第 I (経済分析) 研究会

研究会報告の半分近くが医療問題を扱っている。まず内田氏は、中医協の行なった「マクロモデルによる医療需要の研究」に関する報告 (I 70-02) で、国立病院の医療サービスの需要・供給行動を素材としたマクロモデルを設計し、病院の最適ベッド数などについての政策的帰結をひき出している。ところがわが国のかかえる重要な医療問題は、医療資源の地域偏在にある。江見報告 (I 70-01) はこれを取り上げ、診療圏という立地概念をもちこんで、医療需給の地域格差を明らかにする。地域偏在の原因は何か、これは今後の大きな課題であろう。一方、医療供給側、とくに医師のビヘービアについて、これまで十分な分析がなされていないが、西報告 (I 70-05) は、医師移動のメカニズムに焦点をあてて、医師の地域間移動、職種間移動につき通説とは異なる興味深いファクト・ファインデングを行なっている。

所得保障問題については市川氏の「スライド制年金モデルの構想」 (I 70-06) は、最適制御理論を武器とする理論経済学的な分析として注目される。しかしながら、これまでの年金理論がカネの流れを中心として構想され、実物的なモノの流れの側面が軽視され、その結果、積立方式・賦課方式についても資源配分問題が欠落している。今後の検討課題であろう。また、中桐報告 (I 70-04) の負の所得税は、カナダで具体的政策案として討議されており、アメリカやヨーロッパ諸国でも部分的な導入の気運が高まっていることから、理論的検討とともに具体化の方向について真剣な研究が必要であろう。

このほか、社会資本の問題、社会開発勘定に関する研究など、来年度に一層の展開を期している。

第 II (統計調査) 研究会

40 年以来実施されてきた児童養育費調査の報告書『家族周期と児童養育費』は昨 45 年春に刊行された。引続いて研究参加者は分担して研究を進めていったのであるが、本研究会の大半はその中間報告の場にあてられた。

総論的なものとして、家計費の費目別世帯員別配分体系および妻の稼働形態を通じて眺めた共働き家計の分析

(前田、湯本、松村) や、家計費の世帯員別配分率の検討 (小沼) があった。後者はケトなどの世帯員別ウェイトを考慮しない方法をとったのに対し、それを考慮した試算を行ない両者を比較してみたのであった。また 40 年川崎調査に対する 45 年追跡調査の報告 (中鉢) も行なわれている。

各論的なものはつぎのように大別される。

食生活では食料費理論値に対する充足度の研究 (伊藤)、その基礎となる理論値の算出 (新垣) がある。

住居では就寝形態 (森岡)、居住水準および住居費 (大本)、教育では教育費の実態とその変動 (伊藤、佐々木、馬場) が取上げられている。

所得については家計実収入水準 (曾原)、所得構造と家計支出との関係 (広瀬) が報告されている。

これらの研究はすべて家族周期を軸として考察したものであるが、総じて問題となったのは、標本数が極めて少なく、時期、地域の限定されたものであること、とくに所得の効果を明らかにし得ていないことなどであった。そのため全国調査との比較、あるいは補完調査などを行なってはみたのであったが、必ずしも十分に解明しているとはいえない。

現在、これら各報告を収録して、『家計構造と家族周期』の刊行を進めている。

第 III (社会分析) 研究会

本研究会は三つのプロジェクトをもっているが、このうち第 3 のプロジェクトが、「生活構造の視点からみた社会保障の再検討」である。研究会としては、「都民の生活構造に関する調査報告」 (青井和夫)、「生活構造論の再検討」 (渡辺益男)、「生活構造の一考察」 (園田恭一)、「生活構造について」 (副田義也) などが報告を行ない、これをめぐって討論を行なってきた。ここではとくに園田報告を中心に、その要点を紹介しておきたい。

報告はまず戦前・戦後の生活構造研究の系譜を紹介・コメントをして、そのうえで報告者の仮設的枠組の概要をつぎのように明らかにしている。とくに報告者は、従来の社会学の立場に立つ生活構造論では、社会構造との

関連が弱いとして、生活構造の前提として、所得・資産の形で示される経済的要因を階層論との関連を主張している。そしてとくにわが国にあっては、社会構造の二重性をふまえて把える必要があるとしている。

しかしこの社会構造と生活構造の関連をみる場合、階層構造をたんに生活構造の前提ないし与件としてみるだ

けでなく、その結びつきをどのように理論化するかという点では、必ずしも十分ではなく、さらにこの研究会でこの点を深める必要が、討論のなかで明らかにされた。なお生活構造の理論枠組の設定と、社会保障との結びつきについては、このプロジェクトでさらに追求される必要もでてくる。

第6回「社会保障研究奨励賞」授賞要領

主催 大内基金委員会
後援 社会保障研究所
協賛 厚生省

1 授賞論文の範囲

原則として社会保障制度審議会の採用する狭義の社会保障制度（社会保険、公的扶助、社会福祉、公衆衛生、医療）およびその関連制度に関する学術研究論文であって、昭和45年8月1日から昭和46年7月31日までの間に各種の雑誌に発表されたものであること。

2 授賞者の資格

特に制限しない。

3 授賞論文の選考

授賞論文の選考は、あらかじめ委嘱した関係学者から優秀論文の推薦を求め、そのうえで審査委員会が審査、決定する。

4 審査委員

委員長	山田雄三	社会保障研究所長
委員	鈴木武雄	武蔵大学教授
"	馬場啓之助	一橋大学教授
"	福武直	東京大学教授
"	小山進次郎	厚生年金基金連合会理事長
"	高橋武	ILO東京支局次長
"	小山路男	横浜市立大学教授

5 賞金

1席 10万円 2席 5万円 佳作 数編

6 発表および授賞の時期

昭和46年11月

社会保障研究所日誌 (1971・1～1970・3)

46.1.18 専門委員会「昭和46年度研究プロジェクトの策定について」

46.1.19 第5研究会(第8回) 報告内容「主要国の医療・公衆衛生制度」報告者 国立公衆衛生院社会保障研究室長 前田信雄

同 第4研究会(第8回) 報告内容「社会福祉理論における認識と方法の問題」報告者 研究員 渡辺益男

46.1.21 第1研究会(第8回) 報告内容「社会資本はなぜ不足するか」報告者 研究第1部長 地主重美

同 第6研究会(第8回) 報告内容「児童手当制度について」報告者 健康保険組合連合会研究員 上村政彦

同 ISSA 文献委員会(第23回)

46.1.28 第3研究会(第8回) 報告内容「住民意識とコミュニティ」報告者 東洋大学助教授 奥田道大

同 第64回定例役員会「昭和46年度研究プロジェクトの策定, 昭和46年度予算について, その他」

46.2.2 第2研究会(第9回) 報告内容「児童養育費(川崎)の追跡調査結果」報告者 専門委員 中鉢正美

46.2.8 第4回社会保障研究所シンポジウム 討論内容「経済福祉と社会福祉」, 「社会福祉における公私問題」出席者 110 名

46.2.18 第2研究会(第10回) 報告内容「OECD における社会指標の作業について」報告者 経済企画庁参事官 宮崎 勇

同 第5研究会(第10回) 報告内容「EEC における社会保障財政の研究」報告者 主任研究員 保坂哲哉

46.2.23 第4研究会(第10回) 報告内容「福祉国家における人間の問題」報告者 専門委員 武藤光朗

46.2.25 第1研究会(第10回) 報告内容「政府支出の再分類について」報告者 研究員 城戸喜子

同 第6研究会(第10回) 報告内容「最近の法改正(年金・医療)について」報告者 専門委員 小山路男

同 第65回定例役員会「事業実施状況について, その他」

46.3.16 第3研究会(第9回) 報告内容「生活構造について」報告者 東京女子大学助教授 副田義也

同 第4研究会(第11回) 報告内容「公的扶助における権利をめぐって」報告者 第1研究部長 小沼 正

46.3.18 第5研究会(第11回) 報告内容「社会保障財政の国際比較」報告者 慶応義塾大学助教授 藤沢益夫

同 第6研究会(第11回) 報告内容「児童手当制度について」報告者 厚生省児童手当準備室長 高橋三男

同 海外社会保障情報編集委員会

46.3.25 第66回定例役員会「昭和46年度事業実施計画について, その他」